

بيوت المسنين في
الضفة الغربية
وقطاع غزة
واقع وآفاق مستقبلية

فاهوم الشلبي
جامعة بيرزيت

362.61
S528b
c. 2

شباط
١٩٩٩

منتدى ابحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية في فلسطين

بيوت المسنين في الضفة الغربية

وقطاع غزة

واقع وآفاق مستقبلية

فاهوم الشلبي

جامعة بيرزيت

شباط 1999

منتدى أبحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية في فلسطين هو برنامج لدعم وتشجيع أبحاث مميزة في مجالات السياسات الاجتماعية والاقتصادية ذات صلة باهتمامات واحتياجات صانعي القرار وطرح موضوعات في هذا المجال وتنظيم ندوات حولها، يشرف عليه ويوجه أعماله لجنة توجيهية أعضاؤها متطوعون يولون أهداف المنتدى اهتماما خاصا، وهم:

جميل هلال، حسن أبو لبدة، عزت عبد الهادي، ليزا تراكي، مجدي المالكي، مصطفى البرغوثي، نبيل قسيس، غانية ملحيس.

يدعم المنتدى المركز الدولي لأبحاث التنمية الكندي ومؤسسة فورد. ويقوم معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس) بمهام سكرتاريا المنتدى.

الانتاج

التحرير اللغوي: عبد الرحمن أبو شمالة
التنسيق الفني: ليلى عبد الله

حقوق الطبع والنشر محفوظة

© 1999 منتدى أبحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية في فلسطين
بواسطة: معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)

ص.ب. 19111، القدس و ص.ب. 2426، رام الله

تلفون: +972-2-298-7053/4

فاكس: +972-2-298-7055

بريد الكتروني: MAS@planet.edu

للاستفسار: الاتصال مع منسق المنتدى على العنوان المبين اعلاه.

بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة - واقع وأفاق مستقبلية.

تأليف: فاهوم الشلبي: مسؤول الاحصاءات والمعلومات في مكتب التخطيط والتطوير، جامعة بيرزيت.

منتدى أبحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية في فلسطين
بواسطة: معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)

القدس ورام الله

شباط 1999

حقوق الطبع والنشر محفوظة © (المنتدى)

شكر وعرّفان

يتقدم الباحث بالشكر والعرّفان لكل من ساهم في إتمام هذه الدراسة من مؤسسات وأفراد، وبخاصة القائمين على بيوت المسنين والعاملين فيها ونزلائها الذين قدموا المعلومات اللازمة لإنجاح هذه الدراسة. ويتقدم الباحث بالشكر للباحثين الميدانيين الذين ساعدوا في جمع المعلومات من المصادر المختلفة.

كما يتقدم الباحث بشكر خاص لـ "منتدى أبحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية في فلسطين" الذي مول ورعى هذه الدراسة، وللدكتور برنارد ساببلا الذي عقب على الدراسة، وللسيد جاك ثيودوري من مؤسسة العطاء.

تقديم

هذه الدراسة هي الثانية التي يمولها وينشرها "منتدى أبحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية في فلسطين". وقد حرص المنتدى، منذ تأسيسه، على دعم دراسات متميزة في مجالات اقتصادية واجتماعية مختلفة تهدف لتسهيل عملية اتخاذ القرار، ورسم السياسات على الصعيد الفلسطيني.

لقد أجري العديد من الدراسات عن المسنين وبيوت المسنين على الصعيد العالمي، كما أجري عدد من الدراسات عن المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة. لكن، ما يميز هذه الدراسة هو المنهج الشمولي الذي اتبعه الباحث في دراسة بيوت المسنين، حيث أعدت بناء على مسح شامل لكافة بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة. إضافة إلى أن الدراسة استقت المعلومات عن هذه البيوت من مصادر متعددة كالمشرفين عليها والعاملين فيها والمسنين النزلاء أنفسهم.

وتمتاز هذه الدراسة، أيضاً، في أنها لا تشخص واقع بيوت المسنين من الجوانب المختلفة فحسب، بل يقدم الباحث توصيات محددة لتجاوز المشكلات التي تعاني منها هذه البيوت، سواء على صعيد تركيبها الداخلية ومدى ملاءمتها للغرض، أو على صعيد مؤهلات العاملين فيها، أو على صعيد المشكلات التي يعاني منها المسنون أنفسهم، الأمر الذي يخدم عملية رسم السياسات المستقبلية وفقاً لنتائج علمية مضبوطة.

يتطرق الباحث في الدراسة لمنهجين اثنين في رعاية المسنين، أولهما: نقل المسن للعيش في بيوت المسنين الخاصة والمعدة لهذا الغرض، وثانيهما: رعاية المسن وتقديم الخدمات له في بيته دون نقله من بيئته الأصلية. تناقش الدراسة هذين المنهجين من الناحيتين النظرية والعملية، وتخلص إلى أهمية اعتماد منهج رعاية المسنين في بيوتهم لتوافق هذا المنهج مع التركيبة الاجتماعية للمجتمع الفلسطيني، ولأهمية ذلك على نفسية المسنين أنفسهم. لكنها، في الوقت نفسه، تؤكد على أهمية وجود بيوت المسنين لرعاية بعض المسنين الذين لا توجد لهم أسر ترعاهم وتعتني بهم في بيوتهم.

وتتطرق الدراسة إلى سياسات القبول التي تعتمدها بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة، والإشكاليات التي تعاني منها هذه السياسات من عدم الوضوح والتحديد، والخلط بين المسنين والمعاقين في بعض البيوت، وتقدم اقتراحات محددة بهذا الخصوص. وتعالج الدراسة، أيضا، البنية الداخلية لهذه البيوت ومدى ملاءمتها، وتظهر النواقص على هذا الصعيد.

على صعيد آخر، يقدم الباحث تحليلا دقيقا لمواصفات العاملين في بيوت المسنين ودرجة التأهيل التي يتمتعون بها، ويخلص الباحث، في هذا الشأن، إلى وجود تدرج كبير في مؤهلات الكادر في هذه البيوت. ويقدم، أيضا، تحليلا للخلفية الاجتماعية-الاقتصادية للمسنين النزلاء، ويبني عليه توصيات محددة لتطوير الخدمات والرعاية للمسنين.

بشكل عام، تتناول الدراسة واقع بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة من جوانبه المختلفة، وتتطرق لظروف هذه البيوت ولسمات العاملين فيها والمشرفين عليها ونزلائها. كما تقدم بعض التوصيات والمقترحات التي من شأنها رفع مستوى هذه البيوت وتحسين أداء العاملين فيها.

ولا يسعنا في "منتدى أبحاث السياسات الاجتماعية والاقتصادية في فلسطين" إلا أن نتقدم بالشكر للباحث على هذا الجهد القيم، آملين أن تسهم هذه الدراسة في تطوير الخدمات المقدمة للمسنين، وأن تلقى الاهتمام اللازم لدى المسؤولين وصناع القرار.

ياسر شلبي
منسق المنتدى

المحتويات

الفصل الأول	
1	1- المقدمة
3	1-1 الدراسات ذات الصلة
5	2-1 الفرضيات
6	3-1 الأسلوب والطريقة
6	1-3-1 تحديد مجتمع الدراسة
6	2-3-1 جمع البيانات
7	3-3-1 تحليل البيانات إحصائياً
الفصل الثاني	
9	2- الواقع الحالي لبيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة
9	1-2 الموقع والسعة
10	2-2 التأسيس والنشأة
12	3-2 البناء والتركيبية الداخلية
12	1-3-2 أولاً: عدد غرف نوم المسنين
13	2-3-2 ثانياً: مواقع الغرف والحمامات
14	3-3-2 ثالثاً: غرف العاملين، القاعات، المطابخ والحدائق
14	4-3-2 رابعاً: ملكية البناء ووسائل التكيف
15	4-2 التمويل ومصادره
17	5-2 سياسة قبول المسنين
20	6-2 الخدمات المقدمة

- 23 7-2 الإدارة العامة والأشراف اليومي
24 8-2 توزيع بيوت المسنين حسب الجنس والخلط في القبول
25 9-2 حجم الطلب
27 10-2 الكثافة، ونسبة الذكور للإناث
28 11-2 الكثافة العمالية
29 12-2 معدلات الدخول، والانتقال والوفاة

الفصل الثالث

- 32 3- العاملین في بيوت المسنين
32 1-3 العمر والجنس والحالة الاجتماعية للعاملين
33 2-3 المستوى الأكاديمي والتخصص للعاملين
34 3-3 فترة ممارسة العاملين للمهنة
35 4-3 رواتب العاملين وجنسياتهم
36 5-3 شكل الدوام وجدول ساعات العمل اليومي
37 6-3 رأي العاملين حول إيواء المسنين
37 7-3 مشاكل يواجهها العاملون

الفصل الرابع

- 41 4- الخلفية الاجتماعية الاقتصادية للمسنين النزل
41 1-4 عمر المسن النزير وديانته
42 2-4 مكان إقامة النزير قبل دخول بيت المسنين
45 3-4 الخلفية الاجتماعية - الاقتصادية للنزلاء
45 1-3-4 أولاً: المستوى الأكاديمي للمسن النزير
45 2-3-4 ثانياً: الحالة الاجتماعية قبل دخول بيت المسنين

46	3-3-4 ثالثاً : المهنة السابقة للنزلاء
46	4-3-4 رابعاً: الوضع الأسري السابق للنزيل
48	4-4 فترة المكوث في بيت المسنين
48	5-4 قرار الذهاب لبيت المسنين
49	6-4 معدل الدفع الشهري للنزيل
49	7-4 معدل الزيارات الشهرية المتبادلة
50	8-4 تصنيف النزلاء حسب القدرة على المشي وأداء الوظائف
51	9-4 النزلاء وأمراض الشيخوخة
52	10-4 رأي النزلاء في المعاملة والخدمات المقدمة
53	11-4 أهم مشاكل النزلاء
	الفصل الخامس
54	5- نقاش وتوصيات
79	الحواشي

قائمة الجداول

10	جدول رقم (1): التوزيع الجغرافي والسعة لبيوت المسنين
	جدول رقم (2): توزيع بيوت المسنين حسب سنة التأسيس
10	والجهة المشرفة
13	جدول رقم (3): توزيع بيوت المسنين حسب عدد غرف النوم
14	جدول رقم (4): توزيع البيوت حسب ملكية المقر
15	جدول رقم (5): توزيع البيوت حسب نوع التدفئة المستخدم
16	جدول رقم (6): توزيع بيوت المسنين حسب مصادر دخلها
16	وقيمتها بالنسبة المئوية
17	جدول رقم (7): شروط القبول في بيوت المسنين
21	جدول رقم (8): توزيع بيوت المسنين حسب أوجه الخدمات
21	الصحية التي تقدمها
22	جدول رقم (9): توزيع البيوت حسب النشاطات الترفيهية المقدمة
23	جدول رقم (10): وسائل التسلية المتوفرة
24	جدول رقم (11): توزيع بيوت المسنين حسب المنطقة، الجنس والخلط
26	جدول رقم (12): نسبة التعبئة، قوائم الانتظار في بيوت المسنين
27	جدول رقم (13): أعداد الغرف والأسرة والنزلاء
28	جدول رقم (14): أعداد العاملين وتوزيعهم حسب الجنس
29	جدول رقم (15): أعداد الدخول والانتقال والوفاء السنوية
32	جدول رقم (16): توزيع العاملين حسب العمر والحالة الاجتماعية والجنس
34	جدول رقم (17): توزيع العاملين حسب المستوى الأكاديمي
34	ولتخصص في العمل
34	ول رقم (18): توزيع العاملين حسب فترة ممارستهم للمهنة

35	جدول رقم (19): توزيع العاملين حسب الجنسية وتقاضي أجر
35	جدول رقم (20): توزيع العاملين حسب قيمة الراتب الشهري
36	جدول رقم (21): توزيع العاملين حسب أشكال الدوام
38	جدول رقم (22): مشاكل العاملين في بيوت المسنين
42	جدول رقم (23): عمر وديانة المسنين النزلاء
43	جدول رقم (24): مكان الإقامة السابق والحالي للمسكن النزلي
50	جدول رقم (25): توزيع نسبي حسب معدل الزيارات الشهرية
50	الجدول رقم (26): توزيع النزلاء حسب القدرة على المشي وأداء الوظائف
51	جدول رقم (27): أمراض الشيخوخة المصاحبة للنزلاء

الفصل الأول

1- المقدمة

تظهر بيانات "دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية (1)" تزايد ملحوظ على عدد المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة. ففي العام 1992، بلغ عدد من تزيد أعمارهم عن 65 سنة فأكثر حوالي 83178 شخصاً، وارتفع ليصل إلى حوالي 86097 شخصاً العام 1994، ثم بلغ عددهم 91675 شخصاً العام 1996، مشكلين بذلك ما نسبته 3-4% من مجموع السكان الكلي في الضفة الغربية وقطاع غزة.

يتطلب هذا التزايد في عدد المسنين، توفير سياسة اجتماعية لرعايتهم وحفظ كرامتهم وتحقيق احتياجاتهم الصحية والنفسية، فمرحلة الشيخوخة ليست مرحلة مرضية عابرة يمكن الشفاء منها وتنتهي بذلك، بل إنها مرحلة عمرية لا بد من الوصول إليها بشكل عام، ولها مواصفاتها، فمن يدخلها، غالباً ما، يكون قد خف نشاطه وحيويته، وبدأ مرحلة تدهور صحي ووظيفي وإدراكي ومعنوي، مع وجود تفاوت في ذلك. فمن ناحية الأداء الوظيفي، مثلاً، تجد من يحتاج إلى مساعدة جزئية في تأدية بعض الوظائف، وهناك من يحتاج إلى مساعدة كاملة، وتجد من هو مقعد تماماً ولا يستطيع القيام بأية مهمة. ومن ناحية القدرات العقلية والإدراكية، تجد فاقد الذاكرة، وفاقدها بشكل نسبي.

أما على الصعيد الصحي، فهناك من يتبول لا إرادياً، ومن يعاني مرضاً مزمناً ويتناول أدوية بشكل يومي، وهناك من لا يشكو مرضاً صحياً، بل يعاني من الضيق النفسي واليأس المعنوي. وعليه فإن رعاية الشيخوخة ليست موضوعاً يسهل على أي فرد القيام به، فهي رعاية متنسبة ومتعددة (شخصية وصحية ونفسية واجتماعية واقتصادية)، وبالتالي تتطلب إماماً ووعياً وقرعاً وجهداً جماعياً، وقدرة على التحمل، إضافة إلى تغطية مالية.

والسؤال المطروح هو: على من تقع مسؤولية هذه الرعاية؟ وكيف وأين تتم في الضفة والقطاع؟

تقع المسؤولية الأولى والمباشرة على عاتق الأسرة والأبناء، وتأتي المؤسسات الحكومية والأهلية في الدرجة الثانية، فمعظم المسنين في الضفة والقطاع يعيشون في بيوتهم الخاصة بهم، ويتلقون الرعاية الأساسية من أزواجهم و/أو أولادهم و/أو أحفادهم وأقاربهم، وبعضهم يتلقى رعاية جزئية إضافية من مؤسسات أهلية وحكومية في المجال الإرشادي والاقتصادي والخدمي لدعم الأسرة الحاضنة، وتخفيف العبء عنها، وأهم هذه المؤسسات الأهلية هي مؤسسة "خدمات العطاء لمساعدة المسنين"، التي تقدم وجبات يومية ساخنة لمنات المسنين، إضافة إلى توفير أجهزة طبية، وملابس وأدوية وأثاث وما شابه ذلك. أما المؤسسات الحكومية فتتمثل بمكاتب وزارة الشؤون الاجتماعية، حيث تساهم في دفع رسوم التأمين الصحي، ومساعدة مالية شهرية بسيطة ومعونات أخرى لمن تنطبق عليه معايير معينة من المسنين.

لكن، هناك حالات لا يستطيع المسن فيها الاستمرار بالعيش في بيته، وينقطع، مضطراً، عن بيئته وذويه ليعيش في بيوت مؤسسية خاصة، عندما يدخل مرحلة الشيخوخة وحيداً لأنه لم يتزوج، أو لأنه أرمل ولم ينجب، أو لأنه أرمل وأولاده في الخارج، وفي بعض الحالات يكون فيها المسن شبه وحيد، كأن تكون زوجته، أو من معه أيضاً طاعن في السن يحتاج إلى رعاية، وفي حالات أخرى تجد أفراد أسرة المسن يعملون طول النهار منشغلين عن رعايته، أو أنهم غير مؤهلين وغير قادرين على تحمل الأوضاع الجديدة الناتجة عن شيخوخته. وقد يحصل العكس، أي أن لا يتكيف المسن نفسه مع الأسرة وينزعج من سلوك أفرادها. تمثل هذه الحالات وما شابهها، تأسست بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة في فترات زمنية متفاوتة، بدءاً من الأربعينيات وتحت إشراف إداري أجنبي ومحلي.

وتبرز تساؤلات عدة حول بيوت المسنين، منها ما يدور حول واقع هذه البيوت من حيث القدرة الاستيعابية، والتركيبية الداخلية للبناء، والنشأة والتأسيس، والإشراف، والوضع المالي، والخدمات المقدمة، ومؤهلات العاملين، وشروط قبول المسنين، وحجم الطلب عليها.

وما هي أهم المشاكل التي تواجهها؟ وما هو البعد الاجتماعي والديني والاقتصادي والصحي والتعليمي للنزلاء فيها من المسنين؟ وما هي الخلفية المهنية والأكاديمية للعاملين

فيها؟ وما مدى رضا المسنين النزلاء عن الخدمات المقدمة لهم؟ وهل علاقة العاملين بالمسنين النزلاء جيدة؟ وهل هناك تعاون وتنسيق بين هذه البيوت؟ وما هي أوجه الشبه والاختلاف بينها؟

ستحاول هذه الدراسة، عبر فصولها الثاني والثالث والرابع الإجابة على هذه التساؤلات.

1-1 الدراسات ذات الصلة

لقد أجري العديد من الدراسات حول بيوت المسنين على المستوى العالمي والعربي، ولم يجر إلا القليل على المستوى المحلي. ومعظم هذه الدراسات تناولت الوضع الفيزي والخدمي لبيوت المسنين، مع إبراز أهم المشاكل التي يعانيها النزلاء فيها، فيما تناول بعضها الوضع من خلال إجراء مقارنة بين عدة بيوت مسنين "على سبيل المثال لا الحصر، دراسة كايزر(2)"، التي قارنت بين بيتين للمسنين، الأول في اسكتلندا والثاني في ولاية كاليفورنيا بأمريكا، كذلك دراسة بويكر(3)، التي قارنت بين أربعة بيوت للمسنين موجودة في منطقة ميلواكي بأمريكا، وأيضاً دراسة سايبلا(4)، الذي قارن بين بيوت المسنين الخاصة باليهود ومثيلاتها الخاصة بالفلسطينيين في القدس وضواحيها. وتناول بعض الباحثين بيتاً واحداً فقط، (مثل دراسة هيل (5)). ومنها ما تم تناوله من خلال مسح شامل لكافة بيوت المسنين في القطر (مثل دراسة جقمان ولوك وسالم (6) لبيوت المسنين في الضفة والقطاع).

وقد خرج الكثير من الدراسات العالمية عن بيوت المسنين بنتائج متشابهة، ومن هذه النتائج أنه يعيش حوالي 3 – 4% من المسنين في بيوت المسنين في الدول المتقدمة صناعياً "دراسة هوروك (7)"، "دراسة فاكتور (8)"، مقارنة مع أقل من 1% في الدول النامية "دراسة راف (9)"، "دراسة هامبون (10)". كما استنتجت هذه الدراسات أن المشكلة الرئيسية التي تواجه المسن في الدول المتقدمة هي الشعور بالوحدة، ففي بريطانيا مثلاً، يعيش حوالي 63% ممن أعمارهم فوق 75 سنة وحدهم "دراسة لاندسيبرغ (11)"، بينما يعاني المسن في الدول النامية من الفقر وليس الوحدة بحكم اعتماده على أولاده وأحفاده والآخرين في الإنفاق "دراسة هامبون (12)"، "دراسة مبولو (13)"، "دراسة توت (14)". وتوصلت بعض الدراسات إلى أن أكثر من 50% من النزلاء في بيوت المسنين يعانون مشاكل في الصحة العقلية والذهنية، وقد جاء ذلك في "دراسة مايتزن (15)"، وأكدته "دراسة هيل (16)"،

وأخرى لدشتر (17). كما توصلت إلى أن معظم العاملين في بيوت المسنين غير مدربين، وغير مؤهلين لهذا النوع من الخدمة، ويتقاضون رواتب قليلة، الأمر الذي يعكس نفسه بعلاقة جدية مع النزلاء المسنين "دراسة كين (18)"، "دراسة بيوت (19)". وخلصت هذه الدراسات إلى أن مستوى الخدمة متدن بشكل عام داخل بيوت المسنين "دراسة ديسينباكر (20)"، "دراسة كين (21)".

وعلى الصعيد المحلي (الضفة الغربية والقطاع)، أجريت ثلاث دراسات انسجمت نتائجها كما سنرى مع نتائج الدراسات السابقة، الأمر الذي يدل على أن الظروف الحيوية والمعاناة في أغلب بيوت المسنين، أينما وجدت، تكاد تكون متشابهة ولو تفاوتت.

وقد أجرى "جقمان، ولوك، وسالم" (22) دراسة أعطت وصفاً عاماً لواقع بيوت المسنين في الضفة والقطاع من خلال استبانة وجهت للإداري المسؤول في كل بيت. وبينت هذه الدراسة أن هذه البيوت أوت حوالي 700 مسن (1% من مجموع المسنين في الأرض المحتلة) وقت إجرائها في العام 1991، وكشفت عن معاناتهم المتمثلة بمستوى الخدمة المتدني، وطبيعة بناء لا يصلح لإيواء مسنين وعاملين غير مدربين وغير مؤهلين لهذا النوع من الخدمات.

وأخرج ساببيل (23) تقريراً غير منشور حول بيوت المسنين الموجودة في القدس ورام الله فقط، وقارنها ببيوت المسنين الخاصة باليهود في القدس الغربية، واستنتج أن هذه البيوت غير كافية، وأشار إلى حاجة منطقة القدس ورام الله للمزيد منها، لكنه لم يؤكد ذلك من خلال إظهار قوائم انتظار، أو طلبات التحاق تفوق عدد الأسرة مثلاً. كذلك قدر نسبة المسنين الذين يعيشون في بيوت المسنين بحوالي 1.2% من مجموع المسنين في الضفة الغربية الذين يشكلون حوالي 3 – 5% من مجموع السكان الكلي.

أما الدراسة المحلية الأخيرة وغير المنشورة، فكانت لـ"صنصور وكيفوركين" (24)، وأعطت وصفاً عاماً لأحوال المسنين في الضفة الغربية ممن يعيشون في بيوتهم الخاصة وليس في بيوت وملاجئ المسنين من خلال مقابلة عينة عشوائية حجمها 340 مسناً من عمر 60 سنة فأكثر، موزعين على ثلاثة أوعية جغرافية من أوعية الضفة الغربية. وقد جاء في الدراسة أن حوالي 75% من أفراد العينة متزوجون ولا يعيشون وحدهم، وأن 20% من أفراد العينة يعتمدون كلياً على الآخرين في حركتهم وارتداء ملابسهم واستحمامهم، بينما

40% منهم يعتمدون كلياً على الآخرين في صنع الطعام والتنظيف. ومن النتائج اللافتة للنظر في هذه الدراسة، أن 9.2% من أفراد العينة طلبوا العيش في بيوت المسنين دون أن تظهر دوافع وأسباب عدم انتقالهم.

وتأتي دراستنا هذه، لتمسح بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة مسحاً شمولياً دقيقاً، يتناول البيت كوحدة أساسية، ثم يتناول كل عامل وكل مسن نزيل فيه، وبذلك تتميز عن الدراسات الثلاث السابقة بإضافة عمق جديد يتمثل في تبيان الهوية الاجتماعية والاقتصادية والأكاديمية والدينية للمسن النزيل في هذه البيوت، ودراسة علاقة المسنين النزلاء بالعاملين، والعلاقة الداخلية بين المسنين أنفسهم، إضافة إلى قياس مدى رضا المسن النزيل عن الخدمات المقدمة له، وقياس مدى قدرة المسن النزيل على الحركة، وفي أي الجوانب الحيوية يستطيع خدمة نفسه، بالإضافة إلى استطلاع رأي حول سياسات بديلة لرعاية المسنين.

2-1 الفرضيات

تعزيزاً لأهداف الدراسة السابق ذكرها، سوف يتم اختبار الفرضيات التالية على

مستوى 05,05..

1. الصفرية: تتساوى نسبة الذكور والإناث بين المسنين النزلاء.
البديلة: نسبة الإناث أعلى من الذكور.
2. الصفرية: متوسط عمر المسنين النزلاء يساوي 70 سنة.
البديلة: متوسط عمرهم أكبر من 70 سنة.
3. الصفرية: الكثافة في الغرفة الواحدة تساوي 6 أشخاص.
البديلة: الكثافة أقل من ذلك.
4. الصفرية: متوسط عدد سنوات الإقامة للمسن النزيل تساوي 3 سنوات.
البديلة: متوسط عدد سنوات الإقامة يزيد عن 3 سنوات.
5. الصفرية: تتساوى أعداد المسنين النزلاء القادمين من المدن مع أعداد القادمين من القرى والمخيمات.
البديلة: أعداد القادمين من المدن أكبر من أعداد القادمين من القرى والمخيمات.
6. الصفرية: ثلثا العاملين في بيوت المسنين يتقاضون رواتب شهرية تزيد عن 400 دينار.
دينار.

البديلة: نسبة من يتقاضون هذا الراتب أقل بكثير .
7. الصفرية: مستوى الخدمات الصحية في بيوت المسنين عالٍ، حيث (عالٍ) معبر عنها
بنسب حسب نوع الخدمة.
البديلة: مستوى الخدمات الصحية غير عالٍ.

3-1 الأسلوب والطريقة

أجريت هذه الدراسة عبر الخطوات الرئيسية التالية:

1-3-1 تحديد مجتمع الدراسة

شكلت بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة بمن فيها من عاملين ونزلاء مسنين المجتمع الإحصائي، على اعتبار أن البيت هو الوحدة الإحصائية الرئيسية، والعامل والمسكن النزول فيه وحدة إحصائية ثانوية، بينما شكل جمهور المسنين في الأرض المحتلة مجتمع الهدف. وقد تم حصر مجتمع الدراسة بوحداته الرئيسية بمساعدة مؤسسة "خدمات العطاء لمساعدة المسنين"، فكان 18 بيتاً لإيواء وتأهيل المسنين، موزعة على أوية الضفة الغربية وغزة (3 في غزة و 15 في الضفة)، (أنظر ملحق رقم "1").

2-3-1 جمع البيانات

اختير أسلوب المسح الشامل بدلاً عن المسح بالعينة، بحكم صغر حجم المجتمع والتميز المتوقع بين وحداته، كما صممت ثلاث استمارات تفي بأغراض الدراسة. تتعلق الاستمارة الأولى ببيت المسنين، وتوجه للمسؤول الإداري، وتتناول: (الموقع، والنشأة والتأسيس، والجهة المشرفة، وتركيب البناء والغرف، وعدد الأسرة، وشروط القبول، وأنواع الخدمة المقدمة وغيرها). وتتعلق الاستمارة الثانية بالعاملين في بيت المسنين، وتوجه لكل عامل، وتتناول: (العمر، والجنس، والمستوى التعليمي، والتخصص، والحالة الاجتماعية، وعدد سنوات ممارسة المهنة، والراتب الشهري، وشكل الدوام والمشاكل التي يواجهها وغيره). وخصصت الاستمارة الثالثة للمسكن نفسه، وتوجه إليه باستثناء فاقد الذكرة، وتتناول: (مكان الإقامة السابق، والعمر والجنس، والمستوى التعليمي، والمهنة السابقة، ومعلومات عن أفراد الأسرة وإقامتهم، والوضع الصحي، والزيارات منه وله، وعلاقته مع العاملين، ورضاه عن الخدمات المقدمة، ومدة وجوده في البيت، ... الخ).

عرضت الاستثمارات على أكثر من خبير في المجال، للتأكد من صدقها، وتم تغيير وحذف بعض الأسئلة. كذلك اختبرت صلاحية هذه الاستثمارات من خلال تجربتها في أحد بيوت المسنين القريبة، وتم تعديل بعض الأسئلة، ودرّب فريق عمل لتعبئة الاستثمارات، وأعطى أفراد الفريق التعليمات اللازمة لمعالجة مشاكل عدم الإجابة أو الإجابة الجزئية وما شابه، ووزعت الوحدات الإحصائية الرئيسية على فريق العمل والباحث الرئيسي بشكل ملائم، ورتب موضوع الإشراف والمتابعة، كما تم الاتصال بالمسؤولين عن بيوت المسنين لإخبارهم بالمسح وتحديد موعد زيارة، وفي البداية رفضت إدارة أربعة بيوت التعاون، لكن ومع تكرار الاتصال تفهمت إدارة ثلاثة بيوت أغراض المسح، وأبدت استعدادها للتعاون ولو بشكل جزئي، فيما بقي بيت واحد فقط على موقفه الراض.

وقد تمت زيارة جميع البيوت المتعاونة خلال الأشهر الأولى من العام 1998 وعددها 17 بيتاً، وعينت الاستثمارة الأولى لها جميعاً، وعلى صعيد البيت غير المتعاون، فقد تركت استثمارته فارغة باستثناء سؤالين أو ثلاثة عرفت إجاباتها أثناء النقاش ومحاولة الإقناع بالتعاون.

وعلى صعيد الاستثمارة الثانية والمتعلقة بالعاملين، فقد تم تعبئة 102 استثمارة من أصل 133، حيث رفض بعضهم التعاون، أو رفضت الإدارة السماح بمقابلة كل العاملين عندها، وبعضهم لم يكن موجوداً وهكذا.

كذلك بالنسبة للاستثمار الثالثة والتي تخص المسن النزول، فقد عيّنت 163 استثمارة من أصل 320، حيث استنتجتي 69 نزياً صنفوا كمعاقين (من فئة عمر أقل من 50 سنة وعنده إعاقة عقلية، أو حسية أو حركية)، أما الباقي وعددهم 88، فلم يمكن الوضع الصحي والذهني بعضهم من الإجابة، في حين رفض بعضهم الإجابة بشكل شخصي أو عن طريق إدارة البيت الذي يمكث فيه. كذلك تم تدقيق البيانات المجموعة أولاً بأول، وتم ترميز إجابات الأسئلة المفتوحة وتهيئتها للإدخال على الحاسوب.

1-3-3 تحليل البيانات إحصائياً

تم تعريف متغيرات الاستثمارات الثلاث، وأدخلت معلوماتها على الحاسوب باستخدام برنامج SPSSPC+، وحلت إحصائياً باستخدام طرق الإحصاء الوصفي

(توزيعات تكرارية، ومتوسطات، وجداول مزدوجة)، وطرق الإحصاء الاستنتاجي (تقديرات واختبار فرضيات)، وذلك من خلال برنامج SPSSPC+ ، وقد عرضت نتائج التحليل للاستمارة الأولى والثانية والثالثة في الفصل الثاني والثالث والرابع على التوالي.

الفصل الثاني

2- الواقع الحالي لبيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة

يتناول هذا الفصل نتائج التحليل الإحصائي لاستمارة بيت المسنين المتعلقة بموقع البيت، وإنشائه، وتركيبته الداخلية، وطاقته الاستيعابية والكثافة، والجهة المشرفة، ومصادر التمويل، والخدمة التي يقدمها، وشروط القبول وحجم الطلب عليه. وسنعرض في هذا الفصل أهم النتائج التي توصلت لها الدراسة عن واقع بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة.

1-2 الموقع والسعة

بلغ عدد بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة 18 بيتاً سعتها 439 سريراً، وهي موزعة جغرافياً كما هو مبين في جدول رقم (1) الذي يظهر أن عدد البيوت في قطاع غزة بلغ 3 بيوت فقط (17% من المجموع) وبقدرة استيعابية تساوي 53 سريراً (12%). بينما بلغ في الضفة الغربية 15 بيتاً (83%) بقدرة استيعابية بلغت 386 سريراً (88%). وانفردت مدينة غزة بجميع بيوت المسنين في القطاع، في حين أن منطقة الوسط في الضفة الغربية (رام الله، القدس، بيت لحم، أريحا) ضمت 11 بيتاً، بطاقة استيعابية تساوي 325 سريراً من أصل 386 سريراً، تاركة بيتاً واحداً في الجنوب وثلاثة في الشمال.

إن هذا التوزيع الجغرافي لبيوت المسنين لا يتناسب وتوزيع السكان من جميع فئات الأعمار في الضفة الغربية وقطاع غزة، والذي يبين أن منطقة الوسط احتوت حوالي 36% من السكان "دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية(25)"، وهذا في تقديري قد يعود لعدة عوامل، أهمها يتلخص في أن معظم بيوت المسنين في الضفة والقطاع، وبحكم التبعية السياسية والاحتلال، لم تنشأ وفقاً لسياسة حكومية اجتماعية هادفة، أو من قبل مديرية الشؤون الاجتماعية، ولا من قبل شركات خاصة هادفة إلى الربح كما سنرى لاحقاً، بل جاءت ولادة من جمعيات ومؤسسات خيرية ودينية محلية وأجنبية، اتخذت مقرها غالباً في -أو قريباً من -

مدن الوسط لأهميتها الدينية والجغرافية، وبالتالي لا غرابة أن يكون بيت المسنين جزءاً من بناية المقر أو جناحاً مستقلاً على أرض المؤسسة أو الجمعية الوالدة.

جدول رقم (1): التوزيع الجغرافي والسعة لبيوت المسنين

السعة	العدد	المدينة/القرية	اللواء	المنطقة
12	1	جنين	جنين	الضفة الغربية
34	2	نابلس	نابلس	
72	3	رام الله (2)، القبيبة	رام الله	
150	5	القدس (2)، أبوديس، العيزرية، الرام	القدس	
66	2	بيت لحم، بيت جالا	بيت لحم	
37	1	أريحا	أريحا	
15	1	الخليل	الخليل	
53	3	غزة	غزة	قطاع غزة
439	18	-	-	المجموع

2-2 التأسيس والنشأة

يرجع تاريخ نشأة بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة إلى أوائل الأربعينيات، حيث أنشئ أول بيت في العام 1940 تلاه بيت آخر في العام 1944، وهذا يعكس حاجة المجتمع لمثل هذه البيوت منذ عهد الانتداب البريطاني، وازدادت هذه الحاجة في العقود اللاحقة، بدليل ازدياد عدد البيوت المقامة خاصة في فترة السبعينيات والثمانينيات (انظر جدول رقم 2)، ولا غرابة في ذلك في ظل ازدياد عدد الأسر النووية، ونقصان عدد الأسر الممتدة، وازدياد حجم مشاركة المرأة (الراعي الأول للمسن) في سوق العمل، إضافة إلى ازدياد حجم هجرة الشباب إلى الخارج، كل ذلك جعل عملية خدمة المسنين في بيوتهم صعبة، وازداد حجم الطلب على المؤسسات لإيوائهم.

جدول رقم (2): توزيع بيوت المسنين

حسب سنة التأسيس والجهة المشرفة

السنة	نوع الجمعية / الهيئة المؤسسة			
	أهلية	حكومية	عربية	أجنبية
49-40	2			2
59-50	1	1		1
69-60	-			-
79-70	3			1
89-80	4			1
+90	1			
غير معروف	1			2
المجموع	12	1	-	5

يبقى السؤال هنا، من هي الجهة أو الهيئات المسؤولة عن إقامة هذه البيوت؟ تتضح الإجابة في جدول رقم (2)، الذي يظهر أن اثني عشر بيتاً (67%) أقيمت من قبل جمعيات خيرية محلية معظمها ذات طابع ديني مسيحي أو إسلامي، وخمسة بيوت (28%) جمعيات خيرية مسيحية أجنبية، بينما أقيم بيت واحد فقط (5%) بأشراف حكومي، ما يدل على غياب سياسة اجتماعية موجهة حكومياً لرعاية المسنين، وبالتالي انفردت المؤسسات الخيرية الدينية للقيام بهذه المهمة النبيلة، انطلاقاً من دوافع إنسانية دينية بحتة، ففي الإجابة على سؤال يتعلق بخلفية نشأة البيت، اقتبسنا ما يلي:

'في ذلك الوقت، وجدت جثة إحدى الشحادات (المتسولات) الكبار ريححتها طالعة من يومين تحت سور في شارع من ها الشوارع، وما في إلها حدى، وصارت الناس تحكي في القصة، فتنبه بعض أعضاء الجمعية الخيرية بضرورة وجود غرفة أو غرفتين لظب مثل هذه الحالات فيها، وتقديم الأكل واللبس إلهن، وفعلاً نحج اقتراحهم في الجمعية وانبنى البيت بمساعدة أهل الخير".

'في حينه، إحدى عضوات الجمعية، كان لها قريبة كبيرة في السن، ومقيمة عندها أو عند إحدى أقرباتها مش ذاكر، وكانت تواجهه أو يواجهون صعوبة كبيرة في خدمتها في

الدار، فاقترحت على بقية عضوات الهيئة الإدارية فكرة تأسيس جناح لإيواء مسنات، ونجحت الفكرة".

في تلك السنة، جاءت مسؤولة من جمعية الكنيسة المسيحية في ألمانيا، ورأت أن هناك حاجة ماسة لرعاية وإيواء مسنات غير قادرات على خدمة أنفسهن، وليس لهن من يقدر على ذلك ومنهن راهبات".

"نحن تابعون للأمم تريزا في الهند. رسالتنا أن نرعى ونخدم الفقراء جدا واللواتي لا يقدرن على الحركة مطلقاً، ومثل هؤلاء، عادة لا يقبلن في بيوت مسنين، ولكي يتم إيواء هؤلاء تم تأسيس البيت في دير اللاتين".

"شعر أعضاء الجمعية، والذين يشغلون مناصب مهمة في المحكمة الشرعية والتربوية والبلدية، أن هناك حاجة مجتمعية لإقامة مثل هذا البيت".

تلخص هذه الاقتباسات الأسباب الكامنة وراء إنشاء معظم بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة.

2-3 البناء والتركيب الداخلي

2-3-1 أولاً: عدد غرف نوم المسنين

يظهر الجدول رقم (3) توزيع بيوت المسنين حسب عدد الغرف المخصصة لنومهم، ويتبين منه أن مجموع غرف النوم المخصصة للمسنين في 17 بيتاً بلغ 152 غرفة، منها 16 غرفة تابعة لثلاثة بيوت في غزة، والباقي 136 غرفة في الضفة الغربية. وبذلك، يكون معدل غرف النوم في البيت الواحد هو 9.7 غرفة في الضفة الغربية و 5.3 غرفة في قطاع غزة، وحوالي 8.8 غرفة في الضفة والقطاع معاً.

وعلى مستوى الضفة الغربية، بلغت نسبة البيوت التي تحوي 3 غرف نوم أو أقل 24% والتي تحوي 4-9 غرف 29%، ومثلها التي تحوي 10-19، بينما بلغت تلك التي تحوي 20 غرفة فأكثر حوالي 8%. أما في قطاع غزة فتحتوي جميع البيوت على أقل من 8 غرف نوم للبيت الواحد.

جدول رقم (3) :توزيع بيوت المسنين
حسب عدد غرف النوم

المنطقة	مجموع الغرف	عدد البيوت	عدد غرف نوم المسنين
الضفة الغربية	2	1	2
	9	3	3
	4	1	4
	6	1	6
	8	1	8
	18	2	9
	10	1	10
	12	1	12
	16	1	16
	19	1	19
	32	1	32
غير معروف	1	غير معروف	
غزة	3	1	3
	6	1	6
	7	1	7
	152	18	المجموع

2-3-2 ثانياً: مواقع الغرف والحمامات

أظهرت الدراسة أن أكثر من ثلاثة أرباع بيوت المسنين (76.5%) تتوزع غرفها على طابق واحد، في حين تتوزع غرف حوالي ربعها (23.5%) على أكثر من طابق، دون وجود مصاعد كهربائية. إن وجود أكثر من طابق في البيت المعد لإيواء مسنين يزيد في عزلة النزول ويقلل من فرص خروجه لساحات وحدائق البيت.

وعلى صعيد الحمامات والمراحيض، تبين أن 3 بيوت فقط تقع حماماتها داخل غرف النوم، و5 بيوت تقع حماماتها بين الغرف، و7 بيوت جمعت الخاصيتين معاً، في حين

أن هناك بيئتين تقع الحمامات فيهما في أجنحة وأماكن خاصة بعيدة عن الغرف. إن مثل هذا التوزيع لمواقع الحمامات يزعج النزلاء والعاملين معاً، خاصة إذا كان النزلاء لا يمشون إلا بمساعدة آخرين. أما عدد الحمامات فقد بلغ في 17 بيتاً 120 حماماً، أي بمعدل 7 حمامات للبيت الواحد، علماً أن حوالي ربع البيوت (23.5%) تحوي حماماً واحداً أو حمامين فقط.

2-3-3 ثالثاً: غرف العاملین، القاعات، المطابخ والحدائق

بلغ مجموع غرف نوم العاملین في بيوت المسنين التي شملها المسح 51 غرفة، أي بمعدل 3 غرف للبيت الواحد، علماً أن أكثر من نصف البيوت (58.8%) احتوت غرفة أو غرفتين لعامليةها، وأن أكبر البيوت حجماً احتوى 9 غرف للعاملين فيه. أما المطابخ، فاحتوى حوالي ثلث البيوت (64.7%) مطبخاً واحداً، والثلث الآخر احتوى مطبخين أو ثلاثة. وعلى صعيد القاعات، بلغ عددها في 17 بيتاً 27 قاعة، توزعت على 10 بيوت بقاعة واحدة لكل منها، والباقي بقاعتين أو ثلاث للبيت الواحد. وفي العادة، تستعمل القاعة بشكل رئيسي كغرفة جلوس ومحادثات، حيث يوجد في معظمها تلفاز ومقاعد مريحة، وهي تشكل المتنفس الوحيد للمسكن النزلي داخل البيت.

وفيما يخص الحدائق، وجدت لحوالي ثلث البيوت حديقة واحدة، وثلث آخر له حديقتان أو ثلاثة، والثلث الأخير له 4-6 حدائق، ونادراً ما يجلس النزلاء فيها لعدم توفر الممرات الآمنة للوصول إليها، وصعوبة استعمال الدرج في بعضها.

2-3-4 رابعاً: ملكية البناء ووسائل التكيف

يبين الجدول رقم (4) توزيع بيوت المسنين حسب ملكيتها. ويظهر أن أكثر من ثلاثة أرباع بيوت المسنين (76.5%) تعود ملكية بنائها إلى الجهة أو الجمعية المؤسسة، وأن هناك 3 بيوت (16.7%) مقرها مستأجر، وبيت واحد لا مملوك ولا مستأجر، بل تعود ملكيته لجمعية أخرى.

جدول رقم (4): توزيع البيوت حسب ملكية المقر

عدد البيوت	نوع الملكية
13	ملك
3	مستأجر

1	غير ذلك
1	غير معروف

أما الأبنية نفسها، فمعظمها كان مبنياً لأغراض أخرى قبل أن يستخدم لإيواء مسنين، بمعنى أنها لم تصمم لهذا الغرض، ولو كان كذلك لاختلقت التركيبة الداخلية من حيث السعة ومواقع المرافق والممرات والتجهيزات والوسائل، وما شابه ذلك.

وفيما يخص التكييف، يظهر الجدول رقم (5) أن حوالي نصف البيوت ما زالت تستعمل مدافئ الغاز والكاز أثناء فصل الشتاء، وهذا لا يتلاءم طبعاً مع بيوت تأوي مسنين.

جدول رقم (5): توزيع البيوت حسب نوع التدفئة المستخدم

العدد	نوع التكييف
9	تدفئة مركزية
8	مدافئ غاز، كهرباء وكاز
1	تبريد هوائي
1	غير معروف

إضافة إلى ما ذكر سابقاً، فإن ملاحظتنا خلال زيارتنا لهذه البيوت تقول أكثر من ذلك، فمنها يحتاج طلاء جدران منذ فترة زمنية طويلة، ومنها يحتاج صيانة هنا وهناك، ومنها ما يحتاج تبديل أثاث، ومنها ما هو ممتاز في كل ذلك، إلا أن طبيعة البناء قديمة، وتوزيع داخلي معقد يحول دون توفر المناخ المطلوب.

4-2 التمويل ومصادره

لا يتوفر لمعظم بيوت المسنين دخل ثابت ودائم، فالمصدر الرئيسي للدخل هو التبرعات سواء أكانت فردية، أو مؤسسية أجنبية ومحلية، كالكنائس مثلاً. ويلي التبرعات الرسوم الشهرية التي يدفعها المسنون، وتشكل مصدر دخل ثانٍ، ثم تأتي وزارة الشؤون الاجتماعية كمصدر دخل ثالث، وهناك مصدر رابع يتمثل بدعم داخلي من المؤسسة الحاضنة نفسها على شكل مشروع أو اشتراكات هيئة عامة.

**جدول رقم (6): توزيع بيوت المسنين
حسب مصادر دخلها وقيمتها بالنسبة المئوية**

المصدر القيمة كنسبة	رسوم	تبرعات فردية	تبرعات من مؤسسات محلية	تبرعات من مؤسسات أجنبية	غير ذلك
صفر%	5	6	6	8	14
5-15%	3	4	4	1	0
16-25%	2	1	3	1	1
26-35%	3	3	0	1	1 مشروع
36-45%	-	1	1	1	0
46-55%	2	0	0	0	0
56-65%	2	1	2	1	0
66-75%	0	0	1	1	0
76-85%	0	0	0	1	0
86-95%	0	1	0	1	0
100%	0	0	0	1	1 حكومة
غير معروف	1	1	1	1	1
مجموع	18	18	18	18	18

يوجد تفاوت كبير بين بيوت المسنين في درجة اعتمادها على مصادر التمويل السابق ذكرها، هذا ما يؤكد الجدول رقم (6)، الذي يبين أن خمسة بيوت، من أصل 17 بيتاً،

لا تأخذ رسوماً من نزلائها مطلقاً، وأن هذه الرسوم تساهم بنسبة نقل عن 30% في دخل 8 بيوت، وبنسبة 45-65% في دخل 4 بيوت. وبذلك، لا يغطي أي من البيوت تكاليفه ذاتياً، فليس سهلاً رفع قيمة الرسوم الشهرية لمسنين يتصف معظمهم بالفقر، وأبعد من ذلك، فإن قيمة الرسم الشهري تتحدد وفقاً لقدرة المسن المالية، ففي داخل البيت الواحد نجد تفاوتاً في الدفع.

ويظهر الجدول مساهمة التبرعات الأجنبية في دخل 9 بيوت وبشكل متفاوت، فهناك 3 بيوت تعتمد بشكل شبه كامل عليها كمصدر دخل (80% فأكثر). كما يظهر أن بيتاً واحداً يعتمد كلياً على وزارة الشؤون الاجتماعية الفلسطينية في تغطية نفقاته، وهنا لا يفوتني أن اذكر أن وزارة الشؤون الاجتماعية تغطي رسوم العديد من المسنين الموجودين في بيوت مسنين أخرى، وبخاصة أن البيت الواقع تحت إشرافها المباشر مكتظ ولا يتسع لكل الحالات التي تتبناها الوزارة.

وقد أنشأت إحدى الجمعيات الحاضنة، مشروعاً تجارياً على أمل تغطية نفقات بيت المسنين التابع لها، وهي خطوة صحيحة قد تحذو حذوها المؤسسات الخاصة الأخرى.

5-2 سياسة قبول المسنين

لا توجد سياسة موحدة تعتمد عليها إدارة بيوت المسنين وتحتمل إليها لقبول المسن أو عدم قبوله، لكن كل بيت له سياسة قبول خاصة به، قد تتقاطع في بعض بنودها مع بنود سياسة القبول في بيت آخر أو أكثر من بيوت، وهو ما يلخصه الجدول رقم (7).

جدول رقم (7) : شروط القبول في بيوت المسنين

عدد البيوت	رقم البند
5	1. أن يكون قادراً على أداء وظائفه بمفرده
3	2. خالياً من الأمراض المعدية
7	3. خالياً من الصرع والجنون

6	4. أن يكون عاجزاً عن الاهتمام بنفسه وشؤونه الخاصة وهو بحاجة إلى رعاية الآخرين
2	5. فقيراً جداً جداً
2	6. غير قادر على الحركة مطلقاً ويصعب قبوله في بيوت أخرى
2	7. يعاني مرضاً أو أمراضاً ولا تستطيع المستشفيات قبوله فترة طويلة، وفي الوقت نفسه يحتاج رعاية صحية لا يستطيع الأهالي توفيرها
7	8. أن يكون عمره فوق 60 سنة
1	9. قادر على أداء وظائفه ولو بشكل جزئي
2	10. تقرير طبي عن حالة المريض
1	11. لا يكون له أبناء ذكور
1	12. يتمتع بسمعة طيبة
3	13. قادماً من ظروف اجتماعية واقتصادية سيئة
1	14. أن يكون المسن نفسه مقتنعاً بدخوله بيت المسنين
8	15. أن يكون المسن أنثى

يوضح الجدول التنوع في شروط القبول من بيت إلى آخر، فمنها ما تتمثل رسالته الأساسية في الرعاية الصحية، وبالتالي تتعلق شروط قبوله بصحة المتقدم أولاً، وليس بعمره أو وضعه الاجتماعي، ومنها ما يحمل رسالة الرعاية الاجتماعية والنفسية، وبالتالي تتعلق شروط قبوله بقدرة المتقدم على الحركة وما شابه، ومع هذا التنوع في شروط القبول، إلا أن هناك شروطاً اجتمعت في سياسة قبول أكثر من بيت واحد، فنجد 7 بيوت، مثلاً، تبنت الشرط: " أن يكون عمر المتقدم أكثر من 60 سنة، وكذلك شرط "خلوه من الصرع والجنون". وبالمثل، فإن الشرط "أن يكون عاجزاً عن الاهتمام بنفسه وشؤونه الخاصة" تبنته 6 بيوت، وهذه الشروط الثلاثة تكاد تكون الأكثر تبنيًا.

يبقى السؤال هنا: هل تحتكم هذه البيوت تماماً إلى شروط القبول في كل منها عند اتخاذ القرار بقبول أو عدم قبول المتقدم؟؟ تتضح الإجابة بعد معرفة الهوية الاجتماعية

والاقتصادية والصحية للنزلاء في هذه البيوت، وتتلخص في أن النسبة الكبرى من هذه البيوت لا تحتكم لهذه الشروط، حيث تأوي هذه البيوت من عمره أقل من 40 سنة، ومن هو مقعد على كرسي، مع أن شروط القبول تقضي بأن يكون عمر المتقدم أكثر من 60 سنة، وقادراً على الحركة وأداء وظائفه على التوالي، وهناك من هو متخلف عقلياً، مع أن الشرط يتطلب خلوه من ذلك.

في تقديري، يرجع سبب هذه الظاهرة إلى عوامل عدة، منها: التعاطف الإنساني من قبل إدارة البيت مع الحالة المتقدمة، كأن تكون بنتا غير متقدمة في العمر، وقادرة على الحركة، لكن ليس لها أقارب في الوطن مطلقاً، أو أن تكون مطلقة وليس لها أولاد وأخوه، إضافة إلى أن يكون المتقدم قادر على تغطية نفقات أقامته مادياً، وبالتالي يكون قبوله فرصة لتحقيق دخل يعوض عن حالات أخرى غير قادرة على الدفع.

كما أن بعض الحالات لا تشخص بدقة عند الدخول، ويتم اكتشاف ما يتعارض مع سياسة القبول لاحقاً وفي وقت يصعب فيه التراجع. وإلى جانب ذلك، لا يوجد تعريف واضح متعارف عليه لكلمة "مسن" أو لكلمة "الشيخوخة"، هذا ما يستتجه المتأمل في طبيعة شروط القبول الواردة في الجدول رقم (7)، فبعض بيوت المسنين احتكمت للعمر، وعرفت من يزيد عمره عن 60 سنة مسناً، وبعضها اعتبرت المسن من لا يستطيع الاهتمام بنفسه ويحتاج رعاية الآخرين، وهكذا.

يستند هذا الجدل إلى جدل نظري قائم، أيضاً، بين الباحثين والمفكرين في العلوم الاجتماعية، فمنهم من عرّف الشيخوخة بأنها مرحلة تبدأ مع بداية مرحلة التقاعد، أي سن 65 سنة "دراسة عيسوي" (26) ومنهم من عرّفها بأنها عملية قصور متزايد في القدرة على التكيف والتوافق والبناء. "دراسة عزت" (27)، ومنهم من عرّفها بأنها تبدأ مع بداية تدهور وضعف خلايا الجسم "خليفة" (28)، وهناك تعريف أشمل يحدد الشيخوخة بـ 6 مجالات هي زمني، وبيولوجي، ومعرفي، وشعوري، واجتماعي، ووظيفي، تقاس بالقدرة على التألّم وقت التعرض لضغوط وأزمات "رفينوفايش" (29).

تستند التعريفات الثلاثة الأولى إلى معايير ومقاييس غير واضحة وغير محددة وغير دقيقة، "مصاروة و عليان" (30)، فعلى سبيل المثال، نجد أشخاصاً يحتفظون بحيويتهم

ونشاطهم رغم بلوغهم سن 70 وأكثر، ويأتي التعريف الرابع بشمولية ودقة أكثر، لكنه يحتاج إلى معرفة وإلمام بأكثر من جانب.

إن عدم وجود تعريف محدد للمسن أو للشيوخوخة عكس نفسه على سياسة القبول لتأخذ صفة المرونة والمطاطية، ولو كان هناك تعريف محدد يعتمد على مقاييس سهلة وواضحة، لكانت سياسة القبول عند معظم بيوت المسنين تدور حول شرط واحد هو انطباق التعريف على المتقدم.

وبشكل عام، يمكن القول أن لكل بيت سياسة قبول خاصة به، لكنها مرنة ومطاطة، وهذه المرونة لها إيجابياتها التي تتمثل في إيواء ورعاية حالات قاهرة، وسلبياتها المتمثلة في الإزعاج المترتب للنزلاء والموظفين على السواء من عدم الانسجام والتجانس، فوجود شخص صغير السن متخلف عقلياً، مع شخص كبير السن سليم عقلياً في قاعة واحدة، وضع مثير للمشاكل بالتأكيد.

2-6 الخدمات المقدمة

تتشابه بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة في نوع الخدمات التي تقدمها للمسنين النزلاء، ويمكن حصرها بشكل عام بالتالي: إيواء ورعاية شخصية، وجبات غذائية، ورعاية صحية وطبية أولية، وغسيل وملابس، وبرامج ترفيهية اجتماعية. ومع هذا التشابه، إلا أنها تختلف في الشكل الفني والآلية وسرعة التجاوب والمقدرة، فعلى صعيد الطعام مثلاً، نجد أن 9 بيوت تقدم 3 وجبات رئيسية بالإضافة إلى وجبة واحدة فاكهة، بينما تقدم 8 بيوت 3 وجبات رئيسية بالإضافة إلى وجبتي فواكه وحلويات، أما الشاي والقهوة فهناك 5 بيوت تقدمها مرة واحدة في اليوم، في حين أن 12 بيتاً تقدمها أكثر من مرة وعند الطلب. إضافة إلى وجود بوفيه لبيع بعض أنواع المشروبات والساكر وما شابه، في 4 بيوت.

وعلى صعيد الملابس والغسيل، تقدم جميع البيوت خدمة الغسيل، لكن بعضها يحافظ على حق كل مسن في استعادة ملابسه نفسها نظيفة، ومنها من ينفي هذه الخصوصية (على الأقل لوحظ في بيت واحد) ويوزع الملابس بعد غسلها بشكل عشوائي مع مراعاة

لعامل الحجم لا اكثر. وتتفاوت بيوت المسنين في تقديمها للألبسة، فهناك 7 بيوت (41%) تقدم ألبسة كاملة، و8 بيوت ألبسة جزئية، وبيتان لا يقدمان مطلقاً.

أما في مجال الخدمة الطبية، فاقترنت على الأوجه المدونة في الجدول رقم (8)، والتي يتعلق محورها بزيارة الطبيب للبيت، وتواجد ممرضة، وعمل "مساجات" للمحتاجين، وبعض المهام ذات الصلة. وأعطى الجدول توزيعاً للبيوت حسب توفر هذه الخدمات وعدم توفرها، ومن ثم قيمة p المحسوبة من إجراء "اختبار تربيع كاي" على بعض الأنواع الرئيسية لاختبار الفرضيات المتعلقة بوجود هذه الأنواع بنسبة عالية. ويتبين من الجدول أن البيوت المدروسة (17 بيتاً) توزعت حسب وتيرة تواجد أو زيارة الطبيب على النحو التالي:

زيارة يومية / كل يومين أو إقامة	4 بيوت
زيارة اسبوعية أو كل اسبوعين	10 بيوت
زيارة عند الحاجة فقط	3 بيوت وهي المتبقية

يظهر الجدول رقم (8)، بشكل واضح، أن النسبة الكبرى من البيوت تكفي بزيارة أسبوعية أو كل اسبوعين لطبيب، بينما نسبة صغيرة (23%) متعاقدة مع طبيب يتواجد دائماً أو يقوم بزيارة يومية أو شبه يومية. ولا تتسجم هذه النسبة مع المتوقعة (70%)، والفرق بينهما ذو دلالة إحصائية كما أكدته "اختبار تربيع كاي". ويظهر الجدول أن حوالي نصف البيوت يتواجد بين موظفيها ممرضة قانونية، وهذه النسبة أيضاً قليلة وأقل من المتوقعة (80%)، والفرق ذو دلالة إحصائية كما يؤكد الاختبار سابق الذكر. ويظهر الجدول، أيضاً، أن أقل من نصف البيوت (41%) يوفر "مساجات" وتدليكا لنزلاته المحتاجين، وهذه النسبة قليلة، أيضاً، إذا افترضنا أن العلاج الطبيعي خدمة يجب توفرها في بيوت المسنين. ويظهر كذلك أن معظم بيوت المسنين (94%) تقدم الأدوية في مواعيدها للمسنين من قبل المشرفين أو الموظفين، وهذه النسبة انسجمت مع النسبة المتوقعة 90%، وبالتالي جاءت نتيجة "اختبار تربيع كاي" لتؤكد عدم وجود فروق إحصائية بل تساوي النسبتين.

جدول رقم (8): توزيع بيوت المسنين

حسب أوجه الخدمات الصحية التي تقدمها

رقم	نوع الخدمة	توزيع البيوت حسب توفر الخدمة	مستوى الدلالة المحسوب لبعضها "p"
-----	------------	------------------------------	----------------------------------

	لا	نعم		
1	16	1	يوجد طبيب مقيم	
2	8,000	9	يوجد ممرضة مقيمة	
3	14,001	3	زيارة يومية/كل يومين لطبيب إلى البيت	
4	7	10	زيارة أسبوعية/ كل أسبوعين لطبيب إلى البيت	
5	4	13	زيارة لطبيب عند الحاجة إضافة للزيارة الدورية	
6	7	10	قياس الضغط يوميا	
7	10	7	عمل مساجات للمحتاجين	
8	11	6	عمل بعض الفحوصات المخبرية (إرسال عينات)	
9	14	3	توفير أدوات للتمارين	
10	3	14	عمل أكل طبي للمحتاج	
11	2	15	إرسال المسن إلى الطبيب المختص عند الحاجة	
12	12,	16	الأدوية تقدم إلى المسن في مواعيدها من قبل المشرف	

أما في مجال البرامج والنشاطات الترفيهية، فمعظم البيوت أكدت صعوبة نجاح أي برنامج ترفيهي اجتماعي تأهيلي للمسنين لعدم قدرتهم على التفاعل، وبالتالي اقتصر البرنامج على إقامة حفلات داخلية في مناسبات معينة وإقامة رحلات ترفيهية إلى أماكن محددة مرة أو مرتين في السنة، إضافة إلى الصلوات الجماعية.

يلخص الجدول رقم (9) هذه النشاطات ويوزع البيوت حسب ممارستها لها، ومن ثم معدل الممارسة السنوية، كما يوضح الجدول ان معدل الممارسة السنوية قليل جداً، ويرجع السبب في ذلك، على الأغلب لعدم وجود ميزانية كافية لتمثل هذه البرامج، والافتقار للنادي اليومية المجهزة لاستقبال مسنين، وصعوبة التنفيذ بحكم الوضع الصحي لنسبة كبيرة في ظل عدم توفر الوسائل لهذا الغرض.

جدول رقم (9): توزيع البيوت حسب النشاطات الترفيهية المقدمة

النشاطات	عدد البيوت	تكرار الممارسة/ سنوياً
1. إقامة صلوات دينية جماعية	8	كثيراً

3-1	14	2. إقامة حفلات داخلية
2-1	13	3. رحلات إلى أماكن معينة
2-1	4	4. عرض أفلام حول موضوعات معينة
صفر	صفر	5. القيام بأعمال حرفية ومهارات

وعلى صعيد وسائل التسلية المتوفرة، يظهر الجدول رقم (10) أنها اقتصرت على تلفاز في القاعة الرئيسية عند 13 بيتا وعلى العاب الورق والشطرنج وقراءة الصحف والمجلات عند حوالي الثلث.

جدول رقم (10): وسائل التسلية المتوفرة

عدد البيوت	الوسيلة
2	1. تلفاز في بعض الغرف حسب الرغبة
13	2. تلفاز في القاعة الرئيسية فقط
7	3. العاب ورق، الشطرنج، زهر
6	4. صحف يومية ومجلات
5	5. مكتبة متواضعة

تبين، من خلال الملاحظة، أثناء زيارة البيوت لجمع المعلومات، عدم وجود ميول حقيقية للنزلاء نحو القراءة أو اللعب أو حتى مشاهدة التلفاز، كما لوحظت قلة التفاعل والمحادثة، وحب الانفراد، ما يعكس وجود أمراض نفسية، في الوقت الذي تفتقر فيه معظم البيوت إلى زيارة دورية لأطباء نفسيين.

7-2 الإدارة العامة والأشراف اليومي

يتوفر لجميع بيوت المسنين في الضفة الغربية وقطاع غزة، باستثناء بيت واحد، مرجعية إدارية، تتمثل في هيئة إدارية، يكون أعضاؤها هم أنفسهم على الأغلب أعضاء هيئة إدارية للجمعية الحاضنة، ومنهم من يتواجد بشكل أساسي في الخارج (كالهند: مؤسسة الأم تيريزا، وألمانيا: الجمعية المسيحية الكنسية). هناك بيت واحد مقره مدينة أريحا ومرجعيته الإدارية وزارة الشؤون الاجتماعية، وبالتالي له هيكلية إدارية مختلفة. وبالإضافة للهيئة

الإدارية، يوجد لبعض البيوت مجلس أمناء وهيئة عامة تكون مرجعاً للهيئة الإدارية في القرارات الاستراتيجية.

أما الإشراف والمتابعة اليومية فيختلف شكله من بيت لآخر. ففي 5 بيوت (29%)، يوجد شخص مسؤول هو أحد أعضاء الهيئة الإدارية، وفي 5 أخرى، المسؤول الإداري شخص من خارج أعضاء الهيئة الإدارية، ويرفع تقاريره للهيئة الإدارية، وفي البيوت السبعة المتبقية كان المسؤول الإداري من خارج الهيئة الإدارية، لكن الهيئة الإدارية لهذه البيوت تزورها أسبوعياً.

2-8 توزيع بيوت المسنين حسب الجنس والخلط في القبول

يلخص الجدول رقم (11) توزيع بيوت المسنين حسب جنس المسنين، وإمكانية الخلط بين مسنين ومعاقين تحت سقف واحد. ويوضح الجدول عدم وجود أي بيت متخصص لإيواء ذكور فقط، بمعنى أنه لا يقبل إناثاً، مع أن هناك بيتاً واحداً، حالياً، جميع نزلاته من الذكور. كما يظهر الجدول وجود 8 بيوت (7 في الضفة الغربية، 1 في قطاع غزة) متخصصة لإيواء إناث فقط، ولا تقبل ذكوراً. أما البيوت العشرة المتبقية (8 في الضفة الغربية، 2 في قطاع غزة) فهي بيوت مختلطة، تقبل من الجنسين وتفصل بينهم في الغرف فقط.

يمكن تصنيف 10 بيوت (8 في الضفة الغربية، 2 في قطاع غزة) على أنها لا تخلط بين مسنين ومعاقين، بمعنى أنها تأوي مسنين ممن زاد عمرهم على 60 عاماً أو أقل من ذلك بقليل، لكنهم غير قادرين على رعاية شؤونهم. بالمقابل، توجد 8 بيوت (7 في الضفة الغربية، 1 في قطاع غزة) تخلط بين مسنين ومعاقين تحت سقف واحد، حتى وإن كان عدد المعاقين قليلاً، ونعني بالمعاق هنا الشخص الذي دخل بيت المسنين بعمر أقل من 50 عاماً، وعنده إعاقه حركية أو عقلية أو حسية. وفي تقديري، ظاهرة الخلط بين مسنين ومعاقين تحت سقف واحد ظاهرة سلبية وغير صحية، ويفضل عدم قبول المعاق بين المسنين طالما أن هناك بيوتاً خاصة لإيواء المعاقين.

جدول رقم (11): توزيع بيوت المسنين

حسب المنطقة، الجنس والخلط

الجنس والخلط	ضفة غربية	غزة	مجموع
ذكور فقط	صفر	صفر	صفر
إناث فقط	7	1	8
مختلط (ذكور+إناث)	8	2	10
مجموع	15	3	18
مسنين	8	2	10
مسنين ومعاقين معا	7	1	8
مجموع	15	3	18

يغلب جنس الإناث على نزلاء بيوت المسنين، وهذا يعود، في تقديري، إلى فارق السن بين الذكر والأنثى عند الزواج، الأمر الذي يرشح الزوج لدخول مرحلة الشيخوخة قبل الزوجة الأصغر سناً، وبالتالي يجد الزوج الشيخ زوجته القادرة على رعايته، بينما هي قد لا تجد من يرعاها عند دخولها مرحلة الشيخوخة، خاصة إذا لم تتجب أو إذا كان أفراد أسرتها في الخارج. وتتجلى هذه الصورة بوضوح في الفصل الرابع عند الحديث عن الخلفية الاجتماعية للنزلاء المسنين، إضافة لذلك، فإن بعض البيوت المتخصصة بإيواء نساء، نجد هيئتها الإدارية وموظفيها من الراهبات، وبالتالي يصعب على هذه الطواقم النسائية خدمة ذكور.

9-2 حجم الطلب

إن أفضل مقياس لحجم الطلب على بيوت المسنين هو نسبة التعبئة أو الإشغال، والتي تساوي ناتج قسمة عدد الأسرة المشغولة على عدد الأسرة المتوفرة، والارتفاع الحاد لهذه النسبة يشير إلى وجود طلب في ظل ازدياد الحاجة كما ذكر سابقاً، وانخفاض هذه النسبة مؤشر قوي على عدم وجود طلب عليها. يبين الجدول رقم (12) أن نسبة التعبئة في الضفة الغربية بلغت 74% وهي نسبة أقل من المتوقعة، فيما ارتفعت هذه النسبة في غزة قليلاً لتصل 83%، لكنها، وقياساً للمتوقع والاحتياج، تبقى قليلة، وعليه، تساوي نسبة التعبئة في الضفة الغربية وقطاع غزة معاً 75% وهي نسبة غير عالية.

جدول رقم (12): نسبة التبعئة، قوائم الانتظار في بيوت المسنين

المنطقة	عدد البيوت	عدد الأسرة المتوفرة	عدد الأسرة المشغولة	نسبة التبعئة	عدد البيوت بنسبة = 1	عندها قوائم انتظار
الضفة الغربية	15	386	284 (67)	0,74	3	1
غزة	3	53	044 (2)	0,83	1	1
المجموع	18	439	328 (69)	0,75	4	2

ويبين الجدول كذلك أن من أصل 18 بيتاً، توجد 4 بيوت فقط (3 في الضفة الغربية، 1 في قطاع غزة) نسبة تعيبتها تساوي 1، في حين أن أقل نسبة تعيئة وصلت 28% في الضفة الغربية و 47% في القطاع، إلى جانب أن هناك بيتين فقط أحدهما في الضفة الغربية والآخر في غزة ، لديهما قوائم انتظار، وبحجم 5 أشخاص للأولى و 4 أشخاص للأخرى، وهذه القوائم موجودة في حقيقة الأمر عند وزارة الشؤون الاجتماعية المشرفة بشكل مباشر على البيت الموجود في الضفة وبشكل غير مباشر على البيت الآخر الموجود في غزة.

ويتضح من الجدول أن الأعداد المثبتة بين أقواس في العمود المعنون "عدد الأسرة المشغولة" تدل على عدد الأشخاص النزلاء الذين صنفهم الباحث كمعاقين، لكنهم مدمجون تحت سقف واحد مع المسنين. وإذا صح الافتراض بأن وجود هؤلاء يجب أن يكون في أجنحة خاصة بهم، أو أماكن رعاية أخرى، فإنه يتبقى 259 مسناً، وعليه تنخفض نسبة التبعئة لتصل 59%.

يمكن الاستنتاج مما تقدم عدم وجود طلب إضافي على بيوت المسنين، وهذا الاستنتاج يتعارض تماماً مع الحاجة المتوقعة في ظل تزايد أعداد المسنين وازدياد أمل الحياة Life Expectancy، وازدياد انخراط المرأة في سوق العمل، وارتفاع نسبة الهجرة عند الشباب، وازدياد عدد الأسر النووية، وعليه لا بد من نظرة ودراسة عميقة عند التفكير في إنشاء بيوت إيواء جديدة، خاصة وأن الرؤية الاجتماعية والثقافية السائدة في وسط المجتمع الفلسطيني لا تشجع إرسال المسن إلى بيوت إقامة خاصة.

2-10 الكثافة، ونسبة الذكور للإناث

يقصد بالكثافة " معدل عدد النزلاء في الغرفة الواحدة، وعادة يُحسب بقسمة عدد النزلاء على عدد الغرف المستعملة". هنا استبدل عدد النزلاء بعدد الأسرة المتوفرة وذلك لأنه، على أرض الواقع وكما لوحظ، يتم توزيع المسنين على الغرف أولاً بأول، وفي حالة الزيادة في عدد الغرف، فإنها تبقى فارغة دون استعمال، حتى ولو كان هناك اكتظاظ في الغرف الأخرى. وعليه حسبت الكثافة بنسبة عدد الأسرة إلى عدد الغرف، وكانت في بيوت الضفة الغربية 2.7 في الغرفة الواحدة، وفي بيوت غزة 3.3، وبالتالي يكون المعدل 2.8 أي حوالي 3 أشخاص في الغرفة الواحدة (أنظر الجدول رقم 13).

جدول رقم (13): أعداد الغرف والأسرة والنزلاء

المنطقة	عدد البيوت	عدد الغرف	عدد الأسرة المتوفرة	عدد النزلاء			أعلى كثافة	أدنى كثافة
				مجموع	إناث	ذكور		
ضفة	*14	*136	*371	276	178	98	1.4	2.7
غزة	3	16	53	44	28	16	1.7	3.3
مجموع	17	152	424	320	206	114	-	2.8

*اختلاف الرقم عما هو عليه في الجدول رقم 12 يعود لعدم توفر معلومات عن عدد الغرف في أحد البيوت.

وبين الجدول تفاوت هذه الكثافة من بيت إلى آخر، فكانت أعلى قيمة لها في الضفة 7 نزلاء للغرفة، وفي غزة 5 نزلاء للغرفة، وأدنى قيمة 1.4 أي حوالي نزيل واحد في الغرفة، والحالة الأخيرة تظهر في بعض البيوت بناء على طلب خاص من المسن نفسه مقابل رسم شهري عال.

إن النتيجة التي توصلت لها الدراسة (3 أشخاص في الغرفة) تختلف مع النتيجة في دراسة "جقمان ولوك وسالم" (31) والتي تقول أن الكثافة تساوي 6,1 شخص للغرفة، وأكد هذا الاختلاف نتيجة اختبار T حيث كانت قيمة $p = 0,000$ ، وبالتالي رفضت الفرضية

القائلة بأن الكثافة = 6، وفي المقابل اختبرت الفرضية القائلة بأن الكثافة = 3، وكانت قيمة $p = 0,212$ وهي أكبر من 0,05، وعليه قبلت الفرضية. أما نسبة الذكور للإناث داخل بيوت المسنين، فقد بين الجدول رقم (13) أن 35% من النزلاء من الذكور و 65% من الإناث، وينطبق هذا على بيوت الضفة الغربية وقطاع غزة على حد سواء. وقد اختلفت هذه النتيجة أيضاً مع دراسة جقمان ولوك وسالم (32) التي بينت أن نسبة الذكور 49%، وعليه اختبرت الفرضية القائلة بأن نسبة الذكور تساوي نسبة الإناث، وكانت نتيجة "اختبار تربيع كاي" $P = 0,002$ ، وهي أقل من مستوى الاختبار 05 وبالتالي رفضت الفرضية.

وأظهر الجدول أن ثلثي النزلاء في بيوت المسنين من الإناث، وهذا، في تقديري، يعود لأسباب تتعلق بأن نسبة الإناث أعلى من نسبة الذكور عند فئة العمر 60 سنة فأكثر في الضفة الغربية وقطاع غزة، ويعود كذلك إلى أن معدل سنوات العيش للإناث أعلى من الذكور "دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية (33)"، وإلى فارق العمر بين الرجل والمرأة عند الزواج، كما بينا سابقاً. هذا إلى جانب أن الرجل الأرملة أو المطلقة أو العانس يسهل عليه، بشكل عام، الزواج لإيجاد من يرعاه عند كبره، لكن المرأة الأرملة أو المطلقة أو العانس يصعب عليها إيجاد الزوج، ومن ثم الابن القادر على رعايتها عند الكبر.

11-2 الكثافة العمالية

يقصد بالكثافة العمالية نسبة عدد العاملين إلى عدد النزلاء في بيوت المسنين. وتشمل "العاملين" جميع الموظفين، إداريين وغير إداريين ممن يتصل عملهم مباشرة، وبشكل يومي، ببيت المسنين ومن فيه. ويبين الجدول رقم (14) أعداد العاملين حسب جنسهم في الضفة والقطاع، حيث بلغ مجموع العاملين في 17 بيتاً 133 شخصاً (39 من الذكور، 94 من الإناث)، أي بمعدل 7.8 شخص للبيت الواحد. وإذا نسبنا عدد هؤلاء العاملين إلى مجموع عدد النزلاء، نجد أن كل عامل أو موظف يقابله 2.4 مسن نزلي، وهذه النسبة أقل من النسبة التي جاءت بها دراسة جقمان ولوك وسالم (34) حيث كانت 4.3 مسن لكل موظف.

جدول رقم (14) أعداد العاملين وتوزيعهم حسب الجنس

الكثافة		عدد العاملين			عدد النزلاء	عدد البيوت	المنطقة
مسن/عامل	عامل/بيت	مجموع	إناث	ذكور			
2,4	8,3	116	85	31	276	14	ضفة
2,6	5,7	17	9	8	44	3	غزة
2,4	7,8	133	94	39	320	17	مجموع

أما نسبة العاملين الذكور فبلغت 29% من مجموع العاملين، وهي تتسجم مع نسبة المسنين الذكور، أما الافتراض القائل بتساوي نسبة العاملين الذكور والإناث فقد رفض على مستوى 0.05 بعد أن اجري اختبار تربيع كاي وكانت قيمة $P=,001$

12-2 معدلات الدخول، والانتقال والوفاة

لا توجد لدى معظم بيوت المسنين سجلات وإحصاءات تمكنهم من العودة إلى الوراء عدة سنين لتتبع حركة الدخول والوفاة والانتقال إلى بيت آخر، أو إلى البيت الأصلي خلال سنوات مضت، وإن كانت هناك سجلات عند البعض، فهي بحاجة إلى تحليل وتبويب، وعليه تعثرت إجابة السؤال المتعلق بأعداد المسنين الجدد الذين تم قبولهم خلال خمس سنوات مضت، وكم منهم توفي أو انتقل إلى مكان آخر. وقد استبدل هذا السؤال بسؤال آخر اقتصر على الأعداد خلال سنة واحدة فقط.

جدول رقم (15): أعداد الدخول والانتقال والوفاة السنوية

المعدل السنوي للبيت الواحد	المجموع	البند
4.60	79	جدد تم قبولهم خلال السنة
0,64	11	انتقلوا إلى بيت مسنين آخر
1.30	22	انتقلوا إلى بيوتهم الأصلية
3.01	52	توفي منهم في بيت المسنين خلال السنة

يلخص الجدول رقم (15) هذه الأعداد، ويتضح منه أن أعداد المقبولين الجدد تساوي تقريباً أعداد الخارجين على شكل وفاة أو عودة للبيوت الأصلية، وبذلك يمكن القول أن الأعداد الحالية داخل بيوت المسنين ستبقى مستقرة لفترة من الزمن، أما حركة الانتقال الداخلي من بيت إلى آخر فهي أيضاً قليلة كما يعكسها الجدول.

الفصل الثالث

3- العاملين في بيوت المسنين

خصص هذا الفصل لعرض نتائج تحليل الاستمارة الخاصة بالعاملين (الموظفين) في بيوت المسنين، والتي تتناول العامل من حيث العمر، والجنس، والجنسية، والمستوى الأكاديمي، والتأهيل والخبرة، والراتب وشكل الدوام، إضافة إلى استطلاع رأي حول قضايا ذات صلة.

قبل عرض النتائج، يجدر بنا التنويه إلى أن التحليل شمل 102 استمارة تخص 102 موظف من اصل 133 موظفاً يشكلون المجتمع الإحصائي كما أظهرهم الجدول رقم 14 في الفصل السابق، ولم يكن الهدف سحب عينة من العاملين ودراستهم بل إجراء مسح شامل لهم، لكن الباحث ومساعديه لم يتمكنوا من مقابلة جميع أفراد المجتمع عند زيارة البيوت، حيث أن عدد منهم لم يكن موجوداً، ومنهم من رفض الإجابة أو أعطى معلومات جزئية، في حين رفضت بعض الإدارات مقابلتهم وهكذا. لكن يمكن اعتبار المعلومات المتوفرة أنها تمثل عينة كبيرة الحجم (102 من أصل 133)، علماً بأن هناك 8 استمارات معلوماتها غير كاملة فيما يخص بعض الأسئلة.

1-3 العمر والجنس والحالة الاجتماعية للعاملين

يظهر الجدول رقم (16) توزيع أفراد العينة حسب العمر والجنس والحالة الاجتماعية، حيث بلغ متوسط عمر العاملين في بيوت المسنين 40 سنة، وبلغ أدنى عمر 20 سنة، بينما العمر الأعلى 81 سنة. كما أن أعمار أكثر من ربع العاملين تزيد عن 50 سنة، وهذا الربع نصفه متزوج تقريباً والنصف الآخر أرمل. ويتضح أيضاً أن 30% من العاملين عمرهم أقل من 30 سنة، ثلثاهم غير متزوجين، وأكثر من 76% منهم إناثا.

جدول رقم (16): توزيع العاملين حسب العمر والحالة الاجتماعية والجنس

الحالة	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	المجموع
--------	------	-------	------	------	---------

العمر	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى
29-20	1	18	3	5	0	1	0	0	0	28
39-30	0	7	8	8	0	4	0	0	0	27
49-40	0	3	6	3	0	1	0	1	0	14
59-50	0	2	2	2	0	0	0	4	1	11
60	0	0	8	0	0	0	0	7	0	14
المجموع	1	30	27	18	0	6	1	12	94	
النسبة المئوية	%33		%47		%6		%14		%100	

ويبين الجدول أن ثلث العاملين غير متزوجين، لكن ما بلغت النظر أن هذا الثلث جميعه إناث باستثناء شخص واحد، في حين بلغت نسبة المطلقين والأرامل 20% جميعهم إناث أيضاً باستثناء شخص واحد أيضاً، أما المتزوجون فشكّلوا 47% من العاملين منهم 59% ذكورا، وشكّل العاملون الذكور ما نسبته 29% من المجموع، معظمهم متزوجون.

3-2 المستوى الأكاديمي والتخصص للعاملين

يلخص الجدول رقم (17) نتائج الدراسة المتعلقة بالمستوى الأكاديمي وطبيعة عمل العاملين في بيوت المسنين. ويبدو أن المستوى الأكاديمي للعاملين غير ملائم لما تتطلبه أجواء بيوت المسنين، حيث إن 12% من العاملين أميون تماماً، وحوالي الثلث بمستوى ابتدائي أو إعدادي، و23% ثانوي، و 16% معهد بعد الثانوي، والباقي (15%) جامعي. وإضافة لذلك، لم يلتحق أي من العاملين بدورة خاصة في مجال خدمة وإيواء مسنين، فحتى الجامعيين منهم متخصصون في مجالات بعيدة عن هذا المجال.

وعلى صعيد التخصص في العمل، أظهرت النتائج أن 60% من العاملين غير متخصصين بعمل معين، ويقومون بأعمال مشتركة بين التنظيف والطبخ والحمام والغسيل والحراسة والصيانة، بينما يقوم 17% بمهمة ممرض مع أن بعضهم غير مؤهل لذلك (مستوى ثانوي)، وكذلك 18% يقومون بمهمة الإشراف والمتابعة والإدارة مع أن البعض غير مؤهل، والباقي (5%) جامعيون ويقومون بأعمال إرشاد اجتماعي أو أعمال طبية أو فنية.

جدول رقم (17): توزيع العاملين حسب المستوى الأكاديمي
و تخصص في العمل

التخصص مستوى أكاديمي	غير متخصص	ممرض	مشرف أو إداري	غير ذلك	المجموع
أمي	11	0	0	0	11
ابتدائي	16	0	0	0	16
إعدادي	14	0	2	0	16
ثانوي	13	4	5	0	22
معهد	2	9	4	0	15
جامعة	0	3	6	5	14
دورة متخصصة	0	0	0	0	0
المجموع	56	16	17	5	94
%	%60	%17	%18	%5	%100

3-3 فترة ممارسة العاملين للمهنة

بلغ متوسط عدد سنوات ممارسة العاملين للمهنة في بيوت المسنين 7.8 سنة، أي حوالي 8 سنوات، وكانت أدنى مدة خدمة سنة أو أقل، بينما بلغت أعلى مدة خدمة 38 سنة. ويوضح الجدول رقم (18) توزيعاً لأفراد العينة حسب مدة خدمتهم في بيوت المسنين، ويتضح أن حوالي الربع منهم مارس المهنة مدة تزيد عن 10 سنوات، وحوالي النصف (54%) مدة تقل عن 6 سنوات.

جدول رقم (18): توزيع العاملين حسب فترة ممارستهم للمهنة

عدد السنوات	عدد العاملين	النسبة
5-1	51	%54
10-6	20	%21.5
15-11	8	%8.5

20-16	7	%7.5
20	8	%8.5
المجموع	94	%100

4-3 رواتب العاملين وجنسياتهم

يعمل بعض العاملين في بيوت المسنين طوعاً (دون أجر)، ومنهم من هو غير فلسطيني وقادم من الهند أو بلد أوروبي، ويبين الجدول رقم (19) توزيع العاملين في بيوت المسنين حسب الجنسية والرواتب، فقد بلغت نسبة الفلسطينيين من العاملين في بيوت المسنين 89% يقابلهم 11% أجانب، وبلغت نسبة من يتقاضون رواتب شهرية مقابل عملهم 87% وجميعهم من الفلسطينيين، كما بين الجدول أن 13% منهم لا يتقاضون رواتب (متطوعون 3%، وراهب متطوع 10%) معظمهم أجانب.

جدول رقم (19): توزيع العاملين حسب الجنسية وتقاضي أجر

الفئة/الجنسية	فلسطينية	أجنبية	مجموع
يعمل باجر	89	0	89
متطوع	2	1	3
راهب متطوع	0	10	10
مجموع	91	11	102

أما توزيع العاملين حسب حجم الرواتب الشهرية فتظهر في الجدول رقم (20) الذي يظهر أن الراتب الشهري لأكثر من نصف العاملين (53%) بلغ أقل من 200 دينار أردني، وتقاضي 22% منهم راتباً قيمته ما بين 200-300 دينار وراتب الباقي (12%) بين 400-499 ديناراً.

جدول رقم (20): توزيع العاملين

حسب قيمة الراتب الشهري

فئة الراتب الشهري	العدد
-------------------	-------

13	بدون راتب
54	أقل من 200 دينار
23	200 - 299
1	300 - 399
10	400 - 499
1	+ 500
102	المجموع

يظهر الجدول تندياً في رواتب نسبة كبيرة من العاملين، وقد اختبرت الفرضية الصفرية القائلة بأن رواتب ثلثي العاملين تزيد عن 400 دينار، والثلث المتبقي بـ رواتب أقل من ذلك، وقد رفضت على مستوى 0.05، حيث كانت قيمة p صغيرة جداً ولا تكاد تذكر عند إجراء اختبار تربيع كاي. ويرجع هذا التندي في الرواتب إلى الضائقة المالية التي تعيشها هذه البيوت، وقد يعكس نفسه سلباً على طريقة أداء العامل لعمله، وهذه تشكل عاملاً يمكن أن يضاف إلى العوامل المسؤولة عن تندي مستوى الخدمة.

3-5 شكل الدوام وجدول ساعات العمل اليومي

يبين الجدول رقم (21) خمسة أشكال للدوام وتوزيع العاملين حسبها، ويتضح منه أن دوام أكثر من نصف العاملين خلال النهار فقط، وأن 5% فقط يداومون خلال الليل. وإذا ما أخذنا بالاعتبار أن هناك 24% يعملون فترة صباحية وفترة مسائية، يمكن القول أن 12% بشكل عام يتواجدون ليلاً، وعليه تكون نسبة العاملين ليلاً حوالي 17%، وهي قليلة وتدل على معاناة النزلاء من قلة الخدمات أثناء الليل. قد يقول البعض أن هناك 18% من العاملين دوامهم الرسمي خلال النهار، ولكنهم ينامون في بيت المسنين وبالتالي يشرفون ليلاً، ولكن الحقيقة أن هؤلاء ينامون لظروف اجتماعية واقتصادية بحتة ولا يؤدون خدمات ليلية إلا في حالات الضرورة القصوى، لكنهم، ومن وجهة نظر الإداريين، عاملون ليلاً.

أما معدل ساعات العمل اليومي فهي 7,5 ساعة لليوم، مع أن لدى حوالي 13% من العاملين ساعات عمل إضافي، وبعضهم يتقاضى أجره إضافية عليها.

جدول رقم (21): توزيع العاملين حسب أشكال الدوام

النسبة	عدد العاملين	شكل الدوام
--------	--------------	------------

مناوبة خلال النهار فقط	48	51%
مناوبة خلال الليل فقط	5	5%
فترة نهارا وفترة ليلا	22	24%
نهاية النهار وأول الليل	2	2%
مناوبة واحدة خلال النهار مع منام	17	18%
المجموع	94	100

3-6 رأي العاملين حول إيواء المسنين

يوجد جدل ونقاش واسع عند المؤسسات التي تعنى بخدمة المسنين حول أفضلية خدمة المسن في بيته الخاص أو إيوائه في بيوت خاصة للمسنين. وعلى أرض الواقع، توجد في الضفة الغربية وقطاع غزة المؤسسات التي تأوي، والمؤسسات التي تقدم خدمات بدون إيواء، ولأهمية هذا الموضوع، استطلع رأي العاملين فيه كشريحة مطلعة وذات صلة بأحوال المسنين، وبالتالي فإن رأيهم معبر وذو دلالة.

لقد طلب من كل عامل في العينة إبداء موافقته أو عدم موافقته وفقاً لمقياس من خمس درجات حول العبارة التالية: "أفضل مكان لوجود المسن هو بيته الخاص، ويجب على الأسرة إن وجدت، والمسؤولين والمؤسسات الإنسانية إيصاله الخدمات اللازمة ورعايته في بيته"، وقد كانت النتيجة كما يلي: أوافق بشدة 30%؟ أوافق 35%؟ أوافق إلى حد ما 18%، لا أوافق 13%، لا أوافق وبشدة 4%.

يبدو أن ثلثي العاملين (65%) يتفقون مع الرأي القائل بخدمة المسنين في بيوتهم أينما تواجدوا، وفي المقابل أبدى 17% من العاملين عدم موافقتهم ومعارضتهم للرأي. وحسب النقاش الذي كان يدور عند طرح السؤال، فإن هؤلاء يعارضون في الحالات التي لا يوجد فيها أحد من أفراد أسرة المسن، أو إن وجد، فهم غير قادرين على رعايته بحكم أشغالهم، وما عدا ذلك فهم يوافقون. إن هذه النتيجة، تشكل نقطة يجب أخذها بالاعتبار عند تفسير حجم الطلب القليل جداً على مؤسسات الإيواء.

3-7 مشاكل يواجهها العاملون

في الإجابة على سؤال مفتوح يعطي الحرية الكاملة للعامل (سواء أكان إدارياً مسؤولاً أو متخصصاً) في التعبير عن المشاكل التي تواجهه أثناء تأديته لعمله في بيوت المسنين، تم حصر ثمانين مشاكلاً رئيسية مبنوية في جدول رقم (22) ومرتببة حسب أهميتها النسبية.

جدول رقم (22): مشاكل العاملين في بيوت المسنين

الرقم	المشكلة	الأهمية النسبية
1	الراتب الشهري قليل	76%
2	صعوبة التعامل مع بعض المسنين	43%
3	عدم توفر وسائل تسهل خدمة المسنين	24%
4	البناء غير صحي وتوزيعه غير مريح	13%
5	مشاكل في التعامل مع المسؤولين والإداريين	12%
6	إهمال ذوي المسن للمسن بعد دخوله بيت المسنين يولد مشاكل	11%
7	إهمال مجتمعي للمسنين واحتياجاتهم من أجهزة سمعية وما شابه	10%
8	بعد بيوت المسنين عن مراكز المدن، وبالتالي صعوبة في المواصلات	9%

تتجلى أهم المشاكل في تدني الرواتب، حيث اعتبرها أكثر من ثلاثة أرباع العاملين مشكلة. وتأتي في الدرجة الثانية مشكلة التعامل مع بعض المسنين وصعوبة تغيير عاداتهم السلوكية، فمنهم من يشتم، ويصرخ، ويرفض الاستحمام، ويحرد عن الأكل وعن تناول الدواء، وعبر عنها 43% من العاملين. وفي هذا المجال اقتبسنا قول أحدهم: "التعامل جداً صعب، ومهما عملت غير مرضي عنك، بتحمم وتغير وينزل، ولكن إن تأخرت دقيقة عند ما تنادي المسنة، بتسمع كلام وكأنك في حياتك كلها ما خدمتهم ولا عرفتهم".

جاءت في الترتيب الثالث والرابع مشكلة وسائل الراحة الداخلية والحاجة إلى مبنى جديد على التوالي، حيث عبر عنها حوالي 37% من العاملين، مستندين على عدم توفر تدفئة مركزية في بعض البيوت، و"ونش" أو رافع لحمل المسن المقعد أو "بانيو" متحرك، وما شابه ذلك من غياب وسائل تعين وتسهيل عملية الخدمة. إضافة إلى كون البناء في بعضها قديماً وبه أدراج، ومواقع الحمامات فيه بعيدة عن الغرف، كل ذلك يعيق ويصعب عملية الخدمة. ويمكن تتبع بقية المشاكل في الجدول.

الفصل الرابع

4- الخلفية الاجتماعية الاقتصادية للمسنين النزلاء

تناول هذا الفصل التحليل الإحصائي لاستمارة المسن النزيل، والمتعلقة بمعلومات شخصية عنه، ومكان سكنه السابق، وخلفيته الاجتماعية والاقتصادية، ومدة وجوده، ووضعه الصحي، ورأيه في المكان الذي يأويه.

يشمل التحليل الإحصائي معلومات من 163 استمارة تخص 163 نزياً (123 في بيوت الضفة، 40 في بيوت غزة) من أصل 320 نزياً في 17 بيتاً. واقتصر التحليل على هذا العدد من الاستمارات، لأن هناك، وكما ذكر سابقاً، 69 نزياً صنّفوا "كمعاقلين" لكنهم مدموجين مع المسنين، وبالتالي تم استثنائهم. ولم يتمكن الباحث ومساعدوه من مقابلة واستجواب 88 نزياً، نتيجة رفض بعضهم الإجابة، ورفض إدارات بعض البيوت السماح بالمقابلة، إلا لعينة من النزلاء، كما أن الوضع الصحي أو الذهني للبعض لم يمكنه من الإجابة. مع هذا، فإن من تم استجوابهم يشكلون عينة بحجم يزيد عن نصف المجتمع، وهي ممثلة من جميع بيوت المسنين.

4-1 عمر المسن النزيل وديانته

بلغ متوسط العمر الحالي للنزلاء 73.18 سنة، وكان أعلى عمر 104 سنوات، بينما أدنى عمر في العينة هو 50 سنة، لكن، وكما قلنا سابقاً، لا يشتمل التحليل على النزلاء الذين تقل أعمارهم عن 50 سنة بحكم انهم معاقون، أو لهم حالة اجتماعية خاصة جداً.

لقد اختبرت الفرضية الصفرية القائلة بأن متوسط عمر النزلاء يساوي 70 سنة، وقد تم رفضها على مستوى 0,05، حيث كانت قيمة $P = 0,03$ عند إجراء اختبار T ، وبذلك قبلت البديلة بأن متوسط العمر أكبر من 70 سنة. إضافة إلى ذلك، يظهر الجدول رقم (23) أن أعمار حوالي ربع النزلاء فوق 80 سنة، وعمر حوالي ثلثهم (32%) بين 50 و 65 سنة، والباقي (44%) عمرهم بين 66 و 80 سنة.

جدول رقم (23): عمر وديانة المسنين النزلاء

النسبة	المجموع	الديانة		فئة العمر
		مسيحي	مسلم	
8%	13	5	8	55-50
12%	20	4	16	60-56
11%	18	4	14	65-61
16%	27	4	23	70-66
15%	24	10	14	75-71
13%	21	10	11	80-76
9%	14	8	6	85-81
16%	26	12	14	+86
100%	163	57	106	المجموع
	100%	35%	65%	النسبة

أما من حيث ديانة النزلاء، فقد شكل المسلمون 65% منهم، قابلهم 35% مسيحيون، ما يوضح أن نسبة النزلاء المسيحيين عالية إذا أخذنا بالاعتبار أنهم يشكلون حوالي 2-3% فقط من عدد السكان في الضفة الغربية وقطاع غزة، حسب تقدير أكثر من باحث اجتماعي في شؤون المجتمع الفلسطيني. وقد يعود هذا الارتفاع إلى كون المسيحيين أكثر تسامحاً في إرسال كبار السن إلى بيوت الإيواء، خاصة أن نسبة كبيرة منها تدار بإشراف راهبات، إضافة إلى وجود هجرة أكبر بين العائلات المسيحية، وبالتالي لا يبقى سوى كبار السن في بيوت معينة، فيضطرون للذهاب إلى بيوت الإيواء. وما يلفت النظر أن هذه النسبة (المسلم للمسيحي) تكاد تتساوى بين النزلاء ممن أعمارهم 70 سنة فأكثر.

4-2 مكان إقامة النزلاء قبل دخول بيت المسنين

يحتاج أكثر من سؤال إلى إجابة في هذا المجال: هل النزلاء قادمون من مدن فقط؟ هل هم من منطقة الوسط في الضفة؟ إذا كانوا يمثلون جميع الألوية، فهل النزلاء القادمين من لواء معين دخل بيت المسنين القريب عليه؟ ومع هذه الأسئلة، هناك فرضيتان بحاجة إلى

اختبار، الأولى: نسبة النزلاء القادمين من المدن تساوي نسبة القادمين من القرى أو من المخيمات. والثانية: تتساوى ألية الضفة الغربية في أعداد النزلاء القادمين منها.

يلخص الجدول رقم(24) توزع المسنين حسب مكان الإقامة السابق. ويبين أن 68% من النزلاء قادمون من مدن رئيسية في الضفة والقطاع، و 21% من قرى، و 11% من مخيمات. لا تتناسب هذه النسب مع عدد سكان الريف والمدن في فلسطين، حيث إن الريف شكل حوالي ثلثي عدد السكان "دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية(35)", إلا أن النسب متوقعة.

جدول رقم (24): مكان الإقامة السابق والحالي للمسن النزلي

المجموع	موقع بيت المسنين الذي يقيم فيه حالياً							مكان الإقامة السابق		
	غزة	الخليل	أريحا	بيت لحم	القدس	رام الله	نابلس	جنين		
1			1			1			مدينة	
7						1		5	قرية	جنين
0									مخيم	
2			1				1		مدينة	
0									قرية	طولكرم
0									مخيم	
12					2	1	9		مدينة	
4							3	1	قرية	نابلس
3			1		1		1		مخيم	
11			1	1	2	7			مدينة	
12					7	5			قرية	رام الله
2					1		1		مخيم	
30				2	22	6			مدينة	
6					6				قرية	القدس
0									مخيم	
20			1	17	1	1			مدينة	

2					2				قرية	بيت لحم
0									مخيم	
3		2				1			مدينة	
2			1			1			قرية	الخليل
0									مخيم	
1					1				مدينة	
0									قرية	أريحا
1						1			مخيم	
26	25			1					مدينة	
2	2								قرية	غزة
12	12								مخيم	
المجموع	موقع بيت المسنين الذي يقيم فيه حالياً								مكان الإقامة السابق	
	غزة	الخليل	أريحا	بيت لحم	القدس	رام الله	نابلس	جنين		
4	1		1	1	1				مدينة	غير ذلك
110	26	2	4	22	29	17	10	0	مدينة	
35	2	0	2	0	15	7	3	6	قرية	المجموع
18	12	0	1	0	2	1	2	0	مخيم	

ويرجع ذلك على الأغلب لكثرة عدد الأسر الممتدة في القرى وقلّة مساهمة المرأة الريفية في سوق العمل، ما يجعل فرص وجود من يقوم برعاية المسن أكبر، إضافة إلى أن مفهوم إرسال المسن للإيواء في بيت آخر غير مقبول في القرى مقارنة مع المدن، فلا غرابة أن تكون النسبة الكبرى من النزلاء تسكن المدن سابقاً، وقد اختبرت فيما إذا كانت هذه النسب متساوية بإجراء اختبار تربيعة كاي، وكانت النتيجة على مستوى 05. رفض الفرضية الصفرية وقبول البديلة حيث كانت قيمة $P = ,000$.

ويوضح الجدول أن أكثر المدن تزويداً بالنزلاء في الضفة هي القدس، تليها بيت لحم ثم نابلس ورام الله. بينما أكثر قرى الألوية تزويداً هي قرى لواء رام الله، وقد فاقت بشكل مميز قرى الألوية الأخرى، ويرجع ذلك في تقديري لعامل الهجرة العالي مقارنة مع قرى الألوية الأخرى، الأمر الذي جعل جزءاً من سكان هذه القرى أكثر تأثراً بأسلوب الحياة الغربية الذي يقبل بيت المسنين كواقع.

وتفاوتت الألووية في تزويدها بالنزلاء، حيث كان أكثرها لواء القدس 22%، تلاه لواء رام الله 15%، ثم بيت لحم 13% ويمكن تتبع بقية النسب في الجدول، وقد أكدت نتيجة اختبار تربيع كاي هذا التفاوت على مستوى 05. حيث كانت قيمة $P = 0,001$ ويمكن القول، أن النزول بشكل عام اختار بيت المسنين القريب من سكنه السابق، باستثناء لواء رام الله، حيث فضل أكثر من نصفهم بيوت المسنين الموجودة في القدس بشكل رئيسي، وهنا وهناك، عن البيوت الموجودة في لواء رام الله، وقد لا يكون الموضوع اختيارياً، حيث إن بيوت المسنين الموجودة في لواء رام الله لا تستقبل إلا نساء، وكذلك أيضاً بالنسبة للواء الخليل، لكن أعدادها صغيرة وغير ملفتة للنظر. ويبين الجدول أيضاً أن أقل من 2% من النزلاء قادمون من الأرض المحتلة العام 1948 أو من مصر ودول الخليج، معبر عنهم في الجدول بلواء "غير ذلك".

3-4 الخلفية الاجتماعية – الاقتصادية للنزلاء

1-3-4 أولا: المستوى الأكاديمي للمسن النزلي

توصلت الدراسة إلى أن 61% من النزلاء أميون، و 16% بمستوى ابتدائي، و 13% إعدادي، أي أن 90% من النزلاء بمستوى إعدادي أو أقل، وما تبقى (10%) هم : 7% ثانوي، 2% خريجو معاهد، 1% جامعيون. من الواضح أن المستوى الأكاديمي للنزلاء متدن، ولا غرابة في ذلك، خاصة، وكما قلنا سابقاً، أن النسبة الكبرى منهم من الإناث، ومستوى تعليم الإناث خاصة قبل حوالي 50 عاماً، كان متدنياً جداً على مستوى القطر.

2-3-4 ثانياً: الحالة الاجتماعية قبل دخول بيت المسنين

فيما يلي التوزيع التكراري النسبي للنزلاء حسب حالتهم الاجتماعية:

أعزب 44% متزوج 7% مطلق 7% أرمل 42%

ما يلفت النظر أن نسبة العزاب والأرامل تساوت تقريباً وشكلت معاً ما نسبته 86%. وتساوى المتزوجون والمطلقون في النسبة أيضاً، وشكلوا معاً 14%.

4-3-3 ثالثاً : المهنة السابقة للنزلاء

في ظل مستوى أكاديمي متدنٍ، ونسبة نساء عالية، يتوقع وجود مستوى مهني متدنٍ أيضاً. فيما يلي التوزيع التكراري النسبي حسب المهن المختلفة:

عامل	21%	ربة بيت	55%
مزارع	1%	ممرض	3%
تاجر أو صاحب عمل	4%	مهن حرة	2%
موظف	4%	خياطة	4%
فني	1%	عاطل أو غير قادر على العمل	5%

يتضح أن 60% من النزلاء لم يكن يعمل مطلقاً، أي لم يكن له دخل مباشر، أما الباقي فأكثر من نصفهم عمال عاديون، وبالتالي فإن دخلهم المتوقع غير عالٍ، والنصف الآخر ما بين موظف وممرض وما شابه ذلك. إن هذا التوزيع المهني يؤشر بشكل واضح على مستويات دخل مباشرة متواضعة، إلا لحالات تعتمد في دخلها على آخرين من أفراد الأسرة وما شابه ذلك.

4-3-4 رابعاً :الوضع الأسري السابق للنزلي

في سؤال مفتوح للمسئ للنزلي عن أفراد أسرته الذين عاش معهم قبل دخول بيت المسنين، أو فيما إذا كان له أفراد أسرة حتى لو لم يعيش معهم، وما صلة القرابة به، ثم حالتهم الاجتماعية ومكان إقامتهم، تم تلخيص الإجابات التالية مع تكرارها النسبي وربطها مع الحالة الاجتماعية للنزلي المجيب:

أعزب أو عزباء:

21%	فاقد/ة الأبوين، له اخوة وأخوات متزوجون ومقيمون في الوطن.
2%	فاقد/ة الأبوين والاخت، له أولاد أخوة متزوجون ومقيمون.
2%	يتيمة الأب، لها أم مقيمة وغير قادرة على التعايش معها.
14%	فاقد/ة الأبوين، يعيش وحده.
4%	فاقد/ة الأبوين، لها اخوة متزوجون ومقيمون في الخارج.
1%	يتيمة الأم، والدها كبير السن، أخوها متخلف عقليا.
44%	المجموع

متزوج أو متزوجة: (الصيغة تنطبق على الذكر والأنثى على حد سواء)

%1	له زوجة وأولاد ذكور وإناث، منهم متزوجون لكن يوجد مشاكل مع الكل.
%1	له زوجة وأولاد ذكور وإناث، منهم متزوجون لكن غير قادرين على خدمته لأنه مريض.
%2	له زوجة وليس لهم أولاد. غير قادرة على خدمته.
%1	له زوجة معه في بيت المسنين، لهما بنات متزوجات.
%1	لها زوج مع أولاد من زوجة أخرى لكن مشاكل، لها أخوات متزوجات.
%1	لها درة مع زوجها، لها بنات متزوجات.
%7	المجموع

مطلق أو مطلقة :

%3	ليس لها أولاد وتعيش وحدها.
%1	ليس لها أولاد لكن لها اخوة وأخوات مقيمون.
%2	لها أولاد مقيمون في الخارج
%1	لها أولاد مقيمون لكن غير قادرين على الخدمة.
%7	المجموع

أرمل أو أرملة:

%10	ليس لها أولاد وتعيش وحدها.
%10	لها أولاد متزوجون وغير متزوجين هنا وفي الخارج لكن غير قادرين على رعايتها.
%7	لها أولاد متزوجون مقيمون في الخارج. لها أخوات متزوجات هنا.
%7	ليس لها أولاد. لها أولاد اخوة أو أخوات.
%4	لها بنت متزوجة مقيمة أو له بنات متزوجات في الخارج.
%2	له أبناء متزوجون ومقيمون لكن توجد مشاكل.
%1	ليس لها أولاد بل أولاد زوج من امرأة أخرى.
%1	ابنها الوحيد متوفى وله أولاد مقيمون.
%42	المجموع

يعطي التوزيع السابق صورة واضحة لتركيبية الأسرة الداخلية والحالة الاجتماعية للنزلاء، والتي تستشف منها الأسباب الكامنة وراء قرار الذهاب إلى بيوت المسنين للإيواء. وأهم هذه الأسباب أو الحالات أن يكون النزيل أعزباً أو عزباء، دون أبوين، يعيش وحده، وأصبح غير قادر على رعاية شؤونه، وبالتالي محتاجاً للإيواء. وقد يكون النزيل متزوجاً أو متزوجة، له أولاد لكنهم غير قادرين على خدمته بسبب وضعه الصحي الصعب أو لمشاكل قاهرة بينه وبين أولاده. وفي حالات أخرى قد يكون مطلقاً أو مطلقة دون أولاد، أو أن الأولاد يعيشون في الخارج، وأصبح عاجزاً عن رعاية شؤونه أو أداء الوظائف العضوية. وقد يكون النزيل أرملاً أو أرملة، ليس له أولاد، ويحتاج إلى رعاية صحية، أو أن الأولاد في الخارج.

يبدو أن حالات التوجه للبيوت، في غالبيتها تنتج عن وفاة في الأسرة، أو طلاق، أو مرض أو سفر، وبشكل نادر عن مشاكل، وبالتالي فإن قرار الذهاب إلى بيوت الإيواء، سواء أكان من المسن أو من ذويه هو قرار حديث وعلاجي، وليس قراراً سابقاً كما يحدث في الدول الصناعية.

4-4 فترة المكوث في بيت المسنين

تراوحت فترة مكوث النزيل في بيوت الإيواء بين شهر واحد لحديثي الدخول و 35 سنة للقادمي. أما متوسط عدد سنوات مكوث النزيل في بيوت الإيواء فهو 4.5 سنة. في حين أن الوسيط (المدة التي تحتها 50% من القيم) هي 3 سنوات. والجدير بالذكر أن 22% من النزلاء هم حديثو الدخول ولم يمض على دخولهم إلا أشهر، في الوقت نفسه هناك أكثر من 9% تجاوزت فترة مكوثهم إحدى عشرة سنة. واختبرت في هذا المجال الفرضية القائلة بأن متوسط سنوات الإقامة للنزيل تساوي 3 سنوات، وذلك بإجراء اختبار T ، وقد تم رفضها حيث كانت قيمة P المحسوبة تساوي 0.002.

4-5 قرار الذهاب لبيت المسنين

كان قرار ذهاب حوالي 32% من النزلاء مبني على رغبتهم الخاصة، ومعظم هؤلاء غير متزوجين، أما الباقي (68%) فكان قرار الذهاب مبني على رغبة الأسرة أو الأقارب والمعارف، ويتغطية مالية من هؤلاء أو من وزارة الشؤون الاجتماعية، أو أنها

تغطية مجانية. وكما قيل سابقاً، فإن قرار الذهاب، سواء أكان شخصياً أو من المحيط، هو قرار حديث الولادة، وجاء تجاوباً مع حالة اجتماعية مستجدة، وليس قراراً سابقاً ومنتخداً في وضع طبيعي.

4-6 معدل الدفع الشهري للنزول

تقدم بعض بيوت المسنين خدمات الإيواء مجاناً دون رسوم، كما أوردنا سابقاً في الفصل الثاني، وبعضها يأخذ رسوماً لكنها غير ثابتة ومحددة، بل تختلف حسب حالة النزول الاقتصادية وما إذا كان مغطى من قبل الشؤون الاجتماعية أو التأمين الصحي في القدس أم لا. وفيما يلي توزيع تكراري نسبي حسب قيمة الرسم الشهري بالدينار الأردني:

لا يدفع	56%
1 - 99	14%
100 - 199	23%
200 فأكثر	7%

لقد تراوحت قيم الرسم السنوي بين صفر و 500 دينار، وبمعدل شهري هو 50 ديناراً. ومن الواضح أن 56% من النزلاء لا يدفعون رسوماً، وأن حوالي الربع منهم يدفع 100 - 200 دينار بينما 7% فقط تدفع أكثر من 200 دينار.

4-7 معدل الزيارات الشهرية المتبادلة

يبين الجدول رقم (25) توزع النزلاء حسب معدل عدد الزيارات الشهرية أو السنوية للنزول من قبل أفراد الأسرة أو المعارف، حيث بلغت نسبة النزلاء الذين لا يزارون مطلقاً 27% من إجمالي عدد النزلاء، وهذا يعود إما لعدم وجود أسرة أو أقارب، أو لإهمال حقيقي من ذويهم، إضافة إلى ذلك، هناك 16% من النزلاء يزارون على الأعياد السنوية فقط، بذلك يكون المهملون من النزلاء حوالي 43%، وبلا شك، ينعكس ذلك على نفسية النزلاء ويسبب لهم وللعاملين الكثير من المتاعب. بالمقابل، فإن أكثر من ثلث النزلاء يزار مرة أو مرتين في الشهر، و 21% منهم يزار بشكل أسبوعي أو أقل.

جدول رقم (25): توزيع نسبي
حسب معدل الزيارات الشهرية

النسبة	معدل مرات الزيارة
27%	ولا مرة
16%	1 - 2 في السنة
39%	1 - 2 في الشهر
21%	2 فاكثر شهريا

أما معدلات الزيارة التي يخرج فيها النزيل لزيارة ذويه أو معارفه فهي قليلة جداً، ويلخصها التوزيع التالي:

ولا مرة 87%
في الأعياد السنوية 11%
مرة أو أكثر في الشهر 2%

يستنتج من هذا التوزيع أن 87% من النزلاء لا يخرجون من بيت الإيواء مطلقاً، وذلك، على الأغلب، لوضعهم الصحي الصعب أو لإهمال ذويهم.

4-8 تصنيف النزلاء حسب القدرة على المشي وأداء الوظائف

يصنف الجدول رقم (26) النزلاء حسب القدرة على المشي وأداء الوظائف، ويبين أن أكثر من النصف قادر على الحركة وأداء الوظائف في الذهاب إلى الحمام والأكل وتغيير الملابس، بينما يوجد 18% من النزلاء مقعدون تماماً، وبحاجة إلى مساعدة كلية لأداء الوظائف، وما تبقى (29%) يحتاج إلى مساعدة جزئية.

الجدول رقم (26): توزيع النزلاء
حسب القدرة على المشي وأداء الوظائف

النسبة	التصنيف
--------	---------

قادر على المشي وأداء الوظائف	%53
يمشي بمساعدة ويحتاج مساعدة جزئية عند أداء الوظائف	%29
لا يمشي ويحتاج مساعدة كاملة (مقعد تماما)	%18
المجموع	%100

يوجد بين النزلاء إضافة لهذا التصنيف، من يعاني من إعاقة سمعية أو بصرية أو كلامية، وقد تم حصر هذه الحالات، وتبين أن 6% من النزلاء مصابون بالصمم و 4% بالكم و 8% بالعمى، ولا تقبل نسب هذه الحالات الجمع حيث إنها متداخلة، فمن عنده بكم قد يكون عنده عمى.

9-4 النزلاء وأمراض الشيخوخة

لقد تم التركيز على أمراض الشيخوخة التالية: أمراض الأوعية الدموية، وأمراض السكري، والروماتزم والمفاصل، و(خربشة) ذهنية، وتبول لا إرادي، وكسر في الحوض أو مواقع جسمية أخرى. ويظهر الجدول رقم (27) هذه الأمراض مع توزيع نسبي لها بين النزلاء المسنين.

جدول رقم (27): أمراض الشيخوخة المصاحبة للنزلاء

الرقم	المرض	النسبة
1	يعاني أحد أمراض الأوعية الدموية (قلب، شرايين ...)	%16
2	يعاني مرض السكري	%11
3	روماتزم ومفاصل	%25
4	"خربشة" ذهنية	%28
5	تبول لا إرادي ويستعمل فوط صحية أو أنبوب	%28
6	كسر في الحوض أو في موقع آخر	%5

يتضح أن أكثر من ربع النزلاء يعانون مرضاً قلبياً أو سكري، وبالتالي يتناولون أدوية لذلك، ويتطلب وضعهم إشرافاً طبياً شبه دائم. أما من عندهم "خربشة" ذهنية فقد شكلوا 28%، ومثلهم من يستعمل فوط صحية، ويدل ذلك على حجم المسؤولية الملقاة على عاتق الموظفين في بيوت المسنين.

10-4 رأي النزلاء في المعاملة والخدمات المقدمة

سئل النزلاء عن عدة أشكال من معاملة الموظفين لهم، وكانت إجاباتهم على النحو

التالية:

معاملة لطيفة وممتازة	90%
كأنك طفل، أحيانا كلاما حلوا وأحيانا عكس ذلك	3%
كأنك إنسان مهمل	3%
قاسية وكأنك غير إنسان	4%

تظهر هذه النسب أن 10% من النزلاء عبروا عن معاملة غير لطيفة، وهذه النسبة في تقديري هي الحد الأدنى للنسبة الحقيقية، حيث أن النزلاء، وكما لاحظنا أثناء مقابلتهم، لا يريدون تسجيل مواقف ضد أحد، ويرغبون الإشادة خوفاً من أي رد فعل، فأحد النزلاء سألت دموعه عند اخذ رأيه مع انه أجاب بمعاملة لطيفة، ومنهم من اقتبسنا له التالي:

"أنا بدى اياها تعرف " فلانة وهي موظفة " انه أبوي بقا شيخ بلد وكل الناس بتحل مشاكلها عنده وهذي قاعدة بتسب عليه هالمفشفشة، مش عارفة انوه أبوي، شو أسوي في هالنصيب بس".

وكما ذكرنا سابقاً، هناك نسبة شكاوى كبيرة من العاملين عن صعوبة التعامل مع المسنين يقابلها نسبة شكاوى أقل من المسنين النزلاء عن خشونة تعامل العاملين.

وعلى صعيد رأي النزلاء في الأكل المقدم، وعلى مقياس من خمسة درجات، أدناها يعبر عن سوء الأكل وأعلىها عن جودته، أجاب 85% منهم بالدرجة الرابعة،

والخامسة. أما رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة، فتركزت معظم الإجابات (80%) حول الدرجة الثالثة والرابعة من نفس المقياس.

وفي إجاباتهم عن سؤال: أيهما أفضل لك: وجودك في بيت المسنين أم وجودك في بيتك مع مساعد لبضع ساعات؟ فضل 92% منهم وجوده في بيت المسنين، وفضل 8% بينهم الخاص في ظل مساعدة من هنا وهناك.

وفي مجال العلاقات الداخلية بين المسنين أنفسهم، أجاب ثلث المسنين بأنها علاقة متوسطة، و17% وصفها بأنها ضعيفة، في حين وصفها نصفهم بأنها قوية. ومن ناحية الأمان والخوف من السرقات، أجاب 96% من النزلاء أنهم يأمنون على أغراضهم مقابل 4% لا يقومون بذلك.

4-11 أهم مشاكل النزلاء

في الإجابة على سؤال مفتوح وجه للمسنين النزلاء يتطلب سرد المشاكل التي يعاني منها داخل بيت المسنين، تم حصر المشاكل الرئيسية التالية مع أهميتها النسبية:

1. الوحدة مع قلة زيارة الأهل والمعارف 73%.
2. الجو والمناخ غير مريح 14%.
3. العلاقة بين المسنين جافة 11%.
4. تعامل الموظفين صعب وجاف 10%.

يتبين أن الوحدة والعزلة مع قلة زيارة المعارف شكلت أهم مشكلة تواجه النزلاء، تلاها في الأهمية الجو الداخلي غير المريح، ثم جفاف العلاقة بين المسنين وخشونتها مع العاملين.

الفصل الخامس

5- نقاش وتوصيات

تعتمد خدمة ورعاية المسنين على نهجين أو مسارين رئيسيين. يقوم النهج الأول على أساس بقاء المسن في بيته ومكان سكنه الخاص، وإيصاله الخدمات اللازمة بكافة أشكالها. فيما يقوم النهج الثاني على أساس انتقال المسن من بيته الخاص إلى بيت معد لإيواء المسنين ورعايتهم، والمنهجان واقعيان ولهما تطبيق عملي في الضفة الغربية وقطاع غزة، بصرف النظر عن الكيفية والشمولية والإشراف.

يخدم المنهج الأول أكثر من 99.5% من المسنين، وتقوم الأسرة بدور الراعي الأول والرئيسي فيه، وتوجد مؤسسات قائمة تساعد في تخفيف عبء الأسرة عن طريق تقديم وجبة ساخنة أو قطعة ملابس أو وسيلة طبية مساعدة أو رعاية صحية أولية، أو مساعدة مالية رمزية، أو تأمين صحي، لكن لعدد محصور من المسنين، وبالتالي فإن دورها غير مدرک الأهمية، والمؤسسات التي تتبنى هذا النهج هي: إما ذات طابع حكومي، وتتمثل في وزارة الشؤون الاجتماعية، أو ذات طابع أهلي، وهي كثيرة، وعلى رأسها مؤسسة "خدمات العطاء" و"لجان الزكاة" والأديرة والكنائس وما شابه، أو ذات طابع دولي، وتتمثل في و"كالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين".

أما النهج الثاني فيخدم نسبة نقل عن 0.5% من المسنين في المجتمع المحلي، ويرعى المسن بشكل متكامل ويتحمل مسؤولية إيوائه ومأكله وملبسه والعناية بصحته من خلال بيوت مجهزة لهذا الغرض، منتشرة في معظم ألوية الضفة الغربية وقطاع غزة. ويتبنى هذا النهج، وعلى مستوى غير حكومي، جمعيات خيرية ذات طابع ديني في عمقها، سواء أكانت محلية أو أجنبية، وهناك وزارة الشؤون الاجتماعية على المستوى الحكومي.

تناولت هذه الدراسة بإسهاب عميق النهج الثاني، ومسحت بيوت الإيواء الموجودة، وبالتالي وقفت على العديد من الحقائق والاستنتاجات، نختار منها ما قد يساعد صناع السياسات والقرار. تمثلت الطاقة الاستيعابية لجميع بيوت المسنين بـ 439 سريراً (386 سريراً في الضفة الغربية، 53 سريراً في غزة)، مشغول منها حالياً 328 سريراً

284 في الضفة الغربية، 44 في غزة)، وبذلك بلغت نسبة التغطية 75%. وإذا أخذنا بالاعتبار أن 69 شخصاً صنّفوا كمعاقين، تصبح نسبة التغطية 59%، وهي تدل على حجم طلب قليل.

وتشير الأرقام إلى أن معدلات الدخل تساوي معدلات الخروج، لذلك، نوصي من حيث المبدأ بالتحفظ أو بتجميد فكرة إنشاء بيوت مسنين جديدة إضافية، في حين تتعارض هذه التوصية مع الرأي القائل بوجود حاجة مجتمعية لمزيد من بيوت الإيواء، خاصة في ظل التغيرات الجديدة في نمط حياة وتركيبة الأسرة الفلسطينية. قد يكون هذا صحيحاً بفعل التغيرات المتمثلة في زيادة عدد الأسر النووية، وزيادة حجم مشاركة المرأة في سوق العمل، وزيادة حجم الهجرة تحت الظروف الاقتصادية والسياسية الصعبة، مع ازدياد واضح في أعداد من بلغوا سن 65 فأكثر، لكن، لم يصاحب هذا التغيير أي تغيير يذكر في المفاهيم السائدة حول نقل المسن الشيخ إلى مكان آخر لرعايته، فالنظرة المجتمعية تدين فكرة الإرسال إلى بيوت مسنين، إلا في حالات اجتماعية خاصة جداً يكون فيها إجماع مجتمعي على أهمية ذلك.

كما أن المسن نفسه لا يحترم فكرة نقله من بيته الخاص إلى بيت عام، وأبعد من ذلك، وبناء على معرفة الباحث بالعديد من الحالات، لا يحترم فكرة نقله إلى مكان سكن ابنه الذي يرعاه، خاصة إذا كان خارج القرية أو المدينة التي عاش فيها، ودائماً يطلب أن ينتقل ابنه للعيش معه وليس العكس. وما يعزز هذا القول هو النتيجة التي تقول بأن حوالي 68% من النزلاء دخلوا بيوت المسنين بناء على رغبة ذويهم ومعارفهم وليس على رغبتهم، ومن دخل بناء على رغبتهم فهو أعزب بدون أسرة أو يواجه مشاكل معقدة مع الأسرة.

وفي حالة حدوث تغيير ولو بسيط في المدى المتوسط أو الطويل على هذه النظرة المجتمعية، بحكم تغيير نمط أو أسلوب الحياة، كما حدث مثلاً عند بعض الأسر التي تأثرت بنمط الحياة الغربية، فأن الطلب على بيوت المسنين سيزداد. إن فكرة التحفظ لا تعني طبعاً عدم تطوير الأبنية الحالية وترميمها أو استبدالها كما سنرى لاحقاً.

ومن النتائج المهمة التي توصلت لها الدراسة، أيضاً، هو ما يتعلق بسياسة القبول لدى بيوت الإيواء، حيث أن لكل بيت من بيوت المسنين سياسة قبول خاصة به، وهذه

السياسة مطاطة ولا تحتكم إلى معايير محددة، وترتب عليها وجود " ظاهرة الخلط "، التي تتخذ عدة أشكال: معاقون عقلياً أو حسياً ومن فئة صغيرة العمر مع مسنين من فئة كبيرة العمر، مقعد تماماً مع من يقدر على أداء جميع وظائفه، ذكور في غرفة وإناث في غرفة لكن تحت سقف جناح واحد، وهكذا. فعلى سبيل المثال تبين أن 69 نزيلاً من بين 328 نزيلاً شخصت حالتهم كمعاقين ومن صغار السن نسبياً.

تشكل ظاهرة الخلط مصدر إزعاج دائم، وتعكر الجو الداخلي، وتزيد حدة عدم الانسجام، وبالتالي تخلق توتراً ورفزة عصبية عند النزيل والعامل معاً. ولعلاجها نوصي بإنشاء جسم تنسيقي على شكل هيئة عليا، أو مجلس يكون التنسيق إحدى مهامه الرئيسية، فتحت ظل هيئة تنسيق يمكن بلورة حاله تخصصية، كأن يتخصص كل بيت أو مجموعة بيوت في استقبال نزلاء من مواصفات عضوية أو عمرية معينة، والدخول لا يعني الديمومة، ففي حالة حدوث تغير معين على صحة النزيل، يتم نقله إلى بيت آخر ينطبق عليه وصفه الجديد. وبهذه الطريقة يمكن أن يجمع معظم مرضى السكري في جناح واحد، وبالتالي تسهل عملية خدمتهم بتوفير طعام خاص جماعي، وتوفير طبيب متخصص، وما إلى ذلك من أمور، وفي الوقت نفسه تتشكل وحدة متجانسة في الهموم والمشاعر. وحتى تقوم هذه الهيئة بعملها يجب أن تعتمد معايير ومقاييس لتصنيف وضع المسن الوظيفي والحركي والمرضي وغير ذلك، وكذلك يجب أن تدرس واقع بيوت المسنين الحالي من حيث البناء والغرف والطوابق والكوادر العاملة والإمكانيات وما شابه.

أظهرت الدراسة أن طبيعة بناء بعض بيوت المسنين غير صحية، وتوزيعها الداخلي غير ملائم، مع نقص في وسائل التكيف والراحة. فقد اعتبر 13% من العاملين، إداريين وغير إداريين، أن البناء المتواجدين فيه غير لائق لإيواء مسنين، ويشكل بذلك مشكلة من المشاكل الرئيسية، فيما اعتبر 24% من العاملين عدم وجود وسائل التكيف والراحة مشكلة، احتلت المرتبة الثالثة من المشاكل، ويؤكد ذلك ما توصلت إليه الدراسة من أن أكثر من نصف البيوت ما زال يستخدم مدافئ الغاز والكاز والكهرباء أثناء الشتاء، ودون مكيفات أثناء الصيف. وعلى صعيد التوزيع الداخلي، بينت الدراسة أن 25% من البيوت فيها أكثر من طابق، ودون مصاعد كهربائية، وهناك بيتان، على الأقل، تقع حماماتهما في أجنحة وأماكن خاصة بعيدة عن الغرف.

توحي النتائج التي توصلت لها الدراسة عن طبيعة بناء بيوت المسنين بعدم صلاحية بعض هذه البيوت من حيث البناء والتوزيع الداخلي لإيواء مسنين، وضرورة استبدال هذه المقرات بمقرات جديدة تبنى وفق تصاميم هندسية علمية تقي بالغرض المطلوب، وقد تكون هذه المهمة إحدى مهام الهيئة العليا المقترحة.

إن ما توصلت إليه الدراسة من أن أقل من ثلث العاملين في بيوت المسنين بمستوى معهد أو جامعة، والباقي بمستوى توجيهي أو دون ذلك، وأن أحداً منهم لم يجتاز أية دورة في مجال خدمة ورعاية المسنين، تدل على مشكلة جوهرها نقص في الكوادر المؤهلة للقيام بمهمة غير سهلة، وتحتاج إلى قدرات وخبرات علمية. وقد صاحب هذا النقص في التأهيل نقص وتدني في قيمة الرواتب الشهرية المدفوعة، والتي اعتبرها 76% من العاملين مشكلة رئيسية احتلت الرقم واحد في الترتيب.

يؤدي تدني مستوى التأهيل للعاملين في بيوت المسنين وتدني رواتبهم، والنقص في وسائل التكيف والراحة، بالضرورة إلى تدني الأداء والإنتاجية ومستوى الخدمة، وما يترتب عليه، بالتالي، من تدمير وضيق نفسي عند النزلاء، ويشحن العلاقة سلباً بين الطرفين، ما يستدعي إيلاء أهمية كافية للعاملين في بيوت المسنين عن طريق تدريبهم وإرسالهم في بعثات تخصصية في مجال رعاية الكبار، وتحسين رواتبهم وربطهم بكادر موظفين، يؤمن للعامل نقاداً وتأميناً صحياً، وتوفير وسائل الراحة والعون مثل التدفئة المركزية، و"نش" لحمل المسن المقعد، وأماكن استحمام متحركة (بانينو متحرك)، وكراسٍ طبية متحركة، لتسهيل عمل الموظف وأداءه، وتحفيز ومكافأة العاملين لتشجيعهم على أداء مهامهم عن طيب نفس، وبمعنوية عالية، وبخاصة أن 18% من النزلاء مقعدون تماماً، ويحتاجون مساعدة كاملة في أداء الوظائف، وأن 28% منهم يتبول لا إرادياً و 28% يعاني "خربشة" ذهنية، ومثل هذه النسب قد تزداد أو تنقص بين فترة وأخرى ومكان وآخر.

وقد يكون الاهتمام بقضايا العاملين في بيوت المسنين، أيضاً، من صلاحيات ومهام الهيئة العليا، والتي يجب أن تتشط في الجانب المالي عن طريق إقناع الهيئات الحكومية بتخصيص موازنة لدعم بيوت المسنين، أو عن طريق فتح قنوات مع مؤسسات خاصة تدعم في هذا المجال.

وتوصلت الدراسة إلى أن 43% من النزلاء مهملون من قبل ذويهم، ولا أحد يقوم بزيارتهم، وهو ما يدل على قدمهم من وضع أسري صعب، وعلى معاناتهم من أمراض نفسية، وتتعرض هذه النتيجة بنتيجة أخرى، تتمثل في أن 76% من النزلاء اعتبروا العزلة والملل والإهمال أهم مشكلة تواجههم. ومع هذه العزلة، وما يترتب عليها من إجهاد نفسي وعصبي، نجد أن البرامج الترفيهية المقدمة نادرة جداً، وتكاد تكون معدومة عند بعض البيوت، وإن وجدت فيعدل نشاط سنوي واحد أو نشاطين. إضافة إلى أن معظم البيوت لا يزورها طبيب نفسي مطلقاً. ومن هنا نجد أنه لا بد من العمل على تخفيف عزلة المسن النزلي عن طريق إنشاء مراكز ترفيهية يومية خاصة لاستقبال المسنين، يتوفر فيها كل ما يحتاجه المسن من تسهيلات، وتوفير وسائل نقل كبيرة، حافلات مثلاً، مصنعة خصيصاً لأغراض نقل المسنين، لتوظف في عمليات نقل دوري أسبوعي إلى هذه المراكز، وإيجاد أندية صديقة للمسن، يقوم أفرادها بزيارات متكررة إلى بيوت المسنين، وتوظيف أطباء نفسيين لمعالجة الحالات الصحية، ومثل هذه المراكز الترفيهية، قد تتبناها وزارة الشؤون الاجتماعية أو الهيئة العليا المقترحة.

إضافة للعزلة والوحدة، عانى جزء من المسنين النزلاء من أمراض الشيخوخة الأخرى من سكري وقلب وروماتزم وخرشنة ذهنية وتبول لا إرادي، ومثل هذه الأمراض تتطلب رعاية وخدمة طبية نوعية ومتواصلة من قبل متخصصين، إلا أن الخدمات الطبية المتوفرة في هذه البيوت لا توفر هذه المتطلبات، فحوالي 10 بيوت من أصل 17 يزورها طبيب عام مرة كل أسبوع أو مرة كل أسبوعين، و3 بيوت لا يزورها طبيب إلا وقت الحاجة، وعليه توصي هذه الدراسة بإنشاء عيادة مركزية تابعة للهيئة العليا المقترحة أو لوزارة الصحة، على أن تحوي أطباء من كافة التخصصات يشرفون إشرافاً كاملاً على المسنين النزلاء في أماكن تواجدهم، وعلى أن تكون لها قناة مباشرة مع مستشفى أو أكثر لتحويل الحالات اللازمة.

يجب وضع المسن الفلسطيني على خارطة العمل الفلسطيني بالموقع الصحيح، وبلورة سياسة اجتماعية واضحة مستندة على تشريعات وقوانين، وفي هذا المجال قد تكون التوعية الجماهيرية ضرورية، وكخطوة أولى على طريق التوعية نوصي بأن نتبنى جامعاتنا الفلسطينية مسابقات حول المسنين وطرق رعايتهم.

أظهر استطلاع رأي العاملين في بيوت الرعاية حول مقولة: "أفضل مكان لوجود المسن بيته الخاص، ويجب على الأسرة، إن وجدت، والمسؤولين والمؤسسات الإنسانية إيصاله الخدمات اللازمة إلى بيته" نتائج مثيرة وملفتة، فقد اتفق مع هذه المقولة حوالي 65% من العاملين وعارضها 17%، وتحت غطاء عدم وجود أسرة أو عدم مقدرة أفراد الأسرة على الرعاية.

إن مثل هذا الاستطلاع يستحق الاهتمام، وبخاصة أنه رأي شريحة من الناس مطلعة عن كثر على أوضاع المسنين النزلاء ومعاناتهم ونفسياتهم وكل ما يجول بخاطرهم. ويقودنا هذا إلى التساؤل: أي النهجين أو المسارين أفضل لخدمة المسنين؟ وهل أفضلية أحدهما تلغي النهج أو المسار الآخر؟ نستطيع القول، وبناء على نتائج هذه الدراسة، أن النهجين، حالياً، واضحا المعالم، ويمكن الحكم عليهما.

إن بقاء المسن في بيته الخاص وعدم نقله من بيئته التي تعود عليها، أمر يريحه، فهو من جهة يقيه على اتصال ومعرفة بالأحداث، وبمناسبات تخص أفراداً عرفهم وعاش معهم، وبالتالي يتفاعل معها سواء سلباً أو إيجاباً، ومن جهة أخرى، فهو يضمن عدم مكوثه وحيداً لساعات طوال، حتى لو سكن وحيداً، فالجيران من جانب، والمعارف من جانب آخر، وهكذا. كما إن عدم نقل المسن من بيته الخاص أمر أكثر انسجاماً مع النظرة المجتمعية السائدة، والتي تدين في عمقها إرسال المسن إلى بيت عام، إلا لحالات خاصة جداً.

تشير الإحصائيات إلى وجود الآلاف من الأفراد الذين بدأوا مرحلة الشيخوخة، وعلى افتراض حدوث تغير في نظرة المجتمع السابقة الذكر، فإنه من ناحية عملية وموضوعية وواقعية واقتصادية، بقاء هذه الآلاف في بيوتها وإيصالها الخدمات اللازمة، عملية أكثر يسراً وأقل جهداً وتكلفة، عوضاً عن أن خدمة المسن في بيته الخاص يُشكل عاملاً إنسانياً أكثر من خدمته في بيوت الإيواء العامة، وقد أكدت ذلك المعطيات الواردة في الفصول الثلاثة السابقة.

لمثل هذه الاعتبارات، يعتبر النهج الأول، ومن حيث المبدأ، أفضل من النهج الثاني، وأكثر ملاءمة للواقع. لكن هل هو ضمن المستوى المطلوب بواقعه الحالي؟ بكل بساطة لا، بل يحتاج من المسؤولين منهجية واستراتيجيات جديدة لتطبيقه، وأول خطوة يجب أن تتخذ في هذا المجال هي حصر المسنين الذين بدأوا مرحلة الشيخوخة في سجل أو إطار

استناداً لمعايير ومقاييس محددة وواضحة ومجمع عليها، كأن يستند على معايير رفينوفيتش في تعريفه للشيوخة مثلاً، ومن ثم دراسة احتياجاتهم وفقاً لواقعهم الاجتماعي والأسري، وعندها، توضع البرامج المدعومة مالياً، وتهيأ الكوادر التطوعية وغير التطوعية من الجنسين، للوصول إلى المسنين الشيوخ في بيوتهم، لتخفيف العبء على أفراد أسرهم وتأمين حياة كريمة ومريحة لهم.

إن تنفيذ هذا النهج بالمستوى المطلوب لا يعني - من وجهة نظر هذه الدراسة - أنه بديل كامل عن النهج الثاني، وبالتالي يمكن إلغاؤه، فهناك حالات ليس لها بيت بالأصل (بعض المسنات المطلقات، بعض القادمين من مجتمعات بدوية.. الخ)، أو أن لها بيتاً، لكنه غير لائق صحياً وغير مجهز بالحد الأدنى من وسائل الراحة التي تسمح بإقامة المسن والكادر المساعد. وإضافة لذلك، هناك حالات تتطلب رعاية من نوع خاص وطويلة الأمد، مثل حالات "الخريشة" الذهنية، والتي يمكن أن تضبط وتخدم بشكل أفضل وأسهل على الكادر وعلى المجتمع في حالة وجودها في بيت مسنين عام.

ويمكن أن يوظف النهج الثاني لخدمة النهج الأول، عبر تخصيص بعض البيوت لتأهيل المسنين وتدريبهم لمدة أسابيع على القيام جيداً بوظائفهم، وكيفية تحضير الطعام، أو تناول علاج معين.

إن كثيراً من المسنين، خاصة الذكور، غير معتادين على تحضير طعامهم وتناول علاجهم بأنفسهم، بل يتكئون على الزوجة والبنات في ذلك، وفي حالة فقدان الزوجة أو البنات لسبب من الأسباب، يصعب عليهم أداء هذه الوظائف، وبالتالي فإن تدريبهم أمر حيوي ومفيد، بل مريح للكوادر العاملة ضمن النهج الأول.

وفي بعض الحالات يجتاز بعض المسنين عملية جراحية، ويحتاج تناول العديد من الأدوية يصعب عليه التمييز بينها لعدم تمكنه من قراءتها، ومثل هذا يدرّب على كيفية تصنيف أدويته وتناولها في مواعيدها، وبذلك يؤول للبقاء في بيته الخاص، بجدر الذكر أنه لا يوجد غير بيت واحد فقط من مثل هذه البيوت، تحت إشراف مؤسسة "خدمات العطاء" التي تتبنى النهج الأول في خدمتها.

باختصار شديد، توصي هذه الدراسة المسؤولين بتبني النهج الأول القائم على بقاء المسن في بيئته الخاص، ولكن بألية واستراتيجية علمية مدروسة، وفي الوقت نفسه عدم إهمال النهج والمسار الثاني، وتبني التوصيات الواردة بخصوص تطويره وتحسين مستواه.

الملاحق

ملحق رقم (1)

أسماء بيوت المسنين في الضفة والقطاع

الموقع	الاسم
جنين	1- جمعية بيت المسنين والمعوقين الخيرية
نابلس	2- دار السلام
نابلس	3- بيت المسنين / جمعية الهلال الأحمر
رام الله	4- دار العناية بالمسنات
رام الله	5- بيت النقاهاة للمسنات
القببية / رام الله	6- بيت العجزة والرعاية الصحية
أبو ديس / القدس	7- دار سيدة الألام للمسنين
القدس	8- راهبات المحبة
العيزرية / القدس	9- جمعية الملجأ الخيري الأرثوذكسي
القدس	10- جمعية بيت الرحمة الإسلامي
قننديا / القدس	11- مركز العناية والتأهيل للمسنين
بيت لحم	12- الجمعية الانطونية البيت لحمية
بيت جالا	13- جمعية العجزة البيت جالية الخيرية
أريحا	14- دار المعاقين والمتسولين
الخليل	15- بيت المسنين والأطفال المعاقين
غزة	16- بيت المسنين/ جمعية الوفاء
غزة	17- دار السلام
غزة	18- جمعية رعاية العجزة والمسنين

الحواشي

1. Palestinian Central Bureau of Statistics, The Demographic Survey in the West Bank and Gaza Strip: Final Report. Ramallah-Palestine, 1997.
2. Kayser-Jones, J., Old, Alone, and Neglected, University of California Press, Berkeley 1981.
3. Bowker, L.H., Humanizing Institutions for the Aged, Lexington Books, Lexington, 1982.
4. Sabella, B., The Elderly in Jerusalem and the West Bank and the Need for an Old-Age Home, Unpublished report submitted to the Evangelical Lutheran Church in Ramallah, 1988.
5. Hepple, J., "A Survey of Private Nursing Home Residents in Western Super Mare", Age and Aging, Vol. 18, 1989.
6. Giacaman, R., Lock, K., and Salem, H., Geriatrics in Perspective: A review of Geriatric Services in the West Bank and Gaza Strip, Birzeit University, 1991.
7. Horrocks, P., "Long Stay Care: A Consistently Depressing Picture", Geriatric Medicine, April 1989.
8. Factor, H., Guffman, M., and Shmueli, A., Mapping of the Long Term Care System for the Aged in Israel, Executive Summary, Brookdale Institute for Gerontology and Human Development, Jerusalem 1984.
- 9- Rugh, A., Family in Contemporary Egypt, American University of Cairo Press, Cairo 1988.

10. Hampon, J., "Elderly People and Social Welfare in Zimbabwe", *Aging and Society*, Vol. 5, No. 1, 1985.
11. Landsberger, B., *Long-Term Care for the Elderly: A Comparative View of Layers of Care*, Croom Helm, London 1985.
12. Hampon, J., *Op. Cit.*
- 13- Mpolo, M., *Older Persons and their Families in a Changing Village Society: A Perspective from Zaire*, International Federation on Aging and the World Council of Churches, Geneva, 1984.
14. Tout, K., Aging, "Social Supports and Community Intervention in Developing Countries", *Danish Medical Bulletin*, Special Supplement Series, No. 6, October 1988.
15. Mattisen, V., "Guilt and Grief when Daughters Place Mothers in Nursing Homes", *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 15, No. 7, 1989.
16. Hepple, *Op. Cit.*
17. Richter, J., "Providing Nursing Home Care for the chronically Mentally III", *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 15, No. 6, June 1989.
18. Kane, R., and Kane, R., *Long-Term Care: A Review of the Evidence*, Division of Health Services Policy, School of Public Health, University of Minnesota, 1986.
19. Both, T., *Home Truths: Old People's Homes and the Outcome of Care*, Gower, London 1985.
- 20- Dissenbacker, H., "Neglect, Abuse and the Taking of Life in Old People's Homes". *Aging and Society*, Vol. 1, No. 1, 1989, p. 61.

21. Kane, R., and Kane, R., Op. Cit.
- 22- Gicaman. R., Lock, K., and Salem, H., Op. Cit.
23. Sabella, B., Op. Cit.
24. Sansur, M., and Kevorkian, N., The Conditions of the elderly in Palestine: A Pilot Descriptive Study, the West Bank Case, unpublished report submitted to the Atta Services Aid to the Aged, 1993.
25. Palestinian Central Bureau of Statistics. Op. Cit.
26. عبد الرحمن عيسوي اضطرابات الشيخوخة وعلاجها، دار النهضة العربية، بيروت، 1989
27. سيد اسماعيل عزت ، الشيخوخة :اسبابها، مضاعفاتها، الوقاية والاحتفاظ بحيوية الشباب ، وكالة المطبوعات، الكويت.
28. ابراهيم خليفة وآخرون، " تعريف و تحديد مجال المفاهيم العامة في مجال الشيخوخة و المسنين"، التقدم في السن :دراسات اجتماعية نفسية، دار القلم، الكويت.1984
29. رفينوفيتش، ماريان :جيل الانسان، مكتبة "عام عوفيد"، تل ابيب، 1985
30. صالح مصاروة و حمد عليان، حقوق وخدمات المسنين، مكتب الشؤون الاجتماعية-خدمات المجتمع والأسرة-القدس 1992
31. Giacaman, R., Lock, K., and Salem, H. Op.Cit.
32. Ibid.
33. Palestinian Central Bureau of Statistics. Op. Cit.
34. Giacaman, R., Lock, K., and Salem, H. Op.Cit.
35. Palestinian Central Bureau of Statistics. Op. Cit.

