

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المكتب التنفيذي

سلسلة
الدراسات الاجتماعية والعمالية

(١٨)

مرعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة (قضايا واتجاهات)

إعداد

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المكتب التنفيذي

سلسلة
الدراسات الاجتماعية والعمالية

(١٨)

مرعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة (قضايا واتجاهات)

إعداد

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

حقوق الطبع محفوظة
يتحوز الإقتباس من مادة الكتاب بشرط الإشارة إلى المصدر

الطبعة الأولى
١٩٩٢م

الإشتراك

ثمن النسخة في العدد :

في الدول العربية : للأفراد (٣,٥) دينار بحريني (١٠ دولارات امريكية).
للمؤسسات (٧) دنانير بحرينية (٢٠ دولاراً امريكياً).
في الدول الاجنبية : للأفراد (٥,٥) دينار بحريني (١٥ دولاراً امريكياً).
للمؤسسات (١١) ديناراً بحرينياً (٣٠ دولاراً امريكياً).

تحرر الشيكات باسم المكتب التنفيذي

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب تعتبر عن رأي الكاتب ولا تعتبر بالضرورة عن رأي المكتب التنفيذي

المكتب التنفيذي

ص. ب. : ٢٦٣٠٣ - المنامة - البحرين
هاتف : ٥٣٠٢٠٢ - فاكسيميل : ٥٣٠٧٥٣ - تليكس : ٩٣٤٨ تنفيذ بي. إن - برقية : تنفيذ

سلسلة الدراسات الاجتماعية والعملية

سلسلة علمية متخصصة
تعتنى بنشر البحوث والدراسات الإجتماعية والعملية
بدول مجلس التعاون الخليجي

تصدر عن

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية

لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

الإشراف العام: كميل صباح الصالح

التحرير والإعداد: خلف أحمد خلف

جميل حميدان

نهيم الزبيرة

العدد « الثامن عشر » ، رجب ١٤١٢ هـ الموافق كانون الثاني / يناير ١٩٩٢ م



المحتويات

| الصفحة | من - إلى | |
|-----------|----------|---|
| ٨ - ٧ | | تقديم الأمين العام |
| ٢٨ - ٩ | | البحث الأول : الشيخوخة «خصائصها ومراحلها ووسائل رعايتها» إعداد : الدكتور حامد عبدالعزيز العبد |
| ٤٤ - ٢٩ | | البحث الثاني : الشيخوخة والتغيرات الحيوية إعداد : الدكتور يوسف الكيلاني |
| ٦٢ - ٤٥ | | البحث الثالث : الشيخوخة في عصرنا الراهن إعداد : الدكتور عزت سيد اسماعيل |
| ٨٨ - ٦٣ | | البحث الرابع : التوافق عند المسنين «دور وسائل الاعلام» إعداد : الدكتورة هالة العمران |
| ١٠٣ - ٨٩ | | البحث الخامس : التشريع ورعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي إعداد : الدكتورة بدرية العوضي |
| ١٤٠ - ١٠٥ | | البحث السادس : التامينات الاجتماعية ودورها في رعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي إعداد : الشيخ عيسى بن ابراهيم الخليفة |
| ١٥٦ - ١٤١ | | البحث السابع : رعاية المسنين في التراث العربي الاسلامي إعداد : الدكتور عبدالعزيز كامل |

| الصفحة | | |
|-----------|---|--------------|
| من - إلى | | |
| ١٧١ - ١٥٧ | كبار السن والمدينة | البحث الثامن |
| | إعداد : الأستاذ خلف احمد خلف | |
| ١٩٦ - ١٧٣ | الأبعاد الاجتماعية لرعاية المسنين | البحث التاسع |
| | «جوانب من التجربة العالمية» | |
| | إعداد : الدكتور علي فؤاد احمد | |
| ٢١٤ - ١٩٧ | نظرة مستقبلية حول رعاية المسنين | البحث العاشر |
| | في ضوء خصائصهم النفسية | |
| | إعداد : الدكتور خالد الطحان | |

تقديم

بفضل القيم والتقاليد العربية المتوارثة جيلاً عن جيل والمتأصلة في وجدان أفراد المجتمع المستمدة من مبادئ وأحكام الدين الإسلامي الحنيف وتعاليمه السمحاء فإن المجتمع العربي والإسلامي لم يواجه مشكلة تذكر في مجال رعاية المسنين كذلك التي واجهتها بحدّة مجتمعات غربية وصناعية أخرى عديدة، فقد كان كبار السن في محيط المجتمع وتقاليد الأسرة العربية، وعلى الدوام، موضع التقدير والرعاية والاحترام، كما كان لهم موقع الصدارة والتبجيل والحكمة، يلتئم في ظلهم شمل العائلات والجماعات، وعليهم - بعد الله سبحانه وتعالى - يعتمد الناس في الملمات والصعاب، حتى صارت الشيخوخة امتيازاً وبركة ووقاراً وأصبح إكرامها والسهر على راحة من يجتازها من أنبل وأشرف ما تدعو إليه التقاليد الحميدة والأخلاق السامية في مجتمعاتنا العربية والإسلامية.

ولكن ما هو واقع الحال في أيامنا هذه؟ وما هي اتجاهات رعاية كبار السن في خضم المتغيرات الاجتماعية والتحوّلات الجذرية المتلاحقة التي تشهدها الحياة المعاصرة في مختلف المجالات وعلى أكثر من صعيد. والتي بقدر ما حفلت به من تطور ومنجزات في العلوم والطب وفي مجال توفير الخدمات الأساسية وتحسين الأوضاع المعيشية بوجه عام، بقدر ما صاحب ذلك كله من نتائج وجوانب سلبية في محيط الأسرة وبيئة المجتمع والتي لا بد وأن تمس العديد من المفاهيم والقيم المتعارف عليها وتؤثر على السلوك والعلاقات الاجتماعية التي كانت سائدة حتى وقت قريب.

وأمام كل ذلك هل يمكن لتلك الصورة الرائعة من التكافل الاجتماعي والمكانة الرفيعة الكريمة التي يحتلها كبار السن أن تصمد في وجه المتغيرات والتحوّلات العميقة الجارية التي هزت صميم نسيج العلاقات الاجتماعية وأعدت تشكيل عادات الناس في الكثير من الحالات والأمور ومست سلوك أفراد المجتمع في اتجاهات سلبية تميزت بقدر غير يسير من عدم المبالاة والإكتراث؟

للإجابة على هذه التساؤلات الجوهرية والهامة قرر مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية تكليف المكتب التنفيذي بتنظيم ندوة علمية حول موضوع رعاية المسنين والتي عقدت جلساتها خلال شهر تشرين الثاني/نوفمبر من عام ١٩٨٢ وذلك في إطار الإحتفال العالمي بالسنة الدولية للمسنين التي أعلنت عنها الجمعية العامة للأمم المتحدة ودعت فيها جميع دول العالم حكومات وشعوباً ومؤسسات وأفراداً لتركيز الجهود من أجل بحث ومناقشة قضايا المسنين ومعالجة مشكلاتهم وزيادة فرص الإهتمام برعايتهم الاجتماعية الصحية والنفسية والمعيشية.

لقد مثلت هذه الندوة بدراساتها ومناقشاتها والتوصيات والنتائج التي انتهت إليها إسهاماً متواضعاً في الجهود الدولية المبذولة في هذا المجال، كما شكلت تلك الندوة تجسيداً لأهمية الدور المتنامي لعملية التخطيط المبكر لمواجهة ومعالجة مشكلات المستقبل وتحدياته، وعلى النحو الذي يجعلنا مهيبين لمواجهة تبعات المستجدات المحتملة، والآثار السلبية التي يمكن أن تصاحب خطط التنمية والتحديث وجهود الإعمار والتغيير الإجتماعي التي يتجه إليها مجتمعنا العربي في الخليج بوتائر متصاعدة.

ومن هذا المنطلق، وفي إطار التهيئة للتعايش بوعي ومسؤولية مع هذه المستجدات ومصاحباتها، جاء حرص المكتب التنفيذي على تخصيص هذا العدد من سلسلة الدراسات الإجتماعية والعمالية لإعادة نشر مجموعة من أبحاث وأوراق تلك الندوة التي - وعلى الرغم من مضي فترة على إعدادها - إلا أنها لا زالت تحتوي على معلومات قيّمة ومطلوبة وتحليل علمي يهم الباحثين والمسؤولين على حد سواء خاصة وإنها عالجت العديد من القضايا الإجتماعية والتشريعية والطبية والنفسية، كما استعرضت جوانب من التجارب العالمية في مجال رعاية المسنين، إضافة إلى تسليطها الضوء على الموقف المتميز للدين الإسلامي الحنيف تجاه هذا الموضوع، وذلك في محاولة جادة لرصد واقع كبار السن ودراسة قضاياهم ومعالجة مشكلاتهم من منظور اجتماعي وإنساني نبيل.

وبهذه المناسبة يطيب للمكتب التنفيذي أن يعرب عن شكره الجزيل وتقديره الوافر لكل من كان له فضل المساهمة في إعداد مادة هذا الكتاب، كما يأمل أن يحقق هذا الإصدار الفائدة المرجوة منه مع الدعاء بأن يسدد المولى العلي القدير على طريق الصواب خطى الجميع.

الأمين العام
كامل صالح الصالح

**الشيخوخة
خصائصها ومراحلها ووسائل رعايتها**

**الدكتور حامد عبدالعزيز العبد
رئيس دائرة علم النفس سابقاً
جامعة البحرين**

1870

1870

1870

المحتويات

الصفحة

من - إلى

| | | |
|---------|-------|--|
| ١٤ - ١٣ | ..... | مقدمة |
| ١٥ - ١٤ | ..... | أولا : مراحل الشيخوخة وسماتها |
| ١٨ - ١٦ | ..... | ثانيا : التقسيم السباعي لمراحل الكبر |
| ٢١ - ١٩ | ..... | ثالثا : التغيرات البدنية والادراكية والجنسية مع تقدم العمر |
| ٢٢ - ٢١ | ..... | رابعا : امتداد فترة الشيخوخة |
| ٢٣ - ٢٢ | ..... | خامسا : التكيف والرفاهية مع الشيخوخة |
| ٢٦ - ٢٣ | ..... | سادسا : خشية الموت ومواساة النفس |
| ٢٨ - ٢٧ | ..... | المراجع |



مقدمة

كان الناس الى زمن قريب يعتبرون أن مرحلة الرشد والرجولة تدل على نهاية تطور ايجابي في حياة الفرد ، وانها تشير الى بدء النهاية التي تتدرج ضعفا من بعد قوة الى الموت . واخيرا رأى الباحثون ان يكشفوا عما تنطوى عليه مرحلة الضعف والشيبة من سمات ذات معنى حتى يمكن تنميتها واستثمارها لمصلحة المسنين ومجتمعاتهم .

إذ لما كان انتاج الانسان يعتمد على تربيته في الصغر فإن سعادة شيخوخته تعتمد على ما ابلاه فيما بين صغر سنه وكبره على مدى أربعين سنة أو يزيد . والبحث في الشيخوخة ليس أمرا جديدا ، ففي القرن الاول قبل مولد المسيح أهتم الروماني (كيكرو) بالخواص السلوكية للكبار . وفي القرن التاسع كتب (ابو حاتم السجستاني) رسالته عن المعمرين . وفي القرن العشرين تزايدت الابحاث والكتابات في دول الغرب وامريكا عن الكبار وتوافقهم الاجتماعي ، وذلك لاسباب عدة من بينها ان نسبتهم أخذت تتزايد في المجتمعات سنة بعد أخرى لارتفاع مستويات الصحة من وقائية وبنائية وعلاجية واحتياج هذه المجتمعات للانتفاع من خبراتهم .

ففي انجلترا مثلا عند بدء القرن العشرين كانت نسبة عدد الافراد البريطانيين البالغين من العمر ٦٥ سنة الى المجموع الكلي واحداً الى سبعة . وفي السنوات القريبة بدأ الاهتمام بمن هم فوق الخامسة والسبعين حيث اصبح من الواضح ان هذه الفئة في المجتمع تحتاج الى خدمات مكثفة تتعلق بالصحة والخدمات الاجتماعية . ويبدو في بريطانيا ان عدد الذين بلغوا اكثر من ٧٥ سنة يكونون نسبة ٥٪ من المجتمع الكلي ، وسيكونون ٦٪ بنهاية الثمانينات .

وفي امريكا بينت الدراسات ان نسبة من المجتمع الامريكى تقترب من ١٠,٥٪ سيكون من نصيبها ان تعيش فوق الخامسة والستين في الوقت الذي كانت هذه النسبة فوق ٤٪ بقليل في عام ١٩٠٠م (أى من ٣ ملايين نسمة الى ما يقترب من ٢٣ مليوناً) .

وعلى الصعيد الوطني في البحرين وافق مجلس الوزراء على تأسيس لجنة وطنية للمسنين برئاسة السيد وزير العمل والشؤون الاجتماعية كما شاركت دولة البحرين في المؤتمر العالمي للمسنين الذي نظمته الجمعية العالمية للشيخوخة الذي عقد في فيينا في نهاية يوليو ١٩٨٢م . وقد اصدرت دولة البحرين في يونيو ١٩٨٢م تقريراً من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية عن أوضاع المسنين في البحرين ، وأشار التقرير إلى ان عدد المسنين في البحرين والذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ سنة يبلغ (٧٠٥٥) يمثلون ما نسبته ٢,٩٪ من عدد السكان من بينهم (٣٦٢٥) ذكراً أى بنسبة ٣٪ من مجموع الذكور ، (٣٤٣٠) انثى أى ما نسبته ٢,٨٪ من مجموع الاناث ، وهذه الأرقام تبين ان النسبة محدودة بالمقارنة مع اقل نسبة للمسنين حسبما اظهرته تقارير الأمم المتحدة حيث كانت ٤,٩٪ في قارة افريقيا، لكن ربما يعود ذلك الى ان التقرير اختار الاعمار فوق ٦٥ سنة واعتبرهم مسنين بينما اعتبرت تقارير الأمم المتحدة ما فوق الستين هو المسن ، وأشار

التقرير ان ٨١٪ من الذكور المسنين لا يعرفون القراءة والكتابة وان النساء يعانين من الامية اكثر من الذكور . وعن الحالة الاقتصادية يقول التقرير ان ما نسبته ٤٣٪ من اجمالى المسنين الذكور يزاولون اعمالا مختلفة اما السنوات الاثنا فنسبتهم في سوق العمل منخفضة جدا لا تتجاوز ٤٪ من اجمالى نسبة العاملات والبالغ عددهن ١١٪ ، وظهر التقرير من الناحية الصحية ان ما نسبته ١,٣٪ فقط من اجمالى السكان مصابون بالاعاقة بينما نسبة ١٠٪ في البلدان المتقدمة مصابون بالاعاقة . وقد يرجع ضعف النسبة في البحرين إلى أن الاعاقة كانت محددة بالعمى والصمم الكامل والشكل الظاهر ولم يؤخذ في الاعتبار ذوو العجز البسيط . وتظهر احصاءات التقرير ان هناك (٧٩٦) شخصا مصابين بالعجز الشديد من مجموع (٧٠٥٥) مسنا أى بنسبة ١١٪ من كبار السن وأغلبهم من المكفوفين . وبالنسبة للحالة الاجتماعية فإن عدد الذكور المتزوجين بواحدة او اكثر يبلغ (٢٠٥٠) مسناً من اجمالى المسنين الذكور اى بنسبة ٨٤٪ .

ومن ثم نجد انه قد تزايدت اهتمامات الهيئات والحكومات بدراسات الكبار لحاجة هذه المجتمعات للانتفاع من خبراتهم وقدراتهم على الرأى السديد والحكمة في ظل انفعالات هادئة وصادقة . وأصبحت دراسات الكبار كالصغار ذات اهمية كاهمية الحياة ذاتها ذلك لانهم جزء من حركتها وتقدمها نحو مستقبل أفضل ، فنجد مثلا دولة متقدمة مثل فرنسا قد أنشأت وزارة لرعاية المسنين وشنون حياتهم .

أولاً - مراحل الشيخوخة وسماتها :

يورد كثير من الباحثين اوصافا كثيرة لمرحلة الشيخوخة وما يعترها من تغيرات جسمية ، حركية حسية ، عقلية معرفية ، انفعالية وتغير في السلوك الاجتماعى . وأشار البعض الى ان مرحلة الكبر تتناول مرحلة اكتمال الشخصية وانحدارها اى مرحلة ربيع العمر وخريفه ، وقسم مرحلة الكبار من الناحية البيولوجية النفسية الى ثلاث مراحل جزئية : مرحلة الرشد المبكر أو الشباب من سن ٢١ سنة الى ٤٠ سنة . ومرحلة وسط العمر من سن ٤٠ سنة الى سن ٦٠ سنة ومرحلة الشيخوخة وتمتد من سن ٦٠ سنة حتى نهاية العمر . وقسم حياة الانسان من ناحية عمله وانتاجه الى أربع مراحل رئيسية : مرحلة التكوين من بدء الحياة الى بدء الرشد والشباب ، ومرحلة ذروة الانتاج من ٢٠ سنة الى ٤٠ سنة . ومرحلة الانتاج المتناقصة أو مرحلة وسط العمر من ٤٠ سنة الى ٦٠ سنة ، ومرحلة الراحة والاحالة على المعاش من ٦٠ سنة الى نهاية العمر . في حين رأى البعض الآخر ان الشيخوخة تنقسم الى مرحلة الشيخوخة المبكرة من ٦٠ سنة الى ٧٥ سنة ومرحلة الهرم وتمتد من سن ٧٥ سنة الى نهاية العمر .

ووصف (اريك اريسكون) (١٩٥٠ ، ١٩٦٨) ثلاث مراحل ترتبط بمرحلة الرشد والرجولة . فالمرحلة الاولى وهى مرحلة قبيل الرشد وتبدأ من سن ١١ سنة حتى نهاية العقد الثانى من العمر تقريبا . وتتميز هذه المرحلة بأنها تجسيد لمرحلة مراهقة العمر وفيها يفتش الانسان عن هويته ويهتم بأخيه الانسان والجنس الآخر ليشاركه هويته ويعترف بها . وفي ظل علاقة الزواج يأتى السكن والطمانية .. والتآلف وفي هذه الفترة ينبعث من الانسان النشاط نحو ان يكون رجلا او امرأة . ويظهر كفاءته من خلال عطائه للحب وقدرته على العمل . وبإيجاز تتميز مرحلة ما قبل الرشد بالتآلف والتماسك مقابل العزلة . والمرحلة الثانية تبدأ عندما يكتمل رشد

الفرد وفيها تستقر علاقات الرعاية والاهتمام التي تعود على المجتمع بالخير والنفع . ويحتمل الانسان المسؤوليات بالنسبة لاسرته وأبنائه وبالنسبة لزملاء العمل والبيئة الاجتماعية الثقافية . وفي الجهة المقابلة نجد ان الانسان المسرف ينحو الى الاستغراق الذاتى فى أهداف خاصة ويترد عن كاهله الاعباء والمسؤوليات التى يجب عليه تحملها . وبإيجاز تتميز مرحلة الرجل / المرأة على طولها بالانتاجية مقابل الاستغراق الذاتى . والمرحلة الثالثة تتضمن وصول دورة الحياة الى قمة تطورها فى التكامل وتحقيق الذات ، وكما بدأ الفرد طفولته بتكوين الثقة فى الآخرين فإنه ينتهى بالشعور بالثقة فى سلامة شخصيته وتكاملها وفى الآخرين فلا يخشى الموت كما كان ولا يخشى الخوف من الحياة عندما كان صغيراً .

اقترح (بيك) (١٩٧٨) فى مقالة عن التطورات السيكولوجية فى النصف الثانى من الحياة مراحل أخرى تضيف الى المميزات الأخرى المعطاة لوصف مرحلة ما قبل الرشد والرجولة عند (اريكسون) على اعتبار ان المرحلة الأخيرة غير كافية للتعبير عن مميزات مرحلة عمر طويلة قد تستمر الى نصف قرن أو يزيد . وضع (بيك) تصورات فى اطار تصورات أربعة :

التصور الأول :

أنه مع تناقص القوى البدنية والصحة والقدرة على الاحتمال فإن الافراد يواجهون مهمة تفضيل الحكمة على القوى البدنية .

التصور الثانى :

يتصل باعادة تقدير الجنس وقوته مقابل تقدير المعاملات الاجتماعية وأثرها .

اما التصور الثالث :

فهو المرونة العاطفية مقابل الافتقار العاطفى . فالتغيرات التى تطرأ على الانسان من حيث علاقاته بالآخرين بسبب الموت أو الفراق أو الطلاق تؤثر على التزاماته العاطفية ، ويحتاج الى مرونة عاطفية وتوافق وإلا وقع فى براثن السلبية الانفعالية .

ويتناول التصور الرابع :

الاهتمام بالجانب العقلى أى المرونة العقلية مقابل التصلب والجمود الذهنى ، وتشير المرونة العقلية الى قدرة الفرد على حسن التصرف والاستفادة من الخبرة أكثر من الاعتماد فقط على الخبرة السابقة والاحكام الماضية والمعتقدات السالفة ، وأصحاب المرونة العقلية يجدون أنفسهم قادرين على تغيير أنفسهم ومعتقداتهم واتجاهاتهم وأرائهم فى اواخر العمر .

والتصورات الأربعة التى ذكرها (بيك) تصف مرحلة العمر الوسيطة . ويضيف (بيك) صراعات أخرى تتضح عند كبار السن وترتبط بأدوارهم فى العمل والاحالة على المعاش ومشاكل الصحة وانتظار انتهاء الحياة وعلى ذلك اصبح من الضرورى لكبار السن ان يعيدوا تقييم ادوارهم واهمية ما يقومون به نحو أنفسهم أكثر مما يقومون به فى اطار مهنتهم ووظائفهم وأن يقبلوا بدون خوف فكرة الموت .

ثانيا - التقسيم السباعي لمراحل الكبر :

رغم ان العمر الزمني لا يعتبر معيارا دقيقا لتقسيم حياة الانسان الا انه يسهل في اطاره وصف المظاهر العامة للحياة ويأخذ الكاتب بفكرة تقسيم حياة الفرد في ظل وحدات زمنية ، طول الوحدة منها سبع سنوات . ومن بين أسباب هذا الاختيار الحكمة القائلة «لاعب ابنك سبعا ورببه سبعا وصاحبه سبعا ثم اترك له الحبل على الغارب » والسبب الثاني ان المرحلة الحس حركية ومرحلة الطفولة المبكرة تنتهى تقريبا عند سن السابعة والسبب الثالث ان في نهاية السبع الثانية يكون الفرد قد اصابه البلوغ الجنسي وقطع شوطا كبيرا في مرحلة التفكير الشكلي واختيار الفروض وفي نهاية السبع الثالثة يكون قد مر بمرحلة المراهقة وتكوين هويته وتكامل شخصيته بما يجعله مؤهلا لدخول معركة الحياة ، وفي نهاية السبع الرابعة يكون في الغالب قد اصبح عاملا متزوجا وعائلا وفي السبع الخامسة تبلغ ذروة انتاجه بما يتماشى مع قدراته وامكانياته ويجاهد ان تصوب نحوه الانظار ويرتقى سلم المسئوليات ويأخذ مكانته . وفي خلال السبع السابعة يبلغ رسالته ويعطى لمن دونه . وخلال السبع الثامنة يحافظ على حقوقه ومكاسبه ويجسد من ذاته ويعمل على تحقيقها . وفي خلال السبع التاسعة يحاول الاحتفاظ بمكانته ومهابته بين زملائه وأسرته والاقربين فاذا بلغ السبعين كان همه معايشة الآخرين وتخوف من العلل ظاهرة او باطنة . فاذا امتد به العمر حتى السابعة والسبعين امتد امله وخشى الموت المفاجيء او المرض المباغت او الشيخوخة المغترية وان يرد الى ارضل العمر .

ويوضح الجدول التالي ملاحظات الكاتب الذاتية عن زملائه ومعارفه . والملاحظات مجدولة في ظل فترات ، طول الواحدة منها سبع سنوات ، وقد تتداخل الملاحظات لكنها اجتهادات مبنية على المشاهدة والواقع والخبرة والمعرفة . ويتناول الجدول سمات مراحل كبر السن السباعية :

أ - سن ٤٩ - ٥٦ ، ب - سن ٥٦ - ٦٣ ، ج - سن ٦٣ - ٧٠ ، د - سن ٧٠ - ٧٧ ، هـ - سن ٧٧ - ٨٤ ويزيد .

جدول سمات مراحل كبر السن السباعية :

١ - سن ٤٩ - ٥٦

- يرجو من رؤسائه الرضا بينما لا يرضى اذا قللوا من مسئولياته خشية ان يكون ذلك بسبب عدم رضائهم عنه .
- يتوقع زيادة رقعة المسئوليات الملقاة على عاتقه ويبتهج لتزايد السلطات المخولة له بشأنها .
- يشعر بأهمية الأبناء والمال والصحة في التمتع بالحياة .
- يتطلب من الاقل سنا أو مركزاً أو قوة أو سلطة الاحترام والعمل بالأوامر وتجنب النواهي .
- يتطلب الولاء الكامل ممن أسند لهم مناصب او مسئوليات أو عاونهم في الحصول عليها .
- يستخدم سلطة القوة فيمن يخرج عليه ويرضى عن يعاونه .
- لا يتبرم من عملية الاستمرار في اثبات الوجود حين تتعدد المواجهة بينه وبين الآخرين .
- يبرر دائما صحة ما يقوم به من خطوات عملية في مواجهة انتقادات الآخرين .
- يتحرك في أكثر من موضع عمل ويبدل ويجسد من امكانياته .

- يهتم بحقوقه ورعايتها حتى تتوحد هويته علما وعملا .
- أن يكون مصدر السلطات ويفرض معالجة الاحداث وفقا لخبرته وسعة مداركه .
- يطوع القواعد والقوانين واللوائح غير الصريحة وفق ما يراه .
- لا يعطى الفرصة بسهولة لمن هو أصغر سنا أن يتميز في رزق أو منصب .

ب - سن ٥٦ - ٦٣

- يظهر تملحه من تراكم اعباء العمل ومضاعفاته ويشعر بالعجز عن معالجتها في وقتها .
- يسعى لتقلد أرفع المناصب في العمل ويتمسك بها .
- يبذل المستطاع من عمله وخبرته ويحاول اقناع الغير ان اثناء العمل والخبرة لديه مازال يعطي .
- يتطلب من الآخرين ان يقبلوا بنقده ولا يعترف بما يعطونه من مبررات وأسباب لتأييد النقد .
- يتمسك بحرفية القواعد والقوانين والأخذ بالأحوط والاقصى للتمسك بوجهة نظره .
- يرى ان يعانى الناس مثل ما سبق له من معاناة .
- يمنح أحيانا بعض مسؤولياته لمن يخدمه في تحقيق ذاته .
- يدع الآخرين يروجون لقدراته الفائقة وتصرفاته الذكية .
- يقارن بينه وبين من هم في مستواه العلمي والادبي ليؤكد من ذاته .
- يعتقد أن في وسعه تحقيق ما فشل فيه من سبقه اذا اعطي السلطة .
- يراجع نفسه تهينةً للحالة الى المعاش ويكثر من الحديث عنه على مضمض .
- لا يزال يصر على رجاحة عقله في اصدار القرار ويغضب اذا ما سلبه غيره هذا الحق .
- يؤكد رغبته في تأمين حياته المستقبلية المادية له ولابنائته قبل فوات الأوان .

ج - سن ٦٣ - ٧٠

- تقل قدرته ومرونته على مواجهة مشكلات الحياة الخاطفة ومعالجتها في حينها مالم يحصل على معاونة .
- تنحدر التزاماته الادبية والاكاديمية والادارية نحو مؤسسته اذا فقد سلطات العمل المخولة له لذلك .
- يواصل التمتع بالحياة والعمل خارج مقر عمله ووطنه رغم انحدار صحته العامة .
- يحتفظ لنفسه بما يرفع ويعلي من مكانته ولا يعاون الآخرين ان يصلوا الى مكانة ارقى .
- تتزايد لديه الرغبة في العلم بالأحداث الجارية وتأثيرها على زملائه ومعارفه .
- يرغب في توطيد العلاقات الاجتماعية والاكاديمية على المستوى الذاتى اكثر من اهتمامه بمراجعة انتاجه .
- يكتسب عطف الآخرين بتذكيرهم عما يمر به من ضعف وشيبة ليحقق بعض غرضه .
- يوحى للغير حاجة في نفسه بأن لديه القدرة او عدم القدرة على الحل الذى يبيغيه الغير .
- يأخذ من العرف والتقاليد ما يؤدي ويبارك خطوات افعاله .
- يتطلب الطاعة من أبناء أسرته الكبيرة والانصياع لأوامره .
- ينهر الكبار لعدم قدرتهم على ضبط سلوك الصغار .

- الاهتمام بمكانته العلمية والعملية بين زملائه والآخرين من جيله .
- يصارع مع أبناء جيله والسابق له في الاعتراف بقدراته .
- د - سن ٧٠ - ٧٧
- يطمع من معارفه ان يحققوا له ما لا يستطيع بحكم انحدار سرعته في الحركة ودقة الأداء .
- يبحث في جعبة خبراته الماضية عما يقوى علاقته مع الآخرين .
- يتطلب ان يسعى اليه الناس ويقوم بتوزيع العطاء على ذوى الشأن من الناشئة لاجتذابهم نحوه .
- يتزايد اهتمامه بحوادث الاصابة من خير وشر للآخرين أصحاب المكانة ومشاركتهم السراء والضراء .
- يحلوه ان يعطى وان كان هناك قلة في العطاء بسبب الظروف الطارئة والامكانيات القليلة .
- يعتريه الضيق والتمللمل بسرعة ويصر على رجاحة تصرفاته في مواجهة الأبناء والكبار .
- يجتر الذكريات ويستدعي احاديث الماضى البعيد ليثبت حنكته وتجربته أوليفرّج الآخرين ويسرهم .
- يأمل في ان يتعاون معه غيره في مشروعات كان لا يستطيع اداءها اثناء الخدمة الفعلية .
- يزداد سروره وابتهاجه للاطراء الذى يوجهه اليه الغير على ما قدمه من خدمات علم وعمل .
- يصارح غيره بما في نفسه وما يراه من وجهة نظر .
- يتحدث عن الاوجاع والآلام في اطار ما وصل اليه الطب الحديث ، ويتمنى طول الحياة والشفاء .
- يعطي الانطباع ان ما لديه من علم ومعرفة وخبرة مازال فياضا بالمقارنة مع المسئولين الأصغر سنا .
- يتخوف من تزايد الامراض وكثرة العلل وتنقلها خشية كساد الجسم وضعف البدن .
- هـ - س ٧٧ - ٨٤
- الاحساس بأن ما بقى من العمر قليل مهما طال الزمن ، لكن من حقه الحياة والبقاء الاللة ثقيلة .
- يلتمس التعايش مع من حوله او يغترب عنهم وينطوي على نفسه .
- يصر على اظهار تخليص الذمة واعطاء كل ذى حق حقه .
- يتعادل في ادعائه بالخير لابنائاه واهله على السواء .
- لا يعطي أشياءه الخاصة الا لمن يثق به تماما .
- يروى الاحاديث والقصص ولا يمل تكرارها .
- يأتي أحيانا بأفعال طفولية وحركات صبيانية .
- يصر على التدخل في شئون تبدو لغيره انها ليست من اختصاصه .
- يتعامل مع مجريات الامور القريبة ويبدأ في نسيان الامور البعيدة .
- يصر على الاحتفاظ بحاجياته الخاصة من أشياء وأطعمة معينة حتى لو طرأ عليها التغيير .
- يصر على الاحتفاظ بنقوده ويتصرف فيها كيفما يشاء وان لم يعجب الغير .
- تسلط عليه أفكار محددة بالنسبة لأسرته وطرق معيشتها ويلح في تنفيذها .
- يلح على افراد معينين من أسرته لخدمته والانصياع لأوامره .

ثالثاً - التغيرات البدنية والادراكية والجنسية مع تقدم العمر :

١ - التغيرات البدنية :

قام الباحثون بدراسة التغيرات في اجسام الكبار وعلى الاخص تغيرات الانحدار التي تحدث مع تزايد العمر مع فهم لأسس هذه التغيرات وايجاد الطرق لتعويضها . فبالنسبة للتغيرات البدنية يبقى الطول ثابتا بعد حوالى العشرين من العمر اما الوزن فيتغير بتغير وزن دهنيات الفرد ويطنه وبينما نجد ان ١٠٪ من وزن المراهق يتكون من دهنيات فنجد ان هذه النسبة تزداد الى ٢٠٪ من وزن الفرد في اواسط عمره . والتغير في الوزن قد يؤثر على الصورة الذاتية للفرد من ناحية قوته ومظهره ، كما يلاحظ من بين التغيرات البدنية ان الصحة العامة وقوة الفرد تأخذ في الانحدار من بعد سن الثلاثين من العمر او قبلها ، غير ان هناك فروقا فردية وليست كل التغيرات الصحية سالبة عند الراشدين ، فاصابتهم بأمراض البرد والعدوى اقل من اصابة من هم اصغر سنا بها ، رغم انهم قد يحتاجون الى وقت اطول للابلال والشفاء من المرض ، كما ان الراشدين يستطيعون التخلص من امراض الحساسية . ويعانون القليل من الحوادث . ويضاف الى ذلك ان الوظائف المرتبطة بالقلب والتنفس على الاخص تميل الى الانحدار ، ولا يسري هذا على وظائف الاعضاء الاخرى ، وتوجد تغيرات اخرى تصيب الكبار منها فقدان الجلد لمرونته ، والشعر لكثافته ، وتدخل بعض التغيرات على الصوت ويميل الفرد الى الاسترخاء في المواقف الجسمية والعقلية والنفسية وفي التنسيق الحركي والمرونة العضلية ، الا ان كثيرا من هذه التغيرات قد يبطؤ أو يتأجل من خلال الغذاء والتدريب .

٢ - التغيرات الادراكية الحسية :

بالنسبة للتغيرات الادراكية الحسية . تصبح عدسات العين اقل تكيفا بالتدرج ، ويحتاج الكثير من الافراد الى النظارة الطبية عند سن الخمسين . كما انهم ينحدرون في سمعهم وعلى الاخص عند الرجال ، وقد لا يشكل الانحدار في السمع خطرا على الرجال لان الانحدار يبدو في الحساسية للأصوات ذات النبرات العالية ، كما يتأثر الشم والتذوق فتصبح الأطعمة غير قوية او حريفة او منبهاة وتحتاج الى كثير من الملح والتوابل .

٣ - التغيرات الجنسية :

بالنسبة للتغيرات الجنسية يشير (كينزى) الى حدوث انحدار قوي في الاهتمامات الجنسية والانشطة المرتبطة بها بعد الثلاثينات من العمر سواء بالنسبة للمرأة او الرجل ، كما تقل حدة الشعور باللذة ، غير ان ثبات هذه الملاحظة لم يتأكد بعد لان كبار السن لم يشتركوا في الأبحاث الجنسية ، اذ وجد ان البعض يمكنهم ممارسة الانشطة الجنسية الى عمر ٧٥ سنة على الأقل ، ومع ذلك يمكن القول بحدوث انحدار في النشاط الجنسي وقد يرجع ذلك الى عوامل الصحة والتغيرات البدنية الأخرى .

٤ - التغيرات المعرفية :

يمكن القول عموما بناء على بعض الدراسات ان القدرة على التعلم والتذكر تنحدر قليلا ،

غير انه مع تزايد العمر يتضح الانحدار . ولوحظ ان كبار السن وأصحاب الشيخوخة اكثر حذرا وأكثر شكوكا من صغار السن . وربما يكون ذلك سببا في تفوق الصغار على الكبار في حل المشاكل المحددة الزمن ، وقد وجد الباحثون الامريكيون ان الابداع والانتاج يبلغان قمتها أثناء اواسط العمر عادة فيما بين الخامسة والعشرين والاربعين بالنسبة للعلوم الطبيعية والرياضيات وكذلك الموسيقى ، وحتى الخامسة والاربعين في الكتابة والفنون وحتى الخامسة والثلاثين في الدخول والالعاب الرياضية ويعتقد الكثيرون ان الذكاء يضمحل بتزايد العمر ، الا أنهم لا يحددون بدقة بدء الاضمحلال .

وبمقارنة اعمار المجموعات المقارنة في السن وفي الفارق وجد كثير من الباحثين أمثال (هورن) في (١٩٧٥ ، ١٩٧٦) ان التناقصات الذهنية تعكس انحدارا ذهنيا مع تزايد العمر ، وعلى الاخص القدرات التي اطلق عليها (كاتل) (١٩٧١) بالقدرات السائلية اكثر من القدرات المتبلورة حيث القدرات السائلية اساس الوظيفة العقلية العامة ، ومستقلة نسبيا عن الخبرة والتربية وتساهم بفعالية في الاداء العقلي في مجالات متعددة . وتتمثل القدرات السائلية في القدرات الاستقرائية الاستنباطية والتعلل العام ، ومدى الانتباه وما يرتبط بها . في حين انه وبالمقارنة نجد ان القدرات المتبلورة تتأثر للغاية بالخبرة وتتزايد مع الزمن .

ولا شك ان الشيخوخة البدنية حقيقة واقعة ، وان هناك فروقا واضحة بين اصحابها ، وان التدهور يتناول سرعة الاداء ومدى تركيز الانتباه ، وفي المهمات التي نطلب فيها من الكبير أن يوزع انتباهه بين شيئين في وقت واحد نجد ان مثل هذا الانتباه ينحدر مع العمر ابتداء من عمر ٣٠ سنة .

ولا يتضح الانحدار عند بعض كبار السن ، وربما يطورون من قدرات وخبرات معينة تستمر معهم بفعالية خلال كبر السن ، وتوضح الدراسات ان القدرة المعرفية لدى كبار السن لا تقل عما يتمتع به الشاب من قدرة معرفية .

٥ - التغيرات في الشخصية واسلوب الحياة :

توضح نتائج دراسات الشخصية ان الانطوائية والانشغال بالذاتية يتزايد مع العمر ، كما يتزايد التفكير في أمور النفس والمشاعر الداخلية ، وفي ذات الوقت يتزايد الرضا بالذكريات الذاتية لعالم الفرد الداخلي . ويرى بعض النقاد ان مثل هذا الاتجاه قد يعود الى التغيرات الاجتماعية والبدنية المملة على كبير السن ، ويفسر ذلك بأن تفضيل المواقف البسيطة والاعتيادية هي دلائل على تغير اساسي في الكائن الحي حيث كان يعتمد اساسا على البحث عن الاثارة أو عما يثيره ، وأصبح في حالة تفضيل واستئناس لما هو اقل اثارة . وقد يرجع هذا التغير الى الرغبة في الاحتفاظ بطاقته الحيوية مع انحدار فعالية نظم الطاقة عنده التي تعكس نفسها في سرعة التمثيل الغذائي الاساسية ، ووظيفة التنفس ، وكمية الدم المدفعة من القلب .

ويوجد تفسير آخر لهذه التغيرات باعتبارها نتيجة لقصور في الحدة الحسية والمقدرات المعرفية ومن ثم لا يجب وضع كبار السن في مواقف ذات اثاره عالية ، ويبدو ان التغيرات

العامة المرتبطة بشخصية كبير السن ليست كبيرة . واطهرت الدراسات الطولية انهم لايزالون يتمتعون بنفس الاهتمامات والأنشطة ، واذا حدثت تغيرات قوية في هذا المجال فسيعود ذلك لاسباب مرضية نفسية وعلى الأخص الاكتئاب ويحسن أن نأخذ في الاعتبار اسلوب حياة الشخص عندما يصبح كبيرا في السن ، وأنه توجد فروق فردية متباينة بين كبار السن أكثر مما هو بين صغار السن .

ومما لا شك فيه أن معظم دراسات النمو تتناول تطور انحدار النواحي البيولوجية والبدنية وهذه تغيرات سلبية ، ولم ينصب الاهتمام على تطورات ايجابية مثل النمو في الفهم وقيم الوجود . فالواقع والتراث يشير الى ان الشيخوخة هي فترة التساؤلات عما احرزها الانسان من انجازات وعن معنى الحياة ، وعن القيم التي عاش لها وضى من أجلها ، وعن القيم ذات الطابع المستمر . غير ان المجتمع يقوم بصب كبير السن في قوالب جامدة تجعله يعاني من فقدان في توظيف قدراته وفي وضعه الاجتماعي مما يجعله يفكر ويتساءل عن الحياة . وهنا يتضح لنا كيف ان التحرر والانسحاب في الشيخوخة يمكن ان يكون عملية داخلية ذاتية مرتبطة بظروف خارجية .

والتفكير في الماضي والحديث عنه يعتبر حقيقة يتوقعها المرء عندما يكبر سنه . واستعادة الذكريات عند كبار السن تأخذ أشكالا متعددة ولها وظائف مختلفة ، ومنها يستطيع الكبير ان يستقى العظات والعبر لنفسه وللآخرين المستمعين له . وتكون عملية الاستعادة والاسترجاع وسيلة مساعدة لان يحتفظ الشخص بالشعور بهويته تحت الظروف الصعبة ، وأهم ما يوجد في استعادة الذكريات الماضية هو الاعتبار الابداعي للماضي والاستفادة منه في حل مشكلات الحاضر .

ويكون تقويم الذات من أهم الاهداف على مدى ادوار الحياة وبسمة بارزة في السن المتقدمة بسبب قرب الوفاة . وقد أشار (يونج) على وجه الخصوص الى العمليات الداخلية الابداعية في حياة كبير السن ، كذلك يرى كتاب آخرون ان عملية الصراع الداخلي غالبا ما تسبق تواجد مثل هذه الحالات ، كما يجب أن نواجه حقيقة ان الصراع الذي يطل من خلال الاستفسار عن الشيخوخة لا يكون دائما قابلا للحل فبعض الناس يموتون احتجاجاً او في يأس .

رابعا - امتداد فترة الشيخوخة :

يعتبر الجنس والشيخوخة والموت من الامور المحاطة بالسرية وما يحدث عن طريق الطب هو اتاحة الفرص لامتداد فترة الشيخوخة وليس لدى الحياة ، مالم يطرأ تغير بيولوجي ، او تبطاً او توقف الاسباب البيولوجية للشيخوخة . ومن الصعب التدخل في هذا الامر في الوقت الحاضر ، اذ يرى (ليف) (١٩٧٣) و (هيفيك) (١٩٧٥) ان الحدود البيولوجية للحياة متأصلة في المادة الخلوية فاستنبات الانسجة في المعمل لا يتضاعف بلا حدود بل في النهاية يبلى ويموت ، اما بالنسبة للانسجة الانسانية فهي تتوالد ربما الى خمسين مرة ، وتعطى الانسجة في الحيوانات طويلة العمر احيالا اكثر من الحيوانات قصيرة العمر . بالمقارنة نجد ان الخلايا ذات الخلل او النقص مثل الخلايا السرطانية تتوالد بلا حدود تقريبا ، كما ان عد الاحياء قد اكتشف ان جزيئات الحامض النووي أو حامض DNA - وهو اساس كل الحياة - تخضع لعملية الشيخوخة ، وهناك من يقول بأن نظام المناعة للجسم يضمحل مع العمر ، بحيث ان قدراتنا على

التعرف وعلى تحطيم الخلايا الاجنبية الضارة تتعوق وتضعف وان ظاهرة العجز تبدو ملموسة في الشيخوخة .

خامسا - التكيف والرفاهية مع الشيخوخة :

الشيخوخة كالشتاء من حيث قسوة البرد وجمال الطبيعة ولا شك ان الكبار كالصغار لهم مصادر ذاتية يلجأون اليها . وقد بذل علماء الشيخوخة جهودهم لفهم عملية التكيف لدى المسن سواء عن طريق مقاييس التوافق او الرضا عن الحياة او ارتفاع الروح المعنوية او التعلم او الكمال والصحة وغيرها ، وذلك من اجل اعداد برامج للتدخل ليجعلوا من كبير السن شخصا قادرا على معالجة اموره بنفسه . ومن ثم يجب الكشف اولاً عن العوامل التي تعطي كبير السن القدرة على تغيير البيئته والتوافق معها وان يصبح قادرا على معالجة المتوقع ومعالجة ضعف الذاكرة القصيرة المدى .

وبالنسبة للاتجاهات نحو الصحة وشعور الانسان بالرضا والسعادة وجد من الدراسات عموماً ان مستويات الشعور بالرفاهية لا تنحدر مع العمر رغم تزايد حوادث العجز وعدم القدرة التي قد تؤثر على هذا الشعور . ولفهم هذا التناقض بين الانحدار في الصحة البدنية والمحافظة على الرضا والرفاهية يجب ان نقدر اهمية مفهوم الصحة النفسية والذاتية . فالشعور بانحدار الصحة مع تقدم العمر ليس كالشعور بمفهوم المرء عن صحته اذ ان هذا يرتبط بتوقعاته وقبول الامور المستقبلية من حيث ضعف الصحة العامة . واذا توقع الناس الحسن ولم يحدث اضمحلت سعادتهم ، أما اذا توقعوا السيء وحدث فان سعادتهم لا تضمحل بنفس الدرجة .

ويحدث الناس عن اهمية تمتع كبير السن بالقدرة على معالجة الامور واحسن مؤشر للتوافق في العمر المتقدم هو الاعتداد بالنفس واعتبار الذات والا يتولد اليأس عند صاحبه ويعتبر الاكتئاب احد السمات الظاهرة المميزة لكبر السن ، وكثير من الاكتئاب يرتبط مع ضغوط كبر السن ونتيجة لفقدان احترام الذات ، واهم مكونات صورة الذات التي تدعم الاحترام هو شعور الكبير بالقدرة على امتلاك ناصية اموره . ويعاني كبار السن في الملاجىء من شعور في انحدار صفة الاعتراز بالذات واحترامها اكثر من الكبار خارج الملاجىء .

ولكى يكون الاعتراز بالذات مستمرا فان هوية كبير السن عن نفسه يجب ان يكون لها جذور او مصادر خارج ذاته ومن ثم يستطيع ان يحدد صورة مقبولة عن ذاته لنفسه . والشخص الذي يعتمد على نوع واحد من المصادر مثل الاسرة سيتضرر بالتالي اذا ابتعدت عنه الاسرة . وقليل من البحوث قد ناقش مصادر احترام الذات ، اعترازها وكرامتها .

وتوصي الدراسات بأنه يجب النظر الى الرجل او المرأة العجوز كإنسان له قيمته وأحقيته في الحياة ، وليس ككائن حي يحتاج الى العون والمساعدة فقط ، وانما يحتاج الى المشاركة والخذ بيده كإنسان ومن ثم تساعد الشخص غير القادر على ان يعمل من اجل نفسه وان يتعامل بكفاءة مع الآخرين ، وتشير الدراسات الى ان الاعتراز بالذات والشعور بالسعادة قليل عند كبار السن في الملاجىء . ولكنه اقل عند الذين يرغبون في الالتحاق بها .

هذا ويمكن لكبار السن أن يستعيدوا ما فقدوه من قدراتهم القديمة ويستخدموها في استبقاء

المعلومات الجديدة ، وصيانة مهاراتهم الذهنية والحركية اذا ما احسنوا التوجه الى الواقع فلا يجدر بنا ان نترك الذين يندرون في قدراتهم الذهنية ان يضعفوا عقليا وان يتركوا لحال سبيلهم ، واحد الاساليب الجيدة هو استخدام ما يسمى بالتوجه الى الواقع عن طريق تذكره لما حوله من اسماء وأشخاص وأنشطة واستخدام الزمان والمكان والحواس والمشاعر كلما امكن ذلك .

ومن أهم العلاقات علاقة العجوز بأسرته ، فهي تحفظ له هويته واعتزازه بنفسه وكرامته وتعاونه على ان يحتفظ بتوقعات مقبولة ، كما يجب ان يكون كبار السن قادرين على تقديم مطالبهم بأنفسهم الى الحكومات للحصول على الخدمات الاجتماعية اللائقة بهم . وفي حالة انعزالية بعض الكبار وانطوائيتهم فيلزم الأ ننسأهم في محتتهم . ويجدر ان نعترف اننا سنكون كبارا في السن واننا سنبقى في الغالب كما نحن . ولكي يتعرف الغير على ما نحب ونكره ويرضى عنا من هم اصغر سنا ونرضى عنهم ، يجب ان نقدم السعادة والعون لمن هم اكبر سنا ونحترم كل واحد منهم في حد ذاته ، ونقوي من هويته ، وندعم الحسنة فيه ، حتى يستطيع من هو اصغر منا القيام بمعاونتنا وتكريمنا في الكبر .

كما يجدر الاتكون المساعدة قوية لدرجة ان يدخل في سبب وفقدان للذات . وليس الامر هو تقدير الخدمات وانما مقابلة حاجاتهم ورغباتهم ، ومن بين حاجاتهم ان نعطيهم الوقت الكافي لكي يفكروا في المواقف التي يعيشونها . وان يصدروا الاحكام عما يدور بداخل ذاتهم ، كما انهم يحتاجون الى الحديث مع البعض الذي يستطيع ان يتدارس معهم الامور . وتوجد امام علم النفس التطبيقي مهام متعددة لتصحيح اوضاع الكبار وتحسين احوالهم والاستفادة مما يمكن ان يقدموه من خدمات .

سادساً - خشية الموت ومواساة النفس :

تشير قلة الكتابات عن الشيوخة والموت الى كراهية الكثير من البشر للتحدث عن الموت وانتهاء الحياة الدنيوية غير ان الكتابات بدأت تتزايد في السبعينات وظهرت كتابات (كوبلر - روس) (١٩٦٩) عن حاجات المرضى الذين هم في طريقهم للموت ، وتصف خمس مراحل للمرضى عندما يخبرون بمرضهم القاتل ، فالمرحلة الاولى تعبر عن الانكار للحقيقة الفورية فلا يعتقد المريض ان نهايته قد قربت . ويعقب ذلك الغضب ، لماذا انا ؟ ثم مرحلة المساومة عندما يرغب المريض في أن يكون بينه وبين الرب ما يرضيه . وتأتي مرحلة الاكتئاب حيث ينطوى على نفسه ولا يرغب في رؤية أحد بل ويبقى منفردا يتأسى ويحزن ويتعزى ، فاذا ما طال به الزمن فإن قبوله للموت يبدو عليه . ولا شك ان مرحلة تعزية الذات تؤدي الى قبول الموت بكرامة وتكون اقل احتمالا اذا طالت تحت ظروف غير طبيعية . وقد اوضحت دراسات ادراك الموت ان الأطفال والمراهقين والشباب بدأوا في ظل الاعلام المتقدم والتلفزيون يتوقعون ان يموتوا في خلال سنوات قليلة لاسباب العنف والقسوة والاعتداء . وقد وجه كثير من النقد لكتابات وملاحظات (كوبلر - روس) بسبب انها ذات طبيعة ذاتية . وان هذه المراحل لا تعطى مجالاً للفروق الفردية كما انها تؤدي بالاصدقاء والاقربين الى معاملة المريض بطريقة غير مرنة واثاروا الى وجوب تعدد الابحاث في هذا المجال لتصبح اكثر موضوعية .

لا شك ان العجز والتغير البيئي من التغيرات السالبة المرتبطة بـ كبر السن ، وتوجد بالطبع سلبيات أخرى . ففي حالة فقدان عزيز يحتاج المصاب الى توافق رئيسي ويبدو انه يأخذ مراحل محددة من اهمها التعزى والمواساة ، فالتعزى عملية صحية توافقية تعاونه على تدعيم ذاته وفهم من حوله لكي يرضى بالواقع ويرضى الواقع عنه ، فالفقدان حالة حرمان تتصف بالخسارة فالاسرة التي تخسر عزيزها تفتقد فيه خسائر عدة مثل خسارة الدور الذي كان يلعبه وخسارة المكانة التي كان يتقلدها وتستخدم حالة الخسارة كمثير لاستجابة الفقدان ، وهي استجابة تتضح ثقافيا وفرديا ، فالاستجابة الثقافية تتمثل في العزاء وهو نموذج مكتسب من السلوك ومدعم بثقافة الفرد الجارية كسلوك ملائم يعقب الفقدان . اما تعزى النفس ومواساتها فهي استجابة فردية وتأخذ طابعا متسقا على مر الزمن وتنتهى في النهاية بانفراج الغم والكربة . ويمكن ان تعتبر عملية فردية تحدث استجابة لخسارة فردية ، ويهتم الباحثون بحالة التعزى والمواساة لكونها حالة فردية .

وتتميز تعزى النفس بأنها نموذج استجابة نمطى ومعقد وتتضمن عوارض نفسية وبدنية مثل التعب والانسحابية والاضطراب في النوم والقلق وقلة الشهية ، ويأتى استدعاء المواساة من موقف مثير محدد مثل الخسارة الحقيقية او المتصورة لدور او غرض ذى قيمة ، وتنفرج المواساة عندما تتأسس علاقات جديدة مع اهداف جديدة ، وظاهرة التعزى او التعزى ظاهرة حضارية عند الانسان وتظهر في سلالات اجتماعية أخرى وعلى الاخص لدى الحيوانات العليا كما انها استجابة مقبضة للغاية سواء من الناحية البدنية او النفسية ، غير ان السلوك المرتبط بالتعزى والمواساة عادة ما يكون في تناقض مع تأسيس علاقات مع هدف جديد من أجل تلافي الانقباض والضغط ، ونجد الانسحابية تجعل من الصعب على الشخص المصاب بالفقدان ان ينمى ادوارا جديدة وعلاقات شخصية مكان تلك العلاقات التي حرم منها وعادة يمر الشخص الذى يعزى ويواسى نفسه بثلاث او اربع مراحل : عدم التصديق ثم الصدمة ثم اليأس ثم النقاهاة وعندما يتبين للشخص ادراك الخسارة فإنه يعتره الغضب من نفسه والآخرين .

عود على بدء :

تبدو الفردية واضحة بين كبار السن وان جمع بينهم الضعف والشبية ، واهم ما تتميز به مرحلة الشيخوخة هي سمة احترام الذات والسمو والاعتزاز ، وتكون نتيجة لما قد يتمتع به المسن في دور الشباب من نضج انفعالي ويتمثل ذلك في الآتى :

- ١ - الاستقلالية .
- ٢ - السيطرة على البيئة .
- ٣ - المقدرة على الحب .
- ٤ - الهوية . ادراك وتقدير الذات .
- ٥ - التكامل في نظرتة الموحدة عن المعالم والتي تعطي معنى لأفعاله ككل .

وقد تزايدت الابحاث عن الكبار في القرن العشرين لتزايدهم في العدد وكذلك لتراكم خبراتهم وتميز قدراتهم التي يمكن الاستفادة منها تحت شروط محددة . وبلغت نسبة تزايد نمو كبار السن (٧:١) في المملكة المتحدة مثلا . وفي البحرين تقل النسبة إلى (١ : ٣٠) تقريبا . وتمر

الشيخوخة بمراحل تكثر أو تقل حسب إلمام العالم ببعض جوانبها ، ويقترح (بيك) مثلا ان صراعات كبر السن تتضمن صراع الحكمة مقابل القوة وصراع تقدير الجنس مقابل العلاقات الاجتماعية وصراع المرونة مقابل التصلب وصراع السمو بالذات مقابل الاستغراق في الذات ، ويعطى الكاتب وصفا لسماح مراحل كبر السن السباعية مأخوذا من الملاحظة والمعرفة وان كان يحتاج الى الصدق التجريبي .

واتفق اخصائيو العلوم الاجتماعية والبيولوجية ان الانسان تطرا عليه تغيرات في جسمه وإدراكه وقوته البدنية والجنسية وقواه المعرفية وبعض جوانب شخصيته ، وأضافوا ان حياة المرء تضعف وتتحدر غير ان اسوأ الانحدار يكون عندما يطول عمر الانسان ويصاب بعلة عقلية او مرض عضال يفقده مرونته ، وصدق الحق تبارك في سورة الروم (آية ٥٤) حيث قال : ﴿ الله الذى خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير ﴾ .

وفي سورة الحج (آية ٥) ﴿ ونقر في الارحام ما نشاء الى أجل مسمى ثم نخرجكم طفلا ثم لتبلغوا أشدكم ومنكم من يتوفى ويمنكم من يرث الى أرذل العمر لكيلا يعلم من بعد علم شيئا ﴾ .
وفي سورة يس (آية ٦٨) ﴿ ومن نعمره ننكسه في الخلق أفلا يعقلون ﴾ .

وعند تقدم العمر يميل الفرد الى الانسحاب من مشاركة الآخرين والى التفكير في أمور الذات والانطواء على النفس ويجد المسن سعادته في استمرارية حاضره بماضيه ، ومن ثم يفكر في الماضى ويتحدث عنه كثيرا ويستخلص منه الابداع والعبرة ويحاول الاستفادة منه ويصبح في حالة تقضيل لما هو أقل اثارة وأقل تعقيدا ، ومن ثم يجب وضع المسن في مواقف لا تحتمل الاثارة العالية ، وأن تكون الامور بسيطة ، ويحتفظ المسن بأنشطته واهتماماته ما لم يعتره الاكتئاب النفسى . حيث اصبح يعيش حياة تختلف عن الحياة التى نشأ عليها كعضو اسرة او كشخص اجتماعي . ويعتبر تقويم الذات لما قام به الكبير من ادوار خلال حياته سمة بارزة فيه ، حيث انه ينحو الى الكمال والتأقلم ، ومن ثم يتولد لدى المسن صراع لكي يقبل بذاته كما هي كائنة وإلا رفض كينونته واهتز من داخله . وبيولوجيا تعجز جزئيا المادة الخلوية عن تجديد قدرات المسن الى الحد الذى يؤمن حياته ويواصل التكيف مع البيئة ويجب ان يكون عند الكبير مصادر للانعاش غير مصدر الاسرة ، وان تكون هناك برامج لتحسين قدراته في مواجهة البيئة المتغيرة من حوله ، وقد وجد أن مستويات الشعور بالرفاهية لا تضمحل مع العمر لتوقع الكبار الانحدار في الصحة العامة . وأحسن مؤشر للتعرف على صحة المسن النفسية هو مؤشر الاعتزاز بالنفس وامتلاك المسن لناصية اموره فإن عجز اكتأب وتكررت حياته واضمحل صورته المقبولة عن نفسه وذوت مصادر احترام ذاته ولذا يجدر مساعدة كبير السن على ان يتخطى مشاكله كانشان نام وليس كفرد يحتاج المساعدة من أجل المساعدة ، ولا شك ان اسلوب التوجه الى الواقع مفيد في تدريب الذاكرة . والصلة بالواقع وعلاقة المسن الطيبة بأسرته تحفظه هويته وتمتعه بتوقعات مقبولة . ويلزم ان تكون معاونتنا له بقدر ، فلا تزداد بالقدر الذى يدفعه الى سبات الذات والذى يدعوه الى الاكتئاب والوقوعه ، وتكون المعاونة عن طريق مقابلة حاجات المسنين واعطائهم الوقت الكافي لمعالجة شئونهم وان نتدارس معهم الامور . وتشير الكتابات عن الشيخوخة ان الانسان عندما يعلم بأن مرضه يؤدي به الى الموت يقابل النبأ أولاً بانكار يعقبه شيء من الغضب لماذا أنا ؟

ويعتريه الاكتئاب ويبقى منفرداً يأسى ويتعزى وقد يقبل بالأمر الواقع . وإذا حدث للمسن أن فقد شيئاً عزيزاً فإن أهم ما يفتقد إليه هو تعزية النفس ومواساتها وبناء علاقات جديدة ذات اغراض جديدة لتحل محل العلاقات السابقة .

وفي النهاية يجب أن نأخذ في الاعتبار اتخاذ الخطوات الكفيلة باعداد هيئة من الممرضين والممرضات للعمل مع المسنين وأن ندرك أن اعداد برامج لتمريض المسنين تحتاج الى علم وخبرة ومهارة ، حيث ان الدارسين والممرضين لكبار السن لن يستطيعوا مقابلة رغبات المسنين ما لم يقفوا على تاريخ حياتهم الماضية وأساليب حياتهم السابقة ، كما ان كبار السن اكثر من الراشدين صراحة وتكرارا للاحاديث وأن بعضهم اعق اكتئابا وانزواء وبرودا . ولا شك ان الاعلام المتقدم والتلفزيون له تأثير على المشاهدين وتغيير اتجاهاتهم وآرائهم ، فقد اوضحت بعض الدراسات مثلا ان الاطفال والمراهقين والشباب يدركون معنى الموت من خلال ما يشاهدونه من افلام في التلفزيون ، ومن ثم يلزم استخدام وسائل التواصل ومستحدثاتها من أجل رفاهية الانسان كبيرا كان أم صغيرا ، مسنا كان أم شابا .

وقد اعطت دولة البحرين رؤية حول المسنين تتناول اهمية مشاركة المسنين في عملية التنمية كل حسب طاقاته وامكانياته ، والتأكيد على توفير العلاج والرعاية والتأهيل لهم داخل اسرهم والايمان بحق المسنين في اختيار مصائرهم وتقرير حياتهم ، والتأكيد على ضرورة التنسيق بين الجهات الرسمية والاهلية المعنية بدراسة ورعاية المسنين وهذه أمور تكفل لكبار السن في البحرين حياة كريمة سعيدة ، وتوجد امور أخرى تطرقنا اليها في هذا البحث يمكن أن تزيد المسنين سعادة عند أخذها في الاعتبار من قبل المسؤولين .

وفي الجانب الآخر يجدر أن يستوعب كل واحد منا الرأي القائل بأن الوعي بالشيخوخة ليس مرتبطا بالعمر الزمني ، ولكن هذا الشعور يرتبط بما يقاسيه المرء من خبرات وأحداث تجعله يدرك حسيا أن أحسن ما في حياته قد ولى وأدبر وأن مستقبله يتدرج نحو وضع مترد ومتدهور .

المراجع

- ١ - دولة البحرين، وزارة العمل والشئون الاجتماعية، احصاءات القوى العاملة - المسح الأول للقوى العاملة - ١٩٧٦ م ، ادارة العمل، قسم القوى العاملة، ١٩٧٨ م.
- ٢ - دولة البحرين، وزارة العمل والشئون الاجتماعية، تقرير حول اوضاع المسنين في دولة البحرين ، ١٩٨٢ .
- ٣ - فؤاد البهي السيد ، الاسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة ، الطبعة الرابعة ، القاهرة : دار الفكر العربي ١٩٧٥ .
- ٤ - مكتب المتابعة لمجلس وزراء العمل والشئون الاجتماعية بالدول العربية الخليجية ، ١٩٨٢ . ورقة معلومات اساسية بشأن الندوة العلمية لرعاية المسنين في الدول العربية الخليجية - دولة البحرين.
- ٥ - Carr, A.T. "Dying and Bereavement". In Naomi Dunkin, Psychology for Physiotherapists, London: The British Psychological Society and the Macmillan Press, 1981, P. 370-391.
- ٦ - Coleman, P.G. "Aging and Social Problems" In Martin Herbert Psychology for Social Workers, London: The British Psychological Society and the Macmillan Press, 1981, P. 279-294. Also, in Naomi Dunkin Psychology of Physiotherapists, 1981, P. 279 - 323.
- ٧ - Comalli, Jr. P.E. "Life-span changes in visual Perception". In L.R. Gowlet and P.B. Baltes, (Eds). Life - span Developmental Psychology Research and Theory, New York: Academic Press 1982, P. 211-226.
- ٨ - Fantino, E. and Reynolds, G.S. Introduction to Contemporary Psychology - ٨
San Francisco : Freeman 1975.
- ٩ - Horn, T.L. "Organization of date on Life-span development of human abilities. In L.R. Gowlet and P.B. Baltes (Eds) Life-span Developmental Psychology Research and Theory, New York: Academic Press, 1970, P. 423-466.
- ١٠ - Kubler-Ross, E. On Death and Dying, London: Tavis tock, 1969.
- ١١ - Lefrancois, G.R. Psychology California, Belmont Wadsworth, 1980.

Mackeachie, W. & Doyle, C. Psychology New York: Addison - Wesley, 1966.

Ostrander, S. Ostrander, N. and Schroeder, L. Superlearning, New York: Delta, Dell, Eighth Printing, December 1981.

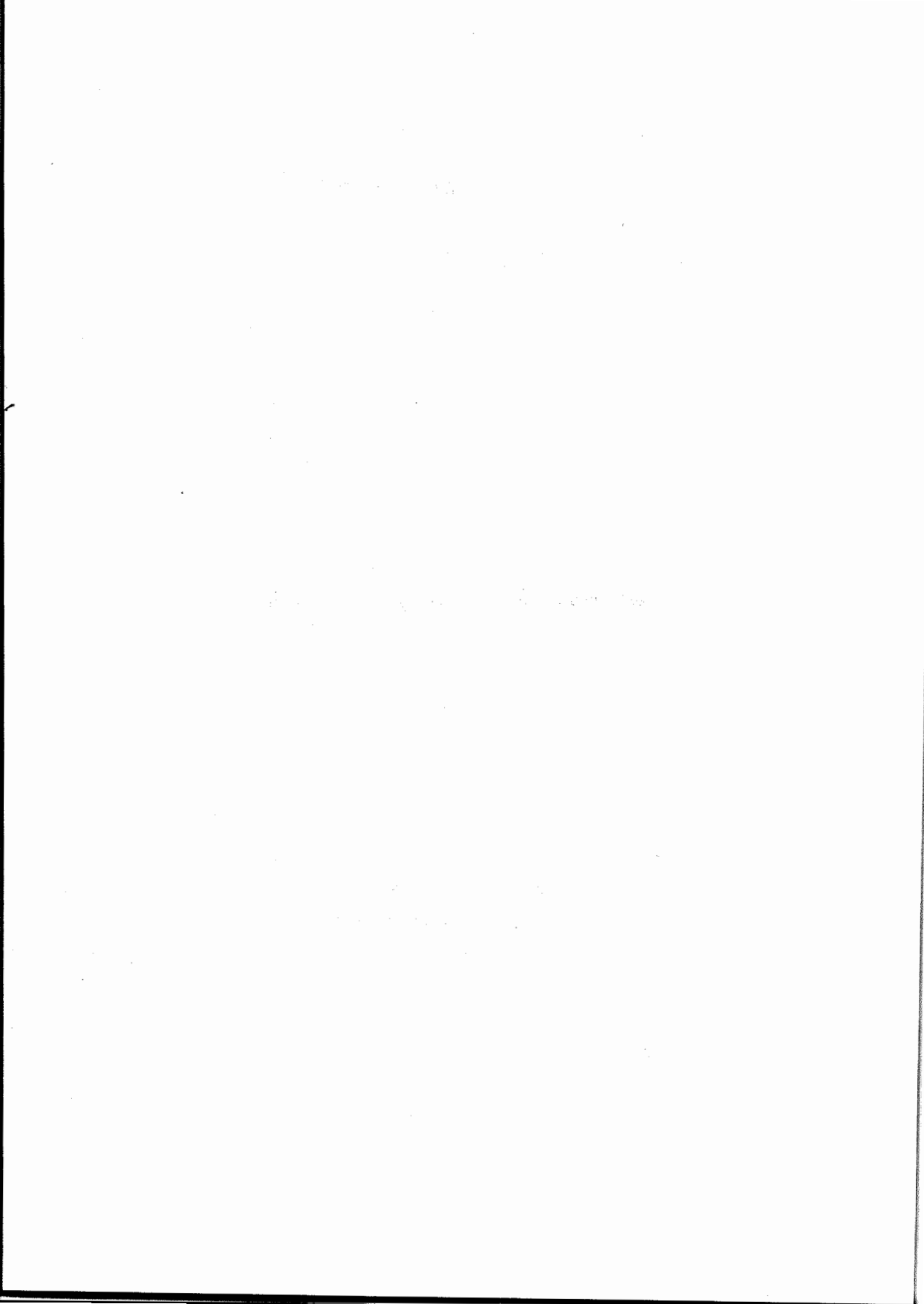
Sarason, S.B & Doris, J. Educational Handicap, Public Policy and History London: Collier Macmillan, 1979.

Schaie, K.W. "Reinterpretation of age related changes in cognitive structure and functioning," In L.R. Gowlet and P.B. Baltes (Eds), Life-span Developmental Psychology Research and Theory, New York: Academic Press, 1970, P. 485-507.

Unesco Co-action for the Disabled, 1981 International Year of Disabled Persons (1YDP) Paris: Unesco 1981

الشيخوخة والتغيرات الحيوية

**الدكتور يوسف الكيلاني
الطبيب المستشار بوزارة الصحة
دولة الكويت**

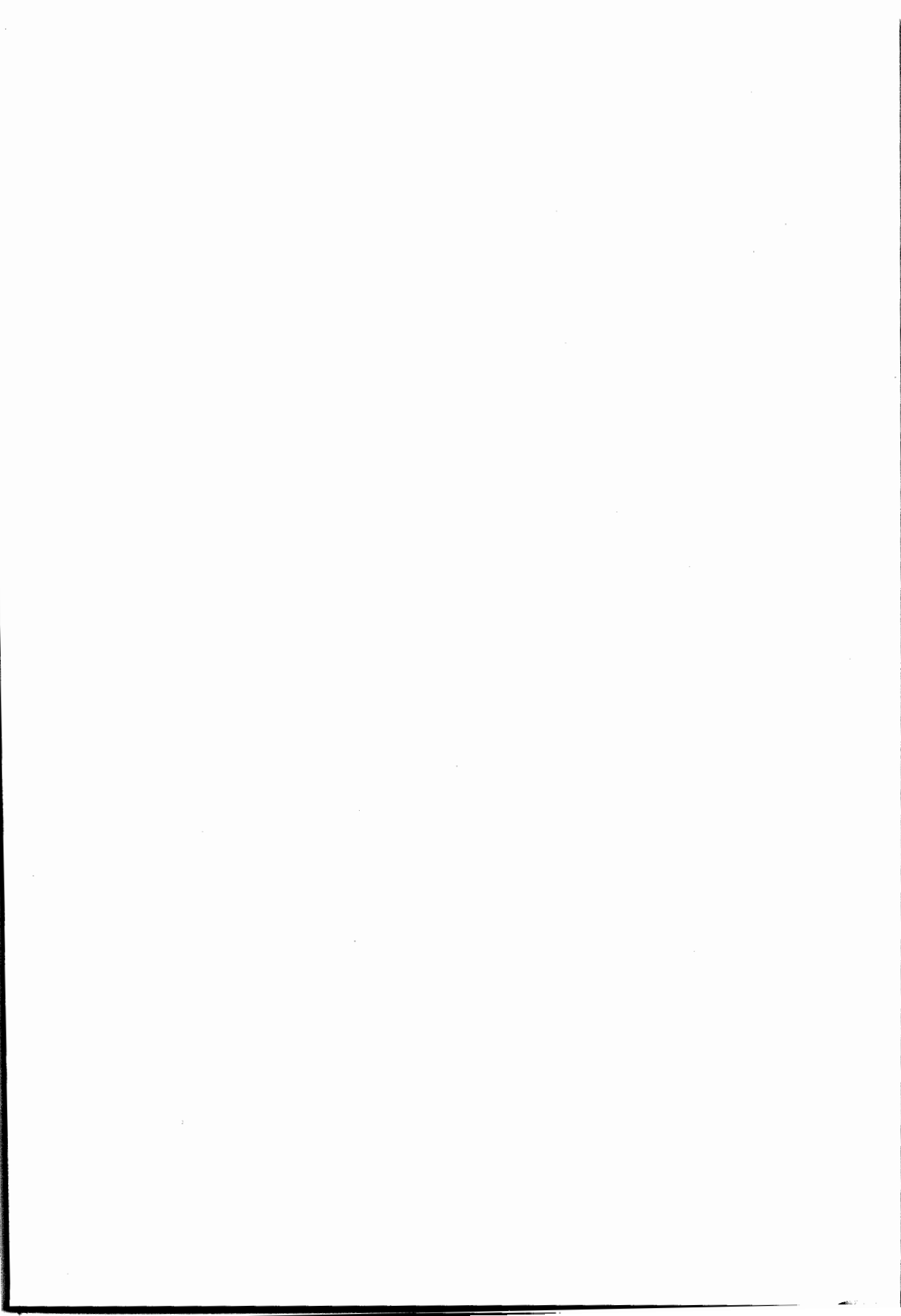


المحتويات

الصفحة

من - إلى

| | | |
|--|-------|---------|
| مقدمة | ..... | ٣٣ |
| أولا : ماهي الشيخوخة | ..... | ٣٣ - ٣٥ |
| ثانيا : أنواع الشيخوخة | ..... | ٣٥ - ٣٦ |
| ثالثا : عوامل الشيخوخة الداخلية المنشأ | ..... | ٣٦ - ٣٧ |
| رابعا : أليات الشيخوخة الداخلية | ..... | ٣٧ - ٤١ |
| خامسا : عوامل الشيخوخة الخارجية | ..... | ٤١ - ٤٢ |
| خاتمة : | ..... | ٤٣ |
| المراجع | ..... | ٤٤ |



مقدمة

لقد أصبح انتشار الشيخوخة ظاهرة عالمية خاصة في البلاد المتقدمة والمزدهرة اقتصاديا او البلاد النامية التي تتقدم نحو الازدهار . وقد صاحب هذه الزيادة في المسنين نقص في الدعم العائلي - لاسباب عدة - مما ادى الى زيادة الأعباء الملقاة على عاتق الجميع من أفراد المهن الطبية القائمين على رعاية المسنين .

ان طول العمر الزمني لا يعنى بالضرورة ظهور تغيرات الشيخوخة او مظاهرها عند كل المعمرين في سن واحدة من العمر . ان ظهور هذه التغيرات يختلف من شخص الى آخر كما يختلف من مجتمع الى آخر .

والامام بالتغيرات التي تحدثها الشيخوخة في تركيب أعضاء الجسم ووظائفه امر واجب تمليه الضرورة على جميع الاطباء على اختلاف تخصصاتهم ، حتى طبيب الاطفال الذي يعالج مرضاه الصغار أو يقيهم من نقص الكالسيوم في اجسامهم يسهم في وقاية شيخ المستقبل (طفل اليوم) من آثار رقة العظام وكسورها .

ان محاولة تصنيف التغيرات الحيوية التي تحدث داخل الجسم خلال سنوات الشيخوخة ، او محاولة اكتشاف العلاقة القائمة بينها وبين مظاهر الشيخوخة الخارجية ، ربما تؤديان الى استنباط الوسائل لتدبير او علاج امراض الشيخوخة ومشكلاتها بصورة اكثر كفاءة من الاساليب المتبعة حاليا .

وليس في الامكان تفسير جميع تغيرات الشيخوخة بفرضية واحدة فتعدد النظريات التي تحاول تفسير تحولات الشيخوخة دليل واضح على ان هذه الظاهرة متعددة العوامل . وسوف نحاول هنا الاشارة الى بعض هذه النظريات مع تعليق موجز عليها .

اولا - ماهي الشيخوخة :

تعتمد فكرة الشيخوخة على ان الكائنات الحية تفقد مع تقدم العمر قدرتها على التكيف مع البيئة ، وبناء عليه يمكن القول بأن المسنين أكثر عرضة واستهدافا لتحديات البيئة واضرارها من صغار السن ، يؤيد ذلك ارتفاع نسبة الوفيات مع تقدم العمر نتيجة الأمراض او الحوادث والعمليات الجراحية . الا ان اصابة المسنين ببعض الامراض المعدية التي تكسب اجسامهم مناعة نوعية تعتبر استثناء لهذه القاعدة ، فقد لوحظ ان معدل وفيات المسنين خلال وباء الانفلونزا سنة ١٩١٨م كان اقل من معدل وفيات الاصغر منهم سنا اذ يبدو ان هؤلاء المسنين قد اكتسبوا مناعة ضد فيروس (حمة) الانفلونزا خلال وباء الانفلونزا سنة ١٨٩٠م .

١ - الشيخوخة ومعدل البقاء :

أ - منحني البقاء الفسيولوجي الطبيعي :

في ظروف الحياة العادية يزيد معدل الوفيات مع تقدم العمر وإذا رسم منحني لمعدل (البقاء مقابل العمر) فإن المنحنى يكون محدبا الى الاعلى لأنه يعكس الآثار السلبية لتقدم السن على وظائف الجسم .

ب - منحني البقاء البيئي :

في ظروف الحياة القاسية ترتفع نسبة وفيات الناس بسبب افتراس الحيوانات او كوارث الطبيعة او حوادث السير ، وإذا رسم (منحني البقاء مقابل العمر) يلاحظ ان هنالك تناقصا مستمرا في البقاء وتزايدا مستمرا في الوفيات مع تقدم العمر .

وبدراسة منحنيات البقاء لمدينة يورك البريطانية في القرن السادس عشر لوحظ ان (منحني بقاء العوام) يشبه (منحني البقاء البيئي) بينما يشبه (منحني علية القوم) شكل (منحني البقاء الطبيعي) مما يدل على ان العوام قد عاشوا حياة اقسى من حياة علية القوم .

اما دراسة منحني الوفيات - مع - السن في بريطانيا في القرن العشرين فقد اظهر تناقصا في معدل الوفيات يتبدى منذ الولادة ويأخذ في الهبوط حتى يصل الى الحضيض (نظير السميت) في سن الثانية عشرة من العمر ، ثم يبدأ معدل الوفيات في التزايد بسبب (حوادث السير) و (مضاعفات التناسل) ثم يستمر في الازدياد مع تقدم العمر . وبناء عليه يمكن القول بأن شيخوخة الانسان تبتدىء تقريبا عند البلوغ ثم تطرد الشيخوخة بعد ذلك دون اى توقف او انقطاع مما يبرر اطلاق تعبير « الشيخوخة » على اى مجموعة سن معينة .

لقد اعتبر الرياضى (جومبيرتس) Gompertz أن الشيخوخة عبارة عن زيادة مطردة في احتمال الموت ويتضاعف هذا الاحتمال كل ثمانى سنوات بعد سن الثلاثين .

ان اعتبار سن الخامسة والستين (عمرا فاصلا) بين متوسط العمر والشيخوخة قد بدأ منذ مائة عام تقريبا عندما قامت حكومة بسمارك . ولأول مرة في التاريخ . باعتبار بلوغ هذه السن مؤهلا لنيل راتب التقاعد في نظام التأمين الاجتماعى الذى سنته .

٢ - تأثير الشيخوخة على وظائف الجسم :

تظهر مقاييس وظائف الجسم تحسنا في الأداء خلال فترة الطفولة وحتى أوائل سنوات النضج وبعد ذلك يحدث الانحدار في هذا الاداء .

وتختلف قمة الاداء الوظيفى ودرجة انحداره باختلاف الاشخاص كما تختلف باختلاف وظائف الجسم ويمكن القول بأن الوظائف التى تحتاج الى تكامل العديد من اجهزة الجسم تظهر ضعفا مع تقدم العمر اكثر من تلك الوظائف البدنية التى تعتمد على جهاز واحد فقط .

وتصبح قدرة الجسم في المحافظة على اتزان مكوناته اقل دقة واقل حساسية مع تقدم العمر ، وربما يرجع ذلك الى زيادة « الضوضاء » في مراكز الاستشعار الحسى في الجهاز العصبى

للجسم ، ولهذا السبب يجب عند مخاطبة المسنين ان يكون الكلام معهم بطيئاً وواضحاً مع ضرورة تكرار القول لهم بجمل مختلفة تحمل نفس المعنى وذلك لتقريب هذا المعنى لأذهانهم .

٣ - الشيخوخة وتجارب المختبر :

لقد أظهرت تجربة (زراعة الخلايا الليفية) للإنسان والتي صممت بهدف تقدير (مدة العمر القصوى) ان هذه الخلايا قابلة للانقسام المزدوج (الانشطار) المتكرر لخمسين مرة ويسمى حدّ الخمسين « حد هيفك » نسبة للعالم « هيفك » الذي قام بهذه التجارب .

وكان يظن قبل القيام بهذه التجربة أن خلايا الجسم لا تبلى ، ولكن هذه التجربة لم تؤيد هذا الظن إذ أظهرت ان هنالك حداً لقدرة هذه الخلايا على الانقسام والتجدد ، كما اتضح ايضاً أن الخلايا المزروعة التي استطاعت الانشطار أكثر من خمسين مرة قد بدا عليها بعض ملامح الخلايا السرطانية على كل اختلاف في عدد جسيماتها الصبغية (الكروموزومات) .

ثانياً - أنواع الشيخوخة :

والاختلاف في معدل الأداء الوظيفي بين المسنين والشباب ربما يعود لاسباب اخرى غير (الشيخوخة الحقيقية) واهم هذه الاسباب (الشيخوخة الكاذبة) و (الشيخوخة المضخمة) .

١ - الشيخوخة الكاذبة :

ان الفروق الظاهرية في الاداء العقلي بين المسنين الشباب لا تعود في جوهرها لتغيرات الشيخوخة ، ولكنها تعود في حقيقة الامر للفروق بين الخلفيات الثقافية للأجيال المتعاقبة في المجتمعات المتطورة .

ولم تظهر نتائج دراسات القدرة على التفكير والاستنتاج في مختلف الاعمار غير تناقص ضئيل في هذه القدرة مع تقدم العمر وحتى سن التقاعد ، وتدل هذه النتائج على خطأ الاعتقاد الشائع بأن كبار السن لا يمكن تدريبهم على التقنيات الحديثة والذي يتخذ ذريعة لانهاء خدمات المسنين بحجة محاربة التضخم الوظيفي .

لقد أظهرت دراسات (بليمونس) سنة ١٩٧٦م Plemons أن لدى المسنين قدرات هائلة لتعلم المهارات الحديثة واستعداداً لتحسين أدائهم الفكري اذا اتبعت في تدريبهم وسائل التعليم الحديثة المتطورة .

اما (سشاي) Schaie فيعتقد بأن القدرات الذهنية صنفان وهما :

أ - القدرات العقلية المبلورة .

ب - القدرات العقلية السائلة .

تعتمد القدرات العقلية المبلورة على المهارات المكتسبة والفرص التعليمية السابقة التي لاتضعف الا بقدر ضئيل خلال سنوات الشيخوخة . اما القدرات العقلية السائلة فتعتمد على السرعة والفصاحة وهذه صفات تضعف مع تقدم العمر .

ان حدوث الفروق بين الاجيال في المجال الفكرى تجعلنا نتوقع حدوث فروق مشابهة في مجالات تركيب الجسم ووظائفه .

٢ - الشيخوخة المضخمة (المتفاقمة) :

يقاسى المسنون في البلاد الباردة من أعراض (هبوط حرارة الجسم) ومع ان ذلك يعود اساسا لعجز جهازهم العصبى الذاتى عن التكيف مع هبوط حرارة الجو المحيط بهم . الا أن السبب الآخر المحتمل لذلك هو عدم توافر التدفئة المركزية او عدم توافر الوقود اللازم لتشغيل أجهزة التدفئة نظرا لضيق ذات اليد .

أن سوء مساكن المسنين فضلا عن قلة مواردهم المادية تساهم في الزيادة المطردة لدخولهم المستشفيات وبقائهم لمدة طويلة فيها بالاضافة الى ارتفاع نسبة وفياتهم .

ثالثاً - عوامل الشيخوخة الداخلية المنشأ :

لقد ادى تحسن المستوى الصحى العام خلال القرن العشرين الى اطالة (معدل العمر) ولكنه لم يؤدِّ الى اطالة (اقصى العمر) .

ذلك ان مدة اقصى العمر تخضع لسيطرة وراثية داخلية وتقدر مدة العمر القصوى للانسان بمائة وعشرة اعوام (١١٠) وهى اقصى عمر بين الثدييات ، أما دراسات (ساتشر) سنة ١٩٧٥م Sacher فقد أظهرت ان اقصى العمر عند الثدييات يتناسب مع وزن الدماغ مقارنا بوزن الجسم الكلي .

لقد وضع العديد من النظريات لتوضيح الاصل الحيوى (البيولوجى) للشيخوخة ولاظهار اهمية شيفرة المورثات (الجينات) في تحديد مدة العمر القصوى وتقسّم هذه النظريات الى ثلاث مجموعات :

١ - نظرية التدمير الذاتى :

تفترض هذه النظرية بأن المورثات التى تسيطر على الشيخوخة تمثل في نفس الوقت نظام « تدمير ذاتى » وهذا يعنى بأن نفس المورثات التى تحدد طول العمر تحمل في نفس الوقت بذور الفناء والموت وبذلك فإنها تمنع قيام تنافس غير متكافئ بين المسنين والشباب ، ذلك لأن المسنين اكفأ وأكثر قدرة على التكيف مع ظروف البيئة ممن هم اصغر منهم سنا .

ويبدو أن الموت ضرورة اجتماعية ولولاه لاكتظلت الارض بمن فيها ولضاقَت بمن يدب عليها من البشر ولكن أكثر ساكنيها من المسنين الذين تغلبوا على الشباب في معركة البقاء على قيد الحياة .

تبتدىء دورة الحياة بالولادة التى تنتهى بالشيخوخة والموت ثم الولادة ثانية وبذلك تتيح هذه الدورة للجنس البشرى القدرة على (التطور) في تركيب الجسم البشرى ووظائفه بحيث يغدو أقوى على مجابهة عوامل البيئة المعاكسة وأقدر على التغلب عليها .

٢ - نظرية تراكم المورثات الضارة :

تأخذ هذه النظرية وجهة نظر مخالفة تماما للنظرية الاولى حيث أنها تفترض أن العوامل الوراثية للشيخوخة تنتج عن تراكم الأثار الضارة لنفس المورثات (الجينات) التي تحدد في نفس الوقت طول العمر وان تأخر ظهور اضرار هذه المورثات الى سن الشيخوخة يعطى الانسان الفرصة للتناسل خلال فترة الشباب والاحصاب .

٣ - نظرية « الأثار الجانبية » للمورثات :

لقد أشار (وليمز) سنة ١٩٧٤م Williams الى ان نفس المورثات ذات الأثار النافعة والتي تحدد طول عمر الانسان تصبح في سنوات العمر المتأخرة ضارة بالانسان بسبب تراكم « أثارها الجانبية » وهذا بعض من تلك النظريات :

١ - لقد افترض (نيل) سنة ١٩٦٢م Neel وجود « مورثات مقتصدة » عند بعض الناس . ان هذه المورثات تساعد حاملها على العيش في فترات المجاعة وندرة الطعام وذلك باختزان طاقة الطعام على شكل مواد دهنية في الجسم . ولكنها في اوقات الرخاء ووفرة الطعام تؤدي الى زيادة مخزون الجسم من الدهون مما يؤدي لاصابة الانسان بأضرار (السمنة) و (داء السكري) و (امراض الشرايين) التي تزيد من نسبة الوفيات .

ب - اما العالم (بيرنت) سنة ١٩٧٤م Burnet فقد أعطى تفسيراً مناعياً لهذه النظرية ، اذ انه يعتقد بأن تراكم « الأثار الجانبية » لمورثات الشيخوخة يؤدي لتراكم الأخطاء في قوالب الـ DNA (حامض الرايبونووى المختزل) الذى يكون المواد الزلالية الهامة في الجسم كما تكون مجموعات أخرى من هذا الحامض النووى خمائر الخلايا الحيوية التي تسير عمليات الجسم الحيوية وتنظم مخزونه من الطاقة .

ويؤدي حدوث خلل في قالب الحامض النووى الى الطفرات الجينية والجسدية في الجسم علماً بأن الطفرات الجسدية تؤدي لتوسيع مدى الاستجابات المناعية في الجسم .

ج - ولا يزيد عدد المورثات التي تتحكم بعمر الانسان عن ست مورثات وقد تمكن (مارتين) Martin من تحديد مواضع (اماكن) هذه المورثات في الجسيمات الصبغية (الكروموزومات) وذلك من خلال دراساته لحالات الشيخوخة المبكرة عند بعض الاطفال .

وحتى هذا اليوم لم يظهر دليل على وجود ارتباط بين (فصيلة الدم) والقابلية لطول العمر ، بينما ظهرت بعض الأدلة التي تشير الى وجود علاقة بين قابلية الانسان لطول العمر و (فصائل مستضدات الخلايا الليمفية) عنده علماً بأن لفصائل الـ HLA (مستضدات الخلايا الليمفية) صلة بالعديد من الامراض التي تصيب الانسان .

رابعاً - آليات الشيخوخة الداخلية :

هنالك نظريتان وضعتا لتفسير آلية الشيخوخة الداخلية المنشأ وهما :

١ - الشيخوخة المبرجة :

حسب هذه النظرية تحدث الشيخوخة بتأثير سلسلة منتظمة من المورثات التي لا تخطيء في تحديد ميقات شيخوخة الانسان وميعاد وفاته .

يعتقد (بالو) سنة ١٩٧٧م Ballogh بأن الشيخوخة تحدث نتيجة افرازات داخلية (كالونات) موهنة للنشاط الحيوى .

أما (كومفورت) سنة ١٩٧٩م Comfort فتعتقد بأن لكل خلية في الجسم برنامج نشاط محددأ وعندما ينتهى هذا البرنامج تبتدىء مظاهر الشيخوخة وفي اعقاب ذلك تظهر عند الانسان الامراض المرتبطة بالشيخوخة كالاورام وأمراض المناعة الذاتية وربما تفسر هذه النظرية ظهور الياف السيللولوز Celluose تحت جلد المسنين علما بأن هذه الالياف لا تظهر في الملكة الحيوانية الا عند دودة القز وعند بعض الحيوانات البحرية (الزقيات) التي تتصل بنسب مع اجداد الحيوانات الفقارية .

أ - الساعة الحيوية الضابطة لتحويلات الشيخوخة :

أن العديد من نظريات الشيخوخة تفترض وجود (ساعة حيوية) في الجسم تضبط سير خطوات الشيخوخة وتغيراتها وبينما كان يظن اولاً أن هذه الساعة موجودة ضمن جهاز الغدد الصم ، (ديلمان) سنة ١٩٧٧م يسود الاعتقاد الآن بأنها موجودة في جهاز المناعة وقد وجه الانتباه لذلك كل من (بيرك) Burch و(بيرنت) .

ب - جهاز المناعة والمراقبة :

يتكون هذا الجهاز اولاً من غدة التوتة (أى غدة الثايموس Thymus أو الغدة السعترية) وثانياً من خلايا الدم الليمفاوية التي مرت في غدة التوتة السعترية (الثايموس) .

وتتكون غدة التوتة الموجودة في منتصف الصدر من (قشرة خارجية) ومن (لب داخلى) ويغلفها (محفظة) رقيقة ، وتكون غدة التوتة أكبر ما تكون حجماً في الرحم قبل ولادة الانسان مباشرة وبعد الولادة تزداد حجماً حتى تكون أكبر ما تكون وزناً قبل سن البلوغ وبعد سن البلوغ تبدأ في الاضمحلال والضمور وفي سن الخمسين تضمحل تماماً وتصبح محفظتها خالية .

ويمتاز جهاز مناعة الجسم بالقدرة على تمييز خلايا الجسم عن الخلايا الغريبة عنه او عن الخلايا الورقية الشاذة التركيب ويقوم هذا الجهاز بمراقبة الجسم مراقبة تامة ، فاذا شعر بدخول خلايا غريبة للجسم فانه يرسل الخلايا الليمفاوية التوتية لمحاصرتها والاجهاز عليها وكثيراً ما يستطيع جهاز المناعة او جهاز المراقبة هذا القضاء على الاورام قبل استفحالها في حالة ظهورها في سن الشباب حيث يكون جهاز المناعة في عنفوان قوته ، ويتم القضاء على هذه الاورام دون الحاجة لتعاطي أي دواء لمكافحتها .

أما بعد سن الخمسين عندما يصبح جهاز المناعة ضعيفاً فإن الجسم يصبح مستهدفاً للعدوى وللاورام كما انه يصبح عاجزاً عن تمييز خلاياه عن الخلايا الغريبة عنه فاذا ظن

مثلا بأن الكريات الحمر غريبة عنه فإنه يدمرها ويحللها فيصاب الجسم (بفقر الدم الإنحلالي المناعي الذاتى) . وإذا تصور بأن الغدة الدرقية غريبة فإنه يدمرها بأسلوب (تفاعل المناعة الذاتى) فتصاب هذه الغدة بالقصور .

ولعل كثرة الاصابة بأمراض المناعة الذاتية فى سن الشيخوخة جعلت (بيرنت) وبعض العلماء يظنون بأن تفاعلات المناعة الذاتية هى السبب أيضا فى تغيرات الشيخوخة التى تصيب الانسان .

٢ - نظريات الخطأ العشوائى :

١ - الخلايا التى لا تعوض ونظرية التساقط العشوائى :

تتجدد خلايا الجسم وخاصة خلايا بطانة القناة الهضمية والخلايا الجلدية بالانشطار (الانقسام الازدواجى) بينما نجد ان خلايا عضلة القلب والخلايا العصبية لا تتجدد ولكنها فى النهاية تبلى من طول الاستعمال لذلك فإن الله سبحانه وتعالى ، قد حمى الدماغ بالجمجمة والنخاع الشوكى بعظام العمود الفقرى وذلك للمحافظة على الجهاز العصبى من التلف .

وعندما يتقدم الانسان فى العمر تبدأ خلايا الجهاز العصبى بالبلى والتساقط بصورة عشوائية وفى النهاية يؤدي ذلك لظهور أعراض الشيخوخة عند الانسان .

وهناك العديد من الآثار الضارة التى تساعد على تساقط خلايا الجسم ومن اهمها قلة تزويد الانسجة بالدم بسبب تصلب الشرايين وتضييق اجوافها .

ب - أليات تلف خلايا الجسم :

يمكن ان تتلف خلايا الجسم بالاساليب الثلاثة التالية :

١ - تغيير جوهرها بتأثير الحرارة .

٢ - تأثير الاشعاع الذى يولد فى الجسم تفاعلات أكسدة كيميائية تؤدي لتلف خلايا الجسم .

٣ - التفاعلات الكيميائية الضارة بالجسم نتيجة التعرض لبعض المواد الكيميائية او تناول بعض الأدوية . ولو أخذنا على سبيل المثال الاسلوب الثالث فإننا نلاحظ ان اهم التفاعلات الكيميائية الضارة التى تحدث فى الجسم نتيجة التعرض للاشعاع او بعض المواد الكيميائية والتى يعتقد بأن لها علاقة بتحولات الشيخوخة هى :

أ - تفاعل الجذور الكيميائية الحرة يؤدي هذا التفاعل الى اكسدة خلايا الجسم وتلفها لذلك فقد جربت (مضادات الاكسدة) فى علاج آثار الاشعاع الضارة وهناك اعتقاد بأنها ربما تكون مفيدة فى ابطاء تغيرات الشيخوخة لو أخذت بجرعات كبيرة .

ب - تفاعل (الارتباط - و - العبور) الكيماوي يمكن ان يحدث هذا التفاعل على

مستوى الجزيئات الكبيرة او على مستوى الخلية . ويحدث تفاعل الارتباط والعبور الكيماوى فى الانسجة الرابطة التى تربط انسجة الجسم وخلاياه ببعضها البعض ومن بينها الاليف المطاطة الموجودة فى العضلات . ويؤدى حدوث هذا التفاعل الى ترهل هذه الانسجة وهذا التفاعل هو سبب شعورنا بالفرق بين لحم العجل الصغير ولحم البقر وهو الذى يجعلنا نفرق بين ملمس المطاط الجديد والمطاط المهترىء بعد ان حدث تفاعل الارتباط والعبور بين الاليفه .

وعندما يحدث تفاعل الارتباط - و - العبور فى خلايا الجسم فإن ذلك يؤدى الى تثبيط نشاط خمائرهما والى تلف جسيماتها الصبغية (الكروموزومات) .

نظرية كارثة الخطأ :

يرتبط اسم العالم (اورجل) Orgel بهذه النظرية وهو يعتقد بأن تعرض الاحماض النووية للخلية DNA للاشعاع أو الأذى الكيماوى او غير ذلك من العوامل يؤدى لحدوث بعض الاخطاء فى تسلسل تركيبه . وعندما تتجمع هذه الاحماض النووية لتكوين المواد الزلائية وخمائر الخلايا يتكاثر تجمع أخطاء الحامض النووى الشاذ ، وفى النهاية يحدث ما يسمى « كارثة الخطأ » التى تؤدى لظهور طفرات فى الخلايا الجينية والخلايا الجسدية ، ويعتقد بأن هذه الطفرات هى التى تؤدى الى ظهور تغيرات الشيخوخة .

أما (بيرنت) Burnet فيعتقد بأن الطفرات الجسدية تؤدى الى ظهور خلل فى (جهاز مناعة الجسم) ويظهر هذا الخلل على شكل (امراض المناعة الذاتية) خاصة خلال سنوات الشيخوخة التى يعتقد بأنها تمهد لظهور الأورام فى الجسم . ان تكاثر امراض المناعة الذاتية فى سنوات الشيخوخة قد حدا ببعض العلماء الى الظن بأنها السبب الكامن وراء تحولات الشيخوخة فى جسم الانسان .

وفىما يتعلق بتأثير الاشعاع والدراسات التى قام بها (نكامارو) Nakamaru فى اليابان على الاشخاص الذين تعرضوا لاشعاع قنبلة هيروشيما ، فقد اظهرت دراسته كثرة اصابة هؤلاء الاشخاص بالأورام ولكنها لم تظهر تسارعا فى تحولات الشيخوخة الحيوية عندهم .

قدرة الخلايا المحدودة على الانقسام :

حتى سنوات قليلة مضت كان يعتقد بأن خلايا الجسم السليمة قادرة على البقاء الخالد ، غير ان (هيفلك) hayflick الذى قام بتجارب زرع الخلايا الليلية لرتة الانسان بهدف دراسة ظاهرة الشيخوخة وجد ان لخلايا الانسان السليمة قدرة محدودة على الانقسام المزدوج (الانتشار) لا تتعدى خمسين مرة ، وقد سمي رقم الخمسين « حد هيفلك » وقد وجد ان عدد مرات انقسام خلايا الانسان تتناسب تناسبا عكسيا مع السن ، فكلما تقدم الانسان فى العمر تقل قدرة خلاياه على الانقسام . هذا وقد لاحظ (هيفلك) ان الخلايا التى انقسمت اكثر من خمسين مرة قد بدا عليها بعض صفات الخلايا الورمية - اى اختلاف عدد الجسيمات الصبغية (الكروموزومات) بينها وبين الخلايا الطبيعية .

١ - نظرية تراكم الفضلات :

لقد لاحظ بعض الباحثين ان هنالك مادة دهنية ذات صبغ بني مميز تسمى (اللايوفوسكين) تترسب مع تقدم العمر داخل خلايا الجهاز العصبي والعضلات والكلية والكبد وقد اعتقدوا بأن هذه الرواسب تؤدي الى تعطل الخلايا عن القيام بواجباتها الحيوية وأن هذا هو سبب ظهور تحولات الشيخوخة في الجسم .

هذا ويمكن ان تترسب بداخل الخلية مواد نشوية (اميلويد) آتية من خارجها وتؤدي هذه الترسبات النشائية ايضا الى التدخل في وظائف خلايا الجسم وظهور أعراض الشيخوخة فيها .

ب - شيخوخة الوسط الخلوي :

لقد انصب اهتمام معظم العلماء في تفسير تغيرات الشيخوخة على التغيرات التي تحدث في خلايا الجسم ، بينما اعتقد فريق آخر من العلماء بأن هذه التحولات ناتجة عن التغيرات التي تحدث مع تقدم العمر في الانسجة التحليلية الرابطة للخلايا وقد ذهب فريق ثالث الى القول بأن سبب تغيرات الشيخوخة لا يكمن في تغيرات خلايا الجسم ولكنه يكمن في تغيرات الوسط الموجودة فيه هذه الخلايا ، حيث قاموا بزرع خلايا بعض الحيوانات المسنة في اجسام حيوانات أصغر سنا منها فلاحظوا بأن خلايا الحيوانات المسنة قد استعادت بعض نشاطاتها الحيوية التي كانت قد فقدتها مع تقدم العمر .

خامسا - عوامل الشيخوخة الخارجية :

ان العوامل الداخلية لا تكفي وحدها لتفسير تغيرات الشيخوخة التي تحدث في الجسم ومما لا شك فيه بأن ظاهرة الشيخوخة تتأثر بعدد من المؤثرات الخارجية بالاضافة الى اسلوب حياة الانسان الذي يحدده مستواه الثقافي . فالتدخين مثلا يؤدي لتسارع شيخوخة الرئة ، وبالمثل فإن الاقراط في تناول ملح الطعام يؤدي الى ارتفاع ضغط الدم عند الاشخاص المهيئين لذلك وراثيا ، علما بأن شهية الانسان للملح الطعام من الصفات التي يكتسبها من جوه العائلي .

وتتزايد معظم أورام الجسم باستثناء بعض الأورام النسائية مع تقدم العمر ، وربما تكون هذه الاورام مرتبطة بعوامل داخل الجسم ولكنها بدون شك ترتبط ببيئة الانسان ، اذ كلما طالت حياة الانسان كلما ازدادت فرص تعرضه للاشعاع الكوني او غير ذلك من العوامل المسببة او المولدة لأورام الجسم .

ويمكن القول بأن عوامل الشيخوخة الداخلية تسيطر على (اقصى العمر) بينما تقرر عوامل الشيخوخة الخارجية الى اى مدى يمكن للانسان ان يقترب من مدة العمر القصوى .

١ - الوراثة والجنس :

لقد اشارت التجارب العديدة الى ان طول العمر من السجاي العائلية .

اما الدراسات الأثرية والتاريخية لظاهرة طول العمر - حتى القرن السادس عشر الميلادي - فقد اظهرت أن (رجال الطبقة العامة) كانوا اطول عمرا من الاناث بينما

اظهرت أن (نساء الطبقة العالية) كن اطول عمرا من رجالها . اما دراسات العمر في المجتمعات الحديثة فإنها تشير جميعا إلى أن نسبة وفيات الرجال أعلى من نسبة وفيات النساء وأن النساء أطول عمرا من الرجال .

٢ - سن اليأس والشيخوخة :

يبدو لاول وهلة وكأن سن اليأس عند الانثى شيخوخة مبرمجة محددة وراثيا وتحديث ظاهرة سن اليأس في حوالى الخمسين من العمر .

وإن الظن بأن سن اليأس مرتبط بتسارع أمراض الشيخوخة أمر خاطيء لم تؤيده الوقائع ولا صحة أيضا للاعتقاد السائد بوجود ارتباط بين سن اليأس والأمراض العقلية .

ومن الثابت ان ما بعد سن اليأس يرتبط بتسارع فقدان الجسم لكتلة العظم ، ويمكن تأخير ذلك بوصف هرمون الاستروجين (الهرمون المورق) للنساء بعد سن اليأس .

لقد سبقت الاشارة الى أن تقدم العمر مرتبط بتزايد الأورام في الجسم ، غير أن الدراسات قد اظهرت ان الإصابة بسرطان الثدي والمبيض والرحم تتناقص عند النساء بعد سن اليأس مما يدل على ان لسن اليأس تأثيرا حسنا في هذا الصدد ، ولذلك يعتقد بأن اعطاء هرمون الاستروجين للنساء بعد سن اليأس للوقاية من اعراض ترقق العظام ربما يزيد من جهة اخرى من فرص الإصابة بالاورام النسائية .

٣ - الشيخوخة المبكرة عند الاطفال :

وصفت أولى حالات الشيخوخة المبكرة عند الاطفال سنة ١٩٠٤م وتظهر اعراض الشيخوخة في السنة الاولى من العمر ويلاحظ أن نمو الطفل يتوقف ثم يتساقط شعر جسمه وفروة رأسه ، وتتلاشى الدهون من تحت جلده الذى يرق ويحجف ثم يتغضن ، ويبدو أنف الطفل بارزا ومدققا كالمنقار ، أما ذقنه فتتسخر الى الخلف ، وتصاب مفاصله بالتصلب ، ولا يحدث البلوغ عنده ابدا حيث ان هؤلاء الاطفال لا يعيشون حتى سن السادسة عشرة من العمر ، نظرا لاصابتهم بتصلب عام في الشرايين الدماغية والتاجية مما يؤدي الى تليف القلب وقصوره .

لقد اظهرت التجارب على خلايا هؤلاء الاطفال أنها مملوءة بالجينات الدهنية ، كما أن خلاياهم لاتستطيع الانقسام المزدوج أكثر من عشر مرات تماما كخلايا المسنين ، وهذا يؤيد صدق بعض النظريات التى وضعت لتفسير تغيرات الشيخوخة .

خاتمة

ان تعدد النظريات المتعلقة بتغيرات الشيخوخة الحيوية تدل على أن هذه الظاهرة متعددة العوامل والأسباب . لقد ركزت معظم هذه النظريات على التحولات التي تحدث في خلايا الانسان مع تقدم العمر ، بينما عزا فريق آخر من العلماء ظواهر الشيخوخة الى التغيرات التي تحدث اما في الوسط الخلوي او في الالياف الخلالية الرابطة للخلايا .

ولقد كانت اسرار تحولات الشيخوخة الحيوية حتى وقت قريب محوطة بالغموض ولكن الابحاث والدراسات العديدة قد أماطت اللثام عن الكثير من اسرارها واطهرت هذه الابحاث أن الشيخوخة تعتمد على عوامل داخلية كما تعتمد على عوامل خارجية في البيئة .

وأن توقع اكتشاف تقدم مفاجيء في السيطرة على العوامل الداخلية سيطرة قد تتوقف فيها تحولات الشيخوخة يبدو أمرا غير محتمل الحدوث في المستقبل القريب ، لذلك فإن تحديات البيئة هي التي يجب مقاومتها من كل فرد يقوم أو يهتم برعاية المسنين .

وتعتبر نظافة البيئة من الاشعاع ومن أثار المواد المولدة للسرطان أمراً واجباً على جميع الهيئات والافراد . كما ان الوقاية من تلوث البيئة على المستوى الفردي امر واجب وذلك بالاقلاع عن التدخين وتجنب الخمور .

ولما كانت الضغوط النفسية تنهك جهاز مناعة الجسم شأنها في ذلك شأن الامراض لذلك فإن الطفولة السعيدة وكذلك السعادة العائلية والرضا المهني من الامور التي تحفظ لهذا الجهاز قدرته على مقاومة الأمراض التي يعتقد بأنها مرتبطة بتحولات الشيخوخة .

ولقد جعلت الحياة الحديثة الانسان اقل عرضة لافتراس الحيوانات وكوارث الطبيعة ، ولكن يبدو ان ازدياد حوادث السيارات لا يقل خطراً على الحياة عن تلك الكوارث ، لذلك يجدر بنا ان نطبق جميعا كافة الاجراءات التي تمنع او تقلل من حوادث السير .

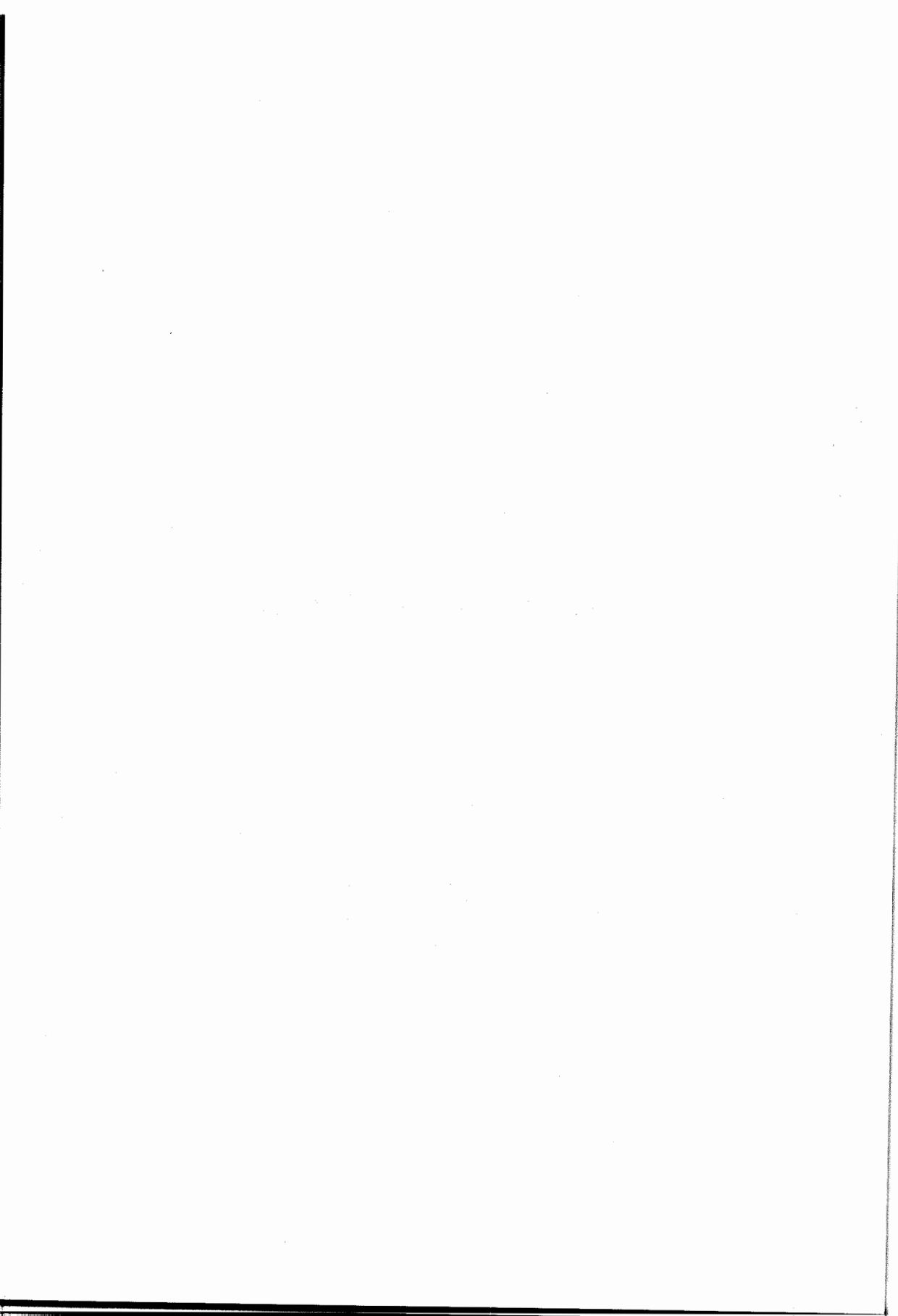
ولقد سبقت الاشارة الى فوائد العادات الشخصية كاجتناب التدخين والخمر ولا يقل أهمية عن ذلك التزام الاعتدال في الاكل لتجنب مخاطر السممة وتصلب الشرايين التي بدورها لا تقل تهديدا للحياة عن حوادث السير في المجتمعات الحديثة .

المراجع :

- ١ - يوسف الكيلاني ، الشيخوخة والصحة ، دار ذات السلاسل ، الكويت ، ١٩٨٣ .
2. Burnet F.M. 1973. The Biology of Aging, Ackland University Press / Oxford University Press.
3. Brocklehurst J.C., Hanley T. 1981, Geriatric for Students, 2nd edition, Churchill Livingstone Edinburgh, London, Melbourne and New York.
4. Evans J.G. The Biology of Human Aging. In i-Dawson A.M., Compston N., Besser G.M., 1981, Recent Advances in Medicine No. 18, Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York.
5. Nicholas C, Davision W. Webster W., 1980 Lecture Notes on Geriatrics, 2nd edition, P, Blackwell Scientific Publications Oxford, London, Edinburgh Boston., Melbourne.

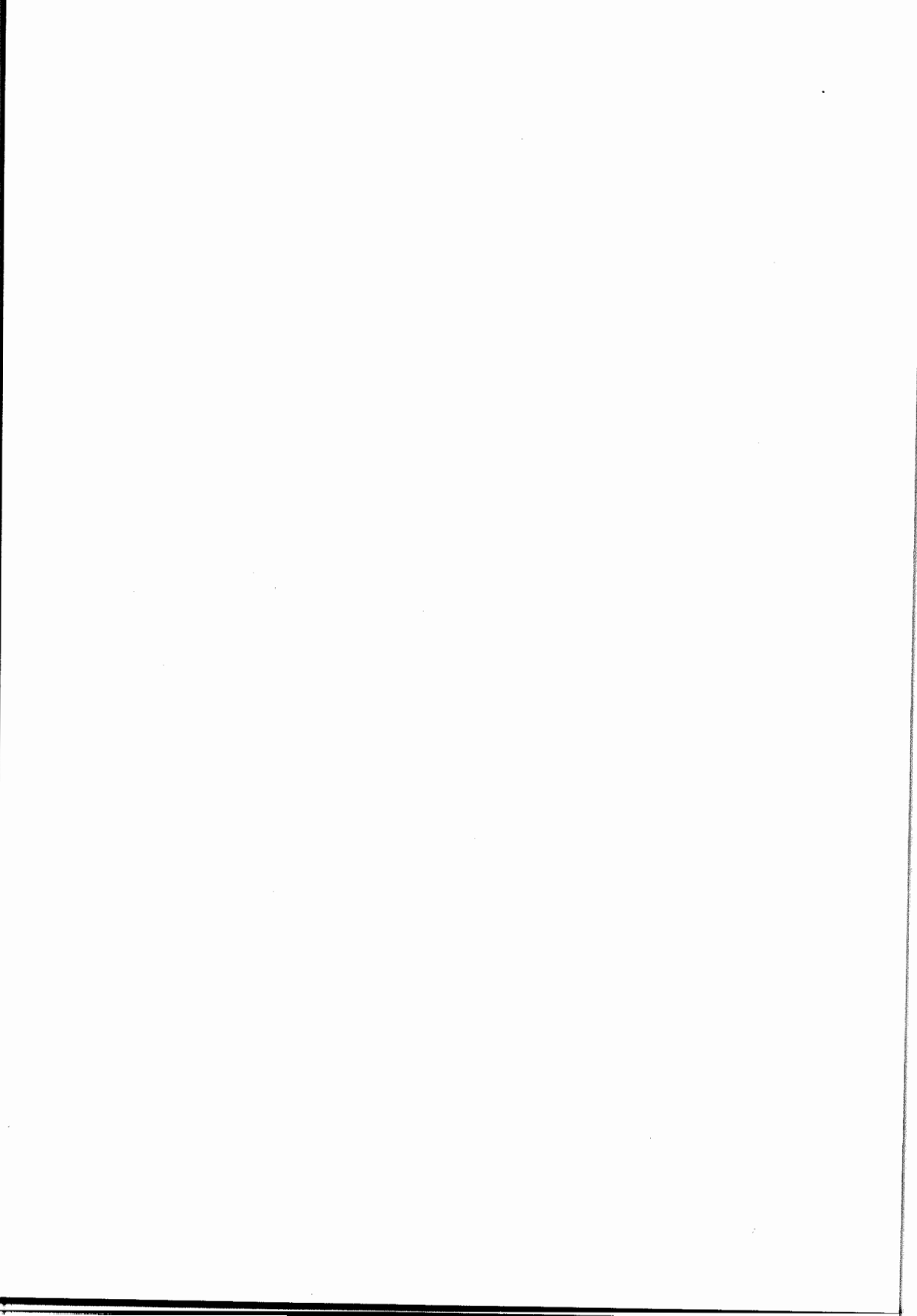
الشيخوخة في عصرنا الراهن

**الدكتور عزت سيد اسماعيل
استاذ علم النفس
جامعة الكويت**



المحتويات

| الصفحة | من - إلى |
|--|----------|
| نشأة علم الشيخوخة | ٤٩ - ٥٠ |
| نظرة تاريخية | ٥٠ - ٥٢ |
| الشيخوخة - متطلبات الحاضر والمستقبل | ٥٢ - ٥٤ |
| البحوث العلمية والطبية ودورها في تطور علم الشيخوخة | ٥٤ - ٥٦ |
| مواجهة الشيخوخة والبرامج الوقائية | ٥٦ - ٥٩ |
| خاتمة | ٦٠ |
| المراجع : | ٦١ - ٦٢ |



نشأة علم الشيخوخة :

إنَّ الاهتمام بدراسات الشيخوخة في صورتها العلمية الحديثة لا يمكن أن نُورخ له قبل الأربعينات والخمسينات من هذا القرن ، بمعنى انه لم يمض أكثر من خمسين عاما تقريبا على تأسيس هذه العلوم التي تهتم بالشيخوخة والعوامل المحدثة لها واساليب مواجهتها والسيطرة عليها او التخفيف من حدة نتائجها . وهي سنوات قلائل لا يمكن أن تعد شيئا في عمر اى علم من العلوم .

ففي الأربعينات والخمسينات من هذا القرن عملت ظاهرتان على تأسيس علم الشيخوخة Gerontology . اول هذه الظواهر هو انشاء مؤسسات لعلم الشيخوخة في عدد من الدول . وثاني هذه الظواهر تأسيس الجمعية الدولية للشيخوخة عام ١٩٥٠م تحت اسم The International Association of Gerontology (IAG) .

فلقد تأسس في مدينة بيلتيمور بالولايات المتحدة الأمريكية أول مركز لبحوث الشيخوخة Gerontological Research Center وذلك عام ١٩٤٠م . كما تأسست عام ١٩٤٢ الجمعية الأمريكية للشيخوخة The American Geriatric Society .

وفي بريطانيا يمكن القول بأن البداية الحديثة لعلم الشيخوخة ترجع الى اواسط الاربعينات من هذا القرن ، من خلال جهود هيئة خاصة معروفة باسم The Nuffield Foundation والتي تبنت ثلاثة بحوث هي اسكان المسنين ، الاحتياجات الطبية للمسنين ، قدرات العمل والاداء للمسنين ، ثم تبنت بعد ذلك بحثا هامة تالية قامت على غرارها بحوث اخرى خارج بريطانيا .

وبتزايد الاهتمام بدراسات الشيخوخة ، بدأت الجهود الدولية تأخذ طريقها للظهور ، فقد عقد اول مؤتمر دولي للشيخوخة في مدينة كييف بالاتحاد السوفيتي عام ١٩٢٨م ، وعقد اول مؤتمر دولي للشيخوخة في أوروبا بمدينة لياج ببلجيكا عام ١٩٥٠م ، حيث تم تأسيس الجمعية الدولية للشيخوخة (IAG) ، والتي قامت بتنظيم مؤتمرات دولية حول الشيخوخة كل ثلاث سنوات (رايجل ١٩٧٢ م) .

وفي حين كانت العوامل البيولوجية في الشيخوخة تلقى الاهتمام الاكبر من معاهد الشيخوخة في أوروبا ، فإن البحث حول العوامل النفسية في الشيخوخة اخذ ايضا في الازدهار في المانيا ، حيث ظهر تقدم في دراسات الشيخوخة حول العوامل المعرفية ، والاستجابات النفسية والاجتماعية لضغوط الحياة والاتجاهات نحو الحالة الصحية ، والسلوك الخاص بأوقات الفراغ والفروق بين الاناث والذكور .

وفي هذا الصدد ينبغي ان نقيم تمايزا هنا ما بين علم الشيخوخة Gerontology وعلم نفس الشيخوخة Gerontological Psychology وطب نفس الشيخوخة Geriatric Psychiatry اذ

يهدف علم الشيخوخة الى التعرف على العمليات البيولوجية التي تؤدي الى شيخوخة الكائنات الحية ، ومحاولة السيطرة على ما يحدثه التقدم في العمر من تغيير ، بينما يهدف علم نفس الشيخوخة الى التعرف على الخصائص العقلية والنفسية للشيخوخة والعوامل الكامنة وراء هذه الخصائص . واساليب مواجهة ما يحدث من تغيير ، والتقليل من أثاره ونتائجه ، ويهدف طب نفس الشيخوخة الى التعرف على طبيعة الامراض العقلية والنفسية التي تصيب المسنين واساليب الوقاية منها وعلاجها .

ولقد نضج علم نفس الشيخوخة كنظام علمي خلال الخمسين سنة الماضية ، على ان الكتابات العلمية حول سيكولوجيا الشيخوخة بدأت تأخذ طابعها الخاص بها عقب الحرب العالمية الثانية فقط . ومع هذا ، فقد كانت هناك كتابات سابقة حول هذا الموضوع . ففي عام ١٩٢٢م ظهر كتاب « الشيخوخة » Senescence لمؤلفه « ستانلي هل » G. Stanley hall كما ظهر في الثلاثينات كتاب بعنوان « النصف الاخير من العمر » The Last Half of Life لمؤلفه « والتر ميلز » W. Miles وآخرون .

كما أخذت حركة الدوريات العلمية المهتمة بدراسات سيكولوجيا الشيخوخة في الظهور منذ عام ١٩٤٠ م . وحاليا يوجد أكثر من ثلاثين مجلة علمية متخصصة في هذا المجال منتشرة في ارجاء العالم ، ومن الموضوعات التي تتناولها هذه المجلات : التدهور العقلي ، التغيرات العقلية العامة ، التحصيل اللفظي ، المهارات اللفظية ، المهارات النفسية الحركية ، الاحتفاظ قصير المدى ، الاستماع المزدوج ، التوافق ، التغيرات الاجتماعية .

كما ظهرت كثير من المطبوعات تلخص ما هو قائم من معلومات ونظريات حول سيكولوجيا الشيخوخة ، فقد نشرت الجمعية الامريكية لعلم النفس The American Psychological Association مجلدين لخصت فيهما ما نشر من بحوث نفسية في الشيخوخة . وكان المجلد الأول قائما على اساس المؤتمر الذي عقد عام ١٩٥٥م وحرره « اندرسون » Anderson عام ١٩٥٦م ، وقام الثاني على اساس مؤتمر البيت الابيض للشيخوخة وحرره « ايسدورفر » Eisdorfor ، و « لاونتون » Lawton عام ١٩٧٣ م .

وأما بالنسبة للدوريات العلمية المهتمة بعلم الشيخوخة فقد ظهرت مجلة علم الشيخوخة Journal of Gerontology عام ١٩٤٥م ، والتي تصدرها الجمعية الامريكية للشيخوخة . وقد عملت هذه المجلة ليس فقط على نشر بحوث ذات صبغة بيولوجية طبية ، وانما نشرت أيضا بحوثا نفسية واجتماعية حول الشيخوخة وفي عام ١٩٥٦م صدرت في اوروبا مجلة Gerontologia توالى بعدها صدور العديد من المجلات التي تبحث في علوم الشيخوخة « ايزدورفر ١٩٨٠م » .

نظرة تاريخية :

ومع هذا ، واذا كنا نؤرخ لعلوم الشيخوخة في عصرنا الحديث بسنوات قلائل لا تعد شيئا في عمر العلوم فان الانسان منذ القدم لم يغفل هذه المرحلة من العمر في تناوله لظواهر الحياة والموت والخلود . وفي أماله ان يعيش ايدا ، وأن يحتفظ بحيوية الشباب ، فكل هذه القضايا وما يتصل بها كانت تشغل الانسان البدائي ، وكانت موضع اهتمام الانسان في الحضارات القديمة في بابل وأشور ومصر ولدى الأغريق .

وقد كان أبو قراط ممن عملوا على تقدم المعرفة المتعلقة بالشيخوخة وتعتبر آراؤه حول الاعتدال في الغذاء والاهتمام بالتدريبات البدنية بغرض التعمير من أفضل الآراء في وقتنا هذا ، كما قام أبو قراط بوصف عدد من الامراض المصاحبة للشيخوخة ونواحي القصور الناتجة عن التقدم في العمر .

كما توصل افلاطون الى احدى الحقائق التي لا تختلف كثيرا عما توصل اليه علماء الشيخوخة في عصرنا الحديث . اذ يرى افلاطون ان الانسان الذي حقق مستوى عالياً من التكيف في الحياة يمكنه مواجهة مشكلات الشيخوخة بشكل افضل من ذلك الذي لم يستطع تحقيق هذا المستوى من التكيف .

وقام ارسطو بدراسة مقارنة لقدرات كل من الشباب والمسنين وكان يرى بأن الجسم يصل الى قمة حيويته فيما بين الثلاثين والخامسة والثلاثين ، وأن العقل يكون في اعلى مستوى لنشاطه عند سن التاسعة والاربعين . كما قال ارسطو بآراء ما زالت صادقة في وقتنا الراهن ، وتتلخص في ان الانسان السليم بدنيا ، الميسور ماديا ، يمكنه ان يستمتع بشيخوخته على افضل وجه ممكن .

وقد تناول ابن سينا دورة الحياة بما فيها مرحلة الشيخوخة بالشرح والتحليل ، كما اكد العلاقة ما بين الشيخوخة وعوامل البيئة والتغذية ووظائف الامعاء او عمليات الاخراج .

وفي القرون الوسطى سادت المعتقدات الخرافية حول السحر ، وسادت عقائد قائمة على اساس من التنجيم وما أشبه . وكان هناك اعتقاد بأن الممارسات الجنسية مع صغار الأناث تؤخر سن الشيخوخة . وقد تعززت هذه المعتقدات بكتابات من الهند والصين .

وفي عصر النهضة - وعلى وجه التحديد خلال القرنين الخامس عشر والسادس عشر - عادت الى الضوء المفاهيم الاغريقية والرومانية المتعلقة بحالتي الرشد والشيخوخة وهي مفاهيم تقوم اساسا على الاخلاط وما أشبه . كما سادت أيضا اسطورة نافورة الشباب التي تعيد شباب من يستحم فيها (بروملي ١٩٧٤ م) .

وقد شهد القرن السابع عشر تقدما في علم الأمراض بصفة عامة ، وفي الامراض المصاحبة للشيخوخة بصفة خاصة ، مثل امراض الشريان التاجي الذي يغذى عضلة القلب . كما ظهرت دراسات احصائية عدة تناولت المواليد والوفيات والسكان .

وخلال القرن التاسع عشر . وعلى وجه التحديد في عام ١٨٨٩م قام عالم الفسيولوجيا الفرنسي «سيكوارد» Sequard Charles Brown بحقق نفسه بخلاصة الخصيتين وهو في سن الثانية والسبعين على امل ان يستعيد شبابه ، وبعد ذلك قامت محاولات أخرى مماثلة ، اذ عمد «يوجين شتايناخ» Eugen Steinach إلى دراسة تأثير ربط القنوات الدافقة Vas Deference في الجهاز التناسلي الذكري . كما حاول الجراح الروسي «فورونوف» S.A. Voronoff اعادة الشباب من خلال زرع الغدد الجنسية الذكرية للشمبانزي في الانسان .

واستمرت محاولات علماء الشيخوخة في جهودهم للتعرف على التغيرات البيولوجية المصاحبة للتقدم في العمر ، واستكشاف اساليب السيطرة على هذه التغييرات ، ولقد تمكن «ماك كاي» عام ١٩٢٥م من اطالة عمر الفئران ، بأن تعيش ضعف مدى العمر الذي تعيشه نفس السلالات التي

تنتمى اليها تلك الفئران . ولم ينجح «ماك كاي» فقط في اطالة عمر هذه الفئران ، وانما كانت تستمتع بالحيوية والتيقظ .

وفي خاركوف بالاتحاد السوفيتى سارت ايضا تجارب العالم الروسى «نكيتين» في نفس الاتجاه . الذى يعتمد على تغذية الفئران بالحد الأدنى للغذاء اللازم للبقاء . وهذا لا يعنى تعريض هذه الفئران للموت جوعا ، اذ ان هذا الغذاء المحدد كان يحتوى على كل ما هو ضرورى للحياة من فيتامينات وما اشبهه . وعلى غرار تجارب «ماك كاي» استطاع علماء الشيخوخة مد عمر يرقة الخنفساء لعدة سنوات ، ومضاعفة عمر برغوث الماء . وهذه الاطالة في العمر تعتمد على اطالة المراحل السابقة على الرشد ففي تجارب «ماك كاي» طالت مدة طفولة الفئران قبل ان يسمح المجرى لها بالاستمرار في النماء والانتقال الى مرحلة النضج ، ويبدو ان ما يفعله علماء الشيخوخة هنا هو العمل على ان يبقى الكائن متحركا في مكانه . وان هذه التجارب تتضمن بشكل غير مباشر افتراض وجود ساعة بيولوجية مبرمجة لمدى زمنى محدد ، وأن اسلوب «ماك كاي» يعمل على ايقاف حسابات هذه الساعة البيولوجية (كوموفورت ١٩٦٨ م) .

ومع هذا ، وعبر كل هذا التاريخ الطويل ، ما زلنا في بداية الطريق نحو تفهم عملية الشيخوخة . وما زال يصدق حتى الآن قول عالم الامراض الروسى «ميتشينكوف» عام ١٩١٢م بأن العلم يعرف القليل جدا عن الشيخوخة والموت . على ان قدرا من هذا الفهم قد اصبح ملحا في مقابل التقدم في المعرفة المتعلقة بالنمو ومقاومة العدوى والكيمياء الحيوية وغير ذلك .

الشيخوخة - متطلبات الحاضر والمستقبل :

والآن وفي عصرنا الراهن يتوجب علينا ان نتوقف لحظة كي نتأمل الحاضر والمستقبل بالنسبة لتلك القضية الهامة من حياتنا بل لعلها تكون اهم القضايا - اذا كنا منصفين لانفسنا - ونعنى بها قضية الشيخوخة .

من المعروف ان توقعات الحياة في الدول المتحضرة قد تزايدت بشكل مطرد عبر السنوات المائة الأخيرة ، وهذا التزايد يعود اساسا الى واقع ان القلة من الناس . وبصفة خاصة القلة من الرضع والاطفال وصغار الراشدين ، يموتون في وقت مبكر بسبب الامراض المعدية ، نتيجة لما حدث من تقدم طبي وتحسن في ظروف البيئة وتطور لمفاهيم الصحة العامة واساليب الوقاية والعلاج . والنتيجة الكلية لهذا التطور والتقدم هي منع او التقليل من حدوث الوفاة بشكل مبكر . وليس اطالة عمر اولئك الذين يصلون الى اواسط العمر .

وعلى العكس مما يعتقد البعض ، فإن الطب لم يعمل على اطالة مدى العمر ، وان كان يعمل على ان نعيش مدة اطول . كما انه من غير المحتمل ان يطيل العمر في المستقبل المنظور بالاساليب التى يستعين بها اليوم . وفي الواقع فإن ما تفعله الجهود الطبية اليوم هو انها تكفل لنسبة كبيرة ممن يولدون ان يحققوا عمرهم الافتراضى . وذلك من خلال خفض نسبة الوفيات التى تحدث لأسباب عارضة لا تتعلق بمدى العمر ، مثل العدوى او نواحي العجز والقصور الذى يمكن أن يكون مميتا او مؤديا الى قصر العمر في اى مرحلة من المراحل ، وكذلك من خلال خفض مستوى التأثيرات البيئية ، وباستخدام اساليب علاجية للأمراض القاتلة في مراحل العمر المتقدمة . وان

افضل ما نأمل فيه ان يتزايد تماثل منحني العمر حول وسيط من العمر يبلغ خمساً وسبعين او ثمانين سنة . وان يقصر ذيل هذا المنحنى عند المراحل المبكرة من العمر ، اذ هناك افتراض بأنه اذا ما استمر الاتجاه الحالي في الطب بدون احراز تقدم في عمليات الشيخوخة ، فإن كل ما سوف يتم حدوثه هو اقتراب سن الوفاة من الخامسة والثمانين بدلا مما هو عليه حاليا من اقترابه من سن الخامسة والسبعين ، وسوف تتغير اسباب الوفاة الشائعة حاليا ، بحيث ان الانسان سوف يموت بأسباب ليست شائعة الآن .

وعلى هذا الاساس ، فإنه كثيرا ما يقال - بنوع من القلق احيانا - اننا سوف نواجه في المستقبل بمجتمع ضخم من المسنين والاشخاص المعتمدين على الغير بسبب التناقص في الوفيات في سن مبكر . الا انه ليس هناك - في الواقع - مجال لهذا القلق . اذ يمكن مواجهة هذا الامر بالعمل على الافادة بشكل افضل من المسنين . وان نعدل من اتجاهات الرأي العام نحو الشيخوخة والتقدم في العمر . على اننا نجد في الوقت الحالي ان الاتحادات العمالية تخشى من ان يؤدي ذلك الى حرمان المسنين من حقوقهم في التقاعد ، إذا ماتم استخدامهم كقوى عاملة رخيصة . كما يخشى المسؤولون عن العمل ان يؤدي ذلك الى متاعب وصعوبات في فرص الترقى ، واعاقبة من هم أصغر سنا عن ان يأخذوا دورهم في السلم الوظيفي . على أنه يبدو ان ليس من الصعب على الانسان ان يبتكر اساليب افضل لاستخدام المواطنين المتقدمين في السن ، بما يكفل لكل فرد حقوقه وامتيازاته .

وفي الواقع ، فإنه في المجتمعات التي يموت فيها القلة قبل مرحلة الرشد ، فإن ذلك عمل على زيادة ضيق افراد تلك المجتمعات بمضاعفات الشيخوخة ، على ان كثيرا من هذه المضاعفات ربما تكون غير ضرورية او حتمية كما نفترض . وانما تنبع في الواقع من تأثيرات اتجاهات المجتمع نحو كبار السن . فنحن نجعل الانسان مسنا اجتماعيا من خلال اجباره على التقاعد ، وبنفس المفهوم يمكن ان نجعله مسنا بدنيا . فمما لا شك فيه ان العقل والجسم والمجتمع هي متغيرات تتفاعل جميعها لدى الانسان بشكل لا مفر منه . وربما كان من أهم المقاييس الفورية ذات القيمة الدهشة التي ينبغي اتخاذها لاطالة الحيوية البدنية والعقلية هي ما يتعلق بالتكيف الاجتماعي ، وبالإفادة اجتماعيا من كبار السن واتاحة فرص العمل المناسب لهم .

وفي هذا الصدد ، فاننا نجد في المجتمعات البدائية أن الاساليب التي تمنح الأمن لكبار السن هي في اسهامهم الايجابي مع الآخرين . وحيث تنظر تلك المجتمعات لهم باعتبارهم مستودعات للمعرفة وحملة لمعلومات وخبرة قيمة . ونجد في تلك المجتمعات البدائية ان نسبة كبار السن ممن يظلون في حالة نشطة منتجة ولهم دور اساسي ، هي نسبة اعلى بكثير منها في المجتمعات المتقدمة حضاريا . اذ تنجح تلك المجتمعات في تهيئة الظروف الحضارية التي تتيح استخدام قدرات وامكانيات المتقدمين في العمر . هذا في حين أننا في مجتمعاتنا نجد ان التقاعد الاجباري . وانعزال الفرد في مجتمع المدينة في مقابل مجتمع القرية ، وطبيعة تكوين الاسرة من افراد قلائل ، وغير ذلك من عوامل تسهم جميعها في حرمان المسن من فرص عديدة ، وتصيبه بالاخطاط . وتحرم المجتمع من قوى بشرية يمكن ان تكون على درجة عالية من المهارة والكفاية ، الامر الذي يمكن ان يمثل في مجمله مأساة اجتماعية .

وهنا يثور تساؤل عما اذا كانت تصوراتنا عن الشيخوخة انما تعود الى الدور الذى يفرضه المجتمع على المسنين ، وعما اذا كان في الامكان الحصول على صورة مختلفة تماما عن الشيخوخة اذا ما كانت لدينا صورة ذهنية مختلفة عنها ؟ بعبارة أخرى ، هل يمكن اذا ما تغيرت الاتجاهات نحو الشيخوخة ، ان يحدث تعديل في طبيعة التغييرات التى نراها الآن مصاحبة للتقدم في السن ؟ فنحن حاليا - مثلا - نصف المسنين ضمن ما نصف بالتصلب وعدم القدرة او الرغبة في تغيير أسلوبهم وطرائقهم في أداء مهارة ما . وقد يعزى ذلك التصلب الى ما يصيب الجهاز العصبى من شيخوخة وتغيرات تركيبية . الا اننا قد نأخذ قضية التصلب من زاوية أخرى . فالشخص المسن وهو يدرك ان تصرفاته محسوبة يخشى ان يتبنى اساليب او طرائق جديدة لم يألفها من قبل مخافة ان يقع في المحذور وأن يكون أداؤه دون المستوى المطلوب . وعلى هذا الاساس . ويمثل هذا المنطق عندما نفترض تغييرا في الاتجاهات نحو المتقدمين في العمر ، فإنه لن يكون في حاجة الى الخوف مما هو جديد وتبني اية اساليب جديدة . اذ ان حساسيته بالنسبة لقضايا النجاح والفشل سوف تكون في مستواها العادى الطبيعى ، ان لم تكن في ادنى حدودها .

ومن هنا يمكن القول بأن الاعتراف بمطالب وقدرات المسنين وتعديل الاتجاهات نحو الشيخوخة والتقدم في السن ، هو امر حيوى سابق على اية محاولة لزيادة مدى العمر طيبا او بيولوجيا ، واننا ما لم نفكر الى الامام ، فإن منجزاتنا العلمية سوف تفوق تنظيمنا الاجتماعى ، وبذلك نخلق موقفا تكون فيه النظم الاجتماعية والاقتصادية غير مهيأة لمقابلته ، وطالما انه لا يمكن ايقاف التقدم العلمى - وبخاصة في ميادين الطب والبيولوجيا بالنسبة للشيخوخة - فإنه يصبح من الأهمية بمكان الاسراع في تنمية العلوم الاجتماعية وتطبيقاتها في المجتمع (تالاند ١٩٦٨ م) .

البحوث العلمية والطبية ودورها في تطور علم الشيخوخة :

وتتشغل البحوث الطبية في الوقت الحاضر- اساسا - بالتغييرات المصاحبة للتقدم في السن عن أن تتشغل ببيولوجيا الشيخوخة ، طالما انه من خلال السيطرة على هذه التغييرات قد يصبح من الممكن العمل على امتداد متوسط مدى عمر الانسان في حالة من الصحة بشكل ملحوظ .

ومن المفروض ان دراسات بيولوجيا الشيخوخة تعمل على ابتكار وسائل تهدف لأن يعيش الانسان في حالة من الصحة فترة أطول مما هو حادث الآن . ويتطلع الناس الآن الى العلم كي يحقق حلم الانسان الذى تمناه منذ القدم والذى فشل الأجداد في تحقيقه من خلال السحر . وفى الواقع فقد تغيرت احلام وتطلعات الانسان في هذا الصدد الى نوع من الواقعية ، فالكثيرون الآن قد يقنعون بأن يعيشوا عمرا أطول ، وهو امر قد يمكن تحقيقه ، بدلا مما كان سائدا من قبل حول الخلود .

وهناك هدف واحد - وهو الهدف الرئيسى ان لم يكن الهدف الوحيد - من دراسة بيولوجيا الشيخوخة ، وهو اطالة عمر الانسان وحيويته . وفى الوقت الحاضر فإن مدى عمر الانسان زاد زيادة بسيطة ، وبالكاذ ان ينطبق ذلك على حيويته ، من خلال الاساليب الطبية المعتادة ، هذا في حين ان دراسات الشيخوخة ينبغى ان تتعدى حدود مواجهة المرض الى التدخل في توقيت ميكانزمات تغيرات الشيخوخة .

ومن النقاط الهامة - في هذا الصدد - التي غالبا ما تثار هنا ، هي علاقة علم الشيخوخة بما يهدد العالم من تضخم سكاني. فاذا ما امكن اطالة العمر ، فإن هذا سوف تكون له آثاره السكانية التي تتوقف على حجم تلك الاطالة وعلى ذلك القطاع من دورة الحياة الذى نطيله . وما يحاوله الطب الآن - كما ذكرنا - هو اطالة عمر الانسان بعد ان تنحدر حيويته ، الا ان ذلك هو ما يحاول علم الشيخوخة تجنبه . فاذا ما امكن اطالة حيوية الراشد بدون أية زيادة - بزيادة بسيطة - في مرحلة الاعتماد ، اى مرحلة الطفولة والشيخوخة ، فإن اى كسب في عمر الانسان هو في هذه الحالة كسب للبشرية . وفي الوقت الحاضر فإننا ننفق ما يقرب من ثلث او نصف عمرنا الافتراضى في التدريب كى نصبح منتجين وعندما نكون في قمة أدائنا فإننا نواجه بالمرض او الوفاة ، وعلى هذا فإن كل ما يؤدى الى اطالة في حياتنا العاملة سوف تكون له قيمته . على ان احد العوامل التي يمكن ان تنتج عن ذلك ، والتي قد يكون لها ابعادها الخطيرة ، تتعلق بما اذا كانت فترة الخصوبة لدى الانسان سوف تطول ام لا . ومثل هذه الاطالة - اذا ما حدثت - قد لا يكون مرغوبا فيها من الوجهة الوراثية . طالما ان احتمالات انجاب اطفال يتصفون بعدم سواء خلقى تزداد مع تقدم الآباء في العمر ، على ان ذلك قد يمكن تلافيه من خلال فقدان الحافز للانجاب بعد الحد الحالى للسِّن (ديلفورد ١٩٨٠ م) .

ومن جهة أخرى ، اذا أمكن احداث تدخل اساسى في الشيخوخة بحيث انه لا يتم مواجهة تغيرات الشيخوخة فحسب ، وانما ايضا التدخل في السن الذى يصل عنده الانسان لمرحلة الشيخوخة ، فإن الوضع في هذه الحالة سوف يكون مختلفا عما هو عليه الآن ، وان كان من غير السهل تصور طبيعة هذا الاختلاف ، فقد يصبح من الممكن اطالة فترة حيوية مرحلة الرشد بدون زيادة في مدى العمر ذاته . وفي هذه الحالة سوف يستمر الانسان شابا الى ان يتقدم به العمر ثم يموت بسرعة في نفس العمر المعتاد الآن . ويبدو ان هذا النمط هو من الأنماط الممكن التوصل اليها بيولوجيا وقد يمكن التوصل الى اساليب لاطالة حيوية مرحلة الرشد بمفردها او مع اطالة نسبية لمراحل ما قبل الرشد والشيخوخة ، وهذا النمط هو بعبارة أخرى امتداد لنمط الحياة الحالى . ثم هناك احتمال باطالة مدى العمر كله من خلال اطالة المراحل السابقة على النضج . وهذا الاحتمال الاخير هو أقل الأنماط قيمة للانسان وهو يماثل ما حدث للفئران في تجارب «ماك كاي» . فاية فائدة تعود على الانسان انما تتوقف على درجة التدخل في عمليات النمو ، فلا قيمة لاضافة خمس او عشر سنوات للعمر الى سن الثانية عشرة ، باستثناء اطالة مدة التدريب قبل مرحلة الرشد . أما اذا اصبح في الامكان ايقاف الساعة البيولوجية او ابطاؤها في مراحل متقدمة من العمر ، فإن ذلك سوف يكون من أفضل الانجازات للبشرية .

ومع هذا ، فاذا ما سألنا عالم البيولوجيا اليوم عما اذا كان من الممكن التحكم في شيخوخة الانسان ، كليا ام جزئيا ، فإنه لن يستطيع في الوقت الحاضر ان يقدم تنبؤات في هذا الصدد . ولا يوجد اليوم عالم من علماء الشيخوخة يمكنه ان يعد بحياة اطول ودوام حالة الصحة والسواء لمن يعيشون في هذه اللحظة او حتى لاحفادهم ، الا اذا تدخلت ضربة من ضربات الحظ التي احيانا ما تطرق باب بعض العلماء (كومفورت ١٩٦٨ م) .

لكننا مع هذا لا ينبغي ان نقف مكتوفى اليدين ازاء تغيرات السن ، ولا ينبغي ان نستسلم لما تحدته الشيخوخة من تأثير . والى ان يتمكن العلماء من التعرف على طبيعة عمليات الشيخوخة ،

والى ان يتمكن العلم من السيطرة على هذه العمليات ، يظل هناك الكثير امام العاملين فى شتى التخصصات وفروع العلم يقدمونه للتقليل من آثار تقدم السن . ولكفالة حياة افضل للانسان فى تلك المرحلة المتأخرة من عمره ، واتخاذ مقياس تعمل على ان يعيش الانسان عمره الافتراضي كله .

فالانسان - مثلا - يقتل نفسه قبل الاوان من خلال نظمته الاجتماعية والاقتصادية والسياسية . فالتدخين وحوادث العمل والضغط النفسى وبخاصة تلك التى تقوم فى المجتمعات الحضارية ، جميعها يمكن ان تؤثر فى مدى العمر بشكل حاد . وهناك ايضا الافراط فى التغذية الذى يعمل بدوره على قصر مدى العمر ، فى مقابل سوء التغذية والموت جوعا . وكلاهما يمثل التأثير المتزايد للضغوط البيئية كما ان تزايد استخدام المواد المشعة فى الطب والصناعة يمكن ان يكون من اكثر العوامل المؤثرة فى مدى عمر الانسان .

وهناك ظاهرة فريدة فى ذاتها يتوقع البعض ان تؤدى الى نقص اساسى فى مدى العمر . اذ يلاحظ فى عصرنا هذا زيادة سرعة معدل نمو الاطفال . وما يتبع ذلك من خفض فى المدة التى تستغرقها مرحلة الطفولة ، والنقاش هنا يدور على اساس انه اذا كانت الفئران فى تجارب «ماك كاي» تعيش وقتا اطول على الغذاء المحدد لأن ذلك يؤخر من وصولهم الى مرحلة النضج . فمن المحتمل ان يعمل النمو السريع على خفض عمر الانسان بالقدر الذى تتعجل فيه مرحلة المراهقة الظهور وحلولها مبكرا . الا ان هذا النقاش ليس مقنعا تماما . فنحن لا نعرف آثار هذه الظاهرة فى الارقام الاحصائية ، لأن الزيادة فى مدى العمر التى يمكن ان تكون قد تمت بسبب عوامل اخرى ، يمكن ان تمحو هذا التأثير ان كان سوف يقوم بالفعل ، وهناك احتمال آخر مؤداه بأن الاتجاه الحالى من سرعة معدل نمو الطفل انما لا يمثل تعجيلا او اسرعا غير طبيعى فى مرحلة الطفولة ، وانما عودة الى الصورة الطبيعية لمعدلات النمو بعد فترة من الاطالة غير السوية لها . وفى هذا نجد ان سن بدء الطمث فى الدول المتقدمة يكافئ حاليا ذلك السن - تقريبا - الذى كان قائما فى القرن السادس عشر .

هذه التهديدات المختلفة لمدى عمر الانسان ولحيويته ، يمكن للعلم حاليا ان يواجه الكثير منها ان لم يكن معظمها اذا ما كرست الجهود لذلك . من جهة اخرى ، يمكن الاستعانة بأساليب تأهيل المسنين لتحقيق أهداف واسعة المدى فى مجال الشيخوخة والمسنين ، فهناك عدد ضخم من المسنين المعاقين يمكن تناول عوامل الاعاقة لديهم بتزويدهم بالاجهزة التعويضية المناسبة وبالاستعانة بطرائق العلاج الطبيعى للتعويض عن قصور لم يتم علاجه عبر السنين . ويمكن للجانب الطبى العلاجى ان يقدم الكثير لمن تقدم بهم العمر وأن يعينهم على مواجهة بعض اعراض الشيخوخة .

مواجهة الشيخوخة والبرامج الوقائية :

ومع اننا نسلم بالقول باننا لن نكون قادرين فى المستقبل القريب على تحديد طبيعة عملية الشيخوخة والعوامل المحدثة لها ، وأننا بالتالى لن نستطيع السيطرة على عوامل التغير البدنى والعقل المصاحبة للتقدم فى السن ، الا أنه يكون امامنا الكثير مما ينبغى انجاهه لمواجهة الشيخوخة والتقليل من آثارها . ومساعدة المسنين على التعامل بشكل افضل مع القيود التى قد

يفرضها عليهم التقدم في السن . وفي هذا الصدد فإن مواجهة قضايا الشيخوخة تستلزم اتخاذ مقاييس متعددة الابعاد وتتطلب تضافر العديد من التخصصات في العلوم الاجتماعية والنفسية والطبية والاقتصادية والتشريعية وغيرها .

ولعلنا نؤمن منذ البداية أن المجتمع يفرض على الانسان المسن -ضمن ما يفرض - التقاعد في عمر معين بغض النظر عن درجة كفايته البدنية والعقلية والمهنية . وأن هذا التقاعد الاجبارى ينتهى بالمسن إلى فك ارتباطه بالعديد من الالتزامات التى كان يضطلع بها او يمارسها ، وإلى نوع من العزلة مصحوبة بالاحباط والاستسلام في انتظار النهاية . ويصبح من الأمور الملحة الآن تعديل مثل هذه الاتجاهات بحيث لا نرفض التقاعد بشكل اجبارى على الجميع بغض النظر عن امكانياتهم وقدراتهم وبحيث يتم تنظيم تشغيل من تقدم بهم السن بشكل يكفل اسهامهم وفعاليتهم في المجتمع ، والافادة من مهاراتهم وخبراتهم المتراكمة عبر السنين ، على أن يتم ذلك في ضوء المتغيرات القائمة من حيث اتاحة الفرصة امام من هم اصغر سناً للصعود في السلم الوظيفى وفي ضوء عدم انكار لطبائع الاشياء وان التقدم في السن له قيوده التى يفرضها شئنا ام لم نشأ .

ولقد يكون من السهل احداث نوع من التغيير باستخدام التشريعات لتعديل سن التقاعد ، واستصدار اللوائح والنظم والقوانين لمعالجة ما يتصل بذلك من قضايا وأمر ، لكن التشريع وحده لن يكون كافيا لمعالجة موقف المجتمع من تشغيل المسنين . ان لعل الأهم هنا هو تعديل اتجاهات المجتمع ذاته نحو الشيخوخة والتقدم في العمر ، بما يحمله ذلك من تصورات وافتراسات حول قدرات وامكانيات من تقدم بهم العمر . وتعديل الاتجاهات ليس أمرا هينا بشكل من الاشكال . فالاتجاهات هي مركبات نفسية تتشكل عبر سنين طويلة ، بل وقد تكون نوعا من الارث الحضارى تتلقاه الأجيال وتورثه للابناء . ومن هنا فإن تطلعنا إلى احداث تغييرات في اتجاهات المجتمع هى تطلعات ينبغى أن تكون مصحوبة بالحوذر . وبأن ذلك يقتضى تخطيطا وتنظيما من جانب علماء النفس والاجتماع والمشتغلين بأساليب الاتصال الجماهيرى . وأن يؤدي ما نريد احداثه من تغيير في اتجاهات المجتمع نحو المسنين إلى نوع من ايجابية المجتمع ذاته بما يتضمنه ذلك من المشاركة الفعالة والاسهام الملموس للمسنين في شتى مناحى الحياة ، رغبة من المجتمع في الافادة من رصيد هؤلاء الكبار سواء في مجالات العمل او كافة شئون الحياة .

وعندما نسلم أيضا بأن مرحلة الشيخوخة هي حالة لا مفر منها وحلقة في سلسلة حلقات دورة الحياة ، يصبح من الأمور الحتمية أيضا العمل على الاستعداد لها والتهيؤ للدخول فيها بأقل قدر من فقدان لطاقات الانسان الخلاقة . وبأقل قدر من المعاناة لسوء التكيف بصوره المختلفة . فالشيخوخة المصحوبة بالصحة الجيدة وبالأمن الاقتصادى وبما يمكن أن يشغل فراغ الانسان ، لن تختلف اختلافا جوهريا عن أية مرحلة أخرى من العمر ، وتصبح القاعدة الرئيسية هنا والمطلب الجوهرى هو تأمين اقصى درجة من ظروف صحية طيبة . ومورد اقتصادى كاف ، عندما يتقدم الانسان في العمر . ومع قيام هذه القاعدة الذهبية . الا ان الكثيرين لا يتطلعون في حاضرهم إلى ذلك اليوم الذى سوف يدخل بهم في عداد المسنين . ومن هنا كانت اهمية عمليات التوجيه والارشاد والتوعية ، بحيث تبدأ في الاعداد لحالة الشيخوخة منذ مرحلة

مبكرة من العمر دون انكار لهذا الواقع أو الهروب منه او عدم الاعتراف به ، وهذا أيضا دور هام من ادوار التنظيمات الاجتماعية من المفروض أن تضطلع به وتعمل على تحقيقه وتلقى بكل ثقلها لتعميق مفاهيمه بين المواطنين .

وفي هذا الصدد يصبح للدور الذي تلعبه الخدمات الطبية المختلفة من علاجية ووقائية اثره الكبير في تجنب الانسان المتقدم في العمر لمعوقات ومضاعفات الشيخوخة ، وما يمكن أن يصيب المسن من مرض بدنى أو عقلى أو نواحي عجز وقصور .

ويمكن للخدمات الطبية أن تكون مختلفة جوهريا عما سبق تقديمه للمسنين من خدمات في الحقب السابقة ، وان تكون الفلسفة التي تستند اليها تلك الخدمات مغايرة لفلسفات سابقة ترى أن الشيخوخة هي حالة من العجز من المفروض الاستسلام لها ولنذرنا السيئة . فمع ان الشيخوخة هي حالة لا مفر منها - كما ذكرنا من قبل - الا أن هناك الكثير مما يمكن تقديمه للشخص المسن ، وهناك الكثير أيضا مما يمكن تلافيه من نواحي عجز وقصور وتجنب أى تدهور لاحق .

تتطور مفاهيم الوقاية ليتم تصنيفها إلى ثلاثة انماط هي : الوقاية الاولية ، والوقاية الثانوية ، والوقاية الثالثة (من حيث الترتيب) . وتهدف الوقاية الاولية إلى خفض معدلات ظهور الاضطرابات العقلية في المجتمع من خلال مواجهة الضغوط الاجتماعية التي يمكن ان تسهم في استئثار هذه الاضطرابات .

فمن اخطر ما يتعرض له المسن هي تلك الضغوط التي يفرضها المجتمع من خلال التقاعد الاجبارى وما يصاحب ذلك من شعور بالوحدة وفقدان الثقة بالنفس وعدم وجود دور وهدف في الحياة ، وغالبا ما يكون ذلك مقرونا بفراغ هائل ويوم طويل ، وبيت قد افتقد الابناء الذين تزوجوا ورحلوا عنه . وينشغل المسن بالماضى وبمنجزاته السابقة ، ولا ينشد تكوين علاقات جديدة ، وقد لا يجد هذه العلاقات اذا ما سعى إلى اقامتها بعد أن افتقد عنصرا من عناصر قوته الا وهو العمل . كل هذا يمهد أرضا خصبة لصور الاضطراب العقلى والنفسى كي تأخذ طريقها لدى هذا المسن الذى سرعان ما يستسلم لتلك الاضطرابات وهنا نجد أن دور الوقاية الاولية هو دور حيوى للتخفيف من حدة هذه الضغوط بشتى الأساليب ، ومن خلال التعاون وتضافر الجهود مع العديد من التخصصات وشتى التنظيمات في المجتمع .

وتهدف الوقاية الثانوية إلى الاستكشاف المبكر للاضطرابات والتدخل المبكر في امراض الشيخوخة ، وهما مطلبان من اهم المطالب التي تسرع بالمسن إلى طريق الشفاء وتحول دون ان تتخذ الاعراض شكلا مزمنيا يصعب مواجهته وتعديله ، ولعل من اهم ما يمكن لخدمات الوقاية الثانوية أن تقدمه في هذا المجال هو أنها تؤدي إلى زيادة ثقة المسن بنفسه ، وبأنه ما زال انسانا مرغوبا فيه ، وبأنه موضع اهتمام ، مما يزيل عنه مشاعر الاغتراب وما يصاحبها من إحباط واستسلام .

ويعمل النمط الثالث من أنماط الوقاية والذي يطلق عليه الوقاية الثالثة (في الدرجة) على خفض ما هو قائم من اضطراب وظيفى قد يستمر عقب انتهاء حالة الاضطراب العقلى ، وتتبلور هذه الخدمات فيما يمكن أن يطلق عليه بالرعاية اللاحقة ، كما تتبلور أيضا في الصور المختلفة

لخدمات التأهيل ، ومن المعروف أن مفهوم تأهيل المسنين يختلف في جزء منه عن مفهوم التأهيل المهني للمعوقين من حيث أن التركيز لا يقوم هنا على القدرات التشغيلية المهنية بقدر ما يقوم على مساعدة المسن في استعادة قدراته الوظيفية الخاصة باشباع حاجاته اليومية وتلبية مطالبه الاجتماعية ، بما يتضمنه ذلك من تنمية احساسه بقيمته وتزايد اعتماده على نفسه وتجنب الاعتماد على الآخرين .

هذه الانماط الثلاثة من البرامج الوقائية ، وكذلك الصور المختلفة للخدمات العلاجية ، من المفروض ان يتم تنفيذ خططها وبرامجها في داخل المجتمع نفسه ، وفي بيئة المسن ذاته . فالاتجاهات الحديثة في رعاية المسنين تقوم على اساس تجنب انتزاع المسن من بيئته وايداعه مؤسسات الايواء او العلاج ، إلا عند الضرورة القصوى وحيث لا تكون هناك بدائل اخرى في هذا الصدد (هويتهيد ١٩٧٠م) .

فمن الأمور المقررة حاليا ان الايداع في مؤسسات او الاقامة الطويلة في مستشفيات لها نتائجها الخطيرة التي قد تكون في صورة ما يسمى بعصاب المؤسسات بسبب الحياة النمطية الآلية والرعاية المبالغ فيها التي تحرم المسن من اية محاولة لبذل الجهد . وقد تكون هذه النتائج للايداع في مؤسسات في صورة ما يحدث من تدهور سريع تعقبه الوفاة بسبب انتزاع المسن من بيئته وحرمانه من ظروف ألفها وتكيف معها ويشعر ازاءها بالأمن والاستقرار . او قد تكون في صورة ما يعرف بالاغتراب حيث ينفصل المسن عن الواقع الاجتماعي عندما تطول اقامته بالمستشفيات .

خاتمة

وايماننا بأهمية رعاية المسنين في بيئتهم فإن الفلسفة الحديثة لرعاية المسنين تتجه نحو تبني اساليب الرعاية النهارية ، او الرعاية الليلية ، او الرعاية المنزلية ، او العيادات المتنقلة ، او المراكز المهنية ، وايا كانت هذه المسميات ، وايا كانت طبيعة تركيبها والهيئات العاملة فيها فانها جميعا تسعى الى استمرار المسن في بيئته وتزويده بكافة الخدمات الاجتماعية والنفسية والطبية والمهنية ، وحيث تعمل هذه الخدمات على سد الثغرة ما بين المجتمع والمؤسسات العلاجية والتنظيمات الاجتماعية . وايا كانت صور هذه الاساليب من الرعاية فهي تهدف في نهاية الامر الى استمرار المسن في حياته الطبيعية في المجتمع ، وأن تنتقل اليه الخدمات ، او ان ينتقل اليها من جزء فقط من اجزاء اليوم دون ان يؤدي به ذلك الى العزلة والاغتراب او الى مضاعفات لم تكن قائمة من قبل يستثيرها انتزاع المسن من بيئته .

وايا كانت الاساليب والطرائق المتبعة في رعاية المسنين ومقابلة مرحلة الشيخوخة بمضاعفاتها المختلفة ، فإن الامر يستلزم تضافر العديد من التخصصات في علوم الاجتماع والخدمة الاجتماعية والعلوم النفسية والطبية وفي مجالات الطب النفسي والتمريض والتأهيل . كما تتطلب أيضا تضافراً من جانب افراد المجتمع انفسهم ، اذا كنا نؤمن بأولوية الرعاية في المجتمع في الثمانينات ، وأن نتجه إلى تبني الاسلوب العلمي في البحث والتعرف على الطبيعة الخاصة للمشكلة في المجتمع المحلي وما تفرضه من ضغوط ، وما يمكن اتخاذه وتبنيه من مقاييس بناء منتجة .

المراجع

1. Anderson, J. E. (Ed.) Psychological aspects of Aging. Washington, D.C. American Psychological Association, 1956.
2. Birren, J.E. (Ed.) Handbook of Aging and the individual: Psychological and Biological aspects. Chicago: University of Chicago Press, 1959.
3. Birren, J.E. & K.W. Schaie (Eds) Handbook of Psychology of Aging. New York: Van Nostrand Reinhold, 1977.
4. Botwinick, J. Aging and behavior. New York: Springer, 1973.
5. Bromley, D.B. The Psychology of human Aging. Middlesex, England,, Penguin Books Ltd., 1974.
6. Comfort A. The process of Aging, London: Weidenfeld and Nicolson. 1968.
7. Eisdorfer, C. & Lawton, M.P. (Eds). The Psychology of adult development and Aging. Washington, D.C. American Psychological Association, 1973.
8. Eisdorfer, C. (Ed.). Annual review of gerontology and geriatrics. New York, Springer, 1980.
9. Neugarten, B.L. (Ed.) Middle age and Aging. Chicago: University of Chicago Press, 1968.
10. Piegel, K. On the history of psychological gerontology. In C. Eisdorfer and M.P. Lawton (Eds.) The Psychology of adult development and Aging. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1973.
11. Talland, G.A. (Ed.) Human Aging and behavior. New York: Academic Press, 1968.
12. Welford, A.T. Aging and human skill. London: Oxford University Press for the Nuffield Foundation, 1958 (Reprinted in 1973 by Greenwood Press, Westport, Conn).

13. Welford, A.T. Where do we go from here. In Leonard W. Poon (Ed.) Aging in the 1980's. Psychological Issues. Washington, D.C.: American Psychological Association. 1980.
 14. Whitehead. A. In the Service of old age, Middlesex, England, Penguin Books Ltd., 1970.
-

**التوافق عند المسنين
- دور وسائل الإعلام -**

**الدكتورة هالة العمران
الوكيل المساعد للإذاعة والتلفزيون
وزارة الإعلام - دولة البحرين**

1880

1880

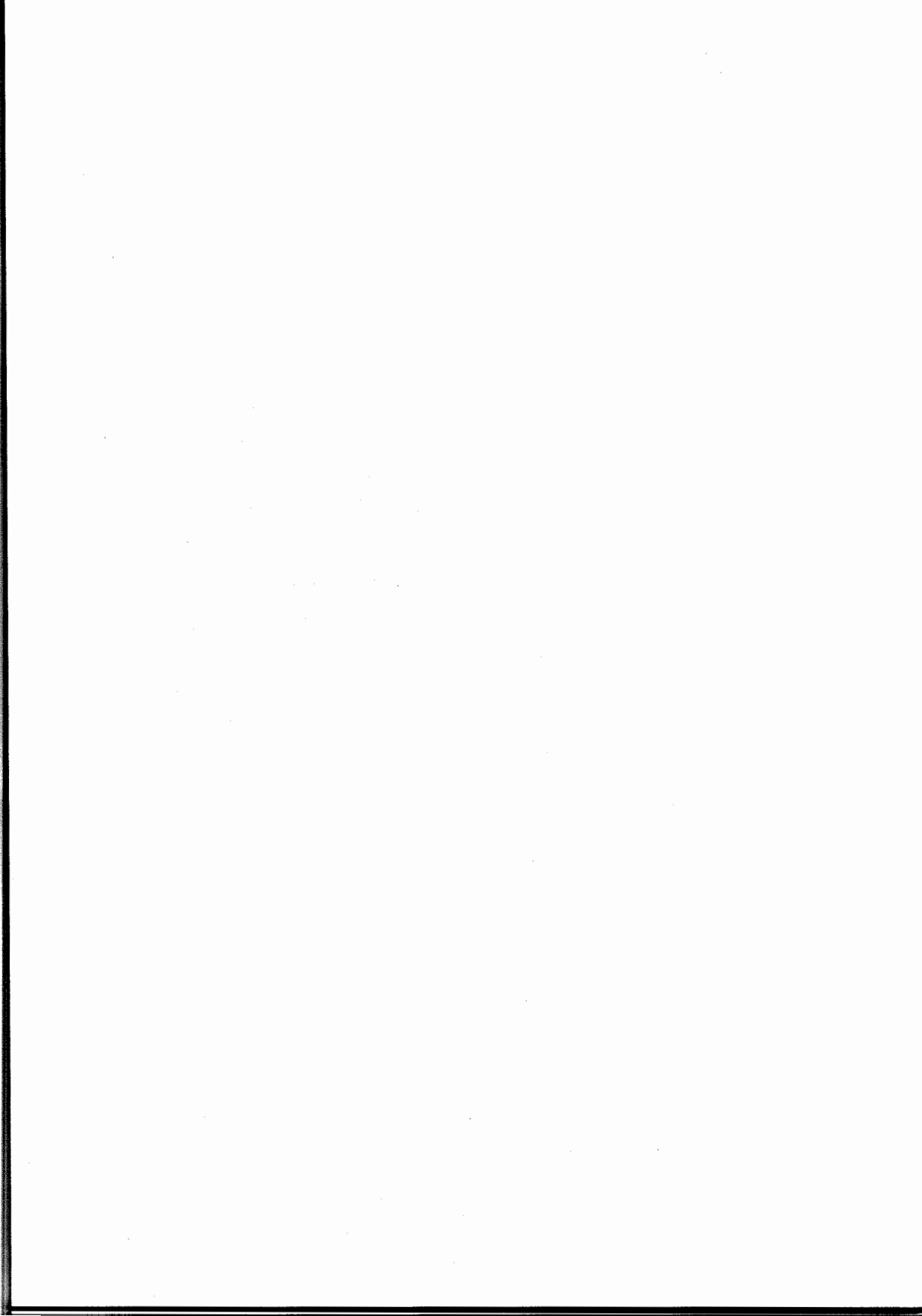
1880

المحتويات

الصفحة

من - إلى

| | |
|---|---------|
| مقدمة : | ٦٧ |
| أولاً - مرحلة الشيخوخة - تعريفها وخصائصها | ٦٨ |
| ثانياً - التطورات والتغيرات في مرحلة الشيخوخة | ٦٨ - ٧٢ |
| ثالثاً - مصادر الخطر في مرحلة الشيخوخة | ٧٢ - ٧٣ |
| رابعاً - الفروق الفردية والعوامل المؤثرة على التقدم في السن | ٧٣ - ٧٤ |
| خامساً - التوافق النفسي للاتجاهات الاجتماعية | ٧٤ - ٧٦ |
| سادساً - وضع الشيخوخة في البحرين | ٧٦ |
| سابعاً - الخطط المستقبلية | ٧٦ - ٧٧ |
| الجداول | ٧٩ - ٨٦ |
| المراجع : | ٨٧ - ٨٨ |



مقدمة

ما هو مدى ما يعرف الانسان العادى عن الشيخوخة ؟

اننا نتوقع ان نجد بعض المعرفة متوافرة عند الاطباء والاطباء النفسيين والمرضين وعلماء النفس والتربية وبعض الذين يتعاملون مع المسنين في المؤسسات المختلفة . ولكن ما هو مدى معرفة المسن نفسه عن حقائق التطورات التى تحدث له في هذه المرحلة من العمر ؟ ما هو مدى معرفة عائلته واقربائه واصدقائه الذين يعايشونه ويتعاملون معه بحقيقة المشاكل اليومية التى يواجهها ؟ وما هو مدى احاطتهم ببعض أساليب وطرق مواجهة ومعالجة هذه المصاعب اليومية ؟

ان بعض ما تتميز به مرحلة الشيخوخة هو حالة القلق الشديد التى تعترى المسن نفسه بسبب التغيرات التى تطرأ عليه ، وحالة الاحباط التى يواجهها المتعاملون معه ، وقد تزداد حالات القلق والاحباط بسبب عدم المعرفة والتفهم للمواقف والمشاكل التى تواجه المسن في هذه المرحلة من الحياة . مع انه من الممكن في كثير من الاحيان تجنب هذا القلق وتقادى الاحباط بمجرد توفير المعلومات التى توضح وتفسر اسباب المصاعب اليومية التى يواجهها المسن عن طريق الوسائل الاعلامية وغير الاعلامية المتوافرة لدينا .

ان هناك واجبين اساسيين لكل عامل وباحث في المجال الاجتماعى في البلاد النامية ، حيث ان مسئولية الباحث لا تنحصر فقط في دراسة المشاكل الاجتماعية وفهمها والعمل على مواجهتها وانما في العمل على توصيل ما تضمنته دراسته من نتائج ومعان الى اولئك الذين هم العنصر الاساسى في المشكلة وبالطريقة والمستوى والاسلوب الذى يمكن من خلاله ان يتفهموا ويستوعبوا قضايا تلك المشكلة .

فعل الرغم من أن الوسائل الاعلامية متوافرة لدينا كما هو الحال في البلاد المتطورة . الا اننا وبالعكس البلاد المتطورة ، لم نستطع بعد أن نستخدم ونستغل هذه الوسائل بقدر طاقتها القصوى وبما يلبي احتياجاتنا الأساسية .

وفي الواقع ، فإنه مما لا شك فيه ان المعرفة والتفهم يؤديان الى توافق افضل لدى المسنين ، ومن ثم سنبدأ بتقديم نبذة مختصرة عن التطورات والتغيرات ومخاطر مرحلة الشيخوخة ، والعوامل المؤثرة على هذه التطورات مع التركيز على الفروق الفردية ، ومع رفع التساؤلات عن مدى معرفة المسن بالحالات التى يواجهها وعن اتجاهه نحو نفسه ، ومدى معرفة عائلته واقربائه والمجتمع ككل بمصاعب مرحلة الشيخوخة واتجاهاتهم نحوها . وسوف ننتقل بعد ذلك الى اقتراح الخطط المستقبلية للمسنين في البحرين وفقاً لمناقشتها السابقة .

أولاً - مرحلة الشيخوخة - تعريفها وخصائصها :

تعتبر هذه المرحلة بمثابة مرحلة نهاية دورة الحياة . ومع ان سن الستين قد يعد الخط الفاصل بين مرحلة الحياة الوسطى ومرحلة الشيخوخة الا أن العمر التاريخي للفرد يعتبر معياراً ضعيفاً في تحديد بداية مرحلة من مراحل الشيخوخة بسبب الفروق الفردية العديدة ، ومع تحسن الحالة المعيشية الحديثة والرعاية الصحية ، فإن الكثير من المسنين لا تظهر عليهم بوادر الشيخوخة قبل سن الخامسة والستين بل وحتى سن السبعين . فلذا نجد اتجاهها اومياً لتقسيم هذه المرحلة النهائية الى فترتين :

- فترة الشيخوخة المبكرة : من ٦٠ سنة الى ٧٠ سنة .

- فترة الشيخوخة المتقدمة : من ٧٠ سنة الى نهاية الحياة .

خصائص مرحلة الشيخوخة :

لكل مرحلة من مراحل الحياة صفات مميزة ونجد في مرحلة الشيخوخة كذلك بعض التغيرات الطبيعية والنفسية التي تميزها عن غيرها من مراحل الحياة وتكون هذه الفترة مرضية اومحيطه حسب مدى قدرة المسن على أن يتوافق ويتكيف مع هذه التغيرات وكما أن التطورات والتغيرات التي تطرأ على الفرد هي التي تحدد المميزات لهذه المرحلة ، وتسير التغيرات عادة في اتجاه التراجع والتدهور . ويأتي الانحدار في اغلب الاحيان لأسباب جسمية فسيولوجية أو أسباب نفسية ، فإن التقدم في السن يسبب تغيرات في خلايا الجسم مما يؤدي الى التغيرات الجسمية المذكورة . اما التغيرات النفسية فأسبابها عديدة منها : مقدرة الفرد المسن او عدم مقدرة على التوافق مع التغيرات الجسمية ، الاتجاه السلبي نحو النفس بسبب الوصول الى هذه الفترة من الحياة ، واتجاهات الناس والمجتمع ازاء مرحلة الشيخوخة ، التغير الطارئ على طريقة واسلوب الحياة .. كل هذه وغيرها تلعب دوراً مهماً في التطورات النفسية عند الفرد المسن .

ونجد في اغلب الاحيان ان التطورات الجسمية الفسيولوجية تسبق التطورات النفسية ولكن قد يؤدي القلق النفسي احياناً إلى تقديم بدء وسرعة التدهور الجسمي .

ولكى نتفهم كيفية حدوث ذلك لا بد وأن نستعرض بايجاز بعض التطورات والتغيرات التي تطرأ على الفرد في هذه المرحلة والعوامل التي تؤثر عليها .

ثانياً - التطورات والتغيرات في مرحلة الشيخوخة :

تقسم هذه التطورات عادة إلى تغيرات جسمية فسيولوجية ، وتغيرات في المقدرة الذهنية ، وتغيرات اجتماعية وفي الاهتمامات .

١ - التغيرات الجسمية/ الفسيولوجية :

ان بعض التغيرات الجسمية ظاهرة ومرئية ، كما هو الامر في المظهر الخارجي للفرد المسن ، كالتغيرات التي تحدث لجلده ووجهه ويديه ، ونجدها كذلك عند اتصالنا بحواسه كثقل السمع أو في مقدرة الحركة كالبطء في المشي . اما البعض الآخر فهو غير مرئي كالتغيرات الداخلية التي تحدث للهيكال العظمي والاحشاء والتغيرات الفسيولوجية في حرارة الجسم (انظر ملخص بعض

هذه التغيرات في الجدول رقم - ١ - . وتسير التغيرات الجسمية في اغلب الاحيان في اتجاه التدهور ولكن توجد فروق فردية عديدة . فمن الصعب أن نجد شخصين في عمر واحد يراودهما تدهور جسمي بنفس الطريقة كما أنه هناك اختلافات في معدل سرعة التقدم في السن لأجزاء الجسم المختلفة عند كل فرد .

وتأثيرات هذه التغيرات على الافراد عديدة وتختلف من شخص إلى آخر . الا انه من الضروري التأكيد على أهمية اطلاع المسنين ومن يعيش معهم وتوفير المعلومات الوافية لهم عن هذه التغيرات والتطورات وآثارها وعن كيفية التصرف ازاءها عند حدوثها وأساليب معالجتها .

أنتنا دائما نفترض ان الناس ملمة بهذه المعلومات ولكن ليس هذا بالضرورة صحيحا ، فإن المسن الذي يتذمر من سوء الهضم قد لا يعلم انه يجب أن يغير طريقة ونوع اكله لتوافق التغيرات الجسمية التي تحدث لجهازه الهضمي في هذه المرحلة من الحياة . ومن الواجب أن نوصل هذه المعلومات ليس فقط للفرد نفسه ولكن لعائلته ، أقاربه وأصدقائه الذين يعيش معهم ويعايشونه .

٢ - التغيرات في المقدرة الذهنية :

حتى الآن ، فإن الدلائل تشير الى أن التغيرات في المقدرة الذهنية أقل مما هو شائع ، وان هناك فروقا فردية عديدة بالنسبة لهذه التغيرات . ونجد الافتراض الشائع بأن التدهور في المقدرة الذهنية من المميزات المصاحبة لفترة الشيخوخة غير صادق تماما ، ولكننا لانزال بحاجة الى بيانات ودلائل أخرى لاثبات بطلان هذا الافتراض او لتغيير مفهومه او المعنى الذي يتضمنه نهائيا .

ويوضح الجدول رقم (٢) بعض التطورات الذهنية العامة في مرحلة الشيخوخة .

في الغالب تحدث تغيرات في معدل السرعة والضبط والدقة في عملية التعلم والتفكير والاستنتاج وفي مجال التذكر والاسترجاع كما ويحدث تغيير في الحالة المزاجية .

ومن هنا نتساءل ، ماهى مسببات هذه التطورات ؟

فمن المعروف ان التدهور الجسمي والفسولوجي يساهم في التدهور في المقدرة الذهنية ^(١) الا ان الحافز والمثير البيئي يلعب دورا كبيرا في تقديم او تأخير سرعة هذا التدهور .

ولقد وجد ان الاستمرار في الممارسة الفكرية تؤدي إلى ابطاء سرعة هذا التدهور ^(٢) . وان

Kent, S.A. look at Gerovital - the (youth) drug. Geriatrics, 1976, 31 (12), - ١
95 - 96, 101 - 102

Baltes, P.B., on the Plasticity of intelligence in adulthood and old age; - ٢
Where Horn and Donaldson Fail, American Psychologist. 1976, 31, 720 -
725.

البطء في الاستجابة بسبب ثقل السمع أو عدم اليقظة قد يفهم خطأ بأنه تدهور في المقدرة الذهنية (٣) .

ان الخوف من التدهور الذهني يعتبر من المصادر الرئيسية للقلق عند المسن ومن الممكن القول انه بالاضافة الى أن عدم الممارسة الفكرية من اسباب التدهور الذهني فإن نظرة المجتمع الى المقدرة الذهنية عند المسن تلعب دورها في الاسراع من بدء التدهور الذهني ، حيث ان نظرة الفرد الى نفسه انما هي صورة او مرآة لاتجاه المجتمع الذي يعيش فيه ، ويمكن لهذا الاتجاه أن يؤثر على ايمان المسن بنفسه وبمقدرته وعلى سلوكه .

لذا نرى انه من الضروري القيام بمحاولة لدراسة طبيعة نظرة او اتجاه مجتمعنا نحو التدهور الذهني عند المسن واذا وجدنا أن هذا الاتجاه سلبي فلا بد من تعديله وتحويل الرأي الشائع وايضاح الحقيقة وراء التدهور الذهني في مرحلة الشيخوخة والفروق الفردية الشاسعة .

فنحن نجد أن هناك اتفاقا بين اغلب علماء النفس والتربية بأن سن الخامسة والستين ليس بالسن الذي يتوقف التفكير فيه عند الفرد ولكنه مرحلة يبدأ عندها تفكير من نوع جديد . ونتساءل مرة أخرى ، هل نجد هذا التفهم وهذه المعرفة خارج دائرة العلماء ؟ هل يعلم المسن نفسه والانسان العادي والمجتمع ككل بحقيقة التطور الذهني في هذه المرحلة ؟

٣ - التغيرات الاجتماعية والتغيرات في الاهتمامات :

تحدث هذه التغيرات عادة على اثر التغيرات الجسمية / الفسيولوجية والذهنية التي تطرأ على المسن ويسبب تغيير اسلوب الحياة ككل عند التقاعد او التوقف عن العمل . وتؤدي هذه التطورات الى تغيرات في المكانة الاجتماعية والنشاطات الاجتماعية والاهتمامات . ويمكن ان نستشف هذه التطورات اذا لاحظنا التغيرات في اهتمامات الفرد المسن الشخصية والاجتماعية وفي النشاطات التي يقوم بها في اوقات الفراغ .

ويمكن استعراض بعض هذه الاهتمامات والتي يبينها جدول رقم (٣) على النحو التالي :

١ - الاهتمامات الشخصية :

يبدأ الخوف والقلق عند المسن عندما يلاحظ التغيرات الجسمية التي تطرأ عليه فيزداد اهتمامه بنفسه وصحته وذاته اكثر من السابق ، كما وان شعوره بضرورة الاعتماد على الغير بسبب تقدم سنه بعد ان كان مستقلا يخلق لديه عدم طمأنينة في النفس فتزداد اهتماماته بحالته المادية والمالية لضمان ما تبقى من حياته . ونجد ان الخوف من اللامعلوم وقربه منه يؤدي به الى ازدياد الاهتمام بالموت . ولقد وجد الباحثون ان الاهتمام بالدين في هذه الفترة من الحياة لا يزداد او يقل جوهريا او جذريا ولكنه يبقى تقليديا كما هو معتاد وحسب قيم واتجاهات وعادات

Grainck, S.M.H. Kleban, & A.D. Weiss, Relationships between hearing - ٢
loss and cognition in normally hearing adult persons. Journal of Gerontology, 1976, 31, 434 - 440.

الفرد سابقاً (٤) . كما وجد ان الاشخاص الذين هم اكثر تدنيا خلال حياتهم السابقة يميلون الى التوافق النفسى فى سن الشيخوخة اكثر من غيرهم (٥) .

أما الاهتمام بالموت فيتغير اتجاهه من التساؤل حول الحياة بعد الموت الى البحث فيما يؤدي إلى الوفاة والوفيات واحتمالات الوقت المتبقى حتى وفاة الفرد نفسه (٦) .

ب - الاهتمامات الاجتماعية :

مع تقدم السن يزداد انسحاب وانقطاع الفرد من المجتمع والحياة الاجتماعية ويكون الانسحاب عادة متبادلاً بين المسن والمجتمع ككل (٧) ويؤدي هذا الانسحاب إلى ضيق مصادر الاتصال بالمجتمع وإلى التدهور فى المشاركة الاجتماعية وقد تحدث هذه العملية بارادة الفرد نفسه فمثلاً قد ينسحب المسن حين يشعر ان بعض النشاطات الاجتماعية لم تعد تسد احتياجاته فيجد نفسه منعزلاً عما يدور حوله . وقد تحدث هذه العملية عن غير ارادة منه ، فمثلاً بسبب التقاعد يضطر الفرد ان يبتعد عن زملاء العمل الذين اعتاد ان يراهم يومياً ، وقد ينتقل الجيران أو الاصدقاء المألوفون لديه الى مكان آخر أو تصيبهم المنية ، وبسبب الصعوبة فى التنقل عند التقدم فى السن يجد الفرد نفسه وحيداً تماماً أو مقيداً فى دائرة عائلته فقط .

الا أن أخطر مسبب للانسحاب والانقطاع من المجتمع هو نظرة واتجاهات المجتمع نفسه الى الاختلاط الاجتماعي والمشاركة الاجتماعية مع الافراد المسنين . ففى المجتمع الأمريكى مثلاً يقال ان الناس يفضلون أن يجتمعوا مع افراد ممن يتوقع الحصول منهم على منفعة فى المستقبل (٨) .

وبما ان اغلب المسنين لا يقعون فى هذه الفئة المثمرة ، نجد ان الناس تبتعد عن مشاركتهم فى الحياة الاجتماعية .

ان الانقطاع الاجتماعى يعد مشكلة اذا واجهها الفرد الشاب ، فكيف يكون الحال مع المسن ؟ لقد وجد من خلال البحوث ان المسنين الذين كانوا مشتركين فى نشاطات اجتماعية ولديهم شعور بالاحتياج اليهم والانتماء والتفاعل كانوا اكثر قناعة وارتياحاً وتوافقاً نفسياً .

Blazer, D. & E. Palmore, Religion and aging in a longitudinal panel. - ٤
Gerontologist, 1976. 16. 82 - 85.

Op.cit. - ٥

Goleman, D., we are breaking the silence about death. Psychology Today, - ٦
1976, 10 (4), 44 - 47, 103.

Kalish, R. A. & F. W. Knudston. Attachment versus disengagement; A - ٧
life span conceptualization. Humman Development 1976, 19, 171 - 181.

Op.cit. - ٨

فالسؤال اذن ، ماذا يمكن ان نعمل لتحسين الاتصال والمشاركة الاجتماعية والنشاطات الاجتماعية للمسنين في مجتمعنا ؟ .

ج - النشاطات الترفيهية :

من البديهي انه بسبب المحددات الجسمية والفسولوجية والذهنية والاجتماعية لهذه الفترة من الحياة فإن النشاطات الترفيهية تتغير .

ويوضح لنا الجدول رقم (٤) بعض النشاطات الترفيهية المألوفة عند المسنين . ونلاحظ ان أعلى نسبة مئوية في لائحة هذه النشاطات هي الاجتماع مع الاصدقاء يتبعه العمل في الحديقة ثم مشاهدة التلفزيون (١) ومع انه لا يوجد بحث في البحرين يدرس النشاطات الترفيهية للمسنين فنحن نعلم من الدراسات الاحصائية ان اغلب المسنين من الجيل الحاضر أميون : ٩٧٪ من الاناث و ٨١٪ من الرجال ، لذا فمن الممكن ان نفترض ان الاجتماع بالاصدقاء ومشاهدة التلفزيون من النشاطات الترفيهية الرئيسية عند مسنيننا كذلك ، وان مؤسسات التأهيل في دولة البحرين قد لمست هذا الشيء وقامت بوضع خطط لتهيء الوسائل والطرق لجعل المسنين يجتمعون بأصدقائهم على شكل دائم .

غير ان وسائل الاعلام لم تهيبء اى برامج من اجل هذه الفئة من السكان ، ويكون من المجدى لو قامت وسائل الاعلام عندنا باخراج بعض البرامج للمسنين تعرض في الأوقات غير الرئيسية وتكون ثقافية وترفيهية في نفس الوقت ، وتساعد هذه البرامج في ملء اوقات الفراغ عند المسنين . وفي اعطائهم موضوعا للتحدث ، وفي ابراز بعض النشاطات التي يمكن ان يقوموا بها ، وفي خلق الدافع ليجاد المنفعة والمتعة في هذه الفترة من الحياة بدلا من الشعور بالاسف على النفس .

ثالثا - مصادر الخطر في مرحلة الشيخوخة :

ان التغيرات التطورية التي تحدث في هذه الفترة لا بد وأن تخلق بعض الاخطار والمصاعب التي يواجهها المسنون ، وهناك مخاطر طبيعية قد تكون مسبباتها التطورات الجسمية والفسولوجية والذهنية ، وهناك مخاطر نفسية تنشأ على اثرها . ومن المخاطر الطبيعية المألوفة في هذه الفترة : الامراض ، الاعاقة ، عدم التغذية الكافية ، مشاكل الاسنان ، الحوادث وغيرها .

ومصادر هذه الاخطار هي التي تؤخذ بعين الاعتبار وتعطى الاولوية من قبل المؤسسات الحكومية . فنحن نجد ان الخطط المستقبلية يجب أن توضع للمساعدة على تجنب هذه المخاطر . فنرى مثلا التخطيط لزيادة أجنحة للمسنين في المستشفيات ، مراكز للتأهيل ، مؤسسات للمسنين وكلها تلعب دورا مهما في مواجهة وتفادى المخاطر الطبيعية . غير ان هناك مخاطر نفسية والتي قد تلعب دورا لا يقل أهمية عن دور المخاطر الطبيعية في عملية التقدم في السن . ومن هذه المخاطر النفسية ما يلي :

Beverly E.V., The beginning of wisdom about aging Geriatrics 1975, 30 - ٩
(7), 116 - 119 - 112 - 123, 127 - 128.

- ١ - التكيف مع أثر التغيرات الجسمية الفسيولوجية مع تقدم السن والتدهور الصحى وانخفاض القوة .
 - ٢ - التكيف للنزعة في الانسياب الذهني .
 - ٣ - التكيف لحالة التقاعد والشعور بالذنب للخمول ، والتخوف من عدم كفاية المدخول المالى واللجوء الى الاتكالية .
 - ٤ - التكيف لتغيرات في الاسلوب المعيشى .
 - ٥ - التكيف للانقطاع الاجتماعى .
 - ٦ - التكيف لاتجاهات ونظرة المجتمع لدور الفرد كشخص مسن .
- وقبل ان نناقش كيف يمكن مواجهة المخاطر النفسية لا بد من توضيح مكانة الفروق الفردية في هذه الامور .

رابعاً - الفروق الفردية والعوامل المؤثرة على التقدم في السن :

من الضرورى ان نلفت الانتباه ونركز على الواقع باننا عندما نستعرض التغيرات التطورية الجسمية والذهنية الاجتماعية لفترة الشيخوخة ، وعن مصادر الخطر المألوفة الطبيعية والنفسية لهذه الفترة فنحن نتكلم عن فروق فردية شاسعة .

فهناك فرق كبير عندما نتكلم عن التوافق النفسى عند مسن متعلم ، من حالة اجتماعية متوسطة ، يسكن مع عائلته ، وبين مسنة ارملة ، جاهلة تقطن وحدها . وهناك فرق شاسع بين مسن فى حالة جسمية وصحية جيدة ومسن معاق . وهناك فرق كبير عندما نتكلم عن مسن عمره ما بين الخامسة والستين والخامسة والسبعين ومسن عمره فوق الثمانين .

ونجد بيانا ببعض الفروق الفردية والعوامل المؤثرة على التقدم فى السن مقدمة فى الجدول رقم (٥) .

ان التغيرات التطورية الجسمية والفسيولوجية تتأثر عادة ببعض المقومات الوراثية ، وبالصحة واسلوب الحياة ، كما وأن هناك فروقاً فى الجنس بالنسبة لبدء بوادر الشيخوخة ومعدل السرعة فى التقدم فى السن . ولقد وجد أن القدرات الذهنية تتأثر كذلك ببعض المقومات الوراثية وبالصحة والخلفية الثقافية والممارسة الذهنية .

اما التغيرات فى الحياة الاجتماعية وفى الاهتمامات فوجد انها تتأثر بكل العوامل المذكورة كالصحة والحالة الاجتماعية والمركز الاجتماعى والخلفية الثقافية والممارسة الذهنية والوضع

الأسرى والمساكنة أى إذا كان المسن يقطن وحده أو مع عائلته أو في مؤسسة للمسنين ، وكذلك الحالة المعيشية والقيم والجنس (١٠) .

وهكذا ، فإننا عندما نتكلم عن مميزات المسنين اليوم فمن الواضح اننا نتكلم عن الطعن في السن في تأثيره على افراد مختلفين بطرق مختلفة .

نظرا لما ذكرنا فنحن لا نستطيع ان ندعي أن هناك طريقة واحدة صحيحة او مثالية يجب أن تتبع من اجل التوافق وتجنب مخاطر مرحلة الشيخوخة . فكل فرد مسن يجب ان يجد الطريقة المناسبة له في توافقه مع هذه المرحلة وفقا للفروق الفردية التي أشرنا اليها . ولكن نود ان نشير الى ان هناك خطأ موضوعا لمساعدة تفادى المخاطر الطبيعية ، وان التوافق للمتغيرات الجسمية والذهنية وفي اسلوب الحياة يتطلب مجهودا فرديا من قبل المسن نفسه . اما التوافق مع الاتجاهات الاجتماعية نحو دور المسن ومرحلة الشيخوخة والتي تنعكس على تفكير وشعور الفرد نفسه فإن هذه مشكلة ليست فردية فقط ولكنها اجتماعية كذلك .

ان وجهة نظر المجتمع نحو الشيخوخة والاتجاهات والآراء نحوها ونحو دور المسن تلعب دورا كبيرا في مساعدة او اعاقا التقدم الذى ينجزه الفرد في التوافق النفسى مع هذه الفترة من الحياة .

خامسا - التوافق النفسى للاتجاهات الاجتماعية :

كيف يرى المسنون انفسهم ؟ لو افترضنا ان مرحلة الشيخوخة لا تقدم للمسن أى حسنات من الناحية الجسمية والذهنية والاجتماعية ، فإن نظرة المسن الى نفسه كمسن والمفهوم الذى يكونه عن نفسه - على الاقل - قد يساعد في اعطائه الدافعية للتوافق مع هذه الفترة من الحياة .

ان الفكرة العامة التى يكونها الفرد المسن عن نفسه ، تتكون خلال السنين السابقة من حياته ، وتعتمد على الاتجاهات الاجتماعية نحو الموضوع أكثر من الخبرة الشخصية في معايشة هذه الفترة (١١) وإذا كانت هذه النظرة او الفكرة سلبية وغير محببة فإنها تؤدى الى التخوف من الوصول الى مرحلة الشيخوخة .

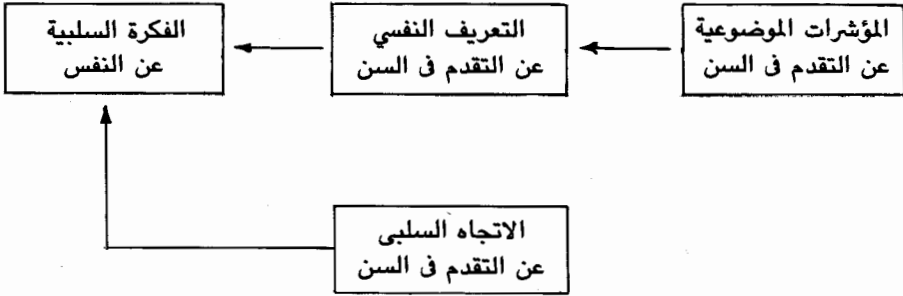
١٠ - Bennot, R. & J. Eckma, Attitudes toward aging; A critical examination of recent Literature and implications for future research. In C. Eisdorfer and M.P. Lawton (Eds). The psychology of Adult Development. Washington DC: APA 1973, Pp 575 - 597

- Hurlock, E.R. Developmental psychology : A life - span Approach. 5th Edition. Mcgraw Hill Company, 1980

- Kent, S. Geriatrics, 1976, 31 (2), 135, 138 - 139.

١١ - Powe Prubaker, T.H. & E.A., The Stereotype of (old); A review and alternative approach. Journal of Gerontology 1976, 31.441 - 447.

وبرينا الشكل التالى كيف يمكن ان تتكون هذه الفكرة :



أخذ الشكل عن بروبىكر بورز (١٩٧٦) .

فالنظرة السلبية للنفس قد تجعل المسن يشعر بالنقص وعدم الكفاءة مما يؤدي الى احباط همته وخنق الدافعية عنده ، فمثلا نجد أن المسن الذى يؤمن انه لا يستطيع ان يتعلم مهارات جديدة او يتذكر امورا مهمة هو الذى تتضاعل دافعيته بسرعة . ولا يعود يقوم بالاعمال التى لا يزال فى مقدوره القيام بها والمسئوليات التى لا يزال فى مقدوره حملها والاشترك فى النشاطات الاجتماعية والهوايات الخاصة .

ان خفض الدافعية لدى الفرد هى طريقة اخرى لابعاده عن الحياة مما يفقد المسن تماما الاهتمام بما حوله فينطوى على نفسه ، ويصبح ثقلا وعبئا على عائلته او المؤسسة التى يعيش فيها ، حتى قبل الأوان ، مما يؤدي الى جعل من حوله يستاءون ويمتعضون منه ، ويكون لذلك نتائج غير مرضية .

ونجد ان الاتجاهات الاجتماعية التى يحملها المجتمع الغربى للمسنين اتجاهات سلبية غير مرضية . ففى المجتمع الامريكى يُوصَفُ المسنون بأنهم :

« رجال ونساء رثون وبالون جسميا وذهنيا ، وغير منتجين ، وعرضة للحوادث ، ذوو نزوات وأفكار غريبة ، ويجب ان يبعدوا عن المجتمع لأن أيام نفعمهم قد انتهت ولا بد من اعطاء الفرصة لغيرهم من الشباب » .

ويؤكد بروبىكر بورز انه وفق نظرة كهذه للشيوخة فمن الصعب ان يرى المسن هذه المرحلة بأى شكل من الاشكال غير انها مرحلة سلبية من مراحل الحياة .

اننا نقول بأننا مجتمع يحترم الكبار والمسنين الى حد الوقار واننا نعامل مسنينا برعاية واحترام اكثر من المجتمعات الغربية . فهل هناك بحوث ودلائل تثبت صحة هذه الفكرة أو انها لا تزال مجرد وجهة نظر وتخمين ؟ وهل هناك بحوث غير حضارية ترينا ما هى الفروق بيننا وبين المجتمع الغربى مثلا ؟

فاذا افترضنا ان الاتجاهات الاجتماعية نحو الشيخوخة فى مجتمعنا تحمل نظرة سلبية فلا بد من التخطيط لتعديل وتحويل هذه الاتجاهات . اما اذا وجدنا بعد البحث ان النظرة

للمسنين لاتزال ايجابية ، فلا بد من التذكر اننا في مجتمع يعاني التغيير والتطوير بسرعة مخيفة وبعض هذه التغيرات مصدرها حضارات وثقافات اجنبية . لذا لا بد من التخطيط لتقوية وتثبيت الاتجاهات الموجودة في مجتمعنا وحمايتها من التغيير بسبب ما يسمى بالتطور الحضارى .

ان الاتجاهات الاجتماعية الشائعة لا تتولد عادة بين يوم وليلة ولكنها تتكون على مدى طويل من الزمن . ونجد احيانا انها تُقلد ويحتذى بها كما هي منعكسة في وسائل الاعلام كالافلام ، والكتب ، والمجلات ، والجرائد ، والقبل والقال ، والحكايات ، والاشاعات .. وكما ان هذه الاشاعات تنعكس من خلال الاعلام فنحن نستطيع ان نحولها ونعدلها او نقويها ونثبتها (حسب الحاجة) من خلال وسائل الاعلام . وان هذه النقطة بالذات هي التي سنشير اليها عندما نتكلم عن اقتراحنا للخطة المستقبلية في مجتمعنا .

سادسا - وضع الشيخوخة في البحرين :

تكشف الدراسات الاحصائية التي اجريت في البحرين الارقام التالية :

- نسبة المسنين في البحرين ٣٪ .
- عدد المسنين في المؤسسات ٤٢ .
- نسبة الاعاقة في المسنين ١١٪ .

يتضح لنا أن عدد المسنين من سكان البحرين قليل نسبيا ، ففي انجلترا مثلا ، نجد ان فئة المسنين هي الفئة التي تتزايد اكثر واسرع من أي فئة اخرى من السكان ، وان اكثر من ٥٠٪ من الاسرة في المستشفيات الحكومية يشغلها مسنون . ويقدر انه في سنة ٢٠٠٠ ميلادية سيكون هناك اكثر من ستة ملايين مسن عمرهم ٧٠ سنة فما فوق . ومن الواضح ان مجتمع البحرين لا يزال مجتمعا شابا ولكن لن تبقى الحال هكذا ابدا . فمع التقدم في العلوم الصحية فإن الكثير من المسنين الذين كان من الممكن ان تأتيهم المنية « لاسباب طبيعية » يستطيعون في يومنا هذا ان يبقوا على قيد الحياة مدة اطول بسبب العناية الطبية . ومع هذه الزيادة في « متوسط العمر المتوقع » من الممكن ان نرى التغير في مجتمعنا في المستقبل القريب .

ونحن محظوظون الآن اذ نستطيع ان نخطط تخطيطا سليما للمستقبل وانه كلما خططنا بدقة واهتمام نكون قد خدمنا انفسنا والمجتمع الذي سنعيش فيه في أيام شيخوختنا .

سابعا - الخطة المستقبلية :

١ - خطة تفادي مصادر المخاطر الطبيعية :

نستطيع أن نستنتج عبر دراستنا نوعين من الخطط للمسنين في المستقبل ، احدهما هو : الخطة التي تتبعها المؤسسات الحكومية في الوقت الحاضر وهي التي (كما ذكرنا سابقا) تعنى بتفادي مصادر المخاطر الطبيعية للمسنين .

وقد وجدنا من خلال المقابلة التي قمنا بها مع بعض المسؤولين عن دار التأهيل في البحرين

التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية ان الخطة المستقبلية عموما تدور حول النقاط التالية :

- 1 - تجنب بناء المؤسسات الضخمة للمسنين .
- ب - توفير اجنحة خاصة في المستشفيات للمسنين والمعاقين او للذين يحتاجون الى عناية خاصة .
- ج - اعتبار مراكز التأهيل كنقطة تحول بين المستشفى والبيت لمساعدة المسن ان يستعيد دافعيته ويتعلم الاعتماد على النفس .
- د - العناية بمكان سكن أو بيت المسن نفسه وفي بيئته الاصلية : مساعدة نهائية ووجبات على عجلات الخ .
- هـ - الاقتراح لتخطيط الاماكن السكنية للمستقبل على الطريقة العربية المألوفة .

و - ترتيب الزيارات للعائلة والاصدقاء من أجل التآلف والانخراط الاجتماعى ، وتخصيص غرفة في المراكز الصحية للاجتماعات وبنفس الوقت للاشراف من قبل المرضات .

وقد لاحظنا من خلال المناقشة مع المسؤولين ان كل نقطة من هذه الخطة قامت على اساس الخبرة والتفكير المجتهد ، وبنيت لتوافق مجتمعنا وقيمتنا وراثتنا ، غير ان هناك خطة او وسيلة اخرى يمكن اللجوء اليها واستغلالها . قد تساعد في تفادى المخاطر النفسية لرحلة الشيخوخة وتأتى بمنافع جمة للمجتمع ككل وخصوصا في المدى الطويل ، وهذه الوسيلة تعتمد على استغلال وسائل الاعلام المتوافرة عندنا .

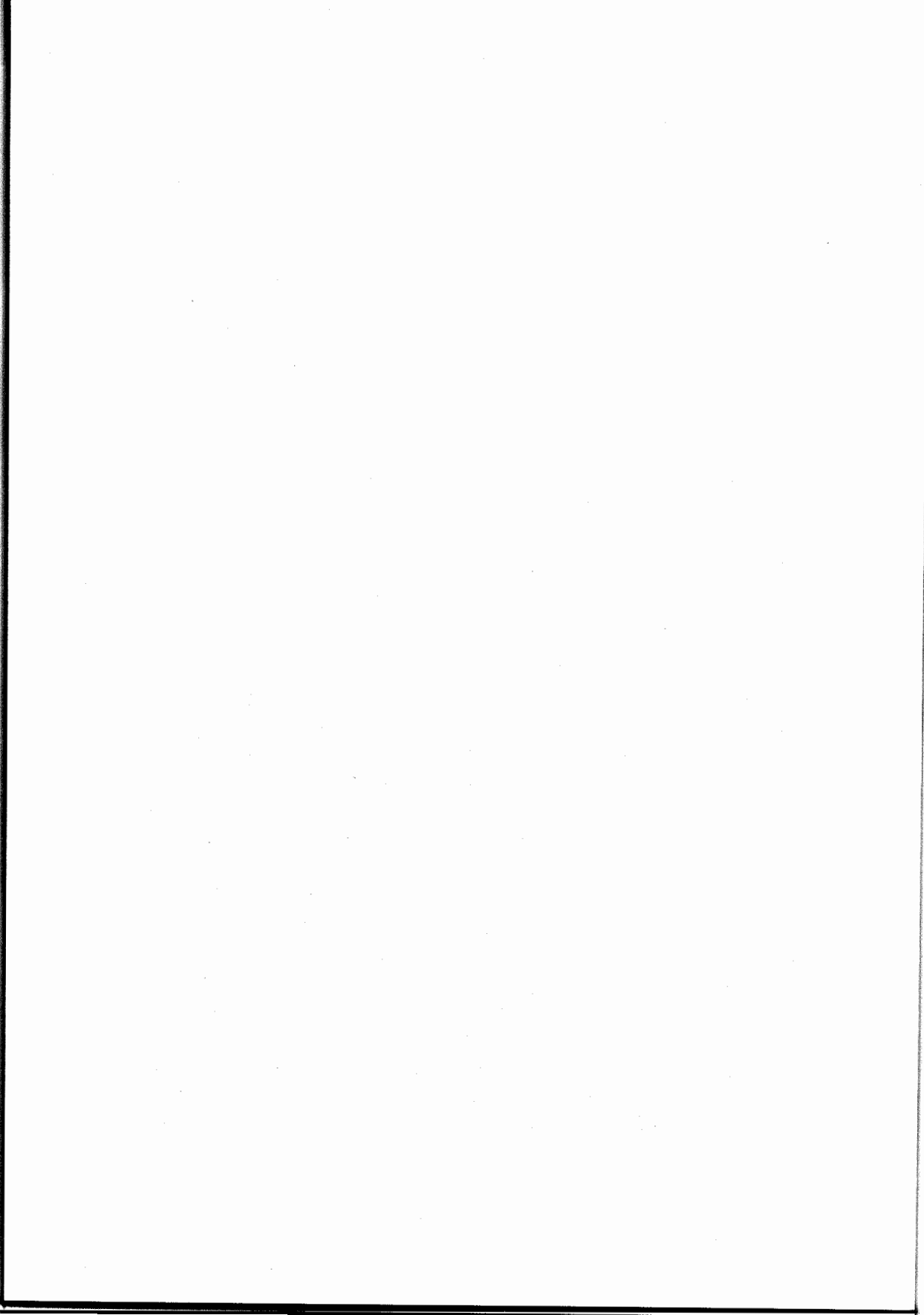
٢ - التوافق على المدى الطويل (دور وسائل الاعلام) :

ان الخطة الثانية ، كما اشرنا ، هي حملة اعلامية وثقافية موجهة ليس فقط للمسنين انفسهم ولكن للمجتمع كله ، ولكن هذه الحملة من أجل التثقيف عن مميزات فترة الشيخوخة والتطورات والتغيرات الجسمية والذهنية والاجتماعية والمخاطر الطبيعية والنفسية التى يجب تفاديها في هذه الفترة .

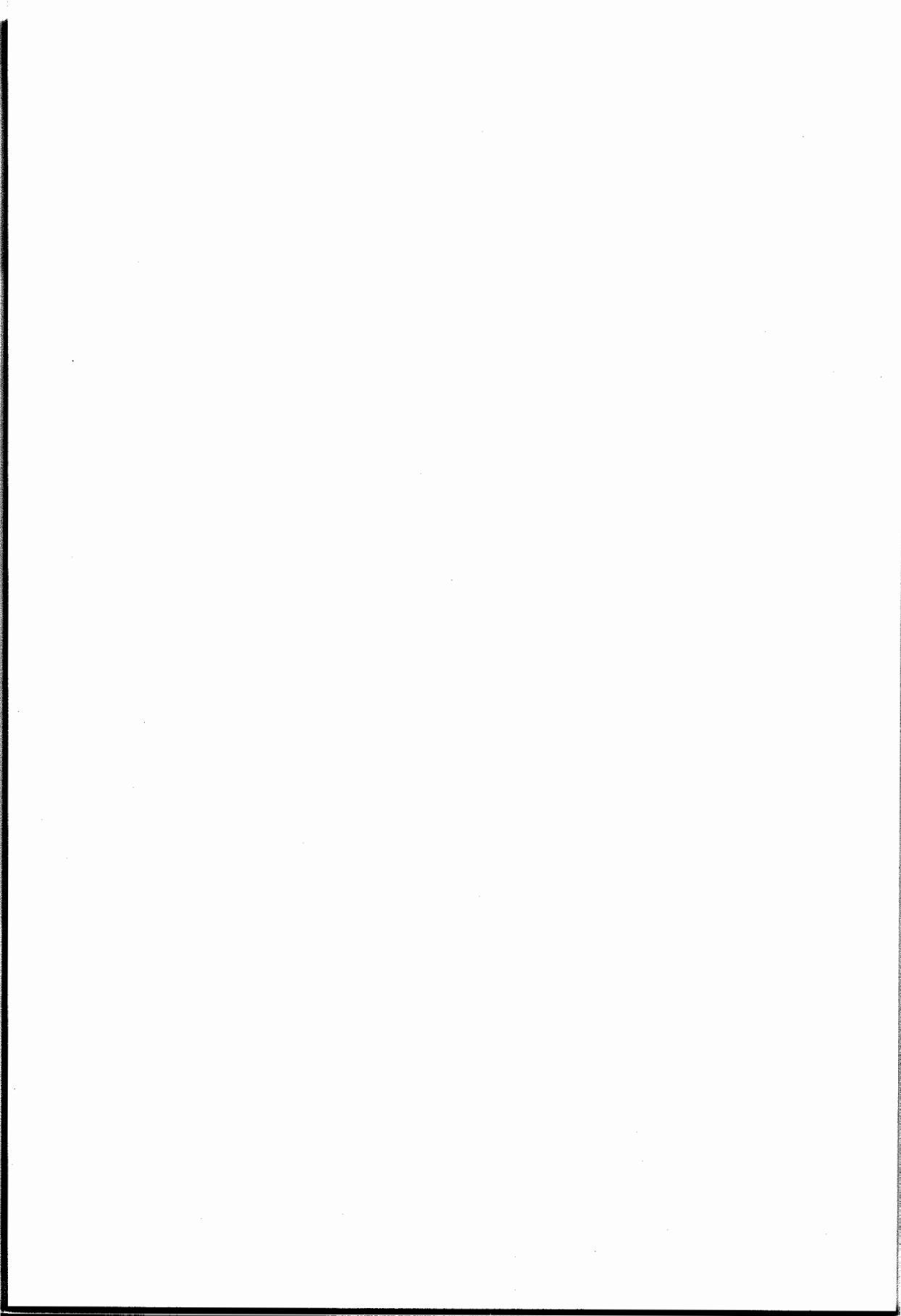
ويجب ان تهدف كذلك الى تعديل وتحويل الاتجاهات او تثبيتها حسب الحاجة كما ويجب الا تقدم هذه البرامج بأسلوب وثائقى فقط مما يؤدي الى عدم اهتمام وملل المشاهدين ، ولكن بطريقة ترفيهية وثقافية ومسلية في نفس الوقت .

ومما لا شك فيه ان المعرفة تنعكس في تفهم افضل مما يؤدي الى توافق افضل مع هذه المرحلة من الحياة ، اننا نرى مجتمعنا يعطى الكثير من الوقت الاعلامى من أجل تثقيف المرأة وتوعيتها في رعاية الاطفال . وسنجد انه من الضروري في المستقبل القريب العمل على توعية وتعليم المسنين في مجتمعنا وعائلاتهم حول سمات هذه المرحلة النهائية من الحياة وعن كيفية اجتيازها بطريقة انسانية ووقورة (يتضمن جدول رقم (٦) خطة تمهيدية مقترحة لحملة اعلامية عامة) .

لقد تمكنا في مجتمعنا هذا ان نستورد احدث التكنولوجيا الاعلامية ولا نجد ان هناك نقصا في الخبرة المعرفية عن استعمالها ، ولكن حان الوقت ان نستغل كل الوسائل التى عندنا بطاقتها القصوى من أجل منفعة كل فئة من فئات مجتمعنا ومن ضمنها فئة المسنين .



الجدول



جدول رقم (١)
التغيرات التطورية الجسمية / الفسيولوجية
لمرحلة الشيخوخة

| تعليق | التغيرات |
|----------------------------------|--|
| | تغيرات خارجية في الشكل : - منطقة الرأس : الجلد / التقاطيع / الرأس - منطقة الجذع - الأطراف |
| عموما أقل حدة | تغيرات في الوظائف الحسية : - الرؤية - السمع - الذوق - الشم - الحساسية للألم |
| عموما أبطأ وأقل دقة | تغيرات في الوظائف الحركية : - القوة - السرعة - تعلم مهارات جديدة - عدم اللياقة في الحركة |
| ضمور الخلايا | تغيرات داخلية : - الهيكل العظمي - الجهاز العصبي - الاحشاء |
| عموما غير نظامي وغير مستقر | تغيرات في الوظائف الفسيولوجية : - حرارة الجسم - سرعة النبض / استهلاك الاوكسجين - ضغط الدم - تغيرات في الهضم - الاعياء |

جدول رقم (٢)
التغيرات التطورية في المقدرة الذهنية لمرحلة الشيخوخة

| بعض الأسباب المحتملة | التفسير | العملية |
|---|---|------------------|
| الحذر والاحتباس | أبطأ أقل دقة | التعلم |
| الحذر والاحتباس | أبطأ | الاستنتاج |
| قلة الاهتمام | أقل سعة | الإبداع |
| قلة اليقظة والاهتمام | الحديثة ضعيفة | الذاكرة |
| قلة السمع | البعيدة أفضل | |
| قلة الدافعية | الاستدعاء — أضعف : ويتأثر أكثر من التعرف | |
| يعتمد على مدى كون الحالة المعيشية الحاضرة مرضية | استدعاء — ملحوظ أكثر | الذكريات |
| قلة الفهم ولكن التقدير أكثر | جوهريا : نفس الشيء الاتجاه الشائع : غير صحيح | الروح المرحة |
| | تدهور طفيف | المعجمية |
| | تعلم كلمات جديدة : نادر | |
| الإيمان بالقيم الأولية القرار مدروس | غير شامل الاتجاه الشائع : غير صحيح | التصلب الذهني |

جدول رقم (٣)
التغيرات التطورية الاجتماعية في الاهتمامات في مرحلة الشيخوخة

| التعليق | الاهتمامات |
|-----------------|---|
| | الاهتمامات الشخصية : |
| الذاتية الأنا | النفس |
| مبالغ فيه/ مهمل | الشكل الخارجي |
| مبالغ فيه/ مهمل | الهندام |
| اهتمام أكثر | المال |
| | الاهتمام في الدين : |
| أكثر | التسامح |
| عادي كالسابق | الإيمان |
| عادي كالسابق | الطقوس |
| | الاهتمام في الموت : |
| اهتمام أقل | موضوع الحياة بعد الموت |
| اهتمام أكثر | موضوع أسباب الموت |
| اهتمام أكثر | موضوع أفضل طريقة للموت |
| | الاهتمامات الاجتماعية : |
| أقل | الاحتكاك الاجتماعي |
| أقل | المشاركة الاجتماعية |
| أقل في النوعية | الأدوار الاجتماعية |
| أقل | النشاطات الجسمية |
| أكثر | النشاطات الذهنية |
| | النشاطات والاهتمامات الترفيهية في جدول رقم (٤). |

جدول رقم (٤)
النشاطات الترفيهية العامة التي يمضى فيها المسنون أوقاتهم *

| النشاط | نسبة الجماعة المثوية |
|---|----------------------|
| الاجتماع بالأصدقاء | ٪٤٥ |
| البستنة والعمل بالحديقة | ٪٣٨ |
| القراءة | ٪٣٥ |
| مشاهدة التلفزيون | ٪٣٢ |
| الجلوس والتفكير | ٪٣١ |
| رعاية أفراد الأسرة (أكبر أو أصغر). | ٪٢٨ |
| المشى ابتغاء النزهة | ٪٢٧ |
| الاشترك في النشاطات الترفيهية والهوايات | ٪٢٧ |
| النوم | ٪١٥ |
| عدم عمل أى شىء | ٪١٥ |
| اشترك في منظمات جماعية ونواد | ٪١٤ |
| العمل الدائم أو المؤقت | ٪١٠ |
| القيام بأعمال خيرية | ٪ ٨ |
| المشاركة في نشاطات سياسية | ٪ ٥ |
| المشاركة في نشاطات رياضية | ٪ ٥ |

* مأخوذ ومعدل من بقرلى (١٩٧٥) .

جدول رقم (٥)
العوامل المؤثرة على التقدم في السن

| التغيرات التطورية | | | العوامل |
|-----------------------|---------|---------|---|
| اجتماعية / الاهتمامات | الذهنية | الجسمية | |
| | √ | √ | المقومات الوراثية |
| √ | √ | √ | الصحة |
| √ | | | الخلفية الاقتصادية والمكانة الاجتماعية |
| √ | √ | | الخلفية الثقافية والممارسة الذهنية |
| √ | | | المكانة الزوجية |
| √ | | | المساكنة |
| √ | | | الحالة المعيشية |
| √ | √ | √ | الجنس |
| √ | | | القيم |

جدول رقم (٦)
مخطط تمهيدى لحملة اعلامية عامة عن الشيخوخة

| | |
|---|------------------------|
| <p>١ - المسنون في المرحلة المبكرة والمتقدمة. ٢ - الأشخاص المتعاملون مباشرة مع المسنين . ٣ - الجمهور عامة .</p> | <p>الجماعة المحددة</p> |
| <p>١ - على المدى القصير : برامج مكثفة . ٢ - على المدى الطويل : برامج متفرقة مع فاصل من الوقت.</p> | <p>امتداد الوقت</p> |
| <p>١ - المعلومات : عن مميزات مرحلة الشيخوخة والتغيرات التطورية ومصادر الخطر. ٢ - النظرة والاتجاه الاجتماعي : تقوية الاتجاه القائم أو تحويله (حسب الحاجة). ٣ - الوصف والشرح : المشاكل المباشرة والتوضيح «عمليا» كيف يمكن مواجهتها. ٤ - الأداء العملي : في تقديم الأسماء والأرقام الهاتفية للأشخاص الذين يمكن الاتصال بهم عند الحاجة.</p> | <p>الأهداف</p> |
| <p>١ - الوسائل الاعلامية : التلفزيون والاذاعة والجرائد والمنشورات ولوحات الاعلانات. ٢ - وسائل الاحتكاك المباشرة : المؤسسات : أ (المستشفيات . ب) مراكز التأهيل . جـ) المراكز الصحية . د) مؤسسات المسنين . ٣ - وسائل الاحتكاك غير المباشرة : أ (المدارس . ب) الكليات والجامعات .</p> | <p>الوسائل</p> |

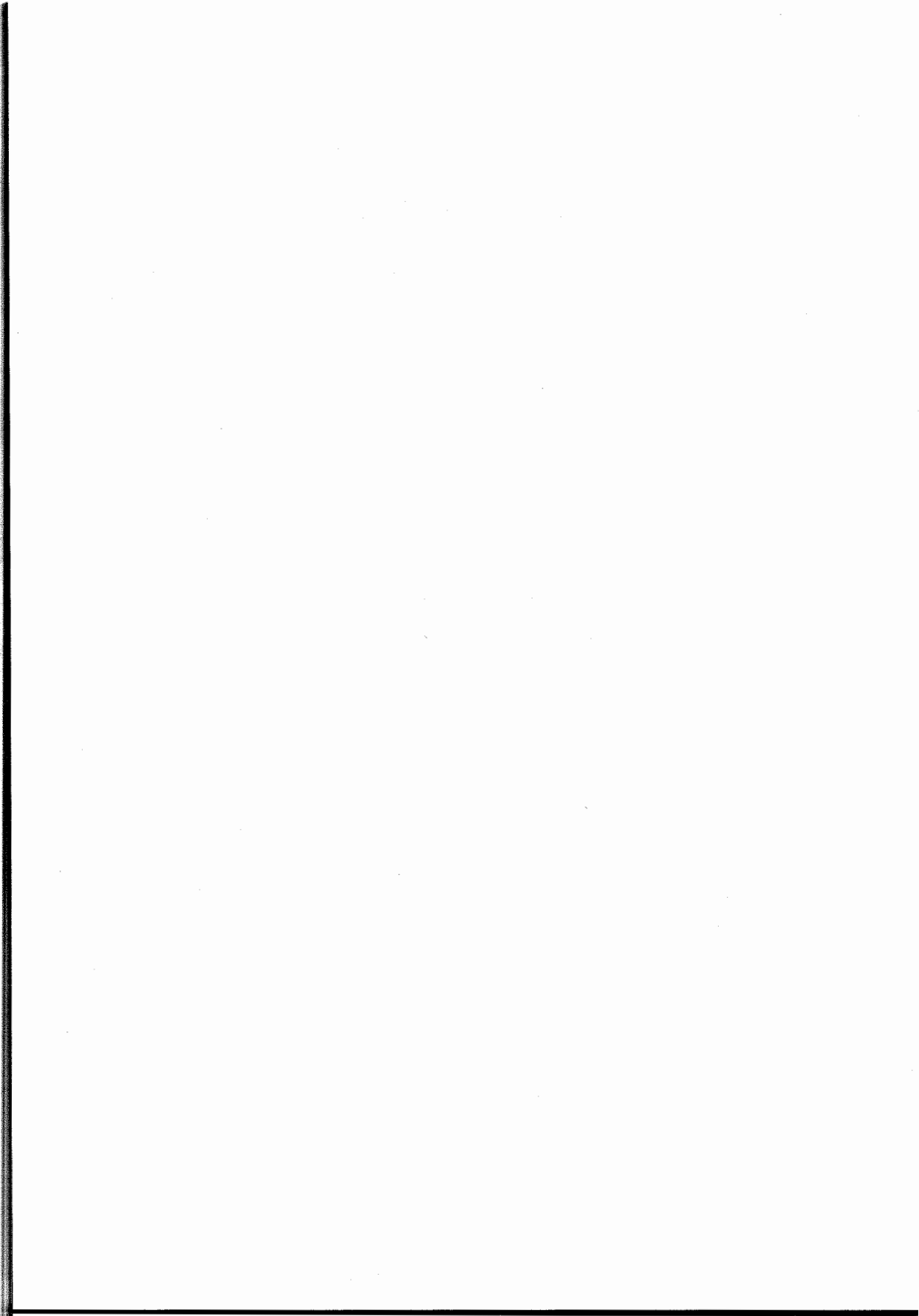
المراجع

1. Baltes, P.B., on the Plasticity of intelligence in adulthood and old age; Where Horn and donaldson Fail, American Psychologist. 1976, 31.
2. Bennot, R. & J. Ecknma, Attitudes toward aging; A critical examination of recent Literature and implications for future research. In C. Eisdorfer and M.P. Lawton (Eds). The psychology of Adult Development. Washington DC: APA 1973.
3. Beverly, E.V., The beginning of wisdom about aging Geriatrics 1975, 30 (7).
4. Blazer, D, & E. Palmore, Religion and aging in a longitudinal panel. Gerontologist, 1976. 16.
5. Bull, C.N. & J.B. Aucoin, Voluntary association participation and life Satisfaction : A replication note. Journal of Gerontology, 1976, 30.
6. Dean, M., Life goes on and on ... the Listener, 29 July 1982.
7. Goleman, D., we are breaking the silence about death. Psychology Today, 1976, 10 (4).
8. Grainck, S.M.H.Kleban, & A.D. Weiss., Relationships between hearing loss and cognition in normally hearing adult persons. Journal of Gerontology, 1976, 31.
9. Hall, E. & P. Cameron. Loving Death : Our Failing reverence for life. Psychology Today, 1976, 9 (11).
10. Hurlock, E.R. Developmental psychology: A life - span Approach. 5th Edition. Mcgraw Hill Company, 1980.
11. Kalish, R.A. & F.W. Knudston. Attachment versus disengagement; A life span conceptualization. Human Development 1976, 19.

12. Kent, S.A. look at Gerovital - the (youth) drug. *Geriatrics*, 1976, 31 (12).
 13. Kent, S. *Geriatrics*, 1976, 31 (2).
 14. Powe Prubaker, T.H. & E.A., The Stereotype of (old); A review and alternative approach. *Journal of Gerontology* 1976, 31.
-

**التشريع ورعاية المسنين
في دول مجلس التعاون الخليجي**

**الدكتورة بدرية عبدالله العوضي
عميدة كلية الحقوق سابقاً
جامعة الكويت**

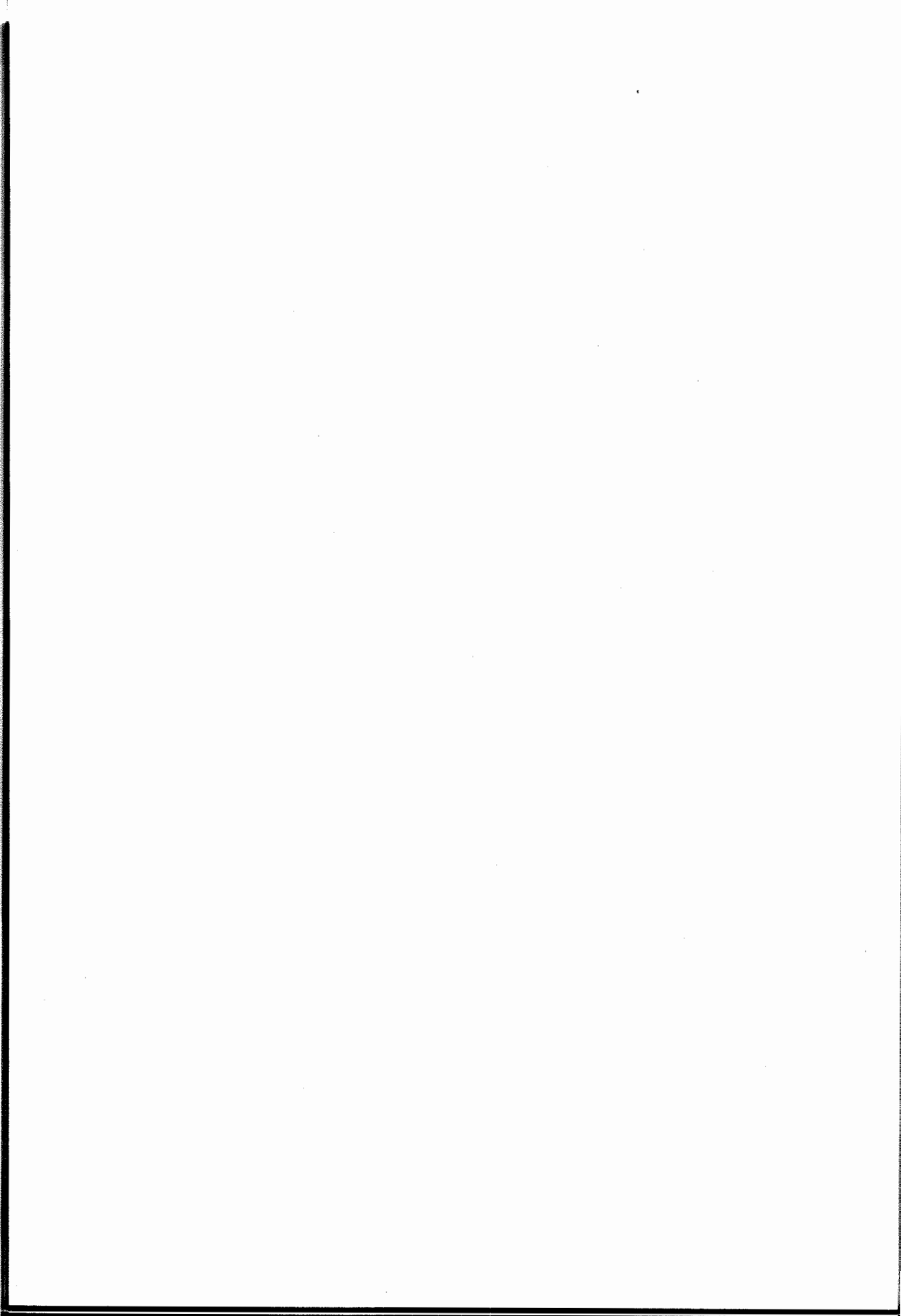


المحتويات

الصفحة

من - إلى

| | | |
|---------|-------|---|
| ٩٤ - ٩٣ | ..... | مقدمة |
| ٩٧ - ٩٤ | ..... | أولاً : الضمانات القانونية لرعاية المسنين في دساتير دول مجلس التعاون الخليجي |
| ٩٩ - ٩٧ | ..... | ثانياً : رعاية المسنين في القوانين الاجتماعية |
| ١٠٢-١٠٠ | ..... | ثالثاً : الشيخوخة والتأمين الاجتماعي |
| ١٠٣-١٠٢ | ..... | الخلاصة |



مقدمة

قررت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها الثالثة والثلاثين عقد جمعية عالمية للشيخوخة في عام ١٩٨٢ ، وبينت في قرارها رقم ٥٢/٣٣ عام ١٩٧٨م ان الهدف من الجمعية المذكورة هو عقد محفل للشروع في برنامج عمل دولي يستهدف تأمين الضمان الاقتصادي والاجتماعي لكبار السن ، واثاحة الفرصة لهم للاسهام في التنمية الوطنية .

وادراكا من المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية لأهمية السنة الدولية للمسنين ، فقد دعا الى عقد ندوة علمية تخصص لبحث مسألة رعاية المسنين ، وحدد لها ستة أهداف رئيسية ، تتلخص في التركيز على قضايا ومشاكل المسنين في المجتمع العربي الخليجي ، والوقوف على أهم ما استحدثت من مفاهيم واتجاهات بشأن المسنين ومتابعة التطورات التي حدثت في هذا المجال على المستوى الاقليمي والدولي ، ثم الخروج ببعض التوصيات العلمية لتعزيز العمل العربي الخليجي في مجال خدمة ورعاية المسنين بصفة خاصة .

ولوضع الأهداف السابقة موضع التنفيذ بشكل شامل قسمت مواضيع الندوة الى عدة مجالات ذات علاقة وثيقة ببعضها سواء من الناحية الاجتماعية ، أو التربوية ، أو النفسية ، أو الصحية والتشريعية .

وحيث ان التشريع يضع الاطار العام لتنظيم الجوانب الاجتماعية والتربوية والصحية في مجال خدمة ورعاية المسنين فانه يصبح من الضروري القاء الضوء على دور التشريع في رعاية المسنين في منطقة الخليج من خلال دساتيرها التي تحتوي على المبادئ العامة في هذا المجال والقوانين الاجتماعية التي استطاعت الى حد ما توفير بعض الضمانات الاساسية لرعاية المسنين واهمها قوانين التأمينات الاجتماعية وقانون المساعدات العامة وقانون العمل او الخدمة العامة وغيرها من القوانين الأخرى التي تساهم في توفير الرعاية الخاصة في وقت الازمات والكوارث العامة والخاصة او تلك التي تساهم في تحسين المستوى الثقافي والتعليمي للمسنين مثل قوانين محو الامية وتعليم الكبار .

والهدف الرئيسي من سن القوانين الاجتماعية في دول الخليج هو توفير الضمانات القانونية لمواجهة آثار تشيخ السكان ولضمان الأمن الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن وتمكينهم من العيش والمشاركة في الحياة العامة وفقا لقدراتهم الخاصة ومن الحصول على الخدمات وفقا لاحتياجاتهم على اساس مبدأ المساواة في الحقوق بين المواطنين .

هذا ما اكدته ديباجة خطة العمل الدولية بشأن الشيخوخة انطلاقا من القاعدة الاساسية

وهي أن شباب اليوم هو شيوخ الغد وأن تحسين حياة كبار السن يعنى أيضا النهوض بحياة من هم أصغر سناً (١) .

وتجدر الإشارة الى أن كثيرا من المشكلات والحاجات يشترك فيها الاشخاص المتقدمون في السن مع جميع افراد السكان ، الا ان هناك بعض القضايا التي تعكس خصائصهم واحتياجاتهم المحددة (٢) - تلك هي القضايا التي ستكون محل اهتمامنا في هذه الدراسة - وذلك من أجل صياغة برامج للعمل على المستوى الاقليمي في اطار خطط ومشاريع مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بالدول العربية الخليجية ، أخذين في الاعتبار ان صياغة وتنفيذ السياسات المعنية بالشيخوخة يعد حقا سياديا لكل دولة ، تمارسه على اساس اهدافها واحتياجاتها الوطنية المحددة ، الا انه من الضروري ايجاد سبل ووسائل للتعاون على المستوى الاقليمي في مجال توفير الضمانات القانونية لكبار السن في دول الخليج الذين يعدون مورداً وطنياً قيماً وجديراً بالاحترام ، الامر الذي يستلزم الانتفاع بالمعرفة والتراث والطاقت المتاحة لديهم من أجل تحسين نوعية الحياة للمجتمع ككل وذلك من خلال المحافظة على الاسرة وتعزيزها .

لذلك فإن المهمة الرئيسية للتشريع في رعاية المسنين تكمن في ضمان الأمن الاجتماعي والاقتصادي بالإضافة الى اتاحة الفرصة لهذه الفئة في تنمية المجتمع . ولمعرفة مدى مساهمة التشريع في دول الخليج في توفير الضمانات السابقة الذكر لكبار السن لا بد من تحليل الوضع القانوني لكبار السن من خلال الوسائل القانونية التالية :

اولا : الدساتير الوضعية .

ثانيا : القوانين الاجتماعية .

اولا - الضمانات القانونية لرعاية المسنين في دساتير دول مجلس التعاون الخليجي :

ان الوضع القانوني لكبار السن كان يحظى الى وقت قريب بالاحترام والتقدير في المجال العائلي او الأسرى والمجتمع استنادا الى مبادئ الشريعة الاسلامية والتقاليد والعادات العربية

(١) حددت الوثيقة رقم A/AC.208/11/Rev خطة العمل الدولية بشأن الشيخوخة - الاهداف الاساسية للخطة في تأكيد مبادئ واهداف ميثاق الأمم المتحدة ، والاعلان العالمي لحقوق الانسان والعهود الدولية بشأن حقوق الانسان ، والاعلان بشأن التقدم الاجتماعي والتنمية ، والنظام الاقتصادي الدولي الجديد ، والاستراتيجية الانمائية الدولية لعقد الأمم المتحدة الانمائي الثالث ومقررات الأمم المتحدة بشأن اعلان عقد الثمانينات عقدا ثالثا لنزع السلاح .
وبهذا فإنه يتبين ضرورة دراسة الخطة في اطار الاستراتيجيات والخطة الدولية . نظرا لاتصالها مباشرة بأهداف هذه الخطة وتنفيذها .

(٢) وفقا لتقديرات الأمم المتحدة بأن هناك على وجه التقريب في عام ١٩٥٠م ، ٢٠٠ مليون شخص يبلغ عمرهم ٦٠ سنة فما فوق في جميع انحاء العالم ، وبحلول عام ١٩٧٥م ازداد هذا الرقم الى ٣٥٠ مليوناً ، وتشير توقعات الأمم المتحدة لعام ٢٠٠٠م الى ان العدد سوف يزداد الى ٥٩٠ مليوناً ، وتجدر الإشارة انه في عام ١٩٧٥م كان اكثر من النصف بقليل (٥٢٪) من كافة البالغين سن الستين فاكثروا يسكنون البلدان النامية . ونظرا لاختلاف النمو فمن المتوقع ان يعيش بحلول عام ٢٠٠٠م ما يربو على ٦٠٪ من شيوخ العالم كله في البلدان النامية ، مما يدل على توقع حدوث زيادة حادة في نسبة السكان ممن يزيد سنهم عن ستين عاما خلال العقود القليلة القادمة في مختلف مناطق العالم لمعرفة الزيادة المتوقعة في كل منطقة من مناطق العالم ، راجع المرجع السابق A/AC.208/11/Rev .

التي تشكل الاساس القانونى العرفى في مجال رعاية المسنين (٣) لأن كبر السن يعد رمزا للخبرة والعمود الفقري للمجتمع ، مما يلقي على صغار السن والابناء المسئولية الادبية والقانونية في مواجهة اقربائهم من كبار السن ، لأن الاسلام وهو الدين الرسمى لسكان الخليج يمنح الابوين منزلة كبيرة ويفرض على الابناء واجبات محددة تنسجم وطبيعة دور الابوين في بناء الفرد والمجتمع ، ويعكس احترام كبار السن والعناية بهم التفاعل الاساسى بين دوافع الحفاظ على التراث والحفاظ على المجتمع ، وهو شرط لبقاء الجنس البشرى .

ويؤكد ذلك حديث النبى عليه السلام عندما سئل اى الاعمال أحب الى الله . قال : الصلاة وقتها ، فسئل ثم اى ، قال عليه السلام : بر الوالدين .

وانطلاقا من القاعدة السابقة فإن مخالفة هذا الأمر يعتبر حراما لأن ذلك يعنى خلاف ما امر به الله في كتابه الكريم بقوله « وبالوالدين احسانا » . ومن ثم فإن الخروج على طاعة الابوين يعتبر من الكبائر كما جاء في حديث الرسول عليه السلام ، الا انبتكم بأكبر الكبائر : قيل بلى يا رسول الله قال : الاشراك بالله وعقوق الوالدين .

وقد اعتبر الرسول عليه السلام البر بالوالدين والاقربين من الاعمال الصالحة التي يمكن للانسان ان يكفر عن الكبائر التي ارتكبها ، روى الامام احمد الترمذى من حديث ابن عمر « ان رجلا أتى النبى عليه السلام فقال يا رسول الله انى اصبت ذنبا عظيما فهل لى من توبه ؟ قال : فهل لك ام ؟ قال : لا ، قال : فهل لك من خالة ؟ قال : نعم ، قال : فبرها » (٤) .

هذه القيم والمبادئ الاسلامية التي تضع الاطار القانوني لرعاية المسنين في دول الخليج العربى تأثرت رغم تدوينها في التشريعات الوضعية التي تنظم سبل الحماية القانونية لرعاية كبار السن بسبب التطور العمرانى والوفرة المادية ومتطلبات الحياة العصرية ، مما ترك آثاره السلبية على العلاقات الأسرية والقيم الاجتماعية (٥) .

هذا الوضع الجديد على مجتمعات دول الخليج جعل من التشريع الأداة الرئيسية لضمان

(٣) هذا ما اكده ديباچه تقرير دولة الكويت لرعاية المسنين الصادر عن اللجنة الوطنية الكويتية الدولية للمسنين/ يولية ١٩٨٢ .

(٤) مزيد من الاحاديث النبوية وفيه الامر بفعل الحسنه عقب السيئة والتخلق بالاخلاق الكريمة ، انظر ، جامع العلوم والحكم في شرح خمسين حديثا من جوامع الكلم ، زين الدين ابن الفرج عبدالرحمن بن شهاب الدين لحافظ ابن رجب الحنبلي من علماء القرن الثامن الهجرى ، ص ١٣٦ .

(٥) هذا ما اكده تقرير اللجنة الوطنية الكويتية للسنة الدولية للمسنين عندما ذكرت ان ٤٥.٢٪ من حالات الالتحاق بمؤسسة دار رعاية المسنين التي انشئت عام ١٩٥٠/ الكويتية ، لا ترجع الى انخفاض في الدخل او امراض الشيخوخة ، وانما تاتي بالدرجة الاولى الى التصدع الاسرى .

الامن الاجتماعى والاقتصادى لكبار السن فى ضوء الزيادة المتوقعة فى عددهم كما جاء فى الدراسة التى اعدتها الجهات المختصة فى الامم المتحدة^(٦) .

ونذكر فى هذا الصدد المادة الحادية عشرة من الدستور الكويتى الذى يضع الاطار القانونى لرعاية المسنين التى تقضى بأن : « تكفل الدولة المعونة للمواطنين فى حالة الشيخوخة او المرض او العجز عن العمل ، كما توفر لهم خدمات التأمين الاجتماعى والمعونة الاجتماعية والرعاية الصحية » .

ويشكل هذا النص الدستورى لدولة الكويت حجر الاساس لسد الثغرات والفراغ القانونى فى مجالات توفير الحماية القانونية بشأن رعاية كبار السن من الكويتيين الذين بلغوا سن الشيخوخة كما سنرى عند بحث التشريعات الاجتماعية .

كذلك اكدت الفقرة (ب) من المادة الخامسة من الدستور البحريني الصادر عام ١٩٧٢م مسئولية الدولة فى رعاية المسنين بشكل عام عندما نصت على أن : « تكفل الدولة تحقيق الضمان الاجتماعى اللازم للمواطنين فى حالة الشيخوخة او المرض او العجز عن العمل او اليتيم او الترملة او البطالة ، كما تؤمن لهم خدمات التأمين الاجتماعى والرعاية الصحية ، وتعمل على وقايتهم من براثن الجهل والخوف والفاقة » .

وتناول الدستور المؤقت لدولة الامارات العربية المتحدة الصادر عام ١٩٧١م هذه المسألة بشكل عام ، ولم ينص على ان رعاية هذه الفئة تدخل فى اختصاصات الدولة مباشرة كما هو الحال فى الدستورين الكويتى والبحرينى وانما اعتبر ذلك من مسئولية المجتمع ككل عندما نصت المادة السادسة عشرة على أن : « يشمل المجتمع برعايته الطفولة والامومة ويحمى القعد وغيرهم من الاشخاص العاجزين عن رعاية انفسهم بسبب من الاسباب ، كالمرض او العجز او الشيخوخة او البطالة الاجبارية ، ويتولى مساعدتهم وتأهيلهم لصالح المجتمع ، وتنظم قوانين المساعدات والتأمينات الاجتماعية هذه الامور »^(٧) .

ومن جانب آخر نصت الفقرة (ز) من المادة السابعة من النظام الاساسى المؤقت المعدل لدولة قطر على التزام الدولة برعاية المسنين بصورة عامة ضمن النظام الاجتماعى الذى توفره الدولة لجميع المواطنين فى حالات الحاجة لاسباب مختلفة دون تخصيصها لفئة كبار السن عندما نصت على أن : « تضع الدولة نظاما للضمان الاجتماعى يكفل المعونة للمواطنين فى حالات الشيخوخة والمرض والكوارث وغيرها من الحالات المسببة للعجز » .

والاتجاه العام كما يستدل من النصوص الدستورية المدونة فى اغلب دساتير الخليج فى

(٦) يشكل كبار السن فى الكويت حوالى ٦٪ من اجمالى السكان حيث يقدر عددهم بحوالى ٢٠ الف مواطن - حسب تعداد سنة ١٩٨٠ ، ونقصد باصطلاح المسنين كل شخص تجاوز سن الستين كما جاء فى تقرير اللجنة الوطنية للسنة الدولية للمسنين ، يوليى ١٩٨٢ ، وبموجب تعداد عام ١٩٧٥ فإن عدد الكويتيين العاملين بدولة الكويت عام ١٩٨١ ممن تجاوزوا ٦٠ سنة فأكثر حوالى ٣٦٥٢ من الذكور وحوالى ٨٢ من الاناث من نفس فئات العمر وبالتالى فإن المجموع الكلى للعاملين من فئات العمر السابقة يبلغ فى الكويت عام ١٩٨١ حوالى ٢٧٢٥ فقط .

(٧) حسب المعلومات المتوفرة لدينا لم تصدر دولة الامارات العربية المتحدة حتى الآن قانون التأمينات الاجتماعية .

معالجة الشيخوخة لا يزال ينظر اليه ضمن الحالات المؤقتة او الطارئة التي تحتاج الى رعاية خاصة ، دون اعتبارها مرحلة من المراحل الطبيعية التي تواجه المجتمع الخليجي بشكل مستمر ودائم مما يستلزم اعطاها الاهمية اللازمة عند وضع برامج التنمية الاجتماعية والاقتصادية (٨) .

كما يتجلى في المادة ٦٥ من دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية لعام ١٩٧٦م عندما نصت على ان : « الاسرة هي الخلية الاساسية للمجتمع ، وتحظى بحماية الدولة والمجتمع ، تحمي الدولة الامومة ، والطفولة ، والشبيبة ، والشيخوخة بواسطة سياسة ومؤسسات ملائمة » .

ولتفادي النقص في حماية كبار السن بموجب النصوص الدستورية في اغلب دول الخليج قامت بعض الدول باصدار تشريعات اجتماعية لتوفير الضمانات القانونية للمسنين كما سنرى .

ثانيا - رعاية المسنين في القوانين الاجتماعية :

لتقوية عرى التكاتف والتكافل بين المواطنين واستنادا الى التزام الدولة برعاية فئة من المواطنين في حاجة الى رعاية خاصة لاسباب عديدة اصدرت معظم دول الخليج تشريعات اجتماعية لتوفير الضمانات القانونية لحقوق هذه الفئات ، وتشترك معظم التشريعات الوطنية الاجتماعية في ادماج الشيخوخة او كبار السن مع الفئات الاخرى مثل : العاجزون ماديا ، المرضى ، ذوو العاهات والارامل ، انطلاقا من النظرة الانسانية الى كبار السن باعتبار التشيخ نوعا من المرض ، وتفادت دول الخليج في تشريعاتها الوطنية مجال رعاية الشيخوخة رغم الاطار العام السابق . فالكويت حاولت من خلال قانون المساعدات العامة لعام ١٩٧٨م المعدل عام ١٩٧٩م ، تحديد كيفية استحقاق وتقدير وربط المساعدات العامة لمن بلغ سن الشيخوخة بشكل عام دون ابرام نص خاص في القانون يتناول وضع كبار السن (٩) . وبذلك يكون المشرع قد اتبع النمط العام المنصوص عليه في الدستور ، وذكرت المذكرة التفسيرية للقانون بأن المشرع الكويتي قد استرشد عند وضع هذا القانون بأحكام الدستور الكويتي ومصادر اخرى ، مثل الدين الاسلامي الحنيف وما يحض عليه من تعاطف وتأزر وتكافل اجتماعي ، كذلك التقاليد التي ارسى

(٨) هذه العمومية في علاج مشكلة الشيخوخة نجدها في اغلب دساتير الدول العربية نذكر منها ما نصت عليه الفقرة الاولى من المادة ٤٦ من الدستور الدائم للجمهورية العربية السورية لعام ١٩٧٠م على ان : « تكفل الدولة كل مواطن واسرته في حالات الطوارئ والمرض والعجز واليتم والشيخوخة » ، ويتضمن الدستور الدائم لجمهورية السودان الديمقراطية لعام ١٩٧٣م نصا مماثلا للنصوص السابقة عندما نصت المادة ٢٤ على ان : « تقوم الدولة بوضع نظام للضمان الاجتماعي في حالات الكوارث والمرض واليتم والشيخوخة والبطالة وغيرها من حالات العجز ، كذلك نصت المادة ٣٥ من الدستور الدائم للجمهورية العربية اليمنية لعام ١٩٧٠م على ان : « تكفل الدولة وفقا للقانون دعم الاسرة وحماية الامومة ورعاية الطفولة والعجز والشيخوخة » .

(٩) صدر اول قانون للمساعدات العامة عام ١٩٦٢م بعد استقلال الكويت مباشرة وعدل عدة مرات عام ١٩٦٨م ، ١٩٧٨م وأخيرا عام ١٩٧٩م . وادخلت المادة الخامسة من القانون عام ١٩٦٨م حالة الشيخوخة في الفئات التي تستحق المساعدة اذا توافرت شروط معينة في الشخص مثل تجاوز الستين من العمر ، ولا عائل له او ليس له دخل يكفي ، وحيث ان عبارة الشيخوخة قد جاءت بدون تخصيص فانه يسرى على الذكور والاناث متى تجاوزوا الستين من العمر .

دعائها المجتمع الكويتي في التكافل الاجتماعي بين الافراد والاسرة . واخيرا المباديء المعلنة في المواد ٢٢ ، ٢٥ ، من الاعلان العالمي لحقوق الانسان لعام ١٩٤٨م^(١٠) .

وبالاطلاع على المادة الاولى من المرسوم في شأن استحقاق وتقدير وربط المساعدات العامة عام ١٩٧٨م نجد ان المشرع اشترط لاستحقاق كبار السن للمساعدات العامة ضرورة تجاوز سن الستين ولا عائل له في حين ان قانون المساعدات العامة لعام ١٩٦٨م أدخل كبار السن في عداد الفئات المستحقة للمساعدات العامة حتى وان كان لديه دخل وانما لا يكفي لسد احتياجاته المعيشية ، وفي اعتقادنا ان النص القديم يوفر ضماناً أكبر لكبار السن في ظل ارتفاع المعيشة في معظم دول الخليج . وزيادة على ذلك فإن الهدف الاساسي من اصدار هذا القانون كما يتضح من المذكرة التفسيرية توفير بعض الضمانات لفئات معينة تستحق المساعدات لاسباب انسانية من وجهة نظر المشرع وفي ضوء حاجة الاسر للمساعدة وليس لحماية كبار السن بسبب الشيخوخة .

هذا الاسلوب في توفير الرعاية للمسنين اخذ به المشرع في دولة الامارات العربية المتحدة كما ظهر في القانون الاتحادي في شأن الاعانات الاجتماعية لعام ١٩٧٢م ، عندما ادرجت المادة الثالثة من القانون الشيخ الذي تجاوز عمره ستين سنة ميلادية ضمن الفئات التي تستحق الاعانات الاجتماعية ، ويشترط ألا يكون لطالب الاعانة مصدر رزق معقول أو عائل مقتدر^(١١) . وبهذه الاجراءات فان القانون الحالي لا يوفر الضمانة القانونية لكبار السن لادراجهم ضمن الفئات التي تستحق الاعانات الاجتماعية مثل الارملة ، المطلقة ، اليتيم ، والعاجز او ذو العاهة المقعدة ، لان الشيخوخة ليست مرضاً أو عجزاً أو حالة من الحالات المذكورة في القانون . وهذا ما يضع على المشرع تغيير الاسلوب المتبع في معالجة اوضاع كبار السن التي لم تعد تتفق مع التطور الذي استجد في منطقة الخليج العربي بعد اكتشاف النفط وما ترتب عليه من تغيير البيئة الاجتماعية في أغلب هذه الدول .

ومن جانب آخر أصدرت دولة قطر في عام ١٩٦٣م^(١٢) قانونا يشابه الى حد كبير قانون المساعدات العامة المعمول به في دولة الكويت بشأن تقديم المساعدات المالية لفئات معينة من

(١٠) تؤكد المادة الخامسة والعشرين من الاعلان العالمي لحقوق الانسان حق كبار السن في الحصول على الضمانة الاجتماعية عندما قررت الفقرة الاولى من هذه المادة على ان : « لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرعاية له ولاسرتة ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة ، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن ارادته » . وتعتبر هذه المادة وغيرها من مواد الاعلان العالمي لحقوق الانسان والمواثيق الدولية الاخرى الاساس القانوني لاجلغلب التشريعات الوطنية في مجال توفير الرعاية الاجتماعية والصحية وغيرها للانسان .

(١١) انظر المادة السادسة من قانون الاعانات الاجتماعية ، حددت المادة الخامسة من القانون ذاته مقدار الاعانة للفرد بخمسة عشر دينارا مرتباً شهريا . في حين تركت الفقرة الاولى من المادة السادسة لرئيس العمل والشؤون الاجتماعية في ابوظبي الصلاحية لتحديد الحد الاعلى للاعانات لاي شخص بموجب قانون الاعانات الاجتماعية الصادر في عام ١٩٦٩م .

(١٢) راجع القانون رقم ٩ لسنة ١٩٦٣ بتنظيم الضمان الاجتماعي ، الموسوعة المقارنة للقوانين والتشريعات والانظمة لدولة الكويت ، البحرين ، قطر ، الامارات العربية المتحدة ، المملكة العربية السعودية ، اعداد الحاميين ، احمد سعيد خالق ومحمود حامد النقيب ، ص ٢٢٧ .

المجتمع في حاجة الى مساعدة مادية . وبموجب المادة الثالثة من قانون الضمان الاجتماعي القطري يمكن لكبار السن الحصول على معاش في حالة بلوغهم سن الشيخوخة . وبموجب المادة ١٢ من القانون . فإن المقصود بالشيخوخة كل رجل يثبت بوثيقة رسمية انه قد بلغ سن ٦٠ سنة . وبذلك فان المرأة القطرية التي بلغت الستين لا يمكنها الاستفادة من معاش الشيخوخة كما جاء بهذا القانون ، وانما يمكنها طلب معاش الارامل او معاش المطلقات في حالة عدم وجود عائل لها^(١٣) . وتؤكد المادة السادسة عشرة من قانون الضمان الاجتماعي القطري الاتجاه السائد في اغلب دول الخليج من حيث ربط الشيخوخة بالعجز الكلي عند تحديدها لمقدار المعاش المقرر لكبار السن . عندما نصت المادة السابقة على أن :

« المعاش الكامل في حالتي العجز الكلي والشيخوخة لصاحب المعاش وزوجته او زوجاته هو ١٠٠ روبية شهريا فإن لم يكن له زوجة خفض المعاش الى ٥٠ روبية شهريا .. » .

ويستدل من المواد الاخرى للقانون والتي شملت فئات اخرى الى جانب كبار السن الهدف الانساني من تقديم المساعدات العامة دون الاخذ بالنظرية الحديثة بشأن معاملة كبار السن وما يستوجب ذلك من رعاية خاصة بصفتهم فئة من المجتمع بإمكانها المساهمة في عملية التنمية الوطنية . وبناء على ما سبق فإن الاحكام المتعلقة بالشيخوخة في كل من التشريعات الوطنية لدولة الكويت ودولة الامارات العربية المتحدة وقطر كما جاءت في قوانين المساعدات العامة او الاعانات الاجتماعية او الضمان الاجتماعي لاتزال دون المطلوب في معالجة المشاكل التي تواجه كبار السن في مرحلة الشيخوخة حيث ان المساعدات الاجتماعية في اطار هذه القوانين تلعب دورا ثانويا ومؤقتا . لذلك اصدرت بعض دول الخليج نذكر منها دولة الكويت ، والبحرين ، والمملكة العربية السعودية تشريعات ذات اهداف اجتماعية وتوفر ضمانات قانونية اكبر في حالة الشيخوخة ، مثال ذلك قانون التأمينات الاجتماعية لدولة الكويت عام ١٩٧٦م^(١٤) ، وقانون التأمينات الاجتماعية لدولة البحرين^(١٥) ، ونظام التأمينات الاجتماعية في المملكة العربية السعودية عام ١٩٧٠م^(١٦) .

ونحاول بقدر المستطاع بيان مدى نجاح هذه القوانين في توفير الامن الاجتماعي والاقتصادي في هذه الدول . حيث ان هذه القوانين الاجتماعية تشكل في هذه الدول النظام القانوني الواجب التطبيق في مجال رعاية المسنين في منطقة الخليج العربي .

(١٣) انظر المادة ١١ من القانون .

(١٤) راجع القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٧٦م بشأن قانون التأمينات الاجتماعية المعدل بالقانون رقم ١٢٦ لعام ١٩٧٧م .

(١٥) راجع المرسوم بقانون رقم ٢٤ لسنة ١٩٧٦م باصدار قانون التأمين الاجتماعي .

(١٦) اصدرت المملكة العربية السعودية نظام التأمينات الاجتماعية عام ١٣٨٩هـ الموافق ١٩٧٠م ، ونشر في الجريدة الرسمية ام القرى رقم ٢٢٩٩ بتاريخ ١٩/٩/١٣٨٩هـ .

ثالثا - الشيخوخة والتأمين الاجتماعي :

عرفت منظمة العمل الدولية عام ١٩٥٢م الضمان الاجتماعي بأنه « الضمان الذي يعطيه المجتمع بواسطة التنظيم الجيد من بعض المخاطر التي يتعرض لها افراد هذا المجتمع ، وهذه المخاطر هي طوارئ هامة لا يمكن للفرد بما يملك من وسائل قليلة ان يرفعها عنه او يتنبأ بها حتى وان شارك زملاؤه في ذلك .. (١٧) .

ولقد تبنى المشرع الكويتي فكرة شمولية الضمان الاجتماعي كما جاء في تعريف منظمة العمل الدولية عند اصداره لقانون التأمينات الاجتماعية عام ١٩٧٦م ، سواء من حيث نطاق تطبيقها او الاخطار التي شملها بحمايته وتبرز اهمية هذا القانون بالنسبة لرعاية المسنين في كونه القانون الواجب التطبيق لتأمين الشيخوخة والعجز والمرض والوفاة(١٨) .

وبموجب الباب الثالث من القانون تم انشاء صندوق التأمين للشيخوخة والعجز والمرض والوفاة للعاملين في القطاع الحكومي الاهل والنفطي(١٩) واعتبارا من مارس ١٩٨١م ، امتد نظام تأمين الشيخوخة ليشمل كل من يزاول نشاطا من غير العاملين لدى الغير مثل : التجار والمستغلون بالمهن الحرة وأصحاب الحرف واعضاء المجالس النيابية والبلدية وغيرهم .

وقررت المادة ١٩ في شأن استحقاق معاش الشيخوخة والعجز والمرض والوفاة على أن : « يستحق معاش التقاعد شهريا بواقع ٦٥٪ من آخر مرتب شهري عن مدة الاشتراك المحسوبة في هذا التأمين التي تبلغ خمس عشرة سنة ، يزداد بواقع ٢٪ عن كل سنة تزيد على ذلك بحد أقصى ٩٥٪ من هذا المرتب(٢٠) .

ومن جانب آخر نصت المادة الاولى من قانون التأمين الاجتماعي لدولة البحرين لعام ١٩٧٦م على التأمين ضد الشيخوخة والعجز والوفاة(٢١) .

(١٧) تبنى مؤتمر العمل الدولى عام ١٩٥٢م اتفاقية الحد الأدنى لمستويات الضمان الاجتماعى والمعروفة باسم الاتفاقية رقم (١٠٢) وتقوم هذه الاتفاقية على مبدا نظام عام للضمان الاجتماعى يشمل جميع السكان ويشمل جميع التعويضات والحالات الطارئة كالرعاية الطبية والشيخوخة وتعويض اصابات العمل والعلاوات العائلية والولادة والعجز وتعويض الورثة ، وقد دخلت هذه الاتفاقية موضع التنفيذ عام ١٩٥٥م . لم تصدق اغلب دول الخليج على هذه الاتفاقية رغم انضمامها الى منظمة العمل الدولية .

(١٨) بموجب المادة الرابعة من قانون اصدار قانون التأمينات الاجتماعية فقد اوقف العمل بأحكام القوانين والمراسيم المتعلقة بتأمين الشيخوخة والعجز والمرض والوفاة الصادرة في دولة الكويت منذ عام ١٩٦٠م .

(١٩) راجع المواد من ١١ الى ٣١ من قانون التأمينات الاجتماعية الكويتى .

(٢٠) هذه النسبة مقارنة بالمعاش التقاعدى تتناسب مع الحد الأدنى المعتمد من قبل منظمة العمل الدولية بالنسبة للمعاش التقاعدى حيث اوصى مكتب العمل الدولى بأن معاش التقاعد الذى تمنحه الدولة يجب ان يكون بنسبة ٦٥٪ الى ٨٠٪ من اجرة العامل .

(٢١) يختلف قانون التأمين الاجتماعى لدولة البحرين عن قانون التأمينات الكويتى في سريان هذه التأمينات على جميع العاملين دون التمييز في الجنس او الجنسية او الدين الذين يعملون بموجب عقد عمل لمصلحة صاحب عمل او أكثر .. ما لم يرد نص خاص (المادة الثانية من القانون) في حين نصت المادة الثانية من قانون الاصدار الكويتى على سريان القانون على الكويتيين فقط (انظر الفقرة ١ ، ٢ من المادة الثانية من نظام التأمينات الاجتماعية السعودى لعام ١٩٧٠م كما جاء في المادة الرابعة) . هذا وقد اصدر المشرع البحرينى القانون رقم ١٢ لسنة ١٩٧٧م بايقاف العمل مؤقتا بأحكام التأمين ضد الشيخوخة والعجز والوفاة بالنسبة لغير البحرينيين (المادة الاولى) .

وبينت المادة ٣٤ من القانون كيفية استحقاق المؤمن عليه من الهيئة العامة معاش الشيخوخة وفقا لمدد اشتراكه في التأمين سواء كانت متصلة او متقطعة ، وعلى حسب فترة انتهاء الخدمة سواء قبل بلوغه سن الستين متى كانت مدة اشتراكه في التأمين ٢٤٠ شهر تأمين على الاقل ، او المؤمن عليها قبل بلوغها سن الخامسة والخمسين متى كانت مدة اشتراكها ١٨٠ شهر تأمين على الاقل^(٢٢) ويستحق المؤمن عليه معاش الشيخوخة بسبب انتهاء الخدمة ببلوغه سن الستين من عمره متى كانت مدة اشتراكه في التأمين ١٨٠ شهر تأمين على الاقل ، او ببلوغ المؤمن عليها سن الخامسة والخمسين من عمرها متى كانت مدة اشتراكها في التأمين ١٢٠ شهر تأمين على الاقل^(٢٣) واخيرا تناولت الفقرة الثانية من المادة ذاتها استحقاق المؤمن عليه لمعاش الشيخوخة في حالة انتهاء الخدمة بعد سن الستين من عمره والمؤمن عليها بعد سن الخامسة والخمسين متى كانت مدة الاشتراك في التأمين ١٢٠ شهر تأمين على الاقل منها ما لا يقل عن ٢٦ شهر تأمين متصلة خلال السنوات الخمس الاخيرة السابقة على انتهاء الخدمة . ويتضح لنا احتساب سنوات العمل لدفع المعاش التقاعدي ضد الشيخوخة ان المرأة البحرينية تحصل على معاش التقاعد بشكل اقل من الرجل البحريني ، لان سنوات العمل بالنسبة لها اقل بسبب سياسة التقاعد المبكرة ، في حين ان المادة ٢٨ من نظام التأمينات الاجتماعية في المملكة العربية السعودية لم تأخذ بسياسة التقاعد المبكرة للمرأة حينما نصت الفقرة الاولى من المادة السابقة على :

ان المؤمن عليه سواء كان رجلا أم امرأة اذا بلغ سن الـ ٦٠ كاملة وتوقف عن ممارسة أي نشاط مهني خاضع للتأمين يحق له الحصول على معاش شيخوخة اذا مضى على الاقل : ١٣٠ = ١٣٠ شهر تأمين منها ٢٦ شهرا في خلال السنوات الخمس الاخيرة التي تسبق طلب المعاش والتوقف عن العمل . ب أو ١٨ شهر تأمين عن العمل^(٢٤) .

كذلك اجازت المادة ٤٤ من قانون التأمين الاجتماعي البحريني التأمين الاختياري ضد الشيخوخة والعجز والوفاة في حالة عدم توفر شروط الخضوع المنصوص عليها في القانون للتأمين الالزامي بسبب من الاسباب وبهذا الاجراء القانوني يوفر المشرع البحريني رعاية للمسنين من خلال هذا النظام .

(٢٢) لاحتساب معاش الشيخوخة في هذه الحالة . انظر الفقرة الاولى من المادة ٣٤ .

(٢٣) انظر الفقرة الثانية من المادة ٣٤ من القانون .

(٢٤) لمزيد من التفاصيل حول كيفية احتساب معاش الشيخوخة في نظام التأمينات الاجتماعية السعودي ، انظر المادة ٢٨ وقرائنها الرابع ، راجع ايضا الفقرة الخامسة من المادة ١٧ بالنسبة لاستحقاق المرأة المتزوجة المؤمن عليها لمعاش الشيخوخة في قانون التأمينات الاجتماعية الكويتي .

ولوضع الاحكام المنصوص عليها في قانون التأمينات الاجتماعية موضع التنفيذ وجديتها في دول الخليج نصت هذه القوانين على عقوبات على صاحب العمل او مدير المنشأة المسئول الذي لا يتقيد بأحكام القانون أو مخالفته (٢٥) .

الخلاصة

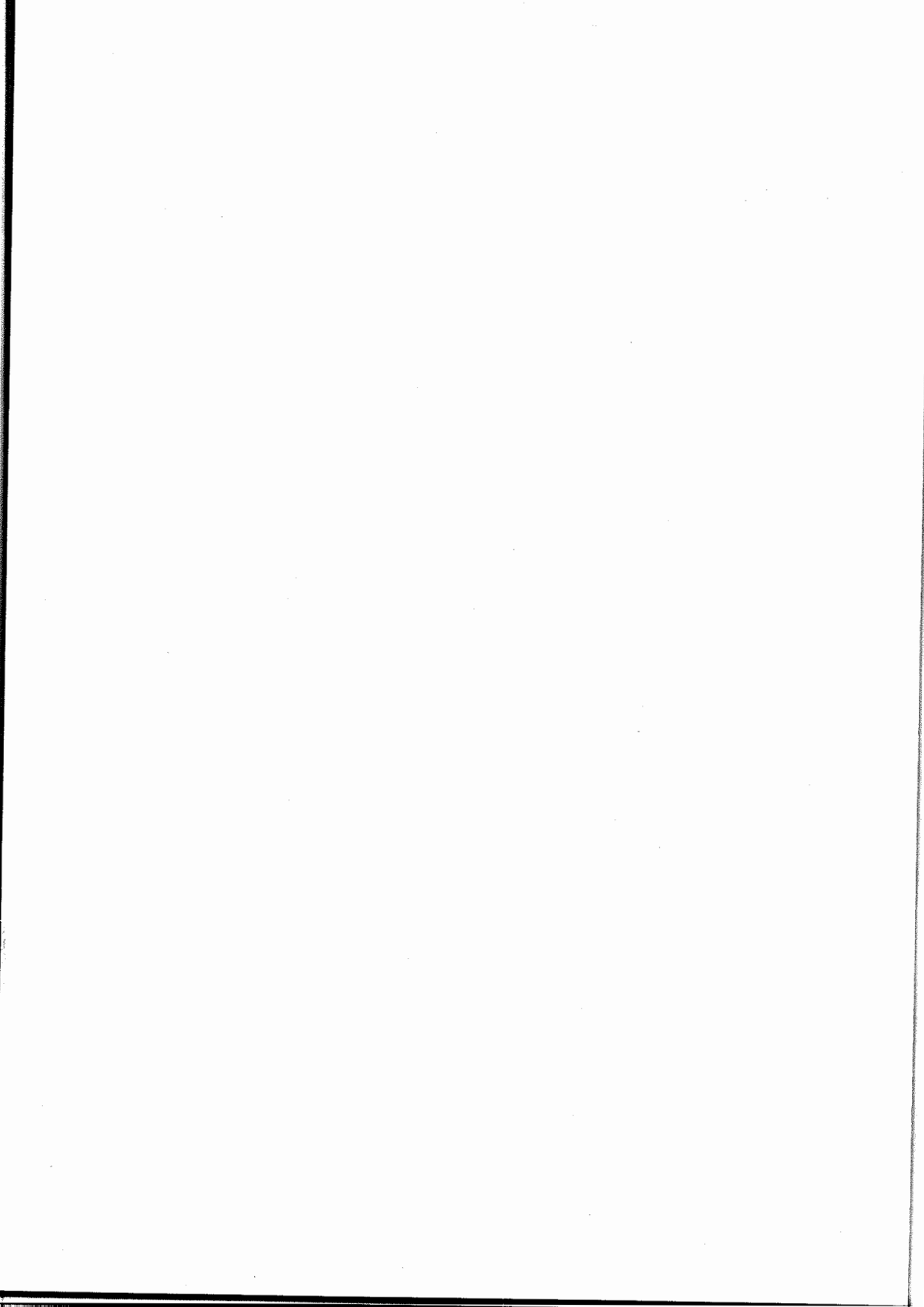
ان الدول الخليجية استطاعت توفير الحد الأدنى من الضمانات القانونية من خلال دساتيرها الوطنية وتشريعاتها الاجتماعية لرعاية المسنين ضد الشيخوخة لتحقيق الامن الاجتماعي والاقتصادي عند بلوغهم سن الشيخوخة ، ايماناً منها بأهمية الدور الذي قامت به هذه الفئة من المواطنين في تنمية الانسان الخليجي ، في وقت تزداد فيه الهوة بين جيل النفط الشباب ، وجيل المسنين بسبب الطفرة الاقتصادية التي تعيشها اغلب المجتمعات الخليجية ، مما ادى الى تغيرات جذرية في حياة المواطن الخليجي . لذلك فان الوضع القانوني لكبار السن يتجلى في دساتيرها الوطنية والتشريعات الاجتماعية المعمول بها في دول الخليج التي استطاعت كما رأينا ترسيخ مبادئ الشريعة الاسلامية والتقاليد العربية في شكل نصوص قانونية تتلاءم مع الازمات السائدة للحد من الآثار السلبية على العلاقات الاسرية او الانسانية والتراث الاجتماعي لسكان دول الخليج بأكمله . لذا فإن التأكيد على دور التشريع في رعاية المسنين في المرحلة الانتقالية التي تمر بها دول الخليج يجب ان يحظى باهتمام وجدية أكثر من القائمين على تنفيذ هذه القوانين والمستفيدين منها .

وفي ختام هذه الدراسة نعرض لبعض الاقتراحات او التوصيات ، من اجل ايجاد الوسائل المناسبة لتوفير الامن الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن او المسنين من ابناء هذه المنطقة ، دون تمييز بين الرجال او النساء لان المساواة بين الجنسين في سن الشيخوخة تسبغ على تشريعاتنا الوطنية الجوانب الانسانية والموضوعية التي نحن بأمس الحاجة اليها لمواجهة المشاكل والصعوبات في مجال رعاية المسنين على النحو التالي :

١ - قيام حكومات دول الخليج العربية بالتركيز على المسائل ذات العلاقة بالتشخيص عند وضع برامج السياسات للتنمية الاجتماعية والاقتصادية .

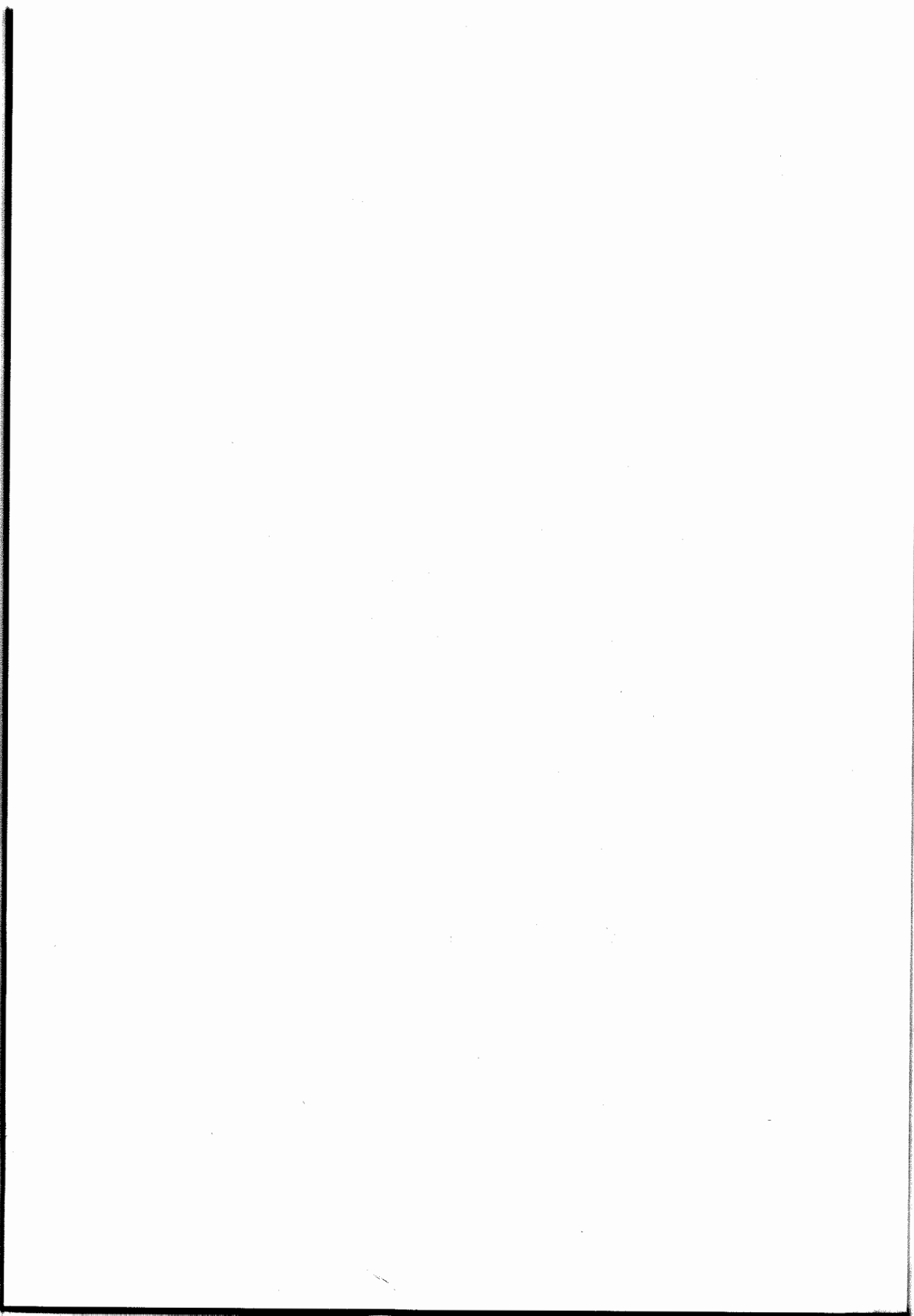
(٢٥) تنص المادة ١٤٨ من قانون التأمين الاجتماعي البحريني يفرض غرامات مالية تتراوح بين ١٠٠ دينار الى ٥٠٠ دينار على صاحب العمل او مدير المنشأة المسئول لمخالفته للقانون ومضاعفة الغرامة الى ألفي دينار في حالة زيادة عدد العمال الذين ارتكب بشأنهم صاحب العمل المخالفة . كذلك نصت المادة ٥٩ من نظام التأمينات الاجتماعية السعودي على معاقبة صاحب العمل الذي لا يتقيد بأحكام النظام بغرامة تتراوح بين ١٠٠ الى ٥٠٠ ريال ومضاعفتها في زيادة عدد العمال المؤمن عليهم الذين ارتكب صاحب العمل بصددهم المخالفة . كذلك احتوى الباب الثامن من قانون التأمينات الاجتماعية الكويتي على عقوبات لكل من يخالف احكام القانون او اللوائح المنفذه له بالحسب لمدة لا تتجاوز شهراً واحداً او بغرامة لا تزيد على ٢٢٥ ديناراً او بأحدى هاتين العقوبتين . ونصت المادة ١١٢ على أن يعاقب بغرامة لا تتجاوز عشرين ديناراً كل صاحب عمل يخضع لاحكام هذا القانون ولم يقم بالاشتراك في المؤسسة عن أي من عماله .. وتعدد الغرامة بقدر عدد العمال الذين وقعت في شأنهم المخالفة .

- ٢ - انشاء مجلس اقليمي تحت اشراف دول الخليج العربية لدراسة مشاكل كبار السن (التشيخ) وايجاد الحلول المناسبة لها على المستوى الاقليمي ، والاستفادة من خبرات وتجارب الدول الاكثر تقدما في هذا المجال .
- ٣ - زيادة المساعدات المالية للأسر الفقيرة لمواجهة الاعباء المالية من جراء رعاية كبار السن في تلك الاسر .
- ٤ - تشجيع مشاركة كبار السن في البرامج الثقافية والاجتماعية من اجل المحافظة على التراث القومي في دول الخليج العربية في المرحلة الانتقالية .
- ٥ - تدعيم الانشطة التي تقوم بها الامم المتحدة والمنظمات الدولية الاخرى ذات الاهتمام برعاية المسنين والمشاركة الفعالة بتقديم الارشادات والتوجيهات بشأن البرامج المقترحة من قبل هذه المنظمات في هذا المجال .
- ٦ - اتباع المرونة بقدر الامكان بالنسبة لسن التقاعد كما جاء في توصية منظمة العمل الدولية مع تدريب كبار السن للمهارات اللازمة للاستمرار في العمل في ضوء الازدياد المرتقب في نسبة كبار السن في هذه الدول للاستفادة منهم في عملية التنمية الوطنية .
- ٧ - امتداد المعاش التقاعدي لفئة غير الموظفين والعمال لتشمل كبار السن من اصحاب المهن الحرة مع الاستفادة بالتجربة الكويتية في هذا المجال منذ عام ١٩٨١م لجعل الضمان الاجتماعي نظاماً شاملاً لكبار السن غير العاملين لدى الغير .
- ٨ - اصدار تشريعات وطنية خاصة للحفاظ على حقوق المسنين والعمل على ادماجهم في التنمية الوطنية في دول الخليج العربية .



**التأمينات الاجتماعية ودورها في
رعاية المسنين
في دول مجلس التعاون الخليجي**

**الشيخ عيسى بن ابراهيم الخليفة
مدير عام الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية
دولة البحرين**

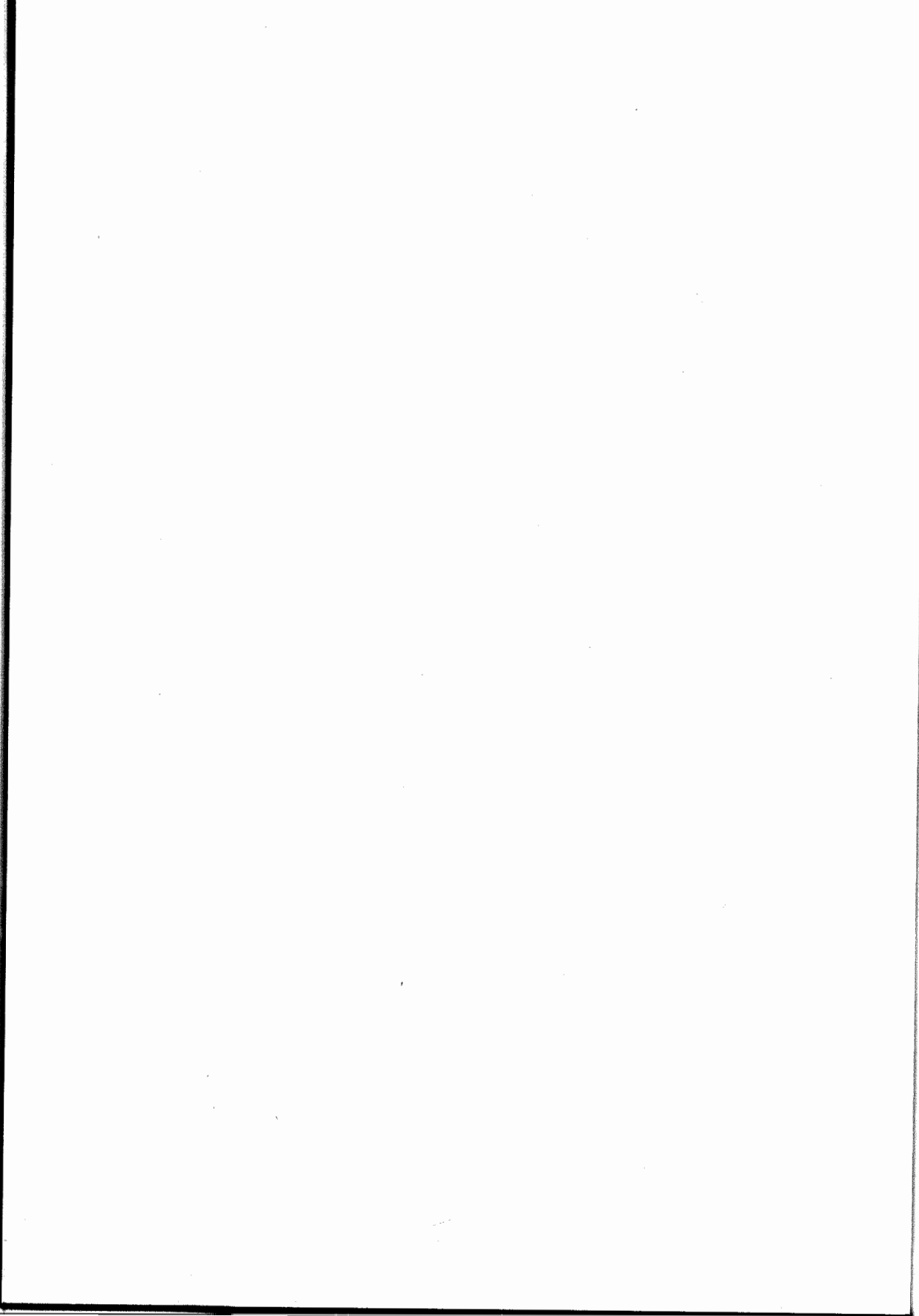


المحتويات

الصفحة

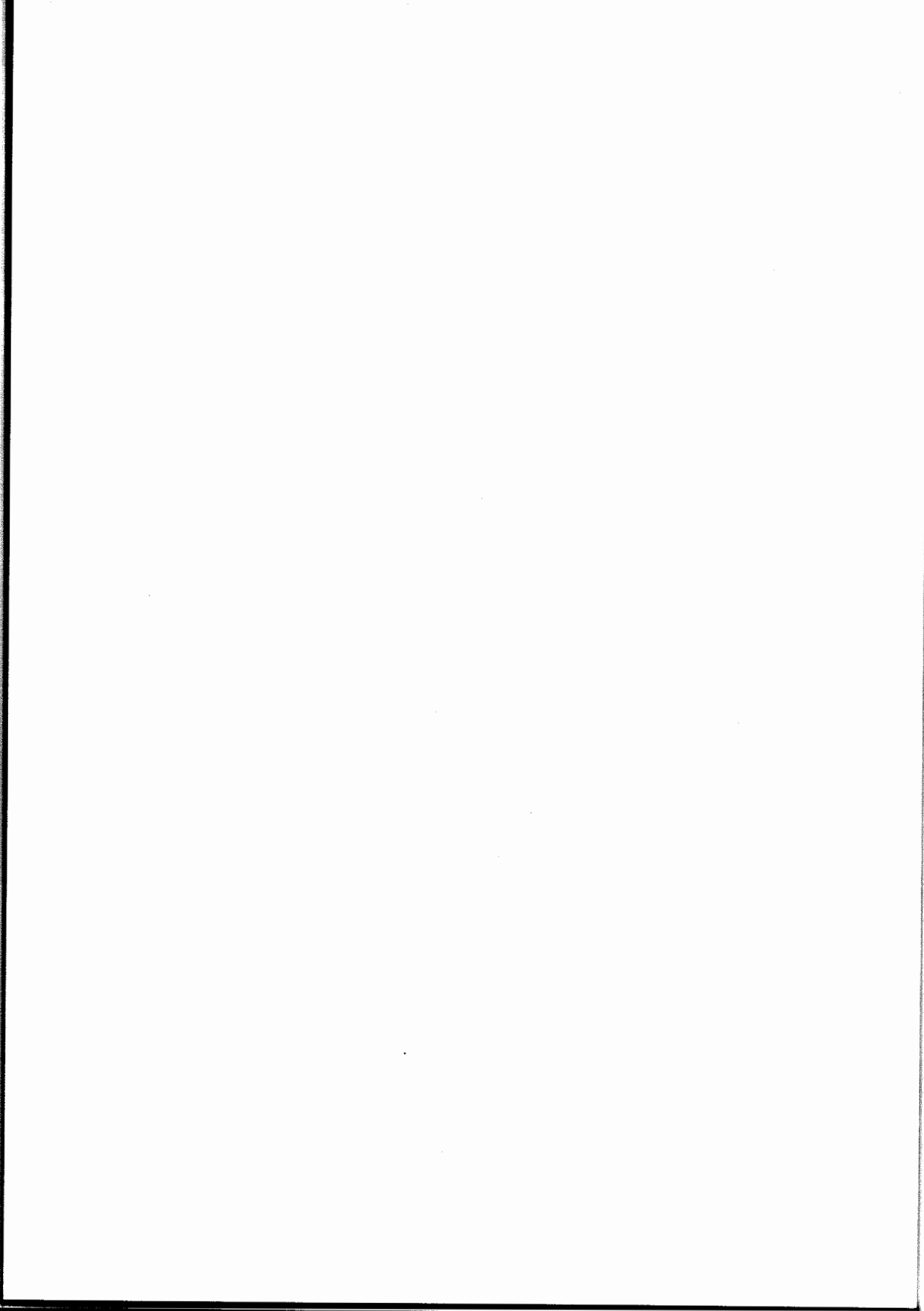
من - إلى

| | | |
|--------------|---------------------------------------|-----------------|
| القسم الأول | - التأمينات الاجتماعية ورعاية المسنين | ١٠٩ - ١٣٠ |
| | في دول مجلس التعاون الخليجي | |
| | تحليل ومقترحات | ١١١ - ١٢٥ |
| | توصيات مقترحة | ١٢٥ - ١٣٠ |
| القسم الثاني | - عرض موجز لنظم التأمينات الاجتماعية | ١٣١ - ١٤٠ |
| | في دول مجلس التعاون الخليجي | |
| أولا | - دولة البحرين | ١٣٣ - ١٣٥ |
| ثانيا | - المملكة العربية السعودية | ١٣٥ - ١٣٦ |
| ثالثا | - سلطنة عمان | ١٣٦ - ١٣٧ |
| رابعا | - دولة قطر | ١٣٧ - ١٣٨ |
| خامسا | - دولة الكويت | ١٣٨ - ١٤٠ |



القسم الأول
التأمينات الاجتماعية ورعاية المسنين
في دول مجلس التعاون الخليجي

- تحليل ومقترحات -



مقدمة

ان اهتمام المجتمع الدولي بالطفولة والشباب والمرأة المعاقين والمسنين ، وتخصيص عام لكل فئة لاثارة اهتمام الرأى العام بشأن هذه الفئات ووضع التوصيات اللازمة لرعايتها ان هى الا سنة حميدة وفكرة سديدة واقعية ، وقد خصص عام ١٩٨٢م للشيخوخة حيث جاء اهتمام الامم المتحدة واللجنة الاستشارية للجمعية العالمية للمسنين بقضايا هذه الفئة من الناحية الانسانية وناحية التنمية فى وقت واحد نظرا لما لوحظ من تزايد عدد المسنين على التوالى سنة بعد اخرى فى المجتمعات السكانية فى الوقت الذى يتناقص فيه عدد الشباب نسبيا فى تلك المجتمعات ويقدر ان عدد المسنين الذين تزيد اعمارهم عن ٦٠ سنة فى العالم هو ٢٠٠ مليون فى عام ١٩٥٠م ثم زاد الى ٣٥٠ مليوناً عام ١٩٧٥م ، ومن المتوقع ان يصل العدد الى ٥٩٠ مليوناً عام ٢٠٠٠م ومن هنا جاء الاهتمام بالمسنين نظرا للتزايد المستمر فى اعدادهم حيث بلغت نسبتهم فى اليابان مثلاً ٤,٩٪ سنة ١٩٥٠م وزادت نسبة من بلغ عمره ٦٥ سنة فما فوق الى ٥,٨٪ سنة ١٩٦٠م ، ثم الى ٧,١٪ سنة ١٩٧٠م ثم ٩٪ سنة ١٩٨٠م ويرجح أن يرتفع هذا الرقم الى ١٤,٨٦٪ سنة ٢٠٠٠م ثم يتزايد سنويا الى أن يصل الى ٢١,٢٩٪ سنة ٢٠٢٥م ، وتقول الاحصاءات الصادرة عن اليابان ان توقعات البقاء على الحياة كان معدلها ٥٨ سنة وذلك عام ١٩٥٠م للرجال و ٦١,٥ سنة للنساء ثم ازداد الى ٦٥,٣ سنة و ٧٠,٢ سنة فى عام ١٩٦٠م على التوالى . ثم الى ٦٩,٣ سنة و ٧٤,٧ سنة فى عام ١٩٧٠م ، ثم ٧٣,٣ سنة للرجال و ٧٨,٨ سنة للنساء فى عام ١٩٨٠م .

وان فى مقدمة ما يعنى بهذه الزيادة فى اعداد من يبلغون ٦٥ سنة فما فوق أو الزيادة فى معدلات البقاء على الحياة هو نظم التأمينات الاجتماعية فى الدول المختلفة .

وقبل الدخول فى الحديث عن الآثار المترتبة على هذه الزيادات يهمنى أن نتعرف على الوضع بالنسبة لدول الخليج مقارنا بالوضع فى بعض الدول الاخرى ، والجدول رقم (١) يوضح ذلك فى كل دولة من دول الخليج حيث نجد النسبة المثوية لمن بلغوا سن الستين من عمرهم فما فوق الى عدد سكان كل دولة تتراوح بين ٢,٧٪ و ٢,٤٪ و ٤٪ و ٤,٣٪ و ٦,٣٪ و ٦,٩٪ فى كل من الكويت والامارات والبحرين وعمان والسعودية وقطر على التوالى ، بينما نجدها ٦,٣٪ فى مصر و ٦٪ فى تونس ، ونجدها ١٦٪ فى كل من الولايات المتحدة وايطاليا والدنمارك و ١٨٪ و ١٩,٤٪ فى كل من فرنسا والمانيا الاتحادية وهى نسبة مرتفعة بل وسوف ترتفع أكثر على مر السنين وهو ما يقلق بال هذه الدول .

والزيادة المحلوظة فى هذه النسب لها مؤثراتها من الناحية الانسانية ونواحى التنمية والاستخدام الأمثل للموارد البشرية والتكاليف المترتبة على التأمينات الاجتماعية بنظمها المختلفة .

وفي هذا الصدد فإن ما يعنينا اليوم هو الحديث عن التأمينات الاجتماعية ورعاية المسنين ، ويجرنا الحديث عن هذا الموضوع إلى عدة موضوعات متعلقة به وهي :

١ - تعريف سن التقاعد أو الشيخوخة :

من المتعارف عليه أن الانسان لا يشيخ الا بقدر ما يشعر بالشيخوخة ، وبمعنى آخر إنه إذا كانت الشيخوخة ترتبط في أذهان الكثير من الناس بالعمر الزمني للشخص فإنه لا يكاد يوجد اتفاق على سن معينة كنقطة الابتداء بالنسبة للشيخوخة ، ومن هنا اختلفت المجتمعات في تحديد سن التقاعد عن العمل . ومن ثم بدأت الدول في التخلي عن سن التقاعد الالزامي واستبدال هذا النظام بنظام أكثر مرونة قائم على مدى النفع ، فمع أن سن الستين هو سن التقاعد الالزامي الذي يكاد يكون هو المتعارف عليه في معظم الدول ، الا انها بدأت في التخلي عنه بجعل سن السبعين سنا للتقاعد بدلا من سن الستين وبعضها قفز الى الخامسة والسبعين .

ومن ثم أصبح تعريف سن التقاعد هو السن الذي يرى فيه العامل وجوب انسحابه نهائيا من القوة العاملة لتوقف مجهوده الانتاجي بالدرجة التي يرضى عنها ، ويرى البعض أن سن التقاعد انما يرتبط بالناحية الوظيفية ويتحدد بالسن التي تضمحل فيها مقدرته على الانتاج بحيث تبدأ طاقته الانتاجية في التناقص المستمر لسبب أو لآخر يعجز عن ملاقاته ويصبح غير قادر على العمل بالكفاءة اللازمة .

ولكن يبدو أن الأمر مختلف من الناحية العملية كما يتضح من الاطلاع على قوانين التأمينات الاجتماعية في دول العالم حيث تتدخل عوامل مختلفة في تحديد سن التقاعد فهي ليست بالضرورة السن التي يضمحل عندها مجهود الفرد كما سبق القول ، وانما يختلف في كل هذه الدول لاعتبارات اجتماعية او اعتبارات اقتصادية او اعتبارات صحية وطبيعية ، اي فسيولوجية ، او اعتبارات نفسية او لها جميعا مجتمعة . وإذا كانت للشيخوخة كمرحلة عمرية خصائصها واحتياجاتها الا أن ذلك لا يعني أن المسنين يشكلون جماعة متجانسة بل هناك مجال للاختلافات والفروق الفردية ، ومع ذلك فإن التغيرات التي يمر بها الشخص أو التي تنتظره وتستحوذ على تفكيره كلما تقدم به العمر تبدو في صحته وسلوكه وفي حياته الاجتماعية مثل التقاعد عن العمل الالزامي ، انخفاض الدخل نتيجة للتضخم ، قرب نهاية الدور الاجتماعي وما يرتبط به من مسؤوليات كوالد أو كوالدة . ضمور العلاقات مع الأصدقاء ، الترمل ، كآبة الحياة دون شريك العمر ، يضاف الى ذلك كله تصور ما ينتظر من فراغ قاتل .. كل ذلك يجعل الاهتمام بهؤلاء الرواد واجبا قوميا على وجه العموم وأسريا على وجه الخصوص . وكلما زاد متوسط عمر الفرد وزادت بالتالي أعداد المسنين ونسبتهم الى عدد السكان ، لا يجوز أن تزيد بالتالي مشكلاتهم او احتياجاتهم وانما واجب البنوة وواجب الاعتراف بالريادة وواجب الحرص على مصلحة الاوطان للاستفادة الى أقصى حد من جهود هذه الفئة يقتضى من المفكرين وممن آل اليهم الأمر بعدهم تغيير النظرة إليهم .

ولكن برغم كل ذلك وبرغم زيادة الكفاءة الانتاجية للعاملين من كبار السن نتيجة تحسن الاحوال الصحية بصفة عامة ، الا أن الاتجاه في العالم لا يميل بصفة عامة الى زيادة سن التقاعد بل يتجه الى النقصان امعانا في الرفاهية وتوفيرا لأسباب الراحة فنجد الحد الأدنى لسن

التقاعد والحد الأعلى له يتراوح بين ٥٠ و ٦٠ أو ٦٥ سنة وبين ٧٠ سنة . ويرتبط سن التقاعد في غالبية الدول مع السن الذي يستحق عند بلوغه معاش التقاعد وإن كان في بعض الدول - وهي قليلة - لا يوجد هذا الارتباط حيث يسبق سن استحقاق المعاش التقاعد الفعل .

ويربط الاتجاه الدولي استحقاق المزايا في تأمين الشيخوخة بضرورة التقاعد الالزامي ، وهو إجراء يباع بين هذه النظم وبين اعتبارها تأميناً ، إذ من المفهوم أن التأمين يستحق بعد حلول أجل محدود دون ارتباط بالاستمرار في العمل ، وهذا المفهوم التجاري لا يمكن أن يمتد الى التأمين الاجتماعي الذي لا ترتبط فيه المزايا بمدفوعات كل فرد لأن الموارد كلها تصب في وعاء مشترك لمجموعة من المؤمن عليهم وتؤدي منه المزايا بمقدار حاجة الافراد وليس بمقدار ما دفعوه من اشتراكات .

لهذه الاعتبارات كلها ولغيرها مما سيأتي ذكرها فيما بعد أخذت دولة البحرين مثلاً في تشريعها الخاص بالتأمين الاجتماعي منذ البداية بتعريف سن التقاعد بأنه السن الذي يرى فيه العامل وجوب انسحابه نهائياً من القوة العاملة لتوقف مجهوده الانتاجي بالدرجة التي لا يرضى عنها . وبمعنى آخر أخذت بمبدأ أن الانسان لا يشيخ الا بقدر ما يشعر به من شيخوخة ، وبالتالي نص قانون التأمين الاجتماعي في البحرين على سن استحقاق وليس سن تقاعد الزامي حيث جعل سن التقاعد اختيارياً دون حد أقصى . اما سن الاستحقاق فقد جعل سن الستين ، او بحلول سن الستين ، او ما بعد سن الستين في الوقت الذي جعلت فيه بقية دول الخليج سن التقاعد هو الستون سنة ، كما جعل سن الاستحقاق للمرأة بلوغ الخامسة والخمسين مع حقها في الحصول على المعاش قبل هذه السن أو ببلوغها أو بعدها .

٢ - سن التقاعد والاتفاقيات الدولية :

أقرت مؤتمرات العمل الدولية أربع اتفاقيات وتوصيتين بشأن التأمينات الاجتماعية وذلك في المدة من سنة ١٩٣٣م حتى سنة ١٩٦٧م ونصت كلها على تحديد سن التقاعد وسن استحقاق المعاش وتحديد الحد الأقصى لسن التقاعد وسن استحقاق المعاش وجعلتها كلها ٦٥ سنة مع امكان تحديد سن أقل للعاملين في صناعات مقلقة للراحة او ضارة بالصحة ، ومع مراعاة الظروف الخاصة في الدول المختلفة التي تسمح بتشغيل كبار السن تبعاً لقدراتهم وفي ضوء الاتجاهات الاقتصادية والاجتماعية والسكانية كما حددت هذه السن بـ ٦٠ سنة للاناث .

ولقد اختارت معظم الدول ان لم يكن كلها سن الستين للتقاعد من العمل الزامياً بل ونصت قوانينها على حرمان المتقاعد من المعاش إذا التحق بعمل يدر عليه دخلاً يوازي المعاش أو يزيد .

ومن الواضح ان الاتجاه المقصود من تلك الاتفاقيات والتوصيات الدولية هو تحديد حد أقصى لسن التقاعد ، اما تحديد الحد الأدنى فقد ترك لتقدير كل دولة وفقاً لظروف العمالة فيها ، وظروفها الاجتماعية والاقتصادية .

ولكن نظرة دولة البحرين الى الحد الأقصى اختلفت في قانونها الخاص بالتأمين الاجتماعي عما تنص عليه تلك الاتفاقيات والتوصيات ويعكس ما نص عليه في قوانين التأمين الاجتماعي بالدول الأخرى ومنها بعض دول الخليج فلم تحدد حداً أقصى للتقاعد الزامياً من العمل بل جعلت التقاعد اختيارياً بعد سن الستين للرجال ، والخامسة والخمسين للنساء ، ثم اختيارياً ايضاً قبل

هذه السن بشرط توافر عدد معين من الشهور للاشتراك في التأمين لاستحقاق المعاش وهو ما نقترح الأخذ به .

٣ - سن التقاعد والنواحي البيولوجية .

من المعروف ان الكائن البشري تحدث له تغيرات عضوية كلما تقدم في السن وغالبا ما تعمل هذه التغيرات على ضعف في نواحي القوى المختلفة ، وتختلف هذه التغيرات من بيئة لأخرى . وفي بعض البلاد التي يصل فيها سن التقاعد الى سن متأخرة يكون من الصعب ايجاد حدود فاصلة بين العجز الصحى والشيخوخة ، ومن هنا فإن التقدم في وسائل الرعاية الصحية ووسائل التغذية وتوفير الاسكان الصحى وما الى ذلك لها أثرها في اطالة حياة الفرد وبالتالي زيادة فترة العمالة ولكن بالرغم من ان العلم قد استطاع انقاص معدل الوفيات في الاعمار الكبيرة بشكل ملحوظ الا ان تأثيره على حيوية وقدرة الانسان على الاستمرار في العمل بنفس الكفاءة ما زال محل بحث ودراسة ، ويرى دعاة ربط سن التقاعد بالقدرة البيولوجية على العمل إنه اذا ما تم التقاعد في سن مبكرة فإن ذلك يؤدى الى حرمان المجتمع من جزء له وزنه من الطاقة الانتاجية للعاملين ، وذلك بالقدر الذى تسمح به نظم التأمينات الاجتماعية من استحقاق للمعاش في سن محددة تسبق بلوغ السن الذى تقل فيه القدرة على الانتاج . وهذا الاتجاه لا يمكن الأخذ به على اطلاقه دون الأخذ في الاعتبار العوامل الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع ، وعلى الأخص الطالبة بتوفير فرص العمل امام الجيل الصاعد .

وهذا الوضع يختلف في دول الخليج حيث تغلب العمالة الاجنبية التي قد تزامم العمالة الوطنية . كما يختلف ايضا حيث فرص النمو الاقتصادي والتجاري والحضارى ما زال امامها الكثير جدا . والامر يعتمد على درجة النشاط في مختلف القطاعات التقليدية ، وما يمكن ايجاده او تجديده في قوة النشاط في القطاعات الجديدة لأن سنة التطور لا يجوز ان تقف عند حد .

ومن هنا فإن دولة البحرين قد أفسحت في قانون التأمين الاجتماعي الفرصة امام كل قادر من كبار السن على الاستمرار في العمل إذ يستمر دخله بنفس المستوى او يزيد ، كما ينمو معاش التقاعد الذى يستحق له عندما تضطره حالته الصحية للتقاعد .

٤ - البطالة وكبار السن من العاملين :

من بين نظم التأمينات الاجتماعية ، نظام التأمين ضد البطالة وقد لوحظ من احصاءاتها ان زيادة مدتها تنحصر فيمن يبلغون سن الأربعين حتى سن الستين ، وانه كلما زادت سن المتعطل كلما طالقت فترات بطالته الى ان يصل الى السن الذى لا يجد فيه اى عمل بسهولة . ومن اجل ذلك تسمح نظم التأمينات الاجتماعية بصرف المعاش في سن مبكرة اذا ما تعطل العامل لفترات طويلة بعد انتهاء الفترة التي يستحق فيها تعويض البطالة ويكون قد وصل الى سن يصعب او يستحيل معها الحصول على عمل جديد ، وقد تمنح هذه النظم المعاشات كاملة او مخفضة في هذه الحالة بنسب تتحدد تبعا للسن كما هو الحال في دولة البحرين وان كانت لم تأخذ بعد بنظام التأمين ضد البطالة . وفي بعض الدول الأخرى يسمح بصرف تعويض البطالة لمدد اضافية اذا ما تعطل العامل بعد سن معينة ، وقد تمتد هذه المدد الى حين بلوغ سن استحقاق معاش التقاعد ، ومن

هنا يعتبر سن التقاعد المبكر من العوامل التي تعالج ظاهرة البطالة ، وهي ظاهرة والحمد لله ما زالت بعيدة عن دول الخليج ، ولا محل للتفكير فيها حالياً .

ومن ثم فمن المفروض أن تأتي نظم التأمين ضد البطالة في أرحلقات التأمينات الاجتماعية نظراً لكبير حجم العمالة الأجنبية من جهة ، وحركة التقدم الحضارى الآخذة في الازدياد سريعاً من جهة أخرى ، وهو ما لوحظ في قانون التأمين الاجتماعي بدولة البحرين حيث لم ينص على سن معينة للتقاعد الالزامى إذ جعل حق العامل في العمل مكفولاً في أى سن مع استمرار تغطيته بنظام التأمين ضد الشيخوخة والعجز والوفاء والتأمين ضد اصابات العمل .

٥ - حق كبار السن في الراحة مع كفالة حقهم في الإستمرار في العمل والمدد المؤهلة للمعاش :

إن تحديد سن التقاعد الاختيارى يرتبط الى حد كبير بتوقعات الحياة بالنسبة لكبار السن ومما يلاحظ ان هناك اختلافاً واضحاً بين البلاد التي فيها احتمالات الحياة طويلة وتلك التي لا تصل فيها تلك الاحتمالات الى هذا القدر ، ذلك لأن تحديد هذه السن يرتبط بمزيج من العوامل المختلفة ولا يقتصر على فاعلية فترة الراحة بعد التقاعد في تحديد السن .

ومن هنا ترى بعض الدول تحديد سن تقاعد مناسباً يوفر للعامل الوقت الكافي للتمتع بالراحة بعد حياة حافلة بالكفاح ، ويكون تحديدها على اساس توقعات الحياة بعد هذه السن بحيث يصبح من حق العامل ان يخلد الى الراحة المكفولة بالضمان في سن مناسبة ، ويكون المعاش الذى يحصل عليه هو ثمرة الكفاح من أجل زيادة الانتاج القومى .

وإذا كان العمال في الخارج يتقاعدون اختيارياً بمجرد استحقاق المعاش فما ذلك الا لانهم يحصلون على اجور مجزية يستطيعون ادخار جزء منها يستثمرونه بعد التقاعد في مشروعات يستغلون فيها ما تبقى لديهم من طاقة ، وذلك لأن مجالات الاستثمار امامهم متعددة وكثيرة وسهلة ميسورة يستغلون فيها خبراتهم ويستغلون فيها مدخراتهم .

ولكن السوق في بلادنا غير متمسح ولا يقوى الجهد الفردى على اقتحامه ، ومن ثم يفضل ان يكون حق العمل مكفولاً للفرد في أى سن .

لذلك يبدو انه من الافضل تحديد سن استحقاق يجوز للعامل التقاعد عن العمل اختيارياً قبله او بعده حسب رغبته وتقديره . ويقترح ان تكون هذه السن هي الخامسة والستون .

اما المدد المؤهلة للمعاش فيمكن ان تكون على الوجه التالى لاستحقاق المعاش كما هو الحال في دولة البحرين :

١ - انتهاء الخدمة قبل بلوغ الخامسة والستين مع توافر مدة اشتراك في التأمين ٢٤٠ شهر تأمين على الاقل وذلك بالنسبة للمؤمن عليه و ١٨٠ شهر تأمين على الاقل بالنسبة للمؤمن عليها . مع تخفيض المعاش المستحق بنسبه تقدر تبعاً لسن المؤمن عليه في تاريخ طلب صرف المعاش ، وتتراوح هذه النسبة بين ٢٠٪ و ١٠٪ ، ولا يخفض المعاش في حالات طلب صرفه لثبوت العجز او حدوث وفاة المؤمن عليه .

٢ - انتهاء الخدمة ببلوغ سن الخامسة والستين مع توافر مدة اشتراك في التأمين ١٨٠ شهر تأمين على الاقل بالنسبة للمؤمن عليه و ١٢٠ شهر تأمين على الاقل بالنسبة للمؤمن عليها ببلوغها هذه السن .

٣ - انتهاء الخدمة بعد سن الخامسة والستين سنة مع توافر ١٢٠ شهر تأمين على الاقل منها ما لا يقل عن ٣٦ شهر تأمين متصلة خلال السنوات الخمس الاخيرة السابقة على انتهاء الخدمة وذلك بالنسبة للجنسين وذلك رعاية لمن يصابون بشيخوخة مبكرة من ناحية ورعاية لمن يانسون في انفسهم القدرة على الاستمرار في العمل من ناحية اخرى .

وإذا كانت الشيخوخة - مبكرة ام متأخرة - هي حالة تأخر الصحة جسديا او عقليا او نفسيا وهي حالة عدم القدرة على الانتاج او الاستمرار في العمل لأحد هذه الاسباب فإن انتهاء الخدمة بسببها قبل بلوغ سن الخامسة والستين يعطى الحق طبقا لقانون التأمين الاجتماعي في معاش العجز ويعتبر حكمه حكم الذين بلغوا سن استحقاق المعاش . ويقدر المعاش في هذه الحال على اساس ٤٠٪ من اجر الاشتراك في التأمين او معاش الشيخوخة على اساس مدة الاشتراك ايها اكبر . اي بحيث لا يقل عن الـ ٤٠٪ المذكورة . ويجب الا تزيد شروط الاستحقاق (أي المدة المؤهلة لذلك) عن الاشتراك في التأمين لمدة ستة شهور على الاقل ، ويشترط الا يكون قد بلغ سن الخامسة والستين .

٦ - سن التقاعد ونوع العمل او الجنس بالنسبة للمؤمن عليهم :

هناك العديد من الانشطة والاعمال التي تتطلب مجهودا مضنيا له اثره البالغ على اجهزة الجسم مما يجعل الشخص يبدو وكأنه اصبح في عداد المسنين فتقل كفايته الانتاجية . وهناك أيضاً الصناعات الخطرة والضارة بالصحة وخاصة الصناعات التي تنتج عنها الامراض المهنية بالتدريج . والتي تقعد العامل عن العمل اذا ما تمكنت منه ولم تكتشف مبكرا ، ويوجد ثلاثة وثلاثون نوعا من الامراض المهنية حددت الصناعات والاعمال والمواد التي تنتج عن العمل فيها او استعمالها او تداولها ، وهذه يجب أن يباعد بين العمل فيها وبين المسنين لأنهم يكونون اكثر استعدادا للاصابة بها من شباب العاملين ، وفي ذلك رعاية لهم .

ان العمل في الصناعات والاعمال الخطرة والضارة بالصحة يتطلب مجهودا مضنيا له اثره على اجهزة الجسم ، ولذلك تراعى معظم قوانين التأمينات الاجتماعية اعتبار العاملين فيها في حكم المسنين وتمنحهم ميزة التقاعد المبكر . وتتراوح السن المبكرة بين خمس سنوات وعشر سنوات اقل من سن التقاعد المعتادة . وكذلك تعطى نفس الميزة او ما يقرب منها بالنسبة للعاملات عند التقاعد وذلك نظرا لتكوينهن الجسماني .

ولكن المفروض ان الرعاية الحقيقية تتوفر اذا سمح للعاملين في الصناعات الخطرة والضارة بالصحة العمل في الاعمال التي لا يتعرضون فيها لمثل هذه المخاطر بعد تقاعدهم ، مع امكان الجمع بين المعاش والاجر طالما انهم قادرين على العمل طوال المدة التي تنقص عن سن الاستحقاق العادي للمعاش . وكذلك لا يجوز حرمان المجتمع من جهود العاملات طالما كن قادرات على الاستمرار في العمل .

وان تقادى التقاعد المبكر على الوجه السابق الاشارة اليه لا يقتصر على الجهد المضاف وانما يتعداه الى تخفيف العبء عن ميزانية المعاشات وبالتالي يعاون في تحسين المعاشات وزيادتها لصاحب المعاش عند الحاجة وللنشء الجديد من عائلته لمجاراة نسبة التضخم .

وفي هذه الحالة يجب أن نميز بين فريقين من كبار السن احدهما يستطيع ان يكمل المسيرة فيستمر في العمل لما وهبه الله من قدرة على مواصلة العمل والافادة بما اكتمل لديه من خبرات ، والثاني يجبر على التقاعد لان حالته الجسمانية أو العقلية تلح عليه ويكون بقاءه ضمن قوة العمل في الصناعات الخطرة والضارة بالصحة خطراً عليه بل ويعجل بنهايته ، ولذلك يحسن مكافأته بعد شفائه مما يكون قد تعرض له من امراض مهنية بالسماح له بالاستمرار في اعمال اخرى طوال المدة التي تقل عن سن الاستحقاق العادي للمعاش ، وفي ذلك تشجيع للغير على العمل في مثل هذه الصناعات .

٧ - التكوين السكاني واثره في تحديد سن التقاعد :

يقولون ان التركيب العمري للسكان في كل دولة له اثره في تحديد سن التقاعد فكلما زادت نسبة المسنين في المجتمع كلما كانت الرغبة في تأخير سن التقاعد أكثر إلحاحاً لإيجاد التوازن بين تكلفة المعاش والموارد ، وحتى تكون نسبة ما يخصص من الناتج القومي لأصحاب المعاشات في أضيق الحدود ، لاسيما وأن معاشات الشيخوخة والتأمين الصحي والاعانات العائلية تعتبر مرتفعة التكلفة يتعين تدبير مواردها بشكل كاف .

والنسب المئوية لكل فئة من الاعمار في كل من دول الخليج توضح التفاوت بينها في البلد الواحد كما توضح التفاوت بينها في الدول المختلفة ، ويظهر ذلك في الجدول التالي . وهو يوضح ان مشكلة كبار السن من العاملين لا تشكل صعوبة في معالجتها في تلك الدول ، بل تشجع على عدم التقيد بسن الزامى للتقاعد او بالنص على تحديد سن مبكر للتقاعد .

جدول يوضح النسب المئوية لكل فئة عمرية لمجموع السكان في الدول العربية الخليجية حسب سنة التعداد

| النسب المئوية لكل فئة لمجموع السكان وفئة التعداد | | | | | | | الدولة وسنة التعداد |
|--|--------|--------|----------|---------|--------|----------|---------------------------|
| الكويت | | عمان | السعودية | البحرين | | الامارات | |
| ١٩٨٠ | ١٩٨١ | ١٩٧٥ | ١٩٧٤ | ١٩٨١ | ١٩٧١ | ١٩٧٨ | فئة السن |
| ٤٠,١٩ | ٢٦,٢٦ | ٤٦,٢٥ | ٤٦,٧ | ٣٢,٩١ | ٤٤,٢٧ | ٢٧,٠٢ | ١٤ - |
| ٤٩,٨٧ | ٦٢,٥٩ | ٤١,٢٥ | ٣٩, ٢ | ٥٤,٥٧ | ٤٢,١١ | ٦٢,٤٦ | ١٥ - |
| ٧,٦٨ | ٨, ٩ | ٨,٢٥ | ٧, ٨ | ٨,٧٩ | ٨,٩٩ | ٧,٨٥ | ٤٥ - |
| ٢,٢٦ | ٢,٢٥ | ٤,٢٥ | ٦,٣ | ٣,٧٣ | ٤,٦٣ | ٢,٦٧ | ٦٠ فأكثر |
| ١٠٠,٠٠ | ١٠٠,٠٠ | ١٠٠,٠٠ | ١٠٠,٠ | ١٠٠,٠٠ | ١٠٠,٠٠ | ١٠٠,٠٠ | |

وإذا كانت الدول الكبرى تهتم بإحصاءات كبار السن من العاملين وتعمل على دراسة احتمالاتها في المدى الطويل لما لها من أهمية خاصة من الناحيتين الاقتصادية والاجتماعية الا أن الجدول السابق يوضح ان نسبة كبار السن في دول الخليج ينتظر ان تبلغ على المدى القصير او الطويل النسبة التي تبلغها في الدول الاخرى. فقد بلغت النسبة في سنة ١٩٧٩م في الولايات المتحدة الامريكية ١٥,٦٪ ، وفي اليابان ١٢,٦٠٪ ، وفي فرنسا ١٧,٧٩٪ وفي ايطاليا ١٥,٩٨٪ ، وفي المانيا الاتحادية ١٩,٢٧٪ . وفي الدنمارك ١٩,٣٥٪ .

مما تقدم يتضح لمن يتتبع نسبة كبار السن في المجتمع الخليجي انها لم تبلغ بعد حد الخطورة التي تسبب مشكلة حادة في دول الخليج اذ يختلف الموقف فيها عنه في الدول الاخرى . فمجموعة كبار السن وإن كانت تحتاج الى حماية خاصة الا انها في نفس الوقت في مقدورها ان تسهم بصورة ايجابية في مختلف نواحي النشاط اذا ما تم ادماجها في المجتمع . يضاف الى ذلك ان الموقف هنا بصفة خاصة وفي الدول النامية بصفة عامة يختلف عنه في الدول التي أخذت بأسباب التصنيع والتحضّر من سنوات عديدة ، ففي كثير من البلدان النامية وفي بلادنا بالذات ما زالت الى اليوم تتمتع بعادات طيبة من شأنها ادماج كبار السن في حياة المجتمع ، ولا بد من الحفاظ على هذه العادات ، وفي الحقيقة لا تزال الحكمة في هذه البلدان مرتبطة بالسن . إذ أن كبار السن غالبا ما ينظر اليهم على انهم رجال حكمة مجربون يجب الانتفاع بهم وبخبراتهم ، ولا يجوز استبعادهم من حياة المجتمع كلما كان ذلك ممكنا . واذا كان ذلك لازما في معظم الدول فإنه الزم في دول الخليج حيث تغلب العمالة الاجنبية . وبذلك تقتصر المشكلة على من لم يسعفهم الحظ فحرموا من القدرة على مواصلة العمل والانتاج لسبب أو لآخر وهي نسبة بسيطة يمكن ان يستوعبها المجتمع العامل ، اما بادماجهم في الحياة للعمل على قدر طاقتهم ، واما بتوفير الدخل المناسب لهم ، واما بايواء من يكون منهم في حاجة الى معاونة الغير في حياته اليومية في مؤسسات خاصة تعمل على تحسين القدرة البدنية والذهنية وتوفير الرعاية الاجتماعية .

ومع ان سياسة التقاعد قد بنيت بصفة عامة على سن معينة تدور حول الستين الا انها ينبغي ان تطعم باصلاحات من شأنها الاتحرم القادرين على العطاء من خدمة المجتمع ماداموا راغبين في ذلك قادرين عليه . وان اجبار الانسان على التقاعد لمجرد بلوغه سنا معينة . او تهديده بقطع معاشه اذا مارس عملا يدر عليه ما يساوى هذا المعاش أو يزيد ، فيه تحكّم بالغ الخطورة . فيحب ان يسمح لمن أراد الحصول على معاشه من التأمينات الاجتماعية لمجرد وصوله الى سن التقاعد بالعمل قدر طاقته ليزيد من دخله مهما بلغ ، وامامنا أمثلة عديدة في العالم توضح ان كثيرين من كبار السن أدوا الى أوطانهم خدمات جليلة في هذه السن في مجال تخصصاتهم بفضل ما اكتسبوه من خبرات على مدى سنوات حياتهم الطويلة . ولا شك ان هذه النظرة للمسنين نظرة ذكية تنقذهم من شقاء المعاناة وتشعرهم باستمرار اهميتهم ودوام قدرتهم على العطاء بدلا من عزلهم عن الحياة العامة ، وان احتياطات التأمينات الاجتماعية واستثمارها استثمارا رشيدا يجعلها قادرة على تخصيص جزء منها للشيخوخة ولقائمة دور مريحة لمن يفضل الحياة فيها .

٨ - دور الرعاية الاجتماعية للمسنين :

ويقترح الا تقتصر حماية التأمينات الاجتماعية على المعاشات فهناك فئة من المسنين من

اصحاب معاشات التأمينات الاجتماعية لا يقوون ايضا على الحركة وقضاء متطلباتهم فهؤلاء يجب ان تمتد إليهم التأمينات الاجتماعية بإسلوب إضافي بجانب المعاشات ، ومن ثم يخصص حساب في صندوق التأمين ضد الشيخوخة والعجز والوفاة يغذى مما يلي :

أ - ما يخصص لهذا الفرع من تأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات في ميزانية الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية ، والهيئة العامة لصندوق التقاعد الحكومى من مال للمساهمة في هذه الرعاية .

ب - التبرعات والوصايا والهبات التى يوافق عليها مجلس ادارة الهيئتين .

ج - الاشتراكات التى يؤديها المنتفعون من هذه الرعاية .

د - الموارد الناتجة عن نشاط دور الرعاية الاجتماعية .

وتنشئ الهيئتان مجتمعتان دورا لرعاية أصحاب المعاشات بمعرفتهما وبالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل لتقديم الرعاية لأصحاب المعاشات في حالة عدم وجود عائلات قريبة لهم ، او كانت حالتهم الصحية والجسمانية لاتساعدهم على البقاء وحيدين حتى مع اقربائهم . ويقترح في هذا الصدد انشاء دور للرعاية على أن تشتمل على ما يلي :

أ - الاقامة الكاملة بما فيها المسكن والمأكل والمشرب .

ب - المكتبات الثقافية والنوادي التى تقدم وسائل التسلية المناسبة .

ج - الاشراف الطبي وتقديم العلاج والدواء وغيره مما تحتاجه حالة المقيم .

د - توفير الرحلات والزيارات داخل البلاد وخارجها بأجور مخفضة .

وتقسم دور الرعاية حسب حالة المنتفعين الصحية والمستوى المعيشي والثقافي الذى كانوا يعيشون فيه قبل انتهاء الخدمة .

وتشتمل الرعاية كذلك على مميزات شخصية أخرى يتمتعون بها للتخفيف عن كاهلهم نذكر منها على سبيل المثال :

أ - تخفيض نسبي في تعريفه الموصلات بالسكك الحديدية والطيران والمواصلات العامة والهاتف .

ب - تخفيض نسبي أيضا في رسوم النوادي والمعارض والمسارح .

ج - تخفيض نسبي في نفقات الاقامة وفى دور العلاج حيثما تكون بالأجر .

د - انشاء وحدات استهلاكية .

ومهما يكن من أمر فإن ذلك وغيره من المساعدات لا يقلل أيضا من المشكلة ولكنه يعطينا فرصة واسعة لتدبر أمورنا أمام تلك النسبة الضئيلة من المسنين التى يمكن ان تتضاعل كل صعوبة يواجهونها وذلك بالأخذ بالاعتراحات السابق الاشارة اليها والتي نجملها فيما يلي :

أ - تحديد سن استحقاق للمعاش طبقا لقانون التأمين الاجتماعي وليس تحديد سن تقاعد الزامياً .

ب - رفع سن إنهاء الخدمة في الشركات من سن الستين الى خمس وستين سنة تمشيا مع الاتجاه العام .

ج - كفالة حق المسن في العمل مهما كان عمره مادام قادرا على الاستمرار في العمل وراغبا فيه ، مع كفالة الحق في اختيار التقاعد .

د - عدم حرمان صاحب المعاش من معاشه المنصرف وفقا لقانون التأمين الاجتماعي اذا مارس أحد الاعمال التي تدر عليه اجرا يساوي أو يزيد عن قيمة المعاش الذي يتقاضاه ، وبمعنى آخر الترخيص بالجمع بين الأجر والمعاش مهما كانت القيمة وذلك بالنسبة لمن كانوا يعملون في أعمال خطيرة .

هـ - ابواء غير القادر على مساعدة نفسه وخدمته داخل دور تؤسس لهذا الغرض تتوفر فيها الرعاية الصحية والمعاشية والاجتماعية والثقافية والترفيهية .

و - اضافة مدد اعتبارية الى مدة الاشتراك في التأمينات الاجتماعية تأخذ حكم المدد التأمينية وذلك خلال فترة انتقالية لا تقل عن عشر سنوات تمكينا للمسنين الذين لم تدرکہم التأمينات الاجتماعية في الوقت المناسب لاستيفاء المدد المؤهلة للمعاش المجزي .

ز - جعل المدد المؤهلة للمتقدمين في السن في اقصر الحدود وكل من يسرح من عمله لسبب او لأخر بعد بلوغه سن الخامسة والستين سنة يمنح شهر تأمين عن كل شهر ينقصه لبلوغ الحد الأدنى للمدة المؤهلة للمعاش وذلك خلال فترة انتقالية .

٩ - الفواحي الاقتصادية واثرها في تحديد سن التقاعد في التأمينات الاجتماعية :

ان الدول التي هي على مدارج النمو الاقتصادي لا بد وأن تراعي الاستفادة من القوى العاملة بها الى أكبر قدر لاسيما اذا اضطرتها الضرورة للاستعانة بالعمالة الاجنبية ، وبذلك نجد ان الدول التي تعاني من نقص في القوى العاملة بها لا بد وأن تعاني من احالة العاملين بها في سن مبكرة ، ولهذا نوصي ببقاء العامل في الخدمة الى السن الذي يصبح استمراره بعدها في غير مصلحة الانتاج ، وهو ما أخذت به دولة البحرين على ما سبق بيانه .

وأمام دول الخليج الكثير من المجالات في التكامل الاقتصادي والزراعي والصناعي التي تستوعب ليس فقط اعدادا كثيرة من المتقدمين في السن ، وانما تستوعب الكثير من العمالة الوافدة ، الامر الذي يجعل احالة العاملين الى التقاعد الزاميا يؤدي الى نقص القوى العاملة والحد من الانتاج .

١٠ - تحديد سن التقاعد الإلزامي واثره على تكلفة المعاش :

من المعروف انه كلما قصرت المدة المحسوبة والتي تخول الحق في المعاش على اساسها نتيجة التقاعد المبكر كلما قلت قيمة المعاش ، فاذا تأخر سن التقاعد زادت قيمة المعاش نتيجة طول

الخدمة وزيادة الاجر الذى يحسب على اساسه المعاش . وكلما كانت الاحالة الى المعاش فى سن مبكرة كلما ادى ذلك الى زيادة المدة التى يحصل فيها صاحب المعاش على معاشه لمدة اطول . الامر الذى يلقي باعباء متزايدة على احتياطات نظم المعاشات ، وكلما قلت مدة الحصول على المعاش نتيجة تأخير سن التقاعد كلما قل العبء .

ومن هنا نجد ان التوازن المالى لنظام المعاشات أمر ضروري يجب توفيره بكل السبل ، ولذلك يغلب الآن الاتجاه عالميا الى رفع سن التقاعد لتمكين المؤمن عليهم من تكوين مدد الخدمة المناسبة للحصول على المعاش المجزي من جهة ولتأخير الاصطدام بالعامل النفساني الذى يؤثر فى المؤمن عليه نتيجة الشعور بأن دوره فى الحياة قد انتهى وعليه ان ينتظر قضاء الله فيه من جهة اخرى ، ولتخفيف الضغط قدر الامكان على احتياطات التأمينات الاجتماعية من جهة ثالثة ، وللحفاظ على مستوى الدخل كما هو اطول مدة ممكنة من جهة رابعة .

١١- بنك التأمينات والتوازن المالى فى التأمينات الاجتماعية على المدى الطويل :

ان الاشتراكات التى تُحصّل من المؤمن عليهم ومن اصحاب العمل بالقدر المعقول كفيّة بحفظ التوازن المالى بين الايرادات والمصروفات على المدى القصير ، ولكن على المدى الطويل تواجه الايرادات زيادة فى المصروفات تفرضها ظروف التضخم وتدهور القوى الشرائية للنقد ، كما تفرضها على المدى الطويل عدم زيادة الدخل القومي بالقدر الذى يسمح بتوفير احتياطات المعاشات التى توفى بمتطلباتها على المدى الطويل كما ان هذه الايرادات يجب ان توفى ايضا بالالتزامات الانسانية الاخرى مثل انشاء دور الرعاية بما تتضمنه من مختلف الاساليب ، وبما يجعلها قريبة من الحياة الاسرية لاصحاب المعاشات ، وكذلك توفير التمويل اللازم لضم مدد الاشتراك الاعتبارية لزيادة قيمة المعاش .

وهذه الاشتراكات يتكون منها المالى الاحتياطي لمواجهة كل هذه الالتزامات ، ولا بد والحالة هذه من تنمية هذا المالى عن طريق الاستثمار الامثل ونقترح بجانب وسائل الاستثمار التقليدية انشاء بنك للتأمينات الاجتماعية يباشر جميع الخدمات والعمليات المصرفية ، ويقوم بأعمال الاستثمار مباشرة او بالمساهمة مع الغير او بانشاء الشركات، ومن واقع ارباح البنك يمكن تخصيص جزء منها للمساهمة فى اعمال الرعاية الاجتماعية للمسنين من اصحاب المعاشات سواء بانشاء الدور المذكورة او انشاء مؤسسات تجارية توفر لهم حاجياتهم المنزلية بأسعار تعاونية او مدعومة، وهذه الارباح سوف يكون من شأنها تأكيد التوازن المطلوب على مدى سنوات طويلة ، لاسيما وأنه من المنتظر ان تبلغ فى نهاية سنة ١٩٨٢ ما يزيد على المائة مليون دينار . * ويكفي ان نعلم ان مثل هذا البنك سوف يضاعف عائد الاستثمار او اكثر عما يحققه بالطرق التقليدية .

ومن أجل هذا نوصي بانشاء مثل هذه البنوك بأموال التأمينات الاجتماعية لاغراض حفظ التوازن المالى بين الايرادات والمصروفات للمعاشات من جهة ولتوفير مصدر تمويل اضافى لانشاء

* ارتفع هذا الرقم ليزيد على ٢٢٠ مليون دينار عام ١٩٨٨ م .

دور الرعاية للمسنين ولأصحاب المعاشات ولأقراض المؤمن عليهم في المناسبات الاجتماعية من جهة أخرى .

لقد بدأ الاخذ بنظام التأمين الاجتماعي في دولة البحرين ودول الخليج بصفة عامة بداية طيبة ، وأن الخشية من تعاضم مشكلة المسنين في الدول الأخرى حتى سنة ٢٠٠٠م أو سنة ٢٠٢٥ لا محل لها هنا ، فاشتركات التأمين ضد الشيخوخة والعجز والوفاة بدأت معقولة ومتوازنة منذ بداية التطبيق ، كما بدأ استثمار احتياطياتها ايضا بداية طيبة بالنسبة لحصيلة الاشتراكات فور وصولها وحالتها الى اجهزة الاستثمار في نفس اليوم ، ولقد كان عائد الاستثمار ايضا من الوهلة الاولى، وما زال، عائدا مجزياً ومازالت المجالات مفتوحة امامنا في دولة البحرين وفي دول الخليج كافة خاصة عندما نأخذ باسباب التكامل الاقتصادي . واذا اتخذنا دولة البحرين كمثال لبقية دول الخليج التي أخذت بنظام التأمين الاجتماعي نجد انها الى الآن لم تمس احتياطياتها ، وانه خلال السنوات الست الاولى فإن جميع المصروفات التأمينية والمصروفات الادارية بأنواعها المختلفة يتحمل بها عوائد الاستثمار سنويا ، ويفيض من تلك العوائد ويفذي الاحتياطيات ، فضلا عما يضاف اليها اولا بأول من الاشتراكات المستجدة . فالضغط على تلك الاحتياطيات خلال السنوات المقبلة حتى سنة ٢٠٠٠م أو سنة ٢٠٢٥م ضغط يخشى عليها منه مازال أمرا بعيد الاحتمال مادامت الخطوات محسوبة ويكتنفها الحذر من كل جانب .

١٢- كفالة حق العمل في أي سن وحق التقاعد اختياريا :

تفكر بعض الدول تفكيرا جديا في الغاء النصوص القانونية الخاصة بالتقاعد الزاميا عند بلوغ سن معينة لانها تعمل على انهيار كبار السن نفسيا كما سبقت الاشارة . حيث يمتلكهم الشعور بقرب نهايتهم وبأنهم اصبحوا غير مرغوب فيهم بل وسوف يصبحون عالة على المجتمع بعد ان كانوا هم الذين يعولونه ، وهم الرواد ، وانه كان في استطاعتهم وهم في مراكز السلطة ان يعدلوا من اوضاعهم بما فيه مصلحتهم ، الا انهم وهم في مركز الرواد - والرائد دائما يقبل عن طيب خاطر ان يضحي في سبيل مصلحة ابنائه ، وفي سبيل المجتمع - تركوا الامر للجيل الذي يليهم فإن شاء اعترف بجهودهم وقدرهم ، وقام بفتح مجالات جديدة لاستمرار الحياة وزيادة الدخل القومي كما فعل الاوائل ، وتقبل عن طيب خاطر اعالة غير القادر على العمل من هؤلاء الاوائل وترك القادر منهم يكد ويعمل في ظل التأمين الاجتماعي ، وليس هناك إحسان على المتقاعد او كبير السن كما ان ما يحصل عليه المتقاعد ليس من قبيل المساعدة او الشفقة وانما هو حق مكتسب مؤله صاحب الشأن من ماله وهو في شبابه الى ان دخل في دور الشيخوخة حتى التقاعد الذي نرى ان يكون اختياريا حتى تتاح له الفرصة للمساهمة في الانتاج ، فكثير من الاعمال المجيدة قام بها اشخاص في سن الثمانين وما بعدها والامثلة على ذلك كثيرة - وليكن شعارنا :

« اليد التي تعمل لا تموت قبل موعد وفاتها » .

فاحترام هؤلاء الاوائل وهؤلاء الرواد مهما كانت طبيعة عملهم واجب ، وامتداد المحبة والاحترام لهم اكثر وجوبا . ولا يتأتى ذلك الا بأن يكون حق العمل مكفولا لكل قادر عليه وراغب فيه ، وبالتالي يجب أيضا أن يكون حق التقاعد اختياريا ومن أوجب واجبات الاجيال الجديدة التي تبذل قصارى جهدها لتضيق الجيد وتزيد من الدخل ، لاسيما وقد توفر لها من الوسائل

والعلوم ما لم يكن متاحا للأجيال السابقة ، خاصة وأنه بمضي الوقت تتزايد حصة التأمينات الاجتماعية المقطعة من إجمالي الدخل القومي سنويا فنجدها مثلا في سنة ١٩٧٥م بلغت ٢٧٪ من الدخل القومي في السويد و ٢٦٪ في الدنمارك و ٢٣٪ في ألمانيا الاتحادية وأقل من ذلك في كل من فرنسا وفنلندا وبلجيكا وبريطانيا . وما يؤيد الأخذ بهذا الاتجاه ، أي كفالة حق العمل في أي سن وحق التقاعد اختياريًا ، ما قد لوحظ من الزيادة في إجمالي الدخل القومي ، ومن ثم يجب تعديل هذا المسار بمثل هذه الاقتراحات .

١٣- مشكلة كبار السن خلقت بحسن نية وصورتها مشكلة ظروف حسنة :

ان تحسن الظروف الصحية والعناية بتحسين ظروف العمل ووقاية البيئة زادت من نسبة معدلات البقاء على الحياة بالنسبة لكبار السن من الذكور والاناث كما يتضح من الجدول المرفق . كما ان تنظيم النسل سواء نتيجة الحملات الاعلامية او نتيجة شعور الفرد واهتمامه بمستوى المعيشة ، وانتشار التعليم والثقافة ، كل ذلك أنتج أثره في بعض الدول فجعل مستوى الخصوبة ينحدر بصفة مستمرة ، فتولد عن كلا الاجراءين مجتمعين شعور بأن القوى العاملة في هذه الدول اخذت تدب فيها الشيخوخة بسرعة دون ان يقابلها ما يسمح بضخ دم جديد يجدد شبابها .

ومنذ الفترة من ٤٧ - ١٩٤٩م أخذ مستوى الخصوبة يميل الى الانحدار لدرجة لم تكن متوقعة حيث أصبح المعدل ٢,٠٥ طفل للمرأة الواحدة سنة ١٩٥٠م بعد أن كان ٤,٥٤ خلال الفترة المذكورة ، ثم استقر المعدل على هذا الوضع خلال الستينات حتى سنة ١٩٧٣م ومنذ هذا الوقت استمر المعدل في الانحدار حتى وصل الى ١,٧٤ سنة ١٩٨٠م وهو ما يماثل الوضع في الدول الغربية الصناعية ، بينما نجد معدل الخصوبة في دولة البحرين كما نشره جهاز الاحصاء مؤخرًا قد وصل الى ٦,٨ طفل للمرأة الواحدة سنة ١٩٨١م .

فمستوى الخصوبة المنحدر من ناحية ويقابله معدل الوفيات المنحدر ايضا من ناحية اخرى في تلك الدول جعل تركيب البنية السكانية يتخذ أوضاعا غير مألوفة ، كما اشاع عدم الارتياح للمستقبل ، وهي اوضاع نحمد الله انها مازالت بعيدة عنا .

١٤- نظم التأمينات الاجتماعية اصبحت واجبا قوميا يقولها كبار السن في شبابهم حتى بداية مرحلة الشيخوخة ثم يبدأ الشباب في التمويل :

ان تتابع الاعتراف الكامل بما قدمه كبار السن للجيل الذي يليهم يجب أن يكون حقيقة ماثلة في كل الأوقات . فهم الذين وسعوا الرقعة الزراعية وفكفروا الأمن الغذائي ، وهم الذين شيّدوا المصانع والمزارع وروجوا التجارة ، وهم الذين شيّدوا المستشفيات ودور العلاج فزادوا من الدخل القومي ووفروا فرص العمل . وهم الذين حافظوا على صحة الجيل فكفّلوا له الحياة السليمة . وهم الذين شيّدوا المساكن وشقّوا الطرق واقاموا المدارس والجامعات ووفروا البحوث والمكتشفات . وهم الذين سهرّوا على الأمن الداخلي والخارجي ، وهم الذين سلّموا كل ذلك لأفراد الجيل الذي تلاهم ، وهو رأس المال الذي ادار حركة الحياة التي يجب ان تستمر وفي ازدياد بجهود الجيل التالي وسيأتي الدور عليهم ليسلّموا ثمرة جهودهم لمن يليهم وهكذا ، فهل ما توفر ويتوفر حاليا من سبل الراحة والرفاهية والامكانيات القوية يقف عند حدود معينة او تعمل فقط الاجيال التالية على المحافظة على ما تسلموه وكفى ؟ ان سنة الوجود تقضي بأن يمد كل

جيل جديد بصره الى ما هو ابعد مما تسلمه ويضيف اليه افقيا ورأسيا ويجاهد في كل الاتجاهات .

وان الترجمة العملية لكل ذلك هو توفير العيش الكريم للأجيال بالتتابع . والتأمينات والرعاية الاجتماعية كفيلة بأن تكون الأداة الطيبة الجادة التي توفر كل ذلك وما دونها يكون خاليا من المضمون .

ومهما يكن من أمر فإن كل جيل يكون خاضعا للتأمينات الاجتماعية لا تبدأ رعايته وتوفير سبل الدخل المناسب له من فراغ وإنما يكون قد سلم الجيل الذي يليه احتياطات مالية ضخمة محسوبة بدقة ومتمثلة في استثمارات متعددة قصد بها ان تكفيه من جهة وأن تمهد السبيل للجيل الذي تسلمها ليجد أساسا يضيف اليه ويتابع المسيرة على أساسه .

فالتأمينات الاجتماعية بفروعها المختلفة ضد الشيخوخة والعجز والوفاة وضد اصابات العمل والمرض وأمراض المهنة . والتأمين الصحى ضد العجز المؤقت والتأمين ضد التعطل ، هو السبيل الوحيد لرعاية المسنين وابعاد شبح المخاوف من المستقبل المجهول ، مع التحفظات السابق الاشارة اليها ، وتطويرها على اساس متطلبات الحياة ، وتوفير التوازن المالى بين الإيرادات والمصروفات بكل السبل التي توفر مناخ الاستثمار الملائم . ذلك هو اقصر السبل وأجداها لطمأنينة الشباب على مستقبلهم ورعاية المسنين في شيخوختهم . وان تجربة دولة البحرين خير شاهد على ذلك فقد توفر لديها الآن من الاحتياطات ما يزيد على المائة مليون دينار من خلال فترة لم تزد على الست سنوات (*) ومن المأمول ان تنتشر التأمينات والرعاية الاجتماعية في دول الخليج فهي الآن منفذة في المملكة العربية السعودية ، وفي دولة الكويت وفي دولة البحرين وسوف تنفذ في باقى الدول باذن الله مع الاستفادة مما واجه الدول الاخرى من صعوبات حتى يمكن تلافيها .

وقد افردنا القسم الثاني من هذا البحث لاستعراض موجز لتلك النظم في خمس دول عربية خليجية ، كما ارفقنا في نهاية القسم الاول الجداول الاحصائية التي توضح :

١ - نسبة الذين بلغوا الستين سنة من عمرهم فما فوق الى عدد السكان وعددهم طبقا لسنة التعداد في بعض الدول . جدول رقم (١) .

ب - معدلات البقاء على الحياة بالنسبة لكبار السن في احدى الدول الصناعية الكبرى . جدول رقم (٢) .

ج - تطور نسبة كبار السن في مجموع السكان الى جملة القوى العاملة في اعمارها العادية من ١٩ - ٦٤ سنة والمسنون من سن ٦٥ سنة فما فوق في احدى الدول الصناعية الكبرى وهي نفس الدولة المشار اليها بالجدول (٢) السابق ، جدول رقم (٣) .

(*) الرقم المشار إليه هو احتياطات التأمينات الاجتماعية في البحرين عام ١٩٨٢ . اما حسب احصائية عام ١٩٨٨ فقد بلغت الاحتياطات اكثر من ٢٢٠ مليون دينار .

ومن جهة أخرى فإننا ندعو من الآن ان نراعي كفاية اشتراكات التأمينات عند اعداد مشروعات القوانين المنفذة لفروع التأمينات الاجتماعية المختلفة بحيث تفي بالتزامات كل فرع ، مع الأخذ في الحسبان ما يحتمل ان يواجه مزاي التأمينات عند التقاعد من ضعف القوة الشرائية للنقود وحالات التضخم وارتفاع نفقات المعيشة .

ولعل الاتفاقية الدولية رقم ١٠٢ الخاصة بالمستوى الأدنى للضمان الاجتماعي التي اعدتها منظمة العمل الدولية وأقرها مؤتمر العمل الدولي لهيئة العمل الدولية في دورته الخامسة والثلاثين التي عقدت بجنيف في ٤ يونيو سنة ١٩٥٢ خير نموذج يحتذى به مع الأخذ في الاعتبار بالتحفظات السابق الاشارة اليها فهي جديرة بأن تشجع الاطمئنان والراحة وتوفر الدخل المناسب في الحاضر والمستقبل للطفل في مهده وللكهل في شيخوخته .

توصيات مقترحة :

وفي ضوء ما تقدم يمكن وضع مشروع التوصيات التالية :

اولا : من الواضح ان ظاهرة الشيخوخة ستزداد انتشارا وبسرعة ، وان كنا في دول الخليج ما زلنا بعيدين عن ان تكون هذه الظاهرة مشكلة وتشير بعض احصاءات الدول الاجنبية ان عدد الاشخاص الذين ستتجاوز اعمارهم ستين عاما سيتضاعف خمس مرات ، ومن ستتجاوز اعمارهم الثمانين عاما سيزدادون ثمانية أضعاف ما هم عليه الآن ، وسيصبح شخص واحد من كل سبعة اشخاص في العمر الثالث (عمر الشيخوخة) بدلا من شخص واحد من بين كل ١٢ شخصا كما كان الحال عام ١٩٥٠م وتضيف بعض الاحصاءات أيضا - رغم ما سبق ان بينا أننا ما زلنا بعيدين عن هذه المشكلة - ان هذه المشكلة ستصبح بصورة واضحة في الدول النامية حيث ستتجاوز أعمار ٧,٢٪ من سكانها الستين عاما .

ومن قبيل الاحتياط الكلي نرى أن يبدأ من الآن الأخذ بتعريف التقاعد بأنه السن الذي يرى فيه العامل وجوب انسحابه نهائيا من القوة العاملة لتوقف مجهوده الانتاجي بالدرجة التي لا يرضى عنها .

ثانيا : من الواضح أيضا أن ظروف دول الخليج تختلف عن ظروف معظم الدول من الناحية السكانية ، لذلك تستعين بالقوى العاملة الاجنبية بالقدر الذي تحتاجه ومن أجل هذا :

يراعى بحث كل توصية او اتفاقية دولية في ضوء ظروف بلادنا والاخذ منها بما يتلاءم مع ظروفه المعيشية والسكانية ، لأن ما يصلح منها في بلد ما قد لا يصلح اطلاقا في بلادنا ، كما حدث وأن حددت بعض الدول سن التقاعد عن العمل الزاميا بستين عاما كما نصت عليه بعض اتفاقيات العمل الدولية - مع انه لا يصلح في بلادنا على اطلاقه .

ثالثا : من المتفق عليه - بناء على النظرة المتعمقة - ان الطبيعة المركبة للشيخوخة لها ابعادها البيولوجية والفسولوجية والاجتماعية والثقافية بالاضافة الى الابعاد النفسية والعقلية . ومن ثم :

تجب العناية من الآن بدراسة الشيخوخة من كل جوانبها بحيث تصبح موضوعا مشتركا تسهم فيه مختلف العلوم والتخصصات ويجب من الآن - كوقاية - رفع سن التقاعد في الجهات التي تؤكد على ضرورة تحديده ، وقد حلت هذه المشكلة في القطاع الاهل والقطاع الحكومي بحكمة من بيدهم الأمر وثاقب فكرهم ، وتبقى الشركات حيث يجب ممارسة بعض الدراسات معها لاقناعها بالأخذ بنفس الاتجاه .

رابعا : من المقدر ان عدد من سيشملهم مرحلة الشيخوخة سيزداد وان الزيادة قد تكون كبيرة في الدول النامية بصفة خاصة مما سيحدث اختلالا في التوزيع الهيكلي للسكان الامر الذي يمس جميع المجالات ، ولكن الوضع يختلف في منطقتنا حيث تستعين بالعمالة الأجنبية قدر الحاجة ومن ثم :

يجب تشجيع الاستعانة باليد العاملة الفنية الوطنية المدربة على ان تكون من المستويات العليا التي تفيد البلاد في مختلف التخصصات .

خامسا : من حق كل من ادى دوره في الحياة ودخل مرحلة الشيخوخة واصبح يرى في نفسه عدم القدرة على مواصلة المسيرة وجوب الخلود للراحة ، فعلى المجتمع اعترافا منه بجهود كل فرد بلغ هذه المرحلة العمرية ان يوفر له وسائل الراحة ، فإن اراد العيش بين اهله وذويه وعائلته فيجب مراعاة :

الأخذ بنظم التأمينات الاجتماعية التي توفر المعاش الشهري المجزي لمثل هؤلاء حتى لا يعيشون عالة بين اهليهم وذويهم وعائلتهم وانما يساهمون من هذا المعاش في تكاليف معيشتهم ، ما دام وجودهم بينهم يشيع الطمأنينة والتماسك والنصح والارشاد ، ويشيع الراحة للأبناء باحساسهم بأنهم يردون بعض الدين عليهم، اما من تتطلب حالتهم رعاية خاصة يعجز عنها الابناء ويرى اصحابها ان يعيشوا بعيدين عنهم مستقلين في حياتهم ولكن بمساعدة الغير ورعايتهم ، فيجب ان يكون لهم المكان المناسب في دور الرعاية التي تنشأ خصيصا لمثل هذه الفئة لتناسب مع اوضاعهم الاجتماعية .

سادسا : واذا كان الحق في الراحة أصبح واجبا قوميا لمن أصبح لا يقوى على اكمال المسيرة ، فإن حق الاستمرار في العمل يصبح واجبا قوميا لكبار السن ، لأنه يجب أن ينظر اليهم على انهم ليسوا عبئا على مجتمعاتهم بل بالعكس لهم الدور الكبير الذي قاموا به ويقومون به ، فهم صانعو امتهم ورواد وطنهم وقدوة شعوبهم ، ومن ثم يجب أن نحافظ على دورهم في الانتاج مادامت حالتهم الصحية والعقلية تسمح بذلك وهي مساهمة حقيقية منهم في انتاج بلادهم ، وعلى ذلك :

يجب افساح مجال العمل أمام من بلغوا مرحلة الشيخوخة لأن الانسان لا يشيخ الا بقدرما يشعر به من شيخوخة وأماننا أمثلة حية نجد اقواما ما زالت تتمتع بنشاطها الجسماني والعقلي في سن الثمانين والتسعين بل وفي حالات معينة في سن تتخطى المائة عام. ومن أجل ذلك فليس هناك أي خشية من رفع سن التقاعد الى أعلى حد أو تركه دون حد ، الا اذا حدد لدواعي تنظيمية فقط دون الزام للتقاعد .

سابعاً : وإذا كانت أنظمة التقاعد قد بدأت في بعض الدول تواجه عددا من المصاعب بسبب ارتفاع نفقات التقاعد بشكل كبير ، إلا أنه ليس هناك من سبب لهذا الارتفاع سوى التغير في البنية السكانية والبداية المتواضعة من حيث نسبة الاشتراك في هذه النظم ، وقد ساهم في هذه المصاعب التباطؤ في نمو مجموع القوى العاملة ودخولها مرحلة التذني وبذلك أصبحت النتيجة في بعض الدول المتقدمة انخفاضاً في عدد المساهمين في نظم التأمينات من حيث التمويل وازدياداً في عدد المستحقين للمعاشات ولذلك :

فإن رفع سن التقاعد العادي يخفف من حدة هذه النتيجة . وكذلك اشتراك أفراد القوى العاملة في نظم التأمينات أصبح ضرورة مالية كما أصبحت ضرورة اقتصادية ، لأن أفراد هذه القوى يكونون عادة في مقتبل العمر وبذلك يساهمون في التمويل ، فضلاً عن أنهم يعدلون من شكل الهيكل السكاني فتتفادى القوى العاملة بصفة عامة الدخول في مرحلة الشيخوخة التي تخشاها الدول الأخرى ويكونون بمثابة الدم الجديد الذي يمولها .

ثامناً : إن كل فرد يتعرض في الحياة لمخاطر متعددة تصيبه بالقلق وعدم الطمأنينة وفي مقدمتها المرض ، والتعطل ، وعبء المسئولية العائلية ، والاصابة ، والعجز ، والوفاة ، والشيخوخة ، وليس من سبيل للامانة هذا القلق الا بتوفير العلاج الطبي ، والمعونة المالية في حالات العجز بسبب المرض ، أو التعطل ، والمعاش المجزي في حالة الوفاة لأفراد الاسرة ، والمعاش المجزي لمن دخلوا مرحلة الشيخوخة ، والسبيل الوحيد هو :

الأخذ بنظام التأمينات الاجتماعية والتوسع فيها ، مع الاحتياط الكافي منذ البداية عند تحديد نسبة الاشتراكات لتفي بالحاجة على المدى القصير والمدى الطويل من حيث التمويل وتكوين الاحتياطي المناسب اللازم .

تاسعاً : ليس هناك من رعاية لأي فئة من الفئات بدون وجود التمويل اللازم الذي يوفر نفقات المعيشة ، وإن نظرية تكوين الاموال التي تعتمد عليها التأمينات الاجتماعية هي النظرة التي توفر المال اللازم أيضاً لانشاء دور الرعاية لفئات من دخلوا مرحلة الشيخوخة حتى تكون مناسبة لماضيهم وما قدموا من خدمات لأوطانهم ومن هنا أصبح لزاماً :

ضرورة أن تكون نسبة اشتراكات التأمينات بمختلف الفروع مناسبة وبما فيه الكفاية لمواجهة الالتزامات المستقبلية وما قد يكتنفها من مصاعب بسبب التضخم ، أو ارتفاع نفقات المعيشة ، أو انخفاض القوة الشرائية للنقود .

كذلك ضرورة استثمار حصيلة الاحتياطيات المكونة من هذه الاشتراكات استثمارا رشيدا .

والتوسع بقدر الامكان وبأكبر نسبة للمشاركين في هذه النظم باخضاع العمال الأجانب لهذه النظم التي تكفل تدعيم التأمينات الاجتماعية . وان النظرة الى هذه الفئة من القوى العاملة يجب أن تتغير فليس بسببها اطلاقا تخرج عمالات البلد للخارج ، وليس بسببها تتحمل صناديق التأمين اعباء اضافية يجب توفيرها بل ان العكس هو الصحيح . ان اخضاع هذه الفئة مؤداه المساهمة بنسب مختلفة في احتياطيات التأمينات فهو ادخار الزامي يساهم في محاربة التضخم ، وهو ادخار الزامي يساهم في تدعيم الصناديق التي يجب أن يتكون لها احتياطي كاف ، وهو ادخار الزامي يوسع من القاعدة المشتركة في النظام فيعالج ما تعاني منه الآن بعض الدول .

نقول يجب أن تتغير النظرة الى اشراك الأجانب في التأمينات الاجتماعية الزاميا لانه يخصم من أجورهم أسوة بالوطنيين حصتهم في التأمينات، ويتقاضون عندما يتعرضون لأحد المخاطر المؤمن ضدها مبلغا اجماليا وليس معاشا دوريا - كما هو الحال مع الوطنيين - الا اذا أبرمت اتفاقية ثنائية تنص على خلاف ذلك . ولأن ما يخصم منهم مضافا الى حصة صاحب العمل في الاشتراك في التأمينات يستثمر لصالح صندوق المعاشات فينمي الحصيلة ، ومن الارباح يتقاضون حقوقهم .

اما حصة صاحب العمل في اشتراك التأمين فهي توازي التزامه المنصوص عليه عادة في قوانين العمل ، مع استحقاق العامل عند نهاية الخدمة لمكافأة تتناسب مع طول مدتها فصاحب العمل يدفع المكافأة على أساس الأجر بينما اشتراك التأمين الذي يعفيه من دفع المكافأة يدفع للتأمينات على أساس تدرج الأجر طوال مدة الخدمة وهو ما يقل في النهاية عن قيمة مكافأة الخدمة .

ذلك بالاضافة الى انه ضمان لحصول العامل المؤمن عليه على حقه من الجهاز الادارى المشرف على التأمينات .

وأخيراً ان استثمار الحصتين يعود بالنفع على صندوق المعاشات ليوفي بالتزاماته على المدى الطويل ويجعل الايرادات متوازنة مع المصروفات .

عاشراً : ولعل من أهم موارد صندوق المعاشات عوائد استثمار الاحتياطي الذي يتكون على مر السنين ، ولما كان من أهم وسائل الاستثمار توظيف المال في الشئون المصرفية لذلك :

يقترح انشاء بنك للتأمينات الاجتماعية يمارس مختلف الشئون المصرفية ، وبالتالي يخصص عائد الاستثمار لتوفير التوازن المالي المشار اليه ولزيادة المعاشات من وقت لآخر ، والمساهمة في انشاء دور الرعاية لأصحاب المعاشات لمن دخلوا مرحلة الشيخوخة ويرغبون في المعيشة مستقلين عن باقى أفراد عائلاتهم ، أو كانوا ممن هم في حاجة الى رعاية خاصة سواء صحية أو عقلية أو جسمانية .

جدول رقم (١)

يوضح نسبة الذين بلغوا الستين سنة من عمرهم فما فوق الى عدد السكان وعددهم طبقاً لسنة التعداد

| النسبة المئوية لمن بلغوا الستين سنة من عمرهم فما فوق الى عدد السكان | تعداد السكان | سنة التعداد | البلد |
|---|--------------|-------------|--|
| العدد | النسبة | | |
| ١٩٧٠٢ | ٣,٤ | ٥٥٧٨٨٧ | ١٩٧٥ |
| ١٤١٠٠ | ٣,٧ | ٣٥٠٧٩٨ | ١٩٨١ |
| ٤٢٣٩٧١ | ٦,٣ | ٦٧٢٦٤٦٦ | ١٩٧٤ |
| ٢٧٩١٣ | ٤,٣ | ٦٦٦٠٠٠ | ١٩٧٥ |
| ٧٦٣٠ | ٦,٩ | ١١١١٣٣ | ١٩٧٠ |
| ٢٦٦٧٢ | ٢,٧ | ٩٩٤٨٣٧ | ١٩٧٥ |
| ٣٧١١٠٠ | ٦, - | ٦٢٥٩٠٠٠ | ١٩٧٩ |
| ٢٣٧٧٤٠٠ | ٦,٣ | ٣٧٥٧٤٦٠٠ | ١٩٧٨ |
| ٤٩٤٢٠٠ | ١٠, - | ٤٧٦٣٧٠٠ | ١٩٧٩ |
| ١٤٦٣٠٠٠٠ | ١٣, - | ١١٦١٣٠٠٠٠ | ١٩٧٩ |
| ٣٤٢٤٣٠٠٠ | ١٦, - | ٢٢٠٠٩٩٠٠٠ | ١٩٧٩ |
| ٩٠٤٨٠٠٠ | ١٦, - | ٥٦٦١٠٠٠٠ | ١٩٧٩ |
| ٩٩٠١٣٦ | ١٦, - | ٦١١٨١٧٧ | ١٩٧٩ |
| ٩٥٠١٩٠٠ | ١٨, - | ٥٣٤١٠٧٠٠ | ١٩٧٩ |
| ١١٨٧٤٠٠٠ | ١٩, ٤ | ٦١٣١٥٠٠٠ | ١٩٧٩ |
| | | | الامارات البحرين السعودية عمان قطر الكويت تونس مصر هونج كونج اليابان الولايات المتحدة ايطاليا الدنمارك فرنسا المانيا الاتحادية |

جدول رقم (٢)*
يوضح معدلات البقاء على الحياة بالنسبة
لكبار السن في احدى الدول الصناعية الكبرى

| السنة تبعا لمعدل البقاء على الحياة بالسنوات | | السنة |
|--|------|-------|
| اناث | ذكور | |
| ٦١,٥ | ٥٨ | ١٩٥٠ |
| ٧٠,٢ | ٦٥,٣ | ١٩٦٠ |
| ٧٤,٧ | ٦٩,٣ | ١٩٧٠ |
| ٧٨,٨ | ٧٣,٣ | ١٩٨٠ |

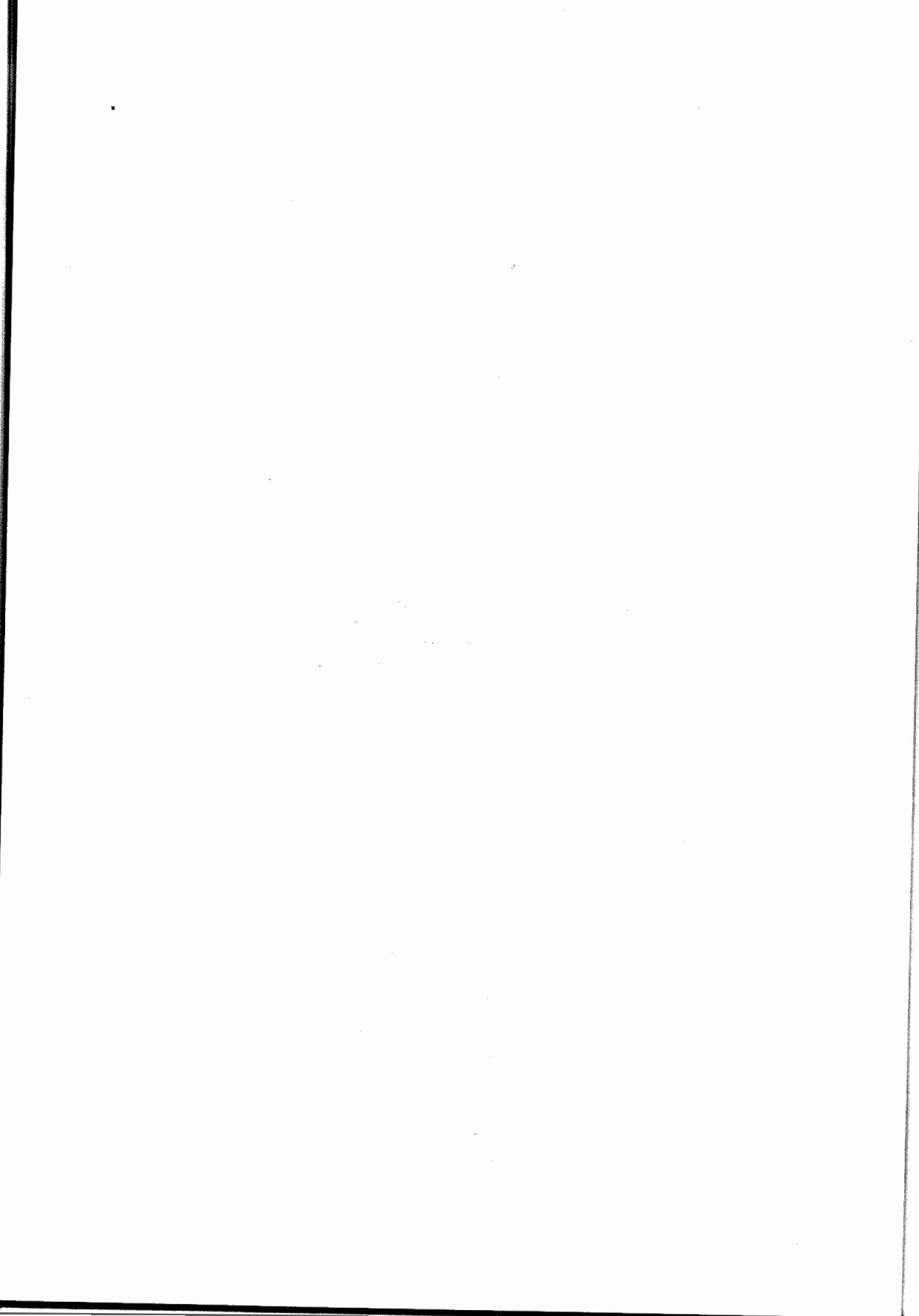
(*) المرجع : مجلة International Labour Review العدد ١ من المجموعة ١٢١ لسنة ١٩٨٢ الصادرة عن مكتب العمل
الدولي بجنيف في يناير - فبراير سنة ١٩٨٢ .

جدول رقم (٣)*
يوضح تطور نسبة كبار السن بين مجموع السكان
ونسبة كبار السن من العمال (من ٤٥ - ٦٤ سنة)
الى جملة القوى العاملة في أعمارها العادية
(من ١٩ - ٦٤ سنة) (المسنون من ٦٥ سنة فما فوق)

| نسبة كبار السن (٤٥ - ٦٤ سنة) الى جملة القوى العاملة (١٥ - ٦٤ سنة) % | نسبة كبار المسنين لعدد السكان (٦٥ - سنة فأكثر) % | عدد السكان بالمليون | السنة |
|---|---|---------------------------|-------|
| ٢٩,١٥ | ٧,٩١ | ١١١,٩ | ١٩٧٥ |
| ٣٢,١٨ | ٨,٩٨ | ١١٦,٨ | ١٩٨٠ |
| ٣٤,٦٦ | ٩,٨٠ | ١٢٠,١ | ١٩٨٥ |
| ٣٦,٦٧ | ١١,٠٥ | ١٢٢,٥ | ١٩٩٠ |
| ٣٩,٨٨ | ١٢,٩٢ | ١٢٤,٨ | ١٩٩٥ |
| ٤١,١٣ | ١٤,٨٦ | ١٢٧,١ | ٢٠٠٠ |
| ٤١,١٨ | ١٦,٥٠ | ١٢٨,٤ | ٢٠٠٥ |
| ٤٠,٩٥ | ١٨,٢٨ | ١٢٧,٩ | ٢٠١٠ |
| ٤٠,٢٨ | ٢٠,٦٨ | ١٢٦,٠ | ٢٠١٥ |
| ٤٢,٢٩ | ٢١,٥٠ | ١٢٣,٣ | ٢٠٢٠ |
| ٤٣,٨٠ | ٢١,٢٩ | ١٢٠,٦ | ٢٠٢٥ |

(*) المرجع : مجلة International Labour Review العدد ١ من المجموعة ١٢١ لسنة ١٩٨٢ الصادرة عن مكتب العمل
الدولي بجنيف في يناير - فبراير سنة ١٩٨٢ .

القسم الثاني
عرض موجز
لنظم التأمينات الاجتماعية
في دول مجلس التعاون الخليجي



أولاً - دولة البحرين :

تفضل حضرة صاحب السمو أمير البلاد المعظم الشيخ عيسى بن سلمان آل خليفة بإصدار المرسوم بقانون رقم ٢٤ لسنة ١٩٧٦ بقانون التأمين الاجتماعي ، وقد نص هذا القانون على فروع التأمين الاجتماعي وعددها سبعة فروع علاوة على الفروع الأخرى التي تدخل في نطاق الضمان الاجتماعي .

وطبق من هذه الفروع الفرعان الأوليان وهما :

١ - التأمين ضد الشيخوخة والعجز والوفاة .

٢ - التأمين ضد إصابات العمل .

وقد نص القانون على سن استحقاق ولم ينص على سن تقاعد الزامى فجعل من سن الستين سنة سن استحقاق المعاش ، وجعل المؤمن عليه مطلق الحرية للتقاعد عن العمل قبل هذه السن أو حين بلوغها أو بعد بلوغها وذلك على الوجه التالي :

يستحق المؤمن عليه من الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية معاش الشيخوخة وفقاً لمدد اشتراكه في التأمين سواء كانت متصلة أو متقطعة في الحالات الآتية :

١ - انتهاء خدمة المؤمن عليه قبل بلوغه سن الستين سنة من عمره متى كانت مدة اشتراكه في التأمين ٢٤٠ شهر تأمين على الأقل ، أو المؤمن عليها قبل بلوغها سن الخامسة والخمسين متى كانت مدة اشتراكها ١٨٠ شهر تأمين على الأقل .

ويخفض المعاش المستحق في هذه الحالة بنسبة تقدر تبعاً لسن المؤمن عليه في تاريخ طلب صرف المعاش وفقاً للجدول رقم (١) المرفق للقانون ، ويستحق صرف المعاش من الهيئة العامة في هذه الحالة اعتباراً من تاريخ بداية الفترة الواردة بالجدول المشار إليه والتي تحدد على أساسها نسبة تخفيض المعاش أو من اليوم التالي لتاريخ انتهاء الخدمة أيهما ألحق .

ولا يسري التخفيض بالنسب المشار إليها بالفقرة الثانية من هذا البند في حالات طلب المؤمن عليه أو المستحقين عنه صرف المعاش لثبوت العجز أو وقوع الوفاة .

٢ - انتهاء خدمة المؤمن عليه ببلوغه الستين سنة من عمره متى كانت مدة اشتراكه في التأمين ١٨٠ شهر تأمين على الأقل ، أو ببلوغ المؤمن عليها سن الخامسة والخمسين من عمرها متى كانت مدة اشتراكها في التأمين ١٢٠ شهر تأمين على الأقل .

٣ - انتهاء خدمة المؤمن عليه بعد تجاوزه سن الستين من عمره والمؤمن عليها بعد سن

الخامسة والخمسين متى كانت مدة الاشتراك في التأمين ١٢٠ شهر تأمين على الاقل منها ،
مالا يقل عن ٣٦ شهر تأمين متصله خلال السنوات الخمس الأخيرة السابقة على انتهاء
الخدمة ، وكانت المدة التي تجاوز بها السن المذكورة لا تقل عن سنتين كاملتين والا حسب
المعاش على الاساس المبين بالبند (٢) السابق .

ويحسب ضمن مدد الاشتراك في التأمين بالبند الثلاثة السابقة المدد التي يتقاضى عليها
المؤمن بدلات يومية في حالة عجزه المؤقت عن العمل بسبب اصابة العمل ، ولا يؤدي عن
هذه المدد اى اشتراك في التأمين .

هذا وبالنسبة للعاملين بالحكومة فقد تفضل حضرة صاحب السمو الشيخ عيسى بن سلمان
آل خليفة أمير البلاد المفدى باصدار المرسوم بقانون رقم ١٦ لسنة ١٩٨٢م بتعديل بعض احكام
القانون رقم ١٣ لسنة ١٩٧٥م بشأن معاشات ومكافآت التقاعد لموظفى ومستخدمي الحكومة
ونص في المادة الاولى منه على ان يحال الموظف رجلا كان أم امرأة الى التقاعد متى بلغ سن
الستين ، ومع ذلك يجوز بقرار من الوزير المختص ولأسباب تتعلق بالمصلحة العامة ، مد خدمة
الموظف لمدة لا تزيد على خمس سنوات بعد بلوغه سن الستين ويشترط بأن يكون المد بناء على
طلب الموظف .

كما نصت المادة الثانية منه ان تدخل مدة الخدمة التي تحسب في التقاعد مدة خدمة
الموظف الممدة بعد سن الستين إلى سن الخامسة والستين ، كما تدخل في حساب هذه المدة مدة
خدمة الموظفة الممدة بعد سن الخامسة والخمسين والى سن الستين سواء كان مد مدة الخدمة
طبقا لاحكام هذا القانون او قبل العمل به .

وقد استبدل القانون بعبارة سن الخامسة والخمسين بالنسبة للمرأة اينما وردت في نصوص
القانون رقم ١٣ لسنة ١٩٧٥م عبارة سن الستين .

ويؤدى معاش التقاعد في القطاع الاهلى بواقع جزء من ستين جزءا من المتوسط الشهرى
للأجور المستحقة للمؤمن عليه والمسدد على اساسها اشتراك التأمين خلال السنتين الاخيرتين
من الاشتراك في التأمين ، او مدة الاشتراك ان قلت عن ذلك مضروباً في عدد سنوات الاشتراك
الكاملة في التأمين - وذلك وفقا لقانون التأمين الاجتماعى .

كما يؤدي معاش التقاعد في القطاع الحكومى على اساس $\frac{1}{72}$ للموظف و $\frac{1}{66}$ للموظفة
من الراتب الاساسى الاخير ، مضروباً في عدد الاشهر المعتبرة مدة خدمة بحد أقصى قدره ثلثا
المرتب الاساسى الاخير* ، يضاف الى ذلك مكافأة انتهاء الخدمة بواقع $\frac{3}{4}$ وهى تصرف للموظفين
المحالين للتقاعد اذا استقالوا او انتهت خدماتهم لآى سبب من اسباب انتهاء الخدمة واستوفوا
لشرط المدة اللازمة لاستحقاق المعاش .

* صدر مرسوم بقانون رقم (١٠) لسنة ١٩٨٧م بتعديل بعض احكام القانون رقم (١٣) لسنة ١٩٧٥م والذي نصت المادة (٢٠)
منه على يسوى المعاش بواقع جزء من خمسين جزءاً من الراتب الاساسى الاخير، عن كل سنة من سنوات الخدمة المحسوبة في
التقاعد وذلك بحد أقصى قدره $\frac{80}{100}$ من الراتب الاساسى الاخير .

وقد احتفظ القانون رقم ١٣ لسنة ١٩٧٥م بالحق فيما نصت عليه أنظمة التقاعد الثلاثة السابقة علاوة على المعاش المنصوص عليه في القانون وهذه الأنظمة هي :

نظام الخدمة السابقة - نظام النقد الاحتياطي - ونظام اعتزال الخدمة المدنية .

وذلك بالرغم من أن القانون رقم ١٣ اعتبر الموظف الموجود بالخدمة وكأنه خاضع ومستفيد بأحكامه منذ بدء خدمته مع اعفائه من الاشتراكات المستحقة السابقة على تاريخ العمل به .

ثانياً - المملكة العربية السعودية :

صدر المرسوم الملكي الكريم من جلالة ملك المملكة العربية السعودية المغفور له فيصل بن عبدالعزيز آل سعود بالموافقة على نظام التأمينات الاجتماعية بالمملكة ، وهو يشمل التأمين ضد الشيخوخة والعجز والوفاة والتأمين ضد اصابات العمل ، وهو نظام ممول . وقد حدد النظام اشتراك فرع المعاشات الاول بـ ١٣٪ من أجر المؤمن عليه يقع منها ٨٪ على عاتق صاحب العمل و ٥٪ على عاتق المؤمن عليه . اما اشتراك فرع التأمين ضد اصابات العمل فقد حدده النظام أيضا بـ ٢٪ من أجر المؤمن عليه ويقع دفعها على عاتق صاحب العمل وحده مع جواز مضاعفة هذا الاشتراك الأخير .

وهذا النظام نص ايضا على سن استحقاق وليس سن تقاعد عن العمل بصفة الزامية ، وجعل سن الاستحقاق ٦٠ سنة كاملة مع التوقف عن ممارسة اي نشاط مهني خاضع للتأمين .

ويحصل المؤمن عليه في هذه الحالة على معاش شيخوخة اذا قضى على الاقل ١٢٠ شهر تأمين ، منها ٣٦ شهرا في خلال السنوات الخمس الاخيرة التي تسبق طلب المعاش والتوقف عن العمل ، او ١٨٠ شهر تأمين بالمجموع .

ورعاية للعمال المتقدمين في السن الذين لم يسعفهم الوقت بقضاء ١٢٠ شهر تأمين ورغبة في السماح لهم بالاستفادة من معاش الشيخوخة ، فقد جعل النظام لكل عامل مؤمن عليه يسرح من عمله بعد بلوغ سن الستين كاملة الحق في مدة اعتبارية دون أي اشتراك بواقع شهر تأمين عن كل شهر ينقصه لبلوغ الـ ١٢٠ شهر تأمين . وقد نفذ هذا الامتياز خلال فترة انتقالية قدرها خمس سنوات وهي التي تلت ادخال هذا النظام بشرط ان يكون المؤمن عليه قد امضى ١٢٠ شهر عمل منها ٦٠ شهر تأمين غير متقطع على الاقل قبل تسريحه مباشرة .

ويحسب معاش الشيخوخة بضرب جزء من خمسين من متوسط الاجور الشهرية بعدد سنوات التأمين ويزاد معاش الشيخوخة بواقع ١٠٪ منه للشخص الاول من عائلة المؤمن عليه الذي تقع اعالته عليه ، ٥٪ لكل من الشخص الثاني والثالث .

ويوقف صرف المعاش اذا ما عاد صاحبه الى ممارسة عمل مأجور خاضع لنظام التأمين ويدير عليه اجرا يساوي او يزيد عن مبلغ معاشه طيلة مدة ممارسته لمثل هذا العمل . ويعدل المعاش اذا زادت مدة التوقيف عن سنة بادخال المدة الجديدة على اساس متوسط الاجور الشهرية التي سبق ان حدد المعاش بموجبها .

وتقوم الادارة العامة للرعاية الاجتماعية برعاية المسنين الذين يتعذر رعايتهم من خلال اسرهم الطبيعية عن طريق انشاء وادارة دور الرعاية الاجتماعية التي توفر الحياة الهادئة المستقرة للمسنين والمعاقين غير القابلين للتأهيل .

وانطلاقا مما يدعو اليه التشريع من رعاية من يحتاج الى الرعاية صدر المرسوم الملكي الكريم رقم (١٨) لعام ١٣٨٢هـ بنظام الضمان الاجتماعي وهو يقرر معاشات تصرف من الدولة بصفة دورية للايتام والمرأة التي لا عائل لها سواء كانت أرملة أو مطلقة أو لم يسبق لها الزواج ، والاشخاص العاجزين عن العمل عجزا كليا أما بسبب الشيخوخة أو بسبب صحتهم .

ومعاش العائل اذا كان يعول ٦ أفراد فأكثر ١١٣٤٠ ريالاً في السنة ، اما العائل الوحيد فمعاشه السنوي ٢٢٦٨ ريالاً يزداد بقدر عدد المعولين ، وفي حالة استبعاد اى فرد من الاسرة بسبب نظامي يمكن احلال فرد جديد من الاسرة محله .

ويتبع وزارة العمل والشئون الاجتماعية (وكالة الوزارة للرعاية الاجتماعية) الادارة العامة للرعاية الاجتماعية، ومن بين اهدافها فيما يختص بالمسنين « رعاية المسنين الذين يتعذر رعايتهم من خلال اسرهم الطبيعية وكذا المعوقين غير القابلين للتأهيل المهني » عن طريق انشاء وادارة دور الرعاية الاجتماعية التي توفر الحياة الهادئة المستقرة للمسنين والمعاقين غير القابلين للتأهيل .

وقد عنيت المملكة بانشاء العديد من الدور الاجتماعية والمؤسسات في سائر انحاء المملكة حيث تقدم خدماتها لجميع من تنطبق عليهم شروط الالتحاق عن طريق ايوائهم وتقديم اوجه الرعاية المختلفة بما يتناسب مع حاجتهم .

وتستقبل هذه الدور كلا من الذكور والاناث حيث تهيب لهم الاقامة الكريمة والمعيشة اللائقة والرعاية الصحية الكاملة وتنظم لهم برامج الترويح والرحلات الخلوية .

ثالثاً - سلطنة عمان *

يحصل المعاقون والعجزة على حقهم في فرص متكافئة من الرعاية والاعاشة الكاملة داخل دور حديثة انشئت لإيوائهم وخدمتهم .

ومن أهداف وزارة الشئون الاجتماعية والعمل توفير الرعاية الاجتماعية للأسر المحتاجة بالسلطنة بسبب المرض او العجز او الشيخوخة او الترملة او اليتيم ، وتقديم المعونات المادية لكل حالة من هذه الحالات ، وبمقتضى المرسوم السلطاني السامي رقم ٦١ لسنة ١٩٧٧م الذى نص على اصدار قانون الضمان الاجتماعي يكون لكل الأسر المحتاجة حقها في الحياة عن طريق منحها معاشاً شهرياً يعينها على تحمل اعباء المعيشة استناداً الى الظروف المادية الصعبة لهذه الأسر ، وصدر مرسوم سلطاني سام رقم ٢١ لسنة ١٩٨٠م بتعديل المعاشات الشهرية وزيادتها بمبلغ ١٠ ريالاً لكل اسرة حتى أصبح الاستحقاق الشهرى للأسرة ٤٥ ريالاً ترسيخاً عملياً لمعاني

* صدر المرسوم السلطاني رقم ٩١/٧٢ باصدار قانون التأمينات الاجتماعية وذلك في ٢ يوليو ١٩٩١م.

التراحم والمودة والبذل ومحاربة العوز والاحتياج لتحقيق التوازن بين ابناء الوطن وزيادة التماسك الاجتماعي بينهم . وتنفيذا لتعليمات جلالة سلطان البلاد تصرف مساعدة رعاية لكل طفل من الاطفال غير المعولين بواقع ٣٠ ريالاً عمانياً شهرياً للأسر البديلة ، ٥ ريالاً لاستحقاق الاسر العمانية عن كل فرد عاجز او مريض في الاسر المحتاجة للحالات التي تتطلب رعاية صحية او تغذية خاصة حتى لا يتأثر دخل الأسرة الاقتصادي ، وصرف نصف ما يعادل معاش الضمان لكل أسرة في مناسباتي عيد الفطر والاضحى ويستمر صرفها في هذه المناسبات الكريمة .

وبذلك أصبح المواطن العماني في مأمن من غائلة الزمان حيث شمل الضمان بمظلته الأيتام والعجزة والأرامل والمطلقات وحالات الشيخوخة .

وترعى الوزارة اطفال المدارس الفقراء بتوفير متطلباتهم من ملابس وكتب وأدوات وخلافه ، وترعى اطفال أسر الحالات الموجودة بدور إيواء المرضى بأمراض مستعصية .

رابعاً - دولة قطر :

لم يصدر في دولة قطر نظام للتأمينات الاجتماعية حتى الآن، الا انها عملاً بقرار مجلس الوزراء الصادر بتاريخ ١١/٣/١٩٨٢م أفتتحت مكاتب للخدمات الاجتماعية لتقديم الرعاية الاجتماعية للمواطنين في أماكن إقامتهم الدائمة إيماناً منها بأنها يجب ان تدخل كل المدن والقرى في خلال سنوات قليلة ، ومن بين مهامها المشاركة الشعبية وتشجيع المساهمة مع الهيئات الاجتماعية الأهلية ، وصرف المساعدات والمعاشات للحالات الضرورية المحتاجة تنفيذاً لقانون الضمان الاجتماعي رقم ٨ لسنة ١٩٦٣م الذي ينص على صرف معاشات شهرية للفئات المحتاجة .

وتحرص الدولة على تقديم خدمات الرعاية والعناية للفئات ذات الأوضاع الخاصة كالعجزة والمسنين والمعاقين والأيتام والأرامل والمطلقات والطلاب المحتاجين ، وتحسين مستويات المعيشة . وهذه هي نفس أهداف التأمين الاجتماعي وان كان نظاماً غير ممول تموله الحكومة او الهيئات الاجتماعية الأهلية .

وينص دستوراً على ان تضع الدولة نظاماً للضمان الاجتماعي يكفل المعونة للمواطنين في حالات الشيخوخة والمرض والكوارث وغيرها من الحالات المسببة للعجز . وهو من اختصاصات وزارة العمل والشؤون الاجتماعية .

وطبقاً لقانون الضمان الاجتماعي المذكور يكون الحد الأعلى للأسرة ١٧٧٠ ريالاً شهرياً وللعاجز او المطلقة او الأرملة ٧٥٠ ريالاً شهرياً والمعاش الكامل للأرامل والمطلقات هو ٧٥٠ ريالاً شهرياً يضاف اليه مرتب قدره ١٨٠ ريالاً لكل ولد من الأولاد بحد أقصى خمسة اولاد . والمعاش الكامل للأيتام الذين يقيمون في معيشة واحدة هو ٢٥٠ ريالاً شهرياً لكل منهم بحد أقصى سبعة افراد .

وإذا كان الأيتام لا يقيمون جميعاً في معيشة واحدة استحق كل من كان منهم في معيشة مستقلة سواء كان فرداً واحداً أو أكثر معاشاً كاملاً ، والمعاش الكامل في حالتي العجز الكلي والشيخوخة لصاحب المعاش وزوجته أو زوجاته هو ١٥٠٠ ريال شهرياً ، ويضاف إلى المعاش مرتب قدره ١٨٠ ريالاً لكل ولد بحد أقصى أربعة أولاد لمن كان له زوجة ولا يزيد على خمسة أولاد إذا لم يكن هناك زوجة وذلك مهما بلغ عدد الأولاد .

خامساً - دولة الكويت :

يستحق المؤمن عليه معاش الشيخوخة بانتهاء خدمته عند بلوغه السن المقررة قانوناً لترك الخدمة متى كانت مدة اشتراكه في التأمين خمس عشرة سنة على الأقل . وبانتهاء خدمته لغير هذا السبب يستحق المعاش متى كانت مدة اشتراكه في هذا التأمين خمس عشرة سنة وكان قد بلغ سن الخمسين ، وإن لم يكن قد بلغها عند انتهاء الخدمة يجب لاستحقاقه المعاش الاتقل مدة اشتراكه عن عشرين سنة .

ويستحق معاش التقاعد شهرياً بواقع ٦٥٪ من آخر مرتب شهري عن مدة الاشتراك المحسوبة في هذا التأمين التي تبلغ خمس عشرة سنة يزداد بواقع ٢٪ عن كل سنة تزيد على ذلك بحد أقصى ٩٥٪ من هذا المرتب .

ويخفض المعاش التقاعدي في حالة الاستقالة بمقدار ٥٪ إذا كان سن المؤمن عليه اقل من ٤٥ سنة ، ٢٪ إذا كان السن ٤٥ سنة فأكثر ، ولا يخفض إذا كان أكثر من ٥٢ سنة .

ويسرى قانون التأمين الاجتماعي بالكويت على :

- ١ - الكويتيين الذين يعملون لدى صاحب عمل ، ويكون التأمين عليهم الزامياً .
 - ب - أعضاء مجلس الأمة والمجلس البلدي والمختارين .
 - ج - المشتغلين بالمهن الحرة .
 - د - المشتغلين بالتجارة ممن يوجب القانون قيدهم في السجل التجاري والشركاء المتضامنين والشركاء المتفرغين في الشركات ذات المسؤولية المحدودة .
 - هـ - المزاولين لأنشطة مما يستلزم لمزاولتها ترخيص أو تصريح من السلطة المختصة .
 - و - الفئات الأخرى التي يصدر بانتفاعها بأحكام التأمين قرار من الوزير .
- واشتراكات التأمين ضد الشيخوخة والعجز والوفاة عن العاملين في القطاع الحكومي والقطاعين الأهلي والنفطي هي :
- ١ - ٥٪ شهرياً تقتطع من مرتبات المؤمن عليهم .
 - ٢ - ١٠٪ شهرياً يؤديها أصحاب الاعمال .
 - ٣ - المساهمة السنوية التي تخصص في الميزانية العامة للدولة لأغراض هذا التأمين .

٤ - مكافأة نهاية الخدمة عن مدد الخدمة السابقة على الاشتراك في التأمين وذلك بالنسبة للمؤمن عليهم للعاملين في القطاعين الأهلي والنفطي .

٥ - ما يستحق على الخزانة العامة وهو عبارة عن صافي القيمة الحالية للالتزامات الاعتبارية لصندوق التقاعد السابق في تاريخ سريان قانون التأمين الاجتماعي .

٦ - ٥٪ من المرتب السنوي عند بدء الاشتراك عن كل سنة من سنوات المدة الاعتبارية للعاملين في القطاعين الأهلي والنفطي تعادل نصف مدة الخدمة السابقة التي تدفع عنها مكافأة نهاية الخدمة .

٧ - الفرق بين المبالغ الكافية لحساب المدة السابقة بالنسبة للمؤمن عليهم العاملين في القطاعين الأهلي والنفطي ضمن مدة الاشتراك في التأمين وبين مجموع مكافأة نهاية الخدمة المشار إليها في البند ٤ السابق والمبالغ المستحقة على هؤلاء العاملين عن مدة خدمتهم السابقة المشار إليها في البند ٦ السابق .

٨ - حصيلة استثمار أموال الصندوق .

٩ - الاعانات والتبرعات والوصايا والموارد الناتجة عن استثمار أموال الصندوق .

واشتراكات التأمين في الصندوق الخاص بالشيخوخة والعجز والوفاة للمذكورين في البنود من ب الى و - وهي :

١ - الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليه طبقا لشريحة الدخل الشهري يختارها من بين ١٢ شريحة ، وتتراوح الشرائح بين ٢٠٠ دينار و ٨٠٠ دينار شهريا بزيادة ٥ دنانير بين كل شريحة وأخرى كما يتراوح الاشتراك كنسبة مئوية من الشريحة بين ٥٪ و ١٥٪ بزيادة ١٪ عن كل شريحة من الشريحة الثانية حتى الحادية عشرة وتثبت النسبة المئوية لكل من الشريحة الحادية عشرة والثانية عشرة والثالثة عشرة على ١٥٪ من مبلغ الشريحة .

٢ - المساهمة السنوية والمبالغ التي تخصص في الميزانية العامة للدولة لاغراض هذا الصندوق والاحتياجات التي تحول لحساب المؤمن عليهم عن مدد الخدمة السابقة والمحسوبة في المعاش سواء كانت مدنية او عسكرية .

٣ - حصيلة استثمار أموال الصندوق والاعانات والتبرعات والوصايا ويكون التأمين فيه الزاميا عدا من جاوز سن الخامسة والخمسين عند بدء الاشتراك فيكون اشتراكه واستمراره في التأمين اختياريا .

ويستحق معاش التقاعد للفئات الموضحة بالبنود من ب الى و على النحو التالي :

١ - بلوغ المؤمن عليه سن الخامسة والستين واشتراكه في التأمين خمس عشرة سنة على الأقل .

٢ - اذا طلب المؤمن عليه صرف المعاش :

- عند بلوغه سن الخامسة والخمسين وكان قد اشترك في التأمين عشرين سنة على الاقل وتوقف عن مزاوله نشاطه .

- عند بلوغه سن الستين وكان قد اشترك في التأمين عشرين سنة على الاقل .

ويحسب المعاش بواقع ٦٥٪ من متوسط الشرائح خلال السنوات الثلاث السابقة على انتهاء الاشتراك وذلك عن المدة المحسوبة في هذا التأمين التي تبلغ خمس عشرة سنة ، يزداد بواقع ٢٪ عن كل سنة تزيد على ذلك بحد أقصى ٩٥٪ من هذا المتوسط .

رعاية المسنين في التراث العربي الاسلامي

**الدكتور عبدالعزيز كامل
مستشار الشؤون الدينية والثقافية سابقاً
الديوان الأميري - دولة الكويت**

1870

1870

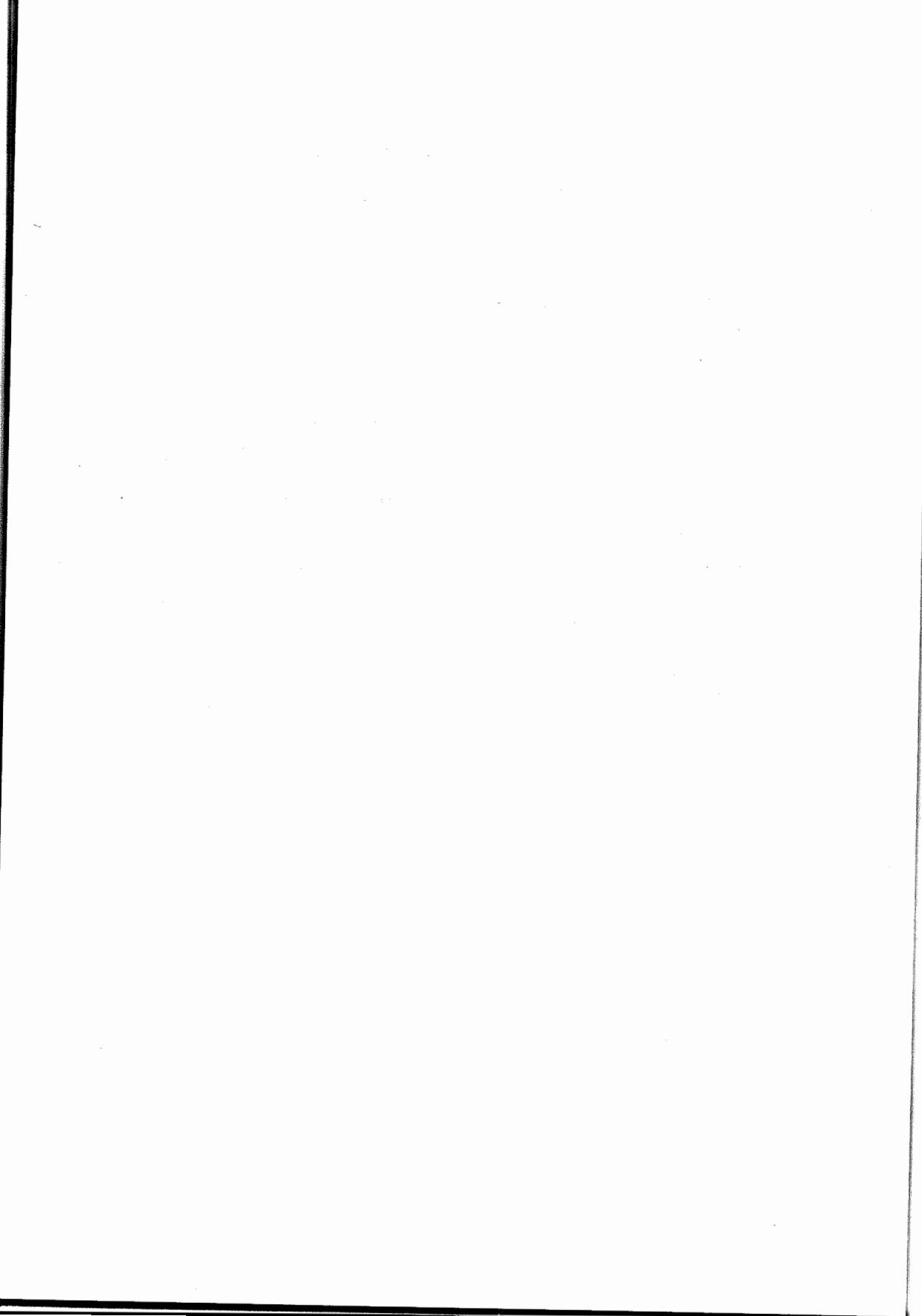
1870

المحتويات

الصفحة

من - إلى

- ١ - وبالوالدين إحساناً ١٤٥ - ١٤٦
- ٢ - هل جزاء الإحسان إلا الإحسان ١٤٦
- ٣ - الرسول صلى الله عليه وسلم يوصى بالوالدين وكبار السن ١٤٧
- ٤ - وفي أموالهم حق للسائل والمحروم ١٤٧ - ١٤٩
- ٥ - نماذج من وثائق الأوقاف ١٥٠ - ١٥١
- ٦ - الرعاية الاجتماعية في أرض الإسلام ١٥٢ - ١٥٣
- ٧ - المسنون وإيجابيات الحياة ١٥٣ - ١٥٥
- خاتمة ١٥٥
- المراجع ١٥٦



(١)

« وبالوالدين إحساناً »

خير ما نبدا به القول في رعاية الاسلام للمسنين ما جاء في كتاب الله :

﴿ وقضى ربك ألا تعبدوا الا اياه وبالوالدين احسانا ، اما يبلغن عندك الكبر احدهما او كلاهما ، فلا تقل لهما اف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما . واخفض لهما جناح الذل من الرحمة . وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا ﴾ (الاسراء ، ٢٣ ، ٢٤) .

ولا تجد كتابا من كتب التربية الدينية في مدارسنا ، او كتب الاخلاقيات الاسلامية يخلو من هذه الآية الكريمة .

« وقضى » في الآية الكريمة معناها الامر والوصية . وفيها يقرن ربنا عبادته ببر الوالدين . وتنص الآية على التقدم في السن « إِمَّا يبلغن عندك الكبر » . فهما الآن عندك بعد ان كنت عندهما .

ولنقف قليلا عند قوله تعالى « فلا تقل لهما اف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما » .

« اف » هي اقل القول . والفاء من حروف الشفة ، ولا تستطيع ان تمد بها النداء او الاعتراض . فما العبرة في قوله تعالى « ولا تنهرهما » بعد « فلا تقل لهما اف » ؟

نرجع الى لغتنا العربية لنقرأ معنى « نهر » . نهر بمعنى شق . النهر السعة ، تقول نهر الماء الأرض أى شققها . والنهار يشق ظلام الليل . والمنهرة الفضاء بين البيوت . فالنهر بمعنى الزجر كأنه شق في النفس ، وقد يكون بالصمت او الاشاحة بالوجه أو بتصويب النظر . ويجمع بينهما انهما « وجهة نظر » الأب او الام في اي تصرف . فاذا كانت « اف » هي اقل القول الصادر عن الابن فإن « لا تنهرهما » هي الابتعاد عن كل ما يراه الأب او الام نهرا ولو كان بالصمت . وبهذا يعدل الميزان بين قول الابن وتقدير الأب .

من أجل ذلك كان من بعدها قول الله تعالى « وقل لهما قولا كريما » . لم يقل قولا عدلا ولا حقا . كريما تحمل معنى فيض المودة وبها يميل الميزان نحو الابوين . وقد يسائل الابن نفسه : لماذا ؟ فيأتيه الجواب من بقية الآية الكريمة : « واخفض لهما جناح الذل من الرحمة » فهذا رحمة منك لهما . فقد سبقت منهما لك الرحمة « وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا » .

وفي هذه الآية نرى كيف تحسن معاملة الابوين قولا وفعلا مع « حيثيات » هذه المعاملة . ويستمر هذا البر بهما بعد موتها .

فعن مالك بن ربيعة الساعدي قال : بينما انا جالس عند رسول الله (ﷺ) اذ جاءه رجل من

الانصار . فقال : يا رسول الله ، هل بقي عليّ من بر ابوي شيء بعد موتهما ابرهما به ؟ قال : نعم ، خصال اربع : الصلاة عليهما (اى الدعاء) والاستغفار لهما ، وانفاذ عهدهما ، واکرام صديقهما ، وصلة الرحم التي لا رحم لك الا من قبلهما ، فهو الذى بقي عليك من برهما بعد موتهما . (رواه احمد وابوداود وابن ماجه) (١) .

(٢)

هل جزاء الإحسان إلا الإحسان ؟

ويعرض القرآن رعاية الأبوين - وهى اكرم صور رعاية المسنين - من زاوية اخرى ، فيقول الله تعالى :

﴿ ووصينا الانسان بوالديه احسانا ، حملته امه كرها ووضعته كرها ، وحمله وفصاله ثلاثون شهرا ، حتى اذا بلغ اشده وبلغ اربعين سنة ، قال رب اوزعني ان اشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والديّ وان اعمل صالحا ترضاه ، واصلح لي في ذريتي انى تببت اليك ، وانى من المسلمين . اولئك الذين نتقبل عنهم احسن ما عملوا ونتجاوز عن سيئاتهم في اصحاب الجنة ، وعد الصدق الذى كانوا يوعدون ﴾ (الاحقاف : ١٥ - ١٦) .

وفي الآية تذكير للانسان بما تحملته امه من ألم الحمل والوضع ورعايته في الرضاع والطفولة والشباب ، حتى بلغ اشده واستقام امر حياته ، وبلغ اربعين سنة ، وهو عندها رب اسرة ، وله ابناء ، وهو واسطة عقد بين ابويه وابنائهم يذكر رحمة الأبوين وبرهما ، ومسئوليته عن ذريته ورعايته اياها ، ويستغفر الله من خطأ اقترفه ، ويسمع وعد الله بتقبل صالح عمله والتجاوز عن سيئاته وحشره مع أهل الجنة « وعد الصدق الذى كانوا يوعدون » .

يقول عليه الصلاة والسلام في حديث شريف رواه الحافظ الموصلي عن عثمان رضي الله عنه :

« العبد المسلم اذا بلغ اربعين سنة خفف الله تعالى حسابه . واذا بلغ ستين سنة رزقه الله تعالى الانابة اليه ، واذا بلغ سبعين سنة احبه اهل السماء ، واذا بلغ ثمانين سنة ثبت الله حسناته ومحا سيئاته ، واذا بلغ تسعين سنة غفر الله له ما تقدم من ذنبه وما تأخر ، وشققه الله تعالى في اهل بيته ، وكتب في السماء اسير الله في ارضه » .
(وروى من غير هذا الوجه في مسند الامام احمد) (٢) .

(١) تفسير الامام ابن كثير في قوله تعالى « وقضى ربك .. الآية » ومفردات الراغب الاصفهاني في مادة (نهر) .

(٢) تفسير ابن كثير ومختصره وتخريج احاديثه للشيخ محمد علي الصابوني في شرح سورة (الاحقاف) .

(٣)

الرسول صلى الله عليه وسلم يوصي بالوالدين وكبار السن

ومن القرآن الكريم وشرحه ننتقل الى الاحاديث الشريفة التي توصي بالوالدين وبكبار السن واکرامهم :

١ - عن ابي هريرة قال : قال رجل : يا رسول الله ، من أحق بحسن صحابتي ؟ قال : امك . قال : ثم من ؟ قال : امك . قال : ثم من ؟ قال : امك . قال : ثم من ؟ قال : ابوك .

وفي رواية قال : « امك ثم امك ثم امك ثم اباك ثم ادناك ادناك » متفق عليه .

٢ - وعن اسماء بنت ابي بكر ، قالت : « قدمت عليّ امي وهي مشرّكة في عهد قريش ، فقلت : يا رسول الله : ان امي قدمت عليّ وهي راغبة ، أفأصلها ؟ قال : نعم صليها » متفق عليه .

٣ - عن جرير بن عبد الله قال : « قال رسول الله ﷺ : لا يرحم الله من لا يرحم الناس » متفق عليه .

٤ - عن ابن عباس قال : « قال رسول الله ﷺ : ليس منا من لم يرحم صغيرنا ، ولم يوقر كبيرنا ، ويأمر بالمعروف وينه عن المنكر » (رواه الترمذى) .

٥ - وعن انس قال : قال رسول الله ﷺ : « ما اكرم شاب شيخا من اجل سنّه الا قبض الله له عند سنّه من يكرمه » (رواه الترمذى) .

٦ - وعن ابي موسى قال : « قال رسول الله ﷺ : « ان من اجلال الله اكرام ذى الشبيبة المسلم » (جزء من حديث رواه ابو داود والبيهقي في شعب الايمان) (٣) .

﴿ إنما الصدقات

(٤)

وفي أموالهم حق للسائل والمحروم

حدد القرآن الكريم مصارف الزكاة الثمانية في قوله تعالى :

﴿ إنما الصدقات للفقراء والمساكين والعاملين عليها والمؤلفة قلوبهم وفي الرقاب والغارمين وفي سبيل الله وابن السبيل فريضة من الله والله عليم حكيم ﴾ (التوبة : ٦٠) .

وقال في آية البر من من سورة البقرة :

(٣) مشكاة المصابيح للبريزي ٢ : ٥٩٧ - ٦٠٩ في كتاب الآداب . باب البر والصلة وباب الشفقة والرحمة على الخلق .

﴿ وأتى المال على حبه ذوى القربى واليتامى والمساكين وابن السبيل والسائلين وفي الرقاب ﴾
(البقرة : ١٧٧) .

وهذا الانفاق « حق » للمحتاج وواجب على القادر ، يأخذه الحاكم ممثلاً في هذا امر الله في جومن الرحمة ويتولى انفاقه . وفي هذا يقول الله تعالى مخاطباً رسوله عليه الصلاة والسلام وكل حاكم من بعده :

﴿ خذ من اموالهم صدقة تطهرهم وتزكيهم بها ، وصل عليهم ، ان صلاتك سكن لهم ، والله سميع عليم ﴾ (التوبة : ١٠٣) .

ويصف الله المؤمنين بقوله :

﴿ وفي اموالهم حق للسائل والمحروم ﴾ (الذاريات : ١٩) .

وعندما رفضت بعض القبائل دفع الزكاة الى قاعدة الاسلام في المدينة بعد وفاة المصطفى عليه الصلاة والسلام ، ومال بعض الصحابة الى ان يقبلوا منهم اداء الصلاة دون ايتاء الزكاة ، قال ابو بكر : « لو منعوني عقالا لجاهدتهم عليه » (٤) .

قال هذه الكلمة وهو يصف الموقف للصحابة بقوله : « ان الارض كافرة . وانكم لا تدرؤن اليلاً تؤتون أم نهراً ، وادناهم (اى ادنى المرتدين) منكم على بريد . وقد كان القوم يأملون ان تقبل منهم ونوادعهم ، وقد ابينا ذلك ، ونبذنا اليهم عهدهم ، فاستعدوا واعدوا » (٥) .

ذكرت هذا النص لأبين ان هذه الحرب كانت دفاعاً عن امرين اساسيين : وحدة الدولة ، وحق الفقير والمسكين . وما اذكر قبلها حرباً شنتها دولة دفاعاً عن حقوق الفقراء في مال الاغنياء ، وارشاف الدولة على جمعها وتوزيعها .

مسلمون واهل كتاب :

ولقد كانت عناية المسلمين بالمسنين داخلية في اطار رعاية الفقراء والضعفاء والزمنى (اى ذوى العاهات) ، اذا لم يجد احد من هؤلاء من يرعاه من قرابته .

وكانت هذه الرعاية مسئولية دينية واجتماعية ، ونوعاً من رد الجميل للفرد الذى امضى شبابه وكهولته عاملاً في مجتمعه ثم ضعف عن الكسب او السعى عندما تقدمت به السن . يستوى في هذا ان يكون هذا الضعيف مسلماً او غير مسلم ، ما دام يعيش في كنف الاسلام :

١ - قال عليه الصلاة والسلام : « من ترك مالا فلورثته ومن ترك كلاً فإيلينا » (رواه البخارى عن ابي هريرة) .

والكل هنا تشمل الصغير والكبير غير القادر على الكسب .

(٤) ابن جرير الطبرى ، تاريخ الطبرى ٣ : دار المعارف ، القاهرة ، ص ٢٤٤

(٥) المصدر السابق .

٢ - وعندما صالح خالد بن الوليد اهل الحيرة في عهد ابي بكر الصديق ، كان من شروط الصلح :

« وجعلت لهم ايما شيخ ضعف عن العمل ، او اصابته آفة من الآفات ، او كان غنياً فافتقر ، وصار اهل دينه يتصدقون عليه ، طرحت جزيته ، وعيل من بيت المسلمين » (٦) .

٣ - وروى الامام ابو يوسف (٧) :

« ان عمر بن الخطاب مر بباب قوم ، وعليه سائل يهودى يقول : شيخ كبير ضرير البصر . فقال له عمر : ما الجاك الى هذا ؟ قال الحاجة والجزية ، فأخذ عمر بيده وذهب الى منزله ، واعطاه شيئاً ثم ارسل الى خازن بيت المال وقال له : انظر هذا وامثاله ، فوالله ما انصفناه ان اكلنا شبيبته ثم نخذله عند الهرم ، وقرأ قوله تعالى : « انما الصدقات للفقراء والمساكين » وقال : والفقراء هم المسلمون ، وهذا من المساكين واهل الكتاب . ووضع عنه الجزية وعن ضربائه .

٤ - ثم وجدنا من حكام المسلمين من يأمر عماله بالتحري عن المحتاجين من اهل الذمة ليجرى عليهم العطاء من بيت المال ، لئلا يغفل عنهم ولاة الامور . ولا يتقدمون هم بحاجتهم الى الدولة فيبقون تحت وطأة الفقر والعوز ، فقد روى ابو عبيد في كتاب الاموال ان عمر بن عبدالعزيز الخليفة الاموى كتب الى عامله في البصرة عدى بن اربطة : « اما بعد .. وانظر من قبلك من اهل الذمة قد كبرت سنه وضعفت قوته وولت عنه المكاسب فاجر عليه من بيت مال المسلمين ما يصلحه » (٨) .

رعاية المسنين في الحرب :

كان من وصية ابي بكر الصديق - رضي الله عنه - لبعث اسامة بن زيد الى حرب الروم بعد وفاة المصطفى عليه الصلاة والسلام :

« ايها الناس قفوا اوصكم . اوصيكم بعشر فاحفظوها عنى . لا تخونوا ولا تغلوا ولا تغدروا ، ولا تمثلوا ، ولا تقتلوا طفلاً صغيراً ولا شيخاً كبيراً ولا امرأة . ولا تعقروا نخلاً ولا تحرقوه ، ولا تقطعوا شجرة مثمرة .. » (٩) .

والغلول احتجاز جزء من الغنيمة . وعقر النخل قطع رؤوسه .

(٦) ابو يوسف الشيبانى ، الخراج ، القاهرة ، ص ١٤٤ .

(٧) المصدر السابق .

(٨) الطبرى ، مصدر سابق ، ص ٢٢٦ - ٢٢٧ .

(٩) ابو عبيد البغدادى ، الاموال ، القاهرة ، ص ٤٥ - ٤٦ .

نماذج من وثائق الأوقاف

عموم الاحسان :

ولقد اقترنت الصدقة بالاوقاف او الاحباس . ومن الاركان الاساسية لنظام الوقف - حتى ولو كان وقفا اهليا - ان يؤول في النهاية إلى جهة بر لا تنقطع ، وهي في الغالب ، وحسب ما جاء بكافة وثائق الاوقاف « الفقراء والمساكين » .

مثال ذلك ما تذكره وثيقة وقف الامير آخو ركبير قراقجا الحسنى (وهو من ممالك السلطان برقوق - توفى في صفر عام ٨٥٣هـ) من جهات صرف ريع الوقف بعد انقراض نسل اولاده ، ونسل عتقائه ، وتعذر الصرف للحرمين الشريفين ، وان يصرف ذلك الربيع « للفقراء والمساكين من المسلمين ابنما وجدوا وحيثما وجدوا ، وفي الصدقة المطلقة العامة من طعام وتسبيل ماء عذب في ليالي الجمع وغيرها ، وفكاك اسير من ايدى الكافرين ، ووفاء دين عن مديون » .

وجاء في وثيقة وقف السلطان حسن (توفى عام ٧٦٢هـ - ١٣٦٠م) :

... « خلاص المسجونين ووفاء دين المدينين ، وفكاك اسرى المسلمين وتجهيز من لم يؤد فرض الحج لقضاء فرض ، وتجهيز الطرحاء من اموات المسلمين ، واطعام الطعام ، وتسبيل الماء العذب ، والصدقة على الفقراء ، والمساكين ، والايتام ، والارامل ، والمنقطعين ، والزمنى ، والعميان ، وارباب العاهات ، وذوى الحاجات من ارباب البيوت ، وابناء السبيل على ما يراه الناظر (يقصد ناظر الوقف) ان شاء صرف ذاك نقدا او كسوة او طعاما او غير ذلك ومداواة المرضى^(١٠) .

رعاية المرضى :

واذا كان كل انسان معرضا للمرض ، فإن المسنين اشد تعرضا له . فلنذكر ما كتب المقرئى عن نظام العلاج في مستشفى - او بلغة ذلك العصر : بيمارستان - احمد بن طولون :

لقد شرط ابن طولون ألا يعالج فيه جندى ولا مملوك (وذلك لمظنة استئثارهم بالرعاية) وجعل له حمامين احدهما للرجال والآخر للنساء . وادخل فيه ضروبا من النظام جعلته في مستوى ارقى المستشفيات في الوقت الحاضر . فكان اذا دخله مريض تنزع ثيابه ، ويودع ما معه من المال عند امين البيمارستان ، وتقدم له ثياب خاصة من البيمارستان . وكان المرضى يتناولون الادوية والاغذية مجانا ، ويظل المريض بالبيمارستان حتى يتم شفاؤه ، فيقدم له فروج (دجاجة) ورغيف فاذا اكله اذن له بمغادرة البيمارستان ، بعد ان ترد اليه ثيابه ونقوده^(١١) .

(١٠) محمد محمد امين ، الاوقاف والحياة الاجتماعية في مصر ٦٤٨ - ٩٢٣هـ / ١٢٥٠ - ١٥١٧م - دراسة تاريخية وثائقية ، النهضة العربية ، القاهرة ١٩٨٠ ، ص ١٣٤ .

(١١) نفس المرجع ص ١٥٥ ، ١٥٦ نقلا عن المقرئى في المواعظ والاعتبار في ذكر الخطط والآثار ، وهو من اوفى المراجع في التاريخ الاجتماعي في مصر ويعرف باسم : خطط المقرئى ٢ : ٤٠٥ .

نص صريح عن كبار السن :

فعن وقف قلاوون ، بعد ان اتم بناء البيمارستان في ربيع الآخر ٦٨٢هـ / ١٢٨٤م ، يذكر المقرئى ان قلاوون ركب الى البيمارستان وجلس به ومعه الامراء والقضاة والعلماء ، واستدعى قدحا من الشراب ، فشربه ، وقال « قد وقفت هذا على مثلي ومن دونى » فأوقفه السلطان على الملك والمملوك والجندي والامير ، والكبير والصغير ، والحر والعبد والذكور والاناث .. واوقف الكثير من املاكه عليه^(١٢) .

وتتظاهر هذه النصوص على ان كبار السن كانوا دائما يدخلون في زمر المستفيدين من هذه الاوقاف وانهم - في حاجتهم - كانوا محل رعاية دائمة في المجتمع الاسلامى .

وكان من وصايا قلاوون في وقفه . انه اذا عجز المريض عن الذهاب الى البيمارستان ، ان يصرف اليه ما يحتاج اليه من اشربة وادوية ومعاجين وغيرها ، مع عدم التضيق في الصرف على من هو مقيم به^(١٣) .

رعاية المطلقات :

وعنيت الاوقاف بالمطلقات او اللاتي هجرهن ازواجهن ، حتى يعدن الى بيوتهن ، صيانة لهن . ففي العهد المملوكى انشأت السيدة تذكر باى خاتون ابنة الملك الظاهر بيبرس سنة ٦٨٤هـ / ١٢٨٥م « رباط البغدادية » لهذا الهدف . وفيه تنقطع النساء عن الناس ويواظبن على اداء العبادات وتجرى عليهن الارزاق من الاوقاف^(١٤) .

وهذا التنوع في الخدمات الذى شمل النساء والرجال والكبار والصغار كان عميق الاثر على الدور الذى تقوم به وزارات الشئون الاجتماعية في العصر الحديث ، وفتحت مجالات واسعة من التكافل الاجتماعى والبر الذى ينبغى ان يظل المجتمع .

اكرام من يسبق الى الله :

ونصت وثيقة قلاوون على رعاية واكرام من يلقي الله وهو مريض البيمارستان فجاء فيها :

« بصرف الناظر ما تدعو الحاجة اليه في تكفين من يموت بهذا البيمارستان من المرضى والمختلين الرجال والنساء ، فيصرف ما يحتاج اليه برسم غسله ، وثمان كفته . وحنوطه واجرة غاسله وحافر قبره ، ومداراته في قبره على السنة النبوية والحالة المرضية .. فإن مات بين اهله صرف اليه الناظر في موته تجهيزه وتغسيله وتكفينه ، وحمله الى مدفنه ، ومداراته في قبره ما يليق به بين اهله^(١٥) . »

(١٢) المصدر السابق ، ص ١٥٩ نقلاً عن خطط المقرئى ٢ : ٤٠٦ .

(١٣) المصدر السابق ، ص ١٦٩ نقلاً عن وثيقة وقف السلطان قلاوون .

(١٤) المصدر السابق ، ص ١٣٩ نقلاً عن خطط المقرئى ٢ : ٤٢٧ - ٤٢٨ .

(١٥) المصدر السابق ، ص ١٧٢ نقلاً عن وثيقة السلطان قلاوون .

الرعاية الاجتماعية في أرض الاسلام

نستطيع ان نتتبع في ارض الاسلام نظائر لهذه النماذج من الرعاية الاجتماعية في شمولها ، وفي العناية بالمسنين ، وهم يدخلون في نطاق الضعفاء ، اذا ما عدنا الى كتب الرحلات والخطط والطبقات والاعيان .

وقد ازدادت العناية في عصرنا الحاضر بالتاريخ الاجتماعى لعالم الاسلام ، بعد ان ظلت العناية مركزة على التاريخ السياسى .

كمثال : نستطيع ان نرجع الى رحلة ابن جبير وقد زار الشام بعد زيارته مصر ودرس ما فيها من مظاهر العناية بالفقراء والغرباء وطلاب العلم . وكان هذا في فترة الحروب الصليبية ، وفي عهد صلاح الدين الايوبى ، ورغم الاعباء الضخمة التى كان يحملها المجتمع وقتئذ في مسئولية الدفاع عن ارضه ، واستعادة ما سبق ان انتزعه الصليبيون منها ، فقد ذكر ما أثر صلاح الدين ومن قبله نور الدين محمود ، وبرزت العناية بالفقراء وطلاب العلم والغرباء والمرضى . وافرد عناية خاصة بالبيمارستان النورى الذى اعتبره ابن جبير مفخرا عظيما من مفاخر الاسلام . وقد وقفه نور الدين على الفقراء دون الاغنياء ، الا اذا لم يجد الاغنياء . دواء مبرئا لعلهم الا في هذا البيمارستان^(١٦) .

وشهدت هذه الرعاية مدا وجزرا :

على ان هذه الصور المشرقة كانت تبدو في بعض العصور ، وتحجبها المظالم في عصور اخرى ، حين يشتد بغى الحكام ، وتمتد ايديهم الى اموال الناس اغتصابا . ونستطيع ان نذكر ثلاثة حكام في نسق واحد كان من الاول والثانى العدل ومن الثالث الظلم والاجحاف ، وانعكس هذا على الخدمات الاجتماعية ومن بينها صنوف الرعاية التى تقدم الى الضعفاء والمرضى والزمنى والمسنين .

اما الاول والثانى فنور الدين محمود وصلاح الدين الايوبى :

« فقد استفتى نور الدين الفقهاء في اخذ ما يجلب له من المال ، فأخذ ما اقتوه بحله ولم يتعده الى غيره ، واسقط كل ما يدخل في شبهة الحرام .. ووقف الوقوف الكثيرة بعشرات الالوف من الدنانير على المدارس والجوامع وعمارة الطرق والجسور ودور المرضى والبائسين والخانات ومكاتب الايتام^(١٧) . »

(١٦) سعيد عبد الفتاح عاشور ، المجتمع الاسلامى في بلاد الشام في عصر الحروب الصليبية - المؤتمر الدولى لتاريخ بلاد الشام ، الجامعة الاردنية ، ص ٢٢٢ - ٢٢٥ .

(١٧) محمد كرد على ، الاسلام والحضارة العربية ، لجنة التأليف والترجمة والنشر ، القاهرة ١٩٥٩ ، ج ٢ ، ص ٢٨٩ .

وفي هذا تلخيص ما ذكره ابن الاثير في كتابه « الكامل » في سيرة نور الدين ، ولخص حكمه في قوله « لم اربعد الخلفاء الراشدين وعمر بن عبدالعزيز احسن سيرة من الملك العادل نور الدين ولا اكثر تحريا للعدل والانصاف . وعلى ذات الخطى سار صلاح الدين وعنه يقول « كان صلاح الدين يجلس في كل يوم اثنين وخميس في مجلس عام يحضره الفقهاء والقضاة والعلماء ، ويفتح الباب للمتحاكمين حتى يصل كل احد من كبير او صغير وعجوز وهرمة وشيخ كبير^(١٨) . » .
وتبدل هذا جميعا في عهد الملك العزيز - ابن صلاح الدين .

يقول المقرئى عن عهده : « وفي ايام الملك العزيز عدمت في مصر الارزاق من جانب الديوان وتعذرت وجوه المال حتى عم المرتزقة (طالبى الرزق) الحرمان ، واستبيح ما كان محظورا من فتح ابواب التأويلات ، واخذ ما بأيدي الناس بالمصادرات .. وافضى هذا الى غلاء اسعار المأكولات فاقتضى ذلك النظر في المكاسب الخبيثة ، وصار ما يؤخذ من هذا السحت ينفق في طعام السلطان وما يحتاج اليه^(١٩) . » .

فاعمال الخير كانت تتعرض للمد والجزم مع استقرار الحكم وعدالته . ونستطيع الرجوع الى كتاب : « اغائة الامة بكشف الغمة » للمقرئى لنرى الاوصاف الرهيبة للمجاعات (او الغلوات كما يسميها) وكيف يردها الى فساد الحكم كسبب اساسي^(٢٠) .

(٧)

المسنون وإيجابيات الحياة

وكثيرا ما ننظر الى المسنين كأنهم - دائما - يحتاجون الى الرعاية ، نقدمها اليهم . وهى نظرة تحتاج الى مراجعة في ضوء الاسلام .

فالقرآن ، في اعلى مراتب البشرية ، وهى النبوة ، لم يربطها بالعمر . وعرض نماذج النبوة في نسق ممتد ، فيه طفولة عيسى وصبي يحيى وشباب وكهولة انبياء كثيرين ، وذكر انبياء تقدمت بهم السن وطالت بهم الدعوة الى الله تعالى كابراهيم وذكريا ونوح . وذكر شيوخا صالحين ، كشيوخ مدين في قصة موسى . ويبدو صلاحه في تربية بناته ، وحسن تلقيه موسى وحياته معه في فترة غلب فيها هدوء المسئولية وحكمتها على اندفاع الشباب الذى دفعه الى ما سجله الله في قوله

(١٨) المصدر السابق ، ص ٢٩ .

(١٩) المصدر السابق ، ص ٢٩٠ - ٢٩١ .

(٢٠) المقرئى : اغائة الامة بكشف الغمة . نشره محمد مصطفى زيادة وجمال الدين الشيال - القاهرة - ١٩٥٧ . وله

طباعات اخرى لاحقة .

عن موسى : ﴿ فاستغاثه الذي من شيعته على الذي من عدوه فوكزه موسى فقضى عليه . قال هذا من عمل الشيطان انه عدو مضل مبين ﴾ (القصص : ١٥) .

وتأتى نماذج الشيوخ من النساء ايضا :

فعن امرأة ابراهيم يقول الله تعالى عندما بشرها الملائكة بالولد :

﴿ وامراته قائمة فضحكت فبشرناها باسحق ومن وراء اسحق يعقوب . قالت يا ويلتا األد وأنا عجوز وهذا بعلي شيخا . ان هذا لشيء عجيب قالوا أتعجبين من أمر الله رحمة الله وبركاته عليكم اهل البيت انه حميد مجيد ﴾ (هود : ٧١ - ٧٣) .

هذا إلى نماذج من الفتيات كأخت موسى ، ومن سن الشباب كمریم ، وضرب بها وبامرأة فرعون المثل في الايمان بالله وحسن التوجه اليه .

وفي حياة الصحابة - رضوان الله عليهم - نرى من تقدمت بهم السن رجالا ونساء وظلوا على العطاء للاسلام حتى لقوا الله تعالى . ولنذكر مثلا من الرجال وآخر من النساء .

من الرجال ابو ايوب الانصاري . شهد بيعة العقبة مع السبعين من الانصار . ونزل رسول الله ﷺ على ابي ايوب حين رحل من قباء الى المدينة ، وشهد بدرًا وأحدا والخندق والمشاهد كلها مع رسول الله ﷺ . وخرج غازيا في زمن معاوية . وعن ابي ايوب ، قال الاعمش عن ابي ظبيان عن اشياخه - كما يروى ابن سعد في طبقاته :

« فمرض فلما ثقل قال لأصحابه : ان مت فاحملوني فاذا صافقتم العدو فادفنونى تحت اقدمكم ، وسأحدثكم بحديث سمعته من رسول الله ﷺ يقول : « من مات لا يشرك بالله شيئا دخل الجنة » وصلى عليه يزيد بن معاوية وقبره بأصل حصن القسطنطينية بأرض الروم . وكان هذا سنة اثنتين وخمسين (٢١) .»

ومن النساء أسماء بنت ابي بكر . اسلمت قديما في مكة ، واعانت الرسول ﷺ واباها في الهجرة باعداد الطعام وحمله الى الغار وهى حبلى . وسميت ذات النطاقين عندما شقت نطاقها اثنتين احدهما لطعام رسول الله والثانى لقربته . تقول : تزوجنى الزبير بن العوام وما له في الارض مال ولا مملوك ولا شيء غير فرسه فكنت اعلف فرسه وأكفيه مؤنثه وأسوسه وأدق النوى وأعقله وأسقيه الماء وأعجن حتى ارسل إليّ ابو بكر خادما ، فكفنتى سياسة الفرس فكأنما اعتقنى . وكانت - رضي الله عنها - عابدة سخية .

وعندما اشتد الصراع بين الحجاج وابنها عبدالله بن الزبير ، وقتل عبدالله في هذا الصراع واصر الحجاج بتعليق جثته ، فلا تنزل الا اذا طلبت امه ذلك ، وهو يعلم انها شجعت على الصبر

(٢١) طبقات ابن سعد ، بيروت ١٩٥٧ ، ج ٢ ، ص ٤٨٤ - ٤٨٥ .

ما دام مؤمنا أنه على الحق ، وقالت قولتها المعروفة « لا يضير الشاة أن تسلخ بعد ذبحها » ، بعد هذه المعركة الدامية جاءت أسماء ، بعد أن ذهب بصرها ، ومعها جواربها فقالت : أين الحجاج ؟ قالوا : ليس هو هنا . قالت : فإذا جاء فقولوا له يأمر بهذه العظام أن تنزل .. ودخل عليها الحجاج فقال لها : ان ابنك الحد في هذا البيت ، وان الله اذاقه من عذاب اليم . فقالت له : كذبت ، كان برا بالوالدين صواما قواما ، ولكن والله لقد اخبرنا رسول الله انه سيخرج من ثقيف كذابان ، الآخر منهما شر من الأول .»

وكانت وفاتها بعد قتل ولدها عبدالله بليال في جمادى الاولى سنة ثلاث وسبعين^(٢٢) .

خاتمة

هناك جانبان في رعاية الاسلام للمسنين ، الأول انه يفتح لهما باب المشاركة الايجابية في الحياة العامة ما داموا قادرين على ذلك .

والثانى : ان يوفر لهم حيث يكونون الرعاية اذا قعدت بهم السن او الصحة او القدرة .

ولقد كان الغالب ان يبقى المسنون في رعاية اسرهم ، فذلك في الاسلام قربة الى الله وطاعة ، وهو بر والدين ، وصلة رحم ، وحقوق جوار ، ومسئولية انسانية ، ومع تطور الحياة ظهرت المؤسسات العامة التى تمثلها جهود الاوقاف وأفاق خدماتها الاجتماعية ، وهى فى جذورها جهود شعبية وان دخلت الدولة فى تنظيمها . ثم جاءت المؤسسات الحكومية تمثل مرحلة ثالثة بعد الجهود الفردية والشعبية .

وهذه الجهود جميعا فى رعاية المسنين - كقطاع من الضعفاء - تنبع من ايمان بالله واحترام لكرامة الانسان ، وعرفان جميل لجميل سبق ، وتواصل على الخير بين الاجيال المتتابعة .

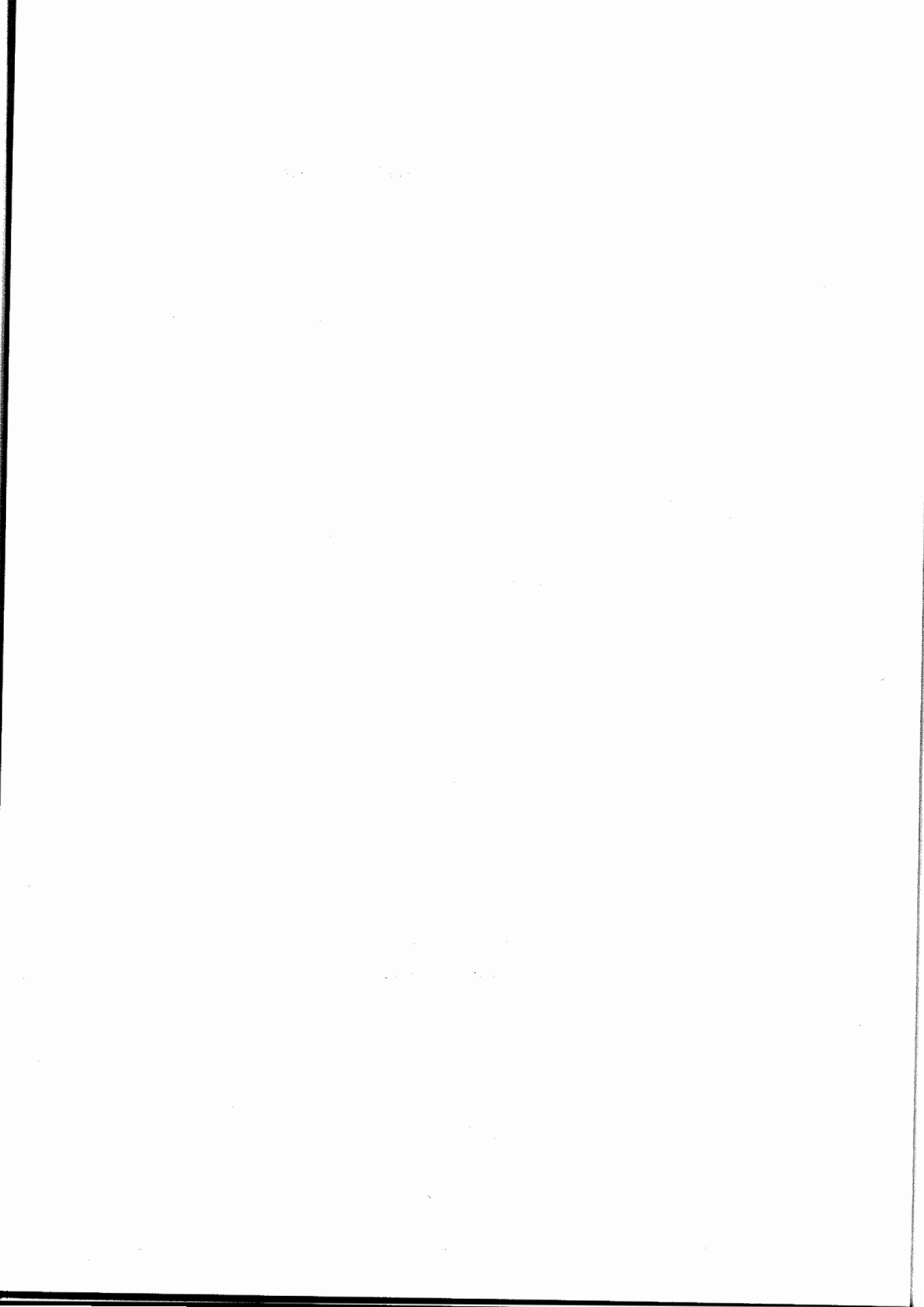
(٢٢) المصدر السابق ، جـ ٨ ، ص ٢٤٩ - ٢٥٥ - انظر ايضا تاريخ الطبرى ، جـ ٦ ، ص ١٨٧ - ١٩٤ .

المراجع

- ١ - ابن سعد ، « طبقات ابن سعد » ، بيروت ١٩٥٧ .
- ٢ - ابن جرير الطبرى ، « تاريخ الطبرى » دار المعارف القاهرة .
- ٣ - ابن كثير ، « تفسير ابن كثير » دار احياء الكتب العربية ، القاهرة .
- ٤ - ابو عبيد البغدادى ، « الاموال » القاهرة .
- ٥ - ابو يوسف الشيبانى ، « الخراج » القاهرة .
- ٦ - التبريزى ، « مشكاة المصابيح » .
- ٧ - سعيد عبدالفتاح عاشور ، « المجتمع الاسلامى فى بلاد الشام فى عصر الحروب الصليبية » مقدم الى المؤتمر الدولى لتاريخ بلاد الشام . الجامعة الاردنية - ابريل ١٩٧٤ .
- ٨ - محمد محمد أمين ، الاوقاف ، والحياة الاجتماعية فى مصر ٦٤٨ - ٩٢٣هـ / ١٢٥٠ - ١٥١٧م « دراسة تاريخية وثائقية » دار النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٨٠ .
- ٩ - محمد كرد على ، « الاسلام والحضارة العربية » لجنة التأليف والترجمة والنشر ، القاهرة ١٩٥٩ .
- ١٠ - المقرئى ، « اغاثة الامة بكشف الغمة » نشره محمد مصطفى زيادة وجمال الدين الشيال ، القاهرة ١٩٥٧ .

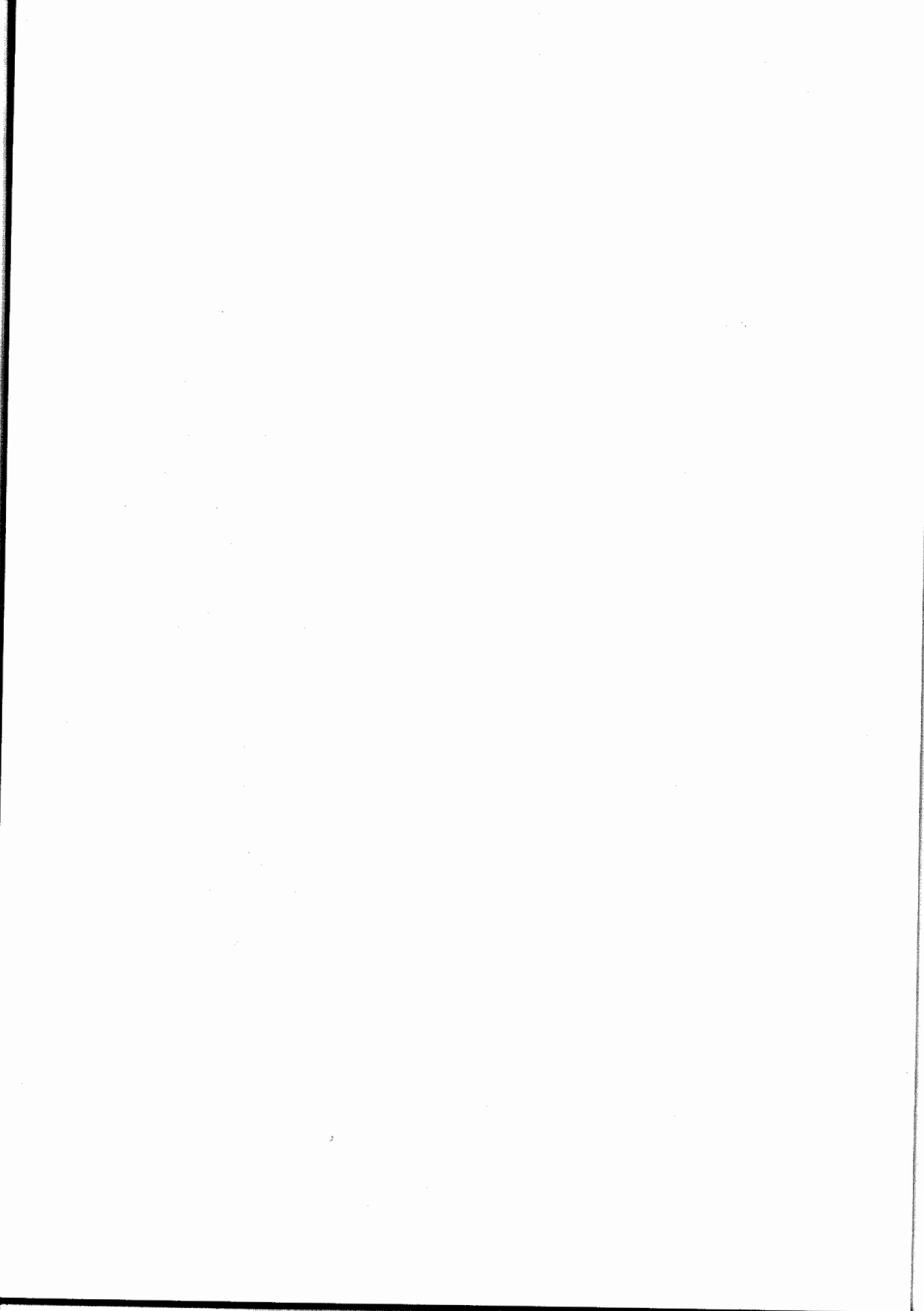
كبار السن والمدينة

**الأستاذ خلف أحمد خلف
المكتب التنفيذي**



المحتويات

| الصفحة | من - إلى |
|----------------------------------|-----------|
| مقدمة | ١٦١ - ١٦٢ |
| - الحق في الأمان الشامل | ١٦٢ - ١٦٣ |
| - الاتجاهات الديموغرافية القادمة | ١٦٣ - ١٦٤ |
| - الاحتياجات الأساسية لكبار السن | ١٦٤ - ١٦٧ |
| ١ - التكامل الاجتماعي | ١٦٥ |
| ٢ - الرعاية الصحية | ١٦٥ - ١٦٦ |
| ٣ - ضمان الدخل | ١٦٦ |
| ٤ - الرعاية الاجتماعية | ١٦٦ |
| ٥ - المعلومات والبيانات | ١٦٧ |
| - ماذا تقدم المدينة لكبار السن | ١٦٧ - ١٧٠ |
| ١ - المسكن | ١٦٨ - ١٦٩ |
| ٢ - الجيرة | ١٦٩ |
| ٣ - الخدمات الأساسية | ١٦٩ - ١٧٠ |
| ٤ - ضمان سلامة كبار السن | ١٧٠ |
| ٥ - مراكز الرعاية | ١٧٠ |
| - أهم المصادر | ١٧١ |



مقدمة

لقد كان عام ١٩٨٢ ، بداية لاهتمام عالمي ، من المؤمل الا ينتهى والا فتقر حماسته ، بقضايا ومشاكل كبار السن حيث كان للجهود الدولية والاقليمية والوطنية ، التي بذلت في ذلك العام ، الاثر الكبير والحاسم في لفت الانتباه الى حقائق هامة وحيوية وذات تاثير بعيد على كل المجتمعات الانسانية ، وعلى مستقبل الانسان وامنه ورفاهيته .

كما كشف الاهتمام العالمي بقضايا كبار السن ، مدى تفاعل تلك القضايا والتاثير المتبادل الذى لا يمكن لفهم ومعالجة اية مشكلة ان يتم بمعزل عنه ، فبرزت ضرورة تساند العوامل وتكاملها في اية سياسة او برنامج او نشاط يهدف الى التخفيف من اثار تزايد نسبة كبار السن في المجتمع .

من هذا المنطلق ، التفاعل والتكامل ، تبرز اهمية موضوع هذا البحث ، الذى يعد مدخلا جيدا لتطبيق بعض الحقائق التي بلورتها جهود عام ١٩٨٢ ، ولاعطاء ابعاد جديدة لعملية تخطيط المدن ، التي سادت الى وقت قريب ، مفهومها التقليدى القائل بانها عملية مادية للمعيشة الحضرية ، وذلك من خلال اعادة النظر فيها على اعتبار انها عملية شاملة متكاملة يشكل التخطيط المادى جزءا منها ليضيف اليه رجال علم الاجتماع مع الفنيين المختصين في مجالات اخرى كالاقتصاد والهندسة والتعليم والطب وغيرها ما يضمن تحقيق التخطيط الشامل ، الذى لا يركن الى احد العوامل بمعزل عن العوامل الاخرى او الى جزء دون الكل ، فالتخطيط لمجمع سكني مهما كان صغيرا ، يحتاج الى دراسات ومعلومات حول التركيب الجنسي والعمرى والمهني والاجتماعي والتعليمي للسكان ، بالاضافة الى خصائص تقاليدهم وعاداتهم ، وما ينجم عن تجمعهم هذا من احتياجات تتطلب توفير خدمات اساسية لا غنى عنها .

فاذا كان الامر هكذا بالنسبة لمجمع سكني ، فكيف والامر يتعلق بفئة كبار السن المتنامية العدد في المجتمع ، والتي كان لها حتى الامس موقع القيادة وقوة العمل والانتاج ولازال لها معين الخبرة ورمز الحكمة .

فاذا ما اضيف الى ذلك واقع المدينة ، بما تتميز به من وضع تفضيلي في دول العالم الثالث - بما فيها الدول العربية - ومن ايقاع الحياة المتسارع ، ونمط العلاقات السائدة بين سكانها ، والعدد الكبير من ابنائها المرشحين لولوج مرحلة كبر السن خلال العقود القادمة ، فان ما هو منتظر لمعالجة موضوع « كبار السن والمدينة » اكبر بكثير من ان يحتمله بحث في مثل هذا العدد من الصفحات .

في اطار التعاون بين المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية مع المعهد العربي لانماء المدن التابع لمنظمة المدن العربية، تم تقديم هذا البحث الى المؤتمر الرابع لرؤساء البلديات - المنعقد في ميلانو بايطاليا خلال شهر نيسان/ابريل ١٩٨٣م.

وعليه ، فإن ماهو مطروح في هذا البحث ، انما هو في الحقيقة ، مجرد عناصر لتفتيح نقاش أكثر عمقا وتفصيلا ، يثرى بالبيانات والمعلومات المستقاة من الواقع والخبرة والتخصص ، مما يساعد على بلورة مجموعة من التصورات المحددة في هذا الموضوع .

في هذا الاطار ، تعالج الصفحات التالية قضية كبار السن والمدينة .

الحق في الأمان الشامل :

بادئ ذي بدء ، ينبغي تحديد المقصودين بمصطلح كبار السن ، حيث ان التجمع العالمي لكبار السن الذي عقد في فيينا في الفترة من ٢٦ تموز/ يوليو- ٦ آب/ أغسطس ١٩٨٢ ، قد حدد ثلاثة مصطلحات هي المسنون ، المتقدمون في السن ، وكبار السن ، وقد توصلت احدى وثائق هذا التجمع الى أن أكثر هذه المصطلحات دقة هو « كبار السن » .

وعليه فاننا سنستخدم هذا المصطلح في هذا البحث ، قاصدين به كل شخص تجاوز سنه الستين عاما ، ومعتبرين ان أى مصطلح آخر متداول في المصادر وال فقرات التي يتم الاستشهاد بها إنما يعنى هذا المفهوم المحدد .

ولعل من المناسب ان يكون الاعلان العالمي لحقوق الانسان هو أول ما نستند اليه في تأكيد حقوق كبار السن ، حيث حددت الفقرة (١) من المادة (٢٥) من الاعلان العالمي المذكور هذه الحقوق بنصها على أنه « لكل انسان الحق في مستوى معيشى ملائم لصحته ورفاهيته ، وكذلك لصحة ورفاهية أسرته بما في ذلك الماكل والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية والحق في الامان عندما يتقدم به السن » .

ونتوقف عند العبارة الأخيرة التي أضافت الى تلك الحقوق - التي من الضروري ان تتوفر لكل انسان ، مهما كان جنسه وجنسيته ودينه .. الخ ، في سني عمره المبكرة - حقه في الأمان عندما تتقدم به العمر ، حيث يشكل الامان للكبير في السن حجر الزاوية في متطلباته خلال هذه المرحلة الحساسة التي يبدأ فيها خسارة الكثير من أدواره في الحياة ، اما بحكم ما يصيبه من وهن وعجز حسي ، واما بحكم ما يفرضه عليه المجتمع من اجراءات واعتبارات .

وإذا كانت الفقرة السابقة من الاعلان العالمي لحقوق الانسان لم تحدد اى نوع من الأمان هو المقصود ، فذلك في رأينا إنما للدلالة على الأمان بكافة معانيه ومستوياته ، حيث لا يمكن اقتصره على الامان الصحي ، او الاقتصادي ، او غيرهما ، بل ان الامان في حقيقته كل لا يتجزأ ، وعليه ، ومن باب الدخول الى صلب موضوع البحث ، يمكن تقسيم هذا الامان الى ما يحقق ويلبي الاحتياجات التي يتحسسها الكبير في السن ، سواء كانت مادية أو غير مادية .

فإذا حاولنا تطبيق ذلك على المسكن بالذات ، فانه وبالفهم الشمولى المتكامل لن يكون المسكن هو ذلك المكان الذى يلجأ اليه الشخص طلبا للراحة واتقاء تقلبات الجو وحسب وانما هو المكان الذى يحن ويشعر المرء بانتمائه اليه ، والذى تتشكل إزاءه أحاسيس مركبة من الذكريات والعادات والاتجاهات .

وهذا الفهم بدوره لا يمكن أن يستقيم ويتحقق إذا اقتصر على حدود المسكن ولم يتعد إلى الجيرة والمنطقة والبيئة المحيطة بهما ، سواء كانت هذه البيئة قرية أو مدينة . إذ لكل بيئة أجواؤها وتأثيراتها التي قد تستعصى على التحديد أو الحصر ، إلا أنه يمكن رصد بعض مظاهرها من خلال العادات والتقاليد السائدة فيها ، والتي يستدل عليها علماء الاجتماع من خلال ما يسمى بالعلاقات الأولية التي تسود القرى والأرياف ، مقابل العلاقات الثانوية التي تسود المدن .

كما يدخل في نطاق المفهوم الشمولي والمتكامل للأمان بالنسبة لكبار السن كل التسهيلات المتوفرة في البيئة المحيطة كالحدائق والمقاهي والأرصعة المأمونة ومناطق عبور المشاة وأضواء المرور والنقل المريح والمتاح وقرب المرافق العامة وسهولة الوصول والاستفادة منها ... الخ ، وهذا كله من مفردات تخطيط المدن أو تحديثها .

الاتجاهات الديموغرافية القادمة :

قد يثار تساؤل منطقي وأساسي حول الأسباب التي من أجلها تتم المطالبة بأخذ احتياجات كبار السن بعين الاعتبار عند التخطيط للمدن ، باعتبار أنهم لا يتجاوزون في الوقت الحاضر فئة قليلة من السكان ، في حين أن تحقيق احتياجاتهم قد يؤدي إلى زيادة في التكاليف في وقت يبحث العالم فيه عن الاعتبارات التي تقلل منها .

إلا أن الرجوع إلى الإحصاءات السكانية والاسقاطات التي نشرتها الأمم المتحدة مؤخراً يعطى جواباً حاسماً حيث تؤكد هذه الإحصاءات والاسقاطات على أن العالم يسير حثيثاً نحو شيخوخة السكان ، بمعنى أن نسبة كبار السن تتزايد باطراد في كل أرجاء الدنيا ، وتبلغ أقصاها في أفريقيا وآسيا . فمع حلول عام ٢٠٠٠ ستكون نسبة زيادة كبار السن في آسيا ١٥٤٪ / لما هم عليه الآن ، وفي أفريقيا ١٥٢٪ ، وفي أمريكا ١٢٧٪ ومثلها في أوروبا .

وفي اسقاطات أخرى ، فإن ٥٢٪ من الذين بلغوا سن الستين أو تجاوزوها في العالم كله ، كانوا يعيشون في البلدان النامية عام ١٩٧٥ ، ومع حلول عام ٢٠٠٠ يتوقع أن يعيش ٦٠٪ من جميع المسنين في العالم في البلدان النامية ، بينما سيبلغ حوالي ثلاثة أرباع مجموعهم (٧٢٪) مع حلول عام ٢٠٢٥ .

ويصاحب الزيادة في أعداد كبار السن تغير في الهيكل العمري للسكان في المناطق النامية ، حيث يؤدي إلى تناقص نسبة الأطفال في مجموع السكان ، إذ من المتوقع أن تنخفض نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة من حوالي ٤١٪ في المتوسط من مجموع السكان في عام ١٩٧٥ إلى حوالي ٢٣٪ في عام ٢٠٠٠ ثم إلى ١٢٪ عام ٢٠٢٥ .

وهكذا فإن نسبة كبار السن في ازدياد مطرد بسبب العديد من العوامل ، ربما في مقدمتها تطور وتوفير وسائل العناية والرعاية الصحية ، رغم موقفات التنمية من حروب وجهل وتخلف واستعمار جديد .

وبالتالى ، وكمحصلة لما تم عرضه من احصاءات واسقاطات يمكن تلمس مدى الحاجة الماسة الى اعادة النظر ، وعلى ضوء كل تلك المعلومات ، فى التخطيط المستقبلي للمدن ، ومنذ الآن ، ومحاولة اجراء الدراسات المتعمقة والشاملة لمختلف احتياجات كبار السن ، فى سبيل ان يتم مراعاة تلبيتها فى اى تخطيط لتشييد مدن جديدة وفى اى عملية تحديث او اعادة تخطيط لآى مدينة قائمة ، حيث ان الاتجاهات الديموغرافية والتغيرات المتوقعة على هيكل السكان تشكل محورا اساسيا من المحاور التى تقوم عليها عملية تخطيط المدن .

وإذا كانت الدول العربية شأنها شأن معظم دول العالم الثالث ، قد بدأت تختط لنفسها خطط التنمية الشاملة والاستفادة من تجارب الدول الصناعية والمتقدمة ، فإن من أولى الدروس التى لابد أن تستخلصها هذه الدول من تجربة تلك الدول المتقدمة هو عدم تكرار الاخطاء او الوقوع فى المشكلات المصاحبة لعملية التنمية والتحضر او الناتجة عنها ، والتى تشكل المشكلات الاجتماعية الجزء الاكبر منها والأكثر بروزا ، خاصة عند اغفال التأثير الاجتماعى لمشروعات التنمية الاقتصادية والصناعية خلال عملية التخطيط ، وذلك بسبب الاقتصار على الأخذ بالاعتبار المخرجات والجدوى الاقتصادية دون النظر فيما يؤدي اليه اى مشروع متصل بالناس من تغير وتأثير اجتماعى ، وخير مثال على ذلك حركة النزوح من الريف الى المدينة وهجر الزراعة وما ادت اليه الثورة الصناعية فى أوروبا من مشكلات ليس بالضرورة ان تتكرر معاناة الدول النامية لها ، اذا ما أمكن أن تتم عملية التنمية والتحديث فى اطار من التخطيط المتكامل وليس الاحادي الجانب والمقتصر على المنظور الاقتصادى .

ولعل مشكلات كبار السن التى شهدتها أوروبا أبان ثورتها الصناعية وما بذلته المجتمعات الغربية وتبذله حاليا ، يشكل تاريخا وتجربة ينبغى ان تتبلور وتتخلص فى مجموعة من المعايير التى يتم الأخذ بها ، الى جانب المعايير الأخرى التى لا يستقيم بدونها تخطيط المدن .

الاحتياجات الاساسية لكبار السن :

بعدها حاولنا ، فيما تقدم توضيح وتبيان اهمية الأخذ بعين الاعتبار احتياجات كبار السن الاساسية عند التخطيط للمدن وتحديثها ، فإنه من الضرورة تحديد هذه الاحتياجات ، ولو بشكل عام ، دون الدخول فى التفاصيل بسبب ضيق المجال اولا ، ولكون هذه الاحتياجات وإن اتفقت فى عموميتها ، فإن لكل مجتمع خصوصية تنعكس على هذه الاحتياجات من حيث اولوياتها ، ومن حيث تفاصيلها واشكالها وتبعها لذلك تختلف سبل اشباعها أيضا .

وعودة الى التأكيد بأن الامان بمفهومه الشامل المتكامل يعنى تلبية الاحتياجات التى يتحسسها كبار السن . فإن هذه الاحتياجات ايضا ليست ثابتة ومطلقة ، وإنما هى متغيرة من جيل لآخر ، ومن مجتمع لمجتمع وعليه فإن هذا العرض انما هو مبني على افتراضات تحتاج الى دراسات وبحوث ميدانية لاحقة لتأكيدھا او تعديلھا ، وفيما يلي اهم الاحتياجات الاساسية لكبار السن :

١ - التكامل الاجتماعي :

ويمكن ان يكون المقصود من هذا المصطلح تحقيق التفاعل الاجتماعي باعتباره احد أهم الحاجات التي يشعر كبير السن بضرورة تلبيتها من خلال ما يلي :

١ - الوسط الأسري : حيث ثبت بأن ما من مؤسسة اجتماعية أقدر من الأسرة على تلبية حاجة كبير السن في الانتماء والطمأنينة النفسية ، فهي التي تمنحه الأحساس بأنه وسط مجموعة من صلبه وأهله ، له في اعناقهم دين ، لذا يتقبل مساعدتهم ورعايتهم كما أن هذا الوسط يوفر له حرارة الحياة الأسرية اليومية والتفاعل مع افرادها ، صغيرهم وكبيرهم فتتجدد بهم حياته ولا يشعر بانعزاله عن الحياة كما يشعرها في المؤسسات الخاصة برعاية المسنين او في سكنه المستقل .

ب - الجيرة : والتي تتكون من الأسر التي ارتبطت ببعضها بحكم الجوار المكاني والامتداد الزمني وأنشأت علاقة قوية متفرعة في امتدادها نحو كل جيل من الأجيال ، ونحو كل جنس فيكون من بينها تلك العلاقة التي تربط كبار السن من الرجال مع أقرانهم على حدة والنساء على حدة حسب التقاليد والعادات لتجتمع كل فئة وتتبادل الذكريات والخبرات والآراء الخاصة بها .

وقد تمتد هذه الجيرة لتشمل أكثر من الأسر المحيطة الى المجتمع المحلي ، حيث المقهى الشعبي او النادي او المجلس والديوانية - في الخليج العربي - أية أمكنة أخرى حسب كل مجتمع وعاداته تتيح فرصة التقاء سكان المنطقة او الحي خاصة كبار السن منهم لقضاء وقت الفراغ ومتابعة أخبار بعضهم ومعارفهم وغير ذلك مما يحققه هذا التجمع من احساس بتنوع الحياة وعدم الانغلاق داخل المنزل .

ج - الاتصال الاجتماعي : وهو ما يمكن ان يتجاوز حدود الأسرة والجيرة الى جماعات او مؤسسات أخرى في المجتمع بحيث يتحقق من خلاله استمرار ارتباط كبير السن بالبيئة الكبرى واندماجه في المجتمع بمواصلة القيام ببعض الأدوار التي تتلاءم مع امكاناته وحالته الصحية وبما يشعره بالقدرة على الاعتماد على النفس ويمنع انسحابه كلية من المجتمع ولا يتم ذلك الا من خلال تيسر استخدام وسائل مواصلات كافية مناسبة وبأسعار خاصة ، وأنشاء ممرات مأمونة لعبور الشوارع والطرق الرئيسية ، وذلك كله من أجل وصول كبير السن الى المراكز الصحية والحدائق والمسارح ودور السينما والمكتبات العامة وبقية المرافق العامة .

٢ - الرعاية الصحية :

مع مراجعة الاتجاهات السائدة في الرعاية الصحية لكبار السن وتقييمها ، برز اتجاهان حديثان رئيسيان :

أولهما : التمييز بين الشيخوخة العادية والأحوال المرضية التي قد تكون أو لا تكون لها علاقة بالشيخوخة ، وثانيهما وهو متأت من الأول ، ضرورة وضع برامج للرعاية الصحية المستمرة لكبار السن في وسط اسرهم وبانتظام وتجنب ادخال كبير السن الى اى مؤسسة رعاية خاصة قدر الامكان من خلال محاولة تأهيله للاعتماد على نفسه ، وتدريب افراد الأسرة على أساليب الرعاية ، مما يخفف من الأعباء المتوقعة لوجود كبير السن في الأسرة .

ويمكن وفي مجال هذا البحث الاشارة ، دون الدخول في تفاصيل متطلبات وشروط الرعاية الصحية المستمرة لكبار السن ، الى أن مثل هذه الرعاية تحتاج الى توفير مراكز صحية صغيرة منتشرة في مناطق المدينة ، يمكن ان تكون بالاضافة الى كونها مقرا للأخصائيين في مثل هذه الرعاية ، مراكز رعاية نهائية لكبار السن الذين تتطلب حالتهم مثل هذه الرعاية ، فتحول بذلك دون تجسمهم الوصول الى مراكز نهائية بعيدة ، او خروجهم عن بيئتهم المحلية ، الى جانب توفير تكاليف انشاء مؤسسات كبيرة تكون في غالب الأحيان غير ملائمة لتلبية الاحتياجات الاجتماعية والنفسية والعاطفية لكبار السن .

٣ - ضمان الدخل :

يلعب الضمان الاجتماعي المتمثل في دخل ثابت مضمون وكاف لكبير السن بعد تقاعده عن العمل دورا كبيرا في احساسه بالأمن والاستقرار النفسي ، والاعتماد على النفس ، وعدم تحوله الى عبء مالى على افراد أسرته .

٤ - الرعاية الاجتماعية :

ان تزايد الالتزامات والارتباطات التي يشعر بوطأتها أفراد الأسرة في المدينة تبعا لتعدد الحياة اليومية ، يؤدي بلا شك الى الانصراف كليا او جزئيا عن تقديم خدمات يحتاج اليها كبار السن الذين يعيشون بين ظهرانيهم او في مساكن مستقلة مما يتطلب توفير خدمات الرعاية الاجتماعية لهم من خلال برامج غير نمطية او تقليدية تقوم على اساس الوصول الى هذه الفئة وتلبية احتياجاتها من خلال المحيط الذى تعيش فيه وبواسطة المعاشين لها ، وليس في انتزاعها وعزلها في مساكن خاصة ورعاية مؤسسية نمطية مغلقة .

وبالتالى فإن الحاجة التي تتحدد في اطار موضوع هذا البحث هي انشاء مؤسسات صغيرة لتقديم الخدمات الاجتماعية موزعة على مناطق المدينة ، وهو ما ينبغي ان يتكامل مع ما سبق التعرض اليه عند تناول الرعاية الصحية المستمرة بحيث تتساند الخدمات المقدمة لكبار السن فيما بينها وتشكل فريقا واحدا متعدد الأغراض والتخصصات والمهام وان يكون موجها نحو المحيط الذى يعيش فيه كبار السن ومعتمدا على تعاونه وتجاوبه وليس مقتصرنا على كبار السن وحدهم .

وبناء على ذلك يمكن أن تكون هناك مؤسسات صغيرة متوزعة على مناطق المدينة ذات برامج صحية واجتماعية وتأهيلية وترفيهية في آن واحد .

٥ - المعلومات والبيانات :

إن التعرف على الاحتياجات الفعلية لكبار السن والتي سبق الإشارة إليها بشكل عام لا يتم بالتخمين أو التوقعات الناتجة عن الخبرة الشخصية وإنما عن طريق توفير وتحليل معلومات وبيانات تم جمعها بوسائل علمية معتمدة (المسوح ، البحوث ، الدراسات ، الاحصاءات) . ويمكن أن نذكر هنا وفي مجال موضوع هذا البحث أهم المجالات التي نحتاج فيها إلى هذه المعلومات والبيانات :

١ - حجم فئة كبار السن : ان الاحصاءات والاسقاطات السكانية الدولية رغم كونها تساعد على تشكيل تصور عام لتزايد عدد كبار السن في الدول النامية مثلا ، الا ان الذي يبلور ويحدد الاتجاهات الديموغرافية على المستوى المحلي هو الاحصاءات الوطنية والتي لا بد أن تشتمل على الأساس الذي يتيح استقراء اسقاطات منها تفيد في تحديد حجم فئة كبار السن في كل مرحلة وتوزيعها الجغرافي .. الخ .

ب - تحديد الخصائص المميزة لكبار السن : لا شك أن ما توصلت اليه العلوم في الدول المتقدمة في مجال تحديد خصائص مراحل - وليس مرحلة - كبر السن تفيد المخططين في كل حقولهم على تحديد الاحتياجات وبالتالي وضع خطط وبرامج تلبي هذه الاحتياجات ، الا أنه يبقى لكل مجتمع خصائصه المميزة بحكم الخلفية الثقافية والخبرة التاريخية مما يخلق تباينا متفاوتا بين حاجة كبير السن في مجتمع أوروبي عنها في مجتمع عربي ، وبالتالي فإنه من الضروري عدم الركون الى البيانات والمعلومات المستخلصة من بحوث في مجتمعات أخرى ، دون مراجعتها واختبار مدى تطابقها على الاحتياجات الفعلية لكبار السن في مجتمع المدينة العربية ، وتحديد هذه الاختلافات ومعالجتها بشكل يجعلها أكثر مواءمة .

ج - التكامل بين الاحصاءات والبيانات : حيث أن البيانات او الاحصاءات التي تتوفر حول تزايد نسبة عدد كبار السن في المجتمع قد لا تكون ذات مدلول واضح في مجال التخطيط المعماري للمدن ما لم يتم معالجتها في ضوء البيانات والاحصاءات التي تبين ما يشكله كبار السن من نسبة متزايدة في عدد سكان المدن في الوقت الحاضر والسنوات القليلة القادمة ، وذلك من منظور شمولي تتكامل فيه كل البيانات والاحصاءات المتوفرة .

بهذه المجالات وغيرها يتحقق التخطيط السليم لمدينة أكثر تلبية لاحتياجات كل ساكنيها بمختلف فئاتهم العمرية وبشكل يلائم بيئتها دون الحاجة الى الوقوع في نفس اخطاء مجتمعات سابقة وانما بالاستفادة مباشرة من تجاربها .

ماذا تقدم المدينة لكبار السن :

إذا حددنا أهم الاحتياجات الأساسية لكبار السن بشكل عام ، وأكدنا على أنها لذلك تشكل تصورا عاما يحتاج الى مسوح ودراسات واحصاءات تفصيلية تحدد الملامح والمجالات العملية لمعالجة تلك الاحتياجات على ارض الواقع ووفق خصوصياته فإن ايراد بعض الملامح والمجالات

العملية هنا ، انما يأتي من باب التمثيل والتقريب على اعتبار ان عملية التخطيط هي وحدها التي تستطيع وبخطواتها وشروطها أن تحدد هذه الملامح والمجالات .

١ - المسكن : ان المسكن يشكل احدى المشكلات الهامة لكبار السن في المدينة ، خاصة اذا ما لاحظنا انه يتجاوز كونه مجرد مكان « فيزيقي » للايواء الى كونه وسطا تتوفر فيه وسائل الراحة النفسية والجسدية على حد سواء ، وعليه فإنه يشكل مشكلة مركبة من مجموعة مشكلات فرعية ، نحاول استعراضها بايجاز على النحو التالي :

١ - الوسط الأسرى : مع الاتجاه المتزايد لتفتت الأسر الممتدة الى أسر نووية ، تقتصر على الزوج والزوجة وأبناهما وخروج المرأة الى سوق العمل ، وارتفاع مستوى المعيشة وتكاليف الحياة وكثرة الاعباء والالتزامات ، تبرز مشكلة رعاية كبار السن في المدينة حيث يتم معالجتها بأشكال مختلفة أكثرها شيوعا النمط الأوروبي القائم على استقلال كبار السن في منزله او ادخاله الى احدى مؤسسات الرعاية الخاصة .

واذ يتبين بأن الأمر لا ينبغي ان يتوقف عند المناقشة بأهمية وضرورة توفير الوسط الأسري الطبيعي لكبار السن ، وانما يتعدى ذلك الى العمل على اتخاذ الاجراءات والخطط العملية التي تجعل من الممكن وفي ظل الظروف القادمة ان تواصل الأسرة مهمتها هذه فإن اهم ما يمكن طرحه وبعجالة هنا ، أن تتم مساعدة الأسر التي يشارك كبار السن المعيشة معها في نفس السكن كتوفير بعض الخدمات الاجتماعية والصحية او تخفيض الايجارات او الاقساط او دفع علاوات اضافية وما شاكل .

ب - سعة المسكن : وحيث أن الأسر الممتدة تفتت إلى أسر نووية نتيجة متطلبات حياة المدينة والأوضاع الاقتصادية فإن المساكن تبعا لذلك اتجهت الى الضيق فصارت على شكل شقق في عمارات سكنية مكتظة ، او بيوت محدودة الغرف والمساحة مع طغيان انظمة بناء معقدة مقتبسة عن الغرب ، واهمال تقاليد البناء المحلية والتي كان يمكن اجراء التعديلات عليها دون الغائها كما حدث ، باعتبارها حصيلة خبرة ممتدة في القدم في سبيل الملاءمة بين احتياجات الانسان العربي وبيئته ، مما أدى الى اغفال احتياجات كبار السن في هذه المساكن ، او توفير انماط غير مريحة ولا متناسبة ، بسبب هندستها المستعارة ، مع خبرته وذوقه . ولعل احد المقترحات المطروحة اليوم في بعض المجتمعات الخليجية هو العودة الى المساكن الكبيرة التي تتسع للأسرة بكل اجيالها ، مع اتاحة نوع من الاستقلال لكل جيل منها ، ويمكن تحقيق ذلك بشكل أكثر عملي في أن تكون هذه المساكن على شكل شقق متجاورة مع توفير قاعة او مجلس مشترك ، يسهل فيه التقاء افراد الأسرة في الاوقات المناسبة .

واذا كان مثل هذا الاقتراح يعتبر مثاليا في طرحه امام واقع المدينة اليوم من ارتفاع في تكاليف الحياة ومتطلبات ايقاعها السريع الذي يحرم المرء من فرصة المراجعة والالتفات الى كبار السن في عائلته ، فان الواجب يحتم على الدولة ان تحاول من جانبها توفير مثل هذه الحلول عند شروعها في التخطيط لانشاء مدن جديدة أو احلال

احياء جديدة محل الاحياء القديمة في المدن القائمة كلما كان ذلك ممكنا عن طريق
الحرص على دراسة أفضل النماذج التي تتيح هندستها تلبية احتياجات كافة افراد
الأسرة بما فيهم كبار السن وما يتلاءم مع قدراتهم .

٢ - الجيرة : أن حركة التحضر السريعة في العالم الثالث تأخذ اشكالا عديدة ، كتحويل القرى
الى مدن صغيرة ، وتوسع وامتداد المدن واحتوائها للضواحي والأطراف وتأسيس مدن
جديدة وإذا كان الهدف الرئيسي للتخطيط في الدول الأكثر نموا يقوم في الوقت الحاضر على
تصحيح أخطاء الماضي (تشارلز أبرمز - ١٩٦٤ م) ، فإن ما هو متوقع من التخطيط في
الدول النامية ، ومنها الدول العربية أن يأخذ في اعتباره امكانيات التوسع مستقبلا ووضع
الخطط الكفيلة بمقابلة هذه الامكانيات التي أصبحت اليوم مؤكدة حتى لا يؤدي مثل هذا
التوسع الى تشويهات كما يحدث في بعض المدن الكبيرة الآن .

ان ما ينبغي التركيز عليه هنا ، هو أن كل أشكال التوسع غير المنظمة انما تؤدي الى انتقال
السكان من مكان الى آخر بسبب عوامل مختلفة في مقدمتها ارتفاع ثمن الاراضي وضعف
الخدمات او الرغبة في الابتعاد عن زحام وضوضاء وسط المدينة ، ويؤدي مثل هذا الانتقال
الى تفكك الروابط القديمة التي ترعرعت وتوثقت بين الاسر بفضل الجيرة الطويلة والتي نتج
عنها علاقات متينة بين الاجيال خاصة الاجيال السابقة منها بسبب بساطة الحياة آنذاك
وتقارب التجارب الشخصية .

وبالتالي فإن انتقال الأسر من احيائها القديمة وتوزعها في مناطق سكنية جديدة ، انما يقطع
اوصال علاقات يعتز بها كبار السن ويحتاجون اليها ، خاصة وأن مثل هذا التوسع لا يتم
على اساس من التخطيط الذي يفترض ان يتركز على الجيرة باعتبارها مجتمعا صغيرا
تتوافر له الخدمات الأساسية مما يصعب على كبار السن إعادة تكيفه او تعويضه وهو عادة
صعب التكيف مع المجتمع الجديد .

لذا فإن اي تخطيط قادم لا بد وأن يأخذ الجيرة كمبدأ اجتماعي هام ، فتنبنى المباني بشكل
يحددها كجيرة ويميزها عن الجيرات الأخرى (د . عبد المنعم شوقي - ١٩٦٦) .

٣ - الخدمات الأساسية : يحتاج سكان المدن الى مجموعة من الخدمات الأساسية كالأسواق
والمدارس والحدائق والأندية والمستشفيات وغيرها مما يلبي احتياجات الانسان ، وهذه
الخدمات كلما توفرت قريبا من منطقة السكن كلما أتاحت فرصة أفضل لكبار السن
للاستفادة منها من جهة ، ولواصله الاتصال بالمجتمع وعدم الانسحاب منه بسبب هبوط
طبيعي في القدرات والاستجابات من جهة أخرى .

وإذا ما توفر التخطيط السليم فإن معظم هذه الخدمات ستكون موزعة بشكل يشكّل يضمن
حصول غالبية السكان ، وفي مقدمتهم كبار السن ، عليها دون أن يؤدي ذلك الى ازدحامهم

في بقعة تتركز فيها كما يحدث في العادة ، والذي يؤدي بدوره الى ازدياد الضغط على المواصلات والاختناقات المرورية .

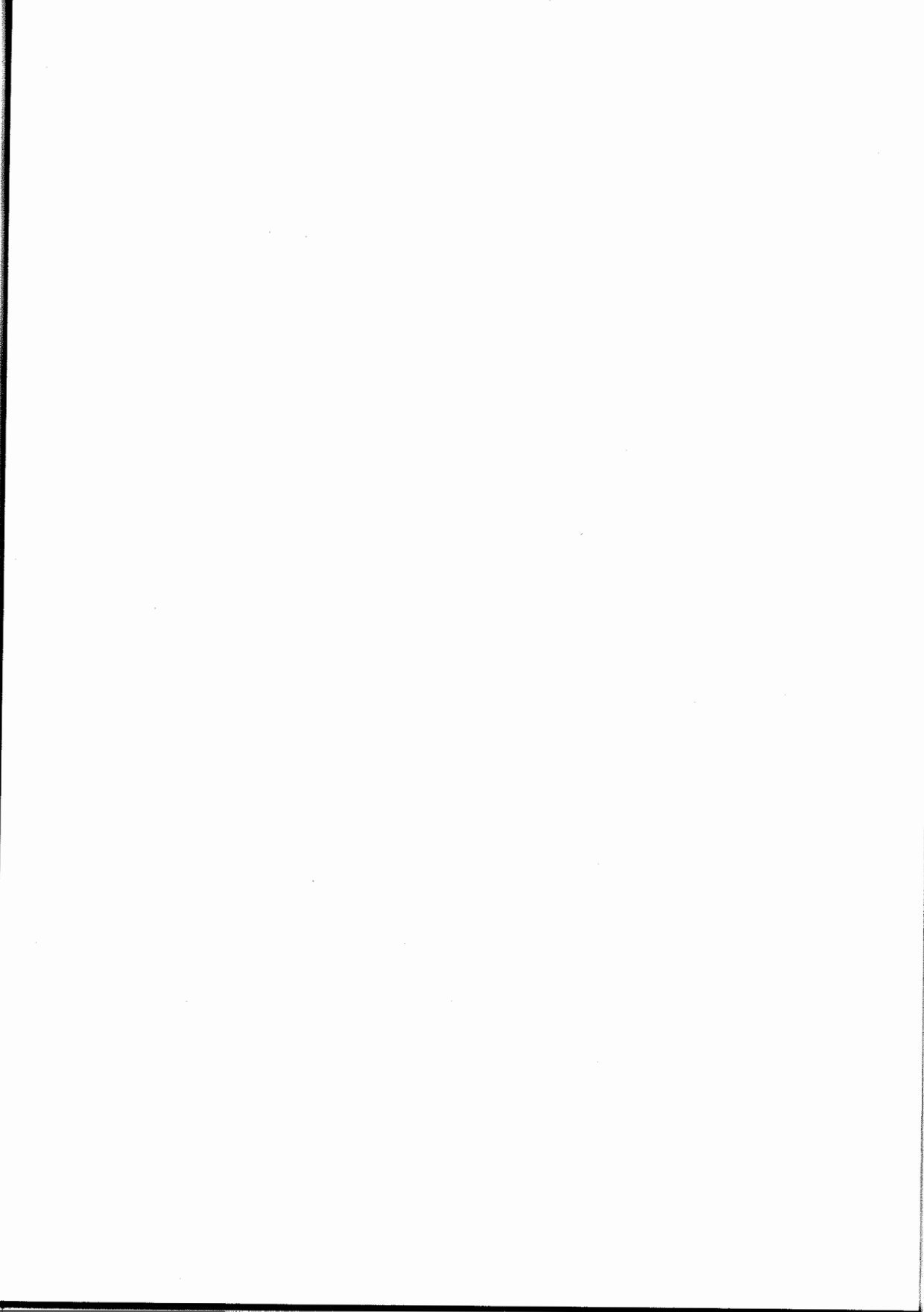
٤ - ضمان سلامة كبار السن : لعل الاشارة الواردة في احدى وثائق التجمع العالمي لكبار السن من أن معدلات الوفيات الناجمة عن الحوادث المرورية وبين المارة هي على اعلاها بين كبار السن ، تكشف الى اى حد تبدو الحاجة ملحة ، ومع المناذاة بادماج كبار السن في المجتمع ، الى ازالة كل العوائق امام مثل هذا الادماع ، وذلك بأن تتم اعادة النظر في تصميم الطرقات ونظم المرور والانارة لتتلاءم مع القدرات الحسية لهذه الفئة ولاستجاباتها بما يزيل الحواجز القائمة الآن وذلك بانشاء ممرات مأمونة لعبور الشوارع والطرقات الرئيسية وبتشجيع انشاء نظم للنقل العام لكبار السن عن طريق الحوافز والاعانات .

٥ - مراكز الرعاية : ان انشاء مراكز اجتماعية صحية ترفيهية موزعة على مناطق المدينة ، سيساعد الى حد بعيد في دعم اتجاه رعاية كبار السن في وسط اسرهم دون اللجوء الى دور الايواء ، كما ان صغر هذه المراكز وقربها من المستفيدين منها سيخلق علاقات وثيقة فيما بينهم من جهة وبينهم وبين القائمين عليها من جهة أخرى مما يزيد من فعاليتها وينأى بها عن ان تتحول الى مؤسسات فاشلة خاصة اذا ما تنوعت برامجها لتتلاءم مع الاحتياجات الفعلية بعيدا عن النمطية والروتين المعهودين في المؤسسات الرسمية .

ويمكن ان يتم انشاء مثل هذه المراكز بتنسيق من مجموعة جهات حكومية وأهلية ، مما يخفف العبء المالى ويزيد من الفاعلية لانطلاق العمل فيها من روح الفريق الواحد .

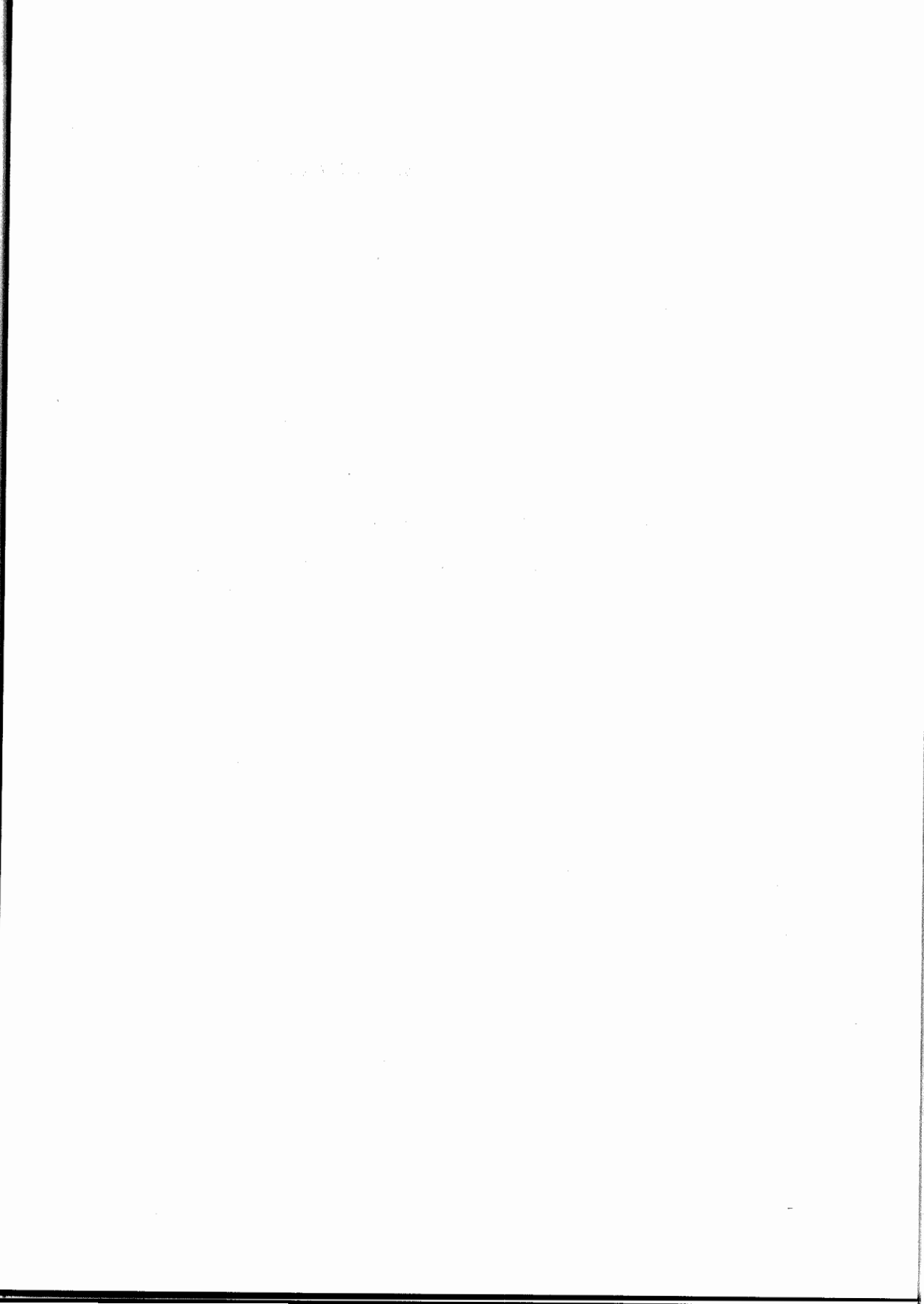
أهم المصادر

- ١ - الأمم المتحدة - الجمعية العالمية للشيخوخة - فيينا - ٢٦ يوليو/ تموز - ٦ آب / أغسطس ١٩٨٢ - مجموعة متفرقة من الوثائق .
- ٢ - تشارلز أبرمز ، المدينة ومشاكل الاسكان - بيروت - دار الآفاق - بدون تاريخ .
- ٣ - جيرالد بريز ، مجتمع المدينة في البلاد النامية - ترجمة د . محمد محمود الجوهري ، القاهرة - دار نهضة مصر للطبع والنشر - ١٩٧٢ .
- ٤ - د . عبد المنعم شوقي، مجتمع المدينة : الاجتماع الحضري ، القاهرة ، مكتبة القاهرة الحديثة - ط ٤ - ١٩٦٦ .
- ٥ - مكتب المتابعة لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بالدول العربية الخليجية ، الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية - المجلدان الأول والثاني والتقارير النهائي للندوة - المنامة ، نوفمبر ١٩٨٢ م .



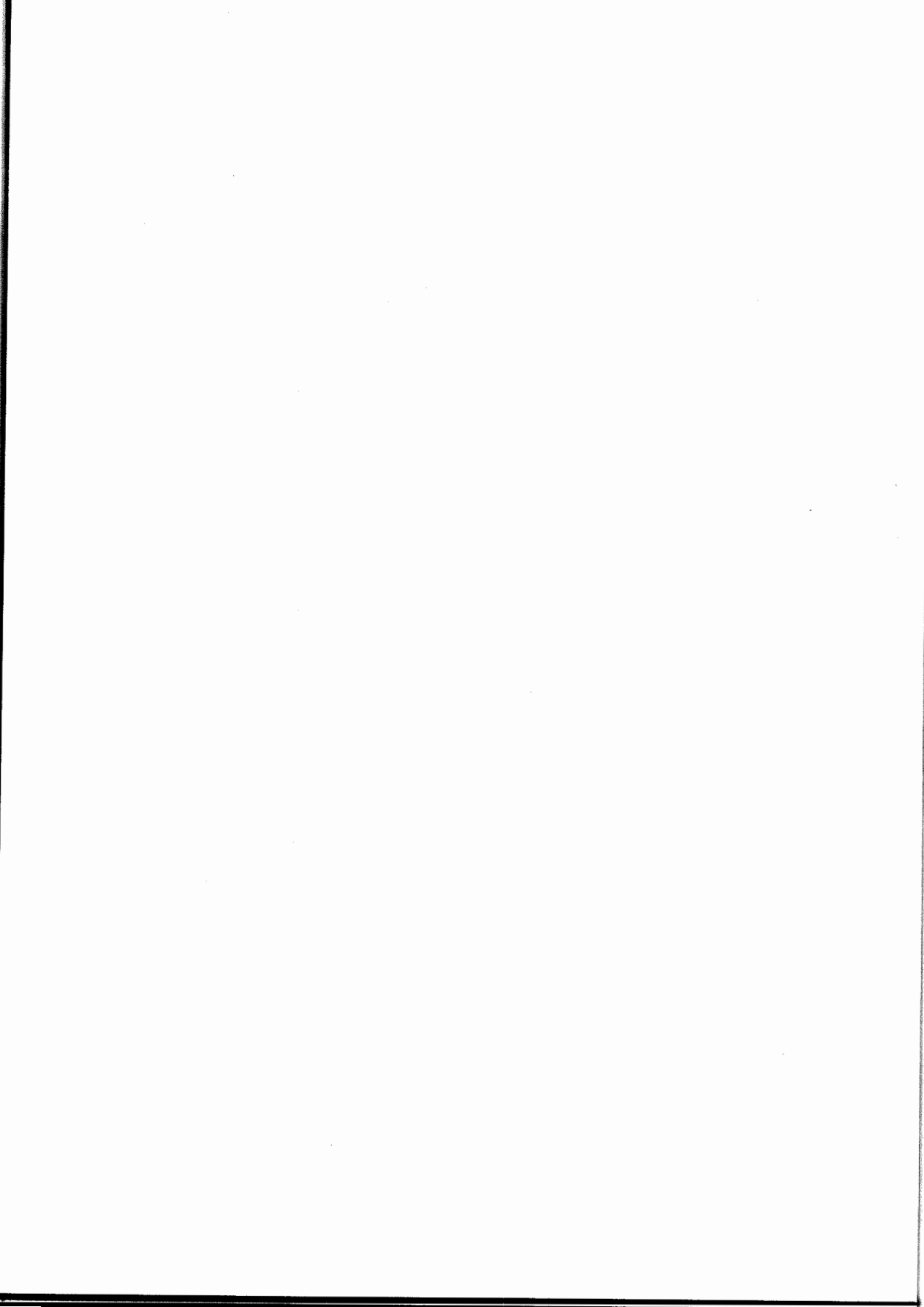
**الأبعاد الاجتماعية لرعاية المسنين
ـ جـواب من التجربة العالمية ـ**

**الدكتور علي فؤاد أحمد
أستاذ اجتماع ومستشار الأمم
المتحدة في التنمية**



المحتويات

| الصفحة | من - الى |
|---|-----------|
| مقدمة | ١٧٧ - ١٧٨ |
| أولا - الأبعاد الاجتماعية الديموغرافية | ١٧٩ - ١٨٥ |
| ثانيا - الأبعاد الاجتماعية التنموية | ١٨٦ - ١٨٩ |
| ١ - سياسات التقاعد الاجباري ومعدلات الاعالة | ١٨٦ - ١٨٨ |
| ٢ - الكبر والانتاجية | ١٨٩ |
| ٣ - الكبر وتوزيع الدخل | ١٨٩ |
| ثالثا - الأبعاد الاجتماعية الانسانية | ١٩٠ - ١٩٦ |
| ١ - نظرة كلية لحاجات المسنين | ١٩٠ - ١٩٢ |
| ٢ - نظرة تفصيلية لبعض حاجات المسنين | ١٩٢ - ١٩٦ |



مقدمة

اتخذت قضايا الكبر والمسنين مكانا بارزا على جدول أعمال العديد من الاجتماعات الدولية والاقليمية والقومية خلال السنوات الأخيرة وقد اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة قرارها في دورتها الثالثة والثلاثين عام ١٩٧٨ لتحديد عام ١٩٨٢ موعدا لتجمع عالمي لتدارس هذا الموضوع والاعداد لتحرك دولي وعالمي واسع يلقي الضوء على هذه القضية الهامة والتي انشغل عنها المسئولون في مجتمعات العالم بما يواجهونه من قضايا سياسية واقتصادية واجتماعية وتنموية حادة ، حجت عن الكثيرين زحف ظاهرة الكبر والمسنين زحفا سريعا جعلها وكأنها ظهرت فجأة في وسط الأحداث والقضايا القومية والاقليمية والعالمية تؤثر فيها وتتأثر بها ، وكان لا بد من تفهمها والتعامل معها قبل أن يؤدي إهمالها الى احباطات وخيبة أمل لجهود التنمية وآمال المجتمعات في تحقيق الرعاية والكرامة لأبنائها ومواطنيها .

وقضايا الكبر والمسنين قضايا عالمية كما انها قضايا اقليمية وقومية لأنها وقبل كل شيء قضايا إنسانية إجتماعية فرضت نفسها في وقتنا المعاصر على جميع المجتمعات في أنحاء المعمورة . وحيثما تواجد السكان ومهما اختلفت الرؤية أو النظرة التخصصية الى ظاهرة الكبر والسكان نجد اننا إزاء ظاهرة ذات أبعاد إجتماعية عميقة وتزداد عمقا مع مرور السنين ومع تقدم الحضارة الانسانية .

تعريف ظاهرة الكبر والمسنين وتعريفات أخرى متصلة بها :

إن عملية الكبر - من الناحية النظرية - هي عملية بيولوجية تبدأ مع الحمل وقبل الولادة وتستمر حتى الوفاة . وبينما نشير بكلمة النمو والنضوج الى مراحل العمل المبكرة والمتوسطة فإننا نشير الى مرحلة المسنين على أنها تلك المرحلة التي تمثل الثلث أو الربع الأخير من حياة الكائن البشري والتي يزداد فيها نسبيا معدلات الفقد أو التناقص في القوى البدنية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية . مثل هذا الفقد والتناقص يحدث ليس بالضرورة لأسباب بيولوجية بل وغالبا ما يكون نتيجة لعوامل إجتماعية واقتصادية وثقافية .

واختيار الأمم المتحدة لكلمة الكبر «Aging» إنما لتشير الى عملية مستمرة من التغييرات التي تصاحب المرحلة الأخيرة من حياة الانسان أكثر منها من أن تشير الى فترة ثابتة معينة من حياة الانسان .

وقد تتعدد التعريفات لمفهوم الكبر ولمفهوم المسنين ، بل وقد تخطط أحيانا هذه المفاهيم بين مفهومي الكبر أو المسن وبين مفهوم الشيخوخة . وتعد هذه التعريفات قد يفيد في الدراسات الأكاديمية المتخصصة لهذه المرحلة العمرية من حياة الانسان . ولكن إذا أردنا التوصل الى حجم الظاهرة حتى نتمكن من التعامل معها بالخطط والاجراءات المناسبة ، فلا بد من الاتفاق على

تعريف اجرائي يخرجنا من هذا التشبت في التعريفات للتحرك نحو التعامل مع الموقف . وقد اتفقت الأمم المتحدة على أن يكون سن الستين هو التعريف الاجرائي ، بحيث تشير الدراسات والاحصاءات والمناقشات الى ما يتعلق بتلك الفئة من السكان التي تبلغ من العمر ستين عاما فأكثر .

وقد ظهرت في دراسات الكبر والمسنين مجموعة من التخصصات بل والعلوم المستحدثة نذكر منها :

١ (علم الكبر (Gerontology) - ويهتم بدراسة العمليات البيولوجية والنفسية لكبر الانسان الفرد .

٢ (طب الكبر (Geriatrics) - ويهتم بتطبيق المعرفة العلمية على الحاجات الطبية للمسنين .

٣ (علم الكبر الاجتماعي (Social Gerontology) - ويهتم بدراسة التفاعل بين الانسان المسن وبين المجتمع وأثاره المتبادلة على الطرفين .

وهذه العلوم الثلاثة ، رغم جدتها النسبية قد نمت وظهرت لها دراسات وبحوث وعلماء ولكنها ما زالت تعاني من مشكلة انخفاض مكانتها أو قلة الاهتمام بها بين الكثيرين من المهنيين ، بل وبين المعاهد والمراكز التعليمية .

أولاً - الأبعاد الاجتماعية الديموغرافية

نود في البداية ان ننبه الى عدد من الظواهر الديموغرافية المرتبطة بموضوعنا والتي ستظهرها الأرقام وتفسرها النظريات الديموغرافية :

١ - انه بينما يتزايد سكان العالم في عصرنا الحالي ، فإن معدلات الزيادة في الفئة العمرية ٦٠ سنة فأكثر تفوق معدلات الزيادة الكلية للسكان وكذا معدلات الزيادة في أية فئة عمرية أخرى .

ويعني ذلك حقيقتين :

الأولى - ان أعدادا أكبر من سكان المجتمع الانساني يمتد بها العمر الى ما فوق الستين عاما ، وهو ما يعرف بكبر الأفراد (Individual Aging) .

الثانية - ان التركيب السكاني يظهر تزايدا في نسبة الفئة العمرية من السكان ٦٠ سنة فأكثر وهو ما يعرف بكبر السكان (Aging Population) .

٢ - ان معدلات الزيادة من الفئة السكانية ٦٠ سنة فأكثر أعلى في العالم النامي (ومن بينها الدول العربية الخليجية) عنه في العالم الغربي .

٣ - ان متوسط سنوات العمر التي يعيشها من يبلغ سن الستين قد طالت لسنوات مديدة تتزايد مع مرور السنين ، أي أن السنوات التي يقضيها المسن في هذه المرحلة العمرية قد طالت وتتزايد باستمرار .

إذا تعمقنا في معرفة هذه الاتجاهات بالأرقام نجدها كالاتي :

١ - بالنسبة لتزايد اعداد السكان في المرحلة العمرية ٦٠ سنة فأكثر :

فبينما تبلغ نسبة زيادة السكان من الفئة العمرية للمسنين فما فوقها في العالم حوالي ٥٠٪ فإن نسبة الزيادة في الدول العربية لهذه الفئة - وفقا لما هو وارد بالجدول رقم (١) - تتراوح بين ٦٥٪ و ١٥٠٪ بينما قد بلغت نسبة تتراوح بين ٩٦,٤٪ في المملكة العربية السعودية الى ٣١٤,٣٪ في دولة الكويت الى ٢٦٠٪ في بقية الدول العربية الخليجية .

وهكذا نرى أن الفئة العمرية من السكان ٦٠ سنة فأكثر في البلاد العربية الخليجية في تزايد مستمر سواء في الأرقام المطلقة لهذه الفئة أو في معدلات الزيادة التي تفوق معدلاتها معظم الدول العربية الأخرى .

وهذا الاتجاه يفسره الديموغرافيون بما يعرف بنظرية التحول الديموغرافي ، فبناء على هذه

النظرية المتداولة - رغم ما يحيطها من تحفظات - فإن المتغيرات في السكان تمر في مراحل ثلاث تتمشى مع أوضاع التنمية في هذه المجتمعات . وتتميز المرحلة الأولى بارتفاع معدلات الخصوبة وكذا معدلات الوفيات مما يؤدي الى تزايد بطيء في السكان . أما خلال المرحلة الثانية فإن الخصوبة تظل على معدلاتها المرتفعة بينما يحدث انخفاض حاد في معدلات الوفيات ونتيجة لذلك يحدث ما يشار اليه بالانفجار السكاني ، أما في المرحلة الثالثة فإن الوفيات تظل في اتجاهها نحو الانخفاض تدريجيا بينما تنخفض معدلات الخصوبة بمعدلات أعلى الى أن تصل الى مرحلة التوازن من المواليد والوفيات وبالتالي مرحلة الاستقرار السكاني . وينتج عن هذه النظرية ان نسبة الأفراد من السكان الذين يبلغون سنوات العمر المتقدمة يتزايدون باستمرار . وبينما لا تظهر هذه الزيادة في نسبة التركيب السكاني بشكل واضح في المرحلة الثانية فإنها تتزايد بشكل واضح وتتسارع في المرحلة الثالثة .

جدول رقم (١)
تزايد السكان ٦٠ سنة فأكثر عددا ونسبة
في بعض البلاد العربية (١٩٨٠ - ٢٠٠٠)

| النسبة المئوية للزيادة ٢٠٠٠/١٩٨٠ | عدد السكان ٦٠ سنة فأكثر | | البلد |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|
| | سنة ٢٠٠٠ | سنة ١٩٨٠ | |
| ٪٦٥ | ١,٦٣٨ | ٩٩٣,٠٠٠ | الجزائر |
| ٪١١٣ | ٢٧٩,٠٠٠ | ١٣١,٠٠٠ | الصومال |
| ٪١١٨,٩ | ١,١٨٠,٠٠٠ | ٥٤١,٠٠٠ | العراق |
| ٪٨٨,٦ | ١,٦٤١,٠٠٠ | ٨٧٠,٠٠٠ | السودان |
| ٪٧٦,٧ | ٧٩٩,٠٠٠ | ٤٥٣,٠٠٠ | سوريا |
| ٪١٥٥,٤ | ٢٨٦,٠٠٠ | ١١٢,٠٠٠ | ليبيا |
| ٪٩٤,٠ | ٤,٦٣٥,٠٠٠ | ٢,٤٠٠,٠٠٠ | مصر |
| ٪٧٦,٧ | ١٢٩,٠٠٠ | ٧٣,٠٠٠ | موريتانيا |
| ٪٩٦,٤ | ٧٥٤,٠٠٠ | ٣٨٤,٠٠٠ | المملكة العربية السعودية |
| ٪٣١٤,٣ | ١٤٥,٠٠٠ | ٣٥,٠٠٠ | دولة الكويت |
| ٪٢٦١,٩ | ١٠١,٠٠٠ | ٤٢,٠٠٠ | دولة البحرين |
| | | | دولة قطر |
| | | | دولة الامارات العربية المتحدة |

المصدر : تقرير مقدم من الأمم المتحدة الى ندوة خبراء تدارس قضايا الكبر والمسنين لاقليم الشرق الأوسط والبحر الأبيض المتوسط - مالطا ١٩٨٠ .

ب - بشأن الكبر السكاني :

يقصد بمفهوم «الكبر السكاني» ذلك التزايد النسبي للفئة العمرية ٦٠ سنة فأكثر في التركيب العمري للسكان . ومن الملاحظ وفقا لما هو وارد في الجدول رقم (٢) ان هذه النسبة في تزايد على المستوى العالمي وتزيد نسبة الفئة العمرية ٦٠ سنة فأكثر في التركيب السكاني للدول المتقدمة عنها في الدول النامية وان كانت معدلات التزايد أسرع في الدول النامية عنها في الدول المتقدمة .

ومن التوقعات السكانية الملفتة للنظر في هذا الشأن ان تصل نسبة السكان «ستين سنة فأكثر» في التركيب السكاني للدول المتقدمة في عام ٢٠٢٥ الى ٢٥٪ من السكان . أي أن واحدا من بين كل أربعة من السكان سيكون في الفئة العمرية ستين سنة فأكثر خلال أقل من ٤٥ سنة من الآن .

ج - بشأن التركيب الجنسي للمسنين :

تظهر الاحصاءات المختلفة في أغلب دول العالم بأن أعداد المسنين من الاناث يزيد على أعداد الذكور ، وان هذا الاتجاه ظل سائدا لمعظم هذه الدول في الماضي وسيظل اتجاها سائدا في المستقبل أيضا .

على ان النظرة الى ما هو متوفر من الاحصاءات من الدول العربية الخليجية يظهر اتجاها معاكسا . فنجد الغلبة والاكثورية للمسنين من الرجال الذين يتفوقون عددا بشكل ملحوظ على الأعداد المتوفرة من المسنين من النساء وأغلب الظن بأن عوامل ثقافية تؤثر على دقة احصاء النساء في هذه المناطق مما يظهر الأرقام الخاصة بالنساء أقل من حقيقتها ، الأمر الذي لابد من العمل على تداركه بتحسين أساليب وطرق الاحصاء العام في هذه المناطق . خاصة وأن البيانات المتعلقة بمتوسطات طول العمر المتوقع تظهر بأن متوسطات طول العمر المتوقع للاناث في البلاد العربية الخليجية - شأنها شأن معظم دول العالم - أطول من متوسطات طول العمر المتوقع للرجال ، وعلى أي حال فإن كانت هذه الظاهرة ظاهرة خاصة بهذه المنطقة فإن الأمر لابد وأن يحتاج الى دراسة لتفسير هذه الظاهرة الفريدة .

د - بشأن التوزيع الجغرافي للمسنين بين الريف والحضر :

من الملاحظ أن ظاهرة الهجرة من الريف الى الحضر ظاهرة لها اختيارات عمرية ، بمعنى أن نسبة السكان من كبار السن الذين يتركون الريف الى الحضر أقل من نسبة السكان الأصغر عمرا . فإذا أصيب الى ذلك عاملا انخفاض وفيات الأطفال في الحضر عنه في الريف وكذا ارتفاع معدلات الخصوبة في الريف ، نجد أن معظم الاحصاءات العالمية تظهر أن نسبة المسنين في التركيب السكاني للمناطق الريفية أعلى منها في المناطق الحضرية . ويظهر الجدول رقم (٣) أن هذه الظاهرة موجودة في كل أقاليم العالم عدا أمريكا اللاتينية وجزر المحيط الهادي ، التي ارتفعت فيها نسبة المسنين في الحضر عن الريف .

وقد تعذر الحصول على بيانات بخصوص التوزيع السكاني لهذه الفئة العمرية بين الريف والحضر عن البلاد العربية الخليجية ، الأمر الذي يجدر تلافيه حتى تكون البرامج التي توضع

جدول رقم (٢)
النسبة المئوية للسكان في الفئة العمرية ٦٠ سنة فأكثر
بالنسبة لمجموع السكان ١٩٧٠ - ٢٠٠٠ في مختلف مناطق
العالم بالمقارنة الى الزيادة الكلية للسكان

| النسبة المئوية للزيادة في السكان بجميع أعمارهم | النسبة المئوية للزيادة في فئة المسنين | النسبة المئوية للفئة العمرية للمسنين الى مجموع السكان | | | | المنطقة |
|---|---|--|------|------|------|-------------------------|
| | | ٢٠٠٠ | ١٩٩٠ | ١٩٨٠ | ١٩٧٠ | |
| %٧٣ | %٩١ | ٩,٣ | ٨,٩ | ٨,٥ | ٨,٤ | العالم كله |
| %٢٥ | %٥٢ | ١٧,٢ | ١٦,٢ | ١٤,٨ | ١٤,٢ | المناطق الأكثر تقدما |
| %٩٤ | %١٣٠ | ٧,١ | ٦,٥ | ٦,١ | ٦,٠ | المناطق الأقل تقدما |
| %١٣١ | %١٥٢ | ٥,٢ | ٤,٩ | ٤,٧ | ٤,٧ | أفريقيا |
| %١١٩ | %١٥١ | ٦,٧ | ٦,٤ | ٦,١ | ٥,٨ | أمريكا اللاتينية |
| %٣١ | %٣٧ | ١٤,٥ | ١٥,٢ | ١٤,٩ | ١٣,٨ | أمريكا الشمالية |
| %٤٨ | %١٠١ | ١١,٢ | ١٠,٢ | ٩,١ | ٨,٥ | شرق آسيا |
| %١٠٦ | %١٥٤ | ٦,١ | ٥,٤ | ٥,٠ | ٤,٩ | جنوب آسيا |
| %١٨ | %٣٠ | ١٨,٥ | ١٧,٨ | ١٦,٧ | ١٦,٧ | أوروبا |
| %٦٩ | %٧٤ | ١١,١ | ١١,٥ | ١١,١ | ١٠,٨ | استراليا ونيوزلندا |
| %٣٠ | %٩٣ | ١٧,٨ | ١٥,٦ | ١٣,١ | ١٢,٠ | الاتحاد السوفيتي |

المصدر: مركز الأمم المتحدة للتنمية الاجتماعية والشئون الانسانية «نظرة ديموغرافية على
الكبر السكاني» - بحث مقدم للندوة الدولية عن الكبر ١٩٨٠.

بشأن المسنين قائمة على أساس من الدراية والواقعية لتحديد أماكن تواجدهم جغرافياً ،
ولمواظمة توزيع البرامج والخدمات وفقاً لهذا التواجد .

هـ - بشأن طول العمر المتوقع للمسنين :

يصاحب تزايد الفئة العمرية من السكان ٦٠ سنة وأكثر عدداً ونسبة إلى مجموع السكان
تزايد مضطرب في توقعات طول العمر . أي أن أعداداً أكبر من السكان ممن يصلون إلى سن
الستين يعيشون بعدها سنوات أطول .

وينشأ عن ظاهرة ازدياد طول العمر تباين كبير في أوضاع وظروف هذه الفئة العمرية أي
الستين سنة وما فوقها سواء من ناحية الظروف الصحية أو الاجتماعية الأمر الذي طالب معه
المهتمون بتدريس قضايا المسنين العمل على توفير البيانات التفصيلية عن المراحل العمرية
الداخلية في نطاق فئة المسنين بحيث تتوفر البيانات عن كل خمس سنوات مثل ٦٠ - ٦٥ ، ٦٥ -
٧٠ ، ٧٠ - ٧٥ ، ٧٥ - ٨٠ ، ٨٠ فما فوقها .

كذلك طالبت بعض المؤتمرات والاجتماعات الإقليمية والدولية بأن يتم التعامل مع احتياجات
وقضايا المسنين على أساس مجموعتين متميزتين هما صغار المسنين من سن ٦٠ - ٧٥ وكبار
المسنين وهم من يزيدون عن ذلك، على أن هذا الحد الأعلى لصغار المسنين هو سن متحرك يتقدم
بتقدم الرعاية الصحية والاجتماعية والتقدم الكبير في طب ورعاية المسنين الذي يدفع بأعراض
الشيخوخة بسرعة سنوات إلى الوراء .

وبهذا التزايد في متوسط توقعات العمر دخلنا في عصر الأسرة ذات الأربعة أجيال أي التي
يتعايش أربعة أجيال منها في وقت وزمان واحد . وأصبح هذا النوع من الأسر شائعاً وليس
استثناءً في كثير من المجتمعات .

جدول رقم (٣)
النسبة المئوية للفئة الأكثر من ٦٠ عاما بالنسبة
لمجموع السكان في الريف والحضر ووفقا
للذكور والانات في مناطق العالم عام ١٩٦٠

| الريف | | | المناطق الحضرية | | | المنطقة |
|------------------|------|------|------------------|------|------|-------------------------|
| مجموع الجنسين | انات | ذكور | مجموع الجنسين | انات | ذكور | |
| ٧,٠ | ٣,٨ | ٣,٢ | ٩,١ | ٥,٣ | ٣,٨ | العالم جملة |
| ١٢,٧ | ٧,٢ | ٥,٥ | ١٢,٤ | ٧,٤ | ٥,٠ | المناطق الأكثر تنمية |
| ٥,٥ | ٢,٩ | ٢,٦ | ٤,٧ | ٢,٥ | ٢,٢ | المناطق الأقل تنمية |
| ٦,٦ | ٣,٦ | ٣,٠ | ٥,٢ | ٢,٩ | ٢,٣ | شرق آسيا |
| ٥,٠ | ٢,٥ | ٢,٥ | ٤,٤ | ٢,٣ | ٢,١ | جنوب آسيا |
| ١٤,٠ | ٧,٨ | ٦,٢ | ١٤,٧ | ٨,٨ | ٥,٩ | أوروبا |
| ١١,٨ | ٧,٨ | ٣,٩ | ٨,٤ | ٥,٨ | ٢,٦ | الاتحاد السوفيتي |
| ٤,٩ | ٢,٦ | ٢,٣ | ٣,٩ | ٢,١ | ١,٨ | افريقيا |
| ١٣,٠ | ٦,٤ | ٦,٦ | ١٢,٨ | ٧,٢ | ٥,٦ | أمريكا الشمالية |
| ٤,٨ | ٢,٣ | ٢,٥ | ٦,٣ | ٣,٤ | ٢,٩ | أمريكا اللاتينية |
| ٦,٩ | ٣,٢ | ٣,٧ | ١٢,٨ | ٧,٣ | ٥,٥ | جزر المحيط الهادي |

المصدر : الأمم المتحدة - إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية .

The Aging in Slums and Uncontrolled Settlements

New York 1977, Tables 3 and 4

جدول رقم (٤)
 طول العمر المتوقع عند الولادة للجنسين
 في السنوات ١٩٨٠ - ٢٠٠٠
 في بعض البلاد العربية

| ٢٠٠٠ - ١٩٩٥ | | | ١٩٨٥ - ١٩٨٠ | | | الدولة |
|-------------|------|---------|-------------|------|---------|-----------|
| اناث | ذكور | الجنسان | اناث | ذكور | الجنسان | |
| ٦٦,١ | ٦٣,٢ | ٦٤,٦ | ٥٩,٧ | ٥٧,٤ | ٥٨,٥ | الجزائر |
| ٥٢,٧ | ٤٩,٣ | ٥١ | ٤٦,٦ | ٤٣,٤ | ٤٥ | الصومال |
| ٦٥,٦ | ٦٢ | ٦٣,٧ | ٥٩,١ | ٥٥,٩ | ٥٧,٤ | العراق |
| ٥٧,٥ | ٥٥,٥ | ٥٦,٥ | ٥٠ | ٤٨ | ٤٩ | السودان |
| ٦٧,٢ | ٦٣,٣ | ٦٥,٢ | ٦٠,٧ | ٥٧ | ٥٨,٨ | سوريا |
| ٦٧,٧ | ٧١,٢ | ٧٣,٩ | ٧٤,٤ | ٦٩,٨ | ٧٢ | ليبيا |
| ٦٥ | ٦٢,٠ | ٦٣,٥ | ٥٨,٤ | ٥٥,٩ | ٥٧,١ | مصر |
| ٥٢,٥ | ٤٩,١ | ٥٠,٨ | ٤٥ | ٤١,٨ | ٤٣,٤ | موريتانيا |
| ٥٨,٨ | ٥٦,٣ | ٥٧,٥ | ٥١,٥ | ٤٩,٢ | ٥٠,٣ | السعودية |
| ٧٥,٦ | ٧٠,٩ | ٧٢,٩ | ٧٢,٩ | ٦٨,١ | ٧٠,٤ | الكويت |
| ٦٩,٥ | ٦٥,٢ | ٦٣,٣ | ٦٣,٦ | ٥٩,٧ | ٦١,٦ | قطر |

المصدر : Selected World Demographic Indicators by
 Countries 1950 - 2000. Prepared by the UN
 Population Division 24 August 1979.

ثانياً - الأبعاد الاجتماعية التنموية

يؤثر التغيير المتسارع في التركيب العمري للسكان - كأى متغير مؤثر - في عناصر مجتمعية أخرى وفي مقدمتها الأوضاع الاقتصادية في هذا المجتمع . ولقد نبه بعض الاقتصاديين الى أن هذا التغيير في التركيب العمري للسكان يتطلب تعديلات وتغييرات في خطط التنمية سواء في أهدافها أو أساليبها والا واجهت جهود التنمية خيبة أمل واحباطات مؤسفة .

والتنمية في أبسط مفاهيمها - وأعمقها في نفس الوقت - تستند الى مشاركة أكبر من أفراد المجتمع في عملية إنتاج السلع والخدمات ، والى مشاركة أكبر من أفراد المجتمع في الاستفادة من عائد إنتاج السلع والخدمات^(١) والتنظيمات المجتمعية الحالية قد تقصر في أحيان كثيرة عن اعطاء أفراد المجتمع من كبار السن فرصتهم العادلة في المشاركة في إنتاج السلع والخدمات أو فرصتهم العادلة في عائد هذا الإنتاج .

وإذا عجزت النظم الاقتصادية والخطط التنموية في المجتمع عن توفير هذه الفرص فإن التنمية نفسها تتعرض لآخطار الفشل . وسوف نتعرض لبعض هذه القضايا الاجتماعية المرتبطة بالجهود التنموية والتي تفرض نفسها على مناقشة الأبعاد الاجتماعية التنموية .

١ - سياسات التقاعد الاجباري ومعدلات الاعالة :

تدور مناقشاتنا هنا حول التقاعد الاجباري وليس التقاعد الاختياري (الذي هو حق من حقوق أي انسان اذا ما اختار ذلك والذي كفلته قوانين العمل الدولية وفقا لظروف وأوضاع معينة) .

من المعروف ان سياسات التقاعد الاجبارية تعمل على الربط بين سن العامل وبين تقاعده بصرف النظر عن ظروفه الصحية وامكانياته وقدراته على العمل والعطاء . وقد عمدت بعض الدول الى تأخير سن التقاعد تمشيا مع التقدم الكبير في الظروف الصحية للأفراد وظلت دول أخرى تجعل من سن الستين سنا للتقاعد الاجباري .

وقد أدى تزايد أعداد أفراد المجتمع الذين يبلغون سن الستين وتزايد سنوات عمرهم بعد هذا السن الى فقدان كبير لطاقات وامكانيات عمالية كبيرة من قوة المجتمع المنتجة وإضافة تراكمية كبيرة لاعداد المستهلكين في المجتمع ، الامر الذي انعكست آثاره على عدد من النتائج منها :

(١) يرى الكاتب في دراساته السابقة ان المشاركة يجب ان تمتد أيضا الى بعدين آخرين وهما المشاركة في الحفاظ على موارد البيئة ضد الاستنزاف والاهدار والتلوث والمشاركة في التنظيمات المجتمعية التي تحمي مشاركة الأفراد في المجالات الثلاثة الأخرى .

١ - فقدان القوة الانتاجية في المجتمع لخبرات وطاقات عمل وانتاج اكتسبت خبراتها عبر سنوات طويلة ويصعب تعويضها بمجرد اضافة اعداد مماثلة من الطاقات الجديدة على سوق العمل .

ب - تزايد معدلات الاعالة أي نسبة عدد المعولين الى كل منتج في المجتمع ، وتزايد معدلات الاعالة يؤدي الى انخفاض المدخرات وبالتالي انخفاض مماثل في الاستثمارات . وبطبيعة الحال فإنه في البلاد النامية حيث قد تمنع التقاليد التوسع في عمل المرأة وحيث تزداد اعداد الأطفال الأقل من ١٥ سنة بحيث قد يبلغون حوالي ٤٥ - ٥٠٪ من أفراد المجتمع ، فإن اضافة فئة كبار السن أيضا الى فئة غير المنتجين يجعل عبء الاعالة يصل الى نسبة عالية للغاية - كما يشير الى ذلك الجدول رقم (٥) عن بعض البلاد العربية الخليجية .

ج - ان إبعاد العديد من أفراد المجتمع عن المشاركة في عملية الانتاج ، رغم ما يمتلكونه من طاقات جسمية وعقلية وخبرات فنية ، يقلل من فاعلية التنمية ويهدر من طاقات المجتمع الانتاجية ما كان من الممكن أن يسد نقصا في امكانيات المجتمع المتوفرة .

من الطبيعي أن تثير قضية الاستفادة من كبار السن في الأعمال الانتاجية تساؤلات :
الأول منها حول مدى تأثير الكفاية الجسمانية للمسنين بالنسبة لمواصلة العمل في بعض المهن التي تتطلب جهدا بدنيا خاصا والتساؤل الثاني عن أثر مواصلة العمالة لفئات العمر المتقدمة على تحرك الترقيات والتطلعات للأجيال التي تليها .

وبطبيعة الحال فإن أي تعديل في سياسات التقاعد الاجباري يجب أن يأخذ مثل هذه التساؤلات وغيرها في الاعتبار ، بحيث تكون هناك فرص للتحويل المهني لبعض الأفراد في وقت سابق لوصولهم الى فئة المسنين ، وبحيث لا يُغلق كبار السن المناصب والأبواب أمام تطلعات الأجيال المتتالية في التحرك على سلم المسؤولية والترقي .

جدول رقم (٥)
نسبة المعمرين ٦٠ سنة فأكثر الى جملة السكان
حسب النوع وكذلك عبء الاعالة بكل بلد في السنوات الموضحة

| السنوات | البلد | ذكور | | اناث | | جملة | | عبء الاعالة | |
|---------|-------------------------------|--------|------|--------|-----|--------|-----|-------------|-------|
| | | التطور | % | التطور | % | التطور | % | (١) | (٢) |
| ٥٩ | دولة البحرين | ١٠٠ | ٥,١ | ١٠٠ | ٤,٩ | ١٠٠ | ٤,٩ | ٢,١٩ | ,٨٢ |
| ٦٥ | | ٦١ | ٢,١ | ٦١ | ٢,٩ | ٥٩ | ٢,٩ | ٢,٣٦ | ,٩٦ |
| ٧١ | | ١٠١ | ٤,٧ | ٩٢ | ٤,٦ | ٩١ | ٤,٦ | ٢,٤٤ | ,٨٧ |
| ٥٧ | دولة الكويت | ١٠٠ | ٥,٨ | ١٠٠ | ٤,٢ | ١٠٠ | ٤,٢ | ١,٣٢ | ,٦٨ |
| ٦١ | | ٨٥ | ٤,٦ | ٧٩ | ٣,٦ | ٨٦ | ٣,٦ | ١,٤٤ | ,٧٩ |
| ٦٥ | | ٧٤ | ٢,٨ | ٦٦ | ٣,٠ | ٧١ | ٣,٠ | ١,٥٢ | ,٧٠ |
| ٧٠ | | ٧١ | ٢,٣ | ٥٧ | ٢,٨ | ٦٧ | ٢,٨ | ٢,٠٠ | ,٨٥ |
| ٧٥ | | ٧١ | ٢,٨ | ٤٨ | ٢,٦ | ٦٤ | ٢,٦ | ٢,٢٥ | ,٩٤ |
| ٦٨ | دولة الامارات العربية المتحدة | ١٠٠ | ٢,٣ | ١٠٠ | ٢,٦ | ١٠٠ | ٢,٦ | ١,٣٦ | ,٥٧ |
| ٧٥ | | ١١٣ | ٤,٩ | ١٥٣ | ٣,٧ | ١٤٢ | ٣,٧ | ٢,٢٥ | ,٨٨ |
| ٢٠٠٠ | | ١٥٧ | ٧,٢ | ٢٢٥ | ٥,٤ | ٢٠٧ | ٥,٤ | ٣,٣٠ | ١,٦٤ |
| ٢٠٢٥ | | ١٩٩ | ٤,٥٨ | ٣٢٥ | ٧,٥ | ٢٨٨ | ٧,٥ | ٤,٣٥ | ٢,٤٨ |
| ٧٥ | دولة قطر | | ٢,٨ | | ٥,١ | | ٣,٨ | ١,٢٣ | ,٦٦ |
| ٧٤ | المملكة العربية السعودية | | ٤,٢ | | ٤,٨ | | ٤,٧ | ٢,٧٨ | ,٩٧ |

عبء الاعالة (١) = جملة السكان - عدد الذكور في العمر من ١٥ - ٦٠
عدد الذكور في العمر من ١٥ - ٦٠

عبء الاعالة (٢) = جملة السكان - عدد السكان في العمر من ١٥ - ٦٠
عدد السكان في العمر من ١٥ - ٦٠

٢ - الكبر والانتاجية :

أجريت الكثير من الأبحاث عن الانتاجية ومعدلات الأداء والقدرة على العمل بالنسبة للمسنين ، ومع أنه ليس من السهل دائما تفسير النتائج التي توصلت اليها هذه البحوث ، لأنها أحيانا تشير الى اتجاهات متناقضة ، فإنه يمكن حصر نتائجها في أربع نقاط أساسية هي :

١ - ان التغيرات الفسيولوجية والسيكولوجية المصاحبة للكبر تعمل على تقليل أو خفض الانتاجية .

ب - ومع ذلك فإنه في حالات كثيرة قد تحدث الصفات الشخصية كالأخلاق المهنية الموقف وظلت الانتاجية ثابتة بل انها أحيانا تزداد مع السن .

ج - هناك أوضاع واتجاهات أخرى تعمل على تعويض الضعف الفسيولوجي والسيكولوجي للانتاجية ، إذ من الممكن إعادة تحديد مكونات العمل وتنظيمها لرفع انتاجية المسنين ، فإذا كانت التغيرات التي تحدث للجهاز العصبي مع التقدم في العمر تؤدي الى بطء في الإدراك والاستجابة ، وقد تقلل من القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات على المدى القصير ، أو القوة العضلية والقدرة على التحمل ، فمن ناحية أخرى نجد أن القدرة على التفكير والحكم على الأمور لا تضار كثيرا مع تقدم السن . وقد بينت الاختبارات ان الابتكار وعمق المعرفة ، والحكمة واتساع الأفق ، والملكات الأخرى المماثلة ، يثريها فعلا مضي الزمن . وبذا قد تكون الانتاجية أعلى عند كبار السن في عدد من المهن كالآداب والبحوث العلمية وأمثالها عندما يتطلب الأمر خبرة واتخاذ قرارات حكيمة .

وقد يثار حاليا دخول عصر الحاسبات الآلية والتقنية المتقدمة في العمل الانتاجي ، وعلاقة ذلك بكفاءة وانتاجية عمل كبار السن . على ان القضية ليست قضية كبار السن وحدهم ، فالتغيير في التكنولوجيا يحدث بسرعة مذهلة بحيث يتطلب الأمر إعادة تدريب كبار السن وصغارهم من العاملين على حد سواء .

٣ - الكبر وتوزيع الدخل :

تظهر بعض الدراسات ان ظاهرة انخفاض الدخل النسبي للمسنين تشكونها بصفة خاصة المجتمعات المتقدمة . أما في المجتمعات التقليدية حيث تلعب الأسرة أو القبيلة أو المجتمع المحلي دورا اقتصاديا هاما يقوم أساسا على الملكية والاستغلال الجماعي للأرض والماشية أو للصناعات اليدوية والخدمات ، ففي مثل هذه المجتمعات غالبا ما يمنح كبار السن عوائد أكثر امتيازاً ويستمتعون بقسط وافر من الربح المشترك لرأس المال والعمل السائد .

على أن تنوع احتياجات كبار السن - بنقصها في جوانب وزيادتها في جوانب أخرى - يؤثر ولا شك على كفاية الدخل وخاصة في ظروف التضخم النقدي والتزايد المستمر في أسعار المواد الاستهلاكية ، وهو موضوع سنتناوله حينما نتحدث عن المحافظة على الدخل الملائمة للمسنين كاحدى القضايا الاجتماعية الانسانية .

ثالثاً - الأبعاد الاجتماعية للإنسانية

ان النظرة المدققة الى فئة المسنين تظهر لنا أنهم أبعد من أن يكونوا جماعة متجانسة ، خاصة بعد الاتجاه المتزايد الى طول العمر في انحاء العالم ، ففي الدول الصناعية يقدر عادة أن أكثر من نصف المواليد الذكور تصل أعمارهم الى السبعين عاما ، وأن أكثر من نصف المواليد من الاناث يصل الى الثمانين عاما ، وهناك بطبيعة الحال فروق ملموسة في الظروف المعيشية والحاجات بالنسبة للعمر تقتضي التفرقة عند وضع السياسات الاجتماعية للمسنين من جماعة السن من ٦٠ فما فوقها وبين مثلتها من ٧٥ سنة فما فوق ، ليس فقط بسبب أن الجماعة الأخيرة أكثر تعرضا لأعراض الشيخوخة والعجز بل ولأنهم أيضا من وجهة النظر الديموغرافية جزء من فئة عمرية من السكان غالبيتها من النساء ، كما أنهم ينتمون ومن وجهة نظر العلوم الاجتماعية الى أسر متعددة الأجيال .

ومن المعروف أن للمجتمعات ترتيباتها التقليدية لرعاية أفرادها بما فيهم المسنون ، على أنه على ضوء التغير الذي طرأ على حجم هذه الفئة العمرية من السكان عددا ونسبة وما صاحب تواجدهم على قيد الحياة لسنوات عمر طويلة ، كان لابد من النظر الى كفاءة هذه الترتيبات التقليدية للمجتمعات لرعاية المسنين وتوفير الحياة الكريمة لهم . فمثلا على ضوء التغييرات التي حدثت في بناء الأسرة وأدوار أفرادها بتأثير التحضر والتحديث ، هل ما زالت الأسرة قادرة على القيام بدورها التقليدي في رعاية مسنيها ؟ كذلك ما مدى كفاية الخدمات الصحية وقاية وعلاجا وتنظيما بالنسبة لأعداد واحتياجات المسنين المتزايدة .. وغير ذلك من الترتيبات المجتمعية من مواصلات وخدمات ثقافية وترويجية واسكانية وغيرها . ان مناقشة هذه الأبعاد الاجتماعية الإنسانية هي محاولة لتوضيح القضايا المتصلة بمدى كفاءة الترتيبات المجتمعية في توفير حاجات المسنين على ضوء تزايدهم عددا ونسبة ولسنوات طويلة من الحياة حتى نتصور الحلول والسياسات المناسبة لتوفير حاجات أفراد هذه الفئة العمرية الهامة ومما يجعل من الوصول الى العمر المتقدم أملا يرتجى وليس مصدرا لقلق ومعاناة الأجيال المتلاحقة تتخوف من الوصول اليه .

١ - نظرة كلية لحاجات المسنين :

يرى البعض أن من بين أهم القضايا المتصلة بوصول الانسان الى مرحلة الكبر القضايا المتصلة بظاهرتين أساسيتين :

١ - الانتقال من الحياة النشطة الى التقاعد .

ب - الانتقال من حياة الاستقلال الى حياة الاعتماد على الغير .

ولم تكن هاتان القضيتان تجذبان أي انتباه من المجتمعات الإنسانية لقرون مضت بل وما زال الكثير من المجتمعات النامية لا يشعر بمثل ما يشعر به الباحثون في المجتمعات الحضرية في

البلاد المصنعة من قلق ازاء هاتين القضيتين . فلقد كان المجتمع التقليدي وما زال في أنحاء كبيرة من آسيا وافريقيا وأمريكا اللاتينية (والعالم العربي ضمنا) يتولى عن طريق أجهزته وترتيباته الثقافية الاحتفاظ بالدور النشط والمشارك للمسنين في شؤون المجتمع الانتاجية والاجتماعية وفي توفير المناخ الطبيعي للتساند المشترك لأفراد المجتمع وجماعاته بعضهم بعضا ، الأمر الذي يجعل حياة الاستقلال أو حياة الاعتماد على الغير متداخلتين وغير متنافرتين .

أما الأسباب المباشرة لحدة الشعور بهاتين القضيتين في المجتمعات الحضرية الصناعية هو أن عملية التحضر يصاحبها عادة نمو غير عادي في التجمعات السكانية ، وتباين في المشارب بين الأفراد نتيجة الاتجاهات الى تقسيم العمل والتخصصات الدقيقة ، وسيطرة لأساليب الرقابة الاجتماعية الرسمية ، الأمر الذي ينحسر أمامه فاعلية الجماعات الأولية « أو جماعات الوجه للوجه» والعلاقات الشخصية وتقل فيه فاعلية دور القرابة والأسرة والجيرة ، وعليه فحيثما زادت حدة عملية التحضر في العالم والنمو غير العادي لأحجام المدن برزت ولا شك مشكلتنا دور المسنين النشط في حياة المجتمع ، وتوفير المعونة لأعداد المسنين المحتاجين في حياتهم بدنيا واقتصاديا للاعتماد على غيرهم .

وعليه فمن الطبيعي أن يدخل الفرد في مرحلة من عمره لا يصبح معها قادرا على اعالة نفسه ويتعذر عليه الاكتفاء الذاتي ، وهو في حاجة الى العون ، وكأن هذا أمر مقبول ومحقق في المجتمعات التقليدية ، اعتمادا على التنظيم الاجتماعي ووفقا لتقاليد الخاصة ، وخاصة في المجتمعات الزراعية أو مجتمعات الرعي حيث يستمر المسنون في حالة اكتفاء ذاتي اقتصاديا وكان لهم وضع ودور ثابت ومستقر في اطار الأسرة الممتدة أو القبيلة أو الجماعة الأولية ، وكانت ظاهرة المسنين المعوزين أمرا غير معروف الا في ظروف غير عادية . ولا يعني هذا بطبيعة الحال ان كبار السن في المجتمعات التقليدية كانوا بمعزل عن معاناة الفقر وكوارث الحياة الطبيعية أو تلك التي من صنع الانسان ، وانما كانت مثل هذه المتاعب لا تقتصر على كبار السن بل تشمل المجتمع بأسره ومن بينهم المسنون كأعضاء فيه يصيبهم ما يصيب الجماعة ، وإن وجد علاج لها كانت تعم فائدته على الجميع ولا تخص المسنين وحدهم به أو تبعدهم عنه .

واعالة كبار السن عن طريق العمل الذي يقوم به القادرون من دونهم سنا يفسر لنا مفهوم تضامن الأجيال ، الذي ما يزال قائما في كثير من أنحاء العالم ، فما دام رب الأسرة قادرا على الكسب يظل أفراده يعتمدون عليه بقدر ما تمكنه قدرته ، الى أن يتقدم به العمر ويصبح غير قادر على الكسب فتصبح اعالته واجبا على ذويه من أهل القربى .

وعلى أي حال فإن الإبقاء على الدور النشط لكبار السن في حياة المجتمع هي قضية انسانية في المقام الأول لأنها تعطي فترة الكبر معنى وتحافظ للمسنين على حيويتهم . ولابد من ملاحظة أن توقف كبار السن عن القيام بدورهم الانتاجي قد يعطي احساسا لديهم أولدى ذويهم في بعض المجتمعات بالشعور بعدم النفع . لذلك فإن من أهم الأمور اتاحة الفرصة للمسنين للاستمرار بالقيام بدور مفيد ، وهناك العديد من الأنشطة التي يمكنهم القيام بها على أساس تطوعي ، وتتناسب مع امكانياتهم البدنية ، وتمثل في نفس الوقت مساهمة حقيقية ومطلوبة في حياة المجتمع .

وعليه فيجب اتاحة الفرصة للمسنين للانفتاح على العالم الخارجي وعدم عزلهم وذلك عن طريق البرامج التي تهدف الى تحقيق الاتصال بالجيرة وتشجيع المساهمة في أنشطة الأندية وشغل أوقات الفراغ وتسهيل الاستفادة من الرحلات المنظمة ، وغير ذلك من الأنشطة التي لا تعزل المسنين عن حياة مجتمعاتهم .

٢ - نظرة تفصيلية لبعض حاجات المسنين :

١ - الحاجات الصحية :

ترتبط مرحلة العمر المتقدمة أو كبر السن في أذهان الكثيرين بما يعرف بأعراض الشيخوخة . على أنه من المهم أن نتبين عدداً من الحقائق التي ترتبط بهذه القضية .

١ - أن تقدم الصحة العامة والوقائية وعلوم التغذية قد أزاح أعراض الشيخوخة الى سنوات طويلة للوراء ، الأمر الذي جعل أعراض الشيخوخة لا يمكن أن ترتبط الا بسنوات العمر المتأخرة التي قد تكون بعد الخامسة والسبعين أو الثمانين أو حتى أبعد من ذلك .

٢ - أن تقدم المعرفة في طب الكبر «Geriatrics» قد أعطى أمالا كبيرة للتغلب على الكثير من المشكلات الصحية التي طالما عانى منها المسنون .

٣ - انه باتباع ارشادات الوقاية المبكرة في سنوات الحياة يمكن على الأقل تأجيل مظاهر الشيخوخة الى سنوات طويلة الى الوراء ، ان لم يكن من الممكن القضاء عليها تقريبا . فالكبر ثم الشيخوخة مرحلة حتمية ، وعلى الشباب الاستعداد لها . فمشكلات المسنين الصحية مشكلات قابلة للمنع والتأجيل وتخفيف آثارها .

٤ - أن أعداد الأطباء في كثير من معاهد إعداد الطب ما زال متخلفا في الاهتمام بتدريس طب الكبار ، الأمر الذي يؤدي الى فشل كبير في الاستفادة من التقدم العلمي الذي وصل اليه هذا الفرع من العلم بين ممارسي الطب في كثير من بلاد العالم .

وعلى أي حال فالحاجات الصحية للمسنين تتطلب نمونجا للرعاية ذا طابع خاص يعرف باسم الرعاية المستمرة ، وان تكاليف الرعاية المستمرة عادة عالية ، وتواجه مشكلة ضعف الحماس المهني ، أي تتطلب قيما روحية خاصة لدى القائمين بالخدمة حتى يحافظوا على مستوى حماسهم المهني ، ولذلك فإن الاعتماد على الرعاية المنزلية يجب أن يكون لها الأولوية الأولى في رعاية المسنين على الرعاية المؤسسية كلما أمكن ذلك .

ب - المحافظة على مستوى الدخل :

تمثل مشكلة المحافظة على مستوى الدخل واحدة من أهم المشكلات التي تؤثر على توفير حاجات المسنين الأخرى .

وعادة تبدأ مؤسسات ونظم الضمان الاجتماعي دورها في المجتمعات الحديثة لتعبر عن مسئولية الدولة أو المجتمع نحو أفرادها في حالة العجز عن مواصلة العمل المنتج وكسب

العيش ، وتنطوي تحت نظم الضمان الاجتماعي نظم قائمة على فكرة المساعدات الاجتماعية للفقراء والمعوزين أو التأمينات الاجتماعية لجميع أفراد المجتمع كحق لهم عند وصولهم الى حالة أو سن الاستحقاق .

ورغم التطور الكبير في نظم المساعدات أو التأمينات أو نظم الضمان الاجتماعي فما زالت مشكلة مستوى الدخل تمثل قضية تحتاج الى مداومة الاهتمام ليجاد الحلول الملائمة لها . فالمعاشات التي تصرف للمسنين (سواء من نظام مساعدات أو نظام تأمينات اجتماعية) ليس لها مرونة المرتبات والأجور والدخول الأخرى في مواجهة تقلبات الأسعار وتفشي ظاهرة التضخم النقدي في العالم المعاصر .

ومن هنا فمن أكبر القضايا المتصلة بالابعاد الانسانية الاجتماعية هي قضية المحافظة على مستوى الدخل لكبار السن ، وخاصة - وكما ذكرنا - فإن تكاليف احتياجاتهم وخاصة في الجوانب الصحية متزايدة ومستمرة .

ج - الإسكان أو الايواء :

أظهرت دراسات هذه القضية على المستوى الدولي وما دار حولها من مناقشات أنها مشكلة تكاد تكون عامة في جميع بلاد العالم وان اختلفت عناصر المشكلة من دولة الى أخرى .

والبعد الأساسي للمشكلة هو كيفية إتاحة سبل الاختيار للمسنين بالنسبة للمكان الذي يرغبون الإقامة فيه أثناء هذه الفترة من حياتهم والتي تنسم بالتغير المفاجيء في ظروفهم ومن أهمها التقاعد والمرض ووفاة الزوج وقلّة الدخل .

وفي بعض المجتمعات يمثل العائق الرئيسي لكثير من المسنين الذين يرغبون في البقاء في نفس مكان اقامتهم بعد التقاعد انخفاض مستوى الدخل . وقد لجأت احدى البلاد الاسكندنافية الى أن تغطي - بمنحة للإسكان - الجزء من الايجار الذي يزيد عن ١٥٪ من دخل المسن حتى يبقى في سكنه الأصلي .

وأحيانا تمثل مشكلة الإسكان مشكلة هندسية قد يحتاج الأمر الى بعض تعديلات هندسية بسيطة تعاون على صلاحية المسكن لسكن المسنين كاقامة مطالع دون درج أو تركيب مسند للسلم .

وتزيد مشكلات الإسكان للمسنين في البلاد التي لا تحمي المستأجرين من الطرد الاجباري من المساكن ... الخ .

وقد برزت في كثير من الدول التي ما زالت الأسرة تقوم بدورها في رعاية مسنيها مشكلات نتيجة لغزو النموذج الغربي للإسكان بوحدهات الصغيرة لأنماط الإسكان في هذه الدول مما أدى الى أن الوحدات السكنية الصغيرة التي تحصل عليها الأسرة تجعل من الصعب على الأسرة القيام بتدبير السكن الملائم لمسنيتها ضمن مسكنها ، وبذلك تضعف امكانية قيام الأسرة بدور يعتبر أحسن وأسلم طريق لرعاية المسنين .

وقد اهتمت الدراسات في الدول التي لا تقوم بها الأسر باسكان مسنيها ضمن وحداتها السكنية ويميل فيها المسنون الى الاستقلال بحياتهم المعيشية بالبحث عن بدائل للمؤسسات الابوائية التي تعتبر ولا شك أقل الحلول نجاحا في توفير الرعاية والكرامة والاستقلال للمسنين . ففي مثل هذه المجتمعات وجد ان من بين البدائل عمل جيرات سكنية في مناطق الاسكان أو اقامة مناطق للاسكان التي تقدم حماية خاصة للظروف المعيشية ولنوعية احتياجات المسنين ، وتساعد هذه المناطق على امكان توفير برنامج للخدمات المنزلية أو عيادات اسعافية أو اعداد وجبات غذائية للمنازل أو التسهيلات المشابهة وكذا الحماية من المخاطر الداخلية والخارجية التي يتعرض لها المسنون عن طريق الحراسة وخدمات التليفون ومراكز الاسعاف ... الخ .

وتمكينا وتشجيعا للأسر على استيعاب اسكان مسنيهم ضمن وحداتها السكنية قد تقدم بعض الدول المعاونات ، كاعفاءات ضريبية أو أولويات سكنية فيما تبنيه الدولة من مساكن ، أو معونات مالية للحصول على وحدات سكنية ذات أحجام مناسبة ، أو توفير الخدمات الصحية للمسنين في هذه الأسر دون تحمل الأسرة لمثل هذه الأعباء ، أو تدبير فنادق مؤقتة لرعاية مسني الأسر أثناء اجازات الأسرة السنوية التي قد لا يتمكنون من القيام بها نظرا لظروف المسنين الصحية وغير ذلك من الأفكار .

ولا شك أن جميع ما ذكرناه من آراء تشير الى أن الفكر الاجتماعي في تناول مشكلة الاسكان هو محاولة ايجاد بدائل متعددة قبل اللجوء الى فكرة الايواء في المؤسسات والتي يجب أن تعتبر أو ينظر اليها كالملاذ الأخير في مراحل العمر المتأخرة جدا والتي تتطلب رعاية خاصة دائمة ومستمرة .

د - سياسات العمل :

سبق أن أشرنا الى الآثار التنموية السلبية لسياسات التقاعد الاجباري والتي تبعد الاعداد الكبيرة من المسنين ومن الخبرات عن المشاركة في الأعمال الانتاجية السلعية والخدمية .

وهنا نشير الى نفس الظاهرة من زاوية أخرى هي الزاوية الانسانية فالعمل المنتج ليس مجرد اضافة لطاقت المجتمع العاملة وانما هو حق انساني يشعر الانسان بقيمته في الحياة وفي جدوى بقائه واستمراره .

وعلى هذا فقد أثر على المستوى العالمي دوما مشكلة سياسات العمل التي تبعد بين المسنين وبين فرص العمل بدعوى تقليل معدلات البطالة أحيانا ، وبدعوى التقليل من مستويات الأجور المرتفعة التي وصلت اليها أجيال المتقدمين في السن من العاملين ، وبدعوى العطف والاحترام للكبار عن تحميلهم أعباء عمل جديدة بعد سنوات طويلة من العمل والانتاج والمعاناة .

وهناك دراسات واقتراحات كثيرة في هذا المجال للحفاظ على حق العمل للمسنين
ما دامت هذه هي ارادتهم ورجبتهم ، وما داموا قادرين على العطاء . ويأتي من
ضمن هذه المقترحات ما يتعلق ببرامج التحويل المهني واكتساب المهارات الملائمة
الجديدة التي تمكن المسن من مواصلة أعماله في مجالات قد تكون بديلا لمجال
نشاطه الأصلي والذي قد تحول ظروفه الجسمانية من مواصلة العمل به .

كما يأتي من بين هذه الآراء ما يتعلق بتعديل سياسات العمل في مواقع العمل
بما يسمح باستمرار الاستفادة من المسنين لساعات عمل أقصر ودون حجب لفرص
ترقي الأجيال الجديدة الى مواقع المسئولية .

ومن الملاحظ أنه في المجتمعات النامية والتقليدية ، فإن السياسة التقليدية
للعمل تحافظ للمسنين على دورهم ومكانتهم في العمل دون الخضوع لسياسات
التقاعد الاجبارية .

أما في المجتمعات الأكثر تقدما ، فقد وجد ان فرص العمالة للمسنين في مجالات
انتاج الخدمات قد تكون أكثر مناسبة لايجاد فرص عمالة وأشغال تجتذب
اهتمامات المسنين .

هـ - التعليم والترويج :

يشير المهتمون بشئون المسنين الى المبدأ الذي ارتفع بين رجال التربية عن
«التعليم مدى الحياة» ، وأهمية ذلك بصفة خاصة للمسنين فقد ارتبط التعليم في
معظم الدول وخاصة الدول النامية بمتطلبات العمل ، وبالتالي لما كان هناك ارتباط
بين المسنين والتقاعد فقد أغفلت معظم المجتمعات توفير فرص التعليم للمسنين .

وقد برز خلال العشرين سنة الأخيرة اتجاه بدأ في فرنسا عام ١٩٧٤ بإنشاء
ما يعرف بجامعة العمر الثالث (العمر الثالث كلمة يشير بها الفرنسيون الى مرحلة
المسنين) ، وقد اتجه انشاء هذه الجامعات الى توسيع آفاق الثقافة الى الأشخاص
المتقاعدين لتجديد معارفهم وتمكينهم من توسيع صلاتهم الانسانية ، وتستخدم
هذه الجامعات تسهيلات وامكانيات الجامعات النظامية من أماكن تدريب ووسائل
تعليم وبعض أعضاء هيئة التدريس لكي يمكن تخفيض التكلفة وتقليل الرسوم
اللازمة لتدبير الميزانية اللازمة لهذه الأنشطة .

وليست هناك حدود للسن أو التزام بنسبة معينة للحضور أو الحصول على
دبلومات ، ويشمل المنهج المحاضرات والمناقشات أو التدريب على أشغال وتطبيقات
عملية لعدد من مواد الدراسة التي يكون اختيارها حسب رغبات الدارسين
أنفسهم . وترتكز البرامج عادة على النواحي الصحية والغذائية ، وتشتمل أحيانا
على الرياضة البدنية والألعاب المناسبة . ويوجد الآن أكثر من ١٠٠ جامعة للعمر
الثالث في ٢٤ دولة منها عدد غير قليل في أمريكا اللاتينية .

وبجانب هذه الجامعات هناك نماذج لأنشطة ثقافية وترويحية عديدة للمسنين ، من ضمنها مثلا الأندية لشغل أوقات الفراغ وإتاحة الفرص لتعلم الأشغال اليدوية وممارسة الرياضة والاستماع الى المحاضرات أو حتى لمجرد اللقاء وتبادل الحديث أو الاشتراك في بعض الألعاب أو الاشتغال بدراسات ومناقشات حول الفنون والآداب والمسائل ذات الاهتمام المباشر للمسنين لدراسات ما قبل التقاعد ، ودراسات الأمان في حركة المرور وإعارة الكتب وإعداد الرحلات المنظمة .. الخ وقد نجحت فكرة أندية المسنين في جمهورية مصر العربية ، خاصة عند جعلها على مقربة من دور الحضارة والتي تتيح فرصة للاستفادة بالمسنين في بعض خدماتها أحيانا .

وفي جميع هذه الفرص ينصح دائما بالتنظيمات التي تضم أجيالا متعددة حتى لا يؤدي الأمر الى عزلة المسنين عن المجتمع وبنائه الطبيعي . ومن حسن حظ الكثير من الدول النامية ان مشكلة عزلة المسنين غير قائمة إلا حيث بدأ تأثير نمو المدن وظاهرة التحضر تعطي آثارها على أسلوب الحياة الاجتماعية السائدة .

و - الرعاية الاجتماعية :

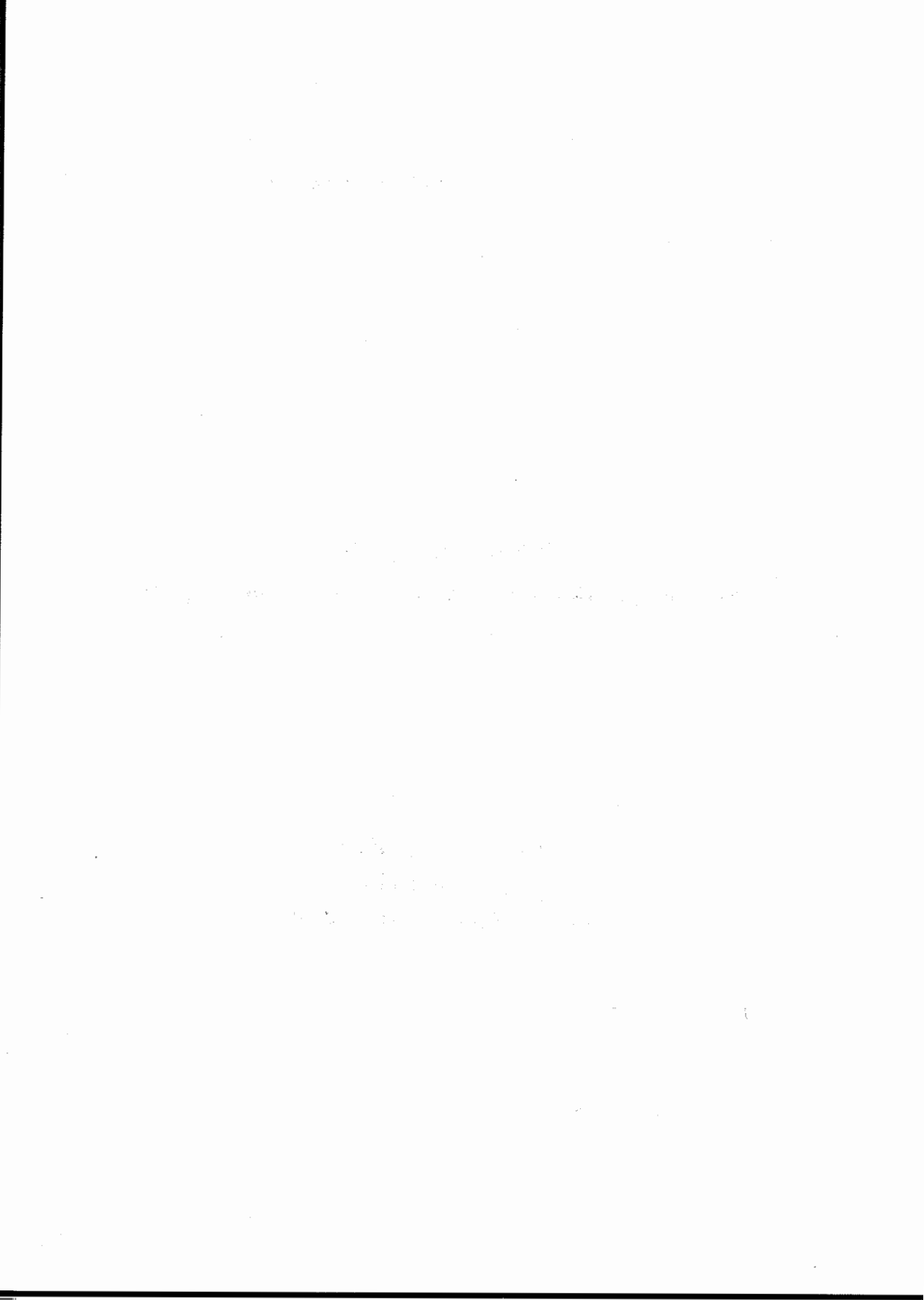
تهتم برامج الرعاية الصحية بأسلوب توفير احتياجات المسنين أكثر منها بتوفير حاجات معينة . والرعاية الاجتماعية للمسنين تساعد على تقوية الترتيبات المجتمعية ودعمها للقيام بتوفير حاجات المسنين من خدمات صحية أو إسكانية أو ترويحية أو تعليمية أو غير ذلك من الاحتياجات .

ويناقش الموضوع دائما على أنه من الخير أن تكون سياسة الرعاية الاجتماعية للمسنين جزءا من السياسة العامة للرعاية الاجتماعية وليست سياسة منعزلة عنها ، فذلك يضمن لها الاستمرارية والبقاء والتفاعل مع مختلف التنظيمات والأجهزة الاجتماعية في المجتمع دون الحاجة الى انشاء أجهزة جديدة الا في الحدود الدنيا لمتطلبات الرعاية التي تعجز الأجهزة القائمة عن توفيرها .

وتهتم برامج الرعاية الاجتماعية عادة بتوفير المناخ الاجتماعي السليم لتفهم وتقبل حاجات المسنين وقضاياهم . فتفهم وتقبل هذه الحاجات أساسا لإيجاد السلوكيات والاحتياجات الوقائية التي يجب أن يلم بها أفراد المجتمع في أعمارهم المبكرة استعداداً لعمر مديد سعيد ، وكذلك هو أساس لتوفير التفهم والتقدير والتكريم اللازم الذي يستحقه كبار السن من أفراد مجتمعهم كقيمة إنسانية وروحية سامية .

**نظرة مستقبلية
حول رعاية المسنين في ضوء خصائصهم النفسية**

**الدكتور خالد الطحان
أستاذ بكلية التربية
جامعة الإمارات العربية المتحدة**



المحتويات

الصفحة

من - إلى

| | | |
|-----------|-------|---|
| ٢٠٢ - ٢٠١ | ..... | مقدمة |
| ٢٠٧ - ٢٠٢ | ..... | أولاً - نظرة مستقبلية حول حجم مشكلة المسنين |
| ٢٠٩ - ٢٠٦ | ..... | ثانياً - الخصائص الشخصية للمسنين |
| ٢٠٦ | ..... | ١ - الخصائص الجسمية |
| ٢٠٧ - ٢٠٦ | ..... | ٢ - الخصائص العقلية |
| ٢٠٨ - ٢٠٧ | ..... | ٣ - الخصائص الانفعالية |
| ٢٠٩ - ٢٠٨ | ..... | ٤ - الخصائص الاجتماعية |
| ٢١٣ - ٢٠٩ | ..... | ثالثاً - حاجات المسن |
| ٢١١ - ٢١٠ | ..... | ١ - نتائج الدراسة |
| ٢١٣ - ٢١١ | ..... | ٢ - الخدمات الإرشادية |
| ٢١٤ | ..... | المراجع |



مقدمة

لاشك أن اهتمام الامم المتحدة بالمسنين يشكل علامة بارزة ذات دلالة ، وهي أن مسألة رعاية المسنين أصبحت من المشكلات التي تستحق اهتمام وعناية المجتمع الدولي برمته ، نظراً لما اشارت اليه الدراسات والبحوث التي قامت بها بعض الهيئات المتخصصة في الامم المتحدة ، والتي اشارت الى أن المسنين لا يلقون الرعاية المناسبة ، وبالتالي فانهم يتعرضون لكثير من المشكلات التي لا يستطيعون حلها ، وقد يكونون عرضة لكثير من الاضطرابات والمخاطر نتيجة ذلك .

وإن مجرد تخصيص عام دولي للمسنين هو بمثابة تنبيه أرادت الامم المتحدة من خلاله أن تستنهض همم المسؤولين عن التخطيط الاجتماعي في مختلف أنحاء العالم لاعطاء مزيد من الاهتمام لهذه الفئة من المجتمع .

ومن المعروف أن برامج الرعاية الاجتماعية في معظم دول العالم تركز على الاطفال والشباب لان ما تقدمه لهم من خدمات وما تنفقه في سبيل ذلك يعتبر استثماراً ذا جدوى اقتصادية واجتماعية في وقت واحد ، لان هذه الرعاية تساعد على تكوين جيل قوي نشيط قادر على الاسهام في عملية البناء والتقدم الاجتماعي والاقتصادي في حين أهملت معظم البرامج الاجتماعية العناية بالمسنين لاعتقادها أن الأولوية ينبغي أن تعطى للاطفال والشباب لانهم هم الذين يصنعون مستقبل الأمة ، أما المسنون فإن كل ما يصرف على برامج رعايتهم فهو جهد ضائع لا طائل منه .

وكان نتيجة ذلك أن تفاقمت مشكلة المسنين وأصبحت الظروف التي يعانونها تشكل مأساة انسانية واجتماعية . ولا بد أن تهتم الحكومات والمجتمعات بوجه عام بمعالجتها والتخفيف عن المسنين الذين يعانون من أثارها .

ولا بد أن نذكر أن عوامل كثيرة أسهمت في استفحال مشكلة المسنين منها : زيادة عدد المسنين بوجه عام نظراً لتحسين الشروط الصحية وازدياد معدلات العمر المتوسط في معظم المجتمعات ، وكذلك بسبب عمليات التغير الاجتماعي التي طرأت على المجتمعات وما رافق ذلك من تطور في مجالي الصناعة والتكنولوجيا ، وهذا بحد ذاته جعل نمط معيشة الناس يختلف بصورة جوهرية ، بحيث أصبح المسن يجد نفسه في بعض الاحيان وحيداً بعد أن يتزوج أولاده ويشكلون أسراً مستقلة ، وقد ترتب على ذلك آثار نفسية واجتماعية خطيرة على المسنين لانهم افتقدوا أولادهم في الوقت الذي يحتاجون اليهم . ليس فقط من أجل توفير ما يحتاجون إليه من الناحية الاقتصادية من طعام وشراب بل كذلك من الناحية النفسية حيث لم يعد الى جانبهم أحد يوفر لهم الطمأنينة والشعور بالأمن الذي يعتبر إحدى الحاجات الأساسية عند الفرد ، وكذلك الشعور بالانتماء والعيش في اطار الجماعة التي يلقي فيها الفرد التقدير والاحترام .

ومكذا فان مشكلة المسنين أصبحت من المشكلات الاجتماعية التي برزت نتيجة عمليات التغير الاجتماعي التي تواجه المجتمعات جميعا بما في ذلك البلاد النامية .

أولاً - نظرة مستقبلية حول حجم مشكلة المسنين :

تبين هذه الدراسات الحيوية السكانية - التي أجرتها بعض الهيئات المتخصصة - المقدمة في المؤتمر المنعقد في دمشق ما بين (١ - ٦ ديسمبر ١٩٧٩) بدعوة من مكتب «الاكوا» ، تبين هذه الدراسات أن عدد سكان العالم قد تضاعف عدة مرات خلال القرنين الاخيرين . والجدول رقم (١) يبين هذه الزيادة .

جدول رقم (١)
يبين زيادة عدد سكان العالم خلال
القرنين الاخيرين

| نسبة الزيادة | السنوات | | | | | | العالم* |
|-----------------|---------|------|------|------|------|------|----------|
| | ٢٠٠٠ | ١٩٧٥ | ١٩٥٠ | ١٩٠٠ | ١٨٥٠ | ١٨٠٠ | |
| | ٦٢٥٤ | ٢٩٦٨ | ٢٥٠١ | ١٦٥٠ | ١٢٦٢ | ٩٧٨ | |
| ١١٢,٧ | ٥٣٩ | ٤٧٣ | ٢٩٢ | ٢٩٦ | ٢٠٨ | ١٥٢ | أوروبا |
| ٧١,٠ | ٣١٥ | ٢٥٥ | ١٨٠ | ١٣٤ | ٧٦ | ٥٦ | روسيا |
| ٦٩,٣ | ٣٦٣٧ | ٢٢٥٧ | ١٣٦٨ | ٩٢٥ | ٨٠١ | ٦٣٠ | آسيا |
| ٥٢,٦ | ٨١٤ | ٤٠١ | ٢١٩ | ١٢٣ | ١١١ | ١٠٧ | أفريقيا |
| ١٣,٥ | ٩١٦ | ٥٦١ | ٣٣٠ | ١٥٦ | ٦٤ | ٣١ | أمريكا |
| ٢٤,٢ | ٢٣ | ٢١ | ١٢ | ٦ | ٢ | ٢ | أستراليا |

* السكان بالمليون

وقد حدثت هذه الزيادات نتيجة عوامل كثيرة ولعل أبرزها تحسن شروط المعيشة وقيام تجمعات بشرية مستقرة تتوافر فيها أسباب العيش . والشروط التي تحافظ على حياة المواليد بدرجة أفضل مما كان عليه الحال قبل قرنين من الزمان .

ويعتقد فالوراس (١٩٧٩) أن التحول من النموذج الزراعي الى النموذج الصناعي التكنولوجي في الاقتصاد أحدث تغييرات جوهرية في مستويات الاعمار والبنية السكانية .

وأن من العوامل التي تؤثر على معدل الوفيات تحسين المستوى الصحي بوجه عام في معظم المجتمعات والعناية بالصحة العامة مثل تغذية الأطفال وتحسينها كما ونوعا وكذلك العناية بتوفير

المياه النظيفة للشرب ، والاهتمام بالتلقيح ضد الامراض المعدية ومكافحة الامية ، وهي كلها عوامل أسهمت في الاقلال من الوفيات وبالتالي ارتفاع متوسط الاعمار .

وهو يرى أن معدلات الولادة لم تتزايد وبقيت على مستواها الذي كانت عليه في المرحلة الزراعية السابقة للتصنيع .

وأن هذه الزيادة السكانية أدت الى أزمات عالمية لم يسبق لها مثيل ، والتي كانت هي النتيجة المباشرة لتحسين شروط الحياة وبالتالي انخفاض معدلات الوفيات وليس نتيجة لزيادة معدلات المواليد . كما هو في الجدول رقم (٢) .

جدول رقم (٢) يبين معدلات المواليد ومعدلات الوفيات في العالم

| معدل المواليد بالنسبة لكل ١٠٠ وفاة | | | معدل الوفيات | | | معدل المواليد | | | المناطق في العالم |
|------------------------------------|------|------|--------------|------|------|---------------|------|------|-------------------|
| ١٩٩٥ | ١٩٧٠ | ١٩٥٠ | ١٩٩٥ | ١٩٧٠ | ١٩٥٠ | ١٩٩٥ | ١٩٧٠ | ١٩٥٠ | |
| ٢٠٠٠ | ١٩٧٥ | ١٩٥٥ | ٢٠٠٠ | ١٩٧٥ | ١٩٥٥ | ٢٠٠٠ | ١٩٧٥ | ١٩٥٥ | |
| ٢٨٢ | ٢٤٦ | ١٨٩ | ٨,٩ | ١٢,٨ | ١٨,٨ | ٢٥,١ | ٣١,٥ | ٣٥,٦ | العالم |
| ١٤٧ | ١٥٥ | ١٨٢ | ١٠,٤ | ١٠,٤ | ١٠,٩ | ١٥,٣ | ١٦,١ | ١٩,٨ | أوروبا |
| ١٧٠ | ٢٢٥ | ٢٨٦ | ٩,٦ | ٧,٩ | ٩,٢ | ١٦,٣ | ١٧,٨ | ٢٦,٣ | الاتحاد السوفيتي |
| ٢٢٥ | ٢٦٧ | ١٧٧ | ٧,٩ | ٩,٨ | ٢٠,١ | ٨١,١ | ٢٦,٢ | ٣٥,٦ | شرق آسيا |
| ٣١٩ | ٢٥١ | ١٧٥ | ٨,٩ | ١٦,٧ | ٢٥,٢ | ٢٨,٤ | ٤١,٩ | ٤٤ | جنوب آسيا |
| ٣٤٣ | ٢٣٤ | ١٨٠ | ١١,٤ | ١٩,٨ | ٢٦,٧ | ٣٩,١ | ٤٦,٣ | ٤٨,١ | أفريقيا |
| ٥١٩ | ٤٠١ | ٢٨٥ | ٥,٧ | ٩,٢ | ١٤,٤ | ٢٩,٦ | ٣٦,٩ | ٤١ | أمريكا اللاتينية |
| ١٥٤ | ١٧٧ | ٢٦٧ | ٩,٨ | ٩,٣ | ٩,٤ | ١٥,١ | ١٦,٥ | ٢٥,١ | أمريكا الشمالية |
| ٢٦٥ | ٢٦٧ | ٢٢٣ | ٨,٠ | ٩,٣ | ١٢,٤ | ٢١,٢ | ٢٤,٨ | ٢٧,٦ | أستراليا |

وهناك ظاهرة كانت نتيجة طبيعية لتحسين متوسط العمر في مختلف المجتمعات . وهذه الظاهرة هي تزايد نسبة المسنين لان معدل الوفيات قد انخفض كثيرا كما هو في الجدول رقم (٣) .

جدول رقم (٣)

توزيع السكان حسب فئات الاعمار في سنوات ١٩٧٠ ، ١٩٨٥ ، ٢٠٠٠ .
وهو يوضح علامة أساسية على زيادة المسنين

| ٢٠٠٠ | | ١٩٨٥ | | ١٩٧٠ | | المناطق في العالم | | | |
|--------------|------|--------------|------|--------------|------|----------------------|------|------|---------------------|
| ٦٥ + ٦٤ - ١٥ | ١٤ - | ٦٥ + ٦٤ - ١٥ | ١٤ - | ٦٥ + ٦٤ - ١٥ | ١٤ - | | | | |
| ٦,٧ | ٦٣,٤ | ٢٩,٩ | ٥,٨ | ٦٠,٢ | ٣٤ | ٦,٥ | ٥٧,٩ | ٣٦,٦ | العالم |
| ٣,٥ | ٥٧ | ٣٩,٥ | ٣,٠ | ٥٣,١ | ٤٣,٩ | ٢,٩ | ٥٣,٠ | ٤٤,١ | افريقيا |
| ٤,٠ | ٦١,٨ | ٣٤,٢ | ٣,٢ | ٥٥,٩ | ٤٠,٩ | ٣,٠ | ٥٣,٦ | ٤٣,٤ | جنوب آسيا |
| ٤,٩ | ٦١,٦ | ٣٣,٥ | ٤,١ | ٥٦,٤ | ٣٩,٥ | ٣,٧ | ٥٣,٥ | ٤٢,٦ | أمريكا اللاتينية |
| ٨,٢ | ٦٧,٩ | ٢٣,٩ | ٦,٦ | ٦٥,٥ | ٢٧,٢ | ٥,٤ | ٦٠,٩ | ٣٣,٧ | شرقي آسيا |
| ١٢,٦ | ٦٥,٤ | ٢٢,٠ | ٩,٨ | ٦٦,١ | ٢٤,١ | ٧,٨ | ٦٣,٦ | ٢٨,٦ | الاتحاد السوفيتي |
| ٨,٦ | ٦٦,٣ | ٢٥,١ | ٨,٠ | ٦٢,٧ | ٢٩,٣ | ٧,٣ | ٦٠,٦ | ٣٢,١ | استراليا |
| ١١,٤٦ | ٦٨,٣ | ٢٠,٣ | ١١,١ | ٦٦,٥ | ٢٢,٤ | ٩,٧ | ٦١,٩ | ٢٨,٤ | أمريكا الشمالية |
| ١٤,١ | ٦٥,٢ | ٢٠,١ | ١٢,٣ | ٦٦,٣ | ٢١,٤ | ١١,٤ | ٦٣,٧ | ٢٤,٩ | أوروبا |

وإذا انتقلنا من الاحصاءات العالمية الى المنطقة العربية نلاحظ أن تقرير منظمة الاكوا (١٩٧٨) يتضمن بعض الاحصاءات السكانية التي تشير الى تقديرات لعدد سكان الدول العربية التي تتولى هذه المنظمة الاهتمام بها وهي ما يطلق عليها بالمشرق العربي . (راجع الجدول رقم (٤)) .

جدول رقم (٤)

يبين تقدير عدد السكان للاقطار العربية التي تهتم بها
منظمة الاكوا من عام (١٩٥٠ - ١٩٧٥ - ٢٠٠٠) (بالمليون)

| عدد سنوات مضاعفة السكان | الاسقاطات سنة ١٩٥٠ هي الاساس | | عدد السكان | | | البلاد العربية |
|----------------------------|---------------------------------|-----|------------|--------|--------|-----------------------------|
| | | | ٢٠٠٠ | ١٩٧٥ | ١٩٥٠ | |
| ٣١,٦ | ٣١٦ | ١٨٣ | ٦٤,٥٨٨ | ٣٧,٥٤٣ | ٢٠,٤٦١ | مصر |
| ٢١,٢ | ٤٧٢ | ٢١٤ | ٢٤,٤٤٥ | ١١,٠٦٧ | ٥,١٨٠ | العراق |
| ٢٦,٣ | ٣٨٠ | ١٨٣ | ١٨,٦٠٠ | ٨,٩٦٦ | ٤,٨٩٠ | المملكة العربية السعودية |
| ٢٢,١ | ٤٥٣ | ٢٠٨ | ١٥,٨٢٤ | ٧,٢٥٩ | ٣,٤٩٥ | سوريا |
| ٢٦,٣ | ٣٨٠ | ١٨٤ | ١٣,٧٥٣ | ٦,٦٦٨ | ٣,٦٢٢ | اليمن الشمالي |
| ٢١,٠١ | ٤٧٤ | ١٩٩ | ٦,١١٨ | ٢,٨٦٩ | ١,٤٤٣ | لبنان |
| ٢١,٠ | ٤٧٦ | ٢١٧ | ٥,٨٨٩ | ٢,٦٨٨ | ١,٢٣٧ | الأردن |
| ٢٦,٥ | ٣٧٨ | ١٨٣ | ٣,٤٢٥ | ١,٦٦٠ | ٠,٩٠٧ | اليمن الديموقراطية |
| ٢٢,٨ | ٤٢٠ | ١٩٦ | ١,٦٣٩ | ٠,٧٦٦ | ٠,٣٩٠ | سلطنة عمان |
| ٤,٨ | ٢٠٩٤ | ٧١٤ | ٣,١٨٣ | ١,٠٨٥ | ٠,١٥٢ | الكويت |
| ٢٣,٧ | ٤٢٢ | ١٩٨ | ٠,٥٣٦ | ٠,٢٥١ | ٠,١٢٧ | البحرين |
| ١٩,٨ | ٥٠٤ | ٢٣٦ | ٠,٤٧٤ | ٠,٢٢٢ | ٠,٠٩٤ | الإمارات العربية المتحدة |
| ٢٣,٠٩ | ٤١٩ | ١٩٦ | ٠,١٩٧ | ٠,٠٩٢ | ٠,٠٤٧ | قطر |

وهنا نلاحظ أن الدول العربية يتضاعف عدد سكانها مرة واحدة تقريبا كل ٢٥ سنة وربما تقل
هذه الفترة في بعض دول الخليج العربية .

وإذا أخذنا بعين الاعتبار توزيع فئات الاعمار فاننا نستطيع أن نستنتج أن عدد المسنين
يتزايد باستمرار وهذا بحد ذاته يقتضي مزيدا من الاهتمام بهذه الفئة وتوفير أسباب الرعاية
لها .

وهناك نقطة أخرى تستدعي الاهتمام لا بد أن نضعها في الاعتبار وهي أن البلدان المتقدمة
تواجه مشكلة المسنين بدرجة أكثر حدة من البلدان النامية ، لان انخفاض معدلات الوفيات
وزيادة معدل متوسط العمر في البلدان المتقدمة جعل النسبة المئوية لعدد المسنين في تلك البلدان
عالية .

فلقد جاء في أحد التقارير الصادرة عن الامم المتحدة والذي تم اعداده بناء على قرار
الجمعية العمومية رقم ٣١٣٧ لعام ١٩٧٣ - وكان هذا القرار يطلب من السكرتير العام القيام
بدراسات حول العلاقة بين العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية ومشكلة المسنين -
أن نسبة المسنين الذين تبلغ أعمارهم ٦٠ سنة فأكثر في البلدان المتقدمة يبلغ ١٢,٤٪ في حين أن
النسبة المئوية للمسنين في نفس الفئة العمرية في البلدان النامية تبلغ ٤,٧٪

وهكذا نلاحظ أن مشكلة المسنين تتفاقم من الناحية الكمية حيث أن عدد المسنين يتزايد مع تطور الخدمات الصحية وارتفاع مستوى الوعي الاجتماعي في العالم كله بما في ذلك المنطقة العربية .

ويمكن تقدير عدد المسنين في البلاد العربية بحوالي ٧,٥ مليون وذلك بافتراض أن عدد سكان البلاد العربية يبلغ حوالي ١٦٠ مليون نسمة .

ولابد لنا بعد أن حددنا حجم مشكلة المسنين كمياً من أن نتحدث عن بعض جوانب المشكلة من النواحي النفسية حتى نستطيع أن ننتبين نوع الخدمات النفسية والاجتماعية التي ينبغي الاهتمام بها وتوفيرها للمسنين في البلاد العربية كافة وفي الدول العربية الخليجية بوجه خاص .

ثانياً - الخصائص الشخصية للمسنين :

لا شك أن شخصية الفرد هي نتاج لتفاعل مختلف ما يملك من قدرات وامكانات . فالجوانب الجسمية والعقلية والنفسية كلها تتأثر في رسم ملامح شخصية الفرد . لذلك فإن تحديد الخصائص النفسية للمسن ، تقتضى بالضرورة أن نتحدث عن أبرز المشكلات التي يواجهها كبار السن في مختلف هذه الجوانب ، لأنها تعكس أثارها على نفسية المسن وديناميات سلوكه .

وتشير هيرلوك (١٩٦٨) الى أن أهم المشكلات التي يعاني منها كبار السن يمكن ان تلخص فيما يلي :

١ - الخصائص الجسمية :

ان نمو الفرد يتكامل في مرحلة الشباب ، ثم ينحدر تدريجياً في سن الكهولة ويتفاقم الوضع في مرحلة الشيخوخة . فالحواس يضعف أداؤها مثل السمع والبصر ويبدأ ذلك من سن الخمسين من العمر « برسي » (١٩٦٠) فبالنسبة لحاسة البصر ، تفقد العين كثيراً من مرونتها وهذا يؤدي الى صعوبات في الرؤية ويتفاوت ذلك من فرد لآخر نظراً للفروق الفردية بين الاشخاص ، اما السمع فتبدأ حساسته في الضعف بصورة متدرجة ، لذلك نلاحظ ان بعض المسنين يتحدثون بصوت مرتفع كي يسمعوهم . وهذا دليل على تدني قدرة المسن على السمع . الأمر الذي يشكل صعوبات في الاتصال والتفاعل مع الآخرين .

يضاف الى ذلك أن العضلات تترهل وتفترهمة الفرد وقدراته الجسمية . كما يعاني المسن من بعض الامراض المزمنة في الغالب مثل ارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين ومرض السكر او امراض القلب .. الخ وهذه المعاناة بحد ذاتها تشكل مصدراً كبيراً للقلق عند المسن حيث يشعر بالخوف من دنو الاجل ويخشى الموت . وهو يتوق الى مساعدة الآخرين . وقد صورت الآية الكريمة من سورة الروم هذا التحول في مرحلة الشيخوخة في قوله تعالى ﴿ الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبة يخلق ما يشاء وهو العلي القدير ﴾ آية ٥٤ صدق الله العظيم .

٢ - الخصائص العقلية :

اثبتت الدراسات ان كبار السن يشكون من تدهور في كثير من الوظائف العقلية ، ولعل ابرز

هذه المظاهر ضعف الذاكرة والنسيان . وقد يعاني البعض من مظاهر خرف الشيخوخة الذي يبتدىء بتكرار الحديث مرات ومرات وعدم التعرف على الابناء والاقارب . كما تتضائل عند كبير السن القدرة على الادراك والتعرف وتضعف القدرة على التعلم . وقد دلت دراسات « جيلبرت » (١٩٤١) أن سرعة انحدار القدرة على التعلم تختلف من فرد لآخر تبعا لاختلاف نسب الذكاء وتبعاً لقوة او ضعف مستوى الدافعية للتعلم . وتشير بعض الدراسات الى أن قدرة الفرد على الادراك كعملية اساسية في عمليات التعلم تتأثر بضعف القشرة المخية نتيجة كبر السن .

كما تمت دراسات لمعرفة مدى تدهور القدرات الاولية عند كبار السن . وقد دلت هذه الدراسات ان القدرة الاستدلالية اكثر القدرات تدهوراً في سن الشيخوخة « شيالي وآخرون » (١٩٥٣) .

كما أشارت بعض الدراسات الى أن الذكاء يتدهور مع تقدم العمر وعلى الاخص في مرحلة الشيخوخة « ثرستون » (١٩٥٤) وقد يصل هذا التدهور الى نقص يبلغ حوالي ٣٥ نقطة ذكاء .

وهكذا نلاحظ ان مختلف العمليات العقلية الاساسية سواء كان الادراك او التعرف والاحتفاظ والاسترجاع ، كلها تتأثر بنشاط خلايا المخ التي تطرأ عليها تغيرات تؤثر على نشاطها وفعاليتها نتيجة للشيخوخة . وما زالت الابحاث جارية لتحديد العوامل التي تؤثر في نشاط الخلية لمعرفة اسباب شيخوختها وضعف ادائها عما كانت عليه في مرحلة الشباب او الرشد .

ولا شك ان معاناة المسن من هذه المشكلات تثير لديه مشكلات ذات طبيعة نفسية وهي صعوبة التكيف سواء على المستوى الشخصي او الاجتماعي ، مما يثير بعض الدهشة عند مخالطيه وما يصدر عنهم من ردود أفعال سواء كانت تتسم بالشفقة او السخرية فهي في كلتا الحالتين تثير لديه الشعور بالآلم النفسي .

٣ - الخصائص الانفعالية :

ان مظاهر الضعف الجسمي وما يعانیه كبير السن في كثير من الوظائف العقلية تجعله عرضة للخوف والقلق . فالامراض المزمنة التي يعاني منها ، واحالته على التقاعد وترك العمل ، وافتقاد بعض الاصدقاء نتيجة الوفاة ، وعدم تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي على وجه سليم ، حيث يجد نفسه دوماً في حالة صدام مع من حوله من الابناء او الاحفاد ، لانه يشعر انهم لا يطيعون له أمراً وينازعون السلطة في الاسرة ، كما ان وصول بعض الابناء الى مكانة اجتماعية مرموقة تدفع بهم احياناً الى التعالي على الآباء من كبار السن ، وكثيراً ما يبعدونهم عن انظار الزوار لانهم لا يحسنون المهارات الاجتماعية المستجدة التي يحتاجها الفرد في مختلف المناسبات الاجتماعية ، وهذا كله يحز في نفس المسن ويجعله عرضة للمعاناة من التوتر والقلق والشعور بالآلم النفسي .

يضاف الى ذلك ان المسن كثيراً ما يفقد شريك الحياة ، وكذلك فإن الابناء يبتعدون عن الاسرة الاصلية نتيجة الزواج وتكوين اسر مستقلة وهذا بحد ذاته يجعل المسن يشعر بالعزلة وافتقار السند أو المعين .

وقد دلت كثير من الدراسات على أن نسبة كبيرة من المسنين يعيشون في المجتمعات الصناعية وحدهم او مع أزواجهم فقط . ومن هذه الدراسات ما قام به « روزماير » (١٩٧٢) حيث تبين

أن ٩١٪ من كبار السن يعيشون وحدهم أو مع زوجاتهم . وهناك فقط حوالي ٨٪ يعيشون مع اولادهم . ويضيف « روزماير » انه في كل من الدنمارك وهنغاريا وسويسرا والمملكة المتحدة وشمال ايرلندا تدل الاحصاءات على مثل هذا الاتجاه .

وتشير نتائج بعض الدراسات التي أجريت في المجتمعات النامية الى أن حوالي ٧٥٪ من المسنين في مدينة مدراس في الهند يعيشون مع اسرهم وهناك حوالي ٥٪ يعيشون مع ازواجهم و ٢,٧٪ يعيشون لوحدهم . وفي دراسة اخرى تمت في تايلاند نجد أن النتائج تشير الى نفس الاتجاه .

وفي دراسة أجريت على عينة من المسنين في مدينة العين في دولة الامارات العربية المتحدة دلت النتائج على أن ٧٧٪ من المسنين يقطنون مع اسرهم وأن هناك ٢٢٪ يعيشون وحدهم ، وقد عبر حوالي ١٧٪ من افراد العينة على أنهم يعانون من الشعور بالجزلة .

وفي امريكا اللاتينية دلت نتائج الدراسات على أن حوالي ٥٠٪ من المسنين يقيمون مع ابنائهم .

وفي دراسة تمت في هونغ كونغ تبين أن ٦١٪ من المسنين يعيشون مع ابنائهم لان التقاليد الصينية قوية لدرجة أنه من العسير ان يفرق الابناء عن الآباء ، وقد تبين من هذه الدراسة أن ٩٠٪ من افراد العينة المسنين كانوا يعتمدون اقتصاديا على ابنائهم . وعبر ٧١٪ من افراد العينة انهم يعتمدون على ابنائهم حتى من الناحية النفسية .

وبوجه عام نقول : أنه في البلاد النامية ما زالت نسبة كبيرة من المسنين تعتمد اعتمادا كلياً على الابناء ويعيشون معهم . وبالمقابل فإن هؤلاء المسنين يدعمون أبناءهم من الناحية النفسية والاجتماعية حيث يشكلون بالنسبة لهم مصدرا هاما من مصادر الخبرة والمعرفة .

اما في البلاد المتقدمة فإن الصورة أكثر ايلاما حيث أن نسبة كبيرة من المسنين يعيشون معزولين عن اسرهم التي أنشأوها ومن الخصائص النفسية التي يتميز بها المسن هو تعصبه لماضيه وللعادات والتقاليد التي نشأ في ظلها ، فالمسنون يقفون موقفاً عدائياً من كل جديد ، لذلك تجدهم في صراع دائم مع ابنائهم واحفادهم وهذا أحد مصادر القلق عندهم ، لانهم يرون ان من حولهم لم يعودوا يطيعون لهم أمرا .

٤ - الخصائص الاجتماعية :

أن بناء العلاقات الاجتماعية الناجحة مع الآخرين من مظاهر الصحة النفسية عند الفرد ، لذلك فإن علاقات الفرد الاجتماعية تعتبر أحد المؤشرات الاساسية للسواء في سلوكه .

وإذا ما دققنا في مرحلة الشيخوخة ، نلاحظ ان كبار السن تنقلص علاقاتهم الاجتماعية الى حد كبير حيث تقتصر على الاصدقاء القدامى والذين يعيشون قريبين منهم لانه من الصعب على كبير السن ان يسعى الى زيارة الاصدقاء الذين يقطنون بعيدا عنه نظرا لضعفه وعدم قدرته على استخدام المواصلات العامة أو الخاصة للوصول اليهم . اما البنات والابناء فقد تزوجوا وتركوا الاسرة واصبحت زيارتهم تشكل عبئا ثقيلا عليه .

وفي مجال العمل فإن انقطاعه عن العمل قد قطع صلته بزملائه . واصبح يعاني من الفراغ حيث لا يدري كيف يقضى اوقات فراغه فيلازم المراهق طوال اليوم وهذه ظاهرة جديدة في حياتنا العصرية ، لان الفرد كان يرتبط بالعمل ما دام قادرا عليه ، اما اليوم فإن هناك سنا معينة يحال فيها جميع الناس الى التقاعد ، رغم ان هناك فروقا فردية بين الناس ، فهناك من يعجز عن العمل في سن الخمسين وهناك من يكون قادرا على العمل حتى السبعين او الثمانين من العمر . لذلك فإن قانون التقاعد يعتبر جائرا في حق بعض الافراد ولا بد من وضع قواعد جديدة تراعي الفروق الفردية عند الاحالة على التقاعد .

هذا وان الحاجة لتحقيق الذات ترتبط كما نعلم بالدور الاجتماعي الذي يقوم به الفرد . وعندما يحال الفرد على التقاعد فإنه يحتار كيف يستطيع أن يشبع هذه الحاجة . لذلك نرى بعض المسنين يقومون بأعمال تطوعية في خدمة المجتمع ورعاية الفقراء والمصابين ليحققوا ذواتهم من خلال هذا النشاط .

وبالاجمال نقول ان تقلص علاقات كبير السن بالآخرين تبعث في نفسه الملل والسأم والشعور بأنه اصبح كائنا ينتظر الاجل . فلا اهداف ولا مطامح ولا غايات ، واذا افتقد الفرد ذلك فإنه لا محالة يكون عرضة للاضطرابات النفسية .

هذه بايجاز جملة الخصائص الشخصية التي تتصف بها مرحلة الشيخوخة . ولا شك ان آثارا نفسية بعيدة المدى تنشأ نتيجة هذه الخصائص . ولعل ابرزها الشعور بالخوف وعدم الطمأنينة والشعور بالاحباط والفشل نتيجة الضعف والمرض والسأم والملل والمعاناة من العزلة . وبوجه عام نقول : أن كبير السن لا يستطيع تحقيق الحاجات النفسية الاساسية التي أشار إليها « ماسلو » كالحاجة للامن والانتماء والتقدير الاجتماعي وتحقيق الذات . وهذا الوضع يجعل كبير السن اكثر تعرضا للاصابة بالامراض النفسية والعقلية كعصاب الشيخوخة وذهان الشيخوخة الوجداني او فصام الشيخوخة او عته الشيخوخة وهي كلها علامات تدل على تدهور الجهاز العصبي عند كبير السن ومعاناته من الضغوط النفسية والتوترات التي تجعله يقع في براثن الامراض النفسية الا اذا امتدت له يد العون في وقت مبكر لانقاذه من هذه المعاناة .

ثالثاً - حاجات المسن :

في ضوء ما توصلنا اليه عند عرض الخصائص الشخصية للمسنين نستطيع ان نتعرف على اهم حاجات المسنين ، فإن الحفاظ على صحة كبير السن النفسية تقتضي معالجة بعض الجوانب التي يعاني منها للتخفيف من آثار الشيخوخة وما تنطوي عليه من مشكلات وصعوبات .

ولقد قام الباحث باجراء دراسة ميدانية للتعرف على حاجات المسنين واختار لذلك عينة من المسنين في مدينة العين في دولة الامارات العربية المتحدة ، وكان الهدف من هذه الدراسة التعرف على :

- ١ - الطريقة التي يعيش فيها المسن وحيدا أم مع عائلته .
- ٢ - نوع السكن الذي يعيش فيه .
- ٣ - من يقوم على خدمته .

- ٤ - الحالة الصحية للمسن .
 ٥ - نوع الرعاية التي يحتاج اليها .
 ٦ - المشكلات التي يعاني منها كبار السن .
 ٧ - الخدمات التي يقترحها كبار السن انفسهم .

١ - نتائج الدراسة :

- أ - لقد اوضحت الدراسة ان حوالي ٧٧٪ من افراد العينة (*) يعيشون مع اسرهم في حين ان حوالي ٢٣٪ يعيشون وحدهم .
- ب - كما اوضحت الدراسة ان ٦١٪ من افراد العينة يعيشون في بيوت تتوافر فيها مختلف الشروط الصحية ، في حين ان ٣٩٪ يعيشون في بيوت من الخشب او من العريش (وهو سعف النخيل) .
- ج - لقد عبر ٦٦٪ من افراد العينة عن ان زوجاتهم يقمن على خدمتهم وتوفير الطعام والشراب وغير ذلك ، في حين ان ١٧٪ قد اشاروا الى ان لديهم خادما يعمل بأجر يقوم على خدمتهم وهناك ١٧٪ من افراد العينة اشاروا الى ان احد اقاربهم يقوم على خدمتهم .
- د - اما بالنسبة للحالة الصحية فقد اشار حوالي ثلث افراد العينة الى أنهم ينعمون بصحة جيدة ولا يشكون من اية امراض او علل مزمنة ، في حين عبر حوالي ١٦٪ عن المعاناة من ضعف البصر . وهناك ٢٢٪ كانوا يشكون من امراض الشيخوخة وحوالي ٥٪ يعانون من بعض اشكال الاعاقة سواء كانت جسمية او حسية .
- هـ - وبالنسبة لاشكال الرعاية التي يحتاجون اليها ، عبر افراد العينة ان ٥٠٪ منهم يرغب في العيش في بيته ولا يرغب في الذهاب الى دار المسنين ، كما عبر حوالي ٢٢٪ من افراد العينة عن رغبته في تكليف خادم ليقوم على رعايته وخدمته . وأشار ٥٪ الى انهم يحتاجون الى رعاية طبية منزلية نظرا لصعوبة ذهابهم الى المستشفى ، وهناك ٥٪ اشاروا الى رغبتهم في صرف الاعانة لهم في منازلهم لانهم يعانون من صعوبة في الذهاب الى المصرف لاستلام الاعانة الشهرية ، كما عبر ٩٤٪ من افراد العينة عن رغبتهم في زيادة المساعدة الاجتماعية التي تخصصها وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل .
- و - أما بالنسبة للمشكلات فقد أشار حوالي ١٧٪ من افراد العينة الى انهم يعانون من العزلة والوحدة حيث لا يوجد احد يعتمدون عليه من الاقارب ، كما عبر ٥٪ عن مشكلة كثرة التردد على المستشفى نظرا لما يعاني من امراض .

* ان العينة تم اختيارها من بين المستفيدين من قانون المساعدات الاجتماعية في دولة الامارات العربية المتحدة .

ز - وعندما سئل افراد العينة عن الخدمات التي يقترحون توفيرها لهم أشار ١٠٪ الى أنهم يرغبون في توفير خدمة طبية منزلية وتوفير معالجة طبية دائمة . وأشاروا مرة أخرى الى رغبتهم في زيادة المساعدة الاجتماعية .

هذه أهم النتائج التي أفصح عنها البحث وفي الواقع يمكن اعتبار هذه البحث بمثابة بحث استكشافي يهدف الى التعرف على رغبات المسنين حتى نستطيع تحديد الخدمات الارشادية في ضوء مطالب الواقع في احدى دول الخليج وهي دولة الامارات العربية المتحدة .

٢ - الخدمات الارشادية :

إن أهم الخدمات الارشادية التي يحتاج اليها المسنون يمكن ان تكون كالتالى :

ا - الرعاية الصحية :

ان كبير السن يشكو عادة من تدهور في صحته ، لذلك فهو يحتاج الى كشف طبي دورى للتعرف وبصورة مبكرة على ما يواجهه من مشكلات صحية . وتقديم المشورة والنصح له كي يحافظ على صحته ونشاطه وحيويته ، كأن يترك التدخين ويراعى القواعد الصحية في الطعام والشراب وعادات النوم والرياضة .. الخ ومن المفيد ان نشير الى ان المشافي والعيادات الحكومية التي تقدم هذه الخدمة موقورة الى حد كبير في دول الخليج الا انه من المفيد أن نذكر بهذا الصدد أن بعض المسنين الذين يعانون من صعوبات جدية من النواحي الصحية لا يستطيعون الاستفادة من هذه الخدمات نظرا لصعوبة انتقالهم الى المشافي ، لذلك من المفضل ان تحاول وزارة الصحة توفير خدمات طبية منزلية لبعض حالات كبار السن حيث يزورهم الطبيب بصورة دورية لتتبع حالتهم وتقديم المشورة والنصح والعلاج عند الحاجة .

ب - الرعاية النفسية :

لا بد من توعية الرأى العام بأهمية توفير مناخ نفسي مريح لكبار السن يوفر لهم الأمن النفسي والشعور بالكرامة ، وقد يكون من الاساليب المفيدة في ذلك محاولة اقناع كبير السن بتقبل العادات والتقاليد المتجددة لأن ذلك يساعد كبير السن على تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي ويجعله يحظى 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 لان مثل هذا التقبل هو أحد دعائم الصحة النفسية . ويمكن توفير مثل هذه الخدمات عن طريق مكاتب للخدمات النفسية تتولى تقديم المشورة والارشاد النفسي للحالات التي تحتاج الى ذلك ، وتعمل على تنظيم برنامج وطني اعلامي لتوجيه المسنين وأفراد اسرهم الى افضل السبل التي تحفظ للمسن صحته النفسية . سيما وأن كبير السن يواجه كثيرا من المشكلات التي تسبب له الاحباط والقلق والتوتر النفسي سواء على المستوى الشخصى فيما يعاني من صعوبات في عملية التكيف او على المستوى الاجتماعى فيما يتصل بعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين في الاسرة ومع الاصدقاء والزملاء .

ويدخل في اطار هذه الخدمات توفير بعض النوادي الخاصة بالمسنين التي تستقبلهم وتوفر لهم قضاء اوقات فراغهم بصورة ممتعة ، سواء عن طريق ممارسة بعض الهوايات او المشاركة في بعض النشاطات الاجتماعية التي يرغبون فيها ، بحيث يشعرون انهم يمارسون دورا اجتماعيا مقبولا وهذا يحقق لهم مزيدا من تقدير ذواتهم والشعور بالرضى .

ونلاحظ ان بعض الدول المتقدمة بدأت تفكر ببرامج مختلفة لتوفير الرعاية النفسية لكبار السن فمدن الشمس^(١) التي حاولت الولايات المتحدة انشاءها للمسنين في عام ١٩٥٦ نتيجة تفاقم مشكلة كبار السن والتي ارادت من خلالها توفير اماكن تتوافر فيها الراحة والطمأنينة والالتقاء مع اقربانهم الذين يشاركونهم في الرأي والذكريات والقيم والاتجاهات ، وتتوافر في هذه المدن خدمات طبية ومطاعم توفر وجبات تلائم المسنين .

ولكن تبين أن لهذه المحاولة عيوباً كثيرة منها عزل المسنين عن غيرهم من أفراد المجتمع وهذا يعزز شعورهم بالعزلة والقطيعة . ولعل السبيل السوي هو أن نبقي على اواصر الصلة بين المسن والآخرين من افراد المجتمع ، سيما وأن المسنين يعبرون عن رغبة عارمة في ان يتابعوا حياتهم في اماكن اقامتهم الاصلية في البيوت التي انشأوها بأنفسهم وما تحمل من ذكريات جميلة .

ج - الرعاية الاجتماعية .

لقد كانت هناك صيغ كثيرة ومختلفة تم تجربتها وتطويرها لتوفير الرعاية الاجتماعية لكبار السن ، ولا بد أن نشير الى أن هناك خدمات اجتماعية اساسية لا بد من توفيرها ويمكن تحديد بعضها بما يلي :

١ - لا بد من توفير مساعدات اجتماعية لكبار السن الذين تقل دخولهم عن الحد الذي يحفظ لهم حياة كريمة تشبه تلك التي اعتادوا عليها في المرحلة التي كانوا يعملون بها ويقدمون جهدهم الجسمي والعقلي للمجتمع الذي يعيشون فيه . ولعل من أول الواجبات ان توفر المساعدات الاجتماعية لدعم الرواتب التقاعدية ، او منح رواتب كاملة لمن لا يستفيد من الرواتب التقاعدية ، وهذه خدمة اساسية تمكن كبير السن من الاستقلال اقتصاديا وعدم الخوف والمعاناة والحاجة للآخرين ، وتحفظ له كرمته وتحقق له العيش الكريم .

٢ - اصدار التشريعات الاجتماعية التي تنظم العمل وتحدد اجراءات التقاعد بحيث تكون احالة الفرد على التقاعد مبنية على اساس قدرة الفرد على اداء العمل وليس على بلوغ الفرد سنا معينة ، لان هناك فروقا فردية بين الافراد

١ - فؤاد البيهيمي السيد ، الاسس النفسية للنمو من الطفولة الى الشيخوخة - القاهرة ، دار الفكر العربي ١٩٦٨ ، ص ٤٥٦ .

ولا بد من مراعاتها ، فهناك بعض كبار السن يشكلون ثروة قومية لما يملكون من خبرات وقدرات وبما يقدمون من خدمات جلية للمجتمع سواء في مجال الفكر او الادب او الادارة ، في حين ان بعض الأفراد لا يحسنون اداء عملهم وهم ما زالوا في طور الشباب .

٣ - ويدخل في اطار الرعاية الاجتماعية ذلك الاتجاه الذى لجأت اليه بعض الدول وهو انشاء دور لرعاية المسنين توفر لهم الاقامة والطعام والشراب ، وقد انتشر هذا النموذج على نطاق واسع في معظم الدول المتقدمة ، وأخذت هذه الدول تتبارى في تطوير وتحسين مستوى الخدمات التى توفرها دور المسنين حتى أن بعضها وصل الى مستوى يشبه فنادق الدرجة الممتازة بما يتوافر فيه من مظاهر الرفاهية والراحة .

وقد قامت السويد مثلا بمشروع لرعاية المسنين في مدينة غوتنبرغ على الشاطئ الشرقى لبحر الشمال أنشأت السلطات الاجتماعية في هذه المدينة خدمات للمسنين نالت رضاهم ، وتتلخص هذه الخدمة في أن هناك سيدات يقمن بتوفير الخدمة المنزلية للمسنين حيث ينظفن لهم بيوتهم ويحضرن لهم الطعام ويوفرن لهم كل ما يحتاجون اليه من خدمات منزلية وذلك على مدى نصف يوم ، وتقوم مديرة المنزل هذه في زيارة المسن مرتين اسبوعيا ، وقد حققت هذه التجربة نجاحا كبيرا لان المسن يفضل ان يعيش في منزله وعلى الاثاث الذى اختاره بنفسه وأن يعيش ذكرياته بأبعاها حيث يحن الى هذا المنزل وما فيه ، وهذا الحنين يشكل أحد مصادر الامن النفسي عند كبير السن .

وقد أوصت تقارير الامم المتحدة بالاقبال ، كلما امكن ذلك ، من انشاء دور المسنين وفي التوسع في توفير الخدمات المنزلية للمسنين وأن تقتصر الرعاية في دور المسنين على الحالات التى تقتضى اوضاعهم الصحية ان يكونوا تحت المراقبة الدائمة .

وبالاجمال نستطيع ان نقول : أنه لا بد من انتقاء اسلوب للخدمات الاجتماعية يتلاءم مع ظروف الدول العربية الخليجية ويقوم على الاسس الدينية والثقافية التى يؤمن بها مجتمع دول الخليج حتى تأتى الحلول الاجتماعية ملائمة لحاجات ابنائه من المسنين وغيرهم من الفئات التى تحتاج الى الرعاية الاجتماعية .

المراجع

- ١ - أحمد عكاشة ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية ، ١٩٦٩ .
- ٢ - حامد زهران ، التوجيه والارشاد النفسى ، القاهرة ، عالم الكتب ، ١٩٧٧ .
- ٣ - خالد الطحان ، محاضرات فى الارشاد النفسى ، جامعة الامارات العربية المتحدة ، ١٩٨٠ .
- ٤ - سعد جلال ، فى الصحة العقلية ، القاهرة ، دار المعارف بمصر ، ١٩٧٠ .
- ٥ - Department of Economic and Social affairs, The Aging in Slums and uncontrolled settlements, New York, 1977.
- ٦ - Vasilios G. Valoras, Variations and Policy issues in Mortality Economic and Social Council, 1979.

صدر من هذه التسلسلة

- العدد الأول : اوضاع مؤسسات الرعاية الإجتماعية ودورها في خدمة المجتمع العربي الخليجي «ناقد»
- العدد الثاني : تشريعات العمل في الدول العربية الخليجية -دراسة مقارنة - «ناقد»
- العدد الثالث : رعاية الأحداث الجانحين بالدول العربية الخليجية «ناقد»
- العدد الرابع : نحو استخدام امثل للقوى العاملة الوطنية بالدول العربية الخليجية «ناقد»
- العدد الخامس : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي «الابحاث الفائزة في المسابقة الاولى للبحث الإجتماعي»
- العدد السادس : حول واقع إحصاءات القوى العاملة الوطنية المفاهيم - الاجهزة - التطوير
- العدد السابع : الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة -دراسات مختارة -
- العدد الثامن : واقع معدلات إنتاجية العمل ووسائل تطويرها «ناقد»
- العدد التاسع : قضايا من واقع المجتمع العربي في الخليج «تاخرسن الزواج والمهور - الفراغ - المخدرات» «الابحاث الفائزة في المسابقة الثانية للبحث الإجتماعي» «ناقد»
- العدد العاشر : ظاهرة المربيات الاجنبيات الاسباب والاثار.

العدد الحادي عشر

العمل الإجتماعي التطوعي في الدول العربية
الخليجية
مقوماته - دوره - أبعاده

العدد الثاني عشر

الحركة التعاونية في الخليج العربي
«الواقع والأفاق»

العدد الثالث عشر

احصاءات العمل وأهمية النهوض بها
في أقطار الخليج العربية

العدد الرابع عشر

دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي
«الابحاث الفائزة في المسابقة الثالثة
للبحث الإجتماعي» الجزء الثالث

العدد الخامس عشر

مظلة التأمينات الاجتماعية
في أقطار الخليج العربية

العدد السادس عشر

القيم والتحويلات الاجتماعية المعاصرة (دراسة
في الارشاد الاجتماعي في أقطار الخليج العربية)

العدد السابع عشر

الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج
العربية

رقم الايداع ١١٧١ د.ع/١٩٩٢م

طبع بمطابع المؤسسة العربية للطباعة والنشر ذ.م.م. - البحرين

هذا العدد

حرص المكتب التنفيذي على تخصيص هذا العدد من سلسلة الدراسات الإجتماعية والعمالية لإعادة نشر مجموعة من أبحاث وأوراق الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية التي - وعلى الرغم من مضي فترة على إعدادها - إلا أنها لازالت تحتوي على معلومات قيّمة ومطلوبة وتحليل علمي يهم الباحثين والمسؤولين على حد سواء خاصة وإنها عالجت العديد من القضايا الإجتماعية والتشريعية والطبية والنفسية، كما استعرضت جوانب من التجارب العالمية في مجال رعاية المسنين، إضافة إلى تسليطها الضوء على الموقف المتميز للدين الإسلامي الحنيف تجاه هذا الموضوع، وذلك في محاولة جادة لرصد واقع كبار السن ودراسة قضاياهم ومعالجة مشكلاتهم من منظور اجتماعي وإنساني نبيل.