Human Security in Elderly Care Institutions: Sociological Study

Alaa Al Rawashdeh

Abstract: The study aimed at identifying elderly fact through verifying characteristics social, health, psychological and managerial problems and that threats human security. Data was collected through questionnaires distributed to the sample group, which consisted of (48) elders. Various appropriate statistical methods have been used to analyze the collected data such as:(Duplicates, percentages, arithmetic averages, and standard deviations) The study concluded the following: The most important human security problems facing elderly were health, then social then psychological and finally Managerial problems summarized. The main reasons for transfer were disability, illness and son's business Engagement .The study finally recommended some recommendations in terms of the institution, the specialist and the programs.

Keywords: Elderly, Characteristics, The problems, Care institutions.

الأمن الإنساني في دور رعاية المسنين: دراسة سوسيولوجية

علاء زهير الرواشدة*

ملخص: هدفت هذه الدراسة إلى تعرف واقع المسنين من حيث الخصائص والمشكلات الاجتماعية والنفسية والصحية المهددة للأمن الإنساني، بالإضافة إلى المشكلات الإدارية، وجمعت المعلومات بواسطة الاستمارة من مجتمع الدراسة البالغ (48) مسناً، واستخدام الإحصاء المناسب، [التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية] لمعالجة البيانات، وخلصت إلى أن أهم مشكلات الأمن الإنساني للمسنين كانت الصحية، ثم الاجتماعية والنفسية، وأخيراً الإدارية، وأهم أسباب التحويل: العجز والمرض وبعد الأبناء وانشغالهم، وخلصت إلى مجموعة من التوصيات الخاصة بالمؤسسة والاختصاصي والبرامج.

المصطلحات الأساسية: المسنون، الخصائص، المشكلات، دور الرعاية.

(*) قسم علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، كلية الإعلام والعلوم الإنسانية، جامعة عجمان، الإمارات العربية المتحدة (حالياً). قسم العلوم الاجتماعية، جامعة البلقاء التطبيقية، الأردن (سابقاً).

مقدمة:

بدأ الاهتمام برعاية كبار السن منذ عقود؛ حيث كانت النظرة التاريخية للمسنين سلبية ذات بعد اقتصادي، تم تحولت إلى نظرة إيجابية ذات بعد إنساني اجتماعي بفعل التطورات والحركات الفكرية والحضارية؛ لذا قام بعض الباحثين في العلوم الإنسانية والاجتماعية بدراسة المسنين؛ فقام العالم العربي "أبو حاتم السجساتي" بدراسة أهمية كبار السن، كما قام العالم "تينون" بدراسة العوامل المؤدية لإطالة العمر في سنة 1813 م (خليفة، 2007: 3). وتعتبر مرحلة المسنين من أهم مراحل العمر، ويجب أن تنال حظها من الرعاية والاهتمام، ويزداد عدد المسنين في العالم بشكل ملحوظ، ويزداد عدد المسنّين في العالم بشكل عام؛ فتشير الإحصاءات التي أصدرتها الأمم المتحدة إلى أن المسنين (60 سنة فأكثر) تبلغ نسبتهم 22% من السكان، وقد ترتفع هذه النسبة إلى 33% بحلول (2050)، أما في الدول النامية فتبلغ نسبة المسنين 9% من السكان، ومن المتوقع أن تبلغ نسبتهم 20% بحلول عام (2050). إن هزة الشيخوخة على وشك أن تصيب الدول النامية حيث سيشيخ السكان بسرعة في النصف الأول من القرن 21، ويتوقع أن تزيد نسبة المسنين من 9% إلى 20% بحلول عام 2050، بينما ستنخفض نسبة الأطفال من 33% إلى 20% (عنان، 2002).

وتعرضت نسبة المسنين في مجتمع الإمارات لتغيرات ملحوظة؛ فمن 12,6% عام 2010 يتوقع أن ترتفع إلى 19,4 عام 2020، وسيزيد عدد هذه الفئة من 70 الفاً عام 2017 إلى 190 ألفاً عام 2032، وصدر قانون لفئة المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة في سنة 1972 المادة رقم 13؛ فحصل 11170 مسناً على مساعدات اجتماعية عام 2012، بزيادة قدرها 3% عن عام 2006 (الرومي، 2008).

وتعبيراً من العالم عن اهتمامه بهذه الفئة أصدر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان؛ ونصت المادة (25) على أنه "لكل إنسان الحق في مستوى معيشي ملائم لصحته ورفاهيته، والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية والحق في الأمان عندما يتقدم به السن"، واعتبر عام 1998 عام المسنين على المستوى العالمي؛ بهدف لفت الأنظار لهذه الفئة، واعتمدت الإستراتيجية العلمية حول رعاية المسنين في عام 1994 من المنظمة العالمية للشرق الأوسط، وفي عام 2007 عقد المؤتمر التعليمي العربي للمسنين الذي نظمه جامعة الدول العربية (السباسي، 1983).

وعلى مستوى دولة الإمارات يحظى كبار السن بمكانة اجتماعية رفيعة، باعتبارهم جزءاً مهماً من البيئة الاجتماعية والثقافية والدينية الأصيلة، وتحرص مؤسسات المجتمع كافة على أن تنعم هذه الشريحة المجتمعية المهمة بحقهم في العيش وسط بيئتهم الأسرية الطبيعية، وقد بذلت الحكومة الإماراتية جهوداً واضحة لتوفير الدعم اللازم لهم من خلال إنشاء عدد من الدور والمراكز المتخصصة التي تقدم الرعاية الكاملة لهم فضلاً عن الضمان الاجتماعي والكثير من الخدمات الأخرى بما يحقق الأمن الإنساني لهم (البيان، 2017).

ويعتبر مجال رعاية المسنين من المجالات الحديثة في دولة الإمارات، ولكن الصورة التقليدية التي كانت شائعة هي رعاية الوالدين في شيخوختهم كإحدى القيم والعادات المستمدة من الدين الإسلامي؛ نظراً لأن الأسرة الممتدة التي كانت تضم الآباء والأبناء والأحفاد وأولادهم والأقارب لم تعد موجودة في المجتمع الإماراتي بسبب التغيرات الاقتصادية والاجتماعية السريعة؛ ومن ثم زادت المشكلات التي يتعرض لها المسنون وتهدد أمنهم الإنساني بجميع أبعاده، ولم تعد الأسر قادرة على معالجتها؛ مما دعا الدولة لأن تتدخل وهكذا قامت وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بإنشاء المؤسسات اللازمة لرعاية المسنين، فأخذت وزارة الشؤون الاجتماعية بتعريف الديمغرافيين للشخص المسن بأن من بلغ من العمر 60 عاماً فأكثر. وقد ضمنت دولة الإمارات حقوق المسنين فنص عليها الدستور والقوانين والأنظمة المعمول بها على النحو الآتي:

1 – الدستور: نصت المادة 16 من دستور دولة الإمارات العربية المتحدة على أن "يشمل المجتمع برعايته الطفولة والأمومة ويحمي القصر وغيرهم من الأشخاص العاجزين عن رعاية أنفسهم لسبب من الأسباب كالمرض والعجز والشيخوخة والبطالة الإجبارية ويتولى مساعدتهم وتأهيلهم لصالحهم وصالح المجتمع".

2 – قانون الضمان الاجتماعي: بصدور القانون الاتحادي رقم (13) عام 1981م الخاص بالضمان الاجتماعي أصبح للمسنين مكان ضمن مستحقي المساعدات الاجتماعية.

3 – نظام وزارة العمل والشؤون الاجتماعية: حدد قرار مجلس الوزراء رقم (1) لسنة 1977م الترجمة الفعلية لسياسة الدولة تجاه المسنين، فنص على "معاونة المحتاجين ورعاية المعوقين والمسنين من أفراد المجتمع".

أما طرف التنفيذ فقد نصت عليه العبارة "رعاية الأحداث الجانحين واليتامى ومجهولي الأبوين والعجزة والمسنين ومساعدتهم على الاندماج في المجتمع".

وهكذا تم إنشاء المؤسسات ومراكز التأهيل المهني اللازمة لرعاية الأحداث واليتامى ومجهولي الأبوين والمكفوفين والمسنين والعجزة والمعوقين والإشراف على تلك المؤسسات والمراكز وغيرها من المؤسسات الخاصة العاملة في هذا المجال.

وفي عام 1982م بدأت الشؤون الاجتماعية بافتتاح 5 دور لرعاية المسنين في كل من دبي وعجمان وأم القوين ورأس الخيمة والفجيرة ووفرت الوزارة لهذه الدور مستلزماتها من مبان وتجهيزات وأثاث وموظفين ومهنيين مثل الاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين والأطباء والممرضات، وتقوم هذه المراكز بتقديم رعاية إيوائية كاملة للمسنين، الذين لا أسر لهم أو المحرومين من الرعاية الأسرية لسبب من الأسباب، وقامت الوزارة أيضاً بافتتاح عدد من مراكز التأهيل الطبي لتقديم الخدمات الطبية العلاجية والخدمات التأهيلية للمسنين.

وهناك بعض المسنين الذين لا يحتاجون إلى الإقامة الكاملة في دور رعاية المسنين وإنما يرغبون فقط في الاستفادة من الإمكانات والأنشطة المتوافرة في هذه الدور، من مثل الأنشطة الثقافية والترفيهية والرحلات والزيارات. مع رغبتهم في الاجتماع بأقاربهم وأصدقائهم المقيمين في الدور ليتبادلوا معهم حديث الصداقة والذكريات، من مثل هؤلاء المسنين الذين يعيشون مع أبنائهم وأحفادهم يمكن أن يحصلوا على خدمات المسنين المقيمين في دور الرعاية من خلال ما يعرف بنوادي المسنين.

وتقدم نوادي المسنين خدمات مزدوجة؛ فهي من جهة تتيح للمسنين غير المقيمين فرص الاستفادة من أنشطة رعاية المسنين ومن جهة أخرى تقدم للمسنين المقيمين في دور الرعاية فرصة الالتقاء بالعالم الخارجي عن طريق أصدقائهم غير المقيمين معهم في الدور، الذين يأتون للمشاركة معهم في النشاطات المختلفة، ومن أمثلة هذه التجارب الرائدة نادي المسنين بأم القيوين واستراحة المسنين في دبي.

أولاً – مشكلة الدراسة:

التغيرات التي شهدتها دولة الإمارات العربية المتحدة أثرت على العلاقات الأسرية؛ فضعف التماسك الأسري وخرجت المرأة للعمل، وكان لذلك أثر واضح على مكانة المسن وأمنه، وأدى إلى إهمال بعض الأسر لدورها تجاه المسنين،

ونتيجة لذلك أصبح من الضروري وجود مؤسسات تهتم بهذه الفئة وتقدم لها الرعاية بمختلف أشكالها.

لذا جاءت هذه الدراسة في محاولة للكشف عن واقع المسنين وتعرّف المشكلات التي تهدد أمنهم الإنساني من وجهة نظرهم في دور الرعاية والأسباب التي أدت إلى تحويلهم إليها. مع الكشف عن الأطر النظرية المفسرة لواقع المسنين في المجتمع الإماراتي.

ثانياً – أهمية الدراسة ومبرراتها:

تتمثل أهمية الدراسة بما يأتي:

1 – الزيادة الملحوظة في أعداد المسنين في المجتمعات النامية منها والمتقدمة.

2 – الاهتمام المتزايد من جانب مختلف العلوم والمهن في المجتمع بدراسة احتياجات المسنين ومشكلاتهم وخصائصهم في دور الرعاية بشكل خاص.

3 – تزايد عدد المسنين في دور الرعاية، الذي يدفعنا للبحث عن الأسباب التي أدت إلى ذلك والعوامل المحيطة بالمسن لتكسبه بعض الخصائص التي تميزه عن غيره في المراحل العمرية.

4 – تعرف ماهية دور الرعاية الاجتماعية في دولة الإمارات العربية المتحدة، والبرامج التي تقدمها للمسنين لكلا الجنسين.

أما الأهمية العملية التطبيقية فتنبثق من كون هذه الدراسة ستساعد الجهات المختصة وصناع القرار في وضع الخطط الإستراتيجية والبرامج العملية التي يمكن أن تسهم في معالجة المشكلات المهددة لأمن المسنين.

ثالثاً – أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة لتعرف ما يأتي:

– الخصائص الاجتماعية للمسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية في دولة الإمارات.

– الجهات التي تقوم بتحويل المسنين إلى دور الرعاية.

– الأسباب التي أدت إلى تحويل المسنين إلى دور الرعاية من وجهة نظرهم.

– أهم المشكلات المهددة لأمنهم الإنساني التي يعاني منها المسنون المقيمون في دور الرعاية في الإمارات من وجهة نظرهم من خلال الكشف عن الجوانب الآتية: النفسية والاجتماعية والصحية والخدمات الإدارية.

رابعاً – أسئلة الدراسة:

تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

– ما أهم الخصائص الاجتماعية للمسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية في دولة الإمارات؟

– ما أهم الجهات التي تقوم بتحويل المسنين إلى دور الرعاية؟

– ما أهم الأسباب التي أدت إلى تحويل المسنين إلى دور الرعاية من وجهة نظرهم؟

– ما أهم المشكلات التي تهدد أمن المسنين المقيمين في دور الرعاية في الإمارات من وجهة نظرهم من خلال الكشف عن الجوانب الآتية: النفسية والاجتماعية والصحية والخدمات الإدارية؟

خامساً – مفاهيم الدراسة:

المفاهيم النظرية:

* الأمن الإنساني: مجموعة الحاجات والمتطلبات النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية والإدارية الواجب توافرها للإشباع وتحقيق الاستقرار والأمان وتوفير الحياة الكريمة للفرد. فهو يشمل إصلاح المؤسسات الدّاخلية اللازمة لضمان الأمن الشخصي والسياسي وضمان استقلاليّة الفرد، وحق الحصول على التعليم، والرعاية الصحيّة الملائمة وتوفير سكن كريم، وضمان حريّة التعبير، وحماية الفرد من التّعرض للعنف والإيذاء، وتكافؤ فرص العمل بما يُعزّز شعور الفرد بالانتماء، ومن ثم النهوض بالمجتمع اقتصاديّاً، وسياسيّاً، وحضاريّاً (https://mawdoo3.com)

* خصائص المسنين: هي السمة الشخصية المتأصلة بصورة عميقة في الشخص ينتج عنها أسلوب اعتيادي ومألوف من الاستجابات. (حامد، 2012: 337) فالمسن: هو كل فرد أصبح عاجزاً عن رعاية وخدمة نفسية إثر تقدمه في العمر

وليس بسبب إعاقة إنما هي عملية بيولوجية حتمية، وهي تمثل ظاهرة من ظواهر التطور والنمو التي يمر بها الإنسان (حامد، 2012: 267).

* المشكلات: هي انحراف عن المعايير المتفق عليها في ثقافة المجتمع تظهر في سلوك الأفراد والجماعات. (نوفل، 2014: 18).

* دور الرعاية: هي الدور التي تستقبل كبار السن من الجنسين، الذين أعجزتهم الشيخوخة عن العمل أو الذين يعجزون عن القيام بشؤون أنفسهم أو المرضى الذين بلغوا العشرين من المصابين بعجز بدني أو عقلي أفقدهم القدرة على العمل أو رعاية أنفسهم بشرط خلوهم من الأمراض المعدية أو الأمراض العقلية (أحمد، 1986: 266).

مفاهيم الدراسة الإجرائية:

– خصائص المسنين: النوع، مكان السكن، عدد الأبناء، العمر الحالة الاجتماعية، الوضع الصحي، الوضع الاقتصادي، الحالة العملية.

– المسن: كل شخص بلغ من العمر (60 سنة فأكثر) يعاني من أمراض متعددة ومزمنة ولا يوجد من يأويه ويعوله.

– الأمن الإنساني للمسن: الخدمات التي تقدم لكبار السن؛ بهدف حمايتهم من أعراض الشيخوخة ما أمكن ذلك وتحقق لهم الأمن النفسي والاجتماعي والاقتصادي والاجتماعي والصحي. من خلال برامج برامج الأمن الإنساني في مجال رعاية المسنين، التي تشمل (مساعدة المسنين على العيش في مساكنهم ومع أسرهم لأطول فترة ممكنة. إيواء المسنين ممن لا أسر مستعدة لرعايتهم وتأمين الإقامة اللائقة لهم من مأكل وملبس ومشرب بالإضافة إلى تقديم جميع أوجه الرعاية الاجتماعية والبيئية والنفسية والتعليمية والصحية والترفيهية التي تتيح لهم التوافق النفسي وتساعدهم على التكيف الاجتماعي؛ مما يشعرهم بإنسانيتهم ويوفر لهم الراحة والطمأنينة على حياتهم ويوثق الصلة بينهم وبين أسرهم والبيئة الاجتماعية الخارجية. العمل على إدماج المسنين في الحياة الاجتماعية العامة. مساعدة المسنين في مواجهة جميع المشكلات الناتجة من كبر السن. وقاية المسنين من أمراض الشيخوخة، وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة).

– المشكلات المهددة للأمن الإنساني للمسن: ما قد يعانيه المسن في دار الرعاية من مشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية وصحية وإدارية.

– دور الرعاية: مؤسَّسة اجتماعية حكومية وأهلية توفِّر مكاناً لإقامة ورعاية المسن وتقتصر على دور الرعاية في إمارتي عجمان ورأس الخيمة.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً – خصائص المسنين:

تعددت معايير تحديد مفهوم المسن وتنوعت كما تعددت خصائصه بتعدد المنطلقات الفكرية والتوجهات النظرية وتنوعها، ويمكن عرض المفاهيم التالية حول تحديد مفهوم المسن وخصائصه:

– المسن (العمر البيولوجي): مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية لكل مرحلة، من مثل: معدل الأيض، معدل نشاط الغدد الصماء، وقوة تدفق الدم، والتغيرات العصبية وغيرها (خليفة، 2007: 14).

– المسن (العمر الزمني): مفهوم هيرلوك يفيد أنها تنقسم إلى مرحلتين، المرحلة الأولية أو المبكرة من التقدم في العمر؛ أي الشيخوخة المبكرة وتمتد من عمر 60 – 70 عاماً، والمرحلة المتأخرة أو الهرم وتبدأ من 70 عاماً حتى نهاية الحياة (خليفة، 2007: 11).

– المسن (العمر الاجتماعي): تشير إلى الأدوار الاجتماعية، وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي (خليفة، 2007: 14).

– المسن (العمرالسيكولوجي): مقياس وصفي يقوم على جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره (خليفة، 2007: 14).

– مفهوم الخصائص البيولوجية للمسن: نمط شائع من الاضمحلال الجسمي في البناء والوظيفة، يحدث بتقدم السن لدى كل كائن حي بعد اكتمال النضج؛ حيث تعتري كل الأجهزة الفسيولوجية والعضوية والحركية والدورية والبولية والتناسلية والعصبية والفكرية (خليفة، 2007: 21).

– مفهوم الخصائص السيكولوجية للمسن: حالة من الاضمحلال تعتري إمكانية التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، فتقل قدرته على استغلال إمكاناته الجسمية والعقلية والنفسية في مواجهة ضغوط الحياة لدرجة لا يمكن معها الوفاء الكامل بالمطالب البيئية أو تحقيق قدر مناسب من الإشباع لحاجاته المختلفة (أحمد، 1998: 27).

– مفهوم الخصائص الاجتماعية للمسن: فقدان العلاقات الاجتماعية وفقدان العديد من الأنشطة والاهتمامات والاعتماد على الآخرين والخضوع لنفوذ الراشدين (خليفة، 2007: 24).

ثانياً – دور الرعاية الاجتماعية:

تنقسم دور الرعاية إلى الأنواع الآتية:

– **دور الرعاية الماهرة**: تقدم خدمات مكثفة أكثر من الأنواع الأخرى من بيوت رعاية المسنين؛ فهي مثلاً، تقدم خدمات التشخيص والمختبر والدواء، وبرامج العلاج، والعناية بالأسنان، وتشرف ممرضات قانونيات على رعاية المرضى، طبقاً لتعليمات المدير الطبي للمؤسسة، ويقوم الأطباء بزيارة هذه الدور باستمرار ويتطلب معظم المرضى في دور الرعاية عناية طبية على مدار الساعة، فمعظمهم يعاني من أمراض خطيرة أو إعاقة، وبعضهم الآخر يبقى في هذه المؤسسات بعد علاجه، وهم يتلقون علاجاً إضافياً قبل العودة إلى البيت، ولمعظم الدور اتفاقيات تحويل تتم مع المستشفيات ومع دور الرعاية المتوسطة ومؤسسات صحية أخرى، فالمرضى الذين تسوء حالتهم الصحية؛ بحيث يحتاجون إلى المزيد من العناية الطبية يتم نقلهم إلى المستشفى، وهؤلاء الذين تتحسن صحتهم، ولكن لا يزالون يحتاجون إلى بعض العناية التمريضية ينقلون إلى دار رعاية متوسطة أو مؤسسة رعاية صحية أخرى (حامد، 2012: 267).

– **دور الرعاية المتوسطة**: وتدعى دور الرعاية الأساسية، وتقدم خدمات العناية الأساسية؛ فتقوم الممرضات القانونيات بالفحص الدوري للنزلاء لتقرير العلاج الذي يحتاجون إليه، ويعاني معظم المرضى في دور الرعاية المتوسطة من الأمراض المزمنة، ومع ذلك فإنهم يتطلبون عناية طبية طفيفة، ويقوم الأطباء بزيارة دور الرعاية بانتظام، أما الممرضات القانونيات فإنهن يقمن بالعناية في دور الرعاية المتوسطة بينما يتولى أحد الإداريين المهام الإدارية (حامد، 2012: 267).

– **دور الرعاية الشخصية المراقبة**: تقدم خدمات غير طبية، وتشمل هذه الخدمات تجهيز وتقديم النزلاء ومساعدة الرجال والنساء في العناية بأنفسهم؛ فمثلاً يقوم أعضاء الهيئة بمساعدة النزلاء الذين يجدون صعوبة في ارتداء ملابسهم، كما تنظم المؤسسات الأنشطة الاجتماعية أيضاً، ويحتاج معظم نزلاء دور الرعاية الشخصية المراقبة إلى فحوصات طبية روتينية، ويزور الأطباء هذه الدور عند

الضرورة فقط، ويدير الخدمات المقدمة أحد المشرفين على العناية بالمقيمين (حامد، 2012: 267، 286).

ثالثاً – الاتجاهات النظرية:

لقد اهتم بعض علماء الاجتماع والخدمة الاجتماعية بدراسة مشكلة المسنين، وأدرجوها ضمن ما يسمى علم اجتماع الكبر والخدمة الاجتماعية في مجال المسنين، ووضعوا مجموعة من النظريات لتفسير الشيخوخة، من أهمها: نظرية الانسحاب أو الانفصال، ونظرية التفاعل أو البديل، ونظرية الاستمرارية، والنظرية التبادلية (العموش، أحمد، 2012).

ويعد Havighurst مؤسس نظرية النشاط Activity Theory، وتركزت هذه النظرية حول صورة الذات التي يشكلها المسن عن اتجاهاته نحو المجتمع (الاهتمامات، الأدوار، العلاقات الاجتماعية، التفاعل) (Moody, 2010) (Eliopoulos, 2010) واختبر هذه النظرية العالم (Bengtson,1985) في أوائل السبعينيات، وذلك من خلال بناء مفردات النظرية المتصلة حول آراء المسنين حول أنفسهم من خلال مصدرين: (الأشياء التي يمارسونها (الأنشطة اليومية)، والأدوار التي يشغلونها في الحياة اليومية. ويرى Bengston أنه يتطلب من المسنين تطوير مهاراتهم والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية الممتعة من أجل رفع درجة تفاعلهم المجتمعي. وحدد Bengston العديد من الأنشطة اللازمة لإعادة دمج المسنين في الحياة الاجتماعية، وخاصة المحادثة اليومية مع الأصدقاء من خلال استخدام الهاتف والزيارات اليومية للأندية والمتاجر والندوات الثقافية.

ويرى (Bengtson *et al*., 1996) أن الأنشطة غير الرسمية تمثل حجر الأساس في زيادة تفاعل المسنين في المجتمع المحلي. وتنطلق دراسة المسنين في مجتمع الإمارات من نظرية النشاط التي تتمحور حول تفاعل المسن مع المحيط الاجتماعي والأنشطة التي يمارسها في حياته اليومية.

رابعاً – مفهوم الأمن الإنساني:

الأمن من الحاجات الأساسيّة للنفس، وبمفهومه العام هو الاطمئنان الذي ينتج عن الثقة وأمن الإنسان من الفقر والحرمان والخوف والعنف، وعلى الرّغم من أهميّة مفهوم أمن الدولة فإنه لا يكفي لتحقيق أمن الأفراد؛ لذلك تطوّر مفهوم الأمن الإنساني نظراً لتطور المجتمعات وتزايد التهديدات الدّاخلية والخارجيّة؛ مما تطلّب

تركيزاً واهتماماً بالإنسان كفرد فاعل ومؤثّر في المجتمع. بَرَزت أهميّة تحقيق الأمن الإنساني على جميع الصعد؛ فهو يشمل إصلاح المؤسسات الدّاخلية اللازمة لضمان الأمن الشخصي والسياسي وضمان استقلاليّة الفرد، وحق الحصول على التعليم، والرعاية الصحيّة الملائمة وتوفير سكن كريم، وضمان حريّة التعبير، وحماية الفرد من التّعرض للعنف والإيذاء، وتكافؤ فرص العمل بما يُعزّز شعور الفرد بالانتماء، ومن ثم النهوض بالمجتمع اقتصاديّاً، وسياسيّاً، وحضاريّاً. وخصائص الأمن الإنساني مفهوم شامل يشمل كلّ دول العالم بجميع إمكانيّاتها، نظراً للتهديدات الخارجية المشتركة التي تؤثر على الأفراد في كل مكان كالإرهاب والمخدّرات، لذلك فإنّ أيّ تجاوز يؤثّر على أمن الناس يستوجب تدخلاً من كل الدول لإيقافه ومنع تكراره. إنه يهتم بأمن النّاس والظروف المتعلقة بكل شخص لتحقيق العدالة الاجتماعيّة؛ فهو يبتعد عن الحلول العسكريّة لحلّ المشكلات ويُركز على الاهتمام بالأفراد والتنمية البشريّة. أهم شعار للأمن الإنساني هو "الوقاية خير من العلاج"، لذلك يتمّ الحرص على تجنب حصول المشكلات وحلّها قبل تفاقمها، ومن ثم تجنّب حصول الصراعات بين الأفراد في المُجتمع الواحد. ومجالات الأمن الإنساني، هي: الأمن الاقتصادي: يتضمّن أهميّة توافر دخل يتناسب مع احتياجات النّاس بما يؤمّن لهم سكناً ملائماً وحياة كريمة، وفرص عمل تتناسب مع الكفاءات، والحرص على تحقيق العدالة الاجتماعيّة بالتوزيع العادل للموارد والعوائد. والأمن الغذائي: أن تتوافر لدى جميع النّاس القدرة الشرائيّة اللازمة للحصول على الغذاء الأساسي في كل وقت. والأمن البيئي: حماية الإنسان من الأضرار البيئيّة التي تسببها الممارسات الخاطئة من قبل الإنسان نفسه أو من قبل الدولة، والمُحافظة على الموارد البيئيّة. والأمن الصحي: أن تتوافر الرّعاية الصحيّة المناسبة الضروريّة والأساسيّة لجميع الأفراد، واتخاذ إجراءات وقائيّة للحد من انتشار الأمراض. والأمن الشخصي: حماية الإنسان من كل التهديدات التي قد تُعرّضه للإيذاء الجسدي أو النفسي من الخارج أو من الدولة أو من الأفراد داخلها. والأمن المجتمعي: شعور الفرد بالانتماء للمجتمع، وذلك بالحرص على تأمين سلامة العلاقات الاجتماعيّة والحماية من التعصب القومي أو الديني أو العرقي. والأمن السياسي: احترام حقّ الإنسان في التعبير عن رأيه وحمايته من القمع الذي قد يواجهه.

خامساً – تحقيق الامن الإنساني للمسنين:

المسن هو الشخص الذي تقدم به العمر ولحق به الضعف؛ مما جعله يحتاج إلى الرعاية، وقد ترافق تقدم العمر صفات الشيخوخة وما يصاحبها من ضعف ومرض وعجز، ويجب عدم الخلط بين مفهوم كبر السن ومفهوم الشيخوخة. فليس كل كبار السن يعانون من الشيخوخة، والخدمات التي تقدم لكبار السن تهدف إلى حمايتهم من أعراض الشيخوخة ما أمكن ذلك، وتحقق لهم الأمن النفسي والاجتماعي والاقتصادي والاجتماعي والصحي.

*** برامج الأمن الإنساني في مجال رعاية المسنين:**

1 – مساعدة المسنين على العيش في مساكنهم ومع أسرهم لأطول فترة ممكنة.

2 – إيواء المسنين ممن لا أسر مستعدة لرعايتهم وتأمين الإقامة اللائقة لهم من مأكل وملبس ومشرب بالإضافة إلى تقديم جميع أوجه الرعاية الاجتماعية والبيئية والنفسية والتعليمية والصحية والترفيهية التي تتيح لهم التوافق النفسي وتساعدهم على التكيف الاجتماعي؛ مما يشعرهم بإنسانيتهم ويوفر لهم الراحة والطمأنينة على حياتهم ويوثق الصلة بينهم وبين أسرهم والبيئة الاجتماعية الخارجية.

3 – العمل على إدماج المسنين في الحياة الاجتماعية العامة.

4 – مساعدة المسنين في مواجهة جميع المشكلات الناتجة عن كبر السن.

5 – وقاية المسنين من أمراض الشيخوخة وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة.

6 – إقامة معارض تعرض فيها منتجات بعض المسنين وأعمالهم أو رسوماتهم وتحصيل عائد من هذه المناسبات يعود لصالح الأفراد المسنين (صالح، 2016: 343).

سادساً – مشكلات المسنين:

مرحلة الشيخوخة يصاحبها عدة تغيرات بيولوجية ونفسية، من مثل تدهور النظر والسمع والقدرات العقلية، وهناك ضعف الذاكرة والخرف والنسيان وتكرار الحديث عدة مرات وضعف القدرة على الابتكار والتجديد، كما أن هناك مظاهر الضعف الجسدي وظهور الأمراض الكثيرة والمزمنة لضعف مقاومة الجسم، وقد يصاحب كل ذلك أزمات نفسية سببها فقدان شريك الحياة وابتعاد الأبناء وانشغالهم بحياتهم

الخاصة عن المسن؛ مما يشعره بالغربة وإن كان في وطنه. كما أن هناك مشاعر الخوف والشعور بالحاجة إلى السند، والمسن يزداد اهتمامه بنفسه لحدود بعيدة أو عدم الاهتمام واللامبالاة بالواقع والانشغال بالماضي، كما أن هناك ازدياد للعاطفة في غير محلها وربما عاد في سلوكه إلى مرحلة المراهقة أو الطفولة (فهمي، 2007).

والرعاية الاجتماعية تحاول أن تجنب كبار السن هذه التجارب القاسية بأن تهيئ للمسن اهتمامات متنوعة وتوفر له استقلالاً اقتصادياً وعلاقات اجتماعية مع أنداده وأولاده وإشراكه في ألعاب ومنافسات ترفيهية (صالح، 2016: 335).

سابعاً – دور العاملين في مجال رعاية المسنين:

هناك اتفاق بين المختصين على مجموعة من الأدوار والمهام التي يقوم بها العاملون في مجال رعاية المسنين وتحقيق أمنهم بمفهومه الشامل، تتمثل في الآتي:

1 – أن يكون دائم التفهم لظروف المسنين ودائم الحساسية تجاه خبراتهم وتجاربهم؛ وذلك لتعرف مشاعرهم واتجاهاتهم وتعرف تقلب مزاجهم والتعبير عن ذلك والصبر عليهم والتعامل معهم باعتبار الفروقات بينهم خاصة فروق الجنس من ذكر وأنثى.

2 – تقدير المواقف التي يمر بها المسن.

3 – إعداد خطة لتحسين حياة المسن.

4 – ربط المسن بالنظم التي من خلالها يتزود بما يحتاج إليه.

5 – بذل جهد أكبر مع المسن المتعرض لأي نوع من الأخطار.

6 – السعي لتوفير المزيد من الفرص للمسن سواء كان في برامج الدولة أو الجمعيات الخاصة.

7 – السعي مع جهات أخرى لتوفير موارد للمسن.

8 – القيام من حين إلى آخر بتقييم الأساليب التي تستعمل لمساعدة المسنّ على علاج مشكلاته بغرض تطويرها.

9 – القيام بالدراسة العلمية التي توضح حجم المشكلة والعلاج المطلوب.

10 – القيام بالمشاركة في التوعية المجتمعية بقضايا المسنين وما يمكن أن يقدمه المجتمع من دعم لهم (صالح، 347:2016).

ثامناً – الدراسات السابقة:

تبين من خلال الدراسات السابقة التي تناولت المشكلات المهددة لأمن المسنين داخل دور الرعاية، أن المسنين في تلك الدور يعانون مشكلات عديدة تتمثل في (المجال الترويحي، والنفسي، ومجال الخدمات، والمجال الصحي)، كما هو الحال في دراسات كل من (محافظة، 1993؛ درويش، 2003؛ إبراهيم، 2008؛ بريك، 2006). وفيما يتعلق بأسباب تحويل المسنين إلى دور الرعاية أشارت دراسة (درويش، 2003) إلى أن عجز المسنين عن خدمة أنفسهم من أبرز الأسباب المؤدية إلى تحويلهم لتلك الدور.

وهناك العديد من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع المسنين وعلى جميع المستويات المحلية والإقليمية والعالمية، وفيما يلي عرض لأهم هذه الدراسات ذات العلاقات بموضوع البحث مرتبة تنازلياً:

دراسة أحمد العموش (2012)، هدفت إلى تعرف واقع المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة، ولتحقيق ذلك صممت استبانة وزعت على عينة عشوائية متعددة المراحل شملت جميع إمارات الدولة، بلغ حجمها (488) مسناً، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج، أهمها: ارتفاع نسبة الأمية بين المسنين في مجتمع الإمارات، وأن تفاعل المسنين جاء قوياً مع كل من الأبناء المتزوجين والبنات المتزوجات والأحفاد والحفيدات. وتبين أيضاً أن المسنين يعانون من ارتفاع ضغط الدم وعدم استطاعتهم صعود الدرج والنوم المتقطع والمضطرب، وصعوبة التنقل والحركة، وضعف النظر والسكري، وهذه تشكل معاناة حقيقية للمسنين في مجتمع الإمارات. كما كشفت الدراسة عن أن تأدية الشعائر الدينية تحتل المرتبة الأولى من بين الأنشطة التي يمارسها المسنون، وكشفت الدراسة عن عدة مشكلات يعاني منها المسنون في مجتمع الإمارات؛ حيث جاءت مرتبة تنازلياً من الأعلى إلى الأدنى بحسب شدتها على النحو الآتي: الانفعال بسرعة شعورهم بالقلق والخوف من المستقبل، معاناتهم من الملل وقضاء وقت الفراغ، شعورهم بالحزن والكآبة، يضايقهم عجزهم في حل بعض المشكلات التي تواجههم، شعورهم بالعزلة والوحدة وخشيتهم من الظهور ضعفاء أمام الناس. وخلص إلى عدد من التوصيات لرفع مستوى الخدمات المقدمة للمسنين في دولة الإمارات.

دراسة أماني درويش (2012) هدفت لتعرف حالة المسنين في بعض دور الرعاية في الجمهورية العربية السورية من وجهة نظر المسنين، وقد استخدم المنهج الوصفي ودراسة الحالة. تناولت الدراسة نشأة علم الشيخوخة ومفهومه، واحتياجات مرحلة الشيخوخة (النفسية والاجتماعية والصحية)، وأساليب رعاية المسنين (داخل الأسرة وفي دور الإيواء). وتعرف واقع المسنين في الجمهورية العربية السورية من حيث العدد والنمو والتركيب العمري للسكان، وتوزعهم وفق الأوضاع الاقتصادية والحالة العملية والتعليمية والجنس. من خلال الاطلاع على واقع دور الرعاية والخدمات المقدمة للمسنين ومدى كفايتها، وقد تم التوصل إلى بعض التوصيات والمقترحات، منها: تأكيد أهمية التواصل بين المسنين وأهاليهم وأقاربهم، تأمين الاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين لزيارة المسنين بشكل دوري، ضرورة تسليط الضوء على هذه الفئة من المجتمع بشكل أكبر، المساهمة في عدة نشاطات تساعد في التخفيف عن المسنين شعورهم بالوحدة.

دراسة نجوة قصاب (2009) هدفت إلى رصد واقع المسنين اقتصادياً واجتماعياً وصحياً ونفسياً، وتعرف أوضاعهم واحتياجاتهم، وتحديد آليات تمكينهم وتوفير الرعاية والخدمات الشاملة لهم، وأجريت على عينة بلغ حجمها (ثلاثة آلاف مسن ومسنة) واستخدمت الاستمارة لجمع البيانات، وتم تحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية (تكرارات، النسب)، وتوصلت إلى أهم النتائج، وهي: ارتفاع نسب كبار سن وازدياد عددهم إلى 600 ألف مسن ومسنة، وهذا العدد يعادل ثلاثة أمثال عددهم 1960 وزيادة عدد المسنين ترافق مع تبدلات في بنية الأسرة وحجمها، وأوصت بما يلي: إدراج قضايا المسنين في الخطط الإنمائية والعمل على رسم برامج لتمكينهم من متابعة مشاركتهم في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية .

دراسة يوسف بريك (2006) هدفت إلى رصد واقع دور رعاية المسنين وتعرف طبيعة الخدمات التي تقدمها لهم ومستواها، وتعرف الأوضاع والاحتياجات الصحية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية والخدمية والترفيهية لهم وتقديم المقترحات والتوصيات العملية التي تفيد صانعي القرار في رسم إستراتيجية متقدمة، تعنى بشؤون رعاية المسنين في الجمهورية العربية السورية في جميع الجوانب، وأجريت على عينة، بلغ حجمها (19 دار رعاية و3203 مسنين)، واستخدمت الاستمارة لجمع

البيانات وتم تحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية (تكرارات، النسب)، وتوصلت إلى أهم النتائج: يوجد في سوريا 19 داراً لرعاية المسنين، 12 منها تتقاضى أجوراً لقاء الإقامة فيها، و4 دور الإقامة فيها مجانية والثلاث المتبقية تقدم خدماتها لمن يستطيعون دفع تكاليف.

دراسة الخالدي (2003) هدفت إلى تقويم فعالية البرامج المقدمة لرعاية المسنين في دار الضيافة لرعاية المسنين في عمان[15]. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن تحقيق الأهداف كان عالياً في البرامج الصحية والبرامج الترفيهية. وكذلك من حيث معاملة العاملين في الدار وتصميم المبنى، أما درجة تحقيق البرامج الثقافية فكانت متدنية، في حين كانت درجة البرامج الاجتماعية والنفسية في تحقيقها لأهدافها متوسطة.

وفي مراجعة لعدد من الدراسات عن المسنين في دور الرعاية أجراها رونر وكاتز عام 1992 (Ronuer and Katz) تبين أن معظم الدراسات أكدت أن غالبية المسنين في دور الرعاية تعاني من اضطرابات نفسية متعددة، مثل الأوهام والهلوسة والعزلة والرغبة بالموت.

دراسة بيتر أتمان (Peter Atman, 1992) وهدفت إلى تعرف تطور رعاية المسنين في السويد وجهود المنظمات التطوعية والجمعيات وعلى أنواع الرعاية المقدمة كالخدمة التي تقدم للمسنين. أجريت الدراسة على عينة من القطاع العام في رعاية المسنين واستخدمت الاستمارة لجمع البيانات، وتم تحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية (تكرارات، النسب)، وتوصلت إلى أهم النتائج، وهي: إن الأغلبية يساندون هذا النظام في رعاية المسنين، وكان هناك قبول ورضا من المسنين، و86% من المسنين يفضلون الرعاية العامة (الدولة)، و8% يفضلون العائلة للاهتمام بهم، ولا أحد يفضل المنظمات الأهلية ودور المسنين الخاصة، وكانت النتيجة النهائية أن العناية العامة بالمسنين هي المرغوبة والمطلوبة.

كما قام بيرلمان (Perlman, 1991) بدراسة أظهرت نتائجها أن مجموعة العوامل المرتبطة بإمكانية دخول دور الرعاية، تمثلت في التقدم في السن، والعجز عن العمل، والإعاقة الحسية، والقبول المسبق في دار الرعاية، كما أظهرت أن المسنين الذين يعانون من مشكلات صحية تقلل من قدرتهم على القيام بنشاطات

الأعمال اليومية تزداد فرصة قبولهم في دور الرعاية. كذلك فإن وجود المشكلات الاجتماعية بين المسن وأفراد أسرته تؤثر سلباً على قدرته على أداء الأعمال اليومية عند دخوله دار الرعاية.

أما الباحثان مولنز ودوجان (mullinz and dugan) فقد أجريا دراسة عام 1990 على عينة من (208) من المسنين المقيمين في دور الرعاية في أمريكا، وتوصلت الدراسة إلى أن المسنين لا يتصلون بالأقارب أو الأصدقاء، ولا توجد رغبة لديهم بإقامة العلاقات على الرغم من توافر وسائل الراحة في دور الرعاية.

وفي دراسة فيشير (Fisher, 1989) التي أجراها على نزلاء إحدى مؤسسات الرعاية التي تؤوي متقاعدين في سن الشيخوخة، أشارت النتائج إلى وجود مشكلات صحية كثيرة تؤثر سلباً على مفهوم المسن لذاته، وهذه المشكلات كانت ناجمة عن نقل المسن من قسم إلى آخر داخل المؤسسة. كما أدى النقل إلى مشكلات نفسية واجتماعية، وإحساس المسن بأن ما حدث له هو نوع من العار الذي لحق به، ومن ثم ولدت لديه شعوراً سلبياً تجاه ذاته.

دراسة هايمان وآخرين (Heymans *et al.*, 1976)، واستخدم فيها المنهج الوصفي للوصول إلى نتائج الدراسة، وأخذت عينة من 33 زوجة لرجال متقاعدين، وطبقت استبانة لقياس اتجاهات الزوجات، وكان لها عدة طرق، منها الدراسة المسحية واستخدم منهج المقارنة والمنهج السريري في مقابلة المسنين شخصياً بالإضافة إلى منهج الملاحظة، وتوصلت الدراسة إلى أن 64% من الزوجات فوق عمر 75 سنة كان اتجاههن سالباً نحو التقاعد ونحو أزواجهن المتقاعدين، و83% من الزوجات ذات الاتجاه السالب هن في حالة صحية سيئة، و80% من الزوجات هن غير سعيدات بتقاعد الزوج، و67% من الزوجات ضد التقاعد المبكر أو ترك العمل بصورة مبكرة، وأوصت بـ (أن معظم أدوار الأسرة نحو المسن هي أدوار مفيدة ولكنها بسيطة وغير منظمة وتعتمد في الغالب على اجتهادات شخصية وعلى ما يسود هذه الأسرة من قيم وعلاقات وأخلاق ودين وواجبات أكثر من اعتمادها على خطط منظمة أو دراسات علمية متطورة؛ لهذا كان من الضروري توفير أدوار أسرية منظمة وتستند إلى أسس علمية وأن يتم التنسيق بين المؤسسات الأهلية والحكومية في هذا المجال كقيام الأسرة بدور فعال في مجال تدريب المسن وتعليمة وثقيفه).

دراسة كيركهوف (Kerchkoff, 1964)، واختيرت 124 أسرة مسن ممن يعيشون مع زوجاتهم وأبنائهم، وتوصلت الدراسة إلى أن اتجاهات الأبناء تتأثر باتجاه الزوجات أو الأمهات السلبية أو الإيجابية نحو والدهم المسن، وأن الأبناء يفضلون الاحتفاظ باتجاه موجب نحو والدهم، وأن الزوجة في الأسرة هي أول من يتأثر بالتقاعد أو الكبر؛ لأنها تتحمل معظم النتائج السلبية أكثر من باقي الأسرة، وهناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 بين اتجاه الأبناء واتجاه الزوجات نحو الأب المسن، وذلك لصالح الأبناء، وأوصت بأنه (من الضروري للمؤسسات الحكومية والأهلية أن تدعم دور الأسرة في رعاية المسن، وتوفير الاحتياجات اللازمة والتسهيلات الممكنة؛ مما يخفف الأعباء عن الأسرة، ويحسن من اتجاهها نحو المسن، ويمكن أن تصل هذه الرعاية إلى حد توفير الطعام الخاص للمسن والملابس المناسبة والاهتمام بالنظافة وتوفير النقل ووسائل الحماية والأمن).

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

أولاً – أسلوب الدراسة:

استخدم منهج المسح الاجتماعي الشامل بالإضافة إلى المنهج الوصفي للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة للإجابة عن تساؤلات الدراسة.

ثانياً – مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة الأصلي من جميع دور الرعاية الاجتماعية للمسنين في إمارتي عجمان ورأس الخيمة، وضمّ 48 مسناً حتى لحظة إعداد الدراسة، وقام الاختصاصي النفسي بتعبئة الاستبانات من المبحوثين، وشملت الدراسة (44) مسناً، موزعين على دار رعاية عجمان التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية، ومركز عبيد الله لرعاية المسنين وأمراض الشيخوخة في رأس الخيمة بعد أن تم استثناء (4) حالات؛ وذلك لعدم تطابق الشروط المرتبطة بالمسنين؛ كونهم دون سن الـ 60 عاماً.

ثالثاً – أداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة بشكل أساسي في جمع معلوماتها على استبانة (دليل مقابلة) تم تصميمها بعد الرجوع إلى الأدب النظري والدراسات السابقة، وتكونت من ثلاثة محاور رئيسة، تمثل المحور الأول في: الخصائص الاجتماعية لمجتمع الدراسة، من مثل الجنس والعمر والحالة الاجتماعية...إلخ، وتكون المحور الثاني من

أسباب تحويل النزلاء إلى دور الرعاية والجهة التي قامت بالتحويل، في حين تكون المحور الثالث من أهم المشكلات (الاجتماعية والنفسية، والصحية والخدمات الإدارية) التي تهدد أمن المسنين في دور الرعاية. وقد جمعت البيانات من الميدان بواسطة فريق بحثي مدرب من طلاب قسم علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية في جامعة عجمان. واستغرقت المقابلة الواحدة مدة 15 دقيقة. إلا أنه لم يتم التمكن إلا من مقابلة (44) مسناً؛ وذلك لعدم تطابق الشروط المرتبطة بالمسنين؛ كونهم دون سن الـ60 عاماً، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (1)
توزيع مجتمع الدراسة بحسب اسم الدار والعنوان وعدد المسنين المقيمين والحالات التي تجاوبت مع الباحث والحالات التي رفضت التجاوب في الدار

الرقم	اسم الدار	العنوان	عدد المقيمين	الحالات التي انطبقت عليها شروط الدراسة	الحالات التي رفضت التجاوب	الحالات أقل من 60 سنة
1	دار رعاية عجمان	إمارة عجمان	5	5	0	0
2	مركز عبيد الله لرعاية المسنين وأمراض الشيخوخة في مستشفى إبراهيم حمد عبيدالله	إمارة رأس الخيمة	43	39	0	4
المجموع			48	44	0	4

رابعاً – صدق الأداة وثباتها:

تم التأكد من صدق الأداة؛ حيث عرضت على عدة محكمين متخصصين، وطلب منهم إبداء الرأي في فقرات الأداة من حيث ملاءمتها لموضوع الدراسة، وسلامة الصياغة اللغوية، وبناءً على آرائهم أدخلت التعديلات المناسبة لبعض فقرات الأداة. وللتأكد من ثبات الأداة طبقت على عينة استطلاعية في فترتين زمنيتين مختلفتين وتم استخدام اختبار (كرونباخ ألفا) لقياس مدى ثبات أداة القياس؛ حيث بلغت قيمة (α =89,3%)، وهي نسبة ممتازة؛ كونها أعلى من النسبة المقبولة 60%.

خامساً – إجراءات الدراسة:

تم مراجعة عمادة الكلية لإصدار كتاب تسهيل مهمة موجه لدور الرعاية الاجتماعية في إمارتي عجمان ورأس الخيمة، وقام فريق العمل الميداني المكون من: آمنة خليل

حسن، ربا جهاد إبراهيم، سمر عصام حسين، مديحة حسين الحلو، بزيارة داري الرعاية وتسليم الرسالة لمديرتيهما، وبعد الموافقة قامت الاختصاصيات النفسيات التابعات لكل دار بتعبئة النماذج من النزلاء بوجود الفريق البحثي من 2018/10/1 إلى 2018/11/3، وتم تدقيق الاستمارات وترميزها وإدخالها على برنامج (SPSS).

سادساً – الأساليب الإحصائية:

تم ترميز البيانات ومعالجتها إحصائياً، وذلك باستخدام برنامج (SPSS)؛ حيث استخدم الإحصاء الوصفي والتحليلي، واستخرجت التكرارات والنسب المئوية في وصف خصائص مجتمع الدراسة، وللكشف عن درجة شدة الأسباب وفقاً لمقياس ثلاثي متدرج، استخدم الوسط الحسابي والانحراف المعياري. وللكشف عن درجة شدة المشكلات المهددة للأمن الإنساني وفقاً لمقياس ثلاثي متدرج آخر تكون من (دائماً، أحياناً، نادراً) استخدم الوسط الحسابي والانحراف المعياري.

عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها:

ستعرض النتائج في ضوء أسئلة الدراسة:

أولاً – النتائج المتعلقة بالسؤال الأول، ونصه: ما الخصائص الاجتماعية للمسنين المقيمين في دور الرعاية الاجتماعية؟

للإجابة عن هذا السؤال حسبت التكرارات والنسب لاستجابات عينة الدراسة على نحوما في جدول (2).

جدول (2)
التوزيع التكراري والنسبة المئوية لخصائص عينة الدراسة

المتغير	التكرار	%	المتغير	التكرار	%
1 – النوع الاجتماعي			2 – الجنسية		
ذكر	20	45,5	إماراتي	36	81,8
أنثى	24	54,5	خليجي	8	18,2
			عربي	0	0
			أخرى	0	0
المجموع	**44**	**100**	**المجموع**	**44**	**100**

تابع/ جدول (2)
التوزيع التكراري والنسبة المئوية لخصائص عينة الدراسة

المتغير	التكرار	%	المتغير	التكرار	%
3 – السن			4 – عدد الأبناء		
64–60	4	9,1	لا يوجدأبناء	31	72,1
69–65	7	15,9	3–1	7	16,3
74–70	4	9,1	6–4	4	9,3
75 فما فوق	29	65,9	75 فما فوق	1	2,3
المجموع	44	100	المجموع	44	100
5 – الأحفـــاد			6 – المستوى التعليمي		
لايوجد أحفـاد	31	73,8	أمي	43	97,7
8–1	6	14,3	أسـاسـي	1	2,3
15–9	4	9,5	ثانوي	0	0
16 فما فوق	1	2,4	جامعي	0	0
المجموع	44	100	المجموع	44	100
7 – الحالة الاجتماعيـة			8 – الأصول		
أعزب	10	23,3	بادية	38	86,4
متزوج	10	23,3	مدينة	6	13,6
مطلق	3	7	أرمل	20	46,5
المجموع	44	100	المجموع	44	100
9 – الحالة العملية سابقة			10 – مدة الإقامة في دار الرعاية		
غير عامل	41	95,3	أقل من عام	2	4,5
كنت أعمل في قطاع حكومي	1	2,3	عام واحد	12	27,3
كنت أعمل في قطاع خاص	1	2,3	منذ عامين	0	0
			3 – 4 اعوام	30	68,2
المجموع	**43**	**100**	**المجموع**	**44**	**100**

تابع/ جدول (2)
التوزيع التكراري والنسبة المئوية لخصائص عينة الدراسة

المتغير	التكرار	%	المتغير	التكرار	%
11 – الإقامة قبل التحويل إلى دار الرعاية			12 – من كان يقوم بالرعاية قبل المجيء إلى الدار		
بنفسه	5	11,4	بنفسه	5	11,4
مع الزوجة	8	18,2	الأبناء	5	11,4
مع الأبناء	4	9,1	الأقارب	33	75
مع الأقارب	27	61,4	الجيران	0	0
			الخادمة/ الخادم	1	2,3
المجموع	**44**	**100**	**المجموع**	**44**	**100**
13 – الجهة التي قامت بالتحويل إلى الدار			14 – صاحب فكرة التحويل إلى دار الرعاية		
بنفسه	1	2,3	بنفسه	1	2,3
الأبناء	0	0	الأبناء	0	0
الأقارب	0	0	الأقارب	0	0
الشرطة	0	0	الشرطة	0	0
المستشفى	39	88,6	المستشفى	39	88,6
الأصدقاء	4	9,1	الأصدقاء	4	9,1

يوضح جدول (2) الخصائص الاجتماعية لعينة الدراسة، ويشير إلى أن (45,5%) من المسنين المقيمين في دور الرعاية هم من الذكور، مقابل (54,5%) من الإناث، وأن النسبة العليا من المقيمين إماراتيون، بنسبة بلغت (81,8%) مقابل (18,2%) من الخليجيين، وانعدمت نسبة الجنسيات الأخرى، وأن فئة العمر(75 فما فوق) هي العليا من بين المسنين في دور الرعاية؛ حيث بلغت النسبة (65,9%)، والفئة الدنيا كانت متساوية بين (60–64 و70–74) بنسبة بلغت (9,1%)، ويعني ذلك أن المسنين لا يتحولون إلى دور الرعاية بعد بلوغهم سن التقاعد مباشرة، وإنما بعد أن يتقدم بهم السن ويقعدهم المرض وينعزلوا عن الآخرين.

وأوضحت الدراسة أن النسبة العليا من المسنين ليس لديهم أبناء؛ حيث بلغت

(72,1%)، أما الذين لديهم أبناء من (1–3) فقد بلغت نسبتهم (16,3%)، والذين لديهم أبناء من (4–6) بلغت نسبتهم (9,3%) ونسبة الذين لديهم (7) أبناء فأكثر بلغت (2,3%).

وأظهرت بيانات الدراسة أن النسبة العليا من المسنين ليس لديهم أحفاد؛ فقد بلغت (73,8%)، ونسبة الذين لديهم أحفاد من (1–8) بلغت نسبتهم (14,3%)، أما الذين لديهم من (9–15) حفيداً فبلغت نسبتهم (5,9%)، ونسبة الذين لديهم أحفاد (16) فما فوق بلغت (2,4%). وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي كشفت الدراسة أن النسبة العليا من المسنين أميون؛ إذ بلغت (97,7%)، أما الحاصلون على التعليم الأساسي فبلغت نسبتهم (2,3 %)، وانعدمت نسبة الحاصلين على التعليم الجامعي والحاصلين على التعليم الثانوي؛ أي كانت (0%).

وكشفت بيانات الدراسة أن (23,3%) من المسنين عزاب، و(23,3%) متزوجون، وبلغت نسبة المطلقين (7%)، والأرامل (46,5%)، وبخصوص متغير مكان الإقامة الأصلي أظهرت الدراسة أن (13,6%) هم في الأصل سكان مدينة، وأن (86,4%) سكان بادية.

وأما الحالة العملية السابقة فكانت نسبة غير العاملين هي العليا؛ حيث بلغت (95,3%)، وتساوت نسبة العاملين في القطاع الحكومي ونسبة القطاع الخاص؛ حيث بلغت (2,3 %)، وفيما يتعلق بمدة الإقامة في دور الرعاية كشفت بيانات الدراسة أن (4,5%) من المسنين يقيمون فيها منذ أقل من عام، ونسبة الذين يقيمون منذ عام واحد بلغت (27,3%)، وأن (0%) يقيمون منذ عامين، أما الذين يقيمون منذ 3–4 أعوام فبلغت (68,2%).

أما الإقامة قبل التحويل إلى الدار فقد بلغت نسبة المسنين الذين كانوا يقيمون وحدهم (11,4%)، ونسبة المسنين الذين كانوا يقيمون مع أقاربهم بلغت (61,4%)، وبلغت نسبة المسنين الذين كانوا يقيمون مع أبنائهم (9,1%)، في حين بلغت نسبة الذين كانوا يقيمون مع أزواجهم (18,2%).

وكشفت بيانات الدراسة أن (75%) من المسنين قام برعايتهم أقاربهم، في حين بلغت نسبة من كان يرعاهم أبناؤهم والذين يقومون برعاية أنفسهم (11,4%)، وأن (2,3%) كان يقوم برعايتهم الخدم.

أما الجهة التي قامت بالتحويل إلى دار الرعاية فقد بلغت نسبة المسنين الذين

قام المستشفى بتحويلهم إلى دار الرعاية (88,6%)، ونسبة الذين قام الأصدقاء بتحويلهم (9,1 %)، وبلغت نسبة الذين توجهوا إلى دار الرعاية بأنفسهم (2,3 %) وانعدمت النسب الأخرى (الشرطة، الأقارب، الأبناء)، أما بخصوص صاحب فكرة التحويل إلى دار الرعاية فقد كانت النسبة العليا في فكرة التحويل من المستشفى حيث بلغت (88,6 %)، ونسبة (9,1 %) من الأصدقاء، وبلغت نسبة الذين فكروا بالتحويل إلى الدار بأنفسهم (2,3 %) وانعدمت النسب الاخرى (الأبناء، الشرطة، الأقارب).

ثانياً – النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني، ونصه: ما الأسباب التي أدت إلى تحويل المسنين إلى دور الرعاية من وجهة نظرهم؟

جدول (3)
التكرار والنسبة المئوية لأسباب تحويل المسن إلى دور الرعاية من وجهة نظرهم

الرقم	الفقرة	موافق بدرجة كبيرة		موافق بدرجة متوسطة		موافق بدرجة قليلة	
		ت	%	ت	%	ت	%
1	يعجز عن القيام بخدمة نفسه	42	95,5	1	2,3	1	2,3
2	المرض وملازمة الفراش	39	100	0	0	0	0
3	بعد الأبناء وانشغالهم	0	0	1	2,6	37	97,4
4	اعتقاد الأبناء بأنني السبب في صراعات الأسرة	0	0	0	0	38	100
5	حرماني من أحفادي	0	0	0	0	38	100
6	الوحدة والفراغ	1	2,3	2	4,5	41	93,2

يشير جدول (3) إلى أن العبارة "يعجز عن القيام بخدمة نفسه" جاءت بالمرتبة الأولى، وبلغت النسبة (95,5%)، و"المرض وملازمة الفراش" جاءت في المرتبة الثانية بنسبة مئوية بلغت (100%)، أما "الوحدة والفراغ" فبلغت النسبة المئوية لها (2,3%)، وجاءت بالمرتبة الثالثة، بينما بلغت نسبة العبارات التالية صفراً% وهي "بعد الأبناء وانشغالهم" و"اعتقاد الأبناء بأنني السبب في صراعات الأسرة" و "حرماني من أبنائي" وهذه نتائج تختلف مع نتائج دراسة (أماني، 2012: 10) التي توصلت إلى أن 86% من المسنين يفضلون الرعاية العامة (الدولة)،

و8% يفضلون العائلة للاهتمام بهم، وكانت النتيجة النهائية ان العناية العامة بالمسنين هي المرغوبة والمطلوبة.

ثالثاً – النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث، ونصه: ما أهم المشكلات المهددة للأمن الإنساني للمسنين المقيمين في دور الرعاية من وجهة نظرهم ؟

للكشف عن درجة شدة المشكلات تم تصميم مقياس ثلاثي متدرج تكون من (دائماً، أحياناً، نادراً). وللإجابة عن هذا السؤال حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة وهي على نحو ما في جدول (4).

جدول (4)
توزيع المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات العينة بحسب محاور أهم المشكلات مرتبة تنازلياً

الرتبة	الرقم	المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	1	أهم المشكلات الصحية	2,28	0,42
2	2	أهم المشكلات الاجتماعية والنفسية	2,75	0,05
3	3	أهم المشكلات الإدارية	2,88	0,08

يلاحظ من جدول (4) أن محور المشكلات الصحية حصل على المرتبة الأولى وأعلى قيمة بمتوسط حسابي (2,28)، وانحراف معياري (0,42)، وجاء في المرتبة الثانية محور المشكلات الاجتماعية والنفسية بمتوسط حسابي (2,75)، وانحراف معياري(0,05)، أما محور المشكلات الإدارية فقد احتل المرتبة الثالثة والأخيرة بمتوسط حسابي (2,88)، وانحراف معياري(0,08)، في حين أن هنالك اختلافاً بين الدراسة الحالية ودراسة وجيه محافظة (1993)؛ حيث كشفت نتائج دراسته أن أهم المشكلات هي المحور الترويحي، يليه الاجتماعي، ومن ثم المحور الإداري.

1 – المشكلات النفسية والاجتماعية المهددة للأمن الإنساني للمسنين:

يوضح جدول (5) أن المسنين المقيمين في دور الرعاية يعانون من عدة مشكلات نفسية واجتماعية، ويبين الجدول أن أهمها: مشكلات الضعف العقلي أو الجسدي التي يعاني منها المسنون في دور الرعاية، وبلغت نسبتها المئوية (88,6%)

وبوسط حسابي بلغ (1) وانحراف معياري (0,321)، ومشكلة الشعور بأنه يقسى عليه في دار الرعاية بلغت نسبة (2,3%)، يليها عدم زيارة أبنائه له؛ حيث بلغت نسبتها (2,3%) ووسط حسابي (3) وانحراف معياري (صفر)، وبلغت نسبة الضغط المزمن الزائد عن حده للقائمين على رعاية المسن سواء كانوا أهله أم دار رعاية (صفراً%) وبوسط حسابي (3) وانحراف معياري (صفر). ويتضح من خلال جدول (4) أن مشكلة الشعور بأنه شخص غير مرغوب فيه التي يشعر بها المسن بلغت (2,3%) وبوسط حسابي بلغ (3) وانحراف معياري بلغ (صفراً)، يليها مباشرة التألم من فقدان مكانته في الأسرة والمجتمع؛ حيث بلغت نسبتها (2,3%) بوسط حسابي (3)، وانحراف (صفر)، وقد بلغت نسبة مشكلة الشعور بالفراغ والملل (2,3%) بوسط حسابي (3) وانحراف معياري مقداره (صفر)، ويتبين أن أكثر المشكلات انتشاراً بين المسنين "الضعف العقلي أو الجسدي" بنسبة مئوية (88,6%) ووسط حسابي (1)، وهي تعد من أهم المشكلات، وقد يعود ذلك لأسباب عديدة، منها: كبر السن، وأمراض الشيخوخة أو عدم توافر الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية الكافية للمسنين، وهذه نتائج تختلف مع نتائج دراسة (أماني، 2012) لاختلاف المجال الزماني والمكاني.

جدول (5)
التوزيع النسبي والوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور المشكلات النفسية والاجتماعية للمسنين

رقم	العبارة	دائماً		أحياناً		نادراً		الوسط	الانحراف
		ت	%	ت	%	ت	%		
1	الضعف العقلي أو الجسدي	39	88,6	5	11,4	0	0	1	0,321
2	شعوره بأنه يقسى عليه في دار الرعاية	0	0	0	0	43	97,7	3	0
3	عدم زيارة أبنائه له	0	0	0	0	43	97,7	3	0
4	الشعور بالوحدة	0	0	0	0	43	97,7	3	0
5	الضغط المزمن الزائد عن حده للقائمين على رعاية المسن سواء كانوا أهله أم دار الرعاية	0	0	0	0	44	100	3	0

جدول (5)
التوزيع النسبي والوسط الحسابي والانحراف المعياري لمحور المشكلات النفسية والاجتماعية للمسنين

رقم	العبارة	دائماً		أحياناً		نادراً		الوسط	الانحراف
		ت	%	ت	%	ت	%		
6	الشعور بأنه شخص غير مرغوب فيه	0	0	0	0	43	97,7	3	0
7	التألم من فقدان مكانته في الأسرة والمجتمع	0	0	0	0	43	97,7	3	0
8	الشعور بالفراغ والملل	0	0	1	2,3	42	97,7	3	0,152

2 – المشكلات الصحية المهددة للأمن الإنساني للمسنين:

يوضح جدول (6) أن المسنين يعانون من العديد من المشكلات الصحية ووجود مثل هذه الأمراض طبيعي وملازم لمرحلة الشيخوخة، ومن أبرز هذه الأمراض العجز عن القيام بحاجاته بنفسه بنسبة بلغت (88,6 %) ووسط حسابي (1)، والانحراف المعياري (0,321)، وضعف الحواس بلغت نسبة (95,9) ووسط حسابي (2)، وانحراف معياري (0,263)، ويبين أن أقل الأمراض نسبة هو الشعور بانهيار الصحة بشكل عام حيث بلغ (2,3%) ووسط حسابي (3) أما المشكلات المتعلقة بارتفاع ضغط الدم فبلغت نسبة (48,8%) ووسط حسابي (3) وانحراف معياري (1,012) وبلغت نسبة معاناة المرض السكري (30,2%) ووسط حسابي (3) وانحراف معياري (0,929)، ويبين أن أكثر المشكلات المرضية التي يعاني منها المسنون "يعجز عن القيام بحاجاته بنفسه" بنسبة مئوية بلغت (88,6%) ووسط حسابي (1)، وهي تعد من أهم المشكلات، وقد يعود ذلك لأسباب عديدة، منها: أمراض الشيخوخة أو عدم توافر الخدمات الطبية، وربما يجد صعوبة في خدمة نفسه بسبب إعاقة ما.

جدول (6)
التوزيع النسبي والوسط الحسابي والانحراف المعياري للمشكلات الصحية للمسنين

رقم	العبارة	دائماً		أحياناً		نادراً		الوسط	الانحراف
		ت	%	ت	%	ت	%		
1	العجز عن القيام بحاجاتي بنفسي	39	88,6	5	11,4			1	0,321
2	ضعف الحواس	1	2,3	41	93,2	2	4,5	2	0,263
3	عدم القدرة على التركيز	38	86,4	5	11,4	1	2,3	1	0,428
4	المعاناة من مرض الروماتيزم					42	95,5	3	0
5	الشعور بانهيار الصحة بشكل عام					43	97,7	3	0
6	المعاناة من مرض السكري	13	30,2			30	68,2	3	0,929
7	ارتفاع ضغط الدم	21	48,8			22	51,2	3	1,012

3 – المشكلات المتعلقة بالخدمات الإدارية المهددة للأمن الإنساني للمسنين:

يبين جدول (7) أن المسنين يعانون من بعض المشكلات المتعلقة بالخدمات المقدمة لهم من قبل الإدارة، وقد يعود ذلك إلى عدم توافر الرعاية الشاملة المتعلقة بالخدمات من علاج طبيعي، وعدم تفهم المسؤولين والموظفين في الدار لوضع المسن، وتعبئة البيانات تمت من قبل المشرف النفسي داخل الدار لربما لم يركز على الجوانب المتعلقة بالمركز، وشملت مشكلات عدم تفهم المسؤولين في الدار لوضعه؛ إذ بلغت نسبتها (صفراً%) والشعور بأنه مهمل في دار الرعاية بنسبة (2,3%)، ومشكلة لا مبالاة العاملين في الدار بالنزيل بلغت (صفراً%)، أما تصميم الدار غير ملائم وعدم معاملة المسؤولين في الدار للمسن بلطف فقد بلغت نسبته (صفراً%)، وبلغت نسبة مشكلة وجبات الطعام غير الجيدة (2,3%)، أما مستوى النظافة في الدار فكان غير مرض، وعدم توافر العلاج الطبيعي في الدار فقد بلغت (صفراً%)، وتكمن مشكلة غياب البرامج الترفيهية في الدار (86,4%).

جدول (7)
التوزيع النسبي والوسط الحسابي والانحراف المعياري للمشكلات المتعلقة بخدمات الإدارة

رقم	العبارة	دائماً		أحياناً		نادراً		الوسط	الانحراف
		ت	%	ت	%	ت	%		
.1	عدم تفهم المسؤولين في الدار لوضعه					44	100	3	0
.2	شعوره بأنه مهمل في دار الرعاية	1	2,3			43	97,7	3	0,302
.3	لا مبالاة العاملين في الدار للنزيل					44	100	3	0
.4	تصميم الدار غير ملائم					44	100	3	0
5	عدم معاملة المسؤولين في الدار للمسن بلطف					44	100	3	0
6	وجبات الطعام غير جيدة			1	2,3	43	97,7	3	0,151
7	مستوى النظافة في الدار غير مرض					44	100	3	0
8	عدم توافر العلاج الطبيعي في الدار					44	100	3	0
9	غياب البرامج الترفيهية في الدار			38	86,4	6	13,6	2	0,347

رابعاً – ملخص النتائج ومناقشتها:

أولاً – الخصائص الاجتماعية للمسنين المقيمين في دور الرعاية:

أظهرت نتائج الدراسة أن النسبة العليا من المسنين المقيمين في دور الرعاية هم من الإناث، وأن غالبية المقيمين من مواطني الدولة. وأن المسنين من فئة العمر 75 فما فوق هي العليا من بين المسنين في دور الرعاية، وأن المسنين الذين ليس لديهم أبناء كانت هي النسبة العليا، وبلغت (72,1%)، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (أماني، 2012)؛ حيث وضح أن المتغيرات المتعلقة بالمسنين تؤدي دوراً في

المشكلات الاجتماعية. وتبين من خلال نتائج الدراسة أن النسبة العليا هي من فئة الأرامل، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (أماني، 2012) بسبب تشابه خصائص المجال البشري لكلتا الدراستين.

ثانياً – أهم الجهات التي حولت المسنين إلى دور الرعاية:

أظهرت نتائج الدراسة أن (88,6%) من المسنين كان تحويلهم إلى دور الرعاية من قبل المستشفى، وأن نسبة (61,4%) من المقيمين في دور الرعاية كانوا يقيمون مع الأقارب قبل القدوم للدار، وهذه النتائج تخالف ما جاء في دراسة (عبد الحميد، 1987:73). ويرجع الاختلاف لأسباب تتعلق باختلاف المجال المكاني والزماني لكلتا الدراستين، إضافة لما اعترى مجتمعي الدراسة من تغيير وتطور في سياسات الرعاية الاجتماعية.

ثالثاً – أهم الأسباب التي أدت إلى تحويل المسنين إلى دور الرعاية من وجهة نظر المسنين:

أظهرت نتائج الدراسة أن العبارة "يعجز عن القيام بخدمة نفسه" كانت من أهم الأسباب التي أدت إلى تحويل المسن إلى دور الرعاية، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (درويش، 2003)؛ نظراً لتشابه خصائص المسنين في معظم المجتمعات الإنسانية.

رابعاً – أهم المشكلات الاجتماعية والنفسية والصحية والإدارية المهددة للأمن الإنساني للمسنين في دور الرعاية:

كشفت الدراسة أن المسنين في دور الرعاية يعانون من العديد من المشكلات (النفسية والاجتماعية، والصحية، والإدارية) المهددة لأمنهم الإنساني، وهذه نتائج تتفق مع نتائج دراسة كل من (أماني، 2012: 8) ودرويش (2003) وأظهرت النتائج أن "الضعف الجسمي أو العقلي" تصدرت المشكلات النفسية والاجتماعية.

وفيما يتعلق بالمشكلات الصحية أظهرت الدراسة أن "العجز عن القيام بحاجاته بنفسه" تصدرت المشكلات الصحية، وهذا ما أشارت إليه دراسة كل من (أماني، 2012: 7) ودرويش (2003)، كذلك بينت أن "غياب البرامج الترفيهية في الدار" تصدرت المشكلات المتعلقة بخدمات الإدارة.

ولعل الاتفاق ما بين بعض نتائج هذه الدراسة وبعض نتائج الدراسات السابقة قد يعود لتشابه خصائص المجال البشري أو المكاني، بالإضافة إلى التغيرات التي

رافقت مسيرة المجتمع الإنساني، المتمثلة في تطور سياسات الرعاية للمسنين وسن التشريعات والقوانين الضامنة لحقوق هذه الفئة من المجتمع.

أما الاختلاف بين بعض نتائج هذه الدراسة وبعض نتائج الدراسات السابقة فقد يعود لاختلاف المجال الزماني أو المكاني بالإضافة إلى ضعف أداء المؤسسات المعنية برعاية المسنين، وقلة التمويل لبرامج الأمن الإنساني في مجال رعاية المسنين، وعدم تفعيل أو تحديث سياسات رعاية المسنين.

خامساً – توصيات الدراسة:

بناءً على نتائج الدراسة ولتحسين نوعية الخدمات المقدمة للمسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة، يمكن تصنيف التوصيات النظرية والعملية إلى ما يأتي:

أ – توصيات للإدارة في المؤسسات العاملة في مجال رعاية المسنين:

– تسهيل إجراءات استقبال الباحثين والتعاون معهم.

– ضرورة إلمام جميع الموظفين بالمهام الموكلة إليهم، وتوزيع المهام على موظفي المركز بحسب الوصف الوظيفي.

– اهتمام دور الرعاية بالمعلومات الشخصية المتعلقة بكل مسن مقيم مثل عدد الأبناء، أرقام هواتفهم، خصائصهم.

– وضع معايير للزيارات العائلية.

– مراعاة جوانب الخدمات الإدارية حتى لو كانت نسبة قليلة؛ وذلك لرفع مستوى راحة المسن التي تعتمد بشكل رئيس على هذه الخدمات.

– مراعاة الجوانب النفسية والاجتماعية للمسن؛ لما لها من تأثير قوي على صحة المسن.

ب – توصيات للاختصاصي/ المشرف داخل دور الرعاية:

– تدريب وتطوير مهارات المشرفين داخل الدار.

– زيادرة عدد الاختصاصيين بما يتناسب مع عدد المسنين.

– توعية المشرفين والاختصاصيين بالمهام والمتطلبات التي تخدم المسن.

ج – توصيات مرتبطة بالبرامج:

– الاطلاع على أفضل الممارسات لدور الرعاية في الدول الخليجية والأجنبية لتقديم ماهو مفيد للمسنين من برامج ترفيهية أو صحية وغيرها.

– إشراك المسنين في اختيار البرامج وإعدادها.

– تنمية مواهب المسنين واستثمارها من خلال إقامة ندوات شعرية للمهتمين بالشعر من المسنين.

– إقامة برامج ترفيهية داخلية أو خارجية خلال فترة الإقامة الطويلة في مركز الرعاية.

د – توصيات متعلقة بموضوع الدراسة وأدواتها منهجياً:

– إجراء الدراسة على دور رعاية اجتماعية أخرى لرعاية المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة.

– استخدام أدوات أخرى إضافةً إلى الاستمارة كالمقابلة والملاحظة.

– استخدام متغيرات أخرى غير التي تم استخدامها، والبحث في الفروق بين المشكلات بختلاف خصائص العينة.

– استخدام أنواع أخرى من العينات كالعينة العشوائية.

– إجراء الدراسة على المسنين خارج دور الرعاية لتعرف مشكلاتهم وخصائصهم.

هـ – توصيات عامة:

ضرورة تطوير الإستراتيجيات والخطط والبرامج والسياسات في مجال رعاية المسنين بشكل مستمر؛ بما يتناسب مع التطورات والمستجدات العالمية لتقديم أفضل الخدمات والبرامج للمسنين وتحقيق أمنهم الإنساني بمفهومه الشامل.

المراجع:

بدوي، أحمد زكي. (1986). **معجم المصطلاحات العلوم الاجتماعية**، بيروت: مكتبة لبنان.

جريدة البيان، http://www.startimes.com 12:54 pm، الخميس، 2/3/2017.

حامد، عبد الناصر. (2012). **معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية**. عمان، الأردن: دار أسامة.

الخالدي، أيمن علي. (2003). **تقويم مدى فعالية برامج رعاية المسنين في الأردن**: دراسة حالة: دار الضيافة لرعاية المسنين. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

خليفة، محمد. (2007). **سيكولوجية المسنين**، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.

درويش، أماني. (2012). **حالة المسنين في سورية (دراسة الحالة)**، رسالة ماجستير "غير منشورة"، وزارة التعليم العالي،المعهد العالي للدراسات والبحوث السكانية، الجمهورية العربية السورية.

درويش، خليل. (2003).المسنون ومشكلاتهم: دراسة مسحية لنزلاء دور رعاية المسنين في دولة الإمارات العربية المتحدة. **مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية**، المجلد(30)، العدد(2)، الجامعة الأردنية.

الرومي، مريم. (2008). **مؤتمر أبو ظبي العلمي للشيخوخة** 24–25– أبريل 2008، أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة.

سباسي، هيفاء. (1983). **أثر أسلوب الرعاية في مشكلات التكيف والشخصية لدى كبار السن**، رسالة ماجستير "غير منشورة"، الناشر (جامعة الأردن)، الأردن.

صالح، عبدالمحيي. (2016). **الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية**. مصر. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

عبدالحميد، عبدالمجيد.(1986). **الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المسنين**. القاهرة: مكتبة نهضة الشرق.

عموش، أحمد. (2012). **واقع المسنين في مجتمع الإمارات**. كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة الشارقة، الشارقة، دولة الإمارات العربية المتحدة.

عنان، كوفي. (2002). **الشيخوخة والتنمية**. الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، مدريد، إسبانيا، 8–12 نيسان 2002.

فهمي، محمد. (2007). **رعاية المسنين**. الإسكندرية: دار الوفاء.

قصاب، نجوة. (2009). **واقع المسنين واحتياجاتهم وآليات الارتقاء بأوضاعهم**. دمشق: الهيئة السورية لشؤون الأسرة.

كامل، أحمد سهير. (1998). **دراسات في سيكولوجية المسنين**، الإسكندرية: مركز الإسكندرية.

محافظة، وجيه علي. (1993). **مشكلات المسنين في دور الرعاية في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.

نوفل، زيزيت. (2014). **القضايا والمشكلات الاجتماعية المعاصرة**. الشارقة: مكتبة الجامعة.

يوسف، بريك. (2006). **أوضاع المسنين واحتياجاتهم في دور الرعاية الاجتماعية للمسنين المرخصة رسمياً في سورية**، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، دمشق: الهيئة السورية لشؤون الأسرة.

Bengtson, V.I, Rosenthal, C. & Burton (1996). Paradoxes of families and aging, In R Bins tock and L.George, (Eds.,) .*Handbook of aging and social sciences*. Sand Diego: Academic press.

Bengtson, V.I. (1985). Diversity and symbolism in grand parental roles,in V, Bengtson and Robertson (Eds.,) Grandparenthood, Beverly Hills Calif

Eliopoulos. C. (2010). *Gerontological nursing* (7th Ed). Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins

Fisher, B. J. (1989). Illness career descent and the self -concept: A study of resident at a

retirement facility (Doctoral Dissertation, Michigan Stat University, 1988). *Dissertation Abstract International*, 49, 3837-A.

Heyman, V. S. (1967). Wives and retirement:A pilot staudy. *Journal of Geronotology*, vol.31, no2: pp195-200

Kerckhoff, A.C. (1964). Aian family patterns and moral in retircment. In: Simson and *Journal of Gerontolohy*, vol.19,no11: PP 510-516.

Moody, H.R. (2010). *Aging: concepts and controversies*. (6th ed). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.

Mullins, L. C, Dugane. (1990). Influence of depression and family and friendship relation on residents, *Congregate Hoshng Gerontologist*, Vol.30, no 3: PP84.

Pearlman, P. A. (1991). Ties that bind: The social support of frail elders and the risk of institutionalization over time (Doctoral Disseritation, Brandies University, 1991) *Disseritation Abstract International*, 51, 3244-A.

Peter A. (1996). *Child and elderly care, Welfare Project*, Number 5, social department, 1996.

Rouner, B.W. & Katz, I. (1992). Psychiatric disorders in nursing homes, *International Journnal of Geriatric Psychiatry*, VOL.7.199

;https://mawdoo3.com/%D9%85%D9%81%D9%87%D9%88%D9%85_%D8%A7%D9%84%D8%A3%D9%85%D9%86_%-D8%A7%D9%84%D8%A5%D9%86%D8%B3%D8%A7%D9%86%-D9%8A(25-8-2018 (الساعة العاشرة والربع مساء) :(٢٠١٨)

قدم في: يونيو 2018
أجيز في: أكتوبر 2018