التوزيع: محدود
E/ESCWA/SD/1993/WG.1/13
١ نيسان/ابريل ١٩٩٣
ARABIC
الأصل: بالعربية

الأمم المتحدة

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي اسيا

اجتماع فريق خبراء بشأن وضع سياسات وبرامج
خاصة بالمسنين في منطقة الاسكوا
١٩-٢١ تشرين الأول/اكتوبر ١٩٩٣
القاهرة

UN ECONOMIC AND SOCIAL COMMISSION FOR WESTERN ASIA
OCT 13 1993
LIBRARY & DOCUMENT SECTION

أوضاع المسنين في منطقة غربي آسيا

إعداد

أماني قنديل
المركز العربي للتنمية والدراسات المستقبلية

- الآراء الواردة في هذه الورقة هي آراء المؤلف ولا تعكس بالضرورة رأي اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.

- صدرت دون تحرير رسمي.

93-0564

المحتويات :

- مقدمة .

- اولا : تقييم الهيكل السكانى الحالى للمسنين (التحولات الحديثة ، مستقبلها ، وتداعياتها على التنمية الاجتماعية والاقتصادية) .

- ثانيا : تحديد الاحتياجات الانسانية للمسنين .

- ثالثا : العوامل غير الديموجرافية التى تؤثر على نمو معدلات المسنين وأوضاعهم .

- رابعا : مراجعة وتقويم للمؤسسات المسئولة عن تنفيذ السياسات والبرامج الخاصة بالمسنين :

١ - الصحة .
٢ - الاسكان .
٣ - التعليم .

- خامسا : سياسات الضمان الاجتماعى .

- سادسا : النتائج والتوصيات .

يهدف هذا التقرير الى القاء الضوء على الأوضاع العامة لفئة المسنين فى الدول العربية غربى آسيا ، وذلك من حيث تداعيات الهيكل السكانى على التنمية الاجتماعية والاقتصادية ، ومن حيث الاحتياجات الحالية والمستقبلية للمسنين ، والسياسات والخدمات التى تتوجه نحوهم .

وقبل تناول الموضوع بمزيد من التفصيل ، **قد يكون من المهم ابداء بعض الملاحظات الأولية** ، التى ترتبط فى جانب منها بالمفهوم ، ويرتبط الجانب الاخر بأهمية هذه الشريحة السكانية ومكانتها على جدول أعمال السياسات الاجتماعية العربية ، وهى :

١ - يتجه **مفهوم المسنين** "Aging" فى الوثائق الدولية الصادرة عن الأمم المتحدة ، الى التعبير عن "عملية مستمرة من التغيرات التى تصاحب المرحلة الأخيرة من حياة الانسان ، أكثر منها تعبيرا عن فترة ثابتة محددة من حياته" . ويشير الاتجاه العام الى أن المسنين هم فئة السكان التى تبلغ ستين عاما فأكثر ، والتى ترتبط فى كثير من الأحوال ببداية التقاعد الرسمى عن العمل . ولكن يلاحظ أن تحديد فئة المسنين ، وبالتالى البيانات الاحصائية الخاصة بهم ، قد يبدأ فى بعض الدول النامية - ومن بينها غالبية دول الاسكوا - بستين عاما فأكثر ، بينما يبدأ فى كثير من دول العالم بخمسة وستين عاما ، وهو العمر الذى تستند اليه المقارنات الدولية .

٢ - ظلت فئة المسنين الى - ما بعد الحرب العالمية الثانية - لا تجد اهتماما كافيا على مستوى البحوث العلمية من ناحية ، والسياسات والبرامج الاجتماعية من ناحية أخرى . ومع ادراك بعض دول العالم - خاصة الدول الصناعية المتقدمة - لتزايد أعداد هذه الفئة ، وبالتالى تزايد نسبتها فى الهيكل السكانى ، والتداعيات الاجتماعية والاقتصادية لهذا الوضع ، تصاعد الاهتمام بالمسنين . وهذا الاهتمام كان له مظاهره على مستوى البحوث والدراسات العلمية ، وعلى مستوى السياسة الاجتماعية Welfare Policy . وقد لعبت الأمم المتحدة دورا أساسيا فى تنبيه دول العالم ، باختلاف مستويات نموها ، الى أهمية وضع قضايا المسنين ،

بين أولويات اهتمامها ، والتخطيط الاجتماعى والاقتصادى الذى يأخذ فى اعتباره هذه الشريحة السكانية الهامة . يعنى ذلك "وضع ضمانات اجتماعية واقتصادية للمسنين توفر لهم الأمن ، وتوفر لهم فرص الاسهام فى التنمية القومية" . (١)

٣ - أن الطرح المعاصر لقضايا المسنين ، لايستند الى اعتبارات انسانية فحسب ، وانما يستند الى اعتبارات تتعلق بعملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية بالأساس . يترتب على ذلك أن الاهتمام بالمسنين ليس مجرد اهتمام بفئة عمرية ، أو اهتمام بدراسة تغيرات ديموجرافية واحتياجات سكانية ، لكنه أبعد من ذلك بكثير . فنحن نتحدث عن ظاهرة متحركة وديناميه ، ترتب مسئوليات اجتماعية واقتصادية تنعكس على عملية "تخصيص الموارد" ، كما ترتب آثارا عميقة على عملية التنمية ؛ بخروج شريحة سكانية من سوق العمل ، وتداعيات ذلك على الموارد البشرية والاقتصادية .

٤ - لاتشهد الدول العربية فى منطقة الاسكوا ملامح ديموجرافية واحدة تحدد مكانة شريحة المسنين على جدول أعمال القضايا الاجتماعية والاقتصادية ، وانما هناك تفاوت فيما بينها ، كما سنتبين فيما بعد . الا أن هذا التفاوت - كما ذكرنا فى الملاحظة السابقة - ليس ثابتا ؛ باعتبار أن الظاهرة ذاتها متحركة وديناميه ، وهو الأمر الذى يشير الى ضرورة استشراف المستقبل والاستعداد له ، خاصة مع اتجاه العمر المتوقع الى الارتفاع .

وأخيرا ، وفى سياق هذا التقديم لموضوع التقرير ، من المهم التأكيد على خصوصية منطقة غربى آسيا بالنظر الى دراسة أوضاع المسنين . فالأقطار العربية ضمن هذه المنطقة شهدت - ولا تزال - تغيرات ديموجرافية واجتماعية واقتصادية عميقة المدى ، وتختلف فيما بينها ، من حيث الموارد البشرية والموارد الاقتصادية ، وتتزاحم قضاياها وتتداخل الى حد

---

(١) Vienna International Plan of action on Aging, World Assembly on Aging, (Vienna : 1982) P.1.

كبير ؛ بحيث يصبح التنبه لأهمية شريحة المسنين - فى هذه المجتمعات - له ضرورته . وهذه الضرورة قد يكون الدافع لها تبلور الظاهرة التى نتصدى لها من خلال تزايد نسبة المسنين ، أو قد يكون الدافع لها توقع الوصول اليها بعد عقد أو عقدين قادمين . وفى كلتا الحالتين فان التخطيط ينبغى أن يبدأ من اللحظة الراهنة ؛ فالتفاعل بين أوضاع ومشكلات المسنين - كفئة خاصة - والمجتمع ككل هو أمر لا يمكن اغفاله كما أن تداعيات هذه الأوضاع والمشكلات على التنمية الاجتماعية والاقتصادية ، يصعب التصدى لها اذا بدأ ادراك حجم الظاهرة متأخرا .

وتسعى الصفحات التالية الى تقييم الهيكل السكانى للمسنين ، وانعكاساته الحالية والمستقبلية على عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية ، مع تحليل احتياجات المسنين ، ثم السياسات والبرامج التى تتوجه نحوهم .

أولا : تقييم الهيكل السكانى الحالى للمسنين وتداعياته الاجتماعية والاقتصادية .

يتسم الهيكل السكانى فى الأقطار العربية عامة بأنه **هيكل سكانى شاب** ، مثله فى ذلك مثل غالبية الدول النامية . وقد درج الديموجرافيون على تقسيم أى مجتمع سكانى على أساس العمر الى ثلاث فئات عريضة : **أولها** فئة صغار السن ، الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة ، **وثانيها** فئة البالغين ، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ سنة و٦٠ سنة فى بعض الدول (و ٦٥ بالنسبة لكثير من دول العالم) ، **وثالثها** الفئة التى تبدأ من ٦٠ عاما (أو ٦٥ اذا أردنا المقارنات الدولية) ، وهى مانطلق عليها فئة المسنين .

وقد اعتادت الدراسات الديموجرافية على اعتبار أن المجتمعات التى تقل فيها نسبة المسنين عن ٥ ٪ مجتمعات تعيش مرحلة ديموجرافية ، والمجتمعات التى تتراوح فيها نسبة المسنين بين ٥ ٪ و١٠ ٪ تعيش مرحلة انتقالية ، أما المرحلة الأخيرة (مرحلة النضج) ، والتى تشهدها غالبية الدول المتقدمة فتزيد فيها نسبة المسنين على ١٠ ٪ (٢) .

واذا أخذنا بالتقسيم السابق لالقاء الضوء على وضع المسنين فى الأقطار العربية غربى آسيا ، نلاحظ **أن هناك تفاوتا بين سمات الهيكل السكانى للمسنين فى هذه الاقطار** . فهو فى البعض منها يشهد المرحلة الانتقالية ، حيث تزيد نسبة المسنين على ٥ ٪ من السكان ، من ذلك حالة مصر (٦ ٪

---

* يلاحظ أن هذه النسبة تشمل المسنين أكثر من ٦٠ سنة ، بينما فى لبنان تستند الى تبنى مفهوم المسنين بدءا من ٦٥ سنة ، وهى الاحصاءات الرسمية الصادرة عن الأمانة العامة لجامعة الدول العربية ، وتضمنها التقرير الاقتصادى العربى الموحد (الصادر عام ١٩٨٨) .

(٢) د. حجى عبد الحكيم ، مؤتمر الرعاية المتكاملة للمسنين، المركز القومى للبحوث الاجتماعية ، (القاهرة : ١٩٩١) .

وفقا لنتائج تعداد ١٩٨٦) * ، ولبنان (٥ ٪) * . بينما فى البعض الآخر - الذى يمثل غالبية دول المنطقة - يتراوح بين ٢٪ و ٣٪ (محسوبا على أساس فئة العمر أكثر من ٦٥ سنة) (٣).

قد تتضمن الملامح السابقة للهيكل السكانى للمسنين فى الاقطار العربية غربى آسيا ، معنى عدم خطورة الظاهرة ، حيث أن عددا محدودا من هذه الدول يمر بالمرحلة الانتقالية التى تتراوح فيها نسبة المسنين بين ٥٪ و ١٠٪ . الا أنه **من المهم النظر فى نسبة الزيادة** ، وتوقعاتها عام ٢٠٠٠ ، أو عام ٢٠٢٥ ، وهو ما تنبه اليه تقارير الأمم المتحدة . فمعدل زيادة هذه الفئة بالنسبة لاجمالى السكان فى منطقة الاسكوا عام ١٩٩٠ هو ١ر٥ (محسوبا على أساس فئة العمر ٦٠ سنة فأكثر) ، أو هو ٢ر٣ (محسوبا على أساس فئة العمر أكثر من ٦٥ عاما) . وسوف يرتفع على التوالى عام ٢٠٢٥ الى ٩ر٩٪ و ٥ر٦٪ ، وهو ما ينذر بالدخول فى مرحلة النضج السكانى . وفى عام ٢٠٠٥ على وجه التحديد - ووفقا لاسقاط الأمم المتحدة - سوف تدخل منطقة غربى آسيا ككل الى المرحلة الانتقالية التى تزيد فيها نسبة المسنين على ٥٪ (٤) .

والمهم فى هذا الاطار التأكيد مرة أخرى على تفاوت نسبة المسنين فى الهيكل السكانى للاقطار العربية حاليا ؛ وبالتالى تفاوت هذه النسبة واسقاطاتها بعد عام ٢٠٠٠ . فهذه النسبة ، وان كانت ستبلغ ٥٪ على المستوى الكلى عام ٢٠٠٠ ، فهى ستتراوح بين ٩ر٣٪ (حالة سوريا)، و ١ر٨٪ (حالة لبنان) .

واذا كانت توقعات الحياة عند الميلاد تشير حاليا الى تراوحها - فى دول الاسكوا - بين ٤٩ عاما للذكور و ٥٢ عاما للاناث (حالة اليمن) ، ومن ٧٠ عاما للذكور الى ٧٥ عاما للاناث (حالة الكويت) ؛ فان المتوسط العام للمنطقة يقدر بين ٦٢ سنة للذكور و ٦٥ سنة للاناث . ومن المتوقع ارتفاع متوسط

---

(٣) التقرير الاقتصادى العربى الموحد (١٩٨٨) ، ص ٢٥٤ .

(٤) World Population Prospects, United Nations, (1990) P.295 .

توقعات الحياة عند الميلاد فى المنطقة محل البحث عام ٢٠٢٠ الى ٦ر٧٠ عاما للذكور و ١ر٧٦ للاناث ، آخذين فى الاعتبار الاختلافات النسبية بين الاقطار العربية (٥).

ويتضمن الجدول التالى نسبة المسنين الى اجمالى السكان فى بعض الاقطار العربية بمنطقة الاسكوا .

نسبة المسنين ٦٠ سنة فأكثر فى بعض دول الاسكوا (٦)
محسوبا على أساس عام ١٩٨٥

	نسبة المسنين لاجمالى السكان	العمر المتوقع عند الميلاد للجنسين
مصر (عام ١٨٥)	١ر٦ ٪	٠ر١٦ سنة
الامارات	٤ر٣	ر٧٠
البحرين	٧ر٣	٤ر٦٦
السعودية	٧ر٤	٥ر٥٦
العراق	٩ر٥	٢ر٦٣
سلطنة عمان	١ر٤	٢ر٥٥
قطر	٢ر٢	٦ر٦٦
الكويت	٧ر٤	٤ر٧١
لبنان	٨ر٧	٨ر٦٦
سوريا	٨ر٢	٦ر٦٦
اليمن	ـــ	٨ر٤٧
الضفة الغربية وغزة	ـــ	٣ر٦٧
الأردن	ـــ	٣ر٦٧

---

(٥) "Aging in the Escwa Region" . Paper Prepared by the Escwa Social Development, Population and Human Settlements Division, (1992), P.3 .

(٦) الأمم المتحدة : مسح للتطورات الاقتصادية والاجتماعية فى منطقة غربى آسيا ، الأمم المتحدة ، (نيويورك : ١٩٨٨) ، ص ١٣٦ ، وكذلك تقديرات مجلس التعاون الخليجى عام ١٩٨٨ ، وتقدير التعداد العام المتاح عن بعض الاقطار العربية .

ومن المهم الاشارة الى بعض الملاحظات التى تتعلق بالهيكل السكانى فى الأقطار العربية غربى آسيا ، وذلك قبل التطرق الى انعكاسات هذا الهيكل على التنمية الاجتماعية والاقتصادية . **ومن أهم هذه الملاحظات عدم كفاية وكفاءة البيانات الاحصائية الخاصة بالمسنين فى المنطقة المذكورة** ، فالبعض منها يعتمد على حساب نسبة المسنين بدءا من ٦٠ عاما فأكثر ، والبعض الآخر من ٦٥ عاما فأكثر . كذلك فان البيانات الخاصة بالمسنين والتى ترد فى تعدادات السكان ، غير كافية للتعرف على الصورة الكاملة لأحوالهم الاجتماعية والاقتصادية ونتائجها على التنمية . يضاف الى ذلك تشكيك بعض الديموجرافيين العرب فى البيانات الخاصة بالاناث ؛ وذلك لأسباب ثقافية لا داعى لأن نخوض فيها ، وبالتالى "فان البيانات المتوفرة ينبغى أن نتعامل معها كمؤشرات احصائية تؤدى وظيفة علمية وعملية ، حتى وان كانت درجة الثقة فيها منخفضة الى حد ما" (٧) . يترتب على ذلك أيضا تضارب بعض البيانات واختلافها ، سواء على المستوى الاقليمى والمحلى ، أو على المستوى الدولى ، وهى حقيقة ينبغى التعامل معها وبذل مزيد من الجهد لزيادة مصداقية هذه البيانات ، التى تشكل أساس عملية صنع القرار فى المجتمعات المعاصرة .

نصل من الطرح الموجز السابق لملامح الهيكل السكانى للمسنين فى الاقطار العربية غربى آسيا ، الى مايلى :

١ ـ أن الهيكل السكانى لدول المنطقة هيكل شاب حتى اللحظة الراهنة ، وأن غالبية الدول العربية لازالت تمر بالمرحلة الديموجرافية الأولى ، وبعض منها ـ وهو محدود ـ يمر بالمرحلة الانتقالية التى تسبق ما يسمى بمرحلة النضج السكانى (التى تصل فيها نسبة التعمر الى ١٠٪ فأكثر من السكان).

٢ ـ تفاوت نسبة المسنين (أكثر من ٦٠ سنة) فيما بين دول المنطقة ، والتى تتراوح فى مجملها بين ٢٪ تقريبا الى أكثر من ٦٪ من اجمالى السكان .

---

(٧) د. حجى عبد الحكيم ، م . س . ذ . ، ص ٧ .

٣ - الاتجاه العام فى كافة الأقطار العربية غربى آسيا ، نحو تزايد نسبة المسنين ، والتى ستصل الى معدلات مرتفعة فى الربع الأول من القرن القادم .

٤ - تزايد توقعات العمر عند الميلاد فى كافة أقطار المنطقة ، والتى ستبلغ معدلات مرتفعة بدءا من عام ٢٠٠٠ ، مع تزايد متوسطات عمر الاناث على الذكور .

٥ - نسبة الاناث المسنات أكبر من نسبة الذكور فى الهيكل السكانى لدول المنطقة ، وسوف تستمر فى التزايد خلال القرن الحادى والعشرين .

ما الذى تعنيه الاتجاهات العامة السابقة بالنسبة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية ؟

أ - يصاحب ظاهرة التعمر زيادة فى عبء اعالة المسنين ، تتمثل فى زيادة الطلب على الخدمات اللازمة لهذه الشريحة السكانية ، والتى يكون لها عادة طابع خاص . كما أن التعمير له متطلبات اقتصادية تلقى عبئا كبيرا على الميزان الاقتصادى للدولة ، فالشخص المسن غير النشط اقتصاديا أكثر تكلفة - من وجهة نظر بعض الخبراء الديموجرافيين - من الشخص الحدث غير النشط اقتصاديا (٨) .

ولعل العلاقة بين تزايد المسنين فى التركيب السكانى ، وبين معدلات الاعالة ، هى المدخل الأولى لمناقشة انعكاسات ظاهرة التعمر على التنمية الاجتماعية والاقتصادية . واذا أخذنا فى الاعتبار الارتفاع الفعلى الحالى لمعدلات الاعالة فى الأقطار العربية غربى آسيا ، يمكن أن نتفهم خطورة تزايد نسبة المسنين مستقبلا على عبء الاعالة . وتشير تقارير الأمم المتحدة الى أن معدلات الاعالة عام ١٩٩٠ لفئة العمر ٦٥ سنة فأكثر تصل الى ٩ر٥ ، ومن المتوقع ارتفاعها عام ٢٠٢٥

---

(٨) سعد زغلول أمين ، "تعمر السكان فى مصر" ، فى : د. نادية حليم (محرر) ، نحو رعاية متكاملة للمسنين ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية (القاهرة : ١٩٩١) ص ٣٧ .

الى ٨ر٨ (٩) . وهو ما يعنى ميلا مستمرا نحو التزايد ، يتوافق مع ميل هذه الفئة الى التزايد فى الهيكل السكانى .

من المهم هنا ملاحظة أن نسبة كبيرة من الاناث فى الدول العربية غربى آسيا ، لا زالت تنحصر فى دورها التقليدى كربة بيت ، وهو ما يعود الى أسباب ثقافية ترتبط بالبيئة العربية ، وتدنى المستويات التعليمية ، وزيادة الأمية بين الاناث عنها بين الذكور . فمعدل النشاط الاقتصادى الأولى للمرأة فى الاقطار العربية غربى آسيا لا يتجاوز ٧% وفقا لتقديرات منظمة العمل الدولية عام ١٩٨٥ . كما وتشكل القوى العاملة من الاناث ١٣% من مجموع القوى العاملة العربية بالمنطقة (الحجم الكلى ٣٣ مليون نسمة عام ١٩٨٥) (١٠) ، وتعنى هذه المؤشرات ارتفاع فعلى فيما يطلق عليه عبء الأعالة .

هناك اذن مخاطر شديدة - حالية ومستقبلية - ناتجة عن تأثير زيادة المسنين فى الهيكل السكانى على عبء الأعالة المرتفع أصلا بسبب عدم مشاركة المرأة فى النشاط الاقتصادى وزيادة نسبة الصغار (من صفر الى ١٤ سنة) فى التركيبة السكانية . ويلاحظ أن البيانات المتوفرة عن قوة العمل بين المسنين محدودة للغاية فى الاقطار العربية ، ويشير المتاح منها (فى حالة مصر مثلا) الى أن نسبة من يعمل بين المسنين فى فئة العمر ٦٠ سنة فأكثر لا تزيد عن ٢١% منهم وهى تمثل ٥% من جملة قوة العمل الكلية للسكان ، وغالبيتهم يعمل لحسابه فى الزراعة وأنشطة القطاع الخاص (١١) .

النقطة الأخرى الهامة هى أن نسبة عالية من الاناث المسنات من الأرامل (٣٦% فى حالة المسنين فى مصر) ، وهو ما يضيف المزيد من الأعباء لرعاية هذه الشريحة وتحمل أعبائها .

---

(٩) World Population ..., op. cit, P.294 .

(١٠) مسح التطورات الاجتماعية والاقتصادية فى منطقة الاسكوا ، م . س . ذ . ص ص ١٣١ - ١٣٣ .

(١١) سعد زغلول أمين ، م . س . ذ . ، ص ٣٧ .

واذا أخذنا فى الأعتبار طول فترة العمر المتوقعة للذكور والأناث من المسنين (وترتفع فى الحالة الأخيرة) فأن ذلك يرتب المزيد من المسئوليات ، خاصة وان الاتجاه العام فى غالبية أقطار منطقة الاسكوا هو زيادة نسبة الأرامل من المسنات . فهى فى البحرين ٩ر٤٧% وفى العراق والأردن ما بين ٥٣% و ٥٥% وفى قطر ٧ر٦٥% وفى الأمارات ٧ر٦٥% (١٢) ، وهو الأمر الذى يؤثر على نمط الحياة الأجتماعية كما يؤثر على الموارد المخصصة للرعاية الأجتماعية .

ونصل مما سبق الى أن تزايد نسبة المسنين فى التركيب السكانى ، وزيادة عبء الاعالة ، وانخفاض عدد المسنين الذين يعملون بعد ٦٠ عاما فأكثر ، وكذلك تزايد الاناث المسنات عن الذكور المسنين ، وارتفاع نسبة الأرامل بينهن ، يرتب **تأثيرات هامة على عملية تخصيص الموارد** "Allocation of national resources" . فمن ناحية ، هناك ضرورة لارتفاع أرصدة المعاشات ، وزيادة نطاق شمولها وتغطيتها ، واستكمال القصور فى نظم التأمينات الاجتماعية ، من خلال ما يعرف باسم قوانين المساعدات الاجتماعية . ومن ناحية أخرى ، فان ملامح ظاهرة التعمر بالشكل الذى طرحناه ، ترتب مسئوليات متعددة على السياسات الاجتماعية بالمعنى الشامل (سياسة الرعاية الاجتماعية ، والصحة ، والتعليم ، والعمل ...) ، وتتطلب تخصيص نسبة أكبر من الموارد لهذه الشريحة السكانية . فهناك ضرورة لخلق فرص عمل للمسنين القادرين على ذلك ، مع الاهتمام بتطبيق مفهوم التعليم المستمر واعادة التدريب والتأهيل والتوجيه .

ب - **البعد الآخر الهام فى تزايد نسبة المسنين فى التركيب السكانى ، يرتبط بالموارد البشرية والانتاجية الخاصة بالمجتمع** . فالوصول الى العمر ٦٠ عاما (أو ٦٥ عاما فى بعض أقطار المنطقة) يعنى خروج شريحة سكانية لها وزنها من العمل والانتاج ، وتحول غالبيتهم من منتجين الى مستهلكين . وتوضح المؤشرات المتوفرة عن عمل المسنين ، الى أن أقل من ربعهم يستمرون داخل قوة العمل (الزراعة ، والقطاع الخاص ، بشكل أساسى) ، وتتقاعد الغالبية العظمى منهم . وقد توفرت لدى

---

(١٢) Aging in the Escwa op. cit, P.4 .

البعض منهم مهارات فنية عالية لازال المجتمع فى حاجة اليها . وهو الأمر الذى يتطلب اعادة النظر فى العمر الخاص بالتقاعد ، وهو اتجاه قوى فى منطقة الخليج العربى - على وجه الخصوص - حيث ترتفع نسبة العمالة الأجنبية والعربية المهاجرة ، وتنخفض نسبة المهارات الفنية المحلية . وفى ضوء ذلك يصعب تصور الاستغناء عن هذه الكفاءات البشرية ، وتشتد الحاجة الى صيغة تحقق الاستفادة من هذه الطاقات الانتاجية المهدرة ، مع توفير الفرصة للأجيال الصاعدة .

على الجانب الآخر ففى بعض الدول العربية بالمنطقة (حالتا مصر وسوريا) ؛ حيث ترتفع نسبة البطالة بين خريجى الجامعات ، يصبح من الصعب اعادة النظر فى سياسة التقاعد ، فهناك تنافس حاد فى سوق العمل وتزاحم بين الأجيال حول فرص العمل المحددة . ويحدث ذلك فى الوقت الذى تشير فيه التقديرات الى أن الانتاجية العربية - على وجه العموم - لاتتجاوز خمس مثيلتها فى العالم الأول فى مجال الصناعة ، ولاتتجاوز عشر مثيلتها فى الزراعة . وبهذا تتوفر ملامح الاشكالية التى تواجهها الأقطار العربية ، وتتمثل فى تدنى الانتاجية من ناحية ، وهدر الطاقة البشرية من ناحية أخرى . وهو الأمر الذى يتطلب مزيدا من الشمول والترابط بين السياسات الاجتماعية وبين السياسات الاقتصادية .

ج - وأخيرا ، وفى اطار مناقشة الهيكل السكانى للمسنين وتداعياته الاجتماعية والاقتصادية ، ينبغى ألا نغفل تأثير هذا الهيكل على أنماط الاستهلاك من ناحية ، والاستثمار والادخار من ناحية أخرى . فالتحول عن فئة العمر ٦٠ عاما يرتبط فى أغلب الحالات بالخروج من دائرة النشاط الاقتصادى ومن قوة العمل ، وما يتضمنه ذلك من فقدان جانب من الداخل . وفى الوقت نفسه يرتبط بالتحول من منتج الى مستهلك . ويتوجه الاستهلاك نحو أنماط جديدة من السلع والخدمات ، التى تتفق مع طبيعة هذه المرحلة العمرية (طلب على الخدمات الصحية ، والرعاية الاجتماعية ، والترفيه) . ويلاحظ أنه فى غالبية الحالات يحدث انخفاض نسبي فى دخول المسنين ، وفى ضوء التضخم النقدى والتزايد المستمر فى أسعار السلع الاستهلاكية والخدمات (والذى لا يقابله تزايد من جانب الدخل) ؛ من المتوقع انخفاض نسبة الادخار الشخصى .

وهنـــاك حاجة مـــاسة فى الاقطار العربية ، الى تطوير البيانات الاحصائية والبحوث الميدانية القادرة على التحليل الدقيق لانعكاسات حجم شريحة المسنين على التنمية الاقتصادية والاجتماعية . وفى هذا السياق لم تتوفر أية بحوث حول أنماط الاستهلاك وتغيرها لدى المسنين ، كما لم تتوفر أية بيانات عن تأثير الهيكل السكانى للمسنين على الاستثمار والادخار . ولكن بالقطع فان تزايد فئة المسنين يعنى زيادة الطلب على أرصدة المعاشات ، والتى توجه الى مجالات الاستثمار القومى . وكلما اتجهت هذه الشريحة الى التزايد ؛ كلما انخفضت أرصدة المعاشات أو التأمينات الاجتماعية ، وتزايد معها انفاق الدولة على المساعدات الاجتماعية للمسنين وخدمات الرعاية الصحية . وهو الأمر الذى يؤثر بالسلب على امكانات الاستثمار القومى ، التى يمكن أن توجه الى التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

ونخلص مما سبق الى أن الهيكل السكانى الحالى للمسنين يمر بتحولات حديثة ، سوف تؤثر على التنمية الاجتماعية والاقتصادية ، وأن هذه التحولات تتفاوت من قطر عربى الى آخر فى اللحظة الحالية ، لكنها سوف تشمل كافة أقطار المنطقة بحلول عام ٢٠٢٥ ، حيث ستشهد غالبية الاقطار ما يطلق عليه المرحلة الانتقالية ، بل سيصل البعض منها الى مرحلة النضج السكانى (حيث تزيد نسبة المسنين على ١٠٪). هذه التحولات الحالية والمستقبلية تؤثر فى عملية تخصيص الموارد لمواجهة مشكلة ارتفاع عبء الاعالة ، وتوفير الرعاية الاجتماعية والصحية ، كما تؤثر على انتاجية الموارد البشرية ، وعلى اتجاهات الاستثمار والادخار .

ثانيا : الاحتياجات الانسانية للمسنين

ان النظرة المدققة الى فئة المسنين ، تظهر لنا أنهم أبعد عن أن يكونوا فئة واحدة متجانسة ، من حيث أعمارهم وسماتهم الاجتماعية والاقتصادية . واذا كنا قد اصطلحنا على أن فئة المسنين تبدأ من ٦٠ عاما (أو ٦٥ فى بعض الأقطار) ، فان الاتجاه المتزايد الى طول أعمارهم يعنى امكانية تصنيف المسنين الى فئات عمرية (من ٦٠ الى ٧٠ ، ومن ٧٠ الى ٧٥ سنة ، ثم ٧٥ فأكثر) ، وهو مايرتب احتياجات مختلفة . ومن جانب آخر ، فان فئة المسنين ليست متجانسة بالنظر الى متغيرات الدخل وظروفهم المعيشية وطبيعة عملهم واهتماماتهم والسمات التعليمية لهم وغير ذلك .

يعنى ما سبق أن **عدم التجانس بين المسنين ، يرتبط باحتياجات مختلفة ومتنوعة** - وان كان لها حد أدنى مشترك - كما يرتبط بسياسات اجتماعية تعترف بعدم التجانس هذا ، وتدرك أن الاحتياجات غير ثابتة ، لكنها متحركة دينامية . ويصبح ادراك هذه الاحتياجات المرتبطة بفئة المسنين له أهمية فى مجتمعات تعقدت تنظيماتها الاجتماعية وعلاقاتها الانسانية ، بحيث لم تصبح الأسرة أو القبيلة هى المصدر الرئيسى لاشباع احتياجات كبار السن .

وتتمثل أهم الاحتياجات الانسانية للمسنين فيما يلى :

١ - **المحافظة على مستوى الدخل** : وتمثل مشكلة أساسية تؤثر على توفير الحاجات الأخرى للمسنين . وتوضح كثير من الدراسات فى كافة المجتمعات المتقدمة والنامية ، الفقيرة والغنية ، أن هناك علاقة بين انخفاض الدخل وبين المسنين واشباع احتياجاتهم . وبالطبع يزداد وزن المشكلة فى الدول النامية الفقيرة ، خاصة بعد التغيرات الاجتماعية التى أثرت سلبا على الدور التقليدى الذى تلعبه الأسرة أو القبيلة . وتسعى نظم الضمان الاجتماعى الى مواجهة هذه المشكلة ؛ من خلال التأمينات الاجتماعية ، ونظم المساعدات الاجتماعية لأصحاب الدخول المحدودة من المسنين . الا أنه رغم التطور الكبير فى نظم الضمان الاجتماعى ، فان نطاق المستفيدين منها لايتسم بالشمول والتغطية من ناحية ، كما أن المساعدات الاجتماعية

توفر الحد الأدنى المطلوب من الدخل فقط من ناحية أخرى . ويعنى ذلك أن هناك قطاعا من المسنين يظل خارجا عن نطاق التغطية القانونية التى تستهدفها نظم الضمان الاجتماعى . كما يعنى المرونة المحدودة لهذه النظم ، والتى تجعلها غير قادرة على ملاحقة ارتفاع الأسعار والتضخم النقدى .

وفى مواجهة مشكلة المحافظة على دخل المسنين ، تحتاج الأقطار العربية الى **تبنى اجراءات تشريعية توفر لنظم الضمان الاجتماعى** (التأمينات والمساعدات) **المزيد من الكفاية والفاعلية** للوصول الى أكبر عدد ممكن من المستهدفين ، وممن هم خارج نطاق التغطية التأمينية . تحتاج أيضا هذه النظم الى درجة أكبر من المرونة فى مواجهة ثبات الدخل الذى يصرف للمسنين (سواء تمثل فى معاشات أو مساعدات) . وقد قامت بعض الأقطار العربية فى المنطقة - مثل الكويت والأمارات وقطر - بضمان مستوى دخول المسنين من خلال صرف مساعدات تمثل الفارق بين معاش المسنين ومرتباتهم الأصلية . الا أنه لازالت غالبية أقطار منطقة غربى آسيا تعانى من المرونة المحدودة لنظم الضمان القائمة . ويبرز فى هذا السياق أهمية مشكلة المحافظة على الدخل بالنسبة للمسنات الاناث حيث ترتفع نسبتهن فى أقطار المنطقة عامة ، وترتفع نسبة الأرامل منهن على وجه الخصوص ، على النحو الذى أشرنا اليه من قبل فى القسم الأول من هذا التقرير .

من المهم **اجراء دراسات مسحية ميدانية ؛ تهدف الى التعرف على احتياجات المسنين وفقا لسماتهم الاجتماعية والاقتصادية المختلفة** . فمن شأن ذلك الاسهام فى التخطيط لسياسة اجتماعية تتسم بالمرونة ، تستهدف الفئات المختلفة للمسنين . وقد أبرزت الدراسات المحدودة التى أجريت فى بعض دول غربى آسيا (مصر والكويت والامارات وقطر والبحرين) أولوية مشكلة المحافظة على الدخل . ونشير على سبيل المثال الى نتائج الدراسة الميدانية التى أجريت على عينة من المسنين فى مصر ، والتى أوضحت احتياج ٥٠ ٪ من المسنين - ضمن العينة - الى دعم الدخل الذى يحصلون عليه ، كما أوضحت أن

٤٤٪ منهم يحصلون على مساعدات من أبنائهم (١٣) . وفى دولة الامارات العربية المتحدة ، حيث تتجه نظم الضمان الاجتماعى الى توفير فارق الدخل بين المعاش والمرتب ، ارتفعت نسبة الاحتياج الى المحافظة على الدخل الى ٩٤ ٪ من عينة أحد البحوث الميدانية (١٤) .

لدينا مؤشرات أخرى تؤكد أهمية مشكلة المحافظة على دخل المسنين ، من أبرزها أن نسبة كبيرة من هذه الفئة تحصل على مساعدات اجتماعية . فمراجعة طبيعة المستفيدين من هذه المساعدات تبين أن المسنين يشكلون ٤١ر٣٣ ٪ من الاجمالى فى مصر ، و ٢٥ ٪ فى الكويت . (١٥)

أن مواجهة مشكلة دعم الدخل الخاص بالمسنين لا تقتصر على توفير الفاعلية لنظم الضمان الاجتماعية ، ولكنها تمتد الى توفير فرص العمل الملائمة . وتوضح البحوث التى أجريت على عمل المسنين فى مصر مثلا أن الغالبية لا تستطيع ايجاد فرص العمل الملائمة ، وأن الاقلية (حوالى ٢٠ ٪) التى تعمل غالبا ما يكون ذلك مرتبطا بالزراعة أو ببعض منشآت القطاع الخاص . ويتطلب الأمر حلولا أكثر فاعلية لتوفير فرص عمل أكثر للقاعدة العريضة من المسنين ، وسوف نشير الى ذلك فيما بعد .

---

(١٣) Social Support System for the Aged in Egypt, United Nations University and Nationl Center for Social and Criminological Research, Cairo (1990) P.2 .
دراسة اجتماعية للمسنين المتقاعدين فى مدينة القاهرة ، الجمعية العربية للدراسات الأجتماعية (القاهرة : ١٩٧٤) .

(١٤) د. خالد الطحان ، "نظرة مستقبلية حول رعاية المسنين فى ضوء خصائصهم النفسية" ، فى : رعاية المسنين فى المجتمعات المعاصرة - قضايا واتجاهات المكتب التنفيذى لمجلس وزراء العمل والشؤون الأجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ، (البحرين :١٩٩٢) ص ٢١١ .

(١٥) رعاية المسنين بالكويت ، دراسة استطلاعية ، وزارة الشؤون الأجتماعية والعمل ، (الكويت : ١٩٨٥) ص ١٤ .

٢ - **الاحتياجات الصحية** : تتطلب هذه المرحلة العمرية نموذجا للرعاية الصحية يعرف باسم الرعاية المستمرة ، ومن المعروف ارتفاع تكلفة هذا النوع من الرعاية ، وبالتالى فقد يكون البديل هو الرعاية المنزلية (كما هو الحال فى بعض أقطار الخليج العربى) ، أو بعض أقسام المؤسسات الصحية (الاتجاه الحالى فى مصر) .

من المهم أن نشير الى أن توفير الخدمات الصحية الأساسية هو من المتطلبات الهامة لتحقيق فاعلية أى نظام للضمان الاجتماعى ، الا أن هذا المفهوم الشامل للضمان لايتوفر الا فى بعض الأقطار العربية بالمنطقة (من ذلك العراق) ، ويسعى نظام العلاج الصحى المجانى فى دول الخليج العربى الى تغطية هذا القصور فى نظم الضمان (والتى ينبغى أن تمتد الى الصحة) . من الدول العربية التى يمتد قانون التأمين الاجتماعى فيها الى الرعاية الصحية ، مصر . الا أن الدراسات الميدانية قد أشارت الى أن نسبة المستفيدين به من المسنين لا تتجاوز ٧٪ ، كما أن الموارد المخصصة محدودة مما ينعكس على الكفاية والكفاءة فى نفس الوقت . (١٦)

تستلزم الاحتياجات الصحية للمسنين توفير نظم للكشف الدورى عليهم ، وتوعية صحية موجهة الى المسنين ، وفى بعض الأحيان رعاية نفسية تحفظ للمسن صحته النفسية . وقد أشارت غالبية العينة من المسنين فى دراسة ميدانية عن احتياجاتهم فى بعض دول الخليج الى المشكلات الصحية التى يعانون منها ، وكثرة التردد على المستشفى ، رغم ارتفاع أعمار البعض منهم ومعاناتهم الصحية . وطالب ١٠٪ منهم بتوفير الرعاية الصحية الدائمة (١٧) . وقد كشفت دراسة مسحية ، قامت بها وزارة الصحة فى مصر عن "وبائيات المسنين" ، أن كثيرا من الأمراض تصيب المسنين فى سن مبكرة (فى مرحلة العمر ٦٠ - ٦٤ سنة) ،

---

(١٦) أمانى قنديل ، عرض وتقييم نظم وسياسات الضمان الأجتماعى فى الأقطار العربية غربى آسيا ، الاسكوا ، (١٩٩٠) ، ص ٢٧ .

(١٧) خالد الطحان ، م . س . ذ . ، ص ص ٢١٠ - ٢١١ .

مثل السكر وضغط الدم ، وأن نسبة مرتفعة من العينة تعانى من أمراض سوء التغذية . وأوضحت هذه الدراسة أن هناك علاقة بين طبيعة العمل وأنواع الأمراض الأكثر انتشارا بين المسنين ، كما أوضحت العلاقة بين العادات والتقاليد وطرق التغذية فى مرحلة العمر هذه وبين حدوث هذه الأمراض .

والجدير بالذكر أن هذه الدراسة عن "وبائيات المسنين" ، التى أجريت فى عدد من محافظات مصر عام ١٩٨٧ - ١٩٨٩ ، قد أوضحت العلاقة بين الحالة الصحية للمسنين واستمرار رعايتهم من جانب أسرهم (١٨) . ففى الحالات الصحية الحرجة يعانى المسنون من عدم رغبة أسرهم فى رعايتهم ، وهى نفس النتيجة التى توصلت اليها دراسة أخرى طبقت بالكويت عن أسباب التحاق المسنين بدور الرعاية (١٩) ، والنتيجة الأخيرة تؤكد العلاقة بين الأبعاد والاحتياجات المختلفة للمسنين ، وتشير الى أهمية شمول السياسة الاجتماعية التى تتوجه نحوهم .

وقد يكون من المهم فى سياق طرح الاحتياجات الصحية للمسنين التأكيد على بعدين هامين ، **أولهما** الاحتياج الى الغذاء الصحى الملائم ، وهو أمر يرتبط بتطوير عادات غذائية ملائمة ، وبتنمية الوعى ودور الاعلام فى مخاطبة المسنين كما يرتبط بالدخل الملائم . **ثانيهما** ، الاحتياج الى البيئة الصحية الملائمة والتى تشمل المسكن الصحى والمرافق الصحية .

٣ - **الاحتياج الى المسكن أو المأوى** : يمثل المسكن أو المأوى أحد الاحتياجات الأساسية للمسنين ، الا أن البعد الأساسى فى توفير هذا الاحتياج هو اختيار المكان الذى يرغبون فى الاقامة فيه . وقد أبرزت الدراسات المختلفة الميدانية الخاصة باسكان المسنين أن الاتجاه العام لدى هذه الشريحة هو تفضيلهم لبيئاتهم ومساكنهم الأصلية . الا أن ظروف الحالة

---

(١٨) د. أحمد ناير ، "وبائيات المسنين فى مصر" ، فى : نحو رعاية متكاملة للمسنين ، م . س . ذ . ، ص ص ٧١ - ٩٠ .

(١٩) رعاية المسنين بالكويت ، م . س . ذ . ، ص ١٧ .

الصحية التى يمر بها البعض منهم ، وكذلك افتقاد الرعاية من جانب الأسرة ، كثيرا ما يشكلان أهم أسباب الاقامة فى دور المسنين . وقد توصلت دراسة مسحية عن المسنين فى مصر الى أن كل المسنين غير المرغوب فيهم من جانب أسرهم من فئة العمر ٧٠ ـ ٧٥ فأكثر . وتتمثل أهم أسباب ذلك فى المرض المزمن أو نقص الدخل لدى المسن (مما يشكل عبئا على أبنائه فى مستويات الدخل المحدود) أو الاثنين معا . وقد لوحظ فى هذه الدراسة تركز أكثر الحالات غير المرغوب فيها فى القاهرة ، وانخفاض هذه النسبة فى المحافظات المختلفة . ويشير ذلك الى تماسك نسبى أكبر فى الأسرة المصرية بعيدا عن العاصمة ، حيث لاتزال التقاليد والعادات تلعب دورها فى تحقيق تضامن الأسرة واستمرار مسئولياتها ازاء المسنين . ويلاحظ أن هذه النسبة من المسنين غير المرغوب فى بقائهم داخل الأسرة لا تزيد عن ٢٠٩ حالات (أى ١٧ ٪) من اجمالى عينة البحث المشار اليها (١٢٠٠ حالة) (٢٠) . وقد أكدت دراسات أخرى فى دولة الامارات العربية المتحدة والكويت وسلطنة عمان ، على أن الاتجاه العام هو رغبة المسنين فى الاقامة فى بيئاتهم الطبيعية وداخل أسرهم . غير أن ظروف الحالة الصحية وانخفاض الدخل يشكلان عاملين رئيسيين فى عدم رغبة الأسرة فى رعاية أبنائها . ونشير الى دراسة ميدانية عن دور المسنين بالكويت ، أوضحت أن ١٨٪ من نزلاء هذه الدور يرغبون فى ترك دور المسنين ، وأن النسبة الباقية تتوفر لها الرغبة فى ذلك ، ولكن ظروف حالتهم الصحية تضطرهم الى الاستمرار فى دور الرعاية هذه (٢١) . نفس هذه النتيجة توصلت اليها دراسة فى سلطنة عمان عن أوضاع المسنين (٢٢) .

---

(٢٠) د. أحمد ناير ، م . س . ذ . ، ص ٨٢ .

(٢١) رعاية المسنين بالكويت ، م . س . ذ . ، ص ٥٩ .

(٢٢) تقرير عن أوضاع المسنين فى سلطنة عمان ، الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية ، (البحرين : ١٩٨٢) ص ١٣٩ .

يشير ما سبق الى عدة حقائق ينبغى التعامل معها ، وهى تتمثل فيما يلى :

أ ـ يفضل المسنون ـ كاتجاه عام ـ الاقامة فى مساكنهم .
ب ـ دور المسنين تمثل ضرورة فى ضوء غياب رعاية الأسرة .
ج ـ أن ظروف الحالة الصحية للمسنين ، وانخفاض دخولهم يشكلان عاملين رئيسيين لتخلى الأسرة العربية المعاصرة عن دورها التقليدى فى رعاية كبار السن .

وتصل بنا الحقائق السابقة الى **التأكيد على العلاقة المتبادلة ـ التأثير والتأثر ـ بين احتياجات المسنين** . وقد يؤدى توفير نظام الرعاية الصحية بمنازل المسنين ، أو توفير دخل ملائم للأسرة (من الأبناء) الى تشجيع الأسر العربية على الاستمرار فى دورها التقليدى لرعاية كبار السن .

وبالرغم من أهمية توجيه الأولوية الى رعاية المسنين داخل أسرهم ، وخلق آليات تشجع الأسر على ذلك ، **فان انشاء دور المسنين أصبح ضرورة لمواجهة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية فى المجتمعات العربية** . وفى أحيان كثيرة يلجأ المسنون الى دور رعاية ، ليس بدافع من قصور الدخل أو أمراض الشيخوخة ، ولكن لأسباب ترتبط فى الأساس بتغيرات قيمية وتصدع دور الأسرة . ويتعين فى جميع الحالات ابداء قدر من الاهتمام بمدى ملاءمة دور المسنين لهم ونمط الاسكان ، ونظم الرعاية الدائمة أو المؤقتة ، التى تتسم بالمرونة فى مواجهة ظروف الأسرة . يضاف الى ذلك الاهتمام بانتظام الرعاية الصحية داخل دور المسنين ، وتوفير أنشطة ثقافية وترفيهية . ومن المهم أن يسير ذلك جنبا الى جنب مع تشجيع الأسرة العربية على رعاية المسنين من خلال معونات مالية ، أو اعفاءات ضريبية ، أو توفير وحدات سكنية بأحجام ملائمة تسمح باستيعاب ورعاية كبار السن .

٤ - **حق العمل وتعليم الكبار** ، ان توفير حق العمل لكبار السن له ضرورة اقتصادية تمس التنمية والانتاج ، كما أن له ضرورة انسانية توفر الشعور للانسان بقيمته فى الحياة وفى جدوى بقائه واستمراره . ولهذا فقد أثيرت على المستوى العالمى مشكلة سياسات العمل ، التى تباعد بين المسنين وبين فرص العمل اما بدعوى تقليل معدلات البطالة أحيانا ، أو بدعوى التقليل من مستويات الأجور المرتفعة ، التى وصلت اليها أجيال المتقدمين فى العمر . ولهذا أثارت بعض الأقطار العربية مسألة رفع سن التقاعد تمشيا مع الاتجاه العالمى ونجحت القلة (مثال دولة البحرين) فى رفع هذا السن الى ٦٥ عاما . كذلك نجحت دول أخرى (السعودية والعراق) فى انشاء مكاتب لتشغيل المسنين وتوفير قدر من التدريب والتعليم اللازم لاكتساب مهارات ملائمة (وهو ما يعرف باسم برامج التحويل) . الا أن غالبية الأقطار العربية بالمنطقة لم توفق الى تبني سياسات وبرامج توفر حق العمل للمسنين ، وفى نفس الوقت هى لا تمنع القادرين منهم عن العمل اذا توافرت الفرصة لذلك .

وهناك دراسات واقتراحات كثيرة ، يربط غالبيتها بين حق العمل ومفهوم تعليم الكبار (التعليم المستمر) . من بين هذه الدراسات والاقتراحات تعديل سياسات العمل بما يسمح بالاستفادة من خبرات المسنين ، لساعات عمل أقصر ، تحول دون حجب فرص الترقى للأجيال الجديدة ، وتنظيم برامج التحويل المهنى ، واكتساب المهارات الملائمة التى تمكن المسن من مواصلة أعماله فى مجالات قد تكون بديلا عن نشاطه الأصلى ، وبما يتفق وظروفه (٢٣) . ويشير المهتمون والخبراء الى "التعليم مدى الحياة" ، والذى له أهمية خاصة للمسنين ، ورغم ذلك تغفله السياسات الاجتماعية بالمنطقة العربية . ويهدف هذا النمط التعليمى الى تجديد معارف ومهارات المسنين وتوسيع صلاتهم الانسانية دون أى التزام بسن معين أو نسبة حضور ، حيث تعتمد العملية التعليمية على رغبة المسنين أنفسهم واختياراتهم . ولعل "جامعات العمر الثالث" فى فرنسا

---

(٢٣) د. على فؤاد أحمد ، "الأبعاد الاجتماعية لرعاية المسنين" ، فى رعاية المسنين فى المجتمعات المعاصرة ، م . س . ذ . ، صص ١٩٤ - ١٩٥ .

- والتى أنشئت عام ١٩٧٤ - نموذج طيب فى هذا المجال . وعلى مستوى الأقطار العربية غربى آسيا ، قد يكون من المهم الاشارة الى تجربة انشاء الجامعات المفتوحة فى مصر ، والتى بدأت عام ١٩٩٠ - ١٩٩١ ، والتحق بها نسبة لا بأس بها من كبار السن المتقاعدين ، وهو ما يشير الى توافر الرغبة لدى المسنين لشغل أوقاتهم فى التعليم واكتساب مهارات جديدة .

واذا كانت البيانات الرسمية تشير الى ارتفاع نسبة الأمية فى المجتمعات العربية على وجه العموم (حوالى ٥١ ٪) ، فان هناك ارتفاعا نسبيا بين شريحة المسنين ، وبين الاناث منهم على وجه الخصوص . ويتطلب ذلك الاعتراف أولا بحق التعليم ، ثم يتطلب ثانيا حملات جادة لمحو الأمية ، وأخيرا تبنى مفهوم التعليم المستمر .

وفى اطار طرح الاحتياجات الخاصة بالمسنين ، قد يكون من المهم الاشارة الى **ضرورة تقويم ومراجعة تجربة أندية المسنين** ، والتى أخذت بها بعض الأقطار العربية فى منطقة الاسكوا (من ذلك : مصر والكويت وقطر والبحرين والامارات) . فهذه الأندية تتبنى عدة أهداف اجتماعية وثقافية ، وتشمل برامج تدريبية وتعليمية وتثقيفية تسهم فى تحقيق جانب من احتياجات المسنين ، وتوفير قدر من التوافق والتكيف الاجتماعى بينهم وبين المجتمع . وقد أبرزت دراسة تقويمية لنوادى المسنين فى مصر (والتى تبلغ ٢٤) أهمية مراجعة الأنشطة الفعلية لها حيث تعانى من قصور الامكانيات ، وعدم ملاءمة هذه الأنشطة - خاصة ما يتعلق منها بالتعليم والتدريب - للمسنين (٢٤). ويحدث ذلك فى الوقت الذى تشتد فيه الحاجات الى هذه الأندية التى تمثل حجر الأساس فى توفير الاحتياجات التعليمية والاجتماعية والترفيهية .

نخلص مما سبق الى أن هناك مجموعة من الاحتياجات الانسانية الأساسية للمسنين ، تتعلق بالدخل والصحة والاسكان والعمل والتعليم والترفيه والترويح ، وهى تتفاعل فيما

---

(٢٤) د. محسن العرقان ، د. سيد عبد العال ، "اندية المسنين، الأهمية والتقويم" ، فى : نحو رعاية متكاملة للمسنين ، م . س . ذ . ، ص ص ٢٠٠ - ٢١٠ .

بينها داخل دائرة واحدة ، بحيث ان القصور فى أى جانب منها يؤثر سلبا على الجوانب الأخرى . وهو مايدفع مرة أخرى الى التأكيد على شمول السياسة الاجتماعية وأهمية توجهها لهذه الاحتياجات الانسانية .

ثالثا : العوامل غير الديموجرافية التى تؤثر على المسنين

يمكن تصنيف العوامل التى تؤثر على ظاهرة تعمر السكان (أو المسنين) الى نوعين :

أولهما ، عوامل مباشرة تتعلق بالمتغيرات الديموجرافية ، وهى تتمثل أساسا فى تغيرات تطرأ على عناصر النمو السكانى ؛ وهى الخصوبة والوفاة والهجرة . وتوضح المتابعة لعملية التعمر فى الدول المتقدمة أن الخصوبة - حتى الآن - هى المحدد الرئيسى لتعمر السكان ، حيث أن انخفاض الخصوبة ينطوى على نقص فى عدد المواليد ، ويؤثر هذا النقص على حجم السكان فى الفئة الأولى فقط من العمر ؛ فتتقلص قاعدة الهرم ، ويبدأ شكله فى التغير . أما الوفيات فانها تؤثر فى كل الفئات العمرية ، وتحدث تناقصا فى فئات الأعمار ، وبذلك فانها لاتؤثر فى شكل الهرم الا بمقدار التفاوت فى تغير الوفاة بين مجموعات السكان العمرية . وبوصول معدلات الوفيات الى أدنى حد لها ، يصبح من المتوقع ازدياد أعمار المسنين ، وبالتالى زيادة نسبتهم فى قمة الهرم السكانى . أما الهجرة الى الخارج ، فان آثارها ترتبط بالدول التى تتسم بمعدلات هجرة مرتفعة (حالة الأقطار العربية غربى آسيا) ، والتعمر فى هذه الحالة لايكون فقط بسبب نقص فى أعداد الفئة العمرية الوسطى للسكان، ولكن أيضا بسبب نقص عدد المواليد نتيجة انخفاض عدد السكان فى أعمار الانجاب (٢٥) .

ثانيهما ، مجموعة من العوامل غير المباشرة ، تتمثل فى تغيرات اجتماعية واقتصادية وسياسية وثقافية ، تؤثر على ظاهرة التعمر أو نسبة المسنين فى التركيب السكانى . وسوف نركز فيما يلى على هذه العناصر غير الديموجرافية ، بمزيد من التفاصيل ، وذلك على النحو التالى :

١ - تتجه نسبة كبار السن الى التزايد على وجه العموم بسبب تطور وسائل العناية والرعاية الصحية . وبالتالى فانه

---

(٢٥) سعد زغلول أمين ، م . س . ذ . ، ص ص ١٧ - ١٨ .

من المتوقع تزايد نسبة المسنين فى التركيب السكانى فى الأقطار العربية عام ٢٠٢٥ ، والتى بدأت بالفعل تتزايد فى غالبية هذه الأقطار . كذلك من المتوقع - نتيجة للتقدم الصحى ، وتوفير سبل الرعاية الصحية - طول فترة عمر المسنين أكثر من ٦٠ سنة ، مع ارتفاع متوسط توقع الحياة الى ٦ر٧٠ عاما للذكور ، و ١ر٧٦ للاناث .

٢ - تتأثر نسبة المسنين فى المجتمعات العربية **بتوفير الخدمات الاجتماعية** الأساسية ، والتى تتمثل فى ضمان الدخل الملائم من خلال آليات الضمان الاجتماعى وتطويرها ، وضمان الاسكان الملائم ، وتوفير فرص العمل والتعليم المستمر ، وسبل الترفيه والترويح والاتجاه العام فى الأقطار العربية بالمنطقة يسير نحو دعم الرعاية الاجتماعية للمسنين .

٣ - تؤثر **الحروب المتتالية** - والتى تركزت غالبيتها فى الدول العربية غربى آسيا - على هيكل السكان ونسبة المسنين ، ومن المتوقع أن تمتد آثارها الى عدة عقود أخرى . فالمنطقة قد مرت بعدد من الحروب ، منذ حرب ١٩٥٦ ، وحرب ١٩٦٧ مع اسرائيل ، ثم حرب الاستنزاف حتى حرب أكتوبر ١٩٧٣ ، والحرب الأهلية فى لبنان ، والحرب العراقية - الايرانية ، والانتفاضة الفلسطينية ، والحرب التى أعقبت غزو العراق للكويت .

ويخوض هذه الحروب بالأساس فئة الشباب ، وبالتالى فهم القطاع السكانى الأكثر تعرضا للخطر ، وهو الأمر الذى يحدث تأثيراته على الهيكل السكانى من ناحية ، ويؤثر سلبا على عملية تخصيص الموارد للرعاية الاجتماعية للمسنين من ناحية أخرى . وللأسف لا تتوفر بيانات دقيقة عن الخسائر التى أحدثتها هذه الحروب وراح ضحيتها عشرات الآلاف ، كما لا تتوفر بيانات عن تأثيراتها الدقيقة فى الهيكل السكانى .

٤ - **تأثيرات الهجرة السكانية على ملامح الهيكل السكانى وعلى طبيعة الأدوار الاجتماعية فى الأسرة العربية** . وهنا يتجه الاهتمام ليس الى الهجرة بصفتها عاملا ديموجرافيا ، ولكن

الى الآثار الاجتماعية والثقافية لها . فاقليم الاسكوا يتميز بأنه يضم بصفة رئيسية مجموعة الأقطار المصدرة للعمالة (مصر وسوريا والأردن واليمن) ومجموعة الأقطار المستوردة للعمالة (أقطار الخليج العربى) . وعادة ما تتركز الهجرة فى الشريحة الشبابية ، مما يترك آثاره على ملامح الهيكل السكانى الذى ترتفع فيه نسبة المسنين . كما تؤثر الهجرة على طبيعة الأدوار الاجتماعية والاقتصادية للمسنين ، مما ينعكس على حرمان هذه الفئة من المصدر التقليدى للرعاية فى المجتمعات العربية ، وهو الأبناء .

٥ ـ من أهم العوامل الاجتماعية التى تؤثر على المسنين فى المجتمعات العربية ، التحول من المفهوم التقليدى "للأسرة الممتدة" الى مفهوم "الأسرة النواة" . ويعنى النمط الأول تكاتف أفراد الأسرة فى العملية الانتاجية وتعايش أجيالها معا ، حيث تكون رعاية المسنين هى مسئولية الأسرة أساسا . بينما يشير نمط الأسرة النواة الى أسرة صغيرة تقتصر على الزوجين والأبناء ، ولا يتعايش أجيالها معا .

لقد أدى هذا التغير الى تأثيرات عميقة فى القيم العربية التى اعتادت اضفاء قدر كبير من المكانة الاجتماعية على كبار السن وتحمل مسئوليات رعايتهم . **وهنا يبرز العامل الثقافى كعامل حاسم فى التأثير على الوضع الحالى والمستقبلى للمسنين ؛ فالتحديث** ارتبط بقدر كبير من النزعة الفردية والاستقلالية للأسرة العربية المعاصرة أثر على مستوى رعاية المسنين ، والذى ينعكس بدوره على الهيكل السكانى .

٦ ـ هناك عوامل اقتصادية واجتماعية أخرى تؤثر فى "ظاهرة التعمر" بالمنطقة العربية ، تتمثل فى عمليات التحضر "Urbanization" ، **والتصنيع** "Industrialization" . فقد أدى كل منهما تدريجيا الى أضعاف النمط التقليدى للأسرة ، حيث كان هناك دور خاص يلعبه المسنون فى المراحل المختلفة لأعمارهم . كذلك فان **التغيرات فى الاقتصادات العربية** ، ومن أهمها الميكنة الزراعية ـ باعتبار أن النشاط الزراعى من

أكثر المجالات التى تتيح فرص المشاركة الاقتصادية للمسنين - كان لها هى الأخرى تأثيراتها فى توفير فرص العمل للمسنين . يضاف الى ذلك **اتجاه المرأة العربية الى العمل ، وتغير الأدوار التقليدية داخل الأسرة** ، والذى قلل من فرص رعاية المسنين .

كل هذه العوامل - الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية - تلعب دورها فى التأثير على ظاهرة التعمر فى الأقطار العربية غربى آسيا ، وهى تتفاعل مع العوامل الديموجرافية (الخصوبة والوفاة والهجرة) لتصيغ فى النهاية ملامح الظاهرة .

رابعا : مراجعة وتقويم للمؤسسات المسئولة عن تنفيذ سياسات وبرامج المسنين (الصحة ، والاسكان ، والتعليم) :

من المهم قبل مراجعة وتقويم المؤسسات المسئولة عن تنفيذ السياسات الموجهة الى المسنين فى الأقطار العربية غربى آسيا ، أن نتوقف قليلا أمام **بعض الملاحظات التى تحدد ملامح هذه السياسات :**

١ - السياسات العامة "Public Policies" هى فى أبسط تعريفاتها مجموعة من الأهداف العامة المحددة التى تصاحبها مجموعة من الوسائل القادرة على تحقيق هذه السياسات . وغالبا ما تنعكس هذه السياسات فى شكل برامج ،يتوجه كل منها الى أحد المجالات التى تستهدفها السياسة العامة . بهذا المعنى هناك علاقة ارتباط قوية بين السياسة العامة (بما تتبناه من أهداف ووسائل) وبين البرامج . فتتسم الأولى بالشمول والكلية ، وتتضمن فلسفة عامة ، والثانية - أى البرامج - تتسم بالجزئية وبارتباطها بمجال محدد . وفى هذا السياق ، فان أول ما يطرحه هذا التقرير من ملاحظات **يتعلق بمدى توفر سياسة عامة معلنة تتبناها الدول العربية فى مجال المسنين** . فالملاحظ أن ما تقدمه المؤسسات المختلفة من خدمات لا يرقى - على وجه العموم - الى مستوى السياسة العامة بقدر ما هو برامج جزئية تتضمن عدة خدمات موجهة الى شريحة المسنين ؛ وبالتالى فان هذه البرامج تفتقد الفلسفة العامة التى تربط بين هذه البرامج المتناثرة ، والتى لاتتعدى "خدمات رفاهة" فى بعض الأقطار العربية ، أو "الحد الأدنى من الخدمات الأساسية" فى أقطار أخرى .

٢ - **تتحدد ملامح هذه السياسات أو البرامج الموجهة الى المسنين بأربعة عوامل أساسية أولها** ، ادراك الحكومة لحجم هذا القطاع وخصوصية مشكلاته ؛ **ثانيها** ، المواد المادية والبشرية المتوفرة للسياسات الاجتماعية ، بما تتضمنه من عمليات تخصيص الموارد ، وضغوط لمواجهة المشكلات الاقتصادية والاجتماعية . ثالثها ، الدور الذى يلعبه القطاع الأهلى فى كل قطر عربى بالمنطقة وما يتسم به من مرونة وسرعة للاستجابة الى الاحتياجات والمشكلات الخاصة بالفئات الاجتماعية .

ورابعها دور التعاون الدولى والتنظيمات الدولية - ومن أهمها الأمم المتحدة - فى التنبيه للخطورة الحالية والمستقبلية لمشكلات قطاع المسنين وتوفير أشكال من الدعم لتنشيط الاهتمام بهذا القطاع .

٣ - تعانى غالبية دول العالم - خاصة الدول النامية - حين تواجه مثل هذه المشكلات الخاصة بالفئات السكانية ، من عدم توفر الموارد الكافية لوضع قضايا المسنين بين أولويات جدول الأعمال ، ومن وجود فجوة بين السياسات والبرامج التى تتبناها (ان وجدت) وبين عملية التنفيذ . وتزداد حدة المشكلة الأخيرة فى ضوء ما يعرف "بالفجوة الزمنية "Time Lag" (٢٦) بين اكتشاف واقع المسنين وتبنى سياسات وبرامج من جهة ، وبين ظهور آثار هذه السياسات والبرامج (أو جنى ثمارها) من جهة أخرى .

٤ - تتحدد فاعلية عملية تنفيذ السياسات والبرامج الموجهة الى المسنين بأداء المؤسسات المختلفة المسئولة عن التنفيذ . ونلاحظ فى حالة الأقطار العربية غربى آسيا ، اختلاف حداثة هذه المؤسسات بين الأقطار المختلفة ، واختلاف مستويات المهارة الفنية والادارية بينها ، كما نلاحظ ايضا أن الاتجاه العام للأداء يفتقد التكامل والتنسيق بين المؤسسات المتنوعة والتى يتبع كل منها جهة ادارية مختلفة (وزارة الشئون الاجتماعية والعمل والتأمينات الاجتماعية والصحة والاسكان والأوقاف والتعليم والثقافة ...) .

٥ - من المهم أن نأخذ فى اعتبارنا - حين نقيم أداء المؤسسات المسئولة عن تنفيذ سياسات وبرامج المسنين - طبيعة السياسة التشريعية التى تتوجه نحو فئة المسنين . فهذه السياسة تحدد الضمانات القانونية لرعاية المسنين ، سواء فى دساتيرها أو نظمها الأساسية من جهة ، أو فى القوانين الاجتماعية من جهة أخرى (قوانين الضمان الاجتماعى الخاصة بالتأمينات الاجتماعية والصحية والمساعدات الاجتماعية ...) .

---

(٢٦) Ken Tout, Aging in developing countries, oxford university press, (New York : 1989) PP.247 - 248 .

ويلاحظ بهذا الخصوص أن كافة دساتير ونظم الأقطار العربية غربى آسيا تتضمن نصوصا تلزم الدولة بتوفير نظم للضمان الاجتماعى والرعاية الاجتماعية والصحية للمواطنين . وهى فى الأغلب تشير الى حالات "الشيخوخة والعجز معا" (م/٧ من النظام الأساسى لدولة قطر ، م/٥ من دستور البحرين ، م/١١ من الدستور الكويتى، م/١٧ من الدستور المصرى ...) ، وتضعها ضمن الحالات المؤقتة أو الطارئة التى تحتاج الى رعاية خاصة ، دون اعتبارها مرحلة من المراحل الطبيعية الدائمة التى تستلزم الاهتمام بشكل مستمر ودائم . يرتبط بذلك أننا نجد فى القوانين الاجتماعية نفس هذه الرؤية لمرحلة الشيخوخة التى تنطلق من النظرة الانسانية ، والتى تنعكس على طبيعة الرعاية الاجتماعية والصحية للمسنين ، وطبيعة الدور الذى يمكن أن يقوموا به فى هذه المرحلة . من أمثلة انعكاسات السياسة التشريعية على المسنين ، قصور التغطية والشمول للتأمينات الاجتماعية ، وعدم ارتباطها بالتأمينات الصحية (فى أغلب الأقطار محل البحث) ، وربط المساعدات الاجتماعية ، أو مايعرف باسم معاش الشيخوخة فى بعض الأقطار بالذكور ، وليس الاناث ، (مادة ٣ ، ١٢ من قانون الضمان الاجتماعى القطرى ، الذى لا يمكن المرأة من الحصول على معاش الشيخوخة مثل الرجل) وكذلك ربط المساعدات الاجتماعية بحالات الفقر الشديد والعجز لدى المسنين (مصر و دول الخليج) . ويشير كل ذلك الى الهدف الانسانى الذى تعين وراء تقديم المساعدات العامة دون الأخذ بالنظرية الحديثة بشأن رعاية المسنين وتوفير احتياجاتهم المتنوعة وتحقيق أكبر اسهام ممكن فى التنمية .

٦ ـ تتجه الملاحظة الأخيرة الى تأكيد التفاعل بين السياسات والبرامج المختلفة الموجهة الى المسنين . فتنفيذ البرامج الصحية يتحدد بكفاءة وفاعلية البرامج الموجهة لدعم الدخل والرعاية الاجتماعية ، كما أن تنفيذ برامج اسكان المسنين يتأثر بالسياسة التشريعية وتوجهاتها كما ويتأثر ، فى الوقت نفسه بعملية تخصيص الموارد . ومن ناحية أخرى ، فان برامج الاسكان تؤثر فى البرامج الصحية ، وتتفاعل الأخيرة مع التعليم والثقافة والوعى لتصيغ فى النهاية أوضاع المسنين .

خلاصة الملاحظات السابقة اذن ، هى التأكيد على مفهوم الشمول والتفاعل فى تحديد كفاءة السياسات والبرامج التى تستهدف المسنين . ونطرح فيما يلى عرضا وتقييما للمؤسسات المسئولة عن تنفيذ بعض سياسات وبرامج المسنين فى مجالات الصحة والاسكان والتعليم :

أ - المؤسسات المسئولة عن تنفيذ سياسات وبرامج الصحة

تمثل الرعاية الصحية - فى المداخل الحديثة لدراسات المسنين - جزءا من الرعاية الاجتماعية بالمعنى الشامل أو المتكامل ، وبالتالى فان أحد معايير التقييم فى هذا المجال أن تكون برامج الرعاية الاجتماعية مترابطة وفى سياق واحد . فبرنامج التغذية مثلا يجب أن يستغل لتنشيط الاتصالات الاجتماعية والارشاد القانونى والاكتشاف المبكر للأمراض . وبعض النماذج المتقدمة من نوادى المسنين فى الأقطار العربية تسعى الى تقديم الرعاية الصحية (خاصة ما يتعلق منها ببرامج التغذية والكشف المبكر عن الأمراض) والرعاية الاجتماعية فى آن واحد .

ومن ناحية أخرى ، فان الادراك الجديد للرعاية الصحية يستند الى أنه مدخل للتخفيف من أعباء الاعالة ، ومن هنا تتوفر جدوى اقتصادية لأداء الخدمات الصحية . ويشير مجمل الرعاية الصحية الى رعاية طبية (جسمانية ونفسية) ، وارشاد صحى ، خاصة فى مجال تغيير العادات الغذائية ، بالاضافة الى رعاية اجتماعية باعتبارها أحد محددات الحالة الصحية للمسنين (٢٧) .

وقبل تناول المؤسسات التى تقوم بأداء الخدمات الصحية الموجهة الى المسنين ، من حيث طبيعتها ومسئولياتها فى الأقطار العربية غربى آسيا ، من المهم الاشارة الى أن

---

(٢٧) د. عبد المنعم عاشور ، "المسن مريضا" ، فى : نحو رعاية متكاملة للمسنين ، م . س . ذ ، ص ٦٥ .

المفهوم السابق الشامل للرعاية الصحية للمسنين يصعب توافره في الاقطار المذكورة . فالرعاية الصحية المتكاملة ، والتى تتطلب مراكز خاصة دائمة للمسنين ، كما تتطلب توفير رعاية ومتابعة منزلية لهم ، تكلفتها باهظة ، وتحتاج الى دراسات مسحية أو وبائية لتحديد الحالة الصحية للمسنين واختلافاتها بين الريف والحضر ، وكذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بها . الا أنه فى الوقت نفسه نلحظ **تفاوتا فى طبيعة الخدمات الصحية المقدمة للمسنين ، ومدى كفاءتها بين الاقطار العربية المختلفة** ، وذلك وفقا لمجموعة العوامل التى سبق الاشارة اليها فى الملاحظات التى تقدم لهذا الموضوع .

هناك عدد من المؤسسات التى تتحمل مسئوليات أداء الخدمات الصحية الخاصة بالمسنين ، وهى تتمثل فى :

١ ـ أقسام خاصة بالرعاية الصحية للمسنين فى بعض المستشفيات العامة التابعة للحكومة . وهذه الأقسام تقوم بتقديم خدمات الصحة لبعض فئات المرضى من المسنين ، خاصة غير القادرين منهم على تحمل تكلفة العلاج أو الذين تفرض ظروفهم المعيشية الحياة المستقلة ، أو هم فى حاجة الى العلاج الدائم . وهذه الأقسام بالمستشفيات العامة ، نجد نموذجا لها فى مصر ، منها ما يهتم بالصحة النفسية ، ومنها ما يهتم بالصحة الجسمانية . وهى لا تتوفر الا فى أربعة مستشفيات فقط بالقاهرة وليس الأقاليم ، وهى تتبع وزارة الصحة . أما فى الأقطار العربية الأخرى التى توفر الرعاية الصحية المجانية الشاملة للمواطنين ، فهى لا توفر هذا النمط من الأقسام الخاصة بالمسنين .

٢ ـ مستشفيات ومراكز صحية تتبع نظام التأمين الصحى للمسنين ، ويطلق عليها فى بعض الأقطار المؤسسات العلاجية ، (حالة مصر) وهى تكمل نظام التأمينات الاجتماعية من خلال التأمين الصحى ، حيث أن الأخير لا يدخل ضمن نظام التأمين الاجتماعى فى غالبية الأقطار العربية (فيما عدا العراق ، التى توفر التامين الاجتماعى الشامل) . وتشير الدراسات الخاصة بالمستفيدين ـ من شريحة المسنين ـ بنظام التأمين الصحى الى محدودية نطاقه ، فهو يقتصر على المحالين الى المعاش من العاملين فى الحكومة والقطاع العام . وتتراوح

نسبة الخصم من قيمة المعاش (فى الأقطار التى تطبق هذا النظام) من ١ ٪ الى ٢ ٪، وفى حالة مصر يحق لأرملة الموظف الحصول على هذه الخدمة مقابل خصم ٢ ٪ . ويشير أحد التقارير الصادرة عن الهيئة العامة للتأمين الصحى فى مصر (عام ٨٥ / ١٩٨٦) الى أن متوسط نفقات علاج المؤمن عليه صحيا من ذوى المعاشات يبلغ حوالى ستين جنيها فى السنة ، بينما تبلغ فى المعتاد للمواطنين البالغين أقل من ٦٠ سنة حوالى ٢٨ جنيها فى المتوسط . وهو الأمر الذى يوضح احتياج المسنين الى رعاية متخصصة ، وفى نفس الوقت يوضح ارتفاع متوسط الخدمة الصحية الخاصة بهم .

٣ - مراكز خاصة ومتخصصة لعلاج المسنين . ولاتتوفر لدينا بيانات عن هذه المراكز فى الأقطار العربية محل البحث الا فى مصر ، حيث يوجد مركزان تابعان لكليتى الطب بجامعة الأسكندرية وجامعة عين شمس يقدمان خدمات متخصصة للمسنين . وهذه المراكز تابعة لكل من وزارة الصحة ووزارة التعليم العالى معا .

٤ - رعاية صحية تقدم فى كافة الأقطار العربية غربى آسيا ، لنزلاء دور المسنين ، وهى تمثل نوعا من الرعاية الدائمة . الا أنه من المهم ملاحظة أن هذه الدور محدودة على وجه العموم ، ولا تستوعب الا نسبة قليلة من المسنين . وبالتالى فان تغطيتها محدودة ، بالاضافة الى تركيزها على المتابعة الصحية العامة ، وتمريض الحالات الصحية المتقدمة من المسنين فى هذه الدور .

ويقوم بالاشراف على هذه المؤسسات - فى أغلب الحالات - الجمعيات الأهلية التابعة لوزارة الشئون الاجتماعية . ويلاحظ فى بعض الحالات (مصر والأردن) أن وزارة الشئون الاجتماعية تقوم بالدعم المالى الرئيسى لهذه الجمعيات لكى تقوم بالاشراف على عمليات ادارة وتشغيل دور المسنين . ويبلغ عدد هذه الدور فى مصر ٥٢ دارا ، يتركز أغلبها فى القاهرة والاسكندرية (٣٦ دارا للمسنين) ، ويتوزع الباقى على ثمان محافظات . ويعنى ذلك أن أقل من نصف محافظات الجمهورية به دور للمسنين ؛ وبالتالى يوفر مستوى معينا من الرعاية الصحية ، بينما لا تتوفر هذه الدور فى

١٥ محافظة أخرى (أى الغالبية) . وتشير بيانات تعداد ١٩٨٦ الى أن اجمالى عدد المسنين فى مصر (أكثر من ٦٠ سنة) يبلغ ٣ر٠٩٦ر٠٠٠ نسمة ، بينما تستوعب دور المسنين ٢٥٠٠ مسنا فقط (بنسبة ٠٨ر٪ من مجموع المسنين) (٢٨). ويؤكد ذلك محدودية نطاق المنتفعين بالرعاية الصحية الدائمة ، خاصة اذا أخذنا فى الاعتبار أن نسبة محدودة (١ر٧ من المسنين) تستفيد - فى حالة مصر - من خدمات التأمين الصحى (٢٩) .

وتوضح متابعة عدد دور المسنين فى الأقطار العربية الأخرى بغربى آسيا ، محدوديتها ، وبالتالى ضيق نطاق الخدمات الصحية التى يستفيد منها المسنون . فهذه الدور فى حالة الأردن لا تزيد عن ثلاث وتستوعب عدة مئات ، وهو الأمر الذى يتكرر فى غالبية أقطار المنطقة محل البحث ، مما يشير الى ضرورة تبنى نظم رعاية صحية دائمة للمسنين - سواء المنزلية أو بالمستشفيات العامة المتخصصة - تكون قادرة على توفير الخدمات الصحية لأكبر عدد ممكن .

٥ - ومن المهم ملاحظة أن قصور نظام التأمين الصحى من جهة ، وغياب نظم الرعاية الصحية الدائمة من جهة أخرى ، تواجهه بعض الأقطار العربية غربى آسيا من خلال نظام العلاج الشامل المجانى للمواطنين (الأردن ومعظم أقطار الخليج العربى) . ويخصص البعض منهم مراكز العلاج التأهيلى لكبار السن .

ويلاحظ أن هناك حاجة شديدة الى اجراء مسوح وبحوث ميدانية ، خاصة لفئة المسنين ، وذلك للتعرف على حالتهم الصحية من جانب ، وتحديد مطالبهم واحتياجاتهم الصحية من جانب آخر . وهناك ندرة شديدة فى البحوث الميدانية الخاصة بقطاع الصحة والتغذية للمسنين ، وتشير هذه البحوث المحدودة الى بعض نتائج يمكنها أن تساهم مساهمة كبيرة فى ترشيد

---

(٢٨) مارى أرمانيوس ، "تطوير الرعاية المتكاملة للمسنين فى مجال الخدمة الأجتماعية" ، فى : نحو رعاية متكاملة ... ، م . س . ذ . ص ٢٤١ .

(٢٩) عادل عازر ، "العدالة الأجتماعية للمسنين" ، فى نفس المراجع ، ص ١١٥ .

السياسات والبرامج الصحية . فهناك حاجة كبيرة لدى غالبية المسنين لتوفير "برامج ارشاد غذائى" ، حيث أن نسبة كبيرة منهم تستمر فى اتباع عادات غذائية ملائمة تؤثر على نظام التغذية وتسبب مضاعفات صحية يصعب مواجهتها فيما بعد . ويمكن أن يتم ذلك من خلال التليفزيون والاذاعة ومن خلال الجمعيات الأهلية ونوادى المسنين والمراكز الصحية المختلفة . وقد أشارت هذه البحوث - فى نتائجها - (٣٠) الى أن عدم اتباع نظام غذائى يناسب هذه المرحلة العمرية يرجع الى عدة أسباب قد ترتبط بالفقر والحالة الاقتصادية ، وقد ترتبط بالعادات الغذائية وضعف قدرة المسنين على التكيف مع متغيرات فسيولوجية جديدة .

كذلك تشير نوعية أخرى من البحوث - التى تهتم بالصحة النفسية - الى تأثيراتها على الصحة الجسمانية للمسنين ، والى تأكيد مفهوم الرعاية الاجتماعية المتكاملة ، حتى يمكن مواجهة الآثار النفسية لشعور المسنين بالوحدة والعجز . وتوصى هذه البحوث بتوجيه قدر من الاهتمام لاعداد مجموعة من الاخصائيين النفسيين والاجتماعيين القادرين على مساعدة هذه الفئة فى التكيف مع المرحلة العمرية التى يمرون بها (٣١) .

وأخيرا ، فان أحد المجالات شبه الغائبة فى مجال أداء خدمات الصحة فى الأقطار العربية هو العناية بالفريق الطبى المعاون ، وبالتحديد التمريض المتخصص لمتابعة حالات المسنين (٣٢) . وهو مايستلزم تدريبا خاصا لهذا الفريق المعاون يشمل جوانب نفسية وطبية واجتماعية تفيد فى مزيد من التفهم لحالة المسنين .

---

(٣٠) د. سمية لاشين ، "التغذية لدى المسنين" ، فى نفس المرجع ، ص ٩٧ - ١٠٢ .

(٣١) زين العابدين درويش ، "الأعداد المهنى للأخصائى النفسى فى مجال المسنين" ، فى نفس المرجع ، ص ص ٢٦١ - ٢٦٣ .

(٣٢) د. شهرزاد غازى ، "تطوير الرعاية المتكاملة للمسنين فى مجال التمريض" . فى نفس المرجع ، ص ص ٢٢٧ - ٢٣٠ .

تقوم بتقديم خدمات صحية للمسنين فى الأقطار العربية غربى آسيا ، وتحتاج هذه الخدمات لاطار شامل يربط فيما بينها أو سياسة عامة تنطلق منها ، وهى بالتالى - فى أغلب الحالات - تفتقد التغطية الشاملة لكافة فئات المسنين ، كما تفتقد التنسيق فيما بينها . واذا أخذنا فى الاعتبار عدم توافر مؤشرات دقيقة حول طبيعة المنتفعين من هذه الخدمات ، وما يتوافر هو تقارير حول أداء الخدمات وعدد المنتفعين ، يمكننا أن نتبين حاجة قطاع الخدمات الصحية للمسنين الى مزيد من عمليات التقويم . فقد يكون غير المنتفعين بهذه الخدمات هو القطاع الأعرض من المسنين ، أما بسبب افتقاد الوعى الصحى (خاصة فى الريف والبادية) ، أو بسبب افتقاد المعلومات حول مصادر الخدمات .

كذلك نخلص مما سبق الى أن الغالبية العظمى من مراكز تقديم الخدمات الصحية ينتقل اليها المسنون (باستثناء دولة البحرين ، حيث توجد وحدات علاجية متنقلة) ، وهو ما يشير الى افتقاد الرعاية المباشرة الميدانية ، ويؤكد على أهمية أسلوب "القوافل العلاجية المتنقلة" .

ب - المؤسسات المسئولة عن تنفيذ سياسات وبرامج الاسكان

يعتبر مجال الاسكان من أهم ميادين الرعاية الاجتماعية للمسنين ؛ فهو أحد العوامل الرئيسية التى توفر الأمن النفسى والاجتماعى لهذه الشريحة العمرية . والاتجاه العام لدى الغالبية العظمى من المسنين (الاستثناء هو الحالات المرضية المتقدمة) هو تفضيل الحياة المعيشية فى بيئاتهم الأصلية . وقد سبق الاشارة فى القسم الثانى من هذا التقرير الى نتائج بحوث ميدانية طبقت فى عدة أقطار عربية بمنطقة غربى آسيا ، واتفقت جميعها على نقاط رئيسية تتعلق بالاسكان. من أهمها مايلى :

- تفضيل المسنين للحياة المعيشية التى اعتادوا عليها من قبل .

- النسبة المحدودة منهم التى تقيم فى دور رعاية المسنين ، وهى محدودة ، اما لأنها مضطرة الى ذلك بسبب ظروف أسرية ، أو

لأنها تعانى من تفاقم الحالة الصحية .

- تختلف الأقطار العربية فيما بينها فى اهتمامها بدور المسنين ، فالبعض يتوافر لديه نسبيا عدد كبير منها (فى حالة مصر ٥٢ دارا للمسنين) ، والغالبية العظمى لديها بين ثلاث وسبع دور للرعاية الدائمة للمسنين .

- التغيرات القيمية والاقتصادية والاجتماعية التى أدت الى تغير نمط الأسرة والتأثير على طبيعة أدوار أعضائها ، هى التى فرضت ميل الحكومات العربية - أخيرا - الى انشاء دور رعاية المسنين . ومع ذلك ، فما زالت قيمة رعاية كبار السن هى الغالبة على سلوك الأسرة العربية باعتبارها جزءا من الثقافة الاسلامية .

ان العوامل السابقة مجتمعة توضح أهمية توافر سياسات وبرامج لاسكان المسنين، ويتخذ ذلك عددا من المظاهر سوف نسعى الى تقييمها وتحديد المؤسسات التى تهتم بتقديم هذه الخدمات . وتتمثل هذه المظاهر فيما يلى :

١ - توفير دور لرعاية المسنين ، بعضها عام "Public" مدعم من الدولة ، والبعض الآخر خاص "Private" ، مقابل مصروفات لرعاية المسنين . وتتسم هذه الدور الخاصة بالمسنين بأنها فى معظمها تقدم الايواء الكامل ، فيما عدا بعض الاستثناءات (فى دولة البحرين والامارات) حيث توجد دور رعاية مؤقتة تستضيف المسنين فى الفترات التى لا تتمكن فيها الأسرة من رعايتهم (فترات السفر والأجازات الصيفية ...) . وهذا النوع الأخير له أهمية خاصة ، لأن من شأنه تسهيل مهمة الأسرة فى رعاية كبار السن ، وتشجيعهم على الاستمرار فى تحمل مسئولياتهم ؛ ولهذا لابد من مخاطبة المسئولين والرأى العام والقطاع الأهلى لدعم انشاء دور للرعاية المؤقتة .

وتتوافر فى أغلب دور المسنين الرعاية الصحية الدائمة ومراكز للتأهيل ونواد للمسنين ، ويلاحظ أن نسبة المستفيدين منها محدودة للغاية مقارنة بالحجم الكلى لشريحة المسنين . فدور المسنين فى المملكة العربية السعودية يصل عدد المستفيدين من خدماتها الى ١٠٠٠ شخصا فقط ، الغالبية

منهم من الاناث (٧ دور للمسنين) * . وفى سلطنة عمان لايزيد عدد المستفيدين من دور المسنين عن عدة مئات فقط ، موزعين بين مراكز التأهيل ومستشفيات وزارة الصحة ، وبين ودور للرعاية الاجتماعية تتبع وزارة الشئون الاجتماعية والعمل . يوجد أيضا فى الكويت والبحرين دور لرعاية المسنين ، وهى فى حالة الكويت تتبع وزارة الشئون الاجتماعية ، وفى حالة البحرين تتبع وزارة الصحة . ويزداد عدد دور المسنين نسبيا فى مصر (٥٢ دارا) وتشرف عليها وزارة الشئون الاجتماعية ، حيث يتحمل القطاع الأهلى - أو التنظيمات غير الحكومية - العبء الأساسى فى ادارة العمل بها . كما توجد دور للمسنين فى كل من الأردن والعراق ولبنان .

ويلاحظ أن المؤسسات التى تقوم بتنفيذ خدمات الاسكان - المتمثلة فى دور رعاية المسنين - تتركز فى ثلاث نواحي وهى : وزارة الشئون الاجتماعية والعمل ، وزارة الصحة ، والجمعيات الأهلية . كما يلاحظ أن بعض هذه الدور الخاصة برعاية المسنين قد وضعت فى لوائحها ونظمها الأساسية شروطا من شأنها عدم تشجيع الأسرة على التخلى عن دورها التقليدى فى الرعاية ، منها السعودية والبحرين وسلطنة عمان ، حيث تشترط عدم توافر الرعاية من جانب الأسرة ، وغياب مصدر للاعالة ، وحالات العجز المرضى . ويقوم باحثون اجتماعيون تابعون للمؤسسات التنفيذية المذكورة بدراسة الحالات قبل قبولها ، للتأكد من توافر هذه الشروط .

---

* توضح لائحة النظام الأساسى لدور الرعاية الاجتماعية فى السعودية أن أهداف دور المسنين (أو دور الرعاية) رعاية كل من أعجزته الشيخوخة عن العمل أو القيام بشئون نفسه وبلغ سن الستين من الذكور أو الاناث . وتحدد نفس اللائحة قبول المعاقين بهذه الدور ، وهو الأمر الذى تضمنه تعريف العاجز ، وهى بهذا تقرن مفهوم العجز (أو الاعاقة) بفئة المسنين . بينما قامت سلطنة عمان بتعديل القانون لتفصل بين فئة المسنين والمعاقين (عام ١٩٧٧) .

٢ - المظهر الآخر من السياسات والبرامج الخاصة بالاسكان فى أقطار غربى آسيا ، هو توفير أنواع من الاسكان الشعبى المدعمة من جانب الدولة ، أو المقدمة مجانا للأسر التى تقوم برعاية المسنين . من أمثلة هذا النمط ما تقوم به ادارة المساكن الشعبية بالمملكة العربية السعودية ، وكذلك ما تقوم به ادارة حكومية مماثلة بدولة قطر لتوفير مساكن ملائمة للأسر الفقيرة التى ترعى المسنين من أفرادها . من هذه الأمثلة أيضا تحمل الحكومة الكويتية أعباء ايجار المساكن ، فى حالات الضرورة بهدف رعاية المسنين ، وتتبنى دولة الامارات العربية نفس السياسة العامة .

هذا النمط الذى يستند الى تشجيع الأسرة لرعاية المسنين ، من خلال تبنى سياسة للاسكان الشعبى ، يتوفر فى الأقطار العربية بمنطقة الخليج . ولهذا تثار مشكلات على درجة عالية من الخطورة فى بعض الأقطار الأخرى (حالة مصر) التى ترتفع فيها حدة مشكلة الاسكان . وفى هذه الحالة يتحول المسنون الى عبء على الأبناء بسبب ضيق المسكن من جهة ، أو الظروف الاقتصادية من جهة أخرى . وتصبح الظروف المعيشية غير ملائمة للمسنين ، كما لاتتوافر الشروط الصحية للمسكن (حالات الاسكان العشوائى واسكان المقابر) . وكاتجاه عام ، فأن مشكلة الاسكان تصبح أكثر حدة فى الحضر عنها فى الريف ، حيث ترتبط الأخيرة أكثر بتقاليد رعاية المسنين والحياة المعيشية المشتركة .

٣ - المظهر الثالث فى السياسات والبرامج الخاصة باسكان المسنين ، يتمثل فى توفير اعانات مادية لهم للاسهام فى استمرار معيشتهم المشتركة مع الأسرة . وتلعب وزارة الأوقاف ، واللجان الخاصة بالزكاة ، وما يعرف ببيت الزكاة ، الدور الرئيسى فى توفير المساعدات المالية للمسنين ، وذلك فى غالبية الأقطار العربية بمنطقة غربى آسيا . يضاف الى ذلك تجربة بنك ناصر الاجتماعى فى مصر ، الذى يعتمد جزء رئيسي من موارده على لجان الزكاة المنتشرة فى المساجد (حوالي ثلاثة الآف لجنة) ويوجه جانبا من موارده لمساعدة المسنين الفقراء ، وتوفير الاسكان الملائم لهم . ولكن تستمر المشكلة الرئيسية أمام هذه المحاولات ، متمثلة فى محدودية الموارد

وتزاحم المشكلات الاجتماعية والاقتصادية بشكل يصعب معه وضع اسكان المسنين بين الأولويات .

ومن المتوقع - فى ضوء اتجاه نسبة المسنين الى التزايد فى الهيكل السكانى فى غالبية أقطار المنطقة محل البحث - تفاقم مشكلة اسكان المسنين . ولهذا من المهم النظر بعين الاعتبار الى مراجعة مدى كفاية وكفاءة السياسات والبرامج الحالية ، ووضع البدائل الممكنة والمخصصات المالية اللازمة لها . وهو الأمر الذى يستلزم ما يلى :

١ - دراسة علمية للاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية للمسنين فى ضوء تغيرات الخريطة الديموجرافية .

٢ - تبنى سياسة اسكان تسمح باستمرار الحياة المعيشية للمسنين بين أبنائهم وأسرهم ، وفى الوقت نفسه انشاء مزيد من دور المسنين .

٣ - وضع حوافز مالية (مساعدة مالية وخصومات ضريبية) تشجع الأسرة على استمرار رعاية المسنين .

٤ - توفير امتيازات خاصة للأبناء الذين يقومون برعاية كبار السن ، من خلال منحهم الأولوية فى الحصول على المسكن الملائم .

٥ - تبنى تغيرات تشريعية توفر الغطاء القانونى والضمانات اللازمة لاسكان المسنين .

٦ - اتخاذ اجراءات ادارية من شأنها توحيد الجهود بين المؤسسات التنفيذية المختلفة التى تلعب دورا فى مجال اسكان المسنين .

ج - المؤسسات المسئولة عن تنفيذ السياسات والبرامج الخاصة بالتعليم

يتسع مفهوم التعليم ليشمل عدة أبعاد ، أولها الاعتراف بحق المسنين فى التعليم المستمر ، ويعنى ذلك الحرص على تحقيق ارتباطهم بالثقافات المتجددة والتغيرات فى العلوم والمهن المختلفة . وهذا الارتباط من شأنه أن ينعكس ايجابا على خبرات المسنين العلمية والعملية ، كما أن من شأنه خلق أنشطة ثقافية وترويحية فى هذه المرحلة العمرية . ولعل تجربة فرنسا ، التى تسمى "جامعات العمر الثالث" ، هى النموذج الذى غالبا ما يشار اليه حين تتحدث الأدبيات عن حق التعليم المستمر . والأمر الذى ينبغى الاشارة اليه فى هذا المقام هو اقبال نسبة كبيرة من المسنين فى مصر على الالتحاق "بالجامعة المفتوحة" لاكتساب خبرات ومعارف جديدة فى مؤسسات تعليمية غير نظامية (بالمفهوم التقليدى) . ويعنى ذلك أن هناك قطاعا لابأس به من المسنين ينتظر أية فرصة لتجديد مهاراته وخبراته . ويصبح لذلك أهمية كبيرة حين نتذكر أن نسبة محدودة (لاتزيد على عشرين فى المائة) من المسنين تستطيع الحصول على فرصة عمل ملائمة بعد التقاعد .

البعد الثانى الذى يشمله مفهوم التعليم هو توفير فرص التدريب المهنى والفنى للمسنين لمساعدتهم فى ايجاد عمل مناسب ، يتفق واحتياجات السوق من ناحية ، وطبيعة قدراتهم من ناحية أخرى ، وتشتد الحاجة لهذا النوع من التعليم التطبيقى اذا أخذنا فى اعتبارنا التغيرات التكنولوجية المتسارعة ، والتى قد تجعل العمالة الماهرة بالأمس غير قادرة على العمل اليوم . ولا يعود ذلك الى محدودية انتاج المسنين ، خاصة العمالة الماهرة منهم ونصف الماهرة ، ولكنه يعود الى التغيرات المتسارعة فى التكنولوجيا ومجالات الانتاج (بما فيها الزراعة وتطوير أساليبها) . والملاحظ بهذا الخصوص افتقاد مثل هذه المراكز التدريبية التى تعكس مفهوم التعليم المستمر ، فى غالبية الأقطار العربية بالمنطقة . ولا يقتصر ذلك على المسنين ،

ولكنه يمتد الى العمالة المنظمة ، والتى لا يتم تدريبها على التغيرات التكنولوجية الجديدة فى مجالات عملها .

أما البعد الثالث فى سياسات وبرامج التعليم ، فهو حق كبار السن فى التعليم ، والذى يركز على **مفهوم تعليم الكبار** . فمن المعروف أن أكثر من ٥٠ ٪ من المواطنين العرب أميون ، وترتفع النسبة بين الاناث عنها بين الذكور ، كما ترتفع فى الريف عنها فى الحضر ، وبالتالى فان نسبة كبيرة من المسنين أميون . وتشير البيانات التفصيلية عن السمات الاجتماعية لهذه الشريحة الى ارتفاعها بين كبار السن الى درجة خطيرة . وعلى سبيل المثال فان مصر - وفقا لتعداد ١٩٨٦ - تضم ٢٣٣٩ أميا ضمن شريحة المسنين (من اجمالى ٢٩٣٣٠ نسمة) ، أى ٨٠٪ (٣٣) من المسنين فى حاجة الى برامج وسياسات لمحو أميتهم . ومن المتوقع أن تقترب هذه النسبة للمسنين الأميين من السابقة فى أغلب الأقطار العربية بالمنطقة محل البحث .

وبخصوص هذا البعد ، تلاحظ **الفجوة الكبيرة بين السياسات والبرامج المعلنة وبين الواقع** . ففى كافة الأقطار العربية توجد على المستوى الرسمى - برامج لتعليم الكبار ضمن سياسات محو الأمية ، الا أنها فى أغلبها محدودة على مستوى التنفيذ ، وتنخفض نسبة المنتفعين بها الى درجة كبيرة . يضاف الى ذلك افتقادها الشمول على المستوى القومى، وافتقاد أغلبها لمتابعة كبار السن من الذين تم محو أميتهم. وهذه المتابعة مطلب رئيسى لفاعلية برامج محو الأمية - خاصة لدى كبار السن - حيث يسهل الارتداد مرة أخرى الى الأمية .

البعد الرابع والأخير فى مفهوم تعليم المسنين هو بعد اعلامى تثقيفى ، يهدف الى توفير قنوات الاتصال الملائمة للتوجه الى هذه الشريحة السكانية بهدف التثقيف والترويح ، ومساعدتهم على التكيف النفسى والاجتماعى . وهناك مجالات أساسية ينصرف اليها هذا البعد ، من بينها توفير معلومات حول نظام التغذية المناسب فى هذه المرحلة العمرية ، وارشاد المسنين الى مصادر الخدمات المتنوعة المتاحة لهم ،

---

(٣٣) سعد زغلول أمين . م . س . ذ ، ص ٣٤ .

ومساعدتهم فى حـــل مشكلاتهم . ويمكـن أن تسهم فى ذلك وسائل الاعلام ، خاصة التليفزيون ، أما من خلال البث المباشر لبرامج تتوجه الى المسنين ، أو من خلال الفقرات والموارد الاعلامية المختلفة . ويلاحظ بهذا الخصوص أنه قد أعقب الاعلان عن العام الدولى للمسنين اهتمام من جانب وسائل الاعلام بهذه النوعية من البرامج ، وذلك فى كافة أقطار المنطقة . الا أن هذا الاهتمام متقطع ولا يتفق مع احتياجات المسنين . يلاحظ أيضا أن أحد أهداف انشاء نوادى المسنين ، فى بعض الأقطار العربية ، هو توفير قناة للاتصال المباشر مع المسنين لتقديم المعلومات الأساسية لهم (من خلال محاضرات وندوات وكتب) والقيام بدور ترفيهى وترويحى . الا أن التقويم لمحصلة هذه الأهداف قد أسفر عن نتائج متواضعة ، بسبب ضعف الأعلام عن هذه النوادى ، وعدم انتشارها الكافى فى الريف والحضر .

نتبين مما سبق أن هناك عدة مؤسسات تنفيذية فى الأقطار العربية تتبنى برامج لتعليم المسنين ، وتتبع هذه المؤسسات وزارات التعليم والاعلام والثقافة والشئون الاجتماعية . الا أن هذه البرامج فى أغلبها تتسم بالجزئية وغياب الاستمرارية ، كما تتسم بفجوة كبيرة بينها وبين السياسات المعلنة ، وبالتالى فان نسبة المنتفعين بها محدودة وفعاليتها محدودة .

خامسا ـ سياسات الضمان الاجتماعى *

تعتبر سياسة الضمان الاجتماعى فى مفهومها الحديث ، أكثر تعبيرا عن واقع التطور الذى تشهده المجتمعات اليوم ، وعلى وجه الخصوص فيما يتعلق بفئة المسنين ، اذ تشير سياسة الضمان الاجتماعى الى مجموعة من القرارات والاجراءات التى تهدف الى توفير الحياة الكريمة للمواطنين ، والتى تشرف عليها وتوجهها مجموعة من مؤسسات الدول والمؤسسات الأهلية . وبهذا المعنى فان سياسة الضمان الاجتماعى الموجهة نحو المسنين تشمل اجراءات وسياسات التقاعد ، والتأمين الاجتماعى الذى يضمن دخلا معقولا ، والتأمين الصحى الذى يستهدف رعاية المسنين ، وكذلك ضمانات توفير المسكن الملائم والرعاية الاجتماعية .

وفى هذا الاطار ، نلحظ أنه ، وان توفر نظام خاص للتعاون فى الدول العربية (فى سن الستين أو الخامسة والستين فى بعض أقطار المنطقة) ، فانه لا يرتبط باجراءات وسياسات لها صفة الشمول ، تتجه نحو ضمان استمرار الدخل المعقول ، ولا ترتبط باجراءات وضمانات لتوفير التأمين الصحى والرعاية الاجتماعية للمسنين . وهنا يمكن ابداء بعض الملاحظات حول أساسيات الضمان الاجتماعى فى الأقطار العربية غربى آسيا .

١ ـ من حيث مدى الشمول :

هناك ثغرات فى تشريعات الضمان الاجتماعى تنعكس على مدى شمولها وتغطيتها ، اذ نلحظ أن أغلب هذه التشريعات تستثنى بعض الفئات من نظم التأمين الاجتماعى ، مثل العمال الموسميون ، عمال الزراعة ، خدم المنازل ، والعمال المؤقتون . وفى بعض الحالات تتبنى الحكومات نظم المساعدات العامة أو المساعدات الاجتماعية (الكويت ، البحرين ، مصر)

---

* لمزيد من التفاصيل حول سياسة الضمان الاجتماعى ، راجع : أمانى قنديل ، عرض وتقييم نظم وسياسات الضمان الاجتماعى للمسنين (الاسكوا ، ١٩٩٠) .

بهدف توفير الحد الأدنى من الدخل لهذه الفئات ، خاصة فى حالات الشيخوخة ، ولكن هذه المساعدات تعانى من ضآلتها وعدم قدرتها على توفير الحد الأدنى الكريم لمستوى المعيشة . ومن جانب آخر ، يتضح قصور تغطية نظم الضمان الاجتماعى ، حين تستبعد بعض الأقطار العربية غربى آسيا العمالة المهاجرة - العربية والأجنبية - من نظم تأميناتها الاجتماعية ؛ وبالتالى فان حجم وحدود الاستفادة من مزايا قانون التأمين الاجتماعى بالنسبة الى المسنين يصبح محدودا (النموذج حالتا الكويت والبحرين) . هناك أقطار أخرى (مصر وسوريا) تأخذ بمبدأ المعاملة بالمثل فى مواجهة التأمينات الاجتماعية للعمالة غير الوطنية . وأخيرا ، فان بعض الأقطار (العراق والأردن) تطبق مبدأ المساواة الشاملة فى الحماية التأمينية ، سواء من أبناء الدولة ، أو من غيرها .

والخلاصة أن تشريعات الضمان الاجتماعى وتطبيقاتها فى الأقطار العربية تختلف فيما بينها فى المنافع التى توفرها للمسنين بعد سن التقاعد ، كما تختلف فى مدى شمولها وتغطيتها لبعض الفئات .

٢ - **من حيث التفاعل بين أركان سياسة الضمان الاجتماعى فى الأقطار العربية غربى آسيا** ، ترتكز هذه السياسة بالأساس على نظام التأمين الاجتماعى ، وفى بعض الأحيان يستكمل قصورها نظام المساعدات العامة أو المساعدات الاجتماعية . وبالتالى فان الأركان الأخرى لهذه السياسة ، مثل التأمين الصحى ، وتوفير الاسكان الملائم ، وسبل التعليم ، والترفيه للمسنين ، نلحظ أنها هامشية أو غير قائمة فى بعض الحالات . وفى أغلب الأحيان فان أركان سياسة الضمان الاجتماعى للمسنين تكاد تقتصر على ضمان استمرار الدخل (وان كان غير كاف) بعد سن التقاعد ، مع تبنى اجراءات متفرقة (وليس سياسات) فى مواجهة الاحتياجات الأساسية الأخرى للمسنين (الاسكان الملائم والرعاية الصحية والاجتماعية) .

٣ ـ أن ادارة سياسة الضمان الاجتماعى فى ـ أغلب الأقطار العربية بالمنطقة ـ تتوزع بين مؤسسات وجهات عديدة (وزارات الصحة والشئون الاجتماعة والعمل والتأمينات الاجتماعية والاعلام ...) ، وهو ماينعكس على سمات ادارة هذه السياسة . فبعض هذه المؤسسات تعانى من سيطرة مبدأ المركزية فى الادارة ، وبالتالى فان توفير الخدمة للمسنين لا يتحقق بالسرعة المطلوبة ، وبالكفاءة التى ينبغى أن ترتبط بها . كذلك هناك قصور كبير كمى ونوعى فى العاملين بالضمان الاجتماعى على كافة مستوياته (التأمين المادى والرعاية الاجتماعية والصحية) ، وهو مايجعل من تدريب وتأهيل العاملين قضية ملحة . ومن الملاحظ أن بعض مشكلات ادارة سياسة الضمان الاجتماعى مصدره التنسيق والاتصال بين المؤسسات المعنية بتنفيذ أركان هذه السياسة ؛ وبالتالى فقد تتسم عملية التنفيذ بعدم التوافق بين الاجراءات والقرارات المختلفة ، وتعرضها للتأثير السلبى من جانب الأجهزة البيروقراطية المختلفة . وأخيرا ، فان أحد مصادر المشكلات التى تواجه ادارة سياسة الضمان الاجتماعى ، قد يكون المنتفعين أنفسهم من المسنين وذلك نتيجة لقصور معلوماتهم حول المؤسسات الخدمية وطرق الاستفادة بالخدمات المتاحة .

٤ ـ أما من حيث **الدور الذى تلعبه مؤسسات القطاع الأهلى** (الجمعيات الأهلية) ، فهو لازال محدودا ، رغم امكانية تعظيم دوره فى مجال المسنين . فمن حيث الحجم ، نلحظ محدودية الجمعيات الأهلية العاملة فى ميدان رعاية المسنين ، والبعض منها النشط نسبيا (مثال الاردن ومصر) يعتمد غالبا على دعم الدولة المالى والادارى . ويشير ذلك الى أن المبادرات الأهلية فى ميدان المسنين لازالت محدودة ، خاصة اذا ما قورنت بمثيلتها فى ميدان المعاقين أو المساعدات الاجتماعية . ومن ناحية أخرى ، فان المفهوم الحديث لرعاية المسنين ، والذى يستند الى ادراك أبعاد هذه المرحلة العمرية ، يتطلب تعاملا مختلفا من جانب المؤسسات الأهلية مع المسنين ، يهدف الى ايجاد فرص عمل ملائمة لهم (سواء داخل هذه المؤسسات أو خارجها) ، وتوفير الرعاية الصحية والاجتماعية الملائمة .

والخلاصة أن الأركان المختلفة لسياسة الضمان الاجتماعى فى أقطار المنطقة ، تحتاج الى مفهوم حديث يربط بين كافة هذه الأركان أو الأبعاد بحيث يضمن فى النهاية شمول التغطية وكفاءة التنفيذ .

سادسا : ملخص النتائج والتوصيات

تناول التقرير فى صفحاته السابقة الأوضاع العامة لفئة المسنين فى الدول العربية غربى آسيا ، وذلك من حيث تداعيات الهيكل السكانى على التنمية الاقتصادية والاجتماعية ، ومن حيث الاحتياجات الحالية والمستقبلية للمسنين ، والسياسات والخدمات التى تتوجه نحوهم . ويمكن تلخيص النتائج العامة على النحو التالى :

١ - يمر الهيكل السكانى الحالى بتحولات سوف تؤثر على عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية فى المنطقة ، حيث تزداد نسبة المسنين فى التركيبة السكانية ، وذلك فى معظم أقطار غربى آسيا . وتبرز لنا المؤشرات الديموجرافية أنه ، بحلول عام ٢٠٢٥ ، ستصل المنطقة الى مايعرف باسم المرحلة الانتقالية ، والتى تتراوح فيها نسبة المسنين ما بين ٥٪ و١٠٪ ، بل وستشهد بعض هذه الأقطار (حالة مصر) مرحلة النضج السكانى (حيث تزيد نسبة المسنين عن ١٠ ٪) . وهذه التحولات الحالية والمستقبلية تؤثر على عبء الاعالة ، حيث يتجه للارتفاع ، كما تؤثر على انتاجية الموارد البشرية واتجاهات الاستثمار والادخار . يضاف الى ذلك تداعيات هذا التغير على عملية تخصيص الموارد ، اذ تستلزم هذه التغيرات الديموجرافية زيادة الانفاق على أوجه الرعاية الاجتماعية والصحية .

٢ - هناك مجموعة من الاحتياجات الانسانية الأساسية للمسنين تتعلق بدعم الدخل ، وتوفير الرعاية الصحية ، والاسكان المناسب ، وفرص العمل الملائمة ، والتعليم ، وسبل الترفيه والترويح . وتتفاعل هذه الاحتياجات فيما بينها بحيث ان القصور فى أى منها يؤثر سلبا على الأخرى ، وهو الأمر الذى يبرز أهمية شمول السياسة الاجتماعية .

٣ - هناك مجموعتان من العوامل المؤثرة على ظاهرة التعمر وأوضاع المسنين . تتعلق المجموعة الأولى بمتغيرات ديموجرافية تتمثل فى الخصوبة والوفاة والهجرة . وتتعلق

المجموعة الثانية بمتغيرات اجتماعية واقتصادية وثقافية وسياسية ، وهى ما ركز عليه هذا التقرير . وقد تبين أن نسبة المسنين ، فى المجتمعات العربية غربى آسيا ، تتجه نحو الارتفاع بسبب التطور الذى طرأ على الرعاية الصحية والخدمات الطبية ، ونتيجة لتوفير خدمات الرعاية الاجتماعية الأساسية ؛ هذا مع الاقرار بأن هناك تفاوتا بين الأقطار العربية بالمنطقة بخصوص مستويات الرعاية ، سواء الصحية أو الاجتماعية . كذلك فان الحروب المتتالية التى تركزت فى الأقطار العربية غربى آسيا ، والتى يخوضها بالأساس فئة الشباب ، من شأنها احداث تأثيرات على الهيكل السكانى من المسنين .

وقد أوضح التقرير أهمية التغيرات القيمية الناتجة عن تغير نمط الأسرة العربية (واتجاهها الى الأسرة النواة)، وتغير الأدوار داخلها، خاصة فيما يتعلق بعمل المرأة . برز أيضا تأثير عمليات التحديث والتصنيع والتحضر والتغير فى طبيعة الاقتصادات العربية فى أوضاع المسنين . هذا بالاضافة الى الآثار الاجتماعية المترتبة على ظاهرة الهجرة فى المنطقة ، والتى تؤدى جميعها الى تغير أوضاع المسنين والتأثير على نسبتهم فى التركيبة السكانية .

٤ - أوضحت مراجعة وتقويم المؤسسات المسئولة عن تنفيذ سياسات وبرامج المسنين (خاصة فى مجالات الصحة والاسكان والتعليم) ، تعدد وتنوع هذه المؤسسات واتجاهها الى تنفيذ برامج "جزئية" ، تتوجه نحو المسنين ، أكثر منها انعكاسا لسياسات عامة محددة الأهداف والوسائل . تبين أيضا أن البرامج الخاصة بالمسنين ، فى القطاعات المختلفة ، موضع البحث ، تتأثر بعدة عوامل ، من أهمها ادراك الحكومات لأهمية شريحة المسنين ووضع قضاياهم على جداول أعمالها ، والموارد المادية والبشرية المتاحة للسياسات الاجتماعية ، والدور الذى يلعبه القطاع الأهلى ، ودور التنظيمات الدولية والتعاون الدولى .

وقد أوضح تحليل المؤسسات المسئولة عن سياسات وبرامج المسنين أنها فى حاجة الى مزيد من التكامل والتنسيق فيما بينها ، وأن هناك فجوة بين عمليات التنفيذ وبين السياسات المعلنة . وقد تبين أن هناك تفاوتا واختلافا فى مدى كفاية وكفاءة البرامج الموجهة للمسنين فى مجالات الصحة والاسكان والتعليم ناتجا عن التفاوت فى عملية تخصيص الموارد المادية والبشرية فى المجالات المذكورة ، وعن الوزن النسبى لحجم المسنين فى الاقطار العربية غربى آسيا . عرض التقرير تفصيلا لبرامج رعاية المسنين والآليات المختلفة التى تعتمد عليها كل دولة للوصول الى القطاع المستهدف ، كذلك أبرز أهمية دراسة مشكلات المسنين واحتياجاتهم الحالية لامكانية التخطيط المستقبلى لمواجهة ظاهرة التعمر .

وفى النهاية ، يمكن صياغة بعض التوصيات المحورية التى يمكنها أن تواجه مشكلات واحتياجات المسنين ، الحالية والمستقبلية ، وذلك على النحو التالى :

١ ـ توجيه قدر من الاهتمام للدراسات المسحية والبحوث الميدانية بهدف التعرف على الواقع الاجتماعى والاقتصادى للمسنين وتحديد احتياجاتهم الحالية . وفى هذا الاطار ، نحن بحاجة الى بيانات تفصيلية تتخطى البيانات التى تتضمنها التعدادات العامة ، وذلك من حيث التعليم ، فئات الأعمار ، مصدر الدخل ، العمل ، والحالة المعيشية . يضاف الى ذلك اجراء مسوح صحية للتعرف على الحالة الصحية (الجسمانية والنفسية) للمسنين ، وبالتالى تقدير الاحتياجات الاجتماعية والصحية ، والمخصصات المالية والبشرية لمواجهة الوضع الحالى والمستقبلى .

٢ ـ دعم دور الأسرة وتشجيعها على تحمل مسئوليات المسنين من أفرادها ، وذلك من خلال امتيازات خاصة تمنح للأسرة التى ترعى المسنين . ومن أهم هذه الامتيازات توفير سكن لهذه الأسر يأخذ فى اعتباره الحالة المعيشية للمسنين ، ودعم الدخل ، وتوفير أنواع من الرعاية الصحية والمنزلية للمسنين، وخصومات ضريبية ، وغير ذلك من الوسائل التى تستطيع مساعدة الأسرة على تحمل أعباء المسنين بها .

٣ - تنمية وعى وادراك المسئولين - من صناع القرار - لأهمية التنبه الى وزن المسنين فى المجتمعات العربية ، وتوفير سياسة عامة "Public Policy" تتوجه نحو هذه الشريحة السكانية ، أكثر من مجرد برامج جزئية متناثرة فى عدة سياسات عامة . وكذلك تنمية الوعى بتداعيات تزايد نسبة المسنين فى الهكيل السكانى والتخطيط - من اللحظة الحالية - لمواجهة المتغيرات الجديدة عام ٢٠٢٥ . ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال الدور الذى تلعبه الأمم المتحدة ومنظماتها الاقليمية ، وتنظيم مؤتمرات وندوات يشارك فيها صناع القرار الباحثين فى مجالات السكان والعلوم الاجتماعية والعلوم الأساسية .

٤ - العمل على اتخاذ كافة الاجراءات الادارية التى من شأنها تحقيق أكبر قدر ممكن من التنسيق بين المؤسسات المختلفة ، والتى تقوم بتنفيذ البرامج الخاصة بالمسنين (مؤسسات الرعاية الصحية ، والاجتماعية والتعليمية ، والاعلامية ، ومؤسسات الضمان الاجتماعى والاسكان) . ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال مشاركة المسئولين والمنفذين فى دورات تدريبية وتعليمية تتوجه نحو رفع كفاءة الأداء المؤسسى .

٥ - تبنى اصلاحات تشريعية من شأنها توفير التغطية الشاملة لنظم الضمان الاجتماعى ، مع العمل على دمج التأمين الصحى تدريجيا فى هذه النظم .

٦ - تعظيم دور القطاع الأهلى وتحرير طاقاته ، لكى يتمكن من العمل بمزيد من الكفاءة والفعالية فى مجال رعاية المسنين . ففى ضوء سياسات التحرير الاقتصادى التى تتبناها غالبية الأقطار العربية غربى آسيا ، وفى ضوء التحول الى القطاع الخاص "Privatization" ، يصبح للمنظمات غير الحكومية دور أساسى فى الاستجابة السريعة للاحتياجات المجتمعية . يتطلب ذلك تغيرات قانونية من جهة ، وتشجيع المشاركة الشعبية بكافة صورها من جهة أخرى . وتستطيع هذه المؤسسات أن تستوعب جزءا لا بأس به من طاقة المسنين للمشاركة فى العمل الأهلى الذى يتوجه بالأساس نحو هذه الشريحة السكانية .

٧ ـ تبنى سياسة مرنة للعمل والتدريب والتعليم المستمر للتمكن من توفير فرص العمل للطاقات المعطلة من المسنين . ويسهم كما فى زيادة الانتاج من جهة ، وتخفيف عبء الاعالة من جهة أخرى . ويتطلب أيضا تبنى المفهوم الشامل للسياسة الاجتماعية التى تتجه نحو الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية والاسكان والاعلام فى نفس الوقت .

٨ ـ توجيه السياسة الاعلامية نحو اعطاء قدر أكبر من الاهتمام بشريحة المسنين بهدف توفير قنوات اتصال فعالة ، وتوفير المعلومات الأساسية التى يكون من شأنها مساعدة المسنين فى التكيف الاجتماعى والنفسى مع هذه المرحلة العمرية .

ملحق احصائى

نسبة المسنين فى الاقطار العربية غربى آسيا
(٦٠ سنة فأكثر عام ١٩٩٠ ، وتوقعاتها عام ٢٠٢٥)

	١٩٩٠			٢٠٢٥		
	ذكور	اناث	اجمالى	ذكور	اناث	اجمالى
البحرين	—	—	—	—	—	—
اليمن الديموقراطية	٣ر٤	٦ر٤	٦ر٤	٦ر٥	ر٧	٦ر٣
مصر	٥٦	٦ر٩	٦ر٢	٨ر١٠	٦ر١٢	٧ر١١
العراق	١ر٤	٧ر٤	٤ر٤	١ر٧	١ر٨	٦ر٧
الأردن	٨ر٣	١ر٤	٩ر٣	٨ر٤	٢ر٥	ر٥
الكويت	٣ر٣	٨ر٢	٣ر٢	٢ر١٣	٣ر٩	٣ر١١
لبنان	٧ر٧	٣ر٨	ر٨	٤ر٩	٤ر١٣	٤ر١١
سلطنة عمان	٩ر٣	٦ر٤	٢ر٤	٣ر٧	١ر٧	٢ر٧
قطر	٨ر٣	٣ر٣	٦ر٣	١ر١٥	٢ر٧	٥ر١١
سوريا	٩ر٣	٣ر٤	١ر٤	١ر٦	ر٧	٦ر٦
الأمارات	٩ر٢	٦ر٢	ر٣	٧ر٢٢	٧ر٩	٦ر١١
جمهورية اليمن العربية	٣ر٥	٦ر٥	٤ر٥	٩ر٣	٢ر٦	١ر٥
الضفة الغربية وغزة	—	—	—	—	—	—
المملكة السعودية	٧ر٣	٦ر٤	١ر٤	٣ر٨	٣ر٦	٣ر٧

Source : World Demograchic Estimates and Orojections, 1950 - 2025 (New York, United Nation, 1988) .

	١٩٩٠		٢٠٢٥	
	الذكور	الاناث	الذكور	الاناث
سوريا ٦٠ ـ ٦٤ سنة	٦٣ر٧٢	٨٦ر٥	٢٣ر٦٤	٣٠ر٧
٦٥ سنة فأكثر	٧٧ر٣٨	٦٧ر٢	٤٥ر٢٠	٥٦ر٢
الأمـــارات	ر٧٥	٦٢ر٣	٢٩ر٧٣	٦٣ر٣
	٠٨ر٣٤	٥٨ر١	٢٠ر٢٨	٧١ر٠
اليمن العربية	٨١ر٦٧	٩٢ر٦	٧١ر٦٢	٦٢ر٨
	٤٩ر٥٧	٤٥ر٤	٣٤ر٣٤	٢٧ر٤
الضفة الغربية وغزة	ـــ	ـــ	ـــ	ـــ
المملكة العربية السعودية	١١ر٧٠	١١ر٥	٥٦ر٥٥	٦٣٧
	٨٧ر٤١	٥٧ر٢	٩ر١٨	٢ر٤٧

Source : World Demographic Estimates and Projections 1950 - 2025 (New York, United Nations, 1988) .

معدلات الاعالة فى بعض الاقطار العربية غربى آسيا

	١٩٨٠	١٩٨٥
مصر	١ر٧٧	٦ر٧٦
العراق	٤ر٩٨	٤ر٩٨
اليمن	٧٥ر١١	١ر١١٥
الامارات	٥ر٤٢	٥ر٤٧
سوريا	٩ر١٠٢	٧ر١٠٣
السعودية	٦ر٨٨	٢ر٩٠
قطر	٣ر٥٠	٦ر٥٤
عمان	٣ر٨٧	٩ر٧٨
لبنان	٥ر٨٣	٢ر٧٤
الكويت	٣ر٧١	١ر٦٢

معدلات النشاط الاقتصادى للسكان فى عمر ٦٠ عاما فأكثر فى دول الاسكوا

	١٩٩٠		٢٠٢٥	
	ذكور	اناث	ذكور	اناث
البحرين ٦٠ ـ ٦٤	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
٦٥ فأكثر	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ
اليمن الديموقراطية	٧٤ر٤٠	٧ر١٣	٦١ر٥٦	٨ر٨٩
	٣٨ر٣٣	٢ر٥٧	٢ر٤٧	١٧ر٠٩
مصر	٧٠ر١١	٢ر١٣	٥٥ر٩٩	٢ر٦٥
	٣٠ر٢١	٠ر٤٩	ر١٣	ر٩٠
العراق	٧٠ر٣٥	١٤ر٨٥	ـــر٦٤	١٣ر٠٥
	٤٠ر٩٧	٧ر٢٧	٢٣ر٨٩	٣ر٢٥
الأردن	٧٣ر٦٩	١ر٠٦	٧٠ر٠٩	١ر٣٣
	٣٢ر٥٧	٠ر٤٩	ـــر٢٣	٠ر٤٧
الكويت	٦٦ر٨٠	٨ر٠٩	٦٦ر١٠	٨ر٣٧
	٣١ر٩٤	٢ر٧٧	٢٩ر٠٧	١ر٢٩
لبنان	٦٥ر٨٨	٩ر٣٧	٦٢ر٣٤	٧ر٥٢
	٣٣ر٩١	٢ر٩٧	٢٣ر٣٥	٠ر٩٧
عمان	٧٠ر١٣	٣ر٨٣	٥٥ر٤٠	٤ر٧٨
	٤٦ر٣٧	٢ر٨٧	٢٠ر٢٥	٢ر٧٥
قطر	٧٧ر٣٥	٥ر٣٢	٧٦ر٢٣	٥ر٤٥
	٣٥ر٠٧	١ر٩٨	٣٠ر٩٠	ر٨٨

الحالة التعليمية للسكان فى عمر ٦٠ سنة فأكثر
فى بعض أقطار الاسكوا

	ذكور	٥ر٦٠٠	٧٢ ٪	٦ر٢٠
البحرين ١٩٨١	اناث	٤ر٥٠٤	٣ر٩٣	٤ر٤
	اجمالى	١٠ر١٠٤	٩ر٨١	٤ر١٣
		٤٣ر٤٧٩	٣ر٦٧	٨ر٢٢
الأردن ١٩٧٩		٤٠ر١٢٧	ر٩٤	٣ر٤
		٨٣ر٦٥١	١ر٨٠	٥ر١٣
		١ر١١٢ر٦٦١	٥ر٦٥	٣ر٢٤
مصر ١٩٧٦		١ر١٥٦ر٤١٨	٧ر٩١	٧ر٣
		٢ر٢٦٩ر٠٧٩	٨ر٧٨	٨ر١٣
		١٢ر٠٥٢	٧٢	٧ر٢٢
الكويت ١٩٨٥		١١ر٣٦٠	٦ر٩٣	٥ر٦
		٢٣ر٤١٢	٥ر٨٢	٤ر١٤
		٤ر٣٦٦	٢ر٦٣	٤ر٢٤
قطر ١٩٨٦		٢ر٦٠٦	٧ر٨٦	٧ر٣
		٦ر٩٧٢	٩ر٧١	١ر١٨
		٢٢١ر١٠٠	٥ر٦٦	٢ر٢٨
سوريا ١٩٨١		٢٠٥ر٥٥٨	٥ر٩٣	٨ر٤
		٤٢٦ر٥٥٩	٥ر٧٩	٩ر١٦
		١١ر١٠٩	٤ر٨٤	٥ر١١
الامارات ١٩٧٥		٨ر٠٧٩	٥ر٩٥	٩ر٢
		١٩ر١٨٥	ر٨٩	٨ر٧

Source : Compiled Form rational censuses .

معدلات المشاركة الاجمالية فى النشاط الاقتصادى
(١٩٨٠ ـ ١٩٨٦)

	ذكور	اناث	اجمالى
الاردن	٤٠	ـــ	٢٣
الامارات	٧١	٤	٥٢
البحرين	٥٦	٩	٣٧
السعودية	٥١	٤	٣٠
سوريا	٤١	٨	٢٥
العراق	٤٢	١١	٢٧
عمان	٥١	٥	٢٩
قطر	٦٨	٩	٤٦
الكويت	٥٦	١٢	٣٧
لبنان	ـــ	ـــ	ـــ
مصر	٤٩	٥	٢٧
اليمن الشمالى	٤٥	٦	٢٥
اليمن الجنوبى	٢٦	٤٧	٦

المصدر : منظمة العمل الدولية ، النتائج الأولية لاسقاطات القوى العاملة ١٩٨٥ ـ ٢٠٠٠ .

قائمة المراجع

د. أحمد، علي فؤاد. "الابعاد الاجتماعية لرعاية المسنين". **في رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة.** ص ص ١٩٤-١٩٥.

أرمانيوس، ماري. "تطوير الرعاية المتكاملة للمسنين في مجال الخدمة الاجتماعية." في: **نحو رعاية متكاملة للمسنين.** ص ٢٤١.

الامم المتحدة. ١٩٨٨. **مسح للتطورات الاقتصادية والاجتماعية في منطقة غربي آسيا.** نيويورك: الامم المتحدة. ص ١٣٦ .

أمين، سعد زغلول. ١٩٩١. "تعمر السكان في مصر." في: **نحو رعاية متكاملة للمسنين.** م. س. ذ. د. نادية حليم (محرر). القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية. ص ٣٧.

البحرين، ١٩٨٢. تقرير عن اوضاع المسنين في سلطنة عمان. **الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية.** ص ١٣٩.

درويش، زين العابدين. "الاعداد المهني للاخصائي النفسي في مجال المسنين." في: **نحو رعاية متكاملة للمسنين** م. س. ذ. ص ص ٢٦١-٢٦٣.

د. الطحان، خالد. ١٩٩٢. "نظرة مستقبلية حول رعاية المسنين في ضوء خصائصهم النفسية". في: **رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة** م. س. ذ. - قضايا واتجاهات المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. البحرين. ص ٢١١.

عازر، عادل. "العدالة الاجتماعية للمسنين." في: **نحو رعاية متكاملة للمسنين. م. س. ذ.** ص ١١٥.

د. عاشور، عبد المنعم. "المسن مريضا." في: **نحو رعاية متكاملة للمسنين.** م. س. ذ. ص ٦٥.

د. عبد الحكيم، حجي. ١٩٩١. **مؤتمر الرعاية المتكاملة للمسنين.** القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية.

د. العرقان، محسن، و د. سيد عبد العال. "اندية المسنين، الاهمية والتقويم". في: **نحو رعاية متكاملة للمسنين.** م. س. ذ. ص ص ٢٠٠-٢١٠.

غازي، شهرزاد. "تطوير الرعاية المتكاملة للمسنين في مجال التمريض". في: **نحو رعاية متكاملة للمسنين.** م. ص. ذ. ص ص ٢٢٧-٢٣٠.

قنديل، اماني. ١٩٩٠. **عرض وتقييم نظم وسياسات الضمان الاجتماعي في الأقطار العربية غربي آسيا (الاسكوا)**. ص ٢٧.

د. لاشين، سمية. "التغذية لدى المسنين." في: **نحو رعاية متكاملة للمسنين.** م. س. ذ. ص ص ٩٧-١٠٢.

د. ناير، احمد. "وبائيات المسنين في مصر". في: **نحو رعاية متكاملة للمسنين.** م. س. ذ. ص ص ٧١ - ٩٠.

وزارة العمل والشوؤن الاجتماعية. ١٩٨٥. رعاية المسنين بالكويت. دراسة استطلاعية. الكويت. ص ١٤ و ٥٩.

References

Tout, Ken. 1989. Aging in Developing Countries: New York: Oxford University Press. pp. 247-248.

United Nations. 1990. Social Support System for the Aged in Egypt: University and National Center for Social and Criminological Research, Cairo. p. 2.

United Nations. 1990. **World Population Prospects.** p. 259

United Nations, Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA). 1992. Social Development, Population and Human Settlements Division. "Aging in the ESCWA Region." p.3

Vienna International Plan of action on Aging, World Assembly on Aging. Vienna: 1982 p. 1.

UNESCWA LIBRARY
20010615

E/ESCWA/SD/1993/WG.1/13
c.2 "A"