



سلسلة
الدراسات الاجتماعية والعمالية
(37)

كبار السن .. عطاء بلا حدود

دور للرعاية .. ودور للتواصل والمشاركة



بمناسبة السنة الدولية لكبار السن

إصدار

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية
بمجلس التعاون لدول الخليج العربية

سلسلة

الدراسات الاجتماعية والعمالية

(37)



المكتب التنفيذي

كبار السن .. عطاء بلا حدود

دور للرعاية .. ودور للتواصل والمشاركة



بمناسبة السنة الدولية لكبار السن

إصدار

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

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

الطبعة الأولى
1999

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي الكاتب أو الجهة ولا تعبر بالضرورة عن رأي المكتب التنفيذي

المكتب التنفيذي
ص . ب : 26303 - المنامة - البحرين
هاتف : 530202 - فاكس : 530753 - برقياً : تنفيذ

سلسلة الدراسات الاجتماعية والعلمية

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

تصدر عن

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية

بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

الإشراف العام : كامل صالح الصالح

التحرير والإعداد : خلف أحمد العصفور،

جميل حميدان

فهيمة الزبيرة

العدد « السابع والثلاثون » محرم 1420 هـ الموافق آيار/مايو 1999م

المحتويات

الصفحة	من - إلى
15 - 13	تقديم المدير العام:
27 - 19	مدخل تمهيدي:
58 - 28	الفصل الأول: تعريف بأهم الدراسات الميدانية في دول مجلس التعاون الخليجي .
100 - 59	الفصل الثاني: النظريات الاجتماعية والنفسية المفسرة للشيخوخة.....
126 - 101	الفصل الثالث: رعاية كبار السن وموائيق الأمم المتحدة
156 - 127	الفصل الرابع: رعاية المسنين في الإسلام.....
187 - 157	الفصل الخامس: التحولات الاجتماعية والثقافية وأثرها في رعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي.....

الصفحة	من - إلى	
		الفصل السادس : أوضاع المسنين في المجتمع العربي الخليجي .. الإحصائيات والتشريعات
232 - 188		
		الفصل السابع : واقع المسنين وبرامج رعايتهم في دول مجلس التعاون الخليجي ..
281 - 233		
		الفصل الثامن : الآفاق والتحديات المستقبلية في رعاية كبار السن
293 - 282		
300 - 294		قائمة المراجع :

الصفحة

- جدول رقم (1): معدلات الوفيات والخصوبة والولادة
وتوقعات متوسطات الحياة عند الولادة الخام
والمترقعة في دول مجلس التعاون الخليجي ..
192
- جدول رقم (2): توزيعات نسبة السكان بحسب فئات العمر في
دول مجلس التعاون الخليجي ..
195
- جدول رقم (3): نسبة النوع (عدد الذكور لكل 100 أنثى) في
دول مجلس التعاون الخليجي للسكان
الذين أعمارهم (60) سنة فأكثر في
الأعوام 1995- 2010 - 2025 ..
198
- جدول رقم (4): متوسطات العمر في دول مجلس التعاون
الخليجي للفترة 1990 - 2025 ..
199
- جدول رقم (5): معدلات المشاركة الإجمالية في النشاط
الاقتصادي في دول مجلس التعاون الخليجي
للفترة 1980 - 1986 ..
200

الصفحة

- جدول رقم (6): المساهمة النسائية في قوى العمل بدول مجلس
التعاون الخليجي فيما بين 1988 - 1990 201
- جدول رقم (7): نسبة النشاط الاقتصادي للسكان المسنين في
دول مجلس التعاون الخليجي 203
- جدول رقم (8): تقديرات وتوقعات الإعالة الكلية لفئة صغار
السن والمسنين في دول مجلس التعاون الخليجي
في 1995 ، 2010 ، 2025 204
- جدول رقم (9): الحالة الاجتماعية للمسنين بحسب النوع في
بعض دول مجلس التعاون الخليجي 207
- جدول رقم (10): معدلات الأمية بين فئة المسنين (65) سنة فأكثر
وفئة (20 - 24) سنة في بعض دول مجلس
التعاون الخليجي 209
- جدول رقم (11): عدد المسنين الذين يعانون من إعاقة في كل
(100 , 000) نسمة من السكان في بعض دول
مجلس التعاون الخليجي 212

الصفحة

- جدول رقم (12): عدد المسنين المكفوفين في كل (100,000) نسمة من السكان في بعض دول مجلس التعاون الخليجي 213
- جدول رقم (13): عدد المسنين المعاقين سمعياً لكل (100,000) نسمة من السكان في بعض دول مجلس التعاون الخليجي 214
- جدول رقم (14): دور وأقسام رعاية المسنين بدولة الإمارات العربية المتحدة 235
- جدول رقم (15): عدد المنتفعين من فرع تأمين الشيخوخة (التقاعد) والعجز والوفاة وجملة مستحققاتهم المنصرفة من الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية في المدة من 1/1/1996 حتى 31/12/1996 . 243
- جدول رقم (16): عدد أصحاب المعاشات ومقدار المعاشات المنصرفة لهم من الهيئة العامة لصندوق التقاعد في نهاية كل شهر ومتوسط المعاش الشهري خلال عام 1997 244

الصفحة

- جدول رقم (17): عدد المستحقين ومقدار المعاشات المنصرفة لهم
من الهيئة العامة لصندوق التقاعد كل شهر
ومتوسط المعاش الشهري خلال عام 1997 ..
245
- جدول رقم (18): توزيع السكان السعوديين (60) سنة فأكثر
حسب العمر والجنس ..
251
- جدول رقم (19): توزيع السكان السعوديين (60) سنة فأكثر
حسب الحالة الزوجية والجنس ..
251
- جدول رقم (20): توزيع السكان السعوديين (60) سنة فأكثر
المشتغلين حسب أقسام المهن الرئيسة وفئات
العمر ..
252
- جدول رقم (21): توزيع السكان السعوديين (60) سنة فأكثر
حسب الحالة التعليمية والجنس ..
252
- جدول رقم (22): حركة الحالات بدور الرعاية الاجتماعية
بالمملكة العربية السعودية حسب الأعداد خلال
العام المالي 1416 - 1417هـ ..
256

الصفحة

- جدول رقم (23): توزيع لأبرز الأمراض المنتشرة بين المسنين في
سلطنة عمان 263
- جدول رقم (24): تفريع بالمساعدات والمعونات والمعاشات المقدمة
للمسنين في سلطنة عمان 264
- جدول رقم (25): الحالة الاجتماعية للمسنين (60) سنة فأكثر في
سلطنة عمان 266
- جدول رقم (26): المستوى التعليمي للمسنين (60) سنة فأكثر في
سلطنة عمان 266
- جدول رقم (27): النشاط الاقتصادي للمسنين (60) سنة فأكثر في
سلطنة عمان 267
- جدول رقم (28): نوعية المهن التي كان المسنون يعملون بها
بالنسبة للمشتغل والمتعطل الذي سبق له
العمل) في سلطنة عمان 268

الصفحة

- جدول رقم (29): المسنون من (60) سنة فأكثر حسب المكان
والجنس بدولة قطر 270
- جدول رقم (30): تقدير السكان الكويتيين (10) سنوات فأكثر
حسب فئات العمر والنوع والحالة التعليمية
بدولة الكويت 275
- جدول رقم (31): توزيع المستفيدين من خدمة دار رعاية المسنين
بحسب نوع وسبب الإيداع في دولة الكويت . 277
-

تقديم المدير العام

تحتل فئة كبار السن في المجتمع العربي مكانة متميزة ومرموقة، كما تحتل منزلة رفيعة من التقدير والرعاية والاحترام، وذلك بفضل التقاليد العربية المحمودة التي تسود علاقات الناس بعضهم ببعض، وبفضل القيم الإنسانية والأخلاقية التي تحكم ترابط الأفراد في محيطهم الأسري والاجتماعي والمستمدة من أحكام وتعاليم الشريعة الإسلامية السمحاء.

وتمسكاً بتلك التقاليد الأصيلة المتوارثة عن الآباء والأجداد، وتمكينها في سلوك الأطفال ونفوس الأبناء، وحرصاً على ترسيخ تلك القيم النبيلة في عقول الناشئة ووجدان الشباب من الأجيال الصاعدة، واستجابة لدعوة الأمم المتحدة للاحتفال بسنة دولية لكبار السن خلال عام 1999، فقد قرر مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية تكليف المكتب التنفيذي بإقامة مجموعة من الفعاليات التي تبرز مبادئ وأهداف هذا الحدث العالمي، وتعكس في الوقت ذاته أصالة وتجارب وخبرات المجتمع العربي الخليجي في مجال الاهتمام بقضايا المسنين وأساليب رعايتهم.

ويأتي في مقدمة فعاليات هذه المناسبة الدولية قيام المكتب التنفيذي بنشر هذه الدراسة تحت عنوان «كبار السن . . عطاء بلا حدود» التي تتناول الموضوع على خلفية أن مفهوم رعاية المسنين هي رعاية لقيم الخير والتواصل وصلة الرحم والمشاركة . ومن هذا المفهوم تعالج فصول الدراسة مختلف قضايا المسنين من خلال النظريات الاجتماعية والنفسية المفسرة للشيوخة، ورصد أثر التحولات الاجتماعية والثقافية في رعايتهم، وذلك في ضوء موثيق الأمم المتحدة والموروث الإنساني الأشمل مع التركيز، وبصفة خاصة، على مضامين وجوهر رعاية المسنين في الإسلام، وفي هذا السياق وفي إطار منهجي تستعرض مادة الدراسة واقع المسنين في أقطار مجلس التعاون الخليجي وبرامج رعايتهم، كما تعرف بأهم الدراسات الميدانية المتوافرة، مع تحليل لأهم الإحصائيات والتشريعات الخاصة بذلك، لتنتهي في فصلها الأخير إلى مجموعة من المؤشرات العلمية والتوصيات الموضوعية الرامية لتوثيق أوجه التكامل بين أقطار مجلس التعاون في مجال معالجة قضايا المسنين، وتطوير برامج خدمات الرعاية المقدمة لهم من منظور عربي إسلامي يركز على الأبعاد الأسرية والاجتماعية، وينطلق من وجوب أن تكون الجوانب الإنسانية والأخلاقية والنفسية محور عملية المعالجة وأساس خطط التطوير في هذا المجال الحيوي الذي تستشرف آفاقه مفردات هذه الدراسة

الاجتماعية الهادفة التي جاء إنجازها في نطاق استجابة وإسهام بناء من قبل الجهات المختصة في الدول الأعضاء، كما جاءت حصيلة تعاون مثمر بين الباحثين المختصين في المكتب التنفيذي والدكتور أبو بكر أحمد باقادر أستاذ علم الاجتماع بجامعة الملك عبدالعزيز بجدة، الذي قام بجهد مخلص ومشكور نرجو أن يتعزز بجهود أخرى مماثلة، وأن يكون خطوة نحو إجراء المزيد من الدراسات العلمية في هذا الميدان الاجتماعي الهام.

والله نسأل دوام التوفيق والسداد، ،

كامل صالح الصالح
مدير عام المكتب التنفيذي

دراسة تحليلية

قام المكتب التنفيذي بإعداد هذه الدراسة التحليلية الاجتماعية
بالتعاون مع
الدكتور أبو بكر أحمد باقادر
أستاذ علم الاجتماع - جامعة الملك عبدالعزيز
جدة - المملكة العربية السعودية

مدخل تمهيدي

أمام المنجزات التي حققتها العلوم الاجتماعية والطبيعية والتطبيقية وما ترتب على نتائجها من تحولات إيجابية عميقة أسهمت بشكل ملحوظ في تقدم وغماء الإنسان وتيسير حياته في مختلف مراحل عمره من كونه جنيناً وطفلاً وشاباً ومسنناً، وأصبح مفهوم عمر الإنسان في مرحلة الكبر تحديداً، محل تطور وتغير دائمين في تداول العلوم بمختلف فروعها العلمية والتخصصية، كل علم من زاوية اختصاصه ومجاله في دراسة عمر الإنسان .

لذلك فإن مرحلة الكبر التي يمر بها كل إنسان في حياته من الصعب ربطها اجتماعياً بعمر زمني معين، لأن هذا العمر يختلف من مجتمع لآخر ومن فترة زمنية لأخرى في نفس المجتمع، فمن الواضح أن العمر الزمني والعمر البيولوجي قد لا يتفقان أو يتلازمان، فلكل فرد أعمار مختلفة قد تتفق وقد لا تتفق، إذ إلى جانب العمر الزمني توجد أعماط أخرى من الأعمار: العمر البيولوجي والعمر الاجتماعي والعمر النفسي، وهي محل تغير وتطور كلما تقدمت العلوم في أبحاثها ودراساتها .

إلا أنه قد جرت العادة عند العلماء والمتخصصين إلى تقسيم السكان إلى فئات عمرية مختلفة، لكن من الناحية الاقتصادية والاجتماعية غالباً ما يقسمونهم إلى ما يعرف بالأعمار الثلاثة التي يمر بها الكائن الحي . والعمر الأول هو من الولادة إلى نهاية السنة الرابعة عشرة وتعد هذه المرحلة العمرية مرحلة الصبا والإعالة الأولى، إذ يكون فيها الفرد معتمداً في معيشتة وتقريباً في تلبية كافة متطلباته وحياته على الآخرين وبالذات أسرته المباشرة . وفي العديد من المجتمعات يكون الفرد في هذه المرحلة العمرية منخرطاً في تعليم إلزامي ولا يعد مسؤولاً عن تصرفاته من الناحية القانونية، فهو في نظر القانون

والمجتمع (قاصر) مسؤول أهله عنه . ولقد خُطت القوانين والتشريعات الدولية خطوات كبيرة في العقود المتأخرة لحماية هذه الفئة العمرية، فحُرمت العديد من الدول إجراه الأطفال على العمل أو استغلالهم كوسيلة للحصول على المال، إضافة إلى ذلك تعدهم معظم المجتمعات فئة وإن كانت غير منتجة بعد إلا أنها مصدر استثمار مهم وأمل مشرق للمستقبل لذا هيأت لها كل الفرص لمزيد من التعليم والرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية بما يكفل لها إمكانية القيام بالأدوار المنوطة بها . ونظراً للتطور الكبير الذي حققته الإنسانية فإن معدلات الوفيات بين هذه الفئة قد انحسر كثيراً وأمكن إبعاد شبح الأوبئة والأمراض العديدة التي كانت تعصف بالأطفال وتحسنت عموماً حالة الأطفال الصحية والغذائية . وتسعى الأمم إجمالاً إلى خفض معدلات الإنجاب رغبة في زيادة ارتفاع مستوى العناية والتربية لهذه الفئة العمرية، صحيح أن هناك من الدول التي يعاني فيها أطفالها من بعض المنغصات، إذ نجد أن فئات من الأطفال تعاني من الأمراض والوفيات والحرمان من فرص التعليم؛ بل ويكره بعضهم على العمل الشاق وغير ذلك، لكن مع تزايد الوعي وارتفاع المطالبة بتنفيذ القوانين والمواثيق الدولية الضامنة لحماية حقوق الأطفال فإن المستقبل يبدو أكثر إشراقاً لهذه الفئة العمرية .

أما العمر الثاني فهو لمن كانوا بين (15-60 أو 65) سنة من أعمارهم، وهذه الفئة العمرية هي الفئة المنتجة في المجتمع والتي يقوم عليها النشاط الاقتصادي عموماً . فالفرد في هذه الفئة في الغالب إما أنه قد دخل سوق العمل والإنتاج أو بدأ في مسار الانخراط في برامج تدريبية لذلك . وهذه الفئة العمرية عليها القيام بعبء رعاية وإعالة غيرها وهم من في مرحلة القدرة على التزاوج ومن ثم الإنجاب وبذلك يعتمد عليهم استمرار المجتمع وتزايد أعداده، لذا بقدر نسبتهم في المجتمع تكون قوة وقدرة المجتمع على الإنتاج والعطاء .

بعد الانتهاء من العمر الثاني يدخل الإنسان في طور العمر الثالث الذي يشهد تحولات مهمة ، وهي المرحلة العمرية التي تمتد ما بعد الستين . ولعل من أبرز مظاهر هذه المرحلة أنها أصبحت مرحلة راحة وخروج من إطار عملية الإنتاج في العصر الحديث من خلال ما يعرف بنظام (التقاعد) . وهو أمر لم يكن واسع الانتشار في الماضي ، إذ كان بإمكان الإنسان أن يبقى في عمله ، الذي كان إجمالاً في الزراعة أو الصيد أو التجارة والأعمال الحرفية حتى الموت . لكن ما أن انتقل الإنسان للعمل في المهن الحديثة التي تتطلب قدرة وكفاءة إنتاجية شبابية حتى أخذ مثل هذا النظام في التبلور ثم الانتشار . لكن وبسبب ارتفاع متوسط عمر الفرد عما كان عليه سابقاً ولتعدد فرص ومجالات الأعمال والحاجة الماسة لدخول الشباب لسوق العمل حُدّد سن الستين أو الخامسة والستين لإنهاء استمرار العامل من عمله إلزامياً ومن ثم ضرورة دخوله مرحلة جديدة من الإعالة .

ولقد أصبحت مسألة إعالة المحالين إلى المعاش من كبار السن مسألة ذات أبعاد اقتصادية كبيرة بالنسبة للمجتمعات الحديثة ، وخاصة الصناعية منها ، نظراً لتزايد أعداد ونسبة المسنين ، ومن ثم أصبحت المعاشات والتأمينات التي تدفع لهم تشكل نسبة لا بأس بها من ميزانية تلك المجتمعات ، ولما كانت هذه الفئة العمرية تتحسن أحوالها الصحية وتزداد أعدادها ، أخذت في الظهور مؤخراً فئة عمرية جديدة يطلق عليها العمر الرابع ، ويقصد بذلك من تجاوزت أعمارهم الثمانين ، وهي فئة بحسب مصادر بيانات الأمم المتحدة تزايد بشكل كبير .

إذن المجتمعات الحديثة تواجه فئتين عمريتين تحتاجان للرعاية والإعالة ، الأولى فئة الأطفال دون الخامسة عشرة وهي الفئة الواعدة وتعد إعالتها استثماراً في المستقبل . أما الفئة المعالة الأخرى فهي فئة العمر الثالث والرابع

وهي فئة تعاني في الغالب من العديد من المشاكل الصحية والنفسية وهي غالباً ما تكون في مرحلة انسحاب عام من الحياة العامة، وهي لذلك فئة تتطلب رعاية مكلفة، ونظراً لزيادة أعدادها ولخبرتها فإنها قادرة على التأثير في السياسات العامة وتشكيل جماعات ضغط في محيطها السياسي في الدول الصناعية. ولقد شهد العصر الحديث تطورات عديدة منها رفع سقف سنوات الخدمة قبل الإحالة على المعاش، والسعي لضمان العديد من المكاسب والامتيازات لهذه الفئة العمرية بما يكفل لها حياة كريمة.

والمجتمعات العربية الخليجية، وهي في هذا تشبه إلى حد كبير ما عليه الحال في معظم بلدان العالم العربي، تتميز بأن فئة العمر الأول تشكل شريحة عمرية واسعة جداً، ويعود ذلك إلى ارتفاع معدلات الإنجاب وانخفاض معدلات وفيات الأطفال وتحسن الرعاية الصحية والغذائية وارتفاع مستوى الحياة في المجتمعات الخليجية عموماً. وتعد هذه الفئة العمرية هي أكثر الفئات العمرية أعداداً تليها فئة العمر الثاني (15 - 60/65) سنة وهي أقل منها بكثير وإن كانت في زيادة مطردة، خاصة وأن نظم التأمينات الاجتماعية والتقاعد المعمول بها في أغلب دول مجلس التعاون الخليجي، تتفق على تحديد استحقاق معاش التقاعد بـ (60) سنة بالنسبة للذكور و (55) سنة بالنسبة للإناث مع اشتراط فترة خدمة عمل محددة.

ونظراً لأن هذه المجتمعات كانت تعاني ولوقت قصير من الفقر والعوز والمرض فإن فئة العمر الثالث محدودة إذ أن متوسطات العمر في هذه المجتمعات كانت لا تزيد عن الـ (45) سنة، لكن شهدت العقود الثلاثة الماضية تحولات جذرية في هذا الخصوص وبدأت تظهر آثار هذه التحولات السكانية، إذ ارتفعت نسبة هذه الفئة العمرية إلى أكثر من (5%) ويتنظر أن ترتفع إلى حوالي (9%) في الربع الأول من القرن الحادي والعشرين.

والمجتمعات الخليجية شهدت كذلك تحولات سكانية أخرى لعل أهمها وأبرزها الهجرة الريفية الحضرية وانتشار المدن المتوسطة والكبيرة وسيادة أسلوب الحياة الحضرية، والدخول في إيقاع الحياة الحديثة ومتطلباتها المادية، إضافة إلى انخراط أفراد المجتمعات الخليجية في مهن وأعمال حديثة فرضت تحولات اجتماعية واقتصادية جديدة، صاحبها تحول نوعي في نمط وأسلوب الاستهلاك وانفتاح معرفي وثقافي على الثقافات السائدة في العالم وبالذات الثقافة الغربية عن طريق الاستهلاك الكبير للمواد الإعلامية التي تبثها وسائل الاتصال.

وإذا كانت المجتمعات الخليجية تقليدياً تعد مجتمعات قرابة يقوم بناؤها على العلاقات القرابية في شكل القبيلة، فإن ركيزة هذه العلاقات القرابية كانت الأسرة الكبيرة الممتدة أو اتحادها، فهي التي تشكل الحمولة أو الفخذ أو العشيرة أي الوحدات الاجتماعية الأساسية، إلا أن التحولات السكانية والحضرية التي مرت بها هذه المجتمعات أعطت الأولوية للعائلة، ومع الوقت ظهرت الأسرة الزوجية النواة تأخذ موقعاً بارزاً في الحياة الاجتماعية للناس، فهي محور حياتهم ونشاطهم الاجتماعي.

لا تزال القيم السائدة في المجتمعات العربية عموماً هي التقاليد والأخلاق القائمة على احترام وتكريم كبار السن لسنهم وتبجيل السلطة الأبوية والإذعان عموماً لها، وإن كانت هذه السلطة آخذة في الضعف، خاصة في المراكز الحضرية وأصبحت تأخذ أشكالاً رمزية أكثر منها واقعاً، ولتحولات سيتم التعرض لها لاحقاً في هذه الدراسة، استقلت الأسر النواة بنفسها مما أدى إلى ضرورة اعتماد كبار السن على إعالة أنفسهم ومن ثم أصبح على المجتمع أن يواجه مسألة رعاية كبار السن كمشكلة أسرية-مجتمعية، بل وأخذت في الظهور إمكانيات قيام دور إيوائية لرعاية المسنين دون رعاية أسرية.

وإذا كانت المرأة في الماضي تلعب دوراً أساسياً ومحورياً في رعاية المسنين والقيام بأعباء الحياة الأسرية ومنذ نعومة أظفارها، فإن مجموعة من التحولات والتغيرات مرت وتمر بها المرأة العربية قد أدت إلى تحولات جديدة في هذا المجال ولعل من أهم هذه التحولات التوسع في تعليم المرأة ودخولها مجال العمل بل والمشاركة بشكل واسع في الحياة العامة، وإن اختلف ذلك من مجتمع خليجي لآخر مما أدى إلى تغيرات جذرية في مكانتها والأدوار التي تلعبها داخل الأسرة والمجتمع، ويُتوقع مزيد من التغيرات والتحولات سيشهدها المجتمع الخليجي .

ونظراً لأن المجتمع الخليجي، يعد من مجتمعات الرفاه فإن المتوقع أن يكفل لمواطنيه في كافة الأعمار الرعاية والتكريم المطلوبين، وبالذات لفئة العمر الثالث والرابع، الجيل الذي كان دائماً تقليدياً موضع الإكرام والتبجيل. لكن هل ستكون هذه الرعاية وهذا التبجيل من مسؤوليات الأسرة بإمكانياتها المحدودة وقدرتها المتواضعة أم أن المجتمع سيشارك مع الأسرة في تحمل أعباء الرعاية والتكريم؟ وما هي السياسات والبرامج التي ستعتمد من أجل تحقيق ذلك؟

تستهل هذه الدراسة موضوع كبار السن في المجتمعات العربية الخليجية، من خلال التعريف بأهم الدراسات الميدانية المنجزة في هذه الدول وإن كان بعضها يعود إلى النصف الثاني من عام 1985، إلا أنها ترسم صورة لواقع ومشكلات المسنين في دول مجلس التعاون. كما وتسعى إلى تعرف الخدمات والمرافق والبرامج التي تقدمها هذه المجتمعات لرعاية المسنين فيها ومدى ملاءمتها للتغيرات التي تمر بها هذه المجتمعات سواء من حيث التحولات السكانية التي نجد فيها أعداد المسنين في زيادة مطردة في هذه المجتمعات أو من حيث التحولات الاجتماعية والثقافية في قيم أفراد المجتمع وأثر ذلك في

الكيفية التي سيتعاملون بها مع المسنين أو من حيث القوانين والتشريعات التي على المجتمعات الخليجية أن تتوسع فيها لمزيد من الاهتمام برعاية وتكريم المسنين في المستقبل .

وللقيام بذلك ستقدم الدراسة التراث العلمي المتراكم في العلوم الاجتماعية والنفسية في دراسة مرحلة الشيخوخة والتفسيرات النظرية المقدمة على المستويات الصحية والبيولوجية والاجتماعية والنفسية والتشريعية . وسنسعى إلى تقديم هذا التراث بشكل مختصر وبصورة تسمح لتعرف غالبية الاتجاهات السائدة في هذا الحقل العلمي المعرفي المتطور .

وسيساعدنا هذا الاستعراض السريع والمختصر على تعرف أبعاد قضايا ومشاكل المسنين من ناحية وضرورة التعريف بأن التعامل معهم يقتضي معرفة علمية منظمة تمكن من هم على علم ودراية بها إلى تقديم رعاية وعون أفضل للمسنين . ومن ثم ورغم أهمية العواطف والقيم التقليدية المبجلة والمحترمة للمسنين فإن الحاجة إلى معرفة أعراض الشيخوخة وأمراضها من الناحية الصحية والنفسية ستمكن أفراد المجتمع من تقديم خدمات الرعاية بشكل أفضل وأنجح .

وستقدم في هذه الدراسة مراجعة سريعة ومختصرة لأهم التشريعات والقوانين التي ظهرت لرعاية وحماية المسنين في العصر الحديث . وستعرض في هذا الخصوص موثيق وعهود وكالات ومؤسسات الأمم المتحدة على المستوى الأممي باعتبارها تمثل المرجعية الدولية الحديثة للكيفية التي يجب أن يتعامل فيها المجتمع الحديث مع قضايا كبار السن إجمالاً ، سواء على المستوى الصحي أو السكاني أو الغذائي أو الاجتماعي أو الترويحي أو الاقتصادي ، وتحديد مسؤوليات الأسرة والمؤسسات الاجتماعية بل ومسؤوليات

الحكومات والدول في هذا الخصوص . وتعكس هذه الوثائق مدى التطور الذي ارتقى إليه الوعي الإنساني في مجالات رعاية كبار السن ومن يعانون من أعراض الشيخوخة وأمراضها، إضافة إلى أنها تمثل المعايير العالمية الحديثة التي يمكن الاحتكام إليها وما قامت به الدول الخليجية على كافة المستويات المتاحة .

ونظراً لأن المجتمعات الخليجية مجتمعات عربية إسلامية فإنه كان من المهم التعرض للقيم والأعراف الإسلامية وتأثيرها في بلورة مواقف واتجاهات أفراد هذه المجتمعات من المسن، وكيف أن الإسلام حض على احترام وتقدير المسنين ورعايتهم بوصفها عبادة بل وباعتبارها من الحقوق والواجبات الملزمة للمسلم . كذلك ستقدم الدراسة صورة بانورامية مختصرة عن التحولات الاجتماعية والثقافية التي تمر بها المجتمعات الخليجية وكيف أن هذه التغيرات والتحولات ستؤثر على القيم والاتجاهات خاصة ما تعلق منها بالتعامل مع المسنين، وكيف أنه من الضروري العمل على إيجاد الأرضية التشريعية والاجتماعية الثقافية بما يحول دون تدهور مكانة المسن والتأكيد على ضرورة رعايته وتكريمه واحترامه وتقديم كل ما من شأنه أن يجعل حياته حياة كريمة مريحة داخل الأسرة والمجتمع برمته .

ولتعرّف أوضاع وواقع المسنين، حاولت الدراسة الاستفادة - ما أمكن- من البيانات، رغم قلة توافرها وقدم بعضها والتي لا تقدم الصورة الراهنة، لإعطاء صورة تفصيلية عما تقدمه دول مجلس التعاون الخليجي للمسنين من حيث الاهتمام بزيادتهم في حجم السكان ومن ثم تنشيط مشاركتهم وفعاليتهم الاقتصادية والاجتماعية إضافة إلى ما يوفر لهم من رعاية صحية وعناية باحتياجاتهم الحياتية اليومية والخدمات والمرافق الموجودة للعناية بهم ورعايتهم .

ورغم صعوبة المقارنة بين الجهود المقدمة من دول مجلس التعاون الخليجي أولاً لتشابها وبسبب نقص المعلومات المتوافرة، فإن الدراسة ستسعى إلى تقديم مقارنات عامة وأولية بين ما تقدمه هذه الدول لمواطنيها من المسنين في ضوء ما توافر من تقارير ودراسات عن دول مجلس التعاون حول البرامج والخدمات المقدمة فعلاً لكبار السن وما يرصد لها من ميزانيات وأهم المشاكل والعقبات التي تعاني منها.

والدراسة تسعى إلى تأكيد أهمية هذه الفئة العمرية التي يتوقع أن تكون من أكثر الشرائح العمرية ارتفاعاً في المستقبل القريب، لأسباب عديدة أوضحت الدراسة أهمها، ولأن معظم السكان ينتظر أنهم سيمرون بهذه المرحلة العمرية ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى تقديم أفضل الظروف والسياقات الاجتماعية والصحية لصالح هذه الفئة.

ومن خلال ما انتهت إليه الدراسة من مجموعة من المؤشرات العامة والتوصيات المستخلصة منها واستعراضها العام لواقع ومجالات رعاية كبار السن في دول المجلس، فإن هذه الدراسة يمكن أن تشكل الخطوة الأولى المهمة لمزيد من الدراسات المستقبلية والأبحاث الجادة لتعمق الاهتمام بهذه الفئة العمرية التي يهم الجميع أحوالها، فالكل مرشح شخصياً للمرور بها!

الفصل الأول

تعريف بأهم الدراسات الميدانية في دول مجلس التعاون الخليجي

مقدمة:

يحاول هذا الفصل تقديم صورة قريبة لواقع المسنين وكيفية التعامل مع مشاكلهم واحتياجاتهم في المجتمع العربي الخليجي وذلك من خلال الوقوف على أبرز وأهم الدراسات الميدانية القطرية المنجزة في دول مجلس التعاون الخليجي ، ورغم أن بعض هذه الدراسات الميدانية قديمة نسبياً، إلا أن أهميتها تكمن أولاً في معرفة الأسس والمنطلقات والأساليب والمناهج العلمية المعتمدة في دراسة هذه الفئة العمرية، وثانياً في تعرف أوضاع كبار السن من واقع الدراسة الميدانية المنجزة عنهم في كل دولة من دول مجلس التعاون والتي بلاشك سوف تعكس احتياجاتهم ومشكلاتهم ومتطلباتهم، ومن ثم تقديم المؤشرات والنتائج والتوصيات الكفيلة بتطوير وتحسين واقعهم ومستقبلهم في المجتمع .

فيما يلي عرض تعريفى موجز بأهم الدراسات الميدانية المنجزة عن كبار السن في بعض دول مجلس التعاون الخليجي ، وقد تم عرضها وفق سياق أسبقية تاريخ إنجازها وإصدارها .

الدراسة الميدانية الأولى (1985):

وتعد الدراسة التي قدمها قسم التخطيط والبحوث بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة البحرين⁽¹⁾ من الدراسات الرائدة والتفصيلية عن واقع المسنين في إحدى دول مجلس التعاون الخليجي، ولقد حددت الدراسة أهم أهدافها في: حصر المسنين من غير ذوي العجز في البحرين، وتعرف الخدمات المطلوبة للمسنين والوقوف على احتياجاتهم ومتطلباتهم المستقبلية، وكذلك على المؤسسات الاجتماعية القائمة وأنشطتها لفئة المسنين من غير ذوي العجز، ومن ثم تحديد أوجه القصور الموجودة وسبل علاجها.

اعتمدت الدراسة على اختيار عينة عشوائية بلغت (430) مسناً ومسننة يشكلون ما نسبته (5%) من فئة المسنين في المجتمع البحريني، وفقاً لإحصاء السكان والمساكن لدولة البحرين في عام 1981 والذي حدد عدد المسنين الذين تبلغ أعمارهم (65) سنة فما فوق بـ (7764) الذكور منهم (4065) والإناث (3699) وهم إجمالاً يمثلون ما نسبته (2.21%) من مجمل عدد السكان آنذاك. وعدد المسنين البحرينيين بلغ (7055) نسمة ولقد ازداد عدد المسنين عما كان عليه في التعداد السابق الذي أجري عام 1971، إذ كان عددهم (5940) نسمة، ومن الواضح أن أعدادهم في الوقت الحاضر زاد عما كان عليه الحال وقت إجراء الدراسة.

وتقدم الدراسة الخدمات المتوفرة للمسنين في دولة البحرين وهي خدمات تأخذ أبعاداً من أهمها: الرعاية ضمن الإطار الأسري والرعاية ضمن المؤسسات المتخصصة في رعاية المسنين المتنوعة.

(1) وزارة العمل والشؤون الاجتماعية: واقع المسنين في البحرين - دراسة ميدانية، قسم التخطيط والبحوث، النامة، 1985.

ولقد اتضح من المسح الاجتماعي الذي قدمته الدراسة الميدانية جملة من النتائج من أهمها ما يلي:

خصائص المسنين في البحرين: إن المسنين يتوزعون على المناطق السكنية في البحرين وإن كان وجودهم أكثر في المناطق الحضرية الكبيرة: المحرق والمنامة، إن نسبة الذكور والإناث تقريباً واحدة، إن غالبية المسنين تقع أعمارهم فيما بين (65-74) سنة، وتبلغ الأمية نسباً عالية بينهم على أنها أعلى بين الإناث حيث تصل إلى (95%) وإن اختلفت النسبة فهي في الريف أعلى، وتسكن غالبية المسنين بيوتاً شعبية، على أن ذلك أظهر في الريف وأن (54%) منهم يتوفر لهم حمام خاص و (87%) يتوفر لهم مطبخ خاص. إن العاملين من المسنين لا تزيد نسبتهم عن (16%) غالبيتهم من الذكور، وهم إما فلاحون أو عمال أو باعة أو تجار، وغالباً ما يعمل هؤلاء ثماني ساعات يومياً (49%) منهم، ولا يزيد دخل (38%) منهم عن (200) دينار شهرياً و (22%) منهم يبلغ دخلهم الشهري (150) ديناراً وحوالي (19%) يزيد عن (200) دينار، وحوالي (70%) منهم أوضحوا أنهم مرتاحون في أعمالهم الحالية، أما من أوضحوا أنهم غير مرتاحين فلقد أرجعوا أسباب ذلك إلى عدم ملاءمة طبيعة العمل لسنهم أو انخفاض الراتب أو عدم ملاءمة موقع العمل أو ساعات العمل أو بسبب سوء علاقتهم مع زملائهم في العمل وإن أبدى (54%) منهم أن لهم علاقات جيدة مع زملائهم الذين انقطعوا عن العمل أرجعوا ذلك إلى العجز عن العمل أو لبلوغ سن التقاعد أو المرض وعدم الرغبة في الاستمرار في العمل أو لأنه تم الاستغناء عن خدماتهم. ولقد أوضحت نتائج الدراسة أن نصف العينة يعتمدون على عمل الأبناء وعلى مساعدات وزارة العمل والشؤون الاجتماعية وإن كان النصف الآخر قد أوضح أنهم يملكون مصادر دخل أخرى مثل عائدات تجارية أو عملهم في مهنة ما أو ما يقدمه الأقارب

لهم من مساعدات، ولا تزيد نسبة الذين يعيلون أسرهم من عينة الدراسة عن (37٪)، وأوضحت الدراسة أن (5٪) من أفراد العينة يحترفون مهناً يعملون فيها من منازلهم كصناعة البخور أو صناعة أقباص الصيد أو صنع السلال وغيرها.

أما في مجال الخدمات الصحية المتوافرة آنذاك في عام 1985، فالدراسة توضح أن غالبية المسنين أفادوا بأن هناك نقصاً في توافرها ولقد أوضح البعض أن نقص المعلومات لديهم أيضاً يجعلهم لا يستفيدون منها في حالة توافرها، وأوضحت الدراسة أن المراكز الصحية هي أكثر المؤسسات الصحية فائدة للمسنين يأتي بعدها المستشفيات فالعيادات الخاصة ثم عيادات الطب الشعبي.

أما بالنسبة للحالة الاجتماعية لأفراد العينة فلقد أوضحت الدراسة أن نسبة المتزوجين بلغت (60٪) والأرامل (38٪) وتشكل المطلقات ومن لم يسبق لهن الزواج نسبة ضئيلة جداً.

وفي مجال رعاية المسن فلقد أوضحت الدراسة أن حوالي (36٪) من أفراد عينة الدراسة يقومون برعاية أنفسهم، أما نسبة من يعانون من مشاكل داخل المنزل فهي تبلغ حوالي (8٪) وهي تزداد بين النساء وتقل بين الرجال.

ويلتقي حوالي ربع المسنين مع أفراد المجتمع في المآتم ثم المساجد فالمجالس الخاصة بالسوق وغيرها من الأماكن. ويأتي الراديو في مقدمة وسائل الترفيه اليومية للمسنين يليه التلفزيون فالمآتم فالمساجد فالمجالس، وبحسب إفادة حوالي (75٪) من أفراد العينة فإن ساعات الترفيه اليومية لا تزيد عن أربع ساعات وهي ترتفع عند الإناث وتنخفض عند الذكور.

ولقد أوضحت الدراسة أن الغالبية الساحقة (96%) من المسنين لا يرغبون في الإقامة في مؤسسات رعاية المسنين، ويعود ذلك في الغالب لجهلهم بما تقدمه هذه المؤسسات من رعاية، والذين يرغبون في الإقامة في دور رعاية المسنين إنما يفعلون ذلك بهدف الحصول على خدمات أفضل من التي يلقونها في بيوتهم أو لتخفيف أعباء رعايتهم عن أسرهم.

وقد أفادت نسبة (94%) من أسر المسنين أنها تفضل إقامة المسن في البيت بدلاً من انتقاله إلى مؤسسات الرعاية، وأرجعوا هذا التفضيل إلى مدى العلاقة التي تربطهم بالمسنين إضافة إلى أنهم في البيت يقدمون خدمات أفضل مما تقدمها هذه المؤسسات.

أما الأسر التي تفضل إقامة المسن في المؤسسات القائمة بدلاً من البيت فهي ترجع ذلك إلى الأسباب التالية: الرعاية والعناية في المؤسسة أفضل من البيت، عدم وجود من يقوم برعاية المسن في البيت، كثرة المشاكل التي يسببها المسن، عدم قدرة الأسرة على توفير العناية اللازمة، وبينت الدراسة أن حوالي (92%) من أسر المسنين أفادوا بعدم معاناتهم من مشاكل يسببها المسن داخل البيت.

ويتضح من هذه الدراسة ضرورة التوسع في إقامة المراكز الصحية تسهيلاً لوصول المسنين لها والتوسع في إعداد وتأهيل الكوادر الطبية القادرة على التعامل مع احتياجات المسنين الصحية وأن على وسائل الإعلام التوسع في شرح ما تقدمه دور ومؤسسات رعاية المسنين مع تفصيل لمختلف الخدمات التي يمكن الاستفادة منها مع بقاء المسن بين أهله وداخل بيته، رفع كفاءة مؤسسات الرعاية والتوسع فيها لتقديم خدمات أفضل لمن يحتاج إليها من المسنين، تعليم

وتدريب المسنين وأسرههم على أساليب رعاية المسنين ودعم جهود الأسرة بما يسهم إيجابياً في رعاية المسنين، التوسع في خدمات المسنين وخاصة في المواصلات بما يمكن أن يسهم من زيادة مشاركتهم في الحياة العامة والحوار دون عزلتهم الاجتماعية، التوسع في المؤسسات الأهلية وإعداد المتطوعين للعمل في مجال رعاية المسنين.

ويمكن القول إجمالاً بأن هذه الدراسة الميدانية ذات قيمة علمية هامة، من حيث شموليتها في دراسة أوضاع المسنين في البحرين، بمنهجية تطبيقية علمية لم تكثف بنتائج المسح والعينة وإنما اعتمدت القراءة التحليلية لتلك النتائج ومن ثم تحديد المشكلات والاحتياجات والمتطلبات اللازمة لتطوير أوضاع المسنين في البحرين، وهذا ما سوف يتبين في الفصل السابع من هذه الدراسة.

الدراسة الميدانية الثانية (1988):

هذه الدراسة التي أعدها كمال آغا: تحت عنوان «الخصائص والملامح العامة للمسنات: دراسة ميدانية للحالات تحت الرعاية بمستشفى الرميلة، الدوحة-قطر»⁽²⁾. وهي من الدراسات الرائدة والمبكرة التي سعت إلى تقديم صورة تفصيلية عن الحالات المدروسة بحسب توزيع الفئات العمرية التي شملتها الدراسة، فقدمت (9) حالات عن فئة العمر (60 - 69) سنة.

(2) كمال آغا: الخصائص والملامح العامة للمسنات: دراسة ميدانية للحالات تحت الرعاية بمستشفى الرميلة بالدوحة، القاهرة، الجمعية المصرية لصحة المسنين، 1988.

يقدم الباحث في دراسته لكل حالة أربع عشرة معلومة يوضح فيها ما تمر به الحالة بشكل تفصيلي ، وهذه المعلومات هي :

1 - بيانات أساسية: العمر، تاريخ دخول المستشفى، جهة التحويل، من الذي قام بإيداعها المستشفى؟

2 - الحالة البدنية: سبب دخول الحالة المستشفى، الأمراض الأخرى التي تعاني منها حالة الحواس لديها وكذلك الأعصاب ونوعية العلاج المقدم لها.

3 - القدرات الحركية: مدى قدرة الحالة على تلبية احتياجاتها من طعام وملبس ونظافة وقدرتها على تحريك أطرافها، نوعية المساعدة التي تحتاجها.

4 - الوظائف العقلية: القدرة على النطق والتعبير والقدرة على التذكر.

5 - الحالة الزوجية (الاجتماعية): حيث يذكر وضعها الزوجي الحالي وعمرها عند زواجها.

6 - الأبناء والأهل الأقربون: عدد من أنجبت ومن منهم على قيد الحياة وعدد أحفادها وزوجات الأبناء وأزواج البنات وما لديها من أخوة وأخوات (بمعنى تقديم صورة تفصيلية عن أسرتها الممتدة).

7 - الحالة الاقتصادية: الدخل الشهري والمصادر الأخرى للثروة الشخصية إن وجدت .

8 - الرعاية قبل دخول المستشفى : من كان يقوم برعاية الحالة وهل تشكو الحالة من إهمال أسرتها الممتدة لها؟

9 - انتظام الزيارة: تاريخ آخر زيارة ومن زارها والتعرف على مدى مواظبة زيارتها؟

10 - المسنة والفراغ: كيف تقضي المسنة أوقاتها في المستشفى؟

11 - مشاعر المسنة الخاصة: ما هي أسعد فترات حياتها؟ أتعسها؟ لمن تشتاق؟ هل تشعر بجحود الأبناء؟ هل تفتقد القرين/ الزوج؟

12 - الموقف بين الخروج من المستشفى والبقاء فيه: هل ترغب أن تكون بين أسرة؟ أم أن تبقى في المستشفى؟ ولماذا؟

13 - موقف الأهل: سبب إيداعها في المستشفى وهل السبب مستمر؟ ما رأيهم في خدمات المستشفى؟ ما هي البدائل التي يفكرون بها؟

14 - رأي الطبيب المعالج: هل الحالة ينبغي أن تستمر في المستشفى أم تعود إلى حياتها الأسرية؟

وعند الاطلاع على البيانات التي توردها الدراسة يلاحظ إجمالاً ما يلي :
إن من يودعون هذه الحالات هم من أفراد أسرها الممتدة أو أقاربها، وهي حالات غالباً ما تتحول من إحدى المستشفيات ومرضى من أمراض الشيخوخة، خاصة الضعف الجسدي العام، وغالبية الحالات تعاني من مشاكل في قدراتها الحركية، والغالبية تعاني من حالات خرف بل أن بعضها أصبحت عاجزة عن الكلام والتذكر، ومعظمها أرامل وهناك القليل جداً من المطلقات ومن تزوج عليها زوجها بأخرى.

بالنسبة للأبناء والأقربين من الأهل يلاحظ أن لمعظم المسنات - موضوع الدراسة - أقارب من أبناء وبنات وأحفاد وأخوات وإن كانت أعدادهم ليست بالكبيرة، بل أن البعض -وهن قلة- ليس لهن أبناء أو حتى أقارب أحياء .
وغالبيةهن أحوالهن الاقتصادية متواضعة جداً قبل دخولهن المستشفى لكن يجدن الرعاية داخل إطار أسرهن . بالنسبة للزيارات المنتظمة فإنها وإن كانت هناك زيارات إلا أن الشكوى من انتظامها وهذا يزيد من إحساسهن بالإهمال والنبذ، وغالباً ما تقضي المسنات أوقات فراغهن في مشاهدة التلفزيون أو النوم وغالبيةهن يعدن فترات بقائهن في المستشفى أتعمس مراحل حياتهن وهن وإن كن يرين أن الرعاية والمساعدة المقدمة لهن من المستشفى معقولة وعموماً كريمة، إلا أن أمر مغادرة المستشفى صعب لمرضهن وغالباً لا ترغب الأسرة في تحمل أعباء أمراضهن بإبقائهن عندها، رغم أن الأطباء في العديد من الحالات يرون أن المحيط الأسري هو الأنسب لهن .

ويقدم الباحث للفتة العمرية (70-أقل من 80) سنة (7) حالات وهن من الأراامل أو في عدادهن ولقد أودعهن في المستشفى أحد أفراد أسرهن والغالبية تعاني من أمراض الشيخوخة مما يجعلهن معتمدات في معظم شؤونهن على

أسرهن ، ورغم أن البعض يحظين بزيارات منتظمة ربما لمستوى معيشة أسرهن فإن الغالبية تعاني من الإهمال والعوز ويعتبرن أيامهن الحالية أتعس أيامهن ويقضين أوقاتهن في النوم أو السرحان أو مشاهدة التلفزيون ، ورغم أن الغالبية تعتبر رعاية المستشفى معقولة ، فإن بعض الحالات ممن يحظين برعاية أسرهن أبدين انتقادات للمستشفى وطالبن بأن يقيم المستشفى حفلات ترفيهية للمسنات وأن تتحسن معاملة المرضات للمسنات . ويظهر أن الأسر في هذه الشريحة تفضل أن تبقى المسنات في المستشفى لعجز المسنات البدنية والحركية والعقلية ، على أن الأطباء يوصون في بعض الحالات بأن المحيط الأسري أفضل لهن .

ويقدم الباحث للفئة العمرية (80-أقل من 90) سنة (9) حالات وفي هذه الفئة العمرية يلاحظ تكرار الأعراض والخصائص الأساسية ، فجميعهن من الأرامل سوى واحدة مطلقة وأودعهن أحد أفراد أسرهن وجميعهن يعانين من أمراض الشيخوخة والاعتماد شبه الكلي على الآخرين في القيام بمتطلبات الحياة اليومية ، وحالتهن النفسية تعيسة وإن كان الأمر غير واضح تماماً لأن معظمهن في غيبوبة وعدم وعي بما يحيط بهن وإن كن يعانين من عدم انتظام الزيارة مما يشعرهن بعدم الاهتمام والنبذ وهن في الغالب يتطلعن لزيارة أحفادهن وأسرهن ويظهر أن بقاءهن في المستشفى ضروري صحياً وإن كان المحيط الأسري ، في رأي الأطباء ، أكثر جدوى وأثراً على حالتهن الصحية .

ويقدم الباحث للفئة العمرية التي تجاوزت أعمارها التسعين (4) حالات وهذه الفئة جميعها من الأرامل وواحدة لم تتزوج قط ، وهن يعانين من أمراض الشيخوخة كالخرف والشلل والسلس المزدوج ويعانين من عدم انتظام الزيارة ومن ثم الشعور بالإهمال ، ويمر بعضهن بأعراض الاحتضار ، وهن إجمالاً يعتمدن كلياً على غيرهن .

وكما أوضح الباحث بشكل تفصيلي في دراسته، فإن المسنات يمثلن شريحة ممثلة جداً لما يذكره الأطباء لأمراض المسنين التي سيأتي ذكرها في الفصول اللاحقة، فمن أدخلن للمستشفى بسبب الشلل وجلطة المخ يمثلن (37%) والسلس (10%) وضغط الدم وأمراض القلب (10%) والكسور حوالي (7%) والخرف حوالي (7%). وبطبيعة الحال تزداد النسبة بحسب الشريحة العمرية المدروسة.

أما بالنسبة للحالة النفسية للمسنات، فيمكن إجمالاً القول بأن الخرف وعدم الإدراك يمثل في عينة الدراسة (43%) ومن يعانون من خلل خفيف حوالي (27%) ومن غيبوبة (23%) أما من كن سليمات فلا تتجاوز نسبتهن (7%).

ولقد قام الباحث بالتحليل الإحصائي المبسط لنسب من كانوا يقومون برعاية المسنات قبل دخولهن المستشفى ومن كانوا يزورونهن وأثر ذلك على المسنات، ومن الواضح مما قدمه أن لهذا الجانب الاجتماعي الأسي أهمية كبرى في حياة المسنات، مما يعني ضرورة الاهتمام به كوسيلة مهمة في رعاية المسنات. (*)

وإجمالاً الدراسة وإن فصلت بين الجانب النظري والجانب التطبيقي الميداني، لكن من الواضح أن ما تذكره الدراسات النظرية كان مجسداً واقعاً في حالات المسنات القطريات، على أن للثقافة المحلية المتمحورة حول الأسرة

(*) على أن تحليلاته لم تتعامل مع البيانات كما لو أنها مجرد دراسة مسحية وإنما بوصفها بشكل أساسي حالات.

والعلاقات الأسرية أثراً إيجابياً لا تتم الاستفادة منه في أحيان كثيرة كما يجب في أمر رعاية المسنين ، كما تفتقر الدراسة إلى الاهتمام بمحاولة التنظير المتجاوز لعلمية الوصف لواقع الحالات ، إذ كان بالإمكان السؤال عن أسباب انتشار أمراض شيخوخة معينة بشكل أعلى عن أخرى أو فقدان القدرة على استخدام حواس عن أخرى أو أسباب عدم انتظام الزيارة في مجتمع لا يزال يعتبر مجتمعاً تقليدياً وأسرياً . ربما لو أن الباحث حاول القيام بذلك لكانت الدراسة أكثر عمقاً وفائدة .

الدراسة الميدانية الثالثة (1991) :

وهي عبارة عن دراسة ميدانية تم إعدادها من قبل الباحث راشد محمد أبا الخيل لنيل أطروحة الدكتوراه تحت عنوان «الشيخوخة ومراكز العناية بالمسنين في العالم : نموذج مركز اجتماعي صحي للمسنين في المملكة العربية السعودية»⁽³⁾ .

وقد هدفت الدراسة إلى تصميم نموذج لمركز اجتماعي صحي يسدّ احتياجات المسنين والمسنات في المملكة العربية السعودية ، الذين تأثروا بشدة بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي طرأت على المملكة .

(3) الدكتور راشد محمد أبا الخيل : الشيخوخة ومراكز العناية بالمسنين في العالم ، نموذج مركز اجتماعي صحي للمسنين في المملكة العربية السعودية . مطابع الشريف ، 1991 .

كما أن نتائج هذه الدراسة ومعطياتها الميدانية الشاملة قد جاءت بهدف تطوير لما هو قائم في مراكز اجتماعية لرعاية المسنين في المملكة العربية السعودية والعمل على الارتقاء بخدمات وأنشطة وبرامج تلك المراكز المنتشرة في المملكة على الصعيدين الحكومي والأهلي، وفي سبيل ذلك، زار الباحث (27) مركزاً للعناية بالمسنين في ثماني دول وهي الدنمارك والسويد وهونج كونج واليابان وتايوان ومصر والكويت وكاليفورنيا وفلوريدا في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك حتى يتسنى للباحث تحديد الخدمات التي يقدمها كل مركز من تلك المراكز في هذه الدول وطبيعة الأنشطة والبرامج المتوفرة فيها من خلال توزيع استبانة عليها والتي اشتملت على طلب معلومات عن اسم وموقع وحجم المركز، تاريخ إنشاء المركز والميزانية السنوية للتشغيل ومصادر التمويل المالي له، وعدد العاملين بالمركز ومؤهلاتهم، وعدد الأعضاء المسنين، والخدمات الترفيهية والصحية والتعليمية التي تقدم للأعضاء، ومعدل دخل الأعضاء المسنين ومستوى تعليمهم ووسائل الاتصال الاجتماعي المستخدمة في المركز.

وقد جاءت نتائج الاستبانات بمعطيات مهمة حيث أن (26) مركزاً من الـ (27) مركزاً تقدم بعضاً من الخدمات الصحية بالإضافة إلى الخدمات الاجتماعية ووصفت بأنها اجتماعية صحية، في حين أن مركزاً واحداً فقط لا يقدم خدمات صحية من أي نوع.

كما تبين من نتائج الاستمارة أن (21) مركزاً منها قد أنشئ منذ عام 1971، وأن العديد من تلك المراكز تتلقى الدعم المالي من حكوماتها. أما بخصوص الميزانية فهناك (6) مراكز من مجموع الـ (27) مركزاً تعمل بميزانية أقل من (100,000) دولار في السنة وتقدم خدماتها لـ (150) مستفيداً في اليوم وهذا يعني أن المركز ذو الإدارة الجيدة يمكن أن يعمل بميزانية منخفضة إلى حد معقول.

كما أفاد (18) مركزاً بانخراط عملائها في بعض من أنشطة المجتمع . أما عن العاملين فإن (10) مراكز تعمل باستخدام عدد قليل من العاملين بنظام اليوم الكامل أو جزء من الوقت . وهناك (13) مركزاً في جميع المناطق - عدا الكويت ومصر - تعتمد على أعداد كبيرة من المتطوعين . ويحمل (21) مسؤولاً في المراكز شهادات جامعية أو درجات مشابهة و(15) مسؤولاً متخصصين في علم الاجتماع أو الخدمة الاجتماعية .

وقد تبين من الاستبانات أن معظم المراكز تعمل سبعة أيام في الأسبوع (10) مراكز وهناك (8) مراكز تعمل ستة أيام و (8) أخرى تعمل خمسة أيام في الأسبوع . وتستمر ساعات العمل في (22) مركزاً من الساعة الثامنة صباحاً حتى الساعة الرابعة بعد الظهر أو من التاسعة صباحاً حتى الخامسة مساءً .

ويقدم (16) مركزاً وجبات الغذاء على مدار خمسة أيام في الأسبوع على الأقل ، كما تقدم معظم المراكز العديد من الخدمات الترفيهية والتعليمية والصحية والمعلومات والإرشاد ، إلا أن عدداً قليلاً فقط من تلك المراكز يقدم خدمات النقل والتوظيف .

كما تبين من نتائج الاستبانات أن غالبية المسنين المواطنين على الحضور لمثل هذه المراكز هم من المسنين الأصحاء المتقاعدين ممن يبلغون سن الستين فما فوق بل أن (17) مركزاً يشترط سن الستين حداً أدنى للقبول فيها ، وقد أفاد (23) مركزاً بأن عملاءهم حاصلون على تعليم ثانوي أو أقل . ويقع (15) مركزاً فقط في المناطق المدنية إلا أن (18) مركزاً تبين أن عملاءها من المناطق المدنية .

وقد تبين أيضاً أن معظم المسنين الوافدين على مراكزهم يذهبون إليها لتجنب الوحدة ولقضاء أوقات فراغهم .

وإستناداً للنتائج التي انتهت اليها الدراسة من الزيارات الميدانية وأجوبة الاستبانات لـ (27) مركزاً في العالم ، قام الباحث بتصميم استبانة ثانية موجهة للمسنين والمسنات من مواطني المملكة العربية السعودية والتي استجاب (692) من الجنسين وذلك بهدف معرفة احتياجاتهم لمثل تلك المراكز أو عدم احتياجهم لها ومدى إمكانية استخدامهم للمراكز في حال إنشائها .

وقد جاءت المعلومات المجمعة من الاستبانات التي وزعت على المسنين بالمملكة العربية السعودية بأن العوامل المتمثلة في الهجرة واختلاف دور المرأة وتغير التركيب الأسري ، تؤثر على المسنين بطرق عدة خاصة وأنها قد تؤدي إلى الوحدة والاكتئاب . فإن وحدة البلاد واكتشاف النفط في الثلاثينيات قد حملا كثيراً من الناس على الهجرة من المدن والقرى الصحراوية إلى المدن الكبرى للحصول على العمل أو للدراسة . ومن بين (692) مسناً أجابوا على الاستبانات ، يعيش الآن (61%) منهم في المدينة في حين كان يعيش فيها (31%) فقط في طفولتهم . والواقع أن (54%) ممن يعيشون في المدينة الآن قد قدموا إليها منذ أقل من أربعين عاماً أو منذ اكتشاف النفط ، ومن ناحية أخرى انتقل (7%) من المدن إلى مناطق أخرى ولم يعيش (33%) فقط في المدن على الإطلاق ، ومع هذه الهجرة إلى المدينة ، خضع العديد من المسنين لتحول أسلوب الحياة والتحول عن احتياجاتهم التي قد لا توفرها لهم البيئة الجديدة .

إن التغيرات الاجتماعية الاقتصادية في المملكة قد غيرت أيضاً من دور المرأة. فقد أصبح من الضروري أو من المرغوب فيه لعديد من النساء، أن يذهبن إلى المدرسة أو للعمل لكي يساهمن بدور في التنمية. فلقد أوضحت إجابات الاستبانات أن هناك فارقاً كبيراً بين الأجيال. ذلك أن (11%) فقط من المسنات قد عملن من قبل، وأن (4%) فقط قد تعلمن، في حين أن (59%) من بنات (691) مسناً شملتهم الاستبانات، يتعلمن أو يعملن.

وبما أن رعاية المسنين تعتبر من مسؤوليات المرأة طبقاً للعادات والتقاليد، فمن المنطق القول بأن العديد من المسنين في الوقت الحاضر قد يتلقون رعاية أقل من المعتاد، إذ لم يتبق بالمنزل إلا عدد قليل جداً من النساء ليعتنين بالمسنين.

كما أن الوظائف التي توفرها المدينة تغير من الأسرة التي يعمل أفرادها في مجالات متفرقة، ذلك أكثر مما لو كانت الأسرة تعمل معاً كوحدة واحدة. ولهذا السبب يترك المسنون في معظم الحالات في البيت بمفردهم خلال ساعات النهار، بينما يذهب الآخرون للعمل أو للمدرسة، فعلى الرغم من أن (53%) من عينة المسنين التي شملها البحث يعيشون مع أسرة تتكون من ستة أفراد وأكثر إلا أنه وجد أن (73%) من أعضاء هذه الأسرة يذهبون للعمل أو المدرسة خلال النهار الأمر الذي يترتب عليه بقاء عدد من المسنين بمفردهم خلال معظم ساعات النهار.

فضلاً عن اختلاء المسنين بأنفسهم بالبيت خلال النهار، فقد تفرقهم المدينة عن خلائهم وتسلبهم الفرصة في التعايش الاجتماعي، فقد أجاب (8%) منهم فقط بأنه أتيح لهم الفرصة في مجتمعاتهم الجديدة للتعايش الاجتماعي مع خلائهم، في حين يعاني (24%) من المسنين من الوحدة والاكنتاب بسبب تركهم بمفردهم في المنازل.

وقد جاءت نتائج إجاباتهم عن سؤالهم عن مدى توافر هيئات اجتماعية صحية غير إيوائية للمسنين في المملكة العربية السعودية، بأن أجاب (8%) فقط بأن لديهم مثل تلك الهيئات الاجتماعية حيث يمكنهم أن يلتقوا فيها بخلائهم، في حين أن (5%) فقط أجابوا بأنهم ليسوا راضين عن أسلوب قضاء وقت فراغهم، إلا أن (78%) منهم أبدوا رغبتهم في الحضور إلى تلك المراكز إن توافرت.

كما أفاد بالإيجاب لإنشاء مراكز اجتماعية صحية في المملكة العربية السعودية (480) منهم أي بنسبة (78%) إذا توافرت، كما جاءت إجابات (81%) منهم بأن يكون النموذج للمركز المطلوب هو المركز الاجتماعي الصحي، مؤكدين على أهمية أن يتضمن نموذج المركز المطلوب الأنشطة الاجتماعية والصحية والدينية والترفيهية وبعض النشاطات الإنتاجية والحرفية والنشاطات الرياضية.

ثم تنتهي الدراسة، في ضوء نتائج الاستبانات المقارنة بين مراكز العالم ودراسة مشاكل واحتياجات المسنين في المملكة العربية السعودية، إلى تقديم نموذج لتنظيم وإدارة مركز اجتماعي صحي للمسنين بالمملكة العربية السعودية، بحيث يكون هذا النموذج المقترح مثلاً عاماً يمكن اتباعه واعتماده بما يتناسب مع ظروف واحتياجات ومتطلبات المسنين في المملكة، ويشتمل النموذج المقترح على التعريف بالمركز وأهدافه والسن والشروط المطلوب توافرها للقبول بالإضافة إلى تبعية المركز والمرافق والمعدات التي ينبغي توافرها فيه، ناهيك عن مؤهلات وعدد العاملين ومسؤولياتهم حسب اختصاصاتهم والخدمات والأنشطة التي ينبغي أن يقدمها المركز.

الدراسة الميدانية الرابعة (1993):

يقدم محمد برهوم دراسة عن: «أوضاع المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة»⁽⁴⁾ يوضح فيها العوامل المؤثرة في ارتفاع وانخفاض نسبة المسنين في دولة الإمارات، وهي عوامل ديمجرافية وعوامل غير ديمجرافية، أما العوامل الديمجرافية فإنها تعود إلى تعرض دولة الإمارات العربية المتحدة لثلاث موجات من الهجرة كانت على التوالي: المواطنة العائدة والهجرة العربية والأجنبية وقد نتج عن الهجرتين الأخيرتين انخفاض في نسبة السكان المواطنين من (63.3%) عام 1968 إلى حوالي (28%) عام 1980 وهي أقل من ذلك بكثير في الوقت الحاضر. ولقد أحدثت هذه الموجات من الهجرة خلخلة كبيرة في التركيبة السكانية على الرغم من ارتفاع معدل النمو السكاني للمواطنين. ودراسة بيانات توزيع كبار السن في دولة الإمارات توضح انخفاض نسبتهم من (7.6%) عام 1975 إلى (5.2%) عام 1980.

أما العوامل غير الديمجرافية التي تؤثر على نسب المسنين في دولة الإمارات فمن أهمها نقص معدلات الوفيات بين الأطفال الرضع ووفيات الإناث بشكل خاص نتيجة للتطور في المجال الصحي وتوفير الخدمات الصحية وجودتها، انتشار الوعي الصحي والتقدم الطبي مما مكن من القضاء على الأوبئة والأمراض ومعالجة الأمراض الخطرة كأمراض القلب وغيرها، ارتفاع معدلات التحضر وما أدى إلى زيادة الراحة والرفاهية والتمتع بالخدمات والمرافق الحضرية الحديثة.

(4) محمد برهوم: أوضاع المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا)، الأمم المتحدة، 1993.

ولقد أوضحت دراسة برهوم أن الأسرة الإماراتية تولي المسنين من أفرادها الرعاية والمساعدة انطلاقاً من قيمها الدينية وعاداتها وثقافتها المحلية إضافة إلى أن المسنين في مجتمع الإمارات غالباً ما يكونون هم ملاك الأرض والثروة مما يجعلهم مصدر ثروة الأسرة وليسوا عائلة على أفرادها. وعلى أي حال فإن القيم الدينية والاجتماعية تجعل مسألة رعاية المسن واجباً من الضروري القيام به، فالمسن في الغالب صاحب المكانة العالية الرفيعة فهو يملك الخبرة والتجربة والحكمة، ويحث الدين على احترامه وبرّه مما يجعل الأسرة تحرص على رعاية أفرادها المسنين وإحاطتهم بالرعاية اللازمة.

إضافة إلى ذلك أولت دولة الإمارات برامج وخدمات المسنين عظيم عنايتها، فلقد سنت القوانين المؤكدة على ضرورة إنشاء مؤسسات خاصة بالمسنين، كما نصت المادة الأولى من قرار مجلس الوزراء رقم (1) لسنة 1977 الخاص بنظام وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في البند رقم (4)، وكذلك نص القانون رقم (6) لسنة 1977 والمعدل بالقانون رقم (3) لسنة 1981 والخاص بالضمان الاجتماعي، على اعتبار المسنين الذي تجاوزوا سن الستين من الفئات التي تستحق المساعدة، وصدر عام 1988 قرار وزاري يتعلق باللائحة الداخلية لتنظيم رعاية المسنين اعترافاً من الدولة بضرورة الاهتمام بمن تجاوزوا سن الستين من الجنسين وليس لديهم من عائل يعولهم، أو دخل ثابت يكفيهم.

وتقدم مؤسسات رعاية المسنين في دولة الإمارات خدمات يمكن تلخيص أهمها فيما يلي:

1 - الخدمات الصحية: وتشمل إجراء الفحوصات الطبية وتقديم الخدمات العلاجية والعلاج الطبيعي وتحويل من يحتاج من المسنين إلى المستشفيات لتلقي العلاج الطبي اللازم.

2 - خدمات دورية يومية: وتشمل إيواء المسنين والاهتمام بأمور النظافة العامة ونظافة الملابس وتقديم الوجبات الغذائية.

3 - خدمات اجتماعية وترويحية: ويندرج تحت ذلك تنظيم الرحلات الترفيهية للمسنين وترتيب أمور الاتصال مع أهاليهم لزيارتهم وتقديم الخدمات الترويحية العامة لهم مثل توفير مشاهدة التلفزيون أو الصحف وخلافه.

ولقد سارعت الدولة إلى صرف معونات مالية للمسنين بشكل منتظم بحسب القانون رقم (6) الصادر عام 1977 والمعدل بالقانون رقم (13) عام 1981 والذي يحدد مقدار الإعانة الشهرية المقدمة لمن تجاوزا سن الستين من عمرهم بما قيمته (800) درهم في حده الأدنى و (4640) درهماً كحد أقصى. وبلغ عدد المستفيدين من هذه الإعانات (12023) مسناً يعيلون أسراً يبلغ عدد أفرادها (43349) فرداً ويصل مجموع ما تم صرفه من إعانات لهؤلاء المسنين إلى (189) مليون درهم سنوياً.

إضافة إلى ذلك، فإن حكومة دبي أعدت مشروعاً لإقامة خمس قرى خاصة برعاية المسنين في إدارة دبي وبالذات في المناطق الحضرية المزدهمة بحيث تكون إقامة المسن في مثل هذه القرى بشكل دائم في جو اجتماعي مناسب يمكن أن تزوره أسرته بيسر وتسمى هذه القرى استراحة

في تزايد حتى بلغ (135) نزياً في 1980 (56 ذكراً و 79 أنثى) وهم من الكويتيين وغير الكويتيين . ويلاحظ أنه رغم أن عدد من تبلغ أعمارهم الستين حسب تعداد 1980 (21000) مواطن كويتي فإن من تخدمهم الدار لا يتجاوز (0.4%) منهم ، مما يؤكد أن الروابط الأسرية لا تزال قوية في المجتمع الكويتي رغم التغيرات التي مرت بها .

ويتضح من التقارير أن (26) نزياً من مجموع النزلاء تقل أعمارهم عن (50) سنة وهم الحالات التي قامت وزارة الصحة بتحويلها إلى الدار نظراً لإصابتهم بأمراض مزمنة ولا يحتاجون إلى علاج داخل المستشفيات ، كما يوجد (25) نزياً تقل أعمارهم عن (60) سنة ، وألحقوا بالدار لإصابتهم بأمراض الشيخوخة المبكرة ولظروفهم الأسرية السيئة .

أما من الناحية الاجتماعية للنزلاء ، فإن التقارير توضح أن عدد الأرامل من الذكور يبلغ (11) شخصاً بنسبة (20%) بينما يبلغ عدد الأرامل من النساء (51) بنسبة (65%) ونسبة المطلقين بين الرجال (17%) بينما هي بين النساء (5%).

أما أسباب الالتحاق بالدار فإن حوالي (13%) من الملتحقين عزوا ذلك إلى تدني دخلهم وجل هؤلاء من غير الكويتيين ، أما بالنسبة للكويتيين فلقد أعرب (45%) منهم أن السبب هو التصدع الأسري وأمراض الشيخوخة (42%) حيث يصعب على الأسرة رعاية المسن خاصة من لا يقوى منهم على قضاء حاجاته الأساسية ، إضافة إلى حاجته إلى العناية الطبية والتي تتطلب وجود ممرضين مختصين وأخصائيي العلاج الطبيعي .

أما بالنسبة لأنواع العجز فإن غالبية النزلاء (56٪) يعانون من أمراض الشيخوخة ويعاني (28٪) من الشلل النصفي وهؤلاء يصعب عليهم رعاية أنفسهم مما يشكل عبئاً على الأسرة، خاصة من الناحية الصحية والتي تحتاج إلى انتظام واستمرار مما يجعل الأسرة مضطرة إلى الاستعانة بالدار لمساعدة ورعاية المسن. أما بقية الحالات حوالي (16٪) فإنهم يعانون من عاهات أخرى. أي أن جميع النزلاء في الدار يعانون من ظروف صحية سيئة مصحوبة بظروف اجتماعية صعبة.

وتقدم الدار خدماتها لنزلائها من خلال جهاز متكامل متخصص في رعاية هذه الفئة العمرية فهي تضم أخصائيين اجتماعيين ونفسيين وأطباء وأخصائيي العلاج الطبيعي وفنيين من إدارة الموقوفين للاستعانة بهم عند الضرورة.

والدار تقدم إجمالاً الرعاية النفسية والاجتماعية والصحية والعلاج الطبيعي والرعاية المهنية للنزلاء.

(2) إدارة الخدمات :

ولقد حرصت هذه الإدارة منذ تأسيسها عام 1955 على إعداد كادر كويتي قادر على تقديم المساعدة لمستحقيها بكفاءة وأسلوب مقبول بحيث يشعر المواطن أن ما يقدم له هو حق وليس منّة. كما حرصت الإدارة على إنشاء وحدة اجتماعية موزعة على جميع مناطق الكويت، بحيث تؤدي الخدمات للمواطن داخل منطقة سكنه، فلا يتحمل المسن مشاق الانتقال إلى إدارة الخدمات وعمدت كذلك إلى تقنين نظام المساعدات بدل

اعتمادها على مبادرات الأقارب والموسرين وقامت بتطوير قوانين المساعدات بما يلبي الاحتياجات المتجددة والمتزايدة للمواطنين وذلك تمثياً مع تطور المجتمع وارتفاع مستوى المعيشة .

وقد وصل إجمالي مساعدات حالات العجز والشيخوخة نهاية عام 1980 (2155076) ديناراً كويتياً، كان عدد المستفيدين منها (2575) أسرة تضم (5123) مسناً أي ما يعادل (25٪) من عدد المسنين في الكويت .

(3) قانون التأمينات الاجتماعية :

والصادر بمقتضى المرسوم الأميري (61) / 1967 بإنشاء مؤسسة التأمينات الاجتماعية والتي يقع على عاتقها توفير الحماية والأمان للعاملين وتحررهم من الخوف من المستقبل والقلق على مصيرهم . ولقد بدأت عام 1955 بأسلوب المساعدات العامة وعام 1967 بنظام التأمينات الاجتماعية كمكمل لنظام المساعدات .

(4) المقاهي الشعبية :

وهي تعد أندية لكبار السن ، ومكملة لدور (الديوانية) التقليدي وتوفر هذه المقاهي (الأندية) وسائل التسلية على شكل منافسات ومسابقات في ألعاب شعبية محببة لهم وتوفر في الوقت نفسه الجو اللازم لإقامة علاقات اجتماعية فيما بينهم والدولة تشرف على هذه المقاهي .

الدراسة الميدانية السادسة (1994):

أوضحت الدراسة الميدانية التي أنجزتها منى شويكة تحت عنوان «دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين: دراسة مطبقة على المسنين بمدينة جدة»⁽⁶⁾، أنه في ظل التحولات الاجتماعية، وخاصة على مستوى أبنية ووظائف الأسرة وتحولها من أسرة تقليدية ممتدة إلى أسرة زواجية ظهرت بعض أعراض قيم اجتماعية جديدة تحد مما كانت عليه مسألة رعاية المسنين والعناية بهم، لذا فإن الدراسة سعت للإجابة على جملة من الأسئلة من أهمها:

1 - ما هي الاحتياجات الاجتماعية الفعلية للمسنين في المجتمع السعودي؟

2 - ما هي وسائل إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين؟

3 - ما هي الصعوبات التي تواجه عملية إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين؟

4 - ما هو الدور المقترح لطريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين باستخدام نموذج التخطيط الاجتماعي لجاك روثمان؟

(6) منى محمد ابراهيم شويكة: دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين: دراسة مطبقة على المسنين بمدينة جدة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية للبنات، جامعة الرياض، 1994.

ولتحقيق أهداف الدراسة، استخدمت منهج المسح الاجتماعي على عينة من دور الرعاية الاجتماعية بالرياض والجمعيات الخيرية والمستشفيات. ولقد شملت عينة الدراسة (51) مسناً ومسنة من دار الرعاية الاجتماعية بالرياض و (52) مسناً ومسنة من المستشفيات الحكومية وكذلك (40) مسناً ومسنة يعيشون مع أسرهم، إضافة إلى أن الدراسة استجوبت (17) خبيراً في رعاية المسنين. ولقد اعتمدت الباحثة في جمع البيانات على استمارة بحث مقننة ومقابلات معمقة مع الخبراء والمتخصصين.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي :

1 - يوجد فرق معنوي بين نسبي الموافقين من المسنين والمسنات على كل من الاحتياجات الصحية والنفسية .

2 - لكل من المسنين المستفيدين من خدمات مؤسسات رعاية المسنين وغيرهم من غير المستفيدين، احتياجات اجتماعية ونفسية وصحية واقتصادية، ومن هذه الاحتياجات ما يلي :

أ - الاحتياجات الاجتماعية وتشمل : الرغبة في الاتصال بالأسرة، الرغبة في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين، الحاجة إلى وجود آخرين يفهمون ويستمعون للمسنة والحاجة إلى المشاركة في المناسبات المختلفة والحاجة إلى القيام بعمل نافع لشغل وقت الفراغ.

ب - الاحتياجات الصحية وتشمل : الحاجة إلى طول فترة العلاج وعدم الخوف من المرض وضرورة الكشف المستمر وتوفير العلاج المناسب والتشخيص السليم والاهتمام بالحالة الصحية للمسنين وتوفير نظارات طبية خاصة .

ج - الاحتياجات النفسية وتشمل : الشعور بالاهتمام وعدم الشعور بالوحدة والعزلة والشعور بالراحة النفسية والطمأنينة والشعور بالرضا عن النفس .

د - الاحتياجات الاقتصادية وتشمل : الحصول على بعض الموارد المادية الخاصة مثل السكن والغذاء والملبس وزيادة الإعانة المخصصة للمسنين داخل دار الرعاية الاجتماعية وزيادة الدخل الثابت والخاص بالمسن .

3 - توجد بعض الصعوبات التي تواجه المسنين تحول دون إشباع احتياجاتهم بشكل كامل ويرجع ذلك إلى عدة أسباب منها ما يرتبط بالمؤسسات نفسها ومنها ما يرتبط بطبيعة العلاقة بالآخرين .

4 - توضح الدراسة بأن للمسنين احتياجات اجتماعية ترتبط بطبيعة المرحلة العمرية وذلك من وجهة نظر الإحصائيين الاجتماعيين العاملين في مؤسسات رعاية المسنين .

5 - أوضحت الدراسة أن الإحصائيين الاجتماعيين يستخدمون العديد من الأساليب العلمية لدراسة احتياجات المسنين منها : القيام بالبحوث والدراسات واعتماد استخدام الإحصائيات والمسوح الاجتماعية للتعرف على آراء المسنين .

6 - بينت الدراسة أن الاخصائيين الاجتماعيين يستخدمون أساليب عديدة لإشباع احتياجات المسنين منها: الرحلات الترفيهية التي تقوم بها دار رعاية المسنين، المحاضرات وجلسات الذكر التي تقام بالدار، النشاطات الرياضية والأشغال اليدوية للمسنين، الحفلات والاجتماعات التي تتم بالدار للمسنين والعاملين، مساعدة المسن على التكيف مع جو الدار وتقوية علاقة المسن بأسرته والرعاية النفسية والصحية والاقتصادية للمسن ومشاركة المسن في المشاعر وفي الأفراح والأتراح والتنسيق بين جهود وخدمات مؤسسات رعاية المسنين في المجتمع، وأخيراً القيام ببعض دراسات الحالة والبحوث للتعرف على الحاجات الفعلية للمسنين.

7 - شخّصت الدراسة بعض الصعوبات التي يواجهها الاخصائيون الاجتماعيون في إشباع حاجات المسنين والتي منها: لوائح المؤسسات، عدم كفاية الإعداد المهني للاخصائيين، صعوبة التعامل مع المسنين ومحدودية الخدمات المقدمة لهم.

الدراسة السابعة (1997):

وتعد هذه الدراسة من أحدث الدراسات التي أنجزت في المملكة العربية السعودية عن المسنين من قبل ليلي جمال تحت عنوان «توافق المتقاعد مع الحياة الأسرية والاجتماعية في مدينة جدة»⁽⁷⁾.

(7) ليلي عبدالله شرف جمال: توافق المتقاعدين مع الحياة الأسرية والاجتماعية في مدينة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبدالعزيز، 1997.

اهتمت الدراسة بدراسة المتقاعدين في جدة ومدى توافقهم للدور الجديد الذي يتطلبه التقاعد سواء على المستوى الشخصي أو على مستوى الحياة الأسرية أو على مستوى الحياة الاجتماعية . ولتحقيق ذلك اعتمدت الدراسة الميدانية على عينة من موظفي الدولة المدنيين بلغ حجمها (220) حالة وذلك باستخدام أسلوب المسح الاجتماعي .

ولقد اهتمت الباحثة في توضيح كيفية قيامها بإجراء المسح الاجتماعي سواء من حيث اختيار عينة الدراسة أو تطوير أداة جمع المعلومات التي قامت باستخدامها وبناءً على تحليلها للبيانات سعت إلى دراسة خصائص المتقاعدين في مدينة جدة ووجدت أن غالبيتهم ممن تجاوزوا الـ (60) عاماً من أعمارهم ويغلب عليهم أنهم من ذوي كفاءات علمية دون الثانوية العامة، ويعملون في وظائف حكومية عادية وقد أمضوا في الغالب أكثر من (16) سنة في الخدمة، وحالتهم المالية عند التقاعد تشير إلى أن دخلهم في الغالب أقل من (7000) ريال شهرياً، وأنهم المصدر الأساسي لدخل الأسرة وأن غالبيتهم لا يعملون بعد التقاعد رغم حاجة بعضهم، ولقد تقاعد (60%) ببلوغ السن القانونية، وأوضحت الدراسة أن غالبيتهم تظهر عليهم أعراض أمراض الشيخوخة، وهم متزوجون في الغالب نساء من ذوات تعليم متدني المستوى ولا يعملن، ولغالبيتهم العظمى أبناء لا يزالون يعتمدون عليهم في حياتهم .

وكشفت الدراسة عن وجود علاقة إيجابية بين المستوى التعليمي للمتقاعد وبين التخطيط المبكر والإعداد لمرحلة التقاعد وكذلك وجود علاقة إيجابية بين المستوى التعليمي وممارسة أنشطة بديلة للتعويض عن الأنشطة المفقودة من أهمها: الهوايات ولقد أوضحت الدراسة أهمية ومحورية العمل في حياة المتقاعد ليس فقط بوصفه وسيلة للتكسب والعيش وإنما بوصفها أيضاً مصدراً

لاحترام الذات والغير ورمزاً للقبول الاجتماعي ورضاً وتقدير المجتمع واكتساب الخبرة.

وأوضحت الدراسة أن المتقاعدين من ذوي الدخل المنخفض يفضلون الاستمرار في العمل ويعدلون عن حياة التقاعد ويشعرون بأن حالتهم الصحية جيدة ولم تتغير لذا يبحث العديد منهم عن أعمال أخرى، كما أظهرت وجود علاقة بين التوافق الشخصي وبين الدخل لدى المتقاعدين حيث أن الدخل يلعب دوراً هاماً في قضاء احتياجات المتقاعد مما يؤثر على سرعة وجودة توافقهم مع هذه المرحلة.

وتوصلت الدراسة إلى تقسيم المتقاعدين من حيث توافقهم الشخصي إلى الفئات التالية: فئة بحثت عن أدوار جديدة كبداية للأدوار المفقودة، وفئة تقبلت التقاعد بسهولة ورضاً واعتبرت فترة التقاعد فترة للراحة والاستمتاع بما تبقى من العمر، وفئة عاملة من المتقاعدين سواء استمروا في وظائف حكومية أو مارسوا أعمالاً حرة أو وظائف في القطاع الخاص، وأخيراً فئة من المتقاعدين ونسبتها قليلة سبب لها التقاعد شعوراً بالفراغ والضيق والملل، ويظهر أن هذه الفئات تتفق مع ما أورده أدبيات دراسات أحوال المسنين بصورة عامة.

كما أوضحت الدراسة مقدار التوافق الأسري للمتقاعدين وأيضاً توافقهم مع الأصدقاء وجماعة الجوار من جهة، وما يوفر المجتمع ومؤسساته من خدمات لهم، حيث انتهت إلى نتائج عديدة في هذا الشأن من أبرزها التأكيد على ضرورة إنشاء نوادٍ مخصصة ومزودة بكل ما يتناسب مع اهتماماتهم في هذه المرحلة العمرية.

الفصل الثاني

النظريات الاجتماعية والنفسية المفسرة للشيخوخة

تميز النصف الثاني من القرن العشرين بارتفاع معدلات متوسط العمر للفرد في جميع المجتمعات على اختلافها، وتشير معظم الدراسات إلى ارتفاع متوسط فترة الحياة المتوقعة لمن يبلغ سن (60) عاماً حوالي (14) سنة للذكور و (17) سنة للإناث مع احتمال استمرار ارتفاع هذه المتوسطات في القرن القادم. كذلك ازدادت أعداد المسنين مع نهاية القرن إلى ما يربو على (800) مليون نسمة ولقد أصبحت هذه الزيادة ملحوظة على وجه الخصوص في المجتمعات الصناعية المتقدمة.

ويرى العديد أن عصر (المجتمع المسن) أو (مجتمع المسنين) أو المجتمعات التي تمر بـ (الثورة الرمادية) إنما هو أمر واقع، سيزيد انتشاره مع حلول القرن القادم، ومن ثم على المستوى السكاني / الديمغرافي أصبحت الحاجة ماسة جداً لإيجاد صيغ ملائمة لمواجهة ما يصاحب هذا الوضع وما ينتج عنه من ظواهر ومشكلات اجتماعية وثقافية واقتصادية.

فالمجتمعات الحديثة قامت على أساس الاهتمام بالفئات الاقتصادية المنتجة والعاملة واعتبار هذه الفئات الشابة المنتجة هي محور السياسات والاهتمامات، ومن ثم على المجتمع تقديم كافة مميزات لها من مرافق وخدمات وبرامج. أما المسنون، ولدرجة ما صغار السن، فكانت تعتبر فئات من المعالين الذين يشكلون عبئاً ينبغي، ما أمكن، التخلص منه. وإن كان

صغار السن يتميزون بوصفهم استثماراً للمستقبل، ومن ثم فإن الإسهام في تدريبهم وتعليمهم وإعدادهم لمرحلة الشباب والإنتاج مقبولة اقتصادياً. إلا أن الأمر بالنسبة لكبار السن مختلف تماماً، فهم يشكلون، في نظر البعض، عبئاً في الإعالة خاصة لما تعانيه غالبيتهم من أمراض الشيخوخة وكذلك فإنهم لم يعودوا قادرين على الإنتاج والمساهمة في اقتصاديات المجتمع.

لكن التغيرات العديدة التي شهدتها العصر الذي نعيش فيه والتقدم الكبير الذي عرفته الممارسات الطبية وكذلك تحسن أحوال التغذية بشكل عام، أدت إلى ارتفاع في معدل متوسط عمر الفرد وتحسن في صحة من تجاوزت أعمارهم الـ (60) عاماً، حتى أن العديد منهم لا يزال قادراً على العطاء والإنتاج، وازدادت أعدادهم ومشاركتهم في الحياة العامة مما يمكنهم من فرض ضرورة الاهتمام بشؤونهم واهتماماتهم. ونظراً لأن أعداد هؤلاء المسنين في تزايد، فلقد طالبوا بإعادة النظر في العديد من السياسات والبرامج التي تتناول قضايا المسنين وما يجب على المجتمع القيام به إزاءهم.

غالباً ما يعرف المسن على أساس أنه الشخص الذي تجاوز الـ (60) سنة من العمر، لكن ومع ما تمت الإشارة إليه من تحولات في متوسط عمر الفرد وارتفاع معدلات الأصحاء في فئات عمرية عالية وتحسن الخدمات الصحية ومتوسط رفاهية الفرد لم يعد محور السن كافياً، لذا فإن تعريف المسن أصبح يشمل بالضرورة أخذ حالته النفسية ومكانته الاجتماعية في الوسط الثقافي الذي يعيش فيه في الاعتبار، صحيح أن معيار العمر لا يزال من أهم المحددات للمسنين لكنه لا يمكن فهم معنى حالة المسن سوى بأخذ البعد النفسي والاجتماعي في الاعتبار.

والمعيار الأول (معياري السن) يفرض التساؤل بصورة عامة عن الخصائص والملامح العامة البدنية للمسنين .

وإجمالاً يقود الاهتمام بهذه المسألة إلى علم الحياة والطب وبالذات مبحث (الكبر) (Senescence) ويقصد بذلك تقدم العمر البيولوجي للكائن الحي ، فكما هو معروف أن الإنسان كنسق بيولوجي يبدأ في الاضمحلال مع مضي العمر بسبب تزايد خلل الوظائف الفسيولوجية في جسمه مما يسبب له العديد من الأمراض ، ويصبح الإنسان مع تقدم السن أكثر عرضة وقابلية للأمراض وأقل قدرة وكفاءة في استخدام جهاز المناعة الذاتي في جسمه ، وحتى من كان يحتفظ بصحة جيدة من المسنين فإنه من المتوقع أن تظهر على جسمه أعراض العجز .

وهناك العديد من الأمراض المزمنة التي تشيع وتنتشر بين المسنين لعل من أبرزها: ارتفاع ضغط الدم ، تصلب الشرايين ومضاعفاتها في القلب والجهاز العصبي مع زيادة احتمالات الإصابة بنزيف المخ أو الشلل والبول السكري وأمراض العظام سواء تخلخلها أو ليونتها أو كسرها وأمراض الأوعية الدموية والعضلات وضعف الأعصاب والرعاش وما يسمى بمرض باركنسن ونقص الحيوية والضعف العام سواء كان في النظر أو السمع أو القدرة على المشي أو العمل وكذلك كثرة التعرض للالتهابات المختلفة وسلس البول وأمراض الروماتيزم وأمراض المفاصل⁽⁸⁾ .

(8) انظر عبدالمعتم عاشور: «المسن مريضاً» وأحمد ناير: «وبائيات المسنين في مصر» وأحمد بسطاوي: «الأسس الطبية لاختيار الأدوية للمرضى كبار السن» وسمية لاشين: «التغذية في المسنين» في حلقة: نحو وعناية متكاملة للمسنين، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1991 .

وهذه الحالة الصحية تؤدي بالسن لعجز مؤقت في المراحل الأولى من الشيخوخة وإلى مضاعفتها في مراحل العجز والكبر والخرف المتأخرة. وهناك أربعة أنواع رئيسية من العجز يمكن إرجاعها إلى الأمراض التي يتعرض لها المسن:

- 1 - عدم القدرة على الحركة .
- 2 - عدم القدرة على حفظ التوازن .
- 3 - عدم القدرة على التواصل .
- 4 - الخلل العقلي .

وهذا العجز يقضي على استقلالية المسن ويجعله بحاجة إلى مساعدة الآخرين بل وقد يصبح عالة عليهم، والمشكلة أن أسباب عجزه غالباً ما تكون متعددة بحيث لا يمكنه الخروج منها، وحتى الأمل بالشفاء.

ولعل من أكثر ما يؤثر في حياة المسن عدم قدرته على ممارسة نشاطاته الحياتية اليومية بشكل مستقل مثل:

1 - العناية البدنية الذاتية: مثل ارتداء الملابس أو تناول الطعام أو الاستحمام أو القيام بالنظافة الشخصية اليومية الاعتيادية والتي تبرز فيها خصوصية الفرد وذاتيته تصبح معرضة للاستباحة وتدخل بل وتصرف الغير .

2 - النشاطات الحياتية اليومية: كإعداد الطعام وغسل الملابس وتدبير الأمور الذاتية المالية والترويحية والتسوق وخلافه والتي غالباً ما تشكل

حدود الحريات الشخصية، تصبح محدودة إن لم تكن غائبة تماماً، ويصبح المسن عالة على غيره فيها ويعيش تحت رحمة سواه من أجل القيام بها وتليتها.

وبالإضافة إلى ذلك، يعاني المسن من ضعف عام في القدرة على الإبصار والسمع والقدرة على الشم والتذوق وهذه الحواس هي الوسائل الأساسية للاتصال والتفاعل مع المجتمع المحيط به، مما يعني أن ضعفها أو وجود خلل فيها سيجعل المسن أقل قدرة على التكيف مع المجتمع المحيط به ومن ثم التواصل معه، فهو أمر يزداد - للأسف - مع تقدم العمر مما سيزيد من إعاقة وعجز المسن وزيادة تبعيته وحاجته للآخرين ومن ثم إحساسه وشعوره بذلك العجز والتبعية مما يرسخ من عزلته وإحساسه بالخوف والعجز والشعور بالإحباط وهذا يجعله مقيداً داخل بيئته الأسرية بعيداً عما يحدث في العالم الخارجي مما قد يزيد من توتره.⁽⁹⁾

الكبر والوظائف العقلية والنفسية للمسنين:

كما أن هناك كبراً بيولوجياً فإن هناك أيضاً كبراً نفسياً، وهناك العديد من التغيرات الفسيولوجية العصبية المصاحبة للتقدم في العمر. ومما يتأثر بالكبر نفسياً الأمور التالية: الأداء الوظيفي للمخ والقدرة العصبية الحركية والذاكرة والقدرة على التعلم والذكاء والشخصية والصحة والمرض النفسي وغيرها.

(9) سليمان عبيدة: «المشكلات الناتجة عن اضطرابات الحواس عند المسنين» ويوسف الكيلاني: «الشيخوخة والتغيرات الحسية» في: أبحاث الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية، البحرين: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، 1982.

ودون الدخول في تفاصيل ، سيتم التركيز على الحالة العقلية العامة وقدرة المسن على النطق والتعبير والقدرة على التذكر . فمع تقدم العجز بالإنسان يلاحظ أنه يبدأ في المعاناة من انحدار في درجة الإدراك الحسي محتوى وزمناً نتيجة لتضاؤل الروافد الحسية للإدراك أو تعطيلها تماماً: كالبصر والسمع وغيرها وبالتالي يصبح من الصعب معالجة المدركات والتعامل معها . ومع تضاؤل وتعطيل هذه الروافد الحسية للإدراك يبدأ البطء في زمن رد الفعل أو الاستجابة للمؤثرات الخارجية مما يكشف عن هبوط في سرعة الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي وضعف في الذاكرة، مما يؤدي إلى إضعاف تعلم الجديد ويكثر النسيان، وفي الواقع يصبح المسن يعاني من ضعف عام في الأداء العقلي . وهذا قد يزيد من التصلب والعناد والتزمت بل وحتى التعصب للرأي بدرجة أكبر من المألوف في المراحل العمرية الأصغر . وبسبب ذلك يصبح المسن أكثر حذراً وتشككاً من الآخرين، خاصة وأنه فقد قدراً كبيراً من المرونة العقلية في مواجهة المتغيرات البيئية، بمعنى ضعف القابلية للتكيف وبالتالي مقاومة كل ما هو جديد مع فرط الثقة في الماضي والخوف من المستقبل .

وتتميز عموماً انفعالات كبار السن بالسلبية نحو البيئة المحيطة وعدم تناسب درجة ونوعية الانفعال مع ديناميات الموقف في كثير من الأحيان والتعصب لآرائهم ولجيلهم في كل الأمور وإجمالاً الخمول في الكثير من هذه الانفعالات . ويعاني كبار السن إضافة إلى ذلك من مشكلة فقدان الذاكرة . ورغم أن النسيان ظاهرة تحدث لأي إنسان خلال مراحل عمره المختلفة، فقد ينسى تفاصيل واقعة أو حادثة وربما تذكر ما نسي لاحقاً وعادة ما يقال للشخص الذي نسي بعض التفاصيل بأنه مشغول الذهن أو غائبه أو أن مشاغله وأعباءه هي التي استغرقتة وشغلته ومن ثم له العذر، لكنه إن كان مسناً فإن

النسيان غالباً ما ينسب إلى كبر السن والشيخوخة، إذ ارتبط فقدان الذاكرة بعمليات الكبر. ويعد فقدان الذاكرة علامة على تغيرات مرضية في المخ غير قابلة للشفاء.

ولو أن مثل هذه التغيرات العضوية هي حقاً من أعراض الزهان في كبر السن، فهي أيضاً تحدث في أمخاخ الناس الذين ليس عندهم زهان عضوي وأداؤهم الوظيفي سوي حتى مماتهم، إذن التغيرات العضوية تبدو بأنها سبب ضروري لكن ليس كافياً للشيخوخة. وتوضح بعض الدراسات أنه في غياب المرض أو البيئة القاسية أو التغذية الفقيرة فإن الجهاز العصبي لديه وبشكل واضح إمكانية مقاومة التدهور عند كبر السن مما يمكن العديد من الاحتفاظ بأمخاخهم في حالة جيدة لعقود طويلة؛ أي أن المحافظة على الصحة الجيدة مع توافر الظروف البيئية الملائمة لطبيعة كل فرد قد تؤجل حدوث التشيخ المخي⁽¹⁰⁾.

وتوجد عدة نظريات تسعى لتفسير فقدان الذاكرة منها: إن الذكريات تفقد بسبب عدم الاستخدام، إن الذكريات تفقد خلال التداخل مع الذكريات الأخرى في المخزن الكبير للذكريات التي تراكمت على مدى العمر، إن التغير الكيميائي العصبي أو فقدان الخلايا في الجهاز العصبي المركزي هو المسؤول عن فقدان الذاكرة.

(10) انظر:

James E. Birren and K. Warner Schaie (eds): **Handbook of The Psychology of Aging**, Van-Nostrand Reinhold, New York, 1977.

رغم أن المتلازمات المخية المزمنة هي مرض مخي . وأعراضها إعاقة كل من الذاكرتين قصيرة المدى وطويلته وسوء التوجه زماناً ومكاناً وشيوع الارتباك وإعاقة الإدراك مثل التعلم وتمثل المعلومات الجديدة وفساد التقدير والحكم كاختيار السلوك اللائق أو المظهر المناسب أو القيام بتصرفات غير قابلة للتنبؤ وعدم القدرة على القيام بمهمات متتابعة .

والعوامل المسببة للمرض المخي غير واضحة وغير مفهومة بشكل جيد، بحيث لا يمكن أن نمايز عادة بين أنماط مختلفة من هذه المتلازمات ، وسنعرض لثلاث من أهمها :

(1) مرض المخ الشيخوخي (Senile Brain Disease) : وهو عبارة عن تدهور تدريجي ومستفحل في الأداء العقلي قد ينتج من الضمور التدريجي في خلايا اللحاء المخي أو في الخلايا العصبية أو نسيج المخ في بعض صفائح شيخوخته أو لصفات عصبية متشابكة إضافة إلى فقدان الخلايا العصبية ذاتها وتراكم اللايبو فوسكين في نسيج المخ .

(2) المرض الوعائي المخي (Cerebrovascular Disease) : وهو عبارة عن إعاقة تدفق الدم إلى جزء من المخ قد ينتهي بموت خلاياه لتعطيل إمدادها بالأوكسجين ، وعادة ما يبدأ الخلل العقلي على نحو مفاجئ ، يصاحبه بعض العجز العصبي مثل الشلل أو تناقص الشعور على جانب واحد من الجسم ، وغالباً ما يُشخص المرض كحادث عضوي مخي أو سكتة مخية رغم أنه قد يكون مجرد عرض متأخر من أعراض التطور المستفحل لتصلب شرايين المخ ، وعادة ما يحدث تأثير تدريجي للمرض في السلوك المعتاد للفرد ، فيصبح فقدان الذاكرة أكثر وضوحاً كما يصبح الشخص المصاب غير قادر على إدراك معنى المواقف

الاجتماعية وتمييز دينامياتها وفعاليتها، وقد يحدث تحسن تدريجي للإعاقة العقلية أو العصبية إلا أن الإصابة المتكررة قد تؤدي إلى إعاقة متراكمة وهو ما يتوازي مع المرض المخي الشيخوخي، ولقد لوحظ أن تصلب شرايين المخ أكثر شيوعاً بين الرجال عنه في النساء، وقد يرجع ذلك إلى الهرمونات الجسمية الأنثوية التي ربما تلعب إلى حد ما دوراً وقائياً في هذا، في حين أن مرض المخ الشيخوخي أكثر شيوعاً في النساء عنه في الرجال، وربما كان ذلك لأن النساء يعشن أطول.

(3) مرض الزهايمر (Alzheimer's Disease) (*): أو ما يعرف كذلك بعته ما قبل الشيخوخة، والخبل أو الخرف أو الارتباك والتشوش وفقدان الذاكرة، ويتميز هذا المرض بانحدار في الأداء العقلي في الأربعينيات والخمسينيات من العمر مقارنةً بمتوسط بداية مرض المخ الشيخوخي عند سن الخامسة والسبعين، إلا أن التدهور المستفحل أسرع هنا من مرض المخ الشيخوخي وقد يتوقف التدهور في كليهما أحياناً، لكن الأسباب غير معروفة لحدوث التدهور أو توقفه.

ويتسم المريض هنا بالعناد والحساسية والشك وعدم التحمل، ويحاول إثبات أنه غير ضعيف، والمريض لديه قلق واكتئاب ويتعامل بعصبية مع من يحب ويشير المشاكل ليختبر مدى قدرة الآخرين على تحمل تصرفاته.

وهناك أسباب عديدة لهذا المرض، فما يقرب من نصف حالات الخبل أو الخرف ناتجة عن هذا الداء، وهو عبارة عن انحلال أنسجة المخ بطريقة مميزة، وحتى الآن أسبابه غير معلومة ولا يوجد علاج طبي يشفي أو حتى يخفف من وطأة هذا المرض، وللمرض مراحل ثلاث:

(* مرض معروف ولقد تشكلت لدراسته العديد من الجمعيات العلمية.

- المرحلة الأولى : يصبح الشخص المصاب أكثر نسياناً من المعتاد ويجد صعوبة في استيعاب المعلومات الجديدة، ويضل الطريق أو عادة ما يفقد معنى الوقت أو قيمته وتصبح بداهته متدنية ، وغالباً ما تمر هذه الأعراض دون الاكتراث بها ويتم تجاهلها على أنها أمور غير ذات أهمية .

- المرحلة الثانية : يستمر تدهور الذاكرة والقدرة على الاستيعاب وقد تؤدي هذه الحالة إلى أخطاء فادحة كأن يقوم المصاب بإدارة مفتاح موقد الغاز وينسى إشعاله مما قد يعرض نفسه ومن حوله إلى خطر ، وهو بالتالي في أمس الحاجة إلى من يشرف عليه ويتابع تصرفاته . وربما ينسى ما كان قد شرع في قوله أثناء التحدث مع الغير أو ينسى معاني الكلمات ويصبح بطيئاً جداً سواء في النطق أو الاستيعاب، إضافة إلى ذلك يصبح شديد الارتباك وسواساً أو حتى عنيفاً يهيم على وجهه فيتوه ولربما واجه مشكلات في العناية بنظافته الشخصية .

- المرحلة الثالثة : عادة يصبح المصاب لا مبال يخفق في معرفة الناس أو حتى القدرة على التعرف على صورهم ، ويفقد التحكم في وظائف الإخراج، ويبدو عاجزاً عن تفهم الواقع من حوله أو القيام بالمهام البسيطة كارتداء الملابس أو الاغتسال، والمصاب في هذه المرحلة المتقدمة من المرض عادة يحتاج لعناية متخصصة تماماً(*) .

وعموماً سعى العلماء ، من خلال تطوير نظريات عديدة للتشخيص، إلى تفسير هذه العلل النفسية والجسمانية، وأهم نظريات التشخيص ما يلي :

(*) لا يمر بالضرورة كل المسنين بهذه المراحل .

نظريات التشيخ (Aging Theories):

إن احتمالات الإصابة بالأمراض، وخاصة المزممة منها تتزايد مع زحف الكبر البيولوجي على الإنسان، ويسهم في ذلك تلف أنسجة الجسم وأجهزته المتعددة، وحتى مرحلة عدم الإصابة بالمرض، فإنه عادة ما يلزم الكبر تناقص في درجة الكفاءة في الأداء الوظيفي للجسم، ويرى العلماء بأن انحذاراً تدريجياً في الكفاءة الفسيولوجية يتزايد حتى لا يمكن تجنبه مما يزيد من حدة آثار الحوادث والمرض والأشكال الأخرى للضغوط البيئية.

والشيخوخة تعني تناقص القابلية للحياة والعمر وتزايد القابلية للعطب مع ارتفاع العمر الزمني، وأسباب ذلك الاعتقاد بأن الكائنات الحية تفقد مع تقدم العمر قدرتها على التكيف مع البيئة، ومن ثم فإن الشيخوخ أكثر عرضة واستهدافاً لتحديات البيئة وأضرارها من صغار السن، لذا كانت نسبة الوفيات مع تقدم العمر مرتفعة وقدرة الجسم في المحافظة على اتزان مكوناته أقل دعة وأقل حساسية مع تقدم العمر.

ونظريات الكبر البيولوجي يمكن تقسيمها إلى أربعة أقسام عريضة هي:

- 1 - نظريات التركيب الوراثي .
- 2 - النظريات الخلوية غير الوراثية .
- 3 - النظريات التحصينية أو المرتبطة بوظيفة المناعة .
- 4 - نظريات التحكم الفسيولوجي .

أما نظريات الخصائص الوراثية فهي تركز على البرنامج الوراثي الذي يحكمه التطور البيولوجي للكائنات الحية وبالذات في قوالب حامض (DNA)، فالكبير من منظور وراثي يمكن أن يكون نتيجة مبرمجة مسبقاً لجينات موروثية أو نتيجة للتغيرات في (DNA) التي تحدث عادة مع تقدم السن، بمعنى أن هناك برنامجاً يضع الحدود العليا على مدى الحياة طولاً أو قصراً.

ويفترض البعض أن المورثات التي تسيطر على الشيخوخة هي تمثل في الوقت نفسه نظام تدمير ذاتي، وهناك من يفترض وجود (أخطاء) في عملية تصنيع البروتينات أو الأنزيمات المطلوبة طبقاً للشفرة الوراثية المنظمة في الـ (DNA) مما تؤدي بدورها إلى عجز أو انحراف أداء الخلية وانشطارها. وبالتأكيد قدرة الخلية على الأداء سوف تتأثر بالتغيرات مما سينتهي إلى إنتاج بروتينات وأنزيمات ليست على مستوى المواصفات الوراثية وبالتالي لا يمكنها الأداء بدقة كما ينبغي، ومع تقدم الكائن في السن (العمر) تصبح هذه الأخطاء تراكمية إلى أنها في آخر الأمر تفضي إلى عجز الخلية وموتها.

على أن هناك من يقول بالشيخوخة المبرمجة والتي تفترض وجود ساعة حيوية مبرمجة داخل الجسم بها توقيتات معينة تحدد متى تبدأ كل مرحلة من عمر الكائن، وكذلك القدرة على التناسل والبلوغ والموت.

أما النظريات الخلوية غير الوراثية وهي تشمل ما يعرف بنظرية (البلى والتحلل) والتي تشبه جسم الكائن الحي بالآلة وكيف أنها مع الزمن تعتل أجزاءها وتبلى حتى تنتهي وذلك بسبب التلف التدريجي للأعضاء المتعددة الضرورية لاستمرار الحياة، حتى مع إمكانية زراعة الأعضاء، وتشمل أيضاً ما يعرف بنظرية (تراكم فضلات التمثيل الغذائي) وهي ترى أن الفضلات الناتجة المتراكمة في الجسم تلعب دوراً رئيسياً في عملية الشيخوخة، فالنفايات

الكيميائية المتنوعة عندما تتجمع في بعض الأنسجة تتدخل في الأداء الوظيفي للخلية بشكل يلحق بها الضرر، ويشير الدارسون للتدليل على ما يذهبون إليه على وجه الخصوص إلى وجود مادة دهنية تترسب مع كبر السن في خلايا الجهاز العصبي والكبد والكلى والعضلات، حيث يؤدي تراكم هذه المادة في اعتقادهم إلى ظهور الشيخوخة، ويرى البعض أن تراكم النفايات إنما هو عرض وليس سبباً للشيخوخة، فمثلاً الكولاجين وهو بروتين ينتج ببطء ويتم التخلص منه ببطء شديد، لكن مع تقدم العمر فإنه يتراكم ويؤثر في تغضن البشرة وبطء التحام الجروح ومن ثم يكون سبباً هاماً في التدهور التدريجي في الأداء الوظيفي للخلايا. وهناك نظرية (الخطأ العشوائي أو الكبر الخلوي) والتي تقول بأن خلايا الجسم تتكاثر بالانشطار، إلا أنه عندما يتقدم الإنسان في العمر تبدأ خلايا الجهاز العصبي بالبلوى والتساقط بصورة عشوائية مما يؤدي في النهاية إلى ظهور أعراض الشيخوخة، ورغم وجود العديد من العوامل المساعدة على تساقط خلايا الجسم يعود بعضها إلى ضعف تغذية الأنسجة بالدم نتيجة تصلب الشرايين، والخلايا قد تكبر، أي تتكاثر عدداً من المرات تصل أحياناً إلى (50) مرة، وهذا التكاثر المتزايد يأخذ شكل الأورام السرطانية، أو أنها تتكاثر عدداً من المرات أقل من هذا الحد بسبب السن أو تراكم الخطأ العشوائي في التكرار.

ووفقاً للنظريات التحصينية فإن جهاز المناعة في جسم الكائن يتكون من غدة الثايموس التي تلعب دوراً هاماً في عمليات المناعة، وكذلك من خلايا الدم الليمفاوية ويمتاز هذا الجهاز بالقدرة على تمييز خلايا الجسم عن الخلايا الغريبة عنه، ومن ثم يقوم بمراقبة الجسم بيقظة تامة ودائمة حتى إذا شعر بدخول خلايا غريبة إلى الجسم فإنه يرسل إلى الخلايا الليمفاوية حشماً وجدت في الجسم لمحاصرتها والإجهاد عليها.

ويبدأ جهاز المناعة في الضعف بعد سن الـ (50) سنة وبالتالي يصبح الجسم هدفاً سهلاً للعدوى ، ومع ضعف جهاز المناعة في تمييز الخلايا الغريبة الدخيلة عن خلايا الجسم أو حتى الخطأ في كريات الخلايا الحمراء بوصفها غريبة فإنه يدمرها ويحللها ، ومع كبر السن يزداد التكرار في رفض أجهزة المناعة لأنسجة الجسم من خلال إنتاج أجسام المناعة الذاتية المضادة مما يجعل إمكانيات التعرض لأمراض عديدة مرتفعة مع التقدم في العمر ، إضافة إلى ذلك فإن غدة الثايموس تضمّر مع كبر السن بعد النضج الجنسي مما يؤدي إلى التدهور التدريجي في استجابات مناعة كبير السن . وهذا يفسر كثرة التهابات المفاصل (الروماتيزم) والإصابة بالسرطان عند كبار السن .

أما نظريات التحكم الفسيولوجي ومنها نظرية (عدم التوازن في عمليات الاتزان البنائي) فإنها ترى أن كفاءة ميكانيزمات الاتزان البنائي هي الحاسمة في صيانة التوازنات الفسيولوجية الحيوية في الجسم ، وهي كذلك عامل محوري في عمليات الكبر ومن ثم فإن (الكبر مع نحو مميز هو زيادة أخطاء الاتزان البنائي) بمعنى أن ميكانيزمات رجع التنظيم الذاتي تقل كفاءتها مع تزايد العمر .

ومن تعدد النظريات التي تسعى لتفسير ظاهرة الكبر والتشيخ يتضح أننا لا نملك بعد نظرية واحدة حاسمة يمكن أن يقال أنها تقدم التفسير الوحيد الممكن وإنما القضية لا تزال قيد البحث وعرضة لأكثر من تفسير .

الجوانب الاجتماعية عند دراسة حالة المسنين :

الإنسان كائن اجتماعي ، يعيش حياته كعضو في جماعات بشرية تشكل كل منها نسقاً اجتماعياً معيناً ، بدءاً من نسق الأسرة والقراية والجيرة إلى المجتمع البشري الكبير ، ويقوم بناء النسق الاجتماعي على عنصر رئيسي هو نمط (المكانة - الدور) الذي تلتف حوله كل عناصر النسق الأخرى باعتبارها عناصر ثانوية تنبثق عن ذلك النمط ، وعضوية الفرد في أي نسق تحدد بمكانة معينة فيه .

والمكانة كشيء مميز عن الفرد الذي قد يشغلها هي ببساطة مجموعة من الحقوق والواجبات ، وهي أما أن تكون مكانة موروثية تفرضها الثقافة والمجتمع أو مكانة مكتسبة تتطلب مؤهلات واكتساباً وتنافساً بين أفراد المجتمع ، لذا فإن المكانة الموروثة محددة للفرد سلفاً بمقتضى : نوعه وسنه وحسبه ولونه وديانته وثقافته ، أما المكتسبة فإنها تتطلب جهداً ورغبة في الحصول عليها ، والمكانة إجمالاً تفرض على من يشغلها مجموعة من الحقوق والالتزامات تنظم علاقته بمن يشغل المكانة أو المكانات الأخرى المرتبطة بمكانته ، أي أن كل مكانة تقوم في مضمونها على محددات ملزمة لمن يشغلها في سلوكه وتفاعلاته مع الأفراد الآخرين شاغلي المكانات المرتبطة بمكانته هذه ، وكل مكانة تتضمن مجموعة من التوقعات السلوكية المفترض أن يلتزم بها كل من يشغل هذه المكانة ، وهذه التوقعات السلوكية يطلق عليها مصطلح (الدور) .

والدور هو جملة الأنماط الثقافية المرتبطة بمكانة معينة، ويمثل الدور الجانب الدينامي للمكانة، فاجتماعياً يخصص للفرد مكانة يشغلها بارتباطها بمكانات أخرى، وعندما يضع الحقوق والواجبات التي تشكل المكانة موضع التنفيذ يكون مؤدياً دوراً، فالدور والمكانة غير قابلين للفصل كلية، فليس هناك أدوار بدون مكانات أو مكانات بدون أدوار.

والأدوار تحمل فكرة التبادلية، بمعنى أنها لا تتضمن فقط السلوك المتوقع من فرد ما في موقف معين فحسب، وإنما أيضاً سلوك الآخرين تجاهه وهذا التحديد للأدوار يساعد على تنظيم توقعات الأفراد الآخرين من الشخص الذي له مكانة معينة، كما يمكن الفرد ذاته من تحديد توقعاته من الأفراد المتعاملين معه بحكم مكانته تلك.

ونظراً لأن المسن احتل ولسنوات مكانة اجتماعية ومارس أو أدى أدواراً جعلته يتوقع أنماطاً معينة من سلوك الآخرين تجاهه، فإن التحول في مكانته وبالذات المكتسبة وما يستتبعها من أدوار تتغير مع تقدمه في العمر، وخاصة في نظام العلاقات الاجتماعية من زيارات وأحاديث وعلاقات اجتماعية حميمة. لذا فإن المسن يحس، وبشكل بالغ القسوة، بتقلص منظومة المكانة وفقدانه لغالبية الأدوار التي كانت تستغرق، بممارسته إياها، طول يومه وجل اهتماماته، هذا التقلص وما يعنيه من خسارة يولد عند المسن شعوراً بعدم الأمن الاجتماعي النفسي، مما يدفعه إلى الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية التامة وضعف القدرة على التكيف والشعور بالاغتراب والاكئاب النفسي، وتزيد هذه الأعراض خاصة في المجتمعات والثقافات التي لا تعطي للمسنين مكانة موروثية، حيث عندها يشعر المسن فعلاً بالأعراض التي أشرنا إليها وبشكل متزايد.

شهد النصف الثاني من القرن العشرين اهتماماً متزايداً من الدراسات الاجتماعية بأوضاع المسنين ومدى توافقهم مع مرحلة تقدم العمر، خاصة وأن أعدادهم أخذت في الازدياد ومرت المجتمعات الحديثة بتحويلات واسعة بسبب معدلات التحضر العالية أدت إلى تحلل الروابط الأسرية وزيادة الاتجاهات الفردية الساعية إلى مزيد من الحراك الاجتماعي وظهور الأسرة الزوجية بكل ما يعنيه ذلك من تحول عن الأسرة التقليدية الممتدة، لهذه الأسباب أصبحت أوضاع العديد من المسنين مشكلة خارج إطار الأسرة ومن ثم تحولت إلى مشكلة اجتماعية تتطلب حلولاً من المجتمع الكبير تضمن الحد الأدنى من المعيشة والرعاية لهذه الفئة العمرية المهمة .

ولقد تطور بسبب هذه التحويلات علم جديد يسمى (علم الكبر) ويعد علم اجتماع الكبر أحد فروع المهمة، ولقد طور علماء الاجتماع المختصون في هذا الفرع من علم الاجتماع مجموعة من المداخل النظرية المفسرة والشارحة لمسألة توافق المسنين مع أوضاعهم، وسنذكر بشكل موجز هنا أهم النظريات في هذا المجال .

أولاً- نظرية الانسحاب (Disengagement Theory) :

يعتبر هنري وكمنج (Henry & Cumming) من مؤسسي هذه النظرية وهي تقوم على أساس أن الانفصال أو فك الارتباط عملية تحدث في العلاقات بين الفرد وأعضاء المجتمع، وعليه فإن الشخص المسن ينسحب تدريجياً من كماليات الحياة وتقل أنشطته التي اكتسبها في منتصف العمر . وكما توضح النظرية أنه انسحاب حتمي متبادل بين الفرد المسن ومجتمعه، أي أن الفرد يبدأ في الانسحاب من العالم الاجتماعي في نفس الوقت الذي بدأ العالم بتحرير المسن من القيود والالتزامات الوظيفية .

وتؤكد هذه النظرية على أن الانسحاب عملية طبيعية يجد المسن نفسه مقبلاً عليها وخاضعاً لمتطلباتها نتيجة الانحدار العام والطبيعي من الناحية الصحية ومحدودية دائرة نشاطه الاجتماعي ، ويساعد الانسحاب المسن على زيادة ارتباطه بحياة جديدة تميل إلى الحياة الأخروية ، وقد يفصل المسن تماماً عن المجتمع ويظهر ذلك في زيادة انشغاله بنفسه وتطول فترة إقامته بالمنزل ويبدأ المسن في الابتعاد عن زملائه وأصدقائه ويعزف عن ممارسة أي نشاط اجتماعي أو ترفيهي .

وتقوم نظرية الانسحاب على ثلاثة فروض أساسية هي :

- (1) أن معدل التفاعل وأبعاده سوف يقل بتقدم الإنسان في عمره .
- (2) أن التغير الكمي والكيفي في التفاعل يصاحبه تغير إدراك حجم الحياة .
- (3) أن التغير الكيفي للتفاعل يصاحبه نقص في سعة الحياة الاجتماعية حيث ينتقل المسن من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق في ذاته ومن الانشغال إلى الراحة .

وفي رأي هنري وكمنج هناك مراحل أساسية يمر بها المسن تقوم عليها افتراضات نظريتهما وهذه المراحل هي :

- 1 - تغير في وظيفة الدور : وهذه المرحلة تبدو واضحة بالنسبة للذكور فنقصان الإنتاجية في العمل يصاحبها تغيرات في الاتجاه نحو العمل .

2 - فقدان الدور : ويظهر هذا واضحاً عند الرجال بعد إحالتهم للتقاعد حيث يفقد الدور الذي كان يقوم المتقاعد بتحقيق ذاته من خلاله . ويبدو ذلك واضحاً أيضاً عند الأرمال بعد وفاة أزواجهن وبعد زواج الأولاد والبنات .

3 - نقص التفاعلات الاجتماعية وقتلتها : فمع فقدان الدور نجد أن الاتصالات الاجتماعية تقل أو مفهوم الذات يضمم وتنخفض الروح المعنوية ، وهذا النقص في التفاعلات الاجتماعية يحدث الاكتئاب وتدمير مفهوم الذات .

4 - الحذر من قلة الوقت المتبقي من عمر المسن : وعند هذه المرحلة يشعر المسن أنه يعيش في الوقت الضائع وهو يعني الاعتراف بقيمة الموت والاقتراب منه .

ورغم أهمية نظرية الانسحاب وتداولها بين الدارسين ، إلا أنها واجهت موجة واسعة من الانتقادات والاعتراضات ، مع أن معظم النقد الموجه ضدها يدور حول زعمها أن الانفصال بين كبار السن والمجتمع ظاهرة عامة وإلزامية وأنها مفيدة للفرد والمجتمع ، ولقد وجه سافج (Savage)⁽¹⁴⁾ نقده إلى هذه النظرية موضحاً أن الذين يعملون بالتدريس الجامعي والأدباء والفنانين ورجال الدين لا تنطبق عليهم شروط هذه النظرية ، لأنهم لا يرون في حياتهم ما يدعوهم للانفصال عن الحياة الثقافية والاجتماعية قط .

(14) انظر :

Savage et. al: **Personality and Adjustment in the Aged**, San Francisco, The Academic Press, 1977.

وانتقد هوشتشايلد (Hochschild)⁽¹⁵⁾ النظرية على أساس أنها تكونت من عناصر مختلفة ومنحرفة، ويوضح أن رغبة الفرد في الانسحاب عن المجتمع أحياناً قد تصطدم بقلة الخبرات الموضوعية لدى الأفراد وهذا لا يساعدهم في الانفصال عن مجتمعهم. لذا فإنه يرى أنه من الأفضل التعامل مع الانفصالية بوصفها متغيراً لا أكثر وليس على أنها عملية حتمية كما تفترض النظرية، وإذا كان بعض الأفراد يفضلون الانفصال عن مجتمعهم فإن البعض الآخر قد لا يفضل ذلك.

وتدل نتائج الدراسات الميدانية التي سعت إلى اختبار مدى صحة فرضيات النظرية بضعفها في تفسير ما هو قائم ميدانياً. ففي دراسات أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية والدانمارك وبريطانيا تناول فيها الباحثون عدة جوانب للشيخوخة، هي القدرات الحسية والأدوار الاجتماعية والدخل والاتجاهات، أوضحت تلك الدراسات أن كبار السن مندمجون في مجتمعاتهم أكثر مما تفترضه النظرية.

ويرى آتشلي (Atchly)⁽¹⁶⁾ أنه بالرغم من أن كبار السن قد يتخلون عن بعض الأدوار التي لعبوها خلال مرحلة ما قبل الشيخوخة، وخاصة ما يتعلق بمهنتهم إلا أنهم لا زالوا يلعبون أدواراً أخرى، وانفصالهم عن بعض أدوارهم الاجتماعية لا يعني بحال من الأحوال انفصالهم عن علاقاتهم الاجتماعية الأخرى.

(15) انظر:

A. Hochschild: **Disengagement Theory: A Critique and Proposal**. American Sociological Review, 401, 1975.

(16) انظر:

R. C. Atchly: **The Sociology of Retirement**, New York, Schenkman Publishing Co. 1976.

ولقد عدلت كمنج (Cumming) في بعض تفاصيل نظريتها وأشارت إلى أن الرضا عن الحياة قد يرتبط إيجابياً بالأنشطة لدى بعض المسنين وبالانسحاب لدى البعض الآخر، فالشخص النشط الذي يوجه اهتماماً للعالم الخارجي سوف يكون سعيداً إذا ما استمر على ذلك خلال مرحلة التقاعد، أما الآخرون أصحاب النظرة السلبية والذين يعتبرون البيت مركزهم الرئيسي فإنهم سوف يرحبون بالانسحاب من المجتمع.

ولقد عدل كل من سترايب وشنايدر (Streib & Schneider)⁽¹⁷⁾ صياغة النظرية لتصبح أكثر ملاءمة لواقع المسنين واستخدام مصطلح الانسحاب التبايني ليؤكد على فكرة أن الانسحاب تقع بنسب مختلفة لدى المسنين كما أن الانسحاب يساعد المسن على زيادة الارتباط بأوجه الحياة الأخرى.

ويمكننا إجمالاً القول أن نظرية الانسحاب مرت بمراحل عديدة منها:

- 1 - يعتبر الانسحاب مظهراً ضرورياً بين الفرد والمجتمع وهو يبدأ تدريجياً بالانسحاب الانفصالي وينتهي بتركيز الطاقة حول الذات.
- 2 - إن الرضا عن الحياة يرتبط إيجابياً بالنشاط لدى بعض المسنين ويرتبط بالانسحاب لدى البعض الآخر.
- 3 - إن الانسحاب يساعد المتقاعد على زيادة الارتباط بأوجه الحياة الأخرى.

(17) انظر:

G. F. Streib and J. Schneider: **Retirement in the American Society**, New York
Cornell University Press, 1972.

ثانياً - نظرية الفاعلية أو البديل أو النشاط (Activity or Substitution Theory) (18) :

وهذه النظرية نقيض نظرية الانسحاب ، فهي تفترض أن الحفاظ على مستوى الفاعلية للعمر الوسيط هو السبيل الأفضل لتغلب الفرد على ملائسات كبر السن ، حيث أنه وبصرف النظر عن التغيرات البيولوجية والصحية فإن المسنين لديهم نفس الحاجات النفسية والاجتماعية التي كانت لهم في العمر الوسيط ومن ثم فهناك علاقة إيجابية بين الفاعلية والروح المعنوية للمسن . لذا فإنه عندما يفقد الفرد أدواراً معينة كان يؤديها أو الطاقة والقدرة على أداء أنشطة معينة بالطريق الواضح للتكيف هو أن يجد البديل ، فالأفراد يجب أن يجدوا إحلالات من الأنشطة البديلة لتلك التي فقدوها ، فالتفاعل الاجتماعي المتناقص للمسنين ينتج عنه انسحابهم من المجتمع ، وعليه فالشخص المسن الذي يتقدم في العمر على النحو الأمثل هو الشخص الذي يبقى نشطاً وينجح في مقاومة تقلص عالمه الاجتماعي محافظاً على فعاليات العمر الوسيط أطول مدة ممكنة ، وأيضاً يجد البدائل التي تعوضه عما قد يحدث من خسائر لبعض أدواره نتيجة التقاعد أو الترميل .

أي أن مدخل الفاعلية يرى أنه للتقدم في السن بنجاح يجب على الفرد أن يبقى على الأقل على بعض أنماط النشاط والقيم المميزة للعمر الوسيط . وهذه القيم تؤكد على أهمية الإبقاء على عدد كبير من الأدوار والقيام بها فعلاً ، وعلى الفرد ليس فقط أن يتجنب انكماش نطاق الحياة وإنما عليه كذلك أن يبحث ويجد فعاليات بديلة عند الضرورة .

(18) للمراجعة ، انظر على سبيل المثال :

Caleb E. Firsch and Leonard Hayflick (eds): **Handbook of The Biology of Aging**, Van-Notrand Reinhold, New york, 1972.

وليتحقق الاستبدال الناجح يجب أخذ العوامل التالية في الاعتبار :

(1) أن تكون البدائل متوافرة ومتاحة :

وفي الواقع ، غالباً ما تكون البدائل متاحة عند الطلب ، فمثلاً قد لا يتخذ غالبية المتقاعدين أعمالاً جديدة بسهولة ، والأرامل قد لا يجدن بيسر قريناً جديداً ، إضافة إلى أن المسن بسبب التدهور البدني والعقلي الذي يعيشه قد لا يكون الحصول على البديل استراتيجية متاحة حقيقية ، أي أن الاستبدال رغم أنه قد يكون عملياً طريقة ملائمة وجذابة للتغلب على الخسارة المبكرة في الحياة فإنه مع تقدم السن يصبح أكثر صعوبة عملياً .

(2) توفر القدرة والطاقة البدنية والعقلية لأداء الدور البديل بفعالية :

فكما نعلم أن الصحة والطاقات والقدرات البدنية للمسن تضع قيوداً وحدوداً على مدى حركته وفعالته وسيتوقف الاستبدال على : البيئة وما تقدمه ، وخبرة الحياة الماضية ، وتوفر شركاء الدور ، وقيم الخلفية التي تتم فيها تنشئة المسن .

(3) رغبة المسن في البديل :

صحيح أن هناك معطيات تجعلنا نرى وجود علاقة بين مستوى الانتعاش في الحياة الاجتماعية والروح المعنوية العالية ودرجة الرضا والإشباع عند الفرد ، إلا أن الأشخاص الراضين بالحياة قد يبحثون عن التفاعل الاجتماعي ، كذلك فإن الصحة الجيدة والدخل المناسب قد يكونان أيضاً مصدرراً لكل من

الروح المعنوية وحب الاختلاط بالآخرين ، إضافة إلى أن العديد من كبار السن لأنهم نشطون ولأنهم مستغرقون اجتماعياً ، يقولون عن أنفسهم أنهم راضون تماماً عن حياتهم . لذا فإن البعض يرى أن النظرية تقدم موقفاً قيماً أكثر منها تفسيراً للمرحلة العمرية ومقتضياتها .

ثالثاً - نظرية الأزمة (Crisis Theory) (19) :

تسعى النظرية لتفسير بعض الاضطرابات النفسية والانفعالية التي تحدث للمسنين بسبب ترك العمل وسحب الأدوار الاجتماعية المرتبطة بذلك ومن ثم انخفاض المكانة والمركز الاجتماعي في محيطه ، ويشير علماء النفس إلى أن هذه المرحلة حساسة في حياة الفرد وأنها تحدث بعض الأزمات والاضطرابات النفسية والانفعالية والاجتماعية نتيجة لسحب المجتمع العديد من الأدوار والمسؤوليات من الفرد المسن بعد إحالته للتقاعد أو بسبب حالته الجسدية والصحية ، مما يؤدي به إلى سوء التوافق والقلق والشعور بالدونية .

وأنصار هذه النظرية عدد كبير من علماء الاجتماع وبالذات أصحاب المدرسة الوظيفية البنائية ونظرية الأيكولوجيا الاجتماعية ، ويرى جوداشتيان (Goodstein)⁽²⁰⁾ : أن الدور المهني للرجل يعتبر مصدراً مناسباً للهوية ويمكن الفرد من أن يضع نفسه في علاقات ذات معنى مع عالم العمل ، كما أن العمل

(19) انظر :

E. Cumming and W. Henry: **Growing Old: The Aging Process of Disengagement**, N.J: McGraw Hill, New York, 1961.

(20) انظر :

L. D. Goodstein: **Personal Adjustment Factors and Retirement**, Geriatrics, No: (17), 1962.

يشكل وسطاً مهماً للتفاعل الاجتماعي وتلبية حاجات الفرد الاجتماعية، فالعمل لا يقدم فقط هدفاً أو سبباً للحياة، وإنما يقدم أيضاً خطة ملموسة للعيش يوماً بيوم.

والتقاعد أو الترميل عند أنصار هذه النظرية يعني أكثر من مجرد تغير في مظاهر الحياة الاجتماعية، ذلك لأنها تقدم شكلاً محدوداً من أشكال الحياة الاجتماعية لم يعود عليه المسن بعد، فيجب عليه أن يعيش بطريقة مختلفة عما تعود عليه سابقاً نتيجة لانخفاض دخله ومحاولة تدبير أمور حياته المعيشية في ضوء معاش التقاعد، لذلك يسعى المسن بعد إحالته للمعاش إلى البحث عن مصدر آخر لرزقه بالإضافة إلى ازدياد التكاليف والنفقات الطبية نتيجة الأمراض التي قد يتعرض لها في هذه المرحلة من حياته.

ويرى البعض الآخر أن التقاعد ليس مجرد تنحية عن العمل وعن الأنشطة المرتبطة بذلك العمل، وإنما هو ما يشعر به المسن من التوجس والخوف من الدخول في دور غير محدد يكتنفه غموض (دور المتقاعد)، وهذا يؤدي إلى أن ينظر المسن لنفسه نظرة دونية أو على الأقل نظرة فيها إعادة تقييم للذات قد يمتد إلى مساهماته في الحياة الاجتماعية عموماً.

وتتناول نظرية الأزمة قضايا من أهمها:

(1) قضية العمل وأهميته بالنسبة للفرد: لما كان العمل مكوناً ضرورياً ورئيسياً لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي فإن الحرمان منه سيؤدي إلى تقليص رضا الفرد عن الحياة وربما عن نفسه.

(2) سلوكيات الدور: إن العمل هو الأساس في استقرار أنواع السلوك المميز للفرد بعد التعود عليها وذلك تحقيقاً للأدوار المتوقعة منه، ومعنى ذلك أن التقاعد يؤدي إلى اضطراب سلوكيات المسن.

(3) نظرة المسن للحياة: إن الاضطراب في السلوك المعتاد للفرد سيكون له رد فعل سلبي في الرضا عن الحياة بعد التقاعد وذلك بالنسبة له ولن يتعامل معهم في الحياة.

(4) مدى التزام الفرد بعمله: إن الأفراد الأكثر التزاماً بعملهم قبل الإحالة للتقاعد هم أكثر الناس تمسكاً بعملهم وأكثرهم كرهاً للتقاعد وأكثرهم تغييراً في سلوك حياتهم المعتادة بعد إحالتهم للتقاعد.

(5) قيمة العمل في حياة الفرد: ترك المسن للعمل يشكل رد فعل سلبي قوي لدى الأفراد الذين يقدرون عملهم ويحترمونه ويلتزمون بمواعيده.

(6) تقليص أدوار الفرد بعد التقاعد: فهذا الانكماش قد يكسب الفرد نوعاً من السلوك اللاواقعي مثل الشعور بالدونية، والتقدير الزائد للذات لما قد ينعكس في سلوكه مع من حوله مثل الزوجة أو الأبناء أو الأقرباء.

ولقد أوضحت دراسات قام بها بارسونز وجوداشتيان (Parsons) ⁽²¹⁾ على أن ضيق الفرد نتيجة فقدته لعمله وتغير أدواره بعد إحالته إلى التقاعد يؤثر في تعامله مع نفسه وأسرته والمجتمع الذي يعيش فيه، ووجد كلارك (Clark) ⁽²²⁾ في دراسة قام بها أن (70٪) من المسنين يودون العودة إلى أعمالهم السابقة لو كان ذلك ممكناً بل وحاول (25٪) منهم الحصول على عمل جديد.

على أن بعض الدارسين لا يوافقون على ما تقدمه النظرية من التأكيد على أهمية العمل بوصفه العامل المؤثر في رضا المسن عن حياته، وهم يتفقون على أن العمل والحرمان القهري منه بالإحالة للتقاعد وإن كان عاملاً هاماً في تغيير أدوار المسن، إلا أنه ليس العامل الوحيد أو الأهم في عدم رضا المسن عن نفسه وحياته، وهم يرون أن أهمية العمل تتوقف على نوعه من جهة وعلى أهمية العمل بالنسبة للفرد ومدى التزامه بمهام عمله من ناحية أخرى، وأوضحت دراسة لفرديان وهانيجرست (Friedman & Hanrighurst) ⁽²³⁾ أن العمل بين الطبقات الدنيا، خاصة العمل اليدوي، إنما ترجع أهميته إلى أنه يعتبر مورد رزق في الحياة، ولهذا فإنه لا يلعب دوراً كبيراً في تقدير الفرد لذاته ومفهومه عنها، ولا يشعر العامل بالضيق والأزمة التي يشعر بها أصحاب المهن الإدارية والفنية العليا، خاصة إذا كان العمل وعلاقاته هي حياة المسن.

(21) المرجع السابق وكذلك انظر:

T. Parsons: **The Social System**, New York, Free Press, 1974.

(22) انظر:

Flegros Clark: **Age and Working Lives of Men**, London, Nuffield Foundation, 1959.

(23) انظر:

E. Friedman and R. Hanrighurst: **The Meaning of Work and Retirement**, Chicago, Chicago University Press, 1954.

وأوضحت دراسة دايفيد إدوين (David Edwin) أن الأفراد المسنين الذين كانوا يشغلون مناصب قيادية وإدارية وفنية عليا تأثروا بالتقاعد أكثر من الأفراد الذين كانوا يشغلون مناصب صغرى ، حيث أن العمل بالنسبة للأفراد الذين كانوا يشغلون مناصب لها بريق اجتماعي وعلاقات اجتماعية كثيرة تجعلهم يحسون بمرکزهم الوظيفي ، مما أدى إلى إحساسهم بذواتهم وتقديرها ومن ثم الرضا عن الحياة ، وعلى العكس من كانوا يشغلون مناصب متواضعة فإن العمل لم يكن لهم سوى مصدر رزق فقط لذا لم تتأثر حياتهم الاجتماعية أو نظرتهم لذاتهم بعد ترك العمل ، مما يؤكد أن ترك العمل بالتقاعد ليس السبب الوحيد في حدوث الأزمة وإن كان أحد الأسباب التي تؤدي إلى حدوثها .

رابعاً - نظرية الاستمرارية (Continuity Theory) (24) :

وتؤكد هذه النظرية على أهمية الاستقرار النسبي للأدوار التي اعتاد عليها الفرد في السابق ، لذا تفترض النظرية بأن المسن يحاول ما أمكنه التكيف مع وضعه الجديد من خلال إعطاء وقت أكبر للأدوار التي كان يزاولها قبل دخوله هذه المرحلة العمرية وما تقتضيه من تقاعد وخلافه عوضاً عن مزاولة أدوار جديدة ، وتستند هذه الفرضية على النتائج التي تشير بأن كبار السن يحاولون أن يتمسكوا بأنماط حياتهم التي اعتادوا عليها وأن كثيراً منهم يحاولون أن يجعلوا حياتهم خلال مرحلة العمر المتقدم مشابهة لحياتهم في مرحلة وسط العمر .

(24) انظر : روبرت آتشلي (R. Atchly) : مرجع سابق .

وتلتقي نظرية الاستمرارية مع نظرية النشاط ونظرية الانسحاب المعدلة في التأكيد على أن التقليص التدريجي للأنشطة ككل مع استمرارية بعض الأنشطة المحددة في فترة التقاعد، وتؤكد العديد من الدراسات على أن الناس عادة ما يلجأون إلى توظيف خبراتهم في مرحلة ما قبل التقاعد من ناحية استغلال الوقت والطاقة في مرحلة التقاعد، ويرى أنصار هذا الاتجاه أن الفرد يكون واعياً بدوره الجديد حين يتقاعد، فهو يعرف أن التقاعد أمر حتمي وهو يدفع مبالغ من دخله للتقاعد ويعايش بعض الأصدقاء الذين تقاعدوا من قبله، ويفترض أنصار هذا الاتجاه أيضاً أن التغييرات السلوكية الناتجة عن التقاعد عادة ما تتم قبل أن يترك الفرد العمل وذلك على العكس مما يعتقدون بغموض وضع المسن المتقاعد.

وعموماً، كما يرى أتسلي، فإن هذه النظرية تسمح بالتخلي التدريجي عن بعض النشاطات بشكل عام، وهي أنها وإن انطبقت على غالبية المسنين إلا أنها لا تنطبق عليهم جميعاً.

خامساً - النظرية التبادلية (Exchange Theory) (25):

وهي من النظريات الاجتماعية الهامة التي وظفت في مجال الشيخوخة وتركز هذه النظرية على فروض من أهمها:

(25) انظر:

D.Bell: "The Limitation of Crisis Theory as an Explanatory Mechanism in Social Gerontology" Int. J. Aging and Human Development, Vol. (6)2, pp. 153-168.

(1) أن الأفراد أو الجماعات في تفاعلهم مع الأفراد أو الجماعات الأخرى يحاولون أن يحققوا أكبر قدر من المنفعة بأقل تكلفة ممكنة .

(2) يستمر الفرد ويحافظ على تفاعله مع الآخرين إذا كان يحقق من خلال ذلك التفاعل منفعة تفوق ما يتكلفه .

(3) عندما يكون الفرد معتمداً على آخر، يكون الفرد الأخير هو المتمتع بالقوة .

وترى هذه النظرية أنه خلال التفاعل الاجتماعي بين الأفراد أو الجماعات فإن المشارك في هذا التعامل ومن هو في أمس الحاجة للنفع المتمنخض عن هذا التفاعل يفقد من رصيده من القوة بينما يزيد رصيد الطرف الآخر منها، وترى هذه النظرية أن التبادل الاجتماعي لا يقتصر على الجانب الاقتصادي فقط وإنما يطال الجوانب النفسية والاجتماعية، والحياة من هذا المنظور ما هي إلا سلسلة من التبادل التي تزيد أو تنقص من مخزون الأفراد أو الجماعات من القوة والصيت .

ويرى دوود (Dowd)⁽²⁶⁾ أن أسباب الانسحاب التي تعتري العلاقة بين كبار السن ومجتمعهم ليس كما تزعم النظرية الانسحابية بأنها ناتجة عن رضا متبادل للانفصال، وإنما هي ناتجة عن عملية تبادلية غير متكافئة يفقد فيها كبار السن رصيدهم من القوة لصالح المجتمع، مما يجعلهم يسعون إلى محاولة تفسير عملية الانفصال انطلاقاً من المنظور التبادلي .

(26) انظر:

James J. Dowd: "Aging as Exchange: A Preface to Theory", in Jill S. Quadagno (ed): **Aging, the Individual and Society**, New York: St. Martin's Press, 1980.

ويشير دوود مفهوم (انعدام الوعي) بين كبار السن كفضة اجتماعية لها خصائصها ومشكلاتها . ويرى أن كبار السن يفقدون القوة التي يتمتعون بها تدريجياً من خلال عملية التبادل بينهم وبين محيطهم الاجتماعي الذي لا يبقي لهم في النهاية إلا الخضوع المطلق ، وهذه عملية غير متكافئة وخطيرة على كبار السن .

وركز مارتن (Martin) استخدامه للنظرية التبادلية في دراسته لأنماط الزيارة بين أعضاء الأسرة ، ويرى أن كبير السن الذي لا يملك إلا القليل من القوة مجبر على دفع الكثير لزيارة أقربائه ، أما المسن الثري ومن يملك بعض المهارات والقدرات كسر القمص أو امتلاك مواهب معينة فإنه في موقع تفاوض أقوى في علاقته مع أقربائه .

على أن هدى قناوي⁽²⁷⁾ تظهر انزعاجاً من نظرة النظرية التبادلية والتي في رأيها تدرس الحب والحنان في العلاقة بين الآباء والأبناء كما لو أنها سلعة يطبق عليها ما يطبق على السلعة المادية من قيمة قواعد تبادلية ، وترى أن رعاية الآباء للأبناء ليست (هدية) ورعاية الأبناء للآباء ليس (رداً) على هدية ، فضلاً على أن العلاقة بين الكبار والصغار علاقة أرست قواعد الشرائع والأديان ، وهي ترى أن هذه العلاقة ليست مفقودة في أي مجتمع إلى الحد الذي يدعو إلى إنكارها . وإذا كانت تشتكي من بعض الضعف أو قلة الاهتمام في العصر الحديث فإن ذلك إنما يعود إلى عوامل مادية بحتة

(27) هدى قناوي : سيكولوجية المسنين ، القاهرة ، مركز التنمية البشرية والمعلومات ، 1987 .

فرضتها تطورات الحياة الحديثة بمشاكلها وأزماتها، وتنتهي إلى أهمية تأسيس القيم التقليدية (الفاضلة) لفهم حالات المسنين ورعايتهم والعناية بهم .

إضافة إلى هذه المحاولات النظرية، هناك من حاولوا النظر إلى أوضاع كبار السن انطلاقاً من أن ما يعانونه يشبه ما تعانيه الأقليات المحرومة ومن ثم فإنه يمكننا الحديث، على الأقل في بعض المجتمعات والثقافات المعاصرة، عن نوع من التمييز والتعصب والكراهية ضد كبار السن، بتجاهلهم وإبعادهم عن الحياة العامة أو إلحاق الضرر بهم، ويرى بعض أنصار أمثال هذه الاتجاهات النظرية أن كبار السن كرد فعل لأمثال هذه المواجهات قد يعانون من أزمة هوية أو أن بعضهم سيسعى إلى الاستمرار في الحفاظ على هوياتهم السابقة لمرحلة التقدم العمري .

وهناك من يرى أن نظريات التحديث المعاصرة، ومن خلال تأكيدها على الفردية والنفعية والحراك الاجتماعي وزيادة معدلات التحضر وارتفاع مستوى التحصيل التعليمي كل ذلك أدى إلى انخفاض مكانة كبار السن خاصة مع ازدياد أعدادهم . وعملية التحديث أدت إجمالاً إلى التخلي عن القيم التقليدية التي كانت تكن لكبار السن الكثير من الاعتبار والاحترام، وركزت وبشكل كبير على أهمية الشباب وقدرتهم على العمل والإنتاج، مما قلل من قيمة كبار السن في نظر أفراد هذه الفئات العمرية بحيث لم يعد النظر إليهم بالإكبار والاحترام الذي كان في السابق من الخصائص الثقافية للمجتمعات الحديثة .

العوامل المسؤولة عن توافق كبار السن مع ظروفهم وأوضاعهم الاجتماعية⁽²⁸⁾ :

يوضح فؤاد البهي⁽²⁹⁾ أن أهم العوامل التي تؤثر على عملية التوافق لدى الفرد المسن تتخلص فيما يلي :

- 1 - تتأثر عملية التوافق بمدى ونوع العادات والتقاليد السائدة في البيئة .
- 2 - كلما كبر سن الفرد زاد تبعاً لذلك اهتمامه بآراء الناس ومراعاته للقيم المرعية والمعايير القائمة .
- 3 - قد تعوق التقاليد الفرد من تعلم مهارات جديدة وقد تدعوه نفس هذه التقاليد إلى إهمال نفسه بعد أن أهمله الجميع .

أما التقاليد التي تحترم السن وتعطي للمسن حقه من الاحترام والتبجيل وتدعو الناس إلى استشارته والتزود من خبرته فهي التقاليد التي تساعده في التوافق السليم النفسي والاجتماعي الضروري لطمأنينته وسعادته .

وتتفق ميكاكيتي (Mika kitty)⁽³⁰⁾ مع البهي في أن عملية التوافق مع التقدم في السن تتأثر بمدى قدرة الفرد المسن ونجاحه في ممارسة الأنشطة الاجتماعية، كما أن الاهتمام المتزايد بأي نمط من أنماط النشاط قد يساعد في

(28) انظر :

Stanley Park: **Work and Retirement** George, Allen and Unwin, London, 1982.

(29) فؤاد البهي : **الأسس النفسية للنمو**، القاهرة، دار الفكر العربي، 1975 .

(30) انظر :

Mika Kitty: "Adjustment to Separation Among Former Cohabitors" **Journal of Divorce**, Vol. 4 (2), 1988.

الإبقاء على الشعور بالهدف في السنوات الأخيرة وخاصة بعد التقاعد عن العمل ، فالأب الذي يدرك التغير الذي يطراً على دوره الاجتماعي الذي يقوم به في أسرته كزوج وشاب ثم كأب لأطفاله ثم كصديق للأطفال الذين أصبحوا شباباً ثم كإنسان ضعيف خائر القوى ، عليه أن يتوافق بين نفسه وبين وظيفته المتغيرة في أسرته المتطورة .

إن المسنين المتوافقين مع مرحلة ما بعد ترك العمل كانوا أكثر اهتماماً بممارسة الأنشطة الاجتماعية في وقت الفراغ . وترى ميكاييتي أن توافق الفرد المسن يتأثر بموقعه الحالي كصحته وموارده المالية وعلاقاته في المجتمع وخاصة في أسرته .

وأوضحت ميكاييتي أن المتقدمين في السن المتزوجين الذي يعيشون مع زوجاتهم قد توافقوا بنجاح مقارنة بمن يعيشون بمفردهم ، وتؤكد هذه النتيجة دراسات أخرى عديدة مثل دراسة ورج ومادوكس (George & Maddox)⁽³¹⁾ اللذين وجدوا أن المتزوجين أكثر قدرة على التكيف لمرحلة ما بعد العمل (المعاش) من غير المتزوجين .

ويلعب الدخل دوراً بارزاً في عملية التوافق ، فلقد وجد ريلي وفونر (Riley & Foner)⁽³²⁾ أن (40٪) ممن يعانون صعوبة في التكيف بسبب التقاعد

(31) انظر :

L.K. George and G.L. Maddox: "Subjective Adaptation to Loss of Work Role: A Longitudinal Study", **Journal of Gerontology**, No: (32), 1977.

(32) انظر :

M. Riley and A. Foner: **Aging and Society: An Inventory of Research Findings**, New York, : Ruse Sage Foundation, 1968.

يعانون مشاكل مالية وتؤكد دراسة سترايب وشنايدر⁽³³⁾ أن سرعة التكيف عند المسنين ترتبط بدرجة كبيرة بمدى ملاءمة الدخل .

وقد حدد برجس (Burgess)⁽³⁴⁾ بعض العوامل الإيجابية التي ترتبط بالتوافق الناجح في سنوات العمر الأخيرة منها :

- 1 - الصحة الحسنة .
- 2 - كون الشخص متزوجاً ومتمتعاً بعلاقات أسرية طيبة ولديه أصدقاء .
- 3 - اشتراكه في أوجه نشاط مختلفة لشغل أوقات الفراغ .
- 4 - عضويته أو انتمائه إلى هيئة ما على الأقل .
- 5 - عدم تعرضه لخبرات سيئة سابقة .
- 6 - شعوره بالأمان بصفة عامة .
- 7 - احتفاظه بمكافأة اجتماعية مماثلة لتلك التي كان يتمتع بها قبل التقاعد .
- 8 - تخطيطه لمشاريع المستقبل .
- 9 - مشاركته في أوجه أنشطة دينية والاعتقاد في الحياة الآخرة .

وأيدت دراسات عديدة ما ذهب إليه برجس وإن أضاف كانتر (Kunter) الروح المعنوية كدليل على التوافق .

(33) انظر : سترايب وشنايدر : (Streib & Schneider) Retirement in the American Society, مرجع سابق .

(34) انظر :

Ruth Cavan, Robert J. Havighurst and Ernest Burgess: **Personal Adjustment in old Age**, Chicago, Science Research Ass. Inc., 1978.

وتحدد نهى فهمي⁽³⁵⁾ العوامل الإيجابية التي ترتبط بالتوافق الناجح في سنوات العمر الأخيرة بالآتي . :

- 1 - احتفاظ المسن بدوره الذي كان يؤديه قبل التقاعد - دوره كمنتج - أي قيامه بعمل بعد إحالته إلى المعاش مما يؤدي إلى عدم افتقاده حياة العمل بعد التقاعد .
- 2 - شعوره بالأمان الاقتصادي وكفاية الدخل في سد حاجات الأسرة .
- 3 - كون المسن متزوجاً ومتمتعاً بعلاقات أسرية طيبة .
- 4 - الصحة الحسنة .
- 5 - عدم القلق على الحالة الصحية .
- 6 - وجود هواية وأوجه نشاط مختلفة لشغل أوقات الفراغ .
- 7 - تخطيط المسن لمشاريع المستقبل .
- 8 - كون المسن له أصدقاء يمكن الركون إليهم .
- 9 - الروح المعنوية للمسن .

ويرى بروزيك (Brozek)⁽³⁶⁾ أن التوافق الناجح مع التقاعد لا يتطلب التحرر من القلق أو الاكتئاب وإنما يتطلب الإحساس بدرجة من الرضا بالحياة بصرف النظر عن الطرق التي يستخدمها الفرد في محاولة التكيف مع وضعه الجديد أو اتخاذ موقف الدفاع ضد التغييرات ذات الطابع المنظم .

(35) نهى السيد حامد فهمي : التوافق الاجتماعي للمسنين : دراسة اجتماعية لفئة من المتقاعدين في مدينة القاهرة، كلية الآداب، جامعة القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة، 1966 .

(36) انظر :

J.Brozek: "Personality Changes with Age", *Journal of Gerontology*, No:(7), 1952.

وتعتبر هدى قناوي⁽³⁷⁾ المرونة في اتجاهات الفرد عنصراً مهماً بالنسبة للتوافق الشخصي خاصة الاتجاه نحو الآخرين والاتجاه نحو التقدم في السن .

وتحدد عوامل تلعب دوراً في التوافق الذاتي للمسنين منها :

1 - الموقف السائد في الحياة : أي أن توافق الفرد حينما يتقدم في السن من الممكن أن يتأثر بطريقة مباشرة بموقفه السائد كصحته ومصادره المالية وعلاقاته في المجتمع وخاصة مع أسرته .

2 - العلاقات الاجتماعية السائدة : حيث يكون الأفراد المتوافقين مع هذه المرحلة أكثر نجاحاً ونشاطاً في إقامة علاقات اجتماعية مختلفة من الذين يفشلون في توافقهم . كما أن الاهتمام المتزايد بأي نمط من أنماط النشاط كالأنشطة اليدوية والهوايات الإنتاجية مثل الحرف والزراعة له الأثر الكبير في نجاح التوافق مع هذه المرحلة .

3 - مدى الإحساس بعقدة الشيخوخة : إن هذا الإحساس يحمل المسن على الانعزال والمبالغة في وحدته والقلق بشأن حالته الصحية وبشأن وضعه المادي وتسيطر عليه مضار انعدام الفائدة واستنفاد الفاعلية وتزداد لديه حرارة الوحدة كلما انفض من حوله أولاده وأهله وذلك عندما ينشغلون بمطالب الحياة وقد يراوده شعور بأنه قد أصبح إنساناً غير مرغوب فيه .

(37) هدى قناوي : سيكولوجية المسنين ، مرجع سابق .

4 - مدى تقبل الذات لدى المسن : حيث أن أغلب المسنين يتحولون إلى الاهتمام الشديد بذاتهم والارتباط بها إلى حد الأنانية وقليلاً ما يضعون في اعتبارهم اهتمامات ورغبات الآخرين . ويؤثر هذا على مدى توافقهم مع هذه المرحلة من الحياة .

والمسن إجمالاً يشعر باضطراب في العلاقات الاجتماعية حيث تضعف العلاقات بين المسن وأصدقائه ويقل تفاعله الاجتماعي واتصالاته مع الناس خاصة زملاء العمل السابقين . مما يجعل المسن يبدأ في الشعور بفقدان الأمن الاجتماعي النفسي والشعور بالاغتراب مما يدفعه إلى الانسحاب من المجتمع والتفوق على نفسه بوصفه قد أصبح غريباً على مجتمعه .

والتقاعد على وجه الخصوص يتضمن ، كما يرى طلعت عبدالرحيم⁽³⁸⁾ ، انقطاعاً عن أدوار اجتماعية هامة وتقليصاً حاداً في الدخل وتقليلاً من فرص الاتصالات الاجتماعية وهي ليست ظاهرة بسيطة إنما هي ظاهرة معقدة إلى درجة كبيرة و مترابطة مع متغيرات وعمليات اجتماعية ونفسية أخرى ، فقد يشعر المسن بالعزلة ويزيد من هذا الشعور زواج الأولاد وانشغالهم مما يؤدي إلى ظهور العزل الاجتماعي الذي يعيش فيه المسن .

وعموماً يمكن تصنيف المسنين من حيث عدم توافقهم مع المرحلة العمرية المتقدمة إلى أصناف هم :

(38) طلعت حسن عبدالرحيم : الأمس النفسية للنمو ، الكويت ، دار القلم ، 1983 .

1 - الغاضبون : وهم الذين يلومون الآخرين على كل ما أصابهم من خيبة أمل في الحياة . كما أنهم يعانون الكثير لعدم قدرتهم على تقبل حقيقة مرورهم بمرحلة التقاعد وأنهم ينتمون في الواقع إلى فئة المسنين .

2 - الكارهون للنفس : وهم الذين يحملون نفس صفات فئة الغاضبين بالإضافة إلى إسقاطهم حالهم على أنفسهم والاستياء منها أو إلقاء اللوم عليها .

ويقسّم ريزمان كبار السن في تكيفهم مع مرحلة الشيخوخة إلى ثلاثة أنماط : (39)

1 - المستقل : وهو كبير السن الذي يملك بعض الخصائص النفسية التي تمكنه من التجديد وتمتاز هذه الفئة بالاستقلال عن الضغوط التي يفرضها المجتمع المعاصر على كبار السن .

2 - المتكيف : لا تملك هذه الفئة الخصائص الذاتية التي تمكنها من التكيف مع مرحلة الشيخوخة إلا أن هناك عوامل خارجية (الفوائد التي جنوها من خلال أعمالهم المبكرة كالثروة والسلطة) هذه العوامل تساعدهم على التكيف مع مرحلة الشيخوخة إلى حد مقبول .

(39) انظر : جيمس دوود (James. Dowd) : مرجع سابق .

3 - اللامعيارى : الذى لا يملك مميزات ذاتية أو خارجية ، فليس لأفراد هذه الفئة مميزات خارجية (كسلطة أو مال يحميهم فى هذه المرحلة ويساعدهم على التكيف) .

ويقسّم مايكل (Michael) المتقاعدين إلى ثلاث فئات (40) :

- الفئة الأولى : التى تفكر فيما سيكون عليه وضعها فى مرحلة التقاعد وينمو اهتمامها بموضوع التقاعد كلما تقدم بها العمر ويكون هذا الاهتمام منصباً على الجانب المادى .

- الفئة الثانية : تسعى للحصول على التقاعد لكى تتخلص من روتين وارتباطات العمل بالدرجة الأولى ومن ثم القيام بالأشياء التى كانت تتمنى القيام بها .

- الفئة الثالثة : وهى التى تجد صعوبات بالغة فى التكيف مع مرحلة التقاعد ، وغالباً ما تحيا هذه الفئة حياة هامشية .

ويتضح إجمالاً من هذه الطروح النظرية أن لكبار السن علم أنفسهم الخاص وكذلك طبهم وخصائصهم الاجتماعية التى ينبغى أن تراعى حتى يتمكن من يعملون معهم من تقديم أداء أفضل وتوفير حياة أكثر عطاءً واستقراراً .

(40) راجع إبراهيم العبيدى : «دور النظريات الاجتماعية فى أبحاث الشيخوخة» مجلة العصور ، مجلد (4) ، العدد (2) ، 1989 ، ص 247 - 259 .

الفصل الثالث

رعاية كبار السن وموائيق الأمم المتحدة

يشهد الربع الأخير من القرن العشرين تحولات ديمجرافية مهمة ستعم آثارها على معظم سكان العالم في الربع الأول من القرن الحادي والعشرين. فلقد شهد القرن العشرون في معظم أنحاء المعمورة تطوراً كبيراً في مكافحة الوفاة عند الولادة ووفيات الأطفال الرضع، كما شهد انخفاضاً في معدلات المواليد وتحسناً في التغذية والرعاية الصحية الأساسية ومكافحة العديد من الأمراض المعدية. وقد ترتب على مجموع هذه العوامل ارتفاع في أعداد الأشخاص الذين يعيشون حتى مراحل متقدمة من العمر وفي نسبهم إلى مجمل مجموع السكان. وكانت هذه التحولات موضع اهتمام العديد من أعمال وبرامج الأمم المتحدة.⁽⁴¹⁾

ولتوضيح أبعاد حجم مسألة أعداد المسنين في العالم، ينبغي الإشارة إلى أن عددهم كان يقرب من (200) مليون نسمة عام 1950 وزادوا إلى (350) مليون نسمة عام 1975 وسيزيد عددهم عام 2000 إلى (590) مليون نسمة وسيصبحون بحلول عام 2025 حوالي (1,100) مليار نسمة. ويتوقع أن يعيش أكثر من (60٪) من جميع المسنين في العالم في البلدان النامية مع حلول عام 2000 ويتوقع أن تبلغ هذه النسبة (72٪) مع حلول عام 2025. ولا يتوقف

(41) هذه التحولات السكانية كانت محور اهتمام العديد من مؤتمرات ووثائق الأمم المتحدة، انظر: الأمم المتحدة: المجلس الاقتصادي والاجتماعي: خطة عمل فينا الدولية للشيخوخة، تقرير الجمعية العالمية للشيخوخة، 1993، ص 3-5، حيث يقدم التقرير قائمة بأهم جهود الأمم المتحدة في هذا المجال. ولقد تم اعتماد خطة فينا هنا بشكل دقيق.

الأمر عند هذا الحد إذ أن نسبة الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم (80) عاماً سترتفع بشكل كبير وستشكل النساء، وبصورة متزايدة، أغلبية السكان من كبار السن. (42)

وسيكون لهذه التحولات والاتجاهات الديمجرامية آثارها على المجتمع، ويتطلب تحقيق التنمية المطردة نوعاً من التوازن السليم بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية وإدخال تعديلات على نمو السكان وتوزيعهم وهيكلهم. وعلى الدول، جميع الدول، أن تعنى باحتياجات كبار السن، وهي وإن كانت احتياجات مشتركة مع بقية السكان، إلا أن للكبار متطلبات محددة خاصة، لا سيما في مجالات الصحة والتغذية والإسكان والبيئة والأسرة والرعاية الاجتماعية وضمان الدخل وفرص العمل والتعليم والترفيه.

وثمة صلة بين القضايا الإيمائية والآثار الاجتماعية الاقتصادية لشيخوخة السكان، التي تعرف بأنها الزيادة في نسبة المسنين إلى مجموع السكان. وسينظر في هذا الإطار لعدة أمور من أهمها: آثار شيخوخة السكان على الإنتاج والاستهلاك والادخارات والاستثمار، وبالتالي على الظروف والسياسات الاجتماعية والاقتصادية العامة، لا سيما في الأوقات التي يزداد فيها معدل اتكال المسنين على غيرهم. (*)

(42) المرجع السابق: ص 6-7.

(*) للأسف لا يمكن تجاوز الواقع الاقتصادي والنظرة العقلانية في العصر الحديث حتى في تناول موضوع إنساني حساس كموضوع بر المسنين، الذي يحض الإسلام عليه انطلاقاً من معايير وأسس أخلاقية في المقام الأول.

ولمواجهة هذه القضايا تمت صياغة خطة عمل فينّا الدولية للشيخوخة (*) ضمن إطار اهتمامات المجلس الاقتصادي والاجتماعي في الأمم المتحدة، والتي انبثقت من تبني المبادئ العامة التالية، والتي تؤكد على أن صياغة السياسات المتعلقة بالشيخوخة وتنفيذها هما حق مطلق ومسؤولية لكل دولة، على أن تطبق على أساس احتياجاتها وأهدافها القومية المحددة لكن في ظل جهد إنمائي متكامل ومنسق في إطار النظام الاقتصادي الدولي الجديد ومن خلال التعاون الدولي والإقليمي بحيث يسهل تطبيق المبادئ العامة.

والمبادئ العامة التي نادى بها خطة عمل فينّا الدولية للشيخوخة، تؤكد على أن هدف التنمية هو تحسين رفاه السكان جميعاً وإشراكهم فيها وهي أساس التوزيع العادل للفوائد الناجمة عنها بما يكفل ويعزز كرامة الإنسان ويضمن الإنصاف بين الفئات العمرية المختلفة في تقاسمها موارد المجتمع وحقوقه ومسؤولياته بحسب قدرات الأفراد وأن يقدم لهم ما يحتاجون. وأن على الدول أن تكرّس السلام بدلاً من الحروب والقتال، وأن توجه طاقتها ومواردها للتنمية الاقتصادية الاجتماعية لحل مشاكل واحتياجات المسنين، وألا تكون هناك ظروف فيها طغيان أو استعمار أو تمييز عنصري أو إبادة. وعموماً أن يكون هناك احترام لحقوق الإنسان ففي ظل مثل هذه الظروف تصبح حلول مشكلات المسنين أسهل. كذلك ينبغي لكل بلد، في إطار تقاليده وأعرافه وقيمه، أن يتجاوب ويتكيف مع التحولات الديمجرافية وما ينتج عنها من تغييرات. وينبغي أن يسعى الناس من جميع الأعمار إلى إيجاد حلول توازن بين العناصر التقليدية وعناصر التجديد سعياً وراء تنمية منسجمة. ويعد إسهام المسنين الروحي والثقافي والاجتماعي الاقتصادي له

(*) تعتبر هذه الوثيقة من أهم الوثائق التي تعكس الإجماع الأممي في مسألة كبار السن وتحويلها من مسألة تتأثر بالقيم والأعراف والأخلاق المحلية إلى قيم إنسانية مطلقة يطالب الجميع بتنفيذها والأخذ بها.

قيمته في المجتمع وينبغي أن يعترف به ويزداد تشجيعه، وينبغي اعتبار الإنفاق على المسنين استثماراً دائماً. وللأسرة أهمية كبرى ودور مهم في مسألة رعاية المسنين. ويمكن أن تقدم إسهامات كبيرة في توفير الدعم والرعاية للمسنين في الأسرة والمجتمع. وعلى الحكومات تأييد وتشجيع أي نشاط طوعي من شأنه تقديم أمثال هذه المساعدات.

ويجب أن تكون من الأهداف الهامة للتنمية الاجتماعية الاقتصادية إيجاد مجتمع تتكامل فيه الأعمار ويكون خالياً من التمييز على أساس العمر ومن عزل الفئات العمرية بعضها عن بعض بحيث يكون التساند والتضامن المشترك بين الأجيال أمراً يحظى بالتشجيع. ونظراً لأن الشيخوخة عملية دائبة على مدى العمر كله فينبغي الاعتراف بها على هذا النحو وأن يكون إعداد السكان كلهم للمراحل المتأخرة من العمر جزءاً لا يتجزأ من السياسات الاجتماعية، وأن يشمل هذا الإعداد العوامل الجسدية والنفسية والثقافية والدينية والروحية والاقتصادية والصحية وغيرها. وإجمالاً لا بد من النظر إلى الشيخوخة بشكل إيجابي وعلى أنها رمز للخبرة والحكمة وأنها تمكن الإنسان من تحقيق الذات، لذا فإنه ينبغي أن يكون المسنون مشاركين نشطين في صياغة وتنفيذ السياسات التي تسهم في تحقيق ذلك. وعلى الحكومات والمنظمات غير الحكومية مسؤولية نحو المسنين الفقراء والأكثر عوزاً، خاصة النساء ومن هم في المناطق الريفية. وأخيراً من الضروري إجراء مزيد من الدراسة لجميع جوانب الشيخوخة. (*)

(*) في المجتمعات الصناعية تمكن كبار السن فعلاً أن يشكلوا جماعات ضغط لكسب مزيد من الامتيازات والحقوق، كذلك تمكنت الدراسات العلمية أولاً من معرفة ما يعاني منه المسنون من ناحية والأساليب والوسائل التي تمكن من جعل حياتهم أفضل، والحاجة ماسة إلى زيادة الاهتمام بالمجالين في جميع أنحاء العالم. فمسألة رعاية المسنين في مجتمعاتنا تأخذ جانباً أخلاقياً فقط، ورغم أهمية هذا البعد إلا أننا بحاجة إلى توسيع ذلك ليشمل الجوانب والأبعاد الأخرى وهي أبعاد مهمة في رعاية وتكريم المسنين.

ولم تغفل الوثيقة آثار الشيوخة على التنمية في المجتمعات ، إذ لا بد وأن يشكل الاتجاه المتزايد نحو الشيوخة المتتالية للهياكل السكانية تحديات للمخططين على الصعيدين الدولي والوطني . إذ من الجلي أنه مع زيادة أعداد ونسبة كبار السن في أي مجتمع لا بد وأن تحدث تغييرات في هيكل وتكوين السكان الناشطين اقتصادياً ، وربما أدى هذا إلى تدهور تدريجي للنسب القائمة بين قطاعات المجتمع الناشطة اقتصادياً والعاملة وأولئك الذين من أجل عيشهم يتكلمون أو يعتمدون على الموارد المادية التي تنتجها هذه القطاعات ، وسيتعين على البلدان التي توجد فيها نظم راسخة للضمان الاجتماعي أن تعول على قدرة اقتصادها على تحمل الأعباء الجديدة المتراكمة وعلى استحقاقات تقاعدية مؤجلة وقائمة على أساس الدخل لعدد متزايد وباستمرار من كبار السن والتكاليف اللازمة لإعالة الأطفال القاصرين وضمان تدريب الشباب وتعليمهم .(*)

إن تغير نسب الإعالة ، بسبب تزايد أعداد المسنين ، لا بد وأن يؤثر على تنمية أي بلد في العالم بصرف النظر عن هيكله الاجتماعي أو تقاليده أو أنظمة الضمان الاجتماعي السائدة فيه ، ومن المحتمل أن تظهر بعض المشاكل ذات الطابع الاجتماعي والثقافي في بلدان كان الشائخون فيها تقليدياً يتمتعون برعاية وحماية ذويهم وأسرههم . ويحتمل أن تزداد باستمرار صعوبة ضمان استمرار تلك العلاقات عندما يزداد عدد كبار السن المتكلمين على غيرهم . ونظراً لأن الاتجاهات السكانية توضح أن أعداد المسنين ستكون عالية في البلدان النامية في الربع الأول من القرن الحادي والعشرين ، وغالبية هذه

(*) ما ينبغي أن يؤكد عليه هو أن رعاية المسنين لا ينبغي أن تكون على حساب رعاية وإعالة الأطفال أو العاجزين وخلافهم ، فالمطلوب نوع من التوازن ورعاية الجميع ، دون الإخلال بتدريب ورعاية وتعليم الفئات الشبابية المنتجة أو إهمال نزاعاتها وطموحاتها ، ومن الواضح أن عملية التوازن هنا لن تكون بسيطة على الإطلاق .

البلدان تعاني حالياً من مشاكل اقتصادية فإن المتوقع أن ارتفاع نسب الإعالة هذا سيزيد من معاناة هذه المجتمعات ما لم تتخذ إجراءات وتغييرات واسعة، فالميزات الوطنية غالباً ما تكون مثقلة على نحو مفرط يجعلها عاجزة عن مواجهة أمثال هذه المصاريف الاحتياطية خاصة في المناطق الريفية ذات الاقتصاديات الكافية. (*)

وتؤكد الوثيقة على أن هناك عدة مجالات تهتم المسنين ينبغي العناية بها وإيلاؤها اهتماماً خاصاً، ولعل من هذه المجالات: الصحة والتغذية وحماية المستهلكين المسنين والإسكان والبيئة والأسرة والرعاية الأسرية والرعاية الاجتماعية. ونظراً لأهمية الإحاطة بهذه المجالات، فهذا استعراض موجز لكل مجال منها.

أولاً - مجال الصحة والتغذية:

في الوقت الذي تؤكد فيه الزيادة السريعة في عدد المسنين في جميع أنحاء العالم نجاحاً إنسانياً في مجال الطب والتغذية، إلا أن ظروف معيشة كبار السن في معظم أرجاء العالم قد تختلف عن معيشة السكان الناشطين اقتصادياً. ورغم أن العديد من الدراسات الوبائية توضح أن الأفواج الجديدة من كبار السن تتمتع بمستويات صحية أفضل مما كانت تتمتع به سابقاتها، فإنه يتوقع مع امتداد حياة الرجال والنساء إلى أعمار أعلى بصورة متزايدة أن تنحصر حالات العجز الرئيسي في مجال عمري ضيق قبيل الوفاة بقليل.

(*) المؤلف أن قضايا الرعاية والضمان والتأمينات الاجتماعية لا تزال في مجتمعات العالم الثالث لا تحتل مكانة رفيعة مما يولد فئات كبار سن تعتمد على التسول أو الانحراف لكسب قوتها مما يزيد من أعباء الحياة في هذه المجتمعات.

لذا فإن الرعاية الموجهة نحو تخفيف معاناة ألم المسنين والحفاظ على صفاء تفكيرهم وراحتهم وكرامتهم ومساعدتهم على إعادة توجيه آمالهم وخططهم لا تقل أهمية عن تقديم العلاج لهم . كذلك ينبغي أن تتجاوز رعاية المسنين الاتجاهات العلاجية وأن تشمل رفاهيتهم الكاملة مع مراعاة الترابط القائم بين العوامل البدنية والعقلية والاجتماعية والروحية والبيئية ، أي أن الرعاية ينبغي أن تشمل القطاعين الصحي والاجتماعي . وينبغي على الأسرة أن تعمل لتحسين نوعية حياة المسنين بحيث تمكنهم من أن يحيوا حياة مستقلة داخل إطار أسرهم ومجتمعهم المحلي دون أن يعانون من عزل أو إبعاد .

وإذا كانت ظروف معيشة كبار السن يمكن أن تجعلهم أكثر عرضة للأمراض والحوادث والعزلة الاجتماعية ، فإنه ينبغي العمل على تخفيف حدتها بقدر كبير . ويستحسن أن يجرى تشخيص مبكر أو علاج مناسب وأن تتخذ التدابير الوقائية للحد من حالات العجز والمرض عند المسنين ، وأن تقدم الرعاية الصحية للطاعنين في السن والعاجزين منهم عن تصريف أمور حياتهم اليومية في دورهم وبين أهلهم ما أمكن ، أو على الأقل أن يكونوا في أماكن غير بعيدة عن أماكن تقديم مثل هذه الرعاية ، وربما كان تدريب بعض الكوادر المحلية على الحالات الروتينية التي يعاني منها المسنون مهماً لتقديم رعاية أفضل للمسنين .

يفضل إقامة توازن مناسب بين دور المؤسسات ودور الأسرة في توفير العناية الصحية لكبار السن ، وذلك من خلال الاعتراف المتبادل بينهما من أجل تقديم رعاية أفضل . ونظراً لأن تكلفة النظم القائمة حالياً للخدمات الاجتماعية والرعاية الصحية للمسنين عالية جداً ، فإنه يتوجب العمل على إيقاف هذا الاتجاه أو عكسه عن طريق تطوير نظم اجتماعية وخدمات صحية

تأخذ في اعتبارها التكاليف المالية وربما استلزم الحفاظ على رفاه كبار السن واستقلالهم التوسع في الرعاية الذاتية وتعزيز الخدمات الصحية، ويمكن أن يتم ذلك من خلال التوسع في نشر الوعي الصحي ومتطلبات المرحلة العمرية بين المسنين وأسرههم وفي المجتمع بشكل عام.

وفي هذا المجال، ينبغي إحاطة السكان ككل علماً بكيفية التعامل مع كبار السن الذين يحتاجون إلى الرعاية، وينبغي تعليم كبار السن أنفسهم أساليب الرعاية الذاتية. ولا ينبغي أن يترك أمر المراقبة والعناية بحياة المسنين للطاقم الصحي وطاقم الخدمة الاجتماعية أو غيرهم فقط، وإنما ينبغي إشراك المسنين أنفسهم فهم عادة يعرفون ما يحتاجون إليه وكيف ينبغي توفيره لهم بشكل أفضل، بل وينبغي تشجيعهم على المشاركة في تنمية الرعاية الصحية وتيسير الخدمات الصحية.

وينبغي تنمية الخدمات الصحية والخدمات المتصلة بالصحة داخل المجتمع المحلي لأقصى حد ممكن، كما ينبغي أن تشمل هذه الخدمات مجموعة كبيرة من الخدمات المتنقلة مثل مراكز الرعاية النهارية والعيادات الخارجية والمستشفيات وخدمات الرعاية الطبية وخدمات التمريض والخدمات المنزلية، وأن تكون خدمات الطوارئ متوفرة بصورة دائمة، وينبغي أن تكون الرعاية المؤسسية ملائمة دائماً لاحتياجات كبار السن، وعلى الأطباء والعاملين في مجال الرعاية الصحية للمسنين مراعاة قدرة المسنين على تناول العقاقير وجرعاتها بما لا يضر بصحتهم أو يسبب لهم تراكم سموم في أجسامهم قد تؤدي -لا قدر الله- إلى تعريض صحتهم إلى ما لا تحمد عقباه.

أما بالنسبة للتغذية فإن تناول المسن ما يكفي من البروتين والمعادن والفيتامينات أمر أساسي لرفاه كبار السن . والفقر والعزلة وسوء توزيع الغذاء وعادات الأكل الرديئة بما فيها تلك التي ترجع إلى مشاكل تتعلق بالأسنان هي من أسباب تفاقم سوء التغذية . لذا فإنه ينبغي إيلاء عناية خاصة بما يلي :

1 - تيسير توفير المواد الغذائية الكافية لكبار السن عن طريق مشاريع مناسبة وتشجيع المسنين في المناطق الريفية على القيام بدور نشط في إنتاج الأغذية .

2 - التوزيع العادل والمنصف للأغذية وتمكين كبار السن من تناول وجبات صحية متوازنة .

3 - تعريف كبار السن بالعادات السليمة للتغذية .

4 - توفير خدمات الصحة وطب الأسنان للكشف المبكر عن سوء التغذية ولتحسين المضغ .

5 - إجراء دراسات عن حالة التغذية بالنسبة لكبار السن للعمل على تصحيح الأوضاع غير المرضية .

ثانياً - مجال حماية المستهلكين المسنين :

ينبغي للحكومات أن تضمن مطابقة المنتجات الغذائية والأدوات المنزلية والمنشآت والمعدات لمعايير السلامة التي تراعي ضعف مناعة المسنين ، وينبغي عليها تشجيع الاستخدام المأمون للأدوية والكيماويات المنزلية وغيرها من

المنتجات بأن تطلب من المنتجين توضيح ما يلزم من التحذيرات ومن تعليمات الاستعمال ، وعليها أن تيسر توفير الأدوية والمعينات السمعية وأطقم الأسنان والنظارات وغيرها من الأجهزة الطبية المساعدة لكبار السن كي يتمكنوا من إطالة أمد أنشطتهم واستغنائهم عن الغير ، وعليها العمل على حماية المستهلكين من كبار السن من موجبات حملات الإعلانات وعمل البرامج التي تساعد على تثقيف المسنين بحيث يصبحون مستهلكين أفضل ، ويستحسن أن تكون الأجهزة والمعدات الطبية التي يحتاجها المسنون من الأجهزة المدعومة المعقولة الأثمان ليتمكن المسن من استخدامها بيسر ودون أن ترهقه أو ذويه مالياً .

ثالثاً - مجال الإسكان والبيئة :

من المسلم به بوجه عام أن للإسكان أثراً كبيراً على نوعية الحياة لأية مجموعة عمرية في أي بلد ، بل أن الإسكان الملائم هو أكثر أهمية للمسنين الذين يكون مقر إقامتهم هو بالفعل مركز كل أنشطتهم تقريباً . والواقع أن التكيف اللازم للحياة في المنزل ، وتوفير المعينات المنزلية العملية الميسرة للحياة اليومية والمعدات المنزلية الملائمة في تصميمها ، يمكن أن تخفف على كبار السن ذوي الحركة المقيدة أو الذين يعانون من نواحي عجز أخرى مصاعب مواصلة الحياة في منازلهم .

يواجه كبار السن مشاكل عديدة يطرحها مرور السيارات ووسائط النقل ، وبصفة خاصة يفرض على المشاة منهم أن يواجهوا أخطاراً حقيقية أو متخيلة ، تحد من حركتهم وتقيدها ومن ثم من تطلعاتهم للمشاركة في نشاطات مجتمعهم . لذا ينبغي عمل كل ما من شأنه حفظ سلامة وراحة المسنين في بيئتهم السكنية والمعيشية وضمان سلامة تنقلاتهم .

وينبغي النظر إلى مساكن المسنين على أنها أكثر من مجرد مأوى، فهي بالإضافة إلى ما لها من تأثير مادي لها تأثير نفسي واجتماعي على حياتهم ينبغي أن يؤخذ في الحسبان. لذا فإنه ينصح أن تكون مساكنهم ملائمة لاحتياجاتهم ومتكيفة مع قدراتهم بحيث يسهل عليهم دخولها والخروج منها واستخدام مرافقها، إضافة إلى أن تشكل بيئة اجتماعية تحول دون عزلتهم وتساعدهم على حياة وادعة ومريحة وسعيدة ما أمكن. وفي هذا المجال ينبغي على الحكومات أن تعمل كل الإجراءات الوقائية للحد من تعرض المسنين للجريمة والعمل على زيادة وعي كبار السن بالجريمة المرتكبة ضدهم بحيث يجب عليهم أن لا يجعلوا أنفسهم مستهدفين سهلين لها، إضافة إلى تقديم الدعم والمساعدة لضحايا تلك الجرائم.⁽⁴³⁾

رابعاً - مجال الأسرة:

من المسلم به أن الأسرة تمثل الوحدة الأساسية للمجتمع، ومع تزايد العمر فقد أصبحت الأسرة المؤلفة من أربعة أو خمسة أجيال ظاهرة شائعة في مختلف أنحاء العالم. غير أن التغيرات التي طرأت على مركز المرأة قد حدت من دورها التقليدي بوصفها راعية لأفراد الأسرة الأكبر سناً. ومن الضروري تمكين الأسرة ككل، بما في ذلك الأفراد الذكور، من الاضطلاع بأعباء المساعدة داخل الأسرة والمشاركة فيها. وإذا كان خروج المرأة للعمل يحد لدرجة ما دون القيام بالأدوار التقليدية التي كانت تقوم بها فإن رعاية المسنين ينبغي أن تصبح مسؤولية مشتركة لكافة أفراد الأسرة. ومن ثم يجب أن

(43) انظر: عصام الدين مليحي: «المسنون كضحايا للجريمة» وكذلك نجوى خليل: «تحليل مضمون الجرائم الواقعة على المسن في جرائم مصرية يومية» في حلقة: نحو رعاية متكاملة للمسنين، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1991، ص 123-162.

تشجع الأسرة وتدعم من المجتمع والحكومة بما يكفل قدرتها على القيام بوظائفها الحيوية وخاصة مواصلتها رعاية أفرادها المسنين ، لاسيما وأن أعداداً كبيرة منهم ستكون من الأراامل اللاتي في أمس الحاجة إلى عناية واهتمام خاص حفاظاً على خصوصياتهن وكرامتهن الإنسانية .

وينبغي تشجيع الحكومات والهيئات غير الحكومية على توفير خدمات اجتماعية لمساندة الأسرة بأكملها ، وذلك عندما يضم البيت عدة أشخاص من كبار السن ، وعلى تنفيذ ما يلزم من تدابير لا سيما بالنسبة للأسر ذات الدخل المنخفضة التي ترغب في الاحتفاظ بكبار السن في المنزل .

خامساً - مجال الرعاية الاجتماعية :

ينبغي أن يكون هدف الرعاية الاجتماعية الارتقاء إلى أقصى حد ممكن بالأداء الاجتماعي للمسنين . ويجب أن يوفرها المجتمع الذي ينبغي أن يقدم خدمات واسعة وقائية وعلاجية وإنمائية للمسنين تمكنهم من العيش حياة مستقلة قدر الإمكان في منازلهم ومجتمعهم ، وأن يظلوا مواطنين نشطين ومفيدة . وينبغي أن يكون هدف خدمات الرعاية الاجتماعية هو إتاحة أدوار نشيطة ومفيدة لكبار السن ، وتعزيزها والمحافظة عليها لأطول مدة ممكنة في المجتمع ومن أجله .

وإذا كان للمسنين وضع متميز في المجتمعات التقليدية ، قائم على الاحترام والتقدير والمركز والسلطة ، إلا أن هذا الوضع قد بدأ يتغير بفعل تأثير الاتجاهات الحديثة وأصبح موضع شك أكثر . الأمر الذي يستوجب الوعي بتلك التغيرات والعمل على رسم سياسات وطنية لمعالجة وضع المسنين بما يكفل استمرار احترامهم ورعايتهم وتقديم ما يحتاجونه في شكل برامج وخطط .

وعلى هذه السياسات أن تسمح للمسنين بالمشاركة في النشاطات العامة ، وكذلك تشجيع اشتراك الشباب في توفير الخدمات والرعاية وفي الإسهام في الأنشطة التي تنظم لصالح كبار السن ومعهم لتعزيز الروابط بين الأجيال . وينبغي ، قدر المستطاع ، حفز المساعدة الذاتية المتبادلة فيما بين القادرين والناشطين من كبار السن ومساعدتهم لنظرائهم الأقل حظاً أو إدماج كبار السن في أعمال غير رسمية أو تطوعية لشغل أوقاتهم .

العمل على بذل أقصى الجهود على تحسين دخول المسنين بما يوفر لهم الاحترام والكرامة ويغنيهم عن العوز والفاقة من خلال برامج وأنظمة الضمان الاجتماعي وخلافه . وينبغي للحكومات أن تتخذ التدابير الكفيلة بتحقيق الانتقال السهل والتدريجي من حياة العمل النشط إلى التقاعد ، فضلاً عن ذلك جعل سن استحقاق المعاش أكثر مرونة . وتشمل مثل هذه التدابير تنظيم دورات سابقة على التقاعد وتخفيف عبء العمل في السنوات الأخيرة من الحياة العاملة .

بل وينبغي تشجيع القادمين من المسنين على الحصول على أعمال تناسب قدراتهم وإمكانياتهم ويكون لها مردود مالي يساعدهم على التمتع بحياة مريحة . وكذلك التوسع في المؤسسات والجمعيات الرسمية وغير الرسمية التي تهتم بإعادة تدريب وتأهيل المسنين لأعمال جديدة .

سادساً - مجال التعليم والترويج :

مما يميز القرن العشرين الثورة العلمية والتكنولوجية التي أحدثت طفرة هائلة في المعرفة والمعلومات وقد أدت تلك الثورات ، التي تميل بطبيعتها نحو الاستمرار والتوسع ، إلى التعجيل في التغييرات الاجتماعية . لكن مع ذلك ،

في كثير من المجتمعات، لا يزال كبار السن يعملون بوصفهم ناقلين للمعلومات والمعرفة والتقاليد والقيم الروحية، وينبغي عدم فقدان هذا العامل التقليدي الهام. وينبغي تنمية البرامج التعليمية التي تصور كبار السن بوصفهم المعلمين وناقلي المعرفة والثقافة والقيم الروحية. إضافة إلى ذلك فإن إمكانيات كبيرة ومؤسسية متاحة للتوسع في برامج تعليم الكبار وبرامج التعليم المستمر مما سيساعد على فتح آفاق معرفية ومهنية وترويجية جديدة للمسنين، وهذه البرامج ينبغي التوسع فيها فالمسن قادر على التعلم الجديد بل والدخول في مهن وأعمال جديدة.

ولوضع خطة العمل هذه موضع التنفيذ، أصدرت الأمم المتحدة العديد من الوثائق التي تسعى إلى تقديم المبادئ وتحديد الأهداف والسياسات الكفيلة برعاية المسنين ومن أهم الأهداف ما يلي: ⁽⁴⁴⁾

(1) تقديم الدعم إلى البلدان في وضع الأهداف الوطنية بشأن الشيخوخة:

ويتم ذلك من خلال تقديم الدعم إلى الهيئات الوطنية التي تسميها الحكومات وبناء على طلبها في وضع الأهداف الوطنية بشأن الشيخوخة ووضع الاستراتيجيات ذات الصلة، وبعد وضع هذه الأهداف يمكن توسيع نطاق التعاون وتبادل المشاريع والخبرات بين البلدان، ولقد قامت العديد من الدول فعلاً بتحديد هذه الأهداف.

(44) انظر: الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي: أهداف عالمية في مجال الشيخوخة لسنة 2001: استراتيجية عملية، 1993.

أما خطوات تنفيذ هذا الهدف فإنها يمكن أن تتم مع الأخذ في الاعتبار ما يلي: تشجيع حلقات التدريب الإقليمي لغرض وضع الأهداف والآليات المطلوبة لرعاية المسنين، العمل على تيسير توفير الخدمات الاستشارية لتطوير الاستراتيجيات المستهدفة في فترة زمنية تسمح بتحقيق الهدف مع عام 2000، عرض الأهداف الوطنية في اجتماعات الأمم المتحدة المشتركة من الوكالات التي تعقد مرة كل سنة بشأن الشيخوخة مع تحديد الوكالة التي تهتم وتعمل على تنسيق الجهود وطنياً وإقليمياً.

أما الكيانات التي عليها القيام بهذه المهام فهي الحكومات والهيئات الوطنية المعنية بشؤون المسنين ولجان الأمم المتحدة ووكالاتها المختصة ووكالات التمويل ومعاهد التدريب والمنظمات غير الحكومية. وتفصل وثائق الأمم المتحدة كيفية تعبئة الموارد المالية والتدريبية وأدوات بل وبرامج التقييم الكفيلة بالعمل على تحقيق هذا الهدف المنشود.

(2) توليد الدعم لإدماج المسنين في الخطط والبرامج الإنمائية الوطنية والدولية:

والغرض من هذا الهدف ضمان أن تحصل البلدان الراغبة في تكييف خططها الإنمائية وتخصيص الموارد بما يستجيب لشيخوخة السكان، على مشورة الخبراء والمساعدة من الوكالات الإنمائية الدولية.

أما خطوات التنفيذ فإنها تشمل تعزيز تبادل المعلومات وتدريب المخططين الإنمائيين على ذلك وتحديد الموارد اللازمة للتوسع في مشروع

الإدماج، وتوضح وثيقة الأمم المتحدة ذلك بشيء من التفصيل، بل وتقدم الكيانات المعنية بتقديم الدعم لتحقيق هذا الهدف وأساليب التقييم الضامنة لذلك.

(3) توليد الدعم للبرامج المجتمعية لرعاية ومشاركة كبار السن:

والغرض من هذا الهدف دعم المجتمعات المحلية التي تشارك مع الآليات الوطنية المعنية بالشيخوخة في تطوير الخدمات والبرامج التي يكون فيها المسنونون أصحاب أدوار ومستفيدين على حد سواء. وتشمل خطوات التنفيذ مساعدة الوكالات والمنظمات المحلية في وضع برامج (الشيخوخة المنتجة) عن طريق جمع ونشر المعلومات عن دور كبار السن في تطوير المؤسسات الصغيرة والعمل على أساس التفرغ وعدم التفرغ وتوفير الرعاية المحلية والتدريب والتطوع، إضافة إلى توفير خدمات استشارية لدعم كفاءة هذه المشاريع وتشجيع المنظمات الدولية لأصحاب الأعمال والمهنيين والفنيين وغيرهم على تعزيز إعادة التدريب المناسب وفرص التوظيف للمسنين، وتشجيع المصارف وبيوت التمويل على تمويل مشاريع المسنين الصغيرة وتقديم الدعم والمعرفة والخبرة لهم بما يكفل نجاح مشاريعهم. أما الكيانات المعنية بالقيام بذلك فهي الحكومات والمنظمات الدولية المختصة في شؤون العمل والصحة والأغذية والزراعة وغيرها من المنظمات التطوعية. وعليها أن تقدم التعبئة الضرورية للتمويل بما يحقق الهدف المنشود، وينبغي العمل على تقييم المشاريع والبرامج بشكل دوري للتأكد من الكفاءة في تحقيق هذا الهدف.

(4) تحسين البحوث الشاملة لعدة بلدان بشأن الشيخوخة، بما في ذلك المواءمة بين المصطلحات والمنهجيات :

والغرض من ذلك تحديد وتشجيع الجهود الحالية الرامية إلى المواءمة بين مصطلحات ومنهجيات البحوث المتعلقة بالشيخوخة، بغرض تحسين وتوسيع البحوث الشاملة لعدة بلدان، لا سيما في البلدان النامية. وتوضح الوثيقة خطوات تنفيذ ذلك والكيانات المعنية بذلك وأساليب التمويل والتقييم الضرورية.

(5) إدراج بند عن الشيخوخة في الأحداث والاجتماعات الدولية ذات الصلة:

والغرض من هذا الهدف زيادة الوعي بالآثار المترتبة على شيخوخة السكان وضرورة قيام الأفراد بإعداد العدة طوال الحياة لفترة الشيخوخة والأدوار المتنوعة التي يضطلع بها كبار السن في المجتمع وقيمة وجود مجتمع يوفر الرعاية.

ومن الأحداث والمناسبات الدولية المستهدفة لطرح موضوع الشيخوخة: الاجتماعات الدولية، كالمؤتمر العالمي لحقوق الإنسان، المؤتمر الدولي المعني بالسكان والتنمية، والمؤتمر العالمي المعني بالمرأة، ومؤتمر منع الجريمة ومعاملة المجرمين. الأحداث الهامة مثل: السنة الدولية للسكان الأصليين، والسنة الدولية للأسرة وغيرها، أما الأيام الدولية فمثل: اليوم العالمي للمسنين، ويوم البيئة العالمي، واليوم العالمي للمتطوعين من أجل

التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويوم المرأة العالمي وغيرها. وينبغي أن يكون أمر الإعداد لذلك من مهام الحكومات والمنظمات غير الحكومية والطوعية وخلافها.

(6) إنشاء شبكة عالمية للمتطوعين من كبار السن من أجل التنمية الاجتماعية والاقتصادية:

والغرض من هذا الهدف الاستعانة والاستفادة من حكمة ومهارات كبار السن المتراكمة وتوجيهها لدعم برامج الأمم المتحدة في مجالات التنمية والبيئة والعلم. وسيضطلع المركز الذي سوف ينشأ لهذا الغرض بما يلي:

1 - دعوة متقاعدتي الأمم المتحدة المهتمين بالأمر والمنظمات غير الحكومية إلى إنشاء مجلس للتنسيق بغرض تعزيز هذا الهدف.

2 - إمداد مجلس التنسيق بنسخ من خطط وبرامج العمل العالمية لتكون إطاراً للعمل بما في ذلك مجالات الشيخوخة والمرأة والمعاقين والشباب والأسرة ومنع الجريمة ومكافحة إساءة استعمال المخدرات والبيئة والسلام.

وعلى مجلس التنسيق أن يقوم بالمهام التالية:

أ - المساعدة في إنشاء وتوسيع الفرق الوطنية للمتطوعين من كبار السن.

ب - تحديد الفرص المتاحة لكبار السن للخدمة على نطاق العالم وإعداد الأوصاف والمعايير ذات الصلة بالمهام لنشرها على نطاق واسع في جميع منظمات كبار السن .

ج - اتخاذ الترتيبات لتنظيم المواد والدورات التدريبية للمتطوعين المحتملين .

د - التعاون مع متطوعي الأمم المتحدة وهيئات ووكالات الأمم المتحدة الأخرى حسب الحاجة .

هـ - استكشاف إمكانية تكليف خبراء من كبار السن بالعمل لفترات تصل إلى ستة أشهر أو أكثر لمساعدة المركز في الاتصال بمجلس التنسيق وفي تنفيذ مهامه الأخرى بوصفه وكالة رائدة وتنسيقية للأهداف العالمية .

و - استكشاف إمكانية عقد جمعية عالمية لكبار السن .

أما الكيانات المعنية بتحقيق هذا الهدف فإنها تشمل الحكومات ومتطوعي الأمم المتحدة وأجهزتها المختلفة ومنظمات كبار السن والمنظمات والجمعيات غير الحكومية ، على أن يتم تمويل إجراءات تحقيق الهدف من هذه الأجهزة وبمبادرات وتبرعات من كبار السن .

**(7) تيسير زيادة توثيق التعاون فيما بين المنظمات غير الحكومية المعنية
بالشيخوخة :**

والغرض من هذا الهدف تحقيق فعالية التكاليف في أنشطة المنظمات غير الحكومية عن طريق تيسير التعاون وتجميع الموارد فيما يتعلق بأهداف مختارة. ومن هذه الأهداف إدماج الاستراتيجيات في الدورات التدريبية وعمليات التخطيط والمشاركة في اللجان وغيرها.

**(8) تيسير زيادة توثيق التعاون فيما بين المنظمات الحكومية المعنية
بالشيخوخة :**

والغرض من هذا الهدف تحقيق التفاعل بما في ذلك فعالية التكاليف من وراء التعاون بين الأمم المتحدة والهيئات الحكومية الدولية الأخرى بشأن الاستراتيجيات المستهدفة.

إضافة إلى ذلك فإن وثيقة الأهداف العالمية في مجال الشيخوخة قدمت دليلاً لوضع الأهداف الوطنية في مجال الشيخوخة موضع التنفيذ، وهذا الدليل يدعو الحكومات بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص إلى الإفادة من خطته التالية :

- 1 - تعزيز أو إنشاء آلية تنسيق وطنية معنية بالشيخوخة .
- 2 - تشجيع إنشاء منظمات كبار السن وزيادة فعالية أدائها .

- 3 - تعزيز وتوسيع أو تحديد السياسات والبرمجة الحكومية الدولية .
- 4 - تحسين أو وضع معايير تشمل بروتوكولات للإنقاذ من أجل القائمين بتوفير الرعاية من المسنين ، بما في ذلك البيئات داخل المنزل والمجتمع المحلي والبيئة السكنية .
- 5 - إدماج مسائل الشيخوخة في الخطط الإنمائية الوطنية .
- 6 - تعزيز أو إقامة أنشطة وطنية للتعليم والتدريب والبحث في مجال الشيخوخة .
- 7 - كفالة تضمين مجموعات البيانات الوطنية معلومات محددة من حيث نوع الجنس والعمر .
- 8 - إصدار دليل وطني للمنظمات العامة والخاصة المعنية بالشيخوخة وللخدمات والفرص المقدمة لكبار السن ، ونشر ذلك الدليل واستكماله دورياً .
- 9 - إصدار تقارير منتظمة بشأن الحالة الوطنية للشيخوخة ونشرها على نطاق واسع .
- 10 - إنشاء آليات لدراسة وتعديل التشريعات والممارسات القائمة فيما يتعلق بأوجه الإغفال والتضارب والتمييز فيما يخص كبار السن .

أما الأهداف المتعلقة بالصحة والتغذية فإنها تشمل ما يلي :

- 1 - شن حملة بشأن (توفير الصحة في الشيخوخة) للجميع .
- 2 - وضع مؤشرات ومعايير وطنية للصحة والعجز بين كبار السن .
- 3 - ضمان إتاحة الرعاية الصحية الأولية للمسنين وتوفير فرص وصولهم إليها .
- 4 - تشجيع إنشاء نظام تقنين للإمدادات من المعينات مما سيشمل تمويل وتوزيع التوابع والمعدات الصحية ، مع إيلاء اهتمام خاص للنظارات ومعينات السمع والاستعاضة الصناعية للأسنان ، اللازمة للوقاية من الاضطرابات المتصلة بالتقدم في العمر ومعالجتها .
- 5 - توفير التغذية الكافية ، لا سيما للمسنين المعرضين للمخاطر ، بما في ذلك فئات اللاجئين وضحايا الكوارث والمنعزلين .
- 6 - تعزيز أو وضع برامج للصحة العامة تكفل توفير الفرص للمسنين للوصول إلى المياه النظيفة والمساكن المناسبة .

أما الأهداف المتعلقة بالإسكان وبيئة المعيشة فإنها تشمل ما يلي :

- 1 - توفير الدعم للمسنين حتى يواصلوا العيش في منازلهم إلى أطول فترة ممكنة أو اختيار سكن بديل إذا لم تعد منازلهم مناسبة أو مرغوباً فيها .

2 - توفير مرافق سكنية وعامة دون حواجز ومدمجة في المجتمع للمسنين في المدن والبلدان والقرى .

3 - تشجيع التثقيف المجتمعي بشأن الأمن الشخصي في المنزل والمجتمع .

4 - توفير وتعزيز الفرص لوصول المسنين إلى العمل والخدمات الاجتماعية والصحية والمرافق الترويحية وتيسير تنقلاتهم .

أما الأهداف الأسرية فإنها تشمل ما يلي :

1 - تنمية وتعزيز المهارات التي يمكن بها للمسنين والمسنات الوفاء بأدوارهم كرؤساء للأسرة ومستشارين ورعاة، ويمكن في هذا الخصوص توفير التدريب للمسنين على تقنيات التشاور والوساطة وعلى بث القيم التقليدية بما يكفل لعب أدوارهم بشكل حديث .

2 - تشجيع وتعزيز ودعم توفير الرعاية الأسرية .

3 - إنشاء فرق دعم للأسر ذات المشاكل الخاصة والاحتياجات الخاصة فيما يتعلق بتوفير الرعاية، مثل الأسر التي يتوجب عليها التعامل مع حالات الخبل والعجز البدني .

4 - إدماج مسألة الشيخوخة في الأنشطة الوطنية للسنة الدولية للأسرة .

أما الأهداف المتعلقة بالتعليم ووسائل الإعلام فتشمل ما يلي :

1 - شن حملات للإعلام والتثقيف والاتصال بشأن الشيخوخة بغرض تعزيز الصور الإيجابية للشيخوخة وبشأن الشيخوخة كموضوع له أهمية اجتماعية عامة يشارك فيه كل فرد .

2 - إدراج معلومات عن الشيخوخة في مناهج المدارس الابتدائية والثانوية ، ومعلومات ودورات دراسية متخصصة بشأن الشيخوخة في جملة أمور منها الدراسات الاجتماعية والصحية والسياسية والدينية والاقتصادية ودراسات هندسة العمارة والتخطيط والتصميم ، في المرحلة اللاحقة للتعليم الثانوي .

3 - منح أدوار رئيسة لكبار السن ، كأهل للرأي متطوعين أو بأجر ، في برامج محو الأمية ، وحملات توعية الجمهور ، وفي برامج التعليم بشأن التقاليد الثقافية والتراث الثقافي والبيئة وإساءة استعمال المواد وغير ذلك من المجالات .

4 - توفير تعلم القراءة والكتابة والتعليم المستمر لكبار السن .

5 - إدماج موضوع وأنشطة الشيخوخة في الأحداث والاجتماعات الوطنية .

6 - نشر وتطبيق مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن .

أما الأهداف المتعلقة بالرعاية الاجتماعية فإنها تشمل ما يلي :

- 1 - سن التشريعات لضمان تكافؤ الفرص لكبار السن في وصولهم إلى خدمات الرعاية الاجتماعية .
- 2 - دراسة وتحديد أنسب وأكفأ مزيج من الحوافز العامة والخاصة التي تشجع على تنمية وتوفير الخدمات والفرص لكبار السن .
- 3 - الاعتراف بالقائمين على تقديم الخدمات ، بما في ذلك القائمون بشكل غير رسمي على توفير الرعاية من كبار السن ، وذلك عن طريق إتاحة التدريب والتعويض الكافي ورسم صورة عامة إيجابية لهم .
- 4 - تعزيز أو توفير الاستمرار المجتمعي لبرامج الرعاية بما يكفل مشاركة داعمة بين القطاعين غير الرسمي والرسمي .

أما الأهداف المتعلقة بضمان العمالة والدخل فتشمل ما يلي :

- 1 - وضع برنامج وطني لتشجيع الشيخوخة المنتجة .
- 2 - وضع وتعزيز خطط واستراتيجيات لضمان الدخل لكل كبار السن على مستويات مناسبة للهيكل الأساسية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية .

3 - إنشاء (شبكة أمان) في الحالات التي لا توجد فيها نظم للمعاشات التقاعدية أو غيرها أو التي تكون فيها غير كافية، ويستلزم هذا الأمر توجيه الموارد نحو الفئات الفقيرة والمعوزة من المسنين، مع إيلاء اهتمام خاص للمعاقين والأرامل والمنعزلين والضعفاء واللاجئين من المسنين.

4 - دراسة الخيارات المتاحة لكبار السن من العمال للانسحاب تدريجياً وبمرونة من العمالة الرسمية، أو تمديدها، بما يتسق مع الهياكل الأساسية والموارد الوطنية والاجتماعية.

ولقد صدر عام 1993 عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في الدورة السابعة والأربعين قرار بشأن إعلان الشيخوخة والذي يعد وثيقة مهمة وخطوة إيجابية على مسار إعطاء مزيد من الحقوق والاهتمام بشؤون المسنين في العالم.

وهكذا يتبين بأن المواثيق والخطط الصادرة عن الأمم المتحدة في طريقها إلى استعادة التكريم والتبجيل والرعاية الضرورية للمسنين من خلال آليات حديثة من المؤمل أن تؤدي فعلاً ما يطمح الجميع إلى تحقيقه من أهداف إنسانية نبيلة.

الفصل الرابع

رعاية المسنين في الإسلام

اهتم التشريع الإسلامي بأمر كبار السن وجعل لهم مكانة مرموقة في المجتمع وضمن لهم من خلال التشريعات والحث على احترامهم وتقديرهم ما يكفل لهم حياة محترمة آمنة، وهو ما سيتم إيضاحه وتفصيله في هذا الفصل. لكن قبل ذلك لابد من وقفة خاصة لمعاني المصطلحات الواردة في العربية والتي تناولتها النصوص الأصلية في تحديد كبير السن. ومن أبرز المصطلحات ما يلي:

الشيخ : وهو من أدرك الشيخوخة، يقال شاخ الإنسان شيخاً وشيخوخة وغالباً تدرك في الخمسين من العمر، والشيخ فوق الكهل ودون الهرم.

ويطلق لفظ شيخ على ذي المكانة من علم أو فضل أو رياسة، فمن المعلوم أن المجتمع الإسلامي التقليدي يحقق للشيوخ وكبار السن مكانتهم ويمنحهم حقهم من الاحترام والتبجيل ويوصي بهم خيراً في نطاق الأسرة وفي المجتمع عموماً.

أما المعمر : فهو الذي طال عمره، وقد روى الترمذي عن النبي ﷺ أنه قال : «أعمار أمتي بين الستين والسبعين»⁽⁴⁵⁾. وذكر الجاحظ في البيان والتبيين : من بلغ السبعين اشتكى من غير علة.

(45) الحاكم: المستدرك على الصحيحين، بيروت، دار الكتاب العربي، د. ت، جزء (2)، ص 427.

والمسن : الرجل الكبير ، فنقول : سنَّ الرجل أي كبر وكبرت سنه ، يسن إسناناً فهو مسن ، وهو من استبان في السن وظهر عليه الشيب . وغالباً المسن من تجاوز عمره الستين .

أما الهرم : فهو الزيادة في كبر السن وهو أرذل العمر ولقد تعوذ منه الرسول ﷺ في قوله : «اللهم إني أعوذ بك من العجز والكسل والجبن والهرم»⁽⁴⁶⁾ . كما عد الرسول ﷺ هذه المرحلة آخر مرحلة قبل الموت كما ورد في الحديث الذي يرويه أبو هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال : «بادرُوا بالأعمال سبباً ، هل تنتظرون إلا فقراً منسياً أو غنى مطغياً أو مرضاً مفسداً أو هماً مفئداً أو موتاً مجهزاً»⁽⁴⁷⁾ . وكما روى عبد الله بن الشيخ عن أبيه رضي الله عنهما عن النبي ﷺ قال : «مثل ابن آدم وإلى جنبه تسع وتسعون منية إن أخطأته المنايا وقع في الهرم حتى يموت»⁽⁴⁸⁾ .

ويقصد بالمسن إجمالاً من تجاوز الـ (60) من عمره ، لكن هذا الاصطلاح القائم فقط على تحديد مرحلة عمرية مقدرة ليس شرطاً لظهور بوادر الشيخوخة على الفرد وإنما هناك بالإضافة إلى العمر الزمني معايير أخرى من

(46) الإمام البخاري : صحيح البخاري ، الجزء (3) ، ص 1039 .

(47) ابن العربي المالكي : عارضة الأحوذى لشرح صحيح الترمذي ، بيروت ، دار الكتاب العربي ، د . ت ، جزء (9) ، ص 185 .

(48) المرجع السابق : جزء (9) ، ص 280 ، ويراجع في ذلك أيضاً : قواميس اللغة العربية ، ويمكن النظر فيما أورده عبد الله بن ناصر السدحان : رعاية المسنين في الإسلام ، الرياض : جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، 1997 ، ص 11 - 14 ، وكذلك مراجعة جميل سعيد : «المسنون والشيخوخة في الأدب العربي» في كتاب : حلقة رعاية المسنين في الإسلام ، أبوظبي : منظمة المؤتمر الإسلامي والاتحاد النسائي العام بالإمارات العربية المتحدة وديوان سمو رئيس الدولة ، 1986 ، ص 346 - 371 .

أهمها: العمر البيولوجي الذي يأخذ في الاعتبار الجوانب العضوية للإنسان، والعمر الاجتماعي والذي يتناول فيه الأدوار الاجتماعية التي يمارسها الفرد وعلاقاته بالآخرين، والعمر النفسي ويحدد بالخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد وحاجاته ودوافعه. ولذا فإن كبير السن هو من تظهر عليه مجموعة من التغيرات الجسمية والاجتماعية والنفسية والعقلية والاقتصادية تجعله في أمس الحاجة إلى رعاية ومساعدة الآخرين، وصدق الله سبحانه وتعالى: ﴿اللّٰهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ﴾ (سورة الروم 54)

أما التغيرات الجسمية، فكما ذكرنا سابقاً، يمر الإنسان في حالة تقدمه في السن ببعض حالات الضعف مثل ثقل في السمع وضعف في البصر والشم والحواس بشكل عام، تجعد الجلد وجفافه وبطء في الحركة وترهل في بعض العضلات وتغير لون الشعر وضعف في العظام وترتفع احتمالات الإصابة بضغط الدم والسكر والقبض المزمن وغيرها.

وتشمل التغيرات الاجتماعية والنفسية ميل المسن إلى العزلة بسبب صعوبة تنقله وتقلص علاقاته الاجتماعية وانقطاعه عن زملاء العمل بل وربما حتى عن أصدقائه عموماً مما يجعله يميل إلى الانفراد بنفسه ويشعر بأنه لم يعد له أهمية أو دور يقوم به، وقد يؤدي هذا إلى بروز مشكلات تتعلق بمفهوم الذات وتحديد الهوية والقلق والاكتئاب والملل مما يجعل المسن كثير الشكوى والتذمر وزيادة الحساسية والعناد والشك والخوف من الآخرين وعدم الثقة فيهم والتغني بالماضي ويزيد عند البعض الاهتمام بالشعائر الدينية. ونظراً لهذه التغيرات فإن المسن قد يعاني من ضعف الذاكرة والنسيان وبخاصة في المعلومات الحديثة وقد يظهر الخرف عند بعضهم فيكرر الحديث مراراً ويصبح عاجزاً عن التعرف على من حوله من أبناء وأقارب وتضعف ملكة التعلم عنده عموماً.

أما التغيرات الاقتصادية: فتتمثل في أن يصبح المسن، بسبب الإحالة إلى التقاعد أو العجز عن العمل وارتفاع تكاليف الحياة وزيادة مصاريفه العلاجية والحياتية عموماً، في حالة فاقة وعوز وكثيراً ما يجد المسنون أنفسهم في حالة تجعلهم في أمس الحاجة إلى مساعدة الآخرين لهم مالياً.

وهكذا فإن كبير السن، وهو أمر أو حالة سنمر بها جميعاً، إذ أن الإنسان لا بد وأن يمر بمراحل العمر المختلفة إن كتب له العمر ومن ثم لا مناص من المرور بالشيخوخة ولا بد لهذا أن تعد للأمر عدته. فكما يروي أسامة بن شريك رضي الله عنه أن الأعراب قالت: «يا رسول الله ألا نتداوى؟ قال: نعم يا عباد الله تداووا فإن الله لم يضع داء إلا وضع له شفاء إلا داء واحداً، قالوا: يا رسول الله ما هو؟ قال: الهرم»⁽⁴⁹⁾ والاهتمام برعاية كبير السن أمر يهم الجميع شخصياً. وهذا ما يتردد صداه في التعليمات والتشريعات الإسلامية.

أولاً - الاعتبار التي تقوم عليها رعاية المسنين في الإسلام:

تعد مرحلة الشيخوخة مرحلة تكريم وتبجيل، لذا حضّ الشارع على ألا يتناول أحد على الشيخوخة أو كبار السن استكباراً أو يمسه بما يخذل حسهم وشعورهم، بل على المسلم أن يجلّهم بما يستوجبونه من كريم الإنزال وفاضل الخلق. فلقد نفى النبي صلى الله عليه وسلم تمام الإيمان عن يؤذي الكبار، فلم يعتبروا فيهم شرف السن وجلاله وتكريمه، فقد أخرج أبو داود في سننه عن ابن السرح عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال: «ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويعرف شرف كبيرنا»⁽⁵⁰⁾. وروى أبو داود والترمذي أنه جاء شيخ كبير يريد النبي صلى الله عليه وسلم فأبطأ

(49) الحافظ المنذري: مختصر سنن ابن داود، بيروت، دار المعرفة، د.ت، جزء (5)، ص 346.

(50) ابن العربي المالكي: عارضة الأحوذني، مرجع سابق، جزء (8)، ص 107.

القوم عنه أن يوسعوا له ، فقال النبي ﷺ : « ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا»⁽⁵¹⁾ ، وعن أبي موسى رضي الله عنه أنه قال : قال رسول الله ﷺ : « إن من إجلال الله إكرام ذي الشيبة المسلم»⁽⁵²⁾ . وروى الترمذي عن أنس عن النبي ﷺ أنه قال : « ما أكرم شاب شيخاً لسنه إلا قيض الله له من يكرمه عند سنه»⁽⁵³⁾ . وغيرها كثير .

والأدبيات الإسلامية تؤكد على مجموعة من الاعتبارات يُكرّم ويُحترم ويُراعى على أساسها الشيخ المسن ، من أهمها :

(1) إن الكبير يحترم لذات الكبر ، ذلك لأن السن المتقدمة أو الشيبة تستوجب لذاتها وقاراً وتقديراً ولو لم يكن في ذلك إلا الكبر في السن دون سواه ، لذا كانت الشيبة واشتعال شعر الرأس بالشيب من علامات ورموز الوقار والاحترام في المجتمع العربي عموماً . ذكر ابن حجر في الفتح حديثاً يؤكد فيه ضرورة احترام كبار السن وتقديرهم ، فيروى عن النبي ﷺ أنه قال : « أمرني جبريل أن أقدم الأكابر»⁽⁵⁴⁾ كما أورد الهيثمي عن معاذ بن جبل أن رسول الله ﷺ قال : « إذا أتاكم كبير قوم فأكرموه»⁽⁵⁵⁾ . وروى الصنعاني في المصنف عن طاووس عن أبيه قال : من السنة أن يوقر أربعة : العالم وذو الشيبة والسلطان والوالد .

(51) الإمام البخاري : الأدب المفرد ، بيروت ، عالم الكتب ، 1984 ، ص 130 .

(52) المرجع السابق : ص 130 .

(53) ابن العربي المالكي : عارضة الأحوزي ، مرجع سابق ، جزء (8) ، ص 179 .

(54) ابن حجر : فتح الباري في شرح صحيح البخاري ، الرياض ، مكتبة الرياض الحديثة ، د . ت ، جزء (1) ، ص 357 .

(55) الهيثمي : مجمع الزوائد ، بيروت ، مؤسسة المعارف ، 1985 ، جزء (7) ، ص 19 .

والاحترام والتكريم هنا لا يعني على الإطلاق استبداد الكبار بالأمر أو أن لا يكون لمن هم أصغر منهم سناً استقلالية في القرارات أو الآراء في الأمور التي تخصهم أو تخص المجتمع ، كذلك لا يعني الإكبار والاحترام تكريس لهيمنة الأب الأكبر كما يرى شرابي⁽⁵⁶⁾ ، صحيح ربما في الماضي في مجتمعاتنا التقليدية بالغ البعض في ذلك ، بحيث أصبح إجلال واحترام كبار السن إلغاء لدور من كانوا أصغر منهم سناً.

ومن الواضح أنه نظراً لأن مسألة طول العمر مسألة اجتماعية يحتمل أن يصل إليها الجميع ، أصبح من المهم إكرام كبير السن في هذه المرحلة المتقدمة من العمر لضمان تكرارها للجميع ، لا أن يكرس المجتمع فقط للشباب أو القادرين على الإنتاج لأن ذلك سيعني إلحاق الضرر بالنفس على المدى القريب ، كما هو الحال في المجتمعات الصناعية التي لم يعد فيها لكبار السن أدنى احترام ، وكثيراً ما يتم إهمالهم وعدم رعايتهم لأن المجتمع والثقافة لا تعطي مسألة السن قيمة في حد ذاتها . إن التقليد الشرقي والإسلامي الخاص باحترام كبير السن من التقاليد العظيمة التي أصبحت الإنسانية اليوم في أمس الحاجة إليها ، بالشروط التي ذكرنا .

(56) المقصود آراء الدكتور هشام شرابي التي أكد عليها في كتبه وخاصة : البنية البطريركية : بحث في المجتمع العربي المعاصر ، بيروت ، دار الطليعة ، 1987 ، ص 15 - 26 .

(2) كذلك يكرم كبار السن لما بذلوه طيلة حياتهم من عطاء وما قدموه لأمتهم وللبشرية من صنيع كريم وجهود خيرة، فهم أناس قدموا طيلة حياتهم الكثير من الواجبات للأفراد وأسرههم وخاصة صغارها مما يفرض على هؤلاء تكريمهم واحترامهم والإحسان إليهم عرفاناً وتقديراً لما فعلوه لهم عند حاجتهم لذلك. فالحياة إجمالاً أخذ وعطاء، وعلى الأجيال المتعاقبة أن تعمل على ردّ الجميل ليستمر العطاء والتواصل بين الأجيال وداخل الأسرة.

وكذلك يعد تكريم كبار السن في المجتمع من خلال التواصل معهم وربطهم مع فعاليات الحياة الأسرية وسيلة مهمة للتأكيد على أن المجتمع يثمن لكل من يفعل خيراً ويقدم عوناً بالعرفان والتكريم. وبطبيعة الحال لا ننكر أن التحولات الثقافية بين الأجيال قد تؤدي إلى قيام بعض المواجهات في القيم والآراء بينهم، لكن بإمكان الجميع التعايش والتكيف بما يسهم إيجابياً بتكريم كبار السن وضمنان النمو المستقل والاختيار الحر لصغار السن.

(3) يختزن الشيوخ في أذهانهم الكثير من المعارف والحكمة مما يمكن أن يكون مفيداً ونافعاً للناس جميعاً والشباب خاصة، وهذا ما كان عليه الحال في المجتمعات التقليدية. ولا تزال العديد من المجتمعات تحدد أعماراً متقدمة كشروط لمن يصلون إلى المناصب القيادية والسياسية في الدولة، فمثلاً تبلغ في المتوسط أعمار السياسيين في العالم أكثر من الخمسين عاماً. قد يعترض البعض على أن مما يميز عصرنا الحديث أن

المعارف في حالة تغير وتحول بحيث تصبح معلومات كبار السن في نطاق المعلومات القديمة ، وأن الشباب اليوم وبواسطة وسائل الاتصال السريعة والانترنت وغيرها من قنوات للوصول للمعلومات تجعلهم لا يحتاجون إلى معرفة كبار السن . وكل ما قيل صحيح ، لكن ما قصد من خبرة وحكمة لا تقتصر على المعلومات وإنما على الكيفية التي تستخدم فيها هذه المعلومات وكذلك طرائق وأساليب التعامل مع الذات والآخرين . لذا تطالب وثيقة فينا العالم بالحفاظ والاستمرار في المحافظة على تقليد أن يكون كبار السن رموزاً للحكمة والمعرفة (*).

إن المجتمع الإنساني يخسر كثيراً عندما يتجاهل حكمة ومعرفة كبار السن ، ويعد ذلك إهداراً غير عقلاني لخبرة وتجارب كلفت المجتمع الكثير وينبغي الاستفادة منها والاحتفاظ بها وليس العكس . ومن حكمة ومعرفة كبار السن بالأمور الروحية والاجتماعية الكثير الذي على الشباب أن يتعلموه وينقلوه إلى الأجيال التي تليهم ، فكبار السن وخاصة الإناث منهم هم حلقة تواصل واستمرار المجتمع في المحافظة على قيمه وأعرافه وتقاليدهم ، فهم من يقوم على تنشئة الأجيال الشابة والتأكد من استيعابهم لرموز وتقاليد مجتمعهم التي بدونها قد يفقد المجتمع هويته وخصوصيته ، والأمر أصبح في غاية الأهمية في عصر العولمة التي أخذت تُذوي وتُخفي الكثير من خصائص المجتمعات وثقافاتها .

(* حتى الأمم المتحدة أخذت تؤكد على ذلك في وثائقها ومنها وثيقة فينا عن المسنين .

(4) إن الشيوخ والمسنين في حالتهم الصحية والنفسية والاقتصادية، التي ذكرناها سابقاً، يعدون من الضعفاء العاجزين عن القيام بأمر أنفسهم وهم في أمس الحاجة لمساعدة غيرهم. وعلى المجتمع وخاصة أسرهم وأقرباؤهم القيام بواجب رعايتهم والعناية بهم، فهم قد فعلوا ذلك لهم (*).

ثانياً - أهداف رعاية المسنين في الإسلام:

انطلاقاً من الاعتبار العامة التي ذكرناها، يصبح من أهم أهداف الشريعة الإسلامية فيما سنته من أحكام تتعلق بالمسنين أمور عديدة من أهمها:

(1) تحقيق حماية الكرامة الإنسانية التي يتمتع بها المسنون:

فمما ميّز الله به الإنسان الكرامة لقوله تعالى: ﴿إِذ قَالَ رَبِّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِنْ طِينٍ. فَإِذَا سُوِّيْتَهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ، فَسَجَدَ الْمَلَائِكَةُ كُلُّهُمْ أَجْمَعُونَ. إِلَّا إِبْلِيسَ اسْتَكْبَرَ وَكَانَ مِنَ الْكَافِرِينَ﴾ (سورة ص: 71 - 74) ولقوله تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾ (سورة الإسراء: 70).

(*) مسألة التكافل الاجتماعي تعد واحدة من أهم وظائف الدولة الحديثة وهي كذلك من الأمور التي يحض عليها الإسلام وغيره من الأديان والتقاليد، مما يعني أن هذه الأمور لا ينبغي أن تترك كلياً لمجال الاختيار الشخصي وإنما ينبغي على الأقل أن توضع لها تشريعات الحد الأدنى وهذا ما يحدث فعلاً في المجتمعات الإنسانية.

والمجتمع المسلم مجتمع متراحم متماسك متواد، لقوله تعالى: ﴿محمد رسول الله والذين معه أشدء على الكفار رحماء بينهم﴾ (سورة الفتح: 29) ولقوله تعالى: ﴿ثم كان من الذين ءآمنوا وتواصوا بالصبر وتواصوا بالمرحمة﴾ (سورة البلد: 17). وتواترت الأحاديث النبوية في التأكيد على ذلك فيما رواه النعمان بن بشير عنهما أن رسول الله ﷺ قال: «ترى المؤمنين في تراحمهم وتوادهم وتعاطفهم كمثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر جسده بالسهر والحمى»⁽⁵⁷⁾ وقال ﷺ: «المسلمون كرجل واحد إن اشتكى عينه اشتكى كله وإن اشتكى رأسه اشتكى كله»⁽⁵⁸⁾. وعن أنس رضي الله عنه أن النبي ﷺ قال: «لا يؤمن أحدكم حتى يحب لأخيه ما يحب لنفسه»⁽⁵⁹⁾. وعن جرير بن عبد الله عن النبي ﷺ: «لا يرحم الله من لا يرحم الناس»⁽⁶⁰⁾. وما رواه أبو هريرة رضي الله عنه عن النبي ﷺ: «والذي نفسي بيده لا تدخلون الجنة حتى تؤمنوا ولا تؤمنوا حتى تحابوا أو لا أدلكم على شيء إذا فعلتموه تحاببتم؟ أفشوا السلام بينكم»⁽⁶¹⁾.

لكل ذلك من كرامة وتراحم للإنسان عموماً، يصبح الأمر أقوى من أن يترك أو يخدش وقد وهن الإنسان بسبب الشيخوخة، وإذا كان الله سبحانه وتعالى نفسه يستحي من كبير السن كما ورد في حديث أنس أن الرسول ﷺ قال: «يقول الله تبارك وتعالى إنني لأستحي من عبدي وأمتي

(57) صحيح بخاري: مرجع سابق، جزء (5)، ص 2238.

(58) الإمام مسلم: صحيح مسلم، مكة، دار الباز، د.ت، جزء (8)، ص 20.

(59) صحيح مسلم: المرجع السابق، جزء (1)، ص 49.

(60) صحيح بخاري: مرجع سابق، جزء (6)، ص 2686.

(61) الإمام البخاري: الأدب المفرد، مرجع سابق، ص 102.

فتشيب لحية عبدي ورأس أمتي في الإسلام أعذبها بعد ذلك» (62) والله يكرم كبير السن لحديث أنس بن مالك أن الرسول ﷺ قال: «ما من معمر يعمر في الإسلام أربعين سنة إلا صرف الله عنه ثلاثة أنواع من البلايا الجنون والجذام والبرص، فإذا بلغ خمسين سنة لين الله عليه الحساب فإذا بلغ ستين سنة رزقه الإناة إليه بما يحب فإذا بلغ سبعين سنة أحبه الله وأحبه أهل السماء، فإذا بلغ الثمانين قبل الله حسناته وتجاوز عن سيئاته فإذا بلغ تسعين غفر الله ما تقدم من ذنبه وما تأخر وُسْمِي أسير الله في أرضه وشفع لأهل بيته» (63).

يستنتج مما ذكر أن إكرام وتقدير المسن إنما يحقق واحداً من أهم أهداف الشريعة الإسلامية ومن ثم فإن قياس المسلمين بذلك إنما هو تجسيد لقيمة جوهرية وأساسية في عقيدتهم وتراثهم وهو ما يبرر الاحتفاء والتقدير الذي يلاقيه المسنون في مجتمعات الإسلام عموماً، رغم بعض المبالغات في ذلك.

(2) تحقيق شروط الكفاية المعيشية للمسنين:

وذلك طبقاً لميزان العدالة والإنصاف (64). فالإسلام يوجب على أفراد الأمة أن يؤمنوا لبعضهم البعض الحد الأدنى من الكفاف المعيشي ولقد أوضح الفقهاء، فيما يتعلق بالمسنين، تفصيل ذلك.

(62) أحمد بن علي التميمي: مسند أبي يعلى الموصلي، بيروت، دار المأمون للتراث، د.ت.، جزء (5)، ص 153.

(63) أحمد بن حنبل: المسند، بيروت، المكتب الإسلامي، 1993، جزء (3)، ص 275.

(64) راجع ما أورده محمد سعيد رمضان البوطي: «رعاية المسنين في إطار الأسرة الإسلامية»، في حلقة: رعاية المسنين في الإسلام، مرجع سابق، ص 237 - 323.

إن الشارع إنما عهد برعاية المسنين والقيام بحقوقهم بشكل أساسي إلى الأبناء فالأزواج فالحواشي من الأرحام داخل دائرة الأسرة وكلف أفراد المجتمع وقادته بدعم وظيفية الأسرة وحمايتها لتقوم بما عليها من وظائف وواجبات . فرعاية المسن في داخل الأسرة مظهر تكريم وحفاوة ويشكل المناخ الأفضل لتقديم الرعاية المطلوبة وهي تترك آثاراً طيبة على نفسية ومعنويات المسن وتقلل عنه الشعور بالوحشة أو الوحدة وترفع عنه الشعور بالمهانة أو أنه عبء على أحد ، على عكس لو أن أمره ترك لمن هم خارج أسرته .

والأمر بهذه الرعاية موجهاً إلى ذي القرابة والرحم بنص القرآن ، مع التحذير والتشديد على من تهاون أو أهمل في القيام بهذه المهام ، والأمر لم يوجه في القرآن للمجتمع أو الدولة أو خلافهم وإنما جعل أمر العناية بالمسنين أمراً أسرياً في المقام الأول ، وإن كان ذلك لا ينفي مسؤولية المجتمع أو الدولة . نجد هذه الأوامر والتوجيهات في قوله تعالى : ﴿ يا أيها الناس اتقوا ربكم الذي خلقكم من نفس واحدة وخلق منها زوجها وبثّ منهما رجالاً كثيراً ونساءً واتقوا الله الذي تساءلون به والأرحام إن الله كان عليكم رقيباً ﴾ (سورة النساء : 1) وقوله عز وجل : ﴿ فهل عسيتم إن توليتم أن تفسدوا في الأرض وتقطعوا أرحامكم ﴾ (سورة محمد : 22) وغيرها ، وما ورد في الأحاديث النبوية الكثيرة عن ذلك .

ولم يقتصر الأمر على اجتهادات الفقهاء أو توجيهات عامة ، وإنما يلاحظ أن مسألة وجوب رعاية المسنين يؤخذ بها في معظم نصوص قوانين الأحوال الشخصية المرعية في الدول العربية . وإن قيل أن نصوص القوانين وحدها لا تكفي لبناء تكافل اجتماعي إنساني بين أفراد المجتمع ، فإن من الواجب تذكّر

التوجيهات والاعتبارات التي سبق ذكرها والتي تؤكد على رعاية المسنين والضعفاء عموماً، ألم يقل الرسول ﷺ: «إنما تنصرون بضعفائكم»⁽⁶⁵⁾، هي من القيم الراسخة في المجتمع المسلم، على أن القوانين تصبح الأداة الفعالة والتفصيلية المجسدة لهذه التوجيهات وهي كذلك التي تبلور المسؤوليات وتعطي للفرد والمجتمع الوسائل الكفيلة (الملزمة) لتحقيق هذه القيم والأعراف السامية، وهي كذلك وسيلة لضمان تحقيق ذلك⁽⁶⁶⁾.

ولقد تصدت قوانين الأحوال الشخصية للأمر في شكل: نفقات وإرث ووصايا ووقف وغير ذلك من ضمانات لكفالة ورعاية المسنين. وكما هو معلوم أن قوانين الأحوال الشخصية إنما هي مشتقة من أحكام الشريعة الإسلامية وأن ما تقدمه، مع اختلاف في المدارس الفقهية، إنما تصور أوجه الرعاية الإلزامية والاختيارية والسبل العديدة التي يمكن للأسرة أن ترعى وتكفل بها مستها أو ضعيفها بشكل عام.

1 - النفقات: أدلة وجوب النفقة على الأقارب من القرآن والسنة عديدة منها قوله تعالى: ﴿والذين في أموالهم حق معلوم للسائل والمحروم﴾ (سورة المعارج: 24 - 25) وقوله تعالى: ﴿وآت ذا القربى حقه﴾ (سورة الإسراء: 26). أما من السنة فمنها قوله ﷺ: «ابدأ بمن تعول أمك وأباك وأختك وأخاك ثم أدناك فأدناك، حق واجب ورحم

(65) أورده الشيخ الصابوني في بحثه: «رعاية المسنين في ظل قوانين الأحوال الشخصية»، في حلقة: رعاية المسنين في الإسلام، مرجع سابق، ص 50.

(66) أورده الشيخ الصابوني: المرجع السابق، ص 37 - 110.

موصولة»⁽⁶⁷⁾. وقوله ﷺ: «ابدأ بنفسك فتصدق عليها فإن فضل شيء فلاهلك فإن فضل شيء فلذي قرابتك فإن فضل شيء عن ذي قرابتك فهكذا وهكذا: أي وزعه في الناس كيف شئت»⁽⁶⁸⁾.

ونجد صدى هذه الأدلة في قوانين الأحوال الشخصية العربية، فهي متفقة على أن نفقة الإنسان من ماله الخاص إذا كان غنياً غير محتاج لغيره سواء أكان الشخص مسناً أو كان طفلاً على أن الزوجة الغنية تستثنى فنفقتها على زوجها ولو كانت غير محتاجة لذلك لقوله تعالى: ﴿وعلى المولود له رزقهن وكسوتهن بالمعروف﴾ (سورة البقرة: 233) ولقول النبي ﷺ: «خذي من ماله ما يكفيك وولدك بالمعروف»⁽⁶⁹⁾.

وهكذا نجد أن القانون السوري والمغربي والعراقي ينص على: نفقة كل إنسان في ماله إلا الزوجة فنفقتها على زوجها ويضيف القانون العراقي: تجب نفقة الزوجة على زوجها بمجرد الدخول بها وكذلك إذا دعت للدخول بعد أن يكون قد عقد عليها عقداً صحيحاً.

وينص القانون المغربي على: النفقة في الأقارب تجب على الأولاد للوالدين وعلى الوالد لأولاده. وذلك بحسب مذهب الإمام مالك الذي يقصر النفقة على الولد والأب دون بقية الأقارب، أما بقية القوانين في العالم العربي فإنها توسعت في وجوب الإنفاق حيث

(67) أورده الشيخ الصابوني: المرجع السابق، ص 58، وإن رواه أبو داود في سننه.

(68) أورده الشيخ الصابوني: المرجع السابق، ص 58، رواه أحمد ومسلم والنسائي.

(69) البيهقي: السنن الكبرى، بيروت، دار الكتب العلمية، 1993، جزء (7)، ص 466.

شملت الأصول والفروع وذوي الأرحام وهو ما ذهب إليه الشافعية والحنابلة والحنفية، بل أننا نجد أن القانون السوري والعراقي ذهبا إلى شمول النفقة لكل وارث من الأقارب .

فينص القانون العراقي : تجب نفقة كل فقير عاجز عن الكسب على من يرثه من أقاربه الموسرين بقدر إرثه منه .

والقانون السوري : تجب نفقة كل فقير عاجز لآفة بدنية أو عقلية على من يرثه من أقاربه الموسرين بحسب حصصهم الإرثية .

ومن ثم فإن المؤكد وجوب الإنفاق على الأبناء والآباء فيما بينهم بشكل واضح لقوله ﷺ : « أنت ومالك لأبيك »⁽⁷⁰⁾ ولقوله ﷺ : « إن أطيب ما يأكل الرجل من كسبه وأن ولده من كسبه فكلوا من كسب أولادكم إذا احتجتم بالمعروف »⁽⁷¹⁾ مع إمكانية التوسع في ذلك بين الأقارب، بحسب ما ذكرنا من اختلاف في المذاهب الفقهية وما أخذت به قوانين الأحوال الشخصية .

ويشترط فيمن وجبت عليه النفقة أن يكون موسراً لأن الفقير بحاجة إلى من ينفق عليه . وحد اليسار أن يكون لديه ما يكفيه ويزيد عن حاجته أو أن يكون قادراً على الكسب أو أنه ممن تجب عليه الزكاة . ويفصل القانون المغربي : توزع نفقة الآباء على الأبناء عند تعدد الأولاد بحسب يسر الأولاد لا بحسب حصصهم الإرثية .

(70) أورده الشيخ الصابوني : مرجع سابق، ص 63 .
(71) أورده الشيخ الصابوني : المرجع السابق، ص 63 .

ويرد في كتب الفقهاء تفصيلات كثيرة بخصوص مسألة الإنفاق على الوالدين في حالة الإعسار، فهذا ابن عابدين يرى أن الأب إذا كان معسراً ولا يستطيع الكسب فإن ابنه المعسر يلزم بالعمل للإنفاق على أبيه. ويرى الكاساني: يضم الفرع أباه إلى عياله لأنه مكلف بالإنفاق عليه عسراً أو يسراً.

وإذا كان عدم تكسب الفرع إنما هو نتيجة كسل أو بطالة أو عناد، فإن فقهاء الحنفية يرون أن الأب إذا شكك للقاضي ألزم القاضي الفرع بالعمل للإنفاق على أصله. ونجد في الأحكام الجعفرية في الأحوال الشخصية ما يلي:

لا تجب على الابن الفقير نفقة والده الفقير إلا إذا كان الابن قادراً على كسب يزيد عن نفقته ونفقة زوجته والأب لا قدرة له على الكسب فحينئذ يشاركه الأب في القوت فإذا لم يكن كسبه كافياً إلى نفقته ونفقة زوجته سقطت عنه نفقة أبيه.

نفقة الشيخ الكبير والمريض المزمّن وسائر العاجزين على بيت المال إذا لم يكن لهم مال ولا قريب يعولهم ولو تعذر حصولها من بيت المال فيجب على المسلمين بذلك النفقة وجوباً كفاًياً.

وتشمل النفقة كل ما يحتاج إليه الإنسان من مقومات الحياة الكريمة، فهي لا تقتصر على الطعام والشراب والمأوى بل تتعدى ذلك إلى كل ما يحتاج إليه طالب النفقة من علاج ودواء وتعليم ورعاية خادم أو ممرض أو خلفه وإعفاف كالزواج وترويح وأحياناً تعلم. لذا نجد أن

مشروع القانون الموحد للأحوال الشخصية ينص : تشمل النفقة الطعام والكسوة والمسكن والتطبيب وكل ما به مقومات حياة الإنسان حسب العرف . وإذا لم تنص معظم قوانين الأحوال الشخصية صراحة على وجوب نفقة الخادم وإن أشارت إلى ذلك ضمناً فإن الفقهاء الحنفية والجعفرية ذهبوا إلى وجوب تأمين خادم للمنفق عليه إذا كان بحاجة لذلك بينما لم يشترط فقهاء المالكية والشافعية والحنابلة الحاجة لأنه من المعروف أن الإنسان يحتاج إلى من يخدمه وخاصة إذا تقدم به السن .

فهذا ابن عابدين يذكر في حاشيته : أن الأب المريض أو من كان به عاهة يحتاج إلى خدمة ، فعلى ابنه تأمين ذلك لأن هذا يعد من النفقة الضرورية . وجاء في البدائع للكاساني : إن حاجة المنفق عليه للخدمة إن كان مريضاً أو شيخاً واجبة على المنفق القادر على ذلك . وإجمالاً اتفقت المذاهب الفقهية على أن نفقة الخادم ويمكن أن نضيف في العصر الحديث الممرض أو المريضة ، من جملة نفقة القريب تجب على الموسر وبخاصة إذا كان المنفق عليه شيخاً هرمًا أو مريضاً يحتاج إلى خدمة .

كذلك من مشتملات النفقة التزويج لإعفاف وضمان الأنسة وتجنيب المسن مشاكل الوحدة والعزلة ما أمكن ذلك . فلقد ورد في حاشية الصادوي على الشرح الصغير للمالكية أن الولد يجب عليه إعفاف أبيه بناء على أن ذلك من جملة القوت . وتجب نفقة زوجة الأب أيضاً على الابن ، فهذا ابن القيم في زاد المعاد يقول : من لزمته نفقة رجل لزمته نفقة زوجته ، وإن كان ذلك موضع اختلاف بين الفقهاء .

وإن كان البعض ، في العصر الحالي ، قد يندهش من أمر الزواج هذا ، لكن عندما يتضح أن غالبية المسنين إنما يعانون من الوحدة والعزلة ويحتاجون الصحبة والرفقة وأن حاجتهم الجنسية لا تزال قائمة ويجب أن لا تتجاهل أو يقلل من شأنها وأهميتها وأن الزواج يكفل علاج العديد من هذه الاحتياجات ويسمح بقدر كبير من التواصل والتعاون ، خاصة أن تزويج المسن من امرأة قادرة على رعايته والعناية به ، فإن ذلك سيكون موضع قبول حسن عنده . لكل هذا نجد أن هذه الالتفاتة التفاتة مهمة والتقنين لها ودعمها في غاية الأهمية ، وهي تدعم أهمية الرعاية داخل الأسرة وتؤكد عليها . وفي حالة الأرامل من النساء يستحسن تشجيعهن على الزواج إن رغبن في ذلك وما ينطبق على الأب من قوانين ينطبق على الأمهات .

ولا يقتصر أمر النفقة على ما سبق ذكره وإنما تشمل أيضاً مسألة التعلم ، فطلب العلم فرضه الإسلام في كل مراحل العمر ، فعن أبي هريرة رضي الله عنه قال سمعت رسول الله ﷺ يقول : « إذا جاء الموت طالب العلم وهو على هذه الحال مات وهو شهيد »⁽⁷²⁾ ويذكر الفقهاء عموماً أن نفقة طالب العلم على المنفق ، ومن ثم هناك تشجيع أصيل على تشجيع ودعم المسن على طلب العلم كوسيلة لشغل الوقت فيما يفيد وكذلك تأكيداً على أهمية المعرفة في حياة الإنسان بغض النظر عن عمره .

(72) أورده الشيخ الصابوني : المرجع السابق ، ص 73 .

والتعليم يعد ترويحاً عند كبار السن ، خاصة إن كان التعليم لم يعد من أجل التأهيل للكسب أو العمل . ويعد التعليم الديني من الأمور المهمة في حياة المسن فهي تجعله أكثر قرباً من الله وتجعل حياته الشخصية مشغولة بالصلوات والدعاء .

إضافة إلى ذلك مطلوب من المنفق أن يسعى إلى إدخال البهجة والترفيه والترويح عن المسنين سواء بالبرامج أو الرحلات التي من شأنها ، مع طلب العلم والعبادة ، أن تعطي للحياة معنى جديداً وتجعله في حالة نشاط وحركة دائمين مما يزيد من حيويته ويحافظ بشكل عام على صحته ، وكل ذلك إن كان داخل إطار الأسرة يكون أفضل (*) .

لا بد من الإشارة في ختام هذا الجزء المتعلق بالنفقة على المسن المحتاج إلى أن الفقهاء ، وكذلك قوانين الأحوال الشخصية لم تتناول مسألة العلاج والدواء أو بشكل عام مسألة التطبيب التي جاءت عامة في نص القانون الموحد ، وهي نفقات قد تكون باهظة وقد تستمر لفترات طويلة ، في ظل محدودية إمكانية الحصول على العلاج المجاني للمسن في العديد من الدول وصعوبة الحصول على التأمين الصحي المناسب . وفي هذا المقام تصبح الحاجة ماسة لمشاركة الدولة والجمعيات الخيرية وبرامج الرعاية الصحية والضمان الاجتماعي في دعم الأسرة وإمكانياتها لتقوم بهذا العبء الكبير ، خاصة وأن المسنين عادة يعانون من أمراض مزمنة أو بحاجة إلى أدوية باهظة التكاليف بشكل مستمر .

(*) تؤكد وثيقة فينأ حول رعاية المسنين على مسألة التعليم المستمر والترويح وإن لم تذكر صراحة مسألة الزواج ، إذ الزواج المتأخر لكبار السن لم يعد يحمل قيمة سلبية في تلك المجتمعات ، لكن الأمر قد يكون مختلفاً نوعاً ما في مجتمعاتنا . وهنا كذلك ينبغي التوضيح بأن الأمر لا يتعلق بتزويج مسن بصغيرة في السن وإنما على العكس أن يتزوج كبار السن بسيدات منتصف العمر ممن يحتجن للزواج من ناحية ويمكنهن تقديم الصحبة الجيدة من ناحية أخرى .

2- الإرث: يمكن الإيضاح إجمالاً بأن الميراث هو ما يتركه الميت من مال خال من حق الغير ويتم توزيعه على الأقارب بحسب درجة القرابة. ويلاحظ في هذا النظام أن الأب يرث من الابن كما أن الابن يرث أباه. وهكذا فإنه لن يحول مانع عن أن يرث الأب المسن ابنه.

3 - الوقف: وهو تخصيص عقار أو مال بما يكفل بقاءه وصرف ريعه إلى جهة البر، والوقف لا يباع ولا يوهب ولا يورث. والوقف من المؤسسات الإسلامية المهمة للمشاركة الجماعية وتقديم الخير والبر لعدد كبير من الناس، سواء كانوا من الأقارب أو عامة المسلمين أو الناس أجمعين، ولقد حفل التاريخ الإسلامي بالعديد من الأوقاف أو الحبوس التي لعبت دوراً عظيماً في حياة المجتمع والثقافة الإسلاميين.

ولقد شجع النبي ﷺ على البذل في الوقف، روى عنه أنه قال: «إذا مات ابن آدم انقطع عمله إلا من ثلاثة أشياء: صدقة جارية أو علم ينتفع به أو ولد صالح يدعو له»⁽⁷³⁾، والمقصود بالصدقة الجارية الوقف لاستمرار العمل به بعد موت صاحبه لجهات البر والمؤسسات الخيرية والفقراء والمساكين.

(73) أورده الشيخ الصابوني: المرجع السابق، ص 83.

ولقد قسم الفقهاء الوقف إلى نوعين :

- وقف خيرى في سبيل الله وفي وجوه الخير والبر .

- وقف أهلي على ذرية الواقف أو من أراد من الناس على أن يكون في سبيل الله وبشكل مشروع لا معصية فيه .

ويستفيد من الأوقاف المحتاجون والضعفاء عموماً ومنهم المسنون الذين قد يجدون في هذه الأوقاف المسكن والمأوى والعلاج والطعام والرعاية . فعلى سبيل المثال في مدن الحجاز من المملكة العربية السعودية توجد أوقاف تسمى الأربطة أو بيوت الفقراء والعجزة والمسنين وهي شاهد حي على أهمية الوقف كمؤسسة تكافل اجتماعي مهمة . وكذلك فقد مكنت الأوقاف الأهلية معوزي الأسرة ومسنّيها من ضمان المأوى والمسكن وأحياناً بما يحصلون عليه من دخل دوري ما يكفل لهم معيشة كريمة تغنيهم عن الحاجة أو العوز وطلب العون من الآخرين .

4 - الوصية : هي تصرف في التركة مضاف إلى ما بعد الموت عن طريق التبرع . والوصايا من وسائل وأعمال البر التي شرعها الله تعالى تقرباً إليه عن طريق التبرع للفقراء والمساكين والمؤسسات الخيرية والمرضى والمسنين وذوي العاهات وكل محتاج . ولقد حث القرآن الكريم على ذلك : ﴿ كتب عليكم إذا حضر أحدكم الموت إن ترك خيراً الوصية للوالدين والأقربين بالمعروف حقاً على المتقين ﴾ (سورة البقرة : 180) وما رواه عبدالله بن عمر رضي الله عنهما عن رسول الله ﷺ أنه

قال: «ما حق امرئ مسلم يبني ليلتين وله شيء يريد أن يوصي به إلا ووصيته مكتوبة عند رأسه». (74)

والوصية وسيلة شرعية لتحقيق وجوب البر ويمكن من خلالها بر الوالدين، ولو كانا من دين آخر، فإذا كان للوالد المسلم الحق في ميراث ابنه فإن للوالد أو الوالدة غير المسلمين الوصية إكراماً لهما ووسيلة هدفها رفع العوز والفاقة عنهما، لقول النبي ﷺ: «إنك إن تذر ورثتك أغنياء خير من أن تدعهم عالة يتكفون الناس». (75)

ويجب أن لا تستخدم الوصية وسيلة للإضرار بالورثة ويشترط في صحتها ألا تكون بما نُهي عنه شرعاً وألا تكون معصية أو باعثاً عليها. وإذا كانت الوصية لله تعالى ولأعمال البر دون تعيين وإنما تصرف في وجوه الخير كإقامة المساجد أو المستشفيات أو المدارس أو عموماً في الأفعال النافعة، فإن ذلك لا يمنع من أن تكون الأولوية للأقارب.

والوصية مصدر آخر من مصادر تأمين التكافل الاجتماعي الذي ينبغي أن يؤكد عليه ويشجع أصحاب اليسار في الإنفاق في وجوهه، ولقد عرف عن أحد رجالات الأعمال في مكة المكرمة أنه تبرع بمبالغ كبيرة في حياته لأوجه الخير وأوصى بعد مماته أن تخصص مبالغ كبيرة من ثروته للصرف على وجوه الخير وخاصة في مجال علاج المسنين مما مكن بعض الجمعيات النسائية من الاستفادة من ذلك وعمل برامج للمسنين وخاصة الأراامل ومساعدتهم.

(74) ابن حجر: فتح الباري، مرجع سابق، جزء (5)، ص 335.

(75) البخاري: مرجع سابق.

5 - حماية المرضى والمسنين في قوانين الأحوال الشخصية: لم تكتفِ قوانين الأحوال الشخصية بالوقوف عند حدود تقديم العون المادي للمسنين وإنما سعت، عن طريق سن القوانين، إلى حماية أموالهم وتنمية استثماراتهم بما يكفل لهم حياة رغدة سعيدة كريمة وتجنّبهم استغلال الغير لمرضهم أو ضعفهم أو نقص أهليتهم. ومن ذلك: حماية المسن الضعيف من الغير أي من تصرفات تلحق به ضرراً إذا قام بها سواه نحوه. ويورد القانون المصري ومثله السوري ما يلي: إذا كان الشخص أصم أبكم أو أعمى أصم أو أعمى أبكم وتعذر عليه بسبب ذلك التعبير عن إرادته جاز للمحكمة أن تعين له مساعداً قضائياً يعاونه في تصرفاته (*).

إذا غلب المرض وكبر السن على الفرد حتى وصل إلى درجة الجنون كان فاقد الأهلية وإن كانت حالته حالة خفيفة يدرك الأشياء ويعرف الضرر من النافع ولكن يغبن كثيراً في تصرفاته فيأخذ حكم المميز أي ناقص الأهلية. ونظراً لصعوبة التفريق بين الحالتين اعتبرت القوانين العربية الحالتين بحكم واحد حماية للمسن ورعاية لمصالحه فألحقت تصرفاته بتصرفات المجنون. ويعود ذلك لتعريف المعتوه: قليل الفهم مختلط الكلام فاسد التدبير، أما ذو الغفلة فهو من يغبن في معاملاته المالية لسهولة خداعه.

(*) بالقدر الذي ربما كانت هناك حاجة للحجر على المسن أو من ساء تصرفه فإنه يلزم أيضاً أن تقدم كافة الضمانات لحمايته من تسلط الآخرين عليه أو سرقتهم لماله أو إرادته أو حياته بشكل عام، ورغم عدم الوقوف على حالات جرى فيها أمر أمثال هذه الضمانات لكن من الواضح إمكانية الاستفادة مما يقدمه الفقه الإسلامي في هذا الشأن.

أما المريض مرض الموت أي من امتد عمره ودنا أجله وكان في حال يقترب فيها نحو الموت، فإن الفقهاء جعلوا لهذا المريض أحكاماً خاصة لأن تصرفاته لم تعد تعبر عن إرادة حقيقية لأن إرادته أصبحت ضعيفة تخضع لتأثيرات مختلفة يخشى منها الإساءة إلى حقوق الغير ومنها طلاق الزوجة بقصد حرمانها من الميراث لمصلحة بقية الورثة، فإن بعض الفقهاء حماية لحقوق الزوجة في الإرث على خلاف بينهم في المدة التي تبقى لها أهلية الميراث في الطلاق البائن (*).

كما سبق يتضح، على الأقل نظرياً، أن التشريع الإسلامي يكفل للمسنين والمحتاجين والضعفاء عموماً حقوقاً تضمن لهم رعاية كريمة أولاً من ذويهم وأقاربهم، ثم من المجتمع والدولة في حالة عدم قدرة أقاربهم على تأمين احتياجاتهم ومتطلباتهم الصحية. ولقد لعبت هذه القيم الدينية دوراً كبيراً في صياغة تقاليد وأعراف المجتمعات العربية وجعلت أمر رعاية المسن واحداً من مسؤوليات الأسرة. ورغم عدم الوقوف على دراسة قامت بدراسة وثائق المحاكم الشرعية توثق ما تقتضيه أحكام القوانين الشخصية بخصوص المسن، إلا أن دراسة عبدالإله بن سعيد توضح مدى فعالية الوصايا والهبات والأوقاف الأهلية وأهميتها في حياة الأسرة والمجتمع⁽⁷⁶⁾.

(*) هذه مسألة في غاية العدل والأهمية، وهي تؤكد على أن الفقه الإسلامي كان بعيد النظر في أثر تحقيق العدل.

(76) قدم عبدالإله سعد بن سعيد في رسالة دكتوراه غير منشورة لجامعة هل ببريطانيا دراسة ميدانية على وثائق المحاكم الشرعية في المملكة العربية السعودية حول مسألة الإرث والهبة والوصية انظر:

Abdul Elah Saad Ibn Saeed: **Some Aspects of Family Change and Property in Riyadh City**, Unpublished PhD. Thesis, University of Hall, U.K, 1989.

وأمر رعاية المسنين داخل في إطار برّ الوالدين الذي أوصى به الله وأمر به، قال تعالى: ﴿وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً﴾ (سورة الإسراء: 23) ولقد جعل الله شكر الوالدين قريناً لشكره، قال تعالى: ﴿ووصينا الإنسان بوالديه حملته أمه وهناً على وهن وفصاله في عامين أن اشكر لي ولوالديك إليّ المصير﴾ (سورة لقمان: 14). وروى أنس رضي الله عنه أن الكبراء ذكرت عند رسول الله ﷺ فقال: «الشرك بالله وقتل النفس وعقوق الوالدين»⁽⁷⁷⁾ ونهى الله عز وجل عن نهرهما حتى ولو بأف، وقد علق الحسن بن علي رضي الله عنهما فقال: «لو علم الله شيئاً من العقوق أدنى من أف حرّمه» وفي حديث ابن مسعود قال سألت رسول الله ﷺ أي العمل أحب إلى الله؟ قال: «الصلاة على وقتها، قال: ثم أي؟ قال: بر الوالدين، قال: ثم أي؟ قال: الجهاد في سبيل الله».⁽⁷⁸⁾

وجزاء برّ الوالدين الجنة لحديث أبي هريرة أن الرسول ﷺ قال: «رغم أنفه ثم رغم أنفه، قيل: من يا رسول الله؟ قال: من أدرك والديه عند الكبر أحدهما أو كليهما ثم لم يدخل الجنة»⁽⁷⁹⁾. وجعل الإسلام رضا الله من رضا الوالدين وسخطه من سخطهما يقول النبي ﷺ: «رضا الرب في رضا الوالد وسخط الرب في سخط الوالد»⁽⁸⁰⁾. وبرّ الوالدين سبب لإطالة العمر وزيادة الرزق، لحديث أنس رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «من أحب أن يمدّ له في عمره وأن يزداد له في رزقه فليبرّ والديه وليصل والديه»⁽⁸¹⁾.

(77) صحيح البخاري: مرجع سابق، جزء (5)، ص 2232.

(78) صحيح البخاري: المرجع السابق، جزء (1)، ص 197.

(79) الإمام مسلم: مرجع سابق، جزء (8)، ص 5.

(80) ابن العربي المالكي: عارضة الأحوذني، مرجع سابق، جزء (8)، ص 95.

(81) أحمد بن حنبل: المسند، مرجع سابق، جزء (3)، ص 291.

ومقام الوالدين في الإسلام عظيم ومهما بذل الإنسان من عمل فلن يجزي والديه لما رواه سليمان بن بريدة عن أبيه رضي الله عنه : «أن رجلاً كان في الطواف حاملاً أمه يطوف بها، فسأل النبي ﷺ : هل أدبت حقها؟ قال : ولا بزفرة واحدة» .⁽⁸²⁾ وبرّ الوالدين وإكرامهما لا يقتصر على الوالدين المسلمين، وإنما يتعدى ذلك إلى برّهما حتى وإن كانا على غير دين الإسلام، حتى وإن سعيا على أن يحولانه عن الإسلام فإنه مطالب ببرّهما ورعايتهما وهذا ليس في حياتهما فقط وإنما يتعدى ذلك إلى بعد موتهما وما بعده . فمثلاً عليه العناية بهما في مرض الموت والقيام بدفنهما بعد وفاتهما . ويحفل التراث الإسلامي بالعديد من الأمثلة على مدى تفاني المسلمين في برّ والديهم ، فهذا محمد بن المنكدر يقول : بات عمر أخي يصلي وبت أغمز رجل أمي ، وما أحب أن لي لتي بليته . وما ذكره عبدالرزاق عن طاووس قال : كان رجل له أربعة بنين فمرض ، فقال أحدهم : إما أن ترضوه وليس لكم من ميراثه شيء وإما أن أمرضه وليس لي من ميراثه شيء . قالوا : بل مرضه وليس لك من ميراثه شيء ، فمرضه حتى مات ولم يأخذ من ماله شيئاً . وغير ذلك كثير .

وبرّ الوالدين لا ينقطع بوفاتهما وإنما يطلب من المسلم أن يبرّ والده بصلة أصدقائه ، فلقد روى عبدالله بن عمر رضي الله عنهما أن رسول الله ﷺ قال : «من أبر البر أن تصل صديق أبيك»⁽⁸³⁾ وعنه أيضاً أن النبي ﷺ قال : «إن من أبر البر صلة الرجل أهل والديه»⁽⁸⁴⁾ . وروى أبو أسيد رضي الله عنه قال : كنا عند

(82) ابن حجر العسقلاني : مختصر زوائد البزار ، بيروت ، مؤسسة الكتب الثقافية ، 1992 ، جزء (2) ، ص 238 .

(83) المنادي : التيسير بشرح الجامع الصغير ، الرياض ، مكتبة الإمام الشافعي ، د . ت ، جزء (2) ، ص 379 .

(84) الإمام مسلم : صحيح مسلم ، مرجع سابق ، جزء (8) ، ص 6 .

النبي ﷺ فقال رجل : يا رسول الله هل بقي من بر أبوي شيء بعد موتهما؟ قال : «نعم خصال أربع : الدعاء لهما والاستغفار لهما وإنفاذ عهدهما وإكرام صديقهما»⁽⁸⁵⁾ . ولقد حذر النبي ﷺ : «احفظ ودّ أبيك لا تقطعه فيطفى الله نورك» .⁽⁸⁶⁾

وهذه لفظة مهمة جداً على المستوى الأسري والاجتماعي ، فتعهد الأبناء بزيارة وإكرام جيل والديهما إنما هو تأكيد مباشر على رعاية المسنين بالزيارة وتذكر الأوقات والذكريات الطيبة التي تنعش حياتهم بما يزيل عنهم كدر الوحدة أو العزلة ويؤكد لهم اهتمام المجتمع بهم . ولقد كان الصحابة والأجيال المتعاقبة من المسلمين يقومون بذلك فهذا يوسف بن عبدالله بن سلام قال : «أتيت أبا الدرداء في مرضه الذي قبض فيه . فقال لي : يا ابن أخي ما أعمدك إلى هذا البلد؟ أو ما جاء بك؟ قال : قلت لا ، إلا صلة ما كان بينك وبين والدي عبدالله بن سلام» .

وهذا عبدالله بن عمر رضي الله عنهما مع أبي بردة ، فعن هذبة بن خالد عن أبي بردة ، قال : قدمت المدينة فأتاني عبدالله بن عمر ، فقال : أتدري لم أتيتك؟ قال : قلت لا ، قال : سمعت رسول الله ﷺ يقول : «من أحب أن يصل أباه في قبره فليصل إخوان أبيه بعده»⁽⁸⁷⁾ ، وأنه كان بين أبي عمر وبين أبيك إخاء وود فأحببت أن أصل ذلك .

(85) الإمام البخاري : الأدب المفرد ، مرجع سابق ، ص 30 .

(86) المرجع السابق : ص 31 .

(87) المنذري : الترغيب والترهيب ، بيروت ، المكتبة العصرية ، د . ت . جزء (3) ، ص 323 .

وبهذه الزيارات يتم التواصل بين الأجيال ، وجيل الشباب هو الذي يأخذ المبادرة ويسعى جاهداً بإظهار ما يكرم ويجلّ جيل المسنين وبذا يندمج المسنون في نسيج المجتمع . ولما كان هذا المجتمع معدّ قيمياً بتكريم وإجلال كبير السن لسنه ، كما تمّ إيضاحه ، تصبح مسألة رعاية المسن داخل أسرته ومن طرف أبناء أصدقائه والمجتمع برمته وسيلة فعالة في جعله يشعر بأنه موضع تقدير واهتمام ومن ثم لا يركن للانزواء أو العزلة التي هي سبب معظم ما يعاني منه مسن العصر الحديث . والمجتمع المسلم لا يسمح للأبناء ، بغض النظر عن الأسباب أو الحجج التي قد يتعذر بها للانشغال عن الوالدين أو إهمالهما ، وفي الوقت نفسه يساعد الأبناء والأسرة بتسهيل أمر رعاية الوالدين⁽⁸⁸⁾ .

سبل رعاية المسنين في التراث الإسلامي :

تعدد سبل رعاية المسنين في المجتمع الإسلامي ، لكن تبقى الرعاية الوالدية هي الأساس ، لما سبق ذكره من أسباب وما حث إليه الدين من موجبات ذلك . إضافة إلى ذلك فإن قيم التواصل مع المسنين (أصدقاء وأصحاب الوالدين) من الأمور المرعية والتي تدفع القيم إليها بشدة . وكبير السن له موضع تقدير في تراث وقيم الإسلام تجعله موضع احترام وتبجيل ورعاية الجميع دون استثناء ، كما سبق إيضاحه .

(88) المطلوب اليوم هو تحويل هذه التوجهات التقليدية من إطارها التقليدي إلى شكل مؤسسي حديث قابل للتعميم وتسهيله من خلال نشر جمعيات أو أندية للمسنين كما هو حاصل في بعض التجارب الناجحة ، من أمثلة ذلك مركز الأمير سلمان الاجتماعي في الرياض والأندية التي أقيمت في بعض الدول الخليجية ، انظر ، على سبيل المثال : محسن العرقان وسيد عبدالعال : «أندية المسنين : الأهمية والتقييم» في ندوة : نحو رعاية متكاملة للمسنين ، القاهرة : المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، 1991 ، ص 193 - 213 .

لكن إضافة إلى كل ذلك فإن المجتمع المدني متمثلاً في الجمعيات الأهلية والأوقاف والأندية الاجتماعية والخيرية كلها مطالبة برعاية ومساعدة المسن، خاصة من كان وأسرته يعانون الفاقة والعوز. ولقد أبدع المجتمع الإسلامي كثيراً في هذا المجال وكانت المدن الإسلامية تحفل بالعديد من المؤسسات الوقفية الخيرية التي اهتم بعضها بشأن المسنين بشكل مباشر.

وعلى الدولة أن تسن الأنظمة التي تضمن الرعاية الصحية والمالية للمسنين وتعمل على حمايتهم مما قد يهدد حياتهم أو الاعتداء عليهم وأن يعمل نظام التكافل والضمان الاجتماعي بما يحفظ وجه المسن وأسرته في هذه المرحلة العمرية بما لا يجعله عالية على الناس أو موضع احتقارهم. ومن الواضح أن تنسيق الجهود بين الأسرة والمجتمع المدني والأجهزة الحكومية للدولة وتعاونها سيكون وبشكل أفضل من تأمين حياة كريمة وادعة ومريحة للمسنين⁽⁸⁹⁾.

إن هذا التنسيق، قد أصبح اليوم، ملحاً أكثر من أي وقت مضى. فالمؤسسات الإيوائية للمسنين، حتى في حالة قيامها بعملها على أحسن صورة لا تغني على الإطلاق عن الرعاية والحنان والجو الأسري الذي يلقاه المسن

(89) انظر على سبيل المثال: عبدالله النافع آل شارع وعبدالمجيد سيد أحمد منصور: «سيكولوجية الشيخوخة في ضوء العدل الإسلامي» وصلاح عبدالمتعال: «السياسات الاجتماعية إزاء المسنين: بين النظرية والواقع من منظور إسلامي» في حلقة: «رعاية المسنين في الإسلام»، ص 141 - 238 و ص 275-312. وحلقة: «نحو رعاية متكاملة للمسنين، مرجع سابق.

فيها . ولهذا فإن العمل على زيادة اهتمام الأسرة بالمرن ومساعدتها في النواحي الفنية على المستوى الصحي أو الاجتماعي أصبحت من المطالب الأساسية .

وإذا كانت المجتمعات الإنسانية لأسباب عديدة تواجه مشكلة تزايد أعداد المرين من ناحية ومشكلة عدم احترام وتقدير المرين وإهمالهم في دور إيوائية أو حتى تركهم في عزلة ووحدة يصعب عليهم القيام بمطالبات الحياة الكريمة ، فإن الوقت قد حان لتخطي المشكلة الاجتماعية وإعادة الحيوية والقوة للقيم الإسلامية ، بل العمل ما أمكن على توسيع رقعة تأثيرها للعالم . وبناء على ذلك يتضح أن رعاية المرين ليست رعاية للآخرين وإنما هي استثمار مردوده سيعود قريباً على الفرد في شكل رعاية الذات وإكرامها ، في عصر يمكن أن نسميه عصر الثورة الرمادية أو عصر المرين !

الفصل الخامس

التحولات الاجتماعية والثقافية وأثرها في رعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي

مقدمة:

تمر المجتمعات الخليجية منذ السبعينيات بتغيرات وتحولات جذرية طالت البنى الأساسية للحياة الاجتماعية والثقافية فيها، وربما عاد ذلك بشكل رئيسي إلى تطور وازدهار الصناعة النفطية فيها والتي جاءت بعوائد مالية كبيرة فتحت أمام هذه المجتمعات آفاقاً كبيرة وسريعة للتنمية الشاملة التي غيرت بسرعة البيئة المادية من ثقافة هذه المجتمعات وكان على الجوانب اللامادية من قيم وأعراف وتقاليد وأساليب حياة عموماً أن تتفاعل مع هذه التحولات الكاسحة. ويعالج هذا الفصل أهم معالم التحولات التي جربتها وتجربها المجتمعات الخليجية إلى اليوم وأثارها على الحياة الاجتماعية والثقافية وخاصة الحياة الأسرية والحياة اليومية المعاشة وأثر ذلك على القيم والأعراف الموجهة لسلوك الأفراد وقيم المجتمع المحلي إجمالاً. والسعي إلى ربط تلك التحولات وأثارها برعاية واحترام المسنين في المجتمع الخليجي، خاصة ما يظهر أنه سيكون الاتجاه العام في المستقبل القريب.

أولاً - الحركة السكانية والتحضر في المجتمع الخليجي:

عرفت مجتمعات الجزيرة العربية في القديم بأنها مجتمعات صحراوية بدوية، يعيش أهلها حياة ترحال رعوية، مع وجود بعض المستوطنات الحضرية والريفية

في بعض المناطق الساحلية وفي بعض الواحات حيث يعمل سكانها في التجارة وكانت تجارة متواضعة ومحدودة أو في الزراعة الكفافية والغوص وبعض الرعي، أما المناطق الريفية وهي أيضاً محدودة لشح المياه فإن أهلها يعتمدون على الزراعة الموسمية والهجرة للعمل في المواسم في المدن القريبة. وتبقى غالبية السكان من السكان الرحل. وكانت كل هذه المستوطنات لا يزيد عدد سكان أكبرها وأكثرها اكتظاظاً بالسكان عن الخمسين ألف نسمة.

لكن ومع نهاية الخمسينيات وظهور النفط بكميات تجارية في هذه المنطقة، بدأت بواكير تحولات مهمة في حياة هذه المجتمعات، وما أن حلت السبعينيات حتى أخذت معدلات التحضر في غالبية دول مجلس التعاون الخليجي في تزايد. فعلى سبيل المثال كانت الزيادة المطلقة في أعداد السكان الحضر في المملكة العربية السعودية فيما بين 1962-1982 أكثر من (170٪) وزادت بعد ذلك عن (300٪). وأصبحت العديد من العواصم الخليجية بؤرة التركيز السكاني، فمثلاً أصبحت الدوحة تستوعب عام 1985 أكثر من (80٪) من سكان قطر ويسكن في مدينة الكويت (60٪) تقريباً من سكان الكويت و (40٪) من سكان البحرين يتمركزون في المنامة.

ويقدر دوكايد بأن (80٪) من أرباب الأسر من سكان الرياض ولدوا خارجها و (70٪) من معدل زيادتها السنوية يمكن أن يعزى إلى الهجرة فقط بل أن مدينة كجدة زاد توسعها (49) مرة عن حجمها السابق في ما بين 1970-1983⁽⁹⁰⁾ بمعنى أن المجتمعات الخليجية شهدت في العقود الثلاثة

(90) انظر: ن. اس. جريل (ترجمة أبو بكر أحمد باقادر): التحضر في الجزيرة العربية، جدة، مكتبة الجسر، 1990، ص 9-11.

الماضية حركات سكانية واسعة عملت على انتقال السكان من المناطق الريفية ومن أسلوب الحياة الترحالي الرعوي ليستقروا في المدن التي شكلت ما عرف بمحاور التنمية^(*). ذلك لأن خطط التنمية الطموحة التي تبنتها دول مجلس التعاون الخليجي جعلت المدن مركز نشاطها ومن ثم فإن ميزانيات هذه الدول توجهت إلى تطوير هذه المدن الأساسية التي استوعبت المشاريع الاقتصادية والإسكانية وغيرها⁽⁹¹⁾.

ومن أهم خصائص النمو الحضري في المنطقة هي سرعة التغير وجذريته. فمثلاً تصعب المقارنة بين كويت الأربعينيات والخمسينيات التي تصفها تقارير بعض الإرساليات الأمريكية وبين ما أصبحت عليه الكويت في نهاية الستينيات وبداية السبعينيات⁽⁹²⁾. فما تطلب من أوروبا لإنجازه من تطور ونمو حضري في مائة عام لم يستغرق أكثر من عقدين، والمسافة بين الكويت القديمة والجديدة إن كانت مكانياً صغيرة جداً، فإنها من حيث أسلوب ومظاهر الحياة بعيدة جداً.

(*) قامت التنمية في بلدان الخليج العربية على أساس جعل المناطق الحضرية المحور الذي تدور حوله عملية التنمية، لذا فإن معظم الإنفاق الحكومي على التنمية انصب على المدن، فمثلاً محور التنمية في المملكة العربية السعودية، على الأقل في بدايات خطط التنمية، يتركز على محور التنمية الممتد بين مدن: الدمام-الرياض-جدة.

(91) جريل: مرجع سابق، ص 13-14.

(92) يستحسن في هذا المقام مقارنة ما حدث في الكويت من تنمية سريعة، مع ما كان يكتبه بعض أعضاء الإرساليات الطبية التنصيرية. انظر زبيدة اشكناني (إعداد وترجمة): من نافذة الأمريكي: تقارير العاملين في مستشفى الإرسالية الأمريكية عن الكويت قبل النفط، الكويت، دار قرطاس للنشر، 1995، وخالد البسام (إعداد وترجمة): صدمة الاحتكاك، حكايات الإرساليات الأمريكية في الخليج والجزيرة العربية، 1892 - 1925، لندن، دار الساقى، 1998.

فهذا شبير ، أحد مخططي مدينة الكويت ، يذكر بعض انطباعاته بخصوص تحول وتوسع مدينة الكويت من مدينة تقليدية إلى مدينة حديثة : «على الرغم من قلة العواطف التاريخية والقيمة المعمارية المرتبطة بالمدينة القديمة ، لكن مع ذلك كان تحطيمها واستعاضتها بمدينة جديدة صالحة للسيارات تغطي مساحة تقدر بعشرين مرة من المساحة التي كانت للمدينة القديمة يعني أيضاً إنزال خبرة مميّنة لطريقة حياة تقليدية لمجتمع محلي متماسك يشبه ما كانت عليه المدينة في القرون الوسطى» ، ويوضح أن مسألة التغيير في مدينة الكويت شكلت تحولاً نوعياً في حياتها وبالتالي حياة سكانها : «تطورت مدينة الكويت من مدينة ساحلية خليجية بها بعض الجوانب الحضرية الجميلة في عشر سنوات إلى مدينة تمتد لأميال في رمال الصحراء اللاذعة المحرقة»⁽⁹³⁾ . تحولت من مدينة مسورة لا تزيد مساحتها عن (700) هكتار معظم سكانها من أصحاب مراكب الدهو من العاملين في تجارة اللؤلؤ لتصبح مدينة حديثة تعج بالسكان والنشاط والحيوية .

وهذا ما كفرلاين ، من أول المخططين البريطانيين الذين زاروا الكويت كتب عام 1953 موضحاً : «لقد أتى الثراء بتغيرات عظيمة ، فاكتمت الشوارع أسراب من السيارات الأمريكية الاستعراضية والباصات واللوريات الضخمة ، فارضة بذلك توتراً لا يمكن تحمله على الشوارع الضيقة التي تناسبها الجمال والحمير أكثر مما تناسبها السيارات . وتزايدت أعداد المتاجر والمخازن والمقاهي في المدينة بسرعة وتحولت منازل عديدة إلى كراجات ودكاكين لإصلاح السيارات . ومن الواضح أن تغيرات كبيرة قادمة للكويت قلصت في حدود سنين تطورات أخذت قروناً في أماكن أخرى» .⁽⁹⁴⁾

(93) جريل : مرجع سابق ، ص 50-52 .

(94) المرجع السابق ، ص 52 .

وتكاد تتكرر حكاية الكويت في كل مدن ومجتمعات الخليج العربية، لتشهد هذه المجتمعات هجرة عمالية دولية واسعة، ساهمت في عملية التشييد والبناء واستمرت في العمل، في كافة القطاعات تقريباً، لتصبح جزءاً من تركيبة المدينة الخليجية الحديثة المعقدة. ونظراً لأن نمو هذه المدن كان سريعاً وكانت عمليات التخطيط قد قامت بها شركات دولية، ذات كفاءة عالية دولياً لكنها قليلة الخبرة والدراية بالخصوصيات الاجتماعية والثقافية لمجتمعات الخليج⁽⁹⁵⁾، ولزيادة معدلات الهجرة إلى المدن حيث فرص العمل والتعليم والحراك الاجتماعي والحياة الحديثة المريحة فإن مشاكل إسكان حقيقية ظهرت إلى السطح، سمحت بالضرورة إلى ظهور أحياء ومساكن عشوائية من حيث التخطيط ونوعية البناء⁽⁹⁶⁾. ونظراً للتفاوت الكبير بين مستويات الدخل أولاً بين الأهالي والخبراء الأجانب وبين العمالة غير المدربة، وبين الفئات الاجتماعية المختلفة عموماً، نجد أن تقريراً بمجلة اقتصاد الشرق الأوسط عام 1977 يصف الوضع بالشكل التالي: «لا يمكن للزائر العابرين إلا أن يلاحظ تعارضاً صارخاً بين مناطق البناء الجديدة والمناطق السكنية الفقيرة، حيث تتضح الفروق الاجتماعية الصارخة»⁽⁹⁷⁾.

بل ربما لن يكون من المبالغ فيه أن الانتقال بين بعض الأحياء الشعبية الفقيرة والأحياء الأرستقراطية الراقية يشكل انتقالاً بين عالمين مختلفين كلياً، مما يعني

(95) لاحظ العديد من الدارسين والخبراء، بشكل انتقادي، أن من أوضح عيوب التخطيط الحضري في معظم البلدان العربية، وبالذات الخليجية أن عملية التخطيط لم تأخذ في اعتبارها بشكل جدي احتياجات وامتيازات الثقافة المحلية، انظر مثلاً جريل: المرجع السابق، ص 97-100.

(96) للاطلاع على تفاصيل أوجه هذا الخلل، انظر: المرجع السابق، ص 81-90.

(97) المرجع السابق: ص 67.

أن المقارنة بين الأحياء القصديرية والأحياء الراقية غير قائمة . وكما هو معلوم أن أثمان المساكن أو إيجاراتها في دول الخليج مرتفعة جداً، سواء في الأحياء الشعبية الفقيرة أو الأحياء الراقية . فتكلفة إقامة مساكن متواضعة عالية، فقيمة الأراضي ارتفعت بشكل جنوني وكذلك مواد البناء أو تكلفة العمالة فهي من أعلى المعدلات في العالم والإيجارات عالية بسبب قلة العرض مقارنة بالطلب رغم مشاريع الإسكان الحكومية في العديد من هذه البلدان⁽⁹⁸⁾ .

لكن مع ذلك تبقى الحياة الحضرية في دول الخليج هي الأكثر حيوية والتي تستقطب معظم النشاطات الاجتماعية والثقافية في هذه البلدان^(*) .

ثانياً - الحياة الأسرية في المدينة الخليجية :

أثرت التحولات الحضرية والحركات السكانية في معظم جوانب حياة المجتمع الخليجي بالضرورة، وامتد هذا التأثير إلى حياة الأسرة الخليجية التي تميزت، وحتى وقت قريب جداً، بأنها أسرة أبوية تميل إلى أن تكون ذات طبيعة ممتدة واضح فيها الهرمية والسلطة المتركرة في يد الأب الأكبر، تعمل كوحدة إنتاجية سواء في المدينة أو الريف أو البدو وهي تفضل الزواج المبكر الداخلي، والتعدد موجود بين القادرين مالياً في المدن وبين شيوخ القبائل في

(98) المرجع السابق: ص 81-92.

(*) أخذت معدلات الهجرة الريفية الحضرية في التراجع كثيراً، بل هناك من يرون هجرة عكسية وإن كانت متواضعة ومحدودة . لكن من المؤكد أن ظهور المدن التي يتجاوز عدد سكانها مائة ألف نسمة، بل ظهور مدن مليونية أصبح جزءاً من الواقع الاجتماعي القائم في بعض الدول الخليجية وترسخت تقاليد الحياة الحضرية بأسلوبها وإيقاعها كجزء من الحياة العامة .

البادية . ولقد تميزت حياة الأسرة بالانغلاق على الحياة داخل البيت أو الوحدة السكنية الكبيرة للأسرة بالنسبة للنساء ، فتقريباً معظم حياتهن الاجتماعية تدور في داخله وتعد الحياة خارج المنزل في المدينة من علامات الفقر أو تدني مستوى الأسرة المعيشي وربما الأخلاقي . أما في المناطق الريفية والبدوية فعلى العكس كانت الحياة في المجتمع المحلي مجالاً مهماً لعمل المرأة ومساهمتها في الإنتاج .

وكانت الأسرة تشكل نواة الحياة الاجتماعية بالنسبة لأفراد المجتمع فمعظم العلاقات والصلات الاجتماعية تعتمد على العلاقات الأسرية سواء من حيث مكان السكن أو الأشخاص الذين يتم التعامل معهم على المستوى اليومي ، وكانت الأسرة وعلاقات النسب هي معيار الترابط الاجتماعي في الريف والبادية ، فالمجتمع القبلي هو مجتمع قرابي يقوم على تداخل وترابط الوحدات الأسرية ببعضها البعض لتشكل وحدات الأكبر : الحمولة فالخذ العشيرة فالقبيلة فاتحادات القبائل . ومن ثم وصف هذه المجتمعات بمجتمع العائلة الكبيرة ، هو وصف صادق لدرجة كبيرة ، سواء على المستويين الواقعي أو الرمزي . يؤدي ذلك إلى سيادة التجانس الثقافي وسيادة وقوة التقاليد والأعراف في حياة أفراد المجتمع . ولقد استمرت هذه الحالة لفترات طويلة قوّت وعمّقت من تأثير الحياة التقليدية على حياة الناس .

لكن مع التحولات الاقتصادية الكبيرة والحركات السكانية وخاصة الهجرة الواسعة للسكان من الأرياف والبوادي إلى المدن ومن ثم الاختلاط بأعداد كبيرة من العمال الوافدين من كافة أنحاء العالم والحاملين لثقافات وأديان ولغات وتصورات مختلفة متباينة والذين كان عليهم أن يعملوا مع بعضهم البعض وبشكل إيجابي من أجل تنمية طموحة ، أدى إلى بعض التحولات التي تأثرت بها الأسرة .

ولعل من أبرز التحولات مسألة تأخر سن الزواج، فلم يعد الزواج المبكر هو الزواج المفضل. فبدلاً من زواج الأبناء عند بلوغهم الرابعة عشرة والبنات عند العاشرة لضمان استمرار تقاليد الأسرة وعمل الأبناء تحت قيادة وسيطرة الأب، نجد أن الصورة آخذة في التغير كلياً. فلقد أصبح من المهم، وبشكل متزايد بين الفئات الاجتماعية المختلفة، أن لا يتزوج الأبناء الذكور حتى يكونوا قد قطعوا شوطاً كبيراً في التعليم الرسمي يضمن لهم مورداً (محترماً) من الدخل يكفل لهم ولأسرتهم حياة كريمة. وهكذا أصبحت شروط التعليم والعمل من أهم متطلبات إقامة حياة أسرية. لذا أخذ سن الزواج في التراجع إلى حدود الثانية والعشرين للذكور في المتوسط في المدن وأقل من ذلك قليلاً في الأرياف والبوادي أما بالنسبة للإناث فإن سن الزواج في المتوسط قد ارتفع إلى السابعة عشرة فأكثر.

وأصبح من شروط الزواج أن يكون للزوجة سكن مستقل وهذا أمر واسع الانتشار بين السكان في المدن وأخذ في الارتفاع بين الجميع بما في ذلك الأرياف، وكذلك أخذ أولياء الأمور يشترطون أيضاً الحق في التعليم والعمل لبناتهم وذلك ضماناً لارتفاع مستوى الفتاة علمياً ومالياً. وأصبحت عقود الزواج الحضرية على وجه الخصوص لا تكاد تخلو من هذه الشروط⁽⁹⁹⁾.

(99) أبو بكر أحمد باقادر: «اتجاهات الزواج في مدينة جدة في ضوء عقود الزواج فيما بين 1979 - 1990»، مجلة كلية الآداب، جامعة الملك عبدالعزيز، جدة، المجلد (6)، 1993، ص 3-30.

ولقد أدت هذه الشروط إلى تحولات مهمة جداً في بنية وهيكل الأسرة في هذه المجتمعات، لعل من أبرزها التحول من نمط السلطة الأسرية الأبوية الطابع القائمة على امتياز كبير العائلة في تقرير حياة أفرادها نحو الاتجاه إلى علاقات تميل إلى التوازي بين سلطات أفراد الأسرة، صحيح أن السلطة الذكورية لاتزال مهيمنة وسائدة، لكن مع ذلك فإن مكانة المرأة أخذت في التحسن بشكل ملحوظ، على الأقل في إطار الأسرة فهي بتعليمها ومعرفتها لحقوقها وواجباتها أصبحت تلعب أدواراً أكثر إيجابية وتأثيراً في حياة أسرتها، رغم ما يمكن أن تعانيه من بعض مظاهر التمييز ضد الأنثى إجمالاً. كذلك فإن خروجها لمجالات العمل، بشكل أخذ في الزيادة، أدى إلى نوع من الاستقلال المالي الذي يسمح لها بالتصرف المستقل في العديد من النشاطات.

كذلك أدى شرط الاستقلال في السكن إلى تغير بنائي في غاية الأهمية هو التحول من نظام الأسرة الكبيرة التي تتداخل فيها حياة أكثر من وحدة أسرية إلى الأسرة القائمة على حياة الزوجين وأطفالهما غير المتزوجين، بمعنى التحول من حياة أسرية متعددة الأجيال إلى حياة تنحصر في جيلين تقريباً، إضافة إلى الاختفاء التدريجي لوجود الأقارب من عمات أو أقرباء يعيشون في كنف الأسرة، بما سمح بشكل تدريجي، وعلى استحياء، لظهور أنواع جديدة من الترتيبات الأسرية، منها الأسرة ذات العائل الواحد حيث تعيش أرملة أو مطلقة مع أبنائها لوحدها أو بعض السيدات لوحدهن إيشاراً للاستقلال بحياتهن الأسرية(*) .

(*) أصبح انتشار أنواع جديدة من السكنى بين بعض الأقارب في شكل أسرة، خاصة مسألة أرملة أو مطلقة مع أطفالها، من الأوضاع الشائعة وإن لم تدرس بعد بالشكل الذي تستحقه.

وبسبب الميل للسكنى الأسرية المستقلة ظهرت تلبية لذلك أنواع من العمارة المناسبة لم تكن شائعة في النظام السكني في المدينة الخليجية التقليدية، فبدلاً من البيت الشعبي التقليدي الذي به حوش مفتوح على الداخل والذي يسمح بحياة أكثر من أسرة صغيرة في كنف الأسرة الكبيرة، ظهرت الوحدات السكنية الكبيرة المتعددة الشقق التي تمكن الأسر الصغيرة من السكن بشكل مستقل في شقة. وزيادة في الاستقلال الأسري لم يعد أفراد الأسرة مطالبين بالعيش بالقرب من بعضهم البعض، حيث نجد أنهم يسكنون في أحياء مختلفة في المدينة الواحدة، بل ربما سكنوا مدناً مختلفة. ويعد الانتقال السكني داخل المدينة علامة على الحراك الاجتماعي، كما سيتم إيضاحه لاحقاً.

لقد أدت هذه التحولات إلى الأسرة الزوجية والسكنى المستقلة البعيدة في أكثر الأحيان إلى تغيرات مهمة وجذرية في العلاقات الأسرية. فأصبحت الزيارات العائلية محددة بعطل الأسبوع والمناسبات العامة والخاصة، كالأعياد وحفلات الزواج أو المأتم أو المناسبات العائلية. وأخذت وسائل الاتصال الحديثة وبالذات الهاتف تلعب دوراً حاسماً في تقليص حجم اللقاءات المباشرة وحلت بدلاً من ذلك عبارات المجاملة والاطمئنان على الصحة، وزيارة في عطلة الأسبوع غالباً ما تكون لتناول وجبة في ظل صخب الأطفال وكثرة شقاوتهم، أي أن أجيال الأطفال لم يعودوا يحتكون بشكل يومي ومستمر مع الأجداد والجندات أو العمات والحالات بالشكل الذي كان سائداً في الماضي القريب، والذي كان يساعد كثيراً على أن تتم في سياقه عملية التنشئة وانتقال قيم وتقاليد المجتمع عبر الأجيال. فالساعات وأحياناً الدقائق المحدودة في جو مساحة الشقة المحدودة مع ازدحام برنامج الزيارة بوجبة الطعام غالباً ما يجعل الزيارات الأسرية زيارات رمزية تغلب عليها المجاملة السطحية وإظهار الأجداد التدليل والرعاية والاهتمام للأحفاد وبشكل مبالغ دون أن تسمح بمزيد من التعارف.

ولقد أدى هذا إلى إعادة صياغة المسؤوليات داخل الأسرة، وأصبح من المقبول اجتماعياً أن مسؤولية الأفراد تذهب أول ما تذهب إلى أسرهم الزوجية، فهي مدار اهتمامهم ومسئوليتهم. أما مسؤولياتهم إزاء أسرهم الممتدة الكبيرة، خاصة لغير الوالدين أقل حدة. ويصدق هذا في كافة المجالات سواء كان الأمر يتعلق بمسألة مالية، حينما يجد أحدهم نفسه في ضائقة أو حاجة مالية فإنه يشعر في الغالب بأنها مسؤوليته وحده وليست مسؤولية أسرته الممتدة. وكذلك الحال في معظم مشاكله العامة، صحيح أن الأسرة لا تزال الملجأ الأول والأساسي وخاصة الوالدين عند النوائب لكن مسؤولياتها في ذلك أصبحت وبشكل متزايد رمزية ووجدانية أكثر منها فعلية.

بل أن المسؤولية وتحمل تبعاتها أصبحت تميل إلى العقلانية وتوزيع أعباء تحملها على أكبر قدر من أفراد الأسرة، إذ لم يعد الأمر كما كان في الماضي حكراً على أكبر الأبناء أو كبير الأسرة. وربما في كثير من الأحيان تصل الأمور إلى مفاوضات بين أعضاء الأسرة الممتدة، في حالات الطوارئ أو الأزمات الأسرية العامة، في تحديد من يتحمل ماذا؟ وبأي قدر وبأي كيفية؟ مثلاً في حالات حدوث أزمة صحية لأحد أفراد الأسرة الممتدة من جيل الأجداد وليس لديه الإمكانيات المالية ويتوجب دفع فاتورة علاج باهظة، فإن الأمر يقتضي في العادة أن تتضافر جهود أفراد الأسرة لدفع تلك الفاتورة، وليس كما كان الحال في الماضي. ويصدق الحال في حالة وجود مسن أو معاق كما سيتم إيضاحه لاحقاً. أما إذا كان الحال داخل الأسرة الزوجية فإن كامل المسؤولية يقع على رب الأسرة التي عليها أن تتحمل في الغالب وحدها، دون أن تشترط بالضرورة على الآخرين مساعدتها، وإذا ما قدموا مساعدة فهي مساعدة غير ملزمة.

وأصبح المجتمع بسبب هذه التحولات في شكل العلاقات الاجتماعية والمسؤوليات تجاه الأسرة يعاني بصورة متزايدة من مشاكل تفكك في أواصر الروابط الأسرية، مقارنة بما كانت عليه الحال. والأمر في هذه الأحوال لا يرتبط بالطبقة الاجتماعية أو الأوضاع الاقتصادية التي يعيشها أفراد الأسرة، وإن كانت الأسر التي لا تزال تقليدية أو تعيش في أوساط شعبية أكثر تماسكاً في حالة وجود مشاكل عابرة.

ونظراً لنوعية المساكن في المدينة وأهمية الفراغ فيها، والسعي لتقليص تكلفة المعيشة في الأوساط الفقيرة والشعبية، فإن حجم هذه المساكن غالباً ما يميل إلى الضيق، ومما يزيد من قلة الفراغ المتاح مسألة التخصيص في استخدام المكان، فهناك غرف مخصصة للنوم وأخرى للمعيشة واستقبال الضيوف ومطبخ وإعداد الطعام وكذلك تتطلب المعيشة في هذه الفراغات المحددة تأمين الخصوصية للذكور والإناث مما يجعل الأسر في هذه الفئات الاجتماعية لا تميل كثيراً إلى استقبال أفراد جدد حتى ولو كانوا من الأقرباء للعيش معهم.

أما بالنسبة للطبقة الوسطى وما فوقها، فإن مستوى المعيشة وأسلوب الحياة يفترض خصوصية أكثر ورفاهية تزيد من التفرد والتأكيد على المتطلبات الاستهلاكية وتعزيز متطلبات المرحلة العمرية التي يمر بها كل فرد من أفراد الأسرة، وفي ظل هذه التحولات الآخذة في تقليد ما يجري في المجتمعات الصناعية الغربية يزداد الانهماك في الإقبال على الكماليات وحب مظاهر البذخ والإسراف. وهذه تؤدي عادة إلى التأكيد على الرغبة في تحقيق النزوات والطموحات الفردية بشكل سريع ومظهري، مما يجعل قابليتها في تحمل الآخرين، لمدد طويلة، من الأمور غير المرغوبة أو التي تلقى من الأفراد

نوعاً من المقاومة والتردد. ونظراً لسطوة وتحكم قوى الإعلان فإن المتطلبات والمرغوبات التي يرغبها الأفراد بل والأسرة بأكملها غالباً ما تتجاوز إمكانياتها المالية المحدودة مما يجعلها تشعر بأنها لم تحقق كل ما تصبو إليه، ومن ثم لا ترغب في ظهور أي مصدر جديد يزاومها في نوعية وأسلوب الحياة الذي تسعى إلى تمثله، خاصة إن كان ذلك المصدر يتطلب فترة طويلة ومقادير كبيرة من مواردها، مع شعورها المتزايد بأن ما كان كماليات في فترة سابقة أصبح من ضروريات العيش كما تراه الآن.

ثالثاً - وضع ومكانة المرأة في المجتمع :

تصور عادة المرأة في المجتمعات الخليجية بوصفها هامشية تابعة ليس لها من أمرها شيئاً. وربما كان هذا صحيحاً حتى وقت قريب جداً. لكن مع التحولات البنائية التي يمر بها المجتمع الخليجي عامة، فإن الصورة تتغير وبشكل سريع، خاصة بعد انتشار تعليم الفتاة وتعميمه وإلى أعلى المستويات وإن كانت الفرص لا تزال محدودة، لعملها ودخولها وإن بشكل متردد وتدرجي للحياة العامة. فمثلاً أصبحت الفتاة عنصراً مهماً وحاسماً في مسألة الاختيار للزواج، فرغم أن الزواج لا يزال يغلب عليه أنه مرتب ومن داخل دائرة المعارف والأصدقاء لكن أصبحت موافقة الفتاة عند غالبية الأسر الحضرية ورؤيتها للخطيب بل وازدياد إقبال الأسر على تحديد فترة ما بعد الملكة (أي عقد القران) لكن قبل إتمام مراسيم الزواج، من أجل إعطاء فرصة للتعارف لأطراف الزواج، من الأمور التي تلقى رواجاً وقبولاً في الأوساط المختلفة، وأصبحت، وإن كان بشكل بطيء، مقبولة في الأوساط الريفية والقبلية عموماً. ولم يعد من المقبول، رغم وجود حالات محدودة بين بعض الفئات الاجتماعية والثقافية، مسألة إكراه الفتاة على الزواج ممن

لا ترغب، بل وأخذت مسألة حتمية الزواج من ابن العم أو من «النهوة» في الاختفاء تدريجياً*).

وكذلك أصبحت مسألة تعليم المرأة من الشروط التي يجعلها الشباب من الأولويات عند اختيار شريكة الحياة، فالمرأة المتعلمة أقدر على الاهتمام بشؤون الأسرة ورعاية أمورها وهي كذلك أقدر على تربية وتعليم الأبناء الذين أصبحت مسألة تربيتهم وتعليمهم شأنها الأساسي، على الأقل من حيث المسؤولية. ولم يعد يشعر الشباب، كما كان حالهم في السابق، بالتردد في الإقبال من الاقتران بالمتعلمة أو الخوف من أنها ستكون ذات تطلعات أو متطلبات، وإنما على العكس ربما أصبح الإقبال على المتعلمة لأنها سترفع مستوى المعيشة الأسرية، خاصة في الطبقة الوسطى.

ويعد عمل المرأة وحصولها على دخل مستقل من الأمور المميزة للمرحلة الجديدة التي تمر بها الأسرة العربية الخليجية، فمع ازدياد أعباء ومتطلبات الاستهلاك في الأسرة الحديثة لم يعد دخل رب الأسرة الزوجية في الغالب كافياً لمواجهة متطلبات مستوى المعيشة الذي تصر عليه، ومن ثم أصبحت المرأة العاملة أكثر قدرة على المساهمة الإيجابية والتعاون مالياً في ميزانية الأسرة بما يضمن المستوى المعيشي المرغوب بل وأحياناً كثيرة ضمان البحبوحة الحياتية المتمثلة في سكن مريح وحياة استهلاكية مترفة وسياحة في الصيف وغير ذلك. ولم يعد الرجل يستنكف مشاركة المرأة في ميزانية الأسرة، وإنما

(* حق «النهوة» يعني أن لابن العم منع زواج ابنة عمه لغيره ومن ثم له الحق في الموافقة أو الرفض عند تقدم غيره لخطوبتها، وهذا الأمر كان منتشرًا في الأوساط القبلية في المناطق الريفية والبدوية وهو في طريقه إلى زوال سريع.

على العكس يسعى إلى مزيد من الاستفادة من هذه المساهمة وهذا التعاون، صحيح أن البعض وبالذات من بعض الأوساط الثقافية والاجتماعية قد يستغل المرأة وابتزها في مرتبتها، لكن على ما يظهر أن هذا الاتجاه يميل إلى الانحسار مع زيادة الوعي وتبدل المفاهيم.

ولم تعد المرأة ترضى بسوء المعاملة أو أن لا تُحترم إرادتها أو أن لا يكون لها رأي في شؤون أسرتها، وإنما على العكس تلاحظ زيادة مشاركتها خاصة في داخل إطار الطبقة الاجتماعية الوسطى. ولم تعد المرأة تخشى تبعات المجاهرة برأيها أو إبداء سخطها أو تبرمها من بعض القرارات التي ترى أنها تضيق من سيطرتها على شؤون أسرتها أو نوعية وأسلوب حياتها. وأصبح المجتمع يتقبل هذه التحولات بوصفها من الأمور المقبولة أو الاعتيادية. صحيح أن أمثال هذه المواجهات ربما أدى إلى مشاكل أسرية أو حتى إلى الطلاق ومن ثم تفكك الأسرة، لكن على ما يظهر أن تعزيز مكانة المرأة واتساع رقعة نفوذها داخل الأسرة، على حساب انحسار نسبي للسلطة الذكورية هو من الأمور التي يقبل عليها المجتمع. وربما كان من أهم آثار ذلك أن الابن خاصة الأكبر لم يعد قادراً وبشكل فردي أن يقرر مثلاً رعاية والديه المسنين في بيته دون ترتيب مسبق مع زوجته وأسرته كما سيتم إيضاحه لاحقاً (*).

(*) هناك عدد لا بأس به من الحالات التي واجهت أسر حضرية قرارات مثيلة بخصوص من يرعى الأب أو الأم المسنة، وغالباً ما أخذ في الاعتبار أن الابن الأكبر كان تقليدياً هو الذي يأخذ المبادرة، لكن في الوقت الحالي لم يعد الأمر كذلك، بل ربما إذا كانت إحدى البنات متزوجة من أحد الأقرباء أو الأزواج المتفهمين أن يبقى الوالدان معها، أو مع أحد الأبناء الذين يشعر الوالدان أنهما أقرب إليه نفسياً، مع الأخذ في الاعتبار مزاج ونفسية الزوجة. وأحياناً خاصة إن كانت الأسرة قادرة مالياً، أن يسكن الأب أو الأم مع خادمة وسائق في وحدة سكنية مجاورة لأحد الأبناء أو البنات بحيث يمكن زيارتهما بشكل مستمر يومياً وفي الوقت نفسه يضمن لهما الاستقلال الخاص بهما.

وأصبحت المرأة في الكثير من المجتمعات الخليجية أكثر فعالية في النشاطات النسائية العامة، وأصبحت أقدر على المشاركة في الحياة العامة دون أن تخشى من سوء الفهم أو أن تنعت بأنها تهمل أعباء دورها كأم وربة منزل أو زوجة ولقد ساعد وجود الخادמות كثيراً في إمكانيات المرأة الخليجية، فالخادمة بإمكانها القيام بمعظم الأعمال المنزلية المضنية والتي كانت تستغرق أوقات النساء اللاتي أصبحن أكثر قدرة وتحرراً من تلك الأعباء ومن ثم الميل أكثر فأكثر للنشاطات والأعمال التي يفضلن أو يخترن. بطبيعة الحال لا تزال هناك العديد من الأعباء المفروضة تقليدياً على المرأة الخليجية في مجال الحياة العامة، لكن مقارنة بما كان عليه الحال أصبحت مشاركتها ملموسة ظاهرة⁽¹⁰⁰⁾ ويظهر أن المرأة، خاصة في بعض دول مجلس التعاون الخليجي أصبحت أكثر وعياً بما حققته ومن ثم أصبحت أكثر جرأة وتطلعاً من ناحية وأكثر وعياً بمعنى المسؤوليات الملقاة عليها إزاء مشاركتها في الحياة العامة، ويصدق هذا سواء على النساء المتدينات أو اللاتي يملن لنمط وأسلوب الحياة الحديثة⁽¹⁰¹⁾.

رابعاً - مفاهيم الذات والهوية والفردية في ثقافة المجتمع الخليجي الجديد:

من أبرز مظاهر التحولات التي تشهدها البيئة الحضريّة الخليجيّة المعاصرة التحولات المتسارعة فيما يمكن أن يُسمى إعادة اكتشاف مفهوم الذات على

(100) انظر:

Abubaker Bagader: *New Roles for Saudi Women Can Society Adjust?*
Paper Delivered at Brown University, 1997

(101) نلاحظ أن النشاطات والفاعلية في الحياة العامة لم تعد حكراً على النساء ذوات الميول الحديثة، انظر على سبيل المثال: دلال البزري: *أخوات الظل واليقين*، بيروت، دار النهار، 1995، كذلك ما وجد مؤخراً من نشاط منظم وراق من طرف جمعية ببادر السلام النسائية في الكويت في مؤتمرها التربوي الأول، 1998.

المستويين الفردي والمجتمعي . ونقصد هنا أن الإنسان الخليجي ، وبشكل مختلف عما كان يعيشه في مجتمعه التقليدي الذي كان يتميز بثقافة تقليدية متجانسة وبخيارات محدودة في كل شيء تقريباً وبعدم وجود مراحل عمرية واضحة المعالم يمر بها الفرد أثناء تشكله كشخصية وذات ، فالمجتمع كان وفي بعض قطاعاته لا يزال ، لكن ليس بنفس المتانة والقوة التقليدية السابقة ، يخضع بشكل كلي للمفهوم الجمعي بحيث لا يشجع على بروز أي تأمل فردي خارج سرب الجماعة ولا يعترف بشكل واسع بوجود مراحل عمرية ذات خصائص متميزة ومن ثم نفسية وثقافة خاصة بها . فالإنسان كان ينتقل من طور الطفولة ، وهي مرحلة قصيرة وغالباً ما نظر إليها في مجتمعات ما قبل الصناعة التقليدية على أنها مرحلة عابرة مؤقتة يكون فيها الكائن بالغاً لم يكتمل نضجه ، إلى طور النضج المبكر الذي يمتد طوال الحياة . أما في البيئة الحديثة أصبحت الأسرة تشعر بأن أطفالها في مراحل ما قبل البلوغ يمرون بمراحل عمرية مختلفة فهم قبل السنة الثانية من عمرهم يختلفون عن من تكون أعمارهم ما بين (2-5) سنوات ، وعندما يندرجون في عالم المدرسة حتى نهاية مرحلة الصبا ودخول مرحلة المراهقة أيضاً يمرون بمرحلة عمرية مختلفة ، أما فترة المراهقة فلقد أصبحت مرحلة مميزة يتحدث عنها الجميع وكذلك الحال عن مرحلة الشباب فدخول عالم اليافعين من الرجال وهكذا .

تظهر أهمية هذا الحديث في شكوى وتذمر الأسر من طبائع واتجاهات وسلوكيات الأبناء والبنات اليوم وكيف أنهم يختلفون ، وبشكل نوعي عن مفاهيم الأجيال السابقة عليهم ، لكنهم لا يفكرون في التحولات والتيارات التي يعيشها الجميع اليوم ، فالتحولات التي تمر بها الأسرة من حيث بنيتها وخط السكن فيها والسلطة والوظائف المطلوبة فيها والأدوار التي يلعبها أطرافها ذات تأثير مهم ، إضافة إلى تأثير وسائط الاتصال الجماهيري خاصة

في عقد التسعينيات الذي دخلت فيه وسائل البث المباشر والتي تجاوزت عوائق الطبقة أو الخلفية الاجتماعية فهي تكاد تكون منتشرة بين الجميع^(*)، وحتى لو اقتصر الأمر على التقاط البرامج الموجهة للمشاهد العربي فإن هذه البرامج تفتح عوالم وآفاقاً لم يكن قط التفكير بوجودها. وربما كانت مشاهدات المسلسلات المدبلجة ذات تأثير واسع على قطاع ربات البيوت والمراهقين والمراهقات الذين يتعرفون من خلالها على قيم وتقاليد جديدة تهز وتتجاوز ما تعارفوا عليه تقليدياً، فالبطلة قد تقوم بأعمال ممنوعة أو محرمة كلياً لكن مع ذلك يبقى التعاطف والتفهم لمشاعرها وأحاسيسها قائماً بل وربما يزداد الإعجاب بشجاعته وصدقها وما إلى ذلك من قيم. كذلك انفتاح البيت الخليجي لو حش الاستهلاك دون مقاومة أو حماية بحيث أصبحت معطيات السوق الدولي، متمثلة في أسماء (الماركات) من المفردات المتداولة والأولية بين أفراد الأسرة الخليجية.

في ظل هذه التحولات والتيارات، أصبحت الذات الفردية تسعى للتمييز والتأكيد على النزعة الفردية أولاً من خلال الاستهلاك وبعد ذلك من خلال التماهي مع الفئة العمرية التي تنتمي إليها، بحيث أصبح تأثير الأتراب وزملاء الدراسة أكثر أهمية وأعمق أثراً من سواهما. ويظهر أن تأثير (غول الاستهلاك) كبير جداً فهو يقوم على آلية جبارة من الدعاية والإعلان المغربي بشكل عقلائي معاصر يجعله متفوقاً على ما عداه. وهكذا تصبح السلعة الأكثر رواجاً هي المعلن عنها بشكل أفضل وتتولد عند الفرد احتياجات

(*) يشاهد في العديد من المدن الخليجية وفي أحياء شعبية فقيرة دور متواضعة جداً لكنها تنوء تحت طبق التقاط البث المباشر، بحيث تد يتساءل الواحد أيهما أكثر أهمية لأصحاب تلك الدار توسيعها وإصلاحها أم التقاط محطات البث المباشر، واليوم بعد أن انخفضت تكلفة هذه الأطباق اللاقطة ازداد انتشارها ومن ثم تأثيرها.

لا يحتاجها ويكتسب عادات طعام أو لباس أو ترويح أو حتى اهتمامات أحياناً كثيرة لا تمت لواقعه أو محيطه، بل أنه يعتاد على عوالم خيالية جديدة تصبح واقعه الجديد. ويتعزز أمر ذلك من خلال ردود الفعل المناصرة والمؤيدة لذلك من الأتراب.

وعندما تتعارض، وهي غالباً ما تتعارض، مع ما درج عليه المجتمع التقليدي فإن تفسيرات وتأويلات الأطفال والمراهقين والشباب مدهشة في تعليقاتها وتفسيراتها بالحب والكرهية والغيرة، بل والإصرار على أن مواقفها هي الأفضل حتى عما يفكر فيه الوالدان (أو الجيل السابق عليهم) ومما يزيد من أعباء ما يجري ظهور ما يعرف بالرغبة الملحة للتحقيق الآني والفوري لما يبهج ويسلي الذات بغض النظر عن النتائج فهذا ما تبشر به ثقافة الاستهلاك وتشجع عليه. والأمر لا يقتصر على من يميلون إلى الإقبال على الأشياء الغربية الحديثة إذ نجد نفس التوجهات عند من يميلون إلى التيارات الموغلة في التمسك بالقديم(*) وإن كان حسب جدول أعمال وأولويات مختلفة نوعاً ما.

في ظل هذه التحولات نشهد بروز مفهوم الهوية الذاتية والعناية بها والتي تتجسد في النزعة الفردية والميل إلى تضخيم الرغبات والطموحات الفردية والسعي إلى النظر للعالم المعاش، سواء على المستوى اليومي أو الحياتي في

(*) يقصد هنا ملاحظة نفس الخصائص السلوكية حتى عند بعض الفئات المتدنية، حيث يوجد بعض الشباب على استعداد لفرض آرائهم، دون أخذ مسألة السن أو الاعتبارات التقليدية من الاحترام والتقدير لمكانة من هو أكبر سناً أو علماً أو وجهة اجتماعية، بل والعمل على نمط وأسلوب الحياة الذي يرغبون فيه بغض النظر عن آراء من حولهم عنهم، وإن أمكن فرض وجهات نظرهم على غيرهم!

التأكيد على تقديم المصلحة والرغبة الفردية على المصلحة الجماعية أو العامة وعدم إخفاء الرغبة في الاستعلاء والتفرد على الآخرين، ويبرز هذا على المستوى الوطني/ القومي أو داخل المجتمع الواحد على أساس المكانة والمرتبة الاجتماعية، متجسدة في رموز مادية استهلاكية كنوع السيارة أو السكن أو الملابس أو القدرة على الترفيه والسفر وغير ذلك. وتصبح هذه القيم قيماً إيجابية ينظر إليها داخل إطار الجيل على أنها تجسيد للإنجازات الفردية وعلى أنها مؤكدة على هوية الذات المقدمة بشكل يومي للآخرين (*).

قد يكون من المبالغة القول بأن قيماً تقليدية مؤكدة للروح الجماعية ومصلحة المجتمع مثل الإيثار والنخوة والإسراع لنجدة المحتاج والفقير والعاجز واحترام المسنين وكبار السن عموماً هي قيم لم تعد سائدة في المجتمعات الخليجية بنفس ما كانت عليه من انتشار في الأمس القريب، وبحيث لم تعد المعيار الأساسي المتبادل على المستوى الاجتماعي، على الأقل بين الأجيال الشابة. الأمر الذي يتطلب العمل على إعادة صياغة تلك القيم التقليدية بحيث تأخذ شكل مؤسسات وجمعيات خيرية تطوعية ينخرط الفرد فيها، بوعي وإرادة ذاتية، مؤكداً بذلك على نزعة فردية واضحة لديه للانخراط والالتزام بالعمل والأنشطة التطوعية بشكل منظم وعقلاني (**).

(*) وصل الحال في بعض الإعلانات التجارية إلى إضافة بعض هذه الكماليات إلى أن تصبح جزءاً من أفراد الأسرة، ففي إعلان تجاري تدخل سيارة السوبرمان شجرة العائلة ويدخل الشماع كمؤشر للحياة الجديدة كعنوان لقبول والد الفتاة لمن تقدم يطلب يدها وهكذا.

(**) المقصود هنا أن الشباب أصبح أكثر توجهاً نحو قبول القيم الأخلاقية الاجتماعية الداعية لأعمال ومساعدة العاجزين ليس انطلاقاً من قيم تقليدية وإنما انطلاقاً من أيديولوجية حديثة وجديدة، سواء كانت في شكل أيديولوجيا دينية أو مذهبية أو حديثة، بطبيعة الحال هذا يعني أن نوعية الخطابات المستخدمة للحث على الانخراط في هذه الجهود ستختلف من مرجعيات شاب أو شابة لآخر.

إن الأجيال الشابة تعيش مأزق البجوحة المعيشية التي عاشتها مجتمعات الخليج في العقدين الماضيين، من طرف أجيال عاشت شظف العيش والعوز فأثرت أن تقدم لأبنائها كل وسائل وسبل الراحة والدعة الممكنة، بحيث تكون ماعرف (بجيل الطفرة) و (جيل المربيات). جيل يحلم بتحقيق كل الطموحات والرغبات بشكل آني وسريع مع الاعتماد، ومنذ الصغر، خاصة عند الطبقة الحضرية الوسطى على وجود أيد مساعدة متمثلة في الخدم والسائقين وغيرهم، مع حرص الأهل على عدم تعريض الأبناء لما عاشه الأجداد من شظف وعوز. في ظل هذه البنية تشكل مفهوم (غير واقعي) للذات وتشكلت شخصية تابعة/ متجاوزة*^(*) ربما اعتمد فيها النجاح على ما تجده من عون مضمون من الأسرة أو من مجتمع الرفاه الذي كان سائداً حتى التسعينيات، حينما كانت اقتصاديات الوفرة هي السائدة.

ربما سيجد الإنسان الخليجي المعاصر أن من الضروري إعادة النظر في هذه الأبعاد بما يستقيم مع معطيات ومتطلبات الحياة الاجتماعية القائمة في محيطه الاجتماعي والثقافي، خاصة في المجال السكاني والاقتصادي. حيث أن التغيرات السكانية ستعني مزيداً من المسؤوليات والأعباء داخل الأسرة، وسيطلب الاستمرار في الحياة الاستهلاكية التي تعود عليها، حتى في حدودها الدنيا، جهوداً أكبر وربما لن يكون بالإمكان مواجهة متطلبات الحياة النوعية الحالية بمعدلات الإنجاب القائمة أو متوسطات الدخل التي سيجد نفسه

(*) المقصود بذلك أن الإنسان الخليجي بسبب أسلوب الحياة ونوعية المعيشة التي جعلت تقريباً كل الأعمال الحرفية الصغيرة من حلاقة أو تنظيف أو ميكانيكا سيارات أو الأعمال الكهربائية أو الصيانة والخدمة المنزلية والعامه من الأعمال المتروكة للعمالة الأجنبية، فإن الفرد أصبح يتكل كلياً على أعمالها في هذه المجالات الواسعة ولكن في الوقت نفسه يشعر أنه رغم اعتماده على هذه الفئة الاجتماعية فإنه متجاوز أمر لها، فهي تأتمر بأمره وتخدمه لذاته وهو بطبيعة الحال وهم قائم على علاقات الحاجة والتبادل بين هذه الفئات الاجتماعية.

فيها ، حيث أن مستويات المعيشة العالية كانت مرتبطة بأسعار النفط في السوق الدولية وستتأثر به لا محالة ، إضافة إلى أن الزيادة السكانية والالتزامات الاستهلاكية والإقليمية والعالمية ستعني انحساراً في تلك المستويات مما سيعني أن المحافظة على مستوى المعيشة الحالي سيتطلب مراجعات وحسابات إضافية تزيد ، للأسف ، من تأثير الاتجاهات التي سبق ذكرها(*) .

خامساً - الحراك الاجتماعي ونوعية الحياة :

تتميز المجتمعات الخليجية بأنها تعيش صدمة الحراك الاجتماعي والمهني في الأجيال الحالية ، فكما هو معروف تأخر التعليم في دول مجلس التعاون الخليجي عن غيرها من الدول العربية ، إضافة إلى أنها كانت بلداناً فقيرة معزولة لا تقوم فيها سوى بعض الحرف والأعمال التجارية المحدودة والتي كانت الأسر تتداولها بين أفرادها ، ولم يعرف بعد تقسيم العمل التخصصي المتنوع القائم على الدراسة والتعليم في المدارس والمعاهد العالية . لكن مع الطفرة الاقتصادية فتحت أبواب المدارس أولاً للذكور ثم بعدها للجميع ذكوراً وإناثاً ، وهكذا أخذ المجتمع ينقطع تدريجياً مع خياراته وتراثه المهني ، ليشكل أجيالاً جديدة ، وإن كانت لا تزال محدودة ، تنخرط في مهن وأعمال ومجالات معرفية وثقافية غير معروفة لمن سبقها من أفراد وأسره على

(*) إن مسألة اعتماد المجتمع الخليجي ، بل حتى الأسرة الخليجية على نفسها في القيام بشؤونها الخاصة ، لا تزال ينظر إليها نظرة إمكانيات وليست مسألة تتعلق بالنظر إلى قيمة العمل وحب الاعتماد على الذات وخدمتها . مما يجعل الشاب الخليجي يتذمر حتى من خدمة أسرته إن كان ذلك العمل ذا طبيعة روتينية ويأخذ أوقاتاً طويلة مع إمكانية أن يقوم به غيره مثلاً من الخدم الآسيويين ذوي الأجور الزهيدة ، بحيث يتكرر التذمر من أن أوقات هؤلاء الشباب أهم من أن تهدر في هذه الأعمال البسيطة ك شراء بعض الأشياء من السوق أو إيصال الأسرة بالسيارة . . . إلخ .

الإطلاق . بحيث نجد جيلاً جديداً من المهندسين والأطباء والعلماء والمفكرين والكتاب لأباء وأجداد لاعلاقة لهم البتة بهذه الفضاءات المعرفية والمهنية ، بل أن المجتمع كان ولا يزال يشجع أبناءه على اقتحام مجالات جديدة لتحمل أعباء الوظيفة والعمل بها ، من خلال إعطاء الفرص الوافرة للتعلم داخل البلاد أو من خلال البعثات العلمية لغيرها وبالذات في أوروبا الغربية والولايات المتحدة الأمريكية .

لقد تولدت عن هذه المهن أو الأعمال الجديدة ، إضافة إلى المهن والأعمال التقليدية في أشكالها الجديدة شبكات من العلاقات والأعراف والبنى لها تأثيرها والذي سيتزايد مع الوقت . بحيث أصبحت صداقات العمل والاهتمامات المشتركة لمن يعملون في نفس المهنة أو المؤسسة تجعلهم أكثر قرباً في الغالب ببعضهم من العلاقات الأسرية والقرابية التقليدية ، وابتدأت تتشكل روابط مهنية تنظر لذاتها ومصالحها بشكل جماعي ، صحيح أن هذه البنى لم تتبلور بما فيه الكفاية ، إذ لا تزال لعلاقات القرابة قوتها وقدرتها على الاختراق عن طريق قيم تقليدية أخذت أشكالاً جديدة لعل أبرزها الوساطة والمحسوبية وغيرها . لكن ورغم أوجه القصور هذه إلا أننا نشهد ، وإن كان بشكل بطيء ، بدء ظهور تكتلات اجتماعية تدور حول المكانة الطبقيّة للمهنة أو للدخل بشكل عام بحيث أصبحت مسألة ماذا تعمل؟ وكم دخلك؟ وما أهمية بريق المهنة التي تعمل فيها؟ من الأسئلة المحددة للمكانة الاجتماعية .

ليس بعد ، للبريق المهني الحديث أو الدخل العالي القائم على تعليم جامعي أو عال أهمية مطلقة في تحديد المكانة الاجتماعية ، إذ لا تزال الأعراف والتقاليد الاجتماعية وخاصة خارج المدن ، أو داخل المدينة عند بعض الفئات الاجتماعية هي الأكثر حضوراً خاصة عند الاختيار للزواج . لكن ورغم ذلك

أصبح الدخل والمهنة ذات البريق من أهم المعايير المحددة للمكانة الاجتماعية في المجتمع الخليجي ، وإن كان الدخل والإمكانيات المالية تعد في المقام الأول ، إلا أن المستوى التعليمي الرفيع ، ممثلاً بالألقاب والشهادات الأكاديمية والدخل المرتبط بذلك والامتيازات الاجتماعية المرتبطة بنوعية وأسلوب الحياة المرتقب والمتوقع للفرد أصبحت هي الأخرى من ضمن المعايير المحددة للمكانة الاجتماعية . لذا فإن الفئات الاجتماعية المنتمية لهذه الشرائح الاجتماعية غالباً ما تسعى إلى تأكيد عضويتها في مجموعتها الاجتماعية أكثر من تأكيد العلاقة القرابية ، خاصة وأن العضوية المهنية مسألة فردية عاكسة للقدرات والمهارات الخاصة وليس مجرد انتساب قرابي⁽¹⁰²⁾ .

أما نوعية الحياة فإنها في الغالب تميل إلى كوكبة من المظاهر الاستهلاكية أو الممارسات الرمزية المقيدة للفرد من حيث الكيفية التي يتصرف بها داخل المجتمع الكبير . فهو مطالب أن يتصرف بمستوى استهلاكي معين ، من حيث نوعية السيارات التي يقودها أو نوعية المسكن الذي يسكن أو الملابس أو حتى الصداقات التي يرتبط بها وكلامه وسلوكه العام موضع مراقبة وتقييم ، وغالباً ما يتوقع منه أن يحيط نفسه بقدر معين من الأهمية والمهابة المناسبين للمهنة ، ولا يضير إن كان ذلك البريق موغلاً في الحدائث أو التقليدية ، بحسب المكانة الاجتماعية للمهنة^(*) والسياق الاجتماعي العام الذي يرتبط به الفرد .

(102) انظر أثر ذلك على المهاجرين من الريف إلى مدينة جدة في : نور محمد/ أبو بكر باقادر العمودي : الهجرة الريفية الحضرية : دراسة في تكيف المهاجرين إلى مدينة جدة ، بيروت ، دار المنتخب العربي ، 1994 .

(*) المقصود وجود هذه المظاهر المتعلقة بالبريق عند الأطباء والمهندسين ، الذين يشتغلون في أعمال حديثة ، ولا تخلو المهن الدينية من بريقها وبهرجها وأسلوبها الخاص عند القضاة والمشايخ بشكل عام .

سادساً - أثر التحولات الاجتماعية والثقافية على مفهوم رعاية المسنين :

تلك هي بعض التحولات الاجتماعية والثقافية المصاحبة للتغيرات العامة التي مرت وتمر بها المجتمعات الخليجية على مدى العقود الثلاثة الماضية، ولقد أدت هذه التحولات إلى ظهور تشكيلات اجتماعية وعلاقات وشبكات اتصال اجتماعية جديدة تختلف لدرجة ما كان عليه الواقع في المجتمع التقليدي وتولد عن ذلك قيم وأعراف ومثل وتقاليد جديدة ليست بالضرورة سلبية أو معادية لما درج عليه المجتمع، لكنها قيم توجه السلوك وأساليب التفكير بشكل مختلف .

فمن الواضح أن فجوة ثقافية في القيم والمعايير والأعراف آخذة في التشكل والظهور بين الأجيال، ومرد قيام هذه الفجوة ماجئنا على ذكره من تحولات في حياة الناس الاجتماعية وتحولهم إلى أساليب وأنماط حياة حضرية حديثة تتطلب خصائص وصفات اجتماعية وثقافية تؤكد على الفردية والنفعية . إضافة إلى التحولات الاقتصادية الهامة أو التي على ما يظهر ستؤثر بشكل أوسع وربما أسوأ على أنماط العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة .

فكما ذكرنا، التحول الذي وقع في شكل وهيكل الأسرة من أسرة واسعة كبيرة تمتد على أكثر من جيل وتساعد الحياة فيها على تفعيل وظائف الأجيال ببعضها البعض من ناحية ومن ناحية أخرى ساعد الاحتكاك والتواصل بين الأحفاد والأجداد مثلاً إلى انتقال، بل استمرار، القيم من جيل للذي يليه

بيسر، أما في الأسرة الزوجية الصغيرة الحجم لم يعد ذلك التواصل ممكناً ومن ثم لم يعد الاحتكاك بين الأجيال متواصلاً مستمراً وإنما على العكس من ذلك أصبح التواصل احتفالياً وعابراً ومن ثم لم يعد للقيم التقليدية الأهمية والحظوة التي كانت لها.

ولقد اقتضى التحول إلى الأسرة الزوجية إلى تحديد وتضييق في مفهوم (الأسرة) وتفريقها عن فكرة مفهوم (العائلة)، (فالأسرة) هي الوحدة الاجتماعية المعيشية، أما (العائلة) فهي وحدة معنوية اسمية رمزية أهميتها ليس فيما تقدمه على المستوى اليومي وإنما للمكانة والوجاهة الاجتماعية العامة دون الدخول في التفاصيل اليومية الحياتية، ونظراً لأن المسنين لا يدخلون في الغالب ضمن إطار الأسرة بالمعنى الذي ذكرنا، فإنهم يعاملون بشكل عام وليس على المستوى الحياتي اليومي، ويفضل العديد زيارتهم في المناسبات أو إظهار التبجيل والتكريم لهم لكن دون فرض أسلوب حياة المسنين على حياتهم الأسرية اليومية، كما كان في الماضي القريب.

ولقد ساعد على التعجيل من وقوع ذلك، ما ذكرناه من هجرة ريفية - حضرية واسعة إلى المدن، حيث يهاجر في الغالب الشباب والقادرون على العمل وأصحاب الطموحات الآنية في المناصب ولذا فإن المسنين غالباً ما يتركون في القرى، عليهم وحدهم أن يواجهوا متطلبات الحياة اليومية ومعاناتها. ونظراً لصغر حجم الوحدات السكنية فإنه يصعب استضافة المسنين من العائلة للعيش معهم. وتلعب إضافة إلى ذلك الظروف الاقتصادية دوراً مهماً في مسألة أولويات الإنفاق، حيث تولي الأسرة الأولوية لأفرادها فيما

يخص معيشتها وتعليمها وكمالياتها، ولا يدخل المسن عادة في قائمة الأولويات أو على الأقل ليس في مقدمتها. ويظهر أن الأوضاع الاقتصادية ستلعب دوراً أكبر في التقليل من الاهتمام والاحترام التقليدي الذي كان يتمتع به المسن. فنمط الحياة وما يفرز من خصائص وقيم اجتماعية وثقافية مؤكدة على الجوانب الفردية والمادية والنفعية وسيادة العلاقات الاختيارية على حساب العلاقات التقليدية ستؤدي، للأسف، إلى مزيد من الابتعاد عن حياة المسنين ورعايتهم.

ومع الانفجار المعرفي الذي تسرع من وتيرته وسائل الاتصال والتواصل الحديثة سواء كانت في شكل وسائل إعلام أو حاسوبيات أو أسلوب وإيقاع الحياة الحضرية الحديثة سيؤدي إلى زيادة (تقزيم) حكمة الأجداد (وزوال صلاحية) العديد من أفكارهم ومن ثم السعي إلى (تغييبهم) عن مسرح الأحداث الحياتية بحجة أنهم (دقة قديمة) أو لم يعودوا ذوي صلة بالعالم أو المجتمع المعاصر. وهذا يؤدي بطريقة أخرى إلى انفصال الأجيال الشابة عن المسنين، ويقلل من احترامهم لهم وربما حتى يضعف من ارتباطهم العاطفي بهم، وكل هذه الأمور مهمة في قيام الشباب على رعاية ومساعدة وتوقير المسنين والأخذ بأيديهم بما يسهم في تسهيل الظروف والمناخ العام المكرم لهم.

لذا فإن التحولات التي مرت وتمر بها المجتمعات الخليجية ذات تأثير مدمر في العديد من المجتمعات وبالذات المجتمعات الصناعية الحديثة. ولما كانت مجتمعاتنا إجمالاً لا تزال بها بقايا من قيم الماضي القريب الذي يعطي المسن

مكانة اجتماعية رفيعة ولا يتردد عن رعايته وتكريمه والتأكيد على أهمية أن يلعب دوراً إيجابياً في المجتمع أصبح من الملح أن نؤكد على أهمية المحافظة على القيم التقليدية والاستمرار في تأكيدها على الأجيال الشابة .

ويحتاج المجتمع الخليجي ، وهو دون شك يفعل ذلك ، أن يمر بمرحلة تكيف جذرية وإعادة بناء اجتماعي وثقافي من شأنها أن تمكن المجتمع أن يتعامل مع الظروف والسياقات والتغيرات الاجتماعية بصور جديدة ، من المستحسن أن تُبقي على الكثير من القيم والأخلاق التقليدية التي ثبت نجاحها خاصة ما تعلق منها بالروابط الأسرية التي تعمل على رعاية المسنين والعمل معهم وذلك من خلال بناء أطر اجتماعية تسهل عليهم التكيف مع ظروفهم الجديدة خاصة بعد الإحالة إلى المعاش أو عندما يبدأون في المعاناة من أمراض الشيخوخة والخرف دون أن يخل ذلك بحقوق ومصالح الأجيال الشابة التي تقوم بإعالتهم (*).

ويمكن أن يتم ذلك من خلال إعادة التأكيد على قيم احترام وتكريم المسن والعمل على إدماج نشاطاته بشكل مفيد في السياق العام ، سواء داخل الأسرة أو بالتطوع في الأعمال العامة والإفادة من خبرات وتجارب المسنين عموماً في الحياة العامة . بطبيعة الحال تحتاج هذه الجهود إلى توعية المسنين وتعليمهم بشكل مبكر للكيفية التي ينبغي عليهم أن يتعاملوا فيها مع هذه

(*) هنا يكمن الاختلاف عما كان سائداً من قيم وأخلاق تقليدية ، حيث كان المطلوب في الماضي اختفاء مصالح الأبناء بل محوها في سبيل كبار السن وهو أمر لم يكن من الممكن استمراره في الوقت الحاضر الذي وقعت فيه تحولات وتغيرات قيمية هامة . ومن ثم فإن التوازن وعدم التعارض والتضارب هو واحد من أهم الأمور التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار .

المرحلة العمرية التي سيدخلونها، وخاصة ما يحدث بعد الإحالة إلى المعاش وانقطاع النشاطات والجو الاجتماعي العام الذي كان يهيئه العمل للفرد من حيث القيمة والأهمية الاجتماعية، كذلك تعليم المسن النواحي الصحية والغذائية والعلاجية التي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار في هذه المرحلة، وتدريبه على الكيفية التي يمكن أن يقضي فيها أوقات الفراغ وبرامج الترفيه المتاحة أو التي يمكن أن يعمل بالتعاون مع غيره من المسنين على رعايتها وتنشيطها*).

ومن المطلوب أيضاً توعية الأسرة وتدريبها على الكيفية التي ينبغي أن تساعد من خلالها على رعاية وتكريم المسن، والكيفية التي يمكن أن ينظم بها جهد الرعاية ومجالاته حتى لا يصبح الجهد على طرف واحد فيها بجعله شبه متفرغ لذلك مما يؤدي أحياناً إلى إعاقة تحقيقه ذاته أو تطلعاته. فكما هو معروف ليس المطلوب أن تكون عملية الرعاية والتكريم على حساب طرف أو ثمة، وإنما، على العكس، المطلوب أن تكون عملية التكريم والرعاية عملية تبادلية، الكل يسهم فيها ويستفيد منها، فالمسن يملك الكثير ويمكن أن يقدم الكثير لمن حوله، وكذلك على الآخرين من أفراد الأسرة العمل وبشكل يقوم على تقسيم العمل، بحيث لا تكون مشقة على أي واحد منهم في مساعدة المسن تجاوز احتياجاته الصحية والغذائية والأهم الاجتماعية بالحديث معه وعدم تركه ضحية للعزلة والوحدة.

(*) ربما تبدو الحاجة ماسة إلى تأكيد مفهوم الإعاقة الذاتية من خلال التعليم وتقديم البيئة المساندة، فليس من العقوق مساعدة كبار المسنين أن يعتمدوا على أنفسهم في الكثير من احتياجاتهم التي يمكنهم القيام بها، كذلك ربما تبدو الحاجة واضحة إلى إعادة التفكير في الاستعداد لدخول مرحلة الشيخوخة مع قيام برامج مساندة جيدة الإعداد ليس فقط على مستوى الخدمات الطبية أو الترويحية أو الغذائية أو الاجتماعية وإنما أيضاً المعرفية القائمة على بحوث محلية.

ومن الواضح أن الأسرة، في ظل ما ذكرنا من استقلالية في الوحدة السكنية وانشغال لاهث لتحقيق أفرادها ما يصبون إليه من حراك اجتماعي وتحقيق للذات تحتاج إلى دعم ومساندة المؤسسات الحكومية والجمعيات والمؤسسات الاجتماعية العاملة في مجال رعاية المسنين والمحتاجين عموماً، وينبغي أن يتم قدر كبير من التنسيق والتعاون بينهما على كافة المستويات بما يسهم في تقديم الدعم والعون للمسنين وإدماجهم في الحياة الأسرية والحياة العامة. ولن يتم مثل هذا المستوى من التنسيق سوى من خلال توفر المعلومات والخبرات التخصصية العالية الكفاءة والفاعلية والقدرة على تقديم الدعم الضروري في الوقت والمجال المناسبين.

إن رعاية المسنين تحتاج إلى معرفة بما يقدمه علم النفس والاجتماع من تفهم لحالة المسنين وما يمرون به من تغيرات حتى يمكن تجاوز ما قد يظهر أنه من العوائق لإمكانيات تقديم المساعدة والرعاية المطلوبة لمن يعانون من الخرف أو كثرة الشكوى والتبرم أو من أمراض نفسية واجتماعية عديدة، إضافة إلى معرفة بصحة المسنين والأمراض التي غالباً ما يمرون بها وأعراضها وكيفية التعامل معها وأساليب الرعاية الغذائية ومقادير الغذاء المناسب لهم والكيفية التي ينبغي تقديم الدواء لهم وخاصة المقادير فهم أصحاب مناعة محدودة ويخشى عليهم التسمم أو الضرر من جراء إعطائهم جرعات غير مناسبة. وهكذا فإن مسألة رعاية المسنين ليست مجرد إذعان لطلباتهم أو أن برّهم هو مجرد تلبية طلباتهم وإنما (البرّ) بالمعنى الجديد معرفة ما ينبغي مساعدتهم ورعايتهم به وفق أسس ومعايير علمية في كافة المجالات، والعمل مع مؤسسات متخصصة وجمعيات عديدة على تقديم الخدمات والمرافق المناسبة التي تساعد المسن على خدمة نفسه بنفسه واستمتاعه بحياة أفضل وأطول.

إن التراث الإسلامي يقدم قيماً ومثلاً ونماذج رائعة ينبغي أن يستفاد منها بتحويل طاقاته إلى برامج عمل ومشاريع، لا أن يبقى مجرد شعارات ومثل نظرية لا تأخذ شكل مشاريع ملموسة في هيئة برامج ومؤسسات تقوم على شؤون المسنين. فمن الواضح أن القيم والمثل الإسلامية والأخلاق التقليدية يمكن أن تشكل دافعاً متميزاً وعناصر حث على العمل من أجل تطوير وتحسين أساليب ورعاية المسنين وبشكل خلاق، لا أن تبقى في مدار القيام بالواجب فقط (*).

إن ثورة المسنين ثورة قادمة ومهمة وتتطلب الإعداد الكفء الفعال لها منذ الآن، إذ ستعيشها المجتمعات الخليجية، مع الربع الأول من القرن الحادي والعشرين، فهي ستدخل في عداد الدول التي ستزيد فيها نسبة المسنين بين السكان عن (10٪) ومن ثم يتوجب إعداد العدة للتعامل مع هذه الشريحة العمرية التي ربما سيمر الجميع بها.

(*) تبدو الحاجة ماسة إلى إعادة صياغة استخدام المفاهيم والقيم الإسلامية الدافعة لبر الوالدين ورعايتهما وأخذ ما تقدمه العلوم الاجتماعية ووسائل الترويج الحديثة في الاعتبار من أجل تأسيس مسألة رعاية المسنين والمحتاجين عموماً بشكل جدي على المستوى المجتمعي وليس مجرد قيمة أخلاقية ملزمة.

الفصل السادس

أوضاع المسنين في المجتمع العربي الخليجي الإحصائيات والتشريعات

مقدمة:

يتميز المجتمع العربي عموماً والخليجي على وجه الخصوص ، بأنه مجتمع شبابي والمقصود بذلك أن غالبية السكان هم من فئات عمرية تقل عن (25) عاماً ونسبة أعداد المسنين ممن تجاوز الستين أقل من (6%) في المتوسط وإن كانت آخذة في الازدياد .

وغالبا ما يشار للمسن في المجتمع العربي بكبير العائلة أو عميد الأسرة أو شيخها أو سيدها ، وجميع هذه التعبيرات تحمل دلالات إيجابية وتعطي حاملها أهمية وتضفي عليه نوعاً من الوجاهة والاحترام والإجلال . ويسمى كذلك المسن والكهل والعجوز والشايب وهي كلمات محايدة وإن كانت في مجتمعات تعطي تقليدياً أهمية كبرى للخبرة والتجربة الحياتية وبذلك تكون لها دلالات إيجابية .

وتلعب الأسرة دوراً مهماً في حياة العرب ويشعرون عموماً بأهمية الرابطة العائلية ويعد الشعور بالانتماء للعائلة مصدراً للقوة والحماية والأمان النفسي بقدر ما هو إحساس بالالتزام المالي والإخلاص لجميع أفراد العائلة كباراً وصغاراً فقراء وأغنياء ذكوراً وإناثاً ، وينشأ الفرد في الثقافة العربية على أهمية هذه الروابط تقليدياً ، وأن يحترم صغار السن من هم أكبر منهم سناً ويتأدبون

في التعامل معهم بما يؤكد زعامتهم فيقبلون نصائحهم وإرشاداتهم ويقدمونهم عليهم في المجالس والمناسبات والاتصال مع الآخرين . ويقابل ذلك التزام الآباء والأجداد بتحمل مسؤولياتهم إزاء بنيتهم بقدر إمكانيتهم ما دام الأبناء في حاجة إليهم^(*) .

وكما يوضح هشام شرابي ، الشيخوخة في المجتمع العربي لا تعني التقدم في العمر فقط ، إنما تعني المكانة الاجتماعية والمسؤولية ، ويتوجب على الابن اتخاذ كافة الاحتياطات واتباع شتى الاستراتيجيات ، التي تحول دون حدوث مواجهة مع والده ، وإذا أراد نيل موافقة والده على أمر يود القيام به قد يلجأ إلى طرف ثالث مسن أيضاً للحصول على موافقة الأب فالقوة واتخاذ القرار هما في يد كبار السن⁽¹⁰³⁾ .

والأكبر سناً هو الأعلى مكانة ، ليس انطلاقاً من وظيفة أو ميزة خاصة ، إنما للتقدم في العمر ليس إلا ، فتقليدياً الأكبر سناً هو الأكثر إدراكاً ووعياً ولذا يجب أن يكون مسموع الكلمة احتراماً وتقديراً له وليس خوفاً منه . ولا يبرم أمر أو يتخذ قرار دون استشارته وأخذ نصيحته فهو من المفترض أن يملك النضج والوعي ، وعلى أي حال ، وكما سبق ذكره ، فإن كبير السن يتقدم مسيرة الأسرة في كل المناسبات : وفاة أو زواج أو خطوبة أو ولادة أو أعياد

(*) هذا ما كانت عليه الأحوال في المجتمع ، على أن رياح التغيرات والتحويلات الاجتماعية التي سبق ذكرها في الفصول السابقة بدأت تدريجياً وبشكل ملحوظ في تضيق ذلك إلى الأسرة النواة وربما حتى إلى إعطاء جيل الشباب أهمية متزايدة ، وعلى أي حال لا يزال الوقت مبكراً لمعرفة ما ستؤول إليه الأوضاع .

(103) هشام شرابي يصور ما عليه الحال تقليدياً وكذلك في الأوساط الريفية بشكل خاص إذ أن حياة المدن والتحويلات الحاصلة في العقود الثلاثة الماضية جعلت الصورة أكثر تعقيداً مما يذكر . انظر : البنية البطريكية ، بحث في المجتمع العربي المعاصر ، مرجع سابق .

وهو من يترأس استقبال الضيوف والقيام بإدارة وقيادة الحديث معهم وهو من يتصدر المجلس وفي حالة وجود مشاكل يكون هو القاضي والمصلح وله الكلمة المسموعة(*) .

ويشعر أفراد الأسرة العربية أن مسألة رعاية وخدمة كبار السن من أسرهم مسؤولية تقع على عاتقهم بشكل رئيسي وعليهم -دون سواهم- القيام بها تأكيداً لوفائهم واحترامهم لوالديهم . وهم إنما يفعلون ذلك انطلاقاً من قيم وأعراف مجتمعهم ، فالدين والثقافة يؤكدان على ذلك كل التأكيد ؛ ويعد رضا الله من رضا الوالدين ، والدين الإسلامي اهتم بشكل واضح بترسيخ هذه القيم كما تم إيضاحه سابقاً . وينظر أفراد المجتمع لمن يهمل أو يتقاعس عن خدمة كبار السن من أسرته ، وخاصة والديه ، بشيء من الازدراء والنفور وأنه غير جدير بالثقة والاحترام ، (من ليس له خير في أهله أو والديه لا خير فيه لأحد) .

على أن العقود الأخيرة شهدت جملة من التحولات السكانية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية في العالم العربي . وهذه التحولات نفسها كانت لها آثار سلبية على حياة الأسرة عموماً ورعاية المسنين خصوصاً في العديد من المجتمعات الصناعية . ولعل من أبرز هذه العوامل النمو الحضري السريع والذي صاحبه هجرة ريفية حضرية واسعة ، وانتشار عملية التصنيع والانخراط في مهن ووظائف غير تقليدية ، وكذلك تآكل القيم التقليدية ، وارتفاع تكلفة المعيشة بحيث أصبحت مسألة الإعالة من الأمور المكلفة جداً خاصة وأنه تصاحبها مشكلة إسكان حادة في معظم المناطق الحضرية المكتظة بالسكان . ولقد لعبت هذه العوامل مشتركة في تقليص قدرة الأسرة على

(*) رمزياً لا يزال الأمر صحيحاً، لكن كبار السن أنفسهم في معظم الأسر أصبحوا أكثر وعياً واستجابة لرياح التغيير .

القيام بوظائفها التقليدية واتجاهها بشكل متزايد نحو التحول من الأسرة الممتدة إلى الأسرة الزوجية أو النوواة ولقد أدى ذلك إلى ارتفاع النزعة الفردية والسعي للحراك الاجتماعي وانتشار قيم جديدة مؤكدة على النفعية والتكالب على المكاسب المادية على حساب الأمور المعنوية .

في ظل هذه المعادلة الصعبة ؛ قيم وتقاليد تؤكد على أهمية دور الأسرة وترابط أفرادها وسيادة كبار السن فيها من ناحية ، ومن ناحية أخرى تحولات اجتماعية اقتصادية حادة تمر بها المجتمعات العربية ومنها الخليجية بشكل خاص ، تجعل التساؤل قائماً عن أوضاع المسنين ومكانتهم في هذه المجتمعات ، خاصة إذا أخذ في الاعتبار - كما سيتم إيضاحه - أن المتوقع أن تزداد أعدادهم ونسبتهم في البناء السكاني وأن تزيد متوسطات أعمارهم لمراحل عمرية أطول مما سيعني ضرورة رعايتهم والاهتمام بهم : صحياً ومادياً واجتماعياً .

وهذه الظروف والأوضاع الجديدة ستتطلب منا التعرف عن كثب على هذه الفئة العمرية وخصائصها واحتياجاتها وما يجب على المجتمع الخليجي القيام به من سياسات وبرامج وتوعية تمكّن هذا المجتمع من التعامل مع الأوضاع الديمجرافية الجديدة التي سيمر بها وإلى أي مدى سيلتزم بقيمه ومثله الاجتماعية والثقافية إزاء المسنين في ظل التحولات والتطورات الراهنة .

ومن الأهمية التعرف الآن على الحالة والوضع السكاني العام في دول مجلس التعاون الخليجي من أجل تكوين صورة شاملة لحجم وأبعاد ما يتناوله هذا الفصل ، وربما تتيح هذه النظرة الكبرى الفرصة لاستيعاب بعض أبعاد المشكلة السكانية برمتها بدلاً من النظرة الجزئية التي تقصر النظر إلى فئة الأعمار ما فوق الستين كما لو كانت منزوعة أو مفصولة عن سياقها الاجتماعي والثقافي العام .

أولاً - الحالة السكانية العامة :

الجدول رقم (1) معدلات الوفيات والخصوبة والولادة وتوقعات متوسطات الحياة عند الولادة الخام والمتوقعة في دول مجلس التعاون الخليجي

توقعات الحياة عند الولادة (سنوات)			معدل الولادة الخام في كل ألف نسمة			إجمالي معدلات الخصوبة للمرأة			معدل الوفيات الخام في كل ألف نسمة			البلد
- 2020 2025	- 2010 2015	- 1990 1995	- 2020 2025	- 2010 2015	- 1990 1995	- 2020 2025	- 2010 2015	- 1990 1995	- 2020 2025	- 2010 2015	- 1990 1995	
72.90	70.70	65.50	17.50	19.90	26.40	2.27	2.58	3.31	7.60	7.70	9.20	إجمالي العالم
73.60	71.30	64.50	22.40	27.30	36.80	2.73	3.46	5.22	4.90	5.20	8.10	منطقة الاسكوا العربية
77.20	75.70	71.60	15.00	16.90	24.80	2.07	2.30	3.69	3.60	3.30	3.40	البحرين
78.30	77.20	73.90	16.00	18.40	25.70	2.15	2.44	3.45	6.10	4.20	2.40	الكويت
75.20	73.20	67.90	28.20	36.20	43.20	3.59	5.19	7.07	3.60	4.00	5.80	عمان
76.00	74.30	70.00	25.40	27.10	28.40	3.59	4.10	5.33	5.90	5.20	4.30	قطر
74.00	71.90	65.80	28.00	35.30	41.80	3.59	5.19	7.07	3.80	4.10	6.50	السعودية
76.70	75.00	*71.40	15.50	19.30	*20.70	2.25	2.87	*3.4	8.50	6.30	*2.00	الإمارات العربية المتحدة

المصدر : World Population Prospects 1990, United Nations, New York, 1991 (ST/ESA/SER.A/120)

(*) تم تعديل هذه المعدلات بناءً على ملاحظات وارده من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات العربية المتحدة .

ويتضح من الجدول رقم (1) أن معدلات الوفيات في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية أدنى مما هي عليه هذه المستويات في العالم إجمالاً وهي كذلك أقل مما هو عليه الحال في الأقطار العربية غرب آسيا، على أن التوقع بزيادة معدلات الوفيات في العديد من الأقطار الخليجية مثل الإمارات والكويت وقطر ربما يعود تفسير ذلك إلى أن أعداد المسنين المتوقعة في ازدياد مما سيزيد من توقع ارتفاع معدلات الوفيات.

أما معدلات الخصوبة عند النساء فهي إجمالاً في انخفاض سواء في العالم أو منطقة الاسكوا العربية أو في دول مجلس التعاون الخليجي، ويظهر أن عمان وقطر والسعودية تبقى معدلات الخصوبة فيها عالية نسبياً في الربع الأول من القرن القادم، وهي تزيد عن المعدل العالمي بـ (1.32) وعن المعدل في الدول العربية غرب آسيا بـ (0.86) وربما يعزى ارتفاع هذه النسبة لارتفاع معدلات الزواج أو الزواج المبكر.

أما معدلات الولادة لكل (1000) نسمة، فالملاحظ أن هناك انخفاضاً متزايداً في العالم وكذلك في منطقة الاسكوا العربية، وإن كان المعدل في الأخيرة أعلى نسبياً من المعدل العالمي، وعند النظر إلى معدلات دول مجلس التعاون الخليجي يلاحظ إجمالاً أنه أقل من معدلات منطقة الاسكوا العربية، على أن عمان والسعودية تتميزان بارتفاع هذه المعدلات في الفترة الحالية، لكنها تتجه في الربع الأول من القرن القادم لتقارب ما عليه الحال في منطقة الاسكوا العربية وإن كانت تلك المعدلات لا تزال عالية مقارنة بما عليه المعدلات العالمية، على أن معدلات الولادة في كل من الكويت والبحرين والإمارات العربية المتحدة أقل مما عليه في العالم.

أما بالنسبة لتوقعات الحياة عند الولادة فإنها عالمياً وعربياً تميل إلى الارتفاع وذلك لأسباب واضحة من تحسن في الرعاية الصحية وتحسن التغذية، ويلاحظ أن دول مجلس التعاون الخليجي مرشحة في الربع الأول من القرن العشرين لأن تصبح فيها معدلات توقعات الحياة عند الولادة عالية وذلك بالنسبة لما هي عليه عالمياً وعربياً في حدود خمس سنوات .

أما بالنسبة لأعداد ونسب المسنين سواء كانت أعمارهم (60) عاماً فما فوق أو (65) عاماً فما فوق مقارنة بأعداد السكان محسوبة بالآلاف ، فإن الجدول رقم (2) يوضح أن مجموع السكان في ازدياد مطرد في منطقة الاسكوا العربية وكذلك في دول مجلس التعاون الخليجي ، وإن كانت الزيادة في كل من عمان والسعودية هي الأعلى بين دول المجلس والتي تميل إلى الارتفاع عموماً .

أما بالنسبة لأعداد المسنين فهي عالية مقارنة ببقية الأقطار العربية وترتفع بشكل عال جداً في كل من الكويت والإمارات العربية المتحدة، فهي أربعة أضعاف ما عليه الزيادة عالمياً في الكويت وثلاثة أضعاف في الإمارات ، وتبقى من أعلى المستويات في بقية الأقطار الخليجية . وتكرر الصورة بالنسبة لأعداد من تزيد أعمارهم عن (65) عاماً في الكويت والإمارات عن سواهما وإن كانت ترتفع أيضاً في قطر .

وإذا كانت نسبة المسنين المثوية في الأقطار العربية (5.20٪) عام 1995 ويتوقع أن ترتفع في الربع الأول من القرن القادم إلى (8.40٪) فإن الحال على عكس ذلك في الأقطار الخليجية ، فالنسب تقل عن (5٪) عام 1995 لكنها تزداد بنسب عالية مع الوقت في الربع الأول من القرن القادم ويصدق الشيء نفسه لمن تزيد أعمارهم عن (65) عاماً ، بينما يلاحظ أنها تميل إلى الانخفاض في بعض الدول العربية كلبنان التي بها أعداد مسنين أعلى من المتوسط العام في الدول العربية عام 1995 لكن أعدادهم تتناقص مع الوقت !

ويظهر أن التوزيعات السكانية في دول مجلس التعاون الخليجي بحسب الفئات العمرية توضح حركية تستحق الوقوف عندها، لإلقاء نظرة على واقع الحال في عام 1995 والتحويلات المتوقعة في كل من عامي 2010 و 2025.

الجدول رقم (2) توزيعات نسبة السكان بحسب فئات العمر في دول مجلس التعاون الخليجي

2025					2010					1995					البلد
+ 60	59-25	24-15	14-5	4-0	+ 60	59-25	24-15	14-5	4-0	+ 60	59-25	24-15	14-5	4-0	
14.2	45.3	16.0	16.3	8.2	10.6	43.2	17.5	19.0	9.7	9.5	40.7	17.8	20.3	11.7	العالم
8.4	41.6	19.1	20.5	10.4	5.9	37.0	19.8	23.9	13.4	5.2	33.7	19.0	26.3	15.8	منطقة الاسكوا العربية
9.8	54.1	14.5	14.3	7.3	4.9	53.1	16.6	16.8	8.6	3.1	50.3	14.7	20.6	11.3	البحرين
17.4	43.7	15.4	15.7	7.8	9.1	46.4	17.0	18.1	9.4	3.3	46.8	16.4	21.7	11.8	الكويت
6.0	34.3	21.2	25.4	13.1	5.4	29.1	20.0	27.9	17.6	4.5	30.9	17.4	28.4	18.8	عمان
12.2	36.8	17.5	21.5	12.0	9.5	39.3	17.30	21.1	12.8	4.3	45.4	14.6	22.8	12.9	قطر
6.1	34.5	21.4	25.0	13.0	4.8	30.8	19.0	28.0	17.4	4.1	32.4	18.2	27.1	18.2	السعودية
19.4	40.3	16.2	16.5	7.6	12.6	45.4	14.9	17.2	9.9	*1.7	*56.3	*15.6	*17.5	*8.8	الإمارات

المصدر: World Population Prospects 1990, United Nations, New York, 1991 (ST/ESA/SER.A/120)

(*) تم تعديل هذه النسب بناءً على ملاحظات وارده من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات العربية المتحدة.

يتضح من الجدول رقم (2) أن نسبة توزيعات السكان في دول مجلس التعاون تعكس التحولات السكانية والاقتصادية والاجتماعية التي تعيشها هذه المجتمعات. ويمكن القيام باستعراض سريع لأهم معالم هذه النسب والتوزيعات السكانية حيث يتضح مايلي:

فئة (0 - 4 سنوات)، أي الأطفال الصغار وهي فئة في انخفاض عما هي عليه عام 1995 عالمياً وذلك بنسبة تصل إلى (3.50٪) في الربع الأول من القرن القادم وهي أكثر انخفاضاً في الدول العربية في منطقة غرب آسيا حيث تصل نسبة الانخفاض إلى حوالي (5.40٪) والصورة تتكرر في دول مجلس التعاون الخليجي وإن كانت لا تزال النسبة في كل من عمان والسعودية وقطر أعلى مما هي عليه في المتوسط في بقية الدول العربية مما يدل على ارتفاع معدلات الولادة في هذه الدول.

فئة (5 - 14 سنة)، ويلاحظ كذلك أن انخفاضاً في نسبة هذه الفئة عالمياً وفي الدول العربية غرب آسيا، على أنها في عمان والسعودية أعلى مما هي عليه في المتوسط في العالم العربي بـ (5٪) وأعلى من المتوسط العالمي بـ (9٪)، والفئتان من (0 - 4) و (5 - 14) هما فئتا الإعالة المبكرة حيث يحتاج أفرادهما إلى دعم ومساعدة ذويهم في تقديم العون المادي والمعنوي لهم وهو أمر سيتم إيضاحه لاحقاً.

فئة (15 - 24 سنة)، ونسب هذه الفئة العمرية شبه ثابتة عالمياً وعربياً فيما بين 1995 والربع الأول من القرن القادم، وهي إجمالاً في ازدياد بطيء يصل إلى حوالي (2٪) في المتوسط في دول مجلس التعاون الخليجي، ويغلب على أفراد هذه الفئة الانخراط في التعليم العام في مراحل المتقدمة والتعليم الجامعي وهي الكوادر التي يتم إعدادها وتدريبها لدخول سوق العمل والحياة عموماً.

فئة (25 - 59 سنة) ، وهي فئة في تزايد عالمياً بحوالي (5%) وفي الدول العربية غرب آسيا بحوالي (8%) وهي في تزايد كذلك في دول مجلس التعاون الخليجي . وهذه الفئة هي التي تشكل العاملين في سوق العمل وهي الفئة المنتجة .

وأخيراً الفئة العمرية المسنة ويلاحظ أنها في ازدياد مطرد في العالم بحوالي (6%) وتزيد بحوالي (3%) في العالم العربي (دول غرب آسيا) ، وبما يلفت النظر أنها تزداد بمعدلات أكبر في بعض دول مجلس التعاون الخليجي ، حيث تتزايد بنسبة (15%) في الإمارات و (14%) في الكويت و (8%) في قطر و (7%) في البحرين بينما هي أقل مما عليه الحال في متوسط الدول العربية غرب آسيا في كل من عمان والسعودية وإن كانت حتى في هاتين الدولتين أعلى مما هو عليه الحال عام 1995 .

يتضح إجمالاً من الاستعراض السابق أن التوزيعات السكانية بحسب فئات العمر في دول مجلس التعاون الخليجي تميل إلى التقلص في الفئات العمرية صغيرة السن والارتفاع في الفئات الشبابية والمسنة وهو أمر متوقع ومعقول ، فبعد أن كانت هذه الدول تتميز بأنها مجتمعات نسبة الفئات الشابة هي الأكبر ، أصبح الهرم السكاني يتغير ويقترب مما عليه الحال عالمياً ، ومع الزمن ربما يميل إلى التحول إلى ما عليه الحال في الدول المتقدمة اقتصادياً وذلك صدى للتحولات الاجتماعية والثقافية التي تعيشها هذه المجتمعات .

لكن ورغم تلك البيانات الإحصائية فإن هناك فروقاً مهمة بين نشاطات الذكور والإناث في المجتمعات الخليجية ، وربما كان من المهم أولاً أن تحدد نسبة التوزيعات السكانية بحسب النوع في الأقطار الخليجية في منتصف التسعينيات والمتوقعة في القرن القادم مقارنة بما عليه الحال عالمياً وفي البلدان العربية غرب آسيا خاصة بين المسنين .

الجدول رقم (3)

نسبة النوع (عدد الذكور لكل 100 أنثى) في دول مجلس التعاون الخليجي
للسكان الذين أعمارهم (60) سنة فأكثر في الأعوام 1995، 2010، 2025

2025	2010	1995	البلد / العام
86.30	84.60	82.10	العالم
96.60	95.40	95.50	منطقة الاسكوا العربية
-	*102.25	*102.25	البحرين
159.70	183.90	184.00	الكويت
105.60	121.10	105.40	عمان
251.60	252.90	216.60	قطر
139.80	121.60	101.10	السعودية
296.50	372.70	*200.00	الإمارات

المصدر: ESCWA: Calculations Based on World Demographic Estimates & Projections, 1950 - 2025, (ST/ESA/SER.R/79), United Nations, New York, 1988.

(*) تم تعديل هذه النسب بناءً على ملاحظات واردة من الجهاز المركزي للإحصاء بدولة البحرين ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات العربية المتحدة.

ورغم أن الجدول يوضح أن أعداد النساء أعلى عالمياً وتكاد تكون متساوية مع أعداد الذكور في المتوسط في منطقة الاسكوا، إلا أنها في دول مجلس التعاون الخليجي تميل إلى صالح الذكور بشكل خطير وهي تبلغ نسباً عالية جداً في الإمارات وقطر والكويت سواء في الوقت الحاضر أو كما هو متوقع في القرن القادم. ولعل مرد ذلك للزيادة المطردة في العمالة الوافدة والتي يغلب عليها أن تكون من الذكور بحسب قوانين الهجرة المعمول بها في بلدان المنطقة.

أما بالنسبة لمتوسطات العمر عند الولادة في دول مجلس التعاون الخليجي فيما بين 1995-2025 بحسب النوع فيتضح أن الإناث يملن إلى أن يعمرن أطول من الذكور في كل دول المجلس ، ويتراوح ذلك في الفترة ما بين 1990-1995 بحوالي أربع سنوات في المتوسط ، ويظهر أنها ستزيد فيما بين 2000-2005 إلى حوالي خمس سنوات مع زيادة في الأعمار بحوالي سنتين في المتوسط ، وسترتفع مع الربع الأول للقرن القادم إجمالاً عما هي عليه عام 1995 بحوالي خمس سنوات للذكور والإناث في المتوسط لكن يبقى الفارق لصالح الإناث بحوالي أربع سنوات . وهذه الفروق ستعني إجمالاً زيادة في أعداد المسنين عن المسنين ، خاصة الأراامل منهن .

الجدول رقم (4) متوسطات العمر في دول مجلس التعاون الخليجي للفترة 1990 - 2025

2025 - 2010		2005 - 2000		1995 - 1990		البلد
الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	الإناث	الذكور	
79.9	75.1	76.3	71.5	74.1	69.3	البحرين*
80.2	73.8	77.9	72.6	76.0	71.1	الكويت
73.5	68.6	65.7	62.5	59.7	75.1	عمان
79.1	74.7	75.7	70.1	73.1	68.1	قطر
76.8	71.1	72.0	67.4	68.1	64.1	السعودية
79.1	72.7	75.7	70.1	*75.1	*67.8	الإمارات

المصدر: ESCWA: Calculations Based on World Demographic Estimates & Projections, 1950 - 2025, (ST/ESA/SER.R/79), United Nations, New York, 1988.

(*) تم تعديل هذه المتوسطات بناءً على ملاحظات وارده من الجهاز المركزي للإحصاء بدولة البحرين (مع ملاحظة أن متوسطات العمودين الخامس والسادس هما للسنوات 2020 - 2025) ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات العربية المتحدة .

أما بالنسبة للمشاركة الإجمالية في النشاط الاقتصادي والقوى العاملة للسكان بحسب النوع، فإنه يمكن استجلاء الأمر بدراسة الجداول التالية:

الجدول رقم (5)
معدلات المشاركة الإجمالية في النشاط الاقتصادي
في دول مجلس التعاون الخليجي
(1986 - 1980)

البلد	الذكور	الإناث	الإجمالي
البحرين	56	9	37
الكويت	56	12	37
عمان	51	5	29
قطر	68	9	46
السعودية	51	4	30
الإمارات	71	4	52

المصدر: منظمة العمل الدولية: النتائج الأولية لإسقاطات القوى العاملة 1985 - 2000. نقلًا عن أماني قنديل «أوضاع المسنين في منطقة غربي آسيا»، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، (E/ESCWA/SD/1993/WG.1/13). P.57. U.N.

ومن الواضح أن الإناث يغلب عليهن عدم المشاركة في النشاط الاقتصادي، رغم أن الكويتيات والبحرينيات والقطريات من أنشط النساء في المنطقة إلى نهاية الثمانينيات. وإذا ما تمت مقارنة نسبة الإناث إلى الذكور في القوى العاملة في دول مجلس التعاون الخليجي، فإن المرأة في كل من الكويت والإمارات ثم البحرين هي الأعلى، على أن الصورة على ما يبدو في تغير مستمر مع توسع مجالات فرص العمل المتاحة للمرأة الخليجية إجمالاً.

الجدول رقم (6)
المساهمة النسائية في قوى العمل بدول مجلس التعاون الخليجي
فيما بين (1988 - 1990)

البلد	نسبة الإناث إلى الذكور في إجمالي السكان	نسبة الإناث إلى الذكور في القوى العاملة
إجمالي العالم	58.0	35.1
منطقة الاسكوا العربية	52.0	32.5
البحرين	11.0	10.3
الكويت	16.0	13.5
عمان	9.0	8.1
قطر	8.0	7.0
السعودية	8.0	7.1
الإمارات	15.0	13.1

المصدر : منظمة العمل الدولية : النتائج الأولية لإسقاطات القوى العاملة 1985 - 2000 .

أما بالنسبة لمعدل النشاط الاقتصادي للمسنين في دول مجلس التعاون الخليجي مقارنة بما عليه الحال عالمياً وفي منطقة الاسكوا، فإن هذا النشاط في الفئة العمرية (60 - 64) سنة يبدو عالياً بين الذكور ويميل إلى أن يكون أعلى مما هو عليه الحال عالمياً وعربياً ومن المتوقع أن يستمر في الزيادة لهذه الفئة حتى الربع الأول من القرن القادم . أما بالنسبة للإناث فإنه إجمالاً أقل كثيراً عما هو عليه عالمياً وفي منطقة الاسكوا، ويتوقع أن يبقى تقريباً على نفس

المعدلات حتى الربع الأول من القرن القادم، وربما كان مرد ذلك إلى أن الإناث أساساً أقل مشاركة في النشاط الاقتصادي وهن أكثر عرضة للانسحاب من هذا النشاط مع تقدم العمر. ويصدق توقع الانسحاب عن النشاط الاقتصادي سواء بالإحالة إلى المعاش أو الابتعاد عن النشاط التجاري الخاص بين من تجاوزوا الـ (65) عاماً.

إن نسبة المشاركين من الذكور أعلى من الإناث إجمالاً، عالمياً وعربياً، أما في دول مجلس التعاون الخليجي فنسبة المشاركين في النشاط الاقتصادي بين الذكور مرتفعة نوعاً ما على أنها تميل إلى الانخفاض مع الزمن. أما بالنسبة للإناث فهي منخفضة ويتوقع انخفاضها تدريجياً مع الزمن.

والجدول رقم (7) يوضح أن المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي، وعلى وجه الخصوص الذكور، يميلون إجمالاً إلى التحول التدريجي بعيداً عن مجالات النشاط الاقتصادي، قد يعود ذلك إلى أن غالبيتهم ربما كانوا من العاملين في القطاع العام كموظفين يحالون إلى المعاش. على عكس ما كانت عليه الأحوال تقليدياً حيث كان التقدم في العمر في الغالب يرتبط بالاستمرار في ممارسة المهنة أو العمل من ناحية وغالباً ما يكون مرتبطاً بالشراء النسبي. وكذلك يتضح أن مجالات النشاط بين المسنين تؤكد على أهمية النوع، فتقليدياً النشاط الاقتصادي هو مجال الذكور وقلة من النساء، ربما أجبرتهن ظروف الحياة على أن يشاركن في هذا المجال.

الجدول رقم (7)
نسبة النشاط الاقتصادي للسكان المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي

2025		2010		1995		الفئة العمرية	البلد
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور		
11.65	55.38	14.74	59.06	18.06	62.16	64 - 60	العالم
3.75	19.93	5.19	25.00	6.85	29.60	+65	
14.36	58.44	16.70	61.62	21.93	65.95	64 - 60	منطقة الاسكوا العربية
3.58	19.51	5.77	24.92	9.49	34.09	+65	
-	-	-	-	-	-	64 - 60	البحرين
-	-	-	-	-	-	+65	
8.37	66.10	8.49	66.30	8.35	66.65	64 - 60	الكويت
1.29	29.07	1.98	29.82	2.75	31.34	+65	
4.78	55.40	4.34	60.47	3.96	76.73	64 - 60	عمان
2.75	20.25	2.80	29.59	2.85	42.12	+65	
5.45	76.23	5.56	76.55	5.50	77.12	64 - 60	قطر
0.88	30.90	1.42	32.10	1.97	34.21	+65	
6.37	55.66	5.79	60.60	5.28	67.67	64 - 60	السعودية
2.47	18.09	2.50	26.22	2.56	37.85	+65	
3.63	73.29	3.74	73.78	*5.1	*87.0	64 - 60	الإمارات
0.71	28.20	1.13	29.89	*1.25	*32.95	+65	

المصدر : World Demographic Estimates & Projections, 1950 - 2025, (ST/ESA/SER.R/79), United Nations, New York, 1988.

(*) تم تعديل هذه النسب بناءً على ملاحظات وارادة من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات العربية المتحدة .

على أن من أهم المؤشرات في موضوع النشاط الاقتصادي هو معدلات الإعاقة، والمقصود بذلك نسبة الأطفال (0 - 14) أو المسنين (+65) بالنسبة للفئة العمرية العاملة (15 - 60) لكل فئة منهم، إذ سيكون على هذه الفئة العمرية عبء إعالة الأطفال أو المسنين أو الفئتين معاً وتقديم ما يحتاجون إليه من مطعم وملبس، صحيح أن إعالة الأطفال قد تكون أوضح فهم لم يدخلوا سوق العمل وليست لهم في الغالب مصادر دخل ثابتة (بعض دول مجلس التعاون تدفع مساعدات مالية للمواليد) أما بالنسبة للمسنين ففي الغالب تكون لهم معاشات، لكن مع ذلك فإن مصاريفهم تبقى هي الأعلى.

الجدول رقم (8) تقديرات وتوقعات الإعاقة الكلية لفئة صغار السن والمسنين في دول مجلس التعاون الخليجي في 1995، 2010، 2025

معدل الزيادة من (1995 - 2025)	عدد الاشخاص لكل (15-59) من بلغ +65 عام 2025	2025			2010			1995			البلد
		+65	14 - 0	المجموع	+65	14 - 0	المجموع	+65	14 - 0	المجموع	
1.40	6.76	14.80	37.30	52.10	11.30	44.70	56.00	10.60	52.10	62.70	العالم
1.47	11.36	8.80	48.70	57.50	6.30	63.20	69.50	6.00	77.10	83.10	الاسكوا العربية
2.96	12.05	8.30	29.70	38.00	3.30	35.10	38.40	2.80	48.00	50.80	البحرين
7.42	5.18	19.30	36.60	55.90	7.40	40.80	48.20	2.60	51.70	54.30	الكويت
1.33	13.70	7.30	67.20	74.40	6.60	89.00	95.60	5.50	94.30	99.80	عمان
3.88	6.45	15.50	58.10	73.60	8.80	55.70	4.650	4.00	57.80	61.80	قطر
1.45	14.08	7.10	65.70	72.80	5.50	87.60	6	4.90	87.00	91.90	السعودية
7.79	3.89	25.70	39.80	65.50	10.10	40.80	93.10	*1.5	*36.2	*37.7	الإمارات

المصدر: World Population Prospects 1990. (ST/ESA/SER.A/120), United Nations, New York, 1991, Sales No.E-91.X111.4.

(*) تم تعديل هذه التقديرات بناءً على ملاحظات واردة من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات العربية المتحدة.

يتضح من الجدول رقم (8) أن نسبة الإعاقة عالية نسبياً في العالم لكن من المتوقع أن تأخذ في الانخفاض مع دخول الربع الأول من القرن القادم، أما بالنسبة لمنطقة الاسكوا فإن نسبة الإعاقة مرتفعة جداً وهي تزيد عن (20٪) عما عليه الحال عام 1995 في العالم، لكنها آخذة في الانخفاض وتقترب من المعدل العالمي في الربع الأول من القرن القادم. على أن إعالة فئة صغار السن، وإن كانت تشكل النسبة الأكبر مقارنة بإعالة المسنين فإنها آخذة في الانخفاض عالمياً، بينما تزداد نسبة إعالة المسنين تقريباً بحوالي (4٪). ويصدق الشيء نفسه على منطقة الاسكوا، فنسبة إعالة صغار السن آخذة في الانخفاض لتصل إلى حوالي (20٪) بحلول الربع الأول من القرن القادم، بينما ترتفع ببطء نسبة إعالة المسنين بحوالي (3٪).

على أن الصورة في دول مجلس التعاون الخليجي مختلفة ومتباينة، حيث يلاحظ أن كلاً من عمان والسعودية بهما نسبة عالية من الإعاقة وخاصة لفئة صغار السن، على أن هذه النسب آخذة في الانخفاض مع الوقت، ويلاحظ ارتفاع تدريجي في معدلات إعالة المسنين. أما في حالات الإمارات والبحرين والكويت وقطر فإن نسبة الإعاقة الإجمالية فيها أقل مما عليه الحال في أقطار الاسكوا على أنها إجمالاً آخذة في الزيادة وليس إلى النقصان سواء لفئة صغار السن أو المسنين وهو أمر محير ويحتاج إلى تفسير.

وهكذا فإن الجداول (1 - 8) ترسم الصورة العامة لأوضاع المسنين وتوزيعاتهم بحسب الفئات العمرية والنوع في دول مجلس التعاون الخليجي مقارنة بما هو عليه الحال عالمياً وفي منطقة الاسكوا العربية، ويمكن إجمالاً القول بأن أعداد ونسبة المسنين وحاجتهم للإعالة والرعاية وانسحابهم من مجالات النشاط الاقتصادي آخذة في الازدياد وأن على بلدان المنطقة أن تولي مزيداً من الاهتمام والتخطيط لهذه الفئة العمرية في الربع الأول من القرن القادم.

ثانياً - حالة المسنين الأسرية والتعليمية :

ولدراسة أوضاع المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي من حيث الحالة الاجتماعية والمهنية وحجم الأسرة ومعدلات الأمية بينهم ، فإنه يمكن تقديم هذه التحاليل في ضوء المتوافر من المعلومات في هذه المجالات .

فالمتوقع بالنسبة للحالة الاجتماعية للمسنين أن يكون معظمهم إما من المتزوجين بالنسبة للذكور أو المتزوجات والأرامل للإناث ، وعند دراسة الجدول رقم (9) الذي لا تتوافر فيه معلومات عن بعض دول مجلس التعاون الخليجي (لا توجد معلومات عن عمان والسعودية) لكنها مع ذلك معلومات مهمة لتوضيح الاتجاهات العامة في المنطقة . يلاحظ أن نسبة من لم يتزوجوا قط منخفضة نسبياً وهذا متوقع ، إذ أن العادات والتقاليد والقيم السائدة لا تشجع على العزوبية أو البقاء دون زواج ، على أن هذه النسب قد ترتفع مستقبلاً بسبب التحولات الاجتماعية والثقافية التي تمر بها هذه المجتمعات . أما نسب المسنين المتزوجين فهي عالية جداً بين الذكور في كافة دول المجلس .

أما بالنسبة للإناث فإن نسبة من لم تتزوج فهي إجمالاً أقل عما هي عليه بين الذكور ، على أن نسبة المتزوجات أقل بكثير تصل إلى حوالي (50%) في المتوسط عما هي عليه بين الذكور ، وترتفع نسبة الأرامل بشكل كبير ، وهذه نتيجة متوقعة ، فمعظم علماء السكان يشيرون إلى أن الإناث يعمرن أطول من الذكور ، أما نسبة المطلقات من المسنات فهي أعلى مما هي عليه بين الذكور .

ويمكن القول إجمالاً أن البيانات توضح تماسكاً أسرياً في دول مجلس التعاون الخليجي ، ويغلب على المسنين إما أن يكونوا طرفاً في حياة أسرية قائمة وهذا يتخطى في المتوسط (65%) من الحالات ، أو نساء من الأرملة عادة ما يعشن في كنف أسرهن أو لوحدهن في منازلهن أو في مراكز لرعاية المسنين . وعلى أي حال البيانات تدعم الصورة العامة المؤكدة على أن غالبية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي يعيشون في إطار حياة أسرية ، رغم انتشار الأسرة النوواة .

الجدول رقم (9) الحالة الاجتماعية للمسنين بحسب النوع في بعض دول مجلس التعاون الخليجي

البلد	العام	الفئة العمرية	النوع	لم يتزوج قط (%)	متزوج (%)	مطلق (%)	أرمل (%)
البحرين	1981	+ 50	ذكر	4.30	89.80	2.20	3.70
			أنثى	2.05	51.50	4.60	47.90
المجموع				3.40	73.40	3.10	20.20
الكويت	1985	+ 60	ذكر	1.90	89.60	0.90	7.60
			أنثى	1.40	30.20	2.70	65.70
المجموع				1.60	62.50	1.80	34.10
قطر	1986	+ 60	ذكر	4.60	88.90	1.50	4.90
			أنثى	4.00	36.00	4.10	55.90
المجموع				4.40	69.00	2.40	9.70
الإمارات*	1995	+ 60	ذكر	2.20	90.30	1.00	6.40
			أنثى	1.60	39.80	3.30	55.10
المجموع				2.90	59.60	4.30	33.20

المصدر: Yahya El -Haddad: Aging in The ESCWA Region. Unpublished Document, table 6,p. 27.

(*) تم تعديل هذه النسب بناءً على ملاحظات واردة من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات العربية المتحدة .

أما بالنسبة لعدد أفراد الأسرة التي يجد المسن نفسه يعيش وسطها في دول مجلس التعاون الخليجي فإن البيانات المتوافرة لا توضح فروقاً بين الحضر والريف وذلك لارتفاع نسبة التحضر في هذه الدول، ويظهر أن الفرد في مجتمعات الخليج يعيش في المتوسط بين أكثر من ستة أشخاص أي بين أفراد أسرة عامرة نسبياً، الأمر الذي يؤكد ما سبقت الإشارة إليه عند عرض بيانات الحالة الاجتماعية، بأن المسنين غالباً ما يجدون الدعم والمؤازرة الأسرية حتى في سنواتهم المتأخرة، على أن البيانات المتوافرة هي بيانات ثانوية.

أما فيما يخص معدلات الأمية بين المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي فهي فيما يتوافر من بيانات عالية جداً وهذا ليس بالمستغرب فالتعليم الرسمي لم يبدأ في هذه الدول سوى في أواخر الستينيات مع انتعاش اقتصادها بسبب الطفرة النفطية، ونسبة الأمية بين الإناث مرتفعة جداً بسبب العادات والتقاليد التي كانت سائدة في تلك المجتمعات، على أن الصورة تتغير بسرعة وربما يشهد الربع الأول من القرن القادم نسبة منخفضة من الأميين بين السكان المسنين.

ويتضح من الجدول رقم (10) أن معدلات الأمية بين المسنين (+65) تزيد عن (75٪) بين الذكور وتصل إلى أكثر من (90٪) بين الإناث من السكان الأصليين، وبطبيعة الحال هذا يستدعي الربط بين التعليم ونوعية المهن الممكنة حيث يتجه الاعتقاد إلى أن المسنين يعملون في مهن تقليدية وغير قادرين إجمالاً على المنافسة في دخول أسواق العمل المنافسة، مما يجعل فرص عمل من أحيل إلى المعاش منهم وهو بحاجة إلى عمل فرصاً محدودة جداً، وقد تتطلب تقديم مساعدات أو سنّ تشريعات تعويضية من الدولة، كما هو

حاصل في بعض دول مجلس التعاون الخليجي مثل الكويت والإمارات (*).
وتدني نسبة الأمية هذا يعني أن هذا الجيل من السكان سيعاني نوعاً ما من حق
العمل والتعليم وهما وسيلتان هامتان بالنسبة للمسنين في حسن استغلال
الوقت وتوفير الفاعلية الاجتماعية .

الجدول رقم (10) معدلات الأمية بين فئة المسنين (65) سنة فأكثر وفئة (20 - 24) سنة في بعض دول مجلس التعاون الخليجي

المجموع %	الإناث %	الذكور %	العمر	العام	البلد
87.20 16.70	95.40 21.20	79.80 13.80	+ 65 24 - 20	1981	البحرين
82.50 15.10	93.60 24.20	72.00 5.20	+ 65 24 - 20	1985	الكويت
71.90 13.80	86.40 11.20	62.10 15.00	+ 65 24 - 20	1986	قطر
89.90 38.40	95.90 45.70	85.40 36.40	+ 65 24 - 20	1975	الإمارات

المصدر : UNESCO: Statistical Year book, 1991, Paris, 1991

(*) في هذين البلدين تدفع الدولة للمسن مساعدة من الضمان الاجتماعي تقدر عادة بالفرق
الذي قل من راتبه قبل التقاعد بحيث تبقى حالته المالية كما كانت وهو على رأس عمله .

ثالثاً - الحالة الصحية والإعاقة بين المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي :

تقدم الأدبيات المتوافرة عن حالة المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي من الناحية الصحية إجمالاً ما تؤكد الأدبيات العامة ، وهي أن المسنين يعانون من أمراض مزمنة عادة ما ترتبط بسنهم هي :

1 - أمراض القلب والجهاز الدوري : تصلب الشرايين وما يسببه من الفالج أو قصور الدورة الدموية بالرجلين ، قصور الدورة الدموية بالشرايين التاجية والذبحة الصدرية وجلطة هذه الشرايين ، ارتفاع ضغط الدم ومضاعفاته ، أمراض القلب الرئوية ، جلطة أوردة الساق وقرح الساق .

2 - أمراض الجهاز العصبي : قصور الدورة الدموية المخية المؤقت ، جلطة شرايين المخ ، النزف بالمخ ، أورام المخ ، الشكل الرعاشي ، أمراض الحبل الشوكي والضغط عليه من ثانويات العمود الفقري أو من مرض بالفقرات العنقية ووسائدها .

3 - أمراض الجهاز الحركي : مثل التهاب المفاصل العظمي بالفخدين والركبتين والعمود الفقري ووهن العظام وثانويات العظام .

4 - الأمراض المعدية : كالنزلات الشعبية والالتهابات الرئوية والتهابات المسالك البولية .

5 - أمراض الجهاز الهضمي: كأمراض الأسنان وصعوبة البلع والقرح بالمعدة والاثني عشر والقولون وسرطانات الجهاز الهضمي وزوائد القولون والبواسير وسقوط الشرج وأمراض الكبد واليرقان.

6 - فقر الدم بأنواعه المختلفة.

7 - أمراض الأيض والغدد الصماء كمرض السكري وأمراض الغدة الدرقية وجنية الدرقية، وينبغي على الأطباء معرفة الجراحات الشائعة لدى المسنين وهي جراحات البروستاتا وكسر عظمة الفخذ والغرغرينا وكيفية إعداد المسنين لهذه الجراحات وكيفية رعايتهم بعد إجراء العملية، وكذلك على الأطباء معرفة الأمراض العقلية التي تصيب المسنين خاصة وهي تشوش الذهن الحاد والعتة والاكنتاب وفصام المسنين.

وفي دراسة مسحية على المسنين في البحرين⁽¹⁰⁴⁾ أوضحت أن أكثر ما يعاني منه المسنون من أمراض هي بالترتيب: الضغط والسكري والروماتزم والشلل والربو وأمراض القلب وبعدها ضعف الحواس.

ويعاني المسن أكثر من غيره من حالات الإعاقة، بل أنه الأكثر عرضة لها. وتوضح البيانات المتوافرة عن بعض دول مجلس التعاون الخليجي ارتفاع أعداد المسنين الذين يعانون من إعاقة في كل مئة ألف نسمة من مجموع السكان، وهذه الأعداد وإن تفاوتت فيما بين هذه الدول إلا أنها تؤكد أمرين:

(104) وزارة العمل والشؤون الاجتماعية: واقع المسنين في البحرين: دراسة ميدانية، المنامة، إدارة الشؤون الاجتماعية، قسم التخطيط والبحوث، دولة البحرين، 1985.

إنها تزداد بين ممن أعمارهم فيما بين (65+) وخاصة الذكور منهم مقارنة بما هي عليه في الفئات العمرية الأخرى، وأن نسبة الإعاقة عالية جداً بين المسنين مقارنة بما عليه الحال بين صغار السن وهذه نتيجة متوقعة أيضاً.

الجدول رقم (11)

عدد المسنين الذين يعانون من إعاقة في كل (100,000) نسمة
من السكان في بعض دول مجلس التعاون الخليجي

البلد	العام	الفئة العمرية	الذكور	الإناث	الإجمالي
البحرين	1981	64 - 60	7065	4898	6128
		+ 65	8748	5790	7429
		لكافة الفئات العمرية الأخرى	1077	872	991
الكويت	1980	64 - 60	1861	1437	1026
		+ 65	4596	2278	3403
		لكافة الفئات العمرية الأخرى	504	351	438
قطر*	1986	64 - 60	505	1561	843
		74 - 70	3186	4711	3876
		لكافة الفئات العمرية الأخرى	127	262	172

المصدر: ESCWA: Social Statistics and Indicators in the ESCWA Region, 1989 (E/ESCWA/SD/89/8), United Nations.

(* إعداد (الاسكوا) حيث تم الاعتماد على الإحصاءات الدولية .

ويتزامن ضعف الحواس (البصر والسمع) مع التعمر أو الشيخوخة وتوضح لنا البيانات المتوافرة عن بعض دول مجلس التعاون الخليجي أن أعداد من يعانون من إعاقة بصرية من المسنين في هذه الدول عالية جداً مقارنة

بما عليه الحال في إجمالي السكان وهي تزيد إجمالاً بين من تجاوزا (+65) وخاصة من الذكور .

الجدول رقم (12)
عدد المسنين المكفوفين في كل (100,000) نسمة
من السكان في بعض دول مجلس التعاون الخليجي

البلد	العام	الفئة العمرية	الذكور	الإناث	الإجمالي
البحرين	1981	64 - 60	3004	2644	5648
		+ 65	3839	3756	7595
		لكافة الفئات العمرية الأخرى	344	334	678
الكويت	1980	64 - 60	634	368	1002
		+ 65	1981	747	2728
		لكافة الفئات العمرية الأخرى	60	41	101
قطر*	1986	64 - 60	644	577	1221
		+ 65	1560	1368	2928
		لكافة الفئات العمرية الأخرى	159	126	285

المصدر: ESCWA: Social Statistics and Indicators in the ESCWA Region, 1989 (E/ESCWA/SD/89/8), United Nations.

(* إعداد (الاسكوا) حيث تم الاعتماد على الإحصاءات الدولية .

أما بالنسبة للصمم بسبب ضعف السمع فإن الحالة أقل حدة وربما يعود ذلك إلى أن مجتمعات الخليج، على الأقل في العقدين الماضيين، أكثر هدوءاً، وعلى أي حال نجد أن ضعف السمع يزداد إجمالاً بين من يتعدوا (+65) والصمم بين المسنين أعلى مما هو عليه بين إجمالي السكان بحسب النوع، ويتضح أن عدد الذين يعانون من ضعف السمع بين الإناث أقل مما هو عليه بين الذكور .

الجدول رقم (13)
عدد المسنين المعاقين سمعياً لكل (100,000) نسمة
من السكان في بعض دول مجلس التعاون الخليجي

البلد	العام	نوعية الإعاقة	الفئة العمرية	الذكور	الإناث	الإجمالي
البحرين	1981	أصم	64 - 60	462	477	939
			+ 65	566	469	1035
			لكافة الفئات العمرية الأخرى	70	58	128
الكويت	1980	أصم	64 - 60	28	-	28
			+ 65	40	-	40
			لكافة الفئات العمرية الأخرى	29	17	46
قطر*	1986	أصم + أبكم	64 - 60	92	195	287
			+ 65	-	214	214
			لكافة الفئات العمرية الأخرى	16	28	44

المصدر: ESCWA: Social Statistics and Indicators in the ESCWA Region, 1989 (E/ESCWA/SD/89/8), United Nations.

* إعداد (الاسكوا) حيث تم الاعتماد على الإحصاءات الدولية .

وتعرض المسنين لهذه الإعاقات ، رغم أنه بالإمكان إرجاع ذلك إلى أعراض أمراض الشيخوخة ، لكن علينا أن نشير أيضاً إلى أن دول مجلس التعاون الخليجي قبل الحقبة النفطية كانت من المناطق التي عانت الكثير من انتشار الأوبئة وخاصة في مسألة الإعاقة البصرية التي كانت واسعة الانتشار ، أما أمراض كالجذري والكوليرا والمالريا وخلافها فإن المنطقة كانت تتعرض لها في شكل موجات ، وبطبيعة الحال سيتوقع أن تبقى بعض آثار تلك الحقبة على أجيال المسنين ، بل أن من تبقى من المسنين إنما هم من استطاعوا تجاوز تلك الأوبئة .

الضمانات القانونية لرعاية المسنين في دساتير وأنظمة دول مجلس التعاون الخليجي :

الهدف الرئيسي لإصدار تشريعات وضمادات قانونية لرعاية المسنين، وهو أمر تلحّ عليه برامج العمل الاجتماعي للأمم المتحدة كما أوردتها في خطة عمل فينّا الدولية للشيوخوخة، هو ضمان الأمن الاجتماعي والاقتصادي إضافة إلى إتاحة الفرصة لهذه الفئة العمرية للمشاركة في تنمية المجتمع . وإذا ما تأخرت عملية إصدار تشريعات بهذا الخصوص فإنما ذلك يعود إلى أن فئة المسنين تحظى بالاحترام والتقدير والرعاية في إطار المجال الأسري والمجتمعي انطلاقاً من مبادئ الشريعة الإسلامية التي كفلت لهم العديد من الحقوق والمزايا وفضلتهم وضمنت لهم من خلال التشريعات الإسلامية ما يكفل لهم حياة كريمة، إضافة إلى التقاليد والعادات العربية الأصيلة المؤكدة على احترام كبار السن وتقديرهم وبرّ الوالدين .

إلا أنه بسبب الأوضاع العالمية الجديدة والتحويلات التي تمر بها المجتمعات الإنسانية ومنها دول مجلس التعاون الخليجي وكذلك لدور الدولة الحديثة فإنه أصبح من الملحّ أن تنص دساتير وأنظمة هذه الدول على ضمانات تشريعية تضمن الأمن الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن في ضوء الزيادة المتوقعة في أعدادهم وفي نسبتهم لإجمالي حجم السكان .

تذكر المادة الحادية عشرة من الدستور الكويتي الإطار القانوني لرعاية المسنين، حيث تقضي بأن: «تكفل الدولة المعونة للمواطنين في حالة

الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل ، كما توفر لهم خدمات التأمين الاجتماعي والمعونة الاجتماعية والرعاية الصحية» .⁽¹⁰⁵⁾

وأكدت الفقرة (ب) من المادة الخامسة من الدستور البحريني الصادر عام 1973 مسؤولية الدولة في رعاية المسنين بشكل عام ، إذ نصت على أن : «تكفل الدولة تحقيق الضمان الاجتماعي اللازم للمواطنين في حالة الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل أو اليتيم أو الترميل أو البطالة ، كما تؤمن لهم خدمات التأمين الاجتماعي والرعاية الصحية ، وتعمل على وقايتهم من برائن الجهل والخوف والفاقة» .

وتناول الدستور المؤقت لدولة الإمارات العربية المتحدة الصادر عام 1971 هذه المسألة بشكل عام ، وإن لم ينص على أن رعاية هذه الفئة تدخل في اختصاصات الدولة مباشرة كما هو الحال في الدستورين الكويتي والبحريني ، وإنما اعتبرها من مسؤولية المجتمع ككل عندما نص على ذلك في المادة السادسة عشرة بما يلي : «يشمل المجتمع برعايته الطفولة والأمومة ويحمي القعد وغيرهم من الأشخاص العاجزين عن رعاية أنفسهم لسبب من الأسباب ، كالمرض أو العجز أو الشيخوخة أو البطالة الإجبارية ، ويتولى مساعدتهم وتأهيلهم لصالحهم وصالح المجتمع ، وتنظم قوانين المساعدات والتأمينات الاجتماعية هذه الأمور» .

(105) تم الاعتماد على دراسة بدرية عبدالله العوضي : «التشريع ورعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي» في : رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة : قضايا واتجاهات ، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية ، العدد (18) ، يناير 1992 ، ص 89-103 .

هذا ولقد نصت الفقرة «ز» من المادة السابعة من النظام الأساسي المؤقت المعدل لدولة قطر على التزام الدولة برعاية المسنين بصورة عامة ضمن النظام الاجتماعي الذي توفره الدولة لجميع المواطنين في حالات الحاجة لأسباب مختلفة دون أن تخصصها لفئة كبار السن عندما نصت على أن: «تضع الدولة نظاماً للضمان الاجتماعي يكفل المعونة للمواطنين في حالات الشيخوخة والمرض والكوارث وغيرها من الحالات المسببة للعجز».

وترى بديرية العوضي أن: «الاتجاه العام كما يستدل (عليه) من النصوص الدستورية المدونة في أغلب دساتير الخليج في معالجة الشيخوخة لا يزال ينظر إليه ضمن الحالات المؤقتة أو الطارئة التي تحتاج إلى رعاية خاصة، دون اعتبارها مرحلة من المراحل الطبيعية التي تواجه المجتمع الخليجي بشكل مستمر ودائم مما يستلزم إعطاؤها الأهمية اللازمة عند وضع برامج التنمية الاجتماعية والاقتصادية»⁽¹⁰⁶⁾.

وتفادياً لهذا النقص في النصوص الدستورية في أغلب دول مجلس التعاون الخليجي قامت بعضها بإصدار تشريعات اجتماعية توفر بعض الضمانات القانونية للمسنين، حيث أصدرت المملكة العربية السعودية مجموعة من النظم واللوائح التي تدعم وتوفر الرعاية الاجتماعية المتكاملة للمسنين في مؤسسات اجتماعية شرط أن يكون الفرد ذكراً كان أم انثى قد بلغ سن الستين أو أكثر وأعجزته الشيخوخة عن العمل أو القيام بشؤون نفسه أو

(106) المرجع السابق : ص 96-97.

بسبب إصابته بعاهة أعاقته عن العمل ، وعلى نحو يحتاج معه إلى الرعاية الشاملة داخل إحدى تلك المؤسسات التي توفر الرعاية المختلفة من جميع وجوهها المهنية والاجتماعية والثقافية والطبية والصحية والدينية وغيرها⁽¹⁰⁷⁾ .

كما حددت الكويت من خلال قانون المساعدات العامة لعام 1978 المعدل عام 1979 ، تحديد كيفية استحقاق وتقدير وربط المساعدات العامة لمن بلغ سن الشيخوخة بشكل عام دون إبرام نص خاص في القانون يتناول وضع المسنين⁽¹⁰⁸⁾ .

وبالاطلاع على المادة الأولى من المرسوم في شأن استحقاق وتقدير وربط المساعدات العامة عام 1978 نجد أن المشرع اشترط لاستحقاق كبار السن للمساعدات العامة ضرورة تجاوز سن الستين ولا عائل له في حين أن قانون المساعدات العامة عام 1968 أدخل كبار السن في عداد الفئات المستحقة للمساعدات العامة حتى وإن كان لديه دخل وإنما لا يكفي لسد احتياجاته المعيشية ، مما يعني أن النص القديم يوفر ضماناً أكبر لكبار السن في ظل ارتفاع المعيشة في معظم دول مجلس التعاون الخليجي . كذلك فإن الهدف الأساسي من إصدار هذا القانون إنما هو توفير بعض الضمانات لفئات معينة تستحق المساعدات لأسباب إنسانية ولحاجة الأسر المساعدة لهم وليس لحماية كبار السن بسبب الشيخوخة ، وهذا أمر يستحق المراجعة⁽¹⁰⁹⁾ .

(107) وزارة العمل والشؤون الاجتماعية : المملكة العربية السعودية ، مجموعة نظم ولوائح وكالة الوزارة لشؤون الرعاية الاجتماعية ، الطبعة الثالثة ، 1410هـ - 1990م .

(108) بدرية عبدالله العوضي : مرجع سابق ، ص 97 .

(109) المرجع السابق : ص 98 .

ويتكرر الأمر في التشريعات التي أخذت بها دولة الإمارات العربية المتحدة، إذ أدرجت المادة الثالثة من القانون الاتحادي في شأن الإعانات الاجتماعية لعام 1972، الشيخ الذي تجاوز عمره ستين سنة ميلادية ضمن الفئات التي تستحق الإعانات الاجتماعية بشرط ألا يكون لطالب الإعانة مصدر رزق معقول أو عائل مقتدر. وفي رأي بدرية العوضي: «بهذه الإجراءات فإن القانون الحالي لا يوفر الضمانة القانونية لكبار السن لإدراجهم ضمن الفئات التي تستحق الإعانات الاجتماعية مثل الأرملة المطلقة واليتيم والعاجز أو ذو العاهة المقعدة، لأن الشيخوخة ليست مرضاً أو عجزاً أو حالة من الحالات المذكورة في القانون. وهذا ما يضع على المشرع تغيير الأسلوب المتبع في معالجة أوضاع كبار السن التي لم تعد تتفق مع التطور الذي استجد في منطقة الخليج العربي بعد اكتشاف النفط وما ترتب عليه من تغيير في البيئة الاجتماعية»⁽¹¹⁰⁾. ويتكرر الأمر في ما أصدرته دولة قطر عام 1963 بشأن الضمان الاجتماعي، حيث على ما يظهر أن التشريعات في دول مجلس التعاون الخليجي متشابهة في هذا الأمر.

التأمينات الاجتماعية ورعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي :

رغم أن الناس يختلفون في مسألة قدرتهم على الاستمرار في العمل مع تقدم العمر، فالإنسان لا يشيخ إلا بقدر ما يشعر بوطأة الشيخوخة عليه وهو أمر نسبي، لكن مع ذلك فإن الاتجاه العام هو تقدير سن معينة يحال بعدها الشخص إلى التقاعد الإلزامي وتقدير هذه السن يختلف من دولة لأخرى إلا

(110) المرجع السابق : ص 98.

أنه بين الستين والخامسة والستين إجمالاً. وعند هذه السن على العامل أن ينسحب من القوة العاملة مع ضمان بعض الاستحقاقات والمزايا التي تدفع له بشكل منتظم تضمن له حياة كريمة .

وكما هو معروف أن مقدار المعاش يعتمد على مقدار المرتب من ناحية والمدة المحسوبة التي قضاها العامل في العمل والتي تخوله الحق في المعاش ، لذا إذا تأخر سن التقاعد زادت قيمة المعاش نتيجة لطول مدة الخدمة ولزيادة الأجر الذي يحسب على أساسه المعاش . وكلما كانت الإحالة إلى المعاش في سن مبكرة أدى ذلك إلى زيادة المدة التي يحصل فيها صاحب المعاش على معاشه لمدة أطول ، الأمر الذي يلقي بأعباء متزايدة على احتياطات نظم المعاش ، وكلما قلت مدة الحصول على المعاش نتيجة تأخير سن التقاعد قل العبء . لذا من المتوقع مع التحولات السكانية واحتمال زيادة أعدادهم أن يزيد استخدام مدخرات بنوك التقاعد مما قد يتطلب زيادة المبالغ المرصودة لها ومحاولة رفع قيمتها، وهناك اقتراحات كثيرة للقيام بذلك⁽¹¹¹⁾ .

وأنظمة التأمينات الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي تشكل الركيزة الأساسية والمؤسسية لرعاية ومساعدة العمال والموظفين الذين تجاوزوا الستين من أعمارهم سواء كانوا من العاملين في القطاع الحكومي أو الخاص ، وإن كانت هناك فروق وامتيازات بين القطاعين .

(111) الشيخ عيسى بن إبراهيم الخليفة: «التأمينات الاجتماعية ودورها في رعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي»، في: رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة: قضايا واتجاهات، مرجع سابق، ص 120-122 .

وبالنسبة لدولة البحرين فإن قانون التأمين الاجتماعي الصادر عام 1976 ينص على أنه يستحق المؤمن عليه من الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية معاش الشيخوخة وفقاً لمدد اشتراكه في التأمين سواء كانت متصلة أو متقطعة في الحالات التالية :

1 - انتهاء خدمة المؤمن عليه قبل بلوغه الستين سنة من عمره متى كانت مدة اشتراكه في التأمين (240) شهر تأمين على الأقل ، أو المؤمن عليها قبل بلوغها سن الخامسة والخمسين متى كانت مدة اشتراكها (180) شهر تأمين على الأقل .

2 - انتهاء خدمة المؤمن عليه ببلوغه الستين سنة من عمره متى كانت مدة اشتراكه في التأمين (180) شهر تأمين على الأقل ، أو ببلوغ المؤمن عليها الخامسة والخمسين سنة من عمرها متى كانت مدة اشتراكها في التأمين (120) شهر تأمين على الأقل .

3 - انتهاء خدمة المؤمن عليه بعد سن الستين من عمره والمؤمن عليها بعد سن الخامسة والخمسين متى كانت مدة الاشتراك في التأمين (120) شهر تأمين على الأقل ، منها ما لا يقل عن (36) شهر تأمين متصلة خلال السنوات الخمس الأخيرة السابقة على انتهاء الخدمة .

أما ما يخص موظفي القطاع الحكومي فلقد عدل عام 1982 بمرسوم أميري يحدد إحالة الموظف رجلاً كان أم امرأة إلى التقاعد متى بلغ سن الستين ، ومع ذلك يجوز بقرار من الوزير المختص ولأسباب تتعلق بالمصلحة العامة ، مدّ خدمة الموظف لمدة لا تزيد على خمس سنوات بعد بلوغه سن الستين ويشترط أن يكون ذلك بناء على طلب الموظف .

ويحسب معاش التقاعد في القطاع الأهلي بواقع جزء من ستين جزءاً من المتوسط الشهري للأجور المستحقة للمؤمن عليه والمسدد على أساسها اشتراك التأمين خلال الستين الأخيرتين من الاشتراك في التأمين أو مدة الاشتراك إن قلت عن ذلك مضروبة في عدد سنوات الاشتراك الكاملة في التأمين .

ويحسب معاش التقاعد في القطاع الحكومي على أساس (1/720) للموظف و (1/660) للموظفة من الراتب الأساسي الأخير، مضروباً في عدد الأشهر المعبرة عن مدة خدمة بحد أقصى قدره ثلث المرتب الأساسي الأخير، يضاف إلى ذلك مكافأة انتهاء الخدمة بواقع (3%) وهي تصرف للموظفين المحالين للتقاعد إذا استقالوا أو انتهت خدمتهم لأي سبب من أسباب انتهاء الخدمة واستوفوا لشرط المدة اللازمة لاستحقاق المعاش⁽¹¹²⁾ .

أما نظام التأمينات الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية فقد صدر بأمر من الملك فيصل بن عبدالعزيز، والنظام يشمل التأمين ضد الشيخوخة والعجز والوفاة وضد إصابات العمل، وهو نظام ممول، وقد حدد النظام اشتراك فرع المعاشات الأول بـ (13%) من أجر المؤمن عليه يقع منها (8%) على عاتق صاحب العمل و (5%) على عاتق المؤمن عليه. أما اشتراك فرع التأمين ضد إصابات العمل فقد حدده النظام أيضاً بـ (2%) من أجر المؤمن عليه ويقع دفعها على عاتق صاحب العمل وحده مع جواز مضاعفة هذا الاشتراك الأخير .

(112) المرجع السابق: ص 133-135 .

ونص النظام على أن سن استحقاق وليس سن تقاعد عن العمل بصفة إلزامية، وجعل ذلك (60) سنة كاملة مع التوقف عن ممارسة أي نشاط مهني خاضع لتأمين.

ويحصل المؤمن عليه في هذه الحالة على معاش شيخوخة إذا قضى على الأقل (120) شهر تأمين، منها (36) شهراً خلال السنوات الخمس الأخيرة التي تسبق طلب المعاش والتوقف عن العمل، أو (180) شهر تأمين بالمجموع.

ورعاية للعمال المتقدمين في السن والذين لم يسعفهم الوقت بقضاء (120) شهر تأمين ورغبة في السماح لهم بالاستفادة من معاش الشيخوخة، فقد منح النظام لكل عامل مؤمن عليه يسرح من عمله بعد بلوغ سن الستين شهر تأمين عن كل شهر ينقصه لبلوغ الـ (120) شهر تأمين. بشرط أن يكون المؤمن عليه قد أمضى (120) شهر عمل منها (60) شهر تأمين غير متقطع على الأقل قبل تسريحه مباشرة، وقد نفذ هذا الامتياز خلال فترة انتقالية قدرها خمس سنوات وهي التي تلت إدخال هذا النظام.

ويحسب معاش الشيخوخة بضرب جزء من خمسين جزءاً من متوسط الأجر الشهرية المدفوع عنها الاشتراك مضروباً بعدد سنوات الاشتراك في التأمين، ويزاد معاش الشيخوخة بواقع (10٪) منه للشخص الأول من عائلة المؤمن عليه الذي تقع إعالتة عليه و(5٪) لكل من الشخص الثاني والثالث.

وتقوم الإدارة العامة للرعاية الاجتماعية برعاية المسنين الذين تتعذر رعايتهم من خلال أسرهم الطبيعية عن طريق إنشاء وإدارة دور الرعاية الاجتماعية التي توفر الحياة الهادئة المستقرة للمسنين والمعاقين غير القابلين للتأهيل.

وقد عنيت المملكة بإنشاء العديد من هذه الدور الاجتماعية في سائر أنحاء المملكة حيث تقدم خدماتها لجميع من تنطبق عليهم شروط الالتحاق من إيواء وتقديم الرعاية المناسبة لاحتياجاتهم من النوعين مع الرعاية الصحية والبرامج الترويجية .

ويقدم نظام الضمان الاجتماعي معاشات دورية للأيتام والمرأة التي لا عائل لها سواء كانت أرملة أو مطلقة أو عزباء لم يسبق لها الزواج أو من العاجزين عجزاً كلياً سواء بسبب الشيخوخة أو المرض . ومعاش العائل إذا كان يعول (6) أفراد فأكثر (11340) ريالاً في السنة ، أما العائل الوحيد فمعاشه السنوي (2468) ريالاً يزداد بقدر عدد المعالين⁽¹¹³⁾ .

أما في سلطنة عمان فإن المعاقين والعجزة يحصلون على حقهم من فرص متكافئة من الرعاية والإعاشة الكاملة داخل دور حديثة أنشئت لإيوائهم وخدمتهم .

ومن أهداف وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني في السلطنة توفير الرعاية الاجتماعية للأسر المحتاجة بسبب المرض أو العجز أو الشيخوخة أو الترميل أو اليتيم ، وتقديم المعونات المادية لكل حالة من هذه الحالات . ويقدم لهذه الأسر معاش شهري يعينها على تحمل أعباء المعيشة ، ولقد صدر مرسوم سلطاني سام عام 1980 بزيادة هذه الرواتب لتصل إلى

(113) المرجع السابق : ص 135-136 . وكذلك ما قدمته ليلي شرف جمال : توافق المتقاعدين مع الحياة الأسرية والاجتماعية في مدينة جدة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك عبدالعزيز ، 1997 ، ص 91-117 ، حيث تناقش الباحثة نظام التقاعد في الإسلام ودولياً وفي العالم العربي والسعودية بشكل تفصيلي .

(45) ريالاً عمانياً شهرياً للأسرة. وتصرف مساعدة رعاية لكل طفل من الأطفال غير المعالين بواقع (30) ريالاً عمانياً شهرياً للأسرة البديلة و (5) ريالاً لاستحقاق الأسرة العمانية عن كل فرد عاجز أو مريض في الأسرة المحتاجة للحالات التي تتطلب رعاية صحية. ويصرف نصف ما يعادل معاش الضمان الاجتماعي لكل أسرة في الأعياد⁽¹¹⁴⁾.

وفي عام 1991 صدر قانون التأمينات الاجتماعية الذي اشتمل على تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة وإصابات العمل والأمراض المهنية حيث يستحق المؤمن عليه معاش الشيخوخة وفقاً لمدد اشتراكه في التأمين في الحالات التالية:

1 - انتهاء خدمة المؤمن عليه ببلوغه سن الستين من عمره متى كانت مدة اشتراكه في التأمين (180) شهراً على الأقل أو ببلوغ المؤمن عليها سن الخامسة والخمسين من عمرها متى كانت مدة اشتراكها في التأمين (120) شهراً على الأقل.

2 - انتهاء خدمة المؤمن عليه قبل بلوغه سن الستين من عمره متى كانت مدة اشتراكه في التأمين (240) شهراً على الأقل أو المؤمن عليها قبل بلوغها سن الخامسة والخمسين متى كانت مدة اشتراكها (180) شهراً على الأقل.

3 - إذا انتهت خدمة المؤمن عليه بعد سن الستين والمؤمن عليها بعد سن الخامسة والخمسين متى كانت مدة الاشتراك في التأمين (180) شهراً على الأقل منها ما لا يقل عن (36) شهراً متصلة خلال السنوات الخمس الأخيرة السابقة على انتهاء الخدمة.

(114) المرجع السابق: ص 136-137.

ولم يصدر في دولة قطر نظام للتأمينات الاجتماعية حتى الآن، إلا أنها عملاً بقرار مجلس الوزراء الصادر عام 1982 افتتحت مكاتب للخدمات الاجتماعية لتقديم الرعاية الاجتماعية للمواطنين في أماكن إقامتهم الدائمة وفي كل أنحاء البلاد. ومن بين مهام هذه المكاتب المشاركة الشعبية وتشجيع المساهمة مع الهيئات الاجتماعية الأهلية، وصرف المساعدات والمعاشات للحالات الضرورية المحتاجة.

وتحرص الدولة على تقديم خدمات الرعاية والعناية للفئات ذات الأوضاع الخاصة كالعجزة والمسنين والمعاقين والأيتام والأرامل والمطلقات وغيرهم. وينص دستور الدولة على ضرورة وضع نظام للضمان الاجتماعي يكفل المعونة للمواطنين في حالات الشيخوخة والمرض والكوارث وغيرها من الحالات المسببة للعجز.

وتقدم الدولة (1770) ريالاً قطرياً شهرياً كحد أعلى للأسرة ومقدار (750) ريالاً شهرياً للعاجز أو المطلقة أو الأرملة مضاف إليه (150) ريالاً لكل طفل بحد أقصى خمسة أطفال. أما معاش حالة العجز أو الشيخوخة فهو (1500) ريال شهرياً له ولزوجته يضاف إليه (180) ريالاً لكل ولد بحد أقصى أربعة أولاد لمن كان له زوجة ولا يزيد عن خمسة أولاد إذا لم يكن هناك زوجة⁽¹¹⁵⁾.

أما دولة الكويت وبموجب قانون التأمينات الاجتماعية فإنه يستحق المؤمن عليه معاش الشيخوخة بانتهاء خدمته عند بلوغه السن المقررة قانوناً ترك الخدمة متى كانت مدة اشتراكه في التأمين خمس عشرة سنة على الأقل. وبانتهاء

(115) المرجع السابق: ص 137-138.

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 المدة وجب لاستحقاقه المعاش ألا تقل مدة اشتراكه عن عشرين سنة.

ويستحق معاش التقاعد شهرياً بواقع (65٪) من آخر مرتب شهري عن مدة الاشتراك المحسوبة في هذا التأمين التي تبلغ خمس عشرة سنة يزداد بواقع (2٪) عن كل سنة تزيد على ذلك بحد أقصى (95٪) من هذا المرتب.

وينخفض المعاش التقاعدي في حالة الاستقالة بمقدار (5٪) إذا كان سن المؤمن عليه أقل من (45) سنة، (2٪) إذا كان السن (45) سنة فأكثر ولا يخفّض إذا كان أكثر من (52) سنة.

ويتم تمويل الصندوق المتعلق بالفئات التي يسري عليها التأمين ضد الشيخوخة والعجز والمرض والوفاء عن العاملين في القطاع الحكومي والقطاعين الأهلي والنفطي وأعضاء مجلس الأمة من خلال:

- 1 - الاشتراكات الشهرية التي تقتطع من مرتبات المؤمن عليهم بواقع (5٪).
- 2 - (10٪) الاشتراكات الشهرية التي يؤديها أصحاب الأعمال.
- 3 - المساهمة السنوية التي تخصص في الميزانية العامة للدولة لأغراض هذا التأمين.

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

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

6 - المبالغ المستحقة على المؤمن عليهم للعاملين في القطاعين الأهلي والنفطي عن مدة اعتبارية تعادل نصف مدة خدمتهم السابقة التي تدفع عنها مكافأة نهاية الخدمة وذلك بواقع (5%) من المرتب السنوي عند بدء الاشتراك وذلك عن كل سنة من سنوات المدة الاعتبارية .

7 - 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 (4) السابق والمبالغ المستحقة على هؤلاء العاملين عن مدة خدمتهم السابقة المشار إليها في البند (6) السابق .

8 - حصيلة استثمار أموال الصندوق .

9 - الإعانات والتبرعات والوصايا والموارد الناتجة عن استثمار أموال الصندوق .

كما يتم تمويل الصندوق الخاص بالشيخوخة والعجز والمرضى والوفاء لغير الخاضعين للتأمين ضد الشيخوخة والعجز والمرضى والوفاء العاملين في القطاع الحكومي والأهلي والنفطي وأعضاء مجلس الأمة من خلال:

1 - الاشتراكات التي يؤديها المؤمن عليه طبقاً لشريحة الدخل الشهري يختارها من بين (13) شريحة، وتتراوح الشرائح بين (200) دينار و (800) دينار شهرياً بزيادة (5) دنانير بين كل شريحة وأخرى كما يتراوح الاشتراك كنسبة مئوية من الشريحة بين (5%) و (15%) بزيادة (1%) عن كل شريحة من الشريحة الثانية حتى الحادية عشرة وتثبت النسبة المئوية لكل من الشريحة الحادية عشرة والثانية عشرة والثالثة عشرة على (15%) من مبلغ الشريحة.

2 - المساهمة السنوية والمبالغ التي تخصص في الميزانية العامة للدولة لأغراض هذا الصندوق والاحتياطيات التي تحوّل لحساب المؤمن عليهم عن مدد الخدمة السابقة والمحسوبة في المعاش سواء كانت مدنية أو عسكرية.

3 - حصيلة استثمار أموال الصندوق والموارد الأخرى الناتجة عن نشاط المؤسسة والإعانات والتبرعات والوصايا.

ويستحق معاش التقاعد كل الفئات السابقة على النحو التالي:

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

2- إذا طلب المؤمن عليه صرف المعاش :

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

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

ويحسب المعاش بواقع (65%) من متوسط الشرائح خلال السنوات الثلاث السابقة على انتهاء الاشتراك وذلك عن المدة المحسوبة في هذا التأمين التي تبلغ خمس عشرة سنة ، يزداد بواقع (2%) عن كل سنة تزيد عن ذلك بحد أقصى (95%) من هذا المتوسط⁽¹¹⁶⁾ .

دور الرعاية الاجتماعية للمسنين :

لا تقتصر حماية التأمينات الاجتماعية على المعاشات ، فهناك فئة من المسنين من أصحاب معاشات التأمينات الاجتماعية لا يقدمون أيضاً على الحركة وقضاء متطلباتهم ، ولقد خصص حساب التأمين ضد الشيخوخة والعجز والمرض والوفاة خدمات إضافية لهم تتم تغطيتها مالياً :

1 - ما يخصص لهذا النوع من تأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات في ميزانية الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية وصندوق التقاعد الحكومي .

(116) المرجع السابق : ص 138-140 .

2 - التبرعات والوصايا والهبات التي يوافق عليها مجلس إدارة التأمينات وصندوق التقاعد .

3 - الاشتراكات التي يؤديها المتفعون من هذه الرعاية .

4 - الموارد الناتجة عن نشاط دور الرعاية الاجتماعية .

وكذلك في حالة عدم وجود عائلات ترعى المسنين والعجزة أو كانت حالتهم الصحية والجسمانية لا تساعدهم على البقاء وحيدين حتى مع أقربائهم فإن دور الرعاية الاجتماعية تقدم لهم الخدمات التالية :

1 - الإقامة الكاملة بما فيها المسكن والمأكل والمشرب .

2 - المكتبات الثقافية والنوادي التي تقدم وسائل التسلية المناسبة .

3 - الإشراف الطبي وتقديم العلاج والدواء وغيره مما تحتاجه حالة المقيم .

4 - توفير الرحلات والزيارات داخل البلاد وخارجها بأجور منخفضة .

وتشمل الرعاية كذلك مميزات شخصية أخرى يتمتعون بها لتخفف عن كاهلهم الأعباء المالية منها على سبيل المثال :

1 - تخفيض نسبي في تعريفه المواصلات بالسكك الحديدية والطيران
والمواصلات العامة والهاتف .

2 - تخفيض نسبي أيضاً في رسوم النوادي والمعارض والمسارح .

3 - تخفيض نسبي في نفقات الإقامة وفي دور العلاج حينما تكون بالأجر .

4 - إنشاء وحدات استهلاكية لهم وغيرها⁽¹¹⁷⁾ .

وبهذا العرض السريع قدّم هذا الفصل صورة عامة لأوضاع المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي كما توردها الإحصائيات العامة وفقاً للتشريعات والأنظمة السارية فيها، في حين تمّ تخصيص الفصل القادم لتعرّف واقع المسنين الفعلي في هذه الدول، اعتماداً على بعض التقارير والدراسات المحدودة عن هذا الواقع .

(117) المرجع السابق: ص 118-119، وكذلك تفاصيل مناقشة ما يجده المسنون من خدمات تشريعياً وواقعياً في مصر فهي المثال، «وجهة نظر المنتفعين في الخدمات المقدمة لهم» في حلقة: نحو رعاية متكاملة للمسنين، مرجع سابق، ص 215-218. والمقال يوضح كيف أن المستفيدين إما أنهم لا يعرفون عن هذه الامتيازات أو الخدمات أو أنهم لم يستفيدوا منها بالشكل المطلوب، رغم ما في مصر من حاجة ماسة لهذه الامتيازات من ناحية وتوفير الدعاية والإعلام والمعلومات لدى المستفيدين من ناحية أخرى.

الفصل السابع

واقع المسنين وبرامج رعايتهم في دول مجلس التعاون الخليجي

يتناول هذا الفصل أوضاع المسنين وبرامج رعايتهم وأشكال الخدمات المقدمة لهم من واقع التقارير الرسمية الصادرة عن الجهات المختصة في دول مجلس التعاون الخليجي ، وهذه التقارير تكتسب أهمية كبيرة لما تتضمنه من معلومات وبيانات وإحصائيات عن واقع المسنين وما يقدم لهم من أوجه الرعاية والخدمات ، بالإضافة إلى ما يمكن أن توفره من إمكانية التحليل وتمييز التشابه والاختلاف في التجارب والبرامج والأنشطة والمؤسسات العاملة في مجال رعاية المسنين في هذه الدول .

أولاً - واقع المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة(118) :

مجتمع دولة الإمارات العربية المتحدة مجتمع عربي إسلامي يتمتع بالعديد من العادات والتقاليد والقيم التي توجب التكافل والترابط الأسري ويسعى أفرادها إلى برّ ورعاية والديهم وكبار السن إجمالاً .

(118) دولة الإمارات العربية المتحدة: تقارير رسمية وخاصة تقارير وزارة العمل والشؤون الاجتماعية .

وتسعى الدولة تأكيداً لذلك لتقديم كافة المستلزمات والمتطلبات اللازمة وتوفير الرعاية الشاملة لكبار السن في المجتمع الإماراتي، ومنها على سبيل المثال الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية التي تكفل للمسن حياة صحية جيدة وحصوله على الخدمات الطبية والتمريضية التي قد يحتاجها مع تأمين بيئة صحية تتصف بالسلامة وشروط حياة كريمة له .

ولقد أقامت الدولة دوراً عديدة لرعاية المسنين ، وخدمات هذه الدور متوفرة لمن تنطبق عليهم شروط القبول وأهمها ما يلي :

1 - قبول المسن الذي يحتاج إلى رعاية طبية مستمرة ولا يستطيع القيام بخدمة نفسه بنفسه وليس هناك من أسرة تقوم برعايته .

2 - أولوية الدخول لمواطني دولة الإمارات العربية المتحدة ومن ثم الجنسيات الأخرى .

3 - ألا يقل سن المتقدم عن (60) سنة .

4 - أن يثبت البحث الاجتماعي عجز أسرته عن رعايته .

5 - أن تكون شيخوخته قد أعجزته عن القيام بشؤونه الشخصية أو العمل .

6 - أن يثبت الكشف الطبي خلوه من الأمراض المعدية والأمراض العقلية .

7 - أن تكون إقامته مؤقتة حين غياب أهله خارج الدولة لمدة أقصاها شهران .

الجدول رقم (14) دور وأقسام رعاية المسنين بدولة الإمارات العربية المتحدة

اسم الدار أو القسم	تاريخ التأسيس	الطاقة الاستيعابية	عدد الأسرة المشغولة	نسبة الإشغال	نوع المؤسسة وتبعيتها
دار رعاية المسنين بعجمان	1982	48	12	25%	اتحادية تتبع وزارة العمل والشؤون الاجتماعية
دار رعاية المسنين بالشارقة	1986	50	32	64%	محلية تتبع دائرة الخدمات الاجتماعية بالشارقة
مركز أبوظبي للتأهيل الطبي .	1993	120	65	54%	اتحادية يتبع وزارة الصحة
دار رعاية المسنين التابع لمستشفى العين المركزي	1974	36	26	72%	اتحادية تتبع وزارة الصحة
قسم رعاية المسنين التابع لمستشفى المكتوم بدبي	1985	13	9	69%	محلي يتبع دائرة الصحة والخدمات بدبي
استراحة الشواب بدبي	1993	28	26	93%	محلية تتبع دائرة الصحة والخدمات الطبية بدبي
قسم رعاية المسنين التابع لمستشفى شعم برأس الخيمة	1989	65	60	92%	اتحادية يتبع وزارة الصحة

ودور وأقسام رعاية المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة على أنواع منها ما هو تابع للحكومة الاتحادية ومنها ما هو تابع للحكومة المحلية ، ويقدم الجدول رقم (14) صورة تفصيلية عمّا تقدمه هذه الدور والأقسام من خدمات وإحصائيات عن المستفيدين فعلاً من خدماتها ونوع المؤسسة : اتحادية/ محلية وتاريخ تأسيسها وطاقاتها الاستيعابية ، ومن الواضح أن هذه الدور لا تقدم خدماتها ، رغم تنوعها وقدرتها الاستيعابية ، سوى لأعداد صغيرة نسبياً مما يعني أن رعاية المسنين يغلب عليها الطابع الأسري حيث يجد المسنون دعم ورعاية الأسرة بشكل أساسي .

أما الخدمات التي تقدمها دور الرعاية الاجتماعية للمسنين فإنها خدمات متنوعة ومن أهمها الصحية وهي تشمل الرعاية الصحية والخدمات الطبية وخدمات العلاج الطبيعي والخدمات التمريضية ويتولى فريق من الأطباء والممرضات العمل على تقديم الخدمات اللازمة للمسن . وتقوم الهيئة التمريضية على مدار اليوم بنظام التناوب بالاهتمام بنظافة المرضى وتغيير ملابسهم وتقديم العلاج والطعام حسب تعليمات الفريق الطبي .

كذلك تقوم الدور بالخدمات الاجتماعية والنفسية للمسنين على يد أخصائين اجتماعيين ونفسيين .

وتوضح الإحصائيات المقدمة من تقارير رسمية زيادة المستفيدين مما تقدمه هذه الدور، على أن الاتجاه في الدولة التأكيد على أهمية قيام الأسرة برعاية كبار السن ودعم الأسر في ذلك مادياً وفتياً، واعتبار عدم القيام بذلك عقوقاً ومن ثم وجهة العديد من الجهود لحث الأسر على رد جميل ذويهم من كبار السن والتأكيد على أن للأسرة دوراً مهماً ويجب أن لا يترك الأمر برمته لدور رعاية المسنين .

ثانياً - واقع المسنين في دولة البحرين (119) :

تبين التقارير الرسمية أن المسنين في البحرين يشكلون نسبة لا بأس بها من سكان البلاد، وأن هذه النسبة ستشهد تزايداً في الأعوام القادمة نتيجة لارتفاع معدلات العمر بفضل الرعاية الصحية المتقدمة التي يحظى بها سكان البلاد منذ الميلاد وحتى نهاية الحياة .

(119) دولة البحرين : تقارير رسمية وخاصة تقارير وزارة العمل والشؤون الاجتماعية .

تشير التوقعات والإسقاطات السكانية أن متوسط العمر في البحرين سيصل إلى (71) عاماً بحلول عام 2000 ويتوقع أن تصل نسبة من تتجاوز أعمارهم (65) عاماً (12٪) من مجموع السكان حتى عام 2020. ويقدر عدد المسنين بحسب إحصائيات عام 1996 (13,742) نسمة الذكور منهم (7297)، ما نسبته (53.1٪)، والإناث (6445) ما نسبته (46.9٪)، ويظهر أن فئة من تتجاوز أعمارهم الـ (80) عاماً في ازدياد حيث يبلغ مجموعهم الحالي (1626) نسمة وهو ما نسبته (11.8٪) من إجمالي عدد المسنين.

وتهتم البحرين على المستويين الرسمي والأهلي كثيراً بموضوع المسنين وتعمل على تقديم كافة الوسائل والمرافق والبرامج التي من شأنها أن تجعل أمر رعايتهم والعناية بهم، مسيراً للتطور الاقتصادي والاجتماعي، ويتوافق مع القيم والتقاليد الإيجابية في تكريم المسنين وتبجيلهم، وذلك تقديراً لما قدموه من خدمات لا تنكر للوطن وتجسداً لقيم المجتمع البحريني العربي المسلم التي تحث على رعاية المسنين.

ومن أهم الخدمات المقدمة لرعاية المسنين والعناية بهم ما يلي:

(1) خدمات وزارة العمل والشؤون الاجتماعية:

تشرف الوزارة على دور ومراكز رعاية المسنين التي تقدم خدماتها المختلفة لهذه الفئة العمرية والتي تتمثل أهم أهدافها في توفير أوجه الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والمعيشية والترفيهية وذلك وفقاً لمتطلبات واحتياجات كل حالة. كما أن المراكز توفر العديد من الخدمات والبرامج والأنشطة الداعمة للمسن وذلك من خلال توفير أربعة أنواع من الرعاية:

1 - الرعاية الدائمة: وتقدم هذه الرعاية لفئة المسنين الذين لا عائل لهم والذين لا تسمح ظروف أسرهم برعايتهم و يقيمون في المؤسسة بصورة دائمة حتى نهاية حياتهم ويشترط عند توفير هذا النوع من الرعاية الحصول على موافقتهم وموافقة أسرهم .

2 - الرعاية المتقطعة: وهي بمثابة رعاية مشتركة للمسن بين المؤسسة والأسرة من أجل تخفيف العبء عن الأسرة ذلك من خلال رعاية المسن في المؤسسة لمدة محددة يعود بعدها إلى رعاية أسرته وهكذا بالتناوب .

3 - الرعاية المؤقتة: ويتم خلالها تقديم الخدمات المختلفة للمسن لفترة محددة تمتد لشهر أو أكثر نتيجة لظروف طارئة في الأسرة، يعود بعدها المسن إلى أسرته حال انتهاء المدة المحددة .

4 - الرعاية الأسرية: وتقدم أوجه الرعاية المطلوبة للمسنين في محيط أسرهم حيث يقوم الأخصائيون كل في مجال عمله بزيارات منزلية إلى المسنين للتعرف على احتياجاتهم والعمل من أجل توفيرها داخل الأسرة دون الحاجة إلى زيارتهم للمؤسسة أو الإقامة فيها وذلك من خلال الوحدات المتنقلة .

وتتمثل أبرز الخدمات التي تقدمها الوزارة في :

أ - دار بنك البحرين الوطني للمسنين : ولقد تم افتتاح الدار عام 1985 التي تم بناؤها وتجهيزها على نفقة بنك البحرين الوطني ، ويقدم البنك دعماً سنوياً للمساهمة في تطوير واستمرار خدمات الدار التي تخدم (48) مسناً من الجنسين .

ب - مركز المحرق للرعاية الاجتماعية : تم افتتاحه عام 1995 وتم بناؤه وتجهيزه على نفقة مؤسسة عبدالله الحمد الزامل وأولاده ، ويخدم المركز (60) مسناً من الجنسين .

ج - وحدة خدمات كبار السن : وتختص بدراسة طلبات الأجهزة والمعينات وصرفها لكبار السن العاجزين مالياً لتسهيل تنقلاتهم وحركتهم من محيطهم وبيئتهم وتسهيل رعايتهم على أسرهم ، كما تقوم الوحدة بدراسة طلبات السجلات التجارية والأكشاك لذوي الدخل المحدود من كبار السن والتي يتم تحويلها من قبل الهيئة البلدية المركزية ، ولقد قدمت هذه الوحدة خدمات لأكثر من (207) مسنين .

د - الوحدات المتنقلة : توجد ثلاث وحدات متنقلة في البحرين وتتكون كل وحدة من فريق عمل متخصص مكون من باحثة اجتماعية وممرضة ومساعدتي تأهيل للمسنين ومساعدات تأهيل للمسنات . وينطلق عمل الوحدات من مراكز ودور المسنين التابعة لإدارة الرعاية والتأهيل الاجتماعي ، حيث يقوم الفريق

بزيارات منزلية للمسنين لتقديم الخدمات اللازمة لهم من نظافة شخصية وفحوص طبية وعلاج طبيعي وإرشاد أسري وترتيب مواعيد للمراجعة الطبية بمعدل (3) زيارات في الأسبوع لكل أسرة، ويغطي الفريق في المتوسط ما يقارب (35) حالة أسبوعياً، وقد بدأت الوحدة الأولى في أكتوبر 1994 والثانية في مارس 1998، بتمويل من اللجنة الوطنية للمسنين، أما الوحدة الثالثة فتخدم منطقة المحرق والمناطق المحيطة بها، ويتم تمويلها من قبل مجلس إدارة مركز المحرق للرعاية الاجتماعية، ويشرف على سير عمل الوحدات وتنظيم خدماتها دور ومراكز رعاية المسنين التابعة للوزارة. وبلغ عدد الحالات المستفيدة من خدمات الوحدات المتنقلة الثلاث حتى الآن أكثر من (205) أسر.

هـ - المساعدات الاجتماعية: يتولى قسم المساعدات الاجتماعية بالوزارة تقديم المساعدات المادية للأسر والأفراد المحتاجين بعد دراسة حالتهم، وبلغ عدد المستفيدين من المساعدات الاجتماعية عام 1997 من كبار السن (2917) مسناً ومسننة، وبلغ إجمالي ما صرف لهم (1005428) ديناراً بحرينياً.

(2) خدمات وزارة الصحة:

أ - وحدة رعاية المسنين: وهي من المرافق الهامة في الوزارة وهي محط اهتمامها ورعايتها حيث تحرص الوزارة على توفير الأجهزة الحديثة المتطورة والكوادر الفنية المتخصصة للعمل فيها حرصاً

منها على تطوير الرعاية الصحية للمسنين، وقد تم افتتاح الوحدة في أكتوبر 1973، مبدئة برعاية (24) سريراً لرعاية المسنين حتى أصبح بها (85) سريراً لرعاية المسنين من كلا الجنسين حتى عام 1997، ومن أهم شروط الالتحاق بالوحدة أن يكون مسناً وغير قادر على قضاء احتياجاته الشخصية بنفسه ويحتاج إلى الرعاية الصحية الدائمة والمستمرة وليس لديه شخص يستطيع أن يتولى رعايته في محيط أسرته.

ب - خدمات الطب النفسي: وهي خدمات مقدمة من عام 1979 وتعتمد الخدمة على زيارة المسنين الذين يحتاجون لرعاية صحية ونفسية في منازلهم، ويقوم بالزيارة فريق علاج مكون من طبيب استشاري وطبيب عام وممرض متخصص وباحث اجتماعي. وقد بلغ عدد من تلقوا العلاج النفسي حتى عام 1998، ومن تتجاوز أعمارهم في المتوسط (60) سنة من مختلف مدن وقرى البحرين حوالي (180) مسناً من الجنسين.

ج - المراكز الصحية: يوجد (19) مركزاً صحياً موزعاً على جميع مناطق البحرين. والمركز الصحي عبارة عن مبنى يحتوى على عيادات لأطباء العائلة والطب العام وأقسام السجلات والتمريض والصيدلة والمختبر والأشعة والأسنان ورعاية الطفولة والأمومة إضافة إلى قسم العلاج الطبيعي (في بعض المراكز). ويقدم المركز خدمات صحية علاجية ووقائية

مختلفة وخدمات أخرى لجميع الفئات العمرية . وتقدم
المراكز العديد من الخدمات للمسنين سواء من قبل الأطباء أو
الممرضات في صحة المجتمع وخدمات قسم رعاية الطفولة
والأمومة .

د - إدخال صحة المسنين ضمن المنهج الدراسي لكلية الطب في جامعة
الخليج العربي .

هـ - برامج تدريبية محلية لمرضات صحة المجتمع مرتين في
العام تحضرها (30) ممرضة يتدربن فيها على رعاية المسنين .

(3) خدمات التقاعد والتأمينات الاجتماعية :

كفلت التشريعات البحرينية حماية وكفالة ورعاية المسنين وذلك عن
طريق سن تشريعات للتأمينات الاجتماعية ملزمة لأصحاب الأعمال
كمعاشات للمسنين بعد التقاعد أو العجز أو الوفاة، كذلك تم تنظيم
معاشات ومكافآت تقاعد موظفي ومستخدمي الحكومة بما يوفر لهم
حياة كريمة من خلال المعاش التقاعدي ومكافأة التقاعد . وتوضح
الجداول الثلاثة التالية مقدار ما صرفته حكومة البحرين في هذه
المجالات :

جدول رقم (15)
عدد المتقنين من فرع تأمين الشيخوخة (التقاعد) والمعجز والوفاء وجملة مستحقاتهم المنصرفه
من الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية في المدة من 1/1/1996 حتى 31/12/1996

البيان	الجملة		جنسيات أخرى		غربي		بحريني	
	المبلغ بالدينار	العدد	المبلغ بالدينار	العدد	المبلغ بالدينار	العدد	المبلغ بالدينار	العدد
انتهاء الخدمة (دفعة واحدة)	3,576,222	1,459	21,569	210	5,460	9	3,549,193	1,240
- متوسط الحالة	2,451		103		607		2,862	
معايش معجز طبيعي	1,130,511	508					1,130,511	508
- متوسط الحالة	2,225						2,225	
معايش الوفاة الطبيعية	1,546,398	920	2,794	5			1,543,604	915
- متوسط الحالة	1,681		559				1,687	
معايش الشيخوخة	5,267,435	1,924					5,267,435	1,924
- متوسط الحالة	2,738						2,738	
الجملة	11,520,566	4,811	24,363	215	5,460	9	11,490,743	4,587
- متوسط الحالة	2,395		113		607		2,505	

جدول رقم (16)
عدد أصحاب الماشات ومقدار الماشات المنصرفة لهم من الهيئة العامة لصندوق التقاعد
في نهاية كل شهر ومتوسط الماش الشهرية خلال عام 1997

متوسط الماش الشهري	مقدار الماشات المنصرفة				عدد أصحاب الماشات (أحباء)		الشهر
	المجموع	أناث	ذكور	المجموع	أناث	ذكور	
250, 588	641, 506	100, 421	541, 085	2, 560	455	2, 105	يناير
252, 631	662, 145	100, 592	561, 553	2, 621	455	2, 166	فبراير
253, 050	669, 823	102, 268	567, 555	2, 647	461	2, 186	مارس
253, 409	680, 403	104, 940	575, 463	2, 685	475	2, 210	أبريل
253, 445	684, 048	105, 379	578, 669	2, 699	478	2, 221	مايو
253, 838	685, 108	105, 828	579, 280	2, 699	481	2, 218	يونيو
253, 555	688, 909	107, 061	581, 848	2, 717	486	2, 231	يوليو
253, 559	689, 935	107, 675	582, 260	2, 721	490	2, 231	أغسطس
253, 707	693, 382	108, 472	584, 930	2, 733	494	2, 239	سبتمبر
256, 554	710, 910	113, 052	597, 858	2, 771	509	2, 262	أكتوبر
258, 066	720, 261	118, 016	602, 245	2, 791	522	2, 269	نوفمبر
258, 676	721, 190	119, 781	601, 409	2, 788	529	2, 259	ديسمبر

جدول رقم (17)
عدد المستحقين ومقدار المعاشات المنصرفة لهم من الهيئة العامة لصندوق التقاعد
كل شهر ومتوسط المعاش الشهري خلال عام 1997

الشهر	عدد أصحاب المعاشات التوفين		عدد المستحقين		مقدار المعاشات المنصرفة للمستحقين		متوسط المعاش للمستحقين
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	المجموع	
يناير	103	1,292	1,395	1,054	44,909	3,732	226,493
فبراير	104	1,303	1,407	1,057	45,173	3,759	229,719
مارس	103	1,305	1,408	1,055	45,164	3,750	230,277
أبريل	107	1,314	1,421	1,058	45,885	3,774	232,295
مايو	109	1,329	1,438	1,060	46,004	3,805	234,949
يونيو	108	1,339	1,447	1,070	46,237	3,847	236,758
يوليو	108	1,352	1,460	1,072	46,558	3,881	239,927
أغسطس	108	1,355	1,463	1,072	46,562	3,897	241,503
سبتمبر	110	1,372	1,482	1,076	46,901	3,937	244,440
أكتوبر	112	1,380	1,492	1,094	47,505	3,966	245,844
نوفمبر	112	1,392	1,504	1,105	48,125	3,991	248,275
ديسمبر							

(4) الخدمات الحكومية الأهلية لرعاية المسنين :

1 - اللجنة الوطنية للمسنين : وقد تأسست عام 1992 بقرار من وزارة العمل والشؤون الاجتماعية وتضم أعضاء يمثلون القطاع الحكومي والأهلي وتعتبر اللجنة من الجهات المسؤولة عن المسنين في البلاد .

وللجنة العديد من الأهداف من أهمها : وضع السياسة العامة لرعاية المسنين في البحرين والعمل على تطوير وتحديد احتياجات المسنين المختلفة ، وإعداد البرامج والمشاريع الكفيلة بتقديم الرعاية والدعم الضروريين للمسنين ، إصدار التشريعات التي تضمن لهم ما يحقق الأمان النفسي والاجتماعي ، العمل بالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة للتعاون مع المنظمات الدولية لرعاية المسنين ، السعي لتحصيل الأموال الضرورية لاستمرار وتطوير البرامج الخاصة بالمسنين وتنوير الرأي العام بقضايا المسنين . وتعمل اللجنة على تقديم خدماتها للمسنين عن طريق لجان هي : القانونية والمشاريع والمالية وتنمية الموارد والإعلامية .

ولقد تمكنت اللجنة الوطنية من تحقيق بعض الإنجازات من أهمها : رعاية احتفال سنوي في البحرين بخصوص اليوم العالمي للمسنين ابتداءً من عام 1993 ، تنظيم ورشة عمل تدريبية لرعاية المسنين على مستوى دول الخليج العربي عام 1993 ، إصدار بعض الكتيبات الإرشادية عن تغذية المسن ، تشغيل والإشراف على الوحدة المتنقلة عام 1994 ، إضافة إلى العديد من الخدمات في شكل تكريم لأسر المسنين ، وتنظيم رحلات ترفيهية وعمره للمسنين وغيرها .

ويقوم قسم الرعاية الاجتماعية بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية بأعمال السكرتارية الخاصة باللجنة الوطنية للمسنين .

2 - مجلس إدارة مركز المحرق للرعاية الاجتماعية : ورغم أن هذا المركز يتبع وزارة العمل والشؤون الاجتماعية إلا أن مجلس إدارته يتكون من مشاركة بين القطاعين الحكومي والأهلي وذلك بناءً على قرار وزاري صدر عام 1995 يؤكد على دعم وتطوير التعاون والتكامل بين القطاع الحكومي والأهلي . ومن أهم أهداف المجلس : وضع وتطوير السياسة العامة للمركز ، ومتابعة وتنفيذ سياسات المركز ، وإيجاد مصادر تمويل لاستمرار نشاطات المركز وقيامه بالمهام الموكلة له . ولقد حقق المركز العديد من الإنجازات منها تشغيل وحدة المحرق المتنقلة التي تخدم المسنين ، إضافة إلى توفير العديد من الأجهزة التعويضية للمسنين ووسائل للمواصلات لهم وإقامة العديد من الفعاليات السنوية من احتفالات اليوم العالمي للمسنين إلى حفلات وندوات ومهرجانات محلية .

(5) الخدمات الأهلية لرعاية المسنين :

1 - دار يوكو لرعاية الوالدين : تأسست عام 1994 بمبادرة من شركة يوكو للمقاولات البحرية وبدعم من وزارة الصحة ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية ، وقد تم بناء الدار في منطقة الحد على نفقة الشركة الخاصة إدراكاً منها لحاجة بعض كبار

السن بالمنطقة للرعاية والعناية، ويتكون مجلس أمناء الدار من أهالي المنطقة لإدارة الدار.

تهدف الدار إلى رعاية وإيواء المسنين ممن لا عائل لهم أو لا تسمح ظروف أسرهم برعايتهم رعاية نهائية أو متقطعة الإقامة بين الدار والأسرة أو دائمة الإقامة حسب إمكانية الدار. كذلك توفير الرعاية الصحية والاجتماعية والمعيشية للمستفيدين من الدار واستثمار أوقات فراغهم فيما يعود عليهم بالمنفعة أو المتعة والعمل على توثيق علاقة المسن بأفراد أسرته وتعميق تفاعله مع محيطه الاجتماعي والثقافي وإتاحة الفرص لكبار السن لقضاء أوقات مفيدة وجميلة سواء بالمشاركة في الحياة العامة أو في الأنشطة التي تقدمها الدار.

وشروط القبول في الدار سهلة ميسرة، والدار تقدم العديد من الخدمات والأنشطة لعل من أهمها الأعمال اليدوية والأنشطة الترفيهية والخدمة الطبية وبرنامج تعليم الكبار وخدمات التوعية المرورية والأمنية والصحية والاجتماعية للمسنين.

2 - جميعة دار الحكمة البحرينية: وتأسست عام 1989 وأعيد تسجيلها عام 1991، ومن أهدافها: تجميع وتنظيم جهود المحالين على التقاعد من موظفي القطاع العام والخاص والمحافظة على المواهب والقدرات والكفاءات العلمية والفكرية والأدبية والفنية للمسنين الأعضاء وتوفير الرعاية الصحية والاجتماعية للأعضاء والعمل على الإفادة من خبراتهم وتشغيلهم ما أمكن.

وقامت الجمعية بتكريم الرواد الأوائل للعمل الوطني ممن قدموا خدمات متميزة للبحرين، وشمل التكريم من هم على قيد الحياة وذلك في عام 1997، وتقوم الجمعية سنوياً بتكريم المتقاعدين من موظفي القطاع العام والخاص وتمنحهم الشهادات التقديرية إضافة إلى جوائز مالية وميداليات وخلافه تأكيداً واعترافاً بالخدمات الجليلة التي قدموها للوطن، وسعت الجمعية لدى الدولة لمنح جميع المتقاعدين علاوة سنوية تقدر بـ (3%) سنوياً بأثر رجعي مما جعلهم يحصلون على علاوات تتراوح بين (250) و (300) دينار، وتسعى الجمعية الآن إلى إعادة العلاوة الاجتماعية التي تقطع من الموظف المتقاعد بعد تقاعده.

3 - لجنة الاحتفال بالسنة الدولية لكبار السن : تم تشكيل لجنة للاحتفال بالسنة الدولية لكبار السن التي ترعاها اللجنة الوطنية للمسنين بالتعاون مع وزارة العمل والشؤون الاجتماعية تحت شعار «نحو مجتمع لكل الأعمار» وتضم اللجنة أعضاء من اللجنة الوطنية للمسنين والجهات المعنية من القطاعين الحكومي والأهلي، وشكلت اللجنة العديد من اللجان للقيام بالأنشطة والفعاليات المطلوبة هي : اللجنة الإعلامية والثقافية ولجنة الأنشطة والبرامج ولجنة تنمية الموارد المالية .

وتسعى لجنة الاحتفال إلى تنظيم ندوات وفعاليات ومهرجانات ونشر العديد من الملصقات والكتيبات وتنظيم مسابقات إذاعية وتلفزيونية سعياً لزيادة الوعي بوضع المسنين واحتياجاتهم وضرورة تحسين اتجاهات السكان نحوهم .

ثالثاً - واقع المسنين في المملكة العربية السعودية (120):

ان مجتمع المملكة العربية السعودية مجتمع إسلامي سمته الرحمة والمحبة والتكافل ، يستمد أحكامه وقواعده من الشريعة الإسلامية التي وضعها الإسلام منذ أكثر من أربعة عشر قرناً من الزمان ، وينظر بعين الاعتبار والاحترام لكبار السن وتقديم كل أشكال الرعاية والعناية لهم ، خاصة من يضطر منهم إلى طلب العون نظراً لظروف صعبة يعجزون عن مواجهتها ، وذلك تحقيقاً لمبدأ التكافل الاجتماعي الذي تقوم عليه نظم الرعاية في الإسلام .

معلومات ديموغرافية أساسية عن المسنين :

تتمثل أهم المعلومات المتوفرة عن كبار السن من واقع تعداد السكان والمساكن في المملكة عام 1413هـ ، من خلال ما تعكسه الجداول (18 ، 19 ، 20 ، 21) من حقائق عن السكان السعوديين البالغ أعمارهم ما فوق الـ (60) عاماً وبحسب العمر والجنس والحالة الزوجية والمهن والمستوى التعليمي .

هذا والجدير بالذكر أن نسبة السكان السعوديين البالغ أعمارهم ما فوق الـ (60) سنة قد بلغت (5.1٪) من إجمالي سكان المملكة السعوديين .

(120) تم الاعتماد على المراجع الصادرة عن وكالة الوزارة للشؤون الاجتماعية بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية وهي :

- الشؤون الاجتماعية : حقائق وأرقام ، 1409 - 1414هـ .

- صور عن برامج الشؤون الاجتماعية في المملكة العربية السعودية .

- التقرير الإحصائي السنوي الشامل ، 1416 - 1417هـ .

الجدول رقم (18)
توزيع السكان السعوديين (60) سنة فأكثر حسب العمر والجنس

السكان السعوديون			فئات العمر
الجملة	الإناث	الذكور	
220427	92843	127584	64 - 60
119848	48789	71059	69 - 65
117673	52577	65096	74 - 70
56717	23705	33012	79 - 75
107623	48821	58802	80 سنة فأكثر
622288	266735	355553	الجملة

الجدول رقم (19)
توزيع السكان السعوديين (60) سنة فأكثر
حسب الحالة الزوجية والجنس

الحالة الزوجية						الجنس
الجملة	غير ميين	أرمل	مطلق	متزوج	لم يسبق له الزواج	
355553	30	27899	7408	313540	6676	الذكور
266735	28	157378	13889	92947	2493	الإناث
622288	58	185277	21297	406487	9169	الجملة

الجدول رقم (20)
توزيع السكان السعوديين (60) سنة فأكثر
المشتغلين حسب أقسام المهن الرئيسة وفئات العمر

الجملة	غير ميين	عمال الإنتاج ومن إليهم وعمال تشغيل وسائل النقل والفعلة والعتالون	العاملون في الزراعة وتربية الحيوان والدواجن والغابات والصيد	العاملون بالخدمات	القائمون بأعمال البيع	القائمون بالأعمال الكتابية ومن إليهم	المديرون والإداريون ومديرو الأعمال	أصحاب المهن الفنية والعملية ومن إليهم	المهن أقسام
									فئات العمر
60012	33	7362	19016	17099	8094	2635	2436	3337	64 - 60
63632	38	4010	24583	14976	9866	1439	1724	6996	65 سنة فأكثر
123644	71	11372	43599	32075	17960	4074	4160	10333	الجملة

الجدول رقم (21)
توزيع السكان السعوديين (60) سنة فأكثر
حسب الحالة التعليمية والجنس

الجملة	غير ميين	دكتوراه	دبلوم عال أو ماجستير	بكالوريوس أو ليسانس	دبلوم دون الجامعي	الشهادة الثانوية أو ما يعادلها	الشهادة المتوسطة	الشهادة الابتدائية	يقراً ويكتب	أمي	الحالة التعليمية
											الجنس
355553	30	228	361	2162	773	3020	3794	16375	55948	272862	الذكور
266735	28	14	16	39	52	158	175	854	6434	258965	الإناث
622288	58	242	377	2201	825	3178	3969	17229	62382	531827	الجملة

يعود تاريخ رعاية العجزة والمسنين في المملكة إلى ما قبل إنشاء وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، حيث بدأ تقديم الرعاية اللازمة لكبار السن بجهود أهلية تمثلت على سبيل المثال في إنشاء دور في كل من مكة المكرمة عام 1354هـ وكذلك إنشاء دار المدينة المنورة عام 1357هـ وكان الدافع لإنشاء هذه الدور في البداية حفظ المتخلفين بعد الحج ومنعهم من التسول. وهذا الأمر يكشف حقيقة اجتماعية في غاية الأهمية وهي أن غالبية المستفيدين حالياً من خدمات دور الرعاية الاجتماعية للمسنين التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية، هم من الذين لا أسر لهم أو لا عائل لهم. فالأسرة السعودية مازالت لا تعرف أو تعاني من ظاهرة التخلي عن رعاية كبار السن.

وفي عام 1960 عندما أنشئت وزارة العمل والشؤون الاجتماعية أصبحت رعاية المسنين إحدى مسؤولياتها، فأنشأت لهم دور الرعاية الاجتماعية تحت إشراف وكالة الوزارة للشؤون الاجتماعية وهي إحدى وكالات الوزارة التي تعمل على توفير كل أسباب الحياة الكريمة للمواطنين في كافة المجالات الاجتماعية، ووضع البرامج والمشاريع التي تسهم في المعاونة على رفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للمواطنين، والأخذ بأيديهم نحو مساعدة أنفسهم عن طريق تنفيذ أنشطتها المتعددة التي تأتي في مقدمتها خدمات الرعاية الاجتماعية وأنشطة تنمية المجتمع وخدمات التعاون وتوفير الرعاية والعناية المادية والمعنوية للمواطنين وخاصة أولئك الذين تحيط بهم مشاكل صحية أو اجتماعية يعجزون عن مواجهتها والتغلب عليها باعتمادهم على قدراتهم وإمكاناتهم الذاتية ويأتي كبار السن في طليعة هؤلاء المواطنين.

وتهدف دور الرعاية الاجتماعية إلى إيواء وتقديم الرعاية المتكاملة لكل مواطن ذكراً أم أنثى بلغ الـ (60) سنة فأكثر وعجز عن إمكانية العمل أو القيام بشؤونه الخاصة ولا يتوافر لدى أسرته وأقاربه الإمكانيات الأساسية لرعايته، بالإضافة إلى رعاية المرضى والمسنين الذين لا عائل لهم ويحالون من مستشفيات وزارة الصحة.

وقد روعي عند إعداد هذه الدور أن تكون قريبة إلى حياة الأسرة الطبيعية يتمتع فيها المسن بنوع من الاستقلال ويشعر فيها بالراحة والأمن والسكينة.

ويقوم بمهام ومسؤوليات العمل الإداري والفني بكل دار جهاز متخصص وفريق متكامل يعمل كل منهم وفقاً لواجبات عمل محددة له. ويتكون هذا الفريق المسؤول عن رعاية المسنين من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين وأخصائيي العلاج الطبيعي والعلاج بالعمل والأطباء والمرضين والمراقبين. وأهم الدور الحكومية والمؤسسات الأهلية التي تقدم الرعاية للمسنين هي.

(1) الدور الحكومية:

وهي دور الرعاية الاجتماعية التابعة لوكالة الشؤون الاجتماعية بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية، ويبلغ عددها (9) دور اجتماعية موزعة على كافة مناطق المملكة، وتقوم هذه الدور بإيواء المسنين العاجزين عن خدمة ورعاية أنفسهم. ويوضح الجدول رقم (22) توزيعها وعدد المستفيدين منها ونوعهم خلال العام المالي 1416هـ/1417هـ.

(2) الوزارات والمؤسسات الرسمية :

تعمل الأجهزة الحكومية المختلفة على تطوير وتحسين إجراءات رعاية المسنين اجتماعياً ونفسياً وصحياً وثقافياً ودينياً وذلك في إطار اختصاصاتها ومسؤولياتها من جهة وبالتنسيق والتعاون مع جهود وخطط الوزارات والهيئات الحكومية وبما يكفل رعاية المسنين ، ومن أهمها بالإضافة إلى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ، وزارة الصحة ووزارة الشؤون الإسلامية والدعوة والإرشاد ووزارة الداخلية بالنسبة لرعاية سكان الأربطة في كل من مكة والمدينة والطائف وجدة) ووزارة المعارف بخصوص التثقيف ومحو الأمية لكبار السن ، وإدارة البحوث العلمية والإفتاء بشأن تزويد الدور الاجتماعية بأنواع البرامج المناسبة للمسنين .

(3) دور إيوائية أهلية خيرية :

ويوجد حالياً منها بالمملكة (4) دور تقوم بإيواء المسنين العاجزين عن خدمة أنفسهم ، إضافة إلى العديد من الأربطة الخيرية التي تستقبل المسنين العاجزين ، وهذه الدور هي :

- الجمعية الخيرية بحائل (24) نزيلاً .
- جمعية سيهات للخدمات الاجتماعية (49) نزيلاً .
- جمعية المنصورة الخيرية للخدمات الاجتماعية (7) نزيلاً .
- جمعية الملك فهد الخيرية بجازان (10) نزيلات .

وتعمل في الوقت الحالي بعض الجمعيات الخيرية النسائية في جدة على تقديم خدمات منزلية للمسنات العاجزات عن خدمة أنفسهن في دورهن .

الجدول رقم (22)
حركة الحالات بدور الرعاية الاجتماعية بالملكة العربية السعودية حسب الأعداد خلال العام المالي 1416/1417هـ

إجمالي عدد المستفيدين خلال العام	النوع والأعداد						اسم المدار	اسم المنطقة				
	حالات مبرجوة حتى نهاية العام	حالات طوي قديما خلال العام	حالات الصفت خلال العام المالي	حالات مبرجوة من العام الماضي	حالات مبرجوة من العام الماضي	حالات مبرجوة من العام الماضي						
الاجموع	أناث	ذكور	أناث	ذكور	أناث	ذكور	أناث	ذكور				
149	59	90	55	84	4	6	5	4	54	86	دار الرعاية الاجتماعية بالرياض	منطقة الرياض
39	0	39	0	29	0	10	0	2	0	37	دار الرعاية الاجتماعية بواحي الدواسر	
155	54	101	53	82	1	19	4	4	50	97	دار الرعاية الاجتماعية بحكة	منطقة مكة المكرمة
108	43	65	43	59	0	6	5	6	38	59	دار الرعاية الاجتماعية بالطائف	
109	38	71	36	68	2	3	1	5	37	66	دار الرعاية الاجتماعية بالمدينة المنورة	منطقة المدينة المنورة
78	24	54	23	49	1	5	3	1	21	53	دار الرعاية الاجتماعية بعنيزة	منطقة القصيم
64	28	36	18	26	10	10	2	3	26	33	دار الرعاية الاجتماعية بالدمام	المنطقة الشرقية
121	63	58	58	52	5	6	6	10	57	48	دار الرعاية الاجتماعية بأبها	منطقة حيدر
62	16	46	12	38	4	8	0	6	16	40	دار الرعاية الاجتماعية بالجوف	منطقة الجوف
885	325	560	298	487	27	73	26	41	299	519	الاجموع الكلي	

(4) مركز الأمير سلمان الاجتماعي :

وهو مركز يقدم خدمات ترفيهية واجتماعية مقابل رسوم يدفعها المستفيد من خدمات المركز، والمركز لا يقدم خدمة إيوائية وإنما يقدم خدمات من أهمها:

1 - خدمات صحية: إجراء كشف دوري، وتقديم استشارات طبية وتوفير نظام الحماية والتغذية السليمة، وعمل ملف صحي لأعضاء المركز، وتنظيم برامج التثقيف الصحي للأعضاء والمجتمع المحلي، وتنظيم دورات في مجالات الإسعافات الأولية وأساليب التعامل مع كبار السن داخل الأسرة.

2 - خدمات العلاج الطبيعي: العلاج بالكهرباء والماء وتمارين علاجية وتأهيلية متنوعة، والكشف على الإصابات.

3 - الأنشطة الرياضية والترويحية: كألعاب الجري والمشي والسباحة والتنس وغيرها من الألعاب الرياضية.

4 - الخدمات والأنشطة الاجتماعية: حيث تشجع مشاركة المسنين في أعمال إنتاجية مفيدة.

5 - الأنشطة الثقافية: وهي تشمل الندوات والمحاضرات والمسابقات الثقافية والدينية وتنظيم بحوث علمية عن قضايا الشيخوخة والمسنين.

6 - البرامج الإعلامية : وذلك من خلال إشراك الأعضاء في إصدار صفحة نصف شهرية عن المسنين في الصحف المحلية والعمل على إعداد برنامج تلفزيوني عن المسنين بما يكفل توعية المجتمع بقضاياهم ووجوب رعايتهم واحترامهم .

7 - الخدمات العلمية والبحثية : إنشاء قسم علمي لدراسة الشيخوخة .

وهناك العديد من المراكز التي تقدم الخدمات للمسنين منها مدينة الأمير سلطان عبدالعزيز للخدمات الإنسانية بالرياض ومركز عبداللطيف جميل للتأهيل بجدة .

أما بالنسبة للبرامج والخدمات للمسنين داخل دور الرعاية الاجتماعية الحكومية والأهلية فإنها تقدم العديد منها من أهمها : الإعاشة الكاملة ، والكسوة الصيفية والشتوية ، والرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية ، وخدمات العلاج الطبيعي ، وبرنامج العناية بالناحية الشخصية للمقيمين ، ومزاولة بعض الأشغال اليدوية والأعمال الفنية بغرض الإشباع الروحي وشغل أوقات الفراغ حتى لا يمل المسنون وتوفر لهم الدور مجموعات من النشاطات إضافة إلى مكتبة وإقامة ندوات ثقافية ودينية دورية لهم ، ويصرف لكل نزيل مصروف جيب قدره (150) ريالاً شهرياً .

إضافة إلى ذلك هناك برامج تقدم لهم خارج الدور منها رحلات أسبوعية ونزهات يومية ورحلات للحج والعمرة وزيارة الأماكن السياحية والصناعية والتجارية للقادرين على ذلك وذلك لربطهم بالمجتمع والقضاء على إحساسهم بالعزلة ، ويمكن للنزلاء استقبال أقاربهم وضيوفهم وأصدقاءهم في الدار أو تنظيم زيارات لهم .

(5) دور مصلحة معاشات التقاعد :

تقوم مصلحة معاشات التقاعد بتقديم خدماتها لقطاع موظفي الدولة من المدنيين والعسكريين ، وتصرف حالياً عن طريق البنوك وبلغت الفروع التي يتم الصرف منها (180) فرعاً شملت أنحاء المملكة ، وبلغ عدد المتقاعدين الذين بلغوا الـ (60) سنة فما فوق (88542) متقاعداً يتقاضون معاشاً تقاعدياً شهرياً بمبلغ (343 , 708 , 316) ريالاً ولقد جرى تطوير الخدمات فأصبحت إجراءات الصرف تتم قبل ترك الخدمة بحيث يتمكن من صرف استحقاقه التقاعدي في نفس الوقت الذي كان يصرف فيه راتبه الشهري وهو على رأس العمل ، كما تم استخدام الحاسب الآلي في جميع المراحل مما ساعد على تحسين الخدمة وسرعة إنجازها بالإضافة إلى استخدام الميكرو فيلم في حفظ المستندات ، وأصبح في الإمكان الاستعلام عن معاملة المتقاعد تليفونياً وأن يوكل البنك في استلام المعاش التقاعدي وذلك لتسهيل الأمر على المسنين وضماناً لرعايتهم وإكرامهم .

رابعاً - واقع المسنين في سلطنة عمان (121) :

تنطلق سياسة رعاية المسنين بالسلطنة من أن المجتمع العماني جزء من المجتمع العربي والإسلامي الذي ينطبع فيه سلوك الفرد وأسرته بالسمات التالية :

- المحافظة على القيم والتقاليد العربية الأصيلة والمستمدة من تعاليم الدين الإسلامي الحنيف الذي أوصى باحترام المسن وتوقيره .

(121) سلطنة عمان : تقارير رسمية وخاصة تقارير وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني .

- التمسك بقيم التكافل الاجتماعي من أفراده وأسرته .
- التماسك الأسري الذي أسفر عن استمرار الأسر الممتدة التي تضم الأجداد والأبناء والأحفاد في معيشة واحدة .

وحتى لا يعاني المسنون من العزلة والإحباط والانطواء أنشأت السلطنة عام 1979 داراً لرعاية المسنين تحسباً لاحتمال وجود حالات تحتاج إلى رعاية إيوائية خاصة، إلا أن عدد الحالات التي استقبلتها الدار يمثل عدداً قليلاً رغم أن نسبة من تجاوز الـ (60) سنة من مجمل عدد السكان في ازدياد مستمر .

(1) واقع وخصائص المسنين :

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج التعداد السكاني الذي أجري في نهاية عام 1993 بالسلطنة اتضح بالنسبة لواقع وخصائص فئة المسنين ما يلي :

1 - أن من بلغت أعمارهم الـ (60) سنة فأكثر وهو السن المتعارف عليه لبلوغ سن الشيخوخة تبلغ نسبتهم (4.8%) إلى جملة السكان العمانيين، وإن كانت هذه النسبة لا تشكل حالياً مشكلة بالنسبة للتركيب العمري لسكان السلطنة إلا أن أعداد فئة المسنين في تزايد عاماً بعد عام بسبب تقديم الرعاية والخدمات الصحية وانتشارها في البلاد .

2 - تبلغ نسبة الذكور إلى إجمالي عدد المسنين (52%)، أما نسبة الإناث فتبلغ (48%) وهذه النسبة تتوافق مع نسبة الذكور والإناث لجملة السكان .

3 - إن نسبة (57٪) من المسنين في السلطنة متزوجون ، أما بقية النسب بين أرمل ومطلق وأعزب ، ومن ثم فإن زيادة عدد فئة المتزوجين تحدّ من المشاكل الناجمة عن الشيخوخة من حيث الوحدة وأمور الرعاية الخاصة وغير ذلك .

4 - بلغت نسبة الأمية (91٪) بين المسنين ، وارتفاع نسبة الأمية يرجع الى ما قبل يوليو 1970 ، حيث لم تتح لهذه الفئة فرص التعليم آنذاك التي تشهدها السلطنة الآن حيث بلغ إجمالي عدد مدارس التعليم العام في أرجاء السلطنة حوالي (1000) مدرسة مقارنة بعدد ثلاثة مدارس فقط قبل يوليو عام 1970 ، وهناك جهود تبذل على المستوى الرسمي والأهلي لمحو أمية هذه الفئة .

5 - أن نسبة (17.8٪) من المسنين والمسنات يعملون في المجال الحرفي والرعي والزراعة والأعمال الحرة وكذلك (26٪) ربات بيوت أي أن ما نسبته (43.8٪) من المسنين مازالوا يقومون بأدوارهم سواء في العمل أو إدارة المنزل .

6 - تشير التقارير الصحية عن عام 1997 بأن عدد المرضى من المسنين بلغ (13146) مريضاً من بينهم (7397) من الذكور و(5745) من الإناث ، ومن الملاحظ أن نسبة الذكور تمثل (56٪) ونسبة الإناث تمثل (44٪) ، ويتلقى هؤلاء المرضى العلاج اللازم بمستشفيات السلطنة ويتم إرسال البعض منهم على نفقة الدولة للعلاج بالخارج حيث تم إرسال (188) مريضاً خلال السنوات من 1995 - 1997 إلى الخارج للعلاج .

(2) الخدمات التي تقدم للمسنين :

تتمثل أبرز الخدمات التي تسهم فيها الوزارات والهيئات المعنية بتقديم كل أشكال الرعاية والخدمات اللازمة للمسنين في :

1 - الرعاية الاجتماعية : كفل قانون الضمان الاجتماعي المعمول به في السلطنة معاشاً شهرياً لكل من تجاوز سن الـ (60) سنة ذكراً كان أو أنثى ، وبلغ عدد الحالات المستفيدة من هذا النظام (19192) حالة . وكفل قانون المعاشات ومكافآت ما بعد الخدمة للعمانيين العاملين بالحكومة وقانون التأمينات الاجتماعية للعمانيين العاملين في القطاع الخاص معاشاً شهرياً ضماناً لحياة كريمة لهم بعد تقاعدهم . وتعمل مراكز التنمية الاجتماعية الريفية على إعادة تأهيل بعض المسنين على بعض الحرف التي تناسب قدراتهم بهدف تمكينهم من مواصلة العطاء والاعتماد على أنفسهم ودعمهم مالياً وفنياً من خلال نظام مشروعات موارد الرزق لتنفيذ مشروعات صغيرة تناسب قدراتهم بعد تأهيلهم . ويتم إنشاء مجالس عامة يطلق عليها محلياً (السبلّة) في كثير من مناطق السلطنة والتي يرتادها المسنون للالتقاء ببعضهم البعض ولتقديم المشورة للشباب ولأفراد المجتمع وهي بمثابة نواد اجتماعية للمسنين تخرجهم من العزلة والانطواء وتثري دورهم في المجتمع .

2 - الرعاية الصحية : تقدم المراكز الصحية والمستشفيات الخدمة الصحية للمسنين في كافة أرجاء السلطنة .

3 - التوعية والإرشاد : تحرص برامج التوعية والإعلام بالسلطنة على توعية الرأي العام بضرورة توفير مناخ نفسي مريح لكبار السن يوفر

لهم الأمن النفسي والشعور بالكرامة والعمل بصفة مستمرة على ترسيخ قيم التكافل الاجتماعي وتعزيز القيم والأخلاق التقليدية القائمة على تكريم وبرّ كبار السن، إضافة إلى غرس القيم الدينية التي تحث على برّ الوالدين والإحسان لهما وتبصير المسنين بمعطيات التغيير الاجتماعي حتى لا تكون فجوة بين الأجيال وتخصص برامج ولقاءات صحفية يعرض من خلالها المسنون تجاربهم وخبراتهم وآراءهم في مختلف المجالات .

ولقد قدمت حكومة السلطنة الخدمات الصحية للمسنين، ويوضح الجدول رقم (23) أبرز الأمراض المنتشرة بين المسنين في السلطنة، علماً بأن السلطنة توفر العلاج بالمجان لهم، بل وتم إرسال (188) حالة إلى خارج السلطنة للعلاج منهم (122) ذكراً و (66) إنثى وذلك لتأمين الرعاية اللازمة التي تقوم بها الدولة .

الجدول رقم (23)

توزيع لأبرز الأمراض المنتشرة بين المسنين في سلطنة عمان

المجموع	أمراض أخرى	أمراض الجهاز البولي	أمراض الجهاز الهضمي	أمراض الجهاز التنفسي	أمراض الجهاز الدوري	الأمراض / الجنس
7397	3015	643	606	759	2374	الذكور
5745	2295	351	470	765	1864	الإناث
13142	5310	994	1076	1524	4238	المجموع
%100	%40	%8	%8	%12	%32	النسبة

أما بالنسبة للمساعدات والمعونات والمعاشات المقدمة للمسنين فإن الجدول رقم (24) يوضح أن حكومة السلطنة تسعى إلى تقديم الدعم المالي للمسنين بما يضمن لهم حياة كريمة .

الجدول رقم (24) تفريع بالمساعدات والمعونات والمعاشات المقدمة للمسنين في سلطنة عمان

المبلغ الشهري بالريال العماني	المجموع	عدد الحالات		نوع المساعدات المالية
		الذكور	الإناث	
726474	7483	5529	1954	صندوق تقاعد موظفي الخدمة المدنية
110603	889	873	16	ديوان البلاط السلطاني
80138	1139	1138	1	تقاعد وزارة الدفاع
19829	161	161	-	صندوق تقاعد شرطة عمان السلطانية
1364	9	9	-	هيئة التأمينات الاجتماعية
938408	9681	7710	1971	المجموع

وتتوافر بالسلطنة بعض البرامج التي تعمل على الاستفادة من إمكانيات المسنين وقدراتهم وكفاءتهم إما في تعليم وتحفيظ القرآن وكمؤذنين في المساجد أو مدربي حرف تقليدية وخلافه . وتهتم وسائل الإعلام العمانية بهموم واحتياجات المسنين وتتناول موضوعاتهم في الصحافة والإذاعة والتلفزيون مع التأكيد على واجب برهم ورعايتهم . ويحظى المسنون بالسلطنة ببعض الخدمات النفسية والاجتماعية لمساعدتهم على التكيف مع متطلبات هذه

المرحلة العمرية ومن هذه الخدمات الاحتفال بيوم المتقاعدين من قوات السلطان في 17 ديسمبر من كل عام وحثهم على التطوع في مجالات الخدمة الاجتماعية للاستفادة من خبراتهم ودمجهم في المجتمع، وكذلك إلقاء المحاضرات وندوات التوعية عن أمراض الشيخوخة وأساليب وقاية المسنين من أمراض الشيخوخة ووسائل مواجهتها.

ووزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني تقدم للمسنيين استحقاقاتهم في الضمان الاجتماعي، وبلغ عدد المسنين الذين ترعاهم الوزارة حتى نهاية عام 1997 (19098) حالة أي ما نسبته (43%) من إجمالي عدد الحالات الضمانية، كما تدعم الوزارة جهود الأسر في رعاية المسنين وتقدم لها الدعم والعون والإرشاد والتوعية الضرورية سواء كان ذلك عن طريق الدوائر المختصة أو من خلال جمعيات المرأة العمانية. وتقيم للمسنيين مشاريع موارد الرزق وزيادة الدخل ممن كانوا قادرين على العمل والإنتاج بدعم حكومي كامل يهدف إلى تحقيق الاكتفاء الذاتي والاعتماد على النفس وكذلك أيضاً المحافظة على الموروثات والحرف التقليدية، فضلاً عن تيسير استخدام خدم لرعاية شؤون المسنين للأسر التي بحاجة لذلك.

ولا يقتصر الاهتمام برعاية المسنين على وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني وإنما تهتم بذلك وزارة الصحة ووزارة التربية والتعليم ووزارة الأوقاف والشؤون الدينية ووزارة الخدمة المدنية وكذلك وزارة الدفاع وشرطة عمان السلطانية وديوان البلاط السلطاني وغيرها من الجهات، وتسعى كل هذه الوزارات إلى تنسيق أعمالها من أجل تقديم خدمات أفضل.

الجدول رقم (25)
الحالة الاجتماعية للمسنين (60) سنة فأكثر في سلطنة عمان

المجموع	غير ميين	أعزب	مطلق	أرمل	متزوج	الحالة الاجتماعية الجنس
37161	108	1323	2196	3538	29996	الذكور
34111	892	482	3123	19096	10518	الإناث
71272	1000	1805	5319	22634	40514	المجموع
%100	%1	%3	%7	%32	%57	النسبة

يتضح من الجدول أن أغلب المسنين وبنسبة (57%) متزوجون في حين أن نسبة (32%) منهم أرامل ونسبة (7%) فقط مطلوقون .

الجدول رقم (26)
المستوى التعليمي للمسنين (60) سنة فأكثر في سلطنة عمان

المجموع	غير ميين	الدكتوراه	الماجستير	الجامعي	الكليات الفنية والتوسطة	الثانوي	الإعدادي	الإبتدائي	يقراً ويكتب	أمي	المستوى التعليمي الجنس
37161	224	3	5	42	17	65	39	114	5274	31378	الذكور
34111	319	1	0	7	16	12	21	38	447	33250	الإناث
71272	543	4	5	49	33	77	60	152	5721	64628	المجموع
%100	%0.76	%0.00	%0.00	%0.07	%0.05	%0.11	%0.08	%0.21	%8.03	%90.67	النسبة

يتضح من الجدول رقم (26) وبشكل عام أن الغالبية العظمى من المسنين وبنسبة (91٪) أميون ونسبة (8٪) فقط يقرأون ويكتبون، كما يلاحظ أن نسبة الأمية أعلى لدى الإناث من الذكور بفارق (3٪) وبنسبة (47٪) من إجمالي عدد الأميين، وعموماً فإن ارتفاع نسبة الأمية يرجع إلى أن هذه الفئة العمرية قد فاتها قطار التعليم سابقاً (قبل عصر النهضة الحديثة) وإن كانت هناك جهود كبيرة بذلتها الحكومة ومازالت تبذلها لمحو الأمية.

الجدول رقم (27) النشاط الاقتصادي للمسنين (60) سنة فأكثر في سلطنة عمان

المجموع	ربة بيت	غير قادر على العمل	مكتفٍ	متقاعد	لم يسبق له العمل	متعطل سبق له العمل	مشتغل	النشاط الاقتصادي
								الجنس
37161	-	13692	4108	4694	358	1964	12345	الذكور
34111	18523	14242	800	124	9	13	400	الإناث
71272	18523	27934	4908	4818	367	1977	12745	المجموع
%100	%26.0	%39.0	%6.8	%6.7	%1.0	%2.7	%17.8	النسبة

يشير الجدول إلى أن أغلب المسنين وبنسبة (39٪) غير قادرين على العمل وذلك بحكم السن، في حين أن نسبة (17.8٪) منهم يعملون و (2.7٪) فقط سبق لهم العمل. وهذه البيانات تعكس الوضع القائم عند إجراء التعداد في ديسمبر 1993.

الجدول رقم (28)
نوعية المهن التي كان المسنون يعملون بها (بالنسبة للمشتغل والمتعطل الذي سبق له العمل) بسلطنة عمان

المتعطلون الذين سبق لهم العمل				المشتغلون				المهن
النسبة/%	المجموع	الإناث	الذكور	النسبة/%	المجموع	الإناث	الذكور	
2%	41	0	41	9%	1184	5	1179	المشروعون وكبار الموظفين والمدراء
0%	2	0	2	0.2%	26	7	19	الاحصائيون
6%	127	0	127	7%	917	20	897	الفنيون ومساعدو الاحصائيين
1%	13	0	13	1.1%	135	3	132	الكتابة
11%	208	2	206	11%	1347	74	1273	العاملون في المحلات التجارية والأسواق
26%	528	1	527	39%	5010	133	4877	العاملون في الزراعة وتربية الحيوانات والصيد
9%	170	0	170	5%	643	28	615	المهنيون والحرفيون
5%	98	1	97	5%	580	9	571	العاملون في تشغيل الآلات والمعدات ووسائل النقل البري
27%	531	6	525	22%	2805	93	2712	العاملون بالمهن الثانوية
13%	259	3	256	0.7%	98	28	70	غير مبين
100%	1977	13	1964	100%	12745	400	12345	المجموع

يتضح من الجدول أن أغلب المسنين سواء كانوا ذكوراً أو إناثاً يعملون وبنسبة (87%) من إجمالي عدد المشتغلين .

خامساً - واقع المسنين في دولة قطر (122):

يحدد القانون رقم (38) الصادر عام 1995 الخاص بالضمان الاجتماعي في مادته الأولى المسن المستحق للضمان بأنه من جاوز الـ (60) عاماً من عمره وليس له عائل مقتدر أو مصدر دخل كاف للعيش . وعملاً بهذا القانون يقوم قسم الضمان الاجتماعي بإدارة الشؤون الاجتماعية، مستنداً إلى البحوث الاجتماعية التي يجريها بصرف معاش نقدي مقداره (1225) ريالاً للمسن و (450) ريالاً لزوجته (حد أقصى أربع زوجات) و(270) ريالاً لكل ولد لا يتجاوز الثامنة عشرة من عمره والبنات حتى يتزوجن .

والمسنون في قطر ممن تزيد أعمارهم عن الـ (65) عاماً يشكلون حوالي (6%) من مجمل السكان لكن يتوقع أن تصل نسبتهم إلى (15%) بحلول عام 2020، علماً بأن متوسط عمر المسنين في قطر (74) سنة للذكور و (76) سنة للإناث . والمسنون موزعون في كافة أرجاء قطر .

(122) دولة قطر : تقارير رسمية وخاصة تقارير إدارة الشؤون الاجتماعية بوزارة شؤون الخدمة المدنية والإسكان .

الجدول رقم (29)
المسنون من (60) سنة فأكثر حسب المكان والجنس
بدولة قطر

المجموع	الإناث	الذكور	البلدية
5552	2063	3489	الدوحة
3446	1392	2054	الريان
675	260	415	الوكرة
475	156	319	أم صلال
352	145	207	الخور
166	58	108	الشمال
56	5	51	الغويرية
188	52	136	الجميلية
103	34	69	جريان الباطنة
30	11	19	أم سعيد
11043	4176	6867	المجموع

ويصنف المسنون في قطر إلى فئات تتم على أساسها رعايتهم:

(1) قطريون يحتاجون إلى علاج ورعاية صحية وعلاجية خاصة ومستمرة، وهؤلاء تتولى وزارة الصحة العامة تقديم الرعاية لهم.

(2) قطريون لهم أسر ولا يحتاجون إلى رعاية طبية خاصة ومستمرة، وهؤلاء يتولى ذووهم رعايتهم ويصرف لهم بدل خادمة في حدود (800) ريال شهرياً وذلك بناء على تقرير طبي يفيد بحاجة الحالة إلى من يقوم برعايتها، كما تتولى الدولة بناء غرفة وملحقاتها لمن لا يوجد له مسكن في منزل ذويه على أن تؤخذ الحالة المادية للأسرة في الاعتبار وتلزم الأسرة المسورة برعاية مسنيها مادياً واجتماعياً.

(3) قطريون ليس لهم أسر ترعاهم، وهؤلاء تقدم لهم الرعاية الصحية والطبية والاجتماعية والنفسية في مستشفى الرميلة.

(4) غير قطريين ولا عائل لهم، وهؤلاء تتولى جمعية الهلال الأحمر القطري رعايتهم بتقديم الخدمات الصحية والاجتماعية والترويحية ويطبق على المرضى منهم قرار تنظيم العلاج الداخلي المعمول به في الدولة.

وتسعى الجهود القطرية وقوانينها إلى قيام الأسر برعاية مسنيها، وتقوم الدولة بحملات إعلامية وتربوية وإرشادية في المساجد والمدارس ووسائل الإعلام المختلفة بشكل مستمر يتم التركيز فيها على أهمية برّ الوالدين ورعايتهما وتكريم كبار السن، وتستغل عادة المواسم الإسلامية للتأكيد على

أهمية برّ ورعاية المسنين وأهمية قيام الأسر بواجبها نحوهم ، كما تقوم بتقديم الكتب والمعلومات التي توجب عليها ذلك . هذا وتسعى الدولة إلى إنشاء منتدى أو مركز ترفيهي متكامل الخدمات ومتعدد الأغراض لكبار السن وليتمتعوا بأوقات ممتعة ومريحة ، وفي مقابل ذلك لا تسمح للمسنين بالرقابة في المستشفى الا بتقرير طبي مختص يفيد بضرورة ذلك .

إضافة إلى الضمان الاجتماعي الذي أقرته الدولة بهدف توفير الحياة الكريمة للمسنين فإن جهود المؤسسات التطوعية القطرية تكون بارزة في الاهتمام بكبار السن ومن أهمها : جمعية الهلال الأحمر القطري التي تقوم بدور رائد في رعاية المسنين ، ولقد أنشأت الجمعية مركزاً لذلك من أهم أهدافه : تكوين وتقوية الوعي الاجتماعي بأهمية رعاية المسنين ، وتقوية الروابط والعلاقات الأسرية ، ورفع المستوى الصحي والاجتماعي للمسنين ، وتنظيم برامج وأنشطة ترفيهية للمسنين . وبالمركز ، الذي تبلغ مساحته 4140م² ، غرف للرعاية الصحية والنفسية ومطعم ومطبخ ومسبح ومنتدى اجتماعي وناد ترفيهي وعيادات طبية .

كذلك يقوم مستشفى الرميلة بدور مهم جداً في رعاية المسنين العجزة أو الذين لا عائل لهم وذلك في قسم (التأهيل والشيخوخة) الذي أسس عام 1982 والذي يقدم العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي والخدمة الاجتماعية من خلال :

1 - وحدة المرضى الداخليين : تشرف هذه الوحدة على (154) سريراً منها (80) للرجال و (74) للنساء وتقوم بالرعاية الطبية والتمريضية وتدريب أقارب المسنين على كيفية التعامل مع المسنين .

2 - وحدة العناية المنزلية للمسنين : وهذه الوحدة تقوم بالإشراف على سير حالة المسنين الموجودين في منازلهم ومتابعتها ، وتشجيع المقيمين في المستشفى على العودة إلى أسرهم بعد استكمال علاجهم ، والعمل على مساعدة الأهل على كيفية علاج ورعاية المسنين بينهم ، وأخيراً توصيل الخدمات الطبية والتمريضية للمسن وهو بين أفراد أسرته . وتخطط إدارة المستشفى إلى التوسع في وضع برنامج تدريبي لأهالي المرضى ، والتوسع للاستفادة من جهود وأعمال الجمعيات الخيرية ، وكذلك القيام بالدراسات الاجتماعية والطبية لأحوال وواقع واحتياجات المسنين في قطر .

3 - وحدة العناية القصيرة : وهدف هذه الوحدة تقديم الخدمات الطبية والتمريضية للمسنين في منازلهم بسبب طارئ ما .

4 - العيادة الخارجية : وهدف هذه الوحدة متابعة الحالات بعد خروجها من المستشفى ، واستقبال الحالات الجديدة المحوالة للمستشفى ، والقيام بعملية التثقيف الصحي على كيفية العناية بالمسن . ولقد بلغ عدد المستفيدين من هذه الوحدة عام 1997 حوالي (3104) حالة .

ومن الواضح أن الدولة تهدف وتسعى إلى إدماج المسن مع أسرته وإشراك الأسرة في رعاية المسن وتقوم بكل الجهود التي تحقق ذلك ومنها الإجراءات الإدارية والقانونية التي تطبق على الذين يحاولون التنصل من رعاية والديهم وتركهم في المستشفى ، ومن هذه الإجراءات دفع الأسرة غرامة مالية قدرها (100) ريال يومياً بعد انقضاء ثلاثة أشهر على المسن في المستشفى دون حاجته لخدمة ، وإذا استلزم الأمر ربما عرضت الحالة على المحاكم الشرعية بحجة أن هذا الإهمال يعد عقوقاً وتقصيراً تجاه الوالدين .

سادساً - واقع المسنين في دولة الكويت (123):

يتماثل المجتمع الكويتي ديمغرافياً مع مجتمعات الخليج العربية والتي تتميز بهرمية قاعدتها الواسعة من الأطفال والفتيان والناشئة في حين يأتي كبار السن في أعلى قمة الهرم السكاني، ويتميز المجتمع الكويتي - بالإضافة إلى تماثله الديمغرافي مع باقي دول مجلس التعاون - بتماثل آخر يتسم بواقع أسري مبني على تعاليم الدين الإسلامي وأحكامه في الأخلاقيات والسلوكيات الاجتماعية والتي تهتم وتحث دائماً على توقيير ورعاية الوالدين وكبار السن .

ومن أهم التغيرات التي طرأت على بنية المجتمع الكويتي تتمثل في تقلص الأسرة الممتدة وبروز الأسرة النوواة، وخروج المرأة إلى العمل، وارتفاع نسبة التعليم والوعي الاجتماعي والصحي، وارتفاع معدل العمر وتزايد أعداد كبار السن وتغير احتياجاتهم ومتطلباتهم، خاصة في عصر ذي وتيرة متسارعة فإن الدولة ممثلة في قوانينها ومؤسساتها الرسمية والأهلية ومن منطلقات دينية وإنسانية وحضارية أقامت ونفذت مجموعة من المشاريع والبرامج التي ترعى وتهتم بفئة كبار السن في الرعاية الشاملة في شتى المجالات الصحية والطبية والاجتماعية والنفسية والترويحية، في الوقت ذاته لم تتخل عن سياسة الإرشاد والتوجيه الاجتماعي والأسري بضرورة بقاء المسن ضمن محيطه العائلي وممارسة دوره الاجتماعي، وفي هذا الخصوص من الممكن التعرض إلى مجموعة من البرامج والمشاريع المنفذة في هذا الحقل .

ويوضح الجدول رقم (30) هذه الهرمية، بالإضافة إلى الحالة التعليمية لكل فئة، وهذه الأرقام تمثل نتائج بحث القوة العاملة بالعينة بدولة الكويت في مارس 1988 .

(123) دولة الكويت: تقارير رسمية وخاصة تقارير وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل .

الجدول رقم (30)

تقدير السكان الكويتيين (10) سنوات فأكثر حسب فئات العمر والنوع والحالة التعليمية بدولة الكويت

الجملة	الحالة التعليمية							فئات العمر والنوع	
	الجامعة وما فوقها	فوق الثانوية ودون الجامعة	الثانوية وما يعادلها	المتوسطة	الابتدائية	يقراً ويكتب	أسي		
35,931	-	-	-	2,205	27,363	6,237	126	ذ	14 - 10
32,760	-	-	-	2,037	24,822	5,565	336	أ	
68,691	-	-	-	4,242	52,185	11,802	462	ج	
36,078	-	42	2,751	27,783	5,292	126	84	ذ	19 - 15
36,015	-	42	4,074	25,389	5,124	441	945	أ	
72,093	-	84	6,825	53,172	10,416	567	1,029	ج	
31,017	1,365	1,659	12,621	13,167	1,869	105	231	ذ	24 - 20
29,127	2,100	2,919	11,613	8,295	1,974	735	1,491	أ	
60,144	3,465	4,578	24,234	21,462	3,843	840	1,722	ج	
21,063	4,095	2,268	5,523	7,287	1,386	294	210	ذ	29 - 25
20,979	3,906	3,780	3,402	5,502	1,617	651	2,121	أ	
42,042	8,001	6,048	8,925	12,789	3,003	945	2,331	ج	
13,377	2,940	2,079	2,793	4,200	819	378	168	ذ	34 - 30
16,275	2,352	3,024	1,785	3,990	1,260	1,071	2,793	أ	
29,652	5,292	5,103	4,578	8,190	2,079	1,449	2,961	ج	
9,660	2,079	1,596	1,533	2,562	924	504	462	ذ	39 - 35
16,044	1,554	2,268	1,071	2,898	1,722	1,701	4,830	أ	
25,704	3,633	3,864	2,604	5,460	2,646	2,205	5,292	ج	
8,505	2,058	1,134	1,008	1,869	1,008	777	651	ذ	44 - 40
10,857	630	462	336	1,386	1,092	1,407	5,544	أ	
19,362	2,688	1,596	1,344	3,255	2,100	2,184	6,195	ج	
9,807	1,155	567	735	1,995	1,533	1,827	1,995	ذ	49 - 45
10,689	126	21	252	777	672	1,701	7,140	أ	
20,496	1,281	588	987	2,772	2,205	3,528	9,135	ج	
8,190	441	147	420	1,323	1,008	2,331	2,520	ذ	54 - 50
7,497	84	21	126	294	126	1,071	5,775	أ	
15,687	525	168	546	1,617	1,134	3,402	8,295	ج	
6,027	168	-	252	945	525	1,575	2,562	ذ	59 - 55
4,515	0	-	0	105	105	672	3,633	أ	
10,542	168	-	252	1,050	630	2,247	6,195	ج	
4,704	105	21	189	357	294	1,407	2,331	ذ	64 - 60
3,213	0	0	21	0	42	315	2,835	أ	
7,917	105	21	210	357	336	1,722	5,166	ج	
7,119	21	42	42	210	105	2,037	4,662	ذ	+ 65
5,502	0	0	21	0	0	399	5,082	أ	
12,621	21	42	63	210	105	2,436	9,744	ج	
191,478	14,427	9,555	27,867	63,903	42,126	17,598	16,002	ذ	الجملة
193,473	10,752	12,537	22,701	50,673	38,556	15,729	42,525	أ	
384,951	25,179	22,092	50,568	114,576	80,682	33,327	58,527	ج	

تقوم وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بتوفير كافة أنواع الرعاية الاجتماعية لفئة كبار السن ، وهناك أنواع مختلفة لهذه الرعاية تقدمها دار رعاية المسنين وهي إحدى مؤسسات الرعاية الاجتماعية التي تأسست عام 1955 ، ولم تقتصر الدار على إيواء ورعاية فئات المسنين من الجنسين ولكنها أيضاً كانت رائدة في إنشاء أقسام التأهيل المهني للمسنين لشغل أوقات فراغهم وإكسابهم الخبرات المهنية وإشعارهم بكيانهم ووجودهم الاجتماعي ، وهناك أساليب للرعاية تقدمها الدار وتمثل في الآتي :

(1) الرعاية الإيوائية : وتعنى بإيواء المسن بدار رعاية المسنين وتقدم للحالات التي ليس لديها أسر لرعايتها أو الحالات التي تعاني من سوء التوافق مع أسرها أو الحالات التي تحتاج إلى الرعاية الصحية المستمرة ولا تستطيع الأسر توفيرها لها ، وتقدم الدار كافة أشكال الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والتأهيلية ، ويتبع هذا الأسلوب مع الحالات التي يثبت البحث الاجتماعي عجز أسرته عن رعايته وتقع هذه الحالات تحت ثلاث فئات وهي :

- عدم وجود أسرة: والمقصود بذلك أن المسن لم يسبق له الزواج أو مطلق أو أرمل ولم ينجب ، ولا يوجد له أقارب يهتمون به .
- وجود أسرة لا تستطيع رعايته : وهو أن المسن مصاب بأمراض الشيخوخة المزمنة والتي لا تستطيع الأسرة أن تقدم له الرعاية الخاصة في هذا الجانب .
- عدم التوافق الأسري : والمقصود به اختلاف الاتجاهات والانطباعات بين الأجيال بحيث يتمسك كل جيل بسلوكه وخلافاته ، ويصبح التعايش مستحيلاً داخل الأسرة .

الجدول رقم (31)
توزيع المستفيدين من خدمة دار رعاية المسنين
بحسب نوع وسبب الإيداع في دولة الكويت

المجموع	حالات سوء تكييف	أسباب صحية	عدم وجود أسرة	الأسباب
				الجنس
24	2	4	18	الذكور
36	7	5	24	الإناث
60	9	9	42	المجموع

أعداد المستفيدين من هذه الرعاية (60) نزلياً ونزيلة، (36) إنثى و (24) ذكراً ويوضح الجدول رقم (31) أعلاه توزيع المستفيدين من خدمة دار رعاية المسنين بحسب النوع وسبب الإيداع في دولة الكويت.

(2) الرعاية المنزلية: وتقدم للحالات التي تحتاج إلى الرعاية وهي في محيط أسرها، ولقد توسع قطاع الرعاية الاجتماعية بالوزارة في هذا النوع من الرعاية مؤكداً على أهمية المسن بالحصول على كافة الخدمات التي يحتاجها وهو مع أسرته الطبيعية وقد تطورت هذه الخدمة لتقدم عبر مركز الرعاية المنزلية.

(3) الرعاية النهارية: وهي حصول المسن على الخدمات الاجتماعية والنفسية والطبية داخل الدار في الفترة الصباحية ثم عودته لأسرته بعدها.

(4) الرعاية اللاحقة: وهي رعاية يقوم بها المتخصصون في الدار للمسنين الذين تحولوا من الرعاية الدائمة إلى الإقامة مع أسرهم للتأكد من حسن تكييفهم مع أسرهم.

(5) الرعاية المؤقتة: وهي نوع من أنواع الرعاية لإيواء المسن داخل الدار لأسباب طارئة كسفر العائل الوحيد له أو لحاجته إلى رعاية صحية مؤقتة، وتنتهي هذه الرعاية بزوال الأسباب التي دعت إلى إيوائه.

والدار إضافة إلى المستفيدين الدائمين البالغ عددهم (60) حالة، تقوم بتقديم رعاية منزلية إلى (69) حالة. والخدمات المقدمة تشمل الرعاية الاجتماعية والنفسية والمعيشية والصحية والترفيهية والدينية لكبار السن، يقوم على تنفيذ هذه البرامج فرق مدربة من المختصين في رعاية المسنين.

(6) الرعاية الاجتماعية: وتتمثل في دور الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمشرفين الاجتماعيين الذين يقومون بدور الأسرة البديلة للمسن، ويكون الهدف من الرعاية إشباع الحاجة الاجتماعية والنفسية له والتي تشعره بوجوده داخل الدار.

(7) الرعاية النفسية: ويقوم بها اخصائيون في هذا الحقل، والهدف منها تحقيق التوازن والاستقرار النفسي للمسن والتي تؤدي به إلى الشعور بالرضا عن النفس والآخرين.

إضافة إلى ذلك هناك العديد من الأنشطة والبرامج العامة التي يمكن للمسنين الاستفادة من خدماتها، بل أن بعضها موجه لرعايتهم والترويج عنهم ومن هذه البرامج:

1 - الديوانيات المختلفة: كديوانية الصيادين وديوانية القلايف حيث يمكن لكبار السن أن يتبادلوا الذكريات والخبرات المهنية وقضاء أوقات ممتعة بهيجة ومن الممكن الاستفادة من تجمعاتهم كمصادر في عملية البحث الميداني.

2 - المقاهي الشعبية: وهي أندية لكافة الفئات العمرية وبها يمكن لكبار السن أن يقضوا أوقاتاً ممتعة مع ذويهم وأصدقائهم.

3 - يوم البحار: وهو نادٍ يحتوي على العديد من المنشآت ذات الطابع القديم والأنشطة الحرفية التقليدية وبها ديوانية لكبار السن.

4 - الأندية الرياضية: التي يحرص على الانتساب إليها بعض كبار السن ممن لهم ميول رياضية وتاريخ رياضي سابق.

وهذه البرامج وغيرها تساعد كبار السن على قضاء أوقات جميلة إما مع من يجدون من أصدقاء أو معارف في هذه الأندية أو بصحبة ذويهم.

وهناك إضافة إلى دار الرعاية والأندية العديد من الهيئات التي تهتم برعاية المسنين منها:

1 - مركز الرعاية المنزلية المتنقلة للمسنين: تتأسس الفكرة على ضرورة تقديم كافة الخدمات والبرامج والأنشطة لكبار السن في منازلهم وذلك عن طريق جهاز فني متخصص، وبدأت فكرة مشروع المركز منذ عام 1988 ولكنه لم يستكمل نتجة عقبات مالية وإمكانيات إلى أن تم انشاؤه مؤخراً وبدأ نشاطه ابتداءً من 1/6/1998. والمركز يتبع إدارة

الرعاية الاجتماعية بوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل وبدعم من قبل الأمانة العامة للأوقاف والتي تخصص ميزانية سنوية لمشروع المركز تقدر بحوالي (68000) دينار كويتي .

أهمية وحيوية المركز : وتأتي أهميته بتطبيق التدخل والتواصل الراشد لتعزيز مكانة كبار السن في المجتمع الكويتي والحفاظ على تماسكهم الأسري ، الذي يتيح الإفادة لهم ومنهم ، وإشعار المسنين بمدى الرعاية التي يستحقونها تنفيذاً لأحكام وتعاليم الدين الإسلامي الحنيف .

تمويل المركز : تعتمد فكرة المركز على العمل التطوعي ضمن الفترة المسائية مع صرف مكافآت رمزية لأعضاء الوحدات ، ولذلك أتت فكرة مساهمة القطاع الخاص في تبني المشروع والذي لم يتأخر في ذلك ، وتعتبر فكرة العمل التطوعي ومساهمة القطاع الخاص بشكل متكامل ، وهذه خطوة في مساهمة المجتمع وتدخلاته الإنسانية .

ويتكون هذا المركز المتنقل من فرق ميدانية وكل فرقة تضم طبيباً عاماً وأخصائي علاج طبيعي وأخصائية اجتماعية ونفسية وأخصائي تغذية ومشرف توعية دينية وممرضة . ويصل مجموع عدد الكوادر المتخصصة فقط في المركز إلى (21) كادر .

ويستفيد من خدمات هذا المركز جميع حالات كبار السن فوق الـ (60) عاماً والذين يعانون من أمراض الشيخوخة . وقد بلغ العدد الكلي للحالات التي استفادت من خدمات المركز خلال الفترة الممتدة من يونيو إلى نوفمبر 1998 حوالي (1231) حالة موزعة على كافة محافظات دولة الكويت .

2 - الوحدات الاجتماعية بكل منطقة سكنية : وهذه الوحدات تساعد في تقديم العديد من المساعدات الاجتماعية سواء كانت عينية أو إرشادية لفئات كبار السن ، إضافة إلى مساعدات شهرية للعاجزين عن الكسب ومن ليس لهم معاش تقاعدي أو من يعولهم .

3 - بيت الزكاة : وهو يقوم على توفير بعض الاحتياجات المطلوبة والأجهزة التعويضية لفئة كبار السن .

4 - الجمعيات التعاونية : حيث تقوم بتوفير وسائل المواصلات للمسنين من بيوتهم وإلى الجمعية لشراء احتياجاتهم بل وحتى توصيل احتياجاتهم إلى منازلهم دون مقابل .

5 - الصندوق الوقفي لرعاية المعاقين والفئات الخاصة : يعتبر كبار السن من الفئات الخاصة الذين يستهدفهم هذا الصندوق الوقفي في رعايتهم وتخفيف معاناتهم والعمل على تيسير أمورهم في المجتمع والحياة العامة . ومن أهم مشروعات الصندوق الوقفي هو مشروع مركز الرعاية المنزلية المتنقلة للمسنين .

بطبيعة الحال سنت الحكومة الكويتية بشكل مبكر قوانين الضمان الاجتماعي والتأمينات الاجتماعية لمواطنيها والتي تستفيد منها الأسر للقيام برعاية مسنيها .

الفصل الثامن

الآفاق والتحديات المستقبلية في رعاية كبار السن

توضح الفصول السابقة من هذه الدراسة ومن خلال ما قدمته من مفاهيم وتعريف ونظريات تتعلق بموضوع المسنين الاهتمام المتزايد في الأوساط العلمية والعالمية وفي عالمنا العربي . وتؤكد هذه الأدبيات ، سواء ما كان منها في المجال الطبي أو في التغذية أو علوم الحياة بشكل عام إضافة إلى الدراسات والنظريات الاجتماعية والثقافية والنفسية ، وجود جملة من الخصائص والسمات تظهر بشكل عام في المسنين بغض النظر عن العرق أو الجنس ، وإن التعرف عن كثب على هذه المعارف وتحويلها إلى برامج عملية من شأنها أن تعزز وتمكّن من قيام المسنين وذويهم ومجتمعهم بتهيئة الظروف المناسبة لزيادة توافقيهم واستفادتهم من البرامج والخطط وعلى النحو الذي يجعل هذه المرحلة العمرية من أسعد مراحل العمر .

وكما أوضحت تلك الفصول السابقة ، فإن مسألة رعاية أحوال المسنين وإعداد الخطط ووضع البرامج الكفيلة بذلك قد أصبحت في العقود الأخيرة أمراً ملحاً على المستويين العالمي والإقليمي العربي والخليجي ، وذلك نظراً إلى أن هذه الفئة العمرية آخذة في التزايد وبشكل مطرد في كافة أرجاء العالم ، كما هي كذلك في بلدان مجلس التعاون الخليجي ، محور اهتمامنا هنا . وإذا كانت نسبة كبار السن الآن لا تزيد عن (6٪) من مجمل السكان فإن التوقعات السكانية تشير إلى ارتفاع نسبتهم إلى حوالي (9٪) في الربع الأول من القرن القادم وإلى أن هذه النسبة سوف تزايد وباستمرار على مدى السنوات المقبلة ، مما يستوجب المزيد من الاهتمام واتخاذ الخطوات وإعداد العدة لذلك منذ الآن .

وإذا كانت المجتمعات العربية قد تميزت في الماضي برعايتها وعنايتها بالمسنين انطلاقاً من تعاليم الدين الإسلامي الحنيف وتشريعاته التي أولت عناية فائقة وخاصة بكبار السن وتوصية ملزمة للأبناء وأفراد المجتمع عامة بالاستمرار في هذه الرعاية والعناية، وهو ما انعكس وترسخ في قيم وعادات وأعراف المجتمع العربي في التأكيد على احترام هذه الفئة وتبجيلها على مر العصور. إلا أنه ووفق ما جاء تفصيله فإن المجتمعات العربية التقليدية ومنها مجتمعات الخليج العربية قد شهدت العديد من التحولات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تجعل الاستمرار في التمسك بالقيم التقليدية إزاء المسنين قد بات من الأمور الصعبة، وكما أوضحنا لعلّ ازدياد معدلات الهجرة الحضرية الريفية وظهور الأسرة الزوجية واستقلال حياة الأبناء عن أسرهم الممتدة وزيادة النزعة الفردية عند أفراد المجتمع مع صغر الوحدات السكنية وخروج زوجات الأبناء على الأعراف التقليدية في خدمة أب الزوج، على الأقل في الشرائح الوسطى العالية في الوقت الحاضر، كل هذه الأمور وغيرها من عوامل تجعل عناية ورعاية الأسرة في شكلها التقليدي أمراً يحتاج إلى مراجعة ولا يمكن الركون إليه باعتباره أمراً مسلماً به.

ونظراً لأن الهيئات والوكالات الدولية المعنية وخاصة ما ارتبط منها بالأمم المتحدة تولي اهتماماً بقضايا المسنين وما يمكن أن يقدم لهم وخاصة بالتعاون والتنسيق مع الأسرة، فأنا نتوقع ظهور أشكال عديدة من التعاون بين الدول وهذه الجهات، ويمكن أن يشكل بيان فينّا، الذي جئنا على ذكره بالتفصيل في هذه الدراسة، نقطة انطلاق مهمة لقيام جهود أهلية دولية تنطلق متضامنة وداعمة للجهود المحلية والإقليمية.

ولقد سعينا في هذه الدراسة من خلال مراجعة أهم الدراسات العلمية والتقارير الرسمية إلى تفصي ما هو معروف عن أوضاع وأحوال المسنين في دول مجلس التعاون، وتوضح هذه الدراسات بشكل عام وجود حاجة ماسة لتقديم المزيد من البرامج والمؤسسات التي يمكن أن تلعب دوراً إيجابياً في حياة المسنين، خاصة وأن أعداد المسنين آخذة في التزايد، كذلك أوضحت الدراسات أن هناك نقصاً فيما يتعلق بالبرامج التي تلمس الجوانب النفسية والاجتماعية والاقتصادية في حياة المسنين، وأن الخدمات الصحية رغم تطورها لا تزال بحاجة إلى زيادة وتخصص في خدماتها وبرامجها.

كذلك سعت الدراسة إلى تعرف الأوضاع التشريعية ومن ثم التسهيلات والمساعدات والامتيازات المقدمة للمسنين، فقمنا بدراسة أولية مختصرة لأهم التشريعات المعمول بها في كل دولة من دول مجلس التعاون الخليجي وانهينا إلى التأكيد على ضرورة تطوير هذه التشريعات مع زيادة مجالات الدعم وخدمة هذه الفئة العمرية المهمة والتي قدمت الخدمات والأعمال الجليلة للوطن.

هذا ولقد سعينا إلى تقديم عرض تفصيلي - بقدر ما توفر لدينا من بيانات ومعلومات - عن الجهود التي تبذلها كل دولة من دول مجلس التعاون . أولاً إشادة وتقدير لهذه الجهود الخيرة مع المطالبة بالمزيد والتقدم المطرد فيها . وكذلك السعي إلى زيادة رقعة انتشار هذه الجهود بين الأقطار الخليجية بما يعود بأفضل النتائج على المسنين ومن ثم تحسين أوضاعهم وظروفهم .

وبالنظر إلى أن هذه الدراسة من الدراسات الأولية في مجال رعاية المسنين على المستوى الخليجي ، فإنه يمكن أن نستخلص في هذه الخاتمة وفي ضوء هذه الدراسة وفصولها المتعددة في معالجتها لموضوع كبار السن ، أهم المؤشرات

العامّة ومن ثمّ نوصي بالتوصيات والمقترحات، التي نأمل أن تسهم في تحقيق تحسّن نوعي وكمي للمسنين في دول مجلس التعاون الخليجي .

أولاً - المؤشرات العامة :

(1) بفضل الالتزام بأحكام الدين الإسلامي الحنيف واتباع تعاليمه السمحاء والتمسك بالقيم والتقاليد العربية الأصيلة المتوارثة، فإن المشكلات التي يتعرض لها كبار السن في المجتمع العربي الخليجي المسلم لا تزال محدودة وفي بدايتها، ولم تبلغ من حيث الاتساع والانتشار والحدة مستوى مثيلاتها في المجتمعات الصناعية المتقدمة، حيث لا زالت الأسرة العربية تحيط كبار السن من أفرادها بالتقدير والاحترام والإجلال، وتحتضنهم بالرعاية والاهتمام وتحرص على توفير أسباب الحياة الكريمة الآمنة والمطمئنة لهم في جو عائلي يتميز بالترابط والتلاحم والتكافل وصلة الرحم .

(2) إلا أنه ونتيجة للتقدم المطرد في الرعاية الصحية وتحسّن وارتفاع مستوى المعيشة وزيادة توقعات الحياة للفرد، فمن المنتظر أن تتزايد نسبة كبار السن في هذا المجتمع، وعلى النحو الذي قد يؤدي إلى بروز العديد من المشكلات المصاحبة، الأمر الذي يستدعي المبادرة المبكرة في تنفيذ برامج التوعية والتثقيف عن الآثار السلبية المحتملة لمثل تلك المشكلات والسعي الحثيث من أجل وضع الخطط والمشروعات الوقائية والبرامج الرعاية الهادفة إلى تلبية متطلبات المسنين وتوفير احتياجاتهم المختلفة .

(3) إن الزيادة المتوقعة في نسبة كبار السن في المجتمع ، قد يصاحبها تغيير جذري آخر يتمثل في تحوّل بنية الأسرة العربية الممتدة والتي كانت تضم أجيالاً متعاقبة إلى أسرة نووية صغيرة تقتصر على الزوج والزوجة وأبنائهما في الغالب ، الأمر الذي لا بد وأن ينعكس - وفي ظل الظروف الاجتماعية والمعيشية الراهنة والعوامل الأخرى المحيطة - في تغيير أدوار أفراد الأسرة وفي نسق العلاقات القائمة بينهم ، حيث سيكون المسنون الأكثر تأثراً من الناحية السلبية من مثل تلك التحولات الاجتماعية .

(4) وبالنظر لنقص البيانات وعدم توفر الإحصاءات حالياً عن واقع كبار السن فإن الحاجة تبدو ملحة لإجراء المزيد من الدراسات والمسوح الميدانية المتعلقة بواقع واحتياجات هذه الفئة ، والسعي من أجل تأسيس قاعدة من البيانات والإحصاءات المطلوبة في عملية التخطيط لرعاية المسنين وتنفيذ وتطوير المشروعات والبرامج المرسومة في هذا المجال .

(5) لذا يبدو من الأهمية بمكان مباشرة كل دولة من دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية باتخاذ الخطوات العملية والإجرائية اللازمة في هذا المجال ، وخاصة ما يتعلق بإنشاء جهاز أو لجنة على المستوى الوطني تعنى بشؤون كبار السن ، أو تدعيم الأجهزة واللجان القائمة حالياً ، وتفعيل دورها ومسؤولياتها في إجراء الدراسات الميدانية حول أوضاع المسنين في المجتمع وحصر احتياجاتهم الفعلية وتوفير البيانات والإحصاءات اللازمة لوضع البرامج والمشروعات الملبية لتلك الاحتياجات ، إضافة إلى القيام بعملية التنسيق الدائمة مع

الجهات الرسمية والأهلية المعنية الأخرى، من خلال آليات عمل فاعلة ومشاركة، وعلى النحو الذي يؤدي إلى توسيع محيط الخدمات المقدمة لكبار السن وتنويع مجالاتها، والارتقاء بمستوياتها وبما يكفل ترشيد النفقات ويحول دون الازدواجية والتشتت والتكرار.

(6) وبالنظر لوحدة القيم والتقاليد السائدة في المجتمع العربي الخليجي، وتشابه الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، فإن تكثيف الاتصالات وتبادل الزيارات والمعلومات والتعرف على التجارب المتميزة في مجال رعاية كبار السن، والاطلاع على القوانين والأنظمة واللوائح، ستشكل عاملاً أساسياً في تطوير جهود دول مجلس التعاون الخليجي على الصعيدين المحلي والإقليمي، وبما يعزز فرص التكامل بين الجهات العاملة مع كبار السن.

(7) وفي هذا السياق، يتوجب الإشادة بالتجارب القطرية الرائدة لأقطار مجلس التعاون الخليجي في مجال رعاية المسنين، والتي تعكس مستوى الاهتمام الذي توليه الجهات الحكومية والأهلية لرعاية هذه الفئة الغالية، والتي أبرزت مؤشرات هامة على التنوع في المشروعات والبرامج والإجراءات التي يمكن التخطيط لها وتنفيذها وفقاً لظروف وتقاليد واحتياجات المجتمع.

(8) رغم التقدم الذي حققته الجامعات والكليات الطبية والصحية في أقطار مجلس التعاون الخليجي في مجال رعاية كبار السن وما أنجزته من خدمات، فهي لا تزال لا تولي موضوع الشيخوخة وعلومه

الاهتمام الكافي ، سواء في مجال إجراء المزيد من البحوث العلمية المتخصصة، أو في مجال إدراجه ضمن المقررات الدراسية والتخصصات الأكاديمية .

(9) مع التأكيد على أهمية الاهتمام المتنامي بتلبية احتياجات كبار السن ورصد ما يواجهونه من صعوبات ومشكلات، إلا أن هذا الاهتمام ينبغي ألا يغفل السعي لإبراز الأدوار الإيجابية التي يمكن للمسنين القيام بها في خدمة وتنمية المجتمع، وذلك من خلال التعريف بالسمات الإيجابية لشخصية المسن والمتمثلة في الخبرة والنضج والحكمة، وما يتطلبه كل ذلك من توفير فرص التواصل والاحتكاك بالأجيال الجديدة، وعلى النحو الذي يدعم التوجهات الإيجابية المجتمعية السائدة، ويرسخ أحكام الشريعة الإسلامية السمحاء والتقاليد الاجتماعية المتوارثة .

(10) وعليه، فإن التوصيات الواردة في القسم التالي من هذا الفصل، إنما تعكس جانباً من التوجهات والمقترحات المطلوب تبنيها على المستوى المحلي في كل دولة من دول مجلس التعاون، وعلى المستوى الإقليمي الخليجي المشترك، والكفيلة بتطوير التجارب الميدانية القائمة وترشيد آليات العمل وتفعيل برامج وخدمات الرعاية المقدمة لكبار السن، انطلاقاً من أن رعايتهم هي مسؤولية مجتمعية تتطلب تضافر وتعاون كل مؤسسات المجتمع الحكومية والأهلية بمختلف مستوياتها، فضلاً عن كون رعاية المسنين واجباً دينياً وأخلاقياً وحضارياً .

ثانياً - التوصيات :

(1) الانطلاق في رعاية كبار السن من خصوصية وأصالة المجتمع العربي المسلم الذي تطلله تعاليم وأحكام الدين الإسلامي العظيم المستمدة من الآيات القرآنية الكريمة والأحاديث النبوية الشريفة، والتي تبرزها القيم والتقاليد والتجارب والأمثال المتوارثة التي تدعو جميعها إلى إحاطة كبار السن بكل مشاعر التقدير والاحترام والتوقير، وتُلقي على مسؤولية الجميع واجب الرعاية وتوفير أسباب الحياة الأسرية الكريمة لهم في إطار دفاء العائلة والتواصل الحميم الذي يربط أفرادها.

(2) السعي من أجل توظيف مختلف أجهزة الاعلام، وعلى مختلف المستويات، واستثمار البرامج والمواد الإعلامية والثقافية في التأكيد على المعاني والمضامين والدلالات الإنسانية والأخلاقية والدينية والاجتماعية لرعاية الشيخوخة والاهتمام بكبار السن في المجتمع، وبما يكفل لهم احترامهم وطمانينتهم، مع إذكاء روح المحبة والتقدير والإجلال والبرّ في نفوس الأبناء تجاه آبائهم وتجاه كبار السن في المجتمع.

(3) السعي إلى تمثّل تعاليم وقيم الدين الإسلامي الحنيف في السلوك الفردي والممارسات اليومية، وتجسيد أحكام الشريعة السمحاء إلى واقع معاش ضمن تطبيقات عملية ملموسة تلبي احتياجات كبار السن وتكفل حقوقهم، وتستجيب لمتطلبات الحياة المدنية الحديثة وفقاً لظروف المجتمع العربي الخليجي.

(4) العمل على تعديل وتقويم الاتجاهات المجتمعية السلبية السائدة تجاه مفهوم الشيخوخة ليس باعتبارها حالة من حالات العجز، وإنما هي مرحلة هامة في عمر الإنسان، تتميز بالنضج والخبرة والحكمة والرأي السديد، والتي تشكل موروثاً حضارياً تتواصل من خلاله الأجيال وترتقي المجتمعات به وبمفاهيمه وقيمه الإنسانية.

(5) صياغة واعتماد سياسة عربية خليجية مشتركة لرعاية كبار السن تتضمن مبادئ وتوجهات وأحكاماً وقيماً ترتكز على تعاليم الشريعة الإسلامية وتتماشى مع التجارب الإنسانية وتطبيقات العلوم ذات العلاقة بالشيخوخة، وذلك للاسترشاد بها من قبل دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية في وضع سياساتها وخططها وبرامجها المقدمة لرعاية المسنين.

(6) إصدار دليل تعريفي عن مؤسسات رعاية المسنين في أقطار مجلس التعاون الخليجي، يتم إعداده في ضوء المعلومات والبيانات التي توفرها الجهات المختصة والعاملة في الميدان.

(7) إعداد كتيب تثقيفي يرشد لأساليب وطرق التعامل مع المسنين في نطاق الأسرة وفي مؤسسات المجتمع المختلفة، وبما يرسخ تعاليم وأحكام الدين الإسلامي الحنيف ويعزز القيم والمورثات الإيجابية في رعاية كبار السن.

(8) العمل على تنويع الخدمات المقدمة لرعاية كبار السن على النحو الذي يلبي مختلف احتياجاتهم، ويعزز إسهامهم ومشاركتهم في خدمة المجتمع والتفاعل مع قضاياها، والحد من السياسات والخطط وبرامج الرعاية التي تؤدي إلى عزل المسنين عن أسرهم وفصلهم عن محيطهم الاجتماعي وانسحابهم إلى هامش الحياة العامة.

(9) إنشاء هيئة أو لجنة وطنية تعنى بشؤون كبار السن على مستوى كل دولة من دول مجلس التعاون الخليجي، أو دعم القائم منها لتكون الجهة المركزية المسؤولة عن إجراء الدراسات الميدانية وتوفير المعلومات والإحصاءات عن أوضاع المسنين وحصر احتياجاتهم الفعلية واقتراح الحلول العملية ووضع البرامج والمشروعات اللازمة، والقيام بعملية التنسيق المستمرة والفعالة بين الجهات الرسمية والأهلية العاملة في الميدان.

(10) تشجيع كبار السن على الانخراط في الجمعيات الأهلية والخيرية، وفق ميولهم وقدراتهم، للاستفادة من خبراتهم وطاقاتهم، وتوفير قنوات الاتصال والالتقاء والتفاعل بينهم وبين الأجيال الشابة اللاحقة وبما يعزز من فرص مشاركتهم في خدمة المجتمع، مع التأكيد على أهمية إنشاء جمعيات ومؤسسات تطوعية خاصة بهم تهدف لإبراز دورهم والاهتمام بشؤونهم ورعاية مصالحهم وتلبية احتياجاتهم المشتركة.

(11) دعوة القطاع الخاص لتحمل مسؤولياته في دعم الخدمات والبرامج المقدمة لرعاية المسنين وتوفير مختلف التسهيلات الخاصة لهم، وعلى النحو الذي يعكس امتنان ووفاء المجتمع لكبار السن وتقديره لعطائهم وإسهامهم وما قدموه من خدمات وجهود سابقة في سبيل رقي وتقدم المجتمع.

(12) التوسع في برامج ودورات التثقيف والإعداد المسبق لمرحلة التقاعد، وبحيث يتاح لكبار السن فرصة التخطيط والتحضير المناسب للانتقال إلى هذه المرحلة بأقل ما يمكن من مضاعفات سلبية، وعلى أن يستفاد في تنفيذ هذه البرامج والدورات من التجارب المحلية والعربية والدولية ومن الخبرات الناجحة للمتقاعدين السابقين.

(13) الاهتمام بتأسيس وحدات طب وصحة المسنين الجسدية والنفسية والاجتماعية في كليات الطب وأقسام علوم النفس والاجتماع والخدمة الاجتماعية في جامعات دول مجلس التعاون الخليجي، وذلك بهدف الإسهام في رفع مستوى أداء مختلف الخدمات المقدمة لكبار السن.

(14) تنظيم دورات تدريبية متقدمة للعاملين مع كبار السن لزيادة خبراتهم ورفع كفاءة أدائهم في خدمة هذه الفئة العمرية وذلك من خلال اطلاعهم على الجديد في علم الشيخوخة وصحة المسنين وتطوير معارفهم وتأهيلهم لاستخدام الأجهزة والمعينات الطبية المستحدثة في هذا المجال.

(15) إجراء المزيد من المسوح الاستطلاعية والدراسات الميدانية والسعي لتوفير الإحصاءات والبيانات الحديثة حول مختلف جوانب واقع كبار السن في المجتمع العربي الخليجي، وذلك بهدف الاستفادة منها في عملية تخطيط وتنفيذ المشروعات والبرامج المتعلقة بمجالات رعاية المسنين وتلبية احتياجاتهم الأساسية.

(16) التنسيق بين مختلف الجهات المعنية، الرسمية منها والأهلية، في كل دولة من دول مجلس التعاون الخليجي، لوضع الخطط الكفيلة بتنفيذ ما يتناسب مع ظروف وخصوصية المجتمع العربي الخليجي من المبادئ والمواثيق والإعلانات وخطط العمل المعتمدة على الصعيدين العربي والدولي ذات العلاقة بقضايا كبار السن وشؤونهم ومتطلبات رعايتهم.

(17) تبادل التجارب والخبرات الخليجية والعربية والدولية في مجال رعاية كبار السن، والاطلاع على الأنظمة والمواثيق واللوائح الداخلية التي تنظم وتحكم عمل المؤسسات العاملة في هذا المجال، الرسمية منها والأهلية، والاستفادة منها في دعم وترسيخ العمل مع المسنين.

قائمة المراجع

أولاً - المراجع العربية:

- 1 - أبا الخيل، الدكتور راشد محمد: الشيخوخة ومراكز العناية بالمسنين في العالم، نموذج مركز اجتماعي صحي للمسنين في المملكة العربية السعودية. مطابع الشريف، 1991.
- 2 - ابن حنبل، أحمد: المسند، بيروت، المكتب الإسلامي، 1993، جزء (3).
- 3 - اشكناني، زبيدة: (إعداد وترجمة): من نافذة الأمريكاني: تقارير العاملين في مستشفى الإرسالية الأمريكية عن الكويت قبل النفط، الكويت، دار قرطاس للنشر، 1995.
- 4 - آغا، كمال: الخصائص والملامح العامة للمسنات: دراسة ميدانية للحالات تحت الرعاية بمستشفى الرميلة بالدوحة - القاهرة، الجمعية المصرية لصحة المسنين، 1988.
- 5 - الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي:
- أهداف عالمية في مجال الشيخوخة لسنة 2001: استراتيجية عملية، 1993.
- تقرير الجمعية العالمية للشيخوخة، خطة عمل فينا الدولية للشيخوخة، 1993.
- 6 - باقادر، أبو بكر أحمد: «اتجاهات الزواج في مدينة جدة في ضوء عقود الزواج فيما بين 1979 - 1990» مجلة كلية الآداب، جامعة الملك عبدالعزيز، جدة، المجلد (6)، 1993.

- 7 - البخاري، الإمام:
 - الأدب المفرد، بيروت، عالم الكتب، 1984.
 - صحيح البخاري، الجزء (3).
- 8 - برهوم، محمد: أوضاع المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا)، الأمم المتحدة، 1993.
- 9 - البزري، دلال: أخوات الظل واليقين، بيروت، دار النهار، 1995.
- 10 - البسام، خالد: (إعداد وترجمة): صدمة الاحتكاك، حكايات الإرساليات الأمريكية في الخليج والجزيرة العربية، 1892 - 1925، لندن، دار الساقى، 1998.
- 11 - البهي، فؤاد: الأسس النفسية للنمو، القاهرة، دار الفكر العربي، 1975.
- 12 - البيهقي: السنن الكبرى، بيروت، دار الكتب العلمية، 1993، جزء (7).
- 13 - التميمي، أحمد بن علي: مسند أبي يعلي الموصلي، بيروت، دار المأمون للتراث، د.ت، جزء (5).
- 14 - جريل، ن. اس: (ترجمة أبو بكر أحمد باقادر): التحضر في الجزيرة العربية، جدة، مكتبة الجسر، 1990.
- 15 - جمال، ليلي عبدالله شرف: توافق المتقاعدين مع الحياة الأسرية والاجتماعية في مدينة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك عبدالعزيز، 1997.
- 16 - الحاكم: المستدرک علی الصحیحین، بیروت، دار الكتاب العربي، د.ت، جزء (2).
- 17 - الحداد، الدكتور يحيى: رعاية المسنين في الكويت، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا)، الأمم المتحدة، 1993.

- 18 - دولة الإمارات العربية المتحدة: تقارير رسمية وخاصة تقارير وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.
- 19 - دولة البحرين، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية:
- تقارير رسمية وخاصة تقارير وزارة العمل والشؤون الاجتماعية.
- واقع المسنين في البحرين: دراسة ميدانية، قسم التخطيط والبحوث، المنامة، 1985.
- 20 - دولة قطر: تقارير رسمية وخاصة تقارير إدارة الشؤون الاجتماعية بوزارة شؤون الخدمة المدنية والإسكان.
- 21 - دولة الكويت: تقارير رسمية وخاصة تقارير وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.
- 22 - سلطنة عمان: تقارير رسمية وخاصة تقارير وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتدريب المهني.
- 23 - السدحان، عبدالله بن ناصر: رعاية المسنين في الإسلام، الرياض، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، 1997.
- 24 - شرابي، الدكتور هشام: البنية البطريكية: بحث في المجتمع العربي المعاصر، بيروت، دار الطليعة، 1987.
- 25 - شويكة، منى محمد إبراهيم: دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين: دراسة مطبقة على المسنين بمدينة جدة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية للبنات، جامعة الرياض، 1994.
- 26 - عبدالرحيم، طلعت حسن: الأسس النفسية للنمو، الكويت، دار القلم، 1983.

- 27 - العبيدي، إبراهيم: «دور النظريات الاجتماعية في أبحاث الشيخوخة»
مجلة العصور، مجلد(4)، العدد(2)، 1989.
- 28 - العسقلاني، ابن حجر:
- فتح الباري في شرح صحيح البخاري، الرياض، مكتبة الرياض
الحديثة، د.ت، جزء (1).
- مختصر زوائد البزار، بيروت، مؤسسة الكتب الثقافية، 1992،
جزء (2).
- 29 - العمودي، نور محمد أبو بكر باقادر: الهجرة الريفية الحضرية: دراسة
في تكيف المهاجرين إلى مدينة جدة، بيروت، دار المنتخب العربي،
1994.
- 30 - فهمي، نهى السيد حامد: التوافق الاجتماعي للمسنين:
دراسة اجتماعية لفئة من المتقاعدین في مدينة القاهرة،
كلية الآداب، جامعة القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة،
1966.
- 31 - فناوي، هدى: سيكولوجية المسنين، القاهرة، مركز التنمية البشرية
والمعلومات، 1987.
- 32 - المالكي، ابن العربي: عارضة الأحوذی لشرح صحيح الترمذي،
بيروت، دار الكتاب العربي، د.ت، جزء (9).
- 33 - المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية: أبحاث حلقة «نحو رعاية
متكاملة للمسنين»، القاهرة، 1991.

- 34 - مسلم، الإمام: صحيح مسلم، مكة، دار الباز، د.ت، جزء (8).
- 35 - المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية:
- أبحاث الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية، البحرين، 1982.
- رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة: قضايا واتجاهات، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، العدد (18)، يناير 1992.
- 36 - المملكة العربية السعودية، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، وكالة الوزارة للشؤون الاجتماعية:
- التقرير الإحصائي السنوي الشامل 1416هـ - 1417هـ.
- الشؤون الاجتماعية: حقائق وأرقام 1409هـ - 1414هـ.
- صور عن برامج الشؤون الاجتماعية في المملكة العربية السعودية.
- مجموعة نظم ولوائح وكالة الوزارة لشؤون الرعاية الاجتماعية - الطبعة الثالثة، 1410هـ - 1990م.
- 37 - النادي: التيسير بشرح الجامع الصغير، الرياض، مكتبة الإمام الشافعي، د.ت، جزء (2).
- 38 - المنذري، الحافظ:
- الترغيب والترهيب، بيروت، المكتبة العصرية، د.ت، جزء (3).
- مختصر سنن ابن داود، بيروت، دار المعرفة، د.ت، جزء (5).
- 39 - منظمة المؤتمر الإسلامي والإتحاد النسائي العام وديوان سمو رئيس الدولة: كتاب حلقة «رعاية المسنين في الإسلام»، أبوظبي، 1986.
- 40 - الهيثمي: مجمع الزوائد، بيروت، مؤسسة المعارف، جزء (7)، 1985.

ثانياً - المراجع الأجنبية :

- 1 - Abdul Elah Saad Ibn Saeed: Some Aspects of Family Change and Property in Riyadh City, Unpublished PhD. Thesis, University of Hall, U.K, 1989.
- 2 - Abubaker Bagader: New Roles for Saudi Women Can Society Adjust?, paper delivered at Brown University, 1997.
- 3 - A. Hochschild: Disengagement Theory: A Critique and Proposal. American Sociological Review, 401, 1975.
- 4 - Beth B. Hess and E.W. Markson: Aging and Old Age, Macmillan, New York, 1980.
- 5 - Caleb E. Finch and Leonard Hayflick (eds): Handbook of The Biology of Aging, Van-Notrand Reinhold, New York, 1972.
- 6 - D. Bell: "The Limitation of Crisis Theory as an Explanatory Mechanism in Social Gerontology", Int. J, Aging and Human Development, Vol. (6)2.
- 7 - E. Cumming and W. Henry: Growing Old: The Aging Process of Disengagement, N.J: McGraw Hill, New York, 1961.
- 8 - E. Friedman and R. Hanrighurst: The Meaning of Work and Retirement, Chicago, Chicago University Press, 1954.
- 9 - Flegros Clark: Age and Working Lives of Men, London, Nuffield Foundation, 1959.
- 10 - G. F. Streib and J. Schneider: Retirement in the American Society, New York Cornell University Press, 1972.
- 11 - Jack Botwinick: Aging and Behavior, Springer, New York, 1978
- 12 - J. Brozek: "Personality Changes with Age", Journal of Gerontology, No:(7), 1952.

- 13 - James E. Birren and K. Warner Schaie (eds): Handbook of The Psychology of "Aging, Van-Nostrand Reinhold, New York, 1977.
- 14 - James J. Dowd: "Aging as Exchange: A Preface to Theory", in Jill S. Quadagno (ed): Aging The Individual and Society, New York: St. Martin's Press, 1980.
- 15 - L. D. Goodstein: Personal Adjustment Factors and Retirement, Geriatrics, No: (17), 1962.
- 16 - L.K. George and G.L. Maddox: "Subjective Adaptation to Loss of Work Role: A Longitudina Study", Journal of Gernotology, No: (32), 1977.
- 17 - Mika Kitty: "Adjustmend to Seperation Among Former Cohabitors", Journal of Divorce, Vol. 4 (2), 1998.
- 18 - M. Riley and A. Foner: Aging and Society: An Inventory of Research Findings, New York, Ruse Sage Foundation, 1968.
- 19 - R. C. Atchly: The Sociology of Retirement, New York, Schenkman Publish in Co. 1976.
- 20 - Robert N. Buttler and Myrna Lewis: Aging and Mental Health, Mosby Co., St-Louris, 1977.
- 21 - Ruth Cavan, Robert J. Havighurst and Ernest Burgess: Personal Adjustment in old Age, Chicago: Sceince Research Ass. Inc., 1978.
- 22 - Savage et. al: Personality and Adjustment in the Aged, San Francisco, The Academic Press, 1977.
- 23 - Stanley Park: Work and Retirement George, Allen and Unwin, London, 1982.
- 24 - T. Parsons: The Social System, New York, Free Press, 1974.

صدر من سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية

- العدد (1) : أوضاع مؤسسات الرعاية الاجتماعية وبورها في خدمة المجتمع العربي الخليجي، ديسمبر 1983. «نافد»
- العدد (2) : تشريعات العمل في الدول العربية الخليجية «دراسة مقارنة»، يناير 1984. «نافد»
- العدد (3) : رعاية الأحداث الجانحين بالدول العربية الخليجية، يوليو 1984. «نافد»
- العدد (4) : نحو استخدام أمثل للقوى العاملة الوطنية بالدول العربية الخليجية، يناير 1985. «نافد»
- العدد (5) : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي «الأبحاث الفائزة في المسابقة الأولى للبحث الاجتماعي»، يوليو 1985. «نافد»
- العدد (6) : حول واقع إحصاءات القوى العاملة الوطنية - المفاهيم - الأجهزة - التطوير، يناير 1986. «نافد»
- العدد (7) : الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة «دراسات مختارة»، يونيو 1986. «نافد»
- العدد (8) : واقع معدلات إنتاجية العمل ووسائل تطويرها، يناير 1987. «نافد»

- العدد (9) : قضايا من واقع المجتمع العربي في الخليج «تأخر سن الزواج والمهور - الفراغ - المخدرات» «الأبحاث الفائزة في المسابقة الثانية للبحث الاجتماعي»، مارس 1987. «نافد»
- العدد (10) : ظاهرة المربيات الأجنبيات «الأسباب والآثار» أغسطس 1987 «نافد»
- العدد (11) : العمل الاجتماعي التطوعي في الدول العربية الخليجية - مقوماته - دوره - أبعاده، يناير 1988 .
- العدد (12) : الحركة التعاونية في الخليج العربي «الواقع والأفاق»، يونيو 1988. «نافد»
- العدد (13) : إحصاءات العمل وأهمية النهوض بها في أقطار الخليج العربية، مايو 1989.
- العدد (14) : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي «الأبحاث الفائزة في المسابقة الثالثة للبحث الاجتماعي» الجزء الثالث، أكتوبر 1989.
- العدد (15) : مظلة التأمينات الاجتماعية في أقطار الخليج العربية، يناير 1990.
- العدد (16) : القيم والتحولات الاجتماعية المعاصرة «دراسة في الإرشاد الاجتماعي في أقطار الخليج العربية»، أغسطس 1990.
- العدد (17) : الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربية، أبريل 1991.
- العدد (18) : رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة «قضايا واتجاهات»، يناير 1992.

العدد (19) : السلامة والصحة المهنية ودورها في حماية الموارد البشرية،
أبريل 1992.

العدد (20) : أزمة الخليج.. البعد الآخر - الآثار والتداعيات الاجتماعية،
أغسطس 1992.

العدد (21) : التصنيف والتوصيف المهني ودوره في تخطيط وتنمية الموارد
البشرية، فبراير 1993.

العدد (22) : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي «الأبحاث
الفائزة في المسابقة الرابعة للبحث الاجتماعي» الجزء الرابع،
يوليو 1993.

العدد (23) : واقع وأهمية تفتيش العمل بين التشريع والممارسة،
أكتوبر 1993.

العدد (24) : رعاية الطفولة.. تعزيز مسؤوليات الأسرة وتنظيم دور
المؤسسات، يناير 1994.

العدد (25) : التنشئة الاجتماعية بين تأثير وسائل الإعلام الحديثة
ودور الأسرة، مارس 1994.

العدد (26) : واقع ومتطلبات التثقيف والتدريب والتعليم والإعلام التعاوني،
يونيو 1994.

العدد (27) : التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات الأسرة بين
الأسس العلمية والتطبيقات العملية، سبتمبر 1994.

العدد (28) : دعم نور الأسرة في مجتمع متغير - عدد خاص بمناسبة

- العدد (28) : دعم نور الأسرة في مجتمع متغير - عدد خاص بمناسبة
اختتام فعاليات السنة الدولية للأسرة، ديسمبر 1994.
- العدد (29) : تطوير إنتاجية العمل وزيادة معدلاتها - المفاهيم والقياس
والمؤشرات، يونيو 1995.
- العدد (30) : اختبار قياس المهارات المعيارية للمهن ودورها في تنظيم
وتنمية القوى العاملة الوطنية، ديسمبر 1995.
- العدد (31) : الرعاية الأسرية للطفل المعاق، يونيو 1996.
- العدد (32) : نحو لغة مهنية موحدة في إطار العمل الخليجي المشترك،
ديسمبر 1996.
- العدد (33) : وسائل تطوير السلامة والصحة المهنية في ضوء المتغيرات
والمستجدات الحديثة، مارس 1997.
- العدد (34) : رعاية الطفولة من أجل القرن الحادي والعشرين، سبتمبر 1997.
- العدد (35) : نظم معلومات سوق العمل في إطار التشغيل وتنمية الموارد
البشرية، يونيو 1998.
- العدد (36) : الأسرة والمدينة والتحويلات الاجتماعية بين التنمية والتحديث،
نوفمبر 1998.
-

رقم الإيداع في المكتبة العامة
1999/د.ع 2563

المكتب التنفيذي

سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية
سلسلة علمية متخصصة تعنى بنشر البحوث والدراسات الاجتماعية والعمالية
بدول مجلس التعاون الخليجي

ثمن الاشتراك في العدد:

في الدول العربية : للأفراد (3,5) دينار بحريني للمؤسسات (7) دنانير بحرينية	(10 دولارات أمريكية) (20 دولاراً أمريكياً)
في الدول الأجنبية : للأفراد (5,5) دينار بحريني للمؤسسات (11) ديناراً بحرينياً	(15 دولاراً أمريكياً) (30 دولاراً أمريكياً)

قسمة اشتراك

الإسم : _____

العنوان : _____

الاشتراك المطلوب : اعتباراً من العدد () ولغاية العدد () بواقع () نسخة

مرفق شيك مصرفي بمبلغ : _____

يكتب الشيك باسم (المكتب التنفيذي) ويرسل مع قسيمة الاشتراك إلى

المكتب التنفيذي - إدارة الشؤون الإدارية والمالية

ص.ب : 26303 - المنامة - البحرين





نحو مجتمع لكل الأعمار السنة الدولية لكبار السن 1999

هذا العدد

يأتي في مقدمة الفعاليات التي يقوم المكتب التنفيذي بتنفيذها بمناسبة السنة الدولية لكبار السن شر هذه الدراسة ضمن هذا العدد تحت عنوان «كبار السن... عطاء بلا حدود» والتي تتناول لوضوح على خلفية أن مفهوم رعاية المسنين هي رعاية لقيم الخير والتواصل وصلة الرحم المشاركة. ومن هذا المفهوم تعالج فصول الدراسة مختلف قضايا المسنين من خلال النظريات لاجتماعية والنفسية المفسرة للشيخوخة، ورصد أثر التحولات الاجتماعية والثقافية في رعايتهم، ذلك في ضوء موانيق الأمم المتحدة والموروث الإنساني الأشمل مع التركيز، وبصفة خاصة، على هامين وجوهر رعاية المسنين في الإسلام.



نحو مجتمع لكل الأعمار السنة الدولية لكبار السن 1999

هذا العدد

يأتي في مقدمة الفعاليات التي يقوم المكتب التنفيذي بتنفيذها بمناسبة السنة الدولية لكبار السن نشر هذه الدراسة ضمن هذا العدد تحت عنوان «كبار السن... عطاء بلا حدود» والتي تتناول الموضوع على خلفية أن مفهوم رعاية المسنين هي رعاية لقيم الخير والتواصل وصلة الرحم والمشاركة. ومن هذا المفهوم تعالج فصول الدراسة مختلف قضايا المسنين من خلال النظريات الاجتماعية والنفسية المفسرة للشيخوخة، ورصد أثر التحولات الاجتماعية والثقافية في رعايتهم، وذلك في ضوء مواثيق الأمم المتحدة والموروث الإنساني الأشمل مع التركيز، وبصفة خاصة، على مضامين وجوهر رعاية المسنين في الإسلام.