سلسلة
الدراسات الاجتماعية والعمالية
(38)

بسم الله الرحمن الرحيم

مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

المكتب التنفيذي

التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات كبار السن

...

مبادىء وموجهات

1999

بمناسبة السنة الدولية لكبار السن

إصدار

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

سلسلة

الدراسات الاجتماعية والعمالية

(38)

بسم الله الرحمن الرحيم

المكتب التنفيذي

التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات كبار السن

...

مبادىء وموجهات

بمناسبة السنة الدولية لكبار السن

إصدار

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية

بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

حقوق الطبع محـفوظة
يَـجوز الاقتـباس من مادة الكـتاب بشَـرط الإشارة إلى المصـدر

الطبعـة الأولـى
1999

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

المكتب التنفيذي
ص . ب : 26303 ـ المنامة ـ البحرين – هاتف : 530202 ـ فاكس : 530753
البريد الإلكتروني: glcl @ batelco.com.bh
العنوان على شبكة الإنترنت www.gcc-Labour-Social.com

سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية

سلسلة علمية متخصصة
تعنى بنشر البحوث والدراسات الاجتماعية والعمالية
بدول مجلس التعاون الخليجي

الإشراف العام : كامل صالح الصّالح

التحرير والإعداد: خلف أحمد العُصفور
جميل حميدان
فهيمة الزبيرة

العدد «الثامن والثلاثون» جمادى الآخرة 1420هـ الموافق أيلول/ سبتمبر 1999م

المحتويات

	الصفحة من – إلى
تقديم المدير العام :	9 – 7
مقدمة :	17 – 13
الفصل الأول: التحولات الديموغرافية والشيخوخة	38 – 18
الفصل الثاني: الرعاية الاجتماعية للمسنين.....	70 – 39
الفصل الثالث: البرامج والخدمات العامة لرعاية المسنين.....	95 – 71
الفصل الرابع : مسؤولية رعاية كبار السن.....	119 – 96
الفصل الخامس: المسنّون والتخطيط الاجتماعي.....	129 – 120
الفصل السادس: التنسيق في المؤسسات العامة والعلاقة فيما بينها.....	141 – 130
الفصل السابع: أهمية العمل التنموي لكبار السن...	159 – 142

تقديم المدير العام

على مدار العام الجاري 1999 وتحت شعار مجتمع لكل الأعمار تحتفل دول العالم بالسنة الدولية لكبار السن، وبهذه المناسبة قرر مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية أن تكون للدول الأعضاء مشاركة جماعية جادّة تترجم دعمها لمبادىء هذا الحدث العالمي الهام وإسهامها في تحقيق أهدافه الاجتماعية النبيلة، وتعزيز منطلقاته الإنسانية السامية.

ولهذه الغاية، نفذ المكتب التنفيذي مجموعة من الفعاليات المشتركة، وفي إطار ذلك تم عقد ورشة العمل التدريبية لتدارس موضوع التخطيط الاجتماعي، والتعرف على واقع رعاية كبار السن في أقطار مجلس التعاون، والسعي لتلبية مختلف احتياجاتهم المعيشية والاجتماعية والنفسية.

لقد قام المكتب بتنظيم هذه الورشة في المنامة خلال شهر مايو 1999، وبالتعاون مع وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بدولة

البحرين، واللجنة الوطنية للمسنين، وجامعة البحرين، وبمشاركة فاعلة من قبل نخبة قديرة من الخبراء المختصين وأساتذة الجامعات والمسؤولين عن قطاع الرعاية والشؤون الاجتماعية بالمؤسسات المعنية في الدول الأعضاء، حيث تميزت جلسات عمل الورشة بمناقشات واقعية وبأوراق عمل وأبحاث علمية متعمقة ركّزت على محاور أساسية في مجال التخطيط الاجتماعي لرعاية كبار السن، وألقت المزيد من الضوء على ظروفهم المعيشية اليومية، كما تناولت بالتحليل الموضوعي الوسائل الكفيلة بتلبية احتياجات هذه الفئة العمرية لضمان استثمار طاقات أفرادها واندماجهم في الحياة الاجتماعية وتفاعلهم في محيطهم العائلي الطبيعي وضمن المناخ الأسري وما يشيعه في نفوسهم من راحة وطمأنينة ومشاعر بالرضا والتواصل مع الآخرين.

وبالنظر لأهمية ما قُدّم من أوراق ضمن برنامج عمل الورشة وأبحاث مثلت حصيلة علمية معرفية قيمة، كما كانت بمثابة دليل عملي للتوجيه والإرشاد الرعائي والاجتماعي والإنمائي، فقد قام المكتب بتخصيص هذا العدد من سلسلة دراساته الاجتماعية

والعمالية لنشر بعض من تلك الأوراق والأبحاث المؤمل أن تسهم في تعزيز التوجه نحو اعتماد التخطيط الاجتماعي منهجاً ومنطلقاً لإدارة مؤسسات الرعاية الاجتماعية، ورفع كفاءة العاملين فيها، وتحسين مستوى أدائهم ومهاراتهم وبما يؤدي لتطوير العمل في هذه المؤسسات خدمة لقضايا ورعاية كبار السن في المجتمع ولغيرهم من الفئات الخاصة الأولى بالرعاية والاهتمام .

وبهذه المناسبة لابد من الإشارة والتنويه إلى الجهد القيّم والمشكور الذي أسهم به الدكتور يحيى الحداد الأستاذ بجامعة البحرين الذي تولى مسؤولية الإشراف العلمي على تنفيذ برنامج الورشة وإدارة مناقشاتها، والشكر الصادق موصول لجميع من تعاون مع المكتب من أجل نجاح أعمال هذه الورشة وتحقيق ما حُدّد لها من أهداف نرجو أن تكون خطوة أخرى تضاف إلى مسيرة تكامل العمل الاجتماعي الخليجي المشترك .

والله تعالى نسأل أن يشمل الجميع بالرعاية والتوفيق والسداد، ،

كامل صالح الصالح
مدير عام المكتب التنفيذي

من أوراق ورشة العمل التدريبية
حول
التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات كبار السن
في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

تحرير
الدكتور يحيى الحداد
أستاذ علم الاجتماع - جامعة البحرين

وسـوريـا والإمـارات تـصـل الـى (47.9) - (63.8) - (53.4) - (55.5) - (65.7)- (55.9) - (46.8) - (65.7) في المائة على التوالي .

في حين أن نسبة الأرامل المسنين من الذكور في هذه الأقطار منخفضة جداً، حيث تبلغ (3.7) - (9.9) - (9.3) - (9.5) - (7.6) - (4.9) - (9) - (9.7) في المائة، أما نسبة المطلقين من المسنين سواء من الذكور أم الإناث فهي منخفضة، وتبلغ أعلى نسبة من المطلقات (4.6٪) في البحرين، في حين تبلغ أعلى نسبة من المسنين المطلقين من الذكور (4.2٪) في الإمارات العربية المتحدة بينما ترتفع نسبة المتزوجين من الذكور المسنين بين (89.8٪) في البحرين و (82.1٪) في الإمارات، وبالنسبة للإناث المسنّات تتراوح بين (28.6٪) في الإمارات و (49.7٪) في سوريا .

وهكذا تشير الإسقاطات السكانية المشار إليها سابقاً إلى ما يلي :

(1) من المتوقع أن تكون هناك زيادة ملحوظة في عدد أفراد الفئة العمرية من السكان فوق سن الستين . وكان عددهم (3 , 6) مليون شخص عام 1975، وارتفع إلى (12) مليون عام 1995 وتشير الإسقاطات السكانية إلى أن هذا العدد سيبلغ (14 , 5) مليون في عام 2000، ثم يصل إلى ما يقرب من (40) مليون شخص في عام 2025 * .

---

* Demographic Overview of the Situation of Aging Situation in the ESCWA Region and its Developmental Implications United Nations and Social Coucil E/ESCWA/SD/1993/WG 1.

(2) تشكّل النساء بصورة متزايدة أغلبية السكان المسنين في أقطار الإسكوا المصدرة للعمالة، وذلك بسبب هجرة الرجال طلباً للعمل وعدم عودتهم فيما بعد إلى موطنهم الأصلي.

(3) هناك نسبة مرتفعة جداً من الأرامل المسنات في البحرين ومصر والعراق والكويت وقطر وسوريا والإمارات، في حين أن نسبة الأرامل المسنين من الذكور في هذه الأقطار منخفضة جداً.

(4) وإذ ترتفع نسبة المتزوجين من الذكور المسنين فإنها تنخفض نسبياً بين الإناث المسنات.

(5) يبلغ عامل الزيادة للإعالة لكل (1000) شخص من المسنين، على مستوى المنطقة، خلال الفترة (1995 – 2025) ما نسبته (1.47)، وتعتبر هذه النسبة أعلى من النسبة العالمية البالغة (1.40). وتتراوح الزيادة في نسبة الإعالة في أقطار المنطقة بين (0.9) في اليمن و (7.79) في الإمارات. وتشير الإسقاطات السكانية إلى أن نسبة عدد الأشخاص في الفئة العمرية (15 – 59) لكل شخص يصل في العمر إلى (65) سنة فما فوق، على مستوى المنطقة في عام 2025، تقدر بـ (11.36) بالألف، وتبلغ (24.18) لليمن و (3.89) فقط للإمارات، بينما تقدر الآن نسبة عدد الأشخاص في الفئة العمرية (15 – 59) لكل شخص يصل في العمر إلى (65) سنة فما فوق، في كل أقطار المنطقة بـ (12) بالألف أو أكثر، وذلك باستثناء كل من مصر، الكويت، لبنان، قطر والإمارات.

وبحلول عام 2025 من المتوقع أن تنخفض نسبة عدد الأشخاص في الفئة العمرية (15 – 59) لكل شخص يصل في العمر إلى (65) سنة فما فوق إلى مستوى (3.89) بالألف في حالة الإمارات وإلى مستوى (5.18) بالألف في حالة الكويت.

بعض مؤشرات الواقع الاجتماعي للمسنين:

إن ما ينتظر وقوعه من تغيرات في الهياكل العمرية سوف يحرك تغيرات أخرى تمس كلاً من حياة الفرد وأنماط المجتمع، وسوف تحتاج المواقف والسياسات إلى التكيف لمواجهة الاحتياجات الجديدة وحلّ المشاكل الجديدة، والتي تتمثل بما يلي:

(1) مع شيخوخة السكان يصبح التعليم، الذي كان يقتصر على الشباب ضرورة تستمر طوال الحياة.

(2) تصبح الممارسات الثابتة فيما يتصل بالعمالة في حاجة إلى إعادة النظر فيها نظراً لتناقص قوة العمل وتزايد أعداد المسنين المعالين.

(3) تحتاج الخدمات الصحية الموضوعة لضمان بقاء الطفل إلى الاستكمال بخدمات تضمن رفاه المعمرين.

(4) تحتاج السياسات لأن تتكيف مع الهياكل الأسرية المتغيرة حيث تحل تدريجياً الأسرة العمودية المحدودة التي تضم أربعة أو خمسة أجيال صغيرة لتحلّ محل الأسرة الممتدة الكبيرة.

(5) تدفع شيخوخة المجتمع إلى إعادة التفكير في دورة حياة الفرد، ولاسيما الحاجة إلى التخطيط لمستقبل طويل من خلال تحسين فعالية صناديق الادخار والسكن والتدريب والتعاون بين الأجيال.

(6) إن تغير نسب الإعالة من حيث عدد الأشخاص المسنين الذين يتكلون في ضمان سلامتهم المادية على أشخاص أصغر سناً وناشطين اقتصادياً ممن يكسبون أجورهم، لابد وأن يؤثر على تنمية القطر بصرف النظر عن هيكله الاجتماعي أو تقاليده أو نظمه الرسمية للضمان الاجتماعي، ومن المحتمل أن تظهر بعض المشاكل ذات الطابع الاجتماعي في المناطق التي كان المسنون يتمتعون فيها تقليدياً برعاية وحماية ذويهم أو المجتمع المحلي.

(7) يشكل التزايد البطيء في امتداد دورة حياة السكان، مورداً خفياً للاقتصاد الوطني يمكن أن يساعد، إذا ما شجع واستخدم على النحو المناسب في خفض المعدلات الحقيقية للاتكال على الغير، وفي ضمان مركز المسنين كعناصر مشاركة ناشطة في الحياة الوطنية والإنتاج بدلاً من أن يصبحوا ضحايا سلبية ضعيفة للتنمية.

(8) إن الإسقاطات السكانية للمنطقة تتضمن مؤشرات إيجابية لمجمل نسبة الإعالة (نسبة الأشخاص في الفئتين العمريتين صفر – 14 و 60 سنة فما فوق، إلى الفئة العمرية 15 – 59 سنة)، حيث سيتناقص مجمل نسبة الإعالة على مستوى المنطقة خلال الفترة (1995 – 2025) من (83.1٪) إلى (57.4٪)، وستكون هناك زيادة كبيرة متوقعة في عدد المسنين في كل من الكويت والإمارات فقط، وستزداد نسبة الإعالة على مستوى المنطقة، بصرف النظر عن التناقص في نسبة الإعالة لفئة الأطفال.

ثانياً - المنظورالسوسيولوجي للشيخوخة :

لايهتم علمـاء الاجتماع بالنمط الفردي للشخصية إلا في إطـارالتفاعـل الاجتماعي الكلي للجماعة الإنسانية، فالمسن سوسيولوجياً هو (مكانـة) لها حدودها في سياق الجماعة يمارس أو لايمـارس (أدواراً) معينـة تحكمه دوماً مايعرف بالفعل الجمعي والعلاقات الاجتماعية.

كما أن (الشيخوخة) هي سوسيولوجياً ظاهرة اجتماعية نبعت من الجماعة فـهي التي أطلقتهـا بمواصفات معينة على أفراد عجزوا عن أداء أدوارهم الاجتماعة ليتّسم طابع حياتهم بما أسماه « بارسونز» بـ « الاغتراب الاجتماعي»، أو ما أسماه «كولي» بـ «الهوامش الاجتماعية»، والشيخوخة التي يراها علماء الاجتماع المحدثون نـوع من الإعاقة الاجتماعية (Social Handicapped) والتي لابد وأن تفتقـد الشعور بالقيمة والمساواة والمكانـة في سياق تجمع تحكم معايير القوة والكفاءة وتعتمـد على مابقـي في المجتمع من قيـم وعادات وتقاليد أو مايسميه «تونيز» بـ«النسق القيمي» (Value System).

وقد بدأ تنظير علمـاء الاجتماع للشيخوخة منذ دراسـة «كمنج وهنري» للفئات المنعزلة في السياق الطبقي للجماعات في الحضر الأمريكي، وأهم المعطيات مايلي :

(1) التغيرات الاجتماعية:

تصاحب الشيخوخة مظاهر حتمية من التغير في السياق الاجتماعي للإنسان، وهناك العديد من التغيرات الاجتماعية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة بوجه عام والتقاعد عن العمل بوجه خاص، ومن مظاهر هذه التغيرات فقدان العلاقات الاجتماعية، وفقدان العديد من الأنشطة والاهتمامات، والاعتماد على الآخرين، والخضوع لنفوذ الراشدين . . إلخ . ويواجه الشخص المسن خلال هذه المرحلة العديد من المشكلات التي تعوق توافقه النفسي والاجتماعي، ومن هذه المشكلات العزلة ووقت الفراغ وانخفاض الدخل الشهري والإصابة ببعض الأمراض الجسمية والنفسية وكثرة الخلافات الأسرية واستهزاء الآخرين به، وغير ذلك من المشكلات الصحية والاقتصادية والاجتماعية.

وقد أوضح كل من «كمنج وهنري» أن مرحلة الشيخوخة يصاحبها نوع من الانسحاب من السياق الاجتماعي ونقص عمليات التفاعل الاجتماعي بين المسن والآخرين.

كما تبين أن هذه التغيرات الاجتماعية تختلف باختلاف الإطار الحضاري والثقافي الذي ينتمي إليه الفرد، والتصورات والاتجاهات السائدة نحو المسنين، كما ترتبط بسمات شخصية المسنين، وبالجنس (ذكر - أنثى) وبالحالة الاجتماعية وبالمستوى الاقتصادي والتعليمي، وغير ذلك من المتغيرات.

وتتركز التغيرات الاجتماعية بوجه عام حول مفهوم « التوافق الاجتماعي»، ويقصد به عملية إحداث التغيرات المطلوبة في الشخص ذاته أو في بيئته للحصول على التوافق النفسي ويميز الباحثون في هذا الصدد أمثال «برجس وكافن» بين نوعين من التوافق هما :

التوافق الشخصي : ويعني إعادة بناء الشخص لاتجاهاته وأفكاره وسلوكه بحيث يمكنه الاستجابة للمواقف الجديدة، بما يتفق مع رغباته وطموحاته من ناحية ومع توقعات ومطالب المجتمع من ناحية أخرى.

التوافق الاجتماعي : ويقصد به تكيف المجتمع أو إحدى هيئاته للتغير بغرض زيادة الفاعلية الاجتماعية من جانب، وزيادة التوافق الشخصي لأعضاء المجتمع من جانب آخر .

وقد أوضحت نتائج كثير من الدراسات أن التقاعد يؤثر على التوافق الاجتماعي للمسنين، مالم يستطيعوا تعويض فقدان العمل بأوجه اهتمام وأنشطة متنوعة يمكن أن تساعدهم على قضاء وقت الفراغ وإشباع حاجاتهم، وتحقيق ذاتهم. فالعزلة بالنسبة للمسنين تجعلهم أقل قدرة على التكيف مع البيئة الاجتماعية، أما العمل فيساعدهم على حل الكثير من مشكلاتهم، وإعطائهم الأهمية والمكانة الاجتماعية.

وبوجه عام يتأثر التوافق الاجتماعي للمسنين بعدة عوامل يمكن تقسيمها إلى فئتين :

الأولى - خاصة بالأشخاص المسنين: كالحالة الصحية، والاقتصادية، والجنس، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومدى تقبل الفرد لذاته . . . إلخ.

الثانية - خاصة بالآخرين من أفراد المجتمع: واتجاههم نحو المسنين ونظرتهم ومدى تقبلهم لهم، والرعاية التي يحظى بها المسنون من قبل المجتمع.

ويتجلى هذا التوافق الاجتماعي بالنسبة للمسنين في ثلاثة جوانب أساسية هي:

1 - التكامل الاجتماعي (Social Integration) حيث يشارك الفرد في العديد من الأنشطة لقضاء وقت الفراغ وتحاشي العزلة.

2 - التقويم الاجتماعي (Social Evaluation) حيث يعبر الفرد عن رأيه كعضو في جماعة.

3 - المجاراة للمعايير الاجتماعية، حيث يتصرف الفرد في ضوء المعايير والتوقعات الاجتماعية السائدة. وأشار « هافيجرست » إلى أهمية التوافق الاجتماعي للمسنين، وحدد التقدم في العمر في ضوء «الكفاءة الاجتماعية» (Social Competence) للفرد، أي قدرة الفرد على عمل علاقات اجتماعية وثيقة مع الآخرين والتغلب على ما يواجهه من صعاب ومشكلات قد تعوق توافقه.

(2) الاهتمامات والاحتياجات :

وتتمثل الاهتمامات والاحتياجات فيما يلي :

1 - الاهتمامات الشخصية : وتتضمن الاهتمامات الخاصة بالذات والجسم والمظهر أو الشكل الخارجي، وفيما يتعلق بالاهتمامات الخاصة بالذات نجد تركيز اهتمام المسن بذاته بصورة أكبر من ذي قبل، فيصبح أكثر تمركزاً حول ذاته (Ego Centric) وأقل اهتماماً برغبات الآخرين. أما الاهتمامات الخاصة بالجسم، فيصبح المسن أكثر شكوى من الإصابة بالأمراض، أما المظهر فيعطي بعض المسنين اهتماماً بهذا الجانب والبعض الآخر لايعطي للمظهر أي اهتمام ويتوقف ذلك غالباً على نشاط الفرد الاجتماعي ومدى مشاركته للآخرين وإمكانياته المادية.

2 - الاهتمامات الترفيهية : وتشمل القراءة وكتابة الخطابات والاستماع إلى الراديو ومشاهدة التلفزيون والرحلات، وزيارة الأصدقاء والأقارب، والاشتراك في المنظمات والمؤسسات.

3 - الاهتمامات الاجتماعية : حيث يعاني المسن من الشعور بالفراغ والعزلة والانسحاب من البيئة الاجتماعية نظراً لنقص الاندماج مع الآخرين وتناقص الأدوار الاجتماعية التي كان يقوم بها وكذلك المشاركة في الأنشطة.

4 - الاهتمامات الدينية: حيث يصبح الفرد أكثر تسامحاً وأقل تعصباً للجوانب الدينية مع تقدم العمر، وكذلك تتسم مرحلة الشيخوخة بأن المسنين فيها أكثر تردداً على أماكن العبادة.

ومن خلال هذه الاهتمامات يمكن استنتاج أهم الحاجات (Needs) بالنسبة للمسنين، والتي تتضمن الحاجة إلى الرعاية الصحية، والحاجة إلى التقدير والاحترام والتقبل من قبل المجتمع الذي يعيشون فيه وتجنب الاعتماد على الآخرين، وضبط النفس والتدريب على مهارات جديدة والحاجة إلى الصداقات والحاجة إلى الأمن الاقتصادي والدخل الكافي.

(3) تغيّر نسق القيم:

يقصد بنسق القيم أو منظومة القيم (Value System) البناء أو التنظيم الشامل لقيم الفرد، وتمثل كل قيمة في هذاالنسق عنصراً من عناصره وتتفاعل هذه العناصر معاً لتؤدي وظيفته بالنسبة للفرد.

وأوضح «روكتش» أن تغير نسق القيم عبر العمر يأخذ شكل أنماط ارتقائية مختلفة، ومن هذه الأنماط نمط القيم الشخصية كالتخيلية، والعقلانية، والمنطقية، والتناسق الداخلي والذي تقل أهميته في فترة المراهقة وتزداد خلال سنوات الدراسة الجامعية، ثم تنخفض أهميته مرة أخرى لدى المسنين، أما النمط الارتقائي الذي يشتمل على قيمتي الحياة المثيرة، والسعادة، فتزداد أهميته في مرحلة المراهقة ثم تقل أهميته في السنوات التالية من العمر، كما تبين تزايد أهمية النمط الارتقائي، الذي يشتمل على قيمتي المساواة والاستقلال في الستينات والسبعينات من العمر، كما أشار «بنجستون» إلى

وجود تغير في التوجهات عبر العمر، فصغار السن تتسم توجهاتهم القيمية بالفردية، أما كبار السن فتتصف توجهاتهم بالاجتماعية، كما كشفت نتائج الدراسات عن تزايد أهمية القيم الدينية والجمالية والاجتماعية بتزايد العمر.

وأشار «كوجان وولش» إلى وجود تغير في القيم مع تزايد العمر من التفاؤل إلى التشاؤم كما كشفت نتائج الدراسات التي أجريت عن أهمية الحياة العائلية والقيم الأخلاقية والدينية لدى المسنين، وذلك سواء على المستوى التصوري أم الواقعي.

عرضنا فيما سبق للخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة والتي تتمثل في النواحي البيولوجية والفسيولوجية والاجتماعية والسيكولوجية، وعلى الرغم من أن التغير الذي يطرأ على الكائن إنما هو نتيجة للمؤشرات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية، فإن معظم الباحثين قد قصروا اهتمامهم في دائرة محددة، مثل نظرية « جيرارد» التي حصرت اهتمامها في دائرة العوامل البيولوجية والتغيرات التي تعتري الجهاز العصبي. ونظرية «كمنج» في الانسحاب الاجتماعي (Disengagement) حيث ترجع التغيرات التي تصاحب التقدم في العمر إلى المواقف التي يفرضها المجتمع على المسنين.

وفي ضوء ذلك تتبين أهمية التعامل مع مختلف المظاهر والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة في ضوء التفاعل ومنظومة العلاقات القائمة بينها، فهناك - على سبيل المثال - علاقة بين العزلة والإصابة بالقلق لدى المسنين، كما أن هناك علاقة بين درجة القلق والحالة الصحية العامة وعدم الكفاءة الجسمية، تبين أيضاً أن العوامل الاجتماعية تؤثر تأثيراً واضحاً في انتشار ذهان وعصاب الشيخوخة.

(4) النظريات المفسّرة لمشكلات التقاعد عن العمل :

يرى «ستانلي باركر» أن هناك زاويتين يمكن من خلالهما النظر إلى مشكلات التقدم في العمر :

الزاوية الأولى : هناك من ينظر إلى التقاعد والعمل من زاوية تقليدية محددة ، ومن هذه الزاوية يقع التأكيد الأكبر على مدى الاختيارات المتاحة أمام كبار السن وعلى التمسك ومسايرة أنماط التفكير والسلوك التقليدي والإبقاء على ماهي عليه .

الزاوية الثانية : الاتجاه الذي ينظر إلى التقدم في العمر من وجهة نظر متحررة عريضة ومتجددة ، وهنا يقع التأكيد الأكبر على ضرورة التوسع في مدى الاختيارات المتاحة أمام كبار السن وعلى تشجيع الأفكار الجديدة وتحدّي الأوضاع التقليدية بوضع سياسات بديلة .

ويرى « باركر » أنه من الضروري تبني وجهة النظر الثانية مؤكداً ضرورة تناول جديد لمشكلات التقاعد والعمل للمتقدمين في العمر ، فالتقاعد بالنسبة لغير القادرين على العمل قد يجلب لهم بعض الارتياح . أما هؤلاء الذين مازالوا قادرين على العمل بدرجة كافية فإن التقاعد الإجباري قد يجلب لهم انتقالا مفاجئاً من حالة الاستقلال والكفاءة إلى حالة الاعتمادية التي لم يختاروها ، ولم يكونوا مهيئين لها بعد .

وفي ضوء الزاويتين السابقتين نعرض لأهم النظريات والمناحي المفسرة لمرحلة الشيخوخة والتقاعد عن العمل وذلك على النحو الآتي :

1 - نظرية الانسحاب أو فك الارتباط Disengagement Theory :

وهي نظرية قدمها كل من «كينج، وهنري» وتقوم على افتراض مؤداه أن الأفراد حينما يصلون إلى مرحلة الشيخوخة فإنهم يبدؤون تدريجياً في الانسحاب من السياق الاجتماعي وتناقص الأنشطة التي كانوا يقومون بها من قبل، وذلك نتيجة لنقص عمليات التفاعل بين المسن والآخرين من أفراد المجتمع داخل النسق الاجتماعي الذي ينتمي إليه، ووفقاً لهذه النظرية فإن التقاعد الإجباري عند سن معينة يعد تحديداً من قبل المجتمع للوقت الذي يتوقع من المسنين أن تضعف روابطهم الاجتماعية.

وفي ضوء هذه النظرية فإن مظاهر التغير المصاحبة للتقدم في العمر تتمثل في ثلاثة جوانب هي:

أ - تناقص معدل تفاعل الفرد كلما تقدم في العمر.

ب - حدوث تغيرات كمية وكيفية في أسلوب ونمط التفاعل بين الفرد والآخرين.

جـ - تغير شخصية الفرد، حيث ينتقل المسن من الاهتمام بالآخرين إلى الاستغراق والاهتمام بذاته.

وتختلف عملية الانسحاب هذه من مجتمع لآخر، ومن ثقافة لأخرى، كما تختلف شكلاً ومضموناً لدى المسنين الذين يشغلون وظائف مختلفة، فمن أوجه النقد التي وجهت إلى هذه النظـــرية أنها لاتنطبق على الأفراد

الذين يعملون أعمالاً تتصل بالأدب أو الفن أو التدريس الجامعي على سبيل المثال.

وفي ضوء هذه الانتقادات عدّلت « كمنج » من هذه النظرية وأشارت إلى أن الرضا عن الحياة يرتبط بنظرة الفرد لمرحلة التقاعد، وهل يفضل الفرد المسن ممارسة الأنشطة بشكل إيجابي، أم أنه يرغب في العزلة والانسحاب من المجتمع.

كما أضاف « ستريب شنيدر» إلى هذه النظرية مفهوم الانسحاب الفارق (Differential Disengagement) والذي يشير إلى وجود اختلاف في درجة الانسحاب باختلاف طبيعة عمل المسنين، وسمات شخصيتهم، وغير ذلك من عوامل.

2 – نظرية النشاط Activity Theory :

وتفترض هذه النظرية أنه لكي يحدث التوافق بشكل فعّال مع فقدان عمل أو وظيفة فإنه يجب على الفرد أن يجد بديلاً لتلك الأهداف الشخصية التي كان ذلك العمل يقوم بتحقيقها، وأن ينمّي اهتماماته ويواصل نشاطاته بما يساعد على رفع روحه المعنوية.

ويعتبر «فريدمان وهافيجرست وميلر» مؤسسي هذه النظرية، وقد ركز كل من «فريدمان وهافيجرست» على أهمية الأنشطة البديلة في حالة فقد المتقاعد لوظيفته وعمله والتي يمكن من خلالها شغل وقت فراغه وإعادة توافقه، كما ركز «ميلر» على الأنشطة البديلة التي تمثل مصدراً جديداً للدخل. إذن

فالأنشطة البديلة التي يقوم بها الشخص بعد التقاعد تحقق له هدفين : الأول - أنه يجد البديل عن العمل المفتقد، والثاني - أنها تعتبر مصدراً جديداً للدخل الذي تناقص بعد التقاعد عن العمل .

وعلى عكس نظرية الانسحاب، فإن نظرية النشاط ترى أن الرضا لدى كبارالسن إنما يتوقف على اندماج الفرد في المجتمع وعلى تلك الإسهامات التي يظل يضيفها وعلى شعوره بأنه ما زال نافعاً ومطلوباً، فقيام المسن ببعض الأنشطة يعتبر أمراً ضرورياً لزيادة رضا المسن عن الحياة وقناعته بها، فاتجاهات كبار السن نحو التقاعد كما يرى «هافيجرست» تنقسم إلى فئتين :

الفئة الأولى : هم الأشخاص الذين يمكنهم التغيير من نمط حياتهم بعد التقاعد ويطلق عليهم (Transformers) عن طريق خلق أنماط جديدة من الأنشطة والأعمال لقضاء وقت الفراغ .

الفئة الثانية : وهم الأشخاص الذين يرغبون الاستمرار في نفس أعمالهم السابقة ويطلق عليهم (Maintainers) .

3 - نظرية الأزمة Crisis Theory :

وتؤكد هذه النظرية أهمية الدور المهني بالنسبة للفرد داخل المجتمع، فقيام الشخص المسن بعمل ما يعد في غاية الأهمية بالنسبة له، حيث يكسبه الدور المهني هويته، ويمكنه من وضع نفسه في علاقات مع الآخرين ويساعده على التوافق النفسي الاجتماعي .

ويرى أنصار هذه النظرية أن التقاعد يمثل أزمة بالنسبة للمسن، خاصة لدى هؤلاء الأشخاص الذين يعطون للعمل أهمية كبيرة ويعتبرونه قيمة في حياتهم.

وقد انقسم الباحثون إزاء هذه النظرية إلى فريقين:

الفريق الأول: يرى ممثلوه أن فقدان الفرد لعمله وتغيير أدواره بعد إحالته للتقاعد يؤثر في نظرته لنفسه وفي علاقاته مع أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

الفريق الثاني: وينظر أصحابه إلى الإحالة إلى التقاعد على أنه ليس العامل الوحيد والأهم في عدم رضا المسن عن نفسه وعن حياته، فتأثير التقاعد يتوقف على عدة عوامل منها المستوى الاقتصادي الاجتماعي وأهمية العمل بالنسبة للفرد والحالة الصحية . . . إلخ.

4 - نظرية الشخصية Personality Theory:

ويرى أنصار هذه النظرية أن التوافق مع التقدم في العمر يرتبط بنمط وسمات شخصية الفرد وينظرون إلى التغيرات المصاحبة للتقدم في العمر على أنها نتيجة التفاعل بين التغيرات الاجتماعية الخارجية والتغيرات البيولوجية الداخلية.

وطبقاً لهذه النظرية فإن الأفراد ذوي الشخصيات المتكاملة (Integrated Personalities) يمكنهم الأداء بشكل أفضل وذلك لأن لديهم درجة مرتفعة من القدرات المعرفية، والأنا الدفاعية، ودرجة عالية من التحكم في الذات والمرونة والنضج والتفتح، وفي مقابل ذلك يوجد الأفراد ذوو الشخصيات غير المتكاملة (Unintegrated) وهم الأفراد الذين لديهم إعاقات في الوظائف السيكولوجية ويفتقدون القدرة على التحكم في انفعالاتهم، كما أن هناك تدهوراً في قدراتهم.

ويرى البعض أن هؤلاء الأشخاص الذين تتسم شخصياتهم بالتكامل ليسوا بالضرورة متكاملين اجتماعياً في قيامهم بأدوارهم وفي علاقاتهم الاجتماعية، ومع ذلك فإن لديهم درجة عالية من الرضا عن الحياة، ويؤكد «نيوجرتين» أهمية الشخصية بمختلف سماتها كمتغير مستقل يساعدنا على وصف أنماط المسنين والتنبؤ بالعلاقات بين مستوى فاعلية الدور الاجتماعي والرضا عن الحياة.

5 - نظرية التوافق A Theory of Adjustment:

وفي ضوء تحليل «أتشلي» للعناصر الأساسية في النظريات الثلاث (النشاط، والانسحاب، والاستمرار) أوضح أن عملية التوافق تقوم على عنصرين أساسيين هما:

أ - المعايشة الذاتية (Internal Compromise)

ب - التفاوض والتفاهم بين الأشخاص (Interpersonal Negotation)

والمعايشة الذاتية تعني إعادة النظر في معايير اتخاذ القرار، أما التفاوض بين الأشخاص فينظر إليه كعملية يتم فيها مناقشة الفرد لأهدافه وطموحاته مع الآخرين ممن يتعامل معهم، ويمكن أن يترتب عليها تغيير الفرد لأهدافه، وأوضح « أتشلي » أن هناك علاقة قوية بين هذين العنصرين، وأشار إلى أن مدرج الأهداف الشخصية (Hierarchy of Personal) يتسم بالتغير من مرحلة عمرية لأخرى ويتطلب ذلك من المتقاعد أن يتكيف مع الأدوار الجديدة .

ويأخذ التغير في مدرج الأهداف الشخصية اتجاهين :

الاتجاه الأول : أن يكون التدرج إيجابياً فيكون الفرد أكثر شعوراً بالرضا والنجاح والالتزام والتفاعل مع الآخرين .

الاتجاه الثاني : أن يترتب على التدرج حدوث تغير سلبي خاصة لدى الأشخاص الذين وصلوا إلى قمة العمل في وظائفهم السابقة حيث يصبح التقاعد أمراً صعباً بالنسبة لهم، كما يعتبر الأشخاص الماديون الوظيفة شيئاً هاماً لتحقيق أهدافهم المادية .

وأوضح « أتشلي » أن التقاعد لدى العديد من الأشخاص المتقاعدين يتضمن إعادة تنظيمهم لمدرج الأهداف الشخصية في ضوء عمليتين هما التسوية الداخلية حيث إعادة النظر والمراجعة الداخلية لمعايير اتخاذ القرار ومناقشة الفرد لأهدافه وطموحاته مع الآخرين، وعملية المقارنة أو المضاهاة بين أهداف الفرد وأهداف الآخرين .

عرضنا بذلك لبعض النظريات والمناحي التي تلقي الضوء على مرحلة الشيخوخة والتقدم في العمر، وذلك فيما يتعلق بخصائص هذه المرحلة والمشكلات التي يواجهها المسنون من المتقاعدين وغير المتقاعدين عن العمل ومصادر وأسباب هذه المشكلات وكيفية التغلب عليها.

وقد تبين من خلال هذا العرض أن هذه النظريات في مجملها تشير إلى أن التوافق النفسي والاجتماعي مع التقدم في العمر هو نتيجة التفاعل بين نوعين من العوامل هما: العوامل الداخلية الخاصة بالشخص، والعوامل الخارجية التي ترتبط بالبيئة والسياق الاجتماعي والحضاري.

الفصل الثاني
الرعاية الاجتماعية للمسنين

أولاً - الإسلام ورعاية المسنين:

(1) رؤية الإسلام للمسنين:

يرى الإسلام أن مرحلة الشيخوخة هي مرحلة ضعف وهزال، وهذا ما يتضح في قوله تعالى: ﴿الله الذي خلقكم من ضعف، ثم جعل من بعد ضعف قوة، ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبة، يخلق ما يشاء وهو العليم القدير﴾ (الروم: 54) وكذلك قوله تعالى: ﴿هو الذي خلقكم من تراب، ثم من نطفة، ثم من علقة، ثم يخرجكم طفلاً، ثم لتبلغوا أشدكم، ثم لتكونوا شيوخاً﴾ (غافر: 67) ففي هاتين الآيتين الكريمتين يوضح الحق عز وجل المراحل التي يتقلب فيها الإنسان أثناءحياته، فهو خلق في الأصل من ضعف (مرحلة الطفولة)، ثم انتقل من الضعف إلى القوة (مرحلة الشباب والرجولة)، ثم انتقل من القوة إلى الضعف (مرحلة الشيخوخة) ومع الضعف يكون الشيب والدعاء غالباً، قال تعالى: ﴿قال ربِّ إني وهن العظم مني، واشتعل الرأس شيباً، ولم أكن بدعائك ربِّ شقياً﴾ (مريم: 4) ويشير القرآن الكريم إلى حقيقة مؤداها أن الإنسان حينما يمتد به العمر يعود إلى خصائص الطفولة مرة أخرى. قال تعالى: ﴿ومن نعمّره ننكّسه في الخلق، أفلا يعقلون﴾ (يس: 68).

هذه النصوص، وغيرها تؤكد أن مرحلة الشيخوخة من المراحل التي يحتاج فيها الإنسان إلى عناية خاصة، ورعاية تشمل جوانب حياته تماماً كتلك الرعاية والعناية التي يحتاج إليها في مرحلة الطفولة الأولى مع اختلاف متطلبات المرحلتين، غير أن الإسلام لايقف عند هذا الحد، بل يسير أبعد من هذا حين يقرر أن الإنسان عليه أن يكون عضواً نافعاً وفعالاً في الحياة، لا أن يصل إلى سن معينة، وإنما إلى أن تنتهي حياته ما دام قادراً على العطاء في ضوء ظروفه الصحية والنفسية.

ولذلك جاء في الحديث النبوي الشريف: « إذا قامت الساعة وكان في يد أحدكم فسيلة، فاستطاع ألا يقوم حتى يغرسها فليغرسها».

ومن هنا نستطيع أن نحدد نظرة الإسلام إلى المسنين، والتي تتمثّل في بعدين أساسيين يمثلان وجهي العملة الواحدة:

أولهمـــا: مايميز هذه المرحلة من ضعف وحاجة إلى الرعاية والتكريم.

ثانيهمـــا: الحرص على استمرار العطاء والعمل والفاعلية للإنسان في الحياة إلى نهاية العمر.

(2) رعاية الإسلام للمسنين:

يؤكد الإسلام على ضرورة ربط الشيوخ بفئات المجتمع المختلفة وبخاصة جيل الشباب، فإذا أدرك الشباب أن الشيخوخة مرحلة حتمية يصل إليها كل إنسان، وأن تقديره للشيخوخة ورعايتها وتكريمها سيرتد له يوماًمن الأيام،

قال تعالى : ﴿وتلك الأيام نداولها بين الناس﴾ (آل عمران : 140) فإن ذلك سيدفعه إلى رعاية كبار السن والشيوخ في مجتمعه ويحسن لهم القول والتعامل .

ولقد أوصى الرسول ﷺ بتكريم كبار السن وتقديرهم فقال : «ليس منا من لم يرحم صغيرنا ويوقر كبيرنا» ، ويهتم الإسلام بمد مظلة التكافل الاجتماعي للمسنين باعتبارهم من الفئات الأكثر احتياجاً في المجتمع ، حيث تقصر قدراتهم عن العمل والتكسب للوفاء باحتياجاتهم المختلفة .

ومن هنا نجد في أموال الزكاة والصدقات مورداً لمساعدة غير القادرين منهم على مواجهة أعباء الحياة من الناحية الاقتصادية ، ومن الناحية الاجتماعية الاهتمام بمعاونة المسنين على تخطّي الصعاب التي تواجههم وعلى ممارسة دورهم الطبيعي في الحياة ، وفي هذا الخصوص قال رسول الله ﷺ : «مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد إذا اشتكى منه عضو ، تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى» (رواه مسلم) .

ويؤكد الإسلام على مبدأ الشورى ، باعتباره مبدأً جوهرياً في حياة المجتمع ، قال تعالى : ﴿وشاورهم في الأمر﴾ (آل عمران : 159) وقال عز وجل أيضاً : ﴿وأمرهم شورى بينهم﴾ (الشورى : 38) ، وطبّق الرسول المصطفى ﷺ ذلك في حياته في عدة مناسبات ، والأمر الذي نريد أن نؤكد عليه هنا ، هو أن كبار السن لهم أهميتهم الخاصة عند تطبيق هذا المبدأ ، لما يتميزون به من خبرة واسعة وأفق وبصيرة ، تجعل المجتمع في حاجة دائمة إلى الاستفادة من خبراتهم واستطلاع آرائهم عملاً بمبدأ الشورى في الإسلام .

وقد حفلت آيات القرآن الكريم، وتعاليم السنّة المطهرة بالنصوص التي تحض على رعاية المسنين والعناية بهم، تلك الرعاية التي تبدأ من الأسرة باعتبارها الخلية الأولى للمجتمع، قال تعالى: ﴿ولقد آتينا لقمان الحكمة أن اشكر لله ومن يشكر فإنما يشكر لنفسه، ومن كفر فإن الله غني حميد، وإذ قال لقمان لابنه وهو يعظه يابني لاتشرك بالله إن الشرك لظلم عظيم، ووصينا الإنسان بوالديه حملته أمه وهناً على وهن وفصاله في عامين أن اشكر لي ولوالديك إليّ المصير، وإن جاهداك على أن تشرك بي ما ليس لك به علم فلا تطعهما وصاحبهما في الدنيا معروفاً واتبع سبيل من أناب إليّ ثم إليّ مرجعكم فأنبئكم بما كنتم تعملون﴾ (لقمان: 12 – 15).

وهذه الآيات تعد نموذجاً لتلك النماذج التي زخر بها القرآن الكريم والتي تدعو إلى رعاية الوالدين وتكريمهما.

ولقد ذكر الله تعالى في هذه الوصية أمر الوالدين ثم نوّه بشأن الأم خاصة لزيادة العناية والاهتمام، ولبيان أن حق الأم على الولد أعظم.

وللدلالة على عظم حق الوالدين، نجد الله تعالى قرن الإحسان إليهما بتوحيده حيث قال: ﴿وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه، وبالوالدين إحساناً، إما يبلغنّ عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما، وقل لهما قولاً كريماً، واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيراً﴾ (الإسراء: 23، 24).

وتبيّن هذه الآيات التدرج في رعاية المسنين في دائرة الأسرة، باعتبار أن الأم والأب يمثلان المسنين في كل أسرة، وجاء هذا التدرج منطقياً حين أمر بالإحسان إلى الوالدين بصفة عامة، ثم حدّد أوجه هذه الرعاية والإحسان حين يبلغان الكبر، فبدأ بالنهي عن الإساءة ولو بالكلمة: ﴿فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما﴾ وثنّى بالتوجيه إلى القول الكريم لهما: ﴿وقل لهما قولاً كريماً﴾، وثلّث بالإشفاق عليهما سلوكاً ومعاملة: ﴿واخفض لهما جناح الذل من الرحمة﴾.

ولم يكتف بذلك بل حثّ النبي ﷺ على طلب الرحمة للوالدين من الله عز وجل، استناداً إلى ما أسدياه إليه في مرحلة طفولته: ﴿وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيراً﴾.

وإذا نظرنا إلى السنّة المشرفة وجدنا الرسول المصطفى ﷺ يقول في معرض بيان حق الوالد على ولده: «لن يجزى ولد والده حتى يجده مملوكاً فيشتريه فيعتقه».

وأوجب الإسلام على المرء نفقة والديه المحتاجين كنوع من الرعاية الاقتصادية، وجعل الولد وماله ملكاً لأبيه . . إذ جاء رجل إلى رسول الله ﷺ وقال: «يارسول الله إن لي مالاً وأولاداً، وإن أبي سيحتاج مالي، إن أنفقت عليه، وحققت له ما يصبو وما يريد، فقال: أنت ومالك لأبيك، إن أولادكم من أطيب كسبكم، فكلوا من كسب أولادكم» (رواه أحمد والترمذي).

وإذا ما بذل الولد بعض نفسه في سبيل والديه عند شيخوختهما رضيا عنه ودعوا له.

ولقد عرض القرآن الكريم سورتين متقابلتين أولهما لبنّوة شاكرة، تنبض بالحب والحنو والعرفان بالجميل للوالدين، فكان جزاؤها العفو والغفران، قال تعالى: ﴿حتى إذا بلغ أشده وبلغ أربعين سنة قال ربِّ أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليَّ، وعلى والديَّ، وأن أعمل صالحاً ترضاه، وأصلح لي في ذريتي، إني تبت إليك، وإني من المسلمين، أولئك الذين نتقبل عنهم أحسن ما عملوا ونتجاوز عن سيئاتهم في أصحاب الجنة وعد الصدق الذي كانوا يوعدون﴾ (الأحقاف: 15، 16).

وتسوق الآيات بعد ذلك مباشرة تلك الصورة الثانية وهي صورة قائمة لبنّوة عاقة جاحدة، لاتأبه بنصح الأبوين، فحق عليها البوار والخسران، قال تعالى: ﴿والذي قال لوالديه أف لكما، أتعداانني أن أخرج، وقد خلت القرون من قبلي، وهما يستغيثان الله، ويلك، آمن إن وعد الله حق، فيقول ما هذا إلا أساطير الأولين، أولئك الذين حق عليهم القول، في أمم قد خلت من قبلهم من الجن والأنس، إنهم كانوا خاسرين﴾(الأحقاف: 17، 18) والإسلام الخبير بالنفوس يعرف أن الكثير من نفوس الأبناء قد تضيق بمطالب الوالدين الشيخين وبتفكيرهما، وبعقليتهما، لذا جعل معاونة الوالدين وإكرامهما جهاداً، بل قدّمه على الجهاد - إذ أقبل رجل إلى النبي ﷺ فقال: «أبايعك على الهجرة والجهاد، أبتغي الأجر من الله تعالى، فقال له النبي ﷺ: هل لك من والديك أحد حيّ، قال: نعم، بل وكلاهما. قال له النبي ﷺ: بل فيهما فجاهد».

ولقد بلغ من تكريم الإسلام لكبار السن الصالحين، أن الله تعالى يكرم لأجلهم العصاة وأصحاب الذنوب، فلقد جاء في الحديث القدسي: « لولا أطفال رضّع، وبهائم رقّع، وشيوخ ركّع، لصببت عليكم عذابي صباً ».

وإذا خرجنا من دائرة الوالدين، إلى دائرة أوسع، لوجدنا أن الإسلام يحض على رعاية المسنين حتى لو كانوا على غير دين الإسلام. فحين رأى عمر بن الخطاب شيخاً دميماً، يسأل الناس ولما سأله قال الشيخ: يا أمير المؤمنين، لقد كبرت سني، وضعفت قوتي ولا أجد ما أدفع به الجزية، فأمر عمر بن الخطاب أن توضع عنه الجزية، وأن يصرف له من بيت المال ما ينفق به على نفسه، وقال قولته الشهيرة «كيف نأخذ منه في شبابه ونتركه عند الكبر؟».

ولقد أوصى الإسلام بالتراحم، فالمسلم يحب الرحمة ويبذلها ويدعو إليها ويوصي بها مصداقاً لقوله تعالى: ﴿ثم كان من الذين آمنوا وتواصوا بالصبر وتواصوا بالمرحمة، أولئك أصحاب الميمنة﴾ (البلد: 17، 18).

ولا شك أن رعاية المسنين تدخل في نطاق الرحمة والتراحم الذي أوصى به الإسلام، وعملاً بقول الرسول ﷺ: «إنما يرحم الله من عباده الرحماء» (رواه البخاري).

ومن هنا فإن روافد الرعاية للمسنين في المجتمع الإسلامي تتعدد بتعدّد مصادرها، فهناك الرعاية الأسرية للمسنين داخل نطاق الأسرة كالأب والأم والجد والجدة وهناك رعاية الجيرة للمسنين من الجيران، وهناك الرعاية المجتمعية بشكل عام والتي تتمثل في التكافل الاجتماعي والاهتمام بجمهرة المسنين صحياً واقتصادياً واجتماعياً وترويحياً وأخلاقياً . . . إلخ.

وعلى ذلك فإن نظرة الإسلام لرعاية المسنين تختلف عن نظرة المجتمعات الغربية، فبينما نجد أن المجتمعات الغربية لم تجد أمامها من سبيل لرعاية المسنين سوى الالتجاء إلى الرعاية المؤسسية وإنشاء مؤسسات لرعاية المسنين نجد أن الإسلام يركز على بث القيم التي تجعل من المسن شخصاً مقبولاً ومرغوباً فيه من قبل أسرته وأقاربه وجيرانه والمجتمع ككل.

ويرجع ذلك التفاوت إلى طبيعة العلاقات الاجتماعية، ففي حين نجد أن علاقة الابن بأبويه (على سبيل المثال) لاتنفصل، مداها في الإسلام مدى الحياة، بل وتمتد هذه العلاقة إلى الدار الآخرة، حيث يشفع الولد الصالح لأبيه الطالح، ويشفع الأب الصالح لابنه الطالح، بينما نجد في المجتمعات الغربية ينفصل الولد عن أسرته بمجرد أن يبلغ سن الحلم، وبالتالي تنفك العلاقات بين الوالد وابنه، ومن هنا كانت دور المسنين ضرورة ملحة كبديل لرعاية الآباء والأمهات حينما يصلون لمراحل متقدمة من السن ولا يجدون من يرعاهم من أبنائهم، الذين انطلقوا ليشقوا طريقهم في حياتهم بعيداً عن آبائهم.

ونخلص من هذا إلى أن الرعاية الإسلامية للمسنين تركز على الرعاية المنزلية، حيث تفضل هذا النوع من الرعاية حتى لا يعزل المسن عن أسرته ولا يحرم من شعور الأمان الذي يستمده من وجوده بين أفراد أسرته وأهله. لكن هذا القول على بساطته ليس بالأمر الهيّن في تطبيقه إذ إن هناك بعض المحاذير التي تعترضه والتي من أهمها:

1 - أن هذا اللون من الرعاية يحتاج إلى مجتمع يتمثل أفراده القيم الإسلامية بحيث تصبح موجهة لكل تصرفاتهم وسلوكياتهم نحو الآخرين.

2 - أن المسن - وبالأخص من فئة الشيوخ - يحتاج لرعاية متخصصة ودراية فنية غالباً لاتتوافر لدى الأسرة، ويمكن أن تتوافر في أماكن أخرى كالمستشفيات ودور المسنين التي يمكنها أن تقدم الخدمات المناسبة للمسنين كل حسب حالته وظروفه.

3 - أن التحضر الزائد الذي يصيب المجتمعات على اختلافها من شأنه أن يضعف العلاقات الاجتماعية المباشرة، ويحل محلها العلاقات الثانوية، الأمر الذي يحتم البحث عن صيغة ملائمة لرعاية المسنين في المجتمع الحضري المعاصر.

ومن هنا نستطيع أن نقرر أنه بالإمكان التفكير في إنشاء مؤسسات لرعاية المسنين تقوم على أسس إسلامية، مما يتيح لها فرصاً أكبر لتؤدي دورها في تحقيق أهدافها ومواجهة كل الصعوبات التي يمكن أن تعترض طريقها - وعلى الأخص الصعوبات المتعلقة بالتمويل - والتي يمكن تذليلها من خلال

الاعتماد على أموال الزكاة والصدقات والتبرعات، التي يعتبر العامل الديني عاملاً جوهرياً في تقديمها.

ولاشك أن تكثيف جرعات البرامج الدينية للمسنين، وقيام مختلف الخدمات وبرامج الرعاية على أساس ديني من شأنه أن يؤتي نتائج تختلف إيجاباً عن تلك البرامج والخدمات التي لا تتخذ من الدين أساساً لها، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى بعدين أساسيين:

أ - الظروف النفسية للمسنين، حيث يتأثرون بأي برنامج قائم على أساس ديني.

ب - إقبال الأفراد والهيئات والمؤسسات المختلفة في المجتمع على تدعيم برامج رعاية المسنين، خاصة التي تنظم في مناسبات دينية.

كما لوحظ أن برامج رعاية المسنين التي تعتمد على المدخل الديني تحقق هدفاً مزدوجاً، حيث يشعر المسنون بقيمتهم في المجتمع، وتتبدل لديهم مشاعر الاغتراب والاكتئاب النفسي عندما يشعرون أن المجتمع بأفراده وهيئاته ومؤسساته يوليهم اهتماماً خاصاً، كما أن فائدة هذه البرامج تنعكس على المشاركين فيها، حيث يشعرون بالرضا، لما يلمسونه من آثار إيجابية لهذه البرامج على المسنين. كما أن الجرعات الدينية المكثفة للمسنين تعطي الأمل في الحياة في نفوس المسنين فتجعلهم أكثر حرصاً على الحياة والمشاركة فيها والتزود بالأعمال الصالحة في فترة نهاية العمر.

(3) نظرة مستقبلية لرعاية المسنين في ضوء التصور الإسلامي :

في ضوء الاستعراض السابق لرؤية الإسلام للمسنين يمكننا طرح مجموعة المؤشرات التالية لرعاية المسنين في ضوء التصور الإسلامي :

1 - الاهتمام بتربية النشء على احترام كبار السن، وحسن معاملتهم، وذلك من خلال المؤسسات التربوية على اختلاف أنواعها .

2 - التأكيد على أهمية دور الأسرة في رعاية كبار السن، حيث يأتي دورها في المرتبة الأولى بين المؤسسات التي تولي المسنين اهتمامها .

3 - العمل على إنشاء مؤسسات رعاية المسنين، بحيث تعتمد هذه المؤسسات على المدخل الإسلامي في البرامج والخدمات التي تقدمها .

4 - التفكير في إنشاء هيئة عامة على مستوى العالمين العربي والإسلامي لرعاية المسنين، تتولى التخطيط لخدمات الرعاية الإسلامية للمسنين، والتنسيق بين المؤسسات المختلفة، والمساهمة في تمويل برامج وخدمات هذه المؤسسات .

5 - العمل على تشجيع الاستفادة من كبار السن باختلاف تخصصاتهم في أمور الشورى والاستشارة وإبداء الرأي في مجالات الحياة المختلفة للمجتمع .

6 - تعديل الاتجاهات السلبية، وغير المرغوب فيها، والتي تسود بين الشباب والشيوخ، حيث انتشار هذه الاتجاهات يؤدي إلى تعرض العلاقات الاجتماعية في المجتمع للقلق.

7 - توسيع دائرة الخدمات الروحية والدينية للمسنين، والنظر إليها على أنها أساس جوهري ترتكز عليها كل الخدمات الأخرى.

ثانياً - خطة العمل مع المســـــنين:

(1) أسس ومبادىء رعاية المسنين:

تقوم خطة العمل المتعلقة بالمسنين على الركائز والمبادىء التالية:

1 - أن الشيخوخة مرحلة عمرية لها طبيعتها ولها خصائصها ولها أعباء ومتطلبات ينبغي العمل على مواجهتها، مثلها في ذلك مثل مراحل العمر الأخرى كالشباب أو الرشد، وإن اختلفت هذه الأعباء بطبيعة الحال واختلفت قدرات المسنين على الاستجابة لها بالشكل المناسب.

2 - النظر إلى المسنين بوصفهم جزءاً لايتجزأ من السكان، وأن ينظر إليهم داخل إطار فئات السكان الأخرى مثل فئات النساء والشباب والمعاقين واعتبار المسنين عنصراً هاماً وضرورياً في عملية الإنماء على كافة المستويات داخل المجتمع.

3 - عدم ربط الشيخوخة 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 نسبة للتنوع الواضح في شيخوخة الأفراد إلى جانب التنوع في شيخوخة الأنسجة والأعضاء. إزاء هذا التعدد والتشابك في العوامل المتصلة بالشيخوخة ينبغي النظر إلى عمر الفرد من هذا المنظور المتعدد الجوانب، فلا يقتصر الأمر على القياس الزمني، وإنما لابد أن يشمل القياس البيولوجي والاجتماعي والنفسي. وهكذا يصبح لكل فرد أعمار مختلفة قد تتفق وقد لاتتفق، إذ إلى جانب العمر الزمني توجد الأنماط الأخرى من الأعمار: العمر البيولوجي، العمر الاجتماعي، والعمر النفسي.

4 - ألا يوجب التقدم في السن التوقف عن العمل، وإنما قد يتطلب ذلك تحويل المسنين إلى أعمال ذات طبيعة إشرافية واستشارية، حيث أن كبر السن قد يضفي عليهم وضعاً متميزاً نظراً لخبرتهم.

5 - النظر إلى قضية المسنين على أنها إيماءة تدل على الشكر والعرفان لا على أنها مشكلة اجتماعية يتصدّى لها المجتمع على كره منه، فقد أعطى الإسلام لكبار السن منزلة فريدة واحتراماً كبيراً وخاصة في مجال الأسرة، كما في قوله تعالى: ﴿وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً، إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما، وقل لهما قولاً كريماً، واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيراً﴾ (الإسراء: 23، 24).

6 - تعتبر الشيخوخة في حد ذاتها، في المجتمع التقليدي وضعاً له أهمية ومكانة متميزة تجلب لصاحبها التقدير والاحترام الذي يتناسب مع المركز الاجتماعي السامي الذي يحتله في الحياة الاجتماعية، وتحاول المجتمعات التقليدية، بقدر الإمكان، الإفادة من الشيوخ ومن خبراتهم العميقة في شؤون الحياة. ومن هنا فإنها تحدد لهم مركزاً معيناً ودوراً يتعين عليهم أداؤه، وأنواعاً محددة من النشاط الاجتماعي، أو حتى الاقتصادي يتناسب مع ضعفهم. وعبر التاريخ مكّن هذا الدور المسنين من تربية الأصغر سناً وتلقينهم القيم، وقد كفل هذا الدور بقاء الإنسان وتقدمه، وينبغي أن يعترف بهذا الدور ويزداد تشجيعه، كما ينبغي اعتبار الإنفاق على المسنين استثماراً دائماً.

7 - هناك صلة بين القضايا الإنمائية والآثار الاجتماعية الاقتصادية لشيخوخة السكان، وتنعكس آثار هذه الشيخوخة على الإنتاج والاستهلاك والادخارات والاستثمار، وبالتالي على الظروف والسياسات الاجتماعية والاقتصادية العامة، لاسيما في الأوقات التي يزداد فيها معدل اتكال المسنين على غيرهم مما يستدعي وضع استراتيجية وطنية خاصة بالمسنين تتضمن الخطط اللازمة في ضوء المؤشرات الديموغرافية والصحية، واعتبار هذه الاستراتيجية حجر الزاوية في كل التوجهات الحالية والمستقبلية نحو هذا الهدف.

8 - يجب أن تعزز عملية التنمية كرامة الإنسان وأن تكفل الإنصاف بين الفئات العمرية في تقاسمها موارد المجتمع وحقوقه ومسؤولياته، فالكرامة الإنسانية حق للناس جميعاً لأنها تتعلق بالإنسان بنوعه لا بشخصه. يقول تعالى: ﴿ولقد كرمنا بني آدم وحملناهم في البر

والبحر ورزقناهم من الطيبات وفضلناهم على كثير ممن خلقنا تفضيلاً﴾ (الإسراء: 70). والكرامة الإنسانية حين تتعلق بنوع الإنسان لا بشخصه فإنها لاترتبط بأي مرحلة من مراحل العمر بحيث يصبح حق الإنسان في احترام كرامته حقاً مقدراً في كل مراحل العمر شاباً وشيخاً، فإذا تقدم العمر بالإنسان وواجه من خلال ذلك بعض المشاكل الصحية أو الاجتماعية فلا ينبغي بأية حال أن ينال ذلك من كرامته كإنسان، ومن حقوقه المرتبطة بالكرامة الإنسانية.

9 - ينبغي أن يسهم الأفراد، بصرف النظر عن أعمارهم أو جنسهم أو عقيدتهم تبعاً لقدراتهم، كما ينبغي أن ينالوا من الخدمات بقدر حاجاتهم. وفي هذا الإطار يكون النمو الاقتصادي والعمالة المنتجة والعدالة الاجتماعية والتضامن البشري عناصر أساسية وغير قابلة للتجزئة في عملية التنمية.

(2) الأهداف العامة لرعاية المسنين على المستوى الوطني:

1 - إدراج مسائل الشيخوخة في الخطط الإنمائية الوطنية، ويتطلب ذلك الاعتراف عند تخطيط الأنشطة الإنمائية وتنفيذها بأهمية شيخوخة السكان وقدرات المسنين ولا سيما النساء في التنمية الاقتصادية والثقافية والسياسية والاجتماعية.

2 - إيجاد آلية تنسيق وطنية معنية بالشيخوخة (لوضع استراتيجية وطنية متعلقة بالشيخوخة وتعزيز تنفيذها)، تتكون من الوزارات والمجالس والإدارات والهيئات واللجان وفرق العمل ذات الصلة في هذا المجال.

3 - وضع استراتيجية وطنية خاصة بالمسنين تتضمن الخطط اللازمة في ضوء المؤشرات الديموغرافية والصحية، واعتبار هذه الاستراتيجية حجر الزاوية في كل التوجهات الحالية والمستقبلية نحو هذا الهدف.

4 - إن التسليم بترابط جميع جوانب الشيخوخة يعني ضمناً الحاجة إلى وضع منهج منسق للسياسات والبحوث المتعلقة بهذا الموضوع. وأن دراسة عملية الشيخوخة في مجموعها ومدى تفاعلها مع الحالة الاقتصادية والاجتماعية تتطلب تحقيق سياسة واضحة في البحث العلمي تتجه إلى خدمة المجتمع، من خلال توفير بيانات ومعلومات ودراسات مسحية تحدد جيوب الفقر، وتتابع حركة العمالة، وتغيرات الأسعار، ومعدلات التضخّم في علاقتها بالمعاشات التأمينية، وتهتم بالبحث عن أفضل أوجه الاستثمار.

5 - وضع خطة طويلة الأجل تستهدف المحافظة على القيم والتقاليد العربية وبخاصة ما يتصل منها بالعلاقات الإنمائية السوية والتماسك الاجتماعي والترابط الأسري، وكذلك ما يتصل بمظاهر الضبط الاجتماعي والسلطة التربوية والتقويمية.

6 - ان الأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع وينبغي أن تبذل الجهود لحفظ وحدة الأسرة وحماية تكاملها، ومن المفروض أن تقع مسؤولية العناية بالمسنين على عاتق كل من الأسرة والقطاع الخاص من جهة والقطاع الحكومي من جهة أخرى. ولهذا يجب أن يعمل على تطور مفهوم خاص يتناسب مع موقف الأسرة، وما هو متوافر في المجتمع من مؤسسات أو منظمات تعمل على مساندة المسنين في حياتهم.

ويجب الاستعانة بهذا المفهوم عند القيام بعملية المساعدة وتنفيذها عن طريق الخدمات الاجتماعية وذلك في حدود ما تتيحه أنساق المساعدات الأسرية من إمكانات وفي قدرة الخدمات الاجتماعية أن تتنافس مع الأدوار التي تؤديها الأسرة، كما يمكن لها أن تصبح مكمّلة لها، أو تؤدي دور البديل لها في القيام بالأدوار الرئيسية. ومع ذلك فإن من الأفضل أن ينظر إلى الأسرة والبيئة - في جميع الحالات - على أنها المصدر الوحيد الذي يجب أن نلجأ إليه أولاً قبل تورطنا في تقديم خدمات قد تكون لها في النهاية نتائج غير مجدية.

7 - اعتبار التنمية الريفية في بعض أقطار المنطقة، مفتاحاً لحل مشاكل الشيخوخة عموماً وهي كذلك مفتاح لتحقيق تقدم وطني متوازن ومتكامل في الأقطار ذات الاقتصاد الزراعي (عمان - السعودية). ومن شأن السياسات التي تستهدف تحسين الإنتاج والإنتاجية في المناطق الريفية، وحفز الاستثمارات، وإنشاء الهياكل الأساسية، أن تعزّز إلى حد ما نظم الضمان الاجتماعي المعمّمة السارية في أجزاء أخرى من المجتمع أو في مجتمعات أخرى.

8 - تطوير الأداء المؤسسي من خلال رفع كفاءة العاملين، وتوفير التدريب المستمر لهم مع الاستعانة بالخبرة الفنية والتكنولوجيا الملائمة، كذلك تطوير الأداء من خلال إزاحة التعقيدات البيروقراطية والقانونية التي تحول بين السياسات والمنتفعين بها.

9 - دعم جهود المؤسسات الأهلية وتشجيعها على اقتحام مجالات جديدة قد يكون أداؤها فيها أفضل من أداء الدولة، والطريق إلى ذلك يتمثل بتوفير الاستقلال لها وحلّ القيود المفروضة عليها.

ثالثاً - أسس ومعايير تحديد الحاجات الإنسانية :

من المسلم به إلى حد بعيد أن كل البشر، بصرف النظر عن اللون أو العقيدة أو النشأة، لهم نفس الحاجات أساساً، وأن انعدام المساواة يخلق توترات، وربما تسبب في وقوع اضطرابات وقلاقل خطيرة، وأن الإحساس بالاندماج في المجتمع والرغبة في التقدم داخل إطاره هو احتياج ينبغي أن يوضع في الحسبان.

إن المكون الأساسي للمجتمع هو الناس أو البشر الذين يتجمعون معاً في نوع من التقارب المكاني في منطقة جغرافية كبيرة أو صغيرة، وإذا تساءلنا عن السبب الذي يدفع الناس إلى التجمع معاً على هذا الوجه، فإننا نقول أن الناس تجمعوا معاً لإشباع احتياجاتهم الإنسانية.

وأي إنسان لايستطيع أن يعيش منفرداً وذلك لسبب معروف هو أنه سيعجز عن إشباع حاجاته بنفسه.

واحتياجات الإنسان تتميز « بالتعدّد والتنوّع » حيث إن له ألواناً متعددة من الاحتياجات الجسمية البيولوجية والنفسية والاجتماعية، كما إنها تتميز «بالتجدد » بمعنى أن إشباع أي من تلك الاحتياجات مرة واحدة لايكفي لإشباعها للأبد، ولكن سرعان ماتتجدد الحاجة بعد فترة من الزمن طالت أو قصرت، فالإنسان يشبع حاجاته للطعام الآن ولكن سرعان ما يشعر بالحاجة إلى الطعام تتجددّ بعد بضع ساعات، وهكذا.

ومن هنا فإن حاجة الإنسان إلى الآخرين متجددة، وهناك سمة أخرى لها أهمية خاصة وهي أن الاحتياجات نسبية بمعنى أنه ليست هناك وسيلة للإشباع المطلق بالنسبة للاحتياجات، فالحاجة إلى الطعام التي قد تشبعها كسرة من الخبز سرعان ما تتحول إلى طلب ألوان من الأطعمة التي تبدأ النفس تشتهيها إذا اعتادت أو اطمأنت إلى توافر الخبز، وهكذا حتى يصل الأمر إلى أن يدخل في شرط إشباع الحاجة إلى الطعام ضرورة توافر أمور لاتتصل بالطعام مباشرة مثل الحاجة إلى مائدة « نظيفة » تزينها الزهور، وهكذا، وهذا مصداق لمعنى قول الرسول الكريم ﷺ: لو كان لابن آدم واد من ذهب لتمنى لو كان له واديان، وأن لايملأ عين ابن آدم إلا التراب. أي أن احتياجات الإنسان لاتقف عند حد حتى يتوفاه الموت.

(1) مفهوم وتصنيف الحاجات الإنسانية:

يتم تعريف إشباع الحاجات الأساسية، بوجه عام، في إطار استراتيجيات التنمية التي تستهدف إشباع الحد الأدنى من الحاجات الأولية، لتلك القطاعات السكانية غير القادرة على إشباع هذه الحاجات بجهودها الذاتية، ويتضمن تقرير مكتب العمل الدولي (ILO) حول « العمالة والنمو والحاجات» عنصرين أساسيين في الحاجات الأساسية:

1 - متطلبات الحد الأدنى الضروري للأسرة بالنسبة للاستهلاك الخاص (الغذاء الكافي، المأوى، الملبس، الأجهزة المنزلية، وأثاث المنزل).

2 - الخدمات الأساسية التي يتم توفيرها من خلال ومن أجل المجتمع ككل، مثل المياه الصالحة للشرب، والصرف الصحي، والنقل العام، والخدمات الصحية والتعليمية.

وكذلك يرى «ليسك» أن الهدف الرئيسي لنهج الحاجات الأساسية هو إشباع المتطلبات الأساسية في مجموعتين من الأغراض المنفصلة، والتي يكمل كل منها الآخر في الوقت نفسه وهي:

أ - الحاجات الاستهلاكية الشخصية مثل: الغذاء، والمأوى، والملبس.

ب - الخدمات العامة الأساسية مثل: الصحة، والصرف الصحي، وتوفير المياه الصالحة للشرب، والتعليم، والنقل، والخدمات الثقافية.

ويضيف « بهالك» أهمية خاصة على الحاجات الأساسية سواء المادية أم غير المادية، ويورد عناصر مكتب العمل الدولي (ILO) المتعلقة بالحد الأدنى الضروري من المتطلبات المنزلية للاستهلاك الشخصي وتوفير الخدمات العامة الأساسية، والمشاركة الشعبية في وضع القرار وتوفير فرصة العمل.

كما يضيف « ستريتن» طابعاً إنسانياً على المفهوم من خلال تعريفه للحاجات الإنسانية بوصفها توفير فرص التطوير الجسماني والعقلي والاجتماعي الكامل للشخصية الإنسانية، أي أنه يشمل الحاجات غير المادية التي تسهم في تلبية الحاجات المادية. وتتضمن هذه الحاجات الحاجة إلى تقرير المصير، والحاجة إلى الاعتماد على الذات، والحاجة إلى الحرية السياسية والأمن السياسي، والحاجة إلى المشاركة في صنع القرار، والهوية القومية

والثقافية، والحاجة إلى وجود غاية في الحاجة وفي العمل، والهدف النهائي لهذا كله هو تحقيق الكرامة الإنسانية، بحيث يصبح التفكير من منطلق عدد السعرات الحرارية، أو عدد الوحدات السكنية غير كاف لتغطية مختلف جوانب المفهوم.

هذا ويبدو التقسيم الشائع إلى حاجات مادية وغير مادية (معنوية) تقسيماً غير كاف، فهو يتجاهل العلاقة الوثيقة والتفاعلات المتبادلة بين النوعين، ونجحت الحقيقة القائلة إن الحاجات (غير المادية) هي التي تميز الإنسان عن الحيوانات الأخرى، وبالرغم من ذلك فسيظل من الملائم، للأغراض التحليلية وكذلك العملية المتعلقة بتخطيط استراتيجية التنمية، أن نضع تقسيماً ثنائياً للحاجات يشبه هذا التصنيف إلى حد ما.

ويبدو أن أول محاولة منظمة في العصر الحديث لتصنيف الحاجات قد حدثت استجابة للسياسة التي اتبعها أربا ب النشاط الاقتصادي والإداري، في الغرب، للحصول على أقصى أداء ممكن من مستخدميهم، إذ بدا لمنظّري الإدارة أن الأسلوب « الإنساني » هو الأسلوب الأمثل لتحقيق هذا الهدف، وأن إرضاء العمال يمكن أن يخلق تنظيماً أكثر كفاءة وفعّالية، كما بدا من الواضح أن إرضاء العمال، أو إشباع احتياجاتهم لن يتحقق إذا مالُبيت احتياجاتهم المادية وحدها، وهكذا ظهرت « نظرية العلوم السلوكية »، التي تشمل الدوافع السيكولوجية والاجتماعية، وتجمع بين المفهوم الآلي لنظريات الإدارة الكلاسيكية، ورؤية أوسع لاحتياجات الإنسان، لتلبي مطالب النظرية الجديدة.

(2) تدرج الحاجات الإنسانية :

لقد تم التسليم بأن الفرد يحركه كل من الحاجات الجنسية والحاجات المحدّدة اجتماعياً وبأن كلتا المجموعتين من الحاجات ينبغي إشباعها ، وأسفر ترتيب «ماسلو» للحاجات الدافعية (من الأدنى إلى الأعلى) عن التدرج المراتبي التالي :

1 - الحاجات الفسيولوجية .
2 - حاجة الأمان .
3 - حاجة الانتماء .
4 - حاجة التقدير .
5 - تحقيق الذات .

وفي نظر « ماسلو » فإن الإنسان حين يحقق كل مجموعة من هذه الحاجات يتحرك في اتجاه الخطوة التالية في التدرج المراتبي للحاجات ، وقد لاحظ أن هذه المراتب تتداخل ، وأن عدداً قليلاً نسبياً من الناس هم الذين يملكون القدرة على إكمال ارتقائهم لهذا السلم المتدرج .

فالحاجات الأساسية ينظر إليها بوصفها أشياء « متناهية » وقابلة للإشباع كلياً ، في حين تتميز الحاجات الثانوية والأكثر اتساماً بالطابع الاجتماعي بأنها « لامتناهية» وبأنه ليس لها - حتى على المستوى النظري - حد أقصى نهائي للإشباع ، فمع بداية شعور الإنسان بالمزيد من الأمان ، من الوجهة المادية ، تصبح احتياجاته فيما يتعلق بالتعبير عن الذات وتحقيق الذات ظاهرة وملحة بصورة متزايدة .

وقد توسع « باك جريجور » في هذه النظرية، وذهب إلى أن عملية إشباع احتياجات الأنا (الفئتين الرابعة والخامسة - حاجة التقدير وتحقيق الذات على التوالي - في تدرج ماسلو المراتبي) تتحقق من خلال كل من الآتي :

1 - المكافأة الداخلية (مثل اكتساب المعرفة، والاستقلال، واحترام النفس).

2 - المكافأة الخارجية (المال - الفوائد الإضافية - الترفيه - تقدير الآخرين).

وقد قدّم مزارع يمتهن الطب « الشعبي » في سيريلانكا هذه القائمة من الحاجات الإنسانية بالنسبة لمجتمع قريته، مرتبة أيضاً بحسب الأولوية، خلال حوار أجراه معه رئيس إحدى حركات الجهد الذاتي الريفية :

1 - بيئة نظيفة وجميلة بالمعنى الفيزيائي والعقلي في وقت معاً.
2 - توافر قدر كاف من المياه النقية أولاً للاستعمال الشخصي، وثانياً للزراعة.
3 - الملابس، وخصوصاً لتغطية جسم النساء، كدلالة على التحضر.
4 - الغذاء.
5 - المسكن.
6 - الرعاية الصحية.
7 - الطرق والمواصلات
8 - الوقود.
9 -حاجات التعليم .
10 - الحاجات الروحية والثقافية.

ثم أضاف لاريب في أن الصحة هي البداية والنهاية في كل جهودنا ولكي تتحقق الصحة لا بد من إشباع عوامل أخرى كثيرة في الوقت نفسه، فعلينا أن ندرس حالة الفرد والأسرة والقرية، بل الدولة والعالم. ثم علينا بعد ذلك أن ندرس بدقة البيئة المحيطة بنا، ونحاول بجهدنا كله أن نشرع في عملية تنمية ذاتية بالإمكانيات المتوافرة لدينا، عندئذ يصبح في مقدورنا أن نبلغ المستوى الحياتي الصحي.

ومما يثير الاهتمام أن نجد أن استطلاعاً للرأي أجراه « ديلي كارنيجي » ورد في كتابه « كيف تكسب الأصدقاء وتؤثر في الناس » ووجه فيه مجموعة من الأسئلة إلى الأمريكيين البالغين، قد توصل إلى مفهوم مشابه ومتميز في الوقت نفسه للحاجات الإنسانية الأساسية، فالأشياء الثمانية الأكثر أهمية في نظر هذه المجموعة في ترتيب تصاعدي، هي على الوجه التالي:

1 – الصحة الجيدة.
2 – المسكن.
3 – النوم.
4 – المال.
5 – الحياة والموت.
6 – الإشباع الجنسي.
7 – الحياة الرغدة لأطفال المرء.
8 – أن تكون للمرء مكانة مرموقة.

وفي كل من القائمتين نجد مزيجاً من الحاجات المادية وغير المادية وما بعد المادية، ولكن التوازع مختلف تماماً في الحالتين.

ومن خلال المقارنة بين هاتين القائمتين يتضح أن الحاجة ودرجة الأولوية التي تكتسبها إنما هي أمر يعتمد على الثقافة السائدة، والدرجة التي يتم بها إشباع هذه الحاجة في إطارها، فإذا ما تم إشباع حاجة ما بالصورة الكافية، فإنه لاينظر إليها بعد ذلك بوصفها حاجة، أما إذا أشبعت بصورة جزئية فقط فسيظل ينظر إليها بوصفها حاجة حتى يتم إشباعها بصورة كافية.

وعندما تصل المياة النقية إلى المجتمع، فلا ريب في أن الحاجة إليها لن تذكر مرة أخرى، كذلك يتضح من القائمة الأولى أن المشكلة بالنسبة للدول النامية هي القصور في توفير الخدمات والقصور في إشباع الحاجات المادية، بينما يتم إشباع لحاجات الروحية بصورة كافية، أما الأمريكي البالغ فهو في الموقف النقيض، إذ يعيش كفرد بإشباع كاف للحاجات المادية وبروابط اجتماعية قاصرة نوعاً، وبإشباع قاصر للحاجات الروحية.

وعلى ذلك فإن تدرج « ماسلو » المراتبي للحاجات يمكن أن يفهم على أنه يعكس الظروف السائدة في المجتمع المتقدم في التصنيع، والذي تتسم الروابط الاجتماعية فيه بالضعف النسبي، أي أنه تدرج للحاجات، قابل للتطبيق بالنسبة للمجتمع الغربي، لكنه لايقبل التطبيق وبصورته تلك في بلد نام تسوده ثقافة مختلفة، إذ ليس هناك قوة حفز حتمية الطابع من الأطوار الفسيولوجية إلى الأطوار السيكولوجية لإشباع الحاجات، وفي المجتمع الريفي التقليدي هناك مطلب واضح يتمثل في توفير الخدمات وإشباع الحاجات المادية الأساسية فيما يتعلق بالغذاء، والإسكان وغيرها، دونما إضرار بالروابط الحيوية القائمة داخل المجتمع، والتي تسهم في تحقيق الإشباع الكافي للحاجات الروحية.

ومن المفيد أن نصنف الحاجات على الوجه التالي :

1 - مجموعة أولية من الحاجات البيولوجية الفطرية : والتي تتألف من مجموعتين فرعيتين، تتعلقان باستمرار البقاء، وبالتدابير المباشرة للموارد اللازمة لتصريف أمور الحياة على الترتيب . وتتضمن المجموعة الأولى :

أ - الغذاء .
ب - المأوى .
جـ - الملبس .
د - الصحة .
هـ - الأمن الشخصي .

بينما تتضمن المجموعة الثانية :

كسب الرزق داخل مجتمع متماسك من خلال العمل بأجر أو بأي مورد للرزق (وسيكون أفضل توافر دخل إضافي)، كذلك تتضمن التعليم الرسمي وغير الرسمي اللازم لكسب الرزق .

ويمثل الغذاء ، والمأوى، والصحة، حاجات فسيولوجية فردية، بينما يمثل كسب الرزق والتعليم احتياجاً مجتمعياً .

2 - مجموعة ثانوية : تنقسم أيضاً إلى مجموعتين فرعيتين :

- الأولى : فردية أيضاً (الحاجات الجمالية والروحية والإبداعية) .

- الثانية : مجتمعية (الحاجات الإدارية، بما في ذلك مختلف أنواع الخدمات العامة مثل: النقل والمواصلات . . إلخ ؛ والحاجات المتعلقة بالأمن القومي وما شابه ذلك) .

وهذه الحاجات الأساسية الثانوية ضرورية لكفالة الإشباع الدائم للمجموعة الأولية . ومن مزايا هذا التصنيف أن العلاقة العضوية داخل التسلسل المراتبي للحاجات هي أكثر وضوحاً منها في حالة التقسيم البسيط إلى حاجات أساسية وغير أساسية بانفصالها الضمني ؛ كذلك يوضح التصنيف أن الاهتمام بإشباع الحاجات الثانوية لن ينطوي على أي معنى، ولن يجدي شيئاً ما لم يخدم عملية الإشباع الدائم للحاجات الأولية، أو إذا لم يتم أولاً إشباع الحاجات الأولية إشباعاً كاملاً . إن الغذاء والمأوى يمثلان حاجتين ماديتين، بينما يمثل كل من التعليم والعمل حاجة غير مادية، أما المسائل الجمالية والإبداعية فهي حاجات «مابعد مادية» .

وهكذا نجد أن حاجات الناس متعددة، منها ماهو ضروري لحياة الإنسان ومنها مايدخل في عداد الكماليات، ويمكن إدراج حاجات الإنسان تحت قسمين كبيرين هما :

1 - حاجات مادية : فالإنسان يحتاج في حياته إلى حاجات حيوية واقتصادية من مأكل ومشرب وملبس ومسكن وما شابه ذلك .

2 - حاجات معنوية واجتماعية ونفسية: تتمثل في تكوين أسرة وأن يعمل وأن ينتج، وأن يكون له دور في هذه الحياة وتشمل أيضاً:

أ - أنه في حاجة إلى الحب والحنان وإلى مركز ووضع اجتماعي معين.

ب - في حاجة إلى أن يكون حراً فيما يعتنقه من دين أو ما يقوم به من عمل، وكما أنه يتمسك بحريته في التنقل وحرية الرأي.

والواقع أن كل مشكلة أو حاجة يلزم لمواجهتها استخدام أسلوب علمي مهني أو تنظيمي، حتى لا نلجأ إلى العفوية والقدرية في مواجهة مشاكل المجتمع، وهي أساليب غير علمية.

(3) تصنيف الاحتياجات المجتمعية:

كلما كانت الاحتياجات المجتمعية متعددة وغير مشبعة، افترض أن ذلك الوضع يدفع إلى صعوبة تحرك عملية التنمية المحلية لإدراك سكان المجتمع بصعوبة تحقيق أي تقدم، في حين أنه كلما كانت الاحتياجات المجتمعية غير المشبعة أقل ساعد ذلك على بدء العملية.

فالاحتياجات المجتمعية ذات الأهمية وغير المشبعة تشكل ثقلاً قد يجذب إلى أسفل إذا وازن سكان المجتمع بين ثقل مقدرتهم وإمكانيات مجتمعهم وبين ثقل الاحتياجات غير المشبعة. وتقسم الاحتياجات المجتمعية إلى:

1 - احتياجات معيارية : وهي تلك التي يصنفها مهني أو خبير كاحتياجات في سياق أو موقف معين .

2 - احتياجات محسوسة : وهي تلك الاحتياجات التي يدركها صاحب الموقف نفسه ويريد تغييرها .

3 - احتياجات معبر عنها : وهي الاحتياجات المحسوسة عندما تتحول إلى عمل أو إجراء من أجل إشباعها .

4 - احتياجات مقارنة : إذا كانت مجموعة من الناس لاتحصل على خدمة أو خدمات تحصل عليها فعلاً مجموعة أخرى من الناس لها نفس خصائص المجموعة الأولى .

(4) تحديد الاحتياجات المجتمعية كنقطة بداية التنمية المحلية :

1 - يحس أعضاء المجتمع بوجود بعض الاحتياجات الملموسة غير المشبعة ، كما أنهم يدركون الآثار الضارة الناجمة عن عدم إشباع تلك الاحتياجات .

2 - يضاف إلى تلك الاحتياجات ، احتياجات أخرى يحددها الخبراء والمهنيون الممارسون لعملية التنمية مثل احتياجات معيارية أو مقارنة .

3 - يتم التركز على أهم الاحتياجات غير المشبعة سواء كانت محسوسة أم معيارية أم مقارنة يتم ترجيح ثقلها بالنسبة للوزن المرجح لقدرات وإمكانيات المجتمع المحلي.

4 - إذا كان الوزن المرجح لقدرات وإمكانيات المجتمع المحلي اتخذت تلك الاحتياجات غير المشبعة كنقطة انطلاق وتحولت كلها إلى احتياجات معبر عنها.

(5) تحديد أولويات الاحتياجات بالمجتمع المحلي:

يتم تحديد أولويات الاحتياجات غير المشبعة في ظل توافر العوامل التالية:

1 - إذا كانت هناك احتياجات غير مشبعة يعاني منها أكثر أفراد المجتمع وتتعلق بمرافق عامة أساسية فتلك الاحتياجات تحظى بسهولة بالأولوية.

2 - احتياجات البقاء، أي تلك الاحتياجات التي يحس أفراد المجتمع أن عدم إشباعها يهدد بقاءهم على قيد الحياة، كالتهديد بوقوع حوادث مميتة أو انتشار أمراض، يسهل اتفاق المجتمع على إعطائها الأولوية.

3 - كذلك فإن الاحتياجات غير المشبعة المرتبطة بالنشاط الاقتصادي الرئيسي لسكان المجتمع المحلي بصورة مباشرة ممكن أن تحظى هي الأخرى بالأولوية.

وبصفة عامة كلما أحس أفراد المجتمع المحلي بضغط وإلحاح احتياجات غير مشبعة تمس صميم حياتهم اليومية، زاد ميلهم إلى الاتفاق على تحديد الأولويات. ويعني قيام سكان المجتمع المحلي بأنفسهم بتحديد احتياجاتهم ذات الأولوية ألا يقوم غيرهم من الخبراء أو المهنيين بتحديد أولويات احتياجات مجتمع محلي على أساس أنهم يستخدمون أساليب فنّية تحدّد الأولويات بدقة يعجز عنها سكان المجتمع.

وقد يتجه رأي إلى التغاضي عن ضرورة تحديد الأولويات على أساس أن المجتمعات المحلية في الدول النامية - خاصة الفقيرة منها - متعددة الاحتياجات ولذلك فإن توفير أي خدمة هو أمر ضروري لمثل هذه المجتمعات.

وأن فرض أي خدمة عليهم لايعني بالضرورة أنهم سيستفيدون منها على النحو المرجو، مما قد يشكل تبديد الموارد، ولكن يجب التنويه بأن هناك ثمة احتياجات ذات أولوية وملحة غير أن تكلفة إشباعها عالية نسبياً، ومثل هذه الاحتياجات رغم ثقلها المادي إلا أنها تطفو فوق غيرها من الاحتياجات الأقل أولوية والأقل تكلفة، وتصبح أكثر جاذبية وإغراء بأن يعمل المجتمع من أجل مواجهتها، وهنا يأتي دور المهنيين، فعليهم مساعدة المجتمع على وضع عبء التكلفة المادية بنظر الاعتبار عند اختيار الأولويات، بجانب رأي المجتمع بمدى إلحاح وأهمية الاحتياج غير المشبع.

ويجب التمييز بين أولوية الاحتياج، والاحتياج القابل للإشباع، إذ إن الاحتياج قد تكون له الأولوية، بيد أن إمكانية إشباعه ضعيفة، نظراً للتكاليف المرتفعة، أو لعوائق إدارية محتملة.

ومن ثم فإن دور المهنيين هو مساعدة سكان المجتمع على تخيّر الاحتياجات ذات الأولوية، والتي يمكن إشباعها في نفس الوقت.

فسكان المجتمع المحلي يحددون الأولويات والمهنيون يضعونها في دائرة الواقع، والمجتمع يختار أخيراً بين ماهو ممكن ويستبعد غير الممكن، ومن الممكن أن يختار أولوياته.

الفصل الثالث

البرامج والخدمات العامة لرعاية المسنين

إن للمسنين كفئة عمرية احتياجات ترتبط بحالتهم البيولوجية والنفسية والاجتماعية وذلك في إطار من النمط الثقافي السائد، إلى جانب متطلبات مرحلة النمو، ولذلك قد يكون من الصعب الوصول إلى تحديد دقيق وشامل لكل احتياجات المسنين، حيث أنها تختلف باختلاف المجتمعات والعصور، كما أن المسنين ليسوا بجماعة متجانسة، ومن ثم يتفقون في كل احتياجاتهم، على أن ذلك لا يمنع من أن هناك احتياجات أساسية ترتبط بمرحلة الشيخوخة، أو تكتسب أهمية خاصة في هذه المرحلة، أو يثير عدم إشباعها بعض المشكلات بالنسبة للمسنين.

وليس معنى ذلك أن للمسنين احتياجات ومتطلبات خاصة ينفردون ويتميزون بها عن بقية الفئات العمرية، ولكن حالتهم الجسمية أو النفسية أو العقلية قد تنعكس على بعض هذه الحاجات والمتطلبات. وتتناول هذه المتطلبات : الصحة والتغذية، والإسكان وبيئة المعيشة، والرعاية الاجتماعية والنفسية، ضمان الدخل والعمالة، والتعليم والإعلام.

أولاً - الرعاية الصحية والتغذية :

ترتكز الرعاية الصحية في فترة الشيخوخة على أساسين : أساس وقائي والآخر علاجي. فمن حيث الأساس العلاجي لابد أولاً من العمل على تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به وأصابته وخرجت به عن الخط الصحي السليم وجعلته رازحاً تحت مجموعة من الأمراض، بل وتحت

مجموعة من الاستعدادات غير المواتية للإصابة بأمراض أخرى أولاستفحال الأمراض التي أصيب بها بالفعل. أما الأساس الوقائي فيتمثل في النأي بالمسن عن مجموعة من المواد الغذائية الضارة بحالته، وحضّه على التمرس بمجموعة النشاطات الجسمية كالمشي مثلاً، وذلك حتى لايكون عرضة للإصابة بأمراض معينة.

إن أمام الطب مشواراً طويلاً ليقطعه في سبيل الكشف عن الكثير من أسباب الأمراض المصاحبة للشيخوخة، حتى يتسنّى له التغلب عليها وتخليص المسنين منها. والمشكلة الأساسية التي تجابه الطب تتبدى في العثور على الوسائل الكفيلة بالتغلب على عملية الهدم وترجيح كفة عملية البناء حتى يظل الجسم في حالة من التماسك والحيوية، فالمشكلة ليست إذن مشكلة علاج المسن من الشيخوخة، بل هي مشكلة كيف لايصل الإنسان إلى الشيخوخة، ولسنا بالطبع نأمل الخلود للإنسان ولكننا نأمل له أن يسعد بعمره الثاني بحيث تنتهي حياته فجأة، بعد عمر مديد، بغير أن ينوء تحت أعراض الشيخوخة المؤلمة له ولمن حوله. ولعل الكشف عن هذا المجال الطبي يجب أن يوضع في سلم الأولويات في مجال البحوث والدراسات. إذ ينبغي أن يكون من المبادىء الأساسية لرعاية المسنين تمكينهم من أن يحيوا حياة مستقلة في المجتمع لأطول مدة ممكنة.

إن العلاج في جميع حالاته يتضمن نوعين من العلاج: علاجاً شفائياً وعلاجاً وقائياً، وفي النوع الأول من العلاج يكون الشخص قد أصيب بالفعل بالمرض ويحاول الطب تخليصه من براثنه، ولكن في النوع الثاني يكون وقوع المرض احتمالياً إذا لم يتبع المريض نظاماً معيناً في التغذية أو النوم أو الحركة، أو إذا لم يمتنع عن الاستمرار في ممارسة نشاط معين أو عن تناول مواد معينة كالسجائر أو المخدرات.

وعلى هذا ينبغي أن تتضمن الخطة الوطنية في مجال الرعاية الصحية والتغذية مايلي:

(1) مرتكزات الرعاية الصحية والتغذية:

1 - أن يسير الطب الوقائي جنباً إلى جنب مع الطب العلاجي في متناول المسنين، وذلك لتحسين حالتهم من جهة، ولوقايتهم من أمراض يمكن أن تقع لهم من جهة أخرى.

2 - شمول المسنين ببرنامج تأمين صحي مجاني وتبسيط كافة الإجراءات المتعلقة بهذا الموضوع.

3 - توفير التغذية الكافية، لاسيما للمسنين المعرضين للمخاطر، ويكون ذلك بتحسين توافر المواد الغذائية الكافية، وتعريف الجمهور ومن ضمنهم المسنين بالعادات السليمة للتغذية والأكل في المناطق الحضرية والريفية والبدوية على حد سواء.

4 - أن تضمن الحكومات مطابقة المنتجات الغذائية والأدوات المنزلية والمنشآت والمعدات لمعايير السلامة التي تراعي ضعف مناعة المسنين.
إن رعاية المسنين لها قطبان أساسيان لايمكن الإغضاء عن أي منهما أو التقليل من أهميته. الأول: وهو الرعاية الخارجية التي يتلقاها المسن من غيره أو من البيئة الاجتماعية المحيطة به والتي تكون قد هُيئت له ورسمت ملامحها بدقة بحيث تكون مواتية لحاجاته وملبية لمطالبه ومتمشية مع حالته شخصياً، ومع الخصائص العامة التي يندرج تحتها

هو وأمثاله من المسنين. أما القطب الثاني: فهو المسن نفسه بما يكون لديه من وعي بنفسه وبظروفه الصحية وبحالاته التي تتقلب عليه أو التي نبهّه الطبيب إلى احتمال تقلّبها عليه.

5 - تشجيع مشاركة المسنين في تنمية الرعاية الصحية وتسيير الخدمات الصحية.

6 - تخفيف معاناة المعاقين من كبار السن وإعادة تدريبهم على ما تبقى لهم من وظائف عضوية، وتخفيف آلام المصابين، والحفاظ على راحتهم وكرامتهم، ومساعدتهم على إعادة توجيه آمالهم وخططهم.

7 - أن تشمل الرعاية الصحية القطاعين الصحي والاجتماعي، وكذلك العائلة لتحسين نوعية حياة المسنين.

8 - العمل على تعزيز صحة المسنين ومنع إصابتهم بالمرض واحتفاظهم بقدراتهم الوظيفية، ولذا فمن الضروري إجراء تقدير للاحتياجات الجسدية والنفسية والاجتماعية للمجموعة المعنية، حيث سيعزز مثل هذا التقدير الوقاية من العجزوالتشخيص المبكر وإعادة التأهيل.

9 - استحداث عيادات ومراكز صحية متخصصة في طب الشيخوخة لتوفير الفحص الطبي الشامل والاستشارات الطبية وتقديم رعاية شاملة في هذا المجال.

10 - إنشاء أقسام متخصصة في طب الشيخوخة في المستشفيات المركزية مع تخصيص أجنحة خاصة بهذه المستشفيات لحالات مرض الشيخوخة، لما تتسم به ظروف علاجهم من مداخل وأساليب خاصة في طرق رعايتهم الطبية وعلاجهم.

11 - يعتبر التشخيص المبكر والعلاج من الأمور ذات الأهمية القصوى للوقاية من الأمراض العقلية بالنسبة للمسنين. ويجب بذل جهود خاصة لمساعدة المسنين الذين يعانون من مشاكل صحية عقلية أو المعرضين لتهديد شديد في هذا الصدد.

12 - إقامة توازن مناسب بين دور المؤسسات ودور الأسرة في توفير العناية الصحية للمسنين، وذلك بالاعتماد على الاعتراف بالعائلة والمحيط المباشر كعنصرين في أي نظام للرعاية حسن التوازن.

13 - توفير الخدمات اللامؤسسية للمسنين كلما احتاجوا إلى خدمات خارج نطاق الأسرة، وحيثما كانت الخدمة المؤسسية هي البديل الوحيد، فينبغي أن تكون المؤسسات أقرب ما تكون من الأوضاع العائلية الصغيرة وأبعد ماتكون عن المؤسسات الضخمة ذات النظام المؤسسي.

14 - تنمية الخدمات الصحية والخدمات المتصلة بالصحة داخل المجتمع المحلي لأقصى حد ممكن، كما ينبغي أن تشمل هذه الخدمات مجموعة كبيرة من الخدمات المتنقلة، وخدمات الرعاية الطبية، وخدمات التمريض، والخدمات المنزلية.

15 - تيسير توافر الأدوية والمعينات السمعية وأطقم الأسنان والنظارات وغيرها من الأجهزة الطبية لمساعدة كبار السن، كي يتمكنوا من إطالة أمد أنشطتهم والاستغناء عن الغير.

16 - تتوقف صحة المسنين بشكل أساسي على وضعهم الصحي السابق، لذا فإنه من الضروري توفير العناية الصحية مدى الحياة بدءاً من سن الطفولة، ويشمل ذلك الصحة الوقائية والتغذية والتمرينات الرياضية، وتفادي العادات المضرة بالصحة، والاهتمام بالعوامل البيئية.

17 - أن تتجاوز رعاية المسنين الاتجاهات العلاجية للمرضى وأن تشمل رفاهيتهم الكاملة، مع مراعاة الترابط القائم بين العوامل البدنية والعقلية والاجتماعية والروحية والبيئية.

(2) العناية الصحية الوقائية للمسنين (الفحوصات الدورية)*:

الهدف من الفحوصات الدورية هو اكتشاف أي اختلال قد يؤدي في المستقبل إلى إعاقة مؤقتة أو دائمة ويمكن منعها بإجراءات يتم اتخاذها. والخلل قد يكون بسيطاً أو معقداً كما أن المساعدة أو الإجراءات المطلوبة قد تكون صحية أو طبية أو اجتماعية لمدى قصير أو طويل.

* الفقرة (2) أعلاه من هذا الفصل من إعداد: الدكتور فوزي أمين، رئيس الأطباء في المراكز الصحية بدولة البحرين.

والهدف العام هو المحافظة على قدرة المسن على الحركة والاستقلالية لأطول فترة ممكنة، ليتمكن من العيش حياة طبيعية في المكان والظروف التي يختارها وتناسب ذوقه وأسلوب حياته، وهذا يتطابق مع أهداف الرعاية الصحية الأولية. وتتم الفحوصات على ثلاث مراحل:

1 - المرحلة الأولى (التقييم المبدئي): وهي تقييم مبدئي لحالة المسن الصحية والهدف منها أن يكون مقدم الخدمة (عادة ممرضة) على علم بقائمة المشاكل الصحية وبالأخص التي تتطلب المتابعة في مرحلة متقدمة من السن.

2 - المرحلة الثانية (التقييم المتابع): هي التقييم المتابع وتشمل هذه المرحلة الفحوصات الإكلينيكية والمختبرية وقد تشمل كذلك التحويل إلى جهات معنية بصحة المسن ولكن في أغلب الأحيان تكون في نطاق مسؤولية الطبيب والممرضة في المركز الصحي.

3 - المرحلة الثالثة (التقييم الكلي): وهي تشمل التقييم الكلي متعدد الأنظمة وتختص بالمشاكل المعقدة وقد تشمل التحويل إلى المستشفى أو مركز العناية بالمسنين.

1 - المسنون الأصحاء:

معظم نتائج الفحص الخاصة بالمسنين الأصحاء تكون سلبية وقد لا يحتاج المسن إلى أي مساعدة إضافية ولكن الغرض من الفحص هو الآتي:

- التأكيد للمسن بأن كل شيء على ما يرام.
- تجميع معلومات لتكون أساساً لأي تغير في المستقبل في الفحوصات.
- إطلاع المسن على الخدمات المتوافرة التي قد يحتاج إليها في المستقبل.
- فرصة لتصليح أي أوضاع سلوكية تؤدي إلى مضار صحية مثل التدخين وغيره.

2 - المسنون المصابون ببعض الأمراض:

الكثير من المسنين والذين تحت رعاية ومراجعة الطبيب والممرضة لديهم مشاكل أخرى لا يعلم بها من يشرفون على علاجهم، وفي معظم الأحيان ينظر المسن إلى المشاكل الصحية من منظور المسنين والذي يختلف من شخص إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر، وقد لايظهر المسن المشكلة لأنه يتصور أنها غير قابلة للتغير، ويمكن لطبيب العائلة تحسس هذه الاحتياجات ومعرفة الوقت الملائم للتدخل في أي نوع من المشاكل الصحية فالاستماع إلى المسن في طرح مشاكله بنفسه أمر يستحق توفير الوقت اللازم له.

معظم المسنين يرحبون بالفحوصات العامة لهم من قبل الخدمات الصحية ولكن تختلف الاستجابة حسب طريقة الدعوة لهذه الفحوصات وتوضيح الهدف والفائدة منها. وتبقى أهمية الاستماع إلى المسن في عرضه لمشاكله الصحية أمراً مهماً وحيوياً ويتطلب مهارة من الطبيب أو الممرضة في فن التخاطب والاستماع، ونظراً لضيق الوقت المتاح فإن القدرة على إبقاء محور النقاش في صلب الموضوع أمر في غاية الأهمية، والقدرة على معرفة نوع الاحتياج والمساعدة المطلوبة للمسن أهم من الالتزام بالمساعدة نفسها، لأن بعض الحالات تحتاج إلى تحويل إلى جهات مختصة أخرى كما أن تلافي

التطرق إلى مواضيع حساسة من شأنه مساعدة المسن على طرح جميع مشاكله دون تردد.

وليس من المفترض أن كل من هم فوق عمر (75) عاماً من المسنين لديهم من يعتني بهم ويتولى رعايتهم، وبعض المسنين أصحاء ولا يحتاجون إلى معاونيرعاهم ولكن من لديهم مثل هؤلاء المعاونين يحتاجون كذلك إلى تقييم حالاتهم، فالشخص الذي يقدم الرعاية له قدرة على تحمل المسن والحالات التي تكون مصاحبة للاختلال بالنوم أو التحكم اللاإرادي بالتبول أو الاختلال الذهني يكون أحياناً في خارج نطاق التحمل، وقد يكون المسن عرضة للإساءة جسدياً ممن يعتنون به، وقد يتعرض إلى الضرب بهدف الحفاظ على صحته ومصلحته ويكون تقييم ذلك مهماً لمعرفة استمرارية الرعاية بالمنزل أو في المؤسسات الأخرى، ويحتاج الشخص المقيم لحالة المسن أن يتحدث معه على انفراد لمعرفة بعض الحقائق التي قد لا يتكلم بها المسن أمام من يقومون بالعناية به.

كما أن التقييم الخارجي لوظيفة الحركة للمسن قد لا يعطي الصورة الحقيقية للإعاقة التي يعاني منها المسن، فالتأكد من قوة النظر والسمع وهي حالات شائعة لدى المسن سوف يعطي صورة أدق، وفقدان البصر عادة لا يكون سببه ازدياد العمر بل في أغلب الأحيان نتيجة أمراض مثل السكري والجلوكوما (المياه الزرقاء) والتي تكون مصاحبة للتقدم في السن. كما أن المعرفة المبكرة لعلامات الاكتئاب أو الاختلال الذهني قد تكون من الصعوبة بحيث لايمكن تمييزها في مراحلها الأولية وتحتاج إلى تقييم أدق باستعمال بعض الأسئلة التي تم اختبارها محلياً (في نفس بيئة المسن) وتثبت إمكانية قدرتها على تمييز هذه الحالات.

3 - أهمية تقييم الأنشطة اليومية (ADL) :

أصبح من المتعارف عليه أن التقييم لحركة المسن وإنجازه للأعمال اليومية هو معيار مقبول لمعرفة قدرات المسن ومدى تطور صحته، ويشمل ذلك: الحركة اليومية والنظر والسمع والحالة العقلية، وقدرة المسن على إنجاز هذه المهام اليومية على ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: شخصية وتعنى برعاية المسن لنفسه كاللباس والاستحمام وتنظيف جسمه.
المرحلة الثانية: وتتمثل في الأنشطة المنزلية مثل الطبخ وغسل الملابس.
المرحلة الثالثة: وتشمل الأنشطة الاجتماعية مثل زيارة الأصدقاء والأهل والقيام بالعبادات والتسوق.

وهذه الأبعاد تعطي صورة كاملة عن التغيرت التي تطرأ على المسن خلال سنوات العمر فيبدأ بممارسة كل هذه الأنشطة في فترة حياته ويبدأ التغير في عدم استطاعته القيام بالأنشطة الاجتماعية ثم تليها الأنشطة المنزلية وبعد ذلك العناية الشخصية، وتؤدي الأمراض والمشاكل الاجتماعية بتسريع هذه التغيرات والتحولات كما يمكن إبطاء معدلاتها بمعالجة الأمراض أو توفير العناية أو المساعدة الاجتماعية.

كما أن الفحوصات المتكررة لها بعض المساوىء ويستلزم معرفتها وذلك بهدف منع حدوثها ومراقبتها والاستعداد لها وهي تشمل:

- زيادة صرف الأدوية وبالتالي استعمالها من قبل المسنين.

- جعل المسنين أقل اعتماداً على أنفسهم وأكثر اعتماداً على الخدمات الصحية.

- التدخل في بعض خصوصيات المسنين.

- جعل بعض المسنين على علم ببعض المشاكل التي لا حاجة إليهم لمعرفتها مما يؤدي إلى زيادة قلقهم.

- زيادة التوقع لدى المسنين في علاج جميع المشاكل الصحية والتي لايوجد علاج لها.

ويحتاج دعم خدمات الفحوصات الدورية المنتظمة إلى:

- تحديد أهداف الفحوصات وكتابتها وضمان اطلاع المسن عليها.

- ترجمة الخبرة العالمية محلياً والقيام بالبحوث اللازمة والتجارب لمعرفة فاعليتها.

- تقدير الكلفة المالية التي ستترتب على تقديم هذه الخدمات.

- تحديد الخدمات المتاحة محلياً للاستجابة للاحتياجات التي يتم التوصل لها من خلال التقييم.

- نشر المعلومات اللازمة عن هذه الخدمات للمسنين ومن يقوم بخدمتهم وإيجاد الطرق الملائمة لتوفيرها أو تأجيرها محلياً.

فالنجاح الذي تم تحقيقه من خلال فحوصات دورية منتظمة للأطفال أدى إلى الاكتشاف المبكر للعديد من الأمراض ومنع حدوثها، فأمكن بذلك المحافظة على جيل يتمتع بصحة جيدة تمكنه من ممارسة حياته بإنتاجية، هذا النجاح يستحق تعميمه على مختلف مراحل عمر الإنسان ليشمل المسنين أيضاً بهدف الوصول إلى مسنين يتمتعون بالنشاط والحيوية ويعيشون أطول فترة من عمرهم دون الاعتماد على الغير.

ثانياً - الإسكان وبيئة المعيشة:

إن السكن المعيشي الملائم والمحيط المناسب هما من الأمور الضرورية لرفاهية الناس كافة، ومن المسلم به بوجه عام أن للإسكان أثراً كبيراً على نوعية الحياة لأي مجموعة عمرية في أي بلد. بل إن الإسكان الملائم هو أكثر أهمية للمسنين، الذين يكون مقر إقامتهم هو بالفعل مركز كل أنشطتهم تقريباً، وفي مجال إسكان المسنين نستطيع أن نميز خمسة أنواع على الأقل من الترتيبات السكنية وهي:

1 - أن يعيش أفراد من المسنين في بيوت خاصة مملوكة لهم، أو مع أقاربهم أو مع أفراد آخرين.

2 - وحدات سكنية تنشأ خصيصاً للمسنين، إما كجزء من الخطة العامة للإسكان، أو كمشروعات سكنية منفصلة تتم من قبل مؤسسات عامة أو خاصة.

3 - ترتيبات سكنية مؤسسية أو دور للرعاية الاجتماعية قد تتضمن دوراً للمسنين، أو دوراً للتمريض أو مستشفيات.

4 - أنواع من الإسكان محاطة بأشكال من الحماية، مع توفير مجموعة من الخدمات الضرورية.

5 - مراكز للمتقاعدين.

إن حياة الشخص المسن مع أبنائه قد توفر له أنواعاً من الإشباع، لكنها في نفس الوقت تنطوي على بعض المشكلات إن لم تكن الترتيبات لمثل هذه الحياة قد تمت بطريقة اختيارية. فليس من السهل بالنسبة لأحد الوالدين الذي يكون قد قام بتربية أحد الأجيال أن يتحرر من فرض الدروس على الجيل التالي. إن عدداً كبيراً من المسنين الذين يعيشون في بيوتهم غالباً ما يجدون من الصعب عليهم مسايرة مثل هذا الموقف.

وفي المقابل، فإنه لكي يعيش المسنون بمفردهم حياة ناجحة، فإن الأمر يتطلب توافر مجموعة من الخدمات الاجتماعية والصحية، وبحيث يسهل وصول المسنين إلى هذه الخدمات. وتشتمل مثل هذه الخدمات على أشكال الرعاية الصحية المنزلية، وزيارات الأصدقاء، وتوصيل الطعام إلى المنازل، وتوافر المواصلات وسهولة استخدامها، وخدمات المعلومات، مما يجعل المسنين قادرين على أداء وظائفهم في منازلهم، إذا كان ذلك ممكناً من الناحيتين الجسمية والعقلية.

إن مظهر القصور الواضح في سياسة الإسكان في المنطقة، هو الافتقار إلى سياسة عامة محددة تتبنى أهدافاً تقوم على نتائج البحوث والدراسات في مجال إسكان المسنين، والتي يمكن إيجازها فيما يلي:

1 - يفضل المسنون مواصلة العيش في منازلهم مع أسرهم أطول فترة ممكنة.

2 - إذا لم تعد منازل المسنين مناسبة أو مرغوباً فيها، فإنهم يفضلون الحياة المستقلة على الحياة داخل المؤسسات، وذلك يتطلب دعماً اقتصادياً للمسنين بما يسمح لهم بحرية الاختيار.

3 - إن إسكان المسنين يجب أن يحاط بأنواع من المساندة والتعضيد من حيث توافر الخدمات، ومن حيث التصميم الهندسي بما يواجه الصعوبات الاجتماعية والجسمية للمسنين، ويلبي حاجاتهم المختلفة.

4 - إن تنظيم الخدمات وسبل الوصول إليها يجب أن تتم بما يحقق سهولة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وغيرها من أوجه الرعاية.

وعلى هذا ينبغي للسياسات الوطنية السكانية أن تركز على مايلي:

1 - تمكين المسنين من مواصلة العيش في منازلهم مع عائلاتهم، ودمجهم في المجتمع.

2 - توفير أنواع ملائمة من الإسكان يتم الاختيار بينها بحرية واستقلال، بحيث تحدد تصاميمها وأماكنها بما يتمشى مع الحاجات الخاصة، وأن يكون المسكن في مستوى النفقات التي يستطيع المسنون تحملها.

3 - قيام مؤسسات الإسكان بمراعاة لأوضاع الأسرة المنتفعة من مشاريعها ومنح حوافز معينة لرب الأسرة الذي يعيل أحد والديه المسنين أو كليهما، وذلك بخصم نسبة مئوية من كلفة الغرفة المخصصة للوالدين المسنين.

4 - إيلاء اهتمام خاص للمشاكل البيئية، ولتصميم بيئة معيشية تأخذ في الاعتبار الطاقة الوظيفية لكبار السن وتسهل حركتهم واتصالاتهم وذلك من خلال توفير وسائل نقل كافية ومناسبة.

ثالثاً - التعليم والإعلام:

في كثير من المجتمعات في العالم، لايزال المسنون يعملون بوصفهم ناقلين للمعلومات والمعرفة والتقاليد والقيم الروحية، وينبغي عدم فقدان هذا التقليد المهم. وهناك أيضاً حاجة لتوعية الجمهور عامة فيما يتعلق بالشيخوخة. ويتعين أن يبدأ ذلك في سن مبكرة كي تُفهم الشيخوخة بشكل تام على أنها مرحلة طبيعية. ولا يمكن تجاهل أهمية دور وسائط الإعلام في هذا الصدد.

واستناداً إلى هذه الحقيقة، وانطلاقاً من هذه الاستنتاجات ينبغي أن تتضمن الخطة الوطنية للتعليم ووسائل الإعلام مايلي:

1 - توفير التعليم كحق إنساني أساسي دون أي تمييز ضد المسنين، وينبغي أن تعكس السياسات التعليمية مبدأ حق المسنين في الحصول على التعليم من خلال تخصيص الموارد بالشكل الملائم وفي برامج تعليمية مناسبة، ويجب الاعتراف بالحاجة إلى توفير التعليم المستمر للكبار على كافة المستويات وتشجيع ذلك.

2 - إدراج معلومات عن الشيخوخة في مناهج المدارس الابتدائية والثانوية 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 - أن ينشأ تخصص بكليات الطب (Geriatrics) يتخرج منه «أخصائيو شيخوخة» أسوة بالتخصصات الأخرى، كتخصص الأطفال وأمراض النساء وغيرها من التخصصات، كما ينبغي إدخال مناهج علوم الشيخوخة (Gerontology) بالأقسام الاجتماعية بالكليات المتخصصة بالجامعات.

4 - إصدار مجلة خاصة تعنى بالمسنين، حيث إن أعداداً متزايدة منهم يمكن تصنيفها ضمن فئة المثقفين ممن احتلوا مراكز ووظائف لها تطلعاتها وخبراتها سواء في الكتابة أم في القراءة. إن إصدار مجلة خاصة بالمسنين سوف تشبع حاجات متعددة لديهم والاطلاع على آخر المعلومات المتعلقة بالمسنين.

5 - إحاطة السكان ككل علماً بكيفية التعامل مع كبار السن الذين يحتاجون إلى الرعاية، وينبغي تعليم كبار السن أنفسهم أساليب الرعاية الذاتية، وذلك بتوفير التدريب لأولئك الذين يعملون برفقة كبار السن في المنزل، أو في المؤسسات، مع التركيز بصفة خاصة على مشاركة كبار السن.

6 - شن حملات للإعلام والتثقيف والاتصال بشأن الشيخوخة بغرض تعزيز الصور الإيجابية للشيخوخة، وبشأن الشيخوخة كموضوع له أهمية اجتماعية عامة يشارك فيها كل فرد. على أن يبادر في هذه الحملات راسمو السياسة ورجال التعليم والممارسون والقادة الدينيون وخبراء الدعاية وكبار السن والأسر وعامة الجمهور.

7 - جمع ونشر المعلومات عن التعاون بين القطاعين الرسمي وغير الرسمي في توفير الرعاية المنزلية والمجتمعية للضعفاء من المسنين، بما في ذلك المشورة الأسرية والتدريب والرعاية لتوفير الراحة، والمساعدة في الأعمال المنزلية والوجبات وخدمات النقل، وغيرها.

رابعاً - خدمات الرعاية الاجتماعية:

يمكن أن تكون خدمات الرعاية الاجتماعية أداة للسياسة الوطنية، وينبغي أن يكون هدفها الارتقاء إلى أقصى حد ممكن بالأداء الاجتماعي للمسنين ويجب أن يعتمد توفير هذه الخدمات على المجتمع كما ينبغي أن تقدم خدمات واسعة وقائية وعلاجية وإنمائية للمسنين لتمكنهم من أن يعيشوا حياة مستقلة قدر الإمكان في منازلهم ومجتمعهم، وأن يظلوا مواطنين نشطين ومفيدين.

ويستند مفهوم الرعاية الاجتماعية إلى الإيمان بمبادىء الحرية والاستقلال والممارسات الحرة للأفراد ومبادأتهم للتخطيط لحياتهم وإدراكها على المستوى الشخصي. إن برامج التدخل الاجتماعي والخدمات يمكن أن تقدم كتسهيلات تعتبر بمثابة وسائل لصياغة حياة الأسرة والجماعة والمجتمع.

وعلى هذا ينبغي أن تتضمن الخطة الوطنية للرعاية الاجتماعية مايلي:

1 - توفير الفرص لمشاركة المسنين في أنشطة لها مغزاها ومعناها في نطاق مدى واسع من الفرص الاجتماعية والثقافية والترويحية.

2 - توفير خدمات اجتماعية متنوعة مؤثرة وفعالة، بحيث تتيح أشكالاً من التعضيد الاجتماعي بطريقة منسقة، وبحيث تكون متاحة للمسنين عندما يحتاجون إليها.

3 - أن يكون هناك نوع من المشاركة بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية تستهدف كفالة موقف شامل متكامل منسق متعدد الأغراض للوفاء باحتياجات الرفاه الاجتماعي للمسنين.

4 - تشجيع إقامة التعاونيات لتوفير الخدمات في هذا المجال، كما يمكن لهذه التعاونيات أن تستفيد من مشاركة المسنين كأعضاء، أو بصفتهم خبراء استشاريين.

5 - إنشاء أندية اجتماعية للمسنين بحيث تصمم هذه الأندية لتتلاءم مع ظروف وطبيعة العناصر المخدومة، وأن تزود بالإمكانيات التي تعين على ممارسة الهوايات الثقافية والفنية والترويحية التي تتناسب مع أعمارهم المتقدمة، ويحتاج مثل هذا النمط من الأندية إلى منهج عمل يتم وضعه بمعرفة خبراء في شؤون الشيخوخة وفي شؤون الصحة النفسية والعقلية.

6 - تشجيع إنشاء جمعيات للمسنين تضم في عضويتها المتقاعدين بالمعاش من الموظفين السابقين والكتاب والأدباء والمؤرخين والشعراء وأصحاب المواهب في ميادين العلوم والآداب والفنون، وتدعيم مثل هذه الجمعيات بالإعانات والخبرات المتخصصة في برامج العمل مع الجماعات.

7 - تشجيع اشتراك الشباب في توفير الخدمات والرعاية، وفي الإسهام في الأنشطة التي تنظم لصالح كبار السن ومعهم، لتعزيز الروابط بين الأجيال.

8 - عدم تشجيع نظام الرعاية المؤسسية للمسنين بسبب ما يترتب على هذا النمط في الرعاية من ازدياد عزلتهم عن أسرهم ثم مجتمعاتهم، والاستعاضة عن ذلك بالحوافز الأدبية والمادية التي تساعد على بقاء المسنين في أسرهم الطبيعية إن وجدت.

9 - إدخال نظام الأسر البديلة للمسنين الذين يفتقدون الأسرة الطبيعية، هذا الوضع يساعد في تحسين الحالة الاجتماعية والنفسية للمسنين من خلال وضعهم في أسر شبه طبيعية، كما يساعد في خفض النفقات والمصروفات على الرعاية المؤسسية.

10 - تشجيع نظام المعيشة الجماعية للمسنين في إطار النمط الأسري، ويمكن أن يكون ذلك النمط من الرعاية شبيهاً بنمط الرعاية البديلة، حيث يعهد إلى الأسر قليلة العدد باستضافة عدد معين من المسنين لقاء أجر شهري بشروط وقواعد معينة يراعى فيها حجم الأسرة المستضيفة وأعمار المسنين وظروفهم الاجتماعية والصحية والنفسية والوقائية.

11 - إن كان دخول المسنين المؤسسات أمراً ضرورياً محتماً، يجب أن تبذل أقصى الجهود لكي تكفل لهم نوعية من الحياة في المؤسسة تتمشى والظروف العادية في مجتمعهم المحلي، مع توافر الاحترام الكامل لكرامتهم وعقائدهم واحتياجاتهم واهتماماتهم وشؤونهم الخاصة. ويجب تحديد معايير دنيا لكفالة مستوى أفضل من الرعاية في المؤسسات.

12 - تقديم خدمات ذات طبيعة متداخلة لتحسين التفاعل الاجتماعي عندما يمثل ذلك مشكلة للفرد، أو لتخفيف التوتر وتغيير السلوك الذي يبدو منحرفاً، أو تخفيض درجة العجز أو مظاهر القصور الأخرى: الجسمية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ويشار إلى كثير من هذه الأنواع من الخدمات على أنها خدمات «إضافية» أو «خاصة»، وتكون هذه الخدمات الخاصة مطلوبة من جانب المسنين

الذين يعانون من مشكلات محددة في أوقات معينة، وتكون ضرورية نظراً لظروف شخصية أو اجتماعية أو كلتيهما، وهي ظروف تؤدي في كثير من الأحيان للحاجة إلى وضع بعض المسنين في مؤسسات للرعاية الاجتماعية.

13 - أن تسعى الحكومات إلى تخفيف أو إلغاء القيود الضريبيةوغيرها على الأنشطة غير الرسمية والتطوعية، وأن تلغى أو تخفف الأنظمة التي تؤجل أو تثبط الأعمال التي تؤدى لبعض الوقت، وأنشطة المساعدة الذاتية المتبادلة واستخدام المتطوعين إلى جانب العاملين المهنيين لتوفير الخدمات الاجتماعية أو في المؤسسات المخصصة لكبار السن.

14 - وضع الأنظمة التي تسمح بتشغيل المسنين لبعض الوقت ولساعات محددة خلال النهار في أعمال تحتاج إلى مهارات ذهنية مثل الموسيقى والرسم والتصوير والكتابة . . إلى غير ذلك.

15 - توفير وتعزيز الفرص لوصول وتنقل المسنين إلى العمل والخدمات الاجتماعية والصحية والمرافق الترويحية .

خامساً - ضمان الدخل والعمالة:

لقد تمكن الكثير من البلدان المتقدمة النمو من تحقيق التغطية الشاملة لضمان الدخل والعمالة عن طريق أنظمة الضمان الاجتماعي المعممة. وبالنسبة للبلدان النامية، فإن ضمان الدخل مسألة تسبب قلقاً لجميع الفئات العمرية . وبرامج الضمان الاجتماعي المنفذة تميل إلى تقديم تغطية محدودة، وتكون

التغطية في المناطق الريفية، قليلة أو معدومة. وعلاوة على ذلك ينبغي إيلاء اهتمام خاص في الضمان الاجتماعي والبرامج الاجتماعية إلى ظروف النساء المسنّات.

وحيثما لا توجد بعد أنظمة رسمية لاستحقاقات التقاعد، فإن الآثار الاقتصادية المترتبة على شيخوخة المجتمعات تعتبر سلبية إلى حد كبير في الوقت الحالي. ومن المرجح أن يستمر هذا الوضع، مالم تبذل جهود جدية وبعيدة المدى لتحويل هذا العبء إلى منفعة يمكن أن يستفيد منها المجتمع ككل.

وتشير أهم النتائج المستقاة من الدراسة التي قامت بها شعبة التنمية الاجتماعية والضمان الاجتماعي في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) إلى ما يلي:

(1) أن معظم أقطار المنطقة تتمتع بأنظمة تأمينية قانونية، وقد تختلف فيما بينها بخصوص شروط الاستحقاق والمنافع وأولويات مصادر التمويل وتوزيع أعبائه بين العامل وصاحب العمل، وأن الاستثناء هو أن بعض أقطار الخليج العربي لازالت تعتمد على بعض المزايا المقررة في قانون العمل.

(2) بخصوص التغطية القطرية تبين أن هناك بعض الفئات المستثناة من التطبيق (خاصة العمالة المؤقتة وعمال الزراعة وخدم المنازل . . إلخ)، وأن هناك بعض المخاطر غير المغطاة في بعض الأقطار العربية.

(3) بخصوص التغطية لغير المواطنين، فالاختلاف حاصل بين أقطار المنطقة، إذ يتبنى البعض منها مبدأ المساواة الكلية بين أبناء القطر وغيرهم من الوافدين، بينما يفرق البعض الآخر كلياً أو جزئياً، وهناك قلّة تعتمد على مبدأ المعاملة بالمثل.

إن أي تطويرلنظم وسياسات الضمان الاجتماعي، ينبغي أن يأخذ في اعتباره علاقة التفاعل والتأثير التي تربط بينها وبين السياسات الاجتماعية الاقتصادية، وبالتالي فإن العمل على زيادة كفاءة وفعالية نظم وسياسات الضمان لابد أن يستند على سياسة اجتماعية واضحة الأهداف، تتجه إلى كل الفئات والطبقات بشكل متوازن وعلى أساس من تكافؤ الفرص.

ولذلك ينبغي أن تتضمن الخطة الإقليمية لضمان الدخل والعمل مايلي:

(1) وضع برنامج وطني لتشجيع الشيخوخة المنتجة: ويعمل هذا البرنامج على تشجيع الفرص الفردية والتي تدعمها المؤسسات، ووصول المسنين إلى الائتمان حتى يشاركوا في الخدمات المدّرة للدخل والخدمات التطوعية لصالحهم وصالح أسرهم ومجتمعاتهم. وتشمل هذه الأنشطة الاستعانة بمصارف المهارات المجتمعية لكبار السن، والأعمال الحرة، وتطوير حياة وظيفية ثانية، وتعاونيات كبار السن، والوظائف على أساس عدم التفرغ، ومنها العمل كمدربين ومدرسين وقائمين على توفير الرعاية الصحية ومتطوعين.

(2) ينبغي وضع وتعزيز تنفيذ خطط أو استراتيجيات لضمان الدخل لكل المسنين على مستويات مناسبة للهياكل الأساسية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية.

ويستلزم هذا الأمر الأخذ بمجموعة متنوعة من النهج، منها مرونة الالتحاق بالقوة العاملة عن طريق استمرار العمل المنتج على أساس تطوعي، وتكييف ظروف العمل بما يتلاءم مع القدرات البدنية لكبار السن، والتدريب وإعادة التدريب، والمكافأة والائتمان نظير المساهمة في اقتصاد القطاع غير الرسمي، بما في ذلك الزراعة، وتوفير الرعاية الاجتماعية والاستحقاقات العينية، أو تقديم المساعدة المباشرة للعائلات.

(3) أن تكفل مشاريع الضمان الاجتماعي بأن يكون الحد الأدنى للاستحقاقات كافياً لسد الاحتياجات الأساسية لكبار السن وضمان استقلالهم، كما يجب المحافظة على قوتهم الشرائية، واستكشاف الطرق لحماية مدخرات المسنين ضد آثار التضخم.

(4) إنشاء « شبكة أمان » في الحالات التي لاتوجد فيها نظم للمعاشات التقاعدية أو غيرها، أو التي تكون فيها غير كافية، ويستلزم ذلك الأمر توجيه الموارد نحو الفئات الفقيرة والمعوزة من المسنين، مع إيلاء اهتمام خاص للمعاقين والأرامل والمنعزلين والضعفاء من المسنين.

(5) إن التنوع الكبير في الاهتمامات والميول الشخصية لدى الأفراد الذين قاربوا سن التقاعد يمكن أن يوضع في الاعتبار في إطار نظام ما لخطط للتقاعد تكون مرنة وتخدم الفرد، دون أن يتطلب ذلك إدخال تغييرات إدارية أو تنظيمية كثيرة جداً. وعند تفضيل التقاعد، يمكن تحديد مستويات مختلفة بمزايا مخفضة للتقاعد المبكر الاختياري، ويقابل ذلك التشغيل فترات مطولة لكبار السن الذين يشكل العمل اليومي بالنسبة إليهم التزامهم الرئيسي في الحياة، وربما في بعض الأحيان الهدف الرئيسي لحياتهم.

(6) قد يكون من الوسائل المرغوب فيها لتعويض هجرة الشباب إلى بلدان أخرى، تحسين استمرارية الاستحقاقات الاجتماعية من حيث حقوق الإسهام في المعاش، ولا بد من التوسع في الاتفاقات الثنائية والمتعددة الأطراف للضمان الاجتماعي لتحقيق ذلك.

الفصل الرابع

مسؤولية رعاية كبار السن

أولاً - اعتماد كبير السن على نفسه* :

إن التقدم في السن يجلب معه في كثير من الأحيان مشاكل صحية بسبب تدني وتيرة عمل بعض أجهزة الجسم ولكن ذلك ليس حتمياً ويختلف من شخص لآخر حيث تلعب الوراثة ونمط العيش دوراً مهماً وأساسياً في هذا الاختلاف. وهذا يفتح مجالاً واسعاً أمام الناس للالتزام بنمط عيش صحي أثناء حياتهم لتفادي الكثير من المشاكل الصحية في كبرهم كالالتزام بتوصيات الأطباء في علاج أمراضهم، الالتزام بغذاء صحي وممارسة الرياضة ويمكن إجمال مصادر المشاكل الصحية لكبار السن قبل الحديث عن كيفية اعتمادهم على أنفسهم، في النقاط التالية:

(1) المشاكل الناتجة عن صعوبة الحركة والتنقل:

نتيجة للضعف العام وأمراض المفاصل التي تصيب المسن. فإن قدرته على الحركة برشاقة تتدنى وهذا يعرضه للسقوط المتكرر والإصابات خاصة الكسور.

---

* الفقرة (أولاً) أعلاه من هذا الفصل من إعداد: الدكتور رضوان علي بني مصطفى، مستشار الطب النفسي بوزارة الصحة في دولة البحرين.

إذ وجدت الدراسات أن (68٪) من الحوادث المنزلية المميتة تحدث لأشخاص فوق الـ 65 عاماً. وفي دراسة حديثة في البحرين وجد أن التنقل من وإلى المنزل هو من أصعب المهمات التي تواجه النساء المسنات.

(2) المشاكل الناتجة عن التغيرات الفسيولوجية:

وهذه تطال جميع أعضاء الجسم، وخاصة نقص المناعة حيث يصبح المسن عرضة للالتهابات المتكررة وتصلب الشرايين مما ينتج عنه كثرة الجلطات وخاصة الدماغية، مشاكل النظر والسمع، فقدان القدرة على التكيف مع درجات الحرارة، تدني القدرات الذهنية والقدرة على التذكر والتركيز، كثرة الأورام السرطانية المختلفة، وهن العظام، صعوبة أو عدم التحكم في مخارج البول والغائط، ومشاكل الأسنان والقدرة على مضغ الطعام.

(3) المشاكل النفسية والاجتماعية:

مع تقدم السن تكثر الأمراض النفسية وخاصة خرف الشيخوخة، الاكتئاب النفسي والقلق النفسي والخوف وقلة النوم وأحياناً التغير في الشخصية إذ يصبح المسن صعباً في طباعه وسلوكه، كذلك العزلة الاجتماعية لغياب الكثير من هم في سنه من الأصدقاء والأقارب وانتقال الأولاد إلى منازل خاصة بهم وانشغالهم في عائلاتهم الجديدة وأعمالهم مما يقلل الاتصال بهم وبالتالي يجد المسنون صعوبة بالغة في تسيير أمورهم اليومية.

وفي دراسة على 1660 مسناً في بريطانيا طلب منهم الإجابة عن السؤال «ماهو في اعتقادك الذي يجعل حياة الناس الذين هم في مثل سنك سعيدة

ومرضية؟» جاءت أكثر الإجابات من قبل الرجال والنساء هو « وجود أصدقاء جيدين وجيران جيدين ». وجاء هذا الجواب متقدماً على أجوبة «صحة جيدة» «ونقود كافية» مما يظهر أهمية التواصل بين كبير السن ومجتمعه.

(4) المشاكل الاقتصادية:

إن نسبة بسيطة من المسنين تعتمد على نفسها مادياً والغالبية العظمى تجد صعوبة في توفير الأموال الكافية للعيش الكريم. وإن حصل على راتب تقاعدي أو معونة من المؤسسات الاجتماعية فإن المبالغ عادة لا تكفي لسد حاجات المسن اليومية إذا أخذنا بعين الاعتبار أن المسنين كفئة هم أكثر الفئات العمرية تكلفة مادية. إن قلة الموارد المالية تجعل المسن يعيش في ظروف حياتية صعبة حيث لا يستطيع تحمل تكاليف السكن في بيت مريح ومناسب تتوافر فيه الضروريات، أو أن يتغذى بشكل مناسب وأن يدفع فواتيره الشهرية بسهولة.

1 - تأثير الإقامة الطويلة في المستشفيات أو دور المسنين على كبار السن:

على الرغم من أن هناك فئة من كبار السن لا بد من دخولها لفترات طويلة إلى المستشفيات المختصة أو دور رعاية المسنين نظراً لظروفها الصحية أو الاجتماعية الخاصة إلا أن هاتين الوسيلتين يجب أن تكونا الملاذ الأخير لكبار السن.

حيث أثبتت الدراسات وفي جميع المجتمعات أن المنزل والمجتمع الذي عاش فيه المسن هو المكان الأنسب له ويجب أن تتضافر جميع الجهود

العائلية والرسمية والتطوعية لإبقاء كبار السن أطول فترة ممكنة في منازلهم وفي المجتمع معتمدين على أنفسهم أو بدرجات متفاوتة من المساعدة من قبل الجهات المختلفة. لأن في هذا الاتجاه الحديث تحقيق الخير للمسنين أنفسهم وتوفير الكثير من الجهد والمال على المؤسسات الصحية الرسمية.

2 – محاسن اعتماد المسن على نفسه:

أ – إبقاء المسن نشيطاً جسمياً وذهنياً ونفسياً وهذا يقلل إمكانية حدوث الإعاقة.
ب – تحسين معنويات المسن وشعوره بالرضا عن نفسه وهذا يجعله بصحة جيدة ويقلل من تأثير السنين عليه.
جـ – إبطاء عملية تدهور الصحة وإطالة فترة النشاط.
د – بقاء المسن أطول فترة ممكنة بين أهله وفي مجتمعه وهو المكان الطبيعي والأفضل.
هـ – توفير الكثير من المال والجهد على مؤسسات الرعاية الصحية الرسمية.

3 – ركائز اعتماد المسن على نفسه:

أ – المسن نفسه: على كبارالسن وعائلاتهم وجميع العاملين معهم معرفة أن اعتماد كبير السن على نفسه هو من أهم الأمور التي يجب مراعاتها منذ بداية التقدم بالسن حتى يتهيأ الشخص لهذه المرحلة ومتطلباتها الخاصة نفسياً وجسمياً ويحافظ على صحته

ويبطىء عملية التدهور الصحي مع تقدم السن وذلك باتباع الأمور التالية:

- تجنب الحوادث: إن كبار السن هم في كثير الأحيان ضحايا الحوادث المختلفة، ويعود ذلك بشكل رئيسي لفقدان المسن رشاقة الحركة بسبب ضعف العضلات أو الدوخة بسبب تصلب شرايين الدماغ، وغالباً ما تكون الحوادث والسقطات ذات نتائج مدمرة وتنتج عنها الكسور التي تفقد المسن حركته وتقعده في الفراش لفترة طويلة حيث إن عظام كبير السن تكسر بسهولة وتلتئم بصعوبة وأكثر الأسباب شيوعاً لمثل هذه الحوادث هي النزول من السرير، الدخول والخروج من المنزل، التعثر بالسجاد، الانزلاق في الحمام أو الأسطح المبتلة أو نزول الدرج ويساهم ضعف الإضاءة في محيط المسن كثيراً في وقوع مثل هذه الحوادث.

- المحافظة على نمط معين في الحياة: وخاصة منذ وقت مبكر كالمحافظة على وقت معين في النوم والنهوض الصباحي، الأكل، الرياضة، كل هذا يجعل الجسم يعمل بشكل أفضل.

- النشاط الجسمي: إن المحافظة على مستوى جيد من النشاط الجسمي أثناء الحياة يقلل حدوث الكثير من المشاكل الصحية في مرحلة الشيخوخة. ويعتبر المشي من أسهل الوسائل للحفاظ على النشاط وكذلك التمارين الرياضية التي تحرق السعرات الحرارية الزائدة وتزيد تراكم الكالسيوم على العظام مما يكسبها قوة.

- النوم: إن اتباع برنامج نوم منتظم يساعد كبار السن كثيراً، مع مراعاة أن متطلبات الجسم من ساعات النوم تقل مع تقدم السن، وأن فترات النوم أثناء النهار هي من أهم أسباب اضطرابات النوم أثناء الليل.

- الصحة العامة الشخصية: إن عناية المسن بصحته الشخصية مهمة جداً إذ يجب الحفاظ على صحة الفم وتنظيف طقم الأسنان - إن وجد - يومياً لتجنب التهابات الفم وكذلك الاستحمام يومياً مع تجنب استعمال الكثير من الصابون الذي يسبب جفاف الجلد أكثر مما هو عليه.

- عادات الذهاب إلى الحمام: يجب الحفاظ على الذهاب إلى الحمام بأوقات منتظمة وتناول الأطعمة التي تحوي الكثير من الألياف لتجنب الإمساك الذي يعاني منه الكثير من كبار السن ويجب دائماً استشارة الطبيب عند حدوث أي اضطرابات في عمل الأمعاء.

- النشاط الاجتماعي: إن المحافظة على مستوى جيد من النشاط الاجتماعي هي أفضل طريقة للبقاء بحالة نفسية جيدة وتجنب الاكتئاب الشائع في كبار السن. حيث إن استمرار الاتصال بين المسن وأهله وأصدقائه وإمضاء وقت معهم يحافظ على قدراته المعرفية ويحول دون تدهورها، ومن الممكن استعمال هذه المعرفة في أمور تفيد المجتمع والناس من حوله.

- خطوات صحية وقائية : إن بعض الوسائل الصحية الوقائية البسيطة من الممكن أن تجنب المسن الكثير من المشاكل الصحية ومضاعفاتها مثل : قياس ضغط الدم بين فترة وأخرى، وزن الجسم، تناول السوائل بكميات مناسبة، تناول الأغذية الكافية والمناسبة واستشارة الطبيب عند المرض وكذلك تثقيف كبير السن عن أعراض بعض الأمراض الخطرة كالتغيير في عادة الذهاب إلى الحمام، وجود ورم في الثدي، استمرار النزيف في مكان من الجسم والتوصية بمراجعة الطبيب عند حدوث أي أعراض تثير القلق حيث إن التصدي للمرض مبكراً يكون أسهل بكثير من المراحل المتأخرة.

- تناول الأدوية : تناول الأدوية من الممكن أن يؤدي إلى مضاعفات عند الكبار خاصة وأن الكثير من كبار السن يتناولون أكثر من دواء، فلذلك يجب أن يؤخذ العلاج عن طريق طبيب اختصاص في طب الكبار ويفضل أن يتناوله المسن تحت إشراف شخص بالغ يعيش مع المسن.

- الغذاء : يجب أخذ الوجبات بوقت معين، وثلاث وجبات قليلة يومياً أفضل من وجبة كبيرة واحدة، ويجب أن يعرف المسن أن لا يبقي نفسه جائعاً وعندما يأكل يكون ذلك باعتدال ويجب أن تكون الوجبات محتوية على العناصر الرئيسية للغذاء وهي البروتينات، الكربوهيدرات، الدهون

والفيتامينات والأملاح المعدنية والألياف، ويجب تناول اللحوم ومنتجات الألبان باعتدال والإكثار من الخضروات الطازجة وتجنب التدخين وتعاطي الكحول .

ب - المؤسسات الصحية والاجتماعية الرسمية والعائلية والتطوعية :
إن لهذه الجهات دوراً مهماً وكبيراً في إبقاء كبير السن متماسكاً ومعتمداً على نفسه وباقياً بين أهله ومجتمعه وبعيداً عن المستشفيات ودور إيواء المسنين التي يجب أن تكون الملاذ الأخير عند نفاد جميع السبل لإبقاء كبير السن في المجتمع وذلك بتقديم الدعم المعنوي والمادي من خلال الوسائل التالية :

- العون المادي : يشكو الكثير من كبار السن من قلة الموارد المالية الكافية لسد حاجاتهم الضرورية مما يجعلهم يعانون من أجل توفير الغذاء الكافي والمناسب، والعيش في سكن مناسب وتوفير ضروريات الحياة.

ويمكن أن يكون العون المادي لكبار السن على شكل مبالغ نقدية شهرية، أو إعانتهم في فواتير الكهرباء والماء، والمواصلات، والتلفون وإيجار المنازل حتى يتمكنوا من المضي في حياتهم دون مصاعب مادية .

- توفير سكن مناسب : المساعدة على تحسين منزل المسن ليكون مناسباً لأن يعيش فيه كبير السن وذلك بتوفير الماء الساخن

باستمرار، وتوفير الكهرباء والتدفئة أو التبريد وعمل بعض الترتيبات التي تقلل من إمكانية الحوادث للمسن، كوضع مقابض على الجدران التي يمر بجانبها المسن بكثرة وتكييف الحمام بحيث يكون آمناً للمسن، وتبديل موقد الغاز بآخر كهربائي أكثر أمناً، ومساعدة المسن بحيث تكون غرفة نومه في الطابق الأرضي لتجنب صعود الدرج وإذا كان لا بد من السكن في الطوابق العليا يجب المساعدة على وضع مصعد لتوصيل المسن إلى مكان نومه مع توفير خدمة طوارىء بسهولة (ضغطة زر) عند حدوث أي طارىء للمسن وتنقل هذه الرسالة إلى فريق طوارىء متخصص برعاية المسنين لتقديم المساعدة.

- التدريب على بعض المهارات : إن تعليم كبار السن بعض المهارات الجديدة التي تساعدهم على الاعتماد على أنفسهم أمر مهم كالطبخ وغسل الملابس أو العمل في الحديقة أو بعض الألعاب الرياضية أو أي عمل آخر ينفع المسن ويساعده على قضاء وقته بشكل إيجابي ويبقيه أطول فترة ممكنة في منزله معتمداً على نفسه ويمكن كذلك توفير وظائف أما مدفوعة أو تطوعية للمسنين ذوي الخبرات المميزة للاستفادة من خبراتهم الطويلة مما يوفر لهم المال ويحسن حالتهم النفسية والمعنوية ويمنحهم الكثير من الرضا عن أنفسهم.

- تأمين المواصلات من وإلى المستشفى أو المراكز النهارية : نظراً لأن كبار السن يجدون صعوبة كبيرة في استعمال المواصلات

العامة فإن توفير هذه الخدمة يوفر عليهم الكثير من الجهد والقلق ويجنبهم الكثير من الحوادث ويجعل حياتهم أسهل ويساعدهم على البقاء في بيوتهم معتمدين على أنفسهم.

- تقديم خدمات منزلية لذوي الحاجة: ومساعدتهم في أمور حياتهم اليومية وتعليمهم بعض مهارات التدبير المنزلي، أو تقديم وجبات ساخنة أو طبخها في المنزل، غسل وكيّ الملابس، الحمام، تنظيف المنزل. وهذا يسهل حياة المسن ويسهل اعتماده على نفسه ويوفر له الوقت للتفرغ لهواياته.

- تأمين خدمات إيواء نهارية: لمن يرغب بذلك مع تأمين المواصلات من وإلى المنزل وذلك بإيجاد مراكز نهارية مجهزة لاستقبال كبار السن مع توفير برامج تدريبية، ترفيهية وعلمية ورياضية لمساعدة المسن على تحسين قدراته الجسمية والعقلية والحفاظ عليها وإعطائه فرصة للاجتماع مع من هم في مثل عمره لمشاركتهم نشاطاتهم.

- تقديم خدمات ترفيهية: ضمن برنامج يشارك في إعداده المسنون أنفسهم مع تأمين المواصلات لهم ومن الممكن أن تعمل هذه البرامج في منازلهم. وتشمل هذه الرحلات، دور السينما، المسرح، والحفلات المنزلية والموسمية.

- تأمين خدمات إدخال مؤقت إلى المستشفيات: للتقييم والعلاج بسهولة إذا دعت الحاجة بدون انتظار مواعيد طويلة والعودة إلى المنزل حال انتهاء العلاج.

- توفير خدمات طبية أو تمريضية منزلية مجتمعة للمسنين: دون الحاجة إلى الذهاب إلى المستشفيات أو المراكز الصحية إلا إذا لزم ذلك.

- وجوب إحصاء المسنين: خاصة ذوي الحاجة مع عناوينهم وأرقام هواتفهم، وربط هذه الهواتف بجهاز مركزي للإنذار لسرعة توفير المساعدة عند حدوث مشكلة وقبل تفاقم الأمور.

- توفير الأجهزة الطبية لذوي الحاجة مجاناً: مثل النظارات الطبية، السماعات، كراسي المعاقين وغيرها.

- هناك بعض الدول التي توفر برنامج «جليس المسنين»: وهو توفير أشخاص متطوعين أو براتب، وظيفتهم زيارة المسنين والحديث معهم وقراءة القصص والمواد التثقيفية لهم وعلى مدار الساعة.

- خلق وعي اجتماعي عن المسنين: وذلك بعرض مشاكلهم ودورهم الإيجابي في المجتمع وإبراز أهمية وجودهم مع عائلاتهم من خلال وسائل الإعلام المختلفة والمدارس حتى تتغير النظرة والموقف من كبار السن إلى مواقف إيجابية تساعد المسنين وتسهل حياتهم في المجتمع.

وفيما يلي وضمن المنهج العلمي لـ «دراسة حالة» في مجال رعاية كبار السن من واقع التجربة الإكلينكية في مستشفى الطب النفسي في البحرين نقدم حالتين:

دراسة حالة رقم (1):

الحاج محمد، عمره 80 عاماً، متقاعد، أرمل، يسكن المنامة ويعاني من ارتفاع الضغط، ضعف بالسمع والبصر ولكنه يستطيع أن يتدبر أموره في البيت والحي الذي يعيش فيه، توفيت زوجته فجأة قبل سنة وكانت أصغر منه بسنوات وكانت قبل وفاتها تقوم بأعمال البيت من تنظيف وطبخ وشراء الحاجات أحياناً. له ولدان متزوجان ويعيشان خارج البلاد وبنت متزوجة وموظفة ولها خمسة أطفال وتعيش في البحرين على بعد 6 كلم من منزل والدها. أصبحت تزوره بعد وفاة والدتها مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعياً للقيام ببعض الأعمال المنزلية والاطمئنان على والدها وهي غير قادرة على أخذ والدها إلى منزلها لأن المنزل صغير ويقع في الطابق الثاني وبدأت العائلة بالتشاور لإدخال الوالد المستشفى أو إحدى دور المسنين بعد أن كثرت شكواه وقلّ خروجه من المنزل وأصبح التعامل معه صعباً.

بعد تحويل الحاج محمد إلى المستشفى لتقييم حالته وجد أنه بصحة جيدة نسبياً ولكنه كان مكتئباً وقليل الكلام وكان على وشك البكاء عدة مرات أثناء المقابلة وكان معترضاً على فكرة إدخاله المستشفى طويلاً. ووجد أنه ربما بالقليل من المساعدة والعلاج يمكن إبقاؤه في المنزل ومساعدته للاعتماد على نفسه. بعد الحديث معه وبحث إمكانية تعليمه بعض المهارات التي كانت تقوم

بها زوجته والطلب من الأهل توفير نظارة طبية وسماعة أذن له وتطمينه أن الفريق الطبي المجتمعي سيزوره باستمرار ويتعاون مع أهله وجيرانه في سبيل ذلك ، حتى يتجنب دخوله المستشفى أو إحدى دور المسنين، أظهر تحمساً كبيراً للفكرة.

بدأ الفريق الطبي المجتمعي بزيارته ثلاث مرات أسبوعياً وتعليمه بعض المهارات التي تساعده في تسيير أموره الحياتية اليومية وبالتعاون مع ابنته وبعض الأقارب من وقت لآخر، فبدأت معنوياته تتحسن وبدأ يخرج من المنزل لقضاء بعض الحاجات. وأصبح متعاوناً مع الأهل ويقوم ببعض الزيارات للأقارب.

ومرت ثلاث سنوات منذ مجيء الحاج محمد إلى المستشفى للتقييم وهو ما زال يعيش بمفرده معتمداً بشكل كبير على نفسه وهو سعيد جداً بهذه الترتيبات.

دراسة حالة رقم (2):

الحاج عباس، 74 سنة، بحريني، متقاعد، أرمل، له ثلاثة أولاد وأربع بنات، الجميع متزوجون، وهو يعيش في منزل ابنه في سترة.

الحاج عباس يعاني من ضعف نظر منذ عدة سنوات تطور إلى أن فقد البصر كلياً قبل عام وكان قد فقد زوجته قبل ثلاث سنوات، يعاني كذلك من ألم بالركبتين يشتد أحياناً.

ينتقل الحاج عباس للإقامة مع أحد أولاده أو بناته بين فترة وأخرى ولكن فقده لبصره وآلام ركبتيه سببا الكثير من المصاعب لكل عائلة ابن أو ابنة في التعامل معه حتى أصبح مكتئباً وعصبي المزاج ولا يبارح المنزل الذي يقيم فيه وأصبح غير راضٍ عن كثرة تنقله بين بيوت أولاده.

تشاور الأولاد فيما بينهم مع والدهم مطولاً لإدخاله المستشفى وعند إحضاره إلى المستشفى وجد أنه بصحة لا بأس بها بالنسبة لسنه. وأدخل المستشفى لتقييم حالته النفسية والوقوف على وضع عينيه وركبتيه. عملت له الفحوصات اللازمة واستشير أخصائي العيون والمفاصل وتبين أنه يعاني من ساد في العينين يمكن معالجته جراحياً وأن ركبته بحاجة إلى بعض المعالجات الطبيعية بالإضافة إلى مضادات الاكتئاب لحالته النفسية.

أجريت عملية تبديل العدسات في عينيه وتحسنت قوة إبصاره كثيراً وتحسنت آلام رجليه بعد المعالجات، وتحسنت معنوياته بشكل كبير وأصبح الأهل مسرورين من وضعه، وأخرج من المستشفى بعد حوالي ستة أسابيع إلى منزل أحد أبنائه حيث أشار إلى ارتياحه فيه أكثر من غيره إلى جانب إبداء الابن الاستعداد لاحتواء الوالد.

بعد مرور سنتين وبمساعدة بسيطة من قبل الفريق الطبي المجتمعي الذي يزوره مرتين شهرياً يعيش الحاج عباس سعيداً مع أولاده ويخرج كثيراً للقاء الأصدقاء والأقارب ويمارس بعض الهوايات التي لم يمارسها منذ سنوات.

ثانياً - الأسرة ورعاية المسنين:

من المسلم به أن الأسرة، بصرف النظر عن شكلها أو تنظيمها، تمثل الوحدة الأساسية للمجتمع. ومع تزايد العمر، فقد أصبحت الأسرة المؤلفة من أربعة وخمسة أجيال ظاهرة شائعة في مختلف أنحاء العالم. غير أن التغيرات التي طرأت على مركز المرأة قد حدّت 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 وبواسطتها والمشاركة فيها.

يعتبر النظام القبلي عماد المجتمع العربي بشكل عام، ومن ثم كانت الأسرة التقليدية تقوم بوظيفة سياسية في مجتمع القبيلة حتى نشأ نظام الدولة وفقدت الأسرة هذه الوظيفة بانتقال الخدمات التي كانت تؤديها في هذا الصدد إلى المؤسسات المختلفة في الدولة. ومع ذلك لايمكن القول أن المجتمع العربي قد تخلى عن العلاقات القبلية، حتى مع نشأة الدولة، وإنما مازالت الأسرة والعلاقات بها تشكل أساساً للنسق السياسي في معظم البلدان العربية بالمقارنة مع المجتمعات الغربية التي تختلف عن هذا الوضع، إلا في بعض الحالات المستثناة وهي نادرة.

على الرغم من تعدد الأنماط الأسرية للأسرة العربية وافتقادها للشكل الموحد، إلا أن وضع الأسرة العربية في المجتمع وقيمتها يبقى على ماهو عليه بالنسبة للأفراد، فهي سواء كانت نووية أم ممتدة، ورغم ما تتعرض له من مؤثرات خارجية، ما زالت تلعب دوراً أساسياً في حياة الأفراد، وما زال لها كيانها وأهميتها كإطار مرجعي لهم، ذلك أن العلاقات الأسرية في المجتمعات

العربية بقيت وثيقة مترابطة حتى مع تغير شكلها في كثير من الأحيان، وحتى مع ظهور أوضاع جديدة، إما في سياق التغير الحتمي الذي تمر به هذه المجتمعات، وإما نتيجة لظروف مستحدثة خلقتها علاقات الاتصال بالعالم الخارجي.

إن عملية استقلال الأولاد عن أسرهم في المجتمع العربي لا تتم إلا في مرحلة متأخرة، وعادة ما يكون ذلك عند زواج الأولاد وخاصة الإناث منهم، ومع ذلك لايتحقق هذا الاستقلال في كثير من الأحيان حتى بعد زواج الأولاد، أولاً لأن الإطار المرجعي السائد للأسرة في البناء الثقافي يتمثل في الأسرة الممتدة، التي يرتبط أفرادها بعلاقات وثيقة كوحدة واحدة هي في الواقع وحدة الانتماء الأساسي بالنسبة لهم جميعاً، حتى لو سلمنا بوجود أو سيادة النسق النووي. وفي كل الحالات نجد أن الثقافة العربية تفرض مسؤولية متواصلة من الآباء نحو أبنائهم، وكذلك من الأبناء نحو آبائهم منبعها قيم في التراث تؤكد الترابط الأسري وتعززه.

من الطبيعي أنه مع التحول الذي يمر به المجتمع من تقليدي إلى حديث أن تفقد الأسرة بعض وظائفها وتتخلى عن دورها التقليدي، ذلك أن عملية التحديث يصاحبها قيام مؤسسات اجتماعية متعددة تسحب كل منها وظيفة من الوظائف التي كانت تختص بها الأسرة في شكلها التقليدي. وتتفاوت المجتمعات ليس فقط في عدد الوظائف التي تحتفظ بها الأسرة لنفسها، ولكن أيضاً في نوعية هذه الوظائف حسب الثقافة التي تحكم كل من هذه المجتمعات. ويمكن القول أن الأسرة العربية تخلت عن عدد من وظائفها وانتقلت إلى أنساق مختلفة من المجتمع بحكم متطلبات التغير، وتلبية لاحتياجات النمط العصري للحياة. مع ذلك ورغم التغير في البنيان

الوظيفي للأسرة العربية نجد من يعتـبر أن الإنسان العربي لا يجد بديلاً للأسرة كمصدر للترابط والمساندة، وأنه بالرغم من قيام قوى اجتماعيـة جديدة تتنـاول وظائف الأسرة المتعددة، فإن مكانتـها تبقى لتمثـل بالنسبة له قيمة مهمة.

لقدأصبحت عملية التنشئة في المجتمع العربي تتم من خلال مشاركة أكثر من قناة تتضافر جميعها في ذلك الصدد. ومع ذلك تبقى الأسرة العربية متصدرة هذه القنوات، وتحتفظ بمكانتها على رأسها. ومما يؤكد ذلك الوضع ما يترتب على عملية التنشئة الاجتماعية من قبل الأسرة من أهمية في عملية الضبط الاجتماعي، فرغم أن الدولة قد أوجدت المؤسسات الرسمية التي تتناول هذه المسؤولية بشكل رسمي، إلا أن دور الأسرة في الضبط الاجتماعي مازال يحتل أهمية قصوى في حياة الأفراد في المجتمعات العربية. وربما يتفق هذا الوضع مع الجوانب المختلفة التي تتعلق بالأسرة والتي تحيط بالإنسان العربي وتشكل إطاراً مجتمعياً وثقافياً يحدّد سلوكه، ومن ثم يتحرك من خلاله.

وتنفرد الأسرة العربية بدور كاد يختفي من معظم المجتمعات الأخرى، وهو الدور الذي يتعلق برعاية كبار السن وتوفير العناية اللازمة لهم. فالمجتمع العربي يولي اهتماماً خاصاً للمسنين اعتماداً على قيم ثقافية تؤكد تلك المسؤولية، وتعاليم دينية تعضد ذلك السلوك وتعززه. وإن كانت المرحلة الآنية تشهد بدايات تحول عن هذا الدور من قبل الأسر العصرية. بصرف النظر عن الموقف الذي نتبناه عند التعرض لآثار عمل المرأة على الأسرة لايمكن إغفال الأوضاع الجديدة التي استحدثتها هذه الظروف، ومنها ظهور أنماط جديدة لعملية التنشئة الاجتماعية أدت إلى حاجة الأم العاملة إلى المعونة في

ذلك الصدد، وأول هذه الأنماط ما يتعلق بدور الأجداد في تنشئة الأحفاد، فأصبح الأجداد يمثلون الملجأ الوحيد للأم العاملة في مجال رعاية الأطفال. وهنا يبرز رأي يعتبر أن وضع المسنين في الأسرة التي يعمل فيها الزوجان لايمثل مشكلة أو عبئاً عليهما، بل هو نعمة تفرضها الضرورة وتؤكدها المنفعة، حيث إن الأم العاملة تحتاج إلى معونتهم في العناية بالأطفال، ومن ثم لابد أن تستفيد الأم من المسنين وبقائهم معها في نفس المسكن، أو على الأقل تبقى حلقة الاتصال بهم قوية، ورغم أن هذا الرأي نفعي في المقام الأول، إلا أنه يبقي دوراً للمسنين في الأسرة بدلاً من أن يتحولوا إلى عبء، مع اتجاه الأسر إلى التحديث وإلى تبنّي الاتجاهات الغربية نحو مزيد من الفردية.

وبناء على ذلك ينبغي أن تتضمن الخطة الوطنية لدعم دور الأسرة في رعاية المسنين مايلي:

(1) وضع خطة طويلة الأجل لدعم الأسرة والتكافل الاجتماعي، ومحاولة تجنب الرعاية المؤسسية، ومساعدة الأسر لتمكينهم من إعالة مسنيهم.

(2) الحيلولة دون فصل المسن عن أسرته، وذلك بتحريم إجلاء المسن عن مكان إقامته مع أسرته، أو عن طريق تيسير فرص جمع شمل المسن مع أسرته.

(3) العمل على توفير عدة خدمات اجتماعية لمساندة الأسرة بأكملها، وذلك عندما يضم البيت عدة أشخاص من كبار السن، لاسيما بالنسبة للأسر ذات الدخول المنخفضة التي ترغب في الاحتفاظ بكبار السن في ا لمنزل.

(4) توفير الدعم للمسنين حتى يواصلوا العيش في منازلهم أطول فترة ممكنة، وهذا الدعم يشمل الخدمات الصحية والاجتماعية التي تقدم في المنزل والمساعدة الإيجارية . . . إلخ.

(5) العمل قدر الإمكان على توفير الخدمات اللامؤسسية للمسنين كلما احتاجوا إلى خدمات خارج نطاق الأسرة، وحيثما كانت المؤسسة هي البديل الوحيد فينبغي أن تكون المؤسسات الخاصة أقرب مايكون إلى الأوضاع العائلية الصغيرة، وأبعد ما تكون عن المؤسسات الضخمة ذات النظام المؤسسي.

(6) تنمية وتعزيز المهارات التي يمكن بها للمسنين والمسنّات الوفاء بأدوارهم كرؤساء للأسرة ومستشارين ودعاة، ويمكن أن يعني هذا أيضاً توفير التدريب للمسنين على تقنيات التشاور والوساطة، وعلى بث وتعميم القيم التقليدية الإيجابية في الأحوال الجديدة.

(7) إدراكاً للكثرة الفائقة للمسنات، وبأن عدد النساء الأرامل يفوق نسبياً عدد الرجال الأرامل، لذا ينبغي إيلاء اهتمام خاص للحاجات الخاصة لهذه المجموعة ولأدوارها.

ثالثاً - مسؤولية المؤسسات الاجتماعية:

إن الهدف الأساسي الذي من أجله بدأت فكرة إقامة مؤسسات خاصة لرعاية الشيخوخة، هو تقديم ألوان مختلفة من الرعاية الصحية، حيث ارتبطت مرحلة الشيخوخة بمجموعة من الأمراض التي تحتاج إلى مواظبة على تناول بعض العقاقير والإشراف الطبي الدوري بالإضافة إلى تنظيم التغذية، أي أن تلك المؤسسات الخاصة قد بدأت في مضمار رعاية المسنين بالرعاية الصحية. ولكن ما لبث أن اكتشف المسؤولون عن تلك المؤسسات الخاصة بأن هناك أنواعاً من الرعاية النفسية والاجتماعية ترتبط بالرعاية الصحية ارتباطاً كبيراً، بحيث لايمكن توفير الصحة والحيوية والنشاط للمسن من خلال الاهتمام بالجسم فحسب، بل لابد أن تتواكب الرعاية النفسية والاجتماعية مع تلك الرعاية الجسمية، وبصورة عامة فإن المؤسسات المتاحة لرعاية المسنين غير كافية، وأن هذا النقص يعتبر سبباً من أسباب معاناة المسنين وذويهم. وأن تحسين هذا الوضع يعتبر تحدياً أساسياً أمام من يقدمون الخدمات الاجتماعية ويطالبون بها بالنسبة للمسنين.

وبصورة عامة فهناك مجموعة من التوجيهات التي يمكن أخذها في الاعتبار بالنسبة للمؤسسات الاجتماعية العاملة في مجال رعاية المسنين في المجتمع يمكن تحديدها في النقاط التالية:

(1) يجب الاهتمام بالتوسع في إنشاء تلك المؤسسات في مختلف المناطق وعدم تركيزها في المدن الكبرى فقط.

(2) أن تحمل تلك المؤسسات أسماء تعبّر عن أهدافها الإنسانية، فبدلاً من استخدام المسميات التقليدية مثل مؤسسات رعاية المسنين، أو ملاجىء

المسنين أو دور الإيداع للمسنين . . . إلخ ، يمكن أن تحمل مسميات «دار التكريم لكبار السن » أو « دار الضيافة لكبار السن» أو « مؤسسة العمر الثاني أو « دار . . . . لرعاية الوالدين » .

(3) يجب أن تمتد خدمات تلك المؤسسات ليستفيد منها المسنون غير المقيمين ، وذلك بأن يلحق بكل لمؤسسة ناد اجتماعي يتردد عليه المسنون من المجتمع المحلي الذي توجد فيه المؤسسة .

(4) يجب أن تزود تلك المؤسسات بالعاملين والمتخصصين في مختلف المجالات الصحية والنفسية والاجتماعية ممن لهم الخبرة في مجال العمل مع المسنين .

(5) الاهتمام بتنظيم الدورات التدريبية للعاملين بتلك المؤسسات لإكسابهم الخبرة والمهارة في مجال التعامل مع كبار السن .

(6) عدم مغالاة المؤسسات في تحديد قيمة الاشتراكات التي يدفعها المسنون نظير الالتحاق ببعض هذه المؤسسات .

(7) يجب أن تتنوع وتتعدد الخدمات التي تقدمها تلك المؤسسات للأعضاء المستفيدين منها ، فتشمل كافة مجالات الحياة .

(8) عند إنشاء تلك المؤسسات يجب أن يراعى في تصميمها احتياجات ومشكلات كبار السن .

رابعاً - مسؤوليات الجامعات ومعاهد العلم:

نظراً لما تتمتع به الجامعات ومعاهد العلم من إمكانيات فنية ومادية كبيرة، فإنها يمكن أن تسهم بدور إيجابي في مجال رعاية المسنين، حيث نجد أن عدداً كبيراً من أقسام الدراسات الاجتماعية والجامعات الأجنبية قد تيقّظ الآن واهتم بتهيئة برامج لإعداد متوسطي العمر لمرحلة التقاعد، ومعاونة المتقدمين في السن لتحقيق التكيف وهم متقاعدون، ثم لتدريب وإعداد أشخاص من عامة الشعب ومن المتخصصين للعمل من أجل الشيخوخة، وفي سبيل الذين يتقدمون في السن، كما أن معظم كليات الطب في الجامعات الغربية تتضمن برامجها الدراسية بعض الإرشادات للنواحي الطبية لعلم الشيخوخة، هذا بالإضافة إلى ما تقوم به تلك الكليات من تنظيم الدورات التدريبية والدراسات النظرية في رعاية المسنين لممرضات الصحة العامة.

ومن الإسهامات الأخرى لأعضاء هيئة التدريس بالجامعات والمعاهد العلمية القيام بإعداد وتنقيح توصيات وقرارات المؤتمرات والحلقات الدراسية ونتائج التقارير عن الدراسات الرائدة في مجال رعاية المسنين، ويعد تحرير المجلات والنشرات الدورية من قبيل المسؤوليات الملقاة على عاتق المعاهد العلمية المعنية بأمور المسنين ويعمل أعضاء هيئة التدريس أيضاً كمستشارين كما يقومون بمعاونة المؤسسات المحلية عن طريق إمدادهم بآرائهم في هذا الشأن.

ويمكن تحديد مساهمة الجامعات ومعاهد العلم في مجال رعاية المسنين من خلال النقاط التالية :

(1) القيام بدراسات خاصة في علم الشيخوخة على مستوى الجامعات والدراسات العليا .

(2) إجراء البحوث العلمية المستمرة في هذا المجال .

(3) الاهتمام بإنشاء أقسام خاصة بطب الشيخوخة في كليات الطب ، وذلك لتأهيل الأطباء الراغبين في العمل مع ذلك القطاع .

(4) تولّي الكليات المتخصصة في الجامعات مسؤولية تنظيم برامج تدريبية لأولئك الذين يعملون مع كبار السن .

(5) إتاحة الفرصة أمام الأشخاص وكبار السن المتخصصين كي يقدموا مشورتهم في اختيار البرامج التعليمية .

(6) تعاون الجامعات مع الوزارات المعنية والمؤسسات الاجتماعية الخاصة والتي تعمل في مجال رعاية الشيخوخة وذلك بتنظيم ملفات البحث والمناقشة حول الموضوعات المهمة في مجال رعاية المسنين .

خامساً - مسؤولية الدولة :

وأخيراً لابد أن تتحمل الدولة عبئاً في توفير الرعاية لكبار السن باعتبارهم قطاعاً من قطاعات المجتمع من حقه أن ينال الرعاية والخدمات كبقية القطاعات .

ولعل أهم مظاهر هذه الرعاية :

(1) المبادرة بوضع سياسة اجتماعية لرعاية المسنين .

(2) التوسع في إنشاء مؤسسات اجتماعية مختلفة لرعاية المسنين على أن تكون مؤسسات حكومية وأهلية معاً لتخليصها من الروتين الحكومي .

(3) سن التشريعات المناسبة للرعاية الكافية للمسنين .

(4) التوعية بأهمية إجلال المسنين ورعايتهم من خلال المعاهد التعليمية ووسائل الإعلام والمساجد . . . إلخ .

(5) إنشاء مستوطنات سكنية خاصة بالمسنين القادرين على العمل لاستثمار طاقاتهم في العمل بأجر .

(6) استحداث أساليب مناسبة للترويح عن المسنين بكافة وسائل الترفيه المتاحة والاهتمام بما يعرف برياضة المسنين .

الفصل الخامس
المسنوّن والتخطيط الاجتماعي

من أهم السمات المميزّة للمجتمعات المعاصرة، استخدام أسلوب التخطيط العلمي لتحقيق الأهداف المنشودة، وتتحدّد أهداف كل مجتمع بما يتناسب مع ظروفه وثقافته وقيمه وأيديولوجيته. ويمكن تقسيم أهداف التخطيط إلى:

أولاً - أهداف استراتيجية «بعيدة المدى»:

تحقق للمجتمع تغييرات اجتماعية واقتصادية وتنقله من مرحلة إلى مرحلة أفضل من حيث التنمية والتقدم، حتى تصل به إلى تحقيق الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية، وتكون هذه الأهداف محددة في إطار السياسة العامة للمجتمع ومعبّرة عن أصالته وتطلعاته.

ثانياً - أهداف تكتيكية «قريبة المدى»:

يمكن تنفيذهاوتحقيقها على فترات زمنية قصيرة، وتمثل أهدافاً جزئية من مجموعة الأهداف الاستراتيجية، وتمثل أيضاً، أهدافاً نوعية ترتبط بالخطط والبرامج في شتى قطاعات المجتمع الاجتماعية والاقتصادية.

ولاشك أن الخطة الاجتماعية تحقق أهدافاً اجتماعية أساسية مباشرة، وأهدافاً اقتصادية غير مباشرة على المدى البعيد بتحقيق أقصى الاستثمار للإمكانيات البشرية في المجتمع - وبتراكم تحقيق الأهداف التكتيكية تتحقق للمجتمع أهدافه الاستراتيجية - اجتماعياً واقتصادياً.

ويحدّد «روبرت مورني» طرق التخطيط الاجتماعي بخمس طرق وهي:

(1) تحليل المشكلة: وتعني الوصف المتكامل للمشكلة، وتقدير الاحتياجات، وتحليل المشكلة بطريقة فنية أكثر منها عملية - ويشمل هذا التحليل:

1 - وصف حالات المشكلة من حيث (السن/ النوع/ النسبة/ الموقع. . . إلخ).

2 - تحديد الخدمات ومستوى الاحتياج للموارد المادية (وذلك لتقدير حجم المشروعات المستقبلية).

(2) تقدير الاحتياجات: وتتنوع هذه الاحتياجات لتشمل:

1 - الاحتياجات الطبيعية.

2 - الاحتياجات الإدراكية.

3 - الاحتياجات العاجلة.

4 - الاحتياجات النسبية.

(3) صنع القرار: وذلك من خلال التركيز على قضية تجميع الموارد، في اعتماد واضح على التحليل الاقتصادي البسيط.

(4) التقويم: ويختبر النجاح في البرنامج، واكتشاف طرق تحسين هذا البرنامج، وذلك فيما يعرف بتقويم البرنامج وتقدير العائد، أو محاولة الإجابة عن سؤال، ما الذي سيحدث إذا غاب هذا البرنامج؟

(5) التدريب: تدريب المخططين الاجتماعيين في معاهد ومدارس الخدمة الاجتماعية من العمليات الضرورية لنجاح الطرق السابقة للتخطيط الاجتماعي.

والأسباب التي تجعل المنظمات تستخدم التخطيط الاجتماعي سواء على المستوى القومي أم المحلي ترجع للمبررات التالية:

1 - يفيد التخطيط في توفير المساعدة لعمليات صنع القرار السياسي.

2 - يفيد التخطيط في التعامل مع متطلبات المستقبل.

3 - يفيد التخطيط في تحسين معدلات العدالة الاجتماعية.

4 - يوفر التخطيط التحليل الفني الذي يساعد على التعرف على المشاكل.

5 - يساعد التخطيط على ترشيد قرارات المجتمع.

6 - ساعد التخطيط على تغيير الأفكار حول الحركة المستقبلية للمجتمع.

7 - يعتبر التخطيط من أساليب الضبط الاجتماعي.

وعلى هذا يمكن تحديد أهم مؤشرات تعريف التخطيط الاجتماعي فيما يلي:

1 - عمليات تظهر في خطوات أو مراحل.

2 - يرتكز على بعض العمليات السياسية.

3 - يعبر عن الاتجاهات التي تميز فريق الإداريين في المنظمات.

4 - هو وسيلة وغاية في نفس الوقت.

5 - يبدأ بالتقويم لوضع الأهداف والأغراض.

6 - يشغل موقعاً داخل الهرم التنظيمي للمنظمات.

7 - الخطط التي يتوصل إليها التخطيط تصبح أساساً لأي نظام للضبط.

8 - يعتمد التخطيط على التخيل ، العدالة، الخبرة.

ثالثاً – التخطيط المجتمعي للمسنين:

أصبحت المجتمعات الإنسانية أكثر إدراكاً لاحتياجات التخطيط للمسنين، والصورة العامة في كل المجتمعات توضح العلاقة بين النقص في الخدمات، والاهتمام بكبار السن والحاجة إلى مزيد من الجهد التخطيطي لسدّ هذه الفجوة. والاحتياجات الرئيسية للمسنين تكمن في حاجتهم إلى:

«المدافعة» وتعني المساعدة لإيجاد طريق لهم من خلال الوضع المحيّر للخدمات والإمكانيات المالية المتاحة، وذلك بالضغط للمساعدة على توفير الأموال لبناء مؤسسات للمسنين، ولتطوير الخدمات وتقديمها للمسنين. وكذلك تقديم برامج أخرى للمواصلات، وخدمات إعداد الطعام والمساعدة القانونية، واستشارة العمل . . . وهكذا.

وأكثر هذه الخدمات هي خدمات مراكز المسنين، برامج التخطيط المجتمعي والتنسيق والرعاية البديلة، وتحسين الدخل والضمان الاجتماعي.

رابعاً – التخطيط القومي للمسنين:

يتعامل التخطيط على المستوى القومي مع مشكلات المسنين المصاحبة للتغيرات الديموغرافية للسكان المسنين، كذلك مشكلات آراء المجتمع السلبية تجاه المسنين. ومن الأمور التي تخضع لتحليل المخططين الاجتماعيين للوصول إلى قرار بشأن أولوية خدمات خاصة بالمسنين على المستوى القومي ما يلي:

(1) الصحة وعدم القدرة للمسنين: حيث يتم الاهتمام من خلال مجالس التخطيط الصحي القومية بالتعامل مع هذه المشكلة الظاهرة في صورة «صحية»، لكنها ذات أبعاد «اجتماعية».

(2) مستويات المعيشة: حيث تتم مراعاة المسنين داخل التركيب السكاني للمجتمع، وضمان الدخل لهم، وتحديد نماذج إنفاقهم.

(3) تدعيم سياسات المسنين: من خلال التحديد الحكومي للإجراءات القومية للتعامل مع قضايا المسنين.

(4) المنح وتدعيم الدخل: ويتم تحديده من خلال قوانين الضمان الاجتماعي والمصادر الأخرى المدعمة للمسنين.

(5) الإسكان: ويتم التخطيط لتنفيذ سياسة إسكان المسنين وربطها بالتغييرات الاقتصادية في المجتمع.

(6) الخدمات الاجتماعية: وتشمل هذه الخدمات، خدمات تدعيم المسنين، بجانب الخدمات طويلة الأمد لهم.

(7) الخدمات الصحية القومية: والهدف منها إدخال المسنين ضمن مظلّة الخدمات الصحية القومية الموجودة في المجتمع.

(8) التشريع: وترمي جهود التحليل هنا إلى ربط خدمات المسنين بالتشريعات والتنسيق بين الخدمات المختلفة المقدمة لهم.

(9) التمويل: تأتي غالبية تمويل برامج المسنين القومية من مصدر تدعيم الدخل ومن حصيلة الخدمات الاجتماعية، وتعمل المجالس التخطيطية على إيجاد التوازن بين طرق التمويل التقليدية، وزيادة الخدمات وتدعيم الدخل، وتعطى أولوية ثانية لتدعيم الدخل وإعطاء منح إضافية لكبار السن.

خامساً - التخطيط المحلي للمسنين:

يستخدم التخطيط على مستوى المجالس المحلية للتخطيط عند التعامل مع قضايا المسنين المجتمعية، كذلك يستخدم التخطيط على مستوى مؤسسات خدمات المسنين، ويمكن تبنّي المدخل التالي عند التخطيط لخدمة رعاية المسنين:

(1) هدف المدخل: التأثير في برامج المجتمع، من خلال تحليل المواقف الاجتماعية، وتكوين العلاقات مع جماعات المسنين لتحقيق مقاصد رئيسية ثلاثة:

1 - زيادة الانغماس الديموقراطي للمسنين في ممارسة النشاط الخاص بأوجه حياتهم الجارية.

2 - تدعيم قيمة الواجب الشخصي في الانتماء للمجتمع.

3 - تأكيد الحاجة إلى التركيز على العلاقة بين احتياجات المسنين ومشاكلهم.

(2) التدخل: لمقابلة الاحتياجات الإنسانية المتعددة في مرحلة الكبر، وفي الحالات التي تفتقد فيها القدرة على الحركة، ويأخذ التدخل أشكالاً عدّة:

1 - تقديم المساعدة للمسنين ولأسرهم.

2 - التأكيد على تزويد المسنين بالخدمات الجيدة.

3 - دراسة الأسباب وربط الحالة بالتحليل.

(3) تحقيق الأهداف: اهتمام المخطط الاجتماعي بتحقيق هذه الأهداف يتطلب مايلي:

1 - تخفيف الضغوط من خلال مواقف سوء التوظيف.

2 - المرونة في تقديم الموارد.

3 - تقدير الاحتياجات الكلية للمسنين وكذلك الاتجاهات والضغوط والعوامل الأخرى المتصلة بهذه الاحتياجات.

4 - تكوين علاقات ثقة مع المسنين.

5 - تقديم العون العملي لمساعدة المسنين الذين حرموا من المال، السكن، والعون الاجتماعي.

سادساً - التخطيط المؤسسي للمسنين :

يستفيد الأخصائي الاجتماعي العامل بمؤسسات رعاية المسنين على اختلاف أنواعها بالتخطيط الاجتماعي كمنهج علمي للتعامل مع المشكلات الخاصة بالمسنين سواء المقيمين أو المستفيدين من الخدمات . ويتم تناول العمل المهني في هذه المؤسسات تبعاً للخطوات العلمية التالية :

(1) الدراسة : وتهدف هذه الخطوة إلى دراسة المسنين وجمع بيانات على قدر عال نسبياً من الصحة عنهم بحيث تعطي صورة واضحة عن ظروفهم الاقتصادية والاجتماعية والسياسية ومواردهم وإمكانياتهم المختلفة .

(2) التشخيص : وفيه يتم تحديد احتياجات المسنين ومشكلاتهم ، ومدى توافر الموارد والإمكانيات المتاحة أو الكامنة التي يمكن استخدامها لمواجهة هذه الاحتياجات والمشكلات .

(3) الاتصال بسكان المجتمع : ويقصد بسكان المجتمع هنا المسنين لإشراكهم في عمليات حلّ مشكلاتهم .

(4) وضع الخطة : وفيها تتم المواءمة بين الموارد والاحتياجات ، وضع أولويات للمشكلات الأكثر إلحاحاً ، تحديد الأهداف التي تستطيع الخطة أن تحققها في ضوء الإمكانيات والموارد المتاحة ، اختبار أساليب تحقيق الخطة ، ووضع برنامج زمني لاستثمار الموارد والإمكانيات لتحقيق الأهداف .

(5) التنفيذ: وفيه تتم ترجمة الخطة الى برامج يمكن تنفيذها.

(6) المتابعة والتقويم: تهدف المتابعة إلى التأكد من أن البرامج تنفذ بالطرق المتفق عليها في الخطة، أما التقويم فعملية تهدف إلى قياس مدى نجاح أو فشل البرامج في تحقيق الأهداف المحددة.

وعلاوة على الخطوات الست السابقة، هناك ثلاث عمليات أخرى مساعدة لنجاح التخطيط وهي: التنسيق، التدعيم، التسجيل، والملاحظ على الخطوات السابقة، أنها نابعة من المنهج العلمي وهو أساس التخطيط الاجتماعي، وبالتالي فالتخطيط لرعاية المسنين يجب أن يقوم على أساس علمي سليم في كافة خطوات العمل سواء على مستوى قومي أو محلي أو مؤسسي.

الفصل السادس
التنسيق في المؤسسات العامة والعلاقة فيما بينها

تمهيد:

تعتبر وظيفة التنسيق من الوظائف المهمة في الإدارة، فبمجرد تحديد الأهداف وبعد وضع الخطط ورسم السياسات، وتوفير الأموال وتهيئة التنظيم في اتجاه الحاجات المطلوبة والأهداف المحددة، وبعد توفير الأفراد وتوجيههم وتوكيل السلطة ثم الإشراف، فإن التنسيق هو الأداة التي تجمع كل هذه العوامل بقصد تدعيم الروابط والعلاقات بينها.

ويعرف « هوايت » التنسيق بأنه ترتيب وظائف كل جزء من أجزاء المنظمة وتحديد علاقته بالأجزاء الأخرى وتنظيم أداء كل منها لوظائفه بحيث تؤدى هذه الوظائف حسب خطة مرسومة تكفل مساهمة كل منها بأقصى طاقتها في تحقيق الهدف المشترك. فالتنسيق عبارة عن ربط أعمال الموظفين بعضهم ببعض وإيجاد نوع من التعاون والتكامل بين أعمالهم واستبعاد التضارب والتكرار.

ويمكن القول أيضاً بأن التنسيق هو إحكام ربط الأجزاء والأقسام في المنظمة بعضها مع بعض وسط حركاتها وعملياتها بحيث تسير في تناسق تام وتنتج أقصى إنتاج ممكن. ويمكن أن تتم عمليات التنسيق على جميع المستويات الإدارية بحيث يشمل الرئاسات الموجودة في المنظمة وعلى كل هذه الرئاسات أن تقوم بدورها في عملية التنسيق داخل وحداتها، وبذلك ترتبط المنظمة جميعها، وتظهر في شكل وحدة واحدة متناسقة متعاونة.

أولاً - أشكال التنسيق :

(1) التنسيق الرأسي : وهو الذي يتم بين المستويات الإدارية الرئاسية المختلفة على المستوى الرأسي، أي بين الرئيس الأعلى والرئيس الذي يليه، وهذا يضمن نقل السياسات العامة وإيضاح الأهداف وضمان تفهم الرؤساء على المستويات المختلفة لاتجاهات ورغبات الرئاسات العليا، كما يحدث بين الوزارة وفروعها أو مكاتبها في المحافظات أو المديريات أو الأقاليم.

(2) التنسيق الأفقي : وهوالذي يتم على نفس المستوى الواحد، أي بين وزارة وأخرى، أو مؤسسة عامة وأخرى، أو مدير إدارة وزميله أو زملائه داخل المؤسسة، وهذا النوع من التنسيق يضمن تكامل التنفيذ وتعاون الإدارات المختلفة وتماسكها في اتجاه واحد للعمل على تحقيق هدف المؤسسة (المنظمة).

ثانياً - أهمية التنسيق :

يقوم التنسيق بدور هام في تحقيق أهداف الإدارة، ويتوقف على تحقيق التنسيق الفعال إنجاز الأهداف بأعلى درجة من الكفاية، وتبدو أهمية التنسيق في الشعور بضرورة ممارسته بالنسبة لكافة الأنشطة الإدارية، فهو يمارس للتوفيق بين الجهود البشرية داخل المنظمة الإدارية الواحدة. فعادة ما يفسر الأفراد الأهداف المتشابهة بطرق مختلفة، وكثيراً ما لاتتفق جهودهم لتحقيق تلك الأهداف مع جهود الآخرين، ومن ثم تصبح مهمة القائد (المسؤول)

التوفيق بين الاختلافات في كيفية أداء العمل، وتوقيته والاهتمامات والأهداف الفردية والاجتماعية.

وتظهر أهمية التنسيق عندما يحتاج الأمر إلى إنجاز بعض الأعمال بترتيب معين أو بين عمليتين منفصلتين، كما يحدث بين عملية الإنشاءات وتقديم الخدمات (الاجتماعية والتربوية . . .)، كما تتضح أيضاً أهمية التنسيق أثناء التخطيط، فمن الضروري التنسيق والربط بين أجزاء الخطة بحيث تسير كلها في اتجاه واحد نحو تحقيق الهدف. كما أن التنسيق يساعد على الربط بين أجزاء المنظمة، فكل جزء من أجزائها متمم لعمل الجزء الآخر أو معتمد عليه، فلا يمكن لإدارة الخدمات أو الرعاية في أي مؤسسة أن تقدم خدمات أو مساعدات لا تستطيع إدارة المشتريات توريدها، وهذه الإدارة لا تستطيع شراء المواد اللازمة إذا لم تقم الإدارة المالية بتوفير الاحتياجات المالية اللازمة لذلك في الأوقات المحددة. ولهذا نجد أن أي عمل من أعمال المؤسسة (المنظمة) يعتمد في نجاحه على بقية الأعمال التي يجب أن ترتبط فيما بينها في تنظيم متناسق يوحد تصرفاتها ويوجهها نحو تحقيق هدف مشترك.

ويمارس التنسيق أيضاً التوفيق بين أعمال أي منظمة وبين غيرها من المنظمات المختلفة سواء كانت هذه المنظمات في نفس المستوى أم في مستويات مختلفة.

ويعتبر التنسيق ضرورياً بين مختلف الأجهزة بالدولة حيث يضمن أن تعمل هذه الأجهزة متعاونة مع بعضها البعض بغرض انتفاع المواطنين بالخدمات في أقصر وقت ممكن وبأقل جهد، كما أنه يضمن تكاملها في الخدمة العامة. فمثلاً التنسيق ضروري بين وزارات الصحة والتعليم والشؤون الاجتماعية من

جهة وبينها وبين غيرها من الوزارات (كالصناعة والتنمية مثلاً) من جهة أخرى، حيث تُعد الوزارات الأولى مرافق عامة لتقديم خدمات صحية وتعليمية واجتماعية لأسر العمالة التي تعمل في منطقة عمل صناعية وإنتاجية كبيرة، كما أن التنسيق بين وزارة التعليم ووزارة الإسكان، مهم في توفير المباني اللازمة في الوقت المناسب الذي تعد فيه وزارة التعليم المدرسين والكتب وغير ذلك.

ثالثاً - أهداف التنسيق :

يعتبر التنسيق من أهم عناصر الإدارة العامة، واستخدامه بالأسلوب الصحيح وفق النمط الإداري السليم يؤدي إلى نجاح أي عمل إداري، ويمكن تحديد أهداف التنسيق فيما يلي :

(1) منع التعارض في الاختصاصات : يهدف التنسيق إلى تجنب ما قد يكون هناك من تعارض في الجهود بين المصالح أو الأهداف الإدارية وذلك بالتوفيق بين أوجه نشاط هذه الوحدات بما يحقق المصلحة العامة، مثال ذلك : التعارض الذي يقع كثيراً في العمل بين مؤسسة الاتصالات، والبلدية، وإدارة الأشغال العامة. فقد تقوم مؤسسة الاتصالات بأعمال الحفر في الطرق بقصد وضع الأسلاك في باطن الأرض، وبعد ذلك تقوم إدارة الأشغال العامة بردم هذه الحفر ورصف الطرق، وبعد مدة قصيرة تقوم مصلحة المجاري في البلدية بأعمال حفر أخرى لنفس الطرق لوضع بعض مواسير المجاري في باطن الأرض ، ثم تقوم إدارة الأشغال العامة بإعادة ردم الحفر ورصف الطرق مرة أخرى. ويكون التنسيق بين الوحدات الإدارية

السابقة ضرورياً لمنع التعارض والتضارب في الاختصاصات ولتفادي ضياع الجهد والوقت والإهدار في الأموال.

(2) منع الازدواج في الاختصاصات: يعمل التنسيق على منع حدوث ازدواج في الأنشطة الإدارية، فقد ترتب على ازدياد تدخل الدولة في المجالات العامة المختلفة، إمكان تعدّد الوحدات الإدارية التي تسعى إلى تحقيق أهداف واحدة أو متشابهة، في هذه الحالات يعمل التنسيق على تنظيم وتكتل جهود هذه المنظمات ويوفق بينها بغرض تحقيق الهدف المشترك للوحدات الإدارية المختلفة التي تعمل في ذات النشاط. ومثال ذلك مشاكل الأحداث، فقد تكون من اختصاص وزارة الشؤون الاجتماعية باعتبارها المسؤولة عن الرعاية الاجتماعية بمختلف صورها ومنها مشكلة الأحداث، وقد تعهد إلى وزارة العدل باعتبارها المسؤولة عن العقاب في الجرائم بواسطة القضاء، وقد تكون من اختصاص وزارة التربية والتعليم باعتبارها مظهراً من مظاهر الضعف الخلقي والافتقار إلى التربية السليمة.

وقد تحتاج بعض المنظمات الإدارية إلى بعض الإحصائيات والبيانات في مجال محدود، وتقوم هذه المنظمات بنفسها بجمع ما يلزمها من هذه البيانات والإحصائيات، وفي مثل هذه الحالات يعمل التنسيق على توفير وقت وجهد كل منها عن طريق إنشاء جهاز إحصائي متخصص يمد هذه الوحدات بما يلزمها من البيانات والإحصائيات.

(3) منع المنافسة: قد تتنافس بعض المنظمات العامة في الحصول على مورد معين من الموارد المادية أو البشرية، فيعمل التنسيق في هذه

الحالة على التوفيق بين احتياجات هذه المنظمات وتحديد أولويات الحصول عليها.

(4) منع التفاوت في المعاملة: يهدف التنسيق إلى منع التفاوت في المعاملة، مثال ذلك تنسيق السياسات التي تتبع في شؤون العاملين بمختلف الوزارات والمؤسسات الحكومية بمختلف القطاعات في الدولة، وينتج عن ذلك عدم السماح لأي وزارةأو إدارة عامة باتباع نظام خاص بها في تحديد شروط التوظف مثل المرتبات والعلاوات والإجازات الاعتيادية والعارضة . . إلخ ، بل يجب أن تخضع للسياسة العامة للدولة، حتى يمكن تحقيق المساواة في المعاملة بين العاملين مع مراعاة اختلاف ظروف وطبيعة العمل.

ويعتبر التنسيق من المهام الرئيسية للرؤساء على المستويات المختلفة، فعملية التنسيق عملية مستمرة متسلسلة يقوم بها كل من يشغل وظيفة رئاسية، حيث يتولى كلا النوعين من التنسيق الرأسي والأفقي معاً وفي آن واحد. ولذلك نجد أن المسؤول الإداري الناجح هو الذي يحرص على تخصيص القدر الكافي من وقته لإجراء عمليات التنسيق ويشعر بحاجته إليها وأهميتها بالنسبة للمنظمة العامة.

رابعاً - مشاكل التنسيق :

(1) يعتبر كبر حجم المؤسسة (المنظمة) وتعقدها وتنوع أهدافها من أكبر المشاكل التي تواجه عملية التنسيق، فمثل هذا التعقد قد لايمكّن المسؤول الإداري أو الأجهزة المختصة من حصر وتقييم كل المؤثرات التي تحيط بمختلف جوانب الأداء في المؤسسة.

(2) وتعتبر الزيادة المطّردة في عدد الأفراد داخل التنظيم من مشاكل التنسيق حيث يصبح كل فرد ذا شخصية مستقلة ويعمل لتحقيق حاجاته الفردية أو الشخصية، إذ لكل فرد عاداته الخاصة وله خلفيات تتعلق به وتحدد طريقته في العمل.

(3) يكون للنقص في خبرات القائد الإداري وعدم معرفته بنشاط المؤسسة وعدم قدرته على مواجهة المشاكل والمواقف المختلفة أثره الواضح في عدم قدرته على اقتراح الأسلوب المناسب للتنسيق ويقوم بتنفيذ إجراءات وسياسات خاطئة تعقد المشكلة أكثر مما هي عليه.

(4) قد يكون لكثرة العوامل والمتغيرات التي يتعين الإلمام بها والتعرف على مختلف تأثيراتها المتبادلة على أوضاع العمل داخل المؤسسة أثره المعوق في إجراء التنسيق، فبعض هذه التغيرات قد لايكون من الوضوح أو التحديد بدرجة كافية، والبعض الآخر قد يكون ذا تأثيرات غير مستقرة أو ذا طبيعة حركية من نوع خاص مما يجعل التنسيق غير قادر على أن يلاحقها ويضبطها في الإطار المطلوب.

خامساً - وسائل التنسيق:

يمكن تحقيق التنسيق بين المؤسسات (المنظمات) العامة عن طريق الوسائل التالية:

(1) تحديد السلطة والمسؤولية: إن تحديد السلطة والمسؤولية لمختلف الإدارات والأقسام والأفراد في المنظمة العامة أمر ضروري لنجاح التنسيق، ومن مظاهر عدم التحديد الواضح للسلطة أن تقوم إدارتان بنفس العمل، ولذلك يكون من الضروري الربط بين الجهود المختلفة حتى تتم الأعمال والأنشطة بطريقة واحدة وتمنع بهذا حدوث الازدواج، ويتطلب التنسيق خطوطاً واضحة من السلطة وأقل قدراً من تداخل هذه السلطة بين الوحدات التنظيمية المطلوب أن يكون العمل بينها منسقاً، وعندما يكون تداخل السلطة مطلوباً بين الوحدات التنظيمية، يحتاج إلى التنسيق لكي تخفّض الآثار الضارة التي تنشأ من هذا التداخل إلى أدنى حد ممكن.

(2) المراجعة والملاحظة: تعتبر من الإجراءات التي يلجأ إليها لتحقيق الرقابة الإدارية، إلا أنها ضرورية في مرحلة التنسيق حيث يمهد الرئيس الإداري الطريق الذي يمكّنه من مقارنة النشاط الذي يجري حالياً مع النشاط الذي يمكن أن يكون. ولإجراء مثل هذه المقارنة يجب على الرئيس الإداري أن يلاحظ كل التصرفات والحركات الخاصة بالمساعدين والمرؤوسين، فيعمل على التغلب على بعض التصرفات غير المتجانسة والتي تشير إلى العجز في التنسيق المطلوب، ويستطيع الرئيس الإداري أن يستعين بالسجلات والتقارير الدورية ليتعرف على نقاط الضعف بين الوحدات التنظيمية وبين الأفراد.

(3) الاتصال الفعّال: يسمح الاتصال الفعال بتنمية وتسهيل التنسيق، ويمكن تحقيق التنسيق عن طريق الاجتماعات التي تمكّن من الوصول إلى الحلول الرشيدة لبعض المشاكل نتيجة المناقشة المفتوحة الحرة

وتبادل الأفكار والآراء واستعراض المشاكل والمقترحات، وتسمح هذه اللقاءات بتحقيق الفهم المشترك لكل نواحي التنظيم وبالتالي تسمح بالتنسيق، أو عن طريق لجان التنسيق، وقد تتكون من ممثلين في المنظمة الواحدة كالوزارة مثلاً، كما قد تتكون من ممثلين لمختلف الوحدات، ومهمة هذه اللجان الأساسية هي التنسيق، كما تتولى دراسة المشكلات المشتركة تمهيداً لتنسيق خطة مواجهتها.

(4) القيادة: تعتبر القيادة مصدر التنسيق، ومن واجبات القائد أن يدرك ويتحمّل مسؤولياته لتحقيق التنسيق المطلوب، ويستطيع أن يحقق ذلك إذا أمكنه أن يوجّه جهوده لتحقيق هذا الهدف عن طريق الأوامر والتعليمات والتوجيهات والوصول إلى التنسيق الفعّال، كما أن فاعلية عملية التنسيق يتوقف نجاحها على مدى إيمان الرئيس بها والتعرف على الوسائل المناسبة التي تتفق مع ظروف المنظمة العامة وإمكانياتها، ويجب أن يؤخذ في الاعتبار أن يكون التنسيق عملية مستمرة ودائمة، ويجب النظر إليها على هذا الأساس وما يتبع ذلك من لزومية تقييم دور التنسيق كعملية مستمرة ودائمة والوسائل التي تتم به وإعادة النظر في ذلك إذا استلزم الأمر حتى يمكن أن يؤتي التنسيق ثماره.

ويجب تنسيق العمل بين المنظمة العامة وغيرها من المنظمات، حيث لاتستطيع أي منظمة عامة أن تحيا بمفردها بمعزل عن باقي منظمات المجتمع سواء المجتمع المحلي أم المجتمع العام. وتعمل المنظمة العامة في تناسق مع المنظمات الأخرى بالبيئة بعيداً عن التعارض أو التضاد، بل تقضي المصلحة أن تكون أغراض المنظمة لسدّ حاجة تتطلبها البيئة بحيث تتكامل البرامج والخدمات اللازمة للبيئة.

سادساً - تنسيق العلاقة بين الأجهزة الحكومية والأهلية :

هناك نظريتان حول تنسيق العمل بين الأجهزة الحكومية والأهلية، هما نظرية السلم الامتدادي، ونظرية الأعمدة المتوازنة، وتشير النظريتان إلى أن الخدمة الاجتماعية تزاول نشاطها من خلال مؤسسات أهلية وأخرى حكومية.

ويمكن التنسيق فيما بينها على الوجه التالي :

الأولى : نظرية السلم الامتدادي، والقائل بها « سيدني وب ».
الثانية : نظرية الأعمدة المتوازية، والقائل بها « بنجمان كركمان جراي »

وكلتا النظريتين لاتنكران أهمية حاجة أي مجتمع يستهدف التقدم والتطور إلى وجود هيئات اجتماعية أهلية تعمل جنباً إلى جنب مع الهيئات الاجتماعية الحكومية، وبصرف النظر عن طبيعة النظام السياسي للمجتمع، وعلى أساس أن دور الواحدة منها يكمل بل ويتمم دور الأخرى لتحقيق المشاركة بين الحاكم والمحكوم في تحمل المسؤولية العامة.

(1) افتراضات نظرية السلم الامتدادي :

1 - كل إنسان في أي مجتمع لابد وأن تتوافر له وسائل الرعاية في جميع أساسيات الحياة ليصل المجتمع بأفراده جميعاً إلى حد أدنى لمستوى الدخل، يمكنه من تلبية حاجاته الضرورية، وهذه مسؤوليات حكومية كخدمات الضمان الاجتماعي.

2 - متى استوفى كل إنسان حقه في هذا الحد الأدنى لمستوى المعيشة دخلت الهيئات الأهلية الميدان لتؤدي دورها. وتكون مهمتها - مجازاً - أن ترتفع بمن تعولهم درجة على السلم الامتدادي تعلو بهم عن مستوى الحد الأدنى الذي وقفت عنده الدولة بأبنائها كمسؤولية حكومية.

3 - بهذه الطريقة تستطيع الهيئات الأهلية أن تدخل في مجال التجريب والابتكار وتحسين وسائل الخدمة حتى إذا ما بلغت بالتجريب الغاية أمكنها أن تقدم للدولة نتائج محاولاتها بهدف تحسين الخدمات الحكومية.

4 - وإذا كان هذا دور كل من الهيئا ت الحكومية والأهلية فطبيعي أن تحمل الهيئات الحكومية العبء الأكبر من المسؤولية الاجتماعية وتترك عبئاً معقولاً على كاهل الهيئات الأهلية.

5 - وعليه فلا توقف للجهود الأهلية ولا للجهود الحكومية في رفع مستوى معيشة الناس وخاصة في مجتمع يسعى للرقي والتقدم ويكتشف كل يوم حاجة جديدة أو مشكلة جديدة نتيجة التقدم الحضاري والعلمي والتكنولوجي.

6 - ليس هناك من حد فاصل بين مسؤوليات كل من الهيئات الاجتماعية الحكومية والأهلية تجاه فئات المنتفعين بخدماتها، فالإنسان الواحد صاحب الحاجة قد يكون عميلاً لكليهما معاً.

الأولى توفر له حقه في الحد الأدنى لمستوى المعيشة، والثانية قد تمنحه مزيداً من الرعاية أو الخدمة.

(2) افتراضات نظرية الأعمدة المتوازية:

1 - كما أن للهيئات الحكومية حداً لمستوى المعيشة تعمل على رعاية الناس وخدمتهم لبلوغه، كذلك الأمر بالنسبة للهيئات الأهلية، فعميل هذه غير عميل تلك، فتلميذ المدرسة الحكومية تعلمه الدولة، وتلميذ المدرسة الخاصة تعلمه مدرسة أهلية.

2 - إن الهيئة الأهلية متى أخذت مسؤولية خدمة عميل فعليها أن توفر له كل احتياجاته وتعالج كافة مشكلاته بجهودها وجهود الهيئات الأهلية الأخرى المتعاونة معها في خدمة البيئة.

3 - إن الدولة قد لاتستطيع أن تغطي احتياجات الناس جميعاً، وهنا يكون على الهيئات الأهلية أن تقوم بتقديم تلك الخدمات إلى المستحقين من أفراد المجتمع.

الفصل السابع
أهمية العمل التنموي لكبار السن*

ماهو دور كبار السن في البرامج التنموية في المجتمع؟ هل يمكن الاستفادة من القدرات والإمكانيات العقلية والحسية المحدودة للمسن في إنجاز البرامج التنموية؟وما مدى إمكانية مشاركة فئة المسنين في البرامج التنموية التي تتناسب مع قدراتهم الجسمية والعقلية؟ وكيف يمكن التوفيق بين الدعوة إلى رعاية المسنين في محيط أسرهم وبين أقربائهم وأبنائهم تلك الدعوة القائلة أن مشاركة المسنين في الأعمال المجتمعية التنموية واشتراكهم في الشبكات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة؟ وكيف يمكن الاستفادة من كبار السن الذين يعانون من مشكلات صحية جسمانية وعقلية كثيرة نتيجة كبر سنهم في مجرى الحياة الاجتماعية العامة وأنشطتها المتنوعة والصاخبة؟ وهناك الكثير من الأسئلة التي يمكن أن تتولد حول قضايا ومشكلات كبار السن في المجتمع وعن مدى وحجم وفعالية دورهم في الحياة وهم على مشارف الموت في أسوأ حالات خريف العمر واحتمالاته.

تشير العديد من الدراسات إلى أ ن مشكلات كبار السن لا تتمثل فقط في المعاناة الجسمية نتيجة لإصابتهم بأمراض الشيخوخة أو بعض الأمراض المزمنة، بل إنها تتعدى ذلك إلى مشاعر البؤس والشقاء التي تنتج عند

* أعدت هذه الورقة بتصرف من قبل المكتب التنفيذي معتمدة بشكل أساسي في ذلك على دراسة للدكتور بدر العيسى بعنوان «أهمية العمل التنموي لكبار السن: ما لهم وما عليهم»، منشورة في مجلة **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، العدد (51) ربيع عام 1995 التي تصدر عن جامعة الكويت.

إحساسهم بأنهم أصبحوا بلا فائدة في المجتمع، وإلى مشاعر الوحدة واليأس التي تنتابهم، خصوصاً أولئك الذين أصبحوا بلا أبناء بعد أن انتقلوا إلى حياة جديدة وكونوا أسراً بعيدة عن أسرهم الأصلية، فأصبح من الواجب التفكير في أن مشكلة كبار السن ليست فقط في ضرورة توفير المسكن والملبس والمأكل باعتبارها حاجات مادية ضرورية فضلاً عن الرعاية الطبية، بل إن سياسات الرعاية لكبار السن التي يجب أن تمتد إلى إشراك (من له القدرة من) كبار السن في البرامج التنموية التي تتناسب مع قدراتهم العقلية والجسمية، لإشعارهم بأهمية الدور الذي يمكن أن يقوموا به، حتى يعطيهم الأمل والحياة في المجتمع، ويتوفر لهم الرضا والاستقرار النفسي.

فالتغيرات العضوية حتمية على الإنسان، ولكن تأثير هذه التغيرات على عملنا في الحياة يمكن أن يكون نسبياً طالما نستطيع التكيف مع هذه التغيرات، وإن التطورات التي تحدث في التركيب العمري لسكان أي مجتمع يكون لها نتائج بعيدة المدى في النواحي الاقتصادية والاجتماعية، ومن المهم جداً متابعة هذه التطورات ودراستها بدقة عند رسم سياسة التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلاد.

ومن أهم هذه التطورات في التركيب العمري للسكان هي ظاهرة التقدم في العمر وزيادة عدد المسنين ونسبة المعمرين، خاصة وقد تحسنت مستويات الخدمات الصحية الوقائية منها والعلاجية، فاتجهت معدلات الوفيات إلى الانخفاض السريع والمستمر، مما أدى إلى زيادة المعمرين وفرص الاستفادة منهم.

أولاً - مفهوم العمل التنموي لكبار السن :

هو دور أو عمل فردي أو أسري أو مجتمعي، يستطيع أن يؤديه المسن ليستثمر فيه قدراته ومهاراته العقلية والجسمية المحدودة، لكي ترجع بالنفع للمسن نفسه ولمجتمعه، ومعظم المسنين في هذا العمل لهم الرغبة في أن تظل لهم روابط مع بيئتهم الاجتماعية، ويختلف مدى حجم أو كثافة هذه الروابط تبعاً للأفراد من حيث أنماط القيم والمفاهيم الذاتية التي قد برزت منذ فترة طويلة. ومن أمثلة هذه الأعمال التي يمكن أن يقوم بها المسن :

(1) أعمال ترفيهية واستغلال وقت الفراغ : ترفيه عام وخاص، مرشد سياحي، مرشد آثار.

(2) أعمال ثقافية : الفنون والموسيقى والكتابة والمسرح.

(3) أعمال تعليمية مثل : التدريس في المدارس الخاصة أو العامة، مراكز محو الأمية، رياض الأطفال.

4 - أعمال اقتصادية : الأنشطة الاقتصادية والتجارية بجميع أنواعها.

5 - أعمال مدنيةمثل : تسجيل الناخبين، لجان استشارية، حملات التبرع، محاضرات عامة.

6 - خدمات المساعدة النفسية والاجتماعية مثل : زيارات ودية للعجزة، حضور برامج في دور التمريض.

(7) أنشطة البيئة الطبيعية مثل : أعمال مكافحة التلوث، تعليم وممارسات المحافظة على البيئة، تطوير الملاعب والمتنزهات، محلات النظافة العامة، مراكز إعادة تصنيع المخلفات.

(8) خدمات النقل : المساعدة في أعمال انتقال المسنين والمرضى والمعاقين والمحتاجين.

(9) إعادة علاقات ما بين طوائف المجتمع مثل : تكوين تحالفات بين طوائف وفئات المجتمع لمناقشة القضايا المشتركة، إعداد مواد تعليمية لتحسين صورة الأقليات.

(10) خدمات الإسكان مثل : تحسين المباني القائمة في المناطق الفقيرة، المشاركة في برامج غير ربحية لبناء مساكن جديدة، المساعدة لصيانة المساكن.

(11) الحقوق القانونية وتنفيذ القانون ومنع الجريمة مثل : العمل مع الأحداث لمنع الانحراف، برامج المراقبة القضائية، الخدمات القانونية، برامج في مؤسسات الأحداث والسجون.

(12) العمل والوظائف مثل : الاستشارات المهنية، خدمات التوظيف، تحسين المهارات.

(13) التغذية مثل : تعليم طرق اختبار وإعداد الطعام، برامج التغذية بالمدارس، برامج الوجبات السريعة، برامج توزيع الغذاء.

(14) المشاريع مثل : الاستشارات الفنية أو المالية للأنشطة الاقتصادية، التدريب الإداري.

وتشير التقارير الصادرة عن الأمم المتحدة إلى أن الكثير من المسنين يعيشون في حالة جسمية ممتازة ليس لها أي اضطراب أو عجز ذهني أو عقلي أو نفسي، ويعرف المسنون ديموغرافياً وإحصائياً بأنهم ذوو الأعمار (60) سنة فأكثر.

كما تتمثل القوة العاملة من السكان في سن معينة في القادرين على العمل ويعملون فعلاً أو راغبون في العمل ويبحثون عنه، وتختلف حدود السن لقوة العمل سواء الحدود الدنيا أو الحدود العليا بين دولة وأخرى. فعادة ما يمثل المسنون في المجتمع قوة إنتاجية حتى لو كانت بسيطة لذا فإنه لا يمكن تجاهلها أو إهمالها في العملية التنموية، ولا بد أيضاً من رعايتها والاهتمام بها والعمل على رفع مستواها في نواحي الحياة المختلفة، سواء كانت النواحي الصحية أو الاجتماعية مما سيؤثر بالتالي على الحالة النفسية لهم ويؤثر في النهاية على مدى استعدادهم وتقبلهم للمساهمة في سوق العمل.

ثانياً - مساهمة المسنين في العمل التنموي:

هناك العديد من النظريات والدراسات التي تناولت العمل التنموي والمشاركة للمسنين في المجتمعات الغربية على مختلف المستويات المعيشية بالنسبة للمسنين من جهة، وعلى مختلف القطاعات أو المجالات التي يمكن أن يساهم فيها المسن من جهة أخرى، بينما تعاني الأدبيات على مستوى الوطن

العربي من قلة الأطروحات التي تناقش أو تعالج مثل هذه المواضيع التي هي في أمس الحاجة إليها، وكنتيجة إلى ظهور أنظمة أو برامج تستغل طاقات ومهارات وخبرات هؤلاء المتقاعدين والمقتدرين في الأعمال التنموية كأسلوب علاجي للمشكلات التي يعاني منها المسنون وكأداة لتحسين التصورات الذهنية السلبية التي يكونها معظم أفراد المجتمع عن المسنين عامة، فأصبحت هذه الفئة ظاهرة تستوجب الدراسة والتحليل.

وتفترض نظرية فك الارتباط أنه لكي يستمر المجتمع وينمو لابد من تنظيم انتقال القوة من أعضائه المسنين إلى الأصغر سناً، وذلك من خلال عملية فك الارتباط، وهذا يحدث من جانب كبير السن أيضاً، وإذا رجعنا إلى النموذج العلمي الذي تستند إليه النظرية، نجده يشير إلى أن عملية فك الارتباط تأتي كنتيجة لإصابة الذات بالضعف والوهن الذي يجعلها تعجز عن الاستمرار في إعطاء نفس كمية الطاقة التي اعتادت أن تعطيها في السابق لكي تؤدي عملها، وتستجيب إلى مختلف المواقف التي تفرضها عليها متطلبات البيئة الخارجية.

وعندما يصل المرء إلى مرحلة الشيخوخة تميل الذات إلى توجيه استجاباتها نحو المؤثرات الداخلية بدلاً من استجابتها للمؤثرات التي تحدث خارجها، ومع تقدم المرء في السن تتزايد احتمالات الموت. وهكذا لايكون بعد ذلك مجزياً للمجتمع عند نقطة ما أن يعتمد على من هم على وشك الموت، ويصبح من الأفضل أو المربح له أن يتخلى عنهم على مراحل، وعلى ذلك فرحيل المسن لايعطل النظام، وتؤكد النظرية أنه لما كانت عمليات التفاعل التي

يفترض قيامها بين الفرد وبيئته تعمل على دعم المعايير الاجتماعية فيها، فقد يؤدي التقليل من هذه التفاعلات إلى تحرر المسن من معظم القيود التي كانت تفرضها عليه معايير السلوك اليومية، فمن المتوقع أنه بمجرد أن يبدأ فسخ العلاقات بين كبير السن والأطراف الأخرى، فإن هذا يحرره من الالتزام بمعايير سلوكية كانت تحكم هذه العلاقات، فالعلاقة عكسية طردية، بمعنى أنه كلما قلّت تفاعلات المسن نتيجة الانسلاخ المتواصل لعلاقاته زاد تحرره من سطوة معايير سلوكية معينة كانت تحكم تلك العلاقات، فلذلك لا نأخذ أو ندقق بالسلوك السلبي الذي يصدر من المسن إزاء نفسه أو إزاء الآخرين (أي لانحاسب المسن على أخطائه)، وتقترح النظرية أيضاً أن كبير السن يفرض على المرء الاستجابة الحتمية للتقدم في العمر بالانسحاب التدريجي من شبكة العلاقات الاجتماعية، والتخلي عن أدواره الرئيسية التي كان يشغلها في العمر الوسيط، وإن هذا الانسحاب يتزامن معه ضد الأطراف الأخرى في منظومات تلك الأدوار لتوقعاتهم من ذلك الفرد وبالتالي انكماش حجم ونوعية التفاعلات معه.

هذا الانسحاب أو التخلي عن الأدوار يكون نحو الاهتمام المتزايد للفرد بنفسه يقابله انشغال متناقص بالآخرين، ومن ثم فإذا كانت هناك فرص متاحة لقيام المسن الذي فسخ علاقاته وقدراته المتواضعة تسمح له أن يعيش في عالمه الجديد المتركز حول ذاته وذكريات ماضيه فستبقى روحه المعنوية عالية، والعكس هنا صحيح، بمعنى أنه إذا لم تتوافر له هذه الأدوار فاحتمال قائم وكبير أن روحه المعنوية سوف تزداد تدهوراً مع كل انسحاب.

وعلى النقيض من مخرجات نظرية فك الارتباط نظرية النشاط العمرية (Activity Theory) التي تؤمن بأن الحفاظ على مستوى النشاط للعمر الوسيط

هو السبيل الأفضل لتغلب المرء على ملابسات كبر السن، حيث إنه بصرف النظر عن التغيرات البيولوجية والجوانب الصحية لكبار السن إلا أنهم أساساً لديهم نفس الحاجات الاجتماعية والنفسية التي كانت لهم في السابق، ومن ثم فهناك علاقة إيجابية بين النشاط والروح المعنوية للمسن، وهكذا فإنه عندما يفقد الفرد أدواراً معينة كان يؤديها، أو الطاقة والقدرة على أداء أعمال معينة، فالطريق الواضح للتكيف هو أن يجد البديل، فالأفراد يجب أن يجدوا بدائل من الأنشطة تحل محل تلك التي فقدوها، بمعنى آخر يهيء النشاط ضمانات مختلفة للدور والتي تكون ضرورية لتأكيد المفهوم الذاتي للفرد، وكلما كان ذلك النشاط واضحاً محدّداً، زادت قوة ضمانات الدور وتحددت أكثر، وضمانات الدور أساسية لبقاء المفهوم الإيجابي للذات، وهذه بالمقابل مرتبطة بالرضا العالي للحياة.

ومن هذا المنطلق أيضاً فإن التفاعل الاجتماعي المتناقض للمسنين ينتج عن انسحاب المجتمع منهم، وعليه فالمسن الذي يتقدم في العمر بشكل اعتيادي هو الشخص الذي يبقى نشطاً وفعالاً وينجح في مقاومة تقلص عالمه الاجتماعي ويبقى محافظاً على فاعليات العمر الوسيط أطول مدة ممكنة.

فهذا الحوار الذي يتم بين أصحاب نظرية فك الارتباط وأصحاب نظرية النشاط له تطبيقات فعالة ومهمة للأعمال التنموية، وعلى سبيل المثال تبرز المشاركة في الأعمال الخيرية أو الدينية التي تأتي في المقام الأول من الأنشطة بين كبار السن.

ولكن هذا النشاط وغيره من الأنشطة يعتمد بشكل مباشر على الصحة البدنية للمسن سواء على مستوى الأنشطة الرسمية المنظمة أو الأنشطة غير الرسمية الأهلية وغير المنظمة، فقد أثار بعض الباحثين الغربيين مجموعة من التساؤلات حول تأثير عامل الصحة على مدى المشاركة في البرامج التنموية بين المسنين، فوجدوا كما كان متوقعاً أن المشاركة أو المساهمة في الأنشطة الرسمية تأخذ في التناقص بينما الأنشطة غير الرسمية تأخذ بالازدياد مع التقدم في العمر، وكانوا متوقعين أن يجدوا من خلال نتائج الدراسة أن الأشخاص الذين لديهم مشاكل صحية بنسبة أكبر من الأشخاص الذين هم في نفس العمرتكون مساهماتهم المنظمة أقل من مساهماتهم غير المنظمة.

وفي المقابل إذا نظرنا إلى مجال أو نشاط آخر يمكن أن يساهم به الشخص المسن مثل المشاركة السياسية، فإن هناك مجموعة من الدراسات التي تحدثت في هذا المجال قد توصلت إلى أن أقصى أو أكثر مجال يمكن أن يشارك به المسن هو التصويت، حيث إن نسبة المشاركة في التصويت تزداد من الشباب إلى متوسطي العمر، وإذا وصلت فئة كبار السن تظل ثابتة، بمعنى أن الأشخاص عندما يصلون إلى الشيخوخة لا تزداد مساهمتهم في التصويت عن معدلاتهم السابقة.

وفي دراسة أخرى لقياس مدى مساهمة المسنين في المجال السياسي لعينة تتكون من (114) مسناً، على اعتبار أن المشاركة السياسية تقع في أربعة أشكال من الأنشطة السياسية والتي يمكن أن يزاولها المسن وهي: التصويت، المساهمة في الحملات الانتخابية، أعمال تعاونية للمرشحين، واتصالات شخصية أو إلقاء المحاضرات، وكل من هذه الأبعاد الأربعة للمشاركة

السياسية يمكن أن يساهم بها أشخاص مختلفون ولديهم اهتمامات مختلفة ومتنوعة، فقد وجد في الدراسة هذه أن هناك نسبة كبيرة من العينة تمارس حقها في التصويت، ونسبة عادية منهم تشترك في حملات انتخابية لصالح المرشحين، بالإضافة إلى الاتصالات الشخصية لكي يوصلوا وينقلوا آراء وأفكار المرشحين، وهذا الاهتمام المتزايد من جانب المسنين لمساهمتهم في التصويت بنسبة أكبر من الأنشطة السياسية الأخرى كما أوضحتها الدراسات السابقة إنما يرجع إلى ممارسة هؤلاء المسنين حقهم الشرعي في الحياة مهما اختلفت أو تناقصت قدراتهم.

وقام باحثان آخران بدراسة تأثير المشاركة في الأنشطة الترويحية على نزلاء بيوت المسنين من الذين لديهم سلوك عدواني أو هائج، وكانت عينة الدراسة تتكون من (13) شخصاً ومتوسط أعمارهم كان (81) سنة، وذلك لمعرفة ما إذا كانت المشاركة أو مجرد حضورهم لثلاثة أنواع من الأنشطة الترويحية يمكن أن يؤثر في مستوى هيجان السلوك لديهم، فقام الباحثان بعملية التصوير السينمائي لعينة الدراسة (قبل، خلال، وبعد) وقت الأنشطة الترويحية، فتوصلا في النهاية إلى أن مستوى هيجان السلوك كان سائداً بين سبعة مسنين كانوا مشاركين في الأنشطة، وأيضاً بين المسنين الستة الذين حضروا فقط ولم يشاركوا، وبسب صغر حجم العينة لم يكن هناك أي دلالة إحصائية تبين ما إذا كانت المشاركة في الأنشطة أو مجرد حضور هذه الأنشطة يمكن أن يزيد أو يقلل من هذا النوع من السلوك.

ويرى باحث آخر في دراسته عن اختلافات السن في المشاركة في شبكة الأعمال الاجتماعية، أن حجم مشاركة المسنين في الأعمال الاجتماعية تحكمه عدة متغيرات، مثل : المستوى الاقتصادي، مستوى التعليم، والصحة أو

القدرة العقلية والجسمية كمصادر لهذه المشاركة، فهؤلاء الذين ليس لديهم هذه المصادر يعانون من الضياع والوحدة، ويشعرون بأنهم بعيدون كل البعد عن المجتمع، لعدم إشراكهم في الأعمال المجتمعية، أما هؤلاء الذين لديهم هذه المصادر فيكون دورهم بارزاً وواضحاً في هذه الأعمال حتى بعد تجاوزهم سن التقاعد.

ثالثاً - البناء الاجتماعي والدور التنموي للمسن:

يتعرض المسنون بصفة خاصة للتفكك أو الانهيار الاجتماعي (Social Break Down)، وهذا هو أحد محاور نظرية فك الارتباط كما أشرنا إليها سابقاً والذي يمكن أن يحدث من الفرد نفسه أو من المجتمع أو كليهما، وهكذا نجد أنه في الاحتمال الثالث يمكن أن يكون الفرد والمجتمع وصلا إلى مستوى الرضا وقانعين بالنتيجة، بينما في أي من الاحتمالين الآخرين فإن روحه المعنوية سوف تتدنى على نحو خطير، وعليه فالمجتمع والفرد كلاهما مسؤول عن فسخ العلاقات حيث إن المجتمع هو الذي يخلق الموقف الذي يقضي بفك أو فسخ الارتباط، بينما اتجاه المسن نحو الابتعاد يمكن أن يحدّد الشكل الذي ستأخذه العملية، فالمناقشة هنا إذن سوف تأخذ اتجاهاً رئيسياً واحداً، وهوما إذا كان للشخص المسن قدرات ومهارات كافية لقيامه بالأنشطة، ولكن المجتمع، ومن خلال الأنظمة المتبعة، قد يمنعه من مزاولة هذا النشاط.

بالإضافة إلى أن هناك نوعين آخرين من المسنين، وهما ما إذا كان المسن يرى أن قدراته ومهاراته قد توقفت عن العطاء ولكن لايرغب بفك هذا الارتباط ويريد أن يستمر في عطائه الضئيل، والنوع الآخر من المسنين تكون

قدراتهم الجسمية والعقلية قد تلاشت وعطاؤهم بدأ يقل، لذلك يطلب منهم المجتمع أن يرتاحوا ليحل محلهم أفراد آخرون أكثر منهم طاقة وقدرات، ولكن هؤلاء المسنين يرفضون فسخ هذه العلاقات المجتمعية ويصرون على الثبات في مواقعهم العملية.

ويرى بعض الباحثين أن عملية فك الارتباط لا تعطي أهمية لتأثير الموقف المحدد اجتماعياً في حدوث فك الارتباط، فالقضية الأساسية هنا هي ما إذا كان النمط الملاحظ من فسخ العلاقات نتيجة للفرد نفسه أو المجتمع أو كليهما، وكذلك يفترض أن فك العلاقات ما هو إلا نتاج أنساق اجتماعية معينة، وليس عامة الأنساق، بينما نجد أن بعض الباحثين الآخرين قد فسروا الاستعداد بفك الارتباط بأنه نتاج للتقدم في العمر بصرف النظر عن النسق الاجتماعي، أي أن كبر السن له متلازمات معينة مثل ضعف الصحة، وفقدان الرفاق، الانكماش العام في العالم الاجتماعي الناشىء عن عوامل مرتبطة بالتقدم في السن، والتي تبدو أنها تنتج عن الانسحاب الاجتماعي المعروف بفسخ العلاقات أو فك الارتباط.

إن المسن ذا القدرات والمهارات من الممكن الاستفادة منه في مواقع مختلفة من الأنشطة عندما يرفضه المجتمع في مجال معين، أي إعادة صياغة هذه الأدوار في أماكن مختلفة و بدرجات تتناسب مع طاقاتهم الشخصية والاجتماعية، فقد نرى كما جاءت به إحدى الدراسات عن القضايا الحرجة والملحة التي ترضي رغبة المساهم أو المشترك في حدود الدور المسنود إليه من خلال نموذج إعادة التشكيل على أساس النظرة الاستمرارية ويشتمل النموذج على شروط للدوراللازم ليحلّ محلّ الأدوار التي فقدها المسنون مع ضعف العضوية الاجتماعية مع تفكك الروابط والعلاقات المجتمعية، ونموذج إعادة

البناء الاجتماعي الذي يؤكد على اعتماد إحساس الفرد بالهوية الذاتية والكفاءة الاجتماعية على أنواع التصنيف والتقييم الاجتماعي، التي يمكن أن يعانيها في سن الشيخوخة، وتبين أيضاً أن المسنين معرضون بصفة خاصة للانهيار الاجتماعي بسبب فقدان الدور، وغموض المبادىء المتعلقة بسلوك المسنين، مع نقص الجماعات المرجعية التي تمد الفرد بمعلومات مناسبة عن نفسه وعن دوره في المجتمع، وتكون النتيجة شخصاً متقوقعاً ومنعزلاً وسلبياً، عديم الفائدة لا يلقى سوى الإهمال، وهذا ما يعانيه المسن دائماً في حياته اليومية، ومع عمله تحت هذا التصنيف، يعمل الفرد مثلما يفترض في المسنين أن يعملوا، فيصبح له دور تابع، وتضمر وتندثر مهاراته السابقة.

وقد صمّم نموذج إعادة البناء الاجتماعي للتدخل قبل أن يحدث هذا الانهيار الاجتماعي في الأدوار المناسبة للفئة العمرية، وهو يفترض أن الأشخاص المسنين لديهم مجموعة أدوار أو مهام تتكون من المهارات التي تعلموها في العمل وفي الأسرة وأنشطة أوقات الفراغ ومنظمات خدمة المجتمع وأماكن العبادة . . إلخ، وأن هذه الطاقات الشخصية والاجتماعية تستخدم في كثير من الأحيان بصورة غير ملائمة أو غير كافية، وخصوصاً عندما يتقدم الشخص في العمر، وأنه توجد هناك أدوار اجتماعية جديدة يمكن إعادة تشكيلها، ومهارات ومهام يمكن إعادة صياغتها قبل حدوث الانهيار.

إضافة لذلك، يتطلب من المسنين بل ويجب عليهم أن يشغلوا مختلف أنواع الأدوار أكثر من أي فترة أخرى في دورة حياتهم، والإخفاق في تشكيل هذه الأعمال أو الأدوار الجديدة قديكون مرتبطاً بالعديد من مشاكل المسنين الجسمانية والعقلية والنفسية والصحية التي تتطلب تدخلاً اجتماعياً من قبل

الاخصائيين، ويعترف نموذج إعادة البناء الاجتماعي بمهارات وموارد الأشخاص المسنين، ويوفر لهم دوراً يمكن من خلاله إعادة تشكيل مهارات الدور السابق إلى أدوار مناسبة للمسن، كما يؤكد استمرارية الدور في المشاركة الاجتماعية والسياسية، ويعرض الشكل المرفق في نهاية هذا الفصل مثالاً لتطبيق أدوار مشاركة المسنين على نموذج إعادة البناء أو التشكيل الاجتماعي.

ويتضح من الشكل المذكور والمرفق أن هناك مدخلات يجب أن يساهم بها المسنون والمجتمع في نفس الوقت حتى يكتمل الدور، وهذه المدخلات عبارة عن استرجاع المدخرات السابقة التي كان يتميز بها المسن، تحسين الظروف النفسية للمسن من خلال المشاركة، استخدام جماعات مرجعية جديدة تختلف عن التي كان مرتبطاً بها المسن، وذلك لتغذيته بالمعلومات التي تفيده في إبراز دوره، وأن تكون هناك قوة دفع اجتماعية ونفسية من بيئة المسن، للتأكيد على أهمية قوة دفع اجتماعية، وأخيراً الثواب والمكافأة من المجتمع عندما يقوم المسن بتحقيق ما هو مطلوب منه.

وهذا ما يؤكده أيضاً نموذج النشاط عندما يشير إلى أن على الفرد المتقدم بالسن أن يبقى على أنماط النشاط والقيم المميزة للعمر الوسيط، وهذه القيم تؤكد أهمية الإبقاء على عدد كبير من الأدوار والقيام بها فعلاً، وعلى الفرد أيضاً أن يتجنب انكماش نطاق الحياة، وأن يجد فعاليات بديلة عند الضرورة. وتشير الدلائل إلى أنه بالنسبة لمعظم كبار السن فإن مستوى النشاط أو الفعالية الذي نموه على مدى الحياة يميل إلى أن يدوم معهم في سنواتهم الأخيرة، فإذا نظرنا إلى النسق السياسي مثلاً نلاحظ أن القادة السياسيين في العالم هم من كبار السن، وتزداد زعامتهم قوة وتدعيماً مع تقدمهم في السن، شريطة أن

يتوافر لديهم مستوى صحي مناسب، وبالأخص إذا توافرت السياسات والبرامج الاجتماعية التي تساعد المسن على أن يكون شخصاً منتجاً أو مشاركاً في بعض الأعمال المتأصلة في حياته، وهذا ما يطرحه «برادي - 1987» في برنامجه المسمى بـ (Elderhostel)، وهذه عبارة عن بيوت ينزل فيها المسنون، وهي تشابه بيوت الشباب المنتشرة في أوروبا وأمريكا التي تقوم بتقديم برامج متنوعة (تربوية، ثقافية، ترويحية من خلال السفر، اجتماعية، ومهنية) يكتسب فيها المسنون خبرات جديدة، وتستند هذه المؤسسات على الإيمان بأن التقاعد لا يجب أن يعني الانسحاب، وأن المسن لديه الفرصة بأن يتمتع ويكتسب خبرات جديدة تساعده على مواصلة حياته بصورة مرضية، ويضيف « برادي» أن برنامج (Elderhostel) والذي يركز على البرامج التربوية والترويحية من خلال السفر سوف يفيد المسنين المنتسبين إليه في تحقيق أربعة أنواع من العوامل هي:

(1) اكتساب المزيد من المعرفة من خلال التسجيل في بعض المقررات الجامعية عن طريق التعليم المستمر.

(2) اكتشاف البيئة والطبيعة من خلال الزيارات لبعض الأماكن والمناطق التي يرغب فيها المسن (مناطق أثرية على سبيل المثال).

(3) التنمية الاجتماعية الذاتية من خلال التعرف على أصدقاء جدد، والاطلاع على ثقافات مختلفة، والتعرف على أهم الأعمال التي يقومون بها في الدول التي يزورونها.

(4) اكتشاف المفهوم الذاتي للمسن، وهذا يعتبر من أهم العوامل، حيث يتعرف المسن على نفسه بشكل مختلف نتيجة للخبرات التربوية التي يمارسها، وأن هناك أشياء يمكن أن يقوم بإنجازها لو تهيأت له هذه الظروف.

وتعتبر هذه العوامل من ضمن المدخلات لنموذج البناء الاجتماعي لمساعدة المسن على تحقيق دوره في المجتمع.

خلاصة وآفاق:

إن ماتم عرضه من مفاهيم ونظريات تتصل بالعمل التنموي وأهميته ومشكلاته عند المسنين في المجتمعات الأوربية، يمكن مقاربتها والاستفادة العلمية منها وتوظيفها بما يتناسب مع ظروف ومعطيات واقعنا العربي الإسلامي في دول مجلس التعاون الخليجي.

فقد كشف هذا الفصل من الدراسة وبما لايقبل الشك دور المسنين في الأعمال التنموية والمشاركة المجتمعية والتي تناسب قدراتهم الجسمية والعقلية والصحية من ناحية، وتزيد وتنمي من مواهبهم وأنشطتهم المهنية، من خلال شغل أوقات الفراغ المتزايد لديهم من ناحية أخرى.

كما بين أن معظم المشاكل التي يعاني منها كبار السن مرتبطة بفقدان الدور في فترة التقاعد، وعلى ذلك فهناك ضرورة ملحة لإيجاد دور اجتماعي بديل هام شبيه بالعمل الخاص بالمتقاعدين ليكتسبوا منه إرضاءً كبيراً لأنفسهم.

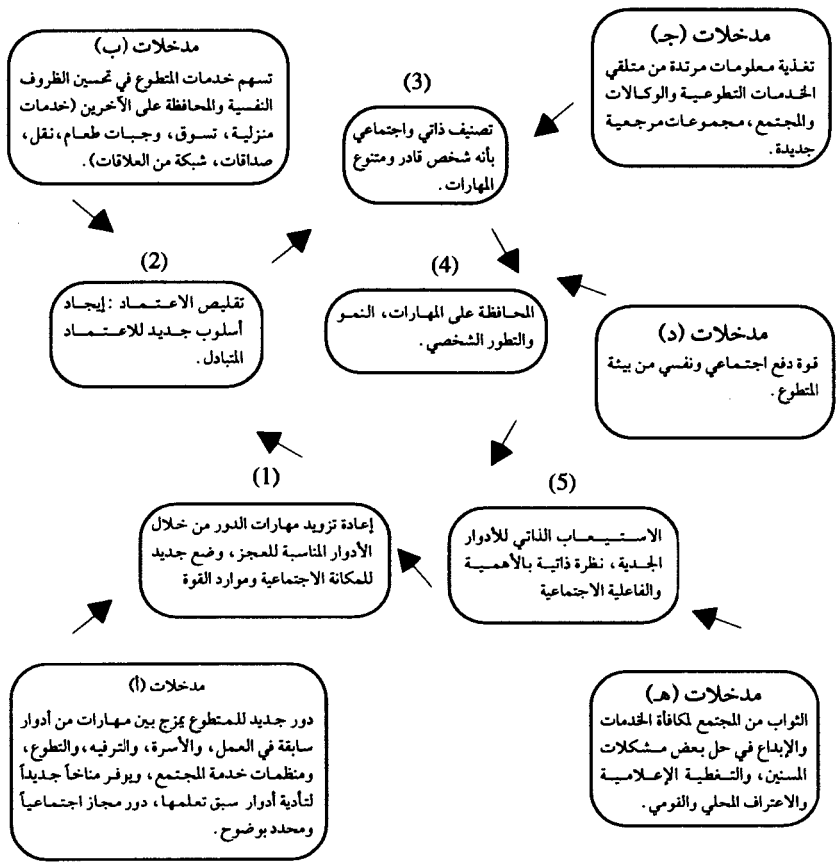
من هنا يمكن الاستفادة من دراسة نظرية فك الارتباط ونموذج النشاط مع نموذج إعادة البناء أو التشكيل الاجتماعي الذي يبرز ويحدد الأدوار الاجتماعية المنهارة للمسنين ويقوم بإعادة صياغتها وتشكيلها، لتظهر من جديد معتمدة بشكل مباشر على الحالة الصحية للمسنين. وفي هذا السياق يمكن تركيز الاهتمام على:

(1) توفير البدائل: فالملاحظ أن غالبية المتقاعدين عادة لايمكنهم الحصول على عمل آخر بسهولة، وكذلك إذا حدث وفقد الشخص أدواره بسبب التدهور البدني أو العقلي فإن الاستبدال لا يكون الاستراتيجية الحقيقية المتاحة، ويُقصد بالاستبدال هنا إيجاد أنشطة أخرى بديلة عن تلك التي فقدوها.

(2) مدى توافر القدرة والطاقة البدنية لأداء الدور البديل بفعالية: فالصحة والقدرة البدنية حتماً سوف تضع قيوداً وحدوداً على مدى حركة المسن وفعاليته، وهذه القدرة سوف تتوقف على البيئة التي يعيش فيها المسن وما يقدمه من أنشطة وبرامج وسياسات، وعلى خبرة الحياة الماضية، وتوافر البديل، وقيم الحقبة التي نشأ فيها المسن.

(3) رغبة المسن: هناك مسنون ليسوا بنشطين، وليس لديهم ارتباطات اجتماعية زائدة، ومع ذلك ما زالوا يعلنون عن أنفسهم بأنهم راضون تماماً، وكذلك توافر الصحة الجيدة والدخل المناسب قد يكونان مصدراً لرفع الروح المعنوية للمسن وحب الاختلاط بالآخرين.

شكل يبين أعراض إعادة التشكيل الاجتماعي
حلقة القيم والمهارات من خلال أدوار اجتماعية مجازة



صدر من سلسلة
الدراسات الاجتماعية والعمالية

العدد (1) : أوضـــاع مؤسســـات الرعـــاية الاجتماعيـــــة ودورهـــا في خدمة المجتمع العربي الخليجي، ديسمبر 1983.
«نافد»

العدد (2) : تشـــــريعات العمـــــل في الدول العربية الخليجية «دراسة مقارنة»، يناير 1984. «نافد»

العدد (3) : رعاية الأحداث الجانحين بالدول العربية الخليجية، يوليو 1984.
«نافد»

العدد (4) : نحـو اسـتخدام 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 واقـــع 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 والآفاق»، 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 دور 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 والتحولات الاجتماعية بين التنمية والتحديث، نوفمبر 1998.

العدد (37) : كبار السن .. عطاء بلا حدود – دور للرعاية .. ودور للتواصل والمشاركة، مايو 1999.

رقم الإيداع في المكتبة العامة
2639 د.ع /1999

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	(10دولارات أمريكية)
	للمؤسسات (7) دنانير بحرينية	(20دولاراً أمريكياً)
في الدول الأجنبية :	للأفراد (5,5) دينار بحريني	(15 دولاراً أمريكياً)
	للمؤسسات (11) ديناراً بحرينياً	(30 دولاراً أمريكيا)

قسيمة 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

هذا العدد

اشتمل برنامج ورشة العمل التدريبية التي نظمها المكتب التنفيذي حول التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات كبار السن في دول مجلس التعاون الخليجي ضمن فعاليات الاحتفال بالسنة الدولية لكبار السن على أوراق وأبحاث هامة مثلت حصيلة علمية معرفية قيمة، وكانت بمثابة دليل عملي للتوجيه والإرشاد الرعائي والاجتماعي والإنمائي، وبالنظر لأهمية تلك الأوراق والأبحاث فقد جاء تخصيص هذا العدد لنشر بعض منها لتسهم في تعزيز التوجه نحو اعتماد التخطيط الاجتماعي منهجاً ومنطلقاً لإدارة مؤسسات الرعاية الاجتماعية، ورفع كفاءة العاملين فيها.