

سلسلة الدراسات الاجتماعية
العدد (٧٩)

حماية كبار السن في عالم متغير

الدكتور أحمد زايد

الدكتور فيصل الناصر

الدكتور أحسن طالب

الدكتور توفيق عبدالمنعم

الدكتور رجاء مكي

الدكتور زهير حطب

الدكتورة مهند العزة

حقوق الطبع محفوظة
يجوز الاقتباس من مادة الكتاب بشرط الإشارة إلى المصدر

الطبعة الأولى

٢٠١٣م

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

المكتب التنفيذي

ص.ب ٢٦٣٠٣ المنامة - مملكة البحرين - هاتف: ١٧٥٣٠٢٠٢ - فاكس: ١٧٥٣٠٧٥٣

البريد الإلكتروني: info@gcclsa.org

العنوان على شبكة الانترنت: www.gcclsa.org

سلسلة الدراسات الاجتماعية

تصدر عن
المكتب التنفيذي
لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

الإشراف العام
عقيل أحمد الجاسم

هيئة التحرير والإعداد
محمود حافظ
خليل بوهزاع
محمد الغائب

العدد (٧٩) رجب ١٤٣٤ هـ الموافق مايو ٢٠١٣ م

المحتويات

تقديم المدير العام

الدراسة الأولى: الشيخوخة والتغيرات البيولوجية في دول مجلس
التعاون - نظرة مستقبلية-.....

إعداد

الدكتور فيصل الناصر

الدراسة الثانية: حماية كبار السن في التجارب الدولية.....

إعداد

الدكتور أحمد زايد

الدراسة الثالثة: التغيرات والمشكلات النفسية المصاحبة للشيخوخة
في دول مجلس التعاون.....

إعداد

الدكتور توفيق عبدالمنعم

الدراسة الرابعة: الرعاية الاجتماعية والعائلية لكبار
السن.....

إعداد
الدكتور أحسن طالب

الدراسة الخامسة: المرأة ذات الإعاقة من
كبار السن: معركة واحدة وأربع
جبهات.....

إعداد
الدكتور مهند العزة

الدراسة السادسة: حماية كبار السن في دول مجلس
التعاون من منظور تنموي
جديد.....

إعداد
الدكتورة رجاء مكي

الدراسة السابعة: نحو استراتيجية
اجتماعية شاملة لكبار السن في دول مجلس
التعاون.....

إعداد

تقديم المدير العام

تنفيذاً للقرار الصادر عن مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، نظم المكتب التنفيذي بالتعاون والتنسيق مع وزارة التنمية الاجتماعية بمملكة البحرين الندوة الخليجية حول الحماية الاجتماعية لكبار السن وذلك خلال الفترة من ١٤ الى ١٥ مايو ٢٠١٣م في مدينة المنامة.

وعقدت الندوة تحت رعاية سعادة الدكتورة فاطمة محمد البلوشي وبمشاركة المسؤولين المعنيين في وزارات الشؤون والتنمية الاجتماعية والهيئات والمؤسسات والجامعات والمنظمات المحلية والخليجية والعربية ذات العلاقة بقضايا كبار السن.

وقد نجحت الندوة من خلال جلساتها العلمية وأبحاثها وأوراق عملها موضوع الحماية الاجتماعية لكبار السن في دول مجلس التعاون من منظورات تنموية جديدة مواكبة للعصر وتغيراته في ظل العولمة وتحولاتها وما تركته من آثار ومشكلات ومخاطر على اوضاع كبار السن، مع الوقوف على متطلبات الحماية القانونية والاجتماعية لكبار السن في القوانين والانشطة بدول مجلس التعاون والتعرف على

التجارب الدولية والعربية المتصلة بكبار السن مع رسم صورة لمعالم الاستراتيجية التي تسهم في تعزيز الحماية الاجتماعية لهم.

عالجت ابحاث ودراسات الندوة موضوعات هامة، شملت الشيخوخة والتغيرات البيولوجية في دول مجلس التعاون والرعاية العائلية لكبار السن ومشكلاتهم النفسية والاجتماعية والقانونية مع التركيز على الأوضاع ومشكلات الاشخاص الكبار في السن من ذوي الاعاقة بالإضافة الى حمايتهم القانونية والاجتماعية في التجارب الدولية، فقد تم اختيار مجموعة مميزة من هذه الابحاث والدراسات التي أسهم في تأليفها نخبة ممتازة ومشهود لها علمياً في تخصصاتها بالخبرة والمهنية في مجال قضايا كبار السن والتي شكلت جهداً مشكوراً يستحق الجميع عليه خالص الثناء والتقدير، تضمنها هذا العدد من سلسلة الدراسات الاجتماعية.

وإذ يضع المكتب هذا الاصدار بين يدي القارئ الكريم، ليأمل أن يتواصل الاهتمام بدراسة وبحث ومناقشة قضايا كبار السن وان يتعزز الوعي بأهميتها في التخطيط وبناء الاستراتيجيات المستقبلية للوصول لمجتمع يتسع في عدالته وحرريته وحمايته لحقوق جميع فئات العمر في دول مجلس التعاون الخليجي.

والله ولي التوفيق،،،

المدير العام

عقيل أحمد الجاسم



الشيخوخة والتغيرات البيولوجية
في دول مجلس التعاون - نظرة مستقبلية-

الدكتور فيصل عبداللطيف الناصر
بروفيسور طب الأسرة

الشيخوخة والتغيرات البيولوجية في دول مجلس التعاون - نظرة مستقبلية-

الدكتور فيصل عبداللطيف الناصر
بروفيسور طب الأسرة

من هم كبار السن:

لقد عرفت منظمه الصحة العالمية المسنين بأنهم الشريحة من السكان اللذين تصل أعمارهم إلى ٦٠ سنة وأكثر. الا أن المنظمة قامت بعمل تقسيما جديدا لهذا العمر ووضعت في ٣ مراحل ألا وهي:

- المسن الشاب ٦٠-٦٩ سنة
- المسن المتوسط ٧٠-٧٩ سنة
- المسن الكبير ٨٠ سنة وأكبر

تعريف الشيخوخة:

قبل الخضم في موضوع الشيخوخة وتعريف ما هي هذه المرحلة يجب بداية التيقن من أن الشيخوخة ليست بمرض كما ذكر العديد من الباحثين

Ageing is not a disease. "Anderson, 1981"

وبما أن الشيخوخة عملية غير مفهومة جيدا ولا يوجد حتى الآن تفسير شامل لها، فإنها تعتبر من الأمور الغامضة. فعندما تؤثر الشيخوخة على صحة ورفاهية الإنسان فإنها تكون أكثر معوق للجسم

من أي مرض آخر، كما يعتبر تقدم العمر أحد الأسباب الرئيسية لاحتمالات حدوث الأمراض. هذا وفي الوقت الذي تكثر فيه النظريات عن الحقائق المتعلقة بالشيخوخة نجد أن العلماء لا يعتقدون إلا بصحة العدد القليل منها. فعندما يتقدم الإنسان في مراحل العمر ينحدر في جميع صفاته البدنية والذهنية منتهيه بالموت، وهذا مما بينه أحد الباحثين البريطانيين عندما أجرى دراسة حسابية استنتج منها أن احتمالات الوفاة لدى الناس بعد سن الثلاثين تتضاعف كل ثماني سنوات وهلم جرا.

لذا، طبيا عرفت الشيخوخة بمجموعة من التغيرات التي تحدث في جسم الإنسان ألا وهي:

- تغيرات داخلية في جسم جميع الكائنات الحية (ما عدا كائنات الخلايا البدائية - كالبكتيريا) حيث تؤدي هذه التغيرات في النهاية إلى وضع حد للعمر. وبينما تحدث هذه التغيرات لدى جميع الناس حتى لدى هؤلاء الذين تتوافر لهم سبل المعيشة الجيدة، إلا إن لكل نوع من أنواع الكائنات الحية زمن عمري محدد، فعلى سبيل المثال وفي حالات الوفاة الطبيعية (أي دون أن يكون السبب ناتجا عن مرض أو حادث) فإن متوسط عمر الفأر هو بضع سنوات بينما يعيش الكلب من ١٠ إلى ١٥ سنة والحصان من ٣٠ إلى ٤٠ سنة (١).

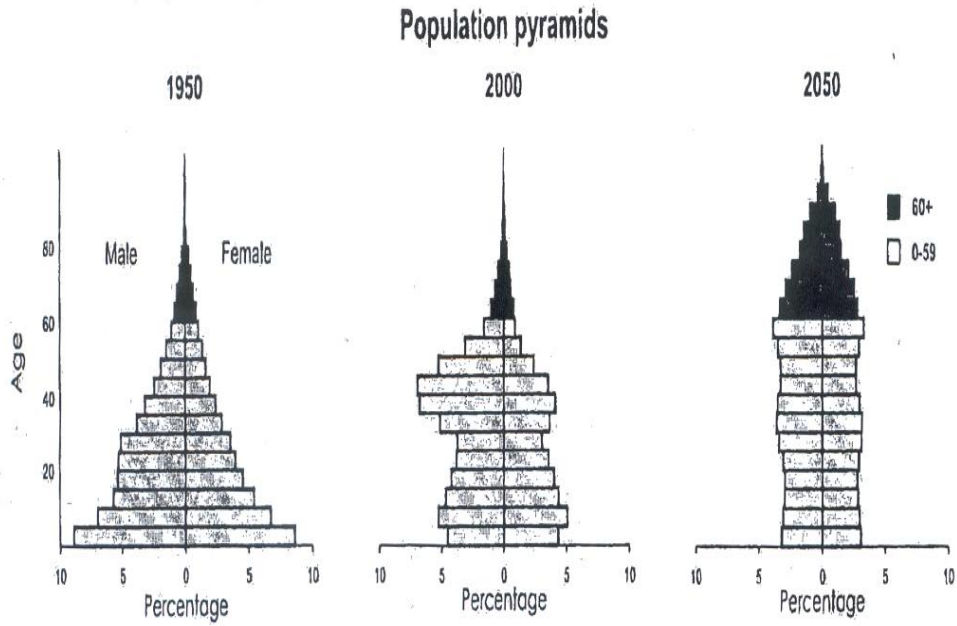
- كما تعرف الشيخوخة بالعملية التي تحول الإنسان السليم إلى شخص أقصم أو إنسان سهل التكسر، وتتناقص لديه كفاءة معظم الأجهزة العضوية في الجسم، وتزداد احتمالات الإصابة بالعديد من الأمراض.

• إن الشيخوخة تعني التغير المستمر في الوظائف الجسمية والتكوين الجسمي، وهذا التغير يحدث مع مرور الزمن أي خلال مرحلة العمر. وبالرغم من أن هذه التغيرات غالباً لا تحدث نتيجة أمراض أو حوادث فهي تؤدي في النهاية إلى ازدياد احتمالات الوفاة. فمهما يحاول الإنسان المحافظة على الصحة والعيش في حياة صحية جيدة فإن عليه بتقبل الأمر الحتمي ألا وهو الكبر والشيخوخة، ومن ثم الوفاة.

التركيبة السكانية والعمرية لسكان دول الخليج مقارنة بالعالم:

لقد أثرت جودة الرعاية الصحية وتوفير الخدمات العنائية للمواطنين في الدول العربية عامه وفي الدول الخليجية خاصة على النهوض والارتقاء بصحة الفرد مما أدى إلى إطالة متوسط العمر ونقص نسبة الوفيات الذي انعكس بصفة مباشرة على تعداد السكان هذه الدول، حيث تشير الإحصائيات إلى الزيادة المستمرة سنوياً في عدد السكان، وبالتالي زيادة مطردة في عدد المسنين لديها إذا ما قورنت بالدول المتقدمة، حيث نجد ثبات نسبة المسنين لديهم (بالرغم من أن أنها تتراوح بين ١٨% - ٢٠% من إجمالي السكان) (٢). فعلى سبيل المثال، كانت النسبة في البحرين ٢،٤% في عام ١٩٩٢ ووصلت إلى ٣،٢% في عام ٢٠٠٠ وهي ٥% في عام ٢٠٠٣ ومن المتوقع أن تصل إلى ١٠% في عام ٢٠٢٥ وإلى ٢٥% في عام ٢٠٥٠ (٣) رسم بياني رقم (١). وهنا تكمن المشكلة حيث تندر الخدمات المتوافرة للمسنين في هذه الدول.

نمط النمو السكاني في الدول الخليجية بين ١٩٥٠ - ٢٠٥٠
رسم بياني رقم (١)



عدد المسنين المتوقع خلال الأعوام القادمة:

إلى ذلك و لتصوير حجم الزيادة الكبيرة في عدد المسنين صورت منظمة الصحة العالمية الكرة الأرضية علي أنها ستتحول تدريجيا إلى اللون الرمادي، إشارة منها إلى كبار السن (وابيضاض الشعر).

The world is turning grey. (WHO)

فقد بينت الدراسات أن هناك زيادة متوقعة بنسبة ٢٣٣% في عدد المسنين على مستوى العالم (٤) حيث سيكون العدد الإجمالي المتوقع:

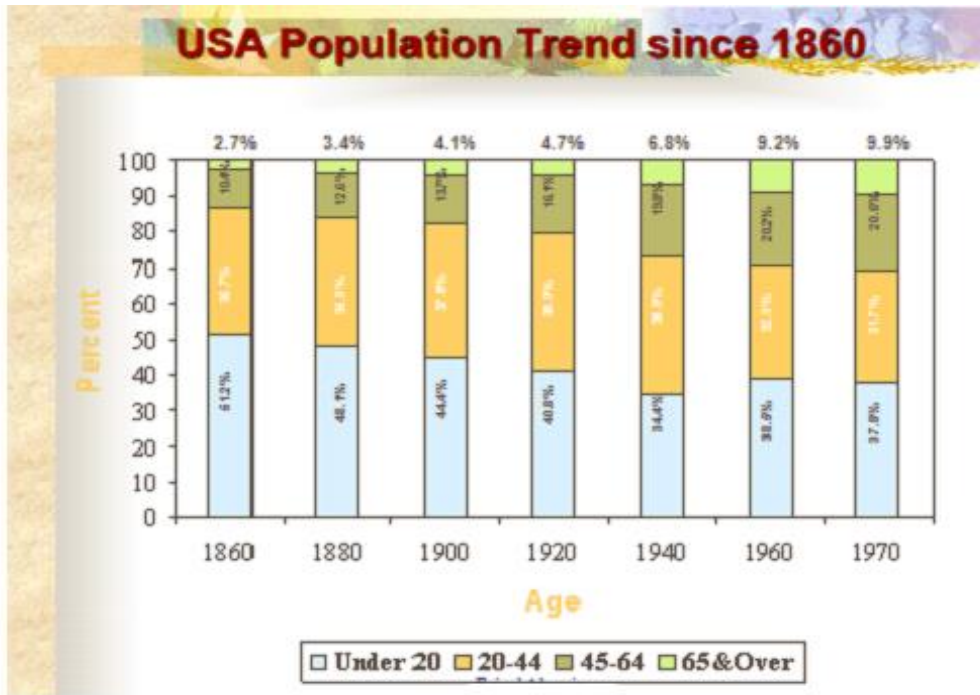
• ١,٢ بليون في حلول ٢٠٢٥م.

• ٢ بليون في حلول ٢٠٥٠م. ٨٠% منهم سيتواجدون في الدول النامية وسيزداد عدد المسنين في قارة أفريقيا من ٢١٣ مليون إلى ٤٥٠ مليون.

كما ذكرنا سابقا فالزيادة في عدد هذه الشريحة تحدث بصورة سريعة كبيرة وفي فترة زمنية قصيرة في الدول النامية حيث ستصل النسبة إلى ٢٥% من عدد السكان مع حلول عام ٢٠٥٠، بينما نلاحظ أن الزيادة استغرقت أكثر من قرن واحد في الدول المتقدمة لتصل إلى النسب الحالية. فعلى سبيل المثال وكما هو واضح في الرسم البياني رقم (٢) من انه بينما كانت نسبة المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٦٠م ٢,٧% وصلت إلى فقط ٩,٨% في عام ١٩٧٠ وهذا استغرق أكثر من ١٠٠ عام. وهذا ما حدث كذلك في الدول المتقدمة الأخرى الامر الذي منح تلك الدول الوقت والزمن الكافي لإجراء البحوث العلمية والدراسات التخصصية في كل ما يتعلق بالمسنين ومن ثم تفعيل الوسائل والقوانين والتشريعات المناسبة التي تعمل على خدمة المسنين، واما في دول العالم الثالث والذي ينبغي العمل على الإسراع في إدراك المشكلة وإجراء الدراسات وتهيئة الحلول المناسبة للقضايا والمشاكل

المتعلقة بالمسنين الحالية والمتوقعة مستقبلا، حيث يتعرض المسنين في الدول النامية أكثر منها من الدول الغنية للإصابة بالأمراض المختلفة فالدراسات بينت من أن المسنين في الدول الفقيرة والمتوسطة في الدخل معرضون أكثر بثلاث مرات للموت المفاجئ بسبب أمراض القلب والصددمات الدماغية وأمراض الرئتين.

نمط النمو السكاني في الولايات المتحدة الأمريكية خلال ١٠٠ عام الماضية رسم بياني رقم (٢)



بالرغم من قلة العدد الإجمالي الحالي للمسنين مقارنة بالدول المتقدمة فإن الدول النامية سوف تواجه مشكلة حقيقية ما لم تقم بمواجهة هذه الحقيقة وعمل الاستعدادات لها.

من بين الأمور التي يجب الإعداد لها هي عمل الدراسات والبحوث للتعرف على خبايا هذه المرحلة من العمر ومن ثم معرفة الاحتياجات اللازمة للمسنين وكذلك إعداد اجيال من الأطباء والعاملين في الخدمات الصحية لديهم الرؤى الواضحة للمشاكل التي يشكو منها المسن سواء الجسدية، الصحية، الاجتماعية أو النفسية كي يتمكنوا من توجيه الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الاجتماعية لذلك القطاع من المجتمع.

يجب التنويه على انه كلما إزداد العدد الإجمالي لكبار السن ارتفع في المقابل عدد كبار السن المصابين بالإعاقة، التي قد تكون جسدية، عقلية، نفسية أو اجتماعية. حيث قدرت إحصائية نشرت في الولايات المتحدة الأمريكية من أن نسبة كبيرة من بين ٩,٥ مليون نسمة من المسنين الذين لا يقطنون المؤسسات يشكون من صعوبة في أداء الأنشطة الأساسية مثل المشي و أنشطة الرعاية الشخصية وإدارة المنزل، و أن من بين هؤلاء ٥٩٪ تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاما (أي في المجموعة ٦٥-٧٤ سنة من العمر)، وأن واحد في كل تسعة أفراد منهم يجدون صعوبة في أداء الأنشطة الأساسية. هذا وترتفع النسبة إلى واحد من كل أربعة في المجموعة العمرية من ٧٥-٨٤ سنة وثلاثة من كل خمسة في الأفراد الذين تصل أعمارهم ٨٥ سنة وأكثر.

أسباب ظاهرة زيادة عدد المسنين وتكلفة الرعاية الصحية:

تكمن الأسباب في زيادة عدد المسنين في العالم إلي أمور عديدة ولكن من أهمها:

- (١) نقص في عدد الوفيات
- (٢) نقص في عدد المواليد
- (٣) زيادة في معدل العمر الافتراضي
- (٤) نجاح استراتيجيات الصحة العامة إلى تطوير الاجتماعي والاقتصادي المتبعة في معظم الدول والهادفة تحسين صحة وأداء وانخراط المسنين في المجتمع.(٥)

لذلك فإن الدراسات الوبائية للإضطرابات البدنية والعقلية والاجتماعية للمسنين تعتبر حيوية لوضع السياسات وعمل التخطيط وتوفير الخدمات لهم.

عند التعامل مع كبار السن تواجه الأسر في الدول الخليجية معضلات عديدة، فمن جهة، وبسبب العوامل النفسية والاقتصادية والاجتماعية قد تفضل الأسرة تفويض رعاية المسن لمؤسسات الرعاية الاجتماعية، ومن جهة أخرى، وبسبب الالتزامات الأخلاقية والدينية والاجتماعية فهي تصارع الرغبة ضد إدخالهم دور الرعاية والاعتناء بهم في المنزل، إلا أن هنالك عموماً اتجاه إلى نسيان قضايا كبار السن.

علماً بأن ما هو ثابت من الدراسات العلمية من أن كبار السن القانطين في مؤسسات أو دور الرعاية الاجتماعية ينحدرون في الصحة الجسدية ويكونون أقل اتصالاً مع الآخرين، وتتدهور لديهم الحالة النفسية التي تؤدي في نهاية المطاف إلى الإصابة بالقلق والاكتئاب. وبينت الدراسات من أن ٣% من المسنين في سن ٦٥-٧٥ عاماً، يصابون ببعض من الضعف الإدراكي، كما أن ما يقرب من نصف من هم أعمارهم ٨٥ عاماً يمكن أن يصابوا بالخرف (Dementia) (٦) ولكن ترتفع هذه النسبة إلى ٦٦% عندما يكونوا قانطين في المؤسسات الاجتماعية (٧).

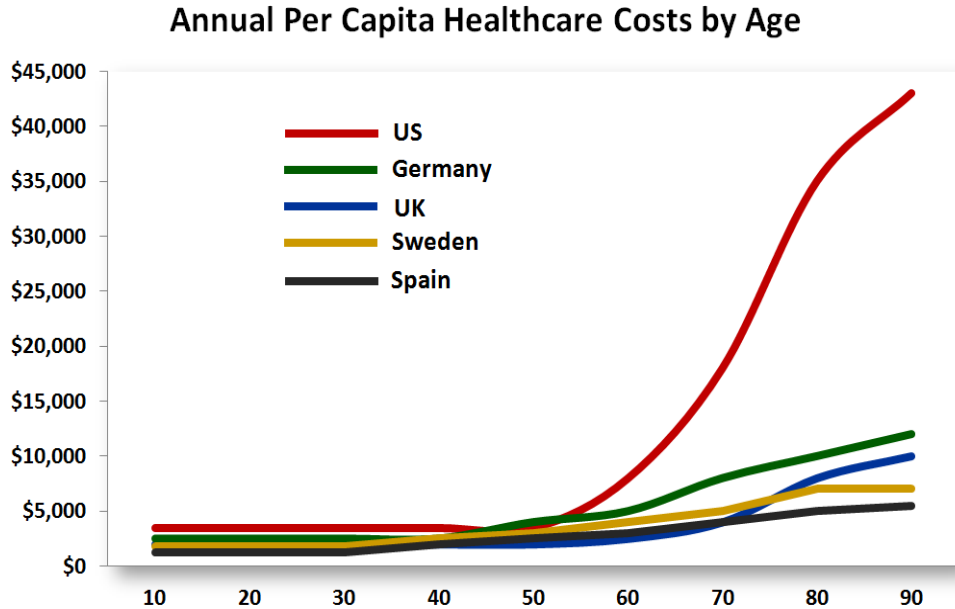
ولذا فإنه من الهام جداً دراسة جميع الأمور ذات الصلة بهذه الشريحة من السكان، وكذلك العوامل المتعلقة بالأسرة فيما يخص قدراتهم المادية والمعنوية والصعوبات الجسدية والنفسية التي من المحتمل أن يواجهونها أثناء رعاية المسنين في المنزل.

لقد اهتمت الدول المتقدمة بالمسنين بالرغم من ارتفاع تكلفة العناية بهم أكانت صحية أم اجتماعية، حيث تفوق هذه التكلفة بكثير تلك المقدرة لرعاية الشرائح الأخرى من الأعمار في المجتمع. إلا أنهم اهتموا بتلك الشريحة لاعتبارات اجتماعية وسياسية وبيمانهم من أن أحد الواجبات الأساسية للمجتمع هي رعاية كل الفئات بما فيها ذلك القطاع الذي بذل حياته وصحته في خدمة ورقي البلد.

ذكرت احدي الدراسات البريطانية قبل عدة اعوام من أن تكلفة الرعاية الصحية في إنجلترا للشخص الشاب هي حوالي ١٤٠ جنيها إسترلينيا بينما يكلف كل مسن حوالي ٥٠٠ إلى ٦٠٠ جنيه إسترليني في السنة. وهذا مايشير له الرسم البياني (رقم ٣) من الازدياد المطرد حاليا في الدول المتقدمة في التكلفة التي لها علاقة بالرعايه الصحية. وان هذه التكلفة الصحية تزداد بشكل حاد مع تقدم العمر.

Source: The incidental Economist Barry Ritholtz-
January 8th, 2013

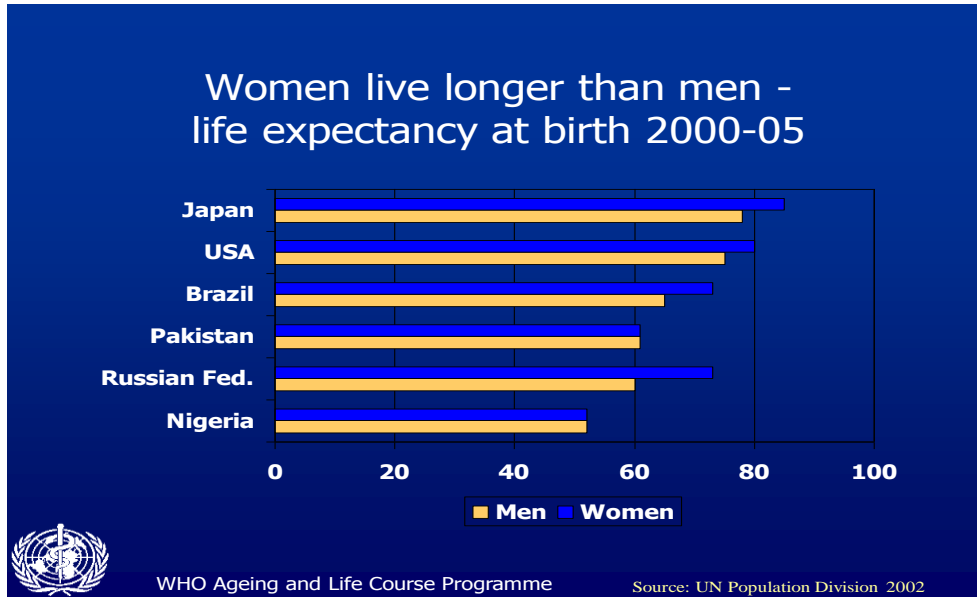
رسم بياني رقم (٣)



العمر الافتراضي للجنسين:

في جميع البلدان المتقدمة و كما هو الحال في البلاد النامية والتي بها خدمات جيدة لرعايه الأمومة والطفولة نجد من ان المرأة تعمر في المتوسط اطول من الرجل مما يدل علي ان هنالك عوامل بيولوجيه مؤثره علي هذه الظاهرة التي قد لا تكون لها علاقة باختلاف العادات أو المستوي الثقافي. إن ظاهره طول عمر المرأة تتضح عندما نلاحظ الهرم السكاني لدول المختلفة حيث يفوق عدد النساء عن عدد الرجال، رسم بياني رقم (٤). لقد ارتأى بعض من علماء الاحياء ان الفروقات في طول العمر بين الجنسين قد تكون لها علاقه بانقطاع الطمث لدي الإناث. ولكن هذا لايفسر لماذا تميل الاناث من الاجناس الاخري التي لم ينقطع الطمث لديها ان تعيش فترة اطول من الذكور. فلقد وجدت دراسه نشرت في مجله علم الاحياء "Nature" والتي أجريت علي الأجزاء الوراثية (الميتوكوندريا) من خليه ذبابه الفاكهه من ان الاناث تعيش مده اطول من الذكور.

أعمار الإناث مقارنة بالذكور في بعض دول العالم رسم بياني رقم (٤)



من الأمور الهامة والجديرة بالمعرفة هي أنه بينما لا تبدأ مظاهر التسنن (أو كبر العمر) بالظهور بوضوح حتى الربع الأخير من العمر، إلا أن عملية الشيخوخة (أي لكي يصل الشخص على سبيل المثال إلى سن ما بعد الستون عاما) تبدأ طول مراحل العمر منذ نشأة الجنين.

هناك نظريتان أساسيتان في هذا الشأن وهما:

١. النظرية الأولى: بما أن لكل كائن حي عمرا افتراضيا للحياة فيعتقد أن هناك ساعة بيولوجية تعمل بطريقة منتظمة وفي عمر زمني محدد ومبرمجة وراثيا تتحكم في عمر الإنسان، حيث تسمح للشخص بالنمو والاستمرار حتى الشيخوخة ثم الوفاة.

٢. النظرية الثانية: من بين الأنظمة المبرمجة مبكرا في جسم الإنسان هو الهلاك المستمر لبعض الخلايا مما يساعد على النمو المنتظم. فعلى سبيل المثال نجد أن بعض خلايا الجنين المتواجدة بين.

إن البعض مازال يعتقد من أن الشيخوخة ما هي إلا مرحلة من مراحل تطور النمو ابتداء من البويضة ثم تلقيحها ثم تكوين الجنين.. الخ. ولكن البعض لا يستطيع قبول المقولة التي تذكر في هذا الصدد أن الخلية المخصبة التي كونت الإنسان البالغ تشابه تلك الخلايا التي تحول الإنسان الشاب إلى عجوز في التسعينات. "فالمصنع الذي يحول الحديد والزجاج

إلى سيارات جديدة في العادة ليس هو بنفس المصنع الذي يحول السيارات القديمة إلى جديدة".

التغيرات الناجمة عن شيخوخة الخلية Cellular Changes During : Senescence

عندما يتقدم العمر تحدث جملة من التغيرات الخاصة في بنيان وكيميائية بعض الخلايا. وأن أكثر هذه التغيرات وضوحاً هو تراكم مواد صبغية معينة يطلق عليها حبيبات الشيخوخة (Senility Pigments) تنتج داخل الخلية عند أكسدة بعض الدهون غير المشبعة، وعادة ما يلاحظ هذا الصبغ في الخلايا العصبية، وأحياناً في خلايا الكبد والكلية والغدة الدرقية. مما يؤدي إلى صغر حجم الخلايا، وفقدانها تدريجياً لخواصها التركيبية. فمثلاً عند شيخوخة الخلايا العصبية تنكمش حوافها وتفقد شفافيتها ويلاحظ نقص في محتوياتها الكروماتينية. كما أن في خلايا بعض الأعضاء الأخرى يحدث تليف واضح. والعمليات الحيوية داخل الخلية تقل بصورة تدريجية مع الشيخوخة، وقد ينتاب الخلية ضرر غير قابل للإصلاح بالرغم من تمكنها من الاستمرار في نشاطاتها ولفترة من الوقت (تشمل هذه النشاطات استهلاك الأوكسجين، التخمر، تكسير السكريات) إلى أن تتوقف تماماً. إن النتيجة الحتمية لشيخوخة الخلية في نهاية المطاف هو موتها، حيث يعبر عن موت الخلية بصورة عامة بأنه توقف تام لوظائفها الحيوية.

إن عدم تمكن العلماء من اكتشاف طريقة مباشرة لقياس الشيخوخة تجعلهم في حيرة من هذه المرحلة. وما تمكنوا منه ما هو إلا قياس لبعض المتغيرات الظاهرية المصاحبة للشيخوخة كمثل ابيضاض الشعر، تجعيد الجلد، نقص المناعة.. الخ. وللعلم فإن كل تغيير من هذه التغيرات قد يكون ناتج عن أسباب غير مباشرة تتعلق بعوامل عديدة منها ما هو وراثي أو بيئي أو بعوامل شيخوخة الخلية ذاتها. لذلك يجد الباحثين صعوبة في ربط الشيخوخة بسبب رئيسي مباشر واحد.

لذا تعتبر الشيخوخة عملية بيولوجية معقدة تؤدي إلى تغيير في كفاءة وظائف الجسم. إلا أنه تبين من أن الفترة الزمنية الخاصة بالشيخوخة ثابتة لدى جميع الكائنات الحية والإنسان ولكنها تختلف من شخص إلى آخر. ومن العوامل الرئيسية الأخرى التي تؤثر على سرعة حصول الشيخوخة هي حجم المضاعفات الصحية الناتجة من سوء التغذية أو الأمراض أو التعرض للإشعاع حيث يتسبب كل ذلك إلى الضعف التدريجي في كفاءة الخلية مما يؤدي إلى:

- قلة قدرة الخلايا على الإصلاح الذاتي
- اضطراب عملية الانتظام الذاتي للجسم (Homeostasis)
- اختلال في الوظيفة التعويضية في أجهزة الجسم وأجهزة المناعة حيث تقل مناعة الجسم للمؤثرات الخارجية. إضافة علي إصابه جهاز المناعة بالضمور مع مرور الوقت، وحيث أن هذا الجهاز هو الحامي للجسم من الميكروبات والأجسام

الغريبية، فإن المسن يكون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض والسرطانات المختلفة. فعند اختلال هذا الجهاز فإنه في بعض الأحيان يبدء بإفراز مواد حيوية لا تستطيع التفريق بين خلايا الجسم والخلايا الغريبة، فتقوم هذه المواد بمهاجمة بعض من خلايا الجسم وأعضائه متسببه في أمراض عديدة منها: (Myxoedema, Addisons, Pernicious Anemia) (٤).

- اضطراب التحكم في التوازن.
- وبسبب تآثر خلايا الجسم وأعضائه تحدث مضار ناتجة من تعدد العقاقير وكذلك من تفاعلات الأدوية مع بعضها البعض ومن عدم الالتزام المنتظم في استخدام الدواء.
- اختلال في وظائف الأعضاء.
- نقص في الطاقة والقدرة الجسمية.
- ظهور الأمراض بطريقة غير نمطية.
- استمرار موت الخلايا.

لذلك لا بد من إدراك ثلاثة حقائق علمية عند محاولة تفسيرها
الشيخوخة إلا وهي:

١. الحقيقة الأولى:

عادة ما تكون المظاهر العامة لكبر السن مشتركة بين جميع الحيوانات الثديية. فالعجزة من الفئران والكلاب كما هو في الإنسان تشترك في صفة استمرارية فقدان الوظائف الفسيولوجية للجسم والأعضاء مع كبر السن وكذلك فهناك عوامل مشتركة تظهر لدى جميع الكائنات عند كبر السن مثل نقص المناعة أو ابيضاض الشعر، ولكن تختلف درجة حدوثها ومظهرها من نوع إلى نوع آخر من الكائنات الحية. فعلى سبيل المثال تتعرض القوارض أكثر من الكائنات الأخرى إلى هبوط في وظائف الكلى. بينما نجد أن الإنسان أكثر عرضة من الكائنات الأخرى للإصابة بضمور في الجهاز العصبي ويصاب مثلا بمرض الزهايمر (Alzheimer) (١).

٢. الحقيقة الثانية:

تتحكم الجينات الوراثية في زمن و درجة حصول الشيخوخة الذي يختلف بين أنواع الكائنات الحية. ولعدم وجود طريقة ثابتة لقياس الشيخوخة، اعتمد العلماء طريقة حسابية تسمى "احتمالات أقصى طول عمري" (Maximal Life Span Potential – MLP) وذلك لقياس الفترة المتوقعة التي من الممكن أن يعيشها كل كائن حي. إلا أن هذه العملية الحسابية تختلف من كائن إلى آخر، فالعمر الافتراضي مثلا في القوارض يتراوح بين ٣-٥ سنوات، ولكنه قد يصل إلى ١١٥ سنة في الإنسان (٨،٩).

٣. الحقيقة الثالثة:

لقد أثبتت البحوث والدراسات العلمية من أن تقليل كمية السرعات الحرارية في الاطعمه المأكولة يوميا دون الإقلال من العناصر والمعادن والفيتامينات التي يحتاجها الجسم يساعد على تأخير قطار التسنن أو الشيخوخة (٨). وتبين الدراسات من ان احد العوامل المساعدة على الشيخوخة هو تراكم المخلفات الناتجة عن عمليات الاحتراق الداخلي لتكوين الطاقة داخل خلايا الجسم و تأثيرها يكون أسوأ في خلايا الاعضاء التي لا تتكاثر مثل خلايا القلب والأعصاب والمخ والنخاع الشوكي، مؤدية إلى التأثير على عمر الخلية وبالتالي هلاكها مع مرور الزمن.

العوامل الفسيولوجيه للشيخوخة:

من بعض أهم المكونات الرئيسية في أنسجة الجسم هي الخلايا التي تسمى بالخلايا الليفية والخلايا المطاطية وخلايا الكولاجين (Fibroblasts و Collagen و Elastic Fibers). والتي تعتبر من الخلايا والأنسجة الحيوية للجسم. فعندما تتقدم هذه الأنسجة في العمر فإنها تفقد خواصها. فعلى سبيل المثال تفقد بعض الخلايا خاصة المطاطية مما لا يساعدها على الانكماش والتمدد الطبيعي أو أن بعض الخلايا تصاب بالتليف أو أن تتناقص مادة الكولاجين فيها. إن كل هذا يؤدي إلى مضاعفات عديدة في أنحاء عديدة من الجسم، كمثل ضعف وتهتك في جدار الجلد بسبب تغيير الخلايا الليفية (Fibroblasts) وانعدام مطاطية الرئتين مما يؤثر على عملية التنفس وكذلك تغيير شكل

الغضاريف وجدار الأوعية الدموية وفقدان المرونة (Stiffness) في العضلات والمفاصل بسبب نقص الكولاجين وتغير في خاصية المطاطية (إن هذه العلامات هي نفسها التي تفرق بين لحم البقر الكبير في السن عن لحم العجل الصغير في السن)(٨).

هل بالإمكان منع الشيخوخة؟

لم يتمكن العلم إلى الآن من منع حدوث الشيخوخة وبالتالي فليس بإمكان أحد إيقاف قطار التسنن والإصابة بمضاعفات الشيخوخة ولكن من الممكن ان يتم الكشف المبكر على المسببات التي تؤدي إلى سرعة حدوث الشيخوخة وكذلك اكتشاف العوامل المؤدية إلى الإعاقة أثناء الشيخوخة عندئذ تقديم الرعاية والوقاية من حصول هذه المضاعفات أو تأخيرها.

إن الأبحاث لا زالت جارية للتوصل إلى عقار مناسب يتمكن من منع الشيخوخة أو العمل على تأخرها، إلا أنه وإلى الآن لم يتم اكتشاف أي جديد ولم تحل هذه المعضلة، ولكن استطاع العلماء التوصل إلى طرق تقلل من تأثير الشيخوخة على الجسم، كما أنهم عرفوا بعض السبل للإبطاء من عملية حصول الشيخوخة، (من بينها اللجوء إلى الحياة الصحية والبعد عن المؤثرات الضارة).

التحديات التي يواجهها كبار السن:

يواجه المسنون تحديات عديدة قد تمنعهم من ممارسة حياتهم الطبيعية التي تعودوا عليها ولكن من أهمها:

(١) التأقلم مع الحياة الجديدة والتغيير في مستوى الصحة وقوة البدن.

(٢) تغيير الدور الوظيفي للشخص سواء في نطاق العائلة حيث إنه قد يعجز عن توفير متطلبات العائلة المعنوية والحيوية المادية أو نطاق المجتمع حيث لا يتمكن من ممارسة نشاطه المعتاد.

(٣) البحث عن نشاطات جديدة بعد سن التقاعد فعندما يتقاعد الإنسان عن العمل فهو يفقد جزء هام من روتينه اليومي الذي كان يشغله ويبعد فيه وعندما يكون خالي من العمل فقد لا يستطيع تحمل الفراغ فيكون في سعي مستمر لملء ذلك الفراغ.

(٤) التأقلم مع وفاة شريك الحياة. إن من أكبر الصدمات التي يتعرض لها المسن هو فقدان شريك الحياة. عندها يشعر المسن بأن ليست هناك قيمة من العيش في هذه الحياة.

(٥) الاستعداد للموت. إن هاجس الموت يكون الهاجس المسيطر الدائم على فكر غالبية المسنين وخصوصا إن لم يكن هناك ما يشغلهم.

المشاكل الرئيسية التي قد يتعرض لها المسن اثناء الشيخوخة:

المشاكل التي يتعرض لها المسن عديدة ومتنوعة، ولكننا بالإمكان تحديدها في ست مشاكل رئيسية (٢):

١. مشاكل ناتجة عن عدم القدرة على الحركة بسهولة ويسر مما قد يعرض المسن للسقوط، أو حدوث مضاعفات كالكسور مثلاً.

٢. تغير في فسيولوجية البدن مما يعرض المسن للإصابة بمضاعفات عديدة منها مضاعفات العقاقير، وكذلك حدوث مضاعفات كبيرة بعد الإصابة بأمراض بسيطة.

٣. ضمور في القدرة الذهنية و من أهم مظاهرها كثرة النسيان وعدم التركيز.

٤. عدم القدرة على التحكم في مخارج التبول والتبرز.

٥. التعرض للصدمة الدماغية مما يتسبب في حدوث شلل في أجزاء مختلفة من الجسم.

٦. زيادة احتمالات الإصابة بالأمراض النفسية.

الا انه ليس بالضرورة اصابه كل مسن بكل تلك المشاكل، ولكن تختلف درجة الإصابة بها من مسن إلى آخر، حيث تعتمد درجة الإصابة على عوامل عديدة منها بيئية أو صحية أو نفسية واجتماعية.

الظواهر التي تبدو على الشخص خلال فترة الشيخوخة:

يتغير شكل الانسان مع مرور العمر وذلك ناتج نت تغير في امور
عديده في جسمه منها:

- (١) زيادة الشحوم
- (٢) نقص السوائل وبالتالي جفاف الجلد
- (٣) اختلال في درجة تحمل الجسم للسكريات
- (٤) نقص في نسبة الهرمونات المختلفة
- (٥) مشاكل في الفم والأسنان (سقوط الأسنان والتسوس)
- (٦) نقص العناصر الغذائية
- (٧) ارتفاع ضغط الدم
- (٨) نقص في سماكة العضلات والعظام
- (٩) قلة القدرة على الاستجابة للضغوط

أما الأعراض التي قد يشتكي منها المسن فتشمل:

نقص الوزن, الضعف, الإجهاد, التعب, عدم أو نقص في الشهية,
عدم القدرة على الحركة أو بطأها, اختلال التوازن, عدم القدرة على
التكيف او قلة المرونة.

أسباب سوء التغذية لدى المسنين:

إن من العوامل الرئيسية لنقص الطاقة وانحدار الوظائف لدى
المسنين هو سوء التغذية. ولسوء التغذية أسباب عديدة منها:

(١) عدم وجود الحافز أو الدافع الذي يشجع المسن علي الانتظام علي وجبات الطعام. فعندما يتغلب عليه شعور بعدم وجود قيمة للحياة أو العيش فيها يمتنع عن الطعام او لا يقبل عليه بانتظام.

(٢) عدم وجود الموارد الماليه الكافيه التي توفر للمسن الطعام الجيد فتتأثر إمكانياته من شراء الأغذية الغنية بالعناصر الحيوية.
(٣) الوحدة التي تؤدي في نهاية المطاف إلى الاكتئاب. فعندما يعيش المسن وحيدا فهو لا يتمكن من إعداد طعامه أو قد لا تكون لديه الشهية من تناول الطعام وحيدا.

(٤) مشاكل متعلقة بجسم المسن كمثل أن يحدث لديه صعوبة في المضغ و الهضم وذلك بسبب تخلخل الأسنان أو سقوطها أو تسوسها أو وجود التهابات في اللثة.

(٥) تدني المستوى التعليمي والثقافي، مما يؤثر على معرفة وإدراك المسن للأطعمة الحيوية الجيدة وبالتالي يعتمد على الأغذية السريعة أو المعلبة أو المبردة التي تقل فيها تلك الخاصية.

المتغيرات البدنية والبيولوجية الحاصلة أثناء مرحلة الشيخوخة:

ذكر الله سبحانه وتعالى في محكم كتابه من سوره الروم (٥٤)

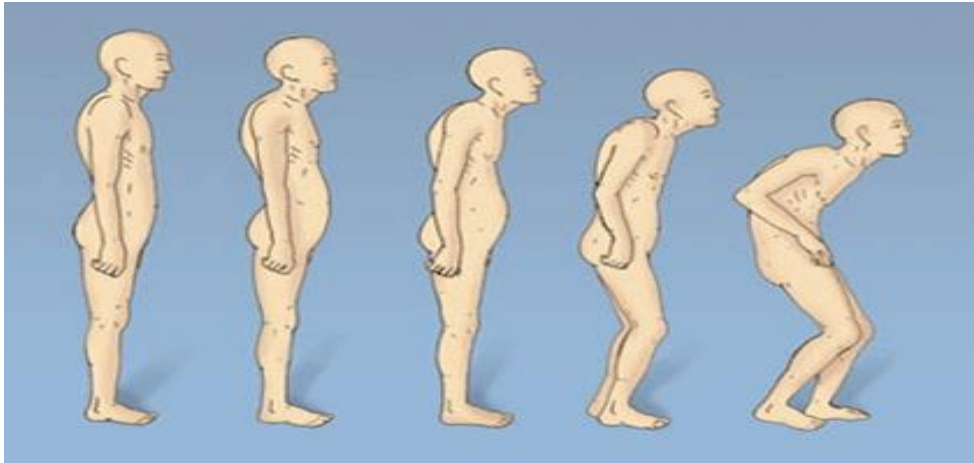
بسم الله الرحمن الرحيم

"الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعف وشيبةً يخلق ما يشاء وهو العليم القدير"

صدق الله العظيم

فعندما يكبر الإنسان فإن مظهره وحركاته وتصرفاته وإمكانياته العضلية والذهنية والنفسية تبدأ في التغيير، ويحصل لديه ابيضاض الشعر، الصلع الأمامي، وازدياد تجاعيد الجلد، وانتفاخ تحت العينين، وانخفاض حاسة الشم، واختلال في النظر والسمع، وعدم انتظام في درجة حرارة الجسم، وانخفاض وظائف الأعضاء مثل: المخ والقلب والكلى والرئتين، وعدم انتظام القدمين أثناء السير، ونقص وضمور في حجم العظام والعضلات. وفي ما يلي سرد بإيجاز لأهم التغييرات التي تحدث في بعض من أعضاء الجسم (٩،٨،١):

١. **شكل الجسم:** مع ازدياد العمر يتغير الجسم عما كان عليه خلال مرحلة الشباب حيث أن شكل العمود الفقري يبدأ بالانحناء إلى الأمام تدريجياً مؤثراً في الطول و مؤدياً إلى القصر. صورة رقم (١)، وذلك ناتج عن ضمور العضلات وانخفاض سماكه العظام وخصوصاً العمود الفقري.



صورة رقم (١)

٢. العين: إبتداءً من الأربعينات من العمر يبدأ الإنسان في الشكوى من صعوبة في القراءة المعتادة (presbyopia) ولا بد من استخدام النظارة لكي يتمكن من القراءة بوضوح وهذا ناتج عن فقدان مطاطية عدسة العين (التي تساعد على التركيز). كما يصاب المسن بصعوبة في تمييز الألوان. أما سبب ظهور العينين وكأنهما غائرتان فهو ناتج عن فقدان الشحوم حول العينين. وبسبب عتامة القرنية تتغير لونها إلى اللون الباهت كما يحدث حوالينها خط دائري ذو اللون الأبيض. هذا بالإضافة إلى متغيرات عديدة أخرى تحصل في العينين.

٣. الأذن: يصاب المسنين باختلال في السمع مما يؤثر على الإتصال مع الآخرين وكذلك يلاقون صعوبة في فهم صوت المتحدث وخصوصاً إذا ما كان هناك إزعاج أو ضجيج من حولهم، وعندما يزيد المتحدث من حدة صوته ظناً منه مساعدة المسن على السمع فإن ذلك يؤدي إلى إيذاء المسن، حيث يكون الصوت مزعج وغير سار بالنسبة له. ومن الممكن أن تكون ردة فعل المسن حادة فيقول: "لا تصرخ أنا لست بأطرش". كما يشكو المسنين غالباً من الطنين في الأذن بسبب نقص تروية الأذن. إن من إحدى الوظائف الهامة للأذن هو الاتزان حيث يوجد بالأذن الداخلية جهاز للتحكم في الاتزان أثناء السير أو الوقوف، فمع اختلالها إضافة إلى ضعف العضلات والمفاصل والعظام يكون المسنين أكثر عرضة للسقوط، وخصوصاً النساء. حيث وجدت إحدى

الدراسات من أن ٣٠% من النساء (بين ٦٥ و ٦٩ سنة) معرضات للسقوط وتزداد هذه النسبة إلى ٥٠% بعد سن ٨٥ سنة. **٤. حاسة الذوق:** يحدث اختلال في حاسة الذوق، ففي البداية لا يستطيع المسن التمييز بين المذاق الحلو والمالح، وهذا يفسر إحساس المسن بأن كل ما يأكله ذو طعم مر أو حامض أو ماسخ (ليس به ملح).

وهنا تكمن الخطورة فعندما يكون المسن هو أصلاً مصاب بارتفاع ضغط الدم يقوم بزيادة كمية الملح في الطعام مما يؤدي إلى ارتفاع أكثر في ضغط الدم.

٥. عملية الاحتراق داخل الخلايا: تضطرب عملية الاحتراق الداخلي مما يؤثر على شهية المسن فلا يقبل على الطعام مؤدياً إلى نقص في العناصر والمعادن التي يحتاج لها جسمه.

٦. القلب والأوعية الدموية: يتقلص حجم القلب وتقل كمية الدم التي يضخها كما تقل سرعة دوران الدم في الأوعية مما يؤدي إلى اختلال توازن ضغط الدم، وبالتالي فإما أن يصاب المسن بضغط عال وإما بضغط منخفض، وذلك بسبب فقدان الأوردة لمطاطيتها. (٨ و ١٠)

٧. الرئتان: يقل حجمهما وتقل نسبة مطاطيتهما، كما يصغر حجم الشعب الهوائية، وكل هذه التغيرات تؤثر على نسبة الأوكسجين المستخلص من الهواء الخارجي. كما أن نسبة ثاني أكسيد

الكربون (الذي يجب أن يطرد إلى خارج الجسم) يزداد في التركيز داخل الجسم. لذا تؤثر هذه التغيرات على درجة احتمال المسن للنشاطات العضلية المختلفة فيضطر إلى التنفس السريع عند بذل أقل مجهود (٨ و ١١).

٨. **الكليتان:** يصغر حجمها ويقل وزنها وبالتالي تقل وظيفتهما وقدرتهما على تصفية الدم وعزل الشوائب. وجدت إحدى الدراسات من أن الكليتان عند الثمانين عاما تقل مقدرتهما على تصفية الدم بمقدار ٥٠% (عما هو لدى الشباب) إضافة إلى أن كفاءة الكلية تقل عند الإصابة بالالتهابات.

يتعرض معظم المسنين لدرجات متفاوتة من الجفاف. أولاً- بسبب قلة قدرة كليتي العجوز على حفظ سوائل الجسم، وثانياً- بسبب عدم إدراكهم لمعنى الجفاف، وبالتالي لا يشربون الكمية الكافية من السوائل، وثالثاً- بسبب خوفهم وقلقهم من داء التبول اللاإرادي (إذا ما أبتلو به). رابعاً- بسبب تفاديهم للإزعاج الحاصل من كثرة الاستيقاظ ليلاً للذهاب للحمام للتبول فيقللون من شرب السوائل. ومن العوامل الخطيرة لدى المسن هي عدم قدرة الكليتين على استخراج ناتج احتراق الأدوية المستخدمة مما يتسبب في ترسب ناتج هذه الأدوية داخل الجسم وبالتالي التسمم (٨ و ١٢).

٩. **درجة حرارة الجسم:** يفقد المسن الخواص الجسمية المساعدة على استشعار تغير درجات حرارة الجو، ومع إصابته بهبوط في

عمل الغدد العرقية، نجد من أنه يتعرض لمشاكل عديدة سواء في الصيف أو الشتاء بسبب عدم تمكن أجهزة الجسم من التأقلم مع درجة حرارة الجو الخارجي.

١٠. الجهاز العصبي: عند سن الثمانين عاما يقل حجم ووزن المخ بنسبة ١٠% عن فترة الشباب، وتفقد بعض خلايا المخ وظيفتها وخصوصا فيما يتعلق بتكوين بعض المواد التي تساعد على انتقال الشرارة الكهربائية بين الأعصاب مما يؤدي إلى عدة أمراض، من أهمها مرض الرعاش (Parkinsonism).

١١. الرغبة الجنسية: عموما تقل الرغبة الجنسية وخصوصاً بين النساء حيث تقل نسبة الهرمونات لديهم، أما الرجل فيقل الانتصاب لديه، وقد يصاب المسن بالفتور، إلا أن الأبحاث وجدت أن السبب الرئيسي في ذلك لا يعود إلى عوامل جسمية أو مرضية ولكن يرجع ذلك إلى عوامل نفسية، فالخوف من عدم المقدرة على عمل الجنس يمنعه من الخوض في تجربة أخرى (٩).

١٢. القدرة الذهنية: تقل نسبة القدرة الذهنية، والدليل على ذلك من أن المسن يجد صعوبة في تعلم أموراً جديدة وبالتالي لا يمكن تدريب المسن على مستحدثات جديدة. أما بالنسبة للذكاء فهناك اختلاف في النظريات، فالبعض يقول أن درجة الذكاء تزداد مع العمر، والبعض يقول عكس ذلك. عموماً تعتمد خواص الذكاء على عوامل عديدة منها عوامل فسيولوجية أو بيئية أو وراثية.

١٣. القدرة على حل المعضلات (Problem solving): عند الشيخوخة تقل القدرة على حل المعضلات، والسبب في ذلك راجع إلى البطء في التعامل مع المعلومات أو التصلب وعدم التساهل في قبول رأي الآخرين، وأحيانا راجع إلى انخفاض القدرة على التركيز (٩).

١٤. الذاكرة: لدى الإنسان نوعان من الذاكرة، الذاكرة الحديثة (Short memory) التي تتأثر وتقل وهي التي تختص بالأمور الحاصلة قريبا كمثل نسيان المسن لنوعية الوجبة التي أكلها أمس الماضي أو ماذا عمل في الصباح. أما الذاكرة الأخرى فتسمى الذاكرة القديمة (Remote memory) فهي باقية ولا تتغير فالمسن يتذكر جميع الأحداث التي مر بها خلال حياته وبالتفصيل.

١٥. الشخصية: تتأثر شخصية الإنسان مع ازدياد العمر فنجد بأنه يزداد في التصلب ومن الممكن في العجرفة. كما أن المسن دائما يرى أن الماضي أحسن من الحاضر وأن المستقبل أسوأ من الحاضر.

١٦. هبوط عمل الدماغ:

هناك نوعان من الهبوط في عمل الدماغ:

١. هبوط حاد: عندما تختل وظائف الدماغ يصاب المريض بالتشويش والتهيج وسوء فهم للحوادث المحيطة به.

٢. هبوط مزمن (الخرف): يعرف الخرف على أنه اختلال في كل الوظائف الدماغية؛ كالذكاء، والذاكرة، والشخصية ولكن مع الاحتفاظ بالوعي. ويصيب هذا المرض بين ٥% و ١٠% من الناس الذين تفوق أعمارهم ٦٥ سنة. فمن خصائصه أنه لا يتوقف عند حد بل يتضاعف وتزداد المشكلة والمهم معرفته في هذا الصياغ أن المصاب يشعر بما يحدث له دون تمكنه من تغيير ما يجري له، فتتأثر النفسية ويصاب بالقلق والاكتئاب.

إنه مرض يهدم المصاب إلى درجة أنه عندما يصيب أحد الزوجين فإن على الآخر اعتبار نفسه قد ترمّل، ولكن دون وفاة الآخر.

١٧. السكتة الدماغية: المسنون معرضون للإصابة بالسكتة الدماغية وخصوصا هؤلاء الذين يشكون من بعض الأمراض المزمنة مثل داء السكر أو ارتفاع في ضغط الدم ونسبة الدهون أو أمراض القلب. فعند الإصابة بالسكتة الدماغية تكون مضاعفاتها عديدة مثل: الشلل، اختلال في النطق، ضعف في التنفس أو ضعف عضلي في جزء معين من الجسم.

١٨. داء الرعاش (البركنسونيزم): السبب في هذا الداء ناتج عن خلل في مرور المؤشرات الكهربائية في الدماغ ناتج عن نقص في بعض المواد الكيميائية التي تساعد على انتقال الشرارة الكهربائية، مما ينتج عنه تصلب في الجسم وبطء في الحركة

ورجفة في الأطراف. ويتعرض المريض المصاب بالرعاش إلى مضاعفات متنوعة ناتجة عن حوادث السقوط المتكررة بسبب فقدان الاتزان.

١٩. **النوم:** يكثر الأرق لدى المسنين، فالنسبة تتراوح بين ٢٦ إلى ٤٥%، كما يكثر لديهم فترات الاستيقاظ المتكرر أثناء الليل، وهذا ناتج عن عوامل عديدة من أهمها زيادة فترات النوم القصير أثناء النهار واستمرار الإحساس بالألام المختلفة في الجسم، كما أن الإمساك أو الإحساس بالبرد أو إن الفراش غير مريح تعتبر كلها من مسببات الأرق. ومن جملة الأسباب الأخرى المؤدية للأرق هي الأمراض والاضوضاء والمشروبات المنبهة كالقهوة والشاي اللذين يلعبون دورا كبيرا في قلق واضطراب نوم المسنين. كما وجدت الدراسات من إن ٣٠% من أسباب الأرق لدى المسنين تكون ناتجة عن الاكتئاب.

٢٠. **الإعاقات:** تعتبر الإعاقات من المشاكل الرئيسية التي تؤثر على حيوية ونشاط المسنين. والمسنين أكثر عرضة للإصابة بمجموعة من الإعاقات الناتجة لأسباب متنوعة من بينها فقدان الذاكرة، نقص أو فقدان البصر، نقص أو فقدان السمع. إن مشاكل الحركة والتي من أهم أسبابها الإصابة روماتيزم المفاصل تؤدي كذلك إلى الإعاقة. إن عدم تمكن المسن من الحركة يؤدي إلى فقدان القدرة على الاعتماد على الذات مما يجعله يعتمد على الآخرين في إنجاز أعماله اليومية.

وجدت الدراسات إنه لدى كل مسن في المتوسط عدد ٣,٤ إعاقة حيث إن ٥٠% منها لم تكن معروفة من قبل طبيبه والتي كان بالإمكان علاجها لو تم اكتشافها مبكراً. كذلك فإن ٣٠% من النساء في سن ٦٥-٦٩ عام معرضين للسقوط مما يجعلهم أكثر عرضة للإعاقة وتزداد هذه النسبة إلى ٥٠% بعد عام ٨٠ سنة من العمر.

هناك حاجة ماسة للعناية الطويلة للمسنين حيث أن عدد المسنين الذين لا يتمكنون من الاعتماد على أنفسهم في قضاء احتياجاتهم اليومية سوف يزداد إلى أربع مرات بحلول عام ٢٠٥٠م. وتفقد تلك الشريحة خاصة الاعتماد والمعيشة على الذات لأسباب عديدة منها محدودية القدرة على الحركة، هشاشة الجسم والمشاكل الجسدية والعضلية والذهنية الأخرى وبالتالي الكثير منهم يحتاجوا إلى رعاية ترميضية طويلة الأمد سواء كانت في المنزل أو في مؤسسات الرعاية الاجتماعية في المجتمع.

٢١. **الحركة:** عندما يفقد الإنسان القدرة على الحركة فإنه يفقد معها اعتماده على نفسه. فالحركة عند المسنين تتأثر لأسباب عديدة منها: الوهن، أو الألم أو فقدان الاتزان. أو التهابات المفاصل (الروماتيزم) سواء المصاحبة لكبر السن أو الناشئة عن أمراض متنوعة كالنقرس. وبسبب الألم لا يتم استخدام المفصل وبالتالي يصاب بالضمور الناتج عن ضعف العضلات المحيطة به، مؤدياً إلى صعوبة في الحركة. ويكون المسن أكثر عرضة للسقوط وخصوصاً إذا ما صاحب تلك الشكوى مشكلة عدم الاتزان والإحساس بالدوران. و في بعض الحالات قد ينتج عن هبوط

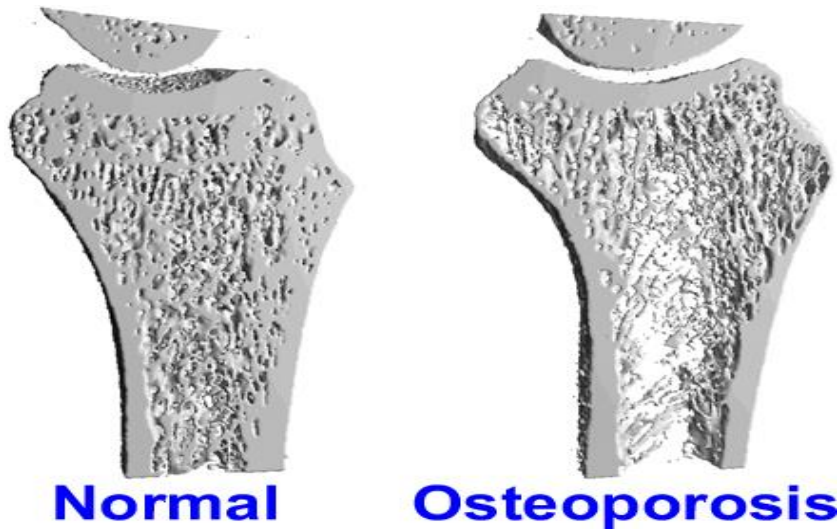
الضغط المفاجئ عند الوقوف من وضع الجلوس. وتتأثر حركة المسن كذلك عندما تصاب الأطراف السفلية بالتهابات في الجلد أو في الأعصاب أو في الأوعية الدموية.

٢٢. أعراض الأمراض: تختلف أعراض الأمراض والشكوى المصاحبة للمرض عند المسنين عما هو معروف لدى غير المسنين، فمثلاً: قد تحدث الذبحة الصدرية من غير حدوث ألم، أو أن يشتكي المسن بسبب هذه الأزمة فقط من تشوش في التفكير.

٢٣. الأورام الخبيثة: تزداد نسبة الإصابة بالسرطانات مع ازدياد العمر، والسبب في ذلك راجع إلى نظريات عديدة منها: (١) تغير مستوى الهرمونات في الجسم، (٢) ضعف في مناعة الجسم، (٣) التعرض المتكرر والمطول للعوامل البيئية كأشعة الشمس أو أدخنة التلوث أو التدخين.

يعد السرطان ثاني سبب لوفاة المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية (بعد أمراض القلب والشرابين) (٩). هنالك العديد من الأورام التي تصيب المسن وفي أنحاء مختلفة من الجسم فمثلاً عندما تصاب العظام بالأورام الخبيثة فهي عادة ماتكون بسبب انتقال الخلايا السرطانية من أعضاء وأماكن أخرى في الجسم إلى العظام. عندئذ يشتكي المريض من آلام في الأطراف المصابة التي تتعرض لسهولة التكسر.

٢٤. **وهن العظام (Osteoporosis):** بسبب كبر السن تهن العظام وتكون أضعف وأكثر قابلية للتكسر. والنساء معرضات أكثر من الرجال للإصابة بهذا الداء. وعادةً ما يصيب هذا الداء العمود الفقري عندئذ يشتكي المريض من ألم مزمن في أسفل الظهر. صورة رقم (٢).



صورة رقم (٢)

الوهن العام:

الوهن يعني نقص في قدرة الجسم على تحمل الضغوط البيئية بسبب هبوط في وظائف جميع الأعضاء. أما المفهوم العلمي للوهن فهو قلة في الأداء الوظيفي للجسم وزيادة تعرض الجسم للأمراض مما يؤدي

في النهاية إلى الوفاة. يحدث الوهن كذلك بسبب نقص في البروتين وفيتامينات E و C.

يرتبط الوهن بالعمر ومن الغالب من إن هناك عمر معين عندما يبدأ فيه الوهن لدى المسنين إلا أن الوهن عملية مستمرة طوال الحياة، تؤثر في سرعة حدوثها عوامل عديدة منها:

عمر الإنسان، جنس المريض، طريقة المعيشة، المستوى الاجتماعي والاقتصادي والاستقرار الذهني والنفسي.

ولتشخيص الوهن لدى الشخص فلا بد من أن يتأثر عاملان من العوامل التالية أو أكثر:

- العامل الجسمي
 - العامل النفسي
 - العامل التغذوي
 - عامل الإدراك
 - العامل الحسي
 - العامل الاجتماعي
- ولابد من أن يشكو المريض من ثلاثة أو أكثر من التالي:

- نقص في الوزن الغير متعمد.
- الإجهاد.
- بطء الخطوات أثناء المشي.
- بطء النشاط الجسمي.

• الضعف.

٢٥. اختلال التوازن: تتأثر القدرة على الاحتفاظ بتوازن الجسم مع تقدم العمر. وتزداد المشكلة عندما تصاب الأجهزة المحافظة على توازن الجسم بخلل كمرض في الأذن الداخلية أو نقص في تروية الدماغ أو الإصابة بأمراض مزمنة كمرض السكر أو الضعف في العضلات..

فاختلال التوازن يؤدي إلى عدة مشاكل من أهمها السقوط ومن ثم الكسور في أجزاء عديدة من الجسم. وجدت احدي الدراسات في الولايات المتحدة، أن ١% من كل السقوط يؤدي الي كسر في الحوض، الذي يكلف الخزانة الأمريكية ٢ مليار دولار في السنة. كما أن ٦٠% من المسنين تنحصر حركتهم الي اقل معدل و ٢٥% منهم سوف يعتمدون علي الاخرين في تلبية احتياجاتهم اليومية و ٢٥% من المصابين يتوفون خلال ٦ شهور.

يتعرض ٣٠% من المسنين الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ عام سنوياً للسقوط حيث إن نصفهم يتعرض للسقوط المتكرر وتزداد نسبه التعرض للسقوط مع ازدياد العمر ونصف المسنين تقريباً ممن يقنطون في دور الرعاية أو مستشفى العجزة يتعرضون للسقوط سنوياً. كما قدرت منظمه الصحة العالميه من ان هنالك حوالي ٤٢٤٠٠٠ شخص يتوفي من جراء السقوط ٨٠% في الدول الناميه.(١٣)

٢٦. التحكم في مخارج التبول والتبرز: إن من العلامات الملاحظة في الشيخوخة هي كثرة التبول كما ذكرنا خصوصاً أثناء الليل، مما يؤدي إلى إصابة المسن بالأرق والإرهاق بسبب كثرة النهوض للذهاب إلى الحمام علماً بأن السبب الرئيسي لكثرة التبول هو هبوط في عمل الكلى. والنساء أكثر عرضة للإصابة بالتهابات المثانة بسبب قصر الإحليل (urethra) مما يؤدي إلى اضطراب في عمل المثانة. أما الرجال فيحدث لديهم تضخم في البروستاتا مما يؤدي إلى تهيج المثانة وبالتالي تقطع البول والاحتقان وزيادة الرغبة في التبول ولكن بكميات قليلة جداً. وعندما يفقد المسن القدرة على التحكم في مخارج التبول والتبرز فهذا يؤثر مباشرة على نفسية المسن مما يجعله أكثر عرضة للاكتئاب و الانعزال.

٢٧. عملية الانتظام الذاتي: باستطاعة جسم أي كائن حي التكيف مع المؤثرات الخارجية التي يتعرض لها وذلك عن طريق عمل انتظامي ذاتي يسمى Homeostasis، وهو الذي يتحكم في أجهزة عديدة من جسم الإنسان، منها التحكم في درجة حرارة الجسم وضغط الدم وتقلص وارتخاء الشرايين الدموية. وعند اختلال هذه العملية تختل عمل هذه الأجهزة فعلى سبيل المثال لا يتمكن الجسم من التحكم في ضغط الدم مما يجعل ضغط الدم متذبذب ويختلف بشدة بين وضعي الجلوس والنهوض المفاجئ، حيث يشتكى المسن من عدم الاتزان والإحساس بالدورة.

٢٨. الجهاز النفسي:

يشكو معظم المسنين من مشاكل نفسية عديدة وذلك لأسباب متنوعة من أهمها الإحساس بالوحدة والشعور بعدم الفائدة أو الحزن أو الإحساس بعدم الحيلة وهذا يؤدي إلى الاكتئاب وبالتالي اختلال القدرات الذهنية.

ما ذكر ما هو إلا جزء من أمور عديدة تصيب الجهاز البدني والنفسي والعصبي للمسنين ولكن ما هو معلوم من أنه في الزمن الحالي تغيرت لدى البعض المفاهيم للقيم الإنسانية والأخلاق العامة التي تحتم على الإنسان احترام المسنين، فالبعض من الشباب أصبح يعتقد من أن المسن قد يكون إنسانا ولكن لا يحمل المشاعر والأحاسيس التي يتمتع بها الشباب. فنجد مثلا أنهم يقبلون عزلة المسن ومفارقته اعتقادا منهم من أن المسن سوف يتقبل هذا الوضع بسهولة. ولكن هذا التصرف يعتبر الجحود بحد ذاته. فالمسن إنسان يحمل في أعماقه تفاعلات عظيمة من المشاعر الممزوجة بالخبرات الكبيرة. لقد أثبتت البحوث العلمية واجتمع رأي الأطباء جميعا على أن السبب الرئيسي والمباشر لتدهور صحة المسن وعدم قدرته على الاعتماد على ذاته هي تلك العزلة المفروضة عليه. مع العلم بأن مخاطر العزلة لا تقتصر على تلك المضاعفات فحسب وإنما تتسبب في اختلال التوازن النفسي الذي يؤدي إلى الاكتئاب والإحساس بعدم الأهمية، وهذا يؤدي في بعض الأحيان إلى الانتحار.

وبالتالي نجد إن كل ما ذكر أنفا ما هو إلا تصديق لكلام المولي عز وجل عندما ذكر في محكم كتابه من سوره ياسين.

بسم الله الرحمن الرحيم

”ومن نَعمره نَنكسه في الخلق، أفلا يعقلون“

صدق الله العظيم- سورة ياسين (٦٨)

كيف بالإمكان تجنب حصول مضاعفات الشيخوخة؟

تعتبر عملية الشيخوخة عملية لا رجعة فيها ولكن بإمكان الإنسان التقليل من اثارها بواسطة اتباع مايلي:

- الابتعاد عن إشغال الذهن في التفكير السلبي والغير صحي بينما يجب ممارسة الأنشطة الذهنية.
- الحصول على النوم الكافي و الصحيح.
- الحصول على الغذاء المتوازن وتقليل كمية الطعام فالكائنات التي هي علي سرعات حرارية محدودة تعيش حياة أطول.
- كثرة شرب السوائل (لا يقل عن ثمانية كؤوس من الماء يوميا).
- خلال مرحلة الشيخوخة تتم زيادة محتوى خلايا الجسم من الأحماض بسبب انخفاض كفاءة الكلى التي تؤثر سلباً على الخلية ولكن من الممكن تفادي ذلك بزيادة شرب السوائل.
- ممارسة الرياضة: لا شيء يؤثر علي درجة التسنين أسرع من نمط الحياة الخاملة.
- الوزن الزائد يحد بشكل كبير من فرص العيش بصحة عند كبار السن.
- التعود على النمط الصحي في الحياة.
- يجب الانتباه إلى انتظام عمل الأمعاء.
- ممارسة النشاطات الاجتماعية.

- استخدام الأدوية بعناية.
- الامتناع عن التدخين وشرب الكحول.

التسنين النشط:

هي العملية التي تتم فيها استغلال الفرص لزيادة النشاط العضلي والاجتماعي والذهني خلال فترة الحياة هادفة إلى الإطالة بالعمر ضمن حياة صحية نشطة متميزة بزيادة الإنتاج.

ردود الفعل لاعتلال الصحة:

هناك ردود فعل متضاربة لإعتلال الصحة لدى المسنين، فالبعض ينتابهم الشعور بالتشاؤم بسبب الخوف من الاعتماد على الغير ولكن البعض الآخر قد يرحب بهذه المرحلة لأنه سوف يكسب اهتمام الآخرين. إن هناك فرصا كبيرة في الحياة قد لا تظهر إلا في سن التقاعد حيث يعتقد بأن هذا هو سن التميز، فبعض المسنين يتميزون في الفن، والبعض في المجال الأكاديمي، أو الهوايات الأخرى. ولاستغلال هذه الفترة من العمر عملت بعض المؤسسات على الاستفادة من خبرات المسنين، وبالتالي أنشأت في بعض الدول جامعات يلتحق بها المسن تسمى بجامعة العمر الثالث.

جامعة العمر الثالث:

انتشرت جامعات أطلق عليها جامعة العمر الثالث، حيث أنشأت أول تلك الجامعات في فرنسا في عام ١٩٧٣، وفي كامبردج في عام ١٩٨٢. وهذه الجامعات خصصت للمتقاعدين، حيث تحوي العديد من المجالات منها: أكاديمية، فنون رياضية، الانخراط في مجالات البحوث العلمية وخصوصا فيما يتعلق بأمور الشيخوخة أو التمرس في الهوايات المختلفة، حيث يتبادل المتقاعدين في هذه الجامعات نتاج خبراتهم مع البعض الآخر ويتم الاستفادة من مهاراتهم. (١).

معايشة الإعاقة (التأهيل):

إن هدف التأهيل هو التسريع في الشفاء وتمكين المريض من العيش في حياة طبيعية بقدر الإمكان، وذلك دون الاعتماد على الغير بالرغم من بقاء بعض من المعوقات. وتحتاج عملية التأهيل إلى العلاج الطبيعي، وكذلك التأهيل المهني والتأهيل النطقي. فالجزء الأكبر من التأهيل عادة ما يقدم بواسطة الممرضة أو الأهل أو أخصائي التأهيل أو المرضى أنفسهم. إن ٦٠% من المعوقين أعمارهم أكثر من ٦٥ سنة، وعند سن ٧٥ سنة فإن ٣٣% من الذين يعيشون في المنزل هم من المعاقين. يوجد في بريطانيا حوالي ٥٠٠،٠٠٠ من كبار السن ممن هم يعيشون في رعاية مؤسسية، وتثلث هذا العدد يتواجدون في مرافق التمريض المتخصصة مثل المستشفيات ودور رعاية المسنين والتثنين في المنازل

السكنية. هناك العديد من الأجهزة المساندة التي استحدثت للتغلب على الإعاقة لكي يستطيع المسن من العيش في حياة كريمة معتمدا على نفسه.

الرعاية التي يجب أن توفر للمسن:

تهيئة مكان إقامة المسن تعتبر من الأمور الهامة جدا، فمثلا يجب الحرص على أن يقيم المسن في الطابق الأرضي من المنزل مع توفير كافة الأدوات المساعدة على الحركة كالعكاز مثلا، وتهيئة المحيط المعيشي حوله لمنع السقوط وذلك بوضع عوارض على الجدران للارتكاز عليها وإزالة كل ما قد يتسبب في تعثر المسن أثناء حركته كالسجاد (أحد الأسباب الرئيسية في سقوط المسن وحصول المضاعفات هو تعثره في أطراف السجاد المطوي). وإزالة الأثاث ذي الأطراف الحادة . وكذلك تهيئة دورة المياه كوضع كرسي خاص أو عوارض للاستناد عليها أثناء القيام والقعود وتركيب حنفيات خاصة تمكن المسن من التعامل معها أثناء الاستحمام وإزالة المغطس حتى يتمكن المسن من استخدام الحمام بنفسه دون الحاجة لأحد.

الخدمات الاجتماعية المتوافرة في الدول المتقدمة للمسنين (١٤ و١٥):

بينما أخذت الخدمات المتوافرة للمسنين في الدول المتقدمة حيز الاهتمام، فإن معظم تلك الخدمات لا تقدم من قبل الدولة فقط بل إن لجمعيات المجتمع المدني وللناس دور كبير في توفير هذه الخدمات.

وتتنوع هذه الخدمات إلا أن معظمها تعتمد على توفير الوسائل التي تمكن المسن من الاعتماد على نفسه في معيشتة (١٦). ومن الخدمات مايلي:

١. مجموعات خيرية تقدم للمسن الغذاء الساخن اليومي.
٢. مجموعات أخرى توفر الأشخاص المتطوعين الذين يزورون المسن عدة مرات في الأسبوع لتقديم الخدمات اليومية لهم من تنظيف المنزل وغسل الملابس ومرافقة المسن إلى السوق لشراء حاجياته.
٣. نوبات ليلية من ساكني الحي وذلك لحراسة المسن من التعرض للسرقة أو الاغتصاب.
٤. مراكز اجتماعية تعمل على نقل المسن في صباح كل يوم بوساطة المواصلات الخاصة من منزله إلى المركز حيث يلتقي بزملائه، ويقضي معهم معظم الوقت مع توفير الغذاء الصحي والرعاية الاجتماعية و التأهيلية، وعمل برنامج حرفي خاص بالمسن أو إشغاله ببعض الهوايات المحببة إليه، ومن ثم إعادته إلى مسكنه في المساء.
٥. دور خاصة لإيواء المسن الذي لا يستطيع الاعتماد على نفسه مع توفير الرعاية له، (أي السكن بمفرده).
٦. تقديم إعانة مادية شهرية للمسن.

٧. تخفيض في أسعار التذاكر للمسن على جميع أنواع المواصلات مع الحرص على وجود مقاعد في الحافلات مخصصة لهم.

هذا بالإضافة إلى خدمات أخرى عديدة ومتنوعة.

ختاما:

إن الرعاية الصحية الجيدة تعتبر هامة جدا للارتقاء بصحة المسنين ووقايتهم من الأمراض وكذلك معالجة الأمراض المزمنة. وحيث أن أغلبية العاملين بالقطاع الصحي لا يحصلون على التدريب والمعلومات الخاصة بصحة كبار السن، وبالتالي توصي منظمة الصحة العالمية بأن يحصل جميع العاملين بالقطاع الصحي على التدريب الكافي في الأمور الصحية والقضايا الاجتماعية والنفسية الخاصة بالمسنين.

إن البيئة الصحية الصديقة لكبار السن توفر المجال الجيد لكي يعيش المسنين بصحة أفضل وهذه البيئة تشمل النواحي الاجتماعية والفيزيائية التي تساعد وتحفز المسن على المشاركة في جميع النشاطات الاجتماعية والمهنية دون الخوف من الإصابة أو التعرض إلى المشاكل الصحية.

وختاماً لا بد من التذكير من أن التغييرات الجسمية التي تحدث مع
الكبر ما هي إلا تغييرات بيولوجية لم يستطع العلم إلى الآن وضع حد لها
أو إيقافها، ولكنه تمكن من تأخير حدوث بعض تلك التغييرات وبالتالي
المضاعفات التي تعيق المسن من ممارسه نشاطه اليومي.

References:

- 1. Coni N, Davidson W, Webster S, eds. Ageing: the facts. London: HMSO, Oxford University Press, 36–43, 44–71, 175–194.**
- 2. Barber JH, ed. General Practice Medicine. Edingurgh: Churchill Livingston, 1984: 334–341.**
- 3. Central Statistics Organization, State of Bahrain. Statistical Abstracts – 1995. Bahrain: Directorate of Statistics, 1996.**
- 4. Rice DP, Projection and Analysis of Health Status Trends. In: 106th Annual Meeting Am Public Health Assoc. Los Angeles: Oct 17, 1978.**
- 5. <http://www.who.int/topics/ageing/en/>**
- 6. Evans DA et al. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. Higher than previously reported.**

Journal of the American Medical Association, 1989, 262:2551-6.

- 7. Bland RC, Newman SC, Orn H. Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. Acta psychiatrica Scandinavica, 1988, 77 (suppl. 338): 57-63.**
- 8. Christianser JL, Grzygowski JNG, eds. Biology of Ageing. St. Louis: Mosby Year book, 1993.**
- 9. Social trends. Central Statistics Office, London: HMSO, 1982.**
- 10. Reubin A, Bbierman E, Hazzard WR, eds. Principles of Geriatric Medicine. New York: McGraw Hill Book Co, 1985: 22--80.**
- 11. Kitzman DW, et al. Age Related Changes in Normal Human Hearts during the First 10 Decades of life. Mayo Clinic Proceedings 63, 1988: 137-146.**

12. **Campbell EJ, Lefrak SS. How Ageing Affects the Structure and Function of the Respiratory System. Geriatrics 1978; 33: 68–74.**

13.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>

14. **Coni N, Davidson W, Weboster S. Lecture Notes on Geriatrics. Oxford: Blackwell, 1977: 11.**

15. **Regional Trends. Central Statistics Office, London: HMSO. 1982.**

16. **Bichet DG, Schrier RW. Renal Function and Diseases of the Aged. In: Schrier RW. ed. Clinical Internal Medicine in the Aged, Philadelphia: Saunders, 1982.**

* * *

الدراسة الثانية

حماية كبار السن في التجارب الدولية

الدكتور أحمد زايد
أستاذ علم الاجتماع

حماية كبار السن في التجارب الدولية

الدكتور أحمد زايد
أستاذ علم الاجتماع

مقدمة:

يشهد توزيع سكان العالم بحسب الفئات العمرية تحولاً عميقاً. فمع انخفاض معدلات الوفيات والخصوبة، صار توزيع السكان يشهد تحولاً تدريجياً نحو الأعمار المتقدمة. وتشهد جميع مناطق العالم هذا التغير، إذ يؤدي التقدم في المجال الصحي إلي رفع متوسط العمر لدي السكان، وبالتالي الزيادة المطردة في أعداد المسنين. وتوضح قراءة الإحصاءات العالمية أن عدد المسنين في العالم (٦٠ سنة فأكثر) في عام ١٩٨٠ كان حوالي ٣٧٦ مليون شخصاً ارتفع عام ١٩٨٥ ليصل إلي ٤٢٧ مليون شخصاً بنسبة تصل إلي ٨,٨% من سكان العالم، وتزايدت هذه النسبة عام ٢٠٠٠ لتصل إلي ٥٩٠ مليون نسمة، ولقد وصلت نسبة المسنين في العالم اليوم إلي حوالي ١٠% من إجمالي السكان، ويتوقع أن تصل في عام ٢٠٢٥ إلي حوالي ٢٥% من إجمالي سكان العالم(١).

وإذا كان العالم يزحف إلي أن يكون عالماً يحوي أعداد كبيرة من كبار السن، فإن هؤلاء المسنين يعيشون في كثير من الأحيان ظروفًا صحية صعبة؛ فهم بحكم السن ضعفاء يمكن التمييز ضدهم بصور عديدة، خاصة فيما يتعلق بالرعاية الصحية الضرورية، كما يمكن أن يتعرضوا لمظاهر عديدة من الاستغلال والإساءة، هذا فضلاً عما يلزمهم

من شعور بالعزلة الاجتماعية وإحساسهم بعدم جدوى الحياة. ورغم أن القواعد الأخلاقية و الدينية تدعو إلي الاحترام والرحمة معهم، إلا أن المؤشرات تدل علي أنهم ما يزالوا يتعرضون للكثير من المشكلات التي تتعارض مع صور الرحمة ؛ فما يزال عديد منهم يتعرض لمظاهر من الإساءة و الاستغلال، وما تزال كثير من الشعوب غير قادرة علي توفير حماية اجتماعية لائقة لكبار السن. وبات المسنون يشكلون نسبة مهمة من المجتمعات لها مشاكلها وهمومها وآثارها علي المجتمع.

ومن هنا فقد التفتت كثير من الشعوب إلي أهمية حماية المسنين ورعايتهم، بل و تقديم كل صور الاحترام و التبجيل لهم. وتحاول هذه الورقة أن تقدم إطلالة علي بعض التجارب الدولية الناجحة في حماية المسنين، في محاولة للتعرف علي طبيعة إستراتيجيات حماية المسنين في هذه التجارب ، والمبادئ التي تقوم عليها، مع تقديم نماذج من سياسيات الحماية في كل دولة. ولقد تم اختيار دولتين من أوروبا هما المملكة المتحدة و فرنسا، ودولة من أمريكا الشمالية (كندا)، ودولة من آسيا (اليابان). وسوف يُمكننا هذا العرض من أن نتوصل إلي بعض المعالم الأساسية لوضع أسس لحماية المسنين في الوطن العربي.

أولاً: حول تعريف مفهوم الحماية الاجتماعية:

الحماية في اللغة العربية اسم من الفعل حمى، فيقال حمى الشيء حمياً وحمياً وحمايةً، وعندما يقال حمى الشيء معناه منعه من الناس أو دفعهم عنه، وحمى المريض بمعنى منعه مما يضره، وحمى أهله أي دافع عنهم في حرب أو نحو ذلك^(٢). وقد تأتي الحماية بمعنى النصرة فمنها حميت القوم حمايةً بمعنى نصرتهم^(٣).

أما عن مفهوم الحماية الاجتماعية فإن احد التعريفات الأكثر تداولاً هو أنها إطاراً يشمل مجموعة أوسع من البرامج والأطراف المعنيين والأدوات المرتبطة بخيارات أخرى كـ"السياسات الاجتماعية" أو "الضمان الاجتماعي" أو "التأمين الاجتماعي" أو "شبكات الأمان". كما قد يُستخدم مصطلح "الحماية الاجتماعية" للدلالة على أيّ مبادرة يطلقها القطاع العام والخاص، يكون من شأنها توفير تحويلات الاستهلاك ومصادر الدخل للفقراء وحماية الفئات الضعيفة من مخاطر البطالة فضلاً عن تحسين وضع الفئات المهمشة اجتماعياً، وذلك بغية تحقيق الهدف العام المتمثل بتقليص حدة ضعف الفقراء وسواهم من الفئات المهمشة على المستويين الاقتصادي والاجتماعي(٤). وقد ارتبطت الحماية الاجتماعية تقليدياً بمجموعة من السياسات العامة التي وضعتها البلدان الصناعية "الثرية" من أجل حماية الأفراد من الفقر والحرمان. وتشتمل هذه البرامج عادة على معايير العمل، وحماية العمالة، والأنظمة الأخرى الخاصة بالحالات الطارئة المرتبطة بدورة الحياة (أي الأمومة والإعانات الأسرية والمعاشات التقاعدية)، والتعويضات عن حالات الطوارئ ذات الصلة بالعمل (أي البطالة والإصابات الناجمة عن حوادث العمل). وقد شهد مفهوم الحماية الاجتماعية في التسعينات، تحوُّلاً في سياق الأزمات الاقتصادية والتكيفات الهيكلية، ما أدى إلى تحديد جدول عمل للسياسة الاجتماعية في البلدان النامية. وفي هذا الإطار، غدت الحماية الاجتماعية أوسع نطاقاً من الضمان الاجتماعي أو المساعدة الاجتماعية أو شبكات الأمان الاجتماعي.

وينص الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في المادة ٢٥ على أن "لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة

والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته. " (٥). وتشير هذه المادة إلى الحقوق الأساسية للفرد، كما تشير إلى الظروف التي يحتاج فيها الفرد إلى أن يشعر بالأمن والحماية، ومنها كبر السن. ولذلك فإن مفهوم الحماية protection قد ارتبط ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الحقوق، على اعتبار أن حماية حقوق الإنسان هي المدخل لحماية حياته وتحقيق أمنه واستقراره.

وبناء على ذلك، فهل الحماية الاجتماعية لكبار السن حق من حقوق الإنسان؟ إن حماية الحقوق هي أهم ضمان لحماية الأفراد والجماعات في حياتهم بشكل عام (بمعنى حماية حقوقهم الأساسية في الحصول على الحياة الكريمة الآمنة، أو ضد الأفعال التي تسلبهم حرياتهم وكراماتهم الإنسانية). وتغطي الحقوق كل مجالات الحياة المدنية (الحق في الحرية، والحق في الأمن، والحق في التنقل)؛ والسياسية (الحق في المشاركة والانتخاب والتعبير عن الرأي والاجتماع والنشر)؛ والاقتصادية - الاجتماعية (الحق في العمل والعيش الكريم والصحة والتعليم وممارسة الطقوس الدينية والثقافية)؛ كما تغطي حياة الجماعات الأضعف والأكثر تعرضاً للخطر (حقوق المرأة والأطفال وكبار السن والجماعات المهمشة والفقراء وجماعات الأقلية). ويلاحظ أن هذه الحقوق جميعاً تستغرق مجمل حياة الإنسان ونشاطاته. ولذلك فإن حمايتها تعنى حماية هذه الحياة وضمان استقرارها وأمنها. ولقد دعمت هذه الحقوق واستقرت عبر

سلسلة من الاتفاقيات الدولية التي تلزم الدول باحترامها و سن تشريعات
لحمايتها (٦).

ونلاحظ أن مفهوم الحماية الاجتماعية يشتمل على مجموعة من
التدابير الحمائية التي تؤهل الإنسان للحصول على احتياجاته الأساسية
من المأكل والمسكن والملبس والعلاج خاصة في الظروف التي يواجه
فيها كارثة طبيعية أو ضائقة اقتصادية، وضمان الحد الأدنى لمستوى
المعيشة، وهذه التدابير الاقتصادية هي التي تصب في النهاية في خلق
الآمان الاجتماعي أو الاقتصادي للناس، الذي ينطوي على بُعد نفسي
للإنسان إضافة للبعد المادي الذي يوفره الأمن الاقتصادي. وأكثر الفئات
الاجتماعية حاجة للأمن الاقتصادي هم اليتامى والأرامل والعجزة،
والمعاقون والشيوخ والأطفال، والأشخاص الذين يعانون من وطأة الفقر
المدقع، والعاطلون عن العمل بسبب من الأسباب الخارجة عن إرادتهم.

وإذا ما طبقنا هذا التعريف الحقوقي للحماية على كبار السن، فإن
حماية كبار السن تعنى حماية حقوقهم في الأمن والعيش الكريم وعدم
المساس بحقوقهم المدنية والسياسية، وتوفير حياة آمنة لهم. وتعد هذه
الحماية ضرورية بسبب الظروف غير المستقرة التي يعيشها المسنون،
والتي تجعلهم يتعرضون لمشكلات تتصل بأمن حياتهم الإنساني في
الصحة والحصول على دخل آمن وعدم التعرض للاستغلال وغيرها من
المشكلات. ولقد كان الوعي بهذه المشكلات هو الذي دعا جهات دولية
عديدة إلى الدعوة إلى اتفاقية دولية لحماية كبار السن (من ذلك إعلان
برازيليا الصادر عام ٢٠٠٧ عن المؤتمر الإقليمي الثاني لكبار السن في
أمريكا اللاتينية والكاريبي والذي دعا الحكومات إلى أن تسعى إلى توقيع
اتفاقية لحماية حقوق كبار السن وحث مجلس حقوق الإنسان على أن

يجعل من مهامه الرئيسية حماية حقوق كبار السن والعمل على الارتقاء بها (٧).

ومع أهمية التعريف الحقوقي للحماية، فإن ثمة ميل نحو توسيع هذا التعريف ليصبح تعريفاً اجتماعياً وثقافياً. ويتوقف ذلك على النظر إلى مفهوم "كبر السن" aging، هل هو مجرد العبور إلى مرحلة عمرية (زمنية) قد تصل إلى سن الستين مثلاً، أم أنه مفهوم ثقافي يختلف باختلاف الثقافات، ويرتبط بمتغيرات أخرى كالنوع والطبقة والانتماء العائلي الإثني. فهذه المتغيرات تحدد مواقع مختلفة لكبار السن، ومن ثم تحدد سياقات مختلفة، تؤثر بدورها في تباين الموارد والإمكانات والفرص المتاحة ودرجة إشباع الحاجات. وإذا نظرنا إلى كبر السن أو الشيخوخة في ضوء السياق بهذا المعنى، فإننا ننتقل من التعريف البيولوجي - العمري، إلى التعريف الاجتماعي الثقافي. فعلى الرغم من أن الشيخوخة هي واقع بيولوجي وفسولوجي وزمني، إلا أن الجانب الأهم منها هو أنها مفهوم اجتماعي. فهي مرحلة من العمر يواجه فيها الشخص حاجات اقتصادية وفيزيائية واجتماعية جديدة (٨). هذا فضلاً عن أن الثقافة تحمل تجاههم أنماطاً جامدة، وتصورات خاصة تختلف من ثقافة إلى أخرى (٩). ومن هنا فإن كبار السن يتوقعون من المجتمع أن ينظر إليهم بطريقة معينة، وأن يساعدهم بطريقة معينة، كما أن المجتمع يتوقع من المسنين أساليب حياة وأدوار معينة، وهي أدوار وتوقعات تختلف باختلاف المجتمعات والثقافات. ومن ثم فالحماية الاجتماعية للمسنين هي مجموعة الآليات والأنشطة المترابطة الهادفة إلى تحقيق الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي، بتحرير المسن من ضغط الحاجة والعوز والحرمان، والحد من خسائره وحمايته مما يهدده من أخطار داخلية وخارجية.

وفى ضوء ذلك يمكن إعادة النظر في تعريف الحماية الاجتماعية للمسنين، على أنها لا تشمل فقط على حماية حقوقهم ، ولكن تشمل أيضاً على توفير سياق اجتماعي وثقافي يرفع الشيخوخة ويطور نحوها اتجاهات وتصورات ايجابية، ويعلى من شأنهم كمواطنين قاموا بأداء أدواراً مهمة في حياتهم. أن هذا الفهم للحماية الاجتماعية للمسنين يوسع من مفهوم الحماية بحيث تتجه الحماية إلى بناء بيئة اجتماعية وثقافية يتم فيها تعزيز دور كبار السن، وتوفير كل صور الاحترام والتبجيل لهم، والعمل على حمايتهم من الاستغلال، وتوفير سبل العيش الكريم لهم، والاستفادة بما لديهم من خبرات في تعميق التواصل بين الأجيال. وحمايتهم من كل صنوف المخاطر خاصة الفقر والتمييز والاستغلال. إن الشخص كبير السن هنا هو فاعل مشارك، لا يحد السن من مشاركته، ولا يضع قيوداً على فعله في ضوء الأدوار الجديدة التي تناط به في هذه المرحلة من الحياة. ومن هنا فإننا لا نكون بصدد مرحلة عمرية تحدها سن معينة، ولكنها مرحلة متصلة تفتح آفاقاً جديدة أمام كبار السن، وتطرح عليهم أدواراً جديدة يتقبلونها عن رضا وعن شعور بالمسئولية الاجتماعية.

ويتفق هذا الفهم للحماية الاجتماعية لكبار السن مع المبادئ العامة التي دعت إليها مواثيق الأمم المتحدة، فيما يتعلق بالتعامل مع كبار السن حيث أكدت على:

مبدأ الاستقلالية /يحق لكبار السن: الحصول على ما يكفي من طعام، ماء، مسكن، ملابس ورعاية صحية من خلال الدعم الأسري والمجتمعي والمساعدة الذاتية، والعمل أو الحصول على فرص أخرى

لزيادة الدخل، والمشاركة في تقرير متى وبأي درجة ينسحبون بها من القوى العاملة، والحصول على التعليم وبرامج التدريب الملائمة، والعيش في بيئات آمنة وقابلة للتكيف مع متطلبات الفرد وتغير قدراته.

مبدأ المشاركة /يحق لكبار السن :الاندماج في المجتمع، والمشاركة
بنشاط في صياغة وتطبيق السياسات التي تؤثر مباشرة في معيشتهم، وتبادل المعلومات والمهارات مع الشباب، والقدرة على السعي إلى تطوير الفرص لتقديم الخدمات الخاصة للمجتمع وأن يعملوا كمتطوعين في مواقع ملائمة لرغباتهم وقدراتهم، وتشكيل هيئات أو جمعيات لكبار السن.

مبدأ الرعاية /يحق لكبار السن: الاستفادة من خدمات الرعاية
والحماية الأسرية والمجتمعية وفقا لنظام القيم الثقافية في كل مجتمع، والحصول على الرعاية الصحية والحصول على الخدمات الاجتماعية والقانونية ، والاستفادة من مستويات ملائمة من الرعاية المؤسسية، والتمتع بالحقوق الإنسانية وتوفير الاحتياجات الأساسية عند الإقامة في أي مسكن، والاستفادة من خدمات الرعاية والمعالجة، والاحترام الكامل والحق في اتخاذ قرارات تخص رعايتهم.

مبدأ الكرامة / يحق لكبار السن : العيش بكرامة وأمان والمعاملة
الحسنة بغض النظر عن السن، الجنس، العرق الإعاقة أو أي حالة أخرى، وكذلك تقدير إسهامهم الاقتصادي مهما كان.

مبدأ الإشباع الذاتي/ يحق لكبار السن: استغلال فرص التطوير الكامل لقدراته، والاستفادة من الموارد التعليمية الثقافية، والروحية والترويحية في المجتمع.

ويعمل هذا المفهوم للحماية على تحقيق عدد من الجوانب الايجابية في السياسات الموجهة إلى كبار السن:
أ. القضاء على الأنماط الذهنية السلبية الجامدة التي تنظر إلى كبار السن على أنهم عالة على المجتمع، وأنهم طاقة عاطلة، تأخذ دون أن تعطى أو النظر إليهم على أنهم فئة خاصة تحتاج إلى رعاية بحيث تنحصر مشكلة المسنين في المشكلة الصحية والسكنية فقط (أين يعيشون وكيف يعالجون).

ب. استبعاد أي شكل من أشكال الاستغلال أو إساءة المعاملة.

ج. وضع المسنين في مقدمة الصفوف كمواطنين أوائل Senior citizens فالمسنون ليسوا فئة تقع في المستوي الثاني أو المرتبة الثانية للسكان، ولكنهم فئة أدوا واجباتهم على خير وجه وهم يشكلون مخزناً للخبرة والحكمة، ويحتاجون الآن إلى الرعاية شأنهم شأن أي فئة أخرى من السكان.

د. اعتبار المسن من الفئات الأولى بالرعاية في المجتمع، وبالتالي إعطاء أولوية للسياسات الاجتماعية الخاصة بهم.

هـ. أهمية تباين النظرة إلى المسنين في ضوء الاعتبارات الجندرية والطبقية؛ وبالتالي الاهتمام الأكبر بأكثر فئات المسنين حرمان منهم؛

كالفقراء، والمسنون الذين يعيشون في ظروف صعبة كظروف الحرب أو الاحتلال أو الذين يعانون من صور من الاضطهاد السياسي والاجتماعي.

و. تأكيد مبدأ المسؤولية الاجتماعية تجاه المسنين وغيرهم من الفئات التي تحتاج إلى رعاية.

ز. التوافق بين النظرة العلمية للمسنين وبين النظرة الدينية التي تدعو إلى مبادئ الرحمة والتواصل والمودة في العلاقات بين الأبناء وذويهم عندما يصلون إلى مرحلة الشيخوخة.

لقد كانت الدول المتقدمة أو دول الرفاه هي السبّاقة في تطوير قطاع رعاية المسنين ضمن قوانين الرعاية الاجتماعية، مؤكدة أن مفهوم "الرعاية الاجتماعية" يشير إلى مجموعة من الوظائف الواجب تنفيذها من قبل السلطات المحلية ضمن قوانين البلاد كحق دستوري يحفظ كرامة المواطن في توفير الخدمات اللازمة. وتعتبر الرعاية الاجتماعية جزءاً من نظام الحماية الاجتماعية لكل مواطن، وتشكل أحد الأسس الهامة في مبادئ " دولة الرفاه " التي تعتمد القوانين التي يكون أساسها خدمة المواطن وضمان حياته ومستقبله، وذلك يشمل تأمين الدخل الكافي للمعيشة من خلال توفير فرص العمل المناسبة والسكن المناسب وعموم الخدمات الصحية والاجتماعية ومنها نظام التقاعد والرعاية الاجتماعية. وفيما يلي عرض لبعض تجارب دول الرفاه في الرعاية الاجتماعية للمسنين.

ثانياً : حماية كبار السن في التجارب الدولية:

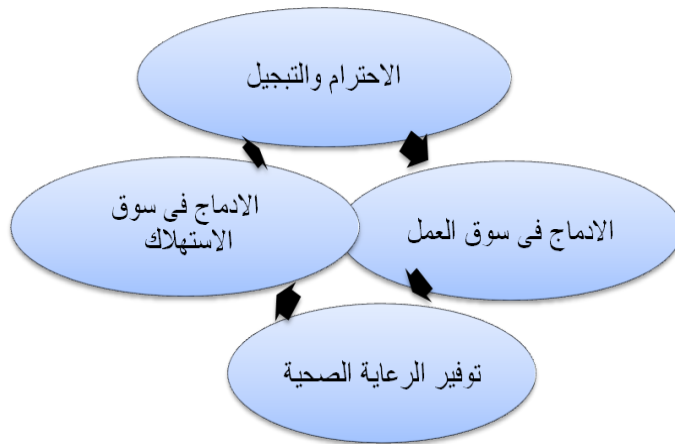
١. اليابان: العيش الكريم لمنجزي الماضي:

أ. الإطار العام لسياسة حماية المسنين:

تتصدر اليابان دول العالم في طول العمر، حيث يصل العمر المتوقع عند الولادة في اليابان إلي ٨٥ سنة للنساء و٧٨ سنة للرجال؛ لذا فإن اليابان تقف في المقدمة فيما يتعلق بمعدلات شيخوخة السكان ، فلم يحدث أن ارتفعت نسبة الشيخوخة في السكان في أي دولة مثلما حدث في اليابان. فقد بلغت نسبة الذين تصل أعمارهم ٦٥ سنة فأكثر حوالي ٢٨,٨% من السكان، ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسبة إلي حوالي ٤٠% بحلول عام ٢٠٥٠ (١٠)، وترتفع هذه النسبة إذا أضفنا إليهم كبار السن الذين تجاوزت أعمارهم الثمانين عاماً، والذي يبلغ عددهم أكثر من ٢ مليون فرد. ويتشكل معظم المسنين في اليابان من جيل ما بعد الحرب العالمية الثانية، وهو الجيل الذي تحمل مشقة تنمية البلاد ونهضتها؛ أو هو الجيل الذي حقق لليابان هذا الارتفاع الكبير في الدخل القومي.

إن هؤلاء المسنين المتقاعدين هم الذين حققوا لمجتمعهم انجازات ضخمة، ولذلك فإنهم يجنون في مرحلة عمرهم المتقدمة ثمار انجازاتهم ودأبهم ، لذا يحظون باحترام هائل وتكريم كبير، تكريم واحترام يتجليان في شتي المحافل والأماكن العامة و المواصلات، ويعكسان التزاماً أصيلاً بالكثير من المثل الأخلاقية التي تُفقد في العديد من المجتمعات. ومن هذا المنطلق تأتي إستراتيجية التعامل مع المسنين في اليابان. فهي إستراتيجية تقوم علي مبادئ الاحترام والتبجيل لجيل المسنين المتقاعدين، والعمل علي

تحقيق أعلى مستوى من الرفاهية. وتأتي هذه الإستراتيجية في ضوء إستراتيجية عامة في اليابان للتعامل مع مشكلات نقص الخصوبة، ووضع أسس للمساواة بين الجنسين، حيث تتناقص معدلات الخصوبة (التي وصلت إلي ٣٢، ١ عام ٢٠٠٢، وانخفضت إلي ٢٩، ١ عام ٢٠٠٤)، وتتزايد نسب كبار السن بين السكان. وتقرض هذه المعادلة علي اليابان العمل في ضوء إستراتيجية تعمل من ناحية علي مواجهة مشكلات نقص الخصوبة والعمل في ذات الوقت علي الاستفادة القصوى من كبار السن. وفي ضوء هذه الرؤية المتكاملة تبذل الجهود في العمل علي رعاية المسنين و الاستفادة القصوى من وجودهم (١١). ولا تنفصل هذه الإستراتيجية عن الإستراتيجية العامة للتنمية في اليابان والتي تقوم علي الانفتاح والتكامل واللامركزية، وذلك لبناء مجتمع مفتوح يعيش فيه السكان دون قلق، وأن يحافظ علي معدلات نمو عالية حتى وان تناقصت أعداد سكانه علي نحو مطرد، مجتمع يعيش الناس فيه سواسية، مترابطين ومتكاملين، وأن يتعامل فيه صغار السن و كبارهم تعاملًا خلاقًا حتى في سوق العمل، في مسئولية مشتركة (١٢).



وفي هذا الظرف لا يشعر كبير السن بأنه تقدم في العمر ويحتاج إلي رعاية، وإنما يستمر في العطاء. صحيح أن أدواره وقدرته علي العمل تختلف في ضوء عمره، ولكنه يشعر بشكل دائم بالاندماج في الحياة الاجتماعية والاقتصادية، كما يشعر بشكل دائم بتحمل المسؤولية. لا تعد الشيخوخة هنا مأساة أو حالة يأس، بل هي بداية حياة جديدة يشعر فيها المسن بالإقدام، ويجد الباب مفتوحاً أمامه للعمل، كما يجد السوق مفتوحاً أمامه لتوفير السلع والخدمات المختلفة، وهو في كل الأحوال يلقي الرعاية الصحية الكاملة، وهكذا تتكامل أركان أربعة إستراتيجية التعامل مع المسنين يلخصها الشكل السابق.

ب. المبادئ التي تقوم عليها حماية المسنين:

وفي ضوء هذه الإستراتيجية تتحدد مبادئ عامة عديدة، أو سياسات عديدة لحماية المسنين يمكن تلخيصها فيما يلي (١٣):

(١) إسداء المشورة بشأن حقوق الإنسان:

أنشأت أجهزة حقوق الإنسان في وزارة العدل مكاتب خاصة لإسداء المشورة بشأن حقوق الإنسان

يمكن أن يستشيرها بسهولة المقيمون فى مرافق الرعاية الاجتماعية لكبار السن أو أسرهم. وبالإضافة إلى إسداء المشورة بشأن كل أشكال حقوق الإنسان، حيثما توجد شكاوى تتعلق بانتهاك لحقوق الإنسان، تعمل الأجهزة على منع انتهاك حقوق الإنسان واتخاذ التدابير الملائمة وفقا للحالة وبعد التحقيق فى الوقائع.

(٢) إذكاء الوعي باحتياجات كبار السن إلى الرعاية الاجتماعية:

يقوم المجلس الياباني للرعاية الاجتماعية كل عام مع تسع منظمات معنية أخرى بتحديد "المبادئ التوجيهية لحملة يوم كبار السن وأسبوع كبار السن" ، وتنفيذ مبادرات ذات صلة بذلك. والغرض من هذا هو ضمان تخصيص فترة سبعة أيام لليوم العالمى لكبار السن والأسبوع العالمى لكبار السن، وتقديم طلبات إلى سلطات المقاطعات لدعم المنظمات المعنية والتعاون معها وتشجيعها بغية تنفيذ إجراءات من أجل " التشجيع على زيادة فهم السكان لاحتياجات كبار السن إلى الرعاية الاجتماعية ، وزيادة الاهتمام بهم، وضمان حفز كبار السن على تحسين حياتهم". ويتم ذلك عبر برامج الرعاية الصحية المختلفة، خاصة التأمين

الصحي. وتتميز اليابان بتقاليد عريقة تقوم على احترام كبار السن، وهناك يوم قومي للاحتفال بكبار السن في كل عام. ويعيش أكثر من ٩٣% ممن تخطوا الستين في اليابان في منازلهم أو منازل ذويهم وليس في بيوت خاصة بالمسنين، كما هو الحال بالنسبة لكثير من المسنين في الغرب.

(٣) إذكاء الوعي بتوظيف كبار السن / توفير فرص عمل متنوعة لهم:

بموجب قانون عام ٢٠٠٦م بخصوص تحقيق استقرار توظيف كبار السن، يُلزم أرباب العمل باعتماد تدابير لكفالة الأمن الوظيفي لكبار السن، مثل رفع سن التقاعد إلى ٦٥ سنة. وعملت وزارة الصحة والعمل والرعاية الاجتماعية على تحسين معرفة وفهم هذه الخطوات بالاستعانة بوكالات التوظيف العامة والخاصة، وبالتماس تعاون جماعات الأعمال المحلية. كما تعمل وزارة الصحة والعمل والرعاية على إذكاء الوعي من خلال تقديم المشورة والعون لضمان قيام أرباب العمل بتوظيف كبار السن من المواطنين عن طريق المنظمة اليابانية لتوظيف المسنين والأشخاص ذوي الإعاقة. ومنذ عام ٢٠٠٧م يجرى تشجيع مؤسسات الأعمال، التي تقوم بالتوظيف حتى سن السبعين، بهدف

تحقيق وجود مجتمع يمكن فيه للمواطنين مواصلة العمل مادامت لديهم المهارات والحوافز اللازمة.

(٤) منع إساءة معاملة كبار السن:

بالنظر إلى أهمية احترام كبار السن ومنع إساءة معاملتهم، سن القانون المتعلق بمنع إساءة معاملة كبار السن ودعم مقدمي الرعاية إليهم (القانون رقم ١٢٤، ٢٠٠٥) في تشرين الثاني / نوفمبر ٢٠٠٥م وبدأ إنفاذه في ١ أبريل ٢٠٠٦م، وينص على تدابير لحماية كبار السن الذين تساء معاملتهم في المنزل أو في المؤسسات، وتقديم الدعم لمقدمي الرعاية من خلال أقرب بلدية أو مقاطعة إلى محل إقامتهم. كما تم إنشاء الأكاديمية اليابانية لمنع إساءة معاملة الكبار باعتبارها مؤسسة وطنية لرعاية كبار السن.

(٥) تعزيز بيئات خالية من الحوادث:

أوصت وزارة الإنشاء اليابانية بمبادئ لتصميم البيوت للمساعدة في تيسير الدخول والخروج الآمن وإعداد المجتمع الآخذ في الشيخوخة بسرعة، وذلك من خلال تطبيق البرامج للمساعدة في تصميم المنازل والتكنولوجيا المساعدة في تلبية الاحتياجات

الخاصة لكبار السن، فقد استهلت اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا ومنطقة المحيط الهادئ، بدعم من حكومة اليابان برنامجاً لتعزيز توفير بيئات خالية من الحوادث. وعلى وجه التحديد أصدرت هذه اللجنة مبادئ توجيهية للمهندسين المعماريين ومخططي الحضر والمهندسين بشأن تصميم بيئات مادية خالية من الحواجز للمعوقين وكبار السن.

ج . نماذج من برامج حماية المسنين:

➤ برنامج جامعة المتقاعدين:

تقع هذه الجامعة في مدينة (كاكوجاد) في اليابان، وقد أنشئت في عام ١٩٦٩م، وأول شروط الانتساب لها أن يكون الشخص قد تجاوز سن الستين عاماً، ومدة الدراسة فيها أربع سنوات، تتضمن مقرراتها: الثقافة العامة، والدراسات العلمية، ومحاضرات في علم النفس، واتجاهات الاقتصاد الياباني، والفارق بين الفكر الغربي والفلسفة اليابانية القديمة والحديثة. أما البرنامج العملي، فيتضمن فلاحه البساتين، وطرق تربية الأسماك، والطيور، وصناعة الأواني الفخارية، وكثير من الحرف اليدوية الأخرى. كما يتضمن منهاج الدراسة في هذه الجامعة زيارة كافة المواقع والمعالم الأثرية في

اليابان، ويمكن الالتحاق في هذه الجامعة عن طريق المراسلة والدراسة بهذه الجامعة مجانية^(١٤).

➤ اتحاد أصحاب المعاشات:

ويوجد في اليابان أيضاً اتحاد يسمى اتحاد أصحاب المعاشات التقاعدية لعموم اليابان وهو أحد المجموعات الرئيسية التي تدافع عن مصالح المواطنين من كبار السن في اليابان. ويسعى هذا الاتحاد للدفاع عن حياة وحقوق كبار السن، ويعمل في مجال الضمان الاجتماعي، ونظام رعاية المسنين، وبرامج الرفاه الاجتماعي، وقد قام الاتحاد بحملات سنوية لجمع التوقيعات على التماس لتحسين برامج المعاشات التقاعدية ووظف جهوده أيضاً في حمل الحكومات المحلية على تحسين برامج الرفاه الاجتماعي للمسنين^(١٥).

➤ برنامج التأمين الصحي:

أما عن الرعاية الصحية اللازمة لكبار السن ففي عام ١٩٢٢ أصدرت اليابان قوانين تلزم العاملين بالاشتراك في التأمين الاجتماعي للموظفين، وأنشئت خلال هذا العام منظمات تأمين خدمية تطوعية لتأمين العاملين في القطاع العام. وفي عام

١٩٦١ شملت التغطية التأمينية الصحية جميع المواطنين مع تمرير قانون التأمين الصحي الوطني، ويخضع المواطن الياباني للتأمين الإلزامي عبر دفع القسط التأميني والاشتراك في أحد خطط التأمين الصحي التالية:

- التأمين المدار بواسطة المجتمع: ويقدم خدماته للعاملين في الشركات الكبيرة (٧٠٠ موظفاً أو أكثر) وأسرههم. كما يشمل التأمين التبادلي والذي يقدم خدماته للعاملين في القطاع العام عبر منظمات تأمين خدمية و يتم تمويل التأمين المدار بواسطة المجتمع عبر الأقساط التأمينية التي يدفعها رب العمل والموظف؛ حيث يدفع الموظف في المتوسط ٣,٧٪ بينما يدفع رب العمل ٤,٨٪. ويغطي هذا التأمين ٢٦٪ من مجمل السكان في اليابان.

- التأمين المدار بواسطة الحكومة : ويقدم خدماته للعاملين في الشركات الصغيرة (أقل من ٧٠٠ موظفاً). وتمول المنظمات التأمينية التابعة لهذه الخطة عبر الأقساط التأمينية الإلزامية حيث يدفع الموظف ٤,٢٥٪، بينما يدفع مثلها رب العمل، وتدعم الحكومة هذا النوع من التأمين عبر

الضرائب العامة للدولة، ويغطي هذا التأمين ٣٠٪ من مجمل السكان.

- التأمين الصحي على المواطنين: ويشمل المتقاعدين وأصحاب الأعمال الحرة. ويمول بواسطة الأقساط التأمينية للمستفيدين بالإضافة إلى الدعم الحكومي عبر الحكومة المركزية والحكومات المحلية، وكذلك مساهمات أصحاب العمل، ورعاية التأمين المدار بواسطة المجتمع والتأمين المدار بواسطة الحكومة والتي تشكل ٤٠٪ من إيرادات التأمين الصحي على المواطنين. ويغطي هذا التأمين ٣٥٪ من مجمل السكان.

وقد أضيف للخطط السابقة الذكر برامج تأمين صحي خاصة بكبار السن البالغين من العمر ٧٠ سنة أو أكثر، أو كبار السن الملازمين للفراش، والبالغين من العمر ٦٥ سنة وأكثر. ولتحقيق العدالة والمساواة فإن اختلاف الخطط التأمينية ومستويات الدخل والمخاطر المرضية لا تؤثر على المزايا والخدمات الصحية المقدمة للمسن. فالجميع يتمتع بنفس المزايا والخدمات، وبإمكان المواطن الاختيار بين مقدمي الخدمة الصحية من خلال شبكة من المستشفيات والعيادات يمتلك أغلبها القطاع الخاص^(١٦).

➤ مراكز ونوادي المسنين:

أما عن المراكز اليابانية فهي تقابل مراكز المسنين في أوروبا ومنها: مراكز الرعاية النهارية، والمراكز الجماعية ونوادي المسنين . وتتوفر الخدمات الاجتماعية في اليابان منذ زمن بعيد إلا أن الحكومة قد بدأت في وضع المعايير النظامية لهذه الخدمات عام ١٩٨٣م، وتشرف وزارة الصحة على هذه الخدمات لمراعاة تطبيق تلك المعايير. وتهدف القوانين الموضوعية إلى تحقيق سعادة كبار السن من خلال الإجراءات اللازمة للحفاظ على صحتهم العقلية والجسدية ولإستقرار حياتهم وإحساسهم بأن لديهم هدفاً في الحياة. وتشمل الخدمات التي تقدمها المراكز اليابانية: وسائل النقل من وإلى المركز، والعلاج الطبيعي، والنشاطات الجماعية وتنمية الهوايات الفردية^(١٧).

٢. المملكة المتحدة: حماية حقوق الإنسان لتحقيق الصالح العام:

أ. الإطار العام لسياسة حماية المسنين:

تتزايد أعداد المسنين في المملكة المتحدة عاماً بعد عام وذلك علي أثر الارتفاع الكبير في الأعمار (بلغ العمر

المتوقع عند الميلاد في بريطانيا ٧٨ عاماً للذكور و ٨٢ عاماً للإناث) ، وذلك للتحسن الكبير في خدمات الرعاية الصحية للأطفال وكبار السن خاصة، ولذلك قد ارتفعت نسبة المسنين بين السكان لتصل إلى حوالي ٢١% من مجموع السكان. كما تزايد عدد المعمرين الذين تزيد أعمارهم عن ٨٥ عاماً، وبعضهم يصل إلي مائة عام؛ حيث يوجد اليوم معمر من بين كل ٥٠ من السكان في مقابل معمر من بين كل ١٠٠ من السكان عام ١٩٨٥؛ ويتوقع أن يتغير المعدل ليصل إلي معمر لكل ٢٠ من السكان بحلول عام ٢٠٣٥. وتزايد أعداد المعمرين بين النساء خاصةً ، حيث تشير الإحصائيات إلي وجود ٩ معمرات مقابل رجل واحد من المعمرين^(١٨). في السياق ذاته كشفت دراسة أجراها مكتب الإحصاءات الوطنية ونشرتها صحيفة "ديلي إكسبريس" البريطانية، أن متوسط العمر المتوقع للبريطانيين ارتفع في السنوات الأخيرة، حيث أن هناك الآن أكثر من ٤٠٠ ألف بريطاني فوق سن التسعين عاماً. وقالت الدراسة إن عدد كبار السن البريطانيين من الجنسين فوق ٩٠ عاماً ارتفع بنسبة ٢٦% خلال عقد، وصولاً إلى ٢٩٠,٤٤٠ رجلاً وامرأة. وأضافت أن عدد المعمرين البريطانيين ارتفع بمعدل خمسة أضعاف على مدى العقود الثلاثة الماضية ووصل إلى ١١,٧٠٠ معمر في عام ٢٠١١، وهناك الآن ٥٧٠ رجلاً وامرأة في إنجلترا وويلز وصلوا إلى سن ١٠٥ أعوام. وأشارت الدراسة إلى أن متوسط العمر المتوقع للرجال البريطانيين ارتفع بمعدل ٦ ساعات في اليوم على

مدى العقود الثلاثة الماضية، وبمعدل ٤ ساعات في اليوم للنساء البريطانيات. وتوقعت الدراسة أن يعيش الأطفال المولودون عام ٢٠١١ في إنجلترا وويلز حتى سن ٧٨ عاماً و٧ أشهر بالنسبة للذكور بالمقارنة مع ٧١ عاماً مطع الثمانينات من القرن الماضي، وحتى سن ٨٢ عاماً و٦ أشهر بالنسبة للإناث بالمقارنة مع ٧٧ عاماً قبل ثلاثة عقود. من جانب آخر أظهرت الأرقام التي أعلنها مكتب الشؤون المدنية بالمدينة ومكتب إدارة شؤون كبار السن ومكتب الإحصاءات أن عدد الأشخاص الذين تجاوزت أعمارهم ٦٠ عاماً أو أكبر زاد من ١٩٥٧٠٠ شخصاً في عام ٢٠١١ إلى ٣٦٧٣٢٠٠ شخصاً في عام ٢٠١٢ بما يشكل نسبة ٢٥,٧% من تعداد سكان المدينة.

وتنطلق إستراتيجية حماية المسنين في المملكة المتحدة من مدخل حقوقي، ينظر إلي المسنين علي أنهم من أكثر الفئات التي يجب أن تحمي حقوقها في إطار قانون حقوق الإنسان **Human Rights Acts** الصادر عام ١٩٩٨، والذي وضع موضع التنفيذ منذ عام ٢٠٠٠، وهو ينطلق من اتفاقية حماية حقوق الإنسان و حرياته الأساسية أو ما يسمى بالاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان. ولقد توج هذا القانون قوانين أخرى عديدة في المملكة المتحدة لحماية حقوق الإنسان بعامة والمسنين علي وجه الخصوص، في كل مجالات الحياة (العمل والصحة والمسكن والرعاية الاجتماعية). وفي إطار المدخل

الحقوقي تبني إستراتيجية الحماية علي تعريف الناس بحقوقهم، وكيف يحمونها بأنفسهم كمواطنين. وفي هذا الإطار نجد أن وزارة العدل، والمنظمات الأهلية و الحكومية الراحية لحقوق الإنسان، تبذل جهداً كبيراً في تعريف الناس بحقوقهم، وكيف يدافعون عنها. من ذلك - فيما يتصل بالمسنين - الدليل الذي أصدره المعهد البريطاني لحقوق الإنسان في يوليو ٢٠١٠ لتعريف المسنين بحقوقهم، والطريق إلي حمايتها بأنفسهم أو بمساعدة الآخرين، مع تقديم عدد كبير من النصائح للطريقة المثلي لحماية الحقوق. ولقد جاء في الصفحات الأولى من هذا الدليل وهو يخاطب كبار السن "أن السلطات المعنية بحقوق الإنسان كالحكومة و المستشفيات والخدمات الاجتماعية لديها التزام بأن تعاملك بكل العدل والمساواة والكرامة والاحترام والاستقلال"^(١٩).

وفي إطار هذه الحماية القانونية تلتزم كل مؤسسات المجتمع - الرسمية و المدنية - بتقديم كل يد العون للمسنين. صحيح أن الزيادة المطردة لأعداد المسنين تضع الكثير من الضغوط علي ميزانية الحكومة التي تلتزم برعايتهم رعاية كاملة، ولكن رغم ذلك نجد أن الأطر التشريعية والسياسية لا تتراجع أبداً عن تقديم كافة أشكال الدعم المالي وغير المالي لحماية حقوق المسنين، والعمل علي أن يعيشوا حياتهم في سعادة وهناء. والحقيقة أن هذا

المدخل الحقوقي يجعل المسنين يستشعرون قيمة العدل و المساواة، فهم مواطنون مبدلون Senior Citizens تقدر انجازاتهم ومساهماتهم في الحياة حتى من خلال منح ألقاب أو إرسال الرسائل من قبل الملكة. ولكن الحماية القانونية، في إطار حقوق الإنسان، تجعلهم يشعرون أن المجتمع كله - وليس هم فقط - هو الذي يتم حمايته، ولذلك فإنهم يشعرون بالأمن والاستقرار، ويشعرون بالاطمئنان علي مستقبل أبنائهم وأحفادهم، ويشعرون أن ما أنجزوه في حياتهم يؤتي ثماره لهم و للمجتمع ككل.

ب. المبادئ التي تقوم عليها الحماية:

تقوم إستراتيجية التخطيط والتنمية في بريطانيا علي رؤية متكاملة للتنمية المستدامة التي تحقق التوازن بين الفرد والمجتمع، وبين الفرد والبيئة، وبين الأجيال الحالية والأجيال اللاحقة، ولذلك فإنها تنهض علي عدد من المبادئ مثل: بناء اقتصاد تنافسي قوي، وتأكيد حيوية المراكز الحضرية في المدن، ودعم الاقتصاد الريفي، وتطوير أدوات اتصال مستدامة، وبناء تحتي لاتصالات ذات نوعية جيدة، وتوسيع الاختيارات فيما يتعلق بالمنازل ذات النوعية الجيدة، وتطوير الخدمات الصحية والأحزمة الخضراء، ومواجهة التغيرات المناخية، والحفاظ علي البيئة، والتراث التاريخي، والاستخدام

المستدام للموارد المعدنية^(٢٠). وتشكل هذه المبادئ تطويراً وترسيخاً وتراكماً لمبادئ دولة الرفاهية، أعنى التنمية التي تتجه نحو تحقيق الرفاهية للسكان جميعاً، والتي تقودها الدولة، في إطار عام من المسؤولية الجمعية. وفي إطار هذه الرؤية للتنمية المستدامة تأتي حماية كل أفراد المجتمع ومن بينهم كبار السن، ولقد أمكن لنا - عبر قراءة السياسات المختلفة لحماية كبار السن في المملكة المتحدة - أن نستخلص عدداً من المبادئ الهامة لهذه السياسة:

➤ إدراك المخاطر المحيطة بكبار السن:

رغم أن كبار السن يتساوون في الحقوق مع كافة المواطنين، إلا أن هناك إدراكاً للمخاطر التي يتعرض لها كبار السن، خاصةً المخاطر الصحية التي يتعرضون لها بسبب البرد الشديد في فصل الشتاء، وما يترتب علي ذلك من ارتفاع تكاليف الحياة بالنسبة لهم خاصةً فيما يتعلق بفواتير التدفئة، وارتفاع نسبة وفياتهم، وإصابتهم بأمراض خطيرة تحتاج إلي العلاج في المستشفيات وإلي الرعاية الصحية لفترات طويلة. وتتفاقم هذه المخاطر بالنسبة لفئات خاصة من المسنين، مثل أولئك الذين

لا يتوفر لهم مأوي ملائم، أو ذوي الحاجات الخاصة، أو المسنين الذين فقدوا رفقاء حياتهم^(٢١).

➤ الحماية المستدامة طويلة الأجل:

تتجه سياسات حماية المسنين إلي أن تكون سياسات متكاملة طويلة الأمد، وهي سياسات تنطلق من التعريف الذي تقوم عليه الرعاية الاجتماعية في المملكة المتحدة والذي حددته وزارة الصحة لتقديم عدد كبير من الخدمات التي تساعد الناس علي الحفاظ علي استقلالهم، وتمكينهم من أن يلعبوا دوراً كاملاً في المجتمع، وتحميهم في مواقف التعرض للخطر، وتمكنهم من أن يحافظوا علي علاقاتهم الاجتماعية. وتضمن هذا المبدأ حماية مستدامة و طويلة الأمد لكبار السن، بحيث يكونوا قادرين علي الحصول علي كل ما يحتاجونه من خدمات، وأن يحققوا قدراً من الاستقلال، بدلاً من أن يصبحوا عالة علي المجتمع أو عالة علي ذويهم.

➤ العدل في الحصول علي الخدمات:

وهو مبدأ هام من مبادئ الرعاية الاجتماعية ومن ثم الحماية الاجتماعية. وهو مبدأ عام ينطبق علي المواطنين جميعاً بمن فيهم كبار السن، وينظم هذا المبدأ من خلال ما يعرف بإطار التوزيع العادل

لخدمات الرعاية Fare Access To Care Services ويصنع هذا الإطار معياراً لتوزيع الخدمات وفقاً لدرجة الحاجة إلي الخدمة، والتي قسمها إلي أربعة درجات: حاجة منخفضة، وحاجة معتدلة Moderate، وحاجة أساسية Substantial وحاجة ملحة Critical^(٢٢).

وبتطبيق هذا المعيار علي كبار السن يصبح كثير من حاجاتهم إما أساسية أو ملحة، وبالتالي فإنهم يحصلون علي ما يحتاجونه من خدمات للرعاية بسهولة و يسر، وغالبا ما تميل السلطات المحلية إلي العمل وفقا للدرجتين الأخيرتين بحيث تتجه فقط نحو سد الحاجات الأساسية أو الملحة^(٢٣).

➤ وضع أطر توجيهية واضحة خاصة لرعاية

المسنين:

تعمل السياسات الخاصة بحماية كبار السن في المملكة المتحدة وفقاً لمجموعة من القواعد التي تم تحديدها في ما يعرف بالإطار القومي لرعاية المسنين، والصادر عن وزارة الصحة البريطانية في مارس ٢٠٠١ م، وهو إطار عمل يشتمل علي عدد من القواعد أو المعايير الموجهة لسياسات حماية المسنين. وتنطلق هذه المعايير من المبادئ العامة

للمرعاية الاجتماعية التي تؤكد علي عمومية تقديم الخدمات وشمولها لكل أطراف السكان، وتلبية كل الحاجات، والتحسين الدائم لجودة الخدمات، وتقديم كافة صور الاهتمام لمن يقدم لهم الخدمة. في ضوء هذه المعايير العامة تقدم كافة أشكال الحماية لكبار السن في ضوء المعايير الثمانية الآتية: التلخص التام من كل صور التمييز، والتأكد من أن الكبار يعاملون كأفراد أي وفقا لحاجتهم كأفراد وليس وفقا للقيود والحدود أو نقص الموارد، وتقديم الخدمات لهم بشكل فوري دون انتظار لأي إجراءات، والتأكد من أنهم يحصلون علي أفضل خدمة صحية، والعمل علي تقليل مرض الساكته الدماغية بين كبار السن، والتأكد من حصول من تحدث لهم علي أقصى رعاية ممكنة، والتقليل قدر الإمكان من تعرض كبار السن إلي السقوط وتأكيد تقديم الخدمة الصحية الضرورية لمن تعرضوا له، والعناية الفائقة بكبار السن الذين يتعرضون لمشكلات مرضية عقلية، والعمل علي أن يتمتع كبار السن بحياة نشطة و صحية^(٢٤) .

ج . نماذج من سياسة الحماية في المملكة المتحدة:

➤ سياسة توظيف كبار السن:

وفي سبيل مواجهة ظاهرة ارتفاع أعداد المسنين صرحت الحكومة البريطانية بأنه لم يعد بوسع

المديرين إجبار العاملين على التقاعد عند سن الخامسة والستين في خطوة ستؤدي إلى زيادة عدد العاملين من كبار السن مع ارتفاع متوسط أعمار السكان، ولن يكون بوسع أصحاب العمل إصدار إخطارات بالتقاعد الإجباري لكن سيبقى بإمكانهم إجبار الموظف على الرحيل إذا ما أعطوا سببا وجيها لذلك. يعنى ذلك أنه ليس هناك حاجة لإجبار الناس على ترك وظائفهم مادامت قدرتهم على العطاء مستمرة. "قلدى الكثير من الكبار مهارات وإسهامات ضخمة يقدمونها لجهات العمل، وأن جهات العمل التي تخلصت من وضع حد لسن التقاعد وجدت في ذلك فوائد كبيرة. لقد وجدوا أنه يعزز أعمالهم وليس له تأثير سلبي". ولقد ترتبت على هذه السياسة أن أصبح في المملكة المتحدة حاليًا حوالي ٨٥٠ ألف شخصًا فوق سن الخامسة والستين يعملون، وليس هناك أي دليل على أن إنتاجية الفرد تتأثر بعد هذا السن^(٢٥).

➤ مساكن إيواء المسنين:

يعيش عدد كبير من المسنين في المملكة المتحدة بمفردهم، ومعظم هؤلاء من الإناث. لذا فإن أهم السياسات الخاصة بحماية المسنين هي سياسة توفير مساكن الإيواء Sheltered housing وهي مساكن تدعمها السلطات، و يتم إدارتها علي أساس

غير ربحي، من خلال القطاع الخاص أو القطاع المدني. وقد بلغ عدد هذه الوحدات السكنية حوالي ٥٥٠ ألف وحدة، وهناك ١٨ ألف تحت الإنشاء. ويقتن هذه المساكن ٥% من المسنين، وأعداد من الذين تزيد أعمارهم عن ٨٥ عاماً، وبعض المحتاجين من المهاجرين ومن لا مسكن لهم^(٢٦).

ومن ناحية أخرى تتبنى الحكومة البريطانية مشروعاً يهدف إلى إقامة مساكن صديقة للمسنين؛ وهي مساكن تلبي حاجات المسنين المقيمين فيها من حيث التهوية واتساع الأبواب لدخول الكراسي المتحركة، وتصميم الحمامات بطريقة أكثر يسراً و توفير كافة التسهيلات التي تساعد المسن على الحياة المنزلية المريحة^(٢٧).

➤ إصلاح نُظْم المعاشات التقاعدية: التحول إلى النُظْم الممولة بالكامل:

قامت المملكة المتحدة بوضع برامج عامة رسمية للمعاشات التقاعدية، حيث ركزت على إجراء إصلاح هيكلي على نُظْم معاشاتها التقاعدية، وانتقلت من نظام دفع الاستحقاقات أولاً بأول على أساس استحقاقات محددة إلى نظام ممول بالكامل ومحدد الاشتراكات. كما تم تطبيق قانون التأمين الوطني الذي اشتمل، ضمن أمور أخرى، على تأمين

للشيخوخة في عام ١٩١١م، وتم توسيعه بعد التوصيات التي أوصى بها السير وليام بيفريدج في عام ١٩٤٢ م بعد الحرب العالمية الثانية، كما تم فرض خطأً تأمينية للمسنين وللمرضى^(٢٨).

٣. كندا: تبجيل الفقراء رغم التحديات الكبرى:

أ. الإطار العام لسياسة حماية المسنين:

يعيش السكان في كندا عمراً أطول، مثلما هو الحال في الدول المتقدمة؛ إذ يبلغ العمر المتوقع في كندا ٨١,١ سنة، وهو من أطول معدلات العمر في العالم. ويعمل النقص الشديد في معدلات المواليد والتحسين الكبير في العناية الصحية إلى التزايد المستمر لشريحة المسنين الذين يزيد عمرهم عن ٦٥ عاماً. فقد كانت هذه النسبة تشكل ٨% من السكان عام ١٩٧١، وقد أصبحوا يشكلون اليوم حوالي ١٤% من السكان. ويتوقع أن تزداد هذه الشريحة من السكان إلى ٢٥% من السكان عام ٢٠٣٦؛ الأمر الذي يشكل تحدياً للسياسة الاجتماعية لحماية حقوق المسنين لما يفرضه هذا التزايد المستمر لأعداد المسنين من أعباء مالية وخدمية^(٢٩).

وتزداد التحديات أمام السياسة الاجتماعية في كندا من جراء التحديات البنائية الكبرى التي يعرفها المجتمع الكندي. ومن أهم هذه التحديات تحديات ثلاثة (لا تجتمع

إلا في المجتمع الكندي): التحدي الأول يرتبط بمشكلات المهاجرين، إذ يعتبر المجتمع الكندي من أكبر المجتمعات المتقدمة استقبالاً لموجات الهجرة لتغطية الانخفاض الكبير في الكثافة السكانية (يبلغ عدد سكان كندا ٣٤,٧ مليون نسمة لعام ٢٠١٢ م). أما التحدي الثاني فيأتي من تزايد معدلات الفقر في المجتمع الكندي، فعلى الرغم من الجهد الكبير الذي يبذل في تطبيق مبادئ حقوق الإنسان وتقديم خدمات الرفاهية فإن هناك زيادة واضحة في أعداد المهاجرين كبار السن الذين يعيشون في حالة من الفقر والحرمان، خاصة مع تفاقم مشكلات البطالة والتهميش الاجتماعي. أما التحدي الثالث فينبع من مشكلات السكان الأصليين الذين ما يزالون يعانون من التهميش الاجتماعي والفقر.

ورغم هذه التحديات الكبرى إلا أن تجربة كندا في تبني سياسات حماية اجتماعية لكبار السن تعتبر من التجارب الرائدة التي تقدم دروساً عديدة. وتقوم الحماية على شبكة حماية قانونية تحمي حقوق الإنسان بعامة، وحقوق المسنين بخاصة. وقد صدر في عام ١٩٨٢ الميثاق الكندي للحقوق والحريات، ونص بشكل صريح على تجريم التمييز بين البشر على أساس السن. وتؤكد ذلك مرة أخرى من خلال قانون حقوق الإنسان الكندي والذي حظر التمييز على أساس العمر، مؤكداً على أهمية تطبيق ذلك بالنسبة لأرباب العمل ومقدمي الخدمة. وفي مقابل هذه الأطر العامة التي تنطبق على الكنديين بشكل عام، تعمل كل حكومة محلية على سن تشريعات خاصة بحقوق الإنسان، وجميعها

يحظر التمييز على أساس السن (٣٠).

ويحظى كبار السن باحترام كبير في المجتمع الكندي، وفي الخطاب السياسي والثقافي العام. فهم مواطنون مبدعون Senior Citizen، ويشار إليهم دائماً بأنهم أصحاب ريادة، وأنهم يشكلون ثروة للأمة. وقد أشارت إحدى المذكرات الرسمية إلى أربعة اعتبارات تجعل مشروعات حماية كبار السن استثماراً حقيقياً لقوة لا يستهان بها من السكان (٣١):

➤ أن كبار السن المبدعين يشكلون إسهاماً أساسياً لثراء الحياة الكندية والاقتصاد الكندي، فهم يشكلون ثروة من الخبرة والمعرفة والاستمرار والمساندة والحب للأجيال الأصغر.

➤ أن الشيخوخة التي يتوفر لها الصحة والحماية يمكن أن تقلل من الآثار السيئة المترتبة على الأمراض المزمنة وصور العجز في أواخر الحياة، ومن ثم التقليل من مصادر الإنفاق طويلة الأجل.

➤ أن العمل المستمر برؤى جديدة، والبناء على ما هو قائم، ودعم المبادرات في مجال العناية بكبار السن، يقدم نماذج يمكن أن تحتذي في مجالات أخرى.

➤ أن الكنديين من جميع الأعمار يعتقدون أن الجهود التي

تبذل لرعاية المسنين وحفظ حياتهم عند مستوى صحى جيد، هى جهود تسير فى الطريق الصحى، إذ أنها تدعم القيم الأساسية التى يقوم عليها المجتمع: الاعتماد المتبادل، والعدل الاجتماعى، والاحترام.

وتشير هذه المعايير إلى أن سياسات حماية المسنين يُنظر إليها على أنها شكل من أشكال الاستثمار بالمعنى المادى والاجتماعى معاً. فهى توفر للمسنين صحة وجودة حياة تجعلهم منتجين على نحو دائم وتقلل تكاليف رعايتهم على المدى الطويل؛ وهى تعمل من ناحية أخرى على تقوية الروابط الاجتماعية وتدعيم القيم المحورية التى يقوم عليها المجتمع.

ب. المبادئ التى تقوم عليها حماية المسنين:

- مبدأ اللامركزية:

توفر الحكومة المركزية فى كندا عدداً من الخدمات لقطاع كبير من السكان من كبار السن. وبجانب سن التشريعات الخاصة بحماية كبار السن ومراقبة تنفيذ هذه التشريعات، تم إنشاء المجلس الاستشارى الوطنى للشيخوخة، وذلك لمساعدة وزير الصحة بشأن القضايا المتصلة بكبار السن، وضمان تمتع كبار السن

بالاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرارات الخاصة بهم. ومع هذا الاهتمام المركزى تقوم سياسات حماية كبار السن فى كندا على اللامركزية حيث تتحمل المقاطعات والأقاليم الفيدرالية مسئولية تلبية حاجات كبار السن. ويتحمل وزراء المقاطعات المسئولية عن تنفيذ إطار العمل الوطنى حول الشيخوخة والذى تم إصداره عام ١٩٩٨، وهو إطار يؤكد على أن كندا مجتمع لكل الأعمار يحقق لكبار السن الكرامة والاستقلال والمشاركة والإنصاف والأمن^(٣٢).

- تأكيد المسئولية الأسرية:

تكاد تكون حماية كبار السن فى كندا متدرجة من أسفل إلى أعلى والعكس. فإذا بدأنا من الحكومة ننتهى بالأسرة مروراً بالحكومات الإقليمية، وإذا بدأنا بالأسرة ننتهى بالحكومة المركزية مروراً بالحكومات الإقليمية أيضاً. فما تزال العائلة مصدر سند ومساعدة لكبار السن رغم الفردية وتشنت العائلات. فالأقرباء والأصدقاء يؤمنون حوالى ٨٠% من الرعاية الصحية الضرورية لكبار السن. وتأخذ هذه المساعدة صوراً مختلفة من بينها: الرعاية المنزلية، وتحضير وجبات الطعام، والنقل، والمرافقة والتسوق. ويواصل المسنون الاستفادة من مساعدة عائلاتهم وأصدقائهم حتى وإن كانوا يعيشون فى مؤسسات رعاية لفترات طويلة^(٣٣).

وترجع أهمية الأسرة هنا فى أنها تقدم الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية وهما ضروريان لمرحلة الشيخوخة. فالشخص لا يشعر هنا بأن المجتمع قد تخلى عنه عندما كبر سنه، بل يشعر بأنه ذو أهمية، ويجد أن المجتمع كله بحكومته وأجهزته المحلية وأسرته فى جانبه.

- التشبيك المدنى لخدمة الشيخوخة:

إذا كانت الأسرة تلعب دوراً كبيراً فى تقديم العون لكبار السن، فإن فكرة العون والمساعدة التطوعية تصبح أحد المبادئ الأساسية التى تقوم عليها سياسة حماية كبار السن. وهنا تأتى أهمية المجتمع المدنى، ودور التشبيك على المستوى الوطنى والدولى. وتنتشر فى كندا شبكة كبيرة من المنظمات المدنية العاملة فى مجال حماية الضعفاء وكبار السن خاصة، وهناك منظمات تعمل على المستوى الوطنى من أهمها منظمتان: (١) منظمة مساعدة كبار السن Help the Aged Canada وهى تعمل على تقديم برامج لسد حاجات كبار السن، وتوفر معلومات حول دور كبار السن فى تغيير وجهة المجتمع الكندى المعاصر؛ (٢) والمنظمة الكندية للشيخوخة Canadian Association on Gerontology وهى تعمل على تحسين نوعية حياة كبار السن، كما توفر معلومات حول قضاياهم. وتتعاون هاتان المنظمتان مع

المنظمات العالمية العاملة في مجال كبار السن ومن أهمها
الاتحاد الدولي للشيوخ Federation for International
Aging، والمنظمة الدولية لمساعدة كبار السن Help
Age International (٣٤). ويعمل التشبيك الوطني
والدولي على توفير أكبر قدر من المعلومات حول نظم
حماية كبار السن، كما يعمل على تبادل الخبرات
والمبادرات التي تدعم السياسة الوطنية لحماية كبار
السن.

- تكاملية الحماية:

تقوم الحماية الاجتماعية لكبار السن في كندا على مفهوم
تكاملية الحماية الاجتماعية. وتأكيداً على ذلك قامت
وزارة الصحة في كندا بتكليف أحد المعاهد المتخصصة
بدراسة قضية تكاملية الحماية الاجتماعية في كندا.
وأصدر المعهد دراسة هامة في هذا الصدد عرف فيها
مفهوم الرعاية المتكاملة وأهميتها، ومظاهرها بالنسبة
لكبار السن في كندا (٣٥). وتعمل تكاملية الحماية على
تكاملية الجوانب المادية والصحية والنفسية والاجتماعية
في مفهوم شامل للحماية الاجتماعية لكبار السن. ويفيد
مبدأ التكامل أيضاً في أنه يوفر حماية قصوى، ومن ثم
فإنه يحقق استثماراً أفضل على المدى الطويل.

ج . نماذج من سياسات حماية كبار السن:

- برنامج كفالة كبار السن:

دخل هذا البرنامج حيز التنفيذ عام ١٩٥٢ ليحل محل تشريع سابق صدر عام ١٩٢٧، ويتم تمويله من إيرادات الضرائب العامة لحكومة كندا. وبمقتضى هذا البرنامج تقدم مساعدات (مالية) لكبار السن تتقاسمها الحكومة الفيدرالية وحكومات المقاطعات. ويعتبر برنامج كفالة كبار السن أحد الأركان الأساسية لنظام دخل التقاعد فى كندا (المعاش). وقد تم تعديل هذا النظام عدة مرات ليُدخل تحسينات على نظام المعاشات منها تخفيض سن أهلية الحصول على الكفالة (أو الضمان) من ٧٠ سنة إلى ٦٥ سنة؛ ومنها تقديم دخل إضافى بناء على التكلفة السنوية للحياة؛ وعمل قياس للتكلفة كل أربعة شهور؛ وإعطاء بدل للزوج أو الزوجة؛ وتبسيط الوصول إلى المساعدات وتسلمها، وإمكانية دفع المعاش خارج كندا إذا كان صاحب المعاش قد عاش داخل كندا مدة لا تقل عن ٢٠ عاماً بعد بلوغه سن ١٨ سنة^(٣٦).

- المجمعات الطبية لرعاية المسنين:

ذكرنا آنفاً أن وزارة الصحة الكندية حريصة على أن تكون الرعاية الصحية لكبار السن رعاية متكاملة. ونظراً لتفاقم المشكلات المرضية لكبار السن، فقد أقدمت الحكومة (الحكومات المحلية أيضاً) على إنشاء ما يسمى بالمجمعات الطبية، التي يكون بعضها مخصصاً للمسنين. وتشهد المجمعات الطبية في كندا تقدماً كبيراً في مجال تقديم الخدمات الطبية لكبار السن وذوى الاحتياجات الخاصة. وعلى سبيل المثال فإن المجتمع الجامعي لمسنى مونتريال يؤمن الرعاية الطبية اللازمة لمرضى الأمراض الخبيثة التي تحتاج لطول انتظار ورعاية. ويقدم هذا المجتمع طاقة سريرية تصل إلى ٤٥٢ سريراً، كما يضم متخصصين وفنيين وعمال يصل عددهم إلى حوالي ١٠٠٠ عامل، ويتضمن المجتمع مركزاً للأبحاث الكفيلة بتحسين صحة كبار السن. وإذ تقدم هذه المجمعات الطبية كافة الخدمات الطبية والبحثية المتعلقة بالمسنين، فإنها تحاول تحقيق نوع من التأمين الصحى عليهم عبر توفير حالة من الرعاية الصحية المستدامة. وتتعاون هذه المجمعات مع المجتمع المدني؛ إذ تفتح أبوابها للمتطوعين الذين يلتفوا حول الفريق الطبى والأكاديمى للمشاركة فى اقتناء المعرفة والمساعدة فى تقديم كل سبل الرعاية والعون للمسنين، بجانب رعاية البحث العلمى من أجل حل مشكلات المسنين^(٣٧).

- التشاور ولجان المشورة:

توفر كندا أيضاً التشاور المباشر ومشاركة كبار السن في تصميم وتقييم البرامج الحكومية، حيث أنشأت مكاتب حكومية للشيخوخة على المستوي الوزاري أو ما يماثله، وهو ما عرف بشعبة الشيخوخة وكبار السن بوكالة الصحة العامة. وهذه الهيئة الاستشارية المكلفة نمطياً بمهمة إسداء المشورة للحكومة الكندية بشأن وضع وتنفيذ السياسات، كما أنها تعمل بمثابة الجهات الحارسة في سياق رسم السياسات الحكومية. ويمكن أن تشكل الهيئات الاستشارية آلية هامة تدمج عن طريقها الآراء وتيسر الإشراف الوثيق والمنظم على تنفيذ السياسات على الصعيدين المحلي والمجتمعي. كما يمكنها أن تؤدي دوراً في تقييم تأثير البرامج الجديدة وتحسين نتائجها.

- الرعاية التطوعية لخدمة المسنين:

ذكرنا آنفاً أن تجربة كندا تعد مثالية في الدور الذي تمنحه لأعضاء الأسرة لمعاونة المسنين. ونقدم هنا نماذج من هذه المساعدة. حيث تشير التقارير إلى أن واحداً من كل أربعة من الكنديين العاملين في مجال الرعاية الاجتماعية يعملون في مجال رعاية المسنين، وأن ٧٥% منهم من النساء في منتصف العمر اللاتي ترعن أحد الوالدين ممن يعانون من مشاكل صحية

مزمنة. وتشجع الحكومة الكندية هذا النوع من الرعاية الذى يقدم فى شكل عمل تطوعى غير مدفوع الأجر يقوم به أقارب كبار السن أو آخرين يرغبون فى مثل هذا العمل. وتشير الإحصاءات لعام ١٩٩٦ إلى أن هناك ٢٠٠ مليون كندى انخرطوا فى رعاية تطوعية لأقاربهم أو أصدقائهم أو جيرانهم من كبار السن. وكان ٦/١ هؤلاء من النساء. ويقضى معظمهن حوالى خمس ساعات فى اليوم فى هذه الرعاية التطوعية، فى مقابل ثلاث ساعات للرجال. وتتقسم مهام تقديم الرعاية التطوعية إلى قسمين: أنشطة وسيطة مثل إعداد وجبات الطعام والقيام بالأعمال المنزلية أو توفير وسائل النقل؛ وأنشطة الرعاية الشخصية مثل الاستحمام وارتداء الملابس واستخدام المراض والتغذية. ولقد أظهرت نتائج البحوث التى تجرى على هذه الخدمات التطوعية أن الغالبية العظمى (حوالى ٦٠%) يساعدون واحداً فقط من كبار السن من الأقرباء، وأن حوالى الثلث (٣٢%) يساعدون اثنين من كبار السن، وأن الأقلية (٨%) يساعدون ثلاثة أو أربعة، وأن ١٠% يقدمون الرعاية للأجداد^(٣٨).

٤. فرنسا: التطوير المستمر لمواجهة تحديات كبرى:

أ. الإطار العام لإستراتيجية الحماية:

تعد فرنسا من الدول المتقدمة فى سياسات حماية كبار السن، حيث يصل العمر المتوقع بين الفرنسيين ٨١,٧ سنة

(وفقاً لتقرير التنمية البشرية ٢٠١٣) . وقد أدى النقص الشديد في معدلات المواليد والتحسين في خدمات الرعاية الصحية إلى أن يصبح حوالي ١٦,٩% من السكان في عام ٢٠١١ في عداد كبار السن (٦٥ عاماً فأكثر)، من بينهم حوالي ٥,٥% تزيد أعمارهم عن ٨٠ عاماً. وتنفق فرنسا حوالي ١,٨% من الناتج القومي على الرعاية طويلة المدى. و يحصل معظم كبار السن في فرنسا (حوالي ٧٠%) على هذه الرعاية في مؤسسات تديرها الدولة ، بجانب الرعاية المنزلية ، حيث تشير الإحصاءات إلى أن ٦,٧% من كبار السن يحصلون على رعاية مؤسسية طويلة المدى، يحصل نسبة ٦,٥% منهم على هذه الرعاية في منازلهم^(٣٩).

ورغم ما يبدو من اهتمام ظاهر بكبار السن، إلا أن هناك عديد من صور المعاناة التي يُخبر عنها كبار السن أو التي تؤكدتها الدراسات والبحوث؛ و تتركز أهم صور هذه المعاناة في الإهمال، والاستغلال، والعنف بكل صورته. ومن ثم تواجه الحكومة الفرنسية تحدياً كبيراً فيما يتعلق بسياسات حماية المسنين. حقيقة أن هذه الانتهاكات موجودة في كل المجتمعات، ولكنها تبدو في فرنسا كما لو كانت أكثر حدة. لذا فقد قطعت استراتيجيات حماية المسنين شوطاً طويلاً في سبيل التطوير المستمر للسياسات والبرامج من أجل مواجهة كل حاجات المسنين وحماية استقلالهم وحمايتهم من الاستغلال. ولقد بدأت هذه

السياسات بما يعرف بتقرير لاروك Laroque report عام ١٩٦٢. لقد دعا هذا التقرير إلى سياسة تعمل على الحفاظ على كبار السن، وضمان تكيفهم مع البيئة التي يعيشون فيها لكي لا يشعرون بالعزلة. ومع بداية السبعينيات بدأت بعض السياسات التي دعا إليها هذا التقرير في التنفيذ. ومن ذلك مثلاً بناء مساكن لكبار السن، وتنظيم أوقات للمتعة لهم، وتقديم مساعدات منزلية لمن يطلبها، وإنشاء مراكز للإيواء مع توفير الرعاية الصحية الضرورية، وإنشاء مراكز للعلاج الطبي لكبار السن. وفي عام ١٩٧٥ تم إصدار قانونين يتعلق الأول بتقديم مساعدات للمعوقين، ويتعلق الثاني بمؤسسات الرعاية الصحية. وفي عام ١٩٧٨ تم تأسيس وحدات الإقامة الطويلة بالمستشفيات والتي يتحمل صندوق الأمن الاجتماعي جزءاً كبيراً من تكاليفها^(٤٠).

ومع ذلك فقد صدر في عام ١٩٨١ ومع بداية تنفيذ الخطة الثامنة للتنمية تقرير حول الشيخوخة أعلن استمرار بعض الجوانب السلبية في سياسات رعاية المسنين مثل نقص الرعاية المنزلية، ونقص المساكن، ووحدات الرعاية طويلة المدى، وقد استدعى هذا الأمر أن يتم لأول مرة تعيين وزير دولة لأصحاب المعاشات وكبار السن، الذي بدأ مشروعاً مع الحكومة المركزية. كما تم مع نهاية الثمانينيات تدشين قطاع للرعاية الأسرية (بحيث يمكن

للأسرة استضافة أحد المسنين نظير أجر تدفعه أسرته) على أن تقدم الدولة كافة أشكال الرعاية الصحية لهم، بما في ذلك رعاية التمريض، في تعاون كلى بين الأهل والأقارب والأصدقاء، والجيران والمتطوعين لخدمة المسنين. ولقد تطور هذا النظام في السنوات الأخيرة إلى نظم محلية لرعاية المسنين في المناطق السكنية (مناطق الجيرة) حيث تتعاون كل منطقة في تنظيم خدمات للمسنين، وكذلك تطوير نظم محلية للرعاية التمريضية، وتقوم هذه الخدمات على جهود تطوعية عبر منظمات ومؤسسات مدنية (٤١).

ورغم ذلك فإن الخطاب السياسي والثقافي والاجتماعي لا يمل من نقد سياسات الحكومة تجاه المسنين، وإلقاء الضوء على المشكلات ومظاهر الاستغلال والإهمال والعنف التي يتعرضون لها. وقى مقابل هذا النقد تقوم الحكومة بتطوير خدمات حماية المسنين كما رأينا، وعلى نحو دائم. ويعكس هذا وظيفة النقد في التطوير الدائم، والطريقة التي تستجيب بها الحكومة في مواجهة هذا النقد وسوف نعود إلى هذه النقطة مرة أخرى.

ب. المبادئ التي تقوم عليها الحماية:

➤ المرونة: البحث الدائم عن الأفضل:

لعل هذا المبدأ يميز معظم سياسات حماية المسنين، في الدولة التي تعرف سياسات مخططة في هذا المضمار، ولكنه أوضح ما يكون في تجربة فرنسا حيث تستجيب الدولة بشكل منظم للمستجدات والمطالب الجديدة، وتسن من التشريعات، وتنفذ من السياسات ما يلبي هذه المطالب. وغالباً ما ترتبط المرونة بالاستجابة للانتقادات البناءة للسياسات الاجتماعية للدولة، ولذلك فمن السهولة بمكان أن نستبدل مفاهيم الانعكاسية والتأمل الذاتي والنقد الذاتي هنا بمفهوم المرونة. فالنسق قادر على أن يولد من داخله نقداً بناءً لتطوير ذاته وتطوير الأداء داخله. وتعد سياسات كبار السن في فرنسا نموذجاً لهذه الاستجابة الإيجابية للنقد، التي تفضي إلى مرونة في تخطيط السياسات وتنفيذها. ويمكن اعتبار هذا النمط من العمل طريقة أوروبية، ويتضح ذلك من تتبع مسار الاهتمام بكبار السن في أوروبا بشكل عام؛ إذا ينتقل الاهتمام من نطاق الدول إلى نطاق المجتمع الأوروبي بأسره. ويبدو ذلك جلياً من الاطلاع على بعض التقارير والأنشطة العلمية التي تقوم بها اللجنة الاقتصادية، ومن أهمها المؤتمر الوزاري الذي عقد في شهر سبتمبر ٢٠١٢^(٤٢)، تحت شعار "ضمان مجتمع لكل الأجيال: تطوير نوعية الحياة والشيخوخة

النشطة" وذلك للتعرف على التحديات التي تواجه كبار السن وسبل حلها من أجل حياة كريمة لهم.

➤ تأكيد استقلالية كبار السن:

تعتبر مسيرة السياسات الاجتماعية في فرنسا هي مسيرة لتأكيد فكرة الاستقلال *autonomy* لكبار السن لتحل محل فكرة الاعتماد (أو الإعالة) *dependence*. لذلك فقد احتلت فكرة الاستقلال مساحة في الجدل السياسي حول حماية كبار السن، خاصة بعد عام ١٩٨٦، والذي نشر فيه تقرير *Theo Braun* حول كبار السن. لقد حدد هذا التقرير الأسباب الرئيسية في الاعتماد أو الإعالة، واقترح أن لا يتم التعامل مع مشكلات المسنين من خلال هذا المفهوم وأن يحل محله مفهوم الاستقلال الذي ينبع من الأمن الاجتماعي لهذه الفئة. وظهر بعد ذلك سلسلة من التقارير وجميعها تؤكد فكرة الاستقلال، بل أن بعض هذه التقارير قد اقترحت نصوصاً قانونية لتحقيق الأمن والاستقلال لكبار السن^(٤٣). ولقد كانت كل الأفكار التي تطرح حول مفهوم الاستقلال تقدم في إطار اقتراحات عن برامج وخدمات محددة كفيلة بتحقيق هذا الاستقلال، صحيح أن هذه الاقتراحات والقوانين لم تنفذ جميعاً، ولكنها خلقت -فيما أظن- تراثاً خاصاً بالتجربة الفرنسية، وأعنى البحث عن مفهوم محدد يتم

الانطلاق منه لرسم سياسات حماية المسنين، ألا وهو مفهوم الاستقلال. لقد أصبح هذا المفهوم مفهوماً أصيلاً في سياسات الحماية الفرنسية، بل أصبح مفهوماً يؤشر على أن الأصل في تقديم الحماية هو الفرد، بحيث لا تمنعه أية ظروف من أن يحقق إنسانيته وذاتيته، أي أن يحقق استقلاله عن الآخرين.

➤ التقاء الجهود الأهلية والحكومية:

تعمل الحكومة بشكل دائم على سن قوانين الرعاية الاجتماعية لكبار السن وتطويرها، مع التطوير الدائم لنظام المعاشات المعروف بنظام الأمن الاجتماعي. ولكن في حالة كبار السن لا تستطيع الحكومة الاستغناء عن الجهود الأهلية والأسرية. لذلك فإن النظرة العامة للسياسات الاجتماعية للحماية في فرنسا تدل على حالة من الانتقال من الدعم الذي تقدمه الحكومة إلى مفهوم الاختيار الحر الذي يجعل الشخص يختار نمط الرعاية الذي يحتاجه، ويجعل للأسرة دوراً في هذا الاختيار. بل يمكن القول أن الرعاية تقدم في الأساس إلى الأسرة. لذلك فإن جل الخدمات التي يحصل عليها كبار السن يحصلون عليها في شكل رعاية منزلية داخل الأسرة، حيث تفوق نسبة كبار السن الذين يحصلون على رعاية منزلية نسبة من يحصلون على رعاية نظامية (في المستشفيات أو بيوت الإيواء) (7% في مقابل 6,1%)، كما أن نسبة

كبار السن ممن يعيشون مع أبنائهم داخل الأسرة تصل إلى حوالي ٢٠% ، وهي نسبة تفوق دول أخرى في أوروبا (١٤% ألمانيا، ٨% هولندا، ٥% السويد) (٤٤). ويدل ذلك على أهمية الأسرة في حياة كبار السن، وأهميتها في تقديم الرعاية وغالباً تقوم منظمات المجتمع المدني بدور وسيط بين الأسرة وبين الحكومات المحلية والحكومة المركزية في تقديم خدمات الحماية وتنسيقها.

ج. نماذج من السياسات الاجتماعية لحماية كبار السن في فرنسا:

➤ سياسات الرعاية طويلة المدى:

تقوم سياسة الرعاية طويلة المدى على نظام للتأمين الصحي يتم بمقتضاه تقديم رعاية طيلة الحياة (طويلة المدى). ويعتمد هذا النوع من الرعاية على نظامين يحصل عليهما كبار السن حسب اختياره أو اختيار أسرته: الأول هو الرعاية المنزلية حيث يحصل المسن على رعاية منزلية أو تمريض منزلي، والثاني هو الرعاية في المؤسسات أو في بيوت الإيواء. وقد تم التوسع في هذه السياسات إلى درجة أن وصل عدد المقيمين في مؤسسات رعاية عام ٢٠٠٧ حوالي ٦٥٧.٠٠٠، كما تم إقامة عدد كبير من منازل كبار السن (حوالي ٦٥٠٠ منزل تقليدي، و ٢٨٠٠ منزل

إيواء ، وحوالي ٩٠٠ منزل للتمريض). وتدار معظم هذه المساكن من خلال الدولة (٥٧%)، والمجتمع المدني (٢٧%)، والقطاع الخاص (١٦%). ويعمل في هذه المراكز حوالي ١٤٠٠٠٠ من طاقم التمريض والعناية، منهم حوالي ٩٢% من النساء (٤٥).

➤ سياسة الأمن الاجتماعي:

يعرف هذا النظام في فرنسا اختصاراً بنظام La secu أي الأمن الاجتماعي Security Social، ويغطي هذا النظام حالات المرض، والشيخوخة، ودعم الأسرة والحوادث. وبالنسبة لكبار السن يوفر هذا النظام معاشاً دائماً لهم، ويرعاهم جميعاً من الناحية الصحية. ورغم أن المعاشات تصرف لمن سبق لهم العمل في الحكومة أو القطاع الخاص، إلا أن هذا النظام يضمن حداً أدنى من المعاش يصرف لكل مواطن فرنسي. ويقدم هذا النظام أيضاً مساعدات مالية للأرامل من الرجال والنساء دون التعلق بكبار السن (حيث يصرف مساعدات الأرامل بدءاً من ٥٥ عاماً، ومن المعروف أن الأرامل الأصغر من ذلك يخضعن لنظام تأمين خاص). ويمول هذا النظام عادة من مساهمات يدفعها العاملون أثناء عملهم، ولكن ثمة اتجاهات معاصرة لتخفيف هذه المساهمات عن ذوى

الأجور القليلة، كما تساهم فيه الحكومة (بنسبة لا تقل عن ٣%)، ويساهم فيه أصحاب الأعمال (بنسبة تصل إلى ٨%)، والضرائب التي تدفعها الأسر (بنسبة تصل إلى ١٩%). ويعمل هذا النظام كمظلة حماية كبرى، تصب في نظام الحماية طويلة الأجل التي أشرنا إليها من قبل (٤٦).

ثالثاً : الدروس المستفادة:

إلى أي مدى يمكن أن يفيد درس هذه التجارب في اشتقاق دروس مفيدة تصبح أساساً لبناء إستراتيجية خليجية لحماية كبار السن؟ نحاول في هذا الجزء أن نستخلص هذه الدروس، واضعين في اعتبارنا خصوصية المجتمعات العربية؛ فالأصل في الحماية أن تتأسس في ضوء ظروف السياق الاجتماعي والثقافي كما أكدنا من قبل.

١. الحماية مفهوم شامل:

ثمة منظوران للحماية أحدهما حقوقي- قانوني يعتمد على سن تشريعات لسد حاجات كبار السن وحماية حقوقهم؛ والآخر ثقافي- اجتماعي يعتبر أن الحماية تتعلق بتوفير البيئة الثقافية والاجتماعية الملائمة للعيش الكريم وجودة الحياة. والحقيقة أن المدخلين يمكن أن يترابطا في مدخل تكاملي ينظر إلى الحماية بوصفها إطار اجتماعي وقانوني، على اعتبار أن توفير البيئة

الأمنة، والحياة ذات النوعية الجيدة، لا يمكن أن يتحقق دون إطار تشريعي.

٢. كبار السن ليسوا قوة عاطلة:

ومن الأهمية بمكان أن يتم الاتفاق على دور لكبار السن في الحياة. يتطلب ذلك بداية التخلي عن مفاهيم الإعالة والاعتماد على الآخرين والضعف إلى آخر هذه المفاهيم التي تؤسس لمدخل إعالى. وفي المقابل يجب تبني مفاهيم الإيجابية والاستقلال والأهمية. فنحن بحاجة إلى نظرة إيجابية لكبار السن، وأن ننظر إليهم بوصفهم ثروة من الخبرة، وأنهم طاقة يمكن الاستفادة منها. فإن رعايتهم ليست منحة من المجتمع، بل حق لهم كمواطنين يعيشون فترة معينة من حياتهم.

٣. فتح أدوار وفرص عمل للمسنين:

إذ لم يكن المسنون عالة على المجتمع، فلا بد أن تتبنى إستراتيجية حماية المسنين فتح أبواب عمل لهم، أو حتى فتح أدوار لهم للمشاركة أو إعادة النظر في سن التقاعد. ويمكن تحقيق ذلك بطرق ثلاث: الطريق الأول هو إتاحة فرص عمل للقادرين على العمل من المسنين، والطريق الثانى هو إتاحة أدوار للمشاركة، خاصة في منظمات المجتمع المدنى (تشجيع منظمات المجتمع المدنى على تخليق أدوار لمشاركة المسنين والاستفادة بخبراتهم، وتقديم انجازاتهم وإبرازها في وسائل الإعلام). والطريق الثالث هو إعادة النظر في سن التقاعد للقادرين على العمل؛ أما بمد سن

التقاعد ، أو جعل الاستمرار في العمل أمر اختياري يحدده
المسن وفقا لاستعداده وقدرته على العمل.

٤. اختيار شعار لتسجيل كبار السن:

دأبت كثير من الدول على تسمية كبار السن بمسميات من شأنها
أن تمكنهم وتضفي على وجودهم قدراً من المعنى، ومن هذه
المسميات الأكثر شهرة: المواطنين المجلين Seniors citizens
أو الكبار المحترمين Seniors. ونحن لا نطالب هنا بإطلاق
نفس المسميات، ولكن يمكن أن تشتق إستراتيجية حماية المسنين
مفهوماً من التراث المحلى: كالشيوخ الكبار، أو عليّة القوم، أو
قادة القافلة، أو أهل الخبرة (الخبراء) ... الخ.

٥. جدوى المعلومات والبحوث:

من الأمور الهامة في تكوين إستراتيجية لحماية كبار السن
التعرف على خصائصهم وحاجاتهم، والعمل على تكوين شبكة
معلومات للجهات البحثية والاجتماعية التي تعنى بهم. وفي هذا
الإطار يتجه العمل في محورين: الأول بحثي لجمع وتوثيق
البيانات حول كبار السن وحاجاتهم و المشكلات التي تواجههم
وبخاصة مشكلات العنف والإساءة التي قد يتعرضون لها؛ والثاني
معلوماتي حيث يمكن تكوين قاعدة (قواعد) بيانات حول المسنين
و الجهات التي تُعنى برعايتهم .

٦. شراكة المجتمع المدني و الخاص:

الدولة هي المسئولة الأولى عن إستراتيجية حماية المسنين، ولكن التجارب التي عرضناها أشارت علي أهمية شراكة المجتمع المدني والخاص في تنفيذ برامج حماية المسنين، خاصة فيما يتعلق بالخدمات التالية: توفير منازل إيواء مريحة ونظيفة وصديقة للبيئة والمسن؛ تقديم خدمات منزلية للمسنين ممن لا يستطيعون خدمة أنفسهم؛ تقديم خدمات التطبيب والتمريض؛ تقديم خدمات التأمين الصحي خاصة للذين يعملون من القطاع الخاص.

٧. التكامل والمرونة:

إن تكامل السياسات و مرونتها في التعامل مع الواقع المتغير لكبار السن يعد أحد الركائز الهامة؛ فالظروف من حول كبار السن متغيرة، وهم يحتاجون دائما إلي تلبية حاجاتهم علي نفس الدرجة التي يتوقعونها، لذا فإن السياسات يجب أن تكون مرنة بحيث تتواءم مع هذه الظروف المتغيرة. كما أن تكامل السياسات لتغطي كافة الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية لكبار السن يعمل علي تدعيم النظرة الإنسانية المتكاملة، ويقدم سياسات طويلة المدى لا تقوم علي الترقيع الآني وإنما تقوم علي الرؤية الشاملة والمتكاملة.

٨. الأسرة شريك أساسي:

تلك قاعدة هامة خاصة في الوطن العربي الذي تعتبر الأسرة فيه من المؤسسات ذات الأولوية. إن رعاية الدولة للمسنين يجب أن

تتم من خلال الأسرة، وأن تقوم الأسرة بدور الشريك الأساسي في تنفيذ برامج حماية كبار السن. ويمكن للأسرة أن تلعب دورا في القرارات المتعلقة بكبار السن، والمشاركة الحقيقية في رعايتهم، عن طريق المشاركة المنزلية وتقديم الخدمات التطوعية في منازل المسنين الذين يعيشون بمفردهم وأن تعمل علي غرس فكرة العناية بكبار السن لدي النشء.

٩. الدخل الثابت و ضمان الاستقلال والأمن:

أوضحت الخبرات الدولية السابقة أن المعاشات التقاعدية لكبار السن قد لا تؤدي بالضرورة إلى القضاء على الفقر لدى كبار السن، كما توجد أيضاً فروق كبيرة في الدخل بين أصحاب المعاشات التقاعدية. وعادة ما تكون النساء من أصحاب المعاشات التقاعدية أفقر من الرجال في مرحلة العمر نفسها، وذلك يرجع جزئياً إلى أن كبار السن من النساء لم يساهمن بالقدر نفسه في سوق العمل ولم يحصلن على معاشات تقاعدية خاصة بهن. ونجد أن النساء المسنات أكثر عرضة للفقر من الرجال المسنين، وذلك لأن النساء أكثر عرضة للعيش بمفردهن عند تقدم العمر.

ومن ثم فـضمان معاش ثابت لكبار السن مع مراعاة الفروق بين الذكور والإناث هو أحد الضمانات الهامة لتحقيق استقلاليته وأمنه. ويجب أن يغطي هذا المعاش من سبق لهم العمل ومن لم يسبق، وأن يكون معاشاً كافياً ومتغيراً وفق تغير الظروف. حقيقة أن نظرة المجتمع للمسنين، وموقف الأسرة والدولة، وكفاءة الخدمات وتدفعها، كل ذلك يسهم في ضمان أمن المسنين

واستقلالهم، ولكن وجود دخل ثابت، يعني الاستقلال المادي الذي هو أساس كل استقلال.

الهوامش

(١) رضا عبد الودود، المتقاعدون، خزانات الخبرة المهملة، ٢٠١٠ (متاح على الموقع التالي: www.almoslim.net)

(٢) أحمد رضا، معجم متن اللغة، المجلد الثاني، ص (١٧٢).

(٣) أحمد محمد بن علي المغربي القيومي، المصباح المنير في غريب الشرح الكبير ص (١٥٣).

(٤) انظر إلى التحديد الصادر عن الأمم المتحدة: الأمم المتحدة، ٢٠٠٠، تحسين الحماية الاجتماعية وتقليص الضعف في زمن العولمة- "Enhancing social protection and reducing vulnerability in a globalizing world" تقرير الأمين العام إلى لجنة التنمية الاجتماعية عن دورتها التاسعة والثلاثين E/CN.5/2001/2، واشنطن العاصمة: المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة.

(٥) انظر المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، متاح على الموقع الالكتروني:

<http://www.un.org/ar/documents/udhr/>

(٦) أحمد زايد، سياسات حماية الأطفال في دول الخليج، ندوة الخبراء لدراسة سبل حماية الطفولة ف دول الخليج، مكتب اليونيسيف بالرياض يناير ٢٠١٣. ص ٢.

(٧) انظر إعلان برازيليا: المؤتمر الإقليمي الثاني للحكومات حول التعمير في بلدان أمريكا اللاتينية وجزر الكاريبي: نحو مجتمع لكافة الأعمار والأجيال وحماية اجتماعية تستند على الحقوق متاح على الرابط التالي: www.eclac.org/celade/brasil

(8) S.Huenchuan and L.Rodriguez–Pinero, Aging and the protection of Human Rights, Eclac, 2011, online: [social,un.org/education](http://social.un.org/education).

(9) Eclac, Shaping the future of social protection, Santiago, chile, march, 2004.

(١٠) جريدة قاسيون: اليابان تتصدر العالم في معدلات الشيخوخة، متاح على الرابط التالي:

<http://www.kassioun.org/index.php?mode=arceivbody&id=195768>.

(11) A.Schad– Sefert, “coping with Low Fertility, Japan's Government Measure for Gender Equal Society”, Working Paper 06/4. German Institute for Japanese Studies. 2006.

(12) Japanese Cabinet, Direction and strategy for the Japanese Economy Cabinet Decision, 18 January, 2008.

(١٣) الجمعية العامة للأمم المتحدة، تقرير وطني مقدم وفقاً للفقرة ١٥ (أ) من مرفق قرار مجلس حقوق الإنسان، اليابان، مايو، ٢٠٠٨، الدورة الثانية.

(١٤) رضا عبد الودود، المتقاعدون، مرجع سابق.

(١٥) المجلس الاقتصادي والاجتماعي، لجنة التنمية الاجتماعية بوصفها اللجنة التحضيرية للجمعية العالمية الثانية للشيوخ، الدورة الثانية، ٢٥ شباط/ فبراير - ١ آذار/ مارس ٢٠٠٢، الأمم المتحدة.

(١٦) فائق بن مذيف المطيري: التأمين الصحي الاجتماعي (تجارب مفاهيم)، جريدة الرياض، متاح على الرابط التالي:
<http://www.alriyadh.com>

(١٧) مراكز كبار السن، عالم التطوع العربي، متاح على الرابط التالي:
[.http://www.arabvolunteering.org/corner/avt16952.h
tml](http://www.arabvolunteering.org/corner/avt16952.html)

(١٨) انظر حول إحصاءات كبار السن في بريطانيا:
Age UK& later life in United Kingdom, April,2013.
[www. Ageuk.org/ Documents.](http://www.Ageuk.org/Documents)

- (19) British Institute of Human Rights, your Human rights: A Guide For Older people , 2010. (www. Bihr.org.uk).
- (20) Department of Communities and planning Policy Framework Course, March, 2012.
- (21) Department of Health, Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services, January, 2006.
- (22) Department of Health, social Care Policy and Innovation, Prioritizing needs in the Context of

putting People first: A Whole system approach to eligibility for Social Care, England, 2010.

(23) h. Featherstone and L. Whitham, Careless: Funding Long- term Care for Elderly, Policy Exchange, London, 2010.

(24) Department of Health, National Service Framwork for older people, March, 2001.

(٢٥) المجلة الاقتصادية: بريطانيا تلغي التقاعد الإجباري عند سن ٦٥، الخميس ٩/٠٢/١٤٣٢ هـ. الموافق ١٣ يناير ٢٠١١ العدد ٦٣٠٣. متاح على الرابط التالي:

http://www.aleqt.com/2011/01/13/article_491198.html

(26) J. Pannel and L. Blood, “ Supported Housing for older people in The U.K. Joseph Rowntree Foundation, 12 December, 2012.

(٢٧) سيلفيا فونتر يليني، مساكن جديدة للسكان المسنين في المملكة المتحدة، متاح على الرابط التالي:

www.ariclsplene.com

(٢٨) الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية في العالم ٢٠٠٧، التنمية في عالم يشيخ، نيويورك ٢٠٠٨.

(٢٩) برلمان كندا، الشؤون الاجتماعية، متاح على الرابط التالي:
<http://www.part.gc.ca/content> .

(30) Canadian Heritage, Seniors and Human Rights, on line: www.pch.gc.ca, (Visited 13.4.2013).

(31) Government of Canada, Healthy Aging in Canada, A **Background** Paper, September 2006.

(32) Canadian Heritage, Seniors and Human Rights, Op. Cit.

(٣٣) شيخوخة السكان في كندا: أوهام وحقائق، متاح على الرابط التالي:
<http://www.recinet.ca/accent>

(٣٤) المرجع السابق.

(٣٥) انظر برنامج كفالة كبار السن في كندا، متاح على الرابط التالي:
<http://www.servicecanada.gc.ca>

(٣٦) انظر حول المجمعات الطبية في كندا الرابط التالي:

<http://www.sham-cafe.net/vb/showthread>

(37) Stya Brink, **Elder Care: The Nexus for Family's Work and Health Policy**, The Caledon Institute of Social Policy, October 2004.

(38) OECD, Help wanted? Providing and paying for long-term care, paris.2011.

www.oecd.org/health

(39) C.Martin, A.Math,E.Renaudr, caring for very young children and dependent Elderly people in France : Towards a commodification of social care, in : J. Lewis, (ed) Gender, social car and welfare state in Europe, Aldershot, Ashgate, 1998. Pp.149-155.

(٤٠) المرجع السابق ص ١٥٦-١٥٧

(41) UNECE Ministerial conference on “Ensuring a society for all Ages: promoting Quality of life and Active Aging, Vienna, 10 Sept. 2012.

(42) F.Kessler (ed) La Dependence des personnes agees: Un defi pour la droit de la protection sociale, press Universitaires de strasbourg, 1994.

(43) Nathalie Moral, Child- and elderly- care policy reforms in France, Germany, Belgiulm and the Netherlands, colloque International: Etat et Regulation social, 11-13 Sept. 2006. (Institute National D.Histoire de L, Art).

(44) OECD, Help wanted? Providing and paying for long- term care, paris.2011. op.cit.

(٤٥) أنظر حول نظام الأمن الاجتماعي في فرنسا

(46) International Group Program, Summary of social security and private Employee Benefits, France, 2012: www.igpinfo.com/public_documents

* * *

الدراسة الثالثة

التغيرات والمشكلات النفسية
المصاحبة للشيخوخة في دول مجلس التعاون

الدكتور توفيق عبدالمنعم

أستاذ علم النفس

التغيرات والمشكلات النفسية المصاحبة للشيخوخة في دول مجلس التعاون

الدكتور توفيق عبدالمنعم
أستاذ علم النفس

مقدمة:

تحظى قضايا واحتياجات المسنين ومشكلاتهم باهتمام مختلف دول العالم، ولقد أكدت الدراسات العلمية في مجال رعاية المسنين أن كبر السن مرحلة نمائية عادية من مراحل النمو، وتتطلب هذه المرحلة ضرورة العمل على وضع خطط تستهدف الاستفادة من جهود وخبرات المسنين وتوفير أوجه الرعاية التي تكفل لهم حياة كريمة مستقرة والعمل على دمجهم في المجتمع للمساهمة في تحقيق أهدافه، لذا فإن قضايا المسنين هي قضية تهتم كل البلدان الغنية أو النامية لما لها من تأثير على التنمية الشاملة.

وتولي دول مجلس التعاون الخليجي اهتماما كبيرا بالمسنين وقضاياهم ومشكلاتهم منذ فترة طويلة على سبيل المثال لا الحصر عقدت الندوة الخليجية الأولى لأمراض الشيخوخة ورعاية المسنين في الرياض عام ١٩٩٤ بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وكلية الطب جامعة الملك سعود ، وقد تناولت الندوة مشاكل المسنين الطبية والنفسية والاجتماعية من مختلف جوانبها وسبل التعاون معها. كما قامت دولة قطر بتنظيم مؤتمر الدوحة العالمي للمسنين عام ٢٠٠٥. كما عقدت الاجتماع الثاني للجنة الخليجية لرعاية المسنين في دولة الكويت في العام ٢٠٠٧ وقد تم خلال هذا الاجتماع وضع الإستراتيجية الخليجية لرعاية

المسننين، كما وضعت الخطوط العريضة لخطة إعلامية خليجية لرعاية المسنين. وقامت دولة الإمارات العربية المتحدة بتنظيم مؤتمر أبو ظبي العالمي للمسننين عام ٢٠٠٨. كما نظم المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون فعاليات الندوة الخليجية لرعاية المسنين في مدينة الرياض في عام ٢٠٠٩ ، وقد كان الهدف من الندوة إبراز النتائج التي تمخضت عنها الدراسة الوطنية لرعاية المسنين في المملكة العربية السعودية والتي يمكن أن تسهم في رسم سياسات رعاية المسنين بالمملكة والتعرف على الرؤى والتجارب الخليجية والإقليمية والدولية في مجال رعاية المسنين. إضافة إلي عقد دورة عمل حول سياسات حماية حقوق المسنين والعمل على إصدار ميثاق الرياض لرعاية المسنين.

المسننون في أرقام:

وتشير الأرقام والإحصائيات إلي تزايد أعداد المسنين في العالم حيث تصل نسبة منهم فوق سن ٦٥ سنة إلي ٢٠% في الدول الأوروبية، و ١٥% في الولايات المتحدة ، ونحو ٦% في مصر ، و ٥% في الهند، وينقسم المسنون إلي صغار المسنين (٦٥-٧٥ سنة)، وكبار المسنين (٧٥-٨٥ سنة)، والطاعنين في السن (فوق سن ٨٥ سنة)، وهناك اتجاه في العالم إلي زيادة المسنين بنسبة تصل إلي ٦٠% سنوياً مع تحسن وسائل الرعاية الطبية خصوصاً الطاعنون في السن، كما تشير الدلائل إلي زيادة توقع العمر Life expectancy وهو العمر الافتراضي للإنسان ليصل إلي فوق ٧٠ سنة للرجال و ٨٠ سنة للسيدات بعد أن كان هذا المتوسط هو ٤٠ سنة للرجال ، و ٤٥ سنة للمرأة في بداية القرن العشرين. وترتب علي زيادة أعداد المسنين ظهور مشكلات الشيخوخة ورعاية كبار السن في المجتمع .. وهنا نقدم عرضاً لهذه المشكلات

العصرية. والمنظور الإسلامي لها. والحل الذي قدمه الإسلام لرعاية المسنين. وتدل الأرقام علي تزايد أعداد المسنين (فوق ٦٥ سنة) في الدول المتقدمة والنامية والمثال علي ذلك:- السويد والنرويج: ٢٢%، وبريطانيا : ٢٠%، والولايات المتحدة: ١٥%. في مصر: ٦%، والهند : ٥%.

تصنيف الفئات العمرية للمسنين:

١. صغار المسنين: ٦٠ (أو ٦٥) - ٧٥ سنة.

٢. كبار المسنين: ٧٥ - ٨٥ سنة

٣. الطاعنون في السن: فوق سن ٨٥ سنة.

يوجد في العالم ٦٠٠ مليون فوق سن ٦٠ سنة، - يصل إلي مليار عام ٢٠٢٠ بزيادة ٧٥% مقارنة بالنسبة العامة التي لا تزيد عن ٥٠% فقط.

معدلات الزيادة أكبر في كبار المسنين والطاعنين في السن مقارنة بصغار المسنين.

(٧٠٠ مليون) عام ٢٠٢٠ (الغالبية في الدول النامية وليس المتقدمة).

مدي الحياة Life span للإنسان (١١٠-١٢٠) والعمر المتوقع expectancy Life في الدول المتقدمة والنامية للرجل والمرأة.

المئويون Centenarians تزيد أعدادهم (من ١٣٥ ألف قبل عقدين إلي ٢,٢ مليون حالياً)(لطفي الشربيني، ٢٠٠٨).

مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن:

اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن (القرار ٩١/٤٦) في ديسمبر ١٩٩١، وشجعت الحكومات على إدراجها في خططها الوطنية، متى أمكن ذلك، وفيما يلي لمحات من هذه المبادئ:

أولاً: الاستقلالية:

- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على ما يكفي من الغذاء والماء والمأوى والملبس والرعاية الصحية، بأن يوفر لهم مصدر للدخل ودعم أسري ومجتمعي ووسائل للعون الذاتي.
- ينبغي أن تتاح لكبار السن فرصة العمل أو فرص أخرى مدرة للدخل.
- ينبغي تمكين كبار السن من المشاركة في تقرير وقت انسحابهم من القوى العاملة ونسقه.
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الاستفادة من برامج التعليم والتدريب الملائمة.

- ينبغي تمكين كبار السن من العيش في بيئات مأمونة وقابلة للتكيف بما يلائم ما يفضلونه شخصيا وقدراتهم المتغيرة.
- ينبغي تمكين كبار السن من مواصلة الإقامة في منازلهم لأطول فترة ممكنة.
- ينبغي أن يظل كبار السن مندمجين في المجتمع، وأن يشاركوا بنشاط في صوغ وتنفيذ السياسات التي تؤثر مباشرة في رفاههم، وأن يقدموا للأجيال الشابة معارفهم ومهاراتهم.
- ينبغي تمكين كبار السن من التماس وتهيئة الفرص لخدمة المجتمع المحلي، ومن العمل كمتطوعين في أعمال تناسب اهتماماتهم وقدراتهم.
- ينبغي تمكين كبار السن من تشكيل الحركات أو الرابطات الخاصة بهم.

ثالثاً: الرعاية:

- ينبغي أن يستفيد كبار السن من رعاية وحماية الأسرة والمجتمع المحلي، وفقاً لنظام القيم الثقافية في كل مجتمع.
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية لمساعدتهم على حفظ أو استعادة المستوى الأمثل من السلامة الجسدية والذهنية والعاطفية، ولوقايتهم من المرض أو تأخير إصابتهم به.
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية والقانونية لتعزيز استقلاليتهم وحمايتهم ورعايتهم.

رابعاً: تحقيق الذات:

- ينبغي تمكين كبار السن من التماس فرص التنمية الكاملة لإمكاناتهم؛
- ينبغي أن تتاح لكبار السن إمكانية الاستفادة من موارد المجتمع التعليمية والثقافية والروحية والترويحية.

خامساً: الكرامة:

- ينبغي تمكين كبار السن من العيش في كنف الكرامة والأمن، ودون خضوع لأي استغلال أو سوء معاملة، جسدياً أو ذهنياً.
- ينبغي أن يعامل كبار السن معاملة منصفة، بصرف النظر عن عمرهم أو جنسهم أو خلفيتهم العرقية أو الإثنية أو كونهم من الأشخاص من ذوي الإعاقة، أو غير ذلك، وأن يكونوا موضع التقدير بصرف النظر عن مدى مساهمتهم الاقتصادية.

وقد تعددت التقارير التي تصدر عن الأمم المتحدة والتي تتعلق بالمسنين ومشكلاتهم وأساليب رعايتهم. فقد أشار تقرير السكرتير العام للأمم المتحدة عن المسنين ١٩٧٣م والذي وضع بناء على قرار الجمعية العمومية للأمم المتحدة رقم ٢٨٤٢ إلى وجود اختلاف في الأفراد بالنسبة لشيخوختهم، فالبعض تبدأ عليه مظاهر الشيخوخة في سن ٤٥ سنة بينما تبدو لدى البعض في سن ٧٥ ويبقى أغلب الناس فوق سن ٦٥ سنة في بيوتهم ويعتبرون قادرين نسبياً على رعاية أنفسهم بالرغم من تناقص

قدراتهم، ويشير التقرير إلى إن الكثير من المسنين يعيش في حالة جسدية ممتازة ليس فيها أي اضطراب أو عجز ذهني أو عقلي. وفي بعض الدول اعتبرت السن من ٦٠-٦٥ سنة سن الشيخوخة وصرف المستحقات، بينما حدد سن ٦٠ لصرف الاستحقاقات للرجل وسن ٤٥ للمرأة في دول أخرى.

كما أشار تقرير آخر صادر عن الأمم المتحدة لعام ٢٠٠٢م أن هناك زيادة في نسب كبار السن المعرضين لسوء المعاملة، رغم قلة الدراسات والإحصاءات التي تبين مظاهر وأشكال سوء المعاملة لكبار السن، كما أشار التقرير إلى تساوي نسبة حدوث هذه الظاهرة لدى الرجال والنساء إلا أن هناك بعض الدراسات التي أوضحت أن السيدات أكثر تعرضاً للإساءة من الرجال.

كما تضمن تقرير الأمين العام للأمم المتحدة والذي قدم في الدورة الثانية للجمعية العالمية الثانية للشيخوخة في مارس ٢٠٠٢ الكثير من ملامح سوء معاملة كبار السن على المستوى الدولي، وتضمن تحديد دقيق لمستويات الرعاية المقبولة عالمياً لفئة كبار السن.

مفهوم الشيخوخة Senility:

الشيخوخة عملية بيولوجية حتمية وهي تمثل ظاهرة من ظواهر التطور أو النمو التي يمر بها الإنسان، إذ أنها تعني مجموعة من التغيرات المعقدة في النمو والتي تؤدي مع مرور الزمن إلى تلف التركيب العضوي في الكائن الحي وبالنهاية إلى موته.

وتتخذ الإحصائيات سن ٦٥ قاعدة الشيخوخة، حيث تفترض أن معظم جماعة المسنين توجد فوق هذه السن ولا يوجد تحتها. ولكن الشيخوخة لا يمكن أن تقاس ببساطة بحسب السن أو بالتغيرات الفيزيولوجية فقط، حيث أن العوامل النفسية والاجتماعية تدخل أيضا في الصورة، ولذلك فإن مشكلة الشيخوخة ليست مشكلة جسمية صحية فقط ولكنها مجموعة من المشكلات الصحية والنفسية والذهنية والاجتماعية.

وتعد نظرية اريكسون (١٩٥٨). في النمو النفسي الاجتماعي من أكثر النظريات تأثيرا في فهم إستراتيجية التوافق لدى التقدم في السن (Johansson, 2002). ويرجع ذلك إلي أن اريكسون كان من أوائل العلماء الذين أكدوا على الأهمية النفسية لتشكيل الهوية الذاتية والاستمرار في المحافظة عليها خلال المراحل العمرية المختلفة. وعلى كونها تمثل القاعدة الأساسية في شخصية الراشدين، وأنها تستمر كذلك حتى نهاية العمر، وفي توضيح كيفية التوصل إلي التوافق الناجح عند التقدم في العمر، من خلال تكامل الأنا، ذكر أن مهمة الفرد في المرحلة الأخيرة من حياته تكون في أن ينظر إلي الماضي، ويحاول أن يدمج هذه الحياة بايجابياتها وسلبياتها في كل منسجم مترابط، وإذا تمكن الفرد من هذه المهمة، فإنه يستطيع أن يتقبل الخبرات السلبية الماضية، وان يطور تكامل وحكمة الأنا التي تمكن من التوافق الناجح مع نفسه ومع الآخرين، كما وقد تتضح مشاعر الغضب على الذات والآخرين، وهذا ما سماه اريكسون بأس الأنا (Ego Despair). (Glover, R.J. 1998).

إذا فالشيخوخة مصطلح نسبي من نواح عديدة، وربما يجب أن نفهمها لا بتعداد السنين وإنما بمدى الاستهلاك إذ أن ظهور بداية

الشيخوخة يختلف باختلاف الأشخاص وليس مقيدا بالعمر، ولذلك فرق الأطباء بين العمر الزمني وبين العمر البيولوجي.

وكلمة المسن في اللغة تعني الرجل الكبير ولذلك يقال أسنّ الرجل إذا كبر، وفي الاصطلاح هو كل فرد أصبح عاجزاً عن رعاية وخدمة نفسه إثر تقدمه في العمر وليس بسبب إعاقة أو شبهها وإن كانت بعض المنظمات الدولية تعرفه تعريفاً إجرائياً تسهيلاً للتعامل فتقول المسن هو (من تجاوز عمره الستين عاماً).

وإذا كان من المتفق عليه بأن الشيخوخة هي آخر مرحلة من مراحل النمو للإنسان، فإنه لا يوجد اتفاق محدد حول متى تبدأ هذه المرحلة، وفي أي عمر تبدو الخصائص الجسمية والمظاهر المميزة لهذه المرحلة؟.

وتختلف المصطلحات المستخدمة لوصف كبار السن اختلافاً كبيراً، حتى في الوثائق الدولية. فهي تشمل: (كبار السن) و (المسنين)، و(الأكبر سناً). و(فئة العمر الثالثة) و (الشيخوخة)، كما أطلق مصطلح (فئة العمر الرابعة) للدلالة على الأشخاص الذين يزيد عمرهم على ٨٠ عاماً. وتستخدم الأمم المتحدة مصطلح (كبار السن) وهو التعبير الذي استخدم في قراري الجمعية العامة ٥/٤٧ و ٩٨/٤٨. ووفقاً للممارسة المتبعة في الإدارات الإحصائية للأمم المتحدة، تشمل هذه المصطلحات الأشخاص البالغين من العمر ٦٠ سنة فأكثر، (تعتبر إدارة الإحصاءات التابعة للاتحاد الأوروبي أن (كبار السن) هم الذين بلغوا من العمر ٦٥ سنة أو أكثر، حيث أن سن إل ٦٥ هي السن الأكثر شيوعاً للتقاعد).

ولا يجب النظر للشيخوخة كمرض ولكن كعملية طبيعية تشمل التغيير التدريجي في الشكل والوظيفة والقدرة على تحمل الضغوط، وهو يبدأ من التدهور المتدرج الذي يحدث من قمة النضج البدني والصحي في العقد الثالث من العمر حيث تبدأ التغيرات الفسيولوجية المتعلقة بالسن مبكرا جدا عما نتصور.

ويعد علم نفس الشيخوخة Geropsychology علما حديثا نسبيا، نشأ ببطء كمجال ضمن علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس الإرشادي، وقد دعت الحاجة والاهتمام لنشوء هذا التخصص العلمي الذي أتى منسجما مع التزايد الكبير في أعداد المسنين في العالم، ومع بدأ الانتباه إلي مجموع التحديات والقوى التي يمثلها التقدم في السن، بما يحمله من خبرات خاصة وموارد (Moye, J&Brown, 1995).

المظاهر النفسية للشيخوخة:

بالإضافة إلي التغيرات الجسمية، والتي تظهر في مرحلة الشيخوخة وما يتبعه من ظهور بعض الأمراض المصاحبة لهذه التغيرات مثل: ارتفاع ضغط الدم والإصابة بمرض السكر والضعف الجنسي، وغير ذلك من الأمراض غير المرئية. فهناك التغيرات النفسية والعقلية، وكذلك التغيرات الاجتماعية، أما التغيرات النفسية فهي ناتجة عن التغيرات الاجتماعية إن صح التعبير ومن أهم مظاهرها، القلق والخوف والاكنتاب وتوهم المرض والإعجاب بالماضي وتزعزع الثقة في الآخرين.

ومن أبرز مظاهر التغيرات العقلية، النسيان وضعف الذاكرة وضعف القدرة على الإدراك والتعلم. وتتمثل التغيرات الاقتصادية في انخفاض الدخل نتيجة للتقاعد ولصعوبة الإنتاج وكذلك نتيجة لزيادة الإنفاق وخصوصا على الناحية الصحية غالباً.

ويصاحب ذلك عوامل نفسية واجتماعية مثل ضعف التقدير للذات وضعف الرغبة في العمل والاكنتاب والوحدة وضعف المصادر المالية والتغيرات الاجتماعية منها ضعف دائرة العلاقات الاجتماعية حيث تقتصر هذه العلاقات على الأصدقاء والقريبين من المسكن وقد يرجع بذلك إلى صعوبة التنقل، ومنها أيضا الفراغ ولا يخفى على احد آثاره السيئة المعروفة.

الشيخوخة ومشكلاتها النفسية في المجتمعات المتقدمة (الصين - أوروبا - أمريكا):

لا تختلف المشكلات النفسية للشيخوخة كثيرا عبر الثقافات المختلفة، فبالرجوع إلي الدليل التشخيصي الإحصائي الأخير الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي نجد أن هناك اضطرابات نفسية تم تصنيفها على أنها اضطرابات تخص مرحلة الشيخوخة، والتي يعتمد عليها في تشخيص المشكلات النفسية التي يمر بها المسن، وبالتالي فهي تكاد تكون واحدة، وان اختلفت من حيث شدتها ومعدلات انتشارها.، وقد يرجع هذا الاختلاف إلي تباين الخدمات المقدمة لفئة المسنين، بالإضافة إلي طبيعة العلاقات الاجتماعية داخل هذه المجتمعات والتي تتوزع ما بين مجتمعات تحكمها الثقافة الفردية ومجتمعات تحكمها الثقافة الجمعية

،ونستعرض فيما يلي نماذج من المشكلات النفسية في المجتمعات المختلفة.

الشيخوخة ومشكلاتها النفسية في الصين:

يبلغ عدد المسنين في الصين الذين بلغت أعمارهم ٦٠ عاما ١٧,٨ مليون نسمة والكثير منهم يعانون من تهديد الاضطرابات العقلية والنفسية مثل: ألزهايمر والاكتئاب.

الآن احتل عدد المسنين الذين تجاوزت أعمارهم ٦٠ عاما ١٣% من إجمالي عدد السكان في الصين حيث دخلت الصين إلى مرحلة مجتمع الشيخوخة وتبين الدراسات المعنية أنّ الأمراض النفسية تهدد الصحة الجسدية والصحة النفسية للمسنين ومن أبرز هذه الأمراض النفسية مرض ألزهايمر ومرض الاكتئاب ولذلك حدد عنوان اليوم العالمي للصحة النفسية هذا العام باسم " تحقيق مرافقة الصحة النفسية والتمتع بالفترة الأخيرة من الحياة" حيث يدعو الناس إلى إعطاء المزيد من الاهتمام للصحة النفسية للمسنين.

وقد أشارت كونغ لينغ جي نائبة مدير مصلحة الوقاية والسيطرة على الأمراض التابعة لوزارة الصحة الصينية أنّ أحوال انتشار الأمراض النفسية للمسنين في الصين غير مطمئنة حيث قالت: "أظهرت نتائج المسح في بعض المناطق أنّ نسبة المسنين الذين يعانون من مرض ألزهايمر في إجمالي عدد المسنين الذين تجاوزت أعمارهم ٦٠ عاما في الصين بلغت ٤,٢% ونسبة المسنين الذين يعانون من مرض الاكتئاب في إجمالي عدد المسنين الذين تجاوزت أعمارهم ٦٥ عاما في بكين ٤,٤%".

أظهرت الدراسات الدولية المعنية أنّ المسنين وبسبب انخفاض قدرتهم الجسمانية وقدرتهم على التكيف مع تغيرات المجتمع وغيرهما من العوامل أصبحوا شريحة سهلة للإصابة بالأمراض النفسية إذ بلغت نسبة المسنين المصابين بالأمراض النفسية ٢٦% من إجمالي عدد المسنين الذين تجاوزت أعمارهم ٦٥ عاما.

وبالرغم من عدم وضوح الأسباب المحددة للأمراض النفسية هذه إلا أنّ التقاعد والوحدة والأمراض الجسمانية والطلاق والعلاقات مع الأبناء وغيرها من العوامل كلها قد تشكل سببا للأمراض النفسية. ومن المتوقع أن يصل عدد المسنين في الصين إلى ٤٠٠ مليوناً بحلول عام ٢٠٥٠. محتلاً ثلث إجمالي عدد السكان في الصين. وأكدت السيدة كونغ لينغ جي أنّ الصين تواجه تحديات كبيرة أمام تحسين حالة الصحة النفسية للمسنين حيث قالت: "أولا نقص الموارد الخدمية وثانياً نقص المتخصصين وثالثاً نقص الاستثمارات في الرعاية الصحية للمصابين بالأمراض النفسية."

وأضافت السيدة كونغ لينغ جي أنّ الحكومات على مختلف المستويات قد خصصت ١٥,٤ مليار يوان صيني لتحسين أجهزة رعاية المصابين بالأمراض النفسية وتزويدها بالأجهزة الجديدة بالإضافة إلى تخصيص ٦ ملايين يوان صيني لتدريب المتخصصين في مجال رعاية المصابين بالأمراض النفسية لرفع القدرة الخدمية للأجهزة المعنية.

وتشير الدراسات في مجال المسنين في الصين أن هناك العديد من العوامل المؤثرة في العمليات المعرفية لمسنين ومنها المستوى التعليمي،

الحالة الصحية، الخبرات المعرفية، والاستراتيجيات المعرفية، والشخصية، والأنشطة التدريبية (Zhenyun Wu, 1996).

ولقد لوحظ أن من مؤشرات جودة الحياة لدى المسنين في الصين الحياة الأسرية المستقرة، والرعاية التي يلقاها المسن داخل أسرته، والحالة الصحية له. كما لوحظ أن معدلات الرفاه النفسي Well-being م المتغيرات التي ترتبط بصورة واضحة بالتقرير الذاتي عن مستويات الرضا المتعلقة بالحالة الصحية ومستوى الدخل (Ibid).
الشيخوخة ومشكلاتها النفسية في أوروبا:

أعلنت اللجنة الأوروبية ٢٠١٢ "سنة للشيخوخة النشطة وللتضامن بين الأجيال"، وذلك بغية تحسين ظروف عيش الأشخاص المسنين وتعزيز مشاركتهم في المجتمع.

واعتبرت أنه بالنظر إلى التحولات الديمغرافية، فإن المواطنين الأوروبيين يعمرّون طويلاً وفي ظروف صحية جيدة، ما يحتم النظر لهذه الفئة بعين الاعتبار بما في ذلك دعم الابتكار في مجال الشيخوخة النشطة.

وبحلول سنة ٢٠٦٠، فإنه بالنسبة لكل مواطن أوروبي يبلغ من العمر أزيد من ٦٤ سنة سيكون ثمة مواطنان فقط في سن العمل (بين ١٥ سنة، و ٦٤ سنة)، مقابل أربعة مواطنين حالياً.

ويمكن أن يخلف هذا التحدي الاجتماعي الجديد العديد من العواقب الوخيمة، ولا سيما في ما يتعلق بالميزانيات العمومية وأنظمة التقاعد، غير أن لذلك أوجها إيجابية، ولا سيما في ما يخص الخبرات والمعارف التي يمكن أن يقدمها كبار السن في هذا المجال.

وتكمن الشيخوخة النشطة، حسب منظمة الصحة العالمية، في تحسين الإمكانيات المتاحة في ما يتعلق بالصحة وتعزيز المشاركة والسلامة، وذلك بغية تحسين ظروف عيش المسنين.

ويتمثل هدف هذه السنة في زيادة التضامن بين الأجيال من خلال دعم الشيخوخة النشطة وتعزيز استقلالية كبار السن.

ودلت المراجعات للأبحاث في مجال الطب النفسي للمتقدمين في العمر أن القلق يمثل ربما أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لديهم، حيث أن الإحصاءات تشير إلى أن واحداً بين كل عشرة أشخاص ممن تجاوزوا الستين من العمر يعاني منه، وأن حوالي ٧% منهم يعانون تحديداً من اضطراب القلق العام Anxiety وهو مع هذا يظل واحداً من أكثر الحالات النفسية التي لا تلقى اهتماماً من الأطباء أو كبار السن أنفسهم بتشخيصها أو معالجتها. كما أن الدراسات بينت أن اضطراب القلق العام أكثر شيوعاً لدى الكبار في السن، إذ يصيب ٧% منهم، بينما لا تتجاوز نسبة الاكتئاب بينهم ٣%.

وتأتي هذه الملاحظات بالتزامن مع صدور إحصاءات حديثة تؤكد ارتفاع نسبة من تجاوزوا الستين عاماً في شرق العالم أو غربه (www.globalaging.org)

الشيخوخة ومشكلاتها النفسية في أمريكا:

في الولايات المتحدة توجد مؤشرات بان سيكون هناك زيادة في عدد من تجاوزوا الستين من العمر ليصل إلي ٨٠ مليون شخص، مما يُملي مزيداً من الاهتمام الطبي في مناطق العالم المختلفة بطب وأمراض كبار السن. ويضيف الدكتور إيريك ضمن فعاليات المؤتمر السنوي للرابطة الأميركية للأمراض النفسية الذي عقد فيما بين العشرين والخامس والعشرين من شهر مايو بمدينة تورنتو الكندية، أن موضوع معاناة كبار السن من القلق النفسي من الموضوعات المهمة، ولكن من الغريب أن الأبحاث لم تول اهتماماً مناسباً باضطراب القلق النفسي العام لدى الكبار، مما جعل الأطباء في الماضي إما أن يظنوا أنه نادر بينهم أو أن ما يلحظونه على نفسيّتهم وتعاملهم هو جزء طبيعي من النفسية المتوقعة من المتقدم في السن. في حين أن واقع الأبحاث الحديثة يشير إلى أنه شائع بينهم وذو مردود سلبي بالغ على حياتهم.

وتشير الدراسات إلي أن من أكثر المشكلات النفسية انتشاراً بين المسنين، بالإضافة إلي القلق، إضافة إلي مشكلة الاكتئاب، والتي تظهرها معظم التشخيصات التي تجرى لكبار السن. بالإضافة الي تدهور بعض الوظائف المعرفية لديهم والتي تظهر بصورة واضحة في مرض الزهايمر (كامل الزبيدي، ٢٠٠٩). ويعاني ١٥ % من كبار السن في

أميركا من أعراض خطيرة لأمراض نفسية. كما أن أعلى نسبة انتحار في أميركا تقع بين أولئك الأشخاص الذين يبلغون من العمر ٦٥ عاماً أو أكثر. وفي عام ١٩٩٢ كانت تلك النسبة من الفئة العمرية تشكل ١٢,٦% من مجموعة السكان في الولايات المتحدة، كما كانت تشكل " من المفكرين على مستوى الدولة كلها. معنى هذا أن حوالي ٦١٠٠ أميركي مسن يقتلون أنفسهم كل عام. أما على مستوى العالم فإن إحصائيات الصحة العالمية تظهر أن الكهول (كبار السن) يأتون على قمة قائمة الذين يعانون من الأمراض النفسية إذ يوجد حوالي ٦٣٢ كهلاً من كل ١٠٠ ألف شخص يعانون مرضاً نفسياً، بينما نجد في المجموعة الأصغر سناً من ٥٤ - ٤٦ سنة تصل النسبة إلى ٣٩ شخصاً من كل ١٠٠ ألف شخص. إن الخرف الحاد يصيب مليون مسن سنوياً في الولايات المتحدة بينما يعاني مليوناً أميركي من خرف متوسط.

كما لوحظ أن العديد من المسنين غير راغبين في البحث عن علاج نفساني يعالج ما يشكون منه أو يخفف تلك الأعراض ويعيدهم إلى مستواهم السابق وحالتهم النفسية السابقة. لماذا؟

إن العديد من الأشخاص لا يفهمون طبيعة المرض النفسي بل إنهم ينكرون وجود تلك الأمراض. وبعض الأشخاص يخجلون من الأعراض التي تصيبهم ويعتقدون أنها جزء من الشيخوخة وتظهر كلما تقدم الإنسان في العمر. وقد ساهمت المنظمات الطبية في أميركا في ترسيخ هذا المفهوم بأن جعلت مزايا التأمين على الأمراض النفسية والعلاج النفسي أقل من الأمراض الأخرى.

إن كبار السن وأحبائهم وأصدقائهم أيضاً قد يفشلون في التعرف على الأعراض التي تبدو عليهم، وتشير إلى وجود مرض نفسي، بينما هناك طرق لعلاج هذه الأمراض، وقد يلقون باللوم على كبار السن، وربما يعتقدون أنه ليس هناك من علاج يحل هذه المشكلة أو يخفف من معاناتهم، والنتيجة هي:

ورغم أن نسبة من يعاني من الاضطرابات النفسية من كبار السن (الكهول) تعد نسبة كبيرة إلا أنهم لا يطلبون العلاج إذ تبلغ نسبة من يتردد منهم على مراكز العلاج النفسي ٤% من مجموع المرضى.

تبلغ نسبة ما يصرف على معالجة المسنين من الأمراض النفسية أقل من ١,٥% من إجمالي تكاليف علاج التغيرات التي تطرأ في سلوك أو مزاج كبار السن فقد تكون هذه التغيرات أعراضاً للاكتئاب أو الخرف أو مرض الزهايمر أو أمراض أخرى من الممكن علاجها. ابحت فوراً عن العلاج الطبي والنفسي الذي بإمكانه أن يعيد لكبير السن سعادته وحيويته وفاعلية في الحياة.

واقع الصحة النفسية لكبار السن ومشكلاتها في البلدان العربية بوجه عام والمجتمعات الخليجية على وجه الخصوص:

يقصد بالصحة النفسية مدى قدرة المسن على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من الأزمات والاضطرابات وأن يرضي عن نفسه وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعي بل يسلك

سلوكا معقولا يدل على التوازن الانفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف العوامل وتحت تأثير كل الظروف(سليم أبو عوض، ٢٠٠٨).

وتهدف الصحة النفسية تطبيقيا إلي الوقاية من الاضطرابات النفسية أولا، وعلاج هذه الاضطرابات والمحافظة على استمرار الصحة والتكيف الأفضل ثانيا، في الجانب الأول تحاول الدول على حد الجوانب التي يمكن أن تسبب الاضطرابات، ثم العمل على أزالتها وإبعاد الأفراد عنها مع توفير الشروط العامة التي تعطي الفرد قوة عملية لمواجهة المشكلات. وعلى الجانب الثاني تقوم المؤسسات المختصة بدعم الفرد من جهة، وعلاج مشكلات النفسية من جهة أخرى (كامل علوان الزبيدي، ٢٠٠٩).

وفي مجال التعامل مع كبار السن فان المشكلات تقترن بالتغيرات التي تطرأ على الجسم كنتيجة طبيعية لما يحدث من تدهور لبعض الوظائف سواء على المستوى المعرفي أو المستوى الانفعالي أو المستوى السلوكي.

وقد تباينت الدراسات التي تناولت المشكلات النفسية للمسنين على مستوى الدراسات العربية ففي مصر اجري أبو العزائم(١٩٩٩) دراسة حول الاكتئاب لدى كبار السن وهي دراسة مسحية، وانتهت الدراسة إلي أن نسب الاكتئاب عند كبار السن تتقارب مع النسب المستخرجة من عينة طلبة المدارس الثانوية بمركز العياط وهي ٣١% لدى الطالبات و٢٦% لدى الطلبة ، وعدم وجود فروق دالة في نسب الأعراض الاكتئابية لدى كل من الرجال والسيدات من المسنين ووجود علاقة ارتباطيه عكسية غير دال بين مستوى الفرد الاقتصادي وظهور

الأعراض الاكتئابية ارتباط عكسي ولكنه غير دال إحصائياً ويعنى أن الوضع الاقتصادي ليس سبباً أصيلاً في ظهور الأعراض الاكتئابية لدى عينة البحث.

وقد أجرى حسن عبد المعطي (٢٠٠٥).دراسة عن مشكلات المسنين في مصر على عينة من المسنين ممن تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً، ومن المقيمين في دور الرعاية، وقد انتهت الدراسة إلي أن أهم المشكلات النفسية لكبار السن كانت: مشكلات الاغتراب النفسي والاجتماعي، والمشكلات الجسمية والمعرفية، والمشكلات الانفعالية، والمشكلات القيمية والاجتماعية، والمشكلات الأسرية، ومشكلات التقاعد والأنشطة الترويحية.

أما عن القلق لدى المسنين فقد وجد الباحث إلي أن حالة القلق في مرحلة الشيخوخة سمة مميزة لهذه المرحلة، وان الأفراد كلما تقدموا في العمر زاد مستوى القلق لديهم، كما ان وفاة القرين تشعر المسنين بقرب النهاية وذلك لما تفرضه من الإحساس بالعزلة والوحدة.

وفي دراسة تماضر طه عبد الرحمن محمد(٢٠٠٦) حول القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين وكذلك الذين يعيشون في دور المسنين. أوضحت القلق والاكتئاب من الأمراض المنتشرة في المسنين. ولقد أوضحت بعض الدراسات أن نسبة القلق لدى المسنين قليلة بينما أوضحت دراسات أخرى أنها كبيرة وأن نسبة الاكتئاب إلى القلق هي واحد إلى سبعة. وتزداد هذه النسبة لدى المسنين الذين يعيشون في دور الرعاية. لذا فقد كان الهدف

من هذا البحث هو دراسة معدل انتشار القلق والاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين وهؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين.

ولهذا فقد تم عمل مسح شامل على نوادي المسنين وكذلك دور المسنين. وقد شارك في البحث ١٦٤ مسن من نوادي المسنين و ١٦٨ مسن من دور المسنين. وقد تم تشخيص القلق لدى المسنين باستخدام مقياس هاميلتون للقلق وتم تشخيص الاكتئاب لدى المسنين باستخدام مقياس هاميلتون للاكتئاب. وكانت النتائج كالتالي: نسبة ملازمة القلق للاكتئاب كانت أعلى نسبة وهي ٣٤,١% لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين، و ٥٧,١% لدى هؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين. بينما الاكتئاب بمفرده يمثل ٢٢,٠% لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين و ٢٣,٨% لدى هؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين.

ونسبة القلق بمفرده يمثل ٢,٤% لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم ويرتادون نوادي المسنين و ١,٢% لدى هؤلاء الذين يعيشون في دور المسنين. وأن من العوامل الرئيسية للاكتئاب والقلق هي العيش في دور المسنين وكذلك الفئة العمرية ما بين الستين والسبعين. وقد وجد أيضا أن النوع "ذكر أم أنثى" من العوامل الرئيسية للاكتئاب فالذكور أكثر عرضة للاكتئاب من الإناث. (www.globalaging.org)

ومن الدراسات التي اهتمت بدراسة أعراض الاكتئاب لدى المسنين العرب، دراسة حسن إبراهيم حسن المحمداوي (٢٠٠٨) والتي استهدفت فضلاً عن بناء مقياس للاكتئاب لدى المسنين العرب في السويد، التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى المسنين.

ومعرفة الفروق في الاكتئاب تبعاً لمتغيري الجنس، والحالة الاجتماعية. وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (٥٠) مسن من أفراد الجالية العربية المقيمة في السويد، وأسفرت النتائج عن وجود أعراض الاكتئاب لدى عينة البحث وأن الإناث والمترملين أكثر شعوراً بالاكتئاب من الآخرين.

وفي دراسة فقيه العيد (٢٠٠٩) عن واقع الصحة النفسية للمسنين في الجزائر: دراسة على عينة من المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة. وهي دراسة هدفت إلى تقييم الوضعية النفسية والجسدية لدى المسنين بمؤسسات رعاية الشيخوخة، وتحديد مظاهر الصحة النفسية وسمات الشخصية وأنماطها التي تميزهم، وتعرف مدى ارتباط المستوى التعليمي والاقتصادي والترمل بالصحة النفسية لدى المسنين وأخيراً معرفة الفروق بين الجنسين من المسنين في الصحة النفسية. أما أهمية هذه الدراسة فتكمن في تقديم حلول موضوعية على شكل إجراءات وقائية تسهم بشكل أو بآخر في الحفاظ على الصحة النفسية للمسنين، ومن ثم تحد - قدر المستطاع - من انتشار مشكلات الشيخوخة. استخدم المنهج الوصفي في هذه الدراسة، واتبع الباحث طريقة المعاينة الاحتمالية العشوائية البسيطة، واختيرت عينة قوامها ١٥٠ مسناً من أربع مؤسسات رسمية لرعاية الشيخوخة تمثل وسط البلاد وغربها. واعتمد الباحث على قائمة تقييم

الوضعية النفسية والجسدية للمسن، ومقياس سمات الشخصية للمسنين أدوات أساسية للدراسة، واستخدمت الأساليب الإحصائية التالية في معالجة النتائج النسب المئوية، ومعاملات الارتباط، ومقياس (ت) لدراسة الفروق وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية: تحتل المشكلات النفسية الصدارة في قائمة مختلف المشكلات التي يعانيها كبار السن داخل مؤسسات رعاية الشيخوخة، ويعد مستوى الصحة النفسية لديهم منخفضاً. توجد علاقة ارتباطيه بين متغير المستوى الاقتصادي للمسن، ومتغير الوضعية العائلية، ومتغير أنماط الشخصية ومستوى الصحة النفسية لديهم. يوجد فرق بين المسنين والمسنات من حيث مظاهر الصحة النفسية لصالح المسنين.

أما دراسة هبة محمود القاضي، هالة قدري إبراهيم (٢٠١٣) عن الاكتئاب لدى مجموعة من المسنين في الإسكندرية أشارت الدراسة إلي أن الاكتئاب سيكون هو السبب الرئيسي للعبء المرضي لدى المسنين في عام ٢٠٢٠. وتهدف هذه الدراسة لتقييم معدل انتشار الاكتئاب بين مجموعة من المسنين في الإسكندرية، مصر، ومقارنة خصائص المسنين في ثلاثة مواقع مختلفة، وهي دراسة وصفية مستعرضة شملت مئة شخص ممن تزيد أعمارهم على ستين عاماً، يقيمون في أحد النزل الحكومية و في أحد أجنحة قسم الأمراض الباطنة بالمستشفى الرئيسي الجامعي، وفي جناح الطب الباطني وفي أحد المناطق العشوائية في الإسكندرية. واستخدمت الباحثتان سلم مقياس الاكتئاب للمسنين (بشكله المختصر)، فوجدتا أن أعلى معدلات الانتشار التي تشير أو توحى بالاكتئاب كانت لدى المودعين بالمستشفى الذين أدخلوا المستشفيات (٧٩%)، أو الذين لديهم مرض عيني (٨٥,٧%)، أو أورام (٨٠%)، أو

لديهم أكثر من مرضين مزمنين (٦٤,٩%)، أو الذين يتناولون أكثر من أربعة أدوية يومياً (٨٣,٣%)، أو الذين يعتمدون بدنياً على غيرهم أكثر من سواهم، أو الذين أدخلوا المستشفى لأكثر من مرتين خلال السنوات الثلاث المنصرمة (٩٠,٩%). وتمس الحاجة للنظر في العوامل القابلة للتعديل والتي تؤثر على الاكتئاب لابتكار تدخلات تستهدف تحسين الأحوال المزاجية لدى المسنين.

ومن الدراسات الحديثة التي أجريت في المجتمعات الخليجية والتي تتعلق بالصحة النفسية لكبار السن، دراسة أجريت في مملكة البحرين قام بها فريق طبي من وزارة الصحة وجامعة الخليج العربي على عينة قوامها ٢٧٠ مسناً بحرينياً من الجنسين تبلغ أعمارهم (٦٠) عاماً وأكثر وترددوا على ٤ مراكز صحية تم اختيارهم عشوائياً، وقد كشفت الدراسة أن النساء البحرينيات المسنات أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من نظرائهن الرجال، وأن الجنس الأنثوي والترمل والطلاق والعزلة الاجتماعية والأمراض النفسية والأمراض العضوية المزمنة على رأس العوامل المؤدية للاكتئاب بين المسنين. كما وجدت الدراسة أن المسنين الأميين أو ذوي التعليم المنخفض كانوا يشكون من أعراض الاكتئاب بدرجة اعلي. وبوجه عام فإن المسنين الذين يقدمون الدعم لأسرهم كانوا أقل عرضة للإصابة بأعراض الاكتئاب. كما وجدت الدراسة أن الاكتئاب ارتبط بوجود أمراض نفسية سابقة وأمراض صحية مزمنة (جريدة الأيام، العدد ٨٧٤١، السبت ١٦ مارس ٢٠١٣).

نستخلص من هذا ومن واقع نتائج الدراسات الحديثة سواء على المستوى العربي أو الخليجي، أن هناك تماثل في طبيعة ونوعية هذه

المشكلات بين المجتمعات المختلفة، وان المشكلات النفسية ممثلة في القلق والاكتئاب بأعراضهما المختلفة تمثل أساس المشكلات لدى المسنين، وان هناك بعض المشكلات التي تتمثل في الجوانب المعرفية والاجتماعية. والتي قد لا تختلف كثيرا من مجتمع لآخر. ويمكن حصر هذه المشكلات من خلال مراجعة الأدبيات التي تناولت مشكلات المسنين وقضاياهم المختلفة على النحو التالي:

الاضطرابات النفسية والسلوكية عند المسنين.

السيطرة والاستحواذ:

نجد أن بعض المسنين لديهم اضطراب سلوكي يتمثل في السيطرة على الأبناء، حيث يحاول أن يثبت لنفسه بطريقة غير واعية انه مازال مؤثرا وقادرا ، وعادة ما يوجد هذا التصرف لدى الكبار الذين لديهم انجاز وحققوا نجاحات في حياتهم أو يملكون سلطة مالية على الأبناء.

الاكتئاب واضطرابات المزاج:

ينشأ الاكتئاب لدى المسنين نتيجة للإحساس بفقدان الأهمية والمعنى، وتظهر أعراض الاكتئاب في أكثر من ١٥% من المسنين. كما قد تظهر بعض الانتكاسات السلوكية والتي يسميها البعض مراهقة متأخرة لدى الكبار، حيث تجدهم يمارسون سلوكيات لا تتناسب مع المرحلة العمرية. وهذه ناتجة عن دوافع لاشعورية للإثبات للذات بأنه مازال قادرا. ومن أهم أعراضه الانعزال عن المجتمع، والشعور بالتوتر

والضيق، وفقدان الشهية، بالإضافة إلي بعض الأعراض العضوية مثل: الشعور بالضعف العام، والتأخر الحركي.

اضطراب القلق:

وهو من الاضطرابات العصابية، والتي قد تظهر لدى كبار السن كنتاج للتغيرات الفسيولوجية والاجتماعية والنفسية التي يمر بها المسن، وقد يظهر في عدة أشكال ، ومنها: قلق الصحة ، وقلق التقاعد، وقلق الانفصال، وقلق الموت. ولاشك أن هذا الاضطراب شأنه شأن الاضطرابات النفسية الأخرى يظهر أعراضا نفسية واجتماعية، إضافة إلي الأعراض العضوية.

توهم المرض:

هو احد الاضطرابات النفسية التي تنشأ لدى الكبار، ودائما ما تظهر لديهم أعراض غير محددة، وهي تنشأ في بعض الأحيان، كعوامل لاشعورية ومنتقلة في جميع أعضاء الجسم. وقد تكون لها أسباب أخرى، مثل الخوف من الأمراض والموت لاستجداء الاهتمام والعطف.

الاضطرابات الذهانية:

وتتمثل في اضطراب الفصام ، والبارانويا، وغيرها والتي قد تبدو في صورة ضلالات الاضطهاد، واضطرابات الوجدانية. وكثيرا ما نجد أن كبار السن يشعرون بالاضطهاد، أو تراوده أفكار حول الآخرين أن

يسخرون منه. وتشعر بعض السيدات الكبيرات بالغيرة، وخصوصاً إذا ما كان الزوج يخالط أجيالاً تصغره في السن. فتجدها دائماً تسخر منهن وتوجه اللوم لهن.

الزهايمر":

ويشبه مرض الزهايمر - إلي حد كبير - حالات التخلف العقلي في الأطفال حيث أن القوى العقلية بصفة عامة تقل كثيراً عن المتوقع في مثل هذا السن ، ونحن عادة ما نقوم بتشبيه المتخلف عقلياً بشخص لديه فقر شديد(في قدراته العقلية) لكنه فقير من البداية ولم يكن غنياً في أي وقت ، أما حالات العته Dementia التي يعتبر مرض الزهايمر واحداً منها فإنها تتمثل في شخص غني فقد ما لديه وأصبح فقيراً (من الناحية العقلية طبعاً).

وتشير الإحصائيات إلي أن ١٨-٢٠ مليون شخص في العالم يعانون من مرض الزهايمر، منهم نسبة كبيرة في الدول المتقدمة ونسبة أقل في الدول النامية، ويصيب المرض ٥% ممن فوق سن ٦٠ سنة ويطلق عليهم صغار وكبار المسنين، أما الطاعنون في السن ممن تزيد أعمارهم عن ٨٥ سنة فإن نسبة الإصابة تتزايد لتصل إلي ٢٠%.. وقد تزيد إلي النصف (أي ٢ إلي ٥ من كل ١٠)، وإذا علمنا أن نسبة المسنين في الدول المتقدمة في أوربا والولايات المتحدة تتراوح بين ١٥%-٢٢%، وفي الدول النامية بين ٥%- ١٢% فإن عشرات الملايين من المتقدمين في السن يحتمل أصابتهم بهذا المرض.

حقيقة مرض الزهايمر:

كشفت الطب الكثير من أسرار وخفايا هذا المرض، فالمشكلة الرئيسية هي فقدان خلايا المخ العصبية بالضمور مما يؤدي إلى قصور في الوظائف التي تقوم بها وأولها العمليات العقلية، ويظهر ذلك في الغالب تدريجياً بالنسيان وضعف الذاكرة خصوصاً بالنسبة للأحداث القريبة Recent memory دون تأثر الذاكرة البعيدة Remote memory مع إمكانية تذكر تفاصيل من الماضي البعيد منذ أيام الطفولة والصبا ويتطور الأمر إلى تدهور أكبر في الذاكرة حيث ينسى المريض أسماء الأقارب والأهل حتى الزوجة والأبناء الذين يعيشون معه ، ولا يستطيع الاهتمام بنفسه أو ارتداء ملابسه ، وينسى انه تناول الطعام فيطلبه مسرة أخرى ، ولا يعرف الأوقات فيطلب الخروج بعد منتصف الليل ولا يذكر أيام الأسبوع وشهور وفصول السنة ، ويحاول في البداية التغلب علي ضعف الذاكرة بوضع الأشياء بترتيب محدد فإذا انتقل أي شيء من مكانه أحس بارتباك وتوتر شديد(لطفي الشربيني، ٢٠٠٨).

ويمكن تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية بصورة أكثر تفصيلاً على النحو التالي:

أولاً: الاضطرابات النفسية والعضوية (المشتركة) التي تظهر عادة لدى المسنين وتشمل:

الخرف في مرض الزهايمر Dementia in Alzheimer's disease

الخرف ذو البداية المبكرة و المتأخرة في مرض الزهايمر.
الخرف في مرض الزهايمر المختلط.
الخرف في مرض الزهايمر غير المعين.
الخرف الوعائي المنشأ.
الخرف الوعائي ذو البداية الحادة.
خرف الاحتشاءات المتعددة.
الخرف الوعائي المنشأ.
الخرف الوعائي ذو البداية الحادة.
خرف الاحتشاءات المتعددة.
الخرف الوعائي تحت القشري.
الخرف غير المعين والمختلط.
الخرف في الأمراض الأخرى: Dementia in other disease.
الخرف في مرض بيك.
الخرف في مرض كروتزفيلد - جاكوب.
الخرف في مرض هوتتغتون.
الخرف في مرض باركنسون.
الخرف في مرض نقص المناعة المكتسبة الايدز.
خرف مختلط غير معين مصاحب له أعراض هوس أو أعراض
اكتئاب أو ضلالات وأوهام.
متلازمة فقد الذاكرة العضوي المنشأ organic amnesic
syndromes. فقد الذاكرة غير محدث بالكحول أو المواد النفسية
التأثير.
حالات الهذيان Delirium غير مرتبط بتناول الكحوليات أو المواد
المخدرة.

الهديان المرتبط بالخرف.
الهديان غير المحدد.

ثانياً: الاضطرابات النفسية الناجمة عن التلف أو الخلل في أداء
الوظائف في الدماغ والتي تنتج عن أمراض جسميه **Brain**
:damage and dysfunction and physical disease

الهوسة العضوية المنشأ.
الاضطراب الجامودي العضوي المنشأ.
الاضطراب الوهامي(الفصامي الشكل) العضوي المنشأ.
الاضطرابات المزاجية العضوية المنشأ، والتي تشمل:
الاضطراب أهوسي العضوي المنشأ.
الاضطراب الثنائي القطب العضوي المنشأ.
الاضطراب الاكتئابي العضوي المنشأ.
الاضطراب الوجداني العضوي المنشأ.
الاضطراب ألقلي العضوي المنشأ.
الاضطراب المتقلب انفعالياً ألوهني العضوي المنشأ.
الاضطراب المعرفي الخفيف.
الاضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن المرض والتلف
وخلل الأداء:
اضطرابات الشخصية العضوية المنشأ.
المتلازمة التالية لالتهاب الدماغ.
المتلازمة التالية للارتجاج.

الاضطرابات غير المعينة العضوية المنشأ في الشخصية والسلوك
الناجمة عن المرض والتلف وخلل الاداء(الوظيفة) في الدماغ.

ثالثاً: الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مادة نفسية
التأثير

**Mental and behavioral disorders due to
psychoactive substance use**

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكحول.
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الافيونيات.
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مشتقات
الحشيش

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات
والمنومات.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكايين.
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المنبهات
الأخرى مثل الكافين.

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهلوسات.
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبيات
الطيارة (بعض المواد الصمغية).

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي التبغ.
الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأدوية ذات
التأثير النفسي وغيرها.

رابعاً: الفصام والاضطرابات الفصامية النمط والوهامية الضلالية
Schizophrenia, schizotypal and delusional
:disorders

الاضطراب الفصامي النمط schizotypal disorders .
الاضطرابات الوهامية والضلالية المستديمة.
الاضطرابات الذهانية الحادة والعبارة: مع أعراض الفصام أو
بدونها ووجود ضلالات.

الاضطرابات الوجدانية الفصامية:

الاضطراب الوجداني الفصامي النمط الهوسي.

الاضطراب الوجداني الفصامي النمط الاكثابي.

الاضطراب الوجداني الفصامي النمط المختلط.

الاضطرابات الوجدانية الفصامية الأخرى.

خامساً: الاضطرابات المزاجية الوجدانية (Mood (affective)
:disorders

النوبة الهوسية Manic episode

الهوس الخفيف Hypomania

الهوس غير المتوافق بأعراض ذهانية.

النوبات الهوسية الأخرى.

الاضطراب الوجداني الثنائي القطب.

نوبة هوس متوافقة مع أعراض ذهانية.

نوبة هوس غير متوافقة مع أعراض ذهانية.

نوبة اكتئاب متوافقة او غير متوافقة مع اعراض ذهانية.
اضطراب وجداني ثنائي القطب مختلط.
اضطراب وجداني ثنائي القطب غير محدد.
النوبة الاكتئابية Depression episode.
النوبة الاكتئابية الخفيفة (مترافقة او غير مترافقة بأعراض
جسدية).
النوبة الاكتئابية المتوسطة (مترافقة او غير مترافقة بأعراض
جسدية).
النوبة الاكتئابية الشديدة (مترافقة او غير مترافقة بأعراض
جسدية).
الاضطراب الاكتئابي المتكرر والمعاود الحدوث (خفيف،
متوسط، شديد).
الاضطرابات المزاجية المستديمة:
دورية المزاج cyclothymiacs.
عسر المزاج Dysthymia.
سادساً: الاضطرابات العصابية والضغط المرتبطة بالاضطرابات
الجسدية

Neurotic, stress related and somatoform :disorders

اضطرابات القلق الرهابي:
رهاب الأماكن المفتوحة.
مع اضطراب هلعي او بدون هلع او نوبات هلع.
الرهاب الاجتماعي.

اضطراب القلق الهلعي.
اضطراب القلق الاكتئابي المختلط.
اضطرابات قلقية مختلطة أخرى.
Obsessive compulsive اضطراب الوسواس القهري
disorders

تغلب عليه أفكار او اجترار أفكار وسواسيه.
تغلب عليه أفعال قهرية مثل طقوس.
أفكار وأفعال وسواسيه مختلطة.
اضطراب الصدمات والتكيف.
اضطراب الصدمة، ما بعد الصدمة.
التفاعل للكرب الحاد.
اضطرابات التأقلم.
اضطراب التكيف (تفاعل مع الاكتئاب او قلق اكتئابي مختلط).

سابعاً: المتلازمات السلوكية المصحوبة باضطرابات فيزيولوجية
وعوامل
جسمية
**Behavioral syndromes associated with
physiological disturbances and physical
:factors**

اضطرابات الأكل Eating disorders.
فقد الشهية العصبي.
النهم العصبي.

فرط الأكل المصحوب باضطرابات نفسية أخرى.

القي العصبي.

اضطرابات الأكل الأخرى.

اضطرابات النوم.

الأرق غير العضوي المنشأ.

فرط النوم غير العضوي المنشأ.

اضطراب نظام النوم غير العضوي المنشأ.

السير ألنومي.

الفرع ألنومي (الليلي).

الكوابيس.

الاكتئاب Depression.

حزن شديد يستمر أكثر من أسبوعين مع عدم القدرة على الخروج والتعامل مع الآخرين (انطواء وحزن شديد) ومن أشهر علاماته.

شعور بالحزن والفراغ الذاتي يومياً.

العزوف عن جميع مناسط الحياة بشكل واضح.

نقص الوزن الشديد والواضح.

اضطرابات النوم والأرق وعدم القدرة على النوم المتواصل.

الشعور بفقدان الطاقة والنشاط.

الشعور بعدم الجدوى وضعف تقدير الذات.

عدم القدرة على التفكير العقلاني.

التفكير في عدم أهمية الحياة ومحاولة الانتحار.

خمس نقاط مما سبق يمكن تصنيف الفرد على انه ينتابه حالة

اكتئابية.

ثامنا: الاضطرابات السيكوسوماتية:

اضطرابات نفسية المنشأ عضوية الإصابة وهي تعد الأكثر انتشارا بين المسنين في المجتمع وتتمثل في هيئة عدد من الأشكال:

قرحة المعدة.

القولون.

التهاب الصدر.

الربو ومشاكل التنفس.

إساءة معاملة المسن بوصفها احد أهم المشكلات النفسية الشائعة التي يتعرض لها المسن.

وهي تعد من المشكلات الخطيرة التي يعاني منها العديد من المجتمعات في الوقت الراهن، ولقد ظلت هذه المشكلة مهملّة على من اهمية الاهتمام بمثل هذه المشكلة، نظرا لتأثيراتها السلبية على الصحة النفسية للمسن.

- أن نسبة كبار السن الذين أبلغ عن تعرضهم لسوء المعاملة أو الإهمال في سياقات أكثر نمواً (مثلاً في استراليا والمملكة المتحدة وكندا)، تتراوح من ٣% إلى ١٠%.

• أن أكثر أشكال سوء المعاملة انتشاراً في السياقات المجتمعية والمنزلية هو الإهمال بما نسبته (٥٥%). بينما سوء المعاملة البدنية (١٥%)، والاستغلال المالي (١٢%).

• أنه في الولايات المتحدة الأمريكية تبين وجود زيادة بـ ١٥% في حوادث سوء المعاملة التي بلغت إلى علم الدوائر الحكومية لحماية كبار السن، بين عامي ١٩٨٦-١٩٩٦م.

أشكال وأنماط الإساءة للمسنين:

١. الإهمال: Neglect وهو الإهمال الدائم أو المنقطع، أو القصور في حمايته من أي خطر قد يتعرض له، ومن أنواع الإهمال الحرمان من الضروريات والإهمال الطبي والعاطفي، ويشتمل على إهمال الأسرة أو القائم برعاية كبير السن له وعدم إشرافهما عليه مما يؤدي إلى تضرره.

٢. الإساءة البدنية أو الجسدية: Physical Maltreatment وهو إهمال بدني متعمد كإمساك الدواء أو الغذاء عنه أو توجيه أذى مادي له، كالضرب، أو العض، أو اللكم، أو الصفع، أو الفرس أو الخنق أو الربط أو التحرشات الجنسية أو القطع أو الحرق أو الكبت أو الحرمان المادي. ويعد هذا النوع من الإساءة من أكثر الأنواع التي يمكن اكتشافها بسهولة، نظراً لأن نتائجه تكون واضحة للعيان، وقد يترتب عليها هلاك أو موت المسن.

٣. الإساءة النفسية Psychological Maltreatment: وهو استخدام أساليب تسبب الألم النفسي، كالسخرية منه أو النبذ أو التهديد أو التخويف أو توجيه عبارات جارحة، وحرمانه من المحبة والعطف والحنان، أو إجباره على القيام بأشياء غير واقعية، أو إكراه المسن أو إذلاله وتهديده بالهجر، أو الطرد من المنزل، أو مكان الرعاية.

٤. الإساءة الجنسية: Sexual Maltreatment : وهو الاستغلال الجنسي الفعلي أو المحتمل ويعني أي اتصال قسري، حيلي، أو تلاعب من أي شخص، أو في أي صورة من صور التحرش الجنسي.

٥. الإساءة المادية: ويتضمن هذا النمط من أنماط الإساءة سوء إدارة الموارد المالية للمسن بدون علمه، مثل سرقة مبالغ قليلة من أمواله، وحرمانه من حقوقه المالية، وسوء استخدام أمواله وممتلكاته مقابل القيام برعايته، والتزوير في توقيع المسن على الشيكات أو وثائق أخرى.

٦. انتهاك الحقوق: أو الإساءة الاجتماعية Social Maltreatment، ويتمثل من خلال إجبار المسن على ترك منزله، وإنكار حقه في المشاركة في النشاطات الاجتماعية، وممارسة حقوقه في الحياة كالأخرين، أو إجباره على الإقامة في مؤسسات الرعاية، وحرمانه من استخدام ماله الخاص، وحرمانه من الزواج، بهدف التحكم بشكل أكبر في المسن.

تشير إحدى الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن (٣٣%) من حالات القتل التي تحدث لكبار السن تم ارتكابها بواسطة أحد أفراد الأسرة التي يعيش معها المسن، وأن غالبية أعمال العنف التي ترتكب ضد كبار السن تأتي من قبل الأشخاص الذين يعيشون معه خاصة أولادهم، وأن النساء أكثر ارتكاباً للعنف ضد كبار السن، أن غالبية أعمال العنف التي ترتكب ضد كبار السن يكون سببها مالياً (عزة مبروك، ٢٠٠٣).

في اليابان: في دراسة أري Arai (٢٠٠٦) حول اتجاهات أفراد المجتمع الياباني نحو إساءة ضد كبار السن، طبقت على عينة (١٤٦) من الرجال والنساء، توصلت الدراسة إلى أن اتجاهات الباحثين جاءت كما يلي:

- الإساءة الجسمية ٥٧%.
- الإساءة النفسية: ٢٠%.
- الإهمال: ٢٦% . الإهمال النفسي: ٢٠%.
- الإساءة الاقتصادية: ١٥%.

في كندا: في تقرير عن العنف ضد كبار السن، أتضح أنه غالباً ما تأتي المعاملة السيئة من شخص مقرب، يعرفه المعتدى عليه جيداً، فرد من العائلة، صديق، ممرض، أو حتى موظف في مؤسسة الرعاية. أن الأبناء يشكلون المتهم رقم واحد (٧١%) ويأتي الزوج أو الزوجة (٢٥%). أن النساء المسنات يتعرضن للعنف بنسبة (٣٦%) من قبل الشباب.

الرجال المسنون يتعرضون للعنف بنسبة أقل أحياناً، ربما لأنهم أقل احتكاكاً بالمجتمع وأقل خروجاً إلى الشارع. في الأردن: تشير إحصائيات إدارة حماية الأسرة التابعة لمديرية الأمن العام أن في عام ٢٠٠٠ أن ما نسبته ٤-٧% من كبار السن في المملكة الأردنية يتعرضون لشتى أنواع الإساءة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١).

دراسة رجاء محمد (٢٠٠٥) إلى أن مشكلة إساءة معاملة وامتهان كبار السن في المنزل أصبحت مشكلة واسعة الانتشار، ويعانى منها مئات الآلاف من كبار السن، ولقد تعدت هذه المشكلة الحدود الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية والعرقية. وفي أغلب هذه الحالات يكون المسيء هو أحد أفراد الأسرة أو شخص آخر مكلف برعاية المسن في المنزل.

أشار محمد عمارة إلى أن أغلب ضحايا الإساءة من كبار السن هم من النساء اللاتي يعشن داخل الأسر، وغالبا ما يعانين من أمراض جسدية أو خرف، وأن مشكلة هؤلاء المسنات أن أبناءهم لا يستطيعون العناية بهم بسبب ظروفهم وأوضاعهم المادية والنفسية (محمد عمارة، ٢٠٠٣)

الطرق والمنهجيات المعتمدة في الصحة النفسية لرعاية كبار السن:

أهمية الرعاية النفسية للمسنين:

إن تفعيل دور البرامج الإرشادية في مجال رعاية كبار السن، مع الأخذ في الاعتبار المبادئ التي أكدت عليها الأمم المتحدة في رعاية كبار السن، والتوجهات الحديثة لعلم النفس في التعامل مع المشكلات النفسية من منظور علم النفس الايجابي، ليمثل حجر الأساس الذي يجب أن ننطلق منه لتحقيق الصحة النفسية الايجابية لكبار السن.

إن رعاية المسنين تعد ضرورة تفرضها طبيعة العصر الحديث الذي يتميز بارتفاع متوسط الأعمار نتيجة للتقدم الصحي وما يتضمنه ذلك من إجراءات وقائية وعلاجية. مما أدى إلى تميز هذا القرن بظاهرة تزايد فئة المسنين بين سكان المجتمعات.

أن مسؤوليات رعاية كبار السن هي مسؤولية مشتركة تقع على عاتق كل من:

- ١- الأسرة الصغيرة والكبيرة (الأبناء- الزوجة- أقارب العائلة).
- ٢- مسؤولية الدولة بالاشتراك مع:

أ- المؤسسات الخاصة.

ب- المؤسسات الأهلية (عبد المنعم الميلادي، ٢٠٠٦).

وبالتالي من الضروري أن تركز البرامج الإرشادية التي تستهدف المسنين والفئات التي تتعامل معهم سواء بصورة رسمية او بصورة غير رسمية، في جانب منها على الجزء التوعوي لتوضيح خصائص هذه

المرحلة والتغيرات التي يمر بها المسن بجوانبها المختلفة الجسمية والنفسية والاجتماعية، وكيفية التعامل مع هذه التغيرات بصورة تحقق للمسنة صحة نفسية ايجابية.

وقد لخص أحد الباحثين جوانب الاهتمام التي يجب أن تسخر لخدمة قضية المسنين في الأبعاد الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية كالتالي:

١. أن التنمية الاقتصادية والاجتماعية لكافة البلدان النامية لن تتحقق لها إلا إذا وجدت الصيغة التتموية التي تستفيد من مشاركة هذه الثروة الهائلة من مسنيها في قوى العمل، بعد أن أدى التقدم العلمي إلى استمرار الصحة البدنية والعقلية للإنسان لمراحل عمرية متقدمة، وبعد أن تراجعت أعراض الشيخوخة سنوات طويلة إلى الوراء.

٢. إن متوسط طول العمر المتوقع يتزايد بشكل خاص ممن يبلغون سن الستين مع تقدم ملحوظ في الحالة الصحية والبدنية والنفسية والعقلية، مما يؤكد على أهمية رعاية هذه الفئة.

٣. المسنون يؤدون وظيفة اجتماعية حيوية. تتمثل في أبسط صورها في تقديم خبراتهم وإرشادهم لمن حولهم في كافة جوانب الحياة، ومن ثم فهم ثروة بشرية لا غنى عنها لأي مجتمع يسعى إلى النمو.

٤. إن الواجب الديني والأخلاقي والقيمي يلزم علينا أن نقدم مساعدتنا لمن أفنوا عمرهم في خدمة المجتمع، وبالتالي فهم في حاجة إلى أن نوليهم رعايتنا واهتمامنا.

٥. إن الاهتمام بالمسنين و رعايتهم إنما هو بعد إنساني فلا يصح اعتبارهم كما مهملًا ويتعين قدما في الاعتزاز بهم كأفراد شاركوا في مراحل التقدم والإنجازات التي أحرزها المجتمع من خلال جهودهم. رياض العاسمي.(٢٠١١).

آفاق ومقترحات في الرعاية النفسية لكبار السن في دول مجلس التعاون:

توصل الباحثون بجامعة تكساس إلي أن السلوك الايجابي يؤجل مراحل الشيخوخة، وان الأشخاص الذين ينظرون إلي الحياة بنظرة يملأها الأمل تقل عندهم ظهور علامات الهرم مقارنة بالمتشائمين. وقال الباحثون أن نتائج الدراسة تشير إلي أن العوامل النفسية بالإضافة إلي الجينات والصحة البدنية، تلعب مجتمعه في تحديد مدى سرعة بلوغ سن الشيخوخة (في: سليم ابو عوض، ٢٠٠٨).

ولما كان الجانب النفسي من الجوانب ذات الأهمية الكبيرة بالنسبة لرعاية كبار السن حيث انه يترتب عليه احساس المسن بذاته وكيانه وأهمية وجوده في المجتمع، وبالتالي يرتفع تقديره لذاته الأمر الذي يؤدي بالضرورة إلي جودة الصحة النفسية ومن ثم الصحة العامة له. ومن الاتجاهات الحديثة الآن في التعامل مع المشكلات النفسية والسلوكية للفرد اتجاه علم النفس الايجابي.

وعلم النفس الإيجابي فرع من فروع علم النفس يؤكد على دراسة كل ما من شأنه أن يؤدي إلى تحسين الأداء النفسي الوظيفي للكائن

البشري بما يتجاوز نطاق أو حدود الصحة النفسية العادية. وقد انشغلت البشرية منذ نشأت الحياة على سطح الأرض بالإجابة عن ومناقشة قضية أو مسألة سعادة الإنسان: تعريفها، صيغها، محدداتها، تأثيراتها على الأقل منذ الحضارة الإغريقية القديمة.

وبصورة عامة، يصف العاملون في مجال علم النفس الإيجابي هذا العلم بأنه " دراسة كافة مكامن القوة لدى البشر، دراسة كل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع في برائن الاضطرابات النفسية والسلوكية، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية، الاجتماعية، والمجتمعية التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بأن تُعاش " (Crystal L. Park, 2003, P.3).

وبالتالي سنحاول في الصفحات التالية استعراض المفاهيم الحديثة في علم النفس الإيجابي، باعتبارها من المقترحات الأساسية في هذه الورقة لتقديم افاق مستقبلية لتقديم الرعاية النفسية الإيجابية لكبار السن.

جودة الحياة للمسنين مفتاح الصحة النفسية:

يعد مصطلح جودة الحياة من المصطلحات الحديثة في مجال علم النفس، والذي يمثل بؤرة اهتمام ما يعرف بعلم النفس الإيجابي والذي لم يدخل المسار الأكاديمي لمجال علم النفس إلا في سنة ١٩٩٨ على يد مارتين سيلجمان في خطابه للدورة الافتتاحية للجمعية الأمريكية لعلم النفس.

ومجال علم النفس الإيجابي على المستوى الذاتي أو الشخصي يهتم بدراسة وتحليل الخبرات الشخصية الذاتية المقدرّة أو ذات القيمة مثل: الرفاهية الشخصية أو جودة الوجود الذاتي الشخصي، القناعة، والرضا (في الماضي)؛ الأمل والتفاؤل (في المستقبل)؛ التدفق والسعادة (في الحاضر). وعلى المستوى الفردي، يتعلق علم النفس الإيجابي بدراسة وتحليل السمات الإيجابية للفرد: القدرة على الحب والعمل، البسالة والجرأة، مهارات العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين، الإحساس والتذوق الجمالي، المثابرة، التسامح، الأصالة، الانفتاح العقلي والتطلع للمستقبل، الشغف الروحي، الموهبة العالية، والحكمة. وعلى مستوى الجماعة، يدور علم النفس الإيجابي حول الفضائل والمؤسسات المدنية التي تحرك الأفراد تجاه المواطنة الصالحة، المسؤولية، التواد مع الآخرين والاهتمام بهم، الإيثار، الأدب والأخلاق، الاعتدال، التحمل، وخلق العمل" (Csikszentmihalyi & Seligman, 2000).

ويمكن تفهم تأكيد علماء علم النفس الإيجابي على أن بؤرة تركيز هذا العلم هو مفهوم جودة الحياة من خلال التوقف عن المجالات الأساسية لبحوثه والتي تتمثل فيما يلي:

دراسة كل ما يؤدي إلى "الحياة الهادفة ذات المعنى والقيمة **Meaningful Life** أو حياة الانتماء إلى **affiliation life of** كيف يتوصل الأفراد إلى الإحساس الإيجابي بجودة الحياة، والانتماء، ومعنى الحياة ، وبالتالي إمكانية الانضمام إلى نشاطات وخبرات أوسع واسمي وأكثر دوما من الذات والإسهام فيها (مثل: الطبيعة، الجماعات

الاجتماعية، المؤسسات، الحركات، التقاليد، ونظم الاعتقاد)
(Haidt,2005,PP.103-110&Gable).

وقد لوحظ من خلال نتائج احدي الدراسات ان من المتغيرات التي ترفع من مستوى التفاؤل لدى كبار السن، درجة التدين، وعدد الأصدقاء، وكبر حجم الأسرة(نجوى اليحفوفي،٢٠٠٤). وهذه المتغيرات تعتبر من المؤشرات الأساسية لجودة الحياة، والتي يجب الأخذ بها عن التخطيط لبرامج رعاية المسنين.

وقد أجرت بشرى إسماعيل (٢٠٠٨) دراسة هدفت إلي فحص العلاقة بين جودة الحياة وكل من أساليب مواجهة الضغوط وقلق الموت والاكئاب لدي المسنين، ومعرفة أي أساليب المواجهة التي تنبئ بجودة الحياة لدي المسنين، وما إذا كان يمكن التنبؤ بجودة الحياة من مستوى قلق الموت والاكئاب لدي المسنين، كما هدفت إلي معرفة مدي الفروق في جودة الحياة وأساليب المواجهة وقلق الموت والاكئاب بين المسنين الذكور والإناث، وكذلك الفروق بين المسنين الذين يعيشون بمفردهم والذين يعيشون مع قرينهم (الزوج أو الزوجة) في متغيرات الدراسة. وذلك علي عينة مكونة من (١٥٠) مسن ومسنة من محافظة الشرقية، تراوحت أعمارهم بين ٦٠-٧٩ عام (متوسط أعمارهم ٦٨,٧٥، وانحراف معياري.٣٧) بلغ عدد الذكور المسنين ٧٥، وكذلك عدد الإناث المسنات بلغ ٧٥، طبق عليهم مقياس جودة الحياة للمسنين (إعداد الباحثة) ومقياس أساليب المواجهة من إعداد لازاروس وفولكمان " Lazarus&Folkman (ترجمة وتقنين الباحثة)، ومقياس قلق الموت من إعداد (عبد الخالق ، ١٩٩٦)، وقائمة " بيك " المختصرة للاكتئاب (إعداد غريب، ١٩٨٥).

وقد أشارت نتائج الدراسة إلي وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط وقلق الموت والاكنتاب لدي عينة الدراسة ، كذلك لم تجد فروق بين المسنين الذكور والإناث في جودة الحياة، ما عدا الصحة الجسمية حيث وجدت فروق دالة إحصائيا وكانت الفروق لصالح الذكور. وكذلك لم تجد فروق دالة إحصائيا بين المسنين والمسنات في أساليب المواجهة . في حين وجدت فروق دالة إحصائيا في قلق الموت والاكنتاب، حيث أشارت النتائج إلي أن الإناث كانت أعلي في قلق الموت والاكنتاب.

كما توصلت الدراسة إلي وجود فروق دالة إحصائيا بين المسنين الذين يعيشون بمفردهم والمسنين الذين يعيشون مع قرينهم (الزوج أو الزوجة) في جودة الحياة وكانت الفروق لصالح المسنين الذين يعيشون مع قرينهم ، كما وجدت فروق بينهم كذلك في أساليب المواجهة وكانت لصالح المسنين الذين يعيشون مع قرينهم.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلي أن أساليب مواجهة الضغوط التي تركز علي المشكلة تنبئ بمستوى جودة الحياة لدي المسنين بنسبة مساهمة ٢٣%، كما أنه يمكن التنبؤ بقلق الموت من أساليب مواجهة الضغوط التي تركز علي الانفعال وذلك بنسبة مساهمة ٣٢%، كما أثبتت كذلك القدرة علي التنبؤ بالاكنتاب لدي المسنين من أساليب المواجهة التي تركز علي المشكلة، وذلك بنسبة مساهمة ٢٢%.

كما توصلت الدراسة إلي أن جودة الحياة لدي المسنين وأساليب مواجهة الضغوط سواء التي تركز علي المشكلة أو علي الانفعال أو علي المشكلة والانفعال معاً والاكنتاب تشكل نموذجاً سببياً مفسراً للعلاقات

البينية المتبادلة بينهم. وقد تم تفسير النتائج في ضوء نظرية النمو النفسي الاجتماعي لإريكسون، وكذلك في ضوء نظرية " بيك " للاكتئاب، وفي إطار الخصائص النفسية والاجتماعية للمسنين.
مكونات الرضا عن الحياة لدى كبار السن:

هناك تاريخ طويل من الاهتمام بمفهوم الرضا عن الحياة في علم الشيخوخة الاجتماعي Social Gerontology فلقد لفت هذا الموضوع أنظار الباحثين في النصف الثاني من القرن العشرين، ونال اهتمامهم لأكثر من أربعين سنة. ولقد وجدت نتائج متباينة خلال التحليل الذي قدمه شين (2001)، Chen، عن العلاقة بين الشيخوخة والرضا عن الحياة، أشار إلي أن متغيرات الرضا عن الحياة والسعادة، والروح المعنوية كانت تستخدم بشكل شائع لقياس الرفاهية. ولقد وجدت نتائج متباينة عبر السنين في العلاقة بين السعادة والعمر، ففي فترة الخمسينيات والستينيات كانت العلاقة عكسية بين العمر والسعادة، بينما لم تكن هناك علاقة في فترة السبعينيات، أما في فترة الثمانينيات فقد ظهرت علاقة ايجابية وجوهريّة بين العمر والشعور بالرفاهية، وذلك في ظل التحكم في بعض المتغيرات التي ترتبط بالرفاهية كالصحة والدخل (عزة مبروك، ٢٠٠٧).

إن مفهوم الرضا عن الحياة هو أحد المؤشرات أو الدلالات للصحة النفسية الذي اهتمت به الدراسات اهتماما كبيرا ويعود بدء استخدام هذا المفهوم إلى الثلاثينات من القرن العشرين، وهناك العديد من جوانب الحياة التي لها تأثير على رضا الناس الذاتي عن حياتهم والتي تسهم في زيادة مشاعرهم عن رضاهم عن حياتهم وتشمل هذه الجوانب: الصحة، الراحة المادية، العلاقات الحميمة، الأطفال، الأسرة، الصداقة، المجتمع،

الدراسة، تنمية وفهم الذات، العمل، وسائل الاستجمام، الدين، الإبداع والتعبير الذاتي (في: لطيفة الذوايدي، ٢٠١٣).

وبالتالي فهو من المتغيرات التي ينبغي الاهتمام بها ومعرفة مكوناته لما لها من دلالات مهمة بالنسبة للرعاية النفسية للمسنين.

ويعد الرضا عن الحياة موضوعا أساسيا من موضوعات علم النفس الايجابي، وقد يرجع ذلك لارتباطه باعتدال الحالة المزاجية وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات، والشعور بالسعادة، إضافة إلي تشابه مكوناته الأساسية عبر مختلف الثقافات، وتفاوت ما يدركه الأفراد منه في ضوء ما يقرره كل منهم مصدرا لرضاه.

يعرف الرضا عن الحياة Satisfaction with life بأنه التقدير الذي يضعه الفرد لنوعية حياته بوجه عام اعتمادا على حكمه الشخصي . والجوانب الأساسية في هذا التعريف كما يلي : ١- يعتمد على حكم الشخص على تقديره الشخصي وليس كما يحدده غيره، ٢- يحدد الفرد بنفسه المعايير التي يقيم على أساسها حكمه على نوعية الحياة، ٣- ينتمي الحكم على الحياة إلى الجوانب المعرفية للشخصية وليس الوجدانية، ٤- يتعلق هذا التقدير أو الحكم بالحياة بشكل شامل وليس بقطاع محدد فيها. ويشتمل الرضا عن الحياة على جانبيين أولهما: يتعلق بالحياة بوجه عام وبشكل شامل، وثانيهما: يتعلق بالرضا عن الحياة في قطاعات معينة كالأسرة والمال والأصدقاء والمهنة وغيرها (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٦).

وقد أجريت دراسات نفسية كثيرة جدا على مستوى العالم عن الرضا عن الحياة، ودرست الارتباطات بينه ومتغيرات كثيرة سعيا لفهم أسبابه، ومنها متغيرات الشخصية كتقدير الذات، والدخل، والدعم الاجتماعي، وتأثير الثقافة لاسيما الفردية والجمعية، والتجانس الثقافي ... وغيرها.

وقد درست الفروق الثقافية في الرضا عن الحياة، وظهرت فروق بين الأمم، فاتضح مثلا أن اليابان تتسم بمستوى منخفض، في حين أن درجة الدنمارك مرتفعة. كما يختلف المستوى تبعا للجماعات العرقية داخل المجتمع الواحد، فالأمريكان من أصل أوروبي أكثر رضا عن حياتهم من الأمريكيان من أصل آسيوي، ويقرر الأخيرون مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب (أحمد عبد الخالق، سماح الذيب، ٢٠٠٦).

وقد وجدت دراسات أخرى أن الرجال المسنين يظهرون تدهورا كبيرا في الحالة المزاجية، والشعور بالرضا عن الحياة، عندما يصبحون أرامل لفترة طويلة من الزمن، وقد فسرت هذه النتيجة في ضوء أهمية العلاقات الاجتماعية بين الجنسين، حيث كانت علاقات القرابة منبئا قويا بالشعور بالرضا لدى النسوة عموما بغض النظر عن كونهن متزوجات أم لا (Cheng&Chan,2006).

كما أظهرت دراسة مايسة النيال ، ماجدة خميس أن المسنين أكثر سعادة من المسنات(النيال، خميس، ١٩٩٥).

من خلال استعراض نتائج الدراسات التي تناولت المفاهيم الحديثة في علم النفس الايجابي، والتي تسعى لإيجاد العلاقة التكاملية بينها وبين علم النفس الإكلينيكي في التعامل مع المشكلات النفسية عامة والمشكلات النفسية في مرحلة الشيخوخة خاصة، فيمكن ان نقترح التالي:

١. أن مع ظهور علم النفس الايجابي أصبح بالإمكان استخدام آلياته والتي تتمثل في تعليم الأفراد من ذوي المشكلات الطريق العقلي الوجداني والمزاجي للسرور، والسعادة، وللحياة السعيدة النشطة المثمرة، واستكشاف المعنى من الحياة، بالإضافة إلي تخليصه من القلق أو الاكتئاب، أو الغضب الحاد.

٢. تدريب الأفراد وتعليمهم مهارات التفكير السعيد الخلاق الذي يجلب لهم السعادة والسرور والدافعية والنشاط والإقبال على الحياة ذات المعنى.

٣. التدريب على أساليب بناء الحياة السعيدة ثلاثية الأبعاد (الحياة الممتعة، الحياة المنتجة، والحياة ذات المعنى). وخاصة وان اهم التدخلات العلاجية الايجابية تتمثل في بناء الحياة ثلاثية الأبعاد، وبناء عاطفة او وجدان ايجابي Positive Emotions والانغماس في الحياة المثمرة.

٤. ان جانبا مهما من تقديم الأساليب الحديثة في التعامل مع المشكلات النفسية للشيخوخة هو تقديم نوعا من العلاج النفسي الايجابي متعدد

المحاور Multi-Positive Psychological Therapy يجمع بين
تمرينات التدخل الايجابي والعلاج المعرفي السلوكي Cognitive-
Behavioral Therapy لان الأولى تبني الشخصية الايجابية
الفعالة حتى لو كان المشاركون مرضى نفسيين، والثاني يقلل
الاكتئاب والقلق وغيرها ويمنع الانتكاس.

ومن الضروري التذكير لمن يستخدم هذه الأساليب بضرورة:

أ- تأمل معنى السعادة وطبيعتها ومصادرها في حياتنا وأفضل
الأساليب والاستراتيجيات التي يمكن أن تبثها داخلنا.

ب- ضرورة الاهتمام بتصميم مهام للتمرينات الايجابية تكون أكثر
واقعية. وارتباطها بحالة الفرد ونوعية مشكلته ويكون من
شأنها بناء الوجدان الايجابي والخصال الشخصية الايجابية
والرضا عن الحياة وإدراكها بشكل ايجابي.

ج- ضرورة إدراك أن السعادة الحقيقية تمتد جذورها في الدين
بصفة عامة والدين الإسلامي بصفة خاصة، ومن ثم يكون من
الضروري استلهم التمرينات العلاجية الايجابية من هذه
المصادر شديدة التأثير ايجابيا في النفس الإنسانية.

٥- أهمية وضرورة التوعية المستمرة للأسر، والعاملين والمتطوعين
للعمل مع كبار السن بالأساليب الحديثة للتعامل مع فئات كبار السن،

وان تقدم لهم برامج تستهدف تحقيق هذا الجانب، سواء أكانت إقامة المسن في منزله أو في دور رعاية.

٦- التأكيد على تحقيق مؤشرات نوعية الحياة للمسن والتي تتمثل: في البيئة المناسبة التي يقيم فيها، وتوفير الرعاية الصحية، والأنشطة الترويحية، والعلاقات الاجتماعية الايجابية، والأنشطة اليومية التي يشعر معها المسن بقدرته على الانجاز وتحقيق الذات.

أن كثيرا من المحاولات التي توطد العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس الايجابي (التنمية والوقاية) يسمونها بالعوامل العامة أو غير النوعية. وأن هذا التوجه الحديث في علم النفس لا يركز فقط على تخليص الفرد من معاناته النفسية وكل ما يسمى بالانفعالات السلبية والتعاسة والهم، بل إعادة بناء وجدانه ليصبح ايجابيا وأخلاقيا ، ويصبح ذا شخصية ايجابية وفعالة ومنتجة في بقية حياته، حتى يمكن أن يرضى عن حياته ويعيش سعيدا.

* * *

قائمة المراجع:

أولاً- المراجع العربية:

- ١- احمد أبو العزائم.(١٩٩٩). الاكتئاب عند كبار السن: بحث مسحي بإحدى قرى محافظة الجيزة. www.abouelazaym.com
- ٢- أحمد محمد عبد الخالق، سماح أحمد الذيب.(٢٠٠٦). التعب المزمن وعلاقته بتقدير الذات والرضا عن الحياة. بحث قدم إلي المؤتمر الدولي الثالث: العلوم الاجتماعية والدراسات البيئية من منظور تكاملي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، ٣-٥ ديسمبر ٢٠٠٦.
- ٣- بشري إسماعيل.(٢٠٠٨). جودة الحياة وأساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بقلق الموت والاكتئاب لدي المسنين ، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية ، (١٩) ، ١٧٣-٢٤٥.
- ٤- تماضر طه عبد الرحمن محمد.(٢٠٠٦).القلق و الاكتئاب لدى المسنين الذين يعيشون بمفردهم في منازلهم و يرتادون نوادي المسنين وكذلك الذين يعيشون في دور المسنين www.globalaging.org.

٥- حسن إبراهيم حسن المحمداوي.(٢٠٠٨). دراسة بعض أعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد.البحث الفائق بالمركز الأول في جائزة النور للإبداع، دورة الشاعر عيسى حسن الياسري، مؤسسة النور للثقافة والأعلام.

٦- حسن عبد المعطي.(٢٠٠٥). سيكولوجية المسن. القاهرة: مكتبة زهراء الشروق.

٧- رياض العاسمي.(٢٠١١).الشيخوخة وعلاقتها بالاكتئاب والأمراض العصبية.www.bmhh.med.sa

٨- سليم أبو عوض.(٢٠٠٨). التوافق النفسي للمسنين.الأردن، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

٩- عبد المنعم الميلادي.(٢٠٠٦).الأبعاد النفسية للمسن. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة. عزة عبد الكريم مبروك.(٢٠٠٣).سوء معاملة كبار السن: الأسباب والنتائج. دراسات نفسية،١٣(٣)،٣٦٥-٣٩١.

١٠- عزة عبد الكريم مبروك.(٢٠٠٧).أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين المصريين. دراسات نفسية،١٧(٢)،٣٧٧-٤٢١.

١١- فقيه العيد.(٢٠٠٩) عن واقع الصحة النفسية للمسنين في الجزائر : دراسة على عينة من المسنين بمراكز رعاية الشيخوخة.مجلة العلوم الاجتماعية، ٣٧، (٤).

١٢- قاسم حسين صالح.(٢٠٠٩). نحو فهم جديد لسيكولوجيا الشيخوخة. www.ahewar.org

١٣- كامل علوان الزبيدي.(٢٠٠٩). علم نفس الشيخوخة.الأردن: دار الوراق للنشر والتوزيع.

١٤- لطفي الشربيني.(٢٠٠٨). وسائل علاج مرض الزهايمر. المؤتمر العالمي الثاني للشيخوخة، إمارة ابوظبي ، ٢٢-٢٤ ابريل ٢٠٠٨. www.elazayem.com.

١٥- لطيفة الذوادي.(٢٠١٣). الرضا عن الحياة وعلاقته بالمساندة الاجتماعية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى المرأة البحرينية العاملة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة البحرين، قسم علم النفس.

١٦- مایسة النیال، وماجدة خمیس. (١٩٩٥). السعادة فی علاقتها ببعض المتغیرات النفسیة والشخصیة لدى عینة من المسنین والمسنيات " دراسة سیکومتریة مقارنة، مجلة علم النفس، ٣٦، ٢٢ - ٤٠.

١٧- محمد السعید أبو حلاوة. (٢٠١٠). جودة الحیاة: المفهوم والأبعاد. ورقة عمل مقدمة ضمن إطار فعاليات المؤتمر العلمی السنوی لكلیة التربیة، جامعة كفر الشیخ.

١٨- محمد نجیب الصبوة. (٢٠٠٦). دور علم النفس الايجابي فی تفعيل إجراءات الوقایة والعلاج النفسی. ورقة مقدمة إلی المؤتمر الدولي الثالث: العلوم الاجتماعیة والدراسات البینیة من منظور تكاملي، کلیة العلوم الاجتماعیة، جامعة الكويت، ٣-٥ ديسمبر ٢٠٠٦.

١٩- منظمة الصحة العالمیة. (٢٠١١). الانتهاك. إساءة معاملة المسنین. صحیفة وقائع رقم ٣٥٦ آب/أغسطس ٢٠١١.

٢٠- نجوى الیحفوفی. (٢٠٠٤). التفاؤل والتشاؤم لدى المسنین المتقاعدین والعاملین بعد سن التقاعد. دراسات عربیة فی علم النفس، ٣، (٤)، ١١-٣١.

٢١- وجدی بركات. (٢٠٠٩). أهمية التدخل المهني لإعداد برامج تلبي احتياجات المسنین النفسیة والاجتماعیة لدمجهم فی

المجتمع.ورشة العمل الخليجية للعاملين والمتطوعين في مجال
رعاية كبار السن بدول مجلس التعاون الخليجي، مملكة البحرين،
٢٣-٢٥ مايو.

* * *

ثانيا- المراجع الأجنبية:

- 1- **Chen, C. , .(2001). Aging and Life Satisfaction , Social Indicators Research, 54 (1), 57 – 79.**
- 2- **Cheng, S. & Chan, A. (2006). Relationship with Others and Life satisfaction in Later Life : Do Gender and Widowhood make a Difference?, The Journals of Gerontology, Series B: psychological Science and Social Science, 61 B (1),46 – 53.**
- 3- **Crystal L. Park .(2003). The Psychology of Religion and Positive Psychology. Psychology of Religion. Newsletter, 28(4),1-20 .American Psychological Association, Division, 36.**
- 4- **Glover,R.J.(1998).Perspective on aging: Issues affective the latter part of the life cycle. Educational Gerontology,24(4),325-332.**

- 5- **H.M. El Kady and H.K. Ibrahim.(2013).Depression among a group of elders in Alexandria, Egypt Eastern Mediterranean Health Journal . 19 (2) ,167-174.**
- 6- Johansson.(2002).Integrity versus despair: An Erikson an framework for geriatric rehabilitation, Topics in Geriatric Rehabilitation,17(3),1-12.
- 7- Moye,J & Brown.(1995). Postdoctoral Training in Geropsychology:Guidelines education Professional Psychology. Research and Practice, 26, 6,591-597.
- 8- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction,. American Psychologist, 55, 5-14
- 9- **Zhenyun,Wu.(1996).The Psychology of Aging in China. World Psychology(1),71-86.**

الدراسة الرابعة

الرعاية الاجتماعية والعائلية لكبار السن

الدكتور أحسن مبارك طالب
أستاذ علم الاجتماع

الرعاية الاجتماعية والعائلية لكبار السن

الدكتور أحسن مبارك طالب
أستاذ علم الاجتماع

مقدمة:

أصبح موضوع رعاية كبار السن، وتقديم الخدمات المتخصصة لهم من الاهتمامات الكبرى للسياسة الاجتماعية في المجتمعات المتطورة، وأصبح يلقي اهتماماً متزايداً حتى لدى الكثير من المجتمعات السائرة في طريق النمو، ومنها تحديداً المجتمعات الخليجية.

في الدول المتطورة، تقاطعت الدراسة والأبحاث العلمية الاجتماعية منها والطبيعية والطبية بالخصوص في مجال "احتياجات كبار السن"، وأصبحت تشكل ميداناً، أو محوراً، أو حتى تخصصاً (تخصصات) علمية جديدة تحت مسميات عدة، منها على سبيل المثال، دراسة المسنين (Gerontology)، الدراسة الاجتماعية للمسنين (sociology of Ageing)، علم الشيخوخة، (Social Gerontology)، علم الشيخوخة، (Science of Ageing)، علم الطب الاجتماعي (Medical, Sociology)، هذا رغم أن هذا التخصص الأخير كان معروفاً منذ مدة طويلة، إلا أن الاهتمام المتزايد بكبار السن

واحتياجاتهم جعل منه المنطلق الأساسي، لدراسة الرعاية، والخدمات الطبية والصحية للمسنين.

وأما في المجتمعات النامية فإن الفجوة ما زالت كبيرة جداً في مجال الاهتمام العلمي والمعرفي، والعملية (Pratique) بينها وبين الدول المتطورة.

لقد أظهرت الكثير من الدراسات الأخيرة في علم الشيخوخة ورعاية كبار السن، أن بعضاً من معارفنا ومعلوماتنا حول طبيعة واحتياجات كبار السن كانت خاطئة، أو على الأقل غير كافية^(١)، وأما في غالبية المجتمعات العربية، فإن دراسة احتياجات أو رعاية كبار السن، ليست (في اعتقادنا) من أولويات الكثير من المجتمعات العربية، وليست من الأولويات البحثية للمؤسسات ومراكز البحث العلمي العربية.

والدليل على ذلك، أنه لا توجد (حسب علمنا) مؤسسات بحثية أو شبه بحثية في هذا الميدان بالذات، على شاكلة المعهد الأمريكي للشيخوخة وكبار السن، أو الأكاديمية الأمريكية لطب تأخير الشيخوخة)، أو (The American، (The us national institute of aging)

(١) انظر لزيادة الاطلاع:

- Bury, Mike, Gabe, J. (2004), The Sociology of Health and Illness: A Reader, London, Routledge.
- Kirkwood, Tom. (2001), The end of Age, London, Profile Books.

(Academy for Anti – Aging Medicine) أو المراكز البحثية المتخصصة، الموجودة في العديد من الجامعات، والمراكز البحثية الأوروبية واليابانية.

وفي الغالب العام فإننا في المجتمعات العربية (ومنها المجتمعات الخليجية)، وفي مجال رعاية كبار السن، ما زلنا حبيسي الدراسات الاجتماعية والنفسية القديمة البالية.

هذا رغم أن زيادة فئة كبار السن في المجتمعات العربية، أصبحت من الظواهر الاجتماعية، الواضحة تماماً إلا أنها لم تلق الاهتمام اللائق بها بعد، أو على الأقل لم تلق الاهتمام المناسب، والكافي بعد.

إن العديد من المجتمعات العربية والمجتمعات الخليجية تمر بمرحلة "التحول الديموغرافي"، التي تعني (من جملة ما تعنيه) ارتفاعاً في فئة كبار السن في تلك المجتمعات العربية، وهو ما يتطلب بالضرورة إعادة النظر في السياسة الاجتماعية، والصحية، للأخذ بعين الاعتبار هذا التطور الديموغرافي الحاصل، أو المنتظر.

إن فترة الشيخوخة (وكبار السن) فترة لها متطلباتها الخاصة بها، سواء كان ذلك في النواحي البيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية أو الخدماتية بصورة عامة، تتطلب الاعتماد على العلوم الحديثة والمتخصصة، وتتطلب التأهيل الاحترافي المناسب، فهل قمنا بذلك؟ أو أعدنا العدة لذلك؟ رغم أن

فئة المتقاعدين وفئة كبار السن، سوف تزداد في كل المجتمعات العربية وبدون استثناء، ويكفي التمعن في تطور المعطيات الديموغرافية في البلدان العربية في السنوات العشر الأخيرة للتأكد من ذلك.

وتشير المعطيات الإحصائية للأمم المتحدة (٢٠٠٢)، إلى أن عدد كبار السن عبر العالم سوف يصل في حدود سنة ٢٠٥٠ إلى مليارين من البشر^(٢).

ويشير الباحثان (قوتيريز وروبيلدو) (Guticres – Robeldo – 2002) إلى أن زيادة فئة كبار السن في الدول النامية سوف تؤثر على:

أ. زيادة الأعباء المالية المرتبطة بالخدمات الصحية.

ب. تضييع "الأمان العائلي" المرتبط بالأسر الممتدة المعروفة في الكثير من المجتمعات النامية.

ج. سوف يصبح (إلى حد كبير، وعكس المتوقع) كبار السن هم (Breadwinners) "مورد الرزق"، أو المعيلين للكثير من أفراد العائلة (Care – Givers) وأصبحوا (أو يصبحون) أيضاً هم الذين "يرعون" الأسرة، وذلك بالنظر للعدد الهائل من البطالين، الشباب، والعدد الهائل من الأحفاد الصغار في المجتمعات

(2) Higgs, Paul, Jones, Ian Rees. (2009) New Developments in Social Gerontology, Medical Sociology and old age, (London – New York), Routledge. P. 50.

النامية^(٣)، وهذه معضلة أخرى تضاف للمعضلات التي يعاني منها كبار السن في الدول النامية.

في مجتمعاتنا العربية (ومنها المجتمعات الخليجية) ربما تكون الفردانية^(*) (Individualisation) التي أصبحت طاغية على حياتنا، بل وصلت إلى حد السيطرة علينا، هي التي جعلتنا "ننسى" أو "تضع جانباً" أو نهمل موضوع، رعاية كبار السن، والاهتمام بهم، وتقديم الخدمات الضرورية لهم.

بإهمالنا لرعاية كبار السن في المجتمع، نكون قد تخلينا عن أخلاقنا، وبذلك نكون قد ضيعنا أنفسنا دون أن ندري، أو نكون قد أصبنا بالجهل والبلادة العاطفية، أو بكل بساطة نكون قد استسلمنا لفردياتنا، وأنايائنا بدون قيد أو شرط، وهذا منافٍ لكل منطق أو عقل سليم.

مرحلة التحول الديموغرافي ورعاية كبار السن في دول الخليج العربي:

بعض الدول المتطورة مرت بمرحلة تحول ديموغرافي، أو الأصح مرحلة تحول في الهرم الديموغرافي، لسكانها، وهو الشيء الذي في أوروبا، والولايات المتحدة، واليابان، وبعض الدول المتطورة الأخرى، وبعض الدول

(3) I Bid.

○ الفردانية (Individualisation) تتعارض مع الاهتمام بالآخرين، ومع الأنشطة الجماعية (الاجتماعية)، التي تهدف إلى الاهتمام بالآخر (ومنهم كبار السن).

العربية هي الأخرى ليست بعيدة عن هذه الحالة، أو على الأقل سوف تصل لها قريباً، ومنها دول الخليج العربي.

وحالة التحول في الهرم الديموغرافي، تعني هنا ظهور شريحة كبيرة من كبار السن، أي ارتفاع شريحة الكبار (Seniors) في الهرم الديموغرافي، وهذه الحالة تتطلب عناية خاصة جداً، وذلك بالنظر للمتطلبات الصحية والخدمية التي سوف تواجهها هذه المجتمعات، وهو ما يعني بلغة أخرى ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية والخدمية والاجتماعية بصورة عامة، وإعادة النظر في السياسة المتبعة تجاه كبار السن في المجتمع، كي تلائم التغيرات الديموغرافية التي حصلت (أو تحصل) في المجتمع المعني.

لأن التحولات (أو التحول) الذي حصل في الهرم السكاني أدى (أو يؤدي) إلى تغيرات في متطلبات الصحة، ومتطلبات الرعاية بالفئات الاجتماعية المشكل منها الهرم السكاني للمجتمع المعني، هذا زيادة على أن التحول في الهرم السكاني، أدى (أو يؤدي) إلى تحولات، في طبيعة الأمراض أو الأوبئة التي تحدث في المجتمع أو في طبيعة الأمراض والأوبئة (Epidemopogical – Transitions) التي تصيب الفئات الاجتماعية المختلفة، وأدى (أو يؤدي) أيضاً إلى تغيير في طبيعة (نوعية) الأمراض التي تكثر في المجتمع المعني، كما أدى إلى تغيير في خريطة (مواقع) الأمراض في المجتمع (The Land Scope of Illness)، وهو ما يعني أن التحول في الهرم السكاني لأي مجتمع كان سوف يصحبه

وبالضرورة، تغير وتحول في "صورة" وشكل الأمراض والأوبئة السائدة في المجتمع، أو ما يمكن أن نسميه، تحول في "الهندسة المرضية والوبائية"، في المجتمع المعني، وهو ما يعني بالضرورة تغير في السياسة والاستراتيجية الصحية، وبخاصة خدمات الرعاية والاهتمام بفئة كبار السن. ومن المفيد هنا أن نذكر أن حالة التحول الديموغرافي هذه لا تأتي هكذا فجأة، بل يمكن توقعها من خلال متابعة الإحصائيات السكانية، ومن خلال ملاحظة اتجاه الهرم السكاني (Demographic Trend) للمجتمع المعني، ومن خلال نسبة الوفيات للولادات، ومن خلال تطور متوسط العمر في المجتمع المعني، فهل هذا حاصل فعلاً في مجتمعاتنا العربية، ومنها الخليجية؟

مثل ما سبق الإشارة إليه، تمر معظم المجتمعات العربية (وبخاصة منها الخليجية)، بمرحلة تحول ديموغرافي (Demographic Transition)، وتحتاج بذلك إلى إيلاء اهتمام خاص لهذا التطور الديموغرافي وما يتبعه من تحولات، وما يتبعها من متطلبات ومنها بالتأكيد متطلبات رعاية كبار السن وخدمتهم.

ونعتقد أن الكثير من المجتمعات العربية الأخرى سوف تمر بنفس الوضعية الديموغرافية التي تشهدها المجتمعات المتطورة، في أوروبا، والولايات المتحدة الأمريكية، واليابان (على سبيل المثال) منذ عقود، والوضعية الديموغرافية المقصودة هنا هي، ارتفاع فئة كبار السن في المجتمع.

إن ارتفاع فئة كبار السن في المجتمع، يشكل تحدياً واضحاً لأي مجتمع كان، وبخاصة عندما لا يكون المجتمع المعني، قد "أعد العدة" لذلك، وعليه من الضروري ومن الآن أن نستعد للمرحلة القادمة، مرحلة ارتفاع فئة كبار السن في الهرم السكاني للمجتمعات العربية على العموم، والمجتمعات الخليجية على الخصوص.

الحماية الاجتماعية لكبار السن:

بالنظر، لصعوبة الحصول على معطيات سليمة، ودقيقة، والحصول على مراجع علمية حديثة في مجال الحماية الاجتماعية، أو الرعاية الاجتماعية لكبار السن في الدول الخليجية، ارتأينا أن نتطرق إلى موضوع الحماية الاجتماعية كما هو معروف في العالم المتطور، وكما هو معالج في الدراسات العلمية الجادة والمتخصصة في هذا المجال.

مفهوم الحماية الاجتماعية (Social – Protection) بعامة، ومفهوم الحماية الاجتماعية لكبار السن، (Social – Protection for Elderly) من المفاهيم الاجتماعية الحديثة، التي ما زال لا يوجد عليها اتفاق في الزمان والمكان، وذلك يعود لطبيعة الموضوع نفسه، (مفهوم الحماية الاجتماعية)، ويعود أيضاً لتقاطع الحماية الاجتماعية مع مفهوم كبار السن، وبخاصة لتقاطع مفهوم كبار السن، مع مفهوم آخر، وهو مفهوم الشيخوخة، وكذلك للدلول الفعلي والعملي للحماية (Protection)، فكل مختص وكل باحث،

يعطيها معنى خاصاً به، هذا بالإضافة للاختلاف الموضوعي، والعملية لهذا المفهوم بين مختلف التخصصات، وبين مختلف المجتمعات.

ولو تخطينا الاختلافات المرتبطة بتحديد المفهوم في حد ذاته، فإن موضوع الحماية الاجتماعية لكبار السن، لا يوجد أي خلاف بشأن ضروريته وحتميته في وقتنا الحاضر، بل يعتبر من موضوعات الساعة، التي أصبحت تلقى اهتماماً متزايداً لدى الباحثين والمختصين.

إن التطور والتقدم الذي حصل في ميدان الرعاية الصحية، أدى إلى ارتفاع عمر الإنسان، وهو بدوره أدى إلى ارتفاع معدلات عمر الإنسان، وهو ما أدى إلى ارتفاع فئة كبار السن في المجتمع، ونتج عن ذلك، شيئين أساسيان، هما:

- أ. اختلال في الهيكل الديموغرافي لدى الكثير من المجتمعات.
- ب. زيادة الطلب على الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن.
- ج. زيادة الأعباء المالية المترتبة على الدولة.

وهو ما يعني بالضرورة، الاهتمام بالموضوعات سابقة الذكر، والاهتمام بقضايا كبار السن في المجتمع، والبحث عن أفضل السبل والطرق للتكفل بقضاياهم.

ومن هذا المنطلق، ظهرت العديد من التجارب الدولية التي أصبحت رائدة في هذا الميدان. تتميز أهم التجارب الدولية في مجال رعاية وحماية كبار السن بكون أغلبها تنطلق من البحث في نظام عام للحماية الاجتماعية، يتكفل بجميع الفئات الاجتماعية، وليس فقط فئة كبار السن. والمجتمعات التي نهجت هذا السبيل انطلقت من نسق، (أي نظام) (System) الضمان الاجتماعي (Social Security System) وهو الذي أصبح الركيزة الأساسية لنظام الحماية الاجتماعية، ومن هنا نستطيع القول: إنه لا يوجد نظام حماية اجتماعية فعال، بدون وجود نظام، أو نسق منظم، ورسمي، للضمان الاجتماعي، هذا الأخير أصبح المعول، أو الأداة الأساسية للسياسة الاجتماعية في المجتمعات المتطورة، وأوضحت التجارب الميدانية أن نظام الضمان الاجتماعي هو الأنسب حتى بحماية والتكفل بمتطلبات كبار السن على اختلافها، زيادة على كونه أصبح الأداة الفعالة في تجسيد السياسة الاجتماعية التي تحقق العدل والرفاهية لأفراد المجتمع على اختلاف فئاتهم، كما يشير له كل من البريطانيين هيقز بول⁽⁴⁾ (Higgs, Paul, 2009) وريد جونيز (Reed, Jones, 2009)، وهما خبيران في مجال الشيخوخة وكبار السن.

وفي هذا المجال أيضاً يشير المختص الفرنسي أندري جيتنق (Getting Andre): "إلى أن نظام الحماية الاجتماعية، يجب أن يتجسد من

⁽⁴⁾ Higgs, Paul, Reed Jones (2009) Medical Sociology and old age, London, New York, Routledge, (Introduction).

خلال نظام متكامل للضمان الاجتماعي"^(٥)، ويضيف نفس الباحث، في تحديد معنى ومفهوم الحماية الاجتماعية: "نظام الحماية الاجتماعية يعني، عدم ترك المواطن يواجه وحده المخاطر العديدة التي تعترض حياته"^(٦).

وما يقصده الباحث الفرنسي، هو أن المواطن، في المجتمعات المعاصرة أصبح يواجه مخاطر معروفة، ومخاطر غير معروفة، وأن "نظام الحماية الاجتماعية"، يجب أن يركز على المخاطر المعروفة بالأساس، مثل: البطالة، المرض، الشيخوخة، التقاعد، المسكن، التعليم، وخلافه. أمّا المخاطر غير المعروفة، فلا وجود لأي نظام حماية اجتماعي لها، لأنه لا يمكن حماية الأفراد من كل المخاطر المرتبطة بالحياة الاجتماعية، سواء كان ذلك من خلال نظام الضمان الاجتماعي أو غيره. وعليه يعمل نظام الحماية الاجتماعية من خلال نسق الضمان الاجتماعي على حماية المواطنين من أهم مخاطر الحياة المعروفة، أو التي يمكن أن تعترض حياة المواطن، ومنها على سبيل المثال:

- المخاطر الصحية.
- المخاطر المرتبطة بالعمل.
- المخاطر المرتبطة بالقدرة الذاتية على توفير الحياة الكريمة.
- المخاطر المرتبطة بالشيخوخة (التقاعد).

(^٥) GETTING, André. (1957), La Sécurité Sociale, Paris Presses Universitaires de France, p.3.

(^٦) I Bid.

وعليه، فالحماية الاجتماعية، ومن مفهومها الأولي المتعارف عليه، ومن البدايات الأولى لتطبيقاتها العملية، كانت تهدف في الجوهر إلى حماية المواطن من الأمراض، والبطالة، وحوادث العمل، وتأمين التقاعد، ثم تطورت شيئاً فشيئاً (بتطور المجتمعات نفسها)، وأصبحت تشمل موضوعات وقضايا أخرى، سوف نتعرض لها من خلال تعرضنا للمفهوم الحديث للحماية الاجتماعية، ومن خلال التطرق لنماذج نظام الحماية الاجتماعية، في كل من بريطانيا، وفرنسا، والولايات المتحدة الأمريكية.

المفهوم الحديث للحماية الاجتماعية:

تخطت المجتمعات المتطورة مفهوم "الحماية الاجتماعية التقليدي"، وأصبح مفهوم الحماية الاجتماعية، لديها يعني بالأساس توفير الرفاهية الاجتماعية للمواطن، أي الوصول إلى حالة الرفاهية الاجتماعية (Welfare) (Le Bien – etre) (state) - وهو ما يعني:

- الجودة في الحياة الكريمة.
- الجودة في الخدمات الاجتماعية.
- الجودة في التعليم.
- الجودة في الخدمات الطبية.
- الجودة في محيط العمل.
- الجودة في السكن.
- الجودة في المحيط البيئي.

وبالملموس فإن هذا المفهوم الحديث يعني الانتقال من الحماية الاجتماعية المرتكزة على "مجرد" توفير وضمان الشروط الضرورية للحياة، إلى ضمان الجودة في الحياة الكريمة،، وتحقيق الأمن بمفهومه الشامل للمواطن، وليس فقط "مجرد تأمين متطلبات الحياة" وتوفير الأمن على الحياة والممتلكات.

توفير الرفاهية الاجتماعية وتحقيق الأمن الشامل يشير أيضاً إلى تأمين متطلبات الرفاهية الاجتماعية للفرد والمجتمع على حد سواء.

وهو ما يعني أن المفهوم الحديث للحماية الاجتماعية يشير إلى ضرورة توفير مجموع الآليات (des Mechanisms) والعمليات (التدابير) (Operations) التي من شأنها تحقيق الرفاهية الاجتماعية للأفراد والمجتمع^(٧)، وذلك من خلال مظلة نظام الضمان الاجتماعي (la Securite Sociale) الذي يهدف في الجوهر إلى إعادة توزيع الثروة^(*) بين مختلف فئات المجتمع، بحيث يستفيد منها الجميع بقدر كاف، وتحقق الرفاهية الاجتماعية لمجموع أفراد المجتمع^(٨). أي توفير الحياة الكريمة للجميع، مع إضافة تحقيق متطلبات الجودة (Quality - Life Standard) إلى كل الخدمات، والأداء التي تقدم للمواطن، بالإضافة إلى تحقيق مبدأ العدالة الاجتماعية (La Justice Sociale) بمعناها الواسع بين مختلف فئات

(٧) VALTRIANI, Patrick. (1994), 'La moutée des Transfers sociaux: in. Sciences économiques et Sociales.

(*) والثروة المقصود إعادة توزيعها في فرنسا مثلاً، (١٩٩٣) من خلال نظام الضمان الاجتماعي، تصل تقريباً إلى ٣٠% من الدخل العام الفرنسي (Dcaudemaison, 1994: 399).

وأفراد المجتمع. وعليه، فإن تحقيق الحاجات في مجتمع الرفاهية الاجتماعية أصبح لها معنى مخالف لما كان سابقاً، بحيث تخطت "الحاجات الضرورية للحياة"، وأصبحت تشمل زيادة على الجودة، حاجات أخرى مثل، الحاجات الثقافية، والحاجات الانفعالية، أي الأمن الشامل، بما يشمل الأمن النفسي^(٩).

طبيعة الرعاية الاجتماعية للمسنين:

الرعاية الاجتماعية لكبار السن المقصودة هنا، تشير (في طبيعتها) إلى تقديم الخدمات المتكاملة الضرورية، التي يحتاج إليها كبار السن، ويشمل ذلك، الرعاية الصحية، والنفسية والاجتماعية.

أ. الرعاية الصحية: وتشمل الصحة الفيزيائية العضوية، والصحة النفسية والعقلية، وبالضرورة تشمل التكفل بالأمراض المزمنة، وخدمات العلاج، المتخصص بكل أشكاله، وخدمات الدواء، والتداوي (كل المتطلبات الضرورية للتداوي، وليس فقط توفير الدواء"، وقت الحاجة إليها، سواء كان ذلك في البيوت، أو المستشفيات، والمستوصفات المتخصصة، أو دور ومؤسسات رعاية المسنين.

ب. الرعاية النفسية: تشكل إحدى الحلقات الضرورية في مجال الرعاية الاجتماعية للمسنين وتتخطى مفهوم الصحة النفسية الذي سبق الإشارة إليه، وتتمثل أساساً في العمل على إشباع الحاجات

(٨) ECHAUDÉMAISON, C-D. (1994), Sciences économiques et Sociales, Paris, Nathan, p.p. 395 – 98).

(٩) Grawitz, Madeleine. (2004), Lexique des Sciences Sociales, Paris, Dalloz, p.368.

العاطفية الانفعالية لكبار السن من خلال الأسرة، أو المؤسسات والأفراد المختصين، أو كلها مع بعض، وذلك بالنظر للكثير من الضغوطات النفسية التي يعاني منها كبار السن، وبخاصة عند دخولهم في مرحلة التقاعد، وما يتبعه من الشعور بالعزلة أو الوحدة النفسية، وتقدير الذات، وهو ما يؤثر بالضرورة على الصحة النفسية لكبار السن.

ج. الرعاية الاجتماعية وتعني أساساً، الرعاية الاجتماعية بمفهومها الشامل، وهي الرعاية المتكاملة المتمثلة في الخدمات الاجتماعية المتعددة الجوانب، التي تشترك في تقديمها شبكة اجتماعية متكاملة، بداية من الأسرة بكل أفرادها، إلى المساندة الاجتماعية، وكل الميكانزمات والآليات الاجتماعية الأخرى، التي من شأنها أن تقدم الدعم والمساندة الوظيفية، في إطار المحيط الاجتماعي العام والخاص، انطلاقاً من الدور الوظيفي الإيجابي الذي يمكن أن يلعبه (يقدمه) أفراد الأسرة والأقارب، والأصدقاء، والجيران، والمختصون الاجتماعيون والأشخاص الموثوق بهم (المساندة غير الرسمية)، بالإضافة إلى الرعاية والمساندة الرسمية (المساندة الاجتماعية الرسمية)، التي تقدمها المؤسسات الاجتماعية المختصة.

د. خدمات الترفيه والراحة: من الخدمات التي أصبحت أساسية في مجال رعاية كبار السن، هي ما يعرف بخدمات الترفيه والراحة، أو كما يسميها الفرنسيون "الحق في الراحة" (le Droit au Repos)، حيث إن كل الفئات العمرية، وبدون استثناء لها الحق

في الراحة، والرفاهية (Welfare)، وبالخصوص عندما يتعلق الأمر بأفراد أعطوا المجتمع ما طلبه منهم من جهد، وعمل، وكدح، ودفعوا دينهم للمجتمع، ولأسرهم، وقدموا خدمات جلييلة في ميادين متعددة، وبذلك، فمن حقهم على المجتمع، (وأسرهم) أن يتمتعوا بخدمات الراحة والترفيه في آخر أيام عمرهم.

وخدمات الراحة والترفيه الموجهة خصيصاً لكبار السن أصبحت في وقتنا الحاضر تتميز بالاحترافية والتخصص والتنوع.

نظام الضمان الاجتماعي (Social Security) استخدم هذا المسمى لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية سنة ١٩٣٥^(١٠)، وهذا بعد ما وجدت الولايات المتحدة الأمريكية نفسها أمام الملايين من البطالين، وكبار السن الذين لا يستطيعون إعالة أنفسهم بأنفسهم، وكان ذلك نتيجة للأزمات الاقتصادية والمالية المتتالية التي ضربت الولايات المتحدة الأمريكية منذ سنة ١٩٢٩م، وهكذا ظهر في سنة ١٩٣٥م نتيجة لذلك مقترح (قانون الضمان الاجتماعي) (Social Security Act) هذا رغم أن المقترح الأمريكي للضمان الاجتماعي المشار إليه، كان في مضمونه أقل "كرماً" من بعض القوانين الاجتماعية الأوروبية السائدة في تلك الفترة تحت مسميات عدة التي كانت تضمن للمواطنين بعض الحقوق والخدمات الاجتماعية، أكثر مما هو في المقترح الأمريكي^(١١).

^(١٠) Gitting., Andre, op.cit, p.8.

^(١١) I Bid.

مع ملاحظة أن ظهور الضمان الاجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية نفسها، التي كانت تعتمد على المذهب الرأسمالي على مبدأ الحرية الفردية، التي في مجملها مبنية على "مبدأ" قبول عامل المخاطرة^(١٢) (Risk Factor)، بدلاً من مبدأ الضمان (Security)، يحتاج إلى وقفة تأمل.

لأن تأمين صحة وحياة الأفراد في الولايات المتحدة الأمريكية كان (وما زال)، يعتمد على التأمين الصحي، والتأمين الحياتي، وتأمين التقاعد الخاص (الفردية)، الذي يعمل الأفراد أنفسهم على شرائه، أو التعاقد فيه، ولكن في وقت الأزمات (الأزمات الاقتصادية أو الاجتماعية)، اتضح بما لا يدع مجالاً للشك أن تدخل الدولة في مجال حماية وتأمين الحاجات الضرورية لحياة الإنسان المواطن هو أكثر من ضروري.

إن فكرة تدخل الدولة "لحماية المواطنين" أو لتأمين حاجاتهم ليست بالفكرة الجديدة، وليست وليدة الولايات المتحدة الأمريكية، بل هي وليدة الفكر الأوروبي، ومنذ سنة ١٨٨٣م^(١٣)، حيث ظهرت فكرة "البصيرة المشتركة" (La Prevoyance Collective) في القانون الألماني (La Lois Allemande)، أو بمعنى آخر "الفطنة الاجتماعية"

(١٢) مع العلم أن مبدأ المخاطرة، جزء من المذهب الرأسمالي، وجزء من "المخاطرة الاستثمارية"، وهذا بدوره يسري

على الحياة الوظيفية للأفراد.

(١٣) Gitting. Op. cit, p.9.

المشتركة، التي من شأنها أن تتكفل بالحاجات الضرورية للمواطنين، غير القادرين على تأمينها بأنفسهم، وكان هذا "القانون الاجتماعي"، يهدف إلى تحسين "أوضاع الطبقة العاملة"، وجاء من ضمن المطالب العمالية التي كانت تنادي بها المنظمات العمالية في تلك الفترة.

ثم امتد هذا "القانون الاجتماعي"، أي قانون "البصيرة المشتركة" الألماني المصدر، والذي يعادل في حقيقته "المسئولية الاجتماعية المشتركة"، تجاه العمال والطبقة الشغلية، بالإضافة إلى الأفراد غير القادرين على التكفل بحاجاتهم بأنفسهم.

امتد ليشمل التكفل بضحايا حوادث العمل، وكان ذلك في سنة ١٨٨٤، في المملكة المتحدة^(١٤)، وفي نهاية القرن التاسع عشر، وبداية القرن العشرين، أصبحت "الضمانات الاجتماعية"، المذكورة سابقاً، تعم كل الدول الأوروبية الصناعية، تقريباً. وبعد انتهاء الحرب العالمية الأولى، وبتأثير من المكتب الدولي للعمل (Bureau International de Travail) ظهر ما يعرف بـ "التأمينات الاجتماعية" (Les Assurances Sociales).

حيث ظهرت لأول مرة في فرنسا سنة ١٩٣٠م، وتطورت لتشمل تأمين الأطفال، والزوجة، وزيادة على العامل (المواطن) نفسه، وفي سنة

(14) Les Securités Sociales – "Les Origin de la Securite Sociale" op. cit, p. 10 – 11.

١٩٣٢م، أضيف لها تأمين ما يعرف بـ "المخصصات العائلية" (Les Allocations Familiales)، أي علاوة الأطفال والزوجة الماكثة بالبيت، أو منحة الزوجة غير العاملة والأطفال.

الحرب العالمية الثانية، وما حملته من مأسٍ وخراب، وتدمير في الممتلكات العامة والخاصة جعل السلطات العمومية في الكثير من الدول الأوروبية والغربية الرأسمالية تتيقن بضرورة توطيد وتدعيم الهياكل الاجتماعية لمجتمعاتها، وهو ما يعني ضرورة إيجاد وسيلة لحماية المواطنين من الكثير من الأخطار التي قد تعترض حياتهم.

ومن هنا بدأت تظهر بوضوح فكرة "الضمان الاجتماعي" (La Securite Sociale)، التي تشمل تأمين الأفراد أو العاملين، والمواطنين بصورة عامة ضد العديد من المخاطر، ومنها تحديداً الصحة، والعمل، والتقاعد، أو الشيخوخة، وهو ما يعني أن الضمان الاجتماعي أصبح يعنى بالأساس بكل "التحرر من الاحتياج" (La Liberation des Besoins).

وأما في الولايات المتحدة الأمريكية، فإن الحرب العالمية الثانية، كان لها دور هي الأخرى، في الإسراع "تسريع"، بتطوير قانون الضمان الاجتماعي (Social Security Act) السابق الذكر، وذلك منذ سنة ١٩٤١م، حيث كانت من أهم المبادرات التي قام بها الرئيس الأمريكي

الراحل (Roosevelt) وعرض ذلك على الكونجرس الأمريكي في نفس السنة (١٩٤١م).

ثم بعد ذلك، أصبح منهج وأسلوب الضمان الاجتماعي من الأساليب المتبعة، في كل من الولايات المتحدة الأمريكية^(*) وأوروبا الغربية، بل تعدى ذلك ليصبح من مطالب الأمم المتحدة نفسها، وأصبح مطلباً من مطالب مكتب الدول للشغل^(١٥).

مفهوم الضمان الاجتماعي:

فلسفة ومفهوم الضمان الاجتماعي تأخذ مضمونها أساساً من الفكر الأوروبي مثل ما سبق الإشارة إليه (هذا رغم أن التسمية الأولى – كما أسلفنا، ترجع إلى الولايات المتحدة الأمريكية)، مفهوم الضمان الاجتماعي، يرجع تحديداً إلى تقرير البريطاني بفيريدج (Beveridge) الذي قدمه في تقرير خاص، للحكومة البريطانية، والذي كان يشير إلى أن هدف الضمان الاجتماعي هو "القضاء على حالة الاحتياج، وتوفير "دخل كافٍ" لكل مواطن وفي كل الأوقات، لتأمين احتياجاته"^(١٦).

(*) رغم أن المعنى والمفهوم العملي لكل من الضمان الاجتماعي الأمريكي، والأوروبي يختلفان.

(15) Getting – Andre, op. cit, p.p. 10 – 11.

(16) Gitting, Les Origin de la Security Social, op. cit, p. 11.

وهذا المفهوم طبق فعلاً في كل من بريطانيا، وبعدها فرنسا في سنة ١٩٤٥م (بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية)^(١٧).

الضمان الاجتماعي كان يعني في الأول، ضمان العمل، أي ضماناً للحصول على عمل، ووظيفة ثابتة، ثم تطور، فيما بعد إلى ضمان "دخل كافٍ"، لتأمين الحاجات الضرورية للحياة، ثم بعد ذلك شمل ضماناً ضد حوادث العمل، وبعدها الضمان الصحي، ثم امتد ليشمل الضمان الصحي لأفراد العائلة أنفسهم (الأطفال والزوجة)، وتبعه، الضمان المخصص "للأمومة" أي لتأمين الولادة، وتكاليفها للعاملات من النساء.

ثم تطور ليشمل المنح المخصصة للأطفال والزوجة (العاملة أو غير العاملة)، وأخيراً شمل التقاعد والشيخوخة.

وكان الضمان الاجتماعي موجهاً أصلاً للعمال والموظفين، ثم تطور في الكثير من الدول الصناعية ليشمل جميع المواطنين والمقيمين، سواء كانت لديهم وظائف أم لا، وهو ما اصطلح عليه بمفهوم تعميم الضمان الاجتماعي (Les generalisation de la Securite Sociale) وبطبيعة الحال، فإن ذلك يتضمن جملة من الشروط والضوابط، لا مجال للخوض فيها هنا.

(17) I Bid.

الضمان الاجتماعي في مجال رعاية كبار السن:

مثل ما سبق الإشارة إليه، فإن الضمان الاجتماعي في الدول الغربية، والدول المتطورة من أهم الوسائل التي تعتمد في مجال التكفل بكبار السن، أو في مجال رعاية، وحماية مخاطر الشيخوخة بصورة عامة (Les Risqué Vieillesse)، واعتمد هذا الأسلوب منذ نهاية الخمسينيات، وما زال حتى اليوم، مع الكثير من التطويرات التي حصلت في هذا الميدان، ومع الاختلافات التفصيلية التي نجدها من مجتمع لآخر.

إن الضمان الاجتماعي في مجال "حماية الشيخوخة" (Les Risqué Vieillesse) كما يسمى في فرنسا مثلاً، ينطلق من تأمين نوعين من الخدمات (الضمانات)؛

أ. الأول، يتمثل في تأمين مخصصات التقاعد للمتقاعدين وكبار السن الذين كانوا يشتغلون، وهنا يختلف مبلغ التقاعد باختلاف الوظائف التي كانوا يشغلونها، والرواتب التابعة لها، وفيما بعد تطور نظام التقاعد في الدول المتطورة، ودائماً في إطار "ضمان الشيخوخة"، لصرف منح تقاعد، حتى للذين لم يشتغلوا سابقاً، أو الذين لم يكن لهم ضمان اجتماعي تابع للعمل.

ب. والثاني، وهو (الأهم) هو "تقديم خدمات الراحة"، أو الحق في "تأمين الراحة" (Le Droit au Repos) وهذا المفهوم، أو

الخدمة، أو الحق بدأ في فرنسا، وكان نظير الخدمات التي قدمها العامل، الموظف، أو المواطن، للمجتمع، طيلة فترة حياته النشطة^(١٨).

وفي هذا النوع الثاني من الضمان الاجتماعي، كانت خلفيته الفلسفية هي اعتبار كبار السن من أفراد المجتمع، وكأنهم، "معطوبو حرب" (Presume Invalid)، وهم في حقيقة الأمر معطوبو "معركة الحياة"، وذلك بالنظر للتلف الفيزيولوجي (Ludure Physiologique) الذي أصابهم خلال فترة حياتهم النشطة، وهو أيضاً ما يطلق عليه الباحث الفرنسي جيتنق أندري (Gitting Adree)، "عاهة السن" أو "العاهات" (Les Infirmities de la lage.)^(١٩) المرتبطة بالانتهاك العضوي، والجسمي، الذي يصيب الإنسان خلال "معركة الحياة"، أو خلال السنوات النشطة من عمره، في خدمة أسرته ومؤسسته ومجتمعه.

وهو ما كان وما زال، يشكل الخلفية المنطقية والأخلاقية، لتقديم "ضمان الراحة" في آخر أيام عمر الفرد (المواطن)، من طرف المجتمع.

الضمان الاجتماعي لكبار السن وللشيخوخة، في الدول الغربية، وبخاصة منها الدول الأوروبية تحكمه بطبيعة الحال، لوائح ونظم، وهو بذلك يختلف في تفاصيله من حالة إلى حالة، ومن فرد إلى آخر، ومن بلد إلى

(١٨) انظر التفاصيل، المرجع سابق الذكر:

- Getting Adree (N. Y) PP. 39 – 44.

(١٩) I Bid, p. 39.

أخرى، لكن الذي يجمعها جميعاً، هو أن الضمان الاجتماعي لكبار السن
يضمن لهم:

- أ. تلبية جميع احتياجاتهم المادية الضرورية.
 - ب. تأمين الحد "الأدنى من الراحة"، لبقية سنوات العمر.
- ولكل مجتمع، طرقه وأساليبه العملية التنظيمية في تحقيق ذلك.
أساليب تمويل الحماية الاجتماعية والخدمات المقدمة لكبار السن:

إن تمويل الرعاية والخدمات المقدمة لكبار السن على اختلافها، يعتبر
من أهم الموضوعات التي تواجه المجتمعات حالياً، ومستقبلاً، المجتمعات
النامية، أو المجتمعات المتطورة على حد سواء، ولو أن لكل واحد منهما
خصوصياته في هذا الشأن، تشكل معضلة بالنسبة للمجتمعات المتطورة،
حيث تكمن أساساً المعضلة فيما يعرف "بالتنظيم التقني لتمويل خدمات كبار
السن"، وهنا تظهر المشكلة في تحديد من يتحمل التكاليف، أي الجهة التي
تتحمل تكاليف خدمات كبار السن، على اعتبار أنه لا توجد جهة محددة
واحدة مكلفة بتقديم كل الخدمات، التي يحتاج لها كبار السن، ومن ثم فإنه لا
توجد جهة واحدة، وموحدة تتحمل كل التكاليف، هذا من جهة، ومن جهة
أخرى فإن الحاجات، والمتطلبات، والخدمات الضرورية لرعاية كبار السن،
تزداد من سنة لأخرى في الدول والمجتمعات المتطورة، وهي بذلك ترتفع
بارتفاع مستوى الحياة في المجتمع نفسه، ولدى بقية أفراد المجتمع، وهي
الشيء الذي ينعكس حتماً على تكاليف خدمات كبار السن في المجتمع.

وأما في الدول النامية فإن المشكلة تتمثل أساساً في العبء المالي "الإضافي" على الدولة، الذي أصبحت خدمات كبار السن تمثله، وذلك بالنظر للأعداد المتزايدة من كبار السن الذين يحتاجون إلى رعاية، وخدمات صحية واجتماعية بالأساس، وذلك بالنظر للعوامل التالية؛

أولاً: زيادة أعداد فئة كبار السن، وذلك بالنظر للتطور النسبي للخدمات الصحية في الدول النامية.
ثانياً: تخلي بعض من الأسر عن رعاية كبار السن، وإيداعهم دور رعاية المسنين.
ثالثاً: عدم توفر الكثير من المجتمعات النامية على دور متخصصة لرعاية المسنين،

وذلك بالنظر لعدم وجود استعداد قبلي (تخطيط قبلي) لمواجهة هذه الظاهرة، أو لعدم استطاعتها مالياً لمواجهة هذه الظاهرة.

بعض نماذج تمويل خدمات ورعاية كبار السن:

هناك العديد من النماذج التمويلية، أو "تقنيات التمويل" في مجال رعاية وخدمة كبار السن، أو "خدمة الشيخوخة"، بصورة عامة، ونذكر منها النماذج التالية، على سبيل الذكر، وليس الحصر.

(١) التمويل عن طريق التأمين الخاص:

أول أنواع التأمين لخدمات كبار السن والشيخوخة هو التأمين الفردي الخاص، أو التأمين عن "مخاطر الشيخوخة"* (Assurance de Risqué Vieillesse)**، كما هو معروف في فرنسا، وهو ما يعني عملياً، شراء أو اقتناء بوليصة تأمين خاصة بتأمين احتياجات "فترة الشيخوخة"، وهذا النوع من التأمين شائع عند الكثير من الدول الأوروبية وفي بعض الدول المتطورة الأخرى (Retirement – police) وهو تأمين خاص فردي يقوم به الفرد، العامل، وغير العامل، من تلقاء نفسه تحسباً لتوفير الرعاية والخدمات الضرورية بعد التقاعد (وفترة الشيخوخة)، وقد يعرف أيضاً هذا النوع من التأمين بمسمى التأمين الخاص لفترة الشيخوخة، (Assurance – Privede Vicillesse) ويكون هذا النوع من التأمين مفتوحاً للعاملين ولغير العاملين، وهنا نجد طريقتين في تمويل هذا النوع من التأمين:

أ. اقتطاع مبلغ معين من الراتب شهرياً، يذهب لدفع أقساط هذا النوع من التأمين الخاص، أو الإضافي، لخدمات الشيخوخة.

* هذا النوع من التأمين يختلف تماماً عن تأمين التقاعد، أو التأمينات الاجتماعية، الموجهة لصرف مبلغ معين على شكل معاش أو تقاعد.

** وهذا النوع يختلف عن "التأمين العام" الذي يحمل نفس المسمى باللغة الفرنسية، الذي قد يتضمن مخاطر الشيخوخة، أو تأمين الضمان الاجتماعي، الذي قد يتضمن أيضاً، التأمين على التقاعد.

ب. الدفع الفردي، حيث يقوم الفرد نفسه بالدفع شهرياً، أو سنوياً، للشركة المتعاقد معها حسب ما تنص عليه بنود العقد نفسه.

(٢) النوع الثاني المساهمة في صناديق خدمات كبار السن:

وهي صناديق استثمارية تهتم في الاستثمارات في مجال الخدمات والرعاية المخصصة لكبار السن، والشيخوخة بصورة عامة، وهنا يصبح للمساهم في هذه الصناديق (بعد فترة معينة وبشروط محددة)، الحق في التمتع بالخدمات التي تقدمها، الدور أو المؤسسات الخدمية التابعة لهذه الصناديق، بأسعار رمزية أو حتى بالمجان في بعض الخدمات وبعض الحالات.

(٣) التمويل عن طريق صناديق الإعاشة وخدمات كبار السن، صناديق الإعاشة النشطة، وهي صناديق شبه خاصة (Semi - Privet)، أو صناديق مشتركة (حكومية - أهلية) تقوم بتمويلها الدولة بنسبة ٥٠%، والمؤسسات الخاصة بنسبة ٥٠%، وهذه الصناديق تقوم باستثمار أموالها في المشاريع الاقتصادية والتجارية والسوق المالية، ومن الفوائد المتحصل عليها، تقوم بتمويل دور ومؤسسات مختصة في تقديم الرعاية والخدمات لكبار السن.

(٤) النوع الرابع: التمويل المشترك:

وهذا النوع من التمويل، هو الدفع المشترك بين الأفراد أنفسهم من كبار السن. وصناديق التأمين العامة، أو التأمينات الاجتماعية للخدمات (على اختلافها)، التي تقدم لكبار السن، سواء كان ذلك في المؤسسات العامة أو الخاصة التي تقوم بذلك، أو في دور رعاية المسنين العامة أو الخاصة.

(٥) النوع الخامس: الخدمات الممولة بالكامل من صناديق الضمان الاجتماعي / التأمينات الاجتماعية:

وهذا النوع من التمويل يشير إلى الخدمات العامة التي تقدم لكبار السن، أو للمتقاعدين والتي يشرف عليها أو يمولها بالكامل صناديق الضمان الاجتماعي، أو التأمينات الاجتماعية، وهذا النوع من الخدمات يتحصل عليه المؤمنون اجتماعياً، ويجدون إسهاماً مالياً من طرفهم، وقد ينحصر هذا النوع من الخدمات الطبية أو الرعاية الصحية بصورة عامة.

(٦) النوع السادس: الخدمات التي تمول من طرف الجمعيات الأهلية:

إن الخدمات الممولة من طرف الجمعيات الأهلية، تختلف من جمعية أهلية لأخرى، من حيث طبيعة الخدمات المقدمة لكبار السن، ومن حيث النوعية المقدمة لكبار السن، ومن حيث النوعية (Quality) أو الجودة، والذي يجمعها هي أنها لا تكلف المسن أي شيء، بل الجمعيات الأهلية نفسها هي التي تمول جميع الخدمات والرعاية المقدمة لكبار السن.

القطاع الخاص ورعاية كبار السن:

إن مساهمة القطاع الخاص في رعاية كبار السن، أو تقديم الخدمات لهم له إيجابيات عدة، وكما عليه الكثير من الملاحظات، فرغم تكلفته الباهظة إلا أنه في واقع الأمر يخفف الكثير من الأعباء الاجتماعية على الأسر المعنية، وفي الوقت نفسه يخفف الأعباء المالية على ميزانية الدولة، وهذا واضح من التجارب الطويلة لدى الدول والمجتمعات التي فتحت مجال رعاية وتقديم الخدمات المتخصصة لكبار السن.

ومن الإيجابيات يمكن أن نذكر ما يلي؛

١. يقدم خدمات متخصصة لكبار السن متعددة الأوجه، ومتعددة الأشكال، بينما المؤسسات الاجتماعية (الحكومية)، لا تستطيع تقديم إلا خدمات محدودة ومحددة.

٢. يستطيع تقديم خدماته لكبار السن في أوقات متعددة من النهار والليل، في الصباح وفي المساء، وطيلة أيام الأسبوع، بينما الكثير من المؤسسات الحكومية لا تستطيع فعل ذلك.

٣. يستطيع تقديم خدمات للمسنين "حسب الطلب"، أي يستطيع تقديم الخدمات التي يرغب فيها الزبون المسن نفسه، أو التي ترغب فيها عائلته، وهو الشيء الذي عادة لا تستطيع تقديمه المؤسسة العامة، وحتى المتخصصة منها.

٤. السرعة في تنفيذ وتقديم الخدمات الفترة الزمنية كما الوقت مهم جداً بالنسبة لكبار السن، وكلاهما مرتبطان بالخدمات الضرورية التي يحتاجها كبار السن، وهو ما يستطيع القطاع الخاص توفيره، بينما القطاع العام لا يستطيع ذلك.

٥. كفاءة التشغيل للمعدات، والأفراد، تكون عادة عالية لدى القطاع الخاص، وهو بذلك يستطيع توظيف المعدات والتجهيزات والأفراد في تقديم الخدمات المطلوبة للزبون، أفضل من القطاع العام.

٦. المؤسسات الصحية والمختصة في تقديم الخدمات لكبار السن، أيضاً تقوم بتخفيف الطلب على المستشفيات والمراكز العلاجية الحكومية، حيث تفتح المجال، للقادرين من المواطنين أن يلجئوا للمؤسسات الخاصة، ويفسحون المجال بذلك لغير القادرين مادياً من كبار السن، ليلجئوا إلى المؤسسات الحكومية، وبذلك تسهم المؤسسات الخاصة بتخفيف الضغط على المؤسسات الحكومية.

٧. القطاع الخاص المختص يفتح المجال لتقاسم الأعباء المالية بين شركات التأمين، والتأمينات الاجتماعية، أو الضمان الاجتماعي، وكبار السن، أو أسرهم، بحيث يتحمل كل منهم جزءاً من الأعباء المالية على شركات وصناديق الضمان الاجتماعي، والتأمينات الاجتماعية من جهة، والمسئول وأسرتة من جهة أخرى.

وعليه.. نعتقد أن إسهام القطاع الخاص في تقديم خدمات لكبار السن، يجب أن يكون خياراً مطروحاً، ولو كان ذلك بشروط، وضوابط محددة، لأن إسهام القطاع الخاص في مجال تقديم خدمات لكبار السن، لا يخلو من صعوبات ومشاكل، ومنها على سبيل المثال:

١. موضوع، المسؤولية الأخلاقية (وأحياناً حتى النظامية القانونية) تظهر في مجال توفير وتقديم الرعاية والخدمات المطلوبة والضرورية، لكل حالة بعينها، من حالات كبار السن، وليس توفير الخدمة التي يطلبها، أو يرغب فيها الزبون، أو أسرته فقط، أو تقديم الخدمة، أو الخدمات المتوفرة (في المؤسسة أو الدار المعنية) فقط، وهذه معضلة، بل مشكلة أساسية لدى الكثير من المؤسسات الخاصة، وهي تتعلق في واقع الأمر بمدى احترام وتطبيق أخلاقيات المهنة ككل.

٢. توفر الخدمات المتكاملة من عدمه، والتي عادة ما يحتاجها كبار السن، حيث نجد أن بعض المؤسسة "المختصة" في رعاية وتقديم خدمات كبار السن، تقتصر خدماتها (في الواقع)، على بعض أنواع الخدمات "الجاذبة" أو "الظاهرة"، وتترك جانباً خدمات أكثر أهمية، ومنها مثلاً، الخدمات الطبية، أو النفسية، ذات التخصص الدقيق المطلوب والضروري لحالات كبار السن.

٣. مسألة "الاختيار" أو مسألة الانتقاء (Selection) المؤسسات الخاصة مهما كانت طبيعتها وطبيعة خدماتها لكبار السن، عادة ما تنتهج "الانتقائية" في قبول الزبائن، بحيث تعمد إلى قبول "الحالات السهلة"، وتترك "الحالات الصعبة" أي الحالات التي تحتاج فعلاً إلى رعاية وخدمات متعددة ومتنوعة، إلى "المؤسسات الأخرى"، وهو ما يعني تركها إلى المؤسسات الحكومية، أو لأسر كبار السن أنفسهم.

٤. الفرق الواضح أحياناً في الكفاءة بين "الكادر الخدماتي"، والكادر الطبي، لدى الكثير من المؤسسات الخاصة المختصة، في رعاية المسنين، أو تقديم الخدمات لهم، ومن أجل خفض التكاليف لديها، تهتم بالبحث عن الكادر الخدماتي، المميز، وتكون "أقل اهتماماً" في اختيار الكادر الطبي، لأن الكادر الطبي المتميز تكون تكلفته "عالية جداً"، بالمقارنة بالكادر الخدماتي، عليه تضع في الواجهة الكادر الخدماتي، وتخفى إلى حد كبير الكادر الطبي.

٥. "تضخيم الفواتير"، وهي إحدى الظواهر السلبية الملاحظة لدى المؤسسات الخاصة لرعاية وخدمة كبار السن، وبخاصة عندما تكون المؤسسات العامة، أو شركات التأمين هي التي تدفع تكلفة الرعاية أو الخدمات، بل أحياناً تضخم حتى الفواتير التي يدفعها المسنون أنفسهم أو أسرهم، وقد تضاف "خدمات وهمية"، إلى تلك الفواتير، أو تضاف خدمات غير ذات جدوى، لحالة المسن، أو المريض.

٦. ضعف الرقابة الحكومية أو انعدامها، وغياب المعايير والضوابط التي تحكم عمل المؤسسات المختصة في رعاية كبار السن، أو تقديم خدمات لهم، وهو العامل الذي يفتح الباب أمام التجاوزات التي قد تحصل من طرف هذه المؤسسات الخاصة.

٧. المؤسسات الخاصة المختصة في رعاية وتقديم الخدمات لكبار السن، عادة ما تكون منحصرة في المدن الكبرى، وبذلك لا يستفاد من خدماتها إلى سكان المدن الكبرى من كبار السن، وتبقى أعداد هائلة من سكان المناطق الأخرى محرومة من خدماتها، بالنظر لبعدها المسافة، أو لعدم معرفتهم بها، أو لعوامل أخرى.

نظام الحماية الاجتماعية في فرنسا:

الحماية الاجتماعية في فرنسا لكبار السن "والشيخوخة"، والعجزة،
تنطلق من الفلسفة العامة للحماية الاجتماعية الفرنسية.

فلسفة الحماية الاجتماعية (La Protection Sociale) مرجعيتها
الفلسفية تعود إلى الثورة الفرنسية نفسها سنة ١٧٨٩م، والتي كان شعارها،
الحرية، المساواة (العدالة)، الأخوة، وتلك الكلمات الثلاث التي كانت شعار
الثورة الفرنسية تجسّد في واقع الأمر الرؤية المستقبلية الفرنسية للمجتمع
والدولة، والتي يجب أن تبنى على الحرية (Liberate) والعدالة (Egalite)
والأخوة (Fraternite) وفي مجموعها متساوي العيش المشترك^(٢٠)، في
مجتمع واحد مبني على أساس الحرية والمساواة و(العدل) والأخوة، والكلمة
الأخيرة الأخوة (Fraternite) تشكل محور التضامن الاجتماعي
(Solidarite Sociale)، وكان هذا المبدأ أحد أهم شعارات الفلسفة
الاجتماعية الفرنسية (عند دور كام مثلاً)، فكرة التضامن الاجتماعي^(*) هي
التي تحولت، إلى الحماية الاجتماعية (Protection Social) والحماية
الاجتماعية، تجسدت في نظام الضمان الاجتماعي (La Securite
Sociale).

المعنى العملي للحماية الاجتماعية في فرنسا، يشير إلى مجموع التدابير
المجتمعية الرسمية التي من شأنها توفير الحياة الكريمة للمواطن الفرنسي،

(20) Grawitz, Madeleine, Methods des Sciences Sociales, Paris, Dalloz, p.p. 67 – 79.

(*) التضامن الاجتماعي في نسق الضمان الاجتماعي الفرنسي، يعني التضامن بين مختلف فئات الأجراء، أي بين
العمال والموظفين، ولكل العاملين على اختلاف مهنتهم ووظائفهم.

بعيداً عن الحاجة والعوز المادي، وهنا تشير الباحثة المختصة مادلين قروفنتز (Grawitz, Madleine, 2004) إلى ما يلي؛ "مجموعة تدابير وإجراءات جماعية، قانونية (نظامية) من شأنها ضمان وكفالة بعض المخاطر الاجتماعية (التي يتعرض لها الفرد)، مثل: المرض، الأمومة، الإعاقة، وخلافه^(٢١).

وهذا التعريف يشير في واقع الأمر إلى "الرؤية العامة" لمفهوم الحماية الاجتماعية الفرنسية، لكن لو تمعنا في تفاصيل التعريف فإننا نجد أن الحماية الاجتماعية الفرنسية تشير إلى مجموعة التدابير والإجراءات المشتركة، أي التي تقوم بها جهات رسمية عدة (مؤسسات، سلطات، ومؤسسات تنفيذية واجتماعية)، من خلال نظم وقوانين، تترجم إلى تدابير فعلية ميدانية من شأنها تأمين احتياجات الفرد في المجتمع (سواء كان مواطناً أو مقيماً)، وحمايته من الأخطار الفعلية أو الاحتمالية التي من شأنها أن تهدد حياته.

مع العلم أن نظام الحماية الاجتماعية الفرنسي، أنشئ في سنة ١٩٤٥م (شهر أكتوبر)^(٢٢).

وكما سبق الإشارة إليه فإن الحماية الاجتماعية الفرنسية مبنية أساساً على نظام الضمان الاجتماعي (La Securite Sociale).

(21) Grawitz, Madeleine. (2004), Lexique des Sciences Sociales, Paris, Dalloz, p. 368.

(22) Rivol, René. (2002), Dictionnaire des Sciences économiques et Sociales. Paris, Hachette, p. 356.

وهو النظام الذي تتجسد فيه السياسة الفرنسية في مجال الحماية الاجتماعية، التي تهدف في أصولها الأولى (في بدايتها ١٩٤٥م)، إلى الوصول إلى أفضل السبل لحماية العمال الأجراء (Les Travailleurs)، ثم عمت فيما بعد لتشمل كافة فئات الشعب (العمال الأجراء^(٢٣) وغيرهم).

الحماية الاجتماعية الفرنسية، تتضمن كفالة ثلاثة موضوعات (مجالات)، (مخاطر) أساسية، وهي:

- أ. الأمراض (التكفل بالأمراض) (Maladies).
- ب. الأسرة (التكفل بالأسرة) (Famille).
- ج. الشيخوخة (التكفل بكبار السن) (Vieillesse).

وفي هذا المجال يشير المختص الفرنسي ريفول روني (Rivol, Rene) إلى ما يلي، "الضمان الاجتماعي: (Securite Sociale) أعطى هذا المصطلح للنظام الفرنسي الذي يهدف إلى الحماية الاجتماعية (Protection Sociale)، والذي يتشكل في ثلاثة فروع رئيسية، وهي

(23) Getting. A. op. cit. p. 110.

الأمراض (Maladies) (التأمين ضد الأمراض)، والشيوخوخة (Vieillesse) (تأمين رعاية كبار السن)، والأسرة^(٢٤) (Family) .

النسق (Systeme) الاجتماعي الفرنسي (في مجال الحماية الاجتماعية)، يمتاز باستقلالية الفروع الثلاثة (سابقة الذكر)، وكذلك يمتاز بالتفرع إلى تخصصات فرعية، أو ملحقات للفروع الأصلية، وبخاصة في مجال حماية كبار السن^(٢٥).

ومن تلك الضمانات أو الموضوعات أو المجالات الثلاثة، نشأت ثلاثة تخصصات أصبحت منفصلة ومستقلة عن بعضها البعض، وبذلك فالضمان الاجتماعي الفرنسي كنظام متكون من ثلاثة فروع (صناديق) كبرى مختصة، وهي:

١. فرع (صندوق) التكفل بالأمراض (على اختلافها).
٢. فرع (صندوق) التكفل بالأسرة.
٣. فرع (صندوق) التكفل بكبار السن والشيوخوخة.

مع العلم أن هذه الفروع الثلاثة الكبرى، تفرعت هي الأخرى إلى تخصصات دقيقة أو تفرعت إلى أنظمة جزئية (Sous – Systemes)، وإلى ملحقات (Annexes) وبالأخص في مجال التكفل بكبار السن

⁽²⁴⁾ Revol, René. (2002), Dictionnaire des Sciences économiques et Sociales. Paris, Hachette, p. 356.

⁽²⁵⁾ Revol, René.

"الصندوق الوطني للشيخوخة" (La Caisse Nationale de la Vieillesse) الذي أصبح من أهم فروع الضمان الاجتماعي الفرنسي، إن لم يكن هو أهمها.

نظام الحماية الاجتماعية الحديث:

نظام الحماية الاجتماعية الفرنسي (الحديث) تشكل من خلال "إضافات" (A Jouts) أو تعديلات أو "تحسينات" متتالية على النظام الأصلي (لسنة ١٩٤٥م)، ليصل في النهاية إلى ما هو عليه الآن، إلا أنه ما زال يعتمد على ركيزته الأساسية (الضمان الاجتماعي – (Securite Sociale).

انطلق نظام الحماية الاجتماعية الفرنسي "القديم" من تأمين متطلبات العمال الأجراء، ثم انتقل إلى تأمين حاجات العمال غير الأجراء (البطالين)، وبعد ذلك انتقل إلى الاهتمام، بمتطلبات الأسرة، ثم أخيراً، انتقل إلى تأمين متطلبات كبار السن، وهذه الأخيرة أصبحت إحدى أهم مميزات نظام الحماية الاجتماعية الفرنسي، ورغم كونه تأثر هو الآخر بالأفكار الواردة في تقرير المفكر البريطاني (W. Beveridge) في مجال الحماية الاجتماعية، إلا أنه ومن خلال التطوير، والتعديلات (التحسينات)، والإضافات التي اعتمدت منذ سنة ١٩٤٧م، إلى غاية سنة ١٩٨٠م، جعلت من نظام الحماية الاجتماعية الفرنسي يصبح من بين النظم الأكثر تقدماً، وتطوراً في أوروبا^(*).

التخصصات الفرعية لنظام الحماية الاجتماعية الفرنسي الحديث:

(*) ربما، لا يتفوق عليه سوى، نظام الحماية الاجتماعية للدول الاسكندنافية، وبخاصة منها النظام السويدي.

مثل ما سبق ذكره، أصبح نظام الحماية الاجتماعية الفرنسي (ومن خلال نسق الضمان الاجتماعي) يعمل على أساس التخصص، وهكذا ظهر ما يعرف بالنظام العام:

١. (Le Rejime General) وهو الذي يكون المظلة الأساسية لنسق الضمان الاجتماعي، ويهتم بعموم الأجراء والموظفين.

٢. النظام الخاص (Le Regime Particulier) بنوع معين، أو فئة معينة من الأجراء، ويتسم عادة الأجراء بالذين يشتغلون في مهنة حرة، أو يشتغلون لحسابهم الخاص.

٣. النظام التكميلي للأجراء (Regime Complementaires de Salarie)، وهو الذي يكمل، كل النقائص التي تحصل، أو قد تحصل بين النظام العام والنظام الخاص.

٤. النظام الخاص بغير الأجراء وهو النظام المخصص لغير الأجراء (Regime des non Salaries).

وفي المجمل فإن نظام الحماية الاجتماعية الفرنسي الحديث يتولى تأمين الموضوعات التالية:

أولاً: تأمين المخاطر الصحية (Risque de Sante)، الذي يشمل المخاطر المرتبطة بالمرض، الإعاقة (العاهات)، والحوادث، (حوادث العمل أو غيرها)، وهو ما يعني عملياً التكفل بالعلاج، أو التكفل، بتعويض تكلفة العلاج، وتعويض أيام العمل التي لم يتقاض عليها المريض أجره.

ثانياً: تأمين مخاطر – الأسرة – والأمومة – (Risque – Famille – Maternite)، وهو ما يعني التكفل جزئياً، بالنفقات المرتبطة بالأطفال (للأسر المحتاجة لذلك)، كما يعني التكفل بمتطلبات ونفقات الولادة (أيضاً للأسر المحتاجة لذلك).

ثالثاً: تأمين مخاطر العمل (الشغل) (Risque – Emploi) وهو ما يتضمن التأمين على البطالة، أو التكفل بمتطلبات وكلفة إعادة التأهيل المهني، للحصول على عمل، أو متطلبات التمهين (التدريب العملي على حرفة).

رابعاً: تأمين مخصصات (Prestations Lies au. R.m.i) الحد الأدنى للعيش، وهو ما يعني تأمين مخصصات مالية من الحد الأدنى، المنصوص عليه قانوناً، ونظماً (نظام الضمان الاجتماعي) للأفراد الذين ليس لهم عمل، أو الأفراد الذين كان لهم عمل، وتجاوزوا المدة النظامية للتأمين على البطالة (بعد

فقدانهم لوظائفهم)، وهو ما يعني عملياً، تأمين الحد الأدنى من المخصصات المالية، التي تسمح للفرد بالعيش الكريم^(٢٦).

خصائص نظام الحماية الاجتماعية الفرنسي:

١. نظام الضمان الاجتماعي الفرنسي، مبني على مبدأ التضامن، والتضامن هنا يتخطى مبدأ التضامن بين فئات وأفراد المجتمع الواحد، بل يشير أساساً إلى التضامن بين مختلف فئات العمال، والموظفين الأجراء، من أجل تقاسم أعباء تمويل نظام الضمان الاجتماعي الفرنسي، كل حسب طاقته، وكل حسب مقدرته (حسب راتبه).

٢. الاهتمام الخاص بالفئات التي ليس لها عمل، أو وظيفة، أو مهنة، أو ما يسمى باللغة الفرنسية (فئة غير الأجراء) (Non Salarie) بحيث، يعمل نظام الحماية الاجتماعية على توفير مهن، أو حرف، أو مصادر دخل ثابت لهم، من خلال التشغيل، أو غيرها من الطرق^(٢٧).

(26) INSE.E (1993) Donnees Sociales,(Paris), p.522, Cited, by, Echaudmaison, c.d, op. cit, p. 389.

(27) Valtriani, p. op. cit, 396.

٣. الاهتمام بالنواحي الديموغرافية، وذلك انطلاقاً من كون أي نظام حماية اجتماعي، يجب أن يأخذ بعين الاعتبار طبيعة العوامل الديموغرافية (عدد السكان)، (الولادات والوفيات)، وعليه، عمد نظام الحماية الاجتماعية الفرنسي إلى أن يكون أيضاً تعديل السياسة الديموغرافية حسب حاجة المجتمع الفرنسي، من خلال تشجيع الولادات، بواسطة منح الضمان الاجتماعي.

٤. طول العمر خصوصية فرنسية: من المعروف ومنذ مدة طويلة أن فرنسا لديها أكبر عدد من الرجال والنساء الذين يتميزون بطول العمر^(٢٨)، حيث إن متوسط العمر للرجل يفوق ٧٥ سنة، وللمرأة يفوق ٨٥ سنة.

وفي الإحصاء السكاني الأخير (٢٠١٢م) الذي أجرى في فرنسا أظهر أن عدد الفرنسيين الذين تجاوزوا المائة سنة، بلغ (١٧٠٠٠) سبعة عشر ألفاً، ومن المتوقع أن يصل ذلك العدد إلى (٢٠٠٠٠٠) مائتي ألف سنة ٢٠٦٠م، وهو الشيء الذي جعل النقاش يدور في فرنسا حول رفع سن التقاعد من (٦٥) خمس وستين سنة حالياً إلى ما بين (٧٠) سبعين، أو (٧٥) خمس وسبعين سنة في القريب العاجل^(٢٩).

مع العلم أيضاً، أطول عمر للإنسان عاش على الأرض (وموثق رسمياً) هي الفرنسية (Jeanne Calmaud) وكان عمرها ١٢٤ سنة^(٣٠).

⁽²⁸⁾ Imaad, Zoheir. (2013), "Une specificité Française?" "Info-Soir, Alger, 30/3/2013.

⁽²⁹⁾ I Bid.

⁽³⁰⁾ I Bid.

نظام الحماية الاجتماعية في بريطانيا:

من المعروف أن معالجة الموضوعات، والظواهر الاجتماعية، مرتبط بسياقها الزمني والمكاني، وهو ما يظهر فعلاً في موضوع معالجة "الحماية الاجتماعية للمسنين في بريطانيا"، حيث إن هذا الموضوع – في اعتقادنا – مرتبط بالخصوصية البريطانية، ومرتب بالتاريخ البريطاني، وبخاصة مرتبط بمخلفات الحربين العالميتين الأولى والثانية، وتأثيراتهما على المجتمع البريطاني.

الخصوصية البريطانية (بعكس الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً) تجعل البحث عن العدالة الاجتماعية، من أهم مطالب المجتمع البريطاني، والعدالة الاجتماعية المقصودة هنا هي التي تشمل جميع فئات الشعب الاجتماعية والاقتصادية والعمرية.

في المجتمع البريطاني، كان وما زال البحث هو كيفية تخليص المواطن أو "تحرير المواطن" كما يشير له الفرنسي أندري جيتنق^(٣١) (Getting Andre, 1975) من مخاوف الغد.

وهي إشارة إلى البحث في السبل والطرق التي تضمن العيش الكريم لجميع فئات المجتمع البريطاني، وبخاصة بعد المحن التي مر بها المواطن البريطاني خلال فترة الحرب العالمية الثانية وما بعدها.

(٣١) مرجع سبق ذكره، ص ٨٩.

من هذا المنطلق، ومنذ سنة ١٩٤١م عمدت الحكومة البريطانية إلى تشكيل لجنة حكومية برئاسة بفريدج (Beveridge, w Juin) لدراسة الوضع (في مجال الحماية الاجتماعية للمواطن)، ووضع مقترحات عملية تعتمد كتشريعات قانونية في مجال الحماية الاجتماعية لكافة الفئات الاجتماعية.

مفهوم الحماية الاجتماعية (Social – Protection) في بريطانيا، في ذلك الوقت كان يعني بالتحديد الوقاية (الحماية) من:

- العوز المادي (الحاجة) (Abolition of the state of need).
- القضاء على البؤس (العيش ببؤس)، وبخاصة لدى الطبقة العاملة.
- تأمين عمل لكل المواطنين.
- تأمين دخل في حالات المرض، وحوادث العمل، والبطالة.
- تأمين دخل إضافي في حالات عدم كفاية دخل العمل بالنظر لحاجات العائلة، من خلال نظام جديد يسمى نظام الضمان الاجتماعي (Social – Security) وهو ما يعني بطريقة أخرى أو بلغة أخرى أن فلسفة ومفهوم الحماية الاجتماعية في بريطانيا، تعني بصورة عامة إعادة توزيع جزء من الدخل الوطني على المواطنين من خلال نظام الضمان الاجتماعي المقترح من طرف لجنة بفريدج (Beveridge).

وعليه فإن نظام الحماية الاجتماعية البريطاني يمتاز بـ:

١. اعتماده على نظام الضمان الاجتماعي.
٢. شمولية بحيث يشمل جميع فئات المجتمع البريطاني والمقيمين الشرعيين في بريطانيا (بما في ذلك غير البريطانيين).
٣. اعتماد التأمينات الاجتماعية الإجبارية لكل (المواطنين، والمقيمين الشرعيين)، العاملين.
٤. اعتماد ضمان الحاجات لكل الفئات حسب متطلباتها ووضعها، بداية بفئة:

- العمال الأجراء (Employed).
- الذين يعملون لحسابهم الخاص (Self Employed).
- العاطلين عن العمل (Non – Employed).
- ٥. اعتماد مخصصات (مستحقات) للولادة والأمومة (Maternity).
- ٦. اعتماد مخصصات الوفاة (عضو الأسرة العامل المتوفى).
- ٧. اعتماد (حق) ومخصصات الزوجة غير العاملة.
- ٨. اعتماد (حق) ومخصصات التقاعد.

وفي إطار، (مخصصات التقاعد)، يتم التكفل بكبار السن والمتقاعدين من خلال "الضمان الاجتماعي"، الذي يتكفل بمصاريف الرعاية الصحية (بالأساس)، واحتمالاً بمصاريف رعاية أخرى، تكون ضرورية أو مكملة للرعاية الصحية.

الضمان الاجتماعي البريطاني والتكفل بكبار السن:

وتجدر الإشارة هنا إلى أن الضمان الاجتماعي البريطاني، له خصوصية فيما يتعلق بميكانزمات (آليات) التمويل، أي أن نظام الضمان الاجتماعي البريطاني له طريقته الخاصة به (والفريدة من نوعها)، في مجال التمويل*.

وتجدر أيضاً الإشارة هنا إلى أن نظام الحماية الاجتماعية البريطاني لكبار السن، ومن خلال الضمان الاجتماعي،

نظام الحماية الاجتماعية البريطاني في مجال التكفل بكبار السن^(٣٢)، ينطلق أساساً من السياسة الصحية العامة، المنتهجة خلال فترة ما بعد السبعينيات، التي تركز على عدم التناقض، بين السياسة الصحية من جهة، والسياسة الاجتماعية للدولة ككل من جهة أخرى، ويشمل ذلك سياسة التكفل بكبار السن، وحمايتهم، وتقديم الخدمات الضرورية لهم من خلال:

✓ العمل على رفع متوسط العمر للمواطنين بقدر الإمكان.

* للتفاصيل، انظر: (British, – Social Security System)

^(٣٢) انظر لزيادة الاطلاع:

- Tallis, R. (2005) *living longer, healthier lives, the times, 22 October, 2005.*

- ✓ توفير المتطلبات الضرورية لفئة كبار السن، وبخاصة الخدمات الطبية الاستعجالية.
- ✓ التكفل الاجتماعي (المؤسسي) لكبار السن، بالتعاون أو مشاركة الأسرة.
- ✓ الاعتماد على الطب الوقائي (Social - Welfare)، أو السياسة الوقائية، حتى لدى فئة كبار السن.
- ✓ اعتماد سياسة "الرفاهية الاجتماعية"، لكبار السن حتى لآخر يوم من حياتهم.

ومنذ سنة ١٩٦٢م^(٣٣)، كان الاهتمام، والتركيز على "الجوهر"، فيما يتعلق بالخدمات والرعاية المقدمة لكبار السن، بحيث يؤمن نظام الضمان الاجتماعي البريطاني كافة الاحتياجات الضرورية، وتظهر في النقاط التالية:

١. التركيز على التكفل بالأمراض الصحية، والنفسية، والمشاكل الاجتماعية لكبار السن، من خلال شبكة معقدة من الخدمات الاجتماعية، يشرف عليها وينظمها الضمان الاجتماعي.
٢. البحث عن الأساليب الفعالة لرعاية وحماية والتكفل بكبار السن، لا يشكل عبئاً على الأسرة البريطانية وحدها، بل يشاركها في ذلك

(³³) Townsend – (1962) The Cost Refuge.

المجتمع، من خلال شبكة اجتماعية متخصصة، يشرف عليها نظام الضمان الاجتماعي البريطاني.

٣. جعل الشركات الخاصة والقطاع الخاص البريطاني المتخصص أو المؤسسات التي لها علاقة (ومنها شركات التأمين على الخصوص)، تشارك في توفير الخدمات والرعاية لكبار السن، من خلال حزمة من الأنظمة والقوانين واللوائح المشجعة، والمسهلة لمشاركة القطاع الخاص في هذا الميدان.

٤. هناك أهمية خاصة في نظام الحماية البريطاني، لكبار السن (ولجميع الفئات الاجتماعية الأخرى)، لموضوع الإعاقة (Disability) وبخاصة عندما تكون الإعاقة مقرونة بفئة كبار السن، أو الأطفال، بل وينظر أحياناً لفئة كبار السن على أنها تشكل "شكل من أشكال الإعاقة"، وهو الشيء الذي يجعل نظام الحماية الاجتماعية البريطاني يولي أهمية خاصة لكبار السن في المجتمع.

الرعاية الاجتماعية لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية:

الرعاية، أو الحماية الاجتماعية لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية، لم تكن أبداً على رأس الأولويات في السياسة الأمريكية، في السنوات الغابرة، وذلك بالنظر لطبيعة المجتمع الأمريكي، الذي جعل المخاطرة جزءاً من أيديولوجية، أكثر من البحث عن الضمان.

وهذا الاتجاه – في اعتقادنا – هو نتيجة للإيديولوجية الأمريكية، المبنية على المبادرة الفردية (المخاطرة الفردية) في كل المجالات وهذه الإيديولوجية كانت مطبقة في الاقتصاد وفي الحياة الفردية، بحيث كان الأفراد يبحثون عن أعلى الرواتب (High Salaries) ليستطيعوا هم أنفسهم تأمين حياتهم من "جميع النواحي"، إلا أن الأزمة الاقتصادية الحادة التي حصلت في سنة (١٩٢٩) وما تبعها من أزمات اقتصادية أخرى جعلت الكثيرين في الولايات المتحدة الأمريكية يتيقنون أن المبادرة الفردية أو الفردانية (Individualization) في مجال تأمين حاجات الإنسان الضرورية للحياة، ليست هي الطريقة المثلى، بل تيقنوا أن البحث عن "الأمان الاجتماعي"، و"الأمان الفردي"، أفضل من المخاطرة، من هنا، بدأ البحث عن أساليب تأمين حياة الفرد، وتأمين احتياجاته، ليس من منطلق المخاطرة الفردانية، بل من منطلق التعاون الاجتماعي المشترك، أو ما يعرف بالجماعية (Collectivity)، أو النظر إلى تأمين حاجات مجموع فئات الشعب، وليس النظر إلى تأمين حاجات "المجتمع" كأفراد، أي أن أفراد المجتمع هم أنفسهم مسئولون عن تأمين حاجاتهم (المختلفة).

وهكذا وجدت الحكومة الفيدرالية الأمريكية نفسها مضطرة للدخول في ميدان تأمين حاجات أفراد المجتمع (ومنها حاجات المسنين)، وذلك بداية من سنة ١٩٣٣م، حيث ظهر مسمى، قانون الضمان الاجتماعي (Social Security Act) لأول مرة في التاريخ^(٣٤).

وننتج عن ذلك، ما يلي؛

(³⁴) Getting – Andre, op. cit, 85.

١. ظهور قانون الضمان الاجتماعي، لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية.
٢. تأسيس للتأمين ضد البطالة.
٣. تأسيس لتأمين الحاجات الضرورية لحياة الأفراد.
٤. تأسيس للتأمين الإجباري على المؤسسات والأفراد العاملين (ضد البطالة وحوادث العمل).

وفي المقابل، قبلت الحكومة الفيدرالية بتخفيض بعض أنواع الضرائب، لتسمح للشركات والمؤسسات العامة والخاصة تمويل "الضمان الاجتماعي" (Social Security)، (بالمفهوم الأمريكي) ثم بعد ذلك تطور قانون "الضمان الاجتماعي" (Social Security act – 1935)، ليشمل خدمات وامتيازات أخرى تقدم للمواطنين العاملين وهو ما ظهر في قانون (28, August, 1950 Act)، الذي قدم في ذلك التاريخ لـ "مجلس الشيوخ) للموافقة عليه، وبعدها قدم القانون المكمل له، إلا أن مفهوم وطبيعة الضمان الاجتماعي الأمريكي يتمحور أساساً حول موضوعين أساسيين، هما:

- ✓ التأمين على البطالة.
- ✓ تأمين مصدر الرزق.

وهو الشيء الذي يختلف تماماً عن طبيعة ومفهوم الضمان الاجتماعي في أوروبا مثلاً.

وأضيف له فيما بعد، التقاعد، (Retirement) والذي يعتمد بعد سن الخامسة والستين، وله مداخل عديدة في ميكانزمات التمويل، وهو ما يجعله هو الآخر مختلفاً عما هو سائد في الدول الأوروبية مثلاً.

وأما "تأمين الشيخوخة" (Assurance Vieillesse) فكان متأخراً جداً ولم يبدأ في منتصف الستينيات بالمعنى العام المتعارف عليه، وكان يعتمد أساساً على التمويل الفردي (للعامل الموظف)، بمقدار ٤% من القسط الشهري الذي يدفعه العامل، أو الموظف^(٣٥)، وهو ما يعني أن فلسفة المبادرة الفردية ما زالت هي السائدة في المجتمع الأمريكي، في مجال التعامل مع كبار السن ومع الخدمات المقدمة لهم، وعليه نستطيع القول إن الطابع الخاص هو المسيطر على جميع أشكال الخدمات والرعاية المقدمة لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية.

خصائص "الضمان الاجتماعي" في الولايات المتحدة الأمريكية:

١. الضمان الاجتماعي، وبخاصة منه الذي يختص بالتأمين على الصحة هو اختياري وليس إجبارياً، في الولايات المتحدة الأمريكية، وهو ما يعني أن مفهوم الضمان الاجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية يختلف تماماً عنه في الدول الأوروبية مثلاً.

(٣٥) A Securite Sociale, daw le moude" in Getting, Andre, op. cit, p.88.

٢. في الغالب العام الشركات نفسها هي التي تتكفل بغالبية التأمينات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية التي تقدمها للعمال والموظفين كإحدى المزايا وليس كحق من الحقوق، ويتكفل بها الأفراد أنفسهم عادة بذلك، مع العلم أن هناك شريحة من سكان الولايات المتحدة الأمريكية ليس لديها أي نوع من أنواع الضمان الاجتماعي^(٣٦).

٣. الحكومة الأمريكية، ممثلة في الولايات ، تتكفل بالتأمين الصحي لكبار السن، الذين يفوق سنهم ٦٥ سنة، والمقصود هنا بالتكفل هو التكفل الصحي في أدنى حدوده، والتفاصيل (كما طبيعة الخدمات الصحية)، تختلف من ولاية إلى أخرى^(٣٧).

٤. تغطية تكاليف العلاج، أو التغطية الصحية كانت وما زالت إحدى أهم معضلات المواطن الأمريكي، ويشمل هذا أيضاً التكفل بكبار السن، سواء كان ذلك من منطلق الاحتياجات الصحية، أو الاحتياجات الأخرى.

^(٣٦) Echaudemaison, c.d. op. cit, p. 401.

^(٣٧) I Bid.

٥. التأمين الاجتماعي، أو الضمان الاجتماعي، يعني في الولايات المتحدة الأمريكية عملياً، وفعلياً اللجوء، إلى شركات التأمين الخاصة، وعليه، فإن مفهوم الضمان الاجتماعي بالمعنى المتعارف عليه في أوروبا مثلاً غير واردة، في الولايات المتحدة الأمريكية.

ومن "الخصائص" المذكورة سابقاً يتضح أن نظام الضمان الاجتماعي الأمريكي يختلف عن بقية الأنظمة الأخرى المعروفة عبر العالم، سواء كان ذلك في أوروبا أو غيرها من مناطق العالم، وأن النظام الأمريكي، يركز أساساً على تأمين الشغل والتشغيل وحوادث العمل قبل كل شيء آخر.

مميزات الرعاية الاجتماعية الأمريكية:

رغم الفردانية، ورغم سيطرة القطاع الخاص على الكثير من الخدمات والرعاية المقدمة لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية، فإن لهذه الأخيرة العديد من المزايا، والمنجزات، والتي ظهرت في العقود الثلاثة الأخيرة، ومنها على سبيل المثال:

١. الدراسات العلمية في مجال الشيخوخة.

إن الدراسات العلمية الجادة في مجال الشيخوخة (Gerontology) تعتبر أهم مميزات الخدمات التي تقدمها الولايات المتحدة الأمريكية للعالم، وهذه الدراسات العلمية ليست وليدة اليوم، بل ترجع إلى العشرينيات من القرن الماضي (انطلاقاً من علم الاجتماع الطبي) (Medical Sociology)، حيث اهتم هذا الأخير بموضوعات مثل:

- تأثير المحيط على الصحة العامة وعلى صحة كبار السن.
- علاقة المحيط البيئي بأنواع المرض.
- سلوكيات المرض، وبخاصة عند كبار السن.

وامتازت فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية، باهتمام العلماء الأمريكيين (على اختلاف تخصصاتهم)، بموضوعات، مثل:

- المشاكل المرتبطة المعاقين (مشاكل الإعاقة على اختلافها).
- مشاكل الإدمان على الكحول (ومنها عند المتقاعدين وكبار السن).
- مشاكل الصدمة النفسية (trauma) (ومنها تلك التي تصيب الأفراد بعد التقاعد، أو فترة الشيخوخة)^(٣٨).

(٣٨) انظر مثلاً:

- Talcoit, Parsons "work on the Sick – Role".
- Henderson, Laurence, "Functionalist Approach to the study of ageing".
- Stein Bernarl, "Critical studies of ellerly medicine".

وتدعمت الدراسات العلمية في مجال الشيخوخة وكبار السن (من منطلق الصحة النفسية)، بظهور المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية، الذي اهتم تحديداً "بخلفية الأمراض النفسية الشائعة عند كبار السن، والمتقاعدين".

واستمر الاهتمام العلمي (وما زال) بالأمراض التي تصيب كبار السن وطرق علاجها، وكذلك اهتم "بالخدمات المتنوعة" وليست فقط الضرورية التي يحتاجها كبار السن في مجتمع الرفاهية الاجتماعية (Social – Welfare State)، وهو ما نتج عنه عدة خدمات تقدم لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية، وغير متوفرة في بلدان أخرى، وهو الشيء الذي يميز الرعاية الاجتماعية والعائلية*، لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية، التي تعتمد على التطورات العلمية والتكنولوجية في جميع المجالات بما فيها الخدمات المقدمة لكبار السن.

٢. دخول القطاع الخاص بقوة لميدان تقديم الخدمات والرعاية لكبار السن، وهو من أهم مميزات الخدمات، والرعاية الاجتماعية والأسرية لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية، وذلك من خلال العديد من المؤسسات ودور الرعاية الخاصة بكبار السن، بل العديد من المجمعات (Compounds) السكنية الصحية المتكاملة الخدمات

* تقوم العائلات الأمريكية "بشراء" الكثير من الخدمات التي توفرها المؤسسات المختصة، سواء كان ذلك بانتقال كبار السن لتلك المؤسسات نفسها، أو بتقديمها في بيوتهم.

بالتوجه لاحتياجات جميع أنواع الخدمات المناسبة لكبار السن (الضرورية، والترفيهية، والعلاجية، وغيرها في مكان واحد، وهو ما يعطي الفرصة لكبار السن للاختيار* .

٣. التأثير في الصناعة الطبية، "وصناعة" الخدمات باتجاه كبار السن.

بعد الثمانينيات (١٩٨٠م)، وبتأثير من منظمات المجتمع المدني والمنظمات العلمية، مثل: (The Formal Group within Sociological Academy - Women Movements) والمنظمات الحقوقية النشطة، في مجال (حماية حقوق المتقاعدين وكبار السن)، حصلت "إعادة هيكلة السياسة الصحية" في الولايات المتحدة الأمريكية، لتأخذ بعين الاعتبار جدياً وفعالاً، احتياجات كبار السن، والشيخوخة بصورة عامة، وكذلك أعادت الصناعة الصيدلانية (صناعة الدواء)، الاعتبار للمتطلبات وللحاجات العقارية (الدوائية) لكبار السن، وهو ما استفادت منه فئات كبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية والعالم أجمع.

٤. البحث في التغيرات المستقبلية التي سوف تحدث في المجتمعات التي ترتفع فيها فئة كبار السن.

* مع العلم أن محدودية الاختيار هي من أهم المشاكل التي يعاني منها كبار السن.

هذه أيضاً إحدى المميزات التي تمتاز بها الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث فتحت الباب واسعاً للدراسات المستقبلية (التوقعية – الاستشرافية) في مجال التغيرات الديموغرافية، التي لها علاقة بازدياد فئة كبار السن في المجتمع، وتأثيراتها المستقبلية على طبيعة المجتمع، وعلى المتطلبات المستقبلية لكل فئة من الفئات العمرية لأفراد المجتمع، في مجتمع اليوم، ومجتمع الغد، وهو ما يقوم به مثلاً المعهد الأمريكي لدراسة الشيخوخة (The US. National Institute of Aging)، مع العلم أن هذه الموضوعات ليست من الأولويات البحثية في المجتمعات الأخرى، وبخاصة منها المجتمعات النامية، التي من المفترض أن تهتم بهذا الموضوع، على أساس أنه من المشاكل التي سوف تقابلها هذه المجتمعات.

٥. البحث في رفاهية كبار السن:

كذلك فإن الدراسات العلمية المستقبلية في الولايات المتحدة الأمريكية منصبة في السنوات الأخيرة على موضوع كيفية قضاء "المرحلة العمرية المتأخرة بنجاح"، أي قضاء فترة الشيخوخة بأريحية بالنسبة للمسنين (Successful – Ageing)، وهو ما يعني البحث في الوسائل، والتقنيات، والعقاقير، والخدمات الطبية، والاجتماعية، والنفسية، التي من شأنها مساعدة كبار السن، على تمضية سنوات عمرهم بارتياح وبرفاهية قدر المستطاع.

ضرورة الاهتمام بالدراسات العلمية المرتبطة بكبار السن:

أصبحت الدراسات العلمية المرتبطة والمتخصصة بموضوع كبار السن تشكل مفتاح السياسة الاجتماعية في مجال رعاية وتقديم الخدمات لكبار السن في الدول المتطورة، كذلك عمدت هذه الأخيرة إلى إدخال مقررات، ومواد علمية ومعرفية إلى المناهج الدراسية، في مؤسسات التعليم العالي، وفي المعاهد، والمراكز المختصة.

مقرر، ومواد، تهتم أساساً بموضوع كبار السن، كما تهتم بالرعاية المتخصصة لكبار السن، سواء كانت رعاية طبية أم اجتماعية، أم نفسية.

أمّا الوضع الحالي في العالم العربي، فإن الدراسات المتعلقة بكبار السن، وحاجاتهم، وطرق وأساليب رعايتهم والتكفل بهم، من الموضوعات الثانوية في البرامج والمقررات الدراسية في مؤسسات التعليم العالي، أو حتى المؤسسات التعليمية المختصة، هذا إن وجدت أصلاً.

الدراسات العلمية الأخيرة (العشر سنوات الأخيرة)، سواء كان ذلك في المجال الطبي، أو الطب الاجتماعي (Medical Sociology)، أو في علم الشيخوخة (Gerontology) أو في الدراسات الاجتماعية للشيخوخة (Social - Gerontology)، أو في علم الشيخوخة الاجتماعي (Sociology of Ageing)، أثبتت أن الكثير من معلوماتنا السابقة في مجال الشيخوخة، وموضوع كبار السن بصورة عامة، وموضوع احتياجات كبار

السن بالخصوص في مجملها كانت خاطئة، أو على الأقل كانت محدودة جداً لدى غير المختصين القلائل.

(The Attention However, also demonstrated that many of the assumptions that were held about ageing by quite a few Social Scientist)⁽³⁹⁾ .

إن متطلبات الشيخوخة وكبار السن في وقتنا الحاضر تختلف بالضرورة في الأزمنة السابقة، وذلك بالنظر لاختلاف طبيعة الحياة الاجتماعية نفسها، واختلاف احتياجات الأفراد "العاديين" أنفسهم عن السابقة، فما بالك باحتياجات كبار السن.

إن موضوع احتياجات كبار السن في المجتمع يفهم ويعرف وبالضرورة من خلال الدراسة العلمية المختصة، ومن خلال مواكبة المعارف العلمية في هذا الميدان، وهنا نشير إلى ما ذهب له المختص البريطاني في (علم بيولوجيا الشيخوخة)، كيرك وود، توم، (2001) (Kirkwood, Tom, 2001)⁽⁴⁰⁾، حيث يشير في هذا الصدد إلى ما يلي:

⁽³⁹⁾ Higgs Paul, REES Jones, ian, (2009) Medical Sociology and old age: Towards a Sociology of Health in Later Life (London, New York). Rutledge, p. (Preface).

⁽⁴⁰⁾ راجع:

- Kirkwood Tom (2001), the end of age, London, Profile books.

- مذكور في P3. ci. op. Medical Sociology.

"بالنظر للتطور العلمي لا نستطيع التفكير في العمر (عمر الإنسان) بنفس الطريقة (القديمة)، بحيث وصلنا إلى نهاية العمر المتقدمة" (عمر الشيخوخة) (٤١).

ويضيف نفس الباحث: "إن حياتنا الطويلة (عمرنا الذي أصبح طويلاً بفضل تقدم العلوم والرعاية الطبية)، حملتنا إلى فضاءات جديدة، حيث أصبح الأمر يتطلب تخطيط، وتحضير أنفسنا (لمرحلة الشيخوخة الطويلة)، حيث لا نستطيع أن نكون راضين بذلك (التخطيط والتحضير)" (٤٢).

وفي ما أشار له الباحث السابق الذكر، يتضح بوضوح أن المرحلة الحالية، وبخاصة المرحلة القادمة، من حياة الكثير من الشعوب العربية تحتاج فعلاً إلى إعادة نظر، وإلى إعادة التخطيط أو بالأحرى، تحتاج إلى استراتيجية جديدة في مجال السياسة الصحية والخدمية بصورة عامة، وفي مجال التعامل الاجتماعي مع شريحة كبار السن على الخصوص، وذلك بالنظر للتغير الحاصل في الهرم السكاني، وفي متوسط عمر الفرد، وفي التغير الذي حصل (ويحصل) في الفئات العمرية المتشكل منها الديموغرافي في المجتمعات العربية المعنية.

(41) Medical Sociology, and old age, op. Cit, pp. 3 – 4 (Kirk Wood, 2001: 17).

(42) I Bid.

ويشير باحث بريطاني آخر بلوم (Bloom – 2002)، في هذا الصدد إلى ما يلي:

"اليوم تطور علم الاجتماع الطبي في أهدافه، وفي مجالاته، وهو ما أدى إلى ازدهار العديد من المجالات (العلمية المتخصصة)، على مستوى الجامعات والعالم الأكاديمي، وظهور أتباع ومريدين (لهذا التخصص)، على المستوى الوطني (بريطانيا)، والمستوى العالمي"^(٤٣).

"New scientific understanding means that we can never think of aging the same way again. We are at the end of the old "oldage".

"Over longer lives are caring us into new Territory for which we need to plan and prepare ourselves. We cannot afford to be complacent".

(43) Bloom. S.W. (2002) *the word as Scalpel, a History of Medical Sociology*, Oxford, Oxford University Pres.

. المذكور في (Medical Sociology, op. Cit). p.7

وهنا نشير إلى أن نفس التوجه حدث في العديد من الدول الأوروبية في هذا المجال، وبخاصة بعد فترة الستينيات، وبداية السبعينيات، حيث اتسعت مجالات علم الاجتماع الطبي وشملت تخصصات عدة (ظهرت تخصصات فرعية عدة، وظهرت اهتمامات تخصصية بفئات اجتماعية معينة، ومنها بطبيعة الحال، فئة كبار السن)، وهنا تم التركيز في العشرين سنة الفارطة في أوروبا تحديداً على الموضوعات التالية:

- طبيعة الأمراض المرتبطة بالشيخوخة وكبار السن (وكيفية التعامل معها اجتماعياً).
- التغيرات العميقة التي حصلت في الميدان الطبي.
- التغيرات الخدمية النابعة عن التطور الطبي.
- التطورات الناتجة عن التغيير في الحياة الاجتماعية في المجال الطبي، وفي مجال الخدمات الصحية.
- أسلوب الحياة وتأثيراته على الصحة (مع التركيز على تأثيراته لدى كبار السن).
- تأثير التطور العلمي على فهم احتياجات الجسم البشري (مع التركيز على كبار السن).
- طبيعة الأمراض المرتبطة بالشيخوخة وكبار السن (وكيفية التعامل معها اجتماعياً).
- موضوع التفاوت (التباين Inequalities) في الخدمات الطبية بين الفئات الاجتماعية.

- الأمراض المعدية (الحديثة) العابرة للحدود الوطنية.
- أنماط أمراض الشيخوخة (وكبار السن).

وهكذا، بعدما كان كبار السن يشار لهم في التقارير أو البحوث العلمية، من منطلق "الفئة العمرية"، أو "الفئة العمرية المتقدمة في السن"، أو "فئة المتقاعدين"، أو "المواطنون الكبار في السن"، أصبح علم الاجتماع الطبي الحديث في أوروبا، يعالج موضوع كبار السن واحتياجاتهم الطبية والخدمية والنفسية والاجتماعية، كموضوع منفصل، أو كفرع قائم بذاته، من فروع علم الاجتماع الطبي^(٤٤).

وهكذا أصبح كبار السن في أوروبا، يشكلون ليس فقط مجالاً للاهتمامات الطبية، بل أيضاً مجالاً لاهتمامات الرعاية الاجتماعية، ومجالاً للبحث العلمي الأكاديمي، بقيادة من علم الاجتماع الطبي، والعلوم المتفرعة عنه، أو المشابهة له (التي سبق ذكرها في هذه الدراسة).

وهو ما يشير إلى أن المواكبة الفعلية للتطورات والتغيرات التي حدثت (وتحدث) في الحياة الاجتماعية، وفي التطورات العلمية بصورة عامة، وفي

^(٤٤) انظر التفاصيل: شيلنق (Shilling – 1993).

- Shilling, c, (1993), the Body and Social Theory, London, Sage.

التطورات الطبية والخدمية (في مجال الرعاية الصحية) تتم من خلال المتابعة
والمواكبة العلمية قبل كل شيء، وهو الشيء المفقود في مجتمعاتنا العربية.

وهو ما يشير إلى ضرورة الاهتمام بتخصصات علمية بعينها، مثل:

- علم كبار السن (أو علم الشيخوخة) (Gerontology).
- علم كبار السن الاجتماعي (Social – Gerontology).
- علم الاجتماع الطبي (Medical – Sociology).
- علم إحياء كبار السن (Bio – Gerontology).

توصيات عملية

١. ضرورة القيام بدراسة ميدانية متخصصة، وفي السياق الزمني والمكاني، لوضع، واحتياجات كبار السن في منطقة دول مجلس التعاون الخليجي العربي، أو دراسة الوضع واحتياجات كبار السن لكل دولة على حدة من دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، ونعتقد أن هذه الأخيرة هي الأنسب.
٢. اعتماد شبكة اجتماعية متكاملة لرعاية وتقديم خدمات لكبار السن، يشرف عليها ويديرها صندوق الضمان الاجتماعي، أو التأمينات الاجتماعية، أو ما يعادلها.
٣. ضرورة توفير بدائل وخيارات متعددة في مجال الرعاية، والتكفل بكبار السن، وتقديم الخدمات لهم، في إطار التخصص والاحترافية، وتحت نظم وقواعد وضوابط اجتماعية رسمية واضحة.
٤. فتح المجال للقطاع الخاص ليدخل مجال رعاية كبار السن، وتقديم الخدمات لهم، تحت ضوابط ومعايير معينة، ومراقبة دائمة وفعالة من الجهات المختصة.
٥. الاعتماد على التأهيل المتخصص، وذلك بانتهاج سياسة تأهيلية متخصصة في مجال رعاية كبار السن، وتقديم الخدمات المتخصصة لهم، انطلاقاً من مناهج معدة مسبقاً احترافية تناسب كافة المستويات، والمهن المطلوبة في مجال رعاية، وخدمة المسنين، مع أهمية الاستفادة من تجارب الدول المتطورة في هذا المجال.

٦. إدخال المقررات والمعارف العلمية الحديثة إلى البرامج التعليمية والتأهيلية في مجال رعاية كبار السن (إن وجدت)، أو استحداث تلك البرامج بالاعتماد على المقررات الحديثة واعتماد منهج إعادة التأهيل الدوري (Recyclage)، لمواكبة التطورات الحديثة في مجال أساليب، وطرق، ومعارف، رعاية كبار السن.

٧. إقامة الدورات التدريبية المتخصصة للأفراد العاملين في الميدان، لتجديد مهاراتهم وإقامة الندوات بهدف رفع القدرة المعرفية، وتحسين الأداء والاحترافية في تسيير وإدارة المؤسسات الاجتماعية المختصة في رعاية كبار السن، وبلوغ الجودة في الرعاية وتقديم الخدمات.

* * *

المراجع الإنجليزية

- Bury, Mike, Gabe, J. (2004), The Sociology of Health and Illness: A Reader, London, Routledge.
- HIGGS, Rees, Jones IAN. (2009), Medical Sociology and old age, critical studies in Health and Society. London, Routledge.
- Kirkwood, Tom. (2001), The end of Age, London, Profile Books.
- GUTIERREZ–Robledo, L.M. (2002), "Looking at the future of geriatric care in developing countries", Journal of Gerontology, No: 57, – (2).
- Harper, S. (2006), Aging Societies: Myths, challenges and opportunities, London. Hodder, Arnold.
- Moody, H.R. (2002), Who's afraid of life extension? *Generations*, special edition on Anti–Aging: Are you for it or against it? 25, (4).
- Shilling, C. (1993), The body and Social Theory. London Sage.
- Tallis, R. (2005), Living longer, healthier lives, *The Times*, 22, October.

المراجع الفرنسية

- Revol, René. (2002), Dictionnaire des Sciences économiques et Sociales. Paris, Hachette, (education).
- Grawitz, Madeleine. (2001), Methods des Sciences Sociales. (11-éd.), Paris, Dalloz.
- Grawitz, Madeleine. (2004), Lexique des Sciences Sociales, Paris, Dalloz.
- Françoise G. Resle, Perrin, Michel, Panoff, Michel, Tripier, Pierre. (1990), Dictionnaire des Science-Humaines, Paris, Nathan-Université.
- GETTING, André. (1957), La Sécurité Sociale, Paris Presses Universitaires de France.
- Imaad, Zoheir. (2013), "Une spécificité Française?" "Info-Soir, Alger, 30/3/2013.
- ECHAUDE MAISON, C-D. (1994), Sciences économiques et Sociales, Paris, Nathan.
- VALTRIANI, Patrick. (1994), 'La montée des Transfers sociaux: in. Sciences économiques et Sociales.
- (1993), "Pauvreté système fiscal, redistribution des revenus en France. In, DEES, No: 91, Mars.

الدراسة الخامسة

المرأة ذات الإعاقة من كبار السن:
معركة واحدة وأربع جبهات

الدكتور مهند العزة
خبير دولي في حقوق الإنسان
وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

المرأة ذات الإعاقة من كبار السن: معركة واحدة وأربع جبهات

الدكتور مهند العزة
خبير دولي في حقوق الإنسان
وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

مقدمة:

إذا كان الحديث عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حديثاً ذا شجون، فإن الحديث عن المرأة ذات الإعاقة وحقوقها يبدو أكثر شجناً لما تواجهه من تمييز وإقصاء تتعدد صورته لتعدد أسسه وبواعثه، أما إذا كانت تلك المرأة من كبار السن فحدث ولا حرج عن الواقع المعقد والتمييز المركب الذي تواجهه ولا تتغلب عليه أو تكاد. فإذا كانت المرأة وكما هو معلوم تناضل من أجل تعزيز حقوقها وترسيخ مبادئ المساواة وتكافؤ الفرص في شتى مناحي الحياة، فإن المرأة ذات الإعاقة تخوض النضال ذاته وعلى الجبهة نفسها لكونها تواجه ذات التمييز والإقصاء على أساس الجندر. وفي الوقت نفسه فإن المرأة ذات الإعاقة تخوض وبالتوازي معركةً على جبهة ثانية ألا وهي جبهة تضمين قضاياها وحقوقها في أجندة الحركات النسوية التي كثيراً ما تغفل ذكر المرأة ذات الإعاقة فيما ترسمه من سياسات وتضعه من خطط وبرامج لتعزيز حقوق المرأة بوجه عام، وإذا ما ذُكرت المرأة ذات الإعاقة في هذه السياسات والخطط، فإن ذلك يتم في حدود "الاحتياج الخاص" و "الرعاية". وقبل أن تفرغ المرأة ذات الإعاقة من هاتين الجبهتين فإنها مطالبة بمشاركة زملائها من الذكور ذوي الإعاقة بخوض معركتهم على جبهة

مناهضة التمييز على أساس الإعاقة. ثم إنها مدعوة لتتواجد في جبهة رابعة مع كبار السن إن كانت منهم لتعزيز حقوقهم ومشاركتهم على أساس من المساواة مع الآخرين. ولا ريب في أن هذه المعركة على جبهاتها الأربع تعكس واقعاً عملياً وتشريعياً غير داعم للفئات الثلاث التي تنتمي إليها المرأة ذات الإعاقة من كبار السن.

فمن حيث القضية الجندرية، فإن المرأة لا زالت تواجه أشكالاً مختلفة من التمييز والإقصاء على الرغم من وجود اتفاقية دولية للقضاء على كافة أشكال التمييز ضدها وهي اتفاقية السيداو التي صادقت معظم الدول العربية عليها وأعلنت التزامها بأحكامها منذ زمن بعيد

(<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/0360793A.pdf>).

إلا أن هذه الاتفاقية لم تنعكس بعد بمختلف أحكامها ومبادئها على منظومة التشريعات الوطنية إما لتحفظات صاحبت مصادقة بعض الدول عليها وإما لعدم وجود إرادة سياسية حقيقية لتفعيلها وتطبيق أحكامها على نحو كامل.

ومن ناحية تضمين حقوق المرأة ذات الإعاقة وقضاياها، فإنها لا تبدو حاضرة بقوة على أجندة الحركات والمنظمات النسوية التي تحتاج إلى مزيد من العمل لجعل استراتيجياتها وخططها وبرامجها دامجة وشاملة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بما ينسجم وحقوق الإنسان ومبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وتبدو اتفاقية السيداو غير مسعفة في تحقيق ذلك على نحو جلي لخلوها من أحكام خاصة بالمرأة ذات الإعاقة.

ومن ناحية ثالثة، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون بدورهم تمييزاً وإقصاءً على أساس الإعاقة التي يُنظر إليها من لدن واضعي السياسات وصانعي القرار والجهات التنفيذية في دولنا العربية على أنها حالة من العجز والمرض يستأهل صاحبها الرعاية والوصاية دون التفات إلى البعد الحقوقي الذي يرى الإعاقة حالةً تتداخل فيها العوامل الشخصية (الإعاقة بمعناها الحسي) مع الحواجز السلوكية والعوائق البيئية لتنتج واقعاً يجد الشخص فيه نفسه وقد أُعيق عن ممارسة حقوقه وحرياته على أساس من المساواة مع الآخرين. وقد صادقت معظم الدول العربية على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تبنتها الجمعية العامة للأمم المتحدة عام ٢٠٠٦ سعياً منها لتغيير الواقع التشريعي والعملي بما يحقق الغرض من صدورها ويعكس مبادئها العامة وأحكامها التفصيلية على منظومة التشريعات الوطنية والممارسات المؤسسية (<http://www.un.org/arabic/disabilities/default.asp?navid=13&pid=65>).

ومن ناحية أخيرة، فإن كبار السن بوجه عام يواجهون فراغاً تشريعياً على الصعيد الدولي نظراً لعدم وجود اتفاقية دولية ملزمة تضمن حقوقهم وقضاياهم على غرار ما هو قائم بالنسبة للفئات الأخرى كالأطفال والمرأة والعمال المهاجرين والأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم. والواقع أن هذا الفراغ التشريعي انعكس فراغاً قانونياً على المستوى الوطني إذ لم يكثرث المشرع في العديد من الدول بوضع قوانين خاصة ولا أحكام في القوانين

النافذة ذات الصلة تكفل حقوق كبار السن وتفرض لهم نطاقاً قوياً من الحماية القانونية. ولا تبدو مبادئ الأمم المتحدة لكبار السن الصادرة عام ١٩٩١ من الجمعية العامة ذات كفاية في هذا المقام؛ نظراً للطبيعة غير الملزمة لهذه المبادئ ولكونها قد صدرت قبل عقدين ونصف من الزمن (<http://www.un.org/arabic/conferences/ageing/presskit/fact1.htm>).

وسعيّاً منا لبيان أبرز العوائق التي تواجه المرأة ذات الإعاقة من كبار السن وكيفية التغلب عليها، فإننا سوف نقوم ببيان تلك العوائق على صعيد المفاهيم والفلسفة ثم نتولى بيانها على مستوى السلوكيات والبيئة المادية لنتولى بعد ذلك بيان موقف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من كبار السن مختتمين بجملة من التوصيات التي قد تسهم في العمل نحو وضع إطار لسياسة أو استراتيجية إقليمية ووطنية يمكن من خلالها تحقيق الحد الأقصى من المساواة وتكافؤ الفرص وعدم التمييز للأشخاص ذوي الإعاقة من كبار السن في الدول العربية.

أولاً- إشكاليات المنظور والمفاهيم في التعاطي مع حقوق المرأة ذات الإعاقة من كبار السن:

إذا كانت المرأة بوجه عام تواجه منذ رده من الزمن واقعاً تمييزياً إقصائياً منبعه المعتقدات والصور النمطية الذهنية التي تراكت

واستقرت في الضمير الجمعي للمجتمع نتيجة موروث اجتماعي مورث حول المرأة والنظر إليها على أنها طرفاً "ضعيفاً" يحتاج دائماً وأبداً للوصاية والرعاية بل أكثر من ذلك النظر إليها على أنها "عورة" في صوتها ومظهرها وأنها أساس "الشرف" ومحور "المحافظة على العرض والسمعة"، فإن المرأة ذات الإعاقة تبدو في وضع أنكى وأصعب لتكالب مجموعة من العناصر عليها لتشكل واقعاً آخر لا يقل وطأة عن هذا السياق؛ حيث أن الإعاقة يتم النظر إليها على أنها حالة من العجز والمرض والضعف ومثار الشفقة والطريق إلى الجنة لمن كانت لديه ولمن "أشفق" على صاحبها "وأحسن" إليه. ولا ريب في أن تضافر هذين النهجين على شخص واحد جندياً وعلى أساس الإعاقة سوف يولدان دائرة مركبة من التمييز والإقصاء. فإذا ما أضيف إليهما كون المرأة ذات الإعاقة من كبار السن، فإن الدائرة سوف يتسع نطاقها وتتضاعف تعقيداتها لما يواجهه كبار السن بشكل عام من إقصاء وإهمال على صعيد السياسات والتشريعات والممارسات، الأمر الذي تتجلى معه صعوبة ما تجابهه المرأة ذات الإعاقة من كبار السن. والواقع أن عوامل عدة تساهم في تكريس هذا الواقع الطارد للمرأة ذات الإعاقة من كبار السن من دائرة المشاركة والدمج والحماية الاجتماعية يمكن إجمالها على النحو الآتي:

١- تجذر صور وقوالب نمطية عن مفهوم "الضعف والعجز" وربطها بفئة عمرية أو على أساس الجندر والإعاقة دون التفات إلى ما تلعبه العوائق البيئية والحوازر السلوكية من دور كبير في

نشأة حالة الإقصاء أو التضعيف لمشاركة الشخص ودمجه في شتى مناحي الحياة؛

٢- تكريس الإعلام لقوالب نمطية خصوصاً في مجال الدراماة التلفزيونية والسنمائية عن المرأة والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن؛ بحيث ما يظهرون غالباً في صورة غير القادرين والضعفاء والمغلوبين على أمرهم؛

٣- تكريس المناهج الدراسية في العديد من الدول لأنماط محددة حول المرأة بحيث يتم تقديمها على أنها التي تطبخ أو تغسل أو في أحسن الأحوال تساعد "بابا" في أعماله. وتقدم الأشخاص ذوي الإعاقة على أنهم الضعفاء الذين يحتاجون إلى معونة ومساعدة غيرهم وربما يتم تقديمهم على أنهم متسولون أو أن الآخرين يحسنون إليهم بالمال واللباس وغيره. ولا يبدو كبار السن أكثر حظوةً في مناهجنا إذ أنهم إؤلئك الذين لم يبق لهم دور في الحياة إلا إعطاء الحكمة ورواية القصص للصغار دون أن يقوم بأي عمل آخر، فلم نقرأ مثلاً عبارة تقول "جدتي تعمل أو جدي يؤلف" بل "جدتي تحيك الثياب وتنسج الصوف..."؛

٤- تبني واضعي السياسات ومتخذي القرارات في العديد من الدول للمفاهيم الرعائية الوصائية في ما يخص حقوق المرأة والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن وانعكاس ذلك على الاستراتيجيات والخطط والبرامج بل وحتى المبادرات التي تتخذ

في هذا الصدد. ولعل هذا ما يفسر ميل العناوين والمضامين لتلك الاستراتيجيات وما يتفرع عنها من خطط وبرامج إلى الجانب الحمائي الرعائي وتركيزها على نحو كبير على الجوانب الصحية والضمان الاجتماعي على حساب جوانب أخرى لا تقل أهمية عن هذه المسائل كما هو الحال بالنسبة للحقوق السياسية والثقافية والمدنية مثلاً.

إن هذه العوامل وغيرها تلعب الدور الأبرز في إيجاد واقع مؤلم تعيشه وتعايشه المرأة ذات الإعاقة من كبار السن يجعلها تقف على هامش الحياة وعتباتها على الرغم من كونها شخصاً قادراً على العطاء وله الحق في التمتع بالحقوق والحريات كافة التي لا يتوقف أعمالها وممارستها على مرحلة عمرية أو حالة صحية أو نوع اجتماعي بعينه.

ثانياً - الحواجز السلوكية والعوائق المادية:

لقد سبقت الإشارة إلى أن الإعاقة هي حالة تتداخل فيها العوائق المادية والحواجز السلوكية مع العوامل الشخصية (الإعاقة بمعناها الحسي) لتنتج واقعاً معيقاً للشخص عن ممارسة حقوقه وحرياته على أساس من المساواة مع الآخرين. وفي هذا الصدد فإنه لا بد من توضيح طبيعة تلك الحواجز والعوائق ليتسنى الوقوف على آليات القضاء عليها وتخطيها تشريعياً وعملياً، ثم لا بد من التعرّيج على ما

يكتنف الواقع المؤسساتي والخدماتي من تحديات والنظر في ما بعد
لآليات وسبل التغلب عليها.
١- الحواجز السلوكية:

إن من النتائج الحتمية للمفاهيم الرعائية وما تفرزه من صور
نمطية حول المرأة والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن على
النحو السالف بيانه؛ أن تتكون مجموعة من السلوكيات
والاتجاهات المجتمعية نحو هذه الفئات تؤدي ولا ريب إلى
مزيد من الإقصاء "والتهميش" لها على نحو يحول دون
ممارستها لحقوقها وحرياتها على أساس من المساواة مع
الآخرين؟. وأكثر ما تتجلى فيه هذه الاتجاهات والسلوكيات إنما
يبرز على صعيد أنشطة الحياة اليومية بمختلف أنماطها
وصورها. وفي سياق الحديث عن المرأة ذات الإعاقة من كبار
السن على وجه الخصوص، فإنه يمكن تصنيف الحواجز
السلوكية التي تواجهها على النحو الآتي:

أ- وجود حاجز مجتمعي يدفع الأفراد إلى التعامل مع المرأة
ذات الإعاقة بوجه عام بتحفظ وحرص شديدين يفضيان
إلى إحجام العديد منهم عن الاختلاط والتعايش مع المرأة
ذات الإعاقة. فعلى مستوى السير في الطريق العام مثلاً،
فإنه يندر أن ترى شخصاً من الذكور يمسك بيد امرأة ذات
إعاقة ليعاونها في عبور الشارع أو الوصول إلى مكان

ما، وهذه الندرة مبعثها أنها مرأة في المقام الأول بما ينطوي عليه ذلك من خشية أن يفسر تقديم المساعدة لها من رجل على نحو خاطئ غالباً ما يحوي مدلولات جنسية وأخرى تتعلق باحتمالات "الظن السيء" من الآخرين، ولكونها ثانياً من ذوات الإعاقة بما يولده ذلك من انطباع مغلوطن لدى الغير أن التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة يتطلب فرط الحساسية والحذر، مما ينتج عنه الإحجام عن مخالطتهم وبناء علاقات اجتماعية معهم؛

ب- وجود حاجز ذاتي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم؛ ارتفعت أعمدته وضربت قواعده في ضمائرهم نتيجة تصورهم لنظرة الآخرين إليهم، تلك النظرة التي يغذيها نمط التعامل اليومي معهم، ومن ثم فإن الأشخاص ذوي الإعاقة تنشأ لدى بعضهم خصوصاً النساء منهم عقيدة فحواها أن تجنب الآخر تعد من أسلم الطرق وأمنها لتلافي النظرة النمطية واحتمال المساس بالكرامة والخصوصية والاستقلالية الفردية. وهذا الهاجس لدى الأشخاص ذوي الإعاقة والمرأة منهم على وجه الخصوص وتحديداً كبار السن؛ يجعل أوضاعهم أكثر صعوبةً وتقييداً؛

ج- وجود منظومة من العادات والتقاليد والموروثات النمطية المدعمة بأمثال شعبية منفرة من الأشخاص ذوي الإعاقة والمرأة وكبار السن في آن واحد. فمن المثل التمييزي القائل "مثل الأطرش بالزفة" و "الحظ لما يأتي يخلي الأعمى سعاتي" و "مرآة الحب عمياء"، إلى شيوع استخدام لفظة "مرأة" أو "مرّة" و "حرمة" للسب أو لوسم شخص بأنه "ضعيف" أو "جبان" أو لتسفيه اهتمامته وما شاكل ذلك من تشبيهات ودلالات سلبية جعلت من هذه اللفظة الدالة على نوع اجتماعي يشكل عماد المجتمعات وأساس بنيانها مجرد سبّة أو وصمة، فإذا ما أضفنا إلى ذلك كله ما درجت عليه العادات والتقاليد من جعل المرأة في الظل حبيسة المنزل وكبار السن رهينة غرفهم في بيوت أبنائهم أو في دور الإيواء وفي أحسن الأحوال في دور العبادة، فإنه يتضح مدى تأثير هذه الأنماط الاجتماعية السلبية على تكوين وتوجيه السلوك العام لأفراد المجتمع نحو المرأة ذات الإعاقة من كبار السن؛

د- تجذر ثقافة الإيواء وما يرتبط به من خدمات انعزالية للأشخاص ذوي الإعاقة ولكبار السن. والواقع أن هذه ليست مجرد ممارسة فحسب بل هو سلوك واتجاه نحو هاتين الفئتين اللتان تنشأ من أجلهما المؤسسات والمراكز الإيوائية، مما يجعل الاعتقاد العام والنهج السائد نحوهما

يستسيغ بل يميل إلى أنهما يجب أن يظلّا منعزلتين في دور ومراكز خاصة وأن دمجهما في المجتمع ليس من مصلحتهما "ولن يفيد المجتمع في شيء".

٢- العوائق المادية:

لا يقل ما تلعبه العوائق المادية من دور في تقييد ممارسة المرأة ذات الإعاقة من كبار السن لحقوقها وحرّياتها عمّا ذكرناه بالنسبة للحواجز البيئية بل قد يزيد. ذلك أن نقص التهيئة المادية وضعف الترتيبات التيسيرية في البرامج والخدمات والمرافق على اختلاف أنواعها وأغراضها؛ يساهم دون شك في تقييد وصول المرأة ذات الإعاقة بوجه عام ومن كبار السن على وجه الخصوص إليها. وإذا ما أردنا تبيان ذلك على نحو جلي، فإنه يمكننا تصنيف تلك العوائق المادية على النحو الآتي:

أ- نقص أو غياب التهيئة البيئية عن المباني من منحدرات ومصاعد وإشارات إرشادية بارزة للأشخاص المكفوفين وبلغة الإشارة للأشخاص الصم وبحروف الطباعة الكبيرة لضعاف البصر. فنقص هذه الأشكال من التهيئة المادية سوف يفضي إلى عدم تمكن وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى المرافق والخدمات التي تقدمها المؤسسات أو المراكز التي تعمل في أبنية غير مهيئة، سواءً كنا نتحدث

عن مراكز صحية أو تعليمية أو خاصة بالعمل والتدريب
أو ثقافية؛

ب- نقص توافر الأثاث المهيأ والموائم لاستخدام الأشخاص
ذوي الإعاقة ومنهم المرأة من كبار السن. فهذه الأخيرة
تحتاج ولا ريب في منزلها أو مكان إقامتها أياً كان وفي
مكان عملها إلى أثاث مناسب في الارتفاع والتحرك إذا
كانت من ذوات الإعاقة الحركية، وإلى ترتيبه بشكل
مناسب ووضع علامات محددة عليه إذا كانت المرأة من
ذوات الإعاقة البصرية؛

ج- نقص التقنيات والأدوات المعينة والمساعدة، فحتى على
مستوى أدوات المنزل فإن المرأة والرجل ذوي الإعاقة من
كبار السن يحتاجان كما يحتاج غيرهما إلى أن يكون
منزلهما مزوداً بما يلائمهما من وسائل تمكنهما من العيش
المستقل بحده الأقصى. فالمرأة ذات الإعاقة البصرية هي
بحاجة إلى الأجهزة المنزلية الناطقة من موازين الحرارة
وموازين الطهي والبوصلة الناطقة والحاسوب الناطق
وغيره، والمرأة ذات الإعاقة السمعية تحتاج إلى الأجهزة
الارتجاجية والمرئية سواء كانت أجراس أو هواتف أو
إنذارات الحريق وأجهزة الهواتف النصية والمرئية
للتواصل مع الآخرين، والمرأة ذات الإعاقة الحركية بحاجة

إلى أدوات طيبة الحركة مرنة وقابلة لتغيير وتعديل أوضاعها بما في ذلك لوحة مفاتيح الحاسوب والفأرة الخاصة به ورافعات الإغراض المنزلية وغيرها، أما المرأة ذات الإعاقة النفسية فهي بحاجة إلى أن يراعى في مكان إقامتها وعملها الألوان والتصميم وكذلك أوقات الراحة التي تحتاجها ربما عقب تناول الدواء خصوصاً أن الكثير من الأدوية النفسية قد يكون لها آثار جانبية تشعر من يتناولها باغثيان أو بقليل من النعاس؛

د- ضعف التهيئة في وسائط النقل، والواقع أن المرأة ذات الإعاقة من كبار السن هي أحوج من غيرها إلى وسائط نقل مهيئة تمكنها من التنقل والتجوال حيثما شاءت بحرية واستقلال. ووسائط النقل تعبير لا ينصرف فقط لوسائل النقل العام بل هو يشمل الخاص منها الذي ينبغي أن يكون فيه من التهيئة المادية ما يتيح للمرأة ذات الإعاقة من كبار السن الذهاب والمجيء إلى الأماكن التي تقع ضمن دائرة اهتماماتها واحتياجاتها خصوصاً أنه قد يغلب أن تكون هذه المرأة بحاجة إلى التردد الدوري على طبيبتها أو للاستفادة من برامج علاج وظيفي أو طبيعي أو تدريبات معينة على فن الحركة أو لأي سبب أو غرض آخر. غاية الأمر أن عدم تهيئة وسائط النقل وإذا كان يعد عقبة كأداء أمام الأشخاص ذوي الإعاقة يحد من حريتهم في التنقل، فإن

هذه العقبة تبدو أكبر وأصعب بالنسبة للمرأة ذات الإعاقة من كبار السن.

٣- التحديات المؤسسية والفنية:

تواجه المؤسسات التي تقدم بعض الخدمات النوعية للأشخاص ذوي الإعاقة والمرأة العديد من التحديات الفنية والإدارية التي تعيق وصول المرأة ذات الإعاقة من كبار السن على وجه الخصوص إلى هذه الخدمات والاستفادة منها على نحو فعال. وفي هذا الصدد، فإنه يمكن الإشارة إلى أبرز تلك التحديات على النحو الآتي:

أ- ندرة البرامج متعددة التخصصات التي تستهدف المرأة ذات الإعاقة من كبار السن نظراً لتعدد الاختصاصات والمعارف والمهارات التي تقتضيها مثل هذه البرامج؛

ب- ندرة الكوادر المؤهلة للعمل مع المرأة ذات الإعاقة من كبار السن، وهذه نتيجة طبيعية لندرة البرامج المتخصصة في هذا المجال ولقلة اهتمام المؤسسات والهيئات بهذه الفئة على وجه الخصوص؛

ج- غلبة النهج الرعائي الإيوائي على عمل المؤسسات والمراكز التي تهتم بكبار السن وبالمراة وبالأشخاص ذوي الإعاقة على حد سواء. والواقع أن النتيجة المنطقية لهذا النهج سوف تفرز نمطاً محدداً ومحدوداً من الخدمات التي سوف تقتصر في جلها على تأمين مكان للنوم وتأمين الملابس والطعام والرعاية الصحية الأولية على حساب أمور وحقوق أخرى لا تقل عن هذه الأمور أهمية من مثل المشاركة في الحياة السياسية والثقافية والاجتماعية والمشاركة في عمليات اتخاذ القرار وشغل الوظائف والأعمال بل وحتى التعليم لمن أراد؛

د- إسناد إدارة المؤسسات والمراكز التي تهتم بالمراة والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن إلى وزارة بعينها بغض النظر عن الأهداف والمضامين لتلك المؤسسات وما تقدمه من برامج. فغالباً ما تتولى وزارة الشؤون الاجتماعية أو التنمية الاجتماعية أو التضامن الاجتماعي الإشراف على هذه المؤسسات وإدارتها. وحقيقة الأمر أن الأجدى هو أن تكون تبعية هذه المؤسسات وولاية الإشراف عليها حسب الاختصاص والبرامج بحيث إذا كانت المؤسسة مثلاً مؤسسة تقدم برامج تعليمية للمراة ذات الإعاقة فإن وزارة التربية والتعليم هي الجهة الأنسب لتولي الإشراف عليها، وإذا كانت مؤسسة تشغيلية فوزارة العمل،

أما إذا كانت مؤسسة تقدم برامج الإرشاد النفسي والاجتماعي فوزارة التنمية أو الشؤون الاجتماعية وهكذا دواليك كل حسب اختصاصه وسياقه. وقد أسفر حصر الاختصاص بالإشراف على هذه المؤسسات في جهة واحدة إلى عدم تطويرها بوتيرة مقبولة لأنه ليس بوسع هذه الجهة الإلمام بكل المسائل والقضايا لمختلف الفئات وتغطية احتياجات تحديثها وتطويرها.

ثالثاً- موقف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من كبار السن:

لم تعالج اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حقوق كبار السن في مادة منفردة على نحو ما فعلت مع المرأة ذات الإعاقة التي خصصت لها المادة (٦) من الاتفاقية التي تنص على أنه: "١- تقرر الدول الأطراف بأن النساء والفتيات ذوات الإعاقة يتعرضن لأشكال متعددة من التمييز، وأنها ستتخذ في هذا الصدد التدابير اللازمة لضمان تمتعهن تمتعا كاملا وعلى قدم المساواة بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية. ٢ - تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير الملائمة لكفالة التطور الكامل والتقدم والتمكين للمرأة، بغرض ضمان ممارستها حقوق الإنسان والحريات الأساسية المبينة في هذه الاتفاقية والتمتع بها". فهذه المادة ترسي المبادئ الأساسية التي يجب أن تنطلق منها أي سياسة أو خطة أو تشريع يتعلق بحقوق المرأة ذات الإعاقة،

وهي المبادئ ذاتها التي أوردتها الاتفاقية في مادتها (٣) حيث دلت على أن: عدم التمييز والمشاركة والدمج في شتى مناحي الحياة وتكافؤ الفرص والمساواة واحترام الكرامة وحرية الاختيار والاستقلالية الفردية والتهيئة البيئية وتقبل الإعاقة بوصفها تنوعاً بشرياً طبيعياً والمساواة الجندرية؛ كلها مرتكزات يجب أن تقوم عليها التشريعات والسياسات التي يتم وضعها للأشخاص ذوي الإعاقة بمن فيهم المرأة ذات الإعاقة من كبار السن. وثمة سؤال يثور في هذا المقام ألا وهو: هل عالجت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة قضايا تتعلق بكبار السن في أحكام ونصوص فرعية؟ وإذا كانت قد فعلت، فمن أي منظور وفي أي مجالات وما هي كفاية ما أوردته لتعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من كبار السن وبصفة خاصة المرأة منهم وما هي المواد الأخرى في الاتفاقية التي يجب مراعاتها بصفة خاصة أثناء رسم السياسات وسن التشريعات؟

هذا ما سنحاول الإجابة عنه في ما يأتي:

١- النصوص المتعلقة بكبار السن ذوي الإعاقة في الاتفاقية:

لقد أوردت الاتفاقية نصوصاً صريحةً تتعلق بالأشخاص ذوي الإعاقة من كبار السن وثمة نصوص أخرى يجب إعمالها لكونها ترتبط بهم ارتباطاً وثيقاً.

فمن ناحية النصوص الصريحة، فإنه يمكن رصد فقرتين وردتا في الاتفاقية ذكرتا صراحةً كبار السن وهما:

- نص الفقرة (ب) من المادة (٢٥) من الاتفاقية المتعلقة بالحقوق في الصحة التي تقضي بأنه: "توفير ما يحتاج إليه الأشخاص ذوو الإعاقة تحديداً بسبب إعاقتهم من خدمات صحية، تشمل الكشف المبكر والتدخل عند الاقتضاء، وخدمات تهدف إلى التقليل إلى أدنى حد من الإعاقات ومنع حدوث المزيد منها، على أن يشمل ذلك الأطفال وكبار السن؛"

- نص الفقرة (ب) من المادة (٢٨) الخاصة بالحقوق في مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية، وجاء فيها: "ضمان استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، خصوصاً النساء والفتيات وكبار السن، من برامج الحماية الاجتماعية وبرامج الحد من الفقر".

ويلاحظ على هذين النصين أنهما قد أوردتا ذكر كبار السن من ذوي الإعاقة في معرض الحديث عن الصحة والحماية الاجتماعية ومحاربة الفقر دون غيرهما. فهل كان المشرع الدولي بحاجة إلى مزيد من التركيز على فئة كبار السن من الأشخاص ذوي الإعاقة وتخصيصهم بنص منفرد على نحو ما فعل مع النساء والأطفال ذوي الإعاقة؟ إننا ومن جانبنا لا نميل

إلى هذا التوجه لاعتبارات فنية وموضوعية عدة يضيق المقام عن ذكرها تتعلق بمدى فاعلية تخصيص فئة بعينها بنص محدد في اتفاقية خاصة بالفئة الأكبر التي تنتمي إليها تلك الفئة المحددة المراد تخصيصها بنص منفرد. ومع ذلك، فإننا نسلم بوجاهة المخاوف وجديتها التي تتعلق بكبار السن من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين ينبغي تأمين نطاق واسع وقوي من الحماية القانونية لهم يمكنهم من ممارسة حقوقهم وحررياتهم دون تمييز ودون قيد من عادات أو أعراف أو تقاليد. وإننا لنعتقد جازمين أن السبيل إلى ذلك ميسور وتتيحه اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة نفسها، الأمر الذي نتصدى لبيانه حالاً:

٢- الأحكام المتقاطعة مع حقوق كبار السن من الأشخاص ذوي الإعاقة في الاتفاقية:

لقد أوردت الاتفاقية جملةً من النصوص والأحكام العامة التي يجب أن تنطبق على الأشخاص ذوي الإعاقة بغض النظر عن جنسهم أو عمرهم أو نوع إعاقتهم. وعلى رأس هذه النصوص يأتي نص المادة (٣) التي سبق وأن أشرنا إلى مضمونها المتعلقة بالمبادئ العامة التي يجب أن تنعكس على سائر النصوص والتدابير التي تصدرها وتتخذها الدولة على الصعيد الوطني. ومن هنا، فإن الدولة وهي بصدد رسم سياسة أو سن تشريع أو تصميم برنامج لكبار السن مثلاً، فإنه يتوجب عليها

حتماً أن تراعي مبادئ الاتفاقية بحيث تكون تلك السياسات والتشريعات والبرامج شاملةً ودامجةً للأشخاص ذوي الإعاقة ومراعيةً للجنس على نحو واضح وبيّن، وإلا كانت مخالفةً لمبادئ عدم التمييز والدمج وتكافؤ الفرص والمساواة والتهيئة البيئية السالف ذكرها. وفي الاتجاه نفسه يأتي نص المادة (٤) من الاتفاقية الذي يبين الالتزامات العامة المفروضة على عائق الدول الأطراف وعلى رأسها الالتزام بتعديل التشريعات سواءً كانت قوانين أو أنظمة أو لوائح أو تعليمات وكذلك تعديل الممارسات الإدارية والمؤسسية بما يحقق مبادئ الاتفاقية والغرض من صدورها. وبتطبيق ذلك على حقوق المرأة ذات الإعاقة من كبار السن، فإنه لازماً على الدولة وأجهزتها كفالة تضمين حقوق وقضايا المرأة ذات الإعاقة من كبار السن في ما تصدره من تشريعات تتعلق بحقوق المرأة أو بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أو بحقوق كبار السن.

وبالإضافة إلى نص المادة (٥) المتعلق بعدم التمييز والمساواة ونص المادة (٦) الذي تم تخصيصه للمرأة ذات الإعاقة على النحو المبين آنفاً، فإن نص المادة (١٩) من الاتفاقية يبدو كبير الأثر وعظيم التأثير في تعزيز حقوق المرأة ذات الإعاقة من كبار السن. فهذه المادة تتعلق بالحق في العيش المستقل ومتطلباته وتنص على أنه: "تقر الدول الأطراف في هذه الاتفاقية بحق جميع الأشخاص ذوي الإعاقة، مساواة بغيرهم، في العيش

في المجتمع، بخيارات مساوية لخيارات الآخرين، وتتخذ تدابير فعالة ومناسبة لتيسير تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة الكامل بحقوقهم وإدماجهم ومشاركتهم بصورة كاملة في المجتمع. ويشمل ذلك كفالة ما يلي:

(أ) إتاحة الفرصة للأشخاص ذوي الإعاقة في أن يختاروا مكان إقامتهم ومحل سكنهم والأشخاص الذين يعيشون معهم على قدم المساواة مع الآخرين وعدم إجبارهم على العيش في إطار ترتيب معيشي خاص؛

(ب) إمكانية حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على طائفة من خدمات المؤازرة في المنزل وفي محل الإقامة وغيرها من الخدمات المجتمعية، بما في ذلك المساعدة الشخصية الضرورية لتيسير عيشهم وإدماجهم في المجتمع، ووقايتهم من الانعزال أو الانفصال عنه؛

(ج) استفادة الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع الآخرين، من الخدمات والمرافق المجتمعية المتاحة لعامة الناس، وضمان استجابة هذه الخدمات لاحتياجاتهم".

فهذا النص قاطع الدلالة إذن في فقرته الأولى أن من أبرز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في إطار العيش المستقل أن يختاروا مكان

سكناهم وإقامتهم دون إجبارهم على العيش أو الإقامة في ترتيبات معينة مثل دور الرعاية ودور "المسنين"، فالمرأة ذات الإعاقة من كبار السن والحالة هذه حرة في اختيار مكان إقامتها ولا يجوز إجبارها أو دفعها دفعاً للإقامة في مراكز إيوائية بل يجب تعزيز دمجها في المجتمع وتوفير بيئات داعمة لها على مختلف الصعد. ثم يأتي نص الفقرة الثانية من المادة نفسها ليؤكد على أن العيش المستقل يتطلب توفير الترتيبات التيسيرية بما في ذلك المرافق أو المساعد الشخصي وذلك لتحقيق الغاية المثلى والنهائية للعيش المستقل ألا وهي الاندماج في المجتمع والمشاركة فيه على نحو فعال ومؤثر من جانب الأشخاص ذوي الإعاقة بمن فيهم المرأة ذات الإعاقة من كبار السن التي سوف تكون دائماً أكثر عرضةً من غيرها للإقصاء والانعزال القصري. ثم يأتي نص الفقرة الثالثة من المادة ليؤكد على مبدأ غاية في الأهمية يتقاطع مع نصوص الاتفاقية كلها وقد سبقت الإشارة إليه في مطلع هذه الورقة البحثية، ألا وهو مبدأ تضمين قضايا وحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وجعل البرامج والخدمات شاملة ودامجة لها. وقد أوردت هذه الفقرة هذا الحكم وأعدت التأكيد على ذلك المبدأ في إطار الخدمات المجتمعية المتاحة للكافة لتقطع مرةً أخرى بأننا لسنا بصدد إنشاء خدمات وبيئات خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة أياً كانت طبيعة ونوع إعاقتهم وأياً كان جنسهم وسنهم. وفي هذا المقام فإن المرأة ذات الإعاقة من كبار السن هي أولى الناس بالتمسك بهذه النصوص لما تكفله لها من استقلال وحرية ودمج في مجتمعها ومحيطها على نحو يجعلها دائماً في سياق فاعل ومؤثر مؤديةً دورها

وممارسةً لحقوقها وحرّياتها دون تمييز وعلى أساس من المساواة مع الآخرين.

رابعاً- توصيات:

يتضح من العرض السابق أن المرأة ذات الإعاقة من كبار السن إذ تخوض معركة مناهضة التمييز والتمتع بالحقوق والحرّيات على أساس من المساواة مع الآخرين على جبهات عدة، فإنها بحاجة إلى تضمين حقوقها وقضاياها على صعيد السياسات والخطط والبرامج والتشريعات الوطنية بما يحقق مبدأ التضمين أيما تحقيق. والتعديل على السياسات والتشريعات بتضمينها حقوق المرأة ذات الإعاقة من كبار السن سوف ينعكس على الممارسات المؤسسية والفردية نحوها بما يعزز وصولها إلى الخدمات ومشاركتها في مناحي الحياة كافةً دون إقصاء أو تمييز. ولكي يتأتى ذلك فإنه لا بد من اتخاذ خطوات معينة نجملها على النحو الآتي:

١- على صعيد السياسات والاستراتيجيات والخطط والبرامج:

أ- مراجعة السياسات الوطنية وتقييم مدى كفايتها لضمان حقوق كبار السن بشكل عام؛

ب- تعديل هذه السياسات إن وجدت أو تصميمها بما يتوافق ونصوص الشريعة الدولية واتفاقيات حقوق الإنسان الأساسية ومن بينها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة واتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة وغيرهى؛

ج- تضمين حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في السياسات التي توضع لكبار السن بما ينسجم والمنظور الشمولي الحقوقي للإعاقة بعيداً عن النهج الرعائي الطبي؛

د- وضع تدابير خاصة بالمرأة ذات الإعاقة من كبار السن في تلك السياسات وما يتفرع عنها من خطط وبرامج بما يحقق لها المساواة وعدم التمييز والعيش المستقل.

٢- على صعيد التشريعات:

أ- مراجعة القوانين الوطنية المتعلقة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وقوانين العقوبات والقوانين المدنية وقوانين دور ومراكز الرعاية الإيوائية وغير الإيوائية وضوابط

ترخيصها للثبوت من مدى استجابتها لمبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وما أوردته من التزامات عامة وأحكام تفصيلية مرتبطة؛

ب- إدراج نصوص في التشريعات ذات الصلة تؤكد على التعريف الشمولي للإعاقة وكبار السن بتجرد تام عن التعاريف الطبية الرعائية؛

ج- تضمين التشريعات الوطنية أحكاماً خاصة تؤكد على مفهوم الترتيبات التيسيرية والتهيئة البيئية والالتزام بتوفيرها للأشخاص ذوي الإعاقة من كبار السن خصوصاً في مجال الخدمات الاجتماعية وكل ما يحقق العيش المستقل لهم؛

د- النص على تعدد جهات الإشراف والمتابعة على المؤسسات والجمعيات والمراكز التي تهتم بالأشخاص ذوي الإعاقة أو بالمرأة أو بكبار السن بحسب ما تقدمه من برامج وخدمات.

٣- على صعيد الممارسات:

أ- تصميم وتنفيذ برامج لرفع الوعي حول الأشخاص ذوي الإعاقة والمرأة منهم من كبار السن، على أن تستهدف هذه

البرامج فئات محددة يراعى لكل منها طبيعة ومضمون الرسالة المراد غيصالها، فطلابالجامعات غير الأطباء غير الموظفين في وزارة الشؤون أو التنمية الاجتماعية غير العاملين في المراكز والمؤسسات الرعائية، فلكل منهم أسلوب مخاطبته ومضمون يوافق اختصاصه وتخصصه؛

ب- تصميم برامج تدريبية للإعلاميين حول كيفية تناول حقوق وقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة وبصفة خاصة المرأة من كبار السن سواءً في الإعلام المقروء أو المسموع أو المرئي، بحيث يتم تناولها من جوانب وزوايا تعكس البعد الحقوقي بعيداً عن أغراض التراجيديا أو الكوميديا أو وضع المرأة ذات الإعاقة بين مطرقة "يا سلام" وسندان "يا حرام"، فهي ليست مخلوقاً خارقاً ولا مسكيناً ضعيفاً على الدوام بل هي شخص له حقوقه وحرياته التي يجب أن تحترم وأن تكفل الدولة لها ممارستها دون تمييز؛

ج- تصميم برامج تطوير قدرات للمرأة ذات الإعاقة بوجه عام ومن كبار السن على وجه الخصوص حول حقوق الإنسان ومهارات المدافعة وكسب التأييد، وتطوير برامج مماثلة ومهارات تصميم البرامج الدامجة والشاملة لمنظمات حقوق المرأة وحقوق كبار السن لتضمين قضايا المرأة ذات الإعاقة من كبار السن وحقوقها في أجندتها وبرامجها؛

د- مراجعة المناهج الدراسية وتعديلها بما يعكس الصورة الصحيحة عن الأشخاص ذوي الإعاقة وعن المرأة وكبار السن من حيث كونهم جميعاً تنوعاً بشرياً طبيعياً ولهم الحقوق والحريات ذاتها الثابتة للآخرين وليسوا مجرد صوراً نمطية وشخصيات ضعيفة أو محزنة أو مضحكة أو حبيسة المساجد أو الغرف أمام مبخرة قديمة بجانب عكاز باهت اللون أو رهينة المطبخ بين الأواني والأطباق. فيجب استبدال هذه الصور والقوالب النمطية بصور وقصص وأمثلة أخرى مع تقديم نماذج قديمة ومعاصرة تبين كيف أن المرأة والشخص ذي الإعاقة وكبار السن بوسعهم القيام بما يقوم به الآخرون دون تهويل مسفر ولا تحقير منفر بل بحياد يبين أن تقييم الشخص ليس له صلة بعمره أو جنسه أو إعاقته، وأن البيئة المحيطة في معظم الأحيان هي التي تعيق الشخص عن ممارسة حقه والتمتع به مثل غيره.

* * *

الدراسة السادسة

حماية كبار السن في دول مجلس التعاون
من منظور تنموي جديد

الدكتورة رجاء مكي
أستاذة علم النفس

حماية كبار السن في دول مجلس التعاون من منظور تنموي جديد

الدكتورة رجاء مكي
أستاذة علم النفس

مقدمة:

منذ فترة وجيزة، كان المهندس الذي يهتم بإنجاز أوراق منزلي الجبلي للتنظيم المدني، قد التقى - وهو من بلدة أخرى - أخي الضابط القديم المتقاعد ذي الرتبة العالية والمعروف في تلك المنطقة، سأله أخي وأنا أقدمهما لبعضهما البعض:

- "أهلاً، إنتَ ابن مين بالضبط؟"
- "وإذا ما قلت لك فلن تعرف، لأن هناك آلاف محمد وألف محمود... أجابه المهندس... "تماماً كاسم أبي"... وشرع يشرح له أين يسكن ويجهد في اكتشاف طرق أخرى غير تلك المألوفة لشرح جذوره العائلية... ولكشف هويته ونسبه الأسري.

ولم يكن ذلك مقصوداً منه، لم يهدف ضرب سؤال أخي أو تفكيكه بعيد سوسيولوجي تحليلي، للوقوف وراء تفهقر أسري الخ...

ولم يكن أخي بدوره متشبث وغير منفتح على التطورات الأسرية لا بل له آراؤه الخاصة، والمتفهمة لتلك التحولات الحاصلة.

أسرد تلك الحادثة لأنطلق من نقطتين اثنتين:

(١) الحنين/ النوستالجيا.

(٢) التحول.

وهما نقطتان تحويان الكثير من المفاهيم الثنائية وأحياناً المتناقضة:

الحب والتباعد - الرعاية والتفقت - التعلق الأمن والحماية - الأمان
والفراغ - الصحة النفسية والشخصية التوافقية - الحماية والإيواء - الوقاية
والقدرة - السلطة والتبعية الخ...

وقد عودتنا دول الخليج بشكل عام وبمواكبة دائمة السعي من دول
مجلس التعاون الخليجي - المكتب التنفيذي - لبحث المشكلات التي يعاني
منها المجتمع الخليجي - وهو جزء من المجتمع العربي ككل - ولتحديدها
ولدرس إطلاق الطاقات، وهي ميزة درجت عليها بإصرار لتحسين ولتطوير
الإنسان الخليجي ولجمع الحوافز ووضع الأصبع على الجرح والوصول إلى
الاقتدار.

إن الإيرادات النفطية أغنت المنطقة، إلا أن حسن الانفتاح والتخطيط والتمكين وبناء الاقتدار الشخصي يتم السعي فيه ومن خلال هذه الدراسات التي يطلقها المكتب التنفيذي لتحويل الانفتاح إلى تنمية بناءة وشراكة غير ضائعة.

١- المقاربة التفسيرية:

سنعتمد في ورقتنا اليوم، وبشكل أساسي، على المقاربة التحليلية النقدية النفسجتماعية التي قام بها الزميل "د. مصطفى حجازي" كي نصل إلى المفاهيم الحداثوية على ضوء التوجهات الدولية في مجتمع متغير. إنها تلك المقاربة التي تطرح وضعية الأسرة العربية بشكل عام والأسرة الخليجية بشكل خاص، وبكامل وضعياتها المؤسساتية والمجتمعية لطرح متانة الصحة النفسية وإطلاق طاقاتها النمائية استناداً إلى دراسة الانشطار الحاصل في الشخصية العربية عموماً.

ندرج فيما يلي متسلسلاً أهم النقاط التي انطلقت منها هذه المقاربة:

١-١- دأب دول مجلس التعاون الخليجي على مواكبة رعاينة للأسرة، بهدف تعزيز بنيانها واستقرارها وإنجاز التشريعات وضمن حقوق الأفراد في الحياة الأسرية وهي التي نشطت في التطبيق وسخت في التمويل.

٢-١- أدت الطفرة النفطية إلى انفجار وانفتاح وانخراط في آن معاً، مما انعكس تحولات كبرى في حياة الأسرة الخليجية، وأعاد الطرح وبإلحاح حول إعادة إحياء أو تطوير السياسات الاجتماعية الأسرية المستقبلية للمواءمة مع فلسفة العولمة والتحويلات الحاصلة.

٣-١- هاجس الانخراط والأصالة: ثنائية غير متطابقة. فكان لا بد من وقفة تقييمية للإنجازات المتحققة وللممارسات الجارية (حجازي ٢٠١٢- ص ١٢) للانتقال من فلسفة المعونات وأعمال الخير إلى فلسفة تمكين الأسرة الخليجية (خاصة في تنشئة أبنائها وفي رعايتهم).

٤-١- تتطلب الشراكة المستقبلية بناء الاقتدار الكلي، وهو قوام التنمية المستدامة: ضرورة التحول من الرعاية المادية والخدماتية الأسرية إلى سياسة اجتماعية وطنية عمادها التمكين والتحول من التلقي إلى الفعل وتدبير آليات التنفيذ؛ ومركز الفعل والتفاعل هو الأسرة.

٥-١- التحضير السريع وآثاره على الأسرة، حيث أن التحويلات أنشأت التحديات في الارتقاء وحتى في الرفاهية وأيضاً في التماسك.

٦-١- تجاهل البنية الثقافية في المجتمع الحيوي، وخلو التعامل في المراكز الحضرية الكبرى على غرار المجتمع الصناعي الأوروبي والأميركي، وتركز الفرص في المدن فتريقت وتغلقت عقلية البداوة بغشاء من الحداثة المعولمة، إضافة إلى فيض العمالة الوافدة كي تلبي خدمات غير تخصصية.

٧-١- الفردية المفرطة وانحسار الاهتمام بالتقديمات الاجتماعية وانحسار الالتزام بالجماعة المحلية، ونشوء مراكز حضرية مهمشة ووجاهية على السواء: إنها بيئة سكنية تتصف باللامعيارية النابعة من تداخل ثقافات الخليط السكاني (حجازي ٢٠١٢- ص ٢٩)، مما أدى إلى تراخي الضوابط الاجتماعية على السلوك وسوء التكيف...

٨-١- تتطلب إشكالية تحديات تحولات التحضر السريع وانفجار الانفتاح على العولمة، استراتيجيات أسرية تحصينية تنموية متكاملة تمكينية تضمن الأمن الاجتماعي.

وكل ذلك يؤثر بالطبع على المسن...

٢- المقاربة التحليلية للمساحة الانتقالية:

الزمن الانتقالي. وهي من أهم المقاربات الحديثة التي ساهمت في فهم العلاقة ما بين الأم وطفلها: إنها المقاربة الأمومية التي تركز على وظائف الأمومة بثلاثة أدوار:

- أ- Holding الرعاية الحمائية الدائمة.
ب- Handling العناية الجسدية اليدوية.
ج- Objet-Presenting موضوع التصورات.

هذا ما قسمه العالم التحليلي النفسي البريطاني "دونالد وودز وينيكوت" Winnicott في كتاباته التحليلية النقدية حول تفكك الأنا، ذلك أنه ولكي يتمكن من التطور ومن التعبير عن نفسه، من الضروري أن تكون البيئة الأولية للطفل جيدة بما فيه الكفاية "Suffisamment Bonne" وذلك لا يمكن أن يتم إلا عبر الأم، الركن الأساسي في الأسرة، وفي حال عدم توفره تتبلور "انا مزيفه" قادرة طبعاً على تأمين الحماية والتكيف في الحياة اليومية لكنها لا تسمح للشخص بالشعور الفعلي بوجوده.

حيث أن الصور الأولية المتأتية من اللاوعي الجمعي هي صور بدائية تشكل - ودائماً استناداً إلى "وينيكوت" هروباً هاجسياً من التفكك والتشرد... أما الحياة الفردية فهي مصدر الإبداع.

وتلعب الأم في حياة الطفل ما سماه "بالوظيفة الحضائية والحمل Holding الذي يشير إلى الطريقة التي تحمل فيها الأم الجيدة بما فيه الكفاية" ابنها بين ذراعيها كما في خيالها، فيستوعب الألم النفسي؛ إنها طريقة في الاعتناء تدل على ما يوفره المحيط لهذا الطفل بمفهوم المشاركة، حيث أن الطفل لا يستطيع المواجهة وحده وهذا ما يمنحه الشحنة النفسية الإيجابية والاطمئنان العاطفي والشعور بالأمان.

إنها يد الأم (الرمزية) التي تمثل السند الجسدي والمادي الذي يسمح بتأسيس العلاقات الداخلية النفس - جسدية. إنها أم "حسنة كفاية" بحيث تصبح موضوع تحول وانتقال من الجسد إلى المحيط، فينتقل بدعامتها وسندها إلى ساحة انتقالية عبورية وهي بداية سيرورة انفصال من اللا أنا (الأم) إلى الأنا (الطفل).

تلك هي بدايات سيرورة التمايز أو الإدراك خلال الشهر الثالث من العمر؛ إنها نظرية الحب ثم الانتقال من الأم (عبر جسدها) إلى المحيط (عبر تصورات الطفل).

فالأسرة إذاً (ومن خلال الأم) ليست في إغداق الأعطيات واستهلاكها بشكل متلق طفيلي (حجازي ٢٠١٢)، بل في مساعدة أفراد الأسرة إلى العبور الاجتماعي الصحيح، ومنه النظرة إلى المسن.

أما بولبي J. Bowlby فقد أكمل عن التعلق الآمن وعن الاختلال الوظيفي الذي يحدث بين الطفل ووالديه من خلال تعلقه بهما؛ فتكوين العلاقة المتينة بين الجهتين تتطلب قدرة الوالدين على منح الطفل مشاعر الأمن والطمأنينة والثقة والوقوف بجانبه عند تعرضه للحزن، وهذا ما يؤدي إلى تقوية الصحة النفسية، وغياب هذه العوامل يجعله على استعداد للوقوع في مشكلات شخصية توافقية مستقبلية. انه التعلق الآمن الواقعي.

٣- إضافات:

أ- وإذا ما كانت المقاربة الأولى هي مقاربة تفسيرية تحليلية تشابكية توليفية تحتاج إلى أنظمة تعددية، فإننا سنعتمد أيضاً على مقاربة الأجيال البينية أو تداخل الأجيال Intergénérationnel والتي تتطابق مع المقاربة النظرية الأولى ومع المجتمع الخليجي بالتحديد.

فكبار السن وبهذا المعنى تحديداً هم أفراد (عبوريين) Transitionnel مكملين لوظائف "الأمومة"، وليس فقط وظائف النسب والدم، هم ناقلون أيضاً للقيم وللأفكار المجتمعية، ومساعدون على التنشئة الأسرية الصحية.

ب- ما بين الحماية والرعاية:

وإذا ما كانت الأم تسند عاطفياً (Winnicott) وتعطي الأمان فمن يعطي الحماية؟ أوليست الحماية هي صورة ذكورية تدعم وتمنح القوة؟ فهل يتخلى حالياً عنها المجتمع الذكوري؟ هل يتخلى عن منح مؤسساته الحماية؟ وكلاهما تدخل (رعاية وحماية) لكن الثانية هي شاملة وتطال المسن والفئات الأخرى وتضمن التوازن الأسري والفردي وتبعث الوعي التنموي..

هي طفرة نفطية سريعة، حملت بحبوحة فائقة ومفاجئة حوّلت المجتمع الخليجي من اقتصاد الندرة إلى اقتصاد فيض الوفرة، بدون أن تكون ثمرة جهد إنمائي؛ وكانت هذه السرعة في التحولات قد أبرزت مشكلات بحاجة لسياسات اجتماعية للتصدي لها (حجازي ٢٠١٢).

إنها إشكالية الرفاه وتحول أسلوب الحياة، وتراخي الالتزام والتضامن الاجتماعي، فأنحسر "الحيز المكاني" للمسنين والمعاقين في الأسر الخليجية، وبدت الأسرة النووية والأسرة الممتدة على السواء في محنة، وانحسرت معها النظم البطيريركية.

وبالطبع فقد نشأت مؤسسات رعائية جيدة ومتميزة عن غيرها في العالم العربي، وتمتاز بخدماتها على غرار الغرب، إلا أن الفارق الجوهرى على الصعيد العاطفي والإنساني ما بين نظام التراحم والتوادد وأطر ذوى القربى التي تتعهد الحالات الخاصة وبين الرعاية المؤسسية التي تظل مهنية في الالتزام (حجازي ٢٠١٢).

من هنا احتمالات فقدان الصلة بالمجال الحيوي الطبيعي، الذي يوفر الانغراس الإنساني والشعور بالانتماء والطمأنينة القاعدية، ناهيك عن الحرمان من استمرار العلاقات العاطفية وآثارها على التوازن النفسى.

نستنتج أن للسياسة الاجتماعية والتنمية أهمية بالغة، وتكمن هذه الأهمية في التخطيط لها خاصة، وبرأينا أن للسياسة الاجتماعية بُعداً علاجي فهي:

- تسدّ الحاجات وتعالج المشكلات.
- تتميز بالبُعد الوقائي.
- وأيضاً البُعد النمائي كبناء الدافعية والفاعلية الذاتية والجماعية.

(Motivation et interactivité individuelles et groupales.)

وكما أن الإرشاد والعلاج يُمكن الفرد من التمكّن من داخله وضبط نزواته ومعرفة أبعاد شخصيته اللاواعية، فإن السياسات الاجتماعية تسعى إلى الاقتدار الشخصي والمؤسّساتي والجمعي... فلا إرشاد علاجي بدون سياسة اجتماعية مقتدرة...

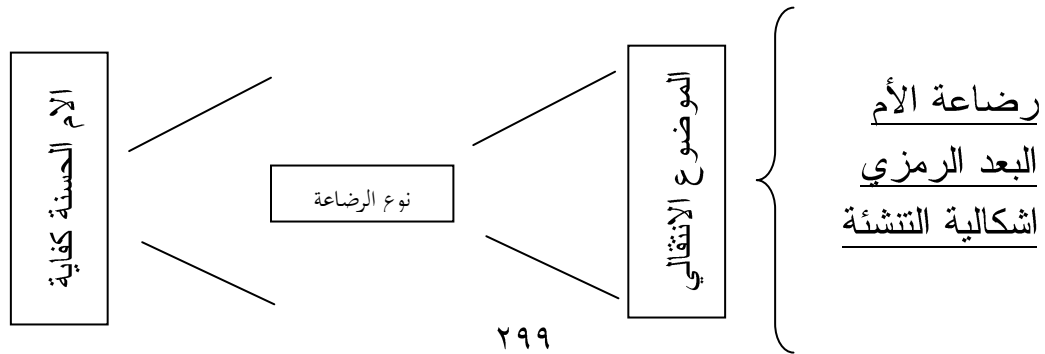
إن التعليم على إيقاظ المكونات اللاوعية، هو إبداع اكتسابي يمكن أن يتصدى للظواهر الباثولوجية؛ فالرعاية المؤسسية مهمة لكنها لا تحل محل الرعاية الأسرية المباشرة والتي لا بد من أن تدخل في علاقة جدلية مع الأولى حيث يطال التحسن الثانية حكماً إذا ما طال الأولى.

والتشبيك النظري لدينا يستند إلى تشبيك "حجازي" و"Winnicott"، "فحالة الرفاه" هذه وما ولدته من ميول تكاد تكون المسؤول الأكبر عن إشكاليات الأسرة الخليجية على الصعيد الماكروسكوبي، فتراخي الالتزام والتضامن الاجتماعي..

فالرفاه الأسري الزائد كالأم الحاضنة لكنها فائقة الحدود،
 HyperProtectrice التي لا تعلم معها قانون الأب القادر (La loi du père)
 وهل يوجد أب بدون قانون أو بدون معايير والتزام (Repère - Père) ،
 والأم التي ترعى وتحضن يجب أن تعلم ولدها وتطلق طاقاته منذ
 استهلاكه الطفلي الأول عن تواجد الأب الحالي أكثر من الأب الراعي الذي
 يسمح ولا يسمح...

فدولة الرعاية تسير نحو الانحسار، بحيث لن تعود وضعية الرعايا
 (أبناء الدولة) ميسرة مع فرط الرعاية التي تكف معها طاقات النماء.

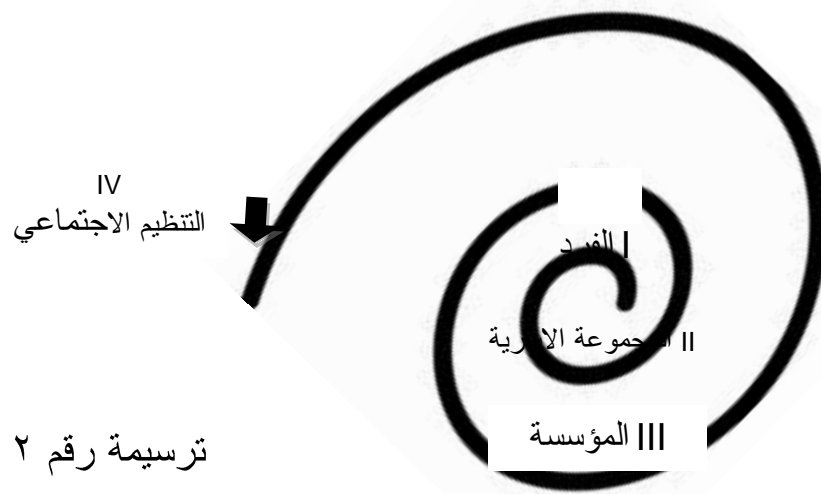
إن النضج العاطفي الجنسي هو طريق النضج النفسي، واستعادة
 الأدوار الرعائية الطفلية التي إما غابت بفعل تزايد استفاد الخادمت
 والعمالة الأجنبية الخ... وإما فاضت بفعل الاقتدار المادي الجزئي، هو
 الطريق إلى استعادة الرعائية للشيخوخة وهي تنمية "الجدارة الوالدية" على
 حد قول "حجازي"، وهي التي تساعد أيضاً الفرد على الحد من القابلية
 للانجراف أو الانجرافية (La vulnérabilité).



العبور إلى المحيط

ترسيمة رقم ١

إنها الرعاية فالحماية فالتمكين، وكلها يمكن أن تدور في إطار الأبحاث الحديثة التي تركز على البحث أثناء الفعل Recherche action وهي من مواضيع العلوم النفساجتماعية التي تحدد دينامية الفعل:



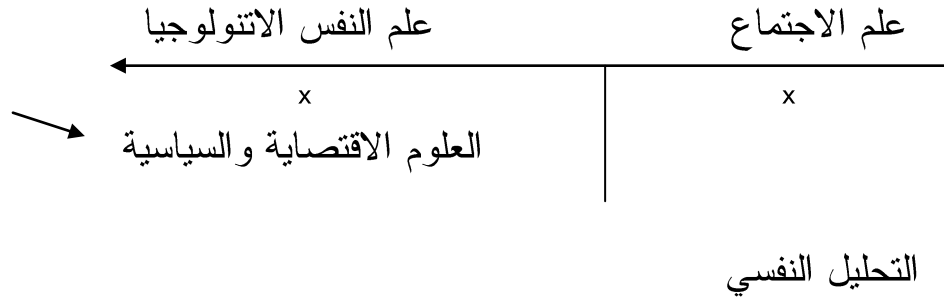
ترسيمة رقم ٢

مثال - الفرد - المؤسسة - الباتولوجيا الاجتماعية:

فالاول والثاني اي الفرد والاسرة لا يملكان حاليا السلطة، بل ان السلطة هي السلطة الاقتصادية المتأتية من الخارج، استنادا إلى كورناتون

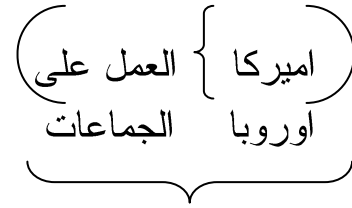
M. CORNATON الذي فسر هذا التداخل الحلزوني / وهو تداخل أشد وطأة ما بين الميكرو والماكرو (النسق الميكرو والنسق الماكرو).

يبقى الرسم الثاني (ترسيمة رقم ٣)، واستناداً أيضاً إلى CORNATON (٢٠٠٠) فإن القطيعة الاقتصادية مع المركز، ساهمت في احياء العلوم الاقتصادية والسياسة، فكان تطور علم الاجتماع وعلم النفس - وتطور علم النفس الاجتماعي الذي تطور بفعل العمل على الجماعات الصغيرة، لكنه وبفعل الواقع الاقتمامي للتحليل النفسي، اصبح الحديث حالياً عن السيكيوباتولوجيا الاجتماعية ملحة لكي تطال المستويات المعقدة والحالية واصبح هذا هو مشروع علم النفس الاجتماعي.



علم النفس الاجتماعي ←

مشروع علم النفس الاجتماعي



علم النفس الباتولوجي والاجتماعي

دراسة المشاكل الحالية

ترسيمة رقم ٣

٤ - إشكالية الحماية الاجتماعية لكبار السن ما بين الداخل والخارج:

إن تلك المقدمة تطرح إشكالية الحماية الاجتماعية لكبار السن بين الداخل والخارج:

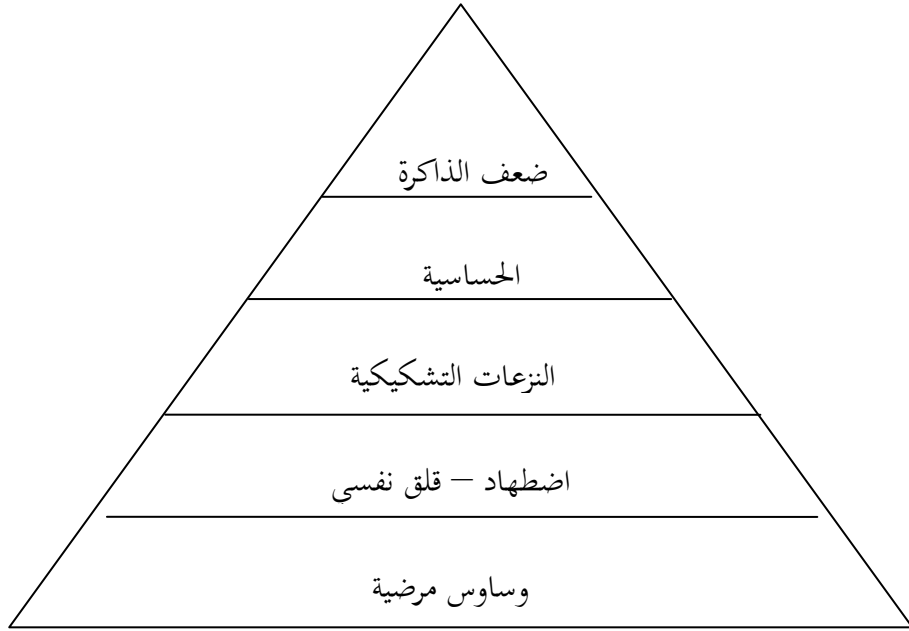
الحماية العائلية وهي التي نعني بها الحماية الداخلية، أي تلك التي تأتي تلقائياً من الأسرة أو من العائلة ككل - وهي مأزومة - والحماية المجتمعية المؤسساتية وهي التي تسير حالياً بخطى واثقة لكن تبعاً للدول، ففي دول مجلس التعاون على سبيل المثال، إن المجتمع الرسمي واستناداً إلى ما سبق فهو يقوم بتقديم الحماية المجتمعية المؤسساتية المركزة لأنها مخططة ومبرمجة بالتوافق بين كل الدول التابعة للمجلس، أما في لبنان وعلى سبيل المثال أيضاً وبغياب الرقابة وهموم الدولة فحسب، مؤسسات المجتمع المدني هي التي تقوم برأي الصدع، رغم ما تقوم به وزارة الشؤون الاجتماعية مشكورة.

وربما تكون مشاريع التكامل أفضل صورة ما بين الداخل والخارج، ونفترض أن نظام الحماية المتطور تبعاً للجودة الشاملة المعترف بها عالمياً أصبح يطغى على دور الأسرة والدور الرعائي فيها، استناداً إلى التحول في الأسرة الخليجية من البيت العود إلى الحياة الاقتصادية المشتركة (قيادة العائلة بكبرها) إلى الأسرة النواتية... ذات العلاقات الممتدة... إذاً هي ليست بأسرة نواتية ولا بعلاقات ممتدة؛ وسيحل نظام الحماية المتطور مكان البيت العود، البيت الأكبر، الأول = الجذع ومعه الأغصان، إلا أن الحلول النصفية

كالمساندة المنزلية ما بين الإيواء المؤسساتي والمنزلي يطرح الموقع والاستبدال فأين هو البيت العود وهل يستبدل هذه بتلك؟ وما هو دور المراكز الإرشادية الاستشارية العلاجية؟

وهل أن الحماية المؤسساتية تفقد الهوية الفردية؟ وهل هي تقوم بدورها في الشراكة؟ أو ليس لكل شيخوخة طابع حمائي مرتبط مباشرة بالصحة الجسدية ومن ثم بالصحة النفسية، وغالباً ما يترافقا معاً، وقد لاحظنا أن أغلب الدراسات لا تميز ما بين الواقع الاجتماعي والصحة النفسية فهما رغم ترابطهما منفصلان.

وكما أن الفصام العقلي لا يمكن القول عنه أنه يحدث في الشيخوخة طالما لم يجد له موقفاً سابقاً في شخصيته قبل أن يشيخ... وهي ربما تكون مواصفات انفصامية، ولكنها ليست هنا بمعنى البنية، والحماية هي استمرار التكيف في أداء الأدوار، وتمثيل الروابط الأسرية الوثيقة مع الحفاظ على عادات العمل وتحويل الحياة إلى منظمة خالية من الضغوط؛ إنها محاولة زيادة قدرته (اي المسن) على التكيف بعد مشواره الطويل والتعويض بالبدائل الأسرية، التي لا تخلو من العنف: هي "جرثومة العنف" تختزل ديناميكيتها في الإطار العائلي حيث ينشأ أول عداء للأخ ضد أخيه. أضف إلى ذلك أن التجربة تشير إلى أن التحالفات التي تقوم على عهد العداء للآخر، لا بد أن تنتهي بانتقال العداء إلى الداخل بعد أن يحذف الآخر من الوجود. (حب الله ٢٠٠٩).



ترسيمة رقم (٤)
البعد النفسي للمسئور

انه مثال - الاخ وأخيه - صورة الجلاد:

العنف المؤسس بدأ من بين الأخ وأخيه، منذ بداية تاريخ البشرية، وهو كامن في كل واحد منا، يتهيأ الفرص كي يحتل الوعي ويترجم فعلاً على الأرض. ونتيجته دائماً معروفة: الشعور بالذنب والندامة على ما فعل

عندما يعود إلى وعيه. فالعنف أشبه بوباء ينتقل من فرد إلى آخر عبر الدوائر الرمزية. تبدأ بالخلاف السياسي وتنتهي بإلغاء هذا الخلاف عبر إلغاء الآخر الذي يمثله. ما دام الناس تعرف ذلك، فلماذا الإصرار على العودة إلى ما هو تدمير للذات؟ هل من ذلك مكسب لأحد الأطراف سوى أن يصبح أسيراً لدورة العنف هذه التي إذا ما اندلعت لا تميز بين الفاعل والبريء، بين المقاتل والمسالم، بين النساء والأطفال. فهي أشبه بتسونامي تطول كل من يقف في طريقها. كلها تساؤلات تفرز العقلي عن اللاعقلاني، المنطقي عن اللامنطقي، الوعي عن اللاوعي. وعندما يصبح المواطن في حيرة من أمره يستسلم إلى قدرية تفوق كل قدراته على الحؤول دون وقوعها. ومن تداعيات هذا العنف أنه يدمر الجهاز الرمزي الذي يؤسس الروابط الاجتماعية. والخطاب السياسي الحاضر يبيث العنف في الشرائح الاجتماعية لكي ينفي أبعده فيسلط المسؤولية على الشارع.

هل كتب علينا أن نعيش طوال أربعين سنة في صراع مستمر؟

ويتبين لنا أن كل التحالفات السياسية تقوم على عهد الكراهية للآخر، سواء بدافع الإنتقام لأب أو لأخ أو لابن أو لقائد، أو اغتصاب لحقوق سياسية يعتبرها ملكية لا تقبل المخاصمة (...). هذه العقدة موجودة في السياسة اللبنانية على سبيل المثال منذ بداية الحرب الأهلية عام ١٩٧٥.

وتتراوح الأسر الخليجية ما بين حداثة ليبرالية واضحة وبين مزيج من التقليدية والحداثة وذلك على اختلاف المستويات الاقتصادية (حجازي

٢٠٠٨، ص ٣٧)، هي أسر متحولة بالطبع وحتى الممتدة منها، فالأسر العربية الخليجية هي برأينا حادثوية بالضرورة واستناداً إلى المعيار الاقتصادي، إلا أنها تقليدية حداثوية استناداً إلى المعيار الاجتماعي، فما بين الانخراط المطلق في كافة مظاهر الحياة الثقافية والتعبير عن الرأي والانفتاح إلى التمسك بالقيم وبالمرجعيات الفوقية وبتقييد الخيارات...

إنها أسر تسود فيها الازدواجية، فلنأخذ على سبيل المثال الأم في داخل الأسرة، إنها أم تملكية في أغلب الأحيان يعني ذلك نزعة نحو الحماية المفرطة ومن ثم تقييد الآخر خاصة الأبناء... وهي بنفسها تساعد على تشديد الرقابة الأبوية...

ومن نتائج هذه الوضعية على الأولاد (حجازي ٢٠٠٨، ص ٣٩) ازدياد مظاهر الإتكالية الطفلية رغم صور التنمية المجتمعية المتعددة التي تقوم على المسؤولية والاعتدال والمبادرة... فالحاسوب على سبيل المثال هو جزء من العالم التكنولوجي الذي أرخى بظلاله وأكثر... يدور في عالم افتراضي لا حسيب فيه ولا حساب ولا رقيب فيه ولا مراقبة.. إنه عالم الإثارة والقدرة على التعبير بدون مساءلة (حجازي ٢٠٠٨، ص ٣٩).

إذاً نحن في صدد علاقات أسرية نواتية ليست كالغرب تماماً، بل نحن "بصدد أسر نواتية ذات علاقات ممتدة".." إنها نواتية في السكن وإدارة الحياة، وحرية القرار النسبية في اختيار القرين والزواج. إلا أنها لا زالت ممتدة على مستوى شبكة علاقات القرابة الكبيرة من تزاور دائم، وتشاور،

ولقاءات واحتفالات في المناسبات الدينية... وأخذ المرجعيات العائلة وحتى في تدخل الأهل في تربية الأبناء.. (حجازي ٢٠٠٨، ص ٤١).

وإذا كان حال التكنولوجيا الاقتحامية هي صفة التمدن والتمدين الخليجية والتي تجرأت على غيرها من الدول العربية، فصفت الحماية والاحتضان والتأزر والانتماء والولاء هي أيضاً من صفات الأسرة الخليجية بشكل خاص والعربية بشكل عام.

وهذا ما ينعكس على شريحة كبار السن الذين يمثلون دعامة الأسرة الممتدة وصورة الأب الحامي المتشدد رقابياً (لكنه باضمحلال نتيجة تراخي قدراته الجسدية وتقاعده المهني الخ...) وهم أيضاً يبتعدون - نتيجة أعمارهم - عن تلك التكنولوجيا الحامية التي ربما استبدلت سلطاتهم الأصلية...

فهل هم الشريحة التي تدفع الثمن أكثر؟ وهل تمكّن الاقتدار من أن يؤمن الحماية الاجتماعية الكافية لهم، أم أن الجيل الثاني (أولادهم) هم الذين آلت إليهم سلطة الحماية فنسوا من الصغار والشباب؟ وهل أن هذه الازدواجية - التي حكماً ستنتقل إليهم لن تؤثر على التوازن النفسي للكبار وللصغار على السواء!

وهل إن التعويض عن دور الحماية للمسّن بدور نقالة وبخدمة نقالة هي محاولة للتعبير عن تقدير ووفاء لمركزه (أي للمسّن) الأساسي؟ وهل إن الانتماء والولاء للأسرة وللمهن فيها هو نفسه التكيّف في مجتمع متغير؟

وهل إن مشاريع الحماية المنبثقة عن الخدمة الاجتماعية الرعائية هي مشاريع تعويضية تدخل في صلب ثقافة الاقتدار، خاصة وإن حجازي يركز على ثقافة:

- الإنجاز.
- الواجب.
- الإتقان.

وهل أن الاقتدار بحد ذاته هو بُعدٌ معرفي ونفسي واجتماعي وثقافي شامل ولا يقتصر على التنافس المهني والاقتصادي والمجالي؟

ونحن لا نحب أن نطرح تساؤلات كثيرة على صعيد منهج الدراسة إلا أن الموضوع بحد ذاته هو موضوع يستدعي التساؤل لنحاول الربط لاحقاً...

إنه موضوع الساعة - المسن - أينما درنا في العالم العربي... لأن المسن نتاج صنائع لتطور هجين، نحرص عليه شكلاً ونقارعه مضموناً.

أصبح من الصعب تحديد سن الشيخوخة طبقاً لسجل الميلاد، نظراً للعوامة التي تهجم يومياً وتدعو إلى تغييرات في المظهر الـ Look وفي السلوك الـ Comportement ، وإلى التنافس ما بين هذه الدعوات والإيحاءات التي خلقت اتجاهات متنوعة، وزادت الفروق الفردية ما بين

مسّن وآخر تبعاً لميوله ولتاريخية الشخصية (Sa propre biographie) مضافاً إلى الصدمات الهلعية أو الأزمات التي يمكن أن يكون قد مرّ بها. فكما نقول في علم النفس عن الفارق بين العمر الزمني والعمر الفعلي في مقياس الذكاء، فإن ذلك ينطبق على المسن.

احتياجات المسن متنوعة (اقتصادية اجتماعية - صحية - تروحية - نفسية - سكنية وثقافية) وهذا ما تسعى إليه وزارات الشؤون الاجتماعية بشكل عام في البلدان العربية مع فوارق تنموية تظهر خاصة بالنظرة إلى التقاعد وسن التقاعد والراتب التقاعدي.

إن الإشكالية البحثية تكمن هنا وهي تحبك أطرافاً ثلاثة:

- ١- دور الدولة واستنادها في أغلب الأحيان على المجتمع الأهلي.
- ٢- إيجاد القوانين العادلة للمعاشات التقاعدية وللمجال السكني أو الإيوائي.
- ٣- الموازنة ما بين دور الدولة والمفاهيم الاجتماعية والثقافية السائدة ما بين التطبيع والقبول المبدئي أو حتى الرفض.

وعندما نقرأ عن السياسات في المجتمع المدني، نجد أنه أغلب ما يقوم به هو الندوات (التثقيفية) أو إقامة بعض المراكز التي تصبح حكرًا على البعض من نفس الدائرة.

وفي كل الأحوال، فإننا نعتقد أن للمنظمات الحكومية دور ناظم وإيقاعي في تشبيك الوزارات (الصحة/ الشؤون الاجتماعية/ الإسكان/ الإعلام/ التربية، التعليم بكافة مراحلها).

وهذا ما يؤكد ضمان الجودة الشاملة والترابطية على أن تستمر التجارب وتأخذها أو تتبناها الحكومات الأخرى (كما يحصل في لبنان مثلاً وسيطرح في مكان لاحق من البحث).

من جهة أخرى، إن القراءة البسيكولوجية لاحداث الشغب الفرنسية التي عمّت أكثر المدن الكبرى وضواحيها، تبين لنا ان مكبوت الجيل الاول يحل في الجيل الثالث، وأن هذه الشريحة الاجتماعية المتفجرة مقتصرة على مجموعة اثنية من المهاجرين المغاربة تجمعت في فرنسا منذ أكثر من اربعين سنة لاسباب اقتصادية استدعتها الحاجة الفرنسية للايدي العاملة الرخيصة، الا ان محاولات الدمج التي قامت بها الحكومات الفرنسية طوال العشرين سنة الماضية باءت بالفشل، وشاهدنا الفجوة التي جعلت من فرنسا تغرق بين الشعب الاصيل والمتفرنسين، ولا تزال قائمة ان لم تكن قد تعمقت بفضل النزعات القومية والعرقية والدينية، ودعوة الناس إلى الكراهية اسهل بكثير من دعوتهم إلى الحب، فالاولى تطل الغرائز اما الثانية فتطل الحقل الثاني. (النهار-حب الله ٢٠٠٩).

هذا التطور المتأزم ليس وليد الساعة، بل هو نتيجة نمو مستمر منذ ثلاثة أجيال: الجيل الثالث عادة هو الذي ينطق على غير علم منه بما هو مكبوت عند الجيل الاول. لقد استعاد الجيل الثالث مكبوت الجيل الاول، واخرج إلى العلن ما كان في الخفاء (كالدين مثلاً) وظهرت ردود فعل عدائية من جانب المجتمع الفرنسي ضد الذين هاجروا بسبب الضائقة الاقتصادية (الجيل الاول)، انه العنف المتفجر في سياق الكبت المتراكم، فالمرهق يترجم على الارض عنفاً، ما يقوله الآباء في الخفاء.

انه هوام الاهل المتحدين؟! (Parents alliés).

٥- سياسات الحماية الاجتماعية في التجربة العالمية وفي ضوء التوجهات الدولية:

نعتقد أن كبار السن في المجتمع الخليجي - كما في سائر المجتمعات العربية - هم الفئة التي تدفع الثمن باهظاً وأكثر من شريحة الشباب.

فالشيخوخة هي قضية ملحة آنية أكثر مما سبق، نتيجة تغير الأدوار والمفاهيم ونتيجة تحول السلطة (وهذا ما سنلاحظه في البحث ككل)، وهل أن حقوق الأسرة البشرية هي حقوق منبثقة من كرامة الشخص والتميز بسبب العرق والجنس واللغة والدين لا تنطبق على المسن؟؟

من الأخطاء الشائعة بالنظر إلى المسن هي في إدماج الصحة البيولوجية بالصحة العقلية، فصحیح أن مشاكل الصحة العقلية ليست نتيجة حتمية لمتقدم السن، إلا أن التصورات المنمطة اتجاه كبار السن عن عدم جدواهم حتى في البيئة الحاضنة، الا وهي الأسرة، هي ناجمة عن ضعف المنظومة القيمية التي نجمت عن التحولات الاقتصادية والاجتماعية فتراجع الاحترام والتراحم.

وعليه، فإن وجوب وضع استراتيجيات لمقاومة هذه الأمراض غير كافٍ... بل إن تحسين نوعية الإنسان المسن هي الأهم... ذلك ليس فقط عبر توفير الغذاء والكساء... إن تطوير سياسات التأمين الاجتماعي والضمان هو تمكين للمسن أيضاً (حق الضمان وحق الدخل-الصندوق التقاعدي في القطاعين العام والخاص...) وذلك جزء من حمايته الاجتماعية، التي تسعى لثنائية "الرفاه والشيخوخة".

والحماية لا يمكن أن تكتمل بالنهج الرعائي فقط، بل يجب أن تكتمل قوتها بسن القوانين وتشريع أحكام قانون (تقاعد وفاة الشريك) التأمينات الاجتماعية.

وكانت خطة مدريد، للشيخوخة المأمونة وعدم مواجهة العزلة والقضاء على الفقر في الشيخوخة، الشيخوخة المأمونة هي المحمية، والاعتراف بمساهمات الكبار في السن على جميع الصعد (الثقافية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية) وإشراكهم في عمليات صنع القرار وإقرار

الإجراءات الدولية لمعالجة مشاكل الدين في البلدان الأقل نمواً وإنشاء صناديق الأمم المتحدة لدعم الخطوات الوطنية هي أساس تنموي. فمذ سنة ١٩٩٩، أقر مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون في ختام أعمال دورته الـ ١٦، وثيقة حملت عنوان المبادئ العامة للسياسة العربية الخليجية المشتركة لرعاية ومشاركة كبار السن ولدعم التأمين الاجتماعي لهم من خلال تشجيع الإجراءات الوطنية وتشجيع المتابعة المؤسسية والوكالات واللجان الوطنية.

تحولات تنموية متسارعة



نقص في التشريع



نقص في الحماية



تحديات أكبر

ترسيمة رقم (٥)
التحديات الاجتماعية

وتعتبر الدراسات الديموغرافية الحديثة أن التغيرات الحاصلة تعلن تزايد كبار السن في دول المجلس، كما أن الارتفاع الحاصل في معدل الأعمار والزيادة المضطردة في عمر الإنجاب وانخفاض الإنجاب، أضعف الرعاية وأضعف الهيكل والآلية التقليدية للأسر، إلا أن التطور الدولي لرؤية الواقع (كما سبق وأشرنا) أعطى البعد الحمائي بعداً حقوقياً لراعياً، خاصة وأن الدول النامية تميل إلى التصنيف الفئوي (القضاة - العسكر...) وتزايد في الفساد والإدارة، طالت حياة الناس واحتياجاتهم الأساسية خاصة بعد تزايد النظام الاقتصادي الحر.

فالشخصية القانونية للإنسان قائمة على الحياة، ما دام حياً، أما الأهلية القانونية فيمكن أن تتأثر بالسن... (الياس ٢٠١٢).

النموذج المثل للحماية الاجتماعية هو في طور التطور، فإذا ما راقبنا النص الأوروبي فإنه يتحرر أكثر فأكثر ويعمل على تحاشي الأزمات الاقتصادية.

مصارعة الضعف وتكوين القدرة الذاتية الشاملة، فأصبحت القضية هي قضية وطنية أممية، وفي ضوء التحولات القانونية والأخلاقية للعمل، بدأت الاستراتيجيات بتقوية المرونة والأمن على السواء في ميدان العمل وترخيمها عبر جهاز اجتماعي يسمح بالصرف وبالتوفيق بين الاحتياجات، عبر مقارنة ثلاثية: العمل والسياسات والاستخدام، مما ينعكس مباشرة على

السياسات الاجتماعية والحماية لكسب الوقت ولتغيرات جذرية في الشراكة الاجتماعية، فكان مدار نقاش واسع في أوروبا في تأثيره على سوق العمل. الأمان المرن: التغيرات الرمزية لمفهوم الأمان La flexicurité وهي مفهوم مختلط يحث على ترجمة الأمان كضمان تلقائي ذاتي، وهو كالقدرة على العمل Capacité d'agir والإرادة والكفاءة الضرورية لها.

وهو مفهوم تحليلي، يُعمل على نقديته من خلال التطبيق في البلدان المتطورة والانجراحية على حد سواء... بأبعادها السياسية والمؤسسية والاجتماعية الانجراحية الضعيفة.

تتمحور السياسات الاجتماعية الفعالة (ومنها الحماية) على توجهات وممارسات وتطبيقات "المشاركة" Pratiques Participatives فمثالية المشاركة تنطلق من مفاهيم:

- المواطنة.
- التمكين.
- التوريط Implication أو الإشارك أو التدخل.
- القدرة على التدخل الاجتماعي.

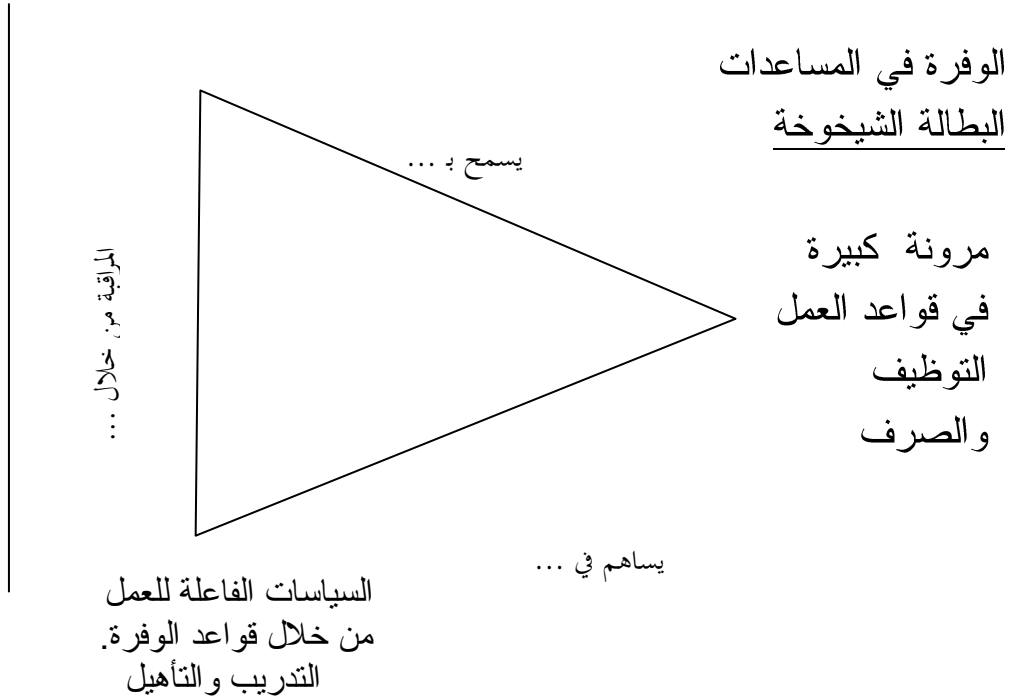
وهي مفاهيم تراكمية تنظم على مرّ الزمن وتجدد الإطار المرجعي للعمل الاجتماعي، ولكننا نتساءل عن التساوي، التكامل والتنافس فيما بينها.

- المساواة (خاصة المرأة)
- القدرة على العمل، والتميز بين الطاقات.

– اشراك الفئات الضعيفة او القابلين للانجراح في مجتمع اندماجي.

ويبدو لنا أن أفكار التأهيل والتدريس بدأت تأخذ حيزاً مهماً. وكثرت المنح لإرسال المبعوثين داخلاً وخارجاً وتبارى المجتمع الأهلي والرسمي لذلك.

فأطر التدخل أصبحت حالياً وبالنظر العالمي إليها، تأخذ بعداً قيمياً مستنداً على أخلاقيات وآداب المهنة التي تجهد المنظمات والنقابة (وفي المجتمعين الأهلي والرسمي) على جعلها المنظم والفاصل ما بين الفرد والمؤسسة لضمان الحماية للجميع.



←-----→ مرونة
الأمن - التأمين

ترسيمة رقم (٦)
مثث الامن المرن (cairn)

وهذا بكامله ما يتطابق مع توصيات مدريد واتجاهاتها ومبادئها الأساسية:

- ١- التنمية والأمن الاقتصادي.
- ٢- صيانة وتعزيز الصحة والرفاه.
- ٣- إيجاد بيئة تمكينية وداعمة.
- ٤- مشاركة كبار السن في عمليات التنمية.
- ٥- إدماج قضايا المسنين في السياسات العامة.
- ٦- إنشاء قاعدة بيانات وإحصاءات.

هذا بالإضافة إلى "النهج التشاركي" الذي استصدرته الأسكوا عام ٢٠٠٧ عبر إشراك أفراد من المسنين بالقرار، وإدماج قضاياهم في كل قطاع وترشيد السياسات الاجتماعية كآلية لمقاربة تغيير الهرم العمري الذي ينتج عنه ازدياد المسنين، ولا يمكن أن يترافق ذلك مع عدالة التوزيع والإنفاق.

٦- تلبية احتياجات كبار السن في مجتمع لكل الأعمار:

حدّد يوم المسن العالمي في أول شهر أكتوبر (تشرين الأول) من كل سنة، هو يوم حقوق المسنين لتعزيز استقلالية المسن ولقراءته وكتابته في المجتمع؛ ذلك أن برنامج عمل الأمم المتحدة هو من أوائل البرامج العالمية/الدولية الساعية إلى تحسين خطط الشيخوخة، فمبادرة "القضاء على جميع أشكال التمييز يطال التمييز على أساس السن" وأقرت بأن الناس ينبغي كلما تقدم بهم السن بالهناء والصحة والأمن والمشاركة الفعالة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية لمجتمعاتهم (الوسط العربية

٢٠٠٨)، ورغم ذلك التوجه نحو مجتمع لكل الأعمار فإن الانتهاك ما زال متواجد لهذه الفئة العمرية وغالباً ما يمارس ذلك من مكان العمل أو من خلال العنف، من هنا كانت خطة تهديد الدولية التي شكلت إحدى الدعائم المهمة (الاعتراف بالدور الحاسم الذي يضطلع به المسن).

فالحاجة تبدو خاصة على الصعيد الوطنية لكل دولة كي تعمل المزيد ولتعزيز الحماية الاجتماعية من ضمن الرعاية الطويلة الأجل.

إلا أن الإشارة مجدداً، يجب أن تبدو واضحة حيال مبادرة مجلس التعاون التي أعادت المبادرة ونزعت عنها صفة "المخملية" و"الجموعية" (الجمعيات الأهلية) والفخرية (نسبة لنساء الرؤساء) والعمل التطوعي الإنبھاري الاستعراضي، ونلفت مجدداً إلى أهمية مراجعة النصوص الدستورية في دول المجلس ذات الصلة بهذه المسألة.

"ويكشف العرض المتقدم أن دساتير دول المجلس اتفقت على النص على الدور المناط بالدولة والقانون في حماية كيان الأسرة وتقوية أواصرها، إلا أنها اختلفت اختلافات جلية في موضوع مسؤولية الدولة ودور الأسرة في رعاية أفرادها، ففي حين سكت دستور الإمارات واليمن عن إيراد نص بشأن هذه المسألة، أكد دستور السعودية وعمان على رعاية أفراد الأسرة بوجه عام، بينما نصت دساتير البحرين وقطر والكويت على رعاية فئات محددة من أفراد الأسرة اتفقت على اثنتين منها هي الأمومة والطفولة، واختلفت في الثالثة، حيث حددها الدستور البحريني بالنشاء والقطري بالشيخوخة، بينما لم يورد الكويتي ذكراً لفئة ثالثة في نصه." (الياس ٢٠١٢ ص١٢٣).

"إزاء ما تقدم، وبقدر تعلق الأمر برعاية الشيخوخة في إطار الأسرة، يتضح أن النصين السعودي والعماني يقران هذه الرعاية، ويستفاد حكمهما من عمومية نصيهما، بينما يقرها الدستور القطري بإشارته الصريحة إلى الحفاظ على الشيخوخة في ظل الأسرة، أما الدساتير الأربعة الأخرى، فليس في نصوصها ما يسمح بالقول بأن لها موقفاً إيجابياً من هذه المسألة الحيوية." (الياس ٢٠١٢ ص ١٢٣).

ونتيجة التحولات التي أدرجناها سابقاً (الأسرة الكبيرة: خلت مكانها تدريجياً للأسرة النووية - واستقلال الأسرة النووية خلق واقعا دفع بكبار السن إلى ضرورة الاعتماد على أنفسهم في تدبر موارد عيشهم وأصبحت مشكلة أسرية مجتمعية يجب التصدي لها فتحول المسن إلى رمز يضعف ويتضاعف...

وفي جولة على بعض البلدان العربية نخصّ تجربة الهيئات النازمة في دول الإمارات بالأهمية، إذ أن دولة الإمارات الرائدة في مجال إنشاء المرصد الاجتماعي لقضايا الأسرة على المستوى الوطني وتتبع تحولاتها؛ ولا يقتصر أمر المسوح لأوضاع الأسرة عليها ذاتها، وإنما يتعين دراسة الواقع المحلي الذي تعيش فيه، وما يتضمنه من معوقات وعوامل سوء تكيف تغذي هشاشتها الذاتية وتفجر سوء تكيفها. (حجازي ٢٠١٢، ص ١٠٦).

وفي الكويت، وانطلاقاً من المفهوم الإسلامي القائم على التكافل والتضامن وبر الوالدين ومد المظلة الرعائية القانونية الوجدانية التي تلفها التشريعات للصغير والمجنون والمعتوه وتشمل حالات العجز الناجمة عن الشيخوخة وكبر السن تبعا لقانون رقم ١١ سنة ٢٠٠٧، رد السلوك المنحرف تجاه المسنين إلى قواعد المجتمع الصحيح التكليف القانوني للأقارب المكلفين... وفي حال التعذر تكليف أو تقرير إقامته في إحدى دور

الرعاية الاجتماعية وعلى المكلف تبليغ الوزارة بأي تغيير والطلب من المساعد الاجتماعي أو النفسي المساعدة.

وتتجاوب برامج رعاية المسنين بسلطنة "عمان" مع التوجهات العالمية التي تفضل رعاية المسن والتقليل قدر الإمكان من الرعاية داخل المؤسسات الإيوائية وتمثل نسبة كبار السن ٨,٤% من السكان، واعتبرت برامج رعاية المسن بإعطاء المسن اهتمام كبير كمصدر للمشورة والحكمة والبصيرة ولم تبرز في هذا الإطار أي مشكلة تستدعي إنشاء أي مؤسسة رعاية إيوائية (سلطنة عمان وزارة التنمية الاجتماعية)، وتقدم الخدمات عبر تأمين الظروف المعيشية لحالات المسنين وتأمين الخدمات الصحية.

وقد تم التداول عن ما سمّي "إشعاع تجربة تونس في مجال الإحاطة بالمسنين"، فقد تم التنسيق مع وزارتي التربية والصحة العمومية إقرار برنامج تكوين مهني في اختصاص أعوان الإحاطة الحياتية بالمسنين ٢٠٠٨ بمدارس علوم التمريض؛ وإيجاد مؤسسات رعاية وعددها ١١ ونوادي نهائية وعددها ٣٧ هذا عدا المسنين في منازلهم حيث يتلقون الرعاية، وتحضن تونس ملتقيات تحسيسية حول الشباب والتواصل بين الأجيال مع مواكبة إعلامية (لحصص إذاعية وتلفزيونية).

أما في "لبنان" وفي التقرير الوطني حول الخدمات المتوفرة لكبار السن في لبنان، الصادر عن وزارة الشؤون الاجتماعية ٢٠١٠، فإن التحولات الديموغرافية والاجتماعية والوضع الاقتصادي كالبطالة وغيرها وبتضافر الجهود ما بين القطاع الأهلي والقطاع الرسمي، وبإشراف مباشر من وزارة الشؤون الاجتماعية لزيادة مساهمة الدولة في القطاع الاجتماعي وتحديد رعاية وحماية المسن واستناداً إلى تطبيق مبادئ الأمم المتحدة، فإن مؤسسات الخدمة المقيمة والخدمة الخارجية والخدمة المنزلية إضافة إلى

المستوصفات الخاصة بكبار السن، هي أنواع الخدمات المقدمة حالياً إضافة إلى التركيز على التجهيزات الخاصة بهذا القطاع وقد وصلوا إلى ٤٩ مؤسسة فيها جهاز بشري متوفر وموزع كالتالي:

جدول رقم (١) - التقرير الوطني حول الخدمات المتوفرة

معدل كبار السن إلى الاختصاصيين*	النسبة المئوية (٤٩ مؤسسة)	الجهاز البشري المتوفر
١١	% ٧٥,٥	ممرض مساعد
٣٠	% ٦٩,٤	ممرض مجاز
٤٢	% ٥١,٠	طبيب صحة عامة
١١٣	% ٥١,٠	معالج فيزيائي
١٦٧	% ٤٠,٨	مشرف صحي اجتماعي
٣٢٢	% ٢٤,٥	اختصاصي تغذية
٢٩٩	% ٢٤,٥	طبيب متخصص في الامراض النفسية لكبار السن
٤٦٥	% ١٨,٤	طبيب شيخوخة
٥٢٣	% ١٤,٣	ممرض متخصص في الشيخوخة
٥٩٧	% ١٤,٣	معالج نفسي
٢٧٩	% ٢,١٢	منشط اجتماعي
٦٩٧	% ١٠,٢	معالج انشغالي
٨٣٦	% ١٠,٢	معالج نطق
٦٩٧	% ٦,١	مشرف فني ومرشد اجتماعي
٤١٨١	% ٢,٠	معالج حركي نفسي

لكبار السن في لبنان - ٢٠١٠.

* عدد كبار السن إلى كل اختصاصي واحد وذلك في مجمل مؤسسات الخدمات المقيمة أي على الصعيد الوطني: مجموع كبار السن الذين يستفيدون من خدمات إجمالي المؤسسات (٤١٨١ كبير سن) / عدد الاختصاصيين الاجمالي من كل اختصاص.

ونحن في دراستنا هذه نعرض هذا الجدول ليس لتوضيح الجهاز البشري في هذه القضية، بل لنركز على خطأ شائع لا يحدث في لبنان فقط بل في أغلب البلدان العربية إذا لم نقل معظمها، وهو خطأ منهجي سنعرض له في هذا القسم وستكون معالجته في القسم الأخير من هذا البحث؛ ففي ص ٤٤ من التقرير الوطني تعرض المصطلحات والمواصفات الفنية للجهاز البشري الذي سنكتفي منه بعرض الجهاز المختص بالعلاج النفسي الذي نوليّه أهمية قصوى في عملية الارشاد والاسترشاد:

• "معالج انشغالي (القسم الرابع، سؤال رقم) 32

حامل شهادة مستوى جامعي في العلاج الإنشغالي، يعمل على تأهيل أو إعادة تأهيل المهارات والقدرات التي تساعد على تطوير استقلالية كبير السن الشخصية والاجتماعية وغيرها.

• معالج نفسي (القسم الرابع، سؤال رقم) 32

حامل شهادة مستوى جامعي في علم النفس، يقوم بمساندة الأطباء النفسيين في تأكيد تشخيص المرض ويساهم في معالجة أوضاع كبار السن النفسية من خلال جلسات متكررة.

• معالج حركي نفسي (القسم الرابع، سؤال رقم) 32

حامل شهادة مستوى جامعي في العلاج النفسي الحركي.

• مشرف صحي اجتماعي (القسم الرابع، سؤال رقم) 32

حامل شهادة مستوى جامعي يقوم بتقييم وضع كبير السن اجتماعياً، ويعمل على مساعدته في إعادة دمجهم في المجتمع وحل مشاكله المادية.

• منشط اجتماعي (القسم الرابع، سؤال رقم) 32

هو الذي يقوم بدور تنشيط كبير السن في المجتمع من خلال برامج اجتماعية وترفيهية.

• أخصائي تغذية (القسم الرابع، سؤال رقم) 32

حامل شهادة مستوى جامعي في التغذية، يقوم بتقييم حاجة المسن من الغذاء السليم المناسب لصحته ووصف الإرشادات اللازمة من الأطعمة.

• اختبار نفسي (القسم الرابع، سؤال رقم) 35

هو اختبار يقوم به طبيب شيخوخة أو طبيب نفسي لتقييم حالة المسن النفسية.

• معالج نطق (القسم الرابع، سؤال رقم) 32

حامل شهادة مستوى جامعي في معالجة مشاكل النطق والبلع لدى كبير السن.

استناداً إلى إستراتيجية الإنماء الاجتماعي الوطني في لبنان سنة ٢٠١١ (مكي ٢٠١١)، هذا ولتطوير فرص العمل كي تصبح عادلة وأمنة من خلال بعدي الإدماج الاقتصادي والإدماج الاجتماعي.

وعملت مصلحة الشؤون الأسرية مع برنامج السكان والتنمية في تنظيم أنشطة وبرامج حول قضايا وشؤون كبار السن سنة ٢٠١٠ إنجاز التقرير الوطني حول الخدمات المتوفرة لكبار السن في لبنان، وهو مشروع رائد يسعى إلى بناء قدرات الوزارة في مجال دمج قضايا المسنين في خطط التنمية الوطنية وقيادة حوار حول السياسات الخاصة بالمسنين، وفي العمل على تنفيذ مشروع نموذجي للرعاية المنزلية للمسنين وفي تنفيذ مشروع توعوي مجتمعي حول مرض "الأزهايمر" وسبل العناية بمرضاه وبناء قدرات ومهارات تساعدنا بتنفيذ هذه الأهداف (مكي ٢٠١١).

وهنا تبرز لنا مشاكل ثلاثة:

١- التغيير الوزاري المستمر الذي لا يسمح للوزارات المختصة بالإبقاء والمتابعة؛ مثال: المهجرون في لبنان ابان الحرب الاهلية، ولن ندخل هنا في تفاصيل الدمج والادماج والوزارة المختصة لهذه المواضيع بل سننطلق من المفهوم الديموغرافي ما بين الجيل

الاول والجيل الثاني، فهنا الجيل الاول هو الجيل الذي عاش الحرب والقلق والهجر من مكانه الاول، فتهددت اسرته واحلامه وواقعه الاقتصادي وعندما وعى حقيقة الانتقال بدت حقيقة التأقلم مرعبة، لحين العودة، ولدى الاتفاق والتوافق فإن الجيل الاول الذي عاش حلم العودة، لم يتأخر عنها عندما اصبحت ناجزة لكن الجيل الثاني قد حمل في ذاته مصالحة اكثر صعوبة وتسامحاً لم يجد طريقة إلى العقل الحقيقي - انها الصدمة الهلعية التي عاناها الجيل الاول وحملها الجيل الثاني؛ حمل الحزن والأسى فصعب عليه اللقاء بالارض والعودة اليها.

لقد اندمجوا قسراً في المجتمع الجديد، وبات المجتمع الاول او الاصلي أكثر طراوة وأقل قساوة، لأنه حمل اندماجاً اقل في المجتمع الجديد: العودة أفضل... حيث الماضي والطفولة -العودة إلى الحلم- وربما كان الجيل الثاني اكثر واقعية واكثر حملاً للعبء؟ ربما! واصبحت العودة إلى بلد الاجداد هي القلق - الاغتراب.

مصالحة - تصالح - تعايش كلها امور تخضع للواقع النفسي للفرد، فالجيل الثاني اصبح اكثر قابلية للانجراح نتيجة صدمة الوالدين، فازداد الشعور بالقلق وبالطائفية، انها ثنائية الضحية والجلاد.

٢- عدم تنظيم وتقسيم الفنيين الأخصائيين إلى فئات عامة منسجمة وفئات تخصصية داخلية ضمن الفئة الواحدة.

٣- عدم إيلاء الإرشاد والعلاج النفسي (وربما يكون الإرشاد هو إرشاد أسري عام وللمسن وعائلاته بشكل خاص، والعلاج النفسي لتقديم المشورة النفسية لكافة أفراد الأسرة) الأهمية وإذا ما توفرت أو تم المطالبة بها تبعاً للتعزير الوطني فإنها لا تخضع للمعايير العالمية خاصة أن الأخصائي النفسي هو ليس نفسه المعالج حيث الأول يكفي بشهادة اختصاص جامعية بينما الثاني يجب أن يخضع بعد الشهادة الجامعية بمستوى دبلوم أو ماستر، إلى تأهيل من نوعين: تأهيل نسقي إفرادي خاص وتأهيل تدريبي تقني ونظري.

- لماذا يتحدث الناس؟

إنهم بحاجة للتفريغ وبخاجة إلى استراتيجيات توعية لأنهم وبعدهم كلامهم يعيدون بناء الحقيقة ويقبلون من أهمية الأفكار التي يعتبرونها مختلفة... إن الكلام يحبط الصد.

إنباء - تفكيك - إعادة إنباء.. قاعدة عامة تتطلب استراتيجيات تنشيط لمواجهة البنى الشخصية ومقاربة الواقع وتطوير الطاقات الإدراكية ومقارنة التجارب الشخصية القديمة والحديثة في سبيل اندماج مع الواقع

المعاش، فنتحسن صورة الذات ومفهوم الأنا؛ وذلك من خلال الطمأنينة والتحفيز النفسي لمعرفة نفسية معمقة؛ إنه تدريب وتطوير للوعي لا يمكن أن يتم بالانخراط فقط، بل بوجود أذن صاغية ويقظة وشخص جاد يتمكن من الإضاءة على العالم الداخلي، شرط القبول وشرط الالتزام بقوانين وأخلاقيات المهنة والأطر التنظيمية من قِبَل الطرفين.

إنه إعادة بناء الفكر، وتطابقه مع السلوك من خلال المسار ذي النقاط الثلاثة:

التفكير - إعادة التعلم والتلقي - الفهم

$$\begin{array}{l} \text{استكشاف} \\ \text{توضيح} \\ \text{تحليل} \\ \text{واعادة تأطير} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \text{سيرورة} \\ \text{التغير} \end{array} \right. = 3 + 2 + 1 \left\{ \begin{array}{l} \text{وغير أزمنة ثلاثة:} \\ \text{١- وقت التعبير} \\ \text{٢- وقت الفهم} \\ \text{٣- وقت التكامل والتطابق والتجاوز} \end{array} \right.$$

مع العلم أن الزمن حيث حدوث الفعل ليس نفسه هو زمن الدلالة؛ إنه تأثير وسحر الأركيبيبات التي يجب أن نأخذها بعين الاعتبار وهي التي تتصارع في اللاوعي الجمعي ومن ثم الفردي ما بين الأصالة والحدائثة موضوع التغيير (قيم الحاضر وقيم الماضي) والمساعدة في تكوين الداخل.

٧- نحو رؤية تنموية في التعامل مع كبار السن:

إن تحديات الثورة الصناعية والتطورات التي تلتها تشير إلى أهمية كل عضو في المجتمع، حتى يستطيع مجتمع ما أن يدافع عن نفسه، عليه أن يسعى إلى تحقيق تربية جيدة للأطفال وخدمات صحية عالية الجودة لجميع سكانه. وعلى هذا المجتمع أن يثبت مبادئ اقتصادية تمكن كل مواطنيه من اكتساب ما يكفي ليصبحوا قادرين على العيش بكرامة (زحلان ٢٠١٣)، والعلم والتكنولوجيا حالياً هما مدخلان حيويان.

إلا أنهما سيف ذو حدين، حيث أنه من الممكن استخدام العلم والتكنولوجيا كأدوات قمع وإفقار واستغلال. إنهما يحلان حالياً مكان النسق القيمي الذي سبق وعرضناه، فهل يمكن فعلياً الاستبدال وهل للعلم وللنسق القيمي نفس المفاعيل؟

٧-١- رؤية تنموية تحولية مطلوبة:

برعت دول المجلس بالزيادة الأسرية (برامج - أنشطة - توظيف الموارد الخ...) إلا أنه يجب بالرغم من ذلك - إعادة النظر في فلسفة السياسات الأسرية الاجتماعية، وهي تتمثل بإعادة النظر ليس في الجوهر وإنما في المضمون وفي الخطط التنفيذية وبرامجها (حجازي ٢٠١٢، ص.١٠١).

إذ يجب التحول من أنماط الرعاية التقليدية إلى أنماط مستقبلية تنموية تتعامل مع تحولات العولمة (الفكرة أعلاه) وما تفرضه من تحديات مستجدة: "فقط المشاركة هي التي تضمن نجاح التدخل العلاجي منه كما التأهيلي. فلقد أصبح معروفاً في الإرشاد النفسي العلاجي، أن فرص نجاح العلاج تتوقف في المقام الأول على رغبة ودافعية المسترشد لكل مشكلاته وعلاج اضطراباته، من خلال الاستناد إلى القوى الإيجابية التي لا زالت دافعية الأسرة وأعضائها للنهوض بواقعها، وصولاً إلى تغيير قواعد اللعبة بحيث يتحولون إلى اللاعب الأساسي في العملية" (حجازي ٢٠١٢ عن خلف ٢٠٠٩، ص.١٠٧).

إنها تقديم الدعم والمشورة والمساعدة في إيجاد الحلول للوصول إلى الذات الصحيحة والحقيقة الداخلية. إنها دراسة للمخيلة وربطها بالأحاسيس الجسمية وإدراك الجسد داخلياً وخارجاً، إنه الإحساس بالوجود وبالتواجد بهدف التغيير والمواكبة.

يتكاثر في مجتمع متغير الضياع ويصبح الفرد عرضة للإدمان، للفراغ، فتضيع الحقيقة ما بين الداخل والخارج. ويصبح العمل على إيجاد هوية منتمية ومعروفة من الفرد في إطار مكافحة المرض والصعوبات التأقلمية.

إن العالم المتغير يزيد من تفكك الأسرة، ومن ضياع الموضوع في العلاقة الأولى مع الأم (عطفاً على ما سبق وحددناه حول التغيرات الحاصلة في الأسرة) = فالموضوع الضائع هو الموضوع الناقص، والموضوع الناقص هو الفراغ والفراغ يملئ بالإدمان أحياناً وبالقلق المتزايد أحياناً أخرى، إنها الحاجة والطلب.

تحليل الموجودات



نقد



تشخيص



تنفيذ



معالجة خيارات الحلول



متابعة وتقويم

وذلك يساعد على:

- تحمل المسؤولية الذاتية بدلاً من الاتكالية.
- تثبيت الذات وتماسكها خاصة أمام ساحات الترويج الإعلاني المتزايد.
- توظيف الموارد من الإعانات والصدقات إلى برامج التمهين والتأهيل المعرفي والنقدي (كما هو الحال في الأمان المرن).
- الأسرة كقاعدة "الحصانة المجتمعية" على حد قول حجازي (٢٠١٣)، بحاجة إلى توفير الكوادر لقيادة العمل، وهو تأهيل يجب أن يتجاوز السائد إلى فكرة المشروع التي نحن بصددتها (تأهيل خاص يبدأ بالذاتي كي ينتهي المؤسساتي بالفردية) وهو يحتاج إلى وقت وإلى منهجية تفكير وتأهيل حديثة.
- التخلي عن الاتكالية والإشراف المباشر على خطط الأسرة الداخلية ومراقبة السلوكات حماية واحتضاناً.
- حفظ حق الأجيال الطالعة وتفعيل الرؤى البعيدة المدى وحثهم وتدريبهم على طلب المشورة التي تساعدهم على معرفة ذاتية لأساس الجموح والانجراف في الربح المادي وفي النزوة المطلقة الخ..
- تعزيز الدافعية الفردية (المسترشد) (الذي يطلب المشورة) لحل مشكلاته، وعلاج اضطراباته مما يعزز الصحة النفسية وبالتالي تحسين النظرة إلى الأجيال السابقة.
- إعادة النظر في أماكن التقلت والرعاية مع كبار السن وشرائح أخرى ك: رفض كبير السن وتحقيره وترهيبه وعزله وحرمانه من الدفاء الإنساني... وحتى الفعل الصنفي اتجاهه (وكلها أفعال عنيفة).

- احترام المسن الذي كان يمارس دوراً اجتماعياً وذلك بالحديث عنه وعن تاريخه السابق...

لقد جرت العادة - في مجتمعاتنا العربية ككل - ورغم البعدين الامتدادي والتحويلي فيها فإننا إذا لم نقمع الآخر فإننا نسعى لقمع أنفسنا أو نترك أنفسنا تسير على غير هدى.

مفاهيم: الضحية والجلاد/ البعد السادو-المازوشي:

كل من شاهد فيلم "جسر نهر كواي" أو فيلم "حارس الليل" يستنتج كيف يمكن الضحية أن تقع في حب الجلاد، رغم أنه كان سبباً في تعذيبها، فتقلب في أشد الأزمات إلى الدفاع عنه بدلاً من الإنتقام منه، حتى ولو حصل هذا الإنتقام تبقى ذكراه مؤلمة وتشكل حرجاً وعائقاً في الحياة لا يفهم سره. مما لا شك فيه أنه إذا أحكمت العدالة سيطرتها، تستطيع أن تدخل العامل الرمزي كطرف ثالث يطبع العلاقة بين الضحية والجلاد، ويؤسس لعلاقة جديدة مع قوانين الحياة، لأن من أهم أهداف العنف هو قتل الرمز. (Syndrome de Stockholm)

يحتل الجلاد مكان الآخر الكبير، يملك القدرة على التصرف به كما يشاء، يبقيه على قيد الحياة أو يلغيه من الوجود. يشيء جسده ويتمتع به عبر التعذيب على شتى أنواعه. في المتخيل الجماعي، يحتل الجلاد هوام الأم السيئة التي تستطيع أن تفعل بطفلها ما تشاء ، وهو تصور يثير الرعب في

النفس لا يعادله رعب آخر. فكيف يمكن أن نعطي للأم هذا الدور؟ فهي بالتحديد صالحة ومطمئنة، والطفل لا يمكن أن يتحمل مثل هذا الهوام، لذلك يبقى في اللاوعي كاحتمال جائز، يطرده من وعيه كلما ساءت معاملة أمه له، وتدير ظلمها وتعسفها بشتى أنواع التفسيرات، بأن كل ذلك لمصلحته. فعندما يحتل الجراد هذا المكان يصبح ضرورة لا غنى عنها، لأن مصدر الحق بالحياة يصبح مرهوناً بوجوده، فيغلب الحب على الانتقام وتغلب الحاجة إليه على الاستغناء عنه لأنه أضحى أسيراً لرحمته.(النهار-حب الله ٢٠٠٥).

إننا، في أغلب الأحيان، نترك أنفسنا إما على نزواتها او ننتج دراماتيكيًا الشغف القاتل على حدّ تراجيديا ارسطو وهو شغف يُقاصصه القدر! فهو شغف مذنب لأن الفكرة أساساً مكبوتة والذي ربما... المسؤول عن الكبت هو الرجل المسن أو شيخ القبيلة أو السلطة في الرهط البدائي فهل نحن نقاصصه بتركه؟ إنه تفلت إسقاطي لمشاعر نفسية كامنة ربما تحتاج إلى تطهير!؟

تطهير العواطف: catharsis:

إنها صلابة سلوكية ووظائفية، تتساعل دوماً عن قذف نور الإنصات إلى الأعماق للخروج... وهي لا تُستتار الا بوسائل تقنية يجب على التأهيل والتدريب ان تبثها في نفس المرشد أولاً كي يعود قذفها في نفس المسترشد (عصف، الافكار - وسائل سمعية - بصرية - كتاب الرسائل - التقنيات

الإسقاطية - ديناميات الجماعة البسيكودراما، وحفلات السمر - تعزيز القراءة والاحتفالات وإقامة النوادي).
إنه تحويل الإرشاد المجاني إلى استشارة نفسية نقدية مدفوعة الأجر وجعلها بمتناول الجميع من الطفولة حتى الشيخوخة من خلال:

١. تقديم الضمانات المادية والاقتصادية للجميع، وإيجاد نظام كفالة خدماتية سواء رغبوا الإقامة مع أسرهم أم لا: أهمية ضمان الشيخوخة، العمل على لحمة الطب ما بين طب الأغنياء وطب الفقراء وتعزيز الطب الرعائي المنزلي.

٢. الإعداد الفني للمتدرب وتنمية مهاراته الاختصاصية، عبر الالتزام بالأطر والمعايير الدولية وتنظيم المهنة في إطار أخلاقيات وآداب المهنة وإيجاد الإطار العلاجي القانوني والتشريعي.

٣. تعزيز وتعميق دراسة الحالة والابتعاد عن الشائع في الممارسة والتوقف عند "المطموس": عدم الاكتفاء بالتوجه السلوكي المعرفي والذهاب إلى الخفي ما وراء الظاهرة، الذات المعطلة، وهذا ما يتطلب حواراً ما بين الاختصاصات كافة.

٤. لا يوجد رؤى تنموية بدون توافق مع الصحة النفسية، وهي أهم أسس التضامن المجتمعي والنظرة الشمولية للسلوك.
٥. الابتعاد عن التأهيل المجتزأ والأخطاء في تسمية الكوادر وطلبها.
٦. خلق الروابط مع الجامعات ومع مراكز التأهيل الأكاديمي والمهني ومراكز الأبحاث للفصل ما بين المرشد الاجتماعي والمعالج أو المرشد النفسي.
٧. تجديد الدعوات للقطاع الخاص لمساندة الجهود الحكومية في رؤاها التنموية وتوظيف جميع إمكانات الأوطان ومقدراته وثرواته في خدمة المواطن الخليجي.

الخاتمة

المسنّ قلق دائم: المسن يعيش وغيره ينتظره situation d'attente (تقوم حياته على الانتظار المقلق لما سيؤول إليه).

ولم يزل إعداد الكوادر الطبية، هي التي تتقدم على الصعيد الرسمي على إعداد الكوادر النفسجتماعية، وهذا ما لا يسهّل الوقوف على المشكلات السلوكية النفسية: هي ملاحظة يمكن التأكد منها أينما حللنا، وهذا ما أكدته لنا المقابلة مع الدكتورة الأخصائية بالشيخوخة "سلام جلول" والتي تعمل ما بين لبنان وفرنسا حيث أن الطبيب يحل في أغلب الأحيان مكان الأخصائي والمشاريع الأهلية (جمعيات - نوادي - مراكز) تحل محل الدولة والعلاج الانشغالي محل العلاج التحليلي الشامل...

ومع اننا ننتمي إلى مجتمعات حاضنة - رغم كل التقلت الحاصل والتحويلات الأسرية الطارئة إلا أن أهل المسن يتخبطون تارة ما بين الخجل بالمسن وتارة ما بين الشعور بالذنب، وأكدت على أهمية التواكب ما بين الطبي والنفسي...

وهذا ما يدعو بنا إلى المطالبة بتوعية الشباب والصغار وتعويدهم ليس فقط على القبول بهم بل بحفظ حقوقهم وبتعويدهم على الصبر وطول الإناة وبأن "التاريخ إن حكى" والتاريخ هو تاريخهم، تاريخ بدأ بالأجيال القديمة، أجدادهم، هذا ما يضع الشباب داخل وفي صلب أفكار الجيل القديم.

إنه إطار دائري يجمع ما بين قطبي الاستيعاب والتجاوز.

ونحن لن نخط توصيات كثرت وتكاثرت، ذلك أنه يجب طرح المنطق ببلاغة وعلى الضوابط المؤسسية أن تأخذ دورها قانوناً وممارسة، خاصة وإن دعوتنا إلى تعميم استشارة منهجية مدربة ومؤهلة في إطار علم نفس اجتماعي عيادي شمولي تكاملي *intégrative* يقوم على العلاج الذي يقوم بدوره على الوحدة والتنوع في وقت واحد ويدرس نسيج الروابط والتواصل بين الثقافات وتكاملية الأفكار وتمفصلها... (Doulourme2009).

إن العلاقة بين المسن والابن أو الحفيد كعلاقة "الأوكارديون" الذي يتقارب ويتباعد وينقل بداخله موسيقى لا تحمل دوماً الحنين، هي نوتة "نقل الصدمات". لماذا؟

لأن هومات أهلنا تصبح هوماتنا *Interfantasmatisation* *familiale* نحملها ونعتقد أن شيوخنا عندما شاخوا انتهت معهم الأفكار المننقلة فنتخلى عنهم ظاهرياً/ خارجياً دون أن نعلم أننا نحملهم في ذواتنا/ في داخلنا/ في هوماننا... فهم متواجدون رمزياً حتى بعد وفاتهم... إنه الذي لا يُقال... أنهم التاريخ الأسري... إنه التحالف مع الأجداد والجدة خصوصاً (*Alliance à la grand mère*) التي تجسد الأم استناداً إلى مفهوم *Kaës* للموضوع الانتقالي *objet transitionnel* وربما تجمع أجيالاً ثلاثة في

الوقت نفسه، فتصبح البديل على الأب (Substitut) لقاء ما بين الاجتماع والمحتوم وبحاجة لعناية سيكولوجية دائمة ومؤمنة ومؤتمنة. لأنهم بحد ذاتهم النقل الثقافي transmission culturelle ثانياً، التاريخ الأسري عبر شاشة ذكرياتنا Souvenirs-écran.

نحو مجتمع ام من دون أب:

النموذج الحضاري في عصرنا الحاضر، هو ان تتمكن من استهلاك اكبر قدر ممكن من المنتوجات التقنية في شتى مظاهرها واشكالها حتى تستطيع ان تطلق على نفسك اسم انسان حضاري.

عندما نتكلم عن معنى الحياة لانسان حضاري، نجد انه بقدر ما يستمتع ويستهلك بقدر ما يكون اقرب إلى النموذج الحضاري. هذا التحول في المجتمع الغربي بسبب الثورة التكنولوجية، حول الانسان عن القيم الموروثة وافقد الأب دوره في نقل هذه القيم من جيل إلى آخر، واضحى المحسوس يغلب على القيم في العلاقات الانسانية. واليقين في ما يستمتع به اضمن من الوعد بالسعادة. كان من جراء ذلك ان تضاعلت الذاتية إلى حد انها كادت تلغى. وعلاقة الانسان مع الكون اختزلت بما يحصل عليه حاضرا. فاضحى همّ الانسان ان يحقق الرفاهية، والاشباع، والاستهلاك حسبما يشاء، وما يؤمن له الدفاء والراحة والرعاية والمكاسب، وتحقيق هوماته في حقل لا يجد له حدودا الا في نطاق الجسد بدلا من القانون.(النهار- حب الله ٢٠٠٩).

فاذا جمعنا هذه المواصفات في الانا المثالية فإننا لا نجدها الا عند الطفل في حضن أمه. وهنا نطرح السؤال هل اصبحنا على مشارف عهد جديد يطرح نهاية النظام البطريركي وبداية النظام "المطريركي" اي الأمومي؟ كل المؤشرات الحضارية تتجه نحو هذا المنحى الجديد.

المحلل النفسي الفرنسي "شارل ملمان" قدم بحثا معمقا حول أن المجتمع الحديث يسير بخطى ثابتة نحو النظام المطريركي، فالاب فقد مكانته الاجتماعية ومركزه المحوري وسلطته في العائلة، واصبح مهمشا، كلمته غير مسموعة وحديثه عن الاصاله والتراث فقد اهميته لمصلحة هوية استهلاكية محسوسة.

أصبحنا أمام احتمالين: اما النكوص كما ذكرنا سابقاً إلى حالة طفلية نؤمن بها الدفاء والغذاء والراحة والطمأنينة، ولكن ندفع في المقابل ثمنا غاليا من رجولتنا، فنصبح كما يحصل في اوروبا "اونيسكس" (unisexe).

مجتمع موحد يسوده مبدأ اللذة والاستهلاك من دون قيم، من دون هوية سوى الانتساب الجغرافي كما هي الحال في مونتي كارلو. والاحتمال الثاني ان نرفض هذا الواقع فنفتش عن هوية واحدة تضي معنى لوجودنا من خلال اب ارتقائي توافقي يتمثل بقانون يتساوى الجميع معه ويعرّف عن اصلتنا وارتباطها بالماضي عبر ثقافة كان لها دور في بناء الحضارات،

واما ان نتقاتل باسم الأب الواحد ولكن ليس لحيائه انما لقتله حتى يستفرد
الرابح بمورد الملذات اي بالدولة الأم السخية، فنستبيحها عبر الفلتان الجنسي
بعد اهدار كل المحرمات. وهذا سيؤدي حتما إلى التآكل من الداخل ولاسيما
عندما يتحوّل مجتمعنا إلى وحدات استهلاكية واهلاكية في آن واحد. لأن
الأب الرمزي الذي كان يمكن ان يوحدنا قد تفكك واصبح ابا يتقاتل الجميع
باسمه. (النهار - حب الله ٢٠٠٩).

وما يجسده الأب الحامي فيها... المخاوف التاريخية القديمة...
جنور العنف ربما... فالجرح النفسي يُنقل عبر الأجيال كما سبق وأشارت
إليه الدراسة التي كان همها الأساسي الانتقال - التناقل والعبور...

"الشيخوخة" هي طُرُق المصالحة والحوار، فلا نجد أسرة عربية حالية
خالية من الاختلاف وصراع الأجيال أو صراع الجيل الواحد (الأخوة
وصراعاتهم وهذا عالم قائم بحد ذاته يمكن مقارنته من الوضعية نفسها).

وربما أن المقاربة الرديفة التي يجب إضافتها هي مقاربة تداخل
الأجيال أو بنية الأجيال L'intergénérationnel والتي تبدو لنا مقاربة
نفسجتماعية أساسية في عالم التحول والاختلاط.

ورغم محاولات علم الأنساب والتجربة الفرنسية لربط المتحدرين بوطن آبائهم وأجدادهم والوصول إلى الأقرباء الذي لم نعرفهم أبداً... فإنها بحاجة إلى علوم أخرى تشابكية تفسر تناقضات وثنائيات الاقتراب والابتعاد في مسألة المسن وفي شجرة العائلة وفي الربط مع الجيل الثالث وحتى الرابع والخامس.

وكله حامل للذنب بشكل استرجاعي مرير *ruminant*، وغالباً ما تكون الأوعية الدفاعية تتأرجح ما بين القبول والرفض: ثنائية التعامل مع المسن.. وهي تحتاج لدراية ووعي.

إنه إعادة البناء: من خلال التاريخ الأول وهذا ما تفعله حالياً جمعية "انتماءات" *Appartenances* في ليون - فرنسا.

"إننا مسؤولون عما نُقل إلينا" حسب قول المعالج النفسي "جان - بيار ونتر" *J.P. Winter*.

لائحة المراجع

➤ باللغة العربية:

١. الكتب:

- الياس يوسف: الحماية القانونية لكبار السن في دول مجلس التعاون، سلسلة الدراسات الاجتماعية، المكتب التنفيذي عدد ٦٩، المنامة ٢٠١٢.
- حجازي مصطفى: الشباب الخليجي والمستقبل، المركز الثقافي العربي، الطبعة الأولى، بيروت ٢٠٠٨.
- حجازي مصطفى: نحو سياسة اجتماعية خليجية للأسرة من الرعاية إلى التمكين، سلسلة الدراسات الاجتماعية، المكتب التنفيذي عدد ٧٠، المنامة ٢٠١٢.
- زحلان انطوان: العلم والسيادة، التوقعات والإمكانات في البلدان العربية، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت ٢٠١٣.

٢. الدوريات:

- صحيفة النهار، ١٩ تشرين الثاني ٢٠٠٥.
- صحيفة النهار، حب الله عدنان، صورة الجلاد قبل الساعة صفر، عدد ٢٣٢٩٨، ٢٠/٠٣/٢٠٠٨.
- صحيفة النهار، حب الله عدنان، نحو مجتمع أم من دون أب، عدد ٢٣٧٩٦، ٢٦/٠٨/٢٠٠٩.
- صحيفة النهار، ٢٢ نيسان ٢٠١٢.
- صحيفة الوسط البحرينية، عدد ٢٢١٩، الجمعة ٣ أكتوبر ٢٠٠٨.

٣. المؤتمرات والتقارير والدراسات غير المنشورة:

- الحلقات البحثية، علوم الإدراك وعلوم النفس، مسوغات تنامي الطلب الاجتماعي في لبنان، المعهد العالي للدكتوراه في الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، رجاء مكي، بيروت ٢٠١١.

- التقرير الوطني حول الخدمات المتوفرة لكبار السن في لبنان، وزارة الشؤون الاجتماعية، UNFPA، ٢٠١٠.
- العنف ضد كبار السن في الأسرة، رسالة أعدت لنيل شهادة الماجستير البحثي في علم النفس الاجتماعي، دلال الدويهي، بيروت ٢٠٠٩.
- الملامح الديموغرافية للبلدان العربية، شيخوخة السكان في المناطق الريفية، نيويورك، كانون الاول ٢٠٠٨.
- المؤتمر الدولي الثاني، الصحة النفسية في الكويت، ١ - ٤ نيسان ١٩٩٥.
- تقرير الندوة الإقليمية حول رصد تنفيذ خطة العمل الدولية المتعلقة بالشيخوخة بالبلدان العربية، عمان، ٢٠-٢١ تشرين الثاني الأسكوا ٢٠٠٧.

➤ باللغة الأجنبية:

1) Livres :

- Ajam, Sami. Les déplacés du liban entre souffrance et justice. Colloques : citoyenneté, justice et psychologie. Lyon 13 juillet 2005.
- Cornaton, Michel. Le Lien Social, Etudes de psychologie et de psychopathologie sociales. L'Interdisciplinaire, Lyon 2003.
- Delourme, Alain et Marc, Edmond. Pratiquer la psychothérapie. Dunod, paris 2009.

2) **Conférences, Rapports et Études non publiées:**

- Association Appartenances, Lyon 8/11/2012.
- Le Monde Diplomatique. Juillet 2012.
- Les Politiques Sociales (vers de nouvelles pratiques participatives 2010). La flexicurité 2012) :
- Population Ageing in arabe countries ESCWA 2007.

3) **Webographie:**

- [tn/ar/index.php?option=com_content&task.](http://tn/ar/index.php?option=com_content&task)
(29/1/2013)
- [www.arabvolunteering.org/corner/aot19979.html.](http://www.arabvolunteering.org/corner/aot19979.html)
(25/1/2013)
- [www.cairn.info/revue-histoire-des-sciences-humaines.htm.](http://www.cairn.info/revue-histoire-des-sciences-humaines.htm)
- [www.edigear.com/detail/intex,phd?id=346230.](http://www.edigear.com/detail/intex,phd?id=346230)
(25/1/2013)
- [www.gouvernemente/web/gate/local.entities.](http://www.gouvernemente/web/gate/local.entities)
(25/1/2013)
- [www.mosd.gov.om.](http://www.mosd.gov.om)

❖ لائحة الترسيمات

الترسيمة	الصفحة
رقم ١	٩
رقم ٢	١٠
رقم ٣	١١
رقم ٤	١٣
رقم ٥	١٨
رقم ٦	٢٠
رقم ٧	٢٩

❖ لائحة الجداول

الصفحة	جدول
٢٤	رقم ١

* * *

الدراسة السابعة

نحو استراتيجيات اجتماعية شاملة
لكبار السن في دول مجلس التعاون

الدكتور زهير حطب
أستاذ علم الاجتماع

نحو استراتيجية اجتماعية شاملة لكبار السن في دول مجلس التعاون

الدكتور زهير حطب
أستاذ علم الاجتماع

أولاً: مشاهد وظواهرات مُعبّرة عن أوضاع كبار السن المستجدة في
مجتمعات دول مجلس التعاون الخليجي:

١- حرية الأبناء واستقلاليتهم تتغلب على تضامن الأجيال وتكاملها:

- تسافر شابة عزباء إلى بلد أجنبي، وهي وحيدة والديها، تاركة بلادها وأسرتها بحجة العمل والعيش فيه، رغم توفرّ الإمكانيات لدى الأسرة إضافةً إلى مشروع عائلي يمكن للشابة أن تديره في بلدها الأصلي، مبررة سلوكها بأنها تريد أن تعيش حياتها حرّة ومستقلة.
- تنتشر بين العائلات حالياً، أخبار المشادات والمشاحنات الحامية التي يدور رحاها بين الأخوة أو الأطراف المعنية بخصوص تقاسم تسديد فاتورة العلاج المتوجبة للمستشفى عن تكاليف معالجة أبيهم المسن، وحيث يتفنّن كل منهم في تبرير إعتذاره أو تهرّبته من المشاركة في إعالته لاسيما إذا كانت أوضاعه المالية متواضعة. هذا الأمر يشهد على التخلي عن القيام بالواجب تجاه الأب المسنّ.

- يرفض الابن المتزوج حديثاً الاستمرار في السكن مع أسرته الوالدية، بعد أن لاحظ أنّ سكنه المشترك يُرغمه موضوعياً على تأمين بعض احتياجات والده المُقعد وأمه المسنة، ويُعلن عن رغبته في الانتقال منه، رغم سعته وشروطه العمرانية الجيدة، بحجة الإنفراد بالسكن لإنجاح زواجه وتأسيس أسرته المستقلة وإعطائها الأولوية على أسرته الأصلية.

٢- تراجع مكانة المسن ودوره بين أفراد أسرته المعاصرة:

- تشهد أسر كثيرة حالياً وقائع تتناقض مع ما كان سائداً في الأسر المحافظة حيث كان كبير العائلة مهما كان وضعه الصحي يتصدّر المناسبات التي تحتفل بها، ويظهر كأنه يرعاها. ويختلط الأمر أحياناً في تفسير المشهد، لاسيما إذا كان من أصحاب الثروة والمال: هل هو تعبير عن الاحترام والتقدير الذي تكّنه الأسرة لكبيرها، أو خوفاً من حرمانهم من التمتع بثروته؟ لقد أصبحت مكانة المسن المميزة موضع شك في أسرة اليوم الحديثة، حتى أنه يتم في بعضها إستبعاده عن المشاركة في نشاطاتها العامة، وحجبه في أماكن منزوية أو بعيدة عن الأنظار، بحجة أنه «لا يحب المناسبات الشبابية الجديدة» وما يسودها من أجواء.

لقد أصبحت الصلات مع المسن شبه مقطوعة أو واهية، حتى أن ما تعكسه أو ما كانت تخزنه من وجدانيات قد ضعف وتبدد بالنسبة للشبان.

- وتكشف ظاهرات أخرى لمسنين يُحتجزون في أماكن مغلقة، لا ينتقلون منها بسبب صعوبة حركتهم وعدم توفر مُعين للمساعدة على ذلك، فيتحوّل مكان معيشتهم إلى سجن إنفرادي يؤدي إلى سلبهم حياة الوداعة والراحة.

٣- ظهور اتجاهات متناقضة لدى الأبناء نحو نقل آباءهم المسنين إلى مراكز الرعاية الاجتماعية للعيش فيها:

- تقرر الطالبة الشابة التوقف عن متابعة سنتها الدراسية في الجامعة كي توفر الرعاية والعناية لأبيها المسن رافضة نقله إلى مستشفى خاص بالمسنين أو إلى مركز للرعاية الاجتماعية في جمعية أهلية، معتبرة بأنها أولى بتحمّل مسؤولية خدمة والدها إلزاماً منها بمبدأ البر بالوالدين.

- رغم تزايد تأسيس دور رعاية المسنين في معظم أقطار الخليج العربي وارتباطها الوظيفي بوزارة الشؤون الاجتماعية في البلاد عموماً، أو لارتباطها بإحدى الجمعيات الأهلية وتوفير الأموال اللازمة للإنفاق على إيواء المسنين المحتاجين فيها وتقديم الرعاية

المتكاملة لهم بسبب افتقادها في أسرهم، فإنَّ الأهل يفشلون في جهة تساعدتهم على مواجهة مشاكلهم الصحية والاقتصادية والتغلب عليها. فمن الملاحظ أنَّ أعداداً من هذه الدور تعتذر عن إستقبالهم وإيوائهم، بحجة عدم توفر أماكن شاغرة لديها، أو الإختصاصات المطلوبة مما يجعل من الحديث عن الخدمات الرعائية مجرد وعود وأهداف لا ترقى إلى مستوى التنفيذ.

- تعتذر شابة في الرابعة والعشرين من العمر عن قبول منحة إبتعاث للتخصص خارج البلاد، لأنَّ أسرتها عجزت عن تأمين مكان شاغر لقبول والدها المريض المزمّن في الدار الحكومي الموجود الذي يستقبل مثل هذه الحالات في المنطقة التي يقيمون فيها، بسبب وجود أبناء وأقارب للمسنِّ يُفترض بهم نظرياً أن يؤمنوا له الرعاية، بأنفسهم أو على نفقتهم الخاصة.

٤ - إختلال إلتزام الأبناء بالبر بالوالدين المسنين:

- تبلغ الشابة أسرتها أنها تفضّل تأجيل زواجها وفسخ خطوبتها، كي تبقى في المنزل وتتفرّغ للعناية بأُمها المسنة حسماً للخلاف بين أخوتها الشبان المتزوجين حول، من منهم سيستضيفها في بيته، فالتضحية بالزواج كان أسهل عليها من تعريض الأسرة للتفسّخ، وأمها للمهانة والذل بالتنقل بين بيوت أبنائها كنزيلة.
- يتقبّل الابن الشاب على مضض، العمل في مهنة والده المسن، رغم أنه قد أتمَّ إختصاصاً جامعياً تتوفر لحامله فرص عمل جيدة مستقلة،

كي يُتيح له الحصول على راحة جزئية خلال النهار، ومتابعة حياته طالما يستطيع ذلك دعماً لوالده لأنه ما زال مفيداً ونشطاً ومنتجاً.

- تضطر الابنة الثالثة في الأسرة، وهي عازبة في العشرين من عمرها إلى التوقف عن متابعة دراستها الثانوية، كي تؤمن متطلبات الرعاية، لأمها المسنة التي تعاني من شلل نصفي، حيث لم يتوفر لها سرير لاستقبالها، في غياب المركز المختص الذي يوفر الرعاية الإيوائية للمصابين بهذا المرض في منطقة سكن الأسرة.

٥- الكبر والشيخوخة لا يوفران للمسن حماية خاصة من المخاطر والاحتيايل وشفاف العيش:

- يلجأ الأب المسن إلى الإلتحاق بعمل ثان بعد إحالته على التقاعد، من أجل أن يُضاعف دخله ليتمكن من تزويد، ابنه وابنته الشابين، العاطلين عن العمل بعد التخرج من الجامعة، بمصروفهما اليومي ونفقاتهما الشخصية ريثما يجد فرص عمل مناسبة، مضحياً براحته وبتحمل مسؤوليته المعنوية تجاه أسرته، رغم تقاعده.
- تتزايد حالات تحايل بعض الأبناء على آباءهم المسنين، لاسيما الأثرياء منهم من أجل السيطرة على أعمالهم والإستثمار بثرواتهم حيث يغتتم أحدهم سوء صحة والده المسن أو مروره بظروف صعبة، للضغط عليه حتى يُوقع علي مستندات أو وثائق في غفلة عن أصحاب الحقوق الآخرين تمكنه من وضع يده أو تجريده من ممتلكاته وتهميشه. فإكراه المسن والاحتيايل عليه هما نوع من

ممارسة العنف والإذلال بحقه لإجباره على الإذعان، في وقت يُعاني فيه من الضعف والعجز عن الدفاع عن نفسه وحمايتها من الإنتهاك.

- تختزل الخدمات التي يُمكن أن يحصل عليها المسنّ، بسبب خلو البيت من الوسائل الميسرة لتقديمها فتزداد إحتِمالات حصول الأضرار الجسدية بسبب التصادم والإنزلاق وحدوث كسور، مما يحرم المسنّ من بعض هوامش الإستقلالية والاعتماد على النفس ومواصلة الحياة في المسكن الذي إعتاد عليه، وتتحوّل معيشته فيه إلى سلسلة من الآلام الشخصية، وإلى معاناة مستمرة تنقلب إلى كآبة عميقة للمقيمين معه.

ثانياً: طبيعة التغيرات اللاحقة بالمسنّين وانعكاساتها عليهم وأشكال تكيفهم معها من خلال الدراسات العامة:

٢-١- التغيرات العامة المصاحبة لمرحلة الشيخوخة:

التغيرات الجسمية تميل الوظائف المرتبطة بمختلف أجهزة الجسد إلى التراجع والاختلال عند المسنّ^(١) وتتفاوت من شخص إلى آخر.
كما تطاول المقدرة الذهنية للمسنّ صعوبات في مجال التذكر واسترجاع المعلومات، مما يؤثر بصورة عامة على الحالة المزاجية للمسنّ^(٤٥)، فيكثر قلقه واضطرابه.

^١- د. يوسف الكيلاني، الشيخوخة والتغيرات الحيوية في: رعاية المسنّين في المجتمعات المعاصرة، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعملية، منشورات مجلس التعاون الخليجي، ص ٢٩-٤٢.

أما الممارسة الفكرية فتُصاب بالإبطاء والتدهور أحياناً^(٤٦)، كما تؤثر نظرة المجتمع إلى المسن، في نظرته إلى نفسه، وفي إيمانه بمقدرته وسلوكه.

ويشمل التغيير اهتمامات المسن السلوكية والاجتماعية ويتمثل ذلك بحصول تغيير في أسلوب الحياة والمعيشة اليومية للمسن يؤدي إلى تدهور في المكانة الاجتماعية التي يشغلها واختزال للنشاطات والاهتمامات التي يتابعها. ويزداد قلقه من التغيرات الجسمية، وتظهر عنده مشاعر عدم الطمأنينة، كما يلاحظ أنه يفقد استقلالته بسبب زيادة اعتماده على الغير.

أما اجتماعياً، فيزداد ميله إلى الانسحاب من الحياة الاجتماعية، وانقطاعه عن المشاركة في المناسبات.

ويتسبب هذا الانسحاب للمسن بفقدان مصادر الاتصال بالمجتمع ويجد نفسه معزولاً بإرادته، أو من غير إرادته. أما التقاعد فيغير من عاداته السلوكية اليومية. فيندُر أن يلتقي بزملاء العمل، أو الجيران، والأصدقاء لقلة تنقله، ويصبح أسير دائرته الأسرية والعائلية^(٤٧).

^٢- د. هالة العمران، التوافق عند المسنين ودور وسائل الإعلام في رعاية المسنين، مجلس التعاون لدول الخليج العربية، سلسلة الدراسات الاجتماعية، عدد ١٨، ١٩٩٢، ص ٦٩.

^٣- المرجع السابق، ص ٧١.

تتحوّل التغيّرات التي ترافق الشيخوخة، إلى مصادر للمصاعب والأخطار التي قد يواجهها المسن، ومنها مخاطر عامة أو اجتماعية مثل حوادث الصدم وما تسببه من كسور ورضوض عند استعمال الطرقات التي لا تخصص لهم وللمشاة ممرات محميّة.

٢-٢ - الانعكاسات القانونية لقوانين العمل وإلزام المسنين بالتقاعد الإجباري وقوانين العمل: (٤٨)

تلزم سياسات التقاعد الإجبارية العامل بالتقاعد عند بلوغه سنا معينة، بصرف النظر عن ظروفه الصحية وإمكانياته وقدراته على العمل والعطاء. فهي تصرف المستخدم المسن وتمنحه تعويضاته التي غالبا ما تكون محدودة، أو لا تكفي لمعيشته المستقلة، وهي تتناسب مع عدد سنوات خدمته، فتتدنى قدرته الشرائية وتراجع حتى تتلاشى، عندئذ ينضم المسن إلى جيش المحتاجين للإعالة.

وقوانين العمل في معظم الدول العربية تربط الحصول على الضمانات والتقديمات الصحية بالمستخدمين الذين هم في

^{٤٨} - الشيخ عيسى بن إبراهيم الخليفة، التأمينات الاجتماعية ودورها في رعاية المسنين، في، رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية (١٨) منشورات مجلس التعاون الخليجي، ص ١١٤-

الخدمة، أما من غادروها فيفقدون هذا الحق. والإحالة الإلجبارية علي التقاعد، لا تصاحب دائماً بمنح المتقاعد معاشاً تقاعدياً، لذلك تصبح فئة المتقاعدين المسنين مكشوفة أمام أية ظروف صحية طارئة، أو غلاء معيشة أو مستجدات أسرية، ولا تجد وسيلة، أو دخل يعينها على الاستمرار.

نتيجة لذلك، تزداد معدلات الإعاقة، أي نسبة عدد المعالين إلى عدد المنتجين في المجتمع، وتؤدي إلى انخفاض المدخرات وبالتالي إلى انخفاض المدخرات.

كما أنّ إبتعاد المتقاعدين عن المشاركة في عملية الإنتاج رغم ما يمتلكونه من طاقات جسمية وعقلية وخبرات فنية، يفقد التنمية الوطنية بعض مصادرها.

من هنا تبرز ضرورة إعادة التفكير بسياسات التقاعد الإلجباري لكبار السن بعد الرابعة والستين، آخذين في الاعتبار، الارتفاع المتواصل للعمر المتوقع عند الولادة في معظم المجتمعات العربية وتغير أنماط العمل الحديث، في مختلف قطاعاتها الاقتصادية، حيث يُفك الارتباط بين القوى العضلية لصالح استعمال الوسائل التكنولوجية التي يتطلب استخدامها مهارات وطاقات ذهنية فقط.

٢-٣- الانعكاسات الإنسانية والاجتماعية لإنهاء عمل المسنين:

مع تقدمه في العمر وبلوغه مرحلة الشيخوخة، تنعكس إجراءات نهاية الخدمة على المسن القادر على الاستمرار في العمل والحصول على دخل، حيث يُخلي مكانه في العمل لآخرين، ويحصل إما على معاش تقاعدي شهري أو على تعويض مقطوع ويفقد في الوقت نفسه التقديمات والتغطية والضمانات الصحية والتعليمية والسكنية التي كان يحصل عليها. ويصبح وصول المسنين إلى العمر المتقدم مصدراً للقلق والمتاعب والمعاناة. فحلمهم بطول العمر صار يعني خيبة ونقمة بعد أن كان يساوي أملاً ونعمة.

٢-٣- تكيف المسنّ مع التغيرات وانعكاساتها:

يختلف التوافق النفسي عند مسنّ متعلم من مستوى اجتماعي متوسط يسكن مع عائلته، عنه عند مسنّة أرملة تسكن منفردة، وبين مسن في حالة جسمية وصحية جيدة، عنه عند مسنّ مريض أو عاجز أو معوّق، وبين مسن في مرحلة الشيخوخة المبكرة، وبين مسنّ يمر بمرحلة الشيخوخة المتأخرة.

إن تحقيق التوافق مع التغيرات الجسمية والذهنية الفردية، يتطلب بذل مجهود من قبل المسن نفسه، أما التوافق مع الانعكاسات القانونية على المسن ومكانته في مرحلة الشيخوخة فهي مسألة اجتماعية لا تتعلق بالشخص نفسه بل يتطلب تقنينها وضع إستراتيجية خاصة تعبر عن خصائص وإتجاهات الوسط الاجتماعي برمته، تساعده على إستيعاب الإنعكاسات السلبية التي تخلفها هذه المرحلة.

حين ينظر المجتمع نظرة احترام وتوقير للمسن، فيرعاه ويثق به، يتعذر على المسن أن يعتبر هذه المرحلة، مرحلة سلبية بل يعتبرها جزءاً أصيلاً من مراحل حياته^(٤٩). وبالتالي يستمر في تقدير نفسه ويتابع حياته بهدوء واستقرار. وفي الحالة الأخرى يسقط في الهواجس وتتحول حياته إلى بؤرة فيتمنى نهايتها.

في جميع الحالات ترتبط التدايعات بحصول تحولين:

أ- التحول الأول يتمثل بانتقال المسن من الحياة النشطة إلى التوقف عن العمل والعطالة.

^{٤٩} - المرجع السابق، ص ٧٥.

ب- **التحول الثاني** يتمثل في الانتقال من الحياة المبنية على الاستقلالية، إلى الحياة المُلزمة بالاعتماد على الآخرين.

إن المحافظة على الدور النشط لكبار السن في حياة المجتمع، هي بالنسبة إليهم مسألة إنسانية في المقام الأول، لأنها توحى لهم أن وجودهم مازال له قيمة، وأن حيويتهم وحركتهم ما زالا مطلوبين. أما توقفهم المفاجئ والحاسم عن العمل، وما يرتبط به من مواعيد وعلاقات وإنتاج، فيعطي المسنين إحساساً بأنهم أصبحوا غير مفيدين ولا نفع من وجودهم.

من هذا المنطلق يبدو من الملح والضروري أن يتاح لهم الحفاظ على دور ولو جزئي، يقومون به مقابل بدل كامل أو جزئي، أو حتى رمزي، يتناسب مع أوضاعهم المختلفة، مما يسمح لهم بالاستمرار في إظهار كفاءتهم، ومهارتهم فيشعرون بأن مساهمتهم حقيقية ومفيدة في آن معاً.

ثالثاً: أوضاع كبار السن في دول الخليج العربية وفق البيانات الرسمية:

ولاستكمال التعرف إلى أوضاع المسنّ لابدّ من الإطلاع على السكانية في دول مجلس التعاون الخليجي، واستعراض الخصائص الديموغرافية لمجمل السكان عموماً بمن فيهم المسنّون.

تتعرض التحولات السكانية والاقتصادية والاجتماعية التي تعيشها هذه المجتمعات على توزّع السكان وعلى خصائص فئاتهم العمرية، وقد أظهرت فئة العمر ٠ - ٤ سنوات، في بداية القرن الحالي، إنخفاضاً بسيطاً عن المعدّلات التي سجلتها في دول منطقة الإسكوا، بما يتراوح ما بين ٣,٥٪ و ٧٪ في الكويت والإمارات العربية على التوالي^{٥٠}، وارتفاعاً مقداره ٣٪ في كل من عمان والسعودية، مما يدلّ على ارتفاع الولادات فيها.

كما أظهرت البيانات الإحصائية فيها، وجود فروقات مهمة بين نشاطات الذكور^{٥١} والإناث في المجتمعات الخليجية عموماً، تصل إلى ٤٧٪ بينهما، في كل من البحرين والسعودية وعمان، و ٦٠٪ في قطر و ٦٧٪ في الإمارات.

^{٥٠} - جدول رقم ٢ ص: ١٩٥ - من كتاب: كبار السن: عطاء بلا حدود، منشورات المكتب التنفيذي لدول مجلس التعاون الخليجي، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية رقم ٣٧، المنامة- ١٩٩٩.

^{٥١} - جدول رقم ٥ ص: ٢٠ - المصدر نفسه.

أما بالنسبة إلى استمرار المسنين في العمل^{٥٢} إلى ما بعد الستين من العمر فقد تتجاوزت النسبة ٢٩٪ في كل من عُمان والكويت والإمارات وانخفضت إلى ٢٦٪ في السعودية ووصلت إلى ٣٢٪ في قطر. هذا الواقع يشير إلى أنّ أعداد المسنين ونسبهم وحاجتهم للإعالة والرعاية، ترتفع في معظم بلدان الخليج بنسب متواضعة، تتراوح ما بين ٣ و ٥٪ في بعضها، وتراجع في بعضها الآخر كالسعودية وقطر، وبالتالي بات على بلدان المنطقة أن تركز عنايتها واهتمامها على القضايا التي تطرحها هذه الفئة العمرية في الفترة الزمنية القادمة.

في مجال آخر تكشف البيانات الإحصائية أنّ أكثر ما يعاني منه المسنون من أمراض هو: الضغط، السكري، الروماتيزم، والشلل، والربو، وأمراض القلب، وتأتي بعدها حالات ضعف الحواس (السمع والبصر)^{٥٣}.

أما أعداد المعوقين من المسنين فتتراوح ما بين بضعة مئات من الحالات في الدول الصغيرة، وبين بضعة آلاف في الدول الكبيرة مثل السعودية.

أما من حيث الضمانات القانونية ونظم حماية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي فتبين أنها تورد في دساتيرها ما ينصّ على كفالة الدولة

^{٥٢} - جدول رقم ٧ - ص: ٢٠٣ - المصدر نفسه.

^{٥٣} - المرجع نفسه ص: ٢١١.

للمواطنين في حالة الشخوخة أو المرض أو العجز عن العمل، كما توفر لهم خدمات التأمين الاجتماعي والمساعدات المختلفة والرعاية الصحية.

وترى باحثة إجتماعية^{٥٤} أنَّ أغلب الدساتير السارية ما تزال تنظر إلى حالة الشخوخة كحالة من الحالات الطارئة يوجهها مواطنون ضعفاء، وليس باعتبارها مرحلة طبيعية من مراحل حياة المجتمع بشكل مستمر ودائم، يستلزم إعطاؤها ما تستحقه من عناية عند وضع برامج تنمية أو إقتصادية أو إجتماعية للبلاد.

فمعظم النصوص والتشريعات الخاصة باستحقاق الحماية والمساعدة العامة للمواطن المسن أفادت بأنَّ المشرِّع قد اشترط ضرورة تجاوز المسن سن الستين، وأن يكون لا عائل له أو أن يكون دخله غير كافٍ لسد احتياجاته المعيشية. فالهدف كما ورد في النصوص توفير بعض الضمانات لمساعدة فئات محددة لأسباب إنسانية وليس لحماية كبار السن بسبب الشخوخة، وهو ما يستحق المراجعة^{٥٥}.

• نظام التقاعد:

يمنح هذا النظام معاشاً للعاملين في أحد قطاعات الإنتاج في المجتمع إذا أتمَّ مدة محددة من الخدمة، وأنهاها بسبب الكبر أو العجز. ويتراوح العمر

^{٥٤} - د. بدرية العوضي، التشريع ورعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي- منشورات المكتب التنفيذي سلسلة الدراسات الاجتماعية- عدد ١٨، ص: ٩٦-٩٨.

^{٥٥} - د. العوضي- مرجع سبق ذكره- ص: ٩٨.

الذي يحال فيه الموظفون على التقاعد ما بين الستين والرابعة والستين من العمر، ويستحقون عندئذ معاشاً تقاعدياً شهرياً.

• نظام التأمينات:

هو نظام اجتماعي تكافلي يحصل بموجبه العاملون في مختلف قطاعات العمل في الدولة، على تقديرات اجتماعية وصحية تكفل لهم الحياة الكريمة المستقرة لهم ولأعضاء أسرهم. ويطبق هذا النظام في معظم الأقطار الخليجية، على فئات العمال بصورة إلزامية ودون تمييز في نوع الجنس أو الجنسية أو العمر، شرط أن يقضي في العمل فترة زمنية محددة (خمس عشرة عاماً ويكون قد سدد خلالها رسوم التأمين كحد أدنى).

هذا النظام يكمل نظام التقاعد ولكنه يطبق على فئات اجتماعية أخرى.

• نظام الضمان الاجتماعي:

وهو يستهدف فئات عديدة ومتنوعة من المواطنين الذين يعانون من ظروف معيشية سيئة، أو من حالات معينة أو من فقدان المعيل (الدخل) وتضم خدمات الضمان الاجتماعي صنفين من الإعانات النقدية: إعانات (غير منتظمة) ومساعدات (منتظمة) ويحصل على كل منها عدة فئات مشمولة بالرعاية ويأتي على رأسها العاجزون كلياً من الرجال والنساء بسبب الشيخوخة، ثم الأيتام والأرامل والمطلقات ومفتقدي المعيلين.

غير أن معظم التشريعات الاجتماعية في دول الخليج العربية تنظر إلى المسنين باعتبارهم من الفئات الاجتماعية المستحقة للمساعدات العامة، مثل الأراامل واليتامى والعجزة وذوي العاهات، وبذلك تقيم هذه التشريعات رابطاً بين الحصول على الرعاية وبين حالة المرض أو الشيخوخة كما تصنفها تلك القوانين.

وبيّن أكثر من تفسير للنصوص القانونية، أن التقديرات المادية والمساعدات تتم لأسباب إنسانية، ولحاجة الأسر إليها، وليس لحماية كبار السن بسبب الشيخوخة، أو كشكل من أشكال ضمان الحق في الرعاية التي تنص عليها الاتفاقات الدولية حول حقوق الإنسان^(٥٦).

• الجانب الاجتماعي:

تظهر المعطيات أن المجتمعات الخليجية ما زالت متمسكة بتلك الرعاية التي يتوجب على الأسرة توفيرها للمسنين من أفرادها اعترافاً لما بذلوه في خدمتها، ويأتي ذلك كنتاج لتقافة المجتمع واحترام تقاليده والتقيّد

^{٥٦} - في حين تؤكد المادة الخامسة والعشرين من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان حق كبار السن في الحصول على الضمانة الاجتماعية عندما قررت الفقرة الأولى من هذه المادة على أن: "لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته". وتعتبر هذه المادة وغيرها من مواد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمواثيق الدولية الأخرى الأساس القانوني لأغلب التشريعات الوطنية في مجال توفير الرعاية الاجتماعية والصحية وغيرها للإنسان.

راجع د. بدرية العوضي، التشريع ورعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي، في رعاية المسنين، منشورات مجلس التعاون، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، العدد ١٨، يناير ١٩٩٢، ص ٩٣ وما بعدها.

بمبادئه الدينية والأخلاقية والقيمية والعمل على استمرارها عبر الأجيال. ولكن إلى جانب هذا النوع من الرعاية، أخذت تنشأ في مختلف دول الخليج دور إيوائية للمسنين وأندية كي يُمارسوا فيها نهاراً أنشطة مفيدة لهم، أو استراحة لتمضية الوقت والتعارف خارج الأسرة، لاسيما تلك التي لا تسمح ظروفها بتقديم الخدمات الكاملة، أو المتابعة الدائمة لمتطلبات المسنين.

وتدعم معظم أقطار الخليج الأهالي وتشجعهم على تأسيس الجمعيات والمشاركة في تقديم الخدمات أو زيارات المسنين، أو دعم الأنشطة التي تنظمها الأندية في المناسبات الاجتماعية. ومع أن الاتجاه الغالب لا يزال يضع مسؤولية الرعاية بيد الحكومة، إلا أنها تتوجه حالياً لإشراك الأهالي باقتراح المشاريع والأنشطة، وتفتح المراكز والأندية وسط الأحياء لتنمية التفاعل في بيئة الحي، وتبادل التدايم لتأمين استمرار دمج كبار السن والمتقاعدين في حياة الحي الاجتماعية، ويبدو أن هذه المبادرات تستند إلى مبدأ التضامن والتكافل الإسلامي من جهة، وإلى ما ورد في خطة عمل مدريد ٢٠٠٢ الخاصة بالمسنين من جهة أخرى، ولو من حيث الشكل.

كما وينتشر تأسيس وحدات للرعاية المنزلية للمسنين تُقدّم من خلالها فرق عمل متنقلة تضم مختصين، في خدمات طبية متنوعة في مجالات الإرشاد والخدمة النفسية والاجتماعية والأسرية، ويستفيد جميع أفراد الأسرة من توجيهات الفريق وخدماته ويدربون على كيفية التعامل مع

المسنّ والعناية به، ويزودون أحياناً بالأدوية والأدوات المساعدة التي تشمل الأجهزة التعويضية والمعينات لتعزيز وظائف السمع والبصر والتنقل والتنفس السليم.

مما سبق، يتبيّن أنه ما زال أمام الأقطار الخليجية بعض الوقت قبل أن تتفاعل المشكلات التي تصاحب الشيخوخة وتتفاقم آثارها، لاستتباط الحلول والوسائل لمعالجة نتائج التغيرات التي تحدثها سواء على مستوى الأشخاص أو على مستوى الاقتصاد الوطني أو على مستوى مؤسسات العمل، حيث يمكن استيعاب أعبائها عن طريق توزيع المسؤولية علي عاتق سائر الأطراف من المسنين والأسر والحكومة والمؤسسات معاً، عوضاً عن أن تنقل كاهل طرف واحد فقط، خصوصاً وأن هذه التبعات متنوعة، فهناك: تبعات طبية، ومادية، واجتماعية، ونفسانية، لا بد أن تعالج بتدابير تدخل صحية، وبتوزيع مساعدات مادية وخدمات اجتماعية وسكنية، وضمانات قانونية وتقديم دعم نفسي ومعنوي للأسرة بالتعاون مع وسائل الاتصال الجماهيرية والبرامج الإعلامية والتوعوية.

وتظهر المعطيات والبيانات في مجتمعات دول الخليج أنها ما زالت تتسم بالخصائص المميزة وأنها لم تصل بعد إلى التناقض والتنوع وبأنّ ما عرضه خطأ عمل فيينا ومدريد ما زال مفيداً وصالحاً للتبيين. ومع ذلك فإنّ استراتيجية العمل الخاصة بخصوص بالمسنين من أقطار مجلس التعاون يجب أن تبني على الأولويات التي تمنحها هذه الأقطار للمشكلات والمسائل والقضايا ذات التأثير على مجتمعاتها من وجهة نظرها الخاصة.

رابعاً: عوامل التغيير المؤثرة على أوضاع المسنين:

تظهر المشاهد والظواهر والأوضاع التي إستعرضناها في النقاط الثلاثة الأولى ما يلي:

١- أن بعض الأبناء صاروا يجاهرون برغبتهم في العيش بحرية وإستقلالية تامة عن الأهل ولو أدى ذلك إلى تقصيرهم بواجباتهم نحوهم وعدم تحمّل نصيبهم من الغرمّ تجاههم. فالتضامن بين الأجيال لم يعد أولوية بالنسبة إليهم، وأنّ أفكارهم تتجه نحو تعزيز فرديتهم وترسخها، وبالمقابل نجد من يُضحّي بالغالي والنفيس للحصول على رضى الوالدين المسنين.

٢- إنّ مشاعر الفردانية تسيطر على أجواء الشبان مما أدى إلى تراجع مكانة المسنين وسلطتهم ووجوب طاعة مشيئتهم.

٣- في هذه الأجواء يسود محيط المسنين أجواء التجاذب، فمع تمسك بعضهم في القيام بدوره وواجبه بتوفير العناية للمسنين وكبار السن من الأسرة، يظهر إتجاه آخر بأنّ مراكز الرعاية الاجتماعية يمكن أن تؤدي هذا الدور بكفاءة مهنية أعلى.

٤- وبالتالي فإنّ نسبة لا بأس بها من الأبناء الشبان يسعون لنقل آباءهم المسنين إليها دون شعور بوخز من ضمير أو شعور بالتقصير لإخلالهم بالبر بالوالدين، متمسكين بأنّ الظروف قد تعيّرت، وتبلور ما يلائمها من تقاسم لأعباء والعلاقات مع المحيطين بهم.

٥- ومع رسوخ هذه المرحلة وتحولها إلى مرحلة إنتقالية، كثرت فيها التعديات والانتهاكات لحقوق الضعفاء ومن أبرزهم المسنين بسبب إفتقارهم إلى بعض الضمانات القانونية والاجتماعية والاقتصادية التي يمكن أن تشكل لهم حماية خاصة تساعد على متابعة حياتهم بهدوء.

إنَّ إنتشار هذه الظواهر وتكرّرها بين الأسر والعائلات في معظم أقطار بلدان مجلس التعاون يؤكد على أن الأسرة، كنظام اجتماعي حاضن للاجتماع البشري الأوّلي، يشهد أزمة تكيف حقيقية، فهو قد توقف عن تشكيله إطاراً لحل الصعوبات المعيشية لأسر كثيرة، كما أن ما بقي لها من إمكانيات لا يتيح لها القيام بأدوار الرعاية التقليدية، ولا إلقاء المسؤولية على عاتق الدولة والطلب إليها أن توفر لجميع المقيمين الحماية والخدمات والضمانات باعتبارهم مواطنين متساوين في الحقوق والواجبات تجاه الدولة.

ونعتقد أن الحالات التي عرضت هي تعبيرات واضحة عن تأثير العوامل الضاغطة التي أفقدت الأسرة القدرة على الإستمرار بمعالجة شروط التكيف الجديد مع المتغيرات الطارئة. وهي بذلك تمر بمرحلة إنتقالية سوف تتحدد فترتها وشروطها تبعاً لسرعة توصل الأسر إلى إعتقاد أساليب تكيف جديدة وتسويات ضرورية تقاوم أو تتقبّل بموجبها ما أدخلته هذه العوامل من تغييرات على بنية الأسرة وتركيبها أولاً ثم على أشكال وأنماط التداول والتصرف وعلى أنواع السلوكات والعلاقات بين الناس، فإنَّ لها تأثيرات إرتدادية على كل مناحي الحياة.

وفي الحقيقة أنّ لموضوعنا صلة ببعض هذه العوامل ومنها، حركة التقدم في البحث العلمي، الذي تحولت نتائجه إلى تجهيزات وتقنيات تكنولوجية للإستخدامات المتنوعة في مختلف مجالات الهندسة الوراثية والطب وعالم الإتصالات والمعلوماتية. وكان لها أكبر الأثر على تغيير أساليب العمل والعلاقات والمعيشة، وتبني طرق جديدة في التواصل والتعامل والتبادل بين الأشخاص والبلدان والمجتمعات على اختلافها وتفاوتها.

إلى جانب ذلك، سعت الدول المتقدمة إلى نشر مبادئ وأفكار من شأنها إقرار نظم دولية موحدة تتحكم بالعلاقات الدولية والتجارة العالمية، وترسى أسسا للشرعية الدولية وتبنيها على الإلتزام بمبادئ قانونية محدّدة، عبر معاهدات واتفاقيات على مستوى العالم.

وبذلك إنتشرت مصطلحات جيدة أبرزها العولمة وما تضمنته في جانبها الإستراتيجي والسياسي من مفاهيم للتنمية الاجتماعية وحقوق الإنسان والعدالة والحكم الصالح ك معايير للأداء السياسي والثقافي والاجتماعي بين الدول. وبات على هذه الدول وضعها موضع التنفيذ بموجب إتفاقيات دولية جماعية، يؤدي إنتهاكها إلى نشأة نزاعات متعددة الأطراف.

أطلق هذا الوضع الجديد بين الدول ديناميات تغيير، تفاوتت نتائجها بين إحداث: إختلالات بنيوية أو تغييرات عميقة أو تحولات أو تطوير أو تغيير هادي أو حركات عنفية.

فبعض الدول سعت إليه بخطط وتخطيط، وبعضها الآخر قاومته متمسكة بما اعتادت عليه من سياسات وبرامج، فوضعت كل منها خيارها في مواجهة التحديث الذي إجتاح العالم وما يزال وطاول كل مظاهر الحياة.

وفيما يلي عرض لأهم تأثيرات عوامل التغيير التي ذكرت، والتي أخذت ترخي بظلالها على الأسرة، وعلى العلاقات والصلات المتبادلة ضمنها، ولاسيما منها ما يتصل بالمسنين.

جدول العوامل المؤثرة الأساسية على الأسرة وانعكاساتها
على العلاقات بالمسنين ومكانتهم الاجتماعية

العامل المؤثر	آثار العوامل المستجدة على الأسرة	الإنعكاسات على المسن تحديداً
<p>١- التقدم التكنولوجي والاختراعات العلمية</p> <p>أفضى التقدم الهائل الذي حققته الدول المتقدمة في مجالات العلوم النظرية والتطبيقية والهندسة الوراثية والتقنيات الطبية إلى التوصل لاختراعات وإنجازات تكنولوجية ملموسة ترجمت بابتكار تجهيزات منزلية وطرق ووسائل وأدوية طبية وغيرها كما عرف عالم الإلكترونيات أكبر توسع له.</p>	<p>- سهلت على الأسرة قيامها بأعباء العمل المنزلي بالأدوات والوسائل التكنولوجية المساعدة.</p> <p>- نجحت في معالجة حالات العقم.</p> <p>- المساعدة على الحمل بتدخل طبي مخبري أو جراحي.</p> <p>- وفرت مقومات الصحة الجسدية وتقليل الوفيات.</p> <p>- أوجدت الحلول لمشاكلات أسرية مستعصية.</p> <p>- توصلت إلى علاجات لأمراض</p>	<p>- أوجدت العلاج لكثير من أمراض المسنين ومشاكلهم الصحية.</p> <p>- زادت من معدلات العمر عند الولادة، وأطالت أعمار المسنين.</p> <p>- زادت من المعرفة حول تحسين الظروف الواقية لحياة المسنين وسلامتهم.</p> <p>- جعلت المسنين الفئة المستفيدة المميزة من التقدم الطبي والصحي.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - تحسّن صحة المسنين وسلامتهم وزادت من فعاليتهم وإنتاجيتهم وثروتهم أحياناً. - أضعفت من قيمة خبرة المسنين العملية وأساليب عملهم لصالح نتائج المعرفة النظرية والعملية الجديدة. 	<p>مزمّنة أو مستعصية.</p> <ul style="list-style-type: none"> - عدم تلاؤم الإعداد والتخصصات مع متطلبات أسواق العمل الجديدة. 	
<ul style="list-style-type: none"> - تدهورت قدرات الأسرة لتلبية احتياجات المسنين. - تراجع قيمة المهن التقليدية وانهيار المواقع الإنتاجية للمسنين. - فقدان المسن لمرتكزات سلطته بعد أن إنتقلت الريادة في المشاريع الرأسمالية إلى الشبان. - فقدان مواقع كبار السن وتراجع مكانتهم على السلم 	<ul style="list-style-type: none"> - تخلي السلطة عن بقايا دور الدولة الراحية لشؤون أفرادها. - إنهيار أسواق العمل الوطنية: تسريح وبطالة وفقدان فرص العمل. - تفاقم ظروف معيشة فئات واسعة من المواطنين: تعميم الفقر. - تفكك أنظمة الحماية وشبكات الضمان الاجتماعيين. - العيش تحت رحمة تقلبات السوق مع غياب الدعم الحكومي للسلع 	<p>٢- تعميم العولمة الاقتصادية</p> <p>إلزام الدول بالإنضمام إلى المعاهدة الدولية للتجارة الحرة وسياسات فتح الأسواق الداخلية وإزالة الحواجز الجمركية- حرية التبادل التجاري- اعتماد سياسات التصديرية والتنافسية مع الشركات المتعددة للجنسيات تحرير العملة- تسهيلات ضريبية وتشريعية للرساميل الأجنبية.</p>

<p>الاجتماعي والاقتصادي.</p> <p>- تغيير النظرة إلى المسن وأصبح يشوبها الضيق والتذمر وقلة التقدير.</p>	<p>الأساسية.</p>	
<p>الإنعكاسات على المسن تحديداً</p>	<p>آثار العوامل المستجدة على الأسرة</p>	<p>العامل المؤثر</p>
<p>- تراجع مكانة المسن وعزله وإضعاف نفوذه.</p> <p>- القضاء على دور حكمة المسنين بسبب الانفجار المعلوماتي.</p> <p>- ضعف إحتكاك المسن بالفئات الشابة تلغي ما كان يحظى به من إحترام وهيبة.</p> <p>- ميل المسنين لإدانة السلوك الشبابي ونقضه ومحاربتهم بعنف وقطع صلته بالشبان وإنزائهم.</p>	<p>- إبراز نظم الفردية والمنافسة على حساب أنظمة التعاون والتكافل بين الفئات العمرية والأجيال المختلفة.</p> <p>- التقليل من أهمية وضرورة المحافظة على العادات والتقاليد في المجتمع.</p> <p>- إضعاف الثقافة الوطنية والهوية الدينية والخصائص المحلية.</p> <p>- تراجع الجمعيات والمجتمع الأهلي لصالح ترسيخ المجتمع المدني وتعزيز أدواره.</p> <p>- تعميم فكرة مكافحة التمييز وحرية الفرد واستبدال الواجب الأخلاقي بالمسؤولية القانونية.</p>	<p>٣- إنتشار الثقافة الجديدة المرتكزة إلى محورية الفرد بين الفئات الاجتماعية:</p> <p>- نشر المفاهيم الجديدة للرفاه والتنمية.</p> <p>- غزو ثقافي يعمم نمط الحياة المستقلة والفردية.</p> <p>- تبني أنظمة القيم والسلوكيات الغربية.</p> <p>- الاعتراف بحقوق الإنسان وبناء الثقافة الجديدة على أساسها.</p> <p>- الضغط لتبني مفاهيم وأنظمة حكم ليبرالية وديموقراطية.</p>

<p>- صعوبة إدراك المسن لما يجري في العالم من ابتكارات.</p> <p>- فشل المسن في التكيف مع تكنولوجيا العالم الافتراضي.</p> <p>- تعاظم الهوة عند المسن بين الماضي والحاضر ومع أشكال العلاقات الاجتماعية الجديدة.</p> <p>- حصول شبه قطيعة وطلاق بين المسن والفئات العمرية الشابة.</p>	<p>- إختراق حواجز الرقابة المحلية والوطنية.</p> <p>- تسهيل إتصال الأسر بأبنائها المهاجرين من خلال الوسائل الحديثة (IPAD و IPHONE).</p> <p>- تسهيل الإتصال والتبادل عن المعلومات والمصالح بين المجتمعات والثقافات.</p> <p>- إختراق الحيز الخاص للأفراد وإنتهاك حرمان الأسرة.</p>	<p>٤- إنتشار شبكة الإتصالات الأرضية والفضائية:</p> <p>- سرعة نقل المعلومات بواسطة البث الفضائي وتعميمها.</p> <p>- توسع الشبكة العنكبوتية للإنترنت.</p> <p>- بروز قدرات خيالية للكمبيوتر والمعلوماتية.</p> <p>- إنتاج هائل للمواد الإعلامية.</p> <p>- بناء عالم افتراضي يلغي المسافة بينما هو حقيقي وبينما هو مركّب.</p>
---	---	---

أبرز المشكلات التي يعاني منها المسنون كما استخلصت من الظواهر والدراسات والبيانات ومن ما استحدثته عوامل التغيير:

المشكلات	سبل التعامل معها
١- تراجع مكانة المسن ودوره في أسرته بالتزامن مع حصوله على التقاعد واعتماده على الآخرين.	- حفظ دور المسن في المسار التنموي للمجتمع، وإعطاء الأولوية لمن يرغب في التعاقد معه من المتعاقدين لإنجاز مهمات محددة.
٢- تراخي صلات الأجيال الشابة مع المسنين وضعف تضامنهم معهم واعتبارهم معرقلي لاستقلاليتهم وحياتهم.	- إيجاد قوالب وأطر مختلطة من الأجيال المتنوعة تتعاون لتعزيز المشاركة في مختلف المنظمات غير الحكومية والجمعيات.
٣- تبلور اتجاهات الأبناء بقبول نقل آباءهم المسنين إلى مراكز الرعاية الإجتماعية لتلقي العناية فيها وشبه تخليهم عنهم.	- التأكيد على جودة الخدمات في مراكز الرعاية للمسنين، وتوسيع شبكتها وإلزام الأبناء القانوني بمتابعة شؤونهم.
٤- تعرّض المسنين وكبار السن للتهميش والعزلة وإلى المخاطر وعمليات الإحتيال والإنتهاكات المتنوعة لحقوقهم بسبب فقدان آليات الحماية الاجتماعية والقانونية للدفاع عنهم.	- وضع آليات حماية إجتماعية وقانونية تضمن حقوق المسنين وتدافع عن مصالحهم وتسهّل عمليات المراجعة القانونية لما يلحق بها.

خامساً: الحاجة إلى إستراتيجية إجتماعية شاملة للمسنين في دول الخليج العربي: الغايات والأهداف:

إنّ وضع إستراتيجيات إجتماعية ينطلق من مبادئ عامة، يعتبر العمل بمقتضاها نوعاً من الإلتزامات الإجتماعية حيال كل مسن من أجل تحقيق غايات شاملة لصالحه على المستوى الوطني بشأن الشيخوخة كمرحلة طبيعية من الحياة المجتمعية، وبلوغ هذه الغايات يحتم رسم خارطة تتضمن المشاريع والبرامج التي يلزم تنفيذها لتمكين المستهدفين وإكسابهم الخبرات للتمتع بمعيشة لائقة وكريمة.

والخطوة الأولى نحو بناء إستراتيجية إجتماعية شاملة لكبار السن في دول مجلس التعاون تتمثل بتحديد الغاية العامة المستهدفة، ودعائمها الفرعية، المتشكلة من الأهداف القطاعية التي يرتبط تحقيقها بتحقيق تفاصيل الصورة المستقبلية المأمول أن يتحلل بها المسن كهدفٍ أخير.

٥-١- محاور الاستراتيجية المقصودة والصورة المستقبلية المستهدفة للمسنّ في دول مجلس التعاون الخليجي:

بعد هذا العرض الواقعي لمختلف أوضاع المسنّين ومحيطهم الاجتماعي، الذي استمدت عناصره من التقارير الرسمية ومن نتائج الدراسات الأكاديمية العامة أو من بعض المسوحات الوطنية، وبعد الاطلاع على ما تتضمنه الثقافة الاجتماعية السائدة من أفكار

ومواقف مختلفة وغير متجانسة حيال كبار السن ولا تُشكّل مجموعة موحدة، فما هي المسائل الجوهرية التي تبيّن أنها تجمع شتاتهم وفئاتهم وتوحدهم حولها؟

٢- مكانة كبار السن وأدوارهم في المسار التنموي للمجتمع.

٣- تكيف المسنين واندماجهم في المجتمع.

٤- رعاية المسنين في إطارها المجتمعي.

٥- الضمانات والحمايات القانونية المحيطة بالشيخوخة.

إذا كانت هذه النقاط تلخص الهواجس والتحديات التي يواجهها المسنون فعلياً، فما هي بالمقابل الرؤية العربية لصورة المسنّ في دول الخليج القادر على التعامل مع العصر، التي يجب العمل على ترسيخ مضمونها لديه في المستقبل القريب؟

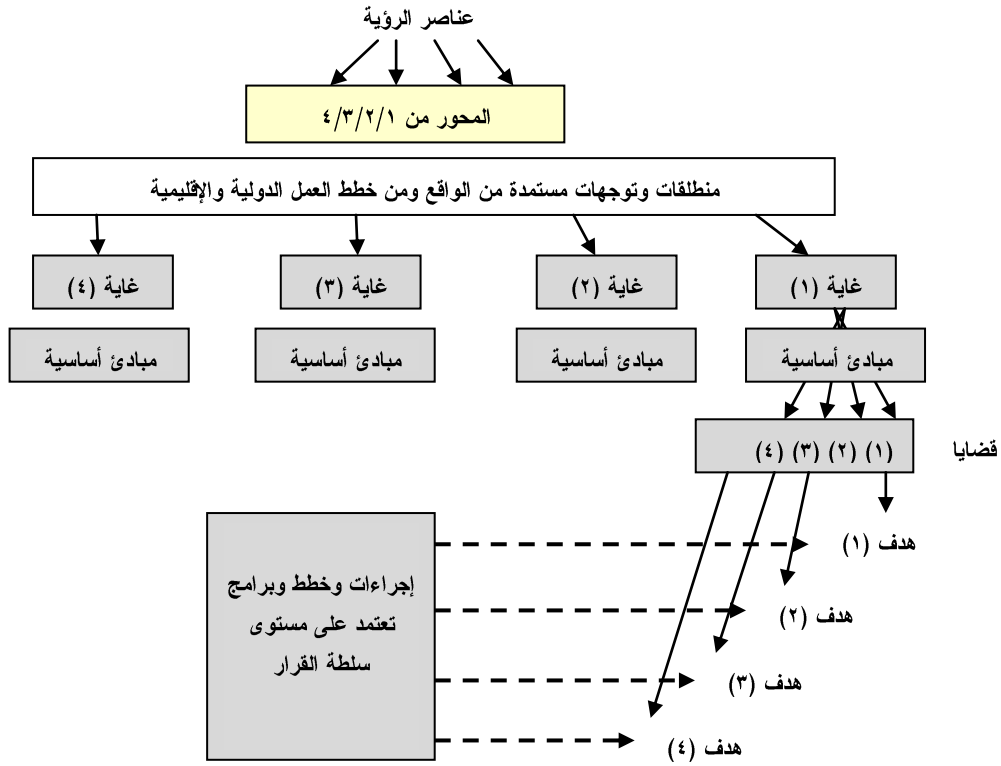
٥-٢- الرؤية المستقبلية للمسنّ في دول مجلس التعاون الخليجي

- مُسنّ يُحْتَفَظ له بمكانةٍ في الأسرة واحترامٍ من قبل أفرادها، بحيث يلقى منهم الاهتمام والرعاية، تحقيقاً لمبدأ التضامن والتكافل بين الأجيال، وتأكيداً لهوية الأسرة العربية والإسلامية ولخصائصها المميزة بالوفاء للوالدين والبرّ بهما.
- مُسنّ يتمتع بمعنويات مرتفعة تعكس إرتياعه لتمكّنه من الاستمرار في العمل ومن تحقيق طموحاته ومشاريعه، ومتابعته لحياة نشطة ومنتجة، تعزّز ثقته بنفسه، وتُشعره بالاستقلالية والكرامة وبقيمة إسهامه في تنمية المجتمع وتطوره.
- مُسنّ مطلع على التغيرات التي يحفل بها العالم، فيُظهر المرونة في التكيف معها، ساعياً للنجاح من أجل اندماجه في المجتمع وتفاعله مع الآخرين وانتمائه للزمن الحاضر.
- مسنّ يُعترف له بالحقوق الفردية والشخصية والمجتمعية، التي كفلتها له المواثيق الدولية والداستير والقوانين الوطنية. ويتمتع بالحماية القانونية وبالضمانات الاجتماعية، ويستفيد من الخدمات المتنوعة التي تشارك مؤسسات المجتمع الأهلي والأجهزة الحكومية في تقديمها كي تؤمّن له شيخوخة مستقرة وسعيدة وآمنة.

إن السعيّ لوضع كل فقرة من فقرات هذه الرؤية المستقبلية للمسنّ الخليجي موضع التنفيذ يتطلب التدخّل من أجل تحقيق الغايات الأساسية التالية:

- ١- حفظ موقع ودور لكبار السن ضمن العملية التنموية للمجتمع.
- ٢- تكوين بيئة حاضنة لشيخوخة مستقرة وسعيدة تحميها تشريعات وقوانين ضامنة.
- ٣- تحقيق تكيف المسنين واندماجهم الإيجابي في المجتمع.
- ٤- إنتاج المعلومات الصحيحة، وتطوير الوسائل ذات الصلة بقضايا الشيخوخة.
- ٥- تكامل رعاية كبار السن فيما بين الأسرة ومؤسسات المجتمع.

٣-٤ الترسيمة المقترحة لبناء الاستراتيجية



- ◆ الاستراتيجية هي الهيكل النظري العام الضابط أو المحدد لطبيعة الإجراءات التي يجب اتخاذها لوضع الاستراتيجية موضع التطبيق.
- ◆ خطط العمل التنفيذية هي مجموعة الدراسات، التشريعات، البرامج، المشاريع، والأنشطة العملية التي يحددها كل قطر بواسطة آلياته الوطنية، في ضوء إمكانياته وموارده وخبرات العاملين والمتطوعين معه في المجالات المعنية.

* * *

المصادر والمراجع حسب ورودها في البحث

* د. زهير حطب: باحث إجتماعي في قضايا الأسرة التربوية والتنمية، أستاذ في الجامعة اللبنانية- معهد العلوم الاجتماعية- بيروت.

مصادر أساسية:

- خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة- خلفية ديموغرافية- أغسطس ١٩٨٢.
- خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة- ٢٠٠٢.
- خطة العمل العربية للمسنين حتى العام ٢٠١٢.

المواقع على شبكة الأنترنت:

- E/ESCWA/SDD/2003/BOOKLET.
 - E/ESCWA/SD/2002/WG 1-1.
 - ESCWA E/ESCWA/SDD/1004/WG- 1/2.
 - E/ESCWA/SD/2002/WG 1-1/3.
- ١- د. يوسف الكيلاني، الشيخوخة والتغيرات الحيوية في: رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، منشورات مجلس التعاون الخليجي.

- ٢- د. هالة العمران، التوافق عند المسنين ودور وسائل الإعلام في رعاية المسنين، مجلس التعاون لدول الخليج العربية، سلسلة الدراسات الاجتماعية، عدد ١٨، ١٩٩٢.
- ٣- الشيخ عيسى بن إبراهيم الخليفة، التأمينات الاجتماعية ودورها في رعاية المسنين، في، رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية (١٨) منشورات مجلس التعاون الخليجي.
- ٤- كبار السن - عطاء بلا حدود- سلسلة الدراسات الاجتماعية (٣٧) المنامة، ١٩٩٩.
- ٥- راجع د. بدرية العوضي، التشريع ورعاية المسنين في دول مجلس التعاون الخليجي، في رعاية المسنين، منشورات مجلس التعاون، سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، العدد ١٨، يناير ١٩٩٢.
- ٦- الإسكوا، النافذة الديموغرافية، فرصة للتنمية في البلدان العربية، تقرير السكان والتنمية، نوفمبر، ٢٠٠٥.
- ٧- تقارير الوفود الرسمية المقدّمة إلى الندوة الإقليمية، رصد تنفيذ خطة عمل مدريد المنعقدة في عمان ٢٠٠٧، بإشراف الإسكوا (١٢ تقرير وفد رسمي).

* * *

اجتماعية/مطبوعات وثائقية - سلسلة أبحاث أوراق عمل الندوة الخليجية للحماية الاجتماعية لكبار السن ٢٠١٣م/أمل

صدر من سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية

- العدد (١) : أوضاع مؤسسات الرعاية الاجتماعية ودورها في خدمة المجتمع العربي الخليجي، ديسمبر ١٩٨٣.
"نافد"
- العدد (٢) : تشريعات العمل في الدول العربية الخليجية "دراسة مقارنة"، يناير ١٩٨٤.
"نافد"
- العدد (٣) : رعاية الأحداث الجانحين بالدول العربية الخليجية، يوليو ١٩٨٤.
"نافد"
- العدد (٤) : نحو استخدام أمثل للقوى العاملة الوطنية بالدول العربية الخليجية، يناير ١٩٨٥.
"نافد"
- العدد (٥) : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي "الأبحاث الفائزة في المسابقة الأولى للبحث الاجتماعي"، يوليو ١٩٨٥.
"نافد"
- العدد (٦) : حول واقع إحصاءات القوى العاملة الوطنية - المفاهيم - الأجهزة - التطوير، يناير ١٩٨٦.
"نافد"
- العدد (٧) : الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة "دراسات مختارة" يونيو ١٩٨٦.
"نافد"
- العدد (٨) : واقع معدلات إنتاجية العمل ووسائل تطويرها، يناير ١٩٨٧.
"نافد"

- العدد (٩) : قضايا من واقع المجتمع العربي في الخليج "تأخر سن الزواج والمهور - الفراغ - المخدرات" "الأبحاث الفائزة في المسابقة الثانية للبحث الاجتماعي"، مارس ١٩٨٧.
"نافذ"
- العدد (١٠) : ظاهرة المربيات الأجنيات "الأسباب والآثار"، أغسطس ١٩٨٧.
"نافذ"
- العدد (١١) : العمل الاجتماعي التطوعي في الدول العربية الخليجية - مقوماته - دوره - أبعاده، يناير ١٩٨٨.
"نافذ"
- العدد (١٢) : الحركة التعاونية في الخليج العربي "الواقع والآفاق"، يونيو ١٩٨٨.
"نافذ"
- العدد (١٣) : إحصاءات العمل وأهمية النهوض بها في أقطار الخليج العربية، مايو ١٩٨٩.
- العدد (١٤) : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي " الأبحاث الفائزة في المسابقة الثالثة للبحث الاجتماعي" الجزء الثالث، أكتوبر ١٩٨٩.
- العدد (١٥) : مظلة التأمينات الاجتماعية في أقطار الخليج العربية، يناير ١٩٩٠.
- العدد (١٦) : القيم والتحويلات الاجتماعية المعاصرة "دراسة في الإرشاد الاجتماعي في أقطار الخليج العربية" أغسطس ١٩٩٠.
- العدد (١٧) : الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربية، أبريل ١٩٩١.
- العدد (١٨) : رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة "قضايا واتجاهات"، يناير ١٩٩٢.
- العدد (١٩) : السلامة والصحة المهنية ودورها في حماية الموارد البشرية، أبريل ١٩٩٢.

- العدد (٢٠): أزمة الخليج.. البعد الآخر - الآثار والتداعيات الاجتماعية، أغسطس ١٩٩٢.
- العدد (٢١): التصنيف والتوصيف المهني ودوره في تخطيط وتنمية الموارد البشرية، فبراير ١٩٩٣.
- العدد (٢٢): دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي " الأبحاث الفائزة في المسابقة الرابعة للبحث الاجتماعي" الجزء الرابع، يوليو ١٩٩٣.
- العدد (٢٣): واقع وأهمية نقيش العمل بين التشريع والممارسة، أكتوبر ١٩٩٣.
- العدد (٢٤): رعاية الطفولة.. تعزيز مسؤوليات الأسرة وتنظيم دور المؤسسات، يناير ١٩٩٤.
- العدد (٢٥): التنشئة الاجتماعية بين تأثير وسائل الإعلام الحديثة ودور الأسرة، مارس ١٩٩٤.
- العدد (٢٦): واقع ومتطلبات التثقيف والتدريب والتعليم والإعلام التعاوني، يونيو ١٩٩٤.
- العدد (٢٧): التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات الأسرة بين الأسس العلمية والتطبيقات العملية، سبتمبر ١٩٩٤.
- العدد (٢٨): دعم دور الأسرة في مجتمع متغير - عدد خاص بمناسبة اختتام فعاليات السنة الدولية للأسرة، ديسمبر ١٩٩٤.
- العدد (٢٩): تطوير إنتاجية العمل وزيادة معدلاتها - المفاهيم والقياس والمؤشرات، يونيو ١٩٩٥.
- العدد (٣٠): اختبار قياس المهارات المعيارية للمهن ودورها في تنظيم وتنمية القوى العاملة الوطنية، ديسمبر ١٩٩٥.

- العدد (٣١): الرعاية الأسرية للطفل المعاق، يونيو ١٩٩٦.
- العدد (٣٢): نحو لغة مهنية موحدة في إطار العمل الخليجي المشترك، ديسمبر ١٩٩٦.
- العدد (٣٣): وسائل تطوير السلامة والصحة المهنية في ضوء المتغيرات والمستجدات الحديثة، مارس ١٩٩٧.
- العدد (٣٤): رعاية الطفولة من أجل القرن الحادي والعشرين، سبتمبر ١٩٩٧.
- العدد (٣٥): نظم معلومات سوق العمل في إطار التشغيل وتنمية الموارد البشرية، يونيو ١٩٩٨.
- العدد (٣٦): الأسرة والمدينة والتحويلات الاجتماعية بين التنمية والتحديث، نوفمبر ١٩٩٨.
- العدد (٣٧): كبار السن.. عطاء بلا حدود - دور للرعاية.. ودور للتواصل والمشاركة، مايو ١٩٩٩.
- العدد (٣٨): التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات كبار السن... مبادئ وموجهات، سبتمبر ١٩٩٩.
- العدد (٣٩): قضايا المسنين بين متطلبات العصر ومسؤوليات المجتمع، نوفمبر ١٩٩٩.
- العدد (٤٠): نظم وتشريعات التأمينات الاجتماعية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية "دراسة مقارنة" نوفمبر ٢٠٠٢.
- العدد (٤١): تقييم فاعلية مشروعات الأسرة في دول مجلس التعاون، أغسطس ٢٠٠٤.
- العدد (٤٢): الأطفال مجهولو الهوية في دول مجلس التعاون الإنشكاليات وطرق التعامل والعلاج، يناير ٢٠٠٥م.

- العدد (٤٣): المجتمع المدني في دول مجلس التعاون - مفاهيمه ومؤسسات وأدواره المنتظرة، يوليو ٢٠٠٦م.
- العدد (٤٤): دليل رعاية الأحداث الجانحين في دول مجلس التعاون، يونيو ٢٠٠٥م.
- العدد (٤٥): تطوير السياسات الاجتماعية القطاعية في ظل العولمة (مقاربة اجتماعية لوزارات الشؤون والتنمية الاجتماعية في دول مجلس التعاون)، نوفمبر ٢٠٠٦م.
- العدد (٤٦): الشراكة الاجتماعية ومسؤولة الجمعيات الأهلية في التنمية بدول مجلس التعاون - دراسة تحليلية ميدانية، يناير ٢٠٠٨م.
- العدد (٤٧): الفقر وآثاره الاجتماعية وبرامج وآليات مكافحته في دول مجلس التعاون، أبريل ٢٠٠٨م.
- العدد (٤٨): تمكين المرأة وسبل تدعيم مشاركتها في التنمية بدول مجلس التعاون، يونيو ٢٠٠٨م.
- العدد (٤٩): دليل استرشادي في فن الإدارة والإشراف على الجمعيات الأهلية التطوعية بدول مجلس التعاون الخليجي، أغسطس ٢٠٠٨م.
- العدد (٥٠): الدراسة التحليلية لأحكام الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم، سبتمبر ٢٠٠٨م.
- العدد (٥١): الفقر ومقاييسه المختلفة - محاولة في توطين الأهداف التنموية للألفية بدول مجلس التعاون الخليجي، يناير ٢٠٠٩م.
- العدد (٥٢): تقييم قوانين الإعاقة في دول مجلس التعاون في ضوء الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة - دراسة قانونية تحليلية، مايو ٢٠٠٩م.
- العدد (٥٣): دراسة حماية الطفولة: قضاياها ومشكلاتها في دول مجلس التعاون،

- يوليو ٢٠٠٩ م.
- العدد (٥٤): تقييم واقع المراكز الاجتماعية وبرامجها في دول مجلس التعاون،
أكتوبر ٢٠٠٩ م.
- العدد (٥٥): دراسة مشكلات توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة وتمكينهم في دول
مجلس التعاون، يناير ٢٠١٠ م.
- العدد (٥٦): دراسة المسؤولية الاجتماعية ودورها في التنمية بدول مجلس التعاون
الخليجي، أبريل ٢٠١٠ م.
- العدد (٥٧): دراسة الأحداث الجانحون ومشكلاتهم ومتطلبات التحديث والتطوير
في دول مجلس التعاون، أغسطس ٢٠١٠ م.
- العدد (٥٨): التنظيم القانوني لاستخدام عمال الخدمة المنزلية بدول مجلس التعاون
لدول الخليج العربية، أغسطس ٢٠١٠ م.
- العدد (٥٩): التنظيم القانوني لدخول القوى العاملة الوافدة إلى دول مجلس التعاون
لدول الخليج العربية، سبتمبر ٢٠١٠ م.
- العدد (٦٠): قراءة تحليلية في أنظمة المساعدات والضمان الاجتماعي بدول
مجلس التعاون، مايو ٢٠١١ م.
- العدد (٦١): مشروعات الأسر المنتجة وكيفية تطويرها في دول مجلس التعاون،
يونيو ٢٠١١ م.
- العدد (٦٢): قوانين التعاونيات في دول مجلس التعاون (دراسة تحليلية قانونية
مقارنه)، يوليو ٢٠١١ م.
- العدد (٦٣): الإعلام الاجتماعي وتأثيراته على الناشئة في دول مجلس التعاون،
أغسطس ٢٠١١ م.

- العدد (٦٤): مفهوم وحقوق العمالة الوافدة المتعاقدة المؤقتة في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية في ضوء التطورات التشريعية والتنفيذية، سبتمبر ٢٠١١م.
- العدد (٦٥): التنظيم القانوني للوكالات الأهلية لاستقدام العمالة ووكالات تقديم العمالة للغير في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أكتوبر ٢٠١١م.
- العدد (٦٦): القانون الاسترشادي الموحد للضمان الاجتماعي مع دراسة تعريفية لأنظمة الضمان الاجتماعي النافذة في دول مجلس التعاون، سبتمبر ٢٠١١م.
- العدد (٦٧): واقع وأهمية الإرشاد الأسري ومتطلباته في دول مجلس التعاون، أكتوبر ٢٠١١م.
- العدد (٦٨): اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بين متطلبات التنفيذ والرصد الفعال، نوفمبر ٢٠١١م.
- العدد (٦٩): الحماية القانونية لكبار السن في دول مجلس التعاون، دراسة قانونية تحليلية مقارنة، مارس ٢٠١٢م.
- العدد (٧٠): نحو سياسة اجتماعية خليجية للأسرة من الرعاية إلى التمكين، يوليو ٢٠١٢م.
- العدد (٧١): تحديات السياسة الاجتماعية واحتياجاتها في مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية الخليجي مقارنة تطبيقية، أغسطس ٢٠١٢م.
- العدد (٧٢): Concept and Rights of Expatriate Temporary-Contract Employment in GCC State in Light of

Legislative and Executive Developments, January
2012

- العدد (٧٣): التعاونيات الخليجية "تاريخ ومستقبل"، سبتمبر ٢٠١٢ م.
- العدد (٧٤): التنظيم القانوني في الجمعيات الأهلية في دول مجلس التعاون،
أكتوبر ٢٠١٢ م.
- العدد (٧٥): إدارة المخاطر الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي، أكتوبر
٢٠١٢ م.
- العدد (٧٦): دراسة التعاونيات في دول مجلس التعاون: مجالاتها ومشكلاتها
وأدوارها المستقبلية، مارس ٢٠١٣ م.
- العدد (٧٧): قضايا السياسات الاجتماعية الخليجية المفاهيم والمجالات
والاشكاليات، أبريل ٢٠١٣ م.
- العدد (٧٨): دليل الستين: اسئلة واجوبة في آليات الالتزام والرصد لاتفاقية حقوق
الأشخاص ذوي الإعاقة، مايو ٢٠١٣ م

* * *

رقم الإيداع بالمكتبة العامة

د.ع: ٢٠١٣/١١٣١٣

رقم الناشر الدولي: ISBN ٩٧٨-٩٩٩٠١-٣٠-٧٩-٩