

واقع التكفل الأسري بالشخص المسن

The reality of Family care for the elderly Person

قاسي نادية*¹، gaci.nadia@univ-oran2.dz
مخبر العلوم الاجتماعية والصحة، (جامعة وهران 02)
غربي رضية²، abdellilahrada@yahoo.fr

2022-09-13	تاريخ القبول	2021-03-09	تاريخ الاستلام
------------	--------------	------------	----------------

ملخص

تهدف هذه الدراسة للكشف عن واقع التكفل الأسري بالشخص المسن والذي يتميز ببعض الخصائص الجسمية والنفسية والاجتماعية عن باقي فئات المجتمع، كما نسعى للكشف عن أهم العقبات التي تواجه الأسرة في مهمة التكفل بهذه الفئة. توصلنا إلى نتائج مفادها أن مختلف أفراد الأسرة يساهمون في التكفل بقريبهم المسن، غير أنهم يتكفلون على فرد واحد وغالبا ما يكون الزوجة أو البنت أو زوجة الابن، وهذا ما يؤثر سلبا على حالتهم النفسية والاجتماعية، بسبب الصعوبة التي يواجهونها في التعامل مع بعض الاضطرابات والأمراض التي تتطلب تكفل طويل المدى.

الكلمات المفتاحية: الأسرة، التكفل، الشخص المسن.

Abstract:

This study aims to detect the reality of family support for the elderly, which is distinguished by certain physical, psychological and social characteristics, and to reveal the most important obstacles that the family faces in the task of taking care of him. We have come to conclusions that different family members contribute to the care of their aging relative, but they are dependent on a single individual, often the son's wife, daughter or wife, which negatively affects their psychological condition and social, because of the difficulty they encounter in dealing with illnesses that require sponsorship long term.

Keywords: family, care, Elderly person.

عرفت المجتمعات المتقدمة في نهاية القرن العشرين ارتفاعا ملحوظا لعدد الأشخاص البالغين 60 سنة فما فوق؛ نتيجة نقص نسبة الوفيات، وتحسن الظروف الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية وبخاصة الطبية منها، كما شهدت الجزائر هي الأخرى ارتفاعا ملحوظا لهذه الفئة العمرية في الهرم السكاني، فبعدما كانت نسبة المسنين 4.5% سنة 1966، ارتفعت لتصل إلى 8,7% سنة 2015 (وزارة الصحة والسكان، 2016: 10) من إجمالي السكان، وهي نسبة معتبرة وجب على الدولة أخذها بعين الاعتبار وتهيئة برامج وسياسات ملائمة للتكفل بها.

بعد بحثنا في أروقة التشريعات، وجدنا قانون حماية الأشخاص المسنين في 2010 حيث حددت فيه حقوقهم، كما تلزم الأسرة بالاعتناء بأهلهم المسنين، وتفرض إجراءات عملية صارمة تصل إلى السجن في حال تعنيف المسن من طرف الأسرة، (قانون رقم 10-12، 2010، المتعلق بحماية الأشخاص المسنين في الجزائر) غير أن هذا القانون لا يغني ولا يضمن الأسرة من جوع؛ لأنه اكتفى بتحديد حقوق المسنين دون ذكر قوانين تسهل وتساعد الأسرة في هذه المهمة.

الشيخوخة عملية بيولوجية طبيعية تتعرض لها جميع الكائنات، تتضمن نوعين: شيخوخة فردية وشيخوخة اجتماعية؛ حيث تعدّ الأولى عملية فردية بالدرجة الأولى، ترجع إلى الاختلافات بين الأفراد في التجارب الحياتية، حيث تبدأ في سن لا يمكن منعها أو إيقافها، ولكن يمكن تأخير مظاهرها وتقليل مخاطرها (إحسان دكي وآخرون، 2002، ص. 112).

أما النوع الثاني المتمثل في الشيخوخة الاجتماعية، فهو عملية اجتماعية وثقافية على صعيد تحديد الأدوار الاجتماعية في مرحلة عمرية تحددها ثقافة المجتمع، لذلك فالشيخوخة بحد ذاتها ليست ظاهرة بيولوجية فحسب، بل هي ظاهرة اجتماعية موجودة في كل المجتمعات على اختلاف أعراقها وأجناسها، (عباس، 2014، ص. 194)

على مدى العمر يتعرض الفرد لعدد كبير من التغيرات الجسمية، وما نخصه بالذكر هنا هو الشخص المسن الذي هو الآخر يتعرض لبعض الاضطرابات والتغيرات الجسدية البسيطة والمعقدة التي تساهم في إصابته بعدد الأمراض، وهذا ما يجعله عرضة للضعف والمرض، وفي هذه الحال يكون الشخص المسن في أمسّ حاجة للتكفل والدعم الأسري لكي يعيش آخر مرحلة في حياته وسط أسرته في حالة توازن وتوافق نفسي اجتماعي.

إن هذه التغيرات والاضطرابات حتما تؤدي إلى فقدان استقلالية المسن بصفة جزئية أو كلية، والتي يعرفها المتخصصون في الشيخوخة la gérontologie بعدم القدرة الجزئية أو الكلية للفرد للقيام بمختلف نشاطاته اليومية دون مساعدة، سواء أكانت أنشطة بدنية كالمشي أم عقلية كالذكر أم اجتماعية كالتفاعل والتأقلم مع المحيط. (Caradec, 2001, p 27)

إن العجز أو المرض لا يقتصر فقط في فقدان القدرة البدنية والعقلية لأداء الأدوار ومهام الحياة اليومية، بل يتعدى ذلك ليصبح واقعا اجتماعيا ذا طبيعة وطريقة عيش خاصة به (مشري، 2016، ص202)، فالمسن في هذه الحالة يكون بحاجة لمن يتكفل به في مهامه اليومية حسب درجة حالته

الصحية. فالمسن فرد من أفراد الأسرة، وهي أول مؤسسة اجتماعية تهتم وتتكفل بجميع أفرادها مهما كانت حالتهم الصحية والاجتماعية، غير أن التكفل بشخص مسن يستوجب رعاية شاملة ومستمرة، وبخاصة عندما يفقد الشخص المسن استقلاله كلياً نتيجة الأمراض المتعددة التي ترافق مرحلة الشيخوخة.

في هذه الحال، يصبح التكفل عبئاً على كاهل المرأة لما يتوجب عليها من حرص وجهد وتنظيم للوقت لرعاية شخص مسن مريض، وكثيراً ما يفسر أفراد الأسرة هذا الدور بالطبيعي والعادي والآلي (weber, 2014, p.17)، غير أن هذا الدور ناتج عن التقسيم الاجتماعي والجنسي للعمل، وهو ما يتم إعادة إنتاجه بين الأجيال، (Kergout, 2010, p65) وتبقى رعاية الأطفال والمسنين من أهم المهام الأسرية، وأكثرها استهلاكاً للوقت والجهد.

رغم ما تقدمه الأسرة من رعاية وتكفل لأفرادها غير أنها تبقى في بعض الأحيان لا تدرك كيفية التعامل مع بعض التغيرات المعقدة والمتداخلة مع الأمراض المزمنة التي يمكن أن تصيب أحد أفرادها، وبخاصة المسنين منهم. وهذا ما دفعنا للبحث وطرح الإشكال التالي:

1. مَنْ يوفر التكفل للمسن فاقد الاستقلالية في الأسرة الجزائرية؟
 2. ما مدى شمولية هذا التكفل في الأسر الجزائرية؟
 3. وما هي أهم العقبات التي تواجه الأسرة في هذه المهمة؟
- بناءً على التساؤلات المطروحة في الإشكالية، توصلنا إلى صياغة الفرضيات التالية التي سنحاول التحقق منها في مسار هذه الدراسة.

1. تعدّ المرأة أهم فاعل في التكفل بالشخص المسن في الأسرة.
 2. تقوم الأسرة الجزائرية بتكفل شامل بمسنيها الفاقدين للاستقلالية.
 3. تحتاج الأسرة لعدة مؤسسات مختصة تساعد في مهمة التكفل.
- وللإجابة على أسئلتنا اعتمدنا على مجموعة من الزيارات المنزلية des visites à domicile عشرة أسرة في حيدرا بالجزائر العاصمة، تحتوي على شخص مسن أو أكثر يبلغون 60 سنة فما فوق فاقدين للاستقلالية.

حيث اتبعنا المنهج الكيفي الذي فرض علينا تقنيتين أساسيتين هما: الملاحظة بالمشاركة والمقابلة، إلى جانب استعمالنا لأداة أخرى لا تقل أهمية عن باقي الأدوات والمتمثلة في دفتر الميدان Le journal de terrain كأداة ميدانية بالأساس تنشأ من الكتابة المستمرة للملاحظات ومعطيات الحياة اليومية والتفاعلات والأحداث المبتذلة وسلوكات المبحوثين، كما أنه دفتر يتماشى وسيروية البحث بالتأريخ والمكان ومختلف المعلومات التي تخص المبحوث؛ لتدوين كل خطوات ومسارات البحث في أثناء العمل الميداني؛ تفادياً لضياع المعلومات خاصة وأن أغلب العائلات ترفض التسجيل الصوتي للمقابلات.

تكمّن أهمية الموضوع في معرفة واقع التكفل الأسري بالمسنين الفاقدين للاستقلالية أو العاجزين الذين هم بحاجة لشخص آخر في قضاء مختلف أعمالهم اليومية، ومعرفة مدى شمولية هذا

التكفل ومدى قدرة الأسر في التعامل مع مختلف الأمراض والاضطرابات التي تميز هذه المرحلة، والتعرف على أهم العقبات التي تواجه الأسرة في هذه المهمة.

ولعل دراسة كريستينا كراسكو حول التكاليف غير المرئية للرعاية وعمل النساء (carrasco, 2007) من أهم الدراسات التي اعتمدنا عليها، بحيث اهتمت الباحثة بعمل الرعاية الصحية التي توفرها أغلب النساء للأقارب الذين يقطنون معهن، باعتبار أن الرعاية عنصر أساسي في رفاهية ونوعية حياة المرضى، ليس فقط في أبعادها الطبية، وإنما تتعدى ذلك لتصل إلى إتقان الأنشطة المنزلية، وما تنطوي عليه من علاقات أسرية وعاطفية، على الرغم من صعوبة قياس أعمال الرعاية (رفاهية وجودة حياة المرضى) وتقييمها كمياً.

توصلت إلى أن إنجاز أعمال الرعاية الصحية في الغالب تقدم من طرف النساء سواء في المستشفى أو المنزل، فهن يتكفلن بأقاربهن المرضى المقيمين لديهن والذين يقيمون خارج بيوتهن، فهن يتكفلن بالنساء والرجال الفاقدين للاستقلالية، على عكس الرجل الذي لا يقدم الرعاية إلا في غياب المرأة، وبشكل عام فهم يخصصون وقتاً أقل في أعمال الرعاية، كما يقدمونها باسم المساعدة والمعاونة وليس كدور خاص بهم.

أما فيما يتعلق بالوقت (أيام وساعات)، تشير نتائج هذه الدراسة أن عمل الرعاية يتطلب قدرًا كبيرًا من الوقت والجهد. أما فيما يخص التقييم المالي، فهو أصعب وأكثر تعقيداً من تقييم وقت الرعاية؛ لأن نشاط الرعاية يتضمن عدة جوانب شخصية وعاطفية وعلائقية يصعب تقديرها بأسعار السوق، في حين يمكن أن يساعد تحديد القيمة المالية لأعمال الرعاية في جعلها مرئية اجتماعياً. تتفق دراستنا الحالية الموسومة "بالأسرة والتكفل بالشخص المسن" وهذه الدراسة في أنهما تهتمان بمهمة التكفل ومن يقدمه أو ما سمته الباحثة بمقدم الرعاية، فهي كشفت عدة حقائق ووقائع حول هذا العمل أي الرعاية، حيث بينت أهمية وصعوبة هذا العمل ميدانياً وإحصائياً، وذلك بعدد الساعات التي تقدمها المرأة في رعاية شخص مريض، وبينت أنه عمل غير مرئي اجتماعياً واقتصادياً، كما تتفقان أيضاً على أن الرعاية غالباً ما تقدم من طرف النساء رغم التباين الثقافي والجغرافي (إسبانيا، والجزائر).

1. مرحلة الشيخوخة والتغيرات المرافقة لها

يُعرف الباحثون الشيخوخة من عدة جوانب: الجانب البيولوجي، والاجتماعي، والسيكولوجي، بحيث يعدون السن شرطاً أساسياً لحدوث الشيخوخة، فقد أصبح هناك اتفاق شبه عام على أن هذه المرحلة تبدأ من سن الستين، وفي بعض البلدان في سن الخامسة والستين، واعتباره العمر الذي تبدأ فيه القدرات بالتضاؤل، وسنّت على أساسه الحكومات والتشريعات قوانين خاصة بالتقاعد.

إلا أن البعض يرى أن هذا العمر لا يعدّ مؤشراً موضوعياً لتحديد القدرات الوظيفية؛ لأن الشيخوخة ليست مرتبطة بعدد السنين فقط وإنما بتلك التغيرات والعلامات البيولوجية المميزة لهذه المرحلة التي يمكن أن تحدث قبل هذا العمر أو بعده والتي على أساسها يمكن القول إن الشخص قد دخل مرحلة الشيخوخة، وفي المقابل يرى الباحثون في الجانب الاجتماعي أن الشيخوخة ليست فقط عملية

بيولوجية تجعل الجسم يتدهور بنائياً ووظيفياً، بل تعدّ بناءً اجتماعياً ناتجاً عن تلك البيئات الاجتماعية، والتي من غير الممكن أن تكون معزولة عن الحقيقة البيولوجية لها.

1.1. التغيرات البيولوجية

يعدّ التغير البيولوجي أهم تغير في مرحلة الشيخوخة، حيث يشهد الفرد تدهوراً في البناء الجسمي للمسنين والذي يدل عن تناقص القدرة الوظيفية لأعضاء الجسم. تصنف التغيرات إلى **تغيرات جسمية خارجية** متمثلة في تلك التي تحدث في حالة متقدمة من العمر مثل تجعد الجلد وجفافه وظهور الشيب وتراجع في ردود الأفعال وكذا الحركة، وقلة انتصاب القامة وترهل العضلات . (Hirzlich, 2005, p92)

أما التغيرات الجسمية الداخلية، فهي تلك التغيرات الوظيفية التي تؤثر على أجهزة الجسم، فتضعف الحواس، كذلك ضعف الأجهزة الهضمية والتنفسية والبولية وعجزها عن القيام بوظائفها، نظراً لاضطراب في الجهاز أو ارتفاع ضغط الدم أو السكري أو تصلب الشرايين؛ نتيجة فقدان الأوعية الدموية لمرونتها، إضافة إلى قلة المناعة في مواجهة الأمراض والشفاء منها بسرعة أقل.

2.1. التغيرات العقلية والنفسية

تصاحب الشيخوخة عملية ضعف وتدهور ملحوظ في القدرات العقلية، كضعف الذاكرة والنسيان وعدم القدرة على التذكر وبخاصة المعلومات الحديثة، كما تتضاءل عند المسنين القدرة على الإدراك والتعلم، إضافة إلى ظهور خرف الشيخوخة "Alzheimer" الزهايمر لدى البعض، حيث يتميز هذا المرض بشكل عام بوجود تدهور عقلي وبخاصة فقدان الذاكرة (مرسي عبد البدر، 2007: 120)، وتدهور في التوجه الزمني والمكاني، كما تظهر سلوكيات متكررة ومزعجة من المريض لمن حوله، وتتمثل في تكرار الحديث مرات عديدة، وعدم القدرة على إخراج الحروف في أثناء الكلام، وقد ينتهي الأمر بالمريض إلى عدم تذكر من هو، أو التعرف على الأبناء والأقارب، حيث تستدعي حالة المسن المصاب بهذا المرض مراقبة كاملة من طرف الأسرة، وفي هذا الصدد تقول مبحوثة: زوجة أحمد عاجزة جزئياً

"...mon mari veut aller aux mosquées dans chaque prière, mais je ne

Ne laisserai pas partir, car il souffre d'une désorientation temporo-spatiale..."

في هذا المثال نلاحظ ترابط وتداخل الجوانب ببعضها، حيث تقول المبحوثة إنها تمنع زوجها من الذهاب إلى المسجد؛ بسبب اختلال توجهه الزمني والمكاني، الذي يجعله لا يتذكر مكان المنزل، ويخلط بين أوقات الصلاة، غير أن هذا الحرمان يمنعه من المشاركة في الحياة الاجتماعية وأدائه لوظائفه الروحية.

ترتبط التغيرات النفسية بالتغيرات السابقة الذكر بشكل كبير، وبخاصة الاجتماعية والاقتصادية مثل التقاعد، والتدهور الصحي، ووفاة شريك الحياة أو الأصدقاء.

أصعب التغيرات التي يواجهها المسن في دخوله لمرحلة الشيخوخة، هي التقبل والتوافق مع الأدوار والمكانة الجديدة، وما ينتج عن هذا الوضع من شعور بالقلق والاكتئاب والملل، وما يصاحب ذلك من توهّم الأمراض وكثرة الشكوى والعناد والشك وعدم الثقة في الآخرين وإحساسه بانعدام الفائدة (سلامة غباري، 2003: ص265).

وفي هذا الصدد يقول المبحوث: علي، فاقد للاستقلالية جزئيا.
"... أنا وليت ما نسوى والو... كش يا معزة ما فيك حليب... لا أحد يسمع لي أو يأخذ برأيي، كي كنت صغير كل شي يفوت تحت يدي.. والآن لي تتكلم معه يقولك يا ولدي ليس يا والدي ... وليت نروح للجامع أو المقهى..."

نلاحظ في تصريحات المبحوث عدة كلمات توجي إلى أنه أصبح إنسانا غير مرغوب فيه، وبأنه أصبح فردا غير منتج، وذلك ما عبر عنه بالمثل الشعبي "كش، يا معزة، ما عندك حليب" أي طرد العنزة عندما تكون غير مدرة للحليب.

في هذا المثل الشعبي شبّه المسن نفسه بالعنزة؛ لأنه أصبح يرى نفسه مستهلكا، وقد كان من قبل منتجا وهذا ما يجعل أغلب المسنين يهتمون أكثر بالجانب الديني ويتفرغون للعبادات أكثر من ذي قبل، لكي يشعروا بالأمن الاجتماعي؛ لذا يتردّد المسنون بكثرة على المساجد والزوايا والمقاهي مع أصدقائهم ليشعروا بنوع من الأمن والراحة.

إن كل هذه الاضطرابات النفسية التي يعيشها المسن ليست بالضرورة ناتجة عن واقع معيش، بل يمكن أن تكون عبارة عن حالات يتخيّلها المسن، وهذا ما أكدته عائلة المبحوث علي، بحيث يسعى مختلف أفراد الأسرة لإرضائه، غير أنه دائم التذمر، ويشتكى من عدم اهتمامهم به.

3.1. التغيرات الاجتماعية والاقتصادية للمسن

إضافة إلى الوضعية الصحية للمسنين، فإنهم يتميزون بمجموعة من الخصائص الاجتماعية والاقتصادية التي قد تؤثر سلبا على مستوى ونوعية التكفل بهم، حيث نجد أن هذه الفئة تعيش في وضعية اقتصادية متدهورة، نتيجة انخفاض مداخيلهم أو فقدانها، وبخاصة أن قيمة المعاش الذي يتقاضاه المسن بعد إحالته إلى التقاعد تبقى منخفضة ولا تلبي حاجته ومصارف علاجه التي تشكل له عبئا اقتصاديا.

يعبر المبحوث محمد فاقد للاستقلالية جزئيا عن مأساته الاقتصادية بعد تقاعده:
"... بكري كنت مليح، نخدم، لعشية نقضي، وبالجمعة نرتاح، كنت نحس روجي أنا لمعلم، والعايلة كامل تتهلى فيا، بصح ملي حبست الخدمة، المصروف ولى ما يكفّيش عندي خمس بنات بدون زواج نصرف عليهم، وليت نجوز عند طبيب وما نلحقش نشري الدواء، وكي ندخل للدار بدون قضيان يشوفوا فيا نص عين..."

يلعب تدني المستوى الاقتصادي دورا أساسيا في تراجع وتدهور مكانة المسن وأدواره ونمط حياته في الأسرة والمجتمع، حيث نلاحظ في تصريح المبحوث أعلاه كيف أن نظرة أفراد الأسرة تغيرت نحوه، وكيف أصبح لا يستطيع تسيير أموره المالية بسبب قلة معاشه.

دون أن ننسى تقلص علاقاتهم الاجتماعية بخسارة زملاء العمل بسبب الإحالة للتقاعد (عزة الكريم مبروك، 2006: 31)، وتقلص العلاقات الأسرية بزواج الأبناء وخروجهم عن الأسرة الممتدة، فكل هذا فقدان يزيد من شعوره بالفراغ.

كما أن التدهور الاقتصادي يمس النساء أكثر من الرجال؛ لأنهن لم يمارسن عملاً مأجوراً، وهذا ما يجعلهن يواجهن ظروفًا أصعب (mimouni, 2013: p21)، فهن في هذه الحال، يبقين في حالة تبعية دائمة لأزواجهن أو أبنائهن.

1. تقسيم الأدوار بين أفراد الأسرة

كل فرد في الأسرة لديه دور ووظيفة يقوم بها لتلبية حاجياته وحاجيات أسرته على حدّ سواء، إلا أن هذه الأدوار تتميز بالتكامل والتضامن فيما بينها.

اتضح لنا من خلال دراستنا أن جنس الإناث (الزوجة، البنت، زوجة الابن، عاملة النظافة) هن من يتكفلن بالمسن في جميع الحالات، بحيث تُقدر نسبة تكفل البنات بأهلن بـ 47% لتأتي نسبة تكفل الزوجات بـ 20% وزوجات الابن بـ 20% كما لاحظنا وجود فرد أجنبي (عاملة النظافة) عن الأسرة يشارك في مهمة التكفل بنسبة 13% وهذا ما يوضح عجز بعض الأسر في التكفل بمسنيها، مما يجعلها تستعين بمساعدة خارجية كعاملات النظافة.

يمكن القول إن مختلف أفراد الأسرة يساهمون بطريقة أو بأخرى في التكفل بالشخص المسن إلا أن ثقل هذه الأخيرة غالبًا ما تقع على فرد واحد يكون من النساء: إما الزوجة أو البنت أو زوجة الابن، (clément et Lavoie, 2005: p140). وهذا ما أكدته أغلب الأبحاث المهمة بالرعاية وجل مبحوثي دراستنا.

فأفراد الأسرة لديهم الاتكالية التامة، وهذا ما يؤثر سلبًا على حياة المُتكفلة الرئيسية، ويبقى التكفل بالمسن الذي يعيش لوحده، سؤالًا مطروحًا لم نجد له جوابًا. غير أن الجيران هم من يسألون عنه من باب فعل الخير، لا من باب الواجب، وهذا ما يبرر الغياب التام للدولة في مثل هذه الحالات. وفي هذا الصدد، أشار الباحث الجزائري محمد مبتول في دراسة له حول الأمراض المزمنة إلى أن التقسيم الجنسي للعمل في الأسرة انتقل وامتدّ من المنزل إلى المستشفى (Cresson, Mebtoul, 2010: p22)، بحيث وضح كيف أن المرأة هي التي تُحضّر الأكل في المنزل للمريض في المستشفى، كما أنها تنظف له الأواني ولوازمه الشخصية التي يستعملها بصفة يومية في المستشفى، وإن استلزم الأمر تمكث مع المريض إن كان فاقدا للاستقلالية، في حين أن الرجل يهتم بشراء الأدوية ومرافقة المريض لإجراء الفحوصات والتحاليل، وهكذا نجد النساء في مقدمة التكفل بأقاربهن المرضى في كلا المستويين المنزلي والاستشفائي.

أما المسنة مريم الفاقدة جزئيًا للاستقلالية تقول:

"... ولادي كل واحد عايش وحدو، راني غير أنا وبنتي كيما راكي تشوفي، هما خدامين بيهم بئسأهم ... ولادهم خطوهم في الحضانة، واش نستنى أنا ... هما ما لقاوش لي يقوم بهم، طول الأسبوع

(مزرعين) متفرقين) يتلقاوا غير نهار الجمعة والسبت... وراهم يَكْرُو (كراء البيت) من بلاصة لبلاصة من مكان لأخر'..."

وتضيف كثة المسنة حياة فاقدة كلياً للاستقلالية في هذا الموضوع:

"هذا ماشي حق صح واجبنا نرفدوها على العين والرأس، لكن ولادها لخرين يطلوا عليها غير في المناسبات حتى هي ولات ما تتعرفش بيهم ولا تقول علاه ما جاوش عندي واش درت لهم حتى في العيد وما يطلوش (تتساءل لماذا لا يسألون عليها...) تصور كاين أحفادها لي ما تعرفهمش..."

من خلال ما تقدم من مقتطفات المقابلة وما تم ملاحظته في الميدان يمكن القول إن بعض أفراد الأسرة يساهمون بطريقة أو بأخرى في التكفل بالشخص المسن، إلا أن ثقل هذه الأخيرة تكون دائماً على فرد واحد، وغالباً ما يكون امرأة (زوجة أو كّة أو ابنة)، أما فيما يخص مشاركة الرجال من الأبناء والأزواج تبقى منحصرة بالفضاء الخارجي دون الفضاء الداخلي، بحيث يساهمون فقط في أخذ أقاربهم المسنين إلى الطبيب أو التحاليل وشراء الدواء، أو الإجراءات الإدارية.

إن هذه الاتكالية التامة لأفراد الأسرة على المرأة المتكفلة تؤثر سلباً على حياتها، بحيث نجد أغلب النساء يشتكين ويعبرن عن عدم رضاهن عن التغير المفاجئ في حياتهن (المرافقة الدائمة والاهتمام بحاجيات المسن دون الاهتمام بحياتهن الخاصة).

ومنه يمكن القول إن تقسيم الأدوار في الأسرة غير عادل، بحيث نجد في أغلب الحالات اتكالية تامة على المرأة المتكفلة، وهذا ما يؤثر عليها سلباً كما ذكرنا سابقاً؛ لأن التكفل بمسن يعاني من اضطرابات في السلوك، يحتاج لرعاية مستمرة في النهار والليل، وهذا ما يتعب المتكفلة.

حيث تصبح هي الأخرى بحاجة للاهتمام نتيجة الإنهاك النفسي والجسدي الذي يصيبها، لذا يجب على كل أفراد الأسرة المساهمة، كل حسب قدرته ووظيفته، ليكون التكفل شاملاً، وهذا ما يحقق الرضا والاستقرار عند المسن، كما أنه رمز للتكافل والتضامن بين الأجيال في الأسرة، ومن جهة أخرى، تخفيف العبء على المرأة المتكفلة ومنحها مجالاً لتعيش حياتها الخاصة بصورة طبيعية، فالتكفل بالأقارب المسنين لا يحدّ من حياة الفرد المتكفل، لكنه يمثل مهمة جديدة وفي بعض الحالات تكون فجائية، لذا يجب على أفراد الأسرة والمجتمع أن يتضامنوا ليحققوا نجاح هذه المهمة.

2. واقع التكفل الأسري للمسن

اتضح لنا من خلال دراستنا أن 80 % من أفراد العينة يحضون بتكفل ناقص؛ أي غير شامل لجوانب التكفل، مقارنة بـ 20 % من المبحوثين الذين يلقون تكفلاً كاملاً (نفسياً وجسدياً واجتماعياً) من طرف العائلة.

إن أغلب الأسر لا تعي أهمية التكفل الشامل لمختلف جوانب حياة المسن الفاقد للاستقلالية، أو بالأحرى الأسرة تجهل طريقة تقديم التكفل الملائم لمسنها.

كثيراً ما يكون المسن فاقداً للاستقلالية، عاجزاً عن تأدية بعض أو جلّ مهامه اليومية، وهذا العجز الذي يجد المسن نفسه فيه يستوجب تكفلاً خاصاً وكاملاً من جميع أفراد الأسرة؛ لأن المسن فرد

(بيولوجي-نفسى- (Bio-psycho-sociale يجب أن تكون المرافقة ملمة بجميع هذه الجوانب.

إن سوء فهم الأسرة لمهمة التكفل، وتركيزها على الجانب الجسدي أكثر من الجوانب الأخرى، يضر بالمسن، وبالتالي المتكفلة لاحقاً؛ لأن التكفل يتعدى ذلك، حيث يشمل أيضاً النشاطات الترفيهية والرياضية التي من شأنها تحسين صحة المسن والحفاظ على وظائفه النشطة قدر المستطاع، واختيار الغذاء الذي يناسب وضعه الصحي، وتذكيره بشرب الماء، وغير ذلك من السلوكيات التي تساهم في المحافظة على صحة المسن وتحسينها، وهذا ما تتغاضى عنه عديد الأسر.

حيث تعبر المبحوثة مريم مسنة عاجزة جزئياً:

"...يتعشوا، وكل واحد في الغرفة تاعو تقولشي مارانا في دار وحدة... (بعد العشاء كل فرد في غرفته كأننا لسنا في بيت واحد) أنا نوض بكري ونستنى وشكون ينوض (انا أستيقظ باكرا)..."

لاحظنا في حالات كثيرة بعض التقصير الأسري في الإلمام بجوانب التكفل، بحيث تركز الأسرة على الجانب الجسدي دون الجانب النفسي والاجتماعي، كما هي الحال في حالة السيدة مريم التي لاحظنا نوعاً من التذمر في تصريحها بسبب عدم تجمع العائلة في مكان واحد وأوقات الأكل، وعدم تجمعهم للسهر مع بعض، هذا ما يبرر حاجتها للمقاهات الجماعية وتشارك الحديث والنقاش مع باقي أفراد أسرته.

كل العناصر السابقة تشير إلى أن الأسرة تهتم بجانب دون الجوانب الأخرى في التكفل، مما يضرّ بالمسن، ويزيد في تعقيد حالته الصحية والنفسية، وبالتالي يضرّ بالمتكفل الرئيس بصفة مباشرة؛ لأن المسن كائن بيولوجي ونفسي واجتماعي، لذا يكون استقراره في توازن وإشباع هذه الجوانب، والإخلال بها يعود سلباً عليه وعلى العائلة، وبالتالي على المرأة المتكفلة.

وهذا ما يبرر ضعف علاقات الأقارب، فالزيارات أصبحت في المناسبات ونهاية الأسبوع، وهذا بسبب ميل الأسرة الحديثة نحو الاستقلالية، بحيث يصرح أغلب المبحوثين أن أبناءهم وبناتهم المتزوجين يزرونهم فقط في نهاية الأسبوع أو المناسبات، فتغير العلاقة بين الأجيال المتعاقبة (أجداد، أبناء، أحفاد) أثر على الالتزامات المتبادلة فيما بينها، وعلى الامتداد الأسري والقراي، كما تتغير العلاقات البنائية الداخلية بين الجيل الواحد، فبعدما كانت العلاقات الأسرية في العائلة التقليدية تتمحور حول علاقة الخضوع (خضوع الصغير للكبير، والمرأة للرجل)، فإن العلاقات في الأسرة النووية تتسم بمساواة وعدالة أكبر (Addi, 1999, p45).

كما تتميز هذه الأسرة بفقدان عديد التقاليد والقيم التي كانت تلعب دوراً أساسياً في وحدة وتماسك العائلة التقليدية، ولهذا تكون علاقتها الاجتماعية القرابية ضعيفة ومفككة في بعض الأحيان، وخالية من التضامن بين الأجيال في الأسرة الواحدة (حراث، 2013: ص 54).

نجد عديد المسنين يشكون انشغال أبنائهم طول الأسبوع وطول الشهر، وفي بعض الحالات طول العام، وبخاصة إذا كان الأبناء خارج البلاد، أو يعيشون في مناطق بعيدة، وهذا ما يعبرون عنه بتذمر شديد، ويُفسرون هذه الزيارات برغبة أبنائهم في إشباع رغباتهم وترفيه أولادهم، لا سؤالاً عن أهلهم المسنين.

3. ثقل التكفل على المُتْكَفِّلَة

بيّن التحقيق الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002 أن نسبة 66.8٪ من المسنين يعانون مرضاً مزمناً على الأقل (الديوان الوطني للإحصائيات ووزارة الصحة والسكان، 2002: ص185 فئة المسنين تعاني من انتشار الأمراض المزمنة والخاصة بمرحلة الشيخوخة، كمرض السكري وارتفاع ضغط الدم والأمراض العصبية كمرض الرعاش والزهايمر (Alzheimer، Parkinson) مما يجعل هذه الفئة تتميز بجملة من مظاهر العجز والقصور، كاضطراب في السلوك، واضطراب في التوجه الزمني والمكاني، وعدم القدرة على الاهتمام بحاجتهم اليومية والشخصية كالنظافة والأكل والشرب والتنقل وغيرها، فكل هذه الأعراض تحتاج إلى تكفل دائم وحريص، وهذا ما تعبّر عنه العائلة بالصعب، حيث تقول زوجة محمد:

... "أنا زوجي مصاب بمرض الزهايمر منذ خمس سنوات وراني نداوي فيه، لكن مكان حتى فائدة... هو يضل يدور ملي ينوض (منذ الاستيقاظ) حتى يتعب ودارنا صغيرة أصبح يقلقني وليت نغلق عليه الغرفة يدور حتى يعيا ويرقد... كان وش تقلو ايدير لكن المدة الأخيرة قاع ما يخذش الراي (لا يطيع الأوامر) بزاف عياني... ديتوا لفرنسا عند ولادوا باه يداوي بصح مكان حتى نتيجة... واحد الخطرة راحلي في المطار هو يضل يمشي بدون هدف (déambule) وكي تقولي لو حبس ما يحبسش (عندما تقولين له توقف، لا يتوقف) ولهذا السبب لا أخرجه كثيراً، وإن أخرجه لا أنزله من السيارة... عندي عامين وراني نعاني معاه وما نيش نروح لولادي il m'a bloqué vraiment j'ai changé ma mode de vie"

بالاعتماد على ما صرحت به زوجة محمد وحالات أخرى يمكن القول بأن المرأة المُتْكَفِّلَة تعاني مشكلات عديدة. تُعبر عنها بطريقة مباشرة وغير مباشرة، على رأس هذه المشكلات تغير نمط حياتها الخاصة وأنشطتها، ونقص التواصل مع الآخرين. كما لاحظنا في عديد التصريحات أن الأسر تنتظر وتتوقع الشفاء من هذه الأمراض، فهي لا تدرك أن المسن في هذه المرحلة يحتاج لتكفل سليم ليعيش ما تبقى من عمره في حالة استقرار وعطف أسري، والذي يتوجب على الأسرة بصفة عامة والمتكفلة بصفة خاصة أن تضمن تكفلاً ورعاية متعددة الجوانب، نفسية، وصحية، واجتماعية.

4. انعدام متخصصين ودورات تكوينية في مجال المسنين

الشيخوخة مرحلة طبيعية من مراحل الحياة، إلا أنها تحتاج لاهتمام خاص من طرف الأسرة والهياكل على حد سواء، والارتفاع المتزايد لنسبة المسنين يعتبر ضرورة يجب على الدولة التفتن لها، وتهيئة ظروف ملائمة؛ لكي تستطيع استيعاب هذه الضرورة قبل أن تصطدم بظاهرة شيخوخة المجتمع دون تحضير أي برنامج أو سياسة أو هياكل خاصة لها (clément et lal، 2005: p91). تعبر عديد الأسر عن حاجتها لمختصين، بحيث تعترف بعجزها وعدم معرفتها للطريقة الصحيحة للتكفل والرعاية، وبخاصة عندما تكون أمام مسن مصاب بعديد الأمراض المعقدة، حيث

نجد الأسر تتصرف حسب ما تملكه من معرفة عامية اكتسبتها من الخبرة أو التداول الاجتماعي، أو ما تم توارثه من الأجيال حول المرض.

إن الأسر تبحث عن توجيه وإرشاد في هذا المجال، إلا أنها لا تجد متخصصين أو جهات معنية تتوجه لها، والمتخصصون لا يحصرهم في المرشدين والموجهين للأسر فقط، إنما نتعدى ذلك، لنصل إلى متخصصين في الطب والتأهيل الحركي وغير ذلك.

لقد عبر المبحوثون عن الواقع المعيش الذي لا يتلاءم مع حاجياتهم، فهياكل المجتمع غير مكيفة تماما لا للمسنين ولا لذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا ما يجعل المسن غير قادر على المشاركة في الحياة اليومية، ويزيد من تعقيد حالته الصحية عوضا عن إعطائه فرصة للمشاركة في مختلف الأنشطة اليومية.

وهذا ما عبرت عنه كثة لمسنة عاجزة كليا:

"...عجوزتي مريضة بقلبها، ولا تستطيع المشي والحركة، ولديها موعد عند طبيب القلب الذي تتواجد عيادته في الطابق الرابع، في كل مرة يكون لديها موعد فحص معه، نعاني نحن أفراد الأسرة أكثر منها من مشقة هذا الفحص، دون أن أنسى تأثير التنقل على صحتها، بعد العودة مباشرة تصبح شبه ميتة..."

وتضيف كثة عقيلة.

"...علا بلنا (نعرف) بلي sport très important pour leur santé phisique et morale لكن وين (أين) يمكن تخرجو، كي نخرجوا نهار الناس تقولي أديه لدار...في واحد المرة policier حبسلي سيارة أجرة قالي أديه لدار ...عندوا لحق الطريق رابية قع ...رواق الطريق فيه 10سم كيفاش يمشي فيها واحد صحيح وما أدراك واحد كبير ومريض..."

إن الواقع المعيش الذي لا يتلاءم مع حاجياتهم وعدم ملائمة الهياكل المجتمعية كما ذكرنا، ثجبر المسنين على منح الكفالة لأحد الأبناء؛ تجنباً لعناء أهلهم وخوفاً من تدهور حالتهم الصحية عندما يذهبون إلى مختلف المؤسسات والهياكل، دون أن يفوتنا تدمير العائلات من القطاع الخاص الذي استولى على مختلف الهياكل العلاجية والتأهيلية للمسن.

خاتمة ونتائج الدراسة

إن اهتمام البحوث الاجتماعية بالشباب والمرأة والمراهقة ربما جعل موضوع الأشخاص المسنين مهمشا نوعا ما في مجال العلوم الاجتماعية، وإن كانت بعض الدراسات تتطرق إلى المسنين الموجودين في مراكز الإيواء FPA، إلا أن هذه البحوث هي نفسية أكثر مما هي اجتماعية؛ هذا ما دفعنا للبحث في موضوع التكفل الأسري بالشخص المسن فاقد الاستقلالية كموضوع سوسيولوجي وكدراسة معمقة لعيناتنا.

علما أن هذه العينة من المجتمع تميزها خصائص مغايرة لفئات المجتمع الأخرى، حيث تصاحبها عدة أمراض متداخلة، تجعل الحالة الصحية للمسن معقدة، إضافة إلى فقدانه لعدد الأدوار، كفقدان العمل بالتقاعد وتخلي النساء عن إدارة شؤون المنزل، أو موت أحد الزوجين، أو فقدان المسن للسيطرة على حياته وقراراته، والتنازل عن الاختيارات؛ وبالتالي قبول الخضوع للأبناء، كما يخلق كل هذا فقدان فراغات في حياة المسن، هذه الفراغات تعمل الطبيعة على ملئها؛ لذا يجب على الأسرة أن تكون ذكية بحيث تملأ هذه الفراغات بنشاطات واهتمامات مفيدة للمسن، قبل أن تملأها الطبيعة بما هو مضر له كالعزلة والاكتئاب والقلق، والاضطراب في الغذاء والنوم.

وفي نهاية الدراسة استخلصنا مجموعة من النتائج التي سنحاول ذكر أهمها:

1. معظم الأسر تهتم بمسنيها بدافع الواجب الديني والتربوي والعرفي، إلا أنها تولي مهمة التكفل بالمسن فاقد الاستقلالية لأحد نساء العائلة، وغالبا ما تكون الابنة أو الزوجة أو الكثة، أي يبقى دور المرأة في التكفل بأفراد أسرتها قائما، رغم تبنيها لأدوار جديدة ومتعددة كالعامل المهني وتسيير أمور الأسرة.

2. إن اتكالية الأسرة على المرأة المتكفلة في كل جوانب التكفل، تسبب أثارا سلبية على المسن وعليها على حد سواء، حيث يستلزم على المرأة التخلي على كثير من مهامها وأدوارها الاجتماعية، وبخاصة أن فقدان الاستقلالية يتطلب تكفلا خاصا ومتعدد الجوانب، حيث يجب أن توفر الحاجيات الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية، أي الوقوف على كل متطلبات المسن في هذه الحال.

3. تهتم الأسرة بجانب دون الآخر في عملية التكفل؛ بسبب عدم وعيها بأهمية وضرة التكفل الصحيح والشامل بمسنيها.

4. انعدام متخصصين ومكونين في هذا المجال لديه أثر كبير، حيث نجد الأسرة تهتم بمسنيها بطريقة تجهل صحتها من خطئها، إضافة إلى انعدام مؤسسات مساعدة للأسرة في مهمة التكفل والمرافقة التي تستلزم إمكانيات مادية مهنية ومعنوية معرفية؛ لأن التكفل بشخص مسن فاقد للاستقلالية يتطلب مراقبة وحذرا ورعاية مستمرة ودائمة، وهذا ما تعجز الأسرة عن توفيره بصفة دائمة وبخاصة بعد التغير الحاصل في هيكلتها.

ومن كل ما سبق يمكننا القول إن مهمة التكفل بالمسن وبخاصة الفاقد للاستقلالية، يستوجب رعاية خاصة ومتخصصة؛ لأنها تختلف من مرض لآخر، ومن حالة لأخرى، كما أن الأسرة تحتاج لهياكل

ومؤسسات وبرامج تدعمها في هذه المهمة؛ لكي نتفادى إنهاك الأسرة الذي يؤثر فيما بعد على جوانب أخرى، وبالتالي على المجتمع؛ لأن الأسرة وحدها تعجز ولا تدرك طرق التكفل السليم.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

1. إحسان ذكي، عبد الغفار. وآخرون، (2002). رعاية المسنين في محيط الخدمة الاجتماعية. مصر: مطبعة جامعة طنطا.
2. 12-10. (29 ديسمبر 2010). القانون المتعلق بحماية الأشخاص المسنين في الجزائر. الجزائر.
3. حراث، فتيحة. (2013). القيم الأسرية بين الثقافة التقليدية والثقافة العصرية، إنسانيات، (العدد 59). ص73-53
4. الديوان الوطني للإحصائيات ووزارة الصحة والسكان، (2004). المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، التقرير النهائي. الجزائر: وزارة الصحة والسكان.
5. عباس، عبير. (2014). في علم اجتماع الشيخوخة: أنماط التفاعل وأوجه الحياة للجماعة العمرية المتقدمة، القاهرة: مصر العربية للنشر والتوزيع.
6. غباري، محمد سلامة. (2003). رعاية المعوقين: الفئات الخاصة ومشكلاتهم وطرق العلاج. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
7. 12-10. 29 ديسمبر 2010 المتعلق بحماية الأشخاص المسنين في الجزائر.
8. مبروك عزة، عبد الكريم. (2006). الصحة الجسمية والنفسية للمسنين. القاهرة: دار غريب.
9. مشري، فريدة. (2016). الأسرة والصحة: دراسة سوسيو- أنتروبولوجية لمرض السرطان في الجزائر. عمان: مؤسسة حامد للنشر.
10. وزارة الصحة والسكان. (2016). السياسة الوطنية للسكان. الجزائر: وزارة الصحة والسكان.

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية

11. AddiLahouri, La mutation de la société algérienne : la famille et lien sociale dans l'Algérie contemporaine, (1999), Paris : édition la découverte.
12. Caradec, Vincent. (2001), Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris : éd Nathan université...
13. Carrasco, Cristina. (2007). Les soins invisibles et du travail des femmes, Nouvelles questions féministes, ediAntipades, vol 26.
14. Clément S et Lavoie J. (2005). Prendre soin d'un proche âgé. Toulouse : Erès.
15. Cresson, Gennev et Mebtoul, Mouhamed. (2010). Famille et Santé : la dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie. France : Rennes Presses de L'EHESP.

16. Herzlich. Claudine. (2005). Santé et maladie analyse d'une représentation sociale, Paris : EHESS.
17. Kergout, Danièle et autres. (2010), Le sexe de la mondialisation : genre, class, race et nouvelle division du travail, "Femme genre et sociétés", Presses de Sciences Po.
18. Moutassem-mimouni, Badra, (2013). Les personnes âgées en Algérie et au Maghreb : enjeux de leur prise en charge, Insaniyat, (N° 59), p11-32.
19. Weber, Monique. (2011). La dépendance des personnes âgées. Paris. Paris : conseil économique et social et environnemental.