



جامعة وهران 2

كلية العلم الاجتماعية

قسم الديمغرافية

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث

في الديمغرافيا

عنوان الأطروحة

الظروف المعيشية للأشخاص المسنين في الجزائر و بيئتهم  
السوسيو ديمغرافية

إشراف الأستاذ: دلندا عيسى

إعداد : بوجملين نوال

مقدمة و مناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من

مؤسسة الانتماء	الصفة	الرتبة	الاسم و اللقب
جامعة وهران 2	رئيسا	أستاذ التعليم العالي	قويدري محمد
جامعة وهران 2	مشرفا ومقررا	أستاذ التعليم العالي	دلندا عيسى
جامعة وهران 2	مناقشا	أستاذ التعليم العالي	الوادي الطيب
جامعة وهران 2	مناقشا	أستاذ التعليم العالي	يسعد فايذة
جامعة باتنة 1	مناقشا	أستاذ التعليم العالي	حفاظ الطاهر
جامعة ورقلة	مناقشا	أستاذ محاضر أ	صالي محمد

السنة الجامعية: 2019-2020

## شكر و تقدير

بعد شكر الله عز وجل، أتقدم بخالص شكري و امتناني لأستاذي الكريم الدكتور دلندا عيسى على كل ما قدمه لي طول هذه الفترة من نصائح و إرشادات و سعة صبره و توافره ، لتقديم التوجيهات اللازمة من اجل إنجاز هذا العمل.

كما أتقدم بامتناني إلى كل أساتذة قسم الديمغرافيا لجامعة وهران، الذين قدموا لنا كل ما في وسعهم لإعطائنا أكبر قدر من المعلومات في إطار هذا الاختصاص.

إلى كل أفراد عائلتي الكبيرة و الصغيرة.

## الفهرس

المقدمة.....أ

### الفصل المنهجي

01- إشكالية الدراسة والفرضيات.....4

02- أهداف الدراسة.....6

03- منهج الدراسة.....7

04- مصادر الدراسة.....8

05- طريقة استخدام المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الرابع في الجزائر (2012-

2013).....9

06- حدود الدراسة.....13

07- الدراسات السابقة.....14

08- محتوى الدراسة.....19

09- تحديد المفاهيم.....21

### الفصل الأول: الخلفية النظرية للشيخوخة في علم الاجتماع.

تمهيد.....28

01- النظريات النفسية الاجتماعية للشيخوخة.....28

01-01- نظرية الانسحاب أو فك الارتباط.....29

01-02- نظرية النشاط.....31

01-03- نظرية الاستمرارية.....34

01-04- نظرية الصراع.....35

02- الشيخوخة الديمغرافية وأسبابها.....36

03- إشكالية العمر أو نسبية العمر في دراسة الشيخوخة.....38

04- المؤشرات الخاصة بقياس مستوى الشيخوخة.....42

44	05-نظرة عامة عن مستوى الشيخوخة في العالم واختلافها بين الدول.....
51	خلاصة الفصل.....
	<b>الفصل الثاني: الانتقالية الديمغرافية والشيخوخة الديمغرافية في الجزائر.</b>
54	تمهيد.....
54	01-الانتقالية الديمغرافية في الجزائر.....
54	01-01- تطورات التركيبة السكانية للجزائر .....
60	01-02-تطورات الفئات العمرية الكبرى في الجزائر.....
63	01-03-تطورات العوامل الديمغرافية للانتقالية الديمغرافية في الجزائر.....
64	01-03-01-تطور مستوى الوفيات في الجزائر منذ الاستقلال.....
67	01-03-02--تطور مستوى الخصوبة في الجزائر منذ الاستقلال.....
68	02-الشيخوخة الديمغرافية في الجزائر.....
68	02-01-قياس مستوى الشيخوخة في الجزائر.....
69	02-01-01--تطور العمر المتوسط لسكان الجزائر .....
70	02-01-02-المؤشرات الخاصة بقياس مستوى الشيخوخة السكانية في الجزائر.....
72	02-01-03-معامل إعالة الأشخاص المسنين و معامل الإعالة الكلي.....
74	02-02-المنظور الديمغرافي للأشخاص المسنين.....
74	02-02-01-تطورات معامل الذكورة لدى الأشخاص المسنين.....
75	02-02-02-تطور عدد ومعدل الزيادة السنوي بين التعدادات للأشخاص المسنين.....
77	02-02-04-تطور العمر المتوسط للأشخاص المسنين في الجزائر.....
77	2-4-تطور أمل الحياة للأعمار الكبيرة في الجزائر.....
79	3-العوامل الديمغرافية للشيخوخة السكانية في الجزائر.....

80.....	1-3- مستوى الوفيات والشيخوخة السكانية في الجزائر
83.....	3-2- مستوى الخصوبة و الشيخوخة السكانية في الجزائر
87.....	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: المميزات السوسيو ديمغرافية و الظروف المعيشية للأشخاص المسنين في الجزائر .
90.....	تمهيد
91.....	1- المميزات السوسيو ديمغرافية
91.....	1-1- التركيبة حسب العمر والجنس
92.....	1-2- قطاع السكن و المنطقة الجغرافية
93.....	1-3- الحالة الزوجية
95.....	1-4- المستوى التعليمي
96.....	1-5- صلة القرابة برب الأسرة المعيشية
98.....	1-6- حجم الأسرة المعيشية
99.....	2- المميزات السوسيو اقتصادية للأشخاص المسنين في الجزائر
99.....	2-1- العمل ومصادر الدخل
104.....	2-2- مميزات السكن
105.....	2-2-1- شكل ملكية السكن
106.....	2-2-2- نوع الوحدة السكنية التي يعيش فيها المسنون
108.....	2-2-3- عدد غرف المسكن
109.....	2-2-4- المواد الأساسية المستعملة في بناء المسكن
110.....	2-2-5- مميزات المطبخ
110.....	2-2-5-1- مكان المطبخ

- 111.....2-5-2-2 الوقود المستخدم في المطبخ.
- 112.....6-2-2-2 تجهيزات المسكن.
- 114.....3-2-3-2 مياه الشرب و شبكة الصرف الصحي.
- 114.....1-3-2-2 مياه الشرب.
- 116.....2-3-2-2 دورة المياه و الصرف الصحي.
- 117.....3- الحالة الصحية للأشخاص المسنين.
- 117.....1-1-3-1 الأمراض المزمنة.
- 119.....2-2-3-2 مدة الإصابة بالمرض المزمن.
- 120.....3-1-3-3 المرض المزمن الثاني.
- 121.....2-3-2-3 الإعاقة لدى الأشخاص المسنين.
- 121.....1-2-3-3 حدة الإعاقة.
- 122.....2-2-3-2 نوع الإعاقة.
- 125.....3-2-3-3 سبب الإعاقة.
- 127.....4-2-3-4 عدم القدرة الوظيفية.
- 129.....5-2-3-5 سن الإصابة بالإعاقة.
- 130.....04-النشاطات اليومية للأشخاص المسنين في الجزائر.
- 131.....01-04-أهم النشاطات اليومية للأشخاص المسنين.
- 132.....02-04-نشاط المشاركة الاجتماعية للأشخاص المسنين في الجزائر.
- 133.....03-04-نشاط التسلية و الإعلام للأشخاص المسنين في الجزائر.
- 133.....04-04-ممارسة الأعمال المنزلية مفصلة للأشخاص المسنين في الجزائر.

134.....	04-05-العناية الذاتية و الأكل و الشرب لدى الأشخاص المسنين
136.....	خلاصة الفصل
	الفصل الرابع: تأثير البيئة السوسيو ديمغرافية على الظروف المعيشية للأشخاص المسنين.
139.....	تمهيد
01-01- انعكاس البيئة السوسيو ديمغرافية على الظروف المعيشية للأشخاص المسنين في الجزائر	140.....
01-01- العمر و المستوى المعيشي	141.....
01-02- الجنس و المستوى المعيشي	143.....
01-03- المستوى التعليمي و المستوى المعيشي	144.....
01-04- الحالة الزوجية و المستوى المعيشي	146.....
01-05- حجم الأسرة المعيشية و المستوى المعيشي	147.....
01-06- قطاع السكن و المستوى المعيشي	149.....
02- تأثير البيئة السوسيو ديمغرافية على الحالة الصحية للأشخاص المسنين	150.....
02-01- خلق متغير مشترك للحالة الصحية	150.....
02-02-01- العمر والحالة الصحية	157.....
02-02-02- الجنس والحالة الصحية	159.....
02-02-03- المستوى التعليمي والحالة الصحية	161.....
02-02-04- الحالة الزوجية والحالة الصحية	162.....
02-02-05- حجم الأسرة المعيشية والحالة الصحية	163.....
02-02-06- قطاع السكن و الحالة الصحية	164.....
03- تأثير المستوى المعيشي على الحالة الصحية للأشخاص المسنين	165.....
167.....	خلاصة الفصل





## قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور متوسط عمر السكان في الجزائر (1966-2014).	69
02	تطور أهم المؤشرات الخاصة بالشيخوخة (1966-2014).	70
03	تطور معامل إعالة الأشخاص المسنين ومعامل الإعالة الكلي.	73
04	تطورات معامل الذكورة عند الأشخاص المسنين في الجزائر (1966-201)	74
05	تطور عدد ومعدل الزيادة السنوي بين التعدادات للأشخاص المسنين	76
06	تطور العمر المتوسط للأشخاص المسنين في الجزائر (1966-2014)	77
07	تطور نسبة السكان المسنين و مؤشر أمل الحياة عند الولادة في أهم مراحل التحول الديمغرافي.	81
08	علاقة الارتباط لبيرسون بين أمل الحياة عند الولادة و نسبة الأشخاص المسنين.	82
09	معاملات الانحدار الخطي بين أمل الحياة عند الولادة ونسبة الأشخاص المسنين.	83
10	علاقة الارتباط لبيرسون الخطي بين نسبة السكان الشباب ونسبة الأشخاص المسنين.	84
11	معاملات العلاقة الخطية بين نسبة الشباب و نسبة الأشخاص المسنين.	85
12	جدول العلاقة الخطية بين كل من نسبة الأشخاص المسنين و نسبة الشباب وأمل الحياة عند الولادة.	85
13	تطور نسبة الأشخاص المسنين من النموذج و الواقع	86
14	توزيع الأشخاص المسنين حسب العمر والجنس (مسح 2012-2013).	91
15	توزيع الأشخاص المسنين حسب الحالة الزوجية و الجنس (مسح 2012-2013)	93
16	توزيع نسب السكان المسنين حسب الجنس، قطاع السكن و المستوى التعليمي (مسح 2012-2013)	95
17	توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب حجم العائلة، الجنس وقطاع السكن.	98
18	توزيع الأشخاص المسنين حسب عملهم في الوقت الراهن و الجنس، قطاع السكن و العمر.	101
19	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب عدد غرف المسكن، الجنس والقطاع السكني.	108
20	توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب مكان المطبخ في المسكن و قطاع السكن.	111

112	توزيع الأشخاص المسنين (%) حسب الوقود المطبخ المستعمل في المطبخ وقطاع السكن.	21
115	توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب طريقة معالجتهم للمياه الموجهة للشرب وحسب الجنس.	22
116	توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب نوع المرحاض المستعمل ومكانه في المسكن و قطاع السكن.	23
123	توزيع الأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب نوع الإعاقة .	24
124	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين الذين يعانون إعاقة حسب عدد الإعاقات.	25
132	نسب المشاركة حسب نشاط المشاركة الاجتماعية مفصلة للأشخاص المسنين حسب الجنس.	26
133	نسب المشاركة حسب نشاط التسلية و الإعلام مفصلة للأشخاص المسنين حسب الجنس.	27
134	نسب المشاركة حسب نشاط الأعمال المنزلية مفصلة للأشخاص المسنين حسب الجنس.	28
135	نسب المشاركة حسب نشاط الأعمال المنزلية مفصلة للأشخاص المسنين حسب الجنس.	29
140	توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة.	30
141	عدد الملاحظات المأخوذة في الاختبار كاي تربيع و القيم المفقودة لمتغيري مؤشر الثروة و العمر.	31
141	توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و الفئات العمرية.	32
142	جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة والفئات العمرية.	33
143	عدد الملاحظات و القيم المفقودة لاختبار كاي تربيع لمؤشر الثروة و المستوى التعليمي.	34
143	توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و الجنس.	35
143	جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة والجنس.	36
144	عدد الملاحظات المأخوذة و القيم المفقودة في اختبار كاي تربيع لمؤشر الثروة والمستوى التعليمي.	37
145	توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و المستوى التعليمي.	38
145	جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة و المستوى التعليمي.	39
146	عدد الملاحظات المأخوذة و القيم المفقودة في اختبار كاي تربيع لمؤشر الثروة و الحالة الزوجية	40
146	توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و الحالة الزوجية.	41
147	جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة و الحالة الزوجية.	42
147	عدد الملاحظات المأخوذة و القيم المفقودة في اختبار كاي تربيع(لمؤشر الثروة وحجم الأسرة	43

	المعيشية).	
148	توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و حجم الأسرة المعيشية.	44
148	جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة و حجم الأسرة المعيشية.	45
149	عدد الملاحظات المأخوذة القيم المفقودة في اختبار كاي تربيع(المؤشر الثروة وقطاع السكن) و القيم المفقودة.	46
149	توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و قطاع السكن.	47
149	نتائج اختبار كاي تربيع بين متغير قطاع السكن ومؤشر الثروة.	48
151	توزيع قيم خاصيات متغير وجود مرض مزمن على أبعاد التحليل.	49
151	توزيع قيم خاصيات متغير وجود مرض مزمن ثاني على أبعاد التحليل.	50
152	توزيع قيم خاصيات متغير حدة الإعاقة على أبعاد التحليل.	51
152	توزيع قيم خاصيات متغير وجود إعاقة على أبعاد التحليل.	52
152	توزيع قيم خاصيات متغير العم الحالي على أبعاد التحليل.	53
155	عدد الملاحظات لكل فئة الناتجة عن التحليل التصنيفي.	54
155	تحليل التباين.	55
156	مراكز الفئات النهائية.	56
156	توزيع المتغير الجديد لتقويم الحالة الصحية.	57
157	جدول تقاطع متغير الإصابة بإعاقة مع المتغير الجديد لمستوى الحالة الصحية.	58
158	عدد الملاحظات المدرجة في الاختبار و القيم المفقودة لمتغيري المستوى الصحي والفئات العمرية.	59
158	توزيع الأشخاص المسنين حسب مستوى الحالة الصحية و الفئات العمرية.	60
159	نتائج اختبار كاي تربيع لمتغيري مستوى الحالة الصحية والفئات العمرية.	61
160	توزيع الأشخاص المسنين حسب الجنس و متغير المستوى الصحي للأشخاص المسنين.	62
160	نتائج اختبار كاي تربيع بين الجنس و مستوى الحالة الصحية.	63
161	توزيع الأشخاص المسنين حسب المستوى التعليمي والحالة الصحية.	64
161	نتائج اختبار كاي تربيع بين متغير المستوى التعليمي و الحالة الصحية.	65
162	عدد الملاحظات المأخوذة في الاختبار والقيم المفقودة.	66
162	جدول تقاطع متغير الحالة الزوجية مع مستوى الحالة الصحية.	67
163	نتائج اختبار كاي تربيع بين الحالة الزوجية و الحالة الصحية.	68
163	توزيع الأشخاص المسنين حسب الحالة الزوجية والحالة الصحية.	69
164	نتائج اختبار كاي تربيع بين متغير الحالة الزوجية و متغير الحالة الصحية.	70

164	توزيع الأشخاص المسنين حسب قطاع السكن و الحالة الصحية.	71
164	نتائج اختبار كاي تربيع بين متغير قطاع السكن ومتغير الحالة الصحية.	72
165	عدد الملاحظات و القيم المفقودة للاختبار	73
165	توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و الحالة الصحية.	74
166	نتائج اختبار كاي تربيع لمتغير مؤشر الثروة ومتغير الحالة الصحية.	75

## قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
37	المدة اللازمة للانتقال من نسبة 10 % إلى 20 % للأشخاص المسنين حسب تقدير منظمة الصحة العالمية	01
45	مستوى الشيخوخة بين مختلف مناطق العالم	02
48	تطور الفرق في أمل الحياة بين الجنسين في بعض الدول المصنعة منذ سنة 1950	03
56	الهرم السكاني لتعداد 1966 لسكان الجزائر	04
56	الهرم السكاني لتعداد 1977	05
57	الهرم السكاني لتعداد 1987 و 1998	06
59	الهرم السكان لتعداد 1998 و 2008	07
59	الهرم السكاني لتعداد 2008 و سنة 2014	08
62	تطورات الفئات العمرية الكبرى لسكان الجزائر (1966-2014)	09
64	تطور معدل الوفيات الخام % للجزائر	10
65	منحنى الأحياء لسنتي 1977-2014	11
66	تطورات أمل الحياة عند الولادة (1966-2014)	12
67	تطورات المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر (1966-2014)	13
78	تطور أمل الحياة للأعمار الكبيرة في الجزائر (1977-2014)	14
81	منحنى التشتت بين متغير نسبة سكان 60 + و متغير أمل الحياة عند الولادة.	15
84	منحنى التشتت لمتغير نسبة 60+ و متغير نسبة سكان (0-19).	16
92	توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب قطاع السكن والمنطقة الجغرافية.	17
96	توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب الجنس و صلة القرابة مع رب العائلة (مسح 2012-2013).	18

100	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب الحالة المهنية في آخر شهر، الجنس و قطاع السكن.	19
103	توزيع الأشخاص المسنين العاملين حسب نشاط عملهم و القطاع السكني.	20
104	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين العاملين حسب قطاع السكن و قطاع نشاطهم.	21
104	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين العاملين حسب قطاع السكن و وضعيتهم في العمل.	22
105	توزيع الأشخاص المسنين حسب نوع ملكية السكن، الجنس و قطاع السكن.	23
107	توزيع الأشخاص المسنين حسب نوع الوحدة السكنية و قطاع السكن لمسحي 2012.	24
107	توزيع الأشخاص المسنين حسب نوع الوحدة السكنية و قطاع السكن لمسحي 2002.	25
109	توزيع الأشخاص المسنين حسب المادة الأساسية المستعملة لبناء السقف و قطاع السكن.	26
109	توزيع الأشخاص المسنين حسب المادة الأساسية المستعملة لبناء السقف و قطاع السكن.	27
109	توزيع الأشخاص المسنين حسب المادة الأساسية المستعملة لبناء الجدران و قطاع السكن.	28
113	تجهيزات المساكن التي يقيم فيه الأشخاص المسنين (%) حسب قطاع السكن.	29
114	توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب مصدر المياه الصالحة للشرب و قطاع السكن.	30
117	توزيع نسب الأشخاص المسنين الذين يعانون من مرض مزمن حسب الجنس و العمر.	31
118	توزيع النسب للأشخاص المسنين حسب نوع المرض المزمن و الجنس.	32
119	توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب مدة إصابتهم بالمرض .	33
120	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب إصابتهم بمرض مزمن ثاني و حسب الجنس.	34
121	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب نوع المرض المزمن الثاني و حسب الجنس.	35
122	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب شدة الإعاقة و حسب العمر.	36
124	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب نوع الإعاقة و حسب الفئات العمرية.	37
125	توزيع نسب الأشخاص المسنين المصابون بإعاقة حسب سبب إعاقتهم و حسب الفئات العمرية لمسح 2012.	38
126	توزيع نسب الأشخاص المسنين المصابون بإعاقة حسب سبب إعاقتهم و حسب الفئات العمرية لمسح 2002.	39
128	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب عدم قدرتهم الوظيفية و حسب الجنس.	40
128	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب عدد الوظائف التي يعانون منها العجز و حسب الجنس.	41
129	التوزيع النسبي للأشخاص المسنين ذوي الإعاقة حسب سن إصابتهم بها و حسب الجنس.	42

130	نسب المشاركة في النشاطات اليومية للأشخاص المسنين حسب الجنس	43
152	قيم خاصيات المتغيرات على أبعاد التحليل العملي للمراسلات المتعددة.	44

# مقدمة عامة

مقدمة:

في فقرة من كتاب أمل العيش للديمغرافي الفرنسي جاك فيرون جاءت فيها العبارات التالية: "... دعونا لا نغفل عن حقيقة أن العيش لفترة طويلة ليس فقط قضية كل واحد منا على وجه الخصوص، فمجتمعاتنا مترابطة و لاسيما بسبب المكانة التي تتخذها أنظمة التضامن والتبادل. حتى أتمكن من العيش في ظروف مرضية، من المهم و قبل أي شيء أن يقدم لي المجتمع المساعدة من خلال الطب و الضمان الاجتماعي.....الخ. و إن عشت عجوزاً، فيجب أن أكون قادراً على الاعتماد على تضامن الأصغر سناً من الناشطين الذين يخلقون الثروة."<sup>1</sup>

يقصد الكاتب من هذه الجمل أن التقدم في السن لا يخص الشخص المسن وحده، وإنما هو قضية تعني كل جوانب المجتمع من الأنظمة إلى الأفراد. ليوسع معنى الشيخوخة إلى الجانب الاجتماعي والاقتصادي متخطياً معناها المختزل في أنها مجرد مرحلة من مراحل حياة الفرد ليعيشها لوحده، لتتعدى ذلك إلى أن الشخص المسن جزء لا يتجزأ عن المجتمع السكاني الذي ينتمي إليه. الأمر الذي أصبح الشغل الشاغل لمعظم الدول المعاصرة ، خاصة التي تحتوي على نسب مرتفعة من الأشخاص المسنين.

نفس الشيء بالنسبة للأشخاص المسنين في الجزائر، هذه الفئة التي بدأت بالظهور وبشكل واضح من حيث الزيادة في الحجم و العدد في السنوات الأخيرة. نتيجةً لمعايشة الجزائر التحول الديمغرافي الذي بدء في أول الأمر بالانخفاض في مستوى الوفيات بعد الاستقرار الذي عرفه السكان مع نهاية الحرب وخروج الاستعمار الفرنسي، و التحسن في المستوى المعيشي خاصةً بتوفير الوسائل الصحية من مؤسسات وتجهيزات و توفير الأدوية من لقاحات ومضادات للأمراض المعدية والأوبئة، بعد تطبيق المخططات التنموية التي سطرته الحكومة في مرحلة ما بعد الاستقلال أهمها مجانية العلاج و التعليم، التي تلتها مرحلة الانخفاض في مستوى الولادات

<sup>1</sup> - Jacques Veron –l'espérance de vivre (âge, génération et société) – édition du seuil « science ouverte », octobre 2005. Page 14.



نتيجة السياسة السكانية التي انتهجتها البلاد في ثمانينات القرن الماضي، وتأثر السكان بالأزمة الاقتصادية التي مرت بها الجزائر في تلك الفترة من أزمة السكن والبطالة، دون نسيان العوامل الغير مباشرة لهذا الانخفاض منها تعليم المرأة ودخولها إلى عالم الشغل.

بالإضافة إلى الارتفاع الملموس في مستوى معدل الحياة (طول عمر السكان) الذي زاد مستواه من 52 سنة في التعداد الأول (1966) إلى ما يقارب 78 سنة 2018 أي بربح أكثر من 25 سنة إضافية للعيش لدى إجمالي السكان.

هذا كله كان انعكاسه واضحاً على التركيبة السكانية من زيادة الفئة المسنة على حساب الفئة الشابة، وظهور كتلة الفئة النشطة في وسط الهرم السكاني ، الذي بدأ في التقلص من القاعدة والاتساع النسبي في القمة التي تمثل فئة كبار السن. هذه الشريحة من المجتمع التي اختلف شكلها وصورتها من الصورة القديمة المتمثلة في قلة العدد والوفاة في عمر مبكر نوعاً ما مقارنة بالصورة الجديدة لها التي نعيشها في الوقت الحاضر، والاختلاف في شكل الشخص المسن القديم والشخص المسن الذي يعيش في أيامنا هذه، فالستيني لم يعد نفسه ذو الستين سنة في السنوات الماضية فهو يبدو أكثر شباب ونشاط وحيوية عن الشكل القديم.

لتظهر موجة جديدة من الباحثين تحمل إيديولوجيات خاصة بدراسة هذه الشريحة في كل المجالات، منها علم الاجتماع و الديمغرافيا. هذه المجموعة السكانية التي ليست جديدة عن المجتمع الجزائري وإنما شكلها هو الذي تغير من التقليدي المتمثل في الشيخ أو العجوز الكبار في السن المتقاعد في البيت، و حتى أن أهم استثماراتهم في مشوار حياتهم هو إنجاب الأولاد بهدف القيام برعايتهم في آخر أيام حياتهم، إلى المسن النشط الذي لا يقبل في معظم الأحيان البقاء بدون ممارسة أي نشاط ، و حتى أنهم لا يحملون نفس الأفكار القديمة من ثقافة الأولاد هم رأس المال في كبر السن، و إنما راتب التقاعد هو السند الأكبر في هذه السنوات. هذه الاختلافات في الشكل بدت واضحة لكل من يعود بفكره إلى الماضي.

إن هؤلاء الأفراد من المجتمع الجزائري يحملون مميزات خاصة تختلف عن أفراد الفئات الأخرى، ولهم اهتمامات خاصة و تصورات عن كيفية قضاء ما تبقى من سنوات حياتهم، وانشغالات في كيفية تلبية حاجياتهم من كل الجوانب المعيشية منها الصحية، الاقتصادية و الاجتماعية.

من واجب السلطات و المجتمع المحيط بهم اخذ هذه الانشغالات بعين الاعتبار من اجل خلق نوع من المناخ المناسب لجعلهم يحسون بالرضا عن حياتهم و راحتهم النفسية. إلا أن الواقع يظهر عكس ذلك من تجمعات المسنين في الأماكن العامة دون توفر ادني مرافق الترفيهية، فهم لا يجدون حتى مقاعد عامة للجلوس عليها، فالمسؤولية لا تقف عند السلطات و إنما تتعدى إلى الأفراد الذين لا يعرفون أن ما يمر به هؤلاء المسنين سوف يمرون به في المستقبل القريب.

تحمل الشيخوخة في الجزائر الصورة المتشائمة من قبل الأشخاص المسنين و حتى الشباب، و خير دليل على ذلك و صف المتقاعد في الجزائر بالميت القاعد كنوع من الصخرية على أوضاع هذه الفئة المزرية و الفراغ الذي يملأ حياتهم منتظرين الموت. لو خرجت إلى الشارع وطلبت من أي شخص أن يصف لك الشخص المسن في الجزائر سوف يقول لك واصفا إياه بالشخص الجالس في مقعد عمومي في حديقة أو ساحة عامة يحمل جريدة أو يتأمل في المارة، عاكسا الصورة النمطية التي إلتصقت بكبار السن في المجتمع الجزائري الحالي.

لكن الشيخوخة في الجزائر تشكل تناقضا في حد ذاتها فعلى الرغم من الضعف الذي يوصفون به إلا أن هؤلاء المسنين يحملون مسؤولية أسرهم، و لم يستقبلوا و يتقاعدوا عنها حتى بعد خروجهم من حياتهم المهنية.

لهذا من المهم تكثيف الدراسات عن هذه الشريحة التي تشكل تساؤلات عديدة و تناقضات كثيرة في سير و تيرة حياتها و أدوارها الاجتماعية، لتكون مجالا خصبا للدراسة.

# الفصل المنهجي

01-الإشكالية والفرضيات:

إن بروز الأشخاص المسنين في المجتمع هو واقع لا يمكن غض النظر عنه خاصةً بعد التغيرات التي مست الأهرام السكانية للمجتمع الجزائري في الأعوام الأخيرة، من انخفاض في مستويات الخصوبة والوفيات و خاصة زيادة متوسط سنوات العيش بين السكان. كرد فعل لهذا التغير الملموس في شكل المجتمع، ظهور أفكار جديد تدعو للتأقلم مع الوضع و استدراك هذه الفئة قبل فوات الأوان من حيث كيفية التكفل بها ، و وضع حلول لاستيعابها قبل أن تصبح عبئ على المجتمع في السنوات القادمة من باحثين و رجال سياسة و جمعيات المجتمع المدني.

لكن كيف يمكن القيام بذلك دون معرفة هذه الشريحة من المجتمع، بمحاولة الاستفسار عن خصائصها من حيث الشكل والحجم و المستوى الذي وصلت إليه في الوقت الحاضر. وإلى أي مستوى وصلت إليه وضعية الشيخوخة في الديمغرافية الجزائري؟.

يبقى لسكان هذه الشريحة مميزات خاصة بهم من أهمها هو أنهم ليسوا مجموعة متجانسة، تكمن اختلافاتهم في مميزاتهم كأى شريحة أخرى من شرائح المجتمع منها الجانب السوسيو ديمغرافية الذي يحتوي على متغيرات تحصر الوسط الطبيعي والاجتماعي ، بالإضافة إلى الجانب الاقتصادي و الحالة الصحية، فكيف يتوزع الأشخاص المسنون حسب متغيرات كل هذه الجوانب؟.

لكن بالنظر إلى الأشخاص المسنين من حيث الظروف المعيشية المحيطة بهم و حالتهم الصحية يلاحظ اختلاف فيما بينهم إذ لا يعيش هؤلاء الأشخاص في نفس الظروف مما يدفع إلى التساؤل عن سبب هذا الاختلاف الموجود فيما بينهم وهل للبيئة السوسيو ديمغرافي المحيطة بهم وزن في هذا الاختلاف المعاش في المجتمع الجزائري؟.

لتكون إجابة كل تساؤل تمهيداً للتساؤل الذي يليه، و التدرج عبر التساؤل الأول و الثاني للوصول إلى التساؤل الثالث الذي يجسد الإشكالية الرئيسية، مما يسمح بتسلسل أفكار هذه الدراسة.

لوضع إجابات مؤقتة أو نظرية لهذه التساؤلات يستوجب الأمر طرح فرضيات خاصة بكل إشكال، والتي تحتل الصواب كما تحتل الخطأ. هذا من خلال الملاحظة و الواقع المعاش من تطورات للمجتمع الجزائري ، فيمكن القول أن ملامح ظاهرة الشيخوخة قد بدأت في الظهور في مجتمعنا الحاضر مما يلاحظ في الحياة اليومية من الوجود الكثيف للأشخاص المسنين في بعض الأماكن العامة منها مراكز البريد، المساحات الخضراء أو المساحات العمومية.

بعد مرور الجزائر بالمرحلة الثالثة للتحوّل الديمغرافي كما سبق الذكر، و لو بقيت على نفس هذه الوتيرة التي تعرفها الحركة السكانية ، فإنها ستعاني في المستقبل القريب نفس مستوى نموذج الشيخوخة الديمغرافية التي تعيشها معظم الدول المتطورة، التي مرت بنفس النموذج الديمغرافي الذي تعيشه الجزائر في الوقت الحالي وخاصةً دول أوروبا الغربية وفرنسا خير مثال على ذلك، من سرعة في زيادة حجم الأشخاص المسنين.

الذين يعتبرون بحد ذاتهم كشريحة لها مميزات الخاصة بها عن الشرائح السكانية الأخرى ، والتي تختلف عن مميزات الفئة الشابة و النشطة، من حيث المميزات السوسيو ديمغرافية من التركيبية حسب العمر والجنس، الحالة الزوجية، المستوى التعليمي، .....الخ. والحالة الصحية من الأمراض المزمنة الخاصة بهذه الأعمار والقدرة الوظيفية للشخص المسن على ممارسة بعض النشاطات الأساسية في الحياة اليومية، والظروف المعيشية من الدخل و ظروف السكن...الخ.

لكل من هذه الجوانب المتغيرات الخاصة به و علاقتها مع الجانب الأخر. فللمتغيرات الديمغرافية و الاجتماعية علاقة مع المتغيرات الخاصة بالظروف المعيشية والصحية لكبار

السن، فمن المعروف أنه كلما زاد تقدم الشخص في السن كلما زادت معه مشاكله الصحية والمعيشية، وكما تتغير هذه المشاكل حسب الجنس من الرجال إلى النساء، وكذلك حسب الحالة الزوجية للفرد فالمستوى يختلف بين المتزوج والأعزب إلى المطلق أو الأرملة.

بالإضافة إلى التركيبة الأسرية، فكبير السن الذي يعيش في أسرة متعددة أو جماعية لا يكون مستواه في اغلب الأحيان نفس مستوى الذي يعيش في الأسرة النووية أو ذات الفرد الواحد، وهذا باختلاف درجة الرعاية من قبل الآخرين و إلى آخره من المتغيرات الخاصة بهذا المجال.

من هنا يلاحظ أن للبيئة الديمغرافية و الاجتماعية للأشخاص المسنين تأثير كبير على ظروفهم الصحية و المعيشية.

## 02-أهداف الدراسة:

تتمحور أهداف هذه الدراسة في ثلاث نقاط مسطرة للإجابة على الثلاث تساؤلات الخاصة بهذا العمل و المقسمة كما يلي:

1- معرفة الشيخوخة الديمغرافية أو السكانية في البحث عن تطوراتها و أسبابها، و المستوى الذي وصلت إليه في الجزائر.

2- إعطاء صورة واضحة عن الأشخاص المسنين في الجزائر، بالبحث والتفحص للتقرب أكثر من كبار السن، لمعرفة الوضعية التي تحيط بهم و تطوراتها، بالإضافة إلى إبراز أهم المميزات التي تخص هذه الفئة من السكان على الفئات السكانية الأخرى، وذلك بإعطاء نظرة واضحة عن المميزات الخاصة أو المنحصرة في نطاق موضوع الدراسة من المميزات الديمغرافية الاجتماعية، الحالة الصحية و الظروف المعيشية.

3- معرفة مدى تأثير المميزات السوسيو ديمغرافية على الظروف المعيشية للأشخاص المسنين في الجزائر من مادية إلى صحية، و العلاقة الرابطة بينها من ميزة مؤثرة وميزة متأثرة بالأخرى.

### 03-منهج الدراسة:

تحاول هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات السالفة الذكر و الوصول إلى الأهداف المرجوة منها، فلا يكون ذلك إلا بالاستعانة بالمنهج الوصفي الكمي (الإحصائي) والتحليلي، الذي يسمح بوصف وتحليل الظروف المحيطة بالشريحة المراد دراستها. وهذا باستخدام الطرق الحسابية الرياضية والإحصائية ليكون لها تفسير علمي ومنطقي، ببلورة المتغيرات الخاصة بالدراسة منها التركيبية السكانية حسب العمر والجنس في الجزائر عن طريق العدد و النسب و العمر المتوسط، والمؤشرات الخاصة بقياس الشيخوخة بغرض إعطاء فكرة عامة عن مستوى الشيخوخة في الجزائر .

أما في التفصيل فتستعمل المتغيرات التابعة لخصائص الأشخاص المسنين سواء كان من الجانب السوسيوديمغرافي أو الظروف المعيشية منها :

-المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية( العمر ، الجنس، الحالة الزوجية ، المستوى التعليمي، التركيبية الأسرية...الخ)، والمتغيرات الخاصة بالظروف المعيشية(الدخل، مميزات السكن...الخ)، بالإضافة إلى الحالة الصحية من أمراض مزمنة و إعاقة .

ذلك بمحاولة إعطاء وصف لتوزيع الأفراد حسب هذه المتغيرات بجدول التوزيع ورسوماتها البيانية، والربط بين هذه المتغيرات بمعرفة العلاقة التي تربط بينها ببعض المؤشرات والاختبارات الإحصائية الخاصة بنوعية هذه المتغيرات.

04-مصادر الدراسة وصعوباتها:

إن المصدر الأول و الرئيسي لكل دراسة في مجال الديمغرافيا هو الديوان الوطني للإحصائيات، الذي يعتبر مركزاً لجمع المعطيات الإحصائية عن السكان من اجل تموين وإثراء الدراسات الخاصة بالسكان لمختلف المجالات، هذا باستخدام مختلف المجموعات الإحصائية الصادرة عن هذا الديوان.

في ما يخص هذه الدراسة تم الاستناد على كل من:

-معطيات التركيبات السكانية للتعدادات العامة الخمس التي قامت بها الجزائر منذ الاستقلال، و النشرات الإحصائية الصادرة سنوياً حول الحركة السكانية من الحالة المدنية.

أما الفئة السكانية الخاصة بهذه الدراسة المتمثلة في الأشخاص المسنين، و على الرغم من قلة الدراسات الرسمية الموجهة لهذه الفئة من السكان لم تتعدى سوى الدراستين الرسميتين الوحيدتين التي قامت بدراسة الأشخاص المسنين في الجزائر هما:

1-مسح الهجرة لسنة 1976 من طرف الجمعية الجزائرية للدراسة الديمغرافية، الاقتصادية والاجتماعية<sup>2</sup>، وهذا من خلال مرجعه المعنون ب الأشخاص المسنين و ظروف الشيخوخة في الجزائر. الذي قام بنشره المعهد الوطني للدراسات و التحاليل الخاصة بالتخطيط<sup>3</sup>. الذي كان مخصص لدراسة الهجرة الداخلية في الجزائر.

2-مسح سنة 2002 لصحة الأسرة الذي خصص باب كامل لدراسة الفئة المسنة في الجزائر، مُعنوناً هذا الباب ب الأشخاص المسنين في الجزائر واقع وآفاق.

<sup>2</sup> - A.A.R.D.E.S

<sup>3</sup> -INEAP -



لكن تبقى معطيات هذه الدراسات قديمة ولا يمكن الاستناد عليها لإجراء هذه الدراسة ولا الاعتماد على معطياتها إلا بغرض المقارنة مع المعطيات الحالية.

لهذا تم الاستناد و بشكل أساسي على مسح الصحة المتعدد المؤشرات الرابع لسنة 2012 ، وهذا باستخدام قاعدة معطياته الخام المفرغة على برنامج SPSS وإعادة بلورتها لتكون جاهزة لتحقيق أهداف هذه الدراسة .

ولإعطاء صورة عن النشاطات اليومية للأشخاص المسنين في الجزائر فقد تم اللجوء إلى معطيات التقرير النهائي الخاص بال مسح الوطني لاستخدام الوقت الأول في الجزائر لسنة 2012، من خلال جداول التوزيع النسبية للمتغيرات في تقريره، للمحاولة قدر الإمكان الحصول على أكبر قدر ممكن من المعطيات الخاصة بحياة و روتين الشخص المسن اليومية في المجتمع الجزائري.

#### 05-طريقة استخدام معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الرابع لسنة 2012-2013:

تعتبر المُسحات الموجهة للأسر المعيشية ثالث أهم المصادر الإحصائية الاجتماعية و الديمغرافية في معظم دول العالم مثل مُسحات الصحة و العمل، بعد الإحصاءات العامة للسكان التي تحتل المركز الأول كمصدر لجمع المعطيات الخاصة بالسكان، إلا أنها تقام في مجال زمني طويل نوعا ما من التعداد إلى الأخر مثل ما هو الحال في الجزائر التي تقيم إحصاءا عاما لسكانها كل عشر سنوات ، إضافة إلى مصدر السجلات الإدارية أهمها سجلات الحالة المدنية التي تأخذ المركز الثاني كمصدر للمعطيات الإحصائية.

لهذا تم الاستناد على مسح الصحة الرابع المتعدد المؤشرات الذي أقيم في الجزائر سنة 2012، من خلال قاعدة بياناته الخام التي يمكن الحصول عليها من موقع المسحات الصحية المقامة في دول العالم بدعم من هيئة الأمم المتحدة ، و وطنيا يمكن طلبه من مصالح الديوان الوطني للإحصائيات أو وزارة الصحة.

تم جمع قاعدة بيانات هذا المسح من الاستثمارات الخاصة به و المتمثلة في ثلاث استثمارات و هي:

1. الاستثمار الموجهة إلى أفراد الأسرة المعيشية و مميزات السكن.
2. الاستثمار الموجهة إلى المرأة في سن (0-15) سنة.
3. الاستثمار الخاصة بالأطفال الأقل من خمس سنوات.

بعد أن تم إفراغها في خمس ملفات من نوع spss وهي

1. ملف المرأة في سن الإنجاب .
2. ملف الوفيات العامة.
3. ملف أفراد الأسرة المعيشية.
4. ملف مميزات الأسرة المعيشية.
5. ملف الأطفال ذوي سن اقل من 5 سنوات.

لكن من المثير للتساؤل أن كل المسحات الصحية الأربعة للجزائر الهدف الرئيسي منها هو دراسة صحة الأمومة والطفولة. إلا انه من الممكن استخدام معطياتها لعدة دراسات أخرى إذا توفرت فيها مجموعة مهمة من المتغيرات المراد توفيرها لهذه الدراسات مثل الزواج ،الوفيات والظروف المعيشية لكل الفئات السكانية ، بالإضافة إلى الحجم الكبير و المغري للعينة الذي من الصعب الحصول عليه من بحث ميداني يقوم به فرد واحد كطالب دكتوراه أو ماجستير .

كما هو الحال في هذه الدراسة الخاصة بالأشخاص المسنين ، على الرغم من انه لم تخصص استمارة بهذه الفئة في مسح 2002 ، عكس مسح 2012، إلا انه من الممكن اخذ هذه المعطيات من بعض ملفاته والمتمثلة في ملفين هما:

1- ملف خاص بأفراد الأسرة المعيشية .

2- الملف الخاص بمميزات السكن .

مما يسمح بجمع كم كاف من المتغيرات الخاصة بالظروف المعيشية و المميزات السوسيو ديمغرافية، بإتباع بعض الخطوات في استخدام أدوات البرنامج الإحصائي الخاص spss .

فالعلمية المستعملة لجمع هذه المعطيات تتم في خطوتين هما:

### الخطوة الأولى:

تتم هذه الخطوة في كيفية تكييف الملف الأول ألا و هو ملف الأسرة المعيشية حسب متطلبات أهداف الدراسة أو الوحدات المستهدفة من قبلها.

يتم الدخول إلى ملف الأسرة المعيشية الذي يحتوي على مميزات أفراد الأسرة أي كل وحدات عينة المسح المتمثلة في 147471 فرد من كل الأعمار، لكن بما انه الفئة التي ستكون محور الدراسة هي فئة من 60 سنة وما فوق، الأمر الذي يدفع إلى عملية فرز بين الأعمار باستخدام البرنامج الإحصائي لانتقاء الوحدات حسب ميزة السن كخطوة أولى، يتم إعطاء أمر الانتقاء باستخدام شرط أن تكون الوحدات من 60 سنة وما فوق بالصيغة الرياضية التالية  $60 \leq$  لمتغير العمر، و أمر ثاني هو مسح كل الملاحظات أو الوحدات التي لا تنطبق عليها الصيغة الرياضية المشروطة في الانتقاء.

لتكون النتيجة ملف جديد يحتوي على المعطيات السوسيو ديمغرافية و الصحية و العمل لـ 13671 شخص مسن موزعين حسب الجنس كما يلي 7166 رجال و 6505 نساء، من الملاحظ أن عدد الرجال يفوق نظيره عند النساء لكن هذا لا يوافق توزيع السكان الطبيعي في هذه الأعمار، ربما هذا لان المسح ليس موجه إلى هذه الفئة من السكان بالتحديد، و باستخدام

معامل الترجيح<sup>4</sup> الموجود في الملف على شكل متغير محسوب من قبل المختصين في علاج معطيات هذا المسح تحت اسم وزن العينة في الأسرة المعيشية باللغة الانجليزية (household sample weight)، الذي تم حسابه باستخدام التركيبة السكانية للجزائر في 31 ديسمبر 2012 المقدر من آخر تعداد سكاني للجزائر (لسنة 2008) و معطيات الحالة المدنية عن طريق الديوان الوطني للإحصائيات<sup>5</sup>، ليكون عدد الأشخاص المسنين بعد ترجيح معطيات الملف إلى 12048 شخص مسن منهم 6019 رجال و 6029 نساء (49.1% للرجال ، 50.9 % للنساء) تقريبا نفس النسب المحسوبة من معطيات التركيبة السكانية للجزائر لسنة 2012 من الحالة المدنية، بهذا تم انتقاء الوحدات الخاصة بالدراسة، لكن تبقى مميزات السكن ناقصة والتي تعطي دورها نظرة عن المستوى السوسيو اقتصادي و المعيشي للشخص المسن مما يستوجب القيام بخطوة ثانية .

### الخطوة الثانية:

الهدف من الانتقال إلى الخطوة الثانية هو محاولة الحصول على ملف كامل يحتوي على كل مميزات الأشخاص المسنين لهذا المسح، ولا يكون ذلك إلا بدمج ملف أفراد الأسرة المعيشية الذي تم انتقاء أفراد حسب السن (60 سنة وأكثر) باستخدام برنامج spss و ملف الأسرة المعيشية (الخاص بمميزات السكن) هذا عن طريق عملية الدمج بين الملفين، التي لها نوعين من الدمج الأول دمج بين ملفين بإضافة الوحدات أو الأفراد (ملاحظات) و الثاني الدمج بإضافة المتغيرات ، في هذه الحالة من الدمج يتم بإضافة المتغيرات من ملف الأسرة المعيشية(تجهيزات السكن) إلى ملف أفراد الأسرة.

عموما فملف الأفراد أو الوحدات يكون دائما اكبر من حيث الحجم عن ملف الأسرة المعيشية، بما انه تم استخراج مجموعة من الأفراد من نفس الأسرة المعيشية، لهذا في هذه العملية يتم أمر

<sup>4</sup> -coefficient de pondération.

<sup>5</sup> -Rapport final, Enquête par grappes à Indicateurs Multiple (MICS) 2012-2013, Algérie , page 41 .

برنامج spss ليأخذ ملف الأسرة المعيشية كجدول مرجعي أو مصدر للمتغيرات (table de consultation)، ليتم نقل المتغيرات منه إلى ملف أفراد الأسرة الذي تم انتقاء أفرادها حسب السن كخطوة أولى، ولا تتم هذه العملية إلا بأخذ المتغير أو المتغيرات المشتركة بين الملفين، التي تبرزها مباشرةً النافذة التي تأتي بعد طلب عملية الدمج و اختيار ميزة إضافة المتغيرات في البرنامج الإلكتروني، ففي هذه الحالة قد تم اختيار كل من متغير رقم الأسرة المعيشية و متغير رقم العنقود أو المقاطعة عن باقي المتغيرات المشتركة كمتغيرين تتم عن طريقهما عملية الدمج، بعد أن تم أمر البرنامج الإلكتروني بترتيب الملفين ترتيباً تصاعدياً حسب هاذين المتغيرين، لتتم عملية الدمج و الحصول على ملف العمل النهائي بإضافة متغيرات جديدة (خصائص المسكن خاصةً) لملف أفراد الأسرة . للتأكد من نجاح عملية الدمج تم قبل القيام بها تغيير ترميز بعض المتغيرات المشتركة بين الملفين لكي لا يتم إقصائها في آخر عملية الدمج، لان البرنامج يقوم بإقصاء كل المتغيرات المشتركة بين الملفين ولا يحتفظ إلا بمعطيات المتغير المشتركة لملف واحد فقط لتجنب التكرار. بعد وضع المتغيرات المشتركة المعادة الترميز في جداول متقاطعة مع نفسها أعطت نتائج لنجاح عملية الدمج هذا ما يبينه الملحق رقم (01-02)، و للتأكد من عملية الدمج تم مراجعة تكرارات بعض المتغيرات التي أدت إلى عدم وجود قيم مفقودة في معطيات المتغيرات الجديدة مثل نتيجة نجاح ملاً الاستمارة الخاصة بالأسرة المعيشية التي تم نقل متغيراتها إلى ملف أفراد الأسرة بنسبة 100% بدون قيم مفقودة (ملحق رقم (03)). ومنه يصبح الملف الجديد الناتج عن الخطوتين السابقين صالح للعمل و لتحقيق أهداف الدراسة.

### 06-حدود الدراسة:

للقيام بأي دراسة يبقى الباحث ملزم بحدود معينة تكون خاصة بهذه الدراسة عن دونها من الدراسات الأخرى. هذا باحترام أبعادها الزمنية والمكانية والأهداف المسطرة للوصول إليها و لا يجب أن تتعدى هذه الحدود كي لا تضع قيمة العمل.

فيما يخص موضوع الدراسة المبني على دراسة الظروف المعيشية للأشخاص المسنين و البيئة السوسيو ديمغرافية المحيطة بهم في الجزائر، باستخدام معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة (2012-2013)، مما يحدد الإطار الزمني والمكاني للدراسة .

لتكون وحدات الدراسة هم الأشخاص المسنين في الحدود العمرية من 60 سنة فأكثر. و المتغيرات المستخدمة في إطار موضوع هذه الدراسة، التي انقسمت إلى قسمين المتغيرات الخاصة بالظروف المعيشية و المتغيرات الخاصة بالحالة الصحية بالإضافة إلى المتغيرات الخاصة بالميزات الاجتماعية و الديمغرافية.

### 07-الدراسات السابقة:

تعددت الدراسات التي اهتمت بهذا الموضوع نظرا لأهمية الظاهرة باعتبارها من أجدد الظواهر الخاصة بالمجتمعات المعاصرة وأهمية الأشخاص المسنين كشريحة من شرائح المجتمع.

✓ من أقدم الدراسات الصادرة عن الهيئات الرسمية و الأولى من نوعها خاصة من حيث الطابع الاجتماعي و الديمغرافي في الجزائر عن الجمعية الجزائرية للبحث الديمغرافي ، الاقتصادي و الاجتماعي (AARDES) المنجزة باللغة الفرنسية بعنوان:الأشخاص المسنون و ظروف الشيخوخة في الجزائر<sup>6</sup> . أقيمت هذه الدراسة من قبل بن خليل رشيدة في ماي 1982، استمدت معلوماتها من قاعدة معطيات تعدادي 1966 و 1977 بالإضافة إلى مسح الهجرة الداخلية للجزائر لسنة 1976. تطرقت إلى المميزات السوسيو ديمغرافية للأشخاص المسنين و الظروف المعيشية من حالة اقتصادية كذلك لنفس الشريحة في المجتمع الجزائري آنذاك، ودور الشخص المسن داخل الأسرة. توصلت هذه الدراسة على انه مع بداية التطورات الطارئة على المجتمع الجزائري إلا أن

<sup>6</sup> - Les personnes âgées et conditions de la vieillesse en Algérie.

الأسرة تبقى هي الداعم الأول والرئيسي للأشخاص المسنين، ومع بداية تحول شكل الأسرة الجزائرية المرتبطة بالتحضر تدفع إلى تناقص في هذه العلاقة بين المسن وأسرته. ✓ التقرير النهائي لمسح صحة الأسرة لسنة 2002 للجزائر المنجز بالتعاون بين الديوان الوطني للإحصائيات و وزاره الصحة وإصلاح المستشفيات ورابطة الدول العربية، باعتباره المسح الوحيد الذي خصص استمارة للأشخاص المسنين في الجزائر و قسم كامل من نتائج التقرير النهائي للمسح بعنوان "الأشخاص المسنون في الجزائر، واقع و آفاق"<sup>7</sup>، من إعداد حسان صابر و عمر والي جوان 2007.

قدمت فيه دراسة للمميزات السوسيو ديمغرافية والسوسيو اقتصادية لهذه الشريحة، و ركز على الحالة الصحية و النفسية للأشخاص المسنين .

من أهم ما استخلص من نتائج الدراسة هو أن كبار السن يعيشون في ظروف جيد في أسرهم و يلعبون دورا مهما داخل الخلية الأسرية فمعظمهم أرباب عائلات بكل ما تعنيه العبارة من مسؤولية من قرارات اقتصادية و أسرية، كما يعيشون محاطون جيدا من أقاربهم و أصدقائهم و حتى الجيران الذين يعتبرون الاهتمام بالشخص المسن هو واجبا و ليس عبأ .

من الناحية الصحية فمن أهم الأمراض التي يعاني منها كبار السن في الجزائر مرض الضغط الدموي، أمراض المفاصل، مشاكل الهضم و السكري. من أهم المشاكل التي تحد من نشاطهم حسب الأهمية هي ضعف النظر، عدم القدرة على الحركة و اضطرابات السمع.

لذا يرى الباحثون انه على المجتمع إيجاد الوسائل اللازمة للحفاظ عليهم و احترامهم و توفير كل المساعدة التي يستحقونها، فيما يخص الصحة فالتحدي كبير لي طرح مشكل إعادة هيكلة الخدمات الصحية بتكوين فئة جديدة مختصة لتكون قادرة للاستجابة لحاجيات هذه الشريحة

<sup>7</sup> - Les personnes âgées en Algérie, réalités et perspectives.

من المجتمع ، كما يجب مساعدة الأسر التي ينتمون إليها لتسهيل عملية تكفلهم بكبارهم في السن .

كما أصدرت أعداد كاملة لدراسة هذه الفئة من المجالات العلمية منها التي تصدر عن مركز البحث في الانتروبولوجيا الاجتماعية و الثقافية - وهران .

- عدد من مجموعة إصدارات المجلة التابعة للبرامج الوطنية للبحث (PNR) رقم 31 لعام 2014 التي تنتمي لبرنامج السكان و المجتمع. الصادرة باللغة الفرنسية تحت عنوان " كبار السن في الجزائر: ديناميكية وعصرية.<sup>8</sup>

إن المقالات التابعة لهذا العدد اهتمت بالجانب الاجتماعي و الديمغرافي و الاقتصادي للأشخاص المسنين في الجزائر، اعتمد هذا القسم على معطيات مسح صحة الأسرة للجزائر لسنة 2002، و فصل خاص بظروف حياة الأشخاص المسنين داخل الأسرة الجزائرية . توصلت هذه الدراسة إلى أن الجزائر كدولة سائرة في طريق النمو و بعد مرورها بالتحول في حركتها السكانية التي سوف ينتج عنها ظاهرة الشيخوخة في سكانها في المستقبل القريب، فعلى السلطات أن تأخذ هذه الفئة بعين الاعتبار.

فيما يخص المميزات الخاصة بالأشخاص المسنين ، فقد تميزت النساء بالأكثر ضعف وهشاشة من الرجال صحياً، وان المشاكل الصحية تزداد حدة بعد سن الـ 75 سنة.

و أن الشخص المسن يعيش محاطاً بإفراد أسرته حتى آخر أيامه لذا يجب النظر في إنشاء مراكز استقبال في النهار، كحل لهؤلاء الأشخاص خاصة الذين يحتاجون لرعاية خاصة مع دخول المرأة لعالم الشغل.

محاولة إدماج هذه الشريحة في المجتمع بتطبيق النقاط التالية:

<sup>8</sup> - POPULATION AGÉE EN ALGERIE : DYNAMIQUE ET TENDANCE.



كل شخص مسن له الحق في الاستفادة بنوعية جيدة من الحياة وتوفير نظام صحي يرضي حاجياتهم، و الرعاية الجيدة لكبار السن في منازلهم و دور الرعاية.

تقوية التضامن بين الأجيال خاصة بعد التزايد المستمر في حجم فئة كبار السن في الجزائر الظاهرة التي سوف تخلق مشاكل بينهم و بين الشباب.

أعطاء أولوية للحقوق الاجتماعية للأشخاص الذين ينتمون إلى دور المسنين.

-بالإضافة إلى مجلة إنسانيات التابعة لنفس المصدر السابق في عددها المزدوج رقم 72-73 لافريل و سبتمبر 2016 المعنون بـ «الأشخاص المسنون بين ضفتي المتوسط: أي مصير؟»

تحتوي مقالات لمجموعة من الباحثين تحمل الطابع النفسي ، الاجتماعي والانتروبولوجي للأشخاص المسنين في الجزائر و المسنين المهاجرين .اعتمد فيه هؤلاء الباحثين على منهج جمع المعلومة عن طريق المقابلة لحالات خاصة بالدراسة و محاولة تحليل نتائجها .

إذ تطرق محتوى هذه المقالات إلى جانبين مهمين لدراسة كبار السن الأول تمثل في دراسة تطور مكانة الشخص المسن داخل الأسرة و الثاني في العلاقة التي تربط بين الأجيال لنوعين من كبار السن الذين يعيشون في الجزائر والمغتربين.

1-المقال الأول لبدره ميموني " العائلة و المسنون أمام تحولات الحوانة" الذي تطرق إلى العيش المشترك بين الأبناء المتزوجين و آبائهم في منزل واحد و تحليل مآل هذا النوع من المنظومة العائلية في الجزائر و تطور مكانة وضعية الآباء الكبار بها. بتسليط الضوء على العلاقة بين الأم و زوجة الابن.

تبين أن الحاجة إلى الحفاظ على الأبناء هو ذو نزعة أنثوية فالأمهات ليس لهن أي انشغالات أخرى إلا أبنائهم الذين كرسن لهم حياتهن، فمن الصب تركهم ليستقلون مع زوجاتهم

مما يخلق نوع من الخلاف بين الأم والزوجة، التغيير في دور المسيطر بين الطرفين فالأمهات مع زيادة مدة متوسط العمر أصبح لهن اهتمامات أخرى مع تطور المجتمع و زوجات الأبناء لم تعدن بنفس الطاعة و الخضوع كسابق العهد من أجيال سابقة.

2- في نفس سياق موضوع كبار السن في الجزائر تطرقت خديجة كبداني في مقالها المعنون بـ"الشيخوخة في الجزائر : مقارنة سوسيو ثقافية " في دراسة أخذت فيها تقنية سيرة الحياة لمجموعة من المسنون و مجموعة من الشباب للتعرف على واقع هذه الفئة من المجتمع و طريقة معيشتها. لتستنتج أن الشيخوخة لا تعني آخر العمر بل صيرورة طبيعية وخبرة يكتسبها الفرد عبر مراحل حياته، لهذا أصبحت الشيخوخة تعني الحكمة و القدرة على تسيير كل الوضعيات.

3- أثار مقال الأستاذ مصطفى ميموني التساؤلات عن وضع الشخص بعد التقاعد هذا ما ظهر في العنوان " تقاعد أم انسحاب، استراحة أم وحدانية؟" بدراسة كيفية مبنية على المقابلات لأساتذة متقاعدين بمستغانم، تبين من خلالها أن المتقاعدين لا يشكلون كلاً متجانساً، وأهم النتائج أن التقاعد ليس انسحاباً من الحياة و ليس تخلياً مهنياً فاعلم المتقاعدين يقومون بمشاريع ذات طابع ربحي أو تطوعي.

بالنسبة للنمط الآخر من الأشخاص المسنين المتمثل في كبار السن المغتربين الذين يعيشون اختلاف بين ثقافتين، ثقافة المجتمع الذي يعيشون فيه الثقافة الأوربية وثقافة المجتمع الذي ينتمون إليه، الأمر الذي انعكس على وضعيتهم و دورهم في أسرهم المختلطة الثقافات.

كما وضحه كل من مقالي تاسعديت ياسين " أوهام، هجرة واكتئاب حالات نساء مسنات بضواحي باريس" ، بوصفهن نتاجاً لما يسمى بالهجرة التقليدية ، و تحليلاً لعلاقتهم بأبنائهن. ليتبين أن هؤلاء النسوة و كأنهن رهينات التواجد بين عالمين مختلفين لا تمثل اللغة العائق

الوحيد للتواصل مع الأجيال، فهن مدعوات إلى مواجهة تغيرات أنماط تفكير الشباب اتجاه كبار السن.

نفس الفكرة تبلورت في مقال حليلة بلهندوز " بعض الأسباب و الآثار للغياب المزدوج للعمر الثالث للهجرة الجزائرية بفرنسا : تحول الشيخ إلى شيباني، بتحليل العلاقة بين الوالدين والأبناء بين الثقافة الرسمية للدولة و ثقافة الأسرة الضمنية، التي تدفع إلى تفكك في العلاقة بين الأجيال القديمة والأجيال الجديدة.

بالإضافة إلى مجموعة مهمة من الأطروحات التي تناولت هذا الموضوع والتي تناولت العديد من الجوانب لدراسة هذه الشريحة منها الجانب الاقتصادي ، الصحي النفسي ، الاجتماعي و التكفل الاجتماعي بهم، و دراسة فئة المسنين في المقيمين في دور العجزة.

### 08-محتوى الدراسة:

تحتوي الدراسة على خمسة فصول حسب الترتيب التالي:

بعد الفصل المنهجي الذي تم فيه تحديد تساؤلات الدراسة وفرضياتها، وكل خطوات منهجية الدراسة علمية، إضافة إلى كيفية جمع معطياتها من تكريس معطيات مسح الصحة الرابع الخام و بلورتها للإجابة على تساؤلات الدراسة و تحقيق أهدافها باقتناء المتغيرات الخاصة بها.

**الفصل الأول:** محتوى هذا الفصل يحمل الجانب النظري للشيخوخة من أول النظريات النفسية الاجتماعية للشيخوخة، المتمثلة في النظريات الثلاث الأساسية لتفسير الشيخوخة من الناحية الوظيفية(نظرية النشاط، فك الارتباط ونظرية الاستمرارية) مع إضافة نظرية الصراع باعتبار تحمل نفس الطابع بالدراسة الوظيفية للأشخاص المسنين. إعطاء لمحة عن مفهوم الشيخوخة الديمغرافية و عن نسبية اختيار حدود العمر في دراسة الشيخوخة و تعليل اختيار سن 60 سنة

وأكثر كحد لبداية عمر وحدات الدراسة. مع اعطاء نظرة عامة عن مستوى الشيخوخة بين بلدان العالم.

**الفصل الثاني:** انقسم محتوى هذا الفصل إلى شقين، الأول الانتقالية الديمغرافية ومراحلها في الجزائر عن طريق الأهرام السكانية وتطوراتها عبر الزمن، كتمهيد للدخول في دراسة وضعية الشيخوخة في الجزائر، و كجزء ثاني لهذا الفصل بمحاولة معرفة التطورات و المستوى الذي آلت إليه الشيخوخة الديمغرافية في المجتمع الجزائري، ومعرفة العوامل المتسببة في هذه الظاهرة.

**الفصل الثالث:** احتوى هذا الفصل على دراسة مفصلة لمميزات الأشخاص المسنين في الجزائر حسب معطيات مسح الصحة الرابع للجزائر، تمثلت هذه المميزات في المميزات الديمغرافية، السوسيو اقتصادية و الصحية. إضافة إلى نشاطات الأشخاص المسنين التي تم استخراج معطياتها من تقرير مسح استعمال الزمن لسكان الجزائر لسنة 2012.

### الفصل الرابع:

الهدف من هذا الفصل هو إعطاء دراسة وصفية تحليلية لمجموعة الأشخاص المسنين الخاصة بالدراسة، باستخدام المتغيرات سوسيو ديمغرافية و مستوى تأثيرها على كل من الجانب المعيشي والصحي لهذه الشريحة، باستعمال أساليب إحصائية لهذا النوع من المتغيرات و خلق متغير يمثل المستوى المعيشي و آخر يمثل الحالة الصحية، والعلاقة التي تربط بينهما وبين المتغيرات السوسيو ديمغرافية.

بضم كل فصل من الفصول الثلاث الأخيرة هدف من أهداف الدراسة، وانفراد كل فصل بالإجابة على تساؤل من التساؤلات الثلاثة المطروحة في الدراسة.

## 09-تحديد المفاهيم:

لأي دراسة أو بحث علمي مفاهيمه الخاصة به و بمحتواه، ولهذا فمن المستحسن أن يكون للبحث جانب مخصص لتحديد المفاهيم و توضيحها بطريقة أكثر استيعاباً لتكون الدراسة في متناول القارئ، ولهذا الهدف خصص هذا الجزء لتحديد المفاهيم و تعريفها من قبل بعض المختصين ، إذ تبدأها بالموضوع العام أو الرئيسي للبحث الذي تتفرع منه الدراسة وهو موضوع الشيخوخة التي تم تعريفها أو شرحها من قبل بعض الباحثين في الدراسات التي قاموا بها منهم: ميشال لوغيو<sup>9</sup> فحسب هذا الباحث الشيخوخة كذلك تثبت مباشرة على أنها فعل اجتماعي، قبل أن تكون عبارة عن مرحلة تطور أو تقدم بيولوجي.

فأساليب الحياة وتنظيم المجموعات الاجتماعية هي التي تسمح للأشخاص المكونين لها بالشيخوخة.

- أما في المعجم الاجتماعي لـ (جيل فيريول)<sup>10</sup>: اختلفت وجهات النظر حول الشيخوخة حسب مختلف الجوانب .

- الجانب القانوني والإداري فهي (سن التقاعد والحق في الهبة التقاعدية )
- الجانب الطبي أو علم الشيخوخة<sup>11</sup> فهي الحق في الرعاية عبر سياسات رعاية الشيخوخة.
- الجانب الاقتصادي والاجتماعي (الحاجيات الخاصة للأشخاص المسنين -التضامن الاجتماعي بين الأجيال)

- كما تم التطرق إليها في كُتيب الإقليم والشيخوخة استناداً من كاتب للعالمين تيفني 1992 وهنرارد 1996 على انه يوجد هنالك ثلاث جوانب لشيخوخة الفرد هي الشيخوخة البيولوجية ، الشيخوخة العقلية والجسدية والشيخوخة الاجتماعية.

<sup>9</sup> Michel-Lauriaux- (population âgées révolution grise)- institut de démographie –université catholique de louvain Belgique, page 281.

<sup>10</sup> Gilles-Ferreol-dictionnaire de sociologie-4<sup>e</sup> édition, édition Armand Colin paris, 2011, page 362.

<sup>11</sup>gérontologie

الشيخوخة البيولوجية<sup>12</sup> لها معنيين:

- الأول تلك الخاصة بالهزيمة والتباطؤ وضعف الوظائف الحيوية الناتجة عن الشيخوخة (تيفني 1992). نتكلم هنا عن محدودية قدرات تأقلم الفرد على العوامل الداخلية والخارجية مما يؤدي تدريجياً إلى الموت (هنرارد 1996).
- الثاني تلك الخاصة بالتقدم في السن: إن شيخوخة الفرد هي نتيجة عن مسيرة حياة فردية (تتأثر بالمصادفة، ولكن أيضاً بالمحددات السوسيو اقتصادية والثقافية)، الجماعية (من خلال تاريخ كل جيل).

الشيخوخة العقلية والجسدية<sup>13</sup> و هي حسب هنرارد على أن الكائن البشري ليس كائن بيولوجي وإنما كذلك كائن مفكر واجتماعي.

أما تيفني (1992) يؤكد انه من الضروري أن ننسى تقويم متغير العمر الزمني و الحديث عن شيخوخة العقل والجسم دون الإشارة إلى العمر الدقيق. فبالنسبة للشيخوخة الجسدية تنتج حسب هذا المؤلف عن فقدان التدريجي لمرونة مجموع الأنسجة البشرية، المفصلية و الوظائف الحيوية.

شيخوخة الجسم هي عبارة عن مرحلة تطور بطيء و منظم يظهر عنه التقدم البعيد للشيخوخة، أما الشيخوخة العقلية فغالباً ما تكون مرفقة بالشيخوخة الجسدية و اللتان غالباً ما تكونان مصحوبتين بالشيخوخة النفسية التي يمكنها أن تحفز حالة من الإحباط والانهايار.

الشيخوخة الاجتماعية<sup>14</sup> هي الفكرة التي يحددها كل مجتمع و كل جيل بطريقته الخاصة لمراحل أعمار الحياة و ظروف المرور من مرحلة إلى أخرى. في مجتمعاتنا بداية التقاعد لها عدة دلائل.

<sup>12</sup> -Jean-Pierre Thouez-territoire et vieillissement (médecine et santé)-presses universitaires de France, octobre 2001 -pages 20.

<sup>13</sup> - Ibid, page 21.

<sup>14</sup> - Ibid, page 23.

على المستوى العام، هو يعني مجموعة من الممارسات الاقتصادية و الاجتماعية لتسيير حجم السكان النشطين. تبعث العبارة كذلك الى النظام الاجتماعي المرتبط بهذه المرحلة الجديدة من الحياة، على المستوى الفردي التقاعد يعني التغيرات في العلاقات مع الحياة الاقتصادية و الاجتماعية، التحول الشخصي نحو كسب ادوار جديدة التي تتطلب بعض التكيف و بعض التعلم.

أما **الشخص المسن** الذي يمكن اعتباره الوحدة الرئيسة للدراسة فهو:

- حسب تعريف (الدكتور احمد شفيق السكري)<sup>15</sup> في معجم الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية: فالشخص كبير السن وينطبق هذا التعبير على الفرد الذي يتخطى عمره 65 سنة، والمنشغلين بعلم النفس الحاليين يحددون مجتمع المسنين من السكان بثلاث فئات، الفئة الأولى من (60-65) سنة ويسمونها (الشيخوخة الشباب) و الفئة الثانية من (65-74) سنة ويسمونها الشيخوخة الوسطى، الفئة الثالثة من (75 سنة فما فوق) ويسمونها فئة (الشيخوخة المتأخرة).

هذا بالنسبة لشيخوخة الفرد ولكن بالنسبة لشيخوخة المجتمعات أو الشيخوخة السكانية و في بعض المراجع يطلق عليها **الشيخوخة الديمغرافية** فالأمر مختلف:

كما جاء في تعريف المعجم الديمغرافي لـ (رولان بريسا)<sup>16</sup> "وهي تغير البنية العمرية للسكان الذي يترجم بازدياد نسبة الأشخاص المسنين.

قد يفكر المرء بتحديد أدق لتعمير السكان بوصفه تعديلا متدرجا لتوزيع أفراد هؤلاء السكان حسب العمر، مما يعطي وزنا يزداد قوةً للمسنين، في حين يتضاءل تدريجيا عدد الصغار، وينتج عن حركة التآرجح هذه حول فئة عمرية وسيطة. حلل تطور البنية العمرية من ثلاث فئات واسعة (0-19) مثلا، (20-59) سنة، (60 سنة وأكثر)، بثبات نسبي للفئة المركزية (20-59) وتغيرات معوضة إلى حد ما للفئات القصوى (0-19) سنة و (60 سنة وأكثر).

<sup>15</sup> -الدكتور احمد شفيق السكري-جامعة القاهرة-قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، ص 165.

<sup>16</sup> -Roland Pressat-dictionnaire de démographie, presses universitaire France , 1979, page 576.

ويفسر انتظام هذا التطور الجديد الذي يتم تسميته عادة عن تعمر السكان و القائل أن التعمر ينتج فقط عن زيادة عدد المعمرين من السكان.

ويكمن السبب الأساسي للتعمر في انخفاض الولادات، ويؤدي هذا الانخفاض الذي ينتج عنه انخفاض تدريجي لنسبة الفئات العمرية الصغيرة، إلى تزايد في نسبة الفئات العمرية المتقدمة في العمر، ولا يكمن انخفاض الوفيات إلى أيامنا هذه سببا للتعمر، إذ تنتج عن هذا الانخفاض أرباح في الحياة البشرية في كل الأعمار و بالتالي تمدد هرم الأعمار دون تغير ملحوظ في شكله العام."

- " كما يسميها بعض الباحثين العرب بتقدم السكان في العمر أو تعمر السكان و تكون كذلك عندما تتحسن العناية الصحية والأحوال المعيشية للسكان. تنخفض كثيرا معدلات الوفاة في فئات الأعمار المختلفة وبذلك يرتفع معدل العمر أي يرتفع متوسط عدد السنوات التي يعيشها الطفل المولود حتى يموت.

ويرتبط هذا التحسن غالبا بالنضوج السكاني حيث لا يكون هناك اهتمام بعدد المواليد الذين تنجبهم الأسرة وإنما يتركز الاهتمام على نوعية الأولاد، ولذلك تفضل الأسرة عددا قليلا من الأطفال كي تستطيع أن توفر لهم حياة كريمة من ناحية مستوى المعيشة ومستوى التعليم والصحة.

وبذلك تتميز المجتمعات التي يتقدم سكانها في العمر بانخفاض عدد الأطفال دون سن الخامسة عشر وارتفاع نسبة المسنين فوق سن الخامسة والستين من مجموع سكان الدولة، و يؤدي تقدم السكان في العمر إلى مشاكل معينة مثل ارتفاع عبء معاشات التقاعد التي تدفعها الحكومة وكذلك الحاجة الماسة إلى إنشاء دور للعجزة لإيواء المسنين والمصحات لعلاجهم." <sup>17</sup>

<sup>17</sup> -الدكتور احمد شفيق السكري، مرجع سبق ذكره، ص 166.



## مميزات الأشخاص المسنين:

إن للمميزات الخاصة بهذا النوع من الشريحة السكانية فهي لا تختلف من حيث المميزات السوسيو ديمغرافية و الاقتصادية المتعلقة بالظروف المعيشية عن الشرائح السكانية الأخرى للمجتمع من خصائص ديمغرافية اجتماعية (التوزيع حسب العمر والجنس ، المستوى التعليمي ، الحالة الزوجية، التركيبية الأسرية، عدد أفراد العائلة وغيرها) ، وخصائص تخص المستوى المعيشي (الدخل، المساعدات المادية، مميزات السكن إلى آخره).

لكن بالنسبة لدراسة الحالة الصحية لهذه الفئة من المجتمع، فهي تحمل مسار خاص نوعاً ما. مبتدئين بتعريف الصحة بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية لعام 1948<sup>18</sup> التي تعتبرها كحالة مكتملة للحالة الجيدة والعافية سواء الجسدية والنفسية والاجتماعية، وليس فقط لغياب الأمراض أو العجز.

فلهذا التعريف مغزى يشير على انه للحالة الصحية جوانب مختلفة لا تقتصر على تشخيص الأمراض أو الإعاقة فقط، وإنما تتخطى بذلك إلى الجوانب النفسية والاجتماعية. من خلال ما تقتضيه الدراسات المقامة في الوقت الحاضر عن الأشخاص المسنين من منهج واليات للقياس و مؤشرات لمعرفة الحاجيات الخاصة بهم، من مدى تحكمهم بالذات وتبعيتهم بحاجتهم للآخرين.

منذ عام 1960 قد تم اقتراح العديد من المناهج والآليات لقياس و تحديد درجة قدرة أو عدم قدرة الشخص المسن على القيام بالنشاطات الأساسية للحياة اليومية و المنزلية<sup>19</sup> (AVQ). التي أشار إليها S- Katz و معاونيه في جامعة كولومبيا في أعوام 1960 عبر مقياس سلمي متدرج مرتبط بالتردد على النشاطات اليومية التي تتطلب المساعدة منها القدرة على الاغتسال، اللبس،

<sup>18</sup> -Jean-Pierre Thouez, ouvr cité ,page 61.

<sup>19</sup> les activités de la vie quotidiennes(AVQ).

التنقل و الأكل. (إن هذا النموذج قد اخذ كمرجع للتقويم في درجة عبء الرعاية لدى الأشخاص المسنين في بلجيكا).

كما تم خلق نموذج مكمل له في 1969 من طرف lawton و brody بتحديد القدرة على قيام الشخص المسن بنشاطات أخرى منزلية والية بمفرده<sup>20</sup> ، مكملة للنشاطات السابقة الذكر متمثلة بالثمانية أعمال التالية: 1- استعمال الهاتف، 2- التسوق، 3- إعداد وجبات الطعام، 4- ترتيب المنزل، 5- غسل الملابس، 6- استعمال وسائل النقل، 7- أخذ الأدوية، 8- الحفاظ على ميزانيته.

للإشارة فقد تم استخدام هذه المتغيرات في التحقيق الميداني لسنة 2002 في الجزائر. فيما يخص الجزء الأول (AVQ) من النشاطات تم صياغته على شكل نسب الأشخاص المسنين الذين باستطاعتهم القيام بمفردهم بالأعمال التالية: استعمال المراض، الاستحمام، اللبس، التنقل، الأكل، المسي لمسافة من 350 متر إلى 400 متر، استعمال السلالم، حمل ثقل 4.5 كيلوغرام لمسافة 10 متر، الانحناء لرفع الأشياء، إمساك الأشياء.

والجزء الثاني (AIVQ) في القدرة على الأعمال المنزلية التالية: الصلاة في المنزل، الصلاة في المسجد، الأعمال المنزلية، استقبال الضيوف، الترفيه في المنزل، الترفيه في الخارج، مشاهدة التلفزيون، الاستماع إلى المذياع، الذهاب إلى العمل، زيارة الأقارب، التسوق، الذهاب إلى المقهى.

<sup>20</sup> les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

## الفصل الأول:

# الخلفية النظرية للشيخوخة في علم الاجتماع

## تمهيد:

لتفسير مرحلة الشيخوخة و بكل أبعادها سواء كانت النفسية ، البيولوجية، الاجتماعية، الاقتصادية و الثقافية، اهتمام جلب العديد من الباحثين لكل الاختصاصات و دفعهم إلى استخراج العديد من النظريات المختلفة للشيخوخة في مختلف المجالات منها البيولوجية، النفسية، الاجتماعية والانتروبولوجية والى آخره من المجالات العلمية.

لتصب كل هذه التيارات في علم الشيخوخة و المجال الصحي الذي اختص فيه طب الشيخوخة، اللذان يعتبران علما جديداً مختصان بدراسة هذه الظاهرة الجديدة بدورها على المجتمعات الإنسانية خاصةً من الناحية الديمغرافية.

تطور علم الشيخوخة و طب الشيخوخة في النصف الثاني من القرن الماضي مع اختلاف زاوية اهتمام كل علم بالشيخوخة، إن كانت شيخوخة مرضية يميزها مصطلح العجز أو شيخوخة طبيعية مع مصطلح الإبداع و النشاط، و ظهور زاوية ثالثة للدراسة وهي زاوية الحالة الاجتماعية.

يحاول علم الشيخوخة وضع الاستراتيجيات اللازمة لتحسين الحالة الصحية، النفسية، الاجتماعية و حتى الاقتصادية بهدف الوصول إلى الراحة النفسية و الرضا عن الحياة المعاشة في هذه المرحلة من العمر، بهدف تحقيق الشيخوخة الناجحة المصطلح الذي يتكرر ذكره كلما تم التطرق إلى موضوع الشيخوخة.

### 01-النظريات النفسية الاجتماعية للشيخوخة:

في الدراسات النفسية الاجتماعية ينظر للإنسان على انه فرد يواجه مجموعة اجتماعية، كما يمكن للفرد أن يكون ذو مميزات خاصة به تميزه عن غيره كالشخصية مثلا و المجتمع الذي بدوره ليس مجموعة متجانسة أو متشابهة الوحدات.

تعددت النظريات الخاصة بالشيخوخة في هذا المجال إلا أن الدراسات الانجلوسكسونية كانت السبابة في هذا المجال، بالضبط في الولايات المتحدة الأمريكية التي عرفت أول هذه الدراسات في جامعة شيكاغو، بما يعرف بمجموعة مدينة كانساس (1956-1962) ، هذا بقوة تأثير النماذج الناتجة عن دراسات و هي الثلاث نظريات الرئيسية التي حاولت إعطاء تفسير للشيخوخة.

حملت هذه النظريات طابع التحليل الوظيفي الذي كانت تحاول من خلاله وضع دور للأفراد المسنين في نسق المجتمع الذي يعيشون فيه، متبعة نفس منهجية النظرية الوظيفية لعلم الاجتماع التي تحاول إبراز دور الأفراد من المجتمع، مع نظرية رابعة لها نفس الطابع التحليلي و هي نظرية الصراع.

#### 01-01-نظرية الانسحاب أو فك الارتباط (désengagement):

طرحت هذه النظرية من قبل مجموعة من الباحثين بجامعة شيكاغو في ستينيات القرن الماضي، تنص هذه النظرية على أن آخر مرحلة من حياة الفرد تتميز بنوع من الانسحاب المتبادل و التدريجي بين الفرد و المجتمع، هو أمر حتمي لا رجعة فيه و طبيعي مفيد لكلا الطرفين.

هذا الانسحاب يكون بتعود الفرد على العزوف عن الحياة الاجتماعية إذ يبدأ التناقص في نشاطاته و أدواره في المجتمع و روابطه الاجتماعية.

كما أوضحه كل من (كمنج و هنري 1961) " إن مرحلة الشيخوخة يصاحبها نوع من الانسحاب من السياق الاجتماعي ، ونقص عمليات التفاعل الاجتماعي بين المسن والآخرين."<sup>21</sup>

<sup>21</sup> - عبد اللطيف محمد خليفة (1997)، سيكولوجية المسنين، غريب للنشر والطباعة، صفحة 25.

وفقا لأصحاب هذه النظرية فالنقاع الذي يجبر عليه الفرد عند بلوغه سن معين هو نوع من فرض أو تحديد المجتمع للوقت الذي على الفرد التراجع فيه و الانسحاب التدريجي عن التزاماته و روابطه الاجتماعية.

هذه المرحلة من التهميش تظهر بشكل عادي حتى من قبل الشخص المسن نفسه و من قبل المحيطين به، لهذا يكون هنالك انسحاب متبادل بين الفرد و المجتمع في مرحلة الشيخوخة من جهة المجتمع بالنقاع و من جهة الفرد بالانسحاب التدريجي لعدم قدرته على ممارسة أدواره .

بالنسبة للأشخاص من عمر الـ 80 سنة وما فوق يبدؤون بالترحيب لهذا الانسحاب ، فهم يقلصون ارتباطهم بالحياة و يتركون اهتماماتهم و مسؤولياتهم للآخرين ليوجهون كل انشغالاتهم بأنفسهم فقط، للبحث عن حياة هادئة لتسمح لهم بانتظار الموت الحتمي بسهولة بعد عمر طويل.<sup>22</sup>

هذا الانتقال إلى الانسحاب التدريجي بالمعنى البيولوجي والاجتماعي الذي يبدأ في مرحلة الشيخوخة ذو ميزة شمولية أو إجمالية يمس النساء كما يمس الرجال، في كل الأوقات و في كل المجتمعات. هو أمر حتمي حسب مفكري هذه النظرية فالفرد الذي لم يمر بهذه المرحلة من فك الارتباط فهي قضية وقت فقط.

### انتقادات النظرية:

أثارت هذه النظرية العديد من الانتقادات لحملها مجموعة من التناقضات خاصة الجانب الذي ينص على شمولية النظرية و تعميمها على جميع الأفراد و المجتمعات و كل الأزمنة، مما دفع معارضيهما إلى تأكيد انه لا يوجد طريقة واحدة للشيخوخة و أن الأحداث تتغير من شخص لآخر، و الثقافات تختلف بين المجتمعات و عبر المراحل الزمنية.

<sup>22</sup> – Vincent Caradec, Vieillir au grand âge, revue recherche en soins infirmiers 2008/3 , N0 94 , page 29

الانتقاد الثاني لهذه النظرية جاء حول ميزة حتمية الانسحاب للأشخاص في هذه العمر، فهناك أشخاص لا يستطيعون التخلي عن ارتباطاتهم و أدوارهم الاجتماعية التي يقومون بها حتى في هذه المرحلة.

في ضوء هذه الانتقادات عدلت كمنج من هذه النظرية و أشارت إلى أن الرضا عن الحياة يرتبط بنظرة الفرد إلى مرحلة التقاعد، وهل يفضل الفرد المسن ممارسة الأنشطة بشكل ايجابي أم انه يرغب في العزلة و الانسحاب من المجتمع.<sup>23</sup>

كما أضاف ستريب وشneider (Streib & Schneider) إلى هذه النظرية مفهوم الانسحاب الفارق، differential disengagement، والذي يشير إلى وجود اختلاف في درجة الانسحاب باختلاف طبيعة عمل المسنين، وسمات شخصيتهم وغير ذلك من العوامل.<sup>24</sup>

## 01-02- نظرية النشاط:

على عكس نظرية الانسحاب ركز أصحاب هذه النظرية للنشاط على أن الشخص المسن من الضروري له أن يبحث على ادوار و نشاطات بديلة بعد خروجه إلى التقاعد، ليتخطى الفراغ و عدم التوازن الذي ينتج بعد التقاعد، والتأقلم مع هذه المرحلة.

إلا أن هذه النظرية تعتبر أقدم نظرية لتفسير الشيخوخة من الجانب النفسي الاجتماعي، بما أنها صيغت في كتاب المسنون (older people) سنة 1953 من طرف هافيجرست (Havighurst)، وأعيدت صياغة النظرية من قبل ليمون ، بينجتسون و بيترسون 1972 .

أدرج هؤلاء المؤلفون متغيراً وسيطاً ذو طابع نفسي أكثر منه اجتماعي، وهو المفهوم الايجابي للذات. هذا ما يسمح بفهم انه كلما قل الجانب الرسمي والكمي للأدوار كلما جلب هذا المتغير للمسّن اثر ايجابي على تفاعلاته من نشاطات اجتماعية جديدة.

<sup>23</sup> - عيد اللطيف محمد خليفة (1997)، مرجع سبق ذكره، صفحة 35

<sup>24</sup> - عيد اللطيف محمد خليفة (1997)، نفس المرجع، صفحة 36

لأخذ نظرة عن هذه النظرية من المقترحات الإحدى عشر لهيتو ( Jean- Luc ) Hetu في كتابه علم نفس الشيخوخة (psychologie du vieillissement 1988)، حيث اعتبر أن هذه المقترحات ذات ارتباط تسلسلي الواحد تلو الآخر.

... " 1- الإحساس بالرضا بالحياة لفرد معين هو إجمالاً له علاقة بمفهومه للذات. معتبراً أن العلاقة بين هاذين المتغيرين علاقة ايجابية.

1- الصورة التي يأخذها الشخص لنفسه يعتمد إلى حد كبير على الصورة التي يعكسها الآخرون عنه.

2- ديناميكيات شخصية الأفراد تبقى إلى حد كبير هي نفسها في جميع الأعمار. بمعنى أن الشخص حتى بعد كبر سنه تبقى له ردود الأفعال عند الإحساس بالنجاح و الفشل كما كان شاباً.

3- مهما يكن سن الشخص فهو بحاجة إلى الاعتراف والتقدير أثناء تفاعلاته مع من حوله أمر مهم بالنسبة له، هذا بالدعم و الموافقة والامتنان لما يفعله.

4- انه بانجاز الفرد لأدواره المختلفة من المرجح أن يتلقى الدعم و الاعتراف الذي يستحقه من محيطه.

5- ما بعد هذا الاعتراف الاجتماعي الذي تجلبه هذه الأدوار التي يقوم بها. فبنسج هذه الأدوار يشعر الفرد بالرسوخ و الاستمرار.

6- مع كبر الشخص في السن يحرم من جزء من أدواره بسبب المنظومة الاجتماعية الحالية. النظرية تؤكد على أن الفرد يحافظ تلقائياً على أدواره بسبب أهميتها النفسية له.

7- إن ظاهرة فقدان المسن لأدواره الاجتماعية تترجم بالضرورة من الجانب النفسي بحالة من الإحباط و الاكتئاب أو النفور بما يتناسب مع أهمية الأدوار المفقودة، و الذي سيتم التعبير عنه بنوع من نقص في الإحساس بالرضا عن الحياة.



8- فقدان بعض الأدوار أمر لا مفر منه، و من جهة أخرى فان فقدان الأدوار الأخرى قد يتأخر إلى اجل ما.

10- إن الفرد الأكثر تفاعلاً مع المقربين يكون أكثر حظاً في الاستمرار و تلقي الاعتراف من الفرد الذي يعيش في عزلة. من هنا تأتي أهمية الأدوار الغير رسمية التي تعرف كبديل للأدوار الرسمية المفقودة.

11- النشاطات الاجتماعية كذلك تلعب دور الوسادة التي تخفف من صدمة الخسارة و فقدان الشخص لأدواره المحورية في الحياة، فهي تسمح للفرد بإعادة بناء صورة لذاته بكل سهولة. ما يعني أن نظرية النشاط تساند فكرة أن هنالك علاقة بين الشيخوخة الناجحة من جهة و تمسك الأفراد بأدوارهم الاجتماعية اكبر وقت ممكن من جهة ثانية، وعلى أهمية إيجاد بدائل للأدوار و النشاطات التي فقدوها.<sup>25</sup>

من وجهة نظر أصحاب هذه النظرية أن تكيف المتقاعد في المجتمع يتوقف على مقدرته على تعويض الأدوار التي فقدتها بالتقاعد، بنشاطات اجتماعية جديدة تجعله أكثر رضا بحياته ليكون أكثر ايجابية لنفسه و للمحيطين به، هذا من الجانب المعنوي أما الجانب المادي هو إيجاد مصدر جديد للدخل الذي تناقص بعد التقاعد عن العمل.

### انتقادات النظرية:

يرى بعض الباحثين إن هذه النظرية لا تلاءم إلا نسبة قليلة من المتقاعدين ، ولا تفسر إلا جانب قليل مما يعانيه المسنون، فبعض الأفراد الذين كانوا منمهمكين في عملهم من قبل التقاعد ولم يكن لهم الوقت لتطوير مهاراتهم و كفاءاتهم خارج تخصص نطاق عملهم لن يجدوا مكانا في هذه النظرية.

<sup>25</sup> -Michel cariou, , personnalité et vieillissement, thèse doctorat d'état lettre et sciences humaines, université paul valery Montpellier 3, année 1992, pages 30-31.

لهذا رد هافيجرست حيث يرى هنالك نوعين أو اتجاهين لكبار السن، الأول و هو الفئة التي تضم الأشخاص الذين يمكنهم التغيير من نمط حياتهم بعد التقاعد وذلك عن طريق خلق أنماط جديدة من الأنشطة و الأعمال لقضاء وقت الفراغ، و الفئة الثانية التي تضم أولئك الذين يرغبون في الاستمرار في نفس أعمالهم السابقة.<sup>26</sup>

و في الأخير يلاحظ كل من هافيجرست ، نوغرتن و توبان ( havighurst, Neugarten et ) (Tobin 1975) أن نظرية النشاط كما هو الحال لنظيرتها نظرية الانسحاب، أنهم لم يعطوا أهمية كافية لمتغير الشخصية في أبحاثهم.<sup>27</sup>

الشيء الذي ربما تعالجه النظريات اللاحقة المفسرة للشيخوخة منها نظرية الاستمرارية.

### 03-01-نظرية الاستمرارية:

حسب هذه النظرية تعتبر بنية شخصية المسن هي نتاج عن مجموعة من التجارب و الأدوار الاجتماعية و المهنية التي قام بها طول حياته قبل التقاعد، لتكون نوع من الدعم له لتجاوز الوضعية الجديدة لما بعد التقاعد هذا بخلق نوع من الاستمرارية.

طُورت هذه النظرية من قبل 31.شلي لتؤكد انه مع تقدم الأشخاص في السن يستمرون في الاهتمام بالهوايات ، الأهداف، الأدوار و الأنشطة السابقة.

تتكون نظرية الاستمرارية من وجهة نظر داخلية و خارجية، الداخلية قد يتم إقناع كبار السن بمواصلة الانخراط في الأنشطة السابقة بسبب الشعور بالاستقرار و الأمن الذي يوفره. اما أما الخارجية في انه قد تكون للاستمرارية الخارجية علاقة اكبر بتلبية التوقعات المتعلقة بالأدوار أو السلوكيات السابقة.<sup>28</sup>

<sup>26</sup> -عبد اللطيف خليفة 1997، مرجع سابق، صفحة 36-37.

<sup>27</sup> - Jean-Serge Lauzon, Aperçu de quelques théories psycho-sociales du vieillissement, revue santé mentale au Québec, volume5, numéro 2, novembre 1980 -,page 5

<sup>28</sup> - Melinda Heinz,& coll, Examining Supportive Evidence for Psychosocial Theories of Aging within the Oral History Narratives of Centenarians, Societies 2017,p 20. www.mdpi.com/journal/societies

إلا أن ملامح هذه النظرية قد بدأت في الظهور من طرف مجموعة كنساس لجامعة شيكاغو مع نظريتي النشاط و الانسحاب لما ذكره هيتو (HETU) في كتابه علم نفس الشيخوخة ، على انه تم رسم الجزء الرئيسي من النظرية في منتصف القرن الماضي من طرف كافن و هافيجستر و زملائهم سنة 1949 عند كتابتهم "..... كان من المتوقع أن يستجيب كبار السن للتغيرات و الأزمات في الشيخوخة بنفس الطريقة التي يتفاعلون بها مع التغيرات و الأزمات في مرحلة الشباب من حياتهم."<sup>29</sup>

### انتقادات النظرية:

يؤكد منتقدو هذه النظرية أن الاستمرارية قد تكون أكثر قابلية و مفيدة لكبار السن الأصحاء. لملاحظة صعوبة الاحتفاظ على الاستمرارية عند مواجهة الأشخاص للحالات الصحية الصعبة، فغالبا ما تقترن نظرية الاستمرارية بنظرية النشاط في حالات الإعاقة و ضعف الذاكرة في أبحاث الشيخوخة.

### 01-04-نظرية الصراع:

يبقى اتجاه هذه النظرية في نفس هامش الدراسات الوظيفية، إذ مثلت هذه الأخيرة نموذج ثاني للنظريات الخاصة بالتحليل الوظيفي لتفسير الشيخوخة. أول من طور هذه النظرية هما أن ماري جيلمار و ريمي لونوار (Anne-marie guillemard et Rémi lenoir 1974) .

غير هاذين الباحثين اتجاه الدراسة إلى منحى آخر بدلا من التركيز على ذاتية الفرد في تقييم درجة رضا المسن عن شيخوخته كما كانت عليه النظريات الكلاسيكية السابقة الذكر، إلى نموذج جديد يبحث عن تفسير لتصرفات الأشخاص بدلالة المتغيرات السوسيو اقتصادية التي تؤثر عليها .

<sup>29</sup> - Michel cariou 1992, ouvr. cité, p 42.

قالت جيلمار : "نظريتنا هي ...إن تصرفات المتقاعدين محددة جداً بمستوى و طبيعة المصادر المادية والثقافية الموروثة من الحياة النشطة السابقة في حياة المسن.<sup>30</sup>

فحسب هذه النظرية الشيخوخة هي مرحلة مختلفة بين الأفراد فهي لا تمس كل شرائح المجتمع بنفس الطريقة، فالمتقاعد الذي لا يملك رأس المال أو أملاك قليلة يكون معرضاً بسرعة لقلة التقدير من المجتمع و الشيخوخة المبكرة، أبكر من نظيره الذي يملك المستوى المادي الجيد، هذا نتيجة للعلاقات الاجتماعية القائمة على أساس المصالح المتبادلة.

حتى العلاقات الأسرية تقوم على نفس المبدأ فليس فقط للمستوى الثقافي و الاقتصادي للمتقاعد تأثير على علاقته الأسرية، فمكانة الأب المتقاعد الاجتماعية تأثير على المسار الاجتماعي الذي يمر به الأبناء.

يستنتج منظرو هذه النظرية أن المسنين عديمي المصادر المادية يكونون أكثر عرضة للعزلة من المجتمع.

## 02- الشيخوخة الديمغرافية وأسبابها:

تكون هنالك شيخوخة ديمغرافية أو شيخوخة سكانية في أي مجتمع عندما تكون نسبة الأفراد من عمر 60 سنة وأكثر في تزايد مستمر. لكن يجدر الإشارة على أن الأمر هنا يتعلق بالنسبة و ليس العدد أو بمعنى اصح لا يمكن التحدث عن الشيخوخة الديمغرافية في بلد يكون عدد سكانه من عمر 60 سنة وأكثر في تزايد دون نسبتهم، هذا ما يوضح أن الشيخوخة السكانية لها علاقة وطيدة بالتركيبة السكانية أي بكل الفئات أو بكل أجزاء الهرم السكاني من الأسفل إلى الأعلى ولا تختزل في القمة فقط. هذا هو الفرق بين الشيخوخة السكانية وشيخوخة الأفراد.

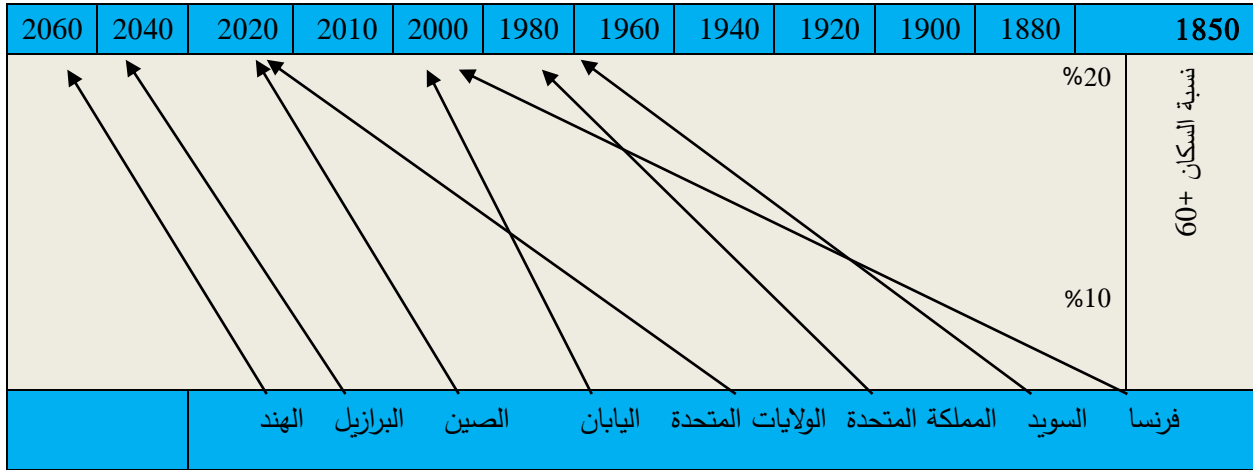
إلا أن مدة تطور الشيخوخة السكانية بين مجتمعات شكلت اختلافاً كبيراً بين الدول من حيث سرعتها، كمثال بين فرنسا التي أخذت أكثر من 150 سنة للانتقال من نسبة 10% إلى 20 %

<sup>30</sup> - Jean-Serge Lauzon, ouvr. Cité, p 6

## الفصل الأول: الخلفية النظرية للشيخوخة في علم الاجتماع.

للسكان من عمر 60 سنة و أكثر. هنالك بلدان كالبرازيل، الصين والهند لم تأخذ منها إلا حوالي 20 سنة فقط<sup>31</sup> مما يدل على أن تطور حجم الشيخوخة الديمغرافية أكثر سرعة في الحاضر منه في الماضي.

**شكل رقم (01):** المدة اللازمة للانتقال من نسبة 10 % إلى 20 % للأشخاص المسنين حسب تقدير منظمة الصحة العالمية.



المصدر: التقرير العالمي للشيخوخة والصحة 2016.<sup>32</sup>

الشيخوخة الديمغرافية تنتج عن ظاهرتين أساسيتين:

الأولى انخفاض في الخصوبة الذي يقود بدوره إلى تناقص في عدد السكان الشباب.

الثانية زيادة العمر المتوقع للعيش بين السكان الذي يساهم بدوره في زيادة عدد السكان المسنين. فساكن العالم يعيشون أطول مدة في الوقت الحاضر أكثر من الماضي نتيجة لتحسن المستوى المعيشي بين المجتمعات، المتبوع بالتطور السوسيو اقتصادي الذي عرفه العالم في السنوات الأخيرة.

فحسب دراسات لمنظمة الصحة العالمية توصلت إلى انه مستوى التطور السوسيو اقتصادي لأي دولة له علاقة ارتباط قوية بمعدلات الوفيات مدى الحياة (على مستوى الوفيات لكل

<sup>31</sup> - L'organisation mondiale de la santé, rapport mondial sur le vieillissement et la santé 2016, page 49

<sup>32</sup> -Ibid, page 52

الأعمار)، وان الدول ذات الدخل المرتفع تختلف عن الدول ذات الدخل المنخفض و المتوسط من حيث مستوى الوفيات. فالدول الفقيرة ذات الدخل الضعيف وفي بعض الأحيان حتى المتوسط المتميزة بالموارد الفقيرة من حيث الصحة و الدخل تتمركز الوفيات بين سكانها في الأعمار الصغيرة (وفيات الأطفال)، ثم يتم توزيع الوفيات بشكل متشابه في بقية الأعمار. عكس الدول المتطورة ذات الصحة العمومية من النوعية الجيدة و المستوى المعيشي المريح والدخل المرتفع يجعل الأفراد اقل عرضة للوفيات في الأعمار الصغيرة ، لتبدأ الوفيات في هذه البلدان بنوع من الارتفاع في العمر الثالث خاصة في أعمار الـ 70 سنة وما فوق.

### 03- إشكالية العمر أو نسبة العمر في دراسة الشيخوخة:

من خلال القراءات الخاصة بهذا الموضوع من الملاحظ عدم التوافق من حيث بداية سن الشيخوخة و حدود السن الخاصة بالعمر الثالث والعمر الرابع من مرجع إلى آخر، فالبعض يبدأها من سن الستين سنة و البعض الآخر يبدأها من سن الخمسة والستين سنة بالنسبة للعمر الثالث أما العمر الرابع فهناك من يبدأها من سن 75 سنة و آخر من 80 سنة ككبار المسنين.

من الملاحظ أن المعطيات الخاصة بالدول المتطورة تبدأ بسن الخمسة والستين، أما المعطيات الخاصة بالدول السائرة في طريق النمو ففئة المسنين تكون من 60 سنة وأكثر.

حسب تحليل هذا الأمر فربما تُأخذ هذه الحدود في السن عن طريق مستوى أمل الحياة للبلدان أو حجم (العدد، النسبة) أو حدة الشيخوخة بين البلدان ، بأخذ مستوى تطورها الاقتصادي، الاجتماعي و الثقافي الذي ينعكس بدوره على المستوى المعيشي للسكان.

-كما أوضحها (ميشال لويس لوفي)<sup>33</sup> بأن نسبة العمر تتعلق بالوقت والمحيط، ولها علاقة بتركيبة السكان نفسها التي نعيش فيها. فإننا نحس أنفسنا شبابا بحضور الأشخاص الأكبر سنا ومسنين بحضور الأشخاص الأكثر شبابا. وعلى المستوى الجماعي فان الأعداد المتعلقة

<sup>33</sup> Michel Louis LEVY –population et sociétés-ined paris- n° 164-décembre 1982.

بالأشخاص المسنين والشباب لها تأثير على القيم الثقافية مثل الاحترام المفروض للأشخاص المسنين والتضامن بين الأجيال، و قبول التضحيات من اجل الأطفال.

ففي فرنسا استعمل نوعان من حساب نسبية العمر، الأول محدد الكمية وموجز ويتمثل في الحالة الصحية وذلك عن طريق أمل الحياة. الثاني محدد الكمية وموجز باستعمال التركيبة السكانية وذلك عن طريق الأهرام السكانية للأعمار.

-فحسب جاك فيرون<sup>34</sup> فان العمر مبني حسب تقسيم المجتمعات ،الشباب و الشيخوخ لا يختلفون فقط حسب عدد السنوات المعاشة ولكن بالدور المغاير والمنتقل مع المكانات المختلفة التي يشغلونها في المجتمع . فإن الإقصاء الاجتماعي يتمحور حول العمر فالشيخ أصبح مرادف للغير النافع المنتهية صلاحيته وحسب نظام المجتمعات على الشيخوخ ترك أماكنهم للشباب و يُعتبرون كالتفيليات في المجتمع، بالمقابل يتم إقصاء الشباب لعدم الخبرة.

وكرد على نزعة التهميش الاجتماعية المبنية على العمر، أعطى مثال على ذلك بحركة الفهود الرمادية في الولايات المتحدة الأمريكية والتي قامت بهدف إثبات انه لا حدود للعمر .

هذه المجموعة من المسنات الأمريكيات قد اقتنعت بفكرة انه لا حدود للانكسار في سن 65 سنة.

فان تعدد معاني العمر تمنع أي ترجمة للتغيرات في التكوينات العمرية، فبالعكس في بعض الحالات الشيخوخ المقصيين من المجتمع جزء منهم له قوة اقتصادية مهمة سواء بنشاطهم أو كمستهلكين بنسبة مهمة.

<sup>34</sup> Jacque Veron –Arithmétique de l’homme (la démographie entre science et politique) édition du seuil septembre1993, pages 122-123.

كما أوضح ذلك في مقدمة كتابه أمل العيش<sup>35</sup> هو أنه "لتكبر بشكل جيد ليس فقط بتأجيل ساعة الموت، إنما هو الاستفادة من الحياة بقدر الإمكان والقدرة على التمتع بلذة كل عُمر".<sup>36</sup>

-وأوضح ذلك عن طريقة حياة وفلسفة الرئيس الأمريكي السابق "جيمي كارتر" حول الشيخوخة، الذي اعتبر انه لا يجب ربط التقدم في السن بظهور المشاكل وخاصة الصحية، وأشار انه قام بالتدريبات في الهمالايا في سن يفوق الستين سنة وعلى أن التقدم في العمر لم يمنعه من لعب التنس والتزلج على الجليد، بالإضافة إلى قيامه بأعمال ثقافية (تأليف الكتب) في سن يفوق السبعين سنة .

-وحسب (جاك دوباكوي)<sup>37</sup> فانه من الصعب تحديد حدود الفئات العمرية للشيخوخة فتقليدياً جرت العادة على اختيار 60 سنة كحد لبداية الشيخوخة، لكن في يومنا هذا تعدت إلى 65 سنة، والعمر الأكبر (كبار الشيوخ) تبدأ بين 70 او 85 سنة. فعلماء الإحصاء يأخذون 75 سنة كحد لهذا العمر ولكن هذه الحدود تبقى كيفية لا تقوم إلا بتقويم الأعداد الكبيرة.

-أما الأفراد صوفي<sup>38</sup> فقد تطرق إلى نسبة العمر في كتابه شيخوخة الأمم بما يلي:

إن توزيع السكان حسب العمر يتغير عبر الزمن، فأول فكرة تأتي إلى الذهن هي ملاحظة العمر المتوسط للسكان، ولكن يبقى هذا العمر حساساً ولا يمثل إلا دلالة مختزلة تحتوي على الستينيين والمواليد الجدد.

<sup>35</sup> Jacques Veron –l'espérance de vivre (âge, génération et société)– édition du seuil « science ouverte »octobre 2005 – page 12

<sup>36</sup> - (Bien vieillir .ce n'est pas seulement retarder l'heure de sa mort, c'est tout autant profiter de la vie, c'est pouvoir jouir des plaisirs de chaque âge.)

<sup>37</sup> Jacque-Dupaquier –le vieillissement de la population dans le monde, le bulletin rayonnement du CNRS , page09.

<sup>38</sup> Alfred Sauvy-la vieillesse des nations-textes choisies, présentés et annotés par Jean-Claude Chesnais -édition Gallimard, 2000-page 104



-فالتجربة تتطلب تدخل فعل مميزة أو خاصية نشاط وإنتاج الفرد، مما يقود إلى تشكيل ثلاث مجموعات سكانية: الشباب، الكهول، الشيوخ. فان خطي الفصل في العمر يختلفان تبعاً للباحثين أو المؤلفين فكل منهما متعلق بالعوامل الطبيعية (الفيزيائية) والعوامل الاجتماعية.

فخط الفصل الأول يتبع غالباً حدود 15 سنة أو 20 سنة كنهاية لسن لحدود سن الشباب، والثاني يتموقع بين كل من 60 سنة أو 65 سنة كبداية لسن الشيخوخة.

-إن الحدود المختارة مفروضة من قبل التشريع والممارسة، مثل حساب عبء التكلفة من اجل التامين الاجتماعي.

-فمن وجهات النظر هذه نستنتج أنه لمعايير العمر أوجه مختلفة تتغير عبر الزمان والمكان. وهذا ما هو ملاحظ كذلك من خلال البحث في الدراسات الرسمية المقامة في الجزائر التي تطرقت إلى هذا الموضوع، الدراسة المقامة من طرف المعهد الوطني للدراسات و التحاليل الخاصة بالتخطيط<sup>39</sup> للأشخاص المسنين من خلال التعدادين 1966-1977 و المسح الجزائري الثاني للصحة حول صحة العائلة في 2002 الذي احتوى على باب يخص دراسة الأشخاص المسنين.

بالمقارنة بين هاتين الدراستين فالحدود المأخوذة في كليهما كانت مختلفة فالأول وحسب قدم الفترة المدروسة فيها الظاهرة قد اتخذ 50 سنة لبداية الشيخوخة والثاني قد بدأها من 60 سنة.

فمن هذا المنطلق تم اختيار حدود هذه الدراسة استناداً إلى التشريع الجزائري الذي يضع حدود بداية سن التقاعد من الستين سنة، و الذي يفرض بدوره استخدام هذا العمر في حساب بعض المؤشرات الاقتصادية الديمغرافية منها معامل إعالة الفئة المسنة ومعامل الإعالة الكلي، كما تم الأخذ بعين الاعتبار بالبعد الديمغرافي للجزائر و التركيبة السكانية للسكان خاصة فئة كبار السن أو العمر الرابع التي ستمثل نسبة ضعيفة إذا تم اختيار حدود العمر من 80 سنة أو 85

<sup>39</sup> INEAP-les personnes âgées (condition de la vieillesse en Algérie 1966-1977)-édition mars 1982.

سنة، لهذا تم الاختيار على 75 سنة القرار الذي يكون له دور في اختيار بداية حدود العمر الثالث.

بالإضافة إلى مستوى أمل الحياة لدى سكان الجزائر الذي لا يتجاوز الثمانين سنة، بهذا يكون قد تم تبرير سبب اختيار حد 60 سنة كبداية لهذه الدراسة حول الأشخاص المسنين.

من البديهي لقارئ هذه الدراسة الاختلاف في وجهات النظر حول حدود بداية عمر الشخص المسن، فالبعض يرى انه من غير المنطقي أن يكون الشخص ذو الستين شخص مسن، بينما البعض الآخر يرى ذلك أمر طبيعي، كمثل لهذا فالشخص المثقف و الذي ينتمي إلى مجموعة النخبة المتعلمة لا يظهر عليه كبر السن مقارنة بالشخص الذي عاش حياته في ممارسة أعمال صعبة وشاقة تعود بالسلب على صحته في المستقبل ، لو وضع هذان النموذجان من أفراد المجتمع في مجال لمقارنة في الشكل، قد يظهر كبر السن على الثاني بينما يبقى الأول اصغر سنا وشبابا.

هنا يعود الهدف إلى ضرورة وضع هذا العنوان في الشطر المفاهيمي لتوضيح سبب اختيار هذه الحدود العمرية للدراسة الحالية، بتجنب اختلاف وجهات النظر التي سوف تطرح في هذا السياق.

#### 04-المؤشرات الخاصة بقياس مستوى الشيخوخة:

إن ظاهرة الشيخوخة الديمغرافية كغيرها من الظواهر الأخرى لها مؤشرات خاصة لقياسها و دراستها والأكثر استعمالا هي كما بينها(ميشال لوريو)<sup>40</sup>.

1-عدد السكان المسنين أو عدد السكان الخاص بالظاهرة (التكرار المطلق) والمتمثل في فئة السكان من 60 أو 65 فما فوق، وتسمح بالمقارنة بين مختلف السكان مثل المقارنة بين نفس

<sup>40</sup> Michel-Loriaux –vieillessement du monde et mondialisation du vieillessement -cahier de l'ined n<sup>0</sup> 149-2002 pages 550-551

السكان مع اختلاف الوقت. لكن هدفها الأساسي هو تقويم مدى حجم الحاجيات والوسائل الواجب العمل بها في مرحلة الشيخوخة.

2- **نسبة السكان المسنين** من عدد السكان الإجمالي: وهي تساوي قسمة عدد السكان المسنين على عدد السكان الإجمالي ، إن هذا المعيار يعطي تقدير عام للشيخوخة أي قمة الهرم السكاني حسب الأعمار ولا يمثل كل التركيبة السكانية .

3- **نسبة السكان الشباب** من عدد السكان الإجمالي: وهو حاصل قسمة عدد السكان الشباب (0-14) أو (0-19) على عدد السكان الإجمالي ويعطي بدوره هذا الأخير تقدير مكمل للشيخوخة أي قاعدة الهرم السكاني.

4- **مؤشر الشيخوخة الديمغرافية**<sup>41</sup>: ويكون هذا الأخير حاصل قسمة عدد السكان المسنين من 60 سنة أو 65 سنة فما فوق على عدد السكان الشباب (0-14) أو (0-19) والذي يقارن الشيخوخة في قمة وقاعدة الهرم السكاني.

5- **مؤشر هرومة السكان**<sup>42</sup> : ويسمى أحيانا معامل الهرومة أي معامل كبار المسنين، فهو يعطي تقدير لدرجة الشيخوخة في الشيخوخة ويساوي ناتج قسمة عدد السكان من سن 75 سنة أو 80 سنة أو كبار الشيوخ على عدد السكان المسنين.

6- **مؤشر الأنوثة في الشيخوخة**<sup>43</sup> : إذ يشير هذا الأخير بدوره إلى حصة الإناث من مجموع السكان المسنين الكبار ويساوي عدد الإناث من سن 75 سنة أو 80 سنة على عدد كبار الشيوخ من 75 سنة أو 80 سنة فما فوق، و يوضح مستوى عدم التوازن بين الجنسين في الأعمار الكبيرة.

<sup>41</sup> indice de vieillissement

<sup>42</sup> -مصطلح شخصي حسب الترجمة للمؤشر من الفرنسية إلى العربية  
(indice de séniorité ou coefficient de sénilité)

<sup>43</sup> indice de féminisation du vieillissement

7-معامل إعالة الأشخاص المسنين<sup>44</sup> : وهو ناتج قسمة عدد السكان المسنين على عدد السكان النشطين.

8-معامل الإعالة الإجمالي أو الكلي:وهو بإضافة الفئة السكانية الشابة إلى فئة المسنين على عدد فئة السكان النشطين.

9-متوسط عمر السكان :وهو المؤشر التركيبي لمجموع التركيبة حسب العمر للسكان (مجموع قسمة عدد السكان لكل عمر على العدد الإجمالي للسكان )، وأحيانا ما يتم تسميته بالعمر الوسيط الذي يقوم بتقسيم السكان إلى مجموعتين مساويتين تحتوي كل واحدة على 50 % من الأشخاص أصحاب العمر الأقل من العمر الوسيط و50 % لها هذا العمر أو عمر اكبر منه.

#### 05-نظرة عامة عن مستوى الشيخوخة في العالم واختلافها بين الدول:

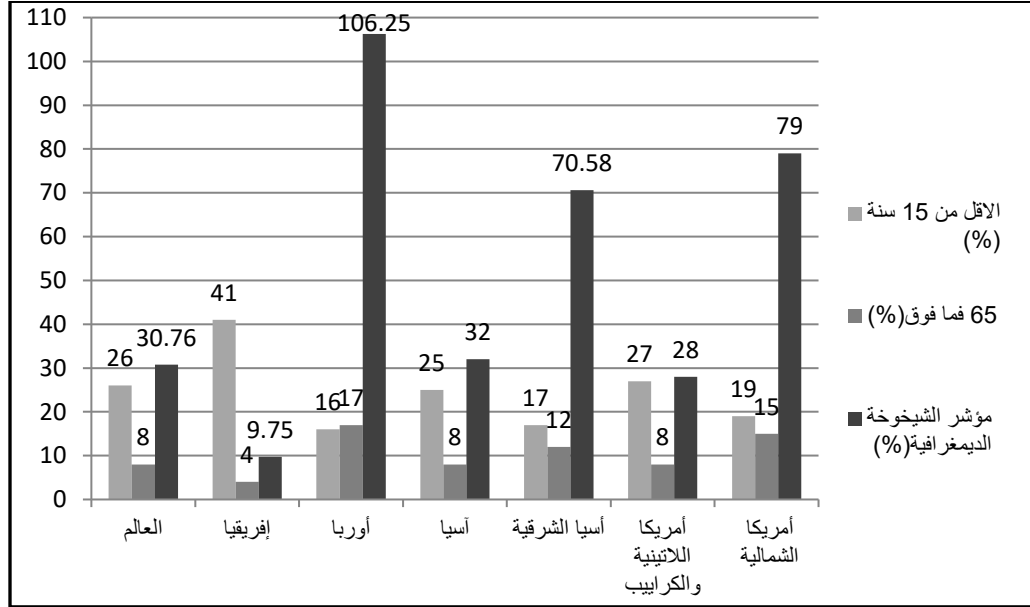
مع تطورات الحركة السكانية التي عرفتها مجتمعات العالم سواء في الدول المتقدمة أو الدول السائرة في طريق النمو، من انخفاض في مستوى الخصوبة وتطور الأوضاع الصحية، الذي أدى إلى تزايد مستمر في مستوى الشيخوخة تجسد في حجم و عدد الأشخاص المسنين من 65 فما فوق في أنحاء العالم. إذ بلغ عددهم 587 مليون شخص بعام 2015 أي بنسبة 8 %<sup>45</sup> من إجمالي سكان العالم.

جاء نتيجة لمستوى مؤشر الخصوبة التركيبي الذي بلغت قيمته 2.5 طفل /المرأة و أمل الحياة للولادة لكلا الجنسين بقيمة 75 سنة كمتوسط للحياة لإجمالي سكان العالم لنفس السنة. إلا أن هذا المستوى في حجم الأشخاص المسنين قد اختلف بين دول العالم، حسب المناطق سواء من الجانب الجغرافي وبين القارات و حتى مستوى تطور الدول. وهذا ما يظهر لنا في الرسم البياني التالي.

<sup>44</sup> coefficient de charge des personnes âgées

<sup>45</sup> - INED, population et société, tout les pays du monde, septembre 2015, n 525.015

الشكل رقم (02): مستوى الشيخوخة بين مختلف مناطق العالم.



المصدر: السكان والمجتمعات - المعهد الوطني الفرنسي للدراسات الديمغرافية - جميع دول العالم

2015 - رقم 525 سبتمبر 2015.

- يكمن الهدف من هذا التقسيم لمختلف مناطق العالم في تباين مستويات وأحجام الشيخوخة بين الدول، من المرتفعة منها والأقل من حيث حجم الفئة المسنة بين سكانها، بين القارات ككل ومناطق منها تركزت فيها حدة الشيخوخة، إلا أن دول القارة الأوربية هي التي أخذت الحصة الأكبر من حيث نسب الأشخاص المسنين من إجمالي سكانها ، باعتبارها الدول الأولى التي عايشة ظاهرة التحولات الديمغرافية في العالم. ويظهر ذلك يتفوق نسبة مسنين على شباب هذه القارة بـ 17 % مقابل 16 % على التوالي، هذا ما أدى إلى شيخوخة سكانها الديمغرافية بمؤشر للشيخوخة الديمغرافية ، الذي يسمح بالمقارنة بين قاعدة الهرم السكاني الخاصة بالشباب والشيخوخة في القمة، إذ بلغت قيمته في 2015<sup>46</sup> إلى 106 شخص مسن من عمر 65 سنة وأكثر مقابل 100 شاب من عمر أقل من 15 سنة، لتليها

<sup>46</sup> - حساب شخصي من معطيات المعهد الوطني للديمغرافيا الفرنسي - السكان و المجتمعات - كل دول العالم لسنة 2015 - رقم 525 سبتمبر

دول أمريكا الشمالية وAsia الشرقية بمؤشر للشيخوخة الديمغرافية بـ 79 شخص مسن لـ 100 شاب بالنسبة لدول أمريكا الشمالية ، وما يقارب 71 مسن يقابله 100 شاب بين دول آسيا الشرقية، هذا من حيث تمركز حدة الشيخوخة في هذه المناطق من العالم . بينما تتميز مناطق أخرى بالشباب ويتجسد ذلك في القارة الإفريقية التي تحتوي على أكثر الدول شباباً في العالم ، منها النيجر التي بلغت فيها نسبة الشباب إلى أكثر من نصف حجم السكان الإجمالي بـ 52 % ونسبة 4 % من السكان المسنين ، و يعود ذلك إلى الارتفاع في مستوى الخصوبة لهذا البلد بمؤشر تركيبى للخصوبة بقيمة 8 أطفال للمرأة الواحدة.

- الملاحظ من خلال المعطيات أن مستوى حدة الشيخوخة بين السكان في مختلف مناطق العالم لم تقتصر على تاريخ معاشة هذه الشعوب لظاهرة التحولات الديمغرافية فحسب، وإنما كذلك إلى مستوى تقدم الدول التي تنتمي إلى هذه المناطق، كما احتوت هذه المناطق على الكتل الاقتصادية الكبرى في العالم ، منها ألمانيا و دول أوربا و الولايات المتحدة الأمريكية في شمال أمريكا، بالإضافة إلى منطقة شرق آسيا كالصين و اليابان التي تعتبر الدولة التي تصنف الأولى من حيث نسبة السكان المسنين بين دول العالم بقيمة 26 بالمائة من إجمالي سكانها لسنة 2015 مع اكبر مستوى لقيمة أمل الحياة عند الولادة بين دول العالم تقدر بـ 83 سنة لنفس السنة.

- إن بعض الدول المتطورة أمام واقع مواجهة ضعف مستوى معامل الإعاقة الاقتصادي للأشخاص المسنين، كما هو الحال بالنسبة لألمانيا، إيطاليا و اليابان التي بلغ فيها مستواه من 2.5<sup>47</sup> إلى 3 أشخاص بالغين في سن العمل للشخص المسن الواحد، بينما في الجانب الأخر مثل البحرين، قطر و الإمارات العربية المتحدة تحتوي على أكثر من 35 شخص من سن العمل مقابل شخص مسن واحد، بصفة عامة معامل الإعاقة للأشخاص المسنين للدول الأوروبية هو الأضعف في العالم ، بينما نظيره في دول أمريكا اللاتينية و الكارييب فهو ذو

<sup>47</sup>- indice de séniorité.

مستوى متوسط ، و تميز هذا المؤشر بالارتفاع في كل من دول آسيا الغربية،الوسطى و الجنوبية و دول إفريقيا.

- اختلف الأمر كذلك من حيث سرعة انتشار هذه الظاهرة بين هذه الدول من العالم، إذ استلزم لفرنسا باعتبارها من أول الدول التي عرفت الظاهرة فترة 115<sup>48</sup> سنة لمضاعفة نسبة الأشخاص المسنين من مستوى 7 % إلى 14 % ، فالوقت الكافي لنفس التضاعف في كندا لم يكن سوى 65 سنة و 71 سنة للولايات المتحدة و لم يتجاوز 26 سنة بالنسبة لليابان، كما هو متوقع أن الوقت اللازم لنفس التضاعف لهذه القيم سيكلف الصين 25 سنة قبل حلول عام 2050.

- إلا أن السكان المسنين في العالم يعرفون في نفس الوقت شيخوخة فيما بينهم المتمثلة في الأشخاص الأكبر سنا، فحصة الأشخاص المسنين للأعمار التي تفوق 80 سنة و التي يطلق عليها فئة العمر الرابع قد بلغت في عام 2015 نسبة 1.7 %<sup>49</sup> من إجمالي سكان العالم، ما يقارب 21% من المسنين لـ 65 سنة وأكثر، وحسب توقعات هيئة الأمم المتحدة قد تصل هذه النسبة إلى 4.5 % من سكان العالم في عام 2050.

كما تميزت اليابان بأكبر نسبة لهذه الفئة من كبار السن بقيمة قدرها 7.8 % من إجمالي سكانها، لتليها فرنسا وإيطاليا بمستوى يفوق نسبة 6% (6.8% لإيطاليا، 6.1% لفرنسا)، كما أخذت قيمة 3.8 % بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية.

من مميزات الأشخاص المسنين في العالم أن النساء يعشن بمعدل سنوات أطول من الرجال، مما يجعلهن يتفوقن من حيث الحجم على الرجال بين مختلف مناطق العالم، حيث أن هذا التطور في الاختلاف بين النساء و الرجال يعود إلى أسباب الوفيات بين الجنسين ، التي

<sup>48</sup>- Jacques Veron –l'espérance de vivre (âge, génération et société) – édition du seuil « science ouverte », octobre 2005. Page 213.

<sup>49</sup>-ONU, situation de la population mondiale en 2015, rapport concis

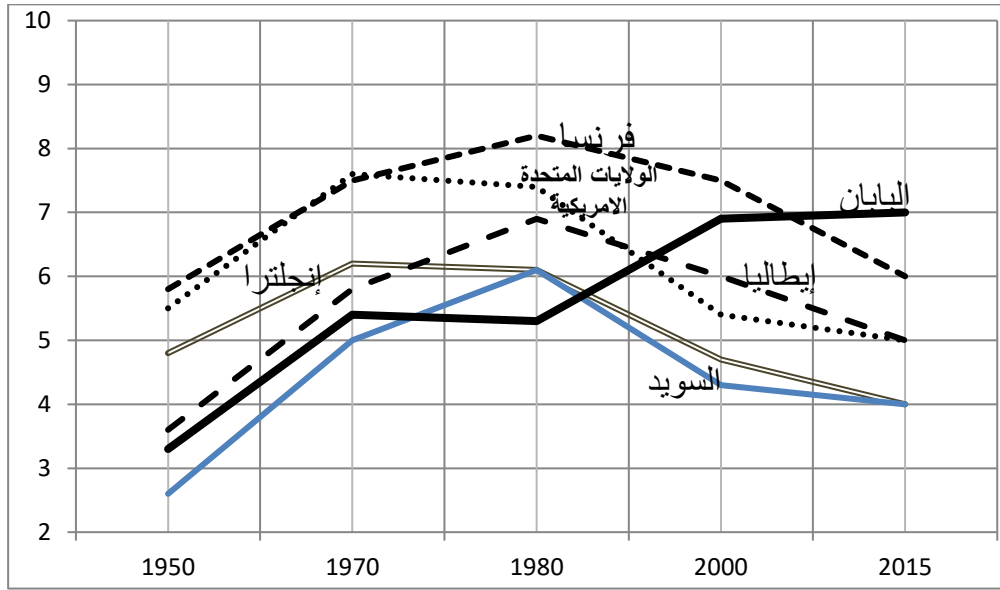
## الفصل الأول: الخلفية النظرية للشيخوخة في علم الاجتماع.

يتحكم فيها كل من التقدم الطبي و تصرفات كلا الجنسين تجاه صحتهم وذلك لأسباب فيزيولوجية ، تاريخية و ثقافية.

قبل التطور الصحي في ظروف تميزت بارتفاع مستوى الوفيات بين المناطق المختلفة، كان أمل الحياة بين الذكور و الإناث يتميز بالتقارب في المستوى نوعاً ما، ولكن مع مرور الوقت استفادت النساء أكثر من التقدم بخلق ظروف صحية ومعيشية أفضل سواء في الأعمار الصغيرة أو بالنسبة للوفيات في سن الأمومة خاصةً في الدول المتقدمة ، بالإضافة إلى مكافحة الأمراض المعدية التي استفاد منها كلا الجنسين ، الذي أدى إلى تزايد متوسط عدد سنوات الحياة للسكان، لكن يبقى الفرق بين مستوى الجنسين في تزايد مستمر ، نتيجة التصرفات الذكورية الأكثر ضرر لصحتهم، فهم أكثر التزام بالنشاطات المهنية الخطيرة، والأكثر استهلاكاً للكحول والتبغ، القيادة أكثر من النساء، مما دفعهم إلى مواجهة الأمراض الاجتماعية الجديدة منها كثرة حوادث المرور و حوادث العمل، والوفيات بسبب سرطان الرئة والأمراض القلبية.

الشكل رقم (03): تطور الفرق في أمل الحياة بين الجنسين في بعض الدول المصنعة منذ

سنة 1950



المصدر: رسم بياني من معطيات الملحق رقم (04)



الملاحظ من خلال الرسم البياني لتطور الفرق بين سنوات أمل الحياة عند الولادة لبعض الدول المصنعة باعتبارها الدول الأولى بالنسبة للتقدم في المستوى الصحي ، فالفرق بين مستوياته في كل من الجنسين قد عرف ذروته في سنوات 1970-1980 ، حيث بدأت في كل من إنجلترا و الولايات المتحدة الأمريكية في 1970 بفارق 6.2 و 7.6 سنوات على التوالي، و في 1980 في كل من فرنسا إيطاليا و السويد، و عرف هذا الفارق في السنوات الأخيرة انخفاض في هذه الدول جراء التقدم في مجال تقليص خطورة بعض الأمراض بالتشخيص المبكر و الإجراءات المستعجلة خاصة الأمراض القلبية ووضع تشريعات للحد من استهلاك التبغ ، التي أثرت نوعياً على وفيات الرجال. أما بالنسبة لليابان فيبقى الفارق في المستوى بين الجنسين مرتفعاً ، على الرغم من أنها من أول الدول التي تتميز بالانخفاض في مستوى الوفيات وهذا بالمعدل الخام للوفيات بلغ 10% لسنة 2015 ، لذلك يجب التركيز على الوفيات في الأعمار المتقدمة ،فمقارنةً مع فرنسا التي كان لها نفس المستوى مع اليابان في سنة 2000 (7.5 سنوات لفرنسا و 6.9 لليابان) لكن فرنسا قد نجحت في تقليصه إلى 6 سنوات على عكس اليابان التي استمر الفارق بين الجنسين في الارتفاع، فأسباب الوفيات في الأعمار من 60 إلى 80 سنة هي نفس أسباب الوفيات مع باقي دول العالم (الأمراض السرطانية و الأمراض القلبية)، لكن تختلف في السبب الثالث لوفيات الأعمار الكبيرة من 80 سنة و فوق بالسبب وفاة عن الأمراض التنفسية التي تصيب الرجال أكثر من النساء، السبب الثالث لفرنسا تمثل في الوفيات بسبب العنف.

لكن يبقى الوضع مختلف في بعض الدول الأقل تطوراً في العالم مثل دول إفريقيا الغربية منها بوركينا فاسو ،سيراليون والطوقو التي لا يزيد الفارق بين الرجال و النساء السنة، بالإضافة إلى المالي التي يتساوى فيها أمل الحياة بين الجنسين بـ53 سنة لكلاهما، ونفس الشيء بالنسبة لأفغانستان و لباكستان في جنوب آسيا، ويعود هذا إلى تدني المستوى الصحي لهذه البلدان وارتفاع الوفيات عند سن الأمومة، وهي لا تمثل إلا قلة معدودة بين

بلدان العالم ، لكن أمل الحياة يبقى ميزة منحصرة على النساء رغم الجهود المبذولة من البلدان لتحقيق المساواة في مستويات الوفيات بين الرجال والنساء .

إن هذه التطورات الديمغرافية قد طرحت مشاكل مهمة للسكان مثل ضعف قدرة الشبكات الاجتماعية و الدعم الأسري و النصوص التقليدية لتأمين الشيخوخة في الدول، مع استمرار انخفاض معدلات الخصوبة وتتابع زيادة متوسط سنوات الحياة، سوف يدفع مع مرور الوقت بالأشخاص الذين يشيخون في السنوات القادمة على أن يكونوا اقل حظاً من المساعدة والدعم الأسري، على المستوى العالمي 40 %<sup>50</sup> من الأشخاص المسنين من 60 سنة وأكثر يعيشون بصفة ذاتية لوحدهم أو كزوجين بدون أولاد، طريقة الحياة هذه متداولة بكثرة في الدول المتقدمة تمس حوالي ثلاثة أرباع من المسنين هذه الدول وربع واحد في الدول الأقل تطوراً والثمن في الدول الفقيرة. كما تدفع هذه التطورات الديمغرافية إلى الفرض على العديد من الدول إلى تبني سياسات وخدمات جديدة للاستجابة إلى حاجيات جديدة لتركيبات سكانية تحتوي أكثر فأكثر على الأشخاص المسنين.

<sup>50</sup> -ONU, situation de la population mondiale en 2014, rapport concis.

## خلاصة الفصل:

عرفت الدراسات الخاصة بالشيخوخة تطوراً كبيراً في مدة زمنية قصيرة بالمقارنة مع الدراسات الأخرى، لم تعرف هذه الدراسات النور إلا في النصف الثاني من القرن الماضي وكانت احتكاراً على المدرسة الانجلوسكسونية من جامعات الولايات المتحدة و المملكة المتحدة . لتتيم تطوير اختصاصات جديدة لهذه الظاهرة من علم الشيخوخة وطب الشيخوخة بالإضافة إلى احدث علم من العلوم الاجتماعية علم اجتماع الشيخوخة .

ظهرت موجة من الباحثين والمنظرين بخصوص هذا الاتجاه من أهمها في الإطار الاجتماعي الذي لا يتم دراسته إلا بإدراج علم النفس لتنتج هذه الدراسات نظريات نفسية اجتماعية. اختلفت التيارات في تشخيص الشيخوخة من أهمها الثلاث نظريات الأساسية الأولى في تاريخ دراسة الشيخوخة هي: نظرية النشاط، فك الارتباط والاستمرارية، كل نظرية أخذت فكرة تختلف عن الثانية أو إن صح القول كل نظرية تبعت سابقتها كنتيجة للانتقادات.

تمحورت فكرة نظرية النشاط على ضرورة استمرارية المسنين في النشاط بعد التقاعد و محاولة تعويض الفراغ بنشاطات جديدة عكس نظرية فك الارتباط التي تدعو إلى ضرورة انسحاب الأشخاص المسنين من المجتمع وترك المجال للشباب بينما كان لنظرية الاستمرارية تقريبا نفس الفكرة للنشاط لتحث على انه يجب للمتقاعد استغلال التجارب السابقة قبل التقاعد لمحاولة تطوير نفسه في مرحلة العمر الثالث ووضع نوع من الاستمرارية لحياته في هذه المرحلة ليكسر فكرة أن التقاعد هو عبارة عن موت بطيء للمتقاعد. كان هدف هذه النظريات التحليل الوظيفي للفرد في هذه المرحلة وكيف يكون دوره في المجتمع بعد التقاعد.

تطور الدراسات في الشيخوخة أظهرت مصطلحات جديدة من أهمها مصطلح الشيخوخة الديمغرافية الذي يوضح الفرق بين الشيخوخة السكانية (المجتمع أو المجموعة) وشيخوخة الفرد (مرحلة مراحل نمو الإنسان). هذه الأخيرة التي تحمل معنى مختلف يرتكز أساساً بالمعنى النسبي لحجم الأشخاص المسنين للمجتمعات السكانية أي بالتركيبية السكانية .

كما تميزت الشيخوخة السكانية بين الدول و المجتمعات من حيث مستوى تطورها و مميزات الوحدات الخاصة بها بالاختلاف من منطقة إلى أخرى. حسب عدة عوامل منها العامل الجغرافي الذي يبين أن الشيخوخة الديمغرافية تزداد حدة كلما اتجهنا إلى الشمال، عامل اقتصادي إذ تتميز الدول المتطورة اقتصاديا هي التي تحتوي على أكبر النسب للأشخاص المسنين بين إجمالي سكانها.

## الفصل الثاني:

الانتقالية الديمغرافية و الشيخوخة الديمغرافية  
في الجزائر

## تمهيد:

لا مجال لدراسة الشيخوخة السكانية لأي بلد أو مجتمع سكاني إلا بالتطرق إلى مراحل تسلسل الانتقالية الديمغرافية التي مر به ذلك البلد، باعتبار الشيخوخة السكانية هي رد فعل مباشر للتحويلات الديمغرافية التي عرفتها المجتمعات السكانية في العالم، لهذا يبقى مفهوم الشيخوخة الديمغرافية مرتبط دائماً بالانتقالية الديمغرافية.

نفس الشيء بالنسبة للجزائر فمن الضروري إعطاء صورة عن مراحل وتطورات هذه الانتقالات للحركة السكانية من فترة زمنية إلى أخرى، عن طريق أشكال الأهرام السكانية للتعدادات السكانية العامة المقامة في الجزائر و التركيبات السكانية للسنوات الأخيرة المقدرة من الحالة المدنية، التي تظهر مراحل تطور الخصوبة و الوفيات و تأثيرهما على قاعدة و قمة الهرم السكاني للجزائر.

و إلى أي مستوى آلت إليه في تركيبها السكانية الأمر الذي يفسر بالضرورة صورة الشيخوخة في الجزائر، هذا هو الهدف من هذا الفصل بإبراز أهم ملامح الشيخوخة و وضعيتها في الديمغرافيا الجزائرية عن طريق المؤشرات الخاصة بقياسها ، ومعرفة أهم العوامل التي أدت إلى هذا المستوى من الشيخوخة الديمغرافية.

### 01-الانتقالية الديمغرافية في الجزائر:

#### 01-01-تطورات التركيبة السكانية للجزائر:

ربما يكون هذا العنوان تكرر للبعض لكثرة تداوله في الأطروحات السابقة لكن من المهم التطرق كل مرة لهذه النقطة من الدراسة لتمهيد الطريق للدخول إلى محتواها، فمن أجل معرفة تغيرات أي مجتمع من الناحية السكانية و بدون الدخول في التفاصيل فالطريقة الأكثر نجاعة هي طريقة الأهرام السكانية ، مع العلم أنها تعطي تمثيلاً للتركيبة السكانية حسب العمر و الجنس

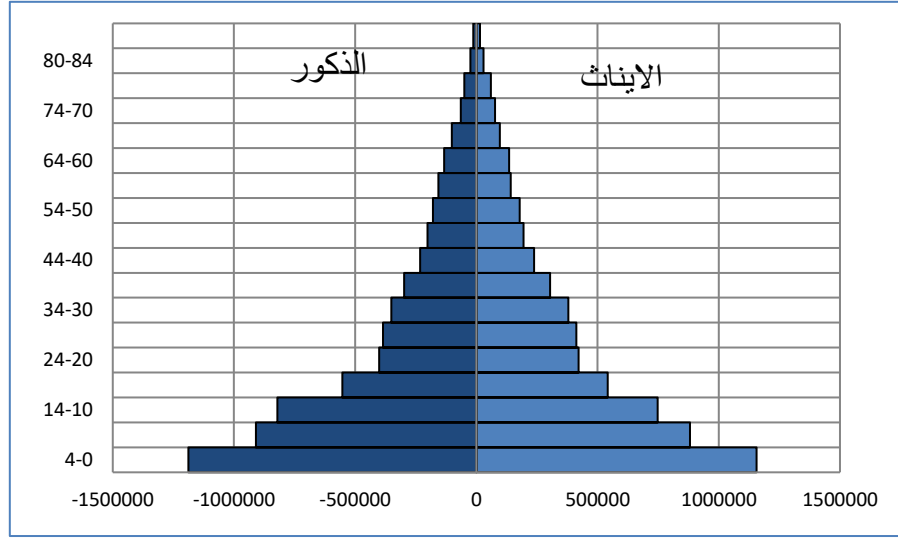
باعتبارهما أهم متغيرين ديمغرافيين. و إعطاء النظرة العامة عن تطور الفئات العمرية الخاصة بهذه التركيبة.

بالنسبة إلى الجزائر ستقوم دراسة هذه التطورات استناداً إلى التركيبات السكانية الخاصة بالتعدادات العامة التي قامت بها الجزائر منذ الاستقلال بالإضافة إلى التركيبة السكانية الخاصة بعام 2014 من أجل تجديد المعطيات. وبهذا يمكن تتبع مراحل تغيرات هذه التركيبة من الاستقلال إلى الوقت الحالي، في فترة ما يقارب 50 سنة من سنة 1966 إلى 2014 .

من أجل تسهيل عملية تتبع تطورات أشكال الأهرام السكانية للسنوات المذكورة سالفاً، يجب إنهاء التركيبات السكانية بنفس الحدود من 75 سنة لكل من تعدادات 1966-1977-1987، وإلى 85 سنة وأكثر التي انتهت بها حدود تركيبة السكان لأخر تعداد 2008، بوضع فرضية لتوزيع السكان من فئة 75 سنة إلى 85 سنة فما فوق بحيث يكون عدد سكان الفئة التالية يساوي نصف عدد سكان الفئة السابقة لها بين الفئات المكونة لهذا المجال من الأعمار، والمتمثلة في ثلاثة فئات (75-79)، (80-84) و 85 فما فوق.

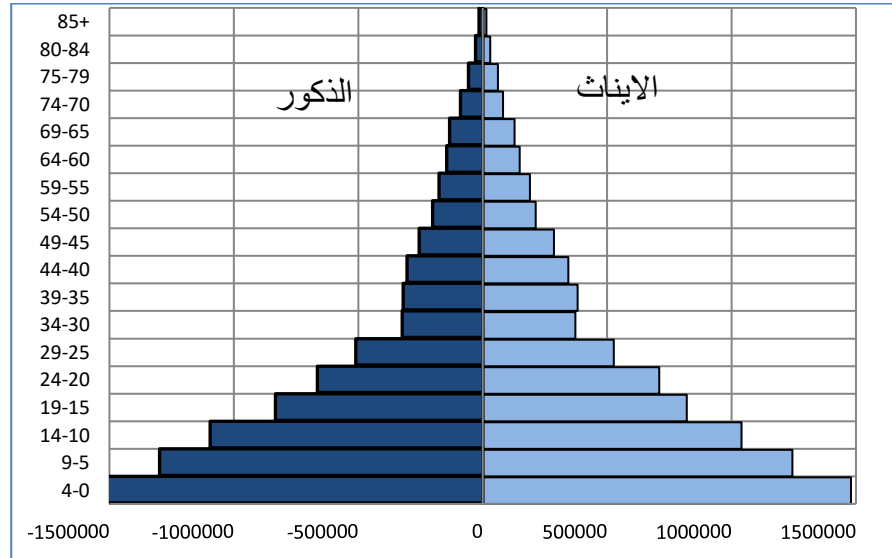
إن شكل الهرم السكاني لتعداد 1966 يوضح مدى اتساع القاعدة كدليل على كبر حجم الفئة الشابة من السكان خاصةً فئة (0-4) سنوات و ارتفاع نوعي من (05-14) سنة مقارنةً بالفئات السكانية الأخرى، بسبب ارتفاع الخصوبة في هذه الفترة كرد فعل طبيعي لسلوكيات السكان من محاولة تعويض سنين عدم الاستقرار من استعمار وحرب التحرير في العقود الماضية وذلك بالزواج والإنجاب، إذ بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة في هذه الفترة إلى 7.4 طفل للمرأة الواحدة، وتبقى الفئات المتقدمة في العمر لا تمثل سوى نسب محتشمة باعتبارها الفئات الممثلة للأجيال القديمة التي عايشت الفترات الصعبة للجزائر مع مستويات مرتفعة للوفيات في مسيرة حياتها و أمل حياة للولادة لا تفوق قيمته 52 سنة.

الشكل رقم (04): الهرم السكاني لتعداد 1966 لسكان الجزائر .



المصدر: ملحق رقم 05

الشكل رقم (05): الهرم السكاني لتعداد 1977



المصدر: رسم بياني من معطيات الملحق رقم (06)

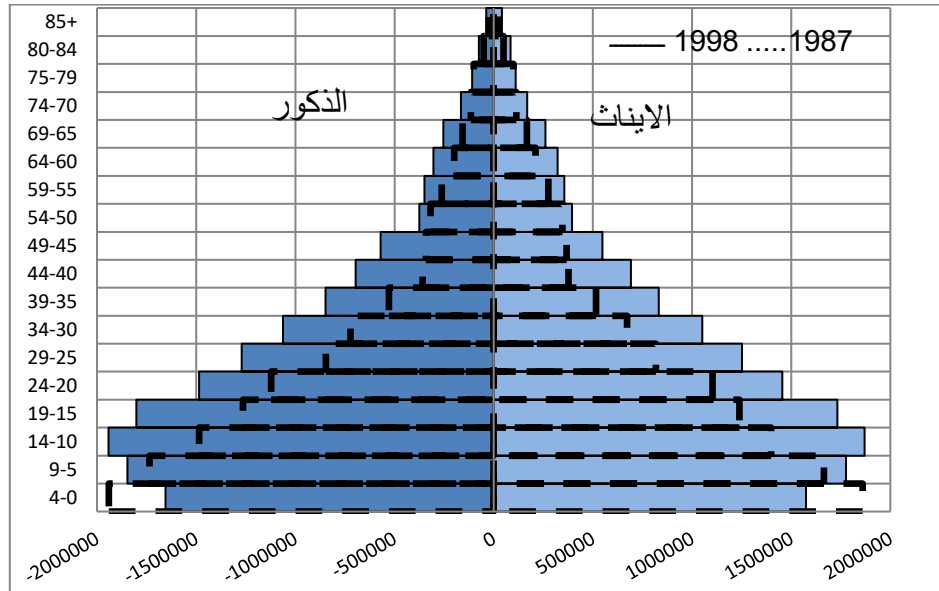
كما يبقى هذا الشكل الفتي لهرم سكان الجزائر في تعداد 1977 نتيجة استمرار ارتفاع مستوى الخصوبة الذي بلغ ذروته في بداية السبعينات بمعدل يفوق 50 % ، و هذا بسبب السياسة السكانية الواضحة التي كانت تنتهجها الجزائر في هذه الفترة ، فالسلطات في ذلك الوقت كانت تفكر أن التطور الاجتماعي والاقتصادي سوف يكون له اثر تدريجي على كبح الزيادة



السكانية للجزائر. هذا الموقف الذي صرحت به في مؤتمر السكان العالمي في بوخرست سنة 1974 في خطاب الرئيس هواري بومدين.

وتجسد ذلك في الزيادة المعتبرة في الفئات السكانية الشابة إلى 20 سنة التي بلغت نسبة 58.2% من إجمالي السكان، كما لوحظ نقص في حجم فئات أعمار من 30 إلى 45 سنة وخاصةً عند الذكور، يمكن إرجاع هذا التناقص إلى الوفيات الناتجة عن حرب التحرير و الهجرة عند الذكور أكثر من الإناث، فبتتبع تاريخ هذه الأجيال التي تمثل مواليد (1932-1947) فينسب هذا النقص في الأجيال إلى أحداث أخرى عاشتها الجزائر في هذه الفترة مثل الكوارث الطبيعية كالجفاف الذي وقع في (1945-1946) الذي أدى بدوره إلى انتشار بعض الأوبئة مثل الطاعون. بالإضافة الحرب العالمية الثانية التي دامت من 1939 إلى 1945 و أحداث 08 ماي 1945. هذا أمر طبيعي فأى حركة سكانية تعرضت لمراحل في تاريخها من عدم الاستقرار سواء من حرب أو كوارث طبيعية و أوبئة فإنها ستواجه في المستقبل فقر في الأجيال المعاصرة لهذه الاضطرابات.

الشكل رقم (06): الهرم السكاني لتعداد 1987 و 1998



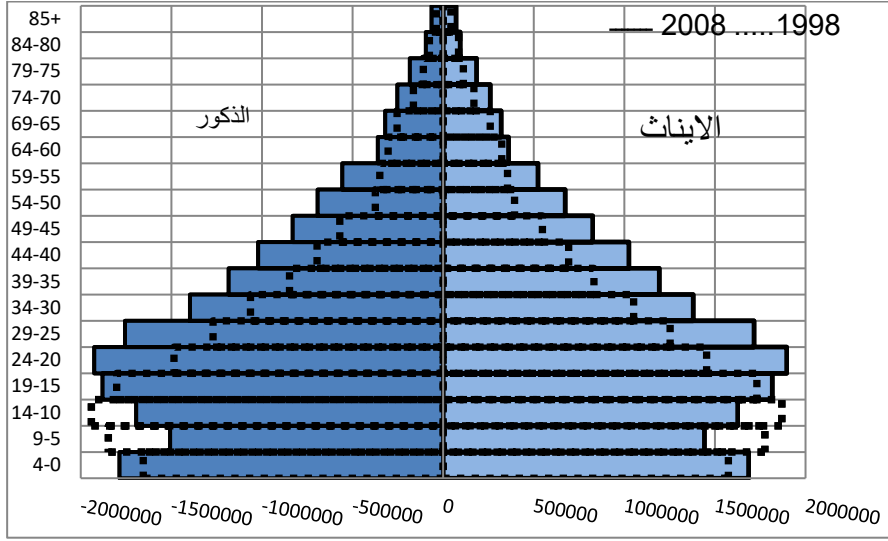
المصدر: رسم بياني من معطيات الملاحق رقم (07-08)

يبقى هرم تعداد 1987 محافظاً على شكل الهرم الشاب الذي تميزت به الأهرام السابقة مع قاعدته العريضة الخاصة بالفئات الشابة وتقلصه كلما اتجهنا إلى أعلى الهرم، بالإضافة إلى زيادة أحجام الفئات السكانية الأخرى الناتج عن تضخم عدد السكان حيث بلغ معدل الزيادة السكانية بين تعدادي 1977 و1987 قيمة قدرها 3.38%.

بالمقارنة بين شكل هرم تعداد 1998 و تعداد 1977 يلاحظ بداية تقلص القاعدة في كل من فئتي (0-4) و(5-9) سنوات لهذا الهرم. إذ يعود ذلك إلى تغير سياسة الجزائر السكانية من مؤيد بعدم التحكم بالزيادة الديمغرافية إلى موقف معاكس له، حيث سطرت الجزائر في سنة 1983 سياسة سكانية جديدة بتنظيم الأسرة وتباعد الولادات، ووضع برامج وطنية لهذا الغرض، وبهذا بدأ معدل الولادات في الانخفاض في نهاية الثمانينات من 35% في 1986 إلى 19% في 2000.

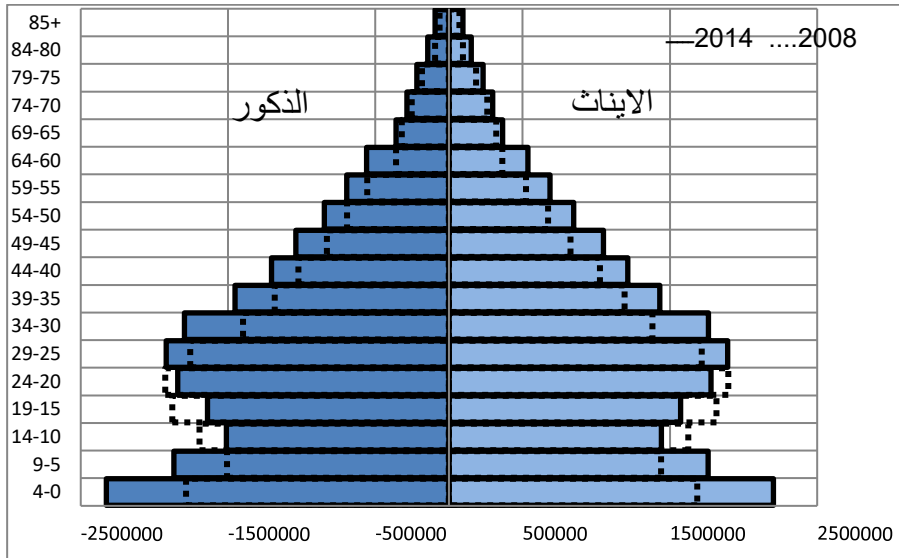
لم تكن سياسة تنظيم النسل السبب الوحيد في هذا الانخفاض فيمكن القول أيضاً أن الأزمة الاقتصادية التي عرفتها الجزائر في الثمانينات بانخفاض سعر البترول قد أثرت خاصة على نظام الزواج بانخفاض معدل الزواج وارتفاع في سن الزواج لعدم توفر مناصب العمل للشباب وانتشار البطالة إضافة إلى أزمة السكن الحادة التي عان منها الجزائريون وتكلفة المعيشة الغالية الثمن. وبداية تشكل كتلة الوسط الخاصة بالفئة النشيطة للسكان في شكل الهرم التي يطلق عليها بعض المختصين اسم الريح أو الفائدة الديمغرافية، وهذا تزامناً مع مرحلة التحول الديمغرافي في الجزائر (المرحلة الثالثة -انخفاض في مستوى الخصوبة في نهاية الثمانينات).

الشكل رقم (07): الهرم السكان لتعداد 1998 و 2008



المصدر: رسم من الملاحق (08-09)

الشكل رقم (08): الهرم السكاني لتعداد 2008 و سنة 2014



المصدر: رسم بياني من معطيات الملاحق (09-10)

فيما يخص هرم سكان تعداد 2008 من الملاحظ زيادة محتشمة في فئة القاعدة (0-4) سنة، وهذا نتيجة الارتفاع النسبي للخصوبة في هذه الفترة بمعدل خام للولادات بلغ 23.51% بعد أن كان في التعداد السابق له يقدر بـ 20.58% ، وجاء هذا نتيجة الاستقرار الأمني والاقتصادي الذي عرفته البلاد في السنوات الأخيرة بعد العشرية السوداء .

ويبقى هذا التزايد في مستوى الخصوبة إلى عام 2014، إذ بلغ فيها معدل الولادات الخام إلى 25.93% لكن لا يمكن تصنيفه بنفس المستوى المرتفع الذي عرفه السكان في سنوات ما بعد الاستقلال التي وصلت فيها معدلات الولادات إلى مستوى لا يقل عن 45% ، ففي هذه الحالة هناك عوامل أخرى غير مباشرة تتحكم في الخصوبة مثل تعليم المرأة و دخولها إلى عالم الشغل و التغيير في الثقافة الإنجابية بين الأزواج في المجتمع الجزائري المعاصر .

مع كل هذه التغيرات في القاعدة إلا أن القمة مستمرة في زيادة حجمها و بشكل ملحوظ هذا ما سوف يدفع الجزائر إلى الدخول في ديمغرافيا جديدة في العقود القادمة المتمثلة في ديمغرافية الشيخوخة.

## 01-02- تطور الفئات العمرية الكبرى لسكان الجزائر:

إن ظاهرة الشيخوخة الديمغرافية من بين الظواهر الديمغرافية التي لا تقتصر في دراستها على الفئة السكانية الخاصة بها فحسب، وإنما تتعدى ذلك إلى الفئات العمرية الأخرى من أجل حساب مؤشراتها وقياس حدتها بالمقارنة بينها وبين الفئات العمرية الأخرى خاصة فئة الشباب التي لها علاقة كذلك بتغيرات الشيخوخة الديمغرافية.

فالشيخوخة الديمغرافية كما هو معروف لدى المختصين لا تتأثر بمستوى الوفيات (أمل الحياة) فحسب بل تتعدى ذلك إلى مستوى الخصوبة. بالإضافة إلى الجانب الاقتصادي الذي يستلزم ربط هذه الفئة بالفئة النشيطة من أجل قياس عبئها وإعالتها الاقتصادية.

تم اخذ حدود العمر كما يلي:

بالنسبة لاختيار حدود الفئة الشابة فكانت من (0-19) سنة بدل (0-14) سنة، و تم اختيار هذه الحدود على أساس درجة المستوى التعليمي لسكان هذه الفئة. قد يطرح السؤال في هذا الجانب ربما بخصوص فترة (1966-1977)، فالمعروف انه عشية الاستقلال قد أسفر الاستعمار الفرنسي وراءه مجتمع سكانه اغلبه ريفيون وأكثر من 90% منه أميين. لكن التعليم كان من أولويات سياسة الحكومة الجزائرية في تلك الفترة، لتأخذ كمنقطة أساسية في برامج التخطيطات التنموية الأولى التي عرفت الجزائر، إذ خصصت له ميزانية معتبرة لتوفير المؤسسات التعليمية وتكوين الإطار الخاصة به. حيث بلغ معدل التمدرس وفي فترة قصيرة إلى 45.5%<sup>51</sup> في الموسم الدراسي (1965-1966) وارتفع هذا المعدل إلى 57.3% في موسم (1970-1971) ثم سجل قفزة نوعية في الثمانينات إلى درجة 85%، وبهذا تكون سياسة التخطيط على مستوى التعليم قد وصلت إلى أهدافها المرجوة في هذا القطاع، ليصل معدل التمدرس في موسم (2007-2008) إلى معدل 95.39%.

-زد إلى ذلك وجوب وضع نفس الحدود العمرية للفئات السكانية المستعملة في هذه الدراسة خلال كل الفترة الزمنية المطروحة ، من اجل تسهيل فهم عملية المقارنة في تطور أحجامها ونسبها عبر الزمن .

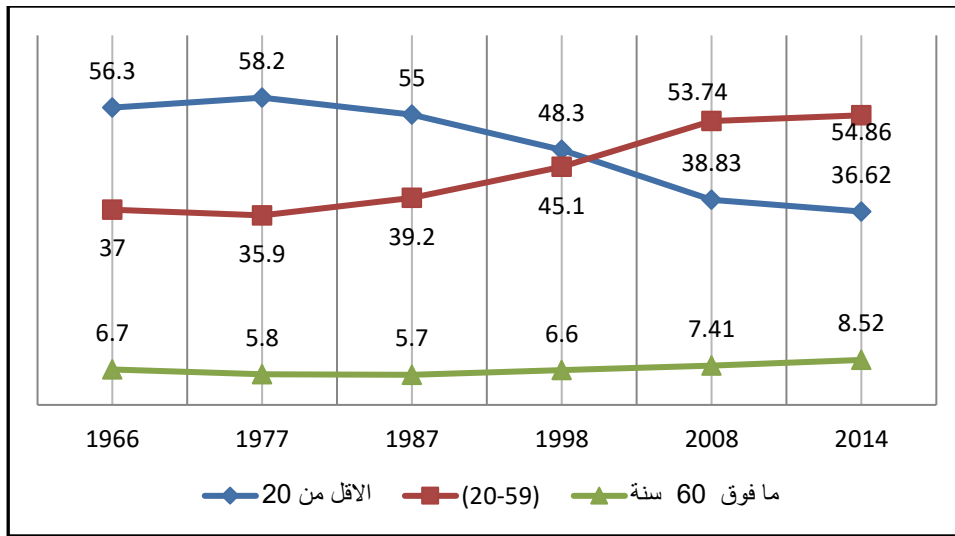
-فيما يخص فئة السكان النشطة فكانت في حدود 20 سنة أخذا بعين الاعتبار السن القانوني للعمل في الجزائر ومُسحات العمل التي تقام في كل عام في الجزائر، هذا باعتبار هذه الفئة في حدود 20-59 سنة.

إلا أن نهاية حدود هذه الفئة من السكان ستستقر في حدود 60 سنة كما سبق الذكر وهي بداية حدود العمر الخاصة بالأشخاص المسنين في 60 سنة، هذا ما شكل اختلاف بين بعض

<sup>51</sup> -ONS-rétrospective statistiques-algerie- 1962-2013-édition 2013.

الأطراف حول بداية حدود سن الشيخوخة ، فالشخص ذو الستين يعتبر في وقتنا الحالي إنسان نشيط يمكنه القيام بالعمل حتى لو خرج إلى التقاعد ، و هذا ما يلاحظ في مجتمعنا وفي الحياة اليومية. لكن اختيار الحدود تتحكم فيها عوامل أخرى مثل سن التقاعد و حساب بعض المؤشرات الاقتصادية للسكان مثل معامل الإعالة الذي يتم حسابه باستخدام الفئة النشيطة وهي الفئة في سن العمل القانوني من 20 سنة إلى 60 سنة أي التقاعد.

الشكل رقم (09): تطورات الفئات العمرية الكبرى لسكان الجزائر (1966-2014)



المصدر: رسم بياني من معطيات الملحق رقم (11)

من الملاحظ الارتفاع الملموس لفئة (0-19) سنة بعد الاستقلال مباشرة وذلك نتيجة للانفجار السكاني الذي عرفته الجزائر بعد الاستقرار والسلم الذي عاشه السكان، وهذا نتيجة لارتفاع مستوى الخصوبة التي زادت من قوة هذه الفئة خاصة في السبعينات من القرن الماضي التي سجلت نسبة 58.2% لفئة الشباب من سكان الجزائر الإجمالي. وفي المقابل تبقى نسبة الفئة النشطة (20-59) سنة مهمة تدور في نطاق الثلاثين بالمائة ولا تتجاوز الأربعين بالمائة ولكن ليس بنفس أهمية أو ثقل وزن الفئة الشابة في هذه المرحلة، التي تمثل المرحلة الأولى والثانية للتحول الديمغرافي التي تتميز بارتفاع مستوى الخصوبة الذي عاشته الجزائر .

لكن سرعان ما انقلبت الموازين في أواخر التسعينيات التي شهدت نفس المستوى للفئتين الذي استقر في مجال الأربعين بالمائة. ففي 1998 سجلت فئة (0-19) سنة نسبة 48.3% و نسبة 45.1% لفئة (20-59) سنة ، فمن هذه النقطة بدأت الفئة الشابة في الانخفاض وكان هذا انعكاس لانخفاض الخصوبة الذي عرفته الجزائر في أواخر الثمانينيات لتصل نسبة هذه الفئة إلى 36.62% في عام 2014 . بينما الفئة النشيطة (20-59) سنة التي كانت تنتمي إلى فئة الشباب في فترة الانفجار السكاني ما بعد الاستقلال ازدادت قوة وزنها لتصل إلى نفس مستوى ارتفاع نسبة الفئة الشابة في المرحلة الأولى لتسجل نسبة 53.74% في 2008 ونسبة 54.86% في 2014 . لكن فئة المسنين تبقى في ارتفاع مستمر برتم محتشم على الرغم من أنها شهدت تناقص بين التعداد الأول 1966 والتعدادين الثاني و الثالث 1977-1987 من نسبة 5.8% إلى 5.7% حسب الترتيب.

إن تناقص هذه النسبة في هذه الفترة لا يعود إلى تناقص عدد سكان هذه الفئة المسنة وإنما إلى عدد السكان الإجمالي الذي ارتفع نتيجة الزيادة الضخمة في عدد الولادات في هذه الفترة الذي يمثل المقام في حساب هذه النسبة. سرعان ما سجلت ارتفاعاً في تعداد 1998 بنسبة 6.6% أي بفارق زيادة يقارب 0.5% واستمرت بنفس الوتيرة من التزايد في التعداد الخامس بنسبة 7.41% في 2008. لكن هذه المرة قد بلغت الزيادة بعد ستة سنوات في 2014 بنسبة 8.52% أي تقريباً نفس الفارق في الزيادة في نصف المدة بين التعدادات (10 سنوات).

### 01-03-تطور العوامل الديمغرافية للانتقالية الديمغرافية في الجزائر:

كما هو معروف عن نظرية التحولات في الحركات السكانية أن العاملين الرئيسيين لها هما الخصوبة و الوفيات. لهذا سوف يتم تتبع تطور هاتين الظاهرتين في المجتمع السكاني الجزائري منذ الاستقلال إلى الوقت الحالي، بمعرفة أهم المراحل التي مرت بها في هذه الفترة الزمنية، باستخدام المؤشرات الخاصة بكل ظاهرة.

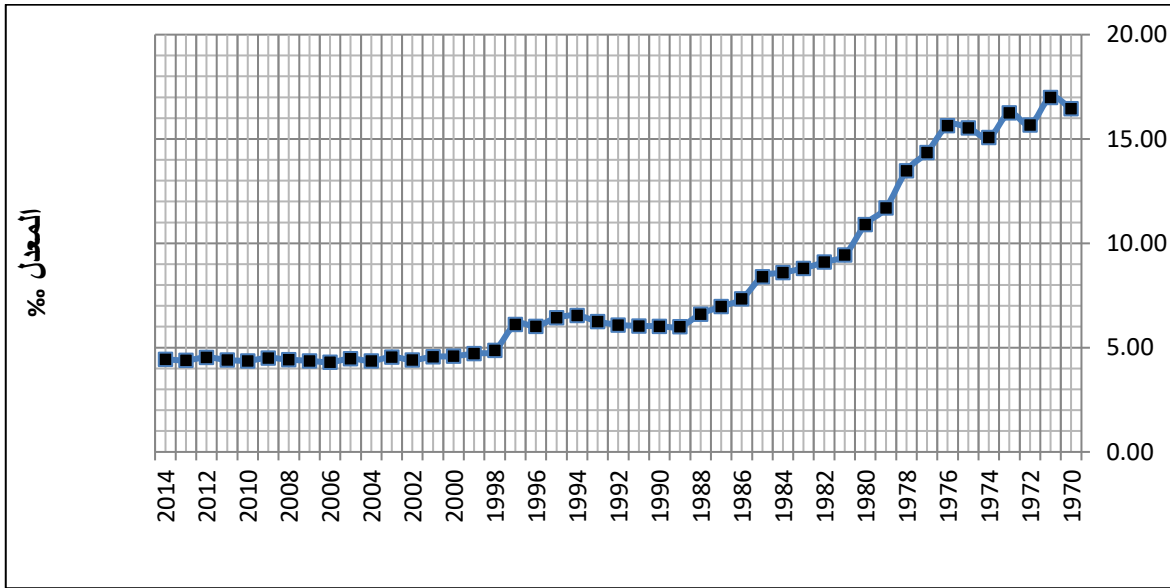
### 01-03-01- تطور مستوى الوفيات في الجزائر منذ الاستقلال :

تبدأ دراسة تطور مستوى الوفيات بتطور معدل الوفيات الخام الذي يمكنه إعطاء نظرة عامة عن هذا المستوى دون التطرق إلى مستواه بالنسبة لتفصيل للأعمار.

المنحنى الممثل لهذا المعدل قد تميز بنفس المستوى تقريباً في سنوات الستينات و السبعينات ، حيث انحصرت قيمته بين 15 و 17 %، وهذا نتيجة للأوضاع الصحية المزرية التي تركها الاستعمار وراه من نقص الكفاءات الخاصة بهذا المجال، مع الانفجار السكاني الذي عرفته الجزائر في هذه المرحلة بعد الاستقلال ، فانه من الصعب توفير الخدمات الصحية مع نقص في الهياكل والاستجابة للحاجيات الصحية الجديدة للسكان.

إلا أن السياسة المنتهجة مباشرة لفترة ما بعد الاستقلال ركزت بصفة خاصة على السياسة الموجهة لقطاع الصحة كأولية كبيرة مع قطاع التعليم، بتوفير اكبر قدر ممكن من الإمكانيات المادية و البشرية في المخططات التنموية الأولى التي عرفتها الجزائر، و التي ظهرت نتائجها في فترة وجيزة بالتأثير على مستوى الوفيات العامة لدى السكان.

### الشكل رقم (10): تطور معدل الوفيات الخام % للجزائر



المصدر: رسم بياني من معطيات الملحق رقم (12)

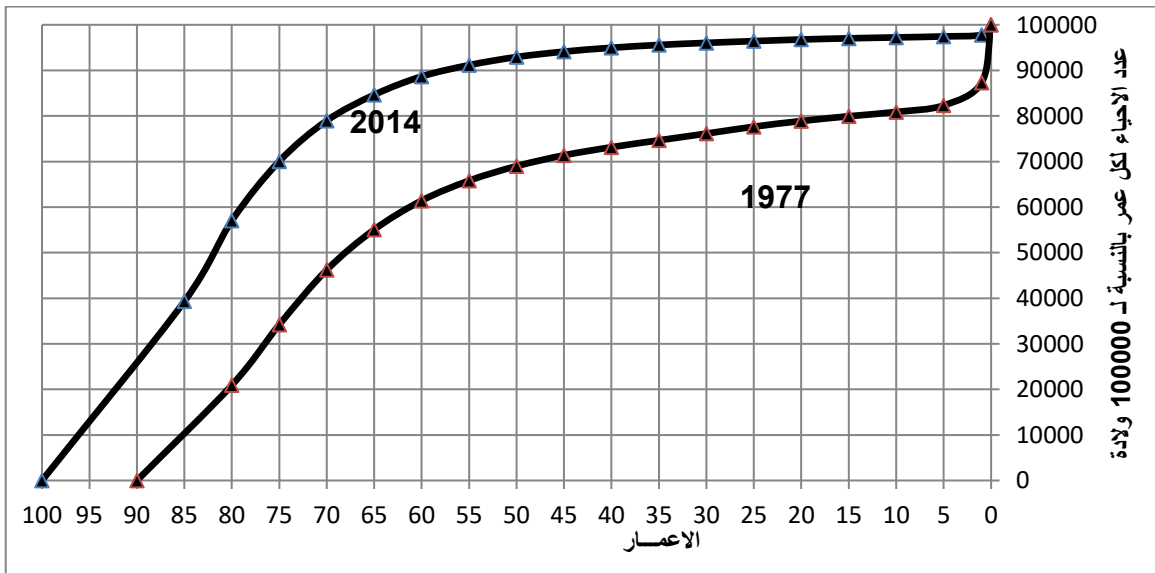


لهذا سرعان ما سجل هذا المعدل تناقص مستمر ابتداءً من سنة 1976 ليصل إلى 10.90 % في سنة 1980 و 06% في بداية التسعينات، ليبقى محتفظاً بنفس المستوى تقريباً في هذه المرحلة لعدم الاستقرار الأمني للبلاد.

ليعود بعد ذلك في استمراره بالتناقص إلى يومنا هذا ليصل إلى حدود 4.44 % في سنة 2014. كما يمكن التطرق إلى تطور مستوى الوفيات حسب التركيبة العمرية باللجوء إلى جدول الوفيات في مرحلتين مهمتين في تطورها و هما مرحلة ارتفاع المستوى الخاص بالوفيات و مرحلة سجلت فيه تناقص في مستواها.

كمثال لذلك يأخذ الأحياء لجذر 100000 ولادة حية لسنتي 1977 و 2014 برسم منحنى الأحياء من جداول الوفيات لكلتا السنين.

الشكل رقم (11): منحنى الأحياء لسنتي 1977-2014



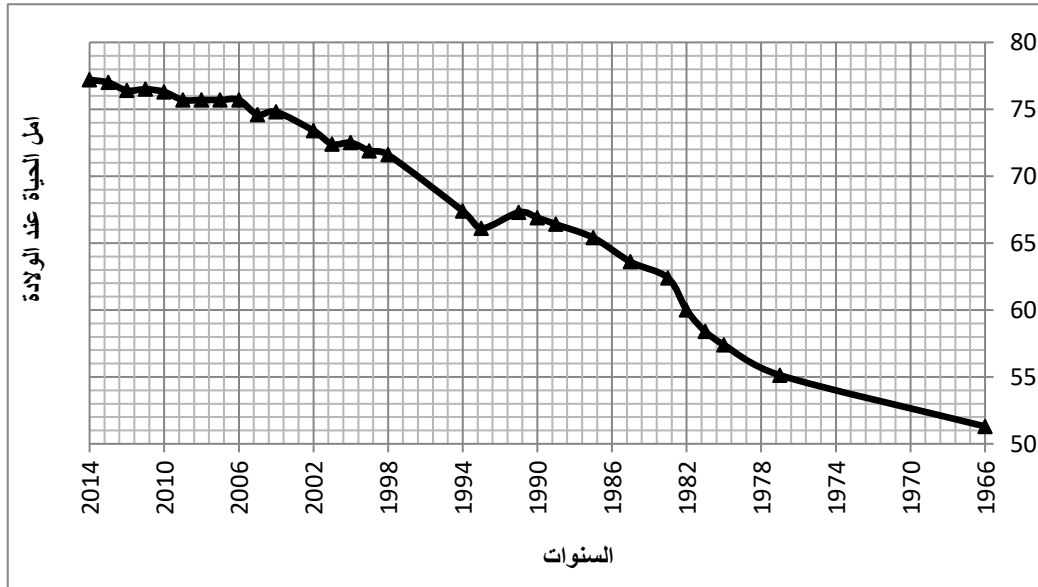
المصدر: رسم بياني من الملاحق رقم (13) و (14)

مع بداية جدول الوفيات بجذر 100000 ولادة حية لكل سنة، يلاحظ النزول الحاد لعدد الأحياء في بداية المنحنى الخاص بسنة 1977 مقارنةً بنظيرتها 2014، الذي إن دل على شيء فيدل

على حدة الوفيات في الأعمار الأقل من 05 سنوات التي تمثل وفيات الأطفال و الرضع بمعامل وفاة 127.05% للرضع الأقل من عمر السنة و 17.40% للأطفال الذين لم تتجاوز أعمارهم الخمس سنوات، مقابل نفس المعاملات التي عرفت تناقص مهم في قيمتها لسنة 2014 بـ 22.2% و 2.2% على الترتيب.

يحافظ أحياء سنة 1977 على التناقص المستمر عبر الأعمار مقارنةً بالتناقص المحتشم لأحياء سنة 2014 الذين حظوا بفرصة المتابعة الصحية، أما الأعمار المتقدمة فتميزت المنحنيات بهبوط حاد في عمر 60 سنة لسنة 1977 بمعامل وفاة 103.64% بعد أن كانت قيمته تقدر بـ 66.61% في سن 55 سنة مقابل أمل حياة عند الولادة يقدر بقيمة 55 سنة، لكن هذا الانخفاض جاء متأخرا بالنسبة لسنة 2014 في عمر 70 سنة بقيمة لمعامل وفاة 112.3% التي تلي قيمة 67.1% لعمر 65 سنة بامل حياة عند الولادة يقدر بـ 77 سنة. إن هذا الاختلاف هو ما يفسر تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر.

الشكل رقم (12): تطورات أمل الحياة عند الولادة (1966-2014)

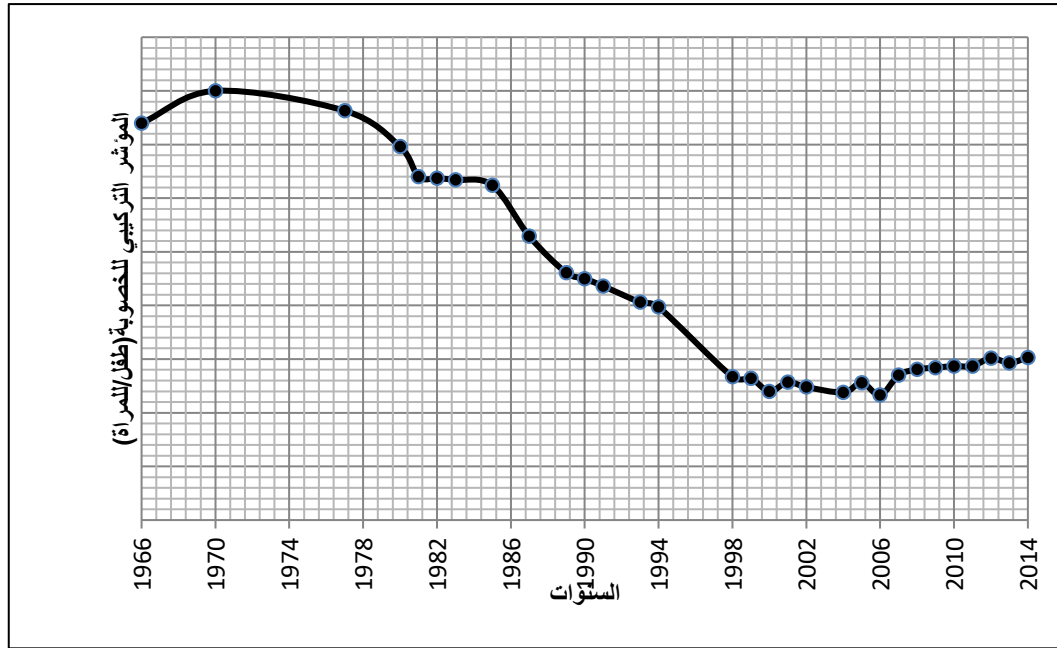


المصدر: رسم بياني من معطيات الملحق رقم (15)

بتتبع تطورات هذا المؤشر يلاحظ اتخاذه لمسار محتشم في بداية المنحنى من سنة 1966 إلى 1976 موازاة مع الانخفاض القليل للوفيات ، لكن سرعان ما يسجل ارتفاع ملحوظ بعد ذلك إذ ربح السكان قيمة 10 سنوات إضافية للعيش من تلك الفترة إلى سنة 1990 ، ويستمر في الارتفاع إلى الوقت الحاضر مسجلاً متوسط 77.2 سنة متوقعة للعيش بين السكان المولودين في سنة 2014 ، هذا ما يعكس الانخفاض المستمر لمستوى الوفيات لمختلف الأعمار الذي تعرفه الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا.

### 01-03-02-تطور مستوى الخصوبة في الجزائر:

طبخك نطق (13):تطورات المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر (1966-2014)



المصدر: رسم بياني من الملحق رقم(15)

الخصوبة في الجزائر عرفت بدورها تطورات مهمة عبر الزمن كتنظيرتها الخاصة بالوفيات ففي فترة ما بعد الاستقلال مباشرة شهدت الجزائر مستويات مرتفعة للخصوبة خاصة في بداية السبعينات حيث سجلت قيمة للمؤشر التركيبي لهذه الأخيرة من بين أكبر المؤشرات في العالم بمعدل 8 أطفال للمرأة الواحدة مع معدل للولادات الخام 50 %، لكن لم يبقى هذا المستوى في الارتفاع حيث انه عرف بعد ذلك انخفاض مستمر ليصل في سنة 1985 إلى 6.24 طفل

للمرأة، ثم إلى 4.5 في 1990 لينتقل إلى ادني مستوياته في 2.4 في سنة 2000 ، فعلى الرغم من ارتفاعه بصفة ضئيلة في السنوات الأخيرة لكنه لا يمكنه العودة إلى المستوى الذي وصل إليه في سنوات ما بعد الاستقلال ، فيعود ذلك إلى نمط المعيشة الجديد الذي يعيشه السكان و ظهور عوامل حديثة للتحكم فيه مثل مستوى الدراسة للأفراد، الذي يؤثر حتى في متوسط العمر الخاص بالزواج الذي عرف قفزة نوعية منذ الاستقلال إلى الوقت المعاش بعد أن كانت قيمته في 1966 تقدر بـ 18.3 سنة للمرأة و 23.8 سنة للرجل لتصل في تعداد 2008 إلى 29.1 سنة للنساء و 32.9 للرجال، زد إلى دخول المرأة إلى عالم الشغل و انتشار ثقافة استعمال وسائل منع الحمل.

## 02- الشيخوخة الديمغرافية في الجزائر:

### 02-01- قياس مستوى الشيخوخة السكانية في الجزائر:

بالنظر إلى شكل الهرم السكاني لأي مجتمع أو مجموعة سكانية يمكن معرفة و بشكل عام و تمييز هذه التركيبة سواء كانت تركيبة سكانية تتميز بالشباب أو الشيخوخة، لكن هل يمكن التوقف عند هذه النظرة فقط و لا يتجاوز الباحث خاصةً المختص في مجال الديمغرافيا نقطة العمومية و الدخول في التفاصيل، خاصة بعد التطورات التي طرأت على المجتمعات السكانية في العالم المعاصر، بظهور ظاهرة جديد في أواسط القرن الماضي ألا و هي ظاهرة شيخوخة السكان في بعض الدول و تبقى بعض الدول الأخرى من العالم في انتظار دورها لمعايشة هذه الظاهرة بعد انتشار التحولات الديمغرافية بين معظم سكان العالم.

لهذا قام بعض المختصين بتطوير مؤشرات خاصة بهذه الظاهر الجديدة من الجانب الكمي كمنظيراتها من الظواهر الديمغرافية الأخرى مثل الخصوبة و الوفيات والهجرة، من اجل إعطاء صورة رقمية للسكان الممثلين لهذه الظاهرة. لهذا تم تسخير هذا الجزء من الدراسة بإبراز هذه المؤشرات و تطوراتها في المجتمع السكاني الجزائري خلال المدة الخاصة بالدراسة لإظهار واقع الشيخوخة بطريقة أكثر تقنية.

### 02-01-01- تطور العمر المتوسط لسكان الجزائر:

استعمل متوسط العمر للسكان كأول مؤشر لقياس مدى شباب أو شيخوخة مجتمع معين، لكنه بقي واسع المنظور وعام و مختزل المعنى، لهذا السبب قام المختصون بتطوير مؤشرات جديدة خاصة بهذه الدراسة من اجل إعطاء نظرة واضحة عن مستوى الشيخوخة في المجتمعات.

**جدول رقم(01):تطور متوسط عمر السكان في الجزائر(1966-2014).**

السنوات	1966	1977	1987	1998	2008	2014	2016
العمر المتوسط للسكان	22,8	21,88	22,65	25,26	28,3	29,36	29.60

المصدر:حساب شخصي من ملاحق التركيبات السكانية

من خلال القيم الموجودة في الجدول من الملاحظ أن متوسط عمر السكان قد عرف نفس المستوى من الاستقرار منذ الاستقلال إلى غاية سنوات الثمانينات من القرن الماضي، حيث لم تتجاوز قيمته 22 سنة. يدل هذا على أن نصف سكان الجزائر في تلك الفترة كان سنهم لا يتجاوز 22 سنة، وهذا دليل على أن السكان كانوا يتميزون بأكثرية الشباب كما تم ملاحظته في تطورات أشكال الأهرام السكانية للجزائر.

إلا انه عرف زيادة نوعية في قيمته منذ التسعينات، لتبلغ قيمته 25 سنة في تعداد 1998 و 28 سنة في آخر تعداد عام قامت به السلطات الجزائرية(2008). تشير هذه الزيادة في قيمته على بداية تقدم السكان في السن منذ التسعينات إلى يومنا الحاضر، لكن يبقى في نفس المستوى الذي يشير إلى شباب التركيبة السكانية.

## 02-01-02- المؤشرات الخاصة بقياس الشيخوخة السكانية:

جدول رقم(02): تطور أهم المؤشرات الخاصة بالشيخوخة (1966-2014).

المؤشرات	1966	1977	1987	1998	2008	2016
مؤشر الشيخوخة	11,7	10	10,43	13,63	19	24.30
مؤشر الهرومة	24	22,08	26.8	24	27	28.01
مؤشر الأنوثة في الشيخوخة	54,35	51,46	50,27	51,73	50,06	51.43

المصدر: حساب شخصي من معطيات التركيبات السكانية للديوان الوطني للإحصائيات.

### أ- مؤشر الشيخوخة الديمغرافية:

يعتبر هذا المؤشر الرئيسي لمعرفة أو قياس مدى الشيخوخة الديمغرافية لأي بلد أو تركيبة سكانية ما، فهو كما سبق ذكره في الفصل المفاهيمي عبارة عن حاصل قسمة عدد سكان فئة المسنين على عدد سكان فئة الشباب ويشمل بذلك مستويين من التركيبة السكانية، وإن صح القول هو يمثل كل من مستوى قاعدة و قمة الهرم السكاني.

عرفت قيمة هذا المؤشر ارتفاع مستمر طوال فترة الدراسة مع انه سجل انخفاض نسبي في فترة السبعينات و الثمانينات و ظهر ذلك في تعدادي 1977 و 1987 بعد أن كان في تعداد 1966 بقيمة 11 أشخاص من سن 60 سنة و أكثر مقابل 100 شاب من (0-19) سنة إلى 10 و 10.43 بالمائة حسب الترتيب، ويعود هذا إلى تضخم فئة الشباب في تلك الفترة الناتج عن ارتفاع الخصوبة الذي ميزها.

إلا انه سرعان ما سجل ارتفاع من سنوات التسعينات حتى إلى اليوم، و هذا بشكل مهم فتضاعف من 7% إلى 13.72 % في تعداد 2008، مما يدعو إلى القول أنها سرعة كبيرة في زيادة هذا المؤشر في مطلع القرن.

### ب-مؤشر الهرومة أو الشيخوخة:

الغرض من حساب هذا المؤشر هو معرفة مدى حدة الشيخوخة في الشيخوخة (الشيخوخة الشيخوخة)، يخص هذا المؤشر قياس حدة فئة كبار الشيخوخة في فئة المسنين الإجمالية. لم يعرف هذا المؤشر زيادة كبيرة طول مدة الدراسة ، بحيث انه لم تتعدى قيمة الزيادة في مستواه الـ 04 % من أول تعداد إلى الوقت الراهن. ربما يعود ذلك إلى عدم تسخير السلطات لسياسة صحية تتكفل بهذه الفئة من المسنين على الرغم من الانتقالية الصحية التي عرفت الجزائر التي أصبح فيها الأفراد يعيشون مع أمراضهم المزمنة بدل من أن تسبب لهم الوفاة . أو ربما يرجع ذلك إلى تاريخ هؤلاء الأفراد الصحي الذين تزامنت مرحلة شبابهم بفترة الاستعمار بما فيه من سوء الظروف المعيشية والصحية لتبقى آثارها إلى آخر سنين حياتهم.

الأمر الذي يعطي فكرة عن مستوى حدة الشيخوخة في الجزائر، فمن ميزات الشيخوخة المتقدمة ارتفاع مستوى فئة الشيخوخة والعميرين في البلدان التي تعرف هذا المستوى المرتفع من الشيخوخة بين سكانها.

### ج-مؤشر الأنوثة في الشيخوخة:

وضع هذا المؤشر من اجل معرفة مدى تطور الشيخوخة لدى الإناث في الفئات العمرية الكبيرة أو مدى تأنيث الشيخوخة في هذه الأعمار. من الملاحظ من معطيات الجدول أن عدد الإناث في فئة كبار المسنين 75 فما فوق اكبر من الذكور، ليسجل اكبر قيمة في بداية المدة بـ 54 امرأة مسنة في 100 شخص من هذه الفئة العمرية لكلا الجنسين في تعداد 1966 . تعود بنا هذه النسبة إلى الوراء في نظرة لتاريخ الجزائر في سنوات الاستعمار الفرنسي بعدم الاستقرار و

الحرب فالرجال أكثر عرضةً إلى الوفاة من النساء، وتبقى مستقرة في باقي المدة بحوالي 51 امرأة في 100 شخص من فئة الشيوخ الشيوخ.

### 02-01-03-معامل إعالة الأشخاص المسنين و معامل الإعالة الكلي:

باعتبار معامل الإعالة مؤشر ذو بعد اقتصادي الهدف منه قياس مدى ثقل وعبء الفئة الغير نشيطة أو المستهلكة المتمثلة في الأشخاص المسنين و الفئة الشابة الأقل سن من سن العمل على الفئة النشيطة، وهنا تم قياس معامل الإعالة الخاص بالأشخاص المسنين وحده بقسمة عدد الأشخاص المسنين من 60 سنة فما فوق للجزائر على عدد سكان الفئة النشيطة. غير انه من المفضل أحيانا استعمال العكس بمؤشر معامل قوة دعم أو سند من قوة السكان النشطين المحتملة للأشخاص المسنين، الذي يدل عدد الأشخاص النشطين المعيلين المحتمل لشخص واحد متقاعد أو مسن.

### أ-معامل إعالة الأشخاص المسنين:

سجل هذا المعامل انخفاضا لا لتناقص عدد الأشخاص المسنين وإنما لتزايد حجم الفئة النشيطة في المجتمع السكاني الجزائري الناتج عن الانفجار الديمغرافي و التحولات الديمغرافية التي طرأت على الحركة السكانية للجزائر بعد ذلك ، المرحلة التي يلعبها بعض المختصين في الديمغرافيا بالربح السكاني.

ليصل في سنة 2016 إلى 16 شخص من عمر الستين سنة فما فوق مقابل 100 شخص من الفئة النشيطة بعد أن كان 18 شخص في أول تعداد للجزائر، بالمقارنة مع بعض الدول التي تعاني حدة في مستوى شيخوخة سكانها مثل ألمانيا و إيطاليا التي بلغ فيها هذا المؤشر إلى 30 %<sup>52</sup> في عام 2005 أي ضعف مستواه في الجزائر في نفس هذه الفترة.

<sup>52</sup> -www.ined.fr



مما يدل على رمزية حجم هذه الفئة بالنسبة للفئة ذات المردودة النشطة في المجتمع ، لكن تبقى هذه الدلالة رمزية و مختزلة لا تعطي المعنى الاقتصادي الصحيح لهذا المعامل . مما يلاحظ في ارض الواقع من عجز الصندوق الوطني للتقاعد من تامين في أجور المتقاعدين. ليدخل في ذلك عامل البطالة و شح مناصب العمل للفئة النشطة.

**جدول رقم(03): تطور معامل إعالة الأشخاص المسنين ومعامل الإعالة الكلي.**

السنوات	معامل إعالة الأشخاص المسنين(%)	معامل الإعالة الكلي(%)
1966	18	170
1977	16	178
1987	15	155
1998	15	122
2008	14	86
2014	15	82
2016	16	84

المصدر: حساب شخصي من معطيات التركيبات السكانية.

### ب- معامل الإعالة الكلي للسكان:

لقد كانت قيمة هذا المؤشر تفوق 100 % إذ بلغت 180 % في السبعينات، وهذا ما يدل على كبر حجم السكان المستهلكين من شباب و مسنين بسبب الارتفاع المستمر الذي سجلته كل من هاتين الفئتين في بداية الاستقلال ، وخاصةً بعد الارتفاع الكبير في مستوى الخصوبة (الانفجار السكاني في تلك الفترة) بالنسبة للفئة الشابة، وتحسن الأوضاع المعيشية والصحية والاستقرار. لكن سرعان ما بدأت في التناقص في الثمانينات متزامنةً مع انخفاض الخصوبة، إلا أن هذه القيمة بقيت تفوق مستوى 100 % إلى أن وصلت إلى قيمة اقل منه في تعداد 2008 إذ سجلت

86 % أي بنصف قيمته في بداية المدة المدروسة. منه نستنتج أن السكان الغير منتجين لا يشكلون عبءاً على السكان النشيطين في الجزائر و أن الجزائر تحتوى على قوة بشرية.

## 02-02- المنظور الديمغرافي للأشخاص المسنين:

إن الهدف من هذا العنوان هو توضيح الملامح الديمغرافية للفئة الخاصة بهذه الدراسة التي تمثل الأشخاص المسنين من دون 60 سنة، بإبراز مميزاتهم الديمغرافية عن السكان الآخرين، سواء من حيث توزيعهم حسب الجنس أو مستوى الزيادة لدى هذه الشريحة أو العمر المتوسط وحتى مستوى الوفيات لدى هؤلاء الأشخاص بمؤشر متوسط سنوات العيش.

## 02-02-01- تطورات معامل الذكورة لدى الأشخاص المسنين:

جدول رقم(04): تطورات معامل الذكورة عند الأشخاص المسنين في الجزائر (1966-2014)

معامل الذكورة(%)							الأعمار
2016	2014	2008	1998	1987	1977	1966	
98	98	99	94	93.7	96.8	98	64-60
95	98	99	97	94	103	95	69-65
94	96	97	97	99	100	83	74-70
93	93	99	98	98	94	83	79-75
92	94	99	89				84-80
98	98	88					+85
98	99	98	95	96	99	93	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات التركيبات السكانية.

معامل الذكورة و باعتباره مؤشر لتوزيع الجنسين سواء حسب الأعمار أو مجموع السكان، وحسب النموذج المتبع للمعطيات العالمية فإنه لا يتجاوز حدود المائة نظراً لمستوى الوفيات لدى الذكور المرتفع عن الإناث في هذه المرحلة من الحياة في الأعمار الكبيرة.

هذا ما سجله في كل السنوات بمستوى حدوده الطبيعية التي لا تفوق عن المائة بالمائة بالنسبة لإجمالي الأشخاص المسنين.

أما فيما يخص الفئات العمرية للأشخاص المسنين فتميز بمعامل يقل عن هذه الوحدة لمعظم الفئات العمرية في الثلاث تعدادات الأولى، إلا انه سجل مستوى يفوق الواحد في تعداد 1977 ربما يرجع ذلك إلى نوعية المعطيات الإحصائية ، أو إلى عامل الأجيال باعتبار نساء هذه الفئات تنتمي إلى الأجيال القديمة ذات الخصوبة العالية مم يؤثر على صحة المرأة و تدهورها مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى وفيات الأمهات لنساء هذه الأعمار ، لكن تبقى هذه فرضيات دون تأكيد.

#### 02-02-02- تطور عدد ومعدل الزيادة السنوي بين التعدادات للأشخاص المسنين :

كما سبق شرح تطور نسبة فئة المسنين في الجزائر من تغيرات عبر التعدادات التي أجريت منذ الاستقلال، ينطبق نفس التحليل على عدد السكان الخاص بهذه الفئة من زيادة ونقصان باعتبار أن هذا العدد يمثل البسط في حساب هذه النسبة و بالتالي تكون العلاقة بينهما علاقة طردية. الهدف من هذا العنوان هو دراسة مستوى زيادة هذه الفئة المتمثل في معدل الزيادة السنوي الخاص بها في هذه الفترة بين التعدادات.

جدول رقم(05): تطور عدد ومعدل الزيادة السنوي بين التعدادات للأشخاص المسنين:

السنوات	عدد السكان من +60	معدل الزيادة السنوي بين التعدادات (%)	عدد السكان من +75	معدل الزيادة السنوي بين التعدادات (%)
1966	798292		191246	
1977	932052	1.5	205875	0,74
1987	1313939	3.5	352681	5,53
1998	1935325	4	459165	3
2008	2564936	3	692159	4,2
2014	3333909	4.6	934091	5.12

المصدر: حساب شخصي من معطيات ملاحق التركيبات السكانية.

- تم حساب معدل الزيادة السنوي بالاستعانة بالصيغة الحسابية التالية :

$$r = \sqrt[n]{P_n/P_0} - 1$$

كما هو ملاحظ فهذا المعدل تميز بالتزايد منذ بداية هذه الفترة و خاصةً الارتفاع الملموس بين تعداد 1977 و تعداد 1987 من 1.5 % إلى 3.5%، وبقيت سرعة زيادة الأشخاص ذوي 60 سنة و أكثر معتبرة بين التعدادات، لا تقل قيمتها عن 03 % لتفوق سرعة الزيادة الإجمالية للسكان ككل التي بلغت في 2008 إلى 1.9%.

أما كبار السن أو العمر الرابع فان العدد الخاص بها قد عرف بدوره نفس تطورات الفئة المسنة الإجمالي من تزايد. لكن الشيء الواضح من خلال الجدول هو الفرق بين معدل الزيادة لكل من فئة المسنين الإجمالي وفئة كبار السن أو العمر الرابع، فحسب معطيات الجدول فان سرعة زيادة كبار المسنين اكبر من سرعة زيادة الأشخاص المسنين ككل. الوضع الذي يطرح التساؤلات حوله و يطرح كذلك الإشكالية في كيفية التعامل مع هذه الزيادة، فهو يعتبر من أهم

مشاكل باعتبار هذه الفئة المتقدمة في السن أكثر عجزاً من الفئات الأخرى و تمثل عبأً على المجتمع بالحاجيات الخاصة بها كالتكفل و الرعاية الصحية و الاجتماعية.

### 02-02-03- تطور العمر المتوسط للأشخاص المسنين في الجزائر:

جدول رقم (06): تطور العمر المتوسط للأشخاص المسنين في الجزائر (1966-2014)

السنوات	1966	1977	1987	1998	2008	2016
العمر المتوسط لـ60+ رجال	68.3	68.5	68.8	69.4	70.8	70.6
العمر المتوسط لـ60+ نساء	68.7	68.5	68.9	69.4	71.0	70.9
العمر المتوسط لـ60+	68.5	68.5	68.8	69.4	70.9	70.8

المصدر: حساب شخصي من معطيات التركيبات السكانية

تم حساب متوسط العمر بصيغة المتوسط الحسابي ، فيما يخص آخر مركز فئة اتخذت آخر فئة تم إنهاء التركيبة السكانية بها من معطيات الديوان الوطني للإحصائيات. بنفس طريقة حسابه في مسح 2002 من قبل المختصين الذي قدر بـ 69.3 سنة.

لم تسجل قيمة هذا المتوسط بين الرجال و النساء أي فارق كبير، نفس الشيء لكلاهما معا غير أن العمر المتوسط لم يسجل زيادة معتبرة خلال هذه المدة رابعا سنتين فقط من مستوى قدر من 68 سنة إلى 70 سنة.

### 02-02-04- تطور أمل الحياة للأعمار الكبيرة في الجزائر:

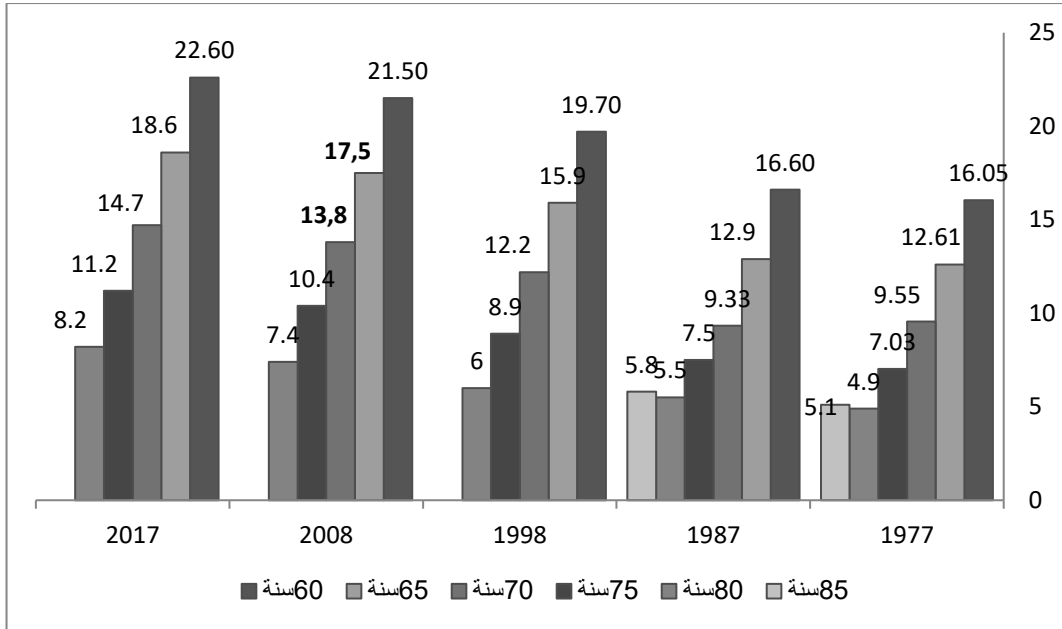
إن البعد الاقتصادي لحساب متوسط سنوات الحياة للأعمار المتقدمة بالنسبة للسلطات هو معرفة مدى تكلفة أجور التقاعد بالدرجة الأولى، لكن هنالك انشغالات جديدة مع تطور ظاهرة الشيخوخة في أوساط المجتمعات المعاصرة، لتتخطى بذلك الجانب الصحي و التكفل الاجتماعي لهؤلاء المسنين خاصة بعد تقدمهم في السن و تناقض قدراتهم الوظيفية وبداية

## الفصل الثاني: الانتقالية الديمغرافية و الشيخوخة الديمغرافية في الجزائر

فقدانهم لتحكمهم بالذات، الأمر الذي يجعلهم بحاجة إلى نمط معيشي مختلف من مساعدات من الآخرين سواء من أفراد العائلة أو أفراد المجتمع الآخرين أو السلطات.

الأمر الذي يدفع الجهات المعنية إلى انتهاج مخططات تنموية جديدة في المستقبل على هذا الأساس بغرض إشباع حاجيات هذه الفئة من المجتمع. كذلك يعكس هذا المؤشر مستوى القطاع الصحي والمتابعة الصحية لهذه الشريحة بعد الانتقالية الصحية، والقدرة على العيش مع المرض المزمن دون السماح له بأن يكون سبب لوفاة الأشخاص.

### الشكل رقم(14):تطور أمل الحياة للأعمار الكبيرة في الجزائر (1977-2014)



المصدر: رسم بياني من الملحق رقم 16

الواضح من الرسم البياني تطور هذا المؤشر بزيادته عبر الزمن نتيجة لتوفر الرعاية الصحية الأولية للسكان، فبعد أن كان الشخص ذو الستين سنة في سنة 1977 من المحتمل عيشه 16 سنة أخرى بعد هذا العمر زاد هذا الاحتمال إلى 21.50 سنة في سنة 2008 و 22.60 سنة في سنة 2014. إن هذا التزايد في متوسط سنوات العيش ينطبق كذلك على كل الأعمار خلال المدة المدروسة.

يبقى متوسط سنوات الحياة لدى الإناث متفوق على الذكور كما هو الحال بالنسبة لمتوسط الحياة عند الولادة، ففي معظم الأعمار و في كل السنوات المدروسة للنساء الحظ في عيش سنة إضافية على الرجال.

### 03- العوامل الديمغرافية للشيخوخة السكانية في الجزائر:

من المعروف أن العوامل الديمغرافية المؤثرة في الشيخوخة السكانية هي نفسها العوامل الديمغرافية المتحكمة في التركيبات السكانية. باعتبار الشيخوخة نتيجة للحركة السكانية بعد معاشتها المرحلة الأخيرة للانتقالية الديمغرافية، لتبقى الخصوبة و الوفيات هما العاملين المباشرين لهذه الظاهرة.

لكن من بين التناقضات في الآراء بين المختصين في علم الديمغرافيا حول معرفة من الأكثر تأثيرا بين الخصوبة و الوفيات على الشيخوخة الديمغرافية في المجتمعات المعاصرة، ففي أول مرحلة قد بدأت من قاعدة الهرم السكاني مما يجعل انخفاض الخصوبة هو المتحكم ، مع العلم أن نسبة الأشخاص المسنين هي حاصل قسمة عددهم على العدد الإجمالي للسكان التي تنتمي إليه فئة الشباب، (ليس الشيوخ هم المسئول على الشيخوخة السكانية، طالما أن هناك معنى للبحث عن المسئول فالأجدر أنهم الشباب)<sup>53</sup> ، بما أن نزول الخصوبة و ليس تراجع الوفيات الذي على المحك.

فعلى سبيل المثال عندما يكون هناك تناقص في الوفيات عند الأطفال ومن جهة أخرى يوجد تناقص مستوى الوفيات في الأعمار المتقدمة مع خصوبة مرتفعة، فانه سوف يكبح نسبة الأشخاص المسنين عن الارتفاع ومنه يستنتج أن الوفيات لها تأثير مباشر على العدد و ليس النسبة.

<sup>53</sup>- Michel-Loriaux –vieillessement du monde et mondialisation du vieillissement -cahier de l'ined n° 149-2002- page 555.

لمعرفة هذه العلاقة في مجال الديمغرافيا لا يتم إلا بخلق نوع من العلاقة الإحصائية بين هذه العوامل و الشيخوخة السكانية ومعرفة الأكثر تأثيراً و تحكما في حجمها سواء الخصوبة من أسفل الهرم، و الوفيات بشكل عام كمؤثر رئيسي معبر عن مستوى الشيخوخة في أي بلد وهو متوسط سنوات عيش السكان.

هذا بجمع معطيان حول تطور نسبة الأشخاص المسنين من 60 سنة وفوق و نسبة السكان لعمر من دون 19 سنة أي الشباب الشريحة السكانية التي يمكنها إعطاء صورة واضحة عن مستوى الخصوبة في أي بلد، ومتوسط سنوات العيش من الولادة الذي كما وصفه جاك فيلون في كتابه جبرية الإنسان بأنه المؤشر الذي يلخص كل رزنامة الوفيات في رقم واحد فقط<sup>54</sup> ، بتتبع تطوراته هذا المؤشر لسكان الجزائر لنفس الفترة الزمنية .

باستعمال دراسة علاقة الارتباط و العلاقة الخطية بين هذه المؤشرات باعتبارها الطريقة المستعملة في هذا النوع من المتغيرات الكمية.

### 03-01- مستوى الوفيات و الشيخوخة الديمغرافية في الجزائر:

بأخذ مراحل تطور الوفيات عبر أهم ثلاث مراحل التحول الديمغرافي في الجزائر منذ الاستقلال إلى الوقت الحالي بمؤشرها المختار لدراسة هذه العلاقة الإحصائية وهو مؤشر أمل الحياة عند الولادة، و تطور حجم الفئة السكانية المتمثلة في الأشخاص المسنين قي نفس هذه المراحل المبينة في الجدول التالي.

<sup>54</sup>- Jacques Véron –Arithmétique de l'homme (le démographie entre science et politique)- page 75.



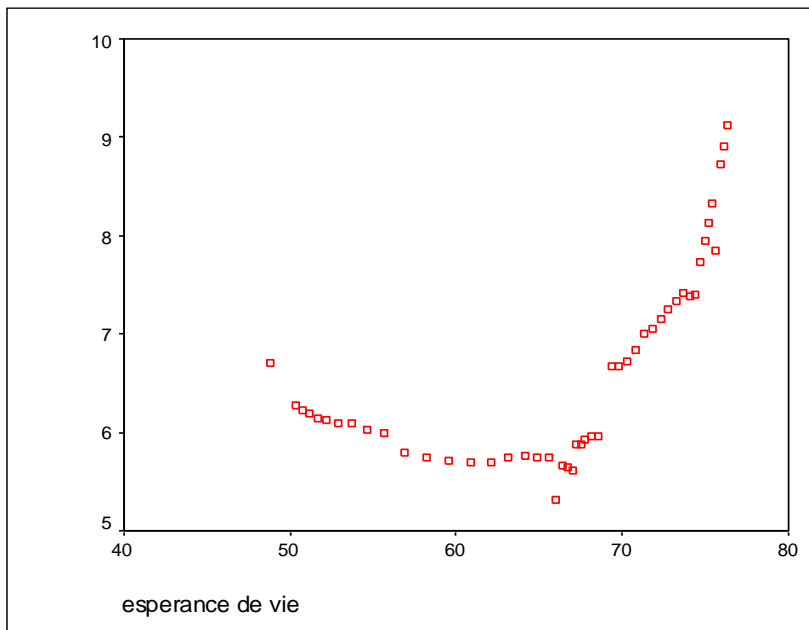
جدول رقم (07): تطور نسبة السكان المسنين و مؤشر أمل الحياة عند الولادة في أهم مراحل التحول الديمغرافي.

مراحل التحول الديمغرافي	(1971-1966)	(1985-1971)	(2017-1986)
أمل الحياة عند الولادة	49,59	55,67	70,6
نسبة السكان (60+ سنة)	6,48	6,25	7

المصدر: حساب متوسط القيم لكل فترة زمنية من الملحق رقم (15)

بتطبيق عملية قياس مستوى الارتباط بين مؤشر أمل الحياة عند الولادة ونسبة الأشخاص المسنين من 60 سنة فما فوق على مدي 48 سنة تم جمعها من المعطيات. باستخدام برنامج spss الذي بين العلاقة القوية بين المتغيرين بمعامل ارتباط يقدر بـ 0.645 مما يدل على وجود علاقة بين هاذين المتغيرين لكن ليست بالحدة المتوقعة، كمفهوم عام لمدى تطور الشيخوخة السكانية وارتباطها بمستوى أمل الحياة الذي يعتبر دليل قياس مستواها بين الدول.

شكل رقم (15): منحنى التشتت بين متغير نسبة سكان 60 + و متغير أمل الحياة عند الولادة.



من خلال شكل انتشار نقاط المنحنى الذي اخذ شكل تصاعدي، يستنتج العلاقة الموجودة بين المتغيرين و هي الارتباط الموجب. الأمر الذي يدفع إلى التقدم معرفة قوة العلاقة بينهما و دلالتها باستعمال معامل الارتباط لبيرسون الخاص بالمتغيرات الكمية.

**جدول رقم (08):** علاقة الارتباط لبيرسون بين أمل الحياة عند الولادة و نسبة الأشخاص المسنين.

Corrélations

		esperance de vie	population 60 ans et plus
esperance de vie	Corrélacion de Pearson	1,000	,645**
	Sig. (bilatérale)	,	,000
	N	48	48
population 60 ans et plus	Corrélacion de Pearson	,645**	1,000
	Sig. (bilatérale)	,000	,
	N	48	48

\*\* . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

بعد أن تبين وجود العلاقة من خلال الجدول و أن معامل الارتباط المحصل عليه هو ذو دلالة إحصائية خلال هذه الفترة ، هذا من خلال القيمة ذات الدلالة المعنوية العالية الأقل من 0.05 و المتمثلة في 0.01 ، مما يمكن من تعميم هذه العلاقة على السنوات الغير مدرجة في الدراسة.

بعد ما وجدت علاقة الارتباط بين المتغيرين التي تسمح بالانتقال إلى المرحلة الثانية، وهي العلاقة الخطية (الانحدار الخطي) التي تأخذ صيغة المعادلة المأخوذة من الجدول التالي لبرنامج spss.

جدول رقم(09):معاملات الانحدار الخطي بين أمل الحياة عند الولادة ونسبة الأشخاص المسنين.

Coefficients						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(constante)	1,706	,862		1,979	,054
	esperance de vie	7,465E-02	,013	,645	5,732	,000

a. Variable dépendante : population 60 ans et plus

الهدف من هذه الخطوة من الدراسة هي معرفة العوامل المتحكمة في الشيخوخة الديمغرافية وإعطاء علاقة إحصائية لها، لهذا تأخذ قيم مؤشر أمل الحياة دور المتغير المستقل (X) ونسبة السكان المسنين المتغير التابع (y) ومنة تكون صياغة معادلة العلاقة كالتالي:

$$y=1.706+0.07465x$$

و التي تترجم على الشكل التالي:

نسبة الأشخاص (+60 سنة) لسنة معينة = 1.706 + 0.07465 \* أمل الحياة عند الولادة لنفس السنة

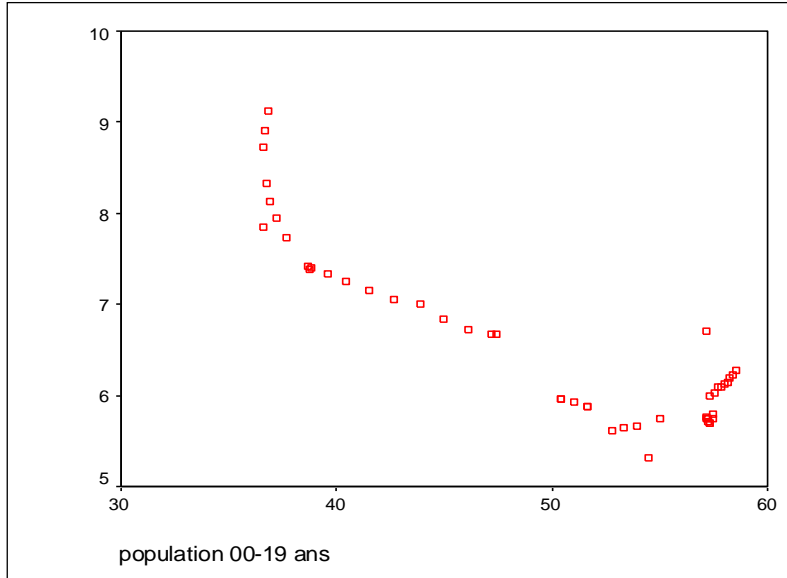
إن القيمة الايجابية للمعلمة  $B_1 = 0.0746$  تدل على انه كلما زادت قيمة أمل الحياة عند الولادة لسكان الجزائر زادت نسبة الشيخوخة السكانية للبلاد.

### 02-03- مستوى الخصوبة و الشيخوخة الديمغرافية في الجزائر:

باستخدام نفس الخطوات السابقة مع المتغير الممثل لمستوى الخصوبة وهو نسبة الشباب من إجمالي السكان مع نسبة الأشخاص المسنين من إجمالي السكان. باعتبارهما متغيرين كميين بحساب معامل الارتباط الذي سجل قيمة مهمة وقوية مقارنةً بمعامل الارتباط السابق مع متغير الوفيات، ليظهر العلاقة القوية بين ظاهرة الخصوبة والشيخوخة السكانية بحددة قيمتها (-0.889) مما يبين العلاقة العكسية التي تجمع بينهما، فكلما زاد مستوى الخصوبة اثر على

مستوى فئة الشباب بالإيجاب التي تعكس الزيادة في حجمها بالعكس على حدة الشيخوخة السكانية و العكس صحيح.

شكل رقم(16): منحنى التشتت لمتغير نسبة +60 و متغير نسبة سكان (0-19).



تظهر العلاقة العكسية للمتغيرين أو الارتباط السلبي من الشكل الذي أخذته النقاط الموجودة بالنزول من الأعلى إلى الأسفل في المنحنى، للتقدم في دراسة العلاقة بمعامل بيرسون و درجة قوتها.

جدول رقم(10): علاقة الارتباط لبيرسون الخطي بين نسبة السكان الشباب ونسبة الأشخاص المسنين.

Corrélations

		population 60 ans et plus	population 00-19 ans
population 60 ans et plus	Corrélacion de Pearson	1,000	-,889**
	Sig. (bilatérale)	,	,000
	N	48	48
population 00-19 ans	Corrélacion de Pearson	-,889**	1,000
	Sig. (bilatérale)	,000	,
	N	48	48

\*\* . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الحدة التي تسمح بإقامة علاقة خطية بين المتغيرين على الشكل التالي:

$$y=11.749-0.104x$$

التي تترجم إلى:

نسبة الأشخاص المسنون (60+ سنة) لسنة معينة =  $11.749 - 0.104 \times$  نسبة السكان (0-19) سنة لنفس السنة

من خلال معامل اتجاه هذه المعادلة الخطية الذي يحمل العلامة السلبية (-0.104)، الذي يؤكد ما أظهره معامل الارتباط من علاقة عكسية بين المتغيرين .

**جدول رقم(11):** معاملات العلاقة الخطية بين نسبة الشباب و نسبة الأشخاص المسنين.

Coefficients

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
	B	Erreur standard	Bêta		
1 (constante)	11,749	,397		29,589	,000
population 00-19 ans	-,104	,008	-,889	-13,137	,000

a. Variable dépendante : population 60 ans et plus

بوجود العلاقة من خلال معاملات الارتباط بين المؤشرات الممثلة للعوامل الديمغرافية المباشرة للتحويلات الديمغرافية و ظاهرة الشيخوخة الديمغرافية ، الأمر الذي يسمح بالخلق علاقة إحصائية تجمع بين كل هذه المتغيرات وهي العلاقة الخطية المتعددة المتغيرات. بإيجاد معادلة جديدة تجمع بين كل الأطراف باستخدام نفس المعطيات.

**جدول رقم (12):** جدول العلاقة الخطية بين كل من نسبة الأشخاص المسنين و نسبة الشباب وأمل الحياة عند الولادة.

Coefficients

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
	B	Erreur standard	Bêta		
1 (constante)	20,815	1,396		14,915	,000
population 00-19 ans	-,179	,013	-1,522	-14,206	,000
esperance de vie	-8,22E-02	,012	-,711	-6,636	,000

a. Variable dépendante : population 60 ans et plus

من خلال ما يبينه الجدول تأخذ المعادلة الشكل التالي:

$$y = 20.815 - 0.0822 * x_1 - 0.179 * x_2$$

أي

نسبة الأشخاص المسنين (60+ سنة) لسنة ت = 20.815 + (-) 0.0822 \* أمل الحياة عند الولادة لسنة ت + (-) 0.179 \* نسبة الشباب (0-19 سنة) لسنة ت

بتطبيق هذه النتيجة على بعض السنوات ومقارنة النتائج المقدره من هذا النموذج الإحصائي مع النتائج الواقعية الموجودة في الجدول التالي.

**جدول رقم (13):** تطور نسبة الأشخاص المسنين من النموذج و الواقع

السنوات	فئة الشباب (19-0)	أمل الحياة عند الولادة	نسبة السكان (60+ سنة) الواقع	نسبة سكان (60+ سنة) المحسوبة
1966	57.16	48.81	6.7	6.6
1977	58.2	54.61	6.02	6.0
1987	54.99	65.53	5.74	5.60
1998	47.39	69.34	6.68	6.63
2008	38.78	74.03	7.39	7.73

من الملاحظ تقارب نتائج النموذج المستخلص من هذه الدراسة مع قيمها الواقعية مما يسمح بتطبيق النموذج على السنوات الأخرى.

## خلاصة الفصل:

تعطي الانتقالية الديمغرافية تفسيراً واضحاً للشيخوخة الديمغرافية ، لهذا تم تخصيص هذا الجانب من الدراسة بتفسير وإعطاء صورة عن الانتقالية الديمغرافية ، والعوامل الأساسية التي تؤثر في تطور مراحلها مباشرةً. من الخصوبة التي سجلت ذروتها في أواخر سبعينات القرن الماضي لتصل تقريبا إلى ثمانية أطفال للمرأة الواحدة كمؤشر تركيبى للخصوبة، وتبدأ بالانخفاض في أواخر الثمانينات نتيجة لعوامل اقتصادية ، ثقافية ،اجتماعية و حتى سياسية ، لتبقى في نفس المستوى مع زيادة لا يمكن مقارنتها بنظيرتها التي سجلت بعد الاستقلال .كما شهدت الوفيات انخفاضا مستمراً من بداية فترة الدراسة إلى الوقت الحالي مع تحسن في الأوضاع الصحية و الاجتماعية للسكان.

إعطاء صورة عن واقع الشيخوخة الديمغرافية في الجزائر و مستوى حدتها، بتطور مؤشراتها من أهمها مؤشر الشيخوخة الديمغرافية الذي يبرز حجم كبار السن من حجم الشباب. المؤشرات التي سجلت تطور نوعي من أول تعداد سنة 1966 بقيمة 11 شخص من دون الستين سنة مقابل 100 شاب من فئة (0-19)، إلى تقريبا 24 شخص مسن مقابل 100 شاب في الوقت الحاضر، مما يوضح بداية ظهور ملامح الشيخوخة بين السكان.

يقال أن هنالك شيخوخة سكانية عندما تكون نسبة الأشخاص المسنين من إجمالي السكان في تزايد مستمر في منطقة معينة. هذا التزايد ينتج عن انخفاض معدلات الخصوبة بالدرجة الأولى باعتبارها الأكثر تأثيراً في هذه الظاهرة، مما استنتج من دراسة علاقتها الإحصائية عن طريق نتائج علاقة الارتباط والعلاقة الخطية، بأخذ نسبة الشباب كمؤشر يمثل مستوى الخصوبة و نسبة الأشخاص المسنين لتمثل بدورها الشيخوخة الديمغرافية. هذا بمعامل ارتباط (-0.889) الذي يدل على العلاقة القوية التي تربط بينهما و التي تحمل الميزة العكسية بإشارته السالبة.

ترجمت علاقتهما الخطية بالمعادلة التالية :

نسبة الأشخاص (60+ سنة) لسنة معينة =  $11.749 - 0.104 * \text{نسبة السكان (0-19 سنة)}$   
لنفس السنة

كما عرفت نسبة الشيخوخة الديمغرافية علاقة مهمة مع الوفيات بالمؤشر الذي يمثلها (أمل الحياة عند الولادة)، بمعامل ارتباط (0.645)، و علاقة خطية جُسدت على شكل المعادلة التالية :

نسبة الأشخاص (60+ سنة) لسنة معينة =  $1.706 + 0.07465 * \text{أمل الحياة عند الولادة}$  لنفس السنة

الهدف من هذه العملية هو إعطاء تفسير إحصائي أو كمي للعلاقة بين الانتقالية الديمغرافية و الشيخوخة الديمغرافية ، باعتبار أن الأولى هي تفسير للثانية كما سبق ذكره في بداية هذه الفقرة .



## الفصل الثالث:

المميزات السوسيو ديمغرافية و الظروف المعيشية  
للأشخاص المسنين في الجزائر.

## تمهيد:

لكل سن مميزاته الخاصة به سواء من الجانب الاجتماعي، الاقتصادي أو الثقافي وحتى المستوى المعيشي و الصحي الذي يحيط بأفراده. الهدف المرجو من هذا الفصل هو وضع صورة توضيحية عن المميزات الخاصة بسكان العمر الثالث في الجزائر، باستخدام معطيات مسح الصحة المتعدد المؤشرات الرابع لسنة 2012، عن طريق توزيعهم حسب المتغيرات الخاصة بالجوانب الاجتماعية، الديمغرافية و الظروف المعيشية للأشخاص المسنين من حيث الدخل والعمل و مميزات السكنات التي يعيشون فيها.

إضافة إلى حالتهم الصحية من الأمراض المزمنة والإعاقة ، هذا العنصر الذي يجلب أكثر من غيره المهتمين بدراسة كبار السن نظرا لحساسية الحالة الصحية للأشخاص في هذه المرحلة من العمر.

باستخدام تقنيات البرنامج الذي تم تفريغ معطيات المسح فيه (spss)، من جداول توزيع النسب وجداول متقاطعة بين المتغيرات و الرسومات البيانية الخاصة بها، وعمليات إعادة ترميز و تكييف بعض المتغيرات لاستخدامها بصورة مباشرة في التحليل و الوصف، كونها لم تكن موجهة لدراسة هذه الفئة من المجتمع.

هذا من اجل إعطاء صورة واضحة عن شكل هذه الفئة التي لا تقل أهمية عن نظيراتها من الفئات العمرية الأخرى المكونة للمجتمع الجزائري في الوقت الحاضر.

## 01-المميزات السوسيو ديمغرافية للأشخاص المسنين في الجزائر:

### 01-01-التركيبة حسب العمر و الجنس:

بلغ مستوى العمر المتوسط إلى 70,17 سنة لكلا الجنسين بين الأشخاص المسنين المندرجين في عينة المسح، إلا أن قيمته لم تسجل فرقا كبيرا بين الرجال و النساء إذ بلغت 70,05 سنة عند الرجال و 70,30 سنة للنساء.

جدول رقم (14):توزيع الأشخاص المسنين حسب العمر والجنس (مسح 2012-2013).

الفئات العمرية	الجنس		المجموع	
	رجال	نساء	العدد	النسبة
64-60	1969	1870	3839	31,9
69-65	1272	1296	2568	21,3
74-70	1108	1135	2243	18,6
79-75	812	840	1652	13,7
84-80	517	531	1048	8,7
89-85	221	220	441	3,7
90+	120	137	257	2,1
المجموع	6019	6029	12048	100

المصدر: حساب شخصي من معطيات المسح المتعدد النشرات لسنة 2012.

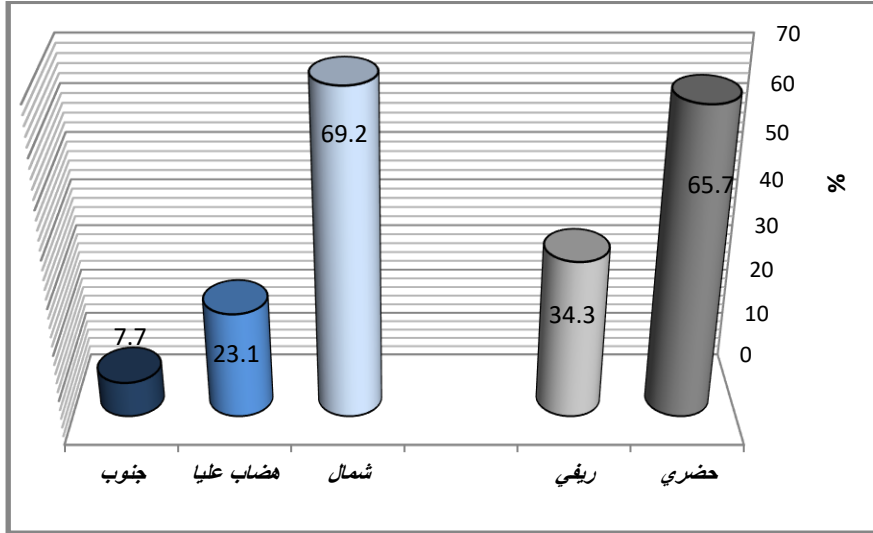
من الملاحظ الاختلاف البسيط في حجم الأشخاص المسنين بالنسبة لتوزيعهم حسب متغير الجنس بتفوق عدد النساء على الرجال في كل الفئات العمرية بمعامل ذكورة يقل عن 100% ما عدى فئة (60-64) سنة التي سجلت نسبة اكبر حجما عند الرجال على النساء، واصغر معامل للذكورة سجل في آخر فئة لـ 90 سنة فما فوق العمر الذي انخفض معامل الذكورة إلى 87% بعد أن كان يقترب من 100% في مجمل الأعمار الأصغر منه، هذا

بسبب التوزيع الطبيعي للجنس يتفوق الإناث على الذكور في الأعمار المتقدمة. في ما يخص التوزيع حسب الفئات العمرية فقد سجل تناقصا تدريجيا كلما توجهنا نحو الأعمار الأكبر سناً.

### 01-02- قطاع السكن و المنطقة الجغرافية:

التباين بين قطاعي السكن من تمركز حجم الأشخاص المسنون في القطاع الحضري إلى درجة الضعف مقارنةً بالقطاع الريفي، و التوزيع الجغرافي الذي ارتفعت فيه نسبة الأشخاص المسنين المقيمين في المناطق الشمالية على المناطق الأخرى. التوزيع الذي يُظهر نفس الشكل على إجمالي سكان العينة الخاصة بالمسح، و حسب العينة المأخوذة لهذا المسح المكونة من 767 مقاطعة أو عنقود من القطاع الحضري و 353 مقاطعة من الريفي لتكون ممثلة لإجمالي سكان الجزائر، إذ يرجع ذلك إلى الكثافة السكانية الغير متطابقة بين سكان الشمال والجنوب و الريف والحضر.

الشكل رقم (17): توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب قطاع السكن والمنطقة الجغرافية.



المصدر: الملحق رقم 18

### 03-01- الحالة الزوجية:

تعتبر الحالة الزوجية للأشخاص مع تقدمهم في العمر تعتبر عنصر مهم و مؤثر على حياتهم سواء المادية أو الصحية بالأخص النفسية. مثل ما تطرق إليه شق من تحليل معطيات المسح الثالث للصحة لسنة 2002 الذي خصص فيه باب كامل لدراسة الأشخاص المسنين و بإضافة استمارة موجهة لهذه الشريحة خاصة، هذا الشق الذي أعطى نتائج مهمة عن مدى تأثير الحالة الزوجية على الحالة الصحية و النفسية للشخص المسن، كما اختلفت هذه النتائج بين الرجل و المرأة .

**جدول رقم (15): توزيع الأشخاص المسنين حسب الحالة الزوجية و الجنس (مسح 2012)**

الحالة الزوجية	ذكور (%)	إناث (%)	المجموع (%)
أعزب(ة)	0.7	1.3	1, 0
متزوج(ة)	92,7	50.2	71.4
مطلق (ة) أو منفصل (ة)	0.4	2.8	1.6
أرمل(ة)	6.1	45.5	25.8
المجموع	100	100	100

المصدر: حساب شخصي من معطيات المسح المتعدد المؤشرات 2012

حسب التوزيع الموجود في الجدول من الواضح اختلاف حالات الزواج بين الرجال و النساء بتفوق نسبة حالة المتزوجين بين معظم الرجال و أخذها الحصة الأكبر من الحالات الزوجية الأخرى لكلا الجنسين بنسبة 71.4 % متزوج من رجال ونساء ، لتليها حالة الأرمال التي تميزت بها النساء بصفة خاصة على الرجال.

المتحكم الرئيسي في هذا التوزيع لمتغير الحالة الزوجية حسب الجنس بين الأشخاص المسنين، هو مجموعة من العوامل الاجتماعية و الثقافية و حتى الطبيعية التي تعطي بعض الامتيازات للرجال على النساء، منها ظاهرة إعادة الزواج في هذه الأعمار المتقدمة المتداول بين الرجال أكثر من النساء، فإذا أراد الرجل إعادة الزواج في هذه السن ففي معظم الأحيان ما يختار زوجة شابة تصغره سناً على أن يختار زوجة تكون اقرب سناً له ، هذا بغرض رعايته في آخر أيام حياته .

ما يفسر الارتفاع في نسبة المتزوجين عند الرجال بالأغلبية ذات القيمة 92.7 %، وارتفاع نسبة الأرملة عند النساء بـ 45.5 % بينما يفضل 6 رجال من المائة فقط البقاء لوحدهم دون إعادة الزواج لما تبقى من عمرهم بعد وفاة زوجاتهم.

إضافةً إلى طول عمر النساء مقارنة بعمر الرجال ويتجسد ذلك في ارتفاع قيمة متوسط سنوات الحياة عند الجنس الأنثوي، نتيجة ارتفاع مستوى الوفيات عند الرجال في هذه الأعمار المتقدمة، ما يبرر ارتفاع نسبة الأرملة عند النساء.

هذا التوزيع الذي يجعل هذه الفئة مختلفة عن الفئات السكانية الأخرى من حيث الحالة الزوجية.

#### 04-01 – المستوى التعليمي:

جدول رقم (16): توزيع نسب السكان المسنين حسب الجنس، قطاع السكن و المستوى

التعليمي (مسح 2012-2013)

المستوى التعليمي	رجال	نساء	حضري	ريفي	المجموع
بدون تعليم	66.7	85.7	69.7	88.6	76.2
ابتدائي	19.2	9.2	17.0	8.9	14.2
متوسط	7.0	3.1	6.8	1.7	5.1
ثانوي	4.3	1.5	4.1	0.7	2.9
تعليم عالي	2.8	0.5	2.4	0.2	1.6
المجموع	100	100	100	100	100

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

باعتبار هذه الشريحة من المجتمع الجزائري التي تنتمي إلى أجيال ما قبل الاستقلال، فان نسبة الأمية هي الأهم حجماً من بين المستويات التعليمية الأخرى بحجم 76.2 % لكلا الجنسين بنفس المستوى الذي سجلته في تعداد 2008 بقيمة 83.1 %<sup>55</sup> (75.1 % للرجال ، 90.8 %).

لكنها سجلت قيمة اكبر بين النساء لتصل إلى 85.7 % منهن أميات، هذا نتيجة احتكار التعليم عند الذكور على الإناث إن كانت هنالك إمكانية للتعليم في تلك الفترة، ما يفسر ارتفاع المستوى الابتدائي بين الرجال على مستواه بين النساء إلى درجة الضعف، بينما تبقى المستويات الأخرى محتشمة مقارنة بمستوى الذين لم يتلقوا أي تعليم في حياتهم.

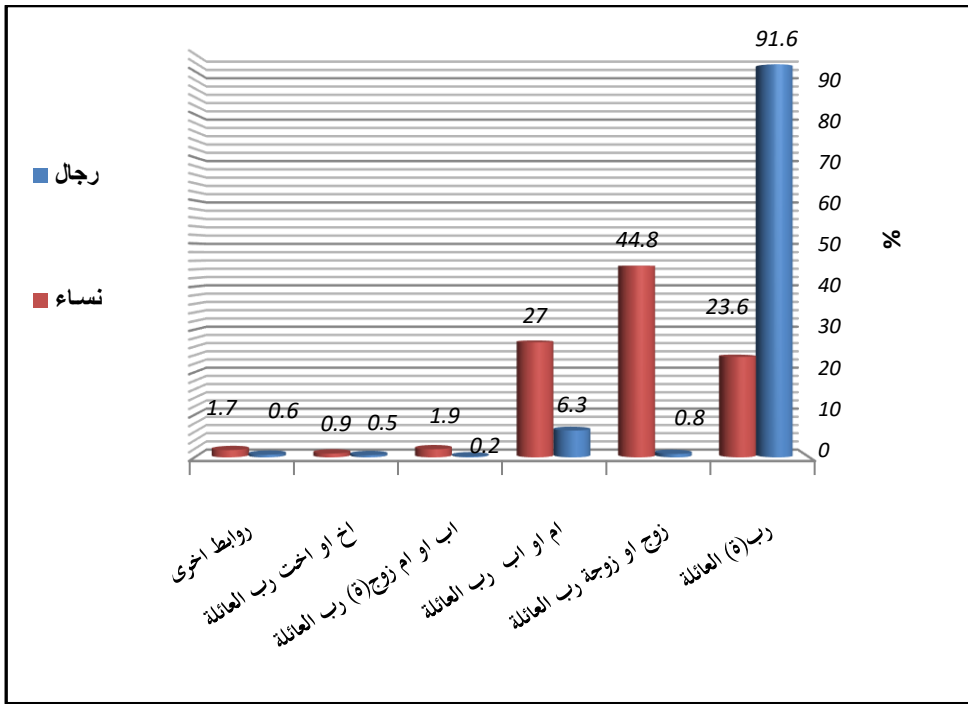
<sup>55</sup> -ONS, EDUCATION ET SCOLARISATION EN ALGERIE, a travers les résultats du RGPH 2008, collections statistiques N° 157 .

عرف توزيع الأشخاص المسنين حسب المستوى التعليمي نفس التوزيع للقطاع السكني كما هو حسب الجنس، هذا يتفوق القطاع الحضري على الريفي كما كان معروف عن توفر إمكانية التعليم لسكان المدن عن الريف في فترة صغر هذه الفئة.

#### 01-05- صلة القرابة مع رب الأسرة المعيشية :

إن متغير صلة القرابة مع رب العائلة يمكن تصنيفه كمتغير سوسيو ديمغرافي ، كما يمكن أخذه إلى الجانب السوسيو اقتصادي أيضا بما له من معنى بتقسيمه إلى قسمين ، صلة القرابة بمعناها الاجتماعي و رب العائلة بما تحمله كلمة عائلة من معني مادي واقتصادي يربط بين أفراد الأسرة.

الشكل رقم (18): توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب الجنس و صلة القرابة مع رب العائلة (مسح 2012-2013).



المصدر: ملحق رقم 17



من خلال توزيع الأشخاص في الشكل البياني يظهر بوضوح على انه و برغم تقدم الرجل في العمر داخل الأسرة الجزائرية إلى انه يبقى يشغل منصب المتحكم في الأمور المالية الخاصة بأسرته، حتى و إن كان يعيش في أسرة موسعة متكونة من عدة أفراد . هذا نتيجة ارتفاع مستوى البطالة لدى الشباب بنسبة 22.7 %<sup>56</sup> لدى فئة العمر النشطة (15-59) سنة ، و منهم من مازلوا لم يكملوا تعليمهم، فهذا المجال من سنوات العمر يدخل فيها الطور الثانوي و الدراسات الجامعية للذين تمثلت إجابتهم في الاستمارة بصفة تلميذ أو طالب حول حالتهم تجاه العمل.

لتلي ذلك صفة صلة القرابة المتمثلة في زوجة رب العائلة الخاصة بالنساء، باعتبارهن من الأجيال التي لم تعرف ارتفاع مستوى العمل عند المرأة عكس الأجيال الجديدة.

ثم تأتي في الدرجة الثالثة من حيث الحجم في هذا التوزيع صلة القرابة الخاصة بأحد والدي رب العائلة التي تميزت بها النساء كذلك كأمهات لأرباب العائلات في الجزائر.

### 06-01- حجم الأسرة المعيشية:

جدول رقم (17): توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب حجم العائلة، الجنس وقطاع

السكن.

المجموع	قطاع السكن			الجنس		عدد أفراد العائلة
	الريف	الحضر	نساء	رجال		
0.9	1.0	0.8	1.6	0.2		01
7.2	6.5	7.5	8.5	5.9		02
9.4	7.5	10.3	10.5	8.2		03
10.9	9.7	11.5	11.4	10.3		04
15.2	14.4	15.6	15.0	15.5		05
15.1	15.8	14.8	14.7	15.6		06
13.7	14.3	13.4	12.8	14.6		07
10.0	10.1	9.9	9.5	10.4		08
17.7	20.8	16.1	16.1	19.3	من أكثر من 09 أشخاص	
6.15	6.41	6.01	5.92	6.38	متوسط حجم الأسرة	

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012.

من الواضح أن أسرة الشخص المسن هي الداعم الأول و الرئيسي له، على الرغم من التطورات الاجتماعية و الثقافية التي عرفها المجتمع الجزائري و تغير ملامح الأسرة الموسعة ببداية ظهور الأسر النووية.

إلا أن هذا لم يمنع من بقاء معظم الأشخاص المسنين من المجتمع محاطون بأفراد عائلاتهم إلى آخر أيام حياتهم. ليظهر ذلك في متوسط حجم الأسر المعيشية التي يعيش فيها أفراد هذه الفئة من المجتمع بمتوسط يقارب 06 أفراد للأسرة، سجل مسح الأسرة لسنة 2002 متوسط حجم العائلة التي ينتمي الشخص المسن إلى قيمة تقارب 07 أفراد هذا بنقصان فرد واحد من حجم الأسرة بعد مرور عشر سنوات.

تسجل نسبتها اكبر قيمة في العائلات المكونة من 05 إلى 06 أفراد بنسبة 32.5 % لمسح الصحة لسنة 2012. نتيجة لأزمة السكن و البطالة التي تفرض على الأبناء البقاء في السكن العائلي بعد الزواج، كما يظهر أن الشخص يبقى مسئول على عائلته على الرغم من تقدمه في السن من خلال نسبتهم المرتفعة في دوره في الإعالة كرب العائلة للرجال و زوجة رب العائلة للنساء .

لم يسجل هذا التوزيع أي اختلاف بين معظم المتغيرات من قطاع السكن الذي يسود الاعتقاد فيه أن سكان الريف هم الأكثر ارتباطا بكبارهم لكن لم يظهر ذلك من خلال التوزيع ، و الجنس الذي عرف نفس التوزيع في النسب بين الرجال و النساء .

## 02-المميزات السوسيو إقتصادية للأشخاص المسنين في الجزائر:

### 02-01- العمل ومصادر الدخل:

في مسح الأسرة لسنة 2002 تم تسخير مجموعة من الأسئلة بهدف معرفة عمل الأشخاص بعد عمر الستين سنة، وُجه لهم سؤال في إن كان الشخص يعمل أم لا في الوقت الحالي، وسؤال آخر حول مصدر الدخل للشخص المسن. لكن في مسح 2012 باعتباره لم يكن موجه لدراسة الأشخاص المسنين، لم تكن أسئلته موجهة بحد ذاتها إلى الأشخاص المسنين بل كانت موجهة إلى كل الفئات العمرية لعينة المسح بصفة عامة.

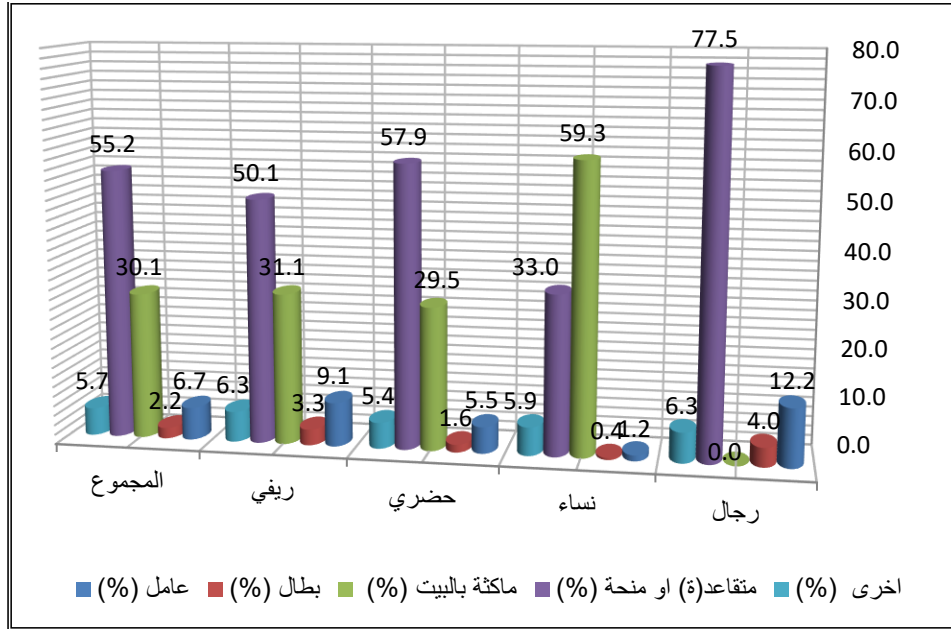
من الممكن استغلال بعض المتغيرات حسب أهداف الدراسة وهذا عن طريق إعادة ترميزها أو خلق متغيرات جديدة من هذه الأخيرة، لتكون هذه المتغيرات قابلة للتحليل الإحصائي المناسب. وبهدف معرفة نشاط الأشخاص المسنين و مصدر دخلهم، يمكن استغلال معطيات المتغير الخاص بالإجابة على السؤال المطروح حول وضعية الشخص تجاه العمل خلال آخر شهر، في القسم المخصص للنشاط الاقتصادي للمبحوث من الاستبيان الخاص بالأسرة المعيشية من عمر 15 سنة و ما فوق، الذي تكون الإجابة عليه بسبعة أجوبة مختلفة، التي يرمز إليها بسبع

خاصيات عند إفراغ الاستمارة الكترونيا في برنامج (SPSS) كما يلي :

1. يعمل/ تعمل، 2. عاطل عن العمل، 3. الخدمة الوطنية، 4. مائة بالبيت، 5. تلميذ (ة) / طالب (ة)، 6. متقاعد (ة) و 7. أخرى.

و الذي كانت نتائجه على فئة الستين و ما فوق المبينة في الشكل التالي من معطيات المسح.

شكل رقم (19): التوزيع النسبي الأشخاص المسنين حسب الحالة المهنية في آخر شهر، الجنس و قطاع السكن.



المصدر: ملحق رقم 18

أخذت نسبة المتقاعدين الحصة الأكبر في كل المتغيرات، فعند الرجال بلغت نسبة 77.5 % مقابل نسبة 33 % عند النساء، كما سجلت أكبر النسب بين الريف و الحضر و إجمالي الأشخاص المسنين. و بهذا تعتبر منحة التقاعد المصدر الرئيسي لدخل الأشخاص المسنين خاصة عند الرجال، و كمصدر ثاني يأتي العمل الحالي الذي يقوم به الأشخاص الذين ليس لديهم منحة التقاعد، إلا انه في بعض الأحيان يكون هناك أشخاص يخرجون على التقاعد

ويفضلون القيام بعمل آخر لمساعدة أنفسهم وعائلاتهم ماديا لكنهم في معظم الأوقات لا يصرحون به للجهات الرسمية كما هو الحال في هذا المسح.

أما النساء الماكثات بالبيت فلهيّن نوع آخر من مصادر الدخل المتمثل في المساعدات من طرف أفراد الأسرة، فيمكن معرفة ذلك بتوزيع النساء الماكثات بالبيت مع متغير صلة القرابة مع رب العائلة، لتصل نسبة صلة الزوجة لرب العائلة إلى 66.8 % و كأم له إلى 20.2 %، لتكون مسؤولية المرأة على عاتق زوجها وأبنائهم عند كبرها في السن.

هذا فيما يخص الدخل أما العمل الحالي فالخاصية الوحيدة التي تهتم بدراسة عمل الشخص المسن هي التي تم ترميزها برقم واحد عند الإجابة على سؤال وضعية الشخص المهنية في آخر شهر، عند تصريح الشخص بالعمل ما ينطبق على الإجابة بنعم في مسح الأسرة 2002 الذي كان السؤال مباشر عندما طرح على الشخص المسن إن كان يعمل في الوقت الحالي أم لا، لتمثل الخاصيات الستة المتبقية الإجابة بـ لا .

تتم عملية إعادة الترميز بخلق متغير جديد بميزتين 1- نعم و 2- لا لتسهيل عملية التحليل.

**جدول رقم (18):** توزيع الأشخاص المسنين حسب عملهم في الوقت الراهن و الجنس، قطاع السكن و العمر.

المجموع	الفئات العمرية		قطاع السكن			هل يعمل في الجنس الوقت الحالي؟	
	69-60	70 سنة وما فوق	ريف	حضر	نساء	رجال	
6.7	2.5	11,8	9.1	5.5	1.2	12.2	نعم (%)
93.3	97.5	88,2	90.9	94.5	98.8	87.8	لا (%)
100	100	100	100	100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

على الرغم من صغر قيم نسب عمل الأشخاص في هذه السن المتقدمة التي لم تتجاوز 10 % أي بنسبة 6.7 % بالمقارنة مع نفس نتائج مسح العمل لنفس السنة (2012) بقيمة 8.7 % (15.3% للرجال ، 1.7% للنساء)<sup>57</sup> ، إلا أنها شكلت فرق ملحوظ بين الرجال و النساء ، مما يدل على أن الرجل يبقى مسئولاً حتى مع تقدمه في السن أما النساء فتنقل مسؤوليتهن إلى الأبناء حتى بعد وفاة أزواجهن لهذا فهن لسن مجبرات على العمل في هذه الأعمار .

التباين بين الفئات العمرية في النسب التي تتناقص قيمتها مع التقدم في العمر وهذا أمر طبيعي فكلما كبر الشخص أصبح اقل قدرة على القيام بالإعمال البدنية وحتى الذهنية في بعض الأحيان .

فلم تسجل قيمة نسبهم في فئات كبار السن أي ما يسمى الشيوخ الشيوخ حجماً مهما ، مما يحصر سن العمل في الفئات الأصغر سناً أي الشيوخ الشباب بعشر أو حتى خمسة عشر سنة بعد الستين ، فحسب معطيات هذا الجدول يبلغ متوسط سن عمل الأشخاص المسنين إلى 67.45 سنة .

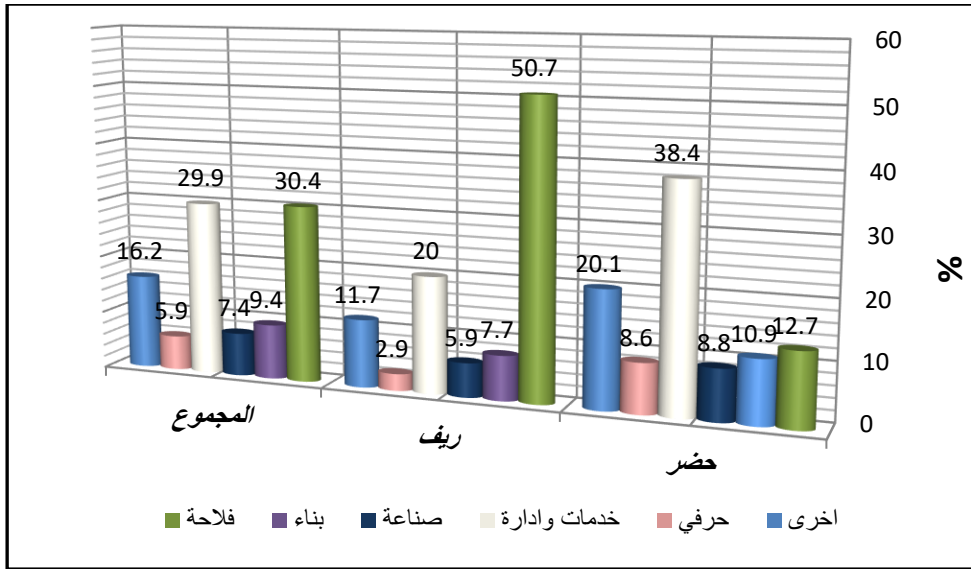
نفس الفرق بين القطاع الحضري و الريفي ربما يرجع هذا الاختلاف إلى طبيعة كل قطاع من حيث النشاط الاقتصادي المميز له ، و تاريخ عمل الفرد الذي يسمح بالضمان الاجتماعي و التوفير لسنوات التقاعد ، هذا الاختلاف الناتج عن اختلاف فرص العمل بين القطاعين .

ربما يبرر هذا الإخلاف في ممارسة العمل بين الأشخاص المسنين في قطاعي السكن هو توزيعهم حسب نوع هذا النشاط الذي يمارسونه في هذه السن المتقدم ، الذي ارتفعت نسبة العمل في النشاط الفلاحي لدى سكان القطاع الريفي بنسبة 50.7 % مقابل 12.7 % لسكان الحضر أي ما يعادل أربعة أضعاف ، الأمر الذي يفسر نوع النشاط السائد حسب القطاع السكني ، بينما تميز الوسط الحضري بارتفاع نسبة الأشخاص الذي يعملون في النشاط الخدماتي و الإداري

<sup>57</sup> - ONS ,activité , emploi et chômage au 4<sup>ème</sup> trimestre 2012 , n° 951.

الذي يتطلب مستوى دراسي معين، هذا ما بينه الاختلاف في توزيع الأشخاص حسب المسنين المستوى التعليمي بين القطاع الحضري و الريفي . الفلاحة لا تحتاج إلى وسائل للعمل بها مع عزوف الشباب على العمل الفلاحي عكس العمل في الإدارة و الخدمات، لهذا بلغت نسبة الأشخاص المسنين الذي يعملون حتى هذا الوقت في الريف ضعف نسبتهم في الحضر بقيمة 9.1 و 5.5 بالمائة. مع ارتفاع نسبة النشاط الخدمات و الإداري عند سكان الحضر بقيمة 38.4% ومع ذلك أخذت نسبته المرتبة الثانية عند سكان الريف بنسبة 20% في الريف.

الشكل رقم (20): توزيع الأشخاص المسنين العاملين حسب نشاط عملهم و القطاع السكني.

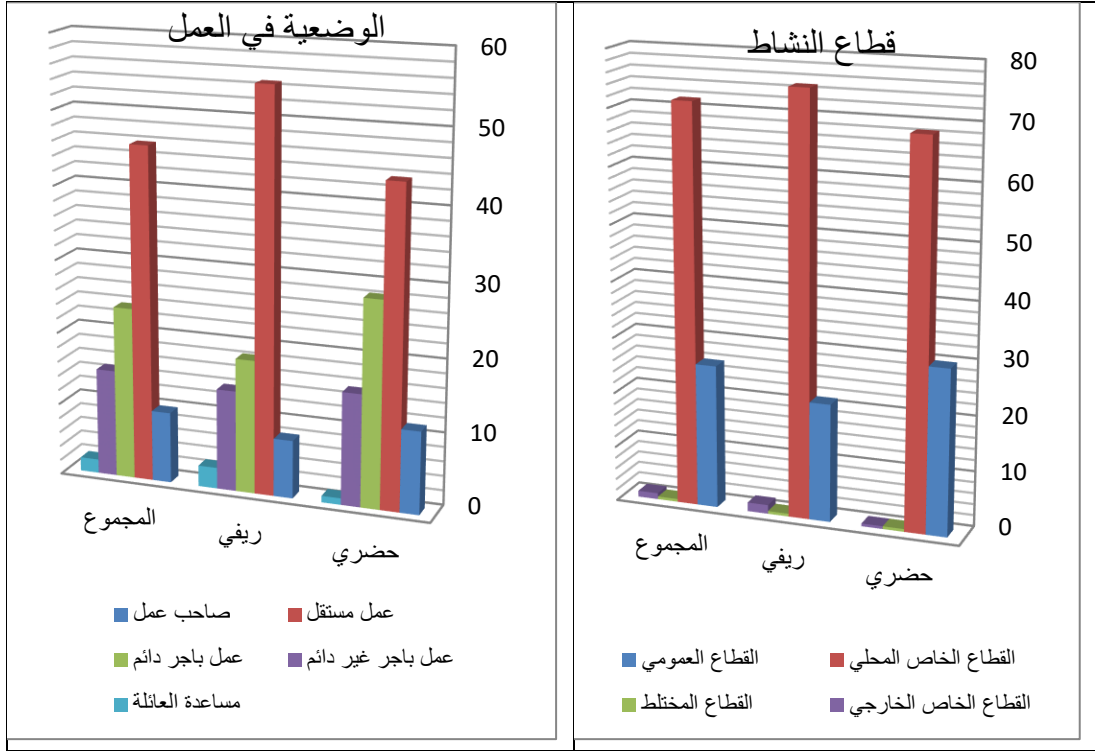


المصدر: ملحق رقم 19

تميز قطاع العمل الذي يعملون فيه بالقطاع الخاص ففي معظم الأحيان أصحاب المؤسسات الاقتصادية لا يشترطون سن للعمل و إنما يفضلون الكفاءة و التجربة المهنية فيحاولون جلب الكفاءات الخارجة على التقاعد للاستفادة من تجربتها، كما انه في بعض الأحيان يكون الشخص المسن هو صاحب العمل، لتبلغ نسبتهم في القطاع الخاص 76.8% من إجمالي الأشخاص الذين يمارسون نشاط في الوقت الحالي.

أما وضعيتهم في المهنة فمعظمهم يمارسون نشاطات حرة ليكونوا هم المتحكمين في سن تقاعدهم، هذا ما يفسر بقائهم نشطين إلى حد الآن.

شكل رقم (21-22): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين العاملين حسب قطاع السكن، قطاع النشاط و وضعيتهم في العمل.



المصدر: ملحق رقم (20)

## 02-02- مميزات السكن:

إن الظروف المحيطة بالسكن الذي يعيش فيه أي شخص تلعب دوراً مهماً في التأثير على حالته النفسية والبدنية، فهي توفر له نوعاً من الراحة و الرفاهية لتسهيل حياته اليومية خاصة وان بلغ مرحلة متقدمة من عمره مثل أفراد الدراسة الحالية.

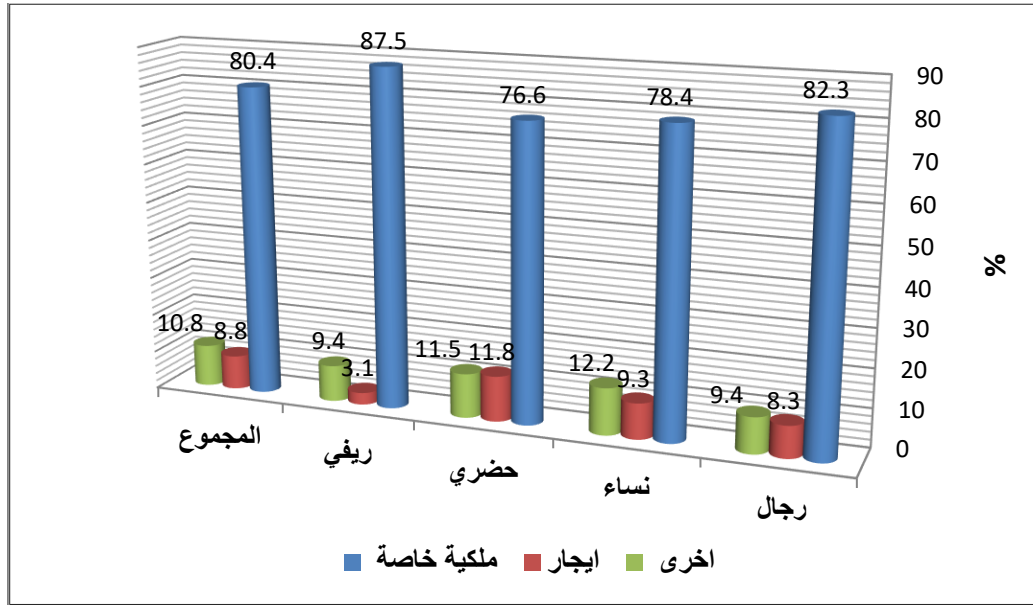
ظروف السكن من تجهيزاته و نوعيته تعتبر من أهم معايير قياس مستوى معيشة الشخص خاصةً من الجانب المادي.



### 01-02-02- شكل ملكية السكن:

حالة الملكية للسكن من أهم مؤشرات الاستقرار المادية و المعنوية في الحياة اليومية للشخص، فمعظم كبار السن يقيمون في مساكن بصفة ملكيتهم الخاصة أو ملكية احد أفراد أسرتهم بنسبة 80.4%، إذ يبقى نفس التوزيع في كل من قطاعي السكن (الحضري 76.6%، الريفي 87.5%). أما الأشكال الأخرى لملكية المسكن لم تشكل أي قيمة مهمة مقارنةً بهذه الصف، يأخذ شكل الملكية نفس التوزيع في متغير الجنس بحيث لا يشكل توزيعه فرق بين الرجال و النساء، وهذا بارتفاع صفة الملكية للسكن عن الإيجار و الصفات الأخرى. هذا أمر طبيعي فالشخص في هذه المرحلة من العمر يكون قد كون نفسه بالعمل لسنوات في شبابه من اجل توفير مستوى معيشي كريم و مستقر، و من أهم شروط الاستقرار توفير السكن الخاص به وبأسرته.

الشكل رقم (23): توزيع الأشخاص المسنين حسب نوع ملكية السكن، الجنس وقطاع السكن.



المصدر: ملحق رقم (21)

## 02-02-02- نوع الوحدة السكنية:

فيما يخص نوع الوحدة السكنية التي يقيم فيها كبار السن فمعظمهم يعيشون في البيوت الفردية المستقلة (52.6%) لتليها في الترتيب من حيث الحجم المساكن تقليدية (24.7%)، الأمر الذي فسرتة الأستاذة بدرة ميموني في مقالها عن العائلة و كبار السن أمام تحولات الحوانة (الأسرة الكبيرة)<sup>58</sup> في مجلة إنسانيات: "...إن الحياة المشتركة أو الأسرة الكبيرة التي عرفت تغيرات وتحولات منذ سبعينيات القرن الماضي من انفجار سكاني نتيجة الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي.

الظروف التي دفعت الأولياء إلى بناء منازل ملائمة تحسباً لزواج الأولاد ، فمن خلال هذه المباني، تبدأ ملاحظة التحول الثقافي للسكن و نوع الأسرة، بالمرور من المسكن التقليدي أو الحوش الذي يتميز بفناء كبير و مجموعة من الغرف مفتوحة على الفناء، و مرحاض مشترك و مطبخ كبير لكل أفراد الأسرة . إلى مباني من طابق أو طابقين أو أكثر. يقدم هذا التصميم مساحات قابلة للتقسيم، من شقة بغرفة مع مطبخ للبعض، وحتى شقق كاملة للبعض الأخر حسب إمكانياتهم من اجل المحافظة على أولادهم بعد الزواج."

يشكل هذا التوزيع فرقا بين كل من القطاع الحضري و الريفي ، التوزيع الذي سجل اختلافا كبيرا عن ما سجلته معطيات مسح الصحة لسنة 2002 باختلاف نوع الوحدة السكنية، الذي تميز فيه القطاع الحضري بالسكنات الفردية بنسبة 44.8%<sup>59</sup> مقابل 37.4% للقطاع الريفي، كما تميز القطاع الريفي بالسكنات التقليدية بقيمة 54.0% . الاختلاف الذي يطرح التساؤلات حول طريقة جمع المعطيات أو نوعية العينة بين هاذين التحقيقين على الرغم من أنهما اتخذا نفس الطريقة في اختيار وحدات هذه العينة، إلا أن كل واحد منهما اخذ قاعدة معطيات التعداد

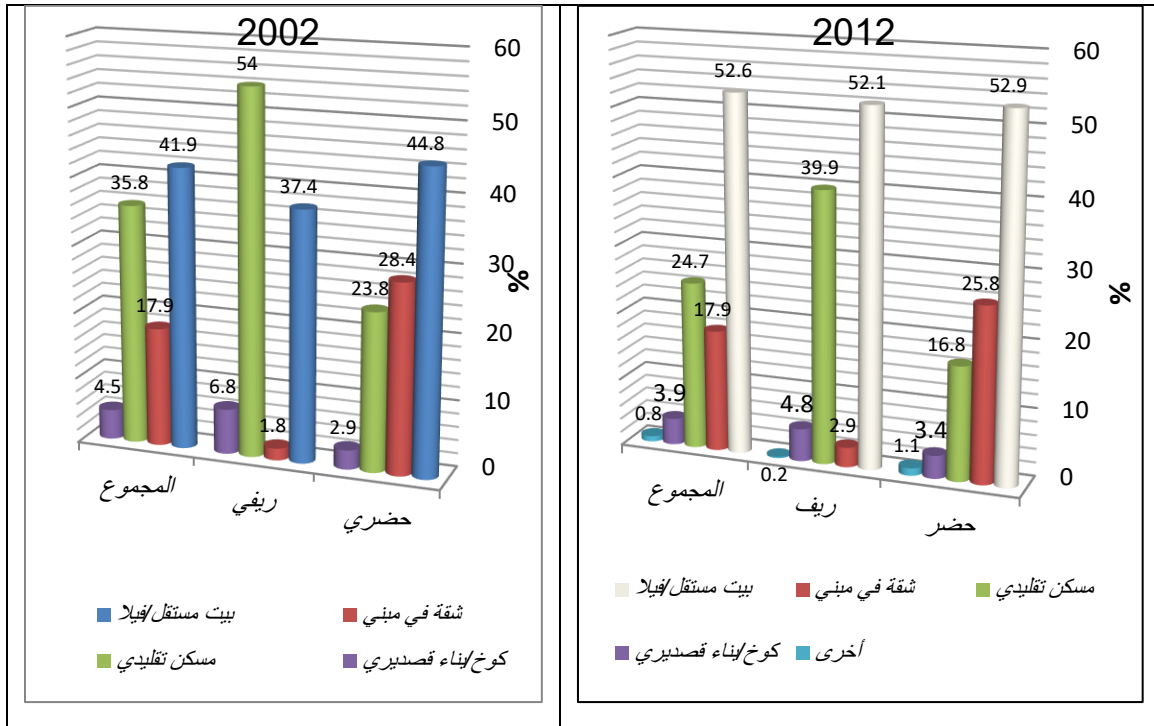
<sup>58</sup> -بدرة معتمم-ميموني، العائلة و المسنون أمام تحولات الحوانة، مجلة إنسانيات (crasc)-وهران، عدد مزدوج 72-73، أبريل -

سبتمبر 2016، صفحة رقم 27.

<sup>59</sup> -BEDROUNI Mohammed , population âgées en Algérie : dynamique et tendance , programme nationaux de recherche (population et société)PNR 31 , CRASC, page 84 .

الذي سبقه فمسح 2002 اخذ معطيات تعداد 1998 و مسح 2012 اخذ بدوره تعداد 2008، وتغير التقسيم الإداري بين التعدادين من حضري إلى ريفي، و زيادة النمو الحضري في الجزائر و تغير أشكال المناطق الريفية خاصة التزايد المستمر في المناطق الشبة ريفية التي تتميز ببعض المميزات الحضرية. بالإضافة إلى السياسة السكانية المنتهجة من طرف السلطات في السنوات الأخيرة من أهمها دعم السكن الريفي، هذا بإعطاء مساعدات مادية لسكان الريف من أجل تحسين ظروف السكن، للتحويل السكنات التقليدية إلى سكنات ذات طابع عصري .

الشكل رقم (24-25): توزيع الأشخاص المسنين حسب نوع الوحدة السكنية و قطاع السكن لمسحي 2002 و 2012.



المصدر: الملحق رقم(24،25).

02-02-03- عدد غرف المسكن:

جدول رقم(19): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب عدد غرف المسكن، الجنس والقطاع السكني.

عدد الغرف	قطاع السكن				المجموع
	رجال	نساء	حضري	ريفي	
01	7,3	9,7	7,9	9,8	8,5
02	27,9	32,8	31,0	29,2	30,4
03	37,0	33,4	36,5	32,6	35,2
04	19,3	16,9	17,1	20,1	18,1
أكثر من 05 غرف	8,5	7,1	7,5	8,3	7,8
المجموع	100	100	100	100	100

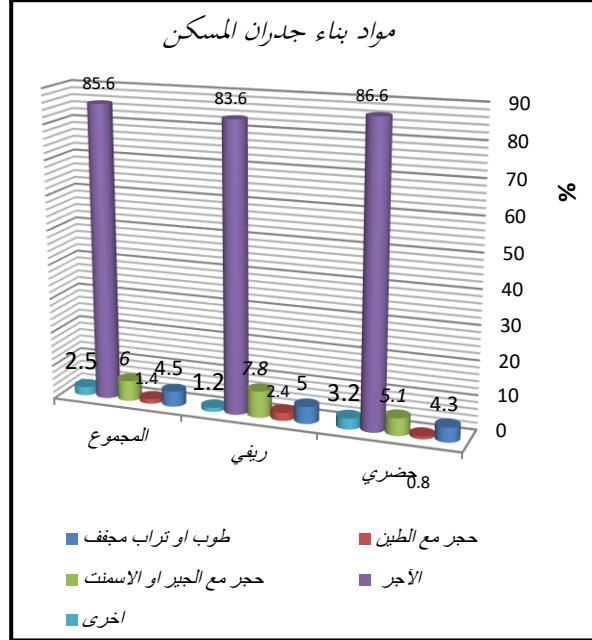
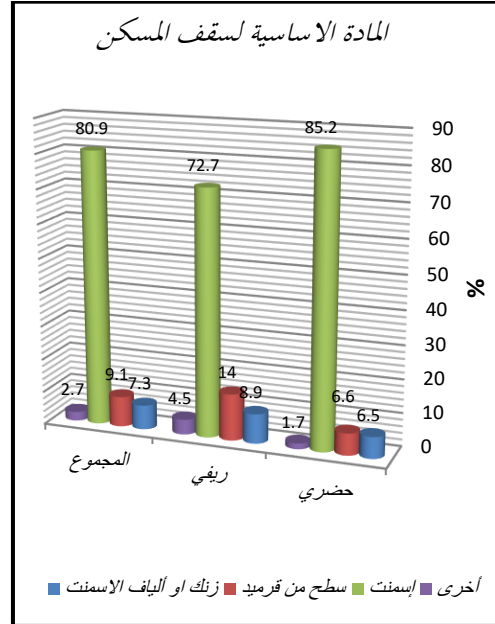
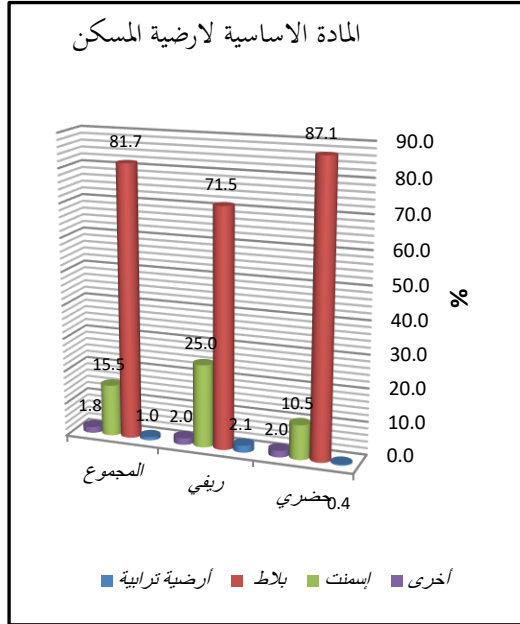
المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

يعيش الأشخاص المسنين في مساكن معظمها تتكون من ثلاث إلى أربع غرف مخصصة للنوم بنسبة 52.3 %، كما عرف نفس التوزيع في كل من متغيري الجنس وقطاع السكن ولم يشكل أي فرق عن الإجمال. هذا نتيجة لنوعية الوحدة السكنية التي يعيش فيها الأشخاص المسنين كما سبق ذكره في العنوان الخاص بنوع الوحدة السكنية، الذي تميز بالسكنات الفردية و التقليدية ذات التصميم العمراني المتكون من عدد معتبر من الغرف .

02-02-04-المواد الأساسية المستعملة في بناء المسكن:

الأشكال رقم(26-27-28): توزيع الأشخاص المسنين حسب المواد المستعملة في بناء مساكنهم

(الأرضيات، الأسطح والجدران)وقطاع السكن



المصدر: الملاحق رقم (25، 26، 27)

نتيجة لتفوق السكنات الفردية و التقليدية في نوعية الوحدات السكنية التي يعيش فيها الأشخاص المسنين، فمن الطبيعي أن تكون المواد المستخدمة في بناءها كالبلاط في الأرضيات ، الاسمنت أو الخرسان للأسقف و الآجر للجدران.

على الرغم من ارتفاع نسب نفس هذه المواد المستخدمة في مساكن الأشخاص المسنين في كلا القطاعين السكنيين، إلا أنها شكلت نوع من الاختلاف في مادة الاسمنت المستعملة للأرضيات و القرميد للسطح الخاصة بمساكن الأشخاص القاطنين في الريف بدرجة الضعف مقارنةً بالحضر، الأمر الذي يفسره ارتفاع نسبة السكنات التقليدية في الريف التي تتميز بهذه الصفات المعمارية التي تعتمد على هذه المواد في بناءها.

#### 02-02-05-مميزات المطبخ:

المطبخ هو جزء مهم من أجزاء المسكن مما يعطي لمميزاته دلالات عديدة، تساعد في إعطاء فكرة عن طريقة عيش الأشخاص من حيث المنظور المادي أو الثقافي وحتى الاجتماعي. كما هو معروف فإن هذه الزاوية من المسكن لا تقتصر على أنها مكان لتحضير الأكل فقط بل تتعدى ذلك في معظم الأوقات إلى مكان لاجتماع أفراد الأسرة، كما يمكن لتجهيزاته أن تعطي صورة عن الوضع المادي للأسرة.

#### 02-02-05-01-مكان المطبخ:

باعتبار المطبخ مكان مهم في المسكن إذ يتم التردد عليه عدة مرات في اليوم من اجل الحاجيات الخاصة من حيث التغذية، لذا يعتبر مكان تواجده امر ذو أهمية للمسن لان هذه السن تعرف نوع من نقصان في القدرات الحركية ، لهذا يجب محاولة تسهيل الحياة بتقريب مكان المطبخ و وضعه في زاوية أكثر سهولة للوصول إليها.

جدول رقم(20): توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب مكان المطبخ في المسكن و قطاع السكن.

المجموع	قطاع السكن		مكان المطبخ
	ريفي	حضري	
68,1	64,1	87,5	في غرفة منفصلة تستعمل كمطبخ
14,9	17,9	-	مكان آخر داخل المسكن
8,5	10,3	-	خارج المسكن
9	7,7	12,5	أخرى
100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من مسح 2012

معظم كبار السن يعيشون في مساكن تحتوي على مطبخ في غرفة منفصلة مخصصة للطبخ داخل المنزل خاصة بالنسبة لسكان الحضر، إلا انه قد سجلت أماكن أخرى لطهي الأكل لدى سكان الريف بنسبة 17.9 % للذين يطبخون في أماكن داخل المنزل دون تخصيص غرفة للمطبخ، ففي بعض الأحيان يكون ذلك في مكان مغطى في فيناء المنزل أو في غرفة متعددة الاستعمال للنوم والطبخ و الجلوس ربما نتيجة لمساحات بيوت سكان الريف الواسعة مقارنة بالمدينة و كبر الغرف التي تحتويها، هذا انعكاس إلى اختلاف ثقافات و عادات الريف و الحضر وحتى اختلاف تصميمات المساكن الخاصة بكل قطاع.

#### 02-05-02-02 الوقود المستخدم في المطبخ:

اختلف توزيع نسب الأشخاص المسنين من حيث الوقود المستخدم في المطبخ ، بارتفاع نسبتهم (76.7%) لمستخدمي الغاز الطبيعي عند سكان القطاع الحضري و ارتفاع نسبهم بغار قارورة البوتان عند سكان الريف (75.7%)، هذا نتيجة الامتيازات الممنوحة للقطاع الحضري في

الجزائر من بينها توفر شبكة الغاز الطبيعي التي تكاد منعدمة في القطاع الريفي ، الأمر الذي يدفع سكان هذا القطاع إلى اقتناء قارورات غاز البوتان.

**جدول رقم(21):**توزيع الأشخاص المسنين (%) حسب الوقود المطبخ المستعمل في المطبخ وقطاع السكن.

المجموع	قطاع السكن		الوقود المستعمل في المطبخ الكهربائي
	ريفي	حضري	
1,1	0,9	1,3	غاز طبيعي
58,3	22,5	76,9	غاز قارورة البوتان
40,2	75,7	21,7	أخرى
0,4	0,9	0,1	المجموع
100	100	100	

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

### 02-02-06-تجهيزات المسكن:

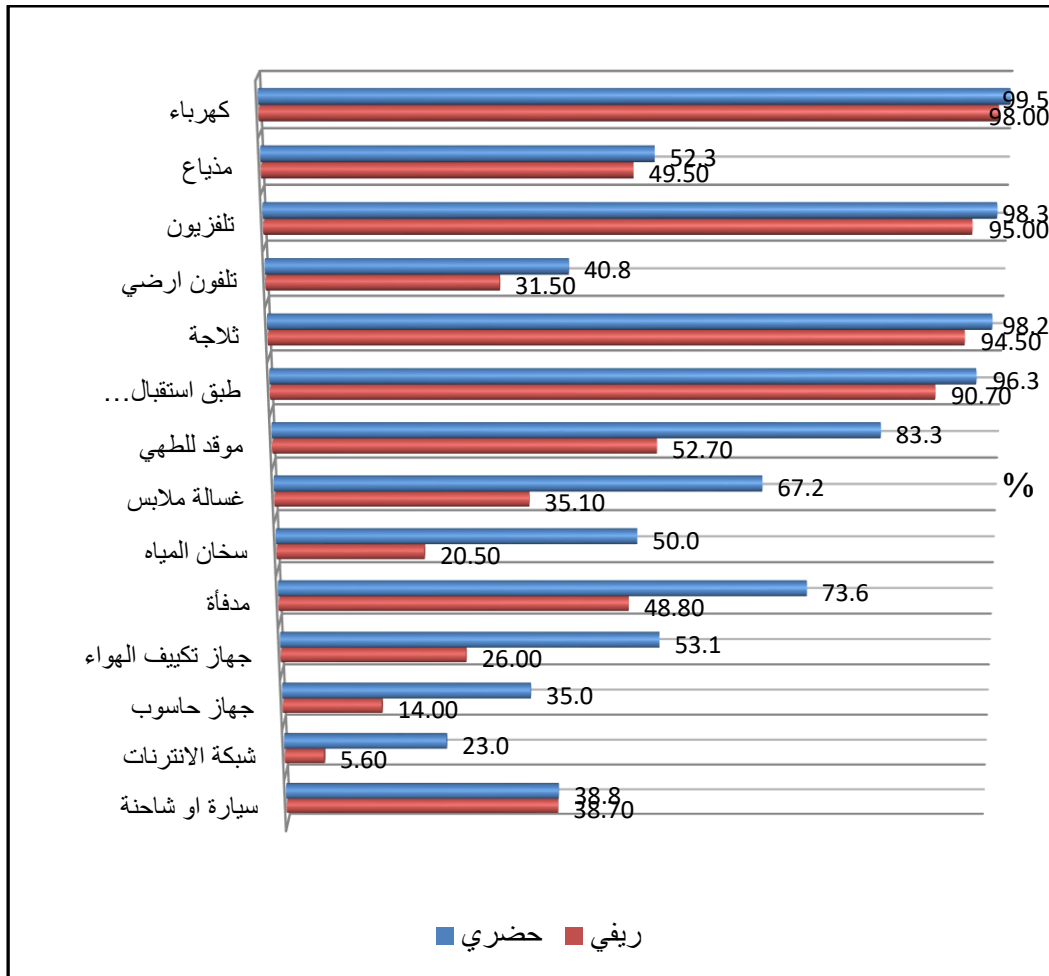
من الواضح أن الأشخاص المسنين يعيشون في مساكن مجهزة جيداً، هذا حسب ما تبينه نسب توفر الوسائل والأجهزة اللازمة التي تسهل الحياة اليومية للشخص المسن، وأهمها توفر الكهرباء التي تعتبر أهم مصدر للطاقة ولعمل هذه الأجهزة.

احتوت معظم مساكن الأشخاص المسنين على أساسيات التجهيزات التي يجب أن تتوفر في أي مسكن من أهمها الثلاجة والتلفزيون و طبق استقبال القنوات الفضائية بنسب تفوق التسعين بالمائة، إلا أن التجهيزات الأخرى فقد تفاوتت نسبها بين كلا القطاعين بتسجيلها نسب مرتفعة في القطاع الحضري مقارنةً بالقطاع الريفي ، ربما يرجع ذلك إلى عدم توفر الإمكانيات لاقتناء هذه التجهيزات أو إلى اختلاف الذهنيات السائدة في الثقافة الاستهلاكية بين أفراد الريف حول



اعتبار هذه الأجهزة من أساسيات الحياة أو من كمالياتها مثل آلة غسيل الملابس، سخان الماء والمكيف الهوائي . أما الاختلاف الذي يطرح نوع من التساؤل هو في موقد الطهي فمن غير الممكن أن لا تتوفر أي مسكن على موقد للطهي، من الممكن لهذا الإشكال أن يكمن في طريقة طرح السؤال الذي كان في الاستمارة التي كتبت بالفرنسية فقط بالكلمة (cuisinière) فبالنسبة للجزائريين هذه الكلمة لا تعني موقد الطهي وإنما نوع من أجهزة الطهي التي تحتوي على جانبيين العلوي و السفلي، من الأعلى يتكون من أربعة مواقد و إلى فرن من الأسفل، ربما لهذا كانت إجاباتهم بـ "لا" أي عدم توفر موقد الطهي. بنسبة 52.7 % في الريف أي ما يقارب النصف و هو أمر مريب.

شكل رقم(29): تجهيزات المساكن التي يقيم فيه الأشخاص المسنين (%) حسب قطاع السكن.



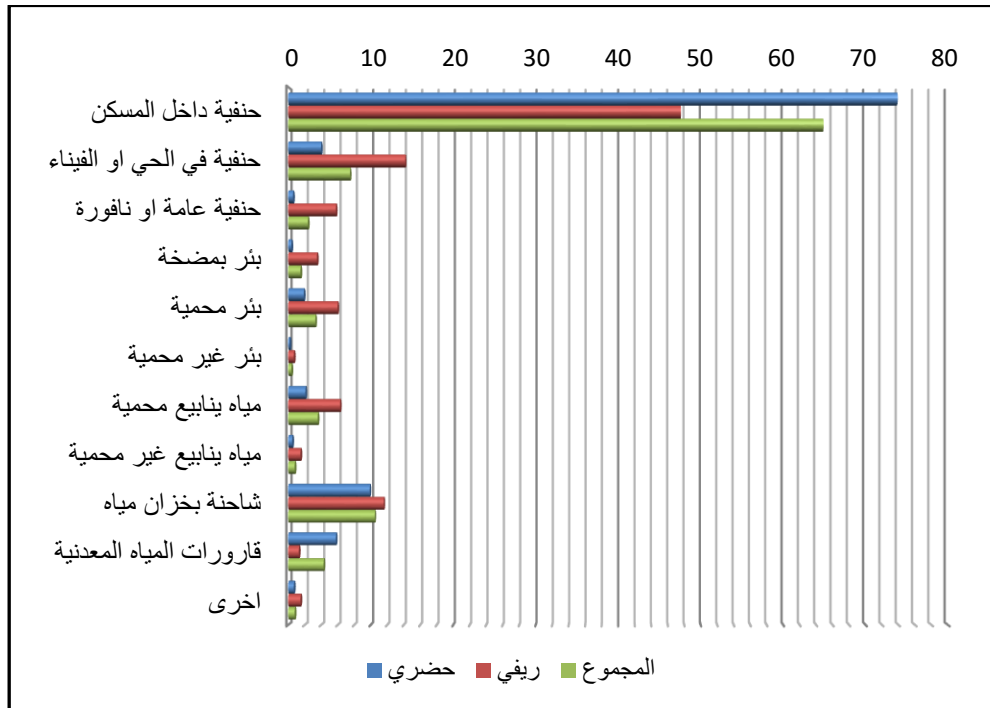
المصدر: ملحق رقم(28)

### 03-02-03-02-مياه الشرب و قنوات الصرف الصحي:

#### 03-02-01-03-02-مياه الشرب:

أظهرت المعطيات أن 87.6 % من الأشخاص يعيشون في مساكن متصلة بشبكة المياه الصالحة للشرب، وسجلت هذه النسبة 95.1 % في القطاع الحضري و 73.2 % في نظيره الريفي ما يدل على توفر المياه وعلى أن معظم الأشخاص المسنين لا يعانون من مشكل نقص المياه باعتبارهم شريحة من هذا المجتمع، الذي عانى من مشكل نقص المياه في فترة الثمانينات والتسعينات، مما دفع بالسلطات إلى انتهاج سياسة خاصة في السنوات الأخيرة لحل هذا المشكل الذي كان يورق أفراد المجتمع من زيادة مشاريع تصفية مياه السدود و مشاريع تحلية مياه البحر. الأمر الذي بينته مصادر المياه التي كان معظم مصادرها من الحنفيات سواء داخل أو خارج المسكن.

شكل رقم (30):توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب مصدر المياه الصالحة للشرب و قطاع السكن.



المصدر: ملحق رقم(29)

7.6 % من الأشخاص المسنون يقومون بمعالجة المياه قبل شربها، النسبة القليلة التي تستدعي

فرضيتين الأولى هي ثقة الأفراد بجودة المياه وصلاحياتها للشرب ، و الثانية في عدم توفر الوعي أو ثقافة الوقاية من الأمراض التي تحملها المياه و تجنبها بالقيام بمعالجتها بالطرق المتوفرة ، أسهلها هي إضافة قطرات من الكلور للمياه الموجه للشرب وهي الطريقة الشائعة و التي صرح بها معظم الذين أجابوا بنعم حول قيامهم بمعالجة المياه قبل شربها.

**جدول رقم (22):** توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب طريقة معالجتهم للمياه الموجهة للشرب وحسب قطاع السكن.

المجموع	قطاع السكن		طريقة معالجة مياه الشرب
	ريفي	حضري	
1	0,9	1,1	الغلي
5,3	6	5	إضافة الكلور (جافيل)
0,6	1	0,5	الفلتر أو مصفاة
0,2	0,2	0,2	تركها ترصوه
0,3	0,2	0,4	أخرى
92,6	92	92,8	لا يتم معالجة المياه
100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012.

### 02-03-02-دورة المياه والصرف الصحي:

مميزات دورة المياه عنصر مهم في حياة الشخص المسن، نظرا لاستعماله المستمر للمكان نتيجة الأمراض أو الآثار الجانبية للأدوية. ما يجعل نوع دورة المياه إن كان مريح أو غير مريح شيء ذو أهمية لشخص عنده صعوبة في الحركة كالشخص المسن عكس الشباب.

**جدول رقم(23):** توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب نوع المراض المستعمل

ومكانه في المسكن و قطاع السكن.

المجموع	قطاع السكن		نوع المراض
	ريفي	حضري	
82,6	61,5	93,6	مراض بسيفون متصل بشبكة المجاري
10,2	24,2	2,9	مراض بسيفون غير متصل بشبكة المجاري
4,3	9,4	1,7	مراض بحفرة أو خزان
1,9	4,9	1,8	أخرى
99	100	100	المجموع
مكان المراض في المسكن			
84,6	71,2	91,7	داخل المسكن
14,2	25,7	8,1	خارج المسكن
1,2	2,8	0,2	لا يوجد مراض في المسكن
100	99,7	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

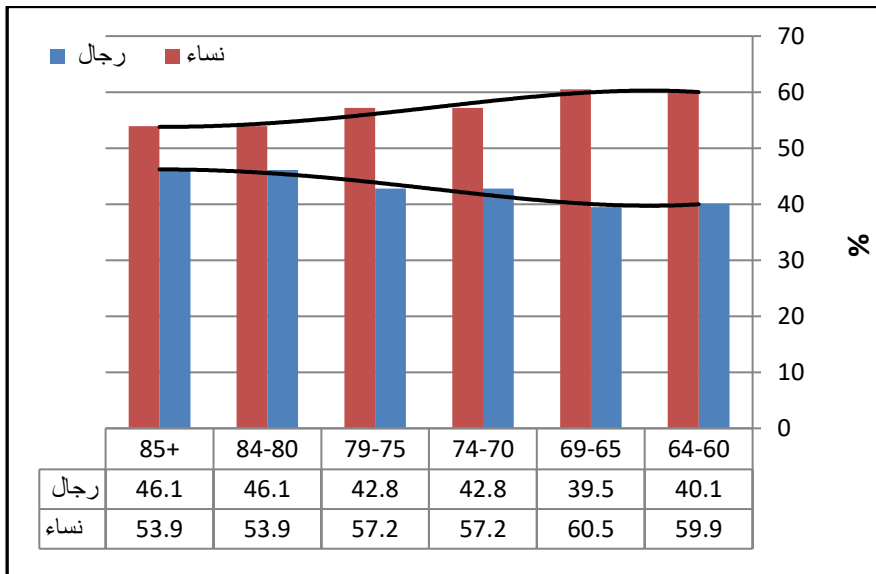
إن معظم الأشخاص المسنين يستخدمون في حياتهم اليومية مراحيض متصلة بقنوات الصرف الصحي، هذا ما بينته نسبة المرحاض ذو السيفون المتصل بقنوات الصرف الصحي بـ 82.6 % . على الرغم من ارتفاع هذه النسبة في الحضر والريف مع ارتفاعها بالقطاع الحضري (93.6 %) أي الأغلبية، إلا أن البعض من سكان الريف يستخدمون طرق أخرى لتصريف المجاري مثل الخزانات و الحفر الخاصة بهذه العملية.

### 03-الحالة الصحية للأشخاص المسنين:

#### 03-01-01- الأمراض المزمنة:

معظم الأشخاص المسنين يعانون من أمراض مزمنة خاصة النساء هذا من خلال إجابتهن على سؤال إن كانوا يعانون من مرض مزمن أم لا، النساء اللواتي اجبن بنعم بنسبة 63 % مقابل 54.6 % للرجال مما يدل على انه رغم ارتفاع مستوى الوفيات بين الرجال في هذه المرحلة من العمر إلا أن النساء يتميزن بهشاشة صحتهن مقارنةً بالرجال.

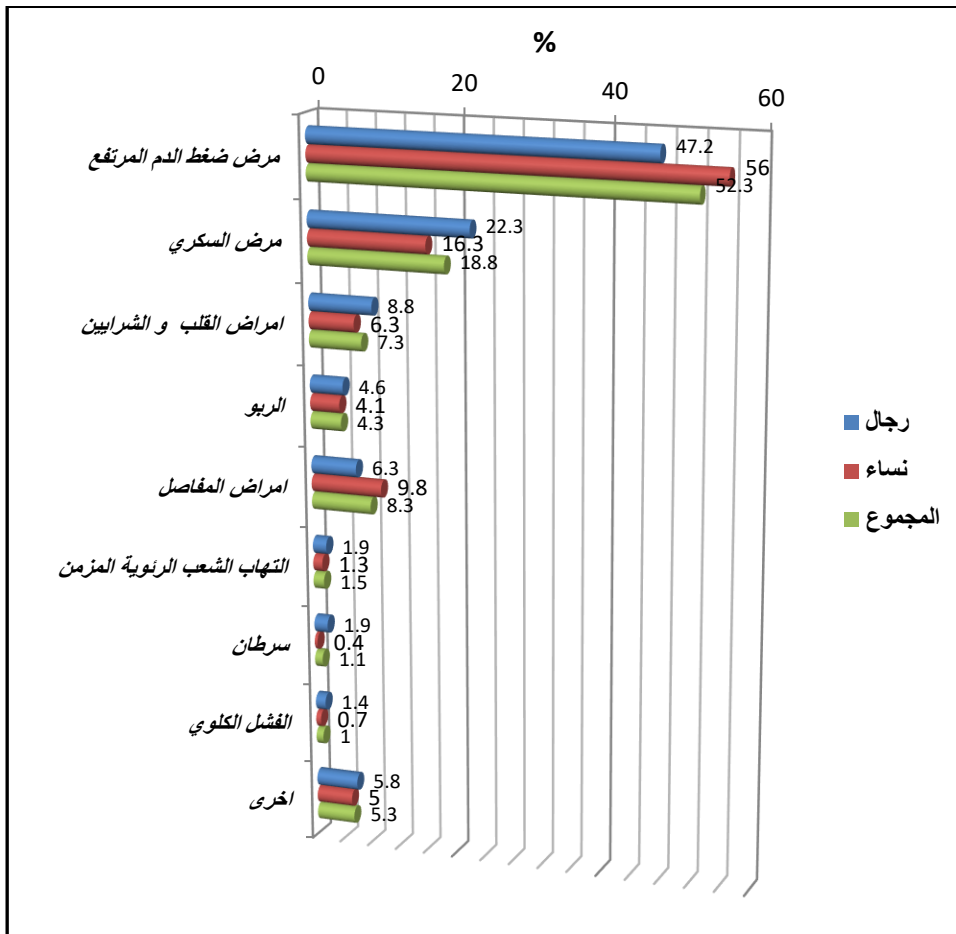
شكل رقم (31): توزيع نسب الأشخاص المسنين الذين يعانون من مرض مزمن حسب الجنس و العمر.



المصدر: ملحق رقم (30)

سجلت نسب النساء اللواتي أصبن بمرض مزمن نفس الارتفاع على نسب الرجال في مختلف الفئات العمرية، إلا أن الفرق بين الجنسين عرف تناقص مع تقدم السن بعد أن كان في حدود 20 نقطة في الفئتين الأصغر سنا (60-64) و(65-69) إلى 8 نقط في الفئة العمرية الأخيرة أي الأكبر سنا الأكثر من 85 سنة.

الشكل رقم(32): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب نوع المرض المزمن و الجنس.



المصدر: ملحق رقم(31)

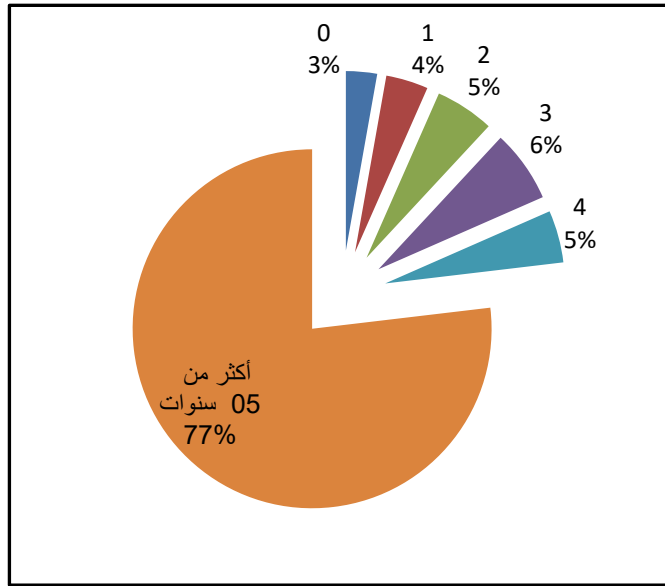
✓ اخذ مرض ضغط الدم الحصة الأكبر بين الأمراض المزمنة التي يعاني منها ذوي الستين سنة وما فوق خاصةً عند النساء بنسبة 56 % متفوقة على نسبة الرجال بعشر درجات، ليحل مرض السكري المرتبة الثانية لكن هذه المرة ترتفع نسبته لدي الرجال

على النساء، لتليهم الأمراض الأخرى منها أمراض القلب ، أمراض المفاصل و الأمراض الأخرى بنسب متفاوتة و اقل أهمية من مرض الضغط والسكري.

### 03-01-02- مدة الإصابة بالمرض المزمن:

أغلبية كبار السن يعانون من الأمراض المزمنة منذ فترة تفوق الخمس سنوات. هذا حسب المدة المحددة للإجابة على هذا السؤال في الاستمارة من 0 سنة أي اقل من سنة إلى خمسة سنوات أو أكثر من خمس سنوات، حتى الفئة الأصغر سنأ تبين أن معظم أفرادها لهم تاريخ مع الأمراض المزمنة يفوق الخمس سنوات مما يدل على أنهم أصيبوا بالمرض منذ سن الخمسين إن لم يكن قبل من ذلك<sup>60</sup>. لهذا يمكن الاستنتاج أن العمر ليس العامل الأساسي في الإصابة بالأمراض المزمنة ، وليس بالضرورة أن يعيش الشخص مع مرض مزمن إلا بعد تجاوزه مرحلة العمر الثالثة.

شكل رقم(33): توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب مدة إصابتهم بالمرض .



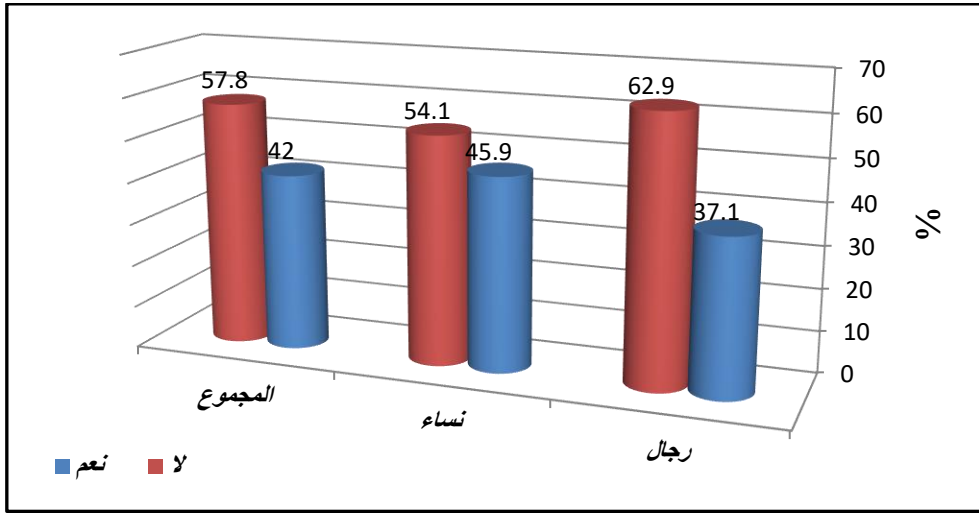
المصدر: ملحق رقم(32).

-انظر إلى الملحق رقم (32).<sup>60</sup>

### 03-01-03- المرض المزمن الثاني:

صرح 40.7 % من الأشخاص المسنين على أنهم يعانون من أمراض مزمنة أخرى ، حيث أن نسبة النساء اللواتي لهن أكثر من مرض مزمن واحد أكبر من نسبة الرجال بفارق عشر درجات (46% للنساء، 37.1% للرجال)، مما يدل على أن النساء أكثر ضعفاً من حيث الحالة الصحية من الرجال في هذه المرحلة المتقدمة من العمر.

شكل رقم(34): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب إصابتهم بمرض مزمن ثاني وحسب الجنس.

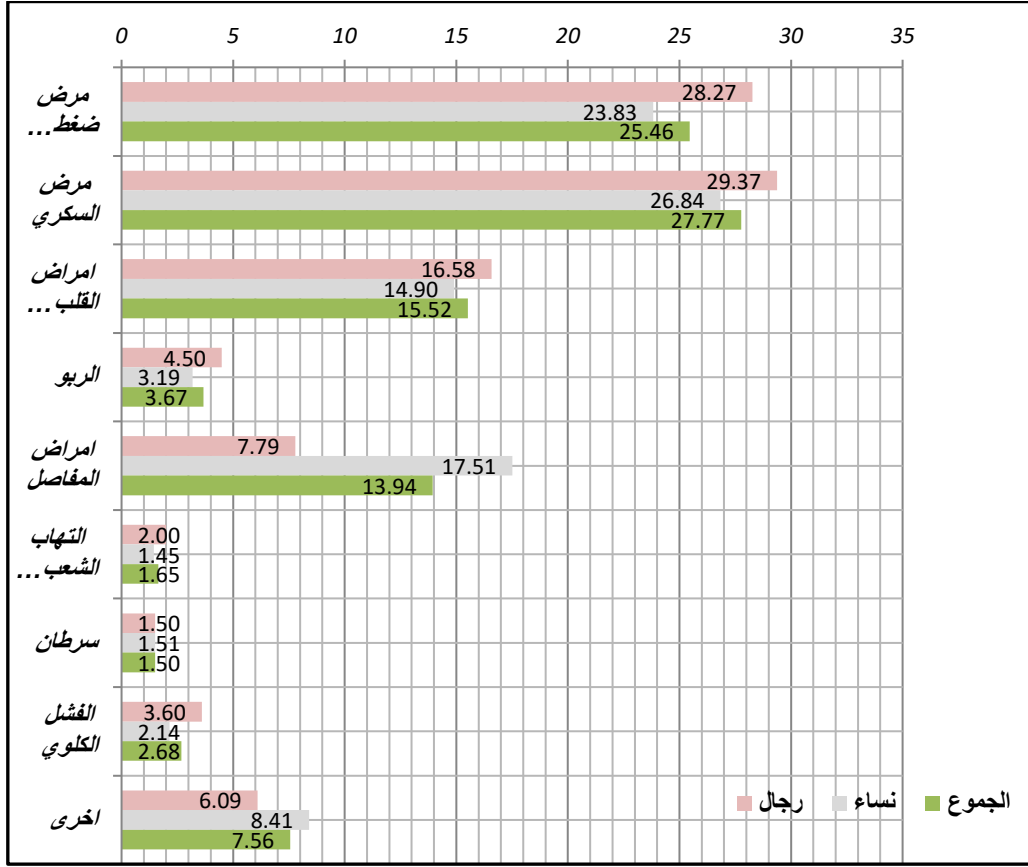


المصدر: ملحق رقم(33)

يبقى مرض الضغط الدموي يمثل حجم النسب الأكبر عند الأشخاص الذين صرحوا بأنه ثاني مرض يعانون منه في هذا المسح، لكن هذه المرة لم تكن نسبه متباعدة كما نسب المرض الأول بين مرض السكري إذ كانت متقاربة ، ولم تسجل فرق بين الجنسين ، الفرق الذي ظهر في مرض المفاصل بارتفاع نسبته عند النساء.



شكل رقم(35): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب نوع المرض المزمن الثاني وحسب الجنس.



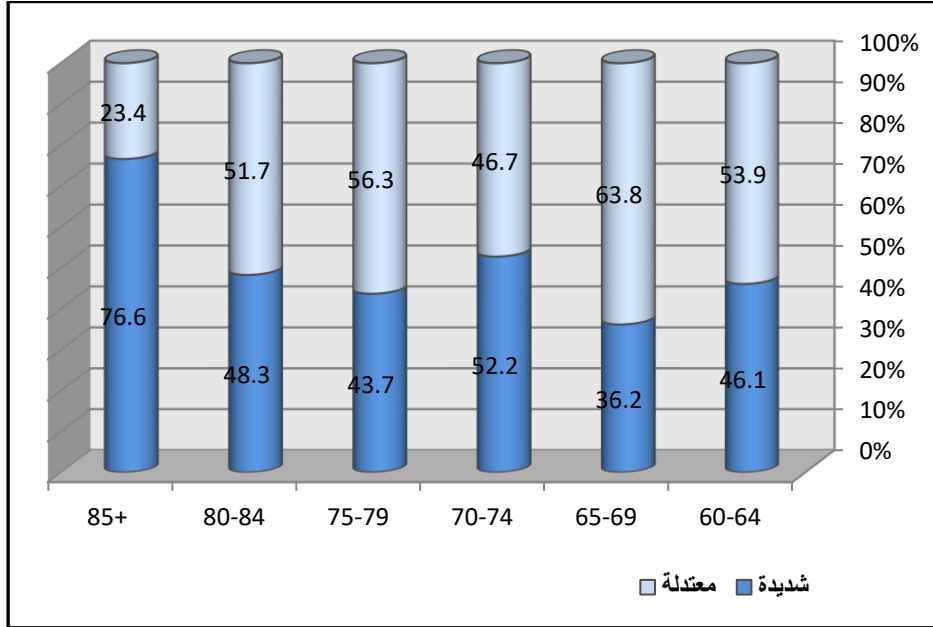
المصدر: ملحق رقم(34)

### 02-03-الإعاقة بين الأشخاص المسنين:

#### 01-02-03- حدة الإعاقة:

يعاني 3.6 % من إجمالي الأشخاص المسنين من الإعاقة التي تحد من حركاتهم ونشاطاتهم اليومية، اختلفت درجة حدة هذه الإعاقة من شديدة بنسبة 50.8 % و معتدلة الحدة بنسبة 49.2 %، كما سجلت تقريبا نفس المستوى بين الجنسين مع اختلاف درجة الحدة بين النساء و الرجال، فكما يبدو أن النساء أكثر تعرضاً إلى الإعاقة الأكثر شدة من الرجال، ما تظهره نسبتها بين النساء المصابات بإعاقة شديدة مقارنةً بنظيرتها عند الرجال (54.4 % من لנساء، 46.1 % من الرجال). هذا ما يبينه الشكل التالي.

شكل رقم (36) : التوزيع النسبي للأشخاص المسنين ذوي الإعاقة حسب شدة الإعاقة وحسب العمر.



المصدر: الملحق رقم (35)

تميزت حدة الإعاقة لدى الأشخاص المسنين حسب الأعمار بالتطور العكسي بين الشديدة والمتوسطة الحدة مع التقدم في السن، الأمر الذي يبينه توزيع النسب عبر الفئات العمرية الذي يبدأ في الفئة العمرية الأصغر (60-64) بارتفاع نسبة الإعاقة المعتدلة الشدة بنسبة 53.9 % التي تقابلها قيمة 46.1 % التي تمثل الأشخاص المسنين ذوي الإعاقة الشديدة، مع التوجه نحو الفئات الأكبر تبدأ الإعاقة بالتزايد من حيث شدتها بين الأشخاص لتصل إلى نسبة 23.4 % في آخر فئة التي تمثل الأشخاص الأكثر تقدماً في السن من ذوي سن 85 وما فوق.

### 03-02-02- نوع الإعاقة:

إن السؤال المطروح عن نوع الإعاقة هو سؤال له احتمال لعدة إجابات، لأنه من ممكن للشخص أن يعيش بعدة إعاقات، كمثال لذلك على أن يجيب الشخص بأنه مصاب بإعاقة في النظر و الحركة في نفس الوقت، وقد تتعدى في بعض الأحيان إلى أكثر من إعاقتين خاصة في هذه المرحلة المتقدمة من العمر . هذا ما يطلق عليه اسم السؤال المتعدد الإجابات في

الدراسات الديمغرافية و الذي يعالج بطريقة إحصائية خاصة في برنامج SPSS من حيث تفرغ معطياته إلى عدة متغيرات ذات خاصيتين (نعم أو لا) وتحويلها إلى متغير واحد عند تحليلها، والذي تكون نتائج توزيع تكراراته و نسبه سواء حسب عدد الإجابات أو عدد الأشخاص المصابين بإعاقة، التي يظهر الفرق بينها في الجدول التالي المستخرج من نتائج SPSS .

**جدول رقم (24) : توزيع الأشخاص المسنين ذوي الإعاقة حسب نوع إعاقتهم .**

نوع المشكلة	تكرار الإجابات	النسب بالنسبة للإجابات	النسب بالنسبة لمجموع المعاقين(472)
النظر	152	23.6	32.2
السمع	89	13.9	18.9
الفهم و التواصل	116	18.1	24.6
الحركة /التنقل	286	44.5	60.6
المجموع	643	100	—

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

سواء أخذت النسب من عدد الإجابات أو النسب الناتجة عن العدد الإجمالي لا يؤثر على توزيع نوع المشاكل، فقد سجلت الإعاقة الحركية أكبر النسب في كلا التوزيعين لتليها إعاقة النظر بقيمة النصف تقريباً . من الواضح أن الأشخاص المسنين الذين هم في حالة إعاقة يوجد بينهم من يعاني أكثر من إعاقة واحدة هذا ما يوضحه عدد الإجابات (643)، الذي يفوق العدد الإجمالي للأشخاص المسنين الذين لديهم إعاقة (472). حيث بلغ حجم هذه الفئة التي تعاني من أكثر من مشكل أو صعوبة في احد وظائفها الحيوية تقريباً ثلث الأشخاص الذين يعانون

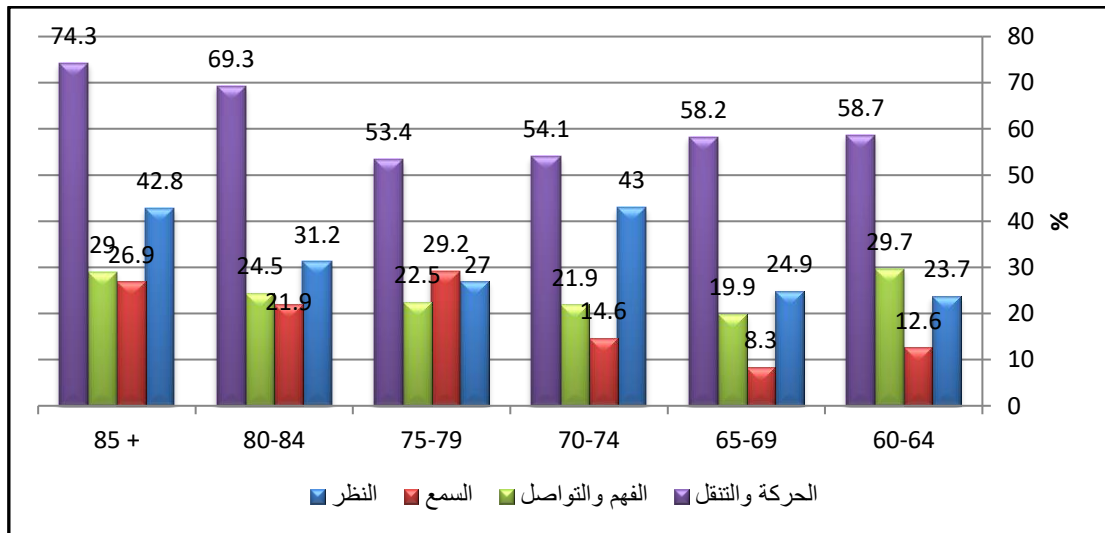
مشكل واحد فقط، هذا ما بينته توزيع نسب عدد الإعاقات<sup>61</sup> أو المشاكل الحيوية بقيمة 72.3 % للذين يعانون إعاقة واحدة مقابل 27.7 % للذين يعانون أكثر من واحدة كما يبينه الجدول التالي

**جدول رقم(25):** التوزيع النسبي للأشخاص المسنون الذين يعانون إعاقة حسب عدد الإعاقات.

عدد الإعاقات	التكرارات	النسب
1	341	72,3
2	102	21,6
3	16	3,4
4	13	2,7
المجموع	472	100

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012.

**شكل رقم (37) :** التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب نوع الإعاقة وحسب الفئات العمرية.



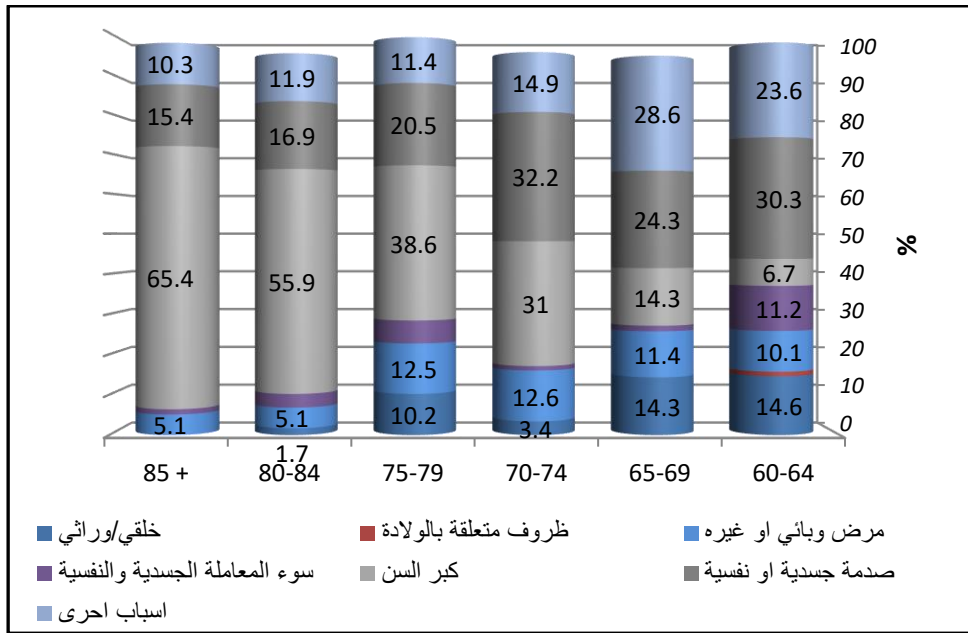
المصدر: ملحق رقم (36).

<sup>61</sup> - عدد الإعاقات أو عدد المشاكل في الوظائف الحيوية هو متغير جديد تم حسابه باستخدام متغير نوع الإعاقة، لهذا تم التطرق إلى نوع متغير نوع الإعاقة (كمتغير متعدد الإجابات) بهدف استخراج منه هذا المتغير الجديد.

شكلت الإعاقة الحركية الحجم الأكبر بين الإعاقات الأخرى في كل الفئات العمرية مع تزايد ملحوظ في الفئات العمرية الكبيرة لتصل إلى قيمة 74.3 % لفئة العمر الخاصة بسن 85 وما فوق، كما سجلت تفاوت في قيمها في باقي الإعاقات مع بقاء إعاقه السمع تحتل المرتبة الثانية من حيث الحجم. إلا أن معظم هذه الإعاقات قد بلغ اكبر قيمها في أخر فئة عمرية ، الفئة التي تحوي الأشخاص الأكثر تقدما في السن و الأكثر ضعفا جسديا لبلوغهم هذه المرحلة المتقدمة من السن .

### 03-02-03- سبب الإعاقة:

سكّ نقط (38): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب سبب إعاقتهم وحسب الفئات العمرية لمسح 2012.

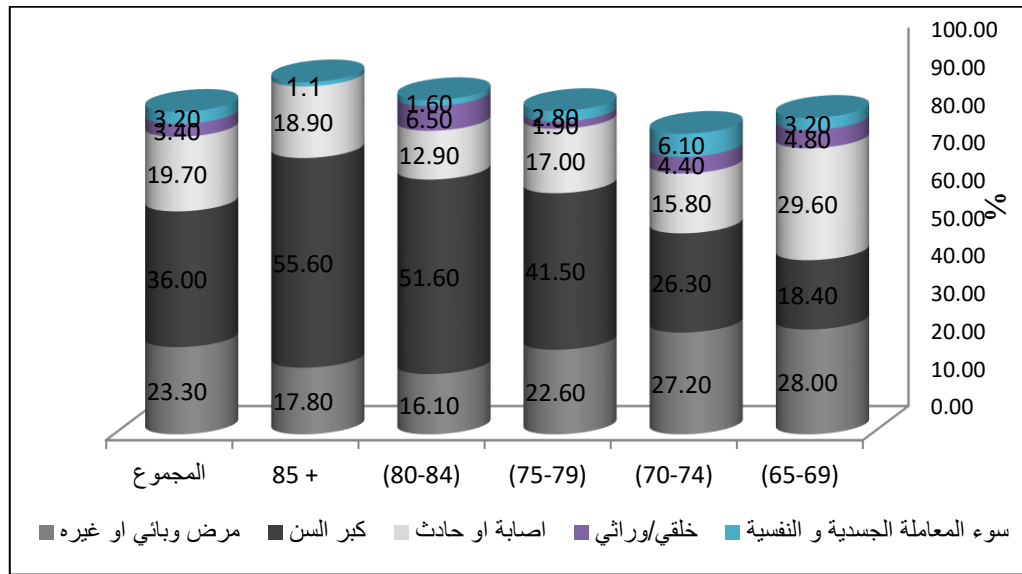


المصدر: ملحق رقم(35).

أهم سببين لإعاقة الأشخاص المسنين حسب المعطيات الخاصة بمسح 2012 هما الصدمة الجسدية و النفسية و سبب كبر السن، لكن توزيع هاذين السببين قد اختلف بين الفئات العمرية ، بارتفاع نسب أسباب الصدمة الجسدية و النفسية في إعاقة الأشخاص المسنين لدى الفئات العمرية الأصغر لتتفوق عليها سبب كبر السن ابتداء من 80 سنة وما فوق أي فئة شيوخ

الشيخوخة، هذا بسبب قدرة هذه الفئات الأصغر سنا على الحركة و التنقل مما يجعلهم أكثر عرضة للحوادث و الصدمات سواء من العالم الخارجي داخل المسكن عكس الأشخاص المتقدمون سنا الذين اثر فيهم عامل العمر و اضعف بنيتهم الجسدية و النفسية لترك لديهم إعاقات جسدية أو نفسية.

شكل رقم (39): توزيع نسب الأشخاص المسنون المصابون بإعاقة حسب سبب إعاقتهم وحسب الفئات العمرية لمسح 2002.



المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2002

بينما سبب الإعاقة في معطيات مسح 2002 قد سجل اختلاف في الأهمية بين كبار السن الذي بقي في نفس المستوى في كل الفئات بتزايد أهميته كلما كبر الشخص في السن، بينما الاختلاف كان في سبب الحوادث و الصدمات الذي عرف نفس المستوى مع الإعاقة بسبب الأمراض الوبائية وغيرها ، ربما يفسر هذا الاختلاف بين مسح 2012 و مسح 2002 إلى تاريخ أجيال الأشخاص المسنين التي تنتمي لكل مسح باعتبار أن المدة الزمنية التي تفصل بين هاذين المسحين هي 10 سنوات، و دخول أجيال جديدة لمرحلة العمر الثالث لم تعايش فترة

الأوبئة بالإضافة تطور شكل الشخص المسن الذي أصبح أكثر نشاطا من مثيله في السنوات الماضية مما يؤدي إلى احتمال تعرضه لحوادث أو صدمات.

### 03-02-04- عدم القدرة الوظيفية:

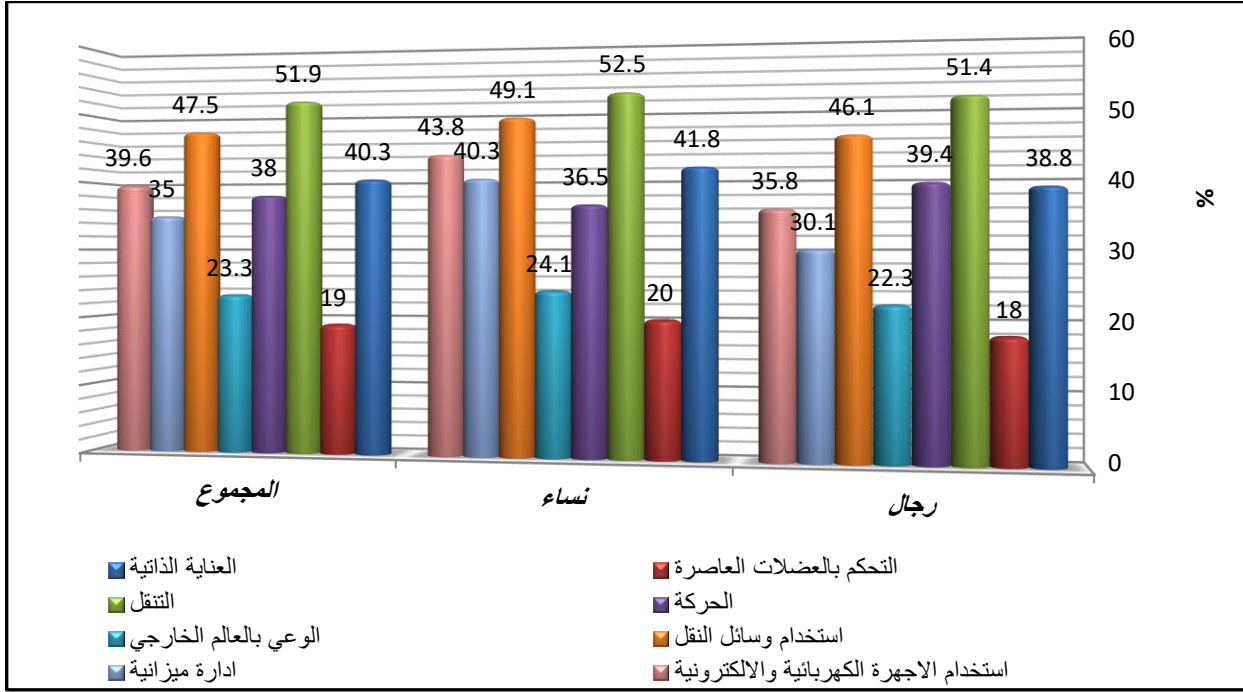
إن العجز أو عدم القدرة الوظيفية تجعل من الشخص المسن بحاجة دائمة إلى الآخرين لمساعدته في حياته اليومية، مما يخلق نوع من التبعية للآخرين.

بينت المعطيات أن أهم عجز لدى الأشخاص المسنين في هذا المسح هي عدم القدرة على التنقل من مكان إلى آخر بأنفسهم دون مساعدة الآخرين بمستوى يفوق نصف الأشخاص المسنين ذوي الإعاقة المستخرجين من عينة المسح، كما عرف العجز أيضا مستوى من الارتفاع لدى الصعوبة في استخدام وسائل النقل ، هذا نتيجة لارتفاع حجم الإعاقة في الحركة والتنقل كما سبق الذكر في نوع الإعاقة لدى الأشخاص المسنين المصابين بإعاقة.

بالنسبة للجنس فالتوزيع لم يسجل أي اختلاف عن الإجمال و بين الرجال و النساء إلا بارتفاع نسب العجز لدى النساء بفرق لا يتعدى الثلاث درجات في كل أنواع النقص أو عدم القدرة على القيام بالنشاطات المذكورة في الاستمارة.

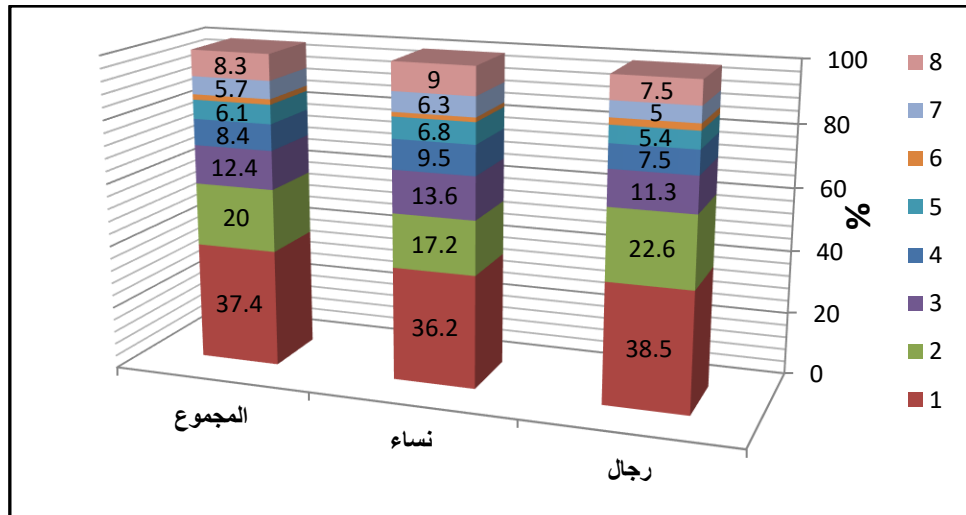
كما انه في بعض الأحيان يعاني البعض من أكثر من عجز في ممارسته لنشاطاته اليومية الأمر الذي يُصعب عليه الحياة وعلى الأفراد المحيطين به، فتقريبا 60 % من الأشخاص المسنين من ذوي الإعاقة يعانون أكثر من عجز واحد في نشاطهم اليومي، منها 20 % يعانون من عجز في نشاطين و 12.5 % يعانون عجز في عدم القدرة على القيام بثلاث نشاطات من الـ 60 % ليبقى ما يقل عن 40 % للذين لهم عجز في نشاط واحد فقط.

شكل رقم (40): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب عدم قدرتهم الوظيفية و حسب الجنس.



المصدر: ملحق رقم (36).

شكل رقم (41): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب عدد الوظائف التي يعانون منها العجز و حسب الجنس.

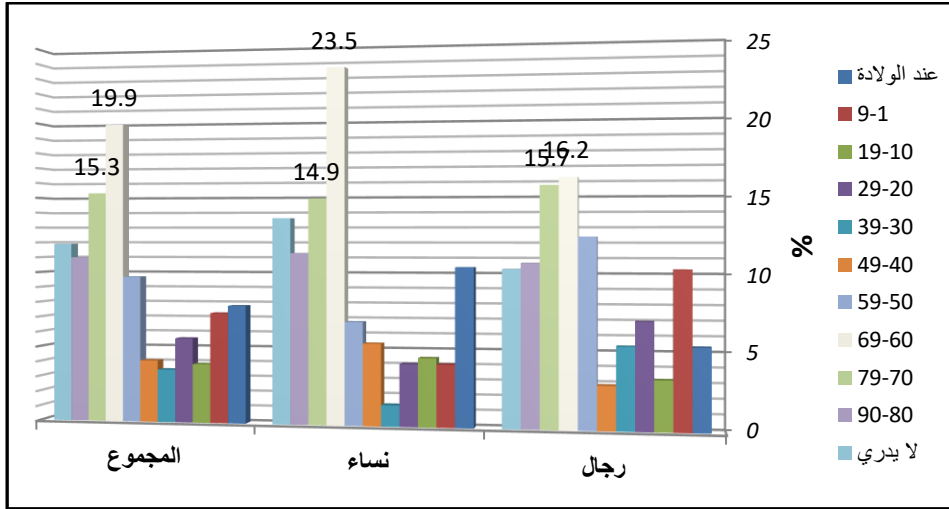


المصدر: ملحق رقم (37).



03-02-05- سن الإصابة بالإعاقة:

شكل رقم(42): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين ذوي الإعاقة حسب سن إصابتهم بها وحسب الجنس.



المصدر: ملحق رقم(39).

من خلال تصريح الأشخاص المسنين المعاقين عند سن إصابتهم بهذه الحالة، تبين أنه تقريبا 50 % منهم أصيبوا من سن الـ 60 سنة وما فوق خاصة الفئة العمرية (60-69) سنة بنسبة 20 % . الأمر يختلف بين الرجال و النساء فمعظم النساء عرفن الإعاقة في الستين سنة و ما فوق من عمرهن بينما الرجال فقد انقسم حجمهم تقريبا بالتساوي من قبل و بعد سن الستين على الرغم من ارتفاع نسبة الإصابة بالإعاقة في فئتي (60-69) سنة و (70-79) سنة.

#### 04-النشاطات اليومية للأشخاص المسنين في الجزائر:

الهدف من معرفة نوع الانشطة اليومية التي يقوم بها الشخص المسن، هو نوع من التقييم الصحي للقدرة الوظيفية التي يتمتع بها الفرد، لكن هذا الشطر لم يتم التطرق إليه في معطيات مسح الصحة لسنة 2012.

لهذا تم الاستناد على معطيات المسح الوطني حول استخدام الوقت لسنة 2012 (ENET)، من خلال تقريره النهائي. لكن لن يتم استعمالها بهدف معرفة القدرة الوظيفية و لكن لمعرفة الحياة اليومية واستغلال الوقت من طرف المسنين.

أنجز مشروع هذا التحقيق في إطار برنامج "الإنصاف" (ترقية المساواة بين الجنسين واستقلالية المرأة)، هذا البرنامج تم إنشاؤه في إطار الشراكة بين الحكومة الجزائرية وهيئات الأمم المتحدة.

يكمن الهدف الرئيسي من هذه العملية في قياس و تحليل كيفية تقسيم وتنظيم الوقت خلال الـ 24 ساعة، وذلك بالنسبة للرجال والنساء والأولاد البالغين 12 سنة وأكثر.

كما تجدر الإشارة على أنها الفكرة الأولى من نوعها في الجزائر ومن خلال النتائج المستقاة منها فإنه يمكن الإجابة على عدد من الإشكاليات في المجال الاجتماعي و الاقتصادي على حد سواء.<sup>62</sup>

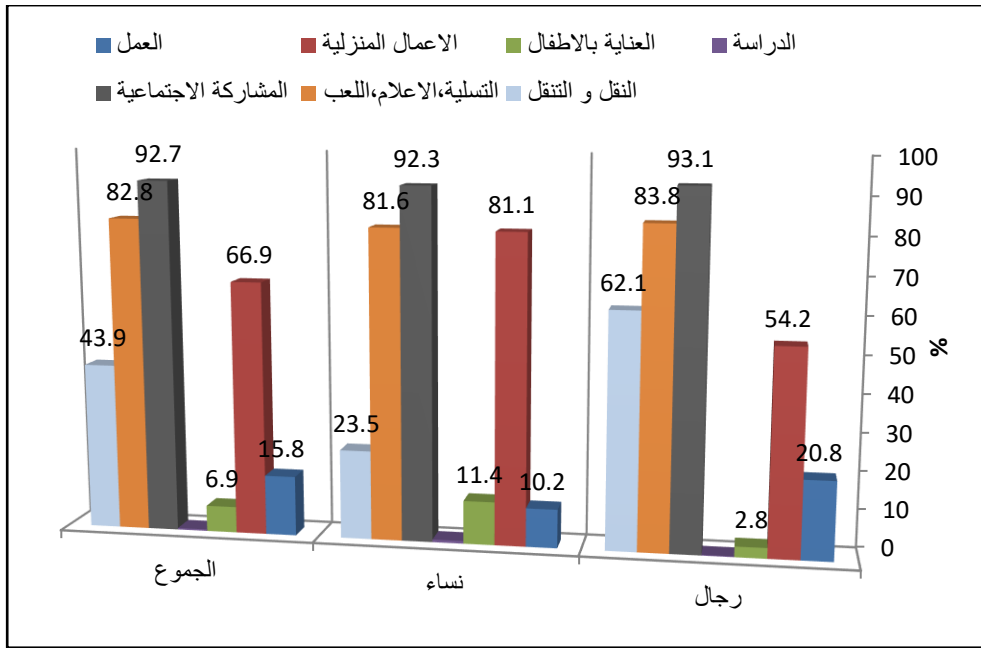
ومنه سيتم انتقاء فئة الدراسة من العينة الإجمالية لهذا المسح و المتمثلة في الأشخاص من عمر الـ 60 سنة وأكثر، بأخذ المعطيات الموجودة في الجداول المدونة في تقرير المسح لمحاولة أكثر قدر ممكن من المعلومات الخاصة بطريقة حياة الأشخاص الذي ينتمون للعمر الثالث في المجتمع الجزائري ، لعدم توفر المعطيات الخام الخاصة بهذا المسح كما كان الأمر في المصدر الأول (مسح 2012) أي المفرغة في برنامج SPSS.

<sup>62</sup> - الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني حول استخدام الوقت (الجزائر 2012)، تقرير المسح، صفحة رقم 3.

الأمر الذي يخلق صعوبة في التحكم في هذه المعطيات خاصة وقد مُثلت على شكل نسب مئوية مما يدفع إلى أخذها كما هي ومحاولة الاستفادة منها قدر المستطاع لوضع وصف واضح عن الحياة اليومية للشخص المسن في الجزائر.

#### 04-01-أهم النشاطات اليومية للأشخاص المسنين:

شكل رقم(43):نسب المشاركة في النشاطات اليومية للأشخاص المسنين حسب الجنس.



المصدر: تقرير المسح الوطني لاستعمال الوقت(الجزائر 2012)

حسب معطيات هذا المسح تبين أن النشاطات اليومية للأشخاص المسنين تغلب عليها نشاطي المشاركة الاجتماعية ونشاط التسلية و الإعلام بمعدل 3 ساعات<sup>63</sup> من وقت كل شخص مسن في اليوم، فهذا التوزيع يبدو أمر طبيعيا في هذه المرحلة العمرية من فراغ للنشاط المهني و مسؤوليات تربية الأبناء وتعليمهم بعد الخروج إلى التقاعد و كبر الأبناء . شكل هاذين النشاطين نفس المستوى لدى كلا الجنسين بينما شكلت النشاطات الأخرى اختلاف بين الرجال والنساء، فالنساء يمارسن نشاط المشاركة في الأعمال المنزلية أكثر من الرجال إذ تقضين ما يعادل 4.5

<sup>63</sup> - نفس المصدر السابق، صفحة رقم 30

ساعات في اليوم لممارسة هذا النشاط أكثر بمرتين من المدة التي يقضيها الرجال لنفس النشاط أي ما يقارب ساعتين في اليوم، بالمقابل ارتفعت نسبة التنقل عند الرجال أكثر من النساء. ربما يعود هذا الاختلاف في الممارسات اليومية إلى طبيعة و ثقافة المجتمع الجزائري في تقاسم الأدوار الاجتماعية في نمط حياة الأجيال التي تنتمي إليها هذه الفئة، فمعظم نساء هذه الأجيال لم تعرفن الحياة المهنية إذ معظمهن عشن حياتهن كربات بيوت يقضين معظم أوقاتهم في الاهتمام بمنزلهن و تربية الأطفال بينما الرجال هم من يقومون بالأعمال الخارجية.

#### 04-02- نشاط المشاركة الاجتماعية للأشخاص المسنين في الجزائر:

قام هذا المسح بتفصيل النشاطات اليومية إلى نشاطات فرعية تعطي فكرة أكثر وضوحا عن حياة الفرد الجزائري وعن حياته اليومية.

**جدول رقم(26):** نسب المشاركة حسب نشاط المشاركة الاجتماعية مفصلة للأشخاص المسنين حسب الجنس.

الجنس		نوع المشاركة الاجتماعية
رجال	النساء	
40.0	25.0	اللقاءات، الاستقبالات و الزيارات
32.8	35.1	المحادثات
84.0	81.4	الممارسات الدينية
2.4	3.1	أنشطة اجتماعية أخرى

المصدر: تقرير المسح الوطني لاستعمال الوقت(الجزائر2012)

لم يظهر توزيع الأشخاص في نوع المشاركات الاجتماعية أي اختلاف كبير بين الجنسين إلا في نشاط اللقاءات و الاستقبالات و الزيارات عند فالرجال أكثر نشاطا من النساء خاصة في التنقل لزيارة الأهل و المعارف.

#### 03-04-نشاط التسلية و الإعلام للأشخاص المسنين في الجزائر:

جدول رقم(27): نسب المشاركة حسب نشاط التسلية و الإعلام مفصلة للأشخاص المسنين حسب الجنس.

الجنس		نوع التسلية
رجال	نساء	
0.5	0.3	رياضة
27.0	5.9	التنزه
0.4	0.4	خرجات أخرى
7.2	1.5	قراءة
77.0	79.7	مشاهدة التلفاز
2.1	1.2	وسائل إعلام أخرى
0.2	-	العروض
1.3	0.1	تسلية و العاب اجتماعية
0.8	0.5	الترفيه باستخدام وسائل الإعلام الآلي

المصدر: تقرير المسح الوطني لاستعمال الوقت(الجزائر 2012)

يبدو أن نشاط التسلية لدى مسنين الجزائر حسب معطيات مسح استخدام الوقت لسنة 2012 يقتصر فقط على مشاهدة التلفاز من ارتفاع نسبهم في هذا النشاط عن دونه، مع اختلاف نوعي للرجال بالتنزه لكن أي نوع من التنزه اهو بالتنقل إلى أماكن خارج محيط الحياة اليومية (غابات ، التنقل إلى مدن أخرى) أو يقصد بالتنزه ما يلاحظ من صورة للرجل المسن الجالس في مقاعد الحدائق العمومية .

#### 04-04-ممارسة الأعمال المنزلية مفصلة للأشخاص المسنين في الجزائر:

تميزت النساء بقيامها بالأعمال المنزلية أكثر من الرجال كما سبق ذكره في أول جدول لنشاط الأشخاص المسنون، لكن التفصيل في الأعمال المنزلية سيوضح دور كل شخص في المشاركة في الأعمال المنزلية.

جدول رقم(28): نسب المشاركة حسب نشاط الأعمال المنزلية مفصلة للأشخاص المسنين حسب الجنس.

الجنس		نوع العمل المنزلي
رجال	نساء	
5.9	74.9	الطبخ
57	59.7	أشغال منزلية أخرى
47.0	11.4	التسوق و تسيير الأسرة
2.8	-	الأعمال المتعلقة بالتصليحات المنزلية
0.6	0.2	العناية بالحيوانات المرافقة
0.9	-	العناية بأشخاص ليسوا بأفراد الأسرة

المصدر: تقرير المسح الوطني لاستعمال الوقت(الجزائر 2012)

تقوم النساء بمعظم الأعمال المنزلية من طبخ و أشغال منزلية أخرى على الرغم من تقدمهن في السن، بينما الرجال فقد اقتصرت مشاركتهم في الأعمال المنزلية بقيامه بالتسوق فقط.

#### 04-05-العناية الذاتية والأكل والشرب لدى الأشخاص المسنين في الجزائر:

إن هذا النوع من النشاطات يحدد مستوى القدرة الوظيفية للشخص المسن إن كان يمكنه القيام بالوظائف اليومية الأساسية لوحده أو بمساعدة من الآخرين، لتكون نوع من أنواع دراسة مستوى الحالة الصحية للأشخاص المسنين من حيث القدرة الذاتية، كما سبق ذكره في الفصل المنهجي في تحديد المفاهيم.

جدول رقم(29): نسب المشاركة حسب نشاط الأعمال المنزلية مفصلة للأشخاص المسنين حسب الجنس.

الجنس		نوع النشاط
رجال	نساء	
84.2	79.0	العناية الذاتية
7.2	11.5	العناية الطبية
99.6	99.9	الأكل و الشرب
100	100	النوم
63.1	63.4	الاسترخاء و الراحة

المصدر: تقرير المسح الوطني لاستعمال الوقت(الجزائر 2012)

يظهر للمرة الثانية ضعف و هشاشة النساء مقارنة بالرجال في ممارسة العناية الذاتية بأنفسهن و هن الأكثر ممارسة للعناية الطبية ليؤكد نتائج مسح الصحة لسنة (2012-2013) من خلال نتائج الأمراض المزمنة وكذلك في الإعاقة، لكن المدة المستغرقة للقيام بالعناية الذاتية لم تسجل أي فرق بين الجنسين فقد صرح كلاهما بنفس المدة بمتوسط ما يقارب ثلثي الساعة يومياً<sup>64</sup> (0.6 ساعة)، لكن الأكل والشرب و الراحة لم تسجل أي اختلاف من حيث النسب و حتى المدة الزمنية المستغرقة للقيام بهذه النشاطات.

<sup>64</sup> - نفس المصدر السابق، صفحة رقم 43

### خلاصة الفصل:

هذا الفصل عبارة عن دراسة حالة لهذه المجموعة من الأشخاص المسنين في الجزائر، تعطي هذه الدراسة نظرة عن وضعية الشخص المسن في المجتمع الجزائري من حيث الظروف المعيشية من مسكن، دخل، نشاط و حالة صحية، بالإضافة إلى كيفية توزيعهم بالنسبة للمميزات السوسيو ديمغرافية.

شكل الجنس فرق من حيث الحالة الزوجية التي تميز فيها الرجال بالمتزوجين و النساء بالأرامل ، نظراً لطبيعة المجتمع الجزائري و وثقافة إعادة الزواج .

بينما المستوى التعليمي الذي تميز فيه معظم كبار السن بالأمية نتيجة الظروف التي عاشوها في سن الدراسة من استعمار و قلة وسائل التعليم. كما تظهر صلة القرابة أن الرجال هم أرباب العائلات في أسرهم و النساء أخذن صلة الزوجة أو أم رب العائلة، بينما يعيش معظم الأشخاص في اسر كبيرة بحجم متوسط لـ 06 افراد.

77 % من الرجال لهم منحة التقاعد و تقريبا 60 % من النساء هن ربات بيوت باعتبارهن من الأجيال التي لم يكن لها فرص التعليم أو التكوين و مجتمع آن ذاك يتمسك بثقافة أن مكان المرأة في البيت و تربية الأولاد فقط، أما وضعية العمل في وقت المسح فقد صرح 6.70 % أنهم يمارسون نشاطات مهنية، تميزت بالنشاط الفلاحي في القطاع الريفي و الخدمات الإدارية في الحضر.

مميزات السكن من أهم مؤشرات المستوى الاقتصادي للفرد، تبين المعطيات أن 80.5 % من الأشخاص المسنين يعيشون في مساكن ذات ملكية خاصة، و غلب عليها طابع وحداتها السكنية بالبيوت المستقلة أو الفردية، ومعظمهم يعيشون في مساكن يفوق عدد غرفها الثلاث غرف.

احتوت مساكن كبار السن أهم التجهيزات اللازمة للحياة اليومية ، إلا أن بعض التجهيزات توفرت في القطاع الحضري بأكبر نسبة عن نظيره الريفي مثل غسالة الملابس، سخان المياه ،



المدفأة و مكيف الهواء ربما يرجع السبب إلى قلة إمكانيات المسنين في الريف ا و الى الثقافة الاستهلاكية بين سكان القطاعين.

أول مصدر لمياه الشرب لهذه الفئة هي مياه الحنفية الموجودة داخل المسكن، إلا أن معظم أفراد هذه الفئة ليس لديهم ثقافة معالجة مياه الشرب حسب تصريحاتهم بعد قيامهم بمعالجة المياه قبل الشرب.

أظهرت الحالة الصحية أن النساء أكثر ضعفا و هشاشة من الرجال لأنهن أكثر عرضة للأمراض ، حسب تصريحهن بإصابتهم بمرض مزمن (63 %). مرض ضغط الدم هو المرض الأكثر انتشاراً عن الأمراض المزمنة الأخرى، ليليه مرض السكري حسب ترتيب نسب الإصابة، اقر ما يقارب عن 42 % من أنهم مصابون بمرض مزمن ثاني.

صرح 6.3 % من إجمالي الاسخاص المسنين أن لديهم إعاقة تحد من حركاتهم ونشاطاتهم اليومية، كما شكلت إعاقة الحركة و التنقل الأغلبية في إعاقة المسنين .

تم الاستناد على معطيات مسح آخر لمعرفة أهم النشاطات اليومية للأشخاص المسنين في الجزائر بسبب عدم توفر هذه المعطيات في مسح الصحة 2012، المسح هو مسح استخدام الوقت للجزائر لنفس السنة 2012.

لتبين معطياته أن معظم نشاطات الأشخاص المسنين تتمثل في المشاركة الاجتماعية والأعمال المنزلية و التسلية. المشاركة الاجتماعية تمثلت معظم الوقت في الممارسات الدينية إلا أن الرجال قد تنوعت مشاركاتهم الاجتماعية عكس النساء اللواتي اقتصرن عندهن في الممارسات الدينية و المحادثات.

أما التسلية و الإعلام فقد اقتصرن عند النساء بمشاهدة التلفاز و الرجال بمشاهدة التلفاز و التنزه.

بينما الأعمال المنزلية التي اشترك فيها الجنسين في الأشغال المنزلية و النساء بالطبخ بينما الرجال الذين عرفوا بالتسوق.

## الفصل الرابع:

تأثير البيئة السوسيو ديمغرافية على الظروف المعيشية  
للأشخاص المسنين في الجزائر .

## تمهيد:

يدخل هذا الجزء من الدراسة في مفهوم اختلاف الشيخوخة أو الشيخوخة التفاضلية<sup>65</sup>، بما أن الأشخاص المسنين عبارة عن مجموعة غير متجانسة بسبب عدة عوامل مؤثرة في تركيبها.

فالهدف من هذه الدراسة هو معرفة وزن المتغيرات السوسيو ديمغرافية في هذا الاختلاف بين الأشخاص المسنين من الجانب الاقتصادي و الحالة الصحية المتمثل في الظروف المعيشية.

فيما يخص المستوى المادي للأشخاص المسنين الذي سوف يكون ممثلة في متغير واحد يشمل مجموع المتغيرات التي تمثل الحالة الاقتصادية و هو مؤشر الثروة، الذي تم استخراجها من معطيات الأسرة المعيشية بتقنية التحليل العاملي المتمثلة في تحليل المكونات الرئيسية<sup>66</sup>.

تم تحليل المكونات الرئيسية باستخدام متغيرات عن ملكية السلع الاستهلاكية، خصائص السكن ، المياه و الصرف الصحي، وغيرها من الخصائص التي تتعلق بثروة الأسرة المعيشية<sup>67</sup>، إلا انه لم يتم اخذ الدخل بين هذه المتغيرات.

عن طريق معرفة كيفية توزيعه حسب المتغيرات الديمغرافية الكلاسيكية الموجودة في كل التحقيقات و الدراسات الديمغرافية والاجتماعية مستوى العلاقة الموجودة بينه و بين هذه المتغيرات باستخدام اختبار كاي تربيع للاستقلالية.

<sup>65</sup> - vieillissement différentiel.

<sup>66</sup> - L'analyse des composantes principales.

<sup>67</sup> -Rapport final, enquête par Grappes à indicateur multiples (MICS) 2012-2013, Algérie 2015, page 49

## 01- انعكاس البيئة السوسيو ديمغرافية على المستوى المعيشي للأشخاص المسنين في الجزائر:

كما سبق الذكر فان المتغير الذي يمثل الظروف المعيشية أو المستوى المعيشي هو مؤشر الثروة الذي احتوى على خمس خصائص من الأكثر فقرا إلى الأكثر ثراء حسب الترتيب التالي:

1- الأكثر فقراً، 2- الثاني مستوى، 3- المتوسط، 4-04-الربع، 5-الأكثر ثراء (الأغنى).

مقابل المتغيرات الخاصة بالجانب السويو ديمغرافي، المتمثلة في العمر، الجنس، قطاع السكن، الحالة الزوجية، المستوى التعليمي، بالإضافة إلى حجم العائلة.

قبل دراسة العلاقة بين متغير مؤشر الثروة و متغيرات المحيط الاجتماعي الديمغرافي، و من اجل تبسيط المتغير يتم تلخيص خصائصه من خمسة إلى ثلاث خصائص، كما يلي 1- فقير، 2-مستوي مادي متوسط، 3-ثري .

### جدول رقم (30): توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة:

مؤشر الثروة	التكرارات المطلقة	التكرارات النسبية
فقير	4158	34.5
متوسط	2444	20.3
ثري	5445	45.2
المجموع	12047	100

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012 للصححة

شكل مستوى الثراء النسبة الأكبر بين مستويات مؤشر الثروة يليه مستوى الفقر، ربما يرجع هذا الترتيب إلى المتغيرات المختارة في حساب مؤشر الثروة التي اقتصر على تجهيزات السكن و ممتلكات الأسرة المعيشية، المعطيات التي أظهرت في الفصل السابق عن مميزات السكن بتوفر التجهيزات اللازمة للحياة في مساكن الأشخاص المسنين، دون الأخذ بعين الاعتبار الدخل.

### 01-01-العمر و المستوى المعيشي:

حسب أهداف الدراسة فإن استخدام الكاي تربيع في هذه الحالة هو اختبار للاستقلالية، لتطرح فية الفرضيات بالشكل التالي:

الفرض الصفري  $H_0$ : متغير مؤشر الثروة و متغير العمر مستقلان.

الفرض البديل  $H_1$ : متغير الثروة و متغير العمر غير مستقلان.

أعطت نتائج اختبار كاي تربيع (SPSS) الجداول التالية:

**جدول رقم(31):** عدد الملاحظات المأخوذة في اختبار كاي تربيع و القيم المفقودة لمتغيري مؤشر الثروة و العمر.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
age regroupée des personnes âgées * indice de richesse	12047	100,0%	0	,0%	12047	100,0%

أخذ الاختبار كل الملاحظات الخاصة بالعينة دون أي قيم ضائعة.

**جدول رقم (32):** توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و الفئات العمرية.

Tableau croisé age regroupée des personnes âgées \* indice de richesse

			indice de richesse			Total
			pauvre	moyen	riche	
age regroupée des personnes âgées	60-64	Effectif	1355	726	1758	3839
		% dans age regroupée des personnes âgées	35,3%	18,9%	45,8%	100,0%
	65-69	Effectif	848	514	1206	2568
		% dans age regroupée des personnes âgées	33,0%	20,0%	47,0%	100,0%
	70-74	Effectif	753	446	1043	2242
	% dans age regroupée des personnes âgées	33,6%	19,9%	46,5%	100,0%	
	75-79	Effectif	569	352	732	1653
	% dans age regroupée des personnes âgées	34,4%	21,3%	44,3%	100,0%	
	80-84	Effectif	395	232	420	1047
	% dans age regroupée des personnes âgées	37,7%	22,2%	40,1%	100,0%	
	+ 85	Effectif	237	175	286	698
	% dans age regroupée des personnes âgées	34,0%	25,1%	41,0%	100,0%	
Total		Effectif	4157	2445	5445	12047
		% dans age regroupée des personnes âgées	34,5%	20,3%	45,2%	100,0%

حسب الجدول المزدوج بين مؤشر الثروة و الفئات العمرية قد اختلف توزيع الأشخاص المسنين لمؤشر الثروة بين الفئات العمرية، فكلما تقدم الشخص في العمر كلما اختلف مستواه المادي.  
جدول رقم (33): جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة والفئات العمرية.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	32,433 <sup>a</sup>	10	,000
Rapport de vraisemblance	32,131	10	,000
Association linéaire par linéaire	4,965	1	,026
Nombre d'observations valides	12047		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 141,66.

يوضح الجدول نتائج اختبار كاي تربيع

1- لا توجد خلايا تحتوي على تكرارات متوقعة اقل من 5 كما هو موضح أسفل الجدول.

2- قيمة الكاي تربيع = 32.433 و درجة الحرية = 10 .

3- قيمة الدلالة 0.000

يتضح من الجدول وجود علاقة بين مؤشر الثروة و العمر في عينة الدراسة حيث جاءت قيمة الدلالة 0.000 بأخذ ثلاث أرقام بعد الفاصلة ، بمعنى أن احتمال الفرض الصفري بعدم وجود علاقة بين المتغيرين صحيحة اقل من 0.005 ، وبناء عليه يتم قبول الفرض البديل و هو أن المتغيران غير مستقلان و رفض الفرض الصفري و الذي ينص على أن المتغيران مستقلان.

4- قبول الفرضية البديلة و هي أن للعمر تأثير كبير على مستويات مؤشر الثروة.

بمعني أن للعمر له تأثير كبير على المستوى المادي للشخص المسن في الجزائر.

## 02-01- الجنس و المستوى المعيشي:

نفس الشيء بالنسبة لمتغير الجنس بوضع فرضيات الاستقلالية ، التي ترفضها او تقبلها النتائج الموجودة في الجداول.

جدول رقم(34): عدد الملاحظات و القيم المفقودة لاختبار كاي تربيع لمؤشر الثروة و المستوى التعليمي.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
Sexe * indice de richesse	12046	100,0%	1	,0%	12047	100,0%

جدول رقم(35): توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و الجنس.

Tableau croisé Sexe \* indice de richesse

			indice de richesse			Total
			pauvre	moyen	riche	
Sexe	Masculin	Effectif	2065	1232	2721	6018
		% dans Sexe	34,3%	20,5%	45,2%	100,0%
	Feminin	Effectif	2093	1212	2723	6028
		% dans Sexe	34,7%	20,1%	45,2%	100,0%
Total		Effectif	4158	2444	5444	12046
		% dans Sexe	34,5%	20,3%	45,2%	100,0%

جدول رقم(36): جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة والجنس.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,345 <sup>a</sup>	2	,842
Rapport de vraisemblance	,345	2	,842
Association linéaire par linéaire	,077	1	,781
Nombre d'observations valides	12046		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 1220,99.

حسب نتائج الجداول فإنه لا يوجد قيم مفقودة في الاختبار، و حسب توزيع مستويات الثروة و الجنس فلم تسجل أي اختلاف.

نتائج الاختبار كما يلي:

1- لا توجد خلايا تحتوي على تكرارات متوقعة اقل من 5 كما هو موضح أسفل الجدول.

2- قيمة الاختيار = 0.345 ، وقيمة الدلالة اكبر من 0.005 (0.842)، الأمر الذي يدفع إلى رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري، وهو استقلالية كل من متغير مؤشر الثروة و متغير الجنس.

ربما هذا نتيجة عدم الاستقلالية المادية لنساء هذه الأجيال، اللواتي ليس لهن أي دور اقتصادي في الأسرة، نظرا لعدم دخولهن ميدان العمل و الاعتماد على الأزواج ومن بعدهم الأولاد.

### 01-03- المستوى التعليمي و المستوى المعيشي:

جدول رقم (37): عدد الملاحظات المأخوذة و القيم المفقودة في اختبار كاي تربيع لمؤشر الثروة والمستوى التعليمي.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
niveau d'instruction * indice de richesse	12040	99,9%	7	,1%	12047	100,0%

من الملاحظ اخذ الاختبار نسبة 99.9 % من وحدات الدراسة وهي نسبة مهمة جداً.



جدول رقم(38):توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و المستوى التعليمي.

Tableau croisé niveau d'instruction \* indice de richesse

			indice de richesse			Total
			pauvre	moyen	riche	
niveau d'instruction	sans instruction	Effectif	3727	2003	3444	9174
		% dans niveau d'instruction	40,6%	21,8%	37,5%	100,0%
	primaire	Effectif	332	318	1060	1710
		% dans niveau d'instruction	19,4%	18,6%	62,0%	100,0%
	moyen	Effectif	73	83	453	609
		% dans niveau d'instruction	12,0%	13,6%	74,4%	100,0%
	secondaire	Effectif	23	32	295	350
		% dans niveau d'instruction	6,6%	9,1%	84,3%	100,0%
	superieur	Effectif	2	6	189	197
		% dans niveau d'instruction	1,0%	3,0%	95,9%	100,0%
Total		Effectif	4157	2442	5441	12040
		% dans niveau d'instruction	34,5%	20,3%	45,2%	100,0%

جدول رقم(39): جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة و المستوى التعليمي.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	1092,747 <sup>a</sup>	8	,000
Rapport de vraisemblance	1182,029	8	,000
Association linéaire par linéaire	961,720	1	,000
Nombre d'observations valides	12040		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 39,96.

من خلال جداول اختبار كاي تربيع لدراسة استقلالية متغير مؤشر الثروة والمستوى التعليمي التي تحمل النتائج التالية:

قيمة كاي تربيع = 1092.747، و قيمة الدلالة تساوي قيمة اصغر من 0.005 ، النتائج التي ترجح قبول الفرض البديل لعدم استقلالية المتغيرين و رفض الفرض الصفري ، بمعنى أن المستوى التعليمي له تأثير كبير على مؤشر الثروة ، مما بينه جدول توزيع التكرارات فعلى الرغم من أغلبية الأمية بين الأشخاص المسنين إلا أن الأقلية التي مثلتها المستويات الأخرى

أحدثت الفرق في التوزيع ، فكما ارتفع المستوى التعليمي كلما ارتقى المستوى المعيشي للفرد، على سبيل المثال 96 % من أفراد مستوى التعليم العالي يعيشون في مستوى الثراء.

**04-01- الحالة الزوجية و المستوى المعيشي:**

**جدول رقم (40):** عدد الملاحظات المأخوذة و القيم المفقودة في اختبار كي تربيع لمؤشر الثروة و الحالة الزوجية.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus) * indice de richesse	12048	100,0%	0	,0%	12047	100,0%

**جدول رقم (41):** توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و الحالة الزوجية.

Tableau croisé Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus) \* indice de richesse

			indice de richesse			Total
			pauvre	moyen	riche	
Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	Célibataire	Effectif	34	26	64	124
		% dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	27,4%	21,0%	51,6%	100,0%
	Marié (e)	Effectif	2937	1742	3924	8603
		% dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	34,1%	20,2%	45,6%	100,0%
	Divorcé(e)	Effectif	45	24	69	138
		% dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	32,6%	17,4%	50,0%	100,0%
Séparé (e)	Effectif	25	16	17	58	
	% dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	43,1%	27,6%	29,3%	100,0%	
Veuf (e)	Effectif	1111	636	1364	3111	
	% dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	35,7%	20,4%	43,8%	100,0%	
Manquant	Effectif	7	1	6	14	
	% dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	50,0%	7,1%	42,9%	100,0%	
Total		Effectif	4159	2445	5444	12048
		% dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	34,5%	20,3%	45,2%	100,0%

جدول رقم(42): جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة و الحالة الزوجية.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	15,843 <sup>a</sup>	10	,104
Rapport de vraisemblance	16,437	10	,088
Association linéaire par linéaire	4,948	1	,026
Nombre d'observations valides	12048		

a. 2 cellules (11,1%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 2,84.

أظهرت النتائج الموجودة في الجداول عدم وجود علاقة بين متغير مؤشر الثروة ومتغير الحالة الزوجية عن طريق قيمة الدلالة التي تساوي 0.104 أي أكبر من 0.005، يقبل الفرض الصفري لاستقلالية المتغيرين.

#### 01-05-حجم الأسرة المعيشية و المستوى المعيشي:

إن حجم الأسرة المعيشية للشخص المسن واحد متغيرات السوسيو ديمغرافية المهم ، لكن هل متغير حجم الأسرة المعيشية يخلق فرق في المستوى المعيشي للشخص المسن؟. هذا ما يهدف إليه هذا العنوان عن طريق نتائج اختبار كاي تربيع .

جدول رقم (43): عدد الملاحظات المأخوذة القيم المفقودة في اختبار كاي تربيع(لمؤشر الثروة وحجم الأسرة المعيشية) و القيم المفقودة.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
taille de ménage * indice de richesse	12049	100,0%	0	,0%	12047	100,0%

جدول رقم(44):توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و حجم الأسرة المعيشية.

Tableau croisé taille de ménage \* indice de richesse

taille de ménage		indice de richesse			Total
		pauvre	moyen	riche	
une seule personne	Effectif	64	18	24	106
	% dans taille de ménage	60,4%	17,0%	22,6%	100,0%
deux personnes	Effectif	326	176	363	865
	% dans taille de ménage	37,7%	20,3%	42,0%	100,0%
03 pers onnes	Effectif	380	251	496	1127
	% dans taille de ménage	33,7%	22,3%	44,0%	100,0%
04 pers onnes	Effectif	403	263	644	1310
	% dans taille de ménage	30,8%	20,1%	49,2%	100,0%
05 pers onnes	Effectif	536	344	952	1832
	% dans taille de ménage	29,3%	18,8%	52,0%	100,0%
06 pers onnes	Effectif	601	395	827	1823
	% dans taille de ménage	33,0%	21,7%	45,4%	100,0%
07 pers onnes	Effectif	567	330	754	1651
	% dans taille de ménage	34,3%	20,0%	45,7%	100,0%
08 pers onnes	Effectif	446	223	532	1201
	% dans taille de ménage	37,1%	18,6%	44,3%	100,0%
plus de 09 personnes	Effectif	835	445	854	2134
	% dans taille de ménage	39,1%	20,9%	40,0%	100,0%
Total	Effectif	4158	2445	5446	12049
	% dans taille de ménage	34,5%	20,3%	45,2%	100,0%

جدول رقم(45): جدول اختبار الكاي تربيع لمؤشر الثروة و حجم الأسرة المعيشية.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	119,208 <sup>a</sup>	16	,000
Rapport de vraisemblance	118,076	16	,000
Association linéaire par linéaire	8,579	1	,003
Nombre d'observations valides	12049		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 21,51.

تقود نتائج اختبار كاي تربيع إلى رفض الفرض الصفري و قبول الفرض البديل، أي أن متغير مؤشر الثروة و متغير حجم الأسرة المعيشية ليسا مستقلان ، نتيجة لقيمة الدلالة الموجودة في جدول نتائج الاختبار التي تحمل قيمة اقل من 0.005.

مما يدل على أن حجم الأسرة المعيشية له تأثير كبير على المستوى المعيشي للشخص المسن.

### 01-06-قطاع السكن و المستوى المعيشي:

جدول رقم (46): عدد الملاحظات المأخوذة القيم المفقودة في اختبار كاي تربيع (المؤشر الثروة و قطاع السكن) و القيم المفقودة.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
Milieu/Strate * Nombre d'observations classification hiérarchique	12048	100,0%	0	,0%	12047	100,0%

جدول رقم (47): توزيع الأشخاص المسنين حسب مؤشر الثروة و قطاع السكن.

Tableau croisé Milieu/Strate \* indice de richesse

			indice de richesse			Total
			pauvre	moyen	riche	
Milieu/Strate	Urbain	Effectif	1410	1655	4846	7911
		% dans Milieu/Strate	17,8%	20,9%	61,3%	100,0%
	Rural	Effectif	2748	789	599	4136
		% dans Milieu/Strate	66,4%	19,1%	14,5%	100,0%
Total		Effectif	4158	2444	5445	12047
		% dans Milieu/Strate	34,5%	20,3%	45,2%	100,0%

جدول رقم (48): نتائج اختبار كاي تربيع بين متغير قطاع السكن ومؤشر الثروة.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	42,534 <sup>a</sup>	2	,000
Rapport de vraisemblance	42,505	2	,000
Association linéaire par linéaire	29,121	1	,000
Nombre d'observations valides	12048		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 162,38.

تؤدي نتائج الاختبار إلى رفض الفرض الصفري و قبول الفرض البديل ( $p=0.000$ )، الذي ينص على وجود تأثير كبير لقطاع السكن على مستويات مؤشر الثروة و اختلاف المستوى المعيشي بين الريف والحضر، باعتبار أن الأشخاص المسنين من سكان الريف أكثر فقراً من سكان الحضر و العكس صحيح بالنسبة للثراء.

## 02-تأثير البيئة السوسيو ديمغرافية على الحالة الصحية للأشخاص المسنين:

### 01-02-خلق متغير مشترك للحالة الصحية:

لا يمكن دراسة العلاقة بين كل متغيرات الحالة الصحية ه المتغيرات السوسيو ديمغرافية ، لذا من الضروري اختزال كل المتغيرات الخاصة بالحالة الصحية إلى متغير واحد يمثل كل الحالة الصحية لكل فرد في الدراسة، هذا باستخدام التحليل العاملي أو التحليل المتعدد الأبعاد، بأخذ مجموعة من المتغيرات الخاصة بالحالة الصحية وإيجاد عامل مشترك بينهم أو خلق متغير مشترك يمثل الحالة الصحية .

نفس كما تمت عملية حساب مؤشر الثروة، باختيار المتغيرات التالية لتمثل الحالة الصحية:

01-هل يعاني الشخص من مرض مزمن؟

مع خاصيتين 1-نعم، 2-لا

02-هل يعاني الشخص من مرض مزمن آخر؟

مع خاصيتين 1-نعم، 2-لا

03-هل يعني من إعاقة؟

1-نعم، 2-لا

04-متغير حدة الإعاقة: بخاصتين 1- حادة 2-متوسطة

بالإضافة إلى المتغير المستخرج من وضعية الشخص في العمل باعتباره يعطي فكرة عن قدرة عمل الشخص المسن.

05-هل يعمل حالياً؟

ب 1-نعم، 2-لا

لتكون هذه المتغيرات الكيفية الثنائية التفرع ذات الخاصيتين أو القيمتين.

الطريقة المناسبة لهذا النوع من المتغيرات هو التحليل العاملي للمراسلات المتعددة<sup>68</sup> كخطوة أولى لمعرفة مدى الارتباط بين هذه المتغيرات عن طريق الكاي تربيع، الهدف من هذه العملية هو إيجاد علاقة الارتباط بين خاصيات أو قيم هذه المتغيرات دون التطرق إلى علاقة الاستقلالية أو التبعية بينها، نفس مبدأ عملية التحليل العاملي للمكونات الرئيسية<sup>69</sup> المستخدم في حساب مؤشر الثروة<sup>70</sup> و كخطوة ثانية يتم استخدام التحليل العاملي التصنيفي ، الغرض منه تصنيف العوامل الناتجة عن الخطوة الأولى إلى درجات للحالة الصحية، هذا بالاستعانة ببرنامج SPSS .

### نتائج التحليل:

جداول رقم(49،50،51،52،53): توزيع قيم خاصيات المتغيرات على أبعاد التحليل.

#### Est-ce que (Nom) souffre d'une maladie chronique ?

	Fréquence marginale	Valeurs affectées aux modalités	
		Dimension	
		1	2
Oui	7131	-,627	,697
Non	6506	1,019	-,917
Manquant	34		

#### Est-ce que (Nom) souffre d'une autre maladie chronique ?

	Fréquence marginale	Valeurs affectées aux modalités	
		Dimension	
		1	2
Oui	2850	-,720	,641
Non	4227	-,566	,741
Manquant	6594		

<sup>68</sup> -Analyse factorielle des correspondances multiples (AfCM).

<sup>69</sup> -Analyse en composantes principales (ACP).

<sup>70</sup> - كان من الممكن استخدام هذه الطريقة في إيجاد متغير مشترك للحالة الصحية، بتحويل هذه المتغيرات إلى متغيرات كمية لتكييفها للعملية، بإعادة ترميزها من 1-نعم، 2-لا إلى 0-لا، 1-نعم ، أي بوجود وغياب الحالة، لكن بعد المحاولة لم تعطي النتائج المرجوة و الأكثر وضوح مثل نتائج المراسلات المتعددة.

Est ce que l'état de (Nom) le/la limite sévèrement ou modérément ?

	Fréquence marginale	Valeurs affectées aux modalités	
		Dimension	
		1	2
Sévère	281	-3,636	-3,122
Modérée	289	-3,515	-3,723
Manquant	13101		

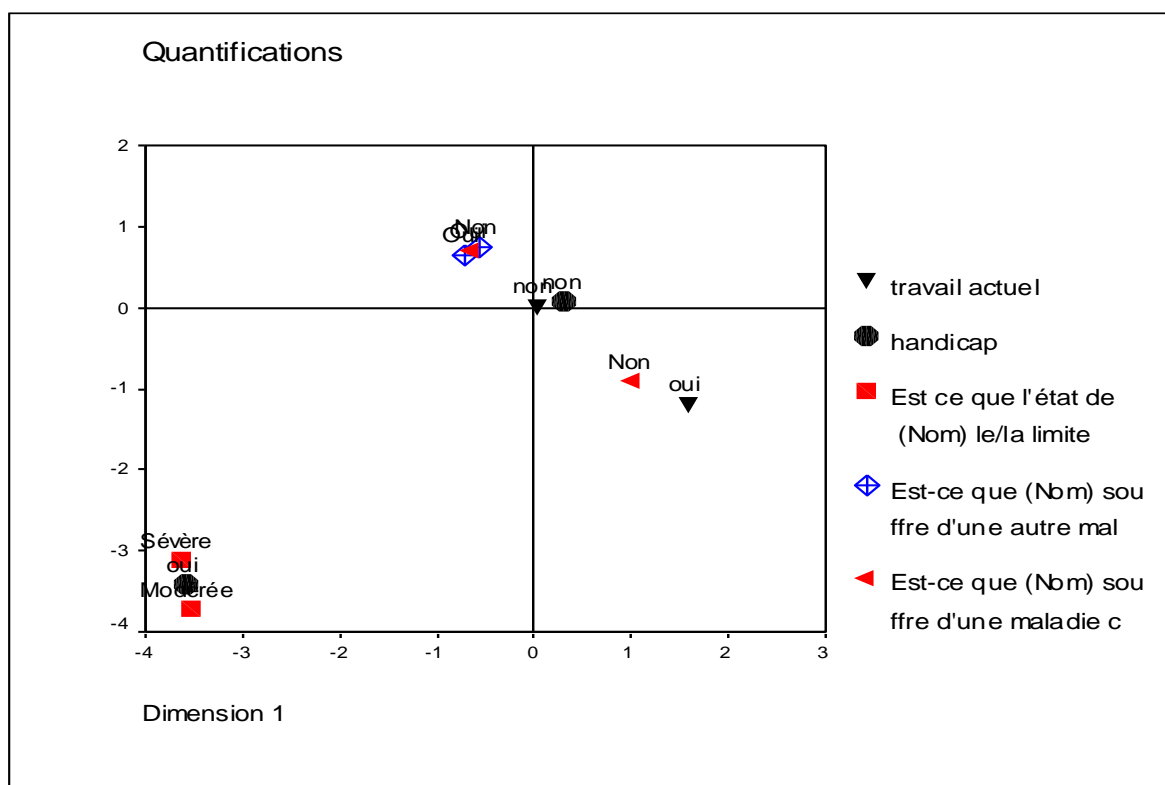
handicap

	Fréquence marginale	Valeurs affectées aux modalités	
		Dimension	
		1	2
oui	574	-3,568	-3,412
non	13097	,321	,073
Manquant	0		

travail actuel

	Fréquence marginale	Valeurs affectées aux modalités	
		Dimension	
		1	2
oui	1058	1,598	-1,177
non	12613	,037	,019
Manquant	0		

شكل رقم (44): قيم خاصيات المتغيرات على أبعاد التحليل العاملي للمراسلات المتعددة.





قبل اختيار هذه المتغيرات الخمس تم القيام بهذه العملية عدة مرات مع كل المتغيرات الخاصة بالحالة الصحية التي أعطت نفس النتائج الأخيرة تقريبا، لكن مع اكتظاظ كبير في النتائج و خاصةً الرسم البياني لإسقاط قيم الخاصيات و عدم وضوحه للقراءة، هذا نتيجة لإعطاء نفس النتائج لبعض المتغيرات على سبيل المثال عن إن كان الشخص المسن يعاني من مرض مزمن ومتغير نوع المرض المتكون من ثماني قيم باسم الأمراض المزمنة، الأمر الذي نتج عنه تقارب بين هذه القيم في النتائج ، نفس الشيء عن المرض المزمن الثاني و نوع الإعاقة، لهذا تم اختصار المتغيرات لتسهيل القراءة.

تظهر نتائج الجداول و الرسم البياني عن العلاقة الموجودة بين هذه المتغيرات كما هو ملاحظ:

1-العلاقة الواضحة في اقتراب قيم خاصيتي الإجابة "نعم" في حالة قيام الشخص بعمل في الوقت الحالي و خاصية الإجابة "لا" بعدم إصابته بمرض مزمن، كذلك اقتراب البعد بين لإصابة بالإعاقة وهاتين الخاصيتين، هذه الإجابات التي تدل على الحالة الصحية الجيدة للشخص.

2-الاقتراب الكبير إلى درجة عدم وضوح القراءة بين قيمتي المرض المزمن الثاني (نعم، لا) و قيمة نعم بالإصابة بمرض مزمن الأول، هذا يدل عن منطقية النتائج فلا يمكن التحدث عن مرض مزمن ثاني دون وجود مرض أول.

3- نفس الشيء بالنسبة لدرجة حدة الإعاقة فلا يمكن الطلب من شخص درجة حدة إعاقته دون إصابته بإعاقة، هذا ما يبينه تقارب الأبعاد بين خاصيتي حدة الإعاقة و وجود إعاقته.

4-من خلال نتائج الجداول الحاملة للقيم الخاصة بخاصيات المتغيرات والأبعاد الناتجة عن التحليل العاملي، يلاحظ أن البعد (Dimension1) يعطي معنى أكثر وضوحا بتقسيم قيم الخاصيات إلى القيم الموجبة التي تعطي دلالة على الصحة الجيدة للشخص المسن بينما القيم الموجبة التي تعطي دلالة على الصحة المتدهورة للشخص.

### Valeurs propres

Dimension	Valeur propre
1	,454
2	,401

تمثل هذه الأبعاد 95 % من الجمود الكلي للسحابة النقطية<sup>71</sup> و هي نسبة مهم في هذا النوع من التحليل، بنسبة 45 % للبعد 1 و 40 % للبعد 2.

### الخطوة الثانية عملية التحليل التصنيفي:

تتم هذه العملية مباشرة بعد عملية المراسلات المتعددة، باستخدام العوامل المستخرجة منها المتمثلة في هذه الحالة في عاملين أو بعدين، هذا بعد الاحتفاظ بقيم كل بُعد في ملف المعطيات الخاص بقاعدة البيانات، كمتغيرين كميّين يمكن استعمالهما في الخطوة الثانية لخلق نوع من التصنيف.

بما أن عدد الوحدات أكثر من 100 وحدة يجب اختيار تحليل تصنيف السحب الديناميكية<sup>72</sup>.

الهدف الرئيسي من هذه الخطوة هو خلق المتغير الذي يمثل الحالة الصحية، يمكن ترك العملية تقوم تلقائياً بتصنيف أو تقسيم عدد الخاصيات التابعة له ، من الأفضل اشتراط العدد عند البدا في العملية على البرنامج الإحصائي كما هو الحال في هذه المرحلة التي الهدف منها إيجاد متغير من ثلاث خاصيات أو قيم تمثل للحالة الصحية لكل شخص مسن، هي 1-الحالة الصحية الجيدة، 2- الحالة الصحية المتوسطة أو المرضية، 3- الحالة الصحية المتدهورة.

<sup>71</sup> -inertie totale du nuage de points, 0.454 et 0.401 l'inertie rendu par les axes.

<sup>72</sup> - Méthode de classification des nuées dynamique.

## نتائج العملية:

جدول رقم(54): عدد الملاحظات لكل فئات الناتجة عن التحليل التصنيفي.

Nombre d'observations dans chaque classe

		Non pondérées	Pondérées
Classe	1	6329,000	5334,711
	2	6768,000	6240,013
	3	574,000	472,601
Valides		13671,000	12047,325
Manquantes		,000	,000

من التوزيع المبين في الجدول فان الفئات المصنفة أخذت كل الوحدات الخاصة بالدراسة دون وجود أي قيم مفقودة وهذا مؤشر جيد جدا.

جدول رقم(55): تحليل التباين.

ANOVA

	Classe		Erreur		F	Signification
	Moyenne des carrés	ddl	Moyenne des carrés	ddl		
Dimension 1	6934,757	2	7,378E-02	12044	93993,421	,000
Dimension 2	6870,031	2	9,825E-02	12044	69923,599	,000

Les tests F ne doivent être utilisés que dans un but descriptif car les classes ont été choisies d manière à maximiser les différences entre les observations des diverses classes. Les niveaux d signification observés ne sont pas corrigés et ne peuvent par conséquent pas être interprétés comme des tests de l'hypothèse que les moyennes des classes sont égales.

سجل التباين قيمة مهمة في عملية التصنيف و قيمة الدلالة لا تفوق 0.5 (0.000) مما يدل على دلالة الاختبار، سجلت قيمة F اكبر قيمة عند متغير البعد (Dimension 1) ما معناه أن هذا المتغير أكثر تأثير<sup>73</sup> في عملية التصنيف.

<sup>73</sup> -la variable la plus discriminante.

جدول رقم(56): مراكز الفئات النهائية.

Centres finaux des classes

	Classe		
	1	2	3
Dimension 1	1,13	-,45	-3,57
Dimension 2	-,79	,89	-3,41

قراءة جدول مراكز الفئات النهائية يعطي فكرة أو معنى لمختلف المجموعات المحددة في عملية التصنيف.

يعطي التصنيف الممثل في الجدول للفئات النهائية، المستوى الموجب للفئة الأولى بالنسبة للبعد 1 و تناقصه إلى المستوى السلبي بالتناقص التدريجي للفئات 2 و 3 . بالرجوع إلى الخطوة الأولى في التحليل العاملي للمراسلات المتعددة الذي بين ان البعد 1 (dimension1) يعطي تفسير للمستوى الصحي حسب القيم الموجبة بالحالة الجيدة والسالبة بالصحة المتدهورة .

ما يعني أن الفئة 1 الناتجة عن عملية التصنيف تخص الحالة الصحية الجيدة و الفئة 2 و 3 الأقل منها هذا ما تمثله نتائج الجدول التالي للمتغير الناتج عن هذه الخطوة الأخيرة من التحليل من التصنيف .

جدول رقم (57): توزيع المتغير الجديد لتقويم الحالة الصحية.

Nombre d'observations classification hiérarchique

		Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bonne santé	5335	44,3	44,3	44,3
	etat de santé modéré	6240	51,8	51,8	96,1
	mauvaise	473	3,9	3,9	100,0
	Total	12047	100,0	100,0	

مثل مستوى الحالة الصحية المتوسط النسبة الأكبر بـ 51.8 % ليأتي مستوى الحالة الصحية الجيدة بالمرتبة الثانية من حيث الأهمية مقارنةً بالمستوى الصحي الضعيف الذي لم يتجاوز 4 %.

للتأكد من صحة هذه النتائج يمكن القيام باستخراج جدول متقاطع بين هذا المتغير الجديد و متغير آخر من متغيرات الحالة الصحية ، على سبيل المثال حالة الإعاقة و إن كان الشخص يعاني من إعاقة أم لا، كما هو موضح في الجدول التالي.

**جدول رقم (58):** جدول تقاطع متغير الإصابة بإعاقة مع المتغير الجديد لمستوى الحالة الصحية.

**Tableau croisé handicap \* Nombre d'observations classification hiérarchique**

Effectif		Nombre d'observations classification hiérarchique			Total
		bonne santé	etat de santé modéré	mauvaise	
handicap	oui			473	473
	non	5335	6240		11575
Total		5335	6240	473	12048

حسب نتائج توزيع التقاطع الناتج عن المتغيرين يتضح منطقية إن كان الشخص يعاني من إعاقة أن تكون حالته الصحية في مستوى متدهور كما هو في الجدول بالسيئة، حين في حالة عدم الإصابة أن تكون إما متوسطة أو جيدة.

بعد هذه الخطوات يمكن دراسة مدى تأثير المتغيرات السوسيو ديمغرافية على مستوى الحالة الصحية، عن طريق الاختبار الخاص بنوع هذه المتغيرات الكاي تربيع للحالة الصحية مع المتغيرات السوسيو ديمغرافية.

#### 02-02-01-العمر والحالة الصحية:

حسب أهداف الدراسة فإن استخدام الكاي تربيع في هذه الحالة هو اختبار للاستقلالية، لتطرح فية الفرضيات بالشكل التالي:

الفرض الصفري  $H_0$ : متغير مستوى الحالة الصحية و متغير العمر مستقلان.

الفرض البديل  $H_1$ : متغير مستوى الحالة الصحية و متغير العمر غير مستقلان.

أعطت نتائج اختبار كاي تربيع (SPSS) الجداول التالية:

جدول رقم (59): عدد الملاحظات المدرجة في الاختبار و القيم المفقودة لمتغيري المستوى الصحي والفئات العمرية.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
age regroupée des personnes âgées * Nombre d'observations classification hiérarchique	12046	100,0%	1	,0%	12047	100,0%

أخذ الاختبار كل الوحدات الخاصة بالدراسة مع صفر قيمة مفقودة وهذا مؤشر جيد لنجاح الاختبار.

جدول رقم (60): توزيع الأشخاص المسنين حسب مستوى الحالة الصحية و الفئات العمرية.

Tableau croisé age regroupée des personnes âgées \* Nombre d'observations classification hiérarchique

	Nombre d'observations classification hiérarchique			Total	
	bonne santé	etat de santé modéré	mauvaise		
age regroupée des personnes âgées	60-64 Effectif	2063	1687	89	3839
	% dans age regroupée des personnes âgées	53,7%	43,9%	2,3%	100,0%
65-69	Effectif	1151	1347	70	2568
	% dans age regroupée des personnes âgées	44,8%	52,5%	2,7%	100,0%
70-74	Effectif	919	1235	89	2243
	% dans age regroupée des personnes âgées	41,0%	55,1%	4,0%	100,0%
75-79	Effectif	580	983	88	1651
	% dans age regroupée des personnes âgées	35,1%	59,5%	5,3%	100,0%
80-84	Effectif	350	638	59	1047
	% dans age regroupée des personnes âgées	33,4%	60,9%	5,6%	100,0%
+ 85	Effectif	272	349	77	698
	% dans age regroupée des personnes âgées	39,0%	50,0%	11,0%	100,0%
Total	Effectif	5335	6239	472	12046
	% dans age regroupée des personnes âgées	44,3%	51,8%	3,9%	100,0%

جدول رقم (61):نتائج اختبار كاي تربيع لمتغيري مستوى الحالة الصحية والفئات العمرية.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	374,533 <sup>a</sup>	10	,000
Rapport de vraisemblance	349,140	10	,000
Association linéaire par linéaire	278,936	1	,000
Nombre d'observations valides	12046		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 27,35.

يوضح الجدول نتائج اختبار كاي تربيع

1- لا توجد خلايا تحتوي على تكرارات متوقعة اقل من 5 كما هو موضح أسفل الجدول.

2- قيمة الكاي تربيع = 374.533 و درجة الحرية = 10 .

3- قيمة الدلالة 0.000

يتضح من الجدول وجود علاقة بين مؤشر الثروة و العمر في عينة الدراسة حيث جاءت قيمة الدلالة اقل من 0.005 ، وبناء عليه يتم قبول الفرض البديل و هو أن المتغيران غير مستقلان و رفض الفرض الصفري و الذي ينص على أن المتغيران مستقلان.

4- قبول الفرضية البديلة و هي أن العمر له تأثير كبير على الحالة الصحية للشخص المسن.

#### 02-02-02-الجنس والحالة الصحية:

نفس الخطوات المتبعة في الاختبار السابق بطرح الفرضين الصفري والبديل أو بوجود الاستقلالية أو الارتباط بين متغير الجنس و متغير مستوى الحالة الصحية، باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS الذي يعطي الجداول التالية.

جدول رقم (62): توزيع الأشخاص المسنين حسب الجنس و متغير المستوى الصحي للأشخاص المسنين.

Tableau croisé Sexe \* Nombre d'observations classification hiérarchique

			Nombre d'observations classification hiérarchique			Total
			bonne santé	etat de santé modéré	mauvaise	
Sexe	Masculin	Effectif	3187	2586	245	6018
		% dans Sexe	53,0%	43,0%	4,1%	100,0%
	Feminin	Effectif	2147	3654	228	6029
		% dans Sexe	35,6%	60,6%	3,8%	100,0%
Total		Effectif	5334	6240	473	12047
		% dans Sexe	44,3%	51,8%	3,9%	100,0%

جدول رقم(63): نتائج اختبار كاي تربيع بين الجنس و مستوى الحالة الصحية.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	386,168 <sup>a</sup>	2	,000
Rapport de vraisemblance	388,376	2	,000
Association linéaire par linéaire	274,483	1	,000
Nombre d'observations valides	12047		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 236,28.

حسب نتائج الجداول التي تبين اختلاف توزيع مستوى الحالة الصحية بين الرجال والنساء. فيما يخص نتائج الاختبار فقد سجلت قيمة كاي تربيع 386.168 بمستوى دلالة 0.000 ، مما يعطي مجال لقبول الفرض البديل، بوجود علاقة بين الجنس و الحالة الصحية أو اختلاف بين المستوى الصحي لدي الرجال و النساء.



### 02-02-03-المستوى التعليمي والحالة الصحية:

جدول رقم(64):توزيع الأشخاص المسنين حسب المستوى التعليمي والحالة الصحية.

Tableau croisé niveau d'instruction \* Nombre d'observations classification hiérarchique

			Nombre d'observations classification hiérarchique			Total
			bonne santé	etat de santé modéré	mauvaise	
niveau d'instruction	sans instruction	Effectif	3948	4828	397	9173
		% dans niveau d'instruction	43,0%	52,6%	4,3%	100,0%
	primaire	Effectif	820	838	52	1710
		% dans niveau d'instruction	48,0%	49,0%	3,0%	100,0%
	moyen	Effectif	274	319	17	610
	% dans niveau d'instruction	44,9%	52,3%	2,8%	100,0%	
	secondaire	Effectif	196	149	5	350
	% dans niveau d'instruction	56,0%	42,6%	1,4%	100,0%	
	superieur	Effectif	95	100	2	197
	% dans niveau d'instruction	48,2%	50,8%	1,0%	100,0%	
Total		Effectif	5333	6234	473	12040
		% dans niveau d'instruction	44,3%	51,8%	3,9%	100,0%

جدول رقم(65):نتائج اختبار كاي تربيع بين متغير المستوى التعليمي و الحالة الصحية.

#### Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	48,631 <sup>a</sup>	8	,000
Rapport de vraisemblance	52,103	8	,000
Association linéaire par linéaire	33,435	1	,000
Nombre d'observations valides	12040		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 7,74.

تدفع نتائج الاختبار بوجود علاقة ارتباط بين متغير المستوى التعليمي و مستوى الحالة الصحية للشخص المسن، ما تعطيه الدلالة 0.000 الأقل من 0.005، بان المستوى التعليمي له تأثير كبير على الحالة الصحية للشخص المسن.

الفصل الرابع : تأثير البيئة السوسيو ديمغرافية على الظروف المعيشية للأشخاص المسنين في الجزائر.

هذا باختلاف الحالة الصحية بين المستويات التعليمية فكما تقدم المستوى كلما أصبح الفرد أكثر وعياً بالحفاظ على صحته، كما انه لنوع العمل الذي يحدده المستوى التعليمي إن كان شاق أم مريح ليؤثر في حالته الصحية .

02-02-04- الحالة الزوجية والحالة الصحية:

جدول رقم (66): عدد الملاحظات المأخوذة في الاختبار والقيم المفقودة.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus) * Nombre d'observations classification hiérarchique	12047	100,0%	0	,0%	12047	100,0%

جدول رقم (67): تقاطع متغير الحالة الزوجية مع مستوى الحالة الصحية.

Tableau croisé Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus) \* Nombre d'observations classification hiérarchique

			Nombre d'observations classification hiérarchique			Total
			etat de santé			
			bonne santé	modéré	mauvaise	
Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	Célibataire	Effectif % dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	60 48,4%	47 37,9%	17 13,7%	124 100,0%
	Marié (e)	Effectif % dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	4128 48,0%	4186 48,7%	288 3,3%	8602 100,0%
	Divorcé(e)	Effectif % dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	57 41,3%	72 52,2%	9 6,5%	138 100,0%
	Séparé (e)	Effectif % dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	21 36,8%	34 59,6%	2 3,5%	57 100,0%
	Veuf (e)	Effectif % dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	1064 34,2%	1891 60,8%	156 5,0%	3111 100,0%
	Manquant	Effectif % dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	4 26,7%	11 73,3%		15 100,0%
	Total	Effectif % dans Quel est l'état matrimonial de (Si 15 ans ou Plus)	5334 44,3%	6241 51,8%	472 3,9%	12047 100,0%

جدول رقم(68): نتائج اختبار كاي تربيع بين الحالة الزوجية و الحالة الصحية.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	222,090 <sup>a</sup>	10	,000
Rapport de vraisemblance	213,501	10	,000
Association linéaire par linéaire	164,566	1	,000
Nombre d'observations valides	12047		

a. 3 cellules (16,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de ,59.

دفعت نتائج الاختبار إلى قبول الفرض البديل الذي ينص على وجود علاقة أو عدم استقلالية المتغيرين نتيجة للدلالة 0.000 ، أي أن للحالة الزوجية تأثير على الحالة الصحية للفرد في هذه المرحلة من العمر .

فالشخص الذي يعيش بمفرده دون زوجة أو زوج معه تكون حالته الصحية أكثر سوءاً من الذي يعيش مع زوج.

## 02-02-05-حجم الأسرة المعيشية والحالة الصحية:

جدول رقم (69): توزيع الأشخاص المسنين حسب الحالة الزوجية والحالة الصحية.

Tableau croisé taille de ménage \* Nombre d'observations classification hiérarchique

	Nombre d'observations classification hiérarchique			Total	
	bonne santé	etat de santé modéré	mauvaise		
taille de ménage	une seule personne	Effectif 23	75	7	105
		% dans taille de ménage 21,9%	71,4%	6,7%	100,0%
	deux personnes	Effectif 302	523	39	864
		% dans taille de ménage 35,0%	60,5%	4,5%	100,0%
	03 personnes	Effectif 415	669	42	1126
		% dans taille de ménage 36,9%	59,4%	3,7%	100,0%
	04 personnes	Effectif 559	698	53	1310
		% dans taille de ménage 42,7%	53,3%	4,0%	100,0%
	05 personnes	Effectif 794	982	55	1831
		% dans taille de ménage 43,4%	53,6%	3,0%	100,0%
	06 personnes	Effectif 816	931	77	1824
		% dans taille de ménage 44,7%	51,0%	4,2%	100,0%
	07 personnes	Effectif 794	806	51	1651
		% dans taille de ménage 48,1%	48,8%	3,1%	100,0%
	08 personnes	Effectif 574	564	63	1201
		% dans taille de ménage 47,8%	47,0%	5,2%	100,0%
	plus de 09 personnes	Effectif 1057	992	85	2134
		% dans taille de ménage 49,5%	46,5%	4,0%	100,0%
Total	Effectif	5334	6240	472	12046
	% dans taille de ménage	44,3%	51,8%	3,9%	100,0%

جدول رقم (70): نتائج اختبار كاي تربيع بين متغير الحالة الزوجية و متغير الحالة الصحية.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	136,702 <sup>a</sup>	16	,000
Rapport de vraisemblance	139,132	16	,000
Association linéaire par linéaire	79,604	1	,000
Nombre d'observations valides	12046		

a. 1 cellules (3,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 4,11.

حسب نتائج الاختبار و قيمة الدلالة يتضح وجود تأثير كبير لحجم الأسرة المعيشية للشخص المسن على حالته الصحية، هذا بسبب قبول الفرض البديل الذي يؤدي إلى عدم استقلالية المتغيرين.

02-02-06-قطاع السكن والحالة الصحية:

جدول رقم(71): توزيع الأشخاص المسنين حسب قطاع السكن و الحالة الصحية.

Tableau croisé Milieu/Strate \* Nombre d'observations classification hiérarchique

	Nombre d'observations classification hiérarchique			Total	
	bonne santé	etat de santé modéré	mauvaise		
Milieu/Strate Urbain	Effectif	3340	4266	306	7912
	% dans Milieu/Strate	42,2%	53,9%	3,9%	100,0%
Rural	Effectif	1995	1974	167	4136
	% dans Milieu/Strate	48,2%	47,7%	4,0%	100,0%
Total	Effectif	5335	6240	473	12048
	% dans Milieu/Strate	44,3%	51,8%	3,9%	100,0%

جدول رقم(72): نتائج اختبار كاي تربيع بين متغير قطاع السكن و متغير الحالة الصحية.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	42,534 <sup>a</sup>	2	,000
Rapport de vraisemblance	42,505	2	,000
Association linéaire par linéaire	29,121	1	,000
Nombre d'observations valides	12048		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 162,38.

من الواضح التأثير الكبير لقطاع السكن على الحالة الصحية للمسن في الجزائر، هذا ما تنص عليه نتائج الاختبار بقيمة دلالة كبير 0.000 .

إلي أن الشخص المسن تختلف حالة الصحية حسب القطاع الذي يسكن فيه، إلا أن حسب جدول تقاطع المتغير بين أن الاختلاف في المستويات الصحية قد سجل في الحالتين الصحييتين المتوسطة و الجيدة.

### 03-تأثير المستوى المعيشي على الحالة الصحية:

في الحالة العادية للفرد ففي معظم الأوقات للمستوى المعيشي تأثير على حالته الصحية ، فهل للمستوى المعيشي للأشخاص في الأعمار المتقدمة تأثير على مستوى حالتهم الصحية؟.

جدول رقم (73): عدد الملاحظات و القيم المفقودة للاختبار.

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pour cent	N	Pour cent	N	Pour cent
Nombre d'observations classification hiérarchique * indice de richesse	12048	100,0%	0	,0%	12047	100,0%

جدول رقم(74): توزيع الأشخاص المسنين حسب المستوى المعيشي والحالة الصحية.

Tableau croisé Nombre d'observations classification hiérarchique \* indice de richesse

			indice de richesse			Total
			pauvre	moyen	riche	
Nombre d'observations classification hiérarchique	bonne santé	Effectif % dans Nombre d'observations classification hiérarchique	2026 38,0%	1096 20,5%	2213 41,5%	5335 100,0%
	etat de santé modéré	Effectif % dans Nombre d'observations classification hiérarchique	1921 30,8%	1270 20,4%	3049 48,9%	6240 100,0%
	mauvaise	Effectif % dans Nombre d'observations classification hiérarchique	212 44,8%	78 16,5%	183 38,7%	473 100,0%
Total		Effectif % dans Nombre d'observations classification hiérarchique	4159 34,5%	2444 20,3%	5445 45,2%	12048 100,0%

جدول رقم (75): نتائج اختبار كاي تربيع لمتغير مؤشر الثروة و الحالة الصحية.

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	101,036 <sup>a</sup>	4	,000
Rapport de vraisemblance	100,591	4	,000
Association linéaire par linéaire	30,372	1	,000
Nombre d'observations valides	12048		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 95,95.

من خلال نتائج الجداول يستنتج أن للمستوى المعيشي للشخص المسن تأثير كبير على حالته الصحية. لقيمة الدلالة الموجودة في جدول اختبار كاي تربيع، وما وضعه جدول تقاطع المتغيرين.

### خلاصة الفصل :

استخلص من نتائج دراسة العلاقة بين البيئة السوسيو ديمغرافية و الظروف المعيشية للشخص المسن لهذه العينة من مسنين الجزائر، التي أُخذت فيها الظروف المعيشية جانبيين هما جانب المستوى المعيشي المادي الذي مثله متغير مؤشر الثروة ، والجانب الثاني مستوى الحالة الصحية الذي تم خلق متغير جديد من مجموعة من المتغيرات الخاصة بالحالة الصحية، عن طريق التحليل الإحصائي العاملي، بخلق عامل مشترك بين هذه المتغيرات.

إضافة إلى مجموعة من المتغيرات الممثلة للبيئة السوسيو ديمغرافية للمسنين و المتمثلة في ستة متغيرات هي العمر، الجنس، الحالة الزوجية، المستوى التعليمي، حجم الأسرة المعيشية التي يعيش فيها الشخص، قطاع السكن بين الريف والحضر.

أضفت نتائج الاختبار الخاصة بهذا النوع من المتغيرات الكيفية إلى مدى تأثير المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية على الظروف المعيشية ، بتأثير العمر الكبير على كل من الجانب المادي والصحي للشخص كلما تقدم في السن.

لم يشكل الجنس أي فرق من حيث المستوى المعيشي حسب نتائج اختبار الكاي تربيع بين متغير الجنس و مؤشر الثروة، هذا نتيجة لعدم استقلالية هذه الأجيال من النساء ماديا و تبعيتهن للرجل . عكس ذلك فقد سجل الجنس تأثيراً كبيراً على الحالة الصحية باختلاق مستوى الحالة الصحية بين الرجال والنساء، باعتبار النساء أكثر ضعفا وهشاشة من الرجال.

لم تسجل الحالة الزوجية أي تأثير على الظروف المادية لمجموعة الدراسة من الأشخاص المسنين، في حين كان لها تأثير كبير على الحالة الصحية.

كان للمستوى التعليمي اثر كبير على المستوى المادي والصحي للأشخاص المسنين، فكلما ارتفع مستوى الفرد التعليمي كان أكثر راحة من حيث الجانب المادي وأكثر وعياً بالحفاظ على صحته.

فحجم الأسرة التي يعيش فيها الفرد في عمره الثالث دور مهم على حالته المادية والصحية. ليسجل الفرق بين قطاع الحضر والريف من حيث الظروف المعيشية ، إذ تميز سكان الحضر بالأكثر ثراء على سكان الريف، سجلت الحالة الصحية العكس إذ كانت الصحة الجيدة من نصيب مسنين الريف .

من هنا يستنتج أن للبيئة السوسيو ديمغرافية التي يعيش فيها الشخص المسن انعكاس على حياته من ظروف معيشية سواء كانت مادية أو صحية.



## الخاتمة العامة:

إن فئة سكان العمر الثالث في الجزائر لم تسجل نسبة مهم مقارنةً بالفئات السكانية الأخرى في الوقت الراهن، لكن يبقى مستوى تزايد عدد سكانها ذو قيمة محسوسة، ففي المستقبل القريب ستشكل جزء مهم من التشكيلة السكانية نظراً لسرعة التزايد المستمر في هذا العدد.

كما يبدو أن الجزائر لم تحتك بعد بظاهرة الشيخوخة الديمغرافية بين سكانها، لكن هذا لا يعني أن معاشتها للظاهرة لا تزال بعيدة، فكما عايشنا الانتقالية الديمغرافية التي تعتبر العامل الرئيسي للشيخوخة الديمغرافية في وقت قصير، سيكون ذلك مؤشراً لاقترب تغيرات في التشكيلة السكانية في الزمن القريب، خاصةً الفئات الكبرى منها، بسبب كل من الانخفاض الملموس و المستمر في مستوى كل من الوفيات والخصوبة .

الخصوبة التي تبين من خلال الدراسة أنها الأكثر تأثيراً على مستوى الشيخوخة الديمغرافية في الجزائر بعد الوفيات، فتناقص حجم الفئات الشابة يأتي بالضرورة إلى زيادة في نسبة المسنين من دون 60 سنة وفوق.

الأشخاص الذين تميزوا بصفات خاصة بهم عن الشباب و الفئة النشطة من السكان ، من كل الزوايا الاقتصادية، الاجتماعية، الديمغرافية و الصحية.

الشريحة التي تميزت بمستوى اكبر من الأمية، نتيجة عدم توفر حظوظ الدراسة لأجيالها في الحصول على التعليم. حالة زوجية خاصة تميزها عن الأعمار الأخرى، برجال أكثرهم متزوجين و نساء أراملاً نظراً لانتشار ظاهرة إعادة الزواج بين الرجال عن النساء، النساء اللواتي أيضاً لا يلعبن أي دور مادي في عائلاتهن، عكس الرجال الذين لم تنطبق عليهم نظرية فك الارتباط أو الانسحاب عن أدوارهم الاجتماعية و الاقتصادية فقد فرضت عليهم الاستمرارية في حمل مسؤولية عائلاتهم كأرباب عائلات رغم تقدمهم في السن، نظراً لظروف البطالة في الفئة الشابة التي تعرفها البلاد.

فالشخص المسن قد عاش حياته وهو يحسن في وضعه المعيشي و المادي، الأمر الذي أظهرته مميزات المساكن التي يعيش فيها الأشخاص المسنين، من منازل فردية ذات تصميم خاص يحتوي على الكثير من الغرف نظراً لثقافة أجيال هذه الفئة كمحاولة منهم الحفاظ على أبنائهم بعد الزواج بالتصميم الذي يخدم هذه الغاية.

المساكن ذات الملكية الخاصة باعتبار هذا أمر طبيعي فالفرد يكون قد عمل كل هذه السنوات من حياته للحصول على مسكن خاص به عكس الشباب المقبلين على الحياة، تحتوي هذه المساكن على أهم التجهيزات اللازمة لتوفير الحياة المريحة مع بعض الاختلاف في هذه التجهيزات بين قطاعي الريف و الحضر حسب معطيات مجموعة الدراسة.

تعتبر هذه نظرة وجيزة عن الوضعية المادية للشخص المسن في الجزائر، على الرغم من عدم توفر المعطيات الخاصة بالدخل بالتفصيل ، كفكرة عامة عن الدخل فمعظم الرجال لهم منحة تقاعد والنساء تميزن بربات البيوت.

الحالة الصحية التي أظهرت أن النساء و على الرغم من تميزهن بطول العمر مقارنة بالرجال، إلا أنهن أكثر ضعفاً من الرجال من الناحية الصحية في هذه المرحلة من العمر، لكثرة إصابتهن بالأمراض مقارنة بالرجال.

بالنسبة لنوعية الأمراض فضغط الدم هو الأكثر انتشارا بعده مرض السكري بين الأمراض المزمنة التي تصيب هذه الفئة العمرية من السكان. فالعاقلة التي تميزت بالحركة في أغلبية حالات الإصابة بالإعاقة.

كل هذه المعطيات تعتبر كنوع من التشخيص أو دراسة حالة ترسم صورة للأشخاص المسنين في الجزائر، و التي تساعد على وضع بعض الاقتراحات لتحسين حياتهم اليومية وجعلهم يعيشون هذه المرحلة من الحياة بإحساس بالرضا و الراحة النفسية، الغاية التي تعمل عليها

معظم الدول التي تعيش الشيخوخة الديمغرافية في تشكيلة سكانها، لهذا يجب أن نفهم أكثر هذه الشريحة لتفاعل معها أكثر.

حسب نتائج هذه الدراسة التي أظهرت الاختلاف بين الرجل و المرأة في مرحلة العمر الثالث تعطي فكرة عن كيفية التعامل مع عنصر الجنس في هذه المرحلة بما أن الرجال و النساء لا يكبرون بنفس الظروف، لم ينحصر الاختلاف في الجنس بل شكلت متغيرات أخرى الفرق كذلك مثل العمر الذي يلعب دور كبير في هذه المرحلة العمرية.

لكن هذه المعطيات تعاني بعض النقائص من حيث الدخل كما سبق الذكر والنشاطات اليومية التي يقوم بها المسن و قدرته الوظيفية على ممارسة بعض الأعمال أو النشاطات في الحياة اليومية،<sup>74</sup> التي تم التطرق إليها بشكل عام في آخر الفصل الثالث، لكنها لم تكن مصنفة بالطريقة العلمية المستخدمة لهذا الغرض.

هذا لوضع الإجراءات اللازمة لتوفير الرعاية اللازمة من صحة ، حماية اجتماعية ، وسائل النقل والترفيه كإنشاء مساحات عمومية مجهزة لتلبية حاجيات هذه الفئة الخاصة.

فعلى سبيل المثال حجم الأسرة التي يعيش فيها الشخص المسن التي تتميز بالأسرة المتعددة الأفراد عكس حجم الأسرة التي يعيش فيها مسنين الدول الأوروبية التي تتكون من المسن وحده في معظم الأحيان، المعلومة التي تساعد أي جهة مسؤولة بالجزائر في حال أرادت اخذ شريحة المسنين على عاتقها و حاولت مساعدتها، أن تنتهج سياسة التكفل بالأشخاص المسنين الكندية التي وضعت برنامج خاص موجه للأشخاص المسنين، يدعى برنامج الدعم المنزلي في إطار الاقتصاد الاجتماعي للخدمات المنزلية، بحيث تمنح مساعدات مالية للأسر التي تحتوي على

---

74 -انظر الفصل المنهجي في تحديد المفاهيم ، النشاطات الأساسية للحياة اليومية(AVQ).

شخص مسن، بهدف الحفاظ على الشخص المسن ببقائه بين أفراد عائلته بقيمة مالية متغيرة حسب مستوى الدخل و حجم العائلة التي يقيم معها<sup>75</sup>.

بالنسبة للناحية الصحية التي تمركزت في بطاقة الشفاء للضمان الاجتماعي في الجزائر، التي تضمن لأصحابها تحمل مصاريف الأمراض المزمنة لكنهم يعانون مشقة الحصول على الخدمات الصحية العامة لكثرة الطلب عليها من قبل كل الفئات العمرية، لذلك لما لا يتم خلق أقسام في المرافق الصحية و العيادات العمومية لتكون خاصة بطب الشيخوخة لمحاولة تسهيل عملية الخدمة الصحية على كبار السن.

تبقى كل هذه اقتراحات حتى تلقى مجال للواقع في يوم ما، لكن من المهم جدا اخذ هذه الفئة السكانية بعين الاعتبار، قبل أن تتفقم الأمور مع التطور السريع الذي تعرفه في المجتمع الجزائري، و تصل لمرحلة الشيخوخة الديمغرافية المتقدمة بتشكيل كتلة من السكان الغير نشطين و تصبح هذه الظاهرة عامل رئيسي لكبح التطور و التنمية في البلاد.

---

<sup>75</sup> -Caris Patricia et Tahan Lysette. Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées. Revue Santé, Société et solidarité, n° 1, 2006. P162.

## قائمة المراجع

### المراجع باللغة العربية:

1-الدكتور احمد شفيق السكري-جامعة القاهرة-قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية.

2-عبد اللطيف محمد خليفة (1997)، سيكولوجية المسنين، غريب للنشر والطباعة.

### المراجع باللغة الأجنبية:

1-Alfred Sauvy-la vieillesse des nations-textes choisie, présentés et annotés par Jean-Claude Chesnais -édition Gallimard, 2000.

2-Badra Moutassem-Mimouni et coll, les personnes âgées entre les deux rives de la méditerranée quels devenirs ?, revue Insaniyat , crasc avril-septembre 2016, numéro double 72-73.

3-BEDROUNI Mohammed et col , population âgées en Algérie : dynamique et tendance - , programme nationaux de recherche (population et société)PNR 31 , CRASC 2014.

4-Caris Patricia et Tahan Lysette. Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées. Revue Santé, Société et solidarité, n<sup>o</sup> 1, 2006. P162.

5-Gilles-Ferreol-dictionnaire de sociologie-4<sup>e</sup> édition.

6-Jacque Veron –Arithmétique de l'homme (la démographie entre science et politique) édition du seuil septembre1993.

7-Jacques Veron –l'espérance de vivre (âge, génération et société)– édition du seuil « science ouverte » , octobre 2005 .

8-Jean-Pierre Thouez-territoire et vieillissement, médecine et société, presses universitaires de France octobre 2001.

9- Jean-Serge Lauzon, Aperçu de quelques théories psycho-sociales du vieillissement, revue santé mentale au Québec, volume5, numéro 2, novembre 1980.

10-Melinda Heinz,& coll, Examining Supportive Evidence for Psychosocial Theories of Aging within the Oral History Narratives of Centenarians, Societies 2017,p 20.

11-Michel Louis -LEVY –population et sociétés-- n° 164, décembre 1982.

12-Michel Cariou, , personnalité et vieillissement, thèse doctorat d'état lettre et sciences - humaines, université Paul Valéry Montpellier 3, année 1992.

13-Michel-Lauriaux-(population âgées révolution grise)- institut de démographie – université catholique de Louvain Belgique.

14-Michel-Loriaux –vieillissement du monde et mondialisation du vieillissement -cahier de l'ined, n° 149-2002 .

15-Roland Pressat, dictionnaire de démographie, presses universitaires France, 1979.

16-Vincent Caradec, Vieillir au grand âge, revue recherche en soins infirmiers, septembres 2008/3 - n° 94 .

#### التقارير:

1-Enquête Algérienne sur la santé de la famille, analyse approfondies 2005, Les personnes âgées en Algérie, réalités et perspectives.

2-INEAP-les personnes âgées (condition de la vieillesse en Algérie 1966-1977)-édition mars 1982.

3-L'organisation mondiale de la santé, rapport mondial sur le vieillissement et la santé 2016.

4-ONS ,activité , emploi et chômage au 4<sup>ème</sup> trimestre 2012 , n° 951.

5-ONS, éducation et scolarisation en Algérie, à travers les résultats du RGPH 2008,collections statistiques N° 157 .

6-ONU, 2014, situation de la population mondiale, rapport concis 2014.

7-ONS, décembre 2013, rapport final , enquête nationale sur l'emploi du temps, ENET Algérie 2012.

8-ONS-rétrospective statistiques-algerie- 1962-2013-édition 2013.

9-Rapport final, Enquête par grappes à Indicateurs Multiple (MICS) 2012-2013, Algérie.

**مواقع الانترنت:**

1-[www.ons.dz](http://www.ons.dz)

2-[www.ined.fr](http://www.ined.fr)

.

الملاحق



الملحق رقم (01):توزيع تقاطع المتغير المشترك (المنطقة الجغرافية) بين ملف الأسرة المعيشية و مميزات

المسكن من SPSS.

Tableau croisé Espaces de Programmation Territoriale (EPT) \* Espaces de Programmation Territoriale (EPT)

Effectif	Espaces de Programmation Territoriale (EPT)							Total
	EPT 1 : Nord-Centre	EPT 2 : Nord-Est	EPT 3 : Nord-Ouest	EPT 4 : Hauts Plateaux-Cent re.	EPT 5 : Hauts Plateaux-Est	EPT 6 : Hauts Plateaux-Oue st	EPT 7 : Sud	
Espaces de Programmation Territoriale (EPT)	4243	2037	2056	633	1475	675	929	4243
					1475	675	929	2037
				633				633
					1475			1475
						675		675
							929	929
Total	4243	2037	2056	633	1475	675	929	12048

الملحق رقم(02): توزيع تقاطع نفس المتغير المشترك (مؤشر الثروة) بين ملف الأسرة المعيشية وملق مميزات

المسكن من SPSS.

Tableau croisé Quintiles de l'indice de richesse \* Quintiles de l'indice de richesse

Effectif	Quintiles de l'indice de richesse					Total
	Le plus pauvre	Le Second	Le Moyen	Le quatrième	Le plus riche	
Quintiles de l'indice de richesse	2039	2120	2444	2591	2854	2039
Le plus pauvre	2039					2120
Le Second		2120				2444
Le Moyen			2444			2591
Le quatrième				2591		2854
Le plus riche					2854	2854
Total	2039	2120	2444	2591	2854	12048

الملحق رقم(03): توزيع نتائج نجاح ملاً استمارة مميزات المسكن لمسح 2012 (spss).

Résultat de l'interview du ménage

	Fréquence	Pour cent	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Remplis	12047	100,0	100,0	100,0

الملحق رقم (04): تطور أمل الحياة عند الولادة للرجال و النساء و الفارق بين الجنسين،

لبعض الدول المصنعة منذ سنة 1950

أمل الحياة عند الولادة					البلدان	
2015	2000	1980	1970	1950		
79	75,7	71	68,8	66,4	رجال	انجلترا
83	80,4	77,1	75	71,2	نساء	
4	4,7	6,1	6,2	4,8	الفرق	
76	74,1	70	67,1	65,6	رجال	الولايات المتحدة الأمريكية
81	79,5	77,4	74,7	71,1	نساء	
5	5,4	7,4	7,6	5,5	الفرق	
80	77,4	72,8	72,2	69,8	رجال	السويد
84	81,7	78,9	77,2	72,4	نساء	
4	4,3	6,1	5	2,6	الفرق	
79	75,3	70,2	68,4	63,5	رجال	فرنسا
85	82,8	78,4	75,8	69,2	نساء	
6	7,5	8,2	7,5	5,8	الفرق	
80	76,5	71	68,2	62,4	رجال	إيطاليا
85	82,5	77,8	74	66	نساء	
5	6	6,9	5,8	3,6	الفرق	
80	77,7	73,4	69,3	57,5	رجال	اليابان
87	84,6	78,7	74,7	60,8	نساء	
7	6,9	5,3	5,4	3,3	الفرق	

المصدر: 01-السكان و المجتمعات -أمل الحياة ميزة أنثوية - المعهد الوطني الفرنسي للدراسات الديمغرافية -رقم 402 جوان 2004

02- السكان و المجتمعات - جميع دول العالم 2015- المعهد الوطني الفرنسي للدراسات الديمغرافية-رقم 525- سبتمبر 2015 .

الملحق رقم (05) و(06): التركيبة السكانية لتعداد 1966- 1977

المجموع	إناث	ذكور	الأعمار
3021947	1479633	1542314	4-0
2543351	1245060	1298291	9-5
2134696	1039761	1094935	14-10
1652938	820538	832400	19-15
1372880	708909	663971	24-20
1036454	526249	510205	29-25
695793	372499	323294	34-30
701022	380946	320076	39-35
648212	344123	304089	44-40
540975	286182	254793	49-45
414285	212855	201430	54-50
365419	189397	176022	59-55
293075	148929	144146	64-60
261956	128482	133474	69-65
171146	81310	89836	74-70
205875	105947	99928	75 +
16063821	8072042	7991779	المجموع

المجموع	إناث	ذكور	الأعمار
2344201	1155798	1188403	4-0
1790460	881481	908979	9-5
1569499	748383	821116	14-10
1095656	542468	553188	19-15
822576	421669	400907	24-20
798533	413074	385459	29-25
729893	378904	350989	34-30
602989	304463	298526	39-35
469580	237911	231669	44-40
397082	194982	202100	49-45
357469	178792	178677	54-50
299025	142063	156962	59-55
267879	134989	132890	64-60
197973	96482	101491	69-65
141194	76926	64268	74-70
191246	103955	87291	75 +
12096347	6023140	6073207	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

الملحق رقم (07)، (08): التركيبة السكانية لتعداد 1987 و 1998

المجموع	إناث	ذكور	الأعمار
3230035	1574830	1655204	4-0
3622541	1775769	1846772	9-5
3811175	1869763	1941412	14-10
3533390	1732310	1801080	19-15
2940377	1454965	1485413	24-20
2523106	1252597	1270509	29-25
2115436	1052174	1063262	34-30
1680490	832195	848295	39-35
1388778	692566	696212	44-40
1118461	548034	570427	49-45
769256	394124	375132	54-50
705264	356075	349189	59-55
626920	322984	303936	64-60
514831	260264	254567	69-65
334409	169655	164754	74-70
219674	110838	108836	79-75
239491	126695	112796	80 +
29398235	14541505	14856730	المجموع

المجموع	إناث	ذكور	الأعمار
3801060	1859991	1941069	4-0
3400165	1665121	1735044	9-5
2884876	1399450	1485426	14-10
2502216	1238577	1263639	19-15
2225578	1103455	1122123	24-20
1664535	818300	846235	29-25
1394612	672633	721979	34-30
1044255	515207	529048	39-35
735595	376812	358783	44-40
709717	367949	341768	49-45
664158	346336	317822	54-50
537920	275747	262173	59-55
410110	211707	198403	64-60
323248	166578	156670	69-65
227900	113450	114450	74-70
352681	175361	177320	79-75
_____	_____	_____	80 +
22881508	11307872	11573636	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

الملحق رقم (09)، (10): التركيبة السكانية لتعداد 2008 و 2014

المجموع	إناث	ذكور	الأعمار
4529914	2203165	2326749	4-0
3628326	1760304	1868022	9-5
2952021	1441684	1510337	14-10
3212275	1572842	1639433	19-15
3620614	1779049	1841565	24-20
3812614	1892077	1920537	29-25
3559343	1762621	1796722	34-30
2884259	1431951	1452308	39-35
2419220	1213444	1205776	44-40
2088552	1048328	1040225	49-45
1694340	847812	846528	54-50
1378988	685118	693870	59-55
1094525	535293	559232	64-60
722904	363695	359208	69-65
582289	296601	285688	74-70
449007	231963	217044	79-75
295388	151507	143881	84-80
189696	95658	94038	85 +
39114276	19313112	19801164	المجموع

المجموع	إناث	ذكور	الأعمار
3470978	1685336	1785642	4-0
2948408	1441076	1507332	9-5
3318576	1624819	1693757	14-10
3696217	1817095	1879122	19-15
3821549	1896054	1925495	24-20
3472414	1716458	1755956	29-25
2778433	1380564	1397869	34-30
2376057	1192307	1183750	39-35
2045699	1024531	1021168	44-40
1653692	824380	829312	49-45
1365095	673160	691935	54-50
1078531	522923	555608	59-55
721201	361315	359886	64-60
640280	320472	319808	69-65
511296	259228	252068	74-70
368546	184485	184061	79-75
189419	94670	94749	84-80
134194	71134	63060	85 +
34590585	17090007	17500578	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

**الملحق رقم (11): تطور نسب الفئات العمرية الكبرى في الجزائر من 1966 إلى 2014 :**

السنوات	اقل من 20 سنة %	فئة (20-59) سنة %	60 سنة فما فوق %
1966	56,3	37	6,7
1977	58,2	35,9	5,8
1987	55	39,2	5,7
1998	48,3	45,1	6,6
2008	38,83	53,74	7,41
2014	36,62	54,86	8,52

المصدر: حساب شخصي من معطيات الملاحق (05-06-07-08-09-10)

**الملحق رقم (12): تطورات معدل الوفيات و الولادات الخام في الجزائر (1970-2014).**

السنوات	معدل الوفيات الخام %	معدل الولادات الخام %	السنوات	معدل الوفيات الخام %	معدل الولادات الخام %	السنوات	معدل الوفيات الخام %	معدل الولادات الخام %
1970	16,45	50,16	1989	6,00	31,00	2008	4,42	23,62
1971	17,00	48,44	1990	6,03	30,94	2009	4,51	24,07
1972	15,68	47,73	1991	6,04	30,14	2010	4,37	24,68
1973	16,25	47,62	1992	6,09	30,41	2011	4,41	24,78
1974	15,07	46,50	1993	6,25	28,22	2012	4,53	26,08
1975	15,54	46,05	1994	6,54	28,24	2013	4,39	25,14
1976	15,64	45,44	1995	6,43	25,33	2014	4,44	25,93
1977	14,36	45,02	1996	6,03				
1978	13,48	46,36	1997	6,12	22,51			
1979	11,70	42,80	1998	4,87	20,58			
1980	10,90	42,70	1999	4,72	19,82			
1981	9,44	41,04	2000	4,59	19,36			
1982	9,10	40,60	2001	4,56	20,03			
1983	8,80	40,40	2002	4,41	19,68			
1984	8,60	40,18	2003	4,55	20,38			
1985	8,40	39,50	2004	4,36	20,67			
1986	7,34	34,73	2005	4,47	21,36			
1987	6,97	34,60	2006	4,30	22,07			
1988	6,61	33,91	2007	4,37	22,96			

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات.

الملحق رقم (13)، (14): جدول الوفيات لعام 1977 و 2014

الأعمار	عدد الأحياء	عدد الوفيات	معامل الوفاة
0	100000	2200	0,0220
1	97800	351	0,0036
5	97449	218	0,0022
10	97232	194	0,0020
15	97038	259	0,0027
20	96779	355	0,0037
25	96423	387	0,0040
30	96036	454	0,0047
35	95582	621	0,0065
40	94961	846	0,0089
45	94115	1182	0,0126
50	92933	1776	0,0191
55	91158	2487	0,0273
60	88671	4030	0,0454
65	84641	5677	0,0671
70	78963	8902	0,1127
75	70062	13032	0,1860
80	57029	17708	0,3105
85	39322	39322	1,0000

الأعمار	عدد الأحياء	عدد الوفيات	معامل الوفاة
0	100000	12705	0,12705
1	87295	4983	0,05708
5	82312	1431	0,01739
10	80880	943	0,01166
15	79935	1051	0,01315
20	78883	1210	0,01534
25	77643	1518	0,01955
30	76124	1465	0,01924
35	74658	1513	0,02027
40	73143	1772	0,02423
45	71369	2384	0,03340
50	68983	3175	0,04603
55	65806	4380	0,06656
60	61423	6361	0,10356
65	55057	8839	0,16054
70	46211	12002	0,25972
75	34209	13267	0,38782
80	20922	20922	1,00000

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات.

الملحق رقم (15): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة وأمل الحياة للجزائر (1966-2014)

السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة	أمل الحياة عند الولادة	السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة	أمل الحياة عند الولادة	السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة	أمل الحياة عند الولادة
1966	7,4	51,3	1998	2,67	71,6	2013	2,93	77
1970	8	52,2	1999	2,64	71,9	2014	3,03	77,2
1977	7,63	55,13	2000	2,4	72,5			
1980	6,96	57,4	2001	2,57				
1981	6,4	58,4	2002	2,48	73,4			
1982	6,37	60	2004	2,38	74,8			
1983	6,34	62,4	2005	2,56	74,6			
1985	6,24	63,6	2006	2,33	75,7			
1987	5,29	65,4	2007	2,7	75,7			
1989	4,61	66,4	2008	2,81	75,7			
1990	4,5	66,9	2009	2,84	75,7			
1991	4,36	67,3	2010	2,87	76,3			
1993	4,06	66,1	2011	2,87	76,5			
1994	3,97	67,4	2012	3,02	76,4			

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات.



الملحق رقم (16): تطور متوسط سنوات الحياة للأعمار الكبيرة حسب الجنس

المجموع	إناث	ذكور	الأعمار	المجموع	إناث	ذكور	الأعمار
2008				1977			
21.5	21.9	21.2	60	16.05	16.63	15.43	60
17,5	17,8	17,3	65	12,61	13,04	12,16	65
13,8	13,9	13,6	70	9,55	9,82	9,26	70
10,4	10,5	10,4	75	7,03	7,23	6,81	75
7,4	7,4	7,4	80	4,9	5,09	4,71	80
5,1	5,1	5,1	85	1987			
2017				16.59	17.45	16.26	60
22.6	22.8	22.5	60	12,9	13,69	12,7	65
18,6	18,7	18,5	65	9,33	10,06	9,29	70
14,7	14,7	14,8	70	7,6	7,3	7,9	75
11,2	10,9	11,6	75	-	-	-	80
8,2	7,8	8,7	80	1998			
5,8	5,2	6,5	85	19.7	20.2	19.2	60
				15,9	16,2	15,5	65
				12,2	12,5	11,8	70
				8,9	9,1	8,7	75
					6,1	5,9	80

المصدر: 1-ons-rétrospective 1962-2011

2-ons-démographie algérienne 2014 n 690

الملحق رقم (17): تطور نسبة الشباب و المسنين و امل الحياة عند الولادة من أول تعداد إلى الوقت الحالي (2017):

نسبة السكان من 60 سنة فما فوق (%)	أمل الحياة عند الولادة	نسبة الشباب (الأقل من 19 سنة) (%)	السنوات
6.70	48.81	57.16	1966
6.27	50.37	58.52	1970
6.22	50.77	58.42	1971
6.20	51.20	58.25	1972
6.15	51.67	58.17	1973
6.12	52.22	58.02	1974
6.10	52.86	57.88	1975
6.10	53.66	57.73	1976
6.02	54.61	57.54	1977

6.00	55.70	57.35	1978
5.80	56.91	57.49	1979
5.75	58.20	57.46	1980
5.71	59.52	57.22	1981
5.70	60.82	57.30	1982
5.70	62.05	57.30	1983
5.74	63.16	57.20	1984
5.76	64.11	57.14	1985
5.75	64.90	57.16	1986
5.74	65.53	55.03	1987
5.32	66.03	54.48	1988
5.67	66.42	53.92	1989
5.64	66.72	53.36	1990
5.61	66.98	52.78	1991
5.88	67.23	51.64	1992
5.88	67.48	51.65	1993
5.92	67.77	50.99	1994
5.96	68.11	50.40	1995
5.96	68.50	50.40	1996
6.68	69.34	47.39	1998
6.67	69.82	47.22	1999
6.72	70.29	46.11	2000
6.84	70.78	44.97	2001
7.00	71.28	43.86	2002
7.06	71.78	42.68	2003
7.15	72.28	41.53	2004
7.25	72.77	40.42	2005
7.33	73.22	39.58	2006
7.42	73.65	38.65	2007
7.39	74.03	38.78	2008
7.40	74.37	38.85	2009
7.74	74.68	37.65	2010
7.95	74.94	37.19	2011
8.13	75.19	36.92	2012
8.33	75.42	36.73	2013
7.84	75.64	36.62	2014
8.72	75.86	36.61	2015
8.91	76.08	36.68	2016

9.12	76.31	36.83	2017
------	-------	-------	------

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

الملحق رقم (18): توزيع الأشخاص المسنين حسب قطاع السكن والمنطقة الجغرافية.

النسبة	العدد	
قطاع السكن		
65,7	7911	حضري
34,3	4136	ريفي
المنطقة الجغرافية		
69,2	8336	شمال
23,1	2783	هضاب عليا
7,7	929	جنوب
100	12047	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم (19): توزيع الأشخاص المسنين حسب صلة القرابة مع رب العائلة و الجنس.

المجموع (%)	نساء (%)	رجال (%)	رابط القرابة مع رب العائلة
57,6	23,6	91,6	رب(ة) العائلة
22,8	44,8	0,8	زوج أو زوجة رب العائلة
16,6	27	6,3	أم أو أب رب العائلة
1,1	1,9	0,2	أب أو أم زوج(ة) رب العائلة
0,7	0,9	0,5	أخ أو أخت رب العائلة
1,1	1,7	0,6	روابط قرابة أخرى
100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم (20): توزيع الأشخاص المسنين حسب الحالة المهنية في آخر شهر، الجنس و قطاع السكن

المجموع	أخرى	متقاعد (ة)	ماكثة بالبيت	بطل (ة)	عامل (ة)	
الجنس						
100,0	6,3	77,5	—	4,0	12,2	رجال
100,0	5,9	33,0	59,3	0,4	1,2	نساء
قطاع السكن						
100,0	5,4	57,9	29,5	1,6	5,5	حضري
100,0	6,3	50,1	31,1	3,3	9,1	ريفي

100,0	5,7	55,2	30,1	2,2	6,7	المجموع
-------	-----	------	------	-----	-----	---------

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم (21): توزيع الأشخاص المسنين العاملين حسب نشاط عملهم و القطاع السكني.

نوع النشاط	حضر (%)	ريف (%)	المجموع (%)
فلاحة	12,7	50,7	30,4
بناء	10,9	7,7	9,4
صناعة	8,8	5,9	7,4
خدمات والإدارة	38,4	20	29,9
حرفي	8,6	2,9	5,9
أخرى	20,1	11,7	16,2

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم (22): توزيع الأشخاص المسنين العاملين حسب قطاع السكن، قطاع النشاط و وضعيتهم في العمل.

قطاع السكن			قطاع النشاط
المجموع	ريفي	حضري	
25,9	21,3	29,9	القطاع العمومي
71,5	74,9	68,5	القطاع الخاص المحلي
0,5	0,5	0,5	القطاع المختلط
1,1	1,6	0,5	القطاع الخاص الخارجي
الوضعية في العمل			
9,8	8	11,4	صاحب عمل
45,8	54,7	43,6	عمل مستقل
23,7	18,4	28,3	عمل باجر دائم
14,8	13,9	15,5	عمل باجر غير دائم
1,9	2,9	0,9	مساعدة العائلة

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم (23): توزيع الأشخاص المسنين حسب الجنس، قطاع السكن، صفة ملكية السكن و نوع الوحدة

السكنية 2012.

المجموع	قطاع السكن		الجنس		صفة ملكية السكن
	ريفي	حضري	نساء	رجال	
80.4	87.5	76.6	78.4	82.3	ملكية خاصة
8.8	3.1	11.8	9.3	83	إيجار
10.8	9.4	11.5	12.2	9.4	أخرى
100	100	100	100	100	مجموع
نوع الوحدة السكنية (2012)					
52.6	52.1	52.9	51.7	53.5	بيت مستقل/فيلا
17.9	2.9	25.8	18.8	17.1	شقة في مبني
24.7	39.9	16.8	24.6	24.8	مسكن تقليدي
3.9	4.8	3.4	4.1	3.6	كوخ/بناء قصديري
0.8	0.2	1.1	0.7	0.9	أخرى
100	100	100	100	100	المجموع

المصدر : حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم(24): توزيع الأشخاص المسنين حسب الجنس، قطاع السكن و نوع الوحدة السكنية 2002.

المجموع	قطاع السكن		نوع الوحدة السكنية
	ريفي	حضري	
41.9	37.4	44.8	بيت مستقل/فيلا
17.9	1.8	28.4	شقة في مبني
35.8	54	23.8	مسكن تقليدي
4.8	6.8	2.9	كوخ/بناء قصديري
100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2002

الملحق رقم(25):توزيع الأشخاص المسنين حسب نوع المادة الرئيسية المستخدمة في أرضية المسكن و قطاع السكن.

المجموع	قطاع السكن		المادة المستخدمة في الأرضية
	ريفي	حضري	
1,0	2,1	0,4	أرضية ترابية
81,7	71,5	87,1	بلاط
15,5	25,0	10,5	إسمنت
1,8	2,0	2,0	أخرى
100,0	100,0	100,0	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم (26): توزيع الأشخاص المسنين حسب المادة الرئيسية لبناء السطح و قطاع السكن.

المجموع	قطاع السكن		المادة المستخدمة لبناء السطح
	ريفي	حضري	
7,3	8,9	6,5	زنك أو ألياف الاسمنت
9,1	14	6,6	سطح من القرميد
80,9	72,7	85,2	إسمنت
2,7	4,5	1,7	أخرى
100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم (27): توزيع الأشخاص المسنين حسب المادة الرئيسية لبناء الجدران الخارجية للمسكن و قطاع

السكن.

المجموع	قطاع السكن		مواد بناء الجدران الخارجية
	ريفي	حضري	
4,5	5	4,3	طوب أو تراب مجفف
1,4	2,4	0,8	حجر مع الطين
6	7,8	5,1	حجر مع الجير أو الاسمنت
85,6	83,6	86,6	الأجر
2,5	1,2	3,2	أخرى
100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم (28): التوزيع النسبي لتجهيزات المسكن و حسب قطاع السكن.

المجموع	قطاع السكن		تجهيزات السكن
	ريفي	حضري	
99,0	98,0	99,5	كهرباء
51,3	49,5	52,3	مذياع
97,2	95,0	98,3	تلفزيون
31,4	31,5	40,8	تلفون ارضي
96,9	94,5	98,2	ثلاجة
94,4	90,7	96,3	طبق استقبال القنوات الفضائية
72,8	52,7	83,3	موقد للطهي
56,2	35,1	67,2	غسالة ملابس
40,0	20,5	50,0	سخان المياه
65,1	48,8	73,6	مدفأة
43,8	26,0	53,1	جهاز تكييف الهواء
27,9	14,0	35,0	جهاز حاسوب
17,0	5,6	23,0	شبكة الانترنت
38,7	38,7	38,8	سيارة أو شاحنة

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم(29): توزيع نسب الأشخاص المسنين حسب مصدر المياه الصالحة للشرب و قطاع السكن.

المجموع	قطاع السكن		مصدر مياه الشرب
	ريفي	حضري	
64,9	47,6	73,9	حنفية داخل المسكن
7,5	14,2	4	حنفية في الحي أو الفناء
2,4	5,8	0,6	حنفية عامة أو نافورة
1,5	3,5	0,4	بئر بمضخة
3,3	6	1,9	بئر محمية
0,4	0,7	0,2	بئر غير محمية
3,6	6,3	2,1	مياه ينابيع محمية
0,8	1,5	0,5	مياه ينابيع غير محمية
10,5	11,6	9,9	شاحنة بخزان مياه
4,3	1,3	5,8	قارورات المياه المعدنية
0,8	1,5	0,7	أخرى
100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم (30): توزيع نسب الأشخاص المسنين الذين يعانون من مرض مزمن حسب الجنس و العمر.

المجموع	الفئات العمرية(%)						الجنس
	85+	84-80	79-75	74-70	69-65	64-60	
42	46,1	46,1	42,8	42,8	39,5	40,1	رجال
58	53,9	53,9	57,2	57,2	60,5	59,9	نساء
100	100	100	100	100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012



الملحق رقم (31): توزيع نسب الأشخاص المسنين الذين يعانون من مرض مزمن حسب نوع المرض،

الجنس و العمر .

المجموع (%)	الجنس (%)		
	نساء	رجال	
هل يعاني من مرض مزمن ؟			
54.5	63	45.6	نعم
45.5	36.8	54.4	لا
100	100	100	المجموع
نوع المرض المزمن			
52,3	56	47,2	مرض ضغط الدم المرتفع
18,8	16,3	22,3	مرض السكري
7,3	6,3	8,8	أمراض القلب و الشرايين
4,3	4,1	4,6	الربو
8,3	9,8	6,3	أمراض المفاصل
1,5	1,3	1,9	التهاب الشعب الرئوية المزمن
1,1	0,4	1,9	سرطان
1	0,7	1,4	الفشل الكلوي
5,3	5	5,8	أخرى
100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

**الملحق رقم (32):** نسب الأشخاص من 60 سنة وما فوق حسب مدة إصابتهم بالمرض وحسب الجنس.

الجموع (%)	الفئات العمرية (%)						الجنس (%)		مدة الإصابة بالمرض (بالسنوات)
	85+	84-80	79-75	74-70	69-65	64-60	نساء	رجال	
2,8	0.8	3.4	2.6	2.3	2.7	3.4	2,4	3.3	0
3,8	3.1	1.5	3.2	3.8	4.2	5	3,4	4.5	1
5,3	4.4	4	4.6	4.7	6.3	6	4,7	6.1	2
6,5	5.6	5.4	6.1	6	6.2	8	5,9	7.3	3
4,7	3.1	2.2	4.7	5.4	4.2	5.8	4	5,6	4
76,8	83.1	83.4	78.6	77.4	76.4	71.7	79,5	73,1	أكثر من 05 سنوات
100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

**المصدر:** حساب شخصي من معطيات مسح 2012

**الملحق رقم (33):** التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب إصابتهم بمرض مزمن ثاني وحسب الجنس.

الجموع	الجنس		هل تعاني من مرض مزمن آخر؟
	نساء	رجال	
42	45,9	37,1	نعم
57,8	54,1	62,9	لا
100	100	100	المجموع

**المصدر:** حساب شخصي من معطيات مسح 2012.

الملحق رقم (34): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين حسب نوع المرض المزمن الثاني وحسب الجنس.

الأمراض	الجنس (%)		المجموع (%)
	رجال	نساء	
مرض ضغط الدم المرتفع	28,27	23,83	25,46
مرض السكري	29,37	26,84	27,77
أمراض القلب و الشرايين	16,58	14,90	15,52
الربو	4,50	3,19	3,67
أمراض المفاصل	7,79	17,51	13,94
التهاب الشعب الرئوية المزمن	2,00	1,45	1,65
سرطان	1,50	1,51	1,50
الفشل الكلوي	3,60	2,14	2,68
أخرى	6,09	8,41	7,56

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012.

الملحق رقم(35): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب نوع الإعاقة وحسب الفئات العمرية.

العجز (%)	العجز (%)						
	85+	84-80	79-75	74-70	69-65	64-60	
<b>تجيب الأعباء</b>							
50.2	76.6	45	43.7	52.2	36.2	46.1	شديدة
49.8	23.4	55	56.3	47.8	63.8	53.9	معتدلة
<b>مخاطر الخرف</b>							
32.2	42.8	31.2	27.0	43.0	24.9	23.7	مشكل في النظر
18.9	26.9	21.9	29.2	14.6	8.3	12.5	مشكل في السمع
24.6	29.0	24.5	22.5	21.9	19.9	29.5	الفهم و التواصل
60.6	74.3	69.3	53.4	54.1	58.2	58.7	الحركة . التنقل
100	16.3	12.6	18.7	18.8	14.8	18.9	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم(36): توزيع نسب الأشخاص المسنين المصابون بإعاقة حسب سبب إعاقتهم وحسب الفئات العمرية لمسح 2012.

المجموع (%)	الفئات العمرية (%)						سبب الإعاقة
	85 +	84-80	79-75	74-70	69-65	64-60	
7,8		1,7	10,2	3,4	14,3	14,6	خلقي/وراثي
9,8	5,1	5,1	12,5	12,6	11,4	10,1	مرض وبائي أو غيره
4,2	1,3	3,4	5,7	1,1	1,4	11,2	سوء المعاملة الجسدية والنفسية
34,2	65,4	55,9	38,6	31	14,3	6,7	كبر السن
23,8	15,4	16,9	20,5	32,2	24,3	30,3	صدمة جسدية أو نفسية
16,8	10,3	11,9	11,4	14,9	28,6	23,6	أسباب أخرى
3		5,1	1,1	4,6	5,7	2,2	لا يدري
100	100	100	100	100	100	100	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم(37): التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب عدم قدرتهم الوظيفية و حسب الجنس.

المجموع	الجنس		عدم القدرة على
	نساء	رجال	
40,3	41,8	38,8	العناية الذاتية
19	20	18	التحكم بالعضلات العاصرة
51,9	52,5	51,4	التنقل
38	36,5	39,4	الحركة
23,3	24,1	22,3	الوعي بالعالم الخارجي
47,5	49,1	46,1	استخدام وسائل النقل
35	40,3	30,1	إدارة ميزانية
39,6	43,8	35,8	استخدام الأجهزة الكهربائية والالكترونية
100	48,1	51,9	المجموع

المصدر: حساب شخصي من معطيات مسح 2012

**الملحق رقم (38):** التوزيع النسبي للأشخاص المسنين المصابين بإعاقة حسب عدد الوظائف التي يعانون منها العجز و حسب الجنس.

المجموع (%)	الجنس (%)		عدد العجز على القدرة
	نساء	رجال	
37,4	36,2	38,5	1
20	17,2	22,6	2
12,4	13,6	11,3	3
8,4	9,5	7,5	4
6,1	6,8	5,4	5
1,7	1,4	2,1	6
5,7	6,3	5	7
8,3	9	7,5	8
100	100	100	المجموع

**المصدر:** حساب شخصي من معطيات مسح 2012.

**الملحق رقم (39):** التوزيع النسبي للأشخاص المسنين ذوي الإعاقة حسب سن إصابتهم بها وحسب الجنس.

المجموع (%)	الجنس (%)		العمر
	نساء	رجال	
7,8	10,4	5,4	عند الولادة
7,3	4,1	10,3	9-1
3,9	4,5	3,3	19-10
5,6	4,1	7	29-20
3,5	1,4	5,4	39-30
4,1	5,4	2,9	49-40
9,7	6,8	12,4	59-50
19,9	23,5	16,2	69-60
15,3	14,9	15,7	79-70
11	11,3	10,7	90-80
11,9	13,6	10,3	لا يدري
100	100	100	المجموع

**المصدر:** حساب شخصي من معطيات مسح 2012

الملحق رقم(40):التوزيع النسبي للأشخاص لمسنين حسب نوع النشاطات اليومية.

الجنس(%)		نوع النشاط
رجال	نساء	
20,8	10,2	العمل
54,2	81,1	الأعمال المنزلية
2,8	11,4	العناية بالأطفال
0,2	0,7	الدراسة
93,1	92,3	المشاركة الاجتماعية
83,8	81,6	التسلية،الإعلام،اللعب
62,1	23,5	النقل و التنقل

المصدر: المسح الوطني لاستعمال الوقت(الجزائر 2012)

## الملخص: "الظروف المعيشية للأشخاص المسنين في الجزائر و بيئتهم السوسيو ديمغرافية."

سُطرت هذه الدراسة لتحقيق ثلاث أهداف، تمثل الأول في التعرف على مستوى الشيخوخة الديمغرافية في الجزائر، الثاني دراسة مجموعة من الأشخاص المسنين في الجزائر بوصف تفصيلي لمميزاتهم الاجتماعية، الديمغرافية، الاقتصادية و الصحية. الهدف الثالث هو معرفة تأثير البيئة السوسيو ديمغرافية على الظروف المعيشية للأشخاص المسنين.

أعطت الدراسة النتائج التالية:

- لم تعرف الجزائر بعد مستوى متقدم من الشيخوخة الديمغرافية ، على الرغم من التزايد المستمر في عدد سكان العمر الثالث، لكن يبقى هذا في نطاق المطلق لا يؤثر على النسبي الذي تدخل فيه الفئات العمرية الأخرى خاصة الشابة.
- تميز الأشخاص المسنون في الجزائر بمميزات خاصة بهم عن الفئات العمرية الشرائح الأخرى من المجتمع، من حيث الجانب الاجتماعي، الديمغرافي، الاقتصادي و الصحي.
- التأثير الكبير للبيئة السوسيو ديمغرافية المحيطة بالشخص المسن في الجزائر على مستواه المادي و الصحي.

**الكلمات المفتاحية:** الأشخاص المسنين، الشيخوخة الديمغرافية، مميزات سوسيو ديمغرافية، الحالة الصحية، الانتقالية الديمغرافية.

## **Abstract:" Living conditions of the elderly in Algeria and their socio- demographic environment. "**

This study is based on three objectives, the first is to know the level of demographic aging in Algeria, the second is to study a group of elderly people by describing their characteristics social, demographic, economic, health. The third objective is to know effect of socio demographic environment on living conditions.

She gave the following results:

- Algeria does not have demographic aging, despite the increase in the number of elderly people, but this does not affect the percentage in which other groups are included.
- Distinguished elderly people in Algeria with special characteristics from the rest of the groups of society.
- The significant Impact if the socio-demographic environment on the material and health level of the elderly person in Algeria.

**Key words:** elderly people, demographic aging, socio-demographic characteristics, health, the demographic transition.

## **Résumé : "les conditions de vie des personnes âgées en Algérie et leur environnement socio-démographique . "**

Cette étude est basée sur trois objectifs dont le premier est de connaître le niveau de vieillissement démographique en Algérie, le second est une étude de cas d'un groupe de personnes âgées en terme sociodémographique, économique et état de santé. Le troisième objectif est de connaître l'effet de l'environnement sociodémographique sur les conditions de vie de la personne âgée.

L'étude a donné les résultats suivants :

- L'Algérie n'a pas connu un niveau avancé du vieillissement démographique, malgré l'augmentation continue du nombre des personnes âgées, mais cela n'affecte pas le pourcentage dans le quel d'autres groupes de la société.
- Les personnes âgées en Algérie se distinguent par leurs propres caractéristiques que d'autres groupes d'âges de la société, en termes d'aspects sociodémographique, économique et sanitaire.
- Le grand influence de l'environnement sociodémographique de la personne âgée sur son niveau matériel et sanitaire.

**Mots clés :** les personnes âgées, le vieillissement démographique, les caractéristiques sociodémographique, l'état de santé, la transition démographique.