البحوث والدراسات

تقويم فعالية خدمات رعاية المسنين بالمجتمع الكويتي (دراسة ميدانية)

سعود فارس الجوير
وزارة الداخلية – دولة الكويت

الملخص:

تهدف الدراسة إلى تقويم خدمات دار رعاية المسنين لتحديد مدى مساهمتها في إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم مع التركيز على الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين والتعرف على المشكلات والصعوبات التي تؤثر سلباً في فعالية الخدمات وكفاءة الدار في القيام بوظائفها.

وقد تناولت الدراسة في إطارها النظري مفهوم المسنين وخصائصهم وسماتهم واحتياجاتهم ومشكلاتهم ورعايتهم في المجتمع الكويتي فضلاً عن نماذج تقويم فعالية خدمات وبرامج رعاية المسنين.

نوع الدراسة تقويمية ومنهجها المستخدم المسح الاجتماعي بطريقتي العينة والحصر الشامل للتخصصات المهنية.

واستخدمت الدراسة أدوات جمع البيانات باستمارة استبانة للتخصصات المهنية العاملة بدار المسنين واستمارة استبانة للمسنين المستفيدين من خدماتها وقد أثبتت نتائج الدراسة صحة فروضها وتوصلت إلى إطار تصوري مقترح لزيادة فعالية خدمامت الدار وزيادة مقدرتها في التغلب على الصعوبات التي تواجهها بما يساهم في تطوير وتحقيق أهدافها.

أولاً – تمهيد في مشكلة الدراسة:

من البديهي أن على أي مجتمع يود أن يساير ركب التقدم أن يوجه اهتمامه إلى الموارد البشرية بجانب الموارد المالية، وهذه الموارد تتمثل في

– تم تسليم البحث في يونيو ٢٠٠١، وأجيز للنشر في أبريل ٢٠٠٢.

قدرات وإمكانات وخبرات أفراده، ولذا كنا ننادي دائماً بالاهتمام بالنشء والشباب والموهوبين، فجدير بنا ألا ننسى من قدموا لنا في شبابهم خدمات في مختلف المجالات وما لديهم من خبرات تمثل ثروة لا يستهان بها وما يمكن أن يقدموه في إعداد النشء الذين هم أمل المستقبل.

وإهمال هذه الفئة العمرية يمثل مفقوداً بشرياً قد يفوق في خطورته وأبعاده المفقود في الموارد المادية، فإذا كان فقدان الموارد المادية يشكل مأساة لكل المجتمعات البشرية إلا أن المفقود البشري أشد خطورة على تلك المجتمعات.

وقد خصصت الأمم المتحدة عام ١٩٨٢ عاماً دولياً للمسنين في محاولة لإثارة اهتمام الدول بهذا الموضوع وعلى هذا الأساس ينبغي الاهتمام بالشيخوخة من النواحي النفسية والاجتماعية والبيولوجية والتعامل معها باعتبارها مرحلة من مراحل العمر الإنساني كغيرها من المراحل التي سبقتها، خاصة أن إهمال تلك الفئة قد ينعكس على أنماط شخصيات المسنين ويعرضهم لتوترات نفسية تؤثر فيهم من جهة وفيمن حولهم من جهة أخرى.

وتحظى قضايا واحتياجات المسنين بالاهتمام العالمي والمحلي نظراً لما يمثله كبار السن من نسبة متزايدة من سكان العالم بعد الحرب العالمية الثانية حيث كان لتحسين مستوى المعيشة، والتقدم في النواحي الطبية والتحكم في الأمراض وعلاجها، وتحسين مستوى الغذاء أثره في إطالة معدل أعمار الإنسان، مما انعكس على زيادة أعداد المسنين على مستوى العالم كله (١- ص٢).

وإذا استوضحنا هذا بالأرقام سنجد أن عدد مسني العالم يزيد شهرياً بحوالي مليون شخص، وطبقاً لتقدير الأمم المتحدة لأعداد المسنين في العالم في عام ١٩٥٠ كان عدد المسنين في العالم ٢٠٢,٣١٠ مليون مسناً

ونسبتهم ٨,٠٤٪ من سكان العالم وفي عام ١٩٩٠ كان عدد المسنين في العالم ٤٨٤,٧٢٢ مليون مسناً ونسبتهم ٩,٢٤٪ من سكان العالم وفي عام ٢٠٢٠ من المتوقع أن يصبح عدد مسنين العالم ١,٠١١,٥٩٩ مسناً ونسبتهم ستكون ١٢,٩٣٪ من سكان العالم.

أما أعداد المسنين على مستوى أوروبا فكانت في عام ١٩٥٠ (١١,٩٨٨) مليون مسناً ونسبتهم ١١,٠٤٪ من مسني العالم وفي عام ١٩٩٠ كان عدد المسنين في أوروبا (٢٥,٥١١) مليون مسناً ونسبتهم ١٧,٥١٪ من مسني العالم وفي عام ٢٠٢٠ من المتوقع أن يصبح عدد المسنين في أوروبا (٣٥,٤١١) مليون مسناً ونسبتهم ستصبح ٢٢,٣٨٪ من مسني العالم (٢ – ص٢٠).

وإذا انتقلنا إلى الدول النامية كما أشير في خطة فينا الدولية للمسنين فإن التزايد في أعداد المسنين كان واضحاً ففي عام ١٩٧٥ كان المسنون في الدول النامية يمثلون ٥٢٪ من مسني العالم وفي عام ١٩٨٥ كانوا يمثلون ٥٦,٥٪ من مسني العالم وحتى سنة ٢٠٢٥ من المتوقع أن تصبح النسبة ٧١,٩٪ من المسنين في العالم (٣ – ص١).

وفي المجتمع الكويتي توضح تعدادات السكان أن أعداد المسنين في تزايد حيث كانوا في تعداد ١٩٧٥ (٣٩,٧٠٧) نسمة، وفي تعداد ١٩٨٥ وصل إلى (٦٣,٣٥٠) نسمة، وفي تعداد ١٩٩٥ وصل إلى (٨٥,٦٧٤) نسمة، والجدول التالي يوضح توزيع المسنين بالمجتمع الكويتي حسب فئات العمر والنوع والجنسية (تعداد ١٩٧٥، ١٩٨٥، ١٩٩٥) (٤ ص ٣٠).

الجنسية	١٩٧٥			١٩٨٥			١٩٩٥		
فئات العمر	كويتي	غ.كويتي	جملة	كويتي	غ.كويتي	جملة	كويتي	غ.كويتي	جملة
ذكور ٥٥ – ٥٩	٤٠٩٤	٣٩٩٠	٨٠٨٤	٥١١٤	١٣١٢٣	١٨٢٣٧	٧٨٦١	١٩٥٥٣	٢٧٤١٤
إناث	٣٦٨٧	١٩٥٢	٥٦٣٩	٣٣٧٦	٥٧١٠	٩٠٨٦	٧٥٧٠	٤٥٠٢	١٢٠٧٢
جملة	٧٧٨١	٥٩٤٢	١٣٧٢٣	٨٤٩٠	١٨٨٣٣	٢٧٣٢٣	١٥٤٣١	٢٤٠٥٥	٣٩٤٨٦
ذكور ٦٠ – ٦٤	٩٠٣٢	٤١٣٥	١٣١٦٧	٣٤٦٠	٥٥٨٠	٩٠٤٠	٥٢٤٧	٧٨٣٣	١٣٠٨٠
إناث	٨٨٤٦	٣٩٧١	١٢٨١٧	٢٤٣٤	٣٦٩٧	٦١٣١	٥٣٧٤	٢٥٤٣	٧٩١٧
جملة	١٧٨٧٨	٨١٠٦	٢٥٩٨٤	٥٨٩٤	٩٢٧٧	١٥١٧١	١٠٦٢١	١٠٣٧٦	٢٠٩٩٧
ذكور ٦٥ فأكثر				٦١٧٥	٤٤٧٤	١٠٦٤٩	٨٧٨٩	٤٥١٠	١٣٢٩٩
إناث				٣٨٨٩	٦٣١٨	١٠٢٠٧	٨٢٥٤	٣٤١٩	١١٦٧٣
جملة				١٠٠٦٤	١٠٧٩٢	٢٠٨٥٦	١٧٠٤٣	٧٩٢٩	٢٤٩٧٢
إجمالي الذكور	١٣١٢٦	٨١٢٥	٢١٢٥١	١٤٧٤٩	٢٣١٧٧	٣٧٩٢٦	٣٧٤٥٥	٥٠٦٦١	٨٨١١٦
إجمالي الإناث	١٢٥٣٣	٥٩٢٣	١٨٤٥٦	٩٦٩٩	١٥٧٢٥	٢٥٤٢٤	٣١٦٩٢	٢٦١٣٠	٥٧٨٢٢
الإجمالي العام	٢٥٦٥٩	١٤٠٤٨	٣٩٧٠٧	٢٤٤٤٨	٣٨٩٠٢	٦٣٣٥٠	٤٦٦٣٧	٣٩٠٣٧	٨٥٦٧٤

عام ١٩٧٥ فئة العمر (٦٠) فأكثر.

كما أن الجدول التالي يوضح التوزيع المتوقع للمسنين بالمجتمع الكويتي حسب فئات العمر للكويتيين فقط.

الكويتيين فقط						
فئات العمر	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١٥	٢٠٢٠	٢٠٢٥
ذكور ٥٥ – ٥٩	٧٦٧٠	٨٢٢٦	١١٧٢٦	١٥٥٧٠	٢١٥٢٠	٢٦٤٩٢
إناث	٩٣٥٣	١١٩٩٣	١٥٣٢٨	١٩٩٧٢	٢٤٣٢٦	٢٨٧٦٤
جملة	١٧٠٢٣	٢٠٢١٩	٢٧٠٥٤	٣٥٥٤٢	٤٥٨٤٦	٥٥٢٥٦
ذكور ٦٠ – ٦٤	٦٩٩٥	٧٠٩٠	٧٦٨٣	١١٠٦١	١٤٨١٨	٢٠٦٥٨
إناث	٧٠٩٩	٨٩١١	١١٥٢٩	١٤٨٤٢	١٩٤٤٩	٢٣٨٢١
جملة	١٤٠٩٤	١٦٠٠١	١٩٢١٢	٢٥٩٠٣	٣٤٢٦٧	٤٤٤٧٩
ذكور ٦٥ فأكثر	١٠٥٨٩	١٣٧٥٦	١٦٤٤٨	١٩١٧٢	٢٤٦٠٨	٣٣٠٤٠
إناث	١٠٨٠٦	١٤٧٣٧	١٩٧٨٣	٢٦٥٤٧	٣٥٥٣٦	٤٧٨٨٣
جملة	٢١٣٩٥	٢٨٤٩٣	٣٦٢٣١	٤٥٧١٩	٦٠١٤٤	٨٠٩٢٣
إجمالي الذكور	٢٥٢٥٤	٢٩٠٧٢	٥٤٣٢٦	٤٥٨٠٣	٦٠٩٤٦	٨٠١٩٠
إجمالي الإناث	٢٧٢٥٨	٣٥٦٤١	٦٢٨٩٩	٦١٣٦١	٧٩٣١١	١٠٠٤٦٨
الإجمالي العام	٥٢٥١٢	٦٤٧١٣	١١٧٢٢٥	١٠٧١٦٤	١٤٠٢٥٧	١٨٠٦٥٨

يتضح لنا من الأرقام السابقة مدى التزايد في أعداد المسنين سواء على المستوى العالمي أو الأوروبي أو الدول النامية والكويت كواحدة منها مما جعل هذه الأرقام بمثابة الواقع لتنامي الاهتمام بالمسنين ارتباطاً بالتقدم الحضاري والتعليمي والاجتماعي والصحي.

ومن هنا أصبح مجال رعاية المسنين من المجالات الرئيسية في المجتمعات المعاصرة حيث اهتمت المجتمعات برعاية تلك الفئة وذلك بوضع النظم واللوائح (٥ – ص٢٨٩) التي نظمت أوجه رعايتهم بحيث لا تقتصر تلك الرعاية على رعاية مادية فقط بل امتدت مظلة خدمات المسنين في جميع

النواحي إلى ما يوفر السعادة للمسن ويرفع من روحه المعنوية لتشمل رعاية ترويحية وصحية وغذائية وغيرها من صور الرعاية الاجتماعية (٦ – ص٣٧).

ورغم أن الإنسانية شهدت ألواناً مختلفة من أساليب رعاية المسنين لعوامل دينية وثقافية مختلفة وتمثلت تلك الرعاية في تقديم الصدقات من خلال الملاجئ والعطايا والأديرة إلى جانب رعاية الأسرة والعشائر إلا أن التزايد المعاصر لأعداد المسنين نتيجة للتطور الهائل في علوم الطب وأساليب الرعاية الصحية وتقدم العلوم الإنسانية كالطب النفسي وعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية كشف الحاجة إلى أهمية التدخل التنظيمي والمؤسسي والتشريعي لرعاية تلك الفئة (٧ – ص٤٥).

وتعتبر مشروعات رعاية المسنين من المشروعات الحديثة نسبياً في الكويت إذ إن المجتمع الكويتي بتركيباته الأسرية والعائلية يتضمن قيماً تربوية ودينية تحرص على رعاية الوالدين في شيخوختهم، ولكن زيادة العوامل الحضارية بما تضمنه من اتجاهات فردية أدت إلى عدم توفير الرعاية المناسبة لهم في محيط أسرهم، وفيما كانت العلاقات الاجتماعية من البساطة بحيث كان الفرد يجد في أسرته وبين أقاربه المباشرين ما يعوضه عما فقده من علاقات خاصة ومن يقوم على رعايته إذا لزم الأمر، أما الآن وبعد التطور الحضاري الصناعي الذي نعيش فيه فقد تغير شكل المجتمع وأصبحت العلاقات الإنسانية ليست علاقات مباشرة أولية كما كانت بل أصبحت من التعقيد بحيث لا يجد كبير السن من أفراد الأسرة من يقوم على خدمته أو يسهر على راحته بحكم العادات والتقاليد (٨ – ص٢).

إن تعقيد الحياة وثورة التصنيع والتطور العمراني والحضاري السريع الذي تشهده منطقتنا الخليجية العربية في عقد الستينيات والسبعينيات والثمانينيات قد قلل في بعض الأحيان من التماسك الأسري وعمل على تضاؤل نمط الأسرة الممتدة وبروز نمط الأسرة الصغيرة كما أن ارتفاع الأسعار وأزمات الإسكان وخروج المرأة للعمل والأبناء للدراسة والتعليم قد

أثرت في مكانة المسن داخل أسرته كما قللت من قدرة الأسرة على توفير الرعاية المناسبة والمطلوبة له حتى وصل الأمر في بعض الأسر إلى إهمال واجبها نحو كبار السن فيها وتركهم في المنزل بمفردهم يعانون الوحدة والفراغ مما افقدهم التقدير والاحترام الذي يحتمه الدين والشرع والعرف والتقاليد العربية كما أن هناك قلة من الأبناء تنكروا لآبائهم وشغلتهم ظروف الحياة عن الاهتمام بهم. وهكذا نجد كثيراً من عاداتنا وتقاليدنا الأسرية قد تأثرت إلى حد كبير بالتطور الحضاري في المنطقة وأثر بدوره في مكانة المسن داخل الأسرة، حدث هذا في الوقت الذي يتزايد فيه عدد المسنين في المجتمعات نتيجة للتطور الطبي الهائل في كل الفروع وكذلك التقدم الملموس في علاج كثير من أمراض الشيخوخة (٩ – ص٤٣).

ويؤكد ذلك كل من مارثا ورينر بويم .Bium martha & Rainer C بقولهم إن التحضر السريع الذي تمر به المجتمعات يلغي العائلة الكبيرة ويدفع بالأجيال الشابة إلى التخلي عن كبار السن وتركهم يعولون أنفسهم بأنفسهم أو يتوجهون بهم إلى مؤسسات لرعايتهم. أو قد يدفع هؤلاء الآباء كبار السن إلى عدم مضايقة أبنائهم والانسحاب التدريجي من حياتهم حتى لا يفسدوا عليهم استقرارهم وحياتهم الاجتماعية (١٠ – ص١٥).

ولذا تعد دراسة المسنين من الموضوعات الجديرة بالاهتمام وتحتاج إلى تضافر جهود العلماء من التخصصات المختلفة لفهم الابعاد المتعددة والمتنوعة لمثل هذه الدراسة التي باتت تحتل مكاناً بارزاً واهتماماً متزايداً في الدراسة الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، حيث لا تعتبر مرحلة الشيخوخة مجرد عملية بيولوجية وفسيولوجية بحتة تظهر آثارها التي تطرأ على الفرد حين يصل إلى تلك السن المتقدمة وإنما هي بالإضافة إلى ذلك ظاهرة اجتماعية ونفسية تتمثل في موقف المجتمع من الفرد وما يفرضه عليه من قيود وحدود سلوكية يلتزم بها كما تتمثل في موقف الفرد نفسه من الآخرين وفي التزامه القيود والحدود المفروضة عليه في المجتمع (١١ – ص١٧٤).

وأصبحت دراسة المسنين والاهتمام بمشكلاتهم تمثل مكاناً بارزاً واهتماماً متزايداً في السنوات الأخيرة (١٢ – ص٦٧).

خصوصاً أنه نقلاً عن المركز الدولي لطول العمر في الولايات المتحدة الأمريكية بنيويورك ذُكر أن دور حياة الإنسان سوف تصل إلى ١٢٠ سنة في الألفية الثالثة.. لذلك يجب على الدول المتقدمة والنامية والكويت واحدة منها دراسة ما سيترتب على هذه الزيادة في العمر (١٣ – ص١٢٤).

وقد حظي المسنون في الكويت بمكانة عظيمة نابعة من حقيقة تراثنا ومن واقع وأسلوب حياتنا وليس أدل على ذلك من النظرة الإسلامية للمسنين التي لم تنتظر زيادة في أعدادهم حتى تهتم بهم وإنما تعاملت معهم من أسمى منظور وهو المنظور الإنساني أي النظر إليهم أناساً بوصفهم سواء كانوا واحداً أو عشرة أو آلافاً.. المهم أنهم أدوا ما عليهم تجاه أبنائهم ومجتمعهم فكان لا بد من رد الجميل لهم وهذا ما نجده متجسداً في قوله تعالى: ﴿**وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناً إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولاً كريماً * واخفض لهما جناح الذل من الرحمة * وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا**﴾ **صدق الله العظيم.**

وامتداداً لهذا التراث العميق والأصول القوية لرعاية المسنين في الكويت كان تضافر جهود العلماء من التخصصات المختلفة لفهم الأبعاد المتعددة والمتنوعة لهذه الدراسة التي باتت تحتل مكاناً بارزاً في الدراسة الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية (١٤ – ص١٧٤).

وتتعدد أنواع الرعاية الاجتماعية التي يحصل عليها المسنون بدولة الكويت، حيث تقدم وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل خدماتها للمسنين من خلال: دار رعاية المسنين، إدارة الرعاية الأسرية، المقاهي الشعبية، مركز الرعاية المنزلية المتنقلة للمسنين، هذا بالإضافة إلى الخدمات المقدمة من جانب المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وخدمات وزارة الصحة العامة، وخدمات بيت الزكاة.

وللعمل مع المسنين يجب التعاون بين المهن المختلفة من خلال مدخل العمل الفريقي مع المسنين للاهتمام بالتفاعل بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية مما يساعد على دقة وسرعة تشخيص مشكلات المسنين وإعادة التوازن مرة أخرى إلى حياتهم (١٥ – ص١٦٥).

وتعتبر مهنة الخدمة الاجتماعية إحدى المهن التي تعمل في مجال رعاية المسنين حيث يعتبر مجال رعاية المسنين مجالاً خصباً لممارسة المهنة من منطلق أن المهنة تعمل بين الأفراد والأنساق الاجتماعية التي تزوهم بالخدمات والموارد كما أنها تستهدف زيادة فعالية هذه الأنساق للقيام بوظائفها على أساس العلاقة التبادلية بين الأفراد والمجتمع (١٦ – ص ٢٣٧–٢٣٩).

كما تشكل الخدمة الاجتماعية في الوقت الحاضر عنصراً أساسياً من الخدمات التي تقدم للمسنين خاصة أنه مع الزيادة السريعة في أعداد المسنين في مقابل قلة الموارد المتاحة والاحتياجات المتزايدة لبرامج رعايتهم فإن الأمر يتطلب مزيداً من التحدي من قبل الأخصائيين الاجتماعيين من أجل التوصل إلى مداخل جديدة وبرامج متنوعة تسهل العمل مع هذه الفئة (١٧ – ص١٧١).

ولذا فإن الأخصائيين الاجتماعيين يعملون على مساعدة المسنين من خلال تنمية مجموعة من المهارات التي تساعدهم على تحقيق نجاحات جديدة في حياتهم وزيادة قدرتهم على مواجهة مشكلاتهم بأنفسهم بفعالية خاصة أنه يمكن القول إن عمل مهنة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين يرتبط بتنمية اتجاهاتهم نحو الحياة مما يجعلهم مقبولين ومتعاونين في جوانب كثيرة من الحياة إلى جانب تنمية الاعتماد على النفس كقيمة أساسية يحتاجها المسنون في تلك المرحلة لمساعدتهم على التفاعل بإيجابية مع الآخرين في المجتمع (١٨ – ص١٧٥–١٧٦).

ولتحقيق تلك الأهداف وحتى يعمل الأخصائيون الاجتماعيون بنجاح مع

المسنين فإن عليهم أن يفهموا طبيعة المسنين إلى جانب تقدير مشاعرهم واتجاهاتهم نحو الآخرين والاعتراف بالفروق الفردية بينهم إلى جانب السعي لتنمية الجوانب الإيجابية في حياتهم (١٩ – ص١٥٣).

وانطلاقاً من كل ما سبق فإن الدراسة الحالية سوف تهتم بالتعرف على برامج وخدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة لكبار السن بدولة الكويت ومدى كفايتها وتحقيقها لأهدافها ومدى استفادة المسنين من هذه البرامج والخدمات، هذا بالإضافة إلى التعرف على المعوقات والمشكلات التي تواجه المسنين بمؤسسات الرعاية والوصول إلى تصور مقترح لتدعيم وتحسين أوجه الرعاية الاجتماعية للمسنين بدولة الكويت.

ثانياً – الدراسة السابقة ومشكلة الدراسة الحالية:

تعددت الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت بصورة مباشرة أو غير مباشرة موضوع خدمات رعاية المسنين بصفة عامة وواقع المجتمع الكويتي بصفة خاصة.

ويمكن تقسيم هذه الدراسات إلى ثلاثة أنواع:

أ – دراسات خليجية: وهي تتضمن الدراسات والبحوث التالية:

١ – دراسة محمد عودة (١٩٨٦):

اهتمت الدراسة بمشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي، حيث تضمنت ثلاثة أهداف رئيسية:

أ – **هدف تشخيصي** يتمثل في الكشف عن المشكلات المتوقع ظهورها في أبرز المجالات الحياتية في مرحلة الشيخوخة.

ب – **هدف علاجي** يتمثل في اقتراح وعرض بعض الوسائل العلاجية التي قد تجدي في مواجهة بعض مشكلات هذه المرحلة من مراحل النمو.

جـ – **على صعيد البحث الميداني**، تساهم هذه الدراسة مع مثيلاتها في هذا الميدان في استنهاض همة الباحثين في سيكولوجية النمو في المجتمع الكويتي الذي هو بحاجة ماسة لرصيده البشري.

وقد كانت وحدة العينة هي المسن أو المسنة الذي تجاوز عمره الستين عاماً، وقد تم استخدام الطريقة العشوائية في اختيار عينة الدراسة نظراً لعدم توافر قوائم بأسماء المسنين أو تواجدهم في أماكن معينة، وقد اشتمل الإطار المكاني للدراسة على مكانين، الأول هو دار الرعاية الاجتماعية للمسنين والثاني هو الأسر الكويتية، وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة ٦٤ فرداً وتوزعوا تبعاً للجنس على النحو التالي: ٣٨ ذكوراً و٢٦ إناثاً وقد بلغ عدد الأفراد الذين تم اختيارهم من دار الرعاية الاجتماعية للمسنين ١٢ فرداً من بين ١٣٧ فرداً، وقد كان معيار الاختيار هنا هو قدرة المسن على الاستجابة للاختبار ذلك أن ١٢٥ فرداً من النزلاء لا تسمح لهم صحتهم الجسمية والعقلية بالحديث في هذا المجال أما أفراد العينة من خارج دار الرعاية وعددهم ٥٢ فرداً منهم ٣٠ ذكوراً و٢٢ إناثاً فقد تم اختيارهم من خلال طلبة كلية التربية والآداب والعلوم ومن خلال مكاتب الإشراف الاجتماعي.

وقد استخدمت الدراسة «الاستبانة» أداة لجمع البيانات من مفردات مجتمع البحث، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن أهم مشكلات المسنين بالمجتمع الكويتي تشمل: التعب والإجهاد من أقل جهد، المرض وضعف البصر والسمع والحساسية، والاضطراب الانفعالي والقلق والإحساس بالوحدة، ضعف القدرة العقلية العامة، الخوف من الله والتعصب للرأي وصراع الأجيال وضعف الصلة بالأقارب وظهور مشاكل مترتبة على وقت الفراغ لدى المسنين (٢٠ – ص٤٨–٩٦).

٢ – دراسة راشد محمد أبا الخليل (١٩٩١):

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

وقد أجريت الدراسة على (٦٩٢) مسناً من مواطني السعودية من

الجنسين لمعرفة احتياجاتهم هذا بالإضافة إلى تطبيق الدراسة على (٢٧) مركزاً للعناية بالمسنين في ثماني دول وهي الدانمارك والسويد وهونج كونج واليابان وتايوان ومصر والكويت وكاليفورنيا وفلوريدا بهدف تحديد الخدمات التي يقدمها كل مركز من تلك المراكز وهذه الدول وطبيعة الأنشطة المتوافرة فيها.

وقد توصلت الدراسة إلى تقديم نموذج لتنظيم وإدارة مركز اجتماعي صحي للمسنين بالمملكة العربية السعودية، بحيث يكون هذا النموذج المقترح مثالاً عاماً يمكن اتباعه واعتماده بما يتناسب مع ظروف واحتياجات ومتطلبات المسنين في المملكة (٢١).

٣ – دراسة محمد برهوم (١٩٩٣):

وقد دارت الدراسة حول دراسة أوضاع المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة حيث استهدفت توضيح العوامل المؤثرة في ارتفاع وانخفاض نسبة المسنين في الدولة، وقد أشارت الدراسة إلى أن هذه العوامل هي عوامل ديموجرافية تتمثل في الهجرة العربية والأجنبية وعوامل غير ديموجرافية تتمثل في نقص معدلات الوفيات بين الأطفال الرضع ووفيات الإناث وتوافر الخدمات الصحية، وانتشار الوعي الصحي والتقدم الطبي وارتفاع معدلات التحضر.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الأسرة الإماراتية تولي المسنين من أفرادها الرعاية والمساعدة انطلاقاً من قيمها الدينية وعاداتها وثقافتها المحلية، كما أوضحت الدراسة أن المسنين في مجتمع الإمارات غالباً ما يكونون من ملاك الأرض والثروة مما يجعلهم مصدر ثروة الأسرة وليسوا عالة على أفرادها، وقد أوضحت الدراسة أن دولة الإمارات تقدم العديد من البرامج والخدمات الصحية والاجتماعية والترويحية للمسنين (٢٢).

٤ – دراسة منى محمد إبراهيم شويكة (١٩٩٤):

وقد استهدفت الدراسة دور طريقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين في المجتمع السعودي وقد اعتمدت على

استمارة بحث مقننة ومقابلات مع الخبراء والمتخصصين وقد توصلت الدراسة إلى أن لكل من المسنين المستفيدين من خدمات مؤسسات رعاية المسنين وغيرهم من غير المستفيدين، احتياجات اجتماعية ونفسية وصحية واقتصادية، كما أوضحت الدراسة أن هناك بعض الصعوبات التي تواجه المسنين وتحول دون إشباع احتياجاتهم بشكل كامل وهذه الصعوبات ترجع إلى المؤسسات نفسها كما ترجع إلى علاقة المسنين بالآخرين.

وقد تبين من نتائج الدراسة أن الأخصائيين الاجتماعيين يستخدمون العديد من الأساليب العلمية لدراسة احتياجات المسنين، كما يستخدمون أساليب عديدة لإشباع هذه الاحتياجات مثل الرحلات الترفيهية، والمحاضرات والبرامج والأنشطة الرياضية والأشغال اليدوية للمسنين، والحفلات والاجتماعات التي تتم بالدار للمسنين والعاملين، والتنسيق بين جهود وخدمات مؤسسات رعاية المسنين في المجتمع (٢٣).

ب – دراسات عربية: وهي تتضمن الدراسات والبحوث التالية:

١ – دراسة عادل موسى جوهر (١٩٨٠):

وتدور هذه الدراسة حول دراسة المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعياً بالمؤسسات الإيوائية، حيث تهدف الدراسة إلى محاولة التعرف على المشكلات الفردية التي تواجه المسنين بالمؤسسات الإيوائية (بمحافظة القاهرة) والتعرف على أساليب الرعاية الاجتماعية التي تقدم للمسنين والتوصل إلى أوجه القصور في هذه الأساليب حتى يمكن الوصول إلى أفضل المقترحات لتحسين هذه الرعاية حيث توصلت الدراسة إلى أن هناك بعض القصور في الرعاية الاجتماعية التي تقدم لهم وتتمثل في نقص الإمكانيات المادية وقلة عدد الأخصائيين الاجتماعيين في هذا المجال وعدم تفهم الإدارة لطبيعة عمل الأخصائي الاجتماعي وعدم وجود أخصائيين نفسيين بالمؤسسات. وكثرة المسؤوليات الإدارية للقائمين بالرعاية للمسنين. وأن هناك بعض المشكلات الصحية والنفسية والاقتصادية والدينية والترويحية (٢٤).

٢ – دراسة عبدالحميد عبدالمحسن (١٩٨٠):

أجريت هذه الدراسة لتوضيح العلاقة بين ممارسة طريقة العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية والتأهيل الاجتماعي للمسنين للتغلب على المشكلات الصحية ومشكلات الإقامة والعلاقات الاجتماعية للمسنين بالمؤسسات الإيوائية وانتهت نتائج الدراسة إلى حدوث فروق لأعضاء المجموعة التجريبية في حين لم تحدث فروق لأعضاء المجموعة الضابطة (عينة الدراسة من المسنين بمؤسسة الصفا لإيواء المسنين) وهذا يدل على أن طريقة العمل مع الجماعات أثرت إيجابياً في مواجهة مشكلات المسنين.

وانتهت الدراسة إلى نموذج تطبيقي مقترح لممارسة العمل مع الجماعات في مجال المسنين وأفضل الخطط التي يمكن استخدامها لمواجهة مشكلاتهم في المؤسسات الإيوائية ودور أخصائي العمل مع الجماعات في التدخل المهني لتحقيق تلك الأهداف (٢٥).

٣ – دراسة عزت سيد إسماعيل (١٩٨٦):

وقد دارت حول خصائص استجابات المسنين – بطء السلوك، حيث استهدفت الدراسة التعرف على بعض من جوانب بطء سلوك المتقدمين، وما إذا كان هذا البطء يعزى أساساً إلى بطء في السلوك التنفيذي أم إلى بطء في معالجة المعلومات، أما بالنسبة للمجال البشري فالدراسة قد أجريت على عينة من ثلاثين فرداً كويتياً ينقسمون إلى فئتين متساويتين عددياً، تشمل المجموعة الأولى المسنين الذين يقعون في الفئة العمرية (٥٠–٦٠ عاماً) في حين تشمل المجموعة الثانية مجموعة من الشباب الذين يقعون في الفئة العمرية (١٩–٢٨ عاماً)، وقد تم جمع البيانات من خلال استخدام جهاز قياس زمن الرجع التمييزي بالنسبة لكل فرد من أفراد البحث على ثلاث مراحل، حيث تم قياس زمن الرجع التمييزي لمنبهين ضوئيين، ثم لأربعة منبهات ضوئية، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن زمن الرجع التمييزي يتزايد كلما تزايد عدد المنبهات المقدمة، وذلك بالنسبة لمجموعة كبار السن والمجموعة

الأصغر سناً، وأن هناك بطئاً ملحوظاً في أداء كبار السن على كافة مستويات الموقف التجريبي بمقارنتهم بمن هم أصغر سناً (٢٦ – ص١٣٥–١٤٥).

٤ – دراسة مدحت فؤاد فتوح (١٩٨٦):

استهدفت الدراسة اختبار مدى ملاءمة التدخل المهني للعمل مع المسنين باستخدام نموذج العمل الاجتماعي كأحد نماذج الممارسة المهنية في طريقة تنظيم المجتمع ومدى مناسبة هذا النموذج لتطوير برامج رعاية المسنين من أصحاب المعاشات بتحسين الأوضاع الاقتصادية والخدمات الصحية والأوضاع الاجتماعية بالتطبيق على أعضاء مجلس إدارة رابطة قدامى الموظفين بالمعاش ورؤساء فروعها.

وأوضحت الدراسة أن تحديد احتياجات ومشكلات المسنين يجب أن تكون هي أساس أي برنامج للتدخل المهني لتحسين أحوال المسنين إلى جانب ضرورة تمثيل المسنين أصحاب المعاشات في الأجهزة المختصة لرعايتهم مع الاهتمام بتحديد استراتيجيات خطط التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع للعمل مع المسنين. كما أوضحت النتائج زيادة فعالية الخدمات المقدمة للمسنين بعد التدخل المهني وفقاً للعناصر والمؤشرات الدالة على تلك الخدمات (٢٧).

٥ – دراسة سهير كامل أحمد (١٩٨٧):

تستهدف الدراسة التعرف على سمتي الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى عينة من المسنين المصريين والسعوديين وما إذا كانت هذه السمات تعزى أساساً إلى التقدم في العمر أو لعوامل اجتماعية أخرى كالتقاعد والبعد عن العمل. فقد استهدفت الدراسة التعرف على الملامح المميزة لسيكولوجية المسن المصري وسيكولوجية المسن السعودي نتيجة للأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

وقد استخدمت الدراسة ثلاث أدوات لجمع البيانات من المبحوثين وتشمل مقياس الانطواء الاجتماعي، ومقياس الاكتئاب واستمارة بحث.

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن مجموعة المسنين العاملين بعد سن التقاعد هم أقل شعوراً بالاكتئاب النفسي بالمقارنة بمجموعة المسنين المتقاعدين. كما تبين أن العوامل الشخصية والاجتماعية والبيئية والثقافية تلعب دوراً هاماً في الحياة النفسية للمسنين في البيئتين المصرية والسعودية حيث جعلت منهما جماعتين مختلفتين على سمة الاكتئاب، فالتقاعد له تأثير أكبر في رب العائلة السعودي والذي يتعرض للعديد من الضغوط نتيجة لتقاعده، وما يصاحب ذلك من شعور بفقدان الثقة بالنفس وعدم وجود هدف في الحياة (٢٨ – ص٢١٨–٢٤٢).

٦ – دراسة إحسان زكي عبدالغفار (١٩٩٣):

وهي تدور حول دراسة الواقع الاجتماعي والنفسي بمؤسسات الإيواء ودور طريقة خدمة الفرد في مواجهتها، حيث تهتم بالتعرف على المشكلات التي تواجههم في المعيشة في تلك الدور بالتطبيق على دار المسنين التابعة للجمعية الخيرية الإسلامية بالسيدة زينب (بوصفها دراسة حالة) وأوضحت الدراسة أن هناك العديد من المشكلات التي يعاني منها المسن ومن أهمها:

- الاضطراب المرتبط بنقص إعداده قبل الالتحاق بالدار.
- نسبة منهم تعاني اضطراباً لعدم قدرتهم على تكوين علاقات مع المسنين أو مع موظفي المؤسسة.
- أنه بالرغم من قدرة المسنين على تكوين علاقات مع الآخرين إلا أنها محدودة.
- معظم المسنين يدركون وجود تخصصات مختلفة بالمؤسسة كالخدمة الاجتماعية مثلاً ولكن كثيراً منهم لا يعرف وظيفة هذه المهنة وبالتالي لا يستفيد من خدمات شاغل هذه الوظيفة.

وأوصت الدراسة بضرورة زيادة عدد الأخصائيين في المؤسسة وتحديد دور الأخصائي في مساعدة المسن لفهم وإدراك ظروف المرحلة التي يمر بها وإدراكه لنفسه على أن يراعي الأخصائي تفرد الحالات أي أن

كل المسنين يشتركون في بعض الخصائص ولكن لكل واحد منهم شخصيته وظروفه الفريدة التي يجب أن تراعى عند التعامل معه (٢٩).

٧ – دراسة هدى عبدالعال (١٩٩٥):

وقد دارت الدراسة حول تصور نموذج مقترح لدور أخصائي خدمة الفرد العلاجية تجاه مشكلات المسنين، حيث استهدفت الدراسة التعرف على المشكلات الاجتماعية والنفسية للمسنين من الجنسين معتمدة على مدخل الدور وأوضحت أن أهم المشكلات التي يعاني منها المسنون هي: الشعور بالحزن والاكتئاب نتيجة ترك المنزل، وأن الجهد الذي بذله المسن في حياته لم يقابل بالمعروف وعدم اهتمام الأبناء بزيارتهم بالمؤسسة الإيوائية، وانتهت بتحديد نموذج مقترح لدور أخصائي خدمة الفرد لمواجهة مشكلات المسنين في المؤسسة الاجتماعية من خلال محاور هي:

محور الأسرة والأبناء والعلاقات، محور مؤسسة الإيواء للمسنين، ودور الأخصائي الاجتماعي فيها وأكدت الدراسة ضرورة القيام بعمل مسح مؤسسي بين الحين والآخر للوقوف على احتياجات ومشكلات المسنين وأن يلعب الأخصائي الاجتماعي دوراً واضحاً وملموساً في إحداث التغييرات المناسبة والمطلوبة وفقاً لسياسة واضحة المعالم على أن يكون الأخصائي الاجتماعي مدركاً للأمور التنظيمية والموارد والإمكانيات البشرية والمادية بالمؤسسة ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال الاهتمام ببرامج التدريب التخصصية للأخصائي الاجتماعي والاتصال بين المؤسسة وبعض الوزارات المعنية بشئون المسنين (٣٠).

٨ – دراسة نظيمة أحمد محمود سرحان (١٩٩٩):

وقد استهدفت الدراسة وصف واقع الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع في المؤسسات الإيوائية للمسنين وقياس فعالية الرعاية المؤسسية للمسنين وتحاول الدراسة اختبار صحة الفرض الرئيسي لها ومؤداه «توجد علاقة بين الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع وفعالية الرعاية

المؤسسية للمسنين»، وهي دراسة وصفية تحليلية استخدمت منهج المسح الاجتماعي الشامل للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمؤسسات رعاية المسنين والمسح الاجتماعي بطريقة العينة مع المسنين المستفيدين من هذه المؤسسات، كما اعتمدت الدراسة على استمارة استبانة لجمع البيانات من الأخصائيين الاجتماعيين، واعتمدت ايضاً على قياس فعالية الرعاية المؤسسية للمسنين.

وقد أوضحت نتائج الدراسة ضعف الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع في مؤسسات رعاية المسنين، وكذلك ضعف فعالية الرعاية المؤسسية للمسنين، وتبين أن نموذج العمل مع مجتمع المنظمة هو أكثر النماذج ممارسة يليه نموذج العمل الاجتماعي ثم نموذج التخطيط الاجتماعي (٣١).

جـ – دراسات أجنبية: وهي تتضمن الدراسات والبحوث التالية:

٩ – دراسة samirn,, banoob (١٩٩٢):

اهتمت الدراسة بالتعرف على احتياجات المسنين والخدمات التي تقدم لرعايتهم وإشباع تلك الاحتياجات في بعض الدول النامية (رومانيا، باربادوس، الكويت) وقد أوضحت هذه الدراسة أن هذه الدول تحدد خطوطاً عريضة تتضمن توفير الخدمات الطبية والاجتماعية لكبار السن بغرض إشباع احتياجاتهم في هذا المجال خاصة في تلك المرحلة الانتقالية التي تمر بها تلك المجتمعات كما أن هناك تغيرات في دور الأسر في رعاية المسنين يتجه إلى التضاؤل نتيجة لاتجاه تلك الدول للتحضر، إلى جانب وجود نقص في المؤسسات التي تعنى بتوفير برامج رعاية المسنين.

وأوصحت الدراسة بضرورة تركيز العنصر البشري كالأطباء والممرضات والعاملين في مجال رعاية المسنين بحيث يكونون قادرين على توفير الخدمات التي تحتاجها تلك الفئة بل يكونون قادرين على تطويرها (٣٢).

١٠ – دراسة palomina (١٩٩٤):

وأجريت هذه الدراسة على عينة من الأخصائيين الاجتماعيين الذين

يعملون في مجال رعاية المسنين للتعرف على العوامل المؤثرة في فعالية العمل الإداري للأخصائي الاجتماعي في هذا المجال وأوضحت الدراسة أن هناك عوامل شخصية تؤثر في فعالية العمل الإداري للأخصائي الاجتماعي وتدخله العمل في مجال رعاية المسنين أهمها العمر وسنوات الخبرة.

كما أن هناك عوامل تنظيمية تؤثر أيضاً في فعالية قيام الأخصائي بعمله وترجع للإطار التنظيمي للمؤسسة التي يمارس فيها دوره.

وانتهت الدراسة إلى أن الأنساق الإدارية المستخدمة في مؤسسات رعاية المسنين في حاجة إلى تطوير لتلائم التغيرات في المجال نفسه والزيادة في أعداد المسنين في تلك المؤسسات مما يزيد من فعالية التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي في هذا المجال بالإضافة إلى أهمية الدورات التدريبية لتنمية المهارات الإدارية لدى الأخصائي الاجتماعي (٣٣).

موقف الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

- استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في صياغة مشكلة الدراسة وفروضها وتصميم أدوات البيانات من الميدان وتحديد ملامح الإطار النظري للدراسة.
- تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في كونها تركز على دراسة كل من المسنين المستفيدين من خدمات الرعاية الاجتماعية بالمجتمع الكويتي من ناحية ودراسة دور التخصصات المهنية المشاركة في تقديم برامج وخدمات الرعاية للمسنين من ناحية أخرى.
- ركزت بعض الدراسات على دراسة التدخل المهني لطرق الخدمة الاجتماعية – خدمة الفرد، وخدمة الجماعة، وتنظيم المجتمع – في التعامل مع احتياجات ومشكلات المسنين في بعض المؤسسات الإيوائية.
- اهتمت بعض الدراسات السابقة بتحليل الواقع الاجتماعي والثقافي والنفسي الذي يعيش المسنون في إطاره داخل بعض المجتمعات المتقدمة والنامية على السواء، بالإضافة إلى إجراء مقارنة بين هذه

المجتمعات من حيث سمات المسنين واحتياجاتهم ومشكلاتهم.

- استهدفت الدراسة الحالية التوصل إلى إطار تصوري يساهم في زيادة فعالية برامج وخدمات الرعاية الاجتماعية للمسنين من ناحية وزيادة كفاءة المؤسسات والأجهزة المسؤولة عن تقديم هذه الخدمات من ناحية أخرى.
- أجريت العديد من الدراسات السابقة في فترات زمنية معينة فترة الثمانينيات – ومن ثم فهي لا تساهم في رصد الظروف والتغيرات والتحولات المعاصرة التي تعرضت لها العديد من المجتمعات المتقدمة والنامية على السواء، مما يتطلب استمرار الاهتمام بالبحث العلمي في مجال رعاية المسنين.

ثالثاً – تحديد مشكلة الدراسة:

في ضوء تحليل البحوث والدراسات السابقة وما انتهت إليه من نتائج وتوصيات واستناداً إلى الإطار النظري الذي اعتمدت عليه الدراسة بالإضافة إلى المقابلات التي تمت مع إدارة رعاية المسنين وإدارة مركز الرعاية المنزلية المتنقلة – تمكن الباحث من صياغة مشكلة البحث كما يلي:

تقويم فعالية خدمات رعاية المسنين بالمجتمع الكويتي – دراسة ميدانية.

رابعاً – أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١ – تقويم فعالية خدمات مؤسسات رعاية المسنين لتحديد مدى مساهمتها في إشباع احتياجات المسنين ومواجهة مشكلاتهم.

٢ – تقويم الدور الذي تقوم به التخصصات المهنية في رعاية المسنين بتركيز الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين.

٣ – التعرف على المشكلات والصعوبات التي تؤثر سلبياً في فعالية الخدمات وكفاءة مؤسسات رعاية المسنين في القيام بوظائفها المختلفة المتعلقة برعاية المسنين.

٤ – التوصل إلى إطار تصوري مقترح لزيادة فعالية خدمات مؤسسات رعاية المسنين وكذلك زيادة مقدرتها في التغلب على الصعوبات والمشكلات التي تواجهها بما يساهم في تطويرها وتحقيق أهدافها.

خامساً – الإطار النظري للدراسة:

يتناول الإطار النظري للدراسة الموضوعات التالية:

١ – مفهوم المسنين.

٢ – خصائص وسمات المسنين.

٣ – احتياجات ومشكلات المسنين.

٤ – رعاية المسنين في المجتمع الكويتي.

٥ – نماذج تقويم فعالية خدمات وبرامج رعاية المسنين.

١ – مفهوم المسنين:

لا يوجد اتفاق بين المتخصصين والباحثين على تعريف المسن نظراً لتعدد المداخل، حيث يركز كل واحد منهم جانباً معيناً أو خصائص محددة لهذا المفهوم، ولذلك اختلف مفهوم المسنين تبعاً لاختلاف وجهات النظر والتخصصات التي تهتم برعايتهم فمفهوم المسنين على أساس العمر الزمني يتضمن:

ما ورد في تقرير السكرتير العام للأمم المتحدة رقم ٩١٢٦ بتاريخ ١٩٧٣/٣/٢٨م عن المسنين والذي وضع بناء على قرار الجمعية العمومية للأمم المتحدة رقم ٢٨٤٢ والذي يشير إلى أن هناك اختلافاً في الأفراد بالنسبة لشيخوختهم فالبعض تبدو عليه الشيخوخة في سن ٤٥ سنة في حين تبدو لدى البعض في سن ٧٥ سنة ويبقى أغلب الناس فوق سن ٦٥ سنة في بيوتهم ويعتبرون قادرين نسبياً على رعاية أنفسهم ولكن قدراتهم تتناقص ويعرف المسنون ديموجرافياً وإحصائياً بأنهم السكان ذوو الأعمار البالغة ٦٠ سنة فأكثر.

وبعض الدول اعتبرت السن من (٦٠–٦٥) سنة بداية سن الشيخوخة وصرف المستحقات.. في حين حدد سن ٦٠ سنة لصرف الاستحقاقات للرجل

وسن ٥٥ سنة للمرأة في دول أخرى ولا شك أن تحديد هذا السن مرتبط ارتباطاً وثيقاً بمتوسط الأعمار في كل دولة على حدة (٣٤ – ص١١٤).

أما في دولة الكويت فقد حددت سن ٦٠ سنة لبداية سن الشيخوخة، ونظراً لتعدد المفاهيم التي تحدد من هو المسن فقد اتفق خبراء الأمم المتحدة على توحيد أساس الدراسات والمقارنات على اعتبار أن من وصل إلى سن ٦٠ عاماً فأكثر مسناً (٣٥ – ص٥٠).

ويقصد بالمسن من يبلغ سن الستين عاماً فأكثر، وترى بعض وجهات النظر تقسيم المسنين من خلال مدخل العمر الزمني إلى فئات أكثر تخصيصاً تشمل الكهل (٦٠ إلى ما قبل ٧٥ عاماً) الهرم (٧٥ إلى ما قبل ٨٥ عاماً) الشيخ (من كان في سن ٨٥ سنة فأكثر)، والمعمر (من بلغ أكثر من مائة عام) وعلى هذا ينظر البعض إلى مرحلة الشيخوخة على أنها مرحلة طبيعية من مراحل الحياة لا يمكن تفاديها، وهي لا تعني مجرد تزايد سنوات العمر لأنها لا تشمل تغيرات جسدية فقط ولكن نفسية واجتماعية أيضاً (٣٦ – ص٤٣).

وفي العلوم الاجتماعية يقصد بمرحلة الشيخوخة هي السن التي ينتهي فيها نضج الإنسان ويتحول النمو إلى عملية تفكك وهبوط تدريجي في قدرة أعضاء الجسم على القيام بوظائفها (٣٧ – ص١٢).

في حين نجد أن مفهوم المسنين على أساس الجوانب الاجتماعية تركز على أن المسن هو الذي يتعرض لمجموعة من التغيرات البيولوجية والتغير في المراكز والأدوار والمراكز المهنية والصحية والاجتماعية التي من شأنها التأثير في إدراك الآخرين له وما يؤدي إليه ذلك من طرق مختلفة للتفاعل معه مما يؤثر في تصور المسن لذاته وعمره وسلوكه (٣٨ – ص١٣٧–١٣٨).

أما مفهوم المسنين على أساس الجوانب الجسمية فهناك اتجاه يحدد كبار السن اعتماداً على ظهور بعض الأعراض مثل: ذبول الجلد وتغير لون الشعر وتثاقل الحركات وضعف السمع والبصر وظهور كثير من الأمراض (٣٩ – ص١٤٣).

ويعتبر البعض الآخر الشخص مسناً إذا توافر له ضعف في الجوانب الجسمية واضطرابات في الجوانب العقلية وقصور في مختلف نشاطاته الاجتماعية (٤٠ – ص٣٤).

ومن ثم فقد عرف المسن بأنه من يطلق عليه بالهرم في المخلوقات البشرية، وأنه نهاية المطاف في مشوار الحياة الطبيعية وغالباً ما يكون محدداً بالفترة العمرية بين ٦٠–٦٥ سنة فأكثر (٤١ – ص٩٥).

بينما مفهوم المسنين على أساس الجوانب النفسية فيعرف المسن في علم النفس بأنه مرحلة كبر السن التي تبدأ في السنة الخامسة والستين إلى آخر العمر والذي قد يمتد إلى ما بعد المائة في السنوات (٤٢ – ص٣٥١).

بينما يرى البعض بأنه حالة من الاضمحلال تعتري إمكانات التوافق النفسي والاجتماعي للفرد فتقل قدراته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة (٤٣ – ص٥١).

والكبر يفرض على الفرد الاستجابة الحتمية للتقدم في العمر بالانسحاب التدريجي من شبكات العلاقات الجتماعية والتخلي عن أدواره الرئيسية فيها التي كان يشغلها في العمر الوسيط وأن هذا الانسحاب يتزامن معه خفض من الأطراف الأخرى في منظومات تلك الأدوار المتوقعة من ذلك الفرد وبالتالي انكماش حجم ونوعية التفاعلات معه وهذا الانسحاب أو التخلي عن الأدوار يكون نحو الاهتمام المتزايد للفرد بنفسه يقابله انشغال متناقص بالآخرين. ومن ثم فإذا كانت هناك فرصة متاحة لقيام المسن الذي فسخ علاقاته بأدوار تلائم طاقاته وقدراته المتدهورة تسمح له أن يعيش في عالمه الجديد المتمركز حول ذاته وذكرياته الماضية فستبقى روحه المعنوية عالية والعكس هنا صحيح بمعنى أنه إذا لم تتوافر له هذه الأدوار فالاحتمال قائم بأن روحه المعنوية سوف تزداد تدهوراً مع كل انسحاب (٤٤ – ص٤٣).

أما مفهوم المسنين في قانون التأمين الاجتماعي: هي الكف الفعلي عن العمل حيال الحياة ودون وجود أي عجز ولكن بسبب انتهاء خدمة العامل

(٤٥ – ص١١٩). وتعتمد إدارة الضمان الاجتماعي سن ٦٥ سنة سناً للتقاعد أو الانسحاب من قوة العمل (٤٦ – ص١).

وفي ضوء التحليل السابق، يقصد بالمسن في هذه الدراسة ما يلي:

١ – هو ذلك الشخص الذي بلغ عمره ٦٠ سنة فأكثر.

٢ – سواء ذكراً كان أو أنثى.

٣ – يتصف بمجموعة من السمات الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية المشتركة مع باقي أقرانه.

٤ – أن يكون له أسرة وإن كانت غير قادرة على الاهتمام به ورعايته.

٥ – يستفيد من برامج وخدمات مؤسسات رعاية المسنين بدولة الكويت.

٢ – خصائص وسمات المسنين:

يمر الإنسان خلال حياته بعدد من المراحل العمرية منذ كونه طفلاً ضعيفاً فيشتد ويصير شاباً ثم يبدأ في الضعف فيكون شيخاً وفي خلال هذه المراحل يمارس حياته بشكل طبيعي متفاعلاً مع البيئة المحيطة به وقد افترض أنه إذا كانت الظروف المحيطة به مثالية فإنه يعيش عمراً زمنياً طويلاً مع التسليم أساساً بمشيئة الله (٤٧ – ص٥).

وتعد مرحلة كبر السن Oldage إحدى مراحل النمو الجسمي والنفسي التي يمر بها الإنسان في رحلة حياته من المهد إلى اللحد، وأهم ما يميز هذه المرحلة هي التغيرات التي يمر بها المسن وأهمها أن هناك تدهوراً في الجسم والصحة بنائياً ووظيفياً متأثراً بعوامل عديدة وأهم هذه العوامل هي العوامل الاجتماعية وكذلك العامل النفسي فتؤدي شيخوخة النفس لشيخوخة الجسم (٤٨ – ص٤٤).

ويورد كثير من الباحثين أوصافاً كثيرة لمرحلة الشيخوخة وما يعتريها من تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية، فيرى البعض أن الشيخوخة مرحلة من مراحل نمو الإنسان تبدأ في سن الستين وتنتهي بالوفاة (٤٩ – ص١٣٩).

والشيخوخة ليست مجرد تدهور في الحالة الصحية والبدنية ولكنها

أيضاً في الحالة العقلية والعصبية، وهي تختلف من مجتمع لآخر حيث نجد أن المجتمع البدوي يعتبر المسن هو مركز الثقل في القبيلة بالرغم من ضعفه أمام المجتمع الريفي فالمسن أيضاً له من القوة والسلطة في اتخاذ القرارات لأنه ذو خبرة وحكمة، ويرجع ذلك إلى ترابط الأسرة وتماسكها ولوجود الأسرة الممتدة التي تشمل الآباء والأبناء والأحفاد، وذلك على عكس الحضر وذلك نتيجة للتطور والتحضر الصناعي وتفكك الأسرة الممتدة وبعد الأبناء عن الآباء، ولكن من الممكن أن يكون للمسن سلطة إذا كان له مركز اجتماعي مرموق أو كان ذا سلطة أو من خلال الوضع المادي.

ويمكن تحديد الخصائص والسمات المميزة لمرحلة الشيخوخة فيما يلي:

أ – الخصائص والسمات الجسمية والصحية:

صورت الآية الكريمة ٥٤ من سورة الروم التحول في مرحلة الشيخوخة بقوله تعالى: ﴿**الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفاً وشيبة يخلق ما يشاء وهو العلي القدير**﴾.

وتدل الآية الكريمة على أن أولى بدايات الإنسان الضعف في مرحلة الطفولة ثم بعد ذلك القوة في مرحلة الشباب ثم تنتهي حياة الإنسان بالضعف مرة أخرى في مرحلة الشيخوخة بتدهور الحالة الصحية في جميع أعضاء الجسم سواء بضعف الحواس من إبصار وسمع وشم وأيضاً الترهل في العضلات بأنواعها والبعض الآخر يصاب بالأمراض المزمنة كتصلب الشرايين والضغط والسكر وتورم الأقدام وغيرها من الأمراض مما ينتج عنه العجز سواء كان جزئياً أو كلياً.

فالمسن أو الشيخ يتعرض في هذه المرحلة إلى مجموعة من المتغيرات البيولوجية التي تؤثر في حالته الجسمية والصحية ومن هذه المتغيرات: (٥٠–ص١٤).

- تغير معدل نشاط الغدد الصماء. ففي حين يصل هذا الإفراز إلى ذروته في سن العشرين يبدأ بالهبوط بسرعة منتظمة حتى سن ٧٠ سنة ثم

تزداد هذه السرعة حتى نهاية الحياة. وهذا يترتب عليه تضاؤل في الأداء الوظيفي للإفراز الهرموني لتلك الغدد بما يترتب عليه الكثير من الإشكالات سواء في النمو العضوي أو النفسي.

- تغير قوة دفع الدم وتغير السعة الهوائية للرئتين: حيث تتناقص قوة دفع الدم بانتظام حتى نهاية الحياة، كما تقل نسبة الهواء في عمليتي الشهيق والزفير لتصل إلى ٢٥٪ مما كانت عليه في سن الرشد عندما تبدأ مرحلة الشيخوخة. وهذا يعني انخفاض نسبة الأكسجين التي يحملها الدم إلى الدماغ مما يؤدي إلى تباطؤ الاستجابات العصبية لدى المسن وإلى إمكانية إصابته بذهان الشيخوخة والكآبة.
- تغير القوة العضلية حيث تضمر العضلات وتقل مرونتها مما يؤدي إلى تأثر النواحي الحركية والعمل اليدوي والمشي وكذلك الكفاية البدنية. كما تبرز مشكلة تكيف الفرد مع بدنه بإمكاناته الجديدة.
- انقطاع الحيض لدى المسنات. إن هذا الحدث له آثاره النفسية العنيفة، ويتزامن معه اضطراب الجهاز الهضمي ونوبات الأرق والصداع والإحساس الشديد بالإرهاق والتعب.

وقد يكون المسن قادراً على ممارسة حياته بشكل طبيعي يتحرك بنشاط ولكن أقل كفاءة عما كان عليه فيما سبق في مراحل حياته السابقة.

والمسن قد يصبح أحياناً مقوس الظهر يمشي الهوينى على عكاز، يشكو من آلام المفاصل وترقق العظام، وتجعد الجلد وضمور الأنسجة وتساقط شعر الرأس والجسم وإصابته بالشيب (٥١ – ص٢١–٢٢).

وتتكاثر الأمراض وتتوالى لقلة المناعة الجسدية وضعف الغذاء، وقد تكون الأمراض متوافرة لدى الفرد في شبابه ولكن قوته الجسمية في شبابه تمنع سيطرة المرض، فيظل المرض كامناً قابعاً والجرثوم دفيناً ينتظر فإذا ضعف الجسم ووهنت قواه استأنف الجرثوم نشاطه الفتاك حين سنحت له الفرصة.

وتعتبر ظاهرة تلف الحواس ظاهرة واضحة مقترنة بالتقدم في السن

وهذا ما أكدته الدراسات الفسيولوجية الطبية التي انتهت إلى القول بوجود علاقة مطردة بين التقدم في العمر والزيادة في معدلات اضطرابات الحواس مثل ضعف النظر (٥٢ – ص١٥٧–١٥٨).

تغير في العادات الخاصة بالتغذية فقد يتطلب نوعاً خاصاً من الطعام ويحتاج إلى تناول الوجبات في مواعيد يحددها وفقاً لرغبته بالإضافة للحاجة إلى الفيتامينات والمواد المعدنية لحفظ الطاقة (٥٣ – ص٢٢٣).

ب – الخصائص والسمات العقلية:

يتعرض المسن لمجموعة من التغيرات المتعلقة بالوظائف العقلية ويتمثل ذلك في حالة التآكل والضمور في خلايا المخ نتيجة التقدم في العمر مما يؤدي إلى اضمحلال مستمر في القوى العقلية مع استحالة الشفاء من هذا التدهور وأهم أعراضه ضعف شديد في الذاكرة بحيث يستمر المسن في الخلط بين الأحداث الجديدة والأحداث القديمة أو قد يختلق بعض المواقف التي لم تحدث (٥٤ – ص٣٩٤).

وهذا ما يطلق عليه عته الشيخوخة والذي ينتج عنه تغير عقلي يتمثل في اضطرابات الفهم وتشتت الانتباه وصعوبة التركيز ويتحول المسن تدريجياً إلى شخص يعيش في الماضي (٥٥ – ص٣٦٩–٣٧٠).

ومن ناحية أخرى تبقى القدرة لدى المسنين على التعلم وإن كانت أحياناً بطيئة وفي بعض الأحيان تزداد مهاراتهم بتقدم الزمن وتزداد قدرتهم الإبداعية (٥٦ – ص٤٢–٤٣) مع حاجتهم إلى فرص جديدة للتعلم تكون ذات صلة بالخبرات الماضية.

يتميز أغلبهم بضعف الانتباه، وقد يبدو المسنون كثيري النسيان وإن كان التفكير غالباً يرتبط بتذكر الماضي مع الاهتمام قليلاً بالحاضر مع عدم الاهتمام بالمستقبل.

أما بالنسبة للتخيل لدى المسنين فإن المسن يبحث في الأشياء التي

سبق له اختزانها وفي نفس الوقت فإنه يستطيع أن يركب صوراً خيالية متعددة من المحصول الخيالي الذي سبق له أن حصل عليه (٥٧ – ص٧٣).

جـ – الخصائص والسمات النفسية:

إن التغيرات البيولوجية التي تميز مرحلة الشيخوخة بالإضافة إلى معاناة المسن من إصابته ببعض الأمراض بجانب فقدان عمله بسبب إحالته للتقاعد وكذلك فقدان بعض الأدوار التي كان يمارسها فيما سبق في حياته أو فقدانه لشريك حياته يؤثر دائماً في الحالة النفسية له مما يجعله أحياناً لا يرغب بالحياة وهناك علماء كثيرون ربطوا بين الحالة النفسية والصحية فكلاهما يؤثر في الآخر.

ويمكن تحديد الخصائص والسمات النفسية للمسنين بوجه عام فيما يلي:

- **الإحساس الزائد بالذات:** فالمسن شخص يسحب الكثير من وجدانه في الموضوعات الخارجية من الاهتمامات الاجتماعية ويوجهها إلى ذاته حيث تجد الكثير من الفلاسفة والأدباء والشعراء يتجهون في شيخوختهم إلى تأليف الكتب حول ذواتهم وتعرف هذه الكتب باسم السيرة الشخصية والحقيقة هي أن من خصائص مرحلة الشيخوخة العود إلى جعل الذات مركزاً لاهتمام الشخص وبؤرة أساسية لاهتمامه لحبه وكراهيته.
- **لا يتحكم المسن في انفعالاته** بالشكل المطلوب وبالتالي يطلق لطاقاته الانفعالية العنان لتتبدى بأشكال طفولية غير معقولة.
- **تتميز انفعالاتهم بالعناد وصلابة الرأي**، فهم يثورون لأتفه الأسباب أو لأوهام لا حقيقة لها، وعندما تتكشف لهم الأمور ويدركون خطأهم فإنهم يراوغون ويظلون على إصرارهم وعنادهم.
- **يتصفون بالتذبذب** الانفعالي حيث ينتقلون من انفعال إلى الانفعال المضاد بسرعة عجيبة، مقتربين كثيراً من سمات السلوك العصابي.
- **القلق والكآبة** سمتان يساهم في إحداثها لدى المسن أكثر من عامل

واحد، فلا شك أن الإحساس بدنو الأجل والتأسي على ما فات، والشعور بالفشل، والإحساس بالاضطهاد من طرف الأجيال اللاحقة كل ذلك وغيره يمكن أن يخلق لديهم القلق والكآبة.

- **الانطواء والسلبية:** إن تراكم الإحباطات التي يتعرض لها المسن سواء تلك المتعلقة بجسمه الذي بدأ يخونه ويتخلى عنه في الوقت الذي ما زال يحس فيه بأنه بحاجة إليه، أو فيما يتعلق بأبنائه والناس من حوله الذين بدأوا ينظرون إليه على أنه عضو أشل في المجتمع، كل ذلك يساهم في خلق الإحساس بالرغبة لديه، الغربة عن العالم الخارجي والغربة حتى عن النفس وهذا يقوده حتماً إلى الانطواء والسلبية.
- **الخمول وبلادة الحس:** لا شك أن الاضطراب الهرموني وما يتركه من آثار في الجهاز العصبي، يجعل من استجابات المسن لما يتلقاه من مثيرات أكثر بطئاً. فلا غرابة في أن يعيش بعيداً عن مشاكل الآخرين غير مكترث بها (٥٨ – ص٥٥).
- **وغالباً ما نجد المسن خائفاً وقلقاً** من النهاية وكذلك يعاني دائماً من حالات الاكتئاب والتقلب المزاجي وشيوع الأمراض السيكوسوماتية وعدم القدرة على التكيف مع الآخرين، وكذلك الأمراض النفسية والعقلية كذهان الشيخوخة وخلل الذاكرة ويميل المسن إلى ادخار ما تبقى لديه من قوة وطاقة للأعمال الضرورية والحتمية والبدء في الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية (٥٩ – ص٢٧٨–٢٧٩). مما ينتج عنه سوء الحالة النفسية خاصة إذا كان المسن قادراً على الفعل قبل ذلك.
- **وحدد أريك ايريكسون السمة النفسية الغالبة في الشيخوخة في أنها خليط بين مشاعر اليأس ومشاعر الخوف من الموت** قد يغلب إحداهما على الأخرى لتكسو المسن حالة من الاكتئاب والعزلة (٦٠ – ص١١٦).

- **الإعجاب بالماضي** حيث يقف المسن موقف المعجب بماضيه في عدة أشكال فهو قد يعجب بمن أنجبه من أبناء وبنات وقد ينصب إعجابه على تاريخه الحافل بالمآثر والبطولات.. إلخ.
- **المغالاة في الحكم على القيم** فقد يقف المسن موقف المتهكم من كل شيء والساخر من كل الناس حتى من نفسه (٦١ – ص ٢٩١–٢٩٢).

د – الخصائص والسمات الاجتماعية:

يرى توماس كولي Thomas coloey أن المسن يكون في حالة من الزهد والعزوف عن التفاعل الاجتماعي أو أحاسيس اللامبالاة بكل ما يحيط به من أحداث وظواهر، ويرى كولي أن ثمة مراحل متوالية يمر بها الإنسان في علاقاته الاجتماعية تبدأ بالطفولة الاجتماعية التي تسودها مشاعر التهيب والإحجام رغم الرغبة وإلحاحها ثم الشباب والرجولة حيث الاندفاع والحيوية نحو المشاركة الاجتماعية بحماس وانطلاقة. وأخيراً الشيخوخة الاجتماعية والتي عندها يفتر الحماس وتقل الرغبة وتخمد الدوافع للتفاعل مع الآخرين (٦٢ – ص٥٢–٥٣).

فنتيجة للفراغ الاجتماعي الذي يعيش فيه المسن بسبب انشغال الأبناء في حياتهم وأعمالهم وكذلك بعد المسن عن الأصدقاء خصوصاً لمن هو عاجز عن الحركة بمفرده فهو غالباً ما يشعر بالفتور العام.

ومما يزيد من هذا الفراغ الاجتماعي لديه نكداً تفرق أصدقائه في الشباب وزملائه في العمل أو موت بعضهم وتزداد الوحدة الاجتماعية بشدة ومرارة مع موت أحد الزوجين ليترك الآخر مترملاً كسير الجناح بعد أن فقد شريكه في الحياة منتظراً يومه الآتي (٦٣ – ص٣٥٩).

ويتميز الفرد في هذه المرحلة بضعف المقاومة نتيجة للتغيرات البيولوجية لأنسجة جسمه ويتوقف ظهور ذلك على عاملين:

أ – السرعة التي يتم بها التغير والانحلال في الأسرة.

ب – قوة تكامل الشخصية نتيجة للخبرات المنزلية والبيئية كما يشعر الفرد

في هذه المرحلة بأنه أصبح عبئاً على غيره لأن إنتاجه قد قل لذلك يلجأ إلى أساليب الدفاع عن نفسه.

وعموماً فإن طبيعة شخصية المسنين تختلف من مسن لآخر فمنهم من يتصف باتزان الشخصية والاتزان العقلي وهؤلاء يمكن الاستفادة بما لديهم من خبرات ومهارات والبعض الآخر منهم لا يتصف باتزان الشخصية فلا يستطيعون ممارسة أي أعمال ويحتاجون إلى معاملات خاصة.

وهناك آراء في ذلك ترى أن اختلاف طبيعة شخصية المسنين يتوقف على درجة ثقافتهم ووعيهم فكلما زادت درجة الثقافة والعلم لدى المسنين استطاع شغل وقت فراغه باعتماده على نفسه وشغل بعض الوظائف وذلك حسب قدراته الشخصية (٦٤ – ص٦).

ومن الممكن أن ينسحب المسن من الحياة الاجتماعية خصوصاً إذا شعر أن المجتمع حوله لا يعطيه الاهتمام وكذلك عندما تزداد حاجته للمساعدة من الآخرين، ويجد المسن سعادته في استعادة ذكريات الماضي والتحدث عنها والتفكير فيها وإعطائه الخبرة لكل من يتحدث معه حتى وإن كان لم يطلب منه ذلك.

وتقلص علاقات المسن تجعله يشعر بالملل والوحدة مما يجعله يفكر في نفسه بأنه لا قيمة له في المجتمع الذي يعيش فيه وأنه عليه أن ينتظر الأجل.

وتوصي الدراسات بأنه يجب النظر للمسن بوصفه إنساناً له قيمته وليس كائناً يحتاج إلى العون والمساعدة فقط للمشاركة والأخذ بيده بوصفه إنساناً (٦٥ – ص٨٢–٨٣).

ويمتاز النمو الاجتماعي للمسن بجملة من التغيرات التي تترك آثاراً عميقة في مجمل علاقاته الاجتماعية. هذه التغيرات هي:

- فقدانه لدوره الاجتماعي سواء بالتقاعد أو الإزاحة من طرف الأبناء.
- هبوط مكانته الاجتماعية وذلك نتيجة طبيعية للاتجاه السلبي نحو

الشيخوخة ذلك أن الحضارة المعاصرة لا تؤمن إلا بالقوة والسرعة والجاذبية، وهو ما لا يتمتع به المسن.

- تحرره من كثير من القيود والضوابط الاجتماعية وذلك نتيجة لتضاؤل مدى وكثافة الضغط الاجتماعي على الفرد في هذه المرحلة من النمو فتطلق النفس على سجيتها لتعود إلى الكثير من السلوكيات الخاصة بمراحل النمو الأولى في الطفولة والمراهقة.

- تغير أساليب تكيفه وتعامله مع المجتمع، ذلك أن قدراته على الاستدلال والتفكير والإدراك والإحساس تتضاءل. كما أن خبراته السابقة لم تعد كافية لتؤهله للتعامل مع ما يستجد من أنماط سلوكية تبعاً للرقي الحضاري، أضف إلى ذلك تناقص قدرته على التعويض وغربته عن جسده. كل ذلك يؤدي إلى نقص أكيد في كفاءته إبان تعامله مع الآخرين مما يؤدي إلى نفورهم منه.

- انحسار جو العلاقات القرابية الذي كان يطبع الأسرة الممتدة، بعد أن اتجهت الأسرة المعاصرة إلى التفرد والاقتصار على أقل عدد ممكن مما أدى إلى التقليل من سلطة المسن على أبنائه، وهذا يساهم في ضآلة مكانته ومركزه في الأسرة.

- يسهم مع النقطة السابقة انفضاض الناس من حوله سواء بالوفاة لمن هم في مثل سنه، أو بالانصراف لشؤون الحياة، أو بالقعود في المنازل بسبب فقدان القدرة الجسمية وفقدان الدافع للخروج والاختلاط بالآخرين مما يؤدي بالتالي إلى هز ثقته بنفسه، وعدم إشباع حاجته الأساسية إلى تقدير الذات Self-esteem ممن يحيطون به (٦٦ – ص٥٦).

ومن الممكن أن يقوم المسن بمحاولات عديدة لكي يعيش حياته كما سبق أن عاشها وذلك بتجديد بعض الأدوار بالبحث عن الجديد كقيامه بمشروع إذا كان متاحاً له ذلك ليشعر بكيانه وأهميته في المجتمع وبذلك يشارك في الحياة الاجتماعية أو من خلال البحث عن أي صديق يكون

ضعيفاً أكثر مما هو عليه ويواليه الاهتمام وذلك يشعره بأنه مسؤول عن شخص آخر ويمكن أن نرى ذلك في الأندية والمؤسسات الإبداعية كالطبيب المسن فهو يمارس مهنته على أصدقائه فبذلك يكون يمارس عملاً يشعره بقيمته بوصفه إنساناً مهماً وأنه كذلك مرغوب فيه وأن هناك من يحتاج إليه وبأن له كياناً ما زال موجوداً.

٣ – مشكلات المسنين:

ترتبط مشكلات المسنين باحتياجاتهم المتنوعة، فاحتياجات المسنين غير المشبعة تعتبر مشكلات تتطلب بذل الجهود وتصميم البرامج من أجل التغلب عليها.

وتعرف الحاجة على أنها حالة من التوتر أو عدم التوازن تتطلب نوعاً معيناً من النشاط يؤدي إلى إشباع الحاجة والحاجات تشبع بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وعادة ما تعمل الحاجات في نظام مركب تعتمد على بعضها الآخر وتؤثر إحداهما في الأخرى (٦٧ – ص٢٢).

كما تعرف الحاجة بأنها حالة عدم توازن يشعر بها فرد أو جماعة أو مجتمع نتيجة الإحساس بالرغبة في إنجاز هدف معين وهذا يحتاج بدوره إلى توافر ظروف وإمكانات معينة (٦٨ – ص٥٩٩).

ويمكن القول بأن احتياجات المسنين إنما هي ضرورات فردية مترتبة على الخصائص البيولوجية والنفسية وطبيعة العلاقات الاجتماعية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة وإن إشباع هذه الاحتياجات يكفل التوافق الاجتماعي للأفراد وتحقيق الأهداف المجتمعية في نفس الوقت.

ويميز بوجاردس Bogardus الحاجة والمشكلة بأن الأولى ضرورة حياتية ولكن الثانية هي العراقيل التي تعترضها (٦٩ – ص٣٨).

وتعرف مشكلات المسنين بأنها مواقف لا توافقية فردية أو جماعية تعوق تكيفهم الاجتماعي مع بيئاتهم الاجتماعية كما تعوق استثمارهم للموارد المتاحة (٧٠ – ص٨١).

ولقد ظهرت وجهة نظر في تعريف مشكلات المسنين ترى أن مشاكل المسنين عبارة عن مجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر بشكل ما في الفرد الشخصي والاجتماعي (٧١ – ص٧١).

وهناك رأي يرى أن هذه المشكلات يمكن القضاء عليها نهائياً وأن المسنين قد لا تواجههم مشكلات إذا تم الاهتمام والعناية بهم ومراعاة الخواص الطبيعية للمسن والنواحي النفسية من أجل معرفة كيفية التعامل معهم (٧٢ – ص٨٠).

تعرف المشكلة بوجه عام بأنها صعوبات في سلوك إنسان أو في أدائه لعلاقاته الاجتماعية هذه المشكلات تتطلب حلولاً (٧٣ – ص١٩).

ويرى Muriel Brown's أن المسنين تواجههم بعض المشاكل العادية ولكن قد لا يستطيعون حلها بأنفسهم رغم أن هذه المشاكل عادية بالنسبة للأفراد العاديين ولكنها مشكلة بالنسبة لهم ولهذا يجب التدخل من قبل المجتمع ومعاملتهم معاملة خاصة (٧٤ – ص٢٠٠).

والمشكلة ليست نتيجة لسبب أو عامل واحد وإنما هي في الحقيقة نتاج لعديد من الأسباب التي قد يصعب تحديدها في كثير من الأحيان ويرجع ذلك إلى كثرة العوامل المسببة لها وتداخلها ويمكن تحديد تلك العوامل التي تساعد على حدوث المشكلات في عاملين رئيسيين أحدهما متصل بالإنسان نفسه والآخر متصل بالبيئة المحيطة (٧٥ – ص٢٠٨).

وقبل أن نعرض لأهم تلك المشكلات التي تواجه المسنين يجدر بنا أن نحدد أسباب مشكلات المسنين فيما يلي:

أ – **أسباب حيوية:** مثل التدهور والضعف الجسمي والصحي العام وخاصة تصلب الشرايين وغيرها.

ب – **أسباب نفسية:** مثل الفهم الخاطئ لسيكولوجية المسنين، فقد يفهم بعض الناس أن كلمة مسنين معناها أن يمشي المسن متثاقلاً طالما قد وهن

العظم منه واشتعل الرأس شيباً، كذلك تؤثر الأحداث الأليمة التي قد تهز كيان المسن وتهدد شخصيته.

جـ – **أسباب بيئية:** ومنها التقاعد وما يرتبط به من نقص في الدخل وزيادة في الفراغ وخاصة أن الناس يربطون بين التقاعد عن العمل وبين التقاعد الجسمي النفسي ويرون أن المسن عديم الفائدة ولا قيمة له وأن التقاعد معناه اعتزال الحياة. ومن الأسباب البيئية كذلك التغير في الأسرة (٧٦ – ص١٣٧–١٣٨) وترك الأولاد للأسرة بالزواج أو العمل خاصة في حالة حاجة المسن إلى رعاية صحية أو مادية وتفكك روابط الأسرة الكبيرة.

وفيما يلي بعض مشكلات المسنين:

أولاً – المشكلات الصحية:

تمثل صحة المسن واحتياجاته الصحية أهم وأخطر مشكلات العصر بالرغم من أن الأمراض التي يمكن أن تصيب المسن ممكن أن تصيب أي إنسان عادي كالإصابة بالجلطة والسكر والضغط ولكنها مرتبطة أكثر بكبار السن.

وتتوقف الحالة الصحية لكبار السن على العديد من العوامل الاجتماعية مثل مستوى المعيشة ودرجة التعليم وارتفاع مستوى الصحة العامة، كما أن للحالة الصحية تأثيراً كبيراً في المسن في العديد من الجوانب مثل قدرته على العمل والاشتراك في الأنشطة الترويحية وعلاقاته الاجتماعية والدخل والزواج ويرجع التغير العضوي لدى المسن لعوامل مختلفة منها (الوراثة، المهنة، الغذاء، تنشيط الأجهزة العضوية المختلفة، البيئة (٧٧ – ص٣٩–٤٣).

وفي فترة الشيخوخة تكثر حالات الإصابة بالأمراض ومن أهم خصائص الأمراض عند المسنين هي (مرض فقر الدم، أمراض القلب، أمراض الجهاز الهضمي، مرض البول السكري، الالتهابات والعدوى، أمراض الحواس، اضطرابات التغذية، أمراض الأوعية الدموية) (٧٨ – ص٤٢–٤٤).

ويصاب المسنون كذلك بالأمراض العصبية، ومن أهم أمراض الجهاز العصبي:

أ – أمراض السكتة الدماغية (الفالج..).

ب – أمراض الحركات اللاإرادية (الرعاش..).

جـ – آثار السقطات الشائعة الحدوث عند المسنين بسبب اختلال قدرتهم على التوازن.

والشيوخ معرضون للإصابة كغيرهم من الناس بأمراض أخرى للجهاز العصبي لا تختلف مظاهر هذه الأمراض ولا وسائل علاجها عن تلك التي تحدث لغيرهم (٧٩ – ص١٦٢–١٦٣).

ويزيد من حدة المرض لدى المسن وجود بعض المعوقات وهي ترجع إلى المسنين أنفسهم وهذه المعوقات هي: (٨٠ – ص٤٢٨)

أ – إهمال المسنين أنفسهم وعدم طلبهم المساعدة حتى تسوء صحتهم.

ب – عدم اهتمام المسنين بالفحص الطبي الدوري.

جـ – عدم وعي المسن بخطورة علاجه لنفسه بدون إشراف طبي.

د – خوف المسن من الإيداع في المستشفيات وإبعاده عن الجو الأسري الذي اعتاده.

هـ – عدم قدرة غالبية المسنين على تحمل نفقات العلاج.

و – عدم وعي أسرة المسن بطبيعة أمراض الشيخوخة وعدم كفاية ما تقدمه من رعاية له.

ز – عدم خبرة أو صبر الكثير من القائمين على علاج المسنين بطبيعتهم والتعامل معهم.

ثانياً – المشكلات الاقتصادية:

إن أصعب الأوقات التي يمر بها الإنسان هي مرحلة التقاعد والإحالة على المعاش وعندما يعيش المسن إما عن طريق المعاش أو التأمينات الاجتماعية أو عن طريق ما قد ادخره في السابق أو ما يحصل عليه من

إعانة من البعض كالأبناء. فهو يشعر بعدم الأمان الاقتصادي وذلك لانخفاض مستوى ظروفه الحالية عما كانت عليه في السابق أثناء عمله.

ومن أهم أسباب الاضطرابات المادية في المجتمع الحديث ذلك التغير الملحوظ الذي حدثت في شكل التوزيع السكاني خلال القرن الأخير وأهم مظهر لهذا التغير هو أن عدداً أكبر من سكان العالم أصبح يتمتع بفرصة أوسع في الحياة لمدى أطول وفي ظروف صحية أفضل.

ونجد أن المسن يصرف أغلب مدخراته على الأدوية والمأوى العادي الذي يحميه فقط من الشارع، وما يجعله يعيش من غذاء وهو لا يهتم بالتنويع فيه مما يصيبه ببعض الأمراض ومنها لين العظام لنقص الكالسيوم.

ونظراً لتزايد أعداد المسنين في المجتمعات المختلفة فقد أدى ذلك إلى بعض الآثار السلبية ومنها: (٨١ – ص١٥-١٦)

أ – فقدان القوة الإنتاجية في المجتمع للخبرات التي اكتسبها المسن عبر سنوات طويلة والتي يصعب تعويضها بإضافة أعداد مماثلة من الطاقات الجديدة.

ب – تزايد معدلات الإعالة مما يؤدي لانخفاض المدخرات وبالتالي انخفاض مماثل في الاستثمارات.

جـ – إن إبعاد العديد من أفراد المجتمع عن المشاركة في عملية الإنتاج رغم ما يمتلكونه من خبرات فنية يقلل من فاعلية التنمية.

ولقد ساهم ثبات المعاش وعدم زيادته بنسبة تتماشى مع تصاعد وارتفاع الأسعار في زيادة حدة المشكلات الاقتصادية (٨٢ – ص٢٧٨-٢٧٩).

ومن المفضل في هذا النوع من المشكلات أن نساعد المسن ونعاونه على إيجاد العمل الذي يتناسب مع قدرته وميوله (٨٣ – ص٣٨) نظراً لوجود عبء إضافي جديد يضاف إلى المسن الذي أحيل للتقاعد وهو عبء العلاج والدواء (٨٤ – ص٤٧).

وقد كشفت بعض الدراسات التي أجريت على المسنين بأن كلاً من العمل والدخل له علاقة إيجابية في درجة رضا المسن عن الحياة واتضح أن غير المتقاعدين يتمتعون بدرجة عالية عما يتمتع به أولئك المتقاعدون (٨٥ – ص٣١).

ومن الممكن الاستفادة من خبرات المسنين حتى لو كان ذلك بأجر رمزي أو في صورة عقد مثلاً واعتبارهم مستشارين في بعض الأعمال التي لا تحتاج إلى مجهود عضلي وعمل مشروعات تستفيد من عقولهم وخبراتهم، وبذلك يشعر المسن بأن له كياناً وكذلك بأنه آمن اقتصادياً مما يبعد عنه الإحساس بالخوف والقلق وليتمتع بحياته الباقية مما ينعكس على حالته الصحية والنفسية والاجتماعية والمادية.

فالعمل يمد الفرد بالأجر وينظم نشاط الإنسان بين العمل والأنشطة الأخرى كوقت الفراغ وينظم الإحساس بالهوية وينظم مفهوم المكانة الاجتماعية فالوظيفة في المجتمع تحدد الطبقة والمكانة الاجتماعية في المجتمع كما تؤثر في مكانة الفرد في أسرته (٨٦ – ص٣٤).

ثالثاً – المشكلات الاجتماعية:

إن انسحاب المسن وانقطاعه عن المجتمع والحياة الاجتماعية سمة من سمات التقدم في السن، ويكون هذا الانسحاب متبادلاً بين المسن والمشاركة الاجتماعية مع أفراده المسنين (٨٧ – ص٣٤).

ونتيجة للكبر يفرض على المسن أن ينسحب تدريجياً من شبكات العلاقات الاجتماعية والتخلي عن الأدوار الرئيسية التي كان يشغلها، وإذا كانت هناك فرص متاحة لقيام المسن الذي فسخ علاقاته، بأدوار تلائم طاقاته وقدراته المتدهورة، تسمح له أن يعيش في عالمه الجديد المتمركز حول ذاته وذكريات ماضيه فستبقى روحه المعنوية عالية، والعكس هنا صحيح بمعنى أنه إذا لم تتوفر له هذه الأدوار فالاحتمال قائم وكبير بأن روحه المعنوية سوف تزداد تدهوراً مع كل انسحاب (٨٨ – ص٣١٥–٣١٦).

ونتيجة فقد المسن للعديد من الأدوار وشعوره بالوحدة والعزلة عن المجتمع، فقد كانت هذه الأدوار هي ما يشغله فيما سبق، وبفقدها عليه أن ينسحب من الكثير من العلاقات وبالتالي فالمسن يحتاج إلى تعويض لكي يشبع حاجاته.

ففقد الأدوار الاجتماعية التي كان يمارسها المسن من أهم المشكلات الأساسية للمسنين (٨٩ – ص٦٦). وينتج ذلك بسبب ضعف المسن صحياً ولقلة قدرته على أداء الواجبات الاجتماعية تجاه الأهل والأصدقاء عما سبق في مرحلة شبابه، فنجد علاقات المسن تنكمش ومما يزيد من ذلك إما وفاة شريك الحياة أو فقد الأصدقاء أو نتيجة للمرض، ونجد أن المسن من الصعب أن يستحدث علاقة جديدة سواء كانت بالزواج أو الأصدقاء فهي علاقات بدأت معه منذ وقت بعيد.

والمشكلات الاجتماعية تعبر عن أشياء يرغبها المسن ويريدها ولكنه لا يمتلكها وقد ترجع أسباب حدوث هذه المشكلات إلى (فقدان بعض الأدوار، انعدام الفائدة، الفراغ وانخفاض الدخل، فقدان الأهمية الاجتماعية) (٩٠ – ص١٤٥).

وقد لاحظ بريم Prim أن أهم العوامل التي تؤدي إلى المشاكل التي تواجه كبار السن تتمثل في أنهم يجدون أنفسهم في فترة التقاعد منفصلين عن علاقتهم السابقة (٩١ – ص٤٩) ومع فقدان المسن لبعض الأدوار التي كان يقوم بها فإنه أصبح يعاني ضغوطاً ومتاعب جسمية ونفسية واجتماعية إلى جانب الضغوط البيئية (٩٢ – ص٩٠).

ويترتب على سوء العلاقات الاجتماعية للمسن الكثير من المشكلات الأخرى منها كثرة المشكلات الأسرية والتي تتمثل في سوء علاقة المسن بزوجته وسوء علاقته بأولاده وذلك لأنه يشعر بأنه أصبح عبئاً على الأسرة، وتتمثل في الشعور بالوحدة الاجتماعية نتيجة للفراغ الذي يتخلل حياتهم لتفرق أولادهم وأصدقائهم بالإضافة إلى موت أحد الزوجين (٩٣ – ص٩٠).

ومن ناحية أخرى ينتج عن فقدان المسن لأدواره وجود مشكلة هامة ألا وهي وقت الفراغ وذلك لأن المسن غالباً ما يكون غير قادر على الحركة

وأداء واجباته الاجتماعية كزيارة الأبناء والأصدقاء وكذلك بالتقاعد وفقد دوره بوصفه إنساناً منتجاً له مكانه في عمله وذلك يحرمه من المخصصات المادية والتي تؤثر فيه.

رابعاً – المشكلات النفسية والعقلية:

إن رعاية المسنين النفسية بحاجة إلى جهود كبيرة تبذل من أجل تنقية الجو المحيط بالمسن وذلك لأن هذه المرحلة تتسم بالحساسية الشديدة شأنها شأن مرحلتي الطفولة والمراهقة.

وبالرغم من ذلك نجد أن الأبناء يريدون إثبات ذاتهم واحتلال مراكز ومكانات عالية، وهذا ضد رغبة المسن ويرفض التنازل عن مكانته. مما يولد بينهم الصراع ويجعل كلاً منهم يقع تحت طائلة التوتر النفسي (٩٤ – ص١٦٠–١٦١).

وهذه الحالة من الصدام مع من حوله أو الأحفاد، وهو ما يحظ في نفس المسن ويجعله عرضة لمعاناة التوتر والشعور بالألم النفسي (٩٥ – ص ٤٠٠–٤٠١).

ومن الأسباب التي تؤدي إلى الضغوط النفسية والتي يعانيها المسن هو سرعة التغير الاجتماعي مما يحدث عند المسن الاضطرابات الاكتئابية (٩٦ – ص١٦٤).

ومن أهم المشكلات النفسية التي يعانيها كبار السن:

- مشكلات تكيف المسن مع واقعه الاجتماعي الجديد، وعدم قدرته على التوافق المطلوب. مما قد يؤدي إلى بروز بعض السلوكيات العدوانية لدى البعض، أو مظاهر الانطواء المبالغ فيه.
- اللامبالاة من جانب المسنين تجاه ما يضطرب حولهم من مشكلات اجتماعية وسياسية واقتصادية، مما يدفعهم إلى موقع هامشي بالنسبة لحياة من حولهم، وهذا يساهم أكثر في تنمية إحساسهم بالغربة، كما يقوي لديهم الاتجاه الاجتماعي السلبي نحو الشيخوخة.
- الشك والريبة في الآخرين، وقد يصل هذا الشك إلى درجة كبيرة، وقد

يدفعهم ذلك إلى السخرية الشديدة من الأجيال اللاحقة.

- احتمال ظهور الأمراض العصابية والذهنية في سن الشيخوخة كالقلق والاكتئاب والأمراض النفسية والجسمية والمخاوف وذهان الشيخوخة... إلخ.
- احتدام «صراع الأجيال» بينهم وبين أبنائهم وأحفادهم مما قد يؤدي إلى تفكك الأسرة الممتدة وتقلص العلاقات القرابية وانعدام المودة والرحمة بين المسن وأبنائه.
- هناك احتمال أن يتحول بعض المسنين إلى ممارسة سلوكيات اضطهادية موجهة نحو الآخرين كرد فعل سلبي على إحساسهم بالفشل وتعبيراً عن أنانيتهم المفرطة (٩٧ – ص٥٥–٥٦).
- الاكتئاب الذي يدفع المسن للانتحار بسبب سيطرة الإحساس بعدم الأهمية والاعتماد على الآخرين (٩٨ – ص١٤٥).
- الشعور بالذنب.
- القلق وهو إحساس بالتوتر والخوف الشديد الدائم الذي لا مبرر له من الناحية الموضوعية (٩٩ – ص٥٣) وهو أكثر شيوعاً في مرحلة الشيخوخة فإن نسبة كبيرة من المسنين ينزعجون بشدة بسبب إدراكهم أنهم يجب أن يعتمدوا على الآخرين (١٠٠ – ص٥٠).
- النكوص Regression هو ما نلاحظه على بعض المسنين من إسراف في العناية بمظهرهم الخارجي وتقليد الشباب (١٠١ – ص١٥٩) والتحكم في الأهل والأصدقاء والإسراف في الحنين إلى الماضي والتمارض والغيرة (١٠٢ – ص٥٥٩).
- فقدان التكيف في الكلام وتوهم المرض فلا يستطيع المسن التعبير عن الفكرة التي يقصدها مما يسيء إلى المستمع ويثير الضحك لدى الحاضرين (١٠٣ – ص١٢٨).

- الكبت وهو يستنفذ كثيراً من طاقة المسن ولا يتبقى له إلا أقل القليل لمواجهة أعباء الحياة نتيجة لإحالته للمعاش وفقدانه لجزء كبير من أدواره في الحياة (١٠٤ – ص١٦٦).

- الوسواس القهري وهو يتيمز بوجود أفكار وحركات خاطئة والتفكير في موضوعات مختلفة (١٠٥ – ص٤٨٦).

بالإضافة إلى الشعور بالقلق والتوتر والانطواء وغيرها من الأمراض النفسية مثل الانسحاب والوهم النفسي حيث يشعر المسن بأنه محطم النفس قليل العزيمة، وتعد الأمراض النفسية مثل الانسحاب والوهم النفسي حيث يشعر المسن بأنه محطم النفس قليل العزيمة، وتعد الأمراض النفسية من أهم المشاكل الطبية لكبار السن في المجتمعات المختلفة وقد يظهر المرض النفسي في صورة علامات وأمراض جسمانية مثل: فقد الوزن والإمساك وجفاف الحلق وتغيرات في معدل ضربات القلب وتغير في ضغط الدم والرعشة (١٠٦ – ص١١٦) وهذه الأمراض النفسية ترجع إلى عديد من الأسباب هي: المرض، التقاعد والعوز وفقدان المكانة وبعض الأدوار (١٠٧ – ص٧٦).

ويعاني المسن من الاضطرابات العقلية التي تنشأ بدون التغيرات العضوية وأنها اضطرابات أصيلة في الشيخوخة أي تخص مرحلة الشيخوخة (١٠٨ – ص٢٩١). ومن أهم الأمراض العقلية عند المسنين: (ضعف الذاكرة والنسيان، البطء في التفكير، اضطرابات البارانويا، عته الشيخوخة) ويتفق علماء النفس والطب النفسي فيما بينهم على أن هناك تأثيراً واضحاً للسن في الجوانب المختلفة عامة والذاكرة قصيرة المدى بصفة خاصة (١٠٩ – ص٢٥). والذاكرة قصيرة المدى هي تلك الذاكرة التي تحتفظ بالمعلومات لفترة زمنية بين عدد قليل من الثواني على عدد قليل من الدقائق (١١٠ – ص٢٩٧). حيث تضعف ذاكرة المسن عند تذكر الأحداث القريبة في حين تظل ذاكرته واعية لتذكر الأحداث القديمة (١١١ – ص٢٢٢).

٤ – رعاية المسنين بدولة الكويت:

تؤكد التقارير الدولية الواردة عن المسنين أن نسبة المسنين إلى مجموع السكان آخذة في التزايد في جميع أرجاء العالم ومن المتوقع أن تزداد باطراد (١١٢ – ص٧).

أما في الكويت فالمسنون يمثلون نحو ٦,٥٪ من إجمالي عدد السكان بالكويت، حيث يمثل المسنون ٤٪ من جملة السكان الكويتيين أنفسهم ويمثل المسنون غير الكويتيين نسبة ٦,١٪ من جملة السكان غير الكويتيين الموجودين بالكويت (١١٣ – ص٥–٦).

وبصفة عامة فإن سياسات الرعاية الاجتماعية في المجتمعات المتقدمة والنامية تهتم برعاية هذه الشريحة من المجتمع وقد حددت أغراض هذه الرعاية في: الدخل المناسب، تحسين الصحة العقلية، منزل مناسب، التقديم المستمر للخدمات، فرص التوظيف، الظروف الصحية المناسبة، الاحترام والإجلال الوطني، فرص الاستجمام والتوظيف، احترام حرية كل فرد في تخطيط وإدارة حياته (١١٤ – ص٢٣٣).

وقد حرصت دولة الكويت على الاهتمام بكبار السن ورعايتهم وذلك من خلال الجهود التي تبذل من الوزارات والأجهزة التالية:

١ – وزارة الشئون الاجتماعية والعمل:

تعتبر وزارة الشئون الاجتماعية والعمل هي الجهة المعنية بتقديم الخدمات لكبار السن من خلال الأجهزة التالية: (١١٥ – ص٢٥–٣٧)

أ – دار رعاية المسنين:

تأسست سنة ١٩٥٥ وكانت أول مؤسسة تقوم بإنشائها وزارة الشئون الاجتماعية والعمل منذ أن كانت دائرة للشئون الاجتماعية بهدف رعاية كبار السن الذين لا يستطيعون رعاية أنفسهم وتعجز أسرهم عن رعايتهم فتوفر لهم المؤسسة الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية وتشعرهم بالراحة والطمأنينة في مرحلة الشيخوخة. وقد تم ذلك قبل أن يكون للكويت دستور

مكتوب وقبل أن تصبح عضواً في الأمم المتحدة وتلتزم بالمواثيق الدولية التي تحث على توفير الرعاية للمواطنين عند الكبر والشيخوخة.

وقد بدأت المؤسسة نشاطها مع (٢٨ نزيلاً) ١٥ من الذكور، ١٣ من الإناث واستمر عدد النزلاء في تزايد مستمر حتى بلغ ١٣٥ نزيلاً في سنة ١٩٨٠، ٥٦ ذكوراً أي ٤١٪ من النزلاء، ٧٩ إناثاً أي ٥٩٪ منهم ٨٠ كويتياً بنسبة ٦٠٪ تقريباً، ٥٥ غير كويتي أي حوالي ٤٠٪ من مجموع النزلاء وتقدم لهم جميع الخدمات والاحتياجات دون أي مقابل سواء كانوا كويتيين أو غير كويتيين، وقد وصل عدد المسنين الذين تخدمهم الوزارة في ديسمبر ١٩٩٨ (٥٨) نزيلاً، ٢٤ من الذكور، ٣٤ من الإناث.

ويلاحظ أن نسبة الكويتيين الذين تقوم الدار برعايتهم أقل من ٤٪ من مجموع الكويتيين الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ وهي نسبة ضئيلة جداً وهذا يعكس عمق الروابط الأسرية داخل المجتمع الكويتي حتى الآن بالرغم من كل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية الهائلة في المجتمع. ويعكس في نفس الوقت عزوف كبار السن من الكويتيين عن الالتحاق بالمؤسسة بوضعها الراهن، ولكن بدون شك في أن المسنين بالمجتمع في حاجة إلى أنماط أخرى وأشكال مختلفة من الرعاية سوف نتعرض لها فيما بعد.

تتبع المؤسسة في رعاية نزلائها أساليب متنوعة تناسب ظروفهم الأسرية وحالتهم الجسمية والنفسية والاجتماعية ومن هذه الأساليب:

١ – **الإيواء الكامل:** ويعني إيواء الحالة إيواءً كاملاً داخل المؤسسة ويتبع هذا الأسلوب مع الحالات التي يثبت البحث الاجتماعي عجز أسرهم عن رعايتهم بسبب تدني حالتهم الصحية وحاجتهم إلى عناية صحية قد لا تتوافر له بالمنزل أو بسبب التصدع الأسري الشديد، وللمحافظة على العلاقات الأسرية للنزلاء تسمح الدار بزيارة الأسر لهم يومياً وتشجع أقاربهم على أهمية زيارة ذويهم داخل المؤسسة واصطحابهم إلى أسرهم كلما سمحت ظروفهم الصحية بذلك.

٢ - **الرعاية النهارية:** وهي رعاية الحالة نهاراً داخل المؤسسة حيث يمارس المسن نشاطه الاجتماعي والترفيهي والتأهيلي والعلاج الطبيعي ويعود في المساء إلى أسرته ليمارس حياته الاجتماعية الطبيعية مع أهله، ويتبع هذا الأسلوب مع الحالات التي يثبت البحث الاجتماعي قدرة أسرهم على رعايتهم وحمايتهم ورغبتهم الأكيدة في ذلك، وتفضل المؤسسة هذا الأسلوب وتعمل على تطويره والتوسع فيه، حيث يظل المسن على علاقة قوية مع أسرته وتظل الأسرة تشعر بمسؤوليتها تجاهه.

وتقدم الدار للمسنين أشكالاً مختلفة من الرعاية تشمل:

١ - **الرعاية النفسية:** يوجد في كل مؤسسة مكتب للخدمة النفسية به أخصائيون مؤهلون يقومون ببحث الحالات الجديدة وتطبيق الاختبارات عليها وتشخيص قدراتها والاشتراك في وضع البرامج المناسبة لرعايتها والأسرة التي تلحق بها والاشتراك في توجيه النزلاء مهنياً والإرشاد النفسي للنزلاء وأولياء أمورهم.

٢ - **الرعاية الاجتماعية:** وتتضمن برامج الأنشطة الاجتماعية حفلات السمر الأسبوعية والاحتفالات بالأعياد الوطنية والمناسبات الدينية. كما تتضمن عرض الأفلام السينمائية المناسبة والقيام برحلات ترفيهية وتعليمية.

٣ - **الرعاية الصحية:** يوجد بكل مؤسسة عيادة طبية مجهزة تجهيزاً جيداً، ويقود العمل بها أطباء مختصون من وزارة الشئون الاجتماعية وجهاز كامل من الهيئة التمريضية المؤهلة لهذا العمل ويستمر العمل بهذه العيادات ليلاً ونهاراً نظراً لحاجة النزلاء للتمريض والمتابعة على مدار اليوم.

٤ - **العلاج الطبيعي:** يستخدم العلاج الطبيعي داخل الدار وذلك لمساعدة المسنين على التغلب على المشاكل الحركية الناتجة عن إصابات طبية مختلفة.

وتشترط الدار لقبول المسن أن يتوافر فيه ما يلي:

- ألا يقل عمر النزيل عن ٦٠ عاماً.

- أن يكون خالياً من الأمراض المعدية والعقلية.
- أن يثبت البحث الاجتماعي حاجته للإيواء.
- موافقة مدير الدار على نوع الرعاية.

ب – إدارة الرعاية الأسرية:

انطلاقاً من مسئوليات الدولة التي التزمت بها حيال أبنائها الذين ضحوا من أجلها فقد قامت وزارة الشئون الاجتماعية والعمل عام ١٩٥٥ بإنشاء إدارة الرعاية الأسرية بهدف تلبية احتياجات المواطنين المادية.

وقد حرصت الإدارة منذ إنشائها على إعداد كادر كويتي قادر على تقديم المساعدات لمستحقيها بكفاءة وأسلوب محبب يشعر المواطن أن ما تقدمه الدولة إليه هو حق له وواجب عليها. كما حرصت إدارة الخدمات على إنشاء وحدات اجتماعية يبلغ عددها (١٣) وحدة موزعة على جميع مناطق الكويت. بحيث تؤدي الخدمات داخل منطقة سكن المسن فلا يتحمل المسن مشاق الانتقال إلى إدارة الخدمات بضاحية عبدالله السالم كما عملت منذ إنشائها على تقنين نظام المساعدات بدلاً من اعتمادها على مبادرات الأقارب الميسورين وقامت بتطوير قوانين المساعدات بما يلبي الاحتياجات المتجددة والمتزايدة للمواطنين المرتبطة بتطور المجتمع وارتفاع مستوى المعيشة.

فقد كان الحد الأدنى للمساعدات سنة ١٩٥٥م هو (١٠٠ روبية) أي ما يعادل ٥,٧ د.ك. والحد الأقصى لها ٣٠٠ روبية أي ٥,٢٢ د.ك؛ وكان إجمالي مساعدات حالات العجز والشيخوخة (٢٦٨٩ د.ك) وصلت في نهاية سنة ١٩٨٠م إلى ٢١٥٥٠٦٧ د.ك كان عدد المستفيدين بها ٢٥٧٥ أسرة تضم ٥١٢٣ مواطناً مسناً أي ما يعادل ٢٥٪ من عدد المسنين بالدولة والبالغ عددهم ٢١ الفاً حسب تعداد ١٩٨٠م وقد وصل عدد الأسر والأفراد المنتفعين بالمساعدات عام ١٩٩٨ (٣٥٩٣) أسرة، ٤٦٩٥ فرداً مسناً وبلغ إجمالي قيمة المساعدات المصروفة من قبل وزارة الشئون الاجتماعية للمسنين ٩٢٠٨٥٢٩ د.ك عام ١٩٩٨م (١١٦ – ص٢–٣).

جـ – المقاهي الشعبية:

أنشأت المقاهي الشعبية بتوجيهات مباشرة واهتمام كبير من حضرة صاحب السمو أمير البلاد المفدى، وتشرف عليها فنياً وإدارياً وزارة الشئون الاجتماعية والعمل.

وتهدف المقاهي الشعبية من تقديم خدماتها إلى الآتي:

١ – إعداد المكان المناسب لقضاء وقت ممتع على الساحل وخاصة كبار السن.

٢ – توفير وسائل الترفيه للرواد ومحاولة الترويح عنهم في وقت فراغهم.

٣ – تقديم الخدمات المناسبة بالمقهى وبأسعار رمزية.

٤ – إقامة المسابقات المختلفة المتعلقة بالألعاب الشعبية بين الرواد بهدف توطيد علاقاتهم.

٥ – إتاحة الفرصة لكبار السن للمشاركة والتعبير عن مشاعرهم في كل المناسبات الدينية والوطنية.

٦ – القيام بتنظيم رحلات بحرية لكبار السن بهدف رفع الروح المعنوية بعد سن التقاعد وترسيخ روح المشاركة والعمل المثمر.

وأقيم أول مقهى شعبي في منطقة القبلة على شاطئ الكويت في ١٩٧٧/٦/٢٥م في العصر الحديث ومقهى الرعيل الأول بالسوق إلى أن بلغ عددها حوالي ٦ مقاهي شعبية على شاطئ الخليج في الوقت الحالي.

د – مركز الرعاية المنزلية المتنقلة للمسنين:

تقوم فكرة المركز على تخصيص جهاز فني متخصص يقوم بتقديم كافة الخدمات والبرامج والأنشطة لكبار السن في منازلهم بالتعاون مع أسرهم، وقد جاء التفكير في الفريق المتنقل لخدمة المسنين في منازلهم من خلال المتطوعين وبعض الموظفين العاملين مع كبار السن عام ١٩٨٨، إلا أن الغزو العراقي الغاشم على دولة الكويت حال دون نجاح هذا المشروع للرعاية المنزلية في ذلك الوقت.

ومن هنا جاءت فكرة استحداث مركز متفرغ ومتخصص لنظام الرعاية المنزلية للمسنين في أماكن سكنهم، ويكون هذا المركز مستقلاً استقلالاً تاماً لتنفيذ نظام الرعاية المنزلية المتنقلة للمسنين في مقر سكنهم وذلك بالاتفاق الكامل والتنسيق مع أسرهم وذويهم.

ويخضع هذا المركز للتوصيات والتعليمات من أهل الخبرة والدراية في هذا المجال الذين لا يألون جهداً في دعم المركز بخبرتهم وإرشاداتهم والذين يوصون بأن تواجد المسن في بيئته الطبيعية في أسرته وبين أولاده وأحفاده كفيل بتحقيق حياة نفسية أفضل للمسن ويقوي من ترابط الأسرة، وكل هذه الأمور والمفاهيم قد دعت إليها تعاليم ديننا الحنيف وتقاليدنا الإسلامية والعربية الأصيلة والتي تدعونا جميعاً إلى الاهتمام والعناية والاعتزاز بكبار السن وتقديرهم حق التقدير وضرورة وجود الترابط والتآزر الأسري الكفيل بخلق جو ملائم لهم.

أهداف المركز:

ويسعى مركز الرعاية المنزلية المتنقلة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١ – حفظ كرامة المسن وتلقيه الرعاية والخدمة في منزله وبين ذويه مما سيساعد بلا شك على زيادة الترابط الأسري.

٢ – ترسيخ الوازع الديني الذي يحفظ للمسن مكانته في القلوب وخاصة أمام الأحفاد والشباب.

٣ – تقوية روح الولاء والانتماء للفرد داخل أسرته ومن ثم الولاء والانتماء للوطن.

٤ – تطوير الإرشاد الأسري اللازم لكيفية رعاية المسن مع توفير كافة الخدمات اللازمة له والتي لا تستطيع الأسرة القيام بها.

٥ – إعطاء الأسرة الفرصة والتفرغ للرعاية والاهتمام بباقي أفرادها من خلال وجود الفريق المتنقل الذي سيوفر للمسن من خلال وجوده في أسرته كافة الاحتياجات والخدمات الطبية والتمريضية والعلاج الطبيعي وغيرها.

٦ – حل المشاكل النفسية والاجتماعية التي تواجه المسنين في منازلهم بالاتفاق مع ذويهم والمساعدة في حل المشاكل الأخرى التي تواجه المسن في مرحلة الشيخوخة.

٧ – إيجاد البديل أمام الأسر فيما يتعلق بعدم إدخال المسن إلى المستشفيات وخاصة إذا كانوا من ذوي الأمراض المزمنة.

٨ – تقديم الخدمات التمريضية السريرية للمسنين وإرشاد الأسرة بطريقة العناية بالنظافة الشخصية.

٩ – إرشاد الأسرة بالغذاء الصحي المتوازن للمسن وكذلك أساليب الترفيه والترويح المناسبة لهم.

١٠– توفير المعدات والأجهزة التعويضية والطبية اللازمة للمسنين كل حسب احتياجه وحسب الإمكانيات المتاحة.

بدأت الخطوات الأولى للمشروع بعد صدور القرار الوزاري الخاص بتشكيل اللجنة الاستشارية العليا لمشروع الرعاية المنزلية المتنقلة للمسنين رقم (١٠) لسنة ١٩٩٨، والتي تتولى الإشراف على المشروع ووضع الأسس والسياسات العامة الكفيلة بتحقيق نتائج إيجابية طيبة، وقد بدأ العمل الفعلي للمشروع في ١٩٩٨/٦/١ بعد أن تم تشكيل الفرق الميدانية العاملة بناء على خطة موضوعة من قبل اللجنة الاستشارية والتي تكونت في بداية الأمر من فريقي عمل؛ فريق للرجال وآخر للنساء، ومع مرور الوقت ومع تزايد المتقدمين لتلقي خدمات المركز ومع الضغط الكبير من قبل الأهالي كان لزاماً استيعاب هذه الأعداد المتزايدة بتشكيل فرق أخرى إلى أن وصل العدد الحالي للفرق إلى خمس فرق موزعة على محافظات دولة الكويت الخمس، ومما تجدر الإشارة إليه في هذا المقام أن عدد الحالات المستفيدة من الخدمات المقدمة من قبل مركز الرعاية المنزلية في الفترة من يونيو ٩٨ وحتى مارس ٩٩ حوالي ٣٣٤ حالة بواقع ١٦٥٢ زيارة شملت جميع محافظات دولة الكويت الخمس (١١٧ – ص٧–١٣).

٢ – وزارة الصحة العامة:

تؤمن وزارة الصحة العامة بأن الوقاية خير وأفضل وأجدى من العلاج لذلك فقد اهتمت الوزارة بتطوير أساليب الوقاية وتحسينها تبعاً لتطور الدولة وتقدمها لتواكب الحضارة الإنسانية في البلاد المتقدمة ولتخلق جيلاً صحيحاً من الأطفال والشباب والشيوخ وفي نفس الوقت اهتمت الوزارة بتطوير أساليب العلاج لكي يغطي جميع فئات الأعمار من المواطنين وذلك بإنشاء المستوصفات والوحدات المجمعة والمستشفيات العامة والمتخصصة.

أما في مجال رعاية كبار السن فإن الأولوية تعطى لهم كاملة للاستفادة من العلاج المجاني الفوري في أي مكان تابع للوزارة وذلك لاهتمام المسؤولين بهذه الفئة والعمل على تسهيل حياتها وتعمل الوزارة على بلوغ هدف الصحة للجميع عام ٢٠٠٠ وتهدف كذلك إلى أن يكون هذا العام خالياً من الأمراض بقدر الإمكان لمن بلغ سن الشيخوخة وذلك طبقاً للخطط والبرامج الصحية التي تتبعها دولة الكويت لمواكبة آخر ما وصلت إليه تقنيات العالم وخاصة فيما يتعلق بأمراض الشيخوخة.

وقد اهتمت سياسة الرعاية الاجتماعية بدولة الكويت بتوفير الرعاية الصحية التي يحتاجها المسنين والاهتمام بعلاج أمراض الشيخوخة (١١٨ – ص٧–١٥).

وتشمل الخدمات الطبية المقدمة لكبار السن ما يلي:

١ – أولوية لكبار السن عند المراجعة.

٢ – القيام بزيارات منزلية للمسن بناء على طلب أهله.

٣ – عمل زيارات خاصة لمرضى السكر تبعاً لحالتهم الصحية وكذلك الحالات التي تعاني من قرح الفراش.

٤ – عند دخول المسن المستشفى تعطى له الأولوية كاملة في تلقي الخدمات والرعاية الطبية المتكاملة بكافة التخصصات وبما يتناسب مع حالته.

٥ – التوعية الخاصة بأمراض الشيخوخة والأمراض الشائعة لدى كبار السن.

٦ – محاولة حل المشاكل الاجتماعية والنفسية لكبار السن مع المحيطين بهم، وتقديم النصح والإرشاد وتبصير المحيطين بهم بهذه المرحلة العمرية والسيكولوجية الخاصة بها مع الحث على توفير الحب والرعاية الشاملة للمسن في أسرته.

٣ – المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية:

بدأ تطبيق نظام التأمينات الاجتماعية في الكويت في ١٩٧٧/١٠/١ بموجب الأمر الأميري بالقانون رقم (٦١) لسنة ١٩٦٧، وكان هناك قبل ذلك نظام خاص يقرر حقوقاً محدودة لطائفة من العاملين هم بعض الموظفين في القطاع الحكومي، كما كان هناك نظام خاص آخر للعسكريين.

ويشمل نظام التأمينات الاجتماعية تأمين الشيخوخة والعجز والمرض والوفاة، وتأمين إصابات العمل. وقد بدأ العمل بالتأمين الأول إلزامياً بالنسبة إلى كافة العاملين في القطاع الحكومي والقطاعين الأهلي والنفطي، وتتماثل مزايا التأمين بالنسبة إليهم جميعاً. أما تأمين إصابات العمل فمؤهل العمل به حالياً وذلك إلى حين استكمال الدراسات والاستعدادات اللازمة للبدء في تنفيذه، بالأخذ في الاعتبار أن الخدمات العلاجية بكافة أشكالها في الكويت مؤمنة بالمجان للجميع.

وقد امتد تأمين الشيخوخة والعجز والمرض والوفاة اعتباراً من ١٩٨١/٣/١ ليشمل كل من يزاول نشاطاً من غير العاملين لدى الغير مثل التجار والمشتغلين بالمهن الحرة وأصحاب الحرف وأعضاء المجالس النيابية والبلدية وغيرهم، وقد ترك الاشتراك في التأمين بالنسبة إلى هذه الفئات اختيارياً في مرحلته الأولى ثم يصبح إلزامياً خلال فترة لا تجاوز خمس سنوات من بداية التطبيق.

كذلك فقد امتد النظام ليشمل العسكريين من رجال الجيش والشرطة والحرس الوطني وذلك اعتباراً من ١٩٨١/٣/١ بموجب المرسوم بالقانون رقم (٦٩) لسنة ١٩٨٠.

٤ – بيت الزكاة:

يعتبر بيت الزكاة من الهيئات الحكومية المستقلة التي تأسست بموجب القانون رقم (٥) الصادر في ١٦ يناير ١٩٨٤، وقد ساهم هذا البيت في دعم وتعزيز توجهات الدولة نحو رعاية الفئات المحتاجة وخاصة المسنين المعوزين.

٥ – نماذج تقويم فعالية خدمات وبرامج رعاية المسنين:

إن تقويم فعالية الخدمات والبرامج يستهدف التحقق من إنجازات الخطة والأهداف التي تحققت ومعدل نجاح كل هدف منها وكذلك التعرف على الأسباب والمعوقات التي حالت دون تحقيق بعض الأهداف الأخرى للاستفادة من هذه المعلومات عند التخطيط لبرامج ومشروعات مستقبلية (١٩٩ – ص٣٦٦).

فالتقويم يشير إلى الطريقة المنظمة لتحديد وقياس مدى نجاح برنامج معين في تحقيق الأهداف التي تم تصميمه من أجلها (١٢٠ – ص٤٢٠).

وفعالية الخدمات والبرامج تعني قدرة وإمكانية المنظمة على إنجاز مسؤولياتها وأهدافها والمتوقع منها في إطار البيئة الداخلية والخارجية المحيطة بها (١٢١ – ص١١).

ويشير مفهوم الفعالية في العلوم الاجتماعية إلى الكفاية ويعنى بها القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً وتزداد الكفاية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً (١٢٢ – ص١٥٣).

ويخلط البعض بين مفهومي الفعالية والكفاءة، فالكفاءة هي أن تكون المنافع أكثر من التكاليف التي أنفقت، بينما الفعالية هي أن تتحقق الأهداف في إطار الموارد المحددة (١٢٣ – ص١٩) وتظهر الكفاءة عندما يكون حجم الإنجاز والنتائج التي تحققت أكبر من حجم الموارد التي أنفقت (١٢٤ – ص٢٠).

فالفعالية تهتم بعملية قياس إنجازات المؤسسة ما تتضمنه من الأهداف، والموارد، والبرنامج الزمني، والمستفيدين، والتغيير في البيئة المحيطة بالمؤسسة (١٢٥ – ص٣٢٧).

ويتضمن مفهوم الفعالية العناصر التالية: (١٢٦ – ص٣٢)

١ – أن الفعالية تتصل بخدمات الرعاية الاجتماعية التي تقدمها المؤسسات

٢ – تهتم بالتعرف على وجهة نظر المستفيدين من الخدمات.

٣ – ترتبط بالتعرف على قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها حالياً والمتوقع منها مستقبلاً في نطاق البيئة الخارجية.

٤ – تعتبر نتائج قياس الفعالية بمثابة مدخلات تفيد في تطوير الخدمات وتحسينها مستقبلاً.

وقد تعددت وجهات النظر حول تحديد مؤشرات فعالية البرامج والخدمات في المؤسسات الاجتماعية، فهناك من يرى أن هذه المؤشرات هي: (١٢٧ – ص١١–٢٤)

١ – مدى وضوح أهداف المؤسسة: للمستفيدين والعاملين على السواء وذلك منه خلال تحديد أهداف المؤسسة ككل وتحديد أهداف البرامج والخدمات المختلفة بالمؤسسة.

٢ – مدى وضوح احتياجات جمهور المستفيدين والعاملين بالمؤسسة.

٣ – مدى فعالية نظام الموارد بالمؤسسة من حيث قدرة المؤسسة على تدبير مواردها والاستفادة من موارد البيئة المحيطة.

٤ – مدى قدرة البرامج والخدمات المقدمة على إشباع الاحتياجات وتغيير المستفيدين والبيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة.

٥ – مدى فعالية عمليات تنفيذ البرامج والخدمات ومهارة القائمين عليها وسهولة الحصول على الخدمات.

٦ – مدى إنتاجية العاملين بالمؤسسة من خلال التعرف على الوقت المستهلك في الاتصال بالمستفيدين وتقديم الخدمة بالإضافة إلى الاستخدام الكفء للبرامج والموارد المتاحة.

٧ – تكلفة تصميم البرامج والخدمات وذلك من خلال قياس الموارد

المستخدمة في التمويل ويتم ذلك بعد حصر الإنفاق على جميع العمليات النوعية المتعلقة بتصميم البرنامج.

في حين ترى وجهة نظر أخرى أن مؤشرات قياس الفعالية هي: (١٢٨ – ص١٢-١٢٦)

١ – معرفة المستفيدين بخدمات المؤسسة وشروط الحصول عليها.

٢ – الإجراءات الإدارية واللوائح المنظمة لعمل المؤسسة.

٣ – التخصصات المهنية المسؤولة عن تقديم البرامج والخدمات.

٤ – الموارد المالية اللازمة للبرامج وإجراءات توظيفها واستخدامها.

٥ – نظام الاتصال السائد بالمؤسسة بالنسبة لكل من البيئة الداخلية والبيئة الخارجية للمؤسسة.

٦ – جهود المؤسسة للتعامل مع مشكلات المستفيدين.

٧ – عمليات المتابعة والتقويم لبرامج وأنشطة المؤسسة.

وتضيف وجهة نظر أخرى أن متغيرات قياس الفعالية تتصل ببرامج وخدمات الرعاية الاجتماعية ذاتها ومدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجات الناس ومواجهة مشكلاتهم وحلها في حين تتصل متغيرات الكفاءة بالأجهزة التي تخطط من خلالها والمؤسسات التي تقدم الخدمات من خلالها ومعدلات أداء العاملين بهذه المؤسسات وقد حددت وجهة النظر الأخيرة مجموعة من المتغيرات المشتركة التي تتعلق بقياس كل من الفعالية والكفاءة معاً وهي: (١٢٩ – ص٣٨٦)

١ – القدرة capability.

٢ – السرعة speed.

٣ – الاستمرارية continuation.

٤ – الوقت time.

٥ – النفقات costs.

٦ – العلاقات الإنسانية human relations.

وتأسيساً على استعراض وجهات النظر السابقة فإن الدراسة الحالية ركزت استخدام بعض المتغيرات الاساسية اللازمة لتقويم فعالية خدمات وبرامج مؤسسات رعاية المسنين بالكويت وهي:

- مدى قدرة الخدمات والبرامج المقدمة على إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم.
- مدى وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقويم البرامج والخدمات.
- مدى فعالية عمليات تنفيذ الخدمات والبرامج من جانب التخصصات المهنية العاملة بمؤسسات رعاية المسنين.
- مساهمة إدارة المركز في حل مشكلات المسنين والعاملين.
- مدى كفاية الموارد المتاحة بالمؤسسة.
- مساهمة التخصصات المهنية في إشباع احتياجات المسنين.
- مساهمة الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم.

خامساً – فروض الدراسة:

انطلاقاً من تحليل الدراسات السابقة والإطار النظري الذي اعتمدت عليه الدراسة بالإضافة إلى الزيارات التي قام بها الباحث لمؤسسات رعاية المسنين والعناية بالمسنين والتخصصات المهنية العاملة معهم، قام الباحث بصياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

١ – توجد علاقة إيجابية بين وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم الخدمات وبين إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم.

٢ – توجد علاقة إيجابية بين فعالية الخدمات المقدمة وبين إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم.

٣ – توجد علاقة إيجابية بين كفاءة الفريق الطبي والنفسي بمؤسسات رعاية المسنين وبين إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم.

٤ – توجد علاقة إيجابية بين الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين بمؤسسات رعاية المسنين وبين إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم.

سادساً – الإجراءات المنهجية:

١ – نوع الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات التقويمية التي تهتم بتحديد ووصف طبيعة وجوانب العمل الذي تم بالفعل في الواقع، بالإضافة إلى اهتمامها بالتعرف على مدى تحقيق أهداف الخطط والبرامج (١٣٠ – ص٢٧٣–٢٧٩).

فالدراسات التقويمية تسعى لتحديد درجة فعالية برامج وخدمات مؤسسات الرعاية الاجتماعية (١٣١ – ص١٩).

إن تقويم فعالية البرامج والخدمات – في مؤسسات رعاية المسنين – تساهم في تطويرها انطلاقاً من أنه يهتم بالتعرف على مدى الرضاء عن هذه الخدمات ومن ثم يعمل على تقييمها من وجهة نظر المستفيدين من ناحية والمسؤولين عن تقديمها من ناحية أخرى وفي ضوء ذلك يتوصل التقويم إلى معلومات تساعد في إعادة تصميم البرنامج وإدارته حتى تحقق هذه البرامج أهدافها بطريقة أفضل (١٣٢ – ص٤٢٦).

٢ – المنهج المستخدم في الدراسة:

يشير المنهج إلى الطريقة التي يلتزم بها الباحث في دراسته للمشكلة موضوع البحث لاكتشاف الحقيقة (١٣٣ – ص٧٧) ولقد اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي نظراً لأنه من المناهج الأساسية التي تستخدم في الحصول على المعلومات المرتبطة بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموجرافية والثقافية والاتجاهات لجماعة أو مجتمع أو جمهور معين وذلك عن طريق التعمق في الوصف والتحليل. والمسح الاجتماعي ينصب على الحاضر ويتناول أشياء موجودة للكشف عنها بغرض الاستعانة بها في التخطيط للمستقبل والتنبؤ العلمي وهو ما تسعى إليه هذه الدراسة (١٣٤ – ص١١٠).

وقد اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بطريقتي العينة للمسنين والحصر الشامل للتخصصات المهنية العاملة مع المسنين

كاستراتيجية بحثية مناسبة نظراً لأنه يسمح بالحصول على البيانات عن المتغيرات المختلفة لموضوع الدراسة (١٣٥ – ص٢٤٦).

٣ – أدوات جمع البيانات:

اعتمدت الدراسة في جمع البيانات على الأدوات الآتية:

أ – استمارة استبانة للتخصصات المهنية العاملة مع المسنين.

ب – استمارة استبانة للمسنين المستفيدين من خدمات مؤسسات رعاية المسنين بالكويت.

وقد تم تصميم الاستمارتين بناء على القراءات النظرية في موضوع البحث والدراسات السابقة التي تم الرجوع إليها والمقابلات التمهيدية التي أجراها الباحث مع بعض الممارسين والمسنين، حيث قام الباحث بتصميم استمارتين الأولى استمارة للتخصصات المهنية بمؤسسات رعاية المسنين والثانية استمارة للمسنين وقد راعى الباحث أن تكون بياناتها محققة لمشكلة الدراسة وأهدافها وفروضها وإطارها النظري، وقد تم اختبار صدق محتوى الاستمارتين بعرضها على عدد (١٠) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بجامعة الكويت، وفي ضوء ذلك تم تعديل صياغة بعض الأسئلة وإلغاء وإضافة بعض العبارات في بعض الأسئلة الأخرى وقد وصلت نسبة اتفاق المحكمين على استمارة التخصصات المهنية إلى ٨٠٪ واستمارة المسنين إلى ٨٢٪.

كما استخدمت طريقة إعادة الاختبار لحساب معامل الثبات عن طريق التطبيق على عينة من العاملين بمؤسسات رعاية المسنين وعينة من المسنين وقد كان الفاصل الزمني بين التطبيق الأول والثاني عشرة أيام، وقد تبين أن معامل الثبات لاستمارة العاملين قد وصل إلى ٠,٧٩ وهو ذات دلالة إحصائية بدرجة ثقة ٠,٨٩ بينما وصل معامل الثبات لاستمارة المسنين إلى ٠,٨٣ وهو ذات دلالة إحصائية بدرجة ثقة ٠,٩١ وبالتالي فالاستمارتان على درجة كبيرة من الصدق والثبات.

٤ – مجالات الدراسة:

أ – **المجال المكاني**: تحدد المجال المكاني للدراسة في المؤسسات التالية:

١ – دار الرعاية الاجتماعية للمسنين بمنطقة الصليبخات بمحافظة العاصمة.

٢ – مركز الرعاية المنزلية المتنقلة لرعاية المسنين بمنطقة السرة بمحافظة حولي.

ب – المجال البشري: تضمن المجال البشري للدراسة ما يلي:

١ – حصر شامل للتخصصات المهنية العاملة مع المسنين (الأطباء، الأخصائيين النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين والمشرفين الاجتماعيين وأخصائيي العلاج الطبيعي) وقد بلغ عددهم (٨١) مفردة، ويلاحظ أن الباحث لم يتمكن من مقابلة سبع مفردات منهم ومن ثم فإن حجم مفردات مجتمع البحث من العاملين الذين أجريت عليهم الدراسة هو (٧٤) مفردة.

٢ – عينة عشوائية منتظمة بنسبة ٥٠٪ من المسنين المستفيدين من خدمات مؤسسات الرعاية المختارة وذلك من خلال السجلات المتوفرة بأخذ مفردة وترك الأخرى وقد بلغ حجم العينة (١٢٠) مفردة.

ويشير الباحث إلى أن المسن في هذه الدراسة تم اختياره في ضوء توافر خصائص معينة:

- ألا يقل السن عن ٦٠ سنة.
- أن تتوافر له القدرة والسلامة الصحية على إعطاء المعلومة.

وصف مفردات مجتمع البحث من المسنين

جدول رقم (١)

يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من المسنين حسب النوع

م	النوع	العدد	النسبة
١	ذكر	٤٠	٣٣,٣٣٪
٢	أنثى	٨٠	٦٦,٦٧٪
	المجموع	١٢٠	١٠٠٪

يتضح من بيانات الجدول السابق أن ثلثي مفردات مجتمع البحث من الإناث بنسبة ٦٦,٦٧٪ في حين بلغت نسبة المسنين من الذكور ٣٣,٣٣٪ من إجمالي نسبة مفردات الدراسة، وتشير هذه النسب إلى ضرورة اهتمام

مؤسسات رعاية المسنين بالبرامج والخدمات التي تشبع احتياجات النساء المسنات بشرط ألا يكون ذلك على حساب برامج وخدمات المسنين الذكور.

جدول رقم (٢)

يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من المسنين حسب فئات السن

م	النوع	العدد	النسبة
١	٦٠ – ٦٤	٤٢	٣٥٪
٢	٦٥ – ٦٩	٤٦	٣٨,٣٣٪
٣	٧٠ – ٧٥	٣٢	٢٦,٦٧٪
	المجموع	١٢٠	١٠٠٪

يتبين من بيانات الجدول السابق أن أكثر من ربع المبحوثين بنسبة ٢٦,٦٧٪ من إجمالي مفردات مجتمع الدراسة تقع في الفئة العمرية من (٧٠–٧٥ سنة) وهي الفئة التي تحتاج غالباً إلى درجة أكبر من الاهتمام ببرامج وخدمات الرعاية الطبية التأهيلية نظراً لأن هذه الفئة تعاني كثيراً من الأمراض من ناحية كما تعاني صعوبات متعلقة بعدم القدرة على الاعتماد على النفس من ناحية أخرى.

جدول رقم (٣)

يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من المسنين حسب الحالة الاجتماعية

م	الفئات	العدد	النسبة
١	أعزب	٢٤	٢٠,٠٠٪
٢	متزوج	٥٨	٤٨,٣٣٪
٣	مطلق	٢٠	١٦,٦٧٪
٤	أرمل	١٨	١٥,٠٠٪
	المجموع	١٢٠	١٠٠٪

يتضح من الجدول أن ما يقرب من نصف مفردات مجتمع الدراسة من المسنين بنسبة ٤٨,٣٣٪ من المتزوجين، بمعنى أن لديهم أسرة الأمر الذي

يتطلب ضرورة اهتمام برامج رعاية المسنين بتقوية وتدعيم العلاقات الأسرية وبصفة خاصة بين المسنين من نزلاء مؤسسات الرعاية وأسرهم وذلك نظراً لأهمية العلاقات الاجتماعية القوية في علاج كثير من مشاعر العزلة والانطواء والعجز لدى المسنين.

كما يتبين أيضاً أن باقي نسب فئات الحالة الاجتماعية – أعزب، مطلق، أرمل – تعتبر متقاربة إلى حد ما وهي تشير إلى ضرورة تدعيم الخدمات المقدمة لهذه الفئات نظراً لأنها قد تعاني صعوبات مادية حيث تفتقر إلى وجود العائل القادر على إشباع الاحتياجات المتنوعة المطلوبة في مثل هذه السن.

جدول رقم (٤)

يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من المسنين حسب الحالة التعليمية

م	الحالة التعليمية	العدد	النسبة
١	أمي	٨٠	٦٦,٦٧٪
٢	يقرأ ويكتب	١٨	١٥,٠٠٪
٣	تعليم متوسط	١٠	٨,٣٣٪
٤	تعليم فوق المتوسط	٧	٥,٨٣٪
٥	تعليم عالي	٥	٤,١٧٪
	المجموع	١٢٠	١٠٠٪

يتضح من بيانات الجدول أن ثلثي مفردات مجتمع الدراسة من المسنين بنسبة ٦٦,٦٧٪ لا يعرفون القراءة والكتابة الأمر الذي ينعكس على قدرتهم على الاستفادة من بعض برامج شغل وقت الفراغ المتوفرة بمؤسسات رعاية المسنين، كما أنهم يحتاجون إلى نوعية معينة من التعامل من جانب هيئة التمريض والتخصصات المهنية العاملة معهم. كما تبين أن نسبة من يعرفون القراءة والكتابة ١٥٪ من إجمالي نسبة مفردات مجتمع الدراسة من المسنين، ويوضح ذلك إمكانية استفادة هذه النسبة من بعض برامج شغل وقت الفراغ من ناحية وسهولة الاستجابة لتعليمات برامج مؤسسات الرعاية من ناحية أخرى.

جدول رقم (٥)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من المسنين
حسب الحالة الصحية

م	الحالة الصحية	العدد	النسبة
١	قادر على خدمة نفسه	٤١	٣٤,١٧٪
٢	قادر علة خدمة نفسه إلى حد ما	٤٨	٤٠,٠٠٪
٣	غير قادر على خدمة نفسه	٣١	٢٥,٨٣٪
	المجموع	١٢٠	١٠٠٪

يتضح من بيانات الجدول أن ربع مفردات مجتمع الدراسة من المسنين بنسبة ٢٥,٨٣٪ غير قادرين على خدمة أنفسهم، وهذه النسبة تمثل المسنين كبار السن الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٧٠–٧٥ سنة) وهو الأمر الذي يتطلب توفير هيئة تمريض لديها مهارات وخبرات في التعامل مع هذه الفئة وقادرة على المساهمة في حل مشكلات المسنين.

وصف مفردات مجتمع البحث من التخصصات المهنية

جدول رقم (٦)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من التخصصات المهنية
حسب النوع

م	النوع	العدد	النسبة
١	ذكر	٣١	٤١,٨٩٪
٢	أنثى	٤٣	٥٨,١١٪
	المجموع	٧٤	١٠٠٪

يتبين من بيانات الجدول أن زيادة عدد الإناث من التخصصات المهنية العاملة مع المسنين يتناسب مع زيادة عدد مفردات مجتمع البحث من النساء المسنات.

جدول رقم (٧)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من التخصصات المهنية حسب فئات السن

م	الفئات	العدد	النسبة
١	أقل من ٢٥ سنة	١٦	٪٢١,٦٢
٢	من ٢٥ – ٣٤	٢٣	٪٣١,٠٨
٣	من ٣٥ – ٤٤	٢٠	٪٢٧,٠٣
٤	٤٥ سنة فأكثر	١٥	٪٢٠,٢٧
	المجموع	٧٤	٪١٠٠

يتضح من تحليل بيانات الجدول أن هناك نسبة من التخصصات المهنية العاملة مع المسنين تقدر بـ ٢١,٦٢٪ يقعون في فئة العمر (أقل من ٢٥ سنة) وهو ما يوضح أن هذه الفئة حديثة التخرج الأمر الذي يتطلب العمل على إعداد الدورات التدريبية وورش العمل في مجال المسنين في الجوانب المختلفة الطبية والنفسية والتأهيلية والاجتماعية بهدف إكسابهم الخبرات والمهارات اللازمة للعمل في مجال المسنين.

جدول رقم (٨)
يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من التخصصات المهنية حسب التخصص المهني (الوظيفة)

م	الفئات	العدد	النسبة
١	طبيب عام	١٣	٪١٧,٥٧
٢	طبيب نفسي	١	٪١,٣٥
٣	أخصائي نفسي	٥	٪٦,٧٦
٤	أخصائي علاج طبيعي	١٣	٪١٧,٥٧
٥	أخصائي اجتماعي	١٠	٪١٣,٥١
٦	مشرف اجتماعي	٣٢	٪٤٣,٢٤
	المجموع	٧٤	٪١٠٠

تبين من بيانات الجدول أن التخصصات المهنية التي تتعامل مع المسنين تشمل الطب، الطب النفسي، الأخصائي النفسي، أخصائي العلاج الطبيعي، الأخصائي الاجتماعي والمشرف الاجتماعي، ويلاحظ أن هناك تكاملاً وتنسيقاً بين أدوار هذه التخصصات المهنية، كما أن العلاقات المتبادلة بين هذه التخصصات قائمة على أساس من التفاهم والاحترام والتعاون فيما بينهم.

جدول رقم (٩)

يوضح توزيع مفردات مجتمع البحث من التخصصات المهنية حسب سنوات الخبرة في العمل مع المسنين

م	سنوات الخبرة	العدد	النسبة
١	٣ – ٥	١٨	٢٤,٣٢٪
٢	٦ – ٨	٢٦	٣٥,١٤٪
٣	٩ – ١١	١٦	٢١,٦٢٪
٤	١٢ – ١٥	١٤	١٨,٩٢٪
	المجموع	٧٤	١٠٠٪

يتضح من بيانات الجدول أن نحو نسبة ٧٥,٦٨٪ من إجمالي نسبة مفردات مجتمع البحث من التخصصات المهنية يتوافر لهم الخبرة في العمل مع المسنين حيث بلغت سنوات خبراتهم من ٦ سنوات فأكثر، وتساهم هذه الخبرات في التعرف على سمات وخصائص المسنين واحتياجاتهم وكيفية التعامل معهم ومساعدتهم على الخروج من دائرة العزلة والانطواء وتدعيم علاقاتهم بالآخرين.

جـ – المجال الزمني:

تم جمع البيانات من الميدان خلال الفترة من ١/٣/٢٠٠٠ حتى ٤/٦/٢٠٠٠.

سابعاً – اختبار فروض الدراسة:

الفرض الأول: توجد علاقة إيجابية بين وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم الخدمات وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم:

وقد تم اختيار هذا الفرض من خلال الجداول أرقام ١٠، ١١، ١٢، ١٣:

جدول رقم (١٠)

يوضح راي مفردات مجتمع البحث في مدى مساهمة برامج وخدمات مؤسسة الرعاية في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم

م	مدى المساهمة / مفردات مجتمع البحث	بدرجة كبيرة		بدرجة متوسطة		بدرجة ضعيفة		المجموع	النسبة
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
١	المسنين	٥٥	٤٥,٨٣٪	٤٢	٣٥٪	٢٣	١٩,١٧٪	١٢٠	١٠٠٪
٢	التخصصات المهنية	٣٥	٤٧,٣٠٪	٢٦	٣٥,١٣٪	١٣	١٧,٥٧٪	٧٤	١٠٠٪
	المجموع	٩٠	٤٦,٤٪	٦٨	٣٥,٠٠٪	٣٦	١٨,٦٪	١٩٤	١٠٠٪

يتضح من بيانات الجدول السابق أن أكثر من ثلاثة أرباع المبحوثين بنسبة ٨١,٤٪ من إجمالي مفردات مجتمع البحث من المسنين والتخصصات المهنية المختلفة (الأطباء الأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين وأخصائيي العلاج الطبيعي) يرون أن برامج وخدمات مؤسسات رعاية المسنين تساهم بدرجة كبيرة أو متوسطة في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم ويعكس ذلك الجهود والأنشطة المختلفة التي تتم على مستوى مؤسسات وأجهزة رعاية المسنين بدولة الكويت، سواء البرامج والأنشطة المتعلقة بالخدمات الطبية والنفسية وكذلك البرامج والأنشطة المتعلقة بالعلاج الطبيعي والتأهيل، بالإضافة إلى البرامج والخدمات الاجتماعية والاتصال بالأسرة لتدعيم وتوثيق علاقات المسنين بأسرهم كما ترى نسبة قليلة تقدر بـ ١٨,٦٪ من إجمالي مفردات مجتمع البحث كله أن مساهمة برامج وخدمات مؤسسات الرعاية في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم تعتبر ضعيفة، وقد يرجع ذلك إلى الصعوبات والمعوقات

التي تواجه مؤسسات رعاية المسنين والتي قد تتعلق بالمسنين أنفسهم أو تتعلق بالبرامج أو ضعف الموارد المالية أو تتعلق بعدم توافر التخصصات المهنية المطلوبة لتقديم الخدمات المهنية للمسنين.

جدول رقم (١١)

يوضح رأي المسنين في مدى وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم الخدمات

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
		دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١	إن الإجراءات الإدارية اللازمة للحصول على الخدمات واضحة ومعلنة.	٦٩	٣٠	٢١	٢٨٨	٢,٤٠	١
٢	أستطيع الاتصال بمؤسسة رعاية المسنين في أي وقت.	٥٥	٤٦	١٩	٢٧٦	٢,٣٠	٥
٣	تحرص إدارة المؤسسة على تكوين علاقات طيبة بين المسنين والعاملين.	٥٨	٤٢	٢٠	٢٧٨	٢,٣٢	٣
٤	تحرص إدارة المؤسسة على تشجيعي للمشاركة في البرامج المقدمة.	٥٧	٤٥	١٨	٢٧٩	٢,٣٣	٢
٥	تهتم إدارة المركز بتوفير الخدمات المتنوعة للمسنين.	٤٤	٥٥	٢١	٢٦٣	٢,١٩	٧
٦	تتصل المؤسسة بالأسرة في حالة وجود مشكلة معينة.	٥٢	٥٣	١٥	٢٧٧	٢,٣١	٤
٧	تحرص المؤسسة على توفير التخصصات المهنية المختلفة.	٣٩	٥٩	٢٢	٢٥٧	٢,١٤	٨
٨	تستجيب المؤسسة لملاحظات واستفسارات المسنين.						
٩	بطء الإجراءات والروتين مما يعطل سرعة الحصول على الخدمة.	٤٥	٥٨	١٧	٢٦٨	٢,٢٣	٦
		٣٦	٥٢	٣٢	٢٣٥	١,٩٦	٩
	المجموع	٤٥٥	٤٤٠	١٨٥	٢٤٢١		
	المتوسط	٥٠,٦	٤٨,٨	٢٠,٦	١٢٠		
	النسبة المئوية	٤٢,٢	٤٠,٧	١٧,١	١٠٠٪		

قوة قياس البعد = ٢٤٢١ ÷ ٣٢٤٠ × ٪ = ٧٤,٧٢٪

- من الجدول السابق يتضح أن الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم البرامج والخدمات تميزت بالقوة.

- حيث كانت القوة النسبية لقياس البعد = ٧٤,٧٢٪ ومما يؤكد ذلك أن ٤٢,٢٪ من مفردات مجتمع البحث من المسنين أجابوا عن عبارات هذا البعد بدائماً و٤٠,٧٪ أجابوا بأحياناً بينما أجاب ١٧,١٪ بنادراً على عبارات هذا البعد.
- وكانت أكثر الإجراءات إيجابية وتأثيراً في عبارات هذا البعد هي الإجراءات أرقام ١، ٤، ٣، ٦ وهي الإجراءات المتعلقة بتأكيد أن الإجراءات الإدارية اللازمة للحصول على الخدمات واضحة ومعلنة، حرص إدارة المؤسسة على تشجيع المسنين على المشاركة في البرامج المقدمة، اتصال المؤسسة بالأسرة في حالة وجود مشكلة معينة.

جدول رقم (١٢)
يوضح رأي التخصصات المهنية في مظاهر وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم الخدمات

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
		دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١	المرونة في استخدام الموارد المالية لرعاية المسنين.	٣٣	٢٨	١٣	١٦٨	٢,٢٧	٧
٢	سهولة الاتصال والتنسيق بين فريق العمل وأقسام المؤسسة.	٣٦	٢٣	١٥	١٦٩	٢,٢٨	٦
٣	عدم تعقيد إجراءات قبول المتقدمين للمؤسسة.	٤٨	٢١	٥	١٩١	٢,٥٨	٢
٤	الالتزام بتطبيق نصوص اللائحة الداخلية المنظمة.	٤٤	٢٠	١٠	١٨٢	٢,٤٦	٣
٥	توجد إجراءات عمل متفق عليها لكل نوع من أنواع الخدمات لرعاية المسنين.	٥٢	١٤	٨	١٩٢	٢,٥٩	١
٦	توجد مرونة في تقديم خدمات رعاية المسنين.	٣٠	٣٢	١٢	١٦٦	٢,٢٤	٩
٧	يوجد تنسيق بين التخصصات المهنية العاملة مع المسنين.	٣٢	٢٩	١٣	١٦٧	٢,٢٦	٨
٨	الاهتمام بمتابعة وتقييم البرامج والخدمات المقدمة للمسنين.	٣٨	١٩	١٧	١٦٩	٢,٢٨	٦
٩	الالتزام بالبرنامج الزمني المحدد من قبل الإدارة.	٣٥	٢٧	١٢	١٧١	٢,٣٢	٥
١٠	الاتصال والتعاون مع المؤسسة المجتمعية.	٤١	١٨	١٥	١٧٤	٢,٣٥	٤

تابع/ جدول رقم (١٢)
يوضح رأي التخصصات المهنية في مظاهر وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم الخدمات

العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	النسبة
	دائماً	إلى حد ما	نادراً			
المجموع	٣٨٩	٢٣١	١٢٠	١٧٤٩		
المتوسط	٣٨,٩	٢٣,١	١٢	٧٤		
النسبة المئوية	٥٢,٦	٣١,٢	١٦,٢	١٠٠		

قوة قياس البعد = ١٧٤٩ ÷ ٢٢٢٠ = ٧٨,٧٨٪

يتبين من بيانات الجدول السابق أن مظاهر وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم البرامج والخدمات مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظر التخصصات المهنية العاملة بمؤسسات رعاية المسنين وطبقاً للمتوسط المرجح لكل منها هي على النحو التالي:

- وجود إجراءات عمل متفق عليها لكل نوع من أنواع البرامج والخدمات المقدمة لرعاية المسنين والتي تشمل البرامج والخدمات الطبية والنفسية والتأهيلية والاجتماعية والاقتصادية بما يساهم في سرعة الحصول على الخدمات والتنسيق فيما بينها (الترتيب الأول بمتوسط مرجح ٢,٥٩).
- عدم تعقيد إجراءات قبول المسنين المتقدمين للحصول على خدمات مؤسسة رعاية المسنين (الترتيب الثاني بمتوسط مرجح ٢,٥٨).
- الالتزام من جانب العاملين والإدارة بتطبيق القواعد المنصوص عليها في اللائحة الداخلية المنظمة للعمل (الترتيب الثالث بمتوسط مرجح ٢,٤٦).
- الاتصال بالمؤسسات والأجهزة المجتمعية المعنية برعاية المسنين والتعاون معها في تعزيز وتدعيم مختلف الخدمات التي يستفيد منها المسنون (الترتيب الرابع بمتوسط مرجح ٢,٣٥).
- الالتزام من جانب العاملين والإدارة بالبرنامج الزمني المحدد لتقديم الخدمات وممارسة مختلف الأنشطة (الترتيب الخامس بمتوسط مرجح ٢,٣١).

- وقد حصل على الترتيب السادس كل من سهولة الاتصال والتنسيق بين أقسام المؤسسة المشاركة في رعاية المسنين من حيث التفاهم والتعاون عند دراسة مشكلات المسنين وتقديم الخدمات لهم، كما قد حصل على نفس الترتيب العبارة المتعلقة بضرورة الاهتمام بمتابعة وتقييم الخدمات المقدمة للمسنين بهدف التعرف على المعوقات التي قد تحول دون تقديم الخدمات بالصورة المطلوبة (بمتوسط مرجح ٢,٢٨).
- المرونة في استخدام الموارد المالية في تصميم البرامج والخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والمعيشية وتوفير الأجهزة والمعدات اللازمة لرعاية وعلاج المسنين (الترتيب السابع بمتوسط مرجح ٢,٢٧).
- التنسيق والتعاون بين التخصصات المهنية التي تشكل فريق العمل المسؤول عن رعاية المسنين بما يساهم في زيادة فعالية البرامج والخدمات المقدمة لهم (الترتيب الثامن بمتوسط مرجح ٢,٢٦).
- المرونة في تقديم البرامج والخدمات المقدمة للمسنين بما يتناسب مع الخصائص والسمات الجسمية والصحية والنفسية والعقلية للمسنين (الترتيب التاسع بمتوسط ٢,٢٤).

جدول رقم (١٣)

يوضح العلاقة الارتباطية بين درجة وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم البرامج والخدمة والمساهمة في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم

م	درجة وضوح الإجراءات الإدارية	المساهمة			المجموع
		كبيرة	متوسطة	ضعيفة	
١	واضحة بدرجة كبيرة	٤٤	١٠	٣	٥٧
٢	واضحة بدرجة متوسطة	١٠	٢٥	–	٣٥
٣	واضحة بدرجة ضعيفة	١	٧	٢٠	٢٨
	المجموع	٥٥	٤٢	٢٣	١٢٠

أ = (٤٤ × ٢٥) + (١٠ × صفر) + (١٠ × ٧) + (٢٥ × ٢٠) =

١١٠٠ + صفر + ٧٠ + ٥٠٠ = ١٦٧٠

ب= (١٠ × ١٠) + (٣ × ٢٥) + (٢٥ × ١) + (صفر × ٧) =

١٠٠ + ٧٥ + ٢٥ + صفر = ٢٠٠

معامل جاما = $\frac{\text{أ} - \text{ب}}{\text{أ} + \text{ب}} = \frac{٢٠٠-١٦٧٠}{٢٠٠+١٦٧٠} = \frac{١٤٧٠}{١٨٧٠}$ = ٧٨,٦٠٪

يتضح من استخدام معامل جاما وجود ارتباط قوي بين درجة وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم البرامج والخدمات والمساهمة في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم، حيث وجد أن معامل جاما = ٧٨,٦٠٪ مما يؤكد هذه العلاقة ومن ثم نستنتج صحة الفرض الأول للدراسة ومؤداه: «توجد علاقة إيجابية بين وضوح الإجراءات الإدارية المستخدمة في تقديم الخدمات وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم».

الفرض الثاني: توجد علاقة إيجابية بين فعالية الخدمات المقدمة وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم:

وقد تم اختيار هذا الفرض من خلال الجداول أرقام ١٤، ١٥، ١٦:

جدول رقم (١٤)

يوضح رأي المسنين في مدى فعالية البرامج والخدمات في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
		دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١	تساعدني الخدمة المقدمة في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.	٦٤	٣٣	٢٣	٢٨١	٢,٣٤	٤
٢	أصبحت أشارك في تحمل المسؤولية في حدود قدراتي	٤٨	٣٨	٣٤	٢٥٤	٢,١٢	١١
٣	زيادة معارفي عن الموارد المتاحة التي يمكن الاستفادة منها في المجتمع.	٥٢	٤٣	٢٥	٢٦٧	٢,٢٣	١٠
٤	تساعدني الخدمات في تحقيق التكيف الاجتماعي مع الآخرين.	٥٨	٤٢	٢٠	٢٧٨	٢,٣٢	٥

تابع/ جدول رقم (١٤)
يوضح رأي المسنين في مدى فعالية البرامج والخدمات في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
		دائماً	إلى حد ما	نادراً			
٥	توافر الفرص أمامي للحديث وتبادل الرأي مع الآخرين.	٦٢	٤١	١٧	٢٨٥	٢,٣٨	٣
٦	تساعدني الخدمات المقدمة في التغلب على المشكلات التي تواجهني.	٥٦	٤٢	٢٢	٢٧٤	٢,٢٨	٧
٧	زيادة الخبرات والمعارف اللازمة للتغلب على الأفكار الخاطئة.	٥٣	٤٣	٢٤	٢٦٩	٢,٢٤	٩
٨	تساهم في زيادة شعوري بالثقة بالنفس.	٥٧	٤٧	١٦	٢٨١	٢,٣٤	٤
٩	تساهم في تحسين صحتي الجسمية والنفسية.	٦٠	٤٥	١٥	٢٨٥	٢,٣٨	٣
١٠	تساعدني في استغلال الطاقة المتاحة لديه.	٥٥	٤٦	١٩	٢٧٦	٢,٣٠	٦
١١	إشباع واستغلال هواياتي ورغباتي الخاصة.	٤٤	٥٠	٢٦	٢٥٨	٢,١٥	١٢
١٢	تدعيم مكانتي الاجتماعية بين المسنين.	٥٠	٤٩	٢١	٢٦٩	٢,٢٤	٨
١٣	تقوية علاقاتي الاجتماعية بأفراد أسرتي.	٥٦	٤٦	١٨	٢٧٨	٢,٣٢	٥
١٤	تساعدني على المشاركة في الحياة اليومية.	٤٩	٥١	٢٠	٢٦٩	٢,٢٤	٨
١٥	خدمات رعاية المسنين تعبر عن التكافل الاجتماعي في المجتمع الكويتي.	٦٨	٤٠	١٢	٢٩٦	٢,٤٧	٢
١٦	خدمات رعاية المسنين تجسد اهتمام الدولة بفئة المسنين في المجتمع	٧٠	٤٢	٨	٣٠٢	٢,٥٢	١
	المجموع	٩٠٢	٦٩٨	٣٢٠	٤٤٢٢		
	المتوسط	٥٦,٤	٤٣,٦	٢٠	١٢٠		
	النسبة المئوية	٤٧	٣٦,٣٣	١٦,٦٧	١٠٠		

قوة قياس البعد = ٤٤٢٢ ÷ ٥٧٦٠ × ٪ = ٧٦,٧٧٪

يتضح من بيانات الجدول السابق رأي مفردات مجتمع البحث من المسنين في مدى فعالية البرامج والخدمات المقدمة لهم، حيث تبين أن هذه

البرامج والخدمات كانت ذات فعالية كبيرة، حيث كانت القوة النسبية لقياس البعد = ٧٦,٧٧٪، وتأكيداً لذلك فإن ٤٧٪ من المبحوثين أجابوا عن عبارات هذا البعد بدائماً، في حين ٣٦,٣٣٪ من المبحوثين أجابوا بإلى حد ما، في حين أجاب ١٦,٦٧٪ نادراً عن عبارات هذا البعد، وقد كانت أكثر العبارات إيجابية وتأثيراً في هذا البعد هي العبارات أرقام ١٦، ١٥، ٩، ٥، ٨، ٤ وهي العبارات التي تتضمن: خدمات رعاية المسنين تجسد اهتمام الدولة بفئة المسنين في المجتمع، خدمات رعاية المسنين تعبر عن التكافل الاجتماعي في المجتمع الكويتي، تساهم في تحسين صحتي الجسمية والنفسية، توفر الفرص أمامي للحديث وتبادل الرأي مع الآخرين، تساهم في زيادة شعوري بالثقة، تساعدني الخدمات في تحقيق التكيف الاجتماعي مع الآخرين.

جدول رقم (١٥)

يوضح رأي التخصصات المهنية في فعالية البرامج والخدمات المقدمة للمسنين

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
		دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١	تعبر برامج وخدمات رعاية المسنين عن الاحتياجات الفعلية لهم.	٣٨	٢٤	١٢	١٧٤	٢,٣٥	٦
٢	برامج وخدمات رعاية المسنين تتفق مع أهداف وقيم المجتمع.	٥٢	١٨	٤	١٩٦	٢,٦٥	١
٣	تساهم الخدمات المقدمة في زيادة مشاركة المسنين في الحياة اليومية.	٣٢	٢٧	١٥	١٦٥	٢,٣٢	٨
٤	تتناسب الموارد المالية المخصصة لرعاية المسنين مع أعدادهم وتحملهم المسؤولية.	٢٥	٣٠	١٩	١٥٤	٢,٠٨	١٠
٥	تساهم البرامج والخدمات في زيادة ثقة المسنين بأنفسهم.	٣٩	٢٧	٨	١٧٩	٢,٤٢	٤
٦	يوجد عجز في توفير الإمكانيات والأدوات اللازمة لتقديم الخدمات.	٣٦	٢٨	١٠	١٧٤	٢,٣٥	٦

تابع/ جدول رقم (١٥)
يوضح رأي التخصصات المهنية في فعالية البرامج والخدمات المقدمة للمسنين

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
		دائماً	إلى حد ما	نادراً			
٧	تشارك العديد من التخصصات المهنية في تقديم البرامج والخدمات للمسنين.	٤٢	٢٥	٧	١٨٣	٢,٤٧	٣
٨	تساهم البرامج والخدمات في توثيق علاقات المسنين بأسرهم.	٣٧	٢٨	٩	١٧٦	٢,٣٨	٥
٩	البرامج والخدمة المقدمة للمسنين شكلية وغير مؤثرة في إشباع احتياجاتهم.	٤	٣١	٣٩	١١٣	١,٥٣	١١
١٠	تساعد في تحسين الصحة الجسمية والنفسية للمسنين.	٤٣	٢٥	٦	١٨٥	٢,٥٠	٢
١١	يتم متابعة وتقويم البرامج والخدمات المقدمة للمسنين بصفة مستمرة.	٣٦	٢٢	١٦	١٦٨	٢,٢٧	٧
١٢	تصميم البرامج والخدمات يعتمد على توافر بيانات ومعلومات حديثة ودقيقة	٣٠	٢٦	١٨	١٦٠	٢,١٦	٩
	المجموع	٤١٤	٣١١	١٦٣	٢٠٢٧		
	المتوسط	٣٤,٥	٢٥,٩	١٣,٦	٧٤		
	النسبة المئوية	٤٦,٦	٣٥	١٨,٤	١٠٠		

قوة قياس البعد = ٢٠٢٧ ÷ ٢٦٦٤ = ٧٦,١٪

يتضح من بيانات الجدول وجهة نظر التخصصات المهنية في مدى فعالية البرامج والخدمة المقدمة للمسنين حيث تبين أن هذه البرامج والخدمات كانت ذات فعالية كبيرة حيث كانت القوة النسبية لقياس البعد = ٧٦,١٪، ومما يؤكد ذلك أن ٤٦,٦٪ من المبحوثين أجابوا عن عبارات هذا البعد بدائماً، بينما ٣٥٪ من المبحوثين أجابوا بإلى حد ما، في حين أجاب ١٨,٤٪ بنادراً عن عبارات هذا البعد، وقد كانت أكثر العبارات إيجابية وتأثيراً في هذا البعد، هي العبارات

أرقام ٢، ١٠، ٧، ٥، ٨. وهي العبارات التي تتضمن: أن برامج وخدمات رعاية المسنين تتفق مع أهداف وقيم المجتمع، تساعد في تحسين الصحة الجسمية والنفسية للمسنين، تشارك العديد من التخصصات المهنية في تقديم البرامج والخدمات للمسنين، تساهم البرامج والخدمات في زيادة ثقة المسنين بأنفسهم، تساهم البرامج والخدمات في توثيق علاقات المسنين بأسرهم.

جدول رقم (١٦)

يوضح العلاقة الارتباطية بين فعالية البرامج والخدمات والمساهمة في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم

م	درجة فعالية البرامج والخدمات	المساهمة كبيرة	متوسطة	ضعيفة	المجموع
١	الخدمات ذات فعالية كبيرة	٤٥	١٢	٢	٥٩
٢	الخدمات ذات فعالية متوسطة	٨	٢٧	٢	٣٧
٣	الخدمات ذات فعالية ضعيفة	٢	٣	١٩	٢٤
	المجموع	٥٥	٤٢	٢٣	١٢٠

أ = (٤٥ × ٢٧) + (١٢ × ٢) + (٨ × ٣) + (٢٧ × ١٩) =

١٢١٥ + ٢٤ + ٢٤ + ٥١٣ = ١٧٧٦

ب= (١٢ × ٨) + (٢ × ٢٧) + (٢٧ × ٢) + (٣ × ٢) =

٩٦ + ٥٤ + ٥٤ + ٦ = ٢١٠

معامل جاما = $\frac{\text{أ} - \text{ب}}{\text{أ} + \text{ب}} = \frac{١٧٧٦ - ٢١٠}{١٦٧٠ + ٢١٠} = \frac{١٥٦٦}{١٩٨٦}$ = ٧٨,٨٥٪

يتضح من استخدام معامل جاما وجود ارتباط قوي بين درجة فعالية البرامج والخدمات بمؤسسات الرعاية والمساهمة في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم، حيث وجد أن معامل جاما = ٧٨,٨٥٪ مما يؤكد هذه العلاقة، ومن ثم نستنتج صحة الفرض الثاني للدراسة ومؤداه: «توجد علاقة إيجابية بين فعالية البرامج والخدمات المقدمة وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم».

الفرض الثالث: هناك علاقة إيجابية بين كفاءة الفريق الطبي والنفسي بمؤسسات رعاية المسنين وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم:

وتم اختيار هذا الفرض من خلال الجداول أرقام ١٧، ١٨:

جدول رقم (١٧)

يوضح رأي المسنين في مدى مساهمة الفريق الطبي والنفسي في رعاية المسنين

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
		دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١	يستجيب الطبيب للرد على استفساراتي في أي وقت	٥٦	٤٥	١٩	٢٧٧	٢,٣١	٥
٢	لاتوجد صعوبة في الحصول على العلاج اللازم	٦٢	٣٨	٢٠	٢٨٢	٢,٣٥	٤
٣	عدم تواجد الطبيب بصفة مستمرة	٣٤	٤٩	٣٧	٢٣٧	١,٩٧	٩
٤	يساعدني الأخصائي النفسي في التغلب على مشاعر القلق	٤٨	٥٠	٢٢	٢٦٦	٢,٢٢	٧
٥	يعاملني الطبيب بطريقة جافة	٢٦	٢١	٧٣	١٩٣	١,٦١	١٠
٦	نقص التخصص الطبي المطلوب	٥٢	٤٩	١٩	٢٧٣	٢,٢٧	٦
٧	يساعدني الطبيب النفسي في التغلب على مشكلاتي	٦٧	٣٦	١٧	٢٩٠	٢,٤٢	٢
٨	يهتم الطبيب بمتابعة حالتي بصفة منتظمة	٦١	٤٣	١٦	٢٨٥	٢,٣٧	٣
٩	يساعدني برنامج العلاج الطبيعي على القيام بأدواري المختلفة	٦٩	٣٦	١٥	٢٩٤	٢,٤٥	١
١٠	يهتم الفريق الطبي والنفسي بعمل التوعية اللازمة لمساعدتي على ممارسة حياتي اليومية	٤٦	٥٣	٢١	٢٦٥	٢,٢١	٨
١١	يحرص العاملون على تعديل الظروف التي تعوق استفادتي من الخدمات الطبية والنفسية	٥٣	٤٧	٢٠	٢٧٣	٢,٣٧	٣
	المجموع	٥٧٤	٤٦٧	٢٧٩	٢٩٣٥		
	المتوسط	٥٢,٢	٤٢,٤	٢٥,٤	١٢٠		
	النسبة المئوية	٤٣,٥	٣٥,٣٣	٢١,١٧	١٠٠		

قوة قياس البعد = ٢٩٣٥٪ ÷ ٣٩٦٠ = ٧٤,١٢٪

يتضح من بيانات الجدول رأي مفردات مجتمع البحث من المسنين في مدى مساهمة الفريق الطبي والنفسي في تقديم الخدمات الطبية والنفسية والتأهيلية اللازمة لرعاية المسنين، حيث تبين أن كفاءة أعضاء فريق العمل الطبي والنفسي الذين يعملون بمؤسسات رعاية المسنين كانت كبيرة، حيث كانت القوة النسبية لقياس البعد = ٧٤,١٢٪ ومما يؤكد ذلك أن ٤٣,٥٠٪ من المبحوثين أجابوا عن عبارات هذا البعد بدائماً، بينما أجاب ٣٥,٣٣٪ من المبحوثين بإلى حد ما، في حين أجاب ١٨,٤٪ بنادراً عن عبارات هذا البعد، وقد كانت أكثر العبارات إيجابية وتأثيراً في هذا البعد، هي العبارات أرقام ٩، ٦، ٨، ١١، ٢، ١ وهي العبارات التي تتضمن: يساعدني برنامج العلاج النفسي في التغلب على مشكلاتي، يهتم الطبيب بمتابعة حالتي بصفة منتظمة، يحرص العاملون على تعديل الظروف التي تعوق استفادتي من الخدمات الطبية والنفسية، لا توجد صعوبة في الحصول على العلاج اللازم، يستجيب الطبيب للرد على استفساراتي في اي وقت.

جدول رقم (١٨)

يوضح العلاقة الارتباطية بين كفاءة الفريق الطبي والنفسي والمساهمة في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم

م	درجة كفاءة الفريق الطبي والنفسي	المساهمة كبيرة	متوسطة	ضعيفة	المجموع
١	الفريق الطبي والنفسي ذو كفاءة عالية	٤٣	١١	٢	٥٦
٢	الفريق الطبي والنفسي ذو كفاءة متوسطة	١١	٢٣	٤	٣٨
٣	الفريق الطبي والنفسي ضعيف الكفاءة	١	٨	١٧	٢٦
	المجموع	٥٥	٤٢	٢٣	١٢٠

أ = (٤٣ × ٢٣) + (١١ × ٤) + (١١ × ٨) + (٢٣ × ١٧) =

٩٨٩ + ٤٤ + ٨٨ + ٣٩١ = ١٥١٢

ب = (١١ × ١١) + (٢ × ٢٣) + (٢٣ × ١) + (٤ × ٨) =

١٢١ + ٤٦ + ٢٣ + ٣٢ = ٢٢٢

معامل جاما = $\frac{\text{أ} - \text{ب}}{\text{أ} + \text{ب}} = \frac{٢٢٢-١٥١٢}{٢٢٢+١٥١٢} = \frac{١٢٩٠}{١٧٣٤}$ = ٧٤,٣٩٪

يتضح من استخدام معامل جاما وجود ارتباط قوي بين كفاءة الفريق الطبي والنفسي بمؤسسات رعاية المسنين والمساهمة في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم حيث وجد أن معامل جاما = ٧٤,٣٩٪، مما يؤكد هذه العلاقة ومن ثم نستنتج صحة الفرض الثالث للدراسة ومؤداه: هناك علاقة إيجابية بين كفاءة الفريق الطبي والنفسي بمؤسسات رعاية المسنين وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم».

الفرض الرابع: هناك علاقة إيجابية بين الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين بمؤسسات رعاية المسنين وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم:

جدول رقم (١٩)

يوضح رأي المسنين في مدى فعالية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع المسنين

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
		دائماً	إلى حد ما	نادراً			
١	تساعدني البرامج الاجتماعية على مواجهة مشكلاتي	٦٨	٣١	٢١	٢٨٧	٢,٣٩	٤
٢	يساعدني الأخصائي الاجتماعي على توثيق علاقاتي مع باقي المسنين	٦٥	٣٢	٢٣	٢٨٢	٢,٣٥	٥
٣	يشجع الأخصائي الاجتماعي أفراد الأسرة على التعامل معي وزيارتي بصفة دورية	٥٩	٤١	٢٠	٢٧٩	٢,٣٢	٦
٤	يوجد نقص في البرامج الاجتماعية والثقافية التي استفيد منها	١٢	٢٤	٨٤	١٦٨	١,٤٠	١٠
٥	يساعدني الأخصائي الاجتماعي على حل مشكلاتي الأسرية	٧١	٣٢	١٧	٢٩٤	٢,٤٥	١
٦	تساعدني البرامج والخدمات الاجتماعية على إشباع ميولي ورغباتي	٥٢	٤٤	٢٤	٢٦٨	٢,٢٣	٨

تابع/ جدول رقم (١٩)
يوضح رأي المسنين في مدى فعالية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية مع المسنين

م	العبارات	الاستجابات			مجموع الأوزان	المتوسط المرجح	الترتيب
		دائماً	إلى حد ما	نادراً			
٧	لا يهتم الأخصائي الاجتماعي بدراسة المشكلات التي تواجهني	١٤	٣٣	٧٣	١٨١	١,٥١	٩
٨	يقوم الأخصائي الاجتماعي بمتابعتي بصفة مستمرة	٦٨	٣٧	١٥	٢٩٣	٢,٤٤	٢
٩	يساعدني الأخصائي الاجتماعي في الاتصال بالمؤسسات المجتمعية المختصة برعاية المسنين	٥٤	٤٦	٢٠	٢٧٤	٢,٢٨	٧
١٠	توضيح احتياجاتي ومشكلاتي للتخصصات المهنية الأخرى	٦٦	٣٦	١٨	٢٨٨	٢,٤٠	٣
١١	توضيح ظروفي ومشكلاتي لإدارة المؤسسة	٥٨	٤٣	١٩	٢٧٩	٢,٣٢	٦
	المجموع	٥٨٧	٣٩٩	٣٣٤	٢٨٩٣		
	المتوسط	٥٣,٤	٣٦,٢	٣٠,٤	١٢٠		
	النسبة المئوية	٤٤,٥	٣٠,٢	٢٥,٣	١٠٠		

قوة قياس البعد = ٢٨٩٣٪ ÷ ٣٩٦٠ = ٧٣,١٪

* تم الحصول على قوة قياس البعد بقسمة الدرجة الكلية التي حصل عليها البعد وهي ٢٨٩٣ على أقصى درجة يمكن أن يحصل عليها المبحوث وهي ١٢٠ × ٣ × ١١ = ٧٣,١٪.
* وقد تم اعتبار الدرجة أقل من (٥٠٪) ضعيف ومن (٥٠٪ إلى ٧٠٪) متوسط وأكثر من (٧٠٪) قوي.

يتضح من بيانات الجدول رأي مفردات مجتمع البحث من المسنين في مدى فعالية الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين بمؤسسات رعاية المسنين، حيث تبين أن هذه البرامج والخدمات كانت ذات فعالية كبيرة، حيث كانت القوة النسبية لقياس البعد = ٧٣,١٪ ومما يؤكد ذلك أن ٤٤,٥٪ من المبحوثين أجابوا عن عبارات هذا البعد بدائماً، بينما أجاب ٣٠,٢٠٪ من

المبحوثين بإلى حد ما، في حين أجاب ١٨,٤٪ بنادراً عن عبارات هذا البعد، وقد كانت أكثر العبارات إيجابية وتأثيراً في هذا البعد، هي العبارات أرقام ٥، ٨، ١٠، ١، ٢ وهي العبارات التي تتضمن: يساعدني الأخصائي الاجتماعي على حل مشكلاتي الأسرية، يقوم الأخصائي الاجتماعي بمتابعة حالتي بصفة مستمرة، يقوم الأخصائي الاجتماعي بتوضيح احتياجاتي ومشكلاتي للتخصصات المهنية الأخرى، تساعدني البرامج الاجتماعية على مواجهة مشكلاتي، يساعدني الأخصائي الاجتماعي على توثيق علاقاتي مع باقي المسنين.

جدول رقم (٢٠)

يوضح العلاقة الارتباطية بين فعالية الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين بمؤسسات الرعاية وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم

م	درجة فعالية الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية	المساهمة كبيرة	متوسطة	ضعيفة	المجموع
١	الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فعالة بدرجة كبيرة	٤٦	١٢	٢	٦٠
٢	الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية فعالة بدرجة متوسطة	٩	٢١	٢	٣٢
٣	الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية ضعيفة	--	٩	١٩	٢٧
	المجموع	٥٥	٤٢	٢٣	١٢٠

أ = (٤٦ × ٢١) + (١٢ × ٢) + (٩ × ٩) + (٢١ × ١٩) =

٩٦٦ + ٢٤ + ٨١ + ٣٩٩ = ١٤٧٠

ب= (١٢ × ٩) + (٢ × ٢١) + (٢١ × صفر) + (٩ × ٢) =

١٠٨ + ٤٢ + صفر + ١٨ = ١٦٨

معامل جاما = $\frac{\text{أ} - \text{ب}}{\text{أ} + \text{ب}} = \frac{١٤٧٠ - ١٦٨}{١٤٧٠ + ١٦٨} = \frac{١٣٠٢}{١٦٣٨}$ = ٧٩,٤٩٪

يتضح من استخدام معامل جاما وجود ارتباط قوي بين فعالية الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين بمؤسسات رعاية المسنين وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم، حيث وجد أن معامل جاما = ٧٩,٤٩٪ وهو ارتباط قوي مما يؤكد هذه العلاقة، من ثم نستنتج صحة الفرض الرابع للدراسة ومؤداه: «هناك علاقة إيجابية بين الممارسة المهنية للأخصائيين الاجتماعيين بمؤسسات رعاية المسنين وإشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم».

جدول رقم (٢١)

يوضح رأي المسنين في الصعوبات والمعوقات التي تعوقهم عن الاستفادة من الخدمات المقدمة

م	المعوقات	العدد	النسبة	الترتيب
١	عدم مناسبة الوجبات الغذائية لحالة المسنين الصحية	٧٢	٧,٨٤	٩
٢	عدم توافر غرف مستقلة للمسنين	٩٥	١٠,٣٥	٤
٣	كثرة التدخين بين المسنين	٧٨	٨,٥٠	٨
٤	قلة الزيارات من جانب الأهل والمعارف والأصدقاء	١٠٤	١١,٣٣	١
٥	الشعور بالوحدة والملل والفراغ	٩٧	١٠,٥٧	٣
٦	عدم وجود نادي للترفيه	٩٩	١٠,٧٨	٢
٧	نقص الخدمة الطبية المقدمة	٨٠	٨,٧١	٧
٨	سوء المعاملة من جانب بعض التخصصات المهنية	٥٦	٦,١٠	١١
٩	نقص الموارد اللازمة لممارسة الأنشطة المختلفة	٨٤	٩,١٥	٦
١٠	عدم اهتمام بعض العاملين بتقديم المساعدة للمسنين	٦٥	٧,٠٨	١٠
١١	عدم مناسبة مبنى المؤسسة لاحتياجات المسنين وعددهم	٨٨	٩,٥٩	٥
	المجمـــوع	٩١٨	١٠٠٪	

يتضح من الجدول السابق أن هناك صعوبات ومعوقات تحول دون تحقيق فعالية الخدمات من وجهة نظر المسنين وهي مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظرهم على النحو التالي:

١ – قلة الزيارات للمسنين من جانب الأهل والمعارف والأصدقاء مما يكون له تأثير سلبي في الراحة والاستقرار النفسي للمسنين وشعورهم بالوحدة والعزلة ومن ثم عدم استفادتهم إلى حد ما من البرامج والخدمات المقدمة إليهم (الترتيب الأول بنسبة ١١,٣٣٪).

٢ – عدم توافر هيكل تنظيمي (نادي) للترفيه وشغل وقت الفراغ لدى المسنين، حيث تساهم نوادي المسنين في تدعيم وتنمية شبكة العلاقات الاجتماعية للمسنين (الترتيب الثاني بنسبة ١٠,٧٨٪).

٣ – شعور المسنين بالوحدة والملل والفراغ ويرجع ذلك لعوامل متعددة منها: التقاعد عن العمل وعدم ممارسة أي أنشطة داخل المجتمع، عدم اهتمام بعض الأهالي والمعارف بزيارة المسنين، وفاة بعض الأصدقاء والزملاء، عدم توافر ناد للترفيه.. إلخ (الترتيب الثالث بنسبة ١٠,٥٧٪).

٤ – عدم توافر غرف مستقلة للمسنين، حيث إن تصميم مؤسسات رعاية المسنين القائمة لا يسمح بوجود غرفة مستقلة للمسن يستطيع من خلالها الشعور بالهدوء والراحة وممارسة حياته الخاصة بنوع من الحرية والاطمئنان وعدم التدخل من الآخرين (الترتيب الرابع بنسبة ١٠,٣٥٪).

٥ – عدم مناسبة مبنى المؤسسة لإشباع احتياجات المسنين وعددهم، حيث إنه لا يسمح بممارسة الأنشطة الاجتماعية والرياضية الجماعية بالإضافة إلى أنه لا يسمح لهم بالشعور بالاستقلالية والخصوصية داخل المؤسسة (الترتيب الخامس بنسبة ٩,٥٩٪).

٦ – عدم كفاية الموارد والإمكانيات المالية والمادية اللازمة لتوفير الاحتياجات المعيشية والرعاية الطبية والعلاج الطبيعي والأنشطة والبرامج الاجتماعية، كما يؤثر نقص الموارد أيضاً في عدم توافر التخصصات المهنية المسؤولة عن تقديم الخدمات الطبية والنفسية والتأهيلية والاجتماعية المناسبة لرعاية المسنين (الترتيب السادس بنسبة ٩,١٥٪).

٧ – نقص الخدمة الطبية المقدمة للمسنين من حيث عدم توافر تخصصات

طبية معنية أو عدم تواجدها بصفة مستمرة أو عدم المتابعة المنظمة للحالة الصحية للمسنين (الترتيب السابع بنسبة ٨,٧١٪).

٨ – كثرة التدخين بين المسنين بما لا يتفق مع متطلبات المرحلة العمرية لهم ويسبب أضراراً صحية متنوعة، ومما يزيد من حدة هذه المشكلة عدم توافر غرف مستقلة للمسنين مما يؤدي إلى الإضرار بالمسنين غير المدخنين وهو ما يطلق عليه التدخين السلبي (الترتيب الثامن بنسبة ٨,٥٠٪).

٩ – عدم مناسبة الوجبات الغذائية للحالة الصحية لبعض المسنين ورغباتهم، وذلك نظراً لأن البرنامج الغذائي بدار رعاية المسنين يعتبر برنامجاً موحداً وعاماً ويطبق على جميع المسنين على الرغم من اختلاف الجوانب الجسمية والصحية بالإضافة إلى اختلاف ميولهم ورغباتهم (الترتيب التاسع بنسبة ٧,٨٤٪).

١٠– عدم اهتمام بعض العاملين بتقديم المساعدة للمسنين بالإضافة إلى سوء المعاملة من جانب بعض التخصصات المهنية العاملة بمؤسسات رعاية المسنين وقد يرجع ذلك لعدم وعي بعض العاملين بخصائص وسمات واحتياجات ومشكلات كبار السن وعدم توافر خبرات ومهارات لديهم في التعامل مع المسنين (الترتيب العاشر والحادي عشر بنسبة ٧,٠٨٪ ونسبة ٦,١٠٪).

جدول رقم (٢٢)

يوضح رأي التخصصات المهنية في المعوقات والصعوبات التي تواجه برامج وخدمات رعاية المسنين

م	المعوقات	العدد	النسبة	الترتيب
١	عدم تعاون الأهالي مع الفريق الطبي	٦٧	٩,٢٨	٣
٢	قلة التخصصات الطبية بفريق العمل	٤٤	٦,٠٩	١٠
٣	عدم كفاية عدد الأخصائيين الاجتماعيين	٢٧	٣,٧٤	١١
٤	عدم توافر الأجهزة والمعدات اللازمة لرعاية المسنين	١٨	٢,٤٩	١٥
٥	صعوبة التفاهم والتعامل مع المسنين	٦٥	٩,٠٠	٤
٦	نقص عدد الأخصائيين النفسيين	٥٣	٧,٣٤	٨

تابع/ جدول رقم (٢٢)
يوضح رأي التخصصات المهنية في المعوقات والصعوبات التي تواجه برامج وخدمات رعاية المسنين

م	المعوقات	العدد	النسبة	الترتيب
٧	ضعف الموارد والإمكانيات المالية والمادية	٢٠	٢,٧٧	١٤
٨	عدم التنسيق بين التخصصات المهنية أعضاء فريق العمل	٢٥	٣,٤٦	١٢
٩	عدم تعاون الأهالي مع الدار	٧٠	٩,٧٠	٢
١٠	نقص عدد أخصائيي العلاج الطبيعي	٥٩	٨,١٧	٦
١١	بطء الإجراءات والروتين مما يعطل تقديم الخدمات السريعة	٤٧	٦,٥١	٩
١٢	عدم كفاءة التنسيق بين بعض الإدارات	٢٢	٣,٠٥	١٣
١٣	نقص الوعي المجتمعي باحتياجات المسنين	٧٢	٩,٩٧	١
١٤	ضعف الحوافز للعاملين بمؤسسات رعاية المسنين	١٥	٢,٠٨	١٦
١٥	نقص البرامج الإعلامية والدراسية عن قضايا المسنين	٥٦	٧,٧٦	٧
١٦	عدم تفهم الأسر لاحتياجات المسنين	٦٢	٨,٥٩	٥
	المجموع	٧٢٢	١٠٠٪	

يتضح من الجدول السابق أن هناك صعوبات ومعوقات تواجه التخصصات المهنية عند تقديم برامج وخدمات رعاية المسنين وهي مرتبة حسب أهميتها من وجهة نظرهم على النحو التالي:

١ – نقص الوعي المجتمعي باحتياجات وقضايا المسنين، فالمجتمع بما يتضمنه من أفراد وجماعات وأجهزة ومؤسسات لا يتوافر لهم المعرفة والإدراك بمتطلبات كبار السن وأنماط السلوك المرغوب في التعامل معهم (الترتيب الأول بنسبة ٩,٩٧٪).

٢ – عدم تعاون أهالي المسنين مع مؤسسات رعاية المسنين وعدم تعاونهم مع الفريق الطبي المسؤول عن تقديم الخدمات العلاجية الطبية والتأهيلية حيث لا يوجد اهتمام من جانب الأهالي بالتردد على المؤسسة ومتابعة الحالة الصحية لذويهم من المسنين المستفيدين من خدمات مؤسسات

ومراكز رعاية المسنين (الترتيب الثاني والترتيب الثالث بنسبة ٩,٧٠٪ ونسبة ٩,٢٨٪ على التوالي).

٣ – صعوبة التفاهم والتعامل مع المسنين من جانب بعض التخصصات المهنية العاملة بمؤسسات رعاية المسنين (الترتيب الرابع بنسبة ٩٪).

٤ – عدم تفهم الأسر والأهالي لاحتياجات ذويهم من المسنين وبالتالي لا يهتمون بالتردد عليهم لزيارتهم وعدم متابعة حالتهم الصحية والنفسية مما يؤدي إلى شعور المسنين بالوحدة والعزلة والفراغ (الترتيب الخامس بنسبة ٨,٥٩٪).

٥ – تعاني مؤسسات ومراكز رعاية المسنين من نقص عدد أخصائيين العلاج الطبيعي مما يؤدي إلى إعاقة المسنين عن التحرك والسير وممارسة الأدوار والأنشطة اليومية داخل الدار (الترتيب السادس بنسبة ٨,١٧٪).

٦ – نقص البرامج الإعلامية والدراسية عن قضايا واحتياجات المسنين ومتطلبات رعايتهم والذي يعتبر من العوامل الرئيسية التي تقف وراء نقص وعي المجتمع باحتياجات المسنين والتي سبق الإشارة إليها (الترتيب السابع بنسبة ٧,٧٦٪).

٧ – نقص عدد الأخصائيين النفسيين سواء في دار رعاية المسنين أو في مراكز الرعاية النهارية للمسنين مما كان له تأثير سلبي في ضعف خدمات وبرامج الإرشاد والتوجيه النفسي سواء للمسنين أنفسهم أو للأسر وأهالي المسنين حول كيفية التعامل مع المسنين والاستجابة لهم في المواقف المختلفة (الترتيب الثامن ينسبة ٧,٣٤٪).

٨ – بطء الإجراءات والروتين مما يعطل تقديم الخدمات السريعة للمسنين وقد يرجع ذلك إلى عدم كفاية الموارد بصفة عامة سواء المادية والمالية والبشرية اللازمة لرعاية المسنين بالإضافة إلى ضعف الوعي باحتياجات وقضايا المسنين (الترتيب التاسع بنسبة ٦,٥١٪).

٦ – قلة التخصصات الطبية بفريق العمل بجانب عدم كفاية عدد الأخصائيين الاجتماعيين مما يؤدي إلى وجود قصور في البرامج والخدمات الطبية

والاجتماعية المقدمة لرعاية المسنين حيث لا تتناسب هذه البرامج مع التزايد المستمر في أعداد المسنين المتقدمين للاستفادة من خدمات رعاية المسنين (الترتيب العاشر والحادي عشر بنسبة ٦,٠٩٪ ونسبة ٣,٧٤٪ على التوالي).

١٠- عدم التنسيق بين التخصصات المهنية أعضاء فريق العمل – الطبيب، الطبيب النفسي، أخصائي العلاج الطبيعي، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي – هذا بالإضافة إلى عدم كفاية التنسيق بين بعض الإدارات بمؤسسات ومراكز رعاية المسنين (الترتيب الثاني عشر والثالث عشر بنسبة ٣,٤٦٪ ونسبة ٣,٠٥٪ على التوالي).

١١- ضعف الموارد والإمكانيات المادية والمالية اللازمة لتنفيذ برامج وخدمات رعاية المسنين بالإضافة إلى عدم توافر الأجهزة والمعدات اللازمة لتأهيل وعلاج المسنين (الترتيب الرابع عشر والخامس عشر بنسبة ٢,٧٧٪ ونسبة ٢,٤٩٪ على التوالي).

١٢- ضعف الحوافز والمكافآت المالية للتخصصات المهنية العاملة بمؤسسات ومراكز رعاية المسنين مما يكون له تأثير سلبي في مستويات الأداء نظراً لأنهم يقارنون أنفسهم بزملائهم الذين يعملون في المجالات الأخرى (الترتيب السادس عشر والأخير بنسبة ٢,٠٨٪).

الإطار التصوري المقترح

وقد توصلت الدراسة إلى إطار تصوري مقترح يساهم في تحسين وتدعيم فعالية خدمات رعاية المسنين وتطويرها في المجتمع الكويتي.

ويتضمن الإطار التصوري المقترح الجوانب التالية:

أولاً – الأسس التي يستند إليها الإطار التصوري المقترح:

١ – مقابلات الباحث مع كل من المسنين والتخصصات المهنية العاملة معهم والنتائج التي توصلت إليها الدراسة.

٢ – نتائج الدراسات السابقة التي رجع إليها الباحث في مجال رعاية المسنين.

٣ – الإطار النظري الذي اعتمدت عليه الدراسة.

ثانياً – أهداف الإطار التصوري المقترح:

١ – زيادة فعالية خدمات مؤسسات رعاية المسنين حتى تساهم في إشباع احتياجات المسنين وحل مشكلاتهم ومساعدتهم على ممارسة حياتهم اليومية بصورة طبيعية.

٢ – الارتقاء بمستوى الأداء المهني للتخصصات المهنية العاملة بمؤسسات رعاية المسنين بما يساهم في زيادة فعالية نظام الخدمات بتلك المؤسسات والتغلب على الصعوبات والمشكلات التي تعوق الاستفادة من هذه الخدمات.

٣ – تنمية الوعي المجتمعي باحتياجات المسنين وقضاياهم على مستوى المجتمع الكويتي كله.

ثالثاً – محاور الإطار التصوري المقترح:

يتضمن الإطار التصوري المقترح أربعة محاور رئيسية يتضمن كل محور منها مجموعة من المقترحات التي تساهم بدرجة معينة في تحقيق أهداف الإطار المقترح:

المحور الأول: يتعلق بتحسين وتدعيم برامج وخدمات مؤسسات رعاية المسنين:

ويتضمن هذا المحور المقترحات التالية:

١ – ضرورة الاهتمام بتصميم البرامج والخدمات التي تساهم في استثمارات قدرات المسنين وإكسابهم مهارات العمل الجماعي وتنمية هواياتهم الفنية كالشعر والرسم والأعمال اليدوية الخفيفة بما يساهم في شغل وقت فراغهم وعدم شعورهم بالملل، كما أن ذلك يساعد في التغلب على الترويح السلبي الذي يقتصر على مجرد الاكتفاء بمشاهدة التليفزيون.

٢ – ضرورة الاهتمام بتصميم البرامج والخدمات التي تساهم في زيادة تكيف المسنين مع البيئة المحيطة بهم من ناحية وتقبلهم لأنفسهم وشعورهم بأن المجتمع ما زال يستفيد من خبراتهم من ناحية أخرى.

٣ – ضرورة الاهتمام بإعداد وتنظيم الندوات واللقاءات التي يشارك فيها الأدباء

والشعراء والمفكرون في العلوم المختلفة لتعريف المسنين بالأوضاع والظروف المعاصرة السائدة في المجتمع الكويتي بهدف ربطهم بواقع المجتمع.

٤ – التوسع في البرامج – الرحلات والزيارات – التي تساهم في زيادة العلاقات الاجتماعية بين المسنين من ناحية وبينهم وبين البيئة الاجتماعية للمجتمع المحلي الذي يعيشون في إطاره من ناحية أخرى.

٥ – توفير الفرص للمسنين للالتقاء وحضور الاجتماعات المشتركة في المناسبات المختلفة، بهدف تبادل الآراء ومناقشة الصعوبات التي تواجههم ومقترحاتهم للتغلب عليها.

٦ – ضرورة الاهتمام بإعداد وتنظيم برامج المسابقات بين المسنين في الأنشطة المختلفة الاجتماعية والدينية والثقافية بما يساهم في تشجيع المسنين على الاندماج مع بعضهم البعض وتبادل الخبرات فيما بينهم.

المحور الثاني: يتعلق بتحسين وتدعيم مستوى الأداء المهني للتخصصات المهنية العاملة مع المسنين:

ويتضمن هذا المحور المقترحات التالية:

١ – ضرورة العمل على توفير العدد اللازم من التخصصات المهنية المسؤولة عن تقديم الخدمات الطبية والنفسية والتأهيلية والاجتماعية وبصفة خاصة أخصائيو العلاج الطبيعي بما يساهم في إشباع احتياجات المسنين المتنوعة.

٢ – ضرورة الاهتمام برفع مستويات الأداء المهني للتخصصات المهنية العاملة مع المسنين من خلال تزويدهم بكل جديد في مجال رعاية المسنين من حيث احتياجات ومشكلات المسنين وأساليب التعامل معهم.

٣ – الاهتمام بتوفير حوافز مادية ومعنوية للتخصصات المهنية العاملة بمؤسسات رعاية المسنين بما يساهم في رفع مستوى الأداء وحفزهم على الاستمرار للعمل في هذا المجال.

٤ – ضرورة العمل على تنظيم دورات تدريبية للمشرفين الاجتماعيين والأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمؤسسات رعاية المسنين وتزويدهم

بالخبرات والمهارات والمعارف الحديثة لممارسة الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين.

المحور الثالث: يتعلق بالموارد والإمكانيات المادية والمالية اللازمة لخدمات وبرامج رعاية المسنين:

ويتضمن هذا المحور المقترحات التلاية:

١ – ضرورة العمل على زيادة الموارد المالية المخصصة لبرامج وخدمات مؤسسات رعاية المسنين من جانب وزارة الشئون الاجتماعية والعمل وبالتعاون مع الوزارات والأجهزة الأخرى المعنية برعاية المسنين مثل وزارة الصحة، المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية، بيت الزكاة، الجمعيات الأهلية، القادرين والمؤسسات والشركات العاملة في المجتمع الكويتي.

٢ – ضرورة الاهتمام بصيانة وإصلاح المنشآت والمرافق القائمة بدار رعاية المسنين والعمل على توفير غرف مستقلة للمسنين حتى يتوافر لهم الشعور بالخصوصية والهدوء المطلوب في هذه المرحلة العمرية.

٣ – الاهتمام بدعم مكتبات دار رعاية المسنين بحيث توفر لهم الكتب التي يحتاجها المسنون في النواحي المختلفة كالكتب الدينية والتاريخية والثقافية وغيرها.

٤ – ضرورة التوسع في فرق الرعاية المنزلية المتنقلة وإمدادها بالتخصصات الطبية والنفسية والاجتماعية والموارد والمعدات والسيارات المجهزة، حيث أثبتت الدراسة أن هذا النوع من الرعاية يساهم في تقديم الرعاية الطبية والنفسية والتأهيلية والاجتماعية للمسن داخل أسرته انطلاقاً من أن للأسرة الدور الفعال لرعاية المسن في إطار الأسرة بين ذويه حيث توفر الدفء العائلي والروحي لكبير السن.

٥ – ضرورة التوسع في إنشاء أقسام خاصة بنظام الرعاية الموسمية أو الطارئة للمسنين ملحقة بدور الرعاية أو المستشفيات وذلك في حالات السفر وبصفة خاصة في وقت الصيف حيث تذهب أغلب الأسر إلى

السياحة والسفر، على أن تزود هذه الأقسام بجهاز متخصص في الخدمة الاجتماعية وطب الشيخوخة حتى تتحقق أهداف الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية، ويتضمن هذا النظام عودة المسن إلى أسرته بعد الفترة المتفق عليها بين الأسرة والمؤسسة.

المحور الرابع: تدعيم رعاية المسنين على المستوى المجتمعي:

ويتضمن هذا المحور المقترحات التالية:

١ – ضرورة الاهتمام بفتح قنوات اتصال مستمرة بين أجهزة ومؤسسات رعاية المسنين ووسائل الإعلام المختلفة للاتفاق على تصميم برامج إعلامية تستهدف زيادة الوعي المجتمعي باحتياجات المسنين ومشكلاتهم وكيفية التعامل معهم.

٢ – ضرورة الاستفادة من المؤسسات المجتمعية – الأندية الرياضية ومراكز رعاية الشباب – القائمة في المناطق المحلية في توفير الرعاية الاجتماعية لكبار السن وبصفة خاصة في الفترة الصباحية لشغل وقت الفراغ، هذا بالإضافة إلى العمل على تشجيع كبار السن القادرين على الانضمام إلى لجان النشاط المختلفة للاستفادة منهم في عملية إعطاء المشورة والخبرة بما يساهم في شعورهم بالثقة بالنفس وتشجيعهم على المشاركة مع الآخرين.

٣ – ضرورة تشجيع إنشاء مزيد من المقاهي الشعبية بحيث تغطي مختلف المناطق المحلية للمحافظات المختلفة على أن يراعى ما يلي:

أ – مشاركة المشرفين الاجتماعيين في إعداد وتنظيم برامجها والإشراف عليها.

ب – تشجيع كبار السن على المشاركة في إدارتها.

٤ – تشجيع الباحثين من مختلف التخصصات الأكاديمية على إجراء البحوث والدراسات في مجال رعاية المسنين بهدف التعرف على نتائج الجهود والأنشطة المبذولة في هذا المجال، للوقوف على مناطق القوة لتدعيمها ومناطق الضعف لعلاجها، حتى يمكن الارتقاء بمستوى أداء خدمات رعاية المسنين.

المراجع

١ – Joseph Troisi: *The Place Of the Elderly In Changing, Traditional Role Of The Family,* (Cairo Helwan Univetrsity, inia Course On Gerontology, 21 April-1 May 1999).

٢ – Joseph Troisi: *Based On World Demographic Estimates And, Projection 1950-2025,* (New York, United Natinos, 1988).

٣ – Joseph Troisi: *Demographic Characteristics, Trends And Determinants Of Population A Geing,* (Cairo, Helwan University, Inia Course On Gerontology, 21 April - May 1998).

٤ – المجموعة الإحصائية السنوية (دولة الكويت، وزارة التخطيط، الإدارة المركزية للإحصاء، العدد الثالث والثلاثون، ١٩٩٦).

٥ – محمد عبدالفتاح محمد، أميرة منصور يوسف: الأسس النظرية للرعاية الاجتماعية (الإسكندرية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، ١٩٩٥).

٦ – عبدالخالق محمد عفيفي: الرعاية الاجتماعية «المفاهيم، النشأة، المجالات» (القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٧٧).

٧ – Max Siporinm: *Introduction To Social Work* (N.Y.: The Prentice Hall. Inc., 1984).

٨ – عادل موسى جوهر: دراسة المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعياً بالمؤسسات الإيوائية (القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، رسالة ماجستير، غير منشورة، ١٩٨٠).

٩ – وزارة الشئون الاجتماعية والعمل: الكويت والعام الدولي للمسنين (الكويت، اللجنة الوطنية الكويتية للسنة الدولية للمسنين، يناير ١٩٨٣).

١٠– Bium, Martha And Rainer. *Growringold, Asocietal Perspective* (N.Y., Prentic, Hall, Inc. 1989).

١١– محمد عبدالمقصود علي: دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالتوافق

النفسي لدى المسنين (القاهرة، مجلة علم النفس، العدد الثالث عشر، السنة الرابعة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٠).

١٢- هشام مخيمر، عمرو رفعت عمر: «فاعلية برنامج إرشادي نفسي في خفض قلق الموت لدى المسنين المبصرين والمكفوفين» (القاهرة، جامعة عين شمس، كلية الطب، قسم طب وصحة المسنين، المؤتمر الدولي للمسنين ١٨-٢٠ مايو ١٩٩٩).

١٣- أمال عبدالسميع أباظة: «رؤية مستقبلية لرعاية المسنين (القاهرة، جامعة حلوان، مركز الرعاية الاجتماعية للمسنين، المؤتمر الإقليمي العربي الأول لرعاية المسنين ٣-١٥ أبريل ٢٠٠٠).

١٤- محمد عبدالمقصود علي: دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالتوافق النفسي لدى المسنين (القاهرة، مجلة علم النفس، العدد الثالث عشر، السنة الرابعة ١٩٩٠).

١٥- Neals Bellas, Mary Carmel Ruffle: *Aging Services In Encyclopedia Of Social Work* (N.Y. 19th Edition, Press, N.A.S.W, 1995).

١٦- Donald Reilanet, *Contomparary Social Woerk An Introdcution To Social Welfare* (N.Y.: Megrow-Hill. Inc., 1985).

١٧- Neals Bellos. Mary Carmel Fufflo: Op. Cit.

١٨- Maria E-Zuniga: Aging: *Social Work Practice, In Encyclopedia Of Social Work,* (N.Y.: Vol Press N.A.S.W, 1995).

١٩- Ronald W.T. Toseland. *Aging, Direct practice, In Encyclopedia Of Social Work, (N.Y.: Press N.A.S.W, 1993).*

٢٠- محمد عودة: مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي، دراسة ميدانية لعينة من المسنين (الكويت، جامعة الكويت، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، المجلد السادس، العدد ٢٣، بحث منشور ١٩٨٦).

٢١- راشد محمد أبا الخيل: الشيخوخة ومراكز العناية بالمسنين في العالم،

نموذج مركز اجتماعي صحي للمسنين في المملكة العربية السعودية (مطابع الشريف، ١٩٩١) رسالة دكتوراه، منشورة في سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، يصدرها المكتب التنفيذي لمجلس الوزراء.

٢٢- محمد برهوم: أوضاع المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) الأمم المتحدة، ١٩٩٣ (دراسة منشورة في سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية، يصدرها المكتب التنفيذي لمجلس الوزراء).

٢٣- منى محمد إبراهيم شويكة: دور طرقة تنظيم المجتمع في إشباع الاحتياجات الاجتماعية للمسنين: دراسة مطبقة على المسنين بمدينة جدة، (الرياض، كلية الخدمة الاجتماعية للبنات، جامعة الرياض، رسالة دكتوراه، ١٩٩٤).

٢٤- عادل موسى جوهر: دراسة المشكلات الفردية التي تواجه المسنين وأساليب رعايتهم اجتماعياً بالمؤسسات الإيمانية، دراسة وصفية لمؤسسات رعاية المسنين بمحافظة القاهرة، (القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٠).

٢٥- عبدالحميد عبدالمحسن: العلاقة بين ممارسة طريقة العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية والتأهيل الاجتماعي للمسنين، (القاهرة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٠).

٢٦- عزت سيد إسماعيل: خصائص استجابات المسنين – بطء السلوك (الكويت، جامعة الكويت، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، المجلد السادس، بحث منشور، ١٩٨٦).

٢٧- مدحت فؤاد فتوح: التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع بتطبيق العمل الاجتماعي مع المسنين (القاهرة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٦).

٢٨- سهير كامل أحمد: دراسة عن عبر ثقافية الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في البيئتين المصرية والسعودية (القاهرة، مجلة دراسات تربوية، المجلد الثاني، الجزء السابع، بحث منشور، يونيو ١٩٨٧).

٢٩- إحسان زكي عبدالغفار: دراسة للواقع النفسي والاجتماعي للمسنين بمؤسسات الإيواء ودور خدمة الفرد فيها (القاهرة، المؤتمر العلمي السابع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٣).

٣٠- هدى محمد عبدالعال: نموذج مقترح لدور أخصائي خدمة الفرد العلاجية مع المشكلات الاجتماعية والنفسية للمسنين من الجنسين (القاهرة، المؤتمر العلمي الثامن، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٥).

٣١- نظيمة أحمد محمود سرحان: العلاقة بين الممارسة المهنية لطريقة تنظيم المجتمع وفعالية الرعاية المؤسسية للمسنين (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المؤتمر العلمي الدولي الثامن عشر، المجلد الثالث، بحث منشور في الفترة من ١٣-١٤ أبريل ١٩٩٩).

٣٢- Samirn. Banoob: *Training Needs And Services For Elderly Care In Developing Countries: Models From Romania. Barbados Adn Kuwait, International Journal Of Aging And Human Development,* (N.Y. Journal Article, N. I Cuse, 1994).

٣٣- Palomina Jane Darlene: *Cas Management For Effective Social Work Practice* (N.Y: California State Unicverstity, Long, Beach. 1994).

٣٤- محمد سيد فهمي: الرعاية الاجتماعية لكبار السن، (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥).

٣٥- International Symposium, *Population Development And Social Security: Agingin Developing Countries, Fnalpeport*. (Hamburg, July, 1981).

٣٦- كمال الدين عبدالمعطي آغا: الكبر ورعاية المسن والمفاهيم والمشكلات الخليجية (المنامة، البحرين، الندوة العلمية لرعاية المسنين والدول العربية الخليجية، ١٩٨٢).

٣٧- أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (بيروت، مكتبة لبنان، ١٩٨٦).

٣٨- ثريا عبدالرؤوف جبريل وآخرون: الخدمة الاجتماعية والأسرة المصرية المعاصرة، (القاهرة، بل برنت للطباعة، ١٩٧٧).

٣٩- عادل موسى جوهر: العوامل الاجتماعية والنفسية التي تؤدي للتسول والدور المقترح لخدمة الفرد في مواجهتها، دراسة مقارنة بين فئتي الأحداث وكبار السن، (القاهرة، المؤتمر العلمي الثاني، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٨).

٤٠- ثريا عبد الرؤوف جبريل: المشاكل التي يعاني منها المسنين، مجلة الخدمة الاجتماعية، العدد ٣٤، ٣٥، (الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، ١٩٩٢).

٤١- Olcott, Henry Steel, *The New Encyclopedica,* (London Vol. 8, 15th Edition, 1986).

٤٢- عبدالحميد محمد الهاشمي: علم النفس التكويني أسسه وتطبيقه من الولادة إلى الشيخوخة (جدة، دار المجمع العربي، ط٤، ١٩٨٠).

٤٣- هدى محمد قناوي: سيكولوجية المسنين (الجيزة، مركز التنمية البشرية والمعلومات، ١٩٨٧).

٤٤- كمال الدين عبدالمعطي آغا: الكبر ورعاية المسن: المفاهيم والمشكلات، مرجع سبق ذكره.

٤٥- جلال محمد إبراهيم، محمد وحيد محمد: مبادئ التشريعات الاجتماعية (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٧٧).

٤٦- Albert J.E. Wilson: *Social Services For Older Person* (Boston: Brown And Company, 1984).

٤٧- قوت القلوب النجار: تقويم برامج الرعاية الإيوائية للمسنين بالقاهرة الكبرى، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة، ١٩٩١).

٤٨- سيد عبدالعال: نظريات علم النفس والمداخل الأساسية لدراسة السلوك الإنساني، (القاهرة، جامعة عين شمس، جـ١، مكتبة سعيد رأفت، ١٩٨٦).

٤٩- محمد السيد عبدالرحمن: دراسات في الصحة النفسية (دار قباء للطباعة والنشر، ١٩٩٨).

٥٠- يوسف الكيلاني: الشيخوخة والصحة (الكويت، منشورات ذات السلاسل، ١٩٨٣).

٥١- محمد يسري إبراهيم دعبس: التكوين النفسي للمسنين في الثقافات المختلفة (دار المطبوعات الجديدة، الكتاب الرابع، ١٩٩١).

٥٢- Jeme E. Birren & K. Warner Scaie, (Eds.) *Hand Book Of The Psychology Of Aging:* (New York, Van Nostsand Reinhold 1977).

٥٣- سامي محمود جمعة: المدخل إلى طريقة العمل مع الجماعات، (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٦).

٥٤- أحمد فايق: مدخل إلى علم النفس (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٤).

٥٥- أحمد عكاشة: الطب النفسي المعاصر (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٦).

٥٦- أبو النجا محمد العمري: الاتصال في الخدمة الاجتماعية (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٦).

٥٧- يوسف ميخائيل أسعد: رعاية الشيخوخة (القاهرة، مكتبة غريب، ط٢، ١٩٨٧).

٥٨- محمد عودة: مشكلات مرحلة الشيخوخة في المجتمع الكويتي، (مرجع سبق ذكره).

٥٩- عبدالرحمن عيسوي: أمراض العصر النفسية والعقلية والسيكوباتية (القاهرة، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٨).

٦٠- Eric Erixon: *Child Adn Society*, (N.Y. Prentice. Hall, 1975).

٦١- محمد عبدالفتاح محمد: مرجع سبق ذكره.

٦٢- عبدالفتاح عثمان وعلي الدين السيد: الشيخوخة والمسنين (القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٨).

٦٣- عبدالحميد الهاشمي: علم النفس التكويني (جدة، دار المجمع العلمي، ١٩٨٠).

٦٤- Margaret B. Meal Nancy J. Chaman and Others: *Balancingwork And Caregiving For Children, Adults, And Elders* (London: Sage Publicationsm, Inc., 1993) p.6.

٦٥- حامد عبدالعزيز العبد وآخرون: التقدم في السن، (الكويت، دار القلم، ط١، ١٩٨٤).

٦٦- محمد عودة: مرجع سبق ذكره.

٦٧- أحمد السنهوري وآخرون: الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، (القاهرة، دار السعيد للطباعة والنشر، ١٩٩١).

٦٨- Robert M, Moronew: *Social Planning In Encyclopedia Of Social Work,* (N.Y. Vol. 2. N.A.S.W., 1987).

٦٩- عبدالفتاح عثمان وعلي الدين السيد: مرجع سبق ذكره.

٧٠- عبدالفتاح عثمان وعلي الدين السيد: المرجع السابق ذكره.

٧١- صفاء عبدالعظيم: الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة (القاهرة، بل برنت للطباعة، ١٩٩٥).

٧٢- Hampton Roy, Charles Russell: *The Encyclopedia of Aging and the Elderly* Library of Congress Cataloging in publication Data, 1992).

٧٣- Allyn ansd Bacon: *Social Work an Empowering profession* (Teiko Maryerot, University, black Howk College, 1988).

٧٤- At Young: *Mastering Social Welfare* (London: Macmillan ucation, LTD., 1985).

٧٥- محمد نجيب توفيق: الخدمة الاجتماعية المدرسية (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٢).

٧٦- سيد سلامة إبراهيم: رعاية المسنين (الإسكندرية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر، ١٩٩٧).

٧٧- عبدالحميد عبدالمحسن: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، مرجع سبق ذكره.

٧٨- مدحت فؤاد فتوح: تنظيم مجتمع المسنين، مرجع سبق ذكره.

٧٩- يوسف الكيلاني: أمراض الشيخوخة، الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية، ١٩٨٢.

٨٠- كمال الدين آغا: مرجع سبق ذكره.

٨١- علي فؤاد أحمد: الابعاد الاجتماعية لرعاية المسنين، الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية، المنامة، البحرين، ١٩٨٢.

٨٢- سناء الخولي: الأسرة والمجتمع (الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٢).

٨٣- عبدالرحمن عيسوي: اضطرابات الشيخوخة (بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٩).

٨٤- عبدالحميد عبدالمحسن: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، مرجع سبق ذكره.

٨٥- Nancy Datam & Nancy Lohmann: *Transition of Aging Edited bv*: (N.Y: Academic press, Inc, USA. 1980).

٨٦- إحسان زكي: العلاقة بين تغير الدور وتقدير الذات لدى المسن، (القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، جـ١، المؤتمر الخامس ١٩٩١).

٨٧- هالة العمران: التوافق عند المسنين (المنامة، البحرين، الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية، ١٩٨٢).

٨٨- كمال الدين عبدالمعطي آغا: الكبر والعلاقات الاجتماعية للمسنات القطريات بمستشفى الرميلة بالدوحة (المنامة، البحرين، ورقة مقدمة للندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية، ١٩٨٨).

٨٩- Elain M. Brody, *Aging. In Encyclopedia Of Social Work* (N.Y. Vol. 1, N.A.S.W. 1971).

٩٠- William J, Reid, *Task Center treatment and tren drin Clinicals, Social Work* (N.Y: Columbia University Press, 1977).

٩١- عبدالحميد عبدالمحسن: الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين، مرجع سبق ذكره.

٩٢- Marional. Beavers & Dan Amiller: *Social Work prectice with the Elderly* (Belmont: Wadsworth pupblishing company, 1992).

٩٣- محمد يسري إبراهيم دعبس: التكوين النفسي للمسنين في الثقافات المختلفة، دراسة انثروبولوجية مقارنة (الإسكندرية، دار القرى للطباعة، ١٩٩٢).

٩٤- محمد سيد فهمي ونورهان خير: الرعاية الاجتماعية للمسنين (الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٩٩).

٩٥- خالد الطحان: نظرة مستقبلية حول رعاية المسنين في ضوء خصائصهم النفسية، (المنامة، البحرين، الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية، ١٩٨٢).

٩٦- سيد سلامة إبراهيم: قضايا ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة، رعاية المسنين (الإسكندرية، جـ٢، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر).
٩٧- محمد عودة: مرجع سبق ذكره.
٩٨- عادل صادق: في بيتنا مريض، (القاهرة، دار الحرية، ١٩٨٩).
٩٩- حسن مصطفى عبدالمعطي وآخرون: مستوى القلق لدى المسنين (القاهرة، المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر، كلية الطب، جامعة عين شمس، ١٩٨٨).
١٠٠ - Craige, G., *Human development,* (New Hersey: 3rd ed., Prenticehall-Inc, 1983).
١٠١ - عبدالمطلب أمين القريطي: مرجع سبق ذكره.
١٠٢ - أحمد عزت راجح: أصول علم النفس (القاهرة، دار المعارف، ١٩٨٥).
١٠٣ - يوسف ميخائيل أسعد: مرجع سبق ذكره.
١٠٤ - عباس محمود عوض: علم النفس الاجتماعي، (بيروت، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٠).
١٠٥ - الزين عباس عمارة: مدخل إلى الطب النفسي، (بيروت، دار الثقافة، ١٩٨٦).
١٠٦ - محمود عبدالرحمن: أمراض الشيخوخة النفسية (القاهرة، دار الهلال، ١٩٩٢).
١٠٧ - عبدالمنعم عاشور: المسن مريضاً، ندوة نحو رعاية متكاملة للمسنين، مرجع سبق ذكره.
١٠٨ - فخري الدباغ: أصول الطب النفساني، (بيروت، دار الطليعة، ١٩٨٣).
١٠٩ - محمد السيد عبدالرحمن: الذاكرة قصيرة المدى المسني، (المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر، كلية الطب، جامعة عين شمس، مرجع سبق ذكره).

١١٠ – فؤاد أبو حطب: القدرات العقلية (القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٣).

١١١ – محمد صبور: إعداد وتأهيل كوادر في مجال رعاية المسنين، ندوة حول رعاية متكاملة للمسنين، مرجع سبق ذكره.

١١٢ – جيردا فيلنباوم: رفاهية المسنين – مناهج للتقدير المتعدد الأبعاد (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٤).

١١٣ – خليفة حلمي: ندوة تطوير الخدمات الصحية للمسنين (الرياض، المملكة العربية السعودية، مجلة صحة الخليج، ١٩٩٧).

١١٤ – Betsy Hancock: *Social Work with Older people* (New Jersy, Prentice Hall, 1990).

١١٥ – وزارة الشئون الاجتماعية والعمل: الكويت والعام الدولي للمسنين (الكويت، اللجنة الوطنية للسنة الدولية للمسنين، يناير، ١٩٨٣).

١١٦ – وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، الكويت، تقارير مركز الرعاية المنزلية المتنقلة للمسنين.

١١٧ – وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، الكويت، تقارير مركز الرعاية المنزلية المتنقلة للمسنين، مرجع سبق ذكره.

١١٨ – يحيى الحداد: رعاية المسنين في الكويت (القاهرة، ندوة الأمم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي ١٩٩٣).

١١٩ – عبدالعزيز عبدالله مختار: التخطيط لتنمية المجتمع (القاهرة، دار الحكيم للطباعة والنشر، ١٩٩١).

١٢٠ – Richard M. Crinnel: *Social Work Research and Ecvaluation* (Illionios: F.E. Peacock Publishers, Inc., 1985).

١٢١ – Robert Elkin & Molitor: *Management Indicators in Nonprofit organizations* (N.Y. Peat Marwick Offices in the United Stated, 1985).

١٢٢ – أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (بيروت، مكتبة لبنان، ١٩٨٥).

١٢٣ – جمال شكري محمد: دراسة فعالية العلاج الأسري في علاج مشكلة التسرب الدراسي (القاهرة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، ماجستير، ١٩٨٦).

١٢٤ – Robert Elkin & Molitorl OP. Cit.

١٢٥ – Richard W. Scott: *Organizations Ratinnal natural and Open Systems* (NewJersy: Prentice, Hall, Ins., 1987).

١٢٦ – ماهر أبو المعاطي علي: قياس فعالية الخدمات بالمؤسسات الاجتماعية (القاهرة، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، العدد الثالث، أكتوبر ١٩٩٧).

١٢٧ – Robert Elkin & Molitor: Op. Cit.

١٢٨ – Art Knighton & Nancy Heidelman: *Administration of the Human Services* (the University of Michigan, Press,. 1986).

١٢٩ – عبدالعزيز عبدالله مختار: مرجع سبق ذكره.

١٣٠ – Wener Myrne: Human *Services Management anlysis Application* (Homewood Illinois. the Dorest Press, 1982).

١٣١ – Peter H. Rossi & Haward E. Freeman: *Evaluation A svstematic Approach* (California: Sage publications Inc. 1985).

١٣٢ – Ralph M. Kramer & Harry Specht: *Reading in community Organization Practice* (N.Y.: Englewood Cliffs, Prenticem ghallm Inc.,1983).

١٣٣ – د. محمد الغريب عبدالكريم: البحث العلمي، التصميم والمنهج والإجراءات (الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الثانية، ١٩٨٢).

١٣٤ – نوال محمد عامر، مناهج البحث الاجتماعية والإعلامية (القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٨٦).

١٣٥ – Satirios Sardantakos, *Social Research* (London, Macmillan Press, Ltd., 1998).

سعود فارس الجوير، دكتوراه في الخدمة الاجتماعية من جامعة القاهرة، جمهورية مصر العربية عام ١٩٩١، عقيد دكتور بوزارة الداخلية ومدير إدارة الخدمات المساندة بأكاديمية سعد العبدالله للعلوم الأمنية وعضو هيئة التدريس بها، وله اهتمامات بحثية في المجالات الاجتماعية، انحراف الأحداث، والمجالات الأمنية.