جمهورية مصر العربية
معهد التخطيط القومى

سلسلة قضايا التخطيط والتنمية
رقم (٢٠٤)

حول تقدير الاحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين (بالتركيز على محافظة القاهرة)

أكتوبر ٢٠٠٧

حول تقدير الاحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين

(بالتركيز على محافظة القاهرة)

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم

فى إطار مواصلة المعهد لأداء رسالته في خدمة قضايا التنمية والتخطيط يصدر المعهد سلسلة قضايا التخطيط والتنمية لإتاحة نواتجه الفكرية العلمية لمتخذي القرار وللمتخصصين وذوى الاهتمام .

حيث تقدم سلسلة (قضايا التخطيط والتنمية) نتاج مثابرة ودأب فرق بحثية علمية من داخل المعهد مع الاستعانة ببعض الخبرات من ذوى الثقة من خارجه في دراسة الموضوعات التي تعكس التوجهات الرئيسية للمعهد في خطة بحوثه السنوية .

ولا يسعنا إلا أن نتمنى لقارئ هذه السلسلة مزيداً من الاستفادة والإسهام في إثراء وتطوير الجهود البحثية من خلال التعليقات الرصينة بما يخدم قضايا تنمية ورخاء وطننا الحبيب مصر .

وندعو الله أن يكون هذا العمل قد اخرج في أحسن صورة تليق بتاريخ ومكانة معهدنا العريق ..

مدير المعهد

(أ.د / علا سليمان الحكيم)

حول تقدير الإحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين

(بالتركيز على محافظة القاهرة)

مستخلص :

تشير الدراسات والبحوث الديموجرافية إلى تزايد ظاهرة إرتفاع معدلات حجم فئة كبار السن بشكل مطرد وسريع ، فى جميع أنحاء العالم ، وتتركز تلك الظاهرة بالدول النامية خاصة بالمناطق الريفية . ويلاحظ أنه بينما وصلت البلدان المتقدمة إلى مرحلة الثراء قبل زحف الشيخوخة إليها ، فإن البلدان النامية ستصاب بالشيخوخة قبل وصولها إلى مرحلة الثراء . لذلك من الضرورى إعادة موائمة سياسات وإستراتيجيات وخطط وبرامج التنمية الشاملة بما يضمن حق تلك الفئة فى الحصول على إحتياجاتها من الخدمات الإجتماعية والإقتصادية بهدف تحقيق تكامل تلك الخدمات مما ينعكس على الحالة الصحية للإنسان بجوانبها الثلاث الجسدية والنفسية والمجتمعية .

وبناء على ما سبق فإن تلك الدراسة تهدف إلى محاولة تقدير الإحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين – بالتركيز على محافظة القاهرة . ولتحقيق هدف الدراسة تم تناول العديد من الجوانب الديموجرافية ، والنفسية ، والإجتماعية ، بالإضافة إلى تحليل للوضع القائم فيما يتعلق بأهم الجهات ، الحكومية المسئولة عن تقديم خدمات لكبار السن ممثلة فى وزارتى التضامن الإجتماعى (دور وأندية رعاية المسنين) والصحة والسكان (المراكز الطبية لرعاية المسنين) بالإضافة إلى وزارة الإعلام (إذاعة الكبار) وبعض الجامعات والمراكز البحثية التى تقوم بدراسات ذات الصلة بالموضوع .

وقد خلصت الدراسة إلى أهمية رصد الموارد المادية والبشرية المدربة لتلبية إحتياجات كبار السن ، مع التأكيد على أهمية تفعيل دور المؤسسات الحكومية وغير الحكومية فى إطار إستراتيجية وطنية محورها رصد وتحديد لأهم الإحتياجات لخدمات المسنين .

Identifying the essential services needed by the old age group (Cairo governorate as a case study)

Abstract

Demographic researches and studies showed an increasing rate of the proportion of old age group. This phenomena has spread overall the world, and will be concentrated in developing countries especially in rural areas. It was observed that the developed countries became aging communities after they had developed, while developing countries will become aging communities before they have developed Accordingly, it is very necessary to re-establish the development strategies, policies, plans, and programmes to assure the rights of old age group, to meet their socio – economic needs.

The goal of the proposed study is to identify the most important essential services needed by the old age group.

To achieve the study goal, the demographic, psychological and social aspects were overviewed. In addition, a situation analysis of the most relevant governmental and non governmental organizations was conducted . For example; Ministry of Social Affairs (centers and clubs for eldery), Ministry of Health and Population (geriatric health care centers), Ministry of mass communication (old age broadcasting) and Universities and Research Centres.

The Main recommendation of this study is assuring the importance of the treatment of deficiencies in financial and human resources to meet the old age group needs. Also developing rules for governmental and non-governmental organizations within the framework of a national strategy, for old age group.

حول تقدير الإحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين

(بالتركيز على محافظة القاهرة)

تقديم للدراسة :

- الأهمية
- المنهجية
- المحتوى
- الفهرس

تقديم للدراسة :

الأهمية والمنهجية والمحتوى والفهرس

١ - أهمية الدراسة :

تشير الدراسات والبيانات إلى تنامى ظاهرة الشيخوخة بين سكان العالم ، حيث تتزايد فئة كبار السن بشكل مطرد وسريع ، ويؤكد ذلك تطور إحصاءات حجم فئة الذين يبلغون من العمر ٦٠ سنة فأكثر خلال الفترة من عام ١٩٥٠ إلى عام ٢٠٠١ والمتوقع سنة ٢٠٢٥ وهو ما يتضح فيما يلى :

العام	عدد السكان ٦٠ سنة فأكثر
١٩٥٠	٢٠٠ مليون نسمة
١٩٨٢	٤٠٠ مليون نسمة
٢٠٠١	٦٠٠ مليون نسمة
٢٠٢٥	١,٢ بليون نسمة

ويتضح مما سبق تزايد أعداد السكان من فئة ٦٠ سنة فأكثر منذ عام ١٩٥٠ إلى ٢٠٠١ ثلاثة أضعاف ، ويتوقع أن يصل عددهم فى ٢٠٢٥ إلى ١,٢ بليون نسمة. ويتركز أكثر من ٧٠% منهم بالدول النامية. أيضاً لوحظ زيادة حجم شريحة الذين يبلغون من العمر ٨٠ عاماً فأكثر ، حيث كان عددهم ١٣ مليون نسمة عام ١٩٥٠ ، وصل إلى ٥٠ مليون نسمة عام ١٩٩٥ ، ويقدر أن يصل إلى ١٣٧ مليون نسمة عام ٢٠٢٥ (جامعة منيسوتا ، ١٩٩٥) .

و القراءة المتعمقة لتلك البيانات والإحصاءات تجعلنا نفكر فى كيفية مواجهة تلك الظاهرة التى تؤثر على الهياكل الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع ، حيث يجب موائمة سياسات وإستراتيجيات وبرامج التنمية الشاملة بما يضمن حق تلك الفئة فى الحصول على إحتياجاتهم من الخدمات .

وتتعدد المصطلحات المستخدمة لوصف كبار السن فهى تشمل : " كبار السن" ، " المسنين " ، و " الأكبر سناً " ، و " الشيخوخة " ، للدلالة على الأشخاص الذين يزيد

عمرهم عن ٨٠ عاما٠ ووقع الإختيار على مصطلح كبار السن ، و يشمل هذا المصطلح إحصائياً الأشخاص البالغين من العمر ٦٠ سنة فأكثر (تعتبر إدارة الإحصاءات التابعة للإتحاد الأوروبى أن كبار السن هم الذين بلغوا من العمر ٦٥ سنة أو أكثر ، حيث أن سن الـ ٦٥ هى السن الأكثر شيوعاً للتقاعد ، حيث يشير الإتجاه العام نحو تأخير سن التقاعد ٠ (جامعة منيسوتا ، ١٩٩٥)٠

إن شريحة المسنين تتطلب توفير نوع خاص من الرعاية المتكاملة من قبل الدولة والمجتمع فى ظل متغيرات كثيرة طرأت على المجتمع لاسيما فيما يتعلق بالمساواة والعدالة الاجتماعية وحقوق الانسان ٠ بالإضافة إلى تراجع دور الأسرة التقليدى فى رعاية المسنين خاصة فيما يتعلق بتحول نمط الأسرة من أسرة ممتدة الى أسرة نووية ٠

ولقد أدت تلك المتغيرات الى إفراز العديد من المشاكل الاجتماعية التى قد يعانى منها المسنون داخل أسرهم مثل : فقد المكانة الاجتماعية ، والمعاناة النفسية والصحية والاجتماعية نتيجة لسوء المعاملة الأسرية وفى بعض الأحيان إنعدام التقدير الاجتماعى والاحترام المتبادل ، والمعاناة الاقتصادية لغياب أو ضعف خدمات التأمين الصحى والاجتماعى وعدم القدرة على الوفاء بمتطلبات الحياة ومتطلبات الأبناء ٠ فضلاً عن ذلك فإن المسنين يجدون صعوبة فى التكيف مع الواقع الأسرى الجديد ٠

وبالرغم من الجهود التى تبذل لرعاية المسنين إلا أن الحكومات تواجه صعوبات بعضها يتمثل فى سلم الأولويات مما يؤدى الى تقليل الاهتمام بالمسنين والعمل على تطوير أوضاعهم ، كما يصطدم البعض الآخر بتعقيدات إدارية وفنية فى عملية اتخاذ القرار وقلة دعم القطاع الخاص ونقص فى الموارد المالية والكفاءات البشرية ، مقابل زيادة الاحتياجات ومحدودية المشاركة الفعّالة للقطاعين الأهلى والخاص فى تحمل أعباء المسنين ، مما يلقى بالمسئولية شبه كاملة على عاتق الدولة ، الأمر الذى يحتاج إلى المساندة والدعم من قبل قضايا مؤسسات البحث العلمى فى تناول قضية المسنين بالبحث والدراسة من أجل وضع السياسات المناسبة والفعالة لمواجهة مشكلات المسنين فى مصر ٠٠٠ وتعتبر الدراسة محاولة فى هذا الصدد ٠

٢ - منهجية الدراسة :

أولاً : أهداف الدراسة :

فى ضوء ما تم عرضه عن أهمية قضية المسنين بإعتبارها من القضايا المعاصرة والتى تحتاج إلى ضرورة تناولها بالبحث والتدقيق وبإعتبار أن هذه القضية تعد من القضايا الإجتماعية التى لها تاريخ قديم فإن هذه الدراسة تحاول إلقاء الضوء على واقعها فى مصر ، هذا ويتمثل السعى الهادف لهذه الدراسة فى تقدير الإحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين لتحسين طبيعة وضع هذه القضية ورسم ملامحها العامة وذلك من خلال إستخدام المنهج الوصفى التحليلى والذى يعد من أكثر المناهج إتساقاً مع طبيعة هذه الدراسة وإعمالاً لأهدافها التالية :

١ - تشخيص لواقع شريحة المسنين وتحديد حجمها من الناحية الإحصائية .
٢ - تحديد إحتياجات المسنين كضرورة بشرية وتناول أهم أسس تقدير هذه الإحتياجات .
٣ - رصد لبعض الجهات المسئولة عن تقديم خدمات رعاية المسنين وأهم سياساتها الحالية المستقبلية لهذه الخدمات .
٤ - رصد الخدمات التى تقدمها دور المسنين وتحديد لأهم التحديات التى تواجهها .

ثانيا : وفيما يتعلق بأدوات الدراسة : فيمكن القول بأنه نظراً لطبيعة هذه الدرسة ، فقد تم التركيز على الإطار المرجعى النظرى ، تحقيقاً للأهداف الأربعة لهذه الدراسة ، وهذا وقد تم تطبيق إستمارة مقابلة وجهت لعينات من فئة المسنين تتمثل العينة الأولى فى الفئة ذات المستوى الإقتصادى المتوسط مما يؤد والثانية ذات المستوى المنخفض .

إعتمد إجراء هذه الدراسة على إستخدام جانبين من الأدوات :

أ - جانب مكتبى : نظرى مرتبط بالوفاء بمحتوى ما حددته الأهداف الأربعة للدراسة .
ب - إستطلاع ميدانى محدود (لمحدودية الوقت المتاح) لتناول أهم التحديات الرئيسية التى أبرزتها الدراسات النظرية والتى تركزت فى عدم وفرة الطلب على المعروض من خدمات المسنين فى مصر ومحاولة وضع ملامح عامة

لهذا الموضوع سواء من جانب القائمين على إعداد المعروض من هذه الخدمات أو من جانب المحتاجين إليها٠٠

وفى إطار ضيق الوقت الذى سمح بإجراء هذه الدراسة الميدانية ، فإن الهدف من القيام بها هو إجراء إستطلاع ميدانى محدود لتناول هذه الموضوعات التى تواجه قضية تفعيل خدمات المسنين فى مصر ومواجهة أهم التحديات الرئيسية التى تواجه كلا من جانب المعروض من هذه الخدمات أو من جانب الطلب عليها٠

٣ - **محتوى الدراسة** :

ويخصص الإطار التنظيمى لهذه الدراسة ، فقد إشتمل على خمسة فصول تعمل مجتمعة على تحقيق ما أستهدفته الدراسة فى جانبيها النظرى والميدانى :

- حيث يتضمن الفصل الأول من هذه الدراسة يتضمن رصد للأوضاع الديموجرافية للمسنين متناولاً فى بدايته أهم الدوافع ثم مستعرضاً لعدد كبير ومتنوع من الإحصاءات التى ترصد الواقع الفعلى لكبار السن فى مصر٠
- ويقدم الفصل الثانى من هذه الدراسة عرضاً لمفاهيم ومنهجية تقدير الإحتياجات للمسنين وذلك فى جزئين رئيسيين حيث تناول الجزء الأول فى هذا الفصل عرض للإحتياجات الإجتماعية والنفسية للمسنين كضرورة بشرية ، بينما يقدم الجزء الثانى أساليب ومنهجية تقدير هذه الإحتياجات٠
- ويأتى الفصل الثالث ليلقى الضوء على دور الدولة والمجتمع المدنى فى توفير خدمات المسنين والجهود المبذولة مؤخراً فى تطوير هذه الخدمات٠
- ويستعرض الفصل الرابع من الجانب النظرى خدمات دور رعاية المسنين وعدم وفرة الطلب عليها كنتيجة لهذا الإستعراض والذى تضمن فى نهايته مناقشة وتحليل أهم أسباب عدم وفرة الطلب على المعروض من هذه الخدمات٠
- أما الفصل الخامس والأخير (والذى يضم دراسة ميدانية إستطلاعية محدودة) كمحاولة للحصول على بعض النتائج الأولية التى يبرزها الواقع الميدانى حول خدمات مؤسسات رعاية المسنين من منظور طبيعة وفكر وسياسات المخططين للمعروض منها وطبيعة وحجم الطلب عليها من قبل المحتاجين لهذه الخدمات من المسنين أنفسهم أو من ممثل الأسر التى تعانى من تقديم هذه الخدمات للمسنين داخل منازلهم٠

- وتختتم الدراسة بجانبيها النظرى والميدانى بتقديم أهم التوصيات المنبثقة من هذين الجانبين والتى تعمل على التوصل إلى أهم العوامل والوسائل التى من شأنها رفع كفاءة المعروض من خدمات مؤسسات رعاية المسنين وتيسير إستخداماتها بالقدر الذى يعمل ويساهم فى كسر الحواجز الإجتماعية التى تجعل كثيراً من فئات المجتمع تهاب وتتحسب من اللجوء إليها والتعامل معها وذلك من أجل صالح الأسرة العاملة وصالح الإنتاج وصالح المسنين أنفسهم.

وفى إطار ماتقدم بالنسبة لأهمية هذه الدراسة وتقدم لمنهجيتها وتناول لفصولها فإن الفهرس التالى يقدم عرض تفصيلى لمحتواها بجانبيها النظرى والميدانى...

فريق البحث

من داخل المعهد :

الإسم	الوظيفة
أ.د. عزة عمر الفندرى	باحث رئيسى
	مستشار بمركز دراسات التنمية البشرية
أ.د. وفاء أحمد عبد الله	محرر البحث
	مستشار بمركز دراسات التنمية البشرية
أ.د. نادرة وهدان	مستشار بمركز دراسات التنمية البشرية
أ.د. دسوقى عبد الجليل	مستشار بمركز دراسات التنمية البشرية
أ.د. زينات طبالة	مستشار بمركز دراسات التنمية البشرية
أ. سحر عبود	معيد بمركز دراسات التنمية البشرية
أ. أحمد سليمان	معيد بمركز دراسات التنمية البشرية

من خارج المعهد :

الإسم	الوظيفة
السيد الأستاذ/ على بدر إمام	وكيل وزارة التضامن الإجتماعى – رئيس الإدارة المركزية للرعاية الإجتماعية والأمانة العامة.
السيدة الأستاذة/ إبتهاج عبد القادر محمد	مدير عام الإدارة العامة للأسرة والطفولة
السيدة الأستاذة/ قوت القلوب حسن أحمد	إدارة رعاية المسنون
السيدة الأستاذة/ سهير صبحى عزيز	إدارة رعاية المسنين
السيد الأستاذ/ أحمد أمين على رشوان	إدارة رعاية المسنين
السيدة الأستاذة/ سعاد حسن أحمد	مديرية التضامن الإجتماعى بالقاهرة.

فهرس الدراسة

	الموضوع	الصفحة
الفصل الأول:	**رصد للأوضاع الديموجرافية للمسنين**	(١-٢٥)
	الدوافع والواقع ٠	
الجزء الأول :	مقدمة حول أهم الدوافع الأساسية لضرورة تناول قضية المسنين بالبحث والدراسة ٠	٢
الجزء الثانى :	رصد لواقع الأوضاع الديموجرافية للمسنين٠	٦
الفصل الثانى	**الإطار المفاهيمى والمنهجى لتقدير إحتياجات المسنين**	(٢٦-٤٨)
الجزء الأول	الإحتياجات الإجتماعية والنفسية للمسنين كضرورة بشرية٠	٢٧
الجزء الثانى:	المفهوم والمنهجية تقدير إحتياجات المسنين٠	٣٨
الفصل الثالث	**حول دور الدولة والمجتمع الأهلى فى توفير وتطوير خدمات المسنين**	(٤٩-٨٦)
الجزء الأول	حول الإطار المادى والاجتماعى الذى تقدمه الدولة بمشاركة الجانب الأهلى لتقديم خدمات المسنين٠	٥٢-٨١
الجزء الثانى	أهم الجهود التى تبذلها الدولة للتطوير الحالى والمستقبلى لخدمات المسنين من قبل بعض مؤسسات الدولة٠	٦٠
الفصل الرابع	**خدمات دور المسنين وأهم التحديات التى تواجهها**	(٨٢-٩٩)
الجزء الأول	خدمات المسنين من المنظور الصحى التعريف والتصنيف لهذه الخدمات وأهم العناصر المرتبطة بها٠	٨٥
الجزء الثانى	واقع الخدمات التى تقدمها دور المسنين وعدم وفرة الطلب عليها كأهم التحديات التى تواجهها وتحليل حول الأسباب٠	٩٣

الفصل الخامس: إستطلاع ميدانى محدود للتعرف على أهم الجوانب عدم وفرة الطلب عليها. (١٠٠-١٢٥)

الجزء الأول : منهجية الدراسة الميدانية. ١٠٢

الجزء الثانى: عرض ومناقشة البيانات وإستخلاص النتائج وأهم التوصيات. ١٠٣

الخاتمة ١١٩

التوصيات

الخلاصة

المراجع

الملاحق

(ملحق ١)

اللجنة الإقتصادية والإجتماعية لغربى آسيا خطة العمل العربية للمسنين حتى عام ٢٠١٢

(ملحق ٢)

A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015 .

(ملحق ٣)

نموذج لإستمارة الإستبيان المستخدمة فى الدراسة الميدانية

(ملحق ٤)

إستمارة مقابلة المسئولين (واضعى السياسات) ومخططى خدمات رعاية المسنين

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
١	تطور توقع الحياة عند الميلاد من تقارير التنمية البشرية.	١١
٢	توقع البقاء على قيد الحياة عند الميلاد بالسنوات.	١٢
٣	توقع الحياة عند الميلاد فى الدول العربية (١٩٨٥- ٢٠٢٥).	١٣
٤	تقديرات السكان لعام ٢٠٠٦ حسب فئات السن/النوع/ المحافظات.	١٤
٥	تقدير عدد السكان فى شرائح كبار السن فى منتصف العام طبقاً لفرض الخصوبة المنخفضة حسب السن والنوع بالألف نسمة.	١٥
٦	نسبة كبار السن (٦٠ + سنة فأكثر) بدول شرق المتوسط.	١٦
٧	تقدير عدد سكان الجمهورية فى منتصف العام طبقاً لفرض الخصوبة المنخفض طبقاً للنوع بالألف نسمة.	١٧
٨	مقارنة بين حجم شريحة كبار السن لمتابعة تطورها.	١٧
٩	أعداد الوفيات لبعض الأمراض الأساسية لشريحة كبار السن.	١٧
١٠	بعض المؤشرات عن كبار السن بدول شرق البحر الأبيض المتوسط.	١٨
١١	توزيع أصحاب المعاشات والمستحقين عنهم بقطاع التأمينات (بالألف) .	١٩
١٢	تطور أعداد العاملين المؤمن عليهم بقطاع التأمين الإجتماعى والإشتراكات المحققة.	٢٠
١٣	التقديرات المتوقعة لإجمالى قوة العمل ١٥+ طبقاً للفرض المنخفض	٢١
١٤	التوزيع النسبى للسكان طبقاً للعمر ومعدل الإعالة.	٢٢
١٥	تطور العمر المتوقع عند الميلاد.	٢٣
١٦	تطور إنشاء دور المسنين.	٢٤
١٧	جملة مشروعات رعاية المسنين المنفذة بالخطة الخمسية ٢٠٠٢/٢٠٠٧ موزعة على سنوات الخطة ومواقع التنفيذ.	٥٧
١٨	الإعتمادات المدرجة لدور وأندية المسنين المنفذة بالخطة	٥٨

	الخمسية ٢٠٠٢/٢٠٠٧ .	
١٩	مقترحات وزارة التضامن الإجتماعى للخطة الخمسية ٢٠٠٧/٢٠١٢ والعام الأول منها ٢٠٠٧/٢٠٠٨ فى مجال رعاية المسنين.	٥٩
٢٠	بيان بحالات المسنين بالعيادات الخارجية بالمراكز الطبية لرعاية المسنين لعام ٢٠٠٦ .	٦٩
٢١	عدد وتخصصات العاملين بمركز هدى طلعت حرب لعلاج وتأهيل المسنين.	٧٠
٢٢	الخدمات التى تقدمها دور المسنين (المسح الميدانى لدور رعاية المسنين.	٩٤

الفصل الأول

رصد للأوضاع الديموجرافية للمسنين

الدوافع والواقع

مقدمة حول أهم الدوافع الأساسية لضرورة تناول قضية المسنين بالبحث والدراسة.

رصد لواقع الأوضاع الديموجرافية للمسنين.

أولاً: مقدمة : حول أهم الدوافع الأساسية لضرورة تناول قضية المسنين بالبحث والدراسة :

يلحظ المتأمل فى الأدبيات ذات الصلة المباشرة بموضوع المسنين ، أن ثمة مبررات ودوافع أساسية تدعو الى مزيد من الدراسة لموضوع المسنين : تتركز فى ستة نقاط أساسية على النحو التالى :

١ - يتعاظم أصداء الاهتمام بموضوع المسنين على مستوى البحوث والدراسات الاجتماعية ، وعلى مستوى السياسة الإنسانية ، فعلى مستوى السياسات والخطط ، تضع الحكومات السياسات لتلبية الاحتياجات الفعلية لكبار السن ، والتعامل معهم بإعتبارهم من القوى الفعّالة للمجتمع .

٢ - تزداد أعداد فئة المسنين ، وبالتالى زيادة نسبتها الى الهيكل السكانى والتداعيات الاجتماعية والاقتصادية لهذا الوضع ، ويرجع ذلك الى ارتفاع المستوى الصحى الوقائى والمستوى الصحى البيئى ، والصحة العلاجية والنفسية .

وكنتيجة للنمو السكانى السريع فى النصف الأول من القرن الحادى والعشرين فإن عدد الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم (٦٠) سنة ، يزداد من حوالى (٦٠٠) مليون نسمة فى عام ٢٠٠٠ الى بليونى نسمة تقريبا فى عام ٢٠٥٠ .

ومن المتوقع أن تزداد نسبة الأشخاص المسنين على الصعيد العالمى من ١٠% عام ١٩٩٨ الى ١٥% عام ٢٠٢٥ ، وأن أسرع زيادة متوقعة فى البلدان النامية ، حيث يتوقع أن يتضاعف عدد السكان من كبار السن أربع مرات خلال الخمسين سنة القادمة . هذا ومن المنتظر أن تصبح شيخوخة السكان قضية كبرى فى البلدان النامية ، حيث من المتوقع أن ترتفع نسبة كبار السن من ٨ الى ١٩% بحلول عام ٢٠٥٠ ، فى حين ستنخفض نسبة الأطفال من ٣٣% الى ٢٢% ، وهذا يمثل تحولا ديموجرافيا كبيرا (المركز الديموجرافى ١٩٩٦).

وطبقا لتقرير الأمم المتحدة عام ١٩٩٦ ، ففى منتصف التسعينات كان أقل من (٦%) من تعداد السكان فى مصر تزيد أعمارهم عن (٦٠) سنة ، وبحلول عام ٢٠٢٠ سوف ترتفع هذه النسبة الى (١٣%) بإجمالى نحو (١٣) مليون فرد .

هذا وتكشف دراسة التركيب النوعى للمسنين – فى مصر – زيادة عدد الإناث على الذكور فى تعداد (١٩٧٦)، ولكن بدأت هذه الظاهرة تأخذ إتجاها معاكساً فى تعدادى ١٩٨٦ ، ١٩٩٦ حيث يفوق عدد الذكور عدد الإناث .

أيضا ، هناك فئة من المسنات تحتاج الى رعاية خاصة وهن من لم يسبق لهن الزواج ، والمطلقات والأرامل ، واللائى بلغ عددهن حوالى (١,١) مليون فى تعداد ١٩٩٦ ، خاصة أن أغلبهن لايتقاضين معاشاً ، وليس لديهن مورد ثابت للرزق ، حيث أن نسبة المسنات المشاركات فى قوة العمل تناقصت من ٢,٥% الى ٠,٩% ثم الى ٠,٢% على مدى التعدادات ١٩٧٦ ، ١٩٨٦، ١٩٩٦ على الترتيب ، هذا ومن المتوقع أن يتغير التركيب العمرى لسكان مصر فى اتجاه زيادة نسبة المسنين مع بداية العقد الثانى من القرن الحالى . ومن المتوقع أيضا أن يزداد عدد المسنات ليصل الى (٤,٣) مليون فى عام ٢٠٢١ ، والذى كان (١,٦) مليون فى عام ٢٠١١ ، كما يتوقع زيادة عدد المسنين من الإناث عن الذكور مع بداية العقد التالى من هذا القرن (المركز الديموجرافى ، القاهرة ١٩٩٦) .

٣ - لا يستند الطرح لقضايا المسنين الى إعتبارات إنسانية فقط ، بل يتعداه الى إعتبارات تتعلق بعملية التنمية الاجتماعية والإقتصادية Socio Economics حيث أن ظاهرة المسنين – ظاهرة متحركة ديناميكية ، يترتب عليها مسئوليات اجتماعية واقتصادية تنعكس على عملية تخصيص الموارد ، كما يترتب عليها آثار عميقة علىعملية التنمية البشرية المستدامة ، وايضا الاهتمام بهذه الفئة ليس إهتماما بفئة عمرية ، وإنما اهتمام بدراسة التغيرات الديموجرافية ، والاحتياجات السكانية .

٤ - المسنون ثروة وطنية ، لايمكن التقليل من شأنها ، فمنهم الخبراء الذين اكتملت خبراتهم ، ونضجت فى مختلف مجالات العلم والمعرفة ،والثقافة ، والتربية ..الخ ، وهم أهل الرأى والتجربة ، وأهل العقد والحل ، وهم مرجعية الأسر والمجتمع على السواء ، وصمام الأمان ، ومبعث الطمأنينة والحب ، وهم الذين يؤثرون على أنفسهم ولو كان بهم خصاصة .

من هنا يكمن الاهتمام برعاية المسنين ، لأن الشيخوخة قيمة اجتماعية يجب أن يحافظ عليها المجتمع ، لذا يجب الإعتراف بوجودهم ، وفى هذا الصدد فقد جاء فى المادتين (١١) ،(١٣) من "الإعلان السياسى وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة ٢٠٠٢" مايلى :

" إن إمكانيات كبار السن تشكل أساسا قويا للتنمية فى المستقبل ويمكن ذلك المجتمع من الاعتماد أكثر فأكثر على مهارات كبار السن وخبرتهم وحكمتهم لا ليقوموا بدور رئيسى

لتحسين أوضاعهم فحسب ، ولكن للمشاركة أيضا بفعالية لتحسين أوضاع المجتمع ككل"، (مادة ١١) .

" وتحقيق آمال كبار السن فى المشاركة فى الحياة الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والثقافية لمجتمعاتهم ، وينبغى إتاحة الفرصة لكبار السن فى العمل أطول فترة يرغبون فيها ويقدرون عليها ، فى مهن مرضية ومنتجة ، وأن يظل بإمكانهم الاستفادة من برامج التعليم والتدريب ، وتمكين كبار السن ، ودعم مشاركتهم الكاملة عنصران أساسيان لتحقيق الشيخوخة النشطة ، وينبغى أن يوفر لكبار السن الدعم الاجتماعى المستدام والملائم" (مادة ١٣) (الإعلان السياسى وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة ٢٠٠٢) .

٥ - تعيش بعض النساء المسنات ظروف صعبة ومن مظاهر ذلك ، هجر البيوت بحثا عن لقمة العيش ، تدعيم ظروف اسرتها ، مساعدة الزوج والنفس والعيال ، ويشير الواقع الى أنه لم يعد معروفاً تحديداً كم عدد المسنين الذين يحتاجون الى الرعاية فى دور خارج نطاق الأسرة ، وإن كانت الظروف الاقتصادية والاجتماعية تتحمل جزءا من المسئولية (عبد الحميد عبد المحسن ، ١٩٨٣) .

وفى هذا الصدد أشارت احدى الدراسات الى تجاوز مرحلة التهميش الى مرحلة ممارسة العنف ضد المسنين ، و إلى أن المجتمع المصرى ينظر الى الشيخوخة باعتبارها النهاية ، ويلغى تماما فكرة تحسين نوعية حياة المسنين . ومن المهم تعزيز دور الأسر على القيام بدورها فى رعاية كبار السن بتقديم المساعدات والتسهيلات لهذه الأسر ، إذ أن هناك سبعة من كل عشرة من المسنين فى مصر يعيشون مع أفراد الأسرة الأصغر سنا (عزت حجازى ، عزة عبد الكريم ٢٠٠٥) .

٦ - يتعرض المسن لمشكلات ، بعضها بسيط العابر أو الطارئ يزول بالعلاج ، وهناك عدد من المسنين عرضة لمشكلات مزمنة ، ولابد لهم من معايشة أوضاعهم بصبر وهدوء للتخفيف من أضرارها ، والمشكلات اما أن تكون نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية أو صحية ، فالمشكلات الصحية تتمثل فى ضعف آداء الحواس ، والضعف الصحى العام .وارتفاع ضغط الدم وأمراض الجهاز العصبى ٠٠الخ٠ ويعد الاهتمام بارتفاع مستوى الصحة ومستوى المعيشة المدخل الأكثر مناسبة لمواجهة المشكلات الصحية .

فى حين تتمثل المشكلات الاقتصادية فى نقص المـوارد الماليـة كنتيجـة للتقاعـد الإجبارى أو الاختيارى ، وهذا يعمق الشعور بعدم الأمن الاقتصادى فـى مواجهـة تحسبات المستقبل .

أما المشكلات الاجتماعية فتتمثل فى الحرمان الاجتماعى ، فقد القدرة علـى حريـة الإتصال ، والشعور بالعزلة ، وبالوحدة ، والحرمان من العلاقات العائلية ، وإغتراب المسن عن المجتمع ، وقلة الاهتمامات الاجتماعية ، وقلة المشـاركة الاجتماعيـة وعدم الثقة الكافية فى القدرة على تغيير الأوضاع فى المجتمع .

بينما تتمثل المشكلات النفسية فى سن اليأس .. التقاعـد .. الإضـطرابات .. القلق .. الاكتئاب .. الأرق .. الخوف .. الشعور الدائم بعدم القيمة ، الشعور بالعزلة والوحدة النفسية (عبد الحميد عبد المحسن ، ١٩٨٣) .

الجزء الثانى : رصد لواقع الأوضاع الديموجرافية للمسنين

(بالتركيز على محافظة القاهرة)

تؤثـــر ثلاثة عوامل متزامنة فى إعادة هيكلة المجتمع البشرى تتمثل هذه العوامـــل فى :

١ - العولمة

٢ - التحضر

٣ - الإرتفاع السريع لعملية تقدم السكان فى السن

وحيث أن موضوع دراستنا هذه هو تقدير الاحتياجات لأهم خدمات رعاية المســنين بالتركيز على محافظة القاهرة ، فإن العامل الثالث هو مانسعى لمناقشته فـــى إطـــار هـــذه العناصر الثلاثة ، وذلك إنطلاقا من بعض الحقائق العامة التى ستشكل قاعدة أساسية لدراسة هذا الأمر والتى ترتكز على :

١ - أن العولمة ، والتحضر ، والإرتفاع السريع لعملية تقدم السكان فى السن هى ثـــلاث عمليات متزامنة تؤثر فى إعادة هيكلة المجتمع البشرى .

٢ - إن أعداد كبار السن فى المناطق الريفية بإفريقيـــا ، وآســـيا ، وأمريكـــا اللاتينيـــة ستتضاعف بحلول عام ٢٠٢٥ ، ويرجع ذلك الى أسباب منها :-

أ - حدوث هجرة كثيفة الى المدن فضلا عن انخفاض معدلات الخصوبة يـــؤدى الى أن أغلب السكان الأكبر سنا لايزالون يقطنون المناطق الريفيـــة . ممـــا يرفع نسبتهم إلى إجمالى السكان بهذه المناطق .

ب - عودة المهاجرين الأكبر سنا ممن ينسحبون من القوى العاملة فى المنـــاطق الحضرية الى المناطق الريفية .

٣ - تصل نسبة كبار السن فى المناطق الريفية الى ما لايقل عن ضـــعف نســـبتهم فـــى المناطق الحضرية وذلك فى عشر بلدان أغلبها من دول إفريقيا وجنوب الصـــحراء الكبرى .

٤ - تفوق أعداد النساء المتقدمات فى السن عن مثيلاتها بالنسبة للرجال فـــى المنـــاطق الريفية .

بعض تداعيات زيادة أعداد كبار السن وبصفة خاصة فى الريف :

من الجوانب السلبية :

١ - الإتجاه نحو زراعة محاصيل اقل كثافة من حيث العمالة التى تتطلبها .

٢ - قد يتعسر على المزارعين كبار السن ، ولاسيما الفقراء منهم ، التكيف مع التغيير التكنولوجى ، حيث أنهم اقل رغبة فى تجربة الأساليب الجديدة للإنتاج مما قد يؤدى الى إبطاء عملية التحديث الزراعى .

٣ - تزايد نسبة كبار السن بين المزارعين من شأنه أن يؤدى الى إحتمال بيع الأراضى الزراعية أو تحويلها أو سحبها من خط الإنتاج ، كما يؤدى عدم إستغلال بعض الأراضى الى تعرضها للتدهور البيئى ، ومن ثم إنخفاض معدلات الإنتاج ، مما يؤثر على الناتج المحلى الإجمالى ومن ثم مستوى التنمية البشرية .

٤ - تزايد كبار السن فى الريف ، مع تزايد الهجرة والشباب الى المدن يؤدى الى مزيد من ارتفاع نسبة كبار السن بالريف وتعرضهم لكثير من المشاكل .

٥ - ارتفاع نسب الإعالة الديموجرافية .

٦ - ظهور العديد من الأمراض المصاحبة لهذه المرحلة العمرية مما يشكل عبء مادى على الخدمة الصحية .

٧ - تزايد الأعباء المادية والمعنوية على أسرة المسن بما يؤثر على إنتاجيتهم بالسلب .

٨ - يؤدى تزايد نسبة كبار السن الى ارتفاع العبء على التأمينات والمعاشات خاصة فى ظل ثبات او تراجع حجم القوة العاملة داخل المجتمع .

من الجوانب الإيجابية :

١ - يؤدى تزايد نسبة كبار السن الى تركز كم هائل من الخبرات والمهارات فى مواقع العمل بالريف .

٢ - تزايد الترابط الأسرى وترسيخ القيم الأصيلة داخل المجتمع .

ومع تزايد معدلات التنمية البشرية ، وارتفاع العمر المتوقع عند الميلاد فإن تزايد نسبة كبار السن الى إجمالى السكان فى كل المجتمعات أصبح أمرا محل اهتمام ومناقشة مع ملاحظة أن هناك حقيقة هامة يجب أن نجعلها محل إعتبار وهى أنه بينما وصلت البلدان المتقدمة الى مرحلة الثراء قبل زحف الشيخوخة إليها فإن البلدان النامية ستصاب

بالشيخوخة قبل وصولها الى مرحلة الثراء وذلك على حد قول جرو هارلم برونتلان المدير العام لمنظمة الصحة العالمية .

ومن ثم ولأهمية الموضوع أرست الأمم المتحدة مجموعة من المبادئ المتعلقة بكبار السن لايجب إغفالها عند مناقشة هذا الموضوع ، نشير إليها فيما يلى :

مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن

فى ديسمبر ١٩٩١ ، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن ، وشجعت الحكومات على إدراجها فى خططها الوطنية متى ما أمكن ذلك . وحتى يمكن رصد واقع كبار السن والتعرف على مدى التباين بين هذا الواقع وماهو مأمول من خلال هذه المبادئ كان من الضرورى الإشارة بإيجاز لهذه المبادئ .

الإستقلالية :

- ينبغى أن تتاح لكبار السن فرصة العمل أو فرص أخرى مدرة للدخل .
- ينبغى تمكين كبار السن من المشاركة فى تقرير وقت إنسحابهم من القوى العاملة .
- ينبغى أن تتاح لكبار السن إمكانية الإستفادة من برامج التعليم والتدريب الملائمة .
- ينبغى تمكين كبار السن من العيش فى بيئات مأمونة وقابلة للتكيف بما يلائم مايفضلونه شخصيا وقدراتهم المتغيرة .
- ينبغى تمكين كبار السن من مواصلة الإقامة فى منازلهم لأطول فترة ممكنة .

المشاركة :

- ينبغى أن يظل كبار السن مندمجين فى المجتمع ، وأن يشاركوا بنشاط فى صياغة وتنفيذ السياسات التى تؤثر مباشرة فى رفاههم وأن يقدموا للأجيال الشابة معارفهم ومهاراتهم .
- ينبغى تمكين كبار السن من التماس وتهيئة الفرص لخدمة المجتمع المحلى ومن العمل كمتطوعين فى أعمال تناسب إهتماماتهم وقدراتهم .
- ينبغى تمكين كبار السن من تشكيل الحركات أو الرابطات الخاصة بهم .

الرعاية :

- ينبغى أن يستفيد كبار السن من رعاية وحماية الأسرة والمجتمع المحلى ، وفقا لنظام القيم الثقافية فى كل مجتمع .

- ينبغى أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية لمساعدتهم على حفظ أو إستعادة المستوى الأمثل من السلامة الجسمانية والذهنية والعاطفية ، لوقايتهم من المرض أو تأخير إصابتهم به .
- ينبغى أن تتاح لكبار السن إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية والقانونية لتعزيز إستقلاليتهم وحمايتهم ورعايتهم .
- ينبغى تمكين كبار السن من الإنتفاع بالمستويات الملائمة من الرعاية المؤسسية التى تؤمن لهم الحماية والتأهيل والحفز الاجتماعى والذهنى فى بيئة إنسانية ومأمونة .
- ينبغى تمكين كبار السن من التمتع بحقوق الإنسان والحريات الأساسية عند إقامتهم فى أى مأوى أو مرفق للرعاية أو العلاج ، بما فى ذلك الإحترام التام لكرامتهم ومعتقداتهم واحتياجاتهم وخصوصياتهم ولحقهم فى اتخاذ القرارات المتصلة برعايتهم ونوعية حياتهم .

تحقيق الذات :

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

الكرامة :

- ينبغى تمكين كبار السن من العيش فى كنف الكرامة والأمن ، ودون خضوع لأى إستغلال أو سوء معاملة جسديا أو ذهنيا .
- ينبغى أن يعامل كبار السن معاملة منصفة ، بصرف النظر عن عمرهم أو نوع جنسهم أو خلفيتهم العرقية أو كونهم معوقين أو غير ذلك وأن يكونوا موضع التقدير بصرف النظر عن مدى مساهمتهم .

بالإضافة إلى ما سبق هناك جهود دولية أخرى إهتمت بقضايا المسنين سوف يتم إلقاء الضوء عليها سريعاً بالملاحق (١) ، (٢) على النحو التالى :

ملحق (١) :

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربى آسيا ، خطة العمل العربية للمسنين حتى عام ٢٠١٢

ملحق (٢):

A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015 .

وعلى مستوى جمهورية مصر العربية ، تبدأ دراسة تقدير الاحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين برصد للأوضاع الديموجرافية للمسن بصفة عامة .

وتعد الخطوة الأولى فى عملية الرصد هى الإتفاق على الشريحة العمرية محل الاهتمام ، وهى ٦٠ سنة فأكثر ، ولكن لحاجة التحليل التفصيلى سيتم التعامل مع هذه الشريحة على مجموعتين :

المجموعة الأولى : من ٦٠ سنة حتى قبل ٦٥ سنة

المجموعة الثانية : من ٦٥ سنة فأكثر

وذلك على إفتراض أن جزء من المجموعة الأولى مازالت إسهاماته فى العمل محل إعتبار .

تطور توقع الحياة عند الميلاد والحاجة إلى دراسة أحوال كبار السن :

يشير تطور توقع الحياة عند الميلاد طبقا لتقارير التنمية البشرية المعدة عن مصر إلى ارتفاع العمر المتوقع من ٦٣,٣ سنة فى أول تقرير عام ١٩٩٤ الى ٧١,٣ سنة فى تقرير عام ٢٠٠٧ وذلك بعد حدوث ارتفاع متتال واضح عبر سنوات هذه الفترة كما هو واضح من الجدول رقم (١) .

ويرجع هذا الارتفاع الى مجموعة من الأسباب منها :

- ارتفاع مستوى الخدمات الصحية وإتاحتها .
- توافر خدمات البنية التحتية من مياه وصرف صحى .
- إنخفاض معدل الوفيات
- ارتفاع مستوى الوعى التغذوى .
- أسباب أخرى .

جدول رقم (١)

تطور توقع الحياة عند الميلاد

من تقارير التنمية البشرية

تقرير عام	توقع الحياة عند الميلاد
١٩٩٤	٦٣,٣
١٩٩٥	٦٦,٧
١٩٩٦	٦٦,٧
١٩٩٨/٩٧	٦٦,٩
٢٠٠١/٢٠٠٠	٦٧,١
٢٠٠٣	٦٧,١
٢٠٠٤	٧٠,١
٢٠٠٥	٧٠,٥٥
٢٠٠٧	٧١,٣٠

المصدر : تقارير التنمية البشرية ، أعداد مختلفة ، ، معهد التخطيط القومى وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائى

وإذا كانت البيانات تشير الى الصورة الإجمالية على مستوى النوع كله ذكور وإناث فإن البيانات الفعلية التى يصدرها الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء تلفت الأنظار إلى أن ارتفاع عدد سنوات البقاء على قيد الحياة عند الميلاد للإناث فى تزايد ملحوظ وواضح أكبر من مثيله للذكور (جدول رقم ٢).

ومن الجدول يتضح أنه فى عام ٢٠١١ سيصل العمر المتوقع الى ٧٠,٩ سنة بين الذكور ، ٧٥,٥ سنة بين الإناث وسيظل فى الارتفاع الى أن يصل عام ٢٠٢١ الى ٧٣,٩ سنة بين الذكور ، ٧٨,٩ سنة بين الإناث وهذا الارتفاع المستمر الواضح يستدعى الاهتمام باحتياجات هذه الشريحة العمرية والبحث عن أسباب جيدة لرعايتها حتى تكون جانبا مدعما وليس عائقا للتنمية .

جدول رقم (٢)

توقع البقاء على قيد الحياة عند الميلاد بالسنوات

السنوات	ذكور	إناث
١٩٦٠	٥١,٦	٥٣,٨
١٩٧٦	٥٢,٧	٥٧,٧
١٩٨٦	٦٠,٥	٦٣,٥
١٩٩١	٦٢,٨	٦٦,٤
١٩٩٦	٦٥,١	٦٩
١٩٩٧	٦٥,٥	٦٩,٥
١٩٩٨	٦٥,٩	٧٠
١٩٩٩	٦٦,٣	٧٠,٥
٢٠٠٠	٦٦,٧	٧١
٢٠٠١	٦٧,١	٧١,٥
٢٠٠٢	٦٧,٥	٧١,٩
٢٠٠٣	٦٧,٩	٧٢,٣
٢٠٠٤	٦٨,٤	٧٢,٨
٢٠٠٦	٦٩,٢	٧٣,٦
٢٠١١	٧٠,٩	٧٥,٥
٢٠١٦	٧٢,٥	٧٧,٢
٢٠٢١	٧٣,٩	٧٨,٧

المصدر : الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، الموقع على شبكة المعلومات الدولية

ويشير الجدول رقم (٣) الخاص بتوقع الحياة عند الميلاد فى الدول العربية (١٩٨٥ – ٢٠٢٥) إلى ارتفاع العمر المتوقع على مستوى جميع الدول العربية ومنها مصر بشكل واضح للغاية مع وجود تباين على مستوى الدول المختلفة .

جدول رقم (٣)

توقع الحياة عند الميلاد فى الدول العربية (١٩٨٥ – ٢٠٢٥)

الدولة	١٩٨٠-١٩٨٥	٢٠٠٠-٢٠٠٥	٢٠٢٠-٢٠٢٥
الجزائر	٦١,٤	٧١,٠	٧٥,٤
البحرين	٦٨,٩	٧٤,٢	٧٧,٢
جزر القمر	٥٢,٩	٦٣,٠	٧٠,٥
جيبوتى	٤٨,٨	٥٢,٧	٦٠,٣
مصر	٥٦,٥	٦٩,٦	٧٤,٦
العرق	٦٢,٠	٥٨,٨	٧٠,٨
الأردن	٦٣,٧	٧١,٢	٧٥,٥
الكويت	٧١,٣	٧٦,٨	٧٩,٤
لبنان	٦٧,٠	٧١,٩	٧٦,٠
الجماهيرية العربية الليبية	٦٢,٢	٧٣,٤	٧٧,٢
موريتانيا	٤٧,٤	٥٢,٥	٦٠,٥
المغرب	٥٩,٣	٦٩,٥	٧٤,٥
سلطنة عمان	٦٢,٧	٧٤,٠	٧٧,٣
فلسطين	٦٤,٤	٧٢,٤	٧٦,٢
قطر	٧٦,٠	٧٢,٧	٧٦,٣
المملكة العربية السعودية	٦٣,٠	٧١,٦	٧٥,٧
الصومال	٤٣,٠	٤٦,٢	٥٥,٠
الجمهورية العربية السورية	٦٤,٦	٧٣,٢	٧٦,٩
تونس	٦٤,٠	٧٣,١	٧٦,٨
الإمارات العربية المتحدة	٦٨,٦	٧٧,٩	٨١,٠
اليمن	٤٩,١	٦٠,٣	٦٨,٧

المصدر : قسم السكان بالأمم المتحدة

جدول رقم (٤)

تقديرات السكان لعام ٢٠٠٦

حسب فئات السن /النوع/المحافظات

الشريحة العمرية		إجمالى الجمهورية	% إجمالى سكان الجمهورية	محافظة القاهرة عدد	%
٦٠ -	إجمالى	١٦٧٧٧٤٨		٢٣٦٩٤٥	%١٤
	ذكور	٨٤٥٧١٦		١٢٤٥٧٣	%١٥
	إناث	٨٣٢٠٣٢		١١٢٣٧٢	%١٣,٥
٦٥ -	إجمالى	٢٤٢٣٣٥٢		٣٠٨١٤٣	%٦٠
	ذكور	١٢٧٩٧١٥		١٧٤٢٧٠	%١٤
	إناث	١١٤٣٦٣٧		١٣٣٨٧٣	%١٢
إجمالى شريحة كبار السن	إجمالى	٤١٠١١٠٠	%٥,٧	٥٤٥٠٨٨	%١٣
{ (٦٠-)+(٦٥-)+(٧٠-)	ذكور	٢١٢٥٤٣١	%٥,٨	٢٩٨٨٤٣	%١٤
+(٧٥-)}	إناث	١٩٧٥٦٦٩	%٥,٧	٢٤٦٢٤٥	%١٢,٥
إجمالى عدد السكان على مستوى الجمهورية	إجمالى	٧١٣٤٧٢٧١			
	ذكور	٣٦٥٠٩٧٦٥			
	إناث	٣٤٨٣٧٥٠٦			

من بيانات موقع الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء يوم ٢٠٠٧/٢/١٢

من الجدول رقم (٤) يتضح أن سكان هذه الشريحة العمرية التى تبدأ من ٦٠ سنة فأكثر حتى نهاية الشرائح العمرية تمثل ٥,٧% من إجمالى عدد السكان فى عام ٢٠٠٦ فى وضع يكاد يكون متساويا بين الذكور والإناث ويمثل نصيب محافظة القاهرة ١٣% من إجمالى سكان الجمهورية فى هذه الشريحة العمرية مع وجود تباين بين الذكور والإناث حيث بلغت نسبة الذكور ١٤% بينما بلغت نسبة الإناث ١٢,٥% .

جدول رقم (٥)

تقدير عدد السكان فى شرائح كبار السن

فى منتصف العام طبقا لفرض الخصوبة المنخفضة

حسب السن والنوع بالألف نسمة

شرائح العمر / العام	(٦٠ -)			(٦٥ -)			(٦٠-)+(٦٥-)		
	ذكور	إناث	جملة	ذكور	إناث	جملة	ذكور	إناث	جملة
٢٠١١	١٠٩٢	١١٠٤	٢١٩٦	١٦٤٢	١٦٤٢	٣٢٨٤	٢٧٣٤	٢٧٤٦	٥٤٨٠
%من سكان الجمهورية	%٢,٨						%٧	%٧,٣	%٧,٢
٢٠١٦	١٣١٢	١٣٧٠	٢٦٨٢	٢٠٤٨	٢٠٩٩	٤١٤٧	٣٣٦٠	٣٤٦٩	٦٨٢٩
%من سكان الجمهورية							%٨	%٨,٦	%٨,٣
٢٠٢١	١٤٩٥	١٦٢٧	٣١٢٢	٢٦٦٠	٢١٣٦	٤٧٩٦	٤١٥٥	٣٧٦٣	١١٩١٨
%من سكان الجمهورية							%٩,٤	%٨,٧	%١٣,٦

المصدر : تم حساب بيانات هذا الجدول بمعرفة الباحثة من المصدر التالى :

مخلوف ، هشام وأحمد ، فريال " إسقاطات السكان المستقبلية لمحافظات مصر لأغراض التخطيط والتنمية (٢٠٠١ – ٢٠٢١) – إجمالي الجمهورية" – المركز الديموجرافى ، ٢٠٠٣

وبناء على التقديرات الواردة بجدول (٥) الخاص بتقدير عدد السكان فى شرائح المسنين ، وجدول (٤) الخاص بتقدير عدد سكان الجمهورية ، وذلك طبقا لفرض الخصوبة المنخفض لكل منهما . يتضح أن إجمالى شريحة كبار السن فى تزايد مستمر حيث من المتوقع أن تصل نسبتها الى إجمالى سكان الجمهورية عام ٢٠١١ نسبة ٧,٢% ترتفع الى ٨,٣% عام ٢٠١٦ ثم ١٣,٦% عام ٢٠٢١ . أى أن النسبة ستتضاعف خلال عشر سنوات ، مع وجود قدر من التباين بين الذكور والإناث .

وعن توقع تزايد نسبة كبار السن الى إجمالى السكان على مستوى دول كثيرة أخرى غير مصر ، ومنها على سبيل المثال دول شرق البحر المتوسط يتضح أن هذه النسب فى تزايد مستمر وبمعدلات كبيرة كما هو واضح من الجدول رقم (٦) .

جدول رقم (٦)

نسبة كبار السن (٦٠+ سنة فأكثر)

	١٩٥٠	١٩٧٥	٢٠٠٠	٢٠٢٥	٢٠٥٠
أفغانستان	٤,٥	٤,٧	٤,٧	٥,٢	٧,٧
البحرين	٤,٦	٣,٦	٤,٧	٢٠,٤	٢٤,٩
جيبوتى	٣,٤	٣,٣	٥,٥	٦,٢	٥,٨
مصر	٥,١	٦,٥	٦,٣	١١,٥	٢٠,٨
إيران	٨,٣	٥,٤	٥,٢	١٠,٥	٢١,٧
العراق	٤,٣	٤,١	٤,٦	٧,٥	١٥,١
الأردن	٧,٤	٤,٣	٤,٥	٧,٠	١٥,٦
الكويت	٤,٥	٢,٦	٤,٤	١٥,٧	٢٥,٧
لبنان	١٠,٤	٧,٥	٨,٥	١٣,٥	٢٥,٤
ليبيا	٧,٣	٣,٧	٥,٥	٩,٩	٢١,١
المغرب	٤,٦	٥,٢	٦,٤	١١,٢	٢٠,٦
عمان	٥,٠	٤,٤	٤,٢	٦,٦	١٠,٥
باكستان	٨,٢	٥,٥	٥,٨	٧,٣	١٢,٤
فلسطين	٧,٤	٤,٩	٤,٩	٥,٦	٩,٩
قطر	٥,٧	٣,١	٣,١	٢١,٨	٢٠,٧
المملكة العربية السعودية	٥,٦	٤,٨	٤,٨	٧,٩	١٢,٩
الصومال	٤,٦	٤,٨	٣,٩	٤ر	٥,٧
السودان	٥,٤	٤,٦	٥,٥	٧,٩	١٤,٤
سوريا	٦,٨	٥,٣	٤,٧	٧,٧	١٨,٠
تونس	٨,٠	٥,٨	٨,٤	١٣,٤	٢٤,٦
الإمارات	٥,٧	٣,٤	٥,١	٢٣,٦	٢٦,٧
اليمن	٦,٢	٤,٤	٣,٦	٣,٦	٥,٣
متوسط المنطقة	٦,٧	٥,٣	٥,٨	٨,٧	١٥,٠

المصدر:

World Health Organization, Regional office for the Eastern Mediterranean, A strategy for active, Healthy ageing and old age care in the eastern Mediterranean Region 2006-2015.

جدول رقم (٧)

تقدير عدد سكان الجمهورية

فى منتصف العام طبقا لفرص الخصوبة المنخفض

طبقا للنوع بالألف نسمة

العام	إجمالى الجمهورية		
	ذكور	إناث	جملة
٢٠١١	٣٨٩٤٤	٣٧٥٦٩	٧٦٥١٣
٢٠١٦	٤١٧٧٦	٤٠٤٢٣	٨٢١٩٩
٢٠٢١	٤٤٣٩٩	٤٣٠٧٣	٨٧٤٧٢

المصدر : مخلوف ، هشام وأحمد ، فريال ، مرجع سبق ذكره

وفى محاولة (لرصد تطور نسبة شريحة كبار السن من خلال بيانات السكان منذ عام ١٩٨٦ حتى عام ٢٠٠٦ ، والتقديرات المتوقعة حتى عام ٢٠٢١ يتضح أن نسبة كبار السن إلى إجمالى السكان ظلت لفترات طويلة متقاربة وتدور حول ٥,٧% ، ٥,٨% إلا أن الإسقاطات السكانية المحسوبة للسنوات ٢٠١١ ، ٢٠١٦ ، ٢٠٢١ توضح الإتجاه نحو تزايد واضح فى نسبة هذه الشريحة العمرية .

وهو ما يشير إليه جدولى رقم (٧) ، (٨) .

جدول رقم (٨)

مقارنة بين حجم شريحة كبار السن

لمتابعة تطورها

%من الإجمالى على مستوى الجمهورية	١٩٨٦	١٩٩٦	أول ٢٠٠٣	أول ٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠١١	٢٠١٦	٢٠٢١
ذكور	%٥,٦	%٥,٨	%٥,٨	%٥,٨	%٥,٧	%٧	%٨	%٩,٤
إناث	%٥,٧	%٥,٧	%٥,٧	%٥,٧	%٥,٧	%٧,٣	%٨,٦	%٨,٧
جملة	%٥,٧	%٥,٨	%٥,٨	%٥,٨	%٥,٧	%٧,٢	%٨,٣	%١٣,٦

المصدر : تم حساب هذه النسب من بيانات السكان وحجم الشريحة المعنية مع ملاحظة أن السكان فى منتصف العام فيما عدا عامى ٢٠٠٥،٢٠٠٣ كانت البيانات المتوافرة فى أول العام .

جدول رقم (٩)

أعداد الوفيات لبعض الأمراض الأساسية

لشريحة كبار السن

	عام ٢٠٠٣	عام ٢٠٠٤
أمراض الجهاز الدورى	١٢٨٣٩٨	١٣٠٤٧٠
أمراض الجهاز التنفسى	١٤٨٣١	٢٣٠٧٩
أمراض الجهاز الهضمى	١٩٢٠٢	٢٢٠٦١

المصدر : تم حساب بيانات هذا الجدول من نشرة الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء الخاصة بالوفيات لبعض الأمراض الأساسية حسب فئات السن ، على الموقع الخاص بالجهاز على شبكة المعلومات الدولية .

وبمراجعة الأعداد الواردة فى الجدول رقم (٩) الخاص بأعداد الوفيات لبعض الأمراض الأساسية لشريحة كبار السن ، يتضح وجود ثلاث مجموعات رئيسية تمثل أسباب الوفاة فى هذه الشريحة العمرية ، هى أمراض الجهاز الدورى ، وأمراض الجهاز التنفسى ، وأمراض الجهاز الهضمى . وتشير أعداد الوفيات الى حدوث تزايد فى أعداد الوفيات فى هذه الشريحة عام ٢٠٠٤ عنه فى عام ٢٠٠٣ مع ملاحظة أن أمراض الجهاز التنفسى تزايدت بشكل كبير جدا حيث بلغت عدد حالات الوفاة عام ٢٠٠٤ بهذا السبب ١٥٦% من مثيلتها عام ٢٠٠٣ مما يمكن إرجاعه الى تزايد التلوث البيئى وتأثيره الكبير على هذه الشريحة العمرية بصفة خاصة وارتفاع أعداد المصابين بهذه الأمراض من كبار السن إنما يشير الى تكلفة متزايدة لتوفير الخدمات الصحية اللازمة على مستوى كل عناصرها .

جدول رقم (١٠)

بعض مؤشرات عن كبار السن

	العمر المتوقع عند الميلاد ٢٠٠٤	متوسط نصيب الفرد من الانفاق على الصحة بالدولار ٢٠٠٤	% كبار السن (٦٠سنة فأكثر) الى إجمالى السكان عام ٢٠٠٠	% كبار السن (٦٠ سنة فأكثر) الى إجمالى السكان عام ٢٠٢٥	% كبار السن (٦٠سنة فأكثر) الى إجمالى السكان عام ٢٠٥٠
أفغانستان	٤٤,٧	٨	٤,٧	٥,٢	٧,٧
البحرين	٧٣,٨	٥٦٥	٤,٧	٢٠,٤	٢٤,٩
جيبوتى	٤٤,١	٤١	٥,٥	٦,٢	٥,٨
مصر	٧٠,١	٦٦	٦,٣	١١,٥	٢٠,٨
إيران	٦٩,٠	٢٥٩	٥,٢	١٠,٥	٢١,٧
العراق	٦٣,٢	٤٤	٤,٦	٧,٥	١٥,١
الأردن	٧١,٥	١٦٣	٤,٥	٧,٠	١٥,٦
الكويت	٧٨,٤	٦٣٠	٤,٤	١٥,٧	٢٥,٦
لبنان	٧١,٣	١٢	٨,٥	١٣,٥	٢٥,٤
ليبيا	٦٩,٥	٢٤٦	٥,٥	٩,٩	٢١,٢
المغرب	٦٩,٥	٥٦	٦,٣	١١,٢	٢٠,٦
عمان	٧٣,٨	٢١٨	٤,٢	٦,٦	١٠,٥
بالسكان	٦٣,٦	١٨	٥,٧	٧,٣	١٢,٤
فلسطين	٧٢,٣	١٣٨	٤,٩	٥,٦	٩,٩
قطر	٧٤,٧	٦٧٢	٣,١	٢١,٨	٢٠,٧
السعودية	٧١,٤	٤٤٨	٤,٨	٧,٩	١٢,٩
الصومال	٤٧,٠	٤	٣,٩	٤,٠	٥,٧
السودان	٥٦,٦	١٣	٥,٤	٧,٩	١٤,٤
سوريا	٧١,٥	٥٩	٤,٨	٧,٧	١٨,٠
تونس	٧٣,٠	١٣٢	٨,٤	١٣,٤	٢٤,٦
الإمارات	٧٢,٦	٧٦٧	٥,١	٢٣,٦	٢٦,٧
اليمن	٦٢,٩	٢١	٣,٥	٣,٦	٥,٣

المصدر : WHO مرجع سبق ذكره

وليس أدل على ذلك من البيانات التى أوردتها منظمة الصحة الدولية العالمية والتى تشير فيها الى بعض مؤشرات عن كبار السن فى بعض دول شرق البحر المتوسط ومنها مصر حيث يبلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالدولار عام ٢٠٠٤ مبلغ ٦٦ دولار ، فى الوقت الذى يبلغ المقابل له فى الإمارات ٧٦٧ دولار ، فى قطر ٦٧٢ دولار ،

فى الكويت ٦٣٠ دولار ، فى البحرين ٥٦٥ دولار ، أما فى الصومال فيبلغ ٤ دولار على سبيل المثال .

أيضاً يشير الجدول رقم (١٠) الى تزايد نسبة كبار السن (٦٠ سنة فأكثر) فى هذه الدول الى إجمالى السكان بكل منها بشكل ملحوظ .

وبمقابلة بيانات كل من الجدول رقم (١١) الخاص بتوزيع إجمالى أصحاب المعاشات والمستحقين عنهم بقطاع التأمينات والجدول رقم (١٢) الخاص بتطور أعداد العاملين المؤمن عليهم بقطاع التأمين الاجتماعى والإشتراكات المحققة ، يتضح مايلى :-

١- تزايد أعداد أصحاب المعاشات بنسبة ٤٣,٧% خلال الفترة من ٩٦/٩٥ الى ٢٠٠٤/٢٠٠٣ .

٢ - تزايد أعداد أصحاب المعاشات والمستحقين عنهم بنسبة ٢١,٩% خلال نفس الفترة .

٣ - تزايد أعداد المؤمن عليهم خلال نفس الفترة بنسبة ١٣,٣% مما يمثل عبئا على التأمينات والمعاشات فى ظل النظام السائد .

٤ - وحيث أن التزايد الكبير فى أعداد أصحاب المعاشات لايقابله تزايد بنفس الدرجة فى أعداد المؤمن عليهم ، فإن هذا سيؤدى فى ظل النظام السائد للتأمينات والمعاشات الى تزايد العبء المادى على الموازنة العامة للدولة ، هذا على فرض إستمرار نظام التأمينات والمعاشات على وضعه الحالى ، ولابد من الاتجاه نحو إدخال نظم بديله أو مكملة للنظام الحالى وذلك لضمان إستمرار هذه الخدمات لأصحاب المعاشات فلم بعد النظام المعروف بـ pay – as – you – go مناسباً مع ارتفاع عدد المستفيدين من معاش التقاعد مما يمثل تكلفة اقتصادية كبيرة خاصة عند التراجع النسبى لأعداد العاملين والمساهمين فى حصيلة التأمينات من ناحية ، ومن ناحية أخرى يؤدى إستمرار رفع المعاش لفترة طويلة مع ما يشهده من زيادة سنوية الى ارتفاع العبء على الموازنة العامة للدولة .

جدول رقم (١١)

توزيع أصحاب المعاشات والمستحقين عنهم

بقطاع التأمينات (بالألف)

	٩٦/٩٥	٩٧/٩٦	٩٨/٩٧	٩٩/٩٨	٢٠٠٠/٩٩	٢٠٠١/٠٢	٢٠٠٢/٠٣	٢٠٠٣/٠٤	٢٠٠٤/٠٥
أصحاب المعاشات	١٥٤٦,٠	١٦٠١,٠	١٧٢٦,٠	١٨٣٤,٠	١٩٥٢,٠	٢٠٣٣,٠	٢١٣٨,٠	٢١٩٨,٦	٢٢٢١,٦
المستحقين	٤٥٤٨,٠	٤٦٩٥,٠	٤٨٠٩,٠	٥٠١٢,٠	٤٩٥٤,٠	٤٩٦٤,٠	٥١٧٢,٨	٥١٨٣,٠	٥٢٠٤,٨
الجملة	٦٠٩٤,٠	٦٢٩٦,٠	٦٥٣٥,٠	٦٨٤٦,٠	٦٩٠٦,٠	٦٩٩٧,٠	٧٣١٠,٨	٧٣٨١,٦	٧٤٢٦,٤

المصدر : الكتاب الإحصائى السنوى ٢٠٠٤ ، الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء ، يونيو ٢٠٠٥

جدول رقم (١٢)

تطور أعداد العاملين المؤمن عليهم بقطاع التأمين الاجتماعى

والاشتراكات المحققة

	٩٥/٩٤	٩٦/٩٥	٩٧/٩٦	٩٨/٩٧	٩٩/٩٨	٢٠٠٠/٩٩	٠١/٠٠	٠٢/١٠	٠٣/٠٢	٠٤/٠٣
جملة المؤمن عليهم (بالمليون)	١٥,٩	١٦,٥	١٦,٨	١٧,٠	١٧,٥	١٧,٩	١٧,٩	١٨٠,٣	١٨,٦	١٨,٧
إجمالى القيمة	٧١١٦,٣	٨١٠٥,٢	٩١١٠,٥	١٠٣٤١,١	١١٢٦٣,٩	١٣٠٤٥,٠	١٣٠٤٥,٠	١٤٠٤٦,٠	١٥١١١,٦	١٦٣٣٩

المصدر : الكتاب الإحصائى السنوى ٢٠٠٤ ، الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء ، يونيو ٢٠٠٥

وإذا كان تزايد أعداد كبار السن يمثل عبئا على المعاشات المستحقة لهم وللمستحقين عنهم فإنه لايمكن إغفال نسبة من كبار السن سيكون لها إسهام فى قوة العمل وعلى الرغم من أنه على مدى التعدادات الثلاثة عام ١٩٧٦ ، ١٩٨٦ ، ١٩٩٦ كانت مشاركة كبار السن فى قوة العمل متناقصة حيث تحركت من ٢,٤٣% عام ١٩٧٦ الى ١,٨٥% عام ١٩٨٦ ، ثم ١,٧٣ عام ١٩٩٦ إلا أنه لوحظ فى الفترات الأخيرة والتى تم رصدها وتقدير قيمها المستقبلية الى اتجاه هذه المشاركة نحو الارتفاع بنسب أصبحت واضحة .

فطبقا لبيانات الجدول رقم (١٣) الخاص بالتقديرات المتوقعة لإجمالى قوة العمل ١٥ +) طبقا للفرض المنخفض لمعدل نمو السكان فإن العدد يتحرك من ٢٤,٤٢٦,٧٣٠ عام ٢٠٠٥ ويتزايد حتى يصل الى ٥٠,٩٦١,٦١٠ عام ٢٠٥٠ أى أنه سيتضاعف فى الوقت الذى تمثل نسبة كبار السن عام ٢٠٠٥ العدد ٤١١٦٩٢ بنسبة ١,٧% تتزايد لتصل الى ١٩٨٤٨٥٥ عام ٢٠٥٠ بنسبة ٣,٩% .

أى أنه على الرغم من توقع وصول حجم القوة العاملة عام ٢٠٥٠ الى ٢٠٩% من حجمها عام ٢٠٠٥ إلا أن مشاركة كبار السن بها ستصل الى ٤٨٢% من حجمها عام ٢٠٠٥ .

جدول رقم (١٣)

التقديرات المتوقعة لإجمالى قوة العمل ١٥+

طبقا للفرض المنخفض

السنة	السيناريو الأول L.F	%
٢٠٠٥	٢٤٤٢٦٧٣٠	١,٧
من هم فى شريحة ٦٥+	٤١١٦٩٢	
٢٠١٠	٢٨٠٤١٢٩٠	١,٧
من هم فى شريحة ٦٥+	٤٦٧٥٤٨	
٢٠١٥	٣١٥٨٨٣٢٠	١,٩
من هم فى شريحة ٦٥+	٥٩٨٢٠٨	
٢٠٢٠	٣٥٢٣٥١٥٠	٢,١
عدد من هم فى شريحة ٦٥+	٧٢٣٤٣٧	
٢٠٢٥	٣٩٠٢١٧٣٠	٢,٢
عدد من هم فى شريحة ٦٥+	٨٦٩٢٣٢	
٢٠٣٠	٤٢٦٩٣٧٥٠	٢,٣
عدد من هم فى شريحة ٦٥+	٩٨٦٣٠٥	
٢٠٣٥	٤٥٨٣٨٢٣٠	٢,٣
عدد من هم فى شريحة ٦٥+	١٠٧٥٧٩٠٩	
٢٠٤٠	٤٨١٧٧٩٤٠	٢,٦
عدد من هم فى شريحة ٦٥+	١٢٥٦٠٢١	
٢٠٤٥	٤٩٤٥٧٥٣٠	٣,٣
عدد من هم فى شريحة ٦٥+	١٦١٢٦٨٢	
٢٠٥٠	٥٠٩٦١٦١٠	٣,٩
عدد من هم فى شريحة ٦٥+	١٩٨٤٨٥٥	

* تشمل ١٥ + (حتى فوق ٧٥ سنة)

المصدر : الهيئة الديموجرافية ومتطلبات فرص العمل حالة مصر ٢٠٠٦ ، مشروع قضايا وسياسات السكان والتنمية .

ارتفاع نسبة كبار السن وارتفاع معدل الإعالة :

من تداعيات ارتفاع نسبة كبار السن ارتفاع الإعالة ، وهو مايشير إليه الجدول رقم (١٤) الخاص بالتوزيع النسبى للسكان طبقا للعمر ومعدل الإعالة ومنه يتضح أنه على مدى السنوات ١٩٣٤ ، ١٩٦٠ ، ١٩٧٦ ، ١٩٨٦ ، ١٩٩٦ حدث تطور فى حجم قوة العمل نحو الزيادة وأيضا نسبة كبار السن خارج قوة العمل (٦٥ + سنة فأكثر) ، ولم يقل إعالة كبار السن عن حوالى ٧٠ فرد فى قوة العمل وهو رقم ليس بالقليل إذا أخذ فى الإعتبار معدل الإعالة لصغار السن أى من هم دون ١٥ سنة .

جدول رقم (١٤)

التوزيع النسبى للسكان طبقا للعمر ومعدل الإعالة

السنة	(٠-١٤)	(١٥-٦٤)	(٦٥+)	معدل الإعالة
١٩٣٤	٣٨,١	٥٨,٨	٣,١	٧٠,٠
١٩٦٠	٤٢,٧	٥٣,٨	٣,٥	٨٥,٩
١٩٧٦	٤٠,٠	٥٦,٣	٣,٦	٧٧,٤
١٩٨٦	٣٩,٩	٥٦,٢	٣,٣	٧٦,٩
١٩٩٦	٣٧,٧	٥٨,٩	٣,٤	٦٩,٨

المصدر : الهيئة الديموجرافية ومتطلبات فرص العمل "حالة مصر" ، مشروع قضايا وسياسات السكان والتنمية

وإذا أخذ فى الاعتبار أن العمر المتوقع عند الميلاد متجه نحو الزيادة فإن حجم الإعالة لهذه الشرائح العمرية لن يتوقف عن الزيادة ، ويصبح الأمر جد خطير إذا لم يتم مراعاة ضرورة أن يراعى :

١ - كفاءة إستخدام القوة العاملة .

٢ - رفع إنتاجية القوة العاملة .

٣ - زيادة التشغيل

٤ - الحد من البطالة

وجدول رقم (١٥) يشير الى مثال تطرحه منظمة الصحة عن دول شرق البحر المتوسط يبدو فيه التطور السريع للعمر المتوقع عند الميلاد ومنها مصر .

جدول رقم (١٥)

تطور العمر المتوقع عند الميلاد

	١٩٥٠-١٩٥٥	١٩٧٥-١٩٨٠	٢٠٠٠-٢٠٠٥	٢٠٢٥-٢٠٣٠	٢٠٤٥-٢٠٥٠
أفغانستان	٣١,٩	٣٩,٧	٤٣,٢	٥٣,٥	٦٢,٤
البحرين	٥١,٠	٦٥,٩	٧٣,٨	٧٧,٧	٧٩,٩
جيبوتى	٣٣,٠	٤٣,٠	٤٠,٦	٤٨,٢	٦٣,٣
مصر	٤٢,٤	٥٤,١	٦٨,٣	٧٤,٧	٧٧,٨
إيران	٤٤,١	٥٦,٦	٦٩,٧	٧٥,٥	٧٨,٥
العراق	٤٤,٠	٦١,١	٦٤,٩	٧٤,٣	٧٧,٦
الأردن	٤٣,٢	٦١,٢	٧١,٠	٧٦,٢	٧٨,٨
الكويت	٥٥,٨	٦٩,٦	٧٦,٥	٧٩,٢	٨١,١
لبنان	٥٦,٠	٦٥,٠	٧٣,٥	٧٧,٠	٧٩,٢
ليبيا	٤٢,٩	٥٧,٧	٧٠,٩	٧٦,٦	٧٩,١
المغرب	٤٢,٩	٥٥,٨	٦٨,٧	٧٤,٨	٧٧,٩
فلسطين	٤٣,٢	٦٠,٨	٧٢,٤	٧٦,٤	٧٩,٠
عمان	٣٦,٤	٥٤,٨	٧١,٥	٧٥,٥	٧٨,٥
باكستان	٤١,٠	٥١,٠	٦١,٠	٦٩,٧	٧٣,٧
قطر	٤٨,٠	٦٥,٦	٧٠,٣	٧٥,٣	٧٨,٣
السعودية	٣٩,٩	٥٨,٨	٧٢,٢	٧٦,٩	٧٩,٤
الصومال	٣٣,٠	٤٢,٠	٤٩,٩	٥٩,٤	٦٨,٣
السودان	٣٧,٧	٤٦,٦	٥٧,٠	٦٧,١	٧٢,٩
سوريا	٤٦,٠	٦٠,١	٧١,٨	٧٦,٦	٧٩,١
تونس	٤٤,٦	٦٠,٠	٧٠,٩	٧٦,٢	٧٨,٨
الإمارات	٤٨,٠	٦٦,٨	٧٥,٤	٧٨,٤	٨٠,٥
اليمن	٣٢,١	٤٤,١	٦١,٩	٧١,٤	٧٥,٥
المتوسط	٤٣,٦	٥٧,١	٦٦,٧	٧٢,٧	٧٦,٦

المصدر:

Population Division, Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing. New York, United Nations, 2001.

ارتفاع نسبة كبار السن والهبة الديموجرافية:

إذا كان الحديث اليوم يتجه نحو مصطلح الهبة الديموجرافية (وان كان هناك خلاف عليه) والذى يسعى البعض الى إلقاء الضوء عليه حتى يستفاد من هذه الهبة وإستغلالها بأفضل صورة ممكنة لتحقيق النمو الاقتصادى .

وإذا كانت الهبة الديموجرافية نقطة زمنية لبدايتها وأخرى لنهايتها حيث يشار للنقطة الأولى بأنها النقطة التى ينخفض عندها كل من معدل الإعالة وحجم الزيادة الطبيعية ويبدأ حجم السكان فى الفئة العمرية الأقل من ١٥ سنة فى الانخفاض ويتزايد حجم السكان فى سن العمل ويشار الى النقطة الثانية بأنها النقطة التى عندها يصل حجم السكان فى الفئة العمرية ١٥ – ٦٤ سنة الى قيمته العظمى أو يبدأ معدل الإعالة فى التزايد مرة أخرى أيهما يحدث أولا .

ومن هذا التعريف لكل من البداية والنهاية للهبة الديموجرافية يتضح أهمية دراسة شريحة كبار السن وتتبع تطورها ورصد هذا التطور ضمن الصورة الإجمالية لتتبع حدوث الهبة الديموجرافية التى يجب الاستعداد لها .

كما أن هناك تحديات ينبغى أن يستعد لها الاقتصاد مع تزايد أعداد كبار السن وذلك من خلال السياسات المناسبة أو على الأقل دراسة المناسب لها على سبيل المثال :

١ – رفع سن التقاعد ، حيث سيظهر قصور فى عرض العمل بعد بلوغ أعداد كبيرة سن التقاعد .

٢ – إرتفاع عدد المستفيدين من معاش التقاعد مما يمثل تكلفة اقتصادية كبيرة خاصة عند التراجع النسبى لأعداد العاملين والمساهمين فى حصيلة التأمينات ، وتزايد العبء السنوى على الموازنة العامة للدولة .

٣ – مواجهة الأعباء المالية اللازمة لتأمين نفقات الخدمات الصحية ومايستجد من عناصر صحية ارتبطت بكبار السن .

الفصل الثانى

حول مفاهيم ومنهجية تقدير الإحتياجات للمسنين

الجزء الأول : الإحتياجات الإجتماعية والنفسية للمسنين كضرورة بشرية.

الجزء الثانى: أساليب ومنهجية تقدير إحتياجات المسنين.

الجزء الأول : الإحتياجات الإجتماعية والنفسية للمسنين ضرورة بشرية

مما لا شك فيه أن مرحلة الشيخوخة لا تقل أهمية عن مراحل العمر المختلفة ، إذ تتضمن خصائص وسمات ومتغيرات إجتماعية ونفسية جديرة بالبحث. ويرجع الإهتمام بهذه المرحلة لأسباب عدة ، منها أن هذه المرحلة تحتاج إلى العناية والرعاية والتوجيه ، فضلاً عن الإعتبارات الإنسانية والدينية التى تلزمنا بالإهتمام بهؤلاء الأفراد الذين أدوا أدوارهم العامة والخاصة فى الحياة ، ومن حقهم على المجتمع أن يجدوا من يهتم بهم ويوفر لهم العناية على أسس علمية ... خاصة أننا نتعرض فى عصرنا هذا إلى ظاهرة إرتفاع نسبة المسنين.

لقد أصبح الإهتمام بالمسنين إتجاهاً يسود أوساط الباحثين ذلك أن الإهتمام بالإنسان وإحتياجاته كبيراً كان أو صغيراً وطريقة إشباع هذه الإحتياجات له أثره الواضح على الفرد فى توافقه مع ذاته والمحيطين به ومن ثم توافقه مع المجتمع الذى يعيش فيه.

وتتأثر رعاية المسنين بالعديد من العوامل والمتغيرات النفسية منها والإجتماعية إنطلاقاً من المنظور التكاملى فى خدمة الفرد والذى يؤكد على أن المشكلة لا ترجع إلى عامل واحد ، وأنه يجب تناول الموقف من جميع جوانبه وتقدير المتغيرات المؤثرة ، ومن ثم يتبع تحديد أساليب التدخل لمواجهة الموقف.. ولما كانت الإحتياجات الإجتماعية والنفسية تأتى فى مقدمة إحتياجات المسن فسوف نتناول هذان المحوران بمزيد من التفاصيل.

أولاً : الإحتياجات الإجتماعية :

تعتبر الرعاية الإجتماعية للمسنين هى أحد مجالات الرعاية الإجتماعية العامة والتى تعنى بتحسين حياة المسنين إجتماعياً من خلال مجموعة من الخدمات الإجتماعية والإقتصادية والتشريعية والترويحية والصحية لتحقيق حياة أفضل للمسن خاصة أن رعاية المسن وتلبية إحتياجاته هى رمز لتأكيد التكامل الإجتماعى وصولاً إلى وحدة المجتمع وتضامنه ولا ينبغى أن ننسى أن العلاقات الإجتماعية التى ينخرط فيها المسنين ترتبط بناحيتين أساسيتين تتمثل الأولى منها فى التكوين النفسى الداخلى للمسن والثانية فى الظروف الإجتماعية المحيطة به والإطار الإجتماعى الذى يندرج فى نطاقه وبالتالى نجد أن للعلاقات الإجتماعية دوراً هاماً فى حياة المسن سواء داخل نطاق الأسرة أى الزوجة والأبناء ، أو خارجها أى مع الأصدقاء (سيد سلامة إبراهيم ١٩٩٧) وسوف نتناول مفرداتها بالتفصيل على النحو التالى :

- **العلاقات الإجتماعية للمسن :**

يتعرض الذين يخرجون إلى المعاش لنضوب علاقاتهم الإجتماعية ، فيقطعون صلتهم بحكم البعد عن مقر العمل بالكثير ممن كانت تربطهم بهم صلات الود والصداقة والتعاون والتنافس ، فيجدون أنفسهم مقفرين فى العلاقات الاجتماعية وبالتالى فإن معظمهم يشعرون بالوحشة وبأنهم قد عزلوا قسراً عن المجتمع ، أو بتعبير آخر أنهم قد أبعدوا رغماً عنهم عن مواصلة المسيرة فى الحياة التى كانوا يضربون فى أثرها ويشقون طريقهم فيها ، ولا يخفى ما لهذا من أثر سيئ فى نفوسهم ، فمنهم من يركن إلى دخيلته حيث أحلام اليقظة القاتلة ويشكلون لأنفسهم عالماً إجتماعياً ليس له وجود فى الواقع. ومنهم من يغلق على نفسه فى إطار العلاقات الأسرية الضيقة مما يجعل الدنيا فى أنظارهم ضيقة وكئيبة ، والواقع أن هذا النوع من المسنين يعمد إلى ذلك الإطار الضيق من العلاقات الإجتماعية لأنه لم يعتد الخروج عنه إلا إلى مقر العمل. فليس من سبيل أمامه سوى السبيل الذى تعود عليه قبل الشيخوخة ، وعليه أن يلزم داره ، لا يخرج منها إلا إلى القبر بعد الموت. ومن الطبيعى أن تأخذ الدنيا فى الإظلام حوله شيئاً فشئ ، إذ أن الحياة الرتيبة التى يحيا فى نطاقها لا تولد إلا الكآبة ومنهم من يلجأ إلى المقاهى حيث الأقران الذين ينخرطون فى شلل تتردد على المقاهى المختلفة (يوسف ميخائيل أسعد ٢٠٠٠).

- **العلاقات الأسرية :**

الأسرة هى الجماعة الأولية الأساسية والمجال الطبيعى لنمو الشخصية ، وهى الوعاء أو البوتقه التى ينصهر فيها الأفراد المكونين منها بما يكسبهم الشعور بالولاء والتوحد معها بما يجعلهم يميزون بينها وبين أية أسرة أخرى. ويظل الفرد عضو الأسرة مرتبطاً بهذا الرحم الإجتماعى طالما أستمرت حياته فلا يقتصر إنتماؤه لها وتفاعله بها على مرحلة معينة من حياته ، بل يظل يتفاعل معها مؤثراً ومتأثراً بها فى شتى مراحل حياته مع إختلاف فى الدرجة ، وأن ما يدعو للتفاؤل أن أكثر المجتمعات العربية ريفها وحضرها ما زالت تتمسك بهذه الصورة من الإهتمام والرعاية والعناية بكبار السن ، وما زالت تحفظ للمسن مكانته العالية داخل الأسرة وتعتبره مصدر الخير والبركه لها. مصدراً للتوجيه والنضج (رشاد عبد اللطيف ٢٠٠٢). أيضاً أن الأسرة توفر الرعاية للمسن فى إطار ما يلى :

- الدفء العائلى والروحى والإحساس بالأمن.
- توفير فرص التفاعل الطبيعى مع الأبناء ، الأزواج ، الأقارب ، المعارف ، الأصدقاء.

- تحقيق الإنطلاق والتعبير الحر عن الذات.
- تحقيق المكانة الاجتماعية وإحترام الذات.
- تكوين علاقات متعددة وقوية داخل الأسرة وخارجها
- الإرتباط بالمجتمع والأسر الأخرى من خلال الزيارات وإستقبال الضيوف.
- العمل على زيادة فعالية دور الأسرة.
- عدم تخلى المسن عن أداء العديد من أدواره الاجتماعية داخل الأسرة ، وهو الأمر الذى لا يمكن أن يتاح له فى المؤسسات الاجتماعية.
- يعيش المسن فى الأسرة داخل شبكة من العلاقات الوثيقة والمتشعبة.
- يتصل المسن بمجتمعه بطريقة مباشرة وتلقائية مما يحقق له التفاعل المتبادل مع المجتمع.
- يمارس المسن حق إتخاذ القرار وتقرير المصير فى أسرته (رشاد عبد اللطيف ٢٠٠٢).

ويمكننا القول بأن المجتمع المصرى حتى الآن – وإلى حد كبير – يتميز بإهتمامه الكبير بالمسنين. بل ويكن لهم كل الإحترام والتقدير ويتبارى أفراد الأسرة فى تهيئة سبل الراحة والطمأنينة له .. ولم يعرف المجتمع المصرى مشكلة المسنين إلا فى السنوات الأخيرة وبفعل التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التى قلصت دور الأسرة الممتدة بكل ما تحمله من عوامل التكامل الاجتماعى .. فضلاً عن نزوح الأسر من الريف إلى الحضر وما يصاحبه من تغير فى أنماط السلوك والعلاقات الإجتماعية (سعيد يمانى العوضى ١٩٩٣).

- **وقت الفراغ :**

يعرف وقت الفراغ بأنه تحرر الإنسان من واجبات وقيود العمل الوظيفى .. وفى وقت الفراغ يعطى الفرد حرية إختيار نشاطاته الترفيهيه أو تغييرها لتتلائم مع أذواقه ورغباته.

وأنشطة الفراغ التى يمارسها الإنسان يجب ألا تكون مفروضة عليه وألا تكون مبرمجة مسبقاً.

ونلاحظ أن هناك طرقاً سلبية وأخرى إيجابية فى شغل أوقات الفراغ ، فبينما يعتبر الإستماع إلى الراديو أو مشاهدة التليفزيون أو القراءة أوجه نشاط سلبية لا تستدعى من المسن القيام بنشاط حركى معين ، فإن التردد على النادى أو ممارسة بعض الأنشطة الإيجابية تستدعى من المسن القيام بنشاط حركى ، وتوفر صداقات وعلاقات إجتماعية فهو يضطر إلى إرتداء ملابسه والذهاب إلى مقر النادى ويقابل أصدقائه ويتحدث معهم فى مختلف الأمور (سيد سلامة إبراهيم ١٩٩٧).

إن الإندماج فى الأنشطة المفيدة قد أثبت علاقته بحسن التوافق فالشخص الجيد التوافق يكرس عادة وقتاً أطول للإهتمامات الفكرية والجمالية ، وهذه الإهتمامات لا تتطلب موارد مالية أو إجتماعية أو قوة جسمية (هدى محمد قناوى ١٩٨٧)٠

وتقوم الخدمات الترويحية بالإهتمام بالعوامل التى تعبر عن الإنتعاش الفكرى والعاطفى والروحى ، والتى تعمل على التقدم فى النضج الاجتماعى٠ وتستند المبادئ الأساسية التى يمكن الإسترشاد بها فى تقديم البرامج ذات الصفة الترويحية للأشخاص المتقدمين فى السن على معلومات لابد أن يلم بها الشخص الذى يعمل كأخصائى ترويح فى المؤسسات التى تقدم هذا اللون من ألوان النشاط فى المجتمع ،ومن أهم هذه الأسس الحاجة إلى الإلمام ببعض الجوانب المتصلة بعملية التقدم فى السن ، وأنواع النشاط التى ثبت جدواها بالنسبة لكبار السن ، ثم طرق وأدوات تنظيم النشاط الترويحى للشخص المتقدم فى السن٠ ويستطيع أخصائى الترويح أن يفهم مشكلات الشخص كبير السن٠ وعن طريق هذا الفهم يمكنه أن يعاونه على القيام بنشاط يبعث على الرضا (عبد الحميد عبد المحسن ١٩٨٣)٠

وتشمل الرعاية الترويحية للمسنين :

- إعداد برامج للرحلات الخلوية إلى الأندية والحدائق٠
- القيام بالمعسكرات الصيفية والمشاتى مع الأندية٠
- تنظيم حفلات للترفيه مع كبار السن٠
- تنظيم زيارات للأماكن السياحية٠
- توثيق الصلة وتبادل المعونة بين مؤسسات رعاية المسنين وغيرها من المؤسسات الإجتماعية الأخرى فى المجتمع٠
- إعادة ما تبقى من قدرات لدى المسنين من خلال وضع برنامج متكامل للتأهيل٠
- تغيير نظرة كبار السن من حياة خالية من الحركة والنشاط إلى نشاط وأمل فى الحياة٠
- التعاون بين المؤسسات الإجتماعية التى تعمل فى مجال كبار السن وتبادل الخبرات فى هذا الشأن٠
- العمل على تقوية الإحساس لدى كبار السن بأن المجتمع ما زال فى حاجة إليهم وأنهم ما زالوا يملكون القدرة على الحركة والحياة (يحيى حسن درويش ، ١٩٩٩)٠

من هنا يأتى دور المجتمع لتنظيم الوسائل والأساليب لتدعيم هذه المفاهيم والعمل على تعميم أندية المسنين والتى تتوافر فيها إحتياجاتهم التى يمكن إشباعها عن طريق

الجماعات الصغيرة داخل النادى حيث توافر الفرص التى تمكن المسن من تدعيم قدرته على إدراك وتحقيق ذاته من خلال العلاقة الإجتماعية المتجددة والمتعددة بين الأعضاء. هذا بالإضافة إلى توفير السلع بأسعار ذهيدة ومساعدة الأعضاء على حج بيت الله وزيارة الأماكن المقدسة.

ثانياً : الإحتياجات النفسية :

يصاحب المتقدم فى السن بعض المشكلات النفسية التى قد تبدو مظاهرها فى عدم التحكم فى الإنفعالات كالميل إلى العناد ، والإكتئاب ، والإعتمادية على الآخرين ، والإحساس بالعجز والشعور بالقلق والإضطراب.

والمشكلات النفسية تحتوى على العديد من الجوانب سواء ما يتعلق منها بفقدان الأهمية بالنسبة للمجتمع أو بفقدان الأقرباء والأصدقاء. أو إنشغال الأبناء كل فيما يهمه. كل هذه الجوانب من شأنها أن تؤثر على الجانب العاطفى للمسنين وترتبط بمشكلات عدم التكيف مع الوضع الجديد للمسن والآثار النفسية والأخلاقية لزيادة وقت الفراغ فى مرحلة الشيخوخة.

وتزداد الإتجاهات النفسية الإجتماعية رسوخاً فى مرحلة الشيخوخة ويصعب تغيير إتجاهاتهم. ويزداد التعصب تبعاً لزيادة السن. لذا يتعصب المسنين لآرائهم ولماضيهم الذى يمثل بالنسبة لهم القوة والشباب والمكانة الإجتماعية وحيوية الكفاح وإيجابية العمل (حامد عبد السلام زهران ١٩٨٤). وهناك عدة مظاهر مختلفة للمشكلات النفسية يعانى منها المسنين نذكر منها ما يلى :

- **الإحساس بالوحدة :**

من مشكلات المسنين الأساسية هو الشعور بالوحدة .. وهذه المشكلة تختلف من مسن إلى آخر حيث أن المسن الذى يمارس الأعمال الحرة أو رجل الأعمال المسن قد لا يشعر بهذه المشكلة .. وإنما الذى يشعر بها من عجزت قوته وقدرته على القيام بعمل معين .. أو موظفى الحكومة الذين لا دخل لهم سوى الراتب ... كما أن أساتذة الجامعات المسنين لا يعرفون أيضاً هذه المشكلة حيث أنهم يستمرون فى القيام بالعملية التدريسية .. وعموماً يمكن القول أن الوحدة هى تجربة عاطفية مؤثرة يبدأ فيها الفرد بالإحساس ببعده عن الآخرين وعن النشاطات الفعالة ، أى أن الإحساس بالوحدة ينتج عن نقص فى القدرات الخاصة بالمسن وفى الإندماج والتركيز مع الآخرين (Jones Hobbs, 1982).

ولا يغيب عنا أن الحالة الصحية للمسن تتأثر بالضرورة بما تكون عليه حالته النفسية وذلك يتطلب أن تتضمن برامج الرعاية الصحية للمسنين الرعاية النفسية على أن

تتضمن هذه البرامج بالضرورة نوعية كبار السن وإعدادهم لتقبل مرحلة الشيخوخة وما يرتبط بها من تغيرات متعددة.

من جانب آخر يمكن القول بأن رعاية المسن نفسياً تحتاج إلى جهود كبيرة تبذل من أجل تقديم الرعاية النفسية على أكمل وجه وذلك لأن مرحلة الشيخوخة تتسم بالحساسية الشديدة. لذا فإنه من الضرورى توعية المتعاملين مع المسنين لتوفير الجو الإجتماعى المناسب ومعرفة ما يجب إتباعه معهم وما يجب تجنبه حتى يمكن أن تتوافر لديهم الظروف المناسبة والتى تبحث على السعادة وتشعرهم بالرضاء والإرتياح النفسى.

ولما كانت العزلة والإحساس بالوحدة يعتبران من أهم المشكلات النفسية التى تفرضها ظروف المسن. لذى فإنه من الضرورى أن تتضمن برامج الرعاية النفسية إمكانية التغلب على عزلة المسن وإحساسه الشديد بالوحدة ،وذلك بالتوسع فى إنشاء أندية المسنين التى تسهم فى دخول المسن مع أقرانه فى حياة إجتماعية ونفسية سوية تبدو مشاعر الوحدة والعزلة التى يعانى منها كبار السن.

الإضطرابات الوجدانية والإنفعالية :

من المعروف أن الجهاز الوجدانى للإنسان ينشأ لديه بطريقة تراكمية ، بمعنى أن كل حالة إنما هى تفاعل بين آخر حالة وصل إليها الشخص وبين العناصر الجديدة فى الموقف. ولا نستبعد حدوث تصدع مفاجئ بذلك الجهاز الوجدانى نتيجة صدمة عاطفية تقع للشخص بحيث لا يمكن وصف ذلك الجهاز فى ضوء ما مر به من خبرات بل من الصدام النفسى الذى أدى إلى وقوع المتصدع.

أن الكثير من الأمراض النفسية والعقلية التى تصدر عنها الإضطرابات الوجدانية والإنفعالية إنما ترتد فى النهاية إلى ما يمكن أن يكون قد أصابهم من خلل فى أجهزتهم الجسمية .. فالمسن الذى إعتاد شغل أوقات الفراغ فى القراءة والإطلاع ويصاب بضعف الإبصار بحيث يعجزه عن مواصلة هوايته يجد نفسه بلا شك إزاء مشكلة نفسية خطيرة قد تجعله متبرماً من الحياة والناس بحيث يبدأ فى إظهار بعض الإنفعالات والإنحرافات السلوكية التى لم يكن مصاباً بها من قبل ، كأن ينفعل لأتفه الأسباب أو بقضاء الوقت قلقاً ومكتئباً ، ونفس الشئ بالنسبة للمسن الذى يضعف سمعه فإنه لا يستطيع أن يفهم المتحدثين فينصرفون عنه أو ينصرف هو عنهم ويعيش فى حالة من الحزن ، وقد يثور معتدياً على من حوله بالسب والضرب وقد لوحظ أن الكثير من الإنحرافات العقلية والنفسية التى قد تصيب المسنين إنما ترجع أولاً وقبل كل شئ إلى ما قد يصاب به المخ من ضمور أو تلف ،

وفى بعض حالات الشيخوخة المتأخرة يصاب المسن بضعف عقلى فيتحول إلى طفل تستثيره أتفه الأمور ويسلك سلوكاً طفولياً (رشاد عبد اللطيف ٢٠٠٢).

الرعاية الأسرية للمسنين :

إن دور الأسرة هو الأهم فى رعاية المسنين ، ويختلف هذا الدور بإختلاف المجتمعات المتقدمة والنامية ، الحضرية والريفية والبدوية. ويتأثر هذا الدور بالنمط الاجتماعى والاقتصادية والثقافى للمجتمع ، ولإبراز أهم ملامح الإختلاف سوف نعرض سريعاً دور الأسرة لرعاية المسنين بالبلدان المتقدمة والنامية كما جاء بتقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية حول " صحة المسنين " (١٩٩٧) ، وذلك على النحو التالى :

الرعاية الأسرية للمسنين بالدول المتقدمة :

تعانى الدول المتقدمة من إزدياد أعداد ونسبة المسنين كما أن الكثير من المسنين لا أسر لهم بالإضافة إلى أن الذين يقومون برعايتهم فى الأسرة هم أنفسهم فى أعمار متقدمة. بالرغم من إستمرار الأسرة بالقيام بدور أساسى فى رعاية المسنين ، إلا أن التغيرات الاجتماعية والديموجرافية تعوق الإستمرار فى هذا الدور وذلك لعدة أسباب مثل :

- إتجاه الشباب للإستقلال عن الأسرة والعيش فى سكن خاص بهم.
- تناقص حجم الأسرة.
- هجرة الشباب للبحث عن فرص عمل فى المناطق البعيدة.
- إزدياد نسبة السيدات العاملات بدوام كامل أو جزئى.

ولمواجهة ذلك تحاول الحكومات بالدول المتقدمة تطوير خدمات المجتمع المحلى التى تهدف إلى تعزيز الرعاية الأسرية للمسنين عن طريق :

- توفير الرعاية النهارية للمسنين بالمنزل.
- تقديم مبالغ نقدية تدفع مباشرة لمن يقوم بالرعاية المنزلية للمسنين.
- تحويل معاش المسن – فى بعض الأحيان – إلى أفراد الأسره القائمين برعايته.

الرعاية الأسرية للمسنين بالدول النامية :

ما زالت الأسرة بالدول النامية تتميز بوجود الروابط الأسرية بين الأب ، والأم ، والأبناء ، العم ، الخال ، الجدود ، ومن السمات الأساسية المشتركة فى هذه المجتمعات المسئولية الجماعية للأسرة تجاه كافة أعضاء الأسرة الذين يعيشون معاً ، كباراً وصغاراً ،

أقوياء وضعفاء ، ورعاية المسن ، والعاجز ، والصغير مسئولية يشترك فيها كل أعضاء الأسرة .

فالأسرة بالدول النامية – غالباً – أسرة تحافظ على الروابط الاجتماعية وتتحدد فيها مسئوليات لكل فرد ، وتولد شعوراً لدى المسنين بأنهم موضع للإحترام والتقدير والخبرة .

والأسرة هى المصدر الأساسى الذى يقوم برعاية المسنين ودعم المسنين فى معظم البلدان النامية .

ولكن مع التغيرات الإجتماعية والإقتصادية التى تمر بها الدول النامية ، تغيرت العلاقات الأسرية ، حيث ساهمت الآثار السلبية للهجرة والتحضر والتحديث والتصنيع وضياع الهوية الثقافية فى تهديد إستقرار القيم التى تضمن إستمرار بقاء المسنين فى إطار نظام أسرى يقوم على التكامل بين فئات الأعمار .

وفى ضوء هذه التطورات أصبح من الضرورى البحث عن بديل يقوم برعاية المسنين ، مع التأكيد على أهمية تدعيم دور الأسرة عن طريق زيادة مواردها الإقتصادية وتقديم الدعم المالى وتأهيل وتثقيف أفراد الأسرة لحفزهم على مواصلة رعاية المسنين .

نظراً لنقص الموارد المادية والفنية فى البلدان النامية ، فإن الإستمرار فى دعم الرعاية الأسرية للمسنين هو الإختيار المناسب لتقديم الخدمات وإيصالها للمسن بدلاً من إنشاء دور الرعاية تتطلب نفقات لا تقدر عليها موازنات تلك الدول .

وضع المسن فى مؤسسة إجتماعية :

إن أشد ما يؤلم المسن ، وخاصة من يتمتعون بقدرات عقلية عالية أو الذين لهم خبرة فى الحياة أن يوضعوا فى مؤسسات إجتماعية لرعايتهم وأيا كانت الأسباب الدافعة إلى إيداعهم بالمؤسسات الاجتماعية . إلا أن كثير من إحتياجاتهم يمكن أن توفرها أسرهم .. إذ أن كل ما يحتاجه المسن لبقائه هو فقط الشعور بحب الأبناء والإهتمام والنظرة الحانية عليهم بصرف النظر عن المساعدة المادية .. أو الإيداع فى مؤسسة تنعدم فيها العلاقات الأسرية الحميمة .

إن أكثر ما يسبب الحزن للمسن فى المؤسسات الإجتماعية حتى لو كانت تلبى كل الإحتياجات المطلوبة فقدان حنان الأبناء الذين قضى معهم المسن أجمل أيام حياته وإفتقاد دفء وحنان الأسرة وسعادة الأبناء والأحفاد والمشاركة الوجدانية حتى فى أحزانهم .

تحديات رعاية المسنين نفسيا :

إن رعاية المسنين نفسياً تتطلب جهود كبيرة من أجل تقديم الرعاية النفسية على أكمل وجه ، وتتطلب مهارة فائقة ، وهذا ما يستلزم وجود الإخصائى النفسى مع الإخصائى الإجتماعى ، وعلى الرغم من أن الرعاية النفسية للمسنين مطلباً ضرورياً إلا أنها تواجه بالعديد من الصعاب إلى التقليل من فعاليتها (رشاد عبد اللطيف ٢٠٠٢) وتحول دون تحقيق أهدافها مثل :

- أن المسن ينخرط فى إطار مجموعة عمرية يصعب رعايتها شأنها فى ذلك شأن الطفولة .
- يتسم المسن بالجمود النفسي ويفتقر إلى المرونة النفسية التى تجعله قابل لتغيير السلوك الذى إنخرط فيه .
- إختلاط الأغراض النفسية بالأغراض الأخلاقية مثل حالات السرقة المرضية .
- عدم القدرة على وضع خط فاصل بين الحالات النفسية الخفيفه التى يجدى معها إتباع طرق التوجيه النفسى وبين حالات الجنون الكاملة التى يجب أن تخضع للعلاج العقلى والنفسى .

وهذه المصاعب تتطلب جهوداً كبيرة من جانب المعالجين وتعاون مستمر بينهم فى حل مشاكل المسنين نفسياً وهذا يتطلب القيام بما يلى :

- التوعية بظروف مرحلة الشيخوخة ومشكلاتها للأفراد المتعاملين والقريبين من المسنين .
- الإكثار من إنشاء دور المسنين المخصصة للإقامة لهم حتى يلتحق بها كبار السن الذين لا يجدون من يؤنسهم فى وحدتهم أو يرعاهم أو يقوم على خدمتهم حيث يجد المسنون فيها الصحبة التى يريدونها من أفراد متقاربين فى السن لهم نفس الظروف أو الميول والإتجاهات والإهتمامات .
- إنشاء النوادى أو قاعات الترفيه داخل المؤسسات التى يقيم فيها المسنون لقضاء وقت فراغهم بصورة ممتعة ومفيدة عن طريق ممارسة بعض الهوايات أو المشاركة فى بعض النشاطات الاجتماعية التى يرغبون فيها (محمد سيد فهمى ١٩٨٤) .

الرعاية المؤسسية للمسنين :

إن التغيرات الحديثة والإتجاه نحو التصنيع والتحضر وظروف التعقد المجتمعى والإتجاه نحو الأسرة النووية الصغيرة وخروج المرأة للعمل كلها كانت أسباباً قوية فى ظهور مؤسسات رعاية المسنين لتقديم أوجه الرعاية الصحية الاجتماعية والنفسية والثقافية والترويحية ٠٠ وقد تكون مؤسسة حكومية أو أهلية أو شبه حكومية ٠٠ إلا أنها جميعاً تستهدف العناية بالمسنين وتوفير قدر من الرعاية عجزت الأسرة الطبيعية عن الوفاء به ومواجهة حدة المشكلات التى يعانى منها المسن مثل الشعور بالوحدة والعزلة عن المجتمع٠

وتشير الدراسات الحديثة أن هناك توسع فى إستخدام الرعاية المؤسسية (رشاد عبد اللطيف ٢٠٠٢) كبديل مناسب لمواجهة حاجات ومشكلات المسنين٠ وتنقسم المؤسسات التى يقيم فيها المسنين إلى :

أولاً : المؤسسات الطبية :

وهى مخصصة لحالات شديدة التدهور من الناحية الصحية وأيضاً متوسطة التدهور٠ ويستهدف العلاج التحقق من أن جو المستشفى بكامله علاجى حيث يشعر المسن فيه أن هناك من يماثله فى المشكلات الصحية أو يزيد عنه فيتبادلون الحديث عن المشكلات حتى أن المسن الذى يشعر بالعزله يجد نفسه مدفوعاً للمشاركة فى أنشطة جماعية داخل المستشفى ، وبالتالى يكون أكثر تعبيراً عن مشاعره ،وقد يعود إلى أسرته بعد فترة العلاج٠

وهناك دور إقامة للمسنين الميئوس من شفائهم من العجزة والمقعدين بأمراض لا يرجى منها شفاء ويظل حتى يأتى الأجل ، حيث لا فائدة من العلاج الطبيعى أو النفسى ٠٠ ولذلك أنشئت هذه المؤسسات لتقديم العلاج لهم – لا بهدف إعادتهم للمجتمع – بل بغرض تمكينهم من العودة لمجرى حياتهم ليعيشوا أيامهم المعدودة مطمنين أنهم أحياء يرزقون ، أو لتحسين نوعية حياتهم فى اللحظات الأخيرة ليس بهدف إكتساب مهارة جديدة بل المحافظة على المهارات المكتسبة وتمكين المسن من الشعور بأنه إنسان قادر على الحديث وعلى الحوار وعلى إدراك ما حوله ٠٠ حتى وهو يلفظ أنفاسه الأخيرة (رشاد عبد اللطيف ٢٠٠٢) ٠

ثانيا : المؤسسات الإجتماعية :

وهذه المؤسسات إما أن تكون بأجر ، أو تابعة لجمعيات أهلية وبالمجان للمسنين الفقراء ، ويهدف العمل بها إلى :

- رعاية المسن إجتماعياً نظراً لتخلى الأسرة عن هذه الرعاية.
- تدبير أماكن لقضاء وقت الفراغ ، وذلك لعدم توفر أماكن لديهم .
- تكوين علاقات مع مسنين آخرين.

ومع ذلك فإن جميع الدراسات تؤكد أن الغالبية العظمى من المسنين لا يرغبون فى ترك منازلهم ولا يريدون بديلاً عن الإستقلال فى الحياة والحرية والبقاء مع الوحدة المألوفة له من الأهل والأصدقاء وكل ما هو قائم فى البيئة التى عاشوا فيها سنوات طويلة من عمرهم ، وهم يهتمون بصفة خاصة بالحفاظ على الأشياء التى يمتلكونها .. وتؤكد الدراسات على أن الشخص المسن يكون بالفعل أكثر سعادة ورضاء وصحة إذا ما أمكن أن يظل كما هو فى بيته ولم ينقل إلى مكان آخر ليعيش فيه ، ولا بد أن يؤخذ هذا الرأى بعين الإعتبار ، إذ أن نسبة من المرضى المسنين الذين أبعدوا عن ديارهم تزعجهم هذه الخبرة بحيث أنهم لا يتماثلون أبداً للشفاء و يقضون بقية حياتهم فى خمول وتعاسة .. وهناك نسبة من المسنين يكشفون عن أعراض مرضية جديدة عقب إيداعهم المستشفيات. وهذه الأعراض تكون فى الغالب مرتبطة بتغير الظروف البيئية ، أى مرتبطة بنقل الشخص المسن من بيئته الأصلية إلى بيئة أخرى. بل لقد وجد أحياناً أن مجرد قضاء فترة زمنية قصيرة فى المستشفى يمكن أن تكون بمثابة خبرة صادمة للمسن ذات تأثير على حالته الصحية وكفايته الإجتماعية. وكثير من المسنين قد تكونت لديهم شبكة دقيقة من العلاقات فى التعامل اليومى .. ثم يترك المستشفى ليقطع هذه العلاقات مما يجعل عودة المسن مرة أخرى إلى بيئته أمراً صعباً.

ومما لا شك فيه أن هناك فرق بين المرضى المسنين الذين يترددون على العيادات الخارجية لتلقى العلاج ، ثم يعودون إلى بيئتهم الأصلية وبين مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات ، حيث يقيم الشخص المسن ويتم علاجه فى إنفصال عن بيئته الأصلية. وهذا الفرق يكشف لنا عن أن المرضى المترددين على العيادات الخارجية يكونون أفضل حالاً من المرضى المقيمين بالأقسام الداخلية بالمستشفيات ، الأمر الذى يؤكد أهمية إبقاء الشخص المسن فى بيئته وألا ينتزع منها إذا كان من الممكن ذلك (سيد سلامة إبراهيم ١٩٩٧).

الجزء الثانى : أساليب ومنهجية تقدير إحتياجات المسنين

١ - مظاهر وفعاليات الشيخوخة ٠

٢ - مفهوم الدراسة ٠

- المسن ٠
- تقدير الإحتياجات / المفهوم والمنهجية ٠

٣ - إحتياجات المسنين ورعايتهم ٠

- الحاجات الإنسانية ٠
- مشكلات إحتياجات المسنين ٠

١ - مظاهر وفعاليات الشيخوخة :

تناول ومعالجة مظاهر وفعاليات الشيخوخة يستند الى أربعة منطلقات هى :-

- أن الشيخوخة ليست كلها ضعف ولا هى كلها قوة .
- الشيخوخة حالة نفسية ، قبل أن تكون حالة عضوية ، ومن ثم ينبغى الاعتماد على معيار الزمن .
- إذا ضعفت الملذات الجسدية للمسن ، فإن الملذات الفكرية والروحية تقوى .
- من أجل اعتماد المسن كموجود له قيمة فينبغى تفعيل حياة المسن وتمكينه من قدراته الإبداعية .

وبخصوص مظاهر الشيخوخة فيمكن تصنيفها الى ثلاثة أقسام :-

- المظهر الفيزيقى (فسيولوجى وسيوسولوجى) ٠
- المظهر العقلى النفسى ٠
- المظهر الاجتماعى ٠

يتعلق المظهر الفيزيقى بالمتطلبات والضروريات المختلفة والمحيطة للمسن ، قدراته الحركية تتناقص ٠٠ يشعر بعض المسنين بالإنزعاج عند القيام بأى حركة ، كما تصعب عمليه التنفس ٠٠ وتضعف المناعة .

فى حين يتعرض المسن للإصابة فى الخلايا الدماغية حيث تتناقص هذه الخلايا مع تقدم العمر ، هذا من حيث المظهر العقلى ، أما فيما يتعلق بالحياة العاطفية فإن المسن قد يصاب عاطفيا بسبب غياب آليات الدفاع .

ويشمل المظهر الاجتماعى ، المحيط المادى ، والمحيط الإنسانى ، ويلعب المحيط المادى دورا فى تاقلم المسن مع المحيط بشكل عام ، فى حين يؤثر المحيط الإنسانى على شخصية المسن النفسية .

ولتفعيل الحياة المعاشة للمسن ، يتطلب الأمر توفير مجموعة من الوسائل والطرق التى تدفع الى مزيد من تفعيل أدوار المسنين ، بمعنى إعطاء معنى وقيمة لحياة المسن وتبدأ عملية التفعيل بإبتسامة .. اللمس – الاستماع – الإنصات .. الفهم ...الخ.

وتنقسم الفعاليات الى ثلاثة أنواع هى :-

- فعاليات فيزيقية
- فعاليات عقلية
- فعاليات اجتماعية

أما الفعاليات الفيزيقية ، فتهدف الى المحافظة على الطاقات الحركية ، وعلى إعادة التأهيل ، بحيث تكفل المزيد نحو اعتماد المسن على نفسه ، ويمكن تحديد الفعاليات الاجتماعية فى النشاطات الإبداعية ، والتسلية والأنشطة اليدوية والموسيقية .

فى حين تتمثل الفعاليات العقلية فى وظائف التفكير ، والوظائف النفسية ، ويهدف هذا النشاط الى إيقاف الضياع فى قدرة التفكير عند المسن عن طريق تمارين متخصصة وتنويع طرق التعلم ، وتمارين البناء والنشاطات الإبداعية من خلال مجالات الفنون والتعبير الجسدى .

بينما تظهر الفعاليات الاجتماعية بعد التقاعد حيث تقل المكانة الاجتماعية للمسن ، وتقل العلاقات بينه وبين الآخرين ويدخل فى نفس المسن العزلة ، لذا يجب العمل فى تطوير العلاقات الاجتماعية كى يندمج المسن فى مجتمعه ، وهنا تأتى أهمية الأسرة فى حياة المسن ، ودور المجتمع حيث يشكلان السلوك الإنسانى ، فالفرد يرتبط بمجتمعه بكثير من الصلات ، والمجتمع يمده بأسباب الحياة المادية والمعنوية ، المأكل – المشرب – المأوى – الإستقرار – الحماية .. كما يمد المجتمع الفرد بالثقافة والخبرات والمهارات من خلاصة التجارب الإنسانية الطويلة ، هذه الثقافة هى التى تساعده على التكيف للحياة الاجتماعية من ناحية وتساعده فى إشباع حاجاته ودوافعه المختلفة من ناحية أخرى ، وتلعب الأسرة دور رئيسيا فى عملية التنشئة حيث تقوم بمجموعة من النظم الأولية التى تساعد الفرد فى تكوين مايسمى بالشخصية الإنسانية للفرد منها الرضاعة والفطام والحياة والتربية الجنسية والاستقلال ...الخ.

وتؤثر الجماعات على الشخصية الإنسانية تأثيرا إيجابيا وآخر سلبيا ممثلا فى العدوانية والانسحاب والتراجع ... الخ (سعد جلال ، ١٩٩٣) .

٢- **مفهوما الدراسة :**

- المسن

- تقدير الاحتياجات

- فالمسن لغويا ، المسن الرجل كبر ، كبر سنه ، ولقد استعمل العرب كلمة المسن للدلالة على الرجل الكبير ، وإستخدموا ألفاظا مرادفة شيخ ، هرم ، كهل (معجم البسيط) .
- والمسن إصطلاحا هو الشخص الذى أصبح عاجزا عن رعاية نفسه وخدمتها
- عرفت الأمم المتحدة المسن :

الشخص الذى بلغ الستين سنة من العمر ، وتتميز هذه السن ببعض النواحى البيولوجية والوظيفية والعاطفية النفسية ، وان اختلفت من شخص لآخر .(الأمم المتحدة ١٩٨٠) .

وفقا لهذا التعريف ، فإنه يشير الى أن التغيير عملية مستمرة من التغيرات التى تصاحب المرحلة الأخيرة من حياة الانسان ، أكثر منها تعبيراً عن فترة ثابتة محددة من حياته .

- والشيخوخة تحول بيولوجى غير قادر للإرتداد ، ويحدث فى تدرج مستمر وهى مرحلة العمر التى تبدأ فيها وظائف الجسم والعقل فى التدهور – بصورة أكثر وضوحا وتبدأ هذه المرحلة فى سن الستين ، وتقسم فيه المسنين الى :-
  - مجموعة (١) من ٦٠ – ٧٥ سنة المسن النشط
  - مجموعة (٢) من ٧٥ سنة فأكثر المسن الكبير
  - مجموعة (٣) من أكبر من ٨٥ سنة الهرم(جلال الدين الغزاوى ١٩٨٨)

وهناك تقسيمات أخرى متبعة عالميا وهى :-

- **سن الكهولة :**

من النساء ٥٦ – ٧٤ سنة

من الرجال ٦١ – ٧٤ سنة

- **سن الشيخوخة :**

٧٥ – ٩٠ رجال ونساء

- **طويل العمر :** أكثر من ٩١ سنة

والخلاصة : المسن كل فرد أصبح عاجزا عن رعاية نفسه وخدمتها بالشكل المطلوب وهو من تجاوز الستين سنة ، وتتفاوت هذه المرحلة السنية من شخص لآخر .

مفهوم تقدير الاحتياجات : Need Assessment Concept

تشير الحاجة (الاحتياج) الى شيء مطلوب أو مرغوب لسد الفجوة ، أو الفرق بين ماهو كائن وما يجب أن يكون ، أى الفجوة بين الحالة الراهنة والحالة المرغوبة .

إستنادا الى هذا التعريف ، يمكن القول بأن الحاجة (الاحتياج) ليست شيئا فى حد ذاتها دائما تعبر عن إستنتاج أو إستدلال يتم الحصول عليه من مقارنة الوضع الحالى بالوضع المرغوب، أى أن الحاجة تشبه الى حد كبير المشكلة Reporting problem .

وفى هذه الدراسة فإن الاحتياجات تعتبر الفرق أو الفجوة فيما بين الحالة الراهنة فيما يتعلق بالمجموعة المستهدفة وهى هنا فئة المسنين ، ومايجب أن تكون عليه فى الحالة المرغوبة هذا عن تعريف الاحتياج (الحاجة) ، أما فيما يتعلق بتعريف تقدير الاحتياجات ، فيمكن القول بأنها مجموعة من الإجراءات المنظمة التى تتخذ بهدف تحديد الأولويات واتخاذ القرارات سواء فيما يتعلق ببرنامج ، أو تطبيق أسلوب معين ، أو تعبئة وتخصيص الموارد . هذا وتبنى الأولويات على الاحتياجات التى يتم التعرف عليها .

مما سبق يمكن ملاحظة مايلى :

- إن عملية تقدير الاحتياجات طريق أو منهج يسير فى خطوات أو مراحل متسلسلة.
- إن عملية تقدير الاحتياجات تنظم الأولويات ، وتحدد المحكات اللازمة للحلول .
- إن عملية تقدير الاحتياجات تؤدى الى تحسين الخدمات (البرامج) والبنية التنظيمية .
- إن عملية تقدير الاحتياجات تضع المحكات اللازمة لتحديد أفضل لتوزيع الموارد البشرية والتنظيمية ، والمالية ، والتكنولوجية وغيرها .

إن تقدير الاحتياجات هنا فى هذه الدراسة – تستهدف اتخاذ قرارات تتعلق بالأولويات المتعلقة بالخدمات التى يحتاجها المسنون ، ويمكن الحصول عليها عن طريق توجيه أسئلة للجمهور المستهدف ، والنظام الذى يعمل على خدمتهم .. ان من أهم أهداف تقدير الاحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين ، هو وضع الأساس لرعايتهم .

وخلاصة القول بأن تقدير الاحتياجات تقدم منهجا للتعرف على وصف خدمات معينة للإحتياجات ، واكتشاف العوامل التى تسهم فى إستمرار الحاجات ، وإبتكار محكات للتخطيط لمواجهة وتحسين أو تعديل هذه الاحتياجات ، ومن ثم الخدمات التى تترتب عليها . والسؤال الذى يطرح نفسه ، كيف يمكن إجراء تقدير للإحتياجات لخدمات المقدمة لجمهور المسنين . يمكن القول بأنه يمكن إتباع منهجية تتكون من ثلاث مراحل وثلاثة مستويات أما المراحل الثلاث فهى :- (محمد عبدالعزيز عيد ، ٢٠٠١) ٠

- التقدير القبلى Pre Assess ment
- التقدير الرئيسى Assessment
- التقدير البعدى Post Assessment

وفى هذه الدراسة فإن المستفيدين الأصليين من عملية تقدير الاحتياجات هم فئة المسنين وهم مستقبلى الخدمات ويمثلون المستوى الأول ، أما المستوى الثانى فيمثلون مقدموا الخدمة بجانب واضعى السياسات ، والإخصائيون ٠٠ وجميع المهنيون العاملون فى مجال رعاية المسنين فى حين يعبر المستوى الثالث عن مجموعة الموارد أو الحلول والأجهزة والمبانى وكافة البرامج المستهدفة لرعاية المسنين .

ويعتبر المستوى الأول (فئة المسنين) هم قلب عملة التقدير ، فى حين أن الذين يقعون فى المستوى الثانى تكون لهم علاقة مباشرة بالمستوى الأول فهم يوفرون لهم الخدمات ٠٠

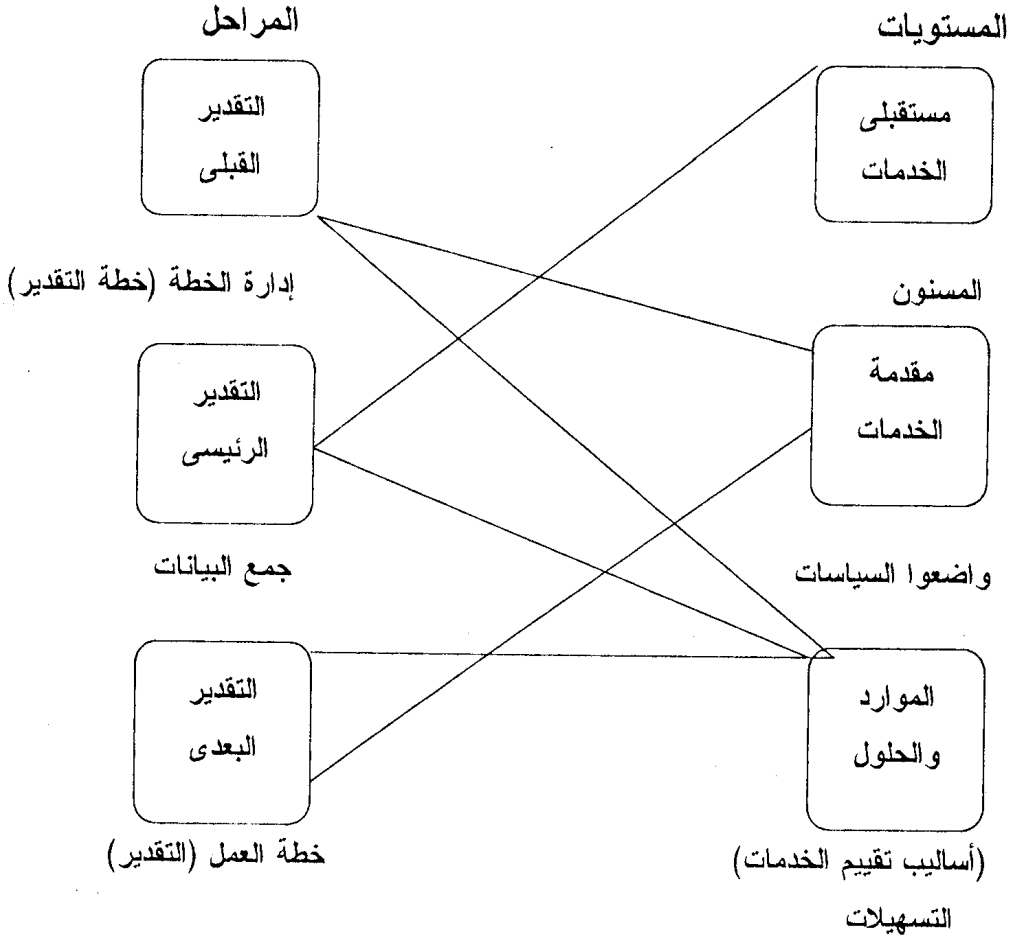
وتتمثل وظيفة التقدير السابق فى التعرف على ماهو معروف الآن من حاجات والتعرف على أهم القضايا وميادين الاهتمام الرئيسية ، وتقرير حدود النظام ، وهدفية تقدير الاحتياجات ، والمصادر الممكنة للبيانات وكيفية إستخدام المعلومات ٠ وتمثل الخطة الإبتدائية للتقدير فى المستوى الثانى والثالث ، فى حين تهتم المرحلة الثانية وهى التقدير الرئيسى بجمع وتحليل المعلومات والآراء عن الاحتياجات من الخدمات . ووضع أولويه مبدئية ، وتحليل الأسباب المرتبطة بالمستويات الثلاثة للنظام محل البحث بينما يغطى المستوى الثالث وهو التقدير البعدى ، مرحلة إستخدام البيانات وخطط العمل . (محمد عبد العزيز عيد ، ٢٠٠١)٠

والشكل التالى يوضح ماتقدم

شكل (١)

منهجية تقدير الاحتياجات

لأهم خدمات المسنين



يلاحظ مما تقدم (من إستقراء الشكل السابق) مايلى :-

- أن المراحل متسلسلة ، تنتهى كل مرحلة بنتائج معينة والعوامل بينها ليست ثابتة ، إنما تعبر عن تتابع زمنى لمجموعة من المهام ، وتعد المرحلة الأولى وهى التقدير الإستطلاعى ووظيفة التعرف على الواقع كما يلى :
- المكونات ، وتحديد بؤرة ونقاط التقدير .
- التعرف على القضايا وميادين الاهتمام الرئيسية
- تقدير حدود النظام (موضوع البحث) والهدف من التقدير .
- تحديد المصادر الممكنة للبيانات .
- كيفية إستخدام المعلومات .
- نوعية القرارات التى سوف تتخذ ، وتكون اساسا للمرحلة الثانية للتقدير . فى حين يتم فى المرحلة الثانية جمع البيانات ، وتحليل المعلومات والآراء ، ووضع الأولويات المبدئية ، وتحليل الأسباب المرتبطة (بالمسن ومقدمى الخدمات...) بينما يتم فى المرحلة الثالثة ، إستخدام البيانات والخطط للعمل ، وتتمثل المهمة الرئيسية بهذه المرحلة فى وضع الأولويات ، والمحكات والحلول ، ووزن البدائل وصياغة خطط التقدير. (محمد عبدالعزيز عيد ، ٢٠٠١) .

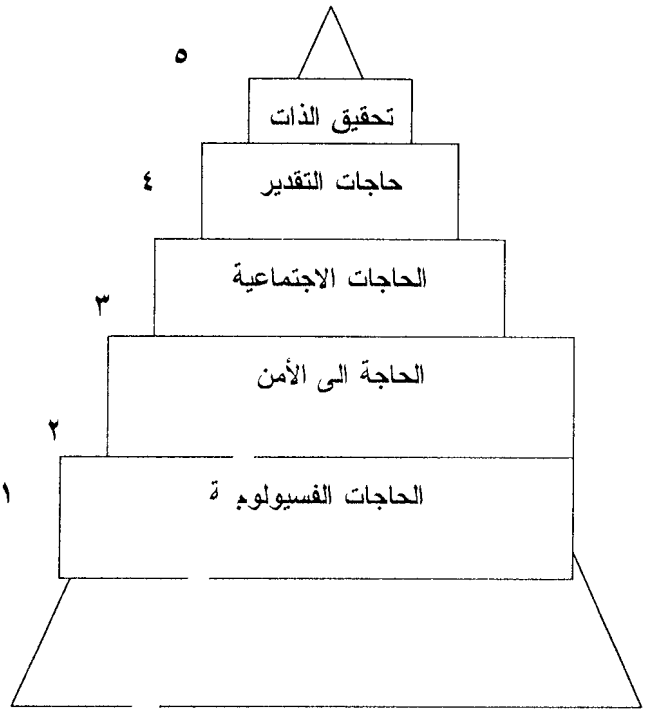
إن أى تقدير جاد يجب أن يراعى :-

- قيمة وضرورة المشاركة فى عمليات التقدير من جانب العاملين فى السياق .
- اختيار الأدوات والنماذج والأدلة لجمع البيانات .
- الإعتراف بالقيم الجوهرية للمستهدفين من عملية التقدير .

٣ - **احتياجات المسنين ورعايتهم**

- الحاجات الانسانية
- احتياجات المسنين

وفقا لمدرج ماسلو " فإن الحاجات الانسانية تترتب على النحو التالى :



نقطة البداية فى هرم الحاجات الإنسانية "لماسلو "حاجات الفسيولوجية وفيها يتم إثارة الدوافع لدى الفرد ، وهى أقوى الدوافع الإنسانية ، و ظيفتها المحافظة على كيان الفرد القصوى والمحافظة على بقاء النوع ، ومن أمثلة ذلك . الحاجة الى الطعام ، والشراب والمأوى ٠٠ والحاجة الى الراحة والنوم .

والسؤال الذى يطرح نفسه هو ماذا يحدث لرغبات الانسان عندما يتوفر لديه وسائل الحصول على قوته ، وعندما يشبع حاجاته الفسيولوجية الأخرى ؟ فى هذه الحالة تظهر حاجات ورغبات أخرى أقل قوة عن الحاجات السابقة وتطفى بدورها على الإدراك وتوجيه سلوك الفرد .

وهنا تظهر أهمية الحاجة الى التماس الأمن ، حيث أهميته فى مجال العمل ، وفى برنامج المعاشات ، والرعاية الصحية .

تأتى بعد ذلك الحاجات الاجتماعية ، بعد أن تشبع الحاجات الفسيولوجية ، والحاجة الى الأمن ، تبرز مجموعة الحاجات الاجتماعية وتتمثل فى :-

- الشعور الى الحاجة الى الأصدقاء .
- الرغبة فى العلاقات الودية مع الغير .
- الرغبة فى مكان (مكانة) مرموق فى الجماعة التى ينتمى إليها .

بعد ذلك تأتى الحاجات الاجتماعية وتنقسم الى :-

- حاجات إنتمائية
- حاجات المحبة والمودة
- الحاجة الى الأصدقاء
- الحاجة الى الزوجة .. الأبناء

ولإشباع تلك الحاجات يسلك الفرد المسالك التالية :-

- بذل قصارى الجهد لتحقيق المهام .
- إنجاز ما يوكل من عمل بسرعة .
- محاولة التفوق ، وإظهار الاستقلال
- تبذل الجهود للسيطرة على الغير

ثم يأتى بعد ذلك حاجات التقدير ، حيث توجد الرغبة الى تقدير النفس (الذات) والرغبة فى تقدير الآخر ، وينتج عن ذلك إحساس المسن بالثقة فى النفس والتفوق والمقدرة والكفاءة .

وأخيرا تأتى حاجات تحقيق الذات ، وترتبط هذه الحاجات ، مجموعة من الدوافع الخاصة بحاجة الانسان الى تحقيق الصورة التى يتخيلها لنفسه .

ومما تجدر ملاحظة على "مدرج ماسلو" مايلى :-

- الإنسان لا ينتقل من إشباع حاجة منخفضة لحاجة أعلى .
- الانسان قد يشبع حاجاته لإثبات ذاته قبل إشباعه للحاجات الاجتماعية مثلا .
- الحاجات لا تأخذ أدوار متساوية ، وأن عملية الإشباع عملية نسبية تختلف من فرد لآخر .
- يتوقف إشباع الحاجات بدرجة كبيرة على العرض المتاح والوسائل .
- يعتبر الزمن عاملاً هاماً فى عملية إشباع الحاجات ، (سعد جلال ١٩٩٣)

إحتياجات المسنين :

يمكن تقسيم احتياجات المسنين الى :-

- احتياجات مادية وبيولوجية
- احتياجات اجتماعية
- احتياجات اقتصادية
- احتياجات ثقافية
- احتياجات ترويحية

وتتلخص الاحتياجات المادية والبيولوجية فى توفير المسكن والطعام والملبس والصحة ، وتوفير جميع الاحتياجات يحتاج الى قدرة مالية ، وهنا يتجلى دور الأسرة من خلال تهيئة المناخ المناسب لإشباع تلك الاحتياجات ، أما دور المجتمع فيظهر فى الأداء الإعلامى بأصول ورعاية المسنين ، وتوفير البرامج والخدمات المناسبة لفئات المسنين ، ودور رعايتهم ، والأندية والجمعيات التعاونية لتيسير الحصول على الاحتياجات المادية والبيولوجية (هدى قناوى ، ١٩٨٧) .

وفى حين تتلخص الاحتياجات الاجتماعية فى تقرير العلاقات الاجتماعية من خلال تدعيم العلاقات الأسرية فى مواجهة تغيير العادات والتقاليد ، والعلاقات مع الأفراد ، وهنا يظهر دور المجتمع فى تنظيم الوسائل والأساليب المناسبة لتدعيم وتنمية المواهب الفنية واليدوية والفكرية .

بينما تتمثل الاحتياجات الاقتصادية فى كفالة الأمن الاجتماعى ، وهنا يجب أن تضمن الدول مستوى مناسب لدخول المسنين ، والارتقاء بنظم المناسبات الحكومية ، والتأمين الاجتماعى ٠ ٠ وبحيث يحصل المسن على دخل مناسب ، والاستفادة من إشراك المسن بخبراته ، مع الأهمية بمنحه تيسيرات فى تكاليف الخدمات المقدمة له (محمد سيد فهمى ، ١٩٨٤) .

وتتمثل الاحتياجات الثقافية فى توفير عدد مناسب من الندوات ، ودعم المناسبات الدينية ، وتيسير سبل الحج الى بيت الله الحرام ، وتوفير وسائل الترفيه والترويح داخل الوطن أو خارجه ، وفى إتاحة قدر مناسب من العروض المسرحية السينمائية بأجور منخفضة .

ومن الأهمية بمكان إستخدام وقت الفراغ فى تلبية الاحتياجات الترويحية بما يسمح بإدخال الرضا والسرور على فئات كبار السن .

هذه فيما يتعلق بأهم احتياجات المسنين ، أما بخصوص رعاية المسنين فيمكن القول بأن المسن فى حاجة ماسة الى فهم ذاته من خلال الإعداد لعملية التقاعد (المعاش) والتوعية بالشيخوخة ومشكلات لدى الفئات الأخرى وفئات المسنين على وجه خاص وتوعية الأطراف ذات العلاقة المباشرة برعاية المسنين وتثقيفهم .

هذا مايخص فلسفة وأهداف رعاية المسنين . أما مايجب توافره فى دور الرعاية فيمكن توضيحه كما يلى :-

- أن تكون دور الرعاية صغيرة الحجم حتى يمكن الإرتقاء بمستوى الخدمات المقدمة .

- أن تلتزم بالمعايير الصحية من حيث الموقع / الفناء / حجـرة لكـل نزيـل /رعاية طبية / أثاث مناسب .
- أن تتضمن برامج لرعاية الهوايات التى تلائم كبار السن .
- أهمية اختيار وتدريب وتأهيل العناصر العاملة فى مجال رعاية المسنين .

(يحيى حسن درويش) .

إن رعاية المسنين تحتاج الى تضافر مجموعة مـن الإمكانيـات والجهـود المختلفة على كافة المستويات حتى يمكن ضمان الرعاية الإيجابية والفعالة المطلوبة وتشمل برنامج رعاية المسنين على الجوانب التالية :

رعاية إجتماعية : من خلال توفير المناخ الاجتماعى السليم لتفهم وتقبـل حاجـات كبار السن وقضاياهم (عبد الحميد عبد المحسن ١٩٨٣) .

رعاية إقتصادية : من خلال توفير المعاش (الدخل) الذى يكفى مواجهـة متطلبـات (احتياجات) المسنين ، لأن المعاش لايكفى ، ولوجود أعباء إضافية ولوجود زيادة مضطردة فى أعداد المسنين .

رعاية صحية: من خلال توفير المصادر المختلفة لرعاية كبار السن ، فـى مجـال مواجهة الأمراض المصاحبة للشيخوخة (يوسف ميخائيل ١٩٧٧) .

رعاية ترويحية: بحيث يمكن دعم وتقرير مركز ومكانة المسـن فـى المجتمـع ، والسعى لدى المسن بالإندماج فى الأنشطة المفيدة ، وإعداد بـرامج للـرحلات الجليديـة، والمعسكرات الصيفية والمشاتى ، وتنظيم حفلات للترفيه ، وزيارات للأماكن السياحية (عبد الحميد عبد المحسن ، ١٩٩٣)

وتوفر الخدمات الدينية ، والجو الروحى المناسب ، وحلقات الوعظ والإرشاد (محمـد سـيد فهمى ١٩٨٤) .

الفصل الثالث

حول دور الدولة والمجتمع الأهلى فى توفير وتطوير خدمات المسنين

الجزء الأول : حول الإطار المادى والإجتماعى الذى تقدمه الدولة بمشاركة الجانب الأهلى لتقديم خدمات المسنين.

الجزء الثانى: أهم الجهود التى تبذلها الدولة للتطوير الحالى والمستقبلى لخدمات المسنين من قبل بعض مؤسسات الدولة ذات العلاقة بهذه الخدمات.

مقدمة :

إهتمت مصر برعاية المسنين منذ سنوات عديدة حيث ترجع الجهود المبذولة فيها سواء من قبل الدولة أو من قبل جهود أفراد المجتمع نفسه إلى تاريخ قيام الجمعيات الأهلية فى مصر وذلك مثل إنشاء وزارة الشئون الإجتماعية فى الثلاثينات من القرن الماضى والتى قامت بعد إنشائها بالإشراف على ما تقدمه هذه الجمعيات من خدمات تخص الفئات العمرية للأسرة ومنها المسنين.

وما زالت تلك الجمعيات والتنظيمات الأهلية بالإضافة إلى النقابات والإتحادات وغيرها تلبى العديد من إحتياجات الأسرة الملحة شاملة فئاتها العمرية المختلفة بما فيها المسنون والذين تزداد إحتياجاتهم وتتنوع الخدمات المطلوبة لهم بزيادة أعمارهم. ومن أهم المؤسسات التى تقدم رعاية للمسنين دور وأندية رعاية المسنين.

دور رعاية المسنين :

ولقد أنشئت أول دار للمسنين فى مصر فى أواخر القرن التاسع عشر فى عام ١٨٩٦ لتلبية إحتياجات الجاليات الأجنبية المقيمة فى مصر ، ومن أهم الجاليات التى إهتمت بإنشاء دور للمسنين الأرمن واليونانيين ، والإيطاليين. ووصل عدد دور رعاية المسنين إلى تسعة حتى تاريخ إنشاء وزارة الشئون الإجتماعية عام ١٩٣٩ ، ثم وصل العدد إلى إحدى عشر دار عام ١٩٥٠ ومع قيام ثورة ٢٣ يوليو ١٩٥٢ زاد العدد بمعدلات أسرع فتم إنشاء ٢١ داراً حتى أواخر الثمانينات من القرن الماضى ، وتواصل التزايد فى معدلات إنشاء دور رعاية المسنين فتم إنشاء عشرون داراً أخرى خلال الفترة من بداية التسعينات حتى نهاية القرن العشرين (عزت حجازى ٢٠٠١) وذلك على النحو المبين بجدول (١٦):

جدول رقم (١٦)

تطور إنشاء دور المسنين

تاريخ إنشاء الدار	عدد الدور	النسبة ٪
حتى ١٩٠٠	١	١,٢
١٩٠١ – ١٩١٠	٢	٢,٤
١٩١١ – ١٩٢٠	١	١,٢
١٩٢١ – ١٩٣٠	٤	٤,٩
١٩٣١ – ١٩٤٠	١	١,٢
١٩٤١ – ١٩٥٠	٢	٢,٤
١٩٥١ – ١٩٦٠	٣	٣,٧
١٩٦١ – ١٩٧٠	٩	١١,٠
١٩٧١ – ١٩٨٠	٩	١١,٠
١٩٨١ – ١٩٩٠	٢١	٢٥,٦
١٩٩١ – ٢٠٠٠	٢٠	٢٤,٤
غير مبين	٩	١١,٠
الإجمالى	٨٢	١٠٠

المصدر: عزت حجازى ، الرعاية المؤسسية لكبار السن : دور المسنين ، المجلة الإجتماعية القومية ، المجلد (٣٨) ، العدد (٢) مايو ٢٠٠١ .

أندية المسنين :

نادى المسنين هو- كما نصت على ذلك اللائحة الصادرة بالقرار الوزارة رقم ٣٥٦ لسنة ١٩٨٣ – منشأة إجتماعية نهارية تختص بتوفير البرامج الإجتماعية التى يحتاجها المسنون المقيمون فى منازلهم.

وتقدم هذه البرامج إلى المسن عضو النادى وأسرته بما يتناسب مع ظروفه وإمكاناته وحسب ما جاء فى قانون إنشائها وتهدف أندية المسنين إلى تحقيق الأهداف التالية :

- تقديم برامج لرعاية كبار السن فى مجالات الرياضة ، والثقافة ، والترفيه ، والعلاقات الاجتماعية ، ورعاية صحية.

- توفير جو أسرى تعويضى.
- إستثمار طاقات كبار السن فى عمل إنتاجى إن أمكن.
- حل مشكلات الحياة اليومية.
- السعى لدى الجهات المعنية للحصول على الخدمات اللازمة للمسنين.
- العمل على توفير المستلزمات الإستهلاكية للأعضاء (عزت حجازى – ٢٠٠١ ، وزارة التضامن الإجتماعى ، قطاع التنمية البشرية والإجتماعية).

وفى ضوء هذا العرض التاريخى لرعاية المسن وفى إطار تصاعد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية المعاصرة والتى أصبحت تشكل أعباء جديدة تنوء بها كثير من الأسر أصبح موضوع رعاية المسنين يمثل أعباء إضافية على كثير من أفراد هذه الأسر كما أصبح يفرض على الدولة مزيداً من الإهتمام للمشاركة فى مواجهة هذه الأعباء مع كل من الأسرة والمجتمع المدنى فى قضية رعاية المسنين.

ومن خلال هذه اللمحة التاريخية السريعة عن الإهتمام بخدمات المسنين فى مصر يتناول هذا الموضع من الدراسة النظرية ويعرض فى إيجاز شديد دور الدولة. ومشاركة المجتمع الأهلى لخدمات المسنين بشكل عام كما يشير إلى أهم الجهود المستقبلية لتطوير هذه الخدمات من خلال الجزئين التاليين : –

الجزء الأول : حول الإطار المادى والإجتماعى الذى تقدمه الدولة بمشاركة الجانب الأهلى تقديم خدمات المسنين:

ويتناول الجهود التى تقدمها الدولة بمشاركة الجانب الأهلى لتقديم خدمات المسنين وتتحدد هذه الخدمات فى مجالين أساسيين يتم من خلالهما العمل على تقديم رعاية إقتصادية وإجتماعية تساند وترعى الإحتياجات الأساسية للمسنين والتى يتم تقديمها فى شكل إطار مادى نقدى وإطار مادى إجتماعى على النحو التالى :

المجال الأول : ويعبر عن إطار مادى نقدى : وهو القسم الذى ترعى فيه الدولة مسنيها أثناء العمل وما بعد سن التقاعد وذلك من الجوانب المادية النقدية مستندة على تشريعات وقوانين تم وضعها ويتم العمل بها لتنظيم هذا الجانب.

المجال الثانى: ويعبر عن إطار مادى إجتماعى ويمثل القسم الذى تشترك فيه الدولة مع المجتمع المدنى فى رعاية جميع المسنين فى الدولة سواء كانوا عاملين أو غير عاملين بأجهزتها وتتفاوت هذه الرعاية بين التمويل لدور الرعاية

والخدمات التقنية التى تقدمها والمشاركة فى الإشراف على هـذه الرعايـة وإعداد القائمين عليها فى إطار قرارات منظمة لها.

الجزء الثانى: أهم الجهود التى تبذلها الدولة للتطوير الحالى والمستقبلى لخدمات المسنين من قبل بعض مؤسسات الدولة ذات العلاقة بهذه الخدمات :

ويتناول أهم الجهود التى تبذلها الدولة فى إطار سياسـاتها المسـتقبلية لتطـوير خـدمات المسنين ومحاولة وضع أدوات جديدة من شأنها العمل على تقديم خدمات متطورة وفاعلـة تتفق مع زيادة أعداد المسنين من جهة ومن جهة أخرى تساعد على تلبية إحتياجات أسـر المسنين من أجل الوفاء بهذه الإحتياجات وذلك من قبل كل مؤسسـات وزارتـى التضـامن الإجتماعى ووزارة الصحة والسكان.

وفى ضوء البيانات التى تم الحصول عليها بالنسبة لهذه الخدمات سواء بشكل موثق من قبل الأجهزة المعنية بوزارتى التضامن الإجتماعى والصحة والسكان أو بشكل ميدانى من قبل بعض القائمين على الجديد المطور والفاعل حالياً وبالتحديد من خدمات وزارة الصـحة والسكان ، فإنه يتم الإلماح لبعض النماذج والجهود المبذولة لهذا التطوير والإضافات والتى هدفت إلى فتح قنوات جديدة لإضافة رعاية متطورة لخدمات المسنين من قبل الدولة...

وفى إطار ذلك يتم عرض ما تم الحصول عليه من بيانات فى إطار ما سبق الإشارة إليه من تقسيم منهجى لهذا العرض حول دور الدولة والمجتمع الأهلى فى تـوفير وتطـوير خدمات المسنين وذلك على النحو التالى.

المجال الأول : حول الإطار المادى (النقدى) لتأمين كبار السن مقابل خدمتهم بالدولة والقوانين المنظمة لها

ويمثل هذا الجزء الجانب المادى الذى يشترك فيه جميع المسنين كافة الذين خدموا فى أجهزة الدولة دون إستثناء القدر المادى الذى يعاونهم علىتلبية أهم إحتياجاتهم الصحية بشكل عام والمساهمة فى تغطية بعض إحتياجاتهم الاجتماعية والتى نسـوق بعـض مـن قوانينها وقراراتها فيما يلى :

القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ الباب الخامس المادة ٧٤ (تأمين المرض)

تكفل الدولة حق الرعاية الصحية لكبار السن تحت مظلة التأمين الصحى أكثر شمولاً لفئة كبار السن ولرعاية هذه الفئة والتى خصها نظام التأمين الإجتماعى بميزتين عن باقى المنتفعين بتأمين المرض الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وهما :

- السماح لأصحاب المعاشات بالدخول فى النظام التأمينى لمن لم يسبق خضوعهم للتأمين الصحى خلال فترة عملهم الوظيفية ، أيا كانت جهة عملهم السابقة.
- إعطاءهم حق الإختيار فى الدخول تحت مظلة التأمين الصحى وبذلك أصبح الإنتفاع لهذا القطاع على أسس فردية وبناء على الرغبة بالمخالفة للقواعد العامة التى تحكم نظم التامين الإجتماعى من الشمولية والإلتزام.

وجدير بالذكر أن القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ والخاص بالتأمينات الإجتماعية وضمنها تأمين المرض ، يقتصر أثره على العاملين بأجهزة الدولة والقطاع العام والخاص دون غيرهم بإعتبار أن هذه العمالة مؤمن عليها إجتماعياً ، وأن من يتولى تحصيل إشتراكاتها ضمن أنواع التأمينات الأخرى هى الهيئة العامة للتأمينات الإجتماعية ، ثم تقوم بسداد إشتراكات تأمين المرض للهيئة العامة للتأمين الصحى وهى التى لا يوجد بها جهاز تحصيل مستقل بالنسبة لهذا القانون.

القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ الباب الثامن المادة ٩٩ حتى المادة ١٠٣ (مكرر) (فى تأمين الرعاية الإجتماعية لأصحاب المعاشات) .

تتضمن المواد السابق الإشارة إليها إلى مصادر تمويل هذا التأمين وإلى إنشاء دور لرعاية أصحاب المعاشات المنتفعين بأحكام هذا القانون تشمل على عناصر الرعاية الإجتماعية مثل توفير المأوى والمأكل والمشرب والثقافة والترفيه والقوى البشرية المدربة ، مع توفير فرص عمل مناسبة للمسنين من أصحاب المعاشات نظير مكافأة رمزية.

ويراعى فى إنشاء تلك الدور تنوعها وإختلاف مستوياتها تبعاً لمستوى المنتفعين بها (إقتصادياً ، إجتماعياً ، ثقافياً ، دينياً ٠٠٠٠) ويحدد نظام الإلتحاق بتلك الدور من خلال لوائح ونظم يصدر بها قرار من وزير الشئون الإجتماعية (التضامن الإجتماعى) .

كما تمنح مواد هذا القانون المسن بناءً على قرار من رئيس الجمهورية – بعض التيسيرات مثل تخفيض فى تعريفة المواصلات البرية المملوكة للدولة داخل المدن ، وكذلك تخفيض فى أسعار دخول النوادى والمتاحف والمعارض ، ودور السينما والمسارح المملوكة

للدولة ، أيضاً تخفيض فى نفقات العلاج بالمؤسسات التابعة للدولة ، بالإضافة إلى تخفيضات بالرحلات داخل وخارج الجمهورية.

كما أعطى هذا القانون صاحب معاش العجز الكامل المستديم إعانة عجز تقدر ٢٠% شهرياً من قيمة ما يستحقه من معاش إذا قررت الهيئة العامة للتأمين الصحى أنه يحتاج معاونة دائمة من شخص آخر (الهيئة القومية للتأمين الإجتماعى – ١٩٩٩ ، عزت حجازى – ٢٠٠١) .

المجال الثانى : حول الإطار المادى الإجتماعى الحالى لرعاية المسنين والذى تشترك فيه الدولة مع المجتمع الأهلى فى الخدمات المقدمة لتفعيل هذه الرعاية.

ويتناول هذا الإطار دور ونوادى المسنين كجهد تتعاون فيه الأجهزة الرسمية للدولة حالياً مع المجتمع الأهلى فى تغطية عدد كبير من الخدمات الإجتماعية التى يحتاجها المسنون والتى تتدرج مستوياتها وحجمها من توفير الرعاية الصحية المتكاملة (جسدية ونفسية ومجتمعية) ، حتى تقديم جزئيات من هذه الخدمات تصل إلى توفير الإعاشة والمأوى فقط.

وقد بلغ عدد دور المسنين فى جمهورية مصر العربية ١١٠ داراً وعدد ١٦٨ نادياً وذلك حتى عام ٢٠٠٥ حسب بيانات وزارة التضامن الإجتماعى.

وتتوزع الأدوار بين مساهمة الدولة والمجتمع فى إطار السياسات التى وضعتها الدولة فى هذا المضمار ، حيث تقوم الدولة بإنشاء المراكز الطبية (كما سيأتى لاحقاً) الخاصة برعاية المسنين كما تقوم وزارة التضامن الإجتماعى ببناء دور رعاية المسنين وأندية المسنين و تسليمها إلى الجمعيات الأهلية لإدارتها مع الإبقاء على حقها فى الإشراف عليها والعمل على تفعيل أهدافها. والجداول التالية رقم ١٧، ١٨ ، ١٩ توضح المشروعات التى تم تنفيذها فى الخطة الخمسية ٢٠٠٢/٢٠٠٧ لدور وأندية المسنين حيث بلغ عددها ٥٥ وحدة بإجمالى تكفلة ٤٢٩٧,٥ ألف جنيه مصرى موزعة على جميع أنحاء الجمهورية كان نصيب محافظة القاهرة منها يبلغ ٨٢,٥ ألف جنيه .(مجتمع الدراسة الحالية).

تشير الجداول رقم (١٧) ورقم (١٨) إلى توزيع الإعتمادات المشار إليها على باقى محافظات ج.م.ع. أما الجدول رقم (١٩) فيوضح مقترحات وزارة التضامن الإجتماعى للخطة الخمسية ٢٠٠٧/٢٠١٢ فيما يختص بالعام الأول منها (٢٠٠٧/٢٠٠٨) فى مجال

رعاية المسنين بين إستكمال النقص لإنشاء بعض الدور أو إحلال وتجديد لـــدور أخـــرى أو إنشاء مشروعات حديثة فى بعض المحافظات والتى بلغت فى إجمالها عـــدد ١١ مشـــروع بتكلفة إجمالية حوالى ٢٤٤٥٠ ألف جنيه يكون نصيب العـــام الأول منهـــا ٢٠٠٧/٢٠٠٨ حوالى ٦٤٥٠ ألف جنيه٠

ولا شك أن هذه الأرقام من الإعتمادات لا زالت تعكس النظرة المحدودة فى التعامـــل بالنسبة لتوفير الإحتياجات للأعداد المتزايدة من المسنين الذين هم فى حاجة إلى الرعاية فى ج٠م٠ع٠ ٠

ولا شك أن محدودية هذا التفاعل يرجع إلى الأعباء العديدة الملقاه على عاتق الدولة الإقتصادية والإجتماعية فى مجالات التنمية المتعددة بالإضافة إلى حداثة الإهتمـــام بقضـــية المسنين فى مصر من قبل الدولة كما سبق الإشارة إلى ذلك فى مواقع متعـــددة مـــن هـــذه الدراسة٠

جدول رقم (١٧)

جملة مشروعات رعاية المسنين المنفذة بالخطة الخمسية

٢٠٠٢/٢٠٠٧ موزعة على سنوات الخطة ومواقع التنفيذ

م	المديريات	عدد	٢٠٠٢/٢٠٠٣	٢٠٠٣/٢٠٠٤	٢٠٠٤/٢٠٠٥	٢٠٠٥/٢٠٠٦	٢٠٠٦/٢٠٠٧	الجملة
١	القاهرة	٣	٤٥,٥	٣٧	٠	٠	٠	٨٢,٥
٢	الجيزة	٥	٤٨,٥	١٧٥	٧٨	١١	٠	٣١٢,٥
٣	القليوبية	١	٧,٥	٠	٠	٠	٠	٧,٥
٤	الأسكندرية	٣	٧,٥	٢٦٥	٠	٠	٠	٢٧٢,٥
٥	البحيرة	٣	٤١	٣٧	٠	١١	٠	٨٩
٦	المنوفية	٤	٤١	٨٩	١٨٦	١١٠	٢٣٨	٦٦٤
٧	الغربية	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
٨	كفر الشيخ	٤	٣٨	٣٧	٣٦	١١	٠	١٢٢
٩	دمياط	١	٠	٠	٣٦	٠	٠	٣٦
١٠	الدقهلية	٢	٤١	٠	٠	١١	٠	٥٢
١١	ش٠ سيناء	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
١٢	ج٠ سيناء	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
١٣	بورسعيد	٤	٤١	٣٧	٣٦	١١	٠	١٢٥
١٤	الإسماعيلية	٤	٥٤١	٤٨٧	٠	١١	٠	١٠٣٩
١٥	السويس	١	٧,٥	٠	٠	٠	٠	٧,٥
١٦	الشرقية	١	٠	٠	١٥٠	٣٥٠	٤٠٠	٩٠٠
١٧	بنى سويف	٢	٤١	٠	٣٦	٠	٠	٧٧
١٨	الفيوم	٤	٤١	٣٧	٣٦	١١	٠	١٢٥
١٩	المنيا	٤	٤١	٣٧	٣٦	١١	٠	١٢٥
٢٠	أسيوط	٤	٤١	٠	٣٦	٤٨	٠	١٢٥
٢١	الوادىالجديد	١	٠	٠	٠	١١	٠	١١
٢٢	سوهاج	١	٠	٠	٣٦	٠	٠	٣٦
٢٣	قنـــا	٣	٤١	٣٧	٠	١١	٠	٨٩
٢٤	الأقصر	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
٢٥	أسوان	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
٢٦	البحر الأحمر	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
٢٧	مطروح	٠	٠	٠	٠	٠	٠	٠
	الإجمالى	٥٥	١٠٦٤,٥	١٢٧٥	٧٠٢	٦١٨	٦٣٨	٤٢٩٧,٥

المصدر : وزارة التضامن الإجتماعى ، قطاع الشئون الاجتماعية ، الإدارة العامة للتخطيط٠

جدول رقم (١٨)

الإعتمادات المدرجة لدور وأندية المسنين

المنفذة بالخطة الخمسية ٢٠٠٢/٢٠٠٧

بالألف جنيه

عام الخطة	إسم المشروع	جهات ومواقع التنفيذ	الإعتمادات
٢٠٠٣/٢٠٠٢	دور المسنين	منفذ فى ٣ محافظات هى: القاهرة – كفر الشيخ – الإسماعيلية	٥٧٦
	نادى مسنين	منفذ فى ١١ محافظة هى : الجيزة – البحيرة – المنوفية – الدقهلية – بورسعيد – الإسماعيلية – بنى سويف – الفيوم – المنيا – أسيوط – قنا	٤٥١
	الأسر المضيفة لكبار السن	منفذ فى ٥ محافظات هى : القاهرة – الجيزة – القليوبية – الأسكندرية – السويس	٣٧,٥
٢٠٠٤/٢٠٠٣	دور المسنين غير قادرين	منفذ بمحافظة الأسكندرية	٢٢٨
	نادى المسنين	منفذ فى ١٠ محافظات هى : القاهرة – الأسكندرية – البحيرة – المنوفية – كفر الشيخ – بورسعيد – الإسماعيلية – الفيوم – المنيا – قنا	٣٧٠
٢٠٠٥/٢٠٠٤	دور المسنين	منفذ فى ٣ محافظات: الجيزة – المنوفية – الشرقية	٣٤٢
	نادى المسنين	منفذ فى ١٠ محافظات هى : الجيزة – المنوفية – كفر الشيخ – دمياط – بورسعيد – بنى سويف – الفيوم – المنيا – أسيوط – سوهاج.	٣٦٠
٢٠٠٦/٢٠٠٥	أندية المسنين	منفذ فى ١١ محافظة هى : الجيزة – البحيرة – كفر الشيخ – الدقهلية – بورسعيد – الإسماعيلية – الفيوم – المنيا – أسيوط – الوادى الجديد – قنا.	١٢١
	دور المسنين	منفذ فى ٣ محافظات هى: المنوفية – الشرقية – أسيوط	٤٩٧
٢٠٠٧/٢٠٠٦	دور المسنين	منفذ فى محافظتان هما: الشرقية والمنوفية	٦٣٨
	الإجمالى		٤٢٩٧,٥

المصدر : وزارة التضامن الإجتماعى ، قطاع الشئون الإجتماعية ، الإدارة العامة للتخطيط.

جدول رقم (١٩)

مقترحات وزارة التضامن الإجتماعى للخطة الخمسية ٢٠٠٧/٢٠١٢

والعام الأول منها ٢٠٠٧/٢٠٠٨

فى مجال رعاية المسنين

القيمة بالألف جنيه

عدد	المشروع	العدد	مقترحات الخطة الخمسية ٢٠٠٧/٢٠١٢	مقترح العام الأول ٢٠٠٧/٢٠٠٨
١	مشروعات الإستكمال			
	إستكمال دار المسنين بالمنوفية	١	١٥٠٠	١٥٠٠
	إستكمال دار المسنين بالإسماعيلية	١	٢٢٠٠	٢٢٠٠
	إستكمال دار المسنين بالشرقية	١	٢٧٥٠	٢٧٥٠
٢	مشروعات الإحلال والتجديد			
	إحلال وتجديد عدد ٢ دار للمسنين بالقاهرة والأسكندرية	٢	٤٠٠٠	
٣	المشروعات الجديدة			
	إنشاء عدد ٣ دار جديدة للمسنين بالغربية والدقهلية وأسوان	٣	٦٠٠٠	
	إنشاء عدد ٣ دار للمسنين الغير قادرين بالجيزة والبحيرة وبنى سويف	٣	٨٠٠٠	
الإجمالى		١١	٢٤٤٥٠	٦٤٥٠

المصدر : وزارة التضامن الإجتماعى ، قطاع الشئون الإجتماعية ، الإدارة العامة للتخطيط.

فى هذا الصدد تشير بيانات وزارة التنمية الاقتصادية ، قطاع التنمية البشرية والإجتماعية إلى أن إجمالى عدد أندية المسنين القائم فى ٢٠٠١/٢٠٠٢ كان ١٢٨ ناديا وعدد المستفيدين ٢٤٧٤٢ مستفيد من الجنسين ،وأن العدد المستهدف فى الخطة الخمسية ٢٠٠٢/٢٠٠٧ سوف يصل إلى ٤٠ نادياً وإجمالى عدد المستفيدين ٨٠٠٠ مستفيد (٢٨٠٠ ذكور – ٥٢٠٠ إناث).

بناءً على بيانات وزارة التنمية الاقتصادية فإنه بنهاية الخطة الخمسية ٢٠٠٢/٢٠٠٧ سوف يكون إجمالى عدد أندية المسنين ١٦٨ نادياً وإجمالى عدد المستفيدين ٣٢٧٤٢ مستفيد ، مما يعنى أن هذه الأندية تقدم خدمة محدودة جداً لعدة آلاف من المسنين الذين يقدر عددهم بعدة ملايين.

أيضاً يشير التوزيع الجغرافى لأندية المسنين إلى أن المنفذ بالخطة الخمسية ٢٠٠٢/٢٠٠٧ لا يغطى جميع المحافظات مثل أسوان ، الأقصر ، البحر الأحمر ،مرسى مطروح ، شمال سيناء ، جنوب سيناء.

كما أشارت البيانات إلى أن الإعتمادات المالية المدرجة لأندية المسنين كانت على النحو التالى :

٢٠٠٢/٢٠٠٣	ـــــــــ	٤٥١ ألف جنيه
٢٠٠٣/٢٠٠٤	ـــــــــ	٣٧٠ ألف جنيه
٢٠٠٤/٢٠٠٥	ـــــــــ	٣٦٠ ألف جنيه
٢٠٠٥/٢٠٠٦	ـــــــــ	١٢١ ألف جنيه
٢٠٠٦/٢٠٠٧	ـــــــــ	لا يوجد
الإجمالى	ـــــــــ	١٣٠٢ ألف جنيه

الجزء الثانى : أهم الجهود التى تبذلها الدولة للتطوير الحالى والمستقبلى لخدمات المسنين من قبل بعض مؤسسات الدولة ذات العلاقة بهذه الخدمات

لا شك أن الإجتهادات العديدة بالنسبة لخدمات المسنين شغلت فكر الدولة منذ سنوات قليلة وشرعت فى وضع المقترحات العديدة نحو التعامل الإيجابى فى توفير هذه الخدمات منذ الخطة الخمسية السابقة ٢٠٠١/٢٠٠٥ حيث تم وضع عدداً من المقترحات المدروسة فى هذا الصدد لعدة من المشروعات التى يتم توفير الإعتمادات اللازمة لإخراج هذه المشروعات إلى حيز الوجود وحتى الان.

ويعنينا فى هذا الموضوع من الدراسة تقديم هذه المقترحات التى ما زالت معروضة وفى إنتظار الدعم المادى للتنفيذ.

وفى سياق مناقشة الإطار التطويرى لخدمات المسنين فى هذا الموضع من الدراسة فإننا نقدم ونستعرض بعض الجهود التى تقدمها كل من وزارة التضامن الإجتماعى ووزارة الصحة و السكان والإعلام والبحث العلمى فى المساهمة فى توفير خدمات المسنين وتفعيل دورها.

أولا : بالنسبة لوزارة التضامن الاجتماعى :

قامت وزارة التضامن الاجتماعى بتقديم ثلاثة مشروعات منذ بداية الخطة ٢٠٠١/٢٠٠٢ كمشروعات تطويرية لخدمات المسنين تمثلت فى ثلاثة مشروعات لم يتم تمويلها وبالتالى لم يتم خروجها إلى حيز التنفيذ ٠٠ ويمكن إيجاز هذه المشروعات على النحو التالى :

المشروع الأول : مجمع خدمات المسنين

الأهمية والأهداف :

تجميع الخدمات المختلفة التى تقدم لعدد ٤٠٠٠ مسن مناصفة بين الذكور والإناث من إعاشة كاملة ورعاية صحية واجتماعية ونفسية وترفيهية والتى تتمثل :

- دور إقامة للمسنين القادرين على خدمة أنفسهم٠
- دور إقامة للمسنين الغير قادرين على خدمة أنفسهم٠
- أندية مسنين٠
- وحدات علاج طبيعى ولياقة بدنية٠
- وحدات متنقلة لتقديم الرعاية لكبار السن بمنازلهم٠

المشروع الثانى : وحدات متنقلة لكبار السن

الأهمية والأهداف :

- تقديم مختلف الخدمات المعيشية والاجتماعية والنفسية والصحية التى يحتاجها المسن فى منزله وبين أسرته ، لعدد ٦٠٠٠ من كبار المسنين مناصفة بين الذكور والإناث٠
- تخفيف أعباء رعاية المسن عن أسرته وتشجيعها على رعايته من خلال هذه الوحدات المتنقلة التى تتكون من (طبيب – أخصائي إجتماعى – علاج طبيعى – ممرض أو ممرضة – خدمات معاونة) على أن يقوم فريق العمل هذا بالزيارات المنزلية للمسنين وتقديم الخدمات المطلوبة من إرشادات – فحوص طبية – علاج طبيعى – نظافة شخصية وكذلك تقديم خدمات التوجيه والإرشاد لأسر المسنين وذلك عن طريق سيارة مجهزة بالأجهزة اللازمة (أجهزة تأهيليه لتسهيل الحركة)٠

المشروع الثالث : الأسر المضيفة لكبار السن :

الأهمية والأهداف :

- توفير خدمة جديدة لرعاية كبار السن الذين لا يجدون الرعاية داخل أسرهم الطبيعية وذلك فى ظل أسر مضيفة لعدد ٢٠٠٠ من المسنين مناصفة بين الذكور والإناث.
- توفير الرعاية الكاملة والهدوء النفسى والاجتماعى للمسنين داخل أسر مضيفة.
- المساهمة فى رفع مستوى دخل الأسرة المضيفة التى ترغب فى الإنضمام للمشروع وكذلك شغل أوقات فراغ أرباب هذه الأسر بما يعود عليهم بالنفع.
- التخفيف عن كاهل الدولة عبء إنشاء دور مسنين جديدة لمواجهة الإقبال المتزايد على هذه الخدمة نظراً للمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية التى طرأت على المجتمع والاتجاه نحو ظاهرة التعمر الديموجرافى المتمثلة فى أعداد كبار السن من سكان مصر.

ثانياً : حول جهود وزارة الصحة والسكان فى الرعاية الصحية للمسنين مع تقديم بعض النماذج للمراكز الطبية التى تقوم بهذا الدور :

١ - حول مفاهيم الرعاية الصحية للمسنين وتعريفاتها ومستوياتها وبعض الأسس المرتبطة بهذه الخدمات.

مما لا شك فيه فإن الخدمات الصحية فى العقود القليلة السابقة قد أحرزت تقدماً كبيراً مما إنعكس على التحسن الإيجابى فى بعض المؤشرات الصحية مثل زيادة العمر المتوقع عند الميلاد الذى ترتب عليه زيادة حجم فئة كبار السن وقد إستوجب ذلك ضرورة الإعداد لهذا التغيير الديموجرافى الذى سوف يؤثر فى الخريطة المرضية حيث تتغير من خريطة الأمراض المعدية التى تصيب الشباب إلى خريطة الأمراض المزمنة التى يعانى منها كبار السن.

إن حزمة المشكلات الصحية التى يمكن أن يعانى منها كبار السن كبيرة ومتنوعة وتصيب جميع أجهزة الجسم وتتطلب أنواع كثيرة ومتعددة من التدخلات الوقائية العلاجية والتأهيلية.

إن سمات وملامح المشكلات الصحية لكبار السن تختلف من مجتمع لآخر داخل الدولة وأيضاً من دولة لأخرى ، ذلك أنها تتأثر بالعوامل الإجتماعية والثقافية والإقتصادية والبيئية التى يعيش فيها كبار السن. ومن هنا ، فإنه من الضرورى أن تقييم كل دولة أو مجتمع ملامح المشكلات الصحية لكبار السن ، وبناء على ذلك توضع السياسات وتبنى

الخطط والبرامج الصحية لرعاية كبار السن ، وضعاً فى الاعتبار الظـروف الاقتصـادية ، والإجتماعية ، والثقافية ، والبيئية للمجتمع والمسن وذلك من خلال مفـاهيم تـرتبط بهـذه الرعاية ومستوياتها وتفعيلها من أهمها :

أ - مفاهيم حول التقدم فى العمر :

تقدم العمر الطبيعى (MOHP 2005) يعنى التغيرات التى تحدث مع مرور الـزمن فى البناء التشريحى والأداء الفسيولوجى فى عدم وجود أمراض ، أما التغيرات المرضية مع التقدم فى العمر فتعنى زيادة الإصابة بالأمراض التى تتداخل مع العملية الطبيعية للتقدم فـى السن .

ويمكن رصد خمسة مراحل للتقدم فى العمر تبدأ بالنواة ، ثم بالخلية ، ثم بالنسيج أو بالأعضاء ، ثم بالأشخاص ، وأخيراً بالمجتمع .

إن تقدم عمر المجتمع يعكس زيادة شريحة كبار السن مقارنة بإجمالي عدد سـكان المجتمع ، أما تقدم عمر الشخص فيعنى فقد النشاط أو القوة ، والتى تؤدى فى نهاية الأمر إلى الوفاه .

ومن أهم الأسباب الأساسية التى تحفز عمليات التقدم فى العمر، الضغوط النفسية ، ونقـص النوم ، وسوء التغذية ، وزيادة الأكل ، والأمراض المزمنة ، ونقـص النشـاط الحركـى ، والتغيرات المناخية الحادة ، سوء إستخدام المنبهات ، والكيماويات ، والتدخين والتعـرض للإشعاعات . ويمكن تحديد العوامل التى تساعد على عملية التقدم فى العمـر علـى النحـو التالى :

- التقدم فى العمر (Longevity) من الخصائص الوراثية .
- زيادة درجة حرارة البيئة يعجل بالتقدم فى العمر ، بينما إنخفاض درجة الحرارة يبطئ عملية التقدم بالعمر .
- التعرض للإشعاعات يعجل بالتقدم بالعمر .
- التغذية المنخفضة السعرات الحرارية تزيد من فترة الحياة .
- زيادة الوزن تقلل من العمل المتوقع .

ب - مفاهيم حول تعريف المسن :

لم يتفق على تعريف محدد للمسنين (وزارة الصحة والسكان – مكتب رئيس الإدارة المركزية للرعاية الصحية المتكاملة) ، وكل مجتمع يضع تعريف يتفـق مـع الإعتبـارات

الاجتماعية والاقتصادية الخاصة به ، وعلى ذلك يمكن إعتبار أن بلوغ الإنسان (٦٥) عاما هى نقطة الشيخوخة أو بداية فئة الشيخ وأن كل شخص مسن يختلف عن الآخر .

ويمكن تقسيم المسنين إلى ثلاث فئات :

الفئة الأول : المسن الصغير : ٤٥ – ٦٥ عاماً .

الفئةالثانية : المسن: وهو من ٦٥ – ٧٥ عاماً ، ويكون المسن واعياً عقلياً ونشيطاً جسمانياً ومنتجاً اقتصاديا واحتياجاته الصحية تكون قليلة نسبياً .

الفئة الثالثة: الشيخ المسن : وهو من زاد عمره عن ٧٥ عاماً ، وهؤلاء يكون نشاطهم ضعيفاً ولديهم بعض الإعاقات وهذه الفئة تحتاج إلى رعاية صحية خاصة .

كما أشار تقرير لجنة الخبراء (منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط – صحة المسنين ، ١٩٩٧) إلى أنه لا يوجد تعريف موحد للمسن ، ولكن يمكن توصيف المسن بيولوجياً ، بأن ذلك يبدأ منذ البلوغ على الأقل ، وهى عملية تستمر خلال حياة الإنسان كلها ، واجتماعيا ، حيث يختلف تعريف المسن من مجتمع لآخر بإختلاف البيئة الثقافية كما تختلف من جيل لآخر ، وإقتصادياً يعرف المسنون أحياناً بأنهم أولئك الذين إنسحبوا من القوة العاملة ، ولا سيما فى المجتمعات ذات العمر المحدد أو القانونى للإحالة على المعاش ، حيث يتوقف العديد من الأفراد عن ممارسة النشاط الاقتصادى لأسباب لا علاقة لها بتقدم السن .

ج – مستويات الرعاية الصحية للمسنين وأساليبها :

يمكن أن تنقسم رعاية المسنين صحياً (منظمة الصحة العالمية ، إقليم شرق المتوسط – صحة المسن ، ١٩٩٧) إلى ثلاث مستويات متصلة من الرعاية :

الأولى : الرعاية الصحية الأولية :

وهى تضم مجموعة خدمات أساسية من الرعاية الصحية كما جاء فى إعلان آلما آتا " الوسائل والتقنيات العملية التى يسهل الوصول إليها لجميع الأفراد والأسر فى المجتمع المحلى من خلال مشاركتهم الكاملة "

الثانى :الرعاية الطبية الأولية :

وهى تقدم عادة فى مؤسسات الرعاية الطبية (مستشفيات – عيادات – وحدات صحية ... الخ) وهى ذات علاقة بطبيب ممارس عام .

الثالث: رعاية الشيوخ :

وهى تقدم تحت إشراف طبيب متخصص ، يعمل عادة كعضو ضمن فريق متعدد التخصصات. قد يعتقد البعض أن أغلب المسنين هم معاقين وعالة على الأسرة والمجتمع ، ولكن فى حقيقة الأمر أن التقدم فى السن لا يعنى الإحتياج دائماً إلى الرعاية المتخصصة بطب المسنين ، وبناءً على ذلك فإن الرعاية الصحية للمسنين يمكن أن تقدم فى إطار الرعاية الصحية الأولية والتى تعتمد فى جوهرها على الوقاية من الإصابة بالأمراض أو مضاعفاتها.

إن الإعتماد على توفير طرق وأساليب الرعاية الصحية الأولية للمسنين يوفر الكثير من النفقات فى حال الإعتماد على طرق وأساليب الرعاية العلاجية باهظة التكاليف.

ففى الرعاية الصحية الأولية لرعاية المسنين يكون الإعتماد على أفراد مهنيين وفنيين خاصة الممرضات حيث تستطيع الممرضات الإندماج فى المجتمع من خلال عملها بعيادات الأمومة والطفولة أو مراكز الصحة الإنجابية ، وبهذا الإندماج فى المجتمع تستطيع أن تصل إلى المسن وتقدم له الرعاية الصحية المناسبة خاصة إذا ما تم تدريبهن وتوجيههن ورفع قدراتهن ومهارتهن وزيادة معارفهن نحو إستخدام الوسائل المناسبة لرعاية المسنين وأيضاً التعرف على حاجات المسنين ويمكن أن يكون ذلك أثناء التدريب على برامج الرعاية الصحية الأولية.

ومن الضرورى فى هذا الصدد تصميم سجلات للحالة الصحية لكل مسن حتى يمكن التعرف على تطور الإصابة بالأمراض لوضع خطط مواجهتها والتقليل قدر الإمكان من المضاعفات. وتفيد تلك السجلات فى الكشف المبكر عن الإصابة بالأمراض مما يعطى الفرصة للوقاية منها ، وهذا يتطلب سجلاً واضحاً عن حالة الوظائف الأساسية عند المسن ، أيضاً تسجيل تاريخ بعض المتغيرات الأساسية (ضغط الدم ، الرؤية ، السمع ، طريقة السير ، أنشطة الحياة اليومية ، الأداء المتعلق بالمعرفة) لإستخلاص المعلومات المفيدة والتى تشير إلى أى تغير يحدث فى وظائف الفرد. وبناءً على تقييم المعلومات المستخلصة من تلك السجلات يمكن تحديد الخطط العلاجية أو التأهيلية مع تشجيع المسن على ضرورة إستخدام موارده وطاقاته العقلية والجسمانية وتوجيهها نحو طريق الشفاء.

يعتمد تقدير الإحتياج من الموارد البشرية للعاملين فى الرعاية الصحية للمسنين على عدة عوامل أهمها : المعدلات الحالية والمستقبلية للوفيات والإصابة بالأمراض والعجز ، وأيضا على معدلات إستخدام الخدمات الحالية والمستقبلية ، كما أنه من المهم الإتفاق على تعريف محدد للرعاية التى تتناسب مع ظروف المجتمع الاجتماعية والثقافية وأيضا الاقتصادية .

لا يقتصر الأمر على تقدير الاحتياج من الموارد البشرية فقط بل يمتد ليشمل مشاركة المجتمع فى تحديد نوع ومستوى الخدمة التى تقدم للمسنين .

يتطلب الإعداد الجيد للموارد البشرية للعمل فى مجال الرعاية الصحية للمسنين جهداً كبيراً ووقتا طويلاً . ومن أهم التخصصات فى هذا المجال : المتخصصون بطب الشيخوخة ، والتمريض ، والخدمة الاجتماعية والعلاج الطبيعى ، والعلاج المهنى ، وعلاج النطق ،وعلاج الفم والأسنان ، كما يضاف إليهم أهل المعرفة بالعلوم الاجتماعية ، والسلوكية ، والبيولوجية .

وقد أشار تقرير لجنة للخبراء (منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط ، ١٩٩٧) إلى أن نسبة ٨٠% من الرعاية التى يتلقاها المسنون تقدمها جهات غير رسمية ، لذا من الضرورى التنسيق والتكامل بين كل من مقدمى الخدمة المتخصصين الرسميين ومقدمى الخدمة لغير الرسميين ومن أهمهم الأسرة ، والأصدقاء ، والجيران .وفى أغلب الأحيان لا يحصل مقدمى الخدمة الغير رسميين على أى تدريب وليس لديهم المعارف ذات الصلة ، وهنا يبرز بشكل أساسى دور المنظمات الأهلية ، أو تتكون جماعات متخصصة أهلية للتوعية لمرض معين مثل أصدقاء مرضى السكر ، أصدقاء مرضى السرطان ، أصدقاء مرضى الزهايمر ،وأصدقاء مرض بركنسون ..الخ . ومقدمى الخدمة الغير رسميين فى إحتياج إلى بعض المعلومات العملية حول كيفية تدبير وحل المشكلات اليومية ، ويمكن أن يكون ذلك من خلال أشرطة الفيديو التى تعلم مهارات الرعاية الخاصة بالمسنين ، أيضاً يمكن للمرضات أن يكون لهن دوراً فى التدريب بالمنزل للقائمين على الرعاية الغير رسمية للمسنين .

نماذج لأهم الخدمات التى تقدمها وزارة الصحة والسكان حاليا لرعاية المسنين:

يعطى الدستور المصرى الحق لكل مواطن فى الحصول على الرعاية الصحية متى إحتاج لها داخل أو خارج البلاد ، دون النظر إلى المستوى الاجتماعى ، أو الإقتصادى ، أو الثقافى ، أو الجنس أو الديانة ، أوالعمر .... الخ.

ويستطيع أى مواطن الحصول على إحتياجاته من الخدمات الصحية من خلال مؤسسات تقديم الخدمات الصحية الحكومية أو غير الحكومية (قطاع خاص – مؤسسات المجتمع المدنى خاصة الجمعيات الأهلية والنقابات المهنية – مؤسسات القطاع العام – الجامعات والمراكز البحثية).

وتولى الدولة إهتماما خاصا لتوفير الإحتياجات الصحية لبعض الشرائح الضعيفة فى المجتمع مثل الأطفال ، والأمهات أثناء الحمل والولادة ، والمعاقين وأيضا كبار السن.

فيما يتعلق بكبار السن فقد رأى واضعى السياسات ومتخذى القرار بوزارة الصحة والسكان أن إنشاء مراكز متخصصة لرعاية كبار المسن فى إطار المستشفيات العامة يمكن أن يضمن تقديم خدمات طبية وتأهيلية مناسبة لإحتياجاتهم الصحية. على أن تدار هذه المراكز بنظام جيد يدرك ويتفهم خصوصية الإحتياجات البيولوجية والطبية لفئة المسنين.

ومن الجدير بالذكر ، فإن كلية الطب جامعة عين شمس بها قسم متخصص للخدمات الصحية للمسنين ، والهيئة العلمية والإخصائيين بهذا القسم يمكن أن يقدموا خبراتهم العلمية والعملية لتستفيد منها وزارة الصحة والسكان فى إدخال تلك الخدمات بالمراكز الطبية التابعة لها ، بالرغم من أن كليات الطب الأخرى تقدم خدمات لكبار السن ، إلا أنه لا يوجد بها أقسام متخصصة للخدمات الطبية لكبار السن أيضاً يوجد بمصر مراكز متخصصة لرعاية المسنين تدار بواسطة القطاع الخاص والجمعيات الأهلية.

يجب الإشارة إلى أنه لا توجد معايير أو أدلة خاصة يمكن الإعتماد عليها لتقييم الأداء وجودة الخدمة الصحية لكبار السن.

وبناءً على ذلك فإن وزارة الصحة والسكان تقوم – حالياً – بتنفيذ مشروع يهدف إلى تطوير نموذج لتقديم خدمات الرعاية الصحية لكبار السن. وهذا الأمر يتطلب بناء قاعدة من المعلومات تحدد إحتياجات كبار السن ، وأهم المشكلات الشائعة حتى يمكن وضع نظام لتطوير وبناء قدرات العاملين بمراكز رعاية المسنين ، أيضاً وضع معايير عملية لتقييم الأداء ، بالإضافة إلى الإمداد بالأجهزة والتجهيزات الخاصة ، مع إرساء نظام لرصد وتقييم الخدمات الصحية التى تقدمها الوزارة بالمراكز الصحية لرعاية المسنين التابعة لها.

فيما يتعلق بتكوين فريق رعاية لمسنين فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن هذا الفريق يجب أن يتكون من التخصصات الأساسية الآتية : طبيب متخصص بطب المسنين ، وممرضة ، وأخصائى علاج طبيعى ، وأخصائى تغذية ، وأخصائى إجتماعى ، وأخصائى تأهيل مهنى ، وأخصائى طب نفسى تخصص طب مسنين.

ومن هذا المنطلق فإن وزارة الصحة والسكان عملت على إنشاء سبعة مراكز صحية متخصصة لرعاية المسنين بسبعة محافظات هى : الجيزة ، وأسيوط (وجه قبلى) ، والمنوفية ، والشرقية (وجه بحرى) ، وبورسعيد ، والسويس (منطقة القناة) ، ومرسى مطروح (محافظات الحدود). ولهذا الغرض تم تدريب الأطباء فى المجالات المتخصصة لرعاية المسنين ، كما تم تصميم لنموذج (إستمارة) يستخدم لتسجيل البيانات الإكلينيكية ، كما تم تصميم برنامج لنظم المعلومات الطبية فى كل مركز يعمل على تحليل مفردات يصل عددها إلى ٣٣ مفردة لكل مريض ، بالإضافة إلى البيانات المتخصصة الإكلينيكية والإختبارات المعملية. ويتم إجراء رصد وتقييم دورى من خلال الإجتماعات الدورية ، والزيارات الميدانية بواسطة لجنة فنية تتكون من قيادات وزارة الصحة والسكان وأساتذة الجامعات بكليات الطب (وزارة الصحة والسكان – أمانة المراكز الطبية المتخصصة ، ٢٠٠٧).

أهم إنجازات المراكز الصحية لرعاية المسنين :

- نجحت السبعة مراكز فى إجتذاب (٩٣٥١) من كبار السن فى عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ للعلاج . كما نجحت تلك المراكز فى السيطرة على بعض الأمراض المزمنة التى يمكن أن تتدهور وتسوء مع التقدم فى العمر ، وذلك للمرضى المترددين أقل من ستين عاماً.
- ايضاً تشير بيانات وزارة الصحة والسكان لعام ٢٠٠٦ إلى أنه قد تم علاج ٣٥٠ مريض مسن بالأقسام الداخلية بتلك المراكز ، أما العيادات الخارجية فقد تردد عليها للعلاج بالأقسام المختلفة ٧٣١٠٢ مسن وتوزيعهم على التخصصات المختلفة موضح بالجدول التالى (٢٠) :

جدول رقم (٢٠)

بيان بعدد حالات المسنين بالعيادات الخارجية بالمراكز الطبية لرعاية المسنين لعام ٢٠٠٦

التخصص	العظام	الرمد	الجراحة	النفسية	المسالك	السكر	الجلدية	الباطنة	الإجمالى
العدد	١٥٠٠٠	٧٠٠٠	٥٤٣٠	٨٠٠٠	٤٥٠٠	٤٣٠٠	٣٢٠٠	٢٥٧٥٠	٧٣١٢٠
%	٢٠٥	٩,٦	٧,٤	١٠,٩	٦,٢	٥,٩	٤,٤	٣٥,٢	١٠٠

المصدر : وزارة الصحة والسكان ، ٢٠٠٦ .

- كما تهدف المراكز الطبية لعلاج المسنين إلى توفير الخدمات الطبية المتخصصة للسيدات المسنات اللاتى يمثلن ٥٦% من إجمالى المترددين.
- وقد أشارت بيانات وزارة الصحة والسكان فى عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥ إلى أن أكثر المشكلات الصحية التى يعانى منها المسنين هى: إرتفاع ضغط الدم (٤٣%) ، والإصابة بالسكر (٢٧%) ، والتهاب المفاصل (٢٥%) . (MOHP, 2005)

فيما يلى سوف نعرض لنموذجين من المراكز الطبية لرعاية المسنين بهدف إلقاء الضوء على بعض ملامح تقديم الخدمة بتلك المراكز .. ولتحقيق ذلك تم عمل زيارة لكل من :

- مركز رعاية المسنين بمستشفى بولاق الدكرور العام.
- مركز هدى طلعت حرب لرعاية المسنين بحلوان.

مركز هدى طلعت حرب الطبى لرعاية المسنين :

بدأ مركز هدى طلعت حرب تقديم خدماته منذ منتصف عام ٢٠٠٣ ثم أفتتح رسمياً فى ٢٠٠٥/٥/١١ . وهو مركز لعلاج وتأهيل المسنين يتبع المراكز الطبية المتخصصة – وزارة الصحة والسكان.

يعتبر هذا المركز نموذج للمشاركة الشعبية لتقديم الخدمات الصحية ، حيث تعاون المجتمع فى التبرع بقطعة أرض (السيدة / هدى طلعت حرب وريثة الإقتصادى الكبير طلعت حرب وقامت الدولة (وزارة الصحة والسكان) بإنشاء وتجهيز وإدارة مركز لرعاية وتأهيل المسنين ويتم الصرف على المركز من موازنة وزارة الصحة والسكان .

يقدم المركز خدماته من خلال قسم داخلى وعيادة خارجية ، وسوف نستعرض فيما يلى أهم ملامح تقديم الخدمة بالمركز على النحو التالى :

القسم الداخلى :

تم بناء المبنى على جزء من الأرض ، وصمم معمارياً بحيث يتلاءم مع الظروف الصحية للمسنين ٠

- يوجد ستة وعشرون سرير (رجال – سيدات)
- غرف النزلاء مكيفة ومزودة بتليفون ، وتليفزيون٠
- إجمالي تكلفة الغرفة خمسة وستون جنيهاً٠
- يدفع النزيل تكلفة علاجه من دواء ومستلزمات طبية والتحاليل المعملية ، والأشعة ، وجلسات العلاج الطبيعى٠
- يمكن للنزيل أن يقيم بالمركز لأى فترة حسب رغبته طالما أنه قادر على دفع تكاليف الإقامة
- يوجد بالمركز وحدة علاج طبيعى تعمل يومياً مجهزة بأحدث الأجهزة والتجهيزات اللازمة لعلاج المشكلات الصحية للمسنين٠
- ملحق بالمركز عيادة تحاليل طبية٠
- أيضاً ملحق بالمركز صيدلية يمكن للنزلاء شراء الدواء منها بتخفيض٠
- متوسط الإشغال عن عام ٢٠٠٦ وصل إلى ٥٧ % ، ومتوسط إقامة النزيل ٣٩ يوماً٠

القوى العاملة بالمركز :

- يصل عدد العاملين القائمين بالعمل فعلياً بالمركز إلى ٩٠ عامل موزعين طبقاً للجدول التالي (٢١) :

جدول رقم (٢١)

عدد وتخصصات العاملين بمركز هدى طلعت حرب لعلاج وتأهيل المسنين٠

التخصص	أطباء	صيادلة	أخصائيين تمريض	تمريض	إداريين	اخصائين علاج طبيعى	خدمات معاونة	حرفيين	فنيين	الإجمالي
العدد	١٦	٧	٣	٢٦	١٣	١٨	٢	١	٤	٩٠

- يعمل بالمركز أطباء بتخصصات مختلفة مثل الباطنة ، والروماتيزم ، الجراحة والتحاليل ٠
- حصل الأطباء والإخصائيون الإجتماعيون العاملون بالمركز على دورة تدريبية فى رعاية المسنين بمركز رعاية المسنين بجامعة حلوان ٠
- أيضاً حصل أخصائيون العلاج الطبيعى على دوره تدريبية لرعاية المسنين من كلية العلاج الطبيعى بجامعة القاهرة ٠
- يتم عمل بعض البرامج الترفيهية المحدودة لنزلاء القسم الداخلى ، وذلك نظراً لصعوبة وحساسية حالتهم الصحية ، تقتصر تلك البرامج على :
  - عقد ندوات تثقيفية حول التغذية الصحية للمسنين ٠
  - النزول والجلوس فى حديقة المركز ٠
  - الإحتفال بالمناسبات الدينية ٠
  - السماح بزيارات محدودة لطلاب المدارس ٠
- يتعاون المركز مع مستشفى حلوان العام أو مستشفى ١٥ مايو لمواجهة النقص فى التخصصات الطبية بالمركز والتى قد يحتاج إليها النزلاء ٠
- يتعاقد المركز مع أخصائى طب نفسى فى حالة الإحتياج له ٠
- سعى المركز لتقديم خدماته بتخفيض يصل إلى ١٠% لبعض الجهات مثل شركة الكهرباء أو جمعية كبار السن (أصحاب المعاشات) ٠
- يقبل المركز تبرعات مادية وعينية (كرسى متحرك – فوط ٠٠ الخ) من أفراد أو جهات ٠

شروط الإلتحاق بالمركز :

لا توجد شروط مسبقة لدخول أى مسن (رجل أو إمرأة) بالقسم الداخلى بالمركز ولكن هناك شرط أساسى وهو القدرة على دفع مبلغ تأمين حوالى ١٠٠٠ جنيه يوضع تحت حساب تكاليف العلاج والإقامة ٠

العيادات الخارجية :

تم تشغيل العيادات الخارجية بالمركز فى يونية عام ٢٠٠٣ ، وأفتتحت رسمياً مع افتتاح المركز الرسمي فى عام ٢٠٠٥ ٠

يعمل بالعيادات الخارجية تخصصات الأمراض الباطنة والروماتيزم والعلاج الطبيعى ٠

تعمل العيادات الخارجية يومياً ويمكن لأي شخص في أي مرحلة عمرية أن يطلب الخدمة بها.

تكلفة الكشف تعتبر رمزية فهى :

- خمسة جنيهات للأخصائى.
- عشرة جنيهات للإستشارى.

المعوقات التى تواجه مركز هدى طلعت حرب :

- عدم وجود بعض التخصصات الطبية التى يحتاجها لها المسن مثل أخصائى طب نفسى.
- عدم وجود قسم اشعة.
- عدم وجود بعض التخصصات الهامة لإحتياجات المسنين بالعيادات الخارجية مثل عيادة رمد ، عيادة أسنان ، كشك عمليات.
- ارتفاع تكاليف الإقامة والعلاج بالقسم الداخلى.

مقترحات مواجهة المعوقات :

- العمل على إستكمال النقص فى القوى البشرية المتخصصة العاملة بالمركز ويمكن أن يتم ذلك من خلال :
  - مخاطبة أمانة المراكز الطبية المتخصصة.
  - تشغيل الشباب العاطل من خلال التعاقدات الشخصية على أن يتم تمويل تلك التعاقدات من حصيلة دخل المركز.
- استكمال باقى تخصصات العيادات الخارجية من رمد ، وأسنان ، كشك علميات.
- ضرورة إنشاء قسم للأشعة لتجنب نقل النزلاء خارج المركز مما قد يؤدى إلى تدهور حالتهم الصحية.
- عمل برامج توعية لأهل وأسرة وأصدقاء النزلاء حول الأهمية النفسية لمداومة الزيارة والاتصال بالمسنين النزلاء بالمركز.
- مخاطبة أمانة المراكز الطبية المتخصصة ووزارة الصحة فى إعادة النظر فى اللائحة المالية لتكاليف الإقامة بالمركز ، وتخفيضها حتى تكون فى متناول القدرات المالية لشريحة أكبر من المسنين.

مركز رعاية المسنين بمستشفى بولاق الدكرور :

تم إفتتاح مركز رعاية المسنين بمستشفى بولاق الدكرور – وزارة الصحة والسكان – فى بداية عام ٢٠٠٦ بهدف تلبية الإحتياجات الصحية للمسنين ٠ ويقدم المركز خدماته من خلال قسم داخلى وعيادة خارجية٠ وسوف نستعرض فيما يلى أهم ملامح تقديم الخدمة بالمركز على النحو التالى :

القسم الداخلى :

مصمم المركز معمارياً بحيث يتناسب مع الأوضاع الصحية للمسنين ويقع بالدور الثانى فى مبنى المستشفى ويتكون من :

- ثلاث غرف مزودة بسريرين أحدهما للنزيل المسن والآخر للمرافق له ، والغرفة مزودة بجهاز تكييف وثلاجة وتليفزيون وخط تليفون وملحق بالغرفة دورة مياه مستقلة ، وتكلفتها اليومية أربعون جنيهاً ترتفع إلى خمسين جنيهاً فى حالة وجود مرافق للنزيل المسن٠
- غرفة كبيرة بها ثلاث سراير ملحق بها ثلاث دورات مياه ومزودة بجهاز تكييف وتليفزيون وخط تليفون وتكلفتها اليومية عشرين جنيهاً٠
- وحدة للعلاج الطبيعى مجهزة بأحدث الأجهزة اللازمة لإحتياجات المسنين الصحية ، يعمل بها أخصائى العلاج الطبيعى ، يستطيع النزيل المسن أن يستخدمها يومياً تحت إشراف أخصائى العلاج الطبيعى بتكلفة عشرة جنيهات للجلسة الواحدة٠
- ملحق بالمركز مطبخ ولكنه غير مكتمل التجهيز بالأدوات والأجهزة لصنع الوجبات الغذائية للمسنين٠

القوى العاملة بالمركز :

الأطباء : ثلاثة أطباء حاصلين على دورة تدريبية فى مجال طب المسنين٠

أخصائى العلاج الطبيعى: أثنان يعملان يومياً بوحدة العلاج الطبيعى الملحقة بالمركز٠

هيئة التمريض : أربعة ممرضات فنى تمريض لتلبية جميع إحتياجات نزلاء المركز٠

عمال النظافة : عاملة واحدة للقيام بجميع أعمال النظافة اليومية بالمركز٠

الأخصائى الإجتماعى: لايوجد أخصائى إجتماعى يعمل على قوة المركز ، ولكن يقوم الأطباء العاملون بالمركز بدور الأخصائى الإجتماعى فى حل بعض المشكلات الإجتماعية أو حتى الإقتصادية التى قد يعانى منها النزلاء.

الأخصائى النفسى : فى حالة إحتياج النزيل إلى فحص أو علاج نفسى يتم الاستعانة بأطباء مستشفى بولاق الدكرور.

التخصصات الطبية الأخرى : فى حالة احتياج النزيل إلى أى تخصص طبى يتم الاستعانة بأطباء المستشفى .

معمل التحاليل : لا يوجد معمل خاص بالمركز ويتم الإستعانة بمعامل المستشفى فى إجراء التحاليل المطلوبة للنزلاء وهى مجانية.

قسم الأشعة : أيضا لا يوجد قسم خاص بالمركز ويتم الإستعانة بقسم الأشعه بالمستشفى وغالباً تكلفة الأشعة مجانية أو بأجر رمزى.

الأدوية : يتم صرف الأدوية التى توصف للنزلاء المسنين من صيدلية المستشفى ، وإذا لم تكن متوافر يتم شرائها على حساب النزيل.

شروط الإلتحاق بمركز المسنين القسم الداخلى :

- أن يكون عمر الشخص ستون عاماً.
- يمكن التجاوز عن السن ويقبل من هم أصغر إذا كان الشخص يشكو من أمراض شيخوخة.
- يتم التحويل للمركز من العيادة الخارجية للمسنين أو من الأقسام الأخرى بالمستشفى.
- أو يتم قبول النزلاء مباشرة دون التحويل من العيادة الخارجية.

العيادة الخارجية :

تم إفتتاح العيادة الخارجية للمسنين خلال عام ٢٠٠٥ وتعمل يومياً تحت إشراف أطباء القسم الداخلى ويتم تحويل الحالات التى تحتاج إلى رعاية صحية سريرية إلى مركز رعاية المسنين (القسم الداخلى) فى حالة رغبة المريض المسن.

يتم إجراء الكشف الطبى بدون مقابل ثم تكتب تذكرة العلاج ويصرف الدواء من الصيدلية الملحقة بالمستشفى بدون مقابل. إذا إحتاج الأمر عمل تحليلات يتم التحويل إلى معامل المستشفى وتجرى التحليلات اللازمة مجاناً. أيضاً إذا إحتاج المسن عمل أشعة يتم التحويل إلى قسم الأشعة بالمستشفى ويتم عمل الأشعة بأجر رمزى أو بدون مقابل.

المعوقات التى تواجه مركز رعاية المسنين :

فيما يتعلق القوى البشرية :

- نقص فى عدد الممرضات .
- نقص فى عدد عمال النظافة .
- لا يوجد أخصائى إجتماعى .
- لا يوجد أخصائى تغذية .
- عدم تنمية وتدريب وبناء قدرات القوى البشرية فيما يتعلق برعاية المسنين .

فيما يتعلق بتجهيزات مراكز المسنين :

صمم مركز المسنين بمستشفى بولاق الدكرور معمارياً بما يتناسب مع إحتياجات المسنين كما تم تجهيزه بالمستلزمات والأجهزة اللازمة لتقديم رعاية صحية متخصصة تعنى بإحتياجات المسنين الصحية . ولكن هناك بعض النواقص التى إذا إكتملت يمكن أن تساعد على رفع جودة الخدمة الصحية مثل :

- عدم إستكمال المطبخ الخاص الملحق بالمركز مجهزاً بأدوات الطهى .
- عدم وجود مصعد للمركز حيث يتطلب الأمر إستخدام أحد مصاعد المستشفى البعيدة عن المركز مما يتسبب فى مشقة بالغة للنزلاء المسنين .
- عدم وجود نظام نداء كهرباء (calling system) يربط غرف النزلاء مع الممرضات لتلبية إحتياجات النزلاء .
- عدم وجود ستائر تغطى النوافذ الزجاجية للغرف

مقترحات مواجهة المعوقات :

- إستكمال النقص العددى فى التخصصات المختلفة التى يحتاجها المركز ، قد يكون ذلك من خلال :
  - مخاطبة جهاز التنظيم والإدارة والجهات المسئولة فى هذا الشأن .
  - تشغيل الشباب العاطل من خلال التعاقدات الشخصية ويتم تمويل ذلك من حصيلة دخل المركز .
  - الإستعانة بالعمالة الزائدة فى بعض الأقسام بالمستشفى .
- إستكمال تجهيزات مبنى المركز من خلال تفعيل دور المجتمع المدنى للتبرع المادى أو العينى .

توصيات حول الجهود الصحية لرعاية المسنين :

بعد إستعراض أهم جهود وزارة الصحة والسكان للخدمات ذات العلاقة الوثيقة بكبار السن ، يمكن إستخلاص بعض التوصيات التى توضع فى الإعتبار عند التخطيط ورسم السياسات فى مجال رعاية المسنين بما يهدف إلى دعم فئة كبار السن فى ظل التحولات الإجتماعية والإقتصادية والتنموية الشاملة ، وذلك إعتماداً على بعض التوصيات التى أستخلصت من الدراسة التى قامت بها وزارة الصحة والسكان (MOHP,2000) :

- التوسع فى إنشاء مراكز طبية لرعاية المسنين بمستوى الرعاية الصحية الأولية ، وبالمستشفيات العامة لوزارة الصحة والسكان ، على أن يكون هناك على الأقل مركز بكل محافظة) .
- تدعيم المراكز الطبية لرعاية المسنين بفريق عمل يتكون من طبيب أمراض باطنة ، وأخصائى تأهيل ، وأخصائى روماتيزم .
- تطوير نظام الإحالة من المراكز الطبية لرعاية المسنين إلى الأقسام الطبية الأخرى .
- العمل على إدخال وتطوير تخصص طب المسنين فى كليات الطب .
- تصميم أدله عملية بمعايير خاصة تطبق بالمراكز الطبية لرعاية المسنين ، هذه الأدلة يجب أن توجه إلى التعامل مع النواحى الفيزيقية ، والعقلية والإجتماعية أكثر من التوجه نحو أعراض المرض وعلاجه .
- العمل بالتعاون مع برنامج الإصلاح الصحى وبرنامج طب الأسرة لتدعيم مراكز المسنين .
- إقامة مؤتمرات سنوية حيث يلتقى المتخصصون بطب المسنين من المحافظات المختلفة لتبادل الخبرات .
- وضع معايير ومؤشرات لتقييم ومتابعة خدمات رعاية المسنين مما يساعد على إرساء الإستراتيجيات لضمان استمرارية التطور لمراكز رعاية المسنين .

بالإضافة إلى ما سبق :

- العمل على تشجيع برامج التثقيف الصحى فى مجال الرعاية الصحية للمسنين .
- العمل على تدعيم برامج التثقيف والتدريب المستمر لإكساب كل العاملين فى هذا المجال المهارات والمعارف اللازمة .
- العمل على مراعاة التصاميم المعمارية والهندسية للمساكن والمرافق العامة بما يتلائم مع الأوضاع الصحية للمسنين .

- إجراء دراسات وبحوث لدراسة عوامل الخطورة للأمراض المزمنة ومقتضيات رعاية المسنين المصابين بتلك الأمراض.

بالإضافة إلى ما سبق إستعراضه لأهم جهود وزارتى التضامن الإجتماعى والصحة والسكان فيما يتعلق برعاية المسنين ، هناك أيضاً جهود تبذل من جهات أخرى مثل وزارة الإعلام – إذاعة الكبار – وبعض المراكز البحثية والعلمية التى تهتم بقضايا كبار السن. وسوف نعرض لها سريعاً على النحو التالى :

ثالثاً : إشارة إلى أهم جهود وزارة الإعلام والمراكز البحثية لخدمة قضية المسنين :

إذاعة الكبار :

تساهم وزارة الإعلام فى الإهتمام بالمسنين من خلال تخصيص محطة إذاعية متخصصة للكبار بدأت إرسالها فى ٢٠٠٠/٦/١٧ لمدة تسعة ساعات يومياً ويغطى إرسالها إلى جميع أنحاء الجمهورية.

تغطى البرامج التى تقدم شتى المجالات ذات الاهتمام لكبار السن ، مثل البرامج الصحية ،والدينية ، والخدمية ، والترفيهية ، والثقافية ، والتوعية ،وبرامج للمعلومات العامة.

ويتعاون مع الإذاعة فى هذا الشأن الجهات الحكومية المختلفة لتقديم المعلومة أو للمشاركة فى حل المشكلات التى تطرح من خلال البرامج الإذاعية.

ومن أهم البرامج التى تقدمها المحطة الإذاعية للكبار تلك التى تعتمد فيها على الحوار المباشر الدردشة مع كبار السن للتعرف على تجاربهم فى الحياة والإستفادة منها وأيضاً التعرف على مشكلاتهم والعمل على حلها.

وقد إستطاعت " إذاعة الكبار" بجهودها أن ترسى مبدأ للتكافل الإجتماعى بين كبار السن حيث يكفل الأغنياء منهم الفقراء تحت شعار " الكبار يكفلون الكبار".

كما استطاعت أيضاً " إذاعة الكبار" أن توفر فرص حج سنوياً لـ ١٥٠ مسن.

المراكز البحثية والعلمية التى تهتم بقضايا كبار السن:

هناك العديد من المراكز البحثية العلمية التى تهتم بإجراء العديد من الدراسات والأبحاث التى تبحث فى الموضوعات المختلفة ذات الصلة بقضايا المسنين نذكر منها على سبيل المثال :

- المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية – برنامج بحوث كبار السن.
- مركز جامعة القاهرة لرعاية المسنين.
- وحدة رعاية المسنين – كلية طب جامعة عين شمس.
- مركز رعاية المسنين – جامعة حلوان.

ونعرض فيما يلى لأهم الإصدارات العلمية التى أصدرها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية – برنامج كبار السن ، وذلك على النحو التالى :

أصدر المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية – برنامج بحوث كبار السن عام ٢٠٠٦ " قاعدة بيانات كبار السن فى مصر" ، ذلك المشروع الذى طرح فى بداية الأمر عام ١٩٩٨ بناءً على توصية " اللجنة العليا لرعاية المسنين" ، ولكن نظراً لحدوث بعض التغيرات فى السياسة الإجتماعية تأجل المشروع إلى أن صدر عام ٢٠٠٦ تحت إشراف الأستاذ الدكتور/عزت حجازى الأستاذ بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

وقد صدرت " قاعدة البيانات لكبار السن فى مصر" فى مجلد يحتوى على خمسة فصول تدور حول العديد من الموضوعات على النحو التالى :

الفصل الأول : الأعمال العلمية – الإجتماعية أساساً – حول التعمر وكبار السن فى مصر:

حيث تم تجميع أهم الأبحاث والدراسات ذات الصلة (٢٨١ عمل علمى) سواء فى المجالات الإجتماعية أو فى مجالات أخرى مثل الطب ، والعلاج الطبيعى ، والتربية الرياضية ، والفنون. وقد رتبت مستخلصات الأعمال العلمية مع دراسة تحليلية نقدية موسعة لناتج حركة البحث فى الموضوع.

الفصل الثانى : إحصاءات سكانية حول كبار السن فى مصر :

تم رصد نتائج التعدادات العشرية العامة للسكان فى مصر منذ عام ١٩٤٧-١٩٩٦ فيما يتعلق بكبار السن فى الفئات العمرية الخمسية ٦٠-٦٤ عاماً حتى ٧٥ عاماً وأكثر ، موزعة حسب الفئة العمرية ، والمحافظة ، والريف والحضر ، والنوع. ويتيح هذا الرصد إجراء مقارنات هامة خلال الفترات الزمنية التى تفصل بين كل تعداد وآخر للتعرف على أهم ملامح التغيرات لتلك الفئة العمرية مما يساعد على وضع السياسات لتلبية إحتياجات تلك الفئة من الخدمات.

الفصل الثالث : الرعاية المؤسسية لكبار السن فى مصر :

تم تحديد قوائم بالبيانات الخاصة بالرعاية المؤسسية لكبار السن وتضم :

<u>قائمة دور المسنين فى مصر</u> :

وهى موزعة على حسب المحافظات وتشمل على البيانات التالية :

إسم الدار / الجمعية التى تتبعها الدار / عنوان المقر / النوع (مشترك – ذكور – إناث) مستوى الرعاية (كاملة – جزئية) / تكاليف الإقامة / السعة / الإشغال (ذكور – إناث – جملة).

<u>قائمة لأندية المسنين على مستوى الجمهورية لعام ٢٠٠٢</u> :

وتشمل على البيانات التالية : إسم النادى / الجمعية التى يتبعها / السعة / عدد المستفيدين / رقم التليفون.

<u>قائمة مكاتب خدمة المسنين على مستوى الجمهورية لعام ٢٠٠٢</u>:

وتشمل على البيانات التالية : إسم المكتب / الجمعية التى يتبعها / عنوان المقر / رقم التليفون.

الفصل الرابع : أهم التشريعات الإجتماعية فى شأن كبار السن فى مصر :

تم رصد جميع القرارات الجمهورية والوزارية التى تنظم أوضاع كبار السن.

الفصل الخامس : الجمعيات الأهلية التى لها نشاط فى مجال رعاية كبار السن فى مصر :

تم إعداد قوائم بالجمعيات الأهلية التى لها نشاط فى مجال رعاية كبار السن ، وقد تم توفير بيانات عن تلك الجمعيات مثل : سنه ورقم الإشهار / العنوان / إسم المدير / رقم التليفون.

تحليل وإستخلاص وتوصيات :

(١) من العرض لموضوعات هذا الفصل تبين أنه ما زالت وزارة التضامن الاجتماعى والصحة يقومان بالدور الأكبر فى توفير خدمات المسنين بدعم مالى محدود من وزارة الدولة للتنمية الاقتصادية وبمشاركة المجتمع الأهلى فى مساندة هذا الدعم ... ولا شك أن مساندة باقى الوزارات ومؤسسات الدولة مطلوبة بشدة فى توفير ودعم العديد من التسهيلات لخدمات المسنين بالإضافة إلى أهمية مساندة القطاع الخاص والذى بدأت تظهر بدايات ميدانية لنشاطاته فى هذا التحليل...

(٢) ويعتبر دور الإعلام والبحث العلمى من الأدوار الأساسية التى تعمل على مساندة قضية المسنين وإن كان هذا الدور ما زال حالياً فى بداية خطواته الأمر الذى يحتاج إلى مزيد من الدعم والعمل الجاد المتواصل.

(٣) نظراً لأن موضوع خدمات المسنين يعتبر إفراز طبيعى للتغيرات الاقتصادية وما واكبها من تغيرات إجتماعية على الأصعدة العالمية والدولية والمحلية فإنها تدخل فى نطاقه الجديد والهام من القضايا التى تفرض نفسها على المجتمعات المحلية والتى تتعامل معها حالياً برغم أهميتها على إستيحاء وتحسب شديدين سواء من قبل المسئولين فى الدولة بتوفير خدمات رعاية المسنين أو من قبل أفراد هذه المجتمعات.

(٤) وهناك من المؤشرات التى أفرزتها الموضوعات التى تم عرضها فى هذا الفصل أبرزها ضآلة حجم الدعم المادى والإستثمارات التى تجود بها الدولة لخدمات المسنين حيث بلغت الإعتمادات المدرجة لدور وأندية المسنين بالخطة الخمسية ٢٠٠٢/٢٠٠٧ حوالى ٤٢٩٧,٥ ألف جنيه على مستوى الجمهورية وهو مبلغ لا يفى حتى بإجراء إحلال وتجديد للموجود من هذه الخدمات...

ومن هذا المنطلق وبناء على هذا الوضع من هامشية التعامل مع قضية المسنين فى مصر يثار تساؤل هام حول طبيعة تعامل الدولة مع قضية المسنين ومدى إدراكها لأهمية هذه القضية وما هى أهم الجوانب الفكرية والعملية التى ترتبط بالمعروض من خدمات

المسنين من قبل المسئولين واضعى السياسات ومتخذى القـرار القـائمين علـى هـذه الخدمات وذلك فى ظل الظروف الاقتصادية والاجتماعية فى مصر وفى ظل أولويات دعم مجالات الاستثمار من أجل تنمية المجتمع المصرى .

ومن هذا المنطلق فإن الجانب الميدانى (الفصل الخامس من هذه الدراسة) يحاول تناول هذا التساؤل بالدراسة كأحد المحددات التى تحدد جـودة المعـروض مـن خدمات المسنين فى جمهورية مصر العربية .

الفصل الرابع

خدمات دور المسنين وعدم وفرة الطلب عليها وأهم التحديات التى تواجهها

الجزء الأول : خدمات المسنين من المنظور الصحى التعريف والتصنيف لهذه الخدمات من هذا المنظور وأهم العناصر المرتبطة بها.

الجزء الثانى : واقع الخدمات التى تقدمها دور المسنين وعدم وفرة الطلب عليها كأهم التحديات التى تواجهها وتحليل حول الأسباب.

تقديم :

يعتبر موضوع رعاية المسنين من الموضوعات التى برزت على الساحة العملية والعلمية فى السنوات الأخيرة نتيجة للتطور الاقتصادى والاجتماعى المتسارع فى السنوات الأخيرة وما واكبه من تغير كبير فى أنماط الحياة الاجتماعية للأسرة وإنشغال جميع أفرادها بالعمل من أجل تغطية نفقات ما يستجد من هذه الأنماط والتى أصبحت ضرورة فى هذا العصر ...

ولسنا بصدد التحدث تفصيلاً فى هذا التغير الذى لا يتوقف ولا تتحدد له نهاية. ولكننا بصدد رصد أولى لما ترتب على هذا التغير من تبعات على فئة المسنين من أفراد الأسرة ... تلك الفئة التى بتوقفها عن العمل أصبحت تشكل عبئاً على باقى أفراد الأسرة مادياً من ناحية ومن ناحية أخرى ما يفرض وضعها من حاجة إلى الرعاية والخدمات التى تحتاجها من الجوانب الصحية والنفسية ... والتى تزداد وتتفاقم بمرور الوقت وكبر السن. وتعتبر الخدمات التى تقدمها دور المسنين من الخدمات التى تعمل على توفير قدر كبير وتلبى جوانب كثيرة من هذه الرعاية.

وفى ضوء ذلك فإن هذا الفصل من الدراسة يهدف إلى التركيز على خدمات دور المسنين من منظور طبيعة ونوعية هذه الخدمات ومحدداً لطبيعة الإقبال عليها وبالتالى فإنه يستعرض فى جزئه الأول خدمات دور رعاية المسنين كبداية للتعامل مع هذا الموضوع بشكل منهجى علمى محدداً للتعريف والتصنيف لهذه الخدمات ومستعرضاً لأهم العناصر المرتبطة بتقديمها.

كما يعرض فى جزئه الثانى واقع الخدمات التى يقدمها دور المسنين من منظور المعروض من هذه الخدمات ومحدداً لطبيعة الطلب عليها كأهم التحديات التى تواجهها فى ضوء الأوضاع الإجتماعية والإقتصادية المرتبطة بحياة المسنين فى المجتمع المصرى ، وذلك على النحو التالى :

الجزء الأول : خدمات المسنين من المنظور الصحى التعريف والتصنيف لهذه الخدمات من هذا المنظور وأهم العناصر المرتبطة بها.

ويعرض موضوعات ترتبط بالتعريف والتقسيم والعناصر المرتبطة بخدمات دور المسنين من المنظور الصحى وذلك على النحو التالى :

الموضوع الأول : ويتناول خدمات المسنين من المنظور الصحى : التعريف والتقسيم وأهم العناصر المرتبطة بها حول الركائز الأساسية .

الموضوع الثانى: ويتناول خدمات المسن

ين بين الرعاية والإيواء ويتناول :

- تعريف بخدمات المسنين .
- تصنيف الدور التى تقدم خدمات المسنين بين الرعاية والإيواء .
- تصنيف وتحديد لخدمات المسن التقنية والبشرية الفنية والإدارية .

الموضوع الثالث: ويتناول أهم العناصر التى ترتبط بتقديم الخدمات التى تحقق الرعاية للمسنين ويتناول: عنصر المكان

عنصر الزمان

عنصر الآليات : تقنية وبشرية

عنصر الضوابط والتشريعات

ولا شك أن مناقشة هذه الموضوعات الثلاثة إستناداً على منطلقات علمية نظرية يتيح تكوين محاور علمية محددة والتى يمكن من خلالها التعرف على الواقع الميدانى لخدمات المسنين لدعم الجهود المستقبلية تجاه وضع وإرساء خطط مستقبلية لدعم خدمات المسنين وتطويرها بما يلائم تطورات هذا العصر .

الجزء الثانى : واقع الخدمات التى تقدمها دور المسنين وعدم وفرة الطلب عليها كأهم التحديات التى تواجهها وتحليل حول الأسباب.

ويستعرض واقع الخدمات التى تقدمها دور المسنين من منظور طبيعة المعروض من هذه الخدمات وحجم الطلب عليها .

الجزء الأول : خدمات المسنين من المنظور الصحى – التعريف والتصنيف لهذه الخدمات من هذا المنظور وأهم العناصر بها :

سوف يتم تناول هذا الجزء من خلال ثلاث موضوعات رئيسية على النحو التالى:

الموضوع الأول : خدمات المسنين من المنظور الصحى التعريف والتقسيم وأهم العناصر المرتبطه بها :

لا شك أن تحديد الخدمات الأساسية التى يحتاجها الإنسان فى مراحل حياته المختلفة منذ طفولته وحتى شيخوخته تهدف بشكل أساسى إلى توفير الآليات التى تكسب الإنسان الصحة بمعناها المتكامل جسدياً ونفسياً وإجتماعياً مجتمعة فى كل مرحلة من مراحل هذه الحياة وذلك كركائز أساسية تتكامل فيما بينها ويتحدد على أساس محصلة هذا التكامل الوضع الصحى للإنسان فى جميع مراحل حياته ... والنقاط التالية تؤكد هذا الإتجاه وتدعمه وذلك على النحو التالى:

أولاً : لقد أثبتت الإتجاهات العلمية هذا الإتجاه ، فقد أجمع الباحثون فى مجال الصحة والبيئة أن الصحة ليست غياب المرض بمظاهرة وعلاقاته المعروفة ولكنها كما أوضحت منظمة الصحة العالمية " هى خلو الإنسان من الأسباب التى تعوق الآداء الطبيعى لوظائفه الجسدية والعقلية والفكرية وعلاقاته مع المجتمع والبيئة من حوله" .

ومعنى ذلك أن غياب الأمراض بعلاقاتها المتميزة والمعروفة لا يعنى أن الإنسان صحيح الجسد ، سليم النفس ، فقد وضح التعريف ارتباط صحة الإنسان بالبيئة المحيطة وبذلك ألقى عبئاً ومسئولية كبيرة على البيئة التى يعيش فيها الإنسان فيزيقياً وإجتماعياً .

وبذلك فقد أثر التدهور البيولوجى والفيزيقى والإجتماعى لبيئة الإنسان المتحضر المعاصر على صحة الإنسان من النواحى البيولوجية والنواحى النفسية فى جميع مراحل حياته تأثيراً سيئاً .

ثانياً : وعلى هذه الأسس والركائز التى يبنى عليها مفهوم الصحة فإن صحة الفرد تتأثر بعوامل أساسية تفرضها المراحل العمرية للإنسان بمعنى أن كل ما يؤثر على أحد الأطراف الثلاث التى ترتكز عليها الصحة فإنه بالتالى تتأثر الحالة الصحية للفرد بإختلاف هذه المؤثرات فى المراحل العمرية المختلفة ... ويستتبع ذلك أن قوة الصحة أو ضعفها أو إعتلالها فى كل مرحلة لها أسباب بعينها فرضتها هذه المرحلة على أحد هذه الركائز أو على أثنين منها أو على الثلاثة ركائز مجتمعة .

ثالثا: وبالتالى إذا صنفنا المراحل العمرية للفرد إلى خمسة مراحل عمرية وهى مرحلة الطفولة ، مرحلة الشباب ، مرحلة النضوج والعمل ، ثم مرحلة الكبر والتقاعد عن العمل وإنتهاءً بمرحلة الشيخوخة. نجد أن كل مرحلة تتأثر بمؤثرات تختلف عن مؤثرات غيرها من المراحل والتى تؤثر تأثيراً مباشراً على ركائز الصحة الثلاث الجسدية والنفسية والمجتمعية مؤدية إلى أمراض أو إعتلالات جسدية أو نفسية كإنعكاس طبيعى لتفاعل هذه المؤثرات كمحصلة تفرض وضع صحى بعينه على الإنسان.

رابعاً :ويمكن توضيح ذلك إذا ما أجريت مقارنه بين هذه المراحل العمرية الخمسة وإستعراض المؤثرات التى تتعرض لها ركائز الصحة الثلاث فى كل مرحلة وتحديد طبيعة الأمراض التى تنتج بفعل هذه المؤثرات والتى فى ضوئها يمكن تحديد الآليات أو الخدمات التقنية والبشرية التى من شأنها التعامل مع هذه المؤثرات بشكل يتيح للإنسان أن يتمتع بصحة جيدة فى كل مرحلة من حياته من طفولته حتى شيخوخته آخذين فى الإعتبار أن المرحلة الأخيرة وهى مرحلة الشيخوخة قد تكون أيضاً محصلة للمراحل السابقة سلباً أو إيجاباً .

خامساً : ولا شك أن الآليات والخدمات المقدمة للإنسان فى مراحله العمرية المختلفة لدعم وخدمة الركائز التى تعتمد عليها وتتحدد صحته الجسدية والنفسية والمجتمعية بناءً عليها تمثل عنصراً أساسياً وفعالاً بالنسبة لهذه الركائز رغم إختلافها كماً ونوعاً فى المراحل العمرية الخمسة بدءاً من مرحلة الطفولة وإنتهاءً بمرحلة الشيخوخة.

وفى هذا الإطار فإنه يمكن تقسيم الأمراض التى يتعرض لها المسنون إلى مجموعتين أساسيتين من الأمراض جسدية ونفسية تتلاحم فيما بينها فى هذه المرحلة العمرية حيث تلعب فيها تدنى أو غياب عنصر العلاقات المجتمعية فى حياة المسن دوراً مؤثراً وفعالاً بإعتبار أن مفهوم الصحة وحدة متكاملة ترتكز على رعاية تكامل مسببات هذه الصحة وهى الرعاية الجسدية والرعاية النفسية والرعاية للعلاقات المجتمعية للإنسان بشكل عام وللمسن بشكل خاص.

الموضوع الثانى : حول الخدمات المقدمة للمسنين بين الرعاية والإيواء :

مما لا شك فيه أن قضية رعاية المسنين والإهتمام برعايتهم وخدماتهم ما زالت تقع على هامش إهتمامات المجتمع المصرى فى ظل الأوضاع الاقتصادية الضاغطة التى تحتم تركيز مسار سياسات الدولة على الإهتمام بمراحل الطفولة والشباب والكبر كأولويات لبناء أجيال قادرة على دعم مستقبل الإقتصاد المصرى لمواجهة تحديات العولمة.

ويتبين حجم إهتمام الدولة بهذه الفئات من خلال ضآلة ما تخصصة لخدماتها من إستثمارات لتوفير قدر من الرعاية الغير كافية لهم سواء من الناحية الكمية أو من الناحية الكيفية التى تقدم بها هذه الرعاية.

والدراسة التى نحن بصددها وهى تقوم بمحاولة أولية لرصد واقع هذه الخدمات والتعرف عليها تركز بشكل أساسى على جوهر هذه الرعاية وأهدافها المرسومة لها وتحليل هذا الرصد من منظور تصنيف هذه الخدمات وتكاملها بالشكل الذى تتكامل معه الركائز التى تحقق الصحة بمعناها المتكامل للمسنين من الناحية الجسدية والنفسية والمجتمعية والتى تشكل المقياس الحقيقى لهذه الخدمات والتى تفعل وتجد مستوى صحة المسن كنتيجة لتفاعل هذه الخدمات مجتمعة .

وكقاعدة أساسية فإنه للتعرف على الواقع ومحاولة رصد طبيعة ونوعية الخدمات المقدمة للمسنين فى هذه الدراسة فإنه يتم التفريق بشكل جوهرى بين خدمات الرعاية وخدمات الإيواء من حيث أن خدمات رعاية المسنين هى خدمات هادفة تستهدف تحقيق الرعاية للمسن كما سبق الإشارة إلى ذلك لمساعدته فى إكتسابه الصحة بجوانبها الثلاث الجسدية والنفسية والإجتماعية وإن غياب هذه الخدمات بمفاهيمها وأهدافها وتكاملها يعنى غياب مفهوم الرعاية الصحية للمسن ويحل محله مفهوم الإيواء ... وبالتالى فإن الخدمات المقدمة للمسنين تعتبر عاملاً محدداً وفاصلاً بين دور الإيواء وبين دور الرعاية للمسنين وهذا ما تؤكد عليه وتستهدف هذه الدراسة. من خلال طرح تحديد واضح ومحدد لمفهوم خدمات المسنين والهدف المحدد الذى تسعى إلى تحقيقه وما يستتبع هذا المفهوم من خدمات وأدوات مادية وبشرية وأساليب تحقق المستهدف من هذا المفهوم.

وبعد ...

ونحن بصدد إجراء إستطلاع ميدانى (الجانب الميدانى للدراسة – الفصل الخـــامس) للتعرف على خدمات المسنين ، بشكل منهجى علمى فإنه فى ضوء ما تقدم من مناقشة حول هذه الخدمات بدءاً من تحديد الركائز الأساسية التى تبنى عليها هذه الخدمات وأهمية تقديمها بالشكل الذى يحقق الرعاية الصحية بمعناها العلمى المتكامل فإنه فى هذا الإطار فإنه لا بـــد من إعادة صياغة عدداً من الموضوعات المرتبطة بالهدف النهائى للخدمات المقدمة للمسنين من حيث ضرورة حصول المسن على عناية ورعاية صحية متكاملة تحقق حصـــوله علـــى الصحة بكل جوانبها وركائزها .

وهذه الموضوعات تتخذ خدمات الصحة الجسدية وخدمات الصحة النفسية والخدمات المجتمعية كقاعدة أو كمحور أساسى لابد وأن تتعامل معها مجتمعة والتـــى تمثـــل قاعـــدة أساسية يتم بناء عليها وضع إطار تفصيلى .

يمكن من خلاله التعرف على واقع الخدمات المقدمة لمسنين ومناقشـــتها فىضـــوء ثبات هذه القاعدة والتى يتم من خلالها إجراء مناقشة حول الواقع المتاح ووصولاً إلى مـــا يجب أن تكون عليه هذه الخدمات .

وفى هذا الإطار وفى طريق التعرف على خدمات المسنين لا بد من إجراء مناقشـــة وإتفاق على تحديد ثلاثة عناصر تشكل ثوابت أساسية يتم بناء عليها الإنطلاق للتعرف على خدمات المسنين ميدانياً بشكل منهجى علمى وهذه العناصر هى :

أولاً : إجراء تعريف محدد لخدمات المسنين وتصنيف للدور التى تقدمها .

ثانياً: تصنيف الدور التى تقدم خدمات المسنين ما بين الرعاية والإيواء .

ثالثاً: تصنيف وتحديد لخدمات المسنين التقنية والبشرية الفنية والإدارية .

أولاً: تعريف بخدمات المسنين :

يرتبط تعريف خدمات المسنين إرتباطاً وثيقاً بالهدف النهـــائى التـــى تســـعى هـــذه الخدمات لتحقيقه للمسن وهو إكسابه الصحة بمعناها الواسع بجوانبهـــا الـــثلاث الجســـدية والنفسية والمجتمعية والذى تتبلور من خلاله ملامح أساسية تحدد التعريف التـــالى لهـــذه الخدمات :

فهى تلك الخدمات التى تقدم للمسن فى أماكن مخصصة ومهيأة إدارياً لإكساب المسن الصحة بمعناها المتكامل (جسدياً ونفسياً وإجتماعياً) وذلك من خلال أساليب وأدوات ومهارات بشرية متخصصة تعمل من أجل إستعادة المسن لصحته ... كما تساهم أيضاً فى إكسابة بعض الأساليب والمهارات التى تعمل على المحافظة على صحته وصيانتها وإستمراريتها بتوازنات نفسية وإجتماعية مدروسة تحت مظلة رعاية ورقابة بشرية مستمرة وواعية متطورة فى الأداء وقادرة على الوفاء بإحتياجات المسن بمهنية متخصصة..

وهذا التعريف بهذا الشكل يضع محددات ومواصفات لخدمات دور الرعاية للمسنين والتى تتفاوت فى تقديم هذه الخدمات من منظور تكامل أنشطة الرعاية بها وكفاءة القائمين عليها .... كما تضع محددات ومواصفات لدور الرعاية للمسنين كمبنى يستطيع الوفاء بهذه الخدمات ...

ثانياً : تصنيف الدور التى تقدم خدمات المسنين ما بين الرعاية والإيواء

يمكن تصنيف دور المسنين من هذا المنطلق إلى ثلاثة أقسام ذلك على النحو التالى:

- القسم الأول : وتتمثل فى دور رعاية تقدم خدمات متكاملة للمسنين تكسبهم الصحة بمضمونها المتكامل (جسدياً ونفسياً وإجتماعياً) .
- القسم الثانى: دور تقدم خدمات الإقامة للمسنين دون الإشراف الطبى والذى يقع على مسئولية المسن وتساهم هذه الدور فى تقديم خدمات التمريض فقط دون مسئولية عن الرعاية الصحية المتكاملة وهذه الدور تعتبر فندقاً أو منزلاً يتعامل مع المسنين من هذا المنظور .
- القسم الثالث:دور الإيواء للمسنين وتقدم خدمات الإعاشة فقط ويتولى المسن وذويه التعامل مع الجانب الصحى للمسن من حيث إشراف الأطباء والقائمين على التمريض إن أمكنهم ذلك مادياً وإجتماعياً .

ولا شك أنه يوجد من الدور القائمة على التعامل مع المسنين عديد من الأنماط الجديدة والتى إستحدثتها الظروف الاقتصادية المحيطة بالأسر والمجتمعات الحالية والتى تحتم ظروف عمل أفرادها جميعاً عدم قدرتهم على رعاية مسنيهم بأنفسهم وهذا ما تحاول الدراسة الميدانية الاستطلاعية التعرف عليها وعلى الأساليب التى توفرها لرعاية المسنين سواء كانت هذه الدور تابعة للدولة أو تابعة من قبل جهود المجتمع المدنى فى هذا المضمار

٠٠ وذلك فى إطار المفاهيم والضوابط والتشريعات المعمول بها فى هذا الشأن ٠٠٠ الأمر الذى يمكن معه العمل على التعرف على جهود هذه الرعاية ووضع التوصيات التى تعمل على تقويمها وتعديل مسارها فى الإتجاه الذى ينمى مجال رعاية المسنين بناءً على منطلقات علمية سليمة بالشكل الذى يضمن للمسن الرعاية والكرامة والمساهمة فى توفير قدر من الإستقرار النفسى للعديد من أسر المجتمع المصرى والذى يمثل أحد أهداف هذه الدراسة٠

ثالثا: تصنيف خدمات المسنين التقنية والبشرية :

يجدر التنويه فى البداية أن التناول الذى يتم لخدمات المسنين فى هذه الدراسة يتعامل مع هذا الجانب بالنسبة لدور المؤسسات القائمة على رعاية المسنين بجانبها الرسمى أو الغير رسمى (المجتمع الأهلى) والتى تقدم الرعاية للمسنين بجميع جوانبها الجسدية والنفسية والاجتماعية وذلك فى حالة غياب دور الأسرة فى تقديم هذه الرعاية بشكلها المطلوب والتى تقتصر فى أغلب الأحيان على الدعم المادى للمسن لرعايته جسدياً أو نفسياً أو هما معاً٠

وفى ضوء ما تم مناقشته وإجراء تحليل حول مكونات صحة الإنسان وركائزها التى ترتكز عليها خلال حياته فى المراحل العمرية المختلفة التى يمر بها تبين أن محصلة حالة الركائز الثلاث التى تتكون منها صحة الفرد وهى الصحة الجسدية والنفسية والمجتمعية ودرجة توازنها فيما بينها تحدد الوضع الصحى لهذا الفرد ٠٠٠ وبالتالى فإن درجة هذا التوازن هى بمثابة مقياس يؤكد ويعكس بالضرورة درجة قدرته على مقاومتة وصلابته أمام ما قد يتعرض له ويواجه به فى حياته وعلى وجه الخصوص فى مرحلتى الكبر والشيخوخة وما قد يتعرض له من مواقف وأحداث أو أمراض جسدية معدية أو غير معدية أو قصور فى وظائف جسده الحيوية وحالته النفسية ٠

وفى إطار ذلك فإن تحديد خدمات المسنين لابد وأن تتناول الخدمات التى تتعامل مع هذه الركائز ومن خلالها يمكن تحديد الآليات التى تحقق للمسن الصحة بشكلها المتكامل (جسدية ونفسية وإجتماعية) ويمكن تصنيف هذه الخدمات على النحو التالى :

- خدمات ترتبط بالحالة الجسدية للمسن٠
- خدمات ترتبط بالحالة النفسية للمسن٠
- خدمات ترتبط بالحالة المجتمعية للمسن وعلاقاته مع الآخرين٠

الموضوع الثالث : أهم العناصر التى ترتبط بتقديم الخدمات التى تحقق الرعاية للمسنين :

أن تصنيف الخدمات بالشكل الذى تم عرضه بالنسبة لخدمات المسنين مرتبط بعدة عناصر هامة لتحقيق الأهداف التى يسعى إليها هذا التصنيف هو إكساب المسن الصحة بأبعادها الثلاث الجسدية والنفسية والمجتمعية والتى تتحدد طبيعتها فى ثلاث عناصر وهى الزمان والمكان والآليات سواء كانت آليات بشرية أو مادية وذلك على النحو التالى :

أولاً : عنصر المكان :

فى إطار الأهداف المحددة للدراسة فإن المؤسسات المعنية برعاية المسنين بجانبيها الحكومى والأهلى هى المستهدفة بالنسبة لتقديم الخدمات المقدمة فى هذه المؤسسات ولا شك أن هذه المؤسسات تتفاوت فى تقديم الخدمات للمسنين بتفاوت عدة عوامل أهمها الجانب المادى الذى يلعب دوراً أساسياً فى فعالية هذه الخدمات فى الناحية الكمية أو الكيفية إلى جانب طبيعة المكان الذى تؤدى فيه هذه الخدمات من حيث وفاء المكان كمحيط يمكن أن تتجمع فيه الخدمات التى تتعامل مع تقويم الجانب الجسدى أو النفسى أو الإجتماعى للمسن بالقدر الذى يحقق فى مجموعة أسباب إكتساب الصحة بركائزها الثلاث الجسدية والنفسية والاجتماعية ... بمعنى أن الجانب المكانى لدور الرعاية يشمل الأماكن الهادئة للمعيشة والنوم المريح إلى جانب أماكن اللقاءات الجماعية ثم الملاعب والأنشطة الرياضية المختلفة كل ذلك فى إطار جمالى متناغم يهيئ ويدعم الصحة الجسدية والنفسية فيتحقق قدر كبير من سعادة المسن والتى يعبر عنها علمياً بإنعكاس الجمال فى نفس الإنسان .

ثانياً : عنصر الزمان :

والذى يتعامل مع الحالة العمرية للمسن حيث أن هذه المرحلة العمرية تستوجب إجراء تصنيف محلى للمسنين فى مؤسسات الرعايه إلى مجموعات طبقاً لحالتها الصحية وما تحتاجه من خدمات بعينها تعمل على تلبية إحتياجاتها لتقويم أوضاعها الصحية الجسدية والنفسية والاجتماعية ما تفرضه كل مرحلة عمرية من عجز فى أداء المسن ونشاطه ودرجة القصور فى خدمته الذاتية لنفسه فى أمور حياته المختلفة .

ثالثا عنصر الأليات

وتمثل الآليات جانبا كبيرا وأساسيا فى خدمات المسنين والتى تقع عليها العبء الأكبر والمسئول مسئولية مباشرة فى العناية بالمسنين على إختلاف مراحلهم العمرية وإعتلالاتهم الصحية .

وتنقسم الاليات إلى ثلاثة أنواع أساسية وهى

- آليات بشرية وهى الآليات القائمة على الرعاية .
- وآليات مادية وتتمثل فى الآلات والمعدات المادية للعلاج والشفاء.
- الضوابط والتشريعات المنظمة للخدمات المقدمة.

الأليات البشرية

الآليات البشرية للرعاية تتمثل فى البشر الذين يقومون برعاية المسن وهم يمثلون فئات مختلفة ذات أدوار محددة لرعاية المسنين والذين يتمثلون فى القسم الأول منها إلى مجموعات إدارية لإدارة الدار التى يقيم فيها المسن وتقديم خدمات الإستقبال والملاحظة للمسن والعمل على تنفيذ البرامج اليومية الموضوعة للمسن والملاحظة والإشراف ... الخ.

ويتمثل القسم الثانى من الآليات البشرية فى الفنيين المتخصصين فى تقديم خدمات العلاج والرياضة وإدارة القاءات الجماعية الهادفة للعلاج واللقاءات مع أسر المسنين فى إدارة علاقاتهم الاجتماعية بهدف تحقيق ركائز الصحة مكتملة بجوانبها الجسدية والنفسية والاجتماعية كما سبق الإشارة إلى ذلك.

ولا شك أن نجاح الآليات البشرية فى تقديم هذه الخدمات يحتاج إلى المتخصصين من الأطباء والإخصائيين الاجتماعيين والذين لديهم خبرة كافية فى مجال رعاية المسنين.

الاليات المادية

أما الآليات المادية للرعاية : فتتمثل فى الآلات والمعدات والأجهزة التى يحتاجها المسن والتى تتنوع من معدات وأجهزة طبية وأجهزة رياضية وأجهزة ترفيهية مثل السينما والفيديو والألعاب الذهبية ... الخ.

إلى جانب وجود البرامج الثقافية والترفيهية والتعليمية لبعض الحرف اليدوية مع إستثارة روح التنافس بين المسنين لإقامة ودخول المعارض والمسابقات المختلفة والتى

تعمل على إعطاء الحياه أهدافا جديدة يسعى المسن إلى لتحقيقها مما يجعل لحياتـــه معنـــى وقيمة تدعم صحته الجسدية والنفسية .

٣ - **الضوابط والتشريعات** :

وتنقسم الضوابط والتشريعات إلى الآتى :

١ - ضوابط وتشريعات ترتبط بالمكان والتجهيزات والخدمات .

٢ - ضوابط وتشريعات ترتبط بالمسنين أنفسهم .

٣ - ضوابط وتشريعات ترتبط بالقوى البشرية الكاملة .

٤ - ضوابط وتشريعات ترتبط بالمتابعة والتقييم والتطوير .

الجزء الثانى : واقع الخدمات التى تقدمها دور المسنين وعدم وفرة الطلب عليها كأهم التحديات التى تواجهها وتحليل حول الأسباب :

واقع الخدمات التى تقدمها دور المسنين :

تسعى دور المسنين الى تحقيق أهدافها المختلفة فى خدمـــة نزلائهـــا مـــن خـــلال مجموعة من البرامج الصحية العضوية والنفسية ، والاجتماعية ، والثقافية والتى تستهدف فى مجموعها تحقيق الصحة للمسنين بمعناها المتكامل ، حيث تقدمها لنزلائهـــا المنتفعـــين بخدماتها ، بما يكفل لهم الحياة الكريمة ، بالمستوى الذى يتناسب مع إمكانيات كل منها .

وتنظيما للعمل بدور المسنين ، وضمانا لتوفير أوجه الرعاية اللازمة لهـــم ، صـــدر القرار الوزارى رقم ٢٥٦ لسنة ١٩٨١ بتحديد المواصفات والمستويات العامة للخدمة فـــى دور إيواء المسنين على النحو التالى :

١ - إيجاد مكان مريح لإقامة المسنين يتلاءم مع أعمار النزلاء وحالتهم الصحية .

٢ - توفير برامج الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية للنزلاء .

٣ - شغل أوقات المسنين بما يعود عليهم بالنفع ، والإستفادة من خبـــراتهم وطاقـــاتهم ومهاراتهم فى أعمال مثمرة .

وتبين نتائج المسح الميدانى لدور رعاية المسنين (عـــزت حجـــازى ، ٢٠٠١) أن هناك تنوعا فى الخدمات التى تقدمها الدور لنزلائها . وتشير بيانات الجدول (٢٢) الى أهـــم هذه الخدمات .

الجدول رقم (٢٢)

الخدمات التى تقدمها دور المسنين

الخدمات	توجد		لاتوجد	
	عدد الدور	النسبة	عدد الدور	النسبة
الرعاية الاجتماعية				
- زيارات من الأهل	٦٦	٨٠,٥	-	-
- زيارات للأهل	٦٤	٧٨ر-	٢	٢,٤
- أخرى	١٠	١٢,٢	٥٦	٦٨,٣
الرعاية الصحية				
- فحص طبى أول	٦٥	٧٩,٣	١	١,٢
- فحص طبى دورى	٦١	٧٤,٤	٥	٦,١
- صحة نفسية	١٩	٢٣,٢	٤٧	٥٧,٣
- أخرى	١٢	١٤,٦	٥٤	٦٥,٩
الخدمات الثقافية				
- ندوات ومحاضرات	٦١	٧٤,٤	٥	٦,١
- عروض سينمائية	٢٧	٣٢,٩	٣٩	٤٧,٦
- مكتبة	٤٥	٥٤,٩	٢١	٢٥,٦
- أخرى	٨	٩,٨	٥٨	٧٠,٧
الخدمات الترويحية				
- رحلات داخلية	٦٠	٧٣,٢	٦	٧,٣
- رحلات خارجية	٣٢	٣٩ر-	٣٤	٤١,٥
- مصايف	٣٥	٤٢,٧	٣١	٣٧,٨
- أخرى	١٦	١٩,٥	٥٠	٦١ر-
خدمات أخرى	٧	٨,٥	٥٩	٧٢ر-

المصدر: (عزت حجازى ، ٢٠٠١)٠

الخدمات الاجتماعية :

تحرص دور المسنين على تيسير تبادل الزيارات بين النزلاء والأهل ، لتقوية علاقة المسنين بأسرهم ، وليشعر المسنون بالجو العائلى المحبب لديهم . ويتوقف ذلك بالطبع على الظروف الصحية للنزلاء ، التى قد تعوق ذلك أحيانا ، وعلى وجود أهل يحرصون على ذلك من جهة أخرى . وهناك دور تسمح بزيارات طلبة المدارس ، والجامعات ، ورعايا الجاليات الأجنبية ، وزيارات من الكنائس والجمعيات الأهلية ، للدور .

الرعاية الصحية :

تهتم ٦٥ دارا ، بنسبة ٧٩,٣% من الدور (٨٢ دار) ، بإجراء فحص طبى أولى عند النزول بالدار . وتقدم ٦١ دارا ، بنسبة ٧٤,٤% ، خدمة الفحص الدورى للنزلاء (يتوافر طبيب فى عدد كبير من دور المسنين ، وغالبا ما يوجد كل الوقت) .

الخدمات الثقافية :

تقدم معظم دور المسنين خدمات ثقافية من نوع أو آخر لنزلائها . فتقام الندوات والمحاضرات فى ٦١ دارا ، بنسبة ٧٤,٤% ، وتتوافر خدمات ثقافية أخرى ، مثل توفير الصحف والمجلات ، والتليفزيون والفديو .

الخدمات الترويحية :

تهتم إدارات بعض دور المسنين بالجانب الترفيهى فى حياة المسن . إذ تنظم ٦٠ دارا ، بنسبة ٧٣,٢% رحلات داخلية فى مصر ، وتهتم ٣٥ دارا ، بنسبة ٤٢,٧% بتوفير خدمة المصايف لنزلاء الدار . كما توجد رحلات الى خارج مصر فى حالة ٣٢ دارا بنسبة ٣٩% . ونظن أن معظمها رحلات للحج والعمرة بالنسبة للمسلمين. ولاتكتفى بعض الدور بذلك . فهناك خدمات أخرى ، مثل إقامة حفلات سمر ، والاحتفال بأعياد الميلاد ، وبعض المناسبات الأخرى . ويشارك فى هذه الحفلات أحيانا بعض شباب الجامعات والمكلفين بالخدمة العامة . وهناك دار للمسنين بالقاهرة تقدم إشتراكا بالنوادى الرياضية لكل نزيل من نزلائها . وتقدم بعض الدور خدمات أخرى مثل :

- تنظيم دورات تدريبية على الحرف والهوايات للنزلاء القادرين .
- توفير واعظ دينى .

التكلفة بالنسبة لاستخدام دور رعاية المسنين :

تختلف دور المسنين فيما تتقاضاه ممن ينزلون بها من كبار السن نظير الإقامة والخدمات الأخرى .

- فى ١٣ دارا ، بنسبة ١٥,٩% من إجمالى الدور ، الإقامة مجانا .
- وفى ٦٢ دارا ، بنسبة ٧٥,٦% ، الإقامة بمقابل .
- وفى ٧ دور بنسبة ٨,٥% ، الإقامة بمقابل للقادر ، ومجانا لغير القادر .

وتحدد بعض الدور تكاليف الإقامة بمبلغ معين ، وتحدد بعض الدور فئات مختلفة حسب مستوى مايقدم من خدمات (الإقامة ، والطعام ، والعلاج ، وغيرها) .

وتتوزع الدور حسب تكاليف الإقامة (بالجنيه المصرى شهريا) على النحو التالى:

أقل من ٥٠ جنيها خمس دور ، بنسبة ٦,١% من إجمالى الدور .

٥٠ - تسع دور ، بنسبة ر١١%

١٠٠- اربع دور ، بنسبة ٤,٩% .

١٥٠- ثلاث عشرة دارا ، بنسبة ١٥,٩% .

٢٠٠- سبع دور ، بنسبة ٨,٥%-

٢٥٠- تسع دور بنسبة -ر١١%

٣٠٠- اربع دور ، بنسبة ٤,٩%

٣٥٠- خمس دور بنسبة ٦,١% .

٤٠٠- أربع دور ، بنسبة ٤,٩%

٤٥٠- داران ، بنسبة ٢,٤% .س

٥٠٠- دار واحدة ، بنسبة ١,٢% .

٦٠٠- دار واحدة بنسبة ١,٢%

أكثر من١٠٠٠ جنيه دار واحدة ، بنسبة ١,٢%

- وهناك ٤ دور ، بنسبة ٤,٩% فى فئة "غير مبين"
- وثلاث عشرة دارا ، بنسبة ١٥,٩% ، تقدم خدماتها بدون مقابل .

وعلى الرغم من بدء ظهور الإستثمار الخاص فى مجال دور المسنين ، حيث توجد دار تقوم على أساس إستثمارى ، تبلغ تكاليف الإقامة بها أكثر من ألف جنيه شهريا ، فإن حركة إنشاء دور المسنين وتشغيلها هى حركة خيرية فى الجانب الأكبر منها ، إذ تقدم خدماتها لمن يحتاجونها إما مجانا ، أو برسم إقامة رمزى ، أو دون التكلفة الفعلية بكثير . بل إن بعض الدور تعطى نزلائها من المعوزين مايغطى

المصاريف النثرية اليومية . وهى فى أغلب الحالات من الدور التى تتبع جمعيات دينية خيرية تتكفل برعاية كبار السن من الذين ليست لهم موارد مالية وليس هناك من يعولهم .

ومن ناحية أخرى ، يشكو بعض كبار السن فى بعض الدور من أنهم يتحملون أعباء إضافية ، فوق تكاليف الإقامة . إذ يضطرون الى دفع إتاوات (بقشيش) لبعض العاملين فى المستويات الدنيا (الممرضة ، أو عامل النظافة ، أو التى تقدم الوجبات الغذائية ، ومن إليهم) والبعض – من القادرين طبعا – يدفع عن طيب خاطر ، إن لم يكن من باب فعل الخير فلضمان الحصول على ما يستحقه من خدمات . ولكن البعض لايستطيع أن يدفع ، أو لا يجد معنى للخضوع للإبتزاز . وهؤلاء الأخيرون هم الذين ترددت شكواهم فى الاستبار .

عدم وفرة الطلب على خدمات دور رعاية المسنين :

وضحت الدراسات التى أجريت على دو رعاية المسنين بالنسبة للإشغال الفعلى من النزلاء من كبار السن أن حجم الطلب على هذه الدور مازال الى الآن لايغطى حجم المعروض منها ، وذلك بإعتبار وجود ثلاثة أحجام من الدور : دور صغيرة وسعتها أقل من خمسين سرير ، ومتوسطة وسعتها من خمسين الى أقل من مائة سرير ، وكبيرة وتكون سعتها مائة سرير .

وفى إطار ذلك تبين أن توزيع الدور حسب الإشغال الفعلى من النزلاء من كبار السن على النحو التالى :

- أكثر من أربعة أخماس الدور (٨٠,٥% من مجموعها فى فئة صغيرة ، والنسبة الغالبة منها فى فئة صغيرة جدا (اقل من ٣٠ نزيلا) .
- أقل من الخمس(١٨,٣%) فى فئة "متوسطة" .
- دار واحدة فى فئة "كبيرة"

وبعض الدور تكاد تكون خالية :

- فهناك دار بها نزيل واحد (وسعتها عشرون سريرا) .
- وأخرى بها نزيلان (وسعتها عشرون سريرا).
- وداران بكل منهما ٣ نزلاء (وسعتها عشرون سريرا) .
- ودار بها أربعة نزلاء (وسعتها خمسون سريرا) .

وخلافا لما كان يتصور ، لايبدو فى الظاهر أن هناك نقصا فى خدمة دور المسنين، ففى حين أن السعة الإجمالية لكل دور المسنين فى مصر (٨٢ دارا حتى إجراء المسح) لاتتجاوز ٣٣٥٦ سريرا – مكانا – أى ما يوازى أقل بكثير من ١ فى الألف من مجموع كبار السن فى بلادنا فى ذلك الوقت (وعددهم حوالى ٤,٢ مليون) ، فإن الإشغال الفعلى هو ٢٣٣٩ ، أى بنسبة اقل من ٧٠% .

- ونسبة الإشغال فى القاهرة الكبرى (وفيها أكثر من نصف مجموع الدور) هى ٧٤% .
- وفى الاسكندرية (وفيها ١٧,١% من إجمالى الدور) هى أقل قليلا من ٧٤% .
- أما محافظات الوجه البحرى بدون الإسكندرية (وفيها أكثر قليلا من ١٥% من الدور) فنسبة الإشغال فيها هى ٥٨,١% .
- وفى محافظات الوجه القبلى بدون الجيزة ٥,٥% من جملة دور المسنين ،فنسبة الإشغال فيها تقف عند ٤٠% فقط .

وهذا يعنى أن المتوافر من خدمة دور المسنين أكبر بكثير من الطلب عليه والفرق أوسع فى محافظات الوجه القبلى منه فى أية منطقة أخرى فى مصر(عزت حجازى ، ٢٠٠١).

مناقشة وتحليل حول أسباب عدم وفرة الطلب على خدمات دور رعاية المسنين :

وضحت الدراسات التى تمت حول واقع دور المسنين والخدمات التى تقدمها أن المعروض من هذه الخدمات أكبر من حجم الطلب عليها كما تم الإشارة الى ذلك .

ولاشك أن هناك العديد من الأسباب التى تعوق الإقبال على دور رعاية المسنين فى مصر خاصة مع وجود التنوع فى تكلفة هذه الرعاية والتى تسمح لفئات متعددة من المجتمع بإستخدام هذه الخدمات حيث تقدم ١٥,٩% من عدد دور الرعاية خدماتها دون مقابل لهذه الخدمات على مستوى الجمهورية .

كما أن الإستثمارات التى تم إعتمادها من الدولة لإنشاء دور الرعاية ، كما أشارت البيانات تعتبر إستثمارات ضئيلة جدا حيث بلغت ٤٢٩٧,٥ ألف على مستوى الجمهورية فى الخطة ٢٠٠٢/٢٠٠٧ مما يشير الى أن قضية خدمات المسنين حاليا فى مصر تعتبر قضية هامشية إذا قيست بالقضايا الاجتماعية الأخرى .

والموقف الحالى الذى يعبر عن التعامل مع قضية خدمات المسنين كقضية هامشية له أسباب متعددة تساهم بقوة فى العمل على تثبيت هذا الوضع لسنوات قادمة قد تطول لأنها

ترتبط بثقافة المجتمع المصرى ومنهجية حياة الأسرة والتى تتخذ الدين دستورا لها وتـدعم ذلك الأعراف والتقاليد الخاصة بالتعامل مع كبار السن فى الأسرة المصرية بالشـكل الـذى يشمل تحديات حقيقية تجاه تنامى الطلب بالنسبة لمؤسسات رعاية المسنين والتعامل معهـا لتقديم الخدمات لمسنيها بالرغم من الضغوط والمشكلات الاقتصـادية والاجتماعيـة التـى تتعرض لها الأسرة .

ويعتبر قصور الإعلام و الإعلان والترويج لخدمات المسنين التى تقدمها الدولـة أو يقدمها المجتمع الأهلى من العوامل الهامة التى تساهم فى عدم الإقبال على تلـك الخـدمات سواء التى تقدمها الدولة من قبل وزارتى التضامن الاجتماعى والصحة والسكان أو من قبل المجتمع الأهلى والتى يقوم بها العديد من الجمعيات الأهلية . كما أن الإعلام قد يساند العدد من الأسر التى تكون فى حاجة ملحة لمن يقدم الرعاية والخدمات لمسنيها بسبب السـفر أو عمل جميع أفراد الأسرة وإنشغالهم وعدم قدرة أى فرد مـنهم للتفـرغ لهـذه الرعايـة .. والإعلام عن هذه الخدمات فى هذه الظروف يقدم بديل أفضل لمثل هذه الأسر والتى أصبحت تشكل نسبة كبيرة من أسر المجتمع المصرى على المستويات المختلفة .

ولكن مع كل ماتم عرضه فى النقاط السابقة يبقى عنصر أساسى فى هـذه القضـية يرتبط بوجود صراع عقائدى وقيمى قد يحول فى أغلب الأحوال عن اللجوء الـى خـدمات المسن بعيدا عن منزله وأسرته ومجتمعه المحيط به وذلك من قبل المسن نفسه أو من قبل أفراد أسرته حتى مع حدوث إهمال إضطرارى فى الحصول على مايحتاجه المسن من هـذه الخدمات .

وبعد ....

وكإستخلاص عام من خلال ماتم عرضه بالنسبة للجانب النظرى والـذى تناولتـه الدراسة فى عدد أربعة فصول بداية من احتياجات وخدمات المسنين والخدمات التى تقدمها الدولة والمجتمع الأهلى فى هذا المجال ، وإنتهاء بعدم وقرة الطلب على هذه الخدمات برغم المعروض منها فإن الدراسة تقدم فى جانبها الميدانى (الذى يتناوله الفصل الخامس) مـن هذه الدراسة إجراء إستطلاع ميدانى محدود لمحاولة التوصل إلى أسباب عدم الإقبال علـى الإنتفاع بهذه الخدمات وذلك بالإضافة إلى ما يتناوله هذا الفصل ايضاً فى جزئه الأول مـن عمل ميدانى للتعرف على أهم الجوانب الفكرية والعملية للمسئولين من واضعى السياسـات ومتخذى القرارات فيما يتعلق بخدمات رعاية المسنين .

الفصل الخامس

إستطلاع ميدانى محدود للتعرف على أهم الجوانب المرتبطة بالمعروض من خدمات المسنين وأهم أسباب عدم وفرة الطلب عليها ٠

ويتضمن :

منهجية الدراسة الميدانية ٠

عرض ومناقشة البيانات وإستخلاص النتائج ٠

أهم التوصيات ٠

الخاتمة٠

مقدمة :

تضمن الجانب النظرى من الدراسة عدد أربعة فصول حول تقدير الإحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين بشكل عام حيث قدم الفصل الأول رصد للأوضاع الديموجرافية للمسنين الدوافع والواقع ، بينما تناول الفصل الثانى عرض لمفاهيم ومنهجية تقدير إحتياجات المسنين حيث ناقش فى بداية الإحتياجات الاجتماعية والنفسية للمسنين كضرورة بشرية منتهياً إلى تحديد أساليب ومنهجية تقدير هذه الإحتياجات. أما الفصل الثالث من الدراسة النظرية فقد وضح دور الدولة ومشاركة المجتمع فى توفير وتطوير خدمات المسنين بشكل عام وإستخلاص حول محدودية هذا الدور. واما الفصل الرابع والأخير من الجانب النظرى فقد تناول خدمات دور رعاية المسنين بشكل خاص ونسبة إشغالها وتوضيح عدم وفرة الطلب على المعروض من خدماتها وهو ما تم تناوله بالتحليل فى نهاية هذا الفصل حول أهم أسباب عدم الإقبال على المتاح من هذه الخدمات وفى إطار التساؤل المثار حول موقف إدراك المسئولين لأهمية هذه القضية والوارد فى نهاية هذا الفصل الثالث إضافة إلى ما أفرزه الفصل الرابع من عدم وفرة الطلب على المعروض من خدمات المسنين وما تم فى هذا الفصل من تحليل حولها كان لا بد من القيام بإجراء إستطلاع ميدانى محدود للوقوف على أهم أسبابها تمهيد لدفع ودعم إجراء المزيد من الدراسات والبحوث المتعمقة المرتبطة بها لخدمة واضعى السياسات ومتخذى القرارات المستقبلية المرتبطة بخدمات المسنين والمسئولين عن توفير جانب العرض لهذه الخدمات.

وفى ضوء ما سبق فإن هذا الجانب من الدراسة الميدانية يحاول التعرف على أهم الجوانب المرتبطة أولاً بإعداد المعروض من خدمات المسنين من قبل المسئولين واضعى السياسات ومتخذى القرارات القائمين على توفير هذه الخدمات كما يقوم ثانياً بمحاولة لتحديد أهم أسباب عدم وفرة الطلب عليها.

ويتم إجراء هذه الدراسة الميدانية على مدينة القاهرة لعظم كثافتها السكانية حيث يتركز فيها أكثر من ٥٠% من دور المسنين ولا يتعدى الطلب عليها أكثر من ٧٤% كنسبة إشغال لهذه الدور كما وضحت الدراسات ...

أولا : منهجية الدراسة :

١ - أهداف الدراسة :

إتساقاً مع ماسبق عرضه فى التقديم السابق فإنه يتم تحديد أهم أهداف هذه الدراسة فى هدفين رئيسيين :

الهدف الأول : ويهدف إلى محاولة التعرف على أهم الجوانب الفكرية والعلمية التى ترتبط بالمعروض من خدمات المسنين من قبل بعض المسئولين وواضعى السياسات ومتخذى القرارات القائمين على هذه الخدمات.

الهدف الثانى: ويهدف إلى محاولة لتحديد أهم أسباب عدم وفرة الطلب على المعروض من خدمات المسنين من قبل المسنين وأسرهم.

٢ - اساليب وعينة الدراسة :

للتوصل إلى تحقيق هدفى الدراسة إستخدم أسلوب الإستبيان لعينات عشوائية من المبحوثين وذلك على النحو التالى :

الإستبيان الأول : موجه إلى بعض المسئولين من واضعى السياسات ومتخذى القرارات المرتبطة بخدمات المسنين وذلك للوصول إلى تحقيق الهدف الأول للدراسة وقد بلغ عدد أفراد العينة اربعة عشر مسئول من العاملين فى وزارة التضامن الإجتماعى من مستوى الإدارة العليا والمتوسطة (ملحق رقم ١).

الإستبيان الثانى : موجه إلى عدد ٣٠ (ثلاثون) أسرة من الأسر التى ترعى مسن أو أكثر داخل نطاق الأسرة وذلك من مستويين مختلفين إقتصادياً :

- أسر ذات مستوى إقتصادى متوسط وعددها خمسة عشر أسرة من سكان مدينة نصر ومصر الجديدة.
- أسر ذات مستوى إقتصادى منخفض من سكان المسلة – عزبة عاطف بالمطرية (ملحق رقم ٢).

٣ - المحاور الأساسية للإستبيان :

تكون الإستبيان من محاور أساسية يشكل كل منها مجموعة من التساؤلات التى يتم من خلالها الوصول إلى أهداف الدراسة وذلك على النحو التالى :

١ - المحاور الأساسية لتساؤلات إستمارة الاستبيان المرتبطة بهدف الدراسة الأول والموجهة إلى المسئولين من صانعى السياسات ومتخذى القرارا حيث تدور حول الموضوعات التالية :

- مفهوم رعاية المسنين .
- طبيعة خدمات المسنين .
- دور الدولة والمجتمع المدنى فى توفير خدمات المسنين .
- مصادر التمويل لخدمات المسنين .
- اللوائح والتشريعات المرتبطة بخدمات المسنين .
- الرؤية المستقبلية لتطوير خدمات المسنين .

٢ - المحاور الأساسية لتساؤلات إستمارة الإستبيان المرتبطة بهدف الدراسة الثانى والموجهه إلى الأسر التى ترعى المسنين والمسنين أنفسهم :

- الوضع الإجتماعى للمسنين وأسرهم .
- الوضع الصحى للمسنين .
- أهم أسباب عدم إستخدام دور رعاية المسنين من حيث جوانب دينية وعقائدية / التقاليد والأعراف / ضعف القدرة المادية / الإهمال فى الخدمات .
- المعرفة بالمراكز الطبية لرعاية المسنين بوزارة الصحة والسكان .
- المسئول من الأسرة عن رعاية المسن .

٤ - **تحليل البيانات وعرض النتائج وأهم التوصيات** :

إستخدمت الدراسة الأسلوب الكيفى لتحليل النتائج وتم عرض النتائج المرتبطة بمحاور وتساؤلات الدراسة مع عرض لأهم التوصيات المترتبة على هذه النتائج .

٥ - **محددات الدراسة** :

شكل ضيق الوقت الذى أجريت فيه الدراسة الميدانية محدداً رئيسياً الأمر الذى فرض نفسه لضرورة إجرائها فى شكل إستطلاع ميدانى محدد أمكن من خلاله وضع ملامح وخطوط عامة يمكن إستخدامها كخطوط إرشادية للباحثين والدارسين لإجراء مزيد من البحوث المتعمقة فى هذا المجال لخدمة السياسات والخطط والبرامج والمشروعات المستقبلية لتفعيل وتطوير خدمات المسنين .

تحليل إستمارة مقابلة المسئولين وواضعى السياسات ومخططى خدمات المسنين (عددهم ١٤ مبحوث) :

أولاً : حول مفهوم أهداف رعاية المسنين :

(١) جاءت الإجابة على السؤال الأول الخاص بجدوى الإهتمام بتحديد فئة المسنين على النحو التالى :

١٠١ - كل الناس فى حاجة إلى معرفة ما سيؤل إليه المسن فىمصر .

٢٠١ - الإهتمام بفئة معينة من الناس.

٣٠١ - كل ما كتب على المسنين قليل ونادر.

(٢) وبخصوص معنى مفهوم رعاية المسنين كانت الإجابة بأنه هو الإهتمام برعاية المسنين من جميع الجوانب النفسية والصحة الإجتماعية والثقافية والترويحية والتغذية ، يلى هذا المعنى تقديم الخدمات والبرامج الخاصة بالرعاية والتنمية وفق إحتياجات كل مسن وتلبية رغباته ومساعدته على الحياه الكريمة السعيدة وفاء من المجتمع لما قدموه للوطن.

(٣) وبالنسبة لترتيب أهداف رعاية المسنين من وجهة نظر العينة المبحوثة جاءت الإجابة وفقاً للترتيب التالى:

١٠٣- من أجل الصحة والإيواء معاً.

٢٠٣- من أجل الرعاية الصحية فقط.

٣٠٣- من أجل الرعاية الإجتماعية فقط.

٤٠٣- من أجل الإيواء فقط.

٥٠٣- من أجل الترفيه وتشغيل أوقات الفراغ.

وعن الأهداف المضافة من قبل المبحوثين فلقد كانت كل الأهداف الخمس السابقة.

(٤) وعن ضرورة إحداث نوع من التكامل بين أبعاد الصحة الجسدية والنفسية والمجتمعية كانت الإجابة بضرورة إحداث هذا النوع من التكامل بين تلك الأبعاد الثلاث.

(٥) وكانت الأسباب لذلك محصورة فى أن الرعاية والتنمية المتكاملة التى ينشـدها المسنين فى مصر ، وأن أى توتر عضوى يؤثر على الإنسان فى عملية التكييف المجتمعى ٠

ثانياً : طبيعة خدمات المسنين :

(٦) وبخصوص ترتيب إحتياجات المسن – من وجهة نظر العينة المبحوثة – كانـت الإجابة كما يلى :

١٠٦- إحتياجات ترويحية تراعى شخصية المسن وأعبائه وحاجاته ٠

٢٠٦- إحتياجات صحية (رعاية بدنية – نفسية – ٠٠٠٠ الخ) ٠

٣٠٦- إحتياجات مادية وبيولوجية مثل (السكن – الطعام – الملبس) ٠

٤٠٦- إحتياجات إجتماعيـة (التكيـف الإجتمـاعى – تعزيـز العلاقـات الإجتماعية) ٠

٥٠٦- إحتياجات إقتصادية (دخل مناسب لمواجهة زيادة الأسعار) ٠

٦٠٦- إحتياجات ثقافية (أمل فى المستقبل – ندوات ٠٠ جلسات) ٠

٧٠٦- إحتياجات سكنية (مكان مناسب) ٠

(٧) وعن مدى الإتفاق بين الخدمات المقدمة للمسن والأهداف المعلنة من الدول كانـت الإجابة بالإثبات وإلى حد ما ٠

(٨) وعن واقع الخدمات المقدمة للمسن ٠

بأنها كافية لحد ما من وجهة نظر ٧٠% من العينة ، وغير كافية مـن وجهة نظر ٣٠% ، وبأنها مناسبة لحد ما بنسبة ٦٥% ، وبأنها غير مميزة ومحدودة لحد مـا ٣٥% من العينة ٠

ثالثاً : دور الدولة والمجتمع المدنى فى توفير خدمات المسنين :

(٩) وعن مدى تناسب وكفاية دور الدولة الراهن جاءت الإجابات بأن هذا الدور مناسب وكاف لحد ما بنسبة أكثر من ٧٠% وكان رأى ٣٠% بأنه غير كاف ومناسب فـى الجوانب المراد تفصيلها جاءت مرتبة كما يلى :

١٠٩ - توفير فرص عمل للمسنين ٠

٢٠٩ - إعداد الإخصائيين من حيث التأهيل والتدريب والرعاية ٠

٣٠٩ - الإهتمام بالدراسة والبحوث.

٤٠٩ - التوسع فى نظام التأمينات الإجتماعية.

٥٠٩ - من حيث التمويل.

٦٠٩- من حيث الإمداد.

(١٠) وفيما يتعلق بإمكانية بناء المجتمع المدنى بالأدوار السابقة جاءت الإجابة لتؤكد إمكانية قيامه ببعض الأدوار وبخاصة فى مجالات :

١ - التمويل .

٢ - الدراسات.

٣ - توفر فرص عمل.

رابعاً : مصادر التمويل لخدمات المسنين :

جاءت الإجابة لتظهر أن مصادر التمويل كافية (بنسبة ٦٠% من الإستجابات) من جانب الحكومة ، بينما أشار ٤٠% من المبحوثين بأن مصادر التمويل كافية ومناسبة لحد ما من الجانب الذاتى .

خامساً : اللوائح والتشريعات المرتبطة بخدمات المسنين :

وعن مدى مناسبة وكفاية اللوائح والقوانين جاءت الإجابة بأنها كافية ومناسبة لحد ما بنسبة ٥٥% وأن هناك حاجة ماسة لإصدار تشريعات وقوانين (لوائح) جديدة متمثل فى :

- إستصدار قانون لرعاية المسنين ، حقوق المسنين.
- إستصدار قرار جمهورى لإنشاء مجلس قومى للمسنين.
- تقبل أن يكون المسن لدخول بيوت المسنين أقل من ٥٠ سنة.

سادسا : الرؤية المستقبلية لتطوير خدمات المسنين :

وحول تفعيل دور رعاية المسنين مستقبلاً من خلال تطوير بعض الجوانب جاءت الإجابات وفق الترتيب التالى :

١ - التعاون الرئيسى بين دور الرعاية والجمعيات الأخرى.

٢ - نشر ثقافة الشيخوخة.

٣ - إعداد وتأهيل العاملين بدور الرعاية.

٤ - تطوير المعدات والألات ٠

٥ - الأهداف والوسائل ٠

والملاحظات التى أبداها المبحوثون جاءت على النحو التالى :

١ - إنشاء مجلس قومى متخصص ٠

٢ - التوعية عن طريق وسائل الإعلام بكيفية التعامل مع المسنين ٠

٣ - زيادة دور رعاية المسنين ٠

٤ - زيادة معاشات المسنين ٠

٥ - توصيل المعاشات لمنازل المسنين ٠

٦ - ورعاية المسنين بعيادات التأمين الصحى ٠

٧ - وضع خطة طويلة الأمد لرعاية المسنين ٠

٨ - إصدار التشريعات السيادية التى تلزم جميع الجهات بتقديم الخدمات والتيسيرات للمسنين ٠

٩ - تعديل النظم واللوائح لتواكب التغيرات الإقتصادية والإجتماعية ٠

١٠- الإهتمام بالدراسات والبحوث وإحصاءات المسنين ٠

١١- تحسين علاقة المسن بأسرته و الاستفادة من خبرات المسنين ٠

١٢- إنشاء إتحاد نوعى للجمعيات العاملة فى مجال رعاية المسنين لتوحيد المفاهيم والتنسيق فيما بينهم ٠

١٣- تأمين المسن فى الشارع وفى المواصلات ٠

١٤- الإستفادة من خبرات المسنين لإعداد القادة فى المجالات المختلفة

إستخلاصات :

يتضح من التحليل السابق لإستجابات المسئولين وواضعى السياسات ومخططى خدمات المسنين ما يلى :

- فيما يتعلق بمفهوم أهداف رعاية المسنين: إستحوذ إهتمام عينة البحث بجدوى بتحديد فئة المسنين فى أن كل الناس فى حاجة إلى معرفة ما سيؤول إليه المسن فى مصر ٠

- وبالنسبة لمفهوم رعاية المسنين جاء تأكيد عينة البحث علـى أن الإهمـال برعاية المسنين فى منظور متكامل للجوانب النفسية والصحية والإجتماعية والثقافية والترويحية والتغذية.
- وبخصوص ترتيب أهداف رعاية المسنين جاءت الإجابة على النحو التالى :
  - المرتبة الأولى من أجل الصحة والإيواء بنسـبة مـا يربـو علـى ٧٥%.
  - المرتبة الثانية من أجل الرعاية الصحية فقط بنسبة ٧٢%
  - المرتبة الثالثة من أجل الرعاية الإجتماعية فقط بنسبة ٧٠%.
  - المرتبة الرابعة من أجل الإيواء فقط بنسبة ٦٨%
  - المرتبة الخامسة من أجل الترفيه وشغل الفراغ بنسبة ٦٥%.
- وقد أكدت عينة البحث على ضرورة إحداث نوع من التكامـل بـين أبعـاد الصحة الجسدية والنفسية والمجتمعية. لأن من الأهمية بمكان أن تكـون رعاية المسنين المنشودة بتكامل هذه الأبعاد والأركان.
- وبخصوص ترتيب إحتياجات المسنين كانت على النحو التالى :
  - * فى المرتبة الأولى الإحتياجات المادية والبيولوجية مثل (المسـكن والطعام. والملبس.
  - * فى المرتبة الثانية الإحتياجات الصحية (الرعاية البدنية – النفسـية – الخ).
  - * فى المرتبة الثالثة الإحتياجات الترويحية.
  - * فى المرتبة الرابعة الإحتياجات الإجتماعية.
  - * فى المرتبة الخامسة الإحتياجات الإقتصادية.
  - * فى المرتبة السادسة الإحتياجات الثقافية .
  - * فى المرتبة السابعة الإحتياجات السكنية.
- ولقد أكد المبحوثون على أنه هناك ثمة إتفاق بين الخدمات المقدمة للمسـن والأهداف المعلنة ، وأن هذه الخدمات كانت كافية ومناسبة لحد مـا بنسـبة ٧٠%.
- وعن دور الدولة الراهن ومدى كفايته ومناسبته بنسبة أكثـر مـن ٧٠% وأنها غير كافية بنسبة ٣٠% فى الجوانب التالية:
  - * التوسع فى نظام التأمينات الإجتماعية.

* إعداد الإخصائيين وتأهيلهم.
* الإهتمام بالدراسات والبحوث.
* الإمداد والتمويل وتوفر فرص عمل مناسبة للمسنين.

- ويمكن للمجتمع المدنى القيام بعمليات التمويل والدراسات وإتاحة فرص عمل مناسبة للمسنين.
- وبالنسبة لمصادر التمويل الحكومية جاءت الإجابة بأنها كافية لحد ما بسنبة ٦٠% ومن الجانب الذاتى بنسبة ٤٠%.
- هذا وأن اللوائح والتشريعات كافية ومناسبة بنسبة ٥٥% ، وهناك حاجة ملحة لإصدار التشريعات والقوانين التى تهتم برعاية المسنين وحقوقهم ، وإنشاء مجلس قومى للمسنين.
- من أجل تفعيل دور الرعاية للمسنين ركزت الإجابات على الجوانب التالية :
  * التعاون بين دور الرعاية والجمعيات الأخرى.
  * نشر ثقافة الشيخوخة.
  * إعداد وتأهيل المتخصصين بدور الرعاية.
- وقد أبدى المبحوثون مقترحات من أهمها ما يلى :

١ - إنشاء مجلس قومى متخصص ، وإتحاد قومى للجمعيات العاملة فى مجلس الرعاية.
٢ - برامج كيفية التعامل مع المسنين.
٣ - وزيادة المعاشات ، ودور المسنين.
٤ - وضع خطة طويلة للرعاية.
٥ - تحسين علاقة المسن بأسرته .

تحليل إستمارة الإستبيان للإستطلاع الميدانى المحدود لأسر ترعى مسنين (٣٠ أسرة):

أهم النتائج المرتبطة بهدف الدراسة الثانى وهو :

محاولة لتحديد أهم أسباب عدم وفرة الطلب على المعروض من خدمات المسنين من قبل المسنين وأسرهم والتى ارتبطت محاورها بالوضع الإجتماعى للمسنين و أسرهم والوضع الصحى للمسنين و أهم أسباب عدم استخدام دور رعاية المسنين من قبلهم كأسباب دينية وعقائدية أو تقاليد وأعراف أو أسباب إقتصادية أو قصور فى إعلام وزارة الصحة عن هذه الخدمات .

وكانت أهم النتائج التى أوضحتها الدراسة فى هذا الصدد على النحو التالى :

أولاً : الوضع الإجتماعى والإقتصادى للمسنين وأسرهم :

التوزيع النوعى :

لمستوى / النوع	متوسط	منخفض	الإجمالى	
			عدد	%
ذكر	٦	٤	١٠	٣٣,٣
أنثى	٩	١١	٢٠	٦٦,٦
الإجمالى	١٥	١٥	٣٠	١٠٠

تكونت عينة الدراسة من ثلاثين مسن منهم ٣٣,٣% تقريباً من الذكور وحوالى ٦٦,٣% من الإناث.

المستوى التعليمى لأفراد العينة من المسنين :

المستوى / درجة التعليم	متوسط	منخفض	إجمالى	
			عدد	%
أمى	١	١٤	١٥	٥٠
يقرأ ويكتب	٣	١	٤	١٣,٣
متوسط/تعليم أساسى	٣	–	٣	١٠,٠
جامعى	٤	–	٤	١٣,٣
فوق الجامعى	٤	–	٤	١٣,٣
الإجمالى	١٥	١٥	٣٠	١٠٠

يوضح الجدول السابق أن ٥٠% من إجمالى العينة من المسنين أميين ، بينما تتساوى نسبة (١٣,٣%) كل من يقرأ ويكتب ، والحاصلين على تعليم جامعى وفوق جامعى ، أما الحاصلون على التعليم الأساسى / المتوسط فيمثلون ١٠% من إجمالى عينة الدراسة.

المستوى التعليمى لمن يرعى المسن :

المستوى / درجة التعليم	متوسط	منخفض	الإجمالى	
			عدد	%
أمى	–	١٠	١٠	٤١,٧
يقرأ ويكتب	١	–	١	٤,٢
متوسط / تعليم أساسى	–	٢	٢	٨,٣
جامعى	٤	–	٤	١٦,٧
فوق الجامعى	٧	–	٧	٢٩,٢
فوق الجامعى	٧	–	٧	٢٩,٢
الإجمالى *	١٢	١٢	٢٤	١٠٠

* غير مبين ثلاث أسر فى المستوى المتوسط وأيضاً بالمستوى المنخفض.

يوضح الجدول السابق المستوى التعليمى لمن يقوم برعاية المسنين ، فيلاحظ أن من يقوم برعاية المسنين من المستوى المنخفض أغلبهم أميين ، بينما من يراعى المسنين بالمستوى المتوسط فهم إما تعليمهم فوق الجامعى أو جامعى.

الحالة الإقتصادية للمسن :

المستوى / الحالة الإقتصادية	متوسط	منخفض	الإجمالى	
			عدد	%
له دخل خاص	١٥	١٠	٢٥	٨٣,٣
ليس له دخل خاص	-	٥	٥	١٦,٧
الإجمالى	١٥	١٥	٣٠	١٠٠

يوضح الجدول السابق الوضع الإقتصادى للمسن ، فيلاحظ أن ٨٣,٣% من إجمالى العينة لهم دخل خاص (غالباً معاش حكومى أو معاش السادات) ، بينما ١٦,٧% ليس لهم دخل خاص وكلهم من المستوى المنخفض.

مكان الإقامة :

المستوى / مكان الإقامة	متوسط	منخفض	الإجمالى	
			عدد	%
منزل / شقة ملك	١٠	٣	١٣	٤٦,٤
منزل/شقة إيجار	٥	١٠	١٥	٥٣,٦
الإجمالى	١٥	١٣	٢٨	١٠٠

يتضح من الجدول السابق أن ٤٦,٤% من عينة الدراسة يمتلكون أماكن إقامتهم ، ويلاحظ أن أغلبهم من المستوى المتوسط ، بينما أكثر من نصف عينة الدراسة يستأجرون أماكن إقامتهم وأغلبهم من المستوى المنخفض.

إستعرضنا فيما سبق بعض ملامح عينة الدراسة الإستطلاعية الإجتماعية والإقتصادية ، حيث تباينت الملامح بين المستويين المتوسط والمنخفض على النحو التالى :

- إنتشار الأمية بين المسنين فى المستوى المنخفض بينما فىالمستوى المتوسط ترتفع درجة التعليم لتصل إلى أقصى درجاتها وهى التعليم الجامعى وفوق الجامعى.

- نفس النمط التعليمى يلاحظ فى من يرعى السمن حيث لا ترقى درجة التعليم إلا لمستوى القراءة والكتابة فى المستوى المنخفض ، بينما ترتفع فـى المسـتوى المتوسط لتصل إلى أعلى درجات التعليم (الجامعى وفوق الجامعى)٠
- أما فيما يتعلق بالحالة الاقتصادية فلوحظ أن أغلب المسنين لهم دخل خاص وأن من ليس لهم دخل خاص كلهم من المستوى المنخفض٠
- أيضاً وجد أن أكثر من نصف المسنين يستأجرون أماكن إقامتهم وأغلـبهم مـن المستوى المنخفض ، بينما وجد أن أغلب من يمتلكون أمـاكن إقـامتهم مـن المستوى المتوسط٠

ثانياً : الوضع الصحى للمسنين :

درجة العجز :

المستوى / العجز	متوسط	منخفض	الإجمالى	
			عدد	%
عجز كامل	٤	٤	٨	١٩
عجز جزئى	١	٥	٦	١٤,٣
يخدم نفسه	٣	٥	٨	١٩
لا يخدم نفسه	١٠	١٠	٢٠	٤٧,٦
الإجمالى	١٨	٢٤	٤٢	١٠٠

يلاحظ أن ما يقرب من نصف المسنين (٤٧,٦%) لا يستطيعون خدمـة أنفسـهم ، بينما حوالى خمس العينة (١٩%) يستطيعون خدمة أنفسهم٠ أيضاً هناك حـوالى خمـس العينة (١٩%) يعانون من عجز كامل بينما ١٤,٣% يعانون من عجز جزئى٠

المشكلات الصحية و الأمراض التى يعانى منها المسنين :

المستوى / المشكلات الصحية والأمراض	متوسط	منخفض	الإجمالى	
			عدد	%
قلب	١	٣	٤	٧,٧
سكر	٥	٤	٩	١٧,٣
إرتفاع ضغط الدم	٨	٣	١١	٢١,٢
عظام	-	٣	٣	٥,٨
بصر	١	٤	٥	٩,٦
أعصاب	٢	٤	٦	١١,٥
جهاز هضمى	٢	١	٣	٥,٨
أمراض شيخوخة	٣	٣	٦	١١,٥
أخرى *	٢	٣	٥	٩,٦
الإجمالى	٢٤	٢٨	٥٢	١٠٠

* أمراض بالسمع ،والغدة الدرقية ، وأمراض صدرية.

ذكر المسنون بعينة الدراسة العديد من الأمراض والمشكلات الصحية التى يعانون منها وقد أوردنا أهمها بالجدول السابق حيث يلاحظ أن خمس العينة تقريباً (٢١,٢%) يعانون من إرتفاع فى ضغط الدم ، بينما يعانى ١٧,٣% من مرض السكر ، كما ذكر ١١,٥% أنهم يعانون من أمراض الشيخوخة وأيضاً أمراض بالجهاز العصبى.

تبين من إستعراضنا للوضع الصحى للمسنين بعينة الدراسة الإستطلاعية :

- أغلب المسنون لا يستطيعون خدمة أنفسهم تماماً كما أن بعضهم يمكن أن يخدم نفسه بمساعدة الآخرين.
- أكثر المشكلات الصحية التى يعانى منها المسنين هى إرتفاع فى ضغط ادم والإصابة بمرض السكر ، بالإضافة إلى أمراض تصيب الجهاز العصبى ، أيضاً الإصابة بأمراض الشيخوخة (الزهايمر ، الضعف العام ، فقدان الذاكرة).

ثالثا : أسباب عدم إستخدام دور رعاية المسنين :

الإستجابات / الأسباب	نعم		لا		لحد ما		الإجمالى
	متوسط	منخفض	متوسط	منخفض	متوسطة	منخفض	
جوانب دينية وعقائدية	٧	١١	٤	–	٢	–	٢٤
التقاليد والأعراف	٤	٦	٨	٥	٢	–	٢٥
العيب والخوف من كلام الجيران	٣	٤	٩	٧	٢	–	٢٥
ضعف القدرة المادية	–	٦	١١	٥	٢	–	٢٤
المعرفة بدور رعاية المسنين	–	٥	١٢	٧	٢	–	٢٦
الخوف من إهمال العاملين بتلك الدور	١	٥	١١	٤	٢	–	٢٣
الإجمالى	١٥	٣٧	٥٥	٢٨	١٢	–	١٤٧

تم التركيز فى هذا الجزء من الإستطلاع للتعرف على الأسباب التى تؤدى إلى عدم إستخدام دور رعاية المسنين ، وكانت إستجابات المبحوثين على النحو التالى :

١ - **فيما يتعلق بالجوانب الدينية والعقائدية :**

هناك ١٦,٣% (٢٤ إستجابة) من إجمالى الإستجابات إختارت هذا السبب وذلك على النحو التالى :

١٨ إستجابة (٧٥%) أجابوا بأن الأديان السماوية تحض على رعاية المسنين بالأسرة ، أغلب تلك الإستجابات (١١ إستجابة) من المستوى المنخفض. بينما رفض أربعة مبحوثين من المستوى المتوسط أن يكون للجانب الدينى والعقائدى تأثير.

٢ - **فيما يتعلق بالتقاليد والأعراف :**

هناك ١٧% (٢٥ إستجابة) من إجمالى الإستجابات إختارت هذا السبب على النحو التالى :

حوالى النصف (١٣ إستجابة) رفضوا أن تكون التقاليد والأعراف أحد أسباب عدم إستخدام دور رعاية المسنين ، وقد كان معظم هؤلاء (٨ إستجابات) من المستوى المتوسط. أما المبحوثون الذين وافقوا على هذا السبب فقد كانوا ١٠ إستجابات منهم ٤ إستجابات من المستوى المتوسط ، و٦ إستجابات من المستوى المنخفض.

٣ - **فيما يتعلق بالعيب والخوف من كلام الجيران :**

هناك ١٧% (٢٥ إستجابة) من إجمالى الإستجابات إختارت هذا السبب وذلك على النحو التالى :

رفض ١٦ مبحوث (٦٤%) أغلبهم من المستوى المتوسط (٩ إستجابات) أن يكون العيب والخوف من كلام الجيران سبباً فى عدم إستخدام دور رعاية المسنين ، بينما وافق ٧ مبحوثين – أكثر من نصفهم قليلاً (أربعة مبحوثين) – على أن هذا السبب فعلاً يمنعهم من إستخدام دور رعاية المسنين.

٤ - **فيما يتعلق بضعف القدرة المادية :**

هناك ١٦,٣% (٢٤ إستجابة) من إجمالى الإستجابات إختارت هذا السبب على النحو التالى:

تقريباً ٦٦,٧% (١٦ إستجابة) أغلبهم من المستوى المتوسط (١١ إستجابة) رفضوا هذا السبب ، بينما وافق ٢٥% – (٦ إستجابات) كلهم من المستوى المنخفض – على أن ضعف القدرة المادية يمنعهم من إستخدام دور رعاية المسنين.

٥ - **فيما يتعلق بالمعرفة فيما يسمى بدور رعاية المسنين :**

هناك١٧,٧% (٢٦ إستجابة) من إجمالى الإستجابات أشاروا لهذا السبب وذلك على النحو التالى :

حوالى ٧٣% (١٩ إستجابة) – أغلبهم من المستوى المتوسط (١٢ إستجابة) – أشاروا إلى أن هذا ليس سبباً ، بينما أشار ١٩% تقريباً (خمسة إستجابات) – كلهم من المستوى المنخفض إلى أنهم لا يعرفون بدور رعاية المسنين لذلك لا يستخدمونها.

٦ - **فيما يتعلق بالخوف من إهمال العاملين بدور رعاية المسنين :**

هناك ١٥,٦% (٢٣ إستجابة) من إجمالى الإستجابات أشاروا لهذا السبب على النحو التالى:

حوالى ثلثى الإستجابات (٦٥%) (١٥ إستجابة) – أغلبهم من المستوى المتوسط (١١ إستجابة) – رفضوا أن يكون هذا سبباً لعدم إستخدام دور رعاية المسنين ،

بينما تخوف حوالى ربع الإستجابات (٦ إستجابات) – أغلبهم من المستوى المنخفض (٥ إستجابات) من معاملة المسنين بإهمال بدور رعاية المسنين.

٧ - **بالإضافة إلى ما سبق عرضه من أسباب عدم إستخدام دور رعاية المسنين ، أشار** المبحوثون إلى أسباب أخرى وأضافوا بعض التعليقات نشير إلى أهمها فيما يلى :

- وجود المسن بين أفراد أسرته حتى وهو مريض يساعد على رعاية شئون الأسرة وزيادة الروابط الأسرية.
- يمكن الإقامة بدور رعاية المسنين فقط فى حال إنشغال جميع أفراد الأسرة.
- يمكن الإقامة بدور رعاية المسنين للحصول على الرعاية الطبية.
- الإقامة بدور رعاية المسنين تعنى جفاء الأبناء تجاه الآباء.
- الإقامة بدور رعاية المسنين تسبب الإكتئاب والإحساس بالعجز وتزيد من تدهور الوضع الصحى للمسن.

المعرفة بالمراكز الطبية لرعاية المسنين بوزارة الصحة والسكان :

المستوى / المعرفة	متوسط	منخفض	الإجمالى	
			عدد	%
يعرف	–	٢	٢	٨
لا يعرف	١٣	١٠	٢٣	٩٢
الإجمالى *	١٣	١٢	٢٥	١٠٠

* غير مبين أسرتان بالمستوى المتوسط وثلاث أسر بالمستوى المنخفض.

يؤكد الجدول السابق على أن أغلب افراد العينة ٢٥ إستجابة تمثل (٩٢%) من المستويين المتوسط والمنخفض ليس لديهم معرفة بأن هناك مراكز طبية متخصصة فى رعاية المسنين تتبع وزارة الصحة والسكان.

المسئول من الأسرة عن رعاية المسن

المستوى / المسئول	المتوسط	المنخفض	الإجمالى	
			عدد	%
الأبنة	٢	٤	٦	٣٠
الأبن	١	–	١	٥
زوجة الأبن	–	٣	٣	١٥
زوجة الأبن	–	٣	٣	١٥
يخدم نفسه/لا يوجد أحد	١	٣	٤	٢٠
أخرى	١	١	٢	١٠
الإجمالى	٦	١٤	٢٠	١٠٠

يؤكد الجدول السابق على أن المرأة لها الدور الأساسى فى رعاية المسن بالأسرة ، حيث تقوم بالرعاية كل من الأبنة (٣٠%) وزوجة الأبن (١٥%) والزوجة (٢٠%) ، بينما لا يتعدى دور الإبن عن ٥% فقط. أيضاً أشار الجدول إلى أن هناك بعض المسنين (٢٠%) الذين يقومون برعاية أنفسهم وذلك إما لأن حالتهم الصحية تسمح بذلك ، أو لأنه لا يوجد أحد يعيش معهم ويرعاهم كما أشارت نسبة بسيطة (١٠%) إلى أن من يقوم بالرعاية الحفيدة أو سيدات متطوعات من جامع ملحق به مركز طبى.

خلاصة عامة :

العينة بالمستوى المنخفض تعانى إقتصادياً وإجتماعياً وهذه الفئة من المجتمع تحتاج إلى دعم إقتصادى وإجتماعى فى صورة برامج ومشروعات تدعم القدرة الإقتصادية لتلك الفئة بالإضافة على برامج لمحو الأمية مما يساعد على النهوض بمستوى الوعى لديهم فيما يتعلق برعاية المسنين ، خاصة المرأة حيث إتضح أن من يقوم برعاية المسنين بالمنزل – سواء بالمستوى المتوسط أو المنخفض – إما الإبنة أو الزوجة أو زوجة الإبن لذلك يجب توجيه برامج مباشرة لهن فى هذا المجال. تلك البرامج يمكن أن تقوم بها مؤسسات المجتمع المدنى خاصة المؤسسات الدينية بالجوامع والكنائس ، أيضاً يمكن للجمعيات الأهلية العاملة فى هذا المجال أن تخصص برامج لتدريب وتعليم وتأهيل السيدات على كيفية رعاية المسنين بالمنزل. وقد يكون هذا مجال لتشغيل الشباب العاطل بعد تدريبهم التدريب المناسب.

الخـــاتمـــة :

أهم التوصيات :

فى إطار ما تم من مناقشة وتحليل حول أسباب عدم وفرة الطلب على خـــدمات دور رعاية المسنين وهو ما أنتهى إليه هذا الفصل من الدراسة فإنه يمكن إجمال أهم التوصيات ٠

١ - أهمية إدراك الدولة لقضية خدمات المسنين فى ظل الظروف التى تحتم على المجتمع إستخدام هذه الخدمات وذلك بالقدر الذى يتيح مزيد من الإســتثمارات لــدعم هــذه القضية ٠

٢ - أهمية دعم وتنشيط مؤسسات الإعلام للقيام بدور إيجابى وملموس فى التنوير عــن هذه القضية والإعلام عن خدماتها ٠

٣ - ضرورة دعم التطوير للخدمات الموجودة وإدخال الجديد المتطور من هذه الخــدمات من قبل جميع وزارات الدولة كل بما يتناسب مع كل وزارة بما تستطيع أن يقدمــه لخدمات المسنين ٠

٤ - أهمية التدريب للقوى البشرية العاملة فى مجال خدمة المسنين مع ضرورة إستحداث المعدات والأجهزة الحديثة لتسهيل خدمة المسنين ٠

٥ - تحفيز عنصر مشاركة المجتمع والمؤسسات الخيرية ورجال الأعمال فى دعم خدمات المسنين ٠

٦ - ضرورة تكامل خدمات المسنين فى مؤسسات الرعاية لتحقيق ركائز الصحة الــثلاث النفسية والجسدية والمجتمعية ٠

المراجـــــــــع

المراجع العربية:

١. الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء ، الموقع على شبكة المعلومات الدولية .

٢. الهبة الديموجرافية ومتطلبات العمل حالة مصر ٢٠٠٦ ، مشروع قضايا وسياسات السكان التنمية .

٣. تقارير التنمية البشرية – مصر ، برنامج لأمم المتحدة الإنمائى ومعهد التخطيط القومى .

٤. جلال الدين الغزاوى ، دراسة سوسيولوجية حول ظاهرة الشيخوخة ودور الخدمة الاجتماعية ، حوليات كلية الآداب ، جامعة الكويت ، الحولية (٩) الرسالة (٥٠) ، ١٩٨٨

٥. حامد عبد السلام زهران ، علم النفس الاجتماعى ، عالم الكتب ، القاهرة ١٩٨٤ ، الطبعة الخامسة .

٦. رشاد أحمد عبد اللطيف ، فى بيتنا مسن ، مطبعة الإسراء ، القاهرة ٢٠٠٢ ص ٢٤٠ .سعيد يمانى العوضى ، الخدمة الإجتماعية فى مجال رعاية المسنين ، القاهرة ، ١٩٩٣ .

٧. سيد سلامة إبراهيم – قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة ، الجزء الثانى ، أسوان ، ١٩٩٧ .

٨. عبد الحميد عبد المحسن ، الرعاية الاجتماعية للمسنين فى المجتمع المصرى " نظرة مستقبلية " المؤتمر الدولى الثامن للإحصاء والحسابات العلمية والبحوث الإجتماعية والسكانية – القاهره ، ١٩٨٣ .

٩. عزت حجازى ، الرعاية المؤسسية لكبار السن : دور المسنين ، المجلة الإجتماعية القومية ، المركز القومى للبحوث الإجتماعية والجنائية ، المجلد (٣٨) العدد (٢) ، مايو ٢٠٠١ .

١٠. عزت سيد إسماعيل ، الشيخوخة ، أسبابها مضاعفاتها ، الوقاية والاحتفاظ بحيوية الشباب ط١ وكالة المطبوعات ، الكويت ، ١٩٨٣ .

١١. محمد سيد فهمى ، رعاية المسنين اجتماعيا ، المكتب الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٨٤ .

١٢. هدى محمد قناوى ، سيكولوجية المسنين ، مركز التنمية البشرية والمعلومات ، الجيزة ، ١٩٨٧ .

١٣. محمد عبد العزيز عيد ، التخطيط وتقدير الإحتياجات ، البرنامج التدريبى فى التخطيط التربوى للعاملين بمديريات التربية والتعليم ، معهد التخطيط القومى ، ٢٠٠١ .

١٤. مخلوف ، هشام و أحمد ، فريال "إسقاطات السكان المستقبلية لمحافظات مصر لأغراض التخطيط والتنمية (٢٠٠١ - ٢٠٢١) - إجمالى الجمهورية المركز الديموجرافى ، ٢٠٠٣ الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء ، كتاب الإحصاء السنوى ، يونيو ٢٠٠٥ .

١٥. منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمى لشرق المتوسط ، صحة المسنين ، تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية ، سلسلة التقارير التقنية رقم ٧٧٩ ، ١٩٩٧ .

١٦. وزارة التنمية الإقتصادية ، قطاع التنمية البشرية والإجتماعية (إحصاءات - بيانات) ، ٢٠٠٧ .

١٧. وزارة الصحة والسكان - أمانة المراكز الطبية المتخصصة ، ٢٠٠٧ .

١٨. وزارة الصحة والسكان - مكتب رئيس الإدارة المركزية للرعاية الصحية المتكاملة ، دليل تدريب الفريق الصحى على الرعاية الطبية للمسنين .

١٩. يحيى حسن درويش ، رعاية المسنين - القاهرة ١٩٩٩ - ص ٢٧ .

٢٠. يوسف ميخائيل أسعد ، رعاية الشيخوخة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، عام ٢٠٠٠ ، ص ٢٢٦ .

المراجع الأجنبية :

1. **Jones Habbs, Neliness And Saulal S.Personality and Social psychology (V.Y.Free Press,1982) P.34**

2. **MOHP, Expanding the geriatric health care centers across MOHP health facilities, study conducted by MOHP,2005.**

3. **Population Division, Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing. New York, United Nations, 2001.**

4. **World Health organization, Regional office for the Eastern Mediterranean, strategy for active, Healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2001-2006**

الملاحق

(ملحق ١)

اللجنة الإقتصادية والإجتماعية لغربى آسيا خطة العمل العربية للمسنين حتى عام ٢٠١٢

(ملحق ٢)

A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015 .

(ملحق ٣)

نموذج لإستمارة الإستبيان المستخدمة فى الدراسة الميدانية

(ملحق ٤)

إستمارة مقابلة المسئولين (واضعى السياسات) ومخططى خدمات رعاية المسنين

(ملحـــق ١)

اللجنة الإقتصادية والإجتماعية لغربى آسيا

خطة العمل العربية للمسنين حتى عام ٢٠١٢

مقدمة :

تشير الإتجاهات الديموجرافية إلى تزايد فى معدلات الشيخوخة على مستوى العـــالم ككل وإن كان معدل التزايد أسرع فى الدول النامية بصفة عامة والدول العربية بصفة خاصة عن الدول المتقدمة. ولذلك نجد أنه على المستوى الدولى بدأت منظومة الأمـــم المتحـــدة تولى إهتماماً خاصاً بالمسنين منذ السبعينات ففى عام ١٩٨٢ عقدت الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة فى فيينا وإعتمدت خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة والتى كانـــت بمثابـــة أول وثيقة دولية تعنى بالمسنين . ثم كان عقد الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة فى مدريد فى عام ٢٠٠٢ لإستعراض مانفذ من توصيات الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة وخطة عمـــل فيينا الدولية للشيخوخة ٢٠٠٢ خطة تنسجم مع الواقع الاجتماعى والثقـــافى والاقتصـــادى والديموجرافى للقرن الحادى والعشرين ، على أن تولى إحتياجات البلدان النامية ومتطلباتها إهتماماً خاصًا وعلى الصعيد الإقليمى ، قامت اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آســـيا " الإسكوا " عام ١٩٨٩ ولأول مرة بإعداد دراسة إستقصائية إقليمية حول أوضاع المسنين فى المنطقة العربية. كما عقدت الإسكوا إجتماع فريق خبراء بشأن وضع سياســـات وبـــرامج خاصة بالمسنين فى منطقة الإسكوا فى القاهرة عام ١٩٩٣ وتبنى هذا الإجتماع خطة العمل الإقليمية المتعلقة بالمسنين فى منطقة الإسكوا حتى عام ٢٠٠١ . ومثلت هذه الخطة البعد الإقليمى العربى لخطة عمل فيينا الدولية. وقامت كافة الدول العربيـــة بإتخـــاذ إجـــراءات مناسبة للمشاركة فى مناسبات دولية بالمسنين ، فعمدت إلى تشكيل لجان عمـــل وطنيـــة ، وتنظيم بعض الندوات وورش العمل الوطنية لهذا الغرض ، وأعدت تقـــارير وطنيـــة حـــول أوضاع المسنين فيها.

وفى مناسبة السنة الدولية لكبار السن ١٩٩٩ ، وتحت شعار " مجتمع لكل الأعمار" نفذ المكتب التنفيذى لمجلس وزراء العمل والشئون الإجتماعية فى دول مجلـــس التعـــاون الخليجى مجموعة من الأنشطة المشتركة شملت إصدار ثلاث مطبوعـــات تغطـــى جوانـــب التخطيط لرصد إحتياجات المسنين وتلبيتها بالإضافة إلى عقد ورش تدريبية وندوات حـــول رعاية المسنين فى دول المجلس. وبعد مرور نحو عقد من الزمن علـــى إجتمـــاع فريـــق

الخبراء بالقاهرة ، قامت الأمانة التنفيذية للإسكوا بمراجعة وتقييم ما تم تنفيذه على صعيد الوطن من خطة عمل فيينا ١٩٨٢ لإعداد خطة العمل العربية للمسنين حتى عام ٢٠١٢ .

وأستندت هذه الخطة إلى ما أوردته الحكومات وركزت فيه على الإنجازات التى أحرزتها والصعوبات التى واجهتها فى سعيها لتنفيذ خطة العمل الإقليمية المتعلقة بالمسنين حتى عام ٢٠٠١ .

أولاً : أوضاع المسنين فى المنطقة العربية :

(أ) خلفية ديموجرافية :

لقد أصبحت الدول العربية أمام العديد من التحديات وذلك للدخول فى عصر العولمة والتى نتج عنها تغييرات ديموجرافية كبيرة ستترك آثارها على المجتمعات العربية. ومن أهم هذه التطورات ما تحققت من إنجازات فى الدول العربية فى ربع القرن الماضى مثل إنخفاض الوفيات إلى النصف وإرتفاع العمر المتوقع عند الميلاد من ٥٥ سنة عام ١٩٧٥ إلى ٦٧ سنة عام ٢٠٠٠ ومن المتوقع أن يصل إلى أكثر من ٧٣ سنة بحلول عام ٢٠٢٥ وكذلك إنخفاض نسبة الأطفال ما دون ١٥ سنة من ٤٢% إلى ٣٨% خلال نفس الفترة ورافق هذه الإنخفاض تزايد بطئ فى نسبة المسنين فوق ٦٠ سنة من ٥,٤% إلى ٥,٦% غير أنه من المتوقع أن تصل إلى ٨,٩% بحلول عام ٢٠٢٥ . وتنعكس هذه النسب على أرض الواقع من خلال تزايد الأعداد المطلقة للمسنين من ٧,٨ مليون إلى ١٥,٨ مليون خلال عام ٢٠٠٠ ومن المتوقع أن تصل إلى ٤١,٦ مليون عام ٢٠٢٥ .

وهكذا سوف تتجاوز النسب المتوقعة لزيادة المسنين النسبة العامة للزيادة السكانية.

(ب) مؤشرات تحليل أوضاع المسنين :

لقد أدت التغيرات الجذرية فى الهياكل السياسية والاقتصادية فى البلدان العربية إلى تراجع دور الأسرة التقليدى فى رعاية المسنين نظراً لإنشغال أفرادها بالعمل مما أدى إلى تفاقم العديد من المشاكل الصحية والنفسية والاجتماعية التى حدت من قدرات المسنين بل وأعاقتهم عن التكييف مع التغيرات الجديدة ، مما قلص من الأدوار المختلفة التى كان من الممكن أن يستمروا بأدائها داخل الأسرة وخارجها.

فتناقصت الرعاية الأسرية وزادت معاناة المسنين وعزلتهم الاجتماعية وتحول نمط الأسرة من أسرة ممتدة إلى أسرة نواتية. وبالنسبة للمسنات العربيات فإنهن يعانين من مشاكل إضافية تتلخص فى عدم تمكين النساء العربيات من الدخول فى مجال العمل المأجور أساساً وبالتالى عدم القدرة على الإستفادة من الضمانات الصحية والاجتماعية عندما يتقدمن فى السن. أما المسنات الأرامل والمطلقات فلم ترصد لهن أى برامج للتوعية أو يقدم لهن الدعم الاقتصادى اللازم. بالإضافة إلى إنتشار الأمية الأبجدية والوظيفية بين المسنات العربيات وينتج عن ذلك سوء التأهيل لعمل يدر دخلاً كافياً لإزاحة عبء الفقر. كما يؤدى إنعدام أو محدودية أنظمة الرعاية الاجتماعية التى توفر الحماية والدعم المالى للمرأة المسنة التى ترأس أسرتها بعد أن يهاجر معيلها الوحيد أو يستشهد فى الحروب. كل ذلك يؤدى إلى زيادة معاناة المسنين النفسية والاجتماعية وإفتقادهم إلى الأمان النفسى والأسرى والاجتماعى.

(ج) **مراجعة وتقييم ما تم تنفيذه من خطة العمل الدولية للشيخوخة (فيينا ١٩٨٢) وخطة العمل الإقليمية المتعلقة بالمسنين (القاهرة ١٩٩٣)**

لقد إستندت الإسكوا لتحقيق هذه الغاية إلى ردود الدول العربية على الإستبيان الذى وجهته دائرة الشئون الاجتماعية والاقتصادية فى الأمانة العامة للأمم المتحدة. والإستبيان الذى وجهته الإسكوا إلى الحكومات العربية. فقد بينت الردود على الإستبيانات أن بعض الدول العربية قامت بوضع خطط وطنية خاصة بالمسنين تنفيذاً لتوصيات خطة عمل فيينا ، وباشرت بعض الدول العمل على دمج قضايا المسنين فى صلب السياسات الاجتماعية. كما قامت الدول العربية بتنفيذ الأولويات الست التى حددتها خطة عمل فيينا وهى :

(١) **بالنسبة للضمان الإجتماعى وضمان الدخل والعمل** : يلاحظ أن غالبية الدول أمنت معاش التقاعد ، وبعضها لا يقدم تعويض عجز الشيخوخة وفى غالبية الدول لم تحظ المرأة بحق الضمان الذى يحظى به الرجل ، وبالتالى تبقى محرومة من حق الحماية مع تقدمها فى السن.

(٢) **فى مجال التدريب والتعليم والإعلام** : يلاحظ أن غالبية الدول العربية قد أعطت أولوية لبرامج محو أمية المسنين ، كما إهتمت بالإرشاد النفسى ، وتعليم أساليب الرعاية الذاتية ، كما أشارت بعض الدول إلى وجود مراكز أبحاث حول الشيخوخة لديها.

(٣) **بالنسبة للخدمات الصحية المجانية للمسنين.** فقد حظيت بإهتمام غالبية الدول بدعم من القطاع الحكومى.

(٤) **بالنسبة لقطاعى الإسكان والتحضر وبيئة المعيشة للمسنين** : فلم يحظ بالإهتمام الكافى لتلبية إحتياجات المسنين.

(٥) **بالنسبة لدعم الأسرة** فقد حظى دعم المسنين الذكور إهتمام أكثرية الدول بدرجة أكبر من الإهتمام بالمسنات ، وكان للقطاع الأهلى دور بارز فى تقديم الدعم وتوفير الخدمات للمسنين.

(٦) **بالنسبة لخدمات الرعاية الإجتماعية** فقد حظيت بإهتمام نسبى فى بعض الدول كتأمين الدعم للجمعيات الأهلية مادياً أو برفع القيود والضرائب عنها أو بإتاحة الفرصة للمسنين للمشاركة فى مجتمعاتهم المحلية.

وقد إعتبرت الدول العربية كافة أن للتعاون الدولى بعداً جوهرياً فى عملها المستقبلى مع كبار السن فقد إختار بعضها التعاون متعدد الأطراف وفضلت دولاً أخرى التعاون الثنائى وفى تقييم الدول لمستويات المسئوليات الحالية فيلاحظ أن قضايا كبار السن فى دول الخليج تقع فى مجملها على عاتق الحكومة والأسرة بينما تتشعب فى سائر الدول العربية. وبالنسبة لموضوع سن التقاعد الإلزامى يلاحظ أنها تتراوح بين ٥٠ و ٦٨ عاماً ولا يميز بين الرجل والمرأة فى القطاعين العام والخاص.

وأظهرت نتائج البحث الذى قامت به الإسكوا التقدم الذى أحرزته بعض الدول العربية فى مجال رعاية المسنين. إلا أن أوجه القصور فى تطبيق توصيات خطة عمل فيينا يعزى إلى تباين الظروف الاقتصادية والسياسية والأمنية والديموجرافية بين الدول.

كما يعزى إلى قلة مصادر التمويل اللازمة. أما فى مجال تنفيذ الخطط والإستراتيجيات فتواجه بعض الدول صعوبات تتمثل فى كثرة الأولويات مما يؤدى إلى تقليل الإهتمام بالمسنين وتطوير أوضاعهم كما يصطدم البعض بتعقيدات إدارية وفنية فى عمليات إتخاذ القرارات وعلى مستوى العمل المشترك العربى ، فقد أولت الأمانة العامة لجامعة الدول العربية إهتماماً خاصاً للمسنين منذ السبعينات فأدرجت قضايا المسنين فى مواثيق وإستراتيجيات العمل الإجتماعى حيث أكدت فقرات ميثاق العمل الإجتماعى الذى أقر عام ١٩٧٠ وعدل عام ٢٠٠١ على ضرورة رعاية المسنين فى الأسرة وتقديم الدعم للأسرة المحتاجة لتستمر فى رعايتهم.

ثانيا : خطة العمل العربية للمسنين حتى عام ٢٠١٢ :

(أ) أولويات وتحديات :

تقع خطة العمل العربية للمسنين فى ثلاثة أجزاء : يعرض الجزء الأول أوضاع المسنين فى شتى المجالات ، ويحدد الجزء الثانى أولويات تحسين أوضاع المسنين فى المنطقة فى العقد المقبل ، ويركز الجزء الثالث على آليات التنفيذ والمتابعة لتلك الإجراءات المطروحة على الصعيد الوطنى والإقليمى والدولى.

وتمثل خطة العمل العربية للمسنين البعد الإقليمى وخصوصية المنطقة العربية لكنها تنطلق من الخطوط العريضة لخطة العمل الدولية للمسنين لعام ٢٠٠٢ . غير أن خطة العمل العربية متعددة الأبعاد فتطرح إجراءات إجتماعية وإقتصادية وتشريعية وبيئية وصحية ونفسية وسياسية. ونظراً للتغيرات التى تشهدها المنطقة العربية على جميع الأصعدة فإن ذلك سيكون له أثار وإنعكاسات جمة على أوضاع المسنين ومستوى رفاههم وسعادتهم فعلى مستوى التغييرات الديموجرافية سوف يترتب على تزايد نسب المسنين وبقاؤهم على قيد الحياة لمدة أطول ، تزايد كبير فى أعداد النساء الأرامل حيث أنه من الثابت إحصائياً أن النساء يعمرن فى المتوسط أكثر من الرجال. ولا شك فى أن هذه التغييرات سوف تحرك تغييرات أخرى تمس حياة الفرد ونمط معيشة المجتمع الاقتصادية والإجتماعية ، حيث يكون غالبية المسنين فى صحة جيدة وبالتالى قادرين على العمل المنتج وبالتالى ستحتاج الحكومات إلى إعادة النظر فى السياسات الوطنية بغية تكييفها لمواجهة المستجدات وحل المشاكل الناجمة عنها.

ونتيجة للتطورات التى تتعرض لها الدول العربية برزت مشاكل عديدة وتحديات أعاقت الأسرة عن أداء وظائفها بصفة عامة ورعاية المسنين بصفة خاصة. أدى ذلك إلى تفاقم العديد من المشاكل التى تواجه المسنين داخل أسرهم ولاسيما المسنات منهم. أدى ذلك إلى زيادة معاناة المسنين من إنعدام الأمان النفسى والأسرى والإجتماعى مما أضعف من قدرتهم على التكييف مع الأوضاع الجديدة.

وحتى الآن لم تأخذ قضايا الشيخوخة وكبار السن الإهتمام الذى تستحقه بصفتها أحد القضايا الملحة فى صانعى السياسات الاقتصادية والاجتماعية ومتخذى القرار ومنفذيه من الدول العربية. ولذلك تقتضى معالجة قضايا الشيخوخة إجراء الأبحاث وعقد الندوات

والمؤتمرات وإعداد البيانات ومراجعة السياسات والتخطيط المسبق إستعداداً لمواجهة التحديات بنهج علمى وفعال.

ويمكن إيجاز التحديات التى تحدد أولويات الخطة ومحاورها العامة بما يلى :

(١) متابعة وتنفيذ خطة عمل فيينا الدولية (١٩٨٢) وخطة العمل الإقليمية (١٩٩٣) والمباشرة بتنفيذ خطة العمل العربية حتى عام ٢٠١٢ وخطة العمل الدولية لعام ٢٠٠٢.

(٢) مراجعة وإستحداث التشريعات والسياسات الخاصة بالمسنين.

(٣) إثارة الوعى بقضايا الشيخوخة وخاصة تأنيث الشيخوخة فى الدول العربية.

(٤) التركيز على الأسرة لتدعيم دورها فى رعاية المسنين وضمان التواصل والتضامن بين الأجيال.

(٥) التنسيق بين مختلف الجهات الوطنية لمعالجة شئون المسنين وخلق الآلية اللازمة لها.

(٦) التركيز على تكامل دور الأسرة والمجتمع المدنى والحكومات فى مجال رعاية المسنين.

(٧) تشجيع كبار السن على مواصلة العطاء والمساهمة فى الإنتاج.

(٨) القضاء على كافة أشكال التمييز على أساس السن والنوع.

(٩) مراجعة نظم الضمان الإجتماعى والحماية وإعادة هيكلتها.

(١٠) توفير المزيد من الدعم الحكومى لتمكين الأسر من توفير الرعاية لأعضائها المسنين وتوفير دور سكن خاص لهم.

(١١) وضع وتطوير المؤشرات الديموجرافية والصحية اللازمة والموثوقة والمفصلة حسب نوع الجنس.

(١٢) مراجعة البرامج والأنشطة وإتخاذ المبادرات للوصول إلى المسنين.

(١٣) إنتاج أو إستيراد سلعى وخدمات خاصة لتلبية حاجات المسنين الأساسية الناتجة عن ظاهرة الشيخوخة.

(١٤) التمكين الإقتصادى للمسنات وخاصة الفقيرات منهن.

(١٥) وضع إجراءات ذات مرجعية قانونية لمكافحة الفقر ومعالجة الآثار السلبية للنزاعات المسلحة والتهجير والعنف للمسنين.

(١٦) دعم برامج عمل مؤسسات المجتمع المدنى بما فيها المنظمات غير الحكومية بصفتها شريكة أساسية فى التنمية.

(١٧) إجراءات البحوث والدراسات الإستكشافية والتشخيصية التى تمكن من معرفة واقع المسنين وإحتياجاتهم.

ب - مبادئ وتوجهات وأهداف :

تستند خطة العمل العربية المسنين إلى المبادئ الأساسية التى حكم عملية التنمية وهى " تحسين نوعية الحياة " و " مجتمع لكل الأعمار" و " حق جميع الأفراد فى التنمية " وتراعى القيم والمعتقدات الدينية والتقاليد العربية وتنطلق من التوجهات والأهداف التالية :

(١) الإستفادة من التجارب والخبرات والبرامج العربية والدولية والإقليمية والدولية فى وضع الخطط والسياسات.

(٢) دمج قضايا المسنين وإحتياجاتهم فى صلب السياسات الاجتماعية والاقتصادية.

(٣) وضع سياسات وخطط وبرامج عمل مناسبة تكفل الوصول إلى مجتمع لكل الأعمار.

(٤) القضاء على كافة أشكال التمييز بين الجنسين لتحقيق المساواة فى الحقوق والواجبات.

(٥) إعادة توجيه الخطط والسياسات الخاصة بالمسنين بإعتبارهم عناصر منتجة.

(٦) وضع نظم ضمان إجتماعى وحماية متطورة وحديثة تلبى مستلزمات تأمين العيش الكريم للمسنين والمسنات على السواء.

(٧) إيلاء إهتمام خاص بالمسنات وخاصة الفقيرات منهن والفئات المهمشة.

(٨) دعم وتوطين التعاون مع مؤسسات المجتمع المدنى.

(٩) توفير الفرص الحياتية لنمو الإنسان عبر كافة مراحل حياته ومن ضمنها الشيخوخة.

(١٠) التركيز على مفاهيم التعلم مدى الحياة والتدريب وإعادة التدريب عند صياغة السياسات التعليمية والتدريبية والتأهيلية.

(١١) تأكيد أهمية التضامن والتوصال بين الأجيال من أجل المحافظة على قيم التماسك الإجتماعى والأسرى.

(١٢) إعداد البحوث والدراسات الخاصة بالمسنين وقضاياهم ومشاكلهم وتطلعاتهم.

(١٣) بناء قاعدة معلومات وبيانات حول المسنين حديثة وديناميةومفصلة حسب النوع.

(١٤) تيسير المعونة الفنية اللازمة لتنفيذ متابعة وتقييم الخطط وبرامج العمل الخاصة بالمسنين.

ج) **بنود وتوصيات :**

تتمحور بنود وتوصيات الخطة حول ثلاثة توجهات ذات أولوية إعتمدتها خطة العمل الدولية للشيخوخة عام ٢٠٠٢ وهى :

١ - التنمية فى عالم أخذ فى الشيخوخة .

٢ - توفير الصحة والرفاه فى سن الشيخوخة .

٣ - تهيئة بيئية وتمكينية داعمة لكل الأعمار .

بالإضافة إلى القضايا العامة فإن هناك قضايا خاصة تنبع من خصوصية المجتمع العربى ووضعت ضمن كل منها مجموعة قضايا وأهداف وإجراءات للتنفيذ على صعيد الحكومات والمنظمات غير الحكومية من المنظمات الدولية والإقليمية .

التوجهات ذات الأولوية :

أولاً : التنمية فى عالم أخذ فى الشيخوخة :

القضية (١) : المشاركة النشطة فى المجتمع وفى التنمية :

يتطلب بناء مجتمع لكل الأعمار إتاحة الفرصة أمام المسنين للمشاركة المستمرة فى شئون المجتمع ، لذلك لا بد من أن يعترف المجتمع بمساهماتهم ويقدرها ويتيح الفرصة لتمكينهم من المشاركة فى القضايا الإجتماعية والإقتصادية والثقافية والتطوعية . وتشجيع التفاعل بين الأجيال المتعددة .

الهدف (١) : الإعتراف بالمساهمات الإجتماعية والإقتصادية والسياسية لكبار السن .

الهدف (٢) : مشاركة كبار السن فى المشاركة فى عملية صنع القرار على كل المستويات .

القضية (٢) : مشاركة المسنين والمسنات فى قوة العمل .

يتطلب مبدأ النمو عبر مراحل الحياة وتحقيق الذات أن يتمتع الأفراد كافة بالفرص المتكافئة وأن يستمر كل فرد بالعمل ما دام قادراً على العمل .

الهدف : تأمين فرص العمل لكل راغب فيه من المسنين .

القضية (٣) : ضمان الدخل والعيش الكريم للمسنين والمسنات يعتبر إعتماد مظلة تأمينات إجتماعية متطورة وحديثة من الإستراتيجيات الضرورية لتقدم المجتمعات كذلك من الضرورى قيام أنظمة حماية إجتماعية لغير المستفيدين من نظام التأمينات .

الهدف : تحديث نظم الحماية والضمان الإجتماعى والتأمينات ومعاش الشيخوخة .

القضية (٤) : مكافحة فقر المسنين والمسنات.

يمثل المسنون وخاصة المسنات الفئات الأكثر تضرراً فى الفقر فى البلدان العربة ،وعلى الرغم من الجهود التى تبذلها الدول العربية لمكافحة هذه المشكلة ، إلا أنها تعتبر غير كافية.

الهدف : العمل على الحد من الفقر والتخفيف من أثاره على المسنين.

القضية (٥) : التنمية الريفية والهجرة والتحول الحضرى .

يعانى المسنون فى المناطق الريفية من قصور فى البنية الأساسية وضعف القاعدة الإقتصادية. كما يعانون من فقد الدعم الأسرى التقليدى من جراء هجرة الشباب إلى المدن.

الهدف (١) : تحسين ظروف الحياة والبنية الأساسية فى المجتمعات المحلية والريفية وتعزيز الروابط بين المناطق الحضرية والريفية.

الهدف (٢) : دمج المهاجرين من المسنين فى مجتمعاتهم المحلية الجديدة .

القضية (٦) : الوصول إلى المعرفة والحصول على التعليم والتدريب

يعد التعليم بعداً أساسياً من أبعاد التنمية المستدامة وإستمرار التعليم والتدريب ضرورى لإستمرار إنتاجية المجتمعات.

الهدف (١) : تكافؤ الفرص مدى الحياة فى التعليم المستمر والتدريب وإعادة التدريب والتوجيه المهنى.

الهدف (٢) : الإستغلال التام لقدرات الناس فى جميع الأعمار ومن ضمنهم المرأة المسنة.

القضية (٧) : التضامن بين الأجيال

يمثل التضامن بين الأجيال على مستوى الأسرة والمجتمعات المحلية والمجتمع مبدأ أساسى لتحقيق مبدأ " مجتمع لكل الأعمار " مما يؤدى إلى التلاحم الاجتماعى والحفاظ على وحدة المجتمع وتماسكه.

ثانيا : توفير الصحة والرفاه فى سن الشيخوخة :

القضية (١) : الصحة والرفاه مدى الحياة

محافظة المسنين على صحة جيدة يعتبر من المستلزمات الأساسية لسعادتهم ورفاهتهم ، لذلك من الضرورى تأمين سبل التغذية السليمة والوقاية من الأمراض والحد من أثار التلوث لضمان رفاه الإنسان مدى الحياة .

الهدف (١): تعزيز الصحة والرفاه مدى الحياة وتأمين الخدمات الصحية لجميع المناطق بدون تمييز على أساس السن أو الجنس .

الهدف (٢): وضع سياسات لوقاية المسنين من الإعتلال .

الهدف (٣): تأمين التغذية السليمة لكل المسنين .

القضية (٢) : تأمين الرعاية الصحية للجميع وعلى قدم المساواه يجب على الحكومات والمجتمع المدنى والقطاع الخاص التعاون من أجل نظام تأمين صحى شامل تتاح خدماته لكل الفئات .

الهدف (١) : تأمين الرعاية الصحية المتكافئة للمسنين والمسنات كافة بدون تمييز .

الهدف (٢) : تطوير وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأساسية لتلبية إحتياجات المسنين وكفالة دمجهم فى عملية التنمية .

القضية (٣) : تدريب القائمين بالرعاية الصحية

يجب إتاحة فرص التدريب المستمر للعاملين فى مجال الشيخوخة وتأسيس فروع لطب الشيخوخة وعلم الشيخوخة لإعداد أعضاء الفريق الطبى العاملين مع المسنين .

الهدف : تأمين المعلومات والتدريب للمتخصصين فى الطب والرعاية الاجتماعية ولمساعديهم .

القضية (٤) : المسنون والإعاقة :

يعتبر المسنون من أكثر الفئات تعرضاً للإصابات التى قد تعوقهم جسدياً وعقلياً ، ويستلزم ذلك تكثيف الجهود من أجل تشجيع المسنين على الإستقلاليه وإعادة تأهيلهم لتمكينهم من المشاركة فى جميع الأنشطة الإجتماعية .

الهدف : تأهيل المسنين ذوى الإحتياجات الخاصة للإحتفاظ بالحد الأقصى من القدرات الوظيفية طوال حياتهم والعمل على إشراكهم التام فى المجتمع وتأمين الرعايةالمناسبة لهم .

ثالثاً : تهيئة بيئة تمكينية وداعمة لكل الأعمار

القصية (١) : البيئة السكنية والمعيشية

يحتاج المسنون إلى منازل تناسب قدراتهم الوظيفية لكى يتمكنوا من التنقل بسهولة معمراعاة البيئة المناسبة ومن ضمنها تصاميم تلك المنازل وتكاليفها وما يرافقها من أماكن عامة لخدمة الأجيال كامنة بالإضافة إلى توفير وسائل المواصلات المناسبة لإحتياجاتهم الصحية .

الهدف (١) : تأمين السكن فىالبيئة المحلية .

الهدف (٢) : تهيئة بيئة صديقة .

الهدف (٣) : تأمين وسائل النقل الصديقة للمسنين والمسنات .

القضية (٢) : الرعاية الإجتماعية :

يحتاج المسنون إلىالرعاية الإجتماعية التى تكفل لهم العيش الكريم ولا بد من توسيع قاعدة الخدمات التى تؤمنها الدولة لهم من خدمات مادية ومعنوية ،ودعم المؤسسات التى ترعى شئونهم .

الهدف : تأمين الرعاية الإجتماعية المتكاملة .

القضية (٣) : سوء المعاملة :

قد يتعر ض المسنون لسوء المعاملة النفسية والمادية أو حتى الجسدية ويحجمون عن طلب المساعدة بدافع الخوف . مما يتطلب تضافر الجهود للحد من الإساءة لهم ووضع التشريعات لحمايتهم .

الهدف : مكافحة سوء معاملة المسنين .

القضية (٤) : التصورات المتعلقة بالشيخوخة :

نتيجة لتضخم التكلفة المالية للخدمات المقدمة للمسنين بات المسنون يمثلون عبئا على الإقتصاد ، وتبدلت المفاهيم والنظرة الإيجابية لتحل محلها صورة الضعف والتبعية. لذلك لا بد من مكافحة الأفكار المسبقة والسلبية وتوجيه الإعلام نحو إعادة الإعتبار للمسنين وتقديرهم

الهدف : تعزيز النظرة الإيجابية للشيخوخة .

القضية (٥) : دعم الرعاية الأسرية :

تشهد الأسرة العربية تغييرات عديدة تعوقها عن أداء دورها فى رعاية المسنين. كما تؤدى إلى تفاقم الكثير من المشاكل الصحية والنفسية والإجتماعية للمسنين.

الهدف : تعزيز ودعم تماسك الأسرة العربية.

القضية (٦) : دور المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدنى الأخرى مع الدور الرئيسى الذى تقوم به المنظمات الحكومية ، فإن للمجتمع المدنى بكافة منظماته دوراً مكملاً لعمل الحكومات لابد من تعزيزه من أجل الإرتقاء برعاية المسنين على المستوى المطلوب.

الهدف : دعم المنظمات غير الحكومية ومنظمات المجتمع المدنى الأخرى العاملة فى مجال رعاية المسنين.

القضية (٧) : دمج قضايا المرأة المسنة فى صلب سياسات وبرامج التنمية الاجتماعية تثير التغيرات الديموجرافية إلى تزايد فى نسب المسنات وأعدادهن يفرق أقرانهم من المسنين ، ويرجع ذلك إلى بقائهن على قيد الحياة مدة أطول و بالتالى فهن بحاجة إلى مساعدات خاصة.

الهدف : وضع برامج خاصة بالمسنات تؤمن لهن مستوى من العيش الكريم.

القضية (٨) : النزاعات المسلحة والحروب والإحتلال والحصار.

الهدف : تأمين الرعاية والحماية للمسنين والمسنات فى حالات النزاعات المسلحة والحروب والإحتلال والحصار.

ثالثا : آليات التنفيذ والمتابعة :

يقف المجتمع العربى أمام تحد قوى لمواجهة متطلبات الشيخوخة المقبلة ويتمثل فى ضرورة تنفيذ خطة العمل العربية للمسنين حتى عام ٢٠١٢ . ولتحقيق هذا الهدف لا بد من تضافر جهود القطاعات والشركاء كافة لتحمل المسئوليات وللتنسيق يما بينها. كذلك يجب إشراك المنظمات غير الحكومية ودعمها. كما يجب الطلب من المنظمات الإقليمية والدولية تقديم المعونة الفنية وأوجه الدعم الأخرى من أجل المساعدة فى تنفيذ الخطة وتحقيق الأهداف.

(أ) الحكومات الوطنية :

على الدول العربية وهى تستعد لمواجهة قضايا الشيخوخة فيها ومواجهة التحديات للعولمة ان تتبنى الإستراتيجيات والسياسات والتدابير والإجراءات والبرامج التى تواكب المستجدات الاقتصادية والسياسية والتحديات المستقبلية. لذلك لا بد من حث الحكومات الوطنية على إتخاذ الإجراءات التالية:

(١) تطبيق وثيقة حقوق المسنين.

(٢) وضع خطط وبرامج خاصة بالمسنين وإنشاء لجان وطنية لهذا الغرض.

(٣) رصد ميزانيات خاصة لتنفيذ إستراتيجيات وبرامج خطط لرعاية المسنين ومتابعتها.

(٤) مراجعة التشريعات القائمة وإستحداث ما يرى ضرورياً.

(٥) دمج سياسات الشيخوخة فى صلب الخطط والسياسات الاجتماعية.

(٦) دعوة الدول إلى إنشاء صناديق خاصة بدعم قضايا الشيخوخة.

(٧) إثارة الوعى وخلق إتجاهات إيجابية نحو قضايا الشيخوخة والمسنين.

(٨) إيلاء قضايا الشيخوخة والمسنين الأهمية والحد من تهميشهم بوضعهم فى قائمة إهتمام المشرعين والمنفذين والباحثين.

(٩) تأسيس قاعدة بيانات حول المسنين مصنفة حسب نوع الجنس .

(١٠) إنشاء الشبكات الإقليمية للمعلومات حول المسنين وربطها بشبكة الإنترنت

(١١) إتخاذ التدابير والإجراءات اللازمة لإنشاء اللجان الوطنية للمسنين وإشراكهم فى عملية إتخاذ القرارات الخاصة بتنفيذ الخطة العربية للمسنين.

(١٢) إعتبار آليات للتنسيق والتضامن بين اللجان الوطنية للمسنين والمنظمات غير الحكومية من جهة والمنظمات الحكومية من جهة أخرى.

(١٣) تبنى الحكومات ومنظمات المجتمع المدنى برامج الوحدات المتنقلة تدعيماً لخدمة المسنين فى المحيط الأسرى.

(١٤) تشجيع التخصص فى أمراض الشيخوخة وإعطاء منح جامعية.

(ب) المنظمات الإقليمية والدولية :

يشكل التعاونى مع المنظمات الحكومية والإقليمية ومنظمات الأمم المتحدة العامل الرئيسى لإطلاق خطة العمل العربية للمسنين. وأنه لمن الأهمية بمكان تضافر الجهود الوطنية مع جهود المنظمات الدولية والإقليمية من أجل تنفيذ إجراءات الخطة و ضمان نجاحها ويتطلب ذلك :

(١)إنشاء قاعدة بيانات ومعلومات للمسنين مفصلة حسب نوع الجنس.

(٢)إجراء أبحاث ودراسات حول المسنين لكى تستعمل كجهاز إنذار مبكر فى هذه القضايا.

(٣)تفعيل الرابطة العربية للجان الوطنية لكبار السن.

(٤)تعزيز علاقات التعاون والتنسيق فى قضايا الشيخوخة بعقد ندوات وورش عمل.

(٥)دعم التنسيق والتعاون بين الأسكوا والأمانة العامة لجامعة الدول العربية والمكتب التنفيذى لمجلس وزراء العمل والشئون الاجتماعية فى دول مجلس التعاون الخليجى.

(٦)تعزيز علاقات التعاون بين الدول العربية والإسكوا بصفتها الزراع الإقليمي للأمانة العامة للأمم المتحدة.

(٧)الطلب من الأمانة العامة لجامعة الدول العربية عرض هذه الخطة على مجلس وزراء الشئون الإجتماعية العرب.

(٨)دعوة منظمات الأمم المتحدة والصناديق الدولية ذات الصلة لتقديم الدعم الفنى والمادى للدول العربية تمكينها من تنفيذ الخطة.

(ملحق ٢)

A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015 .

الإطار المفاهيمى للإستراتيجية الجديدة :

بنى الإطار المفاهيمى للإستراتيجية الجديدة ٢٠٠٦/٢٠١٥ للعناية بصحة المسنين على ثلاث مبادئ رئيسية :

١ - مشاركة كبار السن فى عملية التنمية .

٢ - تطوير صحة المسنين .

٣ - التأكيد على خلق بيئة داعمة ومؤيدة .

وقد تم صياغة ستة إتجاهات إستراتيجية أساسية بشأن الرعاية الصحية للمسنين تتمثل فى :

١ - المراجعة المستمرة وتحديث الإستراتيجية الإقليمية لإقتراح الوسائل المناسبة للدعم الصحى والإقتصادى والإجتماعى للمسنين .

٢ - خلق وتحديث قواعد البيانات من أجل عملية صنع قرار مبنى على الدلائل مع مراعاة الرعاية الشاملة للمسنين على مستوى الدولة .

٣ - إنشاء شبكات قومية وإقليمية بين الوكالات والمنظمات - المؤسسات التعليمية - المواطنين المهتمين بصحة المسنين .

٤ - إدماج رعاية المسنين فى نظام الرعاية الصحية الأولية وفى المادة التدريبية للعاملين بقطاع الرعاية الصحية الأولية .

٥ - نشر المعرفة والمهارات اللازمة للرعاية الذاتية والوقاية وتحفيز كبار السن وعائلاتهم والمجتمع ككل على الإهتمام بها .

٦ - دعم البحث والتدريب فى مجال رعاية صحة المسنين .

(٢) محددات الإستراتيجية الإقليمية :

منذ أن أعلن المكتب الإقليمى لشرق المتوسط عام ١٩٨٩/٨٨عن برامج للرعاية الصحية خاصة بالمسنين تعاونت منظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء فى العديد من الأنشطة فى هذا المجال ، وتضمنت هذه الأنشطة مسوح عبر الدول ، إستقصاءات ، ورش عمل ، إنشاء فريق المشورة الإقليمية وإنشاء مكاتب فى وزارات الصحة للدول الأعضاء وتشكيل سياسة وطنية وإنشاء لجان التنسيق القومية .

وبالتالى فإن هناك حاجة لتقييم الأهداف فى هـذه المرحلـة مـن أجـل صـياغة الإستراتيجية الجديدة وضعاً فى الإعتبار المحددات التالية :

١٠٢ التغيرات الديموغرافية فى إقليم شرق المتوسط.

٢٠٢ الإلمام بالموضوعات المتصلة بتقدم العمر.

٣٠٢ قواعد البيانات.

٤٠٢ السياسة القومية.

٥٠٢ الرعاية الإجتماعية .

٦٠٢ الخدمات الصحية.

٧٠٢ مؤسسات كبار السن.

(٣) محتويات الإستراتيجية :

تتضمن الإستراتيجية الإقليمية نوعين من الأنشطة : أنشطة خاصة بالدولة وأنشطة عبر الدول .

الأنشطة الخاصة بالدولة هى الأنشطة التى تقدم مباشرة للدول التى تطلب مساعدات من المكتب الإقليمى ويمكن أن تأخذ أكثر من شكل لكن فى الأغلب تكون فى صورة دعم فنى يقدم بواسطة مستشار من منظمة الصحة العالمية والدعم المالى ، والفنى هام أيضاً من أجل عقد السيمنارات القومية وبرامج التدريب أو ترشيح الدول للحصول على منح مـن منظمة الصحة العالمية للتدريب فى مجال متخصص فى الرعاية الصحية لكبار السن.

أما الأنشطة عبر الدول : هى التى تصمم من قبل المكتب الإقليمى ليدعم كل أو معظم الدول فى نطاقات مختارة محددة لبرنامج العناية الصحية للمسنين.

ومحتويات الإستراتيجية تتكون من :

١٠٣ - إعادة صياغة الإستراتيجية.

٢٠٣ - الرعاية الصحية الأولية كحجر زاوية لتقدم العمرى الفعال.

٣٠٣ - مشاركة قوية من كبار السن فى المجتمع.

٤٠٣ - تطوير الموارد البشرية من أجل رعاية صحية جيدة.

٥٠٣ - خلق شبكات لتيسر رعاية كبار السن.

٦٠٣ - إنشاء قاعدة بيانات من أجل رعاية مبنية على الدلائل Evidence-based care

٧٠٣ - رفع الوعى السكانى بخصوص التقدم العمرى الفعال.

مقدمة :

الهدف الأساسى من الإستراتيجية الإقليمية هو الإرشاد وتقديم الدعم الفنـــى للـــدول الأعضاء لتطوير وتطبيق برامج الرعاية الصحية لكبار السن٠ وبالرغم أن الدعم يقدم أساساً لوزارات الصحة بالدول الأعضاء إلا أن الجهات الحكومية الأخـــرى والمنظمـــات غير الحكومية المهتمة برعاية المسنين تحتاج إلى إدراجها فى الإستراتيجية٠

وكذلك لا بد أن تتضمن هذه الإستراتيجية "مفهوم التقدم العمرى الفعال"٠ الخطـــوط العريضة للإستراتيجية تدور حول البحث وقواعد البيانات وتطـــوير المـــوارد البشـــرية وتحسين جودة الخدمات بتكلفة يمكن تحملها ومشاركة الفئة العمرية المستهدفة فى كل مراحل الإستراتيجية٠

١٠٣ -إعادة صياغة الإستراتيجية :

صياغة السياسات القومية للدول التى ليس لديها سياسة وتعديل السياسات الحاليـــة التى تبنتها الدول منذ منتصف التسعينات وذلك لمسايرة التغييرات فى التكنولوجيا٠ ويمكـــن أن يلعب المكتب الإقليمى دوراً فى تسهيل صياغة السياسات القومية فى دول المنطقة عـــن طريق المساعدات الفنية٠

أن رعاية كبار السن ليست مسئولية وزارة الصحة وحدها ، فوزارات أخرى مثـــل المالية والعدل والمواصلات والإتصالات والرفاهة الإجتماعية والتعليم وكذلك منظمات غيـــر حكومية والمؤسسات الدينية لها دوراً هاماً فى بناء مجتمع لكل الفئات العمرية٠

يتطلب صياغة وتطبيق سياسة قومية جيدة رغبة وقدرة سياسية وتخطـــيط واضـــح وتعريف للأدوار مع التأكيد على ضرورة وجود إستراتيجية تأخذ فـــى الإعتبـــار المحـــددات الاجتماعية والثقافية والإقتصادية للمجتمع٠

٢ ٠ ٣ - الرعاية الصحية الأولية للمسنين:

الصحة الجيدة هى ضرورة لكبار السن لكى يظلوا مستقلين وقادرين على الإستمرار فى المشاركة مع عائلاتهم ومجتمعاتهم .

تركز منظمة الصحة العالمية على تقديم رعاية منتظمة ومستمرة للمسنين والتى تعد ضرورة لتأخير أو منع الأمراض المزمنة ، أمراض العجز ولكى تساعدهم ليكونوا موارد أساسية لعائلاتهم – مجتمعاتهم – إقتصادياتهم .

فى عام ٢٠٠٢ أنشأت منظمة الصحة العالمية مشروع الرعاية الأولية الصديقة لكبار السن من أجل تعليم الرعاية الصحية الأولية للعاملين وبناء القدرات فى مراكز الرعاية الصحية الأولية التى تلبى إحتياجات خاصة للمستفيدين من كبار السن .

وبالرغم من الدور الحيوى لهذه المراكز فى الرعاية الصحية للمسنين إلا أن هناك العديد من المعوقات والتى ربما ينتج عنها عدم تغيير كبار السن لسلوكياتهم الخاطئة أو غير الصحية أو أن يصبحوا محبطين من العلاج المستمر .

ويقدم المشروع مجموعة من المبادئ الصديقة لكبار السن من أجل مراكز الرعاية الصحية الأولية وتقديم التدريب والمادة المعلوماتية للعاملين فى هذا المجال وكيفية التغلب على المعوقات التى تواجه عملها .

ويعيش كبار السن فى مجتمعات قضوا بها أحسن فترات حياتهم ، لذلك تهدف الإستراتيجية للحفاظ على نشاط وفاعلية كبار السن وتساعد إلى التقدم العمرى بكرامة أن تقدم معظم الرعاية فى محيط المجتمع .

هناك ضرورة لتدعيم الرعاية الصحية الأولية لتصبح مرتكزاً لكل أشكال الرعاية متضمنة تلك التى لا علاقة لها بقطاع الصحة . أن نجاح تقديم الرعاية الصحية الأولية يعتمد بشكل مباشر على كفاءة تقدم الرعاية الطبية والتى فى المقابل تؤثر على تقديم الرعاية الوقائية .

دور منظمة الصحة العالمية فى تطوير نظم الرعاية الصحية الأولية للمسنين يتمثل فى :

أ – تحديد عناصر مؤهلات ومسئولية فريق الرعاية الصحية الأولية .

ب – تقديم إرشادات واضحة من أجل إستراتيجية مشجعة للصحة الوقائية .

ج - تأييد الإستمرار فى الحفاظ على وجود حدود دنيا من المعايير فى إطار الرعاية الأولية .

ومع ذلك ، فإن التحليل الكمى للوضع الحالى لكل دولة ضرورى قبل تعريف ووضع المعايير وهذه الخطوة يجب أن يتبعها تحليل للبيانات وإنشاء نماذج للرعاية تعتمد على الموارد المتاحة والأولويات .

٣٠٣ - مشاركة مجتمعية قوية للمسنين :

تعد المشاركة القوية والفاعلة فى المجتمع واحدة من أهم التوجهات فى الحفاظ على فاعلية عمل رسمى أو غير رسمى أو أى أنشطة إختيارية طبقاً لإحتياجاتهم الفردية وتفضيلاتهم وقدراتهم الشخصية .

هذه المشاركة تتضمن العديد من الأنشطة ، والتى تختلف من دولة لأخرى طبقاً لمستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، وتشمل هذه الأنشطة :

١ - تضمين كبار السن فى تخطيط ، وتنفيذ ، وتقييم أهداف التنمية الاجتماعية وجهود تخفيض الفقر .

٢ - إزالة التميز العمرى فى تشريعات سوق العمل وسياسات التوظيف والبرامج التى تساعد فى إستمرار مشاركة الأشخاص فى عمل مجدى أثناء تقدمهم فى السن وطبقاً لإحتياجاتهم وقدراتهم .

٣ - تعديل نظم المعاشات التى تشجع الإنتاجية وإتاحة خيارات أكثر مرونة بالنسبة للتقاعد .

٤ - سن تشريعات تشجع مساهمة المسنين فى الأعمال الخيرية أو فى القطاع غير المنظم أو الخدمات التى تقدم فى المنازل .

٥ - التأكيد على قيمة العمل التطوعى وزيادة المشاركة فيه مع تقدم السن خاصة المسن الذى يرغب فى التطوع ولكن لا يستطيع بسبب الموانع الصحية أو عوائق خاصة بالإنتقالات .

ويمكن تسهيل مشاركة كبار السن فى هذه الأنشطة المجتمعية من خلال :

- مد شبكة مواصلات عامة بتكلفة معقولة فى المناطق الريفية والحضرية بحيث تمكن كبار السن من المشاركة فى الحياة العامة للمجتمع.
- إشراك كبار السن فى العملية السياسية التى تؤثر على حقوقهم.
- إشراك كبار السن فى مجهودات تطوير الأجندة البحثية بخصوص تقدم العمر الفعال سواء فى شكل مستشاريين أو جامعى بيانات.
- السماح بمرونة أكبر فى نظم العمل والتعليم وإتاحة فترات للتعلم الحياتى.
- تطوير خيارات الإسكان لكبار السن وإزالة العوائق أمام إستقلالية المسنين.
- السماح بأنشطة ما بين الأجيال داخل المدارس والمجتمعات لتشجع كبار السن ليصبحوا نماذج فاعلة ومقدمى نصائح لصغار السن.
- تحفيز التعاون بين المنظمات غير الحكومية التى تتعامل مع الأطفال – الشباب – المسنين.
- التأكيد ودعم الدور الهام للأجداد ومسئولياتهم.
- خلق صورة حقيقية وإيجابية من التقدم العمرى الفعال فى الإعلام.
- تعريف المساهمة الهامة التى تقدمها المرأة المسنة لعائلاتها من خلال مشاركتها فى الاقتصاد غير الرسمى.
- السماح بالتعليم مدى الحياة للمسنين.
- مد شبكة الضمان الإجتماعى لكبار السن الفقراء والوحيدون وكذلك ضمان دخل مستقر عند تقدم العمر.
- حماية المسنين من الأدوية غير الآمنة ومن المعاملات غير اللائقة.
- التأكيد على حقوق المسنين وإحتياجهم للأمان وتوفير الملجأ المناسب خاصة وقت الأزمات.
- مد المساعدات السكنية لكبار السن وقت الحاجة وإعطاء الإهتمام لمن جعلتهم الظروف فى وحدة وذلك من خلال دعم الإيجارات.
- تحديد إحتياجات كبار السن والعمل على إعادة تأهيلهم ومساندتهم أثناء الأزمات ومساعدتهم لإسترداد عافيتهم.
- منع الإساءة لكبار السن فى كافة أشكالها

٤٠٣ تطوير الموارد البشرية لتحسين الرعاية الصحية لكبار السن :

يعتبر تنمية الموارد البشرية واحداً من أهم القواعد أو المبادئ التى تهتم بهـا منظمـة الصحة العالمية ، فتدريب متخصصين فى الصحة لتقديم رعاية صحيه بجـودة مناسـبة لكبار السن فى كل مراحل الرعاية الصحية (الأولية – الثانوية – المتقدمة) ، وأيضاً فى كل من مرحلة ما قبل التأهيل والإعداد (فـى المـدارس الطبيـة – التمـريض ٠٠٠) ومرحلة الخدمة نفسها (إخصائيون رعاية أولية ، عمال صحة المجتمع ٠٠٠٠) ٠

ويجب أن يكون ذلك جزءاً هاماً من إستراتيجية رعاية المسنين٠ وفى هذا الشـأن تعاونت منظمة الصحة العالمية مع المؤسسات الدولية لإدراج البرامج التعليمية الخاصة بطب المسنين ضمن الفروع الطبية التى تدرس فى ٤٢ دولة٠

أن رعاية المسنين يجب أن يتم مراعاتها من عدة زوايا فعلى سبيل المثـال هنـاك رعاية للقادرين على الحركة ، الرعاية المنزلية ، رعاية مؤسسية قصيرة الأجل ، رعاية مؤسسية طويلة الأجل ٠

وبالتالى المحتوى التدريبى لكل واحدة مختـف ويحتـاج أن يـتم تطـويره علـى المستويين الإقليمى والقومى مع مراعاة الإختلافات الثقافية والإجتماعية والاقتصادية٠

٥٠٣ تكوين شبكات قومية وإقليمية من مؤسسات وأفراد مهتمة برفاهـة المسـنين ويمكن أن يتحقق ذلك بإتباع الأسلوب التالى :

- تكوين رابطة قومية لكبار السن فى كل دولة عضو كجزء مـن السياسـة القوميـة وعلى اللجان والمجالس القومية المتعلقة بكبار السن أن تسهل تكوين تلك الـروابط كمؤسسات غير حكومية٠

  والمكتب الإقليمى سوف يسهل تشكيل الرابطة الإقليمية لكبار السن وهذه المنظمات سوف تكون جهة دفاع هامة عن حقوق المسنين٠
- تكوين رابطة قومية للمهتمين من المتخصصين فى صحة كبار السن (أخصائيون – ممرضين) بتشجيع من وزارة الصحة ، هذه الرابطة سوف تهتم بتنظيم سيمنارات ومؤتمرات ٠
- سوف يعمل المكتب الإقليمى مع المنظمات الدولية و الإقليمية غير الحكومية علـى تقوية التعاون على مستوى الدولة والإقليم٠ وهذه المنظمات غير الحكومية سوف تعمل كمحفز لإنشاء شبكات من الأفراد والمؤسسات التى تعمل على رفاهـة كبـار السن٠

بنهاية عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ سوف تتكون الرابطة القومية للمتخصصين فى الصحة سوف تكون لها شكل إقليمى وبنهاية العقد ، تصبح الرابطة الإقليمية لكبار السن محل تنفيذ .

٦٠٣ إنشاء قاعدة بيانات :

لكى تكون أى سياسة أو إستراتيجية ناجحة لا بد أن تكون مدعمة بأسس وبراهين قوية وموثوق بها ، لذلك تظهر أهمية المسوح التى تجرى سواء داخل الدولة أو عبر الدول .مكونات قاعدة البيانات سوف تشمل :

أ – الوضع السكانى .

ب – الحالة الاقتصادية .

ج – الحالة الصحية .

د – السلوك الصحى .

إن عملية تجميع البيانات يساعد على خلق نماذج للرعاية مع مراعاة نوع الخدمة ، ومساهمة القطاع العام والخاص وخلق خدمة علاجية ذات جودة . ويتحدد دور منظمة الصحة العالمية عند تكوين قاعدة للبيانات فى الدعم الفنى والتكنولوجى وفى طريقة ومنهجية البحث العلمى وتيسير التعاون بين مختلف الدول بالإضافة إلى التمويل الجزئى أو الكلى للدراسات .

أن جمع بيانات بهذا الحجم فى أى دولة يتطلب تدخل فعال من وزارة الصحة فيما يتعلق بالتمويل – الدعم الفنى – الموارد البشرية .

وتؤكد الخبرات السابقة من التجارب الدولية فى العالم على أن إشراك المدارس والمعاهد والكليات الطبية فى جمع البيانات يساعد فى إستكمال المهمة مع التأكد من الدقة . سوف تبدأ المسوح القومية لجمع البيانات ٢٠٠٧/٦ وتستكمل بنهاية ٢٠٠٩/٨ .

٧٠٣ رفع الوعى بشأن التقدم العمرى الفعال

رعاية كبار السن فى منطقة شرق المتوسط تتبع نمط ثقافى يلتزم برعاية كبار السن حيث يعيش ويتم رعايتهم داخل عائلاتهم ولكن مع تغير الظروف الاجتماعية والاقتصادية تجعل من الصعوبة الإستمرار فى تحمل هذه المسئوليات دون وجود دعم.

ومن أجل تقديم هذا الدعم ، على صناع السياسة ووسائل الإعلام والمجتمع المدنى والسكان أن يكونوا على علم بالتحول الديموغرافى وإحتياجات المسنين والمؤشرات التى يمكن أن تتخذ للتعرف على هذه الإحتياجات.

يجب على السياسات والإستراتيجيات القومية والإقليمية أن تبرز أهمية نشر المعلومات المتعلقة بالإحتياجات الاقتصادية والاجتماعية والصحية للعدد المتزايد من المسنين وكذلك على طريقة الإستجابة وتلبية هذه الإحتياجات من خلال دعم الجهات المختلفة بدءاً من القيادة السياسية فى المجتمع ، العائلة ، المنظمات غير الحكومية وكبار السن أنفسهم.

مؤسسات المعلومات والنشر والإعلام الحكومى تحتاج لمساعدة فنية من قطاعات الصحة والرفاهة الاجتماعية من أجل تطوير البرامج القومية للتوعية بإستخدام وسائل الإعلام المرئية والمقروءة.

تحتاج لتطوير الرسائل المناسبة بحيث لا تركز فقط على إحتياجات كبار السن لكن أيضاً لتبرز الإسهامات الفعلية والمحتملة لكبار السن فى المنزل والمجتمع. كما أن إسهامات كبار السن البارزين فىمجالات السياسة ، الأدب – العلوم – الطب – الصناعة يجب أن تنشر أيضاً لتحسين صورة كبار السن .

غالباً تؤدى الرسائل الإعلامية إلى تشكيل جماعات ضغط فى المجتمع تتبنى قضايا المسنين مع المؤسسات المختلفة مثل أندية المرأة ، إتحادات الشباب ، المؤسسات الدينية والتى يمكن أن تقدم دعماً لكبار السن ذوى الإعاقة وأصحاب الظروف الإقتصادية السيئة.

يجب إنشاء إتحادات قومية وإقليمية لكبار السن من أجل بث المعلومات وبالمثل عقد مؤتمرات فنية متخصصة تتناول الضوابط المختلفة المتعددة المجالات يمكن أن تكون ذات

فاعلية فى خلق الوعى بين الهيئات المتخصصة ذات الصلة. من خلال الإستعانة بدعمهم .

نشر ثقافة رعاية المسنين وإحترام الوالدين بين الشباب وكذلك على قطاع الصحة مساعدة قطاع التعليم فى بث رسائل مناسبة لحث الطلبة وتعليمهم وتدريبهم فى المدارس على تحمل مسئولية رعاية كبار السن من الأقارب وكذلك دور رجال الدين ورجال الإحسان فى ذلك. أى على السياسة القومية حشد الجهود لتحفيز الأفراد والسلطة أيضاً.

منظمة (أو تنظيم) الإستراتيجية الإقليمية .

يتطلب تنفيذ الإستراتيجية الإقليمية تخطيط جيد ومنظمات ودراسة الأولويات من قبل المكتب الإقليمى والدول الأعضاء . وهذه الخطوات يجب أن تراعى :

- تبنى الإستراتيجية الإقليمة بواسطة اللجنةالإقليمية والدول الأعضاء .
- تخصيص ميزانية للتنفيذ من خلال المكتب الإقليمى والدول الأعضاء.
- إعادة تشكيل فريق إقليمى للإرشادات الفعالة والدعم الفنى فى متابعة وتنفيذ الإستراتيجية والعمل من خلال شبكات.
- تقديم المساعدات الفنية للدول الأعضاء فى تحقيق الأهداف.
- متابعة تنفيذ الإستراتيجية بواسطة الدول الأعضاء.

على المكتب الإقليمى والدول الأعضاء متابعة تنفيذ هذه العناصر الإستراتيجية :

- إنشاء قاعدة بيانات من خلال الأبحاث والمسوح.
- صياغة الإستراتيجيات والسياسات القومية.
- برامج التوعية فى الدول الأعضاء.
- إعداد المادة التدريبية.
- تدريب المتخصصين فى قطاع الصحة ، القطاع غير المنظم وكبار السن أنفسهم.
- تطوير للوحدات العلاجية للمسنين.
- إنشاء شبكات من المنظمات والأفراد.

معهد التخطيط القومي
في دراسات التنمية البشرية

رقم الإستمارة:

ملحق رقم (٣)

نموذج لإستمارة الإستبيان المستخدمة

فى الدراسة الميدانية الإستطلاعية

لمتطلبات إجراء دراسة

" تقدير الإحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين بالتركيز على محافظة القاهرة

تاريخ المقابلة :	/ / ٢٠٠٧
موقع المسئول:	_____
إسم الباحث :	_____

بيانات هذه الإستمارة سرية للغاية ولا تستخدم إلا فى أغراض البحث العلمى

نموذج لإستمارة الإستبيان المستخدمة
فى الدراسة الميدانية الإستطلاعية

أولاً : بيانات أساسية :

(١) إسم الحى.

(٢) المستوى الإقتصادى : ( ) متوسط ( ) متدنى

(٣) ممثل الأسرة : ( ) الزوج ( ) الزوجة ( ) الإبن
( ) الإبنه ( ) الحفيد ( ) أخرى

(٤) الوضع الإجتماعى للمسن: ( ) الجد ( ) الجدة ( ) الأب
( ) الأم ( ) الزوج ( ) الزوجة
( ) أخرى

(٥) المستوى التعليمى لمن يقوم برعاية المسن :

(٦) المستوى التعليمى للمسن :

(٧) الحالة الاقتصادية للمسن : ( ) له دخل خاص ( ) ليس له دخل خاص

(٨) عدد أفراد الأسرة التى يقيم معها المسن :

(٩) مكان الإقامة :

( ) شقة / منزل ملك
( ) شقة / منزل إيجار
( ) شقة / منزل مشترك
( ) شقة / منزل بدوره مياه مشتركة
( ) أخرى

(١٠) درجة العجز بالنسبة للمسن: ( ) عجز كامل ( ) عجز جزئى
( ) لا يخدم نفسه ( ) يخدم نفسه

(١١) الأمراض المصاحبة للمسن :

- ١ -
- ٢ -
- ٣ -
- ٤ -

ثانيا : أسباب عدم التفكير فى اللجوء إلى وضع المسن فى مؤسسات الرعاية

(١) جوانب دينية وعقائدية .

( ) نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما

(٢) جوانب ترتبط بالتقاليد والأعراف .

( ) نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما

(٣) جوانب ترتبط بالعيب والخوف من الحيران .

( ) نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما

(٤) جوانب ترتبط بعدم القدرة المادية .

( ) نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما

(٥) جوانب ترتبط بعدم العلم بخدمات المسنين فى دور الرعاية .

( ) نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما

(٦) جوانب ترتبط بالخوف من الإهمال فى خدمات دور الرعاية .

( ) نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما

(٧) جوانب ترتبط بعدم العلم بخدمات وزارة الصحة .

( ) نعم ( ) لا ( ) إلى حد ما

(٨) أخرى تذكر .

ثالثا : من يقوم بالرعاية داخل المنزل:

من لا يعمل من أفراد الأسرة (يذكر) :

( ) الشغالة ( ) جليس المسن ( ) الجيران ( ) جليس المسن

( ) ممرض أو ممرضة( ) كل أفراد الأسرة ( ) الأبنة ( ) الإبن ( )

( ) زوجة الإبن ( ) أخـــــرى

معهد التخطيط القومى
لدراسات التنمية البشرية

رقم الإستمارة:

ملحق رقم (٤)

إستمارة مقابلة

المسئولين (واضعى السياسات) ومخططى خدمات رعاية المسنين

هدف الإستمارة

رصد واقع خدمات رعاية المسنين الذى تقدمة وزارة التضامن الإجتماعى

لمتطلبات إجراء دراسة

" تقدير الإحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين بالتركيز على محافظة القاهرة

تاريخ المقابلة :	/ / ٢٠٠٧
موقع المسئول:	_____
إسم الباحث :	_____

بيانات هذه الإستمارة سرية للغاية ولا تستخدم إلا فى أغراض البحث العلمى

أولاً : حول مفهوم أهداف رعاية المسنين

١ - ما جدوى الإهتمام بتحديد فئة المسنين:

أ - الإهتمام بفئة معينة من الناس ( )

ب- كل الناس فى حاجة إلى معرفة ما سيؤل إليه المسن فى مصر ٠ ( )

ج - كل ما كتب عن المسنين قليل وعابر ( )

د - أخرى تذكر ٠ ( )

٢ - ماذا يعنى لديك مفهوم رعاية المسن؟

_____

_____

_____

٣ - رتب أهداف رعاية المسنين من وجهة نظرك

أ - من أجل الرعاية الصحية فقط ( )

ب - من أج الرعاية الإجتماعية فقط ( )

ج - من أجل الإيواء فقط ( )

د - من أجل الترفيه وشغل أوقات الفراغ ( )

هـ - من أجل الصحة والإيواء معاً ( )

و- أهداف اخرى ترى إضافتها :

_____

_____

٤ - هل هناك ضرورة لإحداث نوع من التكامل بين أبعاد الصحة :

الجسدية ، والنفسية ، والمجتمعية ؟

نعم ( ) لحد ما ( ) لا ( )

٥ - إذا كانت إجابتك (بنعم) فأذكر الأسباب :

_____

_____

_____

_____

ثانيا : حول خدمات المسنين:

٦ - رتب إحتياجات المسن (من وجهة نظرك)٠

أ - إحتياجات مادية وبيولوجية مثل (المسكن - الطعام - الملبس ٠٠ الخ) ( )

ب - إحتياجات سكنية مثل (المكان الذى يرى المسن أنه مناسب للإقامة به)٠ ( )

ج - إحتياجات ترويحية (تراعى به شخية المسن ورغباته وحاجاته)٠ ( )

د - إحتياجات ثقافية (الأمل فى المستقبل - الندوات - الجلسات - المناسبات) ( )

هـ- إحتياجات إجتماعية (التكيف الإجتماعى - تعزيز العلاقات الإجتماعية ٠٠الخ)٠ ( )

و- إحتياجات صحية (رعاية بدنية ، نفسية ، ٠٠٠ الخ) ( )

ز- إحتياجات إقتصادية (دخل مناسب لمواجهة زيادة الأسعار ٠٠٠ الخ) ( )

٧ - هل ترى ثمة إتفاق بين الخدمات المقدمة للمسن والأهداف المعلنة من الدولة؟

نعم ( ) لحد ما ( ) لا ( )

٨ - واقع الخدمات المقدمة للمسن :

- كافية نعم ( ) لحد ما ( ) لا ( )
- مناسبة نعم ( ) لحد ما ( ) لا ( )
- متميزة نعم ( ) لحد ما ( ) لا ( )
- محدودة نعم ( ) لحد ما ( ) لا ( )
- أخرى

ثالثاً : دور الدولة والمجتمع المدنى :

٩ - هل ترى أن دور الدولة الراهن مناسب وكافى ؟

( ) نعم ( ) لحد ما ( ) لا

١٠- إذا كانت الإجابة (بلا) فأذكر الجوانب التى يجب تفعيلها أكثر من الدولة ؟

أ - جانب الدراسات والبحوث ( )

ب - جانب التمويل ( )

ج - جانب الإمداد ( )

د - إعداد الإخصائيين (تأهيل - تدريب - رعاية) ( )

هـ- التوسع فى نظام التأمينات الإجتماعية٠ ( )

و - توفر فرص عمل للمسن٠ ( )

ز - أخرى تذكر :

_____

_____

١١- هل تعتقد أن المجتمع المدنى يمكن أن يقوم بالأدوار السابقة:

كلها : ( )

بعضها : ( ) أذكرها

_____

_____

_____

رابعاً: مصادر التمويل :

١٣ - مدى كفايتها :

أ -	حكومى	كاف	( )	مناسب	( )	غير كاف	( )
ب -	ذاتى	كاف	( )	مناسب	( )	غير كاف	( )
ج -	أجنبى	كاف	( )	مناسب	( )	غير كاف	( )
د -	أخرى	كاف	( )	مناسب	( )	غير كاف	( )

خامساً : اللوائح والتشريعات :

١٤- هل اللوائح والقوانين المنظمة للعمل مناسبة وكافية

نعم ( ) لا ( ) لحد ما ( )

١٥- هل هناك حاجة ماسة لإصدار تشريعات وقوانين (لوائح) جديدة ؟

نعم ( ) لا ( )

١٦- إذا كانت الإجابة (بنعم) أذكر أهم تلك التشريعات ؟

_____

_____

سادسا : الرؤية المستقبلية والتطوير :

١٧ - هل لديك رؤية لتفعيل دور رعاية المسنين مستقبلاً من خلال تطوير بعض الجوانب التالية:

أ - الأهداف والوسائل . ( )

ب - نشر ثقافة الشيخوخة. ( )

ج - التعاون المؤسسى بين دور الرعاية والجمعيات الأخرى. ( )

د - إعداد وتأهيل العاملين بدور الرعاية. ( )

هـ- تطوير المعدات والآلات. ( )

و - أخرى تذكر . ( )

ملاحظات أخرى ترى إضافتها :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

فهرس قضايا التخطيط والتنمية

م	العنوان	التاريخ
١	دراسة الهيكل الاقليمى للعمالة فى القطاع العام فى جمهورية مصر العربية	ديسمبر ١٩٧٧
٢		
٣	الدراسات التفصيلية لمقومات التنمية الإقليمية بمنطقة جنوب مصر	أبريل ١٩٧٨
٤	دراسة تحليلية لمقومات التنمية الإقليمية بمنطقة جنوب مصر	يوليو ١٩٧٨
٥	دراسة اقتصادية فنية لأفاق صناعة الأسمدة والتنمية الزراعية فى جمهورية مصر العربية حتى عام ١٩٨٥	أبريل ١٩٧٨
٦	التغذية والتنمية الزراعية فى البلاد العربية	أكتوبر ١٩٧٨
٧	تطوير التجارة وميزان المدفوعات ومشكلة تفاقم العجز الخارجى وسلبيات مواجهته (١٩٧٠/٦٩ – ١٩٧٥)	أكتوبر ١٩٧٨
٨	Improving the position of third world countries in the international cotton Economy,	June 1979
٩	دراسة تحليلية لتفسير التضخم فى مصر (١٩٧٠ ١٩٧٦)	أغسطس ١٩٧٩
١٠	حوار حول مصر فى مواجهة القرن الحادى والعشرون	فبراير ١٩٨٠
١١	تطوير أساليب وضع الخطط الخمسية باستخدام نماذج البرمجة الرياضية فى جمهورية مصر العربية	مارس ١٩٨٠
١٢	دراسة تحليلية للنظام الضريبى فى مصر (١٩٧٠/٧١-١٩٧٨)	مارس ١٩٨٠
١٣	تقييم سياسات التجارة الخارجية والنقد الاجنبى وسبل ترشيدها	يوليو ١٩٨٠
١٤	التنمية الزراعية فى مصر ماضيها وحاضرها (ثلاثة أجزاء)	يوليو ١٩٨٠
١٥	A study on Development of Egyptian National fleet/	June 1985
١٦	الأنفاق العام والاستقرار الاقتصادى فى مصر ١٩٧٠ – ١٩٧٩	ابريل ١٩٨١
١٧	الأبعاد الرئيسية لتطوير وتنمية القرى المصرية	يونيو ١٩٨١
١٨	الصناعات الصغيرة والتنمية الصناعية (التطبيق على صناعة الغزل والنسيج فى مصر	يوليو ١٩٨١
١٩	ترشيد الإدارة الاقتصادية للتجارة الخارجية والنقدية الأجنبية	ديسمبر ١٩٨١
٢٠	الصناعات التحويلية فى المصرى. (ثلاثة أجزاء)	أبريل ١٩٨٢
٢١	التنمية الزراعية فى مصر (جزئين)	سبتمبر ١٩٨٢
٢٢	مشاكل إنتاج اللحوم والسياسات المقترحة للتغلب عليها	أكتوبر ١٩٨٣

٢٣	دور القطاع الخاص فى التنمية	نوفمبر ١٩٨٣
٢٤	تطوير معدلات الاستهلاك من السلع الغذائية وأثارها على السياسات الزراعية فى مصر	مارس ١٩٨٥
٢٥	البحيرات الشمالية بين الاستغلال النباتى والاستغلال السمكى	أكتوبر ١٩٨٥
٢٦	تقييم الاتفاقية التوسع التجارى والتعاون الاقتصادى بين مصر والهند ويوغوسلافيا	أكتوبر ١٩٨٥
٢٧	سياسات وإمكانيات تخطيط الصادرات من السلع الزراعية	نوفمبر ١٩٨٥
٢٨	الأنفاق المستقبلية فى صناعة الغزل والنسيج فى مصر	نوفمبر ١٩٨٥
٢٩	دراسة تمهيدية لاستكشاف أفاق الاستثمار الصناعى فى إطار التكامل بين مصر والسودان	نوفمبر ١٩٨٥
٣٠	دراسة تحليلية عن تطوير الاستثمار فى ج.م.ع مع الإشارة للطاقة الاستيعابية للاقتصاد القومى	ديسمبر ١٩٨٥
٣١	دور المؤسسات الوطنية فى تنمية الأساليب الفنية للإنتاج فى مصر (جزئين)	ديسمبر ١٩٨٥
٣٢	حدود وإمكانات مساهمة ضريبية على الدخل الزراعى فى مواجهة مشكلة العجز فى الموازنة العامة للدولة واصلاح هيكل توزيع الدخل القومى	يوليو ١٩٨٦
٣٣	التفاوتات الإقليمية للنمو الاقتصادى والاجتماعى وطرق قياسها فى جمهورية مصر العربية	يوليو ١٩٨٦
٣٤	مدى إمكانية تحقيق اكتفاء ذاتى من القمح	يوليو ١٩٨٦
٣٥	Integrated Methodology for Energy planning in Egypy.	Sep, 1986
٣٦	الملامح الرئيسية للطلب على تملك الاراضى الزراعية الجديدة والسياسات المتصلة باستصلاحها واستزراعها	نوفمبر ١٩٨٦
٣٧	دراسة بعنوان مشكلات صناعة الألبان فى مصر	مارس ١٩٨٨
٣٨	دراسة بعنوان آفاق الاستثمارات العربية ودورها فى خطط التنمية المصرية	مارس ١٩٨٨
٣٩	تقدير الإيجار الاقتصادى للأراضى الزراعية لزراعة المحاصيل الزراعية الحقلية على المستوى الاقليمى لجمهورية مصر العربية عامى ١٩٨٥/٨٠	مارس ١٩٨٨
٤٠	السياسات التسويقية لبعض السلع الزراعية وآثارها الاقتصادية	يونيو ١٩٨٨
٤١	بحث الاستزراع السمكى فى مصر ومحددات تنميته	أكتوبر ١٩٨٨
٤٢	نظم توزيع الغذاء فى مصر بين الترشيد والإلغاء	أكتوبر ١٩٨٨

٤٣	دور الصناعات الصغيرة فى التنمية دراسة استطلاعية لدورها الاستيعاب العمالى	أكتوبر ١٩٨٨
٤٤	دراسة تحليلية لبعض المؤشرات المالية للقطاع العام الصناعى التابع لوزارة الصناعة	أكتوبر ١٩٨٨
٤٥	الجوانب التكاملية وتحليل القطاع الزراعى فى خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية	فبراير ١٩٨٩
٤٦	إمكانيات تطوير الضرائب العقارية لزيادة مساهمتها فى الإيرادات العامة للدول فى مصر	فبراير ١٩٨٩
٤٧	مدى إمكانية تحقيق ذاتى من السكر	سبتمبر ١٩٨٩
٤٨	دراسة تحليلية لاثار السياسات الاقتصادية والمالية والنقدية على تطوير وتنمية القطاع الزراعى	فبراير ١٩٩٠
٤٩	الإنتاجية والأجور والأسعار الوضع الراهن للمعرفة النظرية والتطبيقية مع إشارة خاصة للدراسات السابقة عن مصر	مارس ١٩٩٠
٥٠	المسح الاقتصادى والاجتماعى والعمرانى لمحافظة البحر الأحمر وفرص الاستثمار المتاحة للتنمية	مارس ١٩٩٠
٥١	سياسات إصلاح ميزان المدفوعات المصرية للمرحلة الأولى	مايو ١٩٩٠
٥٢	بحث صناعة السكر وإمكانية تصنيع المعدات الرأسمالية فى مصر	سبتمبر ١٩٩٠
٥٣	بحث الاعتماد على الذات فى مجال الطاقة من منظور تنموى وتكنولوجى	سبتمبر ١٩٩٠
٥٤	التخهطيط الاجتماعى والإنتاجية	أكتوبر ١٩٩٠
٥٥	مستقبل استصلاح الاراضى فى مصر فى ظل محددات الأراضى والمياه والطاقة	أكتوبر ١٩٩٠
٥٦	دراسات تطبيقية لبعض قضايا الإنتاجية فى الاقتصاد المصرى	نوفمبر ١٩٩٠
٥٧	بنوك التنمية الصناعية فى بعض دول مجلس التعاون العربى	نوفمبر ١٩٩٠
٥٨	بعض آفاق التنسيق الصناعى بين دول مجلس التعاون العربى	نوفمبر ١٩٩٠
٥٩	سياسات إصلاح ميزان المدفوعات المصرى(مرحلة ثانية	نوفمبر ١٩٩٠
٦٠	بحث اثر تغيرات سعر الصرف على القطاع الزراعى وانعكاساتها الاقتصادية	ديسمبر ١٩٩٠
٦١	الإمكانيات والأفاق المستقبلية للتكامل الاقتصادى بين دول مجلس التعاون العربى فى ضوء هياكل الإنتاج والتوزيع	يناير ١٩٩١

٦٢	إمكانية التكامل الزراعى بين مجلس التعاون العربى	يناير ١٩٩١
٦٣	دور الصناديق العربية فى تمويل القطاع الزراعى	أبريل ١٩٩١
٦٤	بعض القطاعات الإنتاجية والخدميه بمحافظة مطروح(جزئين) الجزء الأول: القطاعات الإنتاجية	أكتوبر ١٩٩١
٦٥	مستقبل إنتاج الزيوت فى مصر	أكتوبر ١٩٩١
٦٦	الإنتاجية فى الاقتصاد القومى المصرى وسبل تحسينها مع التركيز على قطاع الصناعة (الجزء الأول) الأسس والدراسات النظرية	أكتوبر ١٩٩١
٦٦	الإنتاجية فى الاقتصاد القومى المصرى وسبل تحسينها مع التركيز على قطاع الصناعة (الجزء الثانى) الدراسات التطبيقية	أكتوبر ١٩٩١
٦٧	خلفية ومضمون النظريات الاقتصادية الحالية والمتوقعة بشرق أوروبا. ومحددات انعكاساتها الشاملة على مستقبل التنمية فى مصر والعالم العربى	ديسمبر ١٩٩١
٦٨	ميكنة الأنشطة والخدمات فى مركز التوثيق والنشر	ديسمبر ١٩٩١
٦٩	إدارة الطاقة فى مصر فى ضوء أزمة الخليج وانعكاساتها جوليا وإقليميا ومحليا	يناير ١٩٩٢
٧٠	واقع آفاق التنمية فى محافظات الوادى الجديد	يناير ١٩٩٢
٧١	انعكاسات أزمة الخليج(١٩٩١/٩٠) على الاقتصاد المصرى	يناير ١٩٩٢
٧٢	الوضع الراهن والمستقبلى لاقتصاديات القطن المصرى	مايو ١٩٩٢
٧٣	خبرات التنمية فى الدول الأسيوية حديثة التصنيع واسكانية الاستفادة منها فى مصر	يوليو ١٩٩٢
٧٤	بعض قضايا تنمية الصادرات الصناعية المصرية	سبتمبر ١٩٩٢
٧٥	تطوير مناهج التخطيط وادارة التنمية فى الاقتصاد المصرى فى ضوء المتغيرات الدولية المعاصرة	سبتمبر ١٩٩٢
٧٦	السياسات النقدية فى مصر خلال الثمانينات " المرحلة الاولى" ميكانيكية وفاعلية السياسة النقدية فى الجانب المالى والاقتصادى المصرى	سبتمبر ١٩٩٢
٧٧	التحرير الاقتصادى وقطاع الزراعة	يناير ١٩٩٣
٧٨	احتياجات المرحلة المقبلة للآقتصاد المصرى ونماذج التخطيط واقتراح بناء نموذج اقتصادى قومى للتخطيط التأشيرى المرحلة الاولى	يناير ١٩٩٣
٧٩	بعض قضايا التصنيع فى مصر منظور تنموى تكنولوجى	مايو ١٩٩٣

٨٠	تقويم التعليم الاساسى فى مصر	مايو ١٩٩٣
٨١	الآثار المتوقعة لتحرير سوق النقد الاجنبى على بعض مكونات ميزان المدفوعات المصرى	مايو ١٩٩٣
٨٢	He Current development in the methodology and applications of operations research obstacles and prospects in developing countries	Nov 1993
٨٣	الآثار البيئية الزراعية	نوفمبر ١٩٩٣
٨٤	تقييم البرامج للنهوض بالإنتاجية الزراعية	ديسمبر ١٩٩٣
٨٥	اثر قيام السوق الأوربية المشتركة على مصر والمنطقة	يناير ١٩٩٤
٨٦	مشروع إنشاء قاعدة بيانات الأنشطة البحثية بمعهد التخطيط القومى " المرحلة الاولى"	يونيو ١٩٩٤
٨٧	الكوارث الطبيعية وتخطيط الخدمات فى ج.م.ع (دراسة ميدانية عن زلزال أكتوبر ١٩٩٢ فى مدينة السلام)	سبتمبر ١٩٩٤
٨٨	تحرير القطاع الصناعى العام فى مصر فى ظل المتغيرات المحلية والعالمية	سبتمبر ١٩٩٤
٨٩	استشراف بعض الآثار المتوقعة لسياسة الإصلاح الاقتصادى بمصر (مجلدان)	سبتمبر ١٩٩٤
٩٠	واقع التعليم الاعدادى وكيفية تطويره	نوفمبر ١٩٩٤
٩١	تجربة تشغيل الخريجين بالمشروعات الزراعية وافق تطويرها	ديسمبر ١٩٩٤
٩٢	دور الدولة فى القطاع الزراعى فى مرحلة التحرير الاقتصادى	ديسمبر ١٩٩٤
٩٣	الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية لتحرير القطاع الصناعى المصرى فى ظل الإصلاح الأقتصادى	يناير ١٩٩٥
٩٤	مشروع انشاء قاعدة بيانات الانشطة البحثية بمعهد التخطيط القومى (المرحلة الثانية)	فبراير ١٩٩٥
٩٥	السياسات القطاعية فى ظل التكيف الهيكلى	أبريل ١٩٩٥
٩٦	الموازنة العامة للدولة فى ضوء سياسة الإصلاح الاقتصادى	يونية ١٩٩٥
٩٧	المستجدات العالمية (الجات وأوروبا الموحدة) وتأثيراتها على تدفقات رؤوس الأموال والعمالة والتجارة السلعية والخدمية (دراسة حالة مصر)	أغسطس ١٩٩٥
٩٨	تقييم البدائل الإجرائية لتوسع قاعدة الملكية فى قطاع الأعمال العام	يناير ١٩٩٦
٩٩	أثر التكتلات الأقتصادية الدولية على قطاع الزراعى	يناير ١٩٩٦
١٠٠	مشروع إنشاء قاعدة بيانات الأنشطة البحثية بمعهد التخطيط القومى (المرحلة الثالثة)	مايو ١٩٩٦

١٠١	دراسة تحليلية مقارنة لواقع القطاعات الإنتاجية والخدمية بمحافظات الحدود	مايو ١٩٩٦
١٠٢	التعليم الثانوى فى مصر: واقعة ومشاكله واتجاهات تطويره	مايو ١٩٩٦
١٠٣	التنمية الريفية ومستقبل القرية المصرية: المتطلبات والسياسات	سبتمبر ١٩٩٦
١٠٤	دور المناطق الحرة فى تنمية الصادرات	أكتوبر ١٩٩٦
١٠٥	تطوير أساليب وقواعد المعلومات فى إدارة الأزمات المهددة لأطراد التنمية (المرحلة الأولى)	نوفمبر ١٩٩٦
١٠٦	المنظمات غير الحكومية والتنمية فى مصر (دراسة حالات)	ديسمبر ١٩٩٦
١٠٧	الابعاد البيئية المستدامة فى مصر	ديسمبر ١٩٩٦
١٠٨	التغيرات الهيكلية فى مؤسسات التمويل الزراعى: مصادر ومستقبل التمويل الزراعى فى مصر	مارس ١٩٩٧
١٠٩	التغيرات الهيكلية فى مؤسسات التمويل الزراعى ومصادر ومستقبل التمويل الزراعى فى مصر	أغسطس ١٩٩٧
١١٠	ملامح الصناعة المصرية فى ظل العوامل الرئيسية المؤثرة فى مطلع القرن الحادى والعشرين	ديسمبر ١٩٩٧
١١١	آفاق التصنيع وتدعيم الأنشطة غير المزرعية من اجل تنمية ريفية مستدامة فى مصر	فبراير ١٩٩٨
١١٢	الزراعة المصرية والسياسية الزراعية فى اطار نظام السوق الحرة	فبراير ١٩٩٨
١١٣	الزراعة المسرية فى مواجهة القرن الواحد والعشرين	فبراير ١٩٩٨
١١٤	التعاون بين الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	مايو ١٩٩٨
١١٥	تطوير أساليب وقواعد المعلومات فى إدارة الأزمات المهددة بطرد التنمية (المرحلة الثالثة)	يونيو ١٩٩٨
١١٦	حول أهم التحديات الاجتماعية فى مواجهة القرن٢١	يونية ١٩٩٨
١١٧	محددات الطاقة الادخارية فى مصر دراسة نظرية وتطبيقية	يونية ١٩٩٨
١١٨	تصور حول تطوير نظام المعلومات الزراعية	يوليو ١٩٩٨
١١٩	التوقعات المستقبلية لإمكانيات الاستصلاح والاستزراع بجنوب الوادى	سبتمبر ١٩٩٨
١٢٠	استراتيجية استغلال البعد الحيزى فى مصر فى ظل الاصلاح الاقتصادى	ديسمبر ١٩٩٨
١٢١	حولت الى مذكرة خارجية رقم (١٦٠١)	ديسمبر ١٩٩٨

١٢٢	Artificial Neural Networks Usage For Underground Water storage & River Nile in Toshoku Area	ديسمبر ١٩٩٨
١٢٣	بناء وتطبيق نموذج متعدد القطاعات للتخطيط التأشيرى فى مصر	ديسمبر ١٩٩٨
١٢٤	اقتصاديات القطاع السياحى فى مصر وانعكاساتها على الاقتصاد القومى	ديسمبر١٩٩٨
١٢٥	تحديات التنمية الراهنة فى بعض محافظات جنوب مصر	فبراير ١٩٩٩
١٢٦	الآفاق والإمكانيات التكنولوجية فى الزراعة المصرية	سبتمبر ١٩٩٩
١٢٧	ادارة التجارة الخارجية فى ظل سياسات التحرير الاقتصادى	سبتمبر ١٩٩٩
١٢٨	قواعد ونظم معلومات التفاوض فى المجالات المختلفة	سبتمبر ١٩٩٩
١٢٩	اتجاهات تطوير نموذج لاختيار السياسات الاقتصادية للاقتصاد المصرى	يناير ٢٠٠٠
١٣٠	دراسة الفجوة النوعية لقوة العمل فى محافظات مصر وتطورها خلال الفترة ١٩٨٦-١٩٩٦	يناير ٢٠٠٠
١٣١	التعليم الفنى وتحديات القرن الحادى والعشرون	يناير ٢٠٠٠
١٣٢	أنماط الاستيطان فى منطقة جنوب الوادى " توشكى "	يونيو ٢٠٠٠
١٣٣	فرص ومجالات التعاون بين مصر ومجموعات دول الكوميسا	يونيو ٢٠٠٠
١٣٤	الإعاقة والتنمية فى مصر	يونيو ٢٠٠٠
١٣٥	تقويم رياض الأطفال فى القاهرة الكبرى	يناير ٢٠٠١
١٣٦	الجمعيات الأهلية وآوليات التنمية بمحافظات جمهورية مصر العربية	يناير ٢٠٠١
١٣٧	آفاق ومستقبل التعاون الزراعى فى المرحلة القادمة	يناير ٢٠٠١
١٣٨	تقويم التعليم الصحى الفنى فى مصر	يناير ٢٠٠١
١٣٩	منهجية جديدة للإستخدام الأمثل للمياه فى مصر مع التركيز على مياه الرى الزراعى مرحلة أولى	يناير ٢٠٠١
١٤٠	التعاون الإقتصادى المصرى الدولى _ دراسة بعض حالات الشراكه	يناير ٢٠٠١
١٤١	تصنيف وترتيب المدن المصرية(حسب بيانات تعداد ١٩٩٦)	يناير ٢٠٠١
١٤٢	الميزة النسبية ومعدلات الحماية للبعض من السلع الزراعية والصناعية	يناير ٢٠٠١
١٤٣	سبل تنمية الصادرات من الخضر	ديسمبر ٢٠٠١
١٤٤	تحديد الاحتياجات التدريبية لمعلمى المرحلة الثانوية	ديسمبر ٢٠٠١
١٤٥	التخطيط بالمشاركة بين المخططين والجمعيات الأهلية على المستويين المركزى والمحافظات	فبراير ٢٠٠٢

١٤٦	اثـــر الـــبعد المؤسســـى والمعوقـــات الإدارية والتسويق على تنمية الصادرات الصناعية المصرية	مارس ٢٠٠٢
١٤٧	قياس استجابة مجتمع المنتجين الزراعيين للسياسات الزراعية	مارس ٢٠٠٢
١٤٨	تطوير منهجية جديدة لحساب الاستخدام الأمثل للمياه فى مصر (مرحلة ثانية)	مارس ٢٠٠٢
١٤٩	رؤيـــة مستقبلية لعلاقات ودوائر التعاون الإقتصادى المصرى الخارجى" الجزء الأول" حلفية أساسية "	مارس ٢٠٠٢
١٥٠	المشـــاركة الشـــعبية ودورها فى تعاظم أهداف خطط التنمية المعاصرة المحلية الريفية والحضرية	ابريل ٢٠٠٢
١٥١	تقدير مصفوفة حسابات اجتماعية للإقتصاد المصرى عام ١٩٩٨ – ١٩٩٩	أبريل ٢٠٠٢
١٥٢	الأشـــكال التنظيمـــية وصيغ وأليات تفعيل المشاركة فى عمليات التخطيط على مستوى القطاع الزراعى	يوليو ٢٠٠٢
١٥٣	نحو استراتيجية للاستفادة من التجارة الإلكترونية فى مصر	يوليو ٢٠٠٢
١٥٤	صناعة الأغذية والمنتجات الجلدية فى مصر (الواقع والمستقبل	يوليو ٢٠٠٢
١٥٥	تقديـــر الاحتـــياجات التمويلية لتطوير التعليم ما قبل الجامعى وفقا لاستراتيجية متعددة الأبعاد	يوليو ٢٠٠٢
١٥٦	الاحتـــياجات العملـــية والاســـتراتيجية للمـــرأة المرية وأولوياتها على مستوى المحافظات	يوليو ٢٠٠٢
١٥٧	موقف مصر فى التجمعات الإقليمية	يوليو ٢٠٠٢
١٥٨	إدارة الدين العام المحلى وتمويل الاستثمارات العامة فى مصر	يوليو ٢٠٠٢
١٥٩	التأمين الصحى فى واقع النظام الصحى المعاصر	يوليو ٢٠٠٢
١٦٠	تطبيق الشبكات العصبية فى قطاع الزراعة	يوليو ٢٠٠٢
١٦١	الإنـــتاج والصـــادرات المصـــرية مـــن مجمـــدات وعصائر الخضر والفاكهة ومقترحات زيادة القدرة التنافسية لها بالأسواق المحلية والعالمية	يوليو ٢٠٠٢
١٦٢	تقسيم مصر إلى أقاليم تخطيطية	يناير ٢٠٠٣
١٦٣	تقييم وتحسين أداء بعض المرافق " مياه الشرب والصرف الصحى"	يوليو ٢٠٠٣
١٦٤	تصورات حول خصخصة بعض مرافق الخدمات العامة	يوليو ٢٠٠٣
١٦٥	تحديد الاحتياجات التمويلية للتعليم العالى " دراسة نظرية تحليلية ميدانية "	يوليو ٢٠٠٣

١٦٦	دراسة أهمية الآثار البيئية للأنشطة السياحة فى محافظة البحر الأحمر " بالتركيز على مدينة الغردقة"	يوليو ٢٠٠٣
١٦٧	العوامل المحددة للنمو الاقتصادى فى الفكر النظرى وواقع الاقتصاد المصرى	يوليو ٢٠٠٣
١٦٨	العدالة فى توزيع ثمار التنمية فى بعض المجالات الاقتصادية والاجتماعية فى محافظات مصر " دراسة تحليلية"	يوليو ٢٠٠٣
١٦٩	تقييم وتحسين جودة أداء بعض الخدمات العامة لقطاعى التعليم والصحة باستخدام شبكات الأعمال	يوليو ٢٠٠٣
١٧٠	دراسة الأسواق الخارجية وسبل النفاذ اليها	يوليو ٢٠٠٣
١٧١	أولويات الاستثمار فى قطاع الزراعة	يوليو ٢٠٠٣
١٧٢	دراسة ميدانية للمشاكل والمعوقات التى تواجه صناعة الأحذية الجديدة فى مصر " التطبيق على محافظة القاهرة ومدينة العاشر من رمضان"	يوليو ٢٠٠٣
١٧٣	قضية التشغيل والبطالة على المستوى العالمى والقومى والمحلى	يوليو ٢٠٠٣
١٧٤	بناء وتنمية القدرات البشرية المصرية " القضايا والمعوقات الحاكمة"	يوليو ٢٠٠٣
١٧٥	بناء قواعد التقدم التكنولوجى فى الصناعة المصرية من منظور مداخل التنافسية والتشغيل والتركيب القطاعى	يوليو ٢٠٠٤
١٧٦	استراتيجية قومية مقترحة للإدارة المتكاملة للمخلفات الخطرة فى مصر	يوليو ٢٠٠٤
١٧٧	تحسين الجودة الشاملة لبعض مجالات اقطاع الصحى	يوليو ٢٠٠٤
١٧٨	مخاطر الأسواق الدولية للسلع الغذائية للسلع الغذائية الاستراتيجية وإمكانيات وسياسات وأدوات مواجهتها	يوليو ٢٠٠٤
١٧٩	إمكانيات وأثار قيام منطقة حره بين مصر والولايات المتحدة الأمريكية والمناطق الصناعية المؤهلة (ودروس مستفادة للاقتصاد المصرى)	يوليو ٢٠٠٤
١٨٠	نحو هواء نظيف لمدينة عملاقة	يوليو ٢٠٠٤
١٨١	تحديد الاحتياجات بقاعات الصرف – التعليم ما قبل الجامعى – التعليم العالى (عدد خاص)	يوليو ٢٠٠٤
١٨٢	تحديد الاحتياجات بقطاعى الصرف الصحى والطرق والكبارى لمواجهة العشوائيات(عدد خاص)	يوليو ٢٠٠٤
١٨٣	خصائص ومتغيرات السوق المصرى _ دراسة تحليلية لبعض الأسواق المصرية الجزء الأول " الإطار النظرى والتحليلى "	يناير ٢٠٠٥

١٨٤	خصائص ومتغيرات السوق المصرى (دراسة تحليلية لبعض الأسواق المصرية) الجزء الثانى: الإطار التطبيقى " سوق الخدمات التعليمية – سوق الخدمات السياحة – سوق البرمجيات"	يناير ٢٠٠٥
١٨٥	خصائص ومتغيرات السوق المصرى (دراسة تحليلية لبعض الأسواق المصرية الجزء الثالث: الإطار التطبيقى " بوق الأدوية – سوق السلع الغذائية والزراعية – سوق حديد التسليح والأسمنت"	يناير ٢٠٠٥
١٨٦	الملكية الفكرية والتنمية فى مصر	أغسطس ٢٠٠٥
١٨٧	تقدير الطلب على العمالة – قوة العمل – البطالة فى ظل سيناريوهات بديلة	يونية ٢٠٠٦
١٨٨	الحاسبات الإقليمية كمدخل للامركزية المالية	يونية ٢٠٠٦
١٨٩	المعاشات والتأمينات فى جمهورية مصر العربية (الواقع وإمكانيات التطوير)	يونيه ٢٠٠٦
١٩٠	بعض القضايا المتصلة بالصادرات(دراسة حالة الصناعات الكيماوية)	يونيه ٢٠٠٦
١٩١	مشروع تنمية جنوب الوادى " توشكى " بين الأهداف والإنجازات	يونية ٢٠٠٦
١٩٢	اللامركزية كمدخل لمواجهة بعض القضايا البيئية فى مصر (التوزيع الاقليمى للاستثمارات الحكومية وارتباطها ببعض قضايا البيئة)	يونية ٢٠٠٦
١٩٣	نحو تطبيق نظام الإدارة البيئية (الأيزو ١٤٠٠٠) " على معهد التخطيط القومى" كنموذج لمؤسسة بحثية حكومية	يونية ٢٠٠٦
١٩٤	تكاليف تحقيق أهداف الألفية الثالثة بمصر	يونية ٢٠٠٦
١٩٥	السوق المصرية للغزل	يونية ٢٠٠٦
١٩٦	المعايير البيئية والقدرة التنافسية للصادرات المصرية	أغسطس ٢٠٠٧
١٩٧	استخدام أسلوب البرمجة الخطية والنقل فى البرمجة الرياضية لحل مشاكل الإنتاج والمخزون	أغسطس ٢٠٠٧
١٩٨	تقييم موقف مصر فى بعض الاتفاقيات الثنائية	أغسطس ٢٠٠٧
١٩٩	التضخم فى مصر بحث فى أسباب التضخم ، وتقييم مؤشراته، وجدوى استهدافه مع أسلوب مقترح باتجاهاته	أغسطس٢٠٠٧
٢٠٠	سبل تنمية مصادر الإنتاج الحيوانى فى ضوء الآثار الناجمة عن مرض أنفلونزا الطيور فى مصر	أغسطس ٢٠٠٧
٢٠١	مستقبل التنمية فى محافظات الحدود (مع التطبيق على سيناء)	أغسطس ٢٠٠٧
٢٠٢	سياسات إدارة الطاقة فى مصر فى ظل المتغيرات المحلية والإقليمية والعالمية	أغسطس ٢٠٠٧
٢٠٣	جدوى إعادة هيكلة قطاع التأمين دراسة تحليلية ميدانية	أكتوبر ٢٠٠٧

٢٠٤	حول تقدير الاحتياجات لأهم خدمات رعاية المسنين (بالتركيز على محافظة القاهرة)	أكتوبر ٢٠٠٧

أقوياء وضعفاء ، ورعاية المسن ، والعاجز ، والصغير مسئولية يشترك فيها كل أعضاء الأسرة .

فالأسرة بالدول النامية – غالباً – أسرة تحافظ على الروابط الاجتماعية وتتحدد فيها مسئوليات لكل فرد ، وتولد شعوراً لدى المسنين بأنهم موضع للإحترام والتقدير والخبرة .

والأسرة هى المصدر الأساسى الذى يقوم برعاية المسنين ودعم المسنين فى معظم البلدان النامية .

ولكن مع التغيرات الإجتماعية والإقتصادية التى تمر بها الدول النامية ، تغيرت العلاقات الأسرية ، حيث ساهمت الآثار السلبية للهجرة والتحضر والتحديث والتصنيع وضياع الهوية الثقافية فى تهديد إستقرار القيم التى تضمن إستمرار بقاء المسنين فى إطار نظام أسرى يقوم على التكامل بين فئات الأعمار .

وفى ضوء هذه التطورات أصبح من الضرورى البحث عن بديل يقوم برعاية المسنين ، مع التأكيد على أهمية تدعيم دور الأسرة عن طريق زيادة مواردها الإقتصادية وتقديم الدعم المالى وتأهيل وتثقيف أفراد الأسرة لحفزهم على مواصلة رعاية المسنين .

نظراً لنقص الموارد المادية والفنية فى البلدان النامية ، فإن الإستمرار فى دعم الرعاية الأسرية للمسنين هو الإختيار المناسب لتقديم الخدمات وإيصالها للمسن بدلاً من إنشاء دور الرعاية تتطلب نفقات لا تقدر عليها موازنات تلك الدول .

وضع المسن فى مؤسسة إجتماعية :

إن أشد ما يؤلم المسن ، وخاصة من يتمتعون بقدرات عقلية عالية أو الذين لهم خبرة فى الحياة أن يوضعوا فى مؤسسات إجتماعية لرعايتهم وأيا كانت الأسباب الدافعة إلى إيداعهم بالمؤسسات الاجتماعية . إلا أن كثير من إحتياجاتهم يمكن أن توفرها أسرهم .. إذ أن كل ما يحتاجه المسن لبقائه هو فقط الشعور بحب الأبناء والإهتمام والنظرة الحانية عليهم بصرف النظر عن المساعدة المادية .. أو الإيداع فى مؤسسة تنعدم فيها العلاقات الأسرية الحميمة .

إن أكثر ما يسبب الحزن للمسن فى المؤسسات الإجتماعية حتى لو كانت تلبى كل الإحتياجات المطلوبة فقدان حنان الأبناء الذين قضى معهم المسن أجمل أيام حياته وإفتقاد دفء وحنان الأسرة وسعادة الأبناء والأحفاد والمشاركة الوجدانية حتى فى أحزانهم .

الجزء الثانى : أساليب ومنهجية تقدير إحتياجات المسنين

١ - مظاهر وفعاليات الشيخوخة ٠

٢ - مفهوم الدراسة ٠

- المسن ٠
- تقدير الإحتياجات / المفهوم والمنهجية ٠

٣ - إحتياجات المسنين ورعايتهم ٠

- الحاجات الإنسانية ٠
- مشكلات إحتياجات المسنين ٠

١ - مظاهر وفعاليات الشيخوخة :

تناول ومعالجة مظاهر وفعاليات الشيخوخة يستند الى أربعة منطلقات هى :-

- أن الشيخوخة ليست كلها ضعف ولا هى كلها قوة .
- الشيخوخة حالة نفسية ، قبل أن تكون حالة عضوية ، ومن ثم ينبغى الاعتماد على معيار الزمن .
- إذا ضعفت الملذات الجسدية للمسن ، فإن الملذات الفكرية والروحية تقوى .
- من أجل اعتماد المسن كموجود له قيمة فينبغى تفعيل حياة المسن وتمكينه من قدراته الإبداعية .

وبخصوص مظاهر الشيخوخة فيمكن تصنيفها الى ثلاثة أقسام :-

- المظهر الفيزيقى (فسيولوجى وسيوسولوجى) ٠
- المظهر العقلى النفسى ٠
- المظهر الاجتماعى ٠

يتعلق المظهر الفيزيقى بالمتطلبات والضروريات المختلفة والمحيطة للمسن ، قدراته الحركية تتناقص ٠٠ يشعر بعض المسنين بالإنزعاج عند القيام بأى حركة ، كما تصعب عمليه التنفس ٠٠ وتضعف المناعة .

فى حين يتعرض المسن للإصابة فى الخلايا الدماغية حيث تتناقص هذه الخلايا مع تقدم العمر ، هذا من حيث المظهر العقلى ، أما فيما يتعلق بالحياة العاطفية فإن المسن قد يصاب عاطفيا بسبب غياب آليات الدفاع .

بعد ذلك تأتى الحاجات الاجتماعية وتنقسم الى :-

- حاجات إنتمائية
- حاجات المحبة والمودة
- الحاجة الى الأصدقاء
- الحاجة الى الزوجة .. الأبناء

ولإشباع تلك الحاجات يسلك الفرد المسالك التالية :-

- بذل قصارى الجهد لتحقيق المهام .
- إنجاز ما يوكل من عمل بسرعة .
- محاولة التفوق ، وإظهار الاستقلال
- تبذل الجهود للسيطرة على الغير

ثم يأتى بعد ذلك حاجات التقدير ، حيث توجد الرغبة الى تقدير النفس (الذات) والرغبة فى تقدير الآخر ، وينتج عن ذلك إحساس المسن بالثقة فى النفس والتفوق والمقدرة والكفاءة .

وأخيرا تأتى حاجات تحقيق الذات ، وترتبط هذه الحاجات ، مجموعة من الدوافع الخاصة بحاجة الانسان الى تحقيق الصورة التى يتخيلها لنفسه .

ومما تجدر ملاحظة على "مدرج ماسلو" مايلى :-

- الإنسان لا ينتقل من إشباع حاجة منخفضة لحاجة أعلى .
- الانسان قد يشبع حاجاته لإثبات ذاته قبل إشباعه للحاجات الاجتماعية مثلا .
- الحاجات لا تأخذ أدوار متساوية ، وأن عملية الإشباع عملية نسبية تختلف من فرد لآخر .
- يتوقف إشباع الحاجات بدرجة كبيرة على العرض المتاح والوسائل .
- يعتبر الزمن عاملاً هاماً فى عملية إشباع الحاجات ، (سعد جلال ١٩٩٣)

إحتياجات المسنين :

يمكن تقسيم احتياجات المسنين الى :-

- احتياجات مادية وبيولوجية
- احتياجات اجتماعية
- احتياجات اقتصادية
- احتياجات ثقافية
- احتياجات ترويحية

الثالث: رعاية الشيوخ :

وهى تقدم تحت إشراف طبيب متخصص ، يعمل عادة كعضو ضمن فريق متعدد التخصصات. قد يعتقد البعض أن أغلب المسنين هم معاقين وعالة على الأسرة والمجتمع ، ولكن فى حقيقة الأمر أن التقدم فى السن لا يعنى الإحتياج دائماً إلى الرعاية المتخصصة بطب المسنين ، وبناءً على ذلك فإن الرعاية الصحية للمسنين يمكن أن تقدم فى إطار الرعاية الصحية الأولية والتى تعتمد فى جوهرها على الوقاية من الإصابة بالأمراض أو مضاعفاتها.

إن الإعتماد على توفير طرق وأساليب الرعاية الصحية الأولية للمسنين يوفر الكثير من النفقات فى حال الإعتماد على طرق وأساليب الرعاية العلاجية باهظة التكاليف.

ففى الرعاية الصحية الأولية لرعاية المسنين يكون الإعتماد على أفراد مهنيين وفنيين خاصة الممرضات حيث تستطيع الممرضات الإندماج فى المجتمع من خلال عملها بعيادات الأمومة والطفولة أو مراكز الصحة الإنجابية ، وبهذا الإندماج فى المجتمع تستطيع أن تصل إلى المسن وتقدم له الرعاية الصحية المناسبة خاصة إذا ما تم تدريبهن وتوجيههن ورفع قدراتهن ومهارتهن وزيادة معارفهن نحو إستخدام الوسائل المناسبة لرعاية المسنين وأيضاً التعرف على حاجات المسنين ويمكن أن يكون ذلك أثناء التدريب على برامج الرعاية الصحية الأولية.

ومن الضرورى فى هذا الصدد تصميم سجلات للحالة الصحية لكل مسن حتى يمكن التعرف على تطور الإصابة بالأمراض لوضع خطط مواجهتها والتقليل قدر الإمكان من المضاعفات. وتفيد تلك السجلات فى الكشف المبكر عن الإصابة بالأمراض مما يعطى الفرصة للوقاية منها ، وهذا يتطلب سجلاً واضحاً عن حالة الوظائف الأساسية عند المسن ، أيضاً تسجيل تاريخ بعض المتغيرات الأساسية (ضغط الدم ، الرؤية ، السمع ، طريقة السير ، أنشطة الحياة اليومية ، الأداء المتعلق بالمعرفة) لإستخلاص المعلومات المفيدة والتى تشير إلى أى تغير يحدث فى وظائف الفرد. وبناءً على تقييم المعلومات المستخلصة من تلك السجلات يمكن تحديد الخطط العلاجية أو التأهيلية مع تشجيع المسن على ضرورة إستخدام موارده وطاقاته العقلية والجسمانية وتوجيهها نحو طريق الشفاء.