بحث عن
دور منظمات المجتمع المدني في تحسين نوعية الحياة للمسنين

إعداد الدكتور
محمود جاد محمد الحسيني
المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة

2022/2021م

مقدمة:

تمر الدول العربية بظاهرة شيخوخة السكان، ومع تزايد أعداد المسنين تنشأ الحاجة إلى التحسب لتلك الأعداد بغرض تطوير استراتيجيات وخطط مستقبلية من أجلهم. إلا أن الفئة العمرية المسنة تمثل عبئا اقتصاديا على المجتمع، حيث يتطلب المسنون رعاية خاصة من أسرهم، ويلزمون الحكومة بتوفير الرعاية الصحية والضمان الاجتماعي لهم. ومن المهم أن ندرس حجم ظاهرة شيخوخة السكان وسرعتها، لكي نفهم التأثيرات التي يمارسها ذلك القطاع على السكان ككل.

والمسنون في الثقافة العربية مصدر للبركة في العائلة، وتلقى آراؤهم الاحترام الثمين، كما أن رعاية المسنين تعد جزءا من الفروض الدينية .وينظر إلى المسنين على أنهم ناقلو القيم الذين يعلون من شأن ثقافة العشيرة والقبيلة والمجتمع. ويتوقع الآباء والجدود المسنون الحصول على الرعاية والدعم من الجيل الأصغر سناً، غير أن نشوء الدولة الحديثة وتآكل المؤسسات والاقتصادات التقليدية قد مهدا الطريق لتحول مجتمعي، حيث يعد تزايد النزعة المادية في المجتمع، والتحول الحضري، والهجرة الداخلية، والتحولات الديمغرافية، ونظم السكنى المستحدثة، من العوامل التي أسهمت في تغيير العالقات الفردية والعائلية والعالقات فيما بين الأجيال. ولم يصاحب هذه المعايير والقيم المتغيرة أية نظم تضمن الحماية للأعداد المتزايدة من هذه الفئة، في وجود أنظمة وقاية ضعيفة أو قليلة الكفاءة.

وفى ضوء ما سبق يحاول الباحث في هذا الفصل أن يستعرض لكبار السن من حيث مشكلاتهم، ثم يتطرق لأهم سياسات الرعاية الاجتماعية لهم، وبعض تشريعات الحماية الاجتماعية لهم سواء، فيما يتصل بالضمان الاجتماعي، والرعاية الصحية، وعوائد التنمية في المجتمع، وصولاً للأفاق المستقبلية للسياسة الاجتماعية للمسنين وكذلك اسس واهداف الخدمة الاجتماعية للمسنين، والتعرف على مقومات جودة الحياة للرعاية الاجتماعية للمسنين، انتهاءا بالتعرف على دور التخطيط الاجتماعي لتحسين نوعية الحياة للمسنين.

أولاً: مشكلات المسنين في المجتمع المصري

تعرف المشكلة بانه موقف يواجه الفرد وتعجز فيه قدراته عن مواجهته بفاعلية او ان تصاب قدراته فجأة وامكانياته حيث يعجز عن تناول مشكلات حياته بنجاح، هذه المشكلات متعددة بل ومتضاربة فهو يحتاج الي ضروريات الحياة او خوفا من الحياة او خوفا على الحياة.

كما تتحدد مشكلات المسنين بانها مواقف لا توافقية فردية او جماعية تعوق تكيفهم الاجتماعي مع بيئاتهم الاجتماعية كما تعوق استثمارهم للموارد المتاحة.

التفسير العلمي لمشكلات المسنين:

تجمع كافة التفسيرات العلمية لمشكلات المسنين على الاتي:

ان مشكلات المسنين ظاهرة حتمية، ناجمة عن التفاعل الدائم بين العوامل الذاتية والضغوط البيئية، تشتد حدتها أو تفتر تبعا لمدي القصور الذاتي، حيث يربطه الطب بمدي كفاءة الأعضاء الحيوية ويربطه علماء الاجتماع والخدمة الاجتماعية بنزعة الاغتراب والعلاقات السلبية والسلوك الجانح وافتقاد القدرة على المعايشة والايجابية والتكيف الاجتماعي.

مظاهر الضعف لدي المسنين:

يعاني المسنون من العديد من جوانب الضعف الجسدي والنفسي والعقلي والذي يحدده البعض بانه ضعف في المعارف التي يحصل عليها المسن، وكذلك فإن من مظاهر الضعف ما هو اجتماعي يتعلق بانحسار حجم العلاقات الاجتماعية وعدم رغبة المسن في تكوين علاقات جديدة، ونتيجة للضعف الجسدي تحتل الآلات مكانا بارزا في حياة المسن.

وهناك من يحدد مظاهر الضعف والتدهور لدي المسنين في:

1) في الحالات البسيطة:

يلاحظ زيادة في نتائج التغيرات الفسيولوجية وفي المراحل الاولية يلاحظ الاعراض الاتية:

صداع ونوبات اغماء او نعاس في النهار وارق بالليل وتظهر عدم الرغبة في الاشتراك في اي نشاط او قبول اي اتجاه او تطور جديد والميل الي العزلة وعدم الاختلاط والتمسك بالأعمال والافكار المتزمتة.

2) في الحالات المتقدمة:

تظهر اعراض عقلية واضحة تنتهي بعته الشيخوخة، وضعف الذاكرة من أهم الأعراض الواضحة في هذه الحالة ويجد المريض صعوبة في تذكر الأحداث القريبة ولكن يكون له القدرة على تذكر الأحداث الماضية البعيدة فيؤدي ضعف الذاكرة الي أن ينسي المريض أن يضع بعض حاجياته الخاصة ويتهم آخرين بسرقتهم ويصبح في حالة انفعال شديد ويعاني من قلق وعدم استقرار.

3) 3الآدراك الزمني:

يصبح غير سليم، فلا يعرف الزمان ولا المكان' ويصبح في حالة توهان' ويفقد القدرة على التركيز والانتباه، وفقد أفكاره من أي معلومات يؤدي ذلك الي تكرار ما يقوله مرات عديدة.

ويفسر هذا مظاهر الضعف لدي المسنين وكيف تتدرج في عدة أشكال من البسيطة إلى المتقدمة إلى الحالات الأكثر تقدما في مظاهر الضعف والتي يعاني منها المسن والتي تبدأ من الصداع ونوبات الاغماء والعزلة الي الاصابة بعته الشيخوخة ثم فقد الاحساس بالزمان والمكان.

ويري الباحث ان مظاهر الضعف لدي المسنين ترجع الي طبيعة المرحلة بينما هناك العديد من مظاهر الضعف تظهر لدي المسن نتيجة لسوء علاقاته الاجتماعية بمن حوله ومع أفراد أسرته وشعوره بإهمال الأخرين له كما أن تقاعد المسن عن العمل بعد أن كان يشعر بمكانته في العمل كل هذه العوامل هي التي تسبب أغلب جوانب ضعف المسن.

والمسنون غالبا لديهم نقص في القوة في عدة مستويات:

أولا: تدهور في الجوانب الصحية فيجب أن يعتمد المسن بشكل متزايد على مساعدة مزايدة من الأخرين.

ثانيا: بالرغم من أن المسنين يحافظون بوجه عام على الصحة العقلية الجيدة، أن الدراسات أ وضحت ضعف قليل للذاكرة قصيرة الاجل وانخفاض سرعة التعلم وبطء درجة التفاعل وبعض درجات النسيان.

ثالثا: غالبا ما يخسر المسنين الأنساق التي يعتمدون عليها من نظرائهم بسبب تدهور صحتهم.

رابعا: يحتاج المسن المتقاعد للتكيف مع هذا الوضع ويحتاج تعلم طرق جديدة لقضاء الوقت ويشعرون بعدم الفائدة إذا لم يتم استخدام قدراتهم.

خامسا: المسنون يعانون من التعصب مع الصغار في السن الذين يرون أن أفكار المسنين تمر في قوالب لا تتغير والتأكيد على ضعفهم الاقتصادي والعقلي والجسدي.

ومن هنا نستعرض لبعض المشكلات التي يعاني منها المسنون في هذه الدراسة وهي كالتالي:

1. المشكلات الصحية.
2. المشكلات النفسية.
3. المشكلات العقلية.
4. المشكلات الاجتماعية.

5. المشكلات الاقتصادية.
6. المشكلات الدينية.

اولا: المشكلات الصحية:

تتوقف الحالة الصحية للمسنين على العديد من العوامل الاجتماعية مثل مستوي المعيشة ودرجة التعلم وارتفاع مستوي الصحة العامة كما ان للحالة الصحية تأثيرا كبيرا على المسن في العديد من الجوانب مثل قدرته على العمل والاشتراك في الانشطة الترويحية وعلاقاته الاجتماعية والدخل والزواج. وهناك من يري ان 45%من المسنين الذين يزيد اعمارهم عن80 سنة يعانون من فقد السمع، و70%من المسنين الذين يزيد اعمارهم عن 65 سنة يعانون من عدم الراحة وصعوبة في الحركة بسبب التهاب المفاصل او الروماتيزم و25%من غالبية المسنين يعانون من انخفاض درجة الرؤية مما يتطلب اجراء جراحة لهم. وهذا يوضح ا فقدان المسن للسمع يحدث لمن تزيد اعمارهم عن80 سنة وغالبية المسنين يعانون من عدم الراحة وصعوبة الحركة بعد سن 65 سنة بسبب التهاب المفاصل والنسبة الاقل من المسنين يحتاجون جراحة لعلاج انخفاض الرؤية ولكن يري الباحث ان شعور المسن بعدم الراحة وصعوبة الحركة لا يرتبط بعمر يزيد عن 65 سنة ولكن هناك من تقل اعمارهم عن 65 سنة وبالرغم من ذلك يعانون من عدم الراحة وصعوبة الحركة بسبب التهاب المفاصل والروماتيزم كما ان غالبية الامراض التي يعانون منها المسنين ترتبط بالظروف المحيطة بالمسن من مراحل حياته.

هذا وتكثر الاصابة بالأمراض في فترة الشيخوخة ويمكن حصر اهم الامراض التي يتعرض لها المسنون فيما يلي:

1. **امراض القلب والجهاز الدوري:**

مثل تصلب الشرايين او قصور الدورة الدموية بالرجلين–قصور الدورة الدموية بالشرايين التاجية والذبحة الصدرية وجلطة هذه الشرايين وارتفاع ضغط الدم ومضاعفاته، امراض القلب وجلطة اوردة الساق.

2. **امراض الجهاز العصبي:**

جلطة شرايين المخ العصبي، قصور الدورة الدموية المخية المؤقت، النزيف بالمخ، اورام المخ، الشلل الرعاش، امراض الحبل الشوكي والضغط عليه من ثانويات العمود الفقري او مرض بالفقرات العنقية ووسائدها.

3. **امراض الجهاز الحركي:**

مثل التهاب المفاصل العظمي بالفخذين والركبتين والعمود الفقري، وهن العظام وثانويات العظام.

4. **امراض البول السكري**
5. **5امراض اللسان والاسنان وسرطنة القولون**
6. **الامراض المعدية:** كالنزلات الشعبية والالتهابات الرئوية والتهابات المسالك البولية.
7. **7امراض الجهاز الهضمي:**

كالأمراض مثل صعوبة البلع، امراض الاسنان، القرح بالمعدة والاثني عشر والقولون وسرطان الجهاز الهضمي، زوائد القولون، البواسير وامراض الكبد.

8. **فقر الدم بأنواعه المختلفة.**
9. **امراض الغدد الصماء والغدة الدرقية.**
10. **تغير الاحساس بالألم:** حيث يقل شعور المسن بالألم وهذه نعمة حيث تجعل حياة المسن أكثر احتمالا ولكنها قد تكون نقمة حيث يتعرض أكثر من الشاب لأنه يصيب نفسه.

11. امراض الحواس كطول النظر والقصر في حدة الابصار وضعف السمع.

وهناك مجموعة من العوامل المؤثرة في الحالة الصحية للمسن وهي:

أ) الغذاء:

دلت الابحاث التي اريت على الفئران ان نقص الغذاء عن الحد الحيوي الضروري لاتزان الحياة يبكر بالشيخوخة وان زيادة الغذاء عن ذلك الحد يؤدي ايضا الي نفس النتيجة، كما ان لنوع الغذاء أثره علي حياة الكبار(المسنين) فمثلا زيادة نسبة المواد الدهنية في غذاء المسنين يؤدي الي زيادة ترسيب الكوليسترول في الاوعية الدموية وهذا بدوره يؤدي الي زيادة ضغط الدم وامراض القلب.

ب) المهنة:

لكل مهنة اثارها على المشتغلين بها وهذا يفسر لنا كثرة امراض القلب والتهاب الحنجرة بين المشتغلين بمهنة التعليم وارتفاع نسبة امراض الروماتيزم بين الفلاحين.

ج) البيئة:

توثر البيئة بنوعيتها اجتماعية كانت ام طبيعية على معدل التمييز العضوي في الكائن الحي وخاصة في طفولته وشيخوخته ولذا يختلف مدي سرعة او بطيء مظاهر الشيخوخة من مجتمع لأخر.

ح) تنشيط الاجهزة العضوية المختلفة:

تواترت نتائج التجارب المختلفة في هذا الميدان على ان كثرة استخدام اي عضو من اعضاء الجسم. البشري يؤخر الشيخوخة فلكل جهاز عضوي مرحلة يصل فيها الي ذروة قوته ثم ينحدر بعدها الي الشيخوخة شانه في هذا شان الجسم البشري كوحدة او ككل.

خ) الوراثة:

وهي كما نعلم المحددات الرئيسية للحياة في ابعادها المختلفة فهي التي تحدد خواص الفرد الرئيسية مثل الطول، شكل الشعر لون العينين وقابلية الاصابة بالأمراض كالسكر والصلع وعمي الالوان ويتأثر مدي الحياة نفسه طال ام قصر بعامل الوراثة.

هذا ويزيد من حدة المشكلات الصحية للمسنين وجود بعض المعوقات التي قد ترجع الي المسنين أنفسهم وهذه المعوقات **يمكن تحديدها في الاتي:**

1. اهمال المسنين أنفسهم ويظهر هذا في عدم تقدمهم لطلب المساعدة حتى تسوء صحتهم.
2. عدم اهتمام المسنين بالكشف الطبي الدوري.
3. عدم إدراك المسن بخطورة علاجه لنفسه بعيدا عن الاشراف الطبي.
4. عدم دراية المسن بكيفية الوقاية من الحوادث التي قد تؤثر على صحتهم.
5. عدم معرفة اسر المسنين بأمراض الشيخوخة والتقدم في العمر وعدم تقديم الرعاية لهم.
6. خوف بعض المسنين من الايداع في المستشفيات وابعادهم عن الجو الاسري الذي يحتاجونه ويألفونه.
7. عدم قدرة معظم المسنين على تحمل نفقات العلاج.
8. كثير من العاملين في الميدان الطبي ليس لديهم الخبرة او الصبر في التعامل مع المسنين.

يوضح هذا ان هناك معوقات تزيد من حدة المشكلات الصحية للمسنين هذه المعوقات التي تتعلق بالمسن نفسه وعدم وعيه بوقايته من الحوادث وعدم ادراكه بإشراف الطبيب علي علاجه والكشف الدوري عليه كما ان هناك معوقات

ترجع لأسر المسنين وعدم وعيهم برعاية المسنين، وكذلك العاملين في الميدان الطبي يجهلون ولا يصبرون على التعامل مع المسنين.

ويري الباحث ضرورة عقد ندوات مستمرة للمسنين في مراكز الشباب والاعلان عنها في منطقة سكنية معينة يحضرها جميع المسنين وتهدف الي توعية المسنين واسرهم بكيفية الرعاية الصحية للمسنين.

ثانيا: المشكلات النفسية:

يعاني المسنون من العديد من المشكلات النفسية والتي ترتبط بالمشكلات الصحية وقد تكون بسببها ويصاب المسنون بأمراض نفسية ليس فقط بسبب الامراض الجسمية وانما بسبب كافة ألوان المعاناة التي يعانيها المسن في حياته ومنها الاجتماعية والاقتصادية والدينية.

وتعتبر الامراض النفسية من اهم المشكلات التي يعاني منها المسنون في المجتمعات المختلفة، فاذا كان المرض الجسماني مثل مرض القلب او الجهاز التنفسي يفرض على المريض بعض المحاذير والقيود في طريقة معيشته فان المرض النفسي يؤثر على المريض ويعوق توافقه ويؤثر على الوزن وجفاف الحلق وتغيرات في معدل ضربات القلب وتغير في ضغط الدم والرعشة مع اعراض اخري من اضطرابات النوم والوجدان والتفكير والادراك.

ومن امثلة المشكلات النفسية ونسميها الامراض النفسية للمسنين:

أ- مشكلة الاكتئاب ب – مشكلة الاغتراب او العزلة او الشعور بالوحدة ج- مشكلة القلق

1- مشكلة الاكتئاب:

تتعدد وتتنوع اشكال وانواع الاكتئاب فمنها:

أ) الاكتئاب الموقفي:

حيث ان الحزن يرتبط بموقف معين علي عكس الاكتئاب المرضي.

ب) الاكتئاب الداخلي:

فقد يجئ على هيئة الاهتياج او الهوس والنشاط الزائد وهذا النوع اشد خطرا ويجب عزل الشخص عن المحيطين به.

ج) الاكتئاب الموسمي:

والذي يظهر لدي الشخص في فصل الشتاء حيث النهار قصيرا والليل طويلا ويجيئ علي شكل رغبة في الانعزال والميل الي الحزن الشديد وللأطعمة الغنية بالدهون واسبابه غير معروفة.

لكن الاكتئاب الذي يصيب المسنون يكون مرتبط بالعديد من العوامل الخارجية مثل (التقاعد عن العمل أو ذكريات مؤلمة اخري) وقد يكون اسبابه داخلية (تقد تكون مجهولة أو معروفة بالنسبة للشخص).

وهناك اعراض للاكتئاب وهي:

1. الارق.
2. وجود افكار تتعلق بالموت.
3. الشعور بالحزن.
4. ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
5. التأخر الحركي النفسي كمشاعر ذاتية من الضجر والتملل او التبلد.
6. فقدان الاهتمام والسرور في الانشطة المعتادة.

7. تناقص في الطاقة مع الشعور بالإجهاد.
8. الشعور بانعدام القيمة ولوم الذات والاحساس بالذنب.
9. الشكوى وتناقص القدرة على التفكير والتظاهر بذلك والتردد.
10. تكرار التفكير في الموت والافكار الانتحارية.

"ومن الاهمية ان يقوم المسنون بالتكيف مع المواقف الصعبة والتأقلم معها بفضل ما بذلوه سابقا من مميزات هذه المميزات اتاحت لهم الاستمرار في مواجهة خسائر كبيرة من ضمنها العجز العضوي والتحرر منه وحجم الشبكات الاجتماعية واضاف الباحثون ان أفضل طرق التكيف مع الكأبة هي ان بعض الخطوات مفيدة كالتحدث الي الاصدقاء انتهت ألزمهم ولعب الرياضة المعتدلة ترفع المعنويات فيما يجد كثيرون راحتهم في الصلاة وفي معرفة ان هناك ما يصلي ويدعو لهم، وما الي ذلك من النشاطات الروحية".

2-مشكلة الاغتراب والعزلة او الشعور بالوحدة:

هي شعور المسن بالعزلة في مجتمعه وداخل اسرته مما يؤدي به الي العزلة والانسحاب من المجتمع **ومن اهم مظاهر الاغتراب:**

أ) فقدان السيطرة:

فيري (سيمان SIMAN) ان الاغتراب هو شعور الفرد بانه لا يستطيع التأثير على المواقف الاجتماعية التي يتفاعل معها وهنا نجد مفهوم المعني وهو اغتراب ذا درجة عالية ويرتبط بدرجة الفهم والادراك والفهم يعني المقدرة على إدراك السيطرة على ناتج الفعل وعوائقه والادراك يشير الي المقدرة الادراكية للتنبؤ في السلوك وعواقبه.

ب) المعيارية:

تتمثل في المواقف التي تتحطم فيها المعايير الاجتماعية المنظمة لسلوك الفرد اذ ان هذه المعايير ليست مؤثرة ولا تؤدي وظيفتها كقواعد للسلوك.

ج) الانعزال الاجتماعي.

ح) اغتراب الذات:

بمعني غربة الذات وهو عدم القدرة على ايجاد الانشطة المكافئة ذاتيا.

3-مشكلة القلق وقلق الموت:

"القلق هو احساس بالتوتر والخوف الشديد الدائم الذي لا مبرر له من الناحية الموضوعية وهو أكثر شيوعا في مرحلة الشيخوخة فان نسبة كبيرة من المسنين ينزعجون بشدة شبب ادراكهم انهم يجب ان يعتمدوا على الاخرين ومشاعر القلق تبدأ عند المسن بوصوله الي سن المعاش او التقاعد وتزايد هذه المشاعر عندما يتخذ الابناء دورا مستقلا ويشعر المسن بانه قد بدا يدخل مرحلة النهاية".

يوضح هذا ان اصابة المسن بالقلق والتوتر والخوف من الموت نتيجة لبلوغه سن المعاش والتقاعد عن العمل واستقلال الأبناء عنه، كما يمكن ان يكون سببه الخوف والقلق من الموت يأتي إذا بعد المسن عن علاقته بربه وعن اداءه للفروض الدينية.

كما ان القلق من الموت ناتج عن:

ا- الخوف من الاحتضار

ب-الخوف مما سيحدث بعد الموت

ج–الخوف من توقف الحياة

د–الخوف من موت الاخرين.

فالخوف من الموت يعد علامة بارزة في المراحل الاخيرة من العمر حيث يقضي المسنين فترات طويلة يفكرون في الموت مقارنة بصغار السن والمسن الذي يخشى الموت **ويخاف منه يمر بخمس مراحل هي:**

1–**الرفض:** يقاوم فكرة الموت بالإنكار يتصرف كأنه لا يعلم بحتميته.

2– الغضب: لان المسن بدا التعامل مع حقيقة الموت.

3– الصفقة: وتأخذ صورة الاستعداد لتقبل اي علاجات مؤلمة قد تمد حياته.

4– الاكتئاب: وقد سبق الحديث عنه.

5– الاستسلام: ويستسلم المسن للموت حيث يجعل الشخص خاليا من العواطف.

ثالثا: المشكلات العقلية:

تتمثل المشكلات العقلية في:

ذهان الشيخوخة والذي يشمل ما يلي:

- ضعف الذاكرة والنسيان.
- اضطرابات البارانويا.

ذهان الشيخوخة:

وكان يسمي في الماضي عته الشيخوخة او جنون الشيخوخة والذهان المصاحب لمرض تصلب الشرايين وانسدادها والنزيف الدموي وحيث ان التدمير الدماغي العضوي يحدث في كلا النوعين فان هذا الذهان يعتبر جسمي النشأة ولكن على كل حال لقد تبين انه لا يوجد الا ارتباط ضعيف بين شدة الاعراض العقلية ودرجة التغيرات الهسترولوجية اي التغيرات التي تطرأ على الانسجة في الدماغ.

"وهنا يضطرب التفكير ويصبح المريض غير قادر علي التفكير المنطقي وقد يهذي فيعتقد ان اسرته تحاول دس السم له او الغدر به او سرقته او استغلاله وقد يتضمن هذيانه ادعاءه الفقر وشعوره بانه غير مرغوب فيه سواء من افراد اسرته او معارفه ويحدث هذا النوع من الهذيان غالبا للذين ينزعون الي الشك وعدم الثقة بالغير في سابق حياتهم، كما يشكو المريض من عدم الاهتمام ويكره تدخل من حوله في اموره وقد يتحول حبه لبعضهم".

"ويظهر مرض ذهان الشيخوخة قريبا في سن الستين كنتيجة لتدهور عقلي ناجم عن كبر السن ومن اعراضه نقص الذاكرة خاصة الاحداث القريبة، والنقص العقلي وخاصة في القدرة علي التركيز والانانية ونقص الاهتمام بالأحداث الجارية وسرعة الغضب والتقلب الانفعالي."

وهناك عدة انواع للهذيان العقلي منها:

ا– النوع البسيط:

وهو اكثرها انتشارا ويتميز بالضعف الزائد في الذاكرة وضيق في مجال الاهتمام بالشخصية وغرابة التفكير والتهيج وعدم الاستقرار وبتقدم الحالة قد يصاب المريض بحالة تخشب بسيطة.

ب–النوع المنقبض:

ويتميز بجانب ضعف الذاكرة واضطراب التفكير بالتمركز الزائد حول الذات وسرعة التهيج وبهذيان مرضي وانقباض.

ج- النوع الاضطهادي:

ويتميز بالهذيان وبخاصة هذيان الاضطهاد والشكوى من سوء المعاملة وعادة يصاب بهذا النوع الاشخاص الذين تميزت حياتهم بعدم الرضا وبعكس الانواع السابقة يتميز المريض بنوع من وضوح الذاكرة ولكن تزداد عنده الهذيان غير المنطقي كما تظهر الهلاوس المختلفة."

كما يظهر هذا المرض لدي المسنين في بارانويا الاضطهاد وبارانويا الحق المهضوم وبارانويا التقدير وبارانويا العظمة.

رابعا: المشكلات الاجتماعية:

وتتمثل في:

1- مشكلة العلاقات الاجتماعية.

2- مشكلة التقاعد عن العمل.

مشكلة العلاقات الاجتماعية:

إن طبيعة وحجم العلاقات الاجتماعية التي ينخرط فيها المسنين **تعتمد على متغيرين أساسين هما:**

- **البنية الجسدية او العقلية والسيكولوجية للمسن:**

البيئة الاجتماعية المحيطة به وهناك علاقات اجتماعية رسمية تلعب دورا أساسيا في حياة المسن فعندما يتقاعد المسن ويفقد بعض أدواره التي كان يقوم بها يفقد أيضا بعض العلاقات التي كانت قائمة مع زملائه في العمل وهذا بحكم البعد عن مقر العمل.

" ومن المشكلات التي تتعلق بالعلاقات الاجتماعية مشكلة تكيف المسنين الاجتماعي فنتيجة لتصاعد وتيرة التغير الاجتماعي والاقتصادي وربما الثقافي والتقني تم خلق مشكلات تكيفية للمسنين في المجتمعات العربية كما قد تضخم من مشكلاتهم القائمة فالفجوة التي تفصل بين المسنين والاجيال الجديدة تبدو انها متجهة للاتساع كما ان التغيرات الثقافية الهائلة التي يمر بها الفرد ونمو روح الفردية وتعقد الاوضاع الاقتصادية والمعيشية للأفراد وانهماك القطاع الاوسع في المجتمع في مسالة توفير الحدود المعقولة او الدنيا من العيش بالإضافة للتباعد المكاني كلها امور تدفع بالاتجاه الي مزيد من العزلة للمسنين عن القطاعات والفئات العمرية الأخرى بل انها تدفع الي مزيد من المشكلات التكيفية للمسنين بل ان استمرارية مفهوم الشفقة والحسنة في تعامل المجتمع مع المسنين وحتي الابناء سيدفع نحو المزيد من المشكلات والصعاب بل والقدرة علي استمرارية تقديم ما هو قائم من خدمات او حتي تجويدها.

2- مشكلة التقاعد عن العمل:

"يعرف التقاعد بانه عملية اجتماعية تتضمن دخل الفرد اختياريا او اجباريا عن العمل الذ يظل يقوم به معظم رشده وبالتالي انسحابه من القوي العاملة في المجتمع وتحوله الي الاعتماد جزئيا علي الاقل علي نظام معين للكفالة المادية هو نظام التامين الاجتماعي حيث يحل المعاش محل الاجر وهذا التعريف لا يعني التعطل او البطالة الكاملة صحيح انه-من منظور دورة الحياة في النمو-هو نهاية دورة الحياة المهنية للإنسان، إلا اننا نجد ان بعض المسنين بعد تقاعدهم عن عملهم الاصلي يقومون بالعمل لبعض الوقت وقد يرجع ذلك احيان الي اسباب مالية حيث المعاش اقل من الاجر بكثير والذي ظل الشخص يحصل عليه لسنوات طويلة، الا انه في معظم الاحيان يرجع الي رغبة المسن في الشعور بالرضا لأنه يقوم بعمل ما والعمل قيمة اساسية ناهيك عن انه مقوم اساسي في هوية الانسان.

كما ان التقاعد يعني فقدان الفرد لعمله ولقد حاول بعض الباحثين تقي معني العمل وقيمته بالنسبة للفرد متوصلا الي ما يلي:

1- ان العمل مصدر دخل للفرد.

2- انه قد يكون مصدرا لتزويد الفرد بروتين لاستخدام الوقت.

3- انه مصدر لتحديد مكانة الشخص الاجتماعية ومركزه.

4- انه مجال للتفاعل الاجتماعي.

5- انه مصدرا للخبرات.

6- مصدرا لخدمة المجتمع.

7- مصدرا لإشباع الرغبة في الابداع والانجاز.

خامسا: المشكلات الاقتصادية:

ان كثيرا من المسنين يعانون من المشكلات الاقتصادية المتمثلة في قلة الدخل وخاصة بعد التقاعد عن العمل والحصول على المعاش.

ومن المتعارف عليه حتي الان في المجتمع المصري ان المسنين يشاركون ابنائهم المسكن والمعيشة وخاصة الابناء الذكور اذ يعتبر الاكبر مسؤولا عن والديه وخاصة الام في حالة وفاة الاب ومع ذلك بدأت ظاهرة استقلالية جديدة في الظهور وخاصة بعد التحاق المرأة بالعمل ان بدا الابناء يحاولون التنصل من مسؤولية ابائهم وخاصة بالنسبة للمشاركة في المسكن وهكذا بدا الكثيرون من المسنين يعانون من مشاكل مالية خاصة وان الكثير منهم لم يدخروا في شبابهم ما يكفيهم في مثل هذه الظروف ولهذا نجد كثيرا من المسنين في الوقت الحالي يعانون من الفقر والعوز .

سادسا: المشكلات الدينية:

ان الدين مفتاح الحياة السعيدة في الشيخوخة لان الدين يساعد المسن علي تقبل واقعه مع الظروف التي يمر بها، فيميل المسن الي التقرب الي الله كلما تقدم به العمر وقد يرجع هذا شعور الشخص بالاقتراب من نهاية رحلة العمر او الرغبة في التفكير عما اقترفه من اخطاء في حياته وقد يكون ذلك نتيجة للرغبة في الاختلاط والارتباط بالأشخاص الاخرين في دور العبادة والخروج من العزلة التي وجد نفسه فيها خاصة بعد التقاعد عن العمل وهكذا يتضح لنا ان الشيخوخة تتميز بيقظة دينية تغمر النفس والجسم فالمسن ينصرف الي الاعمال النفسية البديلة من حب التقي والصلاح والزهد في المتع الجسمية والبعد عن السيئات ويشغل نفسه بالعبادات والقراءات الدينية ويجد في ذلك راحة نفسية وسعادة شخصية.

ثانياً: سياسات الرعاية الاجتماعية للمسنين:

تعد المنطقة العربية من أكثر مناطق العالم حضرية . وقد أثرت سرعة التغير في المناطق الحضرية، بسبب تفاوت التحول الديمغرافي، وأشكال السكنى المستحدثة، وهيكل الأسرة والعالقات الأسرية الجديدة نسبيا، أثرت في وضع المسنين في المناطق الحضرية، ذلك أن هذا التوجه الحضري المتنامي لا يعمل على إيجاد مدن صديقة للمسنين، وال على خلق ظروف ملائمة لهم. وقد أوضحت دراسات مختلفة خضوع المسنين لقيود الفقر الحضري، مع تناقص شبكات التكافل، ومشاكل الأمن، ومشاكل البطالة، ونقص الماء الآمن، والمواصلات، والوصول إلى الخدمات الصحية. والعمل على بناء مدن تتسع للجميع، صديقة للمسنين، يعني مساحات حضرية تستوعب الكل، وشيخوخة صحية في البيئة

الحضرية، والسالمة والكرامة للمسنين في السياق الحضري، وفي هذا الصدد سيتم استعراض موقف الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية وتلافي آثار الربيع العربي، وحقهم في عوائد التنمية كسياسات لرعاية المسنين..

أ – الضمان الاجتماعي والمسنون :

النسبة الديمغرافية للإعالة المحتملة في الشيخوخة هي النسبة التي تقيس عدد الأشخاص المتاحين في سن العمل إعالة كل مسن (أي أنها تساوي عدد الأشخاص في سن 15–59 عاما لكل مسن في سن +60) مما يشير إلى عبء الإعالة الواقع على كاهل العمال المحتملين. وتحمل نسبة الإعالة المحتملة عواقبا بعيدة المدى بالنسبة لمخططات الضمان الاجتماعي، وخاصة النظم التقليدية التي يتحمل فيها العمال الحاليون تكلفة ما يتمتع به المتقاعدون الحاليون من مزايا.

ومنذ 1950 أخذت نسبة إعالة المسنين، عالميا، في الانحدار المستمر، مما يعني انخفاض متزايد في أعداد الأشخاص المنخرطين في العمل لإعالة كل مسن عمره 60 فأكثر، وعلى الصعيد العالمي لا يحصل حوالي نصف الأفراد الذين بلغوا سن التقاعد الرسمي على معاش، أما من يحصلون على المعاش فإن مستويات الإعالة لكثيرين منهم قد لا تكون كافية .وتغطية المعاشات تقل لدى النساء تقليديا عما لدى الرجال بسبب انخفاض معدلات التحاقهن بسوق العمل وزيادة تمثيلهن في القطاع غير الرسمي أو العمل لحساب النفس أو العمل بدون أجر في محيط الأسرة. وفي بلدان كثيرة يكون معاش المنتفع، المدفوع نتيجة استمرار معاش الزوج المتوفي، هو مصدر الدخل الوحيد للمسنات.

2– الوضع الصحي والمسنون:

بسبب التحول الديمغرافي والغذائي، والتغيرات التي طرأت على الظروف الاقتصادية– الاجتماعية للسكان، شهدت المنطقة العربية تغيرات هامة في تركيب الأمراض وأسباب الوفيات، نتيجة للتحول الديمغرافي، ولقد تبين أن انتشار الأمراض المزمنة (غير المعدية) مرتفع نسبياً ويحوم حول نسبة 40.9 بالمئة، مع تباينات طفيفة. كما تبين ارتفاع انتشار ضغط الدم المرتفع وسط السكان في سن +60، حيث أنه يصيب ما بين خمس وربع تلك الفئة العمرية، والوضع نفسه ينطبق على السكري، ولا تقل الأمراض القلبية أهمية' وتنعكس أهمية أمراض الجهاز الهضمي في الأثر السلبي للعادات الغذائية المستجدة، وهي تصيب 6.2 بالمئة من السكان في سن +60. ويرتفع انتشار الأمراض غير المعدية نسبياً في وسط النساء أكثر من الرجال.

يعني هذا أن زيادة السكان في سن +60 ستولد المزيد من الطلب على الرعاية الصحية. يتزايد ضغط الدم المرتفع وفقر الدم بزيادة العمر، بينما يتناقص السكري وأمراض الجهاز الهضمي بتزايد السن في فئة +60 لكن أمراض القلب تتزايد بتقدم العمر، كما أن أساليب المعيشة المستجدة، وكذلك الحالة الغذائية، لها أثر في انتشار الأمراض غير المعدية وسط المسنين في المنطقة العربية، حيث يتزايد ضغط الدم المرتفع والسكري بارتفاع المستوى التعليم ومؤشر الثراء الخاص بالأسرة .

والواقع أنه لا يعد اللجوء لدور المسنين مألوفا في البلدان العربية، ألسباب مختلفة منها (أ) القيم السائدة في المنطقة العربية حيث يبدو وضع المسنين في دور المسنين شكلا من أشكال الإهمال، (ب) عدم وجود أعداد كافية من دور المسنين وغياب الرقابة على ذلك القطاع، (ج) عدم تحمل الحكومات ونظم الضمان الاجتماعي لتكاليف الرعاية، (د) ارتفاع تكاليف دور المسنين بالنسبة للشخص المتوسط في المنطقة العربية.

كما أنه في إطار دراسة علاقة المسنين بالإعاقة فإن اتجاهات الشيخوخة في البلدان العربية، وزيادة العمر المتوقع عند سن 60، تأتي مصحوبة بزيادة في معدلات الإعاقة أثناء الشيخوخة، ذلك أن ارتفاع معدلات الإعاقة لدى المسنين

يعكس تراكما للمخاطر الصحية على امتداد عمر كامل من الأمراض والإصابات والمرض المزمن. يرتفع انتشار الإعاقة لدى من هم في سن +45 في البلدان منخفضة الدخول عما في البلدان عالية الدخول، ويرتفع لدى النساء عما لدى الرجال". وتعمل القلاقل السياسية في المنطقة العربية، من حروب وغيرها من الأزمات الإنسانية، على زيادة انتشار المعاقين .

والواقع أن حالة المعاقين المسنين تتطلب الكثير من العناية وسياسات خاصة لحماية حقوقهم في الصحة والخدمات الاجتماعية، لكن مع تدني الوصول إلى الخدمات الصحية وعدم توافر خدمات التأهيل، فإن هذه الفئة تعاني من حرمان واضح.

3- تلافي آثار الربيع العربي على المسنين:

ولقد نُكبت المنطقة العربية بالعديد من الأزمات الإنسانية، فالبلدان العربية كلها تقريبا تتأثر على نحو مباشر أو غير مباشر بصراعات أهلية أو نزاعات داخلية وأزمات إنسانية، متسببة في أعداد هائلة من النازحين الداخليين، واللاجئين والمهاجرين، بعواقب وخيمة على المنطقة بأسرها.

ورغم أن محنة اللاجئين المسنين قد تكون جسيمة، إلا أنه ينبغي عدم النظر إليهم كمجرد مستحقين سلبيين للمعونات. إن اللاجئين المسنين يضطلعون بأدوار القيادة الرسمية وغير الرسمية في مجتمعاتهم، وهم مصادر ثمينة للنصح والتوجيه، وحملة للثقافة والمهارات والحرف اللازمة للحفاظ على تقاليد النازحين المستلبين. كما يمكن للمسنين أن يساهموا في إقرار السلم وإجراءات المصالحة، والتخطيط السليم يتطلب استغلال تلك الأدوار، ومن شأن تواري المسنين عن الأنظار أن يؤثر سلبا في وصولهم إلى المساعدات الإنسانية والصحية المتاحة، ومن المنظور الصحي، يمكن للاعتراف بقدرات اللاجئين المسنين أن يجلب العديد من المزايا، ومن ثم تبرز أهمية التشاور والتوجه التشاركي لضمان اندماج الاحتياجات الصحية والاجتماعية للمسنين في عمليات التقييم ووضع البرامج وتوصيل الرعاية الصحية والمعونات.

4- المسنون وعوائد التنمية:

هناك بعض محددات العمل التي تواجه المسنين ويبدو أن نسبة المسنين العاملين (في توقيت المسح) كانت أعلى في المناطق الريفية منها في الحضرية. ويرجع هذا إلى أن نظم المعاشات لا تمتد للقطاع الزراعي. وترتفع نسب البطالة لدى من هم في سن +60 في الرجال عنها في النساء، كما تنخفض بحسب المستوى التعليمي، ألن المتعلمين أكثر التحاقا بنظم المعاشات وهم بصفة عامة لا يطلبون التوظف، لكن الوضع يختلف لدى منخفضي التعليم الذين اشتغلوا في قطاعات غير رسمية، حيث تندر التغطية بنظام المعاشات.

كما أن المعاناة من مرض مزمن قد تقلل من استعداد الشخص المسن للعمل أو قدرته عليه، وهذا الأثر لا يرجع للسن بقدر ما يرجع للوضع الصحي، ومن الشيق أن نلاحظ أن نسبة المسنين الباحثين عن عمل (العاطلين) ترتفع لدى المعانين من مرض مزمن، ويصدق هذا على جميع فئات المسنين العمرية. إن الحاجة للعمل لتغطية تكاليف العلاج من المرض، وكذلك إقصاء الذين يعانون من أمراض غير معدية، هي من بين العوامل التي قد تفسر هذه الظاهرة، ومن هنا تظهر المعطيات أن مساهمة المسنين في قوة العمل، مثلهم مثل أية فئة مهمشة اقتصاديا، لا يستهان بها، وهم يمثلون طلبا واضحا على العمل، بمعنى أن لديهم احتياجات تتطلب التلبية، لكن لديهم أيضا إمكانات كبيرة للمساهمة في التنمية من خلال خبراتهم .ومع ذلك فإن المسنات في المناطق الريفية، وقليلي الحظ من التعليم، يتعرضون للتمييز أكثر من

سواهم. ويمكن التوصل إلى تدابير لتحسين الاندماج الاقتصادي لهؤلاء من خلال تغيير الإطار التشريعي وتحسين الوصول إلى المبادرات البديلة، من قبيل القروض متناهية الصغر.

ومن حيث الاستقلال المالي للمسنين فإنه يمكن القول بأنه تشير القدرة على اقتراض المال وادخاره إلى احتمالات الاستقلال المالي للشخص. وتبلغ نسبة الأشخاص في سن 60–79 ممن ادخروا أي قدر من المال خال السنة السابقة على الاستقصاء 35 بالمئة في المتوسط، وهذه النسب لا تعكس بالضرورة أن هؤلاء الأفراد مكتفون ذاتيا، لكنهم حريصون على توفير المال للظروف الصعبة. والفوارق بين الرجال والنساء طفيفة، لكن نسبة النساء اللواتي تمكن من الادخار أعلى في بعض البلدان من نسبة الرجال، ويبين أن نسبة أصحاب المدخرات من الرجال والنساء على السواء تتزايد بارتفاع المستوى التعليمي، مما يعكس العلاقة العامة بين الدخل والمستوى التعليمي .

كما يبدو أن الاقتراض واسع الانتشار بين المسنين في غالبية البلدان، وخاصة الأقل نمواً منها، حيث يمثل الاقتراض واحدة من الآليات المهمة لتدبير الاحتياجات، كما أن هناك تباين كبير في نسب السكان المسنين من ذوي الحسابات في مؤسسة مالية، بحسب درجة التعامل النقدي في المجتمع. في البلدان الأقل نموا، حيث يظل المسنون يعملون بنسب عالية، وحيث ينتشر الفقر نسبيا، تنخفض إلى حد بعيد نسب المسنين من أصحاب الحسابات في المؤسسات المالية .

وهناك فجوات أكبر بين الجنسين في الوصول إلى النظم المصرفية. وفي بلدان الدخل المتوسط الأخرى تزيد الفوارق، وتبلغ نسبة النساء من أصحاب الحسابات في مؤسسة مالية أقل من نصف نسبة الرجال، إن هذه الفوارق تعكس الفجوة بين الجنسين في الوصول إلى الفرص الاقتصادية، وتنتج عن الفارق التراكمي في مساهمة المرأة في قوة العمل.

كما يعد الوصول إلى القروض من المؤشرات الهامة لتفهم قدرة المسنين على الاستقلال المالي والتمكن من التخطيط للمشروعات الاقتصادية أو إنشائها. والقروض بصفة عامة تتطلب العديد من الضمانات، والبرهنة على الملاءة المالية أو الرهنية، وهو الحق المفروض قانونا في أمالك المدين التي تبقي في حوزة المدين. لكن معظم المسنين يجدون صعوبة في التوصل إلى هذا كله. وقد اشتمل استقصاء البنك الدولي المذكور أعاله على سؤال عن الوصول إلى القروض من المؤسسات المالية من أجل منزل أو شقة أو قطعة أرض، وهو ما يوجب الاهتمام بتوفير جهد كبير لضمان تعميم الخدمات المالية على المسنين، أوال من خلال المبادرة إلى استحداث نظم مصرفية ملائمة لاحتياجاتهم، ولكن أيضا عن طريق تحسين فرصهم في الحصول على قروض، وأموال في حالات الطوارئ. أما النساء والمسنين الأقل تعليما والأكثر فقرا، فهم يواجهون صعوبات أكبر في التمتع بالخدمات المالية. ويبدو الوضع أسوأ في البلدان العربية الأقل نموا، وخاصة فيما يتعلق بالوصول إلى القروض .

ويعتمد المسنون تقليديا على الأسر الممتدة لتأمين المساندة والسالمة في الشيخوخة، لكن التغيرات التي طرأت على القيم، والأدوار والهياكل الأسرية، والهجرة من الريف إلى الحضر، والتقدم في العمل التعاقدي، أحدثت كلها تحولات في الآليات التقليدية لشبكات الوقاية الاجتماعية، وقلصت من أثرها على السكان. وقد حلت المعاشات محلها جزئيا، لكن تغطية المعاشات لم تبلغ بعد مرحلة الشمول، مما يعرض قسما كبيرا من المسنين لأوضاع الاحتياج والفقر والاستضعاف.

وفيما يتصل بالمعاشات فإنه تتوقف الاستفادة من المعاشات على عدة عوامل، منها المساهمة في قوة العمل، وبعض السياسات الحكومية المحددة التي توفر المعاش أو المنح النقدية حتى لمن لم يعملوا أو كان عملهم محدودا. والمشاركة في قوة العمل تحدد أيضا حجم الزمر المنتظرة في المستقبل من المنتفعين، كما أن تغطية الضمان الاجتماعي

تظل منخفضة، وهي بحسب التعريف الأول (نسبة المساهمين النشطين مقسومة على قوة العمل، كما يعرفها البنك الدولي) بعيدة عن تحقيق التغطية الشاملة. ومن الأسباب التي قد تفسر انخفاض التغطية، يتسم حجم سوق العمل بأهمية خاصة، وكذلك تفوق القطاع غير الرسمي والعمل لحساب النفس، وانخفاض مساهمة القطاع الخاص، إلا أن نظم المعاشات مأزومة في بلدان عديدة، وتواجه عجوزات مالية، إن عبء الإنفاق العام على المعاشات يتزايد .

ومن الأسباب المذكورة التي تساهم في الأزمة، تبرز ثالثة أسباب: هي أن شيخوخة السكان بسبب التحول الديمغرافي، وكذلك تباطؤ النمو الاقتصادي، بالإضافة إلى أزمة البطالة المنخفضة الهيكلية وإدارة نظم المعاشات، وعلى ذلك فإن النقاش جار حول الإصلاحات، لكنه يبدو محفوفا بالصعوبات بسبب ارتفاع أعداد المتقاعدين، وقد يكون له عواقب جدية على مستوى اللامساواة في تلك البلدان، إضافة إلى اللامساواة بين الأجيال.

وأكثر السكان شيخوخة يعيشون حاليا في البلدان المتقدمة، لكن معظم المسنين يعيشون في البلدان النامية. وبالنظر إلى كون معدلات نمو المسنين في البلدان النامية أعلى منها في البلدان المتقدمة فإن سكان العالم الأكبر سنا سيتركزون على نحو متزايد في البلدان الأقل نموا، كما يقف العالم على حافة عالمة ديمغرافية فارقة، فهو يواجه وضعا غير مسبوق، بما أن الأطفال كانوا يتفوقون عدديا على الكبار منذ بداية التاريخ المسجل، إلا أن أعداد الأفراد البالغين 60 فأكثر ستفوق الأطفال دون الخامسة، ذلك أن شيخوخة السكان مرشحة للاستمرار، بل التسارع، مدفوعة بانحدار معدلات الخصوبة والزيادة الملحوظة في متوسط العمر المتوقع .

وكما لوحظ فإن سكان العالم في سن +60، في معظم المناطق، ينمون بمعدل أسرع من نمو الكبار والأطفال، مما سيكون له أبلغ العواقب على الأسرة، وسوق العمالة، والبرامج العامة المخصصة لمختلف الفئات الجيلية، كما أن صغار الأطفال (0–4) يتفوقون على المسنين (+60) عدديا في المنطقة العربية حتى 2030، حينما تختفي الفجوة وينعكس الوضع بحيث تتقاطع الفئتان، ثم تستمر الزيادة في نسبة المسنين بحيث يتفوقون على صغار الأطفال حتى 2050. وتشهد الدول العربية كلها تقريبا نفس المنحى، لكنها تختلف من حيث التوقيت إذ يتفوق صغار الأطفال فيها (0–4) على المسنين (+60) حتى 2015. لكن بين 2015 و2030 ستختفي الفجوة ويتقاطع مسار الفئتين، ثم تستمر الزيادة في نسبة المسنين بحيث يتفوقون على الأطفال عدديا في الجزائر والبحرين والكويت وعمان وقطر والسعودية والإمارات العربية المتحدة .

المسنون والعلاقات القرابة والأسرية:

وبصفة عامة يظل للمسنين دور معنوي، كما يستمر النظر إليهم باعتبارهم رؤوس الأسر، لكن هذا الدور تحول في أحيان كثيرة بحيث لم يعد رمزيا فقط، بل صار أيضا يرتبط بمسؤوليات عديدة، وخاصة المسؤوليات الاقتصادية والمالية. وتعد تغيرات الأدوار داخل الأسرة، والتحول الديمغرافي، وتغيرات العالقات فيما بين الأجيال، من العوامل المساهمة في تباين تلك النسب.

وبالاستعانة بمعطيات المسح العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) في بلدان منتقاة، يمكننا تحليل وضع المسنين في الأسرة، بصفة عامة يقوم حوالي 84.7 بالمئة من السكان في سن 60+ بدور رأس الأسرة أو زوج رأسها.

ثالثاً: تشريعات حماية المسنين: وفيما يلي يتطرق الباحث لأهم هذه التشريعات:

تعد مسألة رعاية المسنين، الذين يزداد عددهم باستمرار، إحدى التحديات الكبيرة لمختلف الدول، النامية منها والمتقدمة، الأمر الذي يتطلب اهتماما خاصا بالموضوع حيث عقدت الأمم المتحدة الاجتماعات لتخوفها الكبير من هذا

الارتفاع في أعداد المسنين والذي يعني لها هبوط نسبة الأفراد المنتجين، الذين يجب أن يتفرغوا لمراقبة الأفراد المستهلكين، مع ارتفاع نسبة الطاعنين في السن، مما يتطلب خدمات أكبر في المجالات الصحية والاجتماعية.

كما أن اتجاه السكان نحو التعمير– طول العمر– يؤدي إلى هبوط نسبة الأطفال، وخصوصا في الأقطار المتقدمة مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة القلق، والاضطرابات النفسية للمعمرين، بسبب إحساسهم بالوحدة والوحشة.

وقد رأت المنظمة الدولية إزاء هذه المشكلة المتفاقمة ضرورة الاهتمام بالجوانب الحياتية المهمة للمسنين، **والمتمثلة في :**

(أ) الأمن الاقتصادي والمالي للمسنين.

(ب) حفظ سلامتهم.

(ج) تعليمهم المستمر لمواجهة مشاكل الحياة.

مكانة المسنين في التشريعات الدولية:

ذلك أنه تشغل مساحة الشيخوخة حيزا مهما في الأجندة الدولية، وقد لعبت الأمم المتحدة دوراً أساسياً في تنبيه دول العالم، إلى أهمية قضايا المسنين، لكن لا توجد بعد اتفاقية دولية شاملة تتعلق بحقوقهم، كما لا توجد ترتيبات إشرافية ملزمة تتعلق بشتى مجموعات مبادئ الأمم المتحدة في هذا المجال، ولا يتضمن العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أية إشارة صريحة إلى حقوق كبار السن، وإن كانت المادة (9) التي تتناول "حق كل شخص في الضمان الاجتماعي، بما في ذلك التأمينات الاجتماعية"، تعترف ضمنا بحق الحصول على ضمانات الشيخوخة.

والواقع أنه لم تنص المواثيق الدولية بصراحة على السن كأحد الاعتبارات التي يحظر التمييز على أساسها، ويرجع ذلك إلى أن مشكلة الشيخوخة عندما اعتمدت هذه الصكوك، لم تكن واضحة او ملحة كما هي الآن. ومع ذلك يمكن تفسير منع التمييز بسبب "أي وضع آخر" على أنه ينطبق على السن، وهذا المبدأ لا يحتاج إلى اعتراف صريح، بل يفترض افتراضا باعتباره حقا طبيعيا للفرد لا يمكن سلبه أو تقييده أو تعليقه، بدون سبب مشروع ينص عليه القانون.

وعليه يمكن القول إن المساواة وعدم التمييز ضد كبار السن أمر مؤكد على العموم في كثير من الوثائق الدولية. وأغلب دول العالم التزمت في دساتيرها الداخلية بمقررات الأمم المتحدة، ونصت على حقوق الإنسان بالمفهوم الذي تضمنه الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. وقد سبق الإسلام كل المواثيق والمنظمات العالمية حين أقر هذا الحق.

وقد بدأ الاهتمام الدولي بقضايا المسنين في منتصف السبعينات، حيث أنشأت الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة (1978م) "الجمعية العالمية للشيخوخة". وبينت ان الهدف من الجمعية هو عقد محفل للشروع في برنامج عمل دولي يستهدف تأمين الضمان الاقتصادي والاجتماعي لكبار السن وإتاحة الفرص لهم للأسهام في التنمية الوطنية، من خلال وضع خطة عمل دولية تستهدف تلبية احتياجات الشيخوخة ومتطلباتها. وقد اعتمدت هذه الجمعية عام 1982، خطة عمل فينا الدولية للشيخوخة، التي كانت بمثابة أول وثيقة عالمية تعنى بالمسنين، كما رفعت منظمة الصحة العالمية عام 1983 شعار (فلنضف الحياة إلى سنين العمر)، وطلبت من فروعها في مختلف المناطق أن تقدم مشروعها العملي الجامع لتحقيق هذا الشعار .

وقدم المؤتمر الدولي الذي انعقد في مدينة مكسيكو عام 1984، توصية بضرورة قيام الدول بالاهتمام بالمسنين، لا باعتبارهم فئة تبعية تلقي بثقلها على المجتمع، بل باعتبارهم مجموعات قدمت معونات كبرى إلى الحياة الاقتصادية والتربوية والاجتماعية والثقافية لعوائلها وما زالت تستطيع أن تقدم ذلك .

وقد أكد المؤتمر الدولي في فينا عام 1988 على قواعد المشروع العملي المتعلق بالمسنين، حيث تمت صياغة وثيقة (فينا) الدولية للشيخوخة والمبادئ العامة التي نادت بها خطة عمل (فينا) الدولية للشيخوخة والتي تؤكد على ان هدف التنمية هو تحسين رفاه وسلامة كل المجتمع على أساس المشاركة الكاملة في مسيرة التنمية والتوزيع العادل للنتائج الحاصلة، وأن على مسيرة التنمية أن تعمل على رفع مقام الأفراد وتحقيق المساواة من خلال توزيع المصادر والحقوق والمسؤوليات الاجتماعية بين كل الفئات من شتى الأعمار، ولم تغفل الوثيقة آثار الشيخوخة على التنمية في المجتمعات، فهي تؤكد على أن هناك عدة مجالات تهم المسنين ينبغي العناية بها ولعل أهمها الصحة والتغذية والإسكان وحماية المستهلكين المسنين والبيئة والأسرة والرعاية الاجتماعية.

وفي عام 1989م، أعدت اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (الاسكوا) أول دراسة إقليمية حول أوضاع المسنين في المنطقة العربية.

كما أنه في عام 1991م اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن (القرار 46/ 91) في 16 كانون الثاني/ ديسمبر 1991م. وشجعت الحكومات على إدراجها في خططها الوطنية، متى ما أمكن ذلك .

وفي عام 1992م اعتمدت الجمعية العامة، ثمانية أهداف عالمية في مجال الشيخوخة لسنة 2001. ودليلا مقتضبا لوضع الأهداف الوطنية في مجال الشيخوخة، تفيد هذه الأهداف العالمية في تعزيز التزامات الدول الأطراف في العهد.

كما أكد المؤتمر الآسيوي الرابع الذي انعقد في جزيرة بالي عام 1992م، أن سياسة (التأهيل في جميع سني العمر لمرحلة الشيخوخة) هي وسيلة للوصول إلى تلك الأهداف.

وكذلك في عام 1992م، وبمناسبة الذكرى السنوية العاشرة لاعتماد مؤتمر الشيخوخة لخطة عمل فيينا الدولية، اعتمدت الجمعية العامة، الإعلان بشأن الشيخوخة يسلم بالحاجة إلى وضع استراتيجية عملية ويحث على عدة نقاط منها: تشجيع تنفيذ خطة العمل الدولية للشيخوخة ونشر مبادئ الأمم المتحدة على نطاق أوسع .

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

أما المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد في القاهرة عام 1994 ونال شهرة واسعة، فقد أشار في البند (ج) من الفصل السادس للنمو السكاني إلى أن على الدول ان تستهدف مسألة تعزيز الاعتماد على الذات لدى المسنين وتعزيز نوعية الحياة بتمكينهم من العمل والعيش بصورة مستقلة لأطول وقت ممكن، ووضع نظم للرعاية الصحية علاوة على نظم للضمان الاقتصادي والاجتماعي عند الشيخوخة حسب الاقتضاء، مع إيلاء اهتمام خاص بالمرأة.

وفي الإطار ذاته فإن المؤتمر الذي عقده قادة الدول في مجال (التنمية الاجتماعية) عام 1995 في كوبنهاجن أوصى الدول ببذل مساعي خاصة في حماية المسنين وخصوصاً المعوقين منهم من خلال تقوية نظام الحماية العائلية وتحسين مكانتهم الاجتماعية وضمان وصولهم إلى الخدمات الأساسية الاجتماعية، وضمان الأمن المالي وإيجاد الجو الاقتصادي المساعد لتأمين صناديق التوفير لمرحلة الشيخوخة.

وقد ساعدت خطة عمل فينا الدولية، ومبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن، بالإضافة إلى برنامج عمل مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية، والبرامج الأخرى التي تم الاتفاق عليها دوليا، على توفير التوجه لصياغة إطار

العمل المفاهيمي للسنة الدولية لكبار السن، الذي اعتمدته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1999، بوصفه السنة الدولية لكبار السن، وكان شعارها "مجتمع لكل الأعمار".

وفي عام 1999، عقدت الجمعية العامة للأمم المتحدة تحت شعارين أساسيين "نحو عصر جديد للمسنين"، و"مجتمع آمن لكل الأعمار"، كما نظمت الجمعية العامة للأمم المتحدة في العام 1999م العام الدولي للمسنين، من أجل المبادئ الأساسية لهم.

وجدير بالذكر أن نسبة المسنين الذين تربطهم بالأسرة علاقات أخرى بخلاف ابن/ابنة أو زوج ابن/ابنة ليست بالقليلة (12.7 بالمئة)، لكنها تختلف بين البلدان، ولا شك في أهمية الفوارق الجنسية بالنسبة لمركز رأس الأسرة، إذ أن نسبة المسنات اللواتي تعلن أسرهن أدنى (29.9 بالمئة) مقارنة بـ 94.1 بالمئة للرجال المسنين. ويعني هذا أن النساء تقمن طوعا أو كرها بالتنازل عن مركز رأس الأسرة للابن أو أي شخص آخر عند وفاة الرأس. فهل نفهم من هذا أنها تفقد مكانتها وسط الأسرة عند وفاة زوجها؟ ليس هذا صحيحا دائما، ولاسيما عندما تكون المرأة نشطة، وتعول آخرين من أفراد الأسرة .

كما أن هناك فوارق ملحوظة في الحالة الوظيفية بين الذكور والإناث وسط المسنين من رؤوس الأسر، فبينما يعمل 5.1 بالمئة من النساء فقط فإن 35.6 بالمئة من الذكور رؤوس الأسر يعملون، و40.3 بالمئة منهم متقاعدون في مقابل 8.8 بالمئة من النساء فقط، لكن أبرز الفوارق يظهر وسط رؤوس الأسر المصنفين على أنهم يلازمون البيوت: 67.2 بالمئة للنساء وأقل من 1 بالمئة للرجال .

وكدلالة على التكافل التقليدي نجد أن أغلبية تلك الفئة من المسنين، أو ما يقرب من 71.3، لا يعملون أو يلازمون البيوت أو عاجزون من العمل، وترتفع النسبة لدى النساء إلى 94.6 بالمئة في مقابل 64.3 بالمئة لدى الرجال، فالحرص على حصول المسنين على الرعاية من أسرهم يعزز كرامتهم ويشعرهم بأهمية الدعم الأسري سواء كان ماديا أو معنويا. وللحكومة أن تشجع السياسات التي تعزز الدعم الأسري وخاصة للمعاقين والمترملين والمسنين والمسنات غير المتزوجين.

وأكثر السكان شيخوخة يعيشون حاليا في البلدان المتقدمة، لكن معظم المسنين يعيشون في البلدان النامية. وبالنظر إلى كون معدلات نمو المسنين في البلدان النامية أعلى منها في البلدان المتقدمة فإن سكان العالم الأكبر سنا سيتركزون على نحو متزايد في البلدان الأقل نموا، كما يقف العالم على حافة عالمة ديمغرافية فارقة، فهو يواجه وضعا غير مسبوق، بما أن الأطفال كانوا يتفوقون عدديا على الكبار منذ بداية التاريخ المسجل، إلا أن أعداد الأفراد البالغين 60 فأكثر ستفوق الأطفال دون الخامسة، ذلك أن شيخوخة السكان مرشحة للاستمرار، بل التسارع، مدفوعة بانحدار معدلات الخصوبة والزيادة الملحوظة في متوسط العمر المتوقع .

وكما لوحظ فإن سكان العالم في سن +60، في معظم المناطق، ينمون بمعدل أسرع من نمو الكبار والأطفال، مما سيكون له أبلغ العواقب على الأسرة، وسوق العمالة، والبرامج العامة المخصصة لمختلف الفئات الجيلية، كما أن صغار الأطفال (0–4) يتفوقون على المسنين (+60) عدديا في المنطقة العربية حتى 2030، حينما تختفي الفجوة وينعكس الوضع بحيث تتقاطع الفئتان، ثم تستمر الزيادة في نسبة المسنين بحيث يتفوقون على صغار الأطفال حتى 2050. وتشهد الدول العربية كلها تقريبا نفس المنحى، لكنها تختلف من حيث التوقيت إذ يتفوق صغار الأطفال فيها (0–4) على المسنين (+60) حتى 2015. لكن بين 2015 و2030 ستختفي الفجوة ويتقاطع مسار الفئتين، ثم تستمر

الزيادة في نسبة المسنين بحيث يتفوقون على الأطفال عدديا في الجزائر والبحرين والكويت وعمان وقطر والسعودية والإمارات العربية المتحدة .

المسنون والعلاقات القرابية والأسرية:

وبصفة عامة يظل للمسنين دور معنوي، كما يستمر النظر إليهم باعتبارهم رؤوس الأسر، لكن هذا الدور تحول في أحيان كثيرة بحيث لم يعد رمزيا فقط، بل صار أيضا يرتبط بمسؤوليات عديدة، وخاصة المسؤوليات الاقتصادية والمالية. وتعد تغيرات الأدوار داخل الأسرة، والتحول الديمغرافي، وتغيرات العالقات فيما بين الأجيال، من العوامل المساهمة في تباين تلك النسب.

وبالاستعانة بمعطيات المسح العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) في بلدان منتقاة، يمكننا تحليل وضع المسنين في الأسرة، بصفة عامة يقوم حوالي 84.7 بالمئة من السكان في سن 60+ بدور رأس الأسرة أو زوج رأسها.

المراجع

1) عبد الفتاح عثمان: خدمة الفرد في المجتمع النامي (القاهرة مكتبة الانجلو المصرية،1998)، ص63.
2) عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد: الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة (الشيخوخة والمسنين)، القاهرة، مكتبة عين شمس ،1997، ص81.
3) تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية: رئاسة الجمهورية المجالس القومية المتخصصة، الدورة ال 24، 2002-2004، ص 231.
4) احمد محمد السنهوري واخرون: منهج الممارسة العمة المتقدمة للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، (القاهرة، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي بجامعة حلوان، ط1، 2006، ص 51-53.
5) عبد الحميد عبد المحسن: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، القاهرة دار الثقافة للنشر والتوزيع،1990، ص 40-41.
6) سيد سلامة ابراهيم رعاية المسنين، الجزء الثاني، الاسكندرية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع ،1997، ص143-144.
7) محمود عبد الرحمن كأمراض الشيخوخة النفسية، القاهرة دار الهلال، 1992، ص 116.
8) محمد حسن غانم: مشكلات كبار السن التشخيص والعلاج رؤية نفسية دينية، الاسكندرية، المكتبة المصرية،2004، ص 114-115.
9) دوجلاس –باول، ترجمة هالة النابلسي: تسع خرافات عن الشيخوخة اداء أمثل مع تقدم العمر، (الرياض مكتبة العبيكان،2001)، ص186.
10) سيد سلامة ابراهيم: مرجع سبق ذكره، ص 164-165.
11) دوجلاس هـ-باول، ترجمة هالة النابلسي: مرجع سبق ذكره، ص ص 205-206.
12) السيد علي شتا: نظرية الاغتراب من منظور علم الاجتماع، الاسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة،1993، صص 217-232.
13) احمد محمد السنهوري واخرون: مرجع سبق ذكره، ص55.
14) عبد الرحمن العيسوي: امراض العصر الامراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية،1990، ص ص 267-268.
15) يسري دعبس: اوضاع المسنين في الثقافات المختلفة، الملتقي المصري للإبداع والتنمية، الاسكندرية،2002، ص 263.
16) فرج عبد القادر طه: اصول علم النفس الحديث، القاهرة، دار المعارف ،1994، ص 243.
17) احمد محمد السنهوري، واخرون: الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، جامعة حلوان، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي،2006، ص 64.
18) باقر النجار: العولمة والفئات الاجتماعية المستهدفة من العمل الاجتماعي، مؤتمر العولمة وسياسات العمل الاجتماعي، جمهورية مصر العربية، القاهرة، جامعة الدول العربية، من 15 الي 17 /2003/12 ص ص 14-15.
19) امال صداق، فؤاد ابو حطب: نمو الانسان من مرحلة الجنين الي مرحلة المسنين، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية،1990، ص ص 666-667.
20) سناء الخولي: الاسرة والمجتمع، الاسكندرية دار المعرفة الجامعية،1992، ص ص 278_279.
21) سيد سلامة ابراهيم: مرجع سبق ذكره، ص 152.
22) كوثر إبراهيم رزق، مشكلات المسنين المقيمين مع أسرهم وفي دور المسنين، المؤتمر الإقليمي العربي الثالث لرعاية المسنين، جامعة حلوان، 2002، ص15.
23) ماهر أبو المعاطي علي، مقدمة في الخدمة الاجتماعية مع نماذج تعليم وممارسة المهنة في الدول العربية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، 2002، ص320.
24) حسن حمود، مراجعة نقدية لتجارب ناجحة في السياسة الاجتماعية المتكاملة (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، الأمم المتحدة، نيويورك، 2017، ص58.
25) إبراهيم عز الدين، إسهامات طريقة تنظيم المجتمع في تحسين نوعية الحياة لدى المسنين، المؤتمر العلمي الثاني، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ببورسعيد، 2008، ص70.
26) هجيره أوبعيش، دور الدولة ومنظمات المجتمع المدني في دعم خدمات الرعاية الاجتماعية للمسنين – الجزائر أنموذجاً، مرجع سبق ذكره ص11.
27) عماد ثروت شرقاوي حسن، الالتزام القيمي لأخصائي الجماعة وتحسين نوعية الحياة للمسنين، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد 28، الجزء الخامس،2010، ص20.

28) أحمد محمد عوض، دراسة مشكلات أسر المسنين وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها، رسالة ماجستير، كلية الخدمة، حلوان، 2001، ص77.
29) ناهد صالح، مؤشرات نوعية الحياة، نظرة عامة على المفهوم والمدخل، معهد التخطيط القومي، المجلة الاجتماعية القومية، المجلد 27، العدد الثاني، مايو، 1999، ص58.
30) طلعت مصطفى السروجي، السياسة الاجتماعية في إطار المتغيرات العالمية الجديدة، مرجع سبق ذكره، ص383.
31) المسنون في المجتمع العربي، الإحصاءات والسياسات، القاهرة، مرجع سبق ذكره، ص7.
32) سامي محمود موسى، جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة، بحث علمي منشور في (مجلة الإرشاد النفسي، العدد الثالث عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، 2001، ص11.
33) المسنون في المجتمع العربي: الإحصاءات والسياسات، القاهرة، 2017، ص11
34) نشمى بن حسين العنزي، تحسين نوعية حياة المسنين بالمجتمع السعودي من وجهة نظر التخطيط الاجتماعي، مرجع سبق ذكره، ص18.
35) فتحي السيسي، نحو تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية في رعاية المسنين نزلاء مؤسسات الرعاية الإيوائية، بحث منشور بالمؤتمر العلمي الثاني عشر، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، كلية الخدمة الاجتماعية، 2002، ص145.
36) كلير فهيم: الرعاية النفسية والصحية للمسنين، القاهرة مكتبة الانجلو المصرية،2004، ص 179.
37) أحمد محمد عوض، دراسة مشكلات أسر المسنين وتصور مقترح لدور خدمة الفرد في مواجهتها، رسالة ماجستير، كلية الخدمة، حلوان، 2001، ص77.

1) Robert l. Kane Rosalie A. Kane: Assign older persons, (Oxford, N.Y, Oxford university, press, 2000) p.26.
2) Karen K.Krist-Ashman: Understanding Generalist Practice,3thed (Duxbury, Wads, Worth group brooks-cole,2002),p.232.
3) Mary Marshal, Mary Dixon: Social Work with older people, Third Edition, (London, Macmillan press ltd,1996),p18.
4) Calculated using data of broad age groups from the World Population Prospects: the Revision UNDESA. New York, 2015, p.80.
5) Burdman, G.M. Health by Eaging, New Jersey, Prentice Hell Inc, 2019, p.7.
6) Hancock, Tremor, quality of life indicators and the DHC. Health Promotion center press. Ontario, 2019, p.60.
7) Hancock, Tremor, quality of life indicators and the DHC. Health Promotion center press. Ontario, 2019, p.60.