

جامعة سعد دحلب بالبليدة

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

رسالة دكتوراه

في العلوم الاجتماعية

واقع المسنين في مراكز العجزة

من طرف

ذهبية أوموسى

أمام اللجنة المشكلة من

رئيسا	جامعة سعد دحلب البليدة	أستاذ التعليم العالي	رتيمي الفضيل
مشرفا ومقررا	جامعة سعد دحلب البليدة	أستاذ التعليم العالي	معتوق جمال
عضوا مناقشا	جامعة بسكرة	أستاذ التعليم العالي	زام نور الدين
عضوا مناقشا	جامعة الجزائر	أستاذ التعليم العالي	بلمير بلحسن
عضوا مناقشا	جامعة سعد دحلب البليدة	أستاذ محاضر أ	درواش رابح
عضوا مناقشا	جامعة الجلفة	أستاذ محاضر أ	حسان هشام

البليدة، مارس 2011

بسم الله الرحمن الرحيم

>> وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحسانا، إمّا يبلغنّ عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أفّ ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما واخفض لهما جناح الذلّ من الرّحمة وقل ربّي ارحمهما كما ربياني صغيرا <<

صدق الله العظيم

(سورة الإسراء، الآيات 23 - 24)

شكر

بسم الله الرحمن الرحيم، أبدأ بخير الكلام وخير الكلام، كلام الله
أبدأ بذكر الله: << ألا بذكر الله تطمئنّ القلوب >> والحمد لله ربّ العالمين وصلاة الله وسلامه على صفوة خلقه
وخاتم أنبيائه ورسوله محمد وعلى آله الطاهرين.

بعد شكري لله سبحانه وتعالى الذي هداني ووقفني وأعانني ومنحني الإرادة والصبر لإنجاز هذا العمل، أتقدم
بخالص عبارات الشكر والعرفان إلى الأستاذ الدكتور جمال معتوق الذي تكررّ مّ بقبوله الإشراف على هذه
الدراسة وما أمدني به من توجيه، وعلى نصائحه الفاضلة التي لم يبخل عليا بها، جزاه الله كل خير ووفقه في
مشواره العلمي.

ولا يفوتني أن أشكر كل من شجّعني وساعدني لإتمام عملي هذا من قريب أو من بعيد وأخص بالذكر حسينة
خنسول.

إهداء

إلى أعلى وأنبل ما في الوجود
إلى الروح التي رافقت روحي
إلى منبع الحنان ورمز العطف والأمان
إلى اليد التي مسحت رأسي
إلى تلك الشمعة التي حرقت نفسها لتضيء لي الطريق
إلى التي منحنتني كل ما تملك ولم تبخل عليّ بأي شيء
إلى العين الساهرة
إلى معجزة خلق الله
إلى ... أمي ... وأمي ... ثم أمي ... الحبيبة
إلى أبي << قاسي >> الذي وضع ثقته بي وكان له الفضل الكبير
في دعمي وتشجيعي
إلى كل أمهات وآباء العالم
إلى روح عبد القادر يوبي الطاهرة، الذي أنجب رجلا عظيما
إلى إخوتي الاعزاء: نور الدين وزوجته مليكة، كمال، الطاهر
إلى أخواتي: أنيسة وزوجها جمال وفريدة وزوجها سعيد
إلى فلذات كبدي: أمينة، زين الدين، إسراء مارية، شهد، سلسبيل
إلى شيماء وأتمنى لها النجاح في دراستها
إلى خالتي ليلي وأبناءها: هند، هدى، هاني
إلى كل جيراني بحي بني مراد، إلى كل صديقاتي
إلى كل زملائي وزميلاتي أساتذة علم الاجتماع
إلى كل من في ذاكرتي وقلبي وليس في مذكرتي.

ملخص

لقد عمدنا من خلال هذه الدراسة السوسولوجية المنطوية تحت عنوان " واقع المسنين في مركز العجزة " إلى تشخيص الواقع الاجتماعي بأسلوب علمي، موضوعي سوسولوجي بغرض البحث في الواقع المعيشي والصحي والاجتماعي للمسنين في مركز العجزة وتبيان حاجاتهم الأساسية والتركيز على وصف الواقع وتحليله بغية تحديد نمط حياة المقيمين في المؤسسات. وبذلك حاولنا من خلال هذه الدراسة إلى إظهار سلبيات وإيجابيات مراكز العجزة بقصد إعطاء رؤية عن واقع الخبرة الميدانية ورفع مستوى رعاية المقيمين من جميع النواحي. وقد سعينا إلى تقديم رؤية تحليلية ميدانيا لبرامج الرعاية الاجتماعية من خلال التركيز على مفهوم الرعاية الاجتماعية وبقصد إبراز نواحي القصور في تنفيذ البرامج وإلقاء الضوء على العقبات التي تحول دون تقديم مختلف برامج الرعاية للمقيمين بالضرورة المرضية وإلقاء الضوء على البرامج الترفيهية وكذا الأنشطة الاجتماعية والثقافية والترفيهية المعدة لقضاء وقت فراغ المسنين وأثرها على العادات السلوكية للمقيمين الصحية والنفسية والتأكد من الإعداد العلمي والميداني للعاملين في هذا المجال بما يتناسب والعمل مع المسنين. ومن أجل تقديم رؤية ميدانية لبرامج الرعاية الاجتماعية العالمية للمسنين في ضوء الواقع الجزائري كانت هذه الدراسة على مجالين هاميين وهما المستوى النظري والمستوى الميداني (التطبيقي).

الفهرس

	ملخص
	شكر
	الفهرس
12	مقدمة
15	1. الفصل الأول: الاقتراب النظري للدراسة
15	1.1. أسباب اختيار الموضوع
15	2.1. أهداف الدراسة
16	3.1. الإشكالية
19	4.1. الفرضيات
20	5.1. تحديد المفاهيم
34	6.1. الدراسات السابقة
56	7.1. المقاربة النظرية
62	8.1. صعوبات الدراسة
63	2. الفصل الثاني: مدخل عام للشيخوخة
64	1.2. تعريف الشيخوخة
65	1.1.2. تاريخ نشأة الاهتمام العلمي بدراسة الشيخوخة
70	2.1.2. تعريف الشيخوخة
72	3.1.2. تحديد مرحلة الشيخوخة
75	4.1.2. نظريات تفسر الشيخوخة
77	5.1.2. خصائص شخصية الإنسان في مرحلة الشيخوخة
80	2.2. مشكلات الشيخوخة واحتياجاتها
80	1.2.2. مشكلات الشيخوخة

109	..... 2.2.2 احتياجات الشيخوخة
115	..... 3.2 ظاهرة امتداد العمر والآثار المرتبطة بالتشيخ
116	..... 1.3.2 العوامل التي تتحكم في طول العمر
119	..... 2.3.2 المميزات العامة للمعضلات الطبية الاجتماعية للشيخوخة والتشيخ
121	..... 3.3.2 تشيخ السكان كظاهرة ديمغرافية
124	..... 4.3.2 عوامل التشيخ
125	..... 5.3.2 الشيخوخة في البلدان المتقدمة
126	..... 6.3.2 الشيخوخة في البلدان النامية
128	..... 7.3.2 الشيخوخة في الجزائر
130	..... 8.3.2 الشيخوخة على متون القصائد
132	..... ملخص الفصل
134	..... 3 الفصل الثالث: التوافق النفسي للمسنين وتكيفهم اجتماعيا
135	..... 1.3 التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين
135	..... 1.1.3 مطالب النمو لدى المسنين ومحددات التوافق
138	..... 2.1.3 التغيرات الدافعية ونمط التوافق
141	..... 3.1.3 مصادر صعوبات التوافق لدى المسنين
149	..... 4.1.3 الخصائص العامة للتوافق لكبر السن
151	..... 5.1.3 الرضا عن الحياة وروح المعنوية عند المسنين
152	..... 6.1.3 نحو توافق أفضل للمسنين
154	..... 2.3 العوامل المؤثرة في تكيف المسنين نفسيا واجتماعيا
156	..... 1.2.3 منهج الشخص في التكيف
157	..... 2.2.3 العمل السابق
157	..... 3.2.3 التهيو والاستعداد
158	..... 4.2.3 الأحوال المعيشية
159	..... 5.2.3 الفروق بين الجنسين
160	..... 6.2.3 الاتجاهات الاجتماعية
163	..... 7.2.3 إشباع الحاجات
165	..... 8.2.3 الدعم الاجتماعي

167	.....9.2.3 نحو تكيف نفسي واجتماعي ناجح للمسنين
168	.....3.3 المكانة الاجتماعية للمسنين
170	.....1.3.3 العوامل المؤثرة في المكانة الاجتماعية
170	.....2.3.3 مميزات مكانة المسن في الإسلام
176	.....3.3.3 المكانة الاجتماعية للمسنين في ضوء التغيرات الحضرية
190	.....ملخص الفصل
191	.....4. الفصل الرابع: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين
192	.....1.4 تعريف الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين
192	.....1.1.4 مفهوم كل من الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية
197	.....2.1.4 تعريف الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين
200	.....3.1.4 بعض أنماط الرعاية الموجهة للمسنين
206	.....2.4 ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين
208	.....1.2.4 مبادئ عامة للعمل الاجتماعي مع المسن
209	.....2.2.4 متطلبات أساسية لأداء الدور المهني مع المسنين
211	.....3.2.4 مسؤولية الأخصائي الاجتماعي نحو عميله المسن
215	.....3.4 طرق الخدمة الاجتماعية مع المسنين
215	.....1.3.4 طريقة خدمة الفرد
219	.....2.3.4 طريقة العمل مع الجماعات
221	.....3.3.4 طريقة تنظيم المجتمع
	.....4.4 الاتجاهات الحديثة للخدمة الاجتماعية مع المسنين ودور الأنساق المجتمعية في رعاية
226	.....المسنين
226	.....1.4.4 الاتجاهات الحديثة للخدمة الاجتماعية مع المسنين
236	.....2.4.4 دور الأنساق المجتمعية في رعاية المسنين
241	.....5.4 رعاية المسنين في المجتمع العربي
244	.....1.5.4 أبرز ملامح رعاية المسنين في بعض البلدان العربية
248	.....2.5.4 رعاية الجزائر لمسنياها
256	.....ملخص الفصل
258	.....5. الفصل الخامس: الأسس المنهجية للدراسة

258	.....	1.5	المناهج والطرق المستخدمة في الدراسة
259	.....	2.5	الأدوات المنهجية المستعملة
261	.....	3.5	أساليب وتقنيات تحليل البيانات
261	.....	4.5	تحديد مجالات الدراسة
263	.....	5.5	عرض شبكة الملاحظة
286	.....	6	الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات ونتائج الدراسة
286	.....	1.6	البيانات الخاصة بالمبحوثيين
292	.....	2.6	البيانات العامة للفرضية الأولى
337	.....	1.2.6	استنتاج الفرضية الأولى
337	.....	3.6	بيانات خاصة بالفرضية الثانية
356	.....	1.3.6	استنتاج الفرضية الثانية
356	.....	4.6	بيانات خاصة بالفرضية الثالثة
385	.....	1.4.6	استنتاج الفرضية الثالثة
387	.....	5.6	عرض وتحليل المقابلات الخاصة بالفرضية الرابعة
387	.....	1.5.6	استنتاج الفرضية الرابعة
397	.....	6.6	النتائج العامة للدراسة
405	.....		خاتمة
406	.....		قائمة المراجع

قائمة الجداول

الصفحة	الرقم
284	01
284	02
285	03
286	04
287	05
288	06
289	07
290	08
292	09
293	10
294	11
294	12
295	13
296	13 أ
297	14
298	15
299	16
299	17

- 18 300 يبيّن مكان تناول المبحوثين وجباتهم الغذائية حسب السنّ
- 19 301 يبيّن تلبية رغبة المبحوثين في أكل طبق معيّن حسب الجنس
- 20 302 يوضّح رأي المبحوثين في نوع الطعام المقدم حسب المستوى التعليمي
- 21 303 يوضّح حالة المبحوثين حسب السنّ
- 22 304 يبيّن أنواع الأمراض التي يعلنها عنها المبحوثين الذين صرحوا بأنّ صحتهم سيئة حسب الجنس
- 23 305 يبيّن وجود طبيب في المركز وعدد المرات التي يكشف فيها على المبحوثين
- 24 306 يوضّح وجود ممرض لتقديم العلاج الذي يقرّره الطبيب وتقديم الدواء في مواعيده
- 25 306 يبيّن وجود صيدلية في المركز لحفظ وصرف الأدوية اللازمة وكيفية حصول المسنين على الدواء
- 26 307 يبيّن مراعاة المركز للحالة الصحية للمسنين عند تحضير الوجبات الغذائية حسب الحالة الصحية للمسنين
- 27 308 يبيّن وجود طبيب أسنان في المركز حسب الجنس
- 27 أ 308 يبيّن كيفية التكفل بالآلام ومشاكل أسنان المبحوثين حسب الجنس
- 28 309 يبيّن الحالة النفسية للمبحوثين حسب الجنس
- 29 310 يبيّن حالة المبحوث عند التحاقه بفراشه حسب الحالة النفسية
- 30 311 يبيّن وجود مختص نفسي في المركز حسب الجنس
- 30 أ 311 يبيّن تردّد المسنين على الطبيب النفسي حسب الحالة النفسية
- 30 ب 312 يبيّن طريقة علاج المختص النفسي المتردّدين عليه حسب الحالة النفسية
- 31 313 يبيّن مزاج المبحوثين وهم في المركز حسب الجنس
- 31 أ 314 يبيّن سبب شعور المبحوثين بأنّ مزاجهم سيء وهم في المركز حسب مدة الإقامة في المركز
- 31 ب 316 يبيّن سبب شعور المبحوثين بأنّ مزاجهم على ما يرام وهم في المركز حسب الحالة المدنية
- 32 317 يوضح شعور المبحوثين بتناقض أهميتهم وهم في المركز حسب الجنس
- 32 أ 318 يبيّن سبب شعور المبحوثين بتناقض أهميتهم في المركز حسب الجنس
- 32 ب 320 يبيّن سبب شعور المبحوثين بعدم تناقض أهميتهم في المركز حسب الحالة النفسية
- 33 321 يبيّن سبب اهتمام المبحوثين بمقابلة الناس والأصدقاء حسب الفئات العمرية

- 33 أ يبيّن أسباب عدم اهتمام المبحوثين بمقابلة الناس والأصدقاء حسب الجنس 322
- 33 ب يبيّن أسباب اهتمام المبحوثين بمقابلة الناس والأصدقاء حسب الحالة النفسية 324
- 34 يوضح صعوبة اتخاذ المبحوثين القرارات وهم في المركز حسب الجنس 325
- 34 أ يوضح أسباب الصعوبات التي تواجه المبحوثين في اتخاذ قراراتهم حسب السن 326
- 35 يوضح تفاؤل وتشاؤم المبحوثين بالمستقبل وهم في المركز حسب الجنس 327
- 35 أ يبيّن أسباب تشاؤم المسنين بالمستقبل وهم في المركز حسب الحالة الصحية 328
- 35 ب يوضح أسباب تفاؤل المبحوثين بالمستقبل حسب السن 330
- 36 يبيّن شعور المبحوثين بالاطمئنان على صحتهم النفسية والجسمية وهم في المركز حسب الجنس 331
- 36 أ يبيّن أسباب عدم شعور المبحوثين بالاطمئنان حسب الحالة النفسية 332
- 36 ب يبيّن أسباب شعور المبحوثين بالاطمئنان حسب الجنس 333
- 37 يبيّن وجود أخصائي اجتماعي بالمركز حسب الجنس 337
- 38 يبيّن وجود برامج ترفيهية وترويحية داخل المركز حسب مدة الإقامة في المركز 337
- 39 يبيّن تنظيم ندوات دينية أو محاضرات تثقيفية حسب المستوى التعليمي 338
- 40 يبيّن وجود أنشطة لاستغلال وقت فراغ المبحوثين حسب الجنس 338
- 40 أ يبيّن الأنشطة المستغلة في وقت الفراغ بالنسبة للذين أجابوا " نعم " حسب الجنس 339
- 40 ب يبيّن كيفية قضاء الوقت بالنسبة للمبحوثين الذين أجابوا " لا " حسب الحالة الصحية 339
- 41 يبيّن أدوات الترفيه المتوفرة في المركز حسب الجنس 340
- 42 يبيّن متابعة المبحوثين البرامج التلفزيونية والنشرات الإخبارية حسب المستوى التعليمي 341
- 43 يبيّن قيام المبحوثين برحلات خارج المركز حسب الجنس 341
- 44 يبيّن شعور المبحوثين وهم في المركز حسب الجنس 342
- 45 يبيّن طبيعة العلاقات التي تربط المبحوثين بعضهم البعض حسب الجنس 342
- 46 يوضح تقاسم أطراف الحديث بين المبحوثين حسب السن 343
- 46 أ يبيّن القضايا التي يتناقش حولها المبحوثين حسب المستوى التعليمي 344
- 47 يبيّن شعور المبحوثين بأن لهم مكانة ضمن باقي المقيمين حسب الجنس 345
- 47 أ يبيّن أسباب شعور المبحوثين الذين أجابوا " لا " حسب السن 346

- 48 347 يبيّن نوع العلاقات التي تربط المبحوثين بالمشرفين على راحتهم حسب الجنس
- 49 347 يبيّن استئذان المشرفين على راحة المبحوثين قبل الدخول إلى غرفهم حسب الجنس
- 49 أ 348 يبيّن موقف المبحوثين من سلوك بعض المشرفين على راحتهم حسب الجنس
- 50 349 يبيّن علاقة المبحوثين بأعضاء التنظيم الإداري للمركز حسب الجنس
- 51 349 يوضح زيارة المديرية للمبحوثين في غرفهم حسب الجنس
- 52 350 يبيّن تناول المديرية الغداء مع المبحوثين حسب الجنس
- 52 أ 350 يبيّن شعور المسنين الذين رافقتهم المديرية الأكل حسب الجنس
- 53 352 يبيّن شعور المبحوثين وهم متواجدين في مركز العجزة حسب الجنس
- 54 356 يبيّن نوع النشاط الذي كان يمارسه المبحوث قبل التقاعد حسب الجنس
- 55 357 يبيّن وجود موارد يعيل لها المبحوث نفسه وهو في المركز حسب النشاط الممارس من قبل
- 55 أ 358 يبيّن نوع الموارد بالنسبة للمبحوثين الذين أجابوا " نعم " حسب النشاط الممارس من قبل
- 56 359 يبيّن وجود أبناء يعملون حسب الجنس
- 56 أ 359 يبيّن تلقي المبحوثين المساعدة المادية من طرف آبائهم حسب مواردهم
- 56 ب 360 يبيّن أنواع المساعدة المادية بالنسبة للمبحوثين الذين يتلقون مساعدات مادية من طرف آبائهم
- 57 361 يبيّن نوع مسكن المبحوثين قبل التحاقهم بمركز العجزة حسب النشاط الممارس
- 58 362 يبيّن الأطراف التي كان يسكن معها المبحوث حسب الحالة المدنية
- 59 364 يبيّن طبيعة العلاقات التي كانت تسود أسرة المبحوثين حسب نوع المسكن
- 60 365 يبيّن وجود خلافات داخل أسرة المبحوثين حسب النشاط السابق للمبحوثين
- 60 أ 366 يبيّن أسباب الخلافات بالنسبة للمبحوثين الذين أجابوا " نعم " حسب الجنس
- 61 366 يبيّن دور المبحوث في حلّ الخلافات حسب الجنس
- 62 367 يبيّن مدى أهمية قرارات المبحوث في العائلة حسب النشاط الممارس
- 63 368 يبيّن سبب التحاق المبحوثين بمركز العجزة حسب الجنس
- 64 369 يبيّن وجود صلة بين المبحوثين وأفراد أسرتهم حسب الأطراف التي كانوا يسكنون معها

- 370 65 يبيّن نوع الصلات بالنسبة للمبحوثين الذين أجابوا " نعم " حسب الجنس
- 370 66 يوضح لجوء أقارب المسنين لاستشارة المبحوثين وهم في المركز حسب الجنس
- 371 66 أ يوضح القضايا التي يلجأ من أجلها الأبناء للمبحوثين لطلب الاستشارة حسب امتلاك المبحوث للموارد المالية
- 371 67 يبيّن شعور المبحوث بتغيير معاملة أسرته منذ تواجده في المركز حسب مدة الإقامة في المركز
- 372 68 يبيّن رأي المبحوثين في سلوك الأسرة حسب الجنس
- 373 68 أ يبيّن شعور المسنين الذين أجابوا " نعم " حسب الجنس
- 374 69 يبيّن زيارة المبحوثين للأسرة أو أحد الأقارب منذ تواجدهم في المركز حسب مدة الإقامة.
- 375 69 أ يبيّن الأقارب الذين زارهم المبحوث حسب عدد الزيارات
- 375 69 ب يبيّن ارتباط الزيارات بمناسبات دينية أو غيرها حسب الجنس
- 376 70 يبيّن رأي المبحوثين في مراكز العجزة حسب الجنس
- 376 70 أ يبيّن الأسباب بالنسبة للذين أجابوا " لا " حسب الأصل الجغرافي
- 377 70 ب يبيّن الأسباب بالنسبة للذين أجابوا " نعم " حسب الحالة المدنية
- 378 71 يبيّن شعور المبحوثين بالرضا من حياتهم في المركز حسب وجود الصلة بينهم وبين أقاربهم.
- 379 71 أ يبيّن أسباب شعور المبحوثين بالرضا حسب الحالة المدنية
- 380 71 ب يبيّن أسباب عدم شعور المبحوثين بالرضا حسب السن
- 381 72 يبيّن آمال المبحوثين وهم في وضعهم في المركز حسب الجنس

مقدمة

كان المجتمع الجزائري التقليدي يعتمد في ترتيباته المجتمعية على التنظيمات غير الرسمية أو الأولية وفي مقدمتها الأسرة لرعاية مسنيها بحيث تتوحد فيه العلاقات إلى حدّ ما ويحدث عادة التماسك الأسري بدرجة أكبر وتتقارب الاتجاهات والقيم والمعايير ويزداد تماسك الأفراد بالقيم الخلقية والروابط الأسرية ويرتفع مستوى دافعية الانجاز عند الأبناء. لكن الأسرة الجزائرية في المجتمع المعاصر، تواجه مشكلات ومعوقات وتحديات عديدة من جراء تعقد الحياة المعاصرة وطبيعة الحياة الحضرية وطبيعة أماكن الإقامة التي أوجبت انفصال الأبناء والأحفاد عن الأبناء والأجداد عند الزواج ومواجهة متطلبات واحتياجات لم تكن من قبل، ممّا يعقد العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة الواحدة. وصاحب فقدان الأسرة مكانتها بين أفرادها مشكلات عاطفية ومادية وعلاجية وخاصة مع كبار السن الذين تباعد أبنائهم عنهم في الوقت الذين هم يحتاجون إليهم ليس فقط من حيث الاحتياج المادي من طعام وشراب وكساء، بل كذلك من الناحية النفسية وحيث الحاجة العامة من قبل المسنين للرعاية الاجتماعية من قبل الأبناء والشعور بالأمن والاطمئنان والانتماء والتقدير والاحترام وحيث تزداد الحاجة إلى هذه المشاعر عند التقدم في العمر بدلا من الشعور بالنبذ.

ومع التسليم بأن مسؤولية رعاية الآباء تقع بالدرجة الأولى على الأبناء والبنات لارتباطهم بارتباط الدمّ بأبائهم وأمهاتهم وأجدادهم وجداتهم، إلا أن تغيير نمط معيشة الأسرة الحديثة في نطاق الشقة الضيقة التي لا ترحب بوجود الكبار في نطاقها أو التي تجد نفسها غير قادرة على الوفاء بالخدمة المناسبة أو الناجعة بإزاء ما يحتاجون إليه من رعاية مستمرة وملاحظة متواصلة، قد حال دون سدّ رعاية الأبناء لأبائهم وأمهاتهم والوفاء بها.

ولمقابلة احتياجات مستجدة لم تتوافر لها الأجهزة التي تشيعها في التنظيم الثقافي السائد لجأ المجتمع الجزائري إلى إيجاد ترتيبات مجتمعية رسمية لمقابلة احتياجات فشلت ترتيبات المجتمع غير الرسمية في مقابلتها فبعدها أحسّ إنسان الحضارة بضرورة قيام مؤسسات تربوية متخصصة تضطلع بالشطر الكبير من رعاية الطفولة، فإنه بدأ في الوقت نفسه يحس بنفس الضرورة تجاه أجيال المسنين

خصوصاً بعد أن أثبتت الدراسات الاجتماعية والنفسية الوفيرة أن مرحلة الشيخوخة مرحلة خصبة وأنها مرحلة أساسية من مراحل عمر الإنسان وأنه من الضروري إذن توجيه الاهتمام إليها بحيث يتوافر لها القسط اللائق بها من الرعاية والعناية وأن إهمالها أو التقصير في حقها هو أيضاً إهمال وتقصير في حق الإنسانية كلها، إذ ليس هناك مبرر لأن توجه العناية والرعاية إلى جميع مراحل العمر من الطفولة والمراهقة والشباب ثم تسقط الشيخوخة من الحساب ولا يقيم لها أي اعتبار. وإذا كان مبدأ الرعاية بالنسبة لأية مرحلة عمرية يقوم على أساس مراعاة الخصائص المتعلقة بتلك المرحلة، فالواجب بالنسبة لمرحلة الشيخوخة، توفير الجو الاجتماعي المناسب للأفراد الواقعيين في نطاقها، تماماً كما يوفر الجو المناسب للطفولة والمراهقة والشباب لأن مسألة رعاية الشيخوخة لا تقبل التسويق أو التأجيل من حيث حاجتها إلى سدّ مطالبها وتلبية حاجاتها والتخفيف من توتراتها والعمل على حلّ مشكلاتها.

ولأن تحديد مسؤولية رعاية كبار السن كفيل بالطمأنينة على مستقبلهم بقضاء تلك المرحلة العمرية في صحة وسعادة ويسر.

ومن ألوان الرعاية التي توفرها الجزائر لمسنها نجد الرعاية الإيوائية بحيث أنشأت مراكز رعاية المسنين نتيجة حاجة اجتماعية ملحة وهي تخضع للإشراف المباشر للدولة ولها رسالة إنسانية معيّنة والباعث الأساسي هو الباعث الصحي بالإضافة إلى أنواع أخرى من الرعاية النفسية والاجتماعية المرتبطة بالرعاية الصحية أشدّ الارتباط وأقواه بحيث لا يمكن توفير الصحة والحيوية والنشاط للمسّن بالاهتمام بالجسم فقط.

وبغرض الوقوف على الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية التي توفرها هذه المراكز. جاءت هذه الدراسة للنظر في تصميم إحدى هذه المراكز والنظر إذا ما كانت الحياة فيه تشبه الحياة الأسرية مع تمتع المسن بنوع من الاستقلال في المعيشة، وإذا يوفر الشروط اللازمة لتحقيق الأهداف الرعاية للمسّن من جوّ نفسي واجتماعي وصحيّ مناسب، وسبل الصلات بالبيئة مع وسائل الترويح والنشاط المناسبة، بحيث تأخذ حياة المسنين سمة المجتمع الطبيعي غير المعزول والكشف عن المشاكل النفسية والاجتماعية الناتجة عن انتقال المسن من الأسرة إلى المؤسسة وما يصاحب ذلك من سوء توافق لديهم ومن عزلة اجتماعية.

وعلى هذا الأساس تمّ تقسيم الدراسة إلى بابين، في الباب الأول جاء الجانب النظري من الدراسة في حين احتوى الباب الثاني الجانب الميداني منها.

كما جاءت الدراسة على شكل فصول:

في الفصل الأول نجد الطرح النظري للدراسة من أسباب اختيار الموضوع وأهداف الدراسة، الإشكالية والفرضيات، تحديد المفاهيم، الدراسات السابقة والمقاربة النظرية وينتهي بصعوبات الدراسة.

والفصل الثاني يأتي كمدخل عام للشيخوخة ويتضمن ثلاثة مباحث من خلالها يتم تعريف الشيخوخة وكذا احتياجاتها والآثار المترتبة عن الشيخ وظاهرة امتداد العمر.

والفصل الثالث فيتم التطرق فيه إلى التوافق النفسي للمسنين وتكيفهم الاجتماعي ويتضمن ثلاثة مباحث يأتي فيها مطالب التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين وكذا العوامل المؤثرة في تكيفهم النفسي والاجتماعي، كما نتطرق من خلاله إلى مكانة المسنين الاجتماعية.

والفصل الرابع نتعرض فيه لواقع الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين ويأتي على شكل خمسة مباحث نتعرف من خلالها على الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين ونعرض ممارسات الخدمة الاجتماعية وطرق الخدمة الاجتماعية للمسنين وكذا الاتجاهات الحديثة للخدمة مع المسنين ودور رعاية الأنساق المجتمعية في رعايتهم ونهي بعرض رعاية بعض البلدان العربية لمسنينها بما فيها الجزائر.

أما الباب الثاني من الدراسة فيشمل على نتائج الدراسة الميدانية بالتعرض إلى تجزئة النتائج وتحليلها حسب الفرضيات.

فقمنا في الفصل الأول من هذا الباب بتحديد المناهج المستعملة لانجاز البحث وتقنياته وعرض شبكة الملاحظة.

ويتم في الفصل الثاني تحليل بيانات فرضيات الدراسة ونتائج الفرضيات نحلل نتائج المقابلات الخاصة بالفرضية الرابعة ونهي بعرض نتائج الدراسة والخاتمة.

الفصل 1 الإطار النظري للدراسة

1.1. أسباب اختيار الموضوع:

قد تكون هناك دوافع كثيرة تدعم أسباب اختيارنا لهذا الموضوع ولكن أهمها يكمن في:

1.1.1. السبب الذاتي:

تعاطفي مع كل القضايا التي تمسّ الشيوخ والمسنين بسبب التهميش الذي تعاني منه فئة العمر الثالث.

2.1.1 الأسباب الموضوعية:

- اهتمام المجتمع بدراسة الثقافة الفرعية للشباب من شتى النواحي في حين تبقى مرحلة العمر المتقدم لا يعرف الكثير عنها من حيث العوامل الاجتماعية والنفسية.
- الزيادة المضطردة في إعداد المسنين في الجزائر (كغيرها من بلدان العالم) مما يشير إلى أننا أمام فئة عمرية ليست بالقليلة وتستحق الاهتمام والرعاية من قبل المجتمع والدارسين في هذا المجال.
- معرفة إذا كانت مراكز العجزة تقوم بتنفيذ البرامج والخدمات التي تنص عليها لائحة إنشائها وإلى أي حد تحقق الأغراض التي قامت من أجلها.
- محاولة التعرف على ظروف إيواء ورعاية المسنين من الذكور والإناث داخل المركز وما يعانون منه من مشكلات ومعوقات وكيف يقضون وقت فراغهم.
- التعرف على الهيكل التنظيمي والإداري والتقني بالمركز وكذا القائمين على الإشراف على راحة المقيمين.
- التعرف على العادات المرتبطة بالترفيه والغذاء والنظافة للمسنين والعوامل المؤثرة فيها.
- محاولة التعرف على طبيعة العلاقات السائدة بين المقيمين من جهة ونوع الصلات الموجودة (إن وجدت) بين المقيمين وأسرهم.

2.1. أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة للوصول إلى:

1.2.1. الأهداف العلمية:

تسعى هذه الدراسة إلى محاولة إثراء المعرفة في الخدمة الاجتماعية بصفة خاصة وفي علم الاجتماع الشيخوخة بصفة عامة.

كما تسعى إلى المساهمة بشكل بسيط ومتواضع في التراكم العلمي.

2.2.1. الأهداف العملية:

- البحث في الواقع المعيشي والصحي والاجتماعي للمسنين في مركز العجزة وتبيان حاجاتهم الأساسية، والتركيز على وصف الواقع وتحليله بغية تحديد نمط حياة المقيمين في المؤسسات.
- توضيح سلبيات وإيجابيات مراكز العجزة بقصد إعطاء رؤية عن واقع الخبرة الميدانية ورفع مستوى رعاية المقيمين من جميع النواحي.

- تقديم رؤية تحليلية تقويمية ميدانيا لبرامج الرعاية الاجتماعية من خلال التركيز على مفهوم الرعاية الاجتماعية وبقصد إبراز نواحي القصور في تنفيذ البرامج.
- تقديم رؤية ميدانية لبرامج الرعاية الاجتماعية العالمية للمسنين في ضوء الواقع الجزائري.
- إلقاء الضوء على العقبات التي تحول دون تقديم مختلف برامج الرعاية للمقيمين بالضرورة المرضية.

- إلقاء الضوء على البرامج الترفيهية وكذا الأنشطة الاجتماعية والثقافية والترفيهية المعدة لقضاء وقت فراغ المسنين وأثرها على العادات السلوكية للمقيمين الصحية والنفسية.
- التأكد من الإعداد العلمي والميداني للعاملين في هذا المجال بما يتناسب والعمل مع المسنين.

3.1. الإشكالية

إنّ مرحلة الشيخوخة بالرغم ما تتميز به من إيجابيات كحكمة الحياة وثمرات خبراتها وقدرة على العطاء، إلا أنّها في كثير من المواقف فهي لا تعني فرصة للمتعة والاسترواح بقدر ما تعنيه من انحدار في القدرات الوظيفية، البدنية، والعقلية، والذي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية ويتسبب في مظاهر الضعف والوهن.

وهي كذلك فقدان للهوية الاجتماعية وإحساس بضياح الدور الحقيقي للإنسان في الحياة وما ينجم عنه من تدهور في المستوى الاقتصادي بصورة قد تصل إلى حدّ العوز المادي والنبذ الاجتماعي، إضافة إلى ما يصاحب هذا الوضع من فقدان احترام المسن لذاته ولقيّمته في الحياة.

ونظرا لما يعانون المسنين من عجز جسمي وعقلي واغتراب نفسي واجتماعي، فإنهم عادة ما يتطلبون حماية ورعاية من الآخرين. وقد شهدت الإنسانية ألوانا متعددة من أساليب رعاية المسنين لعوامل دينية وثقافية مختلفة، وتمثلت تلك الرعاية في بداية الأمر في تقديم الصدقات من خلال الملاجئ والعطايا إلى جانب رعاية الأسرة والعشائر واليوم تقف مسألة رعاية المسنين ضمن

موضوعات الساعة وأصبحت تشدّ المسؤولين وانتباههم وينادي بها العاملون في ميادين العلوم الاجتماعية بصفة عامة والخدمة الاجتماعية بصفة خاصة خصوصا ونحن نعيش الآن عصر برامج العمل الاجتماعي على نطاق واسع حيث تواجه هذه البرامج أساسا من أجل مواجهة المشكلات العديدة التي تعاني منها المجتمعات المعاصرة سواء كانت متقدمة أو متخلفة.

هذا وإنّ التزايد المعاصر لأعداد المسنين نتيجة التطور في علوم الطب وأساليب الرعاية الصحية وتقدم العلوم الإنسانية كالطب النفسي وعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، قد أسهم في حدة المشاكل المتعلقة برعاية المسنين. وبالرغم من الأصل في رعاية المسنين يجب أن تقع بالدرجة الأولى على عاتق الأسرة نظرا لأهميتها البالغة كنظام اجتماعي في توفير وتقديم خدمات رعاية كبارها. إلا أنه نظرا للعديد من المتغيرات المجتمعية والأسرية والمادية ونظرا للطابع الحالي للمجتمع الصناعي ومع حدوث التغيير الاجتماعي أخذ نظام الحياة الأسرية الممتدة في التطور والتغير والضمور وظهور الأسرة النووية التي تقوم على الصلة بين الزوجين وأولادهما فحسب دون الامتداد. فالأسرة الصغيرة لم يعد لديها وظيفة هامة لرعاية أفرادها من الشيوخ. وبهذا تصبح الرعاية البديلة ضرورة لا مفر منها.

ولما كانت رعاية كبار السن ضرورة من ضروريات عصرنا ومن الحقوق الأساسية في هذا الزمان فأصبح من الضروري ومن الأهمية البالغة والحاجة الملحة إلى التدخل التنظيمي والمؤسسي والتشريعي لرعاية المسنين.

ومن هنا أصبح مجال رعاية المسنين من المجالات الرئيسية في المجتمعات المعاصرة حيث اهتمت برعاية تلك الفئة وذلك بوضع النظم واللوائح التي نظمت أوجه رعايتهم بحيث لا تقتصر تلك الرعاية على رعاية مادية فقط بل امتدت إلى جميع النواحي بما يوفر السعادة لهم ويرفع من روحهم المعنوية. ومع اختلاف المجتمعات من حيث اتجاهاتها نحو مواجهة مشكلات المسنين إلا أنّ أغلبها تتجه بكل مواردها نحو إشباع حاجات كبار السن ومساعدتهم على مشاكلهم الجسمية، الطبية، النفسية، الاجتماعية، والاقتصادية بتوفير شتى سبل الرعاية.

وما يمكن قوله عن المجتمع الجزائري هو أنه لم يلمس مشكلة رعاية المسنين إلا في السنوات الأخيرة بحيث كان المجتمع الجزائري التقليدي يتميز باهتمامه الشديد بالمسنين بحيث نجد الأجيال المختلفة والتي تبدأ من أجيال المسنين إلى الآباء والأبناء والأحفاد في صلة مترابطة متماسكة يقوم التكافل الاجتماعي والأسري بينها أساسا. وكان كبير السن في الأسرة يمثل مكانة اجتماعية عالية ويحاط بالترحم والاحترام ويستفاد من مهارته في النشاط الاجتماعي والاقتصادي للأسرة. وجميع أفراد العائلة يتبارون في خدمته وتهيئة سبل الراحة والطمأنينة أمامه.

وبفعل التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي قلصت نظام الأسرة الممتدة بكل ما تحمله من عوامل التكافل الاجتماعي فضلا عن نزوح الأسر من الريف إلى المدن وما صاحبه في أنماط السلوك والعلاقات الاجتماعية.

ونتيجة استقالة الأسر من الوظيفة التقليدية لرعاية أفرادها المسنين والعاجزين وعدم كفايتها في تحقيق الإشباع الكافي للحاجات الخاصة لهذه الفئة. ظهرت الحاجة الملحة للتحوّل من الرعاية الأسرية إلى نظام الرعاية المؤسسية في الجزائر كنتيجة طبيعية باعتبار المؤسسة التي ينتقل إليها المسن تصبح البيئة المناسبة لتوفير الخدمات الشاملة خصوصا في حالات المسنين المرضى أو العجزة الذين هم في حاجة إلى رعاية مكثفة طويلة ولمواجهة الأمراض الحادة والمزمنة.

ولأن المشكلات الصحية الاجتماعية، الاقتصادية والنفسية التي يتعرض لها المسنون تستدعي اتخاذ إجراءات متخصصة لمواجهتها وإعادة الاعتبار للمسن بحيث تتم رعاية كبار السن في إطار نظام مخطط بحيث يخفف من حدة القلق والتوتر عن طريق توفير المناخ المناسب والخدمات الصحية والاجتماعية وملاً الفراغ حتى يتم اتخاذ الوضع الحقيقي للمسن بحيث يشعر بثقته في المستقبل وأنه أحد الأهداف الحيوية التي يجب تحقيقها من خلال برامج الرعاية الخاصة داخل المؤسسة.

هذا وإن الرعاية المؤسسية للمسنين هي واحدة من أنظمة الرعاية التي شاع استخدامها في المجتمعات الغربية وهي التي يطلق عليها في بعض الأحيان نظام الرعاية المغلقة [1، ص 28]. ويستند هذا النموذج على أساس توفير ظروف أسرية أو ظروف مشابهة للحياة الأسرية للشخص المسن الذي يكون بحاجة للرعاية ويعمل هذا النموذج على توفير أنشطة الحياة اليومية وتطوير وتحسين الصحة النفسية ومستوى المعيشة لكبير السن. والخدمات المقدمة تركز على وقاية المسن (Prévention) أو إعادة تأهيله (Réhabilitation) أو علاجه (Traitement) بهدف زيادة استمتاعه بفرص الحياة المتاحة أمامه [1، ص ص 28-29].

وتشير الأرقام في الجزائر نحو التوسع في استخدام الرعاية المؤسسية للمسنين كبديل مناسب لمواجهة حاجات ومشكلات هذه الفئة العمرية ممن لا صلة عائلية لهم ولا دخل مالي وغير مؤهلين لممارسة أي نشاط مهني. بحيث بلغ عدد مراكز العجزة 28 مركزا موزعين على 23 ولاية من الوطن وتم إنشاءهم بموجب المرسوم رقم 80-82 المؤرخ في 15 مارس 1982 والهدف منها خلق نمط معيشي جديد يسمح للمسنين التأقلم والاندماج داخل المؤسسة [2].

هذا وبالرغم من الأهداف السامية والنبيلة التي تنشدها الرعاية داخل مراكز العجزة إلا أنّ حجم الآثار السلبية التي تنعكس على المسنين عند نقلهم أو إجبارهم على مغادرة الحياة الأسرية إلى حياة مختلفة في مؤسسة لكبار السن وهي بيئة مغايرة عن تلك التي ألفوها وعاشوا فيها، يبدو ضخما.

بحيث يفقد المسن بهذه النقلة الجديدة الشعور بالأمن الذي يستمدّه من الحياة في كنف أسرته، الأمر الذي قد يترتب عليه الإحساس المتزايد بالعجز والمرض والهلع أو على أقل تقدير ينمو لديه الشعور بعدم الاستقرار والخوف.

ومع التسليم بأن مراكز العجزة بيئة تحمي وتقي المسنين وتقدم لهم الرعاية المفقودة فهل يمكن أن نعتبرها جهاز بديل للأسرة في توفير احتياجات المسنين؟.

ولنا أن نتساءل هل تصميم هذه المراكز هو بكيفية تقرب الحياة فيها إلى حياة الأسرة بحيث تأخذ سمة المجتمع الطبيعي غير المعزول عن البيئة والأهل والأقارب ويتمتع المسنين بنوع من الاستقلال في المعيشة. وإذا كانت هذه المراكز تهيء للمسنيين وسائل الترويح فهل هي كفيلة بتوفير لهم سبل الصلات بالبيئة وتسمح لهم بممارسة الأنشطة التي ترفع روحهم المعنوية.

ومن خلال ما تم ذكره تطرح أمامنا إشكالية أدت بنا بدافع الفضول والشغف العلمي إلى طرق أبواب أحد مراكز العجزة بهدف تحديد واقع المسنيين الاجتماعي والنفسي داخل المركز ومحاولة تقييم الخدمات التي يوفرها.

وهذا ما أدّى بنا إلى طرح التساؤلات التالية:

- ما هي أهم المشكلات الصحية، النفسية والاجتماعية التي يواجهها المسنيين المقيمين بمركز العجزة؟ وهل خدمات الرعاية الاجتماعية والبرامج الترفيهية أكثر استجابة واستمرارية لحاجياتهم وكفيلة بمواجهة ما يعانون من مشكلات وتحسين مستوى حياتهم؟.

- ما هي طبيعة العلاقات الاجتماعية السائدة بالمركز، وهل هناك صلات واتصال بين المقيمين وأسرههم؟

- هل المشتغلين بالمركز لهم الكفاءات العلمية اللازمة باعتبارهم ممارسين ومنظمين للخدمة الاجتماعية ومسؤولين عن الخدمات المقدمة لمواجهة الحاجات الفعلية للمسنيين؟

4.1. الفرضيات

بناء على التساؤلات المطروحة في الإشكالية توصلنا إلى صياغة الفرضيات الآتية:

1- الالتزام بتطبيق برامج الرعاية الاجتماعية الفعالة ميدانيا ورفع مستوى الخدمات المقدمة في مركز العجزة يساعد على تكيف المسنيين اجتماعيا وتوافقهم نفسيا وصحيا.

2- البرامج الترفيهية المتنوعة والمتعددة المجالات تزيد من حركة ونشاط وسعادة المسنيين وتسمح لهم بالدخول في علاقات اجتماعية مع بعضهم البعض مما يساعد على خلق جوّ من الألفة والاستقرار النفسي والاجتماعي.

3- العمل على تفاعل المسنيين مع بعضهم البعض وإبقاء الصلة بين المقيمين في المركز وأسرههم، يساهم في تكيف المسنيين اجتماعيا وتوافقهم نفسيا مع طبيعة الحياة في المركز.

4- الإعداد العلمي والميداني للعاملين في المركز يوفر الرؤية الموضوعية لديهم عن كيفية التعامل مع فئة المسنين: متطلباتها واحتياجاتها وطبيعة مشاعرها وأحاسيسها.

5.1. تحديد مفاهيم الدراسة

يعتبر تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية أمراً ضرورياً في البحث العلمي على وجه العموم والبحث الاجتماعي على وجه الخصوص ذلك أنه من المعروف أن أهم خصائص العلم التي تميزه عن غيره من ضروب المعرفة الدقة والموضوعية ومن مستلزمات الدقة في العلم وضع تعريفات واضحة محددة لكل مفهوم أو مصطلح يستخدمه الباحث في بحثه مهما كانت هذه المفاهيم بسيطة وذلك لتجنب أي لبس في معنى هذه المصطلحات ولأن دراسة صحة الفرد النفسية والاجتماعية وتوافقه الشخصي وتكيفه الاجتماعي يتطلب جهد الباحث والأخصائي الاجتماعي خاصة ونحن نركز في هذه الدراسة على حياة المسنين في مراكز العجزة بنظرة تحليلية تفويمية لتفهم واقعها وإدراكها ومعرفة ما يحيط بها.

وهو ما حدا بنا في هذه الدراسة إلى التعمق في مجموعة من المفاهيم والمصطلحات لتتير لنا الطريق وتوضح لنا ماذا نعنيه في مضمون ومحتويات هذه الدراسة.

1.5.1. تحديد مفهوم المسن:

إذا كان من المتفق عليه بأن الشيخوخة هي آخر مرحلة من مراحل النمو للإنسان فإننا لا نجد في الواقع إجابة واحدة يمكن أن تجيب عن تساؤل بسيط حول متى تبدأ الشيخوخة وليس في الإمكان كذلك أن نحدّد الفترة التي نقول عندها لقد انتهت مرحلة منتصف العمر ثم بدأت مرحلة الشيخوخة وإن كان البعض بإمكانه التعرف على بوادر الشيخوخة بملاحظة الحالة الصحية والجسمية التي يعكسها المظهر الخارجي للشخص الذي ينتمي إلى زمرة المسنين.

ولما كان كل من عالم السكان والاقتصاد والسياسة والعلوم النفسية، والاجتماعية والكاتب والشاعر يهتم بموضوع الشيخوخة فقد تعددت وتباينت تعريفاتهم للمسنين تبعاً لاختلاف وجهات النظر والتخصصات التي تهتم برعايتهم: فيعرف المسن لغويًا على أنه من تبدو عليه أعراض الشيخوخة بمعنى هرم، متقدم في السن، شيخ، عجوز. [3، ص711].

ونجد من رفض أن يكون المسن صنفاً بيولوجياً وقالوا أن هناك دلائل تشير إلى أن بعض المتقدمين في السن من الإنسان وحتى من الحيوان يمتلكون قدرات فيزيولوجية مكافئة أو حتى أفضل ممن هم أصغر سناً. [4، ص13].

وفي نفس السياق، لقد نفى البعض كل معاني العجز والمرض التي قد توحي إليهما كل من كلمة <<مسن>> (Vieux) و<<المتقدم في العمر>> (Personne âgée) بحجة أن كلمة <<Vieux>> نجد فيها كلمة <<Vie>> والتي تعني الحياة [5، ص35].

وهناك من اكتفى باعتبار المسن كل من يتجاوز عمره، عمر الأشخاص الذين يؤلفون الجماعة التي يعيش وسطها [6، ص17].

وعرّف المسن (Le Vieux) كذلك على أنه الشخص الذي عاش مدة زمنية أطول من تلك التي عاشها الأفراد المحيطين به ويبقى له من العمر مدّة أقل بكثير من تلك التي قضاها [7، ص339]. هذا وما يجعل المرء أكثر وعيا بتقدمه في السن بلوغ المعاش أو حصوله على الضمان الاجتماعي أو بلوغه المكانة التي يطلق عليها في الغرب >> المواطن الكبير (Le citoyen Senior) أو في ثقافتنا العربية الإسلامية "الشيخ" [8، ص93].

وما ورد في تقرير السكرتير العام للأمم المتحدة رقم 9126/أ بتاريخ 1973/08/28 عن المسنين (والذي وضع بناء على قرار الجمعية العمومية للأمم المتحدة رقم 2842) والذي قدم للمجلس الاقتصادي والاجتماعي (اللجنة الاجتماعية عام 1973) يشير إلى أن اختلافا في الأفراد يبدو بالنسبة لشيخوختهم: فالبعض تبدو عليه الشيخوخة في سن 45 سنة، بينما تبدو لدى البعض في سن 75 سنة، وبينما يبقى أغلب الناس فوق سن 65 سنة في بيوتهم ويعتبرون قادرين نسبيا على رعاية أنفسهم ولكن قدراتهم تتناقص [9، ص24].

ونظرا لصعوبة تعريف كبير السن بصورة قاطعة، فإنه من الصعوبة إمكان التحدث عن كبير السن كشيء يأتي في يوم محدد، ومع ذلك فإنّ الدخول في هذا السن يكون خلال مراحل التحوّل وهي في العادة خلال الستينات.

فقبل الستين قليلا ما يعرف الشخص بأنه مسن أو عجوز، وبمجرد الدخول في السبعينات فإن قليلا من الناس من يعرفوا بأنهم ليسوا مسنين [10، ص ص 261-262].

وانطلاقا من هذا المبدأ ترى أحد وجهات النظر أن المسنين هم الفئة التي تزيد أعمارهم عن 60 سنة وترى وجهة نظر أخرى في تحديدها لهذه المرحلة العمرية أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى مرحلتين فقط: الأولى من سن 60 عاما إلى 74 عاما والثانية من 75 عاما حتى نهاية حياة الفرد [11، ص415]. وهناك اتجاه يحدّد كبار السن اعتمادا على ظهور بعض الأعراض مثل ذبول الجلد وتغيّر لون الشعر وتناقل الحركات وضعف السمع والبصر وظهور كثير من الأمراض الجسمية [12، ص15].

كما يعرف المسن من وجهة نظر علم النفس بأنه مرحلة كبير السن التي تبدأ في السنة الخامسة والستين إلى آخر العمر والذي قد يمتد إلى ما بعد المائة من السنوات وتنتاب الشخص في هذه السن بعض الأمراض أو الظواهر النفسية غير المألوفة لدى الفرد قبل هذه السن [13، ص27].

أما الاجتماعيين فيركزون على أن المسن هو الذي يتعرض لمجموعة من التغيرات البيولوجية والتغيّر في المراكز والأدوار والمراكز المهنية والاجتماعية التي من شأنها التأثير في إدراك الآخرين له وما يؤدي إليه من طرق مختلفة للتفاعل معه ممّا يؤثر على تصوّر المسن لذاته وعمره

وسلوكه.[14، ص31]. هذا وبالرغم من تعدد تعريفات المسنين إلا أن الاتجاه السائد يرمي إلى الأخذ بالتعريف الزمني للشيوخ وهو ما تتبعه الحكومات والمصانع وأصحاب العمل في تحديد مواعيد إحالة الموظفين والعمال إلى التقاعد[15، ص ص 16-17].

بحيث تعتبر المنظمة العالمية للصحة (O.M.S) أن الأشخاص الذين يبلغون 60 سنة فما فوق يمثلون المجتمع المسن وهذا المقياس يعتبر أكثر استعمالاً لأنه يستجيب لمجموعة من المقاييس الاجتماعية والاقتصادية لا سيما فترة الإحالة على المعاش[16، ص75].

ومع التسليم بما هو متعارف عليه بأن طور الكبر يبدأ من سن الستين فنجد بعض الأفراد يعيشون حتى يبلغون 100 عام أي فترة كبر السن قد تستمر 40 سنة، وهي فترة طويلة لا يمكن اعتبارها كوحدة لذا يجب تقسيمها إلى فترات فرعية لذا نجد (كمال آغا) يصنف المسنين من حيث العمر على النحو التالي:

1 الكهل: وهو من كان في سن 60 سنة إلى حوالي 70 عام ولا يزال يساهم في مجالات الحياة المختلفة بحيوية ونشاط.

2 الشيخ: وهو من كان في سن 70 إلى 80 سنة وضعفت مساهمته في مجالات الحياة وغالبا ما يلزم بيته.

3 الهرم: وهو من كان في السن 80 سنة فأكثر وغالبا ما يرقد في فراشه.

4 المعمر: وهو من يبلغ سنة المائة فأكثر[17] ص 107.

وفي نفس السياق حددت المنظمة العالمية للصحة مراحل حياة الإنسان من 45 سنة كما يلي:

-العمر المتوسط (Age moyen) 45 - 59 سنة.

-المسن (Personne âgée) 60 - 74 سنة

-الشيخ (Vieillard) 75 - 90 سنة

-المعمر أو الطاعن في السن (Grand Vieillard) 90 سنة فأكثر [16، ص77].

التعريف الإجرائي للمسنين:

نقصد بالمسنين في هذه الدراسة: الذكور والإناث الذين بلغوا سن الستين فما فوق والسالمين من الأمراض العقلية وهم من اختاروا أو أُجبروا على الاستفادة من إقامة دائمة داخلية في مركز للعجزة، لأنهم لا عائل لهم ولا دخل لهم ولا يوجد من يرعاهم أو تحول ظروفهم الأسرية عن إقامتهم في أسرهم وهم كذلك من هم في حاجة لتلقي الرعاية المؤسسية لأنهم وصلوا إلى حالة من المرض أو العجز أو الانهيار المفاجئ أو التدريجي أو الجزئي في أداء الوظائف السلوكية والإنسانية والذين يمكن إدماجهم في برنامج يومي.

2.5.1. تحديد مفهوم المشكلات

توجد المشكلات أينما وجد الإنسان كفرد أو كعضو في جماعات أو كعضو ينتمي إلى مجتمعات وتاريخ الحضارة البشرية يعتبر بحق تاريخاً للفضل والنجاح في مواجهة المشكلات والتصدي لها. والمشكلات عادة تمثل تعدياً على أحد أو بعض المعايير المتفق عليها [18، ص 636].

وتعرف المشكلة بأنها معوّق أو شيء ضار وظيفياً وبنائياً وتقف حائلاً أمام إشباع الاحتياجات الإنسانية أو أنها ظرف يعتقد أنه مهدّد لقيمة اجتماعية، ومع ذلك يمكن تغييره عن طريق الأفعال الاجتماعية البناءة [18، ص 637].

وتعتبر المشكلة مسألة تتطلب الحلّ واتخاذ قرار أو تقرير شيء ما فالمشكلة تمثل نقطة صعبة أو معقدة تتطلب التفسير [19*، ص 57].

كما تشير إلى السلوك المنحرف أو التعامل مع أوضاع تولدت من قيم اجتماعية متصارعة [20، ص 215].

وتعرف المشكلات الاجتماعية بأنها عبارة عن ظروف معيّنة في العامل الخارجي (البيئة) والتي يمكن فهمها على أنها تمثل مضايقة أو ضرراً وتستحق نوعاً من التدخل الاجتماعي الصحيح [20، ص 34].

أما عن مشكلات المسنين، فهناك من ينظر إليها كنتيجة حتمية للتقدم في العمر ومن هذه الزاوية يقع بالتأكيد الأكبر على مدى الاختيارات المتاحة أمام كبار السن وعلى التمسك ومسايرة أنماط التفكير والسلوك التقليدي والإبقاء على ما هي عليه، ولكي يتم التحرّر من مشاكل التقدم في العمر يجب تشجيع الأفكار الجديدة وتحديّ الأوضاع التقليدية بوضع سياسات بديلة تأكيداً على ضرورة التوسع في مدى الاختيارات المتاحة أمام كبار السن [21، ص 34].

وفي افتراض آخر نجد أن السبب في ظهور المشكلات عند المسنين هو أنهم حين يصلوا إلى مرحلة الشيخوخة فإنهم يبدأون تدريجياً في الانسحاب من السياق الاجتماعي وتتناقص الأنشطة التي كانوا يقومون بها من قبل وذلك نتيجة لنقص عمليات التفاعل بينهم وبين الآخرين من أفراد المجتمع داخل النسق الاجتماعي الذي ينتمون إليه [22، ص 164].

وفي ضوء هذا الافتراض فإن مشكلات المسنين تتلخص في ثلاثة جوانب هي:

- 1 - تناقص معدّل تفاعل المسن كلما تقدم في العمر
- 2 - حدوث تغييرات كمية وكيفية في أسلوب ونمط التفاعل بين المسن والآخرين.
- 3 - تغيير شخصية المسن، حيث ينتقل هذا الأخير من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق والاهتمام بذاته [22، ص 169].

بينما نجد من ينظر إلى المشاكل المصاحبة للتقدم في العمر على أنها نتيجة للتفاعل بين التغيرات الاجتماعية الخارجية والتغيرات البيولوجية الداخلية، فالمسنين ذوي الشخصيات المتكاملة يعيشون الشيخوخة بشكل أفضل لأن لديهم درجة مرتفعة من التحكم في الذات والمرونة والنضج والخبرة والتفتح وفي مقابل ذلك نجد المسنين ذو الشخصيات غير المتكاملة وهم الذين لديهم إعاقات في الوظائف السيكولوجية ويفتقدون القدرة على التحكم في انفعالاتهم، فلا نجد لديهم أدنى درجة من الرضا عن الحياة [21، ص38].

في حين نجد أنه هناك من يرى أن المسنين تواجههم بعض المشاكل ولكن قد لا يستطيعون مواجهتها بأنفسهم رغم أن هذه المشاكل عادية بالنسبة للأفراد العاديين ولكنها مشكلة بالنسبة لهم ولهذا يجب التدخل من قبل المجتمع ومعاملتهم معاملة خاصة لمساعدتهم على حلّ تلك المشكلات [11، ص417].

ومن وجهة نظر البعض فإن طرح مشكلات المسنين هو طرح لمشكلات الشيخوخة والتقدم في العمر وأهم ما يميّز المسنين هو فقدانهم للكثير مما يعزّ عليهم وأبرز المشكلات التي تعترضهم تتلخص في: إحالتهم إلى المعاش، مغادرة أبنائهم لهم، التغيرات البيولوجية والفيزيولوجية، فقدان شريك الحياة وكذا الأصدقاء، مغادرة بيوتهم والتحاقهم بمؤسسات بديلة [23، ص 28].

وبالرغم من اختلاف وجهات النظر في تحديد مشكلات المسنين إلا أنه نجد من لخصها في المرض وانخفاض المستوى الاقتصادي ووقت الفراغ وعدم وجود علاقة تربط المسن بالمجتمع الذي يعيش فيه [24، ص 173].

وهناك من كشف أن المشكلات الفردية التي تواجه المسنين داخل مؤسسات الرعاية الاجتماعية تتمثل في المشكلات الصحية (مثل أمراض السمع وهبوط القلب والضغط والسكر) والمشكلات النفسية (مثل الاكتئاب والخوف والشك) والمشكلات الاقتصادية (انخفاض الدخل)، والمشكلات الترويحية [25، ص ص 7-8].

وذهب البعض إلى أن المسنون والمسنات المتواجدون في مؤسسات الرعاية الاجتماعية لهم مشاكلهم الخاصة بهم كفقدان الشهية للأكل وآلام المعدة وضعف القدرة العقلية العامة والقلق العصابي والاكتئاب الحادّ والرغبة في النزهة والحاجة للوعظ الديني وفقدان القدرة على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية [26، ص 33].

التعريف الإجرائي للمشكلات:

المقصود بالمشكلات في هذه الدراسة كل ما يعوق تكيف المسنين ويحول دون توافقهم داخل مركز العجزة نتيجة انفصالهم عن بيئتهم الأسرية والعيش في مجتمع المركز المغلق دون صلة بالعالم الخارجي من عائلة وجيران وأصدقاء ومن جهة أخرى المشكلات الصحية والنفسية

والاجتماعية التي تعترض المسنين في حياتهم اليومية في المركز وكذا مشكلات الاتصال بين بعضهم البعض وبينهم وبين الإدارة والمشرفين من طقم متخصص وعمال.

3.5.1. تحديد مفهوم الحاجات

إن استمرار حياة الإنسان تقوم في جوهرها على اعتماده على بيئته في إشباع حاجاته المختلفة، الفيزيولوجية والسيكولوجية، ولا يستطيع أن ينمو نموا سليما دون إشباعها. وتعرف الحاجة في اللغة أنها من الحوائج والاحتياج وهي ما يفتقر إليه الإنسان ويطلبه وما يكون ويعتبر ضروريا لازما كالحاجة إلى الغذاء والمال والحاجة إلى المعرفة وكل ما هو ضروري يتطلبه الجسم كالحاجة إلى النوم [3، ص341].

وتعرف كذلك بأنها حالة من القصور تقترب بنوع من التوتر والضيق، لا يلبث أن يزول متى قضيت الحاجة وزال النقص سواء كان النقص ماديا أو معنويا [27، ص62].

ولا شك أن فهم حاجات الفرد وطرق إشباعها يضيف إلى قدراتنا ومهاراتنا إضافة مؤثرة وفعالة تساعدنا على الوصول إلى أفضل مستوى للنمو النفسي الاجتماعي والتوافق النفسي الاجتماعي والصحة الاجتماعية للفرد [28، ص51].

وتتحمل عبئ الدفاع عن حاجياتنا تنظيمات أو حركات اجتماعية وتستهدف نظاما اجتماعيا معينا يقضي صونه عبر إنشاء الخدمات العامة لمواجهة حاجات مثل الصحة والتربية والسكن والأمن [29، ص259].

وقد وضع (ماسلو) ترتيبا هرميا للحاجات، أدناه الحاجات الفيزيولوجية والتي عندما تشبع ينتقل الفرد إلى إشباع الحاجات على المستوى الأعلى وهي الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الحب والمحبة والحاجة إلى تأكيد الذات [18، ص39].

والحاجات الخلقية تتحدد بصفاتها تأكيداً لحقوقنا أو المطالبة بها كالحق بالاعتراف وبأن نكون محبوبين وبأن << نشارك >> [29، ص259].

هذا وتعرف احتياجات المسنين على أنها عبارة عن ضرورات فردية مترتبة على الخصائص البيولوجية والنفسية والطبيعية للعلاقات الشخصية المميزة لمرحلة الشيخوخة وأنّ إشباع تلك الاحتياجات كفيل بتحقيق توافق اجتماعي أفضل للأفراد وتحقيق الأهداف المجتمعية في نفس الوقت وعلى هذا فإنّ هذه الاحتياجات لا تقتصر على ما يتطلبه الفرد لشخصه فحسب وإنما تمتد إلى ما تتطلبه الأهداف المجتمعية [8، ص171].

ولقد صنّف (مصطفى محمد الماحي) احتياجات المسنين بصفة عامة إلى الحاجات المادية والبيولوجية (كالمسكن والملبس والصحة)، الحاجات الثقافية (كاشتراكهم في الرحلات الجماعية، والترفيه

والترويج)، الحاجات الاجتماعية (كتعزيز علاقاتهم الاجتماعية وتنمية مواهبهم واستثمارها) [30، ص ص 276- 277].

وفي تفصيله لاحتياجات المسنين أوضح (محمد سيد فهمي) احتياجات الشيخوخة وهي كما يلي:
الاحتياجات الاقتصادية، الاحتياجات الاجتماعية، الاحتياجات الصحية، الاحتياجات الترويحية،
الاحتياجات الثقافية والاحتياجات النفسية، الاحتياجات السكنية والاحتياجات الروحية [31، ص195].

وهناك من أوضح أن كبر السن يكون مصحوبا بزيادة في شدة بعض الحاجات النفسية التي تتعلق بالحساسية الشخصية مثل لوم الذات ونقص في شدة بعض الحاجات مثل الطموح وقوة الإرادة والإنجاز والسيطرة والتغلب على الصعاب [26، ص61].

وبيّنت (M.Perron) أن مغادرة المسنين لمنازلهم وانتقالهم إلى مؤسسة لرعاية المسنين يكون مصحوبا بزيادة في شدة بعض الحاجات التي تقوم على التفاعل الاجتماعي والاستقلال الذاتي [32، ص35].

وتعاملا كل من (C.Pichaud) و(I.Thareau) مع مشكلات المسنين على أنها تعبير عن حاجات المسنين والذين هم في حاجة إلى إشباعها ومنها حاجة المسن إلى الرعاية الصحية وتجنب الضرر لأن غالبية المسنين يعانون من المتاعب الصحية والآلام والأمراض، الحاجة إلى الأمن نظرا لشعور المسن بالوحدة، الحاجة إلى التقدير والاحترام من جانب المجتمع الذي يعيش فيه المسن، الحاجة إلى تجنّب الاعتماد على الآخرين، الحاجة إلى مساعدة الجهات الحكومية لمواجهة مشكلات المسنين، الحاجة إلى ضبط الانفعالات والإنجاز ومعرفة الإمكانيات المتاحة وتنمية المهارات [23، ص ص 172-178].

التعريف الإجرائي للحاجيات:

نقصد بالحاجة في هذه الدراسة حاجة المسنين المقيمين في المركز في حاجة إلى خدمات صحية للوقاية والإحاطة من أمراض الشيخوخة ولعلاج متاعب التقدم في السن وكذا الأمراض المزمنة. هم كذلك في حاجة إلى جوّ أسري يعمّ المركز وهم في حاجة إلى تفاعلهم مع بعضهم البعض للقضاء على الوحدة.

والمقصود بالحاجة في هذه الدراسة كذلك، حاجة المسنين إلى نظافة أجسامهم وملابسهم وفراشهم وغرفهم، وهم كذلك في حاجة إلى وجود غذاء يتماشى مع الأمراض المنتشرة وسطهم، وفي حاجة إلى استغلال وملئ وقت فراغهم فيما يحقق لهم رغبة خاصة، هم كذلك في حاجة لأنشطة تحي أجسامهم وقلوبهم وهم في حاجة إلى احترام غيرهم لهم من عمال ومشرفين.

4.5.1. تحديد مفهوم خدمات الرعاية

تعرف الرعاية في اللغة على أنها الاهتمام بأمر شخص ما والاعتناء به، وتعرف كذلك على أنها الحماية والعناية [3، ص565].

في حين اشتقت كلمة خدمة من خدم وتعني تقديم عمل لشخص ما من أجل تلبية حاجته وتعني مدّ يد المساعدة والقيام ببعض المهمات في سبيل شخص أو شيء [3، ص369].

ويعرف كل من (محمد فهمي) و(نور هان فهمي) الرعاية الاجتماعية على أنها من أبرز الاتجاهات التي أخذت بالأساليب العلمية في التصدي لمشكلات الناس والتعرف عليها وإيجاد الحلول لها، وكان هذا هو الأساس في نشأة الخدمة الاجتماعية [9، ص355].

ومحمد كامل البطريق بدوره يربط مفهوم الرعاية الاجتماعية بمفهوم الخدمة الاجتماعية على أنها: الخدمات المباشرة التي تقدمها الهيئات والمؤسسات لمعالجة عدم التكيف وسدّ العوز أو التفكك والحياة العائلية الصحيحة والتكيف والتأهيل الاجتماعي وتقدم الصحة وارتفاع مستوى التعليم ونشره وحسن استقلال أوقات الفراغ والنمو الذاتي للفرد والجماعة نحو المزيد من الخبرات والتجارب [33، ص12].

ومن هذا التعريف تصبح العلاقة وثيقة بين الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية باعتبار الأخيرة مهنة تستطيع أن تقود الرعاية الاجتماعية نحو تحقيق أهدافها وعليه فإن الخدمات الاجتماعية تعتبر وسيلة أو أسلوباً تقنياً لتحقيق الرعاية الاجتماعية [34، ص60].

أمّا الخدمة الاجتماعية لرعاية الشيخوخة فيعرفها (رشيد زرواتي) على أنها تهدف إلى رعاية المسنين وتوفير الراحة الصحية والاجتماعية والنفسية من خلال توفير لهم جميع الخدمات الاجتماعية وذلك لإشعارهم بعدم تخلي المجتمع عنهم ووسائل خدمة العجزة كثيرة فهي لا تقتصر فقط على تخصيص دور للعجزة ولكن أيضاً يعتني بهم وهم في ديارهم مع أهلهم.

وتلعب مهنة الخدمة الاجتماعية في نظر (خاطر أحمد مصطفى) أدوراً أساسية في العمل مع المسنين وتنظيم برامج رعايتهم سواء على مستوى التخطيط أو التنفيذ المباشر من خلال نظم الرعاية المتعددة [35، ص108].

أمّا عن برامج الرعاية الاجتماعية فهي حسب (عبد العال الفرسان) مجموع خدمات الدعم والمساندة والرعاية البديلة وغيرها من الخدمات الأخرى التي تتوقف تقديمها على ما فقدته الأسر من الموارد الطبيعية [36، ص17].

ولقد لخصّ (J.J.Amyot) بعض الخدمات التي يمكن أن تقدم للمسنين من طرف الدولة من خلال المساعدات العامة في: خدمات المنازل ومرافقين ليليين، تقديم وجبات غذائية مطهية، توفير مغاسل عامّة، مراكز ثقافية ونوادي اجتماعية، تصميم برامج لقضاء العطلات الطويلة، توفير برامج

ترويجية وتسهيلات في المواصلات (كتخصيص أماكن وتخفيض أسعار التذاكر) [37، ص ص 114-115].

ويحصر (C.Pichaud) أهم خدمات الرعاية الاجتماعية التي يمكن تقديمها إلى المسنين في المجتمع في الرعاية الصحية، الرعاية النفسية، العلاج الطبيعي، الرعاية الاجتماعية، الرعاية الاقتصادية، الرعاية الترويجية، والرعاية الروحية [38، ص 173].

والرعاية الصحية تهدف إلى منع تدهور الشخص المسن ومحاولة إطالة عمره أو على الأقل جعل حياته أكثر حيوية وترتكز على أساسين: الأساس العلاجي وتتضمن تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به وأصابته والأساس الوقائي ويتمثل في إبعاد المسن عن بعض المواد الغذائية الضارة والتدريب على ممارسة بعض الأنشطة الجسمية كالمشي مثلا [39، ص 50].

أما الرعاية النفسية فتتلخص في رأي (هدى قناوي) في تنقية الجو المحيط بالمسن ذلك أن هذه المرحلة تتسم بالحساسية الشديدة وذلك بتوعية المتعاملين مع المسنين لتوفير الجو الاجتماعي المناسب ومعرفة ما يجب إتباعه وما يجب تجنبه حتى يمكن توفير لديه الظروف المناسبة والتي تبعث على السعادة وتشيع عليه الرضا بتلبية رغباته المعقولة ومراعاة أوقات راحته ونومه والاهتمام بمأكله وسريره وبملابسه ومواعيد تناوله للدواء، دون الانزلاق في اجتلاب مرضاتهم وعدم رفع الكلفة مع المسن حتى تضل الفواصل النفسية قائمة والابتعاد عن التحيز الوجداني [13، ص ص 101-102].

ويقصد بالعلاج الطبيعي استخدام الخواص الطبيعية الفعالة للضوء والحرارة والبرودة والماء والكهرباء والتدليك والاسترخاء والتدريبات البدنية والوسائل الآلية وذلك لتشخيص وعلاج حالات المسنين المرضى الذين يعانون من أنواع مختلفة من الاضطرابات [23، ص 117].

وحصر (محمد فهمي) خدمات الرعاية الاجتماعية في معاونة المسن للقضاء على عزله بتوفير البرامج الاجتماعية التي تدمجه في المجتمع وتشعره بأهميته وتعيده إلى دوره الاجتماعي المناسب بتقديم برامج الرعاية الترويجية والتنشيطية كلما استدعى الأمر ذلك وتوفير الأساليب الإعلامية لتعريف المسنين بمشكلاتهم بالبرامج المخصصة وكيفية الاستفادة منها [31، ص ص 115-117].

أما خدمات الرعاية الترويجية فتتمثل حسب (N.Lairez- Sosiewicz) فتتمثل في تنظيم الندوات التنشيطية في مختلف مجالات الحياة وكذا النشاطات المفيدة وتنظيم الرحلات وبخاصة الرحلات الشاطئية في الصيف، والحمامات المعدنية في الشتاء، وزيادة الحدائق العامة ومشاهدة عروض المسارح وتوفير المكتبات في مؤسسات ومراكز رعاية المسنين [40، ص 31].

والرعاية الاقتصادية تتم عن طريق العمل على زيادة موارد المسن المالية من ناحية ومنحه تيسيرات في تكاليف الخدمات التي يحتاجها من ناحية أخرى بتوفير احتياجات المسن من علاج

وتغذية ومسكن وملبس ووسائل انتقال وخدمات منزلية بأسعار تتناسب مع قدراتهم المالية] 41، ص131].

وتتمثل الرعاية الروحية للمسنين في العمل على تنظيم حلقات الوعظ الديني والإرشاد وإقامة الندوات الدينية وتوفير الكتب والمحلات الدينية بمكتبات المؤسسات وكذلك تيسير أداء فريضة الحج والعمرة [8، ص249].

التعريف الإجرائي لخدمات الرعاية:

نعني بخدمات رعاية المسنين في هذه الدراسة كل الخدمات التي بإمكانها التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية للشيخوخة على المسنين المقيمين بمركز العجزة كالخدمات الصحية المتمثلة في طبيب وممرضات وكل ما يحتاجونه المسنين كالنظرات الطبية وعلاج الأسنان والمقاعد المتحركة والخدمات التي تدفع المسنين إلى الاهتمام بنفسهم وإقبالهم على الحياة كالعادات المرتبطة بالملبس والنظافة والاستحمام والاهتمام بالمظهر، وكذا الخدمات الترفيهية التي تشغل وقت فراغ المسنين وتعمل على رفع روحهم المعنوية وتقضي على شعورهم بالوحدة وتزيد من حركتهم ونشاطهم وتقضي على الفجوة بين المقيمين. وكذا البرامج التي تساهم في إبقاء الصلة بين المسنين في المركز وأسرتهم. وتساعدهم على التكيف والابتعاد عن الاكتئاب والرغبة في الحياة.

5.5.1. تحديد مفهوم الرعاية الترفيهية

مما هو جدير بالذكر أن طبيعة النظر إلى الفراغ من جانب الأفراد في مراحل العمر المختلفة وتبعاً لاختلاف الظروف العائلية فوجد على سبيل المثال طبيعة الألعاب وأساليب قضاء وقت الفراغ واستغلاله يختلف في فترة الطفولة عن المراحل العمرية الأخرى مثل الشباب ومرحلة الكهولة والشيخوخة بناء على معايير ومتغيرات النوع والعمر والطبقة الاجتماعية والمحيط الثقافي الذي يعيش من خلال الفرد [42، ص182].

وهناك مجموعة من الأنشطة الرئيسية حسب (محمد علي محمد) لقضاء وقت الفراغ بالنسبة للمسنين وهي تختلف من مجتمع ومن طبقة اجتماعية وثقافية إلى أخرى داخل المجتمع الواحد وهي القراءة، التردد على المكتبات ومتابعة وسائل الإعلام الجماهيرية، الاهتمامات السياسية، التردد على دور العبادة، النشاط الرياضي والهوايات [43، ص161].

هذا ويقصد بالترفيه لغة: التنفس والترويح على حالة الشخص المشحون، المكبوت، المحصور والمتضايق [3، ص146].

ويعرف (إبراهيم دعبس) البرامج الترفيهية التي بإمكانها ملئ وقت فراغ المسنين الطويل على أنها البرامج الرياضية والترويحية والتثقيفية التي تتفق مع القدرات الجسمية للمسنين وقدراتهم وإمكانياتهم العقلية وهواياتهم السابقة ومحاولة خلق وتطوير البرامج في ضوء الخبرة الميدانية

واحتياجات المسنين أنفسهم ولما لذلك من أهمية في استعادة المسنين لنشاطهم وحيويتهم وقدرتهم وإقبالهم على الحياة [42، ص ص 183-184].

وفي رأي (ماهر أبو المعاطي علي) فإن التردد على أندية المسنين أو المشاركة في برامج تنمية المجتمع المحلي أو التطوع في بعض مؤسسات الرعاية الاجتماعية أو ممارسة بعض الأنشطة الرياضية تعتبر من الأنشطة الترفيهية الايجابية إذ تستدعي من المسن القيام بنشاط حركي [11، ص421].

ويعرف عبد الحميد عبد المحسن الرعاية الترفيهية على أنها ذلك الأسلوب الذي بإمكانه إعانة الفرد على تعزيز مركزه ومكانته في المجتمع وتقوم الخدمات الترفيهية بالاهتمام بالعوامل التي تعين على الإنعاش الفكري والعاطفي والروحي والتي تعمل على التقدم في النضج الاجتماعي كتنظيم حفلات للترفيه وتنظيم زيارات للأماكن السياحية [41، ص108].

أمّا عن الرعاية الترفيهية التي من الواجب أن تتوفر في مؤسسات رعاية وإيواء المسنين فتعرفها (C.Memin) على أنها مجموعة الأنشطة التي قد تملأ أيام المسنين بالحيوية والحياة، فهناك الندوات الدينية والثقافية المليئة بالمناقشات وأعمال الفكر وقد تكون حفلات تجمع بين المسنين وأفراد أسرهم حيث يتم خلالها التفاعل والتأثير المتبادل في انشراح وقد تكون الرحلات التي تجمع بين المسنين وتثبت صدقات جديدة وتدعم صدقات سابقة، وقد تكون فرصته لتنمية المواهب واستثمارها سواء كانت مواهب فنية أو يدوية أو فكرية [44، ص103].

التعريف الإجرائي:

تقصد بالرعاية الترفيهية مجموعة الأنشطة التي تملأ وقت فراغ المسنين داخل المركز وهي كالأنشطة البدنية المتمثلة في تمارين الكفاءة والألعاب الرياضية البسيطة بحسب قدرات المسنين على الحركة والنشاط.

وكذا الأعمال اليدوية التي تتناسب مع الحرف اليدوية السابقة للمسنين، والبرامج التي تحاول إكسابهم مهارات جديدة كالأشغال التي يظهر فيها المسنين الإبداع والابتكار والخبرة الطويلة، والأنشطة الفكرية كالندوات والمحاضرات والقراءة والمطالعة بالنسبة للذين يعرفون القراءة والكتابة والبرامج التربوية أو التعليمية لمحو أمية غير المتعلمين وتنقيف من يرغبون في القراءة والاستزادة والإطلاع والأنشطة الاجتماعية كالرحلات العلاجية والاستجمامية والسياحية والدينية.

6.5.1. تحديد مفهوم الكفاءة العلمية

تعرف الكفاءة على أنها المهارة، البراعة، الحنق والمقدرة المهنية وهي كذلك الأهلية للقيام بعمل في مجال من المجالات وهي معرفة متعمق فيها ومعترف بها أو قدرة مسلم بها، تخول صاحبها بإبداء

الرأي في بعض الموضوعات أو في مادة ما [3، ص1238] أمّا << علمي >> فهو كل ما يتصف بدقة العلم وموضوعيته فيقال نهج علمي أو طريقة علمية أو تكوين علمي [3، ص1012].

وتعني الكفاءة العلمية في مجال رعاية المسنين مراعاة الأساس العلمي المتعلق بطبيعة الشيخوخة وخصائصها وتفهم نفسية المستهلكين للخدمات [9، ص359].

ويقصد بالكفاءة العلمية للممارسين الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين أن يكون هناك إعداد مسبق مناسب من خلال مناهج تعليم تتعمق في دراسة حاجات المسنين ومشكلاتهم وخصائصهم وسماتهم الشخصية وذلك بدون تحيز أو أفكار سلبية مسبقة [1، ص61].

وفي نظر (عثمان عبد الفتاح) فإن الكفاءة العلمية لممارسين الخدمة الاجتماعية تعين إعداد طائفة من المسؤولين عن رعاية المسنين من أطباء وأخصائيين واجتماعيين ونفسيين ورجال إحصاء وممرضات [45، ص160].

والكفاءة العلمية في الخدمة الاجتماعية في رأي (شمس الدين محمد) لن تكون إلا من خلال توفير الدراسات والبحوث الكمية والكيفية عن مدى كفاءة وفاعلية الخدمات المقدمة [46، ص58]. وحتى يتلاءم تقديم الخدمات الاجتماعية وما يمرّ به المسنين من مواقف فإنه يتطلب توفر مستوى عالي من المهارات المهنية التي لا يمكن اكتسابها إلا عن طريق إشباع مجموعة من الحاجات التعليمية التي بدونها يتعذر على الممارسين القيام بدور فعال في تقديم خدماتهم الموجهة إلى المسنين [15، ص55].

وترى (B.Walter) أن رعاية المسنين على جانب صعب من حيث المعرفة والممارسة بحيث لا يستطيع ذلك إلا من اجتازوا تدريباً دقيقاً للنهوض بتلك الرعاية على أحسن وجه [47، ص20]. ويؤكد مرة أخرى (عثمان عبد الفتاح) أن العمل مع المسنين يتطلب الاعتقاد في أهمية وقيمة العمل مع هذه الفئة العمرية التي لا تقل أهمية عن بقية الفئات العمرية الأخرى، بالنظر إلى الشيخوخة باعتبارها مرحلة عمرية وليست حالة مرضية [48، ص92].

هذا ومن الضروري أن تتحدّد العلاقة التي يجب أن تقوم بين الممارس والمسن في رأي عبد الحميد عبد المحسن في ضوء الفهم الجيد للحاجات النفسية للمسن ويتطلب هذا القدرة والخبرة لفهم السلوك المتوقع وأنماط الشخصية والتفاعلات السابقة التي مرّ بها المسن [41، ص201].

وفي هذا الإطار تحت (B.Walter) على ضرورة إمام ممارسين الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين بعلم الشيخوخة الاجتماعية لأنه يضم في تطبيقاته معلومات عن الجوانب السلوكية والمعارف الاجتماعية للمسنين بما يوفر تحقيق الرعاية الاجتماعية والعلاجية للمسنين [47، ص27].

التعريف الإجرائي:

المقصود بالكفاءة العلمية في هذه الدراسة كل الأدوات والأساليب والأفراد المتخصصين الذين يسهرون ويشرفون ويساعدون المسنين المقيمين في مركز العجزة على تفاوت عقبات التكيف ويدعمون ويخلقون وبيتكرون كل الأساليب والبرامج المتعددة التي تساعد على خلق جوٍّ من التكامل والتساند والتواؤم في العلاقات الاجتماعية بين المقيمين وإحداث تكيف مع الحياة المؤسسية. كما نقصد بالكفاءة أن يضع القائمون على المركز من إدارة ومتخصصين وعمال ومشرفين البعد الأخلاقي والإنساني في التعامل مع المسنين المقيمين.

7.5.1. تحديد مفهوم التوافق

يعتبر مفهوم التوافق من المفاهيم الأساسية التي حظيت بانتشار واسع في علم النفس وفي الصحة النفسية وفي تطبيقات وممارسات طريقة خدمة الفرد في الخدمة الاجتماعية. ويعرف بأنه عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة (الطبيعية والاجتماعية) بالتعبير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته [18، ص35].

وفي نظر عثمان فراج، التوافق عملية ديناميكية مستمرة يحاول الإنسان عن طريق تغيير سلوكه أن يحقق التوافق بينه وبين نفسه وبين البيئة التي تشمل كل ما يحيط بالفرد من مؤثرات وإمكانيات للوصول إلى حالة من الاستقرار النفسي والبدني والتكيف الاجتماعي [49، ص24]. وإذا كان التوافق الشخصي يتضمن السعادة مع النفس والرضا عن النفس وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية والعضوية والفيزيولوجية والثانوية والمكتسبة فإنّ التوافق الاجتماعي يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسيرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغيير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة ممّا يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية [50، ص28].

هذا وتستحضر الشيخوخة تحديات ومهام جديدة يجب التوافق معها وأساليب التوافق أكثر اختلافا في سنوات الشيخوخة عنها في المراحل المبكرة من الحياة [8، ص88]. هذا ويشير التوافق لكبر السن إلى ردود الفعل لتفاعل التغيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية التي تشكل جزءا من التقدم في العمر [51، ص46].

هذا ونجد من عرف توافق المسنين على أنه التصدي لتدهور الصحة وفقدان العمل والترمل والمشكلات المالية وفقدان المكانة الاجتماعية والعزلة الاجتماعية وغيرها ممّا يعد من المشكلات المؤرقة للمسنين [52، ص ص 685 - 689].

وعرّف (محمد ربيع) توافق المسنين على أنه تقبل التقاعد المهني والتدهور الجسمي وتقبل حقيقة الموت وهو التكامل ضدّ اليأس والقنوط ويظهر التوافق عندما ينظر المسن إلى الخلف ويشعر بالقناعة ويقبل على حياته كشيء قيم [53، ص434].

ويعني التوافق (Ajustement) عند البعض إرضاء المسن لحاجاته وأهدافه بالبيئة الاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها [54، ص113].

في حين يعني عند البعض الآخر الأمن الاقتصادي في سنوات ما بعد التقاعد [55، ص81]. في حين عرف سوء التوافق على أنه اليأس الذي ينتاب المسنين الذين يجدون في ماضيهم معنى أو رضا ضئيل ويرون حياتهم كشيء ضائع [51، ص46].
التعريف الإجرائي:

نعني بمفهوم التوافق في هذه الدراسة تقبل المسنين المقيمين بمركز العجزة لحياتهم المؤسسية على أنها حياة اجتماعية حافلة مع أنداد العمر توفر حاجياتهم من مأوى وغذاء ودواء وكساء. وتجاوز آثار التعاسة الناتجة عن ترك البيئة الأسرية والأهل والأقارب، ونعني بالتوافق كذلك ابتعاد المقيمين عن التوتر والاكتئاب والاحباطات النفسية والشعور بالوحدة والعزلة والتحكم في انفعالاتهم واستعادة الاهتمام بالحياة وضبط مشاعرهم وعواطفهم والثقة بالمستقبل والراحة النفسية والاستقرار العاطفي.

8.5.1. تحديد مفهوم التكيف:

يرى البعض أن التكيف يعني تفاعلا مستمرا بين الشخص وبيئته، فالشخص له حاجات وللبيئة مطالب، وكل منهما يفرض مطالبه على الآخر وعملية التكيف تشير إلى أن الأحداث النفسية تحمل على استبعاد حالات التوتر وإعادة الفرد إلى مستوى معيّن هو المستوى المناسب لحياته في البيئة التي يعيش فيها [50، ص30].

وقد فسّر (عبد السلام عبد الغفار) التكيف في معناه العام بأنه العملية أو السلوك الذي يحاول به الفرد التغلب على الصعوبات أو العوائق التي تقف حيال تحقيق حاجة أو دافع [56، ص73].
والتكيف هو كل سلوك يوصل الفرد إلى غاية يرنو إلى تحقيقها في حياته ويحدث عن طريق الامتثال للبيئة والتحكم فيها أو إيجاد حلّ وسط بينه وبينها [57، ص44].

وتكيف الفرد هو نتاج تفاعل التكوين الذاتي لشخصيته مع البيئة المحيطة وهو أيضا عملية ديناميكية مستمرة لتفاعل الفرد مع بيئته [58، ص16]

والمقصود من تكيف المسنين هو تقبل ما تعنيه الشيخوخة من عدم الاستمرار في إشباع دوافع العمل وانخفاض الجانب الاقتصادي وزيادة وقت الفراغ وعدم القدرة على فتح آفاق جديدة [59، ص140].
وتكيف المسنين حسب (عبد الحميد الشاذلي) هو قدرتهم على تجاوز المشكلات الخاصة بهذه المرحلة ووضع أهداف واقعية تنطلق من حقيقة قدرات الفرد واهتماماته [51، ص97].

وبالنسبة ليوسف أسعد لن يتكيف المسن مع الشيخوخة إلا إذا تقبل حقيقة أن فرصته قد انتهت [60، ص76].

في حين نجد من رهن تكيف الفرد لهذه المرحلة بنظرة الآخرين وما يحظى به الكبار من مكانة اجتماعية واحترام الآخرين لهم [16، ص193].

وهناك من عرف تكيف المسنين على أنه القدرة على إشباع حاجاتهم الشخصية [23، ص49].
التعريف الإجرائي:

نعني بتكيف المسنين في هذه الدراسة تقبل المسنين المقيمين بالمركز، ما يقدم هذا الأخير من خدمات صحية ومظاهر نفسية واجتماعية للرعاية وتقبله على أنه طريقة جديدة لإشباع الحاجات المادية وليس كمؤسسة لعزلهم عن المجتمع ولتقييد اتصالاتهم. ونعني به قدرة المسنين على التغلب على مشاعر الرفض والوحدة، بالتعود على الإقامة مع الآخرين ومشاركتهم أنشطتهم مما يزيد من تفاعلهم واستمتاعهم بالعلاقات الاجتماعية ونجاحهم في الحفاظ على الصلات بالأقارب والأبناء. ونقصد بالتكيف أخيرا قدرة المسن على مواجهة المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية وتكوين أهداف جديدة.

6.1. الدراسات السابقة

لقد حظي موضوع المسنين باهتمام واضح من قبل الباحثين في المجتمعات الأجنبية، إلا أن الدراسات التي تناولته في عالمنا العربي مازالت محدودة بالمقارنة بالاهتمام العالمي. مما يدعو إلى ضرورة إجراء البحوث على هذه المرحلة العمرية والعناية بها وذلك حتى يتسنى لنا فهم طبيعتها وحاجاتها النفسية ومشكلتها وتقديم البرامج والخدمات التي تتفق وخصائصها. فالشيخوخة ليست مجرد عملية بيولوجية بحتة تظهر أثارها في التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ على الفرد حين يصل إلى ذلك السن المتقدم. وإنما هي بالإضافة إلى ذلك ظاهرة اجتماعية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد حين يصل إلى سن معين بالذات يحددها المجتمع بطريقة تعسفية. كما يفرض على هؤلاء الأفراد قيودا تتمثل بأوضح الصور في الحكم عليهم بالتقاعد من وظائفهم وأعمالهم وما يترتب على ذلك من عدم ممارسة الكثير من أوجه النشاط اليومي التي ألفوا القيام بها والمشاركة فيها لسنوات طويلة .

كما يتمثل في توقع المجتمع منهم أن يتبعوا أنماطا سلوكية معينة يحددها المجتمع نفسه لهم. ويؤدي هذا بطبيعة الحال إلى أثار نفسية عميقة تنجم من الشعور بالوحدة والإحساس بعدم الجدوى بالنسبة للمجتمع وبعدم رغبة المجتمع فيه نظرا لأنه لم يعد قادرا أو صالحا لأن يعود على المجتمع بالنفع والفائدة.

ولأنني لم أتمكن من الحصول على دراسات عربية أو جزائرية تناولت موضوع المسنين في مؤسسات ومراكز رعاية الشيخوخة ارتأيت عرض بعض الدراسات العربية و الأجنبية التي أجريت في مجال الشيخوخة وأقلت الضوء على مشكلات المسنين بصفة عامة وكذا مشكلات التكفل بهم ورعايتهم بشكل مباشر أو غير مباشر.

1.6.1. الدراسات الأجنبية

1.1.6.1. الدراسة الأولى:

قامت بها " Feucher Marie " تحت عنوان: « L'accueil en institution pour personnes âgées » [61]. وجاءت الدراسات بهدف كشف الستار عن الأسباب الكامنة وراء اختيار المسنين في فرنسا الحياة المؤسسية (قضاء العمر المتبقي في مؤسسة للشيخوخة). كما تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على نوعية الحياة في مثل هذه المؤسسات وهل تتلائم هذه الأخيرة مع احتياجات المسنين أم من الضروري تطويرها وإعادة النظر في الخدمات التي تقدمها. ولقد تلخصت الدراسة في ثلاث (03) فصول رئيسية، في الفصل الأول الذي جاء تحت عنوان L'origine de la dépendance، تعرضت فيه الباحثة إلى مشاكل الشيخوخة الصحية بما فيها الجسمية والعقلية والتي تجعل من المسن فردا في حاجة لمساعدة غيره لخدمته (Personne Dépendante) أما الفصل الثاني والذي جاء عنوانه Les différentes offres d'accueil فعرضت فيه الباحثة مختلف الهياكل الإيوائية المتوفرة في فرنسا من النمط الاستشفائي والنمط الاجتماعي للتكفل برعاية المسنين وإيوائهم. والفصل الأخير والذي جاء عنوانه Les maisons de retraites، قامت الباحثة بوصف دقيق لشروط الالتحاق بدور التقاعد ونظام الحياة الجماعية في هذه الدور وكذا الخدمات والأنشطة المتوفرة فيها.

ومن أهم نتائج هذه الدراسة ما يلي:

- 1 تدهور الأوضاع الصحية للمسنين وتراجع قواهم وإصابتهم بأمراض مزمنة ومرافقة للشيخوخة تخلق لديهم الحاجة إلى الأمن والأمان، الأمر الذي يدفعهم إلى اختيار العيش ومواصلة آخر المشوار في مؤسسات خاصة برعاية كبار السن.
- 2 يخشى أغلب المسنين من مغادرة محيطهم المألوف ويخافون من الفشل في التكيف مع الحياة في المؤسسة لذلك ففي أغلب الأحيان قرار الالتحاق بالمؤسسة يأتي من طرف أحد الأقارب أو الأبناء.
- 3 الدولة الفرنسية والمجتمع المدني وضع تحت تصرف المسنين هياكل لرعايتهم مجهزة طبيا سعيا لتلبية حاجيات ومشاكل العمر الثالث.

4 تتميز الحياة داخل هذه المؤسسات بتشابه أيامها بسبب نمطها التكراري الراجع إلى عدم استغلال وقت فراغ المسنين استغلال صائب من طرف المختصين والمنشطين من جهة ومن جهة أخرى سبب نقص الحافز لدى المسنين المقيمين.

5 مؤسسات رعاية وإيواء المسنين، قطاع في حاجة إلى التطوير تزامنا مع زيادة مشاكل واحتياجات المسنين المهمشين.

2.1.6.1. الدراسة الثانية:

قامت بها (Marie Odile) Martin Sanchez تحت عنوان:

>> De l'assistance à la reconnaissance de la personne <<vieillissante [62]

جاءت الدراسة كمحاولة للإلمام بعلم الشيخوخة (Gérontologie) من خلال تصورات المساعدين الاجتماعيين عن الشيخوخة.

ولقد جاءت الدراسة في ثلاثة فصول، عرضت الباحثة في الفصل الأول تعريف كل من الشيخوخة، الشيخوخة والمسنين في فرنسا وكذا خصائصهم الديمغرافية والاقتصادية.

والفصل الثاني لخص مختلف السياسات الاجتماعية الفرنسية للتكفل بفئة العمر الثالث.

أما الفصل الثالث فجاء كمدخل عام للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، حيث عرفت الباحثة مختلف أنماط الرعاية الموجهة للمسنين وعرضت أهم الممارسات للخدمة الاجتماعية مع المسنين منها طريقة خدمة الفرد وكذا المتطلبات الأساسية لأداء الدور المهني في المساعدة المنزلية L'aide à domicile وأهم ما جاء في نتائج الدراسة ما يلي:

- تهتم الرعاية الاجتماعية الموجهة للمسنين بتوفير المناخ الاجتماعي السليم لتفهم وتقبل حاجات كبار السن وقضاياهم.

- تتوقف إلى حد بعيد أساليب المساعدة التي يتبعها الأخصائي الاجتماعي مع المسنين على تفهم العمليات التي تمر بها مراحل نمو الشخصية والوظيفة التي تؤديها في حياة الإنسان وتفهم ديناميكية تفاعل العلاقات وكذا تفهم الأنماط الثقافية والتنظيمات ومالها من تأثير على الشخصية وأنماط التفاعل الاجتماعية.

- التقدم العلمي قدم قاعدة معرفية أساسية لا يمكن الاستغناء عنها عند القيام بأي نشاط يتعلق ببذل الجهود في سبيل تطبيق وتطوير طريقة المساعدة.

- هناك قصور في دراسة ظاهرة الشيخوخة في الوقت الذي يبذل فيه العلم جهودا جبارة في سبيل الكشف عن خفايا مرحلة الطفولة والمراهقة.

- يحتفظ الناس بنظرة تقليدية نحو الشيخوخة وما تتركه في نفوسهم من انطباعات توحى بأن هذه المرحلة لا تمثل إلا نوعاً من أنواع التردّي نتيجة لما يصاب به المسن من ضعف ومرض.
3.1.6.1. الدراسة الثالثة:

قامت (Dupré- Leveque. Delphine) بدراسة تحت عنوان: >> Une ethnologue << en maison de retraite [63].

جاءت الدراسة لإلقاء الضوء على عيوب الحياة المؤسسية عن طريق وصف الحياة داخل إحدى الدور للتقاعد في فرنسا.

ولقد قسمت الدراسة إلى ثلاثة فصول: جاء في الفصل الأول لمحة تاريخية عن مؤسسات إيواء ورعاية المسنين في فرنسا، وعرض لخصائصهم العامة.

في الفصل الثاني تطرقت إلى العلاقات القائمة في مثل هذه المؤسسات بين الأعضاء المستخدمين في المؤسسات من مساعدين مهنيين، أطباء، ممرضين، منشطين.. الخ والمسنين المقيمين، والفصل الأخير لخص أنظمة الرعاية الاجتماعية المعمول بها في مثل هذه المؤسسات وطبيعة الحياة القائمة فيها.

وقد توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

- 13.4% من مجموع المسنين في فرنسا يقيمون في مؤسسات لرعاية المسنين أغلبهم بنسبة 40% يتجاوز عمرهم 85 سنة و 16% يتجاوزون 75 سنة وترى الباحثة أن الحياة المؤسسية ليست من اختيار المسنين والسبب يعود إلى التصورات الثقافية والعائلية السلبية عن الشيخوخة.
 - جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات وتطور وسائل الرعاية الصحية وكفاءة المهنيين هي أهم ما يميز مؤسسات إيواء المسنين في فرنسا.

- في عدد كبير من المؤسسات، الاستيقاظ وفطور الصباح يكون في حوالي الساعة الثامنة صباحاً، وبحسب نظام المؤسسة ودرجة تبعية المقيم ونوعية إعاقته، يقدم كل من فطور الصباح، الغداء والعشاء للمقيمين في غرفهم، وهناك البعض من المؤسسات أين يمكن للمقيمين اختيار طعامهم.
 - في معظم المؤسسات الزيارات الطبية تكون في غرفة المسن ونفس الشيء يقال بالنسبة للحلاق(ة) الذي يخلق للمسنيين في غرفهم.

- أغلبية المؤسسات توفر مكان للعبادة (Une Chapelle) لمسنيها ومقرات متعددة لممارسة المسنين لهواياتهم كورشات للرسم ، لعرض الصور، وكل مؤسسة تتوفر فيها حديقة يتجول فيها المقيمون.

4.1.6.1. الدراسة الرابعة:

الدراسة جاءت تحت عنوان: << Vivre en maison de retraite >> من إعداد:

(Mallon Isabelle) [64]. وتهدف الدراسة إلى إعادة النظر في موقف المجتمع من مؤسسات

إيواء الشيخوخة وتصحيح المخيال الاجتماعي الذي يرى في مثل هذه المؤسسات ملجأ للمرضى والمعوقين والمجانين وكل المسنين المنبوذين. كما تهدف إلى إلقاء نظرة سوسولوجية على عالم إيواء المسنين بهدف تغيير التصورات المعروفة عن هذه المؤسسات، وتهدف الدراسة إلى تحليل الكيفيات التي تنظم الحياة الجماعية للمسنين تحليلاً سوسولوجياً.

ويمكن تلخيص التساؤلات الرئيسية للدراسة في هذين التساؤلين:

- إلى أي مدى يمكن أن يعتبر المسنون دار التقاعد كمسكنهم الخاص؟

- كيف تتم عملية التقدم في العمر في عالم ينظمه مقيمون في مؤسسة؟

وجاءت الدراسة في ثلاثة فصول: الفصل الأول جاء كنظرة على دور التقاعد وهو عبارة عن تحليل لهياكل دور التقاعد مروراً من الخدمات التي تقدمها الدور إلى احتياجات المسنين.

والفصل الثاني جاء عرضاً لمختلف الكيفيات التي يستعملها المسنين للتكيف مع الحياة أي المؤسسة.

أما الفصل الثالث فتطرق الباحثة إلى الطرق المختلفة التي يلجأ إليها المقيمون في دار التقاعد للحفاظ على هويتهم.

ومن نتائج الدراسة نذكر ما يلي:

- دار التقاعد تشكل مخبر اجتماعي للتشخيص وما يجلب انتباهنا منذ الوهلة الأولى هو ما تخفي أبواب

الدار من طريحي الفراش، المعوقين والمتخلفين ذهنياً، لكن بعد قضاء مدة معينة ننتبه إلى وجود حياة

تتشكل حول النشاطات الترفيهية، توجد حياة في الغرف، في المطعم، في قاعة المطالعة وفي كل

أرجاء الدار.

- الحياة في دار التقاعد ليست مجرد تجمعات إجبارية وإنما هي كذلك مساحات خاصة وجماعية،

حميمية وعمومية أين يقضي المسنين آخر أيامهم.

- ينجح المقيمون - ما عاد المرضى عقلياً ومتعددي الإعاقات في خلق محيط خاص بهم في الحياة

الجماعية داخل المؤسسة ويحافظون على هويتهم الاجتماعية في مكان يفرض عليهم مكانة << المقيم

في مؤسسة >>

- دار العجزة أو التقاعد لا تعني بالضرورة محطة للموت، وإنما تساهم في الاستمرار في الحياة مع

تخفيف الصعوبات المرتبطة بالتقدم في السن.

- لكي تنجح دور التقاعد في مهامها النبيلة، من الضروري تكوين المساعدين المهنيين الساهرين

على راحة المقيمين، تكويناً علمياً وإعادة الاعتبار لمكانة المسنين الاجتماعية.

5.1.6.1. الدراسة الخامسة:

قام كل من (Pichaud Clément) و(Thareau Isabelle) [23] بدراسة تحت عنوان: << Vivre avec des personnes âgées à domicile en établissement >>، وتهدف الدراسة إلى الإجابة عن التساؤلات التالية: إلى أي مدى تؤثر نظرة المجتمع للشيخوخة على المسنين؟

ماذا نعني بالتقدم في العمر، وهل تلازمه دائما الإعاقة والمرض؟

ما هي احتياجات الشيخوخة؟ وما هي المبادئ التي يقوم عليها معالجة ومساعدة المسنين؟.

وجاءت الدراسة في أربعة فصول: في الفصل الأول تم التعرض إلى نظرة المجتمع للمسنين عبر التاريخ وكذا تعريف الشيخوخة والمسنين.

الفصل الثاني جاء فيه أغلب المشكلات التي يعاني منها المسنين والاحتياجات التي تقابل المشكلات.

الفصل الثالث خصص للمشاكل الصحية وأثرها على نفسية المسنين والفصل الأخير ملخص

لاحتياجات المسن في آخر لحظات حياته من علاج مخفف ومسكن ومرافقة نفسية.

ومن نتائج الدراسة ما يلي:

- قد تكون نظرة المجتمع للمسن نظرة إعدام إذا رآته شخصا انتهى به المشوار، فاقدا لكرامته لا فائدة من خدمته بل يجب أن يحبس وراء الجدران.

- وقد تكون نظرة المجتمع منبععا للحياة والأمل حين يرى في اضعف المخلوقات البشرية الذي تقدم به العمر إنسانا محترما مهما فقد من قوة.

- الشيخوخة لا تحمل معاني الهدم فحسب، فيجب الإشادة بالميزات الايجابية التي تصاحب هذه المرحلة العمرية.

- فئة المسنين كغيرها من الفئات العمرية الأخرى لها احتياجاتها لضمان استمرارها، وأهمها

الاحتياجات الفيزيولوجية كالأكل والشرب والنوم والاحتياجات النفسية كالحاجة إلى الإحساس بالأمان، ربط العلاقات مع الآخرين، الاستقلالية والكرامة.

- الإعاقات التي يعاني منها المسنين قد تكون بسبب تراجع الوظائف الحيوية في الجسم، لكنها قد تكون في الغالب نتيجة المحيط المادي والبشري غير الملائم.

- عند تقديم المساعدة للمسنين يجب احترام حريتهم، سيادتهم، كرامتهم واختيارهم لنظام حياتهم.

6.1.6.1. الدراسة السادسة:

قام بها كل من (Vercautern Richard) و(Laborel Bernard) وجاءت الدراسة تحت عنوان: << Construire une éthique en établissements pour personnes âgées >> [65]، وهذه الدراسة إثارة لقضية مهمة جدا إلا وهي قضية دعائم الميثاق الأخلاقي

لممارسة الخدمة الاجتماعية في مؤسسات إيواء المسنين فعلى أي أسس يتم تحديد نظام القيم وفلسفة ممارسة مهنة خدمة الفئة المسنة في حياتها داخل المؤسسة ؟

كما جاءت الدراسة لتسليط الضوء على النسق القيمي الذي يوجه بسلوك وجهود المختصين من جهة والمبادئ التي يقوم عليها البناء القيمي كإطار موحد في التعامل مع المسنين. ولقد جاءت الدراسة في أربعة فصول:

تناول الفصل الأول أسس ودعائم التعامل مع فئة المسنين بصفة عامة، في حين عالج الفصل الثاني تأثير الأخلاق في المواقف المتخذة تجاه الشيخوخة.

أما الفصل الثالث فجاء بمثابة نظرة تفصيلية عن ما يسمى بـ << الأخلاق التطبيقية >> في مؤسسات رعاية الشيخوخة والفصل الأخير جاء كعرض لحاجات مؤسسات رعاية الشيخوخة الملحة في تكوين قيم مهنية تحافظ على كرامة المسنين من جهة وحقهم في الحرية ومن جهة أخرى ترفع من مستوى الخدمات المقدمة.

وفيما يلي أهم ما جاء في الدراسة من نتائج:

- إن عجز المسنين عن إصدار أي قرار من أجل تحديد مصيرهم وتراجع قواهم وفقدانهم لقدراتهم الجسمية والعقلية وإصابتهم بالعتة والجنون تعد أقوى الأسباب التي تقود الفرق المهنية العاملة بمراكز رعاية الشيخوخة إلى البحث عن الوسائل الأخلاقية الجديرة لتمكينهم من الاختيار ما هو أصح للمسنين واتخاذ القرارات لفائدتهم.

- تحديد وضبط مفهوم القيم في التعامل مع فئة المسنين داخل المؤسسات لن يتم إلا بعد:

1 - التمييز بين ميدان تهذيب الفعل وتقييم المعقول والممكن من أجل توضيح أي القيم المهنية يجب الاعتماد عليها في أي هيئة ما.

2 - للتأكد من السعي الدائم والمتواصل لمؤسسات إيواء ورعاية المسنين، من أجل إرساء قيم أخلاقية للعمل والتعامل.

3 - للإشارة إلى أن ميدان العمل في مجال الشيخوخة والمسنين لم يوضح بعد ميثاق الأخلاق المعمول به من أجل تقديم فكرة صحيحة عن المبادئ والتصورات التي تضع فوق العمل أمام مسؤوليات تتعدى الجانب التنظيمي.

4 - ضبط التساؤلات الأخلاقية المتعددة الاختصاصات لكي تتجاوز البعد المهني ووضع النقاش في ميدان علم الشيخوخة على الساحة العمومية.

- تلبية حاجة مؤسسات رعاية الشيخوخة إلى قيم تضبط << ما يجب أن يكون >> وما << لا يجب أن يكون >> لن يتحقق إلا بتوظيف القيم، وتوظيفها يعني إعطاء معنى ومحتوى ملموس للتصورات الأساسية التي تقوم عليها الكرامة، الحرية، المواطنة، الحق في الانفراد والحق في الرفض.

2.6.1. الدراسات التي أجريت في إطار المجتمعات العربية

7.2.6.1. الدراسة السابعة:

قام كل من (عبد الرحمن عبد المعز) و(بحيري أحمد) بدراسة تحت عنوان: "دراسة اجتماعية للمسنين المتقاعدين عن العمل بمدينة القاهرة." [24] وتمثل الهدف العام للدراسة في استكشاف المشكلات التي يواجهها المسنون من العاملين بعد سن التقاعد والمتقاعدين عن العمل. وذلك لإلقاء الضوء على كل من العمر والتقاعد وما يصاحبهما من مشكلات.

واندرج تحت هذا الهدف العام، الأهداف الفرعية التالية:

- 1- إلقاء الضوء على الترتيب العام للمشكلات التي يواجهها المسنون من العاملين والمتقاعدين وذلك حسب درجة أهمية هذه المشكلات لدى أفراد المجموعتين.
- 2- محاولة التوصل إلى ترتيب المشكلات التي يواجهها المسنون من العاملين والمتقاعدين داخل كل مجال من المجالات النوعية التالية:
 - أ- مجال المشكلات الصحية
 - ب- مجال المشكلات الاجتماعية
 - ج- مجال المشكلات الدينية والأخلاقية
 - د- مجال المشكلات الاقتصادية
 - هـ- مجال المشكلات الترفيهية
 - و- مجال المشكلات المرتبطة بالناحية الجنسية
- 3- الوقوف على العوامل التي تنظمها مختلف المشكلات التي يواجهها المسنون.

وتكونت عينة الدراسة من 290 فردا من الذكور، ممن تجاوزا السن الستين من محافظتي القاهرة والجيزة وتنقسم هذه العينة إلى مجموعتين:

الأولى: مجموعة المسنين العاملين بعد السن التقاعد وعددهم 123 فردا: 28% منهم يعملون في نفس المهن التي كانوا يشغلونها قبل سن التقاعد و 27% يعملون بمهن أخرى بديلة تختلف عن تلك الممارسة قبل المعاش.

الثانية: مجموعة المسنين المتقاعدين عن العمل وعددهم 167 فردا وروعي في اختيارهم أن يكون السبب في تقاعدهم هو بلوغهم سن المعاش.

وتمّ إعداد أداة للدراسة وهي عبارة عن استخبار يتكون من 94 مشكلة، تم توجيهها إلى أفراد العينة وتقع هذه المشكلات في إطار ستة مشكلات كبرى: صحية، واجتماعية وأخلاقية، دينية واقتصادية وترفيهية، وجنسية.

وتم حساب وصدق هذه البنود

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- تحتل المشكلات الاقتصادية والأخلاقية مكان الصدارة لدى المسنين من العاملين والمتقاعدين، أما بخصوص أهم جوانب الاختلاف بين أفراد المجموعتين فقد تبين أن المسنين من المتقاعدين عن العمل يواجهون مشكلة وقت الفراغ ومشكلة عدم وجود أماكن ترفيهية لقضاء هذا الوقت بدرجة تفوق المسنين من العاملين.

- هناك اتفاقاً بين المسنين من العاملين والمتقاعدين في مشكلات الصحة التي يواجهونها و أعلى المشكلات أهمية لدى أفراد المجموعتين هي الشعور بالقلق وسرعة الغضب وعدم وجود خدمات صحية واضطراب النوم وفقدان الشهية للأكل والاكنتاب والإصابة بمرض الروماتيزم وضعف الذاكرة وتدخين السجائر وارتفاع أو انخفاض ضغط الدم.

- توجد درجة عالية من التشابه بين أفراد المجموعتين في معظم المشكلات الاجتماعية كاستهزاء الناس بكبار السن والشعور بالقلق على مستقبل الأبناء وعدم ملائمة أفكار وتصورات كبار السن بالنسبة للشباب، أما المشاكل الأقل أهمية لدى أفراد المجموعتين من المسنين فتتمثل في تعاطي الأبناء للمخدرات والاتجاهات السلبية للأسرة نحو المسنين.

- هناك اتفاقاً بين المسنين من العاملين والمتقاعدين حول أهمية مشكلة عدم القدرة على ممارسة العملية الجنسية ومشكلة رفض الزوجة للعملية الجنسية.

8.2.6.1. الدراسة الثامنة:

وهي بعنوان: " واقع كبار السن ورعايتهم في الأسرة والمجتمع "دراسة نظرية وميدانية حول أوضاع كبار السن ورعايتهم من إعداد المكتب التنفيذي للإتحاد العام النسائي، بإشراف د. نجوى قصاب حسن [66].

هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على القضايا التي ترتبط بواقع المسنين ورعايتهم وذلك من خلال "دراسة نظرية حول الشيخوخة ومفهومها وأبعادها واحتياجاتها مع توضيح بعض المؤشرات السكانية والاعتبارات الاقتصادية والاجتماعية المرتبطة بها.

وقد تم تقسيم الدراسة إلى فصلين أساسيين، ركز أولهما على قضايا الشيخوخة وأوضاع كبار السن ويحيط بالمؤشرات الديمغرافية المرتبطة بقضايا كبار السن في العالم والثاني هو الفصل الميداني الذي تم فيه وضع إستبانة خاصة، وتمت الدراسة الميدانية بطريقة المسح بالعينة لمسنين القطر السوري ضمن كافة المحافظات.

كما خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج والتوصيات المتعلقة بواقع المسنين، والتي يمكن ذكر أهمها على اعتبار أن أوضاع المسنين يمكن تلخيصها بالنقاط التالية:

إن هجرة الشباب من الريف إلى المدن أو إلى الخارج بحثاً عن العمل أو طلباً للعلم والاختصاص، أوقع المسنين في وضع الحاجة إلى من يراعيهم وذلك ما سيتوجب الاهتمام والتركيز.

- إن مرحلة الشيخوخة ترتبط بجميع مراحل حياة الإنسان، وإن التحضير لها صحياً ونفسياً واجتماعياً، مسألة حيوية تتطلب التوعية والتثقيف لإعداد الإنسان لما يسمى العمر الثالث أي " مرحلة الشيخوخة " مما يتطلب إجراء برامج توعية صحية على كافة الأصعدة والمؤسسات.

- إن معاملة كبار السن مسألة حساسة ودقيقة، وقد نبهت المؤتمرات الدولية إلى ضرورة تعزيز صحة كبار السن في إطار أسرهم وتأمين الجو النفسي المريح لهم وضرورة إعداد الفئات الثانية لتقبل المسن في إطار الأسرة وحسن معاملته.

- إن ممارسة المسن للهويات الفنية والرياضية مسألة لها انعكاساتها الإيجابية على مجمل صحة المسن.

- يجب توفير بعض الأجهزة الخاصة بكبار السن والتي تساعدهم على تحقيق استقلالهم في الحركة والجلوس والمشي واستخدام المرافق مما يوفر على الأسرة الكثير من المشاعر والمتاعب.

- إن انخفاض الدخل للمسن في مرحلة الشيخوخة يستدعي من الدولة توفير بعض النفقات عنه مثل أجور التنقل مثلاً أو بعض المشتريات الضرورية ليحافظ على صحته ومظهره.

- إن مساهمة المنظمات الشعبية والجمعيات الخيرية في رعاية كبار السن في إطار أسرهم أو في إطار الجمعيات والمؤسسات توفر مزيداً من الخدمات الرئيسية والرسمية المتوفرة من قبل الدولة.

- إن دور الرعاية تؤمن الخدمة الدائمة للمسنين غير أن حاجة بعض الأسر إلى رعاية ناجحة لكبار السن لديهم ، لذلك أوصت الدراسة بضرورة افتتاح ما يشبه النوادي أو المنشآت التي يتم فيها رعاية المسنين لعدد من الساعات اليومية .

- إن أهم ما يقلق الإنسان في حياته هو أن يأتي اليوم الذي يتغير فيه دوره كإنسان محوري ومهم في إطار أسرته ومجتمعه. لذلك يجب إشعار المسنين دائماً بأهمية وجودهم كمرشدين ومرببين وناصحين وبأنهم ما زالوا أساسيين في الحياة.

- تعزيز القيم الأخلاقية والإنسانية المستمرة من حضارتنا الفكرية ومن مبادئ الأديان السماوية السمحة والتي تسعى إلى الحفاظ على علاقات الرحمة والمودة واستمرار الحياة الأسرية.

9.2.6.1. الدراسة التاسعة:

قامت (ريمة يحيى الحجار) بدراسة تحت عنوان: " التغير في بنية الأسرة وواقع المسنين " : دراسة ميدانية لتركيب الأسرة [67] وقد هدفت الدراسة إلى ثلاثة أهداف أساسية وهي:

1- دراسة العلاقة بين بنية الأسرة وواقع المسنين كما هي في الدراسات الاجتماعية عامة، وفي دراسات علم الاجتماع بشكل خاص مما يساعد على صياغة إطار نظري لدراسة العلاقة المشار إليها ميدانيا ويوضح مؤشراتها وأسسها العلمية.

2- تحليل صيغة العلاقة بين بنية الأسرة وواقع المسنين كما هي في الظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة وأشكال الروابط الاجتماعية داخلها من جهة أخرى.

3- تحليل طبيعة العلاقة بين بنية التنظيم الاجتماعي بشكل عام وبنية الأسرة بشكل خاص من جهة وواقع المسنين من جهة أخرى، كما هي واضحة في التراث الاجتماعي والقيمي والذي يرتبط بالديانات السماوية المنتشرة في المجتمع وذلك أن جزءا من أنماط السلوك الاجتماعي مازالت مبنية على أصول دينية مستمدة من تعاليم الشريعتين الإسلامية والمسيحية ومازال قدر " كبير " من مكانة المسنين مستمدة من القيم الدينية.

وتم تقسيم الدراسة إلى أربعة فصول ميدانية لدراسة العلاقة بين بنية الأسرة وواقع المسنين:

- تناول الفصل الأول منها الخصائص الذاتية للمسنين وواقعهم أما الثاني فقد تناول تغير الأسرة ومشاركة المسنين بالقرارات الأسرية.

- والثالث منها بحث في تغير بنية الأسرة وقيام المسن بعمل منتج وتناول الأخير منها بنية الأسرة والرعاية المقدمة للمسن من قبل أسرته.

وقد بني البحث على مقولات نظرية أساسية أهمها:

الأولى: إن المسن يأخذ مكانته الاجتماعية في الأسرة بوصفها نظاما اجتماعيا تتضح فيه معالم الحقوق والواجبات المتبادلة بين عناصره واتصفت مكانة المسن ضمن أسرته في المجتمع السوري خلال المرحلة التقليدية بطابع التنظيم حيث كانت الحقوق والواجبات بين المسن وأفراد أسرته واضحة في الثقافة العامة للمجتمع المحلي وفي وعي أفرادها على حد سواء.

الثانية: يعد نظام الأسرة نظاما فرعيا في بنية التنظيم الاجتماعي الأوسع على مستوى المجتمع المحلي والمجتمع الأكبر ومن الطبيعي أن يتأثر بالتغيرات المجتمعة التي تحدث نتيجة لعمليات الاتصال والتواصل الاجتماعي بين المجتمع الصغير والمجتمع الأكبر.

الثالثة: تصبح معالم الحقوق والواجبات المتبادلة بين المسن وأفراد أسرته غير واضحة مع انتشار مظاهر التغير في بنية الأسرة وتنظيمها الاجتماعي، وبالتالي قد تختلف القيم بين المرحلتين التقليدية والمعاصرة.

الرابعة: اقترن التحول في بنية القيم الاجتماعية مع ضعف بنية التنظيم الاجتماعي، حيث عدت العوامل التي تشد الأفراد إلى بعضهم بعضا أضعف من الماضي، وكذلك العلاقة بين المسن وأسرته أصبحت على غير ما كانت في السابق مما خلف له صعوبة في التكيف مع محيطه.

الخامسة: جاء التحول من الأسرة الممتدة إلى الأسرة المحدودة نتيجة للتحول في بنية الأسرة، مما جزء الأسرة وجعل الأسرة المحدودة تركز اهتماما على أبنائها فقل الاهتمام بالمسن وتغيرت الأدوار التي يقوم بها والمكانة التي كان يتمتع بها في السابق ضمن الأسرة التقليدية الممتدة.

وتتلخص الفرضيات الأساسية للدراسة في فرضيتين:

- 1- قد يكون لخصائص المسن الذاتية أثر على واقعه أي على مشاركته في القرارات وعلى رعايته.
- 2- قد يكون لتغير بنية الأسرة أثرا على واقع المسنين أي على مشاركته في القرار وعلى عمله وعلى رعايته.

وخلص البحث إلى النتائج التالية:

- على صعيد مشاركة المسنين بالقرارات الأسرية التي تخص الأبناء والأحفاد فإن الأسرة تعطي المسن حق في المشاركة في القرارات الأساسية التي تخص الأبناء والأحفاد ليس بناء على جنسه أو مستواه التعليمي أو نمط أسرته أو مدى أدائها لوظائفها الاجتماعية والتربوية، وإنما انطلاقا من تربية اجتماعية تقوم على معرفة الحقوق والواجبات والاحترام بين أفراد الأسرة والتمسك بقيم الماضي الجميلة وإعادة غرسها في نفوس أبنائها.

- على صعيد قيام المسن بعمل منتج فإن المسنين الذكور هم فقط الذين يعملون عملا منتجا بعد سن التقاعد، أما الإناث فهذا الأمر غير وارد لديهن، وأن المسن الذي يعتبر مالكا للمسكن الذي تقيم فيه أسرته قد يكون أكثر اضطرارا للقيام بعمل منتج، والمستوى التعليمي المقدم للمسن يفسح مجالا أوسع لفرص العمل، فهو بما حصل عليه من علم وخبرة لا يستطيع أن يبقى دون عمل بعد التقاعد، فيجد بمؤهلاته عملا منتجا، وإن الأسر التي يعمل فيها المسن يتسم أبواؤها بالحزم مع أبنائهم، ويعود ذلك أن غالبية هؤلاء المسنين هم أرباب لأسرهم، فهم يمارسون سلطة عليهم بسبب استقلاليتهم المادية وشعورهم بالمركز الاجتماعي والمكانة أفضل من سواهم.

أما بقية العوامل مثل نمط الأسرة وعلاقة الأخوة بعضهم مع بعض، وقيام الأسرة بوظائفها الأساسية بطريقة تقليدية أم معاصرة، كل ذلك لم يكن عاملا مؤثرا في مسألة عمل المسن، فدوافع عمل المسن هي ذاتية في أغلب الأحوال، ولا يحكمها الوضع المادي أو الأسلوب التقليدي في التربية أو العلاقات الاجتماعية بين الأخوة بعضهم بعضا، وبين الآباء وأبنائهم، بل إن عمله يأتي اختيارا شخصيا، ولا تدفع إليه ظروف أو عوامل اجتماعية واقتصادية.

- على صعيد الرعاية المقدمة للمسنين من قبل أسرهم فإن مسألة رعاية المسنين من قبل الأسرة مرتبطة بمدى حاجاته لها، وبنمط الأسرة الأكثر تقليدية، وبمسألة العرف.

10.2.6.1. الدراسة العاشرة:

قام (وليد خالد الشايجي) بدراسة تحت عنوان "بحث مظاهر رعاية المسنين في دولة الكويت بين الشريعة والقانون." [68]

ولقد هدفت الدراسة إلى عرض وبيان أسس ومظاهر رعاية الشريعة الإسلامية للمسنين ثم دور دولة الكويت في رعاية المسنين.

وتم تقسيم الدراسة إلى فصلين:

- تناول الفصل الأول منها أسس ومظاهر رعاية الشريعة الإسلامية للمسنين.

- أما الثاني فقد تناول دور مدينة الكويت في رعاية المسنين والشيوخ.

وخلص البحث إلى النتائج التالية:

- إن نصوص الكتاب والسنة ومسلك السلف الصالح في الخلافة الراشدة، ومن خلال التاريخ

الإسلامي نلمس اهتمام الإسلام بتكريم الحياة الإنسانية وتوقيرها لكل البشر بغض النظر عن نوعهم وجنسياتهم ودينهم عن طريق:

1- حث الإسلام أفراد المجتمع على التعاون و التراحم

2- دعوة الإسلام إلى احترام الكبير وتوقيره وإكرامه

3- المكانة المتميزة للمسن في الإسلام

4- إقرار التكافل الاجتماعي في المجتمع المسلم

- يلقي المسنون في الكويت عناية أسرية جيدة من قبل القطاعين الأهلي والحكومي:

1- فمما تقدمه الحكومة الكويتية للمسنين عن طريق وزارتها وإدارتها مثلاً ما تقدمه وزارة الشؤون

الاجتماعية والعمل فهي تشرف وتدعم دار رعاية المسنين كما تساهم بالدعم المادي والمعنوي في

إقامة المقاهي الشعبية أو الدواوين التي يرتادها كبار المسنين مع عائلاتهم ويغلب عليها التراث

الشعبي التقليدي حيث توفر البيئة الاجتماعية والنفسية لمرتابيها ويتولى كبار السن إدارتها.

2- كما أنشأت وزارة التربية مراكز لمحو الأمية لكبار السن بلغ عددها الإجمالي 77 مركز.

3- تقدم وزارة الصحة العامة العديد من الخدمات منها استقبال كبار السن وتوفير الرعاية الطبية لهم

في مستوصفاتهما ومستشفياتها المنتشرة في مناطق الدولة.

4- قامت الأمانة العامة للأوقاف وهي مؤسسة تجمع بين القطاع الحكومي والأهلي بإنشاء مراكز في

العديد من المناطق السكنية تقدم الخدمات الصحية والنفسية والدينية للمسنين في بيوتهم من خلال

الزيارات الدورية اليومية والإرشادية للمسنين وهي من أفضل ما يقدم من خدمات للمسنين لأنها

تحتفظ بالجو الأسري للمسن فهو يقيم مع أسرته ويتمتع في نفس الوقت بخدمات فريق من

المتخصصين في رعاية المسنين بدون مقابل مادي وبدون أن ينقل إلى خارج منزله.

- 5- تساهم وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية عن طريق الخطباء والوعاظ في المساجد وما تقوم بإصداره من كتب ومنشورات تدعو الناس فيها إلى التعاون على البر والإحسان إلى كل محتاج وخاصة إذا كانوا من كبار السن.
- 6- تساهم المعاهد والجامعة ودور العلم في نشر الوعي بأهمية المسنين ورعايتهم دينيا واجتماعيا.
- 7- وزارة الإعلام يلاحظ منها قصور كبير في مساهمتها في قضية المسنين حيث لا يوجد في برامجها الإعلامية أو التثقيفية أو الترفيهية خدمة لكبار السن أو من يتعامل معهم ولا تنقل أبحاث وفعليات المؤتمرات التي تعقد للنوعية في قضية المسنين.
- 8- وزارة التخطيط وإدارة البلدية هناك إهمال منهما لقضايا المسنين عند وضع الخطط والدراسات الخاصة بتوزيع وتنفيذ المساكن والأحياء السكنية والخدمات التي تهم كبار السن حيث لا تتضمن هذه الخطط احتياجات المسنين النفسية والاجتماعية الذين يفضلون عدم ترك أماكنهم ومنازلهم التي عاشوا فيها وكذلك المناطق التي تتوفر فيها الخدمات التي يحتاجونها والتي تخصص فيها أماكن ترفيهية صحية يقضون فيها أوقات فراغهم وباقي حياتهم دون مشاكل.
- 1.11.2.6.1. الدراسة الحادية عشر:

في مجال ارتقاء القيم وتغييرها عبر العمر، قام كل من (خليفة عبد اللطيف محمد) و(عبد الله معتز سيد) بدراسة القيم كما يتصورها المسنون من ناحية ومدى اتساق هذا التصور مع سلوكهم الفعلي من ناحية أخرى في دراسة بعنوان: "نسقا القيم المتصور والواقعي لدي عينة من المسنين المصريين" [69].

وتمثلت أهداف الدراسة فيما يأتي:

- 1- إلقاء الضوء على مدى التفاوت بين القيم كما يتصورها المسنون المتقاعدون والقيم كما يمارسونها بالفعل في شكل سلوك.
 - 2- الكشف عن الترتيب القيمي المتصور والواقعي لدى المسنين المتقاعدين العمل.
 - 3- الوقوف عن العوامل التي ينتظمها نسق القيم المتصور والواقعي لدى المسنين المتقاعدين.
 - 4- إلقاء الضوء على الارتباط بين عوامل كل من النسقين المتصور والواقعي.
- وفي ضوء هذه الأهداف صيغت فروض الدراسة على النحو الآتي:
- 1- نتوقع وجود تفاوت بين القيم كما يتصورها الأفراد والقيم كما يمارسونها بالفعل.
 - 2- نتوقع وجود اختلاف بين الترتيب القيمي المتصور والترتيب القيمي الواقعي.
 - 3- نتوقع وجود اختلاف بين العوامل التي ينتظمها نسق القيم المتصور والعوامل التي ينتظمها نسق القيم الواقعي.

4- نتوقع وجود اختلاف في عدد الارتباطات الدالة بين عوامل النسق المتصور وعوامل النسق الواقعي.

وتكونت عينة الدراسة من 204 فردا من الذكور المسنين المتقاعدين عن العمل، ممن تجاوزوا سن الستين، وتم اختيارهم في ثلاث محافظات هي: القاهرة - الجيزة - المنوفية. وقد روعي في اختيارهم أن يكون السبب في تقاعدهم هو بلوغ سن المعاش. وتم التوصل إلى عدد من النتائج منها:

- تزيد أهمية القيم من الناحية التصورية بدرجة تفوق ممارستها من الناحية الواقعية.
- هناك درجة عالية من التشابه بين الترتيب القيمي المتصور والترتيب القيمي الواقعي.
- توجد بعض أوجه الاختلاف في ترتيب بعض القيم، حيث يتزايد بعضها من الناحية التصورية عن الناحية الواقعية ويتزايد بعضها الآخر من الناحية الواقعية عن الناحية التصورية.
- إن نسقي القيم المتصور والواقعي ينتظمان في ثمانية عوامل أساسية وان هناك زيادة في عدد الارتباطات الدالة بين عوامل نسق القيم الواقعي بالمقارنة بنسق القيم المتصور.

12.2.6.1. الدراسة الثانية عشر:

قامت (إيناس حسين صادق أحمد) بدراسة تحت عنوان: "التخطيط لخدمات المعلومات للمسنين في المكتبات العامة بدولة قطر [70] ولقد هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على الإمكانيات المتوفرة في المكتبات العامة لخدمة المسنين.
 - التخطيط ووضع الأسس اللازمة لتقييم خدمات فعالة للمسنين من حيث:
- 1/ الفئات التي يجب أن تقدم لهم خدمات للمسنين
 - 2/ التجهيزات اللازمة لتقديم خدمات المسنين
 - 3/ فئات العاملين الواجب توفرها لتقديم خدمات للمسنين
 - 4/ خدمات المكتبات المفترض تقديمها للمسنين
- ولقد اختارت الباحثة المكتبات العامة بالتحديد لان المكتبات العامة هي التي تتاح خدماتها لجميع أفراد المجتمع على قدر المساواة دون تفرقة بسبب اللون أو الدين أو اللغة أو الجنس أو المذهب السياسي.

ولقد اعتمدت الدراسة على المنهج المسحي لأنه يعد أكثر المناهج ملائمة لمثل هذه الدراسات التي تستعرض ظواهر لم يتطرق لها بحث سابق من جهة أو تتعدد فيه وحدات مجتمع للدراسة من جهة أخرى مع استخدام قائمة المراجعة كوسيلة لجمع البيانات والمعلومات اللازمة للدراسة من المكتبات العامة في دولة قطر.

وتناولت الدراسة ثلاثة موضوعات في ثلاث فصول:

- الفصل الأول تناول المسنين في قطر
 - الفصل الثاني تناول وضع المكتبات العامة في قطر
 - أما الفصل الأخير فتناول التخطيط لتقديم خدمات المعلومات للمسنين في جامعة قطر. ومن أهم نتائج الدراسة ما يلي:
 - هناك اهتمام واضح من دولة قطر بالمسنين حيث صدرت مجموعة من القوانين لتنظيم الضمان الاجتماعي للمسنين بالإضافة إلى إنشاء العديد من الهيئات الحكومية تعمل في هذا المجال مثل المجلس الأعلى لشؤون الأسرة وجمعية الهلال الأحمر القطرية... الخ
 - عدم توفر مباني المكتبات العامة لاستقبال المسنين
 - عدم توفر قاعات خاصة للمسنين بالمكتبات العامة
 - بلغ عدد المستفيدين من المسنين المترددين على المكتبات العامة في قطر حوالي 1.6% من المجموع الكلي للمستفيدين المترددين على المكتبات
 - على الرغم من توفر الميزانية اللازمة للمكتبات العامة في قطر إلا أنه هناك قصور في تقديم خدمات للمسنين في جميع المكتبات محل الدراسة.
 - عدم تلقي جميع أخصائي المكتبات لدورات خاصة تؤهلهم بالتعامل مع المسنين.
 - يعد من أكثر المكتبات التي يتم التردد عليها هي مكتبة الشيخ بن عبد الله الثاني والتي يبلغ عدد المستفيدين المترددين عليها 15875 مستفيد.
 - تقتصر جميع المكتبات على اقتناء الأوعية التقليدية
 - عدم وجود سياسة لتنمية المقتنيات بجميع المكتبات العامة.
 - ليس هناك أي نوع من التعاون بين المكتبات العامة والهيئات التي تعمل في مجال المسنين في قطر.
- 1.3.2.6.1. الدراسة الثالثة عشر:**

قامت الباحثة (بدرية شريف عبد الوهاب) بدراسة حول معتقدات واتجاهات الشباب من طلبة وطالبات نحو المسنين ممن تجاوزت أعمارهم سن الستين وجاءت الدراسة تحت عنوان: "نظرة الشباب نحو المسنين: دراسة تجريبية لطلاب كلية الآداب بسوهاج" [71]

ويتمثل الهدف العام للدراسة في الكشف عن المعتقدات والاتجاهات السائدة نحو المسنين لدى عينة من طالبات الجامعة.

ويندرج تحت هذا الهدف العام الأهداف الفرعية التالية:

- 1- الكشف عن المعتقدات والتصورات التي تدور حول المسنين لدى كل من الذكور والإناث.
- 2- الكشف عن الاتجاهات نحو المسنين لدى كل من الذكور والإناث.

- 3- الوقوف على الأبعاد الأساسية التي تنتظمها الاتجاهات نحو المسنين.
- 4- إلقاء الضوء على العلاقة بين المعتقدات والاتجاهات نحو المسنين وتكونت عينة الدراسة من 404 طالبا وطالبة تم اختيارهم من الفرق الدراسية لأربع أقسام: الفلسفة وعلم النفس وعلم الاجتماع والمكتبات والوثائق.
- وتكونت عينة الذكور من 200 طالب وتكونت عينة الإناث من 204 طالبة.
- ومن نتائج الدراسة مايلي:
- على الرغم من أن النظرة العامة للشباب نحو المسنين تتسم بالإيجابية فان بعض التصورات السلبية منها على سبيل المثال اعتقادهم بان المسنين تتسم تصرفاتهم بالغرابة والشذوذ وأنهم يشبهون الأطفال في تصرفاتهم. وقد تزايدت هذه التصورات السلبية لدى الذكور بالمقارنة بالإناث.
 - هناك اتفاقا بين كل من الذكور والإناث على أن المسنين يعانون من الإكتئابات معظم الوقت ومضطربون انفعاليا ويخفون الموت.
 - على الرغم من أن الشباب يثقون في آراء المسنين، فإنهم لا يستشيرونهم في المسائل الشخصية كالزواج.
 - هناك اتفاقا بين كل من الذكور والإناث على أن قدرة المسنين على العمل بعد الستين تتجه نحو الانخفاض والتدهور وان أداءهم يتسم بعدم الدقة والبطيء الشديد وعلى الرغم من هذه النظرة السلبية فإنهم يرون توافر الخبرة والتجارب العديدة لدى هؤلاء المسنين.
 - يرى الشباب من الجنسين أن حاجات المسنين واهتماماتهم تتمثل في الحديث عن الذكريات القديمة وحب وتقدير الآخرين لهم، والحاجة إلى أماكن ترفيهية لقضاء وقت الفراغ والعبادة والتدين والسيطرة على الآخرين، والعمل بالتجارة والسياسة.
 - يرى الشباب من الجنسين أن نظرة المسنين إليهم تتسم بالسلبية ويعتقدون بأن المسنين ينظرون إلى الجيل الشباب على انه ضيق الخافق وغير جاد ومستقبله غير مطمئن ويتضايقون من تصرفات الشباب ويرون أنهم غير ملتزمين بالقيم والمبادئ الأخلاقية، ولا يحترمون آراء المسنين.
 - يرى الشباب من الجنسين أن مشكلات المسنين تتمثل حسب أهميتها في كل من الإحالة إلى المعاش أو التقاعد وعدم توفير الرعاية الصحية والعزلة وعدم تقدير المجتمع للمسنين وسوء معاملة أفراد الأسرة للمسنين والشكوى بدون سبب والمشكلة المادية. كما يرى أفراد عينة الدراسة من الجنسين أن تقدم العمر مشكلة تتضايق منها السيدات عن الرجال.
 - اتجاهات الشباب من الجنسين نحو المسنين تتسم معظمها بالإيجابية والتعاطف والتسامح نحوهم. بالإضافة إلى وجود مؤشرات توحى بوجود بعض المظاهر السلبية المحدودة نحوهم: وتمثلت المظاهر الايجابية في وجوب النظر إلى المسنين بعطف وإحسان، وتوفير سبل الراحة الكافية لهم

والعناية بهم والتسامح نحوهم والتغاضي عن أخطائهم والافتداء بهم والأخذ بمقترحاتهم والسماح لهم بالتعبير عن آرائهم.

أما المظاهر السلبية فتمثلت في وجود نسب محددة من الشباب ممن يتضايقون من تمسك المسنين بالعادات والتقاليد القديمة، ويرون انه لا يوجد أمل في الشخص بعد بلوغه سن الستين. وأن هؤلاء المسنين يمثلون مصدر إزعاج وقلق لمن حولهم، يرفضون الجلوس مع المسنين.

3.6.1. الدراسات الجزائرية

14.3.6.1. الدراسة الرابعة عشر:

قامت الطالبة (أمزيان نعيمة) بدراسة تحت عنوان: << الآثار السوسيو اقتصادية لحدث التقاعد على فئة العمر الثالث >> [72]

ولقد حاولت الباحثة الإلمام بموضوع فئة العمر الثالث في مرحلة التقاعد من عدة زوايا مبينة فيها أثر التقاعد على مكانة ودور المسن، مركزة على الجانب الاجتماعي والاقتصادي لظاهرة التقاعد. ولقد طرحت عدة تساؤلات من بينها.

- ما هي الوضعية المادية للمسن بعد الإحالة إلى التقاعد؟

- هل يفقد المسن مكانته في الأسرة بفقدانه لدوره الوظيفي بخروجه إلى التقاعد ؟

- هل يؤدي تقاعد الفرد المسن وتبعيته الاقتصادية إلى تهميشه في الأسرة وتراجع مكانته فيها؟

- ما هو دور الأسرة والمجتمع بهياكله المؤسساتية في رعاية المسن ومساعدته على تقبل مرحلة

التقاعد والتكيف معها ؟

وجاءت فرضيات الدراسة كما يلي:

1 لإحالة الفرد المسن إلى التقاعد تؤدي إلى تأزم الوضع المعيشي للأسرة، دافعا بالمتقاعد للبحث عن عمل لتفادي شبك العوز والاحتياج.

2 يفقد المسن مكانته ودوره الاجتماعي في الأسرة بفقدانه لمكانته ودوره المعنيين بالتقاعد

3 شعور الفرد المسن بإهمال عائلته له بعد تقاعده يحدث له عدم تكيف مع مرحلته الجديدة ويصعب

عملية اندماجه الاجتماعي ولقد استعانت الباحثة في انجاز عملها على تقنية الاستمارة وتقنية

الملاحظة واقتصرت في انتقاء عينة بحثها على جزء من مجتمع البحث وكان مقصدها صناديق

الضمان الاجتماعي لاستقطابها عدد كبير من فئة العمر الثالث.

ولجأت إلى المعاينة النمطية، أما حجم العينة فقد جاء مقدرا بـ 150 مبحوث.

ولقد استخلصت الباحثة أن الصورة المعطاة لمرحلة عدم النشاط تابعة بالدرجة الأولى للعامل المادي

المتمثل في قدر معاش التقاعد فكلما قل قدره تدني المستوى المعيشي لهاته الفئة، الأمر الذي يدفع

بأغلبيتهم للبحث عن أي فرصة عمل غير مبالين بطبيعته ولا بانتماءاتهم السوسيو مهنية السابقة، مهتمين أكثر بكيفية تغطية عجزهم المادي واحتياجات أسرهم.

وتوضح من خلال الدراسة الدور الهام الذي يلعبه امتلاك مصادر أو موارد مالية تكميلية لمعاش التقاعد لتحقيق توازن ميزانية الأسرة، ومن بين أهم الموارد التي برزت تلك الخاصة بمساهمة الزوجة والتي أكدت بها على أهمية دورها في تحقيق التكافل والتعاون إلى جانب الزوج وقت الحاجة والضيق.

كما توصلت الدراسة إلى أهمية الجانب المادي في الصورة التي تعطي لهذه المرحلة من طرف معاشيها وفي عملية تبني هذه الأخيرة لفكرة العمل بعد التقاعد.

– وقد تبين أنه كما يؤثر قدر المعاش على المستوى الاقتصادي لعائلة المتقاعد، يؤثر كذلك على مكانة المتقاعد المسن في العائلة من خلال تأثيره الكبير على الأهمية المعطاة لقراراته.

– كما توصلت الدراسة إلى أن استقلالية الأبناء المادية أو السكنية تساهم بطريقة أو بأخرى في أضعاف سلطة الأب عامة والمتقاعد خاصة وبالإضافة إلى عدم تدخل الأب المسن توجيهها، فهو لا يتدخل كذلك في حل الخلافات العائلية إلا في الحالات الضرورية المستعصية.

– ولقد استنبطت الدراسة أثر آخر للعامل الاقتصادي الذي قد يؤثر كذلك على نوعية العلاقات السائدة في أسرة المتقاعد المسن التي تأخذ طابعها الطبيعي المفعم بالاحترام والوفاق كلما كان قدر المعاش مرتفعاً.

– وفيما يخص عملية التكيف والاندماج مع مرحلة التقاعد توصلت الدراسة أن المكانة المحتلة من طرف المسن المتقاعد في أسرته أهمية بالغة لتحقيق الاندماج مع وضعيته الجديدة، فكلما تعززت المكانة التي يتمتع بها كلما كان تقبله لمرحلة التقاعد أكبر وأسهل وقد تظهر من خلال العناية المادية والنفسية التي يستقطبها المسن المتقاعد من المحيطين به.

والرعاية النفسية هي أهم رعاية يمكن أن تعطي لهذه الفئة. إن عملية تقبل المسن لمرحلة التقاعد والتكيف معها تتطلب تظافر الجهود الذاتية لهذه الفئة للتكيف مع هذه المرحلة، بالإضافة إلى جهود المحيطين بها خاصة الأسرية منها بتوفير الاستقرار والجو الطبيعي الذي ينعكس إيجاباً على الاتزان النفسي وعلى قابلية الاندماج مع مرحلة عدم النشاط.

15.3.6.1. الدراسة الخامسة عشر:

قام كل من (Souaber Hassen) و (Ouali Amar) بدراسة لفائدة وزارة الصحة والسكان تحت عنوان: >> Les personnes âgées en Algérie, réalités et perspectives << [73] وجاءت هذه الدراسة على شكل تحليل لنتائج البحث الاجتماعي حول المسنين بهدف كشف الستار عن حياتهم السوسيو اقتصادية ومعرفة شروطهم وطرق عيشهم،

مداخلهم، مجالاتهم الترفيهية، أوضاعهم الصحية ودرجة استقلاليتهم. ولقد جاءت الدراسة في ثمانية فصول:

جاء في الفصل الأول حجم الفئة المسنة في الجزائر، تطورها في الحاضر وأفاقها في المستقبل. الفصل الثاني جاء فيه توضيح لأهم الخصائص السوسيو ديمغرافية لفئة العمر الثالث في الجزائر. الفصل الثالث فيه عرض للأوضاع الصحية للمسنين وفي الفصل الرابع نجد أهم ومعظم الأمراض التي تعاني منها هذه الشريحة العمرية، وفي الفصل الخامس تم فيه التطرق إلى نوعية حياة المسنين في الجزائر، وفي الفصل السادس تعرضا الباحثان لشروط الراحة والرفاهية الاجتماعية والأسرية الضرورية لسعادة المسنين، وفي الفصل السابع جاء وصف للظروف السكنية للمسنين. وأخيرا جاء في الفصل الثامن أثر الاستقرار الاجتماعي للمسنين على صحتهم النفسية. ومن أهم النتائج التي جاءت بها الدراسة نذكر ما يلي:

- إن التكم عن ظاهرة التشيخ السكاني في الجزائر بعد التغيرات المسجلة بعد 1986 في الحركة الديمغرافية ليس عبثا وإنما يأخذ بجديته، لجديته الظاهرة والآثار المترتبة عنها.
- ارتفع عدد المسنين في الفترة الممتدة بين (1987-1998) بسرعة تفوق أربع مرات سرعة نمو الفئة الأقل من 20 سنة.

- شكلت نسبة المسنين البالغين من العمر 60 فأكثر سنة 1998، 6.6 % من المجموع الكلي للسكان، أي ما يقارب 1.9 مليون ومن المحتمل أن تبلغ هذه النسبة 14.7 % (حوالي 7 ملايين) سنة 2030 وسوف تتجاوز 22% في حدود 2050 بحيث يبلغ عدد المسنين في الجزائر ما يعادل 10 ملايين نسمة.

- بلغت نسبة المسنين في الجزائر سنة 2002، 7.5% من المجموع الكلي للسكان 30.6% منهم لم يبلغ سنهم 65 سنة و 10.9% تجاوزوا سن الثمانين، وقد أمل الحياة بالنسبة للرجال بـ 69.7 سنة و 69 سنة بالنسبة للنساء.

- 72% من مجموع المسنين ينتمون إلى فئة المتزوجين أغلبهم رجال بحيث شكلت نسبتهم من مجموع المسنين الذكور 93% مقابل 51.1% نسبة النساء المتزوجات من مجموع المسنات الإناث. 26.3% من المجموع الكلي للمسنين ينتمون إلى فئة الأرامل 46.1% منهم رجال و 6.2% نساء، في حين بلغت نسبة المطلقين 1.3% وفئة قليلة من المسنين قدرت بـ 0.4% ينتمون إلى فئة العزاب.

- 7.9% من مجموع المسنين البالغين من العمر 60 سنة فأكثر يمارسون عمل: 6.1% منهم أصلهم حضري و 10.3% أصلهم ريفي.

-يعد معاش التقاعد أهم مصدر مالي لأكثر من نصف عدد المسنين الجزائريين بنسبة 52.6% في حين صرح 28% من المسنين أن مساعدات أبنائهم المالية تمثل مصدرهم المالي الوحيد، كما صرح 78.4% من مجموع المسنين الذكور و 74.4% من المسنين الإناث أن مداخيلهم المالية غير كافية لتلبية حاجياتهم.

-36.6% من مجموع المسنين قال أن صحتهم سيئة وفي تدهور مستمر ونسبة 49% صرحوا أن صحتهم مرضية في حين يرى 13.3% من المجموع أن صحتهم جيدة.

-26.5% من المسنين البالغين من العمر 60 سنة فأكثر يعانون من إعاقات وأمراض تحد من نشاطاتهم اليومية 25.9% منهم رجال و 27% منهم نساء.

-نسبة صغيرة من المسنين صرحت بأنها تقضي وقت الفراغ في ممارسة الهوايات والنشاطات الترفيهية، بينما أكدت نسبة معتبرة قدرت بـ 55.2% أنهم يحافظون على صحتهم وحيوية أجسامهم، يمارسون يوميا نشاط رياضي متمثل في " المشي "

-عبر أغلب المسنين عن رضاهم بحيث تتلقى نسبة كبيرة منهم قدرت بـ 70.5% زيارات من طرف الأبناء والأقارب مرة على الأقل في الشهر و 51.9% من مجموع المسنين قالو بأنهم يتلقون الزيارات مرة على الأقل في الأسبوع في حين عبر 3.1% عن استيائهم بحيث لا يتلقون أي زيارة من طرف الأبناء والأقارب.

-صرح 75.8% من مجموع المسنين أن أبناءهم يستشيرونهم ويعملون بنصائحهم كما صرحت نسبة معتبرة قدرت بـ 86% أن أبنائهم يحيطون بهم بينما نجد 3.6% من مجموع المسنين الإناث يعيشن لمفردهن، مقابل 0.8% من مجموع المسنين الذكور.

-77.3% من مجموع المسنين يقيمون في سكنات يبلغ عدد غرفها 3 فأكثر، وبنسبة 41.2% يقيمون في أسرة يتعدى أفرادها 7 أشخاص.

4.6.1. تقييم الدراسات السابقة

نظرا لندرة الدراسات السابقة التي تناولت موضوع دراستي بشكل مباشر، تمثلت أهمية الدراسات التي تناولتها في إجماعها على أن الشيخوخة هي من أهم المراحل العمرية المؤثرة في حياة الفرد لما يصاحبها من مشاكل اجتماعية ونفسية وبيولوجية تستدعي تكثيف الرعاية والتكفل بالمتقدمين في العمر.

وتتمثل أهمية نتائج الدراسات في أنها توحى بوجود درجة من التداخل أو التفاعل بين بعض المجالات التي تنتظمها مشكلات المسنين كما أشارت إليه كل من دراسة (Pichaud (c), Thareau (i)) اللذان عرضا المشكلات التي يعاني منها المسنين في فرنسا واحتياجاتهم وأثر المشاكل الصحية على نفسية المسنين وأثر نظرة المجتمع على مكانة المسنين، وكذا ما توصل إليه كل من (عبد الرحمان

عبد المعز) و(بحيري أحمد) من وجود علاقة بين التقاعد وأكبر المشكلات الصحية والشعور بالقلق وسرعة الغضب واضطراب النوم وفقدان الشهية والاكتئاب وعدم وجود خدمات صحية، وما توصلت إليه (بدرية شريف عبد الوهاب) من علاقة التقدم في العمر باتسام بعض الاتجاهات الشبابية من الجنسين نحو المسنين بالسلبية.

وما استنتجته (نعيمة أمزيان) من أثر التقاعد على مكانة ودور المسن بحيث استخلصت عن قدر المعاش يؤثر على مكانة المتقاعد المسن في العائلة من خلال تأثيره الكبير على الأهمية المعطاة لقراراته، وتأثيره على نوعية العلاقات السائدة في أسرة المتقاعد التي تأخذ طابعها الطبيعي المفعم بالاحترام كلما كان قدر المعاش مرتفعا. وما توصل إليه كل من (خليفة عبد اللطيف محمد) و(عبد الله معتز سيد) من تفاوت بين القيم المتصورة والقيم الممارسة في شكل سلوك نتيجة التقاعد. بالإضافة إلى ما توصلت إليه (إيناس حسين صادق أحمد) من مشكلة عدم توفر القاعات الخاصة بالمسنين في كل المكتبات العامة بدولة قطر.

فالدراسات المشار إليها توصلت إلى أن التغيرات البيولوجية لدى المسنين في مرحلة الشيخوخة غالبا ما تكون مصحوبة بوجود مشكلات نفسية واجتماعية وترفيهية، ويكشف هذا عن أهمية دراسة مشكلات المسنين في ضوء مفهوم النسق أو المنظومة حيث التفاعل بين مختلف العناصر أو المجالات.

هذا وفي مجال القضايا التي ترتبط بواقع المسنين ورعايتهم فلقد اشتملت الدراسات السابقة على مجموعة من النتائج المختلفة مثل ما توصلت إليه (ريمة يحيى الحجار) بأن مسألة رعاية المسنين من قبل الأسرة مرتبطة بمدى حاجاته لها وبنمط الأسرة الأكثر تقليدية وبمسألة العرف، ومثل ما توصل إليه (وليد خالد الشايحي) من أسس ومظاهر رعاية الشريعة الإسلامية للمسنين عن طريق دعوة الإسلام إلى احترام الكبير وتوقيره وإكرامه لماله من مكانة متميزة في نصوص الكتاب والسنة. ودعوة (نجوى قصاب حسن) بالاهتمام بافتتاح ما يشبه النوادي أو المنشآت التي يتم فيها رعاية المسنين وتعزيز القيم الخلقية والإنسانية التي تسعى على الحفاظ على علاقات الرحمة والمودة واستمرار الحياة الأسرية لأن هجرة الشباب أوقع المسنين في وضع الحاجة إلى من يرعاهم. كما اشتملت بعض الدراسات السابقة كدراسة (Martin Sanchez M.odile) على التعريف بخصائص السياسات الاجتماعية الفرنسية للتكفل بفئة العمر الثالث ومختلف أنماط الرعاية الموجهة للمسنين، كما سلطت الضوء (Feucher Marie) على نوعية الحياة في مؤسسات رعاية المسنين وكشفت الستار عن الأسباب الكامنة وراء اختيار المسنين الفرنسيين للحياة المؤسسية. ووصفت (Dupré-leveque Déphine) الحياة في إحدى دور التقاعد وكشفت عيوبها، في حين ألقت دراسة (Mallon isabelle) نظرة سوسيولوجية على عالم إيواء المسنين بهدف تصحيح

الأفكار المتصورة عن مؤسسات إيواء الشيوخ وألحت على أن هذه المؤسسات تساهم في الاستمرار في الحياة مع تخفيف الصعوبات المرتبطة بالسن، كما أثارت دراسة (Laborel) و (Vercautern) قضية أخلاقية ممارسة الخدمة الاجتماعية في مؤسسات رعاية الشيوخ وتحديد وضبط مفهوم القيم في التعامل مع فئة المسنين.

7.1. المقاربة النظرية

من أهم وظائف النسق النظري قدرته على تحديد نطاق الوقائع التي تخضع للدراسة ذلك أن كل ظاهرة يمكن دراستها من زوايا مختلفة.

والنظرية باعتبارها أداة توجيه فقد تفيدنا في انتقاء الوقائع الملائمة للدراسة [74، ص73]. ولأن الدراسة تهتم بطبيعة الحياة داخل مركز العجزة عن طريق تفاعل المسنين مع نظام الرعاية الاجتماعية فلقد اعتمدت في المقاربة النظرية على نظريتين:

1.7.1. النظرية الأولى: نظرية التغيير الاجتماعي:

إنّ النظرة إلى المجتمع الإنساني المعاصر، من أي زاوية من الزوايا وبأي مقياس من المقاييس تكشف لنا عن أن هذا المجتمع في تغير سريع وأسرع من أي وقت مضى خلال التاريخ الإنساني. وهذا لا يعني أنّ التغيّر هو سمة العصر فحسب، إذ تعرض المجتمع الإنساني خلال التاريخ لكثير من التغيرات، ولكن التغير في عالم اليوم يتخذ أهمية خاصة نظراً لسرعته وشموله. والتغير الاجتماعي يعد من الحقائق المتأصلة في طبيعة المجتمع الإنساني، بحيث تتوالى الأجيال على المجتمع بعضها في أعقاب بعض، بتناول الجيل اللاحق التراث الاجتماعي عن الجيل السابق، يتناوله بالتعديل تارة بالإضافة تارة أخرى بحيث ينتهي تعاقب الأجيال إلى تغير المجتمع الإنساني في الكثير أو القليل [75، ص179]. وتتركز اهتمامات نظرية التغيير الاجتماعي على أهمية دراسة طبيعة المجتمع الحديث ومعرفة مظاهر التغير السريعة التي طرأت على جوانبه المختلفة وأحدثت أنواع متعددة من التغيرات على نوعية البناءات والمؤسسات والنظم الاجتماعية والتي لا تزال تكون في حالة من الديناميكية المتغيرة. وجاءت النظرية في إطار مجموعة من الأفكار والتصورات التي تؤكد على أن التغير ضرورة حتمية لا بد من حدوثها ولها آثار ونتائج ومظاهر متعددة سواء على الفرد أو الشخصية الفردية أو الأسرة والجماعة والمجتمع المحلي أو القومي والعالمي في نفس الوقت [76، ص349].

ونتيجة عمليات التغيير الاجتماعي التي تواجه المجتمعات أيّا كان نسقها أو تحضيرها برزت مشكلات اجتماعية في عالمنا المعاصر تمثل مشكلة المسنين في المجتمعات المتقدمة والنامية على حدّ سواء أبرزها بحيث أسهمت عوامل كثيرة في زيادة عدد مشاكل المسنين في عالمنا المعاصر نظراً لتحسين الشروط الصحية وازدياد معدلات العمر المتوسط في معظم المجتمعات نتيجة ما رافق التغير

الاجتماعي من تطور صناعي وتقني وما تبع ذلك من تغير نمط معيشة الناس من ميل متزايد للاستقلال بين المسنين عن الاعتماد على الأبناء أو الارتباط بالمعيشة المشتركة مع هؤلاء الأبناء، وتفكك وضعف الترابط والتعاطف الأسري نتيجة تحوّل المجتمع الزراعي إلى مجتمع صناعي وهجرة أهل الريف إلى المدن وتأثير ذلك على تفكك نظام الأسرة الممتدة وكثرة العدد وضعف سلطة رؤساء الأسر التقليديين، وكذا انتشار التعليم وخروج المرأة إلى العمل والصراع بين الآباء والأبناء لتمسك الآباء بالعادات والتقاليد القديمة ومقاومة الأبناء لهذا الاتجاه ومن العوامل التي أسهمت كذلك في ظهور مشكلات المسنين نتيجة تغير نمط معيشة الناس حجم المسكن الذي أصبح لا يسمح باستيعاب أفراد الأسرة الزوجية وبذلك يتم انفصالها في حياتها عن الأقارب وتحوّل علاقات الأسرة من علاقات متسعة إلى نطاق الأسرة المحدودة وشعور الأقارب بعدم الالتزام برعاية ذويهم كما كان من قبل وتهربهم من هذه المسؤولية، إلى غير ذلك من الأسباب كارتفاع مستوى المعيشة ومشكلة الإسكان التي غيرت من وضع المسن في الأسرة وغيرت مكانته بحيث تغيرت نظرة المجتمع إلى الشيخوخة التي أصبحت تمثل الاستسلام والركود والخمول والخضوع بعدما كان المجتمع التقليدي من واقع وقاره للشيخوخة يعتبر هذه المرحلة من العمر أفضل فترات العمر ويعطيها من الميزات ويضفي على أفرادها من الفضائل ما تشعر أفرادها بأنهم في أزهى مراحل عمرهم، بحيث يتوافر في هذا المجتمع ما يغيب في المجتمعات المتحضرة من توقير الكبار وإعطائهم مكانتهم الاجتماعية اللائقة وإتاحة فرص المشاركة أمامهم بما يتوافق مع أعمارهم وخبراتهم وطاقاتهم وفي كل هذا ما يحقق لهم استمرارية الحياة الاجتماعية المتوافقة ويخفف من الآثار والاضطرابات النفسية والاجتماعية التي تواجههم، بينما تغير وضع المسن في الأسرة المعاصرة ومدى الرعاية التي يلقاها من أسرته، الأمر الذي دعا المسنين أو أسرهم للبحث عن وسيلة أو رعاية بديلة ما دام أفراد الأسرة يتخلون عن مسؤولياتهم، أو أن المسن نفسه يشعر بالحاجة للبحث عن الرعاية بعيدا عن رعاية الأبناء والأقارب وتخفيفا للعبء الذي يلقيه المسن على غيره.

2.7.1. النظرية الثانية: نظرية الحاجات:

تعبر هذه النظرية عن اتجاه فكري هام تطرق إلى معالجة موضوع الحاجات الإنسانية من وجهة نظر فيزيولوجية نفسية على أن الحاجات الإنسانية هي المحرك الأساسي لكل التعامل ويتحدّد مفهوما تبعا لمحددات الافتقار إلى شيء ضروري أو الشعور بالحرمان ومصاحبة هذه الحالة شعور قوي بضرورة إشباع هذه الرغبة لإزالة الشعور بالقلق والتوتر [77، ص 73]. كما تتميز الحاجات الإنسانية بكونها لا نهائية غير محصورة العدد وغير قابلة للوقوف عند حدّ فهي في تطوّر مستمر، وتتميز بأنها تتألف وترابط بعضها ببعض ويكمل بعضها بعضا، وتتميز بقابليتها للإشباع بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. [18، ص 38].

وهناك أكثر من تصنيف لحاجات الإنسان الأساسية، لعل من أهمها التصنيف الآتي:

1 حاجات نفسية: تشمل الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى التقبل والحاجة إلى النجاح والتحصيل، والحاجة إلى حرية التعبير والحاجة إلى سلطة ضابطة أو موجهة والحاجة إلى المحبة والحاجة إلى الانتماء.

2 للحاجات البيولوجية أو الصحية: ذلك أن الكائن الحي قد زوده الله بمجموعة من الأجهزة البيولوجية تعمل في تناسق من أجل أن يستمر الكائن الحي في وجوده، فهو في حاجة إلى الأكل والشرب والتنفس والإخراج.

3 للحاجات الاقتصادية: وهي من الحاجات الأساسية لدى الإنسان إلى مورد مادي يستطيع أن يشبع به احتياجاته المتعددة من مأكّل وملبس ومسكن... الخ ويتطلب ذلك عملاً يؤديه.

4 للحاجات الاجتماعية: لكون الإنسان كائناً اجتماعياً تبرز الحاجات الاجتماعية كحاجات مؤثرة على السلوك الإنساني وتزداد أهميتها كدافع لهذا السلوك وتتمثل في وجوده بين آخرين من أصدقاء ورغبته في علاقات يحيطها الاحترام لمزيد من المكانة الاجتماعية من خلال المركز الوظيفي الذي يحصل عليه [78، ص ص 125-126].

أما نظرية الحاجات فتؤكد على وجود خمس مراتب للحاجات تدرج على النحو الآتي:

1 للحاجات الفيزيولوجية

2 حاجات الأمن والسلامة

3 الحاجة إلى الانتماء والحب

4 الحاجة إلى التقدير والاحترام

5 الحاجة إلى تحقيق الذات.

ويرى (ماسلو) أن أهمية هذه الحاجات تكمن في طبيعة تدرجها من حاجة إلى أخرى ويعني هذا أن الإنسان لا يصبح مهتماً بإشباع حاجته التي تقع في أعلى الترتيب، إلا بعد أن يكون قد أشبع الحاجة التي يجيء ترتيبها في أسفله وحتى يتمكن الإنسان من إشباع حاجته إلى الأمن أو التقدير مثلاً فلا بد له من أن يبدأ أولاً بإشباع حاجاته البيولوجية أو الفيزيولوجية كحاجته إلى الماء والطعام والراحة والنوم [77، ص 74]، وطبقاً لهذه النظرية نجد أن الإنسان لا يسعى بطبيعته إلى إشباع حاجته إلى تحقيق الذات في الحياة إلا بعد أن يكون قد مرّ تدريجياً بإشباع الحاجات السابقة لها والتي تبدأ بحاجاته البيولوجية أو الفيزيولوجية، وانطلاقاً مما سبق ذكره وباعتبار أن مركز العجزة منظمة أو مؤسسة اجتماعية تمّ إنشائه لإشباع الاحتياجات المختلفة للمسنين الذين فقدوا الرعاية الأسرية، فتقع على مركز العجزة مسؤولية تلبية حاجات المسنين بحسب الترتيب الهرمي (لماسلو) والمتمثلة في حاجتهم إلى أنواع الأغذية المناسبة لحالات العجزة والمرضى وكذلك حاجتهم إلى العناية الشخصية من متابعة

النظافة حسب جدول الاستحمام وغسيل الملابس وأماكن النوم ومحتوياتها وحاجتهم إلى رعاية طبية كاملة أو كشف مستمر وعلاج لازم وتوجيه خاص بطرق الاحتفاظ بصحة جيدة وإتباع الأساليب المعيشية التي تلائم الشيخوخة مع الإحاطة بطرق الضبط والوقاية من الأمراض والعلل المزمنة. على المركز كذلك توفير مناخ وجو أسري وتعزيز الصلات الاجتماعية بين المسنين وأقاربهم وتدعيم الروابط بين المسنين استجابة لحاجات المسنين إلى الأمن النفسي والتفاعل الاجتماعي والإحساس بالانتماء.

والمسنين في مركز العجزة هم في حاجة إلى أن يفهمهم غيرهم من مشرفين ومختصين نفسيين واجتماعيين وأن يحيطوا بما يتصل بالتقدم في العمر وعملية النضج حتى يمكنهم إدراك المتغيرات التي تطرأ على طاقات المسنين العقلية والبدنية وبناء شخصياتهم مما يؤثر في أحوالهم النفسية وأدوارهم، الأمر الذي يعد جوهرياً بالنسبة لتكيفهم. وفي ذات الوقت على المركز إشباع حاجة المسنين إلى الحصول على خبرات ومهارات وتجارب جديدة كأساس للأنشطة المختلفة التي يمكنهم ممارستها في المركز مثل ذلك شغل أنفسهم بالأعمال وإتاحة الفرصة لهم للإشباع الروحي والثقافي والترويحي وغير ذلك من النشاطات التي تحول دون تدهورهم البدني والعقلي وتهيء أطول الفرص أمامهم للتفاعل الفعال، كما هم في حاجة إلى إعداد وتنقيف يوفر لهم الأمن والاستقرار النفسي ويمكنهم من المحافظة على نشاطهم في مرحلة العمر التي يجتازوها.

والمقيمين بمركز العجزة هم كذلك في حاجة إلى إجادة أنواع من الأنشطة والمهارات التي يمكن أن تكون بديلاً عما كان يمارس من قبل الدخول في مرحلة العمر المتقدم والدخول إلى المركز إذ أن المسنين في حاجة إلى الشعور بأنهم لا يزالون يلعبون دورهم في الحياة وفي حاجة إلى ما يشغل وقتهم وفكرهم ويخفف الآثار النفسية والاجتماعية للحياة بعيداً عن الأسرة، وهم كذلك في حاجة إلى احترام كل المتعاملين معهم.

3.7.1. النظرية الثالثة: نظرية التفاعل الاجتماعي

مما يجدر الإشارة إليه أن حقيقة الحياة الاجتماعية لا تعدو أن تكون أكثر من الأسلوب الذي يتفاعل به الأفراد والجماعات مع بعضهم. ولذلك يقصد بالتفاعل تلك العملية التي يمكن من خلالها تحقيق الترابط بين الأفراد والجماعات والمؤسسات بالمجتمع سواء كان ذلك في الوسائل أو الغايات، ويترتب على ذلك تعديل في السلوك أو الوظائف [79، ص129]. ويعرف (بارسنوز وشيلز) (Parsons et Shels) التفاعل بأنه السلوك الموجه نحو تحقيق غايات وأهداف معينة ينتج عنها إشباع الدافع إلى السلوك [79، ص131].

وهناك عوامل تساعد على نجاح التفاعل كاختيار الوسائل المناسبة لتحقيق الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها المجتمع في تفاعله مع مجتمعات أخرى وكوجود مواقف محددة يحدث فيها التفاعل وكذا قيم ومعايير مشتركة [79، ص135].

أمّا العوامل التي تساعد في نجاح التفاعل داخل المنظمة الاجتماعية فتتلخص في وجود قدر معقول من الاتفاق في القيم والميول والاهتمامات والتعرف الدقيق على جوانب الموقف المراد التفاعل فيه وكذا التقييم المستمر لعملية التفاعل وضبط محاولة كل فرد للتأثير في الآخر [79، ص135]. وفي إطار ما تقدم، نحد العناصر الأساسية التي يجب أن تراعى عند العمل في مركز العجزة في إطار نظرية التفاعل وهي:

- التركيز على القيم المشتركة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين.
- التركيز على المصالح المشتركة للمسنين المقيمين وتحليل دور كل من المشرفين والمختصين والعمال في عملية تفاعلهم مع المقيمين من جهة وتفاعل المسنين مع بعضهم البعض من جهة أخرى بحيث يدخل الأفراد في علاقات مع بعضهم ويكون التفاعل إيجابيا إذا اتسمت العلاقات بالتعاون والمحبة والاحترام.
- تحليل النتائج المترتبة عن تفاعل المسنين مع برامج الرعاية الاجتماعية من جهة ومع تفاعلهم مع الحياة في المركز بحيث يتأثر الفرد لعمق علاقته بالمنظمة التي ينتمي إليها وتمارس هذه الأخيرة ضغوط على أعضائها ليتمثلوا المعايير الخاصة بها في التصرف والسلوك.
- وكذا تفاعل المركز مع البيئة الخارجية، فاستمرار المنظمة مرهون بتحقيق أهداف المجتمع الذي توجد فيه.

ولقد استفدت من هذه النظرية في طريقة تنظيم مجتمع المسنين داخل مركز العجزة بحيث يمكن للطقم التقني المختص من المختصين النفسانيين والاجتماعيين العاملين في المركز العمل على تفسير سلوكيات المسنين تفسيراً علمياً قائم على تفاعل الأفراد في موقف اجتماعي معيّن. كما يمكن لهم بتساندهم الوظيفي وتفاعلهم مع المسنين تحقيق أهداف إنشاء المركز. فوفقاً لنظرية التفاعل فإن المؤسسات إذا لم تدرك صلة العمل الجماعي بتحقيق أهدافها، فإنها لن تسعى إلى المشاركة فيه.

كما يمكن للمشرفين والمختصين أن يدركوا التفاعل بينهم وبين المسنين قد يتضمن التعاون، التنافس، التوافق والصراع، وبالتالي فهم يحاولون التحكم في المتغيرات السالبة وتقرير العوامل الإيجابية في التفاعل الاجتماعي.

4.7.1. النظرية الرابعة: نظرية المنظمات

إن ممارسة الرعاية الاجتماعية بجميع ألوها تستلزم كفاءة عالية ومن أجل ذلك يجب فهم المنظمات واكتساب المهارات المناسبة للتأثير عليها وإحداث تغيير في سياستها وبرامجها حتى يمكن تحقيق الأهداف العامة لأفراد المنظمة.

ولأن ممارسة العمل الاجتماعي في إطار مساعدة الجماعات يتطلب ضرورة العمل من خلال منظمات، فيفترض أنه يمكن من خلالها مواجهة الاحتياجات الأساسية للجماعات.

وباعتبار مركز العجزة منظمة لرعاية المسنين فلقد اقتربت من نظرية المنظمات بهدف الاستفادة منها، في فهم طبيعة مركز العجزة وفهم أهدافه.

ينظر كل من (بارسونز، جولدنر وميرثون) إلى المنظمات باعتبارها وحدة اجتماعية ينشئها المجتمع عندما يشعر بحاجته إليها بهدف إشباع هذه الحاجة. وتمارس هذه الوحدة عملها في إطار بيئة اجتماعية معينة لتحقيق الهدف العام للمجتمع [80، ص 52].

كما تعرف بأنها تجمعات من بشر متفاعلين [80، ص 54].

ونجد هناك من يؤكد على أنها بناء اجتماعي يتكون من جماعتين أو أكثر بحيث تكون أجزاؤها مرتبطة وظيفيا في صالح هدف مشترك [80، ص 55]، وفي تعريف آخر نجدها وحدة اجتماعية تتكون من جماعات من الناس يتصلون بعضهم البعض لتحقيق أهداف معينة ولها بناء يتضمن تقسيما للعمل ومراكز للسلطة ومسؤولية ولها وسائلها المألوفة لإنجاز الأعمال ووضع السياسات ووسائل الممارسة، كما أن لها كتاب خاص. ومن أهم عناصر المنظمة العلاقات التي تنشأ بين الجماعات العاملة بها ووسائل تعاونهم لإنجاز الأهداف [81، ص 32].

ولقد قدم (Olsen) عدة جوانب لدراسة وتحليل المنظمات الاجتماعية والتي تعتبر ضرورة تواجه احتياجات الإنسان في العصر الحديث. وهذه الجوانب تتركز في النظر إلى الأسباب والعوامل التي أدت لنشأة المنظمة والتكوين البنائي للمنظمة كوحدة تنظيمية بنائية وكذا وظيفة بناء المنظمة والتعرف على النتائج المترتبة عن أهداف المنظمة وتنمية التكامل بين مكونات المنظمة [81، ص 35].

ولقد استفدت من نظرية المنظمات على مستوى التحليل التنظيمي الذي يركز على دراسة المنظمة ككل والاهتمام بخصائص المنظمة ووضعها الوظيفي للتعرف على المشكلات التي يعاني منها مركز العجزة كمنظمة وكيفية مواجهته لها واستخدام المركز بصفته منظمة كأداة للتأثير في سلوك المسنين كأفراد في المنظمة وتوجيههم في نواحي ايجابية من خلال برامج الرعاية.

وباعتبار المركز منظمة فهو يضم أشخاص وهم المسنين وأن هؤلاء دائما مرتبطين مع بعضهم البعض بطريقة ما. بمعنى أنهم يتفاعلون وهذه التفاعلات مرتبطة بأهداف ونعني هنا بأهداف مركز العجزة توافق المقيمين نفسيا وتكيفهم اجتماعيا مع أنماط الحياة داخل المنظمة. ولأن كل فرد في المنظمة له أهدافه الشخصية فإن بعض أهداف المسنين تعتبر أسبابا فعّالة في التحاقهم بالمركز وأنه يتوقع أنّ انضمامهم للمركز ومشاركتهم في المنظمة يساعدهم على تحقيق أهدافهم والتفاعلات القائمة بين الأعضاء المشرفين والمختصين والعمال والمسنين من جهة وتفاعلات المسنين بعضهم البعض من جهة أخرى يساعد على تحقيق الأهداف المشتركة والمرتبطة بالأهداف الشخصية.

8.1. صعوبات الدراسة

1.8.1. الصعوبات الذاتية:

من أكبر الصعوبات التي اعترضتني على المستوى الذاتي أثناء: قيامي بهذه الدراسة، هو ذلك الحزن الكبير الذي كان يغمرني كلما ترددت على مركز العجزة وانتقلت من غرفة لغرفة. ولقد دامت هذه المعاناة كل الفترة التي استغرقتها المقابلات والدراسة الميدانية. ولم أتخلص إلى يومنا هذا من صور تلك الوجوه البائسة والشاحبة والتي تخيم عليها الكآبة لأنني لمست بنفسني حدة مشاعر الوحدة التي يعانونها.

2.8.1. الصعوبات الموضوعية:

أمّا الصعوبات ذات الطابع الموضوعي فألخصها فيما يلي:

- قلة الكتب في علم الاجتماع الشيخوخة (المسنين) التي تتناسب كما وكيفا مع أهمية هذا الموضوع وكثرة مشكلاته النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية، ما يفسر عدد كتب علم النفس المستعان بها

- جدّة هذا الميدان وندرة الدراسات الجزائرية التي خصصت لموضوعاته.

- صعوبة التحصّل على معلومات وإجابات دقيقة أثناء المقابلات نظرا لمعاناة المسنين الصحية وهم في غالب الأحيان وقع لضغوطات نفسية واحباطات اجتماعية.

- تضييع وقت ثمين في ترجمة الكتب الأجنبية من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية.

الفصل 2

مدخل عام للشيخوخة

تمهيد

يمر الإنسان في حياته بعدة مراحل وأخر هذه المراحل هي مرحلة الشيخوخة التي تعتبر تغير طبيعي في حياة الإنسان، أي أنها تطور فيزيولوجي شأنها شأن مرحلة الرضاعة والطفولة والبلوغ والسن الوسط.

وقد يفسر هذا التغير الفيزيولوجي بأنه نتيجة حتمية للتحوّل الذي يطرأ على أنسجة كبير السن وخلاياه، كما قد تفسر الشيخوخة على أنها نتيجة حتمية لتراكم ظواهر كثيرة: منها ما هو مرضي ومنها ما هو يسبب المناعة ومنها ما هو يسبب المؤثرات الداخلية والخارجية والإسراف في تعاطي الأدوية.. إلى آخره مما يؤدي إلى الاضمحلال والشيخوخة، ذلك إذا أتت مبكرة عن ميعادها الافتراضي.

ومن أجل الفصل في تعريف الشيخوخة الذي تمّ الاختلاف فيه وفي الوقت الذي تبدأ فيه حيث كثرت الآراء حوله والفصل بين أنواعها، نحاول التطرق إلى هذه المرحلة الحاسمة في حياة الحياة البشرية وغير البشرية من خلال هذا الفصل وبناء على الأهداف المسطرة في هذه الدراسة والمتمثلة في الحصول على معارف شاملة وكاملة عن الشيخوخة.

وقد جاء المبحث الأول للتعريف بالشيخوخة والذي بدوره تفرع إلى التعاريف البيولوجية والنفسية والاجتماعية لهذه الحلقة من حلقات العمر، اتبع بالتحديد الزمني للشيخوخة، خصائص الشيخوخة ومظاهر التدهور التي تطرأ على الشيخ بالإضافة إلى النظريات التي تفسر الشيخوخة.

أما المبحث الثاني فقد خصص لمشكلات الشيخوخة واحتياجاتها والمبحث الأخير قد احتوى الشروحات الخاصة بظاهرة امتداد العمر والآثار المرتبطة بالتشيخ وأهم العوامل المؤدية إلى هذه الظاهرة كما جاء في هذا الفصل لمحة للشيخوخة في كل من البلدان المتقدمة، النامية والجزائر. وسوف نختم هذا الفصل بقصائد معبرة عن نظرة أصحابها حيال الشيخوخة.

1.2. تعريف الشيخوخة

جرت سنة الله في خلقه إذ جعل كل كائن حي يمرّ بأطوار مختلفة طوال حياته وذلك من ضعف إلى قوّة ثم عودة إلى ضعف من جديد، فمثلا الإنسان يولد ضعيفا في صورة طفل متطفلا على غيره في الحماية والمأكل والمشرب والملبس وذلك حتى يبلغ أشده ويصبح رجلا أو امرأة لا يحتاجان للغير، وتلك المرحلة تسمى مرحلة الشباب، ثم بعد ذلك مرحلة ضياع للشباب والدخول في الشيخوخة التي تسمى بمرحلة الكبر أو الهرم أو الخرف [82، ص517].

وإن كان أخصائيو العلوم الاجتماعية والبيولوجيا قد اتفقوا على أنّ الإنسان تطرأ عليه تغيرات في جسمه وإدراكه وقواه البدنية والعقلية والجنسية، وأضافوا أنّ حياة المرء تضعف وتتحدر وأساء الانحدار يكون عندما يطول عمر الإنسان فالإسلام قد سبق هؤلاء في تقرير تلك الحقيقة حيث يقول سبحانه وتعالى: >> الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة، ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة، يخلق الله ما يشاء وهو العليم القدير << [سورة الروم] آية 54.

فإنّ الله تعالى أراد أن جعل عمر الإنسان على ثلاث مراتب: أولها كونه طفلا، وثانيها كونه أن يبلغ أشده وثالثها الشيخوخة، وهذا الترتيب مطابق للعقل وذلك لأن الإنسان في عمره يكون في التزايد والنشوء وهو المسمى بالطفولة والمرتبة الثانية أن يبلغ إلى أشد السن من غير أن يكون قد حصل فيه نوع من أنواع الضعف وهذه المرتبة هي المراد من قوله تعالى: >> لتبلغوا أشدكم << والمرتبة الثالثة أن يتراجع ويظهر فيه أثر من آثار الضعف وهذه المرتبة هي المراد من قوله تعالى: >> ثم لتكونوا شيوخا << [83، ص76]، أي مبناكم على الضعف، كما قال تعالى: >> خلقكم من ضعف << >> ثم جعل من بعد ضعف قوة << إشارة إلى حالة كان فيها جنينا وطفلا ورضيعا والقوة هنا إشارة إلى انتقاله وشبابه واكتماله وقوله: >> ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة، يخلق ما يشاء وهو العليم القدير << وهنا إشارة إلى ما يكون بعد الكهولة من ظهور النقصان والشيبة وهي تمام الضعف والمرحلة الأخيرة لدى الإنسان وهي الشيخوخة والهرم وقد ذكرها الله في كتابه العزيز تحت مسميات مختلفة منها: الشيب والتشيخ والكبر وأرذل العمر، بالنسبة للفظ الأول وهو الشيب، فقال الله تعالى: >> قال رب إنني وهن العظم مني واشتعل الرأس شيبا << [سورة مريم] آية 4.

>> فكيف تتقون إن كفرتم يوما يجعل الولدان شيبا << [سورة المزمل] آية 17، >> ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة << [سورة الروم] آية 54، وذكر الله تعالى تحت لفظ شيخ وشيخا وشيوخا آيات هي: >> قالتا لا نسقي حتى يصدر الرعاة وأبونا شيخ كبير << [سورة القصص] آية 23، >> قالت يا ويلتي ألد وأنا عجوز وهذا بعلي شيخا << [سورة هود] آية 72، >> قالو يا أيها العزيز إن له

أبا شيخا كبيرا << [سورة يوسف] آية 87، >> ثم لتبلغوا أشدكم ثم لتكونوا شيوخا << [سورة غافر] آية 67.

كما ذكر الله تعالى تحت لفظ (كبير) عدة آيات هي: >> له فيها من كل الثمرات وأصابه الكبير وله ذرية ضعفاء << [سورة البقرة] آية 66، >> قال ربي أنى يكون لي ولد وقد بلغني الكبير وامرأتي عاقر << [سورة آل عمران] آية 4، >> الحمد لله الذي وهب لي على الكبير إسماعيل وإسحاق << [سورة الحجر] الآية 23، >> قال أبشروني على أن مسني الكبير فبم تبشرون << [سورة الحجر] آية 23، >> إما يبلغن عندك الكبير أحدهما أو كلاهما، فلا تقل لهما أف << [سورة الإسراء] الآية 23، >> وكانت امرأتي عاقرا وقد بلغت من الكبير عتيا << [سورة النحل] آية 70. وذكر الله تعالى تحت لفظ أرذل العمر آيتين هما، قال تعالى: >> ومنكم من يردّ إلى أرذل العمر لكي لا يعلم بعد علم شيئا << [سورة الحج] آية 37.

وفي الآيتين الأخيرتين صورة مجسدة لحالة الإنسان في أخريات سنوات عمره من حالة رجوع وعودة لحالة الضعف والوهن والاحتياج للغير، وما يترتب على هذه الأحوال من ضعف الذاكرة وضياح أكثر للعلم الذي اكتسبه من بيئته، والردة في اللغة مأخوذة من الرّد والرّد تعني صرف الشيء عن وجهه وإرجاعه إلى ما كان عليه، أمّا الاسم فهو، الرّدة وتعني رجوع المرء وعودته إلى ما كان عليه [84، ص240]، وقوله تعالى: >> ومنكم من يرد إلى أرذل العمر << قيل هو الذي يخرف في الكبير حتى لا يعقل والأرذل من كل شيء هو الرديء منه [85، ص1157].

هذا ونجد أنّ الإسلام قد أشار إلى تلك المرحلة من مراحل عمر الإنسان، قال تعالى: >> هو الذي خلقكم من تراب ثم من نطفة ثم من علقة ثم يخرجكم طفلا ثم لتبلغوا أشدكم ثم لتكونوا شيوخا ومنكم من يتوفى من قبل ولتبلغوا أجلا مسمى ولعلكم تعقلون << [سورة غافر] آية 67. ومن هذا القول الكريم يتضح أنّ الإسلام، اعتبر مرحلة الشيخوخة كإحدى المراحل العمرية التي يمرّ بها الإنسان كما حدّد ملامح هذه المرحلة وخصائصها التي تتسم بوهن وضعف قدرات الإنسان البدنية والعقلية والجنسية، ممّا يستوجب ضرورة تركيز الاهتمام بهذه الفئة.

1.1.2. تاريخ نشأة الاهتمام العلمي بدراسة الشيخوخة:

الاهتمام والانشغال بالشيخوخة ليس موضوعا حديثا، بل هو موضوع عائر في القدم، فالأساطير والآداب العالمية تزخر بكثير من اللوحات الأدبية الرائعة والتي تصوّر الشيخوخة بكل آلامها وضعفها وعجزها وما تثيره في نفوس أصحابها من مرارة وشعور بالوحدة والانعزال. ففي الأساطير اليونانية القديمة أنّ (Aurora) ربّة الفجر عند الإغريق أحببت (Thithonus) ابن (Léomédon) ملك طراودة، فرفعت من الأرض لمملكة السماء وقد ابتهلت إلى (Zeus) كبير

الآلهة أن يمنح زوجها الخلود وينعم عليه بدوام البقاء واستمرار الحياة ولكنها بسبب لهفتها نسيت أن تطلب له دوام الشباب، ثم بدأت علامات السن والهزم والشيخوخة وما يرتبط بذلك من ضعف ووهن ومرض تجد طريقها إلى (Thithonus)، وأخذ الشيب يتسلل إلى شعره وسئمت (Aurora) صحبته فهجرته وحين استبد به العجز وأقعدته المرض حبسته في حجرته ولم يعد يسمع منه إلا صوته وهو يطلب الموت لنفسه بعد أن أصبحت حياته عبئا ثقيلا عليه هو ذاته [86، ص3].

وتحمل هذه الصورة مغزيين: أحدهما مباشر والآخر غير مباشر، فالأول هو الإشارة إلى أثر السن على الكائنات الحية وما يرتبط بذلك من عجز وضعف ومرض. وأمّا المغزى غير المباشر فهو أنّ الميل الطبيعي للإنسان للبقاء والتمسك بالحياة لا يمكن أن يكون في حدّ ذاته المطلب النهائي ما لم يكن يتضمن الشباب والصحة [87، ص12].

وكان الإنسان البدائي يعتقد أن حياته لا نهاية لها ما لم تتدخل عوامل خارجية مثل الحوادث أو السحر فتضع حدًا لها، وكان لدى العديد من الشعوب البدائية وعيا بالعلاقة ما بين التخلص من الجلد القديم وما يبدو من تجدد الحياة لدى بعض الكائنات الحيّة مثل الثعابين والزواحف، ولدى بعض هذه الشعوب كانت الأفعى واضعة ذيلها في فمها تمثل الخلود [88، ص21].

وفي بابل وأشور ومصر كان الاعتقاد السائد بأن الشيخوخة والموت هي أمور لا مفر منها، على أن أقدم الاهتمامات بصحة الإنسان ورعايته نجدها في سومر في الحضارات المتصلة ببابل ونييناوا [88، ص21].

وفي البردية المصرية المشهورة باسم بردية إدوين سميث (Edwin Smith) التي ترجع إلى أربعة آلاف سنة تقريبا نجد إشارة في بدايتها إلى ذلك الكتاب الذي يهدف إلى "استرداد الشيوخ لشبابهم. ولكن مما يؤسف له أن ما جاء في البردية لا يرقى إلى تحقيق ذلك المطلب، إذ أنها لا تضم في حقيقة الأمر سوى بعض "الوصفات" لعلاج الصلع وما إلى ذلك من التغيرات الظاهرية التي تبدو على الإنسان نتيجة لتقدمه في العمر. [86، ص4].

وهذا نفسه يمكن أن يصدق على كثير من الكتابات في الشرق الأقصى القديم حيث كان الاهتمام بالغما بمحاولة الاحتفاظ بالشباب وبالذات القوى الجنسية والتناسلية للرجل، وكثيرا من الصور والنقوش على المعابد الهندية تشير إلى ذلك إشارة واضحة صريحة [86، ص4].

وقد أسهم أبو قراط إسهاما عظيما في فهم ظروف الصحة الجسمية للمسنين وقد قدم أوصافا لأنواع الغذاء التي تعدّ ملائمة للمسنين وأوصى باعتدالهم في الغذاء وبالتمارين البدنية بهدف التعمير، وقد تضمنت سجلاته عددا من أمراض كبار السن مثل فقدان السمع والتهاب المفاصل والماء الأزرق وقد أنواعا من العلاج لهذه الأمراض [51، ص4].

ومن الاستنتاجات التي توصل إليها منذ أكثر من 2400 سنة هي أن المسن لا يجب أن يتوقف عن العمل إذ يعطيه إحساسا بقيمته وبأن المجتمع مازال في حاجة إليه مما ينعكس على صحته الجسمية والنفسية [51، ص4].

ونجد أفلاطون في جمهوريته يشير إلى بعض مظاهر التقدم في السن والتي من بينها ثبات خصائص موجودة من المراحل المبكرة. [51، ص5].

وتختلف وجهة نظر أرسطو عن وجهة نظر سلفه أفلاطون ذات الاتجاه الايجابي نسبيا نحو التقدم في العمر فهو يلصق خصائص سلبية بالمسنين، وكان أسلوبه يقوم على أساس مقارنة مقومات وقدرات الشباب بتلك التي لكبار السن، ومع هذا فإن وجهة نظر أرسطو عن التقدم في العمر لم تكن سلبية كلية، إذ يشير إلى أن الإنسان عندما يكون في حالة صحية طيبة ويكون قادرا ماليا، فإنه يمكنه أن يتمتع بحياته عندما تخل به الشيخوخة تدريجيا.

وكانت نظرية أرسطو عن الكبر تتلخص في أن الكائن الحي يبدأ حياته بنوع من الحرارة الكامنة الولادية التي تتبدد في عملية الحياة ثم تختفي كلية ومن جهة أخرى فقد لاحظ أرسطو أن الأجناس تتفاوت فيما بينها في درجة تعميمها [21، ص3].

ويعد سيسرو (Cicero) الخطيب الروماني الموهوب أول من اهتم بالخواص السلوكية للمسنين والأعمال المناسبة لهم وقد أدرك أنه من الممكن مقاومة التقدم في العمر بواسطة التمرينات الرياضية والغذاء والنشاط الذهني، وكانت إشارته إلى النشاط العقلي في مراحل العمر المتقدمة تمثل وجهة نظر حديثة [89] ص36.

وقد اعتقد (جالينوس) الطبيب والكاتب اليوناني أن التقدم في السن شيء يتوسط ما بين المرض والصحة وأن الوقاية وليس العلاج هو المنهج الطبي للتعامل مع كبر السن وقد جذب الانتباه إلى أهمية التمرينات والتغذية والنوم والحمامات الساخنة والنشاط المستمر لكبار السن. [89، ص36]. وفي القرون الوسطى كانت الفكرة الشائعة عن المرض والعجز لازالت بدائية وسادت المعتقدات الخرافية في السحر والشياطين. وكان هناك اعتقاد أن التنبيه الجنسي بواسطة الإناث الصغيرات يعمل على استعادة القدرة الجنسية الزائلة للمتقدم في السن وبالتالي تؤخر من عملية الشيخوخة. وكان يكمن وراء هذه المعتقدات وغيرها محاولات لإعادة الشباب تعمل على استعادة القوة الجسمية [89، ص37].

وقد فطن المسلمون منذ أكثر من ألف عام إلى أهمية دراسة أسباب كبر السن وأمراضه فسامها حنين بن اسحق << طب المشيخة >> وأطلق عليها الرازي وابن سينا << تدبير المشايخ >> ووصفها

الثعالبي في نهاية تقسيمه لمراحل العمر المختلفة، كما كتب أبو حاتم السجستاني رسالته عن المعمرين عام 864 م. [88، ص25].

وقد اعتبر (بيكون Bacon) التقدم في العمر مرضا ولكن هذا المدخل لم يكن سلبيًا كلية فقد نتجت عنه كثير من الأمور النافعة، فقد ظهرت العدسات المكبرة لتعالج النظر الضعيف وصنعت أسنان غير طبيعية من الحيوانات، ومع بداية القرن الخامس عشر أصبح علم الصحة هو مركز اهتمام أغلب الدارسين في مجال الكبر. وخلال عصر النهضة ازدهرت الدراسات التشريحية المرتبطة بكبر السن لكنها كانت ما تزال تنحوا نحو قوى ما وراء الطبيعة. [88، ص26].

وفي سنة 1658 نشر (بيكون) كتابه (تاريخ الحياة والموت) الذي تناول الشيخوخة في علاقتها بالسلوك والوراثة والغذاء، وقد أقام بيكون تمايزا واضحا بين من هم في سن الشباب وبين المتقدمين في العمر من جهة قدراتهم وصفاتهم الشخصية وقد رفض كثيرا من المعتقدات التقليدية المتعلقة بالشيخوخة [88، ص26].

ولقد توصل (Gérard Van Switen) في القرن السابع عشر إلى أن التقدم في العمر مرض لا شفاء له، فكان لهذا النموذج مضامين حسنة وأخرى سيئة حيث نتجت أساليب العلاج والمداخل الإصلاحية بتطوير النموذج الطبي للشيخوخة مما خفف من مشكلات التدهور الطبي المزعجة. [51، ص37].

أما النتائج التي ظهرت بفعل المضامين السيئة فكانت خلق اتجاه نحو الكبر على أنه مرض يحتاج في تناوله لبذل الجهد من أجل الكبار، وقد ركزت وجهة النظر تلك على مشاكل الكبر وتحولت عن إمكانيات وموارد المسنين إلى محاولة الوقاية من التدهور المبكر. [51، ص5].
ثم تضاعف تأثير قوى ما وراء الطبيعة على الدراسة العلمية للمسنين مما ظهر أثره في تزايد الاهتمام- في هذه الفترة- بإدماج الفيزياء والبيولوجيا عند دراسة التقدم في العمر حيث عدّ الجسم البشري كآلة... نتيجة طول الاستخدام كغيرها من الآلات. [51، ص5].

ويعتقد بأن أول كتاب نشر بالإنجليزية عن الشيخوخة قد صدر عام 1724 وهو Medicina Gerocomia لمؤلفه سيرجون فلوير (Sir John Floyer). [89، ص37].
كما صدر أول كتاب أمريكي عن الشيخوخة في نفس العام أيضا تحت عنوان: (وصف لحالة الجسم والعقل في مرحلة الشيخوخة) (An account of the state of the body and Mind in old âge) واهتم فيه بالأمراض العقلية بصفة خاصة. [89، ص37].

وقد تطور الاهتمام من الأعمال المناسبة لكبار السن إلى دراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر ونذكر على سبيل المثال الدراسة التي قام بها (تينون Tenon) عام 1913 والبحث الذي أجراه (Lejournet) عام 1842. [88، ص26]

وقد بدأ الاهتمام بمراحل حياة الكبار خاصة الشيوخ منذ عام 1860 وذلك عندما نشر (فلورنس-Flourens) كتابه عن الشيخوخة البشرية وتوزيعها السكاني على سطح الكرة الأرضية هذا وقسم فلورنس مرحلة الشيخوخة إلى مرحلتين متميزتين تبدأ الأولى من سن 70 سنة وتبدأ الثانية من سن 85 سنة ثم تطور الاهتمام بالكبار بعد ذلك إلى دراسة المشكلات الاجتماعية التي تصاحب حياة الكبار، وقد ظهرت نتائج هذه الدراسات في الكتاب الذي نشره (بوث Booth) عام 1894، في إنجلترا وقد أدت هذه الدراسات إلى سلسلة من الإصلاحات الاجتماعية الخاصة بكبار السن والشيوخ. [88، ص26].

ويعد كتاب (ستانلي هول Stanly Hall) وعنوانه: << الشيخوخة: النصف الأخير من الحياة >> الذي ظهر عام 1922 البدء الحقيقي للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بكبار السن وقد دفع هذا الكتاب الباحثين السيكولوجيين إلى دراسة أثر الزمن على تغيير خواص الإنسان البيولوجية، الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية. وكان لهذا الاتجاه أثر على الاهتمام بالمؤتمرات الدولية وحلقة الدراسات الخاصة بسيكولوجية الكبار حيث أقيم أول مؤتمر دولي حول الشيخوخة في الاتحاد السوفيتي بمدينة كييف عام 1938. [88، ص ص 26-27].

وفي الولايات المتحدة أنشأ في بلتيمور أول مركز لبحوث الشيخوخة عام 1940، وتأسست الجمعية الأمريكية لعلم الشيخوخة The American Gerontological society في عام 1945 وفي نفس العام أصدرت مجلة علم الشيخوخة Journal of Gerontology التي نشرت بحوثاً طبية ونفسية واجتماعية حول الشيخوخة، ثم نشر (بولاك Pollak) عام 1948 كتاباً بعنوان <<التوافق الاجتماعي للمسنين >> تناول فيه مشكلة الشيخوخة ومدى تكيف الفرد في هذه المرحلة من حياته بالنسبة لعائلته وعمله ودخله المتناقص. [90، ص ص 336-337].

وبصدور هذا الكتاب اتسع نطاق الاهتمام وامتدت البحوث إلى جميع جوانب عملية التقدم في العمر وأدى ذلك إلى تأسيس الجمعية الدولية لعلم الشيخوخة International Association of Gerontology عام 1950 لتجمع الباحثين في هذا الميدان من مختلف التخصصات ومع تراكم نتائج المعرفة العلمية المتخصصة برزت اليوم وجهة نظر أكثر تفاؤلاً عن قدرات وإمكانات المسنين إلا أن الصعاب مازالت قائمة، ومن أهم مشاكل دراسة التقدم في العمر التي كانت وما زالت مستمرة منذ القرن العشرين هي جمع البيانات البحثية الدقيقة [90، ص337].

2.1.2. تعريف الشيخوخة

1.2.1.2. مفهوم الشيخوخة

أ - المعنى اللغوي للشيخوخة:

تعرف الشيخوخة لغويا بمعنى شاخ والشيخ هو من استبان فيه السن من خمسين إلى آخر العمر وهو الذي انتهى شبابه. والمعروف أنّ الشيخ من كبر حتى ترهل جسمه وضعفت قواه [91، ص145].

وفي تعريف آخر: شاخ الإنسان شيخا وشيخوخة: أسنّ الشياخة منصب الشيخ وموضع ممارسته سلطته، والشيخ من أدرك الشيخوخة، وهي غالبا عند الخمسين، وهو فوق الكهل ودون الهرم، وهو فوق الكهل ودون الهرم، وهو ذو المكانة من علم أو فضل أو رياسة [92، ص355]. وفي مجال الشيخوخة والكبر: يقال: شاب الرجل ثم شمط، ثم شاخ، ثم كبر، ثم توجه، ثم دلف، ثم دبّ، ثم مجّ، ثم هدى، ثم ثلب، ثم الموت. ويقال عن الرجل إذا شاخ وعلت سنه، فهو قحر، فإذا ولى وساء عليه أثر الكبر، فهو يفن ودرح، فإذا زاد ضعفه، ونقص عقله، فهو: جلاب ومهتر [93، ص112].

وفي مجال ترتيب سن المرأة ذكر ما يأتي:

>> هي طفلة، مادامت صغيرة، ثم وليدة إذا تحركت، ثم كاعب إذا كعب ثديها، ثم ناهد إذا زاد، ثم معصر إذا أدركت، ثم عانس إذا ارتفعت عن حدّ الإعصار، ثم خود، إذا توسطت الشباب، ثم مسلف إذا جاوزت الأربعين، ثم نصف، إذا كانت بين الشباب والتعجيز، ثم شهلة كهلة إذا وجدت مسّ الكبر وفيها بقية وجلد، ثم شهيرة إذا عجزت، وفيها تماسك، ثم حيزبون، إذا صارت عالية السن ناقصة القوة، ثم قلعم إذا انحنى قدها وسقطت أسنانها [93، ص112].

وبالفرنسية، تقابل الشيخوخة كلمة (La vieillesse)، وكلمة (3^{ème} âge) بمعنى العمر الثالث وكلمة (Vieillir) تقابلها بالعربية شاخ، أسن وطعن في السن [94، ص1080]، وكلمة الشيخوخة ترادفها كلمتان هما: <<الكبر والهرم>> ويعني الكبر التقدم في السن والهرم هو بلوغ أقصى الكبر والضعف [95، ص213].

ب مفهوم الشيخوخة كما يستخدمه الباحثون في الميدان:

يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة وأحيانا أخرى مفهوم التقدم في العمر (Le vieillissement) وفي البلدان المتقدمة بدأ الحديث عن العمر الرابع (بعد 80 سنة) وحث العمر الخامس (بعد 100 سنة) [32، ص21].

هذا والشيخوخة بالنسبة لبعض المفكرين هي: مرحلة كلها سلبيات، فهي تعني المعاناة، فقدان الأمل، الضعف والتراجع خلافاً لمرحلة الشباب التي هي كلها رشاقة، أمل وبناء [96، ص 14].
وبالنسبة للبعض الآخر، فهي: أثر الزمن على الكائنات الحية، وهذا التعريف يقتضي احتمال حدوث آثار سلبية أو ايجابية للتقدم في السن، وشيخوخة الجسم، تعني تراجع في حركات الوظائف ونقص في القوى، وإزاء هذا التدهور والتراجع يجب أن نكون واقعيين دون الاستقالة من الحقيقة ويجب أن نتقاعل دون السير وراء الأوهام [23، ص 9].

ومن أبرز التعريفات المتفائلة نجد الشيخوخة تعني في الغالب: الحكمة والتسامح، القدرة على النظر للأشياء بعمق، وهي التأمل في معنى الحياة والموت [97، ص 95].
أما (أجوريا قييرا) (Ajuriaguerra) وهو أحد مؤسسين علم النفس الشيخوخة (Psycho gériatrie) فيعتبر الشيخوخة استمراراً لمراحل الحياة السابقة، فنحن نشيخ كيفما عشنا وكيفما كانت حياتنا الماضية، فإذا كانت كلها نشاط وتفاؤل، ليس هنالك أي مبرر لكي نتحول بعنف إلى شيخوخة ضعفاء ومتشائمين [98، ص 62].

هذا وما يمكننا الإشارة إليه هو أننا يمكن تعريف الشيخوخة من جوانب ثلاثة وهي: الجوانب البيولوجية، السيكولوجية والاجتماعية.
كما يعرف << بيرن >> (Birren) الشيخوخة بأنها انخفاض تدريجي في كل من الأداء والوظيفة [21، ص 15].

ويعرف << شاي >> التقدم في العمر بأنه: << التدهور التدريجي في قدرة الفرد على التكيف مع التغيرات التي يواجهها وتعرضها ظروف الحياة >> [21، ص 15].
2.2.1.2. تعريف الشيخوخة بيولوجياً، سيكولوجياً، واجتماعياً:

أ - التعريف البيولوجي للشيخوخة:
تعني التلف الحسي والحركي، وهي بهذا المعنى حالة من القصور البيولوجي العام، تؤدي إلى موت الإنسان كنتيجة لانهاك العمليات العضوية الحيوية، كما أنها تزيد من احتمالات الموت بسبب تزايد المضاعفات [88، ص 27].
وهي كذلك نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حتى بعد اكتمال النضج، وهذه التغيرات الاضمحلالية المسابرة لتقدم السن تعترى كل الأجهزة الفيزيولوجية والعضوية الحركية والدورية والهضمية والبولية والتناسلية والغدية والعصبية والفكرية. [88، ص 28].

وتبدأ التغيرات البيولوجية تأخذ طريقها في الوجود منذ حياة الرشد وربما قبل ذلك وهي تغيرات بطيئة وتدرجية نوعا ما ومن الصعب التعرف على معدلاتها الفعلية، وتتراكم آثار التدهور وتنشأ الشيخوخة من تراكم الآثار الضارة لما يحدث من تلف الخلايا والأنسجة إذن فالشيخوخة هي السن الذي ينتهي فيه نضج الإنسان ويتحول النمو إلى عملية تفكك تدريجي في قدرة أعضاء الجسم على القيام بوظائفها [88، ص28].

ب - التعريف السيكولوجي للشيخوخة:

هي الحالة التي يستطيع فيها من تقدم في السن أن يتوافق بطريقة ناجحة باعتبار أن التوافق الذاتي هو التغير في السلوك من أجل التوافق بنجاح مع تغير الموقف الاجتماعي، وهي حالة من قصور الإمكانيات الذاتية لتحقيق التوافق النفسي وعجز نسبي في قدرات الشخص على مواجهة ضغوط الحياة أو الوفاء بمتطلبات التكيف مع الآخرين [13، ص17].

ج- التعريف الاجتماعي للشيخوخة:

تعني الشيخوخة اجتماعيا حالة من هجر العلاقات الاجتماعية والأدوار التي تطابق السنوات الأخيرة من مرحلة الرشد وهي ظاهرة اجتماعية نابعة من الجماعة، فهي التي أطلقت مواصفات معينة على فئات عجزت عن أداء أدوارها الاجتماعية، لذا نجد الشيخوخة نتاج للظروف الحضارية، فهي مرحلة من مفاهيمنا عن دورة الحياة تحددها بشكل أو آخر معتقداتنا حول الإنسان أو الطبيعة وهي خاضعة للأنظمة السائدة من الحكومات والمصانع وأصحاب العمل في تحديد موعد إحالة الموظفين والعمال إلى التقاعد.

فالشيخوخة بهذا المفهوم هي: << مرحلة الراحة >> وتمثل مرحلة الإحالة على المعاش [99، ص19].

3.1.2. التحديد الزمني للشيخوخة

لقد تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة وشملت هذه المقاييس العمر الزمني والعمر البيولوجي والعمر السيكولوجي والعمر الاجتماعي.

1.3.1.2. العمر الزمني:

يرى << بروملي >> أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربع مستويات:

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

المستوى الثاني: فترة التقاعد: 65 سنة فأكثر حيث الانفصال عن الدور المهني وشؤون المجتمع، ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية.

المستوى الثالث: فترة التقدم في العمر والتي تمتد من 70 سنة فأكثر، حيث يكون الاعتماد على الآخرين والضعف الجسمي والعقلي.

المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة والتي تمتد حتى 110 سنة [21، ص12].

أمّا << هيرلوك >> فتشير إلى وجود مرحلتين متميزتين:

الأولى: المرحلة الأولية أو المبكرة من التقدم في العمر (الشيخوخة المبكرة) وتمتد من 60 إلى 70 سنة.

الثانية: المرحلة المتقدمة (الهرم) وتبدأ من 70 سنة وحتى نهاية الحياة. [21، ص12].

ويرى << فؤاد البهي السيد >> [100، ص 335]، أن مرحلة الكبار تتضمن كل من الرشد والشيخوخة وتمتد من 21 سنة إلى ما بعد 60 سنة حتى نهاية العمر وهي تنقسم إلى ثلاث مراحل جزئية:

الأولى: مرحلة الرشد المبكر: وتمتد من 21 سنة إلى 40 سنة

الثانية: مرحلة وسط العمر: وتمتد من 40 سنة إلى 60 سنة

الثالثة: الشيخوخة: وتمتد من 60 سنة حتى نهاية العمر.

وقد لوحظ أن هناك اختلافات في تحديد السن الذي تبدأ عنده الشيخوخة وتراوح هذا السن بين 55 و65 سنة ولكن مع تقدم وسائل المعيشة الحديثة وارتفاع الوسائل الصحية أصبح سن 55 غير مقبول، كسن لبدء الشيخوخة، وأصبح الاتفاق عاما (أو شبه عام) على أن سن بدء الشيخوخة هو سن الستين، وهذا هو ما اصطلح عليه الدارسون للشيخوخة. [86، ص13].

فسن الستين- كما ترى << هيرلوك >>، هو الحد الفاصل بين مرحلة الكهولة والشيخوخة [21، ص12].

ولا يعد العمر الزمني وحده معيارا دقيقا لتقسيم حياة الكبار إلى مراحل، فالعمر الزمني الذي تظهر عنده التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية الخاصة بكبر السن يختلف من فرد لآخر، بل إن الشخص الواحد قد يختلف عمره الزمني عن عمره البيولوجي عن عمره السيكولوجي [101، ص232].

ولكنه بالرغم من هذا يستخدم العمر الزمني كإطار مفيد في بعض الحالات وخاصة بالنسبة للمتوسطات العامة لمظاهر الحياة [100، ص233].

لذلك فمن المفيد من الناحية العملية، وفي البحوث الخاصة بالمسنين استخدام مفهوم العمر الوظيفي والذي يعطي مؤشرا للعمر بالنسبة للقدرة الأدائية.

وقد استخدم هذا المفهوم أساسا في البحوث المتعلقة بتقدم السن في المجال الصناعي من حيث مهارات العمل وأداء العامل... الخ [101، ص233].

حيث تقسم الحياة من ناحية العمل والإنتاج إلى أربع مراحل رئيسية هي:

أ - مرحلة التكوين: وتمتد من بدء الحياة إلى بدء الرشد

ب - مرحلة ذروة الإنتاج: و تمثل مرحلة الرشد المبكر والتي تمتد من 21 سنة إلى 40 سنة

ج مرحلة الإنتاج المتناقصة: وتمثل مرحلة وسط العمر والتي تمتد من 40 سنة إلى 60 سنة.

د -مرحلة الراحة: وهي مرحلة الإحالة إلى المعاش، وتمتد من 60 سنة إلى نهاية العمر [100، ص335].

وقد حاول << بل وآخرون >> بناء مقاييس مختلفة للعمر الوظيفي، مشيرا إلى أنه يعد أكثر فائدة من العمر الزمني في معرفة الفرد المتقدم في العمر، فهناك على سبيل المثال اختلاف في إدراك الفرد للعمر الزمني باختلاف الجنس والطبقة والمستوى الاجتماعي الاقتصادي وغير ذلك من المتغيرات [21، ص13].

2.3.1.2. العمر البيولوجي:

ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة مثل معدل نشاط الغدد الصماء وقوة دفع الدم والتغيرات العصبية... الخ [21، ص13].

3.3.1.2. العمر الاجتماعي:

ويشير إلى الأدوار الاجتماعية، وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي [21، ص13].

4.3.1.2. العمر السيكولوجي:

ويستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس وصفي يقوم على جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره. [13، ص90].
وقد لوحظ أن هناك تناقضا بين المقاييس المستخدمة في التحديد السيكولوجي للرشد والشيخوخة، فالدورة الثلاثية للحياة: الصبا والرشد والشيخوخة يوجد بينها أوجه تشابه واختلاف فهي جميعا تتسم بالصيرورة في حالة الصبا والرشد صيرورة ارتقائية تقدمية، بينما في حالة الشيخوخة صيرورة تدهورية، حيث العجز والاعتماد على الآخرين ويختلف الاعتماد في الشيخوخة عنه في الصبا، حيث يتحول تدريجيا نحو قمة الاستقلال في منحنى دورة الحياة [13، ص ص 91-92].

وفي ضوء هذه المقاييس مَيَّز << بيرن وريزر >> بين أنواع مختلفة من الشيخوخة هي: الشيخوخة البيولوجية، والشيخوخة السيكولوجية، والشيخوخة الاجتماعية، بالإضافة إلى الشيخوخة الزمنية [21]، ص14].

وعلى الرغم من وجود بعض الاختلافات بين الباحثين حول مفهوم الشيخوخة والتقدم في العمر، فإن هناك بعض جوانب الاتفاق بين هذه التعريفات والتي يمكن تلخيصها فيما يأتي:

- أ - أن هناك تغييرا يحدث في وظائف الكائن بعد بلوغ فترة النصح
- ب - أن هذا التغيير هو حصيلة عدد من التراكمات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية التي يمر بها الفرد في حياته.
- ج إن العمر الزمني غير كاف وحده لتفسير التغيرات التي تطرأ على الفرد في مرحلة الشيخوخة [102، ص62].

د - أن الشيخوخة كمرحلة عمرية من مراحل النمو لها مظاهرها البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية المصاحبة لها، فهي: << الفترة التي يحدث خلالها ضعف وانهايار في الجسم، واضطراب في الوظائف ويصبح الفرد أقل كفاءة، وليس له دور محدد ومنسحب اجتماعيا وسيء التوافق ومنخفض الدافعية >> وغير ذلك من التغيرات [21، ص14].

4.1.2. نظريات تفسر الشيخوخة

تعددت النظريات ووجهات النظر التي تفسر مرحلة الشيخوخة وفيما يلي عرض لأبرزها لكي تتضح الصورة الغامضة لتلك المرحلة من مراحل العمر:

1.4.1.2. النظرية الوراثة: وهذه النظرية تضم النظريات الآتية:

أ - نظرية مدى العمر: وتفترض هذه النظرية أن مدى عمر الإنسان أو حياة أي خلية يتعين بعوامل وراثية، أي أن جينات أي كائن حي تحتوي على برنامج معين يكون هو المسؤول عن تعيين طول العمر للكائن الحي، وبعبارة أخرى تعين جينات برنامج الحياة مدى العمر للكائن كما يكون حين تلون العيون مسؤولا عن لون معين للعين، وعلى الرغم من اختلاف العوائل ضمن النوع الواحد فيما يتعلق بمدى العمر أو الحياة إلا أننا نستطيع أن نظهر بعملية الانتخاب اختلاف في طول العمر ضمن النوع الواحد وعلى هذا الأساس، فإن ظروف أخرى كالظروف البيئية قد تتفاعل مع الطراز الوراثي لتؤدي إلى اختلافات بهذا الصدد، وبالتالي فإننا لا نستطيع أن ننفي هذه النظرية أو ندحضها [103، ص62].

ب - نظرية الخطأ الوراثي: تفترض هذه النظرية أن موت الخلية ينجم عن الخطأ في تكوين البروتينات الأساسية كالأنزيمات مثلا.

فإذا ما حصل اختلاف في نقل المعلومات الوراثية من حامض الرايبوز النووي DNA إلى حامض الريبوز المرسل RNA، فإنّ هذه النظرية قد تؤدي إلى تكوين أنزيمات مختلفة قد تكون غير فاعلة في مسار معين، ممّا يؤدي إلى خلل في نتائج هذه التفاعلات. هذا وإن هذه النظرية لم تثبت بصورة معينة وفي الوقت الحاضر ولكن الدراسات جارية في سبيل التوصل إلى إثباتها [103، ص62].

ج- نظرية الطفرة الجسمية: تفترض هذه النظرية أنّ جزء يسير من الخلية قد يعاني من طفرة جسمية أثناء نمو الخلية وانقسامها ولهذا فإنّ هذه الخلية تصبح مختلفة عن الأصل في تركيبها الوراثي وتحافظ على التغيير الجديد عند انقسامها وتكوين أجيال جديدة من الخلايا وبمرور الزمن يزداد عدد الطفرات الجسمية، فيزداد عدد الخلايا المختلفة مما يؤدي إلى موت الإنسان [103، ص63].

2.4.1.2. النظريات غير الوراثية: [103، ص63]، وتركز هذه النظريات على الشيخوخة الناجمة عن عوامل أخرى تكون ذات تأثير على تعبير البرمجة الوراثية وسنحاول أن نوجز بعض هذه النظريات على الشكل التالي:

أ - نظرية البس حتى التمزق: وتفترض هذه النظرية أنّ خلايا الكائن الحية تشبه الكائن فهي تستهلك نتيجة لاستهلاكها وطول استعمالها، ولهذا فإنّ الخلية الحيّة تصل إلى مرحلة الشيخوخة فالموت، نتيجة لاستهلاكها بالاستعمال [103، ص ص 64-65].

ب - نظرية تجمع النفايات: قد ينجم عن قيام الخلية بعملها بعض النفايات وبمرور الزمن تتراكم هذه النواتج، مما يؤدي إلى خلل في وظائف الخلايا وقد وجدت نواتج على هيئة دقيق غير دائبة في عضلات القلب تعرف الآن بصبغات الشيخوخة [103، ص65].

ج- نظرية الروابط العرضية: تفقد الألياف العصبية والجدل كثيرا من مطاطيتها نتيجة لتقدم الإنسان في العمر وقد وجد أنّ هذه الظاهرة ناجمة عن تكوين روابط عرضية بين خلايا الكولاجين المسؤولة عن اختفاء المطاطية على هذه الأنسجة [103، ص ص 65-66].

وتفترض هذه النظرية أنّ الروابط العرضية قد تتكون في جزيئات أخرى وذات أهمية وإذا ما تكونت الروابط العرضية فإنها ستتغير من شكل وتركيب الجزيئات.

د- نظرية المناعة الذاتية: من المعلوم أنّ للكائنات الحيّة قابلية مناعة ضد الأمراض والمواد الغريبة عن الإنسان وتأتي هذه المناعة من قابلية الكائن الحي في إفراز مواد مضادة ضدّ ما هو طارئ على الجسم، وقد أثبت طبيا أنّه كلما يتقدّم الإنسان في العمر فإنّه يصعب عليه التمييز بين ما هو خارجي وبين خلاياه الخاصة وبالتالي فإنّ الإنسان يفرز مواد تهاجم بروتينه الخاص كما ينجم عنه موت الكائن الحي [103، ص66].

5.1.2. خصائص شخصية الإنسان في مرحلة الشيخوخة

1.5.1.2. الخصائص الجوهرية لشخصية الإنسان في مرحلة الشيخوخة

مع دخول الإنسان في عمر الشيخوخة تحدث وقبل أي شيء تبدلات في الجانب الحيوي، النفسي من جوهر شخصيته.

إن هرم الجسم البشري يظهر على شكل: ارتداد (تراجع)، وضمور مختلف الأعضاء والأجهزة وانخفاض قدراتها الوظيفية.

ويقول العلماء المتخصصون في دراسة الشيخوخة أنه تحدث في جسم الإنسان المرحلة الممتدة من بلوغ نموه الجسدي الكامل حتى نهاية العام المائة من وجوده التبدلات التالية:

- ينخفض طول الفرد بمعدل وسطي قدره: 8سم-9 سم

- ينقص الوزن نسبة 17 كلغ- 18 كلغ

- قدرة الشخص على التنفس الخارجي تقل بنسبة: 30%، 35% [52، ص90].

ونشير إلى أن الشيخوخة نوعان:

أ - الشيخوخة الفيزيولوجية: تتميز من حيث المبدأ بتزامن التبدلات الحاصلة في جميع أعضاء وأجهزة جسم الفرد المسن.

ب - الشيخوخة الباتولوجية: تتسم بغياب مثل هذا التزامن، وهي على عكس الشيخوخة الفيزيولوجية تنتج عن التشيخ (الهرم) المبكر لمختلف أعضاء وأجهزة الجسم بسبب إصابة المسن بمرض ما. وللتغيرات العضوية الحاصلة في الجهاز العصبي المركزي تأثيرها على سمات (ميزات) العمليات والحالات النفسية (البيكولوجية) ويظهر ذلك من خلال:

- ضعف الذاكرة

- خمول الذهن وجمود التفكير وغيرها [17، ص111].

إن هذه التغيرات متلازمة مع أمراض جسمية (جسدية) ونفسية ودرجة معينة مختلفة التفاوت من العزلة الاجتماعية للشخص المسن، تؤدي بصورة أو بأخرى إلى تغير في السمات المميزة والوجهة الاجتماعية للشخصية، فتحدث لدى المسن مظاهر: الأنانية والذاتية، المصالح الفردية تصبح ضيقة، ضعف روح المبادرة، رغبات وشهوات باتولوجية (مرضية) وغيرها. وأحيانا يصل الأمر إلى حد الفقر النفسي التام الذي يخلق المصاعب الكبيرة أمام التكيف الاجتماعي للشخص المسن والاختلاط الاجتماعي مع الأشخاص المحيطين به [99، ص23].

وللشيخوخة انعكاسها أيضا على وعي الإنسان المسن وعلى منظومة القيم عنده، فتصبح للأشياء والعمليات والظواهر في المجتمع والطبيعة قيمة جديدة وتتخذ لها أمكنة أخرى في سلم القيم البشرية،

فيحصل انطفاء (تراجع) أو احتداد في العلاقة الموجودة سابقا تجاه مختلف ضوابط السلوك ومنها الضوابط الجمالية والأخلاقية والقانونية والحقوقية [104، ص219].
كما للشيخوخة أثرها على درجة ثقافة المسن، فيصبح اكتسابه للمعارف والمهارات الجديدة أكثر صعوبة ومن الممكن أن يظهر الاهتمام المادي (الاستفادة المادية) لدى الشخص المسن بأشكال واتجاهات مختلفة:

- << بخل شيخوخي >> يحدّ حتى من حاجات المسن المادية الخاصة به
- كانتفاع مادي يستجيب لحاجاته المادية الفعلية
- كاستفادة مادية متزايدة ومتعاضمة ومرتبطة برغبته الشديدة << بالقيام بعمل ما وإبقاء أي شيء ولو ليسير منه >> لأقربائه [104، ص220].

2.5.1.2. الجوهر الترابطي (العلائقي) للشخصية في مرحلة الشيخوخة:

يعبر الجوهر الترابطي (العلائقي) للشخصية عن موقع ودور الإنسان في منظومتي العلاقات الاجتماعية والحياة الاجتماعية، فمع ولوج الإنسان مرحلة الشيخوخة بتغيير هذا الموقع وذلك الدور، إذ يطرأ التغيير على جميع المجالات الأساسية لحياة الشخص المسن: المهنة والعمل، الأسرة، المعيشة، المجال الأسري المعيشي والمجال الاجتماعي المعيشي، كما يتبدل موقع ودور المسن في منظومة الخدمة والرعاية الطبية.
ويتسم الميل العام للتبدل (التغير) الحاصل في الناحية العلائقية للشخصية بأنه مع كل عام يمضي يغادر الشخص المسن هذا الموقع أو ذلك من مواقع النشاط الاجتماعي ويحدّ أكثر فأكثر من أدواره الاجتماعية التي كان يؤديها وفي المقابل وعلى حساب ذلك تتفاقم الحاجات (وتصبح أكثر إلحاحا) إلى تقوية النشاط وتوسيع دور المجتمع والمجموعات الاجتماعية المتفرقة والأفراد فيما يتعلّق بتقديم الرعاية للأشخاص المسنين [105، ص110].

3.5.1.2. تغيير نسق القيم في مرحلة الشيخوخة:

يقصد بنسق القيم أو منظومة القيم: البناء أو التنظيم الشامل لقيم الفرد وتمثل كل قيمة في هذا النسق عنصرا من عناصره وتتفاعل هذه العناصر معا لتؤدي وظيفة معينة بالنسبة للفرد [106، ص59].

وأوضح بعض العلماء أن تغيير نسق القيم الشخصية (كالتخليبية، والعقلانية والمنطقية، والتناسق الداخلي) والتي تقل أهميتها في فترة المراهقة وتزداد خلال سنوات الدراسة الجامعية، ثم تنخفض أهميتها مرة أخرى لدى المسنين، أمّا النمط الارتقائي الذي يشتمل على قيمتي الحياة المثيرة، والسعادة، فتزداد أهميته في مرحلة المراهقة، ثم تقل أهميته في السنوات التالية من العمر، كما تبين

تزايد أهمية النمط الارتقائي، الذي يشتمل على قيمتي المساواة والاستقلال في الستينات والسبعينات من العمر [107، ص161].

كما أشار بعض العلماء أمثال (بنجستون Bengeston) إلى وجود تغير في التوجهات القيمية عبر العمر، فصغار السن تتسم توجهاتهم القيمية بالفردية، أما كبار السن فتتصف توجهاتهم بالاجتماعية كما كشفت نتائج الدراسات عن تزايد أهمية القيم الدينية والاجتماعية والجمالية يتزايد العمر كذا أهمية قيمة الحياة العائلية والقيم الأخلاقية [106، ص59].

4.5.1.2. القيم الدينية وقلق الموت في مرحلة الشيخوخة:

تعتبر القيم الدينية عن اهتمام الفرد وميله إلى معرفة ما وراء العالم الظاهري ومعرفة أصل الإنسان ومصيره والعمل بتعاليم الديانات السماوية والبعد عن الوقوع في المحرمات [108، ص18].

أما فيما يتعلق بقلق الموت فقد عرفه (تمبلر - Templer) بأنه حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته وعرفه (هولنز - Holenz) بأنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والأشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت [109، ص11].

وقد يكون من أسباب قلق الموت عدم معرفة الإنسان ماهية الموت والخوف من ألم الموت ومن العقاب الذي ينتظره بعد الموت والأسف على ترك هذا العالم الذي لا يفنى بفنائهم [108، ص18]. وكلما تقدم الإنسان بالعمر يزداد لديه قلق الموت وذلك لظهور بعض المشكلات التي ترتبط بالتقدم بالعمر، حيث يتجمع حصاد ما لم يحل من مشكلات الشباب والرشد وحتى الطفولة، كما تظهر بعض المشكلات الصحية المرتبطة بالضعف الجسدي والمشكلات العقلية والتي يأتي على رأسها ضعف الذاكرة والنسيان بالإضافة إلى المشكلات الانفعالية التي غالبا ما تكون مصاحبة للأمراض المختلفة أو للصدمات العاطفية، فيلاحظ على معظم كبار السن التشاؤم والتوتر والإحساس بقرب النهاية والخوف من الوحدة والعزلة بالإضافة إلى الإصابة بحالات من الاكتئاب [89، ص49].

فالمسن يخاف الشيخوخة وما تنطوي عليه من مشكلات لأنها تعني اقتراب النهاية والخوف من الموت وقد وجد أن هناك علاقة موجبة بين قلق الموت والخوف من التقدم في العمر حيث يرتبط التقدم في العمر والموت برباط قوي، والنظر إلى الشيخوخة على أنها مقدمة للموت ومن هنا فإن الإحساس بالشيخوخة أو حتى التفكير فيها يمكن أن يثير قلقا يرتبط أساسا بالموت [89، ص50]، فالخوف من الموت هو حالة لا أساس لها في الخبرة الشخصية، ومن ثم فهي أبعد من الخيال والتصور وليس في مقدور أي شخص أن يتخيل فعلا ما الذي يمكن أن يكون عليه عدم الوجود التام، أو أن يفقد الوعي

الفريد وهو الذات، أو أن يحدث انعدام الشعور إلى الأبد ومن ثم فإن الشخص لا يعرف تماما ما الذي يخاف منه، فيعبر عن ذلك بإشكال من القلق [108، ص21]، فالرعب الناتج عن فقدان الذات والخوف من النار ويوم القيامة والخوف من المعاناة البدنية والألم عند الاحتضار... الخ. كل تلك الأمور تشكل مصدر قلق وخاصة للإنسان الذي يرى أن دورة الحياة تكاد تقترب من نهايتها وان هناك إنذارات جسدية وعقلية بدأت تظهر، وهنا يمكن أن يكون الدين خط دفاع فعال ضد القلق من الموت [108، ص ص21-22]، القيم الدينية تساعد الفرد على تقبل واقعه والتكيف مع الظروف التي يمر بها، والمسن يميل إلى التقرب من الله كلما تقدم به العمر وبذلك نراه ينصرف إلى قراءة الكتب الدينية وممارسة الطقوس والعبادات وهو يجد في ذلك راحة نفسية وسعادة شخصية إذ أن إيمانه بالحياة الأخرى يجعله أكثر وعيا لها واستعدادا لما تقتضيه من زاد وما تتطلبه من تقوى، وهكذا يجد المسن في القيم الدينية سكونا لنفسه، وأملا مشرقا يضمن له السعادة والرضا [108، ص22].

2.2. مشكلات الشيخوخة واحتياجاتها:

1.2.2. مشكلات الشيخوخة

إن المعايير التي تحدد مرحلة من مراحل عمر الإنسان تمنحنا خصائص مميزة والتي يترتب عليها مشاكل واحتياجات محددة لهذه المرحلة، وفي مرحلة الشيخوخة يتلقى الشخص الحصيلة النهائية المتأتية له عن سلسلة طويلة من التفاعلات الجسمية التي تميز مرحلة كبر السن بمرحلة الخاتمة وهذا نظرا لسيادة عوامل الهدم على البناء حيث يتعرض فيها الإنسان لتدهور بيولوجيا بنائيا ووظيفيا، يبدأ عادة ببطء ويتدرج في شدته مع تقدم العمر لينتهي سريعا مع النهاية المحتومة للإنسان. وتتباين هذه التغيرات كما وكيفا بتباين تأثير العوامل الداخلية وظروف وملابسات ومشاكل البيئة الاجتماعية والثقافية والنفسية التي تلعب دورا متفاعلا وفعالا في كل من التعجيل بالتدهور الجسدي الذي يعترى بعض المسنين أو تعطيله لأطول فترة ممكنة لدى البعض الآخر وربما عدم الظهور مطلقا حتى الوفاة لدى البعض القليل منهم.

والتقدم في السن تصاحبه مشكلات وحاجيات، أما عن المشكلات فالمقصود بها ما هو شخصي، أي يتعلق بذات المسن مثل الحالة الصحية وما يطرأ عليها نتيجة للتغيرات البيولوجية والفيزيولوجية وما هو اجتماعي ونفسي، أي المشكلات التي تتعلق بظروف المسن المتغيرة كعضو في أسرة وفي جماعة أو في مجتمع [110، ص39].

ويتفق أغلب الباحثين المهتمين بمجال الشيخوخة أن المقصودة بالحاجة هو الشعور بنقص شيء معين، إذا ما وجد تحقق الإشباع، أو الشعور الفرد بالافتقار لشيء ما [111، ص40].

وقبل الشروع في الحديث عن مشكلات المسنين وحاجاتهم نعرض فيما يلي النظريات المفسرة لمشكلات وحاجات الشيخوخة.

1.1.2.2. النظريات المفسرة لمشكلات الشيخوخة

1- النظرية التنموية:

ترى هذه النظرية أن التكيف مع الشيخوخة يمكنه أن يستمر في عدة اتجاهات وذلك اعتمادا على الحياة الماضية للمسن، وتأكيدا على استمرارية النمو عبر دورة مراحل الحياة، فإن بعض العلماء قد أطلقوا على هذا المنظور نظرية الاستمرار [9، ص 70]، والنظرية التنموية أو الاستمرارية تحاول أن تشرح شيء ما، بحيث أن أي شخص لديه معرفة واسعة بالمسنين يمكنه أن يشك بأنه ليس النشاط أو الخمود بالضرورة هو يولد السعادة، والشخص المسن سواء المنهك في العمل أو المتحسب منه يمكنه أن يكون سعيد أو غير سعيد، اعتمادا على القوى الأكثر خفاء أو أقل ظهورا من المستوى البسيط للنشاط في حياتهم. وهذا الشك الانطباعي قد تمّ توثيقه في معظم دراسات الشخصية والنتائج الكلية لهذه الدراسات تفيد بأن المسنين النشطين والمنهكين أكثر رضا عن حياتهم من المسنين المنسحبين [9، ص 70]، وقد وجد علماء النفس التنمويين أن أنماط الشخصية ككل ثابت إلى كبير طوال الحياة على الأقل أساس الطريقة التي يتوافقون بها أو يفشلون في التوافق مع وسطهم الاجتماعي.

إن وجه المسن الذي يظهره إلى العالم يكون ثابتا و أن أنماط الشيخوخة تكون متوقعة من معرفة الأفراد في أوساط عمرهم. وأحد المظاهر الخاصة بثبات الشخصية هو استمرارها في مواجهة التغيير، بينما يتصرف المسن كما كان يفعل دائما [9، ص ص 70- 71]. ويدرك المسنون الواقع بطريقة متغيرة فهم يرون العالم الخارجي على أنه عالم مملوء بالمخاطر، وهم يتعاملون مع عواطفهم الداخلية باختلاف أيضا، فهم يكونون أكثر انشغالا عن حالتهم الداخلية وأكثر حساسية لمواقف الاجتماعية التي يمرون بها، ويكونون أكثر انسحابا وانطواء على أنفسهم، ويبدو أنهم يجدون رضا أكثر عندما ينطون على ذاتهم الداخلية. وما هو أكثر من ذلك هو أن علماء النفس التنمويين يرون أن الانسحاب إلى الذات الداخلية يمكن قياسه في منتصف الأربعينيات قبل أن يكون الانسحاب الاجتماعي قابل للملاحظة، وهذه النتائج لها مضمونان هامان بالنسبة لمنظورنا للشيخوخة [9، ص 71].

الأول: أنها توصي البعد الروحي (الديني) للشيخوخة إنما يحدث فقط للأشخاص الذين يتميزون بالحكمة وهم أقلية نادرة.

الثاني: أن التغيرات الداخلية تؤثر بطريقة كبيرة على الأداء الاجتماعي، لأن شخصية المسنين وأنماط سلوكهم عبر الزمن وعندما يفشل المسنون في أن يظلوا مشغولين ببيئتهم الطبيعية فإن منبع فشلهم يكمن في البيئة الاجتماعية نفسها وليس في شيخوختهم حيث أن هناك عوامل مثل (المكانة في العمل – الصحة- الموارد المالية- المكانة الزوجية) تؤثر على القدرة المسن على أن يتمتع بحياة مرضية وذلك مما تفعله فيه الشيخوخة [9، ص71].

2 -نظرية النشاط:

ربما كانت النظرة الأكثر شيوعا للمسنين تميل إلى أن المسن له نفس الاحتياجات السيكولوجية ككل الناس الراشدين، وطبقا لنظرية فان الشخص الذي يصل لمرحلة الشيخوخة بنجاح هو الشخص الذي يقاوم ظروف الشيخوخة ويكافح في أن يظل شابا، وتعتقد هذه النظرية أن انعزال المسنين وعدم قيامهم بأداء الأدوار المطلوبة منهم وكذلك خمودهم يرجع إلى الانحدار الجسماني للشيخوخة يزيد من الصعوبة المتزايدة على مواجهة الصعوبات و في عدم إشباع احتياجاته [110، ص220].

3 - نظرية فسخ العلاقات:

وتفسر هذه النظرية من خلال ثلاث فروض:

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

الفرض الثاني: بسبب التفاعلات تخلق المعايير ويعاد تثبيتها، وتناقص القدرة أمر مرجح حدوثه وعلى ذلك سوف يحدث قطع متبادل المعايير الحاكمة للسلوك اليومي وبناء عليه فمجرد أن يبدأ فسخ العلاقات يصبح دائرية أو ذاتية الاستمرار.

الفرض الثالث: بسبب التخلي على الأدوار الرئيسية، ويؤدي تخفيض نطاق الحياة الاجتماعية، فهذا سوف يؤدي إلى أزمة وفقدان الروح المعنوية، إلا إذا أقيمت أدوار مختلفة تكون ملائمة لحالة التحرر [110، ص ص22-23].

وترتبط هذه النظرية مع نظرية "عدم الاشتراك" والتي تعني أن المسنين يعيشون على أمجادهم القديمة ولا يسايرون التطور الحديث في المجتمع، كما أنه ليس لدى الجيل الجديد ما يتيح له أن يعمل على جذب هؤلاء المسنين لهم لعدم وجود الوقت الذي يسمح لم بذلك.

كذلك فان نتيجة لفقدان المسنين لأدوارهم ومراكزهم الاجتماعية فإنهم لا يبديون تعاطفا مع جماعات المسنين الآخرين، وبالتالي تربط النظرية بين العلاقة الوظيفية والقدرة المتبقية للمسنين.

وتعني هذه النظرية انسحاب المسنين من القوى العاملة في المجتمع، وهو ما يقلل تفاعلهم مع الآخرين وذلك من زوايا ثلاث أساسية:

أ-على المستوى المجتمعي: يفسح الدور للشباب.

ب-على المستوى الفرد: يحدث توازن بين المسن ودوره الجديد.

ج-على المستوى الفردي البيولوجي: يستخدم الموارد العاطفية لاستقبال الموت.

وتوضح عمليات فسخ العلاقات وعدم الاستغلال بعض نماذج الشيخوخة ولكنها ليست نظرية عامة عن شيخوخة [110، ص23].

4-نظرية المبادلة:

والفرض الأساسي لهذه النظرية هو أن كل شخص يسعى في أي تفاعل لتعظيم العائد منه، بينما في نفس الوقت يستهدف في المقابل تحقيق مصدرين أساسيين.

المصدر الأول: أن العالم الاجتماعي للمسن يتقلص مع تقاعده، حيث تموت الزوجة والأصدقاء ويبقى أسير لحدود مالية وحركية [110، ص162].

المصدر الثاني: إن التدهور الفيزيولوجي للمسن يجعل من الصعب بالنسبة له أن يواجه مثل هذه المعوقات أو يشبع احتياجاته ولكي تبطل تأثير هذه الاحتياجات فإنه ينبغي على المسن أن يبقى على اهتماماته وأنشطته ويعدل ويطور فيها فعلى حد قول أحد المفكرين فإن كل مرحلة من العمر تمكننا بقدرات جديدة مع كل ما يحمله الجديد من أشياء جذابة ومغرية وكذلك أشياء مجهولة ومخفية وهذه القدرات قد تكون المؤشر أن كل مرحلة من العمر هي الانتقال من عالم ترابطي علائقي إلى عالم بمنظور ثنائي ألا وهو: تقبل الانفصالات، الانسحابات والقصور وتحقيق ارتباطات وعلاقات جديدة [103، ص63].

وطبقا لنظرية النشاط فإن الشيخوخة هي نضال مستمر لكي يبقى الإنسان في أوساط العمر وهي بالتالي تعطي أحكاما قيمة عديدة فهي تفترض أنه من الأفضل من أن تكون خامدا، تقاقل وتكافح بدلا من أن تسلم أيضا بأن كبر العمر شيئا مكروها [103، ص63].

ونظرية النشاط ليست مسؤولة عن التدهور في مستويات نشاط المسنين وفي مدى انشغالهم الاجتماعي كلما تقدم بهم العمر لأنه إذا حدث ذلك فإنهم حين ذلك يسمحون لعالمهم الاجتماعي بأن يتقلص سواء كان برغبتهم أو رغم عنهم. فضلا عن ذلك فإن عددا كبيرا من المسنين يحاول أن يتصرف في تحوله إلى الشيخوخة بنجاح تام، ولقد لخص عالم الشيخوخة (روبرت هارفست) الموقف بالكيفية التالية: كلما تحرك المسنين فإنهم يبدون الندم على التدهور في نشاطهم في الأدوار التي يؤدونها في الحياة وفي الوقت نفسه فإن معظم المسنين يتقبلون هذا التدهور على أنه شيء ملازم لكبر السن، وينجحون في إبقاء على الإحساس بقيمة الذات والإحساس بالرضا عن حياتهم الماضية والحاضرة ككل [103، ص ص63-64].

- وتفسر هذه النظرية عزلة كبار السن وعدم وجود دور أو نشاطهم بسبب ما يلي: [103، ص64].
- أ - تقلص العالم الاجتماعي للشخص المسن عند تقاعده وموت الرفيق أو الصديق.
- ب- الانحدار الجسماني للمسن يزيد من الصعوبة المتزايدة في عدم قدرته على مواجهة الصعوبات وفي عدم إشباع حاجياته وتفسير الكبر في ضوء حقيقتين:
- أن كمية موارد القوة التي يملكها المسن بالنسبة للشرائح العمرية الأخرى ترتبط عكسياً مع درجة تحديث المجتمع.
- أن امتلاك موارد القوة يتناقض بشدة في العمر المتقدم [103، ص64].

5 - نظرية التواصل و الإدماج:

وتفسر أنه أثناء عملية النمو إلى مرحلة الرشد، الفرد يكتسب تدريجياً مجموعات كبيرة من العادات والميول والالتزامات تعبر عن المكونات الشخصية و مع استمرار نموه فإنه يكون أكثر ميلاً نحو الإبقاء على تفاصيل نشاطاته وأكثر حرصاً عليها، ومن ثم يواجه فقدان فعالياته ويتغلب عليه بإدماج أنشطة وتعزيزها بإعادة توزيع التزاماته بين تلك التي تبقت منه [103، ص65].

6 نظرية الدفاع:

وتتأثر هنا النظرية عملية بالجماعة المرجعية، حيث يطالب المسنين بتقديم أدوار مقارنة بالشباب، ونتيجة لعدم قدرتهم على ذلك يلجئون للدفاع عن أنفسهم بمهاجمة الشباب على تصرفاتهم وأفكارهم كوسيلة دفاعية عن قدراتهم الضعيفة. وبالتالي تركز هذه النظرية على العلاقة بين مقاومة الأداء وعدم القدرة.

ومن الممكن تفسير اتجاهات هذه النظرية في أنها تحاول أن تفسر خروج المسنين خارج دائرة الفعل المجتمعي كما تفسر أيضاً ظهور الاعتمادية على الآخرين بسبب فقدان القوة [103، ص65].

7 - النظرية الاجتماعية:

وتحلل هذه النظرية أدوار المسنين داخل الأسرة، باعتبارها تضم أعداد كبيرة يمكن خلالها اختبار حقيقة أن الإنسان ميال لنفسه إلى الاجتماع بالآخرين، وهناك أسرة تتميز بطول العمر، وبالتالي يمكن توضيح العلاقة بين ديناميكيات الشيخوخة و الدور الاجتماعي للأسري للمسنين [9، ص74].

8 - نظرية التداخل الرمزي:

وتعني إعطاء مفهوم لما نقوم به وما نسلكه من علاقات متداخلة مع الآخرين، وتعتبر المشاركة تداخل رمزي، يلعب دورهم باعتبار أنها أدوار مفضلة لديهم، ويحدث بين هذه الأدوار وبين اللاعبين بحيث تحمل لكل لاعب السعادة الخاصة به [9، ص74].

2.1.2.2. أسباب مشكلات الشيخوخة

الإنسان المسن السليم الصحة عادة ما يكون سلوكه وتكون احتياجاته غير مختلفة كثيرا عن هم اصغر سنا، فهو يرغب في أن يظل يبذل نشاطا في العمل أو وقت الفراغ في حدود قدراته الجسمية والعقلية وخبراته السابقة والذي يستمد منه إحساس بقيمة ذاته وهو يتشد صدقات من أنماط مختلفة ويسعى إلى إقامة علاقات مع كل المسنين ويسعى إلى إشباع الحاجات التي تقررهما الأوضاع الحضارية القائمة، وتعمل استعادته لما أنجزه في الماضي على الإسهام في تحقيق تقديره لذاته [8، ص133].

إلا أن هذه الصورة المثالية نادرا ما يتم تحقيقها، فالمسن عادة ما يعاني من قصور في عضو أو آخر أو قصور في أحد الأجهزة الحيوية، وقد يكون القصور ناتجا لعوامل تكوينية أو مرضية أو قد يكون ناتجا لحوادث تعرض لها، كما قد تكون تغيرات في بيئة الشخص أو دوره الاجتماعي وقد يكون غير مستعد لمواجهة تلك التغيرات التي تكشف عن قصور في الموارد اللازمة كي تستمر الوظائف بشكل كفي، وعندما يحدث أن يكون هناك أيضا نوع من المرض الجسدي أو الإعاقة العقلية فإن قدرته على التكيف السوي الناجح قد تصبح عاجزة بشكل ضخم [8، ص133].

وقبل أن يصبح التقدم الفعلي في العمر واضحا، فإن المسن قد يعاني من فقدان في الموارد الاقتصادية والاجتماعية ومع التقدم في السن يفقد الإنسان الإمكانيات اللازمة لمواجهة المشكلات الداخلية والخارجية غير المتوقعة. فقد يكون هناك تدهور جسدي أو نفسي، فقدان للأسرة والأصدقاء، فقدان المكانة أو المهنة، وعادة ما يؤدي فقدان شيء ما إلى فقدان شيء آخر. وهذا بدوره يؤدي إلى فقدان للرفاق والأصدقاء وأحيانا ما يؤدي إلى استبعاد المسن من الأسرة [112، ص32].

ومن المعروف أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية تؤثر على الإنسان منذ سنوات عمره الأولى والشخص الذي يعاني من قصور اجتماعي واقتصادي يكون أقل قدرة على تحمل ما يحدثه التقدم في العمر من تغييرات ويبدو أن الأمن الاقتصادي بصفة خاصة عامل هام في الحفاظ على الروح المعنوية بين المسنين [112، ص32].

كما أن الزوج من الأبناء غالبا ما يكونان مشغولين بكسب الحاجة إلى ذلك ونتيجة لهذا فإن عبئ حماية ورعاية الآباء للمسنين لم يعد من مسؤوليات الأسرة، بل انتقل في بعض المجتمعات إلى التنظيمات والهيئات القائمة في المجتمع. [112، ص32].

ومع هذا فإن المسن بصفة عامة، الذي يحتفظ بنظرة شبابية حية قابلة للمشكلات، أكثر قدرة على التكيف في شيخوخته بشكل أفضل من أولئك الأشخاص الذين بالرغم من دخولهم مرحلة الشيخوخة

يشعرون بأنهم لا يحتاجون إلى حماية ورعاية وأنهم يمكنهم التكيف مع أوضاعهم الجديدة حتى وإن كانت ظروفهم البدنية والاقتصادية لا تتماشى مع هذا الاعتقاد [112، ص 32-33]. هذا ومن أسباب الشيخوخة ما يلي:

أ- أسباب حيوية: مثل التدهور والضعف الجسمي والصحي العام وخاصة تصلب الشرايين.

ب - أسباب نفسية: مثل الفهم الخاطئ لسيكولوجية الشيخوخة، فقد يفهم بعض الناس أن الشيخوخة معناها أن يمشي السن متثاقلا طالما قد وهن العظم منه واشتعل الرأس شيبا، كذلك تؤثر الأحداث الأليمة التي قد تهز كيان المسن وتهدد شخصيته، ويزيد الطين بلة أن بعض المسنين قد يصلون إلى مرحلة التقدم في العمر وما زالت شخصيتهم لم تتضح بعد.

ج- أسباب بيئية: ومنها التقاعد وما يرتبط له من نقص الدخل وزيادة الفراغ وخاصة أن الناس يربطون بين التقاعد عن العمل وبين التقاعد الجسمي النفسي ويرون أن المسن عديم الفائدة ولا قيمة له وأن التقاعد معناه اعتزال الحياة [88، ص 41].

ومن الأسباب البيئية كذلك التغيير في الأسرة وترك الأولاد للأسرة بالزواج أو العمل خاصة في حالة حاجة المسن إلى رعاية صحية أو مادية وتفكك روابط الأسرة الكبيرة وضعف الشعور بالواجب نحو حاجة المسنين وافتقارهم إلى الرعاية وربما الاحترام وخاصة في البيئات الصناعية ومنها أيضا العزوبة والعنوسة حتى سن الشيخوخة وخاصة عند السيدات والإضراب عن الزواج عند بعض الرجال [88، ص 42]، ويمكن إجمال أهم عوامل التي تسبب المتاعب لكبار السن خاصة في المجتمع الحضري في النقاط التالية:

- عدم كفاية مقدار المعاش لحاجات المسن أو عدم وجود معاش على وجه الإطلاق.
- المعاناة من الفقر وانخفاض مستوى المعيشة ماديا.
- الاتجاهات الاجتماعية السلبية نحو كبار السن والتي تسبب لهم كثيرا من الضرر والأذى والألم ويبدو ذلك في طريقة معاملة المحيطين بهم.
- عدم توفر التوجيه والإرشاد والعلاج النفسي والطبي.
- مشكلة البطالة أو الفراغ أو عدم الارتباط بأي عمل.
- قلة التفاعل الاجتماعي أو اتصال المسن بغيره وخاصة زملاء العمل السابقون وما يترتب على ذلك من قلة الصدقات وانحصارها.
- ميل المسن إلى ادخار ما تبقى لديهم من قوة و طاقة للأعمال الضرورية والحتمية وانسحابهم من الأنشطة الاجتماعية غير الضرورية [88، ص 42-43].

هذا وتتميز حياة المسنين بكثرة أوقات الفراغ التي يصعب تصريفها في التسلية أو في النشاطات الاقتصادية، فيسلمون إلى الوحدة بعزولهم عن العالم الخارجي إلى حد بعيد ويرتمون في اليأس وينتابهم الشعور بالإحباط لأن أهدافهم في الحياة قد استنزفت ولا يرون مستقبلاً لحياتهم [ص 91].

إن المعايير التي تحدد كل من مراحل عمر الإنسان تمنحها خصائص مميزة يترتب عليها مشاكل واحتياجات محددة لهذه المرحلة، والدخول في الشيخوخة يرتبط بالتدهور الجسدي والحالة الصحية للفرد التي تبدأ في الضعف ببطء، بحيث يتعرض الإنسان لعدة تغيرات، أهم وأبسط ما يمكن أن توصف به هو سيادة عوامل الهدم على البناء، لذا تتميز مرحلة كبر السن بمرحلة الخاتمة حيث يتلقى الفرد في الشيخوخة الحصيلة النهائية المتأتية عن سلسلة طويلة من التفاعلات الجسمية [ص 105]، [ص 38]، إن التدهور البيولوجي البنائي والوظيفي يتدرج في شدته مع تقدم العمر وينتهي سريعاً مع النهاية المحتومة للإنسان وتتباين هذه التغيرات كما وكيفا هو بتباين تأثير العوامل الداخلية والظروف وملابسات ومشاكل البيئة الاجتماعية والثقافية والنفسية والتي تلعب دوراً متفاعلاً وفعالاً في كل من التعجل بالتدهور الجسدي الذي يعترض بعض المسنين، أو تعطيله لأطول فترة ممكنة لدى البعض الآخر، وربما عدم ظهوره مطلقاً حتى الوفاة لدى البعض القليل منهم [ص 105، ص 38-39].

والتقدم في السن تصاحبه مشكلات ويقصد بها ما هو شخصي، أي يتعلق بذات المسنين مثل الحالة الصحية وما يطرأ عليها نتيجة للتغيرات البيولوجية والفزيولوجية ومنها ما هو اجتماعي ونفسي، أي تلك المشكلات التي تتعلق بظروف المسن المتغيرة كعضو في أسرة وفي جماعة وفي مجتمع [ص 110]، [ص 39].

ويجب أن ننتبه أن الفرد لا ينتقل مباشرة إلى الشيخوخة ببلوغ سن الستين أو الخامسة والستين، فالشيخوخة أهم ما تتسم به بصفة عامة هو بدا النمو الإنساني في الاتجاه العكسي، فبينما كان النمو في المرحلة السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة، فإنه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجياً حتى يصل إلى أقصاه [ص 96]، [ص 31]، وبضعف بناء الجسم ووظائفه، تتغير مكانة المسن في المجتمع ويتغير بذلك تكيفه للبيئة المادية والاجتماعية المحيطة به. والحديث على بعض التغيرات التي تطرأ على المسنين تساعدنا في التعرف على المشكلات التي تواجههم [ص 96، ص 31]، وفيما يلي نتعرض لأهم المشكلات التي قد تعرقل هدوء حياتهم.

3.1.2.2. المشكلات الصحية

قد يكون لحين واحد الدور الرئيسي في ظهور الأمراض المرتبطة بالشيخوخة، كما يقول فريق من العلماء الأمريكيين، إذ يؤكد الفريق أنه تمكن من تحديد الجين المسؤول عن إصابة الإنسان بأمراض الشيخوخة مثل التهاب المفاصل ومرض ألزهايمر وأمراض القلب والسرطان [113، ص1]. ويرى الباحثون و هم من جامعة إيلينوي الأمريكية أن الجين الذي أطلقوا عليه اسم (بي-21) يحفر عملية تقادم عملية الخلايا مما يؤدي إلى حدوث التغيرات المرتبطة بأمراض تقدم العمر. ويبدو أن الجين المذكور حسب رأي العلماء يسبب توقف عمل جينات كثيرة أخرى والوظيفة المعروفة للجين هي وقف الخلايا من الاستمرار في عملية الانقسام بعد عدد محدد من تلك، مما يشكل التطور الطبيعي للشيخوخة [113، ص ص 1-2].

واكتشف العلماء أن ما سموه (تشغيل جين بي- 21) يسبب تغيرات في الجينات أخرى ويعرقل هذا الجين عمل نحو 40 جينات أخرى لها علاقات بانقسام الخلية وتكوّن نواتها الأمر الذي يؤدي إلى توقف نموها. لكن بعض الجينات تتحفز بنشاط بي- 21 مما يؤدي إلى إنتاج بروتينات ذات صلة بأمراض الشيخوخة ومن بين هذه البروتينات مواد تتسرب في أدمغة المصاب بمرض ألزهايمر وإنزيمات تساهم في التسبب بأمراض القلب وأمراض المفاصل [113، ص5]. وللتحقق من مدى صحة هذه التغيرات المحتملة، فقد أعد الفريق مجموعة من الديدان بشكل جيد، وهي تدعى (c.elegans) وكانت هذه الديدان أول فصيلة حيوانية يحل العلماء شفرة جينومها في عام 1988 وقد سمح للديدان بالنمو لمدة مختلفة تتراوح بين ثلاثة أيام و تسعة أشهر، وهو السن الذي لا يتجاوزه عادة سوى القليل منها، وبعد ذلك استخرجت مواد جينية من خلال هذه الديدان ووضعت على رقائق أشعة دقيقة للغاية مخصصة لكشف الحامض النووي(دي.أن.أي)، وقد مكنت هذه الأخيرة من تحديد ما الذي تغير في الـ 1962 جينيا لدى هذه الديدان، وفي أي مرحلة من حياتها حصل ذلك، وتبين من خلال عملية الفحص أنه مع تقدم الديدان في العمر، تغير أسلوب نشاط 201 جينا [114، ص1].

وقسم الباحثون هذه الجينات الـ 201 إلى قسمين، أولهما يشمل تلك التي تغيرت أثناء فترة شباب الديدان، لكنها حافظت على نشاط مستمر في فترة متأخرة، بينما الفريق الآخر تضمن الجينات التي تغيرت في مرحلة متأخرة من حياة الجسم [114، ص ص 1-2]. وتضمنت المجموعة الأخيرة 164 جينا، ومما أثار اهتمام الباحثين هو أن هذه المجموعة تحوي جينين يسمان بجينات الإرهاق أو جينات صدمة الحرارة، ويقول الفريق إن هذه الملاحظة على قدر كبير من الأهمية نظرا لأنه لا يعرف من هذه الجينات في جينوم تلك الديدان سوى 26 ويضيف أن

العثور على اثنين ضمن 126 يعتبر اكتشافا على قدر كبير من الأهمية ومن بين التفسيرات الأخرى للشيخوخة الخلايا، أنها تتضرر بما يسمى (free radical) وهي جزيئات عالية التفاعل وقادرة على التسبب في جملة من التفاعلات الكيماوية غير المرغوب فيها [114، ص ص 1-2].

هذا ويتغير الجسم البشري وتتغير أجهزته تبعا لزيادة عمر الفرد وتطوره في حياته من الطفولة إلى المراهقة، إلى الرشد إلى الشيخوخة، وبما أن الوظائف العضوية تعتمد على تكوين الأجهزة الخاصة بها. إذن الوظائف تختلف من عمر إلى عمر يليه ومن مرحلة أخرى تعقبها. وتتوقف الحالة الصحية لكبار السن على العديد من العوامل الاجتماعية مثل مستوى المعيشة ودرجة التعليم وارتفاع مستوى الصحة العامة. كما أن للحالة الصحية تأثير كبيرا على المسن في العديد من الجوانب مثل قدرته على العمل والاشتراك في الأنشطة الترويحية وعلاقته الاجتماعية والدخل والزواج. [110، ص 41].

وتعتبر التغيرات التي تصيب المسن المؤشر الأساسي لما يصيب أجهزة الجسم من تغيير في تركيبها الدقيق مع تقدم ومتابعة الفرد على مدى سنوات حياته ودراسة ما يعتريه من تغيرات فيزيولوجية نستطيع مساعدته على التكيف مع هذه التغيرات بأكبر قدر ممكن [110، ص 42]، وتبدو أغلب المشكلات الصحية للمسن فيما يلي:

- الخطوات البطيئة المتناقلة هي دليل على ما أصاب أعضاء الحركة من العظام والعضلات والمفاصل مع تقدم السن من الضمور وفقدان المرونة.
- القوام المنحني نتيجة هشاشة الفقرات وتيبس الغضاريف التي تفصل بينها.
- الرعاش الذي يحدث نتيجة شيخوخة بعض الخلايا مراكز الدماغ التي تسيطر على حركات العضلات ويصاب المريض بضعف حركة العضلات مع رعشة في اليدين.
- عدم التحكم في التبول نتيجة ضعف عضلات الحوض حاجز ويحدث ذلك في حالة تدلي الرحم عند النساء أو لحدوث اضطرابات في السيطرة العصبية.
- اضمحلال البصر وانخفاض قدرة العين على الاستجابة للتغيرات التي تحدث في الضوء وضعف حاسة السمع مما يسبب عدة مشاكل للمسنين و يقلل من كفاءتهم في القيام بالعديد من الأدوار والتكيف مع المحيطين بهم [8، ص 144].
- القصور العقلي والذي يحدث نتيجة عدم تجدد خلايا الدماغ وعندما تبلي من كثرة الاستعمال فإنها لا تعوض أبدا وعندما يحدث ذلك يحدث القصور العقلي الذي يأخذ مظهرين:
- أ- القصور العقلي الخارجي المنشأ (الهديان الحاد) ويحدث بسبب أثار نقص الأكسجين والذي يصيب الدماغ بسبب بعض الأمراض مثل الالتهاب الرئوي وقصور القلب والرئتين.

- ب- القصور العقلي الداخلي المنشأ (خبل الشيخوخة المزمن) وينشأ بسبب آثار الشيخوخة، تصلب عروق الدماغ، التهاب الدماغ وأورامه.
- تدهور الذاكرة أحيانا وبدرجات متفاوتة، فالنسيان وعدم القدرة على تذكر الأسماء والأحداث من الأمور المعروفة عن كبار السن [8، ص145]، وما يزيد من حدة المشكلات الصحية للمسنين، وجود بعض المعوقات التي قد ترجع إلى المسنين أنفسهم والتي يمكن إجمالها فيما يلي:
- إهمال المسنين أنفسهم ويعود ذلك إلى خوفهم من توقع الإصابة بالأمراض المزمنة مثل السرطان.
- عدم اهتمام المسنين بالكشف الطبي الدوري.
- عدم دراية المسنين بخطورة علاجهم لأنفسهم بعيدا عن الإشراف على صحتهم.
- خوف بعض المسنين من الإيداع في المستشفيات وإبعادهم عن الجو الأسري الذي يحتاجونه ويألفونه.
- عدم قدرة معظم المسنين على تحمل نفقات العلاج والحصول على الأجهزة المعاونة مثل النظارة الطبية و طقم الأسنان وأجهزة تقوية السمع أو غير ذلك.
- كثير من العاملين في الميدان الطبي ليس لديهم الخبرة أو الصبر في التعامل مع المسنين [103، ص69].
- مما تقدم نلمس سوء الصحة العامة لدى المتقدمين في العمر، وعليه فقد اتضحت حاجة المسن إلى الرعاية الطبية التي تتمثل في الكشف الطبي الدوري وتوفير الأطباء المتخصصين وصرف الأجهزة التعويضية التي يحتاجها المسن [8، ص145]، كذلك يحتاج المسن إلى بعض الأنشطة الرياضية التي تعمل على تنظيم الدورة الدموية والاحتفاظ بحيوية الأجهزة الفيزيولوجية خاصة السير على الأقدام، هذا وبالإضافة إلى ضرورة الاهتمام بوقاية المسن من الحوادث والمرض لضعف مقاومته [8، ص145].

4.1.2.2. بعض أمراض الشيخوخة وعلاجها:

للشيخوخة أمراض خاصة مرتبطة بما يحدث في سن الشيخوخة من تبدلات في أعضاء الجسم، وقل أن تظهر هذه الأعراض في سن الشباب، فإذا ما ظهرت آنذاك، كانت في الغالب أمراضا عابرة طارئة تزول وتشفى تماما بعد المعالجة، ومن أمراض الشيخوخة هذه:

1.4.1.2.2. التهاب القصبة الهوائية المزمن وانتفاخ الرئة:

الإصابة بالتهاب القصبة الهوائية المزمن، يحدث عن إهمال علاجها، حتى يتعذر الشفاء منها فيصبح الالتهاب مزمنا.

والتهاب القصبة الهوائية يمتد تدريجيا على فروعها حتى يصل إلى الجلد المخاطي للأكياس الهوائية وهو يشاهد في مختلف أعمار العمر ولكنه يكون قبل سن الشيخوخة عابرا يشفى بالمعالجة شفاء تاماً بعد وقت قصير، أمّا في الشيخوخة فهو مزمن لأنه ينتج بفعل الانتفاخ الشبخوخي في الرئة [115، ص33].

وقد أسلفنا أن سعة التنفس في الرئة تقل تدريجيا بتقدم العمر كما تضيق سعة الأوعية الدموية التي تأخذ الأوكسجين من هواء التنفس وفي سن الشيخوخة يعترى القفص الصدري الضمور، فيضيق من الأعلى وبذلك تضيق قابليته للاتساع وهذه العوامل كلها تحدّ من سعة التنفس وتنقص مقدار الهواء الذي يدخل إلى الرئة في الشهيق ويرافق هذا كله صعوبة في دوران الدمّ في داخل الرئة، مما يحمل القلب إلى العمل بأقصى قوته فيزيد أعبائه ويعرضه إلى الأضرار والإصابة ببعض الأمراض. والتهاب القصبة المزمن يزيد في أعباء القلب ويضعفه، كما أن ضعف القلب يزيد التهاب القصبة تفاقمًا، وكثيرا ما يمتد الالتهاب من القصبة إلى الرئة نفسها فيعجز القلب الذي أضعفه الإجهاد عن تأدية عمله، مما يؤدي إلى موت المصاب [115، ص33].

ومن أعراض انتفاخ الرئة التي يسهل على العامة تمييزها عند الشيوخ ضيق النفس، وخصوصا عند صعود السلم أو مرتفع، وتستطيع الوسائل الطبية قياس سعة الرئة وتحديد ما يمكن أن تستوعبه من كمية الهواء، هذا كما يعرف التهاب القصبة مما يرافقه من سعال وبصاق، وخصوصا في الصباح بعد الصحو من النوم والتدخين يزيد في تفاقم انتفاخ الرئة والإصابة بالتهاب القصبة ومضاعفاته [115، ص ص 33-34].

العلاج:

تشتمل معالجة التهاب القصبة إبادة الجراثيم المسببة للالتهاب ومعالجة انتفاخ الرئة وحالة الضعف في القلب، ويعالج انتفاخ الرئة بتمارين خاصة يشرحها الطبيب، وبممارسة بعض أنواع الرياضة كالسباحة والغطس في الماء، وبنوع خاص من التدليك يعيد للقفص الصدري مرونته وإمكانية التمدد والاتساع لديه. ويساعد القلب على استرجاع قوته بأدوية خاصة يصفها الطبيب. أما جراثيم الالتهاب فيقضي عليها بمركبات مضادة للجراثيم [115، ص34].

2.4.1.2.2. مرض تصلب الشرايين:

هو مرض يظهر بدرجات متفاوتة عند كل الشيوخ تقريبا، كما يظهر في بعض الحالات المرضية عند الشباب أيضا عند الإصابة بالأمراض المعدية المزمنة مثل الزهري وأمراض الكلى وأمراض الدم. ويختلف الأطباء في النظرة إلى هذا المرض، بعضهم يعتبره عارضا ملازما للشيخوخة والآخرين يعتبرونه مرضا حقيقيا بحيث تتجمع كتل صغيرة من المواد الدهنية والرواسب الكلسية على الجدار

للشرايين، فيضيق الشريان ويفقد مرونته مما يشكل عائقا لجريان الدورة الدموية، وقد يحدث احتقان في الأماكن الشديدة الضيق من الشريان، أو موجات لولبية في الدم تؤدي إلى تجلته وسد الشريان بالجلطة الدموية [116، ص17]، وإذا كانت الإصابة بشريان الرجل مثلا يحس المصاب بألم شديد في رجله يجبره على الوقوف عند المشي ويزرق لونه وتتورم الرجل ثم تشل لانقطاع الدورة الدموية عنها، ومن أعراض تصلب شرايين الدماغ أن تنتاب المصاب نوبات من الدوخة.

أما في حالة انفجار الشريان فإن الجسم يصاب بشلل فجائي في بعض أطرافه أو أعضائه وفقا لموضع الشريان المنفجر في المخ، وقد يعقب ذلك غيبوبة تزول تدريجيا أو تنتهي بالموت [116، ص17].

علاجه:

وقد أوضح الأطباء أن هناك عادات معينة يعتادها المرء فتمهد للإصابة بتصلب الشرايين كالجولس طويلا، والسمنة والأغذية الدسمة، والتدخين والإجهاد في العمل بدون أن تتخلله استراحات والحياة العجولة والانفعال المستمر.

وتجنب هذه الأمور كلها هو أحسن ضمانة للوقاية من الإصابة بمرض تصلب الشرايين [116، ص20].

3.4.1.2.2. ضغط الدم:

يدور الدم في الأوعية الدموية نتيجة لتقلص القلب وانبساطه بالتناوب وبصورة منظمة، وعندما تتقلص عضلته تدفع الدم من داخله إلى الشرايين، فتتسع هذه بحكم مرونتها وبنسبة القوة الضاغطة عليها ثم يعود القلب فينبسط بعد التقلص وينخفض الضغط في داخل الشرايين حتى يعود إلى درجته قبل التقلص ويرتفع ضغط الدم إلى درجات أعلى من درجاته الطبيعية في بعض الحالات المرضية وعلى الأخص في تصلب الشرايين وبعض أمراض الكلى ولا بدّ من معالجة ارتفاع ضغط الدم وإعادته إلى أقرب ما يمكن من درجته الطبيعية، لأن استمرار الارتفاع يجهد القلب ويعرضه للتوقف أو يفجر الأوعية الدموية وخصوصا المتصلبة منها [116، ص25].

ومن أعراض ارتفاع ضغط الدم التي يشعر بها المصاب، طنين في الأذنين وثقل في الرأس واضطراب نفسي وسرعة في الإثارة وضعف الذاكرة والصداع ودوخة عند انحناء الجسم إلى الأسفل وزوغان في العين [116، ص26].

العلاج:

لا بد أولا من تمييز الأسباب، ويمكن الاستدلال على سبب ارتفاع ضغط الدم من لون بشرة الوجه، ففي الارتفاع الناتج عن تصلب الشرايين يكون لونها محمرا كما هي عليه في أحسن حالات

الصحة والشباب، ولكنه يكون بعكس ذلك أي أبيض باهتا إذا كان ارتفاع الضغط ناتجا عن مرض في الكلى ويعالج ارتفاع ضغط الدم الناتج عن تصلب الشرايين عند الشيوخ بالعلاج الطبي المنتظم وبتأباع أساليب الحياة التي مر ذكرها في معالجة تصلب الشرايين والوقاية منها. وفي حالات نادرة يكون هبوط ضغط الدم مرضا مستقلا بنفسه وموروثا، وهو في الغالب نتيجة لإصابة الجسم بحالات مرضية أخرى كالأمرض المعديّة أو ضعف القلب، والمصاب بهبوط ضغط الدم يشعر بانحطاط القوى كما يبرد بسهولة، وتظل يداه وقدماه باردة باستمرار ولا تفيد الأدوية عادة في معالجة هبوط ضغط الدم ولكن قد يحدث بعض التحسس من جراء ممارسته الرياضة البدنية المعتدلة [116، ص26].

4.4.1.2.2. آلام العظام:

يشكو بعض المسنين من آلام في العظام وتعثّر في المشي ومن التعب بسرعة والإحساس بآلام عند تغيير وضع الجسم، وقد أثبت التصوير الشعاعي أن هذه الأعراض ناجمة عن ذوبان المادة الكلسية من العظام أو فقدانها ويمكن تشبيه العظام في هذه الحالة بجدار نزعت منه بعض أحجاره ففقد بعض كثافته ولكنه ظل محافظا على حجمه [115، ص ص35-36]، أما سبب ذوبان المادة الكلسية الموجودة في العظام أو تضاؤلها فهو قلة الحركة وزيادة الأعباء على الجسم، فإذا ما ثبت عضو من الجسم يمنعه من الحركة ذابت المادة الكلسية في عظام ذلك العضو وفقدت العظام صلابتها، وقد تعمل التغذية غير الصحيحة نفس العمل أيضا، وأما قصر القامة فإنه يأتي من انحناء العمود الفقري نتيجة لذوبان المادة الكلسية وفقدان الصلابة في فقراته مما يؤدي إلى ظهور حذبة الظهر وانحنائه الشيخوخي [115، ص36].

ويمكن شفاء هذه الحالة والوقاية منها، بإعطاء الفيتامينات، وإكثار المادة الزلالية (اللحم) في الغذاء وممارسة الحركة والعمل الجسماني باستمرار، وبفضل ذلك يحتفظ الجسم بانتصاب القامة كعهدها في الشباب، كما ينبغي أن يتجنب المرء الجلوس طويلا والظهر منحنيا أو البطن إلى الأمام، حتى يأمن من الإصابة بتقوس الظهر [115، ص38].

5.4.1.2.2. سلس البول (التبول اللاإرادي):

التبول اللاإرادي لدى المسنين هو خروج البول في أماكن وأوقات غير مناسبة دون رغبة الشخص المسن وهي من المشاكل الشائعة بينهم وللقائمين على رعايتهم، ويمكن أن تكون هذه الحالة حادة أو مزمنة.

وعدم القدرة على التحكم في البول من المشاكل المهمة بين كبار السن وتشكل نسبته من المحجوزين داخل المستشفيات 10%، بينما تصل إلى 50% من كبار السن المقيمين في دور رعاية كبار السن (الرعاية الممتدة) [117، ص129]، وتنقسم أسباب سلس البول إلى:

أسباب مؤقتة: مثل التهابات مجرى البول واستخدام بعض الأدوية مثل مضادات الاكتئاب والإمساك المزمن واحتباس البول... الخ وبالعلاج هذه الأسباب يمكن علاج التبول اللاإرادي.

أسباب مستديمة: من ضمنها سقوط الرحم مع ضعف عضلات وأربطة الحوض، إصابات العمود

الفقري، جلطات المخ، العته، الخرف، حصوات وأورام المثانة بالإضافة إلى تضخم البروستات

[117، ص129].

هذا وتسبب حالة التبول اللاإرادي مشاكل نفسية تتمثل في الحرج الشديد الذي يشعر به المسن عند حدوث انفراس لا إرادي وما يتبعه من رائحة نفاذه فيضطر بعدها المسن إلى العزلة ثم اكتئاب نفسي بأعراضه المختلفة، هذا وأهم شروط العلاجات المطروحة هو الاشتراك الإيجابي للمريض في خطة العلاج وذلك من خلال التدعيم النفسي المستمر له مع تنفيذ الإرشادات الآتية:

- عدم شرب ماء أو سوائل بعد الساعة 8:30 ليلا حتى لا يتعرض المسن للأرق والاستيقاظ للتبول.

- تجنب النشاط الجسماني المجهد والمأكولات المرتفعة الحموضة والكثيرة التبول

- ارتداء حفاظات لحماية الجلد من الالتهابات ومنع قرح الفراش

- تشجيع المريض على الحركة المستمرة وتغيير الملابس المبللة بصفة مستمرة.

- استخدام بعض الأدوية الحديثة تحت إشراف الطبيب المعالج [117، ص130].

6.4.1.2.2. تضخم البروستات:

البروستات غدة بحجم الكستناء مركزة في الحوض الصغير تحت المثانة (كيس البول) مباشرة،

وتتضخم البروستات بتقدم السن لدرجة سدها قناة البول، وفي هذه الحالة يتجمع البول ويحتضن في

المثانة ويسبب ذلك اضطرابات خطيرة في الكليتين وقد يؤول التضخم البروستاتي في النهاية إلى

ظهور السرطان.

تضخم البروستات من الظواهر المرضية التي يجب النظر إليها بكل عناية وحذر والمبادرة إلى

معالجتها بجزم وقد دلت الإحصاءات على أن هذا المرض يأتي في الصف الثالث من خطورة

أمراض الشيخوخة من حيث عدد الوفيات التي تنتج عنه بعد الخامسة والستين من العمر [117، ص

ص130-131].

أما الأعراض التي يحس بها المصاب فهي الشعور بحصر البول والصعوبة في انفتاح المثانة عند

بداية التبول والإحساس بالحرقان أثناء التبول وبعده [117، ص131].

العلاج:

إن المبادرة في العلاج بمجرد ظهور عوارض البروستاتيت، علاجاً خاصاً محكماً على أساس استعمال الهرمون الجنسي، هذه المبادرة تضمن في الغالب التغلب على هذا الداء دون حاجة إلى عملية جراحية. هذا ولقد أصبحت العملية الجراحية، في حالة وجوب القيام بها، من الأمور السهلة الإجراء والمضمونة النتائج. [117، ص131].

7.6.1.2.2. السرطان:

يعتبر هذا الداء في مقدمة أمراض الشيخوخة المخيفة حتى اليوم غير أن الإحصائيات العلمية دلت على أن نسبة الإصابة به لم ترتفع عما كانت عليه من قبل، ولقد ظهر انخفاض محسوس في عدد الإصابات بسرطان المعدة وذلك راجع إلى: تنشق الغازات الضارة المنتشرة في الهواء من مداخل المصانع والسيارات وإلى التدخين [118، ص181]. وما زالت الأبحاث العلمية تجري لإيجاد طريقة للفحص تدلّ على وجود السرطان في الجسم عند بدايته أو سلامته منه، وللأسف لم يتوصل العلم إلى ذلك والمصابون عادة لا يذهبون إلى الطبيب إلا بعد أن يستقل المرض ويصبح الشفاء متعذراً أو يغدو الاستئصال غير ممكن إذ أن أعراض المرض الأولية لا تسبب للمصاب إلا القليل من الانزعاج، فلا يكثر له بل يتمهل في عرض نفسه على الطبيب. والواجب يحتم أن يراجع الطبيب بمجرد شعور المرء بأي عرض مرضي غير مألوف في جسمه [118، ص181].

8.6.1.2.2. هشاشة العظام:

يحدث نقص في كتلة الجسم مع حدوث نقص في كثافة العظام في سن الخمسين عند كلا الجنسين ويكون بصورة أسرع عند النساء بسبب نقص هرمون الأستروجين نتيجة انقطاع الحيض. ومن وسائل الوقاية من هشاشة العظام يجب: [115، ص41].
-الفحص الدوري الشامل لكبار السن خاصة النساء المسنات المعرضات للإصابة بهشاشة لوجود عوامل خطيرة.
-تجنب الإفراط في تناول البروتين لأنه يساعد على خروج الكالسيوم من الجسم عن طريق البول.
-تجنب عدم الحركة والتدخين والخمر وعدم الإفراط في شرب القهوة.
-وقد وجد أن تناول الكالسيوم وفيتامين <<د>> بكميات كافية لاحتياجات الجسم تؤدي إلى تقليل الكسور بنسبة 3% عند المسنين [115، ص41].

كما أن الأسماك غنية بالكالسيوم، كما أنّ الإفراط في استعمال ملح المائدة قد يؤدي إلى إخراج الكالسيوم عن طريق البول.

ولعلاج هشاشة العظام يكون عن طريق الأدوية المضادة وتشمل هرمون الأستروجين وهو يعمل على تنشيط خلايا العظام وزيادة كثافة العظام بالنسبة للنساء.

كما يمكن تناول هرمون الكالينوتوفين للوقاية والعلاج وتناول هرمون الغدة الدرقية وكذلك الفلورين على فترات متقطعة، إذ وجد أنهما ينشطان تكوين العظام ويمنعان نقص كثافتهم [115، ص41].

5.1.2.2. الحدّ من المشكلات الصحية:

1- الاستعداد للمرض النفسي أو العقلي:

من الطبيعي أن يصيب ضعف العقل والذاكرة جميع الناس عندما يكبرون في السن، فالقدرة العقلية كما تقيسها اختبارات الذكاء تصل أقصاها في حوالي العشرين من العمر، ثم تبدأ بالتدرج في النزول حتى الستين وعندها يبدأ النزول في السرعة الكبيرة. ذلك أن الناس بعد الستين ذاكرتهم تضعف وقدرتهم على حل المواقف الجديدة تقل، والمرونة التكيفية للشباب تذهب والقليلون من الناس هم الذين يصلون إلى السن المتأخرة بغير متاعب سواء من التوافق الشخصي أو الاجتماعي. هذا التوافق هو الحد الفاصل بين الشيخوخة العادية والشيخوخة المرضية [39، ص89].

إن في بلادنا كثير من المسنين الذين بلغوا الستين أو السبعين من العمر ونستطيع أن نقول أنهم بما يبدو من سلوكهم: لا يستمتعون بالحياة بل هم يعانون من أمراض الجسم، وخواء الذهن وضمور النفس فقدوا أهدافهم و انقطعت الصلة بينهم وبين عصرهم فهم في ألم وتضمر دائم.

و ينبغي الإدراك أن الاستعداد للمرض النفسي أو العقلي إذا ظل كامنا في الفترات السانحة للفرد، يمكن أن يظهر بوضوح في سن الشيخوخة إذ يبدو على شكل نوبات اضطراب في الناحية العقلية تتخللها فترات طبيعية.

فالمسن يفقد قدرته على المقاومة والتكيف مع بيئته وتصبح العمليات الخاصة بفقدان الناحية الوظيفية للخلايا في حالة استمرار، يتسبب ذلك في بعض الأحيان في ظهور الأمراض العقلية [39، ص90].

وكان الاعتقاد السائد بأن التغيرات الناتجة عن فقدان الخلايا لوظيفتها. بحكم السن هو السبب المباشر

والوحيد للاضطرابات العقلية في سن الشيخوخة. لكن أثبت العلم أنّ هذه التغيرات تؤدي إلى فقدان الناحية الوظيفية وفي نفس الوقت تحدث محاولات تعويضية في مكونات الجهاز العصبي السليمة وهذه

الاستجابات تؤدي إلى التكيف فمثلا الشك وسهولة الإثارة والمعتقدات الخاطئة هي ظواهر تعويضية

لما تمّ فقدانه [105، ص79].

هذا وينبغي أن يهيء الفرد نفسه بعد سن الخمسين للمسنين القادمة وهذا التهيؤ يشمل:

-التهيو الجسمي: وهو العناية بالجسم حتى لا ييسمن فإن السمنة من أسوأ عيوب الفرد تؤدي إلى كسل الجسم الذي يؤدي إلى كسل النفس والذهن وهذا زيادة على الأمراض التي تحدثها السمنة تبدأ تافهة ثم تصير عبئا ثقيلًا فيما بعد لذلك يجب على الفرد تجنب السمنة والمحافظة على النحافة [119]، ص72].

-التهيو النفسي: يجب أن يبدأ الفرد منذ الأربعين أو الخمسين من العمر إذا لم يكن قد بدأه قبل ذلك باهتمامات مختلفة، اجتماعية وفنية وروحية وذهنية واقتصادية، فعلى الشخص أن يشترك في الأندية والجمعيات وأن يعنى باختيار الأصدقاء وأن يتردد على المسارح والملاهي، وأن يكون له مشاركة مهما كانت صغيرة في النشاط الاجتماعي أو الفني الذي يحيط به، وذلك كي تبقى نفسه حيّة بيقظة عواطفه وحتى لا يحمله خواء النفس على الوقوع فيما يضر من عادات كالإدمان في التدخين [119]، ص73].

-التهيو الذهني: وذلك عن طريق قراءة الجريدة اليومية حتى يكون الاهتمام بالسياسة المحلية والعالمية جزء من نشاطه والاهتمام بالجريدة يجب أن يحمل على الاهتمام بقراءة الكتب في المجالات المختلفة والعناية بالحركة الفكرية العالمية.

ومن أعظم مميزات القراءة أنها تحول دون النسيان الذي يصيب البعض بسبب تصلب شرايين المخ وهذا النسيان كثيرا ما يعرقل التفكير المستمر ويوحي إلى الفرد بالضعف والهزيمة [119]، ص73].

2- استمرار تعاطي الدواء وأثره

في إحدى التجارب الطبية الواسعة التي قصد بها اختبار تأثير استمرار تعاطي الدواء على المصابين، أعطي لألف شيخ من المرضى بارتفاع ضغط الدم دواء خاص، وتناول جميعهم الدواء وثابروا على تعاطيه وفقا لتوصية الطبيب. في حين أن ألفا آخر من الشيوخ المصابين بنفس المرض رفضوا تعاطي الدواء أصلا، أو أهملوه بعد مدة قصيرة من استعماله.

وبعد مرور عشر سنوات كان 90% من الذين رفضوا تعاطي الدواء قد ماتوا بينما كانت النتيجة عند من داوموا عليه على العكس من ذلك تماما إذ بقي أغلبهم أحياء [120]، ص19].

وما أوردناه عن مرض ارتفاع ضغط الدم يمكن أن يقال أيضا عن أمراض أخرى للشيوخ، كمرض البول السكري مثلا، وبما أن البدء في معالجة أي مرض بعد ظهوره مباشرة أضمن لحسن النتيجة من التأخر في ذلك حتى تشتد الأعراض ويتفاقم الحال، فمن الضروري إعادة الكشف الطبي على كل من تجاوز الستين (60) من عمره مرة واحدة في السنة على الأقل، لاكتشاف ما قد يستجد عنده من أمراض في بداية ظهورها وهذا الكشف إجباري في الولايات المتحدة وبريطانيا، حتى أن

الممتنع عنه يعاقب بإيقاف راتبه إذا كان موظفاً أو مستخدماً إلى أن تتم إعادة الفحص الطبي عليه [120، ص19].

فعلى كل من يرغب في قضاء فترة شيخوخة هادئة أن يصمم على الصبر والدقة في إتباع الإرشادات الطبية.

3- الغذاء وأثره في تجديد الشباب

لا شك أن طول العمر مع التمتع بصحة جيدة في الحياة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بنوع الغذاء، لذلك كان هذا الموضوع أول ما يشغل العلماء الباحثين عن طرق لتجديد الشباب وإطالة العمر. وجهدوا في ذلك حتى بلغ عدد الأبحاث العلمية التي نشرت حول هذا الموضوع قبل سنوات 1300 بحث ثم تزايد هذا العدد حتى اليوم فلم يعد بالإمكان حصره أو تقديره [121، ص92].

إنّ النظام الغذائي الصحيح عامل أساسي في إطالة العمر. فالإنسان في الثمانين من عمره يكون قد تناول في عمره (900000) وجبة من الطعام، أدخل فيها كميات من الأغذية إلى جسمه وليس من المعقول أن لا يكون لنوعية هذه الأغذية تأثيرات خاصة في الجسم [121، ص92]. وقد أجريت فحوص عديدة لغذاء المسنين ووجد أن أغلبيتهم يتبعون أنظمة غذائية خاطئة، فهم يأكلون الكثير من المواد الدهنية والقليل من المواد الزلالية والفواكه والخضار، وهذا النظام يؤدي إلى وجود نقص في التغذية دون وجود نقص في وزن الجسم، وينتج عن ذلك تضائل في الطاقة الجسمية والعقلية وبشعور بالتعب والكآبة في النفس والميل إلى التذمر وهذه هي أعراض الشيخوخة المبكرة. [121، ص ص 92-93].

والغذاء المثالي اليومي للمسنين بشكل من العناصر الآتية يومياً: 30 إلى 60 غرام من المواد الدهنية، 100 إلى 125 غرام من المواد الزلالية، 300 غرام من المواد الكربوهيدراتية (نشوية) بالإضافة إلى كمية من الفواكه، الخضار والسلطات حسب التقدير الشخصي المطلق. [121، ص93].

وما يجب أن نعلمه في تفصيلات الغذاء بالنسبة إلى المسنين أن:

- البروتينات تحافظ على أنسجة الجسم وتجدها وتجعلها متماسكة وفي حيوية مستمرة.
- فيتامين "أ" هو الذي يعطي البريق الخاص بالحيوية والشباب، إنه المسؤول عن صفاء البشرة ونقاء العينين كما أنه يحصن الجسم بمناعة كافية ضد العدوى والأمراض التي تعجل بالشيخوخة.
- فيتامين "ب" يقوي القلب والأعصاب ويساعد على تنظيم الأمعاء.
- فيتامين "ج" يضيف على الجسم مرونة وقوة ويقوي العظام والأسنان.
- فيتامين "د" يساعد في القدرة على الاسترخاء.

- فيتامين "ي" يحسن ضد كثير من أمراض الشيخوخة.
- الأملاح المعدنية تحفظ الشباب والحيوية مدى الحياة، فهي تحتجز الماء في خلايا الجسم لتجعلها مرنة، وتساعد في تنشيط إفرازات الغدد وتحدث توازنا في الدم بحيث لا يكون قلويا أو حمضيا أكثر من اللازم. ولكل من هذه الأملاح صفة خاصة. [122، ص175].
- الكالسيوم والفسفور يقويان العظام والأسنان، ويحتاج الإنسان إلى كمية أكبر من الكالسيوم، كلما تقدم به السن والكالسيوم مع الفيتامين " د " يقويان الأعصاب ويخففان من حدة العصبية التي تصيب المرأة كلما تقدم بها السن ويهيئان لها الهدوء والاسترخاء واليوم العميق.
- الحديد ينظم عملية الأكسجين وثاني أكسيد الكربون في الدورة الدموية في الجسم.
- اليود يساعد الغدة الدرقية على إفراز مادة الثايروكسين وهي التي تمنح القوة والنشاط وتمنع تراكم الشحم في الجسم في الفترة المتوسطة من العمر [122، ص175].

4- الرياضة والأعمال الجسمانية

لا تقلل أهمية ممارسة الرياضة أو الأعمال الجسمانية المنتظمة المستمرة للاحتفاظ بالشباب في سن الشيخوخة عن أهمية الغذاء. و قد لا نجد بين الذين بالغوا سن الخمسين وهم في صحة جسمانية وعقلية جيدة واحدا لم يسبق له أن مارس نوعا من أنواع الرياضة. وبالفحص الطبي يشاهد دائما كيف أن حالة الرياضي الصحية والبيولوجية في سن متقدمة، تعادل من هو اقل منه سنا بنحو عشر سنوات من الرياضيين [121، ص95]، وفي فحص طبي عام اجري لمجموعة كبيرة من الرياضيين ثبت أن الحالة الصحية للرياضي في السبعين تفوق الحالة الصحية لابن الأربعين من غير الرياضيين. فالجسم الذي يمارس الرياضة يحتفظ بمرونته و شباب منظره وحركاته حتى نهاية العمر. والجسم الذي حرم من الرياضة لسبب ما لا يستطيع في سن الشيخوخة أن يتدارك بعض ما فاتته من فوائدها بممارسة أعمال جسمانية كالاقتغال يوميا في الحديقة. أو المشي مسافة معقولة أو ممارسة البعض من أنواع الرياضة المقوية للعضلات، وركوب الدراجة أو ممارسة السباحة... إلى غير ذلك مما يروق للمسن ممارسته [121، ص96].

ويراعى في كل ذلك كله أن يجري التمرين يوميا، ولمدة قصيرة في البداية (5-10 دقائق) ثم تطول تدريجيا، على أن لا تصل في كل حال من الأحوال إلى درجة التعب، وعلى كل من بلغ سن الشيخوخة أن يحترم الشعور بالتعب، لان تعريض الجسم إلى التعب وإرهاقه يؤدي إلى عواقب وخيمة في عضلات القلب. فالفائدة المرجوة من العمل أو الرياضة لا تأتي بالعنف والعجلة... بل بالصبر والتدرج البطيء نحو الأكثر [121، ص96].

والعمل الجسماني مهما كان نوعه يتطلب الأكسجين ويستمد من هواء التنفس. علما بان سعة الرئة واستيعابها لكمية الهواء تتناقص تدريجيا بتدرج السنين كما أثبتت الفحوص الدقيقة ويستطيع المسن بالمحافظة على أداء التمرينات الرياضية المعتادة في سن الشباب، أن يحتفظ بسعة رئتيه كما هي ابتداء من سن الأربعين ولسنا في حاجة إلى ذكر فوائد رياضية عموما، فهي ليست مضيعة للوقت كما يعتقد البعض، ويجب ألا تهمل مطلقا في أي سن أو عمر [121، ص98].

فهي تطرد الرواسب الضارة في الجسم و تقوي عضلاته وتزيد من نشاطه و قدرته على الإنتاج. وفي الدول الراقية توفر المؤسسات والمصانع و الشركات الكبرى لموظفيها و مستخدميها وسائل ممارسة الرياضة البدنية ولا تخسر شيئا في دفع التكاليف المادية لذلك، لأنها تسترده من زيادة الطاقة الجسمانية لديهم. و بالتالي من زيادة إنتاجهم في العمل [121، ص98].

5- الحمامات

تعتبر الحمامات الساخنة والباردة، وسيلة من وسائل الاحتفاظ بصحة جيدة وتجديد الشباب. ويستحسن أن يعقب الحمام الساخن دائما (دوش) بارد. على أن لا يكون الفرق في درجة حرارة الماء بينهما كبيرا، بل يكفي لتأمين الفائدة المرجوة أن يكون الماء فاترا لمن لا يتحمل استعمال الماء البارد أو يروق له [119، ص95].

ومن طبيعة الحمام الساخن أن يحدث خمولا وارتخاء في الأعصاب والأوعية الدموية، تختلف درجته باختلاف مدة الحمام. أما الدوش البارد أو الفاتر فانه ينبه الأعصاب والأوعية ويعيد إليها حساسيتها ويقوى نشاط الدورة الدموية. ويزداد هذا النشاط قوة إذ أخذ المستحم الدوش من الأسفل إلى الأعلى (بواسطة دوش يدوي) ثم يجفف الجسم مع تدليكه. و يجب أن يشعر المستحم بعد الحمام بالدفئ والانتعاش [119، ص95].

والحمام اليومي لا يقصد منه النظافة للجسم فحسب بل المحافظة على صحة الجلد واحتفاظه بمنظر الشباب أيضا. ولتأمين هذا الغرض لا يستحسن استعمال الصابون يوميا لأن ذلك يزيل الطبقة الدهنية فوق سطح الجلد فيزيد في جفافه وبروز تجعدهته ويكفي لتأمين النظافة استعمال الصابون مرتين في الأسبوع وذلك على أن يتجنب المسنون استعمال الصابون الذي يحتوي على مواد بوتاسية. وأفضل أنواع الصابون هي الأنواع المستعملة للأطفال [119، ص96].

6- النوم

<< يتجدد شبابنا بالمفهوم الحقيقي بعد كل نوم >> هذا القول لأحد الأطباء يعبر عن حقيقة هامة وقائمة، فنحن في الصباح أكثر مرونة وشد قوة وأغزر في عصابات الجسم واقرب بذلك للشباب.

وأما في المساء فأجسامنا اشد جفافاً وأحط قوى واقرب بذلك إلى الشيخوخة. والكثير من المسنين الذين ما زالوا يؤدون في شيخوختهم أعمالاً جبارة وبنشاط الشبان، يعزون ذلك كله إلى محافظتهم على نوم صحيح [96، ص 21].

ومما يذكر عن (وتستون تشرشل) الذي ترأس وزارة انجلترا جلال الحرب العالمية الثانية وهو في السادسة والستين من عمره، وظل يمارس أعماله المرهقة ومسؤولياته الجسمية طيلة 16 ساعة في اليوم بنشاط، انه كان يحافظ خلال العمل على فترات للراحة وبنام بعد الغداء ساعة، ومثلها قبيل العشاء، وكان ينهي الكثير من أعماله وهو ممدد في السرير [122، ص 180].

والإنسان يحتاج إلى 08 ساعات من النوم في اليوم الواحد و ليس من الصحيح أن الشيخ يكتفون بأقل من ذلك، إلا إذا كانوا عاطلين تماما عن العمل. وكثيرا ما يحدث أن يصاب المسن بالأرق ويتعسر عليه النوم ولا بأس في مثل هذه الحالات الطارئة من استعمال أدوية منومة يصفها الطبيب، على أن يقتصر استعمالها على بضع أيام فقط. لأن للإدمان على استعمالها أضرارا صحية متعددة [122، ص 180].

وللأرق في الغالب أسباب نفسية، وفي القليل من الحالات أسباب مرضية، وفي كلتا الحالتين يجب ألا يعالج بالمنومات بل بإزالة مسبباته.

وقد يحدث الأرق أحيانا دون سبب واضح ومن المهم أن نذكر هنا أن كل حالات الأرق يجب ألا تدعو إلى القلق الصحي لان تأثير هذا القلق اشد خطرا على الصحة و الجسم من الأرق نفسه [122، ص ص 180-181].

ومما يزيد من الأرق وغيره من اضطرابات النوم عند المسنين، أن يكون الجسم غير متعب، أو غير معرض لأي مجهود خلال ساعات النهار كما يحدث في حالات المتقاعدين عن العمل. لأن التعرض إلى التعب الجسماني أو العقلي نتيجة للعمل يمهد لاستدعاء النوم العميق والصحي المريح. ومن الطبيعي أن يصحو مبكرا كل من ينام مبكرا لان الجسم يكتفي تماما بثماني ساعات من النوم ولا يحتاج أكثر منها [122، ص 181].

6.1.2.2. المشكلات النفسية

تمثل المشكلات النفسية الغالبية العظمى من مشاكل كبار السن ويمكن أن ترجع إلى ما هو شخصي، أي يتعلق بذات المسن مثل الخالة الصحية وما يطرأ عليها نتيجة للتغيرات البيولوجية والفيزيولوجية ومنها ما هو اجتماعي أي تلك التي تتعلق بظروف المسن المتغير كعضو في أسرة وفي جماعة وفي مجتمع. وتلك المشكلات التي تتضمن الإقلال من الحركة نتيجة المرض أو فقدان الرفاق الأصدقاء وزيادة أوقات الفراغ [13، ص 43].

إن المرحلة الأخيرة هي التي توشك فيها جهود الفرد أن تصل إلى أغلبيتها لكي ينظر إليها كماضي ويحكم على نجاحها أو فشلها. وأن البعد النفسي الذي يبرز في هذه المرحلة يتسم بالاطمئنان من ناحية أو شعور بالقنوط من ناحية أخرى: وينشأ الإحساس بالطمأنينة من قدرة الإنسان على أن ينظر إلى ماضي حياته بدرجة كبيرة من الرضا، وأما إحساس المرء بأن ماضيه لم يكن إلا سلسلة من فرص لم يغتنمها فيدرك في الخريف عمره أنه لم يعد بالإمكان أن يبدأ من جديد والنتيجة الحتمية لمن يساوره هذا الإحساس هو الشعور باليأس من أن يحقق ما كان بالإمكان تحقيقه في الماضي، وكان لسانه يردد: ألا ليت الشباب يعود يوماً لأخبره بما فعل المشيب [54، ص 121].

إن الأسباب الجسمية، العقلية والاقتصادية وغيرها من العوامل تتفاعل وتأثر في حياة المسن كي تهيأ مناخ نفسي مشحون بالقلق والتوتر والصراع، وتختلف درجته تبعاً لظروف حياة المسن ومدى اهتمام المحيطين به وتكوينه النفسي أيضاً. ومن ضمن السمات المرتبطة بكبر العمر سمة القلق والاكتئاب [123، ص 29]، ويختلف انتشار الاكتئاب باختلاف العوامل الحضارية، الاجتماعية والاقتصادية من مجتمع لآخر. وحسب منظمة الصحة العالمية فإنه هناك عدد كبير في العالم من المسنين الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية وأن هذا التزايد قد يعود للسبب التالية:

- تزايد متوسط عمر الفرد بسبب ارتفاع متوسط أمل الحياة عند الولادة.
- تزايد الأمراض المزمنة المؤدية إلى الاكتئاب.
- تزايد استعمال الأدوية التي لها آثار جانبية مؤدية إلى الضغوط النفسية المعروفة بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية [123، ص 30].

ويمكن تحديد التشخيص بالإصابة بالاكتئاب حسب الأطباء النفسانيين إذا كان لدى الفرد أربعة على الأقل من الأعراض التالية:

- ضعف الشهية وتناقص الوزن.
- الأرق أو النوم المفرط.
- فقدان الاهتمام أو السرور في الأنشطة المعتادة
- تناقص في الطاقة مع الشعور بالإجهاد
- الإحساس بانعدام الثقة و لوم الذات و الإحساس بالذنب
- الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير مثل التلبد الفكري والتردد المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني والأفكار.
- تكرار التفكير في الموت بصفة دورية وتكرار الأفكار الانتحارية [123، ص ص 30-31].

هذا بالنسبة للأحداث الاكتئابية الكبرى، بينما في الوقت نفسه نجد أن أشكال الاكتئاب وأطواره تتميز ببعض أو كل الأعراض السابقة وتفاوت في ترتيب ظهورها ودرجة شدتها، والاكتئاب النفسي له علاقة بالشعور بالعزلة، فبداية ظهور الأعراض المرضية للاكتئاب يأتي نتيجة الإحساس بفقدان الأمل وانخفاض الروح المعنوية [123، ص31].

ومن الحقائق المستقرة أن الاضطرابات الوجدانية تشيع بين المسنين وتزداد معدلات حدوثها كلما تقدم العمر خاصة وأن عددا كبيرا من الدراسات النفسية التي تناولت الشيخوخة أثبتت أنه من بين التغيرات التي تصاحب هذه المرحلة ما يتعلق بالحالة النفسية والانفعالية لمسن، فالأمراض العصبية والذهانية من أمراض الشيخوخة في المجتمع، ويشمل ذلك ما يعرف بذهان الشيخوخة الذي تلعب فيه العزلة والعجز والتقاعد دور كبير [124، ص59]، وتقدر الجمعية الأمريكية للطب النفسي أن حوالي 15% إلى 25% من المسنين في العالم تظهر عليهم أعراض الأمراض العقلية والنفسية وما يقارب من نصف عدد المسنين يدخلون المستشفيات لأسباب نفسية منها تفشي ظاهرة الهذيان بينهم وما يقارب المليون من المعمرين يعانون من مشكلات الهلوسة والبرانويا وأكثر من هذا العدد من المسنين يقاسون من أمراض نفسية واضطرابات عقلية تتراوح بين خفيفة ومتوسطة [125، ص 232] وتتراوح نسبة انتشار ذهان الشيخوخة من مكان لآخر وتدل بعض الأبحاث الحديثة أن 10% من المسنين يعانون من خوف الشيخوخة وهو أحد أمراض ذهان الشيخوخة ونستطيع تصنيف اضطرابات الشيخوخة العقلية كالآتي: خرف قبل الشيخوخة، خرف تصلب شرايين المخ، ذهان الشيخوخة الوجداني، فصام الشيخوخة، حالات الهذيان وأنواع أخرى مثل الصرع..... الخ [126، ص ص 794-795]، هذا ولا يمكن أن تكون الشيخوخة مرحلة مثالية للإنسان بعد أن ذهب الشباب بحيويته وحلّ الوهن والضعف واقتربت الرحلة من نهايتها. إذن، فالمشكلات النفسية في الشيخوخة قائمة لا محالة، لكنها تتراوح بين مشاعر الملل والعزلة والفراغ إلى الاضطرابات النفسية، ويصيب الملل في العادة كبار السن بسبب ما آل إليه وضعهم وحالتهم الصحية والاجتماعية وهم دائما ما يشكون من الأمراض التي أصابتهم ويتحدثون عنها طويلا، وهذا من شأنه أن يبعث الملل في صغار السن الذين لا يحبون الاستماع إلى هذه الأحاديث [127، ص ص 72-73]، كما أن الملل من نمط الحياة الذي يعاني منه المسنون يدفعهم إلى الاحتجاج والإمتعاص من كل شيء حولهم، وهم يحاولون البحث عن دور مما يجعلهم في العادة يصطدمون بالآخرين من حولهم لأنهم يريدون أن يطبقوا مفاهيمهم في زمن مختلف مما يولد لديهم الشعور بالعزلة أو ما يعرف بمشكلة الاغتراب وهي الشعور المسن بالغربة في مجتمعه وداخل أسرته مما يؤدي إلى العزلة والانسحاب من المجتمع [128، ص218]، ومن أهم مظاهر الاغتراب:

- أ - فقدان السيطرة: ويشير هذا المصطلح إلى شعور الفرد بأنه لا يستطيع التأثير على المواقف الاجتماعية التي يتفاعل معها الإنسان بالاعتراب اللامعني وهو اعتراب ذا درجة عالية، إذ أنه يرتبط بدرجة الفهم والإدراك للتنبؤ بقواعد السلوك وعواقبه.
- ب - اللامعيارية: تتمثل في المواقف التي تتحطم فيها المعايير الاجتماعية المنظمة لسلوك الفرد، إذ أن هذه المعايير ليست مؤثرة ولا تؤدي وظيفتها كقواعد السلوك.
- ج- الانعزال الاجتماعي: وهو نوع آخر للاعتراب وهو الاستخدام الأكثر شيوعا في وصف الحالة العقلية حيث يشير إلى انفصال ما هو عقلي عن المعايير الثقافية الشائعة.
- د- اعتراب الذات: بمعنى غربة الفرد عن الذات وعدم القدرة على إيجاد الأنشطة المكافئة وهناك جوانب ثلاثة رئيسية لظاهرة اجتماعية: الجانب الثقافي، الجانب الاجتماعي: الجانب الشخصي [128، ص218].

- وبسبب الاضطرابات النفسية قد يعاني المسنين من مشكلات نفسية اجتماعية (سيكوسوماتية) وهي تشكل الغالبية من مشاكل السن ومن أهم أسباب هذه الاضطرابات نذكر الآتي:
- نقص الحيوية بصفة عامة و نقص القدرة الجنسية بصفة خاصة يسبب اضطرابات نفسية عند كبار السن مع اضطرابات في السلوك إما بالانعزال أو الاكتئاب أو العدوانية ضد المحيطين به بإسقاط أسباب هذا الضعف عليهم خاصة شريك الحياة أو الأبناء [129، ص256].
- التغيير المفاجئ الذي يحدث لكبار السن بعد الإحالة على المعاش وإحساسهم بالفراغ الكبير وبدء عزلتهم تدريجيا عن المجتمع وابتعاد ذوي الحاجات الذين كانوا يلجأون إليه لقضاء حاجاتهم عندما كان في العمل، فكل هذا قد يسبب الإحساس بفقدانه لأهمية في المجتمع وعدم فائدته على هذا التغيير خمول جسدي وعقلي.
- كبر الأبناء واستقلالهم المادي والمعيشي والإحساس أنهم لم يعودوا يحتاجون له خصوصا إذا شغلت الحياة هؤلاء الأبناء عن الاهتمام والرعاية [129، ص256].
- فقدان الحياة والأصدقاء بالوفاة، يزيد من عزلة كبار السن ومن إحساسهم بقرب نهايتهم هم أيضا. وفي هذا الصدد ترى المختصة في الأمراض النفسية " Klein " أن الخوف من فقدان الحياة وفكرة الموت هي مصدر المعانات الوجدانية وقلق المسنين وتعاستهم وكل أمراضهم كما توصل مجموعة من الباحثين في مجال الشيخوخة إلى أن أغلب المسنين كانوا موضوع دراستهم، يعذبهم نفس الهجس ألا وهو الخوف من الموت والخوف من القبر [129، ص256].

7.1.2.2. المشاكل الاجتماعية:

للمسنين أدوار متميزة فهم أزواج وزوجات وأخوة وأخوات ووالدين وأجداد وأصدقاء ومشاركون في الحياة السياسية وجيران يعيشون حياتهم يشبعون احتياجاتهم ويواجهون كل مشكلاتهم كمخلوقات بشرية تعيش في وسط اجتماعي.

وترتبط العلاقات الاجتماعية التي ينخرط فيها المسنين بناحيتين أساسيتين تتمثل الأولى منها في التكوين النفسي الداخلي للمسن والثانية في الظروف الاجتماعية المحيطة به والإطار الاجتماعي الذي يندرج في نطاقه وعلى ذلك نجد أن للعلاقات الاجتماعية دورا هاما في حياة المسن سواء داخل نطاق الأسرة، أي الزوجة والأبناء، وخارجها، أي مع الأصدقاء. وقد تظهر في الأفق بعض المشكلات في العلاقات بين أفراد الأسرة والخاصة بأوضاع المسنين داخل أسرهم والمرتبطة بافتقارهم المكانة والإنتاج والعمل، بل والصحة والقدرة [130، ص19]، وكذلك:

- الفتور العاطفي بين الزوجين لما يسمى بروتيئية مسيرة الحياة وحالة السأم والملل التي قد تنتاب الزوجين بعد حياة طويلة.
- أثر الحالة الصحية على حدة النزاعات الأسرية وسخونتتها وخاصة مرض السكري وضغط الدم وما أشبهه.

- النزاعات الأسرية حول المسكن وحق الأبناء في الزواج.
- نزاعات الإرث و الملك التي تنشأ بين أفراد الأسرة والمسن الذي قارب الوفاة وشؤون الوصية وما أشبهه [130، ص19].
- ضعف القيادة داخل الأسرة لتقاعد عائلها وأثر ذلك على نشوب النزاعات بين الأبناء أو بين الأبناء وذويهم.

- صراع القيم بين الأجيال وأثره على توازن العلاقات الأسرية.
ومما يزيد من مشكلات المسنين الاجتماعية:
- سوء المعاملة أحيانا من جانب المحيطين بهم سواء كان ذلك مقصداً أو بدون قصد مثل الصياح في وجوههم أو المبالغة في لومهم.
- تعرض المسنين أحيانا للابتزاز وتجريدتهم من أموالهم وهم في حالة ضعف ولا يمكنهم الدفاع عن أنفسهم [130، ص ص19-20].
- إهمال المحيطين بهم وعدم العناية بنظافتهم وتغذيتهم أو تعرضهم للحوادث والسقوط بسبب الإهمال [130، ص20].

ثم أن من أهم العوامل التي تؤدي إلى المشاكل التي تواجه كبار السن تتمثل في أنهم يجدون أنفسهم في شيخوختهم منفصلين عن علاقتهم السابقة، ولقد أظهرت البحوث أهمية جماعة النظراء بالنسبة للفرد، تلك الجماعة التي تمارس بتأثيرها الكبير على الفرد كلما كبر وقد يميل المسن في فترة من العمر إلى قضاء معظم وقته في صحبة هذه الجماعة على أساس وجود نوع من المساواة بينه وبين أعضائها حيث يستطيع أن يمارس جميع أنواع السلوك بحرية ويذكر علماء الاجتماع أنه عندما تتمكن جماعة النظراء من أن تكون لها ثقافتها الفرعية الخاصة بها والتي تتميز بوجود قيم ورموز ومعايير معينة تميزها عن غيرها من الجماعات الأخرى يكون لهذه الجماعة تأثير قوى على السلوك الاجتماعي وشخصيات أعضائها [14، ص72].

ويزيد من حدة المشاكل الخاصة بالعلاقات بالنسبة للمسنين شعورهم بالوحدة والعزلة عن الحياة المجتمع مما يضع القيود على عالمهم الاجتماعي وعلاقتهم الشخصية بأفراد المجتمع والحياة الاجتماعية، وفقدان عائل الأسرة للكثير من أدوار الاجتماعية يصبح العجز رصيده الذي يقبل به حاجاته المختلفة [130، ص25]، حيث يبدأ هذا الشعور بحياة الوحدة والحرمان من العلاقات القرابية والعائلية التي كانت تؤلف جزء كبيراً من نشاطاتهم واهتماماتهم اليومية، وهذا يضع القيود على عالمهم الاجتماعي وعلاقتهم الشخصية بأفراد المجتمع الذين يعيشون فيه وهنا يجدر بنا الذكر أن المرض والأرق وضعف البصر والسمع والحساسية والتعب والاضطراب الانفعالي والقلق والتعصب للرأي...كلها مشاكل تظهر نتيجة انقطاع الصلة بالأقارب، صراع الأجيال أو مشاكل متعلقة بوقت الفراغ [130، ص25]، وذهب بعض الباحثون إلى القول أنه عندما يخفق المسنون في الإبقاء على علاقاتهم وارتباطهم ببيئتهم الاجتماعية، فإن أسباب الإخفاق تكمن في البيئة الاجتماعية وليس في كبير السن وأن عوامل مثل المكانة في العمل والموارد المالية وغيرها تؤثر على قدرة المسن في أن يحيا حياة مشبعة بدرجة أكثر مما يؤثر عليه الكبر [41، ص155]، هذا من جهة أخرى إن فقدان المسن للدور والمكانة السابقة نتيجة التقاعد عن العمل يؤدي إلى انخفاض المكانة الاجتماعية للمسن، ولذلك نجد الإحالة على المعاش عبارة عن شكل من أشكال الحياة الاجتماعية لم يتعود عليها المسن ولا يعني فقط تحية المسن عن عمله و عن الأنشطة المرتبط وبذلك العمل، ولكن أيضا افتقاد الاتصالات الاجتماعية والانتماء لجماعة معينة وهي جماعة العمل [41، ص155].

8.1.2.2. المشكلات الاقتصادية:

لقد يتصور البعض أن معظم مشاكل كبار السن تنحصر في الأمراض المزمنة والمشاكل الصحية ولكن توجد إلى جانب هذه المشاكل أخرى عديدة أهمها المشاكل الاقتصادية، فبالإضافة إلى أنه مع

التقاعد يفقد المسن الكثير من أدواره الاجتماعية، ومكانته وصدقائه وبالتالي ينعكس ذلك في عزلته الاجتماعية، فهو يفقد عمله [131، ص187].

فوصول الإنسان سن التقاعد يعني نقصان دخله وبالتالي انخفاض مستوى معيشتة، وحتى بالنسبة لمن يعملون في مهن حرفية فإن تقدمهم في السن يحول دون تمكنهم ممارسة عملهم بصورة ملائمة كما كان يحدث في سن الشباب [131، ص188].

هذا ويعتبر التقاعد في مختلف دول العالم السبب الأساسي للمشكلات الاقتصادية للمسنين ويعرف التقاعد بأنه موقف مرتبط بالأعمال الرسمية التي يؤديها الفرد لصالح جماعته أو المجتمع نظير آخر قد يكون مقدرا بالساعة أو اليوم أو الشهر ويحدث للأفراد عندما يبلغون سن الستين [131، ص188]، وهو كذلك عملية اجتماعية تتضمن تخلي الفرد اختيارا أم إجباريا عن عمل يقوم معظم رشه بانسحابه من القوى العاملة في المجتمع يعتمد جزئيا على نظام معين للكفالة المادية وهو نظام التأمين الاجتماعي حيث يحل المعاش pension محل الأجر Traitement وهذا التعريف لا يعني أن التقاعد يعني التعطل أو البطالة الكاملة، صحيح أنه من منظور دور الحياة في النمو، هو نهاية دورة الحياة المهنية للإنسان، إلا أننا نجد أن بعض المسنين بعد تقاعدهم من عملهم الأصلي، يقومون بالعمل بعض الوقت، وقد يرجع ذلك أحيانا إلى أسباب مالية (حيث المعاش أقل بكثير من الأجر الذي ظل الشخص يحل عليه لسنوات طويلة) إلا أنه في معظم الأحيان يرجع إلى رغبة المسن في الشعور بالرضا لأنه يقوم بعمل ما، والعمل قيمة أساسية، ناهيك عن أنه مقوم أساسي في هوية الإنسان [132، ص201].

وبعد التقاعد، فإن معظم ما يحدث يكون بلا معنى، فبعض الرجال يقومون بأدوار إضافية في المنزل أو ببعض الإصلاحات وقد يخرجون لبعض الزيارات ومقابلة الأصدقاء والأبناء، ورغم هذا فإن هذه الأنشطة لا تعطي المتقاعدين فرصة مناسبة للتعبير عن الذات ولا تعطيتهم الأنشطة العائلية وسائل مناسبة لتدبير حياتهم، فقد أرغموا على الاعتراف بأنهم لم تكن حياتهم العملية هي التي انتهت بل إنها حياتهم ذاتها [132، ص201].

أما التقاعد بالنسبة للنساء، فإنه يمثل انتقالا أقل قسوة في الأدوار كما أشرنا من قبل، فقبل التقاعد تكون النساء مشغولات في إنجاز أعمال كثيرة يستمرون في تأديتهم لها بعد التقاعد [132، ص201].

وتتقاعد النساء كثيرا بالاختيار، كما أن مكاسبهن عادة لا تكون المصدر الوحيد للدخل، بالرغم من ذلك فإنه بالنسبة لكلا الجنسين فإن التقاعد يتطلب جهودا كبيرة لإعادة التوافق، فالصحة والدخل والمكانة ومشاعر الاحترام الذاتي كلها تميل إلى التناقص في وقت التقاعد [132، ص202].

هذا ويعتبر الدور المهني أكثر الأدوار أهمية في الحياة بالنسبة للرجال ولهذا عندما لا يكون هذا الدور، فإن هذا يتضمن عادة الشعور بالضياع والحاجة الملحة لسلوك توافقي، ويفهم هذا من ناحية، على أنه يوجد نوع من التشابه بين التقاعد والبطالة. ولقد تسبب الإحالة إلى المعاش بالنسبة إلى الرجال شعورا بأنهم فقدوا هويتهم كرجال ناصحين وهذا يعني فقدان مكانتهم في المجتمع وفقدان كرامتهم، هذا أن فضلا على أن الشخص المحال إلى المعاش لا يعرف ماذا يفعل بوقت فراغه الطويل الذي كان يقضيه من قبل في العمل، وبالتالي يعلن من الضجر والملل وبالرغم من أن الكثيرين يتقبلون مسألة التقاعد إلا أنه من النادر أن ينظر أي منهم إليها على أنه شيء ممتع ومرغوب فيه [130، ص28].

والإحالة أو التقاعد هو قرار استبدادي تختمي بإقصاء الناس عن القوى العاملة، وهي استبدادية لأنها تختار عمرا معيناً و تنظر إليه باعتبار لا يصلح لشيء. هذا ويلاحظ نوع من التعصب بالنسبة للسن يظهر بوضوح قبل الإحالة إلى المعاش، حيث نرى أنه عند الإعلان عن أي وظيفة يعتبر صغر السن من أهم المتطلبات وعادة لا يزيد عن الخامسة والثلاثون وهكذا فإن التعصب في العمل ضد المسنين وكذلك متوسط العمر هو حقيقة واقعة [55، ص83].

ويعد التقاعد نقطة تحول هامة في حياة الإنسان لأنه هو المؤشر الاجتماعي الرئيسي على تحول الإنسان من طور منتصف العمر إلى مرحلة الشيخوخة تماما كما كان العمل هو المؤشر الاجتماعي الحاسم في انتقال الإنسان إلى مرحلة الرشد، وكل من العمل والتقاعد كمؤشرين على التحول في نمو الإنسان يدلان على الأهمية المبالغة للمحاكاة الاجتماعية في تحديد كل من الرشد والشيخوخة ربما على نحو يفوق بكثير العوامل البيولوجية [133، ص81].

والتقاعد لا يمثل للشخص المسن مشكلة اقتصادية فقط بل هو عملية اجتماعية نفسية ينتج عنها عدة مشاكل للشخص المتقاعد تختلف أحيانا طبقا لنوعية العمل السابق وأيضا طبقا لقيم وعادات الفرد وتقاليده المجتمع وبين هذه المشكلات.

- انخفاض مستوى الدخل الذي يحد من الفرص المتاحة للفرد في الحصول على الرعاية الصحية الملائمة أو تناول النوع المناسب من الغذاء وعليه أن يجاهد من أجل العيش بأقل حد يمكن أن يكفي مطالب الحياة الأساسية:

- يؤدي التقاعد إلى الحرمان من امتيازات مكانة العمل سواء المادية أو غيرها وبالتالي يشعر الفرد بفقدان الأمن الاقتصادي.

- من المشكلات الاجتماعية أيضا الناجمة عن التقاعد فقدان الأمن والتوافق الاجتماعي والاستقرار الانفعالي [133، ص82].

- وهناك خمس عوامل على الأقل ينبغي على الشخص المتقاعد أن يواجهها:
- هناك انخفاض في مستوى الدخل، حيث يجد المتقاعدون أن عليهم أن يجاهدون من أجل العيش بأدنى حدّ يمكن أن يكفي مطالب الحياة الأساسية.
 - قد يؤدي الانسحاب من القوى العاملة إلى الانهيار شديد في تقدير الإنسان لذاته ويجد المرء نفسه مدفوعا للبحث عن نشاطات بديلة كي يستعد إحساسه بقيمة ذاته.
 - يفقد المتقاعد اتصالاته الاجتماعية التي كانت قائمة بسبب طبيعة العمل الذي يزاوله وإن كان كثيرون من هؤلاء المتقاعدون قد يعوضون ذلك بإقامة صداقات جديدة.
 - لقد يجد الكثيرون صعوبة في التكيف لفقدان الأداء لمهام ذات قيمة خلال حياتهم الوظيفية وإن كان من الممكن تحويل الشعور بالإنجاز من مقر العمل إلى المنزل.
 - قد يؤدي فقدان الانتماء إلى جماعة للتأثير في صورة عن الذات، طالما أن الإنسان لا يدرك نفسه كمواطن فقد وإنما كعضو في مهنة وإن التقاعد يؤدي بالتالي إلى إعادة تقييم لهويته [133، ص ص 82-83].

9.1.2.2. المشكلات الدينية:

يزداد في مرحلة الشيخوخة تعلق الفرد واهتمامه بالأمور الدينية والمحافظة على العبادات وتحقيقه للواجبات الدينية وذلك نتيجة شعور المسن باقتراب الوفاة وما يحتم عليه هذا الشعور من ضرورة التدين. فالتدين وجدان وعمل وأيضاً مظاهر سلوكية للتعبير عن الإيمان بهذا الدين ويكون موجها نحو ما يسمى بالمقدس و ينعكس في نسق من الاعتقادات والممارسات. ونتيجة هذا الشعور والتمسك بالدين والإقبال على الطقوس الدينية واليقظة التي تغمر الشخص المسن، فتولد لديه الرغبة في الخروج لإقامة العبادة وحضور حلقات الذكر [134، ص 105].

2.2.2. احتياجات الشيخوخة

إن انتماء الإنسان للجماعة ليس موضوعاً للاختيار الفردي، إن شاء أقبل عليه وإن شاء أدير عنه. إن الجماعة حتمية بالنسبة للإنسان وليست الحتمية تأكيداً للطبيعة الاجتماعية للإنسان فحسب، ولكنها ضرورة لا بديل عنها لإشباع احتياجات الإنسان في الحياة سواء كانت مادية كالمسكن والمأكل والمشرب أو احتياجاته المعنوية، كالحاجة للانتماء، والحاجة للأمن والشعور بالحب والتقدير من الآخرين. ومما لا جدل فيه، أن الحاجات الإنسانية كلما زادت حجماً وتنوعت شكلاً وتعقدت مضموناً، كلما أطرقت علاقات الإنسان بالجماعة، وزاد اعتماده عليها وارتبطت حياته بها لذا نجد علماء النفس يعرفون "الحاجة على أنها الشعور بنقص شيء معين، إذا ما وجد تحقق الإشباع، أو شعور الفرد بافتقاده شيء ما" [135، ص 81]، وأن الحاجة "حالة من الافتقار والاضطراب الجسمي أو النفسي،

إذ لم تلقى إشباعاً أثارت لدى الفرد نوعاً من التوتر والضيق لا يلبث أن يزول متى أشبعت الحاجة [135، ص 81]

أما احتياجات المسنين فهي ترتبط بخصائص المرحلة العمرية والأوضاع الاجتماعية التي يعيشونها والتي تجعل لهم طبيعة خاصة ولكي يؤدي المسن الدور المطلوب منه ويتكيف مع الأوضاع الاجتماعية الموجودة يجب أن نتفهم تلك الاحتياجات.

وتعد احتياجات كبار السن كثيرة ومتنوعة وترتبط بطبيعة مرحلة العمر التي يمر بها المسن وتظهر مع المشاكل المتنوعة التي تتعلق بالتكيف الاجتماعي للمسنين ومن هذه الاحتياجات الحاجة للتقبل وللعطف والشعور بالأهمية والتقدير ولقد حاول أحد الباحثين أن يحدد أهم ما يتمناه كبار السن على النحو التالي: [136، ص 40].

- صحة الجسم حتى لا يصبح أسير الفراش ويحتاج إلى من يعاونه.
 - صحة النفس، وتعتمد أساساً على الطمأنينة وراحة البال وعلى تقبل حالة التقدم في السن برضى ودون تذمر.
 - حالة من القناعة حيث تساعدهم على أن يتقبلوا ما لا يستطيعون تغييره.
 - حالة من اليسر المادي حيث نجد أن معظم المسنين يعرفون أن المال لن يصنع لهم السعادة في شيخوختهم ولن يعوض لهم الصحة أو الشباب ولكن ينظرون له كوسيلة لتوفير احتياجاتهم الأساسية.
 - الأصدقاء: حيث يحتاجهم كبار السن على الرغم من أنه كلما تقدم بهم العمر كلما فقدوا المزيد من الأصدقاء وهذا هو القانون المحزن للحياة [136، ص 41].
 - نوع من النشاط: حيث يشعرهم هذا النشاط بأنهم مازالوا ذوي قيمة وبأن هناك أشياء مازالوا يستطيعون أدائها [136، ص 41-42].
 - علاقات أسرية حيث يريدون أن لا يعاملوا مثل التحف الأثرية في العائلة لهم دورهم.
 - رؤية أبنائهم وأحفادهم وهم يكبرون حيث يشعرهم ذلك بالسعادة.
 - الحصول على التقدير والاحترام [136، ص 42].
- وتعد احتياجات كبار السن كثيرة و متنوعة و يمكن تقسيمها إلى ما يلي:

1.2.2.2. الاحتياجات الصحية

إن المسنين يحتاجون إلى الرعاية الصحية وذلك لضعف قوتهم وقدرتهم الجسمية وإصابة بعضهم بأمراض الشيخوخة مما يجعلهم ينظرون إلى الرعاية على أنها لا قيمة لها وذلك لخوفهم من الأمراض التي لا تقوى أجسامهم على مقاومتها كما تزداد حاجة المسن إلى برامج الرعاية الصحية البدنية منها والنفسية كلما تقدم به العمر ومن الضروري العمل على توفير ما يحتاجه من هذه البرامج

بحيث تكون موجودة وفي هذا الصدد بجهود الأطباء المتطوعين [39، ص35]. إن تقدم الصحة العامة والوقائية وعلوم التغذية قد أزاح أعراض الشيخوخة إلى سنوات طويلة للوراء، الأمر الذي جعل أعراض الشيخوخة لا يمكن أن ترتبط إلا بسنوات العمر المتأخرة التي قد تكون بعد الخامسة والسبعين أو الثمانين أو حتى أبعد من ذلك [39، ص35].

إن تقدم المعرفة في طب الكبر (gériatrie) قد أعطى أمالا كبيرة للتغلب على الكثير من المشكلات الصحية التي طالما عانى منها المسنون، وبتابع إرشاد الرقابة المبكرة في سنوات الحياة يمكن على الأقل تأجيل مظاهر الشيخوخة إلى سنوات طويلة إلى الوراء إن لم يكن من الممكن القضاء عليها تقريبا. فعلى الشباب الاستعداد لمرحلة الشيخوخة لأن مشاكل المسنين الصحية مشاكل قابلة للمنع التأجيل و التخفيف، وإن إعداد الأطباء في كثير من معاهد إعداد الأطباء لا زال متخلفا في الاهتمام بتدريس طب الكبار، الأمر الذي يؤدي إلى فشل كبير في الاستفادة من التقدم العلمي الذي وصل إليه هذا الفرع من العلم في كثير من بلدان العالم [115، ص98]. هذا ولقد أفادت دراسة طبية بأن التمرينات الرياضية حتى ولو كانت المشي لمدة 15 دقيقة ثلاث مرات أسبوعيا يمكن أن تساعد في الوقاية من ضعف التركيز في مرحلة الشيخوخة والمشاكل المرتبطة به لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاما [121، ص98]، وقال باحثون من مركز للدراسات الصحية في سياتل إن التمرينات الرياضية قد تساعد كبار السن عن طريق تحسين وظائف المخ بزيادة تدفق الدم إلى مناطق في المخ تستخدم للذاكرة وأوضحوا أن أبحاثا أجريت في وقت سابق بينت أن ضعف تدفق الدم في المخ يمكن بسبب تلفا في هذه المناطق بالمخ. ولذلك إن إحدى النظريات هي أن التمرينات الرياضية قد تمنع التلف بل ويساعد على إصلاح هذه المناطق [121، ص98]

وأجريت الدراسة على مدى ستة سنوات و شملت 1740 شخصا يبلغ عمرهم 65 عاما وأكثر واكتشفت أن أولئك الذين يمارسون التمرينات الرياضية ثلاث مرات أو أكثر أسبوعيا ينخفض لديهم بنسبة تصل إلى 40% احتمال الإصابة بعته الشيخوخة مقارنة بالذين يمارسونها بمعدل أقل. وبناء على هذه النتائج نصح فريق البحث كبار السن بالاستفادة من التمرينات الرياضية لأنها قد تبطئ سرعة حدوث مشاكل المصاحبة للتقدم في العمر [121، ص ص 98-99].

2.2.2.2. الاحتياجات النفسية:

يعاني أغلب المسنين من الشعور باليأس وهذه هي أهم المشكلات النفسية لديهم وخاصة الذين يعتبرون أن أيام البهجة والشباب قد انتهت وأنهم يعيشون فترة النهاية. وما يجعل الشيوخ ينحون إلى اليأس بدلا من الأمل ما يسود المجتمع من آراء تقول أن الشيخوخة هي النهاية هي الموت [54، ص107]، والواقع أن الإنسان يتأثر بالفلسفة التي تسود مجتمعه ولهذا الأخير أكبرا لأثر في تحديد

ملاح الشخصية النفسية ومدى ثقة الشخص في نفسه. وبسبب ما ينتاب الشيوخ من حالات نفسية فهم بأمس الحاجة إلى الاعتراف بوجودهم بحيث يظلون رغم شيخوختهم قوة مؤثر في المجتمع القائم، فإنهم بحاجة نفسية شديدة إلى أن تصل أصواتهم إلى الناس [112، ص39]، والمسنين في حاجة إلى أن تتوفر لهم الطمأنينة على أنفسهم ومستقبلهم، شأنهم في ذلك شأن الطفولة والشباب، فعلى الرغم من أن معظم المحيطون بالشيوخ يعتبرون الشيخوخة نهاية المطاف بحيث لا يقام اعتبار المستقبل الشيخ. بل تتوقع نهايته سواء في القريب العاجل أم البعيد الآجل، فإن الشيخ نفسه لا يختلف من حيث نظرته إلى الزمن عن أي شخص آخر في أية مرحلة عمرية أخرى سابقة، فنظرته إلى المستقبل لا تقل أهمية ولا تختلف من ناحية الجوهرية عن نظرة أي شخص آخر. فمن الممكن أن تتلبس نظرة الشيخ إلى المستقبل بالتشاؤم كما يمكن أن تتلبس بالتفاؤل حسب المناخ الاجتماعي والنفس الذي يوفره له [13، ص51].

وإذا كانت عادتنا في الشباب سيئة ستكون أسوء في الشيخوخة، ومتاعب المسنين عندنا إنما ترجع في الأغلب إلى أن شخصياتهم التي تكونت في شبابهم كانت ولا تزال دون الوفاء بحاجاتهم النفسية والروحية فهناك وحدة سيكولوجية لا تنفصم بين الشباب والشيخوخة [13، ص51]. هذا وتتمثل الاحتياجات النفسية في الحاجة إلى إعداد المسن لمرحلة الكبر وذلك عن طريق إعداد البرامج التدريبية قبل سن التقاعد والاستفادة من إمكانياتهم وخبراتهم، وهناك الحاجة إلى تقريب الفجوة بين الأجيال: الأجداد، الأبناء، الأحفاد وكذلك الحاجة إلى إدخال العلاقات الأسرية وحقوق المسنين داخل الأسرة البرامج التعليمية التي تدرس في مختلف المراحل التعليمية [137، ص27]، ومن الضروري توعية الرأي العام بأهمية توفير مناخ نفسي مريح لكبار السن. وقد يكون الأساليب المفيدة في ذلك محاولة إقناع المسنين بتقبل العادات لأن ذلك يساعدهم على تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي ويجعلهم يحضون بتقدير الجماعة واهتمامها كما يحسن بذل الجهد في سبيل تبصير المسن بأن ما يطرأ عليه من تغيرات جسمية وعقلية هي ظاهرة عادية وعليه أن يتقبل هذه التغيرات لأن هذا التقبل هو إحدى دعائم الصحة النفسية، ويمكن توفير الخدمات النفسية للمسنين عن طريق مكاتب، تتولى بتقديم الإرشاد النفسي [137، ص27].

3.2.2.2. الاحتياجات الاجتماعية

إن معظم العاملين الذين يخرجون إلى المعاش يكونون عرضه لنضوب علاقتهم الاجتماعية فيقطعون صلتهم بحكم البعد عن مقر العمل، فالكثير جدا ممن كانت تربطهم بهم صلات الود والصدقة والتعاون، يجدون أنفسهم فقراء في العلاقات الاجتماعية، بيد أن الشيوخ لا يقدمون استجابة واحدة لهذا الوضع الجديد الذي يرغمون عليه، فمنهم من يركن على دخيلته حيث أحلام اليقظة الفاعلة

ليعيش على خيالات جوفاء ويشكل لنفسه عالماً اجتماعياً ليس له وجود في الواقع فمثل هذا المسن
يعمد إلى التمني بدلاً من الواقع ويستعيد ما كان ينخرط من أعمال لا بالواقع بل بالفعل [30،
ص225].

فيمكث الواحد منهم الساعات تلو الساعات وهو راكناً إلى نفسه يخلق في سماء الخيال ومسترجعاً
ذكريات عزيزة عليه ويتمنى أن يضطلع بباقي المشوار الذي يرى أنه لم يتجه إليه.
بل أجبر على إتمامه، وهذا النوع من التفكير يسمى بالتفكير الإجتري، حيث يعيش الشخص على ما
يتسرب بداخله من ذكريات، وهذا التفكير يتسم بالنضوج والفقر [30، ص225]، أما المنحنى الثاني
قد يتخذ لفيف آخر من الشيوخ فهو الانغلاق في إطار العلاقات الأسرية الضيقة مما يجعل في
أنظارهم ضيقة والواقع أن هذا النوع من الشيوخ يعمد إلى ذلك الإطار الضيق من العلاقات
الاجتماعية لأنه لم يعتد الخروج عنه إلا لمقر العمل، إذن فعليه أن يلزم دائرة لا يخرج منها و لا
يبارجها إلا إلى القبر بعد الموت. ومن الطبيعي أن تأخذ الدنيا في الأظلام حوله شيئاً فشيئاً إذ أن
الحياة التي يحيا فيها لا تورث له إلا الغم والنكد [8، ص185]، أما لا المنحنى الثالث الذي قد يتجه
إليه الشيخ وقد أحيل إلى المعاش فهو التردد المنتظم أو المنقطع على المقاهي وليس من شك أن
المقاهي ليس أفضل مكان يجب أن يتردد عليه الشيوخ [8، ص186]، هذا والمسنين هم في أمس
الحاجة إلى التكافل الاجتماعي.

والتكافل الاجتماعي مرتبط أشد الارتباط بالتكافل النفسي والشيوخ لهم في مواقف متعددة تأثير على
بعضهم وذلك بحكم تشابه الظروف وتقارب الأعمار وبسبب ما يمكن أن ينشأ بين الشيوخ من
اهتمامات مشتركة من نظرة متجانسة في كثير من المسائل التي تعرض لهم في الحياة، ولسنا نجد في
الواقع سوى أندية للمسنين (club pour 3ème âge) بديلاً اجتماعياً لضمان شيخوخة سعيدة،
ففي النادي سوف تتوافر الحاجات التي تلزم الشيوخ، فلا هم ينطوون على أنفسهم في هناك رغبة
فيمن حولهم لمعاشرتهم أو قضاء الوقت معهم [41، ص159].

والواقع أن اعتماد بعضهم على البعض في ذلك التكافل الذي ينشأ فيما بينهم سوف يؤدي إلى إحساس
كل واحد منهم بقيمة الآخر بالنسبة له.

ومن أهم أنواع التكافل التي يمكن أن يقدمها الشيوخ لبعضهم سواء في نطاق نادي العمر الثالث أو في
المنازل أو في المؤسسات ما يمكن أن نسميه بالتكافل الوجداني وذلك بأن يقضي الشيوخ بعضهم مع
البعض وقتاً سعيداً تسود الروح التلقائية والبساطة وإقامة روابط إيجابية و صداقة وألفة فيما بينهم
بتجاذب أطراف الحديث وممارسة الألعاب المسلية كما يشجع أصحاب الروح المرححة على أضعاف
المرح ذلك أن الضحك يغذي من الحاجات النفسية اللازمة للإنسان في جميع مراحل عمره،

فالامتناع عن الضحك والجد المستمر يؤدي إلى الخضوع لليأس والتوتر النفسي والعصبي [ص41، ص159].

4.2.2.2. الاحتياجات الاقتصادية:

لعل في مقدمة ما يشغل بال الفرد من ناحية والمجتمع من ناحية أخرى كفالة الأمن الاجتماعي لكل شخص وخاصة عندما يتقدم في العمر ويصل إلى سن التقاعد فيتوقف نشاطه ويتعرض لأثار الشيخوخة ويتقلص دخله في الوقت الذي تتزايد فيه المشكلات والاحتياجات الصحية والاجتماعية والنفسية [ص42، ص191]، ويمكن تحديد أهم الاحتياجات للمسنين في:

- الحاجة إلى نظام يكفل للمسنين الحصول على دخل يتماشى ويتناسب مع الزيادة في أسعار السلع والخدمات.

- الحاجة إلى وضع نظم كفيلة باشتراك المسنين في عمليات للتنمية والاستفادة بخبراتهم في مجالات تخصصاتهم مع إمكانية إعادة تدريبهم على العمل التي يناسب إمكانياتهم وقدراتهم الجسمية والعقلية - من الضروري معاونة المسن على الموازنة بين موارده واحتياجاته ومنحه تيسيرات في تكاليف الخدمات التي يحتاجها والاستعانة في ذلك بالجهود التطوعية [ص42، ص191].

5.2.2.2. الاحتياجات المادية والبيولوجية

وتتلخص هذه الحاجات المادية في المسكن والطعام والملبس والصحة ويحتاج توفير هذه الحاجات ابتداء إلى توفير القدرة المالية لدى المسن وهنا يصطدم أغلب المسنين وخاصة المتقاعدين عن العمل بمشكلة ثبات المعاش الذي يحصلون عليه بعد تقاعدهم في الوقت الذي تتزايد فيه الأعباء وخاصة في الجوانب الصحية، وهنا نشير إلى أهمية توعية الشباب بحيث يستعدون للشيخوخة بالادخار والاستثمار ما يكفل لهم في مستقبل أيامهم الاستقرار الاقتصادي المنشود وفيما يتصل بالسكن فإن الأمر لا يقتصر على توفير المسكن فحسب وإنما تمتد إلى مشاركة الأبناء في السكن حتى بعد زواجهم وما يسببه ذلك من قلق المسن [ص30، ص256]، ومن هنا يأتي دور الأسرة والمجتمع لتوفير المناخ المناسب لإشباع الاحتياجات المادية للمسن. فمن جانب الأسرة يتعين أن تدرك احتياجات المسن والأسلوب المناسب للتعامل معه وتهيئة المناخ المناسب لحياته، ومن جانب المجتمع فبالإضافة إلى الإعلام بأصول رعاية المسنين بتعيين مثل أندية المسنين والجمعيات لتسيير المسنين الحصول على احتياجاتهم المادية. [ص30، ص256].

6.2.2.2. الاحتياجات الترفيهية

بعد فقدان الأمل في المستقبل والاستلام لليأس في مقدمة المشكلات التي يعاني منها أغلب المسنين وخاصة إذا تصور المسن أن أيام البهجة قد ولت والمستقبل هو الخريف الذي يؤدي إلى

النهاية ويزكي هذا الإحساس المناخ العام الذي يقوم في الأسرة والمجتمع إزاء المسنين، وكلما انخفض مركز المسن في الأسرة واتجه المجتمع في الاستهانة بالمسنين كلما تعلق شعور المسن باليأس، ومن المعروف أن المسن يدخر ثروة لا يستهان بها من المعلومات والخبرات يستطيع معها العطاء والبذل لو أتاحت له الفرصة المواتية حتى أن هناك الدول من ينظم دراسات حرة على المستوى الجامعي للمسنين [137، ص34].

ويتميز المسنون بالإقبال على تفهم أمور الدين، كذلك لديهم وقت فراغ طويل يمكنهم أن يستخدموه لمصلحتهم بمحاولة إدخال الرضا والسرور إلى أنفسهم عن طريق الإسهام في بعض ألوان النشاط المحبب إليهم والذي يعبرون من خلاله عن مشاعرهم ويبرزون مواهبهم، وإذا ما أريد للنشاط الترويجي أن يكون وافيا بالغرض مليئا بالمعاني بالنسبة للمسنين المشتركين، فهناك عوامل يجب مراعاتها وأهمها شخصية المسن ورغباته وحاجاته ويجب على الشخص أي يعمل في مجال الخدمات الترويجية للمسنين أن يلم بالجوانب المتصلة بعملية التقدم في العمر وأن يتفهم مشكلات المسنين واحتياجاتهم [137، ص34].

3.2. ظاهرة امتداد العمر والآثار المرتبطة بالتنشيط

إنّ السعي لفهم طبيعة التقدم في السن والسعي الملازم لتجنب الإصابة بأمراض الشيخوخة يعود تاريخيا على الأقل إلى عهد الكتاب المقدس عندما نصح الملك الكهل داوود أن يتيح لعذراء صغيرة أن تدخل السعادة إلى قلبه. [138، ص17].

ولقد قدم الحكماء والعلماء وباعة شحم الأفاعي، أنواعا أخرى لا حصر لها من العقاقير ومنذ ذلك الحين وفي القرن الثالث الميلادي أوصى فلاسفة الديانة الطاوية في الصين بتناول " كبريت الزئبق " الفاتح للشهية معدن عطارد السام، وربما كانت هذه الوصفة هي التي أودت بحياة الكثيرين بدلا من أن تطيلها [138، ص17].

أمّا الكيماويون اللاتينيون فقد حاولوا في العصور الوسطى أن يجعلوا الذهب قابلا للهضم، اعتقادا منهم أن امتصاصه في الجسم سيضيف عدّة سنوات إلى العمر، لكن محاولاتهم ذهبت أدراج الرياح، وفي القرن السابع عشر كان هناك علاج للشيخوخة في حدود القدرة المادية للكثيرين واكتسب شهرة كبيرة وهو تشمّ تراب طري عند الاستيقاظ من النوم يوميا. [138، ص ص17-18].

لكن العديد من علماء الشيخوخة القدماء انحازوا إلى جانب فرانسيس بيكون الذي اعتقد أن المدى الزمني للحياة يتقرر من خلال السرعة التي يستهلك بها الفرد مخزونه الشخصي من الطاقة الحيوية، وظلّ آخرون يركزون على إمكانية الحصول على إمدادات إضافية من الطاقة الحيوية من ينابيع الشباب والتي ارتدت ثوب الأسطورة في ثقافات عديدة [133، ص26].

وفي الوقت الحالي تتعلق آمال مؤيدي إطالة العمر بعلماء البيولوجية الجزيئية الذين يحققون تقدما كبيرا في عمليات عزل الأسس الهرمونية والخلوية والجينية للعمر الطويل، ولكن هذا الاقتحام المباشر لمجال بيولوجيا إطالة العمر يثير بعض القضايا الأخلاقية والاقتصادية الصعبة: هل بالضرورة أن يتمتع أصحاب العمر الطويل بحياة أفضل؟ من الذي يقرر المدة التي يجب أن يحياها الإنسان؟ وماذا يحدث للأجيال القادمة في عالم يرفض فيه الكهول الرحيل بغض النظر عن مدى قابلية المجتمع لوجودهم [138، ص56].

وإن كان متوسط أعمار الرومان القدامى 22 عاما حاليا يمكن >> للمواطن العالمي أن يتوقع العيش حتى 65 عاما، حيث يبلغ أقلّ متوسط في سيراليون (38 عاما) وأعلى متوسط في اليابان (80 عاما) [138، ص56].

هذا وإن تحديد درجات هرم السكان مرتبط بتحديد الحدّ العمري الذي تبدأ منه الشيخوخة وهذا الحدّ يتحدّد بصعوبة بالغة بسبب الطابع الفردي (المتعلق بالفرد) والدينامي لعملية التشيخ، وإن التطورات التي تحدث في التركيب العمري لسكان أي بلد ما لها نتائج بعيدة المدى من النواحي الاجتماعية والاقتصادية ومن المهمّ جدًا متابعة هذه التطورات ودراستها عند رسم سياسة التنمية الاجتماعية والاقتصادية لأي بلد ما. ولعلّ من أهمّ التطورات في التركيب العمري للسكان هي ظاهرة التقدم في العمر وزيادة عدد المسنين ونسبة المعمرين وهذا ما يسمى بتشيخ السكان وهو عملية ديمغرافية تعبر عن مضمونها بازدياد نسبة الأفراد المسنين قياسا ببقية الفئات السكانية الأخرى [138، ص56].

1.3.2. العوامل التي تتحكم في طول العمر

مع تزايد عدد المسنين في كثير من بلدان العالم نشأت الحاجة إلى بحث أسباب شيخوخة الأمم وتحديد أثارها الاقتصادية والديمغرافية والاجتماعية بغية إيجاد حلول أفضل لمشكلات توفير الخدمات الطبية والاجتماعية والإسكانية. ولعلّ من المناسب أن نبدأ بتحديد المدى الأمثل لعمر الإنسان، ولنسلم على الفور، بان العلم لم يقدم لنا حتى الآن في هذا الشأن سوى إيضاحات قليلة. إذ لم يحدد بعد "المعيار" البيولوجي للمدى الطبيعي لعمر الإنسان. وهناك تباين شديد في آراء العلماء في هذا الصدد [139، ص48].

فالبعض يرى، بالاستناد أساسا إلى معلومات لم يجر التحقق منها على نحو كاف وتعلق بأشخاص عاشوا حتى سن الخمسين بعد المائة أو تجاوزوها وإن هذا السن هو المدى الطبيعي لعمر الإنسان، ويرى آخرون انه لا ينبغي عند تحديد متوسط المدى الطبيعي لعمر الإنسان، الاستناد إلى "أرقام قياسية" لمدى العمر لم يثبت صدقها وهي على أية حال تخص أفرادا معدودين، بل يجب إجراء تحقيق للوقائع في مجملها ومن كافة جوانبها [139، ص50].

ويمكن أن نقول اليوم أن المعركة التي شنت ضد الأسباب الخارجية للوفاة قد قاربت غايتها في البلاد المتقدمة اقتصاديا حيث تعزي معظم الوفيات منذ زمن بعيد إلى أسباب داخلية يذكر منها أمراض القلب والأوعية الدموية والأورام الخبيثة وما إليها من الأمراض التي يزداد ظهورها مع التقدم في السن. وتكاد صعوبة علاجها أن تماثل صعوبة مكافحة الشيخوخة. وهكذا فإن ارتفاع المستوى المتوسط لمدى العمر فوق السن السبعين يحدث في بعض البلدان بمعدل أبطأ كثيرا مما كان يمكن توقعه. من ذلك مثلا أن التوقعات المتوافرة تبين أن هذا الرقم المتوسط الذي يبلغ حاليا في السويد والعديد من البلدان الأوروبية الأخرى، 80 عاما يمكن في ظروف اجتماعية ثقافية معينة أن يرتفع متوسط مدى العمر للبشرية في مجموعها إلى 90 عاما.

ويطلق على الذين يتجاوزون هذا السن في الدوائر العالمية المعنية بدراسة الشيخوخة اسم «الطاعنين في السن» [140، ص19].

ولدراسة ظاهرة امتداد العمر فائدة نظرية وعملية كبرى إذ أنها تسمح ببحث المشكلات المرتبطة بـ «شيخوخة الأمم» من خلال نظرة جديدة وبالعامل على إيجاد حلول لها ولا سيما أن ظاهرة امتداد العمر تختلف درجة كثافتها اختلافا بينا من منطقة إلى أخرى في العالم.

وليس جوهر المسألة هو مجرد أننا نجد في هذه البقعة أو تلك من العالم مجموعة كبيرة من الأشخاص الذين تجاوزوا سن التسعين إن لم يكن سن المائة، بل هو أن الكثيرين منهم لا يزالون يحتفظون بصحة جيدة نسبيا ويعملون ويشاركون في الحياة الاجتماعية وما إلى ذلك.

فمعنى ذلك هو أننا هنا أمام حالات تشهد على وجود حلول "طبيعية" مرضية تماما لمشكلات شيخوخة السكان التي تشغل بال العلماء في شتى أرجاء العالم [139، ص ص 48-49].

ووفقا للنتائج التي أسفرت عنها البحوث والدراسات، تتحكم في ظاهرة طول العمر التي شهدتها العالم في جماعات معينة عوامل كثيرة: فالعوامل الأيكولوجية تلعب دورا إيجابيا ولا سيما المناخ دون الاستوائي، والقدرة على حسن التكيف بيولوجيا واجتماعيا وثقافيا على حد سواء.

وتلعب الأغذية دورا رئيسيا في هذا الصدد، فالنظام الغذائي الذي لا يشتمل إلا على القليل من اللحم ويكاد يخلو من الدهون الحيوانية والملح والسكر، والمتضمن الكثير من منتجات الألبان وخاصة الجبن، ومن الخضروات والفاكهة، ذلك هو ذات النظام الغذائي الذي يوصى المسنون باتباعه [140، ص21].

والطاعنون في السن في المناطق أين أقيمت الدراسات هم بصورة عامة أناس ولدوا وعاشوا في نفس المكان وظلوا يؤديون نفس العمل في فلاحه الأرض أو في بيوتهم، وتقل تدريجيا ممارستهم للأعمال الشاقة، غير أن الكثيرين منهم يواصلون إلى سن متقدمة للغاية أداء أعمال تناسب قوامهم في البيت أو

كمساعدين زراعيين. بل أن منهم من يعمل في المزارع التعاونية كذلك فهم يواصلون مخالطة الرفاق ويشاركون في إحياء مختلف المناسبات الاجتماعية [140، ص 21]، ويختلف الوضع عن ذلك اختلافاً بينا لدى سكان المدن الذين كثيراً ما يعانون عند بلوغهم سناً متقدمة مما اتفق على تسميته " مرض التقاعد " نتيجة التوقف المفاجئ عن العمل المنتج وانفصام الروابط الاجتماعية القديمة والتغير الشامل الذي يطراً على الجسم.

ويسود كافة الجماعات الأثنية المبحوثة ولع واضح بكبار السن، ويجري العرف فيها على إيلاء المسنين مكانة رفيعة ومركزاً أدبياً ممتازاً في الأسرة وفي المجتمع ومن ثمة فهم يحظون باحترام شديد.

وربما كانت هذه الظاهرة تعود إلى عصور حكم الشيوخ الذي كان سائداً في الماضي. ولعل التأثير الحقيقي الذي يمارسه الشيوخ على مجرى الأحداث ليس اليوم بنفس القوة التي كان عليها في الماضي، لكنهم لا يزالون ينهضون بدور رمزي بارز في مجالس العائلة وجمعيات العشيرة، بل وفي الاجتماعات التي تعقد على مستوى القوى، وهم يحاطون في الحياة اليومية بالعناية والرعاية ويحتلون في كل اجتماع أو وجبة تضم العائلة أماكن الصدارة تبعاً لأعمارهم. إن هذا المناخ الاجتماعي النفسي المريح الذي يقوى لديهم شعورهم ينفعهم لأسرهم بما في ذلك أجيالها الناشئة، وللدائرة الأوسع المتمثلة في سكان القرية، يسهم بلا شك في استطاعتهم الحفاظ على نشاطهم ويؤمن امتداد أعمارهم [140، ص 22].

استخدامهم وقتهم وما إلى ذلك مما يؤدي إلى التوتر والإحساس المتزايد بالوحدة وعدم الجدوى وبغياب مبررات البقاء على قيد الحياة بشكل عام.

ذلك أن نمط الحياة في المدينة لا يتيح إحلال نشاط عضلي آخر محل الجهد البدني السابق مما يؤدي إلى انحطاط القوى [140، ص 24].

وبينما تؤدي مخالطة الأهل والأقارب إلى تعزيز حرص المسنين على الحياة وتخفيف حدة شعورهم بالوحدة، فإن انفصالهم عن أبنائهم الذين يصبحون كباراً وضعف الوشائج الأسرية بوجه عام يساهمان في تضيق نطاق حركة المسنين ويؤدون إلى تدهور روحهم المعنوية وحالتهم العامة [141، ص 81].

وعلى ذلك فمن بين الوسائل التي تعين على حل مشكلات المسنين هي إسكانهم على مقربة من أبناء أسرهم، الأمر الذي يتيح لهم الحفاظ على صلاتهم القديمة ويضمن لهم أيضاً الحصول على رعاية أفضل في حالة المرض كذلك ينبغي أن يوضع في الاعتبار أنه مع التقدم في السن يزداد عدد الأشخاص الذين يعيشون بمفردهم وخاصة بين النساء اللاتي يفقن الرجال في متوسط مدى العمر.

وعلاوة على ذلك فإن زواج النساء الأرامل في سن متقدمة اشد صعوبة بصورة عامة من زواج الأرامل من الرجال [141، ص82].

وفي المناطق الريفية أين أجريت الدراسات، يعيش المسنون في أسرة احد أبنائهم وهم يظنون على اتصال بأبنائهم وأقاربهم ومعارفهم الذين يقيم أغلبهم في نفس القرية. وصلات القرابة ومشاعر الانتماء إلى العشيرة قوية بشكل عام عن طريق مناسبات الزواج والوفاة واللقاءات السنوية بين الأسر المنتمية إلى نفس العشيرة إذ يجتمع في تلك المناسبات مئات من الأشخاص [140، ص22].
ومما تجدر ملاحظته في هذا الصدد أن هذه المتانة التقليدية التي تميز الصلات الأسرية تلعب دورا فعالا في التخفيض من حدة التوتر وخاصة في الظروف المحزنة أو المتزامنة. فحين يتلقى شخص ما كل المساندة الممكنة من جميع من يحيطون به، فإن ما ينتابه من مشاعر الأسى يزوب في مشاطرة العشرات إن لم يكن المئات من الناس إياه تلك المشاعر كذلك يمكن أن يكون لوجود "عرف اجتماعي" تقليدي مفصل أثار ايجابية للغاية في هذا الصدد إذ يسير توافر الصحة النفسية وامتداد العمر نتيجة لذلك [141، ص82].

2.3.2. المميزات العامة للمعضلات الطبية- الاجتماعية للشيخوخة والتشيخ

تنشأ عن التشيخ والشيخوخة مجموعتان رئيسيتان من المعضلات الصحية- الاجتماعية، هما:

1.2.3.2. المعضلات المرتبطة بالصراع ضد الشيخوخة المبكرة من أجل تحقيق الحد الأقصى لإطالة العمر والاحتفاظ بقوة الاستمرار والبقاء على قيد الحياة من أجل عمر مديد : وتشمل مجموع الإجراءات الهادفة إلى تدعيم وتحسين وحماية صحة الإنسان طوال فترة حياته، وذلك ابتداء من مرحلتين الحمل (عندما يكون جنينا في رحم أمه) والطفولة.
وهذه الإجراءات هي مهمة تقع على عاتق النظام الطبي والصحي بكامله وهناك توجه في العالم المعاصر نحو رفع تلك المهمات إلى مستوى أهمية وخطورة المعضلات الصحية- الاجتماعية الأساسية للشيخوخة.

وفي هذا المجال نشير إلى دور الوقاية الفردية (الشخصية) والاجتماعية (ولا سيما هذه الأخيرة) في مكافحة الشيخوخة المبكرة بصفتها ظاهرة مرضية [142، ص85].

2.2.3.2. المعضلات المرتبطة بالرعاية الصحية للأشخاص في مجموعتي <<العمر المتقدم>>

<<العمر الهرم>>:

وتتعلق بدراسة الحالة الصحية والاحتياجات الصحية للأفراد في مجموعتين <<العمر المتقدم>> و<<العمر الشاخن>> من السكان، إضافة إلى استنباط أشكال ملائمة من الخدمة الصحية من أجل تلبية الحاجات الطبية- الاجتماعية للمسنين، وفي هذا الإطار يدخل مجموع الإجراءات المختلفة

والمتنوعة الآيلة إلى استعادة القدرات الحيوية للفرد المسن (استرداد وإنعاش النشاط الحيوي، تحسن الحالة الصحية) مثل: العلاج بالغذاء أو بالحمية، العلاج الحركي، المعالجة بالتشغيل، العلاج النفساني وغيرها) [142، ص 87]. وتختلف طرق وأساليب معالجة هاتين المجموعتين الرئيسيتين من المعضلات الطبية، الاجتماعية للشيخوخة من بلد إلى آخر.

ويشهد العالم المعاصر ازدياد معدلات البطالة التي تضم في صفوف جيشها الكبير حتى الأفراد الذين لم يتجاوز عمرهم الـ 45 سنة ومع ازدياد تقدم الإنسان في العمر، تتضاعف المشاكل المرتبطة بانعدام الأمن الاقتصادي والاجتماعي والصحي والغذائي للمسنين [142، ص 87].

وخاصة العاملين والمستخدمين منهم، وفي ظل البطالة المزمنة، المتفاقمة والمساعدة الطبية المدفوعة الأجر يتحول الشخص المسن إلى عبئ على ذاته وإلى حمل ثقيل على كاهل أسرته ومجتمعه بكامله. إن النزعة الإنسانية الداعية إلى تحسين حالة البشرية تتوق إلى جعل الاهتمام بالإنسان أولاً وبخير البشرية هدفا ساميا من أجل بناء مجتمع عادل، تسود فيه قيم النمو والتطور وانسجاما مع ذلك لا بد من خلق الظروف الاجتماعية الفضلى والمناسبة من أجل حلّ معضلات الشيخوخة الصحية- الاجتماعية [142، ص 87-88].

إن اعتماد وتطبيق مبادئ << الأمن الصحي العادل والصحة للجميع >> يتطلب من المجتمع المدني العمل على تأمين الشيخوخة المديدة، النشيطة، الفاعلة والهادئة والمطمئنة لكل فرد من أفراد هذا المجتمع، وبالإمكان تحقيق ذلك بتوجيه فكرنا وسلوكنا وجهة صحيحة تعتمد دراسة الشيخوخة وبحث أمراضها، مما يساعدنا على إيجاد الحلول العلمية، الواقعية والسليمة للمشاكل الشيخوخية الصحية- الاجتماعية [143، ص 18].

إنّ تعقيدات وخصوصية المعضلات الصحية للأشخاص المسنين وللشيخوخة (كعملية بيولوجية مكونة من عناصر ومضاعفات سوسولوجية وسيكولوجية مهمة) قد أدت إلى نشوء فرعين خاصين في علم الطب هما: الشيخوخة (علم دراسة الشيخوخة Gérontologie) والجيرياتريا (هي علم بحث أمراض الشيخوخة Gériatrie). أم الصحة الاجتماعية فهي علم يدرس المعضلات الطبية الاجتماعية للشيخوخة والأفراد المسنين وتستنبت الأسس المنهجية الرئيسية للايتولوجيا (للأسباب)، للباثوجينيا (للنشأة)، للمعالجة، للوقاية ولإعادة الأهلية الاجتماعية للأمراض الشيخوخية [143، ص 19]، كما يسّح هذا العلم بنظرة صحية، اجتماعية دراسة الشيخوخة وبحث أمراض الشيخوخة وكافة العلوم الطبية والصحية عند التعامل مع الأشخاص المسنين وتشكل معارفنا عن الإنسان في العمر المتقدم قاعدة تطبيق النهج الصحي، الاجتماعي تجاهه ويجب إدراك بوضوح عمق التغيرات الحاصلة في

جوهر وروابط شخصية الإنسان في عمر الشيخوخة للغوص العميق في مضمون العضلات الصحية، الاجتماعية لمرحلة الشيخوخة [143، ص19].

3.3.2. تشيخ السكان كظاهرة ديمغرافية:

يشهد القرن العشرون ثورة في مجال طول العمر فقد ازداد متوسط العمر المتوقع عند الميلاد 20 سنة منذ عام 1950 ليصل إلى 66 سنة ومن المتوقع أن يزداد عشر سنوات أخرى بحلول عام 2050.

هذا وقد تبلورت اهتمامات العالم حول الشيخوخة التي يعتبرها البعض كمشكل عالمي والبعض الآخر كظاهرة عالمية تستدعي الدراسة والاهتمام من طرف الباحثين.

وتشير إحصائيات صندوق الأمم المتحدة للسكان، أن المسنون الذي تبلغ أعمارهم 60 فما فوق هم أسرع الفئات تزايدا في العالم وهذا نتيجة تدني معدلات الخصوبة ومعدلات الوفيات وسيبلغ عدد المسنين فوق الستين 1121 مليون بحلول عام 2025 بعدما كان عدد المسنين الأكثر من 70 سنة في العالم سنة 1970، 111765000 شخص [144، ص257].

هذا وبعدها قدرت نسبة المسنين في العالم سنة 1990 بـ 10% يتوقع أن تصل هذه النسبة عام 2050 إلى 22% ومن 600 مليون شخص المتواجدين في العالم والذين يتجاوزون 60 سنة 226 مليون متواجدين في أمريكا وأوروبا ودول جنوب شرق آسيا: منهم 25% متواجدين في دول أوروبا وأمريكا الشمالية 5% في السويد، 41% في إيطاليا، 4.2% في النرويج، 4.3% في اليابان [145].

وفي الولايات المتحدة الأمريكية بلغ عدد المسنين سنة 1970، 20 مليون لفئة 65 سنة فأكثر [146، ص294]، و قدرت نسبة المسنين سنة 2003 بـ 13% من المجموع الكلي للسكان و 9 ملايين منهم يزيد عمرهم عن أكثر من 80 نسبة [147، ص14]، هذا وبلغ في العالم حاليا عدد المسنين الذين يتجاوزون 80 سنة 66 مليون شخص وتشكل نسبة النساء من مجموع المعمرين الذين هم فوق 100 سنة 55% وتشكل نسبة المترملين 75% من مجموع المسنين [147، ص14]، وهذا النصر الديمغرافي والنمو السكاني السريع في النصف الأول من القرن الحادي والعشرين يعينان أن عدد الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 60 يزداد من حوالي 600 مليون نسمة في عام 2000 إلى مليار نسمة تقريبا في عام 2050 ومن المتوقع أن تزداد نسبة الأشخاص المعروفين بأنهم من كبار السن على الصعيد العالمي من 10% عام 1998 إلى 15% عام 2025 [148، ص227].

وسوف يؤدي التحول الديمغرافي الرائع الذي يحدث حاليا إلى أن يمثل كل من الشباب والمسنين حصة متساوية من سكان العالم بحلول منتصف القرن، ومن المتوقع، على الصعيد العالمي أن

تتضاعف نسبة الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما وأكثر فيما بين عام 2000 و2050 من 10 إلى 21% في حين يتوقع أن تنخفض نسبة الأطفال بمقدار الثلث من 30% إلى 21% [148، ص06].

1.3.3.2. تعريف الشيخ:

إن الشيخ عملية تطويرية للحياة ترتبط بالوراثة والبيئة والزمن وان لم يتسن بعد تحديد أبعادها على وجه الدقة.

وينظر كثير من علماء الشيخوخة إلى الشيخ على انه مرض، وقد أجريت بحوث أمريكية كثيرة امتدت عبر فترات بلغت نحو ثلاثين عاما وأسفرت عن نتائج مؤداها انه يمكن تأجيل عملية الشيخ بمساعدة بعض الأدوية الكيميائية منها: [149، ص227].

L'hydrochloride para-amino-benzoate Diethyl-amino-ethanol.

كما تبين فضلا عن ذلك أن استخدام زراعات الخلايا يمكن أن يؤدي إلى تجدد واضح في الخلايا البشرية أو على الأقل إلى منع تغير الخلايا أو تلفها مع الزمن. ويبدو أن هذه النتائج التي أكدتها بحوث أجريت في بلدان أوربية يبرر التفاؤل الذي يسود تفكير علماء الشيخوخة في أمريكا [149، ص227].

ومن المشكلات الأساسية التي تواجه علماء الشيخوخة، كيفية التمييز بين التغيرات الناجمة عن السن وبين التغيرات المرضية المنشأ، وذلك بالنظر إلى اقتران هذين النوعين من التغير في كثير من الحالات التي تصيب الإنسان مع التقدم في السن مثل الالتهاب المفصلي وتجلط الدم [149، ص228].

وهناك صعوبة أخرى تكمن في أنه ليس هناك معيار واحد لتحديد العمر البيولوجي. وتلك صعوبة يصادفها كل من يجري بحثا في الشيخوخة. وعلى الرغم من أن دراسة معايير الشيخوخة قد أدرجة في أول برنامج بحث اضطلع به المعهد الوطني الروماني لعلم الشيخوخة وطب الشيخوخة في عام 1952. فانه لم يتوصل بعد إلى إجابة شافية [149، ص228].

واليوم يعمد الأخصائيون الذين يريدون تحديد العمر البيولوجي_ الذي لا يتوافق دائما مع العمر الزمني إلى الاستناد إلى المعايير الوظيفية لجميع أعضاء الجسم والى التغيرات التي تحدث. وسوف يكون من المفيد للغاية أن نستطيع تشخيص العمر البيولوجي الذي يعرف أيضا بالعمر الوظيفي، سواء من وجهة النظر البيولوجية أو من جهة النظر الاجتماعية. وتوجد في داخل أي نوع من أنواع الكائنات فروق وظيفية كبيرة من فرد إلى آخر، الأمر الذي يدل على أن البيئة فضلا عن الوراثة تمارس تأثيرا راجحا [149، ص ص228-229].

ومن المعتقد أن التشيخ يبدأ في نفس الوقت التي تبدأ فيه الحياة ذاتها ومع ذلك فإن ظواهر البناء تسود حياة الفرد منذ الطفولة وحتى اللحظة الذي يتوقف فيها النمو وتظل وظائف الكائن كما هي لا ينال منها شيء.

غير أنه مع مجيء مرحلة النضج وتقدم العمر، ينجم عن فقدان الخلايا النشيطة ضعف وظيفي تدريجي.

وما يمكنه استخلاصه من ما سبق هو أن عملية التشيخ تبدأ على الأقل من وجهة النظر الوظيفية، عندما يتوقف النمو [150، ص107].

وهناك صعوبة أخرى تتبع من أن مسألة آليات التشيخ لم توضح بعد وفي هذا الصدد تقول إحدى النظريات التي يؤيدها علماء الشيخوخة أن التشيخ << مبرمج >> [150، ص107].
وثمة نظرية أخرى حظيت بتأييد واسع النطاق من جانب معاهد علم الشيخوخة في العالم ودعمها ما أحرز من تقدم في مجال علم المناعة. فقد لاحظ علماء المناعة أن تنشيط خلايا وأخلاط جسم الإنسان يتناقص مع تقدم العمر في حين تتدعم ظاهرة المناعة الذاتية وتصبح سائدة.

وبعبارة أخرى تبدأ ردود أفعال المناعة في مهاجمة داخل جسم الشخص نفسه. وتؤكد نظرية أخرى على فقدان أو التلف التدريجي لخلايا ما بعد الانقسام الخياطي (الخلايا العصبية)، وفي ذلك يكمن السبب في أن دراسة الجهاز العصبي المركزي من وجهات النظر المورفولوجية والبيوكيميائية والوظيفية، قد اكتسبت كل هذا القدر من الأهمية في بحوث التشيخ.

بل أن إمكانية التأثير على هذا النظام قد طرحت للنقاش نظرا لأهميتها في الحفاظ على تجانس استقرار الكائن الحي وقدرته على التكيف وهما ظاهرتان تؤثر عليهما الشيخوخة [150، ص108].
ومن الحقائق المعروفة اليوم أن عمر الخلايا خياطية الانقسام عمر محدود، ذلك أنه تطرأ على وظائفها تغيرات نتيجة لتراكم السّفع في جيلة الخلية ولعوامل أخرى ذات عواقب وخيمة [151، ص113].

وقد تم تحديد بعض عوامل التشيخ، مثل بعض مجموعات الذرات التي توجد عادة مرتبطة بذرات أخرى لكنها قد توجد مستقلة بذاتها لفترات قصيرة وتعدّ هذه العناصر مسؤولة عن التغيرات الرئيسية في الغشاء الخلوي وعن نمو روابط عرضية عن جزيئات الكولاجين أو في داخله والكولاجين هو بروتين ليفي يضفي المرونة على أنسجة الجسم [151، ص ص 113-114]
والمختبرات في سبيلها بطبيعة الحال إلى التحقق من مدى صحّة كل من هذه الأفكار، ومع ذلك فالتشيخ كما رأينا يحتمل أن يكون نتيجة لآليات مترابطة فيما بينها ولم يكتشف البعض منها بعد.

كذلك يتعين أن نشير إلى أن عدد الأشخاص فوق سن الخامسة والستين الذين يتمتعون بصحة مثالية ضئيل جدا في الوقت الحاضر وأن مشكلة كبر السن هي الآن على الأقل مشكلة طبية واجتماعية في المقام الأول [151، ص114].

4.3.2. عوامل الشيخوخة

ما نستخلصه مما سبق ذكره هو أن الشيخوخة ظاهرة بيولوجية طبيعية ناتجة عن تأثيرات مرور الزمن والتقدم في العمر على جسم الإنسان، فهي إذن نتيجة مباشرة للتراكم التدريجي للخلايا المتعبة على مرّ السنين.

وما تمّ التوصل إليه هو أن طول العمر عند الإنسان مرتبط بـ:

- عوامل داخلية (جينية) بنسبة 60%

- عوامل خارجية بنسبة 30% [151، ص114].

1.4.3.2. العوامل الجينية: جينات الشيخوخة

وهي عوامل داخلية على مستوى الخلية، فقد تمكن الباحثون في العلوم الطبية من معرفة المخزون (الجينوم) البشري وتوصلوا إلى إدراك أسباب الشيخوخة المتعلقة بـ << جينات الهرم >>، فالجينات شكل في الجسم ساعة إحيائية داخلية تحدّد التراجع التدريجي لكل خلية من الخلايا [151، ص115].

وهذه العوامل الجينية ذات صلة بالنقص الحاصل في قدرة الخلايا الطبيعية على الانقسام والتجدّد والتكاثر، ممّا يحدّد بدوره عمر الإنسان (ككائن حيّ) فكريات الدم البيض تتحدّد وتتكاثر ويزداد عددها وفقا للضرورة بينما يتوقف بعد الولادة بفترة قصيرة تكاثر وتجدّد الخلايا العصبية والعضلية والخلايا الليفية في عدسة العين، لذا فإنّ تلف هذه الخلايا بفعل الحوادث أو الهرم لا يمكن أن يترافق باستبدال الخلايا الميتة بخلايا جديدة من قبل الخلايا الباقية، ومن هنا أهمية المواد المضادة لتأكسد خلايا الجسم والتي تساهم في إطالة أمد الحياة [151، ص115].

إنّ نشاط الخلايا يضعف مع التقدم في السن بسبب بطيء جريان الدم الناجم عن تصلب الشرايين، ممّا يؤدي إلى نقص تغذية هذه الخلايا [151، ص115].

2.4.3.2. العوامل الخارجية

تعمل على زيادة تفهقر الخلايا، مما يجعلها أكثر عرضة للتلف، ومن هذه العوامل نذكر:

- الجاذبية الأرضية

- العوامل البيئية، مثل:

أشعة الشمس ما فوق البنفسجية التي يؤدي التعرّض المركز والمتكرّر لهذه الأشعة إلى إتلاف قسم هام وأساس من الخلايا الجلدية الهواء، الحرارة، البرد، الرطوبة، الخمول والركود وانعدام مزاولة النشاطات البدنية، البدانة (السمنة)، نقص (سوء) التغذية أمّا الشيخوخة الباكرة، فتحدث بسبب:

- عوامل نفسية (الإحباط، الإرهاق النفسي والاكتئاب... الخ)

- عوامل عصبية

- عوامل عائلية

- عوامل اجتماعية وعوامل اقتصادية كالبطالة عن العمل... الخ [151، ص ص 115-116].

5.3.2. الشيخوخة في البلدان المتقدمة

في بعض البلدان المتقدمة النمو، يزيد عدد كبار السن بالفعل عن عدد الأطفال وسوف يكون عدد كبار السن أكثر من ضعف عدد الأطفال بحلول عام 2050، كما يتوقع أن يزداد المتوسط البالغ 71 رجلا لكل امرأة إلى 78.

في فرنسا كان متوسط العمر سنة 1800، 34 عام وسنة 1900، 46 عام و56 عام بالنسبة للرجال و61 سنة بالنسبة للنساء سنة 1938، و67 عام للرجال و74 عام للنساء سنة 1974 [152، ص945]. هذا وبلغت نسبة المسنين الفرنسيين الأكثر من 65 سنة عام 1901، 8.5 % من مجموع السكان وفي نسبة 1936، 10% و 11.8% عام 1954 [153، ص 135]، لكي تصل إلى 14.7% عام 1970 وفي التسعينيات بلغت نسبتهم 20% من المجموع الكلي للسكان [153، ص135]، 600000 منهم يعيشون في مؤسسات لرعاية الشيخوخة، 8% منهم يتجاوز عمرهم 75 سنة، هذا ويتوقع أن تبلغ نسبة المسنين سنة 2010، 25% من مجموع السكان الفرنسيين [63، ص16].

هذا وفي آخر تقرير للمفوضية الأوروبية، حذرت هذه الأخيرة من أن الشيخوخة الزاحفة على مجتمعات الدول الأعضاء بالاتحاد الأوروبي سوف تبتلع نسبا متزايدة من معدلات النمو على مدى الأربعين عاما القادمة، وذكرت المفوضية أنّ مخصصات التقاعد في ظل ارتفاع متوسط الأعمار لدى الشعوب الأوروبية سيقصص معدل النمو بمقدار النصف من الآن وحتى عام 2030 [154، ص21]. وأشارت المفوضية التي أعدت التقرير بالاشتراك مع لجنة السياسة بالاتحاد الأوروبي إلى أن متوسط النمو الأوروبي السنوي للنتائج المحلي الخام سيتراجع من 2.4% خلال الفترة الممتدة بين عامي 2004 و2010 إلى 1.9% خلال الفترة بين عامي 2011 و2030 ليصل إلى 1.2% فقط بين عامي 2080 و2050، ومن المتوقع مع بدء خروج جيل الطفرة السكانية المولود بعد الحرب

العالمية الثانية إلى التقاعد مع حلول عام 2010 بالتزامن مع ارتفاع متوسط العمر، أن تقشل العديد من الدول الأعضاء الجدد والقدامى في الوفاء بالتزاماتها تجاه صندوق التقاعد [154، ص21]. واستند التقرير إلى إحصاءات تكشف عن أنّ الواقع الحالي الذي يشهد وجود أربعة عمال مقابل كل متقاعد، مرشح للتحوّل مستقبلاً إلى عاملين اثنين فقط مقابل كل متقاعد وتفيد الإحصائيات بتراجع عدد القوى العاملة خلال الخمسين عاماً القادمة بمقدار 48 مليون شخص مقابل زيادة نسبتها 77% في أعداد المحالين إلى التقاعد [154، ص21].

هذا وفي أوروبا وأمريكا الشمالية ستزداد نسبة الأشخاص المسنين بين عامي 1998 و2025 من 20 إلى 28% في حين كان بمقدورها أن تخطو نحو الشيخوخة بصورة تدريجية إلا أنّها تواجه تحديات ناتجة عن العلاقة بين الشيخوخة والبطالة واستدامة نظم المعاشات التقاعدية [155، ص18]. هذا وأبرز الفوارق الديمغرافية الرئيسية بين البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية، نجد أن في البلدان المتقدمة اليوم نسبة ساحقة من كبار السن تعيش في مناطق مصنفة على أنها حضرية وتفيد الإسقاطات الديمغرافية بأنّ 82% من سكان البلدان المتقدمة سيعيشون بحلول عام 2025 في المناطق الحضرية [155، ص18].

ويتجاوز متوسط العمر المتوقع عند الولادة السن المحدد للتقاعد أو الإحالة على المعاش وعلاوة على ذلك تنظم في هذه البلدان أعداداً أقل من الأشخاص إلى القوة العاملة بسبب انحسار معدلات الخصوبة وكثيراً ما يرافق هذا الاتجاه التمييز القائم على السن، ومن المرجح أن ينجم نقص في اليد العاملة عن انخفاض مجموعة الشبان الذين يدخلون سوق العمل، وشيخوخة قوة العمل والاتجاه نحو التقاعد المبكر [155، ص19].

كما يشكل توفير البيئة السكنية ووسائل النقل المناسبة لكبار السن مصدر قلق متزايد. فالتوسعات السكنية تصمم عادة بحيث تناسب الأسر الشابة التي تمتلك وسائل نقل خاصة بها، وتمثل وسائل النقل مشكلة في المناطق الريفية لأن كبار السن يعتمدون بشكل متزايد على المواصلات العامة كلما تقدم بهم السن وهي غالباً لا تتوافر بشكل ملائم في المناطق الريفية، وعلاوة على ذلك قد يستمر بعض كبار السن في العيش في مساكن يعجزون عن تدبير شؤونها بعد خروج الأبناء عنهم أو بعد وفاة الزوجة أو الزوج [155، ص19].

6.3.2. الشيخوخة في البلدان النامية

تم اليوم "إعادة هيكلة" المجتمع البشري من خلال ثلاث عمليات متزامنة هي: العولمة، والتحضر وتقدم السكان في السن، وفي هذا الصدد نجد ومن جديد، أن البلدان النامية قد أضررت أكثر من غيرها.

إنّ عملية تقدم السكان في السن بالبلدان النامية سوف تحمل معها تحديات جديدة تختلف عن التحديات التي تواجهها البلدان المتقدمة وفي داخل البلدان النامية كمجموعة هناك أيضا نقاط مشتركة ونقاط اختلاف بين المناطق ومن حيث الظروف بما في ذلك الأوضاع الاقتصادية والموروث الثقافي والهيكل الأسرية وتأثيرات الصراع المسلح الواسع النطاق والكوارث الطبيعية، وأنماط الهجرة وجماعات اللاجئين، وهناك ثلاث عوامل تساهم في جعل العملية أكثر إلحاحا: هي نصيب سكان العالم الذين يعيشون في البلدان النامية واستمرار تفشي الفقر وبشكل دائم في تلك البلدان والإيقاع السريع الذي تسير عليه عملية التقدم في السن [156، ص1].

هذا ومع مطلع " الألفية الحضرية " وما شهده العالم النامي من هجرة كثيفة إلى المدن -الكبيرة منها والصغيرة- فضلا عن انخفاض معدلات الخصوبة نجد أن أغلب السكان الأكبر سنا لا يزالوا يقطنون المناطق الريفية لأنّ الكثير من الشباب البالغين ينزحون إلى المناطق الحضرية لأسباب اقتصادية تاركين وراءهم الأشخاص الأكبر سنا، أمّا المهاجرين الأكبر سنا ممن ينسحبون من القوى العاملة في المناطق الحضرية، فكثيرا ما يعودوا إلى المناطق الريفية.

هذا وسوف يكون تقدم سن السكان في المناطق الريفية بمثابة قوة محرّكة تدفع عجلة التغيير إلى الأمام وسوف يكون لها تداعيات ضخمة تلقي بظلالها على عمليات الإنتاج الزراعي، والأمن الغذائي [156، ص2]، والخدمات الصحية، وأسواق العمالة، وسير التنمية في حدّ ذاتها كما سيكون لها - بدون شك - تأثير على التنظيم الاجتماعي وأنماط الإنتاج. كما ستشهد الأسر وهي الوحدة الأساسية لبنان المجتمعات الريفية، تغييرات ديمغرافية ضخمة ومتلاحقة، ممّا سيؤدّي في كثير من الأحوال إلى تراجع الدعم الذي تقدمه الأسر لكبار السن، وبسبب السرعة الذي يتوقع أن تتم بها عملية كبر السن في المناطق الريفية فهناك حاجة ماسة لأن تتخذ البلدان النامية القرارات وتصوغ السياسات وتتخذ الخطوات المحددة للاستعداد [156، ص2].

ومن المزمع أن تتضاعف أعداد كبار السن في المناطق الريفية بإفريقيا، وآسيا وأمريكا اللاتينية وذلك بحلول عام 2025.

وفي إفريقيا، من المتوقع أن ترتفع أعداد كبار السن لتصل إلى 50 مليون وفي آسيا إلى 337 مليون. وفي عشرة بلدان، أغلبها من دول إفريقيا، جنوب الصحراء الكبرى، تصل نسبة كبار السن في المناطق الريفية إلى ما لا يقل على ضعف نسبتهم في المناطق الحضرية. وفي المناطق الريفية، تفوق أعداد النساء المتقدمات في السن مثيلاتها بالنسبة للمتقدمين في السن من الرجال [155، ص3].

في كولومبيا وماليزيا وكينيا وتايلاندا وغانا، فيتوقع أن تكون نسبة الزيادة في أعداد كبار السن في الفترة مابين عامي 1990 و2025 من سبعة إلى ثمانية أضعاف نسبتها في المملكة المتحدة والسويد. ويتوقع أن تشهد البلدان النامية زيادة تتراوح بين 200 و300% في نسبة كبار السن خلال فترة لا تتجاوز الـ 35 سنة [155، ص3].

وهناك عمليات أخرى للتحويل تتم في البلدان النامية يمكنها أن تشكل تهديد إضافيا للتقدم في السن على نحو آمن بالنسبة للمسنين في معظم أنحاء العالم، والعقود قادمة، فعلاوة على الهجرة والتحضر فإن التحوّل من نظام الأسر الممتدة أو العائلات، إلى الأسر الأصغر حجما والأكثر تنقلا إلى جانب غياب القدرة على التمتع بالتكنولوجيا وغيرها من التغيرات الاقتصادية الاجتماعية يمكنه أن يساهم وبشكل فعّال في زيادة تهميش كبار السن وإبعادهم عن الاتجاهات السائدة للتنمية وحرمانهم من أدوارهم الهامة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية وإضعاف فرصهم التقليدية في تلقي الدعم [155، ص4].

7.3.2. الشيخوخة في الجزائر

لقد مثلت نسبة الأشخاص الذين يبلغون 60 سنة فأكثر 7.5% من مجموع سكان الجزائر سنة 2002، 30.6% منهم ينتمون إلى الفئة العمرية (60-65 سنة) و10.9% يبلغون من العمر 80 سنة فأكثر [73، ص111].

ويلاحظ من بيانات المسح الذي قامت به وزارة الصحة والسكان سنة 2002 بدراسة الخصائص العامة لفئة المسنين في الجزائر أنّ:

أغلب المسنين الذين يبلغون 60 سنة فأكثر متزوجون بنسبة 72%، 26.3% يشكلون فئة العزاب مع وجود اختلافات بين النساء والرجال حيث نجد أن 6.2% من مجموع الرجال في هذا السن أرامل و93.3% متزوجون، وبلغت المتزوجات 51.5% من مجموع النساء ومن الأرامل 46.1% [73، ص112].

ويلاحظ أنّ أغلبية هذه الفئة من السكان أميين بنسبة 83.4% مع وجود اختلاف ملحوظ بين الرجال والنساء (72.5% من الرجال و94.2% من النساء)، كما تشير البيانات إلى أنّ المستوى التعليمي للرجال أفضل منه بين النساء ونلاحظ أيضا أنّ الأميين هم أكثر انتشارا في الريف حيث أنهم يتمثلون نحو 92% من مجموع فئة المسنين (85.6% من الرجال و98.6% من النساء) [73، ص114-115]، وحول النشاط الاقتصادي للمسنين نجد أنّ 7.9% من مجموع المسنين يمارسون نشاطا اقتصاديا وأغلبهم رجال حيث أنّ نسبة النساء لا تمثل إلا 11.9% من مجموع الناشطين، وتمثل المهن الحرة النشاطات الرئيسية للمشتغلين بنسبة 65.2% [73، ص116].

ونلاحظ من بيانات المسح أنّ الدخل الأساسي لـ 52.6% من المسنين يتمثل في معاش التقاعد حيث تعتبر المعاشات أهم مصادر الدخل للرجال بنسبة 71.1% والمساعدة المالية من الأولاد للنساء بنسبة 34.4% ويلاحظ كذلك أنّ أغلبية المسنين هم الذين يعولون أعضاء الأسرة والعكس بالنسبة للنساء فهنّ معولات في أغليبتهن من طرق أحد أعضاء الأسرة، وهذا متوقع حيث أنّ أغلبية الرجال كانوا نشطين في الماضي بينما أغلب النساء لم يسبق لهن ممارسة أي نشاط اقتصادي [73، ص117].

وفي مجال صحة المسنين، لوحظ أنّ 36.6% من المجموع الكلي للمسنين صرحوا بأنّ أحوالهم الصحية سيئة، 13% قالوا بأنّ صحتهم جيّدة و49% يرون أنّ صحتهم حسنة أو لا بأس بها. وسؤال المبحوثات أو المبحوثين من كبار السن عن رأيهم حول حالتهم الصحية وقت المسح مقارنة بحالتهم الصحية في العام السابق عبر 51% منهم أنّ حالتهم لم تتغير وتدهورت في 44% من الحالات بينما اعتبر حوالي 4% منهم أنّ حالتهم الصحية قد شهدت تحسنا خلال هذه الفترة (44% للرجال مقابل 39% للنساء) [73، ص120].

هذا ويعاني 66.8% من الأشخاص البالغين 60 سنة فما فوق من مرض أو مشكل صحي (14.7% من النساء و58.8% من الرجال) ونلاحظ أنّ ضغط الدم والتهاب المفاصل وأمراض المعدة هي الأمراض الأكثر انتشارا وسط الأشخاص المسنون وأن النساء هن الأكثر عرضة للأمراض مهما كان نوع المرض [73، ص ص 120- 121].

وصرحت نسبة تبلغ 26.5% أنهم يعانون من مشاكل خاصة تحدّ من نشاطاتهم اليومية (25.9% من الرجال و27% من النساء، ولا يوجد فرق في نسب الأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية تحدّ من نشاطاتهم اليومية حسب وسط الإقامة) 24.2% من الرجال بالوسط الحضري مقابل 28.4% بالوسط الريفي و26% من النساء بالوسط الحضري مقابل 28.7% من النساء الريفيات [73، ص ص 122- 123].

ومن بين الأشخاص الذين صرحوا أنّ لديهم مشاكل خاصة تحدّ من نشاطاتهم اليومية، أشارت نسبة 63.4% منهم إلى المعاناة من ضعف في النظر، 42.7% من ضعف في السمع، 37.1% من ضعف في الذاكرة و 36.6% من العجز عن التحريك و 10.7% من مشاكل النطق [73، ص123].

وقد صرح 67.4% من الأشخاص المسنين أنّ لهم أولاد لا يزالون على قيد الحياة يقومون بزيارتهم، 29.3% يعيشون معهم و3.1% فقط لا يقومون بزيارتهم.

وقد أفاد نحو 22 % من المبحوثين والمبحوثات أنّ زيارة الأولاد لهم يومية في حين أنّ نحو 52 % يزورهم أولادهم مرة في الأسبوع على الأقل، وقد قدر حوالي 27 % من المسنين أنّ الزيارات تتم في المناسبات، وأنّ 1.7 % منهم يزورهم أولادهم في حالة المرض فقط، وبدورهم يقوم 1.73 % من الأشخاص المسنين بزيارة أهلهم وأقاربهم وتتميز النساء بقيامهن بزيارة أولادهن أكثر من الرجال، فيما أنّ الرجال يعيشون مع أولادهم [73، ص ص 128-129].

8.3.2. الشيخوخة على متون القصائد:

لأن الشاعر يبقى مشحوناً بإحساس متوفر وشعور مرهف وقدرة على تجسيد كلامه في صور، في لوحات، فإننا سنختتم هذا الفصل بنماذج شعرية معبّرة عن نظرة أصحابها حيال الشيخوخة قديماً وحديثاً.

هذا (لبيد بن ربيعة) لم ير في الشيخوخة إلا التعب والضعف، وقد عبّر عن ذلك بقوله:

ولقد سئمت من الحياة وطولها وسؤال هذا الناس كيف لبيد ؟

المرء يدعو للسلام و طول عيش قد يضرّه

تودي هشايشته ويأتي دون حلو العيش مرّه

وتصرف الأيام حتى ما يرى شيئاً يسرّه [157، ص76].

وإذا ما انتقلنا إلى ما بعد (لبيد) التقينا (الأخطل) يبغى طول الحياة الذي لا يجلب لصاحبه إلا الخيال وتتكبر من كُنّ عليه مقبلات:

فتنكرت لما علنتي كبرة عند المشيب وأذنت بزيال

لما رأته بجل الشباب بكت له والشيب أزدل هذه الأبدال

والناس همهم الحياة وما أرى طول الحياة يزيد غير خيال [158، ص94].

أمّا (ابن الرومي) فإننا نراه لا يكاد يحس بأفول نجم الشباب حتى يأخذ في نعيه والتباكي عليه فيقول:

كبرت وفي خمس وخمسين مكبر وشبت فالحا ظالمها منك نقر

إذا ما رأتهك البيض صدّت وربّما غدوت وطرق البيض نحوك أصور

إذا شنتت عين الغش وجه نفسه فعين سواه بالشئاء أجدر [158، ص97].

إذا انتقلنا إلى العصر الحديث مع (بشارة الخوري) رأيناها يقبل على الحياة أياً كانت هذه الحياة، إنه

يرفض برودة الشيخوخة، ولا يستسلم للموت، إنه يرفضه، يصارعه بأشواق الشباب:

أنا لا أشيّع بالدموع صبابتي لكن ألف جناحها بجناحي

دعني وما زرع المشيب بمفرقي ما كنت أدفن في الثلوج صراخي

من كان من دنياه ينفذ راحه فأنا على دنياي أقبض راحي [159، ص65].

ولكن وطأة السنين أوهت قواه وغيبت شمسه وقمره وهو يعلن ذلك بقوله:
اليوم أصبحت لأشمسي ولا قمري من ذا يغني على عود بلا وتر
ما للقوافي إذا جاذبتها نفرت رعت شبابي وخانتني على كبري
كأنها ما ارتوت من مدمعي ودمي ولا غذتها ليالي الوجد والشهر [159، ص71]
وهذا شاعر آخر هو (عبد العزيز بن أحمد الرفاعي) يطوي السبعين فيحس بهول المصاب:
سبعون، قد وفد الشتاء يزوني والنار قد خمدت وليس ثقاب
جنت إلى عبق التراب جوانحي لا غرو يشتاق التراب تراب
في يقظتي أغفو، وقد يجفو الكرى جفني، فيحلم بالمنام طلاب
طوبي لمن جعل المحبة جدولا وسقى أحبته فطاب وطابوا [158، ص109]
أما الشاعر (أحمد عبد الرحمن المعلمي) فيشكو من عزوف ليلي وزينب وسوسن بأسلوب يتجلى فيه
المرح الجميل:

سبع على سبعين كيف أجاب لو أنني غازلت يا أصحاب
(ليلي) ستسخر بي، وتحسب أنني خرف، إلى حدّ الجنون مصاب
وتقول (سوسن) وهي أرملة على ضمناً: أطمع فيه وهو سراب؟
وتصيح (زينب) والكهولة قد دنت منها: وهل بقيت له أنياب ؟
ويعبر (عبد المعين المملوحي) عن حبه للحياة وهو في السبعين [160، ص37]، فيقول:
وقالو: سئمت العيش: قلت أحبه ولو كنت في كوخ من القشّ ثلويًا
أصوغ أحاسيسي وأشدو قصائدي وأقرأ في ضوء النجوم كتابيا
أحبّ حياتي وهي كالصّاب مرّة وأكره موتي، وهو كالشهد حاليا
ومازلت في السبعين طفلا تشابكت رؤاي، تساوي واقعي وخياليا
أسرّ بأحفادي أزهير غضة ويرثي لي الأحفاد أعجف باليا
تراعي زمان سوف يدعى زمانهم وولى زمان كان يدعى زمانيا [161، ص59]
ويستمد (بدوي الجيل) من الشباب ألقه وعطاياه لينير درب المشيب:
أتسألين عن الخمسين ما فعلت يبلى ولا تبلى سجاياه
في القلب كنز شباب لا نفاذ له يعطي ويزداد ما ازدادت عطاياه
يبقى الشباب نديا في شمائله فلم يشب قلبه انشاب فواده [158، ص113].

ملخص الفصل

ما نستخلصه من هذا الفصل هو أن الشيخوخة حالة من القصور البيولوجي نتيجة انهيار العمليات العضوية الحيوية وهي كذلك حالة من قصور الإمكانيات الذاتية لتحقيق النفسي وتعني حالة من هجر العلاقات الاجتماعية. ومع اختلاف أسس التحديد لهذه المرحلة فإن المتعارف عليه هو أن طور الكبر يبدأ من سن الستين إلى نهاية العمر ومن أهم خصائص شخصية الإنسان في هذه المرحلة من التغيرات المتلازمة مع أمراض جسمية ونفسية ودرجة معينة مختلفة التفاوت من العزلة الاجتماعية للشخص المسن وثقافته.

هذا وأبرز مظاهر التدهور الأساسي للشيخوخة تتجلى في زيادة نتائج التغيرات الفيزيولوجية وظهور أعراض عقلية واضحة.

ومن النظريات التي حاولت تفسير مرحلة الشيخوخة تطرقت إلى أبرزها وهي النظرية الوراثية بتفرعاتها والنظرية الغير وراثية بمختلف جهات نظرها، هذا ولقد توصل إلى أنه في سبيل علاج أعراض ومظاهر الشيخوخة يجب قبل كل شيء الاستعداد للمرض النفسي أو العقلي أثناء الشيخوخة لأنه من الطبيعي أن يصيب ضعف العقل والذاكرة جميع الناس عندما يكبرون ولهذا ينبغي أن يهين الفرد نفسه بعد سن الخمسين للسنين القادمة والتهيو يتجلى جسميا، نفسيا وذهنيا.

هذا كما استخلصت أن للشيخوخة أمراض خاصة مرتبطة بما يحدث في سن الشيخوخة من تبدلات في أعراض الجسم وأهمها: مرض تصلب الشرايين، ضغط الدم، آلام العظام، تضخم البروستات والسرطان، والتأثير النفسي للطبيب المعالج يتوقف إلى حد كبير على ثقة المريض في قدرة وخبرة الطبيب ولأن المعايير التي تحدد مرحلة من مراحل العمر تمنحنا خصائص مميزة والتي يترتب عليها مشاكل واحتياجات محددة لهذه المرحلة ولأن التقدم في السن تصاحبه مشكلات وحاجيات فقد توصلت إلى أن المشكلات التي تصاحب مرحلة الشيخوخة منها ما يتعلق بالحالة الصحية ومنها ما هو اجتماعي نفسي واقتصادي وما هو ديني، أما احتياجات الشيخوخة فهي ترتبط بخصائص المرحلة العمرية والأوضاع الاجتماعية والنفسية، الاقتصادية والترفيهية التي يعيشها المسنين.

وللإجابة عن السؤال الخالد، <<هل يمكن إعادة الشباب>> توصلت إلى أنه من أجل احتفاظ الشيخ إبان السنين المضافة إلى عمره بكامل نشاطه وقواه العقلية حتى يظلّ عضواً عاملاً منتجاً في المجتمع عليه بإعادة تنشيط وظائف أعضائه والاستمرار بتعاطي الدواء وانتقاء غذاءه وممارسة الرياضة والبعد عن الانفعالات العنيفة.

أمّا عن العوامل التي تتحكم في ظاهرة طول العمر، تتلخّص جُلها في المعركة التي شنت ضد الأسباب الخارجية للوفاة وأسفرت نتائج البحوث والدراسات أنّ العوامل الأيكولوجية وطبيعة النظام الغذائي تتحكم في ظاهرة طول العمر كذلك متانة الصلات الأسرية لها آثار إيجابية على امتداد العمر. هذا وإذا كان التشيخ عملية تطورية للحياة ترتبط بالوراثة والبيئة والزمن وإن لم يتسنى بعد تحديد أبعادها على وجه الدقة وما خلصت إليه

هو أنّ التشيخ والشيخوخة تنشأ عنهما مجموعتان رئيسيتان من المعضلات الصحية هما: المعضلات المرتبطة بالصراع ضد الشيخوخة الباكرة من أجل تحقيق الحدّ الأقصى لإطالة العمر والاحتفاظ بقوة الاستمرار والبقاء على قيد الحياة من أجل عمر مديد، والمعضلات المرتبطة بالرعاية الصحية للأشخاص في مجموعتين العمر المتقدم والعمر الهرم.

الفصل 3

التوافق النفسي للمسنين وتكيفهم اجتماعيا

تمهيد:

تمثل مشكلة المسنين في المجتمعات المتقدمة والنامية على حد سواء، أبرز المشكلات الاجتماعية في العالم المعاصر نتيجة لمعالم التغيير الاجتماعي التي تواجه المجتمعات أيًا كان نسقها أو تحضيرها.

هذا ولا تخلو أي أسرة وخاصة في المجتمعات الإسلامية والعربية إلا وفيها من المسنين ومن الأجداد من الذكور والإناث وما يترتب على ذلك من علاقات بين الأبناء والأحفاد، مع من يحتاجون من المسنين إلى رعاية دائمة وتواصل في تقديم الخدمات التي تقدم لهم طوعية أو كراهية. ولقد كان نتاج هذا التصور أثارا نفسية واجتماعية على المسنين حيث يفقد البعض منهم أولاده في الوقت الذين هم يحتاجون إليه، ليس فقط من حيث الاحتياج المادي من طعام وشراب وكساء، بل كذلك من الناحية النفسية وحيث الحاجة العامة من قبل المسنين للرعاية الاجتماعية من قبل الأبناء والشعور بالأمن والاطمئنان والانتماء والتقدير والاحترام وحيث تزداد الحاجة إلى هذه المشاعر عند التقدم في العمر بدلا من الشعور بالنبذ.

ولأن كبر السن عملية مستمرة تتطلب توافقا مستمرا للتغيير وتكيفا مع المتغيرات المختلفة التي تطرأ في مرحلة العمر المتقدم، جاء هذا الفصل كعرض لمحددات التوافق النفسي للمسنين من أجل تكيف نفسي واجتماعي ناجح.

ولهذا الغرض تم تقسيم الفصل إلى ثلاثة مباحث، جاء الأول بعنوان التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين وتطرق من خلاله إلى مطالب النمو لدى المسنين ومحددات التوافق والتغيرات في الدافعية وجانب الخصائص العامة للتوافق لكبر السن والرضا عن الحياة والروح المعنوية لديهم. أما المبحث الثاني فيلخص أهم العوامل المؤثرة في تكيف المسنين نفسيا واجتماعيا من منهج الشخص في التكيف، العمل السابق، التهيؤ والاستعداد، الأحوال المعيشية وغيرها.

ولأن المكانة المعتبرة للمسنين تساهم في توافقه وتكيفه ولأن المكانة الاجتماعية تتحدد بالعديد من المعايير منها السن.

جاء في المبحث الثالث مجمل ما يمكن أن يقال عن المكانة الاجتماعية للمسنين من مميزات مكانة المسن في الإسلام ومكانتهم الاجتماعية في ضوء التغيرات الحضارية.

1.3. التوافق النفسي والاجتماعي للمسنين

التوافق مصطلح مركب ومعقد وغامض إلى حد كبير لأنه يربط بالتصور النظري للطبيعة الإنسانية، وبتعدد النظريات والأطر الثقافية المتباينة.

وربما كان أحد أسباب غموض هذا المصطلح هو الخلط بين المفاهيم، ففي اللغة الفرنسية نجد Adaptation، Conformité، Ajustement، Accommodation ورغم تعدد تعريفات

التوافق، إلا أنه يمكن حصرها في ثلاث اتجاهات رئيسية: [162، ص 468]

- الاتجاه الأول يرى أن التوافق عملية فردية تبدأ وتنتهي بالفرد.

- الاتجاه الثاني يرى أن التوافق عملية اجتماعية تقوم على الانصياع للمجتمع بصرف النظر عن الفرد هذا الانصياع.

- أما الاتجاه الأخير فهو الاتجاه التكاملي وهو يوفق بين ما هو فردي وما هو اجتماعي [162، ص 468].

ويمكن دراسة التوافق من إطارين على الأقل: الإطار الشخصي والإطار الاجتماعي، ويشير

الإطار الشخصي أساسا إلى الجانب الذاتي من التوافق ويتضمن المعيار الرئيسي للتوافق الجيد للإشباع الكافي لحاجات الفرد وتوافر حالة من التوازن الداخلي لديه، ويعني الإطار الاجتماعي بمعناه العام توافق الفرد كما يقيم من الخارج بمعايير شكلية أو غير شكلية يقوم بوضعها الآخرون، كما يستخدم المصطلح بمعناه الضيق فيشير إلى التوافق مع الآخرين [163، ص 28].

ومع أنه قد يكون مفيدا دائما أن نفرق بين التوافق الاجتماعي والتوافق الشخصي إلا أنه يتعذر ذلك غالبا، فالقيم الاجتماعية والمعايير تميل إلى أن تصبح داخلية وشخصية أثناء فترة نمو الشخصية ومن ناحية أخرى فإن المعايير المنبثقة من الثقافة وأحكام القيم تدخل في تقدير كفاية التوافق الشخصي [163، ص 28].

1.1.3. مطالب النمو لدى المسنين ومحددات التوافق

إن كبر السن عملية مستمرة تتطلب توافقا مستمرا للتغير و توقعا لتغير أبعد ويشير التوافق لكبر السن إلى ردود الفعل لتفاعل التغيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية التي تشكل جزءا من التقدم في العمر.

وهناك مفهومان رئيسيان لتفسير التوافق لكبر السن وهما فك الارتباط والنشاط وتفترض النظرية الأولى أن انخفاض التفاعل الاجتماعي والنشاط عند المسنين هو استجابة طبيعية لعوامل ترتبط بالعمر مثل ضعف الصحة وفقدان الأقران وموت الأقارب المسنين وما ينتج عنه من تقلص في العالم الاجتماعي للمسنين [51، ص 46]. ولكي يكون التوافق ناجحا فيجب أن يكون فك الارتباط عملية متبادلة بين الفرد والمجتمع. وإذا بدأت هذه العملية قبل أن يستعد لها الطرف الآخر يصاب الفرد بالتعاسة.

وطبقا لنظرية النشاط يجب أن يتمسك المسنون بأدوار العمر الأوسط وأنشطته طالما وجدوا إلى ذلك سبيلا فيستبدلون الأدوار التي تركوها بأدوار أخرى جديدة (مثل التخطيط لممارسة الهوايات بعد التقاعد) ويقاومون قدر الإمكان تقلص دورهم الاجتماعي والفيزيقي في الحياة [51، ص 46]. وبينما تعد كلتا النظريتين مفيدتين إلا أن كلا منهما على حده غير كاف في حد ذاته لتفسير التوافق الناجح لكبر السن. إذا لابد من الرجوع إلى عوامل أخرى هامة مثل الصحة والوضع الاجتماعي والعلاقات الأسرية [51، ص 46].

وقد ظهرت عدة نظريات حديثة تشترك فيما بينها في اعتقاد أساسي هو استمرارية أنماط السلوك البشري، فيرى (هافيجهرست- havighwirst) وكذلك (نيوجارتن- neugarten) و(توبين- Tobin) أنه لا يحدث انقطاع مفاجئ ببداية كبر السن بل أن سمات الشخصية تنمو طوال فترة الحياة فيتحدد السلوك ونمط التوافق بحيث يكون متسقا مع الخبرات الأولى [164، ص 96].

ويتطلب تحقيق توافر بعض مطالب النمو مثل التوافق للفقدرات وهي تشمل التوافق لتناقص القوة الجسمية والصحة والتوافق للتقاعد وتضاؤل الدخل والتوافق لوفاة الزوجة أو الزوج، كما تتضمن الانتماء إلى الجماعة العمرية والقيام بالالتزامات الاجتماعية والوطنية والإعداد المرضي لترتيبات المعيشية. وقد قسم (كلارك وأندرسن Clark et Anderson) مطالب النمو لدى المسنين إلى خمسة مطالب تمثلت في الاعتراف بكبر السن و نقاط ضعفه، وتعديل مدى الحياة الطبيعي والاجتماعي حتى يلائم أبعاد قابلة للضبط وإحلال مصادر بديلة وذات جدوى للتوافق وإعادة تقدير المعايير الخاصة بتقويم الذات مع وضع الظروف المتغيرة في الاعتبار ومراجعة الأهداف والقيم عند الضرورة حتى تناسب الوضع الجديد [164، ص ص 96-97].

وتوجز (هورلوك- hurlock) مطالب النمو لمرحلة الكبر في:

- مراجعات أساسية للأدوار التي كان يقوم بها المسن داخل وخارج منزلهم البحث عن أنشطة تحل محل العمل الذي كان يستفيد الجزء الرئيسي من وقته عندما كان شابا.
- القيام بالواجبات الاجتماعية.

- وضع ترتيبات معيشية جريدة تختلف شكل أساسي عن سابقتها في سنين العمر الأولى وتتناسب مع الصحة الهزيلة والدخل المحدود للمسن.

- التوافق لموت الزوجة.

- التوافق لانفصال الأبناء واستقلالهم وانشغالهم في أمورهم الأسرية.

- الانتماء إلى الأفراد من كل الفئات العمرية [164، ص 97].

أما فؤاد البهي، فيرى مطالب النمو لكبر السن تتمثل في التوافق للضعف الجسدي والمتاعب الصحية المصاحبة لهذه المرحلة من الحياة والتوافق بالنسبة للإحالة على المعاش أو نقص الدخل الشهري، والتوافق لموت الزوج أو الزوجة، وتنمية وتعميق الجو المناسب للحياة الصالحة لهذا السن [90، ص 295-296].

وأما عبد الحميد الهاشمي فيعتبر أهم متطلبات هذه المرحلة هي الراحة الجسمية والراحة النفسية والاستقرار العاطفي، والرعاية الصحية والغذائية والحياة الاجتماعية الحافلة مع الأهل و أنداد العمر، وتأمين مورد مالي أو ضمان اقتصادي لتوفير حاجات المسن الضرورية من الغذاء والكساء والمأوى. [104، ص ص 365-366].

ويقرر (شك- shock) أن مستوى التوافق لدى المسنين يتحدد تبعاً لأدوار ثلاثة هي:

1.1.1.3. التوجه الفردي: يتضمن التغييرات العمدية في الحاجات والأهداف والميول والاتجاهات

وفي تقدير السعادة ومصادر القلق، فالحاجات والأهداف تتغير مع العمر. وقد أشارت الدراسات الكلينيكية التي أجراها علماء النفس والطب النفسي، إلى عدم جدوى محاولة الحصول على معلومات عن الدافعية الحقيقية للأفراد وأهدافهم باستخدام الاستبيانات المباشرة والمقابلات بل تحتاج إلى وسائل أكثر عمقا مثل الأساليب الإسقاطية، لكن بالرغم من أن أهداف هذه الأساليب ذات قيمة كبيرة إلا أنها تفتقر إلى نوع من التحديد ودرجة من المعيارية. [165، ص ص 103-104].

أما التغييرات العمدية في الميول فقد أمكن التوصل إلى قدر كبير من المعلومات من دراسات استخدمت مقياس "سترونج" للميول المهنية: (Le test "strong" de vocation et intérêt professionnel)

وقد كشفت الدراسات عند فروق محددة بين الجماعات العمرية المختلفة ومن أمثلة ذلك كراهية المسنين للمهن الخطيرة وميلهم التزايد نحو حب الأنشطة التي تعتمد على الجلوس [165، ص 104] كذلك، توصل (تيرمان، مايلز Terman Et Miles) إلى تلاشي الفروق بين الميول عند الذكور وميول عند الإناث مع تقدم العمر، ومن حيث ميول القراءة أجريت دراسات في بلجيكا والسويد عن ميول القراءة لدى المسنين أشارت نتائجها إلى تناقص ضئيل في قراءة الصحف [165، ص 104].

وقام(كامبل، ميتزرنر Campbell Et Metzner) بمسح عن استخدام المسنين للمكتبات العامة بالولايات المتحدة فوجدوا هبوطا حادا في النسبة المئوية للأفراد الذين يقرأون عشرة كتب فأكثر في العام [165، ص 105]. وبالنسبة للتغيرات العمرية في الاتجاهات توصل (لورج Lorge) إلى أن الثبات والاستقرار في الاتجاهات الاجتماعية لدى المسنين أكبر مما لدى صغار السن. أما من حيث التغيرات العمرية في تقدير السعادة فقد عبرت عنه دراسة (تكمان و لورج Tuckman Et Lorge) اللذان قرار أن قمة السعادة تمثلت في التدين. إلا أن هذه الدراسة قد تعكس الثقافة النمطية عن كبر السن وما يصاحبه من ضعف جسمي وعقلي [165، ص 105]. أما عن مصادر القلق فقد أوضح (كافان cavan) أن مصادر القلق تتغير من مرحلة عمرية إلى أخرى، وعند المسنين تصبح مشكلتنا الصحة والاحتفاظ بالدخل أهم مصدرين للقلق [165، ص 105].

2.1.1.3. كفاءة الأداء و القدرات:

يتضمن التغيرات العمرية في الإدراك والسمع والبصر وفي القوة والمهارات الحركية وحدث المرض، كما يتضمن التغيرات في الذكاء والتعلم والذاكرة فالاحتفاظ بالتوافق المرضي مع البيئة الاجتماعية يعتمد على الإدراك والاتصال وتمثل الوظائف الحسية من سمع وبصر حلقة أساسية في سلسلة الأحداث التي تؤدي إلى الاتصال [166، ص 29].

3.1.1.3. دور البيئة الاجتماعية والثقافية:

تتجدد آليات التوافق المتاحة للفرد ليحقق لإرضاء حاجاته وأهدافه بالبيئة الاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها. وتقدم البيئة الرعاية داخل المؤسسات لحالات الانحراف في سلوك، لكن الاتجاهات الثقافية الحالية تتسم بثنائية المشاعر فهي من ناحية تفرض التقاعد الإجباري على المسن ومن ناحية أخرى تزوده بالأمن الاقتصادي في سنوات ما بعد التقاعد. وإذا كان النمو بمعناه الفيزيائي قد يتوقف في مرحلة التقدم في العمر فان الترقى يجب أن يستمر مدى الحياة. ومن هنا كانت الحلول المستقبلية المرضية لكثير من مشاكل المسنين تعتمد على التربية:تربية كل من الفرد والمجتمع [167، ص 18].

2.1.3. التغيرات في الدافعية ونمط التوافق:

1.2.1.3. التوجهات الايجابية: وجهت (بوهلر-buhle) الاهتمام أكثر من غيرها من علماء كبر السن إلى أهمية دراسة سياق الحياة الإنسانية حيث يتضمن الدوافع الأساسية من وجهة نظر النزاعات الأوسع والأشمل ومن زاوية تتابع الأحداث، فافترضت أن في الحياة البشرية حاجة عامة للامتداد المستمر أو التوسع، وهو توجه أساسي نحو المستقبل و يشير غيرها من علماء النفس إلى الحاجة إلى

الانجاز وتحقيق الذات والقيام بدور ذي مغزى وهذا الافتراض يفسر التغيرات المختلفة الأهداف والميول كلما تحرك الناس في طريق الحياة [168، ص 119].

فالأزواج والأطفال والعمل يمثلون الوسائل الأساسية لذلك الامتداد لكلا الجنسين وإن كانت هناك بالطبع فروق جنسية هامة في قيمة كل من تلك الوسائل. وتبدأ الميول الاجتماعية والاشترك في الأنشطة في التدهور من الرشد المبكر فصاعدا حيث يميل الأفراد إلى تفصيل القليل من الأصدقاء الحميمين من المعارف، كما تتقلص في مرحلة العمر المتقدم العلاقات الاجتماعية بفقدان الزوجة والأصدقاء والزملاء بسبب الوفاة [169، ص 128].

ويقدم الدين فرصا سانحة لإشباع الحاجات الأساسية في العمر المتقدم، فتوضح الدراسات أن هناك تزايد مفردا في درجة المشاركة الدينية في مرحلة العمر المتقدم بالرغم من أن هذه المرحلة تشهد أنماط النشاط الأخرى خارج المنزل وذلك لأن المشاركة الدينية تشبع كثيرا من الحاجات البشرية الاجتماعية والخلقية والأمنية للأفراد [134، ص 17].

وبالرغم من تغير الأهداف، فإن المرحلة الممتدة من الحياة لا تحدد بالرغبة القوية في الانجاز والامتداد، بل بتزايد الاقتدار على التعامل مع البيئة، الذي ينشأ عن النمو ويزيد حدوث الصم مع تقدم العمر من 1% في السن العشرين إلى 5.9% في سن، الخامسة والستين وقد لوحظ أن حالات فقد السمع أكثر حدوثا بين الذكور عنها عند الإناث في جميع مستويات الأعمار وتعتمد درجة كفاية الأجهزة المعنية للسمع اعتمادا كبيرا على التوافق النفسي لدى المسنين ويشك (سيلفرمان وتايلور silverman et Taylor) في قيمة المعينات السمعية بالنسبة للمسنين بسبب الحاجة إلى دافعية كافية وتدريب على استخدام الأذان [169، ص 130]، كذلك تعتمد متطلبات الحياة اليومية على حدة الأبصار وسرعة الإدراك الحسي، وهناك اتفاق عام أن حدة البصر تتناقص مع تقدم العمر ويكون ذلك ملحوظا بعد سن الأربعين حيث يرجع في جانب كبير منه إلى تغيرات بنائية في العين مثل زيادة صلابة العدسة والتغيرات الانحلالية في الشبكية والتناقص التدريجي في بؤبؤ العين. كما يلاحظ هبوطا في القدرة على تمييز الألوان بعد سن الستين. [169، ص 130].

كذلك حل البحث على وجود تناقض في سرعة الإدراك البصري لدى المسنين ويكون أكثر وضوحا في حالة مستويات الإضاءة المنخفضة. ويمكن الحد من كثير من أوجه النقص في حاسة البصر باستخدام العدسات المناسبة [169، ص 130].

ومع أن عيوب الرؤية المرتبطة بسرعة الاستجابة لا يقلل منها استخدام تلك الوسائل إلا أنه من المحتمل أن يستفيد المسنون كثيرا إذا أودوا تدريبا خاصا بذلك [169، ص 130].

أما من حيث التغيرات العمرية في القوة والمهارات الحركية فقد أوضحت القياسات الكمية لقوة مجموعة العضلات المختلفة، أنها تصل إلى أقصاها بين عمر (25 و 30 سنة) ثم يتبع ذلك تناقص تدريجي حتى سن الستين يتلوه هبوط أكثر سرعة حتى سن الثمانين، كما أن القدرة على القيام بعمل عضلي مرهق تتضاءل مع تقدم في العمر.

كذلك لوحظ التعطل التدريجي في التأزر الحركي الدقيق وتناقص الملحوظ في القوة أو سرعة مع تقدم السن لا يجب اعتباره أمرا محتوما. فقد يمكن الاحتفاظ بالكفاءة الحركية من خلال تدريب خاص وربما يمكن التعويض عند فقدان المحدود في القدرات الحركية النفسية عن طريق عمل تعديلات وتحسينات في تصميم المعدات وإحداث تغييرات في الظروف العمل [169، ص 131].

أما عن التغيرات العمرية و حدوث المرض فإن وجود أو غياب المرض المزمن المسبب للعجز في فترة الكبر ذو تأثير على السلوك والتوافق النفسي، لكن استغراق البحوث الطبية في الحديث عن تزايد حالات أمراض القلب والسرطان والتهاب المفاصل والمرض العقلي، لا يجب أن يحجب عنا بعض الحقائق. إن كل الدراسات التي تناولت حدوث المرض تعاني من مشاكل خطيرة من حيث العينة، كما أن رد فعل الفرد بالنسبة لمرضه بعد مشكلة هامة فكثير من الأفراد الذين يعانون من المرض قد تعلموا أن يعايشوا المرض ويستمرروا في حياة ناعمة ومنتجة، بينما هناك آخرون يستلمون لأقل درجات العجز ويتحولون لمرض مزمنين، كذلك الإشارة إلى أهميته البيئية الاجتماعية في تحديد السقام [104، ص 86].

وغالبا ما يعتبر زيادة إدخال المسنين المستشفيات العقلية على أنه دليل على الانهيار التام للتوافق النفسي، إلا أننا يجب أن نتذكر إدخال المريض المستشفى لا يعتمد فقط على وجود المرض العقلي، بقدر ما يعتمد على اتجاه المريض في بيئته. ومع الاتجاه نحو التحضر قلت العناية المنزلية، ومن هنا يجب تفسير أرقام دخول المسنين المستشفيات بحذر وحرص [104، ص 86].

وهناك التغيرات العمرية في الذكاء وقد تناولت كثير من الدراسات التغيرات العقلية أثناء النضج وكبر السن (جرانك- giranck)، (لورج- lorge)، (شك- shock) ويكون التناقص المصاحب للعمر ضئيلا جدا في المفردات والمعلومات و العبارات المتشابهة، بينما يكون التدهور الملحوظ في الأداء في الحسابات الرقمية وتكملة التسلسل وترتيب الصور ومسائل التناظر. وقد توصل (إيزنك- Eysenck) إلى أن التناقص الذي يلاحظ في درجات اختيار الذكاء عند عينة من المسنين لا يجب أن يدفعنا إلى التسرع في استنتاج أن كل التغيرات ترجع إلى العمر وحده. فالأداء المنخفض على بعض الاختبارات لدى كبار السن ربما يرجع في بعض الأحيان الى البعد الزمني الشاسع الذي يفصل

بين هؤلاء الأفراد وبين فترة تعلمهم الرسمي. ومن ثم فإن ما يكتشف من تدهور في أدائهم ربما يردّ إلى قلة مرونتهم ونسيانهم لما تعلموه أكثر من اعتباره دالة لتدهور قدراتهم [102، ص 31]. كما أن عدم الألفة بمادة الاحتكار وبالموقف الذي يؤدي فيه يمكن أن يلعب دورا هاما في درجات الأداء المنخفضة، أما من حيث التغيرات العمرية في التعلم والذاكرة فإن تحقيق توافق مرضي للمسنين يتضمن غالبا استجابات جديدة أو تعلم العيش في ظل القدرات الجسمية والإدراكية المتناقصة، وقد دلت دراسة (ولفورد- welford) على أن الطرق التي يستعملها الراشدون في تعلمهم ليست هي نفسها التي يستعملها الصغار ومهما كانت عيوب كبار السن فليس هناك دليل على افتراض أنهم لا يستطيعون التعلم [102، ص 31].

2.2.1.3. التوجهات السلبية (الدفاعات ضد الفقدانات والإحباطات الأساسية):

في مرحلة كبر السن حيث يكون الأبناء قد نضجوا وغادروا بيت الأسرة، وحيث تنهار القدرات وتضعف الطاقات و يختفي الأصدقاء والزملاء بالموت، تظهر حاجة متوازية هي بناء دفاعات ضد القلق المتولد عن تلك الفقدانات الجسمية والاجتماعية. [170، ص 34]. وتتضمن هذه الدفاعات الإحجام أو السلوك الوقائي الذي يعد سلبيا وتتحول الأدوار بالنسبة للمسن من شخص يعمل إلى شخص متقاعد ومن الزواج إلى الترميل. وتتناقص إمكانيات البيئة فلا تحقق إشباع حاجاته العديدة بل إنها تصبح سلبية ومهددة فيتحول المسن من إنسان ذي مكانة إلى رجل هامشي، وهناك متغير يتسبب في إحداث الكثير من الاحباطات والتهديدات في مستويات العمر النوعية وهو تغير منظور الوقت [170، ص 34]. فالمرأة غير المتزوجة ذات الثلاثين عاما التي ترى أن الوقت يتسلل منها وهي تتقدم في العمر، والسيدة ذات الأربعين عاما التي لا تنجب وتريد أبناء تشعر بالحاح الزمن البيولوجي، والآباء الذين جاوزوا الأربعين وأوشك أبنائهم أن يتركوا البيوت يحسون بقصر الوقت لإنجاز ما يتطلبه الأبناء. والرجل في السن الثلاثين أو الأربعين الذي لم يحقق أهدافه من الوظيفة يشعر بأهمية الوقت [170، ص 34].

وفي مرحلة كبر السن حيث المستقبل بتحديداته المطلقة يدفع المسن إلى التبدل الانفعالي أكثر مما يدفع إلى القلق أو يوجد لديه ميل للتوجه نحو الماضي عن طريق التخيل بدلا من التوجه نحو المستقبل. ولهذه الاعتبارات نتوقع أن العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية قد تتخذ بطريقة تظهر مشاكل التوافق المميز لكل جماعة عمرية خاصة [170، ص 34].

3.1.3. مصادر صعوبات التوافق لدى المسنين

بالإضافة إلى اضطراب المسنين إلى التوافق للتغيرات الفيزيولوجية والنفسية فإن عليهم أيضا أن يتوافقوا لبعض الاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية التي يفرضها نوع الثقافة مما يعقد مشكلاتهم ، ومشكلات كبر السن ليست واحدة في كل الثقافات فالثقافات المختلفة تنظر إلى كبر السن بطرق مختلفة، وحتى الثقافة الواحدة قد نجد فروقا واسعة في الاتجاهات والمعتقدات الخاصة بالمسنين [171، ص 84]. ويمكن أن نلخص مشاكل التوافق لدى المسنين فيما يلي:

1.3.1.3. التركيز على الشباب: يمثل الشباب بالنشاط والاستعداد لتقبل التغير كما يمتاز بالشجاعة والثقة بدور ريادي، فيتسع العالم أمامه ويعدونه أمل المستقبل. وينظر إلى كبر السن على أنه الحزن والألم وأن المسنين قد اجتازوا مرحلة العمر الأوسط وقد أصبحوا عديمي النفع ومملين. وإذا تقبل المسنون هذا التعميم للشباب والكبر فسوف يؤدي بهم ذلك إلى تحطيم تقديرهم لذاتهم [54، ص119].

وهذا الاتجاه يختلف عما نجده في الثقافات أخرى مثل الثقافات اليابانية التي تركز على مزايا كبر السن فتقام الحفلات للرجال والسيدات في بعض قرى اليابان عندما يبلغ عمرهم الحادية والستين، فهذا العمر يمنح صاحبه احتراماً خاصاً وتقديراً، اعترافاً بما لديه من حكمة، لذا نجد الأمريكيين والأوروبيين يحاولون رفض كبر السن فيردون ملابس الشباب ويقلدون حماس الأطفال ويندمجون في وسائل تسلية طفولية مما يشكل أعراض الفجاجة المرضية في الثقافة الغربية [172، ص 89].

2.3.1.3. التقاعد ومصاعبه المادية

يعني التقاعد بصفة عامة تضؤل دخل معظم المسنين إذ أنه يكون عادة أقل من دخل الأجر والمرتبات، وبينما يتطلع الشباب إلى الترقية وزيادة المرتبات يكون على المسن أن يتقبل حقيقة أن فرصته في الحياة قد انتهت.

ويصل بعض المسنين إلى سن التقاعد مع رغبتهم في الاستمرار في العمل ويؤدي عجزهم عن تقبل الموافق الجديدة إلى الصعوبات التي يواجهونها في التوافق للتقاعد.[55، ص 81]. ويفرض التقاعد الإجباري أعباء مادية على المسنين مما يؤثر على صحتهم الجسمية والنفسية ويعتبر البعض أن تزايد وقت الفراغ مشكلة أساسية يجب على المتقاعد مواجهتها، لكن الرغبة في قضاء وقت الفراغ ترتبط بارتفاع مستوى للأمن المالي والصحة بين المسنين [55، ص 81].

3.3.1.3. مصاعب الترتيبات المعيشية:

لقد أوردت نتائج دراسات أمريكية أن ثلاثة ملايين أسرة أمريكية _يعيش معهم أبائهم المسنون ويمثل ذلك حوالي 75% من المسنين. أما الباقيون فبعضهم يقيم بمنزلهم دون أقارب والآخرين يعيشون مع غير أقربائهم أو يقيمون في فنادق ومؤسسات. أما من يعيشون مع أسرهم فهم يتمتعون

بالمحبة والاستيلاء في نفس الوقت. فغالبا ما يتهم صغار أفراد الأسرة الكبار بأنهم فضوليون في كثير من الأمور ويتحدثون وينتقدون كثيرا ولا يقدرون ما يبذل من أجلهم، أما الكبار فيشعرون من جهتهم بعدم تقديرهم كثيرا ولا يقدرون ما يبذل من أجلهم، مما يجعل الإجهاد والتوتر الانفعالي أمرا محتوما في مثل تلك الظروف [165، ص 117].

وفي حالة الإقامة بالمدن يجد المسن فرصة ضئيلة في المنزل أو الشقة المزدحمة للشعور بالجدوى. أما بالنسبة الذين يعيشون لهؤلاء في مناطق ريفية فتكون ظروفهم أفضل نوعا ما. وفي المزارع يقوم المسنون بأعمال ترتبط بحياتهم السابقة و يسهمون في الحياة بصورة نافعة [167، ص 21]. وقد أنشأت بعض المجتمعات عددا من المشروعات السكنية روعي أن تصمم خصيصا للمسنين واطاعة في الاعتبار احتياجاتهم الخاصة. إلا أنها تعزلهم عن المجتمع و تقيد اتصالاتهم مما يضاعف بعض مشكلات التوافق لديهم [173، ص 125].

وتكتسب الإقامة بالمؤسسات أهمية خاصة بالنسبة للمسنين وعائلاتهم وترجع أهميتها إلى ما تقدمه من خدمات صحية ومظاهر اجتماعية للرعاية تتمثل في الترقية والتطبيع الاجتماعي والعلاقات التفاعلية والأنشطة المهنية وغيرها. [173، ص 125].

ومن الطبيعي أن يفضل كثير من المسنين الإقامة في بيوتهم إلا أن عددا من المسنين قد تتطلب حالتهم تقديم الخدمات الاجتماعية والطبية على أساس جماعي وهنا قد تمثل الإقامة بالمؤسسات تغيرا إيجابيا يوفر لهم الأمن والبقاء والرعاية الطبية والراحة النفسية ويخلص أعضاء الأسرة من الجهد الانفعالي والجسمي والاقتصادي. [173، ص 125].

4.3.1.3. مشاعر العزلة الاجتماعية وعدم الجدوى

يساهم كل من التقاعد وترتيبات المعيشة في إحساس المسنين بالعزلة الاجتماعية وعدم الجدوى. ومع كبر السن يحرم المسنون من القيام بكثير من أدوارهم كأزواج وآباء وأصدقاء. ويكون بعض المسنين مهينين لتقبل هذا الحرمان والتوافق له بسهولة والقيام بأدوار جديدة، لكن الآخرين تقهرهم الوحدة ويقعون فريسة لمشاعر الرثاء للذات ويصبحون كثيري المطالب وعدوانيين، وبينما تكون مشاعر العزلة والوحدة خبرة يمر بها المسنون غالبا إلا أنها لا تشملهم جميعا [54، ص 120].

فقد أشارت دراسات حديثة إلى أن المعيشة الحضرية لا تتعطل فيها الروابط الأسرية كما كان مفروضا من قبل وأن أنماط المساعدة الأسرية لا تنتج مشاعر اليأس لدى المسنين من علاقاتهم مع أبنائهم ومشاعر الرفض و الوحدة ولا سلوك الفعلي لأبنائهم، بقدر ما تنبع من أن توقعاتهم ومطالبهم من أبنائهم كانت عالية جدا [54، ص 123].

ويقسم (دافيد رايسمان david deisman) طرق توافق المسنين لمشكلاتهم إلى ثلاث أنماط هي:

- 1 - النمط الاستقلالي: ويضم مجموعة صغيرة من الأفراد يحملون بداخلهم موارد نفسية لتجديد الذات ويمدهم التقدم في العمر بالحكمة فلا يفقدون التلقائية والقدرة على الاستماع بالحياة وهم قد تخلصوا من قيود الثقافة والعقوبات التي تفرض على المسنين.
- 2 - النمط التوافقي: يشمل ربما أغلبية الأفراد وهم لا يملكون مثل سابقهم الموارد النفسية لكنهم يحتفظون بمركزهم ومكانتهم التي يحصلون عليها من خلال العمل والنفوذ وغيرها مما يساندهم طالما بقيت الأحوال الثقافية حولهم مستقرة تقوم بحمايتهم.
- 3- النمط اللامعاري: فيضم الأفراد الذين لا يتمتعون بالحماية من الداخل أو الخارج ليس لهم موارد نفسية أو دعم من البيئة الثقافية، مما يجعلهم عرضة للانهايار [170، ص 37].
- وتوجز (هورلوك - hurlock) أهم العوامل التي تؤثر في التوافق النفس لكبر السن فيما يلي:
- 1 - التهيؤ أو الاستعداد للتقدم في السن: فهؤلاء الذين لم يعدوا أنفسهم نفسا أو اقتصاديا للتغيرات المحترمة التي يحدثها كبر السن غالبا ما يجدون التوافق لتلك التغيرات خبرة صادمة.
 - 2 للخبرات السابقة: إن المصاعب التي يتلقاها الفرد في توافقه لكبر السن تكون غالبا نتيجة تعلم سابق لأشكال معينة من التوافق لا تناسب هذه الفترة من الحياة [51، ص 63].
 - 3 لإشباع الحاجات: لكي يتحقق التوافق الجيد في كبر السن لا بد أن يكون الأفراد قادرين على إشباع حاجاتهم الشخصية وأن يسيروا تبعا لتوقعات الآخرين في حدود إطار الحياة المتاح لهم.
 - 4 - الاحتفاظ بالصدقات القديمة: فكلما زاد عدد الصدقات القديمة التي يستطيع المسن الاحتفاظ بها كلما كان أفضل توافقا وأكبر سعادة. أما إذا انتقل إلى منطقة أخرى أو عاش فترة أطول مما عاش أصدقاؤه فإنه يعمل ضد التوافق والسعادة. [51، ص 63].
 - 5 - الأبناء الكبار: إن ارتباطات الأبناء المستمر مع والديهم المسنين واتجاهات هؤلاء نحوهم يساهم في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي لكبار السن.
 - 6 - الاتجاهات الاجتماعية: من أكبر معوقات التوافق الجيد في السن المتقدم هو الاتجاه المقاوم نحو التقدم في العمر ونحو التوافق للتغيرات التي يحدثها مما يشكل عقبة خطيرة في طريق التوافق الناجح لكبار السن.
 - 7 منهج التوافق: تتضمن الأساليب المنظمة للتوافق قبول نواحي القصور التي ترتبط بالعمر وتنمية ميول جديدة وتعلم ترك الأبناء وعدم التركيز على الماضي، أما الأساليب اللامنطقية فتتضمن إنكار التغيرات التي تصاحب العمر ومحاولة الاستمرار في الأساليب السابقة والانشغال بمناهج وانتصارات الأيام الماضية والرغبة في الاعتماد على الآخرين [51، ص ص 63-64].

- 8 لأحوال الصحية: إن المرض المزمن عائق كبير للتوافق وهو بهذا يختلف عن الأمراض المؤقتة حتى لو كانت هذه الأخيرة أكثر قسوة إذا طالت مدتها عن النوع الأول.
- 9 لأحوال المعيشية: عندما يجبر المسنون على الإقامة في أماكن تشعرهم بالدونية والعجز واليأس يكون لكل ذلك أثر سلبي على نوع التوافقات التي يسلو عنها لكبر السن.
- 10 لأحوال الاقتصادية: من الصعب على المسنين بصفة خاصة أن يتوافقوا للمشكلات الاقتصادية لأن لديهم فرصا قليلة أو معدومة لحلها بنفس الأسلوب الذي كانوا يستخدمونه عندما كانوا أصغر سنا [51، ص 64].

5.3.1.3. دور استعراض الحياة الماضية في تحقيق التوافق لكبر السن:

غالبا ما ترفض أسرة المسنين ميلهم إلى الانغماس في أحداث حياتهم الماضية، ويشاركهم في هذا الرفض أصدقاؤهم ومعالجهم فهم يعتبرون ذلك خرقا أو حياة في الماضي أو أي وصف مشين. لكنها في الواقع نشاط صحي وظيفي، فاستعراض أحداث الحياة عودة للوعي بالخبرات السابقة وبذل الجهد في سبيل السيطرة على الصراعات غير المحلولة. [174، ص 107].

هذا واستعراض أحداث الحياة الماضية هو أحد العلامات النمائية البارزة في مرحلة كبر السن وهي عملية عقلية عامة سببها التحقق من قرب العناء والموت وتختلف الانفعالات لكنها جميعا تقريبا عناصر ألم وتعب حيث تعود المشاكل القديمة التي بقيت دون حل إلى الصعود إلى السطح [174، ص 107].

ويقترح علماء النفس العديد من الطرق لإثارة الذاكرة وتسهيل عملية استعراض الأحداث الماضية حتى تكون مفيدة وممتعة وتمثل هذه الطرق فيما يلي:

- السير الشخصية المدونة والمسجلة: كبار السن هم بالتحديد نتاج عصر مختلف وذاكرتهم مخزن للذكريات التي يمكنهم الأخذ منها بإرادتهم، وبذلك فإن عملية تذكر الخبرات لا توفر فقط الفرصة المفيدة لتكامل الماضي ولكنها أيضا وسيلة للترابط بين الأجيال. وإذا اشترك قريب صغير سواء في دور المستمع أو في المساعدة في تسجيل العملية فإن هذا الاتصال يمكن أن يقوى الروابط الشخصية نتيجة الأهمية المشتركة للموضوع. [174، ص 110].

- الرحلات الطويلة: يعيش كثيرون من كبار السن بعيدين عن موطنهم الأصلي فتكون لديهم ذكريات باهته عن المواقع أو الأماكن التي كونوا فيها خبرات مفيدة، وربما تبقى المدرسة أو حتى رحلة قطار في الذاكرة المسن فتثير فيه السوق إلى الأماكن ويمكن أن تحقق الرحلات إلى تلك الأماكن إنجازا كبيرا.

- مناسبات إعادة جمع الشمل: يتصل بالتسويق إلى العودة الأماكن القديمة والرغبة في رؤية الأشخاص الذين نما معهم المسن أو ذهب معهم إلى المدرسة أو عمل معهم. وكذلك المناسبات التي يعاد فيها جمع شمل الأسرة فهي تتيح الفرصة لتذكر الأحداث وملئ الفراغ في ماضي الشخص من خلال تجدد المعرف القديمة. [174، ص 110].

-دراسة الأسباب: كلما كبر سن الأفراد أصبحوا أكثر ميلا معرفة جدودهم، وكأنهم يتوقعون منهم أن يكونوا الجنة استقبال تساعدهم على التوجه لمكانتهم في التاريخ. ويوفر البحث في الأنسب الرضا في يشكل نشاط ممتع وكنوع من الترابط مع الإسلاف ومع فروع شجرة الأسرة الذين قد يكونوا مجهولين.

- سجل الذكريات: يتكون من ألبومات الصور والسجلات المكتوبة والهدايا التذكارية والسجلات المكتوبة أو المصورة، فيقضي المسنون ساعات طويلة ممتعة وينظمونها، وتقدم هذه السجلات عند إعدادها مركز آخر للاهتمام يجمع شمل الأسرة والأصدقاء. [174، ص ص 110- 111].

- تلخيص أعمال حياة الفرد: إن تأمل أعمال الفرد في حياته مهمة شاقة لا تتحملها قدرات معظم المسنين، أما هؤلاء الذين يتوفر لديهم الميل والقدرة فإنهم يجدون فيها خبرة تكاملية يمكن أن توجههم وجهة جديدة.

- المحافظة على الهويته السلالية: يرتبط بالبحث عن أسلاف الفرد والرغبة في تقوية الروابط والهوية السلالية والمحافظة عليها. ويهيئ ذلك بالنسبة لبعض الأفراد بعدا جديدا وإحساسا بالمكانة وروابط اجتماعية جديدة. وإذا كانت هذه الروابط عاملا قويا فان علاقات المودة القوية في مرحلة العمر المتقدم يمكن أن يؤدي إلى راحة نفسية كبيرة [174، ص 111].

6.3.1.3. التقاعد وعلاقته بالتوافق النفسي

يرى (كاراديك - caradec) أن التقاعد ربما يكون نهاية لنمط من أنماط الحياة أو انتقالا إلى نمط جديد للحياة، وهو يتضمن دائما تغيرات في الأدوار وفي الميول والقيم وتغيرات في نمط الكامل للحياة والأفراد الذين يجدون صعوبة في التوافق للتقاعد هم هؤلاء الذين يتصفون بعدم المرونة في مواجهة التغير هذا وحوالي ثلث عدد المتقاعدين يواجهون صعوبات في التوافق للتقاعد، ويمثل التوافق لتناقص الدخل معظم الصعوبات (40%) ويرجع لفقدان الوظيفة (22 %) من صعوبات التوافق. أما النسبة المتبقية (22%) فتنسب عن عوامل مثل وفاة الزوج أو الزوجة وتدهور الصحة [132، ص 32].

وتساعد ظروف معينة على التوافق للتقاعد بينما تضعفه بعض الظروف، فاتجاه العامل نحو التقاعد له دون شك اثر كبير على التوافق ويتراوح بين السعادة للتححرر من مسؤوليات العمل واليأس نتيجة التخلي عن أمر مفيد ذلك هو العمل [132، ص 32].

وهناك الحالة الصحية فلو كانت الحالة الصحية هزيلة وقت التقاعد فان ذلك يسهل التوافق بينما الحالة الصحية الجيدة عند التقاعد تضعف من التوافق. ومنها أن يكون للعامل اهتمامات وأنشطة بديلة تحقق له الإشباع والرضا، ومنها العلاقات الاجتماعية والحالة الاقتصادية الجيدة التي توفر المعيشة المريحة والاستماع بوقت الفراغ. ومنها مدى ميل العامل إلى عمله وحبه له، فكلما كان العامل يحب عمله كان توافقه للتقاعد ضعيفا وهناك علاقة عكسية بين الرضا عن العمل والرضا عن التقاعد. كذلك تؤثر اتجاهات أعضاء الأسرة نحو التقاعد في توافق الفرد للتقاعد وينطبق ذلك بالذات على اتجاهات الزوج أو الزوجة [132، ص ص 32-33].

هذا وتتوافق النساء شكل أفضل للتقاعد عن الرجال ويرجع ذلك إلى أن تغير الدور لديهن ليس أساسيا لأنهن في معظم الحالات يقمن بدور العمل في المنزل سواء كن متزوجات أو عزباوات خلال سنوات العمل بالإضافة إلى دورهن كعاملات، كما أن العمل يمدهن بالقليل من الفوائد النفسية والمساندة الاجتماعية ولذلك يكون التقاعد أقل ألما بالنسبة لهن عن الرجال. [132، ص 33].

ولما كانت القليلات من النساء يتولين مناصب تنفيذية لذلك فأنهن لا يشعرون بأنهن قد فقدن فجأة كل القوة والمركز عند تقاعدهن. وقد اتضح أن غير المتزوجات كمجموعة كان توافقهن للتقاعد أفضل من توافق ربات البيوت لأن لديهن موارد اجتماعية يلجأن إليها في الشغل وقت الفراغ كما أنهن أكثر اعتمادا على الاتصالات خارج نطاق الأسرة. وبذلك تكون لديهن جماعات اجتماعية جاهزة يتصلن بها أثناء وقت الفراغ الذي ينتج عن التقاعد.

أما الرجال فليس لديهم من الوسائل الجاهزة التي تجلب الرضا لتحل محل تلك التي كان يوفرها العمل وبذلك يكون التقاعد بالنسبة لهم أكثر ألما ويكون توافقه بدرجة أقل للتغيرات الدور التي يتطلبها التقاعد [132، ص 33].

7.3.1.3. الإقامة بالمؤسسات وأثرها على التوافق

قد تجبر الظروف الاقتصادية والأحوال الصحية بعض المسنين على الإقامة بإحدى مؤسسات رعاية المسنين، وهذه المؤسسات تنقسم إلى فئتين: دور المتقاعدين ودور التمريض. وفي دور المتقاعدين نجد أقساما للسكن على شكل شقق فردية أو حجرات منفصلة وحجرة الطعام وحجرات الترويح، وقاعات انتظار تقع في أماكن يتيسر للجميع استخدامها، وتشبه المرافق تلك التي توجد في

فندق حيث تتوفر وجبات للمقيمين الدائمين. أما في دور التمريض فتلبي الاحتياجات البدنية للمسنين على يد عاملين كما يمكن إدخالهم المستشفيات في حالة الضرورة [173، ص 146].

وقد يضطر كثير من المسنين على ترك بيوتهم والإقامة بمؤسسة إلا أن هناك مزايا معينة لهذا النمط المعيشي، فإصلاح وصيانة مكان الإقامة تقوم به المؤسسة وتكون الوجبات المتاحة بأسعار معقولة كما تتوفر وسائل مناسبة للترويح.

والتسلية وفرص الاتصال مع آخرين متساوون في العمر لهم ميول وقدرات متشابهة وهي تزيل الوحدة حيث توجد الصحبة دائما إلى غير ذلك من المزايا.

ولكن لها عيوبها التي تتلخص في أنها أكثر تكلفة وطعامها أقل إغراء عن طعام البيت فهو متكرر وفرصة الاختيار فيه محدودة وكذلك التعامل من أناس قد يكونون غير متجانسي الطباع [173، ص 146]، وموقع تلك المؤسسات يكون عادة بعيدا عن المحلات التجارية ومحلات اللهو والهيئات الاجتماعية وهي تقع عادة بعيدا عن الأسرة والأصدقاء وتكون أماكن المعيشية فيها أصغر بكثير عن بيوت المسنين، وغالبا ما تدار تلك المؤسسات من قبل هيئة فاقدة للدافعية، غير مدربة تدريباً كافياً على أساليب رعاية المسنين وغير مدركة لحاجاتهم الأساسية وظروفهم النفسية في ظل نظام من الإدارة التحكيمية التسلطية [173، ص 147].

وهناك دلائل على قيام ما يمكن أن يسمى بعصاب المؤسسات "nevrose institutionnelle" وهو نوع من الاضطراب تحدثه الإقامة في المؤسسات يمكن أن نجده في المستشفيات والسجون وغير ذلك من أماكن يتم فيها اقتلاع الشخص من بيئة ليعيش في مجتمع مغلق صارم. ومن العوامل المحدثة لهذا العصاب فقدان الصلة بالعالم الخارجي وتآكل الشخصية بسبب عوامل الضغط والسيطرة العنيفة التي تمارسها المؤسسة [173، ص 147].

فيصبح النزول متواكلاً تماماً بفعل ما يطلب منه باعتبار أن ذلك يجنبه الوقوع في المتاعب، ويفقد النزول تدريجياً المبادرة وتنعدم اهتماماته ويصبح واحداً في جماعة آلية. وتعمل الرعاية المبالغ فيها للمسنين على الإسهام في إحداث هذا العصاب حيث تشغل الهيئة المشرفة أو هيئة التمريض بشكل مبالغ فيه بالسلامة البدنية لهؤلاء المسنين وذلك على حساب الاحتياجات النفسية والاجتماعية لهم. فمثل هذا الاهتمام الزائد يعفي المسن من بذل أي جهد أو ممارسة أي نشاط، الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى سرعة تدهوره بدنياً ونفسياً [173، ص 148].

وإذا أردنا الاستفادة من تلك المؤسسات بشكل مناسب وفعال فمن الضروري دراسة خصائص مجتمع المسنين وأسباب الإيداع بالمؤسسة وجمع المعلومات التي تشكل دليل عمل للمؤسسات من أجل تحسين برامج وطرق رعاية المسنين المقيمين بها [173، ص 148].

- ويتوقف التوافق الجيد للمسنين المقيمين في المؤسسات على كثير من الشروط منها:
- أن يدخلوا تلك المؤسسات مختارين و ليس تحت ضغط الظروف وبذلك يكونون أكثر سعادة وأقوى دافعية في التوافق للتغيرات الأساسية التي تنتج عن الإقامة بالمؤسسة.
 - التعود على الإقامة مع الآخرين ومشاركتهم أنشطتهم مما يزيد استمتاعهم بالعلاقات الاجتماعية والفرص الترويجية التي توفرها المؤسسات القريبة من المساكن السابقة حتى يمكنهم المحافظة على اتصالاتهم بأفراد أسرهم وأصدقائهم.[173، ص 148].
 - أما أكثر هذه الشروط أهمية فهو أن يشعر المسنون أنهم مازالوا جزءا من أسرهم وأن صلاتهم لم تنقطع بأبنائهم وأقاربهم [173، ص 148].

4.1.3. الخصائص العامة للتوافق لكبر السن

1.4.1.3. الخصائص العامة للتوافق الجيد عند المسنين

- يمكن إبراز الخصائص العامة للتوافق الجيد لكبر السن في النقاط التالية:
- اهتمامات قوية و متنوعة.
 - استقلال اقتصادي يجعل الاستقلال المعيشي ممكنا.
 - صلات اجتماعية واسعة مع الناس من كل الأعمار و ليس مع المسنين فقط.
 - الاستمتاع بالعمل السار المفيد غير المرهق.
 - المشاركة في مؤسسات المجتمع.
 - القدرة على توفير منزل مريح دون بذل جهد بدني كبير [175، ص 286].
 - القدرة على الاستمتاع بالأنشطة دون نسيان الماضي.
 - الحد الأدنى من القلق على الذات أو الآخرين.
 - الاستمتاع بالأنشطة اليومية بغض النظر كما يكون متكررا منها.
 - تجنب نقد الآخرين خاصة أفراد الجيل الأصغر سنا.
 - تجنب الشكوى و الاعتراض خاصة فيما يتصل بالظروف المعيشية و معاملة الآخرين [175، ص 286].

2.4.1.3. الخصائص العامة للتوافق الضعيف:

وتتلخص فيما يلي:

- اهتمام ضئيل بعالم الحاضر ودور الأفراد فيه.
- الانسحاب إلى عالم الخيال.
- استمرار الاستغراق في الماضي.

- انعدام الدافع مما يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية في جميع المجالات.
- اتجاه تحول الأنشطة المتاحة إلى بديل مؤقت عن العمل فتنحول إلى مضيعة للوقت.
- الوحدة التي تعود إلى العلاقات الأسرية الضعيفة وانعدام الاهتمام بالأقران.
- الانعزال الجغرافي الجبري.
- الإقامة الجبرية في مؤسسة أو مع ابن كبير [175، ص 287].
- الشكوى المستمرة ونقد أي شيء وكل شيء [175، ص 287].
- رفض الاشتراك في أنشطة كبار السن على أساس أنها مملة [175، ص 287].

3.4.1.3. سوء التوافق لدى المسنين:

تتمخض الطفولة التعيسة عادة عن رجولة أو أنوثة مضطربة فليس الشخص الراشد إلا نتاج ظروف تربوية وأساليب معاملة خاطئة تلقاها في سنوات حياته الأولى وتركت في نفسه انطباعات وخبرات معينة، ولهذا لم يكن بمستغرب أن يكون الأساس الذي يقوم عليه العلاج بالتحليل النفسي هو "فتش عن الطفل" أي البحث عن خبرات الطفولة المختلفة والانطباعات التي تركتها في نفسية الفرد.

ويتعرض الفرد خلال مراحل تطور نموه لدرجة هائلة من الضغوط وقد تكون من القوة والعنف بالدرجة التي تجعل من التوافق في مرحلة لاحقة أمرا عسيراً. ومن ثم يمكن أن نعتبر الفشل في التوافق هو نتاج هذه الضغوط وتواترها في حياة الفرد، حيث أن الحياة التي تعرض لها كانت من السوء والصعوبة حتى أنها لم تساعد على اكتساب الأساليب الملائمة التي يستطيع بها مواجهة الصعوبات وبالتالي لم تساعده على نمو قدرته [163، ص 31].

والمسن المضطرب أو سيء التوافق هو الفرد الذي تعرض لخبرات حياة أكثر صعوبة، والذي بسبب ذلك لم تكن لديه الفرص المواتية ليكسب الأساليب الملائمة للتحكم فيها يواجهه من صعاب الحياة.

[176، ص 18].

وهناك بعض الخصائص و السمات المشتركة التي يمكن أن تميز عدم التوافق لدى المسنين منها: اليأس وعدم الرضا عن حياة الآخرين، والشعور بضيق الحياة والاتجاه نحو الاعتماد على الآخرين، والمرارة مع الشعور بالضعف البدني والإحساس بأن الآخرين لا يحتاجون إليه، وعدم تقبل الواقع والرغبة في الانعزال مع الخوف الشديد من الوحدة والبقاء على انفراد وعدم الانتماء الداخلي للآخرين، والشعور بأنه غير مرغوب فيه من الجنس الأخر نتيجة ضعف القدرة الجنسية، وعدم الاهتمام بالمظهر الخارجي والإحساس بالانفصال عن المجتمع وعدم الرغبة في إقامة صدقات جديدة نتيجة لعدم المرونة وعدم الاهتمام بالاشتراك في رحلات أو نزاهات، وعدم الرغبة في العمل

والإحساس بالتعب والمبالغة في الأمراض البسيطة، والشعور بعدم القيمة وفقدان الثقة بالنفس ونقد الحيل والشعور بالفراغ وضياح الهيبة والمكانة والشكوى من عدم اهتمام الآخرين وازدياد النرجسية [176، ص ص 18-19].

5.1.3. الرضا عن الحياة و الروح المعنوية عند المسنين

الرضا عن الحياة أو الروح المعنوية هي نتاج أكثر من كونها شرط لعمليات التوافق، لذلك يعد الرضا عن الحياة مؤشرا للتوافق الجيد لكبر السن ويعرف على أنه قدرة الأفراد على الشفاء من اضطرابات الحالة الوجدانية. [59، ص 129].

وقد وجد (أدمز-adams) عند تحليله للكتابات المتصلة بهذا الموضوع 60 من المتلازمات للرضا عن الحياة منها الصحة (مقدرة موضوعا أو ذاتيا) والمستوى الاجتماعي ودرجة المشاركة الاجتماعية والانتماء الديني. أما (ادواردز وكليماك - Edwards et klemmaek) فقد توصلوا إلى أن أهم محددات الرضا عن الحياة هي المستوى الاجتماعي الاقتصادي ودخل الأسرة و الحالة الصحية كما يدركها المفحوص والعلاقات الاجتماعية غير الأسرية، أما (بايلد وها فيجهر ست- blid et havighurst) فقد وجد أن الرضا عن الحياة يرتبط ارتباطا عاليا بالصحة والدخل، وهناك ميل متزايد لتأكيد أهمية العامل الاقتصادي في الرضا عن الحياة. وحسب تقدير (تشاتفيلد-chatfield) فإن الدخل كان أكثر العوامل حسما في التأثير على الرضا عن الحياة كما أن تأثير المشكلات الصحية في الجماعات محدودة الدخل يؤدي إلى انخفاض مستوى الرضا عن الحياة. [59، ص ص 130-131].

وقد أكد (تشاتفيلد-chatfied) الحاجة إلى دراسات طويلة توضح دور المحددات المختلفة للرضا عن الحياة. وقدم (بالمور وكيفيت - palmor et kivett) بيانات عن دراسة طويلة مدتها أربع سنوات لمجموعة من المسنين تراوحت أعمارهم بين 47 و70 سنة) حيث تم التوصل إلى أن أفضل مؤشر للرضا هو الصحة مقدرة دائما يليها الاستماع الجنسي ثم النشاط الاجتماعي ومن الواضح أن بناء الطبقة المتوسطة للعينة قلل احتمال اعتبار الدخل كعامل محدد. وعلى أي حال فإن تنوع نتائج الدراسات الحديثة يؤكد تحليل (أدمن- adamns) لشبكة المتغيرات المتناهية التعقيد التي تربط بالرضا عن الحياة [59، ص 131].

أما عن الروح المعنوية: وجد (كاميرون-cameron) أن الروح المعنوية كمقياس آخر للتوافق الجيد لكبر السن كانت منخفضة في عينة دراسية. إلا أن (جرانك- Granique) قد وجد أن الصحة كما يدركها المفحوص وتقديرات الشخصية كانت المتغيرات الوحيدة التي ارتبطت بشكل دال بالروح المعنوية. أما العمر والتعليم والحالة المعرفية فلم ترتبط ارتباطا ذا دلالة بالروح المعنوية. ويقرر (كوتنر-kutiner) أن للصحة تأثير كبير على الروح المعنوية عند الأفراد ذوي المستوى

الاجتماعي الاقتصادي المنخفض [59، ص 131]، ولم تختلف الروح المعنوية للمسنين الذين كانوا يعيشون في ظروف اقتصادية أفضل بالرغم من حالتهم الصحية بينما كانت درجات الروح المعنوية منخفضة بالنسبة للأشخاص ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض و الصحة الهزيلة [59، ص 130].

ويعتقد كل من (بيرت وريئر - Birren et Renner) أن ارتفاع المستوى الاجتماعي الاقتصادي يكون مصحوبا بالإحساس بالتفاؤل والسعادة مما يزود الفرد بقناعة نفسية كبيرة ضد احتمال حدوث المشاكل الصحية المعوقة في السنوات المتأخرة من العمر. و(مورجان-Morgan) فقد وجد عند إعادته النظر في العلاقة بين الترمل والروح المعنوية أن الأرامل الأمريكيات المكسيكيات كانت روحهن المعنوية أكثر انخفاضا عن زميلاتهن المتزوجات إذا كان التفاعل الأسري منخفضا، لكن هذا المتغير كان عديم الأهمية عند الأرامل البيض والسود، ومع أن (مورجان) قد أكد التقارير السابقة عن انخفاض الروح المعنوية لدى الأرامل، كانت نتائج تحليل الانحدار عنده تفترض أن الدخل المنخفض والاندماج المحدود في العمل والتفاعل الأسري المحدود والفروق في الأوضاع غير الثقافية والحالة الزوجية هي التي تفسر درجات الروح المعنوية عند الجماعات السلالية، وبالمثل تتوقع أن يؤثر التقاعد على الروح المعنوية فتتخفف نتيجة لفقد الدور، إلا أن الفحص قد أوضح أن معظم الفارق في الروح المعنوية بين المتقاعدين العاملين يرجع إلى الصحة كما يدركها المفحوص والعمر والدخل والعجز الوظيفي [59، ص 132].

6.1.3. نحو توافق أفضل للمسنين

من أجل حل مشكلات المسنين والتغلب على الصعوبات التي تواجههم وتمتعهم بالصحة الجسمية والنفسية وتحقيق توافق أفضل لهم يجب مراعاة ما يلي:

- العمل بشتى الوسائل على رفع الروح المعنوية للمسنين ويكون ذلك بإشعارهم بالحب والحنان من كل من يحيطون وتجنبهم المناقشات والمشاحنات التي تؤدي إلى إثارة انفعالاتهم وتوتر أعصابهم وإزالة كل ما يبعث في حياتهم القلق والخوف وتهيئة المناخ النفسي المناسب الذي يحقق السعادة والرضا، وإتاحة الفرص لهم للتنفس عن مشاعرهم في حرية وصراحة وتشجيعهم على الاعتماد على أنفسهم فيما يستطيعون القيام به من أعمال، والاهتمام بتوفير الحاجات المعيشية الأساسية لهم ووسائل شغل أوقات الفراغ وعدم فرض أنشطة معينة أو حلول لمشاكلهم ويكون لهم حق الاختبار حسب ظروفهم. [163، ص 107].

- إعداد الأفراد في مرحلتي الشباب والرشد وتهيئتهم لمرحلة التقدم في العمر من خلال لإكسابهم بعض الميول والمهارات وتنميتها حتى يستغلونها في إرضاء حاجاتهم في كبر السن ولا يجب أن يتأجل هذا الإعداد حتى يحل كبر السن، إنما يكون في أذهانها طيلة فترة النمو.

- النظر إلى مرحلة التقدم في العمر باعتبارها حالة من القدرة ليست حالة من العجز وأنها مرحلة إيجابية لها وغطاؤها وعدم التركيز على المظاهر السلبية التي قد تنشأ عن كبر السن. [163، ص107].

- استخدام الإرشاد النفسي لكبار السن من خلال الوقوف على الأفكار والهواجس التي تسيطر على المسنين، ومساعدتهم على استرداد ثقتهم بأنفسهم وتقديم العلاج الطبي النفسي لهم والاهتمام بتبني أساليب الطب النفسي الاجتماعي الذي يمكن من خلاله العمل على إجراء الدراسات الخاصة بانتشار الأمراض النفسية والعقلية بين المسنين من حيث طبيعتها وأسبابها وتخطيط وتنفيذ البرامج الخاصة بالصحة النفسية للمسنين وتوفير خدمات الوقاية والرعاية اللاحقة والمستمرة [163، ص 107].

- العمل على رفع المستوى الاقتصادي للمسنين وأن نضمن لهم الدخل المناسب وألا يكون المعاش ثابتاً لا يتغير حتى يتماشي مع الزيادة في أسعار السلع والخدمات والالتزامات الاجتماعية لمسنين ويغطي حاجاته المعيشية، كما يمكن أن نعهد إلى القادرين منهم بما هام ذات مردود اقتصادي مما يشعرهم باستمرار قدراتهم على العطاء وأنهم ليسوا عالة على أسرهم أو أقاربهم. [163، ص ص 107-108].

- التوسع في إنشاء أندية للمسنين، فهي تساعدهم على خلق وتقوية العلاقات الاجتماعية وتحول بينهم وبين المشكلات المترتبة على بقائهم في المنزل كما أنها تساعدهم على شغل وقت فراغهم بطريقة إيجابية وتعمل على استمرار ربطهم بالحياة والناس.

- تشجيع مشاركة المسنين في الحياة الاجتماعية لمجتمعاتهم وتحقيق أكبر قدر من الاندماج بينهم وبين الفئات العمرية الأخرى في المجتمع والحد من عزلهم عن نسيج المجتمع ونشاطه الطبيعي، وإزالة العقبات التي تنفق في طريق قيامهم بتقديم المهارات والخبرات المتوافرة لديهم في مجال العمل الاجتماعي. [163، ص 108].

- دعم دور الأسرة في تحمل مسؤوليات نحو رعاية مسنيها وتوفير الطمأنينة النفسية والأمان لهم والعمل على زيادة فاعلية هذا الدور واستمراره والتأكد على مكانة وحق الكبار في الأسرة على أفرادها بمختلف وسائل التربية والإعلام و العمل على أن تظل الصلة بين أجيال الأسرة ومسنينها قائمة ومنتظمة ووثيقة مما يحقق للكبار الإحساس بالانتماء والتواصل الاجتماعي.

- إعداد كوادر متخصصة في رعاية المسنين من خلال الاهتمام بتدريس مقررات في طب الكبر والطب النفسي للكبر في كليات الطب ومعاهد إعداد الممرضات وتنظيم دورات تدريبية مستمرة للعاملين في مجال طب الكبر. [163، ص 108].

ومن المفيد في هذا المجال أن نعرض العوامل الرئيسية التي تؤثر في إحداث التوافق لدى الأفراد ومن أهمها:

- 1 -توافر المهارات اللازمة لدى الفرد لإشباع حاجاته الأساسية
- 2 -أن يعرف الإنسان نفسه ويتضمن ذلك معرفة الحدود والإمكانات
- 3 -أن يتقبل الإنسان نفسه بواقعيه
- 4 -المرونة والتوافق بالنسبة للمؤثرات المتغيرة
- 5 -المسالمة وتجنب الصراع [41، ص 62].

ومن أهم مظاهر التوافق الاجتماعي:

- 1 -الإحساس بالرضا والسعادة
- 2 -القدرة على التكيف في حدود المعايير الثقافية السائدة
- 3 -القدرة على تكوين علاقات متكاملة أو موفقة مع الآخرين
- 4 -التوازن النفسي [41، ص 62].

وبعد أن عرضنا مفهوم التوافق، نشير إلى أن كل فرد يتعرض لتغيرات في الشخصية أو في البيئة يسعى إذا ما كان في حالته السوية إلى التكيف والتوافق مع تلك المتغيرات وإن اختلفت درجة التكيف من شخص لآخر [41، ص 91].

والمسنين بدورهم يحتاجون إلى تكيف مع التغيرات المختلفة التي تطرأ في مرحلة العمر المتقدم وكذلك العمل على تحقيق وإشباع الاحتياجات التي تتطلبها تلك المرحلة من النمو والتي تتمثل في تحقيق ميول وتنويع الاهتمامات والتوافق بالنسبة للإحالة إلى التقاعد أو ترك العمل، والتوافق بالنسبة لنقص الدخل والاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين وتقدير ذلك [170، ص 51].

والمسنين كذلك في حاجة إلى التوافق بالنسبة للتغيرات الأسرية وترك الأولاد للأسرة واستقلالهم في أسرهم الجديدة والتوافق لموت الزوج(ة) أو الأصدقاء وتنمية وتعميق العلاقات الاجتماعية القائمة بين الأقران وتكوين علاقات اجتماعية جديدة وتحقيق التوافق مع رفاق السن والوفاء للالتزامات الاجتماعية في حدود الإمكانيات وتقبل التغيير الاجتماعي المستمر والتوافق معه ومع الجيل الثاني [170، ص 52].

2.3. العوامل المؤثرة في تكيف المسنين نفسياً واجتماعياً:

يمكن أن يعد التكيف نمطا متكاملًا من السلوك الانفعالي والاجتماعي ومحصلة متكاملة لاتجاهات الفرد ونظرته لأمر عديدة وبهذا فإن لكل فرد في كل موقف أهدافا معينة هي ان يحقق له الموقف أكبر قدر من السعادة وأكبر درجة من الإشباع لحاجاته. [177، ص 31].

ويرى (روجرز Rogers) أن مفهوم الذات الموجب يرتبط ارتباطا جوهريا بالتكيف النفسي السليم وبالتالي فإن أي خلل فيه يمكن أن يؤخذ على أنه علامات سوء تكيف.

ويؤكد (ستانسون ctanson) على أن التكيف يسير الوصول إلى الثقة ومفهوم الذات الموجب المطلوب لتحقيق النضج المعرفي. [163، ص 28].

إن تحقيق الفرد لذاته في مجال العمل يؤدي دوره في تكوين مفهوم الذات المهنية، حيث أن تحقيق الذات مهنيًا يعتبر جانبًا أساسيًا من جوانب مفهوم الذات والسبب في ذلك أن العمل هو المجال الحيوي الذي يمارس الفرد فيه نشاطه ويسخر له إمكاناته وقدراته ويكسب منه رزقه الذي يلبي جزءًا كبيرًا من حاجاته ويؤدي فيه دورًا اجتماعيًا لا غنى عنه من أجل تكامل شخصيته حيث لا يمكن فهم الشخصية الإنسانية في جانبها السيء التكيف أو المنحرف التكيف دون التعرض للفرد ككل موحد له كيانه العام المتمثل في مفهومه عن ذاته [163، ص 28]. ذلك أن الآثار الجزئية للخبرات المؤلمة الخاصة في محاولات الفرد للتكيف لا تترك أثرًا جزئيًا بل تتعدى ذلك إلى تكوين مفهوم عن الذات ككل، فإذا كان المفهوم سلبيًا ساهم في توتره وقلقه وعدم اتزانه، أما إذا كان إيجابيًا فإنه يساهم في ثبات الفرد واتزانه وشعوره بالارتياح. [163، ص 64].

ونعني بالتكيف الاجتماعي تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص تعديل سلوكه ليصبح متوافقًا مع نفسه ومع بيئته، أي أن التكيف الاجتماعي جانبان، يتمثل الجانب الأول في التكيف مع الشخصية بمكوناتها المختلفة ويتمثل الجانب الثاني في التكيف مع البيئة الخارجية. [110، ص 62]

وفي هذا الصدد، يرى البعض أن التكيف الاجتماعي السليم في الشيخوخة يحتاج إلى التكيف مع العادات والتقاليد السائدة المتحددة والخاصة بالأجيال المختلفة فالتكيف الاجتماعي للمسنين يجب أن يتضمن التكيف الشخصي، أي تكيف المسن مع نفسه وكذلك التكيف البيئي، أي تكيف المسن مع بيئته. [110، ص 64].

ولكن درجة تأثر المسنين بالتقدم في العمر وما يرافقه من تغييرات تتأثر بعوامل عدة أهمها:

1.2.3. منهج الشخص في التكيف:

تتضمن الأساليب المنطقية للتكيف مع ترك العمل والتقدم في العمر أموراً أساسية منها قبول الفرد برضا نواحي القصور التي ترتبط مع هذه المرحلة العمل على تنمية ميول وهوايات جديدة مناسبة مع عدم التركيز على الماضي وتعلم ترك الأبناء أو الغياب المؤقت عنهم. [178، ص 71].

أما الأساليب غير المنطقية فتتضمن إنكار التغيرات التي تصحب مرحلة التقاعد، محاولة الاستمرار في أساليب التعامل السابقة الانشغال بمباهج وانتصارات ما حققه الفرد من إنجازات حين مزاولته العمل ثم الرغبة الزائدة في الاعتماد على الآخرين. [178، ص 71].

وقد قسم (دافيد رايسمان David Riesman) طرق التكيف مع هذه المرحلة إلى ثلاثة أنماط هي:

1.1.2.3. النمط الاستقلالي:

ويضم مجموعة صغيرة من الأفراد يحملون بداخلهم موارد نفسية لتجديد الذات ويمدهم التقدم في العمر بالحكمة فلا يفقدون التلقائية والقدرة على الاستمتاع بالحياة، وهم قد تخلصوا نسبياً من قيود الثقافات والعقوبات التي تفرضها على المسنين. [165، ص 110].

2.1.2.3. النمط التوافقي

وربما يشمل هذا النمط أغلبية الأفراد، وهم لا يملكون الموارد النفسية مثل سابقهم لكن يحتفظون بمركزهم ومكانتهم التي كانوا يحصلون عليها من خلال العمل والنفوذ مما يساندهم طالما بقيت الأحوال حولهم مستقرة. [165، ص 110].

3.1.2.3. النمط اللامعيارى:

ويضم الأفراد الذين لا يتمتعون بالحماية من الداخل أو الخارج (ليس لهم موارد نفسية أو دعم من البيئة الثقافية) مما يجعلهم عرضة للانحياز [165، ص 110].

مما سبق يتضح لنا أن تكيف الأفراد لا يتبع طريقة واحدة ولا يخضع لقانون واحد، بل هناك تباين بين الأفراد في نظرتهم للحياة، ورضاهم عن مراحلها، وتقبلهم لما تمنح وتأخذ فبعضهم يتكيف مع ظاهرة ترك العمل ويفتش عن بدائل أخرى مناسبة، إنه ينظر إلى إيجابيات مرحلة التقدم في العمر متجاوزاً سلبياتها قدر المستطاع، راضياً عن إنجازاته، واثقاً بقدراته، عاملاً على ترقية ميوله إلى آفاق المثل العليا والسكينة والطمأنينة والأمان. [59، ص 140].

بينما يجد معظم الأفراد صعوبة في التكيف لعوامل عدة منها: عدم استمرار إشباع دوافع العمل لديهم، انخفاض الجانب الاقتصادي للأسرة، زيادة وقت الفراغ، شعورهم بعدم اهتمام المجتمع بهم، عدم القدرة على فتح آفاق جديدة... الخ. [59، ص 140].

والجانب الأكثر أهمية هو صعوبة التكيف مع هوية الشعور بالكبر والتي تؤثر بدورها سلبا على مفهوم الذات، حيث يذهب الجمال والشباب وبييض الشعر وتظهر بعض التجاعيد مؤذنة ببدء الترهل وظهور الضعف الذي بدأ يسري في الجسم، ولا يستطيع أحد دفعه أو إيقافه فالمرأة حزينة لأنها بدأت تفقد أنوثتها وجاذبيتها، والرجل مكتئب لأنه يحس بنقص رجولته وحيويته وبدء ضعفه الجنسي، وهنا تظهر دفاعات الإحجام أحيانا، والشعور بالاكتئاب والحزن أحيانا أخرى، إذ غالبا ما نجد الأفراد يحجمون عن المشاركة في النشاطات الاجتماعية ويعد هذا الإحجام المؤشر الأقوى لتطويع هوية عدم التكيف مع الواقع.

2.2.3. العمل السابق

لقد تبين أن الأشخاص الذين يؤدون الأعمال الروتينية أو غير الماهرة والذين يشعرون بالملل من عملهم، وغير السعداء بنظام الإدارة وغير الراضين عن العلاقات الإنسانية في العمل غالبا ما يتكيفون مع حالة التقاعد والعمر المتقدم وينظرون إليها كمرحلة سارة للتخلص من روتين العمل وأعبائه [175، ص 103].

أما الذين يعملون في مهن تتطلب مهارات عليا فإنهم يظلون في عملهم حتى سن متأخر إن كان ذلك ممكنا، ولعل هؤلاء أكثر الفئات شعورا بعدم الرضا عند التقاعد ويكون تكيفهم مع الوضع الجديد أكثر صعوبة، لأنهم كانوا يحبون عملهم، وقد عملوا لفترة طويلة من الانجاز والكفاءة، ثم فجأة يصل ذلك إلى نهايته بخاتمة غير سعيدة، أنهم ينظرون إلى فقدانهم لعملهم كنوع من الكارثة المفاجئة لأن العمل كان يمنحهم شعورا قويا بالاستقلال والسلطة والاعتقاد بقيمتهم من خلال ما يساهم به العمل في بناء المجتمع وتقدمه. [175، ص 103].

3.2.3. التهيؤ والاستعداد

غالبا ما يؤدي الإعداد النفسي والاقتصادي للتغيرات المحتومة التي يحدثها التقاعد وكبر السن إلى تكيف مناسب وتعزيز في النظرة الايجابية والتمتع بالقدرة على تجاوز المشكلات الخاصة بهذه المرحلة ووضع أهداف واقعية تنطلق من حقيقة قدرات الفرد واهتماماته. أما الأفراد الذين لم يعدوا أنفسهم لتقبل هذه النهاية فغالبا ما يجدون التكيف لتلك التغيرات خبرة صادمة ويسيطر عليهم الشعور بإنكار ما يحدث والرغبة في المحافظة على وضعهم السابق. ولا يكون الإنكار دائما شعوريا بل قد يكون لا شعوريا ونتيجة لهذا الإنكار يأتي كبر السن كأزمة تتحول إلى رحلة عذاب ومعاناة. [51، ص 93].

وهنا يحدد (نوفاك Novak) ثلاث مراحل للتكيف:

-التحدي: يبدأ مع إحساس الفرد بكبر السن كمقدمة للموت وعليه أن يواجه الاثنين معا وليس هناك بديل سوى الامتثال.

-التقبل: قد يعتبر بعضهم التقبل هزيمة، ولكنه يعين القرب من الحقيقة وذلك بترك الأهداف والمشروعات الخاصة بالعمر الأوسط والتحول إلى طريق بديل للحياة، وقد يخلق التقبل القلق ولكنه لا يؤدي إلى الانهيار، فكما ننمو لنصل إلى مرحلة الرشد، كذلك ننمو لنصل إلى مرحلة التقدم في العمر. [51، ص 93].

-التأكيد: يستمر بعضهم في تحديه ليؤكد الحياة رغم نواحي القصور ويستمر في مشروعات سن الرشد مدعيا أن شيئا لم يحدث، ويكون عليه أن يقوم بأدوار جديدة يكتشفها لنفسه، كما يكتشف لنفسه معان جديدة ويبحث عن طرق لخدمة الآخرين وليكون ناعما. [51، ص 93].

4.2.3. الأحوال المعيشية

بينما يتطلع الشباب إلى الحياة والترقية وزيادة الدخل يكون على المسن أن يتقبل حقيقة أن فرصته قد انتهت وانه ليس لديه فرصة لحل مشكلاته الاقتصادية بالأسلوب الذي كان يستخدمه عندما كان اصغر سنا، كل ذلك يترك أثرا سلبيا على نوع تكيفاته ويعمق الشعور بعدم الأمن والاضطراب والحيرة. [60، ص 76].

الحيرة بين قبول المساعدة من الأبناء أو عدم قبولها بين العيش وحيدا أو العيش مع الأبناء والأحفاد، أو العيش في المؤسسات ولكل صعوباته، فإذا عاش وحيدا منفردا فحياته قد تكون مزيجا من الشعور بالوحدة والقهر ومن مشاعر الرثاء للذات وما أكثر إليه من فقدانات متعددة كالجمال والصحة والشعور بعدم اهتمام الآخرين... الخ. إيقاعات الحياة بطيئة ولا شيء سوى الفراغ الممل والعزلة القاتلة، ويختلف الحال قليلا مع وجود الزوج والزوجة معا. [60، ص 76].

فهناك من يؤنس الوحدة ويشارك في الهموم واجترار الذكريات، كما تختلف الحياة في المدينة عنها في القرية، ففي حالة الإقامة بالمدن يجد المتقاعد فرصة ضئيلة للشعور بالجدوى من الحياة، أما بالنسبة لهؤلاء الذين يعيشون في مناطق ريفية فقد تكون ظروفهم أفضل نوعا ويساهمون في الحياة بصورة أكثر ايجابية وأكثر طولا واستمرارية. [60، ص 79].

أم الخيار الثاني فهو العيش مع من يقبل به من الأبناء، فهنا يتولد الصراع إذ غالبا ما يتهم الصغار والشباب من أفراد الأسرة الكبار بأنهم فضوليون ويتدخلون في كثير من الأمور التي لا تخصهم، وينتقدون كثيرا، ولا تعجبهم حرية هذه الأجيال، وبالمقابل فان الكبار يشعرون بعدم التقدير وبأن الأبناء والأحفاد لا يتذكرون ما قدموه لهم، وهذا ما يجعل الإجهاد والتوتر الانفعالي أمرا محتوما. [60، ص 80].

أما في حالة الإقامة بدور الرعاية الخاصة بالمسنين فقد تلبي بعض احتياجاتهم ولكنها تعزلهم عن أنماط حياتهم السابقة وتقيد اتصالاتهم وهذا الوضع يضاعف من مشكلات التكيف وغالبا ما ينشأ لدى الأفراد ما يسمى " بعصاب المؤسسات " وهو نوع من الاضطراب تحدثه الإقامة في المؤسسات، حيث يتم اقتلاع الشخص من بيئته ليعيش في مجتمع مغلق مختلف في تشكيلته الاجتماعية وعلاقاته عن الخبرات والعلاقات التي عرفها الفرد سابقا، إنها خبرة جديدة تفرض أنماطا جديدة من التكيف وتتطلب ديناميكية معينة في التعامل مع الآخرين. [173، ص ص 147-148].

ويتوقف التكيف الجيد للأشخاص المقيمين في مؤسسات على كثير من الشروط منها:

-أن يدخلوا تلك المؤسسات مختارين

-التعود على الإقامة مع الآخرين

-أن تكون المؤسسات قريبة من مساكن المسنين السابقة ما أمكن حتى يشعروا بأنهم مازالوا جزءا

من أسرهم وأن صلاتهم لم تنقطع بأبنائهم وأقاربهم [173، ص 148].

وقد أكد (برودي Brody) على أهمية الأسرة بالنسبة للطفل والمسن، وإن عدم وجود الأسرة بالنسبة لكليهما متشابهة ويمكن أن تشكل نقصا أساسيا. [59، ص 132].

5.2.3. الفروق بين الجنسين

إن نتائج الدراسات أوضحت أن الفروق بين الجنسين تتكافأ لدى ذوي الدخل المرتفع والتعليم العالي والمهن ذات المكانة العالية. فالأطباء والمحامون والأساتذة من كلا الجنسين أكثر تشابها في النظرة إلى التقدم في العمر والتكيف معه من المتقاعدين العمال الذين يعملون في الأعمال الكتابية. [132، ص 33].

ولكننا بشكل عام نرى أن الرجال والنساء ينظرون إلى التقدم في العمر والتقاعد بصورة مختلفة نسبيا، ويرغبون فيه على نحو متباين، لان من المتفق عليه تقليديا أن العمل من أجل الأجر هو جزء متكامل من دور الرجل في الحياة. [132، ص 33].

كما أن تغير الدور لدى النساء ليس أساسيا لأنهن في معظم الحالات يقمن بدور العمل في المنزل خلال سنوات العمل بالإضافة إلى دورهن كعاملات. كما أن العمل يمدهن بالقليل من الفوائد النفسية والمساندة الاجتماعية، ولذلك يكون التقاعد اقل ألما بالنسبة لهن، وقد وجدت بعض الدراسات أن المتزوجات والعازبات على حد سواء يملن إلى التقاعد في وقت مبكر أكثر من الأرامل والمطلقات أو المنفصلات عن أزواجهن . [59، ص 133].

وفيما يتعلق بالآثار السلبية للتقدم في العمر على الحياة الزوجية يرى (بيسكوف Bischoff) أن خلق نمط مختلف للحياة هو أمر صعب في أي مرحلة حياتية، ويتطلب جهداً إضافياً في أي مستوى عمري، وكذلك الأمر بالنسبة للزوج وذلك لتغيير أدوارهم الحياتية. [59، ص 133].

ولا شك أن الصحة الجيدة، والدخل المناسب، وحب الماضي المشترك أموراً قد تخفف من صعوبات التقاعد، كما تعد ضرورية لدوام الحياة البيئية المستقرة مع التقاعد، كما إن موقف الزوجين المتفهم إزاء التقاعد يكون له فائدة كبرى في فهم الأساليب التكيفية التي قد يضطر كل من الزوج والزوجة إتباعها فيما يتعلق بعلاقتهم الشخصية. [59، ص 135].

6.2.3. الاتجاهات الاجتماعية

من أكبر معوقات التكيف الجيد في هذه المرحلة هو اتجاه المجتمع، والنظرة السلبية للتغيرات التي يحدثها ترك العمل والتقدم في العمر، وهذا يضع عقبة في طريق التكيف الناجح للكبار ويؤدي إلى تكوين نظرة سلبية للذات، إذ أن تكيف الفرد لهذه المرحلة يتأثر بنظرة الآخرين المحيطين وطريقة تعاملهم وما يحظى به الكبار من مكانة اجتماعية يدركون فيها أنهم موضع تقبل واحترام من الآخرين تمكنهم من التفاعل وتؤدي إلى حياة متوافقة وسعيدة، أما الانتفاض من هذه المكانة فقد يؤدي إلى الإحباط وسوء التكيف. [179، ص 20].

وتتفاوت الاتجاهات الاجتماعية نحو الكبار ورعايتهم من ثقافة لأخرى حتى أنها تختلف داخل الثقافة الواحدة. كما سيتضح من عدد من الأمثلة التالية:

لقد عرفت << السويد >> بأنها صاحبة أحسن نظام للرعاية الاجتماعية في العالم من حيث مساعدة المسنين وإشباع احتياجاتهم، ويسمى البرنامج السويدي لرعاية المسنين باسم << الرعاية المفتوحة للمسنين >> وهو نظام لتدعيم الحياة المجتمعية يرمي للعمل بعيداً عن الجهود المؤسسية. وقد تنوعت برامج رعاية الكبار في السويد، بحيث شملت الخدمات الاقتصادية والطبية والتسهيلات المعيشية، إلا أن هذه البرامج ينقصها الاستفادة من المسنين كطاقة إنتاجية في المجتمع. [179، ص 21].

وفي << النرويج >> نجد أن سن التقاعد مرتفع عن بقية دول العالم وهو سن (70) سنة وعند بلوغ هذا السن يستحق الشخص منحة توازي 24% من دخل سنوات العمل التي كان يعمل بها، بجانب المنحة الإضافية والرعاية الصحية. [179، ص 23].

ويؤمن << الروس >> بالحكمة التي ترى أن نهاية العمل هو نهاية للعمر في حد ذاته، ولذلك فالعمل ضرورة كفاح ويجب أن ينظم وقت فراغ المسنين للاستفادة منه في النوادي الخاصة والعمل بالمنظمات التطوعية. [179، ص 24].

أما في <<الهند>> فقد حدد برنامج الرعاية الاجتماعية للمسنين مساره من خلال تأثره بالفكر السياسي لدى (غاندي) حيث يدعو إلى أسلوب (اللاعنف) وظهر النشاط التعليمي للمسنين في الهند كحل لكثير من مشكلات المسنين.

ويقوم هذا النشاط بتحميل المسنين مسؤولية نقل التراث لصغار السن من خلال العملية التعليمية. [179، ص 24]. وبينما تأثرت الهند بفكر غاندي، نجد أن الصين قد تأثرت بتعاليم (ماوتسي تونغ) وكانت تميل لاستعمال العنف لمقابلة المشكلات المجتمع الصيني الذي يرى بضرورة قيام الأسرة بدورها الأساسي في رعاية مسنيها. وقد أثبتت الإحصاءات أنه في مدينة مثل << هونج كونج >> نجد أن 61% من المسنين يعيشون مع عائلاتهم للمحافظة على دور الأسرة في رعاية المسنين. [179، ص 24].

وفي ثقافة أخرى كالثقافة اليابانية نجد التركيز على مزايا كبر السن والتقدم في العمر، فتقام الحفلات للرجال والسيدات في بعض قرى اليابان عندما يبلغ عمرهم الحادية والستين، فهذا العمر يمنح صاحبه احتراماً خاصاً وتقديراً واعترافاً بما لديه من حكمة وتعقل. [179، ص 26]. وهكذا نتوصل إلى الدور الهام الذي تلعبه إحياءات البيئة المحيطة في تشكيل الشعور بالرضا والتكيف، فالبيئة التي تشجع استثمار الوقت، وتفسح المجال للمشاركة في الأنشطة والهوايات وتعبّر عن احترامها وتقديرها لجهود وانجازات المسنين ستساهم في تحقيق الشعور بالذات. [180، ص 23].

أما البيئة التي ترى أن الكبر يعني الوفاق وان على الآخرين مخاطبة الكبار بكلمات وإحياءات العطف التي تشعرهم بان دورهم قد انتهى وان عليهم الاقتناع بذكريات الماضي وعدم التطلع إلى المستقبل، وأن عليهم التصرف بما يتناسب مع المكانة التي اقرها المجتمع، فلا يستحب لهم اللعب أو الرقص، أو التعبير عن المشاعر... الخ، لا شك أن لهذه الإحياءات أثرها في نفس الفرد الذي قد يلجا إلى تكوين عادات مسايرة لأراء بيئته فيفصل الكسل والانزواء، وكبت المشاعر والرغبات مما يساهم بعدم الرضا لأنه يعتقد بعدم قدرته على تغيير الوضع الراهن. [180، ص 24]. كما أن اتجاهات التغيير في شكل الأسر ينعكس على مكانة الكبار ضمن هذه الأسر ويكون لذلك أثره الواضح على التكيف ومفهوم الذات لدى الكبار.

ولعل من أوضح الآثار التي ظهرت على الأسرة هو التحول من شكل الأسرة الممتدة التي تتميز بامتداد مسؤولياتها المعيشية إلى عدة أجيال تتعايش داخل الأسرة الواحدة، إلى شكل الأسرة التي تقتصر مسؤولياتها المعيشية عادة على الزوج والزوجة وأطفالهما والتي تسمى اليوم << بالأسرة النووية >>. [180، ص 27].

وإذا كان هذا الاتجاه في التحول قد ظهر أولاً في المدن نتيجة لتأثير ظاهرة التحضير، فإن الاتجاه نفسه قد أخذ طريقة إلى الأسر الريفية ذاتها، فما مدى تأثير هذا التحول على مكانة الكبار في الأسرة؟ عندما تتسع الأسرة وتشتمل على أجيالها المتعاقبة (الجدين، الأبناء، الأحفاد) فإن العلاقات بين أفرادها تزداد تداخلاً وتواصلًا، وتعتمد مكانة الكبار فيها على قيادتهم الرشيدة، وما حققوه من سعادة وطمأنينة لأفرادها. وتتأثر هذه المكانة تبعاً للمستوى الحضاري والقيم والمعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع والتي تحدد السلوك ونوع العلاقات في الأسرة. [8، ص 64].

فهناك عائلات كثيرة لا زالت تأخذ على عاتقها العناية بالكبار كونهم يمثلون رمزا للعائلة ومصدرا للاحترام، وهذه العناية والرعاية تقوم على أساس القرابة ضمن نطاق الأسرة الواحدة. [8، ص 65]. فيما أن الروابط العائلية تلعب دورا هاما في الحياة اليومية، نجد أعضاء هذه العائلات يعتبرون كبار السن عاملا من عوامل قوة الجماعة واستمرار وجودها وبقاءها.

إن الروابط القوية هي التي تساعد الكبار على الاستمرار في أداء الدور الذي يتلاءم مع سنهم، كما تساعد الأفراد على الاعتراف بهذا الدور وتقبله، وبالتالي على تقبل هؤلاء الكبار وإحاطتهم بالرعاية والإحساس بالحاجة لوجودهم.

لقد كانت قيم المجتمع الدينية والحضارية دائما موجها لمسؤولية الأسرة في رعاية الكبار من أفرادها وتكريمهم، ولذلك فالكبار هم مصدر فخر واعتزاز بما يمنحونه من بركة وحكمة وحب خالص. [8، ص 65].

ومع الثورة الصناعية، وتقدم العلم والتكنولوجيا، والهجرة من الريف إلى المدينة وما نتج عنها من تفكك في روابط الأسرة، وتغير في قيمتها وأهدافها، طرأ على العلاقات في الأسرة تطور جديد، إذا أصبحت الأسرة في المدينة والمجتمعات الصناعية لا تكاد تقوى على احتمال أكثر من جيل واحد، وسرعان ما تتحقق من جيل الآباء الذين يستقلون عنها فتتكون لذلك عائلات صغيرة تقتصر على جيل واحد. [8، ص 70].

وهي تجد صعوبة في تقبل جيل الأجداد، لان طبيعة المجتمع المعاصر، والتطور الصناعي الحديث، والتحول الاجتماعي السريع، مسؤول عن ضيق المسكن، وصغر حجم الأسرة وارتفاع مستوى الحياة ومعدل الإنفاق وتراكم المطالب، وزيادة الأعباء.. الخ. [8، ص 70].

كل ذلك انعكس على جميع جوانب شخصية الفرد وحياته الاجتماعية وصحته النفسية والجسمية، وأصبح الإنسان المعاصر عرضة للإصابة بالعديد من الاضطرابات نتيجة لعجزه عن التكيف مع معدلات ومتطلبات هذا التغير الاجتماعي والتقني المستمر، ولعدم قدرته على التعامل مع أزمات هذا العصر وضغوطه. [8، ص 70].

وهكذا نجد أن نمط الأسرة المعاصرة قد باعد حتى بين أفراد الأسرة الصغيرة، ولم تعد تنتسج لجيل الكبار، وانعكس ذلك واضحا على سلوك الأبناء والأحفاد تجاه الكبار وظهر في قلة العناية بهم وعدم الاهتمام بمشاكلهم، وتنصلهم من مسؤولية الرعاية العاطفية والمعنوية والمادية. كل ذلك ساهم في عدم إحساس الكبار بالأمن، والإنسان الذي يفتقد الإحساس بالأمن يميل إلى أن يكون غير آمن في أبعاد حياته الأخرى.

7.2.3. إشباع الحاجات

تعد الحاجات المحرك الأقوى أثرا في حياة الإنسان، فقد أكدت الدراسات على أن الهدف الأساسي للسلوك البشري هو إشباع الحاجات، ولذا فإن هناك من يرى بأن درجة التقدم الإنساني تتعين بالقدرة على الحركة لسد الحاجة. [135، ص 81].

وتعرف الحاجة بأنها رغبة عند الكائن الحي سواء عرفها وفهمها صاحبها أو لم يعرفها، وهي مركب أو تصور فرضي لتوتر فيزيولوجي والموقف الذي يثير هذا المركب يكون سيكولوجيا أو اجتماعيا، هذا التوتر قد يكون منبعثا إما من داخل الكائن الحي أو من خارجه، وهو حقيقي بالرغم من أنه قد لا يكون داخلا في نطاق شعور الشخص. [135، ص 81].

وقد لا يربط الشخص بين مشكلة يشعر بها وحاجة أساسية عنده فمثلا قد تكون مشكلته أنه يكره عمله لكنه لا يستطيع أن يرى العلاقة بين هذه الكراهية وبين حاجته لأن يكون مقبولا ومرموقا في المجتمع، مع أنه لو كان أكثر اطمئنانا من الواجهة الاجتماعية لما كان عمله في نظره مما يحط من شأنه على هذا الوجه. [135، ص 82].

كذلك قد يكون الشخص في أزمة مالية بسبب إنفاقه الكثير من ماله على زملائه، وهذه المشكلة تكون نتيجة لحاجته لأن يكون مقبولا من أصدقائه، وهي حاجة لم يستطع إشباعها بطرق أخرى. فالمشكلة تمثل التعبير الخارجي أو النتيجة الخارجية للحاجة ويمكن أن تعدها عرضا من أعراض حاجة لم تشبع، فإذا تناولنا هذه المشكلة تناولا مباشرا ولم نذهب إلى ما وراءها من حاجة كانت النتائج سطحية وغير مفيدة. [135، ص 82].

ولذلك فإن معرفة الحاجات الأساسية للأفراد أمر هام وضروري للتوصل إلى فهم حاجات المسنين إذ قد تكون السبب الهام في مشكلاتهم إن لم تشبع هذه الحاجات.

ولعل من أهم نظريات الحاجة نظرية (ماسلو Maslow) ونظرية (هيرزبرج Herzberg). حاول (ماسلو Maslow) دراسة العوامل المؤثرة في صحة الإنسان والتي إن تحققت يعيش معافى بدنيا ونفسيا واجتماعيا ويصل مرحلة الإبداع، وخرج بنظرية الحاجات التي هي كما يلي: [23، ص41].

مؤشرات عضوية ونفسية	مستويات الحاجة
تحقيق التطوير الذاتي إلى أقصى قابلية، الإبداع التعبير الذاتي	المستوى الخامس تحقيق الذات
التقدير الذاتي، التحصيل، الكفاءة، الاحترام الذي يستحقه من الآخرين، الثقة، المنزلة، الكرامة، الثناء.	المستوى الرابع الحاجة إلى التقدير والاحترام
التربط المرضي مع الآخرين، الانتماء للجماعات، إعطاء وأخذ الصداقة والعاطفة.	المستوى الثالث حاجات المحبة والانتماء
التحرر من الخوف والتهديد، الحاجة للتنظيم والنظام والقانون والحدود والاستقرار	المستوى الثاني حاجات الأمن والسلامة
الجوع، الذوق، النوم، العطش، الجنس، المسكن.	المستوى الأول الحاجات العضوية

إن أهم افتراضات ماسلو هي:

- 1 - أن الحاجة تسيطر على الإنسان وتحدد سلوكه
- 2 - يشبع الإنسان حاجاته بصفة نظامية ابتداء من حاجات المستوى الأول ثم ينتقل بالتدرج إلى إشباع الحاجات التي تعلوها في الأهمية.

3- الحاجات المستوى الأول أهمية وأسبقية على كل الحاجات الأخرى ويؤدي عدم إشباعها إلى الشعور بالوحدة والانعزالية وعدم الأمن. [23، ص 41].

أما نظرية (هيرزبرج Herzberg) فتفترض أن كل فرد يملك مجموعتين: الحاجات الخارجية، التي ترتبط بالبيئة السيكولوجية والفيزيائية التي يتم فيها العمل والحاجات الداخلية التي ترتبط بطبيعة العمل نفسه وتشبع الحاجات الخارجية من خلال العوائد التي يحصل عليها الفرد من عمله [23، ص 48]. أما الحاجات الداخلية فتشبع من خلال الإثارة التي توفرها الواجبات والمسؤوليات المرتبطة بالعمل.

ولما كانت المهنة هي الجانب البارز والبعد الأهم الذي يحدد للفرد انتماءه لعمله، والتزامه بأهدافه، فإن خسارة هذا العمل بالتقاعد تؤدي إلى الإحساس بالفشل في إشباع الحاجات الأساسية التي كانت تشبع من خلال العمل مما يؤدي إلى الانعزال عن الآخرين وانخفاض التكيف لأنه لكي يتحقق التكيف الجيد لا بد أن يكون المسن قادر على إشباع حاجاته الشخصية وأن تسير تبعاً لتوقعات الآخرين في حدود إطار الحياة المتاح له [23، ص 49].

8.2.3. الدعم الاجتماعي

يتأثر الأمن النفسي وبالتالي الأمن الاجتماعي بالعوامل الأسرية والاجتماعية والاقتصادية وبتقييمات الآخرين، وأساليب معاملتهم، وكذلك بالمواقف والإحباطات التي يواجهها الفرد واستجاباته تجاه تلك المواقف والخبرات. [135، ص 84].

وتعني الطمأنينة الانفعالية أو الأمن النفسي بالنسبة للمسن أن يشعر بالحب والتقبل من الآخرين وأنه يحتل مكانة هامة بينهم فالفرد الذي لم يشبع حاجته إلى الأمن والذي لا يشعر بالاستقرار والطمأنينة لا يستطيع أن يواجه الحياة بمشكلاتها وصعوباتها مواجهة الشخص الأمن انفعالياً [137، ص 93]. لأنه لا يستجيب إلى الموقف الخارجي فقط بقدر ما تتدخل في استجاباته مخاوفه ومناحي قلقه وأنواع الصراع التي يعاني منها، أن حاجة المسن إلى الأمن والانتماء والمحبة حاجة أساسية في مرحلة التقدم في العمر، ويعد إشباعها مطلباً أساسياً لتوافق الفرد، كما أن الأساليب التي تعتبر عن الإهمال أو الرفض تعد مصادراً أساسية للقلق والشعور بعدم الأمن الذي يؤدي بدوره إلى أشكال مختلفة من الاضطراب النفسي. [137، ص 93].

هذا بالإضافة إلى أن الكيفية التي يدرك بها الفرد ذاته تؤثر على إدراكه لبيئته فإذا ما أدرك ذاته بشكل إيجابي شعر بالقدرة على مواجهة الظروف الجديدة مما يدفعه إلى التعامل مع مرحلة الانفصال عن العمل دون خوف أو قلق أو يشعر بالهدوء والارتياح والرضا، وهذا ما يساعده على إدراك الآخرين

بوصفهم طبيين متسامحين فيدرك العالم بوصفه مكانا سارا ودافنا وتتعرز العلاقات الناجحة بينه وبين أفراد أسرته ومجتمعه. [179، ص 29].

أما الفرد الذي يدرك ذاته بشكل سلبي، فهو يميل إلى الشعور بعدم الأمن وعدم الرضا ويدرك الآخرين بوصفهم أشرارا أنانيين، يمثلون نوعا من التهديد والتحدي ويشعر بعدم الثقة والغيرة والحسد، مما يؤدي إلى الشعور بالعصبية والتعب وغير ذلك. [179، ص 30].

ونجد أن المشكلات التي تتعلق بالأسرة والأصدقاء، والأقرباء والعلاقات الاجتماعية، هي مشكلات تشغل تفكير المسن كلما تقدم في العمر، إذ تبين أن لدى معظم المسنين شعور بجرح وحساسية زائدة تجاه العلاقات الأسرية حيث يبدأ الشعور بالوحدة والحرمان من العلاقات التي كانت تولف جزءا كبيرا من نشاطاتهم واهتماماتهم اليومية يسيطر عليهم. [180، ص 43].

هذا ويعتبر الدعم الاجتماعي (Support Social) واحدا من الأساليب التي حظيت باهتمام واسع من قبل العلماء في ميدان العلوم الإنسانية والاجتماعية، فقد قام العديد من العلماء بمحاولة الاستفادة من شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد في تحسين علاقاته وتحسين شروط الصحة النفسية والجسمية لديه والتخفيف من التوتر والقلق والمخاوف وغيرها من الاضطرابات التي يمكن أن تنتابه. [135، ص 93].

فنوعية البيئة الاجتماعية للمسن تؤثر بشكل كبير على قدرة المسن في التعامل مع المشكلات التي يواجهها، حيث أن توافر علاقات اجتماعية دافئة أو ودية أحد أهم عناصر البيئة الاجتماعية التي يمكن أن توفر دعما ومساندة قوية للمسن عند تعرضه لأي مشكلة من المشكلات الحياتية المختلفة. ويعتبر كثير من العلماء الدعم الاجتماعي مصدرا هاما من مصادر الأمن التي قد يحتاجها الفرد من عالمه الذي يعيش فيه عندما يشعر أن هنالك ما يهدد كيانه وأمنه، وعندما يشعر بأن طاقته قد استنفذت وأجهدت وأنه يحتاج معها إلى مدد وعون من خارج ذاته. [180، ص 43].

لذا فإنه قد يلجأ إلى الشبكة الاجتماعية المحيطة به على اختلاف مصادرها من أسرة وأصدقاء وأقارب وجيران لطلب العون في سبيل الوصول إلى حل مشكلاته والوصول إلى حالة الاتزان والأمن المطلوب. [180، ص 44].

فالدعم الاجتماعي عملية إنسانية تتضمن تقديم معونة ومشورة ومساندة من مسن لآخر، ومن جماعة لمسن، تساعد هذه المعلومات والمدعمات على مواجهة مشكلته أو محاولة الحد منها، والتخفيف من آثارها.

أما مصادر الدعم، فهي إمكانية وجود أشخاص مقربين للمسن كالأسرة والأصدقاء والأقارب، يحبون ويقفون بجانبه عند الحاجة وطلب المساعدة. [135، ص 96].

ومع ازدياد شدة الأحداث الحياتية ذات التأثير السلبية في مرحلة التقدم في السن يزداد الاهتمام بدور الدعم الاجتماعي كمنهج وقائي وعلاجي للتعامل مع الاضطرابات الناتجة عن الضغوط الحياتية وتمزق العلاقات الاجتماعية التي أوجدتها الظروف المدنية وتطورات العصر. [135، ص 96]. إن قدرة المسن على التفاعل مع الحياة والتغلب على مصاعبها يعتمد بالدرجة الأولى على مدى شعوره بالانتماء والقبول من جماعة محيطة به، تمثل شبكة اجتماعية متعددة الأطراف من أسرة وأصدقاء وأقارب، فالإنسان يعيش ضمن وسط اجتماعي، لا يستطيع أن ينعزل عنه، لأن العزلة تعني فقدان أهم ركن من أركان الحياة بالنسبة له. [179، ص 33].

إن المسن في مرحلة التقدم في العمر، أحوج مما يكون إلى العلاقات الاجتماعية التي توفر له المساعدة الفعلية من حب ورعاية وإحساس بالمواساة والطمأنينة والارتباط مع مجموعة اجتماعية ذات تقدير بالنسبة له. [179، ص 33].

9.2.3. نحو تكيف نفسي واجتماعي ناجح للمسنين

إن التكيف الناجح هو قدرة المسنين على مواجهة المشكلات الناجمة عن التغيرات البيولوجية والاجتماعية المصاحبة لمرحلة العمر المتقدم ولذلك فنجد مجموعة من الخطوات المرتبطة بعضها البعض والتي تعتبر ضرورية لتكيف المسن، وفهم تلك الخطوات تعتبر ذات قيمة بالنسبة لكل شخص يعمل مع كبار السن.

وفيما يلي ملخص لتلك الخطوات:

1.9.2.3. الاعتراف بأن كبر السن يقتضي نوعان من الحدود يجب الالتزام بها: بحيث يجب أن يعترف كبار السن بأن عليهم أن يلتزموا بالحدود بالنسبة لقدراتهم الجسمية والعقلية وأن عمليات التكيف التي تحقق ذلك تعتمد على هذا الاعتراف حيث أن الشخص المسن لا يستطيع أن يبدأ في توقعاته ما لم يعرف بأن كبر السن يؤدي إلى تحديد قدراته إلى أن يواجه بالتقلص المتوقع لبعض الأنشطة والأدوار التي كان يمارسها في متوسط العمر. [110، ص 64].

2.9.2.3. تغيير في كل من الأنشطة الفيزيائية والأدوار الاجتماعية: فبمجرد إدراك المسن حقيقة السن وتقبل الحدود التي تفرضها تلك المرحلة، فإن عليه أن يغير من الأنشطة والأدوار التي كان يقوم بها في المرحلة السابقة مثال ذلك، الزوجة المسنة يجب أن تستأجر من يساعدها في الأعمال المنزلية أو مشاركة زوجها فيها... وهكذا فإن مثل هذه التغيرات يمكن أن تشمل العلاقات الاجتماعية حيث تضيف دائرة علاقات المسن وكذلك الدخل يتعرض للتغيير بعد التقاعد وهكذا. [110، ص 65].

3.9.2.3. التوصل إلى طرق جديدة لإشباع الاحتياجات: يجب على المسن أن يتوصل إلى طرق جديدة لإشباع احتياجاته بدلا من الأنماط القديمة، فالشخص المتقاعد مثلا عليه أن يجد الدخل الذي

يعوض فقدان جزء من دخله، وأصدقاء جدد ليحلّو محلّ زملاء العمل وأنشطة جديدة تعوض فقدان الإحساس بالإنجاز، وإذا كان الفرد في مراحل العمر السابقة يميل إلى الاستقلالية والاعتماد على النفس، فيجب عليه في هذه المرحلة أن يتقبل إلى حدّ ما الاعتماد على الآخرين. [110، ص 66].

4.9.2.3. تطوير وتنمية معايير جديدة للتقويم الذاتي: فيجب على المسنين أن يتعلموا وسائل جديدة لتقييم ذواتهم من خلال الاعتماد على مجموعة من المعايير تختلف عن تلك التي تقتصر على مجرد النجاح في تحقيق الأدوار الإنتاجية، وتغيير الأدوار يتطلب تغيير طرق تقييم أداء المسن لأدواره الجديدة. [110، ص 66].

5.9.2.3. تكوين قيم وأهداف جديدة: بحيث يجب أن يحظى المسنون بتقبل المجتمع لهم وإلى الشعور بمكانتهم داخل الوسط الاجتماعي الذين يعيشون فيه ولا بد عليهم بالارتباط بالآخرين وتقبل الأفكار والقيم من الأجيال اللاحقة والمجتمع الذي يجب أن يتحمل العبئ الأكبر في هذا المجال من خلال مساعدة المسنين على تكوين علاقات مشبعة مع فيرهم وتشجيعهم على المشاركة الإيجابية في خدمة المجتمع الذين يعيشون فيه. [110، ص 66].

3.2. المكانة الاجتماعية للمسنين

1.3.2. العوامل المؤثرة في المكانة الاجتماعية

1.1.3.2. مفهوم المكانة الاجتماعية:

استعار علم الاجتماع مفهوم المكانة الاجتماعية من القانون حيث انه أساسا يشير إلى القدرات القانونية للفرد التي تمكنه من تدعيم الحقوق والالتزامات القانونية، إما لنفسه أو للآخرين، وهناك العديد من المفاهيم التي يستخدمها الباحثون بمعنى مكانة اجتماعية، ومنها: مفهوم المركز الاجتماعي، والمنزلة الاجتماعية، والدرجة الاجتماعية، والوضع الاجتماعي. كما أن هناك بعض المفاهيم الاجتماعية الشديدة الارتباط بمفهوم المكانة الاجتماعية، والمسافة الاجتماعية، والحراك الاجتماعي، والتمايز الاجتماعي. فالفرد الواحد يؤدي أدوار كثيرة في المجتمع كدور الأب، الموظف، وعضو جماعة مهنية، والطالب، والأخ وغيرها، وبعد قيامه بجميع هذه الأدوار بعد أدائه لواجباته الوظيفية التي يتعرف المجتمع بأهميتها، يعطي مجموعة من الحقوق من قبل المجتمع تتجسد في المنزلة والسمعة والقوة الاجتماعية التي تحدد وضعه الاجتماعي. [76، ص ص 217-218].

ويعد أيضا (لويد وارنر - 1361 هـ - 1941م، Lloyd Warner) من أكثر العلماء اهتماما وتركيزا على مفهوم المكانة الاجتماعية، ويرجع له الفضل في توجيه اهتمام علماء الاجتماع لموضوع التدرج الاجتماعي، في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد عد العلماء المكانة الاجتماعية من الموضوعات المهمة والميادين الثابتة في علم الاجتماع، يقول جيمس مكى: "مهما اختلف مجتمعات العالم الثالث في اهتماماتها ودراساتها للظواهر والمشكلات الاجتماعية المتأثرة وبيئتها وبنائها وتاريخها، فإن للظواهر والمشكلات الاجتماعية المتأثر بظروفها وبيئتها وبنائها وتاريخها، فإن ميادين علم الاجتماع تبقى ثابتة في كل أنحاء العالم" [181، ص 110]، وقد عد من بين الاهتمامات الجوهرية لعلم الاجتماع ميدان المكانة الاجتماعية. وذلك نتيجة لارتباطها بالنظم الاجتماعية في المجتمع وتأثيرها عليها وتأثرها بها، فإذا أخذنا نظاما من الأنظمة الاجتماعية، بمعزل عن النظم الأخرى، وسلطنا عليه الضوء فإننا يمكن أن نحله بوصفة بناء جزئيا أو فرعيا، إذ نجد أن هذا البناء الجزئي يتكون من مجموعة من المراكز، أو المكانة الاجتماعية التي تحدد موضع كل فرد داخل هذا النظام بالنسبة للأفراد الآخرين، وتحدد ما يرتبط بهذه المكانة من امتيازات يتمتع بها شاغلوا المكانة بدعم من الأسرة، ومن المجتمع [76، ص 219].

ويرتبط بالمكانة أيضا مجموعة من المسؤوليات المتوقعة التي يقوم بها شاغل المكانة، ويطلق عليها اسم الأدوار الاجتماعية، فالدور الاجتماعي - بهذا المعنى - هو سلوك الذي يقوم به شاغل المكانة، وهو سلوك متعارف عليه اجتماعيا، وبالتالي يمكن توقعه، والتنبؤ به بدرجة كبيرة من الدقة [182، ص 192]. فمن المتوقع دور الأب مع أبنائه ومع زوجته، والمرتبطة بمكانته داخل الأسرة، فهي محددة اجتماعيا، وهي موجودة بهذا المعنى قبل وجود الأب نفسه، وستبقى موجودة حتى بعد وفاته، فالمكانة والدور من الظواهر التي توجد خارج عقول الأفراد، وبشكل مستقل عنهم، ومن ثم يقوم الأفراد بالتدريب على المكانات والأدوار، والاستعداد لشغلها، والقيام بها عبر مراحل حياتهم المختلفة، ونجاحهم وذلك يسهم في استمرار الأبنية الجزئية والبناء الكلي ذاته، كما يسهم في إشباع هؤلاء الأفراد لحاجاتهم المختلفة. [183، ص 151].

فما المجتمع إلا شبكة من المكانات الاجتماعية، فشبكة المكانات المتداخلة، ونمط العلاقات المنظمة والدائمة بدرجة كافية هي البناء الاجتماعي لجماعة ما، لذلك يعد مفهوم المكانة الاجتماعية من أهم أدوات التحليل في علم الاجتماع المعاصر، ولأنها عنصر أساسي في البناء الاجتماعي تعد المكانة مفهوم محوري في علم الاجتماع. ويلاحظ أننا نولد في مجتمع ونجده يحتوي فعلا على مكانات متعددة، فنحن لا نصنع المكانات التي سوف نشغلها فهي فعلا جزء من بناء المجتمع، ظاهرة تساهم في استقرار المجتمع الإنساني وانتظامه. [183، ص 153].

وقد أشار العلماء إلى أنه من الصعب ثبات الإنسان في فئة اجتماعية ومكانة اجتماعية واحدة طوال العمر، لأن الظروف التي تشكل فئة معينة، هي التي تتدخل مرة أخرى، وإن اختلفت الوسيلة، لقيام فئة جديدة [184، ص ص 22-23]، ومن العوامل المؤثرة في ذلك:

1- التغيير الاجتماعي: الذي يسهل حركة انتقال الأفراد من أدنى السلم الاجتماعي إلى أعلاه أو العكس، كما أن الثورات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية دائما ما تعيد تشكيل المكانات الاجتماعية وتعيد ترتيب سلم التدرج الاجتماعي .

2- وسائل الاتصال: فكلما زاد الاتصال بين الأفراد والجماعات، شجع ذلك على التنقل الاجتماعي وتغيير المكانات، والعكس، فكلما وضعت المعوقات والحدود أمام وسائل الاتصال، عوق ذلك فرص التنقل الاجتماعي.

3- تقسيم العمل: الذي يعد من العوامل المهمة في المجتمع الحديث وتؤدي إلى خلق التمايز بين الناس واختلاف مكاناتهم [184، ص 23].

2.1.3.2. العوامل المؤثرة في المكانة الاجتماعية:

تحدد المكانة الاجتماعية بالعديد من العوامل والمعايير الاجتماعية كالتعليم، والمهنة، والسن، والدخل، والممتلكات، والعائلة، والأوسمة، كما أن تقدير المجتمع لهذه المكانات يختلف من مجتمع لآخر حسب أهمية العامل في هذا المجتمع أو ذلك، كما أن هذه العوامل والمعايير تختلف من زمن لآخر. [185، ص 94]. وتمتاز المجتمعات المركبة باتساع حجم المكانات الاجتماعية للفرد الواحد، عكس المجتمعات البسيطة والصغيرة، فالفرد مثلا يشغل مكانة الأب، والزوج، والأخ، والموظف، وعضو الجماعة المهنية، وعضو جماعة الأصدقاء، وجار، ومواطن، وعضو في جمعية أو ناد... وهكذا، بل إن الإنسان في المجتمع البسيط لديه عادة أكثر من ثلاث مكانات اجتماعية دفعة واحدة، مما يجعلنا نقول إن المكانات الاجتماعية تبدأ صغيرة و سرعان ما تأتي عوامل و معايير تزيد من عددها لفرد الواحد [185، ص 95].

وعن علاقة المكانة الاجتماعية بمتغيرات فرص الحياة، نشير إلى ما يأتي:

2.1.3.2. متوسط الأعمار: نجد أنه كلما ارتفع وضع الشخص ومن ثم توفرت له حياة كريمة، عاش حياة أطول، فقد أثبتت الدراسات أن معدل الوفيات يزداد في حالة انعدام أو ضعف الدخل وتدني المستوى التعليمي.

2.1.3.2. الأحداث والعلاقات الأسرية: أثبتت الدراسات أنه كلما ارتفع الوضع حرص الأفراد على تكوين أسرة صغيرة، وغالبا ما تكون العلاقات الأسرية وطيدة، كما تتيح لهم إمكاناتهم المادية للترفيه،

الأمر الذي يجعل حياتهم أكثر بهجة وأقل ضيقاً وتوتراً، والعكس عندما ينخفض الوضع الاجتماعي، فيزداد الإنجاب وتكثر المشكلات والنزاعات الأسرية. [111، ص 90].

2.1.3.2. الحياة المطمئنة: يعاني أصحاب الأوضاع الاجتماعية المنخفضة من متاعب ترجع لعدة عوامل، من أهمها: الدخول الضئيلة، والبطالة، والتقدير المنخفض للذات، والشعور بقلّة الحيلة، كما أن الانحراف بدواعي الحاجة والعوز منتشر بين أفراد هذه الأوضاع، والعكس لدى أصحاب الأوضاع العالية.

2.1.3.2. الصحة النفسية: كلما ارتفع الوضع الاجتماعي، قل تعرض الأفراد لأعراض الاختلال الانفعالي، قلّة ضغوط الأحداث عليهم، ولطبيعة حياة الأفراد في الأوضاع المنخفضة نجدهم أكثر تعرضاً للضغوط الانفعالية والسلوكية. [111، ص 90].

2.1.3.2. تقدير الذات: تؤثر المكانة الاجتماعية على تقدير الذات لدى الشباب، فهم يقدرون ذواتهم طبقاً لمكانتهم الاجتماعية، ويقومون أنفسهم في ضوء زملائهم، ويساعد على ذلك الأحياء التي يقطنونها والمدارس الملتحقين بها، في حين تكون معايير الحكم والتقييم مختلفة لدى الكبار إلى حد بعيد، لأن علاقاتهم ومعاملاتهم تتسع، كما أن فرصهم في تحسين أوضاعهم الاجتماعية تزداد، بعكس الصغار الذين ما يزالون تحت تأثير المكانات الموروثة. [111، ص ص 90-91].

2.1.3.2. شغل أوقات الفراغ: يتأثر شغل أوقات الفراغ تأثيراً كبيراً بالمكانة الاجتماعية، فنجد أفراد المكانة العالية يميلون إلى الرياضة الفروسية والتنس والرمية، كما يميلون إلى زيارة المتاحف وقراءة الكتب الجادة، في حين أصحاب المكانات المتدنية والوسطى يميلون إلى رياضة كرة القدم، ومشاهدة التلفاز، وقراءة الكتب الخفيفة والمسلية. [111، ص 90].

وفي ضوء ما سبق يمكننا القول، إن جميع الدراسات اتفقت على وجود معايير عامة، يمكن تطبيقها في كل المجتمعات الحديثة، مع الاختلاف في درجة أهمية كل معيار عن الآخر، وهي: المهنة- الدخل- والمستوى التعليمي- والرموز الاجتماعية، وهذه المعايير هي المسؤولة عن تحديد مكانات الأفراد في المجتمع المعاصر، وعن توزيعه في أوضاع اجتماعية متتالية. رغم عدم اتفاقنا مع مثل هذا الاتجاه نحن الذين ننتمي لمجتمع مسلم يؤمن بأن الله عز وجل، قد قسم الأرزاق في الحياة، سنة إلهية، ورفع الناس في طبقات مختلفة، وأن المسلم يأتي قبل غيره على هرم المكانات الاجتماعية، بغض النظر عن ما يملكه من معايير دنيوية زائلة.

2.3.2. مميزات مكانة المسن في الإسلام:

دلت الآثار الواردة عن الرسول- صلى الله عليه وسلم – أن المؤمن لا يزداد في عمره إلا يكون خيراً له، إضافة إلى أن المسن المؤمن مكانة خاصة تتمثل في تجاوز سيئاته وشفاعته لأهل بيته، فقد

روى أبو هريرة- رضي الله عنه- أن- رسول الله صلى عليه وسلم- قال: "لا يتمنى أحدكم الموت ولا يدع به من قبل أن يأتيه، إنه إذا مات أحدكم انقطع عمله وإنه لا يزيد المؤمن عمره إلا خيرا". وعن أنس قال: إن رسول الله صلى عليه وسلم قال: "ألا أنبئكم بخياركم. قالوا: بلى يا رسول الله قال: "خياركم أطولكم أعمارا إذا سدوا" [186، ص 108]. وروى أبو هريرة- رضي الله عنه- أن رسول الله- صلى عليه وسلم- قال: "خياركم أطولكم أعمارا وأحسنكم أعمالا". وفي المسند أن رسول الله- صلى عليه وسلم- قال: "ليس أحد أفضل عند الله من مؤمن يعمر في الإسلام لتسبيحه وتكبيره، وتهليله". كما روى ابن عباس- رضي الله عنه- عن الرسول صلى عليه وسلم أنه قال: "الخير مع أكابركم"، وفي رواية "البركة مع أكابركم" وعن أنس بن مالك رضي الله عنه أن رسول الله- صلى عليه وسلم- قال: "ما من معمر يعمر في الإسلام أربعين سنة إلا صرف الله عنه ثلاثة أنواع من البلايا: الجنون، والجذام، والبرص، فإذا بلغ خمسين سنة لين الله عليه الحساب، فإذا بلغ ستين سنة رزقه الله الإنابة إليه بما يحب، فإذا بلغ سبعين سنة أحبه أهل السماء، فإذا بلغ الثمانين قبل الله حسناته وتجاوز عن سيئاته، فإذا بلغ تسعين غفر الله له ما تقدم من ذنبه وما تأخر، وسمي أسير الله في أرضه وشفع لأهل بيته [186، ص 109]. وعن عبد الله ابن بسر قال: أتى النبي- صلى عليه وسلم- أعرابيان فقال أحدهما: من خير الرجال يا محمد؟ قال النبي- صلى عليه وسلم- "من طال عمره وحسن عمله". [186، ص 109].

لقد رسم الإسلام معالم معاملة الكبير المسن، وجعلها معيارا لوصف أمة الإسلام، فعن عبادة بن الصامت أن رسول الله- صلى عليه وسلم قال: " ليس من أمتي من لم يبجل كبيرنا ويرحم صغيرنا ويعرف لعالمنا حقه". والمراد من الحديث أنه ليس من سنتنا وليس من أدبنا أن يساء إلى كبيرنا، ولا تحسن معاملته، فالكبير أحوج ما يكون إلى العون والمساعدة والعناية، وقد جاء الإسلام ليحض الناس على احترام البشر، ويعامل الخلق على أساس التقدير والاحترام، وعلى وجه الخصوص كبار السن وأصحاب الفضل [187، ص 93]، واحترام الكبير وإجلاله في المجتمع دليل على رفعة وسمو ذلك المجتمع، وتخلق المجتمع بخلق رفيع القدر، ولا أدلّ على ذلك من قول النبي- صلى الله عليه وسلم- لعبد الرحمن بن سهل حين رآه يتكلم، وكان اصغر القوم في الوفد، وفيهم أكبر منه، فقال: "كبير، كبير". أي ليتكلم الأكبر، فسكت عبد الرحمن وتكلم من هو أكبر منه. بل ارتقى الخلق الإسلامي وبلغ أعلى درجاته حيث جعل من إجلال الله تعالى إكرام كبار السن، حين قال صلى عليه وسلم: "إن من إجلال الله تعالى إكرام ذي الشيبة المسلم، وحامل القرآن غير الغالي فيه والجافي عنه، وإكرام ذي سلطان المقسط". [187، ص 94].

وهذا هو سمرة بن جندب- رضي الله عنه- يقول: لقد كنت على عهد رسول الله- صلى عليه وسلم- غلاما، فكنت أحفظ عنه، فما يمنعني من القول إلا أن ها هنا رجلا هم أسن مني. [187] ص[94].

إن سمو القرآن الكريم في تصوير مكانة الوالدين، وبسط الأسلوب الخلقي الراقي الذي ينبغي للمسلم أن يتبعه في معاملة والديه، إن تنفس بهما أو أحدهما العمر، وبلغا مرحلة الهرم والشيخوخة والعجز، فيصل إلى الغاية التي ما عرفتها الإنسانية قبل أن تشع شمس هذا الدين على لأرض. ومن أمثلة ارتفاع مكانة المسنين في الإسلام:

1- بر الوالدين:

ما ورد في القرآن الكريم في الآية الكريمة. قال تعالى: " ووصينا الإنسان بوالديه حملته أمه وهنا على وهن وفصله في عامين أن اشكر إليّ ولوَالديك إليّ المصير وإن جهداك على أن تشرك بي ما ليس لك به علم فلا تطعهما وصاحبهما في الدنيا معروفا واتبع سبيل من أناب إليّ ثم إليّ مرجعكم فأنبئكم بما كنتم تعملون " (لقمان 14-15). وكذلك حديث عبد الله بن مسعود- رضي الله عنه- قال: سألت النبي- صلى عليه وسلم -: أي العمل أحب إلى الله تعالى؟ قال: (بر الوالدين) قلت: ثم أي؟ قال (الجهاد في سبيل الله).

وهنا قدم رسول الله- صلى الله عليه وسلم- بر الوالدين على الجهاد في سبيل الله تعالى، وجعله بعد الصلاة مباشرة. [188، ص 35].

ومن بر الوالدين ومكانته العظيمة البر بأصدقائهم، فحرص الصحابة- رضي الله عنهم- على ذلك، مثل حديث عبد الله بن دينار عن عبد الله بن عمر أن رجلا من الأعراب لقيه بطريق مكة، فسلم عليه عبد الله بن عمر، وحمله على حمار كان يركبه، وأعطاه عمامة كانت على رأسه: قال ابن دينار: فقلنا له: أصلحك الله إنهم الأعراب، وهم يرضون باليسير: فقال عبد الله بن عمر- رضي الله عنهما-: إن أبا هذا كان ودّا لعمر بن الخطاب رضي الله عنه، وإني سمعت رسول الله- صلى عليه وسلم- يقول (إن أبر البر صلة الرجل أهل ود أبيه) كما روى عبد الله بن عمر رضي الله عنهما أن رسول الله صلى عليه وسلم قال: (من البر أن تصل صديق أبيك)، وقد روى البخاري أن أبا سيد- رضي الله عنه- قال: كنا عند النبي- صلى الله عليه وسلم- فقال رجل: يا رسول الله، هل بقي من بر أبوي شيء بعد موتها؟ قال: نعم خصال أربع: الدعاء لهما، والاستغفار لهما، وإنفاذ عهدهما، وإكرام صديقيهما) [187، ص 103].

كما قدم الإسلام كبار السن من العلماء أو القراء، مثل حديث أبي مسعود عقبة بن عمرو البدري الأنصاري- رضي الله عنه- قال: قال رسول الله- صلى الله عليه وسلم-: يؤم القوم أقرأهم لكتاب الله،

وأقدمهم قراءة، فإن كانت قراءتهم سواء فيؤمهم أقدمهم هجرة، فإن كانوا في الهجرة سواء، فيؤمهم أكبرهم سناً) [187، ص 103]. كما يوقرون لكبرهم فقط، فعن أبي موسى الأشعري- رضي الله عنه- قال: قال رسول الله- صلى عليه وسلم- "إن إجلال الله تعال إكram ذي الشببة المسلم، وحامل القرآن الكريم غير الغالي فيه والجافي عنه، وإكram ذي السلطان المقسط" [187، ص 103]. ومن تميز مكانة المسن في الإسلام ما ألبسه الله عليه من ثياب الوقار بشيبيه، وبسبب الذي يعيشه في أواخر أيامه فقد روى كعب بن مرة رضي الله عنه أنه سمع رسول الله- صلى عليه وسلم- يقول: "من شاب شببة في الإسلام كانت له نورا يوم القيامة" كما ورد عن النبي- صلى عليه وسلم- أنه نهى عن نتف الشيب، و قال: (هو نور المؤمن). وقال: "ما شاب رجل في الإسلام شببة إلا رفعه الله بها درجة، ومحيت عنه بها سيئة وكتبت له بها حسنة". [188، ص 36].

وعن ابن عباس- رضي الله عنه- قوله: "ليس هذا في المسلمين لأن المسلم لا يزداد في طول العمر والبقاء إلا كرامة عند الله وعقلا ومعرفة" كما قال القرطبي رحمه الله: "إن هذا لا يكون للمؤمن- يعني الخرف والرد إلى أرذل العمر-: لأن المؤمن لا ينزع علمه". كما ذكر السيوطي عن عبد الملك بن عمير أنه قال: "كان يقال: إن أبقى الناس عقولا قراء القرآن". [188، ص 36].

2- المعاملة الخاصة:

كما أوجب الإسلام معاملة خاصة للمسنين: تقديرا لمكانتهم عند الله عز وجل، ومن ذلك:

- 1- توقيرهم واحترامهم، تيمنا بقول المصطفى- صلى الله عليه وسلم- وهو يأمر خادمه أنس بن مالك- رضي الله عنه- صراحة بذلك فقال: "يا أنس ارحم الصغير ووقر الكبير".
- 2- أن يسلم الصغير أولا على الكبير، وأن لا يتكلم الصغير في أمر دون الكبير، فعن أنس بن مالك - رضي الله عنه- قال: حدثني أبو ليلى عبد الله بن عبد الرحمن بن سهل عن سهل بن أبي حثمة، أنه أخبره عن رجال من كبراء قومه، أن عبد الله بن سهل ومحبيصة خرجا إلى خيبر من جهد أصابهم. فأتى محبيصة فأخبر أن عبد الله بن سهل قد قتل وطرح في عين أو فقير. فأتى يهود فقال: أنتم، والله قتلتموه. قالوا: والله! ما قتلناه. ثم أقبل حتى قدم على قومه. فذكر لهم ذلك. ثم أقبل هو وأخوه حويصة، وهو أكبر منه، وعبد الرحمن بن سهل. فذهب محبيصة ليتكلم، وهو الذي كان خيبر، فقال رسول الله- صلى عليه وسلم- لمحبيصة: "كبر كبر" أي يتكلم الأكبر سنا فتكلم حويصة ثم محبيصة وعبد الرحمن هو أحدث القوم. [188، ص 37].

- 3- تقديم الشراب للأكابر أولا: ففي الحديث أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "ابدؤوا بالكبراء أو قال: بالأكابر". كما ورد عنه صلى الله عليه وسلم وعنده أبو بكر وعمر رضي الله عنهما وهم

جلوس جميعا على الأرض، ويأتيه عبينة بن حصن، فيدعو لعبينة بنمرقة-وسادة- فأجلسه عليها، وقال: "إذا أتاكم كبير قوم فأكرموه". [188، ص 37].

وقد وردت الكثير من المواقف والأحداث في العصور الإسلامية، تتضمن تطبيقا للنهج النبوي في الرفع من مكانة المسنين في المجتمع الإسلامي، وقد اقتدى به صحابة من بعده والتابعون، وتزخر كتب التاريخ بالكثير والكثير من ذلك، وقد أفرد الكثير من العلماء كتباً خصصت لكبار السن ومكانتهم، وارتفاع شأنهم في المجتمع الإسلامي. [187، ص 110].

فقد أفرد الإمام جمال الدين أبي الفرج بن الجوزي (510-597) كتاباً، أسماه (بر الوالدين وصلة الرحم)، عرض فيه لهذه القيمة الإسلامية العظيمة، وأبرز فيه الكثير من الأحكام التي تحث على بر الوالدين وتوقيرهم، يقول في مقدمته (فإني رأيت شبيبة من أهل زمانا لا يلتفتون إلى بر الوالدين، ولا يرونه لازماً كلزوم الدين، ويرفعون أصواتهم على الآباء والأمهات، وكأنهم لا يعتقدون طاعتهم من الواجبات، فرأيت جمع كتاب في هذه الفنون من اللوازم، لينتبه الغافل، ويتذكر الحازم وقد رتبته فصولاً وأبواباً والله الموفق لما يكون الصواب)، وقد تضمن الكتاب ثمانية أبواب تضمنت كل ما يتعلق ببر الوالدين وأحكامه وثوابه وعقابه، ومنها: باب المعقول في بر الوالدين، وفي ما ذكر الله عز وجل من ذلك، وما ذكره الرسول- صلى عليه وسلم- من بر الوالدين، وتقديم برهما على الجهاد، وبر الوالدين من أحب الأعمال إلى الله عز وجل، وأن البر يزيد في العمر، وعقوبة العقوق وغيرها من الأحكام [187، ص 111]. كما ألف الإمام الحافظ أبي بكر بن أبي الدنيا المتوفى سنة 282 هـ، كتاباً أسماه (العمر والشيب)، أراد من ورائه أن ينبه جيل المسلمين إلى قيمة الوقت، وأهمية العمر، ليغتنموا الساعات قبل أن تحرمهم المنية ويخسروا صفقة العمر، أو يغزوهم الشيب ويضعفهم الكبر، فيندمون على التفريط، وكذلك ليبرز مكانة كبار السن وعزتهم، وارتفاع شأنهم، ومن فصول الكتاب: إكرام ذي الشيبة، وسرعة فناء العمر وذهابه، وعبرة الكبر والاتعاض منه وغيرها [187، ص 112].

وقد أبرز (السجستاني) في كتابه- الوصايا والمعمرين- مكانة شيوخ عصره وأبرز دورهم وحكمتهم وتأثيرهم في المجتمع الذين يعيشون فيه، ودافع عنهم، وأكد أن على أفراد المجتمع تقديرهم واحترامهم، لما من وفاء لخدمتهم لمجتمعهم ورد الدين لهم كما أكد (ابن الجوزي) في رسائله عن الشيخوخة، على ضرورة رعاية الأسرة لشيوخها ومساعدتهم في التوافق مع مرحلتهم العمرية، وينبغي على أفرادها، كما يقول ابن الجوزي: أن يوجهوهم إلى ما يشغلهم عن النظر إلى النظر إلى خراب الدنيا، وفراق الإخوان، وأنه لما يسلي الدنيا ويهون فراقها استبدال المعارف، كما حث المجتمع على الاستفادة من خبرة الشيوخ وحنكتهم، لأن مرحلة الشيخوخة عنده قمة الإنتاج العلمي ومرحلة

الإتقان، حتى ينتفع الناس مما لدى الشيوخ من علم وخبرة، ويشغلون أوقات فراغهم بعمل نافع ومفيد لهم ولمجتمعهم [187، ص 112-113]. وقد إهتم الباحثون في الدراسات الاجتماعية المعاصرة بدراسة أوضاع المسنين في التراث الإسلامي ومكانتهم. وفي هذه الدراسات هناك من سعى للإجابة عن التساؤل وهو: هل نجحت السياسة الاجتماعية الوضعية لرعاية المسنين في تحقيق أهدافها وآمالها في رعاية هذه الفئة وإشباع احتياجات؟ وقد توصل الباحث إلى فشل هذه السياسات، لاعتماد على العقل البشري، واستعرض الباحث البديل وهو النموذج الإسلامي لرعاية المسنين مستعرضاً مزايا الرعاية في الإسلام وأسسها فقط بالأدلة القرآنية والأحاديث النبوية [75، ص 220]، كما قام الفاروق يونس بتحديد أسلوب الخدمة الاجتماعية مع المسنين بنظرة إسلامية، فقد فسر قضية المسنين في النظريات الغربية ثم عاد ووثق ما جاء في القرآن الكريم والسنة النبوية عن رعاية المسنين، ووصف قيم مهنة الخدمة الاجتماعية المرتبطة بالإسلام من القرآن والسنة منتقداً قيم مهنة الخدمة الاجتماعية الغربية في رعاية المسنين. [75، ص 220].

وأشار إلى أن – بر الوالدين واجب ديني وخدمة وطنية، وأشار إلى أن بر الوالدين واجب مؤكداً ديني عليه في النصوص القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة. وأبرز عظمة الإسلام في رعاية المسنين، وارتفاع مكانتهم، وتميز القيم الإسلامية في هذه الرعاية سواء القيم الخاصة بالأبناء أو الدولة أو المجتمع ككل متكامل [75، ص 221].

هذا هو المنهج الإسلامي الذي رفع من مكانة كبار السن، وحث على توقييرهم واحترامهم، فماذا عن المنهج في مجتمعنا المعاصر؟ وما مدى التزامنا بمثل تلك الحقوق التي أقرها الله عز وجل على عباده، وحث عليها رسوله الأمين صلى عليه وسلم؟ وماذا عن التغيير الذي أصاب الشيخوخة بشكل عام ومكانة المسنين الاجتماعية بشكل خاص؟

3.3.2. المكانة الاجتماعية للمسنين في ضوء التغييرات الحضرية:

1.3.3.2. مكانة المسنين في المجتمعات البدائية:

لقد ساعد التكافل الاجتماعي القائم على الروابط القرابية والعائلية في المجتمعات البدائية، والذي يقضي بإلزام جميع أفراد الوحدة العائلية والقرابية العناية والاهتمام بأمر المتقدمين في العمر في حل مشكلة الشيخوخة في هذه المجتمعات، فالشعوب البدائية لا تنظر إلى التقدم في العمر بوصفه عبئاً ثقيلاً وإنما تنظر إليه بوصفه انجازاً متميزاً يجلب على صاحبه الكثير من التبجيل والاحترام، ومن هنا كان تصريف الأمور في المجتمعات البدائية يلقى عادة على عاتق المتقدمين في العمر لأنهم الرؤوس الحكيمة المدبرة [189، ص 286].

ولذلك نجد أن المجتمعات البدائية الاسترالية الأصل تركيبها السياسي الأولياري يقوم على التسليم بسلطة كبار السن من أعضاء القبيلة ويطلق على هذا الشكل من الحكومة اسم حكومة الشيوخ *Gérontocratie* حيث يجتمع رؤساء العشائر الطوطمية ويضطلع بمهام النظر في أمور القبيلة وكذا إقامة الطقوس الشعائرية إلى جانب الواجبات المدنية مثل تصريف شؤون الحياة الاجتماعية إلى حدّ توقيع العقوبات على كل من يحرق التقاليد القبلية [189، ص ص 286-287]. ويؤكد من ارتفاع المكانة التي يحتلها كبار السن أو العجائز في المجتمع البدائي ظهور وظيفة الساحر الذي يلجأ إليه الناس وقت الأزمات، ولقد قدم لنا الكثيرون من علماء الأنثروبولوجيا كثيرا من الأمثلة المأخوذة من المجتمعات البدائية حول المكانة التي يحتلها السحرة العجائز في هذه المجتمعات بحيث يمارسون الطقوس السحرية التي تستهدف الإصلاح [189، ص ص 288-289].

إن السن هو العامل الرئيسي في فهم البناء الاجتماعي للمجتمعات البدائية التي يقوم تنظيمها الاجتماعي على ما يعرف باسم نظام طبقات العمر، حيث يقوم نظام التفاضل الاجتماعي بترتيب أعضاء المجتمع وخاصة الذكور منهم على أساس العمر ومرتبة الشيوخ عادة ترتبط بأمور الدين وأداء الشعائر والطقوس بوصفهم اكبر أعضاء المجتمع الأحياء سنا وأقربهم إلى العالم الآخر وأدناهم بالتالي إلى الآلهة المحليين [189، ص 292].

ولذلك يقوم الشيوخ في المجتمعات التي يقوم تنظيمها الاجتماعي على نظام طبقات العمر بوظيفة أساسية تنحصر في حفظ التوازن الاجتماعي، وتوطيد الضبط الاجتماعي وإقرار الأمن عن طريق الأعراف الموجودة في المجتمع وعلى هذا الأساس يتغلغلون في شتى نواحي الحياة الاجتماعية لتلك المجتمعات [189، ص 292].

2.3.3.2. المكانة الاجتماعية للمسنين في المجتمعات التقليدية:

تتشكل المجتمعات التقليدية في ثلاثة أنماط رئيسية هي: المجتمعات البدوية، والمجتمعات القروية، والمجتمعات الريفية، وتعد مراحل حضارية قديمة تمثل حياة الإنسان منذ نشأته، وربما لا تتكون متتالية، بل إنها قد تكون في حقبة زمنية واحدة. فلا يخلو تاريخ أي مجتمع من المجتمعات الإنسانية من نمط من تلك الأنماط في تاريخه القديم، وحتى في عالم اليوم، فلا تزال هناك الكثير من المجتمعات تعيش حياة المجتمعات البدوية والريفية والقروية، رغم التقدم الذي يعيشه العالم اليوم. [186، ص 118]. وقد اهتم علماء الاجتماع – بفروعه المتخصصة كعلم الاجتماع البدوي، وعلم الاجتماع الحضري- بتحديد الفروق الخاصة بهذين النمطين من المجتمعات، وتحديد خصائصها الاجتماعية والاقتصادية، وشخصيات أفرادها، التي يمكن إرجاع تاريخها إلى القرن الرابع عشر الميلادي، عندما حدد (ابن خلدون) في مقدمته، الفروق بين البدو والحضر، ولعل من أهم تلك الفروق

صغر الحجم، واعتمادها على نظام القرابة، والضبط الاجتماعي غير الرسمي، والعلاقات الأولية بين أفرادها، ونجاس السكان من حيث اللغة، والخصائص النفسية والاجتماعية، وأنماط السلوك، وانخفاض مستوى الحراك الاجتماعي، والتشابه في المهن والوظائف، والشعور بالتضامن الجماعي وغيرها من الخصائص والصفات. [186، ص 118].

وتعد الحياة الاجتماعية في المجتمعات التقليدية بسيطة يسودها الكثير من القيم والتقاليد التي يتوارثها أفراد المجتمع جيلا بعد جيل، ويتمسكون بها لاعتبارات أخلاقية وعرقية، واهتمام تلك المجتمعات بفئاتها يعتمد كثيرا على النوع والسن، فلكل فرد من أفراد المجتمعات التقليدية مكانته الخاصة التي تحدد دوره ومسؤولياته التي يقدمها لمجتمعه، وتعد فئة المسنين إحدى الفئات الاجتماعية التي كان لها مكانة خاصة في المجتمعات التقليدية [186، ص 119]، وتعتمد المكانة الاجتماعية للفرد في أي جماعة ما على دوره القيادي فيها، ويعتمد هذا الدور على ما يقدمه من خدمات للجماعة التي ينتمي إليها، كما تعتمد مكانته في الأسرة على قيادته الرشيدة، وتحقيق أكبر جزء من السعادة لجميع أفرادها، وذلك بما ينفقه عليها من جهده وماله، وعلى مقدار ما يحققه لأفرادها من طمأنينة. وتتأثر المكانة الاجتماعية للفرد في جميع مراحلها بالمعايير القائمة والسائدة في المجتمع الذي ينتمي إليه، ويتباين المستوى العائلي لهذه المكانة في صعوده وهبوطه، تبعا للدور يقوم به الفرد في إطار الأسرة، وتبقى المكانة الاجتماعية للأب والأم في إطارها القوي حتى تتغير الأوضاع الداخلية للأسرة، ويتغير دور الأب، ويتغير لذلك دور الأم. [90، ص 462].

وقد كان للشيوخ مكانتهم الاجتماعية في المجتمع اليوناني القديم، إذ كان منهم الفلاسفة والحكماء والشعراء و الساسة، وما تزال لهم مكانتهم المرعية في المجتمعات الشرقية بشكل عام، وضعفت هذه المكانة في المجتمعات الغربية المعاصرة، لأنها تؤمن بالقوة والسرعة والجاذبية، وهي صفات لا تتوفر لجيل الشيوخ [90، ص 462]، وكثيرا من المجتمعات التقليدية تعطي اهتماما خاصا للمسنين، وتعد أساسا للتمايز الطبقي فيما بين أفرادها، مما أكسبها سمة النظام، لما له من ثبات واستقرار، فضلا عما يقوم به من دور مؤثر في البناء الاجتماعي للمجتمع [190، ص 31].

وللنسق الاجتماعي، وطبيعة نظرة المجتمع، له تأثيرة على المسنين، وارتفاع مكانتهم الاجتماعية أو انخفاضها، مما يدل على أهمية الإطار الثقافي والحضاري في الحكم على المسنين سلبيًا وإيجابيًا. فالسياق الاجتماعي الذي يتكون من المعارف الإنسانية والخبرات، والتجارب المكونة للعادات والتقاليد هي التي تحكم سلوك الأفراد وتوجه الجماعات والمجتمع في الحياة، ولما كان لكل مجتمع محدداته الخاصة، وبالتالي إطاره الثقافي وخصوصيته الحضارية، كان لا بد أن يختلف وضع المسنين ومكانتهم الاجتماعية، ويقرر (أريكسون) في نظريته للنمو أن المكانة الاجتماعية للمسنين

تحدد حسب الواقع الثقافي، وبنظرة المجتمع لظاهرة التقدم في العمر بشكل عام، الأمر الذي يؤكد أهمية البيئة والمجتمع والثقافة، وانعكاساتها على أوضاع المسنين. [42، ص 21].

وانخفاض هذه المكانة عند المسنين يقلص من منظومة الأدوار الاجتماعية للمسن، ويزداد الأمر سوءا لديه، عندما لا تساعده قدراته في تطوير أدواره أو اختيار أدوار جديدة، فيقع فريسة للوحدة، لأن هذه الأدوار تتضمن نظاما للحياة بما يحتويه من علاقات شخصية مع الأسرة والأصدقاء، ومشاركة عامة في العمل والمنزل، وفي المنظمات والجمعيات ومن ثم يكون من الضروري على المسن تغيير أهدافه لتتكيف مع حاجاته الجديدة تبعا للمرحلة التي يعيشها. [42، ص 23].

وتصف لنا (مينا فيلد) بعضا من المزايا التي يتمتع بها المسنون في الأسرة الممتدة الشائعة في المجتمع التقليدي، فتقول: في ظل الحضارة، يؤدي أعضاء الأسرة من الكبار دورا مهما، حيث ينظر إليهم بصفتهم معلمين ومستشارين لهم باع طويل في الحكمة والتجربة العملية في الحياة، كما أن خبراتهم ومهاراتهم المكتسبة على مدار الحياة رئيسة، حيث إنها أسهمت إسهاما جوهريا في تقدم أسرهم، وفي تقدم الجماعة بأسرها، وكان من المقبول- كونه أمرا طبيعيا- أن تعيش الأجيال الصغيرة في الجماعة نفسها ليعتتوا بما زرعه الأسلاف، وحتى إذا عجز المسن عن الإنتاج لضعفه الجسماني، فإن قيمته داخل الأسرة لا تهتز حيث ينظر إليه دائما بصفته مثلا أعلى يحتذي به، ومصدرا للنصيحة المتكاملة، وتعد رعاية الشخص المسن مسؤولية الأسرة الأساسية، وكان الشخص المسن يشارك الأسرة في المسكن طيلة حياته. [191، ص 27].

ويرى (بيتر تاونسند) مزايا أخرى في نظام الأسرة الممتدة، فيقول: >> في الأسرة التي تتكون من ثلاثة أجيال، يتم الإفصاح عن حقوق الفرد الأساسية والتزاماته واحتياجاته، وبالتالي يسهل الوفاء بكل منها. [191، ص 29]. كما كان للمسنيين مكانة مهمة في الأسر الممتدة، فيشير (دافيس فريدمان) إلى أن: بعض المسنين لا يمكنهم حتى تصور وجودهم بعيدا عن الأجيال الصغيرة، بل إنهم مستغرقون تماما في حياة أبنائهم اليومية. وقد كانت الأسرة الممتدة تعد جزءا طبيعيا من المجتمع الزراعي، فكانت الأسر تمتلك الأرض التي تقوم بزراعتها ويتعاون جميع أعضاء الأسرة لإنتاج الطعام، تماما كما يفعل أفراد القبيلة في اتحادهم لحماية أنفسهم من أي عدو، كما يشارك جميع أفراد الأسرة الممتدة في معالجة الكوارث. [191، ص 30].

ويشير (فيدر): إلى أن للمسنيين عامة سلطة كبيرة في الأسرة، لأنهم يسيطرون على الممتلكات والمهن، بالإضافة إلى احترامهم البالغ من قبل أفراد الأسرة، نظرا لمعارفهم وخبراتهم التي يكسبونها على مر السنين << [191، ص 31].

ويشير صلاح الفوال إلى أن جماعات كبار السن في القبائل البدوية، جماعات ذات مكانات عالية ومرموقة، بما يتبع ذلك من أدوار مؤثرة في حياة القبيلة كلها، فمنهم الحكام والمستشارون والحكماء... الخ، ولم تكتسب جماعات كبار السن هذه المكانة جزافاً، وإنما يعود ذلك إلى ماضي كفاحهم، فضلاً عما اكتسبوه من خبرة طويلة تمنحهم الحكمة وسداد الرأي، وتجعلهم كذلك الملجأ والملاذ خصوصاً عند حدوث ما يعكر صفو المجتمع [192، ص 190].

كما نلاحظ في ظاهرة تقسيم العمل في المجتمعات البدوية اعتماداً كبيراً على السن في تحديد المهام والأعمال التي يمكن أن يقوم بها الفرد في منظومة الأعمال داخل محيط المجتمع، التي بدورها تحدد مكانته الاجتماعية داخل مجتمعه، إذ نجد أن كبار السن عادة ما توكل إليهم أعمال الإشراف والتوجيه، وإبداء الرأي، وغيرها من المهام التي تعتمد على القدرات الذهنية والعقلية، أكثر من اعتمادها على القدرات الجسمية. [192، ص 191].

وتؤدي عمليات التحول الإنمائي للمجتمع إلى تغييرات اجتماعية عديدة، منها التغيير الكبير في المراكز التي يشغلها كبار السن، فمن المعروف أن كبار السن يحتلون مركزاً أساسياً في المجتمعات التقليدية سواء الزراعية أو القبلية، وغالباً تكون مهام الرئاسة السياسية والدينية، والقيادة الاجتماعية، وقيادة الرأي، وعادة ما يكونون المرجع الأساس لحسم المنازعات والخلافات التي تنشأ بين أعضاء المجتمع، وقد يكون ذلك راجعاً إلى أن تقدم العمر يعد المصدر الرئيس-ي- إن لم يكن الوحيد- للخبرة، والدراية، والحكمة، في تلك المجتمعات، إلى جانب ما يتضمنه السن من وقار واحترام تقليدي. [192، ص 197]. غير أن هذه الأمور تتغير مع تحول المجتمع نحو التقدم الاقتصادي والحضاري، إذ يفقد كبار السن ما يتمتعون به من هيبة ومركز بعد انتشار التعليم، وتغيير نظام التدرج الاجتماعي، ليقيم على أساس الإنجاز وما يحتله الشخص من مكانة مهنية، وتعليمية، وما يقدمه لمجتمعه من نفع، لا على أسس منسوبة كالسن، والجنس، والانتماءات الأسرية والطائفية، غير أن كبار السن لا يتخلون عن مواقعهم بسهولة، ويظلون متمسكين بها لسببين أساسيين هما:

- 1- أن أمجادهم تنتمي إلى الماضي وليس إلى الحاضر أو المستقبل.
- 2- صعوبة التوافق مع الأوضاع والقيم والمواقف المتغيرة بفعل عمليات التحديث الحضاري. [192، ص 198].

وهذا هو ما يجعل من هذه الفئة العمرية- في نظر البعض- معوقاً لبرامج التغيير التي من شأنها تهديد سلطاتهم التقليدية. ويمكننا أن نفسر في ضوء ذلك ما يحدث داخل المجتمعات المتحولة إنمائياً من صراعات بين القديم والجديد، أو ما يطلق عليه صراع الأجيال داخل الأسرة وداخل تنظيمات العمل وداخل تنظيمات المجتمع بوجه عام، مما أسهم في تدهور المكانة الاجتماعية للمسنين في هذه

المجتمعات التي تقوم على تقديس العمل، والانجاز، والقوة، والشباب، وفقدان العديد من الأدوار الاجتماعية، سواء داخل الأسرة، أو في المجتمع بعامه. [193، ص 338].

وقد أشار (هومانز) إلى تأثير تغيرات العمل وتعارضها مع الأسس التقليدية للمكانة والدور في مجتمع القرية، فقد تبين أن التنظيم الصناعي قد غير أسس المكانة الاجتماعية التقليدية، إذ خضع كبار السن ورؤساء القرى، ممن كانوا يتمتعون بمكانة تقليدية عالية للشباب في هذا التنظيم الجديد، وقد انعكس هذا الخضوع على الأجور المنخفضة التي كانوا يتقاضونها، والمراكز المهنية الدنيا التي كانوا يشغلونها في الترتيب الهرمي للمصانع، وقد أحدث هذا الخضوع أثرا عديدة ليس فقط في تقويض الأبنية التقليدية، بل في انعدام الأمن النفسي خاصة لكبار السن ممن كانوا يحتلون مكانة تقليدية، فقد أصبح من المحتم عليهم طاعة أوامر أشخاص آخرين يشغلون أدنى السلم الاجتماعي في الترتيب الاجتماعي القديم، كما أصبحت هذه الطاعة أمرا مفروضا ومعيارا للتقييم [192، ص 115].

كما توصل محمد دعيس إلى أن المسنين في المجتمعات البدوية ما يزالون يمارسون الكثير من أدوارهم، ويتفاعلون مع جميع الطبقات العمرية، في حدود المضامين الثقافية البدوية، ويشابههم إلى حد كبير - المسنون في المجتمعات القروية، خاصة الذين يعيشون في أسر ممتدة، ومن يملكون الجاه والثروة، مما جعل نظرة المسن في المجتمع البدوي أكثر تفاؤلا لا يشوبها الخوف والحذر، خاصة وأنه يشعر باحتلاله مكانة كبيرة بين أفراد المجتمع، وأن دوره يصبح أكثر أهمية كلما تقدم به العمر، على عكس المسنين في المجتمع الحضري، الذين يعيشون في عزلة بعد تقلص أدوارهم داخل الأسرة وخارجها. [42، ص 43].

وعن علاقة تحديد المكانات الاجتماعية والأدوار حسب البناء العمري أو القدرات، يشير (هس) وماركسون وستي- (1409هـ/1989م)، إلى أن المكانة الاجتماعية للمسنين، نتيجة للتحديث، وتحول المجتمعات من مجتمعات بسيطة، إلى مجتمعات حديثة مركبة، فقد أصبحت الشيخوخة كلها مشكلة اجتماعية، وليس فقط مكانتهم الاجتماعية، والتي لم تكن مشكلة في الماضي [192، ص 117]، فقد كان كبار السن يقومون بالعديد من الأعمال لجماعتهم، فكانت النساء العجائز يجمعن الغذاء، ويراقبن الأطفال، وكان الشيوخ من الرجال يبدون النصح، ويزودون الجماعة بما تحتاجه من معلومات، وفي المجتمعات التقليدية التي تقوم على الزراعة، أو الرعي، فإن كبار السن يحتلون فيها منزلة اجتماعية بالغة الأهمية، فرب العائلة الممتدة من الذكور تكون له اليد العليا في كل شيء يخص الجماعة. فهو الذي يتحكم في توزيع السلع والخدمات على أفراد الجماعات القرابية، وهو الذي يقرر متى تنتقل قطعان الماشية، أو قطعة الأرض، أو أي شيء يتعلق بالثروة إلى أفراد العائلة الذين بلغوا مرحلة الشباب. وهو الذي يختار الزوجات والأزواج لأبنائه وبناته. ويستمر في تنظيم حياة أبنائه المتزوجين،

وعلى مستوى المجتمع الأكبر فإن كبار السن يشغلون وظائف السلطة السياسية والدينية [192]، ص118].

وعن أسباب اختلاف المكانة الاجتماعية للمسنين بين المجتمعين التقليدي والحديث، يشيرون أيضا، إلى أن ذلك ليس نتيجة لاختلاف الطبيعة الإنسانية لأفراد كل من المجتمعين، بل إن المكانة العالية لكبار السن في المجتمع التقليدي، ترجع إلى قدراتهم على التحكم في الأشياء ذات القيمة لأبنائهم ولمجتمعهم كل متكامل، وهي: القدرة الاقتصادية، وولاء العائلة، والخبرة أو الحكمة، وهذه هي بعينها التي افتقدها كبار السن خلال عمليات التحديث والتطور، حتى أصبح أبناء هذه المجتمعات يشكون في قدرة كبار السن، وينزلونهم أدنى مكانة. [192، ص 119].

لقد كان المجتمع العربي في صورته التقليدية أشد حرصا وتقديرا للمسنين، وكانت الأسرة تعد وجوده بينهم بركة ورحمة، وكانت حياته ورفاهيته هدفا يعمل له جميع أفراد الأسرة، ويبدلون قدر طاقاتهم في التخفيف عنهم، ولا يبرمون أمرا دون الرجوع إليهم، ولعل بقايا هذه الصور ما زالت قائمة إلى حد واضح في الريف العربي، إذ يملك المسنون أراضيهم ومواشيهم، أو على الأقل فإن الأسرة تعد المسن مالكا مجازيا لوسائل الإنتاج، أو تنظر إلى خدمته الطويلة على أنها مصدر المشورة في الأمور التي تحتاج إلى مشورة، كما أن الأسرة في نطاقها الواسع في الريف لا تضيق بالمسن [192، ص203]. ولكن مع تطور العصر تغيرت شبكة العلاقات الاجتماعية في مجتمعنا لغيره من

المجتمعات، وحلت الأسرة الزوجية الصغيرة بدلا من الأسرة الممتدة، وأصبح الآباء يضيقون بتحمل مسؤوليات الأبناء بعد استقلالهم واعتمادهم على أنفسهم، ولم يعد الأبناء يستطيعون القيام بجميع المسؤوليات تجاه آبائهم وأجدادهم [192، ص 204]، بالإضافة إلى ذلك فإنه على الرغم من أن الأبناء والبنات يرتبطون ارتباط الدم بأبائهم وأمهاتهم وأجدادهم وجداتهم فإن تلك القطرة أو صلة الدم لا تكفي وحدها لكي تكون أداة نافعة وناجحة في رعاية كبار السن، وإنما يعوزها التدريب واكتساب الخبرة عن مرحلة الشيخوخة، والوقوف عند أهم خصائصهما ومشكلاتها، بحيث يمكنهم ذلك من الاهتمام بهم ورعايتهم على الوجه المطلوب. [60، ص 99].

وفي ضوء ما سبق نكون قد تعرضنا لواقع المكانة الاجتماعية للمسنين في المجتمعات التقليدية من بادية وريف، واتضح فيها ارتفاع مكانتهم، وممارستهم للعديد من الأدوار الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي الايجابي الذي كانوا يعيشون من خلاله، فماذا عن وضع المسنين في المجتمعات الحضرية؟ وما التغيرات الاجتماعية التي أثرت على هذه الفئة في المجتمع الحديث؟

4.3.2. المكانة الاجتماعية للمسنين في المجتمعات الحضرية:

إن الدراسات والأبحاث بينت أن الشيخوخة هي مشكلة اجتماعية قبل أن تكون مشكلة بيولوجية وصحية، وأن جذور المشكلة لا تكمن بالدرجة الأولى في التغيير الحاصل في القدرات العقلية والجسدية، بقدر ما تكمن في تغيير البيئة الاجتماعية التي تحيط بالمسنين أنفسهم، ومن خلالها يتم التعامل مع الشيخوخة بصفاتها قضية، ومع المسنين كونهم بشرا [42، ص 49]. فالصعوبات والتعقيدات التي يواجهها كبار السن نابعة أساسا من الوضع الاجتماعي في البيئة المحيطة، التي تعكس اتجاهات الناس وأفكارهم حيال الشيخوخة والشيخوخ، وعلى أساسها يتم التعامل معهم، فطبيعة الممارسات العملية حيال المسنين تعكس نوعية المعايير السائدة في المجتمع [42، ص 49]، ولهذا فإن الشيخوخة في كثير من الأحيان محددة اجتماعيا وثقافيا، أكثر مما هي محددة علميا وبيولوجيا، إذ لا يوجد حد بيولوجي ثابت ومعتمد يحدد مرحلة وحالة الشيخوخة. ولهذا نجد أن القدرات والخصائص الذاتية ليست هي المحدد الرئيس للشيخوخة، بل إن نظرة وموقف المجتمع هي التي تحدد ذلك، والتي عادة تختلف وفق ظروف وتأثيرات التغيير الاجتماعي الذي يطراً على الأنظمة والأنساق الاجتماعية في المجتمع، وعلى بنائه الاجتماعي كل متكامل. [42، ص 50].

فقد جلبت المدنية والتحضر والتطور الصناعي المزيد من التغييرات الاجتماعية، التي تؤثر بدورها بطريقة مباشرة على المسنين وبطرق مختلفة. فقد مر على معظم المجتمعات تقريبا زمان كانت فيه أجيال متعددة تتكون من أسرة واحدة فقط، تعيش وتعمل معا، أو على الأقل بالقرب من بعضها البعض أسرة ممتدة. أما اليوم فقد اختلفت الحياة الأسرية كثيرا وتغيرت مكانة الشخص المسن في الأسرة المعاصرة [175، ص 77]. ومن أهم الأسباب المؤدية لذلك:

1 - زيادة نسبتهم السكانية، لارتفاع متوسط العمر وانخفاض معدل الوفيات بين المسنين، نتيجة للرعاية الصحية، والاقتصادية، والثقافية، التي توليها الدولة الحديثة للمواطنين عامة مما ساعد على التزايد المستمر في عدد السكان. [175، ص 77].

2 - الميل المتزايد للاستقلال من الأبناء عن الاعتماد على الآباء أو الارتباط بالمعيشة المشتركة معهم عندما يصلون لمرحلة الاعتماد على النفس، ويكون لكل من الأجيال القديمة والحديثة مواردها الخاصة من معاشات ومرتببات ودخول فرضتها نظم العمل والحرف. [175، ص 77].

3 - تفكك الترابط والتعاطف الأسرى وضعفه، بينما كان المجتمع التقليدي يتميز به لأسباب عديدة أهمها:

أ - ما طرأ على المجتمع من تغيير نتيجة الاتجاه نحو التحول من مجتمع زراعي إلى مجتمع صناعي، وهجرة أهل الريف إلى المدن، سعيا وراء الأجور المرتفعة، وتأثير ذلك على تفكك نظام الأسرة الممتدة وكثرة العدد، وضعف سلطة رؤساء الأسر التقليديين.

ب - انتشار التعليم، وعلى الأخص تعليم المرأة التي تركت الحياة المنزلية وخرجت إلى العمل وشعرت بكيانها الاقتصادي بعد أن أصبحت تتقاضى أجرا مساويا لأجر الرجل، وبذلك ظهرت مشكلة المرأة العاملة.

ج - الصراع بين الآباء والأبناء لتمسك الآباء بالعادات والتقاليد القديمة، ومقاومة الأبناء لهذا الاتجاه، وزيادة الاختلاف والتباعد بين أعضاء الأسرة الكبيرة، وهو ما نطلق عليه صراع الأجيال.

د - حجم المسكن الذي أصبح لا يسمح باستيعاب أفراد الأسرة الزوجية مما أدى إلى انتقال الأسر الزوجية إلى مسكن مستقل خاص، قد يكون بعيدا عن الحي الذي تقطنه الأسرة الأصلية. [175، ص78].

4 - شعور الأقارب بعدم الالتزام برعاية ذويهم كما كان من قبل، وتهربهم من المسؤولية.

5 - وجود حالات من المسنين يعانون في بيئاتهم الخاصة الكثير من المشكلات، فمنهم من لم يتزوج أصلا، وشارك في هذا المسنون القادرون وغير القادرين، ومنهم من لم ينجب أولادا، أو ليس له أقارب يمكن أن يقدموا له الرعاية اللازمة في شيخوخته، ومنهم من هو أرمل أو مطلق أو مهجور [175، ص 78].

نتيجة لذلك نجد أنه في هذه الأيام لا تكاد تتكون المجموعة الأسرية إلا من الأسرة الموحدة فقط:

زوجان وأطفالهما، وتغير مكان الفرد المسن في الأسرة، ويشير كل من << بوم وبوم >> إلى أن أحد أوجه الأسرة الحديثة يدل على أنها تنقلص، وأنها تواجه خطر الاختفاء تماما. وهما ينظران إلى أن الأسرة اليوم على أنها: << ليست فقط صغيرة بل أنها ضعيفة نسبيا كذلك >> [192، ص 119]. وقد قام كل من (جولد ستين، وبيل) بدراسة التحضر غير المباشر ووضع المسنين في المجتمع الريفي بالعالم الثالث، وكانت المنطقة الريفية موضع الدراسة هي << هيلاميو >> في نيبال، ومجتمعها مجتمع يعيش على الزراعة. فوجد أن تركيب الأسرة الممتدة في << هيلاميو >> قد تمزق نظرا إلى هجرة العديد من الشباب إلى الهند حيث تتوفر فرص العمل وتتوافر الأموال، وأن المسنين الذين اضطروا للعيش بمفردهم، لم يكونوا سعداء لذلك التحول. ويقول (جولد ستين، وبيل): إنهم يشعرون بحرارة التغيرات الحديثة التي سببت هذا التحول، إلا أنهم أنفسهم عاجزون عن تجاهل تعريفهم الحضاري للتبعية أو تعديله. حتى يمكنهم التكيف مع الوضع الجديد، إن توقعات المسنين وطموحاتهم في << هيلاميو >> لا تتوافق مع الواقع الجديد الذي غمروا فيه، وتكون النتيجة هو الوضع الشاذ للمسنين، فهم أصحاب معوقون، قادرون على الإنتاج مكتفون اقتصاديا، لكنهم محرمون نفسيا وعاطفيا، وهكذا يرون أنفسهم. [192، ص 120].

وقد أظهرت دراسة قامت بها (ألين.م.برودي) وزملاؤها حول- تغير أدوار المرأة ومساعدتها للآباء المسنين- وجدت أن الأطفال الكبار لا يعتنون في المجتمعات الحضرية عناية كبيرة بآبائهم كما كانوا يعتنون بهم في المجتمعات التقليدية، وتقول: سوف يعاني الآباء المسنون من حرمان نسبي إذا ما قورن ذلك بحالتهم قبل ذلك في الأسرة، فسوف يعيشون في وحدة وليس لهم خيار في ذلك، وسوف يهملون من قبل أحفادهم، وسوف لا يشعر الأطفال الكبار بأي التزامات خاصة نحو أقربائهم المسنين، بل إنهم في الحقيقة سيرسلون بهم إلى المؤسسات إذا كان الآباء لم يعودوا يهتمون بأنفسهم [192، ص 122]، وحتى إذا كان الآباء المسنون في حالة جيدة، وعلى قدر من النشاط، فإن أطفالهم قد لا يشعرون بوجودهم في المنزل، وسوف تكون استجابة هؤلاء المسنين الانسحاب الشخصي. ونظرا لأن الآباء المسنين يعرفون أنهم غير مرغوب فيهم، فإنهم سوف يترددون في إزعاج أطفالهم، ومن المؤكد أنهم سوف لا يقومون بأية مبادرة فيما يتعلق بالاتصال بهذه الأسرة الوحيدة الباقية للشخص المسن، وسيكون الزوج- إن وجد- هو العائلة الوحيدة المتبقية للشخص المسن. [192، ص 123].

أما محمد عبد المنعم نور فمن خلال استعراضه لبعض الدراسات المرتبطة بالأسرة في ظل التحولات والتغيرات الحاصلة في وظائفها، يكشف عن موقفها اتجاه المسنين لعل من أبرزها:

- 1 - انتشار النمط النووي للأسرة: فقد كانت الأجواء الأسرية في الأسرة الممتدة قادرة على استيعاب المسنين في إطارها عن ما عجزت عنه الأسرة النووية في المجتمع الحديث، التي لا يمتد نطاقها إلا لحدود الأبناء مع واليهم فقط، ويكون من الصعب عليهم إضافة أعضاء جدد كآباء الآباء وأمهاتهم، وهم عادة من المسنين.
- 2 - اختلاف أشكال العلاقات بين الأجيال تبعا لانتشار هذا النمط، حيث إن التواصل لم يعد ممكنا فيما بينهم، كما كان ذلك ممكنا في النمط الممتد للأسرة.
- 3 - ميل الأبناء للعيش بعيدا عن أهاليهم، وذلك سعيا للاستقلالية، والتمتع بالحرية بعيدا عن تدخل الوالدين. [180، ص 61].
- 4 - تنامي ظاهرة التحاق النساء بالوظائف والأعمال، مما يترك البيوت بدون وجود العنصر النشط في رعاية المسنين أثناء ساعات النهار، فقد كان المسن يعتمد عليهن في أوجه الرعاية بصورة رئيسة.
- 5 - الهجرة الريفية إلى المدن المتمثل بهجرة الشباب، وربما يهاجرون مع أسرهم، تاركين المسنين مع ذويهم في القرى، يواجهون صعوبات حياتهم اليومية الخاصة، ومعتذرين في عدم إمكانية توفير إقامة المسنين معهم في المدينة نظرا لضيق مساحة المساكن الحضرية عادة. [180، ص 62].

6 - عدم دخول المسنين في سياق الحياة الأسرية اليومية، مما يجعل الرجوع إليهم والاتصال بهم لا يتم إلا في المناسبات التي يمكن أن تكون سنوية كالأعياد، أو بصورة طارئة كحالات المرض الشديد لدى أحد المسنين.

7 - كثرة الأعباء الأسرية اليومية، بحيث لا تدع مجالاً لزيارة المسنين في بيوتهم، من قبل أبنائهم وأقاربهم الشباب المنهمكين في أعمالهم، وبمتابعة أمور أسرهم المباشرة، والتي تشكل إلحاحاً يومياً. [180، ص 62].

8 - تزايد الإنفاق الأسري وإعطاؤه الأولوية، نظراً لتزايد المتطلبات ومحدودية الموارد بالأسرة، مما لا يدع مجالاً كبيراً للإنفاق على المسنين من الأهل، بما يهيم في تخفيف المعاناة عنهم ويشعرهم باهتمام أبنائهم بهم.

9 - تقلص دور المسنين الاستشاري والمعرفي بالنسبة للشباب، في ظل التقدم العلمي والتقني المتميز الذي يقدم المعلومات، ويجيب عن التساؤلات بسرعة فائقة عبر أجهزة التقنية المتعددة، وهو الأمر الذي قد يسهم في انخفاض مكانة المسنين الاجتماعية، ويقلل من دورهم المرجعي بالنسبة للآخرين. 10 - اتساع المساحة النفسية والاجتماعية بين المسنين والأجيال اللاحقة، مما يترتب عليه اتجاهات الرفض من قبل الشباب للمسنين، واتجاهات السخط من قبل المسنين على الشباب، لا سيما أن المسنين يبدون اهتماماً بالغاً وحساسية مفرطة حين يكونون موضع قبول أو رفض من قبل المحيطين بهم [180، ص 63].

إلا أن أخطر مسبب لانقطاع المسن كلياً عن الحياة الاجتماعية، هو نظرة واتجاهات أفراد المجتمع نفسه إلى الاختلاط الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية مع الأفراد المسنين، فنتيجة للتغيرات المادية وطغيان المنفعة، فإن الناس يفضلون أن يجتمعوا مع أفراد ممن يتوقع الحصول منهم على منفعة في المستقبل، وبما أن أغلب المسنين لا يقعون في هذه الفئة المثمرة، نجد أن الناس تبتعد عن مشاركتهم في الحياة الاجتماعية [192، ص 126].

ويؤكد فؤاد السيد أن التقاليد التي تحترم السن، وتعطي للمسن حقه من الاحترام والرفعة، وتدعو الناس إلى استشارته والتزود من خبرته، فهي التقاليد التي ترفع المكانة الاجتماعية للمسن، وتساعد في توافقه الاجتماعي والنفسي السليم. على العكس من التقاليد التي لا توفر ذلك، فهي تدعوه إلى إهمال نفسه بعد أن أهمله المجتمع. [90، ص 422].

كما وضع (برجس - 1370هـ - 1950م) - الذي يعد أول من قام بذلك - العوامل الإيجابية التي تربط بالتوافق الناجح في سنوات العمر الأخيرة، وكان من أهم تلك العوامل، احتفاظ المسن بمكانة اجتماعية مماثلة لتلك التي كان يتمتع بها قبل التقاعد. وأكد أن احتفاظ المسن بدوره الذي كان يؤديه قبل التقاعد -

دوره منتجاً- أي قيامه بعمل بعد التقاعد، يساعد في عدم افتقاده حياة العمل بعد التقاعد، ويعد عاملاً رئيساً في ارتفاع مكانة المسن، وعاملاً إيجابياً لتوافقه مع مرحلة الكبر [175، ص 296].

كما عدت هدى فتاوي تغيير المكانة الاجتماعية من أهم العوامل المؤثرة في التوافق الاجتماعي للمسنين، فتغيير المكانة الاجتماعية لجيل الآباء سنة بعد أخرى، مع تحولهم إلى أناس ضعفاء، ووجود عادات وتقاليد سيئة، كلها تحد من قدرة المسن على التوافق، وتجعله يزداد اهتماماً بمراعاة آراء الناس، ومراعاة القيم والمعايير القائمة، فعندما يرى المسن، أن الناس يرونه عاجزاً قليل الحيلة، خائر القوى، فإن ذلك يدعوه إلى أن يهمل نفسه بعد أن أهمله من حوله، على العكس من التقاليد التي تحترم السن، وتعطي الشيخ حقه من التقدير، وتحت على استشارته في الملمات، فإنها تساعده على التوافق الاجتماعي الضروري لسعادته. [13، ص 85].

ويعتبر كمال أغا فقدان مكانة العمل مع عدم الارتباط بعمل جديد يخلق فراغاً كبيراً في حياة المسن كان يشغله بالعمل، ونظراً إلى قلة التفاعل الاجتماعي بفقد الفرصة في الاشتراك في المناشط الاجتماعية التي كان يشترك بها في السابق مما يؤدي إلى تقليل فرص الالتقاء بالأصدقاء والزملاء الذين يشكلون له جزءاً مهماً من ماضيه. وأنه كلما تقلصت << منظومة المكانة >> وفقد المسن مكانات وأدواراً كانت تستنفذ طاقاته واهتماماته زاد وقت الفراغ لديه وهذا يخلق للمسن كيفية استثمار هذا الفراغ [17، ص 171]، ويشير (جاك لندن 1388 هـ- 1968 م) أنه عند وضع برامج لرعاية كبار السن في المجتمعات الحضرية، فإنه يجب وضع المركز الوظيفي في الاعتبار، إذ أن المجتمعات الحضرية تعطي المكانة الاجتماعية بناءً على المركز الوظيفي، أكثر من إعطائه مكانة اجتماعية، بناءً على حسه ونسبه كما يحدث تقليدياً، أو بناءً على سماته الشخصية، أو الديانة، أو الاتجاه السياسي، فالمنطق الخاص للعلاقات في المجتمع الحضري يتطلب ربط المركز الاجتماعي ببعض الوظائف الاقتصادية الخاصة، المنبثقة عن تقسيم العمل [192، ص 130].

وتشير (هورلك) إلى أن الفرد الذي تعود على دور كان يؤديه لسنوات عديدة ثم افتقده فجأة، وأصبح يعاني من بعض الآثار السلبية الناتجة عن هذا التغيير السريع في الدور، فإنه قد يشعر بأنه لا مكانة له، وهو ما أطلقت عليه أزمة الهوية، كما يرى طلعت منصور أن مرحلة التقدم في السن تتأثر بما يتوافر في المجتمع من مكانة للمسنين، فالمجتمع بصفة عامة قد يسمح لهم بمكانة طيبة، وأن تتاح لهم مشاركة اجتماعية وعضوية فعالة في الإنتاج، وتقديم الخدمات للمجتمع داخل مصفوفة من العلاقات المتبادلة مع الآخرين من أبناء المجتمع، وقد يؤدي ذلك إلى شيخوخة ناجحة [127، ص 52]. وقد أشار كل من كوجيل وهولمز (Cowgill, Holmes, 1972 / 1932) في تفسيرهما لمكانة كبار السن في المجتمعات الصناعية بالمقارنة مع مجتمعات ما قبل التصنيع ما يأتي:

1 - كلما زاد عدد كبار السن انخفضت المكانة التي يتمتعون بها.
 2 - معدل التغيير الاجتماعي في المجتمع الحديث أسرع في تغييره من المجتمعات التقليدية.
 3 معدل الحراك الجغرافي بين الأفراد في المجتمعات الحديثة أكثر من الناحية الجغرافية ممن هم في المجتمعات التقليدية.

4 - معدل المتعلمين في المجتمعات الحديثة أعلى منه في المجتمعات التقليدية [186، ص 134].
 كما توصل (بلمور وونتيجون) (Palmore and hittingon) إلى تحديد جوانب المكانة الاجتماعية لكبار السن من خلال تقصي ثلاثة جوانب من مكانة كبار السن، وهي: الجانب الاقتصادي، والاجتماعي، والصحي، وتوصلا إلى أن مكانة كبار السن تدنت في هذه الجوانب في الفترة ما بين 1960/1940م [184، ص 185]. وفيما يتعلق بأبعاد التدرج الاجتماعي الثلاثة، وهي السلطة، والهيبة، والملكية، فإن كبار السن في المجتمعات الحديثة فقدوا الكثير من مميزاتها، فمع التصنيع والتحضر والعصرية، التي غيرت الكثير من السلوك والاتجاهات، فقد كبار السن ميزة التمتع بهذه المقومات الثلاثة، وحلت المكانات المكتسبة مكان المكانات الموروثة، عندما أصبح للتعليم أهمية كبيرة في إعداد الشباب للمكانات التي سوف يحتلونها في مرحلة الرشد [186، ص 135]. وعن تأثير كبير السن بالأنماط الثقافية السائدة في المجتمع نحو الشيخوخة، هناك من أشار إلى أنه، ولسوء الحظ، فإن المسنين أنفسهم حملوا الصورة التقليدية عنهم، التي قللت من مكانتهم الاجتماعية في المجتمع الحديث، ويطلقونها على من هم أكبر منهم سنا، ويحاولون التهرب منها أو إخفاءها، مما يجعلهم يعانون عند الوصول إليها [52، ص 179]، وأشاروا إلى أن هناك عوامل تدخل في تحديد دخول الإنسان في هذه المرحلة، منها:

1 - الوعي بالمعايير الاجتماعية: فما يجعل المرء أكثر وعيا بتقدمه في السن، بلوغ سن التقاعد أو حصوله على الضمان الاجتماعي، أو بلوغه مكانة المواطن الكبير.
 2 - التفاعل الاجتماعي: حيث يشعر الإنسان ببلوغه مرحلته العمرية، من خلال ما يصدره الآخرين من أفعال وتصرفات، فحين ينهض الجالسون لك أو يفسحون الطريق أمامك، أو يقدمونك عليهم، أو تواجه بكلمة نقد لاذعة لتصرف لا يليق بالسن، فهذه صور من التفاعل الدالة على التقدم في السن. [52، ص 179].

3 - التركيب العمري في المجتمع: فإذا كان متوسط الأعمار في مجتمع ما في ازدياد، فإن الشخص الذي يعد في مرحلة الشيخوخة، ربما لا يكون في عمر أكبر مما عليه الحال في مجتمع متوسط الأعمار فيه أقل.

4- الشعور الذاتي: فاعتقاد الإنسان أنه يستطيع أن يتعلم، أو أنه ليس في حاجة لأحد، تعد مؤشرات في عدم الشعور بتقدم السن وتدهور الشيخوخة، فهؤلاء لا يشعرون بالشيخوخة أو التقاعد، إلا إذا سقطوا مرضى، أو واجهوا مشكلة صعبة في التوافق عند فقدان شرك الحياة. [52، ص 180].

وتجدر الإشارة إلى أن التغيرات الاجتماعية تؤثر على جميع الأفراد في المجتمع تأثيرات سلبية وإيجابية، ومع ذلك فكبار السن هم الذين يعانون، فيما يبدو أكثر من غيرهم بسبب هذه التغيرات التي تتمثل في المدينة والتحضر والتحويلات التي تلحق ببنية الأسرة، وأنهم غالباً ما يهملون كلما كبر سنهم، ورغم أنهم كانوا في وقت ما أعضاء نشطين في الأسرة، فإنهم قد يعيشون عندما يكبر سنهم حياة الوحدة والهجران القاسية.

ملخص الفصل

إن أهم ما تم استخلاصه في هذا الفصل هو أن التوافق النفسي للمسنين يشير إلى ردود الفعل لتفاعل التغيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية والتي تشكل جزءا من التقدم في العمر. فبالإضافة إلى اضطرار المسنين إلى التوافق للتغيرات الفيزيولوجية والنفسية فإن عليهم أن يتوافقوا لبعض الاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية التي يرفضها نوع الثقافة مما يعقد مشكلاتهم. ومن أهم مشاكل توافقهم توصلنا إلى مصاعب التقاعد المادية، كذا مصاعب الترتيبات المعيشية ومشاعر العزلة الاجتماعية والإحساس بعدم الجدوى. هذا واستخلصنا أن الرضا عن الحياة يعد مؤشرا للتوافق الجيد لكبر السن. كما توصلنا إلى أن المسنين يحتاجون إلى تكيف مع التغيرات المختلفة التي تطرأ في مرحلة العمر المتقدم وكذلك العمل على تحقيق وإشباع الاحتياجات التي تتطلبها تلك المرحلة والمتمثلة في تحقيق الميول وتنويع الاهتمامات والتوافق بالنسبة للتقاعد ونقص الدخل، كذا التوافق للتغيرات الأسرية وتقبل التغير الاجتماعي. فالتكيف الناجح هو قدرة المسنين على مواجهة المشكلات الناجمة عن التغيرات البيولوجية والاجتماعية المصاحبة لمرحلة العمر المتقدم. وخلصنا إلى أن النسق الاجتماعي وطبيعة نظرة المجتمع له تأثيره على المسنين وارتفاع مكانتهم الاجتماعية أو انخفاضها مما يدل على أهمية الإطار الثقافي والحضاري في الحكم على المسنين سلبا وإيجابا. وفي هذا الصدد يؤكد الإسلام على منح المسنين قدرا كبيرا من السلطة لكبار السن الذين يستمرون في لعب أدوار ايجابية في الأسرة والمجتمع بعد تخطيهم الستين عاما. في حين نجد أن المجتمعات الحضرية تغيرت فيها مكانة الفرد المسن بتغيير شكل الأسرة، فبينما كان المجتمع التقليدي يعطي المسن حقه من الاحترام والرفعة وكانت التقاليد ترفع مكانته الاجتماعية فقد جلبت المدينة والتحضر والتطور الصناعي تدني المكانة الاجتماعية للمسنين

الفصل 4

الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين

تمهيد:

إن رعاية المجتمع لأفراده قديمة قدم المجتمع فهي تتضمن العديد من برامج الخدمات الاجتماعية الموجهة للفرد والأسرة، وإن كانت نظاما متخصصا فتمثل داخل هذا النظام مهنة الخدمة الاجتماعية التي تقدم للمسنين، مكان الصدارة بين المهام الأخرى وهذا بحكم الحاجة إلى أهمية التدخل التنظيمي والمؤسسي والتشريعي لرعاية كبار السن.

وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى عوامل وأسباب ودواعي ظهور رعاية المسنين كمجالا متخصصا للخدمة الاجتماعية، كما نوضح الخصائص التي تميز الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين والأهداف التي تسعى إليها وكذا الدور الذي تؤديه الخدمة الاجتماعية في مؤسسات رعاية المسنين من خلال ما يقوم به الأخصائي الاجتماعي.

كما نشير إلى بعض أنماط الرعاية الموجهة للمسنين منها: الرعاية الاجتماعية، الرعاية

الاقتصادية، الرعاية الصحية، الرعاية النفسية، الرعاية الترويحية، والرعاية الروحية.

ونتعرض لاهتمامات ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين كالمبادئ العامة للعمل الاجتماعي مع هذه الفئة وكذا المتطلبات الأساسية لأداء الدور المهني ومسؤولية الأخصائي الاجتماعي نحو عميله المسن، ونتطرق إلى ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين في إطار تكاملي بين طرقها الثلاثة:

طريقة خدمة الفرد، طريقة العمل مع الجماعات وطريقة تنظيم المجتمع.

كما نحدد الاتجاهات الحديثة للخدمة الاجتماعية مع المسنين كالاتجاه العلاجي، الاتجاه المعرفي

والاتجاه التنموي والاتجاه الواقعي.

ولأن كل نسق من أنساق المجتمع تقع عليه مسئولة رعاية المسنين نتعرف في هذا الفصل على

مسؤولية كل من الأسرة، المؤسسات الاجتماعية، الجامعات والمعاهد، الدولة وكذا مؤسسات رعاية المسنين في رعاية هذه الشريحة من المجتمع.

ولأن مسألة رعاية المسنين قضية إنسانية هامة تمس العالم بأجمعه وانطلاقاً من المرتكزات التي قامت عليها جميع التوصيات العالمية، نتعرف في هذا الفصل على أبرز ملامح رعاية المسنين في بعض المجتمعات العربية.

ونختتم هذا الفصل بالسياسات الجزائرية في إطار تكفلها بمسنيها.

1.4. تعريف الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين:

1.1.4. مفهوم كل من الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية:

1.1.1.4. مفهوم الرعاية الاجتماعية:

إن حياة الإنسان في جماعة منذ أقدم العصور وعلى مرّها، وإذا كانت في جانب منها تأكيداً لطبيعة الإنسان وإشباعاً لاحتياجاته بشكل قد لا يتيسر تحقيقه خارج نطاق الجماعة فإن العمليات المختلفة للتفاعل الاجتماعي قد تكون مصدراً لما يصادفه الفرد أو الجماعة من صعاب، وتتراكم الصعاب لتصبح مشكلات إنسانية بعضها قد يمكن تجاوزها ولكن البعض الآخر قد يفسد على الناس عيشتهم ويحول دون الرفاهية الاجتماعية.

ولعلّ المشكلات الأسرية من هجر أو نزاع أو تفكك أو انهيار إلا شواهد على أن المشكلات الاجتماعية ليست بظاهرة حديثة ولا ترتبط بالمجتمع المعاصر فحسب، ولكنها قديمة قدم المجتمع الإنساني.

وإذا كانت الحياة الاجتماعية للإنسان لم تخل في أي وقت من المشكلات والأزمات الفردية منها والجماعية، فإن المجتمع الإنساني في نفس الوقت لم يقف مكتوف الأيدي وكان وما زال في محاولات مستمرة لإشباع احتياجاته.

وإن اختلفت الجماعات الإنسانية بطبيعة الحال في استجاباتها لمشكلاتها وفي ردود الفعل اتجاهها وفي الإجراءات التي تتخذها علاجاً لهذه المشكلات، فإن رعاية المجتمع لأفراده وعلى الأخص المحتاجين منهم قديمة قدم المجتمع، غير أن نظام الرعاية الاجتماعية فلسفته وأغراضه يختلف باختلاف المجتمعات الإنسانية. [136، ص7].

وعلى الرغم من الاتفاق على قدم الرعاية الاجتماعية منذ وجد الإنسان إلا أن هذا الاتفاق لم يواكبه اتفاق على تحديد مفهوم الرعاية الاجتماعية شكلاً ومضموناً ويرجع ذلك إلى حداثة العهد بالدراسة العلمية للرعاية الاجتماعية إلى جانب تعدد المجالات التطبيقية لها واختلاف مضمونها باختلاف المجتمعات التي نشأت فيها وتأثرها بفلسفة وإيديولوجية تلك المجتمعات والتي على أساسها تختلف البرامج والأساليب والفئات التي تخدمها، وأخيراً صعوبة وضع مفهوم محدد للظواهر الاجتماعية التي تنصب عليها تلك الرعاية لما تتسم به تلك الظواهر من طبيعة مركبة وديناميكية.

[11، ص18].

وما يجدر بنا قوله هو: أن الرعاية الاجتماعية تعد نظاما متخصصا في قيادة وتوجيه التغيير الاجتماعي، وداخل هذا النظام تمثل مهنة الخدمة الاجتماعية التي تقدم للمسنين على سبيل المثال مكان الصدارة بين المهمات الأخرى، ويضم نظام الرعاية الاجتماعية العديد من وسائل وأنماط التدخل الاجتماعي التي تهتم أولا بتحسين الظروف المعيشية للأفراد والمجتمعات عن طريق العديد من المراحل والعمليات التي من شأنها أن تهدف إلى الحدّ من المشكلات الاجتماعية وعلاجها مع تنمية الموارد البشرية، فهي بذلك تتضمن العديد من برامج الخدمات الاجتماعية الموجهة للفرد والأسرة بجانب الجهود والإسهامات المتعددة لدعم النظم الاجتماعية الأخرى في المجتمع. [35، ص 3-4].

ولقد تطور مفهوم الرعاية الاجتماعية من مجرد فعل الخير الغير منظم أو العفوي النابع من الرغبة الذاتية إلى أن أصبح نظاما عاما ومن مجرد خدمات للأحسان التطوعي إلى أن أصبح برامج مقننة للخدمة الاجتماعية ومن الرعاية بالنسبة للفقراء إلى مفهوم الرعاية كحق من حقوق كافة المواطنين الغني منهم أو الفقير، وبناء عليه تحول مفهوم الرعاية الاجتماعية إلى فكرة أخلاقية تستهدف تحقيق مستوى الحياة المناسب بالنسبة للأفراد أو بالنسبة للمجتمع وفقا لمنظورنا لمعيار الفضيلة أو الحرية أو العدالة الاجتماعية. [194، ص 91].

ومنذ أن بدأت الدولة الحديثة بالاهتمام بتوفير الحقوق الأساسية للمواطنين وإقرار وثيقة حقوق الإنسان عام 1948 وما أوضحتها تلك الوثيقة في المادة (22) من أحقية كل فرد في المجتمع في الضمان الاجتماعي والحصول على حاجاته الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي لا غنى عنها لكرامته وفي المادة (23) من أن لكل فرد الحق في أن يعيش في مستوى يكفل له ولأسرته الصحة والرفاهية، وله الحق في الضمان في حالة مرضه وعجزه وترمله وشيخوخته وفي الحالات التي يفقد فيها وسائل معيشته لأسباب خارجة عن نطاقه. [194، ص 93].

ومن خلال التطورات التي مرت بها الرعاية الاجتماعية يمكن أن نميز بين مفهومين أساسيين:

1 مفهوم الرعاية الاجتماعية كوظيفة مؤقتة أو احتياطية: وهنا يتدخل المجتمع من خلال بعض الجهود الحكومية أو الأهلية لمساعدة المحتاجين بتوفير الحد الأدنى اللازم لمعيشتهم، ومن ثم تقتصر الرعاية الاجتماعية في هذه الحالة على بعض الفئات المحتاجة من المجتمع كالفقراء والعجزة والمسنين وغيرهم ممن لا يستطيعون كسب العيش. [136، ص 13].

2 - الرعاية الاجتماعية كوظيفة دائمة وإنمائية: وهذا الفهم للرعاية الاجتماعية يتجاوز حدود مساعدة المحتاجين ليؤكد حقيقة أن كل المواطنين في المجتمع الصناعي الحديث يحتاجون إلى خدمات اجتماعية مختلفة لتنمية قدراتهم على أداء أدوارهم للوصول إلى مستوى معيشي مناسب، وبما أن المشاكل الاجتماعية ترجع إلى الأفراد كما ترجع إلى البناء الاجتماعي، يعني المجتمع في هذه الحالة

بتخطيط التغيير الاجتماعي بالعمل على توفير الموارد اللازمة لمساندة وتحسين الأداء الاجتماعي.
[136، ص14].

وبناء على ما سبق، يمكن تلخيص مفهوم الرعاية الاجتماعية في تحوله من مفهوم الصدقة والإحسان إلى مفهوم الحقوق الأساسية للمواطن ومن إصلاح الفرد إلى الإصلاح الاجتماعي، بحيث أصبحت الدولة مسؤولة بالدرجة الأولى عن رعاية المواطنين وتأمينهم في حاضرهم ومستقبلهم.
2.1.1.4. مفهوم الخدمة الاجتماعية:

لقد ازدادت الحاجة إلى توفر الخدمات الاجتماعية، بعد ظهور الثورة الصناعية وما صاحبها من تغيرات متتابعة وسريعة سواء من الزاوية التكنولوجية أو الاجتماعية وكانت تتمثل أساساً في عملية تغيير شامل لكل نواحي الحياة في المجتمع، إنسانية كانت أم مادية. وفي هذا الصدد كان لا بد أن تركز الاهتمامات أساساً على إعادة التوازن الاجتماعي، حيث أنه يظهر واضحاً في المجتمع الإنساني التفكك والتشتت والانحلال، إضافة إلى مختلف الضغوط التي تتعرض لها الأسرة ومظاهر التفكك والانهيار، الأمر الذي استعجل ظهور اختصاص مهمته إيجاد حلول لهذه المشاكل أو التخفيف من حدتها وهذا الاختصاص هو الخدمة الاجتماعية. [195، ص25].

فالخدمة الاجتماعية حسب عبد الهادي الجوهري، مصطلح يستخدم لوصف عدد من الطرق المنظمة لمساعدة الناس الذين يحتاجون لشيء لا يستطيعون الحصول عليه دون مساعدة وقد وضعت الطرق المنظمة في كل من بريطانيا العظمى والولايات المتحدة الأمريكية خلال القرن التاسع عشر عندما كان الاهتمام بالرفاهية الروحية والمادية للناس مركزاً على ظروف الفقراء الاقتصادية وهذا الاهتمام بتحسين الظروف المادية امتد فيما بعد من أجل ترقية الرفاهية الفكرية والانفعالية. [196، ص40].

وإن تطورت الرعاية الاجتماعية شأنها في ذلك شأن الأنظمة الأخرى في المجتمع بتطور العصور، على أن من أبرز الاتجاهات التي تبلورت من خلال هذا التطور هو الاتجاه نحو الأخذ بالأساليب العلمية في التصدي لمشاكل الناس. وكان هذا هو الأساس في نشأة الخدمة الاجتماعية، وهكذا ساهمت التطورات التي مرت بها الرعاية الاجتماعية في نشأة مهنة إنسانية حديثة تأخذ بالأساليب العلمية في علاج مشاكل الناس في المجتمع على أن تقتصر ممارسة هذه المهنة على المتخصصين فيها والذين تلقوا من الدراسات النظرية والتدريب العملية ما يؤهلهم لهذا العمل. [195، ص91].

وهكذا تصبح العلاقة وثيقة للغاية بين الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية ولقد عبر عنها محمد كامل البطريق بربطه بين المفهومين على أنهما: >> الخدمات المباشرة التي تقدمها الهيئات والمؤسسات لمعالجة عدم التكيف والتأهيل الاجتماعي وتقديم الصحة وارتفاع مستوى التعليم ونشره

وحسن استغلال أوقات الفراغ والنمو الذاتي للفرد والجماعة نحو مزيد من الخبرات والتجارب [33، ص12].

وظلت الخدمة الاجتماعية مرتبطة بالرعاية الاجتماعية نحو تحقيق أهدافها والحقيقة أن الرعاية الاجتماعية بطبيعتها مجال مفتوح لكثير من الأنشطة والخدمات، وكل يساهم من زاوية خاصة ولكن الخدمة الاجتماعية هي المهنة الأساسية التي تلعب الدور القيادي في هذا المجال. [197، ص520]. وبناء على هذا فإن مفهوم الرعاية الاجتماعية أوسع من الخدمة الاجتماعية فهو يشمل العديد من الخدمات من بينها الخدمات الاجتماعية وعليه فإن الخدمات الاجتماعية تعتبر وسيلة أو أسلوباً تقني لتحقيق الرعاية الاجتماعية.

ولقد عرفت هيئة الأمم المتحدة عام 1960 الخدمة الاجتماعية بأنها تهدف إلى تحقيق التكيف والتفاعل المتبادل بين الأفراد وبيئتهم الاجتماعية وتخصص لذلك مجموعة من البرامج والأنشطة المنظمة. [198، ص ص 191-192].

ولقد عرفها المؤتمر الدولي للخدمة الاجتماعية الذي عقد في باريس سنة 1928 بأنها عبارة عن مجموع الجهود لتقديم المساعدة في النواحي التالية:

- تخفيف الآلام التي تنشأ عن البؤس وهذه هي ناحية الخدمة الاجتماعية المطلقة.
- وضع الأفراد والأسر والجماعات في ظروف ملائمة وهذه هي ناحية الخدمة الاجتماعية الشفائية.
- منع وقوع الولايات الاجتماعية وهذه هي ناحية الخدمة الاجتماعية الوقائية.
- تحسين حال المجتمع ورفع مستوى المعيشة وهذه هي ناحية الخدمة الاجتماعية الإنشائية. [194، ص ص 10-11].

وتعرّف كذلك الخدمة الاجتماعية على أنها المساعدة المقدمة لمن يعيش حالة من الاحتياج إلى المساعدة

وتعطى هذه المساعدة سواء في شكل تمويل أو تموين ويتم ذلك حسب ما تتطلبه الحاجة. [199، ص212].

هذا وفي عالم يتميز بالتغير المستمر في علاقة الإنسان بمجتمعه وبسبب التغير المستمر في علاقة كل فرد بالأعضاء الآخرين في المجتمع تبدأ الخدمة الاجتماعية في التدخل والاهتمام المحوري للخدمة الاجتماعية يدور حول هذه العلاقة التي ينبغي أن تتطور بصورة بنائية بالنسبة للأفراد الذين يؤلفون المجتمع عن طريق تحسين مستوى رفاهيتهم وتوفير فرص التعبير عن طاقاتهم وكذلك بالنسبة للمجتمع في كليته عن طريق التطوير المستمر للقيم والعادات والنظم التي تزيد من هذه الرفاهية وتأكيد الذات لجميع الأشخاص. [200، ص16].

إن الغرض الأساسي الذي تتضمنه كافة جهود الخدمة الاجتماعية هو تحرير الطاقة الإنسانية التي يمتلكها الأفراد بما يحقق إشباع حاجاتهم ومن الحقائق المسلم بها لا تنمية لمجتمع دون مساندة من نظام القيم الذي يعيش المجتمع في ظلّه، لذا فإن التكنولوجيا مهما بلغت قوة تأثيرها لا يمكن أن يتحقق الغرض منها دون تحديد نظام القيم لينبعث في شكل يتلاءم مع المتغيرات الاجتماعية المتوقعة ولأن الخدمة الاجتماعية كمهنة وممارسة تعبر عن استجابات المجتمع للحاجات الاجتماعية لأعضائه فقد شكلت مقتضيات هذه الحاجات ملامح الممارسة والفلسفة التي يقوم عليها نسق القيم الذي نأخذ به ومجموعة العلوم والمعرفة التي نأخذ بها ويفخر الأخصائيون الاجتماعيون بأخذهم وتمسكهم قبل غيرهم من أرباب مهن المساعدة بنسق واضح للقيم يهتدون به ويتوجه سلوكهم وجهودهم. [200، ص17].

ولقد تطورت قيم الخدمة الاجتماعية مع تطور المهنة والتطور الحضاري للمجتمع، فلم يكن في الخمسينيات للبناء القيمي إطاراً موحداً إلا مجموعة من المبادئ القليلة كحق تقرير المصير والسرية وفي منتصف هذا القرن انتشر ظهور مصطلح القيم الذي اختص بالمعاني الأخلاقية لممارسة الخدمة الاجتماعية دون ربطها بالعمليات المهنية، فقد ارتبطت الخدمة الاجتماعية بقيم تمثلت في الفردية واحترام كرامة الإنسان وحق تقرير المصير وعدم التحيز ومراعاة الفروق الفردية. [201، ص93]. وفي نهاية هذا القرن ظهر ما يطلق عليه الميثاق الأخلاقي لممارسة الخدمة الاجتماعية الذي أصدرته الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بالولايات المتحدة الأمريكية وينص على مجموعة من القيم والمعايير والأخلاقيات التي تلزم الممارسة إتباعها [201] ص95.

2.1.4. تعريف الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين

رغم أن الإنسانية شهدت ألواناً متعددة من أساليب رعاية المسنين لعوامل دينية وثقافية مختلفة وتمثلت تلك الرعاية في بداية الأمر في تقديم الصدقات من خلال الملاجئ إلى جانب رعاية الأسرة والعشائر، إلا أن التزايد المعاصر لأعداد المسنين نتيجة التطور الهائل في علوم الطب وأساليب الرعاية الصحية وتقديم العلوم الإنسانية كالطب النفسي وعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية كشف الحاجة إلى أهمية التدخل التنظيمي والمؤسسي والتشريعي لرعاية تلك الفئة.

1.2.1.4. نشأة الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين

في أعقاب الحرب العالمية الثانية وما بعدها برزت أحداث وظواهر حتمت الحاجة إلى تخصيص مجال لرعاية المسنين، ولعل أهم تلك الأحداث والظواهر ما يلي:
-تزايد أعداد المسنين وتشردهم في الحوادث والطرق خاصة من فقدوا الأسرة والأهل في الحروب المختلفة وأصبحوا لا عائل لهم وعجز المؤسسات القائمة الخاصة برعاية الأسرة والإيواء عن

مواجهة احتياجات هذه الفئة إلى جانب تزايد حالات عتة الشيخوخة بين المسنين الذين لا عائل لهم [14، ص123].

- عزوف الأخصائيين العاملين بمؤسسات الرعاية المختلفة عن التعامل مع احتياجات المسنين كفئات تنسم بالنتشت الذهني فضلا عن اقتصاد القيمة الاجتماعية والاقتصادية في التعامل معهم.
- الاكتشافات العلمية والتطور العلمي للعلوم الأخرى والذي تمثل في ازدهار مكتشفات الطب النفسي حول أمراض الشيخوخة وبداية ظهور تخصص طب المسنين واكتشافه للأمراض الخاصة بهم [14، ص123].

- الاهتمام العالمي بمشكلات المسنين والمتمثل في المؤتمرات التي عقدت لتؤكد رعاية المسنين إلى جانب إعلان حقوق الإنسان والمسنين بوجه خاص [14، ص123].
فكل هذه العوامل وغيرها أدت إلى ظهور التخصص في مجال المسنين واعتبار رعاية المسنين مجالاً متخصصاً للخدمة الاجتماعية في إنجلترا وأمريكا واستحداث فرع خاص للخدمة الاجتماعية للمسنين في الهيئة القومية للأخصائيين الاجتماعيين [14، ص126].

2.2.1.4. تعريف الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين

لقد تعددت التعاريف الخاصة بالخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين ومنها:
- التعريف الأول : "أنها تلك الجهود والخدمات والإجراءات الفنية التي يمارسها الأخصائيون الاجتماعيون في مؤسسات رعاية المسنين لتحقيق أفضل تكيف ممكن لهم مع بيئاتهم الاجتماعية كأفراد أو جماعات أو أعضاء في المجتمع" [137، ص27].
- التعريف الثاني: "أنها مجال من مجالات الخدمة الاجتماعية التي تتعامل مع كبار السن لإشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم وتحقيق حياة أفضل لهم" [120، ص9].
- التعريف الثالث: "هي أحد مجالات الخدمة الاجتماعية لتدخل الأخصائيين الاجتماعيين مع المسنين في مؤسسات رعايتهم وفق أسس معرفية ومهارية وقيمية لمساعدتهم على إشباع احتياجاتهم وحل مشكلاتهم وتحقيق أفضل تكيف ممكن مع بيئاتهم الاجتماعية" [11، ص413].
ومن هذه التعاريف تتضح الخصائص التي تميز الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين ومنها:

- أنها أحد مجالات الخدمة الاجتماعية التي يمارسها الأخصائيون الاجتماعيون مع فئة المسنين من النساء والرجال على حد سواء.

- تستخدم المهنة طرقاً متعددة للممارسة وأساليب للتدخل وفقاً للموقف الذي يتعامل فيه الأخصائيون مع تلك الفئة على أساس من الأسس المعرفية والقيمية والمهارية 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 محلية أو قومية بما يتماشى مع هدف كل مؤسسة من تلك المؤسسات ومنها مراكز علاج المسنين والمؤسسات الإيوائية للمسنين [36، ص13].

-تسعى المهنة من خلال التعامل في هذه المؤسسات إلى مساعدة المسنين لإشباع احتياجاتهم وحل مشكلاتهم وتحقيق أفضل تكيف ممكن لهم مع بيئاتهم الاجتماعية كأفراد أو أعضاء في جماعات أو في مجتمع أكبر.

-يمثل الأخصائيون الاجتماعيون أحد أعضاء فريق العمل لتقديم الخدمات المتكاملة للمسنين في مؤسسات رعايتهم والتي من خلالها يتم مواجهة المشكلات الصحية والاقتصادية والاجتماعية والنفسية والعقلية بالنسبة للمسنين [36، ص14].

3.2.1.4. أهداف الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين

تسعى الخدمة الاجتماعية لتحقيق عدة أهداف في مجال رعاية المسنين منها:

-المساهمة في تدعيم الخدمات التي تتضمنها اللوائح الداخلية لمؤسسات رعاية 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 جانب الجهاز الإداري والتي قد تعوق استفادة المسنين من الموارد والخدمات بتلك المؤسسات والعمل على تعديل تلك السلوكيات بما يحقق الأهداف [202، ص91].

-المساهمة في زيادة فعالية وكفاءة البرامج والخدمات التي تقدمها مؤسسات رعاية المسنين من خلال جعل هذه البرامج مناسبة للاحتياجات الفعالة للمسنين وتوصيل البرامج والخدمات لمن يستحقها فعلا من المسنين إلى جانب الوقوف على المشكلات التي تحول دون الاستفادة من الخدمات والتدخل لعلاجها وتحسين أداء أسلوب تقديم تلك الخدمات والبرامج [202، ص92].

-تحسين معاملة المسنين كمستفيدين من مؤسسات رعايتهم بالعمل على صيانة كرامتهم ومساعدتهم لرفع معنوياتهم وزيادة إشعارهم أنهم مازالوا يؤدون عملا مفيدا باشتراكهم في بعض المشروعات بالمؤسسة أو البيئة المحيطة [202، ص92].

-المساهمة في توعية أفراد المجتمع المحلي باحتياجات المسنين ودورهم في تنمية مجتمعهم إلى جانب تدعيم العلاقات الاجتماعية بين التخصصات العامة بالمؤسسات وبين المسنين لزيادة فعالية وتكامل الخدمات التي تقدم لهم [202، ص92].

4.2.1.4. دور الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين

تعمل الخدمة الاجتماعية في مؤسسات رعاية المسنين من خلال ما يقوم به الأخصائي الاجتماعي من مهام مع التخصصات الأخرى العاملة في تلك المؤسسات.

ويمكن أن نحدد الدور الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في مجال رعاية المسنين بوجه عام في قيامه بالمهام التالية:

- تقديم خدمات مباشرة من خلال مؤسسات رعاية المسنين لإشباع احتياجات المسنين، فالاحتياجات الاقتصادية والصحية والبيئية والعاطفية تعتبر من الاحتياجات الأساسية التي يحاول الأخصائي الاجتماعي مساعدة المسنين على إشباعها واضعا في اعتباره أن كل سن له قيمة واحتياجاته [37، ص113].

- قد يقوم الأخصائي الاجتماعي بدوره كمدافع عن المسنين ومهمته هي تحديد القضايا، المشكلات مثل المسكن غير الصحي وعدم وجود موصلات، الاحتياجات الصحية، الاحتياجات الاقتصادية والوحدة (العزلة) وغير ذلك من المشكلات التي تواجه المسنين والمطالبة لدى الجهات المتعددة لمساعدة المسن في الحصول على الخدمات من تلك المؤسسات [37، ص113].

- مساعدة الأخصائي للمسن على التعامل مع مشاعره التي تؤثر سلبيا على حياته مثل الضياع والشعور بالذنب والحزن ومساعدة المسن على الاستمرار للاستمتاع بنفس الفرص الممتعة والمتاحة للأصغر سنا ويمكن للأخصائي الاجتماعي مساعدة المسن بإعطائه دورا جديدا وفرصا لحمايته من المخاوف والقلق والمشكلات التي يعيش فيها نتيجة فقدان الزوج أو الزوجة وفقدان الأقارب والأصدقاء والأبناء وأيضا فقدان العمل نتيجة التقاعد [37، ص114].

- يستعين الأخصائي بالأسرة باعتبارها مصدرا هاما يساعده على حل بعض مشكلات المسن، وعلى الأخصائي أن يوضح للأسرة أفضل الخدمات المتاحة التي يمكن أن تساهم في رعاية المسن حتى يزيد من فعالية دور الأسرة في رعاية المسن حيث يعتبر ذلك ضمن المهام التي يمكن أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي من خلال تعامله مع المسن وأسرته [37، ص114].

- قيام الأخصائي الاجتماعي مع غيره من المتخصصين بدور في إحداث التغيير الاجتماعي الموجه نحو المواقف التي يتخذها المجتمع حيال كبار السن مثل توجيه الاهتمام بتوفير مسكن مناسب يمكن تحمل تكاليف وعيادات كبار السن ومؤسسات رعاية المسنين وكثير من البرامج التي سوف تمكن كبار السن من البقاء في حالة استقرار بقدر الإمكان [37، ص114].

- يساعد الأخصائي الاجتماعي كبار السن في تطوير وتنمية مهارات جديدة والتركيز على نقاط القوة التي تمكن المسن من مواجهة مشكلاته في الحياة بإحساس من التفاؤل وهذا يساعد كبير السن بأن يشعر بكيانه وأنه مازال قادرا على مواجهة مشكلات الحياة والمشاركة مع الآخرين في تنمية

مجتمعه خاصة وأن الخدمة الاجتماعية باعتبارها مهنة إنسانية تستطيع التدخل لمواجهة مشاكل المسنين ومعاونتهم على استعادة قدراتهم على القيام بوظائفهم في حدود ما تبقى لهم من إمكانيات وقدرات وعلى هذا يتحقق للمسنين استعادة توافقهم مع أنفسهم وتكيفهم مع مجتمعهم [37، ص114].

3.1.4. بعض أنماط الرعاية الموجهة للمسنين:

1.3.1.4. الرعاية الاجتماعية

تهتم برامج الرعاية الاجتماعية في هذا المجال بتوفير المناخ الاجتماعي السليم لتفهم وتقبل حاجات كبار السن وقضاياهم وتتعدد برامج تلك الرعاية لتتضمن الكثير من الجوانب الهامة في حياة المسن مثل ضمان حد أدنى من الدخل الذي يسمح للمسّن بحياة كريمة، وكذلك منها ما تعلق بتنشيط الجانب الترويجي في حياة المسن لما لذلك من آثار إيجابية تساهم في تكيف المسن [41، ص104]. وكذلك إصدار التشريعات الاجتماعية التي تساهم في حل مشكلات المسنين خاصة فيما يتعلق بالناحية الاقتصادية أو العلاجية أو المعيشية بصفة عامة. وتتضمن تلك البرامج أيضا التوسع في إنشاء دور لإيواء للمسنين والتي توفر حسن الإقامة والإشراف الطبي والاجتماعي لكبار السن [41، ص106].

كذلك فإن انكسار علاقات المسن تمثل عبئا كبيرا عليه لذلك يجب التفكير في بعض البرامج والمشروعات التي تساهم في مواجهة تلك المشكلة مثل إنشاء أندية ترويجية خاصة بكبار السن يستطيعون فيها أن يمارسوا نشاطهم ويجددوا علاقاتهم الاجتماعية التي فقدوها بالتقاعد عن العمل أو بوفاة شريك الحياة أو لأي سبب آخر مع ضمان توفير الإشراف الملائم في تلك الأندية [193، ص251].

وتعتبر مشكلة التقاعد عن العمل من أهم المشكلات التي تواجه الأفراد في مرحلة العمر المتقدم، بل يمكن القول بأنها المحور الأساسي لكافة المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية يعاني منها المسن، والتقاعد بما يتضمنه من هامشية وشعور بعدم الفائدة، هو عادته في حد ذاتها وثاني أزمة من أزمات النمو يمر بها الفرد بعد أزمة المراهقة [193، ص252]، فالتقاعد عن العمل أصبح النمط الاجتماعي البارز في حياة كبار السن ذلك لأن السنوات التي يقضيها الفرد في التقاعد ارتفعت معدلات توقعاتها، وعليه فيتضح لنا أن برامج الإعداد الاجتماعية للتقاعد تعتبر من أهم أنشطة وبرامج الرعاية الاجتماعية للمسنين [41، ص107].

وتتضمن برامج الإعداد للتقاعد مساعدة الأفراد في مرحلة السن المتقدم على كيفية اختيار النشاطات والأعمال التي يمكن أن تعوضهم عن فقدانهم لأعمالهم الوظيفية، وتحقيق لهم في نفس الوقت حد أدنى من الإشباع والرضا. ويمكن أن نلخص المحتويات لبرامج إعداد الأفراد للتقاعد على الوجه التالي: [203، ص ص 135-136].

- تنظيم المقابلات الشخصية بين الأفراد المقبلين على التقاعد والمتخصصين في الجوانب المختلفة التي تتعرض لها الشيخوخة.
- مساعدة الأفراد على الاهتمام بالتخطيط للمستقبل في مختلف جوانب الحياة المادية والصحية والنفسية والعقلية والاجتماعية.
- مساعدة الأفراد على اختيار النشاطات والأدوات الاجتماعية التي يمكن أن يعوضوا بها فقدانهم لوظائفهم وأعمالهم عند التقاعد.
- تنظيم جماعات صغيرة لا تزيد كل منها عن عشرة أفراد بحيث تستخدم معهم المناقشة الجماعية كوسيلة لإمدادهم بالخبرات والمهارات التي تفيدهم عند اختيار أساليب حياتهم الجديدة بعد التقاعد عن العمل، على أن يعمل مع هذه الجماعات أفراد متخصصين ومدربين على العمل مع المسنين.
- يجب الإعلام شتى الوسائل المتاحة عن هذه البرامج وتشجيع الأفراد في مختلف الجهات على الاستفادة منها.
- الاستفادة بكافة الوسائل الإرشادية عند تنظيم برامج الإعداد للتقاعد، فعلى سبيل المثال الاستفادة بالأفلام السينمائية لتوضيح بعض الحالات الباثولوجية للتعرف على المخاطر التي يمكن أن تواجه المسن بعد التقاعد وكيفية العمل على مواجهتها [203، ص136].

2.3.1.4. الرعاية الاقتصادية

- لعل هناك الكثير من الأسباب التي تدعو إلى رعاية المسنين اقتصاديا والاهتمام بها ماديا ومن ذلك نذكر ما يلي:
- إن خروج الموظف من المعاش وبلوغه سن التقاعد يجعله يحصل على معاش ثابت لا يقبل الزيادة السنوية. كما يحدث بالنسبة للمرتبات التي تزداد بالعلوات والترقيات وساعات العمل الإضافية وهناك عبئ إضافي جديد يضاف إلى ما يتحمله الشيخ المتقاعد وهو العلاج والدواء [131، ص190]، وفيما يدعو أيضا إلى زيادة الاهتمام بالرعاية الاقتصادية للمسنين تلك الزيادة المطردة في أعدادهم عاما بعد عام بما يمكن معه القول بأن العصر الحالي هو عصر المسنين [41، ص104].
- كما أن الدولة مسؤولة عن جميع الفئات العمرية وكما هي مسؤولة عن رعاية الطفولة فهي مسؤولة بنفس القدر عن رعاية الشيخوخة ويتمثل دور الدولة في رعاية المسنين اقتصاديا فيما يلي:
- توفير عمل للمسنين يتناسب مع قدراتهم: إذ أنه ليس كل المسنين الذين يزيد عمرهم عن الستين سنة غير قادرين جسميا وعقليا على العمل أو غير قادرين على التعلم أو منعزلين ويحتاجون إلى مساعدة المجتمع، بل غالبا ما نجد الغالية العظمى من المسنين على درجة جيدة من الصحة والقوة الجسمية وهؤلاء الشيوخ مازالوا يعتبرون فئة عاطلة [131، ص190].

- توسيع قاعدة المجانية فيما يتعلق بالمسنين : من واجب الدولة إزاء فئة المسنين أن توسع قاعدة المساعدات العينية والخدمات المجانية التي يحضى بها الشيوخ. ومن أهم المجالات التي تشمل الخدمات المجانية للمسنين: [204، ص11].

أ- مجال العلاج والدواء: فقد يتسنى الاتفاق مع الكثير من الأطباء في شتى التخصصات على الكشف الطبي بالمجان على عدد معين من المسنين ويتم الاتفاق على توقيع الكشف على عدد آخر بنصف الأجر وهذه المسألة إلى جانب دعم الدولة تحتاج إلى حث الأطباء ووضع حافز مادي ومعنوي لهم. [204، ص11].

ب- مجال المواصلات: من أبسط ما يمكن أن تقدمه الدولة إلى الشيوخ الترحيب بهم للركوب في وسائل النقل بالمجان أو بتخفيضات كبيرة على الأقل والواقع أن مثل هذه الامتيازات لن تكلف الدولة كثيرا [204، ص11].

هذا ولا يجب أن يترك كل شيء للدولة لتتولاه سواء كان مستطاعا أو غير مستطاع، بل لا بد أن يتولى الجميع العناية بهذه الفئة خصوصا رعاية الجانب الاقتصادي الذي يمكنهم من سد حاجاتهم التي لم يعد في استطاعتهم سدها بأنفسهم ولذلك يجب أن تتحرك المؤسسات والأفراد بدافع من أنفسهم وتشجيع وحث من المسؤولين عن الخدمات الاجتماعية ويمكن أن يتم ذلك عن طريق: الخدمات من الأطباء والصيدلة بتقديم العلاج والدواء المجاني ولو اقتضى الأمر تخصيص يوم كل أسبوع للكشف عن حالات المسنين التي أعوزها الفقر ولم تعد تتمكن من دفع كشف العلاج أو شراء الدواء من جهة ومن جهة أخرى من الممكن أن يقدم الأفراد التبرعات المادية والعينية لدور المسنين المحتاجين وهناك كثير من الأشياء المستخدمة التي يمكن أن يتبرع بها المواطنين للشيوخ المعوزين سواء كان بطريقة مباشرة يقدمونها إليهم بأيديهم أو غير مباشرة عن طريق دور المسنين [205، ص13].

3.3.1.4. الرعاية الصحية

إن الشيخوخة لا تستلزم بالضرورة الإصابة بمجموعة من الأمراض التي تشيع حاليا بين كبار السن وإن الشخص يمكن أن يقضي شيخوخته دون الكثير من الأمراض التي يزرح تحتها المسنين ولذا كان من الأفضل أن نسمي هذه الأمراض بالأمراض المصاحبة للشيخوخة حتى لا يفهم أن ارتباط كبار السن بها هو ارتباط جوهري وليس ارتباطا عارضا يمكن فصله [8، ص147].

ويقصد بالرعاية الصحية للمسنين توفير المصادر المختلفة لرعاية كبار السن صحيا بالإضافة إلى تدريب الأطباء تدريباً تخصصياً في مجال طب الشيخوخة وكذلك العمل على توفير الخدمات الطبية والمستشفيات لرعاية فئة المسنين والتخطيط لخدمات طب الشيخوخة والتوسع في مظلة الرعاية الطبية وإرشاد المسنين عن كيفية الحصول على هذه الرعاية والخدمات [205، ص13].

والرعاية الصحية للمسنين لها قطبان أساسيان لا يمكن الإعفاء من أي منهما أو التقليل من أهميته والقطب الأول يتمثل في الرعاية الخارجية التي يتلقاها الشيخ من غيره أو من البيئة الاجتماعية المحيطة به والقطب الثاني هو الشيخ نفسه لما يكون لديه من وعي بنفسه وبظروفه الصحية وبحالاته التي تغلب عليها والتي ينصحه الطبيب باحتمال تغلبها عليه، فلا بد للشيخ أن يكون متمتعاً بمجموعة من المهارات الصحية والعادات السليمة وأن يكون على حذر من أن يقع تحت طائلة من العادات الرديئة التي تخضعه لطغيانها [60، ص212].

هذا وتعتبر الرعاية الصحية على قمة أوجه الرعاية المقدمة لفئة المسنين وذلك لأن مثل هذا النوع من الرعاية يهدف إلى الكشف الدوري والعلاج المناسب السريع لفئات المسنين لكي تساعدهم على المعيشة بطريقة طبيعية عن طريق تقليل آثار الشيخوخة على الصحة العامة وعلاج المرضى بقدر الإمكان، وتتمثل الرعاية الصحية في عمل فريق مكون من: [35، ص ص 469-470].

1- طبيب زائر: ويقوم بمتابعة الحالات الصحية للمعوقين من المسنين ويساعدهم على كيفية العناية بصحتهم والابتعاد عن مصادر الحوادث.

2- ممرضات المنازل: وتقوم هذه الممرضة بقضاء فترة قد تطول أو تقصر حسب الحالة أو مدى احتياج المسن لنوع ما من الرعاية في منزله وتعمل تحت إشراف الطبيب الزائر وتقوم بتنفيذ تعليمات الطبيب.

وفيما يتعلق بطبيعة الخدمات الصحية التي تقدم للمسنين فهم يحتاجون إلى خدمات متميزة مرتبطة بالسن مثل:

1- النظرات الطبية: ويحتاج إليها معظم المسنين، كما أنهم يحتاجون دائماً إلى كشف دوري للعيون. ويمكن للدولة القيام بتوفير هذه الخدمات وتوفير العدسات للمسنين من خلال الهيئات الرسمية أو الهيئات التطوعية.

2- السماعات الطبية: وتقدم هذه المساعدات للمسنين الذين يعانون من ضعف في السمع وتقدم لهم السماعات الطبية مجاناً وتقوم هيئات متخصصة بتوفير انتقال المسن إلى المستشفيات لقياس السمع وتوفير السماعات.

3- علاج الأسنان: ويجدر أن توفر الدولة هذا النوع من العلاج للمسنين [35، ص470].

4- المقاعد المتحركة: ويحتاج بعض المسنين الذين يعانون من الآلام أو عدم القدرة على المشي إلى المقاعد متحركة سواء في المنازل أو العيادات وهذا النوع من الخدمات يمكن أن يفيد كثيراً المسنين لما توفره من راحة وقدرة على الحركة [35، ص470].

5- خدمات الإقامة بالمستشفيات: نجد الكثير من المسنين تلازمهم أمراض ومشكلات صحية عديدة مع تقدمهم في العمر وهذه المشكلات الصحية في أغلب الأحوال تكون ملازمة للعديد من المشكلات

الاجتماعية، ولذلك قد نحتاج إلى متخصصين من العاملين القادرين على مساعدة المرضى في عمليات الأكل والأنشطة المختلفة والانتفاع بالجهود العلاجية والترفيهية. وهذه الخدمات تقدم في وحدات علاج المسنين كما يمكن عرض المسن على كافة أقسام المستشفى لكي نضمن التشخيص لكافة أمراضه ومقابلتها بالعلاج [35، ص471].

6- العلاج بالعيادات الخارجية : يتردد المسنون على العيادات الخارجية للعلاج الطبيعي أو لمقابلة الإعاقة الجسدية، ويجب أن يسجل المسن نفسه في أقرب عيادة خارجية بالنسبة لمنطقة سكنه بالإضافة إلى العلاج الطبي العادي الذي لا يحتاج إلى الإقامة الداخلية بالمستشفيات [35، ص471].

4.3.1.4. الرعاية النفسية:

زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بالعلاج النفسي للمسنين ويمكن أن نقسم المستفيدين من هذا العلاج إلى ثلاث فئات:

1- المرضى الذين أدخلوا المستشفيات للعلاج النفسي نتيجة لبلوغهم سن متقدم ويتعذر معهم استعمال الوسائل الحديثة في العلاج.

2- المرضى من المسنين الذين أصيبوا بأمراض نفسية لنفس الظروف التي تؤدي إلى المرض بالنسبة للأشخاص صغار السن. [47، ص93].

3- المرضى الذين يصابون بفقد الذاكرة أو خلل عقلي نتيجة الشيخوخة. [47، ص93].

هذا، والرعاية النفسية للمسنين بحاجة إلى جهود كبيرة تبذل من أجل تنمية الجو النفسي للمسن وذلك لأن هذه المرحلة تتسم بالحساسية الشديدة ولذلك يجب توجيه المتعاملين مع المسنين لتوفير الجو الاجتماعي المناسب. [47، ص ص 93-94].

وبالنسبة للمسنين فإن الكثير من الأمراض النفسية والعقلية التي تنتابهم إنما تترد في النهاية إلى ما يمكن أن يكون قد أصابهم من خلل في أجهزتهم الجسمية، فالمسن الذي اعتاد شغل وقت فراغه في القراءة والإطلاع على الكتب وأصيب بضعف في البصر بحيث يعجزه ذلك الضعف عن مواصلة القراءة يجد نفسه إزاء مشكلة نفسية خطيرة [47، ص94].

ومن الصعوبات التي تعثر طريق الرعاية النفسية للمسنين اختلاط الأعراض الأخلاقية بالأعراض النفسية وكذلك ارتباط الكثير من المشكلات النفسية لدى المسنين بالمشكلات المادية ومشكلة الوضع الاجتماعي بحيث نجد أن هذه المكانة تأخذ في التدهور خاصة في المجتمعات الحديثة حيث يتم تقييم الشخص في ضوء مجموعة من المعايير النفسية وليس في ضوء مجموعة من المعايير الأخلاقية التي تقدر الشيخوخة في حد ذاتها، ولكن يجب أن نقرر أيضا أن كثير من الشيوخ يقاومون مبدأ الرعاية النفسية ويرفضون رفضا تاما أن يخضعوا أنفسهم لرعاية غيرهم. فمن الصعب نفسيا على الشيوخ أن يتولى عليهم بعض الشباب، بحيث يصيرون أولياء عليهم ويوجهونهم. [206، ص8].

ومن الصعاب التي تعوق الرعاية النفسية نذكر ما يلي:

- أن المسن ينخرط في إطار مجموعة من المتاعب يصعب رعايتها شأنها شأن الطفولة.
 - يتسم المسن بالجمود النفسي ويفتقر إلى المرونة النفسية
 - صعوبة وضع حد فاصل بين الحالات النفسية الخفيفة وحالات الجنون
 - صراع الأجيال الدائب حيث يرفض المسنون أن يخضعوا أنفسهم لرعاية الشباب.
- وما يجب قوله هو أن الرعاية النفسية يجب أن تراعى جانباً هاماً وهو التحرر من التحيز وجدانياً إلى جانب الشيوخ والتفرقة في المعاملة بين شيخ وآخر ومن الجوانب التي يجب توعية المحيطين [13، ص18]، بالمسنين نحوها حثهم على تجنب المناقشات التي تعمل على إثارة أعصابهم أو تضعهم في موقف المخطئين. [13، ص18].

5.3.1.4. الرعاية الترويحية:

لقد كان هذا الميدان من الميادين المهملة بالنسبة لكبار السن وقد أغفل تنميته ولعل ذلك كان راجعاً إلى عدم الإلمام ببعض الجوانب المتصلة بخصائص التقدم في السن و أنواع النشاط الذي ثبت جدواه بالنسبة للأشخاص كبار السن ثم طرق وأدوات تنظيم النشاط الترويحي للشخص المتقدم في العمر.

فالاندماج في الأنشطة المفيدة قد أثبت علاقته بحسن التوافق، فالشخص الجيد التوافق يكرس عادة وقتاً أطول للاهتمامات الفكرية والجمالية وهذه الاهتمامات لا تتطلب مواد مالية أو اجتماعية أو قوة جسمية [40، ص7].

والرعاية الترويحية أسلوب يمكن أن يعين الفرد على تعزيز مركزه ومكانته في المجتمع وبذلك يشعر بالانتماء إليه، فالكثير من الأفراد يتركون بعد التقاعد ويهملون، فالمجتمع يشعر بأن قدرتهم الإنتاجية قد قلت ومن ثم يتركون وشأنهم وهم مبعدون تقريباً من كل المهام في المجتمع [40، ص18].

وتقوم الخدمات الترويحية بالاهتمام بالعوامل التي تعين على الإنعاش الفكري والعاطفي والروحي والتي تعمل على التقدم في النضج الاجتماعي وتستند المبادئ الأساسية التي يمكن الاسترشاد بها في تقديم البرامج ذات الصلة الترويحية للأشخاص المتقدمين السن على معلومات لا بد أن يلم بها الشخص الذي يعمل كأخصائي ترويح في المؤسسات التي تقدم هذا اللون من ألوان النشاط في المجتمع ومن أهم هذه الأسس الحاجة إلى الإلمام ببعض الجوانب المتصلة بعملية التقدم وأنواع النشاط الذي ثبت جدواها بالنسبة للأشخاص كبار السن ثم طرق وأدوات تنظيم النشاط الترويحي للشخص المتقدم في السن. ويستطيع أخصائي الترويح أن يفهم مشكلات الكبير في السن وعن طريق هذا الفهم يمكنه مساعدته على القيام بنشاط يبعث على الرضى [207، ص16].

وأهم ما تشمل عليه الرعاية الترويحية للمسنين ما يلي:

- إعداد البرامج للرحلات إلى الحدائق
- القيام بالمعسكرات الصيفية والمشاتي [207، ص16].
- تنظيم حفلات للترفيه عن كبار السن
- تنظيم زيارات للأماكن السياحية
- توثيق الصلة وتبادل المعونة بين مؤسسات رعاية المسنين وغيرها من المؤسسات الاجتماعية الأخرى في المجتمع
- إعادة ما تبقى من قدرات لدى المسنين من خلال وضع برنامج متكامل للتأهيل [207، ص16].
- تغيير نظرة كبار السن من حياة خالية من الحركة والنشاط إلى نشاط وأمل في الحياة.
- التعاون بين المؤسسات الاجتماعية التي تعمل في مجال كبار السن وتبادل الخبرات في هذا الشأن.
- الاستفادة بتجارب الدول الأخرى في مجال مؤسسات رعاية المسنين
- العمل على تقوية الإحساس لدى كبار السن بأن المجتمع مازال في حاجة إليهم وأنهم مازالوا يملكون القدرة على الحياة. [207، ص17].

6.3.1.4. الرعاية الروحية:

يحتل الاهتمام بالمسائل الدينية مع تقدم السن مكان الصدارة بين اهتمامات المسنين ويبدو ذلك في رغبتهم في تفهم أمور الدين ومناقشتها والاستفادة من حقائقها ومطالبتهم المستمرة بأداء فريضة الحج أو العمرة، وهذا لإحساس المسن باقتراب نهايته وعن حاجته إلى الأمن. فيعيش في طمأنينة العابد وسكينة المؤمن ويتسامى بنفسه إلى أفاقها الروحية ومجالها الصوفي وهناك يقف من بعيد لينظر إلى الحياة كلها نظرة موسومة بالخير والتسامح لا التواء فيها ولا تكليف [60، ص225]. وتتمثل الرعاية الروحية للمسنين في العمل على تنظيم حلقات الوعظ الديني والإرشاد وإقامة الندوات الدينية وتوفير الكتب والمجلات الدينية بمكتبات المؤسسات وكذلك تيسير أداء فريضة الحج والعمرة. [60، ص225].

2.4. ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين:

لقد امتدت الحياة بأعمار مختلف الناس إلى أطول مما نتوقع نتيجة تحسين سبل المعيشة والتقدم السريع في ميدان الطب وفعالية خدماته. وبينما نجد أن ظاهرة الشيخوخة قد يكون لها مزاياها الوجدانية إلا أنه لا يمكن تجاهل شدة وطأتها الاجتماعية على المسنين أنفسهم من جهة وعلى المجتمع عامة من جهة أخرى، حيث تعيش الأسر الصغيرة بمفردها شبه منعزلة في حجرات ضيقة تضمها شقق صغيرة ضمن عمارات كبيرة ومن هنا يتضح لنا أن مشاكل المسنين هي مشاكل الأسرة أيضا. [208، ص21].

ولكن كيف يكون تصورنا لمسؤولية المسن إزاء هذه المشاكل؟ والواقع أنه بتعذر تحديد قدرته على تحملها من خلال مواقف حياته المختلفة والتي عادة ما تشكلها قوى متعددة المصادر نذكر تلك التي تتعلق بنواحي الطبيعة والثقافة وهذه المواقف لا تتميز بشدتها فقط ولكن بوقوفها ضد تحقيق رغبة الإنسان في النمو والتقدم، وتعتبر في حد ذاتها العامل الرئيسي الذي يهدد الإنسان ويحول دون نموه إذ نجدها دائما ممثلة في حقيقة الموت وفي حقيقة تفاقم الأمراض المعوقة وحقيقة ما يصيب الإنسان من وهم جزئي أو كلي في تأديته لوظائفه الحيوية وتشكل كل هذه الحقائق مجتمعة تهديدا خطيرا يعمل على إضعاف وتحطيم الأنا لدى الإنسان وخاصة عند بلوغه مرحلة الشيخوخة [208، ص21].

هذا وبمجرد الاعتراف بظاهرة الشيخوخة كميدان رئيسي لممارسة الخدمة الاجتماعية يعبر بلا شك عن الاهتمامات و القضايا التالية:

المفروض أن تقع مسؤولية العناية بالمسنين على عاتق كل من الأسرة والقطاع العام، ولهذا يجب العمل على تطوير مفهوم خاص يتناسب مع موقف الأسرة وما هو متوافر في المجتمع من مؤسسات ومنظمات تعمل على مساندة المسنين في حياتهم، ويجب الاستعانة بهذا المفهوم عند القيام بعملية المساعدة وتنفيذها عن طريق تقديم الخدمات الاجتماعية وذلك في حدود ما تتيحه أنساق المساعدات الأسرية من إمكانيات [15، ص214.]

وفي قدرة الخدمات الاجتماعية أن تتنافس مع الأدوار التي تؤديها الأسرة، كما يمكن لها أن تصبح مكملة لها، أو تؤدي دور البديل لها في القيام بالأدوار الرئيسية. ومع هذا فإنه من الأفضل أن ينظر إلى الأسرة والبيئة في جميع الحالات على أنهما المصدر الوحيد الذي يجب أن نلجأ إليه أولا قبل تقديمنا خدمات قد تكون لها في النهاية نتائج غير مجدية. [15، ص215].

-استجابة الخدمة للمشاكل التي يتعرض لها مجتمع متغير نجاح الجهود المتصلة بالإصرار على إشباع الحاجات الإنسانية.

-الفشل الذي أصاب مؤسسات الرعاية الاجتماعية في الماضي والحاضر
-تطبيق الأخصائيين الاجتماعيين للأفكار والمبادئ والمفاهيم التنموية والوقائية عن ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين. [15، ص215].

-تحول رعاية المسنين إلى ميدان نموذجي تعمل فيه عدة مهن إنسانية مختلفة
-التأكد من مدى قدرة الخدمة الاجتماعية على تحمل مسؤولياتها كاملة وهي في أوضاعها الحالية وخاصة فيما يتعلق بقدرتها على تطوير المعرفة المستخدمة في إعداد وتدريب الأخصائي الاجتماعي [15، ص215].

وكما هو الوضع بالنسبة لميادين تتعامل مع مجموعات أخرى من فئات الأعمار المختلفة نجد أن العمل مع المسنين يتطلب من الأخصائيين الاجتماعيين أن يقوموا بتقديم هذه الخدمات نفسها ولقد أصبح العديد من برامج الرعاية الاجتماعية يختص بتقديم خدمات الدعم والمساندة والرعاية البديلة، وغيرها من الخدمات الأخرى التي يتوقف تقديمها على ما فقدته الأسر من الموارد الطبيعية [15، ص215]. وحتى يتلاءم تقديم هذه الخدمات وما يمر به المسنين من مواقف فإنها تتطلب توافر وجود مستوى عالي من المهارات المهنية التي لا يمكن اكتسابها إلا عن طريق إشباع مجموعة من الحاجات التعليمية التي بدونها يتعذر على الأخصائيين الاجتماعيين القيام بدور فعال في تقديم خدماتهم سواء كانت موجهة إلى المسنين أو غيرهم من الفئات التي تتطلب المساعدة. [15، ص216].

1.2.4. مبادئ عامة للعمل الاجتماعي مع المسنين:

ظلت المجتمعات ولازال بعضها يعتمد في ترتيباتها المجتمعية على التنظيمات غير الرسمية وفي مقدمتها الأسرة لرعاية مسنيها، ولقد لجأت المجتمعات إلى إيجاد ترتيبات مجتمعية رسمية لمقابلة احتياجات فشلت ترتيبات المجتمع غير الرسمية في مقابلتها لسبب أو لآخر ولمقابلة احتياجات مستجدة لم تتوفر لها الأجهزة التي تشبعها في التنظيم الثقافي السائد [209، ص31] ولقد أظهرت الدراسات التي دارت حول قضايا الكبر والمسنين أن اتجاه المجتمعات الحضرية في البلدان الصناعية إلى الاعتماد على المؤسسات الإيوائية لرعاية المسنين أو الأجهزة البديلة للأسرة في توفير احتياجاتهم قد أظهرت كثيرا من العيوب والمآسي الإنسانية [209، ص31]، وأخلت بالتماسك بين الفئات العمرية لأفراد المجتمع الذي أبرز أهمية مواصلة الأسرة لدورها كالجهاز المجتمعي الأقدر لتوفير هذه الرعاية والاحتضان للكبار من أفرادها. ولقد نبهت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات إلى إلقاء الضوء على التغيرات المجتمعية التي تضعف من قدرة الأسرة على الوفاء بمسؤولياتها التقليدية في رعاية مسنيها والدعوة إلى تدارك الآثار السلبية لهذه المتغيرات على دور الأسرة وإطالة قدرتها على مواصلة الوفاء بدورها التقليدي في رعاية مسنيها. [209، ص31].

ومن أهم هذه المتغيرات السلبية:

- تعايش الأجيال المتعاقبة من الأسرة في زمن واحد.
- ظاهرة الإسكان الحضري ودور الوحدات السكنية الصغيرة.
- تزايد تكاليف العلاج والأدوية للمسنين.
- خروج المرأة للعمل.
- الغزو الثقافي للفكر الغربي الغريب على بيئتنا العربية.
- ضعف المعرفة والدراسة باحتياجات المسنين وطرق رعايتها [209، ص32].

هذا وبشأن سياسة العمل الاجتماعي مع المسنين. يجب ألا يكون الإنجاز الرائع للجهود الإنسانية برفع متوسط العمر مصدر قلق وتخوف من المقبلين عليه أو عذاب ومعاناة لمن يصلون إليه، بل يجب إيجاد المناخ الثقافي والتنظيم المجتمعي في إطار التعاليم والقيم الروحية التي تجعل من سنوات العمر المتقدمة أملاً يتطلع إليه. [210، ص19].

إن الجهود ومعالجة قضايا الكبر والمسنين لا يمكن أن تأخذ مكانها بعيداً عن المجهود الموجه للمجتمع جميعه أو لا بد أن تكون هذه الجهود جزء لا يتجزأ من خطط التنمية القومية، حتى يظل الالتحام بين أبناء المجتمع الواحد بفئاته العمرية قائماً دون فصل أو عزلة مفتعلة لفئة المسنين [210، ص19].
- إن الاهتمام بقضايا الكبر والمسنين ليست مسؤولية فئة محدودة من المهنيين بل هي مسؤولية المجتمع بجميع فئاته وأعمارهم.

- إن البرامج والخدمات التي تعمل على عزل المسنين عن مكانهم في نسيج المجتمع وبناء الحياة العادي كالخدمات الإيوائية أو المؤسسات الخاصة يجب ألا تكون إلا الملاذ الأخير للحالات والظروف التي لا يمكن رعايتها وتوفير احتياجاتها من خلال النظم الاجتماعية العادية كالأُسرة. [202، ص93].

- إن الدعوة إلى التنبيه والاهتمام بقضايا الكبر والمسنين لا تعني بالضرورة توفير امتيازات خاصة لهم على حساب غيرهم من فئات المجتمع وإنما هي من المقام الأول لتأكيد عدم نسيان ظروف وأحوال واحتياجات هذه الفئة وبالتالي حرمانهم من حقهم العادل في رعاية المجتمع وتوفير الآمال للمواطنين.

- إن قضايا المسنين هي متشابكة ومتعددة التخصصات ولا بد من مواجهتها بأسلوب العمل الفريقي والفكر الفريقي وإن الدور التنسيقي الذي يمكن للأخصائيين الاجتماعيين القيام به لتحقيق فكر متناسق وسياسات متناسقة وتفاعل مستمر بين التخصصات المعنية لدور هام و أساسي [202، ص94].
هذا ويمكن أن نلخص مجالات العمل الاجتماعية لرعاية المسنين فيما يلي:

-التوعية المجتمعية بشأن قضايا المسنين.

-دعم دور الأسرة لمواصلة دورها التقليدي.

-تنشيط مشاركة المسنين في حياة المجتمع الإنتاجية والاجتماعية.

-تيسير حصول المسنين على احتياجاتهم المعيشية اليومية.

-المعاونة في دعم الجهود الوقائية والعلاجية لاحتياجات المسنين الصحية [11، ص23].

2.2.4. متطلبات أساسية لأداء الدور المهني مع المسنين

تتوقف إلى حد بعيد أساليب المساعدة التي سوف يتبعها الأخصائي الاجتماعي مع عميله المسن على طبيعة اتجاهاته وسوف نكتفي هنا بمناقشة عامل اختلاف السن. وذلك لكي نرى كيف يؤدي

وجود فارق السن الأخصائي وعميله إلى التأثير على دوره في المساعدة من جهة وعلى أنماط التفاعل بينهما من جهة أخرى.

ويهمنا أثناء تحليل هذه العلاقة التأكيد على ضرورة الاستعانة بتجربة الحياة كأساس نستخدمه في التعرف على طبيعة مشاكلنا واحتياجاتنا النفسية. وعادة ما نجد أن الأخصائي الاجتماعي تنقصه خبرة الحياة التي تتوافر لدى عميله المسن ويتطلب منه وجود هذا الاختلاف أن يكون على استعداد لأن يبذل مجهودا نفسيا كبيرا حتى يتمكن من الارتفاع بمستويات إدراكه لمشاعر عميله المسن وتعاطفه معه أثناء المقابلات وتقديم المساعدات وبحكم طبيعة الأمور. نفترض أن الأخصائي الاجتماعي قد مر في حياته بتجربة العيش مع المسنين من أفراد عائلته عندما كان يجتاز مرحلتى الطفولة والرشد ويتوقف النجاح في إقامة هذا النوع من العلاقات على كيفية تكوين بناء الجانب العاطفي من حياته كطفل وعلى أنواع الحاجات التي كان يتطلبها أثناء مروره بمراحل نموه المختلفة. ومن خلال التعرض لهذه التجربة قد ينمو لديه بوصفه طفلا نوع من التفهم لطبيعة هذه العلاقات وذلك دون أن تكون لها أي ارتباط بوجهة نظر المسن نفسه [204، ص12].

ونستخلص مما تقدم أنه يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يكون على وعي ودراية تامة بمشاعر واتجاهاته الحقيقية نحو المسنين وبما ينقصه من الخبرة التي تتميز بها حياة الجيل الذي يمثله عميله المسن.

أما العميل المسن نفسه فنجد أنه ينظر إلى الأخصائي الاجتماعي كإنسان ينتمي إلى جيل آخر غير جيله ويبدو عليه من تحفظه هذا أنه يتساءل في صمت عما يمكن أن يتميز به الأخصائي من معرفة وتجارب تفوق تلك التي في حوزته. وربما كان في مقدوره - إذا أتاحت له الفرصة بوصفه مسنا أن يعلمه الكثير مما لا يعرفه. ويتأكد الأخصائي من حقيقة بعد المسافة التي تفرق بينه وبين عميله المسن عندما يقرأ في عينيهِ عبارات السلوك المتحفظ وقد ينعكس رد الفعل من جانب الأخصائي في نظرتة التي يعبر بها عن ضيقه بما تتصف به الشيخوخة من جمود وتعند. وعندما نحاول تفسير هذا السلوك من جانب المسن نجد في المقام الأول أنه يرجع إلى مرحلة الشيخوخة نفسها التي منحته وساما ثقافيا رفيعا نظير اكتسابه كل هذه الخصال الإيجابية التي تجمعت لديه عبر السنين كنتيجة للخبرات التي اختلفت بها حياته ومن بينها ما قد يتصف به من قدرة على التمييز واستخدام الحكمة والتريث في معالجة الأمور. وكان من نتائجها القدرة على العطاء إلى الأجيال الشابة من خلال تجربة الحياة التي مر بها. فعندما يجد المسن أنه وضع في موقف يضطهر إلى طلب المشورة ممن هم أصغر منه سنا. وقد يشعر وكأن كرامته قد امتهنت وأن شيخوخته سلبت وقارها الذي يصر على الحفاظ عليه في معاملته مع الناس.

وكثيرا ما نستمتع إلى الأخصائيين الاجتماعيين وهم يعبرون نظريا عن قلقهم واهتمامهم بقضية المسنين وذلك في الوقت الذي تفصح فيه حقيقة مشاعرهم عن عدم ارتياحهم للعمل معهم. إن هذا التصادم بين السلوك الرسمي والاتجاهات الواقعية لا يتيح الفرصة بطبيعة الحال لبناء العلاقات على قاعدة متينة من الثقة المتبادلة بين الطرفين [204، ص13].

3.2.4. مسؤولية الأخصائي الاجتماعي نحو عميله المسن:

يقودنا التعرض بالمناقشة إلى ظاهرة وجود فارق السن بين الأخصائي وعميله المسن إلى التركيز على ما يوصف بحجر الزاوية في عملية تقديم المساعدة. ألا وهو موضوع إقامة العلاقة بين الأخصائي والعميل وفي هذه الناحية نشير أولا إلى وجود عامل آخر إلى جانب عامل فارق السن يقوم بالتأثير على نتائج الدور الذي يلعبه الأخصائي في العمل مع المسنين، ويتمثل هذا العامل في الندرة النسبية لما اعترف به علميا من طرق وأساليب ومعلومات يمكن الاستفادة والاستناد إليها عند تقديم المساعدات للمسنين [211، ص75].

ويمكن الاستفادة بثلاث أنواع من المعطيات عند تقديم المساعدات للمسنين والتي تم استنباطها من ميادين المعرفة على نحو التالي:

- تفهم العمليات التي تمر بها مراحل نمو الشخصية والوظيفة التي تؤديها في حياة الإنسان.
- تفهم ديناميكية تفاعل العلاقات.
- تفهم الأنماط الثقافية والتنظيمات ومالها من تأثير على الشخصية وأنماط التفاعل الاجتماعية [211، ص77].

والواقع أن التقدم العلمي في هذه الميادين لم يصل بعد إلى المستوى الذي يحقق التوازن فيما بينها ولكن إذا أخذنا كل ميدان كوحدة متكاملة فسوف نكتشف أن العلم قدم لنا قاعدة معرفية أساسية لا يمكن الاستغناء عنها عند القيام بأي نشاط يتعلق ببذل الجهود في سبيل تطبيق وتطوير طريقة المساعدة. وإذا قارنا بين مقدار العطاء الذي قدمته لنا هذه الميادين الثلاثة ومقدار المعرفة التي أصبحنا في أمس الحاجة إليها للإلمام بطبيعة مرحلة الشيخوخة وتفهم خصائصها، فسوف نجد أن الفرق بينهما مازال شاسعا [211، ص78].

ومن المؤسف أن يستمر الوضع على هذا النحو من القصور في دراسة ظاهرة الشيخوخة في الوقت الذي بذل فيه العلم جهودا جبارة في سبيل الكشف عن خفايا مراحل الطفولة والمراهقة والرشد والملاحظ في الوقت الحاضر أن مقدار ما توفر من معرفة تتعلق بالنواحي الحيوية للمسنين يفوق بمراحل ما قدمته لنا العلوم المهمة بالجانب الثقافي الاجتماعي من حياتهم. ولقد قام المتخصصون في الطب بدراسة أمراض الشيخوخة وأسهموا في علاج الكثير منها بكل ما يحمله مفهوم العلاج من معنى وذلك في الوقت الذي لم يتم فيه بعد استكمال الكشف عن الجانب السوي في حياتهم ويبدو أن

حقيقة هذا الوضع أصبحت تمثل تياراً قوياً ساعد على ربط فكرة الحتمية الحيوية بظاهرة الشيخوخة [190، ص61].

وهنا قد يكمن السبب وراء تلك النظرة التقليدية التي يحتفظ بها الناس نحو الشيخوخة وما تتركه في نفوسهم من انطباعات توحى بأن هذه المرحلة لا تمثل إلا نوعاً من أنواع التردّي في الحياة نتيجة لما يصاب بها المسن من ضعف ومرض وأنها لا تعدو في حقيقتها سوى تجربة يمر بها المسن وهو في طريقه إلى الاضمحلال ثم الموت وهكذا يتضح لنا منذ الوهلة الأولى أن مرجع هذه النظرة يعود إلى علم الأحياء وأنه لا علاقة لها بالعلوم النفسية والسلوكية. [190، ص61].

ولما كان من المحتمل أن تجتذب المؤسسات الخاصة بتقديم خدمات ومساعدات، مهنة الخدمة الاجتماعية كثيراً من أعراض الاضطرابات الاجتماعية التي ترتبط بمراحل العمر، فسوف ندرك مباشرة مدى حاجة الأخصائي الاجتماعي إلى الدراية التامة بخصائص مراحل النمو المختلفة لعملاء المؤسسة ومالها من أثر بالغ في قدرته على تفهم مواقف الحياة التي يمر بها الإنسان.

ولهذا نجد أن إدراكنا لإيجاد مفهوم الشخصية يساعدنا على رؤية الجانب الحيوي كأحد العناصر الأساسية التي يتكون منها مفهوم الشيخوخة. ويتطلب مفهومنا هذا التأكيد المستمر على أهمية التعامل معها من منظور تكاملي يسمح بالوصول إلى التفهم التام لجميع العناصر المكونة لها. [212،

ص59]، وإلى جانب هذا يصبح من الضروري وبطبيعة الحال نفهم الدور الذي يلعبه الأنا في شخصية المسن ولهذا كان من المفروض أن يتعلم الأخصائيون الاجتماعيون من خلال دراستهم لعلم نفس الأنا كيفية استخدام ما تحتوي عليه الشخصية من موارد يمكن استغلالها في مساعدة الإنسان على التكيف. ولكن كيف يمكن للأخصائيين الاجتماعيين مساعدة المسنين على تهيأت حاجاتهم العاطفية وقدراتهم الحيوية للقيام بعملية التكيف؟ [213، ص5].

إن واقع مجتمعاتنا يدلنا على أنه لا توجد أمامنا صعوبات كبيرة تحول دون استخدام ما أتاحتها المجتمعات الأخرى من موارد لإشباع حاجة المسنين وتحقيق الذات والتخلص من معاناة العزلة داخل مجتمعاتهم. إذ يمكن لنا أن نوفر لهم العديد من الموارد المادية والمعنوية لمساعدتهم على تجنب الوقوع في مشاكل قد تؤدي بهم إلى الشعور باليأس والاكتئاب. [214، ص92].

ونحن إذ نذكر ذلك إنما نؤكد على أنه إذ لم تبدأ مجتمعاتنا العربية من الآن في وضع سياسة اجتماعية تضمن للمسنين فيها حلولاً لا تعرضهم إلى الحرمان وتهيئ لهم وسائل المعيشة المريحة والتي تدعمها برامج التدريب والتعليم والترويج... الخ فسوف يترتب على ذلك عدم إتاحة الفرص أمام المسن لكي يحقق التكيف الذي ينشده ليثرى به معنى حياته وعندما تتعرض حياة المسن للتغيير الذي ينشده فلا بد وأن يترك في نفسه أثراً إيجابياً يتعذر عليه نسيانه [214، ص92].

ويجب ألا يغيب على أذهاننا أن للأخصائي الاجتماعي اتجاهاته الخاصة به والتي ولا بد أن تكون قد تأثرت إلى حد بعيد بالحتمية الثقافية السائدة في مجتمعه و الجدير بالذكر أن ثقافتنا الحالية أخذت توجه اهتماماتهم نحو التركيز على الخصائص التي تؤدي إلى تحقيق النجاح عن طريق المنافسة. فبدأنا ننظر إلى الشيخوخة. ونتعامل معها كما لو كانت تعبر عن شكل من أشكال التدهور في قيمة الإنسان الشخصية بدلا من النظر إليها كإحدى نتائج التغيير في قيم وأهداف الحياة ذاتها. [214، ص 92-93].

وما يمكن قوله هو أن الحاجة إلى المساعدة التي يعبر عنها المسن هي في معظم الأحيان بصلة بحاجات الجيل الذي ينتمي إليه الأخصائي الاجتماعي. ويرجع ذلك إلى أن المسن عاش فترة طويلة من العمر أكسبته فيها الحياة خبرة عميقة وأمدته بمختلف أنواع التجارب ولهذا كانت مشاكله تتميز بتعبيرها الصالح عن واقع حياته الخاصة به والتي عاشها بالكامل، فيصبح من المستحيل قصرها بالتالي على تلك الفترة المحدودة من الحياة التي أصبحت تعرف الآن بمرحلة الشيخوخة [211، ص79]، كما يجب توضيح مسؤولية الأخصائي إزاء المشاكل المترتبة على انتشار ظاهرة الشيخوخة وذلك باعتبارها إحدى المهام الملقة على عاتقه لمساعدة المسن لكي ينمو في نطاق القيود والأدوار التي وضعها الجيل الذي ينتمي إليه.

ومن هنا تتضح لنا حاجة الأخصائي الاجتماعي إلى إدراك أهمية الدور الكبير الذي يمكن للمسن أن يلعبه في تهيئة نجاح عمليات المساعدة , وأن مسؤوليته كمهني تفرض عليه القيام بدوره المطلوب في نطاق العلاقات القائمة داخل الأسرة والمجتمع. ولهذا يتحتم عليه أن يتجنب في ممارسته النظرة المجزئة لعمليات المساعدة وأن يستبدلها بنظرة تكاملية شاملة لجميع العوامل المتداخلة في حياة المسن والتي كثيرا ما تنعكس على شخصيته وأسرته و مجتمعه [211، ص81]. وهذا بالإضافة إلى ما يحتاجه الأخصائي من المعرفة المتعلقة بميدان السلوك الإنساني في البيئة الاجتماعية وسياسة الرعاية الاجتماعية والخدمات, وبدون هذه المعرفة يتعذر عليه ممارسة مهنته بوصفه أخصائيا اجتماعيا. وبحكم إعداده هذا عليه أن يتوصل من خلال ممارسته إلى العثور على تفسير إيجابي لمعنى الشيخوخة. وتقبل مطلق لحقيقة وجودها كظاهرة اجتماعية وبدون ذلك فسوف لا يتمكن من تنمية شخصية المسنين, ويقتنع بجدوى مساعدته للجميع على تحمل المسؤولية نحوهم. كما عليه أن يقوم بترجمة هذا التفسير الإيجابي إلى لغة الفعل الاجتماعي [38، ص181].

كما يجب على المجتمعات الإنسانية احتساب الفارق الكبير الذي يفصل بين الدور الذي يمكن للمسن أن يلعبه في مواقف حياته المختلفة، والدور الذي يسمح له به المجتمع الذي يعيش فيه، في التحصل في النهاية على نصيبه من نوعية الشيخوخة التي يبتحقها، ومما لا جدال فيه هو أن المجتمع أساسا، هو المسؤول أولا وأخيرا عما يعانيه المسنون من مشاكل، ومع هذا فإن المفروض أن تقوم

مهنة الخدمة الاجتماعية بالمساهمة في تحمل عبئ المسؤولية الخاصة باكتشاف حاجات المسنين التي تتطلب اعتراف المجتمع بها حتى يمكن إشباعها. وبعد هذا يتحتم عليها أن تعمل على القيام بدورها في تأييد برامج تقديم خدمات المسنين والدفاع عنها من جهة، والمساهمة في عمليات التخطيط الاجتماعية التخطيط الاجتماعي التي تتطلبها هذه الخدمات من جهة أخرى [38، ص182].

وبحكم إعداد الأخصائيين الاجتماعيين- وإن لم يرتقي بعد إلى مستوى المهنية الكاملة- ينبغي عليهم أن يلتزموا بخدمة البائس والمحروم وذلك بصرف النظر عن أصله وجنسه وعقيدته ونسبه وحالته الصحية، ولو سلمنا بأن الكثيرين منهم أصبحوا في وقتنا الحاضر لا يدخرون وسعا في المساهمة بأي نشاط يضمن رفع مستوى الخدمات التي تقدم لنزلاء مراكز رعاية المسنين. إلا أن المشكلة الحقيقية ما زالت تتجسم في مدى استعداد الأخصائي الاجتماعي [45، ص160]. والواقع أن إهمالنا لأوضاع المسنين يعد دليلا ملموسا على استمرار الحاجة لشن حملة تأييد واسعة النطاق لقضية الشيخوخة عامة على مستوى العالم العربي وللدفاع فيها بصفة خاصة عن مصالح تلك المجموعات التي تعيش داخل قطاع المسنين في حرمان دائم ونخص بالذكر منهم أولئك الذين قضت الظروف بالإبقاء عليهم داخل الدور الإيوائية [45، ص160].

ولكن كيف يمكن للأخصائيين الاجتماعيين الدفاع عن قضية هؤلاء المسنين الذين فرضت عليهم الظروف أن يعيشوا في المؤسسات الإيوائية؟ والواقع أنه يمكن كخطوة مبدئية العمل على رفع مستوى الخدمات داخل هذه المؤسسات عن طريق تقديم خدمات اجتماعية بواسطة أخصائيين اجتماعيين متخصصين. ولهذا يجب تدبير الطرق والوسائل التي يمكن عن طريقها اجتذاب ذلك النوع من الأخصائيين الذين يتميزون بمستوى عالي من الكفاءة والمهارة والرغبة في الالتزام بمساعدة العاجز والمريض [44، ص54].

وكخطوة ثانية يجب استخدام تقنيات متفق عليها لفرض مستويات يحتذي بها في العمل داخل المؤسسات الإيوائية، وتحتم الخطوة الثالثة على الأخصائيين الاجتماعيين أن يتأكدوا من حقيقة الأوضاع القائمة داخل هذه المؤسسات وخاصة فيما يتعلق بنوعية الخدمات ودرجة الازدحام فيها [44، ص54].

وإذا كان على الأخصائيين الاجتماعيين أن يسهموا بطريقة مجدية في وضع وتنفيذ الخطط التي تعالج ما سوف يترتب على التحديات المعاصرة من نتائج اجتماعية، فعليهم إذن البحث من أجل اكتساب قيم ومعارف جديدة ولبناء قواعد تنطلق منها أفكارهم وتستند إليها أفعالهم. وللعمل بكفاءة مع المسنين يجب على الأخصائيين الاجتماعيين أن يكون لديهم الفهم والإدراك والخبرات الخاصة عن المسنين وذلك من خلال فهم ما يمكن أن يحدث للإنسان في مراحل حياته

الأخيرة، حتى يستطيع الأخصائي الاجتماعي مساعدة المسنين على التوافق والتكيف مع التغيرات التي يعايشها لتقليل النقص في خبرات الأخصائيين الاجتماعيين فإنه يلزم: [38، ص190].

- تعديل المعتقدات التقليدية والصور السلبية عن المسنين وهذا ما يمكن تحقيقه من خلال الحديث مع المسنين فيما يتصل بخبراتهم والإطلاع على المراجع المتخصصة ودراسة خصائص المسنين.

- التصرف على التأثيرات التي يتعرض لها المسن نتيجة لوجوده في جماعة معينة تواجه ظروفًا معينة حيث يؤثر ذلك في حدة المشكلات التي تواجه المسنين أحيانًا.

- إدراك المتغيرات الكبرى التي يواجهها المسنين مع الأخذ في الاعتبار بأن المسنين يكونون أفضل حالًا من الراشدين، وأن الحالة الصحية تختلف كثيرًا من شخص لآخر في نفس المرحلة العمرية

[38، ص ص 190-191]

3.4. طرق الخدمة الاجتماعية مع المسنين

تمارس الخدمة الاجتماعية مع المسنين في إطار تكاملي بين طرقها الثلاث وفيما يلي نوضح دور كل طريقة في هذا المجال:

1.3.4. طريقة خدمة الفرد

تستهدف خدمة الفرد أساسًا إحداث التوافق بين الفرد وبيئته. ولما كان الإنسان في مرحلة التقدم في السن يعاني من ضعف الحواس والأمراض المختلفة ونقص الدخل وقلة العلاقات... إلخ، فإن ذلك كثيرًا ما يجعله معرضًا لحالة من عدم التوازن وعدم التوافق والتكيف الاجتماعي مع ما يتعرض له من متغيرات.

وهنا نجد أن أخصائي خدمة الفرد هو المسؤول عن العمل مع هؤلاء الذين يعانون صعوبات تتصل بالتكيف أو التوافق [215، ص81].

ومن خصائص خدمة الفرد نجد ما يلي:

- خدمة الفرد طريقة علمية تطبيقية قامت لخدمة أهداف يقرها ويقدرها المجتمع وتحكمها علاقات منظمة وثابتة وحقائق وقوانين نفسية واجتماعية موضوعية تم التوصل إليها بالأسلوب العلمي.

- تتميز خدمة الفرد بطريقة التعامل الفردي.

- يتميز عملاء خدمة الفرد بأنهم يعانون من مشكلات تعوق تكيفهم الاجتماعي وأنهم راغبون في التخلص منها.

- تهدف طريقة خدمة الفرد إلى تنمية شخصيته المسنين.

- خدمة الفرد طريقة قياسية تعتمد على قاعدة من علوم العلاقات الإنسانية [215، ص82].

- تعتبر العلاقة المهنية بين أخصائي خدمة الفرد والعميل بمثابة حجر الزاوية في عملية المساعدة.

- يمارس خدمة الفرد مهنيون يعملون في مؤسسات اجتماعية ويؤدون وظائفها المحددة.

- يعد الأخصائي الاجتماعي الذي يمارس الطريقة إعدادا مهنيا خاصا.
- تعتمد الطريقة في تقديم المساعدة على استثمار جوانب القوة في شخصية المسن وفي بيئته المحيطة [215، ص82].

1.1.3.4. عمليات خدمة الفرد:

تمارس خدمة الفرد من خلال ثلاث عمليات أساسية متداخلة متكاملة يمكن عرضها بإيجاز فيما يلي:

1- الدراسة الاجتماعية:

وتعرف بأنها الوقوف على طبيعة الحقائق والقوى المختلفة النابعة من شخصية المسن والكامنة في بيئته والتي يحتمل أن تكون قد ساهمت في حدوث الموقف الذي يعاني منه المسن وذلك بقصد التشخيص الذي يؤدي للعلاج الاجتماعي. وتعتمد الدراسة على بعض الوسائل أهمها المقابلة والمستندات والخبراء والتقارير [216، ص117].

2- التشخيص الاجتماعي:

ويعرف بأنه يهدف إلى تحديد وتوضيح طبيعة مشكلة الفرد وتقديرها من خلال إطار من الأهداف والغايات المحددة واستخدام هذا التقرير كدليل عمل. ويحقق التشخيص الأهداف الآتية:

- تحديد احتياجات الأفراد المسنين ومتطلبات إشباعها.
- التوصل إلى الأساس المنطقي للعلاج.
- معرفة قيم ومعايير الأشخاص.
- معرفة العوامل المسببة للمشكلات.
- تحديد الإجراءات التي يمكن إتباعها لحل المشكلة.
- الربط بين الجزئيات المنفرقة للمشكلة بما يوضح العلاقات المسببة بينها [216، ص117].

3- العلاج الاجتماعي:

ويقصد به العمل على تحسين الوظيفة الاجتماعية للمسن عن طريق العلاقة المهنية والحصول على الخدمات التي يشير بها التشخيص السليم وذلك بواسطة السيطرة على البيئة والتأثير في السلوك. ويهدف العلاج إلى:

- تحقيق العلاج الجذري للمشكلة.
- أو تخفيف حدة المشكلة.
- أو تعديل كلي أو نسبي في سمات العميل دون الظروف المحيطة [216، ص118].
- أو تعديل كلي أو نسبي في الظروف المحيطة دون المسن.

- أو تثبيت الموقف لمنع حدوث مشكلة جديدة [216، ص118].

2.1.3.4. خدمة الفرد في مجال رعاية المسنين:

تلعب خدمة الفرد دوراً رئيسياً في رعاية المسنين ويختلف هذا الدور باختلاف الموقف الذي يعاني منه المسن، فعلى سبيل المثال هناك دور بالنسبة لرعاية المسن في مؤسسات الإيواء ودور آخر لرعاية المسن في أسرته ودور ثالث لرعاية المسن في مؤسسات الرعاية النفسية [200، ص242]. وسوف نتعرض لكل من هذه الأدوار.

1- دور خدمة الفرد في المؤسسات الإيداعية للمسنين:

من ألوان الرعاية الاجتماعية للمسنين إقامة الدور الخاصة برعاية من لا تتوفر لهم الحياة الأسرية بسبب ظروف التعقد المجتمعي وانفراط عقد الأسرة الأصلية. وتصمم هذه الدور بكيفية تقرب الحياة فيها إلى حياة الأسرة مع تمتع المسن بنوع من الاستقلال في المعيشة وتوفير سبل الصلات بالبيئة مع العمل على تهيئة وسائل التروي ح والثقافة المناسبة لهم والسماح بممارسة أنشطة خارج الدور تعود على المسن ومجتمعه بالنفع وتفتح هذه الدور أبوابها للمسنين وعائلاتهم وأصدقائهم في مناسبات عدة وبذلك تأخذ سمة المجتمع الطبيعي غير المعزول عن البيئة والأهل [23، ص21].

وللأخصائي خدمة الفرد في هذه الدور، دور رئيسي يساهم في تحقيق التوافق الاجتماعي للمسن يمكن تلخيصه فيما يلي:

1-1- دوره بالنسبة للدراسة الاجتماعية:

- معرفة البيانات الأولية الخاصة بالمسن.
- معرفة تكوين الأسرة.
- معرفة السمات الشخصية للمسن.
- معرفة الدخل الشهري وكيفية صرفه.
- معرفة الحالة الصحية للمسن.

- التعرف على المشكلات التي يعاني منها المسن [14، ص131].

- معرفة الأقارب الملزمون بالنفقة شرعاً [14، ص131].

1-2- دوره بالنسبة للتشخيص:

على الأخصائي خدمة الفرد أن يهتم بصياغة دقيقة للتشخيص بالنسبة لكل حالة على حدى وباختلاف المواقف والمشكلات التي يتعرض لها المسنين نزلاء الدار على أن يكون تشخيص الأخصائي للحالة تشخيص متكامل يجمع بين الوصف والتصنيف وكذلك تكون صياغة التشخيص صياغة سهلة وعملية وبعيدة عن التعقيد.

كما يجب أن يتضمن تشخيص الأخصائي لحالة المسن الكشف عن العوامل العملية التي يمكن بها تحديد أسباب المشكلة المباشرة والتي من خلالها يمكن إحداث تغيير معين في عواملها وحتى ولو كان تغييرا نسبيا.

وكلما كانت صياغة التشخيص واضحة وعملية كلما ساعد ذلك على نجاح الخطة العلاجية المقترحة [14، ص131].

1-3- دوره بالنسبة للعلاج:

يستخدم أخصائي خدمة الفرد العديد من الأساليب العلاجية مع المسنين نزلاء الدور، منها ما يركز على ذات المسن ومنها ما يركز على ظروفه المحيطة، وسوف نتعرض فيما يلي لأهم أساليب العلاج الذاتي التي يمكن لأخصائي خدمة الفرد استخدامها مع المسنين في المؤسسات الإيداعية:

- العلاقة المهنية.
- التعاطف.
- الإفراغ الوجداني.
- أساليب التأثير المباشر.
- تكوين البصيرة.
- الخدمات المباشرة.
- الخدمات غير المباشرة [14، ص131].

2- دور خدمة الفرد في رعاية المسنين داخل أسرهم

إيماننا بأهمية رعاية المسنين في بيئتهم فإن الفلسفة الحديثة لرعاية المسنين تتجه إلى تبني أساليب الرعاية النهارية أو الرعاية الليلية أو الرعاية المنزلية أو العيادات المتنقلة، وأيا كانت هذه المسميات وأيا كانت طبيعة تركيبها والهيئات العاملة فيها، فإنها جميعا تسعى إلى استمرار المسن في بيئته وتزويده بكافة الخدمات الاجتماعية والنفسية والطبية [48، ص162].

ويعمل أخصائيو خدمة الفرد هنا كوسطاء بين الأسر والبرامج وبين المؤسسات الأخرى ويمتد الأخصائي الأسر والمسنين بالفرص التي تقدمها تلك المراكز لخدمة ومتابعة المسنين داخل أسرهم الطبيعية، ويهدف دور الأخصائي هنا إلى محاولة الحفاظ على أقصى قدر ممكن من الوظيفة العاطفية والبدنية للمسن [48، ص162].

3- دور خدمة الفرد في رعاية المسنين المرضى بأمراض نفسية وعقلية:

يتعرض المسن للعديد من الضغوط التي يفرضها المجتمع من خلال التقاعد الإجباري وما يصاحب ذلك من شعور بالوحدة وفقدان الثقة بالنفس وعدم وجود هدف في الحياة، وغالبا ما يكون ذلك مقرونا بفراغ قاتل ويوم طويل، فقد افتقد الأبناء الذين تزوجوا ورحلوا عنه، فكل تلك الضغوط

وغيرها تمهيد لنمو الاضطرابات النفسية والعقلية لدى المسن، لذلك تلعب طريقة خدمة الفرد دورا رئيسيا مع المسنين من المرضى النفسيين والعقليين ويمكن تحديد مسؤوليات الأخصائي في هذا الشأن على النحو التالي: [48، ص ص 162- 163].

- مسؤوليات تتعلق بالوقاية من المرض النفسي:

وتتمثل في بذل الجهود بالتعاون مع المتخصصين في رعاية الشيخوخة للتخفيف من حدة هذه الضغوط كما تتضمن أيضا تلك المسؤوليات الكشف المبكر عن هذه الاضطرابات والتدخل المبكر في أمراض الشيخوخة، إن ذلك من شأنه التخفيف من حدة تلك الاضطرابات وبالتالي سهولة علاجها والتغلب عليها قبل أن تأخذ شكلا مزمنًا يصعب مواجهته وتعديله [48، ص ص 163].

- مسؤوليات تتعلق بدور الأخصائي في الفريق العلاجي:

ونعني بها تلك المسؤوليات التي يؤديها الأخصائي الاجتماعي أثناء عمله في الفريق العلاجي الذي يضم المتخصصين في مختلف جوانب العلاج ويمكن تلخيصها على النحو التالي:

- توفير المعلومات اللازمة عن الحالة كالمعلومات المختلفة حول شخصية المسن وظروفه المحيطة، كبيان حالة قدراته الجسمية والعقلية والاجتماعية والنفسية وكذلك ظروف المعيشة مثل تكوين الأسرة إذا كان مقيما داخل أسرة ونوع العمل السابق والحالة المرضية وتطورها وغير ذلك من المعلومات التي تفيد الفريق في وضع الخطة العلاجية المناسبة. [48، ص ص 163].
- تنفيذ مسؤوليات العلاج الاجتماعي وقد سبق الإشارة إليها عند الحديث عن دور طريقة خدمة الفرد داخل المؤسسة العلاجية [48، ص ص 163].

- تدعيم أساليب العلاج الأخرى.

وعلى الرغم من أن قيادة الفريق العلاجي تقع على عاتق الطبيب النفسي، إلا أن الأخصائي الاجتماعي مسؤولية أساسية في زيادة فاعليته وذلك من خلال علاقته بأعضائه بحكم دراسته لديناميكية الجماعات وبحكم كون هذا الفريق جماعة يستطيع أن يزيد من فاعليتها في تحقيق أهدافها [48، ص ص 163].

2.3.4. طريقة العمل مع الجماعات:

وهي إحدى الطرق الأساسية لمهنة الخدمة الاجتماعية التي تستخدم العلاقات الاجتماعية بين أعضاء الجماعة وتوجيه هذه العلاقات بما يساعد على تنمية شخصياتهم وتحقيق الأغراض المشتركة للجماعة ككل [46، ص ص 16].

وخدمة الجماعة في مجال رعاية المسنين يمكن أن يكون لها دورا ذا أثر عظيم في حياة المسنين إذ يمكن عن طريق تكوين جماعات صغيرة من المسنين أن يراعي فيها بعض العوامل مثل: السن،

الجنس، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، الحالة التعليمية، الهويات... إلخ وذلك لتحقيق أهداف خدمة الجماعة مع المسنين [46، ص16].

أهداف ممارسة خدمة الجماعة مع المسنين:

إن التأكيد على أهمية تحديد الهدف يرجع إلى اعتبارين أساسيين هما:

إن الهدف العام من ممارسة طريقة العمل مع الجماعات في مجال المسنين يتمثل في التأهيل الاجتماعي للمسنين ويمكن تحقيق هذا الهدف العام من خلال مجموعة من الأهداف الجزئية يمكن حصر أهمها فيما يلي:

- مساعدة الأعضاء على فهم عملية التقدم في العمر وما تتضمنه من تغيرات فيزيولوجية وسيكولوجية واجتماعية حتى يسهل تكيفهم مع هذه التغيرات.
 - المحافظة على ما لدى الأعضاء من طاقات ومحاولة الاستفادة منها.
 - إشباع الحاجة إلى الحصول على خبرات ومهارات جديدة كأساس لاستمرار النشاط بعد التقاعد.
- [103، ص62].

- إتاحة الفرصة للأعضاء للمشاركة في تقديم الخدمات ولذلك فائدتين أولهما النظرة الإنسانية التي تتضمن ضرورة إحساس الفرد بقيمته وثانيتهما إدراك الأعضاء لخبراتهم وقدراتهم.

- اشتراك كل من الأعضاء وهيئة العاملين بالمؤسسة في تخطيط البرامج.

- مساعدة الأعضاء في التعبير عن مشاعرهم خاصة السلبية مثل الشعور بالعزلة، الشعور بالقلق والمشاعر العدوانية. [103، ص62].

- تشجيع الأعضاء على المساهمة في حل مشكلاتهم الشخصية.

- إتاحة الفرصة للأعضاء لتأكيد ذواتهم من خلال الحياة الجماعية.

- مساعدة الأعضاء على إنجاز أدوار اجتماعية جديدة كأن يكون صديقاً نافعا ويعتني بالآخرين وأن يتمتع بممارسة الأنشطة التبادلية المشبعة.

هذا ويجب على الأخصائي أن ينظر بعين الاعتبار إلى مرحلة التقدم في العمر حيث تعتبر إحدى مراحل النمو الطبيعي للفرد والتي تتطلب إشباع احتياجات خاصة تساهم في التكيف والتوافق للأفراد المسنين. [103، ص62].

- كما يجب على الأخصائي مساعدة أعضاء الجماعة التي يعمل معها على تفهم طبيعة التغيرات التي تنسم بها مرحلة الشيخوخة والاهتمام بأفراد الجماعة على أن لهم احتياجاتهم المتميزة ويساعدهم على إشباعها وتحقيقها من خلال عمله مع الجماعة ككل.

ومن واجبات أخصائي الجماعة كذلك:

- مساعدة الأعضاء على أداء العديد من الأدوار والمسؤوليات كبديل عما فقده نتيجة تقاعدهم.

- العمل على تدعيم العلاقات بين أعضاء الجماعة باعتبار أن مشكلة فقدان العلاقة بالآخرين تنعكس آثارها بوضوح على هؤلاء الأعضاء [103، ص62].

- مساعدة الأعضاء على التعبير عن مشاعرهم خاصة السلبية التي تعتبر عقبة تواجه توافقهم وتكيفهم.

- الاستفادة من طاقات الأعضاء والعمل على استثمار خبراتهم وقدراتهم في تقديم المساعدة للجماعة.

- العمل على تدعيم العلاقة بين الجماعة التي يعمل معها والمجتمع المحلي الذي توجد به وذلك يساهم في التغلب على أهم مشكلات المسنين والتي تتمثل في شعورهم بال عزلة الاجتماعية [103، ص69].

- تولي مهمة الإشراف الفني وتدريب المتطوعين والعاملين في المؤسسة لتوفير حد أدنى من الأعداد الواجب للتعامل مع هؤلاء المسنين [103، ص69].

3.3.4. طريقة تنظيم المجتمع:

تنظيم المجتمع طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية تهدف إلى مساعدة المجتمعات على علاج ما تواجهه من مشكلات بالاعتماد على مواردهم وإمكاناتهم الذاتية ما أمكن

ويمكن لطريقة تنظيم المجتمع أن تلعب دورا فعالا في مجال رعاية المسنين. [46، ص23].

ويمكن أن نحدد أهداف تنظيم المجتمع في مجال رعاية المسنين فيما يلي:

- إجراء البحوث الميدانية التي يمكن من خلالها تحديد حجم مجتمع المسنين.

- توعية الجماهير بأساليب التعامل مع كبار السن.

- الاستفادة من طاقات وخبرات المسنين للعمل أو التطوع في الجمعيات والمؤسسات الخاصة.

- تشجيع الجهود التطوعية للعمل في مجال رعاية المسنين.

- مطالبة الجهات المعنية بالتوسع في مشروع رعاية المسنين.

- توعية المسنين بأماكن الاستفادة من الخدمات المخصصة لهم.

- عقد المؤتمرات والمناقشات وحلقات البحث لمناقشة مشكلات كبار السن وكيفية علاجها، مع تحديد أفضل أساليب تقديم الخدمات لهم.

- إعداد البرامج التدريبية لتأهيل وإعداد أخصائيين متخصصين يعملون في هذا الميدان [46، ص24].

1.3.3.4. مسؤوليات تخطيطية لطريقة تنظيم المجتمع:

- القيام بالدراسات العلمية التي تهدف إلى تحديد حجم مشكلة المسنين في المجتمع، كحصر أعدادهم والمشكلات التي يعانون منها وكذلك حصر الموارد المختلفة التي يمكن أن تساهم في مواجهة مشكلات كبار السن في المجتمع.
- على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال السياسة الاجتماعية والتخطيط سواء على المستوى المحلي أو المستوى القومي، الاهتمام بقضايا الكبر والمسنين عند وضع مقترحات السياسة الاجتماعية باعتبار أنهم فئة عريضة من فئات المجتمع لا يمكن أن نغفل عنهم في الاستفادة من خطط وبرامج سياسات الإصلاح في المجتمع [77، ص216].
- الاهتمام بالتوعية المجتمعية بشأن قضايا المسنين، لما في ذلك من فوائد في تعريف الأجيال الصاعدة بأهمية الإجراءات الوقائية في الأعمار المبكرة في تحقيق حياة بلا معاناة عند بلوغ مرحلة العمر المتقدم، بالإضافة إلى اكتساب الأجيال الشابة وتفهمهم لحاجات المسنين واتجاهاتهم السلوكية المختلفة. [77، ص216].
- هذا ومن الأفضل أن تهتم برامج التوعية بتحقيق مجموعة من الأهداف المتصلة بتهيئة المجتمع لمواجهة التغيير في التركيب السكاني ومواجهة المتطلبات المرتبطة بذلك والتأكيد على أهمية تقدير كبار السن وإظهار أهمية المسنين في المجتمع والتهيئة النفسية لمرحلة التقدم في السن والتأكيد على أهمية دور الأسرة وأهمية اندماج المسنين في حياة المجتمع والتنبيه إلى الاستفادة من علوم الكبر بالنسبة للتخصصات المختلفة التي تعمل مع المسنين [36، ص ص 101-102].
- عند التخطيط للتنمية في أي من المجتمعات التي تسعى جاهدة إلى التقدم يجب العمل على استثمار كافة الموارد البشرية المتاحة في المجتمع باعتبار أن العنصر البشري عنصر هام من عناصر التنمية. وعلى ذلك يجب الاستفادة من طاقات كبار السن في مشروعات التنمية خاصة من يملك الخبرة والمهارة منهم، حتى ولو أدى الأمر إلى تنظيم برامج تدريبية للرفع كفاءة كبار السن عند المساهمة في مشروعات التنمية داخل المجتمع. [36، ص101].
- يجب التخطيط لبرامج الإعداد للتقاعد بالنسبة للأفراد في منتصف العمر حتى يهيئوا لاجتياز الشيخوخة بأقل قدر ممكن من الخسائر التي يتعرض لها من يصل إلى مرحلة الشيخوخة.
- الاهتمام بإظهار النماذج التي يمكن أن تكون القدوة للأسرة في رعاية مسنيها كمصدر للفخر والاعتزاز والسعادة حتى تتضح هذه القدرة للأجيال الجديدة في كيفية رعاية آبائهم لأجدادهم بروح يستشعر فيها الأبناء بالترحيب الواجب للقيام بذلك وليس بمظاهر التذمر والسخط.

- يجب الاهتمام بالبرامج والمشروعات التي تساعد كبار السن على كيفية شغل أوقات فراغهم بطريقة مثمرة وتساعدهم على تكوين علاقات جديدة تعوضهم عن تلك التي فقدوها بسبب التقاعد أو وفاة الأهل والأصدقاء أو لأي سبب آخر. [36، ص102].

- يجب أن تهتم المجالس المحلية بالتربية والتعليم المستمر لكبار السن، ويمكن تحديد مسؤولياتها فيما يلي:

- 1- الاعتراف بالمسنين كفئة من السكان مضطربة النمو ويجب الاهتمام بتعليمهم.
 - 2- تنظيم فصول خاصة بالمسنين للتعليم والتوجيه والإرشاد والترويح.
 - 3- توفير برامج تدريبية لكبار السن على مهارات جديدة يستطيعون الاستفادة منها.
 - 4- مساعدة من هم في مرحلة وسط العمر لاستقبال مرحلة الكبر. [36، ص103].
- 2.3.3.4. مسؤوليات تنسيقية لطريقة تنظيم المجتمع:

ويمكن لنا أن نحدد أهم المسؤوليات التنسيقية في مجال رعاية المسنين على النحو التالي:

-التنسيق بين المؤسسات الأهلية العاملة في مجال رعاية المسنين سواء من حيث التمويل أو البرامج والخدمات التي تقدمها تلك المؤسسات لعملائها وذلك بهدف ترشيد العمل في هذه المؤسسات وضمان حسن أدائها للأغراض التي أنشئت من أجلها.

-التنسيق بين المؤسسات الحكومية العاملة في مجال رعاية المسنين كوزارات الخدمات وهيئة التأمين والمعاشات أو مكاتب الضمان الاجتماعي وذلك بقصد توفير الخدمات والاحتياجات الضرورية لكبار السن في المجتمع [137، ص55].

- يجب أن تتولى الحكومات مسؤولية توفير الإشراف الفني على المؤسسات الأهلية التي تعمل في مجال رعاية المسنين وذلك بمد تلك المؤسسات باحتياجاتها الفنية من مختلف التخصصات العاملة في مجال رعاية المسنين.

- يجب التنسيق بين برامج ومشروعات المؤسسات التي تعمل على مستوى واحد وذلك حتى تضمن تعدد الخدمات وتنوعها وعدم ازدواجيتها بشكل يفقد قيمتها وذلك كأن تتولى مثلا إحدى المؤسسات إنشاء نادي للمسنين يخدم المنطقة كلها، وتتولى مؤسسة أخرى إنشاء عيادة طبية تخدم مسنين المنطقة وهكذا. [137، ص55].

- يجب على الأخصائيين العاملين في مؤسسات رعاية المسنين أن يكونوا على علم ودراية بمصادر الخدمات التي يمكن أن يفيدوا بها المسنين في محيط البيئة المحلية مثل مكاتب الضمان الاجتماعي والمستشفيات العامة ومراكز التأهيل المهني والتنسيق مع تلك المؤسسات لصالح عملائها. [137، ص55].

- يجب على الأخصائيين العاملين في المؤسسات الاجتماعية لرعاية المسنين الاجتماع سويا على فترات إما في مؤتمرات تنظم خصيصا أو ندوات تعقد لغرض الاجتماع بهدف بحث معوقات الممارسة والمشكلات التي تواجه العمل المهني وتداول وجهات النظر حول انساب الحلول الممكنة للتغلب على تلك المعوقات. [137، ص ص 55-56].
- نظرا للنمو المضطرب في أعداد المسنين وتطور وزيادة احتياجاتهم ومشكلاتهم مما أدى إلى إنشاء العديد من مؤسسات الرعاية الاجتماعية التي تقدم خدماتها لكبار السن، فإن الأمر يتطلب تأسيس اتحاد نوعي للجمعيات العاملة في مجال رعاية المسنين وذلك بهدف التنسيق والتدعيم الذي يمكن تلك المؤسسات من أداء رسالتها وتحقيق أهدافها [137، ص 56].
- يجب على الجامعات التي تتضمن كليات تهتم بقضايا الشيخوخة التنسيق مع المؤسسات العاملة في مجال رعاية المسنين سواء من حيث المشاكل التي يواجهها نزلء المؤسسات وكيفية مواجهتها أو من حيث تأهيل وإعداد العاملين بتلك المؤسسات.
- على الأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مجال رعاية المسنين ضرورة الاستفادة من وسائل الإعلام المتاحة، سواء على المستوى المحلي أو على المستوى القومي وذلك لتوعية الجماهير بمشاكل الشيخوخة وتفهم الظروف المحيطة بها، وبذلك يمكن المساهمة في توفير الظروف المهيأة لتكيف كبار السن في المجتمع الذي يعيشون فيه. [137، ص 56].
- 3.3.3.4. مسئوليات تدعيمية لطريقة تنظيم المجتمع:**
- يجب الاهتمام بضرورة تثقيف المتخصصين وغيرهم من الناس مما يستدعي الأمر تعاملهم مع كبار السن واهم ما يحتاج إليه من يعمل مع المسنين يمكن إيجازه فيما يلي:
- معرفة الظواهر النفسية والفيزيولوجية لمرحلة التقدم في السن.
- خبرات في العمل مع الجماعات.
- معلومات عن الموارد والإمكانيات المختلفة
- خبرات تربوية لمواجهة احتياجات ومشكلات المسنين. [77، ص 217].
- ضرورة اهتمام الحكومات بتقديم العون المالي للمؤسسات التي تعمل في مجال رعاية المسنين وذلك حتى تستطيع أن تقدم خدماتها على أفضل وجه ممكن.
- ضرورة تقديم التسهيلات اللازمة لقيام المشروعات والبرامج الخاصة برعاية المسنين بما يتناسب مع عددها وتوافرها وملاءمتها لاحتياجات وظروف الأشخاص كبار السن الذين يستفيدون منها.
- [77، ص 217].

-المساعدة على النهوض بالبحوث الضرورية في ميدان علم الشيخوخة وبخاصة فيما يتعلق بالاستفادة والإفادة من المعلومات الراهنة في ميدان المسنين في تحليل المشكلات الاجتماعية الناتجة من وجود عدد كبير من المتقدمين في السن بين السكان.

-فتح مجالات جديدة لتدريب الأخصائيين الذين يعملون في ميدان كبار السن عن طريق المعاهد المعنية بعلم الشيخوخة أو عن طريق المؤتمرات والندوات وغير ذلك من الوسائل الشائعة في مجال التدريب. [77، ص217].

- التوسع في إنشاء أندية المسنين سواء ضمن المؤسسات الاجتماعية القائمة أو المستقلة عنها لإعداد البرامج التعليمية والترفيهية لكبار السن وتنظيم مشاركتهم في أنشطة رياضية ملائمة لظروفهم الصحية. [77، ص119].

-المعاونة في دعم الجهود الوقائية والعلاجية لاحتياجات المسنين الصحية ويتضمن ذلك الاهتمام بالتنقيف الصحي للمسنين وأسرهم، الكشف الدوري المنظم للاكتشاف المبكر لأمراض المسنين وأعراضها المبكرة والتشجيع على وضع وتنفيذ برامج الإعداد للتقاعد من الناحية الصحية لفئات العمر المبكر كذا إنشاء أقسام للمسنين.

-تدعيم الأنشطة التي تقوم بها الأمم المتحدة والمنظمات الدولية الأخرى ذات الاهتمام برعاية المسنين والمشاركة الفعالة بتقديم الإرشادات والتوجيهات بشأن البرامج المقترحة من قبل هذه المنظمات في هذا المجال. [77، ص120].

4.3.3.4. مسؤوليات خاصة بالمجتمع ككل:

تنشيط مشاركة المسنين في حياة المجتمع الإنتاجية والاجتماعية باعتبار أن ذلك يمثل ضرورة من ضروريات التنمية وحق من حقوق الإنسان وواجب من واجبات المواطن، ومن بين الأنشطة التي يمكن اقتراحها لتحقيق ذلك إمكانية مواصلة استخدام المسنين في أعمالهم بعد سن الستين للاستفادة بخبراتهم كمستشارين، تشجيع الابتكارات التي تقلل من الاعتماد على الجهد البدني، تشجيع إنشاء أندية أو جمعيات المسنين ودعوة المؤسسات التي تهتم بمجالات الرعاية الاجتماعية المختلفة للاستعانة في قواها العاملة بالمسنين من أبناء المنطقة [210، ص21].

-العمل على إصدار التشريعات الاجتماعية الخاصة بالحفاظ على حقوق المسنين وتلك التي تعمل على إدماجهم في عجلة الإنتاج بالمجتمع.

-الاهتمام بالتربية المهنية التي تهيئ كبير السن وتجعله لائقا للعمل لفترة أطول وكذلك التدريب المستمر لكبار السن للمستخدمين في أعمال معينة تتطلب دوام التدريب وكذلك إتاحة الفرصة للتدريب أمام أولئك الذين يرغبون في الانتقال إلى مهنة أخرى.

-دعم برامج تعليم الكبار خاصة تلك التي تقدم في مرحلة العمر المتقدم بالمحتويات التي تهيئ الشخص للتقاعد عن العمل ومدته بالخبرات والمعلومات الصحية والاجتماعية والاقتصادية التي تتيح له تكيفا أفضل عند إحالته للمعاش. [210، ص21].

4.4. الاتجاهات الحديثة للخدمة الاجتماعية مع المسنين ودور الأنساق المجتمعية في رعاية المسنين:
1.4.4. الاتجاهات الحديثة للخدمة الاجتماعية مع المسنين:

1.1.4.4. الاتجاه العلاجي: و يركز فيه العمل على المسن ذاته ويشمل المداخل التالية:

1- نظرية الدور: وتعتبر نظرية الدور من أهم النظريات الحيوية في الخدمة الاجتماعية حيث تقوم على تفسير العلاقة المتبادلة بين الفرد والبيئة الاجتماعية التي تحيط به وتعتبر إطارا هاما لتفسير التغيرات التي تطرأ على أدوار المسنين ولذلك يعتبر هذا المدخل من المداخل الهامة للعمل مع المسنين. ويعرف الدور بأنه السلوك المؤدي بواسطة أشخاص يشغلون مراكز اجتماعية معينة، ويمكن النظر إلى الدور من زوايا متعددة يكمل كل منها الآخر. [217، ص16].

1-1- من زاوية موضوعية نجد أن: الدور هو مجموعة من التوقعات التي يرى الآخرون أن شاغل أحد المراكز يجب أن يسلك وفقا لها في علاقاته مع شاغلي أحد المراكز الأخرى ويمكن أن نطلق على هذا الجانب توقعات الدور أو الدور الموصوف.

1-2- ومن زاوية شخصية: يمكن النظر للدور على أنه السلوك الذي يدرك شاغل المركز أن الآخرين يتوقعونه من خلال تفاعله مع شاغلي مركز آخر معين ويمكن أن نسمي هذا الجانب بالدور الذاتي.

1-3- ومن زاوية واقعية: يمكن النظر للدور على أنه السلوك الظاهري المحدد الذي يسلكه شاغل المركز أثناء تفاعله مع شاغلي مركز آخر وقد يسمى هذا الجانب أداء الدور أو الدور المنفذ [217، ص17]. وفي مجال المسنين نجد أن غالبية المشكلات التي يتعرض لها المسن قد ترجع إلى عجز المسن في أداءه لأحد أدواره الاجتماعية أو إلى نقص الوضوح والتحديد لما هو متوقع منه، فالتوقعات حول متطلبات الأدوار تصبح أقل وضوحا لدى المسنين أنفسهم إلى جانب الآخرين، كما أن الأفراد المسنين ينقصهم الوعي بالقواعد المجتمعية التي ترشدتهم في سلوكهم وتساعدتهم على الاندماج في نشاط المجتمع [51، ص134]، كما أن النقص في نماذج الدور المناسبة الخاصة بالشيخوخة ترجع إلى عدم حب الناس لهذه المرحلة وإغفال وسائل الإعلام لها. إن عجز المسن القيام بأحد أدواره قد يرجع أيضا إلى وجود صراع خاص بالدور أو إلى عجز في قدرات الفرد مما لا يمكنه من القيام بمتطلبات هذا الدور [51، ص134]، هذا فضلا عن التغيرات الاجتماعية السريعة والتي تؤدي إلى تغيير الأدوار بشكل قد يؤدي إلى حدوث الأزمات الاجتماعية. ومما لا شك فيه أن فقدان المسن

لوظيفته وما يترتب عليها من فقدان لبعض الأدوار التي كان يقوم بها يمثل ضغوطا ومتاعب جسمية ونفسية واجتماعية. [51، ص135].

2- نظرية الأزمة: تعد نظرية الأزمة من أفضل المداخل للتعامل مع الأفراد الذين يتعرضون لمواقف ضاغطة تتسبب في إثارة مشاعر حادة، مما يعجزهم عن التصدي للتحويلات التي تحدث خلال مراحل النمو المختلفة وما تشتمله هذه التحويلات من أحداث ضاغطة. وتصنيف الأزمة من خلال مداخل متعددة فمن حيث المستوى، فهناك الأزمة الفردية والجماعية والاجتماعية، ومن حيث المحتوى هناك الأزمة التي يطبع عليها الطابع المادي وتلك التي يغلب عليها الطابع المعنوي، وهناك وجهة نظر أخرى تقسم الأزمات إلى أزمات بيولوجية صحية إنها تحدث مع النمو مثل المراهقة والشيخوخة والأزمات البيئية الحروب والبطالة والأزمات العارضة أو الطارئة مثل الحوادث والكوارث [217، ص18].

ويتعرض المسن لعدة أزمات لعل من أهمها أزمة التقاعد، أزمة وفاة شريك العمر، الاضطراب لترك منزله الذي قضى فيه حياته، وبالتالي فإن العمل مع المسنين من منطلق مدخل الأزمة إنما يهدف إلى التخلص من الأعراض وهي مرحلة التدخل السريع للأزمة واستعادة مستوى أداء المسن في حدود المتاح، لما كان عليه قبل حدوث الأزمة ويتحقق ذلك من خلال الإستراتيجيات التالية: [211، ص81].

- سرعة الاتصال بالمسن الذي يعاني من الأزمة.
 - تعريف المسن بأبعاد المشكلة مع إتاحة الفرصة للتعبير عن مشاعره وانفعالاته وحسن الاستماع والتعاطف معه من قبل الأخصائي.
 - التعرف على محاولات الكفاح السابقة لمواجهة الأزمة وتقييمها.
 - التوصل لحلول الأزمة مع وضع تصور لبدائل هذه الحلول.
 - إعادة البناء المعرفي للمسن.
 - القيام بعملية المتابعة.
- ويستخدم الأخصائي الاجتماعي في التدخل في الأزمات نفس أساليب العلاج التقليدية وعادة ما يكون له إطاره المرجعي المتمثل في المدرسة أو النظرية التي ينتمي إليها والتي ينتقي منها ما يناسب الحالة [211، ص82].

3- نموذج التركيز على المهام: هذا النوع من التدخل العلاجي يصلح مع نوعية المشكلات التي تسمى مشكلات الحياة ومنها مشكلات النزاعات المختلفة بين الأشخاص والمشكلات المتعلقة بأداء الأدوار ومشكلات الضغوط الانفعالية وكذلك المشكلات التي تنتج بسبب تصدع العلاقات الاجتماعية ومن ثم فإنه يصلح للتطبيق على المسنين الذين يعانون من بعض المشكلات السابق ذكرها.

ومن مزايا هذا النموذج انه لا يتطلب وقتا في تنفيذه وهذا يتفق مع فكرة العلاج القصير من ناحية، ويصلح تطبيقه على المسن الذي لا يستطيع تحمل قضاء وقت طويل مع المعالج، كما هو الحال في أنواع العلاج الممتد، كما أن ممارسة هذا النموذج يعتمد على الحاضر وعدم التعمق في الماضي والواقعية هذا بالإضافة إلى عدم الاهتمام بالاشعور مما يجعله أكثر ملائمة للتطبيق على فئة المسنين [51، ص139].

2.1.4.4. الاتجاه المعرفي:

يعد الاتجاه المعرفي من المداخل الحديثة في العمل مع الأفراد ويستهدف التعامل مع الأفكار الغير المنطقية والانفعالات غير المنضبطة والسلوكيات الخاطئة وذلك بهدف تصحيح فكر العميل ومشاعره مما يجعله شخص قادر على التفاعل بإيجابية مع الأحداث في ضوء انفعالات رشيدة وأفكار عقلانية و سلوك سوي.

ويتضمن العلاج المعرفي أنماط متعددة من العلاج منها العلاج العقلاني الانفعالي، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج الواقعي [211، ص83].

1- العلاج العقلاني الانفعالي: إن العمل مع المسن من منظور هذا العلاج يستهدف زيادة وعي المسن بمشكلاته الذاتية والبيئية مع مناقشة الأفكار غير المنطقية، اللاعقلانية الخاطئة والتي تتسبب في استمرارية هذه المشكلات ومنها أفكاره اللاعقلانية المتعلقة بالحياة والموت، الإحساس بفقدان الأهمية وبالتالي الشعور بانعدام القيمة الذاتية وتصوراته الذهنية الخاطئة والتي تدور حول أنه أصبح عبئا على من حوله وغيرها من الأفكار اللاعقلانية. [51، ص139].

ويسعى المعالج بعد مناقشة هذه الأفكار مع المسن إلى استبدالها بأخرى بناءة ، تؤدي إلى سلوك اجتماعي مرغوب والعمل على تجديد الانفعالات الغير مناسبة والمرتبطة بتلك الأفكار كالخوف والقلق والغضب والشعور بالإحباط مع مساعدة المسن على تحمل نتائج الضغوط التي قد تعترضه ومواجهتها بالانفعالات المناسبة [51، ص139].

ويساعد الأخصائي المسن على تحديد أنماط السلوك الغير عقلية والمرتبطة بالانفعالات غير المناسبة، مع محاولة إقناعه بأهمية تعديلها أو تصحيحها، مع التدريب على أنماط السلوكيات الصحيحة أو الجديدة [51، ص139].

2- العلاج الواقعي: يعتبر العلاج الواقعي أحد أنواع العلاج المعرفي و يصلح للاستخدام مع المسنين وذلك أنه يقوم على مسلمة قوة الإنسان وإمكانياته إذا ما منح فرص التحمل المسؤولية ولا شك أن ذلك يساعده على تحقيق الهوية الناجحة وهذا أكثر ما يحتاجه المسن. والعلاقة المهنية المؤثرة في ظل هذا الاتجاه هام جدا في منح المسن الشعور بالثقة والاهتمام والتقدير، ويرى البعض أن العلاج الواقعي

يعتبر أحد الإستراتيجيات التي تستخدم مع بعض المسنين الذين يعانون من عيوب معرفية [51، ص139].

3- مدخل العمل مع أسرة المسن من خلال العلاج الأسري : إن العمل مع المسنين يتطلب تطوير وتنمية الإستراتيجيات التي تنبع من الأنساق الأخرى بما يخدم المسن ذاته، ولا شك أن أسرة المسن تعد من أول الأنساق التي يجب أن يتعامل معها الأخصائي الاجتماعي وذلك بهدف إكسابها خبرة التعامل معه في ظل التغييرات التي يتعرض لها وخاصة التغييرات المتعلقة بخبرة التقاعد، التغيير الذي يطرأ على الدور والمكانة الاجتماعية كما أن الأخصائي الاجتماعي يساعد الأسرة في التغلب على الصعوبات والضغوط التي تنشأ من الصراع الثقافي وتتمثل في تدمير بعض الأبناء من طول الفترة التي يقومون فيها برعاية أبائهم المسنين [77، ص220].

ولقد اتفقت معظم الآراء حديثاً على أن الأسرة تعد أهم جهاز يقدم الرعاية غير الرسمية لكبار السن وذلك من منطلق ضرورة رعاية المسن داخل المحيط الطبيعي له دون نزعه ووضعه في وسط مخالف لم يتعود عليه. ولذلك فإنه من الاتجاهات الحديثة التي يجب أن تتبناها مهنة الخدمة الاجتماعية هي الدعوة إلى التأكيد على إعادة تقديم الرعاية للمسن من خلال أسرته باعتبارها من أنسب أنواع الخدمات الغير رسمية على أن يتضمن ذلك توفير مجموعة من الخدمات، وتتمثل في خدمات التدبير المنزلي، الزيارات المنزلية، جليس المسنين، الممرضة الزائرة، تسهيل عملية شراء السلع الاستهلاكية... وعادة ما تقدم هذه الخدمات من خلال جماعات تطوعية [77، ص220].

إن مدخل العلاج الأسري يعد أحد المداخل الهامة للعمل مع أسرة المسن، حيث ينظر هذا المدخل إلى الأسرة باعتبارها نسقاً اجتماعياً يتكون من وحدات مرتبطة بطريقة نمطية على مستويات مختلفة [210، ص22]. من التعقيد وهي مرتبطة مع بعضها البعض وفي نفس الوقت لها اتصال بالبيئة الخارجية عن النسق في شبكة من العلاقات مع المجتمع [210، ص22].

3-1- إستراتيجيات العلاج الأسري بالتطبيق على نسق أسرة المسن:

3-1-1- إستراتيجية بناء الاتصال: إن العمل مع أسرة المسن من خلال هذه الإستراتيجية يهدف إلى فتح قنوات اتصال جديدة داخل نسق الأسرة أو بين الأسرة والمجتمع الخارجي، وتدعيم بعض الاتصالات المرغوبة وإعادة فتح قنوات اتصال كانت قائمة بالفعل وفي نفس الوقت غلق قنوات اتصال قائمة يمكن أن تشكل تهديداً لاستقرار الأسرة وإعادة توزيع الاتصالات في الأسرة عن طريق تخفيف الضغط على بعض قنوات الاتصال القائمة مع تصحيح إدراك مضمون الرسائل التي قد يساء فهمها من بعض أفراد الأسرة وأخيراً تدعيم التغذية العكسية بما يضمن تجاوب المستقبل لرسالة المرسل [210، ص22].

3-1-2- إستراتيجية إعادة التوازن الأسري : ويركز استخدام هذه الإستراتيجية على مساعدة نسق أسرة المسن على تفهم التغييرات الجديدة والتعامل معها بطريقة تضمن لها مواجهة هذه التغييرات وتجنب حدوث صراع أو تصدع داخل نسق الأسرة وقد يستلزم إعادة توزيع المسؤوليات وتحديد الأدوار ومساعدة أفراد الأسرة على أداء أدوارهم بفعالية وفق المكانة والمرحلة العمرية بالإضافة إلى مساعدة الأسرة على زيادة قدرتها على اتخاذ القرارات السليمة لمعالجة مشكلات المسنين والمواقف الطارئة التي قد تعترض الأسرة [210، ص23].

3-1-3- إستراتيجية بناء وتعديل القيم: وتقوم هذه الإستراتيجية على مفاهيم نظرية النسق، باعتبار أن الأسرة نسق مفتوح يؤثر ويتأثر بالقيم والعادات الموجودة بالمجتمع وتستهدف هذه الإستراتيجية تعديل بعض القيم وبناء قيم جديدة بما يتوافق مع قيم المجتمع وعاداته، ويتطلب ذلك تحديد أوجه التشابه والاختلاف بين قيم وعادات الأسرة وقيم المجتمع، حيث ينشأ عن هذا الاختلاف كثيراً من المشكلات، كما يساعد الأسرة على إيجاد نوع من القيم المشتركة المرغوبة والتي تتفق مع الجوانب الثقافية والدينية في المجتمع [210، ص23].

4- استخدام الجماعات العلاجية في العمل مع المسنين:

تعتبر الجماعة مناخاً مناسباً للأعضاء لتبادل الآراء والأفكار واستعراض المشكلات التي تواجهها، واكتساب خبرات جديدة وتبني مداخل واتجاهات متطورة، وحينما يتفاعل الأعضاء مع بعضهم البعض فإن وجهات نظرهم المتباينة تمكنهم من إعادة تقييم أبعاد البيئة والمجتمع خارج حدود الجماعة، وعلى هذا تعد الجماعة بمثابة مجال تطبيقي لاختبار أنماط السلوك والاتجاهات والأفكار الجديدة [45، ص163].

ويتحقق من خلال مشاركة المسنين في الحياة الجماعية الكثير من المزايا، أهمها أن هذه الجماعات توفر الفرصة لتجديد الصداقات القديمة، حيث جماعات المسنين يمكن أن تقدم الدعم والفهم للتغيرات التي تطرأ على أعضائها نتيجة عبر السن. ويزداد شعور المسن بمكانته وهويته من خلال هذه الجماعات وتتاح الفرصة للمسّن أن يعبر عن مشاعره السالبة وانفعالاته المتضاربة ويستعرض المشكلات التي يعاني منها [45، ص163]. وتعتبر الجماعات العلاجية من أنواع الجماعات الهامة عند العمل مع المسنين وخاصة هؤلاء الذين يتعرضون للإدناء أو الظلم أو الإهمال أو سوء المعاملة من طرف الآخرين ويصبح تواجدهم في مثل هذه الجماعات فرصة للتعبير عن مشاعرهم السلبية والحصول على الدعم والعون العاطفي من قبل بعضهم البعض وفرصة لتكوين شبكة من العلاقات الغير رسمية وتساعد على العلاج في الشعور بالوحدة على أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بخلق المناخ العاطفي الذي يشبع الاحتياجات النفسية والاجتماعية لهذه الفئة ويسعى نحو إزالة معوقات الاتصال داخل الجماعة ويكون على درجة عالية من الحساسية لفهم متطلبات سن الشيخوخة ويتطلب

منه هذا استخدام بعض التقنيات مثل لعب الدور والمناقشة الجماعية على وجه الخصوص باعتبارها وسيلة هامة في علاج بعض المشكلات التي يعاني منها الأعضاء [45، ص164]، فوجود المسن داخل جماعة المناقشة يجعله اجتماعيا وعقليا وانفعاليا ويسهل عليه التعبير عن المشكلات مما يولد لديه الشعور بالانتماء وإدراك التشابه مع الآخرين.

ويستعين الأخصائي أيضا في عمله مع تلك الجماعات بمدخل حل المشكلة، وتقوم فلسفة هذا المدخل على اعتبار أن حياة الإنسان مجموعة من التحديات التي يجب أن يدرّب على مواجهتها وحلها، وبالتالي يصبح أكثر قدرة على تعلم كيفية مواجهة المشكلات مستقبلا.

فالإنسان يواجه باستمرار الحاجة إلى حل المشكلة التي يواجهها كما يدركها وبين عدم القدرة على مواجهتها فإن الأزمة قد تظهر وتزداد التوترات ويتم الشعور بعدم الارتياح ويصاب ذلك غالبا بالقلق الخوف والخجل والشعور بالضعف [45، ص164]. ومن ثم فإن هذا النموذج يصلح للتطبيق على المسنين في هذه الجماعات لأنه يشير إلى التعليم عن طريق الممارسة من خلال استثمار طاقات المسن وقدراته، وان يتحمل في المقام الأول مسؤولية مواجهة الموقف، هذا فضلا عن أن شعور المسن بالكفاءة والثقة يزداد من خلال الشعور بأن الذات تتسم بالفاعلية في الأداء وهذا يساعد في الحفاظ على استقلاليتها وكيانه وإرادته وشعوره بالانتماء [45، ص164].

ثالثا: الاتجاه التنموي في العمل مع جماعات المسنين:

من منطلق أن الشيخوخة أو التقدم في العمر يعتبر مرحلة تنموية خاصة، وأن التنمية الإنسانية تبدأ عند بداية الحياة وتستمر حتى نهايتها، فإن تبني فكرة المدخل التنموي في العمل مع المسنين يعني العمل على زيادة الأداء الاجتماعي لهذه الفئة مع مساعدتهم على التصدي للمشكلات الفردية والجماعية والمجتمعية، وأهمية الاستفادة من خبراتهم ومعلوماتهم في القيام بواجبات ومهام جديدة يتم من خلالها استثمار أوقات فراغهم [103، ص65].

ويتمثل الاتجاه التنموي في ثلاثة مستويات تشمل استعادة المسن لقدراته على الأداء الاجتماعي المطلوب ووقاية المسن من معوقات الأداء وتنمية القدرة على المشاركة الفعلية وتزويد الأعضاء بالمهارات المختلفة التي تساهم في إعداداتهم إعدادا سليما للتفاعل الإيجابي مع المجتمع وتماشيا مع فكرة الاتجاه التنموي فإن جماعات المسنين التي تشكل لهذا الغرض يطلق عليها أسم جماعات العمل الجماعي أو جماعات المهام وهي جماعات يتم تكوينها بغرض إنجاز بعض الأعمال سواء كانت داخل مؤسسات رعاية للمسنين ذاتها أو القيام ببعض الأعمال التي تهدف إلى المشاركة في تنمية المجتمع المحلي [103، ص66].

1- استخدام مدخل جماعة المساعدة المتبادلة في العمل مع المسنين:

ينظر هذا المدخل للجماعة من منظور العمل مع الجماعات على أنها نسق للمساعدة المتبادلة، فنظرا لامتلاك أعضاء الجماعة لخبرات حياتية يمكن عن طريقها تجميع المعرفة والقيم والآراء فإن الجماعة كوحدة كلية يمكن اعتبارها مصدرا للدعم والنمو الشخصي لأعضائها.

ويستند أسلوب المساعدة المتبادلة على أساس نظري يتمثل في نظرية التبادل الاجتماعي حيث تهتم هذه النظرية بشرح للسلوك الشخصي المتفاعل وتقوم على افتراض مؤداه أن الجماعة واستمرارها يرتبط أساسا بمشاركة ورضا الأعضاء ولذلك عند تحليل عمليات الجماعة يجب أن يتم ذلك بلغة التوافق الذي يسعى إليه الأعضاء في محاولاتهم لحل مشاكلهم [46، ص290].

ومدخل المساعدة المتبادلة لا بد أن يراعي عند العمل مع جماعات المسنين الأسباب التالية:

- تقوم فكرة جماعات المساعدة المتبادلة على اشتراك أعضاء هذه الجماعات في نفس الظروف والمشكلات والمعوقات وهذا ينطبق على جماعة المسنين ويصبح الهدف منها توحيد الجهود للتغلب على هذه الظروف، مع إحداث تغيير اجتماعي أو شخصي في اتجاه حل هذه المشكلات، ويمكن لهذه الجماعات أن تؤدي أربعة وظائف لأعضائها تتمثل في المساعدات الاقتصادية، الوقاية الصحية والحماية النفسية والعقلية وكذا التبادل الاجتماعي. [46، ص290].

- من خلال هذا المدخل يمكن توجيه ديناميكية التفاعل بين الأعضاء واستخدامه بطريقة بناءة.

- يتيح هذا المدخل لجماعات المسنين تحقيق مجموعة من الإشباعات منها ما يتعلق بتكوين العلاقات الاجتماعية بين الأعضاء، والإشباعات المتعلقة بتحقيق الذات من خلال التحدث مع شخص والاستماع إليه وخاصة فيما يتعلق بذكريات وإنجازات الماضي والإشباعات التي تتحقق من خلال القيام بالأدوار وتحمل المسؤوليات الاجتماعية أمام الآخرين [46، ص290].

- يساعد هذا المدخل المسنين على التفكير والدراسة والتحليل والتنفيذ ومن ثم القدرة على اتخاذ بعض القرارات المتعلقة بحل مشكلاتهم والعمل على اكتشاف طاقاتهم الكامنة وتنميتها لمواجهة المواقف. - في ضوء النقطة السابقة فإن دور الأخصائي الاجتماعي يقتصر على استثمار إمكانيات المسنين وإمكانية المؤسسة في التوصل لحلول مشكلاتهم وذلك من منطلق الإيمان بقوة المسن وقدرته على تناوله أموره بنفسه [46، ص291].

- يجب أن تستخدم البرامج التي توضع لجماعة المسنين ومن خلال هذا المدخل كوسيلة لتبادل المعارف وتفسيرها وفهمها وتناقل المشاعر والأفكار لحدوث عملية التأثير المتبادل وما ينتج عنها من اكتساب القدرة والبصيرة الكافية لإدراك وتدعيم الذات، فضلا عما يتيح البرنامج من إمكانيات التخفيف من حدة مشاعر التوتر والقلق والإحباط التي قد يشعر بها بعض المسنين عن طريق حلقات المناقشة وغيرها من الأنشطة الجماعية. واستخدام الأنشطة الترويحية التي يتيحها البرنامج تعتبر

وسيلة هامة لتنظيم أوقات الفراغ واستثمارها وتنمية العلاقات الاجتماعية خلال عملية الاتصال بين الأعضاء بعضهم البعض وبين الأخصائي، ولا شك انه في هذا النسق الاتصالي المفتوح الذي يركز على حق كل عضو من أعضاء الجماعة المسنين في أن يعبر عن نفسه وأن تتاح له الفرص للإدلاء بأفكاره وأرائه وتزايد فرص حل المشكلات ومواجهة الصعوبات [46، ص291].

2- مدخل المدافعة:

أشار ميثاق القيم الأخلاقية للأخصائيين الاجتماعيين بأمريكا إلى أن الدفاع عن حقوق أفراد المجتمع المهضومة هي مسؤولية أخلاقية يتحملها الممارسون لمهنة الخدمة الاجتماعية، وينقسم الدفاع في الخدمة الاجتماعية إلى: الدفاع عن الحالة ويستخدم في الممارسة المباشرة مع الحالات الفردية ويمارس من خلال طريقة خدمة الفرد، والدفاع عن طبقة أو فئة أو قطاع معين ويستهدف العمل على تغيير السياسات والقوانين وأساليب العمل وتعديلها والتي يتأثر بها قطاع كبير من أفراد المجتمع. ويمارس هذا النوع على مستوى المجتمع المحلي أو القومي من خلال طريقة تنظيم المجتمع وينظر إليه على انه نوع من العمل الاجتماعي [218، ص3].

وفي الوقت الحالي يعتبر مدخل المدافعة من أهم المداخل للخدمة الاجتماعية في العمل مع المسنين ويمكن أن تتضح إسهاماته في هذا المجال على الوجه التالي:

- تحسين جهود المنفعة الإصلاحية لضمان النجاح في توفير خدمات المسنين وتحقيق التكامل بين المؤسسات الحكومية والتطوعية لتوفير هذه الخدمات.

- جعل خدمات المؤسسة أكثر مسؤولية في إشباع احتياجات المسنين.

- التأثير على عمليات صيغ السياسة الخاصة بالمسنين. [218، ص3].

- المطالبة بتحسين الظروف البيئية للمسنين عن طريق تحسين تغذيتهم وإسكانهم وتوفير سبل الأمان لهم لتقليل فرص تعرضهم للحوادث.

- مساعدة المسنين على تنظيم أنفسهم للمطالبة بحقوقهم ويشتمل ذلك التأثير على الأجهزة الحكومية لتعديل نظمها لتتفق مع المسنين، التأثير في برامج الرعاية الاجتماعية وتنمية المجتمع، التنبيه إلى مشاكل متوقعة يمكن أن يواجهها المسنون والإعداد لمواجهةها، قيام المسنين برقابة أجهزة المجتمع والقيام بمجهودات ترمي لوقف أي انحرافات عن مسار تقديم الخدمات للمسنين [218، ص3-4].

3- مدخل المساعدة الذاتية:

يقصد بالمساعدة الذاتية مساعدة الفرد لنفسه أو مساعدة الجماعة لنفسها أو مساعدة المجتمع لنفسه ويمكن النظر إلى جماعات المساعدة الذاتية باعتبارها جماعات تطوعية تتكون من مجموعة من الأفراد يستهدف كل منهم تقديم المعونة والمساعدة وتبادل المعلومات حول الأنشطة والموارد التي يمكن أن تساعدهم على التعامل مع مشكلات معينة أو مع ضغوط الحياة [218، ص4].

إن الاتجاه نحو مساعدة المسنين على تكوين جماعات للمساعدة الذاتية يعد اتجاهاً للعمل مع المسنين على أن يراعي تنوع هذه الجماعات لتشمل جماعات لتوفير الخدمات لكل قطاعات المسنين وجماعات لممارسة العمل الاجتماعي للدفاع عن قضايا المسنين ولهذا الغرض يجب أن يكون للأخصائي الاجتماعي دوراً هاماً في تكوين هذه الجماعات وتحديد القيادات داخلها وتسهيل وجود مجالس تنسيقية تعمل ما بين الجماعات، فالأخصائي الاجتماعي إذن يعتبر من هذا المنطلق بمثابة جماعة مرجعية لجماعات المساعدة الذاتية [218، ص4].

4- مدخل المشورة المهنية:

ينظر للمشورة المهنية باعتبارها تفاعل بين شخصين أو أكثر، إذ يقوم الأخصائي الاجتماعي بدور المستشار في مجال معين حيث يقدم خبرته في هذا المجال لمن هم في حاجة إلى الاستشارة مما ينمي لديهم القدرة على مواجهة ما يعترضهم من مشكلات والاستشارة في الخدمة الاجتماعية في الوقت الحاضر تعتبر ضرورة لا بد منها لمواجهة التحديات التي تواجه عمل الأخصائيين الاجتماعيين ومنها تعقد مشكلات العملاء والمؤسسات وشدة وطأة القضايا الاجتماعية [46، ص294].

هذا ويصلح هذا الاتجاه للتطبيق في العمل مع المسنين، فعلى مستوى المشورة الفردية تتضح جليا أهمية هذا المدخل عند العمل مع الأفراد قبل بلوغ سن التقاعد، حيث تقدم لهم هذه الاستشارات من خلال عقد مقابلات تستهدف إبراز أهمية التخطيط للمستقبل وخاصة لسنوات ما بعد التقاعد، مع شرح ماذا سيعني التقاعد بالنسبة للمسئ وكيفية إعداده للتكيف مع مطالب الشيخوخة لكي يتوافر له أسباب الصحة النفسية ومن المفيد أن تتضمن هذه المقابلات توضيحات وتفسيرات لبعض الأحكام الغامضة في تشريعات التأمينات الاجتماعية وخاصة معاشات الشيخوخة أما فيما يتعلق بدور الأخصائي الاجتماعي كمستشار للعمل مع المؤسسة ككل، فإنه لا توجد دراسة طبقت مدخل المشورة المهنية للعمل مع مؤسسات رعاية المسنين باعتباره مدخلا مستقلا بذاته وليس متضمنا داخل ممارسات الأخصائي الاجتماعي كمنسق أو مدعم للهيئات التي تعمل في مجال رعاية المسنين و لذلك يمكن اقتراح تصور نظري لهذا الدور بالاعتماد على النقاط التالية: [46، ص294].

4-1- يتوقف نجاح الأخصائي الاجتماعي كمستشار على قدرته في عرض أهدافه ودوره المهني على إدارة المؤسسة وقدرته على كسب ثقته من خلال إلمامه بالنظريات العلمية المتصلة بالإدارة ومعرفة بالأنماذج المتصلة بدراسة المنظمات و السلوك التنظيمي لمساعدة المؤسسات على تشخيص المشكلات وإحداث التغيير المطلوب، ومن المهم أن يلم الأخصائي ببعض المهارات من أهمها مهارات جمع المال والمهارات المتعلقة بالعلاقات الإنسانية والعمل الفريقي.

4-2- على الأخصائي الاجتماعي أن يتعرف على المشكلات التي تعاني منها المؤسسة وأساليب حلها ويكون دور الأخصائي هنا شرح الطرق المختلفة للعمل المهني داخل المؤسسة وتعتبر هذه المرحلة بداية الاتصال و فهم مجال العمل [46، ص214].

4-3- التدخل المهني وتشتمل هذه المرحلة:

_ تشخيص المشكلات والاحتياجات وذلك من واقع معرفة تاريخ المؤسسة وطبيعة عملها، بنائها التنظيمي، العمليات الإنسانية والحوافز، نوعية التفاعل بينها وبين البيئة والمجتمع المحلي والأجهزة الحكومية والأهلية وقد تكون هذه المشكلات تنظيمية إدارية، فنية ومالية.

- اختيار أساليب العمل المناسبة لتحقيق الأهداف وتبدأ هذه الأساليب بالإقناع وعرض الحقائق والمعلومات الواضحة مع عقد الاجتماعات الجماعية واللجان والمناقشات.

- تصميم البرامج وتنفيذها وهذا يتطلب من الأخصائي كمستشار التركيز على مشاركة المسؤولين والمستفيدين.

- إحداث التغيير المطلوب والمرغوب فيه في المؤسسة سواء كان ذلك في إجراءات العمل أو في السلوك.

- تقويم نتائج التدخل المهني للتعرف على مدى تحقيق البرامج الموضوعية لأهدافها والعوامل المؤثرة في تحقيق الأهداف، والعائد من التدخل وفاعلية دور المستشار في كل مرحلة من مراحل العمر.

4-4- نهاية العمل كمستشار، وهنا يعمل الأخصائي الاجتماعي على إسناد بعض المسؤوليات إلى الجهاز الإداري للقيام بانجاز المهام وتحقيق الأهداف ثم التمهيد للانسحاب التدريجي من المؤسسة ومتابعة الأعمال التي تم التوصل إليها من خلال الاجتماعات والاتصالات المختلفة [46، ص295].
رابعا: الاتجاه الواقعي:

1- الاتجاه نحو قياس فعالية الرعاية المؤسسية:

يعتبر الاتجاه نحو قياس فعالية الرعاية المؤسسية لفئة المسنين من الاتجاهات الحديثة التي يجب أن تتبناها الخدمة الاجتماعية في هذا المجال فمن المعروف أن الأصل في رعاية المسنين يجب أن يقع بالدرجة الأولى على عاتق الأسرة، إلا أنه نظرا للعديد من المتغيرات الاجتماعية والأسرية والمادية، فإن الأسرة قد تعجز في بعض الأحيان عن القيام بهذه الوظيفة وتصبح إقامة المسن في مؤسسة إيوائية لا مفر منها، مع مراعاة أنه يجب النظر إلى ذلك على أنه الحل الخير، ولا يلجأ إليه إلا في الحالات الضرورية القصوى [212، ص60].

ومن واقع الكثير من الدراسات التي طبقت على هذه المؤسسات اتضح وجود بعض المعوقات والمشكلات التي تقلل من قدرتها على القيام بمسؤولياتها تجاه نزلائها، وبما أن الخدمة الاجتماعية تسعى من بين أهدافها إلى مساعدة المنظمات على تحقيق أهدافها بفعالية، لذلك فإن الاتجاه نحو قياس

فعالية الخدمات التي تقدمها تلك المؤسسات، لا شك أنه سوف يساعد في تطوير تلك الخدمات وتحسينها حتى تكون أكثر استجابة واستمرارية لمتطلبات المجتمع، كما أنها تساعد العاملين في مجال تخطيط الخدمات على اتخاذ القرارات وتحسين الخدمات، هذا فضلا عن معرفة مدى تأثير خدمات المؤسسة على المسنين وإحداث تغييرات معنوية فيهم وبالتالي التوصل إلى المعوقات التي تواجه المؤسسة في تقديم خدماتها والتوصل إلى أفضل الحلول لمواجهتها [212، ص60].

2- الاتجاه الوقائي للخدمة الاجتماعية في العمل مع المسنين:

من الأفضل أن تتجه الخدمة الاجتماعية في عملها مع المسنين إلى المداخل الإنمائية والوقائية أكثر من تركيزها على المداخل العلاجية فمعظم مشكلات المسنين وقضاياهم يمكن الوقاية منها وتفاديها من خلال مجموعة من الإجراءات يمكن إجمالها فيما يلي:

- التهيئة النفسية لمختلف الفئات العمرية لمرحلة الكبر والتعرف على متطلباتها والاستعداد لها ويمكن الاستفادة من وسائل الإعلام المختلفة لتحقيق هذا الهدف.

- عقد المؤتمرات والندوات والمناقشات لبحث قضايا ومشكلات كبار السن وكيفية علاجها.
- الدعوة إلى اهتمام الدولة والمواطنين بالمشكلات الخاصة بالمسنين وتوفير سبل رعايتهم.
- الحث على التوسع في إنشاء أندية المسنين والارتفاع بمستوى خدماتها [193، ص61].
- الدعوة إلى إصدار التشريعات الاجتماعية التي تستهدف المحافظة على حقوق المسنين.
- التأكيد على أهمية إدماج المسنين في حياة المجتمع والتصدي لأي محاولات تسعى نحو عزلهم بدعوى رعايتهم.

- توعية المسنين بأنواع الخدمات التي تقدم لهم وأماكنها حتى يتسنى لهم الاستفادة منها.
- القيام بالدراسات و البحوث العلمية للتعرف على حجم مشكلات المسنين في المجتمع وحصر الموارد المختلفة التي يمكن أن تساهم في مواجهة هذه المشكلات. [193، ص61].
- المساهمة في تحسين وتعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية المعنية بهذه الفئة والاشتراك مع فريق العمل لهذه المؤسسات في منع تحول المشكلات والاضطرابات العارضة إلى مشكلات مزمنة مع تقليل دواعي الإقامة الطويلة بالمؤسسات بقدر الإمكان [193، ص61].

2.4.4. دور الأنساق المجتمعية في رعاية المسنين:

مما لا شك فيه أن مسألة رعاية كبار السن تحتاج إلى تضافر مجموعة من الإمكانيات الجهود المختلفة على كافة المستويات حتى يمكن أن نضمن لتلك الرعاية الإيجابية والفعالية المطلوب في نجاح عملية المساعدة لهذه الفئة العمرية، فعلى سبيل المثال تتطلب عملية المساعدة هذه تضافر جهود كل من الأسرة والهيئات الحكومية والأهلية والجامعات ومراكز البحوث بالإضافة إلى مساعدة الدولة، وسوف نعرض هنا مسؤولية كل من تلك الوحدات والمنظمات تجاه مسألة رعاية المسنين.

1.2.4.4. مسؤولية الأسرة:

لقد كان المجتمع العربي في الماضي أشد حرصا وتقديرا للمسن، وكانت الأسرة تعتبر وجوده بينها بركة ورحمة، وكانت حياته ورفاهيته هدفا يعمل له جميع أفراد الأسرة، يبذلون قدر طاقتهم في التخفيف عنه ولا يبرمون أمرا دون الرجوع إليه، ولعل بقايا هذه الصور مازالت قائمة إلى حد واضح في الريف العربي، حيث يملك المسنون أرضهم ومواشيهم أو على الأقل فإن الأسرة تعتبر المسن مالكا لوسائل الإنتاج أو تنتظر إلى خدمته الطويلة على أنها مصدر المشورة في الأمور التي تحتاج إلى مشورة كما أن الأسرة في نطاقها الواسع في الريف لا تضيق بالمسنين [41، ص121].

هذا إلى جانب العامل الديني حيث له تأثيره القوي على المجتمعات الريفية، ولكن مع تطور العصر تغيرت شبكة العلاقات الاجتماعية في المجتمعات العربية كغيرها من سائر المجتمعات وحلت الأسرة الزوجية الصغيرة بدلا من الأسرة الممتدة وأصبح الآباء يضيقون بحمل مسؤولية الأبناء بعد استقلالهم واعتمادهم على أنفسهم كذلك الأبناء لم يعودوا يستطيعون القيام بكافة المسؤوليات تجاه آبائهم وأجدادهم. بالإضافة إلى ذلك فإنه على الرغم من أن الأبناء والبنات يرتبطون ارتباط الدم بأبائهم وأمهاتهم وأجدادهم وجداتهم. فإن تلك الفترة أو صلة الدم لا تكفي وحدها لكي تكون أداة نافعة وناجحة في رعاية كبار السن وإنما يعوزها التدريب واكتساب الخبرة على كيفية الرعاية الصالحة بعد التفهم الواعي بطبيعة مرحلة الشيخوخة والوقوف على أهم خصائصها ومشكلاتها [41، ص121].

هذا وتتحدد مسؤولية الأبناء في رعاية آبائهم من المسنين على الوجه التالي:

- يقع على الأبناء عبء كبير في توفير الرعاية النفسية والتعاطف لأبائهم وأمهاتهم المسنين، ذلك أن الأب أو الأم من كبار السن لا تتحقق لهم السعادة والإشباع النفسي والطمأنينة إلا إذا شعروا بأن أبنائهم وبناتهم بارون بهم ومتعلقون بشخصهم وحريصون على راحتهم ومهتمون بمصالحهم، فمهما قدم للمسن من ألوان الحب و المودة والرعاية والعناية، فإنه لا يستطيع أن يستغني عن مودة وتعاطف وحنان أبنائه وبناته. [41، ص122].

- يجب على الأبناء العمل بكافة السبل على راحة آبائهم وأمهاتهم من المسنين وذلك بتوفير الجو النفسي والاجتماعي والصحي المناسب لهم سواء في أسرهم أو في أي دار لرعاية المسنين.
- على الأبناء والبنات مسؤولية التطوع لخدمة المسن في دور الرعاية الخاصة بهم بما يتناسب مع إمكانياتهم وقدراتهم وفي الوقت المناسب لذلك [41، ص122].

2.2.4.4. مسؤولية المؤسسات الاجتماعية:

- يجب الاهتمام بالتوسع في إنشاء المؤسسات الاجتماعية وعدم تركيزها في المحافظات الكبرى فقط.

- يقترح أن تحمل تلك المؤسسات أسماء تعبر عن أهدافها الإنسانية فبدلاً من استخدام المسميات التقليدية مثل مؤسسات رعاية المسنين أو ملاجئ المسنين أو دور المسنين تقترح مسميات كـ " دار التكريم لكبار السن" أو "دار الضيافة لكبار السن" أو "مؤسسة العمر الثالث" [45، ص169].
- يجب أن تزود تلك المؤسسات بالعاملين والمتخصصين في مختلف المجالات الصحية والنفسية والاجتماعية ممن لهم الخبرة في مجال العمل مع المسنين.
- الاهتمام بتنظيم الدورات التدريبية للعاملين بتلك المؤسسات لإكسابهم الخبرة والمهارة في مجال التعامل مع كبار السن.
- عدم مغالاة تلك المؤسسات في تحديد قيمة الاشتراكات التي يدفعها المسنون نظير الالتحاق بها.
- يجب أن تتنوع و تتعدد الخدمات التي تقدمها تلك المؤسسات للأعضاء المستفيدين منها فتشمل كافة مجالات الحياة، عند إنشاء تلك المؤسسات يجب أن يراعى في تصميماتها احتياجات ومشكلات كبار السن [45، ص169].

3.2.4.4. مسؤولية الجامعات والمعاهد

- القيام بدراسات خاصة في علم الشيخوخة على مستوى الجامعات والدراسات العليا.
- إجراء البحوث العلمية المستمرة في هذا المجال.
- يجب أن تهتم كليات الطب في الجامعات بإنشاء أقسام خاصة بطب الشيخوخة وذلك لتأهيل الأطباء الراغبة في العمل مع ذلك القطاع.
- يجب أن تتعاون الجامعات مع الوزارات المعنية والمؤسسات الاجتماعية الخاصة والتي تعمل في مجال رعاية الشيخوخة وذلك بتنظيم حلقات البحث والمناقشة حول الموضوعات الهامة في مجال رعاية المسنين.
- مزيد من المرونة والتعدد في البرامج التعليمية لسد الرغبات التي يعبر عنها الأشخاص كبار السن أو الذين هم في متوسط العمر.
- ويلزم أن تكون مثل هذه البرامج متاحة في الأوقات المناسبة لكبار السن، وفي حدود النفقات اليسيرة التي تستطيع أن تتحملها موارد من هم في مرحلة التقاعد [210، ص37].

4.2.4.4. مسؤولية الدولة

- يجب على الدولة أن تحدّد في بادئ الأمر، الأهداف والمبادئ التي يجب مراعاتها في رعاية المسنين، ومن الطبيعي أن تتركز هذه الأهداف في مساعدة المسنين على التكيف الاجتماعي ولذا يجب:

- الاهتمام بدراسة الظروف النفسية والعقلية والاجتماعية والاقتصادية للمسنين في المناطق والبيئات المختلفة، خاصة وأن تلك الفئة لم تأخذ بعد نصيبها من الاهتمام الواجب من علمائنا في مجال العلوم الإنسانية.

- يجب على الدول العربية أن تستفيد من خبرات الدول والشعوب التي سبقتنا في مجال رعاية المسنين وتطوير المناسب منها بما يتلاءم واحتياجات كبار السن في مجتمعاتنا العربية.
- يجب على الدولة تشجيع وتدعيم الجمعيات التي تعمل في مجال رعاية المسنين على أن يتضمن الدعم الجانب المادي [15، ص241].
- لا بد لدولة من العمل على إعداد المهنيين المسؤولين عن رعاية المسنين من أطباء وأخصائيين نفسيين واجتماعيين وغير ذلك من المتخصصين في الشؤون المتعلقة بالمسنين ومشكلاتهم.
- على الدولة أن تهتم من خلال ما يتاح لها من وسائل تربوية و إعلامية متعددة بتوعية جماهير الشعب بأمور الشيخوخة ومشكلات كبار السن، حيث أن الفكرة السائدة لدى الناس أن كبار السن قوم غير منتجين يعيشون على هامش الحياة انتظارا للمصير المحتوم والحقيقة أن تلك الصورة في حاجة إلى أن تستبدل بصورة أخرى واقعية وأكثر إيجابية.
- منح كبار السن تسريح مجاني لجميع وسائل النقل العام داخل المجتمع.
- ربط هذه الفئة ببعض الصيدليات لصرف الأدوية التي يحتاجون إليها بأسعار منخفضة [15، ص242].

5.2.4.4. مؤسسات رعاية المسنين

إن الغالبية من المسنين لا يرغبون في ترك منازلهم ولا يريدون بديلا عن الاستقلال في الحياة والحرية والبقاء مع الوجوه المألوفة لهم من الأهل والأصدقاء و كل ما هو قائم في البيئة التي عاشوا فيها سنوات طويلة من عمرهم، وهم يهتمون بصفة خاصة بالحفاظ على الأشياء الخاصة التي يمتلكونها حتى و إن بدت تافهة عديمة القيمة. وتشير الدراسات إلى أن الشخص المسن يكون بالفعل أكثر سعادة ورضا وصحة إذا ما أمكن أن يظل كما هو في بيته ولم ينقل إلى مكان آخر ليعيش فيه [64، ص15].

ومع أن الرأي الشخصي للمسن ورغبته في أن يظل كما هو في داره ينبغي أن يأخذ بعين الاعتبار إلا أن الحالة المرضية له قد تتدخل في مدى صحة ما يبديه من رأي أو رغبة، وهناك نسبة من المسنين يكشفون عن أعراض مرضية جديدة عقب إيداعهم المستشفيات وهذه الأعراض تكون في الغالب مرتبطة بتغير الظروف البيئية، أي مرتبطة بنقل الشخص المسن من بيئته الأصلية إلى بيئة أخرى، بل لقد وجد أحيانا أن مجرد قضاء فترة زمنية قصيرة في المستشفى يمكن أن يكون بمثابة خبرة صادمة للمسن وذات تأثير على حالته الصحية وكفايته الاجتماعية [64، ص15].

وكثير من المسنين قد تكونت لديهم شبكة دقيقة من العلاقات في التعامل اليومي مع الجيران والأصدقاء وغير ذلك من علاقات تقوم خلال البرنامج اليومي للإنسان ويمكن للإيداع في المستشفى أن تعمل على قطع هذه الشبكة من العلاقات مما يجعل عودة المسن مرة أخرى إلى بيئته أمرا صعبا لعدم إمكانية تجديد هذا النسيج من الاتصالات مرة أخرى بشكله السابق.

كما كشفت الدراسات أن المرضى المترددين على العيادات الخارجية يكونون أفضل حالا من المرضى المقيمين بالأقسام الداخلية بالمستشفيات، الأمر الذي يؤكد أهميته إبقاء الشخص المسن في بيئته وألا ينتزع منها إذا أمكن ذلك. [64، ص ص 15-16].

وفي الواقع قد يكون من الضروري أحيانا انتزاع الشخص المسن من بيئته وإيداعه المستشفى أو دارا للمسنين أو ما أشبه، إلا أنه من الممكن في كثير من الأحوال تجنب انتزاع المسن من بيئته إذا ما توفرت وسائل الرعاية في المجتمع بل ومن الممكن أيضا للكثيرين من المسنين ترك الأقسام الداخلية بالمستشفيات للاستفادة من الرعاية في المجتمع إذا ما توفرت الخدمات الخاصة بمثل هذا الأسلوب من الرعاية [64، ص 16].

وعادة ما يعيش الشخص المسن تحت تأثير الخوف من انتزاعه من بيئته وقد يعمل الأهل أو الأصدقاء أو الجيران على إخراج المسن من بيئته وإيداعه المستشفى أو إحدى دور رعاية المسنين وقد يكون ذلك بدافع القلق على حالة المسن والرغبة في مساعدته ومع هذا فقد يحدث أحيانا أن تكون هناك رغبة خفية في التخلص من هذا الشخص المسن للاستحواذ على مسكنه أو لأنه يمثل عبئا ثقيلا على الآخرين سواء من حيث مطالب الرعاية أو لما يحدثه من مضايقات أو لغير ذلك من الأسباب ولهذا ينبغي التساؤل دائما عن البواعث وراء الرغبة في إيداع المسن بمكان غير بيئته [64، ص 16].

ومن أهم ما يجب مراعاته في مؤسسة كبار السن ما يلي:

- أن يكون حجم المؤسسة صغيرا قدر الإمكان فكلما صغر حجم المؤسسة كلما ارتفع مستوى الخدمة.

- أن يوجد للمؤسسة فناء مناسب وأماكن للجلوس ومظلات

- أن يكون الموقع في مكان صحي هادئ بعيدا عن الضوضاء، سهل المواصلات قريب من الأماكن المعمورة.

- أن يراعى في تصميم المبنى تخصيص حجرة لكل نزيل أو لمجموعة قليلة من النزلاء ويلحق بها دورة المياه أو تجمع كل ثلاثة أو أربع حجرات في جناح مستقل له دورة مياه مستقلة.

- تعطى الرعاية الطبية اهتماما خاصا في هذه المؤسسات بالإضافة إلى باقي أوجه الرعاية الأخرى.

[64، ص 25].

- يراعى أن يكون الأثاث من النوع السائد في منازل النزلاء لتوفير مناخ الحياة العائلية قدر الإمكان.

- ضرورة اختيار العناصر العاملة في المؤسسة ممن تتوفر فيهم صفات وخصائص معينة كتوفر القدرة على الاحتمال والسيطرة على النفس والرغبة في القيام بهذه الخدمات.
- ضرورة وضع برنامج يومي يلائم نزلاء المؤسسة طوال اليوم وكذلك برنامج ليلي.
- يسمح للنزول بالخروج لزيارة الأسرة ويشترط احترام المواعيد كما يسمح للأسرة بزيارة النزول بالمؤسسة [64، ص25].

5.4. رعاية المسنين في المجتمع العربي:

إن معظم البلدان العربية لم توجه لمهنة الخدمة الاجتماعية سوى اهتمام محدود للغاية، إذ لم يتعدى تقديم الخدمات فيه نطاق الرعاية الإيوائية، ولهذا لم يتضح بعد في ذهن الكثيرين من العاملين في هذا الميدان ما توصل إليه الفكر الحديث فيه أو حتى أصول ومبادئ الممارسة عند العمل مع المسنين ومرد ذلك قلة الموارد المتاحة في هذه المجتمعات [198، ص197].

والواقع أن المسؤولية المهنية للأخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع المسنين تبدو غير واضحة، فهل هي عبارة عن مجرد عملية تهدف إلى تشجيع دوافعه للنمو مثلاً، وترسيخ أنماطه السلوكية لتساعده على استعمال الحكمة والتراث في تعامله مع بيئته الاجتماعية؟ أو أنها تعتبر نوعاً آخر من المسؤولية التي تحتم عليه تقديم المساندة والخدمات إلى إنسان أصيب بالضعف بسبب التقدم في السن وأنه سوف يظل هكذا إلى نهاية العمر؟ ومع كل هذه التساؤلات فإنه من المتوقع أن تقوم حركة اجتماعية فكرية تعمل على الاعتراف بقضية الشيخوخة وسوف يتبع ذلك بالطبع إمكانية ممارسة الخدمة الاجتماعية في هذا الميدان بطرق وأساليب تختلف عما هي عليه الآن [11، ص14].

ومجتمعاتنا العربية تحتاج لدراسة من الخدمة الاجتماعية بإسهاماتها في رعاية المسنين من خلال برنامج متكامل للرعاية مبني على الركائز التالية:

1.5.4. تفهم كامل للسياق الاجتماعي الاقتصادي للمجتمع وطاقاته المالية واهتماماته بفئات السكان حتى يتم على أساس هذا الفهم تحديد البرامج والخدمات التي تقدم للمسنين.

2.5.4. توجيه الاهتمام المجتمعي نحو رعاية المسنين كغيرهم من فئات السكان في المجتمع وتحسيسهم أنهم ليسوا عبئاً عليه باعتبار أن تلك الرعاية حق من حقوقهم بعد أن بذلوا الجهد في شبابهم للارتقاء بمجتمعهم [214، ص95].

3.5.4. تبني مداخل مؤسسية في رعاية المسنين والبعد عن المداخل العلاجية الثانوية قدر الإمكان حتى تساهم المؤسسات المجتمعية في توفير الخدمات المتكاملة للمسنين على أساس عمل فريق يجمع التخصصات التي تستلزمها أوجه الرعاية المتعددة التي يحتاجها المسن من خلال تبني الخدمة الاجتماعية للجهود الداعية لمشاركة المهن والتخصصات العلمية في ميدان الرعاية الاجتماعية للمسنين [214، ص95].

4.5.4. تحويل رعاية المسنين لقيمة ثقافية لدى كافة الفئات العمرية في المجتمع وبالتالي يتم ضمان توفير رعاية جميع أفراد المجتمع ومؤسساته للمسنين والاعتماد على جهود المسنين أنفسهم على أن يكون ذلك في إطار فلسفة الرعاية الاجتماعية للمسنين في ضوء السياسة الاجتماعية في المجتمع على اعتبار أن سياسة رعاية المسنين جزء من السياسة الاجتماعية في المجتمع. [214، ص ص 95-96].

5.5.4. التدخل المهني من جانب الأخصائيين الاجتماعيين كممارسين لمهنة الخدمة الاجتماعية على مستوى كافة مؤسسات رعاية المسنين سواء بأساليب تنموية أو تخطيطية لما فيه مد مظلة الرعاية الاجتماعية لكل المسنين لأن ليس هناك أدنى شك في أن إدراك الدول العربية لأهمية الدور الذي تلعبه الخدمات الاجتماعية في حياة الجماعات والأفراد سوف يفرض عليها، -أجلاً أو عاجلاً- الاهتمام بتركيز الجهود وتوجيه العناية من أجل التغلب على ظاهرة تفشي النقص الملموس في مهارات الأخصائيين الاجتماعيين الذين يفترض فيهم أنهم أخذوا على عاتقهم مهمة تحمل مسؤولية تقديم هذه الخدمات لقطاعات كبيرة من الناس في مختلف مجالات العمل الاجتماعي [214، ص 96]. وانطلاقاً من المرتكزات التي قامت عليها جميع التوصيات العالمية والعربية بدء بالاهتمام بالتنمية في عالم أخذ بالشيخوخة ومرورا بتوفير الصحة والرفاه في سن الشيخوخة وانتهاء بتهيئة بيئية وتمكينية وداعمة لجميع الأعمار واتساقاً مع اهتمام الجامعة العربية أصبحت القضية الرئيسية التي يجب أن تكون مثال إجماع المجتمعات العربية هي تلك المرتبطة بالترتيبات الحياتية للمسن وتوفير حياة كريمة له، لأن مسألة رعاية المسنين قضية إنسانية هامة ولأن الأمر يتطلب من المجتمع العربي معالجة قضاياهم معالجة مختلفة لما هو سائد الآن، بدأ المجتمع العربي عن طريق المكتب الإقليمي للجامعة العربية في إعداد برامج لرعاية المسنين لتعزيز الصحة من أجل التشيخ الناجح ، وإعداد سياسات جديدة وتنقيح الإستراتيجيات القائمة، وكان آخر نشاط للمكتب الإقليمي للجامعة العربية الورشة العربية للعمل حول الرعاية المتكاملة لكبار السن في الوطن العربي التي التأمّت في تونس من فترة 27 إلى 29 سبتمبر 2005 والتي جاءت بجملة من التوصيات منها: [219، ص ص 11-12].

- 1- تشجيع الأسر وتعزيز دورها في رعاية المسن انطلاقاً من قيمنا الروحية وميراثنا الحضاري.
- 2- التركيز على بقاء المسن داخل الأسرة باعتبارها البيئة الطبيعية والحرص على دعم العائلات المحتضنة للمسنين وذلك بإيجاد الآليات اللازمة لتوفير خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية المطلوبة وتدريب المختصين العاملين في مجال العناية بالمسنين.
- 3- وضع السياسات الإعلامية بهدف إنكفاء روح التواصل بين الأجيال وإبراز دور المسن في الأسرة والمجتمع والاعتراف بما يتميز به المسن.

- 4- العمل على وضع نظام تغطية اجتماعية (نظام الضمان الاجتماعي) وتأمين الاستقلالية المادية للمسنين (المبدعين والفنانين) بما يكفل لهم حياة كريمة تمكنهم من الحصول على موارد دخل دائمة.
- 5- تطوير نظام الرعاية الصحية المتبعة والعمل على تحسينها وفق نظم رعاية تقوم على أساس تعزيز برامج الصحة الأولية منذ مراحل السن المبكرة والحد من الأمراض المزمنة.
- 6- العمل على إيجاد قواعد بيانات واستكمال المعلومات حول كبار السن وتحديد المؤشرات الدالة التي تعني بأوضاعهم المعيشية والصحية والاجتماعية وتيسير الحصول على المعلومات التي تساعد في التخطيط للبرامج المعنية برعايتهم مع تقييم جودة الخدمات المستداة لفائدة هذه الشريحة. هذا بالإضافة إلى التوصيات التالية:
- 1- دعوة الدول العربية للاهتمام ببرامج المسنين وتوجيه سياستها السكانية والاجتماعية للعناية بهذه الشريحة وإدخال قضايا وأوضاع كبار السن في البرامج التعليمية لترسيخ أهميتها لدى النشء.
 - 2- استثمار طاقات المسنين في خدمة المجتمع ووضع الخطط التي تركز عليهم باعتبارهم منتجين وليسوا مجرد مستهلكين.
 - 3- إنشاء صندوق عربي لرعاية المسنين لدعم برامج المشاريع الموجهة للنهوض بأوضاع المسنين وإيجاد مصادر تمويل ثابتة والطلب من القطاعات الأهلية والقطاع الخاص والخيري في العالم العربي بتمويله.
 - 4- إنشاء وحدات خاصة بالنهوض بأنماط العيش السليم لدى المسنين بالبرامج التعليمية بالكليات والمعاهد العليا في مجالات الخدمة الاجتماعية وعلم النفس وعلم الاجتماع والطب.
 - 5- خلق شبكة اتصال بين جميع المختصين في الوطن العربي سواء على مستوى المؤسسات العامة والخاصة ومؤسسات المجتمع المدني وذلك لتبادل الخبرات بشكل أفضل وبصفة دورية.
 - 6- اختيار نموذج ناجح للإدماج المتكامل لكبار السن سواء على مستوى الوطن العربي أو الإقليمي أو العالمي ومحاولة الاستفادة منه وتعميمه على جميع الأقطار.
 - 7- إحداث موقع على شبكة الإنترنت خاص بكبار السن في كل دولة عربية لتيسير تبادل التجارب والخبرات فيما بينها.
 - 8- العمل على تأسيس اتحاد عربي للعناية بالمسنين بإشراف الجامعة العربية.
 - 9- دعوة البلدان العربية إلى إحداث أندية نهائية للمسنين لتيسير الأنشطة الترفيهية والثقافية وترابط الأجيال وتمكينهم من مواصلة العطاء في نطاق العمل التطوعي. [219، ص13].

1.5.4. أبرز ملامح رعاية المسنين في بعض البلدان العربية:

1.1.5.4. رعاية دولة الإمارات لمسنّيها:

تاريخياً عرف مجتمع الإمارات أنماطاً متعددة للرعاية الاجتماعية التقليدية التي تستند في أصولها إلى التعاليم الإسلامية وقيمه السامية، كما يستند هذا النظام إلى العرف الاجتماعي القائم على روح التضامن والتآزر والتكافل الاجتماعي والإحسان في إطار القبيلة والأسرة الممتدة. وظلت الأسرة في الإمارات هي الحوض الآمن والضامن لأفرادها أطفالاً وشباباً ورجالاً وشيوخاً، وعلى الرغم من موجات التغيير السريعة التي مرت بها دولة الإمارات العربية المتحدة ظلت الأسرة على عهدها الضامنة والملجأ الرئيسي لتقديم المساعدة والعون لأفرادها من كبار السن [220، ص1].

للمسنين مكانة خاصة وموقعا متميزا في سياسات الرعاية الاجتماعية التي قامت بتنفيذها دولة الإمارات منذ تأسيسها في عام 1971 وهم إحدى الفئات الاجتماعية المستفيدة من قانون الضمان الاجتماعي وكافة خدمات الرعاية التي تقدمها الدولة لتوفير الحياة الكريمة لهم ولأسرهم. فدولة الإمارات وضعت السياسات التي تساعد على زيادة الاهتمام بالمسنين ورفعت من فعاليات المؤسسات التي تعني بتأهيلهم صحيا ونفسيا. وفي هذا الإطار انتهت وزارة العمل بالتعاون مع وزارة الصحة بإعداد استراتيجيات للعناية بكبار السن حتى 2010 لتطوير مستوى الخدمات وأنواع الرعاية الصحية والاجتماعية المقدمة لهم ولذلك أنشئت الدولة مراكز لرعاية كبار السن في مختلف إمارات الدولة يصل عددها 5 مراكز: مركز مسنين عجمان، مركز أبو ظبي للتأهيل الطبي، استراحة الشواب بدبي، مركز مسنين الشارقة، ومركز مسنين رأس الخيمة [220، ص3].

2.1.5.4. أبرز الملامح للرعاية المتكاملة التي تقدمها المملكة العربية السعودية لفئة كبار السن:

1- الرعاية الإيوائية الشاملة للمسنين التي تقدمها وزارة الشؤون الاجتماعية عبر دور الرعاية الاجتماعية:

تهدف دور الرعاية الاجتماعية إلى إيواء وتقديم أوجه الرعاية لكل مواطن بلغ من العمر 60 عام فأكثر وأعجزته الشيخوخة بحيث يحتاج إلى رعاية وخدمات خاصة ولا يتوفر لدى ولي أمره الاستعداد والإمكانات لرعايته، والبرامج والخدمات المقدمة في دور الرعاية الاجتماعية تتمثل في الرعاية الاجتماعية، الرعاية الطبية، الرعاية النفسية، الرعاية المنزلية، النشاط الثقافي، النشاط المهني، النشاط الترفيهي والرياضي وبرنامج الاستضافة المؤقتة للمسنين [221، ص ص3-8].

2- رعاية المسنين في وسطهم الاجتماعي عبر مراكز الأحياء التي تنفذها وزارة الشؤون الاجتماعية:

انطلاقاً من اهتمامها المتواصل لتكريس التكافل الاجتماعي وتحقيق مقتضيات السلامة الاجتماعية نفذت وزارة الشؤون الاجتماعية مشروعاً اجتماعياً لخدمة سكان الأحياء في مناطق السعودية تسمى "مراكز الأحياء" تعتمد على مشاركة الأهالي وعلى وجه الخصوص كبار السن والمتقاعدين. وتهدف

مراكز الأحياء إلى تحقيق الترابط الاجتماعي بين سكان الحي الواحد والأحياء المجاورة والإسهام بقدر الإمكان في رفع مستوى الوعي الاجتماعي ومن ذلك العمل على دمج كبار السن والمتقاعدين في العمل الاجتماعي والتعامل مع المشكلات الأسرية علاجاً ووقاية.

3- الرعاية الاقتصادية: ويقدم هذا النمط من الرعاية للمسنين عبر الأنظمة الثلاثة هي: نظام التقاعد، نظام التأمينات، الضمان الاجتماعي. وكل نظام من هذه الأنظمة يخدم فئة المسنين على اختلاف أحوالهم. [221، ص ص 8-13].

4- الرعاية الصحية المنزلية للمسنين التي تقدها وزارة الشؤون الاجتماعية: وهو برنامج إرشادي ويقوم على تحديد العجز والقصور الوظيفي لدى المعوق والمسن ويشمل ذلك تدريبهم على استخدام بعض التجهيزات الطبية والأجهزة التعويضية المساندة ويتم ذلك من خلال فريق طبي وعلى شكل زيارات منزلية ومن أهداف هذا البرنامج:

- إيجاد البديل المناسب للرعاية الإيوائية
- منع أو تقليل من مضاعفات الإعاقة والشيخوخة
- توجيه الفئات المحتاجة من المسنين والمعوقين بنوعية التجهيزات الطبية المساندة التي تناسبهم وكيفية الوصول لها واستخدامها.

5- اللجنة الوطنية لكبار السن: تتولى وضع الخطط والبرامج الوقائية والبرامج الرعاية الهادفة إلى تلبية متطلبات المسنين ومن أهدافها الإستراتيجية ما يلي:

- رسم السياسة العامة لرعاية المسنين في المملكة واقتراح الأنظمة واللوائح الخاصة بالمسنين وترسيخ الوعي بأوضاعهم وقضاياهم بما يكفل مكانتهم الأسرية والاجتماعية ويعزز دورهم الإيجابي.
- [221، ص ص 13-30].

- البحث في تطوير أساليب الرعاية والخدمات المقدمة للمسنين بالتعاون مع المنظمات والهيئات الإقليمية والعربية والدولية العاملة في هذا المجال وإجراء الدراسات والبحوث عقد الندوات والمؤتمرات والحلقات الدراسية حول مختلف قضايا كبار السن بالتعاون مع الجامعات والمراكز المختصة بهذا الجانب، وجمع البيانات والإحصاءات واستخلاص المؤشرات الخاصة بالمسنين والعمل على إنشاء قاعدة بيانات متكاملة [221، ص ص 31-32].

3.1.5.4. برامج رعاية المسنين في لبنان:

تماشياً مع التوجهات العالمية واستجابة لإستراتيجية العمل الدولية لمواجهة التحديات التي يواجهها المسنون، ومن أجل تمكينهم المشاركة في شؤون مجتمعاتهم كمواطنين يتمتعون بالأمن والكرامة وتنسيقاً مع الخطوات التي اتخذتها جامعة الدول العربية اتخذت الدولة اللبنانية قراراً بإنشاء

هيئة وطنية دائمة ترعى شؤون المسنين، ومن أهم إنجازاتها تسهيل وصول المسنين إلى مواقع الخدمات في المؤسسات والجمعيات وتحديد الخدمات وكيفية الحصول عليها.

ومن أهم إنجازاتها القانونية وضع نظام ضمان صحي اختياري للمسنين وتحضير مشروع "قانون التقاعد والحامية الاجتماعية" [222، ص ص 3-7].

أما المساعدات والبرامج المتعلقة بكبار السن فعلى الصعيد الحكومي فلقد اعتمدت وزارة الشؤون الاجتماعية مساهمة مع مؤسسات القطاع الأهلي لمساعدة من هو بحاجة للرعاية وذلك عبر الرعاية الدائمة، الخدمات الصحية، الرعاية النهارية، والتوعية والتدريب لتطوير العاملين في مراكز الخدمات الإنمائية حول موضوع الأندية النهارية لكبار السن وحول موضوع مكافحة سوء الاستغلال والعنف وإهمال كبار السن.

كما تقوم المؤسسات الطبية التابعة أو المتعاقدة مع وزارة الصحة بتقديم الخدمات الصحية للحالات ذات الإقامة الطويلة في مراكزها المتخصصة من مصحات ودور عجزة كما تشارك بتغطية الأدوية لبعض المرضى المزمنين.

وتقوم مؤسسات ودور ومراكز رعاية كبار السن التابعة للقطاع الأهلي والخاص بتقديم خدماتها تبعا لمعايير خاصة ووفق مواردها وتتنوع الخدمات من إقامة، وجبات الطعام والأدوية والخدمات الصحية والطبية وإلى الترفيه وأنشطة الحياة الاجتماعية المتنوعة.

كما تقدم المؤسسات خدمات خارجية وصحية واجتماعية وعناية منزلية [222، ص 7].

4.1.5.4. رعاية المسنين في الكويت

1- دور وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل في مجال رعاية كبار السن:

حرصت وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل على التوسع بالخدمات المقدمة للمسنين حيث أنشئت إدارة متخصصة للمسنين وتختص في توفير الرعاية الإيوائية الشاملة لنزلاء قسمي رعاية المسنين رجال ونساء، وكذلك:

- تنظيم الزيارات الداخلية والخارجية للمسنين لإدماجهم في المجتمع الخارجي بالتنسيق مع الجهات المعنية.

- تقديم الرعاية والخدمات الصحية للمسن في منزله وبين ذويه وأسرته حفاظا على كرامته ولزيادة الترابط الأسري.

- توفير خدمات العلاج الطبيعي والخدمات التمريضية الضرورية وتوفير الإمكانات اللازمة للأنشطة الترويحية والترفيهية للمسنين والتي تساعد على شغل وقت فراغهم.

بالإضافة إلى إدارة الرعاية الأسرية التي تهتم بتقديم خدمات متكاملة لكبار السن الذين لا معيل لهم

لتسهيل كافة أمور كبار السن حتى لا يكون أعباءهم متزايدة بإدارة رعاية المسنين [223، ص 1-5].

2- جهود وزارة الصحة:

تعمل الوزارة طبقاً للخطط والبرامج الصحية التي وصلت إليها آخر التقنيات والخدمات الطبية المقدمة لكبار السن في مجال الرعاية الأولية تتلخص في القيام بزيارات منزلية للمسّن بناءً على طلب ذويه وعمل برامج التوعية الخاصة بأمراض الشيخوخة والأمراض الشائعة لدى كبار السن ووسائل التخفيف فيها وعلاجها، كذا محاولة حل المشاكل الاجتماعية والنفسية لكبار السن مع لمحيطين بهم وتقديم النصح والإرشاد لذويهم [223، ص6].

3- جهود المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية:

اعتمد تامين الشيخوخة والعجز والمرض اعتباراً من 1981/03/10 والرعاية والمزايا التي يقدمها نظام التأمينات الاجتماعية الكويتي للمسنين تهدف إلى تأمين حياة مستقرة لهم ولذويهم مؤمناً لهم حاضرهم ومستقبلهم [223، ص7].

5.1.5.4. السياسات التونسية المنتهجة لرعاية كبار السن:

تستند السياسة التونسية في مجال رعاية كبار السن إلى القيم الحضارية والتضامنية المتأصلة في المجتمع التونسي والتي تركز على دعم الروابط الأسرية وتماسكها وتمتين أواصر التواصل والحوار بين الأجيال من جهة ودعم وجود المسن كفرد ناشط في المجتمع قادر على العطاء وتمتين قدراته وتجاربه والسعي إلى الاستفادة منها لذلك تتجه الجهود إلى :

- تثبيت المسن داخل الأسرة ومعاودة جهود الأسرة في رعاية مسنيها عند الاقتضاء.

- السعي إلى إيداع المسن لدى عائلة بديلة، في حالة انعدام السند العائلي مع تقديم مساعدة مادية للعائلة.

- حصر اللجوء إلى إيواء المسن بمؤسسات الرعاية في الحالات التي لا يتيسر فيها إبقاء المسن في وسطه العائلي [224، ص ص 3-5].

هذا وتعتبر التغطية الاجتماعية من أبرز آليات سياسة رعاية كبار السن.

وتم إسناد رعاية المسنين إلى وزارة شؤون المرأة والأسرة والطفولة والمسنين ومن بين مهامها إعداد المخططات والبرامج الخاصة بالنهوض بكبار السن والسهر على تنفيذها.

كما تسهر مختلف أجهزة وزارة الصحة العمومية على تنفيذ الأهداف المرسومة في مجال رعاية صحة المسنين وتصور البرامج الصحية الوقائية وإنجاز البحوث والدراسات ووضع برامج لتحسين مهارات العاملين في هذا القطاع [224، ص5].

وتعمل إلى جانب القطاع العمومي شبكة جمعياتية تهدف إلى إنكاء روح التطوع وتنمية شعور التضامن للمسنين الفاقدين للسند المقيمين بوسطهم العائلي أو داخل مؤسسات الرعاية وتنشط إلى جانب هذه الجمعيات الخيرية جمعيات تعنى بالمتقاعدين بصفة عامة وبالمتقاعدين من بعض

الأصناف المهنية وتهدف إلى نشر ثقافة الشيخوخة والعمل على التقريب بين الأجيال كما توجد جمعيات علمية طبية تهتم بتطوير الأبحاث العلمية الطبية والاجتماعية المتصلة بالشيخوخة [224، ص10].

2.5.4. رعاية الجزائر لمسنياها:

تستوجب مرحلة الشيخوخة عناية خاصة وشاملة للمسن من كل النواحي، الأمر الذي أدى إلى تضافر جهود السلطات العمومية والمجتمع المدني لضمان أحسن حماية لهذه الشريحة الهشة من المجتمع في إطار الاحترام المطلق لمبادئ كرامة الإنسان.

وفي إطار التكفل بفئة المسنين قامت السلطات العمومية بنهج إستراتيجية شاملة وكاملة بسن قوانين لحماية حقوق الأشخاص المسنين، حيث يتطرق الدستور الجزائري إلى حقوقهم من خلال المواد 58، 56 و 65 منه مشيراً فيها أن الأسرة هي النواة الأساسية للمجتمع وأن الشخص المسن محمي من طرف الدولة ولقد وضع قانون العقوبات نصوصاً عقابية لكل التجاوزات التي قد يتعرض لها الأشخاص المسنين خاصة في المادة 276 من قانون العقوبات، ولقد أعطى قانون الصحة عدة امتيازات للأشخاص المسنين، كما تنص عليه المادة 92 والمادة 94 في قانون الصحة، حيث أكد على مراعاة كرامتهم وحساسيتهم الخاصة ومراعاة ظروفهم، وينص قانون الأسرة على وجوب نفقة الفروع على الأصول في المادة 77 منه [225، ص29].

هذا وفي إطار السياسة الاجتماعية الجديدة التي انتهجتها الدولة الجزائرية، اعتمد مجلس الدولة قانون جديد ينص على الحبس في السجن كل شخص يديع والديه في مراكز العجزة. ومدة السجن تتراوح من سنة (01)، ثلاث سنوات (03)، خمس سنوات (05) إلى عشر سنوات (10). وقد يصدر الحكم بالسجن المؤبد ضدّ الأشخاص الذين يسيئون معاملة المسنين إلى حدّ العنف وتهديد حياتهم [226، ص2].

1.2.5.4. الرعاية الاقتصادية للمسنين

ويقدم هذا النمط من الرعاية للمسنين في الجزائر عبر نظامين: نظام الضمان الاجتماعي ونظام التقاعد.

1- نظام الضمان الاجتماعي:

إن مرحلة الأزمة الاقتصادية التي دخلتها الجزائر منذ أواخر الثمانينات، خاصة منها على الصعيد الاجتماعي، وهذا بارتفاع نسبة البطالة وظاهرة تسريح العمال وظهور ظروف جديدة للشغل التي طغت عليها المرونة وعدم الاستقرار، قد أثرت بشدة على نظام الحماية الاجتماعية، كما تم فرض على منظومة الضمان الاجتماعي مواكبة ركب اقتصاد السوق وتبني نمط جديد للتسيير ومراجعة مجال تدخلها من أجل التوازن المالي للصناديق [226، ص263].

لذا نجد أن المحافظة على منظومة الضمان الاجتماعي من خلال التوزيع القائم على التضامن بين الأجيال يصطدم بصعوبات مالية وعجز في النوعية والمستوى للخدمات المقدمة، مما يجعل صناديق الضمان الاجتماعي تواجه صعوبات مالية هيكلية ترجع أساسا إلى الفارق بين وتيرة الإيرادات وتيرة النفقات، وتباطؤ وتيرة زيادة الموارد سببه: [227، ص263].

أ- عد المشتركين الذي يعود إلى تراجع الوظائف الهيكلية وانتشار الشغل في القطاع غير الرسمي لينعكس على " التهرب الاجتماعي" و " توظيف المحالين على التقاعد".

ب- الاتجاه نحو انخفاض معدل مستوى الاشتراكات الناجمة عن زيادة الحقوق الممنوحة لفئات خاصة كالمجاهدين والمعوقين وكذا التعويض عن النشاطات ذات المنفعة العامة وعقود ما قبل التشغيل.

ج- تحقيق المدة الدنيا للاشتراكات.

د- الصعوبات التي تعترض عملية تحصيل القروض و الأموال [227، ص264].

كما نجد أن أعباء صندوق الضمان الاجتماعي قد تزايدت بفعل:

- ارتفاع أسعار الأدوية و العلاج الطبي.
- عبء السعر الجرافي بالمستشفيات وتوسع السكان المستفيدين غير المشتركين.
- امتداد معدل الحياة.
- نقص متوسط السن للإحالة على التقاعد. [227، ص264].

هذا ولقد قدر عدد المشتركين في الصندوق إلى غاية 30 جوان 2003 بـ 1113098 مشترك وفي المقابل نجد أن عدد المتقاعدين المنخرطين في هذا الجهاز قد ارتفع ليصل إلى 150822 في 30 جوان 2003 مقابل 140918 في 30 جوان 2002 [228، ص9].

2- نظام التقاعد:

التقاعد هو السن الإداري الذي يقرر فيه المجتمع إنهاء الحياة المهنية للفرد وانطلاقا من ذلك يحق للشخص المتقاعد تلقي مدخول لتوقفه عن النشاط والذي يكون في غالب الأحيان أقل من الأجر الذي كان يتقاضاه كعامل مأجور، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى معيشته بالرغم من أنه قد تتعدد مصادر الدخل بالنسبة للمسنين ما بين منحة التقاعد والضمان الاجتماعي ومساعدات الأبناء، كما نجد أن الدخل قد يزيد بالنسبة للذين مازالوا يمارسون عمل بعد تقاعدهم إذا ما كانوا يتمتعون بصحة تسمح لهم بذلك.

لكن الدراسات قد أثبتت أن قلة من المسنين لا تتعدى نسبتهم الثلث في أي مجتمع كان، التي تواصل منها العمل بعد التقاعد، وهذا ما يساعدها على تحسين دخلها، بينما يعتمد باقي المسنين على منحة التقاعد كمصدر أساسي لدخلهم مما يجعل نسبة هامة من الأسر تعيش في وضعية فقر قصوى [198، ص262].

هذا ولقد أمن الصندوق الوطني للتقاعد ما يعادل 453774 متقاعد في السداسي الأول لسنة 2003 مقابل 1376590 في السداسي الأول سنة 2002، ليصل في نهاية 2003 ما يقارب 1505668 متقاعد، كما تزايد عدد المستفيدين بنسبة 5.6 % أي ارتفاع يتجاوز نمو عدد السكان العاملين والمقدرة بـ 3 % [228، ص89].

ولقد كان ينتظر الكثير من الإجراءات المتعلقة بخفض معدل الحياة العملية (التقاعد دون شروط متعلقة بالسن) لكنها لم تحقق النتائج المنتظرة، بل بالعكس ساهمت في تراكم مناصب الشغل والمداهيل للبعض دون تحرير مناصب عمل للعاطلين عن هذا الأخير: فالصيغ الجديدة المطبقة في إطار مكافحة البطالة المتمثلة في التقاعد المسبق والتقاعد النسبي وكذا التقاعد بدون شرط السن قد سلمت في نهاية سنة 1999: 107674 متقاعد جديد وهو ما يشكل تكاليف جديدة بالنسبة للصندوق الوطني للتقاعد وبتطبيق المنشور 97-13 الصادر بتاريخ 31 ماي 1997 والخاص بكيفية تطبيق خفض مدة العمل إلى 32 سنة انجر عنه أعداد هائلة من المتقاعدين الذين شرعوا في العمل خلال السبعينيات والتي تم أثناءها إنشاء أكبر عدد من المناصب الشغل الذي وصل إلى 480000 منصب عمل خارج قطاع الفلاحة (تم إنشاؤها خلال المخطط الرباعي الأول 1970،1973)، وإذا أضيف إليه عملية تمديد التكفل بالمتقاعدين بفضل تحسين معدل العمر المتوقع فإنه يشكل عراقيل جديدة أمام تحقيق التوازن المالي للصندوق الوطني للمتقاعدين [229، ص115].

وبغض النظر عن المنحة التي تتحمل أعبائها الدولة لفائدة المتقاعدين الذين لا تتعدى أجرتهم 7000 د.ج وهي ما اصطلح عليه بالمبلغ الإضافي، حيث تحضى فئة المجاهدين من المنخرطين في نظام التقاعد في بلادنا بامتياز خاص حيث تم تحديد الاستفادة الشهرية بـ 20 ألف د.ج ، وحسب معطيات وزارة العمل والحماية الاجتماعية فإن الوضع المالي قد حقق فائضا بلغ 5.15 مليار دينار جزائري للسداسي الأول من سنة 2002 [229، ص116]، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن قدر المنحة يعبر على الكيفية التي يعامل بها المجتمع مسنيه حيث نجد أن 85% من المتقاعدين يستفيدون من منحة مقدرة بأقل من 7500 د.ج، أي أقل من الأجر الوطني الأدنى المضمون، ويتجلى واضحا أن مستوى المدخول يعبر عن صعوبة ضمان الاستجابة للاحتياجات الضرورية للأشخاص المسنين خاصة عندما يتكفل هؤلاء بالأسرة، وحسب معطيات إحصاء 1998: 18.5% من أرباب الأسر المتقاعدين يعتمدون أساسا على منحة التقاعد [229، ص35]. وفي المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 أثبتت أنه ما يعادل 52.3 % من الفئة المسنة تعتمد أساسا على معاش تقاعدها [231، ص35].

وإذا ما قورنت هذه النسبة بالحجم المتوسط للأسرة الجزائرية والمقدر بـ 6.58% فرد/أسرة وبمستوى المدخول الموفر منه قيمة التقاعد تجعل منذ البداية نسبة هامة من الأسر التي تعيش بهذا

القدر من المدخول في وضعية فقر قصوى، وفي الجهة المقابلة نجد أن من بين العدد المطلق للمسنين لسنة 2003 والمقدر بـ 2248000 مسن وعدد المسنين الذين تتم تغطيتهم من نظام التقاعد الذي لا يتعدى عددهم 1453774 مسن لنفس السنة، إذن بعملية حسابية بسيطة نجد ما يعادل 794226 مسن غير مستفيدين من منحة التقاعد لأسباب عديدة [232، ص34]، و السؤال الذي لنا أن نطرحه هو: إذا كان المستفيد من معاش التقاعد يعاني ويلا ت عدم الكفاية فما هي إذن حالة الفئة الغير مستفيدة؟.

هذا وتستفيد هذه الفئة من مساعدة تقدمها الدولة وتسمح لهم بالتوصل إلى الأجر الوطني الأدنى المضمون وهو على شكل مبلغ تعويضي تكميلي يقدر بـ 120 دج شهريا لكل شخص، وهي مخصصة للزوج والأطفال المتكفل بهم من طرف المتقاعد الذي يقل معاشه عن 7000 دج [230، ص34]. ويغطي النشاط الاجتماعي للدولة كذلك المسنين الذين لا يتوفرون على موارد والذين هم مدمجين في أسرهم وتسمى " **بالمساعدة الاجتماعية في مقر السكن** " وتتمثل في دفع منحة شهرية أو مساعدة عينية وهذه المنحة تشمل كذلك العجزة والمرضى العضال دون شرط يتعلق بالسن و تقدر بـ 300 دج شهريا إلى غاية سنة 2000 ومنذ شهر جانفي 2001 انتقلت إلى 1000 دج كما تمنح الدولة المنح الشهرية للمعوقين بنسبة 100% والمكفوفين ويقدر مبلغ هاتين المنحتين على التوالي بـ: 2500 دج و 1000 دج [230، ص ص 35-37].

كما وضعت وزارة العمل والضمان الاجتماعي جهازا جديدا لفائدة المتقاعدين وهو يخص أساسا المتقاعدين العجزة الذين هم بحاجة إلى الغير في حياتهم اليومية وكذا المسنين الذين تتجاوز أعمارهم السبعين سنة غير المستقلين أو الذين يعيشون بمفردهم إلى جانب المتقاعدين المعوقين غير المستقلين [233، ص3]، وحاليا تتجسد صيغة المساعدة بالمنزل التي وضعتها وزارة العمل والضمان الاجتماعي بالتنسيق مع الصندوق الوطني للتقاعد في زيارة شهرية إلى مقر إقامة المتقاعد يقوم بها عون من الصندوق يتولى مرافقته لكل غاية مفيدة من أجل تحصيل معاشه. فبفضل هذه العلاقة التي أدخل عليها طابعا شخصيا والتي ستربط بين المتقاعد وعون الصندوق تم رفع العزلة من أجل استرجاع الثقة التي ضاعت منذ وقت طويل بين هذه الفئة المستضعفة من المجتمع والصندوق الوطني للتقاعد [233، ص4].

هذا ولقد كشف التحليل والتشخيص الذي قام بهما المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي في دورته السابعة عشر والتي خصصها للنظر في حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة عن واقع مزري تعيش فئة المسنين في بلادنا على الصعيد الاجتماعي والاقتصادي وهذا ما سمح لها بصياغة التوصيات التالية:

1- تعزيز وعصرنة النصوص القانونية والتنظيمية الخاصة بالمسن.

- 2- تحسين ظروف التكفل على صعيد الحماية الاجتماعية عبر مجانية الأدوية والعلاج الطبي والإعفاء من الضرائب الخاصة بالتجهيز الوظيفي وخفض تكاليف النقل.
- 3- تعديل المنحة المقدمة للأشخاص المسنين.
- 4- ترقية تخصص طب الشيخوخة في مستشفياتنا والخلايا الجوارية لتنظيم وتأطير النشاطات الاجتماعية والصحية المنزلية لفائدة المسنين والمعوقين [230، ص45].
- كما يقترح المجلس اتخاذ إجراءات اقتصادية عاجلة لتحسين ظروف معيشية فئة العمر الثالث منها:
- 1- إنشاء صندوق الشيخوخة للتضامن، لضمان تناسق وفعالية المنح المقدمة ويتم تمويله بـ:
- 1-1- مشاركة الخزينة العمومية في تغطية نفقات الحماية الاجتماعية الخاصة بالمراكز المتكفلة بالفئة المسنة.
- 2-1- المساعدة المالية للأسر الميسورة الحال التي تخلت عن أحد أفرادها أو وضعت في مركز.
- 3-1- تخصيص جزء من الضرائب والرسوم لصندوق الشيخوخة.
- 4-1- تقديم المنظمات غير الحكومية، الوطنية والأجنبية والأغنياء والجمعيات لمساعدات وهبات.
- 2- رفع مستوى التقاعد الاجتماعية وفق مستوى المعيشة.
- 3- مساندة الأسعار أو مجانية المنتوجات والخدمات الخاصة والمدرجة ضمن قائمة خاصة لمعوقين. [230، ص45].
- 4- إقامة نشاطات إعلامية لإعطاء أو تحسين تشغيل الأشخاص المسنين المتمتعين بصحة جيدة والقادرين على القيام بنشاط معين.
- 5- تحديد وتسهيل استفادة الأشخاص المسنين المؤهلين المتقاعدين من نشاطات مأجورة [230، ص47].
- كما ينبغي على الدولة بمساعدة الجماعات المحلية:
- 1- وضع قوائم للأشخاص المسنين عديمي الدخل وغير المنخرطين في صندوق التقاعد على أساس معطيات دقيقة مستقاة من المصالح الاجتماعية للبلدية بالتعاون مع جمعيات الأحياء.
- 2- إنشاء اللجان محلية (بلدية، ولائية) لتحديد الحالات التي من شأنها أن تدرج ضمن قوائم الأشخاص المسنين المستفيدين من المساعدات والذين لا ينتمون إلى فئات عديمي الدخل، بإمكانهم الاستفادة من منحة التضامن الجزافية ويتعلق الأمر على وجه الخصوص بالأشخاص المسنين الحائزين على منحة تقاعد نسبية.
- 3- ضمان إنشاء إطار للتشاور ومتابعة السياسات المطورة لفائدة الأشخاص المسنين، ولكن في الواقع يظهر غياب تعاون بين جميع المتعاملين في نشاطات الحماية الاجتماعية للأشخاص المعنيين (الإدارة

الاجتماعية، البلدية، العائلة والحركة الجمعوية) ويظهر هذا الغياب في الاختلافات الوظيفية الخطيرة كالتطبيق المتضاعف للبرامج الاجتماعية والتضامنية وتعدد وتنوع معايير الاستفادة.

4- ينبغي أن تسعى السلطات العمومية لتجديد المجتمع المدني والحركة الجمعوية والأعيان والتجار لجمع الأموال التي تخفف من ثقل النفقات العمومية وتسمح بالشروع في مجالات ونشاطات ترفيحية [230، ص48].

2.2.5.4. الرعاية الإيوائية الشاملة التي تقدمها وزارة التضامن الوطني عبر مؤسسات إيواء

المسنين والمعوقين:

من أجل التكفل الشامل لهذه الفئة من المجتمع أنشئت دور للأشخاص المسنين أو المعوقين الذين تتجاوز أعمارهم 65 سنة وأعجزتهم الشيخوخة عن إمكانية العمل أو القيام بشؤونهم الشخصية بنفسهم بحيث يحتاجوا إلى رعاية وخدمات خاصة ولا يتوفر لدى ولي أمرهم الاستعداد والإمكانات لرعايتهم.

بالإضافة إلى تقديم الرعاية للمرضى من المسنين الذين لا عائل لهم ممن يحولون من مستشفيات وزارة الصحة.

وكذلك المسنين الذين هم بدون صلة عائلية وبدون دخل وغير مؤهلين لممارسة أي نشاط مهني. وتعتبر دور إيواء المسنين مؤسسات عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

وتم إنشاء هذه الدور بموجب مرسوم رقم 80-82 المؤرخ في 15 مارس 1980 [234]، ويقدر عددها بـ 28 دار موزعة على 23 ولاية وتقدر قدرة استيعابها نظريا بـ 3259 سرير أما قدرة الاستيعاب الفعلية فتقدر بـ 1855 سرير من بينها 864 مسنة و 991 مسن.

كما أنشئت ثلاثة مؤسسات خيرية إنسانية كمشروع نموذجي وتدعى بديار الرحمة حيث تستقبل هذه الأخيرة المسنين والأطفال من أجل خلق محيط عائلي عن طريق ترسيخ روح التواصل بين الأجيال. ويتمثل هدف هذه الدور في دفع المسنين إلى خلق نمط معيشي جديد يسمح لهم بالتأقلم والاندماج داخل المؤسسة. هذا ولقد بلغ عدد المقيمين بالمؤسسات 471 مسن معوق جسديا و 576 معوق ذهنيا ويبلغ عدد الإطارات البيداغوجية 164 إطارا و 540 إطار إداري [235، ص2].

هدف هذه الدور يتمثل في دفع المسن إلى خلق نمط معيشي جديد، يسمح له بالتأقلم والاندماج داخل المؤسسة.

والتكفل بهذه الشريحة ثلاثي الاتجاهات:

أ- تكفل داخلي: يمس كل المسنين المتواجدين داخل المؤسسات التي سطرت لهم برنامجا بيداغوجيا والمتمثل في فتح ورشات متعددة: الطبخ، الأشغال اليدوية، الألعاب الترفيهية والتثقيفية (الدومينو، الشطرنج)، البستنة.

كما تم الاتفاق مع مختلف المؤسسات المتواجدة داخل التراب الوطني بتنظيم رحلات متبادلة.

ب- تكفل عن بعد: ويمس المسن الذي يعيش في وسطه العائلي حيث تقدم له إعانات طبية، اجتماعية وحتى نفسية والهدف منه الحفاظ على المسن في محيطه الطبيعي أي العائلي الذي يعتبر غلافا وقائيا لما يحتويه من دفاء عائلي وعلاقات إنسانية متطورة.

ج- التكفل التناوبي: يتمثل في إقامات متناوبة بين الوسط العائلي والمؤسساتي.

والهدف من هذا التكفل تخفيف الحمل على العائلة، الحفاظ على نواتها والسماح للمسن على معالمة وعزته [235، ص3].

ومن أجل التكفل الشامل لهذه الفئة من المجتمع تم إنشاء لجنة وطنية لحماية المسنين سنة 1999 في إطار إحياء السنة العالمية للمسنين ولقد وضعت هذه اللجنة خطة عمل وطنية لصالح المسنين أولوياتها: الحماية القانونية والصحية والاجتماعية وإجراءات أخرى كمجانية التمريض وإنشاء مراكز للتقاعد ومرافق أخرى لرعاية الشيخوخة وتحديد العناصر المحددة للسياسات الوطنية تجاه الأشخاص المسنين وترقية برامج الإعلام والتحسيس حول حقوق المسنين وواجبات فروعهم تجاههم والسهر على تنفيذ مخطط العمل الوطني في جوانبه المتصلة باللجنة و تقييم تطبيقها [236].

كما منح الاعتماد لجمعيات ذات طابع إنساني واجتماعي تقوم بالترفيه عن الأشخاص المسنين أو المعوقين بالتنسيق مع دور الإيواء حيث تقوم بالترفيه عنهم عن طريق تنظيم رحلات إلى الحمامات المعدنية والغابات من أجل التنزه وتنظيم مخيمات صيفية خاصة بهم وهي تعمل بالتنسيق مع وزارة التشغيل والتضامن الوطني من أجل الاستفادة من مناسك عمرة أو حج لكل مسن يتمتع بقدره صحية وعقلية. كما تم إنشاء خلايا جوارية على مستوى كل ولاية وبلدية بالأحياء تهدف إلى تحسيس الأسرة بضرورة الحفاظ على الروابط العائلية وخلق مناخ ملائم من أجل بقاء المسنين في الوسط العائلي مع ذويهم [235، ص4].

وتضامنا مع هاته الفئة تقدم لهم عن طريق الوكالة الوطنية للتنمية الاجتماعية منح جزافية تقدم على شكل علاوة مالية شهرية لغير المتقاعدين [237]، وإمكانية العلاج والتداوي مجانيًا [238] وفي الجدول التالي عرض لوضعية دور الأشخاص المسنين أو المعوقين في الجزائر (*).

(* معلومات الجدول مصدرها وزارة التضامن الوطني، سبتمبر 2005.

**وضعية دور الأشخاص المسنين أو المعوقين في الجزائر
النص الأساسي المتضمن إنشاء وتسيير دور الأشخاص المسنين أو المعوقين مرسوم 80-82 المؤرخ في 15 مارس 1980.**

الرقم	الولايات	المقر	قدرة الاستيعاب	ن.ت.م (*)	عدد المقيمين المتكفل بهم			نوع الفئة المستقبلة			العدد الكلي للمستخدمين			الأشخاص المسجلين في قائمة الانتظار		عدد العمال بالنوع والجنس					
					مؤنث	مذكر	مجموع	معوق	جسدي	نظري	اداري	بيداغوجي	مؤنثين	مؤنث	مذكر	مؤنث	مذكر	اداري	بيداغوجي	طبي	
1	باتنة	باتنة	180		65	60	125	x	0	x	29	21	12	0	0	13	14	7	5		
2	بجاية	بجاية	100		9	3	12	X	0	10	5	4	14	0	0	4	1	7	7		
3	بويرة	بويرة	120		20	15	35	6	2	X	13	5	16	0	0	8	5	1	9		
4	تبسة	تبسة	60		33	33	66	25	41	0	35	8	0	0	3	4	13	15	15		
5	تيارت	تيارت	100		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
6	تيزي وزو	بوخالفة	100		0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
7	الجزائر	دالي ابراهيم	120		140	100	240	0	0	0	18	16	59	0	0	3	15	2	3		
8		باب الزوار	185		32	48	80	23	4	53	27	8	0	0	0	19	8	0	0		
9		سيدي موسى	300		167	0	167	167	101	66	43	10	14	21	0	34	9	7	7		
10		ديار الرحمة	360		159	59	218	33	136	49	80	11	8	4	10	3	4	4	4		
11	سطيف	صالح باي	120		140	100	240	0	0	0	18	16	59	0	0	3	15	2	3		
12	سكيكدة	رمضان جمال	100		32	48	80	23	4	53	27	8	0	0	0	19	8	0	0		
13	سكيكدة	سكيكدة	100		33	55	88	56	14	18	49	8	14	5	6	22	27	3	5		
14	سكيكدة	سكيكدة	100		40	40	80	49	4	27	7	3	20	4	6	1	6	10	10		
15	سكيكدة	سكيكدة	109		73	40	113	0	78	45	48	10	13	0	0	20	28	6	7		
16	سكيكدة	سكيكدة	130		36	52	88	10	25	53	40	8	9	16	19	26	14	3	6		
17	سكيكدة	سكيكدة	150		52	45	97	0	x	0	32	11	16	0	0	18	14	5	8		
18	سكيكدة	سكيكدة	150		40	40	80	0	0	x	0	3	7	15	10	1	2	6	1		
19	سكيكدة	سكيكدة	120		14	33	47	0	16	31	8	3	10	0	0	7	1	5	5		
20	سكيكدة	سكيكدة	110		57	48	105	x	x	0	35	7	11	0	0	23	12	8	3		
21	سكيكدة	سكيكدة	120		61	51	112	x	x	x	35	7	14	0	0	20	15	8	6		
22	سكيكدة	سكيكدة	120		0	61	61	47	6	8	32	10	24	23	43	13	19	8	16		
23	سكيكدة	سكيكدة	70		0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	9	2	0	0		
24	سكيكدة	سكيكدة	80		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	2	0	0		
25	سكيكدة	سكيكدة	100		28	17	45	18	11	26	6	5	12	3	3	1	5	8	4		
26	سكيكدة	سكيكدة	100		17	13	30	24	6	6	18	5	5	1	2	9	3	3	2		
27	سكيكدة	سكيكدة	100		38	37	75	40	6	29	39	6	17	0	0	25	14	10	1		
28	سكيكدة	سكيكدة	100		974	864	1855	576	471	436	641	163	253	87	97	313	227	87	128		
			3259																		

(1) نمط التأطير: 01 مربى مختص لكل 25 شخص.

مصدر المعلومات: وزارة التضامن الوطني سبتمبر 2008.

(*) ن.ت.م: نمط التكفل بالمقيمين

(**) مشغول من طرف الجيش الوطني الشعبي.

ملخص الفصل

إن أهم ما استخلصناه في هذا الفصل هو أن:

مسألة رعاية المسنين تقف ضمن موضوعات الساعة التي يجب أن تجلب اهتمام المسؤولين وانتباههم والتي يجب أن ينادي بها المختصون في ميادين العلوم الإنسانية، لأنه لم تعد النظرة إلى كبار السن في المجتمعات الحديثة نظرة إهمال أو حتى نظرة شفقة أو تصدق. بل أصبحت النظرة إلى هذه الفئة نظرة اهتمام ورعاية متميزة. خاصة وأن ظاهرة طول العمر التي تعتبر ظاهرة مميزة لعصرنا الحالي تفرض على مجتمعنا التزامات تفوق ما تم القيام به لحد الآن.

وتوصلنا إليه كذلك هو أنه من أهم أسباب نشأة الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين هو تزايد أعدادهم وعجز المؤسسات القائمة عن مواجهة احتياجاتهم إضافة إلى الاكتشافات العلمية والاهتمام العالمي بمشاكلهم.

ومن أهم أهداف هذا المجال تطوير السياسات والإجراءات الخاصة بتقديم الخدمات والمساهمة في زيادة فعاليتها وكفاءتها وكذا تحسين معاملة المسنين وصيانة كرامتهم، ولهذا الغرض لجأت المجتمعات إلى إيجاد ترتيبات مجتمعية رسمية كالمؤسسات الإيوائية لمقابلة احتياجات المسنين، فشلت ترتيبات المجتمع غير الرسمية وعلى رأسهم الأسرة في مقابلتها.

هذا وأهم ما توصلنا إليه من مجالات العمل الاجتماعي لرعاية المسنين تيسير حصول هؤلاء على احتياجاتهم المعيشية اليومية عن طريق رعايتهم اجتماعيا بتوفير المناخ الاجتماعي السليم بإصدار التشريعات الاجتماعية التي تساهم في حل مشاكلهم اقتصاديا بتوسيع قاعدة المجانية وشد حاجاتهم التي لم يعد باستطاعتهم سدها،...بتوفير الخدمات الطبية والمستشفيات وتدريب الأطباء في مجال طب الشيخوخة، ترويحيا بإدماجهم في أنشطة مفيدة.

ولأن التعامل مع هذه الفئة يحتاج إلى تضافر مجموعة من الإمكانيات والجهود المختلفة على كافة المستويات من أجل إنجاح عملية المساعدة اعتمدت الخدمة الاجتماعية مع المسنين على اتجاهات حديثة من أجل رعاية ايجابية وفعالة.

وما استخلصناه كذلك من استعراض بعض سياسات التكفل بالمسنين في بعض البلدان العربية هو أن معظمها لا يدرك المبادئ الأساسية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين وأن المسؤولية

المهنية للأخصائي الاجتماعي الذي يعمل مع هذه الفئة تبدو غير واضحة، ولم يتعدى بعد التكفل بهذه الشريحة مستوى الرعاية الإيوائية.

الفصل 5

الأسس المنهجية للدراسة

1.5. المناهج والطرق المستخدمة في الدراسة

1.1.5. المناهج المستخدمة

يشير مفهوم المنهج إلى الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة تهيمن على سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة. [239، ص65] وبهذا المعنى فإنّ مفهوم المنهج يشير إلى الكيفية التي يتبعها الباحث لدراسة موضوع البحث. وباعتبار هذه الدراسة تصف أنماط الحياة داخل مركز العجزة وتصف المشكلات الأساسية للمسنين وكذا احتياجاتهم داخل المركز وتصف الخدمات التي ينبغي تقديمها للحدّ من مشكلات المقيمين ومدى فائدتها لاحتياجاتهم.

وباعتبار أن الدراسة تقيّم النتائج المترتبة على تقديم الخدمات المطلوبة وتقيّم الأساليب المتبعة في تقديم الخدمات للمسنين، فلقد اعتمدنا على ثلاث مناهج: يتمثل الأول في المنهج التقويمي والثاني في المنهج الوصفي والثالث المنهج الإحصائي.

1.1.1.5. المنهج التقويمي:

يستخدم مصطلح <<التقويم>> (Evaluation) للإشارة إلى هدف محدّد وعملية من نوع خاص، أمّا الهدف فهو تقدير الجدوى الاجتماعية أو القيمة الاجتماعية لنشاط أو برنامج أو فعل معين. أمّا العملية فهي قياس الدرجة التي يحقق عندها هذا النشاط أو البرنامج أو الفعل القيم المنسوبة إليه والمتوقع منه تحقيقها. [240، ص89].

ويمكن أن نحدّد هدف المنهج التقويمي كما حدّده (هايمن وآخرون Hyman et all) على أنه محاولة منظمة للحصول على معلومات وشواهد موضوعية وشاملة عن درجة تحقيق معيّن لأهدافه المقصودة فضلا عن درجة إحداث تغيرات نتائج أخرى غير متوقعة لهذا البرنامج والتي حين ندرسها نستطيع أن نعتبرها ملائمة أيضا للأهداف الأساسية. [241، ص ص 135-136]، ولقد استعنت بهذا المنهج الذي عادة ما يستعمل لقياس مدى النجاح الاجتماعي لبرامج العمل الاجتماعي، لأنه يهدف مباشرة إلى تقدير إنجازات البرامج المختلفة للخدمة الاجتماعية وجمع الشواهد المتعلقة بنتائج

وأثار البرنامج الذي يستهدف تحقيق غايات محددة بحيث جاءت هذه الدراسة لكشف صلاحية أو كفاية خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة في مركز العجزة وتحديد مدى كفايتها لسد احتياجات المسنين وصلاحية الوسائل المادية والبشرية المتوفرة لبلوغ أهداف المركز. فقد تكون في إعادة النظر في الوسائل المستخدمة إنقاذ برامج الرعاية من فشل مؤكّد. وكذلك تقويم الجهد المبذول كنوعية وعدد القائمين بالخدمة في المركز، عدد المستفيدين من مسنين وحجم الخدمات المقدمة.

2.1.1.5. المنهج الوصفي:

لأنّ المنهج الوصفي يمكن الباحث من الحصول على معلومات كافية دقيقة عن موقف اجتماعي معيّن، فلقد استعنت به لوصف سمات المجتمع المحلي والمتمثل في المركز، ووصف أحواله العامّة ومدى ما يوفره لأعضائه المسنين من خدمات ووصف ظروف الإيواء ووصف معاملة العمّال والمشرّفين للمسنين، ووصف العلاقات الاجتماعية السائدة في المركز وإلى غير ذلك من أنماط الحياة اليومية للمسنين في واقعهم المؤسسي.

3.1.1.5. المنهج الإحصائي:

وهو عبارة عن مجموعة من الأساليب والتقنيات المتنوعة والمستعمل لجمع المعطيات الإحصائية وتحليلها كمياً ثم تحليلها كميّاً وسوسولوجياً، فهو لا يكتفي بجمع المعطيات الكمية وتركها جوفاء، بل يسعى إلى تحليلها عن طريق مجموعة من الأساليب الإحصائية كالنسب المئوية ومقارنتها ببعضها البعض لاستخلاص النتائج الحقيقية والتي تكون لها دلالة إحصائية وسوسولوجية. [242، ص24]. وباعتبار المنهج الإحصائي منهج مكمل للمناهج الأخرى ولأنّ عملية التقويم تستخدم منهج البحث الكمي كمدخل لتفسير العالم الحقيقي من منظور موضوعات الأبحاث لجمع البيانات من المبحوثين المطبق عليهم برنامج الرعاية الاجتماعية عن طريق المقابلات فلقد تعاملت مع النسب المئوية الموجودة في الجداول الإحصائية بهدف الوصول لنتائج أكثر دقة وموضوعية.

2.5. الأدوات المنهجية المستعملة في الدراسة

الأدوات هي وسيلة الباحث لجمع بياناته ولتحقيق هدفه من الدراسة، وفيما يلي عرض للأدوات التي استخدمتها في عملية جمع البيانات وهي:

1.2.5. الملاحظة:

الملاحظة أداة رئيسية للبحث الاجتماعي والملاحظة العلمية تمثل محاولة منهجية يقوم بها الباحث بصبر وأناة للكشف عن تفاصيل الظواهر والعلاقات التي توجد بين عناصرها، ويقوم بها الباحث لخدمة بحث معيّن فهي مخططة بطريقة واعية وتثبت وتسجل بطريقة حقيقية. [74، ص455] ولقد استخدمت الملاحظة المباشرة من خلال ترّددي على المركز وبعد مسانيرة العادات والتقاليد السائدة فيه حتى لا يكون وجودي غير مرغوب من جهة الإدارة ومن جهة المسنّين.

وتمكنت من ملاحظة المسنين وهم يتفاعلون مع نظام الحياة السائد في المركز ويستجيبون بالتوحد أو التعارض.

تمكنت من ملاحظتهم في غرفهم، في المطعم، كيف يتعاملون مع بعضهم البعض وكيف يتعامل العمال والمشرفين معهم، وذلك بغية التعمق في فهم خصائص الحياة السلوكية والنفسية والاجتماعية داخل المركز وبغية معرفة نشاط المسنين وطبيعة العلاقات المتبادلة بينهم ودرجة تفاعلهم الاجتماعي ودرجة عزلتهم وبغية معرفة هل هناك هدف عام يجمع المشتركين في الموقف وهم المسنين.

2.2.5. الاستمارة بالمقابلة:

تعرف الاستمارة على أنها وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات وهي جدول من الأسئلة يوزعه الباحث على المبحوثين فيحصل منهم على البيانات المطلوبة بأقل جهد وفي أقصر وقت ممكن.

[243، ص141].

وتعرف المقابلة على أنها محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر لاستثارة أنواع معينة من المعلومات

لاستخدامها في بحث علمي أو الاستعانة بها في التوجيه والتشخيص والعلاج [244، ص351]، وتعرف كذلك على أنها عملية من عمليات التفاعل الاجتماعي الذي يعني في جوهره أخذ وعطاء، غير أنها عملية موجهة لتحقيق أغراض علمية. [244، ص352]، والميزة المنهجية الاجرائية التي تضيف إلى المقابلة مزيدا من الأهمية في البحث الاجتماعي هي أنها تغطي قطاعا عريضا من المبحوثين نتيجة لصلاحية استخدامها مع الأميين.

ولقد استخدمت الاستمارة بالمقابلة لأن أغلبية المبحوثين بنسبة 87.52 % أميين. ولقد اشتملت الاستمارة على أسئلة مغلقة وأخرى مفتوحة وقد تضمنت 72 سؤال مأخوذ من ثلاث (03) فرضيات وموزعة كالآتي:

- 1 بيانات خاصة بالمبحوثين
- 2 بيانات عامة حول علاقة الالتزام بتطبيق برامج الرعاية الاجتماعية الفعالة ميدانيا ورفع مستوى الخدمات المقدمة في مركز العجزة وتوافق المسنين نفسيا وصحيا وتكيفهم اجتماعيا.
- 3 بيانات عامة حول علاقة وجود البرامج الترفيهية المتنوعة والمتعددة وتزايد حركة ونشاط وسعادة المسنين ودخولهم في علاقات اجتماعية بعضهم مع البعض.
- 4 بيانات حول علاقة تكيف المسنين اجتماعيا وتوافقهم نفسيا مع طبيعة الحياة في مركز العجزة ببقاء الصلة بينهم وبين أسرهم وتفاعلهم مع بعضهم البعض.

أما المقابلات التي أجريتها مع مديرة المركز والبعض من العمال والتي بلغ عددها 6 تضمنت البيانات الخاصة بعلاقة الإعداد العلمي والميداني للعاملين في المركز بتوفير الرؤية الموضوعية لديهم عن كيفية التعامل مع المسنين، متطلباتهم واحتياجاتهم وطبيعة مشاعرهم وأحاسيسهم.

3.5. أساليب وتقنيات تحليل البيانات

وظفنا في الدراسة مجموعة من التقنيات الكمية والكيفية لمعالجة وتحليل المعطيات وتمثلت في: النسب المئوية وتحليلها والتعليق عليها وربط النتائج بأسبابها، أما تقنية عرض البيانات فوظفنا تقنية الجداول بنوعها البسيطة والمركبة.

4.5. تحديد مجالات الدراسة

1.4.5. المجال البشري

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على أسلوب الحصر الشامل، ويعرف هذا الأسلوب على أنه يتم من خلاله جمع البيانات اللازمة للدراسة من جميع الحالات ويتم اللجوء إلى هذا الأسلوب عندما يكون مجتمع البحث صغيرا ومحددا [245، ص61].

ولقد استعملنا هذا النوع من العينة كون أن المجتمع الأصلي (الأم) محدود وبالإمكان أخذ جميع وحداته دفعة واحدة وهذا نظرا لقلتها والشرط الوحيد في هذا النوع من العينة هو ضرورة توفر الشروط اللازمة في عناصر مجتمع البحث للقيام بالدراسة، أي أنها لها صلة بموضوع البحث، وهذا ما عملنا به حيث أن كل المبحوثين من المسنين الذين يتجاوز عمرهم 60 سنة وهم مقيمون بصفة دائمة في مركز العجزة وهم سالمين من العاهات العقلية وقادرين على التجاوب مع الأسئلة. ولقد بلغ عدد المبحوثين 163 مبحوث (144 ذكور و19 إناث)

2.4.5. المجال الزمني

وهي الفترة الزمنية المستغرقة للدراسة الميدانية ولقد استغرقت 6 أشهر، حيث بدأنا بدراسة استطلاعية للمركز وجمع المعطيات عنه، ثم قمنا بتجريب الاستمارة قصد تعديلها وكان هذا خلال شهر ديسمبر 2006، ثم قمنا بملئ الاستمارات منذ جانفي 2007 إلى غاية بداية جوان 2007.

3.4.5. المجال المكاني

وهو المكان الذي تمت فيه الدراسة الميدانية ولقد أجريت في مركز سيدي موسى الكائن ببلدية سيدي موسى بولاية الجزائر والذي أنشئ حسب المعلومات التي أفادتنا بها مديرة المركز، سنة 1966 والذي تبلغ طاقة استيعابه 400 سرير، أما عدد المقيمين فبلغ 210 (147 ذكور و 63 إناث).

يقع المركز بعيدا عن ضجيج المدينة حيث يوفر للمقيمين الراحة والهدوء التام ويتربع على مساحة قدرها 21 هكتار ويتوفر على أراضي زراعية منتجة وفيه حديقة كبيرة يقضي فيها المقيمون معظم

وقتهم. كما يحتوي المركز بالإضافة الى الطابق الخاص بالإدارة، عمارتان كل واحدة ذات طابقين تضم في مجملها 30 غرفة، منها الغرف الفردية في الطابق السفلي وهناك الغرف التي تتسع لأكثر من شخصين نجد عمارة مخصصة للرجال والعمارة الأخرى مخصصة للنساء. كما نجد في كل طابق دوريات للمياه ودوش.

ويضم المركز قاعة كبيرة خاصة للأكل، ونادي مجهز بتلفزيون، مطبخ ومصلى وكذا قاعة حلاقة للرجال.

5.5. عرض شبكة الملاحظة

1.5.5. عرض شبكة الملاحظة الخاصة بالفرضية الأولى:

1.1.5.5. شبكة الملاحظة رقم 01

تاريخ الملاحظة: الأحد 28 جانفي 2007

مكان الملاحظة: غرفة النوم

ماذا ألاحظ؟: مبحوث من المسنين القادرين على الحركة ولكن نشاطه لا يتعدى ذهابه إلى دورة المياه، ثم يقضي كل وقته في السرير مستلقيا على ظهره كما توضحه الصورة رقم (01)، فهو يقضي كل أيامه هكذا لا يبارح السرير وكأنه ينتظر موعد نهاية حياته، رغم أن الطبيبة قالت أنه ليس لديه أي أمراض عضوية أو عصبية.

ولكن من رأيي عدم حركته واستسلامه راجع إلى استمراره لفترة طويلة في السرير و عدم تعويده على محاولة مساعدة نفسه، فالحبس الحتمي في السرير يتعب المسنين صحيا ويقعدهم على الحركة ويعطل أعضائهم كما يتعبهم نفسيا، ويشعرهم بالبلادة ويضعف إدراكهم ويضعف تفاعلهم وإقبالهم على الحياة يوم بعد يوم.

كما لاحظت أن هذا المبحوث لا يجد من يتحدث معه ويسمع له أو حتى يحس بألامه النفسية، ومثل هذا المبحوث في حاجة إلى جهد المختصة النفسية، المكثف وفي حاجة إلى خطة عمل اجتماعي تتكفل بتنشيط أيامه وتحفزه على مغادرة سريره على كل صباح .



الصورة رقم (01)

2.1.5.5. شبكة الملاحظة 02

تاريخ الملاحظة: الأحد 28 جانفي 2007

مكان الملاحظة: غرفة نوم جماعية

ماذا ألاحظ؟: غرفة نوم جماعية يتقاسم فيها الحياة ثمانية مسنين، تعم في الغرفة رائحة مقرفة وصراخ لامتناهي لأحد المقيمين في الغرفة وهو يعاني من مرض عقلي ولا يكف عن الصراخ والشتن ولو للحظة، وما شد انتباهي هي حالة في غاية صور الانحطاط الممكن للعقل أن يتصوره، كفيف ولديه شلل يستدعي علاج طبيعى مكثف، ويبدو من رائحته أنه لا يبارح السرير حتى في حالة البول والتبرز، وهو ينام مباشرة على بطنية (Couverture) في غاية الوسخ دون ملاحف (Les draps)، ويبدو من مظهره أنه لم يستحم ولم يغير ملابسه منذ مدة طويلة، ورغم البرد القارس فهو يرتدي ملابس جد خفيفة، ويبدو كذلك أنه لا يتابع ما يدور حوله.

وما لاحظت هو أنه رغم إعاقته، فليس هناك من يشرف على إطعامه، بحيث وجدته يأكل لوحده بيد واحدة وهو ممتد ولم أتمكن من التعرف على نوع الأكل المقدم له، ولكن ما لفت انتباهي أنه أكل بارد ومقدم في إناء حديدي.

ويبدو كذلك أنه ليس هناك من يساعده على تنظيف فراشه ولباسه وجسمه، كما هو واضح في الصورة رقم (2) و(3)، وهذا خير دليل على قصور الرعاية الصحية من جهة، لأن هذا المسن في غاية الحاجة إلى نظافة جسمه وفراشه ومن جهة أخرى قصور الرعاية والخدمة بمفهومها الواسع الذي يعني مد يد المساعدة والعون، لأن المسن في غاية الحاجة إلى من يخدمه ويساعده.



الصورة رقم (02)



الصورة رقم (03)

3.1.5.5. شبكة الملاحظة رقم 03

تاريخ الملاحظة: الثلاثاء 30 جانفي 2007.

مكان الملاحظة: رواق العمارة التي تحتوي على غرف الرجال (Le couloir).

ماذا ألاحظ؟: شد انتباهي مبحوث من المسنين المتمتعين بالصحة الجيدة والقادر على المشي والحركة وجدته يتناول وجبة غذائه في رواق العمارة على طاولة من حديد بعدما أحضر عامل من عمال المركز له الطعام (كما توضحه الصورة رقم 04) وهذا دليل على أن إدارة المركز لا تلتزم المقيمين القادرين بتناول الطعام في قاعة المطعم في مواعيد المحددة لذلك، وهذا النظام من شأنه تعويد المسنين على السلوكات السيئة وتحويلهم إلى قوة معولة.



الصورة رقم (04)

4.1.5.5. شبكة الملاحظة رقم 04

تاريخ الملاحظة: الثلاثاء 30 جانفي 2007.

مكان الملاحظة: غرفة من الغرف جماعية.

ماذا ألاحظ؟: مبحوث في غاية القدرة على الحركة، ذهب إلى المطعم وأحضر الطعام لكي يتناوله في سريره (كما هو واضح في الصورة رقم 05)، ويبدو من حركات جسمه الثقيلة أنه ليس له أي نشاط غير المكوث طوال الوقت في السرير ومن نظراته يبدو وكأنه عبارة عن روح بلا نشاط، بلا نفس وبلا فعالية، وإن دل هذا على شيء، إنما يدل على انعدام البرامج وخطط العمل والإمكانيات التي تنتشر الحياة في نفس المقيمين، وتوفر لهم التوافق والتكيف.



الصورة رقم (05)

5.1.5.5. شبكة الملاحظة رقم 05

تاريخ الملاحظة: الثلاثاء 30 جانفي 2007

مكان الملاحظة: غرفة من الغرف الفردية

ماذا ألاحظ؟: غرفة نوم فردية مقسمة إلى ركنين ركن للنوم وركن للطبخ (كما توضحه الصورة رقم 06 والصورة رقم 07)، حاول صاحب الغرفة إضفاء نوع من الحيوية والبهجة على جدران الغرفة بحيث لاحظت أنه ألصق صور من الجرائد والمجلات.

كما جلبت انتباهي نظافة الغرفة ونظافة المبحوث، وصرح هذا الأخير أنه ينظف غرفته كل يوم ويغسل ثيابه وفراشه بنفسه، لأنه لا يثق في نظافة غيره، ورغم إصابة المبحوث بمرض السكر، إلا أنه كثير الحركة وكثير النشاط، وقد فضل العيش في غرفة فردية بعيدا عن مشاكل بقية المقيمين خاصة وأنه دائما عصبي ومرضه لا يتطلب أن يكون دائما في حالة التوتر.

ولاحظت أن هذا المبحوث لا يعتمد اعتمادا كلياً على الطعام الذي يقدمه له المركز، بحيث يملك كمية معتبرة من المواد الغذائية والتي يحتفظ بها في ركن الغرفة الذي حوّلته إلى مطبخ، ومرد ذلك أن المركز لا يوفر له الطعام حسب ظروفه الصحية وحسب احتياجاته إلى نوع معين من الطعام.

كما جذب انتباهي وجود راديو فوق طاولة النوم، وهذا من شأنه التخفيف من وحدة المبحوث في غياب النشاطات والبرامج الترويحية وعلى حد تعبير المبحوث: "هذا Le Poste هو اللي راه مونسني"



الصورة رقم (06)



الصورة رقم (07)

2.5.5. عرض شبكة الملاحظة الخاصة بالفرضية الثانية:

1.2.5.5. شبكة الملاحظة رقم 06

تاريخ الملاحظة: السبت 03 فيفري 2007

مكان الملاحظة: ورشة الأشغال اليدوية

ماذا ألاحظ؟: الورشة المفروض أنها تستعمل للأشغال اليدوية عبارة عن قاعة مجهزة بطاولة مستطيلة وحولها كراسي، ولكن لم ألاحظ أي أشغال أو أي أدوات أو غيرها من الوسائل التي من المفروض أن تشغل بها المقيّمات وقت فراغهن، توجد بالقاعة أربعة مبحوثات وهن جالسات في صمت رهيب (كما توضحه الصورة رقم 08)، وما شد انتباهي هو أن أحد المبحوثات تود الكلام وتبادل أطراف الحديث مع مبحوثة أخرى، لكن هذه الأخيرة لا تعيرها أي اهتمام، وهذا يدل على بعد المسافة بين المقيّمين فيما بينهم وعدم وجود علاقات بينهم، كما يدل هذا على أنه هناك عناصر تود الحياة وتقبل عليها وتتمنى التوافق والتكيف، ولكن هذه الحالات تحتاج إلى الوسط الذي يقرب هذه الشقة وهو الأخصائي الاجتماعي الذي كان من الممكن أن يلعب دورا بارزا في خلق ما يجعلهم يحتاجون لبعضهم البعض، وخلق برامج تحتاج ممارستها لدخول بعضهم مع بعض دون ثنائية نادرة.



الصورة رقم (08)

2.2.5.5. شبكة الملاحظة رقم 07

تاريخ الملاحظة: السبت 03 فيفري 2007

مكان الملاحظة: مصلى المركز

ماذا ألاحظ؟: قاعة كبيرة مفروشة بالسجائر والسجادات وتحتوي على خزانة بها بعض الكتب الدينية والمصاحف.

ولكني لاحظت بالرغم من أنه كان وقت صلاة الظهر، إلا أن القاعة كانت خالية تماما وليس هناك مبحوث واحد يؤدي فريضة الصلاة (الصورة رقم 09)، وقد علمت من المراقب العام أن المبحوثين القادرين يفضلون الخروج والصلاة في المسجد المحاذي للمركز، بينما باقي المبحوثين فيصلون في غرفهم، وكان بإمكان إدارة المركز جذب المسنين إلى هذا المكان الخاوي للتعبد بتنظيم جلسات وعظ قبل كل صلاة أو على الأقل كل جمعة حتى يتعود المسنين على الالتقاء والاستفادة من بعضهم البعض والنقاش في أمور دينهم.



الصورة رقم (09)

3.2.5.5. شبكة الملاحظة رقم 08

تاريخ الملاحظة: الإثنين 05 فيفري 2007

مكان الملاحظة: نادي المركز

ماذا ألاحظ؟: قاعة كبيرة والغرض من فتحها وتجهيزها بتلفزيون ملون هو السماح للمقيمين بمشاهدة البرامج التلفزيونية وتنظيم الحفلات والنشاطات الترفيهية، لكنني لاحظت أن القاعة خالية من الكراسي والطاولات، فكيف يجلس المسنون؟ وعلى ماذا يجلسون؟ وماذا يشاهدون بما أن التلفزيون مغلق؟، ولم أرى سوى مبحوثا واحدا غارقا في التفكير ولم أصادف أي واحد من المبحوثين الآخرين، ولأن المبحوث لم يجد مع من يتفاعل، فظل بيادلني النظرات (كما توضحه الصورة رقم 10).



الصورة رقم (10)

4.2.5.5. شبكة الملاحظة رقم 09

تاريخ الملاحظة: الثلاثاء 30 جانفي 2007

مكان الملاحظة: المطعم

ماذا ألاحظ؟: مطعم نظيف مجهز بالستائر والطاولات والكراسي وأواني من زجاج، لكن ما شدّ انتباهي هو صمت المسنين بحيث لا يُسمع إلا ضوضاء الملاعق والصحون، ما عدا حالات نادرة لمبحوثين تجمع بينهم علاقات الود والألفة عند تقاسمهم الطعام (الصورة رقم 11)، وهذه أجمل صورة للتفاعل لاحظتها في المركز منذ بداية ترددي عليه، لكن للأسف هذه الصورة لا تتكرر كثيرا، لأن باقي المبحوثين منهمكين في الأكل وكل واحد منهم يلقي نظرة لرفيقه في المركز وكأنهم يأكلون بسرعة للعودة إلى وحدتهم في فرغهم (الصورتين رقم 12 ورقم 13).



الصورة رقم (11)



الصورة رقم (12)



الصورة رقم (13)

5.2.5.5. شبكة الملاحظة رقم 10

تاريخ الملاحظة: الخميس 08 فيفري 2007

مكان الملاحظة: الشرفة التي تطل على حديقة المركز

ماذا ألاحظ؟: مكان يخيم عليه الهدوء التام، الجو شديد البرودة رغم صفاء السماء، أراضي زراعية خضراء مجاورة، وفي وسط هذا المنظر الطبيعي وجدت مبحوث معوق غير قادر على المشي جالس لوحده (الصورة رقم 14)، وجلوسه هذا يستمر فترة طويلة من النهار دون أن يجد من يتحدث أو يتفاعل معه، وقد صرح المبحوث أنه يقضي أيامه في هذا المكان منذ دخوله إلى المركز، وكان الأجدر أن يُدمج هذا المبحوث في نشاطات يشغل بها وقته وباله عوض هذا الجلوس الموحش.



الصورة رقم (14)

3.5.5. عرض شبكة الملاحظة الخاصة بالفرضية الثالثة:

1.3.5.5. شبكة الملاحظة رقم 11

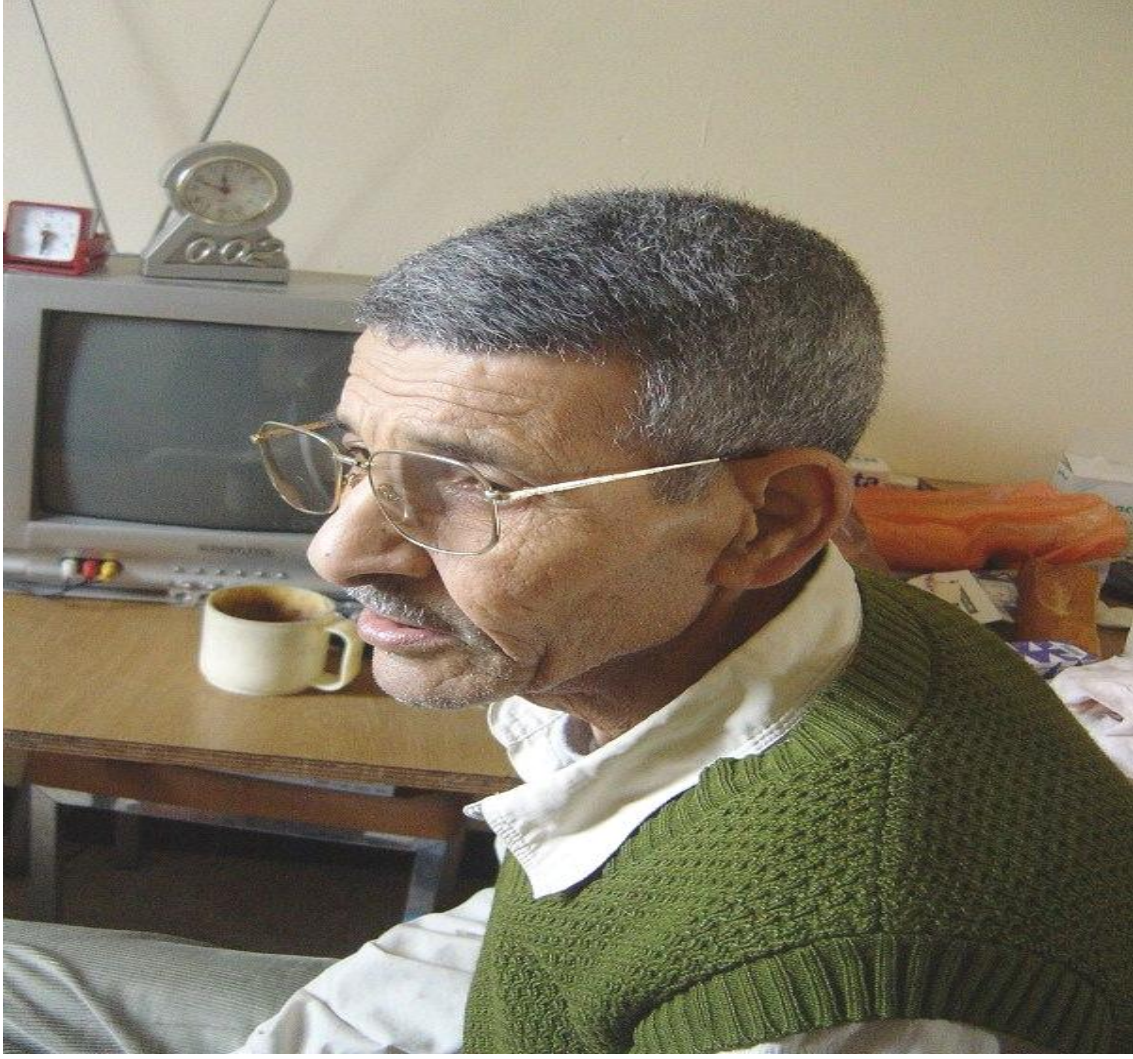
تاريخ الملاحظة: الأربعاء 07 فيفري 2007

مكان الملاحظة: غرفة نوم فردية

ماذا ألاحظ؟: غرفة فردية مجهزة بسرير وطاولة وكرسي وتلفزيون (الصورة رقم 15)، ما يلاحظ عن صاحب الغرفة هو تمتعه بقدرة صحية متميزة ورشاقة على الحركة واعتناء شديد بنظافة الغرفة ونظافة الفراش وملابسه ومظهره.

وجدت المبحوث يتناول القهوة، فعرض عليّ فنجان قهوة، ولقد صرح لي أنه لا يغادر الغرفة إلا لاقتناء ما يلزمه من خارج المركز وهو لا يختلط بباقي المسنين، وقد قطع أهله وأقاربه وأصدقائه كل الصلات به، فمنذ تواجده بالمركز لم يأتي أيّ أحد لزيارته، فحسبه هو لا يعي ما حوله لأنه يعيش دائماً مع ذكرياته ولا يجد من يتقرب إليه أو يتفاعل معه، ورأيت كثيراً من الحزن في نظراته الخجولة التي توحى بمدى معاناته النفسية من تخلي عائلته عنه وإهمالها له.

وما نستخلصه هو أن هذا المبحوث من المسنين الذين أثروا الوحدة والبقاء في غرفهم طول النهار دون الدخول في أي علاقة اجتماعية مع المبحوثين، لأنه من المكتئبين والمعزولين نتيجة شعوره بانحطاط قيمة شخصيته ومكانته وسط أفراد أسرته الذين لا يسألون عنه والذين انسحبوا من مسؤولية إعادة الاعتبار لمثل هذا المبحوث بإدماجه في نشاطات تجعله يتفاعل مع غيره بهدف تخفيف وطأة الحزن والوحدة وإن كان الصديق لا يعوض الإبن أو الأهل، إلا أن الصداقة تألف بين القلوب وتزيل مشاعر الوحشة.



الصورة رقم (15)

2.3.5.5. شبكة الملاحظة رقم 12

تاريخ الملاحظة: الأربعاء 07 فيفري 2007

مكان الملاحظة: غرفة نوم فردية

ماذا ألاحظ؟: غرفة نوم فردية مجهزة بسرير وطاولة وكروسي وبعض الأواني المنزلية لتحضير الأكل، وجدرانها مزينة بالكثير من الصور والملصقات مأخوذة من المجلات والجرائد، وعندما سألت صاحب الغرفة وهو مبحوث يتمتع بصحة جيدة؛ نظيف وأنيق (الصورة رقم 16) عن عدم وجود صور لبعض أفراد عائلته، أجابني أنه لم يبق له من العائلة والأقارب إلا ما تحتفظ به ذاكرته، حيث صرح أنه لم يرى أبناءه وزوجته منذ سنتين، وهذه حسبه أكبر محنة اعترضت حياته بحيث يخشى أن يغادر هذه الحياة دون إلقاء نظرة أخيرة على وجوه أبناءه الأحياء.

هذه المحنة جعلته حبيس غرفته التي تمثل كل حياته وكيانه الضيق بحيث صرح بأنه لا تصله أي علاقة ود بغيره من المقيمين، لأنه يرى أن مكانه ليس في هذا المركز وهو مقتنع أنه سوف يغادره يوماً ويعود إلى أسرته.

وفي ظل غياب خطة عمل اجتماعي تعين المبحوثين على اندماجهم في شبكة العلاقات الاجتماعية داخل المركز نجد العديد من أمثال هذا المبحوث الذين انقطعت صلتهم بأسرهم يعانون من اليأس النفسي والإحباط العاطفي إلى درجة الشك في غيرهم والخوف من كل العلاقات الإنسانية التي قد تربطهم بالآخرين.



الصورة رقم (16)

3.3.5.5. شبكة الملاحظة رقم 13

تاريخ الملاحظة: السبت 10 فيفري 2007

مكان الملاحظة: مكتب المراقب العام

ماذا ألاحظ؟: أنا في مكتب مجهز بأثاث عصري أنتظر صاحب المكتب وهو المراقب العام، وهذا ليزودني ببعض المعلومات عن المهمة المخولة للمراقب العام بالمركز، وفي هذه أثناء يدخل مسن، يلقي تحية السلام ويجلس بجانبني وهو كذلك ينتظر المراقب العام لكي يسلمه رخصة الخروج من المركز.

وما لاحظته في هذا المسن هو جمال مظهره ونظافة ملابسه (الصورة رقم 17)، وفصاحة لسانه، وعلمت منه أنه في الصيف يستحم كل يوم وفي الشتاء مرتين أو ثلاثة في الأسبوع ويستعمل صابون مستورد ولا يأكل الطعام المقدم في المركز.

كما علمت من هذا المسن أنه خرج من سنتين من منزله بسبب تفاقم المشاكل ولم يعد إليه إلى يومنا هذا، فهو لم يرى أبناءه وزوجته منذ ذلك اليوم، لم يتوقف هذا المسن عن البكاء أثناء حديثي معه بحيث عبّر عن اشتياقه الكبير لأولاده وقال أن صورتهم لا تفارقه أبدا ليلا ونهارا.

كما صرح أنه متمتع بصحة جيدة لأنه يشتغل في حديقة المركز يغرس الورود والزهور ويعتني بالأشجار، وهو من المقيمين القادرين على العطاء بحيث يتطوع لغسل وتكفين موتى المركز من المسنين، وهو من الحريصين على أداء الصلاة في المسجد.

لكن هذا المسن غير راضي عن حياته في المركز ويعتبر المقيمين الآخرين مرضى يتبرزون ويتبولون على أنفسهم، كما أنه متضايق ومخنوق على حد تعبيره من روتينية الحياة في المركز.

وما يمكن قوله أن هذا المسن من المقيمين النشيطين الذين لديهم طاقة، ولكن لم يجدوا فيما يستثمرونها، ولم يجد مفرأ لآلامه بسبب فراقه لأهله سوى مغادرة المركز كل يوم وقضاء وقته في أقرب مسجد ليتفاعل مع الناس من مختلف الأعمار بدلا من تحديد إقامته داخل المركز الذي لم يقدم له ما يعوضه عن أقاربه وما يشغل باله، ووقت فراغه ويروِّح عن نفسيته الكئيبة.



الصورة رقم (17)

4.5.5. عرض شبكة الملاحظة الخاصة بالفرضية الرابعة:

1.4.5.5. شبكة الملاحظة رقم 14

تاريخ الملاحظة: السبت 10 فيفري 2007

مكان الملاحظة: المطبخ

ماذا ألاحظ؟: مجموعة من العمال منهمكين في جو رطب ومفعم برائحة الأكل في تحضير وجبة الغذاء لدرجة أنهم لم يتنبهوا لوجودي، لكن ما جلب نظري وانتباهي هو أحد المقيمين المسنين الذي يعاني من تخلف عقلي وشلل حركي وهو يقول أي شيء يخطر بباله ويفعل أي شيء يطلب منه، بحيث لا يعي ولا يدرك أي شيء، وهو متواجد في المطبخ (الصورة رقم 18)، وما يمكن قوله هو أن مثل هذه الحالة مكانها ليس في المطبخ، لأنها تعيق نشاط العمال من جهة، ومن جهة أخرى كان من المفروض أن يتم التكفل به وفق نظام خاص بالمتخلفين عقليا، هذا فضلا عن كونه عرضة لبعض المخاطر كالاحتراق في المطبخ، لأنه لا يعي ما يحيط به.



الصورة رقم (18)

2.4.5.5. شبكة الملاحظة رقم 15

تاريخ الملاحظة: الثلاثاء 13 فيفري 2007

مكان الملاحظة: قاعة الحلاقة

ماذا ألاحظ؟:قاعة حلاقة مجهزة بكل لوازم الحلاقة (الصورة رقم 19)، لكن ما لاحظته هو أن هذا الحلاق لا يتكلم مع المسنين المترددين عليه ولا يتبادل معهم أي أطراف الحديث ما عدا التحية، وهذا من شأنه أن يؤكد الفجوة الموجودة بين المسنين وبين العمال المشرفين على راحتهم ويحول دون تكيف المسنين وسعادتهم.



الصورة رقم (19)

3.4.5.5. شبكة الملاحظة رقم 16

تاريخ الملاحظة: الثلاثاء 13 فيفري 2007

مكان الملاحظة: قاعة الأكل الخاصة بالنساء

ماذا ألاحظ؟: لاحظت حول طاولة الأكل رفقة مجموعة من المسنات السالمات حالات شابة في مقتبل العمر فاقدات لوعيهن وإدراكهن ومتخلفات عقليا (الصورة رقم 20)، بحيث لا تنطبق عليهن شروط القبول بالمركز، لا من الناحية الصحية ولا من الناحية العمرية ولا من الناحية الاجتماعية. فمثل هذه الحالات له أثر سلبي على باقي المسنين السالمين بحيث نجدهم يصرون مختلف أنواع الشتم والكلام المخل بالحياء، وفي هذا الحال يستحيل حدوث تفاعل أو دخول في علاقات بحيث أن أسس القبول في أساسها لم يتم العمل بها، ومثل هذه الحالات المريضة من شأنها أن تخلق جوا نفسيا كئيبا لباقي المقيمين وكان من الأولى أن يكون مكانها الطبيعي في مستشفى الأمراض العقلية وليس في مركز العجزة.



الصورة رقم (20)

4.4.5.5. شبكة الملاحظة رقم 17

تاريخ الملاحظة: السبت 10 فيفري 2007

مكان الملاحظة: غرفة جماعية

ماذا ألاحظ؟: في غرفة نوم جماعية لاحظت أحد العمال بالمركز يقوم بمساعدة مقيم شاب -ممن لا تنطبق عليهم شروط القبول بالمركز- على الأكل (الصورة رقم 21)، وكما علمت من بعض المبحوثين فإن العامل يساعد جميع المقيمين ويلبي الكثير من طلباتهم دون إبداء أي مظهر من عدم الارتياح والنفور من هذا العمل، ولكن هذا العامل يقدم المساعدة حتى للمسنين القادرين على خدمة أنفسهم وهذا من العادات السيئة ومن سلبيات إدارة المركز في عدم خلق جو الحركة والنشاط وتعويد المقيمين على الحركة، فالمساعدة للمسنين السالمين غير مفيدة لهم، ومكوث المسن لفترة طويلة في السرير تعوق كل أعضاءه السليمة.



الصورة رقم (21)

الفصل 6

عرض وتحليل البيانات ونتائج الدراسة

إن أيّ نظرية لا تأخذ صبغتها الموضوعية إلا من خلال تحقيقا ميدانيا، وهذا وفقا للوسائل والتقنيات المتاحة للباحث، لذلك ومن خلال هذا الباب سوف نستعرض بيانات الدراسة، وهذا على اعتباره الجزء الهام لهذه الأخيرة، فهو بمثابة الدليل أو البرهان الذي حاولنا التوصل إليه من خلال النتائج الموضحة ضمن مجمل جداول الفرضيات المقترحة في هذه الدراسة، حيث قمنا بتصنيف وتبويب النتائج، كما تمّ وضع محاور مختلفة تحت كل فرضية من فرضيات البحث التي تمّ انتقاؤها حسب العلاقة المنهجية والموضوعية لمدلول الجداول، يلي هذا عملية توضيح مدلول كل جدول من خلال قراءة إحصائية ثم تأويل سوسيولوجي يتناسب ومعطيات هذا الأخير.

1.6. الجداول الخاصة بالبيانات العامة للمبحوثين

1.1.6. خصائص أفراد العينة

من خلال هذا العنصر قمنا برصد أهم المتغيرات الدالة على خصائص أفراد العينة المستعملة في الدراسة والتي تمثلت في السن، والجنس، الحالة المدنية والمستوى التعليمي، كذا الأصل الجغرافي للعينة ثم مدة إقامة أفراد العينة في مركز العجزة.

جدول رقم 1 : يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن

فئات السن	ك	%
60 - 64 سنة	99	60,73
65 - 70 سنة	56	34,35
71 سنة فما فوق	8	4,90
المجموع	163	100

يتبين لنا من هذا الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 60,73 % ينتمون إلى الفئة (60 – 64) سنة، وهذا ما يقودنا إلى القول أن أغلب المبحوثين هم في بداية شيخوختهم وكأن الكثير من الأبناء والبنات والأهل والأقارب يضيّقون ذرعا بالأباء والأمهات والأجداد والجداث ويرفضون التكفل بأجيال تقدم بها العمر.

أما فئة (65 – 70) سنة فقدرت نسبتها بـ 34,35 % ومن حديثي مع المبحوثين علمت أن هناك حالات تمّ إيداعها في مركز العجزة لأن أسر المسنين لم تعد قادرة على الوفاء بالخدمة المناسبة أو الناجعة إزاء ما يحتاجون إليه من رعاية صحية مُستمرة ومن ملاحظة ومتابعة مستمرة في بعض الحالات.

هذا وشكلت نسبة المبحوثين الذين تجاوز عمرهم 71 سنة فما فوق 4,90 % من مجموع المبحوثين.

جدول رقم 2 : يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	ك	%
ذكر	144	88,34
أنثى	19	11,65
المجموع	163	100

يتبين لنا من خلال الجدول أن الأغلبية من العينة هي فئة الذكور والمقدرة نسبهم بـ 88,34 % مقارنة بفئة الإناث التي بلغت نسبتهم 11,65 % وهذا لا يعني أنني تجاهلت هذه الفئة لكن السبب في قلة عدد المبحوثات راجع أن نسبة معتبرة من المُسنات المقيّمات في المركز صحتهن العقلية لا تسمح لهن بالتجاوب مع أسئلتي، ومنهن من لا تتذكر سئها ولا حتى اسمها.

والبعض من المقيّمات رفضن بعنف التحدث معي والإجابة على أسئلتي فحسب قول إحداهن:

«كُرّهْنَا من les curieux» وتضيف أخرى : « On n'est pas des bêtes de cirque »
« وتواصل بعنف : « أتجوا تطفروا صوالحكّم وأتروحووا وما توكوش ».

كما اعتذرت بعض المبحوثات بأدب لأنهن - حسبهن- عاجزات عن عرض مشكلاتهن الشخصية على الملأ وربما يرجع ذلك إلى شعورهن أن كرامتهن تحول دون ذلك.

جدول رقم 3 : يبيّن توزيع المبحوثين حسب السن و الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	السن
60,73	99	42,10	8	63,19	91	64 - 60
34,85	56	52,63	10	31,94	46	70 - 65
4,90	8	5,26	1	4,86	7	71 - فما فوق
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

يتبين من خلال هذا الجدول أن ما نسبته 60,73 من المجموع الكلي لأفراد العينة ينتمون للفئة العمرية بين 60 - 64 سنة والتي نجدها متضمنة لـ 63,19 % من الذكور و 42,10 % من الإناث، وفي المقابل نجد 34,85 % من مجموع أفراد العينة تنتمي للفئة العمرية المحصورة بين 65 - 70 سنة والمتضمنة لـ 52,63 % من الإناث و 31,94 % من الذكور.

أما لدى الفئة العمرية التي يفوق سنها 71 سنة فنجد أعلى نسبة فيها هي فئة الإناث والمقدرة بـ

5,26 % ثم الذكور بنسبة 4,86 %.

جدول رقم 4 : يبيّن توزيع المبحوثين حسب الحالة المدنية و الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	الحالة المدنية
14,72	24	26,31	5	13,19	19	أعزب - عزباء
24,53	40	15,78	3	25,69	37	متزوج (ة)
28,83	47	36,84	7	27,77	40	مطلق (ة)
31,19	52	21,05	4	33,33	48	أرمل (ة)
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

ما يمكن قراءته من هذا الجدول هو أن أغلب المبحوثين بنسبة 31,19 % ينتمون إلى فئة الأرامل والتي نجدها متضمنة لـ 33,33 % من الذكور و 21,05 % من الإناث، تليها فئة المطلقين بنسبة 28,83 % والمتضمنة لـ 36,84 % من الإناث و 27,77 % من الذكور.

وهذا يعني أنه من مظاهر الحياة الأسرية في المجتمع الجزائري الحديث أنه لا يكاد يوجد في الأسرة النووية موضع لجيل المسنين الأرامل منهم والمطلقين، وبالتالي فإنهم يتركون في الغالب وحدهم أو يودعون في مراكز العجزة، وكأن محنة الترمّل أو الطلاق لا يكفيان، علما أن الترمّل هو أعظم فقدان انفعالي واجتماعي للمسن.

ونلاحظ من بيانات الجدول أن نسبة 24,53 % من مجموع العينة ينتمون إلى الفئة المتزوجة والمتضمنة 25,69 % من الذكور و 15,78 % من الإناث، ولقد علمت من بعضهم أن المشاكل الأسرية تفاقمت إلى غاية استحالة العيش تحت سقف واحد و سبب المشاكل هو من جهة ضيق المسكن ومن جهة أخرى تضرر زوجة الإبن من خدمة والد الزوج أو والدته.

وهناك من المبحوثات من طردن إلى الشارع من طرف أزواجهن بعد زواجهن من امرأة ثانية. أما باقي المبحوثين فسوء أوضاعهم الصحية جعلت منهم أعباء على أفراد أسرهم مما خلق مضايقات داخل الأسرة.

وأخيرا تأتي فئة العزاب والتي شكلت نسبتهم 14,72 % من المجموع الكلي للمبحوثين، وحسب هؤلاء فإن تواجدهم في المركز راجع إلى عدم تكوينهم لأسر، ولأنهم لم يجدوا من يرعاهم ويتكفل بهم اجتماعيا واقتصاديا فضلوا المجيء إلى المركز عوض التسكع في الشارع.

جدول رقم 5 : يوضح توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي و الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	المستوى التعليمي
78,52	128	89,47	17	77,08	111	أمي
11,65	19	10,52	2	11,80	17	يقرأ و يكتب
6,74	11	-	0	7,63	11	إبتدائي
2,45	04	-	0	2,77	04	متوسط
0,61	01	-	0	0,69	01	ثانوي
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

ما يمكن ملاحظته من بيانات هذا الجدول أن أغلبية المبحوثين الجنسين معا أميين بنسبة 78,52%، وهذه النسبة تتضمن 89,47% لدى فئة الإناث و77,08% لدى فئة الذكور، ونظرا لغلبة الأمية لجأت لاستعمال تقنية الاستمارة بالمقابلة.

لكن هذه النسب تدعونا إلى القول أنه في أغلب الأحيان لا يعاد تعليم الكبار إلا قدرا ضئيلا من الاهتمام واضال منه ما يحظى به تعليم المسنين، هذه الحالة وقد زادت الحالة الاقتصادية تفاقما ضارة بمصالح الأشخاص المعنيين مباشرة وتتعارض أيضا مع المصالح الحقيقية للبلاد، إذ يمكن للمسنين أن يساهموا بقسط وافر في تقدمها والشرط الأساسي لهذا الإسهام هو أن يعرف المسنون القراءة والكتابة، فعدا وظائف الإنتاج وإعطاء القدرة وإبداء النصح التي يستطيعون أدائها يجب إيلاء اهتمام خاص لقدرتهم على تعليم النشئ والشباب.

ومن الملاحظ من نسب الجدول أن الأمية تكثر في أوساط الإناث أكثر من الذكور، وهذا يدل على أن الانتفاع بالتعليم يوجه عام وبرامج محو الأمية بوجه خاص كثيرا ما يكون أصعب منالا عليهن ولأن الأعمال التي تؤول إليهن كثيرا ما تكون شاقة وأدنى شأنًا سواء كان ذلك في البيت أو في مجال الإنتاج، فإن وضع الإناث إزاء التعليم ينزع لأن يتسم بالحرمان و العجز.

هذا وما يقارب 11,65% من مجموع أفراد العينة يعرفون القراءة والكتابة، وهذه النسب 11,50% من فئة الذكور و 10,52% من فئة الإناث، وهذه النسب تعني أن أعدادا كثيرة من الأشخاص الذين يبلغون الشيخوخة لا يملكون سوى قدر ضئيل من الإمام بالقراءة والكتابة ومعرفة الأرقام والعمليات الحسابية البسيطة مع أنه من المسلم به عموما أن التعليم يعد أساسا بالغ الأهمية للحياة النشطة المرضية وكفالة استمرار إنتاجية الأفراد.

ودون الإدعاء بأن تعليم الكبار هو الدواء الشافي لكل داء، فمن الواضح أن التعليم بمختلف أبعاده شرط أساسي للتهيؤ للتقاعد و ولوج آخر مراحل الحياة و كذلك لتهيئة الظروف المواتية لشيخوخة هادئة بحيث يساعد في أكثر الحالات على تجنب المشكلات الصحية عقلية كانت أم بدنية التي يمكن أن تكون باهضة التكاليف فضلا عن استعصاء حلها في هذه المرحلة المتقدمة من العمر. هذا ولقد بلغت نسبة ذوي المستوى الابتدائي 6,75% لتتناقص النسب في فئات المستوى التعليمي المتبقية.

جدول رقم 6 : يوضح توزيع المبحوثين حسب الأصل الجغرافي و الجنس

المجموع	إناث		ذكور		الجنس
	ك	%	ك	%	
63,80	104	57,89	11	64,58	93
36,19	59	42,10	8	35,41	51
100	163	100	19	100	144

من بيانات الجدول يتضح لنا أن أغلب المبحوثين بنسبة 63,80% أصلهم ريفي، وهذه النسبة تتضمن هي الأخرى 64,58% ذكور و 57,89% إناث. أما النسبة المتبقية أي 36,19% فتمثل المبحوثين ذوي الأصل الحضري بما فيهم 42,10% من الإناث و 35,41% من الذكور .

وهذه البيانات تتنافى كلية مع العادات والتقاليد المعروفة عن الريف الجزائري، والتي تحث على تعاليم الدين الإسلامي الحنيف على البرّ بالوالدين وبكبار السن، كما أن هذه العادات والقيم تشكل ضبطا اجتماعيا على سلوك الأبناء والأحفاد تجاه الآباء والأجداد.

وإذا ما عدنا إلى بيانات الجدول نلاحظ أن مصير المسنة الريفية هو نفسه مصير المسن الريفي بحيث أفادتنا بيانات الجدول أن نسبة الإناث القادمات من الأرياف قدرت بـ 57,89% وما كنا نسمعه أن المسنة إلى جانب المسن يتمتع كل منهما في الريف بعلاقات اجتماعية وطيدة.

جدول رقم 7 : يوضح الأصل الجغرافي للمبحوثين و المستوى التعليمي

المجموع		حضري		ريفي		الأصل الجغرافي
%	ك	%	ك	%	ك	المستوى التعليمي
78,52	128	62,71	37	87,5	91	أمّي
11,65	19	20,33	12	6,73	07	يقرأ و يكتب
6,74	11	10,16	06	4,80	05	ابتدائي
2,45	04	5,08	03	0,96	01	متوسط
0,61	01	1,69	01	00	0	ثانوي
%100	163	%100	59	%100	104	المجموع

من بيانات الجدول يمكن لنا قراءة أنه من بين 104 مبحوث ذوي الأصل الريفي: 87,5% منهم أميين، 6,73% يعرفون القراءة والكتابة، 4,80% أتموا الطور الابتدائي، 0,91% تمكنوا من التكوين المتوسط.

أما 59 مبحوث المتبقين و الذين ينتمون إلى الأصل الحضري فشكلت نسبة الأمية في مجموعهم 62,71%: 20,33% يعرفون القراءة والكتابة، 10,16% لهم مستوى ابتدائي 5,08% لديهم مستوى متوسط و مبحوث واحد بنسبة 1,69% وصل تكوينه إلى الطور الثانوي.

ما يمكن ملاحظته من قراءة بيانات الجدول هو أن المبحوثين ذوي الأصل الحضري أقل أمية من المسنين القادمين من الأرياف، لسبب بسيط هو أنه في المدن فرص التعليم أوفر ووسائل التكوين متوفرة أكثر من الأرياف التي تعاني إلى يومنا هذا من تهميش تكنولوجي

جدول رقم 8 : بيّن مدّة إقامة المبحوثين في المركز

النسبة %	التكرار	مدة الإقامة
20,24	33	أقل من سنة
14,11	23	1 - 2
19,01	31	3 - 4
13,49	22	5 - 6
6,74	11	7 - 8
13,49	22	9 - 10
12,88	21	10 سنوات فأكثر
100	163	المجموع

ما يمكن قراءته من هذا الجدول هو أن أغلب المبحوثين بنسبة 20,24 % التحقوا بالمركز منذ أقل من سنة، وهذا مخيف لأنه يعني أن ظاهرة التخلي عن كبار السن هي في استمرار وليست في تراجع، وأن الأسرة الحديثة لم تعد ترحب بوجود الشيوخ والكبار في نطاقها. هذا ونجد أن 19,01 % من المبحوثين متواجدين في المركز منذ (3-4) سنوات، 14,11 % مقيمين في المركز منذ سنة إلى سنتين، وهذه البيانات تؤكد مرة أخرى تزايد الإقبال على مثل هذه المؤسسات، 13,49 % يسكنون في المركز منذ (5-6) سنوات، ونفس النسبة متواجدين في المركز ما يقارب 10 سنوات، و12,88 % من مجموع المبحوثين هم في المركز منذ أكثر من 10 سنوات بحيث سجلت أسمائهم في تاريخ المركز، وباقي المبحوثين بنسبة 6,74 % بلغت مدّة تواجدهم في المركز من 7 إلى 6 سنوات.

إن هذه البيانات ترجمة -من جهة- لزيادة تكاليف المعيشة في المجتمع الجزائري وصعوبة الحصول على سكنات واسعة، مما أُلّف مشكلة اجتماعية جديدة تجاه المسنين والشيوخ فقد أصبحت الأسر غير قادرة ولا راغبة في إستيعاب الأفراد المسنين غير المنتجين.

ومن جهة أخرى هذه البيانات تقودنا إلى نتيجة هو أن نظرة المجتمع الجزائري الحديث إلى المسنين تغيرت لأن نظرة المجتمع إلى المسنين تختلف من نمط مجتمع إلى آخر بينما كان المجتمع الجزائري التقليدي يبجل المسن والمسنّة ولا بد من أخذ رأي المسن أو كبار السن في كل الأمور التي تشغل الحياة العامة في المجتمع وهذا الاحترام والتبجيل من قبل المجتمع لا بد أن يضع على عاتق المسنين في ذلك المجتمع التزاما بأنماط سلوكية تدل على حاجة العقل وصواب الرأي والشجاعة والقوة في مواجهة المشاكل والقدرة على الضبط الاجتماعي والسياسي في المجتمع.

إلا أن نظرة المجتمع الجزائري الحديث للمسنين تختلف إلى حد كبير حيث أن المسن ينال احترام المجتمع وتقديره له من خلال المركز الاجتماعي والمادي الذي يمثله ولهذا يحس بفجوة التقاء وأن نظرة المجتمع له بدأت تتغير ولا ينال نفس الاحترام والتقدير الذي كان يحظى به قبل خروجه إلى التقاعد وبناءً عليه نجد أن المجتمع الجزائري التقليدي بجمع فئاته يقدمون خدماتهم للمسنين من الجنسين وينصاعون لأوامرهم ويلبون طلباتهم حتى لو كانوا غير المقتنعين بها احتراماً لكبر السن وتماشياً مع تعاليم الدين الإسلامي والتي تحث على احترام الكبار وعطف الكبار على الصغار بغية التواصل والتراحم والتألف بين الأجيال المتعاقبة.

كما نجد أن جميع الفئات العمرية كانت تعمل من أجل إسعاد المسنين من الجنسين خاصة في الأسر الممتدة أو حتى في الأسر النووية التي يحتاج المسنون فيها إلى خدمة بناتهم لهم حتى لو كن متزوجات خوفاً من نظرة الازدراء والاحتقار من أبناء القرية في حالة الإهمال، وهنا تلعب العادات والتقاليد دوراً هاماً في استمرارية رعاية كبار السن.

أما نظرة المجتمع الجزائري الحديث للمسنين أدت إلى تبديل وتغير في حياة المسنين من الناحية الاجتماعية والنفسية والاقتصادية فجعلتهم أكثر قلقاً وأقل هدوءاً وتفاؤلاً وأقل اطمئناناً ويحسون بالاغتراب عن أهلهم وأقاربهم الذين باتت علاقاتهم بهم أقل ارتباطاً وأقل تقرباً وبات المسن في المجتمع الحديث يعاني من قلة الدخل وعدم استطاعته مواجهة أعباء المعيشة في ظل الارتفاع المستمر للأسعار.

2.6. بيانات عامة حول علاقة الالتزام بتطبيق برامج الرعاية الاجتماعية الفعالة ميدانيا ورفع

مستوى الخدمات المقدمة في مركز العجزة وتوافق المسنين نفسيا وصحيا وتكيفهم اجتماعيا.

جدول رقم 09: يبين سبب اختيار المبحوثين لمركز سيدي موسى دون غيره حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
		ك	%	ك	%	
	%		%		%	سبب اختيارك للمركز
						سمعة المركز الجيدة
	/		/		/	سمعة المركز الجيدة
	/		/		/	نوعية برامج الرعاية والخدمات المقدمة
32.51	53	47.36	09	30.55	44	قرب المركز من مقر سكني
67.48	110	52.63	10	69.44	100	لم اختار جاءت بي الشرطة
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

من بيانات الجدول يتبين لنا أن المبحوثين المقيمين بمركز سيدي موسى لم يختاروا المركز من أجل سمعته الجيدة ولا لأنه يوفر البرامج والخدمات الجيدة. وإنما أغلبهم، الجنسين معا، بنسبة 67.48% صرحوا بأنهم لم يفضلوا هذا المركز عن غيره ولم يخطر يوما في أذهانهم أن يتقدم به العمر في "centre" على حد قول بعضهم، وإنما جاءت بهم الشرطة بعدما عثرت عليهم في حالة تشرد في الحقائق العمومية، تحت الجسور وفي محطات المسافرين. فبعد إقامة قصيرة في Le SAMU الكائن بدالي إبراهيم تم تحويلهم عن طريق مديرية الشؤون الاجتماعية إلى هذا المركز. وهؤلاء المبحوثين شكلت نسبة الذكور منهم 69.44% في حين قدرت نسبة الإناث 52.63% أما المبحوثين الذين جاءوا للمركز لأنه يقع بالقرب من مقر سكنهم فبلغت نسبتهم 32.51% وهذه النسبة تتضمن دورها أعلى نسبة والتي قدرت بـ 47.36% وشكلتها الإناث مقابل نسبة الذكور التي قدرت بـ 30.55% وهذا يدل على أن المرأة المسنة خوفا من ويلات الشارع والتسكع لجأت إلى اقرب هيئة أو مؤسسة لتحتمي بها. وعلى حد قول إحدى المبحوثات: «أسمعت بلي كاين centre تع الشيوخة سقسيت أوجيت وحدي، au moins أنها نأكل ونشرب واحد ما يتعدى عليا» وما نستخلصه هو أن المبحوثين الجنسين معا لم يختاروا الالتحاق بمركز سيدي موسى دون غيره، ولم يختاروا أصلا الحياة المؤسسية فنهاية مطافهم ليست من قرارهم كما هو الحال بالنسبة للمسنين

في بعض الدول الغربية الذين يساهمون منذ شبابهم و يدخرون لكي يقيمون ما تبقى من عمرهم في فنادق مخصصة للعمر الثالث أو بيوت للنقاهاة ودور للتقاعد. فالمسنين في مجتمعنا من الفروض أن يرعاهم ذووهم ومن المفروض أن يعيشوا مع أبنائهم حتى يحاطون في الحياة اليومية بالعناية والرعاية. فما علمت من المبحوثين أن اغلبهم اجبروا على مغادرة أسرهم بسبب أو لآخر والمركز وسيلة تجنبهم العيش المرير في الشارع.

جدول رقم 10: يبين وجود برنامج يومي بالمركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
		ك	%	ك	%	
92.02	150	68.42	13	95.13	137	وجود برنامج يومي
4.57	13	31.57	6	4.86	7	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

ما يتضح لنا من بيانات الجدول هو أن أغلبية المبحوثين الجنسين معا بنسبة 92.02% صرحوا انه يوجد برنامج يومي يقتضي تناول فطور الصباح قبل الثامنة و نصف ثم قضاء النصف الأول من الصباح في التنظيف أو الاستحمام. أما النصف الثاني من الصباح، فبإمكان المسنين الالتحاق بإحدى الورشات المتوفرة في المركز لشغل وقت فراغهم و بعد وجبة الغذاء المقررة في حدود منتصف النهار، بإمكان المقيمين الالتحاق بغرفهم للقبولة أو استئناف نشاطهم في الورشات. أما الراغبين في الخروج خارج المركز بغرض اقتناء بعض حاجياتهم فيمكنهم ذلك/ وبعد تناول وجبة العشاء بإمكان المقيمين مشاهدة البرامج التليفزيونية أو الالتحاق بغرفهم.

هذا ولقد شكلت نسبة الذين أجابوا بنعم الذكور بنسبة 95.13% والإناث بنسبة 68.42% وفي حين يفضل اغلب الذكور التجول في الحديقة او خارج المركز. نجد أن المبحوثات يفضلن شغل وقت فراغهن في ورشة الطبخ أو في تنظيف غرفهن.

والنسبة المتبقية والتي قدرت ب 7.97% فتمثل المبحوثين الجنسين معا والذين صرحوا أن وقتهم في المركز كله نوم يتخلله فترة تناول الوجبات الغذائية في السرير لغير القادرين على النهوض وقد بلغت نسبة المبحوثين الذكور الذين لا يغادرون سريرهم ولا يقومون بأي نشاط رغم سلامة أعضائهم 4.86% في حين بلغت نسبة المبحوثات اللاتي صرحن بعدم وجود برنامج يومي وأن كل الأيام متشابهة ومملة 31.57% بحيث صرحن أنهن لا يغادرن السرير وحتى الوجبات الغذائية تقدم لهن في السرير، وهذا بالرغم من سلامتهن من الإعاقات.

وما يمكن استنتاجه هو أن البرنامج اليومي لا يغطي كل المقيمين بالمركز وهذا برغم سلامة صحة الذين صرحوا أنهم يقضون أيامهم في النوم.

جدول رقم 11: يبين إجبار إدارة المركز المبحوثين على مغادرة السرير كل صباح حسب الفئات

العمرية

المجموع		71 فما فوق		65 - 70 سنة		60 - 64 سنة		الفئات العمرية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	مغادرة السرير كل صباح
	/		/		/		/	نعم
100	163	100	8	100	56	100	99	لا
%100	163	%100	8	%100	50	%100	99	المجموع

من بيانات الجدول يبدو لنا أنّ كل المبحوثين بنسبة 100 % بكل الفئات العمرية معا صرحوا بأنهم أحرار في مغادرة سريرهم في الصباح أو البقاء فيه طيلة النهار إن أرادوا. ولقد لاحظت أثناء ترددي على المركز أن الكثير من المقيمين الذين ينتمون إلى (فئة 60 - 64 سنة) والقادرين على الحركة لا تتعدى حركتهم كونهم يتوجهون إلى المطعم لتناول وجبات الأكل ثم يستمرون أطول فترة من النهار في السرير مع باقي الحالات غير القادرة على الحركة مع العلم أن هذا الاستمرار في السرير قد يقدهم عن الحركة برغم سلامة أعضائهم.

جدول رقم 12: يبين نوع الغرف التي يقيم فيها المبحوثين حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	نوع الغرف
6.31	10	/	/	6.94	10	فردية
93.86	153	% 100	19	93.05	134	جماعية
% 100	163	% 100	19	% 100	144	المجموع

من بيانات الجدول يتبين لنا انه من مجموع المبحوثين بنسبة 93.86% الجنسين معا يقيمون في غرف جماعية بحيث هناك غرف تحتوي على سريرين وغرف تحتوي على أربعة أسرة. وهذه

النسبة تتضمن الإناث بنسبة 100% يقمن في غرف جماعية مقابل الذكور الذين يقيمون في غرف جماعية بنسبة 93.05%

أما النسبة المتبقية والتي قدرت ب 6.13% التي شكلتها الذكور المبحوثين الذين يقيمون في غرف فردية.

وهذا التوزيع، هدفت إدارة المركز بطقمها المختص من وراءه إلى: تمكين المسنين العاجزين من تلقي مساعدات من طرف المسنين القادرين على مساعدة غيرهم في الحياة اليومية، وثانيا حسب مديرة المركز فالإقامة الجامعية تقلل من الوحدة والعزلة وتجعل المسنين يدخلون في علاقات مع بعضهم البعض.

وما لاحظته هو أن المبحوثات الإناث أقل انزعاجا فيما يخص تقاسم الغرفة من الذكور الذين صرح عدد كبير منهم أنهم يفضلون الإقامة في غرف فردية وهذا يوحي بان المبحوثين الذكور أكثر انطواء وأكثر ميل إلى العزلة من المسنات.

جدول رقم 13: يبين تنظيف المبحوثين لغرفهم حسب الجنس

المجموع		الإناث		الذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	تنظيف المبحوثين لغرفهم
54.60	89	94.73	18	49.30	71	نعم
45.39	74	5.26	01	50.69	73	لا
100%	163	100%	19	100%	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فان اغلب المبحوثين بنسبة 54.60% أجابوا أنهم يقومون بتنظيف غرفهم بأنفسهم وهذه النسبة تضمنت الإناث ب 94.73% والذكور بنسبة 49.30%. وهذه النسب تدل على أن المبحوثين، الجنسين معا يريدون تحقيق ذاتهم من خلال نشاط تنظيف غرفهم، فالحاجة لتحقيق الذات ترتبط كما نعلم بالدور الاجتماعي الذي يؤديه الفرد وتتواجد المبحوثين في مركز العجزة فإنهم لا يستطيعون إشباع هذه الحاجة، فلذلك فهم يفتنون أول فرصة لإثبات وجودهم واستقلالهم.

ومن جهة فالمسنين يريدون من وراء نشاطهم هذا إثبات أنهم ليسوا عالة على الآخرين ذكورا كانوا أم إناث، ومن جهة أخرى أن شغل أنفسهم بنشاط يسمح لهم بفك عزلتهم ووحدتهم وملا وقت فراغهم واثبات قدراتهم. هذا وصرحت إحدى المبحوثات بأنها لا تثق في نظافة غيرها، فهي تفضل التنظيف بإتقان.

هذا ولقد صرح باقي المبحوثين والذين قدرت نسبتهم الجنسين معا بـ 45.39% أنهم يفضلون ترك مهمة التنظيف لعمال المركز وتضمنت هذه النسبة 50.69% ذكور و 5.26% إناث ونلاحظ حرص الإناث على تنظيف المحيط الذي يقمن فيه بأنفسهن. وبالنسبة للمبحوثين الذين لا يرون مانع في أن يقوم غيرهم بتنظيف غرفهم في الغالب السبب راجع إلى أن أغلبهم يعانون من مشاكل صحية. جدول أ: يوضح كيفية الحصول على مواد التنظيف بالنسبة للمبحوثين الذين ينظفون غرفهم بأنفسهم

حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	
						كيفية الحصول على مواد التنظيف
						سمعة المركز الجيدة
7.86	7	5.55	01	8.45	6	اشترى مواد التنظيف بمالي الخاص
92.13	82	94.44	17	91.54	65	احصل عليها من طرف المركز
100%	89	100%	18	100%	71	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول أن أغلبية المبحوثين الذين ينظفون غرفهم بأنفسهم والذين بلغ عددهم 89 مبحوث الجنسين معا أن نسبة 92.13% منهم أجابوا بأن مواد التنظيف من الصابون ومزيل الروائح... تقدم لهم من طرف أمين مخزن المركز وهذه النسبة شكلتها 91.54% ذكور و 94.44% إناث أما النسبة المتبقية والتي قدرت بـ 7.86% فشكلت المبحوثين الذين يشترون مواد التنظيف بمالهم الخاص وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 8.45% والإناث 5.55% وهؤلاء المبحوثين يفضلون شراء بعض المواد بأنفسهم وبمالهم الخاص لأن المواد حسب قولهم هي ذات نوعية جيدة وهي أحسن من تلك المقدمة بالمركز، وكان هؤلاء يعتبرون غرف المركز كما لو كانت منزلهم الشخصي ويفضلون استعمال ما هو أفضل في السوق حتى يخلقوا جو حميمي يذكرهم بجو منازلهم وأسرهم.

جدول رقم 14: يبين تلقى المبحوثين المساعدة من طرف المشرفين على راحتهم حسب الفئات

العمرية

المجموع		71 فما فوق		65 - 70 سنة		60 - 64 سنة		فئات العمر
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	مساعدة المشرفين
22.69	37	100	08	35.71	20	9.09	9	نعم
19.01	31	/	/	55.35	31	/	20	أحيانا
58.28	95	/	/	8.92	05	90.90	80	لا
%100	163	%100	8	%100	50	%100	99	المجموع

ما يمكن قراءته من هذا الجدول هو أن أغلب المبحوثين بنسبة 58.28% أجابوا بأنهم ليسوا في حاجة لمساعدة غيرهم من مشرفين أو عمال في القيام بنظافة أجسامهم وقضاء حاجياتهم وهذه الفئة تضمنت 90.90% من الذين يتراوح عمرهم ما بين 60-64 سنة، تليها فئة العمر 65-70 سنة بنسبة 8.92% أما المبحوثين الذين قالوا بأنهم يتلقوا يد المساعدة من طرف المشرفين على راحتهم فبلغت نسبتهم 22.69% أغلبهم بنسبة 100% ينتمون إلى فئة العمر 71 نسبة فما فوق، تلي نسبة 35.71% والتي شكلتها فئة العمر 65-70 سنة وأخيرا قدرت نسبة فئة العمر 60-64 سنة بـ9.09%.

وأخيرا شكلت نسبة الذين قالوا أنهم أحيانا في حاجة إلى مساعدة المشرفين 19.01% من المجموع وهذه النسبة تضمنت بدورها 55.35% من مجموع المبحوثين الذين ينتمون إلى الفئة العمرية 65-70 سنة.

وما يمكن استنتاجه من هذه البيانات هو انه كلما تقدم العمر بالمبحوثين كلما تراجعت قواهم وضعفت قدراتهم، وبالتالي فهم في حاجة إلى مد يدهم لمساعدة غيرهم من عمال ومشرفين من اجل قضاء أدنى حاجيات الحياة اليومية كخلع ولبس وغسل الثياب أو عند تسريح شعرهم.

جدول رقم 15: يبين عدد المرات التي يستحم فيها المبحوثين كل أسبوع حسب الفئات العمرية

المجموع		71 فما فوق		65 - 70 سنة		60 - 64 سنة		الفئات العمرية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
29.44	48	100	08	55.35	31	9.09	9	مرة
65.03	106	/	/	44.64	25	81.81	81	مرتين
05.52	9	/	/	/	/	9.09	9	3 مرات
%100	163	%100	8	%100	56	%100	99	المجموع

ما يمكن قراءته من هذا الجدول هو أن أغلب المبحوثين بنسبة 65.03% يستحمون مرتين في الأسبوع وأغلبهم بنسبة 81% ينتمون إلى فئة العمر (60-64 سنة) كما شكلت نسبة المبحوثين الذين ينتمون إلى فئة (65-70 سنة) والذين يستحمون مرتين في الأسبوع 44.64%. أما المبحوثين الذين يستحمون مرة في الأسبوع فشكلت نسبتهم 29.44% من مجموع المبحوثين وأغلبهم ينتمون إلى فئة 71 سنة فما فوق بنسبة 100% و 55.35% من فئة (65-70 سنة) يستحمون مرة في حين شكلت نسبة الذين يستحمون ثلاث مرات مرة 9.09% من مجموع المبحوثين الذين يتراوح عمرهم ما بين 60-64 سنة.

أما المبحوثين الذين يستحمون ثلاث مرات في الأسبوع فشكلت نسبتهم 5.52% وهم ينتمون إلى الفئة العمرية 60-64 سنة بنسبة 9.09%.

وما نستنتجه هو أن عدد مرات الحمام يقل بانتقالنا من الفئة العمرية الأصغر سنا إلى الفئة العمرية الأكبر سنا بحيث نجد الذين يزيد عمرهم عن 71 سنة يستحمون كلهم مرة في الأسبوع وهذا بالرغم من أن الحمام اليومي من نظافة الجسم والمحافظة على صحة الجلد ومنظر الشباب وانتعاش النفس. وبيانات الجدول تدلنا على أنه لا يوجد مبحوث واحد يأخذ حمام كل يوم. وحجة إدارة المركز هو أن الظروف الصحية للمبحوثين وقلة عدد العمال والمشرفين تحول دون الحمام اليومي، مع العلم أن الحمام بصفة خاصة ونظافة الجسم بصفة عامة وسيلة من وسائل الاحتفاظ بصحة جيدة.

هذا وما شاهدته من إهمال وتهاون في هذا المجال مقرف للغاية بحيث يوجد من المبحوثين من لا يطاق الاقتراب منهم بسبب الرائحة الكريهة نتيجة تبولهم في فراشهم واحتفاظهم بملابس وسخة منذ مدة طويلة.

جدول رقم 16: يبين توفير مواد النظافة من صابون وغسول للمبحوثين من طرف المركز حسب

الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	
100	163	100	19	100	144	توفير المركز لمواد التنظيف نعم
/	/	/	/	/	/	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

لقد أجاب جميع المبحوثين الجنسين معا بنسبة 100% أن إدارة المركز توفر لهم الصابون وكذا غسول الشعر وكثيرا من الجمعيات الخيرية وذي الإحسان، يشترون للمبحوثين مثل هذه الأغراض وغيرها.

كما علمت من بعض المبحوثين والمبجوثات أنهم برغم توفر هذه المواد إلا أنهم يفضلون شراء بأنفسهم مواد النظافة والتجميل لأن تلك المتوفرة ليست مستوردة وعلى حد تعبير احد المبحوثين: "أنا نحب الصابون والريحة انتاع الهيه، نحب الماركة" وهو يقصد المواد المستوردة ذات النوعية الجيدة. وهذا يعني أن هؤلاء المبحوثين لم يفقدوا تماما حب الحياة ولذاتها ويعتنون بمظهرهم وأناقتهم.

جدول رقم 17: يوضح وجود حلاقة بالمركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	
88.34	144	/	/	88	144	وجود حلاق نعم
11.65	19	100	19	/	/	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

من بيانا الجدول يبدو لنا أن كل المبحوثين الذكور بنسبة 88.34% من مجموع المبحوثين تشكلها فئة الذكور بـ 100% أجابوا انه يوجد حلاق في المركز يحلق لهم شعرهم وذقنهم ويعتن بمظهرهم في حين نجد نسبة 11.65% من المجموع الكلي والتي شكلته نسبة الإناث بـ 100% نفوا وجود حلاق (ة) وخدمة الحلاقة لا تتوفر بالنسبة للمقيمات الإناث مع العلم أن المرأة في حاجة ملحة مع تقدم السن إلى الاهتمام بجاذبيتها وجسدها وشعرها وأظافرهما ومن حديثي مع المبحوثات علمت أنهن في حاجة إلى حلاقة لان الاعتناء بالشعر الطويل متعب.

جدول رقم 18: يبين مكان تناول المبحوثين وجباتهم الغذائية حسب السن

المجموع		71 فما فوق		65 - 70 سنة		60 - 64 سنة		الفئات العمرية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	مكان تناول وجبات الطعام
19.01	31	100	08	41.07	23	/	/	في الفراش
28.83	47	/	/	58.92	33	14.14	14	في الغرفة
52.14	85	/	/	/	/	85.85	85	في المطعم مع باقي المقيمين
%100	163	%100	08	%100	56	%100	99	المجموع

من بيانات الجدول يتبين لنا أن أغلب المبحوثين بنسبة 52.14% يتناولون وجباتهم الغذائية في المطعم وهذه النسبة شكلتها فئة 64-60 سنة ب 85.85% أما النسبة الثانية والتي قدرت ب 28.83% من مجموع المبحوثين فيتناولون الطعام في غرفهم وهذه النسبة تضمنت 58.92% من فئة (65-70 سنة) و 14.14 من فئة (60-64 سنة) أما المبحوثين الذين يتناولون طعامهم في الفراش فشكّلوا نسبة 19.01 شكلت فئة (71 فما فوق) 100% وشكلت فئة (65-70 سنة) 41.07%.

وما يمكن استنتاجه أن أكبر الفئات سناً هي التي تتسحب في غرفها وفراشها للأكل وما عدا بعض الحالات الطريفة في الفراش بسبب الإعاقات المتعددة فباقي المبحوثين باستطاعتهم التنقل إلى المطعم مع العلم أن الأكل الجماعي يشجع على تبادل أطراف الحديث والدخول في علاقات اجتماعية وفك العزلة عن بعضهم البعض وإزالة التعب والإرهاق عن المبحوثين الذين لا يودون مخالطة الآخرين ويزرعون من الأصوات المنبعثة من المطعم.

جدول رقم 19: يبين تلبية رغبة المبحوثين في أكل طبق معين حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس تلبية رغبة المبحوثين
%	ك	%	ك	%	ك	
24.53	40	42.10	8	22.22	32	نعم
19.01	31	10.52	2	20.13	29	أحيانا
56.44	92	47.36	9	57.63	83	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو موضح من بيانات الجدول فإن اغلب المبحوثين الجنسين معا بنسبة 56.44 % صرحوا أنه في حالة اشتهاؤهم أحدهم إلى أكل طبق تعود على أكله في الماضي عندما كان يعيش في منزله أو اشتهاؤهم أكل فاكهة أو أي نوع من الحلويات فإن رغبتهم لم تلبى يوما وتتضمن هذه النسبة، نسبة 47.36% والتي شكلتها الإناث بينما يشكل الذكور نسبة 57.63%.

هذا وأكد 24.53% من المبحوثين وهذه النسبة احتوت فئة الإناث بـ 42.10% وفئة الذكور بـ 22.22% أنه بمجرد تعبيرهم عن رغبتهم في تناول أكل معين لبت إدارة المركز ذلك وقالت إحدى المبحوثات وهي طريحة فراش: "تشبهت جلابانة باللحم والقرنون وجابوهالي حتى الفراش". في حين أجاب 19.01 من المبحوثين الجنسين معا، إن إدارة المركز تلبى أحيانا رغباتهم ولا تلبى أحيانا أخرى وهذه النسبة الأخيرة احتوت 20.13% من فئة الذكور ونسبة 10.52% من فئة الإناث.

وما نستنتجه أن الإدارة في حدود إمكانياتها إذا تمكنت من تلبية رغبات المسنين فذلك يضيف عليهم البهجة ويرفع من معنوياتهم ويخلق بين الإدارة والمقيمين جو المودة وإن كان يتعذر على ميزانية المركز تلبية كل الرغبات.

وما لاحظته في المركز سخاء وكرم المحسنين وأصحاب القلوب الرحمة الذين يزرون المسنين ويحضرون لهم مختلف اللوازم والكثير من الهدايا والأكل الشهى.

جدول رقم 20: يوضح رأى المبحوثين في نوع الطعام المقدم حسب المستوى التعليمي

المجموع		ثانوي		متوسط		ابتدائي		يقرأ ويكتب		أمي		م.تعليم نوعية الطعام
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
1.22	02							5.26	01	0.78	01	لذيذ وشهي
03.06	05	/	/	/	/	27.27	03	10.52	02	/	/	كامل من حيث الفيتامينات
75.46	123	/	/	/	/	/	/	36.84	07	90.62	21.16	عادي
20.24	33	100	01	100	04	72.72	08	47.36	09	08.59	11	لا يطاق أكله
%100	163	%100	01	%100	04	%100	11	%100	19	%100	28	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن أغلبية المبحوثين بمختلف المستويات التعليمية وبنسبة 75.46% قالوا أن الأكل المقدم في المركز عادي، لا يمكن أن نقول لذيق ولا يمكن أن نحكم عليه انه لا يطاق أكله وهذه النسبة شكلتها 90.62% من المبحوثين ذوي المستوى الأمي و 36.84% من المبحوثين الذين يقرؤون ويكتبون أما المبحوثين الذين قالوا بان الأكل لا يطاق أكله فقدره نسبتهم بـ 20.24% وتضمنت هذه الأخيرة المبحوث الوحيد صاحب المستوى الثانوي بنسبة 100% تليها ذوي المستوى الابتدائي بنسبة 72.72%، المبحوثين الذين يقرؤون ويكتبون بنسبة 47.36% وذوي المستوى الأمي بنسبة 8.59%.

بينما نجد نسبة المبحوثين الذين صرحوا بان الأكل كامل من حيث الفيتامينات قدرت بـ 3.06% وتضمنت نسبة المبحوثين ذوي المستوى الابتدائي بـ 27.27% والمبحوثين الذين يقرؤون ويكتبون بـ 10.52%.

وأخيرا نسبة صغيرة جدا قدرت بـ 01.22% قالوا أن الأكل لذيذ وشهي وهم ينتمون إلى المبحوثين الذين يقرؤون ويكتبون بنسبة 05.26% وذوي المستوى الأمي نسبة 0.78% وما نستنتجه من هذا الجدول هو أن المستوى التعليمي يلعب دور في تحديد ذوق الأفراد بصفة عامة بما فيهم المبحوثين بحيث نلاحظ أن اغلب المبحوثين الذين قالوا أن الأكل عادي هم أميين بنسبة 90.62% في حين نجد ذوي المستوى التعليمي والثانوي بنسبة 100% صرحوا أن الطعام لا يطاق أكله ولا هو كامل من حيث الفيتامينات.

ومن جهة نستنتج ان رتبة الحياة الاجتماعية وتدني معنويات المسنين لا تحفز شهيتهم فما يهمهم أكثر هو ملء بطونهم حتى لا يجوعون ولا يهمهم نوعية الغذاء مع العلم أن النظام الغذائي الخاطئ ينتج تضائل في الطاقة الجسمية والعقلية وشعور بالتعب والميل إلى الكآبة والتذمر.

جدول رقم 21: يوضح حالة المبحوثين الصحية حسب السن

المجموع		71 فما فوق		65 - 70 سنة		60 - 64 سنة		الفئات العمرية
		%	ك	%	ك	%	ك	
14.72	24	/	/	19.64	11	13.13	13	جيدة
54.60	89	12.05	01	57.14	32	56.56	56	مقبولة
30.67	50	87.05	07	23.21	13	30.30	30	سيئة
%100	163	%100	08	%100	56	%100	99	المجموع

نلاحظ من بيانات الجدول أن أغلبية المبحوثين بمختلف الفئات العمرية وبنسبة 54.60 صحتهم مقبولة وهذه النسبة تتضمن بدورها نسبة 57.14% والتي شكلتها فئة (65-70 سنة) تليها فئة (60-64 سنة) بنسبة 56.56% وأخيرا المبحوثين الذين يتجاوز عمرهم 71 سنة بنسبة 12.05% اما المسنين الذين صرحوا أن صحتهم سيئة فبلغت نسبتهم 30.67% اغلبهم يتفاوت سنهم 71 بنسبة 87.05% تلي فئة (60-64 سنة) بنسبة 30.30% ثم فئة (65-70 سنة) بنسبة 23.21% وبلغت نسبة المبحوثين الذين يتمتعون بصحة جيدة 14.72% شكلتها فئة (65-70 سنة) بنسبة 19.64% وفئة (60-64 سنة) بنسبة 13.13%

وما يمكن استنتاجه من بيانات الجدول هو تراجع قوى المسنين وتدهور صحتهم كلما تقدم العمر بحيث نجد أن اكبر فئة عمرية هي التي صرحت بسوء أوضاعهم الصحية بنسبة 87.05% في حين صرحت اصغر الفئات العمرية (60-64) و(65-70) بان أوضاعهم الصحية مقبولة إلى جيدة.

فالشخص كلما تقدمت به السنين أصبح أكثر عرضة للأمراض الجسمية بسبب الشيخوخة وما يرافقها من تدهور في الوظائف هذا فضلا عن التغيرات التي حدثت في محيط المبحوثين بدخولهم المركز وشعورهم بالعجز وتناقص سلطتهم وغير ذلك من الأحداث التي تتسبب في شكاوي الجسم. جدول رقم 22: يبين أنواع الأمراض التي يعاني منها المبحوثين الذين صرحوا بأن صحتهم سيئة

حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس نوع المرض
		%	ك	%	ك		%	ك
34.00	17	81.81	9	20.51	8	ارتفاع ضغط الدم
16.00	08	81.81	/	20.51	8	السكري
08	04	81.81	/	10.25	4	أمراض القلب
14	07	81.81	/	17.94	7	أمراض المعدة وجهاز الهضمي
20	10	18.18	02	20.51	8	الأم في المفاصل(الروماتيزم)
02	01	/	/	02.56	1	مرض كلى
04	02	/	/	05.12	2	شلل حركي
02	01	/	/	02.56	1	سرطان
%100	50	%100	11	%100	39	المجموع

ما يمكن قراءته من هذا الجدول هو أن اغلب المبحوثين الذين قالوا بان صحتهم سيئة، الجنسين معا يعانون من ارتفاع ضغط الدم بنسبة 34.00% وهذا المرض يكثر في وسط الإناث بنسبة 81.81% مقابل الرجال بنسبة 20.51% والسبب في ذلك راجع إلى انقطاع الحيض عند النساء والذي يتسبب في ظهور مثل هذه الأعراض المرضية. والمرض الثاني الأكثر انتشار وسط المبحوثين من الجنسين نجد مرض المفاصل أو الروماتيزم بنسبة 20% وتضمنت النسبة 20.51% من مجموع الذكور المرضى و18.18% من مجموع الإناث. يليه مرض السكري بنسبة 16% ونجد ان المصابين كلهم ذكور بنسبة 20.51% من مجموع الذكور المرضى. يليه مرض المعدة والجهاز الهضمي عموما بنسبة 14% كلهم ذكور بنسبة 17.94% من مجموع ذكور المرضى.

يليه أمراض القلب والشرابين بنسبة 08% وكل المرضى ذكور بنسبة 10.25% من مجموع المبحوثين الذكور.

والمبحوثين المصابين بالشلل في الأعضاء بلغت نسبتهم 04% كلهم ذكور بنسبة 05.12% من مجموع الذكور.

وأخيرا نجد كل من مرض الكلى ومرض السرطان ينتشر بنسبة 02% وكل المرضى ذكور وبلغت نسبة المصابين بالسرطان والمصابين بمرض الكلى 2.56% من مجموع الذكور المبحوثين الذين صرحوا بأن صحتهم سيئة.

وما نستنتجه هو أن المبحوثين الذكور أكثر إصابة من النساء ببعض الأمراض كالسكري وأمراض القلب وأمراض المعدة، مرض الكلى، الشلل الحركي والسرطان وهذا ربما راجع إلى طبيعة معيشتهم ونوعية حياتهم في المراحل التي سبقت الشيخوخة. بينما نجد أن أكثر الأمراض التي تصيب النساء هي ارتفاع ضغط الدم والروماتيزم وهذا سببه كما سبق الإشارة إليه انقطاع الحيض الذي يتسبب في عدم توازن الغدد وتوتر الأعصاب والانقباض، إلى غير ذلك من المتاعب.

جدول رقم 23: يبين وجود طبيب في المركز وعدد المرات التي يكشف فيها على المبحوثين

المجموع		لا		نعم		وجود طبيب عدد مرات الكشف
%	ك	%	ك	%	ك	
19.01	31	/	/	19.01	31	مرة في الأسبوع على الأقل
11.65	19	/	/	11.65	19	مرتين في الشهر
49.69	81	/	/	49.69	81	مرة في الشهر
19.63	32	/	/	19.63	32	عند الألم
100%	163	/	/	100%	163	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن كل المبحوثين بنسبة 100% أجابوا أنه يوجد طبيب دائم في المركز وعند الحاجة ينتقلون للكشف عند أخصائي في المستشفى.

كما أكد 49.69% من المبحوثين أن الطبيب يكشف عليهم مرة على الأقل في الشهر. كما صرح 19.63% أنهم يذهبون لعيادة الطبيب عند إحساسهم بأي ألم. بينما قدرت نسبة الذين يتم الكشف عليهم مرة على الأقل في الأسبوع وأحيانا كل أيام الأسبوع 19.01% وهذه الفئة تتضمن كل المصابين بارتفاع ضغط الدم، المصابين بداء السكري وأمراض القلب، مريض الكلى والسرطان

والنسبة الأخيرة التي قدرة بـ 11.65% فتمثل المبحوثين الذين يكشف عليهم الطبيب مرتين في الشهر على الأقل واغلبهم يعانون من أمراض في الجهاز الهضمي وكذا الآلام في المفاصل. وما يمكن استنتاجه هو أن البعض من العناية الطبية متوفرة وأن المرضى المزمين يتم التكفل بهم من طرف المركز.

جدول رقم 24: يوضح وجود ممرض لتقديم العلاج الذي يقرره الطبيب وتقديم الدواء في مواعيده

المجموع		لا		نعم		وجود ممرض يقدم الدواء في مواعيده
%	ك	%	ك	%	ك	
100	163	/	/	/	163	نعم
	/	/	/	/	/	لا
%100	163	/	/	%100	163	المجموع

نستنتج من بيانا الجدول أن كل المبحوثين بنسبة 100% المرضى والمعاقين، أجابوا انه يوجد ممرضين في المركز لخدمتهم حسب تصريح المبحوثين يقدمان لهم الدواء بنظام وكذا العلاج الذي يقره الطبيب من حقن وقياس ضغط الدم إلى غير ذلك مما يحتاجه المسن المريض. ونستنتج من جهد الممرض الذي يحرص على تقديم الدواء للمسنين في ضوء خبرته أن القائمين بخدمات هيئة التمريض والطبيب يعملون جميعا كفريق واحد متكامل من أجل تقديم البعض من الرعاية الصحية المناسبة لكل مسن.

جدول رقم 25: يبين وجود صيدلية في المركز لحفظ وصرف الأدوية اللازمة وكيفية حصول

المسنين على الدواء

المجموع		لا		نعم		وجود صيدلية كيفية الحصول على الدواء
%	ك	%	ك	%	ك	
100	163	/	/	/	163	يصرف مجانا
	/	/	/	/	/	تشتريه بمالك
100 %	163	/	/	100 %	163	المجموع

كما يبدو واضحا من بيانات الجدول، أجاب كل المبحوثين بنسبة 100% انه توجد في المركز صيدلية لحفظ الدواء والأدوية المتوفرة في صيدلية المركز تصرف مجانا للمسنين حسب تصريحهم. جدول رقم 26: يبين مراعاة المركز للحالة الصحية للمسنين عند تحضير الوجبات الغذائية حسب

الحالة الصحية للمسنين

المجموع		سيئة		مقبولة		جيدة		الحالة الصحية مراعاة صحة المسنين
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
23.31	38	76	38	19.64	/	/	/	نعم
09.20	15	/	/	16.85	15	/	/	أحيانا
67.48	110	24	12	83.14	74	100	24	لا
%100	163	%100	50	%100	89	%100	24	المجموع

من بيانات الجدول يبدو لنا واضحا أن أغلبية المبحوثين بنسبة 67.48% أجابوا بان أوضاعهم الصحية لا تأخذ بعين الاعتبار عند تحضير الطعام، الأكل وهذه النسبة شكلتها كل فئة المتمتعين بالصحة الجيدة بنسبة 100%، تليها 83.14% من المبحوثين الذين صرحوا بان صحتهم مقبولة، و24% من المبحوثين ذوي الصحة السيئة.

ونجد نسبة قدرت بـ 23.31% من مجموع المبحوثين، صرحوا بان حالتهم الصحية تراعي عند تحضير الوجبات الغذائية وشكلت هذه النسبة 76% من مجموع المبحوثين الذين قالوا أن صحتهم سيئة.

وأخيرا النسبة المتبقية والمقدرة بـ 09.20% تمثل المبحوثين الذين قالوا بأنه أحيانا وليس دائما تراعي أوضاعهم الصحية عند طهي الطعام وهذه النسبة شكلتها 16.85% من المبحوثين الذين قالوا أن صحتهم مقبولة.

وما يمكن استنتاجه من الجدول هو أن كل الحالات المستعصية والتي تعاني من الأمراض المزمنة كارتفاع ضغط الدم، والمصابين بمرض القلب، وأمراض الجهاز الهضمي، ومرض الكلى والحالة التي تعاني من السرطان، كلها تراعي وضعهم عند تحضير الطعام بكيفية تتلاءم مع أمراضهم، فالمصابين بداء السكري يراعى مثلا أن لا يقدم لهم الحلويات أو بعض أنواع الفاكهة، والمصابين بارتفاع ضغط الدم يتناولون الأكل بدون ملح، والمصابين بأمراض القلب لا يتناولون المواد الدهنية والملح والى غير ذلك من أنواع الحمية الغذائية.

ومن الطبيعي أن يتناول باقي المقيمين الذين يتمتعون بصحة مقبولة أو جيدة الطعام المتوفر في المركز والمقرر من طرف الإدارة.

جدول رقم 27: يبين وجود طبيب أسنان في المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	وجود طبيب أسنان
/	/	/	/	/	/	نعم
100	163	100	19	/	144	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

يتضح لنا من بيانات الجدول انه لا يوجد طبيب أسنان في المركز وذلك من خلال الإجابات، بحيث أجاب كل المبحوثين، الجنسين معا بنسبة 100% انه لا يوجد أخصائي الأسنان.

جدول أ: يبين كيفية التكفل بالأم ومشاكل أسنان المبحوثين حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	طريقة التكفل
8.62	05	/	/	11.62	05	أتكفل شخصيا بمشاكل أسناني
89.65	52	100	15	86.04	37	ليتكفل المركز بعرضي على طبيب خارج المركز
1.72	01		/	2.32	01	أصبر حتى يزول الألم
%100	163	%100	15	%100	43	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو انه من مجموع المبحوثين لدينا 58 مبحوث يعانون من مشاكل وألام الأسنان وبما انه لا يوجد طبيب أسنان في المركز فلقد قالت نسبة كبيرة من هؤلاء المسنين قدرت بـ 89.65% على مستوي الجنسين أن إدارة المركز تتكفل بنقلهم إلى المستشفى وعرضهم على طبيب الأسنان كما تتكفل بتسديد ثمن طقم الأسنان بالنسبة للذين استفادوا من طقم أسنان. وهذه النسبة شكلتها نسبة 86.04% من مجموع الذكور الذين يعانون من مشاكل في الأسنان و15% من مجموع الإناث.

أما الفئة التي قالت بأنها تتكفل بنفسها عن طريق الفحص عند طبيب خاص، وتحمل مصاريف العلاج فقدرت نسبتهم 08.62% وتضمنت هذه النسبة نسبة الذكور بـ 11.62% وحسب المبحوثين، العلاج الذي يقدم في المستشفى ليس متقن فيفضلون عيادة طبيب مختص رغم التكاليف الباهضة. أما النسبة المتبقية والتي قدرت بـ 01.72% فصرحوا أنهم لا يعرضون مشاكلهم على طبيب بل يصبروا على الألم حتى يزول وهذه النسبة شكلها الذكور بنسبة 02.32%.

وما نستنتجه هو أن المركز قصر في توفير علاج الأسنان على مستواه وان كان يوفر انتقال المسن إلى المستشفى إلا انه يجدر أن يتوفر هذا النوع من العلاج داخل المركز ومجانا مع العلم أن اغلب المسنين يعانون من تساقط أسنانهم وهم في حاجة إلي طقم أسنان لتفادي مشاكل الهضم وغير ذلك من المتاعب

جدول رقم 28: يبين الحالة النفسية للمبحوثين حسب الجنس

المجموع	إناث		ذكور		الجنس	الحالة النفسية
	ك	%	ك	%		
09.20	15	52.63	10	03.47	05	مستقرة
23.92	39	/	/	27.08	39	مضطربة
07.36	12	05.26	01	07.63	11	اشعر بالارتياح
59.50	97	42.10	08	61.08	89	أعاني من القلق النفسي
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

من بيانات الجدول يتبين لنا أن أغلب المبحوثين الجنسين معا يعانون من القلق النفسي وهذه

النسبة شكلتها نسبة 61.80% من مجموع الرجال و 42.10% من مجموع الإناث.

كما صرح 23.92% من المبحوثين أنهم يعانون من الاضطراب النفسي و شكلت النسبة الذكور

بنسبة 27.08% من مجموع المبحوثين الرجال.

في حين قال 9.20% بأن حالتهم النفسية مستقرة وهادئة وهذه النسبة شكلتها الإناث بنسبة

52.63% والذكور بنسبة 3.47%.

وأخيرا فئة قليلة قدرت بـ 7.56% يشعرون بالارتياح النفسي شكلتها الفئة الذكور بنسبة

7.63% والإناث بنسبة 5.26% وما يمكن استنتاجه من هذا الجدول هو أن معاناة المسنين الذكور

النفسية تساوي تقريبا المعاناة النفسية للنساء وإن كانت حالات الاضطراب تعني بالخصوص الرجال

والسبب قد يعود إلى عدم تقبل الرجال لفقدان دورهم الاجتماعي ومكانتهم وتواجدهم في مؤسسة

عوض تواجدهم وسط أسرهم وهذا يعني فقدان لكرامتهم في حين نجد المسنة تتقبل وعكات المصير

بإرتياح وترضى "بالمكتوب" على حد تعبيرهن أكثر من المسن الرجل و تكتفي بالمأوى و المأكل و الحماية لكي تحسّ بالأمان النفسي .

جدول رقم 29: يبين حالة المبحوث عند التحاقه بفراشه حسب الحالة النفسية

المجموع		أعاني من القلق		أشعر بالارتياح		مضطربة		مستقرة		الحالة النفسية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
12.26	20	13.40	13	/	/	17.94	7	/	/	بعد الالتحاق بالفراش أستغرق وقتا طويلا حتى أنام
26.38	43	31.95	31	/	/	30.76	12	/	/	أستيقظ كثيرا في منتصف الليل
44.78	73	54.63	53	/	/	51.28	20	/	/	نومي متقطع ومضطرب
16.56	27	/	/	100	12	/	/	100	15	لا أستيقظ حتى الصباح
%100	163	%100	97	%100	12	%100	39	%100	15	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو اغلب المبحوثين بنسبة 44.78% صرحوا أن نومهم متقطع ومضطرب وشكلت هذه النسبة 54.63% من المبحوثين الذين صرحوا أنهم يعانون من القلق النفسي و 51.28% من مجموع المضطربين نفسيا كما صرح 26.38% من المبحوثين أنهم يستيقظون كثيرا أثناء الليل ولا يعرفون النوم الهادئ وشكلت هذه النسبة 31.95% من الذين يعانون من القلق و 30.76% من المضطربين في حين صرح 16.56% من المبحوثين أنهم بمجرد الالتحاق بفراشهم ينامون ولا يستيقظون حتى الصباح. وشكلت هذه النسبة كل المبحوثين الذين صرحوا باستقرار حالتهم النفسية بنسبة 100% وكل المبحوثين الذين قالوا أنهم يشعرون بالارتياح بنسبة 100% و النسبة المتبقية والتي قدرت بـ 12.26% تمثل المبحوثين الذين يستغرقون وقتا حتى ينامون. وشكلت هذه النسبة المبحوثين المضطربين نفسيا بنسبة 17.94% والمبحوثين الذين يعانون من القلق بنسبة 13.40% و ما نستنتجه هو وجود علاقة وطيدة بين الحالة النفسية للمبحوثين

ونوعية نومهم ونوعية حياتهم بصفة عامة. بحيث نجد انه من حيث الأعراض الأساسية المميزة للاضطرابات الاكتئابية الكبرى ضعف الشهية والأرق. هذا وباعتبار أن القلق سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة مصدرها قلق الصحة وقلق التقاعد وترك العمل وقلق الموت فان مظاهر الضعف الجسدي وما يعانیه المبحوثين في كثير من وظائفهم العقلية يجعلهم عرضة للخوف والقلق وابتعادهم عن الأسرة التي أنشأوها ووجودهم في المركز يشعرهم بالعزلة وافتقاد السند ويشعرهم بالألم والقلق.

جدول رقم 30: يبين وجود مختص نفساني في المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس	وجود مختص نفساني
		%	ك	%	ك			%	ك
100	163	100	19	100	144	نعم	
/	/	/	/	/	/	لا	
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع	

من بيانات الجدول يتضح لنا أن كل المبحوثين الجنسين معا بنسبة 100% قالوا بأنه يوجد طبيب نفسي في المركز.

جدول رقم أ: يبين تردد المسنين على الطبيب النفسي حسب الحالة النفسية

المجموع		أعاني من القلق		أشعر بالارتياح		مضطربة		مستقرة		الحالة النفسية	التردد
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
84.04	137	92.78	90	83.33	10	69.23	27	66.66	10	نعم	
15.95	26	7.21	7	16.66	2	30.76	12	33.33	5	لا	
%100	163	%100	97	%100	12	%100	39	%100	15	المجموع	

من بيانات الجدول يمكن قراءة ان نسبة كبيرة من المبحوثين قدرت بـ 84.04% صرحوا أنهم يترددون على الطيبة النفسانية وهذه النسبة شكلتها فئة المبحوثين الذين يعانون من القلق النفسي بنسبة 92.78% وفئة الذين يشعرون بالراحة النفسية بنسبة 83.33% وفئة المبحوثين المضطربين بنسبة 69.23% وفئة المبحوثين المستقرين نفسيا بنسبة 66.66%.

أما المبحوثين الذين لم يزوروا يوما الطيبة النفسانية فلم تتجاوز نسبتهم 15.95% اطلبهم بنسبة 33.33% من فئة المبحوثين المستقرين نفسيا، تليها فئة المبحوثين المضطربين بنسبة 30.76%، ثم فئة الذين يشعرون بالارتياح بنسبة 16.66% وأخيرا فئة الذين يعانون من القلق النفسي.

وما يمكن استنتاجه من هذه البيانات هو أن نسبة الإقبال على المختص النفسي كبيرة وهذا دليل على ما تعانيه الشيوخوخة من قلق واضطراب نتيجة اضمحلال الجسم ونقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية وقلق الانفصال والإحساس بالوحدة والفراغ وقلق الموت حيث الإحساس بالنهاية واليأس من الشفاء وكما يبدو لنا من البيانات فحتى المبحوثين المستقرين نفسيا في حاجة إلى استشارة نفسية وهذا كما سبقنا الإشارة إليه راجع إلى متاعب الشيوخوخة النفسية وأبرزها الشعور بالخوف الدائم.

جدول رقم ب: يبين طريقة علاج المختص النفسي المترددين عليه حسب الحالة النفسية

المجموع		أعاني من القلق		أشعر بالارتياح		مضطربة		مستقرة		طريقة العلاقة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
20.74	28	3.33	3	100	10	18.51	5	100	10	يتحاور معك
79.56	109	96.66	87	/	/	81.48	22	/	/	يقدم لك مهدئات
100%	137	100%	90	100%	10	100%	27	100%	10	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن اغلب المبحوثين الذين يترددون ويوزرون الطيبة تقدم لهم مهدئات ومنومات، وهذه النسبة شكلتها فئة المبحوثين الذين يعانون من القلق النفسي بنسبة 96.66% وفئة المبحوثين المضطربين بنسبة 81.84%.

أما الفئة المتبقية والتي قدرت نسبتها 20.74% فتمثل المبحوثين الذين تتحاور معهم الطبية النفسية دون تقديم لهم دواء وشكلت هذه النسبة كل المبحوثين المستقرين نفسيا وكل الذين يشعرون بالراحة بنسبة 100%.

وما نستنتجه من الجدول هو أن المبحوثين الذين يعانون من التوتر النفسي والاضطرابات لحد الأرق يعالجون بالأدوية والمهدئات في حين تكتفي الطبية بالتحاور وتبادل أطراف الحديث مع المبحوثين الذين يشعرون بالراحة والاستقرار لإزاحة الوحدة ومساعدتهم على الاستمتاع بالحياة في المركز.

جدول رقم 31: يبين مزاج المبحوثين وهم في المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
		ك	%	ك	%	
12.88	21	15.78	03	12.05	18	حالة المزاج
87.11	142	84.21	16	87.05	126	على ما يرام
87.11	142	84.21	16	87.05	126	سيئ
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول، فإن اغلب المبحوثين، الجنسين معا، بنسبة 87.11% قالوا بان مزاجهم سيء ومعنوياتهم منخفضة بتواجدهم في المركز وشكلت هذه النسبة اغلب الذكور بـ 87.05% واغلب الإناث بـ 84.21%. والنسبة المتبقية والتي قدرت بـ 12.88% صرحوا بان مزاجهم على ما يرام، الذكور بنسبة 12.05% والإناث بنسبة 15.78%. وما يمكن قوله من خلال هذه البيانات هو أن الذكور والإناث يتساوون من حيث انخفاض معنوياتهم من وجودهم في المركز بحيث نجد ان اغلب المسنين والمسنات يمرون بأخر أزمات نموهم بيأس وقنوط.

جدول أ: يبين سبب شعور المبحوثين بأن مزاجهم سيئ وهم في المركز حسب مدة الإقامة في

المركز (قمت بحصر كل الحالات بعد تفريغ الاستمارة) فوجدتها كما يلي:

السبب / مدة الإقامة	أقل من سنة		2-1		4-3		6-5		8-7		10-9		10 فأكثر		المجموع	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
الحياة في المركز ممتة	3	25	13	56.52	7	22.58	9	40.90	3	27.27	7	31.81	10	47.61	52	36.61
اشتقت لأهلي وأبنائي	9	75	1	4.34	5	16.12	4	18.18	/	/	3	13.63	/	/	22	15.49
أحي أي عبئ على الآخرين	/	/	6	26.08	6	19.35	5	22.72	3	27.27	6	27.27	7	33.33	33	23.23
أحس أي فشلت في الحياة	/	/	3	13.04	8	25.80	2	9.09	4	36.36	1	4.54	1	4.76	19	13.38
اشعر بالقلق على صحي	/	/	/	/	1	4.54	2	9.09	/	/	5	22.72	/	/	8	5.63
فقدت الشهية والنوم	/	/	/	/	4	12.90	/	/	1	9.09	/	/	3	14.28	8	5.63
المجموع	12	100%	23	100%	31	100%	22	100%	11	100%	22	100%	21	100%	142	100%

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن أكبر نسبة من المبحوثين والمقدرة بـ 36.61%

صرحوا بأن السبب في سوء مزاجهم هو رتابة الحياة في المركز ووصفوها بأنها ممتة، وشكلت النسبة المقيمين منذ سنة إلى سنتين بنسبة 56.52% والمقيمين منذ أكثر من 10 سنوات بنسبة 31.81% والمقيمين منذ 7-8 سنوات بنسبة 27.27% والمقيمين منذ أقل من سنة بنسبة 25% والمقيمين منذ 3-4 سنوات بـ 22.58% وقدرت نسبة المستائين بسبب إحساسهم أنهم يشكلون عبء على الآخرين بـ 23.23% وشكلتها نسبة المقيمين منذ أكثر من 10 سنوات بنسبة 33.33%

والمقيمين منذ سنة إلى سنتين بنسبة 26.08 % والمقيمين منذ 7 إلى 10 سنوات بنسبة 27.27 % والمقيمين منذ 5-6 سنوات بنسبة 22.72 % وأخيرا المقيمين منذ 3-4 سنوات بنسبة 19.35 %، أمّا المحيطين بسبب اشتياقهم لأهلهم وأبنائهم فقدرت نسبتهم بـ 15.49 % واحتوت النسبة المقيمين منذ أقل من سنة بنسبة 75 % والمقيمين منذ 5-6 سنوات بنسبة 18.18 % والمقيمين منذ 3-4 سنوات بنسبة 16.12 % والمقيمين منذ 9-10 سنوات بنسبة 13.63 % والمقيمين منذ سنة إلى سنتين بنسبة 4.34 % ، أمّا المبحوثين الذين نسبتهم بالفشل في الحياة في استيائهم وتذمرهم فقدرت نسبتهم بـ 13.38 % واحتوت النسبة المقيمين منذ 7-8 سنوات بنسبة 36.36 % والمقيمين منذ 3-4 سنوات بنسبة 25.80 % والمقيمين منذ سنة إلى سنتين بنسبة 13.04 % والمقيمين منذ 5-6 سنوات بنسبة 9.09 % والمقيمين منذ 10 سنوات فأكثر بنسبة 4.76 % والمقيمين منذ 9-10 سنوات بنسبة 4.54 %.

أمّا المبحوثين الذي تسبب قلقهم على صحتهم في سوء مزاجهم فقدرت نسبتهم بـ 5.63 % واحتوت نسبة المقيمين منذ 9-10 سنوات بنسبة 22.72 % والمقيمين منذ 5-6 سنوات بنسبة 9.09 % والمقيمين منذ 3-4 سنوات بنسبة 4.54 %.

وأخيرا نفس النسبة (15.63 %) من المبحوثين صرحوا أن أرقهم وفقدانهم للشهية هو أكبر سبب في انخفاض معنوياتهم وتضمنت النسبة المقيمين منذ أكثر من 10 سنوات بنسبة 14.28 % والمقيمين منذ 3-4 سنوات بنسبة 12.90 % والمقيمين منذ 7-8 سنوات بنسبة 9.09 %.

ونستنتج من هذه البيانات أن طول مدة الإقامة تلعب دور في انخفاض معنويات المبحوثين واستيائهم لكن هذا ليس السبب الوحيد بحيث تتداخل الأسباب وهي كثيرة التي تعكّر مزاج المقيمين وتحول دون استقرارهم النفسي.

جدول ب: يبين سبب شعور المبحوثين بأن مزاجهم على ما يرام وهم في المركز حسب الحالة المدنية (قمت بحصر كل الحالات بعد تفريغ الاستمارة) فوجدتها كما يلي:

المجموع		أرمل (ة)		مطلق(ة)		متزوج(ة)		أعزب(ة)		الحالة المدنية السبب
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
52.38	11	/	/	/	/	/	/	57.89	11	أشعر بالحماية
4.76	1	/	/	/	/	/	/	5.26	1	الحياة في المركز ممتعة
14.28	3	/	/	100	2	/	/	5.26	1	لي أصدقاء في المركز
28.57	6	/	/	/	/	/	/	31.57	6	المركز أرحم من الشارع
%100	21	/	/	%100	2	/	/	%100	19	المجموع

ما يمكن قراءته من الجدول هو أن اغلب المبحوثين الذين صرحوا بان مزاجهم على ما يرام وهم في المركز، بنسبة 52.38%، السبب في ذلك يعود حسبهم الى شعورهم بالحماية وهم في المركز وعلى حد تعبيرهم "هنا نأكلوا ونشربوا، وشكلت النسبة، نسبة 57.89% من فئة العزاب. كما صرح 28.57% من المبحوثين أن سبب ارتفاع معنوياتهم في المركز راجع إلى أن الحياة في المركز ارحم من الشارع "لمعيشة برا واعرة، كنا في الزنقة كي لكلا" وهذه النسبة شكلها العزاب بنسبة 31.57% هذا وقال 14.28% من المبحوثين المتمتعين بمزاج عالي أن تكوينهم صدقات في المركز منع الإقامة ولقد شكلت هذه النسبة المطلقين والعزاب بنسبة 5.26%.

أما النسبة المتبقية والمقدرة بـ 04.76% فتمثل المبحوثين الذين قالوا بان الحياة في المركز مرحة وممتعة "ران عايشين Bien مهنيين" ولقد شكلت هذه النسبة 05.26% من مجموع المبحوثين العزاب.

وما يمكن استنتاجه من بيانات هذا الجدول هو وجود علاقة بين الحالة المدنية وإيجابية المزاج بحيث أن كل المبحوثين الذين يحسون بالسعادة وهم في المركز ويشعرون بارتفاع روحهم المعنوية

هم كلهم تقريبا من فئة العزاب ما عاد حالتين مطلقتين، وما يمكن قوله هو انه بالنسبة للمسنين الذين لا عائلة لهم ولا أقارب ولا عائل ولا مسكن يعتبر مركز العجزة المأوى اللائق الذي يوفر الطعام والمسكن والملبس والشعور بالأمان والإحساس بالحماية، لأنه هو أهون بكثير من الجوع والعراء والبرد والحرارة والأهوال التي تميز الحياة في الشارع، تحت الجسور، على الأرصفة وفي المحطات.

جدول رقم 32: يوضح شعور المبحوثين بتناقص أهميتهم وهم في المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس تناقص الأهمية
%	ك	%	ك	%	ك	
91.41	149	89.47	17	91.66	132	نعم
14.72	24	10.52	02	08.33	12	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو انه اغلب المبحوثين الجنسين معا وبنسبة 91.4 % صرحوا بأنهم يشعرون بتناقص أهميتهم وهم في المركز وهذه النسبة شكلتها فئة الذكور بنسبة 91.66 % والإناث بنسبة 89.47%.

في حين صرح 14.72% من مجموع المبحوثين أنهم لم يشعروا يوما بتناقص أهميتهم وشكلت هذه النسبة الإناث بنسبة 10.52% والذكور بنسبة 08.33%.

وما يمكن قوله هو أن الذكور والإناث متساوون من حيث شعورهم بفقدان أو تناقص أهميتهم وهم في المركز بشعورهم أنهم خدعوا وأن نهاية حياتهم تسربت منهم دون أن يستثمروها بحيث يصعب عليهم في المركز إيجاد رضا شخصي وقيمة للذات كالاتمرار في القيام بالنشاطات المهنية السابقة التي كانت تحدد ذواتهم في الحياة السابقة بالإضافة إلى الحرمان من العلاقات القرابية والعائلية التي كانت تؤلف جزءا كبيرا من نشاطهم واهتماماتهم اليومية.

جدول أ: سبب شعور المبحوثين بتناقص أهميتهم في المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		السبب
%	ك	%	ك	%	ك	
38.92	58	47.05	08	37.87	50	لم اعد قادرا على القيام بأي عمل
28.18	42	17.64	03	29.54	39	كل الأشياء التي أقوم بها روتينية
15.43	23	11.76	02	15.90	21	أحوجتني الحياة لغيري
08.72	73	05.88	01	08.63	12	اشعر بالنبذ والإهمال
06.04	09	11.76	02	05.30	07	انشغل أولادي عني
02.68	04	05.88	01	02.72	03	مهمتي في الحياة انتهت
%100	149	%100	17	%100	132	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فان اغلب المبحوثين بنسبة 38.92% قالوا أن سبب شعورهم بتناقص أهميتهم وهم في المركز سببه عدم قدرتهم على القيام بأي عمل. وهذه النسبة تضمنت الإناث بنسبة 47.05% والذكور بنسبة 37.87%.

في حين قال 28.18% أن السبب يعود إلى روتينية الأشياء التي يقومون بها في المركز وهذه النسبة تضمنت فئة الذكور 29.54% والإناث بـ 17.64%.

في حين صرح 15.43% من المبحوثين أن حاجتهم لغيرهم في الحياة كثف شعورهم بتناقص أهميتهم وهذه الفئة تضمنت الذكور بنسبة 15.90% والإناث 11.76%.

هذا والشعور بالنبذ والإهمال تسبب في شعور 08.72% من المبحوثين بتناقص أهميتهم وهذه النسبة شكلتها فئة الذكور بـ 08.63% وفئة الإناث بـ 05.88%.

وعبر 06.04% من المبحوثين أن انشغال أولادهم عنهم ولد شعورهم بتناقص أهميتهم وقد احتوت هذه النسبة 11.76% من الإناث و 05.30% من الذكور.

وأخيرا النسبة المتبقية والتي قدرت بـ 02.68% تمثل المبحوثين الذين يعتبرون مهمتهم في الحياة انتهت لذا تناقصت أهميتهم واحتوت النسبة الإناث بنسبة 05.88% والذكور بنسبة 02.72%.

ونستنتج من هذه البيانات أن المبحوثين الجنسين معا عندما لا يجدون السعادة والرفاهية أساسا في نشاط جسمهم بسبب التغيرات الجسمية وتراجع القدرات يتعرضون لاضطراب تجعلهم يشعرون

باليأس من أنفسهم وعدم الجدوى من حياتهم. ونلاحظ من بيانات الجدول أن المسنات أكثر تعرض للشعور بتناقص الأهمية بسبب ضعف قوتهن الجسمية.

كما نستنتج أن فقدان الدافعية، ورتابة الحياة وبلدتها في المركز في غياب التجديد والنشاط يتسبب في الشعور بنقصان الأهمية عند الذكور أكثر من الإناث.

في حين يتفق كل من الذكور والإناث في كونهم يرفضون الشعور أنهم عبئ على الآخرين بسبب كبر السن والتعب.

كما نستنتج أن الصورة المنفرة والسلبية التي تقترن بالمرس المهمل في مركز العجزة تؤثر في الذكور أكثر من النساء، فإحساس المرس بقلة جاذبيته تشعره بنقصان أهميته ونلاحظ أن الذكور والإناث يتساوون من حيث الآثار البعيدة المدى التي تنشأ نتيجة إنشغال الأبناء عن آبائهم ولعل أبرزها الشعور باليأس والحزن والإحباط.

وأخيرا نجد أن اليأس الذي يظهر في صورة الشعور بان الوقت صار قصيرا جدا وانه لا توجد فرصة للبحث عن طريق بديل لحياة جديدة انتاب الذكور أكثر من الإناث.

جدول ب: يبين سبب شعور المبحوثين بعدم تناقص أهميتهم في المركز حسب الحالة النفسية

المجموع		أشعر بالقلق		أشعر بالارتياح		مضطربة		مستقرة		الحالة النفسية	السبب
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
33.33	8	/	/	27.27	3	/	/	38.46	5	لازلت شخصا مهما بين الناس	
25	6	/	/	18.18	2	/	/	30.76	4	عندي الكثير من العزيمة	
8.33	2	/	/	18.18	2	/	/	/	/	عندي أفكار جديدة مبتكرة	
16.66	4	/	/	18.18	2	/	/	15.38	2	أشعر بأن لي فائدة ونفع في الحياة	
8.33	2	/	/	9.09	1	/	/	7.69	1	مازلت أخطط لمستقبل حياتي	
8.33	2	/	/	9.09	1	/	/	7.69	1	يساعدني أهلي وأصدقائي عندما أحتاج إليهم	
%100	24	/	/	%100	11	/	/	%100	13	المجموع	

بعد حصر كل الحالات التي أجابت نعم، يمكن من قراءة الجدول القول أن أغلب المبحوثين الذين لا يشعرون بتناقص أهميتهم بنسبة 33.33 % والسبب حسبهم يعود إلى كونهم لحدّ اليوم أشخاصا مهمين بين الناس، كما قال أحد المبحوثين: << مازلت على ديداني >> ولقد احتوت هذه النسبة 38.46% من المبحوثين المستقرين نفسيا و 27.27 % من المبحوثين الذين يشعرون بالراحة النفسية.

كما عبّر 25% من المبحوثين أنّ عزيمتهم الكبيرة تشعرهم باستمرار بأهميتهم ولقد احتوت النسبة المستقرين نفسيا بنسبة 30.76 % والذين يشعرون بالارتياح بـ 18.18 %.

ولقد صرّح 16.66 % من المبحوثين أنّ أهميتهم تكمن في شعورهم المستمر بفائدتهم ونفعهم في الحياة وهذه النسبة تضمنت المبحوثين الذي يشعرون بالارتياح بنسبة 18.18 والمبحوثين المستقرين نفسياً بنسبة 15.38%.

هذا وقال 8.33% من المبحوثين أنّ أهميتهم تكمن في اكتسابهم المتواصل للأفكار الجديدة المبتكرة وتضمنت النسبة المبحوثين الذين يشعرون بالارتياح بنسبة 18.18 كما صرحت نفس النسبة من المبحوثين بأنهم مازالوا يخططون لمستقبل حياتهم وهذا ما يساعدهم على الحفاظ على أهميتهم وتضمنت النسبة 9.09% من الذين يشعرون بالارتياح و 7.69% من المبحوثين المستقرين نفسياً. ونفس النسبة من المبحوثين والمقدرة بـ 8.33% أكدوا أنّ مساعدة أهلهم وأصدقائهم عند حاجتهم إليهم ساهمت بكثير في حفاظهم شعورهم بأهميتهم وشكلت النسبة فئة المستقرين نفسياً بـ 7.69% والذين يشعرون بالارتياح بنسبة 9.09%.

وما يمكن استنتاجه من بيانات الجدول هو أنّ الراحة والاستقرار النفسي للمبحوثين يساعدهم إلى حدّ بعيد على تجاوز ضغوطات الحياة وأهمها في حالة المبحوثين هو الإقامة بمركز العجزة. فنلاحظ من خلال البيانات أنّ كل المبحوثين الذين لا ينتابهم الشعور بتناقض أهميتهم هم من المبحوثين المستقرين والمرتاحين نفسياً الأمر الذي سمح لهم بالتمتع بحياتهم في المركز واحتفاظهم بمفهوم ذات عالي ودافعية رفيعة وصلات سعيدة مع أقاربهم وثقة كبيرة في قدراتهم وإمكانياتهم. جدول رقم 33: يبين اهتمام المبحوثين بمقابلة الناس والأصدقاء حسب الفئات العمرية

المجموع		71 فما فوق		65 - 70 سنة		60 - 64 سنة		فئات العمر الاهتمام بمقابلة الناس
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
15.95	26	12.05	01	05.35	03	60.60	60	نعم
84.04	137	87.05	07	94.64	53	39.39	20	لا
%100	163	%100	08	%100	56	%100	99	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإنّ أغلبية المبحوثين بنسبة 84.04% عبّروا عن رفضهم مقابلة الناس والأصدقاء ولقد تضمنت هذه النسبة الأغلبية من فئة (65-70 سنة) بنسبة 94.64%، وأغلبية فئة 71 سنة فما فوق بنسبة 87.5% و60.60% من فئة (60-64 سنة). هذا في حين بلغت نسبة المهتمين بمقابلة الناس والأصدقاء 15.95% والمشكلة من فئة (60-64 سنة) بنسبة 60.60% تليها البالغين من العمر 71 سنة فأكثر بنسبة 12.5%. وأخيراً فئة (65-70 سنة) بنسبة 5.35%.

ونستنتج من هذه البيانات أن وحدة وعزلة المبحوثين كلما تقدموا في العمر تزداد بشدة وفي المقابل نجد أن أصغر الفئات عمرا لها قابلية على التفاعل مع غيرهم والدخول في علاقات اجتماعية. كما تثبت ذلك النسبة المسجلة بـ 60.60 % والتي تمثل المبحوثين الذين تتراوح أعمارهم بين 60-64 سنة والذين صرحوا بأنهم يهتمون بمقابلة الناس والأصدقاء.

جدول أ: يبين أسباب عدم اهتمام المبحوثين بمقابلة الناس والأصدقاء حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
		%	ك	%	ك	
25.15	41	42.10	08	22.91	33	وجودي في المركز سبب عزلي عن المجتمع
04.29	07	10.52	02	03.47	05	فقدت الاهتمام بالآخرين ولا أبالي بهم
20.85	34	26.31	05	20.13	29	الصداقة الحقيقية نادرة
17.77	28	05.26	01	18.75	27	اشعر بالوحدة حتى وأن بين الناس
15.95	26	05.26	01	17.36	25	ليس هناك من يستحق أن أصادقه
09.81	16	05.26	01	10.41	15	الروابط بين الناس أصبحت ضعيفة
06.74	11	05.26	01	06.94	10	أنا وحيد بعيد عن الآخرين
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين الجنسين معا وبنسبة 25.15 % صرحوا أن علاقاتهم الاجتماعية تقلصت نتيجة دخولهم المركز وتضمنت النسبة 42.10 % من النساء و 22.91% من الرجال، كما ذهب 20.85 % من المبحوثين إلى القول أن سبب عزلتهم راجع إلى ندرة الصداقة الحقيقية واحتوت النسبة فئة الإناث بـ 26.31 % وفئة الذكور بـ 20.13%، هذا وقدرت نسبة الذين يشعرون بالوحدة وهم بين الناس بـ 17.77 % شكلتها فئة الذكور بنسبة 18.75 % ونسبة الإناث بـ 5.26 %.

هذا وأكد 15.95 % من مجموع المبحوثين أنه ليس هناك من يستحق صدقاتهم وتضمنت النسبة فئة الذكور بنسبة 17.36 % ونسبة الإناث بـ 5.26 % كما قال 9.81 % أنّ الروابط الضعيفة بين الناس جعلتهم يفضلون الوحدة، وتضمنت النسبة الذكور بـ 10.41 % والإناث بـ 5.26 %، وصرح 6.74 % من المبحوثين أنهم يفضلون الوحدة والبعد عن الآخرين وأغلبهم ذكور بنسبة 6.94 % أمّا الإناث فشكّلوا 5.26 %

وأخيرا قدرت النسبة المتبقية بـ 4.29 % وتمثل المبحوثين الذين فقدوا الاهتمام بالآخرين وأغلبهم إناث بنسبة 10.52 % والنسبة المتبقية وهي 3.47 % تمثل الإناث.

وما نستنتجه من هذا الجدول هو أن المبحوثين ذكورا أم إناثا بانسحابهم من المجتمع والحياة الاجتماعية ونتيجة القيود التي وضعت على عالمهم الاجتماعي وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع منذ أن التحقوا بالمركز، فقدوا الثقة في أنفسهم وفي كل المحيطين بهم وازداد بأسهم من السعادة والغد الجميل.

إنّ افتقاد المبحوثين أواصر الاتصال مع الأقارب والأصدقاء وفتور الحياة في المركز غرس في نفس المبحوثين الشك في إخلاص الآخرين وزاد من عزلتهم ووحدهم وقلص علاقاتهم الاجتماعية ففقدان الأمل ومشاعر المرارة والرغبة في البعد عن الناس واستغراق المبحوثين في مشاكلهم قتل صلاتهم بالآخرين.

جدول رقم ب: يبين أسباب اهتمام المبحوثين بمقابلة الناس والأصدقاء حسب الحالة النفسية

المجموع		أشعر بالقلق		أشعر بالارتياح		مضطربة		مستقرة		الحالة النفسية
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	السبب
7	26.92	/	/	-	/	/	/	46.66	7	أشعر بقربي من الناس الذين هم حولي
4	15.38	/	/	-	/	/	/	26.66	4	أشعر بأنني محبوب وموضع ثقة
12	46.15	/	/	81.81	9	/	/	20	3	أنا قادر على تكوين صداقات جديدة
3	11.53	/	/	18.18	2	/	/	6.66	1	أهتم بمعاملة الناس لأنني لا أحب الوحدة
26	%100	/	/	%100	11	/	/	%100	15	المجموع

يتبين لنا من بيانات الجدول أن أغلب المبحوثين الذين يهتمون بمقابلة الناس والأصدقاء بنسبة 46.15% صرحوا أن السبب يعود إلى قدرتهم على تكوين صداقات جديدة وشكلت هذه النسبة المبحوثين المرتاحين نفسياً بنسبة 81.81% والمستقرين نفسياً بنسبة 20%.

وصرح 26.92% أن شعورهم بقربهم من الناس الذين حولهم جعلهم يهتمون بمقابلة الناس واحتوت هذه النسبة المستقرين نفسياً بنسبة 46.66%.

وأكد 15.38% بأن شعورهم بأنهم محبوبين وموضع ثقة هو الذي جعلهم يهتمون بمقابلة الناس والأصدقاء وتضمنت النسبة 26.66% من المبحوثين المستقرين نفسياً.

وأخيراً نسبة 11.53% قالوا أنهم يهتمون بمقابلة الناس والأصدقاء لأنهم لا يحبون الوحدة وهذه النسبة شكلتها فئة المرتاحين نفسياً بنسبة 18.8% وفئة المستقرين نفسياً بنسبة 6.66%.

وما نستنتجه هو أن العلاقات الاجتماعية الناجحة مع الآخرين من مظاهر الصحة النفسية عند الفرد لذلك فإن علاقات الفرد الاجتماعية تعتبر أحد المؤشرات الأساسية للسواء في السلوك، هذا من جهة ومن جهة أخرى نستنتج أن الصحة النفسية والراحة والاستقرار النفسي يجعل المبحوثين راغبين

في التفاعل مع غيرهم ونافرين للوحدة، وسعادتهم النفسية تمكنهم من الدخول غي علاقات ودية مع الآخرين وتقضي على الضغوطات التي تفرضها الحياة المؤسسية.
جدول رقم 34: يوضح صعوبة اتخاذ المبحوثين القرارات وهم في المركز حسب الجنس:

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
		%	ك	%	ك	
95.09	155	84.21	16	96.52	159	وجود صعوبة نعم
4.90	8	15.78	3	3.47	5	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن نسبة كبيرة من المبحوثين الجنسين معا بنسبة 95.09 % صرحوا أنهم يجدون صعوبة في اتخاذ القرارات وهم في المركز ولقد تضمنت نسبة الذكور بنسبة 96.52 % والإناث بنسبة 84.21 % .
وقدرت نسبة المبحوثين الذين أجابوا أنهم لا يجدون أي صعوبة في اتخاذ القرارات بـ 4.90 % وتضمنت هذه النسبة الإناث بـ 15.78 % والذكور بـ 3.47 %
وما نستنتجه هو أن الذكور والإناث معا مستسلمين وغير قادرين على اتخاذ أي قرار بحيث نجد أن مظاهر الضعف الجسمي وما يعانیه المسنين من العجز والمرض والسأم والملل والشعور بالبلادة والإقبال على الحياة يوم بعد يوم في روتينية الحياة في المركز وضع حدود لقدرتهم على اتخاذ القرارات.

جدول أ: يوضح أسباب الصعوبات التي تواجه المبحوثين في اتخاذ قراراتهم حسب السن:

المجموع		71 فما فوق		65-70 سنة		60-64 سنة		السن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	أسباب الصعوبة
2.77	4	66.66	4	/	/	/	/	تفكيري وعقلي عاجزين عن اتخاذ القرارات
3.22	5	/	/	9.25	5	/	/	لا أستطيع أن أحكم على الأمور بسرعة وحكمة
1.29	2	33.33	2	/	/	/	/	عند إصداري لأي قرار أجد صعوبة بالغة
92.90	144			90.74	49	100	95	لا أحد يحتاج لقراراتي
%100	155	%100	6	%100	54	%100	95	المجموع

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين الذين تواجههم صعوبات في اتخاذ القرارات بنسبة 92.90% قالوا أن السبب يعود إلى عدم جدوى قراراتهم بحيث ليس هناك من يحتاج إلى قراراتهم. وتتضمن هذه النسبة المبحوثين الذين يتراوح عمرهم بين 60-64 سنة بنسبة 100% والذين يتراوح عمرهم بين 65-70 سنة بنسبة 90.74%، أما الذين صرحوا بأن السبب يعود إلى عدم قدرتهم على الحكم على الأمور بسرعة وحكمة فقدرت نسبتهم بـ 3.22% وشكلت نسبة المبحوثين الذين يتراوح عمرهم بين 65-70 سنة بنسبة 9.25% وقدرت نسبة المبحوثين الذين صرحوا بأن عجز تفكيرهم وعقلهم عن اتخاذ القرارات هو سبب عدم اتخاذهم القرارات بنسبة 2.77% وتضمنت هذه النسبة فئة 71 سنة فما فوق بنسبة 66.66% والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 1.29% فتمثل المبحوثين الذين يجدون صعوبة بالغة عند إصدارهم لأي قرار ولقد تضمنت هذه النسبة المبحوثين الذين يتراوح عمرهم بين 65-70 سنة بنسبة 33.33% وما يمكن استنتاجه من بيانات هذا الجدول هو أن المبحوثين الأصغر سناً يجدون صعوبات في اتخاذ قراراتهم بسبب قناعتهم بعدم أهمية قراراتهم وأنها لن تأخذ بعين الاعتبار

هذا في حين نجد الفئات المتقدمة في السن تجد صعوبات في اتخاذها للقرارات بسبب عجزها ونقص إدراكها وتراجع قدراتها على الحكم على الأشياء بحكمة وصواب.

جدول رقم 35: يوضح تفاؤل وتشاؤم المبحوثين بالمستقبل وهم في المركز حسب الجنس:

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	
11.65	19	10.52	2	11.80	17	متفائل
82.20	134	89.47	17	88.19	127	متشائم
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن معظم المبحوثين الجنسين معا وبنسبة 82.20 % صرحوا بأنهم متشائمين بالمستقبل وهم في مركز للعجزة ولقد تضمنت هذه النسبة الإناث بنسبة 89.47 % والذكور بنسبة 88.19 % والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 11.65 % فتمثل المبحوثين المتفائلين بالمستقبل ولقد تضمنت النسبة الذكور بـ 11.80 % والإناث بـ 10.52 % وما يمكن قوله هو أن الذكور والإناث متساوون من حيث تشاؤمهم ومن حيث تفاؤلهم من حيث النسب.

جدول أ: يبين أسباب تشاؤم المسنين بالمست قبل وهم في المركز حسب الحالة الصحية

المجموع		سيئة		مقبولة		جيدة		الحالة الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	سبب التشاؤم
2.2	3			3.0	5	3	/	هذه أكثر فترات حياتي كآبة
32.0	43			52.4	3	46	/	أنا مكتئب ويانس جدًا
17.16	23			25.60	21	100	2	أشعر بالمرارة للكيفية التي انتهت بها حياتي
11.19	15			18.29	15		/	أعيش على الذكرى أكثر مما أعيش على الأمل
23.88	32	64	32	/	/	/	/	ليس في الحياة ما يستحق أن أعيش من أجله
6.71	9	18	9	/	/	/	/	أسباب المشاكل للآخرين
5.97	8	16	8	/	/	/	/	الكثير يتمنون موتي
0.74	1	2	1	/	/	/	/	أشعر بالملل من الحياة
	134	100%	50		82	100%	2	المجموع

نلاحظ أن أغلب المبحوثين بنسبة 32.08 % قالو أن سبب تشاؤمهم راجع إلى اكتئابهم وبؤسهم الشديد وهذه النسبة تضمنت أصحاب الحالة الصحية المقبولة بنسبة 52.43 % تليها نسبة 23.88 % والتي تمثل المبحوثين المتشائمين بسبب انعدام ما يستحق العيش من أجله وتضمنت النسبة أصحاب الحالة الصحية السيئة بنسبة 64 % .

وبلغت نسبة المتشائمين بسبب شعورهم بالمرارة للكيفية التي انتهت بها حياتهم 17.16 % وتضمنت أصحاب الصحة المقبولة بـ 25.60 % أما المتشائمين من المستقبل بسبب عيشهم على الذكرى أكثر من عيشهم على الأمل، فبلغت نسبتهم 11.19 % وتضمنت أصحاب الصحة المقبولة بنسبة 18.29 % .

كما نجد من يتشائم بالمستقبل لأنه مقتنع بأنه يسبب المشاكل للآخرين وهؤلاء المبحوثين قدرت نسبتهم بـ 6.71 % وتضمنت النسبة أصحاب الصحة المتدهورة بنسبة 18 % وقدرت نسبة المبحوثين الذين يعتقدون أن الكثير ممن حولهم يتمنون لهم الموت الأمر الذي جعلهم متشائمين 5.97 % وتضمنت النسبة أصحاب الصحة السيئة بنسبة 16 % تليها نسبة المبحوثين الذين صرحوا أن هذه الفترة هي أكثر فترات حياتهم كآبة مما جعلهم متشائمين وقدرت نسبتهم بـ 2.23 % وتضمنت الفئة أصحاب الصحة المقبولة بنسبة 3.65 % وأخيرا النسبة المتبقية والمقدرة بـ 0.74 % تمثل المبحوثين المتشائمين بسبب شعورهم بالملل من الحياة وتضمنت النسبة مبحوثين من المتمتعين بالصحة الجيدة.

وما يمكن استنتاجه من بيانات الجدول فإننا ما عدا حالتين فقط من المبحوثين المتمتعين بالصحة الجيدة فنجد كل المبحوثين الذين يعانون من تدهور في صحتهم وكل المبحوثين الذين صرحوا بأن حالتهم الصحية مقبولة متشائمين من المستقبل وهم في المركز وهذا يعني أنه حتى الشخص الذي يقبل على درجة كبيرة من التكامل يشعر باليأس عند التفكير في المستقبل داخل مؤسسة والمستقبل بالنسبة للمسنين يعني النهاية المحتومة والموت وهذا ما يوئد لديهم مشاعر القلق والشعور بالذنب والاكتئاب واليأس من أنفسهم ومن حياتهم وما يجب قوله هو أن قمة الشعور بالحزن واليأس الشديد وعدم السعادة والتشاؤم والشعور بالفتور والشعور بالذنب كلها أعراض معروفة بالنسبة لاضطراب السلوك أو ما يعرف بالكآبة أو الاكتئاب، وهذه الأعراض نجدها عند المبحوثين المتشائمين من مستقبلهم.

جدول ب: يوضح أسباب تفاؤل المبحوثين بالمستقبل حسب السن

المجموع		71 فما فوق		70 - 65 سنة		60 - 64 سنة		السن	سبب التفاؤل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
26.31	5	/	/	/	/	26.31	5		أنا راضي عن المكان الذي أعيش فيه
10.52	2	/	/	/	/	10.52	2		أفضل أن أعيش من أجل اليوم ولا يهمني ما سيكون عليه الغد
47.36	9	/	/	/	/	47.36	9		ما زالت الدنيا بخير وتستحق أن يعيش فيها الإنسان
15.7	3	/	/	/	/	15.7	3		أتمنى أن أكون سعيدا مثل الآخرين
%100	19	/	8				19		المجموع

ما نستنتجه من بيانات الجدول هو أن كل المبحوثين الذين صرحوا بأنهم متفائلين من المستقبل والذين شكلت نسبتهم 47.36% يتراوح أعمارهم ما بين 60-64 سنة وأغلبهم بنسبة 47.36% يعود سبب تفاؤلهم إلى إيمانهم القوي بأن الدنيا ما زالت بخير ومهما كانت الظروف فتستحق أن يعيش فيها الإنسان و 26.31% من المبحوثين المتفائلين صرحوا أنهم راضيين عن المكان الذي يعيشون فيه في حين صرّح 15.78% من المبحوثين أن رغبتهم في السعادة جعلتهم متفائلين في المستقبل. وقد صرّح 10.52% أنهم متفائلين لأنهم لا ينظرون إلى الماضي بهومومه ولا للمستقبل بمجهوله وإنما يستمدون تفاؤلهم من حاضرهم ولا يعمهم المستقبل. وما يمكن قوله هو أن المسنين الأصغر سناً مزاجهم سعيد ومتفائل ويجدون متعة في الحياة وفي التعبير عنها رغم تواجدهم في المركز.

جدول رقم 36: يبين شعور المبحوثين بالاطمئنان على صحتهم النفسية والجسمية وهم في المركز

حسب الجنس:

المجموع		إناث		ذكور		الجنس الشعور بالاطمئنان
%	ك	%	ك	%	ك	
18.40	30	47.36	9	14.58	21	نعم
81.59	133	52.63	10	85.41	123	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلبية المبحوثين، الجنسين معا ونسبة 81.59 % صرحوا أنهم لا يشعرون بالاطمئنان على صحتهم النفسية والجسمية وتضمنت النسبة فئة الذكور 85.41 % وفئة الإناث بنسبة 52.63 % هذا والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 18.40 % تمثل المبحوثين الذين أجابوا أنهم يشعرون بالاطمئنان على صحتهم النفسية والجسمية ولقد شكلت النسبة الإناث بنسبة 47.36 % والذكور نسبة 14.58 % وما يمكن قوله هو أن الذكور أقل اطمئنان على صحتهم النفسية والجسمية وهو متواجد في المركز من الإناث وإن كانا الجنسين معا يتفقان في أغلبهم على أن المركز لا يوفر لهم الطمأنينة والراحة والأمان على صحتهم النفسية والجسمية.

جدول أ: يبين أسباب عدم شعور المبحوثين بالاطمئنان حسب الحالة النفسية

المجموع		قلق		مرتاح		مضطربة		مستقرة		الحالة النفسية السبب
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
22.5	30	30.9	30	/	/			/	/	ساعات حالتي النفسية
2.25	3			/	/	8.33	3	/	/	حياتي منغزة في الوحل
18.7	25			/	/	69.4	25	/	/	أشعر دائما بعدم الرضا
18.79	25	25.77	25	/	/			/	/	أشعر بالخوف والرعب
17.29	23	23.71	23	/	/			/	/	أشعر بالقلق على صحتي
6.01	8			/	/	22.22	8	/	/	أشعر بالإجهاد الشديد
14.28	19	19.58	19	/	/			/	/	أشعر بضعف عام في معظم الأوقات
%100	133	%100	97	/	/	%100	35	/	/	المجموع

كما يتبين لنا من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين الذين لا يشعرون بالاطمئنان على صحتهم النفسية والجسمية وهم في المركز وبنسبة 22.55 % قالوا أن السبب يعود إلى سوء وتدهور حالتهم النفسية ولقد تضمنت هذه النسبة 30.97 % من المبحوثين الذين يعانون من القلق النفسي، هذا وعبر 18.79 % عن شعورهم المستمر بعدم الرضا وتضمنت النسبة 69.44 % من المبحوثين المضطربين نفسياً. كما صرحت نفس النسبة 18.79 % أن شعورهم بالخوف والرعب هو سبب عدم اطمئنانهم وتضمنت النسبة 25.77 % من المبحوثين المضطربين نفسياً. أما المبحوثين الذين أرجعوا سبب اضطرابهم وعدم اطمئنانهم إلى شعورهم بالقلق على صحتهم، فقدرت نسبتهم 17.29 % وتضمنت النسبة، نسبة 23.71 % من المبحوثين القلقين نفسياً، هذا

وقال 14.28% أن شعورهم بضعف عام في معظم الأوقات تسبب في عدم اطمئنانهم وهذه النسبة تضمنت 19.58% من المبحوثين الذين يعانون من القلق النفسي.

كما أكد 14.28% من المبحوثين أن شعورهم بالإجهاد الشديد حال دون شعورهم بالاطمئنان وتضمنت النسبة 19.58% من المبحوثين المتوترين نفسياً.

والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 2.25% تمثل المبحوثين الذين يشعرون بأن حياتهم في المركز حياة منغرزة في الوحل << حياتي مغروسة في الطين >> فكيف يحسون بالاطمئنان؟ ولقد تضمنت هذه النسبة 8.33% من المسنين المضطربين نفسياً.

وما نستنتجه من هذه البيانات هو أن كل المبحوثين الذين لا يشعرون بالاطمئنان على صحتهم النفسية والجسمية هم المبحوثين الذين يعانون من التوتر والاضطراب وعدم الاستقرار النفسي. ففقدان الحماس والشعور بعدم الرضا والشعور بالتعب والإجهاد والقابلية للتعب والملل كلها علامات تدل على معاناة المسنين من الضغوط النفسية والتوترات التي تجعلهم يقعون في برائن الأمراض النفسية مما يجعلهم أكثر تعرضاً للإصابة بالتشاؤم وفقدان الأمل في الشفاء وفي الغد السعيد وفقدان الثقة في كل يد تمتد لهم بالعون لإنقاذهم من هذه المعاناة.

جدول ب: يبين أسباب شعور المبحوثين بالاطمئنان حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	
26.66	8	88.88	8	/	/	أنا راضي عن حياتي بصفة عامة
33.33	10	/	/	47.61	10	أنا أحسن حالا من غيري
23.33	7	/	/	33.33	7	كبر سني لا يزعجني
16.66	5	11.11	1	19.04	4	أتلقي قدرا كافيا من الرعاية والاهتمام
%100	30	%100	9	%100	21	المجموع

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين المطمئنين على صحتهم النفسية والجسمية وهم في مركز العجزة، الجنسين معا وبنسبة 33.33% قالوا أن السبب راجع إلى كونهم أحسن حالا من بقية المبحوثين وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 47.61%.
 ونسبة قدرت بـ 26.66% تمثل المبحوثين الذين يشعرون بالرضا عن حياتهم بصفة عامة، ما جعلهم مطمئنين وهذه النسبة شكلتها الإناث بـ 88.88%
 و قدرت نسبة المبحوثين الذين تقبلوا شيخوختهم بكل ما تحمله من ضعف ووهن وكان ذلك سرهم في الاطمئنان بـ 23.33% وتضمنت النسبة الذكور بـ 33.33%.
 وأخيرا قدرت نسبة الذين صرحوا أن تلقيهم للرعاية والاهتمام في المركز هو سبب اطمئنانهم على صحتهم النفسية والجسمية وشكلت النسبة، نسبة الذكور 19.04% والإناث 11.11%.
 وما نستنتجه هو أنه فئة قليلة فقط من الذكور والإناث صرحوا بأن سبب شعورهم بالاطمئنان راجع إلى طبيعة الرعاية والعناية المقدمة في المركز، في حين نجد باقي المبحوثين من ذكور وإناث استمدوا الشعور بالاطمئنان من حماس رضاهم عن الحياة ودرجة اندماجهم مع كبر السن والشيخوخة.

1.2.6. استنتاج الفرضية الأولى:

بعد قراءة الجداول الخاصة بالفرضية الأولى توصلت إلى أن أغلب المبحوثين أجبروا على العيش في مركز العجزة بحيث عبّر 67.48% من المبحوثين (كما يوضحه الجدول رقم 9) عن عدم اختيارهم لهذا النمط من الحياة وإنما ضغوط الحياة المختلفة والمفروضة عليهم قادتهم إلى مركز سيدي موسى صدفة.

هذا وبالرغم من تصريح أغلب المبحوثين بنسبة 92.02% أنه يوجد برنامج يومي في المركز يسيرون وفقه (كما يوضح الجدول رقم 10) إلا أن حالة السكون والبلادة والكسل التي تصاحب حالات كثيرة من المسنين الذين لا يتركون السرير بالمرّة مع أنهم قادرين على الحركة، يوحي بأن المركز بلا نشاط اجتماعي بحيث تقع المسؤولية على إدارة المركز في إعاقه نشاط المقيمين بسماحها لـ 54.60% من المسنين الذين صرحوا بأن صحتهم مقبولة و 14.72% من المسنين المتمتعين بصحة جيدة المكوث في غرفهم والقبوع في أسرّتهم ولا يغادرونها (كما هو موضح في الجدول رقم 11)

كما توصلت إلى انعدام أساليب تفتيت عقبات التوافق، بل نجد أساليب من شأنها تأكيد عقبات التوافق بحيث أن 6.31% (كما يوضحه جدول رقم 12) من المبحوثين يقيمون في غرف فردية بحيث يستسلم المسنين لوحدة الغرفة وكل ما تجلبه الوحدة من يأس واكتئاب وهواجس والخوف من الناس بدلا من حبهم.

هذا ويوجد قصور بالغ الأهمية في أساليب تحفيز المسنين على الحركة بدليل أن حالات كثيرة برغم سلامة أعضائهم وخلوهم من الأمراض المعدية لا يقومون بتنظيف غرفهم بأنفسهم ويتلقون مساعدة في حياتهم اليومية (كما هو جليّ في الجدول رقم 13 و 14).

ومن الأساليب التي تؤكد عقبات التكيف وتزيد الهوة والفجوة بين المسنين وتحول دون اتصالهم وتفاعلهم نجد أن إدارة المركز تسمح لـ 19.01 % من المبحوثين الأكل في فراشهم و 28.83 % الأكل في الغرفة (كما يوضحه الجدول رقم 18) دون بذل أي جهد في غياب الأساليب التي تعودّ القادرين على الحركة الذهاب إلى قاعة المطعم وتحفزهم على خدمة أنفسهم وتناول الأكل بصورة جماعية بهدف الاندماج في شبكة العلاقات الاجتماعية لأن المسنين في حاجة إلى تكوين صدقات جديدة تعوضهم عن تلك التي فقدوها ولا شك أن انضمام المسنين إلى الجماعات الصغيرة في المطعم والحديقة يتيح فرصة لذلك وفي غياب عادات لنظافة الجسم ونظافة أماكن الإقامة في المركز، نجد أن هناك حالات لا تستحم إلا مرة في الأسبوع بحجّة البرد ولقد شكلوا 29.44 % (كما يوضحه الجدول رقم 15) وكان من الأجدر تعويد المسنين على نظافة أجسامهم والاهتمام بتهوية ونظافة أماكن إقامتهم وتبصيرهم بأهمية ذلك على حالتهم الصحية، وعلى مدى اهتمامهم بأنفسهم وكذا إقبالهم على الحياة. وباعتبار أن الرعاية الصحية هي قمة أوجه الرعاية المقدمة لفئة المسنين لأنها تساعدهم على المعيشة بطريقة طبيعية عن طريق تقليل آثار الشيخوخة على الصحة العامة وعلاج المرضى بقدر الإمكان، فهل من المعقول أن لا نجد طبيبا مختصا واحدا في المركز لتولي الكشف على المقيمين وتقرير العلاج اللازم لهم وتحويل من تستدعي حالته إلى المستشفى؟ مع العلم أن نسبة المبحوثين المصابين بالأمراض المزمنة قدرت بـ 30.67 % (كما يوضحه الجدول رقم 21) وهل يكفي ممرضين لإعطاء المرضى العلاج اللازم لهم والإشراف باستمرار على حالة المبحوثين الصحية.

كما توصلت إلى تفصيل إدارة المركز في مراعاة الحالة الصحية في تحضير الأكل بحيث عبّر عن ذلك 67.48 % من المبحوثين (كما يوضحه الجدول رقم 26) مع العلم أن التقدم في الكبر وحتى في غياب الأمراض المزمنة يستدعي الحيلة والوقاية والأكل المتوازن والصحي.

هذا كما يعاب على المركز غياب طبيب أسنان (كما يوضحه الجدول رقم 27) كما توصلت إلى أنّ المبحوثين لم يستطيعوا تحقيق الحاجات النفسية الأساسية التي أشار إليها ماسلو وهم متواجدين في المركز كالحاجة إلى الأمن والانتماء والتقدير الاجتماعي وتحقيق الذات، بحيث نجد 59.50 % منهم يعانون من القلق النفسي و 23.92 يعانون من الاضطراب (كما يوضحه الجدول رقم 28) و 44.78 % صرحوا أن نومهم متقطع ومضطرب (كما يوضحه الجدول رقم 29) وهذا يوحي بتدهور الحالة النفسية من جراء عدم الحركة وضعف التفاعل يوم بعد يوم في

روتينية الحياة في المركز ووجود حالات تعاني من التخلف العقلي والشلل الكلي في المركز عوض المستشفى كان له أثر سيء للغاية في إحباط واكتئاب العناصر النشيطة من المقيمين .

وما زاد من انطواء المبحوثين واكتئابهم وضعفهم تعاطيهم للأدوية المهدئة والنومة بحيث تتمثل الرعاية النفسية في المركز على تقديم الأدوية كما أكد ذلك 79.56 % من المبحوثين المترددين على الأخصائية النفسية (كما يوضحه الجدول رقم 30).

ونجد أن 87 % من المبحوثين مزاجهم سيء (كما يوضحه الجدول رقم 31) بسبب غياب الأنشطة اليومية التي يتبعها التضاؤل إلى غاية الخضوع بحيث تحولت حياة المبحوثين في المركز إلى حياة زهد وعزلة تحسّسهم بأن كل يوم يمرّ مثل الذي قبله.

وصرّح 91.41 % أنهم يشعرون بتناقص أهميتهم (كما يوضحه الجدول رقم 32)، ومردّد ذلك العوامل النفسية والصراعات نتيجة عدم تكيفهم وتوائهم مع المحيطين بهم وظهور مشاعر الضجر والملل وفقدان الاهتمام في الحياة والإحساس بانعدام القيمة وتكرار التفكير في الموت.

كما نجد 84.04 % من المبحوثين لا يهتمون بمقابلة الناس والأصدقاء (كما يوضحه الجدول رقم 33) فتقلص علاقات كبير السن بالآخرين يبعث في نفسه السأم والشعور بأنه كائنا تافها، متوحدا يشك في الآخرين ويخاف منهم.

وبسبب ضيق اهتمامات المبحوثين نجد أن 95.09 % منهم يجدون صعوبة في اتخاذ القرارات (كما يوضحه الجدول رقم 34)

و82.20 % من المبحوثين نجدهم متشائمين وقانطين (كما يوضحه الجدول رقم 35) لغياب الأهداف والطموحات والغايات نتيجة اهتزاز قيمة تقديرهم لذاتهم وإحساسهم بأنهم مضطهدين نتيجة الملل والعزلة والشعور بالاضطهاد يؤدي إلى الإحساس بالفشل.

وتوصلت إلى أن نسبة كبيرة من المبحوثين قدرت بـ 81.59 % أكدت على عدم شعورهم بالاطمئنان على صحتهم النفسية والجسمية (كما يوضحه الجدول رقم 36) وهم متواجدين بالمركز.

إنّ البيانات السابقة إن دلت إنما تدل على عدم تكيف المسنين اجتماعيا وعدم توافقتهم نفسيا نتيجة إخفاق مركز العجزة في تطبيق برامج الرعاية الاجتماعية الفعالة، وتدني مستوى الخدمات المقدمة.

3.6. البيانات الخاصة بعلاقة وجود البرامج الترفيهية المتنوعة والمتعددة بتزايد حركة ونشاط

وسعادة المسنين ودخولهم في علاقات اجتماعية مع بعضهم البعض.

جدول رقم 37: يبين وجود أخصائي اجتماعي بالمركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	وجود أخصائي
100	163	100	19	100	144	نعم
-	-	-	-	-	-	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن كل المبحوثين بنسبة 100%، الجنسين معا أجابوا أنه يوجد أخصائية اجتماعية في المركز.

جدول رقم 38: يوضح وجود برامج ترفيهية وترويحية داخل المركز حسب مدة الإقامة في المركز

المجموع		10 فأكثر		10-9		8-7		6-5		4-3		2-1		أقل من سنة		مدة الإقامة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	وجود برامج ترفيهية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نعم
100	163	100	21	100	22	100	11	100	22	100	31	100	23	100	33	لا
100	163	100	21	100	22	100	11	100	22	100	31	100	23	100	33	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن كل المبحوثين باختلاف مدة إقامتهم في المركز، أجابوا بنسبة 100%، أنه لا وجود لبرامج ترفيهية في المركز.

جدول رقم 39: يوضح تنظيم ندوات ومحاضرات حسب المستوى التعليمي

المجموع		ثانوي		متوسط		إبتدائي		يقرأ ويكتب		أمي		المستوى تنظيم ندوات ومحاضرات
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نعم
100	163	100	1	100	4	100	11	100	19	100	128	لا
100	163	100	1	100	4	100	11	100	19	100	128	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن كل المبحوثين بمختلف مستوياتهم التعليمية وبنسبة 100% أجابوا أنهم منذ تواجدهم بالمركز لم تنظم يوماً ندوات دينية أو محاضرات تثقيفية. جدول رقم 40: يبين وجود أنشطة لاستغلال وقت فراغ المبحوثين حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس وجود أنشطة
%	ك	%	ك	%	ك	
13,49	22	36,84	7	10,41	15	نعم
86,50	141	63,15	12	89,58	129	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين، الجنسين معا بنسبة 86,50%، أجابوا أنه لا توجد أنشطة لاستغلال وقت فراغهم وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 89,58% والإناث بـ 63,15%، في حين أجاب 13,49% منهم بأنهم يستغلون وقت الفراغ في بعض الأنشطة المتوفرة وهذه النسبة تضمنت الإناث بنسبة 36,84% والذكور بنسبة 10,41%. وما نستنتجه من الجدول هو أن عنصر الإناث يستغلون وقت فراغهن أكثر من الذكور لأن طبيعة المرأة النفسية والاجتماعية تقتضي أنها تجتهد في إيجاد ما يشغل وقتها من طبخ أو تنظيف إلى غير ذلك من النشاطات.

جدول أ: يوضح الأنشطة المستغلة في وقت الفراغ بالنسبة للذين أجابوا "نعم" حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس	أنشطة
%	ك	%	ك	%	ك		
40,90	9	28,57	2	46,66	7		أتعلم القراءة والكتابة
36,36	8	/	/	53,33	8		أقضي وقتي في البستنة
22,72	5	71,42	5	/	/		أتعلم النسيج (تريكو)
%100	22	%100	7	%100	15		المجموع

يتضح من بيانات الجدول أن أغلب المبحوثين الذين صرحوا بأنهم يستغلون وقت فراغهم في القيام ببعض الأنشطة بنسبة 40,90%، الجنسين معا أنهم يتعلمون القراءة والكتابة في ورشة محو الأمية التي يوفرها المركز، وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 46,66% والإناث بنسبة 28,57%. كما أجاب 36,36% أنهم يقضون جل وقتهم في حديقة المركز في الاعتناء بالأزهار والأشجار وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 53,33%. والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 22,72% تشكل المبحوثين الذين يستغلون وقت فراغهم في تعلم النسيج (Le tricotage)، وهذه الفئة تضمنت الإناث بنسبة 71,42%. وما نستنتجه من هذه البيانات هو أن المبحوثين من ذكور وإناث يشتركوا في شغفهم ولهفتهم في محو أميتهم وتعلم القراءة والكتابة وعلى حد تعبير إحدى المبحوثات "نتعلم نقرا باه نقرا القرآن". في حين نجد أن الذكور يتفردون في ممارسة نشاط البستنة والإناث يفضلن الأشغال اليدوية كالنسيج.

جدول ب: يوضح كيفية قضاء الوقت بالنسبة للمبحوثين الذين أجابوا "لا" حسب الحالة الصحية

المجموع		سيئة		مقبولة		جيدة		الحالة الصحية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
62,57	102	72	56	57,30	51	62,5	15	النوم والبقاء في السرير
24,53	40	20	10	29,21	26	16,66	4	الجلوس في الحديقة
11,04	18	8	12	13,48	12	8,33	2	الخروج من المركز والجلوس في المقهى
1,84	3	/	/	/	/	12,5	3	التسول خارج المركز
100	163	100	50	100	89	100	24	المجموع

من بيانات الجدول يمكن لنا قراءة أن 62,57% من المبحوثين في غياب أنشطة تملأ وقت فراغهم، يبقون في سريرهم خلال النهار وطول الليل، وهذه النسبة تضمنت أصحاب الصحة المتدهورة بنسبة 72%، والمتمتعين بالصحة الجيدة بنسبة 62,05% وأصحاب الصحة المقبولة بنسبة 57,30%.

في حين قال 24,53% أنهم يقضون جل وقتهم في الجلوس في حديقة المركز خاصة عندما يكون الجو جميل وتضمنت النسبة أصحاب الصحة المقبولة بـ 13,48% وأصحاب الصحة الجيدة بـ 8,33% وأصحاب الصحة السيئة بـ 8%.

وقدرت نسبة المبحوثين الذين يقضون وقتهم خارج المركز والجلوس في المقهى 11,04%، وتضمنت هذه النسبة 13,48% من أصحاب الصحة المقبولة، 8,33% من أصحاب الصحة الجيدة، و8% من أصحاب الصحة السيئة.

أما النسبة المتبقية والمقدرة بـ 1,84% فصرحوا أنهم يقضون وقتهم في التسول خارج المركز، وهذه النسبة تضمنت 12,5% من أصحاب الصحة الجيدة.

وما نستنتجه من هذا الجدول هو أن نسبة كبيرة من المبحوثين يقضون جل وقتهم في النوم والبقاء في السرير وهذا بالرغم من سلامتهم وتمتعهم بصحة جيدة وكان المركز مستشفى للمعاقين السالمين.

جدول 41: يوضح أدوات الترفيه المتوفرة في المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس أدوات الترفيه
%	ك	%	ك	%	ك	
80,98	132	100	19	78,47	113	التلفزيون
19,01	31	/	/	21,52	31	الدومينو
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أدوات الترفيه المتوفرة في المركز تتلخص في التلفزيون حسب إجابات المبحوثين التي قدرت بـ 80,98%، وهذه النسبة تضمنت الإناث 100%، بحيث يعتبر التلفزيون وسيلتهم الوحيدة للترفيه، والذكور بنسبة 78,47%.

أما لعبة الدومينو فتشكل وسيلة ترفيه لـ 19,01% من المبحوثين بنسبة 21,52% من الذكور.

جدول رقم 42: يوضح متابعة المبحوثين للبرامج التلفزيونية والنشرات الإخبارية حسب المستوى

التعليمي

المجموع		ثانوي		متوسط		إبتدائي		يقرأ ويكتب		أمي		المستوى التعليمي مشاهدة التلفزيون
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
80,98	132	100	1	100	4	100	11	52,63	10	82,81	106	نعم
17,79	29	/	/	/	/	/	/	47,36	9	15,62	20	أحيانا
1,22	2	/	/	/	/	/	/	/	/	1,56	2	لا
100	163	100	1	100	4	100	11	100	19	100	128	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين بنسبة 80,98% أجابوا أنهم يتابعون البرامج التلفزيونية والنشرات الإخبارية، وهذه النسبة تضمنت كل المستويات التعليمية، فذوي المستوى الثانوي والمتوسط والابتدائي بنسبة 100%، والأميين بنسبة 82,81%، والذين يقرؤون ويكتبون بنسبة 52,63%.

وقال 17,79% من المبحوثين أنهم يتابعون البرامج التلفزيونية أحيانا وليس بصفة دائمة، وتضمنت النسبة 47,36% من الذين يقرؤون ويكتبون، و15,52% من الأميين. في حين صرح 1,22% من المبحوثين أنهم لا يشاهدون التلفزيون ولو للحظات، وهذه تضمنت الأميين بنسبة 1,56%.

وما نستنتجه هو أن البرامج التلفزيونية تستقطب اهتمام المبحوثين وتجلبهم بمختلف مستوياتهم التعليمية في غياب وسائل ترفيهية أخرى.

جدول 43: يبين قيام المبحوثين برحلات خارج المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	
/	/	/	/	/	/	الرحلات
100	163	100	19	100	144	نعم
/	/	/	/	/	/	لا
%100	163	%100	19	%100	144	أحيانا
						المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن المبحوثين، الجنسين معا وبنسبة 100% قالوا أن المركز لا يقوم برحلات خارج المركز.

جدول 44: يوضح شعور المبحوثين وهم في المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس	شعور المبحوثين
%	ك	%	ك	%	ك		
39,19	59	47,36	9	34,72	50		لم يعد أي شيء يبدو مبهما
34,35	56	42,10	8	33,33	48		تدور أفكاره في حلقات عديمة النفع
29,44	48	10,52	2	31,94	46		رغم تقدمي في العمر فإن قدرتي على العمل لم تتغير
%100	163	%100	19	%100	144		المجموع

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن أغلبية المبحوثين، الجنسين معا وبنسبة 36,19% صرحوا أنهم يشعرون أنه لم يعد أي شيء يبدو مبهما وهم في المركز، وتضمنت هذه النسبة الإناث بنسبة 47,36%، والذكور بنسبة 34,72%.

وقال 34,35% من المبحوثين أن أفكارهم في المركز تدور في حلقات عديمة النفع، وهذه النسبة تتضمن الإناث بـ 42,10%، والذكور بنسبة 33,33%.

في حين نجد 29,44% من المبحوثين قالوا أنهم يشعرون أن قدرتهم على العمل لم تتغير رغم تقدمهم في العمر، وشكلت النسبة، نسبة الذكور بـ 31,94%، والإناث بـ 10,52%.

وما نستنتجه هو أن الإناث في ظل غياب الأنشطة الترفيهية، وفي ظل غياب ما يشغل وقت فراغهن معنوياتهن متدنية ويشعرن بالملل وعدم الجدوى، في حين نجد أن الذكور أكثر استجابة من الإناث في ترحيبهم بالعمل وشعورهم بالقدرة على العمل.

جدول 45: يوضح طبيعة العلاقات التي تربط المبحوثين ببعضهم البعض حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس	طبيعة العلاقات
%	ك	%	ك	%	ك		
17,17	28	5,26	1	18,75	27		حسنة
53,98	88	63,15	12	52,77	76		عادية
28,83	47	31,57	6	28,47	41		سيئة
%100	163	%100	19	%100	144		المجموع

يتضح من بيانات الجدول أن أغلبية المبحوثين بنسبة 53,98% الجنسين معا علاقاتهم مع بعضهم البعض عادية وهذه النسبة تتضمن الإناث بنسبة 63,15%، والذكور بنسبة 52,77%. وأجاب 28,83% أن العلاقات التي تربطهم بباقي المقيمين سيئة، واحتوت النسبة الإناث بنسبة 31,57%، والذكور بنسبة 28,47%. في حين قال 17,17% (وهي أصغر النسب)، أن طبيعة العلاقات التي تسودهم هي علاقات حسنة، وتضمنت النسبة الذكور بنسبة 18,75%، والإناث بنسبة 5,26%. وما نستنتجه من هذه البيانات هو أن الإناث أقل اندماج في العلاقات الإنسانية وأقل تفاعل مع بعضهم البعض من الرجال، وهذا سببه انعدام فرص الإتصال والوسائل الترفيهية وكذا الأنشطة الجماعية.

جدول 46: يوضح تقاسم أطراف الحديث بين المبحوثين حسب السن

المجموع		71 فما فوق		65-70 سنة		60-64 سنة		السن	تقاسم أطراف الحديث
		%	ك	%	ك	%	ك		
17,17	28	/	/	8,92	5	23,23	23		نعم
53,98	88	12,5	1	19,64	11	76,76	76		أحيانا
28,83	47	87,5	7	71,42	40	/	/		لا
100	163	100	8	100	56	100	99		المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين بنسبة 53,98% صرحوا أن تبادل أطراف الحديث مع غيرهم لا يتم بصفة دائمة ولا بصفة نادرة بل يجلسون أحيانا مع بعضهم البعض ويتبادلون أطراف الحديث وهذه النسبة تضمنت المبحوثين من فئة 64-60 سنة بنسبة 23,23%، ومن فئة 70-65 سنة بنسبة 19,64%.

وصرح 28,83% أنهم لا يتقاسمون أطراف الحديث مع غيرهم وهذه النسبة احتوت المبحوثين الذين يتجاوز عمرهم 71 سنة بنسبة 87,5% والذين يتراوح عمرهم بين 70-65 سنة بنسبة 71,42%.

وقدرت نسبة المبحوثين الذين يتقاسمون أطراف الحديث مع غيرهم بـ 17,17% وتضمنت النسبة المبحوثين الذين عمرهم بين 64-60 سنة بنسبة 23,23%، وفئة 70-65 سنة بـ 8,92%.

وما نستنتجه من هذه البيانات هو أن المبحوثين الأكبر سنا يتميزون بضعف تفاعلهم مع الآخرين وانطوائهم لحد انعدام أدنى صور التفاعل والمتمثل في تبادل الحديث الذي يقود بالضرورة إلى انقطاع

كل العلاقات الشخصية ببقية أفراد المجتمع المتمثل في المركز، في حين نجد المبحوثين الأصغر سناً يحاولون الاندماج في شبكة العلاقات الاجتماعية حتى ولو كان ذلك بشكل بسيط.
جدول رقم أ: يبين القضايا التي يتناقش حولها المبحوثين حسب المستوى التعليمي

المجموع		ثانوي		متوسط		إبتدائي		يقرأ ويكتب		أمي		المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	القضايا
17,24	20	/	/	/	/	/	/	5,55	1	23,17	19	تبادل التحية
25	29	/	/	/	/	/	/	33,33	6	28,04	23	نتكلم عن أوضاعنا الصحية
29,31	34	/	/	/	/	18,18	2	27,77	5	20,73	17	نتكلم عن الماضي
4,31	5	100	1	100	4	/	/	/	/	/	/	نتناقش في السياسة
32,75	38	/	/	/	/	81,81	9	33,33	6	28,04	23	أمور الدنيا والدين
100	163	100	1	100	4	100	11	100	19	100	128	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أكبر النسب التي قدرت بـ 32,75% تمثل المبحوثين الذين يتناقشون مع بعضهم البعض في أمور الدنيا والدين وتضمنت النسبة ذوي المستوى الابتدائي بنسبة 81,81% والذين يقرؤون ويكتبون بنسبة 33,33% والأميين بنسبة 28,04% .
أما الذين يشناقون إلى الماضي ويتكلمون عليه فبلغت نسبتهم 29,31% وتضمنت النسبة الذين يقرؤون ويكتبون بنسبة 27,77%، والأميين بنسبة 20,73% وذوي المستوى الابتدائي بنسبة 18,18%، وشكلوا المبحوثين الذين يتلخص حديثهم في الكلام عن أوضاعهم الصحية بنسبة 25%، وتضمنت النسبة الذين يقرؤون ويكتبون بنسبة 33,33% والأميين بنسبة 28,04%، في حين قدرت

نسبة الذين يكتبون بتبادل التحية دون الخوض في الحديث بـ17,24% وتضمنت هذه النسبة الأميين بنسبة 23,17% والذين يقرؤون ويكتبون بنسبة 5,55%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 4,31% فتمثل المبحوثين الذين يتناقشون في السياسة، وتضمنت النسبة كل المبحوثين ذوي المستوى المتوسط والمبحوث الوحيد ذو المستوى الثانوي.

وما نستنتجه من بيانات الجدول هو أن المستوى التعليمي يحدد نوع وطبيعة الحديث القائم بين المسنين فبينما نجد ذوي المستوى التعليمي المنخفض يحومون حول المواضيع المتعلقة بصحتهم وماضيهم ودينهم وكل ما هو شخصي، ونجد أصحاب المستوى المتوسط والثانوي يبتعدون عن حياتهم ومتاعبها للحديث عن قضايا أخرى وأهمها السياسة وهذه محاولة منهم للخروج من روتينية الحياة ونسيان الضغوطات الشخصية التي تفرضها عليهم الحياة في المركز.

جدول 47: يبين شعور المبحوثين بأن لهم مكانة ضمن باقي المقيمين حسب الجنس

المكانة	الجنس		ذكور		إناث		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	27	18,75	1	5,26	28	17,17		
لا	71	49,30	12	63,15	83	53,92		
لا أدري	46	31,94	6	31,57	52	31,90		
المجموع	144	100%	19	100%	163	100%		

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن نسبة كبيرة من المبحوثين الجنسين معا، قدرت بـ52,92% قالوا بأنهم يشعرون بأن ليس لهم مكانة وسط المقيمين وهذه النسبة تضمنت الإناث بـ63,15% أنهم لا يدرون إن كانت لهم مكانة ضمن المسنين أم لا وتضمنت النسبة نسبة الذكور بـ31,94%، ونسبة الإناث 31,57%.

هذا وصرح 17,17% أنهم متأكدين من شعورهم بأن ليس لديهم مكانة ضمن باقي المقيمين وتضمنت النسبة الذكور بنسبة 18,75% والإناث بنسبة 5,26%.

وما نستنتجه من هذا الجدول هو أن الجنسين معا يشعرون بالفجوة الموجودة بين بعضهم البعض والتي تحول دون تفاعلهم الاجتماعي وتزيد من ابتعادهم وتباعدهم عن بعضهم البعض وتزيد من اغترابهم وعزلتهم ووحدتهم.

جدول أ: يبين أسباب شعور المبحوثين الذين أجابوا "لا" حسب السن

المجموع		71 فما فوق		65-70 سنة		60-64 سنة		السن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الأسباب
22,89	19	/	/	/	/	100	19	لا يهتمون ولا يبالون بي
10,84	9	12,5	1	16,07	9	/	/	لا أحد يستمع إلى شكواي
32,53	27	87,5	7	48,21	27	/	/	يتسم المسنين بالكره والعدوانية نحو ي
9,63	8	100	8	/	/	/	/	يتمنون موتي
24,09	20	/	/	35,71	20	/	/	يشتمونني ويصقون عليّ
100	83	100	8	100	56	100	19	المجموع

ما هو واضح من بيانات الجدول هو أن أغلب المسنين الذين لا يشعرون أن لديهم مكانة عند باقي المقيمين بنسبة 32,53% قالوا أن السبب في شعورهم راجع إلى عدوانية غيرهم نحوهم وكرههم لهم، وهذه النسبة تضمنت 48,21% من المبحوثين الذين يتراوح عمرهم بين 65-70 سنة. كما صرح 24,09% من المبحوثين أن شتم المسنين وبصقهم عليهم هو سبب شعورهم بتدني مكانتهم، وتضمنت النسبة 35,71% من مجموع المبحوثين الذين ينتمون إلى الفئة العمرية 65-70 سنة، وأجاب 22,89% أن تجاهل غيرهم لهم وعدم الاهتمام بهم هو الذي دفعهم إلى الشعور بانحطاط مكانتهم ضمن باقي النزلاء، وهذه النسبة تضمنت كل المبحوثين الذين يتراوح عمرهم بين 60-64 سنة، والذين عبروا عن شعورهم بتدني مكانتهم. ونجد 10,84% من المبحوثين قالوا أن عدم إيجاد من يصغي لشكواهم من النزلاء دليل أن ليس لهم مكانة، وتضمنت هذه النسبة 16,07% من المبحوثين الذين يتراوح عمرهم بين 65-70 سنة والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 9,63% تمثل المبحوثين الذين صرحوا بأن غيرهم يكرهونهم ويتمنون لهم الموت، وهذه النسبة احتوت كل المبحوثين الذين يتراوح عمرهم 71 سنة فما فوق.

وما نستنتجه هو أن المبحوثين الذين يتراوح عمرهم بين (65-70 سنة) هم أكثر المبحوثين معاناة من تجاهل بعض المسنين لهم وكره البعض، وعدوانية البعض الآخر، وهذا قد يكون مؤشر لعدم اندماج هذه الفئة مع الفئات الأخرى وعدم تكيفهم مع الجماعة.

جدول 48: يوضح نوع العلاقات التي تربط المبحوثين بالمشرفين على راحتهم حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس	نوع العلاقة
%	ك	%	ك	%	ك		
47,85	78	42,10	8	48,61	70		علاقة إنسانية
50,92	83	47,36	9	51,38	74		مساعدة ومساعد
1,22	2	10,52	2	/	/		علاقة أخوة
%100	163	%100	19	%100	144		المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن نسبة 50,92% من المبحوثين الجنسين معا صرحوا أن العلاقات التي تربطهم بالمشرفين على راحتهم هي علاقات مهنية، فالمبحوثين يمثلون الطرف الذي يحتاج للمساعدة والمشرفين يمثلون المساعد الذي يقدم المساعدة، وتضمنت هذه النسبة الذكور بنسبة 51,38% والإناث بنسبة 47,36%.

وقدرت نسبة الذين قالوا بأن العلاقات التي تربطهم بالمشرفين يغلب عليها الطابع الإنساني بـ 47,85% احتوت نسبة الذكور بـ 48,61% والإناث بنسبة 42,10%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 1,22% تمثل المبحوثين الذين وصفوا العلاقة التي تربطهم بالمشرفين بالعلاقة الأخوية، وتضمنت النسبة الإناث 10,52%.

ما نستنتجه من هذا الجدول هو أن بعض المشرفين على راحة المبحوثين يعملون بإخلاص في خدمة ورعاية المقيمين وينظرون إليهم نظرة إشفاق ومودة ورحمة، في حين نجد أغلبهم يخدمونهم بصفقتهم عاجزين ومرضى دون أن تتعدى المعاملة الجانب الميكانيكي الآلي لتصل إلى الجانب الإنساني.

جدول 49: يبين استئذان المشرفين على راحة المسنين قبل الدخول إلى غرفهم حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس	الإستئذان
%	ك	%	ك	%	ك		
12,88	21	21,05	4	11,80	17		نعم
87,11	142	78,94	15	88,19	127		لا
%100	163	%100	19	%100	144		المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فأغلب المبحوثين الجنسين معا بنسبة 87,11% أجابوا أن المشرفين على راحتهم لا يُستأذنون قبل الدخول إلى مكان نومهم، وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 88,19%، والإناث بنسبة 78,94%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 12,88% قالوا أن العمال والمربيين ينتظرون إذنههم قبل الدخول إلى غرفهم، وهذه النسبة تضمنت الإناث بـ 21,05%، والذكور بنسبة 11,80%.

وما نستنتجه هو أن سلوكيات بعض المشرفين على راحة المسنين مخلة بأخلاقيات مهنتهم ومقصرة في حق المسنين بحيث تدل على عدم احترامهم، لهم ولا لخصوصية حياتهم الحميمة. جدول أ: يبين موقف المبحوثين من سلوك بعض المشرفين على راحتهم حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	موقف المبحوثين
87,32	124	21,05	4	11,80	110	ما عندي ما ندير لهم
11,26	16	6,66	1	11,81	15	عبرت عن استيائي
1,40	2	/	/	1,57	2	اشتكت للمديرة
%100	142	%100	19	%100	142	المجموع

يتضح من بيانات الجدول أن أغلب المبحوثين الذين صرحوا أن العمال يدخلون غرفهم دون إذن، أغلبهم بنسبة 87,32% قالوا أن موقفهم من هذا السلوك موقف مغلوب على أمره، فهم لا حول لهم ولا قوة، وهذه النسبة تضمنت الإناث بـ 93,33%، والذكور بنسبة 86,61%.

ونسبة 11,26% قالوا أنهم عبروا للعمال عن استيائهم من هذا السلوك وتضمنت النسبة الذكور بنسبة 11,81%، والإناث بـ 6,66%،

والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 1,40% تمثل المبحوثين الذين اشتكوا للمديرة من تصرف بعض العمال، وتضمنت النسبة الذكور بنسبة 1,57% لسلطة العمال.

وما نستنتجه من بيانات الجدول هو أن المبحوثين مستسلمين وخاضعين لسلطة العمال وغيرهم من المشرفين الذين يعتبرون أنفسهم أصحاب فضل في تقديم الرعاية على هذا النحو ولا يمكنهم التغيير من سلوكهم.

جدول 50: يوضح علاقة المبحوثين بأعضاء التنظيم الإداري للمركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	
11,65	19	26,31	5	9,72	14	حسنة
86,50	141	68,42	13	88,88	128	عادية
1,84	3	5,26	1	1,38	2	سيئة
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين الجنسين معا بنسبة %86,50 صرحوا بأن علاقاتهم بأعضاء التنظيم الإداري للمركز علاقة عادية، وتضمنت النسبة الذكور بنسبة %88,88، والإناث بنسبة %68,42، وبلغت نسبة الذين وصفوا العلاقة بأنها حسنة بـ %11,65 احتوت الإناث بـ %26,31 والذكور بـ %9,72، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ %1,84 تمثل المبحوثين الذين وصفوا العلاقة التي تربطهم بأعضاء طاقم الإدارة بأنها علاقة سيئة، وتضمنت الإناث بـ %5,26، والذكور بـ %1,38.

وما يمكن استنتاجه هو أن رتابة الحياة في المركز طبعت حتى العلاقات بين الأفراد بحيث نجد أغلب المبحوثين يصفون علاقاتهم بأعضاء الإدارة بالعادية ولا يوجد أية حرارة في أجوبتهم، كما نلاحظ بأن نسبة علاقات الإناث الحسنة والسيئة تفوق نسبة الذكور.

جدول 51: يوضح زيارة المدير للمبحوثين في غرفهم حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	
100	163	100	19	100	144	نعم
/	/	/	/	/	/	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما يتضح من بيانات الجدول فإن كل المبحوثين الجنسين معا ونسبة %100 أجابوا أنه سبق للمديرة وأن زارتهم في غرفهم.

جدول 52: يوضح تناول المدير الغذاء مع المبحوثين حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	تناول المدير للطعام
41,10	67	63,15	12	38,19	55	نعم
58,89	96	36,84	7	61,80	89	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أكبر النسب والمقدرة بـ 98,89% الجنسين معا تمثل المبحوثين الذين نفوا تناول المديرية أي وجبة غذائية برافقتهم وتضمنت النسبة الذكور بنسبة 61,80%، والإناث بنسبة 36,84%.

وقدرت نسبة المبحوثين الذين سبق لهم وأن تناولوا وجبة غذائية مع المديرية بـ 41,10%، وتضمنت هذه النسبة الإناث بنسبة 63,15% والذكور بـ 38,19%.

جدول أ: يوضح شعور المسنين الذين رافقتهم المديرية الأكل حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	شعور المبحوث
/	/	/	/	/	/	الفرحة
4,47	3	8,33	1	3,63	2	الإحساس بالأهمية
95,52	64	91,66	11	96,36	53	لم أحس بأي شيء
%100	67	%100	12	%100	55	المجموع

ما يمكن قراءته من هذا الجدول فإن أغلب المبحوثين الذين سبق وأن أكلوا رفقة المديرية بنسبة 95,52% صرحوا أنه لم يتبع الأكل مع المديرية أي إحساس، لا الفرحة ولا الإحساس باهتمامها بهم، وتضمنت نسبة الذكور بنسبة 96,36% والإناث بنسبة 91,66%.

في حين عبرت نسبة قدرت بـ 4,47% عن إحساسها بالأهمية عندما تكلمت المديرية وشاركهم الطعام، وتضمنت النسبة الإناث بـ 8,33% والذكور بنسبة 3,63%.

وما نستنتجه هو أن الإناث أكثر تعاطف مع انتباه المدير، وهذا ربما يعني أن الإناث يشعرون بقربهن من المدير كونها امرأة مثلهن وأي التفاتة منها نحوهن تغمرهن بالشعور بالمكانة والأهمية في المركز.

جدول 53: يبين شعور المبحوثين حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	شعور المبحوث
42,3	69	42,1	8	42,3	61	الحياة غير مهمة بالنسبة لمن هم في مثل ظروفهم
3		0		6		
19,6	32	21,0	4	19,4	28	الروابط بين الناس أصبحت ضعيفة
3		5		4		
16,5	27	5,26	1	18,0	26	لا أقبل أن أمد يدي لطلب أي شيء
6				5		
8,58	14	15,7	3	7,63	11	لازلت شخصا مهما بين الناس
		8				
6,13	10	10,5	2	5,55	8	محبوب وموضع ثقة للآخرين
		2				
6,74	11	5,26	1	6,94	10	أشعر بقربي من الناس الذين هم حولي
100	96	100	19	100	144	المجموع
%		%		%		

من بيانات الجدول يمكن أن نقرأ أن أغلبية المبحوثين الجنسين معا، بنسبة 42,33% يشعرون أن الحياة غير مهمة بالنسبة لمن هم في مثل ظروفهم، وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 42,36% والإناث بـ 42,10%.

وبلغت نسبة الذين يشعرون بأن الروابط بين الناس أصبحت ضعيفة بـ 19,63%، وتضمنت هذه الأخيرة الإناث بنسبة 21,05%، والذكور بنسبة 19,44%.

في حين صرح 16,56% من المبحوثين أنهم لا يقبلون مد يدهم لطلب أي شيء من أي إنسان، وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 18,05%، والإناث بنسبة 5,26%.

هذا في حين أجاب 8,58% أنهم يشعرون بأنهم لازالوا أشخاصا مهمين بين الناس، واحتوت النسبة 15,78% من مجموع الإناث و 7,63% من مجموع الذكور، كما عبر 6,74% عن شعورهم بقربهم من الناس الذين هم من حولهم وتضمنت النسبة الذكور بـ 6,94% والإناث بـ 5,26%.

والنسبة المتبقية والمقدرة بـ6,13%، تمثل المبحوثين الذين يشعرون أنهم محبوبين وموضع ثقة الآخرين، والنسبة مشكلة من الإناث بنسبة 10,52% والذكور بنسبة 5,55%. وما يمكن استنتاجه هو أن نسبة الذكور تساوي تقريبا نسبة الإناث في تبرمهم من الحياة وانكماشهم ورفضهم الدخول في علاقات مع غيرهم من المسنين والعمال حتى ولو كان لطلب المساعدة، وهذا دليل على رفض المسنين فكرة حاجتهم لمساعدة غيرهم من جهة، ومن جهة أخرى فقدان الثقة في غيرهم، مسنين كانوا أم مشرفين على رعايتهم في حين نجد أن الإناث أكثر تفاؤل وثقة بشخصيتهن من الذكور وأكثر إحساس بأهميتهن وحب غيرهن لهن.

1.3.6. نتائج الفرضية الثانية:

بعد قراءة وتحليل الجداول الخاصة بالفرضية الثانية توصلنا إلى أنه بالرغم من وجود أخصائي اجتماعي في مركز العجزة بسيدي موسى، إلا أن هذا الأخير يعاني من الغياب التام لأي تخطيط اجتماعي من شأنه تحريك المسنين وإسعادهم وتنشيطهم بإدخالهم في علاقات اجتماعية مع بعضهم البعض، والسبب راجع إلى الغياب الكلي لأي برامج الترفيه والترويح والتسلية وهذا منذ 10 سنوات (كما يوضحه الجدول رقم 38)، هذا وبالرغم من كون الرعاية الترويحية أسلوب يمكن أن يعين الفرد على تعزيز مركزه ومكانته في المجتمع ويشعره بالانتماء إليه إلا أننا نجد أن النشاطات الترويحية الوافية بالأغراض والمليئة بالمعاني والمراعية لشخصيات المسنين ورغباتهم واحتياجاتهم والتي تعينهم على انتعاش الفكري والعاطفي والروحي والتي توفر المجال المناسب لالتقاءهم بدلا من اختفاءهم في غرفهم، مهملة كلية.

ونظرا للغياب الكلي لأي ممارسة لأي نشاط بدني ولا حتى بعض التمرينات البسيطة التي من الممكن أن تمثل علاجا طبيعيا لأطراف المسنين، بحيث لا يتعدى النشاط البدني غير خروج بعض الحالات القليلة للجلوس في الحديقة أو الخروج خارج المركز بحيث نجد 60,57% من المبحوثين يقضون وقتهم في السرير طول النهار (جدول رقم 40).

ونظرا لغياب الأنشطة الفكرية وانعدامها بحيث نجد أن الذين يعرفون القراءة والكتابة لا يقبلون على القراءة وحتى الأميين فلا يتردد منهم على البرامج التربوية والتعليمية لمحو الأمية إلا 40,90% (جدول رقم 40أ).

ونظرا لانعدام الأنشطة الفنية وكل ما يتعلق بهذا المجال والذي من شأنه القضاء على التشاؤم كالرسم أو الموسيقى أو الغناء أو الشعر، فإن الوقت ليس له أهمية في حياة معظم المقيمين وكل يوم كالיום الذي سبقه لا تغيير، لا حيوية ولا تجديد، لذا فإنهم يدعون الوقت يمر كمرور الكرام، لا يشعرون بأهميته، فعلاقتهم بالزمان والمكان ما عدا الحالات التي تمارس البستنة والمبحوثات اللاتي يشتغلن بالنسيج (جدول 40أ)، هي علاقة ملل ورتابة.

وفي ظل غياب البرامج التي تحاول إعداد المسنين وإكسابهم مهارات جديدة والأنشطة التي تثير دوافعهم نحو العمل وتجعلهم يشبعون رغباتهم في أداء أي عمل يحقق لهم مكانة وأهمية وحب للحياة والإقبال عليها فإننا توصلنا إلى أن المسنين بنسبة 86,50% يعانون من وجود فراغ كبير ليس له أي وظيفة (جدول 40)، مع العلم أن القبوع بنفس المكان مدة طويلة يدفع إلى الإحساس بالفراغ القاتل. ولأن البرامج عاجزة عن توجيه طاقة المسنين ولأن المركز عجز في أن يكون بديلاً تربوياً سليماً لضمان شيخوخة صالحة وخصبة للمسنين، نجد أن 11,04% من المبحوثين يقضون نهارهم في المقهى و1,8% منهم يقضون نهارهم في التسول (جدول 40ب)، مع العلم أن المقهى ليس أفضل مكان يتردد عليه المسنين والشارع والتسول بعيد كل البعد عن الحياة المحترمة.

هذا وتوصلنا إلى عدم إشباع رغبة المسنين في لقاء رجال الدين الأكفاء ليناقتشونهم في أمور دينهم نتيجة الغياب الكلي للندوات الروحية التي تشيع روح التقوى بين المسنين لأن المسن يجد في العبادة والتدين راحة نفسية وسعادة شخصية (جدول رقم 39).

أما عن الوسائل الترفيهية المتوفرة في المركز فتتلخص في التلفزيون ولعبة الدومينو بحسب تصريح المبحوثين (جدول 41)، وهاتين الوسيلتين تمثلان أوجه نشاط تسلية لأنها لا تستدعي من المسن القيام بنشاط حركي معين وكان من الأجدر توفير أنشطة رياضية إيجابية تنمى وقدرات المسنين عوض الدومينو الذي يعتبر لعبة رتيبة وضيقة النطاق.

كما توصلنا إلى الغياب الكلي للرحلات خارج المركز (جدول 43)، وهذا بالرغم من الحاجة الماسة للمسنين إلى تغيير الأماكن التي دأبوا على مشاهدتها لاكتشاف معالم جديدة لم يتعودوا رؤيتها والوقوف على تلك المعالم يساعدهم على تحديد حياتهم وإشاعة الحيوية في أرجاء نفسياتهم، ولأن هذه الحاجة لم يتم إشباعها فإننا نجد الحياة في المركز عبارة عن إقامة تحتم العزلة وتعتبر نوع من الحبس الانفرادي للمسن داخل نفسه، وهذا ما يفسر فقدان المسنين البهجة (جدول 44) وعدم رضاهم بما آلو إليه من وضع منخفض وانغلاق، مما جعل الدنيا في أنظارهم ضيقة وكئيبة، فحياة المركز لا تورث إلا الغم والنكد.

ولأن للمسنين تأثير خاص في بعضهم البعض بحكم تشابه ظروفهم وتقارب أعمارهم وبسبب ما يمكن أن ينشأ بينهم من اهتمامات مشتركة ومن نظرة متجانسة إلى الكثير من المسائل التي تعترضهم في الحياة، فكان الأجدر من المشرفين التربويين والمختصين في المركز اتخاذ الإجراءات التي تكفل تعارف الموجودين ببعضهم البعض، كتنظيم النشاطات التي يمكن أن تملأ حياة المسنين بالحيوية والخصوبة مثل الحفلات لما تستتبعه من نتائج هامة في علاقات الناس ببعضهم البعض، وما ينشأ عنها من ود وحب وتقارب نفسي أو إحياء أعياد ميلاد المبحوثين والتي تعتبر فرصة يعبرون خلالها عما تجيش به صدورهم من حب وتقدير، وهذا ما سوف يشرح صدور المسنين ويفرحون بما يصلهم

من هدايا، والتخطيط للنشاطات التي تشجع المسنين على إقامة روابط إيجابية وصداقة وألفة فيما بينهم وذلك بأن نترك لهم الفرصة للقاءات وتجاذب أطراف الحديث وممارسة الألعاب المسلية، فالضحك يعد من الحاجات النفسية اللازمة للإنسان في جميع مراحل عمره، لأن العبوس المستمر يدفع إلى الخضوع للشقاء والابتئاس ويجعل المسن عرضة للتوتر النفسي والعصبي وما يتبع ذلك من أمراض نفسية.

إلا أننا توصلنا إلى غياب مجالات الأنشطة المتنوعة التي تسمح للمقيمين بأن يدخلون في علاقات مع بعضهم البعض وخلق جو من الألفة والمحبة، وبالرغم من أنهم يشكلون جماعة محلية تعيش بعدي الزمان والمكان الواحد، إلا أن نجد كل مبحث في حاله بحيث نجد 28,83% من المبحوثين لا يتقاسمون أطراف الحديث مع غيرهم و17,24% منهم كلامهم مع غيرهم هو مجرد تحية (جدول رقم 46)، وهذه الاغترابية والوحدة والعزلة والتباعد في العلاقات سببه عدم ملئ وقت المقيمين بالأنشطة الإنتاجية والترويحية المناسبة للتكيف مع بعضهم البعض في صورة إيجابية والتي تحسهم بأنهم أشخاص مرغوب في بقائهم أو في التعامل معهم.

ولأن الرضا عن الحياة مرتبط بالاندماج في الأنشطة الإيجابية وينخفض عند الأفراد ذوي النشاط المحدود أو المنعدم وغير المتفاعلين مع بيئتهم الاجتماعية فلدينا 50,92% من المبحوثين الذين صرحوا بأنهم لا يشعرون بأن لهم مكانة ضمن الآخرين (جدول رقم 47)، لأن حياتهم بعيدة كل البعد عن الترويح والترفيه الذي يحفز التفاعل وهذا ما أدى إلى صراع بعض المقيمين وتبادلهم العبارات البذيئة والقذف ويصل الأمر في غالب الأحيان إلى بصق بعضهم البعض على وجوههم، كما صرح ضحايا الشتم والبصق والذين شكلوا 24,09%، من العدد الإجمالي للمبحوثين (جدول 47أ). ويمكن تفسير عدوانية المسنين وكذا غضبهم وكراهيتهم وازدراءهم بعضهم البعض على أنها انعكاسات الكبت وعدم القدرة على التعبير على الآراء والتنفيس على الرغبات، وهذا ما يجعل دائما علاقات التوتر قائمة، هذا ما يفسر إحساس 32,53% من المبحوثين بكراهية غيرهم لهم (جدول رقم 47أ).

ورغم هذه السلوكيات التي تعتبر تعبيراً صادقا لمشاعر الضجر والملل وفقدان الاهتمام والإحساس بانعدام القيمة، إلا أن إحساس المسنين بالضيق والسأم الذي يخيم على حياة المبحوثين يجعلهم في حاجة إلى إدخال السرور على نفسياتهم القائمة لأن اعتماد المسنين على بعضهم البعض يؤدي إلى إحساس كل واحد منهم بقيمة الآخر، وهذا ما أغفله الطاقم التربوي والإداري للمركز بإغفالهم الأنشطة الجماعية التي تشجع المسنين على احتكاكهم ببعضهم البعض وعيشهم تحت مظلة المركز، وإحساسهم بالتقارب الشديد فيما بينهم لأن الصحبة في هذا السن المتقدم وفي مثل هذه الظروف تقرب القلوب إلى بعضها البعض، فتشتد الأواصر وتقوى العلاقات وترفع الكلفة وينشأ نوع من الأخوة.

وبالإضافة إلى غياب الخصوبة والتجاوب في المركز توصلنا إلى أنه هناك بعض السلوكيات الصادرة عن المشرفين على راحة المقيمين والتي تترجم مشاعر الاحتقار وعدم الرضوخ والازدراء بحيث صرح 87,11% من مجموع المبحوثين أن العمال لا يستأذنون من المسنين عند دخول غرفهم ومكان نومهم (جدول 49)، وهذا ما زاد من تبرم المبحوثين واستسلامهم وخضوعهم وقطع الوشائح التي تربطهم بالناس والتحول إلى حبسهم أنفسهم (كما يوضحه ذلك الجدول رقم 53)، بحيث قال 42,33% من المبحوثين أن الحياة غير مهمة بالنسبة لمن هم في مثل ظروفهم وزيارة المديرية لهم في غرفهم وتقاسمها معهم الأكل لن يغير جوهم النفسي المتسم بالحزن ولا مزاجهم المتحجر ولن يعيد تناغمهم الوجداني .

ومما سبق ذكره نستطيع أن نقول أن المبحوثين مستسلمين لحياة الفتور والتلبد والرتابة نتيجة عدم توفر طرق وأدوات النشاط الترفيهي وغياب المتعة والحياة الإيجابية وذات المغزى وغياب التجاوب والتفاعل، وهذا ما أدى إلى عدم توافقه نفسيا والعزلة الاجتماعية التي يعيشها المسنين تحول دون تكيفهم مع بعضهم البعض.

4.6. بيانات حول علاقة تكيف المسنين اجتماعيا وتوافقهم نفسيا مع طبيعة الحياة في مركز العجزة

ببقاء الصلة بينهم وبين أسرهم وتفاعلهم مع بعضهم البعض

جدول 54: يبين نوع النشاط الذي كان يمارسه المبحوث قبل التقاعد حسب الجنس

نوع النشاط	الجنس		ذكور		إناث		المجموع
	ك	%	ك	%	ك	%	%
حرفي	93	64,58	/	/	93	57,05	
عامل	16	11,11	/	/	16	9,81	
موظف	1	0,69	/	/	1	0,61	
عامل(ة) حر(ة)	31	21,52	4	21,05	35	21,47	
منظف(ة)	3	2,08	7	36,84	10	6,13	
لم أمارس أي نشاط	/	/	8	42,10	8	4,90	
المجموع	144	100%	19	100%	163	100%	

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين بنسبة 57,05% كانوا حرفيين في بناء وصناعة الخشب، حدادين وميكانيكيين، ونجد كذلك مختصين في الترصيص (Plombiers) وتشكيل المجوهرات (Bijoutiers)، وهذه النسبة تضمنت نسبة 64,58% من مجموع الذكور، وقدرت نسبة المبحوثين الذين كانوا يمارسون الأعمال الحرة كالتجارة، والخياطة والسمرسة، والطبخ

بـ 21,47%، وتضمنت النسبة نسبة 21,52% من مجموع الذكور ونسبة 21,05 من مجموع الإناث، وشكلت نسبة العمال 9,81 من مجموع المبحوثين وكان أغلبهم أجراء في مصانع أو حراس (Gardiens et Veilleurs de nuit)، وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 11,11%.

وقدرت نسبة المنظفين (Eboueurs et Femmes de ménage) بـ 6,13% وتضمنت النسبة الإناث بـ 36,84% ونسبة الذكور 2,08%.

في حين أجاب 4,90% من المبحوثين بأنهم لم يسبق لهم ممارسة أي نشاط مهني، وهذه النسبة تضمنت الإناث بنسبة 42,10%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 0,61% فتمثل المبحوث الوحيد الذي كان موظف كمضيف في طائرة، وشكل 0,69% من مجموع المبحوثين الذكور.

وما يمكن استنتاجه من هذه البيانات هو أن المبحوثين الذكور كانوا أعضاء نشيطين قبل دخولهم المركز وأغلبهم كانوا حرفيين «أصحاب الصنعة»، في حين نجد أن نسبة معتبرة من الإناث لم تكن فعالة قبل التحاقهن بالمركز، ولم يسبق لهن ممارسة أي نشاط مهني.

جدول رقم 55: يوضح وجود موارد يعيل بها المبحوثين أنفسهم وهم في المركز حسب النشاط

الممارس من قبل.

النشاط السابق	حرفي		عامل		موظف		عامل		منظمة		بدون نشاط		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
وجود موارد														
نعم	41	44,08	16	100	1	100	19	54,28	3	30	/	/	80	49,07
لا	52	55,91	/	/	/	/	16	45,71	7	70	8	100	83	50,92
المجموع	93	100	16	100	1	100	35	100	10	100	8	100	163	100

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين بنسبة 50,92% صرحوا بأنهم ليس لهم موارد مالية يعيلون بها أنفسهم أو يلبون بها احتياجاتهم ورغباتهم، وهذه النسبة احتوت كل المبحوثين الذين صرحوا أنهم كانوا بدون نشاط مهني قبل الدخول إلى المركز، واحتوت 70% من مجموع

المبحوثين المنظفين ثم 55,91% من مجموع الحرفيين، ونسبة 45,71% من مجموع أصحاب الأعمال الحرة.

في حين أجاب 49,07% من المبحوثين أن لديهم بعض الموارد يلبون بها رغباتهم، وهذه النسبة احتوت العمال بنسبة 100% والموظفين بنسبة 100% وأصحاب الأعمال الحرة بنسبة 58,28%، ثم الحرفيين بنسبة 44,08%، وأخيرا المنظفين أجابوا بنسبة 30%.

وما يمكن استنتاجه من هذه البيانات هو أن أغلب المبحوثين الذين أجابوا بامتلاكهم موارد مالية هم المبحوثين الذين مارسوا العمل في القطاع العمومي والحكومي (العمال والموظفين)، في حين نجد أن أولئك الذين يفتقرون إلى الموارد أغلبهم المبحوثين الذين لم يسبق لهم ممارسة أي مهنة، وهذا شيء طبيعي، ثم نجد المنظفات اللائي كن يعملن في البيوت وكذا الحرفيين.

جدول رقم 1: يبين نوع الموارد بالنسبة للمبحوثين الذين أجابوا "نعم" حسب النشاط الممارس من قبل

النشاط		حرفي		عامل		موظف		عامل حر		منظف(ة)		المجموع	
نوع الموارد		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك
المدخرات		100	41	-	/	-	/	100	19	-	/	75	60
منحة التقاعد		-	/	100	16	100	1	-	/	100	3	25	20
المجموع		100	41	100	16	100	1	100	19	100	10	100	80

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين الذين صرحوا بامتلاكهم موارد مالية بنسبة 75% قالوا بأن هذه الموارد مصدرها مدخراتهم الشخصية "خبينا شويا دراهم رانا نصر فوا فيهم اليوم" على حد تعبير المبحوثين.

وهذه النسبة تضمنت كل الحرفيين بنسبة 100% وكل أصحاب الأعمال الحرة بنسبة 100%، وأجاب 25% من مجموع المبحوثين أن مصدر مواردهم هي منحة تقاعدهم وتضمنت هذه النسبة كل العمال والموظفين والمنظفين (Les Eboueurs) الذكور بنسبة 100%.

وما نستنتجه هو أن المبحوثين الذين كانوا يعملون في القطاع العمومي الحكومي، تشكل منحة تقاعدهم مصدرهم المالي الرئيسي، بينما تشكل المدخرات (Les économies) مصدر موارد الحرفيين وأصحاب الأعمال الحرة.

جدول 56: يبين أبناء المبحوثين الذين يعملون حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	
67,48	110	47,36	9	70,13	101	أبناء يعملون نعم
32,51	53	52,63	10	29,86	43	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

نلاحظ من بيانات الجدول أن أغلب المبحوثين، الجنسين معا وبنسبة 67,48% أجابوا أن لديهم أبناء يعملون، وهذه النسبة تضمنت 70,13% من مجموع الذكور و47,36% من مجموع الإناث. والنسبة المتبقية والمقدرة بـ32,51% تمثل المبحوثين الذين ليس لديهم أبناء والمتضمنة بدورها الإناث بنسبة 52,63% و29,86% من مجموع الذكور. وما نستنتجه من هذه البيانات هو أنه يغلب العنصر الأنثوي على فئة المبحوثين الذين ليس لديهم أبناء يعملون.

جدول أ: يوضح تلقي المبحوثين المساعدة المادية من طرف أبناءهم حسب امتلاكهم للموارد

المجموع		ليس لهم أي موارد		لديهم موارد مادية		امتلاك الموارد تلقي مساعدة مادية
%	ك	%	ك	%	ك	
25,15	41	46,98	39	2,5	2	نعم
74,84	122	53,01	44	97,5	78	لا
%100	163	%100	83	%100	80	المجموع

وما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين بنسبة 74,84%، أجابوا أنهم لا يتلقون المساعدة المادية من طرف أبنائهم وهذه النسبة تضمنت المبحوثين الذين يملكون موارد مالية بنسبة 97,5% والمبحوثين الذين ليس لهم أي موارد بنسبة 53,01%.

أما المبحوثين الذين يتلقون المساعدات المالية من طرف أبنائهم الذين يعملون، فقدرت نسبتهم بـ 25,15% وهذه النسبة تضمنت المبحوثين الذين ليس لهم موارد بنسبة 46,98%، والمبحوثين الذين يملكون موارد مالية بنسبة 2,5%.

وما نستنتجه هو وجود علاقة بين امتلاك المبحوثين الموارد المالية ومساعدة الأبناء، فأغلب المبحوثين الذين يستفيدون من منحة التقاعد أو الذين ادخروا المال لشيخوختهم لا يتلقون المساعدات المالية من أبنائهم اعتقاداً منهم أن أولياءهم لديهم ما يكفيهم من مال، في حين نجد أن أغلب المبحوثين الذين ليس لهم أي مصدر لأي مدخول مالي يتلقون المساعدات المادية ومن طرف أبنائهم.

جدول ب: يبين نوع المساعدة المادية بالنسبة للذين أجابوا "نعم" حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
ك	%	ك	%	ك	%	نوع مساعدة
7	17,07	1	20	6	16,66	ظرفية
20	48,78	1	20	19	52,77	عند الحاجة
14	34,14	3	60	11	30,55	في المناسبات فقط
41	100%	5	100%	36	100%	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلبية المبحوثين صرحوا بأن أبنائهم يساعدهم عند الحاجة، ولقد قدرت نسبتهم بـ 48,78% وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 52,77% والإناث بنسبة 20%.

وقال 34,14% من المبحوثين أن أبنائهم يقدمون لهم المال في المناسبات فقط، ويتحدث المسنين عن المناسبات الدينية ولقد تضمنت النسبة، نسبة 60% من الإناث ونسبة 30,55% من الذكور.

وقدرت نسبة المبحوثين الذين قالوا بأن مساعدات أبنائهم يقدمون مساعدات ظرفية بنسبة

17,70%، وتضمنت النسبة الإناث بنسبة 20% والذكور بنسبة 16,66%.

وما نستنتجه هو أن أغلب المبحوثات يتلقين المساعدات المادية من طرف أبنائهن في المناسبات الدينية فقط، في حين يتلقى المبحوثين الذكور تلك المساعدات كلما احتاجوا إليها وكأنه يبدو للأبناء أن المسنات لا حاجة لهن وعليهن بالاكتماء بتلقي المال في أيام العيد فقط كما هو الحال بالنسبة للأطفال.

جدول رقم 57: يبين نوع مسكن المبحوثين قبل التحاقهم بمركز العجزة حسب النشاط الممارس

النشاط السابق	حرفي		عامل		موظف		عامل		منظمة		بدون نشاط		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
فيلا	5	5,37	/	/	/	/	2	5,71	/	/	/	/	7	4,29
شقة	37	39,78	6	37,5	1	100	25	71,42	/	/	/	/	69	42,33
بيت تقليدي	49	52,68	10	62,5	/	/	8	22,85	4	40	1	12,5	72	44,17
بيت قصديري	2	2,15	/	/	/	/	/	/	6	60	7	87,5	15	9,20
المجموع	93	100	16	100	1	100	35	100	10	100	8	100	163	100

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن نسبة 44,17% من مجموع المبحوثين يسكنون بيوت تقليدية (دار عرب)، وهذه النسبة تضمنت العمال سابقا بنسبة 62,5%، تليها الحرفيين بنسبة 52,68%، ثم المنظفين بنسبة 40%، ثم أصحاب الأعمال الحرة بنسبة 22,85%، وأخيرا المبحوثين الذين لم يسبق لهم ممارسة أي نشاط بنسبة 12,5%.

وقدرت نسبة المبحوثين الذين يسكنون في الشقق بـ 42,33%، واحتوت النسبة الموظف الوحيد 100%، وأصحاب الأعمال الحرة بنسبة 71,42%، ثم الحرفيين بنسبة 39,78%، وأخيرا العمال بنسبة 37,5%.

وأجاب 9,20 من المبحوثين بأنهم كانوا يسكنون بيوتا قصديرية، وتضمنت النسبة الذين لم يكن لهم نشاط مهني بنسبة 87,5%، والمنظفين بنسبة 60% والحرفيين بنسبة 2,15%.

والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 4,29% فتمثل المبحوثين الذين كانوا يسكنون في فيلا، وتضمنت النسبة أصحاب الأعمال الحرة بـ 5,71% والحرفيين بنسبة 5,37%.

وما نستنتج من هذه البيانات هو وجود علاقة بين نوع السكن النشاط المهني الممارس من طرف المبحوثين بحيث نجد أن أصحاب الأعمال الحرة من تجار يسكنون الشقق والفيلات، بينما نجد الحرفيين والعمال أغلبهم يسكنون البيوت التقليدية، في حين نجد أن أغلب المبحوثين العاطلين عن الشغل والمنظفين يسكنون البيوت القصدية.

جدول رقم 58: يوضح الأطراف التي كان يسكن معها المبحوث حسب الحالة المدنية

المجموع		عامل(ة)		مطلق(ة)		متزوج(ة)		أعزب-عزباء		الحالة المدنية الأطراف التي أقام معها المبحوث(ة)
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
3,06	5	/	/	/	/	12,5	5	/	/	الزوج(ة)
48,46	79	76,92	40	82,97	39	/	/	/	/	الأولاد
17,79	29	/	/	/	/	72,5	29	/	/	الزوجة والأولاد
3,68	6	/	/	/	/	15	6	/	/	الزوجة والأولاد والأحفاد
22,08	36	17,30	9	17,02	8	/	/	79,16	19	الأخ وزوجته وأولاده
2,45	4	5,76	3	/	/	/	/	4,16	1	أختي وأولادها
2,45	4	/	/	/	/	/	/	16,66	4	عمي وزوجته وأولادها
100	163	100	52	100	47	100	40	100	24	المجموع

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن نسبة كبيرة قدرت بـ 48,46% من المبحوثين قالوا أنهم كانوا يسكنون رفقة آبائهم وهذه النسبة تضمنت المطلقين بنسبة 82,97% والأرامل بنسبة 79,92%.

والنسبة التي قدرت بـ 22,08% تمثل المبحوثين الذين صرحوا أنهم كانوا يسكنون مع الأخ وزوجته وأبناءه، وهذه النسبة تضمنت فئة العزاب بنسبة 79,16%، تليها فئة الأرامل بنسبة 17,30% وأخيرا المطلقين بنسبة 17,02%.

والمبحوثين الذين كانوا يقيمون مع الزوجة والأولاد قدرت نسبتهم بـ 17,79%، واحتوت على 72,5% من فئة المتزوجين.

وقدرت نسبة المبحوثين الذين كانوا يتقاسمون المسكن مع الزوجة والأولاد والأحفاد بـ 3,68%، وتضمنت النسبة 15% من المبحوثين المتزوجين.

في حين أجاب 3,06% أنهم كانوا يسكنون رفقة الزوج(ة) فقط، ولقد تضمنت النسبة 12,5% من مجموع المتزوجين.

وقدرت نسبة المبحوثين الذين كانوا يقيمون مع الأخت وأولادها بنسبة 2,45% وتضمنت النسبة الأرامل بنسبة 5,76%، والعزاب بنسبة 4,16%، ونفس النسبة (2,45%)، أجابوا أنهم كانوا مقيمين عند العم وزوجته وأولاده، وتضمنت النسبة 16,66% من مجموع العزاب.

وما نستنتجه من هذه البيانات هو وجود علاقة بين الحالة المدنية للمبحوث والأطراف التي كان يسكن معها، بحيث نجد أن أغلب المبحوثين الذين كانوا مقيمين مع الزوجة والأولاد هم من فئة المتزوجين، وأغلب المقيمين مع الأولاد هم من فئة المطلقين والأرامل وأغلب المقيمين مع الأهل والأقارب من أخوة وأعمام، هم من فئة العزاب والمطلقين والأرامل.

جدول رقم 59: يوضح طبيعة العلاقات التي كانت تسود أسرة المبحوث حسب نوع المسكن

المجموع		بيت قصديري		بيت تقليدي		شقة		فيلا		نوع المسكن
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	طبيعة العلاقات
7,97	13	/	/	/	/	11,5	8	71,4	5	علاقات احترام
39,2	64	6,66	1	56,9	41	28,9	20	28,5	2	علاقات متوسطة
6	6			4	8	8	7			
52,7	86	93,3	14	43,0	31	59,4	41	/	/	علاقات سيئة
6	6	3		5	2	2				
100	163	100	15	100	72	100	69	100	7	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين بنسبة 52,76% صرحوا بأن العلاقات التي كانت تسود أسرهم علاقات سيئة، وتضمنت النسبة أصحاب البيوت القصديرية بنسبة 93,33%، وأصحاب الشقق بنسبة 59,42%، وأصحاب البيوت التقليدية بنسبة 43,05%. وقدرت نسبة المبحوثين الذين قالوا بأن العلاقات التي كانت تسود أسرهم هي علاقات متوسطة بـ 39,26%، واحتوت هذه النسبة أصحاب البيوت التقليدية بنسبة 56,94%، وأصحاب الشقق بنسبة 28,98%، وأصحاب الفيلات بنسبة 28,57% وأخيرا أصحاب البيوت القصديرية بنسبة 6,66%.

وقد قدرت نسبة المبحوثين الذين كان الاحترام يميز العلاقات في أسرهم بـ 7,97%، وتضمنت النسبة أصحاب الفيلات بـ 71,48% وأصحاب الشقق بنسبة 11,59%. وما نستنتجه هو وجود علاقة بين طبيعة العلاقات التي كانت تسود أسر المبحوثين بنوع مقر سكنهم بحيث نجد أن العلاقات تسوء عند أصحاب البيوت القصديرية والبيوت التقليدية والشقق، وهذا راجع إلى ضيق مساكنهم وازدحامهم فيها، كما نجد أن العلاقات يسودها الاحترام عند أصحاب الفيلات، وهذا أكيد مرجعه كبر حجم ومساحة المسكن.

جدول رقم 60: يوضح وجود خلات داخل أسرة المبحوثين حسب النشاط السابق لهم

نوع النشاط	حرفي(ة)		عامل(ة)		موظف(ة)		عامل حر(ة)		منظمة(ة)		بدون نشاط		المجموع
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
نعم	42	45,16	15	93,75	/	/	14	40	9	90	8	100	53,98
لا	51	54,83	1	6,25	1	100	21	60	1	10	/	/	46,01
المجموع	93	100	16	100	1	100	35	100	10	100	8	100	163

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن نسبة 53,98% من مجموع المبحوثين أكدوا أنه كانت
تعم أسرهم الخلفات والتوترات، وهذه النسبة تضمنت المبحوثين الذين كانوا عاطلين مهنيا بنسبة
100%، وفئة العمال بنسبة 93,75% وفئة المنظمين بنسبة 90%، وفئة الحرفيين بنسبة
45,16% وأخيرا أصحاب الأعمال الحرة بنسبة 40%.

وقدرت نسبة المبحوثين الذين قالوا بأن الخلفات لم تكن كثيرة الحدوث في أسرهم بنسبة
46,01%، وتضمنت هذه النسبة الموظف الوحيد، وكذا فئة أصحاب الأعمال 60% تليها فئة
الحرفيين بنسبة 54,83%، ثم فئة المنظمين بنسبة 10%، وأخيرا فئة العمال بنسبة 6,25%.
وما نستنتجه هو أن الخلفات تكثرت عند أسر المبحوثين البطالين عن العمل وكذا العمال
والمنظمين، ونجد هذه الخلفات تقل في أسر أصحاب الأعمال الحرة والموظفين والحرفيين، بحيث أن
قلة الدخل أو عدمه ينتج اصطدامات ومشاكل أسرية.

جدول أ: يوضح أسباب الخلافات للمبحوثين الذين أجابوا "نعم" حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	سبب الخلافات
15,90	14	/	/	19,17	14	عائلية
55,68	49	86,66	13	49,31	36	مادية
28,40	25	13,33	2	31,50	23	ضيق المسكن
%100	88	%100	15	%100	73	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين، الجنسين معا وبنسبة 55,68% قالوا أن سبب الخلافات التي كانت تسود أسرهم هي الأسباب المادية، وتضمنت هذه النسبة الإناث بنسبة 86,66% والذكور بنسبة 49,31%.

وأجابوا 28,40% أن ضيق المسكن كان أهم الأسباب التي خلقت الخلافات بينهم، وتضمنت النسبة الذكور بنسبة 31,50% والإناث بنسبة 13,33%.

في حين نجد أن المبحوثين الذين أجابوا بأن الخلافات التي كانت تسود أسرهم سببها عائلي، فقدرت نسبتهم بـ 15,90%، وتضمنت النسبة الذكور بـ 19,17%.

وما نستنتجه من هذه البيانات هي أن أسباب الخلافات عند الذكور أغلبها ضيق المسكن، في حين نجد أن السبب الأكثر تكرار عند الإناث هو المشكل المادي والمتمثل في قلة الموارد.

جدول رقم 61: يوضح دور المبحوث في حل الخلافات حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	دور المبحوث في حل الخلافات
26,13	23	26,66	4	16,66	19	أفرض نفسي وأحل المشاكل
35,22	31	13,33	2	52,77	29	أدخل عند الحاجة فقط
38,63	34	60	9	30,55	25	أتجاهل المشاكل
%100	88	%100	15	%100	73	المجموع

ما نلاحظه من بيانات هذا الجدول هو أن أغلب المبحوثين الجنسين معا وبنسبة 38,63% صرحوا أنهم كانوا يتجاهلون المشاكل والخلافات التي كانت تحدث في أسرهم وتضمنت النسبة الإناث بـ 60% والذكور بـ 34,24%.

في حين كان يتدخل 35,22% من المبحوثين لحل المشاكل عند الحاجة فقط ولقد احتوت النسبة الذكور بـ 39,72% والإناث بـ 13,33%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 26,13% فتمثل المبحوثين الذين كانوا يفرضون أنفسهم في الأسرة ويحلون المشاكل.

وما نستنتجه من بيانات هذا الجدول هو أن عنصر الإناث هو الأكثر تجاهلا للمشاكل الأسرية من الذكور، بينما نجد المسنين الذكور يتدخلون عند الحاجة لحل الخلافات أكثر من الإناث هذا من جهة، ومن جهة أخرى هذه البيانات تقودنا إلى القول أن المبحوثين الجنسين معا لم تكن لهم السلطة الكافية، ولا الشخصية القوية في أسرهم بل كانوا منهزمين ومستسلمين أمام النزعات والخلافات الأسرية وكأنهم استقالوا من دورهم القيادي.

جدول رقم 62: يوضح مدى أهمية قرارات المبحوث في العائلة حسب النشاط الممارس

المجموع	بدون نشاط		منظفة(ة)		عمال أحرار		موظفين		عمال		حرفيين		نوع النشاط
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
5,52	9	/	/	/	5,71	2	/	/	12,5	2	5,37	5	أنا من يتخذ القرارات
47,85	78	25	2	30	71,42	25	100	1	31,25	5	45,16	42	أحيانا يلجؤون لطلب الاستشارة
46,01	76	75	6	70	22,85	8	/	/	56,25	9	49,46	46	يتجاهلون قراراتي تماما
100	163	100	8	100	100	35	100	1	100	16	100	93	المجموع

من بيانات الجدول يتضح لنا أن أغلب المبحوثين بنسبة 47,85% صرحوا أن أفراد أسرهم كانوا يلجؤون إليهم أحيانا فقط لطلب الاستشارة منهم، وهذه النسبة تضمنت الموظف الوحيد بنسبة

100%، والذين لم يكن لهم نشاط مهني بنسبة 78%، والعمال الأحرار بنسبة 71,42%، يليها الحرفيين بنسبة 45,16%، ثم العمال بنسبة 31,25%، وأخيرا المنظفين بنسبة 30%.

وقدرت نسبة المبحوثين الذين أجابوا أن قراراتهم كان يتجاهلها تماما أعضاء الأسرة بنسبة 46,62%، وهذه النسبة احتوت العاطلين عن العمل بـ 75%، يليها المنظفين بـ 70%، ثم العمال بـ 56,25%، والحرفيين بـ 49,46% وأخيرا العمال الأحرار بـ 22,85%.

هذا وقال 5,52% من المبحوثين أنهم هم من كانوا يتخذون القرارات، ولقد تضمنت النسبة العمال بنسبة 12,5% والعمال الأحرار بنسبة 5,71% والحرفيين بنسبة 5,37%.

وما نستنتجه من هذه البيانات هو وجود علاقة بين أهمية قرارات المسنين ومستوى دخلهم أو طبيعة النشاط المهني الممارس، بحيث نجد أن هذه الأهمية تتضاءل عند المبحوثين البطالين والمنظفين والعمال وكذا عند بعض الحرفيين البسطاء، بينما نجد الهيبة والزرعامة والصرامة عند النشيطين المقتردين من عمال أحرار وعمال وحرفيين.

وهذا مرده أن مكانة الفرد الاجتماعية وكل علاقاته الاجتماعية بما فيها الأسرية تتحدد من خلال نشاط عمله وحجم دخله.

جدول رقم 63: يبين سبب إلحاق المبحوثين بمركز العجزة حسب الجنس

المجموع	إناث		ذكور		الجنس	الأسباب
	%	ك	%	ك		
13,49	22	42,10	8	9,72	14	مشاكل مادية
30,67	50	15,78	3	32,63	47	مشاكل صحية
28,83	47	5,26	1	31,94	46	تفاقم المشاكل العائلية
26,99	44	36,84	7	25,69	37	مشاكل السكن
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين، الجنسين معا وبنسبة 30,67% أجابوا أن مشاكلهم الصحية هي التي تسببت في إلحاقهم بمركز العجزة، وهذه النسبة احتوت الذكور بنسبة 32,63% والإناث بنسبة 15,78%.

تلي هذه النسبة نسبة المبحوثين الذين جاءوا إلى المركز بسبب تفاقم المشاكل العائلية، وقدرت نسبتهم بـ 28,83% تضمنت الذكور بنسبة 31,94% والإناث بـ 5,26%.

أما مشاكل السكن فلقد تسببت في إلحاق 26,99% من المبحوثين بمركز العجزة، وتضمنت النسبة الإناث بـ 36,84%، والذكور بنسبة 25,69%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 13,49% تمثل

المبحوثين الذين أجابوا بأن المشاكل المادية هي سبب تواجدهم بالمركز، وتضمنت النسبة 42,10% من الإناث و9,72% من الذكور.

وما نستنتجه من هذه البيانات هو أن المشاكل الصحية والمشاكل العائلية هي أقوى الأسباب التي دفعت بالمبحوثين الذكور إلى الالتحاق بمركز العجزة، في حين نجد أن المشاكل المادية ومشاكل السكن هي أقوى الأسباب التي دفعت بالمبحوثات الإناث إلى الالتحاق بالمركز.

جدول رقم 64: يوضح وجود صلة بين المبحوثين وأفراد أسرهم حسب الأطراف التي كانوا يسكنون

معها

الأقارب	الزوج(ة)		الأولاد		الزوج(ة) والأولاد		الزوج(ة)، الأولاد والأحفاد		الأخ وزوجته وأولاده		أختي وأولادها		العم، زوجته وأولاده		المجموع		وجود صلة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
نعم	3	60	12	8	7	3	2	3	1	1	25	1	1	25	3	3	
لا	2	40	67	1	22	6	4	6	36	100	3	75	4	100	138	6	
المجموع	5	100	79	100	29	100	6	100	36	100	4	100	4	100	163	100	

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن نسبة معتبرة قدرت بـ84,66% من المبحوثين أجابوا أنهم ليس لهم أي اتصال بأفراد أسرهم منذ تواجدهم في المركز، وهذه النسب تضمنت كل المبحوثين الذين كانوا يقيمون مع أعمامهم وزوجاتهم وأولادهم، وكل المبحوثين الذين كانوا مع أخوانهم وزوجاتهم وأولادهم، و75% من الذين كانوا يعيشون مع أخواتهم البنات وأولادهن، و84,81% من الذين كانوا يعيشون مع أولادهم، و75,86% من الذين كانوا يقيمون مع الزوجة والأولاد والأحفاد. أما المبحوثين الذين صرحوا بوجود صلة مع أقاربهم وهم في المركز، فقدت نسبتهم بـ15,33%، واحتوت النسبة 60% من المبحوثين الذين هم في اتصال مع زوجاتهم، و33,33% من المبحوثين الذين مازالوا في اتصال مع زوجاتهم وأولادهم وأحفادهم، و25% من الذين هم في اتصال مع الأخت وأولادها، و24,13 ممن هم في اتصال مع الزوجة والأولاد، و15,18% ممن هم في اتصال مع أولادهم.

وما نستنتج من هذه البيانات هو أن كل المبحوثين الذين كانوا يقيمون عند الأخ وزوجته وأولاده، وكذا الذين كانوا يسكنون مع العم، وزوجته وأولاده قطعوا الصلة بهم نهائياً، وهذا دليل على تفاقم المشاكل والتي كانت سبباً في دخول المسنين مركز العجزة.

جدول رقم 65: يوضح نوع الصلات بالنسبة للمبحوثين الذين أجابوا "نعم" حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس	نوع الصلة
%	ك	%	ك	%	ك		
100	25	100	7	100	18		زيارات
/	/	/	/	/	/		رسائل بريدية
/	/	/	/	/	/		مكالمات عبر الهاتف
%100	25	%100	7	%100	18		المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن كل المبحوثين الجنسين معا الذين تربطهم صلة بأسرهم وهم متواجدين في المركز بنسبة 100%، أجابوا أن الصلة تتمثل في زيارات أفراد أسرهم لهم.

جدول رقم 66: يوضح لجوء أقارب المسنين لاستشارة المبحوثين وهم في المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس	الاستشارة
%	ك	%	ك	%	ك		
8	2	/	/	11,11	2		نعم
92	23	15,78	7	88,88	16		لا
%100	25	%100	7	%100	18		المجموع

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن اغلب المبحوثين الذين هم على صلة بأسرهم، بنسبة 92%، الجنسين معا أجابوا أن أقاربهم من أزواج وأبناء لا يستشيرونهم وهم في المركز، ولقد تضمنت النسبة 88,88% من الذكور، والإناث بنسبة 100%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 8% شكلت المبحوثين الذين يلجؤون إليهم أقاربهم للإستشارتهم، ولقد تضمنت النسبة 11,11% من مجموع الذكور.

وما نستنتج هو الغياب التام لعنصر الإناث ضمن المبحوثين الذين يستشارون من طرف أقاربهم وهذا دليل على تدني مكانة المسنات المتواجدات بالمركز في أسرهم وتراجع هيبتهم وانحطاط أهميتهم وأهمية أرائهم.

جدول أ: يوضح القضايا التي يلجأ الأبناء للمبجوثين لطلب الاستشارة حسب امتلاك المبحوث للموارد

المالية

المجموع		ليس لديه موارد مادية		يتقاضى منحة التقاعد		يملك مدخرات		امتلاك موارد مالية		القضايا التي يلجأ من أجلها للاستشارة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	الأمر العادية
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	القضايا المتعلقة بالعبادات والتقاليد
100	2	/	/	100	2	/	/	/	/	الزواج
100	2	/	/	100	2	/	/	/	/	المجموع

ما نلاحظ من هذا الجدول هو أن المبحوثين تمت استشارتهما من طرف أبنائهما في قضايا زواجهما وانتقاء العروسة، كما نلاحظ كذلك أن المبحوثين من فئة الذين يتقاضون منحة التقاعد. وما نستنتجه هو أن الأبناء بدافع الطمع في منحة التقاعد تسئروا بحجة الاستشارة وغرضهم الحقيقي هو التمكن من منحة أوليائهم، ومن هنا نقول بأنه توجد علاقة بين استشارة الأبناء وتقاضي الأباء منحة التقاعد.

جدول رقم 67: يبين شعور المبحوث بتغيير معاملة أسرته منذ تواجده في المركز حسب مدة الإقامة

المجموع	10 فأكثر		10-9		8-7		6-5		4-3		2-1		أقل من سنة		مدة الإقامة	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
79,75	130	100	21	100	22	100	11	81,81	18	64,51	20	73,91	17	63,63	21	نعم
20,24	33	/	/	/	/	/	/	18,18	4	35,48	11	26,08	6	36,36	12	لا
100	163	100	21	100	22	100	11	100	22	100	31	100	23	100	33	المجموع

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن نسبة كبيرة قدرت بـ 79,75% تمثل المبحوثين الذين يشعرون بتغيير معاملة أسرته لهم منذ تواجدهم في المركز، ولقم تضمنت النسبة كل أفراد الفئة الذين تجاوزت إقامتهم بالمركز 10 سنوات، وكل المبحوثين المقيمين بين 9-10 سنوات وكل المقيمين بين 7-8 سنوات، و 81,81% من المقيمين بين 5-6 سنوات، و 73,91% من المقيمين بين 1-2 (سنتين)، و 64,51% من المقيمين بين 3-4 سنوات، و 63,63% من المقيمين بأقل من سنة. في حين صرح 20,24% أنهم لم يشعروا بعد بتغيير معاملة أسرته، وهذه النسبة احتوت المقيمين أقل من سنة بنسبة 36,36%، والمقيمين بين 3-4 سنوات بنسبة 35,48%، والمقيمين بين سنة وستين بنسبة 26,08%، وأخيرا المقيمين بين 5-6 سنوات بنسبة 18,18%.

وما نستنتجه من هذه البيانات هو وجود علاقة بين شعور المبحوثين بتغيير ذويهم نحوهم ومدة إقامتهم في المركز بحيث نلاحظ أنه كلما ازدادت مدة إقامة المبحوثين شعروا بتغيير معاملة ذويهم لهم نحو الأسوأ وكان أهمية الأولياء تتناقص مع مر السنين وهم متواجدين في المركز وأقاربهم ينسحبون من مسؤوليتهم نحوهم مع مرور الأيام وتعودوا على العيش دونهم.

جدول رقم 68: يوضح رأي المبحوثين في سلوك الأسرة حسب الجنس

تجاهل	الجنس		ذكور		إناث		المجموع	
	نعم	لا	%	ك	%	ك	%	ك
نعم	115	97,45	11	91,66	126	96,92		
لا	3	2,54	1	8,33	4	3,07		
المجموع	118	100%	12	100%	130	100%		

كما واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين الذين يشعرون بتغيير معاملة أسرته نحوهم منذ تواجدهم في المركز، وبنسبة 96,92% الجنسين معا، أجابوا أن هذا التغيير في المعاملة والسلوك عبارة عن تجاهل لهم، وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 97,45% والإناث بنسبة 91,66%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 3,07% فتشكل المبحوثين الذين لا يفسرون سلوك أسرتهم بالتجاهل وإنما حسبهم. ذويهم من همكين ومنشغلين بهموم ومشاكل ومصاعب الحياة، وهذه النسبة تضمنت الإناث بنسبة 8,33% والذكور بنسبة 2,54%.

وما نستنتجه من هذه البيانات هو أن المبحوثات الإناث، أكثر تسامحا وتفهما من الذكور إزاء تجاهل أقاربهن لهن، بحيث يجدن الأعذار لتفسير ما لا يفسر.

جدول أ: يوضح شعور المسنين الذين أجابوا "نعم" حسب الجنس

الشعور	الجنس		ذكور		إناث		المجموع
	ك	%	ك	%	ك	%	
الحزن والحسرة	13	11,30	8	72,72	21	16,66	
الغضب والثورة	72	62,60	/	/	72	57,14	
خسارة	23	20	/	/	23	18,25	
لا أشعر بأي شيء (طاب قلبي)	5	4,34	/	/	5	3,96	
الله يهديهم	2	1,73	3	27,27	5	3,96	
المجموع	115	%100	11	%100	126	%100	

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين الجنسين معاً، يشعرون إزاء تجاهل أقاربهم لهم وهم في مركز العجزة بالغضب والثورة نحوهم وهذه النسبة تضمنت 62,60% من مجموع الذكور، بينما عبر 18,25% عن تأسفهم وتآلمهم وندامتهم على خسارة تكوين الأسرة وعلى خسارة الإنجاب وخسارة ما آلت إليه صلة الدمن وتضمنت هذه النسبة 20% من الذكور.

ويشعر 16,66% من المبحوثين بالحزن الكبير والحسرة العميقة من تصرفات أقاربهم واحتوت النسبة 72,72% من الإناث و11,30% من الذكور.

ونجد نسبة قدرت بـ 3,96% وشكلوها المبحوثين الذين صرحوا بأنهم مع مرور الوقت تعودوا على تصرفات ذويهم لدرجة أنهم فقدوا القدرة على الإحساس أو الشعور "طاب قلبي" على حد تعبيرهم، وهذه النسبة تضمنت الذكور بنسبة 4,34%، ونفس النسبة (3,96%) اكتفوا بالتعبير عن دعائهم بالهداية لأقاربهم، وتضمنت النسبة الإناث 27,27% والذكور بـ 1,73%.

ما نستنتجه من بيانات الجدول هو أن الذكور في شعورهم نحو أقاربهم هم أكثر انفعال وغضب وتمرد وثورة، وهذا بصفة عامة ردود الأفعال التي تميز الرجال الثائرين، بينما نجد المبحوثات في معاناتهن من جفاء الأقارب ويتآلمن بصمت، وردود فعلهن فيها كثير من الخضوع والاستسلام.

جدول رقم 69: يوضح زيارة المبحوثين للأسرة أو أحد الأقارب منذ تواجدهم في المركز حسب مدة

الإقامة

المجموع	10 فأكثر		10-9		8-7		6-5		4-3		2-1		أقل من سنة		مدة الإقامة الزيارة
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
4,29	7	/	/	/	/	/	4,54	1	6,45	2	9	4	/	/	نعم
0	156	100	21	100	22	100	11	21	4	29	0	19	100	33	لا
100	163	100	21	100	22	100	11	22	100	31	100	23	100	33	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن معظم المبحوثين بنسبة 95,70% أجابوا أنهم لم يزوروا يوماً أقاربهم منذ تواجدهم في المركز، وهذه النسبة تضمنت كل المقيمين منذ أكثر من 10 سنوات، وكل المقيمين بين 10-9 سنوات، وكل المقيمين بين 8-7 سنوات وكل المقيمين بأقل من سنة. ونسبة 95,45% من المقيمين بين 6-5 سنوات و 93,54% من المقيمين بين 4-3 سنوات و 82,60% من المقيمين بين 2-1 سنوات.

في حين قدرت نسبة الذين قاموا بزيارة أقاربهم بـ 4,29% واحتوت هذه النسبة 17,39% من المقيمين من سنة إلى سنتين و 6,45% من المقيمين بين 4-3 سنوات، و 4,54% من المقيمين بين 5-6 سنوات.

وما نستنتجه من بيانات هذا الجدول هو وجود الزيارات القليلة في السنوات الأولى من إقامة المبحوثين ومع مرور السنوات تختفي هذه الزيارات وكأن الأقارب يوفون بوعد استضافة المبحوثين في بداية إقامتهم ثم ينسحبون إلى حياتهم بعيداً عن كل ما يذكرهم بكبارهم.

جدول أ: يوضح الأقارب الذين زارهم المبحوث حسب عدد الزيارات

المجموع		الأولاد		الزوجة والأولاد		الزوجة، الأولاد والأحفاد		الأقارب
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	عدد المرات
14,28	1	100	1	/	/	/	/	مرة
42,85	3	/	/	/	/	100	2	مرتين
57,14	4	/	/	100	4	/	/	5مرات
100	7	100	1	100	4	100	2	المجموع

ما يمكن قراءته من هذا الجدول هو أن نسبة المبحوثين الذين قاموا بزيارة زوجاتهم وأولادهم (5مرات) منذ تواجدهم في المركز قدرت بـ 57,14%.

وقدرت نسبة الذين زاروا مرتين زوجاتهم وأولادهم وأحفادهم بـ 42,85%، وأخيرا قدرت نسبة الذين زاروا أولادهم مرة واحدة فقط بـ 14,28%.

وما نستنتجه من هذه البيانات هو قلة، لكي لا نقول ندرة الزيارات التي قام بها المبحوثين إلى أقاربهم.

جدول ب: يوضح ارتباط الزيارات بمناسبات دينية أو غيرها حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	المناسبات
14,28	1	100	1	/	/	مناسبة العيد
14,28	1	/	/	16,66	1	خطبة البنت
71,43	5	/	/	83,33	5	زاج الإبن
%100	7	%100	1	%100	6	المجموع

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين الذين زاروا أقاربهم بنسبة 71,43% صرحوا بأنهم ذهبوا إلى أسرهم بمناسبة زواج أبناءهم وهذه النسبة تضمنت نسبة 83,33% من الذكور.

كما أجاب مبحوث بنسبة 14,28% من المجموع أنه زار الأسرة بمناسبة خطبة ابنته الوحيدة، وبنفس النسبة قالت مبحوثة أنها زارت أسرتها في إحدى مناسبات العيد.

وما نستنتج من هذه البيانات هو أن المبحوثين الذكور يتم استضافتهم إلى أسرهم من طرف أبنائهم لقضاء أغراضهم وتقادي الفضيحة يوم العرس، وعلى حد تعبير أحد المبحوثين: "يدونا يشبحوا بنا الطابلة قدام نسابهم"، في حين نجد أن المبحوثة تؤدي دور الأم فقط يوم العيد.

جدول رقم 70: يوضح رأي المبحوثين في مراكز العجزة حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	المركز حل لمشاكلهم
39,26	64	10,52	2	43,05	62	نعم
48,46	79	89,47	17	56,94	82	لا
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن نسبة 48,46% من المبحوثين، الجنسين معا، قالوا أن المراكز لا تشكل حل بالنسبة للشيخوخة، وهذه النسبة تضمنت الإناث بنسبة 89,47% والذكور بنسبة 56,94%.

أما المبحوثين الذين أجابوا أن مراكز العجزة تعتبر حل بالنسبة للمسنين الذين هم في مثل أوضاعهم وظروفهم، قدرت نسبتهم بـ 39,26%، ولقد احتوت هذه النسبة الذكور بنسبة 43,05% والإناث بنسبة 10,52%.

وما نستنتج من هذه البيانات هو أن مصداقية هذه المراكز وقدرتها على حل مشاكل الشيخوخة تنخفض عند الإناث وترتفع عند الذكور.

جدول أ: يوضح الأسباب بالنسبة للذين أجابوا "لا" حسب الأصل الجغرافي

المجموع		حضري		ريفي		الأصل الجغرافي
%	ك	%	ك	%	ك	الأسباب
79,74	63	/	/	87,5	63	مكان المسن في وسط أسرته وأولاده
10,12	8	/	/	11,11	8	الحياة في المركز موت بطيء
2,53	2	28,57	2	/	/	الحياة في المركز نكد وغم
7,59	6	71,42	5	1,38	1	المركز يشجع الأقارب على رمي أوليائهم وإهمالهم
%100	79	%100	7	%100	72	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين الذين أجابوا أن المركز لا يحل مشاكلهم، بنسبة 79,74%، والسبب هو كون الأسرة هي المكان الطبيعي الوحيد الذي من المفروض أن ينهي فيه المسن أيامه، وهذه النسبة تضمنت نسبة 87,5% من المبحوثين ذوي الأصل الريفي. هذا وقد صرح 10,12% أن السبب هو أن الحياة في المركز عبارة عن موت بطيء (La mort à petit feu)، وهذه النسبة تضمنت المبحوثين الريفيين بنسبة 11,11%. وقال 7,59% من المبحوثين أن المركز لا يقدم الحلول بل يشجع الأسر على التخلي عن أقاربها الكبار، وهذه النسبة احتوت المبحوثين من الأصل الحضري بنسبة 71,42% والريفيين بنسبة 1,38%. وأخيرا النسبة المتبقية والمقدرة بـ 2,53% تمثل المبحوثين الذين وصفوا الحياة في المركز بالنكد والغم، وتضمنت النسبة المبحوثين من أصل حضري بنسبة 28,57%. وما نستنتجه من هذه البيانات هو العلاقة الموجودة بين فكرة رفض مراكز العجزة والانتماء الجغرافي للمسنين، بحيث نجد أن الفرد الريفي متحمس للتقاليد وملتزم مع المنحرفين عنها، ومراكز العجزة بالنسبة لهم تهدد كيان الأسرة الريفية المتميزة بتلاحم وتضامن أعضائها واحترام وتوقير كبارها.

جدول ب: يبين الأسباب بالنسبة للذين أجابوا "نعم" حسب الحالة المدنية

المجموع		أرمل(ة)		مطلق(ة)		متزوج(ة)		أعزب(ة)		الحالة المدنية
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	الأسباب
25	39,06	7	87,5	11	37,93	7	100	1	1	المركز أفضل من الجو العالي المكهرب
12	18,75	1	12,5	1	62,06	1	100	60	12	المركز أرحم من التشرذم في الشارع
27	42,18	1	12,5	18	62,06	1	100	40	8	المركز ضمان للفراش وأكل والشرب
64	100	8	12,5	29	45,31	7	10,94	20	31,25	المجموع

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين بنسبة 42,18% أجابوا أن المركز يمثل حل لمشاكلهم لأنه يضمن لهم الفراش والأكل والدواء، وهذه النسبة تضمنت فئة المطلقين بنسبة 62,06% وفئة العزاب بنسبة 40% وفئة الأرامل بنسبة 12,5%.

وصرح 39,06% من المبحوثين أن المركز أفضل من الجو المكهرب والمتوتر الذي كان سائد في أسرهم، ولقد تضمنت النسبة فئة الأرامل بنسبة 87,5%، وكل المتزوجين بنسبة 100%، والمطلقين بنسبة 37,93%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ18,75% فتمثل المبحوثين الذين أجابوا أن الحياة في المراكز أكرم وأرحم من التشرذم في الشوارع، وهذه النسبة تضمنت فئة العزاب بنسبة 60%.

وما نستنتجه هنا هو وجود علاقة بين أهمية تواجد مراكز العجزة و الحالة المدنية للمسنين بحيث نجد الذين يرون أن المركز يحل مشاكلهم في الغالب هم من فئات الأرامل والمطلقين والعزاب الذين لم يشكلوا أسر أو الذين انقطعت صلاتهم بأسرهم، بحيث يوفر لهم ضروريات الحياة المادية من مأكلاً ومشرب ودواء، ويحميهم من ويلات التسكع في الشارع.

جدول رقم 71: يبين رضا المبحوثين من حياتهم في المركز حسب وجود الصلة بينهم وبين أقاربهم

المجموع		لا		نعم		الصلة
ك	%	ك	%	ك	%	
8	4,90	5	3,62	3	12	الرضا نعم
155	95,09	133	96,37	22	88	لا
163	100%	138	100%	25	100%	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين عبروا عن عدم رضاهم بحياتهم في المركز، وهذه النسبة تضمنت 96,37% من مجموع المبحوثين الذين ليسوا على صلة بأقاربهم، و88% من الذين هم على صلة بأقاربهم.

أما المبحوثين الذين صرحوا برضاهم، فقد قدرت نسبتهم بـ8%، شكلتها نسبة 12% من الذين هم على اتصال بأقاربهم، ونسبة 3,62% من الذين قطعوا أقاربهم الصلة بينهم.

وما نستنتج من هذه البيانات هو أن انقطاع الصلة بالأقارب تؤثر تأثيراً كبيراً في شعور المبحوثين بالرضا عن حياتهم في المركز، لكن هذا ليس العامل الوحيد بحيث نجد أن نسبة 88% من المبحوثين الذين هم على صلة بأقاربهم عبروا عن عدم رضاهم.

جدول أ: يبين أسباب شعور المبحوثين بالرضا حسب الحالة المدنية

المجموع		أرمل(ة)		مطلق(ة)		أعزب(ة)		الحالة المدنية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	سبب الشعور بالرضا
37,5	3	/	/	100	1	40	2	أتلقي رعاية كافية في المركز
50	4	50	1	/	/	60	3	أحسن بالحماية
12,5	1	50	1	/	/	/	/	أحسن من الذين هم في عمري وفي مثل ظروفهم
100	8	100	2	100	1	100	5	المجموع
%		%		%		%		

ما يمكن قراءته من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين بنسبة 50% قالوا أنهم يحسون بالرضا بسبب إحساسهم بالحماية، وهذه النسبة تضمنت نسبة 60% من فئة العزاب، و50% من فئة الأرامل.

وقدرت نسبة الذين يشعرون بالرضا بسبب تلقيهم الرعاية الكافية في المركز بـ 37,5% واحتوت النسبة المطلقين بنسبة 100%، والعزاب بنسبة 40%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 12,5% صرحوا بأن شعورهم بالرضا مستمد من قناعتهم بأنهم في أحسن حال من الذين هم في مثل عمرهم وظروفهم، وهذه النسبة تضمنت نسبة الأرامل بـ 50%.

وما نستنتجه من هذه البيانات هو أن كل المبحوثين الذين صرحوا بشعورهم بالرضا باختلاف أسباب هذا الشعور هم من فئات العزاب والمطلقين والأرامل وعاملهم المشترك هو غياب الأسرة بمفهومها الواسع، ومن ليس له أسرة بمفهومها الطبيعي، ومن فارقه الأقارب بالموت أو بالطلاق يرى في مركز العجزة المأوى الأفضل والأرحم.

جدول ب: يوضح أسباب شعور المبحوثين بعدم الرضا حسب السن

المجموع		71 فما فوق		64-70 سنة		60-63 سنة		السن	الأسباب
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
48,38	75	37,5	3	74,54	41	33,69	2	الحياة في المركز متوحشة	
23,87	37	/	/	21,81	12	27,17	3	حياتي كلها وحدة وعزلة	
2,58	4	/	/	/	/	4,34	4	أنا مريض وحزين	
1,29	2	/	/	/	/	2,17	2	أريد الرجوع إلى أهلي	
20,64	32	/	/	3,63	2	32,60	30	معنوياتي منهارة	
3,22	5	62,5	5	/	/	/	/	كرهت الحياة	
100%	155	100%	8	100%	55	100%	92	المجموع	

ما نلاحظه من بيانات الجدول هو أن أغلب المبحوثين بنسبة 48,38% يشعرون بعدم الرضا لأن الحياة في المركز تبدو لهم موحشة "غولة"، كما وصفها البعض، وتضمنت النسبة المبحوثين من فئة 70-64 سنة بنسبة 74,54%، والذين تجاوز عمرهم 71 سنة فما فوق بنسبة 75%، ومن فئة 60-63 سنة بنسبة 33,69%.

وقدرت نسبة الذين صرحوا بأن إحساسهم بالوحدة والعزلة هو سبب عدم رضاهم بـ 23,87%، ولقد تضمنت النسبة المبحوثين من فئة 60-63 سنة بنسبة 27,17%، والمبحوثين من فئة 64-70 سنة بنسبة 21,81%.

وأجاب 20,64% من المبحوثين بأن انهيار معنوياتهم وإحباط نفسياتهم حال دون شعورهم بالرضا، وهذه النسبة احتوت مبحوثين من فئة 60-63 سنة بنسبة 32,60%، ومبحوثين من فئة 64-70 سنة بنسبة 3,63%.

كما عبرت نسبة 3,22% من المبحوثين عن كرههم لحياتهم وما آلت إليه من انحطاط، وهذا ما جعلهم غير راضين عنها، ولقد تضمنت النسبة البالغين من العمر أكثر من 7 سنة بنسبة 62,5% وقال 2,58% من المبحوثين أن مرضهم وحزنهم تسبب في شعورهم بعدم الرضا، ولقد تضمنت النسبة مبحوثين من فئة 60-63 سنة بنسبة 4,34%، وصرح 1,29% أن اشتياقهم لأهلهم ورغبتهم

في العودة إلى أسرهم هو سبب تعاستهم وعدم شعورهم بالرضا وهذه النسبة تضمنت مبحوثين من فئة 60-63 سنة بنسبة 2,17%.

وما نستنتج من هذه البيانات هو أنه لا توجد علاقة بين عدم الشعور بالرضا والتقدم في العمر، بحيث نجد نسبة معتبرة من القادمين على الشيخوخة من فئة 60-63 سنة منهارين ومحطمين وسائمين من حياتهم، بينما نلاحظ أن نمط الحياة الروتيني والحزين والعزلة والوحدة التي يشعر بها المبحوثين بالإضافة إلى انهيار معنوياتهم وتدهور صحتهم واشتياقهم لأهلهم، كلها عوامل ساهمت في عدم شعورهم بالرضا.

جدول رقم 72: يبين آمال المبحوثين وهم في وضعهم في المركز حسب الجنس

المجموع		إناث		ذكور		الجنس
%	ك	%	ك	%	ك	آمال المبحوثين
43,55	71	42,10	8	36,80	63	مغادرة المركز والعودة إلى أهلي
15,95	26	21,05	4	15,27	22	الموت
33,74	55	31,57	6	34,02	49	أداء فريضة الحج
1,22	2	/	/	1,38	2	الزواج
5,52	9	5,26	1	5,55	8	ليس عندي آمال
%100	163	%100	19	%100	144	المجموع

كما هو واضح من بيانات الجدول فإن أغلب المبحوثين، الجنسين معا وبنسبة 43,55% أجابوا أن آمالهم تتلخص في رغبتهم في مغادرة المركز والعودة إلى أهلهم، وهذه النسبة تضمنت الإناث بنسبة 42,10% والذكور بنسبة 36,80%.

كما عبر 33,74% عن أمنيتهم وأملهم في أداء فريضة الحج واحتوت النسبة الذكور بنسبة 34,02%، و 31,57% من مجموع الإناث.

في حين صرح 15,95% عن رغبتهم في مغادرة الحياة والموت وشكلت النسبة الإناث بنسبة 21,05% والذكور بنسبة 15,27%.

كما أجاب 5,52% أنه ليس لديهم أمل وهم في هذه الوضعية ويكتفون بالعيش في انتظار الموت، وهذه النسبة احتوت الذكور بنسبة 5,55% والإناث بنسبة 5,26%، والنسبة المتبقية والمقدرة بـ 1,22%، فتمثل الذكور بنسبة 1,38% الذين يتمنون الزواج.

وما نستنتج من هذه البيانات هو أن الإناث أكثر رغبة في مغادرة المركز والعودة إلى أهلهم، كما نجدهن أكثر يأس من الحياة إلى درجة تمنى الموت، في حين نجد المبحوثين الذكور أكثر رغبة في

زيارة البقاع المقدسة من الإناث وأكثرهم رغبة في إعادة حياة أسرية جديدة، وذلك من تعبيرهم عن رغبتهم في الزواج.

هذا ويتساوى الجنسين من حيث فقدانهم الآمال وفقدانهم للثقة في الغد السعيد.

1.4.6. نتائج الفرضية الثالثة:

بعد تحليل الجداول والبيانات الخاصة بالفرضية الثالثة توصلنا إلى أن أغلب المبحوثين ينتمون إلى الطبقة المتوسطة والطبقة الفقيرة في المجتمع بحيث نجد الحرفيين بنسبة 57,05%، والعمال بنسبة 9,81%، والمنظفين بنسبة 50,92%، والبطالين بنسبة 4,90% (جدول رقم 54).

كما توصلنا إلى فقر وتدني الإمكانيات المادية لـ 50% من مجموع المبحوثين (جدول رقم 55)، وأمام هذه الأوضاع المادية المتدنية لاحظنا قصور البرامج المعدة في المركز لاستغلال إمكانيات المسنين وخبراتهم السابقة في الأعمال والتي تعود بالفائدة عليهم وعلى المركز والتي تتناسب مع خبراتهم، بحيث نجد أن 57,05% من المبحوثين هم حرفيين ولا يعني بلوغهم الشيخوخة دليلاً أن طاقتهم الحيوية قد خفتت قوتها أو وهنت جذوتها وتلاشت فاعليتها، كما لا تعني الشيخوخة بالضرورة التحول إلى الصفر في المجتمع أو إلى قوة سالبة تأخذ ولا تعطي، وتوصلنا إلى أنه لا توجد أي صلة بين الأعمال السابقة للمسنين وأي نشاط يقومون به في المركز بما أن 60,57% يقضون وقتهم في النوم (جدول رقم 40).

كما توصلنا إلى فشل البرامج في المركز على إبقاء الصلة بين المقيمين وأسرهم بحيث صرح 84,66% من المبحوثين أنهم لا تربطهم أي صلة بأقاربهم وأسرهم (جدول رقم 64)، والصلة المتقطعة والنادرة لبعض الحالات هي عبارة عن زيارة الأقارب للمبحوثين في المركز والتي قدرت نسبتهم بـ 15,33% (جدول رقم 65)، وهنا لا نجد متابعة أو اشتراك في المسؤولية بحيث كان يجب على المركز أخذ تعهد على أهل المبحوثين بالزيارات المتكررة أو المتابعة المنتظمة معهم للحالة حتى يشعر المقيم أنه له من يسأل عنه.

أما زيارة المبحوثين لأسرهم في منازلهم فهي قليلة جداً بحيث قدرت نسبة المبحوثين الذين زاروا أقاربهم بـ 4,29% وكانت من وراء هذه الاستضافة أهداف مستترة تعود بالفائدة على أقارب المبحوثين (جدول رقم 69ب)، وهذا يؤكد هيمنة المنفعة والمصلحة واهتمام الفرد بذاته وعدم التعاون والقناعة المتغيرة والطموح المادي وإلى غير ذلك مما يميز قيم عصرنا.

وما يدعم الانفصال القائم بين المبحوثين وذويهم هو وجود نسبة 67,48% من المبحوثين، وهم آباء لأبناء يعملون (جدول رقم 56)، ورغم ذلك فإن 74,84% منهم لا يتلقون أي مساعدة مادية من أبناءهم (جدول رقم 56أ) والمساعدات القليلة التي مست 34,14% من المبحوثين هي مساعدات نادرة تقدم لهم في المناسبات فقط (جدول رقم 56ب)، وهذا يعني أن المبحوثين لا يجدون أدنى

درجات التواصل والتفاعل مع أبناءهم وأهلهم حتى في أضييق الأحوال وللضرورة، وهذا دليل على عدم اهتمام الطبقات العمرية الأخرى بكبير السن بعد ابتعاد دوره الاجتماعي ومركزه عن الأضواء وافتقاده للاحترام الذي كان يضيفه عليه مركزه.

كما توصلنا إلى قلة دور المبحوثين في اتخاذ القرار حيث أنهم لا يملكون من الجاه والثروة ما يدعمون وينفذون به قراراتهم التي يتخذونها، وخير دليل على ذلك تجاهل الأسرة لقرارات 46,62% من المبحوثين (جدول رقم 62)، وتصريح 92% أن أقاربهم لا يستشيرونهم (جدول رقم 66)، وهذا بالرغم من كون المسنين شخصيات على جانب كبير من البصيرة الاجتماعية بحيث لا يمكن الاستغناء عن مشورتهم في بعض المسائل، بحيث عجز الجسم لا يعني عجزهم عن إبداء الرأي، بل على العكس فإن الخبرة والحكمة التي تأتت لهم خلال العمر الطويل الذي قضوه في خضم الحياة يجعل لمشورتهم ثقلاً ووزناً.

كما توصلنا إلى أن سوء العلاقات في أسر المبحوثين (جدول رقم 59) وتفاقم الخلافات داخل الأسرة (جدول 60)، وضيق المسكن (جدول رقم 60) كلها أسباب ساهمت في تواجد المسنين في المركز وانفصال أقاربهم عنهم وعدم التردد عليهم، وما زاد من غربة المقيمين غياب استغلال أوقات الفراغ التي قد تعوض افتقاد المسنين لأهلهم وأقاربهم وتضيي عليهم الشعور بالسعادة والرضا في ظل استحالة إبقاء الصلة المتقطعة والنادرة للمبحوثين الذين قاطعوا أسرهم وكان من المفروض أن هؤلاء لو كان لهم أسر بالمعنى الاجتماعي للكلمة والتي تحافظ على العادات والتقاليد لكان مكان المسنين الطبيعي داخل أسرهم مهما كان ضيق الرزق أو ضيق المسكن، حيث أن الإقامة بالمحبة والود والاحترام وتواصل الأجيال وتراحمها من شأنها أن تجعل الرزق القليل كثير وتجعل المكان الضيق واسع.

ومن هذا نقول أن برامج المركز وخدماته فشلت في إبقاء الصلة بين المبحوثين وأسرهم، وتوصلنا إلى انعدام برامج _من الأصل_ من شأنها إبقاء وتشجيع التفاعل بين المسنين وبين الأهل والأقارب وحرمان المبحوثين من العلاقات العائلية التي كانت تؤلف جزءاً كبيراً من نشاطهم واهتماماتهم الأهلية زاد شعورهم بالوحدة والانعزال والوحشة والحرمان، وما زاد من وحشتهم انشغال أبنائهم في حياتهم الجديدة وترددهم على أوليائهم في المناسبات فقط لذا نجد 37'96% من المبحوثين الذين انفصلوا عنهم الأبناء والأقارب وقطعوا كل الصلات يعبرون عن عدم شعورهم بالرضا من حياتهم في المركز (جدول رقم 71) وهذا خير دليل على الشعور بوطأة الوحدة ومرارة العزلة الاجتماعية والسخط والتذمر والعيش في قلق واكتئاب نفسي وإحساسهم أنهم قدموا شيء ولم ينالوا أي شيء. إن البرامج الاجتماعية والخدمات المقدمة في المركز لم تساهم في التخفيف من آلام المسنين التي تشكل تهديداً على توافقهم النفسي وتكيفهم الاجتماعي، بحيث توصلنا إلى أنهم أكثر قلقاً وأقل هدوءاً

وتفاؤلا وأقل اطمئنانا ويحسون بالاعترايبية في المركز بعيدا عن أهلهم وأقاربهم، بحيث صرح 43,38% من المبحوثين بأن الحياة في المركز موحشة، كما عبر 20,64% عن انهيار معنوياتهم (جدول رقم 71ب)، كما توصلنا إلى أن المبحوثين الذين أقعدهم المرض وانفض من حولهم الأبناء والأحفاد أكثر تشاؤما وسخطا بحيث تمنى 15% من المبحوثين الموت بدل البقاء في المركز. إن مركز العجزة بخدماته وبرامجه فشل في توفير الرضا للمبحوثين والإقبال على الحياة والتفاعل والتواصل ويبقى المركز في رأي 42,18% مجرد خدمات للإيواء والإطعام وتقديم الدواء لأنه بحسب 18,75% من المبحوثين أرحم من الشارع (جدول رقم 70أ-ب)، في حين يفضل 43,55% من المبحوثين مغادرة المركز بالرغم ما يقدمه من مأوى ومأكل والعودة إلى الأهل والأقارب.

5.6. عرض وتحليل المقابلات الخاصة بالفرضية الرابعة

1.5.6. عرض بيانات المقابلات

1.1.5.6. عرض المقابلة رقم 1:

-السن: 49 سنة

-المستوى التعليمي: جامعي (متحصلة على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي)

-المهنة: مديرة المركز

-المهن السابقة الممارسة: مستشارة تربوية على مستوى المراكز المتخصصة

-مختصة نفسية في مركز المعوقين ذهنيا

-مختصة نفسية في مركز الأحداث المنحرفين

الإجابات الخاصة بالمركز وبرامج الرعاية المتوفرة فيه:

-تتمثل شروط القبول في المركز بأن يكون طالب الالتحاق بالمركز يتجاوز عمره 65 سنة لا معيل

له، لا دخل ولا منحة له ولا موارد مالية له ومعترف به غير قادر على العمل وحامل لشهادة طبية

تثبت أنه غير مصاب بأمراض معدية أو مرض عقلي. أما الحالات التي تحضرها الشرطة أو الحماية

المدنية من الشوارع والأرضية، فيقبلها المركز بدون طلب مسبق.

-والخدمات التي يقدمها المركز، حسب المديرية تتمثل في الخدمة الإيوائية، خدمات التكفل الصحي،

خدمات التكفل النفسي التربوي وخدمات التكفل الاجتماعي.

-أما الأغراض التي أنشأ من أجلها المركز فتتلخص في التكفل بفئة المسنين عن طريق خلق نمط

معيشي جديد يسمح لهم بالتأقلم والاندماج داخل المركز.

-والمشاكل التي يعاني منها المركز أغلبها ذات طابع مادي والمتمثل في قلة الإمكانيات المادية

والبشرية والتي لا تتماشى مع عدد المقيمين وحاجاتهم.

-يتمثل الجهاز الوظيفي للمركز في الجهاز الإداري المشكل من المدير والمقتصد والمراقب العام ومصحة الشؤون الإدارية والمالية ومصحة المستخدمين الإداريين والمتخصصين، أما المصالح التي تتكفل بالمسنين فتتمثل في المصلحة الطبية والمتكونة من طبيبين وممرضتين وطبيب أمراض العقلية الذي يتردد على المركز مرة في الأسبوع، ونجد المصلحة النفسية والمشكلة من أخصائيين نفسانيين (3عَيّادين) إلى جانب المصلحة البيداغوجية والمشكلة من مختص نفسي تربوي، مساعدة اجتماعية، 7 مرببين و3 مرببين مختصين.

-البرامج الخاصة برعاية المسنين المتوفرة تتمثل في برامج الرعاية الصحية، وبرامج الرعاية النفسية وبرامج الرعاية التربوية وبرامج الخرجات البيداغوجية.. كالرحلات والحمامات والحفلات وبرامج الرعاية الاجتماعية كالمساعدات الاجتماعية ودراسة الملفات الإدارية والتحققات الاجتماعية.-الجهات التي تخطط لهذه البرامج تتمثل في الخلايا النفسية والاجتماعية للمركز بجانب المدير.-وأجابت المديرة، أنها رفقة باقي الطقم الإداري والتقني والمختصين، يحاولون تنفيذ كل البرامج بحسب الإمكانيات المتوفرة.

-وقالت المديرة أن المسنين يقضون وقت فراغهم في الورشات الكثيرة المتوفرة في المركز وهي ورشة الفلاحة، ورشة الطبخ بالإضافة إلى الورشة البيداغوجية والمتمثلة في ورشة محو الأمية والأشغال اليدوية.

-أما عن أدوات الترفيه المتوفرة فذكرت المديرة أن المركز يتوفر على نادي مجهز بتلفزيون وكذا لعبة الدومينو والشطرنج بالإضافة إلى الحفلات والنشاطات الترفيهية الأخرى.

-أجابت المديرة أنه لا يتم تنظيم الرحلات لأنّ معظم المسنين لا يتحملونها لما تتضمنه من مشقات السفر واضطرار المسنين لأن يخرجوا على النظام الطبي الذي يجب أن يخضعوا له من حيث مواعيد تناول الدواء ومن حيث القيود المتعلقة بالحركة أو بالنوم.

-أما عن الندوات الدينية والثقافية، فقالت المديرة بأن المركز ينظم حلقات دينية ينشطها إمام المسجد المجاوز (3) مرات في الأسبوع.

-ومن ناحية استفادة المركز من خبرات المسنين فأجابت أنه يوجد الكثير من المسنين الذين يعتنون بالحديقة والأراضي الفلاحية التابعة للمركز.

-أكدت المديرة أن عادات النظافة موجودة ومحترمة من طرف الجميع، بحيث يستحم المسنين كيفما أرادوا ومتى رغبوا في ذلك.

-والمقررات الغذائية الرسمية حسب أيام الأسبوع هي فصلية، تتغير كل ثلاثي وتقررها هي بالتعاون مع مقتصد المركز والطبيب وهي كما يلي:

السبت: إفطار الصباح: حليب+ قهوة+مربى+خبز

الغداء: لحم+ الخضار المتوفرة في السوق حسب الموسم+ ياغورت

العشاء: أرز+ فاكهة

الأحد: إفطار الصباح: حليب+ قهوة+ زبدة+ خبز

الغداء: مقارون+ سلطة+ سمك+ فاكهة حسب الموسم

العشاء: خضار ragout de légumes

الاثنين: إفطار الصباح: حليب+ خبز+ قهوة+ مربى

الغداء: بطاطة شطيطة باللحم+ سلطة+ فاكهة

العشاء: سلطة أرز + salade de riz + ياغورت

الثلاثاء: إفطار الصباح: حليب+ قهوة+ خبز+ زبدة

الغداء: عدس+ بيض مسلوق+ سلطة+ جبن

العشاء: حساء الخضار soupe de légumes + فاكهة

الأربعاء: إفطار الصباح: حليب+ قهوة+ خبز+ مربى

الغداء: لوبيا باللحم+ سلطة+ فاكهة

العشاء: بطاطا كوشة + pomme de terre en gratin + فاكهة

الخميس: إفطار الصباح: الحليب+ قهوة+ خبز+ زبدة

الغداء: بطاطا مرحية بالدجاج + purée de pomme de terre + ياغورت

العشاء: مقارون+ فاكهة

الجمعة: إفطار الصباح: حليب+ قهوة+ croissant

الغداء: كسكس باللحم أو رشتة+ اللبن+ فاكهة

العشاء: حساء الخضار+ فاكهة

-فيما يخص نظام الزيارات قالت المديرية، أنه سابقا كانت الزيارات مفتوحة كل أيام الأسبوع لكن

أعدت تنظيم ذلك وحددت الزيارات في أيام الخميس والجمعة (العطلة الأسبوعية)

-أكدت أنه يوجد سجل لإثبات زيارة المسنين لأسرهم وهو بحوزة المختصة الاجتماعية

-نفذت المديرية أي محاولة انتحار أو حالة انتحار للمسنين منذ تواجدها بالمركز

-قالت أنه توجد حالات لمحاولة الهرب، وحالة هرب لمسنين متخلفين عقليا.

الإجابات الخاصة بالكفاءة:

-التحقت المديرية بمركز العجزة لسيدي موسى عن طريق تعيين إداري

-أمّا عن الشروط الواجب توفرها عند المترشحين لهذا المنصب، فقالت المديرية أنه لا توجد شروط

قانونية واضحة وإنّما الأمر متعلق حسبها بـ En fonction du statut

-قالت المديرية أنها لم تكون في مجال رعاية الشيخوخة لكنها تكونت في التسيير الإداري ودامت مدة التكوين 3 أشهر.

-أجابت المديرية أنّ عملها ليس محدّد بالوقت ولا بالساعات، فهي دائمة الوجود في المركز بدليل أنها تقيم داخل المركز في سكن وظيفي.

-عمل المديرية في المركز يتلخص في إدارة كل شؤون المركز والإشراف على الشؤون المالية والإدارية والصحية والاجتماعية وغير ذلك من الخدمات والتنسيق بينها وذلك بعقد اجتماعات منظمة مع العاملين معها، كما تقع عليها مسؤولية وضع الهيكل التنظيمي للعاملين وتحديد المهام المنوطة بكل فرد أو بكل مجموعة.

-أجابت المديرية أنها مختصة في الخدمة الاجتماعية لكن في مجال المعوقين.

-تعتبر مراكز العجزة حلّ بالنسبة للمسنين وتشجع بل وترى أنّه من الضروري التفكير في إنشاء

دور للتقاعد **Faut créer des maisons pour retraités**

-المديرة متفائلة فيما يخص مستقبل الشيخوخة في بلادنا.

2.1.5.6. عرض المقابلة رقم 2:

-السن: 38 سنة

-المستوى التعليمي: متحصل على شهادة البكالوريا

-المهنة: مراقب عام

-الأقدمية في المهنة: 4 سنوات

-المهنة الممارسة من قبل: وسيط اجتماعي (médiateur social)

الإجابات الخاصة بالكفاءة:

-التحق بالمركز كمربي وتمّ تعيينه من طرف مديريةية المؤسسات المتخصصة، لكن المنصب الذي

يشغله حاليا وهو منصب المراقب العام فتمّ تعيينه من طرف المديرية.

-قال المراقب العام أنه يشترط في منصبه تكوين في الخدمة الاجتماعية.

-تكون بصفته مربي مختص لمدة 3 سنوات

-يعمل لمدة 8 ساعات عموما، وإذا تحتم الأمر يبقى أكثر من ذلك.

-يتمثل عمل ونشاط المراقب العام في الإشراف على نظافة وأمن وإطعام المقيمين.

-أجاب أنه مختص في ميدان الخدمة الاجتماعية وتكوّن في الوسط الاجتماعي.

-تمثل مراكز العجزة حلّ بالنسبة للمسنين الذين فقدوا الإعالة

-هو متفائل بمستقبل المسنين في الجزائر.

3.1.5.6. عرض المقابلة رقم 3:

-السن: 27 سنة

-المستوى التعليمي: جامعي، متحصلة على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي

-المهنة: مختصة نفسانية psychologue clinicienne

-الأقدمية في المهنة: سنتين

-المهن الممارسة من قبل: لم يسبق لها أن مارست أي نشاط مهني

الإجابات الخاصة بالكفاءة:

- التحقت بالمركز بعد إجرائها مسابقة توظيف

- الشروط الواجب توفرها عند المترشحين لهذا المنصب، شهادة ليسانس وما أكثر في علم النفس العيادي.

- المختصة النفسانية لم تخضع لأي تكوين في مجال العمل مع المسنين

- تعمل المختصة ساعاتها القانونية

- يتمثل عمل المختصة في التكفل بكل المشاكل النفسية والتي لها علاقة بالجانب النفسي للمسنين.

- أجابت المختصة النفسانية أنها ليست مختصة في مجال الخدمة الاجتماعية

- ترى المختصة أنّ مراكز العجزة مقبرة للمسنين الأحياء

- المختصة النفسانية تتمنى أن تتحسن أوضاع الشيخوخة في بلادنا إذا ما التفت إليها السلطات المعنية.

4.1.5.6. عرض المقابلة رقم 4:

-السن: 29 سنة

-المستوى التعليمي: جامعي متحصلة على شهادة ليسانس في علم النفس التربوي

-المهنة: مختصة تربوية

-الأقدمية في المهنة: 3 سنوات

-المهن الممارسة من قبل: سبق للمختصة وأن اشتغلت بالتعليم

الإجابات الخاصة بالكفاءة:

-التحقت للعمل بالمركز بعد نجاحها في مسابقة توظيف

-المترشح لمنصب المختص النفساني التربوي يجب أن يتحصل على شهادة جامعية في علم النفس التربوي.

-لم تخضع لأي تكوين في مجال الخدمة الاجتماعية

-تعمل المختصة التربوية 8 ساعات في اليوم
 -يتمثل عمل المختصة التربوية في الإشراف على مختلف الورشات منها ورشة محو الأمية وورشة
 الأشغال البدوية... الخ، كما يتمثل عملها في التخطيط للنشاطات الترفيهية والخرجات البيداغوجية.
 -أجابت أنها غير مختصة في مجال الخدمة الاجتماعية
 -مركز العجزة حلّ مؤقت للعجزة الذين هم في وضع المقيمين
 -ترى أن شريحة العمر المتقدم في حاجة إلى عناية كبيرة من طرف المجتمع.
5.1.5.6. عرض المقابلة رقم 5:

السن: 32 سنة

المستوى التعليمي: جامعي متحصلة على شهادة ليسانس في علم الاجتماع التربوي
 المهنة: مختصة اجتماعية
 الأقدمية في المهنة: 5 سنوات
 المهن الممارسة من قبل: اشتغلت كمستشارة تربوية في روضة للأطفال
الإجابات الخاصة بالكفاءة:

-التحقت بالمركز بعد نجاحها في مسابقة توظيف
 -من الشروط الواجب توفرها عند المترشحين لهذا المنصب، شهادة جامعية بالإضافة إلى الخبرة
 في ميدان العمل الاجتماعي.
 -لم تخضع لأي تكوين في مجال الخدمة الاجتماعية
 -تعمل 8 ساعات في اليوم
 -يتمثل عملها في دراسة ملفات كل طلبات الالتحاق بالمركز ومتابعة ملفات المقيمين والتخطيط
 للنشاطات الاجتماعية وتنظيم الحياة الاجتماعية للمقيمين ومرافقة المسنين إلى المستشفى وتنظيم
 زيارات الأهل وكذا زيارات المسنين لأسرهم.
 -أجابت أنها ليست مختصة في مجال الخدمة الاجتماعية
 -ترى المختصة الاجتماعية أن مراكز العجزة حلّ بالنسبة لمثل المقيمين في المركز لأنه يضمن لهم
 أدنى متطلبات الحياة ويحفظ لهم كرامتهم.
 -ترى أن الشيوخ في بلادنا لها مكانة مرموقة ومحترمة مقارنة بالمجتمعات الغربية لكنها ليست
 متفائلة بالمستقبل لأن مؤشرات ثقافتنا لا تبشر بالخير.

6.1.5.6. عرض المقابلة رقم 6:

السن: 25 سنة

المستوى التعليمي: متحصل على شهادة البكالوريا

المهنة: مربّي متخصص (Educateur spécialisé)

الأقدمية في المهنة: سنة

المهن الممارسة من قبل: لم يسبق له ممارسة أي مهنة

أسئلة خاصة بالكفاءة:

- التحق بالمركز عن طريق التعيين بعد نجاحه في مسابقة توظيف
- المترشح لهذا المنصب يجب أن يكون متحصل على شهادة وتكوين في المركز المهني لتكوين إطارات الخدمة الاجتماعية ببنر خادم.
- أجاب المربي أنه خضع لتكوين للعمل مع ذوي الحاجات من المعوقين.
- يتمثل عمله ونشاطه في الإشراف على نظافة وراحة وأمن المقيمين في المركز وتنشيط الورشات والجلسات.

- أجاب أنه مختص في الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين.
- يرى أن مراكز العجزة لا تحلّ مشكلات المسنين المتواجدين فيها لأنهم فقدوا كل إنسانيتهم

(C'est des robots)

-لكي نتفاهل بمستقبل هذه الشريحة، يجب أن يبقى كل المسنين في أسرهم.

2.5.6. تحليل المقابلات حسب الفرضية الرابعة:

من خلال عرض المقابلات التي أجريتها مع بعض مكونات التنظيم الإداري والتقني للمركز بقصد التعرف على أوجه الأنشطة المختلفة لوحدة التنظيم والأدوار المختلفة التي يلعبها أو يؤديها الأشخاص من خلال تلك المراكز التي يشغلونها في التنظيم الاجتماعي للمركز ومن خلال عرض المقابلة الأولى التي أجريتها مع مديرة المركز وبعد تحليل شروط القبول في المركز التي أدلتها المديرية، وبعد أن تبين أنّ هناك الكثير من المقيمين الذين لا تنطبق عليهم شروط القبول ومثال على ذلك عدد المقيمين بالمركز الذين لا يتجاوز عمرهم الأربعين، ووجود العديد من الحالات المصابة بالتخلف العقلي وكذا المسنين الذين لديهم عائل ودخل بحيث سبق وأن أشرنا إلى نسبة 49.07% من المبحوثين الذين صرحوا امتلاكهم موارد مالية و 25% يتمثل مورددهم في منحة التقاعد (جدول رقم 55-55 p)، كما قال 24.53% أنهم متزوجون (جدول رقم 4). وبهذا نستنتج أن شروط القبول للإلتحاق بالمركز لم تطبق على كثير من المقيمين.

أمّا عن البرامج الخاصة برعاية المسنين على مستوى المركز والتي ذكرتها المديرية، فتبين أنّ أغلبها غير موجود ونذكر مثال على ذلك غياب البرامج الترفيهية والنشاطات الترويحية والرحلات والحفلات التي يشغل بها المسنين وقت فراغهم، بحيث تذكرت المديرية بضعف موارد المركز لخلق مثل هذه النشاطات وتذرت بالحالة الصحية لبعض المقيمين وخاصة المعوقين والحالات الضعيفة

البصر وما لها من أثر بالغ في عدم تنوع الأنشطة وعدمها للمرة وهذه الحالات أصبحت هي الحجة الكبرى من جانب الإدارة في عدم خلق أي أنشطة بالمركز وسبب الغياب الكلي لبرامج استغلال وقت الفراغ، وجدنا وقت المسنين كله وقت فراغ سواء للقادرين على الحركة أو المقيمين الأصحاء الذين أقعدهم الكسل وتملكتهم البلادة.

كما تبين قصور البرامج الدينية بالرغم ما يعرف من ورع وتدين الإنسان عند وصوله لمرحلة الشيخوخة، بحيث لم أصادف يوماً أثناء ترددي على المركز الإمام الذي قالت المديرية أنه يناقش المسنين في أمور دينهم ويوافقهم بالمعلومات الكافية وبالتالي فحاجة المسنين إلى رجال الدين الأكفاء لم تشبع.

وتبين كذلك أنه يوجد تقصير في الرعاية الصحية بسبب غياب أطباء مختصين وبالتالي غياب تشخيص وتنبؤ مبنيين على أسس متينة وغياب الكشف الدوري الذي يتم توقيعه في مواعيد الثابتة وفيه تجمع المعلومات وتدرج في البطاقة الصحية إضافة إلى الكشف الطارئ الناجم عن حادث ألم بالمسن أو عن إحساسه بالمرض أو ظهور عرض مفاجئ.

وبالرغم ما قالته المديرية عن عادات النظافة ونظام الاستحمام إلا أنه تبين من واقع ترددي أنه توجد حالات لم تستحم منذ شهر ولم تغير ملابسها إلى درجة إحاطة الرائحة الكريهة بغرف المقيمين وهذا بالرغم من الدور الهام الذي تلعبه النظافة في مدى اهتمام المسنين بنفسيهم وإقبالهم على الحياة والأثر الكبير الذي يعود على صحتهم النفسية والجسمية بحيث يجب إتباع نظام معين للاستحمام والتردد على الحمام لما لذلك من أثر على نشاط الكثير من الأجهزة الداخلية بالإضافة إلى التخلص من العرق والرائحة وكل الفضلات التي تلوث الجلد.

كما تبين أنه يوجد اختلاف كبير بين المقررات الغذائية الرسمية الموضحة من طرف المديرية والمقررات الفعلية كما أملاها لي المسنين وفي هذا ابتعاد عن الأساس الوقائي للرعاية الصحية المتمثل في النأي بالمسنين عن مجموعة من المواد الغذائية الضارة بحالتهم.

أمّا عن أغراض المركز والتي جملتها المديرية في خلق نمط معيشي جديد يسمح للمسنين التأقلم والاندماج والتكيف داخل المركز فتبين أنّ التكيف لم يحدث إلا مع ثنائيات محدودة في العلاقات يجلسون داخل الغرف أو يجلسون في الحديقة لبعض الوقت ولا توجد علاقات قوية بين المقيمين بعضهم البعض وبين المربين والاداريين والمقيمين إلا علاقة مهنية مرتبطة بقضاء المصالح التي تخص إقامتهم.

وما يمكن قوله هو أنّ المركز إطاراً يصبّ فيه المسنين صبّاً لا يلبي معظم الحاجات ومعظم رغبات المسنين.

ومن تحليلنا لإجابات المديرية الخاصة بعملها ونشاطها داخل المركز تبين أنه في الأساس يتلخص عملها في تسيير الشؤون الإدارية للمركز على حساب استلهاهم رغبات المسنين واستفتاؤهم حول المسائل التي تهمهم وتجلب لهم الفوائد، وإبعاد وفصل العناصر المعوقة والضارة بمجال العمل مع المسنين وتشجيع وترقية العناصر الممتازة والمفيدة وتوجيه وتصحيح التصرفات غير المدروسة من جانب بعض العمال والمربين ومكافحة التعنت الذي يتبدى في بعض سلوكياتهم كدخولهم على المسنين في غرفهم دون الاستئذان (جدول رقم 49).

وتبين كذلك من إجابات المديرية أنه بالرغم من تكوينها الجامعي إلا أنها لم يسبق لها أن تكونت في مجال رعاية وخدمة المسنين وكان من المفروض أن تكون لديها دراية ومعرفة عميقة بالخدمة الاجتماعية في مجال المسنين ومن المفروض أن تكون قد تقلبت على ألوان الخدمات الاجتماعية، كما كان يجب أن تكون متحمسة لقضية المسنين وذات بصيرة نافذة فيما يجب انتهاجها في هذا المضمار لأن نشاط المركز مرتبط بشخصية المديرية المحركة والمتطورة والواعية والناضجة بالحياة والحيوية لأن المدير يعد رأس المركز والمسؤول عن إدارة النشاطات والبرامج والمسؤول عن التنسيق بين الاتجاهات المتباينة التي تبدو بين العاملين والمتعاملين مع المسنين.

ولأن نجاح المركز يعتمد في الواقع على العاملين الذين يديرون شؤونهم ويوجهون دقة نشاطه، ذلك أن المركز يتكون من المستهلكين لخدماته والعاملين القائمين بالخدمة والمسؤولين عن توجيه النشاطات المتباينة الخاصة لهم والذين يقومون بالرعاية المباشرة للمسنين بالفعل أو بالإشراف على تلك الرعاية كالمختصين الاجتماعيين والمختصين النفسانيين، والذين يقومون بعمليات المساعدة كالخدمة أو توفير المطالب كالمربين المختصين، فلقد تقربت منهم محاولة التعرف على كفاءتهم العلمية للعمل مع المسنين وخبرتهم الميدانية في هذا المجال، ولقد تبين بعد تحليل المقابلات أن كل من المختصين النفسانيين والمختصة الاجتماعية والمربين المختصين بالرغم من شهاداتهم الجامعية إلا أنهم لم يتكونوا يوماً في مجال رعاية الشيوخ والرعاية الاجتماعية بصفة عامة والوقوف على ما توصل إليه العالم المتحضر بالخارج من خبرات ومهارات وما تمّ اختراعه من أجهزة وأدوات أو ما تنظم المؤسسة وفقه والوسائل والمهارات التي تمّ التوصل إليها وحتى الدراسات التي تمت بإزاء هذه الفئة الاجتماعية، لأن رعاية الشيوخ ليست بأقل مهارة وعلماً من رعاية الطفولة ورعاية المراهقين، بل قد تكون على جانب أصعب من حيث المعرفة والمرونة بحيث لا يستطيع إلا من اجتازوا تدريباً دقيقاً للنهوض بتلك الرعاية على خير وجه.

كما تبين عدم توفر مستوى من المهارة المهنية في التعامل مع المسنين والتي لا يمكن اكتسابها إلا عن طريق إشباع العاملين من كبار السن لمجموعة من الحاجات التعليمية التي بدونها يتعذر القيام بدور فعال، لأن للنهوض برعاية المسنين يجب الأخذ في الاعتبار الأساسي العلمي المتعلق بطبيعة

الشيخوخة وخصائصها ذلك أن تفهم المتعاملين مع الشيخوخة لنفسية المستهلكين للخدمات يعد شرطاً أساسياً للنجاح في تقدير النوعية السليمة لتلك الخدمات.

ولأن نشاط العاملين بالمركز لم يتحدّد على أسس علمية ولم يتم وضع الأشخاص المناسبين فيما يجلب فائدة أكبر ويوفر مستوى أفضل من الخدمة، فلقد تبين عدم الفهم الدقيق والواضح للهدف النبيل والسامي لرسالة المركز من جميع النواحي من طرف مختصين غير ملمين بالنواحي الصحية للمسنين والرعاية النفسية والاجتماعية خصوصاً وأن أمراض الشيخوخة في أغلبها نفسية ومن طرف عمال ليس لديهم باعث نفسي يدفع بهم إلى الإحساس بوجود خدمة المسنين مشاركة منهم في عمل جليل أو لباعث إنساني يشعرهم بمسؤولية المساهمة في إسعاد الكبار.

وخير دليل على عدم الإعداد العلمي والميداني للعاملين في المركز وعدم تلقينهم العديد من الخبرات الكافية وعدم درايتهم بظروف وسمات مرحلة الشيخوخة، العزلة والوحدة التي يعيشها المسنين وغياب النشاطات الاجتماعية والترفيهية التي من شأنها رفع معنويات المسنين المنحطة والحدّ من اكتئابهم وعدوانيتهم ورفع من تقديرهم لذاتهم، بحيث تستند المبادئ الأساسية التي كان بالإمكان الاسترشاد بها في تقديم البرامج للأشخاص المسنين على معلومات لا بدّ أن يلم بها المختص الاجتماعي والمختص النفسي وغيرهم ومن أهم هذه الأسس الحاجة إلى الإلمام ببعض الجوانب المتصلة بعملية التقدم في العمر وأنواع الأنشطة التي ثبت جدواها بالنسبة للأشخاص كبار السن. وكان على المختصة الاجتماعية والمختصين النفسيين والمربين ابتكار الأنشطة الإنسانية والعقلية والاجتماعية لتغيير اتجاهات المسنين بحيث تنأى عن التركيز على النواحي الجسمية التي تغيرت جراء الشيخوخة وخلق وتطويع البرامج في ضوء الخبرة الميدانية واحتياجات المسنين أنفسهم ولما لذلك من أهمية في استعادة المسنين لنشاطهم وحيويتهم وقدرتهم وإقبالهم على الحياة. كما تبين أنّه لا يوجد السجل الذي تكلمت عنه المديرية والذي تسجل فيه النشاطات والزيارات، لأنه في الأصل لا توجد أي نشاطات وأي زيارات لمتابعة المقيمين ميدانياً من أجل الارتقاء بأسلوب خدمة المقيمين من واقع الخبرات الميدانية.

وما نستنتجه من تحليل المقابلات هو: افتقار المختصين والعاملين في المركز إلى الإحاطة بالتغيرات البيولوجية والفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية عند المسنين وجهلهم للظروف البيئية المتعلقة بكبار السن كفتنة من فئات المجتمع وعدم إلمامهم بالخبرات اللازمة في مجال العلاقات الإنسانية المتصلة بالخدمات الخاصة بالمسنين وعدم معرفة المعلومات الوافية عن الموارد والإمكانات التي يمكن أن تفيد في سدّ احتياجات المسنين داخل المركز وحلّ مشكلاتهم النفسية والاجتماعية والصحية، وهذا القصور في الإعداد العلمي للعاملين في المركز يحول دون تطبيق الأفكار والمبادئ والمفاهيم التنموية والوقائية عند ممارسة الخدمة الاجتماعية مع المسنين ويزيد من

شعور المقيمين باليأس والاكتئاب ولا يتيح الفرصة أمام المسنين لتحقيق توافقهم النفسي وتكيفهم الاجتماعي لأن التكيف لا يتم من فراغ وفي فراغ بحيث لا بد أن تكون هناك وسائل وأساليب وأفراد متخصصين يساعدون على تفتيت عقبات التكيف وتدعيم وخلق وابتكار كل الأساليب والبرامج المتعددة التي تساعد على خلق جوّ من التكامل والسعادة والراحة.

6.6. النتائج العامة للدراسة

كما جاء في البيانات الخاصة بخصائص أفراد العينة فإن مبحثين هذه الدراسة، كلهم مقيمين في مركز العجزة بسيدي موسى، حيث بلغت نسبة المقيمين منذ أكثر من عشر سنوات بـ 12.88 % في حين بلغت 20.24 % نسبة المقيمين منذ أقل من سنة.

أغلب المبحوثين بنسبة 88.34 % ينتمون إلى جنس الذكور وأغلب المبحوثين يتراوح عمرهم ما بين 60- 64 سنة بنسبة 63.73 % وبلغت نسبة المبحوثين الأميين 78.52 % وقدرت نسبة القادمين من الريف 63.80 %.

ومن خلال هذه الدراسة استخلصنا أن المرض وتفاقم المشاكل العائلية والفقر وانخفاض الدخل ومشكلة السكن، كانت مصدر للضغط والتعاسة في الحياة الأسرية للمسنين مما تسبب في التحاقهم بالمركز.

كما توصلنا إلى عدم التزام المركز بتطبيق شروط القبول على كثير من حالات المقيمين وذلك في ظل غياب المبادئ العامة واللوائح المنظمة للرعاية وغياب تحديد القوانين والنظم المتعلقة بمثل هذه المؤسسات وشروط القبول والعاملين بها. بحيث نجد أن المركز لم يضع الخط الفاصل بين الحالات النفسية الخفيفة التي يجدي معها إتباع طرق التوجيه النفسي وبين حالات الجنون الكاملة التي يجب أن تخضع لمتابعة وعلاج عقلي في مكانها الطبيعي وهو مستشفى الأمراض العقلية علما بأن هذه الحالات تؤثر سلبا على بقية المقيمين بحيث نجد أن الحالة النفسية والجو الاجتماعي السائد حول المسنين يشكلان عاملا أساسيا في استمرارهم في صحة جيدة، كما قد يؤثر بآثار وخيمة في صحتهم ويعمل على فقدانهم كل المقومات الصحية والحيوية ويدفع بهم إلى الانهيار التام والاطراح بالفراش مما قد يقضي بهم إلى الموت السريع.

كما وقد توضح من خلال الفرضية الأولى عدم التزام المركز بتطبيق برامج الرعاية الاجتماعية الفعالة ميدانيا وتدني مستوى الخدمات المقدمة بحيث بدأ المركز بباعث إنساني لكنه أخذ في الانحراف عن أهدافه الأصلية بهبوطه من حيث مستوى الخدمة بانحرافه عن الأهداف والمبادئ التي يجب مراعاتها في رعاية المسنين والتي تركز على قيام الرعاية على أسس سليمة بعيدا عن الخضوع للشكلية المقننة التي تصير مجرد روتين لا يفيد المقيمين، بحيث كان على إدارة المركز أن تأخذ على عاتقها رعاية المسنين وأن تضع النظم واللوائح المنظمة لتلك الرعاية وألا تقتصر في ذلك

على ما تفعله من رعاية إيوائية، بل يجب التأثير في شخصية المسن ورخاءه وسعادته ومعنوياته ولهذا الغرض كان من الضروري دراسة مشروع رعاية المسنين اجتماعيا ونفسيا، دراسة اقتصادية مستقبلية وواقعية ومستقبلية قبل إدراجه إلى حيّز التنفيذ لأن الأساليب والبرامج والنشاطات الاجتماعية التي تتحدّد أهدافها وتتعيّن مبادئها بدقة تظلّ راسخة البنيان.

فكان لا بد من تطعيم البرنامج اليومي للمقيمين بنشاطات متنوعة وبتغيرات تكسر روح الرتابة والجمود وتبعث على الإحساس بالجدّة والحيوية لأن النظام اليومي الروتيني الثابت والغير متغير ضرب حياة المسنين كلها بالجمود والملل ولمسنا ذلك في سرعة الانفعال المنتشرة بين المبحوثين وكثرة مخاوفهم وهموم وخيبة آمالهم وسيادة مشاعر الاضطهاد أكثر من الحالات الانفعالية السارة. وفي مقدمة ما كان على برامج الرعاية الاجتماعية انتهاجه في المركز هو أن يخدم المسن نفسه بنفسه لأن ذلك سوف يكفل له الحيوية والنشاط ولا يكل مسؤولياته إلى غيره فتضعف قواه وتفتر عزيمته قبل الأوان، وهذا ما لاحظناه بحيث تعود المقيمين على عادات سلوكية غير سوية كتناول الطعام في السرير وعدم الخروج لبعض الوقت إلى الحديقة، وكان الأجدر أن يكونوا إيجابيين وأنهم ليسوا مجرد متقبلين لخدمات غيرهم وهنا نسجل غياب الإيجار والقسر الذي ينبغي أن تتخذهما إدارة المركز بإزاء رعاية المسنين، فموقف المركز من الخدمات ليس موقف المتطوع، أو موقف الشخص أو الهيئة المتطوعة لفعل الخير، بل هو الشخصية المعنوية التي تلزم أعضائها بتلك الرعاية والتي تلزم المسنين أنفسهم للخضوع لتلك الرعاية. ولأن المقصود بالرعاية هو تقديم العون بإزاء المواقف التي لا يتمكن المسن خدمة نفسه فيها ويكون بحاجة إلى مساندة غيره بإزاءها وأن اتكال القادرين على غيرهم في خدمتهم مصابون بارتخاء في العضلات وضعف عام في الجسم وجعل حالتهم الصحية والنفسية تتدهور كما جعلهم يفتقدون الإحساس بأهمية الحياة والإقبال عليها وإصابة غالبيتهم بالاكتئاب والبلادة والكسل وعدم الوعي والإدراك البطيء لما يدور حولهم والتفوق والنمطية.

كما تبين إخفاق الرعاية الصحية في احتلالها مركزا بارزا في المركز وإخفاقها في التنسيق والتكامل مع أوجه الرعاية المتباينة بحيث نجد أن المشكلات النفسية مرتبطة بالمشكلات الصحية والمشكلات المادية، إذ أن كل نوع من أنواع الرعاية لا يستطيع أن ينهض وحده للتخفيف من المشكلات التي تقف بالمرصاد أمام المسنين بحيث كان على الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي أن يكونا متعاونين مع الطبيب لأن عملهما يؤثر في الحالة الصحية الجسمية للمسن من جهة وما يضطلع به الطبيب يؤثر في الحالة النفسية والاجتماعية للمسنين من جهة أخرى وكان على طبيب المركز تحديد نظام الأكل والنوم والمشي والجلوس والإشراف على نظام الاستحمام والإشراف والحرص على نظافة الغرف لأن النوم يجب أن يكون في مكان متجدّد الهواء، لأن احترام المسنين ومراعاة أوقات

راحتهم ومواعيد نومهم والاهتمام بأكلهم وسريرهم وبملابسهم ومواعيد تناولهم الدواء يرفع من معنوياتهم ويبعث الرضا والارتياح لديهم.

كما توصلنا إلى أن الرعاية النفسية المقدمة في المركز بحاجة إلى جهود كبيرة تبذل ذلك أن المسنين يعانون الكثير من الأمراض النفسية نتيجة التفاعلات الحادثة من جراء شيخوخة الجسم والعقل من مؤثرات بيئية رديئة واثام المبحوثين بحساسية شديدة لأن الانطباع النفسي غير المواتي يلبّد الأجواء النفسية لديهم ولأنهم يعانون من فقدان الموارد الاجتماعية وفقدان الإمكانيات اللازمة لمواجهة المشكلات الداخلية وهم يواجهون بضغوط جديدة غير متوقعة وغير محتمل قيامها كإقامتهم في المركز وبعدهم عن الأحباء وهذا ما لمسناه من نوبات بكاء المبحوثين وإحساسهم بالضالة الشديدة واحتقارهم لذاتهم. وفي هذا الصدد سجلنا إخفاق المختصة النفسية التي تقدم المهدئات والمنومات للمبحوثين عوض الإنصات لهم باهتمام لإتاحتهم الفرصة الكافية للتعبير والإفاضة من أجل التخفيف من العبئ النفسي الذي يحملونه على قلوبهم وكان عليها تشخيص الحالات التي هي في حاجة إلى علاج طبي نفسي.

وكان على العمّال بالمركز، في هذا المجال أن ينحازوا إلى جانب التعاطف وأن لا ينحازوا إلى جانب العطف، لكي نعصم المسنين من التردّد في هوة التسوّل العاطفي وتشجيعهم على الاعتماد على النفس وعدم الركون إلى ما يتعطف به الآخرون عليهم ويقدمونه إليهم من خدمات والمساندة والرعاية تكون في المسائل التي يكون المسن عاجزا عن الاعتماد على نفسه إزاءها بحيث وجدنا أن بعض المربيين ينظرون بعين الشفقة والعطف المسنين الذين ليس لديهم أسر وأقارب وهذا من شأنه أن يحول دون تهيئة المسنين على إشباع حاجاتهم العاطفية وقدراتهم الحيوية للقيام بعملية التكيف.

كما تم التوصل إلى أن الوهن النفسي الذي يعاني منه المبحوثين وإحساسهم بأنهم محطمين نفسيا وخائرين العزيمة وأنهم ليسوا جديرين بمجابهة الحياة والواقع أن الشعور بالضالة النفسية والعجز عن مغالبة الصعاب وعن تقديم الاستجابات المناسبة للمواقف والصعوبات لما ضربهم من بأس وقنوط دفع بهم إلى الانطواء الداخلي بسبب إخفاق المركز في تحقيق حاجاتهم النفسية التي أشار إليها (ماسلو) كالإحساس بالأمن والانتماء والتقدير وتحقيق الذات.

ونستنبط مما سبق أن الخدمات الاجتماعية والنفسية للمركز لم تتعدى تقديم الخدمات في نطاق الرعاية الإيوائية لأن المركز قصر في خلق وتطوير البرامج في ضوء الخبرة الميدانية واحتياجات المسنين أنفسهم لما لذلك من فائدة في استعادتهم لنشاطهم وحيويتهم وقدراتهم وإقبالهم على الحياة. كما فشل المركز في توفير الأمن للمسنين وإعطاءهم الثقة بالنفس والطمأنينة إلى الحاضر وتعليق الأمل على المستقبل والرضا عن الماضي وفشل في إشاعة الطمأنينة بأنفسهم وإزالة شبح الخوف والسبب راجع إلى عدم وضوح في ذهن الكثير من العاملين في المركز ما توصل إليه الفكر الحديث من أصول

ومبادئ الممارسة عند العمل مع المسنين لأن ظاهرة الشيخوخة لا يمكن تجاهل شدة وطاقتها الاجتماعية والنفسية على المسنين.

وفيما يخص علاقة وجود البرامج الترفيهية المتنوعة بتزايد حركة ونشاط وسعادة المسنين ودخولهم في علاقات اجتماعية بعضهم مع البعض، فلقد توضح من خلال الفرضية الثانية أن المركز يعاني من حيث الإعداد والتزويد بوسائل التسلية والتثقيف ولمسنا ذلك في شعور المسنين بالوحدة والانعزال والتمركز حول ذاتهم الذي يسيطر عليهم ويكشف هذا الشعور عن نفسه في كثرة شكاوى المسنين. وفي ظل غياب البرامج الترفيهية والرحلات السياحية وغياب دروس الوعظ والتي لا تحتاج إلى تكلفة مادية عالية ولكنها تسمح للمسنين بالدخول في علاقات اجتماعية مما يساعدهم على خلق جوٍّ من الألفة والاستقرار النفسي والاجتماعي لأن الإنسان في جميع مراحل حياته محتاج إلى الحب والحنان والدفء الاجتماعي سواء في داخل الدائرة القرابية أو خارجها ويحتاج إلى الإحساس بأهمية وجوده وفي حاجة إلى إحساسه بأنه لا يزال مرغوبا فيه وإحساسه بإمكانية القيام بأدوار تتناسب مع سنه، ولأن المسنين في حاجة شديدة إلى بعضهم البعض خصوصا أنهم يعيشون بعدي الزمان والمكان الواحد، وجدنا المسنين في اغترابية وعزلة ووحدة تامة كما سجلنا التباعد في العلاقات فيما بينهم نتيجة عدم ملئ وقت فراغهم في اندماجهم في أنشطة مفيدة أثبتت علاقتها بحسن التوافق ولم يستخدموا الوقت الطويل لمصلحتهم وإدخال الرضا والسرور إلى أنفسهم عن طريق الإسهام في بعض ألوان النشاط المحبب إليهم والذي يعبرون فيه عن مشاعرهم ويبرزون مواهبهم. وبالرغم من أن الرعاية الترويحية أسلوب يعين المسن على تعزيز مركزه ومكانته في المركز ويشعره بالانتماء إليه، إلا أننا توصلنا إلى أن الترويج من الميادين المهمة في المركز ونفس الشيء يقال عن الأنشطة الرياضية وألعاب التسلية والحفلات أو أي نشاط آخر من قبيل توسيع وتوطيد شبكة العلاقات فيما بين المسنين كالأحتفال بأعياد الميلاد مثلا لما قد يحدثه من تفاعل وتواصل بين المقيمين بعضهم البعض وأثر ذلك على نفسياتهم وهذا ما جعل المبحوثين يعيشون في فتور وفي علاقات ثنائية نادرة كما نجد المسنين قد ارتسمت على وجوههم أمارات البؤس وعلامات اليأس ودلائل المرض وهي ناجمة عن الفراغ القاتل.

وكان الأجدر أن يتقرب المختصين النفسانيين والمختصين الاجتماعيين من المسنين لأنهم أقدر الناس على فهم أنفسهم وأقدر الناس على معرفة إمكانياتهم وقدراتهم المتعددة والمتنوعة وأقدر الناس على فهم الأنشطة التي تناسبهم، فمنهم تخرج البرامج لخدمتهم ورعايتهم وبهم تنفذ البرامج والخدمات وكان من المفروض أن ينبض المركز بالحياة ويتدفق بالحيوية والنشاط والتجدد لسدّ الاحتياجات والتجاوب معها لأن المسن المتمتع بالأمن العاطفي، القادر على استغلال وقت فراغه بطريقة بناءة والسعيد في علاقاته الاجتماعية سيجد مرحلة التقدم في العمر مرحلة مجزية ويحتفظ بمفهوم ذات عالي ودافعية

رفيعة والروح المعنوية العالية يفترض أنها ترتبط بالتكامل الاجتماعي الذي يعني الاندماج في شبكة العلاقات والرضا عن الحياة لا ينخفض عند الأفراد ذوي النشاط الوافر والمتفاعلين مع البيئة الاجتماعية والمركز هو مجتمع المبحوثين الذي يجب أن يتفاعل فيه مع بعضهم البعض ويتساندوا بعضهم البعض بقصد التخفيف بعضهم عن بعض فيما قد يحسون به من انتكاسات في العلاقات الاجتماعية أو بقصد إشاعة السعادة في قلوب الذين يحسون بأنهم مفتقرون إلى السعادة. لكننا وجدنا مسنين محبوسين في سجن الوحدة مما أدى بهم إلى فقدانهم الثقة في المستقبل وارتمائهم في أحضان المخاوف.

ويوصلنا كل ما تمّ ذكره إلى عدم وجود البرامج الفعلية في خدمة المسنين بالمركز وزيادة حركتهم ونشاطهم وإسعادهم وخلق نوع من التكيف مع الحياة في المركز بعضهم البعض وذلك بسبب توفر المركز على الأنشطة غير الممتعة والخالية من المعنى والتي تؤدي إلى الفتور والتبؤد وغياب الأنشطة الحيوية والتي تعطي حياة المسن مغزى وتجعله يتقبل حياته ويحتفظ بصورة إيجابية عن ذاته ويعتقد مزاجا متفائلا وتؤدي به إلى الحماس في الاستجابة وتحسسه بأن له مركز ووضع معين بين زملائه لأن انقطاع المسنين عن العالم الخارجي قوقعهم في نطاق محدود لا يستقبلون فيه صورا ذهنية وإدراكية متحركة، فالصور المتخيلة تساقطت الواحدة منها بعد الأخرى إلى غاية ذبول ونضوب حياتهم الفكرية، ومن هنا تأتي ضرورة وجود نشاطات يشغلون بها حياتهم ويفعمونها بالميزات الجديدة ويستشيرون بها وجدانهم بما يبصرهم أو يحملهم على التأمل والانفعال. وعدم وجود مجالات الترفيه وخواء المركز من العناصر والمقومات الكفيلة بأن تقضي بالمسنين إلى حياة خصبة ومفعمة بالحياة جعل الوقت في المركز طويل والأيام كلها واحدة، ليس فيها حياة بحيث نرى الموت في الحالات القابعة في الأسرة منتظرة الموت سواء الحالات المعوقة أو تلك التي أقعدها عدم النشاط وعدم الحركة والكسل.

وفيما يخص علاقة تكيف المسنين اجتماعيا وتوافقهم نفسيا مع طبيعة الحياة في المركز ببقاء الصلة بينهم وبين أسرهم فلقد تبين أنّ المركز لم يضع أي نظام ولم يأخذ أي تعهد من الأسر وأهل المسنين وأقاربهم على المداومة في زيارة المقيمين واستضافتهم، لذا وجدنا حياة المسنن كئيبة بحيث أدركوا الشيخوخة غير سعداء ومنعزلين ووحيدين في المركز ومرفوضين من أبناءهم وأحباءهم ويشعرون بالإهمال من أعضاء أسرهم، فهم عرضة لنضوب علاقاتهم الاجتماعية بحيث قطعوا بهم الصلة أغلب الذين كانت تربطهم بهم صلة الودّ والقرب، فهم مقفرين في العلاقات الاجتماعية ومعظمهم يحسون بالوحشة وبأنهم قد عزلوا قسرا عن المجتمع ويشعرون بأن إنجازاتهم أقل من آمالهم وتوقعاتهم، فأصبحت تعاستهم أمرا محتوما ولتخفيف أزمة فقدان الدعم العاطفي والاجتماعي وتعزيز العلاقات الاجتماعية للمسنين كان بإمكان المركز توفير أعمال في حدود قدرات المسنين

الجسمية والعقلية وخبراتهم السابقة لكي يستمدوا منها إحساسا بقيمتهم بذاتهم وقيمون من خلالها صدقات من أنماط مختلفة وعلاقات تمكنهم من الاحتفاظ باتصال واستمرار لماضيهم فيما يتعلق بميولهم وأهدافهم واستعدادتهم لما أنجزوه في الماضي يساهم في تحقيق تقديرهم لذاتهم ويخفف آلام إهمال ذويهم لهم، بحيث وجدنا المسنين يسترجعون في طول وقت فراغهم ما كانوا عليه من حال وما كانوا ينخرطون فيه من أعمال ومسترجعين ذكريات عزيزة حيث يعيشوا على ما ترسب بداخلهم من ذكريات، وعدم التموين بالخبرات الجديدة جعل المسنين منطوون على أنفسهم في حسرة مرتمين في أحلام يقظة فارغة.

المركز لا يتيح حتى للقادرين على الحركة والنشاط أعمالا تتناسب مع مهارتهم، فما المانع في خلق أعمال بسيطة تخدم المسنين أنفسهم مثل الاشتغال بالأراضي الفلاحية التابعة للمركز أو مساعدة الطباخ في إعداد الطعام أو الاستفادة من القدرات الخاصة لبعض المقيمين من أصحاب الحرف والمهن السابقة للارتقاء بمستوى المركز ومحاولة تعويض المسنين فقدهم لأقاربهم واستفادتهم بالقدرات الحبيسة داخلهم، لأن التوقف عن ممارسة أي نشاط والامتناع عن الإيجابية تماما يعني الموت حتى وإن ظلت سمة الحياة دابة في جسم الإنسان وهذا هو مصير المبحوثين مما تسبب في عدم توافقتهم وعدم تكيفهم ومييز علاقاتهم بعضهم مع البعض بالانفصال وزاد من التصور السلبي لذاتهم عيشتهم بعيدا عن أسرهم وأبنائهم بحيث تسودهم مشاعر الدونية والإحساس بعد القيمة في حين عجز المركز في مساعدتهم على الشعور بأنهم مازالوا قادرين على العطاء وشعورهم بثقة الآخرين فيهم واحترامهم لأرائهم.

واستنتجنا أن الظروف النفسية المتدهورة التي يعاني منها المقيمين وعزلتهم وعدم تردد الأهل لزيارتهم، روتينية الأيام وعدم وجود علاقات وتفاعل بين المقيمين إلا في حدود ضيقة للغاية وعدم وجود أي وسائل وبرامج ترفيهية هي كلها نتائج للقصور الشديد في الإعداد العلمي والميداني للعاملين في المركز بما يتناسب والعمل مع المسنين وعدم توفر الرؤية الموضوعية لديهم عن كيفية التعامل مع هذه الفئة العمرية ومتطلباتها واحتياجاتها وطبيعة مشاعرها وأحاسيسها حيث أن هذا المجال يتطلب عاملين يؤمنون بهذه الرسالة النبيلة ويرتقون بأسلوب خدمة المقيمين من واقع الخبرات الميدانية وليس بالعبارات على الورق دون التنفيذ إذ أن القائمين على الخدمة من خلال التطبيق الميداني سيرون أنسب المعارف وأنسب البرامج وأنسب النشاطات وأنسب الألعاب وبهذا إما أن يعدلوا من البرامج أو يلغوا بعضها أو يأخذون من الناحية الميدانية البرامج المناسبة بقدرات وإمكانيات المقيمين من جميع النواحي الاجتماعية والنفسية والثقافية وهذا أجدد في تطوير أسلوب وخدمة ورعاية المسنين.

كما توصلنا إلى أن المختصين في المركز وعلى رأسهم المديرية لم يتكفوا في مجال العمل مع الشيخوخة ولم يتدربوا يوماً ففهم غير ملمّين بالجوانب المتصلة بخصائص التقدم في العمر وأنواع النشاط الذي ثبت جدواه بالنسبة لكبار السن، فالتعامل مع المسنين صعب وبحاجة إلى تدريب معيّن لا يتوافر بغير توجيه وتوعية مستمرين وهذا بسبب الرواسب النفسية الرديئة للمسنين نتيجة الشيخوخة والضغوطات نتيجة الشيخوخة والضغوطات الخارجية والتي ينجم عنها تفاعل رديء يستدعي توفير عوامل التطهير الخارجية التي ينبغي الحرص على تحقيقها لتنقية الجوّ الاجتماعي المحيط بالمسنين. كما يستدعي العمل مع المسنين التكوين والتدريب للتمييز بين السمات الثابتة عند المسنين وبين الحالات العارضة الناجمة عن سوء الرعاية والوقوف على الخصائص النفسية للمسنين حتى يمكن معاملتهم معاملة موائمة لتلك الخصائص وتوفير الجوّ المناسب لهم عن طريق النشاطات التي تبعث فيهم السعادة وتشيع لديهم الرضا.

كما كان الأجدر إخضاع إدارة المركز كل المختصين بما فيهم طبيب المركز الذي يعكف إلى رعاية المسنين إلى تكوين في طب الشيخوخة وعلم النفس الشيخوخة وعلم اجتماع الشيخوخة لأن رعاية الشيخوخة متعددة الجوانب وتستلزم وعياً بحال ونفسية المسنين والمطلوب في هذا الإعداد أن يكون متكاملًا لمجابهة مطالب أشخاص في مرحلة عمرية وليس إعداداً خاصاً بعضو من أعضاء جسم الإنسان أو ضرب من ضروب شخصيته أو موقف من مواقفه الاجتماعية.

ومن ما سبق ومن خلال ما لاحظناه من اكتئاب ويأس المسنين في المركز وعدم جهم للحياة أو الإقبال عليها وعدم رغبتهم في الاستمرار فيها وعدم الرضا عن أنفسهم وإحساسهم المستمر بأنهم عالة ولا قيمة لهم ونظرتهم للمستقبل المتشائمة وعيش غالبيتهم مع ذكريات الماضي وهموم الحاضر وشعورهم أنهم غير مرغوب فيهم وبناء عليه نجد أن معظم المقيمين بالمركز يقضون الأيام الباقية من عمرهم في ضجر وضيق ولذا يتمنى معظمهم قرب نهاية أجلهم حتى يستريحوا من الكآبة والعزلة وهذا أكيد دليل على فشل برامج الرعاية الاجتماعية المتوفرة في المركز في إسعاد المسنين المقيمين ودليل على عدم توافق المسنين نفسياً وتكيفهم اجتماعياً مع أنماط الحياة داخل المركز المشحون بالمضايقات والمفعم بالتوترات والمفتقر إلى العلاقات والعاجز عن النهوض بمطالب الشيخوخة وهي متنوعة ومطرده الزيادة والتعقيد. وعليه يمكن لنا أن نقول بأن الأسرة تبقى خير ضمان لسعادة ورفاهية المسنين فعليها بمواصلة الوفاء بدورها التقليدي في رعاية مسنيها لأننا نجد مفهوم الرعاية الحديث بمفهومه وأهدافه وبنظرتة العلاجية الوقائية ينفذ في الأسرة بأنماطها التقليدية وكأن الثقافة التقليدية بمضمونها وتحدياتها العمرية المختلفة قد جسدت من خلال العادات والتقاليد والأعراف والقواعد السلوكية والأخلاقية الجانب العملي والتطبيقي لمفهوم الرعاية الاجتماعية والتي

فشلت فيه معظم المجتمعات الحضرية التي دمرت المركز الاجتماعي للمسنين كرئيس للأسرة الممتدة وأنهت المركز الاجتماعي للمسن كمصدر رئيسي للحكمة والحضارة.

وليس من شك في أهمية الرعاية النفسية والتعاطف الذي يجب أن يوفره الأبناء والبنات لكبارهم ومن المقطوع به أن أحداً غير الأبناء والبنات لا يمكن أن يوفر ذلك الحنان والعطف والرعاية النفسية مهما بلغ الحداقة في الرعاية ومهما أوتي من قلب كبير مفعم بالحب والشفقة لأن المسن لا يحس بالسعادة واللذة والطمأنينة والدفئ النفسي إلا إذا أحسّ بأن أبنائه وبناته يرون به ومتعلقون بشخصه وحرصون على راحته ومهتمون بصالحه والمسّن لا يحس بالسعادة إلا إذا اتصل بأحفاده، لأنّ هذا الاتصال بالأجيال الجديدة يساعد على نقله إلى لا نهائية المستقبل وهو أفضل دفاع ضد اليأس الذي يعين مشاعر الاهتمام والرعاية والثقة والراحة.

ومهما قدّم إلى المسن من صنوف المحبة والمودة والرعاية والعناية فإنه لا يستغني بأي حال من الأحوال عن مودة وتعاطف وحنان أبنائه وبناته وأحفاده. والأسرة أكفل للمسنين من حيث الراحة والسعادة والاستقرار النفسي بحيث لا يعرف الانطواء والعزلة والانسحاب من الحياة إلا بالموت وتفاعله مستمر مع الحياة مع الأجيال من مختلف الأعمار ويحس بقيمة وجوده وأهمية دوره وقدرته على اتخاذ القرار وأن له مركز يستغله ومكانة متميزة يحتلها ووضع يحافظ عليه.

خاتمة

في الأخير يمكن القول أن الجهود المبذولة لانجاز هذا العمل والوصول للأهداف المسطرة في بداية هذه الدراسة المتواضعة لم تذهب هباء.

فلقد تم التوصل إلى حقيقة هامة وهي أن مسألة رعاية المسنين تقف ضمن موضوعات الساعة التي يجب أن تجلب الاهتمام والانتباه ذلك أن فئة المسنين كثيرة المعاناة بسبب قصور إمكانياتهم الذاتية وانهايار عملياتهم العضوية الحيوية وهجر علاقاتهم الاجتماعية وتفاقم أمراضهم الجسمية والنفسية وزيادة نتائج التغيرات الفيزيولوجية إضافة إلى مشاكل توافقهم مع التغيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية التي تشكل جزءا من التقدم في العمر والتوافق بالنسبة للتقاعد ونقص الدخل وكذا التكيف مع التغيرات الأسرية وتقبل التغير الاجتماعي وكذا مشكلات التكيف مع النسق الاجتماعي وطبيعة نظرة المجتمع وإلى غير ذلك من المعاناة.

وما يستدعي الاهتمام كذلك برعاية المسنين هو ظاهرة التشيخ السكاني التي لم تعد مقتصرة على الدول المتقدمة والمصنعة، فاعتمادا على ما تعيشه الجزائر من تغيرات في حركة سكانها الديمغرافية وجدناها هي الأخرى معنية بهذه الظاهرة حتى وإن كانت على مدى ربع قرن وهذه المدة إذ نظرنا إليها من زاوية الزمن قد نجدها بعيدة ولكن إذا نظرنا إليها من زاوية المشاكل التي ستترتب عليها والجهود المطلوبة من الهياكل المعنية بالتكفل بهذه الشريحة، نجد المدة لا تكفي للاستعداد للارتفاع الذي ستعرفه فئة العمر الثالث.

فقد وجدنا أن الجزائر بسبب المشاكل الاقتصادية، الاجتماعية والسياسية التي تعيقها لم تحيط هذه الفئة بقدر وافر من الرعاية الاجتماعية الايجابية والفعالة بتقصيرها في توفير الإمكانيات والجهود المختلفة على كافة المستويات من أجل إنجاح عملية المساعدة وتطوير السياسات والإجراءات الخاصة بتقديم الخدمات والمساهمة في زيادة فعاليتها وكفاءتها وكذا تحسين معاملة المسنين وصيانة كرامتهم، بحيث توصلنا إلى أن ترتيبات المجتمع الرسمية كالمؤسسات الإيوائية فشلت في تيسير حصول المسنين المقيمين على احتياجاتهم المعيشية اليومية وفشلت في توفير المناخ الاجتماعي السليم وتوفير الخدمات الطبية والأيدي العاملة المدربة كما فشلت في إدماجهم في أنشطة مفيدة وفشلت في مساعدة المقيمين على التوافق والتكيف وهذا بسبب عدم إدراك مثل هذه المؤسسات للمبادئ الأساسية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين ولأن المسؤولية المهنية لمسيرين هذه المراكز والمختصين النفسانيين والاجتماعيين الذين يعملون مع هذه الفئة تبدو غير واضحة.

فرعاية الجزائر لمسنيتها اجتماعيا لم تتعدى مستوى الرعاية الإيوائية لهذا يمكن القول أن الفئة المسنة في بلادنا، كغيرها من البلدان المتخلفة تبقى فئة مهمشة بالرغم من الارتفاع الذي يعرفه عددها.

الملاحق

ملحق رقم 01: الاستمارة

البيانات الخاصة بالمبحوثين:

1-السن.....

2-الجنس: ذكر أنثى

3-الحالة المدنية: 1- أعزب (ة) 2- متزوج (ة)

3- مطلق (ة) 4- أرمل (ة)

4- في حالة ما إذا كنت متزوج (ة)، عدد الأبناء: ذكور إناث

5- للمستوى التعليمي: 1- أمي 2- يقرأ ويكتب 3- ابتدائي

4-متوسط 5- عالي

6-الأصل الجغرافي: 1- ريفي 2- حضري

7- مدة الإقامة في المركز:

بيانات عامة حول علاقة الالتزام بتطبيق برامج الرعاية الاجتماعية الفعالة ميدانيا ورفع مستوى

الخدمات المقدمة في مركز العجزة وتوافق المسنين نفسيا وصحيا وتكيفهم اجتماعيا.

8- هل اختيارك (ي) لهذا المركز دون غيره راجع إلى:

1- سمعته الجيدة 2- نوعية برامج الرعاية والخدمات المقدمة

3- قرب المسافة 4- غير ذلك، حدّد (ي)

9- هل يوجد بالمركز برنامج يومي تسيرون وفقه ؟ (ساعات معينة للنوم والاستيقاظ والتنظيف

والأكل والترفيه...الخ).

1- نعم 2- لا 3- في حالة الإجابة بنعم فيما يتمثل هذا البرنامج اليومي؟

10- هل أنت مجبر (ة) على مغادرة السرير كل صباح ؟

1- نعم 2- لا

11- هل تقيم (ي) في غرفة فردية جماعية

12- هل تقوم(ي) بتنظيف غرفتك بنفسك ؟ 1- نعم 2- لا

- 3- في حالة الإجابة بنعم هل تشتري مواد التنظيف بنفسك وبمالك الخاص
- 4- أم تقدم لك من طرف المركز
- 13 هل يساعدوكم المشرفين على راحتكم أثناء حمامكم، لبس وخلع ثيابكم وغسلها، تقليم أظافرهم، تسريح شعرهم...الخ ؟
- 1 نعم 2- أحيانا 3- لا
- 14 كم مرة تستحمون في الأسبوع ؟ 1- مرة 2- مرتين 3- ثلاث مرات
- 4- كل يوم 5- غير ذلك، حدّد
- 15 للصابون وغسول الشعر، يقدمه لكم المركز أم تشترونه بمالكم الخاص
- 16 هل يوجد حلاق بالمركز ؟ 1- نعم 2- لا
- في حالة الإجابة بـ لا، من يحلق لكم شعركم وذقنكم ؟
- 17 تتناول (ين) الوجبات الغذائية في: 1- الفراش 2- الغرفة
- 3- في المطعم مع باقي المقيمين
- 18 لإذا رغبت في أكل طبق معين أو فاكهة ما مثلا، هل تلبية رغبتك ؟
- 1 نعم 2- أحيانا 3- لا
- 19 ما رأيك (ي) في الطعام المقدم ؟ 1- لذيذ وشهي 2- لا يطاق أكله 3- كامل من حيث الفيتامينات والمكونات التي يحتاجها جسمك 4- عادي
- 20 كيف هي حالتك الصحية ؟ 1- جيدة 2- مقبولة 3- سيئة
- 21 ما هو المرض (الأمراض) التي تعاني منها ؟
- 22 هل يوجد طبيب في المركز ؟ 1- نعم 2- لا
- 23 كم مرة يكشف عليكم ؟ 1- عند الألم 2- مرة واحدة في الأسبوع 3- مرة في الشهر
- 4- غير ذلك، حدّد
- 24 هل يوجد ممرض لإعطائكم العلاج الذي يقرره الطبيب ؟ 1- نعم 2- لا
- 25 هل يقدم الدواء في مواعيده ويشرف باستمرار على حالتكم الصحية ؟ 1- نعم 2- لا
- 26 هل توجد صيدلية في المركز لحفظ وصرف الأدوية اللازمة ؟ 1- نعم 2- لا
- 27 للحصول على الدواء يتم عن طريق: 1- شراء 2- الحصول عليه مجانا
- 28 على تراعى حالتكم الصحية عند تحضير وجبات الغذاء ؟ 1- نعم 2- أحيانا 3- لا
- 29 هل يوجد طبيب أسنان في المركز ؟ 1- نعم 2- لا
- 3- في حالة الإجابة بنعم، كم مرة يكشف عليكم في الأسبوع ؟
- 4- في حالة الإجابة بـ لا، من يتكفل بالألم ومشاكل أسنانكم ؟

- 30 كيف هي صحتك (ي) النفسية ؟ 1- مستقرة 2- مضطربة 3- أشعر بالإرتياح 4- أعاني من القلق النفسي
- 31 بعد التحاقك بفراشك، هل: 1- تستغرق وقتا طويلا حتى تنام
- 2- تستيقظ كثيرا في منتصف الليل 3- نومك متقطع ومضطرب 4- عندما تستغرق في النوم لا تستيقظ حتى الصباح
- 32 هل يوجد طبيب أو مختص نفسي في المركز ؟ 1- نعم 2- لا 3- في حالة الإجابة بنعم، هل سبق لك وأن زرته ؟ نعم لا
- 33 هل تشعر وأنت في المركز، أن مزاجك على ما يرام؟ 1- نعم 2- لا
- 3- لماذا في كلتا الحالتين؟
- 34 هل تشعر بتناقص أهميتك وأنت في المركز ؟ 1- نعم 2- لا
- 3- لماذا في كلتا الحالتين؟
- 35 هل تهتم بمقابلة الناس والأصدقاء؟ 1- نعم 2- لا
- 3- لماذا في كلتا الحالتين؟
- 36 هل تجد صعوبة في اتخاذ القرارات وأنت في المركز ؟ 1- نعم 2- لا
- 3- لماذا في حالة الإجابة بـ نعم ؟
- 37 هل أنت متفائل أم متشائم بالمستقبل وأنت في المركز ؟
- لماذا في كلتا الحالتين؟
- 38 هل تشعر بالإطمئنان على صحتك النفسية والجسمية وأنت في مركز العجزة؟
- 1- نعم 2- لا 3- لماذا في كلتا الحالتين؟
- علاقة وجود البرامج الترفيهية المتنوعة والمتعددة بتزايد حركة ونشاط وسعادة المسنين ودخولهم في علاقات اجتماعية بعضهم مع البعض
- 39 هل يوجد أخصائي اجتماعي بالمركز؟ 1- نعم 2- لا
- 40 هل توجد برامج ترفيهية داخل المركز؟ 1- نعم 2- لا
- 3- في حالة الإجابة بنعم، من ينشطها ؟
- 41 هل توجد أنشطة لاستغلال وقت فراغكم؟ 1- نعم 2- لا
- 3- في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟
- 4- في حلة الإجابة بـ لا، كيف تقضون وقت فراغكم؟
- 42 ما هي أدوات الترفيه المتوفرة في المركز؟
- 43 هل تتابعون البرامج التلفزيونية والنشرات الإخبارية؟ 1- نعم 2- لا

44 هل تقومون برحلات خارج المركز؟ 1- نعم 2- لا

3- في حالة الإجابة بنعم، كم مرة في الأسبوع في الشهر في السنة

4- إلى أين تتوجهون؟

45 هل تشعر وأنت في المركز أن:

1 اهتمامك بأي عمل لم يتغير عن ذي قبل

2 عندك من العزيمة ما يساعدك على إثبات وجودك

3 رغم تقدمك في السن فإن قدرتك على العمل لم تتغير

4 لم يعد أي شيء يبدو مبهما

5 تدور أفكارك في حلقات عديمة النفع

6 تخليت عن بعض الأشياء التي كنت تحبها في الماضي

46 ما هي طبيعة العلاقات التي تربطك بالمسنين الآخرين؟

1-حسنة 2- عادية 3- سيئة

47 هل تتقاسم (ي) أطراف الحديث مع باقي النزلاء؟ 1-نعم 2- أحيانا 3- لا

48 ما هي القضايا التي تتناقشون حولها؟

49 هل تشعر أن لك مكانة ضمن باقي المقيمين بالمركز؟

1- نعم 2- لا

3- في حالة الإجابة بـ لا، لماذا؟

50 ما نوع العلاقات التي تربطك بالمربيين والمشرفين على راحتك؟

1- علاقة إنسانية 2- علاقة أخوة 3- علاقة مُساعدٍ ومُساعدٍ

51 هل يستأذن المربيين والمنظفين قبل الدخول إلى غرفكم أو مكان نومكم؟

1- نعم 2- لا

3- في حالة الإجابة بـ لا، ما موقفك من ذلك؟

52 كيف هي علاقتك بأعضاء التنظيم الإداري للمركز؟

1- حسنة 2- عادية 3- سيئة

53 هل سبق للمديرة وأن زارتك في غرفتك؟

1- نعم 2- لا

3- في حالة نعم كيف كان شعورك؟

54 هل تشعر أنك (ي):

1 لا زلت شخصا مهمًا بين الناس

- 2 محبوب (ة) وموضع ثقة الآخرين
- 3 قريب (ة) من الناس الذين هم من حولك
- 4 للروابط بين الناس أصبحت ضعيفة
- 5 الحياة غير مهمة بالنسبة لمن هم في مثل ظروفك
- 6- لا تقبل أن تمدّ يدك لطلب أي شيء من غيرك

بيانات حول علاقة تكيّف المسنين اجتماعيا وتوافقهم نفسيا مع طبيعة الحياة في مركز العجزة ببقاء

الصلة بينهم وبين أسرهم وتفاعلهم مع بعضهم البعض

55 ما نوع النشاط الذي كنت تمارسه قبل التقاعد ؟

- 1-حرفي 2- عامل 3- موظف 4- عامل حر
- 5- إطار 6- منظم(ة)

56 هل لديك موارد تعيل بها نفسك وأنت في مركز العجزة ؟

- 1- نعم 2- لا 3- في حالة الإجابة بنعم، ما نوع هاته الموارد؟ 1-3- المدخرات
- 2-3- منحة التقاعد 3-3- منحة الشيخوخة
- 57 هل لديك أبناء يعملون ؟ 1- نعم 2- لا

3- في حالة الإجابة بنعم، هل تتلقى منهم المساعدة المادية ؟ 1- نعم 2- لا

- 3- في حالة الإجابة بنعم، هل هي: 1- ظرفية 2- عند الحاجة 3- في المناسبات فقط
- 58 ما نوع المسكن الذي كنت تسكن فيه قبل التحاقك بالمركز ؟

1- فيلا 2- شقة 3- بيت تقليدي 4- بيت قصديري

- 59 مع من كنت تسكن؟ 1- الزوجة فقط 2- مع الأولاد فقط 3- الزوجة والأولاد
- 4- الزوجة والأولاد والاحفاد

5- في حالة ما إذا كنت تسكن مع قريب، ما نوع القرابة التي تربطك به ؟

60 ما هي طبيعة العلاقات التي كانت تسود الأسرة ؟

1- علاقات يسودها الاحترام المتبادل 2- علاقات متوسطة 3- علاقات سيئة

61 هل كانت تحدث خلافات داخل الأسرة ؟ 1- نعم 2- لا

- 3- في حالة الإجابة بنعم، هل الأسباب معظمها: 1- عائلية 2- مادية 3- ضيق المسكن
- 62 في ماذا كان يتمثل دورك لحل الخلافات؟

- 1- أفرض نفسي وأحل المشاكل 2- أتدخل عند الحاجة فقط 3- أتجاهل المشاكل
- 63 ما مدى أهمية قراراتك في الأسرة ؟

1- أنا من يتخذ القرارات 2- أحيانا يلجئون إلى طلب الإستشارة

- 3- يتجاهلون قراراتي تماما
- 64 ما هو سبب التحاقك بمركز العجزة ؟
- 1- أسباب عائلية 2- مادية
- 3- غير ذلك، حدّد
- 65 هل أنت اليوم على صلة مع أفراد أسرتك ؟
- 1- نعم 2- لا
- 3- في حالة الإجابة بنعم، من هم: 1- الزوجة 2- الأبناء 3- البنات
- 4- أقارب الآخرين، حدّدهم
- 66 ما نوع الصلة ؟ 1- زيارات 2- رسائل بريدية 3- مكالمات عبر الهاتف
- 67 هل يلجأ إليك أفراد أسرتك وأنت في المركز قبل قيامهم بأي عمل ؟
- 1- نعم 2- أحيانا 3- لا
- 68 في الغالب، ما هي الأمور التي يلجأ إليك الأبناء لطلب الإستشارة ؟
- 1- الأمور العادية 2- المتعلقة بالعادات والتقاليد 3- مختلفة
- 69 هل حدث وأن شعرت منذ تواجدك في المركز بتغيير معاملة الأسرة لك؟
- 1- نعم 2- أحيانا 3- لا
- 4- في حالة الإجابة بنعم، هل ترى في سلوكهم هذا تجاهل لك ؟ 1- نعم 2- لا
- 70 منذ تواجدك في مركز العجزة، هل قمت بزيارة أسرتك أو أحد أفراد عائلتك ؟
- 1 نعم 2- لا 3- في حالة الإجابة بنعم من زرت ؟
- كم مرة ؟
- 4- هل هذه الزيارات مرتبطة بمناسبة دينية ؟ نعم لا
- غيرها، حدّد
- 71 هل وجود مراكز العجزة في نظرك، حلاً بالنسبة للمسنين الذين هم في وضعك ؟
- 1- نعم 2- لا
- في كلتا الحالتين لماذا ؟
- 72 هل أنت راضي (ة) عن حياتك في المركز ؟ 1- نعم 2- لا
- لماذا في كلتا الحالتين ؟
- 73 ماذا تأمل وأنت في وضعك الحالي في مركز العجزة ؟
- ملحق رقم 2: دليل المقابلة الخاصة بالفرضية الرابعة

- 1 ما هو سنك ؟
- 2 ما هو مستواك التعليمي ؟
- 3 ماهي مهنتك في المركز ؟
- 4 كم هي أقدميتك في المهنة الحالية ؟
- 5 ما هي المهن التي سبق وأن مارستها ؟
- 2 أسئلة خاصة بالمركز وبرامج الرعاية المتوفرة فيه
- 6 ما هي شروط القبول بالمركز ؟
- 7 ما هي الخدمات التي يقدمها ؟
- 8 ما هي الأغراض التي أنشء من أجلها ؟
- 9 ما هي المشاكل التي يعاني منها المركز ؟
- 10 هل هناك برامج خاصة برعاية المسنين على مستوى المركز ؟
- 11 ما هي الجهات التي تخطط هذه البرامج ؟
- 12 هل يتم تنفيذ كل البرامج ؟
- 13 كيف يشغل المسنين أوقات فراغهم ؟
- 14 ما هي أدوات الترفيه المتوفرة ؟
- 15 هل تنظم رحلات للمسنين وإلى أين تنظم ؟
- 16 هل تنظم ندوات دينية وثقافية ؟
- 17 هل يستفاد من خبرات المسنين المهنية ؟
- 18 ما هي عادات النظافة داخل المركز ؟
- 19 ما هي المقررات الغذائية الرسمية حسب أيام الاسبوع ومن الذي يقررها ؟
- 20 هل هناك نظام خاص للزيارات داخل المركز ؟
- 21 هل يوجد سجل لإثبات زيارات المسنين لأسرهم ؟
- 22 هل حدث وأن انتحر مسن أو حاول الانتحار ؟
- 23 هل حدث وأن هرب مسن من الدار ؟

3 أسئلة خاصة بالكفاءة:

- 24 كيف تم التحاقك بهذ المركز ؟
- 25 ما هي الشروط الواجب توفرها عند المترشحين لهذا المنصب ؟
- 26 هل خضعت لأي تكوين في هذا المجال ؟ ما نوعه ؟ كم دامت كدته ؟
- 27 كم ساعة تعمل في اليوم ؟

28 فيما يتمثل عملك ونشاطك داخل المركز ؟

29 هل أنت مختص في مجال الخدمة الاجتماعية ؟

30 هل وجود ديار العجزة في نظرك حل بالنسبة للمسنين الذين هم في وضع المقيمين بالمركز ؟

31 كيف ترى مستقبل هذه الشريحة الاجتماعية في بلادنا ؟

قائمة المراجع

- 1- Amyot (Jean Jacques), mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées, ed, Dunod, paris, 2002.
- 2 - معلومات أفادنا بها السيد (نوري الهاشمي) مدير المؤسسات المتخصصة بوزارة التشغيل والتضامن الوطني بتاريخ 10 مارس 2007.
- 3 - المنجد في اللغة العربية، دار المشرق، لبنان، 2000.
- 4- Bour (Hélène), Le troisième âge, PUF, paris, 1969.
- 5- Messy (Jack), La personne âgée n'existe pas, ed, payot et Rivages, paris, 2002.
- 6- Philibert (Michel), <<La vieillesse expliquée aux enfants>>, in Gérontologie, n°= 86, Paris, 1999.
- 7- Franterm, Dictionnaire da la personne âgée de la retraite et du vieillissement, ed, Fernand Nathan, paris, 1984.
- 8 -سيد سلامة إبراهيم، رعاية المسنين، الجزء الثاني، المكتب العالمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1997.
- 9 -محمد سيد فهمي، نورهان منير حسن فهمي، الرعاية الاجتماعية للمسنين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2000.
- 10 -الخولي سناء، الأسرة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1992.
- 11 -ماهر أبو المعاطي علي، مقدمة في الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 1997.
- 12 -دويحة أمين، شباب في الشيخوخة، دار القلم، بيروت، 1982.
- 13 - قناوي هدى محمد، سيكولوجية المسنين، مركز التنمية والبشرية والمعلومات، القاهرة، 1990.

- 14 - عثمان عبد الفتاح السيد علي الدين، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة: الشيخوخة والمسنين، عين الشمس، القاهرة، 1997.
- 15 - جلال الدين الغزاوي، دراسة سوسيولوجية حول ظاهرة الشيخوخة ودور الخدمة الاجتماعية، حوليات كلية الآداب، الحولية التاسعة، جامعة الكويت، 1988.
- 16- Prael (Bertrand), Le choc des générations, ed, la découverte, paris, 2000.
- 17 - آغا كمال الدين المعطي، مشكلات التقدم في السن، دراسة اجتماعية نفسية، دار القلم، الكويت، 1984.
- 18 - محمد نجيب توفيق حسن الديب، الخدمة الاجتماعية مع الأسرة والطفولة والمسنين، المكتبة الأنجلو-المصرية، القاهرة، 1998.
- 19 - محمد كامل البطريق، محمد نجيب توفيق، مجالات الرعاية الاجتماعية وتنظيماتها، مكتبة القاهرة الحديثة، 1980.
- 20 - مصطفى سويق، مقدمة لعلم النفس الاجتماعي، المكتبة الأنجلو- المصرية، القاهرة، 1988.
- 21 - عبد اللطيف محمد خليفة، دراسات في سيكولوجية المسنين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
- 22 - عبد الحميد محمد نبيل، العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، الدار الفنية للنشر والتوزيع، القاهرة، 1987.
- 23- Pichaud (Clément), Tharneau (Isabelle), vivre avec des personnes âgées, à domicile en établissement, 2^{eme} ed, chronique sociale, Lyon, France, 1999.
- 24 - عبد المعز عبد الرحمان، بحيري أحمد، دراسة اجتماعية للمسنين المتقاعدين عن العمل بمدينة القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات الاجتماعية، مكتبة البحوث الاجتماعية، القاهرة، 1984.
- 25 - جوهر عادل موسى، دراسة المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعيا بالمؤسسات، مجلة علم النفس، العدد 16، القاهرة، 1990.
- 26- Ploton (Louis), La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence, chronique sociale, Lyon, France, 5^{eme} ed, 2001.
- 27 - حامد عبد السلام زهران، علم النفس الاجتماعي، عالم الكتب، ط4، القاهرة، 1977.

- 28 - عبد العزيز القوصي، أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1989.
- 29 - ر.بودون، ف.بوريكو، المعجم النقدي لعلم الاجتماع، تر.سليم حداد، ط 2، مجد المؤسسة الجامعية للتوزيع، بيروت، بدون سنة.
- 30 -مصطفى محمد الماحي، المسنون، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري (1952-1980) المجلد الثاني، الأسرة، مصر، 1985.
- 31 -محمد سيد فهمي، رعاية المسنين اجتماعيا، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1984.
- 32- Perron (Martine), Communiquer avec des personnes âgées, 3^{eme} ed, chronique sociale, Lyon, France, 2003.
- 33 -محمد كامل البطريق، مناهج خدمة المجتمع، نشأته، تطوره، أساليبه، خطواته، مبادئه ومنظماته، دار الفكر العربي للطباعة، القاهرة، بدون سنة.
- 34 -زرواتي رشيد، مدخل إلى الخدمة الاجتماعية، مؤسسة ابن سينا، الجزائر، 2000.
- 35 -خاطر أحمد مصطفى، الخدمة الاجتماعية: نظرة تاريخية، مناهج الممارسة، المجالات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1984.
- 36 -عبد العال سيد الفرسان حسن، تقويم خدمة المسنين، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، 1986.
- 37- Amyot (Jean Jacques), Travailler auprès des personnes âgées, ed, prevat, France, 1994.
- 38- Pichaud (Clément), Vivre une relation d'aide, chronique social, Lyon, France, 2001.
- 39 - كلير فهمي، الرعاية النفسية والصحية للمسنين، المكتبة الأنجلو- المصرية، القاهرة، 2000.
- 40- Lairez-Sosiewicz (Nicole), Vivre l'animation auprès des personnes âgées, chronique social, Lyon, France, 2002.
- 41 -عبد الحميد عبد المحسن، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، 1996.
- 42 -محمد يسري إبراهيم دعبس، أوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، دراسة أنثربولوجية مقارنة، دار المطبوعات الجديدة، القاهرة، 1991.
- 43 -محمد علي محمد، وقت الفراغ في المجتمع الحديث، مبحث في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1981.

- 44- Memin (Charlotte), Projet de vie avec les personnes âgées et dépendantes en institution, 2^{eme} ed, Boyard, France, 1992.
- 45 - عثمان عبد الفتاح وآخرون، الخدمة الاجتماعية والمسنين من المنظور الشمولي المعاصر ، مؤسسة نبيل، القاهرة، بدون سنة.
- 46 - شمس الدين أحمد محمد، العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية ، مؤسسة يوم المستشفيات، القاهرة، 1981.
- 47- Walter (Beatrice), Soigner en gériatrie un art, une passion, ed, lamarre, paris, 1991.
- 48 - عثمان عبد الفتاح، خدمة الفرد في المجالات النوعية ، المكتبة الأنجلو- المصرية، القاهرة، 1980.
- 49 - عثمان لبيب فرج، أضواء على الشخصية والصحة العقلية ، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1980.
- 50 - حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987.
- 51 - عبد الحميد محمد الشاذلي، التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2001.
- 52 - أمال صادق، فؤاد أبو حطب، نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين ، المكتبة الأنجلو- المصرية، القاهرة، 1990.
- 53 - محمد شحاتة ربيع، تاريخ علم النفس ومدارسه، دار الصحوة للنشر، القاهرة، 1986.
- 54- Pitaud (Philippe), Solitude et isolement des personnes âgées, ed, ERES, France, 2004.
- 55- Caradec (Vincent), Viellir après la retraite, approche sociologique du vieillissement, PUF, paris, 2004.
- 56 - عبد السلام عبد الغفار، مقدمة في الصحة النفسية ، المكتبة الأنجلو- المصرية، ط2، القاهرة، 1985.
- 57 - صلاح مخيمر، المدخل إلى الصحة النفسية، المكتبة الأنجلو مصرية، ط2، القاهرة، 1985.
- 58 - سعد جلال، في الصحة العقلية، دار المطبوعات الحديثة، الإسكندرية، 1980.
- 59 - مديحة محمد الغربي، مقياس الرضا عن الحياة للمسنين ، المكتبة الأنجلو- المصرية، القاهرة، 1982.

- 60 -أسعد يوسف ميخائيل، رعاية الشيخوخة، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2000.
- 61- Feucher (Marie), Accueil en institution pour personnes âgées, mémoire de maitrise université de haute Bretagne, département de sociologie, 1999- 2000, France.
- 62- Martin- Sanchez (Marie- Odile), de l'assistance à la reconnaissance de la personne vieillissante, maitrise en sciences de l'éducation, université paris XXI, val de marie, France, 2001.
- 63- Dupré- Levéque (Delphine), Une ethnologue en maison de retraite, ed, des archives contemporaines, France, 2001.
- 64- Mallon (Isabelle), Vivre en maison de retraite, presses universitaires de Rennes, France, 2004.
- 65- Laborel (Bernard), Vercautern (Richard), Construire une éthique en établissements pour personnes âgées, ed, ERES, France, 2004.
- 66 -قصاب حسن نجوى، واقع كبار السن ورعايتهم في الأسرة والمجتمع، المكتب التنفيذي للاتحاد العام النسائي، دمشق، 1996.
- 67 - ريمة يحيار الحجار، التغير في بنية الأسرة وواقع المسنين، دراسة ميدانية لتركيب الأسرة وواقع المسنين في مدينة السويداء، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، 2002.
- 68 -وليد خالد الشايجي، بحث مظاهر رعاية المسنين في دولة الكويت بين الشريعة والقانون، كلية الشريعة الإسلامية، جامعة الكويت، 1999.
- 69 -خليفة عبد اللطيف محمد، عبد الله معتز السيد، نسقا القيم المتصور والواقعي لدى عينة من المسنين المصريين، المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر، القاهرة، 22- 23 جانفي 1990.
- 70 -إيناس حسين صادق أحمد، التخطيطات لخدمات المعلومات للمسنين في المكتبات العامة بدولة قطر: مجلة العربية، النادي العربي للمعلومات،
File : //A: %20 العربية %20- %20 العربي %20 للمعلومات: 15/10/2006.
- 71 - عبد الوهاب، بدرية الشريف، نظرة الشباب نحو المسنين: دراسة تجريبية لطلاب كلية الآداب بسوهاج، المؤتمر الدولي الصحة النفسية، القاهرة، 1982.

- 72 - أمزيان نعيمة <<الآثار السوسيواقتصادية لحدث التقاعد على فئة العمر الثالث>> رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الديمغرافي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2004/2005.
- 73- Souaber (Hassen), Ouali (Amar), <<Les personnes âgées en Algérie, réalités et perspectives>>, Enquête Algérienne sur la santé de la famille études Approfondies, ministre de la santé de la population et du réformé hospitalier, Alger, 2007.
- 74 - محمد علي محمد، علم الاجتماع والمنهج العلمي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1983.
- 75 - الفاروق زكي يونس، الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعي، عالم الكتب، القاهرة، 1978.
- 76 - عبد الله محمد عبد الرحمان، علم الاجتماع، النشأة والتطور، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.
- 77 - الغزاوي جلال الدين، مهارات الممارسة في العمل الاجتماعي، مكتبة الإشعاع الفنية، القاهرة، 2001.
- 78 - حامد عبد السلام زهران: علم النفس لنمو... الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، الطبعة الرابعة، القاهرة، 1977.
- 79 - محمد سيد فهمي، قواعد البحث في الخدمة الاجتماعية، مكتبة وهبه، القاهرة، 1999.
- 80 - عبد الباسط محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995.
- 81- Lafay (Claudette), Sociologie des organisations, ed, Nathan, Paris, 1996.
- 82 - نجاتي عثمان، علم النفس في حياتنا، دار القلم، بيروت، 1984.
- 83 - الرازي الفخر، التفسير الكبير ومفاتيح الغيب، ج13، طبعة دار الفكر العربي، بيروت، بدون سنة.
- 84 - الرازي عبد القادر، مختار الصحاح، دار الفكر العربي، بيروت، بدون سنة.
- 85 - ابن منظور، لسان العرب، دار لسان العرب، بيروت، بدون سنة.
- 86 - عصام فكري، <<عالم الشيخوخة>>، عالم الفكر، وزارة الإعلام، المجلد 6، العدد 6، الكويت، 1975.

- 87 - أبو زيد أحمد، << مقدمة عن الشيخوخة >>، عالم الفكر، المجلد السادس، العدد الثالث، وزارة الإعلام، الكويت، 1975.
- 88 عزت سيد إسماعيل، الشيخوخة: أسبابها، مضاعفاتها، الوقاية والاحتفاظ بحيوية الشباب، دار القلم، الكويت، 1983.
- 89 عندور فادي، الشيخوخة، الدار العربية للعلوم، بيروت، 1990.
- 90 - السيد فؤاد البهي، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي، القاهرة، 1975.
- 91 للبستاني بطرس، كتاب محيط المحيط، قاموس مطول للغة العربية، بدون سنة.
- 92 مجمع اللغة العربية، المعجم الوجيز، مطابع وزارة التربية والتعليم، القاهرة، 1990.
- 93 - أبو منصور الثعالبي، فقه اللغة وسر العربية، القاهرة، 1982.
- 94 - إدريس سهيل جبور عبد النور، المنهل قاموس فرنسي، عربي، ط11، بيروت، 1990.
- 95 للمنجد الأبجدي، ط1، دار المشرق، بيروت، 1976.
- 96-Darken (Françoise), Le temps de la bienveillance, ed. Médialogue, Paris, 1987.
- 97-Gombaz (Christian), éloge dans le monde jeune et bronzé, ed. Laffont, paris, 1987.
- 98-Durand (J.Paul), Gérontopsychiatrie, ed, Lamarre, Paris, 1994
- 99- Thiel (Marie. Jo), Avancer en vie, ed, Descellée de Brouwer, Paris, 1993.
- 100 - السيد فؤاد البهي، علم النفس الاجتماعي، دار الفكر العربي، القاهرة، 1981.
- 101 - فوزي منير حسن، العلوم السلوكية والإنسانية في الطب، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1982.
- 102 حسين محي الدين أحمد، العمر وعلاقته بالإبداع لدى الراشدين، دار المعارف، القاهرة، 1982.
- 103 فتوح مدحت محمد، تنظيم مجتمع المسنين، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، 1992.
- 104 عبد الحميد محمد الهاشمي، علم النفس التكويني، أسسه وتطبيقه من الولادة إلى الشيخوخة، دار المجمع العلمي، جدة، السعودية، 1980.

105-Virost (Judith), Les renoncements nécessaires, ed, Robert Laffont, paris, 1986.

106- عبد اللطيف محمد خليفة، <<ارتقاء نسق القيم لدى الفرد>>، عبد اللطيف محمد خليفة، دراسات في سيكولوجية المسنين، التقرير الأول، دار غريب للطباعة والنشر، 1987.

107 عبد اللطيف محمد خليفة، <<نسقا القيم المتصور الواقعي لدى المسنين المتقاعدین عن العمل>>، عبد اللطيف محمد خليفة، دراسات في سيكولوجية المسنين، التقرير الثالث، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر، 1991.

108-Vidal Naquet (P), L'individu, L'amour et la mort, ed, Gallimard, France, 1989.

109 حسين محمود عطا، مفهوم الذات وعلاقته بمستويات الطمأنينة الانفعالية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 86، الكويت.

110 عبد الحميد عبد المحسن، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين في الوطن العربي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1986.

111 محمود عبد الحلیم وآخرون، علم النفس العام، ط3، القاهرة، مكتبة غريب، 1990.

112-Renaud (Marie Thérèse), la chaine cassée, ed, cêtre, Besançon, France, 2004.

113-File : //A:/bbc %20 arabic %20 news 20 الشيخوخة 20 أمراض 24/01/2006.

114-File : //A:/bbc %20 arabic %20 news%20 %20 تكنولوجيا 20 علوم 24/01/2006, ديدان صغيرة %20%20

115-Henrad (Jean Claud), Ankri (Joel), vieillissement grand âge et santé publique, ed de l' école nationale de la santé publique, France, 2003.

116- Sous la direction de strasser (T), << Soins cardio- vasculaires aux personnes âgées >>, OMS ,Genève, 1990.

117-Les guides notre temps, accompagner la dépendance d'un proche, ed, Boyard, paris, 2003.

- 118-Belmin (Joel), Amolberti (Francine), Soins aux personnes âgées, ed, Masson, France, 1999.
- 119-حسان جعفر، الشيخوخة بين الأمل والشباب الدائم، دار البحار، لبنان، بدون سنة.
- 120-Sebaag lanoe (Renée), Soigner le grand âge, ed, Desclée de Brouwer, France, 1992.
- 121-Liscot (B), Hygiène générale, ed, casteilla, paris, 1986.
- 122-Vogel (A), Le petit docteur, ed, française, Ariston, Genève, 1993.
- 123-نبيل محمد الفجل، الاكتئاب النفسي للمسنين، دار قباء، القاهرة، 2004.
- 124-لويس مليكة، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة، النهضة المصرية، 1987.
- 125-هيلز (ديانا)، هيلز (روبرت)، العناية بالعقل والنفس، تر. الجسماني عبد العالي، الدار العربية للعلوم، بيروت، ط1، 1999.
- 126-عكاشة أحمد، الطب النفسي المعاصر، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 2003.
- 127-منصور طلعت، دراسة في الاتجاهات النفسية نحو المسنين، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد الخامس عشر، العدد الأول، القاهرة، 1987.
- 128-شتا سيد علي، نظرية الاغتراب من منظور علم الاجتماع، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1993.
- 129-Klein (Mélanie), sur la théorie de l'angoisse et de la culpabilité, ed, PUF, 1976, paris.
- 130-Guillemard (Anne Marie), Le déclin du social, PUF, paris, 1986
- 131-محمد يسري إبراهيم دعيبس، الحياة الاقتصادية للمسنين، البيتاش سنتر للتسويق، الإسكندرية، 1993.
- 132-Caradec (Vincent), Le couple à l'heure de la retraite, presses universitaires de Rennes, France, 1996.
- 133-سيد اسماعيل عزت، الشيخوخة.... حيوية الشباب،
- 134-Champagne (Elaine), Baroni (Lise), accompagner le vécu spirituel des aînés, ed, Navalés, paris, 1997.
- 135- راجح أحمد عزت، أصول علم النفس، دار المعارف، القاهرة، 1989.
- 136-يونس الفاروق زكي، الخدمة الاجتماعية والتغير الاجتماعي، عالم الكتب، القاهرة، بدون سنة.

- 137 درويش يحي حسن، رعاية المسنين، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، 1992.
- 138-Philibert (Michel) : << La vieillesse expliquée aux enfants >> in gérontologie n°=86, paris, 1999.
- 139-Mille (Michel), La chance de vieillir, ed, l'harmattan, France, 2004.
- 140-Le François (Richard), Les nouvelles frontières de l'âge, pressés de l'université de Montréal, Canada, 2004.
- 141-Moreau (Alain), un certain âge, éloge de la vieillesse, ed, Bibliophane Daniel Redford, paris, 2006.
- 142-Guillemard-Kunstler (Paulette), Renard (Marie Thérèse), mieux vivre la vieillesse, ed, de l'atelier, paris, 2006.
- 143-Philibert (Michel) : <<Réflexions sur l'enseignement de la gérontologie >>, in gérontologie n°=28, paris, 1978.
- 144-Tchebotarev (D), << Le droit d'être vieux >>, Revue médicale de Bruxelles, n°=04, Belgique, 2002.
- 145-File : //A:\الشيخوخة %20 نحو %20 %20 العالم htm 24/01/2006.
- 146-Schussel (Bernard), << Outreach programs for the aged >>, revue pratique de psychologie de la vie sociale et de l'hygiène mentale n°=03, ed, Ferrand, paris, 1992.
- 147-<< ou vit- on le plus vieux >>, men's health n°=41., juillet, 2003, France.
- 148 -تقرير الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، مدريد 8-12 أبريل 2002، الأمم المتحدة، نيويورك 2002.
- 149 ألبرت جافيل، علم الوراثة، ترجمة محمد علي المراغي، دار النهضة المصرية، القاهرة، بدون سنة.
- 150-Jasmin (c), Butler (R), Longévité et qualité de vie défis et enjeux, ed, la flèche, France, 1999.
- 151 - فريد زيد الكيلاني، الجديد في شيخوخة الدماغ، مجلة العربي، العدد 367، 1991.

- 152- Laurence (G), "Longévité", revue du praticien, tome XVI n°= 08, Paris, 1999
- 153-Paillat (Paul), << Aspects socio- économiques et socio professionnels de la vieillesse>> in gérontologie n°= 05, paris, 1970.
- 154 - << الشيخوخة تزحف على مجتمعات الدول الـ 25 >> جريدة الحبر، العدد 4630، 18 فيفري 2006، الجزائر.
- 155- << 6 milliards, le moment des choix>>, état de la population dans le monde, ONU, Aout 1999.
- 156- File : //A:\ الشيخوخة %20الجمعية%20العالمية%20الثانية%20الشيخوخة htm << والتنمية>> 24/01/2006.
- 157 - التراجم والنقد، الثالث الثانوي الأدبي، مديرية المطبوعات، سوريا، 1980.
- 158 - طلاس مصطفى، شاعر وقصيدة، مختارات شعرية، دار طلاس دمشق، 1985.
- 159 - الخوري بشارة عبد الله، شعر الأخطل الصغير، دار الكتاب العربي، بيروت، 1993.
- 160 - المعلمي أحمد عبد الرحمان، حديث الأعوام، مطبعة عكرمة، دمشق، 1994.
- 161 - الملوحى معين، ديوان في قصيدة، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 1994.
- 162 - عبد الله الحى موسى، المدخل إلى علم النفس، ط3، مكتبة الخانجي، القاهرة، 1982.
- 163 إبراهيم أحمد بوزيد، سيكولوجية الذات والتوافق، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987.
- 164 - علي محمد الديب، << مؤشر الرضا عن الحياة لنيوجارتن>> في علي محمد الديب، بحوث في علم النفس على عينات مصرية، سعودية، عمانية، الجزء الأول، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، 1994.
- 165 علي محمد الديب، مقياس التوافق لدى المتقاعدين بسبب الشيخوخة، في علي محمد الديب، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، 1994.
- 166 لندال دافيدوف، تر. الطواب وآخرين، مدخل إلى علم النفس، ط3، الدار الأولية للنشر، القاهرة، 1988.
- 167 عزت سيد إسماعيل، التقدم في السن، دراسات اجتماعية نفسية، دار القلم، الكويت، 1984.
- 168 سعد جلال، المرجع في علم النفس، دار الفكر العربي، القاهرة، 1985.

- 169 صلاح مخيمر، الإيجابية كمييار وحيد وأكيد لتشخيص التوافق عند الراشدين، المكتبة الأنجلو-المصرية، القاهرة، 1984.
- 170 صلاح مخيمر، مفهوم جديد للتوافق، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 1978.
- 171-Charazac (Pierre), Comprendre la crise de la vieillesse, ed, Dunod, Paris, 2005.
- 172-Vernant (J.P), Dupon (F), la constance du sage, ed, payot, France, 2004.
- 173-Khann (G.M), L'institution et les institutions, ed, Dunod, paris, 1985.
- 174-Charazac (Pierre), Psychothérapie du patient âgé et de sa famille, ed, Dunod, Paris, 1998.
- 175 - مصطفى فهمي، التكيف النفسي، مكتبة مصر، القاهرة، 1987.
- 176 سامية القطان، مقياس التوافق للمسنين، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، 1982.
- 177 غنيم سيد محمد، سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1987.
- 178 - الهابط محمد السيد، التكيف والصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1993.
- 179 بشاي حليم السيد، مفهوم الذات عند كبار السن في الكويت ، كلية الآداب، جامعة الكويت، 2004.
- 180 محمد عبد المنعم نور، التقدم في السن، الشيخوخة من منظور اجتماعي ، ط 1، دار القلم، الكويت، 1990.
- 181 حلمي منيرة أحمد، التفاعل الاجتماعي، المكتبة الأنجلو- مصرية، القاهرة، 1988.
- 182 علي عبد الرزاق جلبي، الاتجاهات الأساسية في نظرية علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة.
- 183 إسماعيل حسن عبد الباري، أسس علم الاجتماع، دار المعرفة، القاهرة، 1981.
- 184 محمد علي محمد، تاريخ علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1984.
- 185 غريب سيد أحمد وآخرون، علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1983.
- 186 عبد العزيز الغريب، المكانة الاجتماعية للمسنين في ضوء التغيرات الحضرية ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، سلسلة الرسائل الجامعية، الرياض، 2005.

- 187 - أبو بكر جابر الجزائري، منهاج المسلم، ط5، دار الشروق جدة، السعودية، 1984.
- 188 عبد الله نافع آل شارع، عبد المجيد سيد أحمد المنصور، سيكولوجية الشيخوخة في ضوء الهدى الإسلامي، حلقة رعاية المسنين في الإسلام، أبو ظبي، دولة الإمارات العربية المتحدة، 1986.
- 189 محمود حمدي عبد الغني، تصنيف القضايا في الأنثروبولوجيا نحو فهم الآثار الاجتماعية للتقاعد من منظور الأنثروبولوجيا الاجتماعية، دار نو للطباعة والنشر، الإسكندرية، 1999.
- 190 للمطحان خالد، عزة إسماعيل، قضايا الشيخوخة، نظرة مستقبلية في التقدم في السن، دراسة اجتماعية نفسية، دار القلم، الكويت، 1984.
- 191 علاء الدين البياتي، البناء الاجتماعي والتغير في المجتمع الريفي، دراسة أنثروبولوجية اجتماعية، دار التربية، مؤسسة العلمي، بغداد، بدون سنة.
- 192 محمد عبده محبوب، أنثروبولوجيا المجتمعات البدوية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1988.
- 193 - السمالوطي إقبال، << نحو رؤية تنموية لمواجهة مشاكل المسنين >>، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، المجلد الأول، العدد الأول، مصر، 1990.
- 194 بدوي أحمد زكي، أصول الخدمة الاجتماعية، دار الفكر العربي، ط2، بدون سنة.
- 195 محمد كامل البطريق، مدخل للخدمة الاجتماعية، مكتبة القاهرة الحديثة، بدون سنة.
- 196 للجوهري عبد الهادي، قاموس علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1988.
- 197 عز الدين أمين، اجتماعيات العمل، مكتبة القاهرة الحديثة، مصر، 1971.
- 198 فتح الباب عبد العزيز، شديد محمد جمال، الخدمة الاجتماعية في الدول النامية، المكتبة الأنجلو- المصرية، القاهرة، بدون سنة.
- 199-Alfandri (Ellie), << Système d'assistance >> in Encyclopédie universelle, France, 1989.
- 200 محمود حسن محمود، ممارسة خدمة الفرد، ط1، دار النهضة العربية، القاهرة، 1983.
- 201 محمد سيد فهمي، أسس الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998.
- 202 - عبد الباسط محمود رفعت، سياسات الرعاية الاجتماعية للمسنين، المؤتمر العلمي السنوي السابع، الكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مصر، 1993.
- 203 للجوهري عبد الهادي، دليل الزيارات الميدانية لبعض مجالات الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، بدون سنة.

- 204 - بشرى أحمد فوزي، << التدعيم الاجتماعي للمسنين >>، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، القاهرة، 1996.
- 205 - صبور محمد، إعداد كوادر الأطباء في مجال رعاية المسنين ، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، القاهرة، 1996.
- 206-Déplanque (Régine), << Le soin en gériatrie un acte de vie >>, in gérontologie n°=64, paris, 1995.
- 207 - نجيب توفيق محمود، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين ، المؤتمر الدولي الخامس للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث، القاهرة، 1980.
- 208-Herfray (charlotte), La vieillesse, une interprétation psychanalytique, ed, Desclée de Brower, Paris, 1988.
- 209 محمود خليفة محروس، بيومي مرعي إبراهيم، اتجاهات الرعاية الاجتماعية ومداخلها، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1983.
- 210 - عبد الرحيم فتحي السيد، نظرة تقييمية لأساليب وبرامج الرعاية الاجتماعية للمسنين ، ندوة رعاية المسنين في الوطن العربي، تونس، 25-28 أكتوبر 1983.
- 211 فؤاد أحمد علي، عزت سيد إسماعيل، العمل الاجتماعي مع المسنين (في التقدم في السن دراسة اجتماعية نفسية)، دار القلم، الكويت، 1984.
- 212 عبد اللطيف رشاد، إدارة وتنمية المؤسسات الاجتماعية ، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2000.
- 213-Cassou (B), La relation psycho sociale avec la personne âgée, ed, paris, 1999.
- 214 عثمان عبد الفتاح، خدمة الفرد في المجتمع النامي ، المكتبة الأنجلو- المصرية، القاهرة، 1980.
- 215 عثمان عبد الفتاح، المدارس المعاصرة في خدمة الفرد ، المكتبة الأنجلو- المصرية، القاهرة، 1986.
- 216 مصطفى الحاروني فاطمة، خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية ، ج9، مطبعة السعادة، القاهرة، 1977.
- 217 عبد الرحمان إبراهيم وآخرون، نماذج ونظريات في تنظيم المجتمع ، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، 1982.

- 218 فتوح مدحت فؤاد، الرعاية المجتمعية للمسنين ما بين المساعدة الذاتية والمدافعة الاجتماعية، فعاليات المؤتمر الثالث لكلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1989.
- 219 - حافظ غادة، << من أجل تشيخ ناجح، نشرية المرأة والأسرة والطفولة والمسنون >>، عدد خاص، تونس، 2005.
- 220 - سيف عبيد الشيخ، << رعاية المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة>>، فعاليات ورشة الرعاية المتكاملة لكبار السن في الوطن العربي، تونس 27- 29 سبتمبر 2005.
- 221 << السياسات والبرامج المتعلقة بالمسنين في المملكة العربية السعودية >>، تقرير مقدم ضمن أعمال ورشة الرعاية المتكاملة لكبار السن في الوطن العربي، تونس، 2005.
- 222 -ماري إلياس، تقرير عن " السياسات والبرامج المتعلقة بكبار السن وجهود الوزارة في هذا المجال والخطط المستقبلية للارتقاء بأوضاع المسنين "، تقرير عن وزارة الشؤون الاجتماعية، الجمهورية اللبنانية، جويلية، 2005.
- 223 - حمد صالح الخالدي، جهود وانجازات دولة الكويت في مجال رعاية كبار السن ، فعاليات ورشة الرعاية المتكاملة لكبار السن في الوطن العربي، تونس، 2005.
- 224 <<المسن في تونس علامة مضيئة في السياسة الاجتماعية لتونس التغيير>>، مجلة المرأة والأسرة والطفولة والمسنون، عدد خاص، تونس، سبتمبر، 2005.
- 225-Aslaoui (Leila), quel statut juridique pour les personnes âgées, actes du 3^{ème} séminaire international sur la personne âgée, ses droits et sa protection, Alger, les 7- 8 Décembre 1992.
- 226-Haddad (Nadjib), << Des peines conséquentes contre l'abandon des parents>>, le quotidien l'authentique du mercredi 7 mai 2008, Alger.
- 227 للمجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، تقارير حول الظرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الأول من سنة 2002، الدورتان العامتان 22/21، العدد 9، ماي 2003.
- 228 للمجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، تقارير حول الظرف الاقتصادي والاجتماعي، السداسي الأول لسنة 2003، الدورة العامة الثالثة والعشرون، ديسمبر، 2003.
- 229 - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، تقارير حول الظرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني من سنة 1999، الدورة العامة الخامسة عشر، ماي 2000.

- 230 - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، نظرة حول الإقصاء الاجتماعي، حالة الأشخاص المسنين والطفولة المحرومة من الأسرة، الدورة العامة السابعة عشر، ماي، 2001.
- 231-Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière enquête sur la santé de la famille, rapport principal, Alger 2004.
- 232 وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، النتائج الأولى للمسح الجزائري لصحة الأسرة، جوان 2003.
- 233-Haddad (Amina), << Un dispositif d'aide à domicile, pour les retraités>>, Bultin semestriel de l'inspection de travail n°= 09, juin 2003, Alger.
- 234- Journal officiel de la République Algérienne Démocratique et populaire du 18 mars 1980.
- 235 - عزازن بن عودة، << نظرة عن واقع الأشخاص المسنين في الجزائر>>، فعاليات ورشة العمل العربية حول الرعاية المتكاملة لكبار السن في الوطن العربي، تونس، 2005.
- 236-Arrêté du 29 rabie el aouel 1420, correspondant au 13 juillet, 1999, portant création, organisation et fonctionnement du comité national de protection et bien être des personnes âgées, journal officiel N° 58, année 1999.
- 237-Loi N°02-09-2002 (Personnes âgées, malades incurables sans revenus : une pension de 1000 D.A par mois.
- 238-Décret N° 01-12 du 21/01/2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux.
- 239 طلعت إبراهيم لطفى، أساليب وأدوات البحث الاجتماعي، دار غريب، القاهرة، 1995.
- 240 وياض الحمزاوي وآخرون، البحث الاجتماعي واستخداماته في ميدان الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996
- 241 عبد الحليم رضا عبد العال، البحث في الخدمة الاجتماعية، دار الحكيم للطباعة والنشر، القاهرة، 1992.
- 242 عبد القادر حليمي، مدخل إلى الإحصاء، ط1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1994.

- 243 محمد غريب عبد الكريم، البحث العلمي التصميم، المنهج، الإجراءات ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1985.
- 244 عبد الباسط عبد المعطي، البحث الاجتماعي، محاولة نحو رؤية نقدية لمنهجه وأبعاده ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1997.
- 245 عبد القادر محمد رضوان، سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، بدون سنة.