

التكفل الأسري بالشخص المسن فاقد الاستقلالية
 دراسة نظرية ميدانية على عينة من الأسر بالجزائر العاصمة
 Family care for the elderly person with loss of autonomy
 A theoretical field study on a sample of families in Algiers

رضية غربي

نادية قاسي

جامعة محمد بن أحمد وهران 2

جامعة محمد بن أحمد وهران 2

Radia Gharbi

Nadia Gaci

Mohamed Ben Ahmed University-

Mohamed Ben Ahmed University-

Oran 02

Oran 02

abdellilahradia@yahoo.fr

gaci.nadia@univ-oran2.dz

تاريخ الاستلام: 2020/08/17 تاريخ القبول: 2021/03/14 تاريخ النشر: 2021/09/20

- الملخص: هدفت هذه الدراسة لمعرفة واقع التكفل الأسري بالأشخاص المسنين الفاقدين للاستقلالية، وأهم التغيرات التي تمس المسنين في هذه الفترة والكشف عن أهم العقبات التي تواجه الأسرة في هذه المهمة، علما أن الهرم السكاني للجزائر تغير في الفترة الأخيرة نتيجة التحولات الاجتماعية والاقتصادية والتطورات العلمية المتسارعة، حيث ارتفع أمل الحياة وتقلصت نسبة الوفيات وبالتالي ازدياد عدد المسنين، لكن لا يجب أن ينظر إلى هذا الأخير كمتغير ديموغرافي فقط بل ظاهرة ذات خصائص اجتماعية ونفسية واقتصادية وصحية، تنجر عنها عدة تغيرات كالنقص التدريجي للقدرات الجسمية والعقلية والنفسية لهذه الفئة وهذا ما يؤدي لفقدان استقلاليتها. إن فئة المسنين تعني الأسرة بالدرجة الأولى، لأنها هي التي تحوهم وتكفل بهم مهما كانت حالتهم الصحية. ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على منهج التحليل الوصفي للمقابلات التي تم إنجازها مع الأشخاص المسنين وأفراد أسرهم، حيث قمنا بزيارات منزلية متكررة رفقة فريق مهني مختص في الشيخوخة تابع لمركز استقبال نهاري للمسنين ببلدية حيدرة بالجزائر العاصمة. وفي نهاية الدراسة توصلنا إلى أن مختلف أفراد الأسرة يساهمون جزئيا في التكفل، غير أنهم يتكفلون على فرد واحد في مختلف جوانب الرعاية وغالبا ما تكون 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: الشخص المسن، فقدان الاستقلالية، الأسرة، التكفل الأسري.

- **Abstract:** This study was intended identify the reality of family care for elderly persons with loss of autonomy, and reveal the most important obstacle that the family in their mission of care. The population pyramid of Algeria has recently changed as a result of social and economic transformation and accelerated scientific developments, as the proportion of the elderly has increased but this number of population should not be observed only demographic, but a phenomenon with psychological and social, health characteristics, Which leads to various changes, as a result of the gradual lack of physical, mental and psychological capabilities of this group, and this leads to a loss of autonomy for the elderly group. The elderly is the main concern of the family, because they're the ones who take care of themselves, whatever their state of health. To achieve the objectives of the study, we used descriptive analysis of interviews with family members; we made home visits with a professional team in a Reception Centre for the elderly in the municipality of Haidra in Algiers. As a result, we concluded that different family members contribute in part to care, but they depend on one person for various aspects of care, this person is often a woman, the wife or daughter or son's wife which negatively affects their psycho-sociological capacities, Because of difficulty of treating certain diseases that require long term care.

Keywords: Elderly person, Loss of autonomy, Family, Family care.

- مقدمة:

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 وخاصة الطبية.

كما قد شهدت الجزائر هي الأخرى ارتفاعا ملحوظا في فئة المسنين، فبعدها كانت نسبتهم 4.5% سنة 1966 ارتفعت لتصل إلى 8,7% سنة 2015 (وزارة الصحة والسكان، 2016، ص. 10) من إجمالي السكان، وهي نسبة معتبرة وجب على الدولة أخذها بعين الاعتبار وتهيئة برامج وسياسات ملائمة للتكفل بها، فقد سنت قانون حماية الأشخاص المسنين في 2010 حددت فيه حقوقهم، كما تلزم الأسرة برعايتهم، وتفرض إجراءات عملية صارمة تصل إلى السجن في حالة تعنيفهم، (الجريدة الرسمية، 2010، ص. 9) فالشيخوخة بحد ذاتها ليست ظاهرة بيولوجية

فحسب بل هي ظاهرة اجتماعية موجودة في كل المجتمعات على اختلاف أعراقها وأجناسها، كما أن المسن عرضة لبعض الاضطرابات والتغيرات الجسمية التي تساهم في إصابته بعدة أمراض تجعله يفقد الاستقلالية.

تعتبر الأسرة أول مؤسسة اجتماعية تهتم وتتكفل بجميع أفرادها مهما كانت حالتهم الصحية والاجتماعية، وفي هذه الحالة يكون الشخص المسن في أمس حاجة للتكفل والدعم الأسري لكي يعيش أحرّ مرحلة في حياته وسط أهله في حالة توازن وتوافق نفسي اجتماعي، غير أن الأسرة في بعض الأحيان لا تدرك كيفية التعامل مع هذه التغيرات المعقدة والمتداخلة مع الأمراض المزمنة، كما أن تجربة فقدان الاستقلالية تصبح مؤلمة على نحو متزايد سواء على المسن أو على أفراد الأسرة حتى يصل في بعض الحالات إلى إنكار الواقع الذي هو عليه.

من هنا جاءت هذه الدراسة بغية تسليط الضوء على الواقع المحيط بالأسرة الجزائرية في مهمة التكفل بمسنها الفاقدين للاستقلالية، لما تعانيه هذه الفئة من أمراض متعددة ومتداخلة واضطرابات نفسية وسلوكية.

1-الإشكالية:

أدت التحولات الاجتماعية والاقتصادية والتطورات العلمية المتسارعة وخاصة في مجال الطب إلى تغير في الهرم السكاني للجزائر، حيث ارتفع أمل الحياة من 55 سنة عام 1977 ليصبح في عام 2013، 77 سنة وتقلص نسبة الوفيات وبالتالي ازدياد عدد المسنين بنسبة كبيرة (Office National des Statistique, 2013, p. 03)، فكانت نسبة المسنين في الجزائر تقدر بـ 2.7% من إجمالي السكان، أما في التسعينات فقد بلغت 6.47% لترتفع سنة 2014 إلى 7.7% من إجمالي السكان (ONS, 2014, p. 05)، إلا أن هذه الزيادة تستدعي توفير الرعاية والاهتمام اللازمين لهذه الفئة العمرية، من الناحيتين المادية والمعنوية نظرا لما تعيشه هذه الفئة من تغيرات في مرحلة الشيخوخة، إضافة إلى التركيز والاهتمام بكيفية الاستفادة من خبراتها السابقة وضرورة إشراكها بأدوار جديدة تتناسب مع قدراتها العقلية والجسدية والمعرفية.

ونشير إلى أن هذه التحولات طرأت في مختلف أنحاء العالم ولكن في أزمنة مختلفة وبدرجات متفاوتة، دون أن ننسى تباين نظرة مختلف المجتمعات لهذه الظاهرة "ظاهرة الشيخوخة"، فنجد أن المجتمعات المتحضرة قد تطلعت لضرورة الاهتمام بالمسنين فبذلت جهودا علمية وعملية لخدمتهم كما شهد المجتمع الدولي أكثر من فعالية دولية من مؤتمرات وندوات لتناول قضايا المسنين، حيث تم انعقاد المؤتمر العالمي الأول للشيخوخة في فيينا عام 1982، والذي اعتمد توصيات وخطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة، والتي صادقت عليها

الجمعية العامة للأمم المتحدة في اجتماعٍ لمدوبي 124 دولة، (تقرير الجمعية العالمية للشيخوخة، 1982) وبعد هذا المؤتمر رفعت منظمة الصحة العالمية عام 1983 شعار "فلنضف الحياة إلى سنين العمر"، وطلبت من فروعها في مختلف المناطق أن تقدم مشروعها العملي الجامع لتحقيق هذا الشعار. لينعقد ثاني مؤتمر سنة 1984 في مكسيكو سيتي الذي دعا إلى ضرورة قيام الدول بالاهتمام بالمسنين. لتأتي خطة عمل مدريد الدولية سنة 2002 بشأن الشيخوخة والإعلان السياسي الذي تم إقراره في الجمعية العالمية الثانية للأمم المتحدة حول الشيخوخة وكما تعتبر هذه الخطة نقطة التحول حول كيف يعالج العالم التحدي الرئيسي لتشيخ السكان، تجري مراجعة وتقييم خطة مدريد كل خمس سنوات، هذا ما فتح المجال أمام الباحثين في مختلف التخصصات العلمية لدراسة هذه الفئة العمرية بهدف تخفيف أعباء ما يصيبها من مشاكل عقلية وجسدية ونفسية واجتماعية وتوفير المرافقة الملائمة لها كل حسب حاجياته. ونستدل بذلك بمقولة ألبرت إنشناين بأن "تحضر المجتمعات يقاس بمدى كفالتهما بمسنيها" (البير، 2009، ص. 45).

وإن كانت المجتمعات العربية الإسلامية ومنها الجزائر لم تعط لهذه الفئة الاهتمام المطلوب كما هو الحال في الدول الغربية فربما يعود ذلك إلى التقدير الذي تقدمه الأسرة العربية لمسنيها منذ القديم، فهي ترى في راحتهم ورفاهيتهم هدفا يعمل عليه جميع أفراد الأسرة لتخفيف آثار السن عليهم، كما ترى في سنهم وتجاربهم مصدرا للمعرفة والاستثمار ما يجعلهم يحتلون مكانة خاصة في الأسرة والمجتمع وذلك في ظل العادات والتقاليد والتعاليم الدينية (الشريباتي، 2000، ص. 86). فنجد المسن يتولى كل المسائل والمشاكل المتعلقة بالأسرة فله مسؤولية القيادة لأفراد أسرته وله دور الحاكم والناضج، كما كان يعين رئيسا لقرية أو منطقة معينة يرأسها بحكمته وخبرته وكانت جميع فئات المجتمع تخضع لسلطته كما هو معروف في القبائل "تجماعت" والتي تمثل جماعة المنطقة من مسني المنطقة لهم سلطة لحل المشاكل داخل المنطقة كالنزاعات الأسرية والطلاق وتقديم المساعدة للأفراد المعوزين واليتامى والأرامل، كما تساعد الشباب في قضايا الزواج وغيرها. وللتجماعات خارج المنطقة دور مهم في عقد الصلح بين المتشاحنين وحل نزاعات حدود الأراضي وغيرها، وكل هاته الأدوار خلقت مكانة مميزة للمسني في الأسرة التقليدية، إلا أن النقلة التي عرفتها الأسرة التقليدية قد غيرت من بنائها ووظائفها مفرزة أدوار اجتماعية جديدة لأفرادها في الأسرة الحديثة النووية، بحيث تراجع دور الأسرة في رعاية المسنين وضعف تضامن الأجيال بخصوص توفير المستلزمات الرعائية والمعاشية، وتبني قيم جديدة كالاستقلالية والسعي لتحقيق الذات عوضا عن التمسك والتلاحم نظرا لظروف عمل أفرادها ومتطلبات الحياة المعاصرة. ودون

أن ننسى تأثير تطور الوضع الاجتماعي والثقافي للمرأة الذي أعطى آفاقا جديدة لدورها التقليدي المتمثل في رعاية وكفالة أفراد الأسرة الأسوياء منهم والمرضى، وتحويل كل اهتمامها إلى التعليم والعمل خارج البيت أكثر من الحياة الأسرية، وجعل من رعاية المسنين والعناية بهم داخل الأسرة مهمة شاقة وصعبة وسط المهام الجديد التي تبنتها، وخاصة أن المسن عرضة لبعض الاضطرابات والأمراض الجسمية البسيطة والمعقدة، بل أن هناك تغيرات تحدث في الاتجاهات الاجتماعية ويتعرض المسن لمختلف المؤثرات البيئية والوراثية والتي تساهم في أصابته بالعديد من الأمراض (الزبيدي، 2008، ص.259)، هذا ما يجعله عرضة لفقدان الاستقلالية ويكون أكثر حاجة للتكفل والدعم الأسري لكي يعيش آخر مرحلة في حياته وسط أسرته في حالة توازن وتوافق صحي جسدي ونفسي واجتماعي ، وهذا ما يجعل الأسرة تجتهد للاهتمام بقرينها المسن مهما كانت حالته الصحية ومهما كان المكان المتواجد فيه، حيث اثبت الباحث الجزائري محمد ميتول في دراسة له أن عمل التكفل الذي يقدمه أفراد الأسرة في المنزل لقرينهم المسن يمتد ليصل إلى المستشفى عندما يكون في ماكت بالمستشفى وينفس تقسيم العمل المنزلي، حيث تهتم المرأة بجانب النظافة وتحضير الوجبات وتغيير الملابس ليهتم الرجل بكل ما هو مرتبط بالفضاء الخارجي من تحاليل وفحوصات وتوفير الأدوية (22, p. 2010, mabtoul et cresson). وهذا التقسيم العمل على أساس الجنس وعلى أساس الفضاء (الخاص والعام). أما سيمون بينك Simon pennec اهتمت في دراستها بتحديد أنماط النشاطات التي يقوم بها الأبناء (رجال ونساء) اتجاه آبائهم ومعرفة كيف يتم تقسيم أعمال التكفل بين الرجل والنساء في صلات القرابة (Simon Pennec, 2010, p.31) ، في حين تولي كراسكوا أهمية كبيرة للتكفل الذي يوفره مقدم الرعاية في المرحلة الاستشفائية وما بعدها وما يخلفه من آثار سلبية على عمله وكذا حياته، وأكدت أن أغلب أعمال التكفل تقدمه النساء سواء في البيت أو المستشفى وهذا ما يؤثر عليهن سلباً وينقص فرصة المشاركة في الحياة الاجتماعية.

إن فقدان الاستقلالية تجربة صعبة على الشخص المسن وعلى أسرته لأن التكفل يكون في كل الجوانب الحياة وفي كل أنشطتها، وهذا ما يجعل من الشخص المتكفل يقوم بعمل مضاعف وبعض الحالات يهتم بقرينه المسن على حساب راحته ونشاطاته الاجتماعية وهذا ما سمته الباحث كراسكوا Carrasco بالتكاليف الغير مرئية للرعاية. (Carrasco, 2010, p.33)

من خلال كل ما تم ذكره، تطرح أمامنا إشكالية هامة أدت بنا بدافع الفضول للوقوف عند هذه الظاهرة الهامة للتقصي عن مدى التغيير الذي مس الأسرة، وكذا الوقوف عند حاجيات المسنين، وما مدى قدرة الأسرة على تلبيةها. ما أدى بنا إلى طرح التساؤل العام التالي: كيف يكون التكفل الأسري بالشخص المسن الفاقدا للاستقلالية؟ الذي يتفرع لهذه التساؤلات الفرعية التالية:

- مَنْ يُوفّر هذه التكلفة من أفراد الأسرة؟
 - هل التكلفة الأسري للمسن فاقد الاستقلالية شاملة في الأسرة الجزائرية؟
 - هل تستطيع الأسرة لوحدها توفير التكلفة الملائم أم أنها تحتاج إلى هياكل خاصة لمساندتها؟
- 2- الفرضيات:

بناءا على التساؤلات المطروحة في الإشكالية توصلنا إلى صياغة الفرضيات التالية التي سنحاول التحقق منها من خلال دراستنا الميدانية.

- يساهم مختلف أفراد الأسرة في التكلفة بالشخص المسن فاقد الاستقلالية إلا أنه غالبا ما يقع الكاهل على فرد واحد.

- تقوم الأسرة الجزائرية بتكفل شامل ومتعدد الجوانب لمسنها.

- الأسرة تحتاج إلى مختصين ومؤسسات خاصة لتساعدها في تحمّل عبء التكلفة بأقاربهم المسنين.

3- أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية هذه الدراسة في ازدواجيتها لمجالين مهمين في العلوم الاجتماعية ألا وهو علم اجتماع الصحة وعلم اجتماع الشيخوخة La Gérontologie اللذان هما تخصصا باحثي هذه الدراسة.

- تتمثل الأهمية الرئيسية للدراسة في اهتمامها بموضوع أسري يعني الأسرة وأفرادها، وكل تحول في بنيتها يؤثر فيها بالدرجة الأولى ثم في المجتمع فالتأثير بينهما متبادل.

- توضيح أهم التغيرات المرافقة للشيخوخة وأهم العقبات التي تواجه الأسرة في رعاية مسنّها، قد يكون لكل فرد منا مسن في أسرته كما أننا قد نصل لمرحلة الشيخوخة، لذا يجب أن نكون على دراية بالتغيرات التي تحدث في هذه المرحلة حتى نتمكن من التكيف معها ومواجهة مشاكلها.

- دراسة قد تثير التخصص الجديد علم الاجتماع الشيخوخة la gérontologie، كما أنها تفتح مجالا جديدا للاهتمام بهذه الفئة والبحث في أهم مواضيعه.

- تقدم معلومات أكثر حول هذه الشريحة (المسنين) وما يعانونه من مشاكل صحية ونفسية واجتماعية، فالارتفاع الملحوظ لنسبة الأشخاص المسنين في السنوات الأخيرة في المجتمع الجزائري بات يطرح الكثير من الانشغالات على جميع المستويات.

4- أهداف الدراسة:

- يتمثل الهدف الأساسي من هذا البحث في لفت الانتباه لضرورة الاهتمام بدراسة فئة المسنين التي تعتبر مهمشة مقارنة بالفئات الأخرى للمجتمع من جميع الجوانب، لمعرفة أهم الظروف التي تعيش في ظلها، حتى تتمكن الجهات المعنية من تكييف سياستها وبرامجها المختلفة وفق ما تحتاجه هذه الفئة، وهذا لضمان تكفل جيد بها وتحسين ظروفها المعيشية.

- محاولة معرفة مدى شمولية التكفل الأسري الذي يتلقاه المسن في هذه المرحلة من العمر، وما هي مختلف الصعوبات التي يتلقاها أفراد الأسرة في هذه المهمة الإنسانية، وبالتالي معرفة الطرائق والحلول التي تساعد على تحسينها.

- تفتح هذه الدراسة المجال للتعريف بعلم اجتماع الشيخوخة أو ما يسمى La Gérontologie وأهم القضايا التي يدرسها، ومحاولة إثراء المعطيات والمعلومات المتوفرة عن المسنين في المجتمع الجزائري.

5- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة

5.1- **الشخص المسن: la personne âgée** إن كان من المتفق عليه أن المسن هو ذلك الشخص الذي يبلغ مرحلة الشيخوخة المرتبطة بالتقدم في السن، وما يرافقها من ظهور مجموعة من التغيرات التي في مقدمتها التغيرات البيولوجية نتيجة تراجع وضعف الجسم في أداء وظائفه الحيوية. غير أن الباحثين لم يتفقوا على تحديد سن معين تبدأ فيها الشيخوخة ويعود السبب في ذلك إلى أنها ليست من الظواهر الثابتة التي تحدث في المرحلة الأخيرة من حياة الفرد ومرتبطة بالتقدم في السن فقط، ولكنها حالة تتأثر أيضا بفيزيولوجية الفرد ونفسيته والبيئة الاجتماعية والاقتصادية التي يعيش فيها، لذلك يستعين الباحثين بمجموعة من المقاييس الاستدلالية لتعريف الشخص المسن كالعمر البيولوجي، العمر الاجتماعي والعمر الزمني.

أما منظمة الصحة العالمية صنفت مراحل كبر السن كالتالي (الزبيدي، 2008، ص.21):

-الراشد: وهو من كان في سن 60 سنة إلى حوالي 74 سنة ولازال يسهم في الحياة بحيوية ونشاط.

-الشيخ: وهو من كان في سن 75 سنة إلى حوالي 85 سنة والذي قلت مساهمته.

-الهرم: وهو من كان في سن 85 سنة فأكثر وغالبا ما يكون ملازما لفراشه.

-المعمر: وهو من بلغ 100 سنة فأكثر.

تتعدد مفاهيم الشخص المسن كما تتعدد المعايير والمقياس التي يعتمد عليها في تحديد هذه الفئة، غير أن الفئة التي تهتم بها دراستنا هي فئة الأشخاص المسنين الفاقدين للاستقلالية، أي يكون فيها الشخص المسن في حالة عجز وظيفي في أداء جزء أو جل نشاطاته اليومية، ويحتاج لمساعدة وتكفل مستمر لإنجاز مختلف نشاطاته التي يمكن أن تكون شخصية أو اجتماعية أو اقتصادية ونذكر على سبيل المثال لا سبيل الحصر، إلباس الشخص وغسله والذهاب به إلى الحمام ومساعدته في استخدامه، والتنقل من السرير إلى الكرسي وتغذيته في حالة العجز الحركي، إعداد وجبات الطعام، وتناول الدواء والحفاظ على المنزل وغسل الملابس، استعمال وسائل النقل، وإدارة المنزل...

2-5- مفهوم الأسرة: **la famille** إن للأسرة عدت تعريفات وعدت أنماط تتجه إلى إبراز الارتباط الدائم بين الرجل والمرأة وما يترتب على ذلك من إنجاب ورعاية الأطفال والقيام ببعض الوظائف التي لم تسقط على الأسر عبر مراحل تطورها من صورة إلى أخرى بتغير ثقافة المجتمع، يعرفها أيميل دوركايم بأنها: "هيئة اجتماعية ذات طابع قانوني وأخلاقي، ويتكون أفرادها من زوج وزوجة وأبناء بجملة من الواجبات، والتي من بينها تحمل الآباء بشؤون أبنائهم والتكفل بهم" (دنكن، 1986، ص. 67).

لعل تعريف الباحث الجزائري حمدوش هو الذي نراه الشامل والوافي حيث عرف الأسرة بأنها "مؤسسة تمتاز بالتغيير والدينامكية، وهي بذلك عبارة عن مجموعة من العمليات فكل حقبة زمنية، وكل مجتمع يعرف أشكالاً من التجمعات الأسرية الخاصة به، تعتبر الأسرة مؤسسة تحتوي على قوة تحمل ومقاومة كبيرتين، وكذلك ذات قوة تكييف ساعدها وتساعدتها على تجاوز مختلف التحولات والتغيرات الاقتصادية والاجتماعية الأساسية (حمدوش، 2009، ص. 242).

وهذا يمكننا القول إن الأسرة الجزائرية كما في الأسر والمجتمعات الأخرى على غرار ثقافتها وأنماطها وإن كانت تتجه في تطورها نحو نمط الأسرة النووية إلا أنها لا زالت تحتفظ بالكثير من خصائص الأسرة الممتدة وأصبحت تجمع بين خصائص الأسرة الحضرية ووظائف الأسرة الريفية، فهي جماعة تضم الزوجين وأبنائهما وأحياناً الجد أو الجدة أو كلاهما، يعيشون معا ويتفاعلون معا ولكل أحد منهم دور خاص به.

3-5- التكفل الأسري: **la prise en charge familiale** يعرف التكفل بأنه أداة من أدوات الخدمة الاجتماعية، ووسيلة للتأثير ذات امتياز تسمح بالاندماج واستقلالية الأشخاص، وقد تكون علاقة قانونية أو غير قانونية بين شخص ذي مشاكل اجتماعية ومختص يملك تقنيات خاصة ومعروفة، لمعالجة هذه المشاكل في الوقت المناسب، باختصار هي السير معا في اتجاه محدد لبلوغ هدف معين (Sibeud et All, 2003, p.27)."

إن استعمالنا لمصطلح التكفل في هذه الدراسة لم يكون بمنظور الخدمة الاجتماعية إنما أسقطناه على الأسرة، ونعرفه بتلك الرعاية والاهتمام الملزم والمستمر الذي يوفره أفراد الأسرة للمسن في مختلف جوانب الحياة، ليوصل المرحلة الأخيرة من حياته في استقرار وتوافق نفسي واجتماعي وصحي والوقوف لجانبه ومساندته ليحافظ على استقلاليته لأقصى درجة ممكنة.

4-5- فقدان الاستقلالية: **La perte d'autonomie** تعرف فقدان الاستقلالية "بتناقص القدرة في انجاز بعض مهام الحياة اليومية بدون مساعدة الآخرين، ويتمركز فقدان الاستقلالية على

مشكل في الأداء الوظيفي للمهام التقنية والفنية وذلك نتيجة تدهور القدرات العقلية والجسدية" (Robin, 2014, p. 13)

وبهذا يمكننا القول إن فقدان الاستقلالية هي فقدان المسن للقدرة على قضاء حاجياته ومهامه بنفسه وهذا نتيجة فقدان بعض أو جل قدراته الوظيفية (عقلية أو جسدية)، هذا ما يستدعي وجود فرد آخر في الأسرة لمساعدته في مختلف مهامه، كاللباس والأكل والتنظيف. وقد يكون هذا الفرد أحد أعضاء الأسرة أو أجنبيا يتقاضى أجرا مقابل هذا التكفل.

6-الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع التكفل بالأشخاص المسنين وتناولته من زوايا مختلفة، غير أن أغلبها تطرقت إلى التكفل المؤسسي لا التكفل الأسري كما ركزت أيضا على التكفل من جانب الخدمة الاجتماعية والخدمة الصحية لا الخدمة الأسرية المتكاملة (النفسية والصحية والجسدية والشخصية) التي يوفرها أفراد الأسرة للشخص المسن في حالة فقدانه للاستقلالية.

- دراسة "لِكْرِيسْتينا كَراسكو" Cristina Carrasco بعنوان "التكاليف غير مرئية للرعاية ولعمل المرأة" (Carrasco, 2007, p. 30-44).

أ. نوعية الدراسة: اهتمت الباحثة بعمل الرعاية الصحية غير مدفوعة الأجر أي تلك الرعاية التي توفرها أغلب النساء للأقارب الذين يقطنون معهن، باعتبار أن الرعاية عنصرا أساسيا في رفاهية ونوعية حياة المرضى، ليس فقط في أبعادها الطبية وإنما تتعدى ذلك لتصل إلى إتقان الأنشطة المنزلية، وما تنطوي عليها من علاقات أسرية وعاطفية، على الرغم من صعوبة قياس أعمال الرعاية (رفاهية وجودة حياة المرضى) وتقييمها كميا. تسعى الباحثة في دراستها إلى توضيح مختلف جوانب الرعاية المرئية والغير مرئية التي يقدمها الفرد لقريبه المريض، ومدى تكلفة ذلك ماديا ومعنويا. كما كانت تهدف لتحليل الرعاية التي يضمنها مقدمو الرعاية في المرحلة الاستشفائية وما بعدها (بعد الخروج من المستشفى)، وتسعى لتوضيح أهمية العمل الذي يقدمه مقدمو الرعاية غير مدفوع الأجر، وأثره السلبي على عملهم وكذلك على حياتهم.

ب-عينة الدراسة: أجريت الدراسة في مستشفى عام في كاتالونيا، مركز Taulí Park الصحي في مدينة ساباديل مقاطعة برشلونة، تم اختياره لثلاثة معايير رئيسية: حجم المستشفى متوسطة 800 سرير، وجود مركز جراحي متنقل (ACC)، بالاشتراك مع مستشفى تقليدي، يسمح بالتدخلات الاستعجالية دون دخول المستشفى، أما فيما يخص حجم العينة فقد تم اختيار 320 حالة، 160 في المستشفى التقليدي، و160 حالة في (ACC).

اعتمدت في دراستها على المرضى الذين أجروا عمليات جراحية ويكون مكوثهم في المستشفى بين أربعة إلى عشرة أيام، كما أن نوع هذه العينة (أصحاب العمليات الجراحية) يحتاج لرعاية ما بعد المستشفى.

أجرت مسح للأشخاص الذين يتحملون مسؤولية "مقدمي الرعاية الأولية". كان استبيانًا مغلقًا يحتوي على أسئلة تهدف إلى الحصول على المعلومات المحددة اللازمة لمعرفة مدة الرعاية، والشخص الذي يؤديها، والمشكلات التي ينطوي عليها ذلك فيما يتعلق بالعمل وتنظيم الوقت والحياة اليومية، ووقت العمل المطلوب، والتكاليف النقدية وغير النقدية وكذلك الجوانب الأكثر ذاتية، كما تم جمع المعلومات في المنزل.

ج- نتائج الدراسة:

- يتم إنجاز أعمال الرعاية الصحية في الغالب من طرف النساء سواء في المستشفى والمنزل.
- تتكفل النساء برعاية الأقارب المرضى المتواجدين في بيتهما والذين يقيمون خارج بيتها، فبن يتكفلن بالنساء والرجال الفاقدين للاستقلالية، على عكس الرجل الذي لا يرضى إلا في غياب المرأة وبشكل عام فهم يخصصون وقت أقل في أعمال الرعاية.

- أما فيما يتعلق بالوقت (أيام وساعات)، تشير نتائج هذا الدراسة أن عمل الرعاية يتطلب قدرًا كبيرًا من الوقت، على الرغم من صعوبة تقديرها وتقييمها حيث يحصل الأشخاص الذين بقوا في المستشفى على ما يقرب من 28 يومًا من الرعاية مقسمة بين المستشفى والمنزل، أما أثناء الإقامة بالمستشفى 97٪ من مقدمي الرعاية يتواجدون كل يوم في المركز، بالإضافة إلى ذلك، يظل العديد من مقدمي الرعاية يقظين طوال الليل والنهار، وبالنسبة لمتوسط الوقت اليومي الذي يقضونه في المستشفى في الفترة النهارية هو 10.4 ساعة وفي المنزل 9 ساعات.

- أما فيما يخص التقييم المالي فهو أصعب وأكثر تعقيدًا من تقييم وقت الرعاية، لأن نشاط الرعاية يتضمن عدة جوانب شخصية وعاطفية وعلائقية يصعب تقديرها بأسعار السوق.

- تتجاهل ميزانية الصحة الرعاية غير مدفوعة الأجر وتعتبرها ضمنياً مورداً مجانيًا متاحًا في الأسرة، لم يتم الاعتراف به صراحةً من قِبَل في التحاليل السوسيو-اقتصادية والصحية رغم المساهمة الكبيرة التي يتم تقديمها من طرف الأسرة لتغطية حاجات أفرادها المرضى والسويين والأطفال والمسنين.

د- مقارنة الدراسة بالدراسة الحالية: تتفق دراستنا الحالية الموسومة "بالأسرة والتكفل بالشخص المسن الفاقد للاستقلالية" وهذه الدراسة في أنهما تهتمان بمهمة التكفل ومن يقدمه أو ما سمته الباحثة بمقدم الرعاية، فهي كشفت عدت حقائق ووقائع حول هذا العمل أي الرعاية،

حيث بينت أهمية وصعوبة هذا العمل ميدانيا وإحصائيا وذلك بعدد الساعات التي تقدمها المرأة في رعاية شخص مريض، وبينت أنه عمل غير مرئي اجتماعيا واقتصادية، كما تتفقان أيضا بأن الرعاية غالبا ما تقدم من طرف النساء رغم التباين الثقافي والجغرافي (اسبانيا، والجزائر).

أثبتت الدراسة أن أغلب مقدمي الرعاية من النساء وهذا ما انطلقنا منه في دراستنا، حيث نعتبر أن هذه الدراسة أساسية في بحثنا فهي أثرت بفضله النتائج التي توصلت إليها فيما يخص الرعاية ومقدمها في الأسرة والمستشفى لأن الباحثة اهتمت بالرعاية بعد الاستشفاء أيضا، أي بعد خروج المريض من المستشفى.

- دراسة "السيمون بينك Simon Pennec" حول أنماط رعاية الآباء المسنين، الاختلافات حسب نوع الجنس وحسب المجال المهني والأسري (Simon Pennec, 2010, p p. 31-62).

أ. نوعية الدراسة: اهتمت الباحثة في دراستها بأنواع القرابة التي تضمن الرعاية للمسنين في حالة إعاقة، حيث ركزت دراستها على الجانب الماكرو-سوسولوجي (المتغيرات الاجتماعية) والميكرو-سوسولوجي (العمليات داخل الأسرة) في تقسيم أعمال الرعاية، وذلك لتعيين الأفراد ينتجون نشاطات الرعاية الصحية (la production des activités de la santé) والتعبيرات التي تطلق عليهم من مساعد أسري، مساعد طبيعى، غير نظامي... حيث أكدت أن هذه التعبيرات هي التي ساهمت في لا مرئية (l'invisibilité) وتعقيد أعمال الرعاية ركزت إشكالية هذه الدراسة على جانبين، الأول المتمثل في خصائص مقدمي ومستقبلي الرعاية، والثاني في العمليات التي تحدث وسط الأسرة بين مختلف لأفراد الأسرة وفي مختلف مراحل المرض والعلاقات المتعلقة بالجنس.

ب. عينة الدراسة: تتكون عينة الدراسة من 415 فرد موزعين بين أشخاص مسنين مقيمين في المؤسسات والذين هم في قائمة الانتظار (أي لم يتم قبولهم بعد)، والمسنين المتواجدين في منازلهم، بالإضافة إلى أبنائهم/أحفادهم الذين يعتبرون منسقين بين أقاربهم المسنين والمهنيين، اعتمدت الباحثة في دراستها على تقنية المقابلة الفردية والجماعية لمختلف الفاعلين في الرعاية في الأسرة.

ج- نتائج الدراسة: استخلصت الدراسة لمجموعة من النتائج التي يمكن أن نوجزها في التالي:
- تأثير البعد السوسيو-اقتصادي على استعانة الشخص المسن أو أسرته بمهني الصحة بحيث بينت أن الإطارات أكثر طلبا لمهني الصحة بنسبة 39% من الأسر منخفضة الدخل بنسبة 17%.
- تأثير نوع الجنس (ذكر وأنثى) في عملية الرعاية حيث بينت في دراستها بأن النساء المسنات يضمننا التكفل لأزواجهن الرجال بنسبة 50% لتأتي نسبة البنات بنسبة 15%، في حين تهتم وتعتني المسنة بنفسها رغم فقدانها للاستقلالية.

أما فيما يخص أنماط الأعمال التي تقدمها كل من النساء والرجال حسب مكانتهم الأسرية فهي مقسمة كالتالي:

- الرعاية الشخصية المتمثلة في النظافة الشخصية والأكل واللباس، تنجزها النساء بنسبة 46% مقابل 26% للرجال في رعاية أقاربهم المسنين، بحيث يضمها الزوج (ة) بنسبة 49% والأبناء 24%.
- المهام المنزلية المتمثلة في تنظيف المنزل وترتيبه وتنظيف الملابس وكهها، تحضير الوجبات وغسل الأواني، هي أعمال تنجزها النساء بنسبة 65% مقابل نسبة 45% للرجال، بحيث يضمها الشريك زوج (ة) بنسبة 71% لتلها نسبة 55% للبنات وزوجات الأبناء والأبناء الذكور بنسبة 25%.
- تسير الميزانية تكون بتساوي بين الرجال والنساء بنسبة 50% بحيث 48% منهم أزواج و66% أبناء.

- أما استعانة أفراد الأسرة بالمهنيين فهو يتعلق بنوع مهنة الأبناء ومدى تفرغهم وكذا بدرجة فقدان الاستقلالية لقربهم المسن أي حسب حالته الصحية.

د- مقارنة الدراسة بالدراسة الحالية: تتفق دراستنا الحالية وهذه الدراسة باهتمامها بمقدمي الرعاية، ومختلف العمليات التي تحدث وسط الأسرة في مختلف مراحل المرض مسنها، كما ركزت الباحثة على بعد أساسي في عملية الرعاية وهو التقسيم الجنسي لمختلف أعمال الرعاية بين أفراد الأسرة، وبهذا تكون الباحثة ركزت على محور أساسي في دراستنا وهو التقسيم الجنسي لعمل الرعاية في الأسرة. غير أن هذه الدراسة تختلف عن تلك التي نحن بصدد إنجازها في تطرقها لموضوع المكانة التي يحتلها أفراد الأسرة ونوع الرعاية المقدمة للقريب المسن بين المهنية والأسرية والمزدوجة، وهذا ما استغنيا عنه في دراستنا لأن التكفل في مجتمعنا غالبا ما يكون أسري إلا في بعض الحالات الاستثنائية كالمسنين الذين بدون مؤوى أو المسنين الذين تم التخلي عنهم من طرف أسرهم.

إذا أخذنا الدراسات الجزائرية التي تطرقت للشخص المسن في الأسرة نجدها غالبا ما تتحدث عن المكانة التي يحتلها المسن فيها أو عن ظاهرة تعتبر جديدة عن المجتمع الجزائري والأسرة ألا وهو العنف ضد المسنين أو ضد الأصول كما تم تناولها من طرف بعض الباحثين، أما باقي الدراسات نجدها متفرعة بين تلك التي تهتم بمختلف المشاكل والاضطرابات التي يعيها الأشخاص المسنين في مراكز الإيواء FPA وحقوق المسنين في التشريعات القانونية والشريعة الإسلامية، وكلها دراسات تعتبر مهمة في موضوع المسنين غير أننا لا نعتبرها تثرى الدراسة التي نحن في طور إنجازها، وهذا ما جعلنا إختار دراستين أجنبيتين نعتبرهما أساسيتين في موضوعنا وهما كالتالي: الدراسة الأولى للباحثة الإسبانية كُريستينا كَراسكو Cristina Carrasco المختصة

بالاقتصاد النسوي والعمل المنزلي وعمل الرعاية، والدراسة الثانية للباحثة الفرنسية سيمون بينك Simon Pennec المختصة في العلوم الاجتماعية والصحة والشيخوخة.

6- إجراءات المنهجية للدراسة

1.6. منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة الدراسة المتمثلة في "التكفل الأسري للشخص المسن فاقد الاستقلالية" والتي نسعى فيها لتوضيح المشاكل الصحية التي يعاني منها المسنين وكيفية تكفل الأسرة بهم، فقد اخترنا المنهج الوصفي وذلك كان بعد المرحلة الاستطلاعية التي كانت زيارات منزلية لمجموعة من الأسر التي توجهنا إليها دون دليل مقابلة، بل كانت مقابلات مفتوحة سعينا فيها للتعرف بأفراد الأسرة الذين سوف نتعامل معهم طوال مدة البحث، كما تساعدنا في تحديد التقنيات المناسبة لدراستنا وعلى هذا الأساس اخترنا المنهج الوصفي لأنه لا يقتصر على الوصف الدقيق للظاهرة المدروسة، بل يتعدى ذلك إلى جمع البيانات عنها من الميدان، ووصف الظروف والممارسات المختلفة التي جرت فيها العملية، وتحليل هذه البيانات وقياسها وتفسيرها وبالتالي التوصل إلى نتائج يمكن تعميمها في إطار معين.

2.6. عينة الدراسة وخصائصها:

تم اختيار العمر الزمني للشخص المسن في هذه الدراسة 60 سنة فما فوق، ويكون فاقد للاستقلالية التي نحددها بمقياس Géronte الذي سنوضحه لاحقا في تقنيات الدراسة، ويعيش مع أسرته التي توليه التكفل اللازم لحالته الصحية، حيث زُنا 15 أسرة زيارات متكررة. اخترت عينة الدراسة بطريقة عرضية وهذا حسب نوعية الدراسة التي اعتمدنا فيها على التحليل الوصفي لمقابلة المبحوثين، الذين التقينا بهم في زيارتنا المنزلية وذلك رفقة جمعية "دار الإكرام" التي تقوم بزيارات منزلية متكررة مع فريق مهني يتكون من طبيب وممرضين ومختص نفساني ومساعدتي الحياة لبعض الأسر في ولاية الجزائر قصد تقديم المساعدة والتوجه للعائلات ومتابعتهم حسب ملفاتهم الصحية والاجتماعية والنفسية، كما أنها فتحت مركز استقبال يومي للأشخاص المسنين وعائلاتهم، وهذا ما سمح لنا بلقاء المسنين وعائلاتهم في الأسرة والمركز.

3.6. التقنيات المستعملة في الدراسة:

استعملنا في دراستنا تقنيتي المقابلة والملاحظة المباشرة لأن هاتين التقنيتين سمحتا لنا بالاقتراب أكثر من المسنين والاحتكاك بهم مباشرة وهذا لمحاولة فهم ومعرفة كيفية التكفل الأسري للمسنين والوقوف على مختلف الجوانب الخاصة لهذه الظاهرة، إضافة إلى ذلك استخدمنا مقياس لتقييم فقدان استقلالية الشخص المسن géronte المرفق في الملحق رقم 01.

أ. المقابلة:

يفرض علينا موضوع الدراسة تقنية المقابلة لأنها دراسة كيفية لا كمية، كما أن هناك من أفراد العينة من لا يُتقن الكتابة والقراءة. استعنا بالمقابلة مع مختلف أفراد الأسرة (المسنين والأفراد المتكفيلين بهم) وذلك تبعاً لدليل مقابلة يتكون من 20 سؤال مقسم إلى 5 محاور، وهي كالتالي محور خاص بطريقة تقسيم الأدوار في التكفل لتوصل في الأخير إلى الشخص الرئيسي الذي يقدم التكفل، المحور الثاني يكون خاصة بكيفية تقديم التكفل ومدى شموليته، ليأتي المحور الثالث الذي نتساءل فيه عن مدى قدرة الأسرة على تقديم التكفل الملائم، ليليه المحور الأخير الذي يركز على الشخص المقدم للتكفل وحالته النفسية والاجتماعية. لم نخصص جزء خاص بالحالة الصحية للمسن لأننا استعملنا مقياس خاص بتقييم مدى استقلالته ونوعها.

ب- الملاحظة:



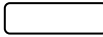
لقد تم الاستعانة بالملاحظة لتكملة المقابلة ولإدراك كل ما يقع تحت حواسنا أثناء استجوابنا للمبحوث وكذا الوقوف على أثر طرح السؤال عليه واستجاباته وانفعالاته إزاء الموضوع، وتكون الملاحظة لمختلف تصرفات وسلوكيات المبحوثين الإرادية منها وغير الإرادية ومنه استعمالها في تحليلنا، وشملت شبكة من الملاحظات حول:

- الأفراد الفاعلين في عملية التكفل.
- هيئة المبحوث، مدى ملائمة المنزل لحالته الصحية (هل يكون المسن معزول أو فاعل في الأسرة).
- ملاحظة طريقة كلام المبحوث وسلوكه وانفعالاته عندما يكون يتحدث معنا. (التلقائية أو التردد في الكلام مدى أريحية المسن حين نجري معه مقابلة وسط أفراد أسرته)
- علاقاته وسلوكاته مع أفراد الأسرة، (على من يعتمد المسن حين يحتاج للمساعدة)
- لاحظنا في المقابلات الأولية مع المسنين فاقدين الاستقلالية ومع أفراد أسرهم تداخل في المشاكل الصحية والاجتماعية والنفسية، حيث أن الشعور النفسي الذي يعاني منه المسن مرتبط بأفراد أسرته ومدى الاهتمام والرعاية المقدمة له من طرف الأسرة، لأن حالة فقدان الاستقلالية يحتاج إلى رعاية أكثر مما يحتاج إلى علاج لأن أغلب الأمراض ترافق المسن حتى الممات.
- كما أن فقدان الاستقلالية يثير ردود أفعال ومشاعر ومواقف مختلفة ومتباينة بين الريف والحضر وبين الفئات الاجتماعية الأخرى في المجتمع. بالإضافة إلى تحسس المسن من سعي أفراد أسرته لتحقيق الاستقلالية الذاتية وزيادة الإنتاجية دون الاهتمام بالمسن، كما ساعدتنا الملاحظة في تحديد الحالة النفسية للشخص المتكفل ومدى رضاه وقلقه من مهمة التكفل.

ج. مقياس Géronte لتقييم فقدان الاستقلالية:

مقياس عالمي لتقييم استقلالية الشخص المسن من جميع الجوانب، طبق في فرنسا لأول مرة وهو المعمول به حاليا في مراكز إيواء المسنين بالجزائر. (Gimbert et Malochet, 2011, p. 57) وهو يحتوي على مجموعة من الأسئلة حول الحالة الصحية للفرد ولا تمس الجانب الثقافي أو التاريخي للفرد لذا فالمقياس يصلح لجميع الثقافات دون تكيفه بإنجاز صدق وثبات له.

هو عبارة عن مخطط على شكل جسم إنسان كما هو موضح في الملحق 01، مقسم إلى 27 منطقة (جزء) بحيث كل منطقة ترمز برقم والرقم يشير إلى وظيفة معينة في الجسم، مثلا أعلى منطقة في الجسم (الجهة) خاصة بوظيفة التنسيق (Cohérence) ويرمز لها برقم 01 في الجسم وتحته مباشرة نجد المنطقة 02 الخاصة بالتوجه الزماني والمكاني (Orientation Temporo Spatiale) والمنطقة 04 خاصة بالرؤية (Vue) وهكذا حتى نصل للوظيفة الاخيرة رقم 27 والمتمثل في القدرة على التفاعل الخارجي (Validité à l'Extérieur)، وسنجد ذلك موضحا في المخطط المرفق في الملحق، وعلى هذا الأساس نطرح أسئلة على المسن تكون واضحة وباللغة التي بتكلمها لتقييم استقلاليته في مختلف الوظائف ونطبق ذلك في مثال الرؤية بطرح أسئلة مختلفة لمعرفة مدى استقلاليته في هذه الوظيفة ويمكن أن يكون طرح الأسئلة كالتالي: هل تستطيع الرؤية بصفة عادية؟ أو تستعين بنظارات؟ ... فإن كانت إجابته إيجابية أي رؤية جيدة فإنه سيتم تلوين الخانة بالأصفر أي مسن مستقل من حيث الرؤية، أما إذا كانت إجابته متوسط سيتم تخطيطها (مخططة) أي نصف مستقل، أما إن كانت إجابته بعاجز تماما فتترك الخانة بيضاء أي فاقد لاستقلالية من حيث الرؤية، وعند إتمام جميع الأسئلة نجمع ألوان الخانات المتشابهة، فإن كانت أغلبها سوداء فنقيم أن الفرد مستقل وهو لا يحتاج إلى مساعدة، أما إن كانت أغلب الإجابات مخططة نعتبره فاقد للاستقلالية جزئيا وذلك حسب الوظيفة التي يكون عاجزا فيها، كما أنه يحتاج إلى التكفل وإن كانت أغلب الإجابات مخططة فإنه يعتبر فاقد للاستقلالية كليا، وهذا يستدعي مرافقة خاصة ووجود مرافق لمساعدته في لتلبية مختلف حاجياته، وبعد إتمام التقييم وعلى أساس النتائج المتحصل عليها يتم إرشاد وتوجيه المسن والأسرة للمحافظة على الوظائف التي مازالت نشطة ومحاولة الحفاظ عليها ونهيمهم عن بعض السلوكيات التي يمكن أن تزيد من سوء وضع المسن.

• إجابة إيجابية (مستقل).	
* إجابة متوسطة، أي فقدان الاستقلالية يكون جزئي.	
• إجابة سالبة، فاقده للاستقلالية كليا.	

المخطط رقم 1: يوضح الخانات المفتاحية لمقياس Géronte وطريقة ملأ الجسم.

4.6. المجال المكاني والزمني لدراسة:

قبل الشروع في تقديم المجال الزمني والمكاني للدراسة نود ذكر المرحلة الأولى والمتمثلة في المرحلة الاستطلاعية التي تعتبر خطوة أساسية في أي بحث اجتماعي، يتخذها الباحث من أجل إثراء الإشكالية وضبطها وضبط المقابلة النهائية، وذلك بعد تصحيح أهم الأخطاء حول صياغة الأسئلة كما تؤدي بنا هذه الخطوة إلى تحديد أكثر للشروط العينة وتساعدنا على الاقتراب أكثر للموضوع الذي نحن بصدد دراسته، والمتمثل في "المرافقة الأسرية للمسن فاقده الاستقلالية". وتمثلت المرحلة الأولى في الاتصال "بدار الإكرام" الذي هو مركز استقبال يومي للمسنين المصابين بمرض الزهايمر الذي يقع ببلدية حيدرة في الجزائر العاصمة، والذي تم انشاءه في شهر أكتوبر 2015، حيث يتم فيه التكفل بمرضى الزهايمر ومرافقتهم يوميا في المركز كما أنهم يقومون بزيارات منزلية لمختلف المسنين ومتابعة حالتهم الصحية والنفسية وتقديم التوجيهات والنصائح لهم ولعائلاتهم. وأنا اغتنمت فرصة التقرب للمسنين في أسرهم مع الفريق المهني في الزيارات المنزلية المتكرر فيما بعد لإجراء مقابلات معهم. تم إجراء هذه الدراسة في وسطين مختلفين بمدينة الجزائر العاصمة وهما:

أ- الأسرة: وهي أسر في مختلف نواحي مدينة الجزائر العاصمة والتي يتم التوجه إليها رفقة الفريق المهني "مساعدتي الحياة" (Auxiliaire de vie) الذين يذهبون إلى مختلف الأسر لمساعدة وتوجيه أفرادها للوصول إلى المرافقة الحسنة للمسن.

ب- مركز استقبال يومي "دار الكرامة": وهو مركز يستقبل المسنين مع عائلاتهم خلال النهار لمتابعة حالتهم الصحية والنفسية كما هو فرصة لتبادل التجارب والمعلومات بين مختلف الأسر والمهنيين، ولقد أجرينا دراستنا الميدانية في الفترة الممتدة من 12 جانفي 2016 إلى غاية 27 فيفري من نفس السنة أي قرابة شهر ونصف.

7. مناقشة نتائج الدراسة:

من خلال هذه الدراسة المتواضعة ومن كل ما سبق وبعد عرضنا لمشكلة الدراسة ومحاولة التحقق من فرضياتها في الميدان بطريقة منهجية علمية، تم التوصل إلى استخلاص بعض النتائج

التي أثرت موضوع الدراسة حيث سنحاول استقرائها تحت ضوء فرضيات الدراسة والدراسات السابقة التي تم اختيارها كركيزة أساسية لدراستنا.

1.7. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

أ- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى: نصت الفرضية الأولى على أن "مختلف أفراد الأسرة يساهمون في مرافقة المسن فاقد الاستقلالية إلا أنه غالبا ما يقع الكاهل على فرد واحد"، ولتحقق من هذه الفرضية استقصينا في زيارتنا المنزلية حول تقسيم الأدوار بين أفراد الأسرة في عملية التكفل بمسنيهم في ظل التغيرات المختلفة التي مست المجتمع الجزائري، كالتغير في بنية الأسرة والتراجع الملموس الذي عرفته الوظائف التقليدية للأسرة الجزائرية، حيث أصبحت الأسرة ذات تشكيلة نصف عصرية طبقا للثقافة الثنائية في المجتمع الثقافة التقليدية والعصرية، رغم هذه التحولات التي مست الأسرة إلا أنها تبقى تحاول المحافظة على أدوارها، فكل فرد في الأسرة لديه دور ووظيفة يقوم بها لتلبية حاجياته وحاجيات أسرته على حد سواء، إلا أن هذه الأدوار تتميز بالتكامل والتضامن فيما بينها.

الجدول (01): توزيع الأسر حسب المتكفل الأساسي

العدد المتكفل الأساسي	الأسر	النسبة
الزوجة	3	20%
الزوج	/	/
البنت	7	47%
الابن	/	/
زوجة الابن	3	20%
عاملة النظافة	2	13%
المجموع	15	100%

يتضح لنا من خلال الجدول أن جنس الإناث (الزوجة، البنت، زوجة الابن، عاملة النظافة) هن المتكفلات الرئيسيات بالمسنين في جميع الحالات بحيث نجد نسبة تكفل البنات بأهلن بـ 47 % لتأتي نسبة تكفل الزوجات بـ 20 % وزوجات الابن بـ 20% كما نلاحظ من خلال الجدول وجود فرد آخر أجنبي (عاملة النظافة) عن الأسرة يشاركن في مهمة التكفل بنسبة 13 % وهذا ما يوضح عجز بعض الأسر في توفير التكفل لمسنيها، مما يجعلها تلجئ للاستعانة بمساعدة خارجية كعاملات النظافة، وهذا لا ينفي مساهمة الذكور في التكفل غير أن مساهمتهم تكون جزئية لا كلية بحكم

تواجد الرجل في الفضاء الخارجي والفضاء المهني، كما أنهم ينسب عمل الرعاية للمرأة ففي تصريح لبعض المبحوثين في هذا الصدد.

"طبعاً أهتم بأبي وأحبه لكن لا يمكنني أن أقابله طوال اليوم.... أنا عندي خدمتي، شغلاتي... بصح لمرأ (الزوجة) نتاعي راي هنا حاجة ما تخصو... أنا نديه لطبيب نحوس بيه بصح باه نظفلوا نوكلوا نبدلوا لالالا... ها شغل نساء" ابن لمسن فاقد الاستقلالية الحركية.

يمكن القول أن مختلف أفراد الأسرة يساهمون بطريقة أو بأخرى في التكفل بالشخص المسن إلا أن ثقل هذه الأخيرة غالباً ما يقع على فرد واحد يكون من النساء إما الزوجة أو البنت أو زوجة الابن، وهذا ما أكدته أغلب الباحثين المهتمين بالتكفل بالقرب المريض (clément et lavoie, 2005, p. 140)، فأفراد الأسرة لديهم الاتكالية التامة وهذا ما يؤثر سلباً على حياة الشخص المتكفل، ويبقى التكفل بالمسن الذي يعيش لوحده، سؤال مطروح لم نجد له جواب غير أن الجيران هم من يسألون عنه من باب فعل الخير لا من باب الواجب.

وفي هذا الصدد أشار الباحث الجزائري محمد مبتول في دراسته حول الأمراض المزمنة أن التقسيم الجنسي للعمل في الأسرة انتقل وامتد من المنزل إلى المستشفى (Cresson, Mebtoul, 2010, p.22)، بحيث وضح كيف أن المرأة هي التي تحضر 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 فاقداً للاستقلالية، في حين أن الرجل يهتم بشراء الأدوية ومرافقة المريض لإجراء الفحوصات والتحليل، وهكذا تجد النساء أنفسهن في المقدمة في التكفل بالقرب المريض في كلا المستويين المنزلي والعلاجي.

إن فئة المسنين تعاني من انتشار الأمراض المزمنة، 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 تعبر عنه العائلة بالصعب تقول زوجة محمد في هذا الصدد.

... "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 تقلوا يدير لكن المدة الأخير قاع ما يخدش الراي (لا يطيع الأوامر) بزاف عياني... ديتوا لفرنسا عند ولادوا باه يداوي بصح مكان حتى نتيجة... واحد

الخطرة راحلي في المطار هو يضل يمش بدون هدف (déambule) وكي تقوليلو حبس مايجبش
عندما تقولي له توقف لا يتوقف) ولهذا السبب لا أخرجه كثيرا وإن أخرجه لا أنزله من السيارة ...
عندي عامين ورائي نعاني معاه ومانيش نروح لولادي il ma bloqué vraiment j'ai changé ma
mode de vie" زوجة مسن فاقد للاستقلالية جزئيا.

أما بنت علي فاقد للاستقلالية كلياً تعبر عن حالتها مع أبيها بأهات وبكاء ولوم.
"أن حبست خدمتي على جال ماما وما حبيتش نتزوج غير على جالها، مرانيش نبكي على
روحي، jamais زندم على جال هذا الشيء(توقف عن الكلام مع بقاء) آآآه لوكان غير جاو خوتي
(ذكور وإناث) يحسوا بيا، في كل week end يتلقاوا هنا عند ماما، يقولوني إذا نحتاج دراهم (بكاء)
أنا ما نحتاجش دراهم نحتاج واحد يوقف معايا ويعاوني أنا ما نرقد لا ليل ولا نهار، أنا مندمتش
كي خليت خدمتي لكن أصبحت بدون حياة لا دخول لا خروج" بنت فاطمة فاقدة للاستقلالية
كلياً.

بالاعتماد على ما صرحت به زوجة محمد وبنت فاطمة وحالات أخرى يمكن القول بأن
الشخص المتكفل يعاني العديد من المشاكل والتي يعبر عنها بطريقة مباشرة وغير مباشرة والتمثلة
في تغير نمط الحياة الخاصة وأنشطتها ونقص التواصل مع الآخرين، كما لاحظنا في العديد من
التصريحات أن الأسر تتوقع الشفاء من هذه الأمراض فهي لا تدرك أن المسن في هذه المرحلة
يحتاج لتكفل سليم يعيش مرحلته في حالة استقرار وعطف أسري.

في الأخير تبين الصديق الجزئي للفرضية الأولى حيث وجدنا أن معظم أفراد الأسرة يهتمون
بمسئمتهم بدافع الواجب الأخلاقي، الديني، التربوي والعرفي، فنجدهم يساهمون في هذه المهمة إلا
أنه يُتكل على فرد واحد، وغالبا ما تكون الابنة أو الزوجة أو زوجة الابن أي يبقى دور المرأة في
الرعاية والتكفل بأفراد أسرتها رغم تبنيها لأدوار جديد ومتعددة، إلا أن هذه الإنكالية على فرد
واحد تسبب آثار سلبية على المسن والشخص المتكفل به على حد سواء، حيث يستلزم على
الشخص المتكفل به التخلي على العديد من مهامه وأدواره الاجتماعية، وخاصة أن فقدان
الاستقلالية يتطلب مرافقة مستمرة ومتعددة الجوانب، وهذا ما تعتبره "كرسكوا Carasco"
يدخل في التكاليف الغير مرئية للرعاية.

إن انعدام مختصين ومكونين في هذا المجال لديه أثر كبير، حيث نجد العديد من الأسر
تشكي من عدم معرفتها لتعامل مع السلوكيات والأعراض التي تميز بعض الأمراض، كما لاحظنا أن
مساهمة الرجال في التكفل غالبا ما تكون في الفضاء الخارجي لكن تبقى مشاركته كمساعدة

للمتكفل الرئيسي. وهذا ما أثبتته دراسة سيمون بينك Penec حول تقسيم أدوار الرعاية بين الرجال والنساء.

أ. مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على "قيام الأسرة الجزائرية بتكفل شامل ومتعدد الجوانب لمسئمتها" وللتحقيق من هذه الفرضية تم اللجوء للتوضيح أي جوانب التكفل توفرا في الأسرة، فالأسرة تضمن رعاية متعددة الجوانب، نفسية، صحية، اجتماعية. حيث يبين الجدول التالي مدى شمولية التكفل الأسري بالشخص المسن فاقد الاستقلالية لعينة الدراسة.

الجدول (02): توزيع الأفراد حسب شمولية التكفل.

المجموع	كاملة		ناقصة		التكفل السن	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة		
%40	6	%07	1	%33	5	75-60 سنة
%60	9	%13	2	%47	7	75 سنة فما فوق
%100	15	%20	3	%80	12	المجموع

يتضح لنا من خلال الجدول أن 80% من أفراد العينة يحضون بتكفل ناقص مقارنة بـ 20% من المبحوثين الذين يلقون تكفل كاملة من طرف العائلة، رغم النسبة المرتفعة 80% للحالات التي يكون فيها التكفل ناقص إلا أننا لن نحكم على أن الأسرة لا توفر التكفل الملائم، بل يمكن أن نقول بأن الأسرة تجهل طريقة تقديم التكفل السليم والشامل.

كثيرا ما يكون المسن فاقد الاستقلالية عاجزا عن تأدية بعض أو جل مهامه اليومية، وهذا العجز يستوجب تكفل خاص وشمل من جميع أفراد الأسرة كل حسب وظيفته لأن المسن فرد (بيولوجي-نفسى-اجتماعي Bio-Psycho-Sociale) ولسلامته يجب أن يكون التكفل ملم بجميع الجوانب، غير أننا لاحظنا نقصا فادحا أو سوء فهم من طرف الأسرة لمهمة التكفل بحيث يركزون على الجانب البيولوجي والمادي أكثر من الجوانب الأخرى.

وهنا نجد محمد يشكي أن أولاده منعه من بعض الأنشطة اليومية لخوفهم عليه في حين أن محمد يعتبر نفسه قادرا علما

"كل مرة نجي ندير حاجة يقولوا لي ربح ما تقدرش، حبسوني من السوق (السياقة) معليش، حبسوني من القضيان (التسوق) ما عليش، واش يحوسوني ندير... (محمد 79 سنة - فقدان جزئي للاستقلالية).

في حالة فقدان الاستقلالية الجزيئة لا يتوجب على الأسرة منع المسن في استغلال قدراته الوظيفية النشطة، لأنهم بهذه الطريقة يزيدون في عجزه، وفي محمد يحتاج إلى إشراكه في الحياة اليومية لأنه يرى نفسه لازال قادرا على المساهمة في الحياة الاجتماعية لأن هذا يجعله يشعر براحة نفسية، لذلك يجب على الأسرة أن تعطي فرصة للمسن بالتحاور معه واستعمال اللين والصبر في الكلام، وتجنب كل ما يسيء إليه ويمس كرامته، وإعطائه دائما فرص المشاركة مهما كانت قليلة فكل محاولة مفيدة له.

"نهار يكون بني بعيد أنا نروح نجيب أحفادي من المدرسة... نحس روجي عاوتت العائلة نتاعي... وقدرت ندير حاجة تصلح... هوما يخافوا عليا لأني عندي الصرع... بصح أنا كرهت الدار كرهت الماكلة، راني مشتها نخرج نشوف لعباد نزور أحبائي..." تسعدت 82 سنة فقدان جزئي للاستقلالية.

من خلال تصريح تسعدت ومحمد يظهر لنا أن قلق الأسرة وخوفها على مسنهما ما يجعلها تضع المسن تحت الرقابة الأسرية إن صح التعبير، وتمنعه من الاتصال بالفضاء الخارجي أو إنجاز مهام يمكن أن تهك صحته، وهذا السلوك الذي يعتبره أفراد الأسرة صواب هو الذي ينهك المسن نفسيا وهذا ما يظهر في تصريح تسعدت حيث تكرر كلمت كرهت، أي كرهها لما يقدم لها داخل البيت بل هي بحاجة للقاءات اجتماعية مع أحبائها وأهلها. إن الاهتمام بجانب دون الآخر في عملية يزيد من تعقيد الحالة الصحية والنفسية للمسن وبالتالي يضر بالمرافق المتكفل بصفة مباشرة، لذا يجب أن يسعى أفراد الأسرة لإحداث توازن لمختلف الجوانب.

يوجد العديد من الأمثلة في هذا الصدد بحيث منذ بداية الدراسة الميدانية ونحن نلاحظ سلوكيات وتعاملات تضر بالمسن وتظهره مهمشا رغم وجوده وسط الأسرة بحيث وجدنا في تصريحاتهم ولاحظنا العديد من أشكال العنف والعزل الرمزي.

"مايخلونيش نوض حتى التاسعة صباحا وأنا نطقن (أستيقض) على الرابعة ... وعندي مشكل في الأسنان ما نحيش نديرهم لكن هما يسيفوهم (يجبروني) عليا... كل واحد في بيتوا (غرفته) يشعلوا لي التلفاز ويرحوا...أنا نكل وحدي هما وحدهم..." مريم 93 سنة فقدان كلي للاستقلالية.

"كي نقضي حجتي (البول) ونوسخ روجي نحب نغسل في الحين.... وهي تقولي بزاف هذا وين بدلتك (تغير الحفظات... حتى لحي تجرح، ومرة في عرس قالت لي أمام الناس هيا نبذلك les ... couches" علي 73 سنة فقدان كلي للاستقلالية.

من خلال ما تقدم يتبين لنا صحة الفرضية الثانية غير أن التكفل يتعدى الجانب البيولوجي والمادي، بحيث يشمل أيضا الجوانب النفسية والعاطفية والاجتماعية، دون أن ننسى كرامة الشخص المسن الذي نحن في صدد رعايته.

ب- تفسير النتائج على ضوء الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على أن "الأسرة تحتاج إلى مختصين ومؤسسات خاصة لتساعدها في تحمّل عبء التكفل بأقاربهم المسنين" ولقد تم التحقق من هذه الفرضية، بالاعتماد على تصريحات المبحوثين التي تعبر عن حاجتهم لمختصين، بحيث تعترف أغلب الأسر بعجزها وعدم معرفتها للتكفل الصحيح، خاصة عندما تكون أمام مسن مصاب بالعديد من الأمراض المعقدة، وهذا العجز في المختصين والمؤسسات يجعل الأسر تتصرف حسب ما تملكه من معرفة عامية حول المرض.

تبحث العديد من الأسر عن توجيه وإرشاد في هذا المجال إلا أنها لا تجد مختصين أو جهات معنية تتوجه لها، والمختصين لا نحصرهم في المرشدين والموجهين للأسر فقط إنما تتعدى ذلك لتصل إلى مختصين في الطب والتأهيل الحركي وغير ذلك كما عبر المبحوثين عن الواقع المعاش الذي لا يتلاءم مع حاجياتهم، فهياكل المجتمع غير مكيفة تماما لا للمسنين ولا للمعوقين مهما كان وزنهما السياسي أو الاقتصادي أو الخدماتي، وهذا يعتبر حد يضعه المجتمع وهياكله لمشاركة المسن في الحياة اليومية، ويزيد من تعقيد حالته الصحية عوضا عن إعطائه فرصة للمشاركة في مختلف الأنشطة اليومية.

يحتاج المسن فاقد الاستقلالية لتكفل خاص دون غيره من المسنين لأنه يكون بحاجة إلى فرد آخر في انجاز مهامه المختلفة، خاصة عندما يكون فاقدا للاستقلالية بصفة كلية فهو يحتاج إلى فرد مُتكفل دائم وهذا ما سيكون مهمة صعبة عليه، بحيث يرى قريبه مقعد تماما أو أنه مضطرب السلوك لا يميز الزمان ولا المكان أو أنه يجهد وظيفة الأشياء هذا ما يولد لدى أفراد الأسرة صدمة بحيث لا يتقبلون ويرفضون مرض المسن ويحاولون إقناع أنفسهم بأنه مرض سيشفى منه، فيضطر لتغير نمط حياته وإيقاف كل استثماراته الاجتماعية من أجل رعاية قريبه. بعد الصدمة يأتي الإنكار وهو مكانيزم دفاعي لا واعي من طرف المسن والمساعد، وبعدها يبدأ المرافق في لوم نفسه ظنا منه أنه لم يقدم الأفضل في حالة تعبه من المرافقة خاصة إذ كانت طويلة المدى، فالمساعد الطبيعي يلوم ويحاسب نفسه على عدم استطاعته مساعدة أهله ويقول "واش ندير قليل... ولا يتقبل مساعدة من الغير ظنا منه أنه من العيب عدم قدرته على التكفل وطلب المساعدة، دون أن ننسى تخوف العائلة من نظرة المجتمع لمسنهم، فهذا اللوم يجعل الفرد

المساعد يقدم كل قدراته وطاقته للاعتناء بأهله لدرجة الإنهاك، وفي هذه الحالة يصبح المساعد الطبيعي هو بحد ذاته يحتاج للمساعدة سواء كان من العائلة أو خرجها، وهذا ما أثبتته البحوث الأنجلو-ساكسونية في علم النفس منذ الثمانينات، حيث توصلت إلى أن المتكفل الملائم لقريب فاقد الاستقلالية لمدة طويلة ودون مساعدة الغير غالبا ما يكون عرضة للانهاك العصبي (clément et lavoie, ibed :p91).

- الخلاصة:

بعد تعرضنا لموضوع التكفل بشقيه النظري والميداني توصلنا لعدة نتائج منها التي توقعنا في فرضيتنا ومنها ما أفرزها الواقع الميداني، حيث بينت النتائج أن كل أفراد الأسرة يساهمون في عملية التكفل بقريهم المسن، غير أن أفراد الأسرة يعتمدون على فرد واحد في جل أعمال الرعاية والتكفل وغالبا ما يكون من النساء (زوجة، ابنة، زوجة الابن..)، إلا أن هذه الإتكالية تسبب آثار سلبية على المسن والشخص المتكفل به على حد سواء حيث يستلزم على هذا الأخير التخلي العديد من مهامه وأدواره الاجتماعية، وخاصة أن فقدان الاستقلالية تتطلب تكفل خاص ومتعدد الجوانب حيث يجب أن توفر الحاجيات الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية أي الوقوف على كل متطلبات المسن في هذه الحالة، لكن غالبا ما نجد الأسرة تهتم بجانب دون الآخر وهذا راجع إلى عدم وعيها بأهمية وضرورة التكفل السليم لمسنها أو عدم وجود من يوفرها فعلى أفراد الأسرة الاهتمام بشؤونها وحياتها الشخصية، كما أن انعدام مختصين ومكونين في هذا المجال لديه أثر كبير حيث نجد الأسرة تهتم بمسنها بطريقة تجهل صحتها من خطئها، بالإضافة إلى انعدام مؤسسات مساعدة للأسرة في مهمة التكفل التي تتطلب إمكانيات مادية مهنية ومعنوية معرفية وهذا ما تعجز الأسرة عن توفيره بصفة دائمة خاصة بعد التغير الحاصل في هيكلتها، كما تبين ظهور فرد جديد غريب عن الأسرة وهو من عاملات التنظيف وهذا لاحظناه في الأشخاص المسنين الذين يقطنون لوحدهم، وهذا نتيجة التغيرات التي مست الأسرة الجزائرية من حيث هيكلها ووظيفتها.

كما أوضحت الدراسة مختلف الصعوبات التي تتخبط فيها الأسرة جراء عدم معرفتها لتكفل السليمة ونقص الهياكل المساعدة لها، وهذا ما ينجر عنه مشاكل أخرى تزيد من سوء حالة المسن والأسرة وبالتالي المجتمع.

وفي الأخير يمكننا القول أن نتائج هذه الدراسة مهمة، حيث تبين جانب أساسي من عملية التكفل غير أن التكفل أشمل من ذلك، بحيث يضمن نوع التكفل واختلافه بين الجنسين

والعوامل المؤثرة فيه وغيرها، لذا يمكن لبحوث أخرى أن تزيد من ثراء الموضوع والبحث في تفاصيله.

ومن كل ما سبق يمكننا أن نقول أن مهمة التكفل الأسري للمسن وخاصة الفاقدين للاستقلالية يستوجب تكفل خاص ومتخصص لأنه يختلف من مرض لآخر ومن حالة لأخرى، كما أن الأسرة تحتاج لهياكل ومؤسسات وبرامج تدعمها في هذه المهمة لكي نتفادى إنهك الأسرة الذي يؤثر فيما بعد على جوانب أخرى وبالتالي على المجتمع، لأن الأسرة وحدها تعجز ولا تدرك العديد من الجوانب التكفل السليم لمسينها الفاقدين للاستقلالية.

- الخاتمة:

بعد تعرضنا لموضوع التكفل من الجانب النظري والتحقق منه من الجانب الميداني توصلنا للعديد من النتائج التي ساهمت في إثراء الدراسة، والتي تمس فئة هامة وحساسة في المجتمع، فقد تبين لنا من خلال دراستنا لجوانب مهمة للتكفل الأسرية للمسنين فاقدين الاستقلالية مختلف الصعوبات التي تتخبط فيها الأسرة جراء عدم معرفتها للتكفل السليم ونقص الهياكل المساعدة لها، وهذا ما ينجر عنه مشاكل أخرى تزيد من سوء حالة المسن والأسرة وبالتالي المجتمع. وفي الأخير يمكننا القول إن نتائج الدراسة التي توصلنا هي نتائج جزئية ولا يمكن لدراسة واحدة أن تكشف عن كل جوانب الظاهرة، لذا يمكن لدراسات أخرى أن تزيد من إثراء الموضوع وتفصيله، كالبحث في حالة الشخص المتكفل والأثر المترتبة عن التكفل والرعاية طويلة المدى خاصة في حالة الأشخاص المسنين ذوي الاضطرابات النفسية والعقلية. كما يمكن لبحوث أخرى التفصيل في نوع الهياكل التي تحتاجها الأسرة في رعاية ذويهم وتحديد أهم التخصصات التي يمكن أن تساعد الأسرة في مهامها كون أن ارتفاع أمل الحياة أصبح يظهر أمراض تعجز الأسرة عن التكفل بها.

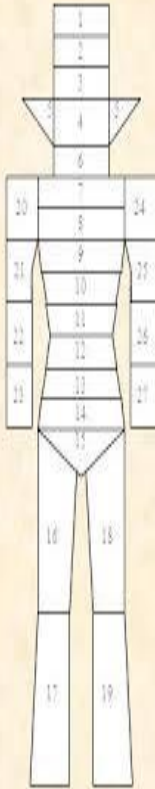
- قائمة المراجع:

- تقرير الجمعية العالمية للشيخوخة، (1982). فيينا: منشورات الأمم المتحدة.
- حمدوش، رشيد (2009). مسألة الرباط الاجتماعي في الجزائر المعاصرة (امتدادية أم قطيعة): دراسة ميدانية، مدينة الجزائر نموذجا توضيحيا. الجزائر: دار هومة.
- البيير، خولة علي (2009). الواقع الاجتماعي والصحي للمسنين. العراق: دار الخلود.
- الشريباني لطفي عبد العزيز. (2000). أسرار الشيخوخة: مشكلات المسنين... وكيفية العلاج. بيروت: دار النهضة.
- الزبيدي، كمال علوان (2008) علم النفس الشيخوخة. عمان: مؤسسة الوراق.
- دنكن، ميشال (1986). معجم علم الاجتماع، ط2، ترجمة: إحسان محمد حسان. بيروت: دار الطليعة.
- وزارة الصحة والسكان. (2016). السياسة الوطنية للسكان. الجزائر: وزارة الصحة والسكان.
- وزارة الصحة والسكان، (2010). السياسة الوطنية للسكان لأفاق. الجزائر
- Clément, S et Lavoie J. (2005). Prendre soin d'un proche âgé. Toulouse : Erès.
- Codin, Genviere et G.Raicheler. (2005). Santé et Vieillessement : Approche Psycho-Social. Paris. Éd Armand Colin.
- Carrasco, Cristina (2007). Les soins invisibles et du travail des femmes, editions Antipades, « Nouvelles questions féministes », vol 26.
- Mebtoul, Mohamed et Geneviève Cesson. (2010). Famille et Santé. Rennes. Ed pres Ses de L'EHESP.
- Office National des Statistique. (2013). ONS démographie algérienne. N°658. Alger.
- Office National des Statistique. (2014). ONS démographie algérienne. N°659. Alger.
- Simon Pennec, (2010). Les configurations de soin envers les parents âgés. Des différences selon le genre, les milieux sociaux et la part des services professionnels. Dans Famille et Santé, Famille et Santé. Rennes. Ed presses de L'EHESP.
- Robin, Stéphane (2014). Autonomie des Personnes Agées. Paris. Ed Poitou _Charentes.

الملحق رقم 01:

GERONTE

les 27 activités



- Fait seul, spontanément, totalement, habituellement et correctement
- Intermédiaire
- Ne fait ni spontanément, ni totalement ni habituellement et ni correctement

- 1 - Cohérence
- 2 - Orientation
- 3 - Relation
- 4 - Voir
- 5 - Entendre
- 6 - Parler
- 7 - Toilette haute
- 8 - Toilette basse
- 9 - Habillage haut
- 10 - Habillage moyen
- 11 - Habillage bas
- 12 - Alimentation, se servir
- 13 - Alimentation, manger
- 14 - Elimination urinaire
- 15 - Elimination fécale
- 16 - Transferts
- 17 - Déplacements à l'intérieur
- 18 - Déplacements des objets
- 19 - Déplacements à l'extérieur
- 20 - Gestion
- 21 - Cuisine
- 22 - Ménage
- 23 - Communications à distance
- 24 - Transport
- 25 - Achats
- 26 - Suivi du traitement
- 27 - Activités de temps libre

Evaluation de l'autonomie

19