خدمات الرعاية الصحية وتحسين نوعية الحياة للمسنين في المملكة العربية السعودية

دراسة مطبقة على المسنين المقيمين بدور رعاية المسنين بمدينة الرياض

إعـــداد

محمد الأحمري

المحاضر بقسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

أولاً: مشكلة الدراسة:

لقد أصبح موضوع رعاية المسنين من قضايا الساعة التي تحظى بالاهتمام وأصبحت الكثير من الدول في العصر الحديث تقدم برامج متنوعة من الرعاية الاجتماعية لمواطنيها وسكانها بهدف تحقيق عدالة اجتماعية وتوفير خدمات لهذه الفئة من فئات المجتمع باعتبار أن ذلك من معايير رقي وتقدم ونهضة الدول.

ولم يأت هذا الاهتمام من فراغ وإنما يرجع الاهتمام بهذه الفئة إلى أنها أصبحت ذات تأثير واضح على التركيب السكاني للمجتمعات وخصوصاً المتقدمة مما استوجب إعادة النظر في الخدمات المقدمة لها وتطويرها بما يتناسب معهم.

والأهم من ذلك أن الإسلام يمنح المسنين حقوقاً شاملة بمقتضى حاجتهم للرعاية الأخلاقية والاجتماعية ويؤكد على عنصر الرعاية العائلية لهم، قال تعالى(وإذ أخذنا ميثاق بني إسرائيل لا تعبدون إلا الله وبالوالدين إحساناً وذي القربى واليتامى والمساكين) سورة البقرة: الآية(٨٣) وقال تعالى(وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه وبالوالدين إحساناۚإما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أفٍ ولا تنهرهما وقل لهما قولاً كريماً واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيراً) سورة الإسراء:(الآية٢٣-٢٤).

وروي عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال(ما أكرم شاب شيخاً إلا قيض الله له عند سنه من يكرمه) وقولهﷺ (من إكرام جلال الله إكرام ذي الشيبة المسلم)، فالإسلام قد وضع قيّماً ومبادئ ومعايير لا بد من الالتزام بها نحو المسنين، ومعرفة حق الكبار في السن واجب فردي واجتماعي على حد سواء لأن حكمة الله قضت أن ينتقل الإنسان من مرحلة الضعف في الصغر إلى اكتساب القوة والاستمتاع بها ثم تبدأ هذه القوة في الاضمحلال شيئاً فشيئاً إلى أن ينتهي إلى ضعف أشد.

وفي ضوء هذه الأحاديث فإن الإسلام ينطلق برعاية المسنين وإكرامهم من إطارها الأول وهو الأسر إلى إطارها الأكبر وهو المجتمع.. والمجتمع كله مطالب برعاية المسنين، فإذا لم يكن للمسن أسرة يأوي إليها، وأبناء يرعونه وقد تقدم به السن فإن واجب المجتمع والدولة توفير الرعاية الكريمة له من خلال المؤسسات الاجتماعية التي خصصت لرعايتهم وإشباع احتياجاتهم بشكل كامل ، فهذا عمر بن الخطاب ﷺ يأخذ بيد اليهودي الضرير ويرسل إلى خازن بيت المال ويقول له(انظر هذا وضرباءه فو الله ما أنصفناه إذا أكلنا شبيبته ثم نخذله عند الهرم).

ولا شك أن عدد المسنين قد تزايد في العالم، وأن كان هذا التزايد يتفاوت من بلد لآخر، إلا أن المؤكد أن ذلك التزايد في استمرار وارتفاع، ويعزي ذلك بعد تقدير الله عز وجل إلى التقدم الطبي والعناية الصحية التي يلقاها الإنسان، ولقد أوجد هذا الزيد الحاجة إلى تقديم المزيد من العناية والاهتمام بهذه الشريحة من التركيبة السكانية التي تتنامى يومًا بعد آخر.(أوراق عمل: ٢٠٠٠، ص١٣٥).

خاصة مع التغيرات السريعة التي مرت بالمجتمع والتي كان لها أثر بالغ على كبار السن، والتي كان من أهم نتائجها وجود بوادر نفرة وتقطع علاقات بين كبار السن في المجتمع وصغاره ، وبين الآباء والأبناء في بعض المجتمعات المسلمة.(المشهراوى، سميرة:١٤١٨، ص٦).

وبما أن المجتمع السعودي لا يعيش بمعزل عن العالم، بتغيراته المختلفة وخاصة في مجالات العلاقات الاجتماعية بين أفراده، فمثل تلك التغيرات والتحولات، أوجدت تغيرًا في نمط العلاقات بين أفراد المجتمع، التي بدورها أثرت على بعض الفئات الاجتماعية وبخاصة الفئات المعتمدة على الغير في رعايتها وتوفير الخدمات لها، ومنها فئة كبار السن، وتنوعت المشكلات التي يواجهها كبار السن تبعًا للتغيرات التي يواجهونها، مما حتم ضرورة دراسة التغيرات، ومن ثم رسم السياسات الاجتماعية القادرة على مواجهتها والتعامل معها.(الغريب، عبدالعزيز: ٢٠٠٥، ص ص٢٤٧-٢٤٨).

وتحقيقاً للمبادئ السابق عرضها قام المجتمع السعودي بإنشاء العديد من دور الرعاية الاجتماعية للمسنين تهدف إلى إيواء وتقديم أوجه الرعاية لكل مواطن ذكر أم أنثى إذا بلغ سن الستين فأكثر وأعجزته الشيخوخة عن إمكانية العمل أو القيام بشؤونه الشخصية بنفسه، ولا يتوفر لدى أسرته أو أقاربه الاستعداد أو الإمكانيات لرعايته، بالإضافة إلى أن الدور تقدم الرعاية للمرضى المسنين الذين لا عائل لهم ويحالون من مستشفيات وزارة الصحة على أن تثبت الفحوصات خلوهم من الأمراض المعدية والعقلية.(أوراق عمل: ٢٠٠٠، ص١٣٤).

وتعد مهنة الخدمة الاجتماعية من المهن الأساسية بدور الرعاية الاجتماعية للمسنين نظراً لأنها المهنة التي تساعد على إشباع احتياجات المسنين ومواجهة مشكلاتهم وتحسين التفاعلات والتبادلات بينهم وبين بيئاتهم وتسهيل المزاوجة بينهما بطريقة أفضل لإحداث التلاؤم الجيد بين الحاجات الإنسانية للمسنين وموارد البيئة التي يعيشون فيها، وتعتبر ممارسة الخدمة الاجتماعية مع كبار السن ممارسة معقدة تنطوي على المزيد من المتطلبات التي تحدد أهداف المهنة في هذا المجال وذلك لتعدد احتياجات كبار السن من ناحية ووجود جماعات فرعية لكبار السن الذين يواجهون المخاطر من ناحية أخرى مما يجعل هناك أهدافاً وأدواراً متضاعفة يجب على الأخصائيين الاجتماعيين القيام بها في مجال العمل مع المسنين.(أبوالمعاطى، ماهر: ٢٠٠٥، ص٣١٩).

وتعد دراسة القضايا المرتبطة بالمسنين وتقدير احتياجاتهم وتحديد مستوى الخدمات المقدمة لهم في شتى مناحي الحياة أمراً ضرورياً وحتمياً في العصر الذي نعيشه الآن وفي ضوء المتغيرات العالمية لما تشكله فئة المسنين من قطاع عريض في كافة المجتمعات سواء كانت هذه المجتمعات متقدمة أو نامية، بالإضافة إلي عدم إمكانية إغفال هذا القطاع في التنمية التي يسعى أي مجتمع إلي إحداثها وخاصة أن التنمية تتطلب تضافر جهود كل القطاعات لكي يكتب لها النجاح.

وتشير التقارير الصادرة عن الأمم المتحدة إلي الزيادة المطردة في أعداد المسنين علي مستوى العالم فقد بلغ عدد المسنين علي مستوى العالم في عام ١٩٩٧(٥٥٠) مليون نسمة ومن المتوقع أن يصل عدد المسنين في العالم عام ٢٠٢٠ إلي بليون مسن فوق ستين سنة وتبلغ نسبة كبار السن في الدول العربية(٨,٧%) من جملة السكان ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلي(١٤%) ما بين عام ٢٠٠٠– ٢٠٢٥.(الأمم المتحدة: ١٩٩٧).

ويعاني المسنون من العديد من الأمراض والمشكلات الصحية نظراً لطبيعة المرحلة العمرية التي يمرون بها والتي تتصف بالضعف العام وقلة كفاءة أجهزة الجسم، لذا فهم دائماً في حاجة إلي خدمات الرعاية الصحية المتكاملة والتي يجب أن توفرها الدولة سواء عن طريق خدمات التأمين الصحي أو توفير الأدوية التي يحتاجون إليها وتقديم الرعاية الطبية الجيدة داخل المستشفيات، بالإضافة إلي الخدمات الاجتماعية، والتي إذا ما توافرت بشكل جيد أدت إلي تحسين نوعية حياة المسنين.

وحاجات المسنين إنما هي ضرورات فردية مترتبة علي الخصائص البيولوجية والنفسية وطبيعة العلاقات الاجتماعية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة وأن إشباع هذه الحاجات يكفل التوافق الاجتماعي للمسنين ويحقق الأهداف المجتمعية في نفس الوقت.(أبوالمعاطى، ماهر: ٢٠٠٥، ص١٩٣).

كما أن عدم إشباعها بشكل كاف يُظهر العديد من المشكلات الاجتماعية والنفسية للمسن من أهمها الشعور بالإهمال والنبذ وكراهية الآخرين والتي تقودهم إلي القلق والإحباط والاكتئاب الذي ينعكس علي تقبلهم للحياة وتوافقهم مع الآخرين.(Waidman, Manton, K.; 2008, P1988).

وقد أثارت قضايا المسنين واحتياجاتهم ومشكلاتهم الاهتمام ليس علي المستوى المحلي أو الإقليمي فقط وإنما علي المستوى العالمي أيضاً وقد ظهر هذا جلياً في إعلان الأمم المتحدة عام ١٩٩٩ عاماً دولياً للمسنين واهتمام الدول العربية بإقامة المؤتمرات التي تبحث احتياجات المسنين المتعددة وأساليب إشباعها، علماً بأن المسنين في الدول العربية يتمتعون بقدر كبير من الاحترام والتقدير ويستعان بآرائهم في كثير من الأمور كمرجع اكتسب خبرات متراكمة في الحياة.

وهذا يؤكد أن الحالة الصحية والنفسية والاجتماعية للمسن ترتبط ارتباطاً وثيقاً باتجاهات المجتمع نحوه وكذلك ثقافة هذا المجتمع بشكل عام وثقافته في التعامل مع هذه الفئة بشكل خاص وقيمه ومعتقداته وعاداته وتقاليده ومشاعره تجاه المسن.

والجدير بالذكر أن الأجهزة المجتمعية المهتمة بالمسن لا تزال تحتاج إلي أقصى دعم ممكن، نظراً للتزايد المستمر والمطرد في أعداد المسنين، وما زالت لدينا بعض المواقف والاتجاهات الأسرية السلبية من إقامة غريب بالبيت أو بقائه ساعات طويلة (كجليس المسن أو الممرضة)، وإذا أخذنا في اعتبارنا ارتفاع تكاليف رعاية المسن بأنواعها، فلابد أن نسجل في نفس الوقت قصور إمكانيات الدولة وتواضع الإمكانيات المادية للغالبية العظمي من المسنين مما لا يسمح لهم بأن

يوفروا لأنفسهم الخدمات التي يحتاجونها أشد الاحتياج.(الجوهرى، محمـــد: ٢٠٠٢، ص ص١٥-١٦).

ولابد من تحليل أوضاع المسنين في المجتمع من حيث أعدادهم واحتياجاتهم ومشـــكلاتهم وأســـاليب إشباع هذه الاحتياجات وتقديم أنواع الرعاية اللازمة لهم بصورة متكاملة لأنها ضـــرورة ومطلـــب إنساني وهذا يتطلب العمل علي توحيد خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية والثقافية المكفولة لهـــم جميعاً والتوسع في قاعدة التأمين الصحي وتحقيق مطالبهم والمطالبة بحقوقهم.(الإمام، فهمى:٢٠٠١، ص٣٣).

والهدف الأسمى لرعاية المسن ليس مجرد توفير الغذاء والكساء وتدبير الضـــروريات فحســـب(مع تسليمنا جميعاً بأهمية ذلك) وإنما الغاية هي تحسين نوعية حياة الإنسان المسن وجعلها أكثر رقيـــاً وجمالاً ومتعة.(الجوهرى، محمد: ٢٠٠٢، ص٨٥).

ويجب وضع سياسة لرعاية المسنين تتضمن تحديد الهدف وكيف يمكن الوصـــول إليـــه وسياســـة الرعاية الصحية المقدمة للمسنين هي جزء من السياسة العامة للدولة في المجال الصحي تتوافق مع أيديولوجية المجتمع وقيمه وخياراته تشارك الدولة في صنعها وتقديرها بالإضافة إلـــي مؤسســـات المجتمع المدني وتوضع البرامج وأساليب التنفيذ والمتابعة وكيفية التقييم وفق خطط تسعي لإشـــباع الاحتياجات شرط إيجاد نوعاً من المساواة والعدالة الاجتماعية بين الريف والحضـــر فـــي تقـــديم الخدمات.

وإذا كانت صحة المسنين الجسمية محوراً هاماً فى خطط رعايتهم فإن صحتهم النفسية ومواجهـــة الأمراض النفسية المرتبطة بهذه المرحلة العمرية لا تقل أهمية عن النواحى الجسمية فمن الملاحظ أن هذه المرحلة يعتريها أمراض نفسية كثيرة أبرزها التوتر والاكتئاب والقلق خاصة قلق المـــوت وترجع هذه الأمراض النفسية لأسباب بيئية أكثر منها ذاتية.(إبراهيم، عبدالستار:٢٠٠٢، ص٧٧).

والمشكلات المصاحبة لكبر السن عديدة ومتنوعة من حيث طبيعتها ودرجة حـــدتها فضـــلاً عـــن مسبباتها المباشرة وغيـــر المباشـــرة ممـــا يـــوفر الكثيـــر مـــن المـــداخل لتصـــنيفها وتحليلهـــا ومناقشتها.(إبراهيم، أبو الحسن:٢٠٠٢، ص ص٢٠٢-٢٠٣).

وقد أجريت العديد من الدراسات التي حددت وفسرت المشكلات التي يتعرض لها المســـن وكـــذلك حددت الاحتياجات الخاصة بالمسن وكيفية إشباعها، ومنها دراسة(بيدرجيBader.J2005) والتي أوضحت أن الرعاية المنزلية لكبار السن تسهم في مساعدتهم علي مواجهة الأمـــراض العضـــوية وسرعة إعادتهم إلي حياتهم الطبيعية وذلك من خلال الدراسة المقارنة بين المرضي المسنين الذين يتلقون العلاج في المستشفيات والمرضي المسنين الذين يعالجون بين أفراد الأسرة والذين يشعرون بالسعادة نتيجة للرعاية من جانب أفراد الأسرة وأوصت الدراسة بضرورة وضع بـــرامج صـــحية للمسنين داخل أسرهم.(Bader. J ; Repite care ; 2005).

كما أوضحت دراسة(توسكاد نوريكوT.Noriko2008) أن رعاية كبار السن من القضايا التي يهتم بها المجتمع وإشباع احتياجاتهم الرئيسية يمثل ضرورة في اليابان، كما أنها وضعت سياسة لكبار السن تخاطب احتياجاتهم بما يُمكن من تنمية قدراتهم كما ركزت السياسة علي تنمية الرعاية داخل المنزل والتوسع في الخدمات الموجودة وتطوير الرعاية الصحية والترفيهية لهم. Tuskada Noriko,2008).

وأوضحت نتائج دراسة(ماهر أبو المعاطي١٩٩٠) أن المسنين يرون أن فعالية الخدمات المقدمة لهم بالنادي قد تتحقق بدرجة مصداقية تساوي(٥٥,٨٩%) وهو معدل متوسط ويتم فيها تحديد متغيرات الفعالية المتمثلة في قدرة الخدمات المقدمة بالنادي علي إشباع احتياجات رواده من المسنين وقدراتها علي إحداث التغيير فيهم ومدى توفر وتنوع الخدمات المقدمة واستفادة المسنين منها، وفي النهاية تم وضع إطار مقترح لزيادة فعالية الخدمات المقدمة بالنادي.(أبوالمعاطى، ماهر:١٩٩٠).

كما أوضحت دراسة(جيرالد وميشيلGerald and Micheal2001) والتي استهدفت فحص العوامل المؤثرة المرتبطة بتعرض المسنين لضغوط الحياة والانتفاع بالخدمات المقدمة لهم، وأوضحت نتائج الدراسة ضعف الدعم الاجتماعى المقدم للمسنين، ضرورة العمل على زيادة هذا الدعم للمسنين كى يتمكنوا من مقابلة ضغوط الحياة وتحسين سبل معيشتهم.(Counte , Micheal.A, Glandon Gerald , 2001).

أما دراسة(ماثوىMatthew. P.Janicki 2004) والتي تهدف إلي التعرف علي احتياجات المسنين العاجزين عن خدمة أنفسهم بالنسبة للخدمات الاجتماعية والصحية وخدمات الإقامة وقد انتهت الدراسة إلي وجود تشابه بين المسنين بصفة عامة كما أن هناك فروقاً بين المسنين القادرين علي خدمة أنفسهم والمسنين الذين أصبحوا عاجزين عن خدمة أنفسهم بالنسبة لنوعية الاحتياجات المتعلقة بالخدمات الاجتماعية والصحية والإقامة مما يستوجب ضرورة مراعاة ذلك عند التخطيط لإشباع تلك الاحتياجات بالنسبة لكل فئة من الفئتين السابقتين.(Matthew. P. Janicki Residential ; 2004).

وتعد خدمات الرعاية الصحية من أحد المتطلبات الأساسية للاستمتاع بمستوى عالي من نوعية الحياة وفي نفس الوقت فإن تحسين نوعية الحياة تشمل أكثر من مجرد صحة الإنسان فمثلاً هناك قضايا أخرى مثل مستوى المعيشة ونوعية المسكن والحي الذي يعيش فيه المسن تشكل جوانب هامة في تحسين نوعية الحياة، ولعل تحسين نوعية حياة المسنين هو الهدف الأسمى لكل رعاية ولكل خدمة تقدم لهم.(Joseph Mher; 2008).

إلا أن البحوث التى أجريت والسياسات التى طبقت قد ساعدت على تهيئة الظروف الطبيعية على الإقامة فى المؤسسات وزيادة اندماج الفرد المسن فى جو المؤسسة التى يعيش فيها إلى حد تشجيع الواحد منهم على الاختيار بين عدة بدائل وهو مقيم فى المؤسسة كتغيير مكان النوم والتدخل فى

تحديد أنواع الطعام وحرية مغادرة المؤسسة لفترة قصيرة وتحديد مواعيد الذهاب والعودة وتنظيم برامج ترفيهية....الخ.

ومن هنا ازدادت درجة الوعى بالاحتياجات الخاصة وازدادت القدرة على قياس تلك الاحتياجات دقةً وإتقاناً وكذلك دراسة ما تتعرض له من تغير.(John Bond Peter ; 2003).

وتتضمن نوعية الحياة بصورة عامه الجوانب التالية:(قطان، سميرة:٢٠٠٠، ص٣٠٧).

١- الحالة الصحية والقدرة الأدائية. ٢- الحالة النفسية والرفاهية.

٣- التفاعلات والعلاقات الاجتماعية. ٤- العوامل الاقتصادية.

واستناداً إلي ما سبق تتحدد القضية الرئيسية لهذه الدراسة في التعرف علي طبيعة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمسنين ودورها في تحسين نوعية حياتهم فى المملكة العربية السعودية.

ثانياً: أهمية الدراسة:

١- الاهتمام العالمي بدراسة حاجات ومشكلات المسنين سعياً لإشباع هذه الاحتياجات والحد من المشكلات التي تقابلهم.

٢- النتائج التي توصلت إليها العديد من الدراسات التي أوضحت تنوع الاحتياجات الصحية للمسن نظراً لما يعانيه من أمراض خلال هذه المرحلة السنية.

٣- الإيمان بحق المسن في الحصول علي خدمات متنوعة ومتميزة تناسب المرحلة السنية التي يمر بها، وعجز الإمكانات المادية المتاحة لدى غالبية المسنين عن تحمل تكاليف الرعاية الصحية.

٤- تعاظم الحاجة للرعاية الصحية للمسن وتوفير العلاج والكشف الدوري مقارنة بغير المسن.

٥- أصبح مفهوم نوعية الحياة موضوعاً هاماً في مجال الرعاية الصحية، فكثير من الأطباء ومديري المستشفيات والباحثين في مجال العلوم الاجتماعية يهتمون بتعزيز ودفع نوعية الحياة لتصبح هدفاً واقعياً في التعامل مع المرضي وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم، وقد تسهم دراسة نوعية الحياة للمسنين في إثراء البناء النظري للخدمة الاجتماعية بصفة عامة والتخطيط الاجتماعي بصفة خاصة.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

١- تحديد واقع خدمات الرعاية الصحية للمسنين بالمملكة العربية السعودية.

٢- تحديد إسهامات خدمات الرعاية الصحية للمسنين في تحسين نوعية حياة المسنين.

٣- وضع مؤشرات تخطيطية لتطوير خدمات الرعاية الصحية كمدخل لتحسين نوعية حياة المسنين.

رابعاً: فروض الدراسة:

١-"توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين **خدمات التأمين الصحي** وتحسين نوعية الحياة للمسنين".

٢-"توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين **توافر الأدوية** وتحسين نوعية الحياة للمسنين".

٣-"توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين **الرعاية داخل المستشفيات** وتحسين نوعية الحياة للمسنين".

٤- "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين **الخدمات الاجتماعية** بالمستشفيات وتحسين نوعية الحياة للمسنين".

٥-"توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين **خدمات الرعاية الصحية الخاصة** وتحسين نوعية الحياة للمسنين".

خامساً: مفاهيم الدراسة:

١- مفهوم خدمات الرعاية الصحية:

يقصد بالخدمات في معناها العام تلك التدابير التي تقوم بها الدولة لصالح أفراد المجتمع وتشمل الصحة والتعليم والإعانات الحكومية وسياسات الدعم لبعض السلع الاستهلاكية والتأمين الاجتماعي والخدمات الثقافية وخدمات الإسكان والبيئة.(لطفى، على: ٢٠٠٣، ص٣٩٥).

والخدمات الاجتماعية يجب أن تقسم إلى عدد من الخدمات النوعية مثل دور الرعاية النهارية للأطفال، دور رعاية المسنين، أندية الشباب.....الخ، ولكن كل هذه النوعيات يجب أن ينظر إليها كأجزاء من مجموعة خدمات مرتبطة ببعضها.(السكرى، أحمد: ٢٠٠٠، ص٤٧٣).

كما تعرف بأنها البرامج التي تصمم لمواجهة مشاكل واحتياجات أفراد أو جماعات أو مجتمعات والتي تقدم من خلال مجالات مهنية وبناءات تنظيمية.(السكرى، أحمد: ١٩٨٩، ص٦٥).

وتعرف خدمات الرعاية الصحية إجرائياً بأنها:

- الخدمات المقدمة للمسن بالمستشفيات الحكومية.
- خدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها المسن بالمستشفيات الخاصة والعيادات الخارجية.
- الخدمات المقدمة للمسن من خلال التأمين الصحي(توقيع الكشف الطبي- إجراء التحاليل الطبية - توفير الأدوية- التحويل إلي المستشفيات لإجراء العمليات الجراحية).

٢- مفهوم المسن:

المسنون كفئة إحصائية هم الأفراد الذين تبلغ أعمارهم(٦٠) عاماً فأكثر أما من الناحية الواقعية فهناك من يبلغون الشيخوخة قبل الستين، ومن تتأخر الشيخوخة عندهم إلى ما بعد الستين وذلك يرجع إلى الفروق الفردية والظروف الاجتماعية.(حجازى، عزت: ٢٠٠٩: ص١٢٤).

والمسن هو الشخص الذي يبلغ سن الستين، كما حدده قانون المعاشات.(السمالوطى، إقبال: ١٩٩٠، ٣٥١)، وهناك من يرى أن المسن هو الشخص المعال من الغير وبحاجة لأشكال مختلفة من الرعاية والدعم.(Jenny Ongx Pam Benton;,2001 , P47).

ويعرف أيضاً المسنون بأنهم فئة لا تحدد بعمر زمني معين، ولكنهم أُناس انتفت عنهم القدرة على النمو والمساهمة فى إضافة شيء للحياة وبدءوا في الانحدار نحو الاستهلاكية والمطالبة بأن يرد لهم المجتمع ما يعتقدون أنهم ساهموا به.(شعبان، محمد: ٢٠٠١، ص ص١٣-١٤).

ويعرف المسنون إجرائياً فى هذه الدراسة:

- ذلك الشخص الذي بلغ من العمر(٦٠) عاماً.
- يعاني هذا الشخص من مشكلات واحتياجات يتطلب إشباعها.
- عجزت أسرته عن إشباع احتياجاته.
- وضع في مركز رعاية المسنين بهدف إشباع احتياجاته.
- تستعين تلك المؤسسة بالأخصائيين الاجتماعيين باعتبارهم التخصص المهني الذي يمكن أن يسهم في تحقيق أهداف المؤسسة.
- تهدف المؤسسة لتوفير كافة الخدمات للمسنين لتحسين نوعية حياتهم.

٣- مفهوم تحسين نوعية الحياة:

تعتبر نوعية الحياة صفة من صفات المجتمع المعاصر، ويختلف معنى مصطلح نوعية الحياة اختلافاً كبيراً تبعاً للاستخدامات المتعددة، ولكن يقصد به بصفة عامة الإشارة إلى ظروف البيئة التى يعيش فيها الناس التى تكون ملائمة أو بها مشكلات مثل تلوث الماء والهواء أو سوء المكان أو نوعية الإسكان أو الإشارة إلى إحدى خصائص سكان المجتمع مثل الصحة أو درجة التحصيل العلمي.

وتعرف نوعية الحياة بأنها المؤشرات الكيفية والكمية بمدلولاتها على الأوضاع والظروف الاجتماعية والصحية والاقتصادية والتفاعل بين هذه الظروف وانعكاساتها على درجة تقبل ورضا الأفراد والمجتمعات لهذه الظروف ودرجة إشباعها وأهدافهم في الحياة.(السروجى، طلعت:٢٠٠٣، ص٣٧).

وتختلف مقومات نوعية الحياة من شخص لآخر سواء كانت على المستوى النفسي أو العقلي أو الجسمي ومن مختلف النواحي(صحية أو اقتصادية أو اجتماعية) ومن ثم نستطيع القول بأنه تعريف نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير حياتية. وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات نوعية الحياة، مثل:(Trevor Hancock;, 2003, P130)

١- القدرة على التفكير وأخذ القرارات والقدرة على التحكم.
٢- الصحة الجسمانية والعقلية.
٣- الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
٤- القيم الدينية والثقافية والحضارية.
٥- الأوضاع المالية والاقتصادية.

وتلك العوامل هى التي يحدد كل شخص بناءً عليها ما هو الشيء الأهم بالنسبة له الذي يحقق له سعادته في الحياة التي يحياها، فالصحة هى حالة سلامة بدنية وعقلية واجتماعية ونفسية كاملة.

ويقصد بتحسين نوعية الحياة عدة أشياء مختلفة، فقد تعني الحياة الجيدة أو الوفرة المادية التي تدل عليها مظاهر معينة مثل ملكية السيارات والمنازل والسلع الاستهلاكية الأخرى مثل الأجهزة المنزلية، وتعني أيضاً الوقت والمال الفائض للاستمتاع بالأنشطة الترفيهية والإجازات التي أصبحت من رفاهيات الحياة.(Fallow Field, Lesley,2000, P137)

وهناك نوعين متميزين من مؤشرات تحسين نوعية الحياة لقياس الرفاهية الفردية والجماعية:

النوع الأول: ويشمل المؤشرات الموضوعية التي توصف بالمعايير المادية وهى تقيس البيئة التي يعيش فيها الناس وتتضمن هذه المؤشرات الموضوعية عدة جوانب مثل الرعاية الصحية والتعليم وخدمات الترفيه والإسكان.

أما النوع الثاني: ويشمل المؤشرات الذاتية التي تصف كيفية إدراك الناس وتقييمهم للظروف المحيطة بهم.(Pacione, M. Gordan;2004, P139)

وهناك مجموعة من المقومات لتحسين نوعية الحياة ترتبط بالناحية الصحية للفرد حيث نجدها تتمثل في أربع نواحي أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان بل وعلى نموه كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض، وهى(الناحية الجسمانية، الناحية العقلية، الناحية الشعورية، الناحية النفسية). وتتمثل هذه النواحي الأربع فى الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها **والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية:**

- **الاحتياجات الفسيولوجية:** وتتضمن(الهواء، الطعام، المسكن، النوم).
- **الاحتياج إلى الأمن:** مثل الحاجة إلى العيش فى مجتمع آمن بعيداً عن المخاطر.
- **الاحتياجات الخاصة بالانتماء:** والتي تتضمن (القبول الاجتماعي، التفاعل الاجتماعي، الولاء الاجتماعي).
- **الاحتياج إلى تقدير الذات:** والتي تتضمن (الإحساس بالذات، المهارات المكتسبة، التقدير والاحترام).(عثمان، محمد: ٢٠٠١، ص٧٨)
- **الاحتياج إلى تحقيق الذات:** والتي تتضمن(احتياج جسماني، احتياج عقلي، احتياج نفسي).

وتعرف تحسين نوعية الحياة إجرائياً بأنها:

تطوير مستوى الرعاية الاجتماعية للمسنين والارتقاء بهم اقتصادياً، صحياً، ثقافياً، واجتماعياً بهدف تنمية قدرات المسن.

سادساً: المعطيات النظرية للدراسة:

(١) احتياجات ومشكلات المسنين:

حاجات المسنين هى ضرورات فردية مترتبة على الخصائص البيولوجية والنفسية وطبيعة العلاقات الشخصية المميزة لمرحلة الشيخوخة وإشباع تلك الحاجات كفيل بتحقيق توافق اجتماعى أفضل للأفراد وتحقيق الأهداف المجتمعية فى نفس الوقت وهذه الحاجات لا تقتصر على ما يتطلبه الفرد لشخصه وإنما يمتد إلى ما تتطلبه الأهداف المجتمعية.(محمد، عبدالسلام: ٢٠٠٨، ص٢٩).

ويواجه المسنون في هذه المرحلة العمرية ونتيجة للتغيرات التي تحيط بهم العديد من الإشكاليات والاحتياجات والتي يمكن توضيحها فيما يلي:

١- الاحتياجات والمشكلات النفسية للمسنين:

وتتمثل تلك الحاجات النفسية في الاحتياجات التي يحتاجها الفرد ليعيش في أمان مع نفسه ومع الآخرين متحررًا من كل الضغوط النفسية، ومن أهم هذه الحاجات الشعور بالأمن والحاجة إلى التقدير، والحاجة إلى الشعور بالعطف والمحبة أي إشباع الجانب الوجداني للفرد، فهو محتاج دائماً إلى أن يحب وأن يُحب وأن يعترف به ويشعر أنه ذو نفع للجماعة وأنها في حاجة إليه بما يؤدي إلى إحساسه بكيانه وما يتعرض له المسنون من تغيير في كثير من الوظائف العقلية يجعلهم عرضة للخوف والقلق فالأمراض المزمنة التي يعانون منها وإحالتهم إلى التقاعد وافتقاد بعض الأصدقاء وعدم تحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي على وجه سليم إضافة إلى أن المسن كثيرًا ما يفقد شريك الحياة وهو ما يجعله يشعر بالعزلة وافتقاد السند أو المعين، والتقدم في السن تصاحبه ديناميات نفسية تتصف بنقص الكفاءة الوظيفية وما يصاحبها من نكوص وهياج وعمليات دفاعية. (إسماعيل، عزت: ٢٠٠٩، ص٣٣).

وترتبط الاحتياجات النفسية للمسن بمشكلات عدم التكيف مع وضعه الجديد وتتضح الآثار النفسية والأخلاقية في ظل زيادة وقت الفراغ في مرحلة الشيخوخة ومن أمثلة المشكلات النفسية:

- **مشكلة سن القعود:** وهو ما يعرف عادة باسم سن اليأس ويكون مصحوبًا باضطراب نفسي أو عقلي قد يكون ملحوظًا أو غير ملحوظ وقد يكون في شكل الترهل والسمنة والإمساك والذبول والعصبية والصداع والاكتئاب النفسي والأرق.
- **مشكلة التقاعد:** وهو ما يشعر الفرد بالقلق على المستقبل والحاضر والخوف والانهيار العصبي وخاصة إذا فرضت عليه حياته الجديدة بعد التقاعد أسلوباً جديداً من السلوك لم يألفه من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه وخاصة إذا لم يتهيأ لهذا التغيير، وإذا شعر أو أشعره الناس أنه قد أصبح لا فائدة منه بعد أن كان يظن أنه ملء السمع والبصر.
- **ذهان الشيخوخة:** وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تركزًا حول ذاته ويميل إلى الذكريات وتكرار حكاية الخبرات السابقة وتضعف ذاكرته ويقل اهتمامه وميوله وتقل شهيته للطعام والنوم،

وأيضا تضعف طاقته وحيويته ويشعر بقلة قيمته في الحياة، وهذا يؤدي إلى الاكتئاب والتهيج وسرعة الاستثارة والعناد والنكوص إلى حالة الاعتماد على الغير وإهمال النظافة والملبس والمظهر وباختصار يبدي الشيخ صورة كاريكاتيرية لشخصيته السابقة.

▪ **الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة:** والشعور بأن الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده وما يصاحب ذلك من تصعيد وتوتر فقد يعيش البعض وكأنهم ينتظرون النهاية المحتومة.

▪ **الشعور بالعزلة والوحدة النفسية:** هناك حاجات انفعالية عامة تميز كبار السن منها الحزن والأسى الناتج عن الوحدة من فقد حب الآخرين، والشعور بالذنب الناتج عن الوحدة من الحوادث الماضية، أو قد يكون الشعور بالوحدة لعدم وجود من يتحدث معهم نتيجة زواج الأولاد وانشغالهم وموت الزوج وتقدم العمر والمرض أحياناً.

ومن أهم حاجات المسنين النفسية الحاجة إلى الشعور بالكرامة واحترام الذات فمصطلح العجوز والكهل مصطلح يرفضه المسنون فى معناه ومضمونه الذى يدل على العجز والسلبية واللامبالاة. وترتبط هذه الحاجات بأمراض اكتئاب المسنين وشعورهم بالعزلة الاجتماعية، فالافتقاد المفاجئ للقيمة والأهمية تشكل أمام كبار السن موقفاً دائماً من التبرم والسأم والتوتر الذى يؤثر بدوره على كيفية معايشة المسن لمشاكله وآلامه بل ويرتبط ارتباطا وثيقاً بتدهور الحالة الصحية والنفسية، ويظهر هذا جلياً فى كبار السن المتقاعدين عن العمل والذين كانت لهم فى حياتهم الماضية صولات وجولات ويحتلون المناصب القيادية سواء فى عملهم أو فى محيط أسرهم.(Robert Green;, 2008,P296)

٢- الاحتياجات والمشكلات الاجتماعية للمسنين:

إن الإنسان يعاني من الحرمان الاجتماعي عندما يفقد القدرة على حرية الاتصال الاجتماعي طبقا لحاجته ورغباته، والمسن يعتبر من أكثر فئات المجتمع تعرضا للحرمان الاجتماعي نظرًا لقلة موارده المالية وضعف قواه الجسدية ويزيد من حدة المشكلات الاجتماعية شعور المسن بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع، ويبدأ هذا الشعور بحياة الحرمان من العلاقات العائلية والتي كانت تؤلف جزءاً كبيراً من نشاطه واهتماماته اليومية، مما يضع القيود على تحركات المسنين وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع والحاجات الاجتماعية هي التي يتطلبها الفرد ليكِّون علاقات اجتماعية سوية مع الأفراد من أجل أن يعيش متوافقاً مع محيطه بقيمه ونظمه ومؤسساته وتشكل الحاجات الاجتماعية للمسنين خاصية أخرى من خصائص الشيخوخة، والتي تشمل نوعية من المشكلات أهمها اغتراب المسنين عن المجتمع نتيجة لعدم استجابة المجتمع لاحتياجات كبار السن أو عدم توفير الفرص لهم للاشتراك في اتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بإشباع متطلباتهم فينشأ ما يسمى" باغتراب المسنين عن المجتمع، **ويترتب على هذا الاغتراب ما يلي:**

- قلة الاهتمامات الاجتماعية للفرد فيما يتعلق بالجهود والأنشطة التي تخدم مجتمعه.
- قلة مشاركاته في المنظمات الاجتماعية أو محاولاته إيجاد المنظمات الأكثر فاعلية في إشباع حاجاته.
- عدم الثقة الكافية في المقدرة على تغيير الأوضاع السيئة في المجتمع ونتيجة لاغتراب المسنين عن مجتمعهم واضطراب علاقاتهم يميل المسنون إلى الاتصاف بمجموعة من الخصائص الاجتماعية من أهمها:(الطحان: ٢٠٠٢، ص٤٠٣).

العزلة والوحدة، ويزيد عن عزلة المسن زواج الأبناء أو موت أحد الزوجين والضعف البدني يفتقد المسنون مراكزهم في العلاقات العائلية ويفقدون تأثيرهم على الأسرة وانسحاب المسن وانقطاعه عن المجتمع سمة من سمات التقدم في السن، ويكون هذا الانسحاب متبادلاً بين المسن والمجتمع ككل وقد يرجع ذلك لنظرة المجتمع واتجاهاته إلى الاختلاط الاجتماعي بالمشاركة مع أفراده المسنين.

٣- الاحتياجات والمشكلات الاقتصادية:

إن نسبة المسنين الذين يتقدمون بطلب المساعدات الاقتصادية في تزايد مستمر، والمشكلات الاقتصادية التي يعاني منه المسن ترجع إلى نقص في الموارد المالية نتيجة لتقاعد المسن إجبارياً أو اختيارياً، وبهذا يفقد المتقاعد جزءاً ليس بالقليل من دخله وبالتالي سيجد نفسه في مواجهة انخفاض الدخل مع تزايد الأعباء المالية، وهذا قد يعمق الشعور بعدم الأمن الاقتصادي في مواجهة تحسبات المستقبل ويجعل المسن يعاني من القلق.(محمود، سامى:٢٠٠٣، ص٥٩).

وتتمثل أهم الحاجات الاقتصادية للمسنين فى الحاجة إلى نظام يكفل للمسن الأمن الاقتصادي والحصول على دخل مناسب يتمشى مع الزيادة فى أسعار السلع والخدمات والحاجة إلى وضع نظام يكفل اشتراك المسنين فى عمليات التنمية والاستفادة بخبراتهم فى مجالات تخصصاتهم مع إمكانية إعادة تدريبهم على الأعمال التى تناسب إمكانياتهم وقدراتهم الجسمية والعقلية.(عبدالمحسن، عبدالحميد: ٢٠٠٦، ص١٥٠).

٤- الاحتياجات والمشكلات الصحية:

إن نمو الفرد يتكامل في مرحلة الشباب، ثم ينحدر تدريجيًّا في سن الكهولة ويتفاقم الوضع في مرحلة الشيخوخة، فالحواس يضعف أداؤها، ويبدأ ذلك في سن الخمسين من العمر فتظهر في هذه المرحلة من العمر مجموعة من التغيرات البيوكيميائية للمسن، وتتمثل في ضعف القلب وقلة دفعه للدم إلى الأجهزة العضوية في الجسم ، وترتبط المشاكل الصحية للمسن بالضعف الصحي العام والضعف الجسمي وضعف الحواس، ويعتبر ضعف السمع ثالث أكبر مشكلة في المسنين بعد الخشونة وارتفاع ضغط الدم ويكون أكثر في الرجال عنه في النساء، وتكرار عدم القدرة على

سماع الآخرين يعطي المسن الشعور بعدم التواصل معهم ويشعره بالإحباط والعزلة.(محمود، سامى:٢٠٠٣، ص٦٠).

وتمثل صحة المسنين واحتياجاتهم الصحية أهم وأخطر مشكلات رعاية المسنين، والتى تغلف كافة أشكال الرعاية الاجتماعية لهم، وهناك اتفاق يكاد يجمع على حقيقة ارتباط التقدم فى السن بمظاهر ضعف ملموس فى كفاءة بعض أجهزة الجسم الحيوية مما يؤدى فى الغالب إلى الإصابة بأمراض معينة.(عثمان، عبدالفتاح وآخرون: ٢٠٠١، ص٤٢).

ويحتاج المسنون إلى الرعاية الصحية وذلك لضعف قوتهم وقدرتهم وإصابة بعضهم بأمراض الشيخوخة مما يجعلهم ينظرون إلى أى رعاية على أنها لا قيمه لها وذلك لخوفهم من الأمراض التى لا تقوى أجسامهم على مقاومتها وتزداد حاجة المسن إلى برامج الرعاية الصحية البدنية منها والنفسية كلما تقدم به العمر ومن الضرورى العمل على توفير ما يحتاجه من هذه البرامج بحيث تكون موجودة وفى متناول يده وبالتكلفة التى يتحملها سواء أقام فى مؤسسة أو فى منزله.

وقد أسفرت نتائج دراسة(**بلمور** 2004Palmore) أن مسنى الريف لهم احتياجات صحية فعلية على درجة من الأهمية أكثر من احتياجات مسنى الحضر وأنهم يتلقون رعاية صحية أقل بالمقارنة بما يتلقاه مسنى الحضر وأن القائمين على هذه الرعاية يتجاهلون وينكرون مدى احتياجاتهم للرعاية الصحية والعلاج المناسب مع ظروفهم وأوضاعهم المتدنية.(Palmore Erman , 2004).

وترتبط احتياجات ومشكلات المسنين بأسباب منها:

- أسباب حيوية مثل التدهور والضعف الجسمي والصحي الكامل.
- أسباب نفسية مثل الفهم الخاطئ لسيكولوجية الشيخوخة.
- الأحداث الأليمة والخبرات الصادرة التي قد تهز كيان الشيخ وتهز شخصيته، فقد يصل بعض الشيوخ إلى مرحلة الشيخوخة وما زالت شخصياتهم تنضج بعد.
- أسباب بيئية ومنها التقاعد وما يرتبط به من نقص الدخل وزيادة الفراغ، والاعتقاد ان المسن أصبح عديم الفائدة لا قيمة له، وأن التقاعد معناه اعتزال الشيخ الحياة. ومن الأسباب البيئية أيضا: تغير العائلة وترك الأولاد للأسرة بالزواج أو العمل خاصة في حالة حاجة الشيخ إلى رعاية صحية أو مادية، وتفكك روابط الأسرة الكبيرة وضعف الشعور بالواجب نحو المسنين وافتقارهم إلى الرعاية والاحترام، وأيضا العنوسة والعزوبية حتى سن الشيخوخة وخاصة السيدات والعزوف عن الزواج عند بعض الرجال.(محمود، سامى:٢٠٠٣، ص٦٢).

وأسلوب التعامل مع هذه المسألة يجب أن يكون أسلوباً جامعاً تنموياً يشمل كل جوانب الحياة التي تعين كيفية سلوك الإنسان المسن بما في ذلك مشاركته في عملية التنمية، والجوانب الحياتية المهمة هي:

- الأمن الاقتصادي والمالي للمسنين.

- حفظ سلامتهم.
- تعليمهم المستمر لمواجهة مشكلات الحياة.

ويواجه المسنين بعض المشكلات العادية ولكن قد لا يستطيعون حلها بأنفسهم رغم أن هذه المشكلات عادية بالنسبة للأفراد العاديين ولكنها مشكلة بالنسبة للمسن ولهذا يجب التدخل من قبل المجتمع ومعاملتهم معاملة خاصة.(Pat Young; Masttering, 2005 P200).

وبالرغم من اختلاف وجهات النظر فى تحديد مشكلات المسنين إلا أنه يمكن تحديدها فيما يلى:

١ – المشكلات النفسية ٢ – المشكلات الاجتماعية

٣ – المشكلات العقلية ٤ – المشكلات الاقتصادية

٥ – مشكلة فقدان المكانة الاجتماعية ٦ – المشكلات الصحية

وسوف نتناول بالشرح والتحليل هذه المشكلات:

١. <u>المشكلات النفسية:</u>

مع تقدم العمر تكثر الأمراض النفسية وخاصةً خوف الشيخوخة، الاكتئاب النفسى، القلق النفسى، والخوف وأحياناً التغير فى الشخصية إذ يصبح المسن صعباً فى طباعه وفى سلوكه، كذلك العزلة الاجتماعية لغياب الكثير ممن هم فى سنه من الأصدقاء والأقارب وانتقال الأولاد إلى منازل خاصة بهم وانشغالهم فى عائلاتهم الجديدة وأعمالهم مما يقلل الاتصال بهم، وبالتالي يجد المسنون صعوبة بالغة فى تسيير أمورهم اليومية.(الحداد، يحيى: ٢٠٠٩، ص٩٧).

ومشاعر القلق تبدأ عند المسن بوصوله سن المعاش أو التقاعد وتتزايد هذه المشاعر عندما يتخذ الأبناء دوراً مستقلاً ويشعر الإنسان المسن بأنه قد بدأ يدخل مرحلة النهاية ويكون عليه أيضاً أن يتواءم مع واقع معين هو أن التمكن من تحقيق إنجازات لاحقة هى أمر محدود وإن لم يكن ميئوس منه، وأن كثيراً من طموحاته قد تظل دون أن يتم تلبيتها وهناك ضغوط أخرى تثير القلق لدى المسن مثل إصابته بالمرض.(صادق، عادل:٢٠٠٩، ص١٤٥).

٢. <u>المشكلات الاجتماعية:</u>

للمشكلات الاجتماعية التى يعانى منها المسن خصوصية تتمثل فى انقطاع الصلة والعلاقات الاجتماعية بين المسنين ومجتمعهم والإحساس بالإهمال والانعزالية وزيادة وقت الفراغ ونقص الدخل والشعور بأنه أصبح مستهلكاً غير منتجاً.(قناوى، هدى: ٢٠٠٧، ص٨٨).

والمشكلات الاجتماعية تعبر عن بعض الأشياء التى يحتاجها ويريدها المسن ولكنه لا يمتلكها، وقد ترجع أسباب حدوث هذه المشكلات إلى فقدان بعض الأدوار وفقدان الأهمية وانعدام الفائدة والفراغ وانخفاض الدخل.(William J. Reid; 2007, P145).

٣. المشكلات العقلية:

يرى البعض أن الاضطرابات العقلية تنشأ بدون التغيرات العضوية وأنها اضطرابات أصيلة فى الشيخوخة أى تخص مرحلة الشيخوخة، ومن أهم الأمراض العقلية عند المسنين ضعف الذاكرة والنسيان، البطء فى التفكير، اضطرابات البارانويا، عته الشيخوخة ويتفق علماء النفس والطب النفسى فيما بينهم على أن هناك تأثير واضح للسن على الجوانب المختلفة عامة والذاكرة قصيرة المدى بصفة خاصة.(عبدالرحمن، محمد: ٢٠٠٨: ص٢٥).

بالإضافة إلى أن قدرات كبار السن تقل بالنسبة للنشاط العقلى المتمثل فى التذكر والتخيل والإدراك إلا أنها تحتفظ بحيويتها فيما يختص باستخدامها اللغة والمعلومات العامة.(عبدالمحسن، عبدالحميد: ٢٠٠٦، ص ص٤٠-٤٢).

٤. المشكلات الاقتصادية:

من الطبيعى أن ينقص دخل المسن بعد خروجه على المعاش، لأن المعاش عادة أقل من الراتب كما أن من مواصفات المعاش الثبات رغم ارتفاع تكاليف الحياة وهذا يتطلب توفير الخدمات الاقتصادية لمواجهة النقص فى الدخل.

فوصول الإنسان إلى سن التقاعد يعنى نقصان دخله وبالتالى انخفاض مستوى معيشته وحتى بالنسبة لمن يعملون فى مهن حرفية فإن تقدمهم فى السن يحول دون تمكنهم من ممارسة العمل بصورة ملائمة كما يحدث فى سن الشباب.(الخولى، سناء:٢٠٠٢، ص٢٧٨).

ومن ثم، فإن أول ما يواجه المسنين من مشكلات هو الحاجة إلى مصادر كافية للدخل ليواجهوا احتياجاتهم المعيشية، بل ومع افتراض أحقيتهم فى معاش أو تأمينات وما أشبه من مصادر متاحة فإنهم لاشك يعانون من التضخم وارتفاع الأسعار المتزايد رغم ثبات معاشاتهم التى قررت لهم وفق تقديرات الماضى وعدم قابليتها للنمو والتزايد لمواجهة الأعباء الجديدة فى حياتهم.(عثمان، عبدالفتاح وآخرون: ٢٠٠١، ص١٣٧).

٥. مشكلة فقدان المكانة الاجتماعية:

مما لاشك فيه أن هناك نوع من الاهتزاز يحدث للمسن من ناحية تقدير الذات، ذلك لأن المسن غالباً لم يحقق كل أهدافه بل حقق جزء منها أو فشل فى تحقيقها كلها.

والإحالة للمعاش تعنى أشياء متعددة لدى المسنين مثل تدنى العائد المادى من العمل، ضعف العلاقات الاجتماعية، وفقد السلطة والسيطرة التى كان يمارسها المسن من خلال وظيفته بالإضافة إلى انتهاء مكانة المسن فى عمله.(Tenker Anthea;, 2001, P16).

ومن الطبيعى أن فقدان المكانة الاجتماعية يؤدى إلى ضعف تقدير الذات لدى المسن أو نقص تلك القيمة وتدهورها مما ينعكس على شخصية المسن فى تصرفاته وطريقة تعامله مع الناس حيث أنه

فى معظم الأحيان ينصرف عن إقامة علاقات اجتماعية جديدة مع غيره.(Toshio Tatera;, 1995, P 835).

٦. **المشكلات الصحية:**

غالباً ما يصاحب الشيخوخة نقص فى حجم الأعضاء ونقص فى حجم الجسم كله نتيجة للضمور الفسيولوجى الناتج عن نقص عدد الخلايا ونقص حجمها كما أن عملية تعويض واستبدال الخلايا تصبح غير كافية وتفقد الأوعية الدموية مرونتها، كل هذه التغيرات وغيرها تؤدى إلى إصابة المسن بالعديد من الأمراض والتى من أهمها أمراض الضغط وتصلب الشرايين والروماتيزم وأمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسى وأمراض الجهاز الهضمى وضعف البصر والسمع، ولهذا يجب أن تنظم لهم برامج للرعاية الصحية وخاصةً فيما يتعلق بالنواحى الوقائية والعلاجية.(الخولى، سناء:٢٠٠٢، ص٢٧٨).

وهناك عدة أشكال لإهمال المسنين(والذى يعرف بأنه الفشل فى توزيع السلع والخدمات اللازمة لتجنب الألم الجسمى والنفسى والعقلى للمسنين وفشل القائم على توفيرها لهم) **تتمثل فى:**

١- الإساءة النفسية والعاطفية وتتمثل فى سوء معاملة المسنين نفسياً من قبل المحيطين بهم ومن قبل المسئولين.

٢- الاستقلال المادى ويتمثل فى الهبات والمنح والأملاك وأى موارد خاصة بالمسنين.

٣- الإهمال الذاتى ويتمثل فى عدم محافظة المسنين على صحتهم الشخصية بشكل آمن وسليم.

٤- إهمال القائم بالرعاية ويتمثل فى عدم قيام المسئولين بتقديم أوجه الرعاية الكافية للمسنين.

ويتعرض المسنون بصفة خاصة للتفكك أو الانهيار الاجتماعى بسبب تضاؤل قدراتهم الجسمية والعقلية، وغموض المبادئ المتعلقة بسلوكهم ونقص الجماعات المرجعية التى تمد الفرد بمعلومات مناسبة عن نفسه وعن دوره فى المجتمع، وهذا فى النهاية يؤدى إلى فقدان المسن لدوره فى الأسرة والمجتمع، وتكون النتيجة شخصاً متقوقعاً، منعزلاً سلبياً وعديم الفائدة، لا يلقى سوى الإهمال، وهذا ما يعانيه المسن دائماً فى حياته اليومية.(العيسى، بدر:٢٠٠٥، ص١٨٨).

(٢) الركائز التي تستند عليها برامج تلبية احتياجات المسنين:

في الآونة الحالية تطورت النظرة إلى احتياجات ومشكلات المسنين، حتى انتهت بالنظر إليها على أنها مشكلات نفسية واجتماعية تواجه المسن وفي إطار ذلك فإنه يمكن إيجاز الأسس التي ترتكز عليها برامج تلبية احتياجات المسنين النفسية والاجتماعية فيما يلي:

-المسنون بحكم واقعهم وضعفهم الجسماني وتدهور قواهم الذهنية لا يستطيعون الاهتمام بأنفسهم أو أن يعطونها ما تستحقه من عناية ورعاية.

-المسنون يؤدون وظيفة اجتماعية تتمثل في أبسط صورها في تقديم خبراتهم ونصحهم وإرشادهم لأولادهم.

-الشيخوخة قيمة اجتماعية يحافظ عليها المجتمع ويسترشد بخبراتها.
-رعاية المسنين علم وفن، فهي تعتمد على أسس علمية ومهارات فنية تطبيقية.
-المسنون بحاجة إلى الاعتراف بوجودهم بحيث يظلون في شيخوختهم قوة مؤثرة في المجتمع القائم.
-الشيخوخة معطاءة إذا وفرنا لها الفرصة.(بركات، وجدى:٢٠٠٩، ص١٥).

(٣)خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمسنين:

ترتكز الرعاية الصحية لكبار السن علي أساسين:

١- الأساس الوقائي:

ويتمثل في اتخاذ الإجراءات الوقائية التي تنأي بالمسن عن الإصابة بالأمراض التي تؤثر علي مسيرة حياته كالبعد عن المواد الغذائية الضارة بحالته والتدريب علي ممارسة الأنشطة الجسمية كالمشي حتى لا يكون عرضة للإصابة بأمراض معينة.(فهمى، محمد:٢٠٠٥، ص١١٧).

٢-الأساس العلاجي:

ويتضمن تقديم خدمات الرعاية الصحية للمسن عند الإصابة بأحد الأمراض من خلال المؤسسات الطبية الموجودة في المجتمع سواء كانت هذه المؤسسات حكومية تقدم الخدمة دون مقابل أو بمقابل رمزي أو كانت مؤسسات خاصة تحصل علي مقابل مادي لتقديم الخدمة أو مؤسسات تطوعية أهلية استشعر المشاركون فيها أهمية الاهتمام بهذه الفئة.

- **الأبعاد الخاصة بالخدمات الصحية:**

١-**البعد الاقتصادي:** ويتناول أهمية تقديم الخدمة والميزانية المخصصة ومدى تناسب هذه الميزانية مع الاحتياجات الصحية المتعددة للمسن لطبيعة الأمراض التي يعاني منها المسن خلال هذه المرحلة ومستوى الدعم المحدد لتقديم هذه الخدمة والمصادر الحكومية والأهلية الممولة لها وإمكانية الاعتماد علي أساليب تكنولوجية حديثة لتقديم الخدمة وتكلفة الاستعانة بالتقنيات الحديثة فيها كأسلوب ينم عن جودة الخدمات المقدمة وجعلها أكثر فاعلية.(السمالوطى، اقبال: ٢٠٠٠، ص٥٦).

٢-**البعد الاجتماعي:** ويتناول طبيعة المستفيدين من الخدمات المقدمة من حيث السن ومستوى الحاجة إلي هذه الخدمة والآثار الاجتماعية المترتبة علي تقديم الخدمة بشكل جيد يتناسب مع الإمكانات المتاحة للمستفيد وأسرته والعادات والتقاليد المساعدة والمعوقة لتقديم الخدمة ويهتم هذا البعد أيضاً بانعكاسات تقديم الخدمة علي الأسرة والمجتمع بشكل عام.

٣-**البعد الثقافي:** يتناول هذا البعد دور الأعلام في توعية المستفيدين بكيفية الحصول علي أقصى استفادة من الخدمات المقدمة والمصادر التي يمكن من خلالها الحصول علي الخدمة والإجراءات التي تسهل الحصول عي الخدمات وكيفية المحافظة علي المؤسسات المقدمة للخدمات ومراعاة البعد الإنساني في التعامل مع مقدمي الخدمات، بالإضافة إلي وجود ثقافة مرتبطة بالمسن من حيث احتياجاته ومشكلاته خلال هذه المرحلة.

٤-**البعد السياسي**: ويتناول هذا البعد دور صانعي القرار في المجتمع في تحديد احتياجات المسنين ومواجهة مشكلاتهم وصنع سياسات الرعاية الاجتماعية للمسنين ودعم المؤسسات الاجتماعية المختلفة التي تراعي تقديم الخدمات للمسنين.

(٤) تحسين نوعية حياة المسن:

يعد تحسين نوعية حياة المسنين هو الهدف الأسمى لسياسات الرعاية الاجتماعية للمسنين للعمل على تحقيق الإشباع الأمثل لحاجاتهم المتعددة، وتهيئة الظروف والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للمسنين، ومساعدتهم على تقبل ظروفهم الجديدة بمتغيراتها المختلفة.

ويمثل تحسين نوعية الحياة هدفاً عاماً لسياسات الرعاية الاجتماعية للمسنين، كما ترتبط ارتباطاً وثيقاً للفهم الجيد للعوامل ذات الصلة بنوعية الحياة سواء المادية أو المعنوية، ومن ثم فإن تحديد هذه العوامل يعتبر ذا أهمية بالغة لصانعى القرار، وتمثل أهميتها لهم فى الوقوف على جوانب القوة والضعف فى القرارات المتخذة والعمل على تفادى القصور فى السياسات الحالية وتفعيل سياسات الرعاية المستقبلية.(بشير، أحمد: ١٤١٣، ص٤٥).

وتوجه الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بصفة عامة، والتخطيط الاجتماعى بصفة خاصة نحو نوعية الحياة وتحسين مؤشراتها وقياسها بهدف الارتقاء بنوعية الحياة باعتبار رأس المال الاجتماعى جزء من التقدم والرفاهية.(السروجى، طلعت، حسين، فؤاد:٢٠٠٢، ص٤٥٥).

وهناك اهتمام برعاية المسنين فى مختلف دول العالم وذلك لأن زيادة عدد المسنين قد يؤدى إلى مشكلات متعددة إذا لم يواكب هذه الزيادة جهود وبرامج الرعاية الاجتماعية التى تكفل لهم الاستقرار ومن ثم المشاركة فى عمليات التنمية.

فإن تحسين نوعية حياة المسنين هو الهدف الأسمى لكل رعاية ولكل خدمة تقدم لهم، وتدلنا بحوث نوعية الحياة على صعوبة تقويمها مع الاعتراف بوجود معايير موضوعية وأخرى ذاتية يمكن الاعتماد عليها في عملية التقويم.

وللخدمة الاجتماعية مساهمتها الفاعلة من خلال دورها التنموي في تحسين نوعية الحياة وقياسه والارتقاء بمستوياته والارتقاء بمعدلات مؤشراته وقد يكون ذلك الهدف الأول للخدمة الاجتماعية، حيث يرتبط تحسين نوعية الحياة بتحقيق الرفاهية الاجتماعية.(السروجى، طلعت: ٢٠٠٣، ص١٧٩).

ويعد تحسين نوعية الحياة من أحدث الاتجاهات العلمية التي يستخدمها الأخصائيون الاجتماعيون، فمن الناحية التقليدية فإن الخدمة الاجتماعية تزود الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية، بالخدمات التي تقدم العلاج والإرشاد للأفراد والأسر الذين يعانون من متاعب، وحالياً

وبشكل أفضل فإن اهتمامات الأخصائيين الاجتماعيين والخدمات التي يقدمونها اتجهت نحو الوقاية، وتلك العمليات وثيقة الصلة بمشكلات العلاقات، أو بتخفيض حجم المشكلات أو الوقاية، أما عملية التحسين فلها بؤرة اهتمام آخري تهدف بصفة خاصة إلي تحسين نوعية الحياة وزيادة قيمتها، فتشمل المحاولات لمساعدة الناس علي المثابرة ومواصلة الحياة من حيث هم، وذلك بإضافة خبرات إيجابية وقيم لحياتهم المعيشية، ولا تشمل عملية تحسين نوعية الحياة العمل مع المعاقين والمحرومين فقط، ولكنها أيضاً متاحة لجميع الناس وذلك بالتسليم بأن جميع الناس لديهم مشكلات في علاقاتهم الإنسانية، وأيضاً لديهم المجال للنمو وتحسين قدراتهم وأنشطتهم في الحياة، فعملية الخدمة الاجتماعية لتحسين نوعية الحياة هي العملية التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون لمساعدة الناس وتحسين علاقاتهم بالآخرين لتحقيق مزيد من الرضا والاشباعات والمتع والبهجة في حياتهم.(السنهورى، أحمد:٢٠٠١، ص٦٦).

وانطلاقاً من أن تحسين نوعية الحياة يمثل في الوقت الحاضر هدفاً عاماً للتنمية القومية، لذا يجب علي المخطط الاجتماعي كما حدد(جرينليGreenly J.R) وآخرون قياس وتقويم نوعية الحياة والفقراء أكثر حاجة من غيرهم لقياس نوعية الحياة لأهميتها في تطوير الرعاية والخدمات التي يمكن تقديمها لهم وخاصة التغيرات في الرعاية الصحية وإدارتها وتساهم في تقدير نوعية الرعاية، وتحديد مؤشراتها– وخاصة الفقراء– مستخدماً في ذلك الاستبيان، والمقابلة ومقارنة الإحصاءات والمعلومات ويعكس ذلك أهمية الدور البحثي للمخطط الاجتماعي.(السروجى، طلعت: ٢٠٠٣، ص٣٤).

(٥) دور رعاية المسنين في المملكة العربية السعودية:

أنشئت الرئاسة العامة لدور الأيتام في عام ١٣٧٥هـ وتولت الإشراف على خدمات رعاية المسنين، ثم ضمت الرئاسة العامة لدور الأيتام إلى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في عام ١٣٨٠هـ حيث تولت الوزارة مسؤولية خدمات رعاية المسنين وتطويرها وأصدرت اللوائح الخاصة بدور الرعاية الاجتماعية الخاصة برعاية المسنين، وفي عهد الخير والنماء خلال العقدين المضيئين في عهد خادم الحرمين الشريفين بدأت الخدمات المقدمة لكبار السن تنتهج أسلوباً متميزاً وفريداً يخضع دائماً للتقويم والتطوير.(مناع، محمد عبدالرازق:٢٠٠٤، ص٥٤).

وتستقبل هذه الدور 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، ومن أهم شروط القبول بتلك الدور عدم وجود أقارب يمكن أن يعتنوا بتلك الفئات، ولقد روعي عند إعداد هذه الدور أن تكون قريبة إلى حياة الأسرة الطبيعية يتمتع فيها المسن بنوع من الاستقلال ويشعر فيها بالراحة والأمن والسكينة، وتوفر لهم داخل تلك الدور الإعاشة الكاملة

والرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية وخدمات العلاج الطبيعي وبرامج العناية الشخصية، كما تتيح للمسنين مزاولة بعض الأعمال اليدوية والأعمال الفنية بغرض شغل أوقات الفراغ، كما يتمتع المقيمون من كبار السن داخل دور الرعاية بالبرامج الدينية والثقافية والترفيهية المناسبة، ويصرف لكل مقيم بدور الرعاية الاجتماعية مصروف جيب شهري قدره(١٥٠ريالاً).(مناع، محمد عبدالرازق:٢٠٠٤، ص٥٦).

ومواكبة لتطلعات خادم الحرمين الشريفين وتكريسه لمبدأ التكافل الاجتماعي فقد تم الحد من مسألة القبول في هذه الدور، إذ يأتي أهم شرط من شروط القبول بتلك الدور أن لا يوجد للمسن أو المسنة أقارب يمكن أن يعتنوا بهم، والجدير بالذكر أن أكثر من(٩٠%) من نزلاء ونزيلات دور رعاية المسنين هم من الأشخاص الذين لا يوجد لهم أبناء أو أقارب وأرحام، وهؤلاء لا يمثلون نسبة كبيرة قياساً بنسبة السكان في هذا المجتمع المترابط والذي ينطلق في تماسكه الأسري من تعليمات ديننا الإسلامي الحنيف الذي يحث على البر بالوالدين والإحسان إليهما، وتوجد حالياً عشر دور لرعاية المسنين والمسنات موزعة على أرجاء المملكة في كل من(الرياض للذكور- الرياض للإناث-عنيزة- وادي الدواسر- الدمام- الجوف- المدينة المنورة- أبها- مكة المكرمة- الطائف).(مناع، محمد عبدالرازق، ٢٠٠٤، ص٥٨).

الرعاية الإيوائية الحكومية:

لقد بدأت الرعاية الإيوائية من قبل الدولة للمسنين في المملكة العربية السعودية، أو ما يعرف بالرعاية المؤسسية في عام ١٣٥٤هـ في مكة المكرمة عندما أسس مدير الأمن العام مهدي بك المصلح- رحمه الله- داراً لإيواء العجزة من الحجاج الذين يتخلفون بعد الحج لوقايتهم من التسول، وقد نفذ مشروعه هذا في بيت استأجره لهذا الغرض في مكة المكرمة.ولقد كانت قائمة في بداية أمرها على ما يردها من التبرعات من الحجاج والمحسنين.(جريدة أم القرى: ١٣٥٥، ص٦).

وفي عام ١٣٥٧هـ تمّ افتتاح داراً أخرى للعجزة في المدينة المنورة، وكان الهدف الأساس منها هو القضاء على ظاهرة التسول في الحرم النبوي، وبخاصة بعد الفكرة في مكة المكرمة التي سبقتهم بالافتتاح بثلاث سنوات.(السدحان، عبدالله: ١٤٢٠: ص ص٧٧- ٧٨).

وفي عام ١٣٦٢هـ كادت أن تقوم داراً أخرى لرعاية العجزة في مدينة جدة، حيث تقدم أحد المواطنين باقتراح إلى المقام السامي يشرح فيه الوضع الذي وصل إليه حال البلاد من إثر قيام الحرب العالمية الثانية (١٣٥٨- ١٣٦٣هـ) (١٩٣٩- ١٩٤٥م) فلقد تأثر سكان البلاد بشكل كبير، وشحت الموارد والمواد الغذائية، فضلاً عن الغلاء الذي حدث بسبب قلة المعروض من هذه المواد، وهذا أدى إلى تكدس أعداد كبيرة من المهاجرين في المدن الرئيسية، وبخاصة مدينة جدة بحثاً عن المعيشة ولقد دعت هذه الأسباب ذلك المواطن من أبناء مدينة جدة إلى الاقتراح بإنشاء دار للعجزة لانتشال كبار السن من الجوع والمرض الذي أصابهم، فلقد رفع مقترحة إلى المقام السامي يطلب

فيه حث تجار وأعيان مدينة جدة على تبني مشروعاً يتمثل في داراً للعجزة في جدة، ولـم يكتـفِ المواطن المذكور بالاقتراح فحسب، بل فتح باب التبرع بمبلغ(٣٠٠٠) ريال تبرع بها هو شخصياً، كما اقترح تشكيل هيئة للإشراف على هذا المشروع، كما طلب من الحكومـة مـنح قطعـة أرض لإقامة دار العجزة، بالإضافة إلى المساعدات الأخرى لإنجاح المشروع، مع الاستفادة من المبـرة الملكية التي أمر بها الملك عبد العزيز– رحمه الله – إثر اشتعال نار الحرب العالمية، وما أدت إليه من قلة الموارد والغلاء في الأسواق.(السدحان، عبدالله:١٤٢٠، ص٧٩).

إلا أن هذه الدار لم ترَ النور، فلا نجد بين المراجع التي تتحدث عن الحجاز بشكل عام، أو مدينـة جدة بشكل خاص من تعرض إلى هذه الدار، وبخاصة الأسـتاذ(عبد القـدوس الأنصـاري) فـي موسوعته التي كتبها عن مدينة جدة، ولم يترك فيها شاردة ولا واردة إلا وتناولها بالتفصـيل عـن مدينة جدة في تلك الموسوعة وقد يكون من أسباب عدم افتتاح الدار انتفاء الحاجة إليها بعد توقـف الحرب عام (١٣٦٣هـ)، وبخاصة أن المقترح لم يوافق عليه إلا في أواخر العام، وفي نهاية شهر شعبان منه تحديداً وفي عام ١٣٧٣هـ أقيمت دار للعجزة في مدينة الرياض، وكانت هذه الدار تتبع الخاصة الملكية، وفي عام ١٣٧٦هـ ضمت هذا الدار إلى الرئاسة العامة للأيتام ولقد كانت الرئاسة العامة للأيتام تشرف على عدد من الدور الاجتماعية مثل: دور الأيتـام، ودور رعايـة الأحـداث المنحرفين، وكذلك دور العجزة وفي عام ١٣٨١هـ ضمت جميع هذه الدور الـثلاث إلـى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية التي أنشئت عام ١٣٨٠هـ، كما قامت الوزارة بوضع اللوائح المنظمة للعمل داخل هذه الدور ومراعاة لشعور المستفيدين من تلك الدور، قامت الوزارة بتغييـر أسـماء بعض الدور التي أصبحت تشرف عليها فغيرت مسمى دور العجزة إلى دور الرعاية الاجتماعيـة، وغيرت مسمى دور الأيتام، وأصبحت تسمى دار التربيـة الاجتماعيـة.(مغربي، محمـد:١٤٠٢، ص٢٣).

وحتى عام ١٣٩٣هـ لم يكن في المملكة سوى ثلاثة دور لرعاية المسنّين، ولقد قامت الوزارة بعد ذلك بالتوسع في هذه الدور، وإن كان هذا عائداً ليس إلى كثرة أعداد المسنّين المحتاجين إلى الإيواء في دور الرعاية الاجتماعية، وإنما لدخول فئات جديدة ترعاها دور الرعاية الاجتماعية غير فئـة المسنّين مثل: العاجزين عن العمل بسبب عاهة جسدية، إضافة إلى ناقهي الأمراض النفسية، وهاتان الفئتان تمثلان قرابة (٨٧%) من المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية وعند إنشاء وزارة العمل والشؤون الاجتماعية عام ١٣٨٠هـ لم يكن هناك سوى ثلاثـة دور لرعايـة المسنّين قائمة بالعمل الفعلي في رعاية المسنّين وهي: دار العجزة بالريـاض، ومكـة المكرمـة، والمدينة المنورة، وبعد ذلك قامت الوزارة بإنشاء دور جديدة.(السدحان، عبدالله:١٤٢٠، ص ٨٢).

يوضح الجدول رقم (١) دور الرعاية الاجتماعية الرسمية القائمة في المملكة.

م	اسم الدار	تاريخ الإنشاء
١	دار الرعاية الاجتماعية بمكة المكرمة	عام ١٣٥٤هـ
٢	دار الرعاية الاجتماعية بالمدينة المنورة	عام ١٣٥٧هـ
٣	دار الرعاية الاجتماعية بالرياض	عام ١٣٧٣هـ
٤	دار الرعاية الاجتماعية بالدمام	عام ١٣٩٣هـ
٥	دار الرعاية الاجتماعية بأبها	عام ١٣٩٤هـ
٦	دار الرعاية الاجتماعية بعنيزة	عام ١٣٩٦هـ
٧	دار الرعاية الاجتماعية بالجوف	عام ١٣٩٦هـ
٨	دار الرعاية الاجتماعية بالطائف	عام ١٤٠٨هـ
٩	دار الرعاية الاجتماعية بوادي الدواسر	عام ١٤٠٨هـ

وتهدف دور الرعاية الاجتماعية إلى إيواء وتقديم أوجه الرعاية لكل مواطن ذكراً كان أم أنثى إذا بلغ سن الستين فأكثر، وأعجزته الشيخوخة عن إمكانية العمل أو القيام بشؤونه الشخصية بنفسه، ولا يتوفر لدى أسرته أو أقاربه الاستعداد أو الإمكانيات لرعايته في المنزل، بالإضافة إلى أن دور الرعاية الاجتماعية تقدم الرعاية للمرضى المسنين الذين لا عائل لهم، ويحالون من مستشفيات وزارة الصحة على أن تثبت الفحوص خلوّهم من الأمراض المعدية والعقلية.(السدحان، عبدالله:١٤٢٠، ص٨٣).

أما الفئات التي تقبلها دور الرعاية الاجتماعية فهي:

- كل مواطن سعودي الجنسية بلغ سن الستين ولا يستطيع القيام بتدبير شؤونه بنفسه ولا يوجد من يتولى أمره.
- المسنُّون الذين لا عائل لهم يقوم برعايتهم، والمحولون من المستشفيات.
- كل مواطن بلغ سن العشرين أو أكثر ويعجز عن العمل أو التأهيل بسبب عاهة جسدية تعيقه عن العمل، أو رعاية نفسه.

ويشترط للالتحاق في هذه الدور ما يلي:(السدحان، عبدالله:١٤٢٠، ص٨٤).

- أن يكون المتقدم سعودي الجنسية وتنطبق عليه إحدى الفئات السابقة.
- أن يثبت كل من البحث الاجتماعي والفحص الطبي أن ظروف المتقدم تستلزم رعايته في الدار.
- أن يثبت الفحص الطبي خلوه من الأمراض السارية، أو المعدية.

وتُقدم دور الرعاية الاجتماعية للمقيمين بها العديد من البرامج والخدمات الاجتماعية، والنفسية، والصحية ومنها:(السدحان،عبدالله:١٤٢٠، ص ص٨٥-٩٠).

الرعاية الاجتماعية:

تبدأ الرعاية الاجتماعية للمسن منذ لحظة استقباله، ويكون ذلك بدراسة الأحوال المحيطة بها، والظروف الاجتماعية قبل دخول الدار، ثمَّ تسكينه في المكان المناسب لسنّه وظروفه الصحية، وصرف مستلزماته من الكسوة والأثاث الخاص به، ثمَّ تعريفه بالدار وبرامجها وأجهزتها والعمل على استمرار علاقته وتواصله بالأسرة عن طريق الزيارات المتبادلة، ومساعدته لتقبل حياة الدار الجديدة وتكيفه مع برامجها، وحل ما قد ينشأ لديه من مشكلات، وتعديل ما لديه من تصورات أو اتجاهات خاطئة بما يضمن حسن التوافق مع نفسه ومجتمع الدار، بالإضافة إلى ربطه بالمجتمع الخارجي عن طريق النزهات، والرحلات، والتجوال في البيئة المحلية متى كانت حالته وظروفه تسمح بذلك.

الرعاية الطبية:

تقوم الدار بتوفير الرعاية الطبية الكاملة للنزلاء بمعرفة طبيب الدار من خلال: متابعة المرضى والكشف عليهم، وصرف العلاج اللازم، والإشراف على الصيدلية الخاصة بالدار. والمتابعة الصحية لمرافق الدار وأماكن النوم ومحتوياتها. وتقرير أنواع الأغذية المناسبة لحالات العجزة والمرضى. ومتابعة النظافة الشخصية للمسنين داخل الدار، وذلك حسب جداول الاستحمام وغسيل وكي الملابس التي يشرف عليها الممرضون بقسم الرجال والممرضات بقسم النساء.

الرعاية النفسية:

يحظى المسنون والمسنات بالرعاية النفسية، وذلك من خلال طبيب نفسي يقوم بالاطمئنان على الذين يعانون من الأمراض النفسية ويساعده في ذلك مشاركتهم في البرامج والأنشطة التي تستهويهم وتساعدهم على أن يعيشوا حياة مستقرة وهانئة تحت رعاية وعناية وإشراف الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين بالدار.

النشاط الثقافي:

تنظم الدار بعض البرامج والأنشطة الثقافية المحببة للمسنين مثل: الاستمتاع بقراءة بعض الصحف والمجلات والقصص والكتب النافعة حسب اهتمامات وميول وقدرات النزلاء، وعقد الندوات الاجتماعية والدينية وذلك من خلال:

- الإذاعة الداخلية: للاستماع إلى القرآن الكريم وبعض الأحاديث الدينية وخطبة الجمعة التي تقدم لهم مباشرة من مكة المكرمة، والمدينة المنورة.
- مشاهدة برامج التلفاز والفيديو، بالإضافة إلى الاستماع إلى المذياع والمسجل وفق برنامج ثقافي معد من قبل المشرف الثقافي داخل الدار.

النشاط الترفيهي والرياضي:

تهتم الدار بألوان النشاط الترفيهي والرياضي، حيث تنظم بعض الألعاب الداخلية مثل: لعبة البلياردو، وتنس الطاولة، والدومينو، بالإضافة إلى ذلك تقوم الدار بتنظيم حفلات السمر الترويحية، والخروج في نزهات خارج الدار للحدائق والمنتزهات العامة، وتنظيم الرحلات الخلوية بشكل منتظم، وزيادة بعض المعارض والمهرجانات السنوية. كما تقوم الدار بتنظيم رحلات للحج والعمرة لمن كان قادراً منهم ويشرف على هذه البرامج والفعاليات داخل الدار جهازٌ وظيفي يضم كافة التخصصات الاجتماعية والنفسية والطبية للقيام بالأعمال والواجبات والمسؤوليات المنوطة به لخدمة المقيمين بالدور ولقد استفاد عدد كبير من المسنين والعاجزين وناقهي الأمراض النفسية من هذه الدور.(بشير، أحمد: ١٤١٣، ص٤٥).

سابعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

(١) نوع الدراسة:

دراسة وصفية تحليلية تهدف للتعرف علي واقع خدمات الرعاية الصحية للمسنين ودورها في تحسين نوعية حياتهم في المملكة العربية السعودية.

(٢) المنهج المستخدم:

اعتمدت الدراسة الحالية على منهج المسح الاجتماعي الشامل، حيث اعتمدت الدراسة علي المسح الشامل لجميع المسنين بدار الرعاية الاجتماعية للمسنين بالرياض وعددهم(٥٩) مسن.

(٣) مجالات الدراسة:

١- **المجال المكاني**: تم تطبيق الدراسة بدار الرعاية الاجتماعية للمسنين بالرياض.

٢-**المجال البشري**: المسنين المقيمين بدار الرعاية الاجتماعية للمسنين بالرياض وعددهم(٥٩) مسن.

٣-**المجال الزمني**: ويتمثل في فتر إجراء الدراسة بشقيها النظري والعملي في الفترة من منتصف ديسمبر٢٠١٥ وحتى منتصف يونيو ٢٠١٦م.

٤- أدوات الدراسة:

- **استمارة استبيان للمسنين بدار الرعاية الاجتماعية للمسنين بالرياض** للتعرف علي واقع خدمات الرعاية الصحية المقدمة إليهم ودورها في تحسين نوعية حياتهم.

وقد قام الباحث عند تصميم الاستمارة بمجموعة من الإجراءات كالتالي:

١- الإطلاع علي الدراسات والبحوث السابقة التي اهتمت بقضية الدراسة.

٢- تحديد المؤشرات الرئيسية للاستمارة وهي:

- البيانات الأولية.
- إصابة المسن بأمراض مزمنة.
- نوعية الأمراض المزمنة للمسن.

- الأدوية وتحسين نوعية حياة المسن.
- الرعاية الصحية للمسن في المستشفيات.
- خدمات التأمين الصحي للمسن.
- خدمات الرعاية الصحية الخاصة للمسن.
- الخدمات الاجتماعية المقدمة للمسن بالمستشفيات.
- المشكلات التي تعوق المسن عن الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية كمدخل لتحسين نوعية حياته.
- المقترحات لتطوير خدمات الرعاية الصحية كمدخل لتحسين نوعية حياته.

٣-صياغة العبارات الدالة علي كل مؤشر من المؤشرات الخاصة بالدراسة.

٤-عرض الاستمارة في صورتها المبدئية علي عدد(١٠) من السادة المحكمين من أساتذة الخدمة الاجتماعية بكلية العلوم الاجتماعية جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية وجامعة الأميرة نورة بالرياض، وذلك بغرض التعرف علي مدى ارتباط كل عبارة بالمؤشر الذي تقيسه، وبناءً علي ذلك تم تعديل بعض العبارات وحذف بعض العبارات، وإضافة عبارات جديدة، حيث بلغت عبارات الاستمارة (٩٦) عبارة وبعد التحكيم أصبحت(٨٦) عبارة، حيث تم حذف العبارات التي تقل نسبة الاتفاق عليها عن (٨٥%)، وحذفت(١٨) وإضافة(٨) عبارات.

٥-وضعت العبارات علي تدرج ثلاثي (نعم – إلي حد ما – لا) بحيث يعطي ثلاثة درجات للإجابة بنعم ودرجتان للإجابة بإلي حد ما، ودرجة واحدة للإجابة بلا، وذلك في حالة العبارات الموجبة، وبالعكس بالنسبة للعبارات السالبة.

٦-قام الباحث بحساب ثبات وصدق الاستمارة بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معامل ارتباط سبيرمان، حيث تم تطبيقها علي عينة(١٠) من المسنين **بدار الرعاية الاجتماعية للمسنين بالرياض،** وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين العبارات الفردية والزوجية لكل مؤشر علي حدة وللاستمارة ككل، **وكانت نتائج ثبات وصدق الاستمارة كالتالي:**

جدول رقم (٢) يوضح معامل الثبات والصدق الإحصائي لاستمارة الاستبيان ن = ١٠

م	المؤشر	معامل الثبات	معامل الصدق	معنوية الارتباط	مستوى الدلالة
١	الأدوية وتحسين نوعية حياة المسن	٠.٨٩	٠.٩٤	٢.٧٣	٠.٠٥
٢	الرعاية الصحية للمسن في المستشفيات	٠.٨٢	٠.٩١	٢.٥٥	٠.٠٥
٣	خدمات التأمين الصحي للمسن	٠.٩٢	٠.٩٦	٤.٧٣	٠.٠١
٤	خدمات الرعاية الصحية الخاصة للمسن	٠.٨١	٠.٩٠	٢.٦٧	٠.٠٥
٥	الخدمات الاجتماعية المقدمة للمسن بالمستشفيات.	٠.٨٦	٠.٩٣	٢.٤٣	٠.٠٥
٦	المشكلات	٠.٩١	٠.٩٥	٤.٨٨	٠.٠١
٧	المقترحات.	٠.٨٦	٠.٩٣	٤.٩١	٠.٠٥
	الإجمـــــالي	٠.٨٧	٠.٩٣	٣.٩٥	٠.٠١

ومن الجدول السابق يتضح أن: معاملات الارتباط لمؤشرات الاستمارة وللاستمارة ككل ذات دلالة إحصائية، مما يدل علي أن الاستمارة علي درجة عالية من الثبات والصدق الإحصائي بحيث يمكن الاعتماد علي نتائجها في إجراء الدراسة.

جدول رقم (٣) يوضح خصائص مفردات مجتمع الدراسة ن = ٥٩

المتغير		ك	٪
السن	٦٠ سنة –	٣٧	٦٢,٦
	٧٠ سنة –	١٨	٣٠,٥
	٨٠ سنة فأكثر	٤	٦,٨
المجمـــــوع		٥٩	%١٠٠
محل الإقامة	ريف	١١	١٨,٦
	حضر	٤٨	٨١,٤
المجمـــــوع		٥٩	%١٠٠
المستوى التعليمي	أمي	٦	١٠,٢
	يقرأ ويكتب	٣	٥,١
	مؤهل متوسط	٢٨	٤٧,٥
	مؤهل فوق متوسط	١٠	١٦,٩
	مؤهل عالي	١٢	٢٠,٣
المجمـــــوع		٥٩	%١٠٠

تاريخ الوصول إلي سن المعاش	سنة –	٤	٦,٨
	٥ سنوات –	١٦	٢٧,١
	١٠ سنوات –	٢١	٣٥,٦
	١٥ سنة –	١٠	١٦,٩
	٢٠ سنة فأكثر	٨	١٣,٦
المجمـــــوع		٥٩	%١٠٠
صافي الدخل الشهرى للأسرة قبل المعاش	١٠٠٠٠ ريال –	١٨	٣٠,٥
	١٥٠٠٠ ريال –	٢٢	٣٧,٤
	٢٠٠٠٠ ريال –	١١	١٨,٦
	٢٥٠٠٠ ريال فأكثر	٨	١٣,٥
المجمـــــوع		٥٩	%١٠٠
صافي الدخل الشهرى للأسرة بعد المعاش	١٠٠٠٠ ريال –	٢٥	٤٢,٤
	١٥٠٠٠ ريال –	١٨	٣٠,٥
	٢٠٠٠٠ ريال –	٩	١٥,٣
	٢٥٠٠٠ ريال فأكثر	٧	١١,٥
المجمـــــوع		٥٩	%١٠٠

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

أن غالبية المسنين كانوا في المرحلة السنية ما بين(٦٠-٧٠) سنة وذلك بنسبة (٦٢,٧%)، وجاء في الترتيب الثاني من كان سنهم بين(٧٠-٨٠) سنة وذلك بنسبة (٣٠,٥%) واتضح أيضاً أن غالبية السكان من الحضر بنسبة(٨١,٤%) أما بالنسبة للمستوى التعليمي فاتضح أن غالبية أفراد العينة حاصلون علي مؤهل متوسط وجاء ذلك بنسبة (٤٧,٥%) وبالنسبة لتاريخ الوصول إلي سن المعاش فجاءت النسبة الأولي بين(١٠-١٥) سنة بنسبة(٣٥,٦%) وجاء في الترتيب الثاني الذين وصلوا إلي سن المعاش من (٥-١٠) سنوات بنسبة(٢٧,١) وبالنسبة لصافي دخل الأسرة قبل الوصول إلي سن المعاش فجاءت أكبر نسبة بين(١٥٠٠٠-٢٠٠٠٠) ريال بنسبة (٣٧,٤%) وجاء في الترتيب الثاني (١٠٠٠٠-٢٠٠٠) ريال بنسبة (٣٠,٥%)، وبالنسبة لصافي دخل الأسرة بعد الوصول إلي سن المعاش فجاءت أكبر نسبة بين(١٠٠٠٠-١٥٠٠٠) ريال بنسبة (٤٢,٤%) وجاء في الترتيب الثاني(١٥٠٠٠- ٢٠٠٠) ريال بنسبة(٣٠,٥%) وهذا يدل علي ارتفاع مستوى دخل الأفراد الذين وصلوا إلي سن المعاش، وارتفاع مستوى دخل الأسرة السعودية بشكل عام.

جدول رقم(٤) يوضح إصابة المسن بأمراض مزمنة ن=٥٩

إصابة المسن بأمراض مزمنة	ك	٪
نعم	٤٣	٧٢,٩
لا	١٦	٢٧,١
المجموع	٥٩	%١٠٠

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

أن(٧٢,٩%) من المسنين عينة الدراسة مصابين بأمراض مزمنة وقد يرجع ذلك إلي الضعف العام الذي يعاني منه المسن في هذه المرحلة السنية وهذا يجعله ضعيف المناعة ويعرضه للإصابة بالعديد من الأمراض، أضف إلي ذلك أن مستوى الرعاية الصحية للمسن لا يرقي حتى الآن إلي المستوى المطلوب مقارنةً بالدول المتقدمة والدول التي لديها ثقافة عالية للاهتمام بالمسن.

جدول رقم (٥) يوضح نوعية الأمراض المزمنة للمسن ن=٤٣

نوعية الأمراض المزمنة للمسن	ك	٪	الترتيب
سكر	٣٠	٩٦,٨	٢
ضغط	٢٨	٦٥,١	٤
قلب	٣٥	٨١,٤	١
هشاشة عظام	٧	١٦,٣	٦
جهاز هضمي	٢٩	٦٧,٤	٣
جهاز تنفسي	١٨	٤١,٨	٥

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

أن عينة الدراسة بشكل عام مصابة بأمراض مزمنة والغالبية العظمي مصابة بمرض القلب بنسبة (٨١,٤%) والمصابين بمرض السكر بنسبة (٦٩,٨%) أما المصابين بمرض الضغط فكانوا في الترتيب الرابع بنسبة (٦٥,١%) بينما جاء المصابون بأمراض الجهاز الهضمي في الترتيب الثالث بنسبة (٧٦,٤%) وهذا يدلل علي ارتفاع نسبة الإصابة بأمراض القلب بين المسنين وكذلك أمراض السكر، مما يتطلب توفير الأدوية لهذه الأمراض مجاناً أو بأسعار في متناول دخل المسن الذي اتضح أن دخله منخفض من خلال بيانات هذه الدراسة.

جدول رقم (٦) يوضح الأدوية وتحسين نوعية حياة المسن ن=٥٩

م	الأدوية وتحسين نوعية حياة المسن	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المقومات	كا٢	مستوى الدلالة
		ك	٪	ك	٪	ك	٪						
١	تكاليف الحصول علي الدواء مناسبة.	٧	١١,٨	٨	١٣,٦	٣٤	٥٧,٦	٨١	١,٣٧	٠,٦٩	ضعيف	٤٥,٠	**
٢	تحصل علي العلاج بسهولة ويسر.	١٠	١٦,٩	١٠	١٦,٩	٣٩	٦٦,٢	٨٩	١,٥١	٠,٧٦	ضعيف	٢٨,٥	**
٣	تحصل علي أصناف معينة من الأدوية.	٥١	٨٦,٤	٣	٥,١	٥	٨,٥	١٦٤	٢,٧٨	٠,٥٨	قوي	٧٤,٨	**
٤	تشتري بعض الأدوية علي حسابك الخاص.	٤٩	٨٣,١	٦	١٠,٢	٤	٦,٧	١٦٣	٢,٧٦	٠,٥٦	قوي	٦٥,٦	**
٥	تجد صعوبة في توفير ثمن الدواء.	٤٢	٧١,٢	٨	١٣,٦	٩	١٥,٢	١٥١	٢,٥٦	٠,٧٤	قوي	٣٨,٢	**
٦	تكاليف العلاج ترهق ميزانية الأسرة.	٤٠	٦٧,٨	١٢	٢٠,٣	٧	١١,٩	١٥١	٢٥,٦	٠,٦٩	قوي	٣٢,٢	**
٧	أفراد الأسرة يعترضوا علي شراءك للأدوية باستمرار.	٣٧	٦٢,٨	١١	١٨,٦	١١	١٨,٦	١٤٤	٢,٤٤	٠,٧٩	قوي	٢٢,٨	**
٨	لا تشتري الدواء وأنت في حاجة إليه.	٣٩	٦٦,١	٤	٦,٨	١٦	٢٧,١	١٤١	٢,٣٩	٠,٨٨	قوي	٣٢,١	**
٩	مقتنع بالأدوية التي تحصل عليها من التأمين.	١٠	١٦,٩	١٤	٢٣,٨	٣٥	٥٩,٣	٩٣	١,٥٨	٠,٧٦	ضعيف	١٨,٣	**
١٠	تشعر بالملل حتى تأخذ دورك في صرف الأدوية	٤٧	٧٩,٧	٥	٨,٥	٧	١١,٩	١٥٨	٢,٦٨	٠,٦٧	قوي	٥٦,٩	**
١١	أدوية الأمراض المزمنة متوفرة في التأمين.	١٣	٢٢,٠	١٩	٣٢,٢	٢٧	٤٥,٨	١٠٤	١,٧٦	٠,٧٩	متوسط	٥,٠٢	–
١٢	طبيب التأمين الصحي مقيد بصرف أنواع معينة من الأدوية.	٤٨	٨١,٤	٦	١٠,٢	٥	٨,٤	١٦١	٢,٧٣	٠,٦١	قوي	٦١,٠	**
١٣	كثير من الأمراض ليس لها علاج في التأمين.	٤٦	٧٧,٩	٣	٥,٢	١٠	١٦,٩	١٥٤	٢,٦١	٠,٧٦	قوي	٥٤,١	**
١٤	تحدث مضاعفات للمرض حتى تحصل علي الدواء.	٣٣	٥٥,٩	٨	١٣,٦	١٨	٣٠,٥	١٣٣	٢,٢٥	٠,٨٩	متوسط	١٥,٩	*
١٥	غير راض علي اشتراكك في التأمين الصحي	٧	١١,٩	٣٥	٥٩,٣	١٧	٢٨,٨	١٠٨	١,٨٣	٠,٦١	متوسط	٢٠,٥	
١٦	تحصل علي الأدوية بصفة دورية.	٢٥	٤٢,٩	١٣	٢٢,٠	٢١	٣٥,٦	١٢٢	٢,١٠	٠,٨٨	متوسط	٣,٧٨	–

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

العلاقة بين الأدوية الخاصة بالمسنين وتحسين نوعية الحياة نجد أن عبارات هذا المؤشر جاءت بالترتيب كالتالي:

- تحصل علي أصناف معينة من الأدوية، بوسط حسابي (٢,٧٨) وانحراف معياري (٠,٥٨).
- تشتري بعض الأدوية علي حسابك الخاص، بوسط حسابي (٢,٧٦) وانحراف معياري (٠,٥٦).
- طبيب التأمين الصحي مقيد بصرف أنواع معينة من الأدوية، بوسط حسابي (٢,٧٣) وانحراف(٠,٦١).
- غير راض علي اشتراكك في التأمين الصحي، بوسط حسابي (١,٨٣) وانحراف معياري (٠,٦١).
- تحدث مضاعفات للمرض حتى تحصل علي الدواء، بوسط حسابي (٢,٢٥) وانحراف معياري (٠,٨٩).
- تحصل علي الأدوية بصفة دورية، بوسط حسابي (٢,١) وانحراف معياري (٠,٨٨).

وقد يتضح من ذلك أن الميزانية المخصصة لشراء الأدوية في التأمين قد تكون محددة وهذا لا يتيح إلا أصنافاً معينة من الأدوية في حدود الميزانية وقد لا تكون بالفاعلية المطلوبة هذا بالإضافة إلي أن كل الأصناف غير متوفرة مما يضطر المسنين إلي شراء بعض الأصناف علي حسابهم الخاص وهذا يرهق ميزانية الأسرة لاسيما أن الدخل يكون محدود بعد الوصول إلي سن المعاش كما أن طبيب التأمين يكون مقيد بصرف أنواع معينة وهي المتوفرة في صيدليات التأمين وذلك لأنه يتصرف في حدود المتاح من الإمكانيات حتى ولو كان يعلم أن العائد محدود أو أن هذه الأدوية لا تعجل بشفاء المسن، كما أن هناك أنواع من الأدوية لا تصرف إلا من خلال الاستشاري الذي يزور عيادات التأمين علي فترات متباعدة.

ومن العبارات التي جاءت بدرجة متوسطة عدم رضا المستفيد عن الاشتراك في التأمين وحدوث بعض المضاعفات المرضية حتى يتم الحصول علي الدواء والحصول علي الدواء بصفة دورية، وهذا يعكس عدم قدرة التأمين الصحي علي القيام بالدور المتوقع من المستفيدين وقد يرجع ذلك لضعف الميزانية المخصصة للتأمين وعدم القدرة علي الاستثمار الأمثل للإمكانات المتاحة وحاجات المسنين المتعددة التي قد لا تتمكن إمكانات التأمين من إشباعها بشكل يرضي المسنين مما يتيح الفرصة لحدوث مضاعفات مرضية وخاصة إذا تأخر الحصول علي الدواء لاسيما أن هناك أمراض تحتاج إلي التدخل الطبي السريع وهذا لا ينفي أن بعض المستفيدين يحصلون علي الدواء بصفة دورية كالمصابين بأمراض السكر والضغط الذين يحصلون علي حاجاتهم من الدواء كل شهر لإدراك العاملين في التأمين حجم المعاناة حتى يتمكن المسن من الوصول للتأمين.

ومن العبارات التي جاءت بمستوى ضعيف تكاليف الحصول علي الدواء مناسبة، الحصول علي العلاج بسهولة ويسر، الاقتناع بالأدوية التي يتم الحصول عليها من التأمين وهذا يوضح أن تكاليف الحصول علي الدواء مبالغ فيها، حيث يتم شراء بعض الأدوية من خارج التأمين أحياناً ومن الممكن أن تكون هناك متاعب جسدية ونفسية حتى يتم الحصول علي العلاج، كما أن هناك إجراءات قد تكون طويلة ومرهقة للمسن حتى يتم الحصول علي العلاج.

جدول رقم (٧) يوضح الرعاية الصحية للمسن في المستشفيات وتحسين نوعية حياته ن=٥٩

م	الرعاية الصحية للمسن في المستشفيات	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المقومات	كا٢	مستوى الدلالة
		ك	٪	ك	٪	ك	٪						
١	تجد صعوبة في دخول المستشفي لإجراء عملية.	٤٥	٧٦,٣	٦	١٠,٢	٨	١٣,٥	١٥٥	٢,٦٣	٠,٧١	قوي	٤٨,٩	**
٢	إجراء عملية في المستشفي يتطلب وسطة.	٢٩	٤٩,٢	٢٠	٣٣,٩	١٠	١٦,٩	١٣٧	٢,٣٢	٠,٧٥	متوسط	٩,٢	**
٣	رعاية التمريض في المستشفي متوفرة.	١٦	٢٧,١	١٦	٢٧,١	٢٧	٤٥,٨	١٠٧	١,٨١	٠,٨٣	متوسط	٤,١	–
٤	الممرضات يعاملونك معاملة حسنة.	٤٠	٦٧,٨	٨	١٣,٦	١١	١٨,٦	١٤٧	٢,٤٩	٠,٧٩	قوي	٣١,٦	**
٥	تطمئن لإجراء عملية جراحية في المستشفي.	١٣	٢٢,٠	١٥	٢٥,٤	٣٠	٥٠,٨	١٠٠	١,٦٩	٠,٨١	متوسط	٨,٨	*
٦	مقتنع بأداء الأطباء الموجودون في المستشفي.	٢٥	٤٢,٤	١٨	٣٠,٥	١٦	٢٧,١	١٢٧	٢,١٥	٠,٨٢	متوسط	٢,٢	–
٧	يوجد أطباء متخصصون يوقعون الكشف الطبي عليك.	١٩	٣٢,٢	٢٦	٤٤,١	١٤	٢٣,٧	١٢٣	٢,١٠	٠,٧٤	متوسط	٣,٦	–
٨	تنتظر وقتاً طويلاً حتى يتم الكشف عليك.	٣٧	٦٢,٧	١٠	١٦,٩	١٢	٢٠,٣	١٤٣	٢,٤٢	٠,٦٩	قوي	٢٣,١	**
٩	الأماكن المخصصة للكشف الطبي مجهزة.	١٥	٢٥,٥	١١	١٨,٦	٣٣	٥٥,٩	١٠٠	١,٦٩	٠,٨٥	متوسط	١٣,٩	**
١٠	عدد الأسرة متوفر بالمستشفيات.	١٢	٢٠,٣	١٨	٣٠,٥	٢٩	٤٩,٢	١٠١	١,٧١	٠,٧٨	متوسط	٧,٦	*
١١	الغذاء في المستشفي يناسب حالتك المرضية.	١٨	٣٠,٥	١٤	٢٣,٧	٢٧	٤٥,٨	١٠٩	١,٨٥	٠,٨٦	متوسط	٤,٤	–
١٢	تتناول الغذاء الذي يصرف لك في المستشفي.	١٥	٢٥,٥	١٢	٢٠,٣	٣٢	٥٤,٢	١٠١	١,٧١	٠,٨٤	متوسط	١١,٩	*
١٣	راض عن النظافة العامة بالمستشفي.	١٠	١٦,٩	٦	١٠,٢	٤٣	٧٢,٩	٨٥	١,٤٤	٠,٧٧	ضعيف	٤١,٩	**
١٤	تجد سهولة عند إجراء التحاليل الطبية.	١٣	٢٢,٠	١٦	٢٧,٢	٣٠	٥٠,٨	١٠١	١,٧١	٠,٨٠	متوسط	٨,٤	*
١٥	مقتنع بنتائج التحاليل الطبية التي تجري لك.	٢١	٣٥,٦	١٥	٢٥,٥	٢٣	٣٨,٩	١١٦	١,٩٧	٠,٨٦	متوسط	١,٨	–
١٦	تضطر لإجراء بعض الإشعات خارج المستشفي.	٣٥	٥٩,٣	٨	١٣,٦	١٦	٢٧,١	١٣٧	٢,٣٢	٠,٨٧	متوسط	١٩,٥	**
١٧	تنتظر وقتاً طويلاً لإجراء عملية جراحية.	٤٣	٧٢,٩	٩	١٥,٣	٧	١١,٨	١٥٤	٢,٦١	٠,٦٩	قوي	٤١,٩	**
١٨	يعاملك الأطباء معاملة جيدة.	٢٥	٤٢,٤	١٣	٢٢,٠	٢١	٣٥,٦	١٢٢	٢,١٠	٠,٨٨	متوسط	٣,٧٨	–

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

العلاقة بين خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمسنين بالمستشفيات وتحسين نوعية الحياة نجد أن عبارات هذا المؤشر جاءت بالترتيب كالتالي:

- تجد صعوبة في دخول المستشفي لإجراء عملية، بوسط حسابي (٢,٦٣) وانحراف معياري (٠,٧١).
- الممرضات يعاملونك معاملة حسنة، بوسط حسابي (٢,٤٩) وانحراف معياري (٠,٧٩).
- تنتظر وقتاً طويلاً حتى يتم الكشف عليك، بوسط حسابي (٢,٤٢) وانحراف معياري (٠,٦٩).
- إجراء عملية في المستشفي يتطلب واسطة، بوسط حسابي (٢,٣٢) وانحراف معياري (٠,٧٥).
- رعاية التمريض في المستشفي متوفرة، بوسط حسابي (١,٨١) وانحراف معياري (٠,٨٣).
- تطمئن لإجراء عملية جراحية في المستشفي، بوسط حسابي (١,٦٩) وانحراف معياري (٠,٨١).
- راض عن النظافة العامة بالمستشفي، بوسط حسابي (١,٤٤) وانحراف معياري (٠,٧٧).

وقد يتضح من ذلك أن هناك صعوبة في دخول المستشفي لإجراء العمليات الجراحية إما لزيادة أعداد المستفيدين مع قلة عدد الأسرة ووجود قائمة انتظار طويلة وارتفاع تكلفة إجراء العمليات الجراحية، هذا بالإضافة إلي الانتظار لفترات طويلة لإجراء الكشف الطبي وقد يترتب علي ذلك حدوث مضاعفات.

كما يتضح أيضاً أن هناك بعض العمليات الجراحية قد تحتاج إلي نوع من الوساطة لدخول المسن إلي المستشفي وإجراء العملية علماً بأن ذلك لا يتفق والعدالة الاجتماعية في تقديم الخدمة الطبية، بالإضافة إلي أن هذا الشيء لا يتفق وتعاليم المهنة وإن كان يحدث حتى مع غير المسن ولكن بنسبة متوسطة وليس مع كل الحالات ويتضح أيضاً أن خدمات التمريض في المستشفي متوفرة بشكل متوسط وليس بشكل جيد وقد يرجع ذلك لزيادة عدد المرضي بالإضافة إلي قلة عدد الممرضين في كل المستشفيات مما يؤثر علي نوعية الخدمة.

ومن العبارات التي جاءت بمستوى ضعيف الاطمئنان لإجراء الجراحات في المستشفي ومستوى النظافة العامة وقد يرجع ذلك إلي رؤية المسن لبعض المضاعفات التي حدثت لأشخاص أجروا عمليات جراحية في المستشفيات ويكتسب من ذلك خبرات سيئة علماً بأن السبب قد لا يكون فنياً وإنما راجع إلي مستوى النظافة والاهتمام بعد إجراء العملية الجراحية وكذلك المتابعة.

أما بالنسبة لضعف النظافة في المستشفي فقد يكون السبب في ذلك اعتبار النظافة شيئاً ثانوياً وعدم المتابعة والمرور علي عمال النظافة وعدم الاستعانة بعمالة كافية ومتخصصة وقد يكون سوء الاستخدام لعدم الوعي سبباً أيضاً في حدوث ذلك.

جدول رقم (٨) يوضح خدمات التأمين الصحي للمسن وتحسين نوعية حياته ن=٥٩

م	خدمات التأمين الصحي للمسن	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المقومات	كا٢	مستوى الدلالة
		ك	٪	ك	٪	ك	٪						
١	توجد أماكن انتظار مناسبة بالتأمين.	٩	١٢,٣	٥	٨,٥	٤٥	٧٦,٢	٨٢	١,٣٩	٠,٧٤	ضعيف	٤٩,٢	**
٢	يوجد أطباء متخصصون في التأمين.	١٣	٢٢,٠	١٦	٢٧٠٢	٣٠	٥٠,٨	١٠١	١,٧١	٠,٨٠	متوسط	٨,٤	*
٣	تنتظر وقتاً طويلاً حتى يوقع الكشف الطبي عليك.	٤٣	٧٢,٨	٨	١٣,٦	٨	١٣,٦	١٥٣	٢,٦٠	٠,٧٢	قوي	٤١,٤	**
٤	تنتظر أياماً عديدة حتى تعرض علي استشاري.	٤٠	٦٧,٨	١٠	١٦,٩	٩	١٥,٣	١٤٩	٢,٥٣	٠,٧٤	قوي	٣١,٥	**
٥	تلجأ إلي التأمين في كل أمورك المرضية.	١٣	٢٢,٠	٢٩	٤٩,٢	١٧	٢٨,٨	١١٤	١,٩٣	٠,٧١	متوسط	٧,١	–
٦	تلجأ إلي التأمين لضعف إمكاناتك المادية.	٣٩	٦٦,١	٦	١٠,٢	١٤	٢٣,٧	١٤٣	٢,٤٢	٠,٨٥	قوي	٣٠,٠	**
٧	تلجأ إلي التأمين في الحالات البسيطة فقط.	١٠	١٦,٩	١٣	٢٢,٠	٣٦	٦١,١	٩٢	١,٥٦	٠,٧٧	ضعيف	١٠,٦	**
٨	التأمين يعالج كل أفراد الأسرة.	٢٥	٤٢,٤	١٦	٢٧,١	١٨	٣٠,٥	١٢٥	٢,١٢	٠,٨٥	متوسط	٢,٢	–
٩	الإجراءات الإدارية في التأمين بسيطة.	٨	١٣,٦	٥	٨,٥	٤٦	٧٧,٩	٨٠	١,٣٦	٠,٧١	ضعيف	٥٢,٩	**
١٠	التأمين الصحي يتمتع بدرجة عالية من النظافة.	٢٣	٣٩,٠	١٢	٢٠,٣	٢٤	٤٠,٧	١١٧	١,٩٨	٠,٨٩	متوسط	٤,٦	–
١١	الأماكن المخصصة للكشف الطبي مناسبة.	١٤	٢٣,٧	٢٨	٤٧,٥	١٧	٢٩,٨	١١٥	١,٩٥	٠,٧٢	متوسط	٥,٤	–
١٢	العاملون في التأمين يعاملونك معاملة طيبة.	١٣	٢٢,٠	٢٧	٤٧,٤	١٩	٣٢,١	١١٢	١,٩٠	٠,٧٣	متوسط	٥,٠٢	–

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

العلاقة بين الخدمات المقدمة للمسن عن طريق التأمين الصحي وتحسين نوعية حياته نجد أن عبارات هذا المؤشر جاءت بالترتيب كالتالي:

- تنتظر وقتاً طويلاً حتى يوقع الكشف الطبي عليك، بوسط حسابي (٢,٦) وانحراف معياري (٠,٧٢).
- تنتظر أياماً عديدة حتى تعرض علي استشاري، بوسط حسابي (٢,٥٣) وانحراف معياري (٠,٧٤).
- تلجأ إلي التأمين في كل أمورك المرضية، بوسط حسابي (١,٩٣) وانحراف معياري (٠,٧١).
- التأمين يعالج كل أفراد الأسرة، بوسط حسابي (٢,١٢) وانحراف معياري (٠,٨٥).
- توجد أماكن انتظار مناسبة بالتأمين، بوسط حسابي (١,٣٩) وانحراف معياري (٠,٧٤).
- تلجأ إلي التأمين في الحالات البسيطة فقط، بوسط حسابي (١,٥٦) وانحراف معياري (٠,٧٧).
- الإجراءات الإدارية في التأمين بسيطة، بوسط حسابي (١,٣٦) وانحراف معياري (٠,٧١).

ويتضح من ذلك أن المسن ينتظر لأوقات طويلة حتى يتم توقيع الكشف الطبي عليه عن طريق التأمين الصحي كما أنه ينتظر أياماً عديدة حتى يتم عرضه علي استشاري إذا كانت ظروفه الصحية تستدعي ذلك، كما يتضح أيضاً أنه غير مقتنع بالخدمات الصحية التي تقدم عن طريق التأمين ولا يلجأ إليه إلا مضطراً لضعف إمكاناته المادية وهذا يدلل أن الخدمات المقدمة لا تتسم بالفاعلية والقائمين علي تقديمها لا يتصفون بالكفاءة من وجهة نظر المسن لاسيما أن الانتظار لوقت طويل لتوقيع الكشف الطبي علي المسن لا يتفق وسنه وخاصة في حالة المرض الذي قد يحدث عنه مضاعفات ويصيبه بالاكتئاب ويشعره بعدم الاهتمام به ويفهم من ذلك أيضاً نسبة المعاناة التي يتعرض لها حتى يصل إلي الاستشاري مما يوضح ضعف الخدمة ويعكس أيضاً إمكانات المسن المتدنية من الناحية المادية في ظل ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية.

ويتضح أيضاً أن الخدمات التي جاءت بنسبة متوسطة وجود الأطباء المتخصصين واللجوء إلي التأمين في كل الحالات المرضية وعلاج كل أفراد أسرة المسن وهذا يوضح أن التأمين يستعين بأطباء متخصصين ولكن ليس بالقدر الكافي وهذا يدفع المسن إلي الكشف أحياناً خارج التأمين إذا سمحت ظروفه بذلك كما أن التأمين الصحي لا يوقع الكشف إلا علي الشخص المؤمن عليه.

ومن العبارات التي جاءت بمستوى ضعيف وجود أماكن انتظار مناسبة واللجوء إلي التأمين في الحالات البسيطة فقط والإجراءات الإدارية في التأمين بسيطة وهذا يدلل علي إقبال غالبية المسنين علي التأمين للعلاج مع عدم احترام آدميتهم وتوفير أماكن مناسبة لانتظارهم حتى يوقع عليهم الكشف مراعاة لسنهم المتقدم مما يدفع القادر منهم إلي عدم اللجوء إلي العلاج في التأمين إلا في أضيق الحدود، أضف إلي ذلك تعقد الإجراءات الإدارية حتى يتم الحصول علي الخدمة وهذا لا

يتناسب مع التقدم العمري ويعكس عدم كفاءة الجهاز الإداري في التأمين الصحي أو عـــدم وجـــود وسائل معلوماتية تتناسب وروح العصر أو قد يكون السبب عدم وجود تناسب بين كم العمل وعـــدد العاملين.

جدول رقم (٩) يوضح خدمات الرعاية الصحية الخاصة للمسن وتحسين نوعية حياته **ن=٥٩**

م	خدمات الرعاية الصحية الخاصة للمسن	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المقومات	كا٢	مستوى الدلالة
		ك	٪	ك	٪	ك	٪						
١	تنتظر وقتاً طويلاً حتى يوقع الكشف الطبي عليك.	٤٦	٧٧,٩	٥	٨,٥	٨	١٣,٦	١٥٦	٢,٦٤	٠,٧١	قوي	٥٢,٩	**
٢	الغرفة الخاصة بالكشف الطبي مناسبة.	٣٣	٥٥,٩	٦	١٠,٢	٢٠	٣٣,٩	١٣١	٢,٢٢	٠,٩٢	متوسط	١٨,٤	**
٣	مساعد الطبيب يعاملك معاملة جيدة.	١٢	٢٠,٣	٢٥	٤٢,٤	٢٢	٣٧,٣	١٠٨	١,٨٣	٠,٧٤	متوسط	٤,٨	–
٤	أسعار الكشف الطبي مبالغ فيها.	٣٩	٦٦,٢	١٠	١٦,٩	١٠	١٦,٩	١٤٧	٢,٤٩	٠,٧٧	قوي	٢٨,٥	**
٥	تقترض من الآخرين لإجراء الكشف الطبي.	٤١	٦٩,٥	١٣	٢٢,٠	٥	٨,٥	١٥٤	٢,٦١	٠,٦٤	قوي	٣٦,٢	**
٦	أسعار الدواء ترهقك مادياً.	٤٥	٧٦,٣	١٠	١٦,٩	٤	٦,٨	١٥٩	٢,٧٠	٠,٥٩	قوي	٤٩,٨	**
٧	تقتنع بالدواء الذي يحدده الطبيب.	٣٢	٥٤,٢	١٥	٢٥,٤	١٢	٢٠,٤	١٣٨	٢,٣٤	٠,٧٩	قوي	١١,٩	*
٨	تشتري أدوية الأمراض المزمنة علي حسابك الخاص.	٤١	٦٩,٥	٥	٨,٥	١٣	٢٢,٠	١٤٦	٢,٤٧	٠,٨٣	قوي	٣٦,٢	**
٩	تضطر للبحث عن عمل لتوفير ثمن الأدوية.	٥	٨,٥	١٤	٢٣,٧	٤٠	٦٧,٨	٨٣	١,٤١	٠,٦٤	ضعيف	٣٣,٤	**
١٠	تقصر في إشباع احتياجات الأسرة لارتفاع تكاليف العلاج.	٣٨	٦٤,٥	١٠	١٦,٩	١١	١٨,٦	١٤٥	٢,٤٦	٠,٧٩	قوي	٢٥,٩	**

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

العلاقة بين خدمات الرعاية الصحية الخاصة وتحسين نوعية حياة المسن نجد أن عبارات هذا المؤشر جاءت بالترتيب كالتالي:

- تنتظر وقتاً طويلاً حتى يوقع الكشف الطبي عليك، بوسط حسابي (٢,٦٤) وانحراف معياري (٠,٧١).
- أسعار الكشف الطبي مبالغ فيها، بوسط حسابي (٢١,٤٩) وانحراف معياري (٠,٧٧).
- تقترض من الآخرين لإجراء الكشف الطبي، بوسط حسابي (٢,٦١) وانحراف معياري (٠,٦٤).
- الغرفة الخاصة بالكشف الطبي مناسبة، بوسط حسابي (٢,٢٢) وانحراف معياري (٠,٩٢).
- مساعد الطبيب يعاملك معاملة جيدة، بوسط حسابي (١,٨٣) وانحراف معياري (٠,٧٤).
- تضطر للبحث عن عمل لتوفير ثمن الأدوية، بوسط حسابي (١,٤١) وانحراف معياري (٠,٦٤).

ويتضح من ذلك أن المسن يلجأ إلي العلاج علي نفقته الخاصة محملاً ميزانية الأسرة الكثير في ظل دخل منخفض إلا أنه ينتظر أيضاً وقتاً طويلاً حتى يحصل علي الخدمة الطبية وهذا يعكس ضعف أو عدم وجود ثقافة تشرح كيفية التعامل مع المسن في المجتمع بشكل عام إذ أنه لابد من حصول المسن علي أولوية في توقيع الكشف الطبي عليه لظروفه الخاصة وعدم قدرته علي تحمل الألم.

وكذلك يتضح أن أسعار الكشف مرتفعة مما يرهق المريض وأسرته مادياً مما يتطلب تعليمات صارمة أن يكون هناك سعر خاص إلزامي حتى في العيادات والمستشفيات الخاصة لمن هم فوق سن الستين كنوع من التضامن مع المسنين حتى لا يضطر المسن للاستدانة للحصول علي الخدمة الصحية كما هو واضح من ترتيب العبارات وقد يعجز أحياناً عن تسديد القروض مما يعرضه للإهانة في المجتمع ويشعره بالعجز أمام نفسه وأمام أسرته ويشعر أنه فقد المكانة الاجتماعية التي كان يشغلها، ومن العبارات التي جاءت بمستوى متوسط جاهزية غرفة الكشف الطبي وطبيعة التعامل من مساعدي الأطباء وهذا يعكس أن الهدف مادي أولاً في العيادات الخاصة بصرف النظر عن وجود الخدمة ويعكس أيضاً عدم وجود الوعي المجتمعي في كيفية التعامل مع المسنين.

أما العبارات التي جاءت بمستوى ضعيف فهي بحث المسن عن عمل لتوفير ثمن الأدوية وقد يكون مرجع ذلك عدم توفر فرص العمل وعدم اقتناع المجتمع بالخبرات المتوفرة لدى المسن أو قد يكون المسن نفسه إمكاناته الصحية لا تؤهله للقيام بعمل وغير راغب فيه إلا للاضطرار لتوفير ثمن العلاج.

جدول رقم (١٠) يوضح الخدمات الاجتماعية المقدمة للمسن بالمستشفيات وتحسين نوعية حياته ن=٥٩

م	الخدمات الاجتماعية المقدمة للمسن بالمستشفيات	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المقومات	كا٢	مستوى الدلالة
		ك	٪	ك	٪	ك	٪						
١	يستمع الأخصائي الاجتماعي لشكواك.	١٠	١٦,٩	١٦	٢٧,٢	٣٣	٥٥,٩	٩٥	١,٦١	٠,٧٦	ضعيف	١٤,٤	
٢	يدعم الأخصائي الاجتماعي العلاقة بينك وبين الفريق الطبي.	١٥	٢٥,٤	٢٩	٤٩,٢	١٥	٢٥,٤	١١٨	٢,٠٠	٠,٧١	متوسط	٦,٦	–
٣	يمكنك الأخصائي الاجتماعي من الحصول على الأدوية المناسبة.	١٣	٢٢,٠	٢٢	٣٧,٣	٢٤	٤٠,٧	١٧	١,٨١	٠,٧٧	متوسط	٣,٥	–
٤	يساعدك الأخصائي فى الحصول على مساعدات مادية.	١٩	٣٢,٢	١٤	٢٣,٧	٢٦	٤٤,١	١١١	١,٨٨	٠,٨٦	متوسط	٢,٩٢	–
٥	تشعر باهتمام الأخصائي بمشكلاتك الصحية	١٠	١٦,٩	٢٧	٤٥,٨	٢٢	٣٧,٣	١٠٦	١,٧٩	٠,٧١	متوسط	٧,٨	*
٦	تشعر بتقبل الأخصائي الاجتماعي لك عند اللجوء إليه.	٢٥	٤٢,٤	١٦	٢٧,٢	١٨	٣٠,٥	١٢٥	٢,١٢	٠,٨٥	متوسط	٢,٢	–
٧	لا يقوم الأخصائي الاجتماعي بالمرور على المرضى.	٣٦	٦١,٠	١١	١٨,٦	١٢	٢٠,٣	١٤٢	٢,٤١	٠,٨١	متوسط	٢٠,٤	**
٨	تجد صعوبة في استيفاء المستندات التي يطلبها الأخصائي الاجتماعي.	١٥	٢٥,٤	٣١	٥٢,٥	١٣	٢٢,١	١٢٠	٢,٠٢	٠,٦٩	متوسط	٧,٩	*
٩	ساعدك الأخصائي الاجتماعي في حل أحد مشكلاتك.	١٠	١٦,٩	١٥	٢٥,٥	٣٤	٥٧,٦	٩٤	١,٥٩	٠,٧٦	ضعيف	١٦,٣	**
١٠	يستثمر الأخصائي الاجتماعي مؤسسات المجتمع لمساعدتك.	٥	٨,٥	١٨	٣٠,٥	٣٦	٦١,٠	٨٧	١,٤٧	٠,٦٥	ضعيف	٢٤,٥	**

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

العلاقة بين الخدمات الاجتماعية المقدمة للمسن في المستشفي وتحسين نوعية حياته نجد أن عبارات هذا المؤشر جاءت بالترتيب كالتالي:

- لا يقوم الأخصائي الاجتماعي بالمرور على المرضى، بوسط حسابي (٢,٤١) وانحراف معياري (٠,٨١).
- يدعم الأخصائي الاجتماعي العلاقة بينك وبين الفريق الطبي، بوسط حسابي (٢,٠) وانحراف معياري (٠,٧١).
- يمكنك الأخصائي الاجتماعي من الحصول على الأدوية المناسبة، بوسط حسابي (١,٨١) وانحراف معياري (٠,٧٧).
- يساعدك الأخصائي فى الحصول على مساعدات مادية، بوسط حسابي (١,٨٨) وانحراف معياري (٠,٨٦).
- يستمع الأخصائي الاجتماعي لشكواك، بوسط حسابي (١,٦١) وانحراف معياري (٠,٧٦)،
- ساعدك الأخصائي الاجتماعي في حل أحد مشكلاتك، بوسط حسابي (١,٥٩) وانحراف معياري (٠,٧٦).
- يستثمر الأخصائي الاجتماعي مؤسسات المجتمع لمساعدتك، بوسط حسابي (١,٤٧) وانحراف معياري (٠,٦٥).

ويتضح من ذلك عدم وعي الأخصائي الاجتماعي بالدور الذي يجب أن يؤديه وعدم وجود علاقة اجتماعية بينه وبين المريض من خلال متابعة حالته ومعرفة تطورها من خلال المرور عليه بشكل دوري علماً بأن هناك آثار طبية قد تكون سلبية أو إيجابية حسب الحالة النفسية التي يمر بها المريض ووجود العلاقة الطيبة بين الأخصائي الاجتماعي والمريض تحسن من حالته النفسية في حين أن الأخصائي الاجتماعي يحاول توطيد العلاقة بين المسن وبين الفريق الطبي، وقد يرجع ذلك لإيمان الأخصائي الاجتماعي بأهمية ذلك في سبيل الوصول إلي أقصى استفادة طبية من خلال إتاحة الفرصة للمريض لشرح الظروف التي يمر بها بشكل عام بالإضافة إلي إدراكه لأهمية الأدوية في علاج الحالة التي يمر بها المسن خاصة أن الأخصائي الاجتماعي يدرك إمكانات المريض الاقتصادية التي لا تمكنه عادة من شراء الأدوية من خارج التأمين، بالإضافة إلي إمكانية الأخصائي من المساعدة في إنهاء الإجراءات التي تمكن المسن من الحصول علي الدواء بسهولة.

والأخصائي كإداري يعرف جيداً الإجراءات الخاصة بالحصول علي الدواء أكثر من المسن بالإضافة إلي قدرته علي الحركة لمعرفته بأماكن الحصول علي الخدمة أما بالنسبة للعبارات التي جاءت بمستوى ضعيف فاستماع الأخصائي لشكوى المسن ومساعدته في حل مشكلاته واستثماره لمؤسسات المجتمع لتقديم المساعدة فقد يرجع ذلك إلي كثرة عدد المستفيدين مما لا يتيح الفرصة

لسماع شكواهم جميعاً مع العلم أن غالبية المسنين غالباً ما تكون شكواهم واحدة ومرتبطة بالنواحي الاقتصادية.

جدول رقم (١١) يوضح الجانب الذاتي لنوعية حياة المسن ن=٥٩

م	الجانب الذاتي لنوعية حياة المسن	نعم		إلي حد ما		لا		المجموع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الخدمة	كا٢	مستوى الدلالة
		ك	٪	ك	٪	ك	٪						
١	تشعر بالرضا حين تحصل علي الدواء بسرعة.	٣٨	٦٤,٤	١٥	٢٥,٤	٦	١٠,٢	١٥٠	٢,٥٤	٠,٦٧	قوي	٤٣,٨	**
٢	تحزن حين يكتب لك دواء من خارج التأمين.	٤٣	٧٢,٩	٩	١٥,٢	٧	١١,٩	١٥٤	٢,٦١	٠,٦٩	قوي	٤٩,٦	**
٣	تطمئن حين تتحسن صحتك علي دواء التأمين.	٣٩	٦٦,١	١٣	٢٢,٠	٧	١١,٩	١٥٠	٢,٥٤	٠,٧٠	قوي	٣٧,١	**
٤	تشعر بالراحة عندما تجد مكاناً خالياً تجلس فيه بالتأمين.	٢٨	٤٧,٥	١٦	٢٧,١	١٥	٢٥,٤	١٣١	٢,٢٢	٠,٨٢	متوسط	٢٥,٣	**
٥	تشعر بآدميتك حينما يعاملك الطبيب بلطف.	٣١	٥٢,٥	٩	١٥,٣	١٩	٣٢,٢	١٣٠	٢,٢٠	٠,٩٠	متوسط	٥,١	–
٦	تسعد حين يدعوك الطبيب لزيارته مرات عديدة.	٣٧	٦٢,٨	١١	١٨,٦	١١	١٨,٦	١٤٤	٢,٤٤	٠,٧٩	قوي	٣٥,٢	**
٧	تطمئن علي صحتك حين تمر الممرضة عليك بانتظام.	٤٠	٦٧,٨	٧	١١,٩	١٢	٢٠,٣	١٤٦	٢,٤٧	٠,٨١	قوي	٤٣,١	**
٨	تشعر بالرضا حين تجد المستشفي نظيفة.	٣٣	٥٥,٩	١٧	٢٨,٨	٩	١٥,٣	١٤٢	٢,٤١	٠,٧٤	قوي	٧,٩	–
٩	تشعر بالاهتمام حين يسألك الأخصائي عن مشكلاتك.	٢٧	٤٥,٨	٢٢	٣٧,٣	١٠	١٦,٩	١٣٥	٢,٢٩	٠,٧٣	متوسط	١٢,١	**
١٠	تشعر بقيمتك في المجتمع حين تقدم لك الخدمة الصحية الجيدة.	٣٥	٥٩,٣	١٠	١٦,٩	١٤	٢٣,٨	١٣٩	٢,٣٦	٠,٨٤	قوي	٣١,١	**
١١	تشعر بالرضا حينما يقدمك الطبيب في الكشف عن صغار السن.	٤١	٦٩,٤	٩	١٥,٣	٩	١٥,٣	١٥٠	٢,٥٤	٠,٧٤	قوي	٣٥,١	**
١٢	ترتاح نفسياً حينما يستمع الأخصائي لشكواك.	٣٢	٥٤,٢	١٨	٣٠,٥	٩	١٥,٣	١٤١	٢,٣٩	٠,٧٤	قوي	٤٨,٢	**
١٣	تفرح حين يذكرك الطبيب بخدماتك للمجتمع.	٥٠	٨٤,٧	٣	٥,١	٦	١٠,٢	١٦٢	٢,٧٥	٠,٦٣	قوي	٥٧,٣	**
١٤	تفرح حينما يتناسب سعر الدواء وإمكانياتك.	٤٩	٨٣,٢	٥	٨,٤	٥	٨,٤	١٦٢	٢,٧٤	٠,٦٠	قوي	٢٥,٦	**

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

الجانب الذاتي لنوعية حياة المسن نجد أنها جاءت بالترتيب كالتالي:

- تفرح حين يذكرك الطبيب بخدماتك للمجتمع، بوسط حسابي (٢,٧٥) وانحراف معياري (٠,٦٣).
- تفرح حينما يتناسب سعر الدواء وإمكانياتك، بوسط حسابي (٢,٧٤) وانحراف معياري (٠,٦).
- تحزن حين يكتب لك دواء من خارج التأمين، بوسط حسابي (٢,٦١) وانحراف معياري (٠,٦٩).
- تشعر بالرضا حين تحصل علي الدواء بسرعة، بوسط حسابي (٢,٥٤) وانحراف معياري (٠,٦٧).
- تطمئن حين تتحسن صحتك علي دواء التأمين، بوسط حسابي (٢,٥٤) وانحراف معياري (٠,٧).
- تشعر بالرضا حينما يقدمك الطبيب في الكشف عن صغار السن، بوسط حسابي (٢,٥٤) وانحراف معياري (٠,٧٤).
- تطمئن علي صحتك حين تمر الممرضة عليك بانتظام، بوسط حسابي (٢,٤٧) وانحراف معياري (٠,٨١)،
- تشعر بقيمتك في المجتمع حين تقدم لك الخدمة الصحية الجيدة، بوسط حسابي (٢,٣٦) وانحراف معياري (٠,٨٤).
- تشعر بالاهتمام حين يسألك الأخصائي عن مشكلاتك، بوسط حسابي (٢,٢٩) وانحراف معياري (٠,٧٣).
- تشعر بالراحة عندما تجد مكاناً خالياً تجلس فيه بالتأمين، بوسط حسابي (٢,٢٢) وانحراف معياري (٠,٨٢).
- تشعر بآدميتك حينما يعاملك الطبيب بلطف، بوسط حسابي (٢,٢) وانحراف معياري (٠,٩).

وقد يرجع ذلك إلي حاجة المسن الدائمة لتقدير خدماته التي قدمها للمجتمع لأن ذلك يشعره بقيمته وأنه شخص مرغوب فيه وليس عالة علي الأسرة أو المجتمع وأنه أدي ما عليه تجاه الوطن بالإضافة إلي أن شعور المسن بالسعادة حين يكون الدواء في حدود إمكاناته يؤكد انخفاض مستوى الدخل بعد الوصول إلي سن المعاش هذا بالإضافة إلي أن حصول المسن علي الدواء بسرعة يعكس اهتمام المجتمع به مما يجعله راضياً عن هذا المجتمع بشكل عام وعن حياته بشكل خاص واطمئنان المسن حينما تتحسن صحته يعكس رضاه عن اقتناعه بالخدمة وثقته في القائمين علي تقديمها وبالنسبة للخدمات الاجتماعية التي يمكن أن يقدمها الأخصائي الاجتماعي من خلال عمله في المستشفي يسعد المسن، حيث يوضح أن فريق العمل يقدم له خدمات متنوعة أضف إلي ذلك أن أقل الخدمات تؤثر فيه كأن يستمع الطبيب إليه بشيء من الصبر أو تمر عليه الممرضة للتأكد من تناوله الدواء في مواعيد محددة.

جدول رقم (١٢) يوضح المشكلات التي تعوق المسن عن الاستفادة من الرعاية الصحية كمدخل لتحسين نوعية حياته ن=٥٩

م	المشكلات	اختيار أول	اختيار ثان	اختيار ثالث	المجموع المرجح	التكرار المعدل	النسبة المئوية	الترتيب
١	عدم توفر الأطباء المتخصصين.	٩	٦	٤	٣٤	١١,٣	٩,٦	٥
٢	الانتظار مدة طويلة لإجراء العمليات الجراحية.	٦	٣	٥	٢٩	٩,٧	٨,٢	٧
٣	عدم وجود كل أنواع الأدوية.	٣	٥	٦	٢٥	٨,٣	٧,١	١٠
٤	المؤسسات التي تقدم الخدمة غير مناسبة.	٨	١٠	٦	٥٠	١٦,٧	١٤,١	١
٥	الإجراءات الإدارية طويلة للحصول علي الخدمة.	٣	٧	٤	٢٧	٩,٠	٧,٦	٩
٦	الإداريون لا يراعون السن في التعامل معنا.	٥	٦	٣	٣٠	١٠,٠	٨,٥	٦
٧	ارتفاع أسعار الأدوية خارج التأمين.	٨	٥	٦	٤٠	١٣,٠	١١,٣	٣
٨	لا توجد أماكن انتظار مناسبة.	٦	٩	١٠	٤٦	١٥,٣	١٣,١	٢
٩	نتائج التحاليل الطبية غير مطمئنة.	٤	٥	٧	٢٩	٩,٧	٨,٢	٨
١٠	المعاناة في سبيل الوصول إلي مكان تقديم الخدمة.	٧	٣	٨	٣٥	١١,٧	٩,٩	٤
	المجموع	**٥٩**	**٥٩**	**٥٩**	**٣٤٥**			

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

المعوقات التي تمنع المسن من الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية التي تنعكس علي نوعية حياته نجد أن عبارات هذا المؤشر جاءت بالترتيب كالتالي:

١- المؤسسات التي تقدم الخدمة غير مناسبة، بتكرار معدل (١٦,٧) ونسبة مئوية (١٤,١).

٢- لا توجد أماكن انتظار مناسبة للمسن، بتكرار معدل (١٥,٣) ونسبة مئوية (١٣,١).

٣- ارتفاع أسعار الأدوية خارج التأمين، بتكرار معدل (١٣,٠) ونسبة مئوية (١١,٣).

٤- المعاناة في سبيل الوصول إلي مكان تقديم الخدمة، بتكرار معدل (١١,٧) ونسبة مئوية (٩,٩).

٥- عدم توفر الأطباء المتخصصين، بتكرار معدل (١١,٣) ونسبة مئوية (٩,٦).

٦- الإداريون لا يراعون السن في التعامل معنا، بتكرار معدل (١٠,٠) ونسبة مئوية (٨,٥).

٧- الانتظار مدة طويلة لإجراء العمليات الجراحية، بتكرار معدل (٩,٧) ونسبة مئوية (٨,٢).

٨- نتائج التحاليل الطبية غير مطمئنة، بتكرار معدل (٩,٧) ونسبة مئوية (٨,٢).

٩- الإجراءات الإدارية طويلة للحصول علي الخدمة، بتكرار معدل (٩,٠) ونسبة مئوية (٧,٦).

١٠- عدم وجود كل أنواع الأدوية، بتكرار معدل (٨,٣) ونسبة مئوية (٧,١).

وهذا يوضح عدم رضا المسن عن المؤسسة لتي تقدم الخدمة بشكل عام وقد يكون السبب في ذلك تدني مستوى النظافة وطبيعة المعاملة الغير جيدة من مقدمي الخدمات بالإضافة إلي عدم اقتناع المسن بفاعلية الخدمة لأن نتيجة الرعاية الصحية لا تظهر بسرعة، كذلك عدم وجود أماكن مجهزة أو معدة لراحة المسن سواء المتردد أو المقيم ومعاناته من شراء الأدوية بشكل مبالغ فيه من خارج التأمين هذا يدلل علي أنه ليست كل الأدوية متوفرة في التأمين.

بالإضافة إلي أن أماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية غالباً ما تكون مركزية ليست متوفرة في القطاع الريفي وهذا يعكس عدم وجود نوع من العدالة الاجتماعية في تقديم خدمات الرعاية الصحية مما يجعل المسن يتعرض للمعاناة للوصول إلي مكان تقديم الخدمة وهو يعاني من العجز وصعوبة المواصلات والتكاليف الحياتية المرتفعة وجاء في الترتيب الخامس عدم توفر الأطباء المتخصصين وقد يكون ذلك لضعف الحافز المادي وانشغال الأطباء بعياداتهم الخاصة وضعف الرقابة علي التأمين وعدم معرفة المواطن بكيفية الحصول علي حقوقه مما يزيد من نسبة التسيب واللامبالاة لدى القائمين علي تقديم الخدمة، بالإضافة إلي عدم وجود ثقافة التعامل مع المسن من قبل الإداريين الذين غالباً ما يرهقون المريض بإجراءات إدارية كثيرة في سبيل الحصول علي الخدمة "تعقد الإجراءات الإدارية"، هذا بالإضافة إلي ضعف الميزانيات المخصصة لشراء الأدوية بالإضافة إلي الزحام المستمر الذي نراه أمام معامل التحاليل مما يترتب عليه وجود نتائج غير صادقة أحياناً لزيادة العمل وعدم الاستعانة بالتكنولوجيا الحديثة في معامل التحاليل الخاصة بالتأمين.

جدول رقم (١٣) يوضح المقترحات لتطوير خدمات الرعاية الصحية للمسن كمدخل لتحسين نوعية حياته ن=٥٩

م	المقترحات	اختيار أول	اختيار ثان	اختيار ثالث	المجموع المرجح	التكرار المعدل	النسبة المئوية	الترتيب
١	توفير أكبر عدد من الأطباء المتخصصين.	٧	٨	٤	٤١	١٣,٧	١١,٦	٣
٢	زيادة وتجهيز الأماكن المخصصة للكشف.	٥	٤	٥	٢٨	٩,٣	٧,٩	٩
٣	زيادة الدعم المخصص للأدوية.	٣	٦	٩	٣٠	١٠,٠	٨,٥	٨
٤	تسهيل إجراءات الحصول علي الخدمة.	٦	٩	٧	٤٣	١٤,٣	١٢,١	١
٥	عمل أماكن انتظار إنسانية حتى يتم الحصول علي الخدمة.	٧	٤	٦	٣٥	١١,٧	٩,٩	٦
٦	إيجاد أكثر من مكان لتوفير الخدمة الصحية.	٤	٧	٥	٣١	١٠,٣	٨,٨	٧
٧	الاستعانة بأجهزة تحليل وإشاعات حديثة.	٦	٣	٤	٢٨	٩,٣	٧,٩	١٠
٨	إجراء العمليات الجراحية في أماكن مناسبة.	٨	٦	٧	٤٣	١٤,٣	١٢,١	٢
٩	توفير كل أنواع الأدوية الخاصة بالشيخوخة.	٩	٤	٣	٣٨	١٢,٧	١٠,٧	٤
١٠	معاملة المسن معاملة تتفق وسنه.	٤	٨	٩	٣٧	١٢,٣	١٠,٥	٥
	المجموع	**٥٩**	**٥٩**	**٥٩**	**٣٥٤**			

يتضح من نتائج الجدول السابق مايلى:

المقترحات التي تمكن المسن من الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية التي تنعكس علـــي نوعيـــة حياته نجد أنها جاءت بالترتيب كالتالي:

١- تسهيل إجراءات الحصول علي الخدمة، بتكرار معدل (١٤,٣) ونسبة مئوية (١٢,١).

٢- إجراء العمليات الجراحية في أماكن مناسبة، بتكرار معدل (١٤,٣) ونسبة مئوية (١٢,١).

٣- توفير أكبر عدد من الأطباء المتخصصين، بتكرار معدل (١٣,٧) ونسبة مئوية (١١,٦).

٤- توفير كل أنواع الأدوية الخاصة بالشيخوخة، بتكرار معدل (١٢,٧) ونسبة مئوية (١٠,٧).

٥- معاملة المسن معاملة تتفق وسنه، بتكرار معدل (١٢,٣) ونسبة مئوية (١٠,٥).

٦- عمل أماكن انتظار إنسانية حتى يتم الحصول علي الخدمة، بتكرار معدل (١١,٧) ونسبة مئوية (٩,٩).

٧- إيجاد أكثر من مكان لتوفير الخدمة الصحية، بتكرار معدل (١٠,٣) ونسبة مئوية (٨,٨).

٨- زيادة الدعم المخصص للأدوية، بتكرار معدل (١٠,٠) ونسبة مئوية (٨,٥).

٩- زيادة وتجهيز الأماكن المخصصة للكشف، بتكرار معدل (٩,٣) ونسبة مئوية (٧,٩).

١٠- الاستعانة بأجهزة تحليل وإشاعات حديثة، بتكرار معدل (٩,٣) ونسبة مئوية (٧,٩).

وهذا يوضح رغبة المسن الملحة في تسهيل الإجراءات الإدارية والفنية حتى يتمكن من الحصـــول علي الخدمة بسهولة ويسر بعيداً عن التعقيد والروتين خاصة أن المسن لا يتحمل المتاعب ويجـــب أخذ ذلك في الاعتبار عند تخطيط الخدمات ووضع السياسات التي تخدم المسنين، كذلك توفير أماكن جيدة تقدم الخدمة الصحية وبالذات المستشفيات والأقسام التي يتم فيها إجراء العمليـــات الجراحيـــة وتجهيزها بتقنيات متطورة وتوفير الكوادر البشرية المدربة والمتخصصة من الأطباء والممرضين حرصاً علي تقديم الخدمة بشكل جيد بالإضافة إلي تخصيص ميزانية كبيرة لتوفير الأدوية المرتبطة بالشيخوخة ومعاملته معاملة طيبة تتفق وحالته الصحية والنفسية عندما يتقدم للحصول علي الخدمة وتوفير أكثر من مكان للحصول علي خدمات الرعاية الصحية "توزيع الخدمة بأكبر قدر من العدالة وتكافؤ الفرص خاصة أن هناك صعوبة لانتقال المسن لمسافات طويلة للحصول علي الخدمة "البعد عن المركزية في تقديم الخدمة مع الاستعانة بتقنيات حديثة لإجراء التحاليل والإشـــاعات الخاصـــة بالمسن.

ثامناً: مناقشة النتائج العامة للدراسة:

١- أوضحت نتائج الدراسة أن غالبية المسنين المترددين علي النادي يقعون في الفئة العمرية من (٦٠-٧٠) سنة بنسبة (٦٢,٦%)، كما أن غالبيتهم من سكان الحضر بنسبة (٨١,٤).

٢- أوضحت نتائج الدراسة أن المسنين الحاصلين علي مؤهل متوسط (٤٧,٥%) وهي نسبة مرتفعة مقارنة بباقي مستويات تعليم المسنين مجتمع الدراسة.

٣- أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة (٣٥,٦%) من الذين وصلوا إلي سن المعاش في فترة تتراوح بين (١٠- ١٥) سنة مما يدل علي ارتفاع متوسط أعمار المسنين.

٤- أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة (٣٧,٤%) من المسنين صافي دخلهم الشهري قبل المعاش (٣٠٠-٤٥٠) جنية في حين أن دخلهم الشهري بعد الخروج إلي المعاش يتراوح ما بين (١٥٠-٣٠٠) جنية شهرياً مما يدل علي انخفاض الدخل الشهري بعد المعاش نتيجة لضياع الحوافز والأجور المتغيرة وهذا ينعكس علي مستوى الحياة بشكل عام.

٥- أوضحت نتائج الدراسة أن نسبة (٧٢,٩%) من المسنين مصابون بأمراض مزمنة، وقد جاء في الترتيب الأول بالنسبة للأمراض التي يعاني منها المسنون أمراض القلب ثم مرض السكر ثم الأمراض المرتبطة بالجهاز الهضمي ويأتي في الترتيب الأخير هشاشة العظام.

٦- فيما يتعلق بمؤشر خدمات التأمين الصحي المقدمة للمسن كأحد الجوانب الموضوعية في تحسين نوعية حياته اتضح أنه يعاني من بعض المشكلات في سبيل الحصول علي هذه الخدمة وتتمثل هذه المشكلات في الانتظار وقتاً طويلاً للحصول علي الخدمة، وكذلك الانتظار لوقت طويل إذا كانت حالته تستدعي العرض علي استشاري، بالإضافة إلي تعقد الإجراءات الإدارية في التأمين الصحي.

٧- وبالنسبة لخدمات الرعاية الصحية في المستشفيات كأحد الجوانب الموضوعية لتحسين نوعية حياة المسن إذا قدمت بشكل مثالي نجد أن المسن يجد صعوبة عندما تستدعي حالته الصحية إجراء عملية جراحية، حيث ينتظر وقتاً طويلاً ويطالب بإنهاء إجراءات تستمر وقتاً طويلاً، بالإضافة إلي رؤية المسن أن الحصول علي هذه الخدمة يحتاج إلي واسطة وهذا يعكس انعدام تكافؤ الفرص في الحصول علي الرعاية الصحية من وجهة نظره مما يفقده الشعور بالأمن ويجعله يشعر بالإحباط وعدم الرضا عن حياته.

٨- فيما يتعلق بمؤشرات خدمات الرعاية الصحية الخاصة المقدمة للمسنين كأحد الجوانب الموضوعية لتحسين نوعية المسن وخاصة إذا كانت في حدود إمكاناته المادية اتضح أن هناك مجموعة من الصعوبات التي تقابل المسن في سبيل الحصول عليها منها ارتفاع أسعار الكشف الطبي والانتظار وقت طويل حتى يتم توقيع الكشف الطبي عليه لزيادة الأعداد، بالإضافة إلي المعاملة التي لا تراعي الظروف النفسية والصحية للمسن من قبل المشاركين في تقديم هذه الخدمة.

٩- أما فيما يتعلق بالمؤشر الخاص بتوفير الأدوية كأحد الجوانب الموضوعية لتحسين نوعية حياة المسن فقد ارتبط به مجموعة من المشكلات منها صعوبة الحصول علي الأدوية وخصوصاً أصناف معينة يحتاجها المسن وتأخر حصوله علي الدواء والصعوبة في الحصول علي بعض الأدوية من التأمين وعدم توفر البعض الآخر مما يضطره إلي شراءه من خارج التأمين في ظل ضعف الموارد الأسرية وانخفاض مستوى الدخل.

١٠- وبالنسبة للخدمات الاجتماعية المقدمة للمسن في المستشفي كأحد الجوانب المساعدة في تحسين نوعية حياة المسن فقد لوحظ عدم قيام الأخصائي الاجتماعي بالمرور علي المرضي بالمستشفيات وعدم حرص الأخصائي علي دعم العلاقة بين المسن وبين الفريق الطبي كوسيلة تساعد علي إتمام شفاؤه وراحته النفسية وعدم قدرة الأخصائي علي دعم المسن مادياً.

١١- فيما يتعلق بالجانب الذاتي لنوعية حياة المسن فقد اتضح أن المسن يشعر بالرضا حينما يحصل علي الدواء بسرعة، كما أنه يشعر بالحزن والمعاناة حينما يكتب له دواء من خارج التأمين الصحي لضعف الإمكانات المادية ويشعر بالسعادة حينما يذكره الطبيب بخدماته للمجتمع وبأنه قيمة اجتماعية، أضف إلي ذلك شعوره بالسعادة حينما يتناسب سعر الدواء مع إمكاناته المادية ودخله الشهري، بالإضافة إلي اطمئنانه وشعوره بالأمن الذاتي حينما تتحسن صحته علي دواء التأمين الصحي وشعوره بالرضا حينما يعطيه الطبيب الأولوية ويهتم به ويقدمه في الكشف عن صغار السن.

تاسعاً: المؤشرات التخطيطية لتطوير خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمسن كآلية لتحسين نوعية حياته:

ومن خلال استعراض التراث النظري ونتائج الدراسة الميدانية: يمكن عرض مجموعة المؤشرات التخطيطية التالية:

المؤشر الأول: تطوير خدمات التأمين الصحي للمسنين:

آليات التنفيذ:

- توفير الأماكن المناسبة لانتظار المسن داخل التأمين الصحي.
- توفير العدد الكافي من الأطباء والمتخصصين والاستشاريين بالتأمين الصحي.
- زيادة الحوافز المادية للأطباء والفنيين والعاملين بالتأمين الصحي كدافع للانجاز.
- تبسيط الإجراءات الإدارية في سبيل الحصول علي الخدمة من خلال توفير قاعدة بيانات حديثة.
- تنمية وعي العاملين بالتأمين بمعاملة المسن معاملة تتفق وقدراته وظروفه الصحية.
- الحرص علي توفير الأصناف المتعددة من الأدوية التي يحتاجها المسن.

المؤشر الثاني: تطوير خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمسنين بالمستشفيات:

آليات التنفيذ:

- تنمية وعي الأطباء بتحسين علاقاتهم بالمرضي من المسنين.

- تبسيط الإجراءات المعقدة لإجراء الإشاعات والتحاليل والعلاج الطبيعي.
- تنمية وعي هيئة التمريض بكيفية معاملة المسن بأسلوب إنساني.
- توفير المتخصصين من الأطباء في طب المسنين.
- الاهتمام بإقامة المسن في المستشفي من خلال مستوى النظافة والتغذية.

المؤشر الثالث: تطوير خدمات الرعاية الصحية الخاصة بالمسن:

آليات التنفيذ:

- تنمية وعي الأطباء من خلال وسائل الإعلام المتعددة بضرورة وجود معاملة خاصة للمسن تتفق وسنه وإمكاناته المادية.
- أعطاء أولوية للمسن في الحصول علي الخدمة الطبية الخاصة.
- قيام الأطباء بتوجيه المسن إلي المؤسسات التي يمكن الاستفادة منها في حدود الإمكانات المتاحة.
- ضرورة تنمية وعي الأطباء بضرورة مراعاة الجانب النفسي للمسن عند التعامل معه.

المؤشر الرابع: توفير الأدوية اللازمة لعلاج المسنين.

آليات التنفيذ:

- زيادة الدعم الحكومي وإتاحة الفرصة أمام مؤسسات المجتمع المدني للاشتراك في دعم الميزانية الخاصة بتوفير الأدوية الخاصة بالمسن.
- الحرص علي توفير الأدوية الخاصة بأمراض الشيخوخة.
- توفير أكبر قدر من الأدوية الخاصة بالمسنين بالتأمين الصحي مراعاة للإمكانات المادية المحدودة للمسن.
- إتاحة مصادر متعددة أمام المسن للحصول علي الأدوية "البعد عن المركزية في تقديم الخدمة".

المؤشر الخامس: تطوير خدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة للمسن بالمستشفي:

آليات التنفيذ:

- تنمية وعي الأخصائي الاجتماعي بتقبل المسن كما هو.
- تنمية وعي الأخصائي الاجتماعي بكيفية التعامل مع المسن من خلال المعارف النظرية والدورات التدريبية ومتابعة نتائج الدراسات العلمية وتوصيات المؤتمرات.
- تخصيص ميزانية لقسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفي يتمكن الأخصائي من خلالها من تقديم بعض المساعدات المادية للحالات الملحة.
- تشجيع الأخصائيين الاجتماعيين علي التعليم المستمر في مجال الخدمة الاجتماعية الطبية.
- تنمية وعي الأخصائي الاجتماعي بكيفية فتح قنوات اتصال بين المريض المسن والفريق العلاجي.

- تنمية وعي الأخصائي الاجتماعي بأهمية استثمار مؤسسات المجتمع لتقديم الخدمات للمسن.

المراجع المستخدمة

(١) المراجع العربية:

- القران الكريم والسنة النبوية الشريفة.

١- إبراهيم ، أبو الحسن عبد الموجود(٢٠٠٢): احتياجات المسنين ومشاركة منظمات المجتمع المدنى فى إشباعها، المؤتمر العلمى السنوى الثالث عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ١٥- ١٦ مايو.

٢- إبراهيم محمد، عبد السلام (٢٠٠٨): المسنون ودورهم فى تنمية المجتمع، الإسكندرية، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

٣- أبو المعاطي، ماهر وآخرون(٢٠٠٥): الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية في مجال المسنين، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي، القاهرة.

٤- أبو المعاطي، ماهر(١٩٩٠): فعالية الخدمات الاجتماعية بأندية المسنين، المؤتمر العلمي السابع للخدمة الاجتماعية، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم.

٥- إسماعيل، عزت سيد(٢٠٠٩): التغيرات السيكولوجية المصاحبة للشيخوخة المؤتمر الدولي للصحة النفسية للمسنين، جامعة عين شمس، القاهرة.

٦- الإمام، فهمي(٢٠٠١): وجهة نظر المنتفعين في الخدمات المقدمة لهم، ندوة نحو رعاية متكاملة للمسنين، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٧- الأمم المتحدة(١٩٩٧): تقدم المجتمع السكاني العالمي في السن، نيويورك، لجنة التنمية الاجتماعية، الدورة (٣٥)، فبراير- مارس.

٨- الجوهري، محمد(٢٠٠٢): احتياجات كبار السن في الوطن العربي ومواجهتها بالاستفادة من التجارب العالمية، المؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر، جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم، ١٥ – ١٦ مايو.

٩- الخولى، سناء(٢٠٠٢) : الأسرة والمجتمع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

١٠- السروجى، طلعت مصطفى ، حسين، فؤاد(٢٠٠٢): التنمية الاجتماعية فى إطار المتغيرات العالمية الجديدة، جامعة حلوان، مركز نشر وتوزيع الكتاب الجامعي.

١١- السكري، أحمد شفيق(١٩٨٩): تقدير الاحتياجات والتخطيط فى الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة

١٢- السكري، أحمد شفيق(٢٠٠٠): قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

١٣- السنهوري، أحمد محمد(٢٠٠١): الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين، القاهرة، دار النهضة العربية، ط(٤).

١٤- الطحان، خالد(٢٠٠٢): نظرة مستقبلية حول رعاية المسنين في ضوء خصائصهم النفسية، الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجية، البحرين.

١٥- العيسى، بدر(٢٠٠٥) : أهمية العمل التنموى لكبار السن مالهم وما عليهم فى المجتمع الكويتى، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، مجلس النشر العلمى، جامعة الكويت، العدد الثالث والخمسون، السنة الرابعة عشر، خريف٢٠٠٥

١٦- الغريب، عبد العزيز بن علي(٢٠٠٥): المكانة الاجتماعية للمسنين في ضوء التغيرات الحضرية، دراسة ميدانية في محافظة عفيف.

١٧- المشهراوي ، سميرة جمال(١٤١٨): الروابط الأسرية وصلتها بمشكلات كبار السن، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة الملك سعود ، الرياض.

١٨- أوراق عمل(٢٠٠٠): لندوة الرعاية الشاملة للمسنين.

١٩- بركات، وجدي محمد(٢٠٠٩): الدولي للصحة النفسية للمسنين،القاهرة، جامعة عين شمس.

٢٠- بشير، أحمد يوسف(١٤١٣): سياسات الرعاية الاجتماعية للمسنين بين الفكر الوضعي والتصور الإسلامي، بحث مقدم للمؤتمر الثاني للتوجيه الإسلامي للخدمة الاجتماعية، القاهرة.

٢١- جريدة أم القرى، عدد(٥٩٢) ١٣٥٥/١/١٨، مكة المكرمة.

٢٣- حجازي، عزت(٢٠٠٩): خطة العمل مع المسنين(المهام – المجالات– التحديات)، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

٢٤- شعبان، محمد(٢٠٠١): من هم المسنون؟، ندوة نحو رعاية متكاملة للمسنين، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، ٣-٥ مارس.

٢٥- صادق، عادل (٢٠٠٩): فى بيتنا مريض نفسى، القاهرة، دار الحرية.

٢٦- طلعت مصطفى السروجى: ثلاثية التنمية ونوعية الحياة والتحديث كمدخل لإستراتيجية وآلية التخطيط الإجتماعى، ورقة عمل، المؤتمر العلمى الرابع عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة، فرع الفيوم، ١٤-١٥ مايو ٢٠٠٣.

٢٧- عبد الرحمن، محمد السيد(٢٠٠٨): الذاكرة قصيرة المدى لدى المسنين، القاهرة، المؤتمر الطبى السنوى الحادى عشر، كلية الطب، جامعة عين الشمس.

٢٨- عبد الستار إبراهيم(٢٠٠٢):الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، الكويت، عالم المعرفة، العدد(٢٣٩).

٢٩- عبد المحسن، عبد الحميد(٢٠٠٦): الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المسنين، القاهرة.

٣٠- عبدا لله بن ناصر، السدحان(١٤٢٠) :رعاية المسنين في المملكة العربية السعودية، دراسة تاريخية وثائقية، الرياض.

٣١- عثمان، عبد الفتاح وآخرون(٢٠٠١): خدمة الفرد المعاصرة، القاهرة، مكتبة عين شمس.

٣٢- عثمان، محمد عثمان(٢٠٠١): محاور أساسية لتحسين مستوى المعيشة ونوعية الحياة فى مصر، القاهرة، المؤتمر القومى للتنمية الاجتماعية.

٣٣- فهمي، محمد سيد(٢٠٠٥): رعاية المسنين اجتماعياً، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

٣٤- قطان، سميرة محمود(٢٠٠٠): العلاقات الأسرية وجودة حياة المسنين في منطقة الخـرج، الجمعيـة المصـرية للأخصائيين الاجتماعيين، مجلة الخدمة الاجتماعية، السنة العشرون، العدد (٤٦).

٣٥- قناوى، هدى(٢٠٠٧): سيكولوجية المسن، القاهرة، مركز التنمية البشرية.

٣٦- لطفي، علي(٢٠٠٣): التخطيط الاقتصادي، القاهرة، دار المعارف.

٣٧- محمود، سامي(٢٠٠٣): لا للشيخوخة المبكرة.: الدار المصرية للنشر والتوزيع ، جمهورية مصر العربية.

٣٨- مغربي، محمد(١٤٠٢): رعاية المسنين فى المجتمع السعودى، تهامة للنشر، جدة

٣٩- مناع، محمد عبد الرزاق(٢٠٠٤):رعاية المسنين، دار العلوم للطباعة والنشر، الرياض.

٤٠- يحيى الحداد: التخطيط الإجتماعى لرصد وتلبية احتياجات كبار السن مبادئ وموجهات"، مجلس وزراء العمل والشئون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، المكتب التنفيذى، سلسلة الدراسـات الاجتماعيـة والعمالية، رقم(٣٨)، ٢٠٠٩.

(٢) المراجع الأجنبية:

1- Counte , Micheal.A, Glandon Gerald(2001); Study of Life Stress , Social Support and The Health Services Utilization of Older Persons ,Journal of Medical Care , Vol. (29) , N.(4) , April.

2- Fallow Field, Lesley(2000), The Quality of Life, Human Horizons Series, London, Rout Ledge.

3- Jenny Ongx Pam Benton(2001); "Empowerment and Aging", Toward Hanoned Places For Corneses and Sages , In: Cary Craic Marjorie Mayo.

4- John Bond Peter(2003); Aging in Society An Introduction to Social Gerontology , London , 2ed , Sage Publication.

5- Joseph Mher(2008); Human Services (Concepts and Intervention Strategies), London , Ally and Bacon , I.N.C.

6- Matthew. P. Janicki Residential(2004); Health and Social service needs of Elderly Developmentally Residential Person, Journal Announcement, N (3), N.Y., CIJNOV 84, UMI.

7- Pacione, M. Gordan(2004); Quality of Life and Human Welfare, Nouruch, Geo Books.

8- Toshio Tatera(1995); Elder Abuse, Encyclopedia of Social Work, 19th Edition, Washington, NASW.

9- Tuskada Noriko(2008); Factors that Affect Implementation of the Health and welfare plan for the elderly in Japan, Dissertation Abstracts, University of California Los Angelos.

10- Waidman, Manton, K.(2008); International Eviednce or Disability Trends among the Elderly, http, aspc, Os Dhhs, GV. Idaltcp Ire ports trends, Htm.

- William J. Reid(2007); Task Center Treatment and Terndrin Clinicals, N.Y, Columbia University Press.

11- Bader.J Repite(2005); Care ; Temporary Relief for givens, Journal Woman Health.

12-Palmore Erman(2004); Health Care Needs Of Rural Elderly, International Journal Of Aging and Human Development, London, Vol (8).

13-Pat Young(2005); Masttering Social Welfare, London, MacMillan Education, LTD.

14- Robert Greene(2008); Social Work With The Aged, Aldin Grujter, N.Y.- 14-Tenker Anthea(2001); The Eldery in Modern Society, London, Longman, Inc. Trevor Hancock(2003); Quality Of Life Indicators, Napier, Kleinburd.