سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية
العدد ٨٩

مراجعة
أدوار ومهام قطاع الرعاية الاجتماعية
ومجالاتها وسياساتها

الدكتور يعقوب يوسف الكندري
الدكتور فيصل حمد المناور
الدكتـــور أحمـــد زايـــد
الدكتـــور مصطفى حجازي
الدكتـــور علـــي ليلـــة
الدكتور يوســـف اليـــاس
الدكتورة سها الطبال

حقوق الطبع محفوظة
يجوز الاقتباس من مادة الكتاب بشرط الإشارة إلى المصدر

الطبعة الأولى
٢٠١٤م

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي الكاتب أو الجهة ولا تعبر بالضرورة عن رأي المكتب التنفيذي

المكتب التنفيذي
ص. ب ٢٦٣٠٣ المنامة – مملكة البحرين – هاتف ١٧٥٣٠٢٠٢ – فاكس- ١٧٥٣٠٧٥٣
البريد الإلكتروني: info@gcclsa.org
العنوان على شبكة الانترنت:www.gcclsa.org

سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية

سلسلة علمية متخصصة

تعنى بنشر البحوث والدراسات الاجتماعية والعمالية

تصدر عن
المكتب التنفيذي
لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية ومجلس وزراء العمل
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

الإشراف العام
عقيل أحمد الجاسم

هيئة التحرير والإعداد
محمود حافظ
خليل بوهزاع
محمد الغائب
علي فيصل

العدد (٨٩) رجب ١٤٣٥هـ الموافق مايو ٢٠١٤م

المحتويـات

تقديم المدير العام ٥

الدراسة الأولى: من الرعاية إلى التنمية للفئات الاجتماعية المهمشة في دول مجلس التعاون..... ٧

إعداد: الدكتور يعقوب يوسف الكندري

الدراسة الثانية: أوضاع الرعاية الاجتماعية وسبل التطوير في دول مجلس التعاون الخليجي: الكويت نموذجاً..... ٧٩

إعداد: الدكتور فيصل حمد المناور

الدراسة الثالثة: الرعاية الاجتماعية ومجالاتها وسياساتها في التجارب الدولية..... ٢٢٣

إعداد: الدكتور أحمد زايد

الدراسة الرابعة: الرعاية الاجتماعيـــة الخليجيـــة، تحـــدياتها ومهامهـــا المســـتقبلية: قطـــاع الطفولـــة نموذجاً..... ٢٧٧

إعداد: الدكتور مصطفى حجازي

المحتويـات

الدراسة الخامسة: قطاع الرعاية الاجتماعيـــة وفئاتـــه ومؤشرات قياس جودته واســـهامه التنموي في دول مجلس التعاون.... ٣٣١

إعداد: الدكتور علي ليلة

الدراسة السادسة: مفهوم الرعاية الاجتماعية وفئاتها المستهدفة ــ من منظور حقوقي... ٣٩٩

إعداد: الدكتور يوسف الياس

الدراسة السابعـــة: قطاع الرعاية الاجتماعية وفئاتهـــا ومشروعاتها من منظور تنموي... ٤٣٣

إعداد: الدكتورة سها الطبال

* * *

تقديم المدير العام

تنفيذاً لقرار مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية في دورته التاسعة والعشرين (الرياض: سبتمبر ٢٠١٢م) بتنظيم حلقة نقاشية حول مراجعة أدوار ومهام قطاع الرعاية الاجتماعية ومجالاتها وسياساتها.

عقدت الحلقة تحت رعاية معالي الأستاذة هند صبيح براك الصبيح وزير الشؤون الاجتماعية والعمل ووزير دولة لشؤون التخطيط والتنمية بدولة الكويت، رئيسة الدورة الحالية (٣١) لمجلسي وزراء الشؤون الاجتماعية والعمل بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية خلال الفترة من ٢٠-٢٢ يناير ٢٠١٤م، وبمشاركة أصحاب السعادة الوكلاء في دول المجلس وكبار المسؤولين من وزارات الشؤون والتنمية الاجتماعية بدول مجلس التعاون وممثلو المنظمات المحلية والخليجية والعربية والدولية ذات العلاقة بالإضافة إلى الخبراء والباحثين المهتمين بالرعاية الاجتماعية.

عالجت الحلقة من خلال أوراق وأبحاث عملها مفهوم الرعاية الاجتماعية وكيفية الانتقال من الرعاية إلى التنمية للفئات الاجتماعية المهمشة في دول مجلس التعاون، وأوضاع قطاع الرعاية الاجتماعية وتطويره في الدول الأعضاء-الكويت نموذجاً-، والرعاية الاجتماعية ومجالاتها وسياساتها في التجارب الدولية، وكذلك تبحث مراجعة أدوار قطاع الرعاية الاجتماعية الخليجية وتحدياته واستشراف مستقبله وفئاته ومؤشرات قياس جودته واسهامه التنموي في دول مجلس التعاون.

كما ناقشت الحلقة موضوع أوضاع ومشكلات الرعاية الاجتماعية وفئاتها في دول مجلس التعاون من زاوية سوسيولوجية، ومفهوم الرعاية الاجتماعية وفئاتها المستهدفة من زاوية حقوقية، بالإضافة إلى مناقشتها الاتجاهات الحديثة في رعاية نزلاء دور الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون، وقطاع الرعاية الاجتماعية وفئاتها ومشروعاتها من منظور تنموي، مع استشراف مستقبل الرعاية الاجتماعية بوصفها فلسفة في تنمية المجتمع ونهضته.

وفي هذا العدد الذي خصصه المكتب التنفيذي ضمن سلسلة دراساته الاجتماعية فقد تم اختيار مجموعة مميزة من أبحاث ودراسات الحلقة التي أسهم في تأليفها نخبة ممتازة ومشهود لها علمياً في مجال تخصاصاتها بالخبرة والمهنية، والتي شكلت جهداً مشكوراً يستحق الجميع عليه خالص التقدير.

وإذ يضع المكتب التنفيذي هذا الإصدار بين يدي القارئ الكريم ، لا يسعه إلا أن يتقدم بوافر الشكر والتقدير للخبراء المشاركين على إسهامهم وجهودهم القيمة وتعاونهم الصادق في إعداد أوراق العمل ، ونسأل الله أن يرعى كافة الاسهامات العلمية التي تقود إلى الاصلاح والتقدم ونهضة المجتمع الخليجي بأسره في كافة المجالات.

والله ولي التوفيق،،،

المدير العام

عقيل أحمد الجاسم

الدراسة الأولى

من الرعاية إلى التنمية
للفئات الاجتماعية المهمشة في دول مجلس التعاون

الدكتور يعقوب يوسف الكندري
أستاذ الاجتماع والأنثروبولوجيا

من الرعاية إلى التنمية
للفئات الاجتماعية المهمشة في دول مجلس التعاون

الدكتور يعقوب يوسف الكندري
أستاذ الاجتماع والأنثروبولوجيا

تقديم:

إن موضوع الإنسان يعد البعد الرئيس في عملية التنمية، وهو في النهاية هدفها المباشر، فالتركيز على الإنسان والاهتمام به يعد من أبرز المحاور الرئيسية للتنمية، ويدرك الاجتماعيون أنه لا يمكن أن تتحقق التنمية إلا من خلال تحقيق قدر مناسب للرعاية الاجتماعية التي يفترض أن تقدمها الدولة لأفرادها، وأن تكون على مستوى عال من الكفاءة والقدرة لأداء وظائفها على أكمل وجه، فالقضايا الاجتماعية المتعددة التي تخدم الإنسان يفترض أن تقوم بها الدولة؛ فقضايا الطفولة والشباب والاعتناء بالنشء والمسنين وكبار السن وقضايا المرأة والأسرة وذوي الاحتياجات الخاصة وغيرها تعتبر من القضايا الاجتماعية الرئيسية التي تركز عليها مؤسسات الدولة، والدولة وفقاً لمؤسساتها المتعددة هي التي تقع على مسؤوليتها رعاية هذه الشرائح والفئات الاجتماعية المختلفة.

لا يمكن أن تقوم مقوّمات التنمية الاجتماعية دون أن يكون هناك توفير للجوانب المعيشية الرئيسة للإنسان داخل المجتمع الذي يعيش فيه من خلال مؤسسات الدولة؛ فالخدمات الاجتماعية التي تقدمها الدولة يفترض أن تحسّن من مستواه المعيشي والصحي والاقتصادي والتربوي

مع دعم وتعزيز للعلاقات الاجتماعية في محيط المجتمع؛ فدور الدولة لا يكتمل إلا من خلال تحقيق الأرضية المناسبة للخدمات الاجتماعية القادرة على تحقيق الرفاهية للإنسان، تلك الرّفاهية التي تعتبر الهدف الرئيسي والنهائي للتنمية، وبذلك فالرعاية الاجتماعية هي مجموعة من الأنشطة والبرامج والخطط التي تقدمها الدولة لفئات المجتمع المختلفة لسد احتياجاتهم من الضرورات الحياتية تحقيقاً للرفاهية.

إن هذه الورقة جاءت لتركز بشكل مباشر ورئيس على الإنسان، وهو محور عملية التنمية داخل المجتمع، التي لا تتحقق من دون تحقيق القدر المناسب له من الرّخاء للاستفادة من خبراته وطاقاته في خدمة مجتمعه، و الهدف من هذه الورقة هو الإجابة على التساؤل الآتي: كيف يمكن أن تحقق الرعاية الاجتماعية التنمية المنشودة؟ وكيف يمكن أن نحقق رعاية اجتماعية مناسبة للفئات الاجتماعية المختلفة والتي غلب عليها طابع التهميش داخل المجتمع الخليجي؟ وما أبرز هذه الفئات؟ وكيف يمكن دمجها في المجتمع؟ فمن خلال عرض الأدبيات ومحتوى قطاعات التنمية الاجتماعية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، تحاول الورقة الإجابة عن هذه الأسئلة من خلال الحديث عن المفاهيم المتمثلة بالرعاية الاجتماعية، والتنمية، والفئات المهمشة أولا، ومن ثم الإشارة على الطريق نحو التحول من الرعاية إلى التنمية، وتحديد لاحقا الفئات المهمشة المدروسة والممثلة بالمرأة وقضاياها، ورعاية الطفل والطفولة، والمسنين، ورعاية الأسرة وذوي الاحتياجات الخاصة ومن ثم على بعض الفئات الأخرى، وثم الانتقال إلى مستقبل التعامل مع قطاعات الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي.

المفاهيم:

أولا- الرعاية الاجتماعية:

تعددت مفاهيم الرعاية الاجتماعية لدى المختصين في الشئون والقضايا الاجتماعية والسلوكية. وقد تم تحديد مفهوم الرعاية الاجتماعية من عدة مسئوليات سواء أكانت حكومية، أو أهلية، أو ذات مسئولية رسمية وأهلية وتطوعية[1]. وعلى الرغم من تعدد المسئوليات الخاصة عن مفهوم الرعاية الاجتماعية يرى أحد الباحثين إلى أن تعريف دائرة معارف الخدمة الاجتماعية (١٩٧١) لمفهوم الرعاية الاجتماعية Social welfare بأنه أشمل التعريفات المطروحة والمتداولة والذي شمل الجوانب العلاجية والوقائية والتنموية للرعاية والذي "يشير بصفة عامة إلى جميع الأنشطة المنظمة للمؤسسات الأهلية والحكومية، التي تستهدف الوقاية من المشكلات الاجتماعية المعروفة، أو تخفيف وطأتها، أو الإسهام في حلها أو التي تستهدف تحسين أحوال الأفراد والجماعات المحلية" (Pumphrey , 1971 : 1446)[2].

ودون الدخول بالتعريفات المتعددة للرعاية الاجتماعية والذي يفترض أن يكون تعريفا متعارفا عليه، فإن الرعاية الاجتماعية تهدف في نهاية المطاف إلى رفاهية الإنسان وتحسين أحواله. وهذا ما أظهرته

[1] عبدالوهاب محمد الظفيري، الرعاية الاجتماعية ومستقبل دور الوقف في دول مجلس التعاون الخليجي، مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية-جامعة الكويت، سلسلة الإصدارات الخاصة، ١٩، ٢٠٠٦، ص ص: ١٧-٢٥

[2] نقلا: إبراهيم عبدالرحمن رجب، الإسلام والخدمة الاجتماعية، ٢٠٠٠، ص: ٩٨.

العديد من التعريفات الخاصة بالرعاية الاجتماعية المتعددة. فعلى سبيل المثال، وبعد عرض عام لتعريفات الرعاية الاجتماعية. فقد أشار روبرت باركر Robert Baker إلى أن الرعاية الاجتماعية تهدف إلى تحقيق الخير أو الرفاهية لأفراد المجتمع، ويشير جلبر Galper إلى أن الرعاية الاجتماعية "تستهدف تأمين الخير العام للحياة الإنسانية". ويذكر سميث Smith إلى أنها تهدف ليعيش الإنسان "حياة كريمة كأسر أو جماعات في مجتمع". ويزيد على ذلك إدوارد ليندمان بأن أهداف الرعاية الاجتماعية المقدمة للأفراد والفئات الذين "يشكل سلوكهم تهديدا للرفاهية العامة للمجتمع"، ويضيف هوارد رسل وكذلك أحمد كمال بتحقيقها للتكيف الاجتماعي الناجح للبيئة التي يعيش فيها الإنسان. ويشير إليها محمود حسن بأن هدفها التكيف الإيجابي مع البيئة وتحقيق الراحة النفسية، وتهدف أيضا كما أشار مدحت أبو النصر إلى تحسين الخير أو الرفاهية للفرد والجماعة، وتنمية القدرات وتطوير مستوى الحياة بطريقة منسجمة ومتسقة مع احتياجاتهم المجتمعية كما أشار لذلك ألفريد لاندر. وقد أكد على هدفها عبدالفتاح عثمان والخاص بما يبذله العمل الاجتماعي لتحقيق الرفاهية الاجتماعية[٣]. وهذا هو ما أقرته أيضا وثيقة حقوق الإنسان الصادرة عام ١٩٤٨ التي حددت أن جميع الأفراد لهم الحق في المعيشة التي تُكفل من خلالها الرفاهية في نهاية المطاف. فرفاهية الإنسان هو الهدف الرئيس والنهائي للرعاية الاجتماعية والذي أجمعت عليه تعريفات الرعاية الاجتماعية، وهو الأمر الذي يهمنا هنا في هذا الجانب والذي أكدت عليه التعريفات المتعددة.

[٣] عبدالوهاب محمد الظفيري، مرجع سابق، ص ص: ٢٠-٢٥.

ثانيا- التنمية:

وهي أيضا من التعريفات التي لا يوجد حولها توافق في الأدبيات المتعددة بالإضافة على كونها تختلف من حيث المعنى من مجتمع لآخر. ففي حين يُنظر إلى هذا المفهوم ويرتبط بشكل مباشر بمفهوم النمو الاقتصادي Economic Growth الذي يرتبط بالزيادة والارتفاع في متوسط دخل الفرد في المجتمع في المجتمع الغربي[٤]، فإن هذا المفهوم له بعد آخر ركز على الجانب السلوكي في مجتمعات العالم الثالث. وهذا المفهوم بشكل عام لا يتحقق إلا من خلال إطلاق كافة القدرات البشرية داخل المجتمع واستقلال القدرات في سبيل البناء، وألا يستثنى أي جزء من هذه القدرات[٥]. فالتنمية عبارة عن مجموعة وسائل وجهود يتم من خلالها استخدام أمثل للثروة بشقيها المادي والبشري والتي بدورها تؤدي إلى إحداث تغير في أنماط السلوك وأنواع العلاقات الاجتماعية. وللتنمية جانبين: كمي يرتبط بالمؤشرات الكمية التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية للإنسان، والآخر كيفي يتعلق بالسلوك الإنساني والعلاقات السائدة، وهذا الجانب هو الذي يخلق الابتكار والتقدم[٦]. فالمؤشر الكمي يرتبط بالبنية التحتية من مدارس ومستشفيات وأندية وأجهزة ومؤسسات وغيرها. والبعد الآخر لا يقل أهمية عن الأول والمتمثل بالإنسان وبسلوكه وطبيعة العلاقات السائدة، وهي التي تخلق الإنتاج. ومتى ما تم استثمار القدرات الإنسانية والبشرية للإنسان داخل مجتمعه. وهي التي تحقق التنمية في مجتمعاتنا المحلية.

---

[٤] على أحمد الطراح (١٩٩٨) . أبعاد وأزمة التنمية في المجتمع النفطي : المثال الكويتي . المجلة العربية للعلوم الإنسانية . ٦٢: ٨-٢٧ .

[٥] محمد غانم الرميحي، الخليج ليس نفطا: النفط والتنمية.

[٦] علي أحمد الطراح، مرجع سابق، ص ص: ١٢-١٣.

إن هدف التنمية الاجتماعية في النهاية أيضا هي تحقيق الرفاهية. فالرفاه هي الهدف الرئيس والنهائي للتنمية. ولقد ارتبط مفهوم الرفاه بالدولة، وأصبح البعض يعرف دولة الرفاه الاجتماعي على أنها "..قيام الدولة بتقديم خدمات، وتأمينات اجتماعية، ومعونات إلى أفراد المجتمع بما يحقق ارتفاع مستوى المعيشة أو ضمان حد أدنى لها. وينطلق هذا المفهوم من: حق كل إنسان في الحياة الكريمة، ومن نظرة اجتماعية وإنسانية قوامها وجود رابطة قوية بين رفاهية الأفراد ورفاهية المجتمع. وتشمل الخدمات والتأمينات في دولة الرفاهية: التعليم، والصحة، ومستوى من الدخل، وتوفير العمل، والتأمين ضد العجز والشيخوخة على سبيل المثال لا الحصر"[٧].

ومن جانب آخر، يعرف معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية دولة الرفاه على أنها ".. ما يفترضه المجتمع في الدولة التي تتحمل مسؤولية رسمية وواضحة نحو تحقيق الرفاهية الأساسية لأعضائها وتظهر مثل هذه الحالة إذا: أصبح المجتمع أو الذين يتولون أموره مقتنعين بأن رفاهية الفرد بجانب حفظ النظام والأمن القومي من الأهمية بمكان بحيث لا يمكن تركها للتقاليد، أو التنظيمات غير الرسمية والمشروعات الخاصة بل هي مسؤولية الحكومة. ويقابل دولة الرفاهية التي تقوم بأداء الخدمات التي يتطلبها المجتمع الدولة الحارسة gendarme state وهي التي تقتصر وظيفتها على وضع القواعد لصيانة النظام في المجتمع"[٨].

---

[٧] عبدالوهاب الكيالي (١٩٩٩). موسوعة السياسة. ج٢. المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ص: ٧١٣,٠

[٨] أحمد زكي بدوي (١٩٨٦). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية: إنجليزي، فرنسي، عربي. بيروت: مكتبة لبنان.

ويعرفها باري Barre [٩] أيضاً –أي دولة الرفاه– على أنها تلك الأنشطة الاقتصادية التي تقدمها الدولة في مجالات الخدمات الاجتماعية كالإعانات المالية، والرعاية الصحة، والخدمات التعليمية، وتوفير الغذاء، والتي تسعى من خلالها إلى توجيه وتوزيع أمثل للموارد بشكل عادل بوجود هيكل إداري حكومي قادر على هذه المهمة. ويتجه المضمون الحديث للتنمية إلى أهمية ومحورية الإنسان في العملية التنموية وذلك لبناء قدراته[١٠]. فعند النظر إلى هذه التعريفات، فإن هناك اتفاقا مشتركا في مسئولية الدولة على تحقيق المستوى المناسب لرفاهية الأفراد الذين يقطنون في الإقليم الجغرافي التابع لها. فالرفاه الاجتماعي هو في النهاية الهدف الرئيسي للتنمية وما تسعى المجتمعات لتحقيقه.

ثالثا– الفئات الاجتماعية المهمشة:

لا بُد من الإشارة إلى أن هُناك اختلافاً بين المجتمعات الإنسانية في تحديد هذه الفئات أو الشرائح الاجتماعية المُهمشة . فما يُعتبر فئة مُهمشة في مجتمع ما، قد لا تكون كذلك في مجتمع آخر. فهُناك العديد من المجتمعات الإنسانية في الدول النامية تحديداً يكثر وتُبرز فيها فئات اجتماعية مُهمشة مُتعددة، وكُلما زادت هذه الفئات والشرائح كُلما انعكس ذلك على وضع المجتمع إن كان مُجتمعاً نامياً أو مُتقدماً. فهُناك انخفاض في وجود مثل هذه الفئات داخل المجتمعات المتقدمة، وفي دول العالم

---

[9] Barre, Nicholas (2004). Economics of the welfare state. Oxford: Oxford University Press. P. 60.

[١٠] للمزيد انظر: زدام يوسف، قوة الدولة : نحو مفهوم جديد لقوة الدولة قائم على المواطنة الصالحة ، بحث منشور في الموقع الالكتروني: http://www.politics-ar.com/ar/index.php/permalink/3076.html

الأول، وذلك لاهتمام هذه المجتمعات بالإنسان أولاً، ولأنها تجاوزت كثيراً المفهوم التنموي المُرتبط بإطلاق القدرات الإنسانية في تحقيق التنمية . وأصبح هذا المفهوم – أي التنمية – يرتبط بشكل مُباشر بمفهوم النمو الاقتصادي، كما سبقت الإشارة. فالتنمية تطلق القدرات الإنسانية كافة وتستثمرها، وهذا ما تختلف فيه المجتمعات النامية عن المُتقدمة. وفي المُقابل، فإن المجتمعات التي تزداد وتُكثر فيها الفئات الاجتماعية المُهمشة، تزداد فيها هذه الفئات وهذه الشرائح.

ولعل يُمكن إبراز من هُم هذه الشريحة وهذه الفئة من خلال تحديد بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الخاصة بها. فهي تلك الشريحة التي قد تكون محرومة، أو مُهملة اجتماعياً، أو غير مُندمجة، أو غير مُستقرة نفسياً أو اجتماعياً، أو اقتصادياً أو سياسياً. أو هي تلك الفئة غير المُتكيفة أو الفاقدة لحقوقها، أو تُعاني من بعض الأعراض الجُسمانية التي تمنعها من الاندماج داخل المجتمع. ويدخل في ضمن هذه الشريحة العديد من الفئات الاجتماعية داخل المجتمع الإنساني التي تُعاني نتيجة لعجز الدولة من تحقيق قدر كاف من إدماجهم في المجتمع بشكل مُناسب. فمتى ما استطاعت الدولة في دمج هذه الشرائح داخل المجتمع، بقدر ما تنجح في تحقيق الرفاهية، وإشراك كافة قطاعات المجتمع وشرائحه بصورة إيجابية في عملية التنمية المنشودة.

فهناك العديد من الشرائح الاجتماعية مثل الفقراء، والمعاقون أو ذوي الاحتياجات الخاصة من المعاقين، والأُميين، والمشردون، والمهاجرون واللاجئون، وغير المستقرين عائلياً أو أُسرياً، والأبناء غير الشرعيون، وكبار السن والمسنين، والفئات السكانية غير المُهمة أو ما

تُسمى بالمُهمشة، والمُتصارعة الهوية، والأقليات، وغيرها من هذه الفئات التي تُعتبر مُهمشة متى لم تكن أو تستطع الدولة في دمجهم بصورة مُناسبة داخل المجتمع ليكونوا مُهمين حقيقيين في عملية التنمية. فكُل شريحة تكون عائقاً أو عبئاً على المجتمع، هي شريحة اجتماعية مهمشة، لابُد من النهوض بها وتمكينها من أجل تحقيق العملية التنموية داخل المجتمع. ولعل كما سبقت الإشارة، هُناك خصوصية لبعض المجتمعات عن غيرها، كواقع الحال بالنسبة للمرأة داخل المجتمع الخليجي، ومدى إسهامها في قوة العمل، ومدى حصولها على حقوقها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، والتي في النهاية تجعل منها أن تكون شريحة مُهمشة ما لم يتم الاستفادة من قدراتها وطاقاتها في سبيل البناء داخل المجتمع. ولعل في هذا الجانب سوف يتم تناول أبرز الشرائح الاجتماعية المهمشة، وفئات الرعاية التي تحاول الدولة أن تقدمها حتى تصل إلى تمكينها داخل المجتمع، والمُتمثلة في وضع المرأة، وذوي الاحتياجات الخاصة من المعاقين، والمسنين، والأطفال، والطفولة، والأقليات السُكانية، والأُسر التي تتطلب رعاية. ولعل تلك الفئات هي الأكثر اهتماماً في المجتمعات الخليجية، والتي تولي لها الدولة بعض من اهتمامها، وتقدم لها الرعاية المُناسبة.

مُتطلبات التحول إلى التنمية:

لا شك أن تحقيق التنمية يتطلب بذل الجهود من خلال مؤسسات الدولة المُتعددة، والتي تسهم في دمج هذه الشرائح الاجتماعية داخل المجتمع وجعلها قادرة على الإسهام في عملية البناء. فمتى ما استطاعت

هذه الشرائح أن تكون فعّالة، وأُخرجت من دائرة الانعزال الاجتماعي والثقافي إلى دائرة العمل والإنجاز، فإنها بكُل تأكيد تكون قادرة على الإسهام بشكل مُناسب في عمليات التنمية، ومُتطلباتها. فهي من الطاقات البشرية التي لا يُفترض أن تكون عبئاً على المجتمع الذي ينتمي به.

إن تقديم الرعاية المُناسبة من مؤسسات الدولة تُساعد هذه الشرائح على أن تواجه الصعوبات التي تواجهها، وتجعلها قادرة على مواجهة ظروف الحياة، وتستطيع أن تكون أكثر تكيفاً مع المجتمع الذي تعيش فيه. ولذلك، فإن هُناك مجموعة من الأهداف التي يُمكن تحقيقها من خلال رعاية اجتماعية تُقدمها تلك المؤسسات في سبيل تحقيق التنمية المنشودة.

وقد أشار بعض الباحثين إلى أن للرعاية الاجتماعية ثلاث غايات أساسية تُقدمها للأفراد تتمثل في إشباع الحاجات، وحماية الأفراد والمجتمعات، والوقاية من الأزمات[١١]. هذه الغايات الثلاث هي بكل تأكيد المتطلبات الأساسية التي من خلال أهدافها تحقق ويخطو المجتمع من خلالها لتحقيق التنمية الاجتماعية داخل المجتمع. فلهذه الغايات أهداف، وهذه الأهداف هي التي تسعى من خلالها المؤسسات الرسمية وغير الرسمية لتحقيقها، حتى تكون قادرة – أي هذه المؤسسات – لتسهم في تحقيق دورها التنموي.

[١١] عبد الوهاب محمد الظفيري، الرعاية الاجتماعية ومستقبل دور الوقف في دول مجلس التعاون الخليجي، مرجع سابق، ص : ٣٥.

ويُحدد أحد الباحثين هذه الأهداف وفقاً للغايات الثلاث، بحيث يُحدد الأهداف المُتعلقة بغاية إشباع الحاجات بالآتي[١٢]:

- تحسين المستويات المعيشية للأفراد والجماعات.
- مساعدة الناس على إشباع حاجاتهم التي تُعد أساسية للحفاظ على كيان المجتمع، وتحقيق الخير أو الرفاهية لأفراده.
- مساعدة الذين عجزوا عن إشباع حاجاتهم الضرورية للنمو والتفاعل الإيجابي.
- توفير الحد الأدنى للمعيشة بما يؤمن المطالب الأساسية للحياة.
- مساعدة الأفراد أو الجماعات الذين يحتاجون إلى ضرورات الحياة الأساسية، والذين يحتاجون إلى الحماية من أنواع معينة من المرض أو العدوى، والمحرومين من الأُسرة المُلائمة أو التوجيه الأبوي، ومن يُشكل سلوكهم تهديداً للرفاهية العامة.
- مساعدة غير القادرين على إشباع حاجاتهم بواسطة أُسرهم وسوق العمل.
- توفير المسكن المُلائم، وتوفير فرص العمل وحُرية اختياره.
- توفير الرعاية الصحية والتعليمية وإتاحة فُرص الثقافة والتعليم المُستمر.
- رعاية الطفولة والشباب وحالات العجز والشيخوخة للمسنين.
- رعاية المعاقين ومختلف الفئات الخاصة في المجتمع.
- تنمية نسق الرعاية الاجتماعية وتدعيمه للتمكن من إشباع الاحتياجات الإنسانية.

---

[١٢] المرجع السابق، ص : ٣٨.

أما الأهداف المُتعلقة بالغاية التي تتعلق بحماية الأفراد والمجتمعات، فقد تم تحديدها بالآتي[١٣]:

- تحقيق الضبط الاجتماعي لسلوك بعض الفئات التي تُمثل تهديداً لأمن المجتمع.
- التخفيف من حدة الفقر وتجنب التأثيرات السلبية له والعمل المشترك لمحاربته وتدعيم جهود التنمية في المجتمعات النامية والفقيرة.
- الوقاية من المشكلات الاجتماعية المدركة أو التخفيف منها أو الإسهام في حلها، وتحسين الخير أو الرفاهية للأفراد والجماعات والمجتمعات.
- توفير الحماية والوقاية من المشكلات الاجتماعية والحدّ من آثارها والعمل على علاجها، وإيجاد الحلول المناسبة لها، والاهتمام بتحسين مستوى المعيشة للأفراد والجماعات والأُسر والمجتمعات.
- تحقيق الأمن والحماية، وتحقيق فرص التكيف الاجتماعي الناجح للشعب، بما في ذلك المساعدات المالية للمحتاج، وحماية الضعيف والعاجز من الاستغلال الاجتماعي.
- حل مشكلات الصحة والتعليم والرفاهية الاجتماعية والعُمالية والأُسرية ورفاهية الطفل والدفاع الاجتماعي وتأهيل العجزة وخدمات المجتمع المحلي.
- الأخذ بوسائل الدفاع الاجتماعي في الوقاية من الانحراف وعلاج المنحرفين.

---

[١٣] المرجع السابق، ص : ٤٠.

- ضمان مستويات من الصحة والتعليم والأمن والتنمية، ورعاية اجتماعية مُناسبة لأفراد المجتمع.

وأما فيما يتعلق بالأهداف المُتعلقة بالغاية الخاصة بالوقاية من الأزمات، فتتمثل بالآتي[١٤]:

- تنمية الموارد البشرية وتحسين مستوى الحياة، وتقوية النظم الاجتماعية وتدعيمها، وإعادة صياغتها وتحسين دور النظام الاجتماعي.
- تنمية وتطوير الظروف الاقتصادية والصحية والكفاءات الخاصة لكل السكان أو جزء منهم في المجتمع.
- الاهتمام بالتنمية وتحقيق النمو المتوازن للسكان بين الريف والبادية والحضر لتوفير الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي لهم.
- تشكيل المجتمعات المحلية في إطار من التكامل الاجتماعي الذي يجعل هذه المجتمعات وحدات رائدة في نمو المجتمع كله.
- السعي إلى تحقيق التنمية الاجتماعية على أساس مفهومها الواسع: أي إزالة التخلف الاجتماعي، ومسايرة التقدم الحضاري، وإنشاء تنظيم ديمقراطي يحول دون الانتكاس بالمجتمع، والعمل على تقوية وحداته حتى يصبح مجتمعاً سليماً مُتكاملاً تقل فيه الأمراض والآفات الاجتماعية.
- رفع المستوى المعيشي للأفراد وتحسين دخل المواطنين في أثناء عملية التنمية، والارتفاع بمستوى المواطنين من تغذية أفضل

[١٤] المرجع السابق، ص ص : ٤٢-٤٣.

ومسكن مُلائم وعناية أفضل ومستوى تعليمي مُناسب وخدمات اجتماعية مؤثرة.

- الاستخدام الأمثل للموارد وزيادة الدخل بأعلى إمكانية.
- النهوض بمستوى المواطنين، أفراداً وجماعات، وأجناساً في مجالات الخدمات الاجتماعية الإنمائية والوقائية.
- رفع معدلات الدخل القومي باطراد، وتحقيق أكبر قدر من العدالة في توزيع هذا الدخل، بوصف ذلك قاعدة للتنمية الاجتماعية.
- وضع مستويات واعية مرنة للرعاية في المجتمعات تُحقق صورة اجتماعية متميزة لهذه المجتمعات تُساعد مواطنيها على النمو الذاتي.
- ربط الخدمات الاجتماعية بالتنمية الاقتصادية، بحيث تؤدي هذه الخدمات إلى مزيد من الإنتاج الاقتصادي والرفاهية الاجتماعية.

فالدولة وفقاً لذلك هي مسئولة عن إشباع الحاجات الإنسانية، وهي مرتبطة بشكل مُباشر بحقوق الإنسان[١٥]. فدولة الرعاية الاجتماعية تنطلق مسئولياتها نحو تخفيف احتمالات حدوث المخاطر والكوارث الطبيعية، وتخفيف حدة المخاطر، وبالتحديد تلك المرتبطة بالجانب الاقتصادي، والتغلب على هذه المخاطر[١٦]. فالدولة وفقاً لذلك تشرع لتنفيذ برامجها المُتعددة ومشاريعها، وذلك للمضي قُدماً في تحقيق التنمية المنشودة. وهو الأمر الذي يطرح تساؤلاً: إلى أي مدى نجحت الدولة، وأقطار دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي في

[١٥] انظر : خليل عبد المقصود عبد الحميد. الخدمة الاجتماعية وحقوق الإنسان.
[١٦] البنك الدولي، تحسين شبكات الأمان ضروري لتحقيق منافع العولمة للفقراء في العالم،٢٠٠١،ص : ٥.

تحقيق ذلك؟. وهل استطاعت فعلاً تحقيق هذه الغايات؟. هذا بالإضافة إلى تحديد هذه الرعايات والتي سيتم توضيحها خلال السطور القادمة.

فئات الرعاية في دول مجلس التعاون:

"يذهب الفكر الاقتصاد الحديث إلى مفهوم دولة الرعاية الاجتماعية ــ وهذا بعد الحديث عن الدولة الصناعية الكبرى ــ وتهدف دولة الرعاية إلى تكوين صمام الأمان الضروري للحد من الآثار السلبية للعولمة....، فيقع على عاتق الدولة تحقيق العدل وتوفير الكفاية للفرد والمجتمع في مجال الحياة الاقتصادية"[١٧]. هُناك العديد من فئات الرعاية التي تُقدمها الدولة في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي. وسيتم التركيز هنا على مجموعة من الفئات والشرائح الأكثر أهمية، والأكثر اهتماماً سواء على المستوى الرسمي أو على المستوى الشعبي. وهي تلك الشرائح الاجتماعية التي يرى فيها البعض بأنها فئات اجتماعية مُهمشة أو تم تهميشها، وأصبحت عُنصراً غير فاعل في المجتمع وبناءه وبشكل نسبي متفاوت. تحديد هذه الشرائح التي سيتم التركيز عليها هُنا حتى يمكن إدراك كيفية تمكينها داخل المجتمع، والسعي نحو تحقيق رعاية اجتماعية قادرة على تمكينها داخل المجتمع. والشرائح الاجتماعية التي تتوافق مع دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي هي المرأة وشؤونها

[١٧] محمد المبارك، نظام الإسلام، الحكم والدولة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان ١٩٧٤، ص٨٨.

الاجتماعية العامة، والشرائح العمرية المتمثلة في شريحة الطفولة وكذلك شريحة المسنين وكبار السن، وشريحة ذوي الاحتياجات الخاصة، والأُسرة بشكل عام التي تُعاني من بعض مشكلات التكيف، وأخيراً أحد الفئات الأقلية داخل المجتمع. والملاحظ أن كافة هذه الشرائح الاجتماعية عدا الأخيرة منها ذات ارتباط بالأُسرة، مع ارتباط وتأثير الشريحة الأخيرة عليها. ولذلك، سيتم تسليط الضوء على هذه الشرائح، وهذه الفئات التي تتطلب رعاية، والسعي نحو تمكينها داخل المجتمع.

المرأة في المجتمع الخليجي:

تواجه المرأة الخليجية العديد من التحديات الداخلية التي تحول دون تحقيقها للإسهام المناسب في قطاع التنمية الاجتماعية . ويلخص أحد الباحثين[١٨] إلى المرأة في منطقة الخليج العربي لازالت على الرغم من التقدم تعاني من مشكلة وعي المجتمع بوجودها وبكيانها، وبإنسانيتها، وكذلك وعي المرأة بنفسها. فلازالت المرأة في المجتمع الخليجي على الرغم من التغير النسبي في هذه الرؤى، ومع اختلافها النسبي أيضاً من قُطر إلى آخر، مبتعدة عن الساحة الاجتماعية والسياسية، وتصنف على أنها زاهدة في المشاركة السياسية، وبعيدة عن القرار وصُنعه، ولقد حققت المرأة الخليجية تقدماً واسعاً في مجالي التعليم والعمل إلا أن هذا التقدم لا يزال يواجه مُشكلة. فحسب النشرة الإحصائية الصادرة من قطاع شئون المعلومات في الأمانة العامة لمجلس التعاون لدول الخليج

[١٨] محمد غانم الرميحي، الخليج ليس نفطاً، مرجع سابق.

العربية[١٩]، فقد بلغ عدد المواطنات العاملات من إجمالي قوة العمل في القطاع الحكومي (٢٣،٧٧%) في دولة الإمارات العربية المتحدة، (٣٥،٦٣%) في مملكة البحرين، (١٣،٧٤%) في المملكة العربية السعودية، و (٢٧،٠٧%) في سلطنة عُمان، (٣٥،٢٥%) في دولة قطر، و (٥٣،٩٥%) في دولة الكويت. فواقع إسهام المرأة المواطنة في قوة العمل في كل دول الخليج العربي (١٧،٤٣%) فقط من إجمالي العاملين المواطنين. وهو بشكل عام إسهام متواضع إذا استثنينا الكويت في قوة العمل المحلية، كما يوضحها الجدول (١).

جدول (١) عدد العاملين في القطاع الحكومي (العام) لدول مجلس التعاون [٢٠]

	الإمارات	البحرين	السعودية	عُمان	قطر	الكويت	المجموع
المواطنون	١٧٠،٠٠٠	٧٦،٠١٨	٣،٤١١،٨٠٨	٢٣١،٩٦٥	٤٦،٣٤٢	١٠٠،٥٦٣	٤،٠٣٦،٦٩٣
	٥٣،٠٠٠	٤٢،٠٨٣	٥٤٣،٤٠٦	٨٦،١٢١	٢٥،٢٣١	١١٧،٨٤٢	٨٦٧،٦٨٣
	٢٢٣،٠٠٠	١١٨،١٠١	٣،٩٥٥،٢٠٧	٣١٨،٠٨٦	٧١،٥٧٣	٢١٨،٤٠٩	٤,٩٠٤،٣٧٦

وفي النظر إلى معدل البطالة حسب الجنس في هذه الدول حسب ما هو مُتاح، فإن مُعدل البطالة في للإناث (٩،٩) بمقابل (٢،٩) للذكور في الإمارات (عام ٢٠٠٩م) و (٣١،٤) للإناث بمقابل (٧،٩) في المملكة العربية السعودية (عام ٢٠١٠)، و (٢،٧) للإناث بمقابل (٠،١) في قطر، و (٣،٥) للإناث، و (١،٢) للذكور بالنسبة للكويت. فهناك زيادة أيضاً في مُعدلات البطالة بالنسبة للإناث بالمُقارنة بالذكور في هذه الدول.

[١٩] النشرة الإحصائية، قطاع شئون المعلومات، إدارة الإحصاء، الرياض : مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الأمانة العامة. العدد العشرون،٢٠١٢م.
[٢٠] المرجع نفسه، ص : ٤٥.

وفي المقابل، فقد حققت معدلات تعليم المرأة ارتفاعاً ملحوظاً في دول الخليج قاطبة. فقد كان التغير في المستوى التعليمي هو من أبرز التغيرات التي حصلت في البناء الأُسري. فبدأ انخراط كبير في تعليم المرأة ووصل في كثير من المراحل المتقدمة يتجاوز الرجل . تُشير الإحصائيات[٢١] إلى أن نسبة الإناث تتجاوز نسبة الذكور في التعليم العام الثانوي في أربع دول من دول المجلس وتتقارب في عُمان والمملكة العربية السعودية عام ٢٠١٠م، حيث بلغت نسبة طلاب المرحلة الثانوية في التعليم العام للإناث نسبة (٥٨،٤٦%) في دولة الإمارات العربية المتحدة، و(٥٢،٢٤%) لمملكة البحرين، و (٤٩،٦٢%) في المملكة العربية السعودية (إجمالي مواطنين وغير مواطنين)، و(٤٨،٤٥%) في سلطنة عُمان، و (٥٢،٥٢%) في قطر، (٥٦،٧٨%) في دولة الكويت، والجدول (٢) يوضح الأعداد حسب إحصاء ٢٠١٠م.

جدول (٢) يوضح طُلاب المرحلة الثانوية في التعليم العام حسب الجنس والنوع[٢٢]

	الإمارات	البحرين	السعودية*	عُمان	قطر	الكويت	المجموع
ذكور	١٧،٧٨٢	١٣،٨٨٧	٦٠٠،٣٦٤	٦٣،٤٦٧	٩،٧٨٢	٢٨،٣٣٠	٧٤٣،٧٤٤
إناث	٢٤،٨٢٣	١٥،١٨٩	٥٩١،٢٦٨	٥٩،٦٥٤	١٠،٨٢١	٣٧،٢١٤	٧٤٩،٤٢٥
المجموع	٤٢،٦٠٥	٢٩،٠٧٦	١،١٩١،٦٣٢	١٢٣،١٢١	٢٠،٦٠٣	٦٥،٥٤٤	١،٤٩٣،١٦٩

* إجمالي المواطنين وغير المواطنين.

[٢١] النشرة الإحصائية، قطاع شئون المعلومات، مرجع سابق، ص : ٥٨.
[٢٢] المرجع نفسه، ص : ٥٨.

وهي مؤشرات كمية واضحة تدل على زيادة نسبة أعداد الإناث في التعليم العام، والذين يتفوقون أو قد يتقاربون من الذكور. وحتى في التعليم العالي، فقد حظيت المرأة بارتفاع في المعدلات، وزادت على نسبة الذكور في كثير من الأحيان، ومثال على ذلك الكويت[٢٣]. فعلى الرغم من التقدم الكبير الذي حققته المرأة في مجال التعليم، إلا أنها لا تختلف عن الرجل في الاتجاه نحو العمل الإداري، والابتعاد عن التعليم النوعي الذي يُحقق الابتكار والتقدم[٢٤].

لاشك أن التحولات والتغيرات التي طرأت على المرأة وواقعها كان كبيراً، وقد احتلت المرأة أيضاً مناصب قيادية. ووصلت إلى مستوى أعلى السلم الإداري في المجتمعات المحلية، إلا أن هذا التحول لازال قاصراً، إذ أنه لازال لا يتوافق مع المعايير العالمية التي تمنح المرأة معدلات أعلى في المناصب القيادية[٢٥]. فالمرأة في المجتمع الخليجي لازالت تواجه تحديات متعددة، وتحتاج إلى قفزة للنهوض في قدراتها وإطلاق عنان هذه القدرات . فلازالت – على الرغم من التغيرات التي طرأت – تُعاني من التأثيرات السلبية للعادات والتقاليد، ولازالت قضايا المواطنة، والمشاركة السياسية، والحقوق الاجتماعية، والاقتصادية، وبعض القضايا التي تتعلق بالشئون الأُسرية وسوق العمل، وغيرها من

---

[٢٣] يعقوب يوسف الكندري، التغير والحداثة : الأسرة الكويتية أنموذجاً، القاهرة : المكتب الجامعي الحديث،٢٠١٠م.

[٢٤] علي الطراح، أبعاد أزمة التنمية في المجتمع النفطي : المثال الكويتي، مجلة العلوم الإنسانية، ع (١٦)، ص ص : ٨-٢٧.

[٢٥] وفاء العرادي، تأثير التحولات في المنطقة العربية على منطقة الخليج العربي، التأثيرات والتداعيات، مؤتمر العلوم السياسية الأول : التحديات والتحولات أمام دولة الكويت ومنطقة الخليج العربي في العقد الحالي ٢٠١٣-٢٠٢٠م.

هذه القضايا التي تُعتبر ولازالت إشكاليات تواجه المرأة . وفي المقابل نجد أن جهوداً محدودة تُبذل في هذا الاتجاه، وتحتاج إلى تكثيفها حتى تصل المرأة إلى وضع يُحقق معه وجود عدالة اجتماعية مع قرينها الرجل داخل المجتمع.

رعاية الطفل والطفولة:

تعتبر المجتمعات الخليجية مجتمعات شبابية، ويحظى غالبية السكان بمؤشرات عمرية صغيرة، حيث يبلغ عدد سكان دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية عام ٢٠١٠ ما يقارب من ٤٤,٢ مليون نسمة. وتشير التقديرات إلى أن نسبة السكان كافة من دون سن التاسع عشر حسب النشرة الإحصائية للأمانة العامة لدول مجلس التعاون[٢٦] ٣٤,٥٣%، واقل من ٢٤ سنة نسبة ما يقارب من ٤٢,٦٥% (إجمالي السكان)، بينما تصل النسبة إلى ما يقارب من ٦٠% تقريبا من نسبة المواطنين (مثال الكويت)[٢٧]. فهي من النسب التي تعتبر عالية في الهرم السكاني لمجتمعات دول مجلس الخليج العربية. إن هذه الأعداد تحتاج بكل تأكيد على رعاية خاصة. فهي الشريحة الكبرى من حجم السكان المواطنين وإذا استثنينا منهم غير المواطنين.

[٢٦] النشرة الإحصائية، قطاع شئون المعلومات، مرجع سابق، ص: ٣٩.
[٢٧] المجموعة الإحصائية السنوية، الكويت: الإدارة المركزية للإحصاء، إدارة الإحصاء، ٢٠١١.

وفي دراسة عن التقارير الحكومية لاتفاقية حقوق الطفل، طرحت كاتارينا توماسيفسكي[٢٨]، ٣٢ فئة من فئات الأطفال التي تم ربطها مع موضوع التعليم. وهذه الشرائح تمثلت في "الأطفال المهملين؛ الأطفال طالبي اللجوء؛ المتسولين؛ الأطفال العمال؛ الأطفال الأمهات؛ الأطفال في البغاء، والأطفال المولودين خارج نطاق الزوجية، والأطفال الجانحين، والأطفال ذوي الحاجات الخاصة، والأطفال المشردين؛ خدم المنازل؛ الأطفال الذين يتعاطون المخدرات، والفتيات؛ الأطفال المصابين بفيروس الإيدز، والأطفال المشردين، والأطفال المسجونين؛ أطفال السكان الأصليين، والأطفال المتزوجين؛ والأطفال المختلين عقليا، والأطفال المهاجرين؛ أطفال الأقليات، والأطفال الرحل؛ الأيتام، والفتيات الحوامل، والأطفال اللاجئين؛ الأطفال بدون أوراق ثبوتية، والأطفال المستغلين جنسيا، والأطفال بدون جنسية، والأطفال في الشوارع، والأطفال المتاجر بهم؛ والأطفال المتأثرين بالحرب والأطفال العاملين". وهي فئات مهمشة داخل المجتمع وتتطلب رعاية خاصة من قبل مؤسسات الدولة المختلفة. وتختلف الدول والمجتمعات في تحديد هذه الشرائح المهمشة من الأطفال والتي تحتاج على رعاية. ولعل دول مجس التعاون لدول الخليج العربية لا تتوافر فيها مجموعة من هذه الشرائح أو محدودية وجود بعض منها. ولكن بكل تأكيد هناك العديد من هذه الفئات موجودة والتي تحتاج أن تقدم لها الدولة الرعاية المناسبة.

وسعت بذلك دول الخليج بوضع مجموعة من الخطط التنموية لسياسة رعاية الطفولة. وقد اتخذت وزارات الشؤون الاجتماعية والعمل

[٢٨] الفئات الضعيفة والمهمشة، http://www.right-to-education.org/ar/node/1416

بعض الإجراءات المناسبة لرعاية الطفولة من خلال إدارات مختلفة. ففي الكويت جاءت إدارات المرأة والطفولة، رعاية الأحداث، والحضانة العائلية. وتقدم مجموعة من الخدمات من خلال مراكز خاصة، وإنشاء مراكز الشباب لاستثمار أوقات الفراغ، ودار طفولة تابع لإدارة الحضانة العائلية. وتقوم إدارة الحضانة العائلية بتحقيق الأسرة البديلة؛ والرعاية الإيوائية؛ والرعاية اللاحقة ومن مزاياها مساعدة الحالات على تجاوز المحن والصعوبات وحمايتهم من الانحرافات. وقد سعت الإدارة تطوير نظم الرعاية لتنشئة اجتماعية قويمة، والحفاظ على حقوق الأبناء المقيمين في الخارج وتأمين احتياجاتهم، ومعالجة أوضاعهم المالية والقانونية وضمان حقوقهم الشرعية. وقد سعت الدولة أيضا على تطوير سياسيات الرعاية للفئات الحساسة اجتماعياً والأطفال والأحداث ومجهولي الوالدين والحد من حالات الانحراف. وقد تم إنشاء حضانات لتقديم البرامج المناسبة، وتقديم برامج للأحداث المعرضين للانحراف، وتم الحرص كذلك على رعاية الأبناء غير الشرعيين، وشجعت الأسر على رعاية وتنشئة الأطفال مجهولي الوالدين، ويبلغ جملة المستفيدين من خدمات إدارة الحضانة العائلية حوالي ٩٧٤ حتى عام ٢٠١٠ يشمل أبناء الكويتيين من أمهات غير كويتيات يبلغ عدد الذكور ٤٧٤ والإناث ٥٠٠.[٢٩]

ويمكن عرض بعض من الرعايات أيضا التي تقدمها الجهات المعنية بالآتي[٣٠]:

[٢٩] اتفاقية حقوق الطفل، ٢٠١٠، الأمم المتحدة، التقارير الدورية الثانية للدول الأطراف المقرر تقديمها في عام ١٩٩٨: الكويت.

[٣٠] المرجع السابق.

- لقد تم إنشاء حضانة لأطفال النزيلات داخل السجن، والتي تحسن من الحالة النفسية للطفل وأمه النزيلة.
- كفل القانون حياة الجنين أيضا من خلال تجريم الإجهاض.
- كأسلوب وقائي صدور قانون للفحص قبل الزواج. وقد بلغت نسبة الزواج غير الآمن ٣ في المائة، ونصف هذه النسبة تراجع عن الزواج بعد العلم بالنتيجة.
- إسهام عيادات الأمومة والطفولة لرعاية الأم والطفل في جميع مراحل نمو الجنين، وبوجود ٨٧ مركز العلاج والإرشاد الصحي.
- تقدم دور الرعاية الاجتماعية للمعاقين بكادر من العاملين لتقديم الرعاية الصحية لشديدي الإعاقة في موقع قريب من المنطقة الطبية التخصصية.
- صدور قانون يلزم الأطباء بالإبلاغ عن حالات الإساءة الجسدية والجنسية والنفسية للأطفال دون سن الثامن عشر.
- حظر بيع التبغ على من هم أقل من ٢١ عاما وصدور قانون بذلك.
- وفرت الدولة سبل التعقيم بالمدارس وتوفير الدواء والطعم الوقائي.
- الرعاية الصحية المجانية، ورعاية المعاقين.
- التعليم الإلزامي إلى المرحلة المتوسطة.
- تشديد القانون على الجاني أن كان المجني عليه في القضية قاصراً.
- حرص قانون العمل على عدم تشغيل الأطفال في سن مبكرة خشية تعرضهم للاستغلال.

- مباركة الاتفاقيات الدولية التي تحظر الأفعال والممارسات غير الإنسانية ضد الطفل مثل الاتفاقيات الخاصة بالرق، وعمل الأطفال.
- قانون الأحداث الذي يعاقب كل من عرض حدثا على الانحراف أو يساعده على ذلك.
- حظر تشغيل الأحداث الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة، أو العمل ليلا لمن هم أكبر من هذا العمر، ولا تزيد ساعات العمل اليومية عن ٦ ساعات وغيرها من الأمور.
- المسئوليات الجنائية التي حددها قانون الأحداث وتحديد سن السبع سنوات.

وفي دول الخليج الأخرى، حظي الطفل على مجموعة من الاهتمام الخاص بالطفل. ففي المملكة العربية السعودية، تمت المصادقة على اتفاقية حقوق الطفل، وقدمت خدمات للطفل تربوية وتوعوية واجتماعية، وعنيت بالفئات الخاصة، "كما أصدرت أنظمة داخلية تتناول شؤون الطفل، وكذلك نظام قانوني يحمي ويرعى حقوق الطفل الذاتية بالتوافق مع التشريعات الإسلامية والاتفاقيات الدولية"، وقد أولت المملكة رعاية صحية واجتماعية وتربوية وتعليمية وقدمت خطتها الوطنية الشاملة للطفولة لعشر سنوات من عام ٢٠٠٥ إلى ٢٠١٥م، وتم اعتبار مرحلة رياض الأطفال مرحلة مستقلة لزيادة توجيه الطفل، وتم إقرار المشروع الوطني للرعاية الصحية المتكاملة، وبادرت الجمعيات الخيرية والبرامج الوطنية الهادفة لحقوق الطفل وحمايته من العنف[٣١]. وجاء في المملكة العربية السعودية ١٣١ نظاماً قانونياً يحمي ويرعى حقوق الطفل

[٣١] الأميرة، عادلة بنت عبدالله بن عبدالعزيز، الكلمة الافتتاحية للمؤتمر الدولي للطفولة المبكرة، الرياض، جريدة الجزيرة: الثلاثاء ٢٨ ذو الحجة ١٤٣٣هـ – ١٣ نوفمبر ٢٠١٢م – العدد ١٤٦٥٦ .

الأساسية وذلك بالتوافق مع التشريعات الإسلامية ومع الاتفاقيات الدولية كذلك[٣٢].

وفي مملكة البحرين، أولت المملكة الاهتمام بالطفولة من خلال "الإنجازات في مجال صحة الطفل وتعليمه وحمايته ورعايته وتنمية قدراته ومواهبه التزاما بمبادئ اتفاقية حقوق الطفل". والمملكة بصدد الانتهاء من الإستراتيجية الوطنية للطفولة. وقد تبنت المملكة أيضا تدابير تشريعية عدة خاصة تتعلق مثلا بنفقة ورعاية الطفل وحضانته، انضمت إلى التصديق على برتوكولات متعددة. وناشدت بالالتزام بمبادئ باريس وخاصة فيما يتعلق بحقوق الطفل، وناشدت بتأسيس قاعدة بيانات خاصة بالطفل، وتعاونت الدولة مع الجمعيات الأهلية في مجال التنمية المبكرة للطفل، ودعم مؤسسات المجتمع المدني، وقد تم إعفاء أطفال المواطنات المتزوجات من غير بحريني من الرسوم للخدمات الحكومية. وقامت بتوفير الرعاية للأيتام ومجهولي الوالدين وبرنامج الرعاية البديلة، وأنشأت مركزا لحماية الطفل، واهتمت بتوفير الرعاية الخاصة للأطفال المعاقين وإدماجهم في المدارس التعليمية الإلزامية، وتعمل على "الانتهاء من الإستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة والعمل جارٍ للتصديق على الاتفاقية الدولية للأشخاص ذوي الإعاقة، إلى جانب تأسيس مركز التشخيص والتقييم للاكتشاف المبكر للإعاقة". وفي مجال الرعاية الصحية، فقد تم تأسيس لجنة وطنية للشباب وعيادة خاصة للمراهقين. وبالنسبة للتعليم، فقد جاء التعليم الإلزامي المجاني حتى سن الخامسة عشرة. بما في ذلك المقيمين حتى نهاية المرحلة الثانوية وناشدت اللجنة

[٣٢] ميرا الكعبي، حقوق الطفل في السعودية، صحيفة الشرق المطبوعة العدد رقم (٣٥) صفحة (١٩) بتاريخ (٠٨-٠١-٢٠١٢).

إتاحة التعليم في الطفولة المبكرة ورفع مستوى الوعي وتشجيع الآباء على إلحاق أبنائهم بالتعليم في فترة ما قبل المدرسة كما ناشدت اللجنة الدولة على اتخاذ جميع الخطوات الملائمة للقضاء على إسناد العمل للأطفال بهدف الاستغلال. فقد جاءت العديد من الإنجازات الخاصة بالطفل مثل تحويل إدارة الطفولة من المؤسسة العامة للشباب والرياضة إلى وزارة التنمية الاجتماعية، وتشكيل اللجنة الوطنية للطفولة، وتحويل تبعية رعاية الأحداث من وزارة الداخلية إلى وزارة التنمية الاجتماعية، وإطلاق الإستراتيجية الوطنية للطفولة.[٣٣]

وقد تم تحديد معالم متعددة لدولة قطر في مجال رعاية الطفل وتعليمه في مرحلة الطفولة المبكرة. فقد تم سن إقرار التعليم الإلزامي، وسن بعض التشريعات الخاصة ببرامج الرعاية والتربية، وإقرار برامج التصنيف الدولي المقنن للتعليم، وإعداد التشريعات الخاصة ببرامج الرعاية والتربية، جهود موجهة إلى الأطفال الضعفاء والمحرومين، وإعداد معلومات خاصة بالمناهج الدراسية، والمعلومات الخاصة ببرامج الرعاية الأبوية[٣٤]. وقد تم قياس بعض المؤشرات الخاصة بالطفل من مرحلة ما قبل الولادة، إلى مرحلة الروضة، وفي المراحل المدرسية المتعدد من الابتدائي إلى الثانوي، إلى مجال العمل. وتقيس هذه المؤشرات مدى تقديم الرعاية المناسبة لدولة قطر والمقدمة للطفل ووتبعه.[٣٥] وفي دولة الإمارات العربية المتحدة، فقد تم وضع بعض التشريعات الخاصة بقانون الضمان الاجتماعي الذي أهتم بالطفل، وتم

---

[٣٣] وكالة الأنباء البحرينية، تقرير حول مشاركة مملكة البحرين في اجتماع لجنة حقوق الطفل في الدورة السابعة والخمسين، ٢٠١١.

[٣٤] التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع: إرساء أسس متينة من خلال الرعاية والتربية في مرحلة الطفولة المبكرة، والتي جمعها مكتب التربية الدولي لليونسكو (IBE)، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، ٢٠٠٧.

[٣٥] مارتين ايفانز و فيليب باول، و تسوتغ بينغ تشونغ، رفاه الطفل في قطر، إدارة التنمية الاجتماعية، الأمانة العامة للتخطيط التنموي، ٢٠١٠.

"دراسة احتياجات الطفولة وتحديد المتطلبات اللازمة لتنشئة الطفل وإعداده للحياة إعدادا سليما من النواحي الصحية والنفسية والثقافية والترويحية وتنمية قدراته ومواهبه" و"العمل على توفير الرعاية اللازمة للطفولة ووقايتها من عوامل الانحراف" و"اقتراح الخطط والبرامج التي تكفل حماية الطفل ورعايته"، والتنسيق والمشاركة مع الجمعيات النسائية في برامج التوعية والنشاطات المتعلقة بالطفولة"، وإنشاء قسم للحضانة، وإنشاء "مراكز رعاية الأمومة والطفولة ومراكز الرعاية الصحية الأولية بواسطة وزارة الصحة وما تقدمه من رعاية طبية للأمهات الحوامل وللأطفال"، ونظام التأمين الصحي، والتعليم الإلزامي، والقانون الاتحادي الخاص بالحضانة العائلية والقانون الخاص بهذه الدور، وغيرها.[٣٦]

وفي سلطنة عمان، لا يختلف الوضع أيضا عن دول الخليج الأخرى، فقد حظيت السلطة باهتمام خاص للطفل. فتقوم وزارة التنمية الاجتماعية بدعم ومساندة بيوت نمو الطفل، والعناية والاهتمام بجنوح الحدث، "وتوفير رعاية اجتماعية وحماية قانونية كافية للأحداث من خلال تطبيق قانون مساءلة الأحداث بالتنسيق مع الجهات المعنية وتأمين احتياجات الأحداث المودعين في دار إصلاح الأحداث ودار توجيه الأحداث من خلال الخدمات والرعاية الصحية، والتعليمية، والتأهيلية، والنفسية، والاجتماعية، والرياضية التي تقدم لهم". وتم الاهتمام بالطفل "في تنفيذ العديد من البرامج والأنشطة والفعاليات التي تخص الطفل من أهمها إقامة ملتقى الطفل العُماني الرابع" كما تم توفير "الرعاية البديلة للأطفال الأيتام ومن في حكمهم من خلال إلحاقهم بالأسر الحاضنة المناسبة أو إلحاقهم بمركز رعاية الطفولة"وكذلك "مؤسسات اجتماعية تعليمية تطوعية تتبع جمعيات المرأة العُمانية وتقوم بتقديم الخدمات الاجتماعية والترفيهية لمرحلة ما قبل المدرسة وتستقبل الأطفال من ثلاث

[٣٦] الرعاية الاجتماعية، رعاية الأسرة والطفل، http://www.alamuae.com/uae/showtopics-798.html

سنوات والنصف إلى خمس سنوات. ويقع تحت إشراف الوزارة بيوت نمو الطفل وتدار من قبل لجان أهلية وتقوم بتقديم الخدمة التعليمية والتربوية لأطفال القرى النائية والتي لم تتوافر فيها الخدمات التعليمية للمرحلة العمري" وغيرها من الخدمات[٣٧].

ذوو الاحتياجات الخاصة من المعاقين:

هناك العديد من الشرائح الاجتماعية التي تدخل ضمن نطاق الاحتياجات الخاصة، ومن بين أهمها المعاقين. لقد حظيت هذه الشريحة بقدر مناسب من الاهتمام والرعاية من مؤسسات الدولة المتعددة. وتم تقديم لها الرعاية وفقا لأساليب مؤسسية حكومية في أغلبها وإن كان للقطاعات الأهلية نصيبا ليس بوفير منها. ولعل أكثر ما يميز التعامل مع هذه الشريحة هي النشاط النسبي لبعض مؤسسات وقطاعات العمل الأهلي في العمل مع هذه الشريحة الاجتماعية المهمة. فتتوافر في كافة أقطار الخليج العربي تلك المؤسسات الأهلية التي ترعى وتقوم بأدوار وظيفية محددة في مجال مساعدة هذه الشريحة. ولعل من الصعوبة تحديد حجم وأعداد ونسبة المعاقين داخل المجتمعات المحلية، وذلك يرجع كما أشار على ذلك مدير عام الهيئة العامة لشئون الإعاقة في الكويت إلى عدم تطبيق المعايير الدولية للمعاق. ولهذا السبب على سبيل المثال وصل أعداد المعاقين إلى أكثر من ٤٣ ألف معاق بينهم ٣٥ ألف معاق طبي و٨ آلاف آخرين من ذوي الاحتياجات التعليمية الخاصة.[٣٨] ووصل في المملكة العربية السعودية حسب التقديرات على ٧٢٠ ألف معاق[٣٩]، وقد قفز من ٤٠٠٠ معاق في عام ١٩٩٥ في الإمارات العربية المتحدة إلى

---

[٣٧] وكالة الأنباء العمانية، تقرير وزارة التنمية الاجتماعية، ٢٠١٠.
[٣٨] جاسم التمار، جريدة الوطن الكويتية، ٢٥ أكتوبر، ٢٠١٠.
[٣٩] العربية نت، ٢٠١٢/١٢/٣، www.alarabiya.net

ما يقارب من ٣٥٠٠٠ معاق عام ٢٠٠٥، [٤٠] وفي مملكة البحرين ٧٨٧٩ عام ٢٠١٣،[٤١] وفي سلطنة عمان تقدر النسبة ١,٧% من إجمالي السكان وبواقع ٤١٣٠٣ معاق في عام ٢٠٠٣. [٤٢]

وكما تمت الإشارة على أن هناك إشكالية في تحديد رقم حقيقي للمعاقين داخل المجتمعات الخليجية وذلك لإشكالية التعريف، ولعدم تطبيق المعايير الدولية للشخص المعاق. ولعل هذه تقديرات تعتبر تقديرات مختلف عليها، ولكن بشكل عام تشير على أن هناك أعدادا من هذه الفئات والشرائح الاجتماعية والتي يخشى المجتمع من تهميشها ولا بد من دمجها داخل المجتمع. ولذلك حرصت دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية على أن تقدم مجموعة من الجهود في سبيل خدمة المعاق. ويمكن إبراز بعض من جهود هذه الدول المتعددة.

ففي الكويت، قد أشارت في هذا المجال أحد المسئولات في شئون الإعاقة، إلى أن الكويت تعتبر في مقدمة الدول العربية من حيث إسهام ومشاركة المنظمات غير الحكومية الأخرى في هذا المجال[٤٣]. فبالإضافة على المؤسسات الحكومية المتعددة في خدمة المعاقين وإنشاء الهيئة العامة لشئون الإعاقة وكذلك دور وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، فقد أسهمت بعض من مؤسسات "المجتمع المدني مثل الجمعية الكويتية

---

[٤٠] سياسات اجتماعية في مجال الإعاقة وتصور جديد لمستقبل المعاقين في التنمية الوطنية، المنال، http://www.almanalmagazine.com

[٤١] صحيفة الوسط البحرينية – العدد ٤٠٩١ – الثلاثاء ١٩ نوفمبر ٢٠١٣م الموافق ١٥ محرم ١٤٣٥هـ

[٤٢] حسين بن سعيد الحارثي، مؤتمر قسم التربية والدراسات الإنسانية الأول تحت عنوان"تعليم وتأهيل ذوي الإعاقة مسؤوليّة متكاملة"، من ٣- ٤ مايو ٢٠١١.

[٤٣] وكالة الأنباء الكويتية، كونا، ١٢ مارس ٢٠١٣.

لرعاية المعاقين ومركز تقويم وتعليم الطفل وجمعية أولياء أمور المعاقين ونادي الصم وجمعية المكفوفين بتقديم الخدمات الشاملة للمعاقين والرعاية لهم من خلال الرعاية الإيوائية والنهارية والمنزلية". وقد تم إعداد الدراسات والأبحاث، والاهتمام بالكشف المبكر عن الإعاقة، وتوعية الأسرة بأسباب وطرق علاج الإعاقة، وتقديم العون والمساعدة المطلوبة للأسرة وتدريبها، بالإضافة تقديم الدعم المادري للأسر الفقيرة لأطفال المعاقين وتوفير احتياجاتهم. وانطلاقا على ما احتواه دستور دولة الكويت من تحقيق سبل الرعاية فقد تمت إقامة مؤسسات خاصة بهم، وأنشئ مجلس أعلى للمعاقين يهدف لتعليم المعاقين، وصرف مبالغ مالية إعاشية، وتقديم عدد من الخدمات الاجتماعية والإسكانية والصحية لهم. بالإضافة على وجود ما يقارب من ٨ أندية وجمعيات خاصة بالمعاقين تسهم في تطوير مهاراتهم. هذا بالإضافة إلى إسهام الدولة في دعم الاتفاقيات الدولية وإقرار القوانين المحلية مثل التصديق على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٥٩(١٩٨٣) بشأن التأهيل المهني والعمالة (المعاقون)، وقانون رقم /٢٠١٠ الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الذي يضمن "حقوق التعليم والتأهيل وإعادة التأهيل والتشغيل؛ وحقوق الرعاية الصحية والإسكانية والاجتماعية؛ وخلق بيئة صديقة تتناسب مع الاحتياجات الخاصة لذوي الإعاقة لتمكينهم من الاستفادة من كافة الخدمات التي تقدمها الدولة".[٤٤]

[٤٤] لجنة حقوق الطفل

وفي مملكة البحرين، هناك جهودا مبذولة أيضا في مجال رعاية المعاق. فالمملكة تعمل على "الانتهاء من الإستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة والعمل جارٍ للتصديق على الاتفاقية الدولية للأشخاص ذوي الإعاقة، إلى جانب تأسيس مركز التشخيص والتقييم للاكتشاف المبكر للإعاقة". بالإضافة على ذلك تولي المملكة "اهتماماً خاصاً بالأطفال من المعاقين حيث تم إطلاق الاستراتيجية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة في نوفمبر ٢٠١٠م والعمل جاري لإطلاق خطة العمل الوطنية، وكذلك زيادة مكافأة الأشخاص ذوي الإعاقة المادية، وتغطية التكلفة التشغيلية لجميع المراكز التي تدار من قبل مؤسسات المجتمع المدني والخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، وتشكيل اللجنة العليا لرعاية شئون المعاقين، بناء مركز متخصص في التشخيص والتقييم للأشخاص ذوي الإعاقة، وتشكيل لجنة خاصة بالتشخيص والتقييم للأشخاص ذوي الإعاقة، والعمل جاري لبناء مجمع متكامل يضم ١٢ مركز خاص بالأشخاص ذوي الإعاقة، وزيادة نسبة دمج الأشخاص ذوي الإعاقة بالمدارس الحكومية والخاصة، والعمل جاري للتصديق على الاتفاقية الدولية للأشخاص ذوي الإعاقة"[٤٥].

وفي دولة الإمارات العربية المتحدة، تم اعتماد قانون ذوي الاحتياجات الخاصة في عام ٢٠٠٦، والذي ينص على تحديد الحقوق وأوجه الرعاية، ومنح فرص متساوية في مجالات التعليم والرعاية

[٤٥] وكالة الأنباء البحرينية.

الصحية والتدريب والتأهيل، في حدود قدراتهم وإمكاناتهم[٤٦]. وقد نص الدستور الإماراتي المؤقت للدولة على ضرورة الاهتمام بالأشخاص العاجزين وجاء القرارات الخاصة بوزارة العمل والشؤون الاجتماعية ما يترجم نصوص الدستور فنص على معاونة ورعاية المعاقين، ونص على إنشاء المؤسسات الخاصة ومنها للمعاقين، وتم تشكيل لجنة عليا للمعوقين ضمن وزارات عدة، وتم إنشاء مراكز رعاية وتأهيل المعوقين في كل من أبو ظبي ودبي، وقامت "بتوفير الفرص والإمكانيات للعلاج والرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية للمعوق، وإتاحة فرص التعليم واكتساب المعرفة في مختلف مراحل التعليم النظامي وغير النظامي أو تنويع مجالات وأساليب التعليم تمكينا للمعوقين من تنمية طاقاتهم إلى أقصى حد ممكن، وذلك بغية تمكينهم من الاعتماد على أنفسهم، وتوسيع التدريب والتأهيل المهني للمعوقين وتطوير مجالات هذا التدريب بما يناسب قدراتهم وبما يتمشى مع احتياجات التنمية من مهن ومهارات، وتمكين المعوقين من الاندماج وإكسابهم الثقة بأنفسهم وإكساب المجتمع الثقة بهم، وتوسيع آفاق التفاعل الاجتماعي من مختلف الفئات والهيئات كسراً لطوق العزلة والهامشية التي قد يستشعرها المعوق والاستفادة من المعرفة العلمية والتكنولوجية والتنظيمية في البلاد المتقدمة وتطبيقها، بما يتناسب مع ظروف العجز والعوق في الدولة". وقد تم افتتاح مركزين للمعوقين عام ١٩٨١ في كل من أبو ظبي ودبي ويحتويان من ٥ أقسام، وفي عام ١٩٩٣ تم افتتاح مركز لرعاية وتأهيل المعوقين في مدينة العين، وتجهيز مركزين آخرين جديدين في كل من الفجيرة ورأس الخيمة. وتعمل

[٤٦] عثمان سراج الدين فتح الرحمن، الرعاية الاجتماعية بين الاتفاقيات والمواثيق الدولية والقوانين المحلية: دولة الإمارات العربية المتحدة نموذجاً. رؤى استراتيجية، ٢٠١٣، ص ٦٤.

المراكز الخاصة بالمعاقين على تشخيص الحالات، والتدريب، وتنمية الوعي الصحي، وتحقيق التكيف والاستقلال الذاتي، وتحقيق التوافق الاجتماعي، وتنمية الإحساس بالانتماء، وتنمية وتشجيع مجموعة من الميول والهوايات لديهم، والإعداد والتدريب المهني لهم، والتنسيق مع الجهات المعنية على سن التشريعات التي تحميهم، والعمل على إنشاء وتشجيع الجمعيات التعاونية والإنتاجية للمعوقين.[٤٧]

وفي المملكة العربية السعودية، حققت المملكة سياستها نحو المعاق من خلال إنشاء العديد من مراكز التأهيل الشامل والرعاية الصحية، وتسهيل طرق اتصال الجهات المعنية بالمعاقين بالجهات الرسمية، اهتمام وسائل الإعلام بإبراز الأنشطة الخيرية، وتقديم الخدمات التعليمية، وتجهيز الطرق العامة والحدائق والمنتزهات، وتقديم الخدمات التربوية وتدريب الأسر والوالدين. وأكدت السياسات التعليمية على مبدأ المساواة التعليمية. كما تم إنشاء المراكز الخاصة بصعوبات التعلم، وأنشأت وزارة المعارف معاهد التربية الفكرية، وإنشاء معاهد الأمل لتعليم الصم، وخدمات الطلاب المكفوفين، وأنشأت مركز الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة، وجمعية الأطفال المعاقين، وإنشاء أكاديمية التربية الخاصة، المشروع الوطني وهو خاص بمسح شامل للمعاقين وهي تعتبر أول بلد عربي يقوم بمسح شامل للمعاقين، والجمعية السعودية الخيرية للتربية والتأهيل (متلازمة داون)، وكذلك القطاع الأهلي الخيري التطوعي الذي

---

[٤٧] رعاية وتأهيل المعاقين، http://www.alamuae.com/uae/print-803.html

له الدور المميز وغيرها من المشاريع المتعددة في مجال رعاية المعاق[٤٨].

وفي سلطنة عمان، قامت الدولة بمؤسساتها المختلفة بإنشاء عدد من المراكز المختلفة والمتعددة من أجل حماية ورعاية المعاق. فقد قامت وزارة التنمية الاجتماعية بإنشاء دائرة الرعاية الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة، ودائرة التأهيل المساند للأطفال المعوقين، ومعهد عمر بن الخطاب للمكفوفين، وجمعية النور للمكفوفين، ومدرسة التربية الفكري، ومدرسة الأمل للصم، والفريق الوطني العماني لرياضة المعوقين، والجمعية العمانية للمعاقين، وجمعيات التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ومركز رعاية وتأهيل المعوقين، ومركز رعاية الأطفال المعوقين، وجمعية رعاية الأطفال المعوقين، ودار رعاية الأطفال المعوقين[٤٩]، وغيرها من المؤسسات. أما في قطر، فلديها مجموعة أيضا من المؤسسات الأهلية والرسمية في مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة من المعاقين. تولي دولة قطر من خلال المجلس الأعلى لشؤون الأسرة وبعض المؤسسات الأخرى اهتماما بشئون الإعاقة من خلال إنشاء مجموعة من المراكز الخاصة بها. فكانت لها جهودا واضحة في مجال التشريعي، والاجتماعي، والصحي، والتعليمي. فقد أصدرت مجموعة من التشريعات الخاصة للمعاقين في المجال التعليمي، والرياضي، والاجتماعي والصحي. وقدمت في المجال الاجتماعي

[٤٨] محمد حامد امبابي، بعض خدمات التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية في عهد خادم الحرمين الشريفين. http://dc281.4shared.com/doc/SeUYE5xL/preview.html

[49] http://www.gulfkids.com/pdf/Omn.pdf

الجوانب الخاصة بالضمان الاجتماعي. وعلى المستوى الصحي تم تقديم الرعاية الخاصة من خلال إنشاء قسم خاص لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة في مستشفى الرميلة، ويقدم العلاج الطبيعي، وعلاج النطق والكلام، وخدمة الأطراف الصناعية. وفي المجال التعليمي، أنشئ قسم التربية الخاصة، ومعهد النور للمكفوفين، والمركز القطري الثقافي الاجتماعي للصم الهيئة العامة للشباب، ومركز قطر الاجتماعي والثقافي للمكفوفين الهيئة العامة للشباب، و الاتحاد القطري لرياضة ذوي الاحتياجات الخاصة- اللجنة الاولمبية القطرية، ومركز التعلم مؤسسة قطر للتربية والثقافة والعلوم[٥٠]. وهناك أيضا العديد من القطاعات الأهلية والخيرية المهتمة في شئون الإعاقة مثل: مركز الشفلح، والجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعوقين, والمركز الثقافي الاجتماعي- الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين, والمركز التعليمي - الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين, والمركز التأهيلي للبنات - الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين, والمركز التأهيلي للبنيين - الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين, ومركز تثقيف أمهات المعاقين - الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين, ومنتدى شبكة الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة, مركز التعلم - مؤسسة قطر للتربية والعلوم وتنمية المجتمع, ومركز قطر للنطق والسمع, وجمعية قطر الخيرية, ولجنة قطر للتكافل الاجتماعي[٥١].

---

[٥٠] محمد عبدالرحمن السيد، مدى جهود واهتمام دولة قطر بالأشخاص المعاقين بما يتوافق مع برنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوى الإعاقة، تقرير.
http://www.riarab.org/download/research_studies/riarab_rs_020.pdf

[٥١] أطفال الخليج: ذوي الاحتياجات الخاصة، موقع: http://www.gulfkids.com/ar/topic26-482.htm

رعاية المسنين:

لقد أشارت منظمة الصحة العالمية WHO (١٩٨٩) إلي أن ١٠% من شرائح المجتمع في العالم ستكون فوق الخامسة والستين في حلول عام ٢٠٢٥ . إن ذلك يبين تزايد واطراد نمو هذه الشريحة داخل المجتمع والذي يجعل من المهم دراستها بشكل مستفيض من الجانبين الاجتماعي والنفسي[٥٢]. وهذا التنامي يرتبط بالعديد من دول العالم، ويرتبط كذلك بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية التي يتزايد فيها عدد المسنين وكبار السن. ولعل أبرز العوامل التي ساعدت على زيادة هذه الشريحة العمرية في المجتمعات الإنسانية بشكل عام وبدول الخليج العربية بشكل خاص هو الرعاية الصحية المتطورة، بالإضافة- وكما يعتبرها البعض- الاتجاه نحو انخفاض في معدلات الخصوبة التي بدأت تغلب على دول العالم المتحضر والمجتمعات التي تمر بعمليات التحديث. وحسب تقديرات النشرة الإحصائية لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية[٥٣] فإن نسبة المسنين ممن تجاوز الستين عاما حسب تعريف منظمة الصحة العالمية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية خلال العام ٢٠١٠ بلغت ٣,٩٠% من إجمالي السكان (لم يتم احتساب دولة الإمارات العربية المتحدة لعدم وجود مؤشر رقمي بالنشرة). وفي مملكة البحرين بلغت نسبة ٣,٤٩% من إجمالي السكان، وفي المملكة العربية السعودية بلغت النسبة ٥,٣٧%، وفي سلطنة عمان بلغت ٤,١٠%، ودولة قطر بلغت

---

[٥٢] يعقوب يوسف الكندري، الدعم الاجتماعي وعلاقته ببعض الأعراض الصحية لدى المسنين الذين يتلقون الرعاية المنزلية بالكويت. مؤتمر: "الرعاية المتكاملة للمسنين: رسالة – علم – أخلاق". المنعقد في مركز جامعة القاهرة لرعاية المسنين خلال الفترة ٤-٥ مارس ٢٠٠٩، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٩.

[٥٣] النشرة الإحصائية، قطاع شئون المعلومات، إدارة الإحصاء، الرياض: مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الأمانة العامة. العدد العشرون،٢٠١٢م.

١,٧٠%، وفي دولة الكويت بلغت النسبة ٢,٩٠%. ولا شك أن هذه النسب ستتصاعد بشكل مطرد.

وقد قامت منظمة الصحة العالمية أيضا بتحديد هذه الشريحة من حيث العمر والتي حددتها بسن الستين عاما. وهي تلك الشريحة التي اتسمت أيضا بمجموعة من الخصائص والسمات العامة التي تجعلها شريحة تحتاج إلى نوع من الرعاية الاجتماعية بحكم كونها ارتبطت بمجموعة من المتغيرات الاجتماعية والنفسية والصحية. فهي فقدت كثير من علاقاتها الاجتماعية بحكم كونها فقدت كثير من محيطها الأسري بحكم الابتعاد عن المنزل، وكذلك الوفاة للأقارب والأصدقاء، وأيضا بحكم الابتعاد عن العمل. هذا بالإضافة إلى أنها اتسمت بمجموعة من التغيرات الجسمانية والفسيولوجية التي أصابتها، وما تبعه من تغيرات أيضا على المستوى النفسي وعلى الملامح الشخصية كما بينتها العديد من الدراسات.

ولقد كانت هناك جهودا خليجية خاصة برعاية المسنين. فقد عقدت اللجنة الخليجية لرعاية المسنين اجتماعا عام ٢٠٠٧ وصدرت من خلاله العديد من التوصيات التي تتمثل في ضرورة "متابعة دمج خدمات رعاية المسنين في خدمات الرعاية الصحية الأولية، ومتابعة استحداث إدارة لرعاية المسنين بوزارات الصحة بدول المجلس، والعمل على تشجيع دول المجلس على وضع خطة وطنية لرعاية المسنين مع تشجيع العمل التطوعي، وتحفيز وزارات الصحة على إشراك القطاعات الأخرى ذات العلاقة للمشاركة الفاعلة في الخدمات المقدمة لرعاية كبار السن، وحث دول المجلس على إنشاء مراكز معلومات وبناء قواعد بيانات خاصة

بجميع المسنين قابلة للتطوير المرحلي بما يتناسب مع المستحدثات العالمية وربطها بشبكة معلومات إقليمية، والعمل على تقوية التعاون مع المنظمات الإقليمية والعالمية ذات العلاقة للاستفادة من الخبرات وتبادل المعلومات". وفي نهاية عام ٢٠٠٧ في اجتماع الكويت، تم الخروج أيضا ببعض من التوصيات منها الخاصة مثل العمل على "صياغة الإستراتيجية الخليجية لرعاية المسنين في دول المجلس، وصياغة بروتوكول لدراسة خليجية موحدة لرعاية المسنين، وضع الخطوط العريضة لخطة إعلامية خليجية لرعاية المسنين، مناقشة تحديث كتاب « لمحات عن الرعاية الصحية للمسنين في دول المجلس". وفي عام ٢٠٠٨ في اجتماع الرياض تم الخروج بمجموعة من التوصيات منها "اعتماد الإستراتيجية الخليجية لرعاية المسنين في دول مجلس التعاون كإستراتيجية استرشادية لكل دولة لتقوم بتطبيقها حسب ظروفها المحلية والمتغيرات والمعطيات لديها، وتعزيز دور الرعاية الصحية الأولية في دول مجلس التعاون بما يساعد على تطبيق الاستراتيجيات المعتمدة من منظمة الصحة العالمية بما فيها الرعاية الصحية الصديقة للمسن مع التركيز على جودة الخدمات والتقييم الدوري لها، وحث الدول الأعضاء على إصدار التشريعات الخاصة بحماية كبار السن وحقوقهم، و تفعيل التعاون مع المنظمات الدولية مثل MEAMA والجامعات العربية والإقليمية والدولية التي تنظم دورات وبرامج لرعاية المسنين وابتعاث الكوادر الخليجية للخارج لتأهيلها في هذا المجال، والعمل على تفعيل التنسيق بين القطاعات المختلفة وزيادة الوعي بين صانعي القرار في مختلف المؤسسات للتعاون فيما بينها بخصوص رعاية المسنين وأهمية إيلائها الأهمية القصوى لتحقيق صحة أفضل للمسنين، وإحالة الخطة الإعلامية الخليجية لرعاية المسنين التي

أعدتها اللجنة على الاجتماع القادم للجنة الخليجية للتوعية الصحية لدراستها وإبداء مرئياتها حيالها، وتشجيع السلوك الإيجابي في المجتمع نحو المسن بما يتفق وشريعتنا الإسلامية السمحاء، وحث الدول على موافاة المكتب التنفيذي بأي معلومات يرى تعميمها على الدول الأعضاء في كافة مجالات رعاية وصحة المسنين". وقد صدر ميثاق الرياض بشأن رعاية المسنين من المكتب التنفيذي عام ٢٠٠٩ وحث الميثاق وزارات الصحة على تفعيل المبادرات العالمية، و"حث وزارات العمل والشئون الاجتماعية على تزويد المسنين بالامتيازات والتسهيلات الضرورية وخصوصا منحهم الأولوية في الأماكن العامة وتخصيص مقاعد لهم في وسائل المواصلات العامة والحدائق والمسارح والنوادي الثقافية والاجتماعية، وتأمين وسائل الحركة للمعوقين والعاجزين ومنحهم حسومات مناسبة في أجور المواصلات البرية والبحرية والجوية وأجور العضوية في النوادي وغيرها من المؤسسات التي تقدم الخدمات الاجتماعية والترفيهية والرياضة وغيرها، وبحث إيجاد فرص العمل وإيجاد أنشطة للقادرين من المسنين". وحث كذلك "على إنشاء هيئة/ لجنة وطنية وخليجية لرعاية المسنين في غضون ٣-٥ سنوات من تاريخ هذا الميثاق".[٥٤]

وكان لدول الخليج مجموعة من الإسهامات والإنجازات في مجال رعاية المسنين. ففي دولة الإمارات العربية المتحدة أنشأت العديد الهيئات الصحية في أبو ظبي وفي دبي تحديدا، أوصي بتشكيل اللجنة الوطنية

[٥٤] رعاية المسنين، المكتب التنفيذي لمكتب وزراء الصحة لدول مجلس التعاون، الموقع الرسمي، البرامج التنفيذية، http://sgh.org.sa/ar-sa

لتوحيد الجهود والتنسيق فيما بينهـا، والسـعي نحـو تطبيـق برنـامج استرشادي في منطقة عجمان الطبية خاص برعاية المسنين، بالإضـافة إلى التدريب والاستفادة من خبرات الدول الأخرى، والاهتمام بالرعايـة الأولية لرعاية المسن. أما في مملكة البحرين، فهناك خـدمات حكوميـة مقدمة مثل تلك الخدمات الخاصة بالرعاية "الصـحية الأوليـة خـدمات علاجية ووقائية وخدمات الزيارات المنزلية، وعيادات صـحة الوالـدين لكبار السن.."، وهناك خدمات "تقدمها الرعاية الثانوية فتشـمل خـدمات الطب النفسي، وخدمات العلاج الطبيعي، وخدمات العنايـة التمريضـية، والرعاية التأهيلية المؤقتة لرعاية كبار السـن، وهنـاك وحـدة رعايـة المسنين بالمحرق، ووحدة الإقامة الطويلة، وهناك برامج تدريبية طبيـة صحية في مجال طب الشيخوخة وبرامج تدريبية محليـة للممرضـات، (وقد) تم إدخال صحة المسنين ضمن المناهج الدراسـية لطلبـة الطـب وكليات العلوم الصحية وبرنـامج أطبـاء العائلـة" والتأهيـل العلمـي للمتخصصين. وفي المملكة العربية السعودية الذي بـدأ الاهتمـام بهـذه الشريحة ضمن الرعاية الصحية الأولية، وإعادة تأهيـل وبنـاء ٢٠٠٠ مركز صحي، ووجود لجنة وطنية للمسنين، والسعي نحو صدور تشريع لحماية كبار السن، وتجربتان خاصة بالرعاية المنزليـة. وفـي سـلطنة عمان، تـم اعتماد خطـة عمـل إستراتيجيـة لرعايـة المسنين في عام ٢٠٠٧، ووضع خطة عمل لهذه الإستراتيجية التي تشمل علـى "وضع السياسات والخطط المعنية بصحة ورعاية المسنين، وإنشاء قاعدة معلومات، وإدخال خدمة رعاية المسنين في مؤسسات الرعاية الصـحية الأولية، وتدريب القوى العاملة في مجال رعاية وصحة المسنين، وتوعية المجتمع حول كيفية الوصول إلى التشخيص الصحي النشط" كما تم إعداد الرعايـة المنزلية، وبدأ برنامج الفحص الشامل، والسـعي لاسـتقطاب

أخصائيين من الخارج في مجال صحة المسنين، بالإضافة علـــى وجـــود قسم خاص برعاية المسنين. أما في دولة قطر، فقد "تم إنشاء لجنة وطنية لرعاية المسنين عام ١٩٩٨، وتم إعداد خطة إستراتيجية وطنية للمســـنين تشمل الصحة والشئون الاجتماعية والمالية والتشريعات، وتم إنشاء قســـم كبـــار الســـن فـــي مؤسسة حمـــد الطبيـــة عـــام ١٩٩٣" وتطبيـــق الخدمة المنزلية منذ عام ١٩٩٦، وتطوير العيادات الخارجية لكبار السن، مع وجود بعض الوحدات المتنقلة لرعاية المسن. أما في الكويت، فقد تم السعي نحو إعداد خطة عمل برنامج رعاية المسنين بالكويـــت تتضـــمن الرعاية الصحية الأولية والثانوية في المراكز الصـــحية والمستشـــفيات، بالإضافة إلى تطبيق برنامج رعاية المسنين في عيادة ما يســـمى عيـــادة الرعيل الأول في المحافظات، وقد تم سن قانون خاص عام ٢٠٠٧ بشأن الرعاية الاجتماعية للمسنين، بالإضافة إلى أن هنـــاك مشـــروع خطـــة إستراتيجية لإدارة رعاية المسنين. وكذلك الأقســـام الخاصـــة بمراكـــز المسنين والرعاية المتنقلة للمسنين، مع وجود مشروع لإنشاء أول جمعية أهلية لرعاية المسنين.[٥٥]

حماية ورعاية الأسرة:

تعتبر الأسرة هي النواة الرئيسة للمجتمع، وهي المكون الأساسي والرئيس له. ولذلك تحرص الدول كافة على التركيز على الأسرة وحمايتها وتقديم الرعاية المناسبة لها. فالمشكلات التي تنتج داخل المجتمع ما هي إلا انعكاس للمشكلات التي تحدث داخل نطاق الأسرة.

[٥٥] المرجع السابق.

فإن صلح حال الأسرة، صلح معها حال المجتمع. ولذلك، جاء الحرص على خلق كيان أسري قويم قادر على التكيف مع المتغيرات ومع المعطيات البيئية المحيطة. فقد جاءت مجموعة من مؤسسات الرعاية الاجتماعية داخل المجتمع الخليجي لتتلاءم وتتوافق مع معطيات هذا المجتمع وتكون قادرة على التكيف معه من خلال مجموعة من الخدمات والمساعدات المتعددة التي تقدمها.

ففي الكويت، اهتمت الدولة بتقديم مساعدات مالية للأسر المحتاجة وذات العوز المادي، انطلاقا من مبدا التكافل الاجتماعي. فهي تقدم العون المادي لتلك الأسر التي فقدت عائلها، أو نتيجة لمرضه، أو عجزه ماديا كما هو حال أسر المسجونين. وتقدم كذلك المساعدات لمن تعرض للنكبات، مع إقرار القانون لأعباء إضافية للأسر لأغراض اجتماعية. فقد حدد القانون بعض الفئات التي تتلقى المساعدات مثل "الأرملة التي تعول أطفالاً وتوفي زوجها وليس لها عائل؛ والمطلقة التي تتعدى فترة العدة الشرعية وتحتضن أطفالاً من مطلقها وليس لها عائل...، ومن بلغ الشيخوخة وتجاوز سن الستين عاماً وليس له عائل ومسئول عن زوجة وأبناء؛ وأسر المسجونين والتي صدر حكم قضائي ضد رب الأسرة، وذو العاهات وهو من يعجز كلياً أو جزئياً عن كسب عيش أسرته، والمريض وهو من لا يستطيع القيام لكسب عيشه وعيش أسرته..، والعاجز مادياً وهو من قل دخله هو وعائلته التي يعولها من زوجة وأبناء، وكل من يثبت التحاقه بالمدارس واستمراره في التعليم ابتداء من مرحلة التعليم الإلزامي ولا عائل له" وكذلك " الكويتية المتزوجة من غير الكويتي وأولادها منه في حالة عجز الزوج" وتقدم المساعدات من خلال الوحدات

الاجتماعية[٥٦]. وقد جاءت حالات الطلاق في مقدمة من يتقاضون المساعدات الاجتماعية في الكويت وتليها حالات الشيخوخة وكبار السن، ثم العجز المادي فالمرضى من ذوي العاهات.[٥٧] وقد وضعت الدولة مجموعة من السياسات الخاصة بحماية الأسرة ضمن خططها الإنمائية والتي تضمنت تعزيز دور الأسرة، ورعاية النشء، وترسيخ النمط الإنتاجي، والارتقاء بمستوى الخدمات الاجتماعية، والمحافظة على الزيادة الطبيعية للمواطنين، وتكثيف الجهود الخاصة بالأسى والمفقودين، وغيرها.[٥٨] هذا وقد قامت مؤسسات أخرى تهتم وتعنى في شئون الأسرة مثل مكتب الإنماء الاجتماعي والذي يعني ويهتم بدراسة المشكلات التي نشبت ما بعد الاحتلال العراقي لدولة الكويت، ومكتب الشهيد الذي يقدم الرعاية الاجتماعية لأسر الشهداء في المجتمع والإسهام في دمجهم.

وفي مملكة البحرين، فقد تم "إنشاء مراكز استشارية أسرية في جميع محافظات المملكة بالمراكز الاجتماعية وبتقنين أحكام الأسرة القسم الأول وناشدت اللجنة الدولة على اتخاذ كل الإجراءات اللازمة لإتاحة مراكز الاستشارة الأسرية في جميع أنحاء البلاد والتوفيق بين القوانين وجعلها متسقة مع نصوص وأحكام الاتفاقية". كما قام مركز حماية الطفل باستحداث خط هاتف لمساعدة الأطفال، بالإضافة على وجود مشروع لقانون خاص "بالعنف الأسري الذي يجري مناقشته في المجلس الوطني

---

[٥٦] اتفاقية حقوق الطفل، ٢٠١٠، الأمم المتحدة، التقارير الدورية الثانية للدول الأطراف المقرر تقديمها في عام ١٩٩٨: الكويت.

[٥٧] عبدالوهاب الظفيري، الرعاية الاجتماعية ومستقبل الوقف، مرجع سابق، ص ٩٦.

[٥٨] عبدالوهاب الظفيري، السياسة الاجتماعية في الكويت، الكويت: مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ص ص ١٣٢-١٥٦.

وتوصي اللجنة بأن تتبنى الدولة إستراتيجية وطنية شاملة وقانون شامل لمنع ومكافحة العنف الأسري"[٥٩]. وفي دولة الإمارات العربية المتحدة، جاء قانون الضمان الاجتماعية الذي ينظم تقديم المساعدات الاجتماعية بالدولة وتحديد المستفيد منها مثل الأرملة التي توفي زوجها، والمطلقة التي لم تتزوج وتركها زوجها دون نفقة، والعانس التي تجاوزت أربعين عاما، واليتيم، ومن تزوجت أمه وتوفي والده، ومن كان والده مجهولا، والعاجز من ذوي العاهة، والمقعد الشيخ الذي تجاوز عمره عن ستين عاما، والعاجزين ماديا، والمواطنات المتزوجات من غير المواطنين إذا احتفظن بجنسياتهن، وأسر المسجونين، وغيرهم. بالإضافة إلى المنكوبين من ذوي الإغاثة والمتضررين من الكوارث والكوارث الطبيعية[٦٠]. يُعتبر هذا القانون من أهم قوانين الرعاية الاجتماعية في دولة الإمارات العربية المتحدة والمتجددة والمتغيرة بتوافق مع المتغيرات[٦١].

وفي المملكة العربية السعودية، فهناك العديد من الخدمات الأسرية المقدمة مثل خدمات الإرشاد الاجتماعي للأسر، ويتم تقديمها من خلال وزارة الشئون الاجتماعية والتي تقدم الخدمات الوقائية والإرشادية، وإتباع أساليب علمية للتعامل مع المشكلات الأسرية، وتقديم التوعية المناسبة، وتقدم تلك الخدمات للأسر المعرضة للتفكك، والأرامل والمطلقات، والآباء الفاقدين توجيه أبنائهم، والأسر المحتاجة، والمتزوجين الجدد، وأسر السجناء، والأسر من أقارب المتعاطين

[٥٩] وكالة الأنباء البحرينية، تقرير حول مشاركة مملكة البحرين في اجتماع لجنة حقوق الطفل في الدورة السابعة والخمسين

[٦٠] عبدالوهاب الظفيري، الرعاية الاجتماعية ومستقبل الوقف، مرجع سابق، ص ص: ٩٨-١٠٠.

[٦١] عثمان سراج الدين فتح الرحمن، الرعاية الاجتماعية بين الاتفاقيات، مرجع سابق، ص: ٦٢.

للمخدرات أو مدمني المسكرات. وتقدم المملكة توفير خدمات رعاية الأسرة ودعم تماسكها من خلال توعية الأسرة وإرشادها وتوجيه الأمهات والزوجات اجتماعيا.

وتقديم البرامج العلمية الداعمة لرعاية الأمومة والطفولة ومساعدة الأسرة في حل ما يعترض مسيرتها من مشكلات اجتماعية، وتثقيف الأم. وتقوم كذلك بتقديم خدمات الحماية الاجتماعية للأسرة من نشر وعي وتحقيق مناخ آمن للأسرة والمجتمع، وتعزيز مبادئ الدين، ودراسة المشكلات الاجتماعية، والتنسيق مع الجهات، والتدخل السريع في حالات الإيذاء. بالإضافة على ذلك، هناك مجموعة من الخدمات التي تقدمها المملكة لرعاية الشباب. وكذلك، خدمات المساعدات وإعانة الأسرة والتي تقوم بصرف الأموال لتعين الأسرة على رعاية فرد أو أكثر لديها من الفئات الخاصة سواء أسر المعاقين، والأسر الحاضنة للأيتام، والمساعدات المالية الضمانية ويستفيد منها اليتامى، العاجزين عن العمل، ومن بلغ سن الشيخوخة، والنساء اللائي لا عائل لهن، والأسر غير المعولة وغيرها من الأسر. وكذلك هناك بعض الخدمات الخاصة بالرعاية المقدمة للأسر السعودية بالخارج. وهناك المساعدات التي تقدم على الأسر الفقيرة المنتجة لتأهيل المستفيدين من الأسر الفقيرة لكسب معيشتها ودعم مشروعاتها الإنتاجي. وتقدم المملكة خدمات الإسكان الخيري للأسر المحتاجة وإقامة وحدات سكنية بأجور رمزية، وترميم المساكن وتوفير قطع ارض مزودة بالخدمات وغيرها من الخدمات.٦٢

[٦٢] خدمات ومؤسسات رعاية الأسرة في المجتمع السعودي faculty.mu.edu.sa/download.php?fid=41231

وقد سعت السلطنة إلى تحقيق غايات التنمية الاجتماعية الخاصة بشئون الأسرة. "وكان المحور الأساس في منهج الرؤية العمانية نحو العمل الاجتماعي في الأسرة عبر مجموعة من فئات المجتمع الثمان المحسوبة كحالات ضمان اجتماعي (الأرامل والأيتام والمطلقات والشيخوخة والبنات غير متزوجات والعجزة واسر السجناء والفئات الخاصة) ممن لا يوجد معيل ملزم وقادر على الإنفاق عليهم وذلك من خلال معاشات شهرية تصرف لهم وفقا لأحكام قانون الضمان الاجتماعي الذي يتطور بتطور المتغيرات المختلفة في المجتمع وبما يحقق مزيدا من الرعاية لهذه الفئة من المجتمع". ويتم أيضا مساعدة أفراد أسر الضمان الاجتماعي لإكساب مهارات للاعتماد على الذات "في كسب العيش من خلال بعض المشروعات الحرفية والخدمية مثل مشروعات الغزل والنسيج والمواد الغذائية والسعفيات لتتحول هذه الأسر إلى أسر منتجة. ويضاف إلى ذلك مزايا أخرى تحصل عليها اسر الضمان الاجتماعي مثل تخصيص قطع أراضي سكنية وسكنية تجارية في مختلف محافظات ومناطق السلطنة ومنحة العيدين ومنحة تأدية فريضة الحج والمساعدات المالية الطارئة والإعفاء من رسوم الخدمات العامة ومنح الدراسة الجامعية للأبناء على نفقة الدولة.... وسعت مشروعات موارد الرزق لتكون رافد الأسر الضمان الاجتماعي ومن في حكمهم للارتقاء بمستوى دخل الأسرة ونبذ الاتكالية والاعتماد على النفس، تمثل ذلك في برنامج سند الذي اعتمد صندوق سند لتنمية موارد الرزق لصالح الأسر المنتفعة بالضمان الاجتماعي الراغبة في فتح مشاريع تحقق لهم الاكتفاء الذاتي، وخلال السنوات الثلاثة الماضية نهضت مجموعة من المشاريع المنفذة حتى نهاية العام الماضي وزعت على مختلف مناطق ومحافظات

السلطنة، وكان للفتيات النصيب الأكبر من في تنفيذ تلك المشاريع وبذلك تتحول الأسر الضمانية إلى أسر منتجة ضمن هدف يحقق الاستقلالية وكرامة العيش لهذا الأسر".[٦٣] وقد حرصت السلطنة على موضوع الإرشاد الأسري في مساعدة الأسر وتنمية قدراتها وتأهيلها للقيام بوظيفتها التربوية. [٦٤] وفي دولة قطر انطلقت مؤسسات أسرية مميزة مثل المجلس الأعلى لشئون الأسرة والذي قام ولازال بأنشطة أسرية متعددة منذ إنشائه. ولعل هذا المجلس يعد مركزا مميزا على مستوى الخليج لما يحمله من أهداف وغايات يحاول تحقيقها. والغايات الثمانية التي جاءت في إستراتيجية الأسرة الصادرة عن المجلس يمكن عرضها بالآتي[٦٥]:

- تأكيد الهوية العربية والإسلامية للأسرة بما يضمن الموائمة بين الأصالة والمعاصرة وتعزيز مكانتها في المجتمع.
- نشر التعليم وتعميمه داخل الأسرة والارتقاء بنوعيته ومواصلة العمل لإنهاء الأمية والقضاء عليها نهائيا.
- العناية بصحة الأسرة وتحسين مستوى الخدمات الوقائية والعلاجية المقدمة لها.
- تحسين الوضع المعيشي للأسرة وزيادة مشاركتها في التنمية والبناء الاقتصادي.

---

[٦٣] الرعاية الاجتماعية الشاملة، وزارة الأعلام،
http://www.omanet.om/arabic/social/dev3.asp?cat=sdev

[٦٤] التنمية الأسرية، وزارة التنمية الاجتماعية، سلطنة عمان، الموقع الرسمي:
http://www.mosd.gov.om/family.asp

[٦٥] الإستراتيجية العامة للأسرة في دولة قطر، الدوحة: المجلس الأعلى لشئون الأسرة، ٢٠١٠.

- ترسيخ القيم الثقافية للأسرة وحمايتها من الآثار الضارة للثقافات الأخرى.
- تنمية الطاقات العلمية والتكنولوجية للأسرة وتوفير الفرص للأسرة.
- توسيع مشاركة أفراد الأسرة في صنع القرار.
- حماية الأسرة من كل أشكال الاستغلال والعنف.

هذا بالإضافة إلى أن مركز الاستشارات الأسرية في قطر والذي يعتبر مركزا رائدا في مجال الإرشاد الأسري وقدم نجاحا باهرا طالب البعض بتعميمه. حيث يقوم "المركز بدراسة المشكلات التي تعترض الحياة الزوجية، وتحديد أسبابها، والتعاون مع الزوجين؛ للوصول إلى الحلول الناجحة لها، وتخفيف التوتر والقلق والعداوة عند الزوجين عن طريق تعريف الزوجين بالحقوق والواجبات الشرعية التي تضمن التوافق الأسري مع بيان خطورة التعسف في استعمال حق الطلاق والآثار المترتبة عليه، وتعريف الزوجين بالحقوق والواجبات التي تنشأ عن الطلاق".[٦٦]

فئات مهمشة أخرى:

ولعل من أكثر الفئات التي يفترض أن يتم التركيز عليها والتي تشكل عبئا على المجتمع الخليجي هي شريحة غير محددي الجنسية، أو ما يسمون بالبدون (بمعنى بدون جنسية). فهذه الشريحة تتفاوت من حيث وجودها في دول الخليج، وتختلف من حيث كونها تعبر عن مشكلة رئيسة

[٦٦] في رسالة دكتوراه بجامعة ماليزية: باحث عماني يطالب بتعميم تجربة قطر في رعاية الأسرة «إسلامياً». جريدة العرب، الأحد، ١٦ مايو ٢٠١٠، ٢ جمادي الآخرة ١٤٣١، عدد ٨٠٠٨.

من عدمه في أقطار المجتمع الخليجي. ولكن بدون شك فإن وجود شريحة اجتماعية داخل المجتمع تحرم من بعض المتطلبات الأساسية أو المتطلبات العامة، فإنها بكل تأكيد تشكل مشكلة جوهرية ولا بد من إيجاد حل لها. ولعل أيضا مؤسسات الرعاية الاجتماعية تكاد تخلو من التركيز على هذه الشريحة ولكن قد تتعامل معها من منطلق تقديم الرعاية الشمولية لكافة أفراد المجتمع. وعلى الرغم من ذلك، فإن هناك تهديدا عاما للأمن الاجتماعي للمجتمع لوجود مثل هذه الشريحة وبعيدة عن رعاية الدولة لها. فكما تمت الإشارة سابقا إلى ان من أهم مرتكزات الأمن الاجتماعي هو تحقيق الاستقرار، وأن الرعاية الاجتماعية تهدف في نهايتها إلى السعي نحو تحقيق الاستقرار ومن ثم تحقيق الرفاه الاجتماعي، والذي لا يتحقق إلا من خلال تكيف كافة قطاعات وشرائح وفئات المجتمع تحت عدالة اجتماعية ومنح الحقوق وتحديد الواجبات. ولذلك، فإن هناك أهمية بالغة لمعالجة مثل هذا الملف الذي بدأ يتضخم ويسبب إشكاليات اجتماعية ثقافية اقتصادية سياسية.

ففي الكويت، تعتبر مشكلة البدون من المشكلات الاجتماعية الرئيسة وذلك من خلال النظر في شريحة قد ينطبق عليها سمة الشريحة المحرومة اجتماعيا. فهي شريحة محرومة من التعليم، ومن العمل، ومن امتيازات يحصل عليها غير الكويتي أو الوافد. ولعل هذه الشريحة تزايد عددها بشكل كبير خلال السنوات الأخيرة ووصلت معدلات عالية شكلت تهديدا كبيرا على الأمن الاجتماعي والوطني داخل المجتمع الكويتي. وعلى الرغم من أن العديد من أفراد هذه الشريحة قد قامت بتعديل

أوضاعها، إلا أن العدد لا زال مرتفقا. والجدول (٣) يوضح حجم وأعداد الأفراد الذين قاموا بتعديل أوضاعهم منذ ١٩٨٦ على ٢٠١٠.

جدول (٣) يوضح أعداد الأفراد الذين عدلوا أوضاعهم حسب الجنسية من عام ١٩٨٦ – ٢٠١٠[٦٧]

الجنسية	عدد الذين عدلوا أوضاعهم
السعودية	54,170
العراقية	11504
السورية	7266
الايرانية	1805
جنسيات اخرى	6788
الاجمالي العام	81,533

أعداد الافراد الذين عدلوا اوضاعهم حسب الجنسية من 1986 الى 2010

يتضح من خلال الجدول (٣) إلى أن ما يقارب من ٨١ ألف نسمة قد قاموا بتعديل أوضاعهم منذ عام ١٩٨٦ على عام ٢٠١٠، وأكثرهم من الجنسية السعودية إذ بلغ عددهم ٥٤,١٧٠ شخص، وتلتها الجنسية العراقية والتي بلغت ١١,٥٠٤ شخص ومن ثم الجنسيتين السورية والإيرانية وجنسيات أخرى. ومن الطبيعي أن تكون الجنسيتين السعودية والعراقية هي الأكثر وذلك بحكم الموقع الجغرافي للكويت. ولعل الشريحة الأكثر التي قد قامت بتعديل أوضاعها هي شريحة ما بعد الاحتلال العراقي كما يوضحه الجدول (٤).

[٦٧] البدون.. من ٢٢٠ ألفا إلى ١٠٨ آلاف، جريدة الوطن الكويتية، ٢٤/٠٩/٢٠١١

جدول (٤) يوضح عدد الأفراد الذين تم الكشف عن جنسياتهم الأصلية وتم تعديل أوضاعهم من الفترة ١٩٨٦-٢٠١٠[٦٨]

الافراد الذين تم الكشف عن جنسياتهم الاصلية وتم تعديل اوضاعهم من فئة المقيمين بصورة غير قانونية من الفترة 1986 إلى 2010

فترة التعديل	عدد الذين كشفوا عن جنسياتهم
حتى 1990	16,618
من بعد التحرير حتى 1 يوليو 2010	64,915
الاجمالي العام	81,533

فقد كشف عن جنسيته الحقيقية بعد الاحتلال أي بعد عام ١٩٩٠ عدد ٦٤,٩١٥، في مقابل ١٦,٦١٨ شخص. وهو ما يكشف عن جهود حكومية بذلت في هذا الاتجاه، إلا أن الرقم لا زال عاليا بالمقارنة بحكم سكان الكويت وأعداد الكويتيين الذين لا يتجاوز عددهم عن مليون و٣٠٠ ألف حسب إحصاء ٢٠١١ [٦٩]. والجدول (٥) يوضح ويقارن العدد بين عامي ١٩٩٠ والعدد الفعلي المسجل عام ١٩٩٥ في الكويت والذي يعكس تأثير الاحتلال العراقي عليه.

[٦٨] المرجع نفسه.
[٦٩] المجموعة الإحصائية السنوية، الإدارة المركزية للإحصاء، ٢٠١١.

جدول (٥) يوضح مقارنة لتأثيرات الغزو العراقي على أعداد المقيمين بصورة غير قانونية[٧٠]

احصائية مقارنة لتأثيرات الغزو العراقي على اعداد المقيمين بصورة غير قانونية

العدد سنة 1990	العدد المفترض لسنة 1995 بنسب النمو	العدد الفعلي المسجل 1995	البدون الذين لم يعودوا بدون
220 ألفا	275 ألفا	121 ألفا	154 ألفا

فيكشف الجدول إلى أن عدد البدون عام ١٩٩٠، بلغ ٢٢٠ ألف نسمة، وكان مفترض أن يكون ٢٧٥ الف حسب النمو الطبيعي، إلا أن جهود الدولة قد خفضت هذا الرقم ليصل عام ١٩٩٥ على ١٢١ ألف، بحث بلغ عدد البدون الذين لم يعودا بدون ١٥٤ ألف. ووصل العدد الفعلي المسجل في عام ٢٠١٠ على ١٠٨,٠٢١ ألف كما يتضح من الجدول (٦). وهو في نسبة انخفاض حتى عن عام ١٩٩٥. وعلى الرغم من هذا الانخفاض، إلا أن العدد لا زال مرتفعا. فهي نسبة مرتفعة بالمقارنة بحجم السكان في الكويت. وهي شريحة اجتماعية لا يمكن أن يتم إهمالها ولا بد من إيجاد حلول جذرية لمواجهتها. وقد شكلت

[٧٠] البدون.. من ٢٢٠ ألفا، مرجع سابق.

الحكومة لجنة خاصة لمعالجة أوضاعهم والتي تسعى إلى إيجاد حلول مناسبة لهذه الشريحة.

جدول (٦) يوضح مقارنة لجهود الجهات الحكومية في تقليص أعداد المقيمين بصورة غير قانونية من الفترة ١٩٩٥-٢٠١٠[٧١]

احصائية مقارنة لجهود الجهات الحكومية في تقليص اعداد المقيمين بصورة غير قانونية 1995 – 2010

العدد سنة 1995	العدد المفترض 2010 حسب نسب النمو	العدد الفعلي المسجل 2010	البدون الذين لم يعودوا بدون
121,421	212,471	108,021	104,450

ولعل مشكلة البدون لا ترتبط فقط في الكويت على الرغم من أنها تعتبر مشكلة أكثر حدة، إنما تمتد لتشمل دول قطر أيضا. وهي تختلف عن الكويت في حدة المشكلة، فللبدون في قطر مجموعة من الحقوق على الرغم من عدم اعتبارهم مواطنين ولا يحملون أوراق ثبوتية. وتعاني هذه الشريحة من بعض القضايا مثل عدم إمكانية التملك والسفر بحرية، ووجود الكفيل ووجود تصريح إقامة بعدما كانت لهم في السابق بعض من المزايا المشابهة للمواطنين القطريين. وقد تكون لديهم "بعض المشاكل المرتبطة في تخليص المعاملات والعمل وفي بعض الإدارات الحكومية وقطاع الخاص يعتبرون بأنهم اقل من المقيميين". وقد تم زيادة

[٧١] البدون.. من ٢٢٠ ألفا، مرجع سابق.

الأعباء المادية عليهم، وزيادة للمبالغ التي يدفعونها لتجديد وثائق مثل "بطاقة تصريح الإقامة، وثيقة السفر، البطاقة الشخصية والصحية".[٧٢]

وتزداد مشكلة البدون حدة عن قطر في دولة الإمارات العربية المتحدة، والتي تستقطب أعدادا من البدون ومن غير محددي الجنسية ولكن هناك وعودا في حلها بشكل نهائي. لقد "تفاقمت مشكلة البدون في دولة الإمارات العربية المتحدة بعد حرب الخليج ١٩٩١ بعد نزوح العديد من بدون الكويت إلى دولة الإمارات العربية المتحدة وبرزت المشكلة إلى السطح بعد أن كان البدون في دولة الإمارات يعاملون معاملة– المواطن"[٧٣]. فهناك بعض الإشكاليات التي كانت تواجه هذه الشريحة فيما يتعلق بإصدار شهادات الميلاد والوفاة، والصعوبة التي يتلقونها في توثيق عقود الزواج والطلاق، وعدم أحقيتهم في الالتحاق بالمدارس الحكومية، ودفع بعض الأموال عند مراجعة المستشفيات الحكومية، وعدم قيام وزارات الدولة بتوظيف أبناء هذه الفئة، وعدم حصولهم "على هوية رسمية من أي جهة حكومية ترتّـــب عليه عدم تمكن أبناء هذه الفئة من تسجيل بيوتهم وسياراتهم بأسمائهم" وعدم حصولهم على جواز سفر وعدم منح رخص قيادة، وغيرها من المشكلات التي تواجههم.[٧٤] ولكن كما تمت الإشارة فهناك وعودا جادة في حلها.

---

[٧٢] البدون في قطر، موسوعة ويكيبيديا: الموسوعة الحرة.

[٧٣] أحمد البلوشي، البدون في الإمارات، جريدة الوطن، ١ أكتوبر ٢٠١٣.

[٧٤] بدون الإمارات.. مواطنون بلا هوية، swissinfo.ch (International Service of the Swiss Broadcasting Corporation)، ٥ نوفمبر ٢٠٠٦.

والبدون في المملكة العربية السعودية هي تلك الفئة التي تنتمي على مجموعة من القبائل العربية البدوية ومن الرحل الذين يعيشون على أطراف المملكة وبين "الحدود السعودية والعراقية والكويتية والسورية والأردنية وبدأت معاناتهم عند وضع الحدود السياسية بين دول المنطقة"[٧٥] وهي تلك الفئة التي تنتقل في الصحاري وراء لقمة العيش ولديها معاناة عدم استخراج رخص قيادة، ومصدر رزقهم المواشي ورعايتها، وكثير منهم لا يحمل إثباتا أو هوية، ويسكنون الخيام لتقيهم حرارة الصيف وبرودة الشتاء، ولا يستطيعون أداء مناسك الحج لعدم وجود أوراق ثبوتية، وصعوبة الزواج كذلك.[٧٦] وتسعى المملكة إلى إيجاد حلول خاصة بهذه الشريحة وقد أصدر خادم الحرمين الشريفين "**أمراً يقضي بمعالجة البدون (عديمي الجنسية) مجاناً في جميع مستشفيات المملكة العربية السعودية" وذلك في إطار تحسين أوضاعهم المعيشية.**[٧٧] **وعلى الرغم من عدم وجود إحصاء رسمي في مملكة البحرين إلا أن أعدادهم تقدر بعشرة آلاف نسمة.** "ويذكر أن مشكلة "البدون" في البحرين تتعلق خصوصا بالبحرينيين من أصل إيراني الذين يطلق عليهم "العجم" وتشمل أيضا فئات أخرى لا تملك الجنسية نتيجة للقوانين المتشددة التي اتبعتها حكومة البحرين في العقود الماضية" وقد أكد رئيس مجلس وزراء البحرين إلى أن هناك حل لمشكلة عشرة الآلاف بدون وسيتم منحهم جوازات سفر خاصة بهم وحل مشكلتهم[٧٨]. ولعل

---

[٧٥] الداخلية السعودية: حل مشكلة المرور قريبا، صحيفة المختصر الإلكترونية، ٣ يوليو ٢٠١٢.

[٧٦] جريدة الرياض، «البدون».. حياتهم معلقة حتى إشعار آخر، الثلاثاء، ٢٦ ذي الحجة ١٤٣٢ ه، ٢٢ نوفمبر ٢٠١١، العدد ١٥٨٥٦.

[٧٧] العربية Business.com. العاهل السعودي: معالجة البدون مجاناً وعقوبات قصوى لغير الملتزمين.

[٧٨] البوابة، البحرين: حل مشكلة البدون قريبا.. وإلغاء العمل بقانون الطوارئ

البحرين لديها تركيبة سكانية مختلفة نوعا ما عن بقية دول الخليج وتتميز بكثافة سكانية عالية.

مستقبل التعامل مع قطاع الرعاية الاجتماعية وفئاتها في دول مجلس التعاون:

لا بد من الإشارة وبكل شفافية ووضوح على أن مستوى الخدمات والرعاية المقدمة للشرائح الاجتماعية وللفئات الاجتماعية المهمشة داخل المجتمعات الخليجية على الرغم من تعددها وتنوعها والجهود المبذولة فيها لا تتلاءم مع الطموح ولا تتوافق أيضا مع الإمكانيات المادية والبشرية التي تمتلكها هذه الدول. فأغلب هذه المؤسسات تتبع للجهات الحكومية والتي يفترض أن يتم من خلالها تقديم الدعم المناسب وبكافة أشكاله لتنمية وبناء الإنسان، ولدمج أي من الشرائح الاجتماعية في إطار الكل والتي من الممكن أن تكون عائقا عليه. فالدعم يفترض أن يتم تقديمه لتنمية وبناء الإنسان بكافة شرائحه وفئاته حتى يكون قادرا ومسهما في عملية البناء وتحقيق التنمية المنشودة والمبتغاة. فلا تتحقق التنمية إلى من خلال تضافر الجهود واستثمار الطاقات والمادية والبشرية من أجل البناء. ولذلك، فإن هذه المجتمعات تواجه تحديا رئيسا في كيفية تطوير خدماتها وتقديم الرعاية المناسبة للفئات الاجتماعية المتعددة للتواكب مع الخدمات المناسبة والمقدمة.

وهناك مجموعة من العوائق التي تواجه هذه المجتمعات قد تكون أهمها الاعتقاد بأن بناء الإنسان والذي يعتبر اللبنة الرئيسة والقاعدة

الأساسية للتنمية من مقومات التنمية والتي تتركز في مجتمعاتنا فقط على الجانب الكمي منها والمتمثلة ببناء الطرق والمستشفيات والمدارس والبينة الأساسية للمجتمع. وهذا ما تمت الإشارة إليه في البداية. فالتركيز هنا على الأداة والآلة والبناء المادي، وإهمال بناء الإنسان وفكره وتنمية سلوكه وإطلاق قدراته من أجل البناء. فمتى ما كان هذا الشعور سائدا فإن الخدمات والرعاية المقدمة للشرائح الاجتماعية المختلفة سوف لن يكون لها حظا من الاهتمام والتركيز في ذهن المشرع وراسمي السياسة الاجتماعية. فبناء الإنسان هو الأهم وهو الأمر الغائب والتحدي الكبير الذي يواجه قطاع الرعاية في مجتمعات دول الخليج العربية. وهو الأمر الذي انعكس حتى على مستوى الخدمات المقدمة على الرغم من الإمكانيات الكبيرة المتاحة، أو ما يفترض أن تكون. فلا زالت المؤسسات تقدم خدمات تقليدية بعيدة عن التطوير ومتابعة أخر التطورات العالمية.

إن مواجهة هذه التحديات والإشكاليات تجعل من مستقبل الرعاية يواجه مشكلات من خلال النظرة الثقافية الحالية. ولذلك، وفي ظل التداعيات الداخلية وفي ظل زيادة متوقعة لأعداد المسنين وما يحتاج من تقديم رعاية مناسبة لهم، بالإضافة على عدد الأطفال في مجتمعات دول الخليج. فتواجه هذه المجتمعات معدلات نمو عالية وبخصوبة مرتفعة بالمقارنة بمجتمعات العالم الأول. وإن كان هناك توجها في انخفاض معدلات الخصوبة، إلا أنها في المستقبل القريب تعد عالية وستظل كذلك إلى أكثر من عقد أو اثنين من الزمان. وهو الأمر الذي يستدعي أن تكون هناك جهودا مميزة ومتناسبة مع أعداد هذه الزيادة وهذا الاطراد الكمي، وتقدير احتياجاتهم. وهو الأمر الذي ينطبق على ذوي الاحتياجات

الخاصة من المعاقين وضرورة دمجهم داخل المجتمع. فهناك توجهات عامة لدول الخليج في عملية الدمج لهذه الشريحة في المجتمع. وللحاق بدول العالم الأول، وما تفرضه من متطلبات أساسية وما يلحظ من عملية تطوير في أساليب الرعاية لهذه الشريحة، يدفع إلى التوقع إلى إمكانية دمج هذه الشريحة وبالتحديد في قطاعات التعليم المختلفة.

أما فيما يتعلق بشريحة كبار السن والمسنين، فإن النسبة العددية باطراد وبزيادة مستمرة نتيجة للرعاية الصحية التي غيرت وزادت من أمد الحياة للفرد في هذه الدول. فالتركيبة السكانية والهرم السكاني من الممكن أن يتغير شكله في غضون العقدين القادمين وبشكل تدريجي. فتوقعات منظمة الصحة العالمية التي تشير إلى هذا الارتفاع، سوف لن يبتعد من حيث التوقع عن دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ولا سيما إذا أدركنا أن المعدلات العمرية للوفاة بدأت بالارتفاع وأصبحت مقاربة لدول العالم الأول. وهذا يدفع بدون شك إلى التفكير جديا بالوسائل والطرق والأساليب التي يفترض أن تقوم بها الدولة في مواجهة هذه الزيادة العددية وما تخلفه هذه الزيادة من احتياجات خاصة بالمسن سواء أكانت اجتماعية، أو نفسية، أو صحية. فمستوى الرعاية يفترض أن يتلاءم ويتناسب مع هذه الزيادة العددية ولا سيما إذا أدركنا حجم هذه الشريحة المتزايد.

ولقد حققت المرأة تطورات ملحوظة في دورها وعلاقاتها الاجتماعية مع الآخرين، وانخراطها في المجتمع بشكل عام. وعلى الرغم من الاختلافات النسبية في هذا التطور في الدور والعلاقات، إلا أن

هناك توقها إلى مزيدا من التطور والاندماج المجتمعي بين المرأة والرجل. فالتقدم الذي حصل في مجال دخول المرأة للتعليم والمعدلات العالية لهذا الولوج، بالإضافة إلى دخولها ميدان العمل، فإن المتوقع من خلال السنوات القادمة أن تحصل المرأة على مزيد من هذا الاندماج ويتحقق قدر أكبر من عملية تمكينها في المجالات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، مع الاختلافات النسبية بين أقطار هذه الدول مع أخذ بعين الاعتبار التطورات الحالية في هذه الدول فيما يتعلق بوضع المرأة. فزيادة نسبة دخول المرأة على ميدان العمل والتعليم، بعدما كانت محرومة اجتماعيا من هذين المجالين لوقت قصير ينبئ بقبول الاندماج بشكل نسبي في المستقبل مع تغير في القيم والمعايير الاجتماعية التي تحول دون تحقيق هذا الاندماج. ولعل مؤسسات المرأة أو المهتمة بشئون المرأة تواجه من تحديات كبيرة لتحقيق مثل هذا الاندماج والتمكين المناسب للمرأة.

ولا شكل أن موضوع غير محددي الجنسية وهذه الشريحة الاجتماعية المهمشة قد لاقت الحكومات صعوبات متعددة من أجل معالجة أوضاعها. وقد تعقدت معالجة بعض هذه الأوضاع نتيجة لازدياد أعدادها وعدم معالجتها بالطريقة المناسبة وبالوقت المحدد. ومن المؤكد أنه ما لم تسهم الدولة في علاج هذه القضية، فإنها سوف تزداد إشكالية، وتتعقد معالجتها. وهو الأمر الذي بدا جليا في قضية بدون الكويت. ولكن هناك محاولات وقد تكون هذه المحاولات جادة على الرغم من بطئها كفيلة بالتقليص من حدة هذه المشكلة. فهناك من المؤشرات التي توضح إلى شعور راسمي السياسة بوجود هذه المشكلة وضرورة السعي لحلها. وقد

حققت بعض من هذه الدول بعض من الخطوات التنفيذية نحو المعالجة، والتي تنبئ بإيجاد الحلول المناسبة لها. وعلى الرغم من ذلك، إلا أن هذه الشريحة وفي المستقبل القريب ستظل بعيدة عن اهتمام الحكومات وبعيدة عن تحقيق رعاية مناسبة لهم. فالأعداد الموجودة على الرغم من تناقصها إلا أنها لا زالت كبيرة وغير مستثمرة في مجالات التنمية وتشكل عبئا على المجتمع، ولا تقدم لها الدولة الرعاية المناسبة في إطار الخصوصية.

ولتطوير خدمات الرعاية، ومواكبة مجتمعات دول العالم الأول، فإن هناك أهمية أن تعطى الثقة بالقطاع الخاص، وأن يدخل هذا القطاع في مجالات المساعدة والإسهام في التنمية البشرية والسعي نحو الدخول لميادين المساعدات الخاصة بالمسنين والمعاقين والأطفال. هذا بالإضافة على أن التطوع هو مفتاح مجتمعي رئيس، واستخدام الطاقات القادرة على الأداء والإسهام في البناء المجتمعي. فقطاعات الرعاية تتطلب الجهود المجتمعية وليست الرسمية والحكومية فحسب. هذا بالإضافة على أن الجهود الأهلية والخيرية على الرغم من وجودها، إلا أنها غير فعالة، وقد يعود سبب ذلك النقص في الإمكانات المتاحة، وعدم الاهتمام الرسمي بها. فهي جهود موجودة ومتزايدة ولكن تحتاج على توجيه، ومن المتوقع أن تزداد هذه الجهود نتيجة للوعي المتزايد نحو قطاعات الرعاية المتعددة.

المراجع:

- إبراهيم عبدالرحمن رجب، الإسلام والخدمة الاجتماعية، ٢٠٠٠، ص: ٩٨.

- اتفاقية حقوق الطفل، ٢٠١٠، الأمم المتحدة، التقارير الدورية الثانية للدول الأطراف المقرر تقديمها في عام ١٩٩٨: الكويت.

- اتفاقية حقوق الطفل، ٢٠١٠، الأمم المتحدة، التقارير الدورية الثانية للدول الأطراف المقرر تقديمها في عام ١٩٩٨: الكويت.

- أحمد البلوشي، البدون في الإمارات، جريدة الوطن، ١ أكتوبر ٢٠١٣.

- أحمد زكي بدوي (١٩٨٦). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية: إنجليزي، فرنسي، عربي. بيروت: مكتبة لبنان.

- الإستراتيجية العامة للأسرة في دولة قطر، الدوحة: المجلس الأعلى لشئون الأسرة، ٢٠١٠.

- أطفال الخليج: ذوي الاحتياجات الخاصة، موقع: http://www.gulfkids.com/ar/topic26-482.htm

- الأميرة عادلة بنت عبدالله بن عبدالعزيز، الكلمة الافتتاحية للمؤتمر الدولي للطفولة المبكرة، الرياض، جريدة الجزيرة: الثلاثاء ٢٨ ذو الحجة ١٤٣٣هـ - ١٣ نوفمبر ٢٠١٢م - العدد ١٤٦٥٦.

- بدون الإمارات.. مواطنون بلا هوية، swissinfo.ch (International Service of the Swiss Broadcasting Corporation)، ٥ نوفمبر ٢٠٠٦.

- البدون في قطر، موسوعة ويكيبيديا: الموسوعة الحرة.

- البدون.. من ٢٢٠ ألفا إلى ١٠٨ آلاف، جريدة الوطن الكويتية، ٢٤/٠٩/٢٠١١.

- البنك الدولي، تحسين شبكات الأمان ضروري لتحقيق منافع العولمة للفقراء في العالم،٢٠٠١،ص : ٥.

- البوابة، البحرين: حل مشكلة البدون قريبا.. وإلغاء العمل بقانون الطوارئ.

- التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع: إرساء أسس متينة من خلال الرعاية والتربية في مرحلة الطفولة المبكرة، والتي جمعها مكتب التربية الدولي لليونسكو (IBE)، منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، ٢٠٠٧.

- التنمية الأسرية، وزارة التنمية الاجتماعية، سلطنة عمان، الموقع الرسمي: http://www.mosd.gov.om/family.asp

- جاسم التمار، جريدة الوطن الكويتية، ٢٥ أكتوبر، ٢٠١٠.

- جريدة الرياض، «البدون».. حياتهم معلقة حتى إشعار آخر، الثلاثاء، ٢٦ ذي الحجة ١٤٣٢ ه، ٢٢ نوفمبر ٢٠١١، العدد ١٥٨٥٦.

- حسين بن سعيد الحارثي، مؤتمر قسم التربية والدراسات الإنسانية الأول تحت عنوان"تعليم وتأهيل ذوي الإعاقة مسؤوليَّةٌ متكاملة"، من ٣- ٤ مايو ٢٠١١.

- خدمات ومؤسسات رعاية الأسرة في المجتمع السعودي faculty.mu.edu.sa/download.php?fid=41231

- خليل عبد المقصود عبد الحميد. الخدمة الاجتماعية وحقوق الإنسان.

- الداخلية السعودية: حل مشكلة المرور قريبا، صحيفة المختصر الإلكترونية، ٣ يوليو ٢٠١٢.

- الرعاية الاجتماعية الشاملة، وزارة الأعلام، http://www.omanet.om/arabic/social/dev3.asp?cat=sdev

- الرعاية الاجتماعية، رعاية الأسرة والطفل، http://www.alamuae.com/uae/showtopics-798.html

- رعاية المسنين، المكتب التنفيذي لمكتب وزراء الصحة لدول مجلس التعاون، الموقع الرسمي، البرامج التنفيذية، http://sgh.org.sa/ar-sa

- رعاية وتأهيل المعاقين، http://www.alamuae.com/uae/print-803.html

- زدام يوسف، قوة الدولة : نحو مفهوم جديد لقوة الدولة قائم على المواطنة الصالحة، بحث منشور في الموقع الالكتروني : http://www.politics-ar.com/ar/index.php/permalink/3076.html

- سياسات اجتماعية في مجال الإعاقة وتصور جديد لمستقبل المعاقين في التنمية الوطنية، المنال، http://www.almanalmagazine.com

- صحيفة الوسط البحرينية – العدد ٤٠٩١ – الثلاثاء ١٩ نوفمبر ٢٠١٣م الموافق ١٥ محرم ١٤٣٥هـ.

- عبد الوهاب محمد الظفيري، الرعاية الاجتماعية ومستقبل دور الوقف في دول مجلس التعاون الخليجي، مرجع سابق، ص : ٣٥.

- عبدالوهاب الظفيري، الرعاية الاجتماعية ومستقبل الوقف، مرجع سابق، ص ٩٦.

- عبدالوهاب الظفيري، الرعاية الاجتماعية ومستقبل الوقف، مرجع سابق، ص ص: ٩٨-١٠٠.
- عبدالوهاب الظفيري، السياسة الاجتماعية في الكويت، الكويت: مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ص ص ١٣٢-١٥٦.

- عبدالوهاب الكيالي (١٩٩٩). موسوعة السياسة. ج٢. المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ص: ٧١٣,٠.

- عبدالوهاب محمد الظفيري، الرعاية الاجتماعية ومستقبل دور الوقف في دول مجلس التعاون الخليجي، مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية-جامعة الكويت، سلسلة الإصدارات الخاصة، ١٩، ٢٠٠٦، ص ص: ١٧-٢٥.

- عبدالوهاب محمد الظفيري، مرجع سابق، ص ص: ٢٠-٢٥.

- عثمان سراج الدين فتح الرحمن، الرعاية الاجتماعية بين الاتفاقيات والمواثيق الدولية والقوانين المحلية: دولة الإمارات العربية المتحدة نموذجاً. رؤى استراتيجية، ٢٠١٣، ص ٦٤.

- عثمان سراج الدين فتح الرحمن، الرعاية الاجتماعية بين الاتفاقيات، مرجع سابق، ص: ٦٢.

- العربية Business.com. العاهل السعودي: معالجة البدون مجاناً وعقوبات قصوى لغير الملتزمين.

- العربية نت، ٢٠١٢/١٢/٣، www.alarabiya.net

- على أحمد الطراح (١٩٩٨) . أبعاد وأزمة التنمية في المجتمع النفطي: المثال الكويتي . المجلة العربية للعلوم الإنسانية . ٦٢: ٨-٢٧.

- علي أحمد الطراح، مرجع سابق، ص ص: ١٢-١٣.

- علي الطراح، أبعاد أزمة التنمية في المجتمع النفطي : المثال الكويتي، مجلة العلوم الإنسانية، ع (١٦)، ص ص : ٨-٢٧.

- في رسالة دكتوراه بجامعة ماليزية: باحث عماني يطالب بتعميم تجربة قطر في رعاية الأسرة «إسلامياً». جريدة العرب، الأحد، ١٦ مايو ٢٠١٠، ٢ جمادي الآخرة ١٤٣١، عدد ٨٠٠٨.

- الفئات الضعيفة والمهمشة، http://www.right-to-education.org/ar/node/1416

- مارتين ايفانز و فيليب باول، و تسوتغ بينغ تشونغ، رفاه الطفل في قطر، إدارة التنمية الاجتماعية، الأمانة العامة للتخطيط التنموي، ٢٠١٠.

- المجموعة الإحصائية السنوية، الإدارة المركزية للإحصاء، ٢٠١١.

- المجموعة الإحصائية السنوية، الكويت: الإدارة المركزية للإحصاء، إدارة الإحصاء، ٢٠١١.

- محمد المبارك، نظام الإسلام، الحكم والدولة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان ١٩٧٤، ص٨٨.

- محمد حامد امبابي، بعض خدمات التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية في عهد خادم الحرمين الشريفين.

http://dc281.4shared.com/doc/SeUYE5xL/preview.html

- محمد عبدالرحمن السيد، مدى جهود واهتمام دولة قطر بالأشخاص المعاقين بما يتوافق مع برنامج العمل العالمي المتعلق بالأشخاص ذوى الإعاقة، تقرير.
http://www.riarab.org/download/research_studies/riarab_rs_020.pdf

- محمد غانم الرميحي، الخليج ليس نفطا: النفط والتنمية.

- موقع: http://www.gulfkids.com/pdf/Omn.pdf

- ميرا الكعبي، حقوق الطفل في السعودية، صحيفة الشرق المطبوعة العدد رقم (٣٥) صفحة (١٩) بتاريخ (٠٨-٠١-٢٠١٢).

- النشرة الإحصائية، قطاع شئون المعلومات، إدارة الإحصاء، الرياض: مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الأمانة العامة. العدد العشرون،٢٠١٢م.

- النشرة الإحصائية، قطاع شئون المعلومات، إدارة الإحصاء، الرياض: مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الأمانة العامة. العدد العشرون، ٢٠١٢م.

- النشرة الإحصائية، قطاع شئون المعلومات، مرجع سابق، ص : ٥٨.

- النشرة الإحصائية، قطاع شئون المعلومات، مرجع سابق، ص: ٣٩.

- وفاء العرادي، تأثير التحولات في المنطقة العربية على منطقة الخليج العربي، التأثيرات والتداعيات، مؤتمر العلوم السياسية الأول: التحديات والتحولات أمام دولة الكويت ومنطقة الخليج العربي في العقد الحالي ٢٠١٣-٢٠٢٠م.

- وكالة الأنباء البحرينية.

- وكالة الأنباء البحرينية، تقرير حول مشاركة مملكة البحرين في اجتماع لجنة حقوق الطفل في الدورة السابعة والخمسين، ٢٠١١.

- وكالة الأنباء البحرينية، تقرير حول مشاركة مملكة البحرين في اجتماع لجنة حقوق الطفل في الدورة السابعة والخمسين.

- وكالة الأنباء العمانية، تقرير وزارة التنمية الاجتماعية، ٢٠١٠.

- وكالة الأنباء الكويتية، كونا، ١٢ مارس ٢٠١٣.

- يعقوب يوسف الكندري، التغير والحداثة : الأسرة الكويتية أنموذجاً، القاهرة : المكتب الجامعي الحديث،٢٠١٠م.

- يعقوب يوسف الكندري، الدعم الاجتماعي وعلاقته ببعض الأعراض الصحية لدى المسنين الذين يتلقون الرعاية المنزلية بالكويت. مؤتمر: "الرعاية المتكاملة للمسنين: رسالة – علم – أخلاق". المنعقد في مركز جامعة القاهرة لرعاية المسنين خلال الفترة ٤-٥ مارس ٢٠٠٩، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٩.

* * *

الدراسة الثانية

أوضاع
الرعاية الاجتماعية وسبل التطوير
في دول مجلس التعاون الخليجي: الكويت نموذجاً

إعداد
الدكتور فيصل حمد المناور
عضو الهيئة العلمية في المعهد العربي للتخطيط

أوضاع
الرعاية الاجتماعية وسبل التطوير
في دول مجلس التعاون الخليجي: الكويت نموذجاً

إعداد
الدكتور فيصل حمد المناور
عضو الهيئة العلمية في المعهد العربي للتخطيط

أولاً: المقدمة:

في أواسط القرن الماضي، وقبل اكتشاف النفط في منطقة الخليج العربي، واستغلاله على نطاق اقتصادي كبير، وما صاحب تدفق عائداته من تغيرات وتحولات اقتصادية واجتماعية هائلة شملت مختلف جوانب الحياة، وعرفت المجتمعات الخليجية أنماطاً متعددة من الرعاية الاجتماعية، شكلتها مجموعة الأعراف الاجتماعية، والقيم التي سادت بين أفراد هذه المجتمعات، كالتعاون والتكافل والتضامن والتآزر والنجدة وما إلى ذلك من قيم وأعراف استقرت في الوجدان لعقود طويلة، وشكلت أسس الرعاية الاجتماعية وركائزها في تلك الحقبة.

ولم تقتصر آليات الرعاية الاجتماعية في منطقة الخليج العربي آنذاك على الجهود الفردية والمؤسسات التقليدية كالأسرة والعشيرة والقبيلة، بل عرفت المجتمعات الخليجية في تلك الأثناء أنماطاً مؤسسية عديدة من الرعاية الاجتماعية، تكونت بفعل تعاليم الإسلام وقواعده؛ فنشأت مؤسسات الزكاة، ومؤسسات الوقف الإسلامي، ومارست أدواراً فاعلة في دعم مختلف جوانب الحياة.

ثم كان من تراجع دور المؤسسات التقليدية في المجتمع في مقابل المؤسسات الرسمية الحديثة التي نشأت في ظل الوفرة المالية الناجمة عن عوائد النفط، وتغيرت على نحو سريع أنماط الرعاية الاجتماعية في المرحلة المعاصرة، حيث باشرت دول الخليج بتنفيذ مجموعة واسعة من سياسات الرفاه الاجتماعي التي جعلت غايتها تحقيق الحد الأقصى من الرعاية الاجتماعية لمختلف فئات وشرائح المجتمع، ومساعدتهم لمواجهة متطلبات الحياة وتحسين مستواهم المعيشي.

وخلال سنوات معدودة تمكنت دول الخليج من تحقيق قفزة مميزة في مسيرة الرفاه الاجتماعي، وحظي المواطن الخليجي في ظل هذه السياسات برعاية شمولية حققت له نوع من الأمان الاجتماعي الذي يضمن له الاستقرار الأسري والمجتمعي، واتسع دور المؤسسات الحكومية وأسهمت إلى حد بعيد في توفير مختلف أصناف وأنواع "الخدمات الاجتماعية، والصحية، والتعليمية، والسكنية، وغيرها"، وذلك بدعم قد يكون شبه كامل من الدول، ودون مشاركة حقيقية من جانب مواطنيها.

وعلى صعيد دولة الكويت فقد نص دستور الدولة بشكل واضح على تعزيز وضمان الرعاية الاجتماعية لمختلف الشرائح والفئات من المواطنين، وذلك بهدف بناء دولة الرفاه انسجاماً مع ما ورد في الدستور من مباديء ونصوص تهدف لتحقيق ذلك. كما أن هذه المبادىء والنصوص الدستورية ضمنت الوصول إلى مستويات متقدمة من الرعاية المادية والاجتماعية وتحسين نوعية الحياة للمواطنين، والتي تكفل في إطارها أسس ومكونات الانصهار والتماسك الاجتماعي للدولة.

هذا وقد تطورت برامج الرعاية الاجتماعية بتطور المجتمع الكويتي اقتصادياً واجتماعياً، وتأسست مجموعة من الكيانات الوظيفية المستقلة التي تعُنى بتنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية في الدولة، وتوفر هذه الكيانات المؤسسات الاجتماعية برامج وآليات للمواطنين بهدف الوصول إلى مستويات معيشية متقدمة، وتحسين نوعية الحياة لهم.

وبالنظر كذلك للحالة الكويتية يمكن أن نلاحظ أن هناك تطوراً ملحوظاً في حجم الإنفاق والتكلفة الاقتصادية المخصصة للبرامج المتعلقة بالرعاية الاجتماعية، ويرجع ذلك لتطور تلك البرامج وفقاً لعدد من المؤشرات المتعارف عليها، وذلك بهدف حماية ووقاية المجتمع من العوز والحرمان والفقر، وقد انعكس هذا الإنفاق على واقع المستوى المعيشي للأسر الكويتية، ومن ثم أفرز مجموعة من المظاهر السلبية التي ترتبت على اتباع الدولة لنهج دولة الرفاه.

ثانياً: المشكلة البحثية:

على الرغم مما وفرته تلك السياسات (الرعاية الاجتماعية) للمواطنين من خدمات وتوسع في برامج الرفاه الاجتماعي، فإنها أفرزت الكثير من المشكلات على المستويين القومي والفردي؛ فقد خلفت سياسات الرفاه أنماطاً عديدة من الاعتماد الكامل على ما توفره الدولة من خدمات ورعاية، وتقلص إلى حد كبير إسهام العمالة الوطنية في قوى الإنتاج وهيكله، وتفشت ظواهر كالبطالة المقنعة، والتقاعد المبكر، والاعتماد الكبير على العمالة غير الوطنية (الوافدة) في إدارة مؤسسات الدولة وتشغيلها.

أما على المستوى القومي تضخمت الاعتمادات المالية المخصصة لتمويل المشاريع والبرامج الاجتماعية، وأثقلت بنود الرواتب الموازنات الحكومية، وبرزت بذلك الحاجة إلى ايجاد دور جديد للدولة يتجسد في توجيه الحياة الاقتصادية والاجتماعية، وتعديل هياكل المجتمع الإدارية والتنظيمية، ورفع معدلات الإنتاجية وترشيد استخدام الموارد البشرية.

وبذلك يمكن للباحث تجسيد المشكلة البحثية في التساؤل الرئيسي التالي: ما مدى كفاءة برامج الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخيليجي بشكل عام وفي دولة الكويت بشكل خاص في تحقيق الحماية الاجتماعية لتلك المجتمعات؟

ثالثاً: أهمية وأهداف الدراسة:

يتناول هذا الجزء من الإطار العام تحديد أهمية وأهداف الدراسة، وذلك على النحو التالي:

(أ) الأهمية العلمية:

١- تحليل مفهوم الرعاية الاجتماعية، وآلياته، ومكوناته، والنظم والبرامج التي يقوم عليها.

٢- تعتبر الرعاية الاجتماعية بنظمها وبرامجها من أهم الضمانات والآليات التي تحقق الأمان الاجتماعي، والتي تعتبر أيضاً من أهم المؤسسات التي تضمن حياة كريمة للمواطن، الأمر الذي يتوافق مع ضرورة دراسة المفهوم والحالة المطروحة لمعرفة كيفية التعامل مع مختلف الجوانب المتعلقة بذلك الشأن.

(ب) الأهمية العملية:

١- التعرف على أهمية الدور الاجتماعي للدولة خاصة في دول مجلس التعاون الخليجي، على اختلاف ظروفها الاقتصادية والاجتماعية، وتنوع هيكلها وأنظمتها.
٢- رغم الجهود المبذولة من أجل بناء وتوسيع نطاق التغطية لبرامج الرعاية الاجتماعية فما يزال هناك جهداً كبيراً منتظراً بصورة ضرورية لتحقيق كفاءتها وفعاليتها.
٣- أن هدف برامج الرعاية الاجتماعية على المدى البعيد الانتقال لنظام وبرامج أكثر كفاءة.
٤- أن هذا النوع من الدراسات يمكن أن يساهم في تدعيم سياسات الرعاية الاجتماعية القائمة على أساس التمكين الاجتماعي والاقتصادي للفئات المستهدفة.
٥- تقديم مجموعة من التوصيات التي من شأنها أن تساعد على معالجة الاختلالات التي تعاني منها نظم وبرامج بعض عناصر الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، والمؤثرة على مستوى الأداء.

(ج) أهداف الدراسة:

١- دراسة وتحليل سمات وخصائص الرعاية الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخيجي والتحديات التي تواجهها.

٢- دراسة وتحليل واقع الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت.
٣- التوصل إلى مجموعة من المقترحات التي قد تسهم في تحسبن كفاءة برامج الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت.

رابعاً: منهجية الدراسة:

انطلاقاً من أن المنهج يتحدد طبقاً لطبيعة الموضوع وهدفه، فإن المنهج الذي يستقيم مع موضوع الدراسة هو منهج دراسة الحالة (Case Study)، والذي يُعنى بدراسة وحدة واحدة دراسة متعمقة مستفيضة، بغية الوصول إلى فهم أعمق لها، وعمل نوع من التعميمات بالنسبة للوحدة المدروسة، ويقوم أسلوب أو منهج دراسة الحالة على التعمق، وعدم الاكتفاء بالوصف الخارجي أو الظاهري للموقف أو الظاهرة.

خامساً: هيكل ومحتوى الدراسة

تنقسم هذه الدراسة إلى ست أقسام، وذلك على النحو التالي:

١- **الإطار العام للدراسة:** يُعنى هذا القسم من الدراسة بتقديم نبذه تايخية حول أوضاع الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي بشكل عام، وفي دولة الكويت على وجه الخصوص، بالإضافة إلى تحديد أهمية وأهداف الدراسة، والمنهجية المستخدمة، والمشكلة البحثية، وتحديد هيكل ومحتوى الدراسة.

٢- **أسس ومفاهيم الرعاية الاجتماعية:** يستعرض هذا الجزء من الدراسة تأصيل لأهم المفاهيم المفسرة للرعاية الاجتماعية، مع السعي لتقديم تعريف إجرائي لمفهوم الرعاية الاجتماعية يتناسب مع حالة دول مجلس التعاون الخليجي بشكل عام، والحالة الكويتية على وجه الخصوص.

٣- **سمات الرعاية الاجتماعية وخصائصها في دول مجلس التعاون الخليجي والتحديات التي تواجهها:** يتناول هذا الجزء من الدراسة تحديد أبرز سمات الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي، والتي نشأت ضمن سياق فكري وثقافي واجتماعي خاص، في ظل الوفرة الناتجة عن الاقتصاد الريعي النفطي المرتفع، هذا بالإضافة إلى مناقشة أبرز التحديات التي تواجه مسيرة الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي، والتي تحتم -نتيجة تعدد المشكلات- إعادة التفكير في هيكلة دور الدولة والعمل على تعديل هياكل المجتمع الإدارية والتنظيمية، وغيرها من قطاعات.

٤- **الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت- تحليل الوضع الراهن:** يقدم الباحث في هذا الجزء من الدراسة تحليلاً لأوضاع الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، وذلك من خلال تسليط الضوء على الفئات والشرائح المستفيدة، وكذلك أهم القطاعات والأنشطة والبرامج المتصلة بالرعاية الاجتماعية، كما يتناول هذا الجزء تحليلاً نقدياً لسياسات الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت القائمة، وإبراز أهم المعوقات التي تعترضها.

٥- **نموذج مقترح لتفعيل دور الرعاية الاجتماعية في تحقيق الحماية الاجتماعية من العوز والحاجة:** يعنى هذا الجزء من الدراسة بتقديم نموذج لتفعيل دور الرعاية الاجتماعية في تحقيق الحماية الاجتماعية من العوز والحاجة، وذلك بتأسيس مجلس أعلى للرعاية الاجتماعية يختص بالإشراف على قطاعات الرعاية الاجتماعية في أي دولة من دول مجلس التعاون الخليجي، وهو معني برسم وصياغة سياسات الرعاية الاجتماعية، والإشراف على عملية تنفيذها كما سيتناول الباحث هذا القسم الهيكل التنظيمي المقترح للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية، ومكوناتها الأساسية، ومن ثم يقدم مجموعة من البرامج والمشروعات والنظم المقترحة القابلة للتنفيذ، والتي تشكل في مجملها مظلة يمكن الإستناد عليها في مجال الحماية والرعاية الاجتماعية.

٦- **الخاتمة – النتائج والتوصيات:** يقدم الباحث في هذا القسم من الدراسة مجموعة من المسارات الاستراتيجية لاستحداث نهجٍ جديد في عملية إدارة قطاعات الرعاية الاجتماعية وفقاً لمتطلبات ومتغيرات العصر الحديث القائمة على مفاهيم التمكين، والتطوير، والتحسين المستمر، والإستدامة.

(٢) أسس ومفاهيم الرعاية الاجتماعية

أسس ومفاهيم الرعاية الاجتماعية:

أولاً: مراجعة تاريخية لتطور مفهوم الرعاية الاجتماعية:

يمكننا القول إن المحاولات الأولى لتعريف الرعاية الاجتماعية Social Welfare بوصفها مفهوماً ووظيفة بدأت في أوروبا في منتصف القرن الثامن عشر الميلادي، إبان الثورة الصناعية الكبرى، وما صاحب ظهورها من تغيرات اقتصادية واجتماعية شملت مختلف مناحي الحياة.

ولعل من أبرز تلك التغيرات ذلك التراجع الملحوظ في أدوار المؤسسات التقليدية كالأسرة والعشيرة، التي عملت لعقود طويلة من الزمان على توفير الأمن والحماية للأفراد والمجتمعات، وفي مقابل ذلك تنامى دور المؤسسات والكيانات الصناعية الحديثة التي تجاهلت حقوق الفئات الضعيفة في الحياة، ولم تأبه إلا للقادر على العمل والإنتاج، فإذا ما عجز عن أداء هذا الدور لمرض أو لهرم أو إعاقة لفظته الآلة وتجاهلت أدنى حقوقه التي عليها الوفاء بها، الأمر الذي أحدث خللاً ملحوظاً في آليات التكافل الاجتماعي التي كانت سائدة قبل تلك الثورة.

ونتيجة لتلك الأوضاع بدأت في الظهور الكثير من الآراء التي تنادي بضرورة مساعدة الفقراء، ورعاية الفئات الضعيفة في المجتمع، والعمل على إيجاد آليات جديدة للرعاية تكون بديلة عن المؤسسات

التقليدية التي فقدت الكثير من وظائفها. وتضاربت الآراء حول برامج مساعدة الفقراء؛ فمنها ما هو مؤيد ويدفع في اتجاه تطبيقها، وآراء أخرى كانت تعارض قيام الحكومات بتقديم تلك الخدمات بدعوى أنها ستكون سبباً في زيادة أعداد الفقراء وتشجيعهم على الكسل وضعف المشاركة في قوى الإنتاج، وقد وصل الحد في هذا الاتجاه إلى مطالبة الحكومات بعدم التدخل للإبقاء على حياة الفئات الضعيفة والفقيرة في المجتمع. وفي تلك الأثناء كان لكتابات آدم سميث Adam Smith، ومالتس Malts وغيرهما أثر كبير في تكوين تلك الاتجاهات المتضاربة حول إنشاء وتشغيل برامج خاصة بمساعدة الفئات الفقيرة في المجتمع.

ثم ما لبثت أن ظهرت على نطاق واسع كثير من الآثار السلبية للثورة الصناعية؛ فنمت البطالة وارتفعت معدلات الفقر وبات على الحكومات الغربية أن تسعى إلى التخفيف من حدة تلك الآثار، والإسهام على نحو جاد في رعاية مختلف الفئات المتضررة. وظهرت آراء جون كينز John Keynes وغيره مطالبة الحكومات بالتوسع في الإنفاق على برامج الرعاية الاجتماعية للحد من تأثيرات البطالة على كثير من فئات المجتمع.

ونشأ في ظل هذه التطورات مفهوم الرعاية الاجتماعية Social Welfare متأثراً إلى حد كبير بالنظم الاقتصادية والسياسية والأوضاع الاجتماعية والأطر الفكرية السائدة في المجتمعات الغربية منذ الثورة الصناعية وعلى مدى مراحل تطورها، كما نشأت أيضاً كثير من مظاهر التعددية في طرح هذا المفهوم وتناوله.

فمفهوم الرعاية الاجتماعية في المجتمعات التي قطعت شوطاً كبيراً في مسيرة التقدم والتنمية يختلف من حيث الفلسفة والخصائص والأساليب عن مفهومها لدى المجتمعات النامية، ويختلف كلاهما عن أنماط تلك الرعاية في المجتمعات الفقيرة أو التي ما زالت في طور النمو.

ويرى كثير من المختصين أنه قد ساد في المجتمعات قديماً مفهومان للرعاية الاجتماعية؛ يرى أحدهما أن الرعاية الاجتماعية مساعدات تقدم لفئات معينة من خلال مؤسسات لا ينبغي أن تنشأ إلا عندما تفشل الأسرة عن إشباع حاجات أفرادها، فهي طارئة ومؤقتة وينظر ليها نظرة البر والإحسان والصدقة، وإن كان هذا المفهوم قد انتشر مع التطورات الحضارية الحديثة. في حين يشير المفهوم الثاني إلى الرعاية الاجتماعية بوصفها نظاماً اجتماعياً ينشأ لمساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات لتحقيق مستويات ملائمة للمعيشة، وهذه الخدمات تستهدف العلاقات الشخصية والاجتماعية التي تسمح للأفراد بتنمية أقصى قدراتهم وتحقيق تقدمهم وتحسين مستوى حياتهم بحيث تتوافق وتتلاءم مع حاجات المجتمع.

إننا وإن كنا نختلف إلى حد ما مع الاتجاه الذي يكتفي بتصنيف مفهوم الرعاية الاجتماعية على أساس أنها دائمة أو مؤقتة على الرغم من أهميته، فذلك لاعتقادنا بأن هذا المفهوم قد حظي باجتهادات واسعة ومحاولات عديدة يصبح معها من الصعوبة بمكان أن ينحصر التعريف في مجرد التأقيت أو الديمومة. فقد تباينت على نحو ملحوظ تعريفات الرعاية الاجتماعية من حيث الجهة المعنية بتقديمها، فنظر كثير من

الآراء في مفهوم الرعاية الاجتماعية بوصفها جهوداً حكومية محضة تختص بتقديمها الحكومات، وتستفيد منها الفئات الضعيفة في المجتمع، والبعض الآخر اعتبرها مسئولية مشتركة بين الجهتين الرسمية والأهلية، وآخرون يرونها مسئولية جماعية تتكامل فيها أدوار مختلف المؤسسات الرسمية والأهلية والتطوعية، وتختلف من حيث الإمكانات المتاحة لكل طرف.

(أ) الرعاية الاجتماعية مسئولية حكومية:

تعددت الاجتهادات التي ترى بالمسئولية الحكومية للرعاية الاجتماعية. منها تعريف روبرت باركر (Robert L. Barker) للرعاية الاجتماعية بأنها "نظام قومي للدولة يشتمل على البرامج والمساعدات والخدمات، التي تساعد الناس على إشباع حاجاتهم التي تعد أساسية للحفاظ على كيان المجتمع، وتحقيق الخير أو الرفاهية لأفراده".

ويتفق جلبر (Galper) مع التوجه القاضي بأن الرعاية الاجتماعية مسئولية حكومية؛ فقد أقام مفهومه العام للرعاية الاجتماعية على أنها مجموع الوظائف الحكومية التي تستهدف تأمين الخير العام للحياة الإنسانية. ويتفق هارولد ولنسكي (Harold L. Wilensky) مع الآراء المؤيدة للمسؤولية الحكومية عن برامج الرعاية الاجتماعية، فحدد أنها مجموعة "البرامج والهيئات والمؤسسات الاجتماعية ذات

التنظيم الرسمي التي تعمل على إيجاد أو تنمية وتطوير الظروف الاقتصادية والصحية والكفاءات الخاصة لكل السكان أو جزء منهم في المجتمع".

(ب) الرعاية الاجتماعية مسئولية أهلية:

هناك طائفة أخرى من التعريفات ترى الرعاية الاجتماعية تدفع بمسئولية مشتركة بين القطاع الحكومي والقطاع الأهلي، ومن التعاريف التي تتبنى وجهة النظر هذا التعريف الذي ذكره رونالد فردريكو (Ronaldo C. Fredrico) للرعاية الاجتماعية بأنها "مجموعة الجهود الحكومية والأهلية لتخفيف حدة الفقر، أو لتخفيف آلام الناس الذين هم في حاجة إلى مساعدة، وغير القادرين على إشباع حاجاتهم الأساسية بواسطة أسرهم وسوق العمل".

وفي هذا الإطار طرحت (هيئة الأمم المتحدة) تعريفاً مهماً يقوم على مبدأ التعاون، فعرفت الرعاية الاجتماعية بأنها النشاط المنظم الذي يهدف على إحداث التكيف الناضج بين الأفراد وبين بيئتهم الاجتماعية، ويتحقق هذا الهدف عن طريق استخدام الأساليب والوسائل التي تصمم من أجل تمكين الأفراد والجماعات والمجتمعات من مقابلة احتياجاتهم وحل مشكلاتهم، وعن طريق العمل المتعاون لتطوير الظروف الاقتصادية والاجتماعية وتنميتها.

(ج) الرعاية الاجتماعية مسئولية المؤسسات الرسمية والأهلية والتطوعية:

وتبنت مجموعة أخرى من الآراء تعريفات للرعاية الاجتماعية أكثر شمولاً، فلم تقتصر المسئولية فيها على المؤسسات الرسمية والأهلية فحسب بل أوجدت للمنظمات التطوعية دوراً ملحوظاً؛ منها تعريف "جوزيف هيفرنان وزملائه" بأنها "تشير إلى المدى العريض من الأنشطة المنظمة التي تقوم بها المؤسسات الحكومية والأهلية والتطوعية، والتي تهدف إلى الوقاية من المشكلات الاجتماعية المدركة أو التخفيف منها أو حلها. وتهدف أيضاً إلى تحسين الخير أو الرفاهية للأفراد والجماعات والمجتمعات".

كما يعرف الفريد لاندر (Walter A. Fried Lander) الرعاية الاجتماعية بأنها "ذلك النسق المنظم للخدمات الاجتماعية والمنظمات المصممة بهدف تزويد الأفراد والجماعات بالمساعدات التي تهدف إلى تحقيق مستويات مناسبة للصحة والمعيشة، ولدعم العلاقات الاجتماعية والصحية بينهم، بما يمكنهم من تنمية قدراتهم الكاملة وتطوير مستوى حياتهم بانسجام وتناسق مع حاجاتهم ومجتمعاتهم".

ويرى ماكس سيبورين (Max Siporin) أن الرعاية الاجتماعية تمثل نظاماً مركباً من النظم الاجتماعية، وهو يتضمن إطاراً واسعاً من المهن والأعمال التي تهتم بمساعدة الناس، كذلك تتضمن مختلف أنواع الخدمات Services الموجهة لمقابلة الحاجات.

وتهدف الرعاية الاجتماعية إلى تحسين مستوى معيشة الناس وتأمينها، وإلى تحسين الأداء الاجتماعي Social Functioning لكل أفراد المجتمع لأنها أداة رئيسية للوصول إلى الاستقرار الاجتماعي ولإحداث التغيير الاجتماعي وتدعيم الضبط الاجتماعي وتقويته أيضاً Social Order من أجل رفاهية الناس في المجتمع.
ونخلص من تصنيف مفاهيم الرعاية الاجتماعية على أساس المسئولية، إلى مجموعة من النتائج، أبرزها أن الرعاية الاجتماعية مسئولية حكومي بالأساس، وتقع على الحكومات أعباء التخطيط المنظم لها، وإنشاء برامجها، وتوفير الموارد المالية اللازمة لتمويل مشاريعها، كما تتحمل الأجهزة الرسمية بالدولة كذلك مسئولية تنظيم مشاركة المؤسسات المجتمعية الأخرى في الجهود المبذولة في هذا المجال.

وفي الاتجاه المقابل تقودنا النتائج أيضاً إلى أن أدوار ومساهمات المؤسسات الأهلية تتمثل في مؤسسات القطاع الخاص الهادف للربح في جهود الرعاية الاجتماعية، كما ينبغي ألا تتوقف عند حدود المساهمات الرمزية فحسب، بل يتعين على تلك المؤسسات بذل جهود ملموسة في دعم الجهود التي تبذلها الحكومات لتنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية، وأن تسعى إلى تحمل نصيب أكبر في هذا المجال.

وتبرز في هذا الصدد أهمية الدور الذي يمكن أن تمارسه المؤسسات التطوعية في مجال الرعاية الاجتماعية. فأغلب

التنظيمات التي تندرج في إطار المؤسسات التطوعية كمؤسسات الزكاة، ومؤسسات الوقف، والجمعيات التعاونية، وغيرها، تمتلك موارد مالية وخبرات ميدانية، ومرجعية تاريخية تؤهلها لممارسة هذا الدور على نحو فاعل ومؤثر، كما أن التنظيمات التطوعية الأخرى التي لا تمتلك القدر نفسه من الموارد كجمعيات النفع العام والنقابات العمالة وغيرها، ويمكن إذا ما أحسن استغلالها، أن تقدم إسهامات مميزة في سبيل تعزيز الجهود المبذولة في مجال الرعاية الاجتماعية.

(د) الرعاية الاجتماعية على أساس طبيعة الرعاية وخصائصها:

نلاحظ من خلال المحاولات الكثيرة والتعريفات المتعددة التي سعت إلى الإحاطة بمفهوم الرعاية الاجتماعية، أنها عنيت بوصف وتحديد طبيعة الرعاية الاجتماعية ذاتها، وخصائصها، وآليات وأساليب تقديمها. فالكثير من تلك الاجتهادات رأت أن الرعاية الاجتماعية تعني في مفهومها العام مجموعة البرامج والمساعدات التي تستهدف فئات محددة من المجتمع، وأخرى تراها في الخدمة الاجتماعية التي تقدم بصورة مباشرة لمقابلة احتياجات المجتمع، وما إلى ذلك من آراء استهدفت تحديد أبعاد سياسات الرعاية الاجتماعية وأساليب عملها. وعلى هذا الأساس فإنه يمكننا القول أن الرعاية الاجتماعية وفقاً لتلك الاتجاهات والآراء تعني الآتي:

- البرامج والمساعدات والخدمات، وجميع أساليب التدخل الاجتماعي.
- الجهود المبذولة لتقوية النظم الاجتماعية وتدعيمها وإعادة صياغتها وتحسين دور النظام الاجتماعي.
- الخدمات الاجتماعية التي توجه نحو فئات معينة من الأفراد أو الجماعات لمقابلة الحاجات.
- تنمية الظروف الاقتصادية والصحية والكفاءات الخاصة وتطويرها لكل السكان أو جزء منهم في المجتمع.
- الأساليب والوسائل التي تصمم من أجل تمكين الأفراد والجماعات والمجتمعات من مقابلة احتياجاتهم وحل مشكلاتهم.
- العمل المتعاون لتطوير الظروف الاقتصادية والاجتماعية وتنميتها.
- النظم الاجتماعية القائمة لتحقيق أقصى تكيف مع البيئة الاجتماعية.
- تنمية الموارد البشرية وتحسين مستوى الحياة.

مما لا شك فيه أن الاجتهادات المتعاقبة للإحاطة بمفهوم الرعاية الاجتماعية قد أسهمت إلى حد كبير في بلورة هذا المفهوم وتحديده على نحو دقيق. ويمكننا القول أن الرعاية الاجتماعية من حيث علاقتها بالمفاهيم المرادفة تحتل المجال الوسط بين مفهوم السياسة الاجتماعية، ومفهوم الخدمة الاجتماعية. فإن كانت السياسة الاجتماعية تعني المذهبية الفكرية والإطار الأشمل لرعاية المجتمعات، وإن كانت الخدمة الاجتماعية تعنى بالجوانب المهنية

في تنفيذ تلك السياسات، يصبح من القبول القول بأن الرعاية الاجتماعية (بما يتناسب مع حالة دول مجلس التعاون الخليجي) هي:

"نسق متكامل من الخدمات والأنشطة والبرامج الدائمة وغير الدائمة، التي تنشئها الحكومات، وتشارك فيها جميع مؤسسات المجتمع الأهلية والتطوعية والخيرية في إطار النظم الاجتماعية القائمة لإشباع حاجات الأفراد، وتحسين مستوى معيشتهم، وتحقيق الاستقرار الاجتماعي، وتعزيز قيم التكافل بين مختلف فئات المجتمع".

ثانياً: خصائص الرعاية الاجتماعية وسماتها:

لقد بينت الاجتهادات الكثيرة في تعريف الرعاية الاجتماعية، وبخاصة التعريف الإجرائي الذي خلصنا إليه أعلاه، أن للرعاية الاجتماعية كثيراً من الخصائص والسمات العامة التي تشكل في مجملها الإطار الفلسفي الذي تنطلق منه برامج الرعاية وآليات وأساليب تقديمها. ومن تلك الخصائص والسمات ما يشير إلى أن الرعاية الاجتماعية تعني أنها:

١. **جهود منظمة وموجهة:** ويقصد بها أن الجهود المبذولة لتحقيق مستويات مناسبة من الرعاية الاجتماعية يجب أن تطلق على أسس من البناء المؤسسي الحكومي المنظم، وأن

تقدم تلك البرامج بواسطة كيانات اجتماعية يتم إنشاؤها وفق الاحتياجات المرحلية للمجتمع.

٢. **المشاركة والمساهمة الحكومية والأهلية:** فمسئولية حماية المجتمع ليست مسئولية حكومية بحتة تدفع بالأفراد والجماعات إلى استنزاف موازنات الدولة وزرع روح الاتكالية والاعتماد على الجهاز الحكومي فقط، وعزل الجهود الأهلية عن مساعدة باقي أفراد المجتمع، بل هي مسئولية جماعية يسهم فيها المجتمع كما هي الدولة، فإذا عجز الدور الأهلي وجب التدخل الرسمي. وهذا له إيجابياته في فهم المجتمع لمشكلاته بصورة أكبر، وترابط أفراده، وقدرته على المحاسبة والتدخل في صنع البرامج التي تناسبه، وزرع روح الجدية والمواجهة، والاعتماد على النفس وصيانتها من التذبذب والدونية.

٣. **الوقائية والعلاجية:** إن فلسفة برامج الرعاية الاجتماعية تقوم على محورين رئيسيين، أولهما وقاية المجتمع من المشكلات الاجتماعية، ويقوم الثاني على مساعدة الفئات المتضررة حتى تستعيد قدرتها على الاعتماد الكامل على أنفسها.

٤. **الشمول وتنوع المجالات:** يجب ألا تقتصر الرعاية الاجتماعية على مجال محدد دون غيره من المجالات الأخرى. فالمجالات التي يتوجب على الرعاية الاجتماعية احتوائها كثيرة ومتعددة في التعليم، والصحة، والإسكان، والتأمينات، وغيرها، وهي

تتعدد وتتنوع لكي تتمكن من مقابلة مختلف الاحتياجات. كما لا يقتصر الشمول في برامج الرعاية الاجتماعية على مقابلة الاحتياجات المتنوعة فحسب، بل يتعداها إلى العناية بمختلف شرائح المجتمع وفئاته.

٥. **القابلية للقياس والمراجعة والتقويم:** فبرامج الرعاية الاجتماعية تتطلب وجود أسلوب ومنهجية لتحقيق أهدافها، ونمط علمي لقياس مدى التقدم أو القصور في الأساليب المتبعة.

٦. **الإطار الثقافي والفكري للمجتمع:** فبرامج الرعاية الاجتماعية يجب أن تأتي متسقة مع الإطار الفكري والثقافي للمجتمع الذي تمارس فيه، ويؤدي هذا الاتساق إلى تبني صيغ مقبولة ونابعة من المجتمع نفسه، تتفاعل معه وتتعاطى مع احتياجاته، وتمارس في حدود إطار المجتمع الذي تخلق فيه.

٧. **الخيرية وعدم استهداف الربح:** إن من المسلم به أن الخدمات والأنشطة والبرامج التي تنشئها الحكومات في إطار برامج الرعاية الاجتماعية لإشباع حاجات الأفراد، وتحسين مستوى معيشتهم ينبغي أن تظل غير ربحية، وأن تتسم بصفات كالخيرية والمجانية، ولا تسعى الحكومات إلى استثمارها في جني الأرباح، فالغاية المرجوة منها تنمية قدرات الفئات الضعيفة في المجتمع وليس زيادة الأعباء الملقاة على عاتق تلك الفئات.

ثالثاً: أهداف الرعاية الاجتماعية:

تقوم الرعاية الاجتماعية على العديد من الأهداف الرئيسية تشكل فلسفتها وغاياتها الإستراتيجية، وهي:

- تحسين المستويات المعيشية للأفراد والجماعات.
- مساعدة الناس على إشباع حاجاتهم التي تعد أساسية للحفاظ على كيان المجتمع، وتحقيق الخير أو الرفاهية لأفراده.
- توفير الحد الأدنى للمعيشة بما يؤمن المطالب الأساسية للحياة.
- مساعدة غير القادرين على إشباع حاجاتهم بواسطة أسرهم وسوق العمل.
- توفير المسكن الملائم، وتوفير فرص العمل وحرية اختياره.
- توفير الرعاية الصحية والتعليمية وإتاحة فرص الثقافة والتعليم المستمر.
- تحقيق الضبط الاجتماعي لسلوك بعض الفئات التي تمثل تهديداً لأمن المجتمع.
- التخفيف من حدة الفقر وتجنب التأثيرات السلبية له والعمل المشترك لمحاربته وتدعيم جهود التنمية في المجتمعات النامية والفقيرة.
- الوقاية من المشكلات الاجتماعية المدركة أو التخفيف منها أو الإسهام في حلها، وتحسبن مستوى الرفاهية للأفراد والجماعات والمجتمعات.

- توفير الحماية والوقاية من المشكلات الاجتماعية والحد من آثارها والعمل على علاجها، وإيجاد الحلول المناسبة لها، والاهتمام بتحسين مستوى المعيشة للأفراد والجماعات والأسر والمجتمعات.
- تحقيق الأمن والحماية وتحقيق فرص التكيف الاجتماعي الناجح للأفراد، بما في ذلك المساعدات المالية للمحتاج، وحماية الضعيف والعاجز من الاستغلال الاجتماعي.
- تنمية الموارد البشرية وتحسين مستوى الحياة، وتقوية النظم الاجتماعية وتدعيمها، وإعادة صياغتها وتحسين دور النظام الاجتماعي.
- تنمية وتطوير الظروف الاقتصادية والصحية والكفاءات الخاصة لكل السكان أو جزء منهم في المجتمع.
- الاهتمام بالتنمية وتحقيق النمو المتوازن للسكان بين الريف والبادية والحضر لتوفير الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي لهم.
- السعي إلى تحقيق التنمية الاجتماعية على أساس مفهومها الواسع؛ أي إزالة التخلف الاجتماعي، ومسايرة التقدم الحضاري، وإنشاء تنظيم ديمقراطي يحول دون الانتكاس بالمجتمع، والعمل على تقوية وحداته حتى يصبح مجتمعاً سليماً متكاملاً تقل فيه الأمراض والآفات الاجتماعية.
- رفع المستوى المعيشي للأفراد وتحسين دخل المواطنين أثناء عملية التنمية، والارتفاع بمستوى المواطنين من تغذية أفضل، ومسكن ملائم، وعناية أفضل، ومستوى تعليمي مناسب، وخدمات اجتماعية مؤثرة.

- الاستخدام الأمثل للموارد وزيادة الدخل بأعلى إمكانية.
- النهوض بمستوى المواطنين، أفراداً وجماعات، وأجناساً في مجالات الخدمات الاجتماعية الإنمائية والوقائية.

رابعاً: أساليب الرعاية الاجتماعية وأدواتها:

في سبيل تحقيق القدر المناسب من برامج الرعاية الاجتماعية، تتبع الحكومات مجموعة متنوعة من الأساليب، وتستخدم كثيراً من الأدوات بغية تحقيق أهداف الرعاية الاجتماعية، وتختلف تلك الأساليب والأدوات بحسب الغاية المرجو تحقيقها، وكذلك بحسب الشريحة المستهدفة بالرعاية. ونقدم فيما يلي أبرز أدوات الرعاية الاجتماعية ووسائلها وأكثرها شيوعاً، وذلك على النحو التالي:

١. برامج المساعدات:

تستهدف تلك البرامج في الغالب بعض الفئات الخاصة في المجتمع كالأرامل، والمطلقات، والأيتام، والمرضى وذوي العاهات، وأسر المحتاجين، وأسر المفصولين من العمل (وهم الفئة التي تم فصل أفرادها عن العمل تأديبياً)، ومن بلغ سن الشيخوخة، والبنات غير المتزوجات (وهن اللواتي تخطين سن الزواج ولا يعملن)، وتصرف المساعدات أيضاً لحالات العجز عن العمل، والعاجزين مادياً (وهم الفئة التي تعمل، لكن دخلها الشهري لا يفي باحتياجات الأسرة ومتطلباتها، وتكون دون

المعدلات المنصوص عليها في نظم المساعدات العامة)، وأسر الطلبة، وما إلى ذلك.

كما تتطلب برامج المساعدات توافر نظام يقوم على تنفيذه جهاز خاص بدراسة الحالات، يهتم بدراسة أحوال المحتاجين وتحديد نوع المساعدة، وتقرير مقدار الحاجة الفعلية وكذلك ضمان استمرارية العطاء، وبخاصة للأفراد الذين تمتد احتياجاتهم لفترات طويلة من حياتهم، مثل أصحاب الحاجات والمعاقين جزئياً أو الفقراء، وهكذا.

٢. شبكات الأمان الاجتماعي:

تعرف شبكات الأمان الاجتماعي بأنها مظلة من الحماية والرعاية الاجتماعية توفرها الدولة للمستحقين من فئات المجتمع، بهدف وقايتهم من الفقر، وتمكينهم من تحقيق أفضل مستوى معيشي، والتخفيف من الآثار السلبية للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي يمر بها المجتمع، وتشتمل الشبكة على مجموعة السياسات والإجراءات والبرامج التي يتم اختيارها لتلبية احتياجات المستفيدين وفق رؤية تنموية مستقبلية للدولة.

وتهدف الدول من إقامة مثل تلك الشبكات إلى تحقيق كثير من النتائج الإيجابية في مجال توثيق صلة الدولة بمواطنيها. واحتواء

آثار الفقر، ومعالجة البطالة، وتضييق الفجوة بين مختلف فئات المجتمع لتعزيز الأمان والاستقرار الاجتماعي.

ولتحقيق ذلك، فقد عمدت بعض الحكومات إلى توسيع قاعدة المستفيدين من البرامج التي تطرح من خلال شبكات الأمان وتنفيذ برامج الدخل التكميلي للأسر الفقيرة من خلال سد جانب من الفجوة بين دخل الأسرة وخط الفقر المطلق. وبشكل عام فإن أكثر صور شبكات الأمان الاجتماعي وبرامجها شيوعاً تتحدد فيما يلي:

- إعانة كبار السن والفئات الخاصة ومعاشهم.
- تأمين البطالة وإعانة أصحابها.
- التأمين الصحي.
- الصناديق الاجتماعية.
- التمويل البالغ أو متناهي الصغر (الائتمان، الادخار، التأمين).

٣. برامج التعليم والتأهيل:

تعد برامج التعليم والتأميل والتدريب كذلك من ابرز أدوات الرعاية الاجتماعية وأكثرها شيوعاً. وذلك لدورها الكبير في رفع معدلات الإنتاجية لدى مختلف فئات المجتمع، مما يسهم في التخفيف من التكلفة المالية المترتبة على برامج المساعدات التي تقدم للفئات غير المنتجة في المجتمع.

٤. التأمينات الاجتماعية:

تعتبر نظم التأمينات الاجتماعية من أفضل الوسائل التي يمكن استخدامها حال تطبيق برامج الرعاية الاجتماعية، لما تتضمنه من مزايا وخصائص تعتبر فريدة من حيث الشمولية والمرونة؛ فهي توفر التغطية التأمينية لجميع المواطنين أصحاب النشاط في المجتمع أيا كان نوع العمل الذي يزاولونه، كما تشمل أيضا العمالة الوافدة، وتتنوع صور الخدمات التي يقدمها نظام التأمينات الاجتماعية كالتأمين ضد الشيخوخة والعجز والمرض والوفاة، وتأمين إصابات العمل.

وقد مارست مؤسسات التأمينات الاجتماعية أدواراً بالغة الأهمية في توفير الحماية لكثير من الفئات، وحققت نتائج ملموسة أسهمت في تخفيف الأعباء المعيشية لكثيرين من مختلف فئات المجتمع. كما يعتبر نظام المعاش التقاعدي من أبرز أهداف نظام التأمينات الاجتماعية في دولة الكويت لما له من نتائج ايجابية ومؤثرة في حياة العاملين في جميع القطاعات فهو توفير ثابت ومضمون لادخارات الأفراد بربحية كبيرة توفر لهم الحياة الكريمة دون منّة أو سؤال في حالة التقاعد أو الشيخوخة أو المرض أو العجز.

كما تتضمن وسائل الرعاية الاجتماعية وأدواتها كثيراً من البرامج التي تستهدف توفير الحد الأقصى من الرعاية للمواطنين، كبرامج

الرعاية السكنية، وحماية البيئية، والرعاية الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي، والصحة العامة والنفسية، وبرامج تقويم الانحرافات السلوكية، وبرامج رعاية الأمومة والطفولة، فضلاً عن البرامج التي تستهدف الترويح والترفيه وشغل أوقات الفراغ.

في ضوء ما سبق، تعتبر الرعاية الاجتماعية أحد أهم آليات تحقيق الحماية الاجتماعية للمجتمع وأفرادة، وهي تمثل مجموعة من الخدمات المتكاملة من تدابير الدعم المؤسسي تتعامل مع جميع الأفراد والفئات في المجتمع التي تحتاج لخدماتها، وخاصة من ذوي الدخول الضعيفة. كما أن تلك الرعاية قد تؤثر على الآليات المتعلقة بتحقيق الحماية الاجتماعية كمكافحة الفقر أو الإقلال منه أو منعه سواء بالسلب أو بالإيجاب، وذلك بحسب كفاءة وفعالية خدماتها "كتقليص الفجوة بين الفئات المستهدفة والفئات الأخرى مثل الفئات الغنية أو المتوسطة، ومدى التحسن في مستوى معيشة الفئات المستهدفة، وقدرة تلك الفئات على الوصول إلى موارد وبرامج المتعلقة بالرعاية الاجتماعية، والتغيرات في مقدار حصول المستفيدين على الخدمات والسلع، ومستوى الرفاهية الكلية للمجتمع". كما أن التناغم والتوازن بين آليات الحماية الاجتماعية على المستوى الحكومي (الرسمي)، أو على المستوى غير الحكومي (غير الرسمي) هي من أهم أهداف سياسات الرعاية الاجتماعية.

رغم الجهود المبذولة من أجل بناء وتوسيع نطاق التغطية لبرامج الرعاية الاجتماعية، فما يزال هناك جهد كبير منتظر بصورة ضرورية لتحقيق كفاءتها وفعاليتها. إن بناء أنظمة فعالة نسبياً للرعاية الاجتماعية يعتمد ويرتبط بالأساس على مستوى الدخل الوطني والناتج المحلي الإجمالي عموماً، وبالتالي فإن مدى توفير موارد مالية للدولة من خلال الموازنة العامة قد يحقق مزيداً من القوة والفعالية لنظم وبرامج الرعاية الاجتماعية.

* * *

(٣) سمات الرعاية الاجتماعية وخصائصها في دول الخليج والتحديات التي تواجهها

سمات الرعاية الاجتماعية وخصائصها في دول مجلس التعاون الخليجي والتحديات التي تواجهها

أولاً: سمات الرعاية الاجتماعية الراهنة وخصائصها في دول مجلس التعاون الخليجي:

يمكننا القول إن تجربة الرعاية الاجتماعية في بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي في الوقت الراهن تعد من أحدث تجارب دول العالم الثالث، وقد اتسمت بكثير من السمات والخصائص التي تميزها عن غيرها من التجارب الأخرى على النطاق الدولي والإقليمي والعربي.

فقد نشأت الرعاية الاجتماعية في المنطقة ضمن سياق فكري ثقافي واجتماعي خليجي خاص، وفي ظل الوفرة الناتجة عن اقتصاد ريعي نفطي قوي، تم توجيه القسم الأكبر منه نحو دعم جهود التنمية وتحقيق القدر الأمثل من الرعاية الاجتماعية لجميع فئات المجتمع وشرائحه.

كما يعد تنامي الدور الحكومي الرسمي في إقامة برامج ومشاريع الرعاية الاجتماعية وتشغيلها، وانشغال الحكومات وتدخلها بصورة مباشرة في هذا المجال، من أبرز سمات الرعاية الاجتماعية في دول الخليج العربي، ومن الطبيعي أن يؤدي الدور المتنامي للدولة إلى التأثير

على دور النشاط الأهلي في الرعاية الاجتماعية، بل بدأ النشاط الحكومي يحل محل النشاط الأهلي في العديد من مجالات الرعاية الاجتماعية، لدرجة أصبح معها النشاط الأهلي من تراث الماضي.

ويمكننا تحديد أبرز سمات الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي في النقاط التالية:

- التحول نحو الصيغة المؤسسية في برامج الرعاية الاجتماعية بعد أن كانت تتسم في الماضي بصفات العفوية في التنفيذ لاعتمادها على جهود فردية وأهلية تفتقد الصفة المؤسسية.

- فرضت مؤسسية العمل في مجال الرعاية الاجتماعية التوجه نحو سن القوانين والتشريعات المنظمة لأعمال الجهات الحكومية المسئولة عن تطبيق برامج الرعاية الاجتماعية؛ فسنت قوانين عديدة لتنظيم "المساعدات العامة، والتأمينات الاجتماعية، ورعاية المسنين، ورعاية الطفولة والأمومة، والمعاقين، والتعليم، والإسكان، والخدمات الاجتماعية، وغيرها الكثير من التشريعات التي استندت في أغلبها إلى مباديء الشريعة الاسلامية، وإلى أعراف المجتمعات الخليجية".

- تأثرت الرعاية الاجتماعية في أغلب بلدان مجلس التعاون الخليجي على نحو محدود بتجارب وخبرات بعض الدول الغربية، التي شارك موفدوها في تأسيس المؤسسات المعنية

بالرعاية الاجتماعية وتشغيلها، وظل التأثر بالنموذج الغربي وبخاصة في مجال تكوين ما يسمى بنموذج دولة الرفاه الاجتماعي هو الأكبر من حيث الأثر والنتيجة. في حالات كثيرة فإن حجم إنفاق الدول الخليجية على برامج الرعاية الاجتماعية قد تجاوز ما تنفقه الدول الغربية في المجال نفسه.

- تركزت جهود الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي على الجانب العلاجي الذي يهتم بتشخيص المشكلات وبحث أفضل السبل لمواجهتها، إلا أنها لم تهمل الجانب الوقائي، الذي يختص بتوجيه جهود خاصة استباقية غايتها حماية المجتمع من مشكلات متوقع حدوثها، ولعل شبكات الأمان الاجتماعي التي أنشأتها بعض دول المنطقة تمثل أحد المساعي الوقائية الاستباقية التي تلتزمها سياسات الرعاية الاجتماعية في الخليج.

- اتسمت جهود الرعاية الاجتماعية بالشمول؛ فأغلب فئات المجتمع الضعيفة نالت حظاً موفوراً من الرعاية الاجتماعية، كما غطت الجهود المبذولة جميع احتياجات المواطن الخليجي ومتطلباته من حيث "الرعاية الصحية، والتعليمية، والإسكانية، والاجتماعية والنفسية، وغيرها".

- توجهت جهود الرعاية الاجتماعية في دول الخليج نحو العديد من الفئات الخاصة في المجتمعات الخليجية "كالمعاقين، والمسنين، والقصّر، والأحداث، والمسجونين والمحكومين، والمدمنين، وغيرها" وحققت نتائج ملموسة في تأهيل تلك الفئات وتعليمها وتدريبها والسعي لدمجها في المجتمع.

- توجهت الرعاية الاجتماعية كذلك نحو كثير من القضايا المجتمعية التي تمس شرائح كبرى من المجتمع "كظاهرة الطلاق، ومكافحة المخدرات، والتسرب الدراسي"، وعنيت بجهود تنمية القوى الوطنية وتأهليها وتعزي مشاركتها في مسيرة التنمية بالبلاد.

- اتسمت جهود الرعاية الاجتماعية بالتنسيق بين مختلف المؤسسات العاملة في مجالاتها، مع الحرص على تجنب التداخل في الاختصاصات، فلكل مؤسسة نظام عمل وقواعد وأهداف وغايات محددة، وكل منها يختص بشريحة محددة "كشرائح الأيتام، والمعاقين"، وتولي تلك الشريحة غاية جهودها.

- مارست بعض مؤسسات المجتمع المدني وبصفة خاصة الجمعيات الدينية أدواراً ملحوظة في العمل الاجتماعي في أغلب دول مجلس التعاون الخليجي، إلا أن أغلب أنشطتها وبرامجها كانت موجهة للخارج ضمن جهود "الإغاثة، ورعاية الأيتام ومشردي الحروب"، إلا أنه في الآونه الأخيرة وجهت بعض الجمعيات أنشطتها وبرامجها للداخل، وخصصت كثيراً من مواردها وإمكاناتها نحو المشاركة في جهود رعاية المواطن الخليجي من ذوي الدخل المحدود.

- مارست بعض المؤسسات الرسمية العاملة في المجال الديني "كمؤسسات الزكاة، والأوقاف" دوراً ملحوظاً في جهود الرعاية

الاجتماعية، إلا أن أغلب تجاربها وليدة مستحدثة تحتاج إلى المزيد من التوجيه والتخطيط.

- شملت جهود الرعاية الاجتماعية في مجالات "التعليم، والصحة، ومختلف الخدمات الأساسية" جميع المواطنين والمقيمين بالبلدان الخليجية لسنوات عديدة، إلا أن بعض الحكومات الخليجية توجهت في الآونه الأخيرة نحو خصخصة بعض الخدمات، وفرضت رسوماً على المقيمين بها مقابل الاستفادة من الخدمات التي تقدمها المؤسسات الحكومية.

- تبنت أغلب البلدان الخليجية سياسات خاصة تستهدف تحقيق رعاية اجتماعية شاملة عرفت بسياسات الرفاه الاجتماعي، وحققت تقدماً ملحوظاً في هذا الإطار، وبات المواطن الخليجي معتمداً بصورة أساسية على ما تقدمه الدولة من خدمات، الأمر الذي أحدث كثيراً من السلبيات.

- تعتمد برامج الرعاية الاجتماعية بصفة أساسية على الريع النفطي لتمويل أنشطتها وبرامجها، الأمر الذي يجعل ضمان استمرار واستدامة تلك البرامج مرهوناً بتقلب أسعار النفط وبالسوق المستهلك له، مما كان له الكثير من الآثار السلبية برزت على نحو واضح في تغذية نزعات الاستهلاك والميل الجارف للترف، دون أن يقابل ذلك نشاط إنتاجي وطني ملموس يشارك فيه المواطن بنصيب معقول.

ثانياً: التحديات التي تواجه مسيرة الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي في الوقت الراهن:

خلال العقود الثلاثة الماضية سارت أغلب الدول الخليجية على طريق دولة الرفاه، فحلت محل الأسرة والجماعات القرابية، وحظي المواطن الخليجي بالحماية التامة والرعاية الشاملة من الدولة، وأولت المؤسسات الرسمية بالبلدان الخليجية أهمية قصوى لتنفيذ برامج "الرعاية الاجتماعية، والصحية، والتعليمية، والسكنية، وغيرها من البرامج والمجالات" دون إسهام ملموس من المواطن.

وعلى الرغم مما وفرته تلك السياسات للمواطنين من خدمات وتوسع في برامج الرفاه الاجتماعي، فإنها أفرزت كثيراً من المشكلات التي استوجبت إعادة التفكير في هيكلة دور الدولة والعمل على تعديل هياكل المجتمع الإدارية والتنظيمية وقواعد المعلومات بما يعمل على ارتفاع الإنتاجية والاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية، وذلك في إطار التنافسية والكفاءة بهدف إيجاد دور جديد للدولة يتجسد في توجيه الحياة الاقتصادية والاجتماعية من خلال حكومة أقل حجماً وأفضل أداءً.

فقد أدى التوسع الهائل في برامج الرفاه الاجتماعي إلى تقليص دور القطاع الخاص، وتضخم في الإنفاق العام، وخلل كبير بين الناتج المحلي ومستوى الاستهلاك الكلي، فضلاً عن انتشار النمط الاستهلاكي المسرف والترف بين المواطنين، والاعتماد الكامل على الدولة في توفير فرص العمل والدخول المناسبة دون مشاركة فعلية من المواطنين.

كما أن سياسات الرفاه الاجتماعي التي تم تطبيقها لسنوات طويلة في البلدان الخليجية قد أوجدت فئة من المواطنين الذين يعتمدون على الدولة في جميع أمور حياتهم، وأصبحت الدولة في نظر هذه الفئة هي المسئولة عن تقديم جميع الخدمات للمواطنين من "التعليم، والإسكان، والصحة، والتوظيف، ودفع رواتب مرتفعة"، وحتى تحمل ما عليهم من أقساط والتزامات كلما سنحت الفرصة لذلك، وكل ذلك دون مشاركة تذكر في مسيرة الإنتاج وقوى العمل من قبل المواطنين.

وقد صاحب ذلك انخفاض ملحوظ في مشاركة القوى العاملة الوطنية، والتوسع في الاستعانة بالعمالة الوافدة في مختلف التخصصات، والعزوف عن العمل بالقطاع الخاص والتكالب على الوظائف التي توفرها مختلف المؤسسات الرسمية بالدولة حتى أن برامج التعليم التي ترتكز الغاية منها على إعداد الفرد الإعداد الكافي لمتطلبات الحياة صارت وسيلة مأمونة للحصول على المؤهل اللازم لنيل الوظيفة.

واليوم تواجه دول مجلس التعاون الخليجي مجموعة من التحديات التي فرضتها المتغيرات الدولية والإقليمية في المجالات "الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسة، والتكنولوجية" التي يشهدها العالم اليوم، الأمر الذي يتوقع معه أن ينتج من تلك المتغيرات آثار واضحة على مختلف مناحي الحياة، فضلاً عن تأثيرها المؤكد على سياسات الرعاية الاجتماعية وبرامجها في البلدان الخليجية. فالوفرة الاقتصادية الحالية التي ضمنت للمواطن جميع سبل الرعاية والحماية طوال العقود الماضية ليس لها ضمانة الديمومة والاستدامة، مما يستوجب اتخاذ جميع التدابير الممكنة لحماية الفئات الضعيفة في المجتمع من الآثار السلبية الناجمة عن التغير في الأوضاع الاقتصادية والسياسية وغيرها.

ففي المجال الاقتصادي، فإن دول مجلس التعاون الخليجي تواجه تحديات عدة تتمثل في استمرار الاعتماد على المورد النفطي الأحادي، والاختلال الواضح في هيكل الإنفاق حيث تنامي معدلات الاستهلاك مقابل تدني نسب الادخار والاستثمار، وتضعف قدرات التصنيع الوطني وتعجز عن تلبية حاجات السوق المحلي، وكذلك الاختلال في سوق العمل الناجم عن الاعتماد على العمالة الوافدة في مقابل تراجع أعداد العمالة الوطنية ونسبها، فضلاً عن التحدي الكبير الماثل فيما تفرضه ضرورات العولمة من تحرير التجارة ورفع القيود الجمركية المفروضة لحماية المنتج الوطني وتركه وحيداً في مواجهة المنتج الخارجي.

ولا شك أن كل تلك التحديات سوف تؤثر بدرجات متفاوتة على مسيرة الرعاية الاجتماعية في السنوات القادمة، حيث من المتوقع أن تتضرر في ظل تلك التحديات بعض فئات المجتمع وبخاصة الفئات الضعيفة في الأساس، وتقع على الحكومات الخليجية مسئولية اتخاذ التدابير الكفيلة بوقاية تلك الفئات الضعيفة وحمايتها، والعمل في إطار تكامل للحفاظ على القدر المناسب من المكتسبات التي حققتها تحربة العقود الماضية.

وفي ظل تلك السياسات فإن كثيراً من الخدمات التي تقدمها الدول الخليجية لمواطنيها في إطار الرعاية الاجتماعية سوف تتأثر على نحو كبير، حيث يلاحظ بصورة واضحة في أغلب البلدان الخليجية تنامي الدعوات لتحميل الفئات المستفيدة من الخدمات الصحية جزءاً من تكلفتها المالية المتزايدة، وتزايد الاتجاه نحو خصخصة الخدمات الصحية التي تعد إحدى الركائز الأساسية في مجال حماية الفرد والأسرة ومختلف شرائح المجتمع.

كما تواجه جهود الرعاية الاجتماعية في دول الخليج تحدياً آخر فرضته الأوضاع الاجتماعية في الخليج خلال سنوات الطفرة، يتمثل في اختلال النسق القرابي وضعف علاقات ووشائج القربى والجيرة وصلة الأرحام والتعاون في مواجهة مختلف الظروف والشدائد.

فكما ذكرنا سابقاً، فإن تلك الوشائج كانت تمثل الركيزة الأساسية التي تقوم عليها جهود الرعاية الاجتماعية في الخليج في الماضي، وبتراجعها على هذا النحو المؤسف تضيع على المجتمعات الخليجية فرصة جيدة لتعزيز جهود الرعاية الاجتماعية حال تراجع الدور الحكومي لأي سبب كان.

فالدور الذي يمكن أن تؤديه المجتمعات في تحقيق التكافل فيما بينها وتنفيذ ما يسمى بالتنمية المجتمعية القائمة على استثمار الإمكانات المحلية للمجتمعات في تلبية احتياجات أفرادها دور مهم وأساسي لا يمكن التغاضي عنه.

ولقد زاد من التأثير السلبي على برامج الرعاية الاجتماعية تراجع دور مؤسسات المجتمع المدني في مقابل تنامي الدور الحكومي الرسمي، وكذلك اختفاء دور المؤسسات الاجتماعية الدينية "كالزكاة، والأوقاف" عن ساحات العمل المجتمعي لعقود من الزمان، وقد أسهم هذا التراجع في حرمان المجتمعات من إمكانات متنامية كان من الممكن لها أن تحتل قطاعات عمل رئيسة في مسيرة الرعاية الاجتماعية وتوفر على الدولة كثير من الموارد التي توجهها لمجالات أخرى أكثر أهمية.

ويرجع تضاؤل دور مؤسسات المجتمع المدني في دول الخليج وعدم تمكنها من احتلال مساحات عمل محددة في ساحات العمل المجتمعي إلى وجود كثير من السلبيات التي تشوب عمل تلك المؤسسات. حيث يلاحظ بوضوح في أغلب مؤسسات المجتمع المدني الغياب التام لآليات التنسيق والتكامل ونقص الخبرات والمهارات والتجارب وتبادلها بين جمعيات النفع العام والتطوعية، ويصل الأمر في بعض المؤسسات إلى انعدام التنسيق بين الجمعيات ذات طبيعة العمل المتشابهة، وضعف التنظيم المؤسسي واللائحي لها، وحالة الفراغ المؤسسي الكامل الذي يؤدي إلى تعطل برامجها وأنشطتها، واعتماد البعض منها على الأفراد، فضلاً عن عدم وضوح الأهداف، وغياب الرؤية المستقبلية، وإهمال التدريب وتأهيل الكوادر الوطنية.

كما تعاني بعض تنظيمات المجتمع المدني تفشي الأمية الإدارية، حيث لا يقوم العمل في أغلبها على أساس إداري سليم؛ فهناك غياب كامل للممارسات الإدارية الضرورية وأغلب المتطوعين ليس لديهم الدراية الكاملة بهذه الممارسات والأنظمة الدولية القائمة عليها، وكذلك عدم تبني منهجية علمية لإيجاد خط ثان من القيادة وتطويره، ومنهج علمي لإعداد قادة المستقبل، وهو أمر ينطوي على مخاطر كبيرة في المسيرة المستقبلية للجمعيات التطوعية.

ولذلك فإن من الأهمية بمكان العمل على خلق دور فعال لتلك المؤسسات على خريطة الخدمات الاجتماعية والتنموية، واتخاذ جميع الإجراءات والسياسات الكفيلة بتأهيلها لممارسة دورها المستقبلي المتوقع، وزيادة قدرتها وكفاءتها للإسهام في مسيرة الرعاية الاجتماعية في بلدان مجلس التعاون الخليجي.

كما تواجه الرعاية الاجتماعية في الخليج أيضاً تحديين جديدين يتمثلان في العمل على مواجهة مشكلتي "الفقر، والبطالة" اللتين بدأتا في الظهور في المجتمعات الخليجية على نحو مطرد خلال السنوات الماضية.

ولا نقصد بالفقر قلة الدخل بحد ذاته أو قلة المنفعة بوجه عام، وإنما المقصود عدم وفاء الدخل بتلبية الحاجات الأساسية للفرد. وقد قللت عائدات النفط في أغلب دول الخليج من مستويات الفقر إلى حد بعيد، فخلال السبعينيات وأوائل الثمانينيات من القرن الماضي تمتع مواطنوا دول مجلس التعاون الخليجي برخاء مكنت منه عائدات النفط في صورة دخول عليا، وضرائب طفيفة وتوافر كامل للخدمات الاجتماعية ومنافع منخفضة التكلفة، فاختفى الفقر تقريباً؛ حيث تحملت دولة الرفاه الغنية نطاقاً واسعاً من المسئوليات.

وفي ظل الوضع الراهن قد يصعب تكرار هذه الميزات للجيل الجديد من مواطني دول مجلس التعاون الخليجي نتيجة لظروف عديدة أدت إلى تبني سياسات مغايرة لما دأبت عليه تلك الدول خلال العقود الماضيه، مما يدفع بتحمل الرعاية الاجتماعية لمسئولية تنفيذ العديد من البرامج والمشاريع الاجتماعية التي تُعنى بتخفيف آثار الفقر على الفئات الضعيفة بالمجتمعات الخليجية.

كما أن ظاهرة تفشي البطالة بين أوساط الشباب في بعض المجتمعات الخليجية قد تنامت على نحو ملحوظ خلال السنوات الماضية، فكثير من القوى البشرية المؤهلة للعمل لا تتمكن من الحصول على الوظيفة المناسبة التي تكفل لها الحياة الكريمة.

وإزاء جملة التغييرات الحادثة، والتحديات المستجدة التي تواجهها دول المنطقة، والتي تؤثر بالضرورة في مسيرة الرعاية الاجتماعية فيها، وفي إطار الجهود المبذولة لإيجاد دور جديد للدولة يتجسد في توجيه الحياة الاقتصادية والاجتماعية، بدلاً من إدراتها على نحو مباشر، وإعادة التفكير في هيكلة الدور الحكومي، وتعديل هياكل المجتمع الإدارية والتنظيمية، ورفع معدلات الإنتاجية وترشيد استخدام الموارد البشرية والمادية.

* * *

(٤) الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت
تحليل الوضع الراهن

الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت– تحليل الوضع الراهن:

إن سياسات الرعاية الاجتماعية ليست خياراً، بل ضرورة فائقة الأهمية، باعتبارها ترتبط ببقاء الإنسان وجودة الحياة. ومن هنا استحوذت تلك السياسات على حيز كبير من الاهتمام على مستوى الفكر والعمل بمستويات مختلفة؛ بهدف تلبية احتياجات أفراد المجتمع وتقليص الفوارق بينهم، والوصول إلى مستوى مقبول من العدالة الاجتماعية والمساواة، والمحافظة على استقرار المجتمعات وتعزيز تماسكها الاجتماعي ووحدتها، ولا يوجد على الصعيد العالمي نموذج واحد يحتذى به للرعاية الاجتماعية، ومن ثم تختلف نظم الرعاية من دولة إلى أخرى وفقاً للنظام السياسي والاجتماعي والقدرات المالية والبشرية المتاحة والتحديات والفرص. وفي كل الأحوال، فإن برامج الرعاية الاجتماعية كي تحقق أهدافها يتعين أن ترتكز على استراتيجيات تنحو إلى ترجمة المبادئ والقيم التي تبنتها إلى سياسات وبرامج هادفة للارتقاء بنوعية الحياة لمواطنيها، وتتلافى الأخطاء والإقصاء الاجتماعي والتهميش والتفاوت الطبقي والظلم.

هذه الجوانب قامت عليها سياسة الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، وكان من بين ركائزها التنمية البشرية المستدامة، وترجمت هذه الفلسفة في مبادئ رئيسية في دستور دولة الكويت، حين أكد على العدل

الاجتماعي وكفالة الحرية والمساواة، كما أكد على قيم التعاون والتراحم بين المواطنين، ورعاية الدولة للنشء وحمايته، كما كفل الدستور الكويتي حق الوظيفة للمواطنين، وتكفل المعونة المادية في حالة الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل، وتوفر الدولة لمواطنيها خدمات التأمين الاجتماعي والمعونة الاجتماعية والرعاية الصحية والخدمات التعليمية.

وبالتفاعل مع الثروة النفطية اقترن ذلك بسياسات وبرامج فعلية وخطط في المجالات الحيوية كالتعليم والصحة والرعاية الاجتماعية والسكنية، والمحافظة على مستوى معيشي لائق للمواطنين. إن تلك البرامج والسياسات قامت على بنية تحتية قوية معززة بنفقات مالية هائلة يستفيد منها جميع المواطنين، تتمثل بعض مظاهرها في الرعاية الصحية المجانية، والخدمات التعليمية والإسكانية، والرعاية المتكاملة لذوي الاحتياجات الخاصة، وبرامج رعاية المسنين، والضمان الاجتماعي في حالات العجز والوفاة والطلاق والترمل. بل إنه فيما يخص الفقر، فإن برامج الرعاية الاجتماعيية لا تستهدف التخفيف حدة من الفقر ولكنها تستهدف منع الفقر من الأساس، كما تستهدف هذه البرامج أيضاً تخفيض معدلات وفيات الأطفال، والارتقاء بمستوى صحة الأم، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المعدية، وتمكين المرأة، وتعزيز المساواة بين الجنسين. وقد حققت الكويت بذلك العديد من غايات الألفية للإنمائية- وفي بعضها قبل الموعد المحدد- التي أُقرت من قبل المجتمع الدولي في عام ٢٠٠٠.

وإنطلاقاُ مما سبق؛ يقدم الباحث في هذا الجزء من الدراسة تحليلاً لأوضاع الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، وذلك من خلال تسليط الضوء على الفئات والشرائح المستفيدة، وكذلك أهم القطاعات والأنشطة والبرامج المتصلة بالرعاية الاجتماعية، كما يتناول هذا الجزء تحليلاً نقدياً لسياسات الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت القائمة، وإبراز أهم المعوقات التي تعترضها.

أولاً: سياسات الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت:

ركز دستور دولة الكويت الذي وضع عام ١٩٦٢ على عدة مقومات أساسية للمجتمع الكويتي جاءت في ٧ مواد تشتمل على "إقامة العدل الاجتماعي وترسيخ مبادئ الحرية والديمقراطية، ورعاية الأسرة والنشء، والرعاية الاجتماعية في حالة الشيخوخة والعجز، والرعاية التعليمية، ورعاية الصحة العامة، وتأمين المشاركة الشعبية والمسئولية الاجتماعية، وكفالة فرص العمل للمواطنين والعدالة الاجتماعية"، وفي ضوء هذا الاهتمام عملت الحكومات الكويتية المتتالية على بناء دولة الرفاه انسجاماً مع ما ورد في الدستور من مبادئ لتحقيق الأمان الاجتماعي.

كما أن هذه المبادئ الدستورية ضمنت الوصول إلى مستويات متقدمة من الرعاية المادية والاجتماعية وتحسين نوعية الحياة للمواطنين، والتي تكفل في إطارها أسس ومكونات الانصهار والتماسك الاجتماعي. لقد نتج عن هذه النصوص الدستورية اقتران النمو الإقتصادي الذي

شهدته الكويت خلال العقود السابقة عن تنفيذ سياسات تنموية متعددة تراعي الأبعاد الاجتماعية "كالصحة، والتعليم، والرعاية الاجتماعية، وغيرها".

لقد استندت سياسات التنمية في دولة الكويت، ومنذ استقلالها على فلسفة دولة الرفاه، والتي تعتمد بشكل مباشر على الفوائض النفطية، وذلك من خلال استخدام مختلف أشكال وآليات الرعاية الاجتماعية كالدعم والإعانات المختلفة كأحد الوسائل لإعادة توزيع الثروة بين الأفراد مستبعدة في ذلك استخدام الضرائب وغيرها من الإيرادات السيادية، والتي تمثل عماد الإيرادات العامة لكافة دول العالم، ونتيجة لذلك فقد ارتفعت مستويات الرعاية الاجتماعية وكفاءتها، والتي بدورها جعلت دولة الكويت ترتقي إلى مصاف الدول المتقدمة في هذا المجال.

وفي ذات السياق، بذلت دولة الكويت خلال العقد الماضي جهوداً حثيثة لتحقيق الغايات الإنمائية التي أقرت عام 2000، والتي إتفقت عليها الجماعة الدولية، والذي حدد موعد الوصول إليها عام 2015 ومنها "التخفيف من الفقر والجوع، وتخفيض معدلات وفيات الأطفال، وإقامة شراكة عالمية من أجل التنمية". إلى جانب ذلك، حققت دولة الكويت إنجازات مميزة نحو تحقيق الغايات الأخرى من أهمها "وتعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، والارتقاء بمستوى صحة الأم، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، والأمراض الأخرى". إلا أنها تواجه تحديات في مجال تعميم التعليم الابتدائي، وضمان الاستدامة البيئية.

كما تبنت الخطة الإنمائية متوسطة الأجل لدولة الكويت للسنوات (٢٠١٠/٢٠١٤) مجموعة من السياسات التي تهدف إلى تطوير نظم الرعاية الاجتماعية بهدف مواجهة التحديات التي تواجهها في هذا المجال، ومن هذه السياسات ما يلي:

- دعم وتطوير آليات شبكة الأمان الاجتماعي، حتى تكون أكثر مرونة في الاستجابة للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية في ظل ظروف الأزمة المالية العالمية والتغيرات التنموية الواسعة التي يقدم عليها المجتمع الكويتي.

- تطوير مفهوم المساعدات الاجتماعية بإعداد القادرين منهم على العمل المنتج حتى يتمكنوا من الاستقلال مادياً عن المساعدات. كما تهدف الخطة في هذا الشأن إلى إدخال عدد يتراوح ما بين ٣٠ إلى ٥٠ فرداً سنوياً في دورات تدريبية بهدف تأهيلهم وجعلهم قادرين على الإنتاج والعمل.

- إلزام الجمعيات التعاونية بمستوى أرباح سنوية ٧% كحد أقصى والقضاء على مستويات الأرباح التجارية المبالغ فيها التي اتجهت الجمعيات التعاونية إلى تحقيقها في السنوات الأخيرة.

- رفع سقف الراتب الخاضع للتأمينات الاجتماعية، وزيادة المعاش التكميلي في حدود ٦٧%.

- العمل على تطوير سياسات الرعاية للفئات الحساسة اجتماعياً، وهم: الأطفال، والمسنين، والأحداث الجانحين ومجهولي الأبوين، وذلك من أجل حماية الطفولة من مشكلات التنشئة والأخطاء الصحية والأغذية الضارة، وتحقيق الدمج الاجتماعي للمسنين ومد العمر الفاعل اجتماعياً لهم، وحماية الأحداث من الاستغلال والحد من حالات الانحراف لتحقيق مستوى أعلى من السلم الاجتماعي.

- توفير الرعاية والبيئة السليمة لجميع الأطفال من خلال إنشاء عدد من حدائق الأطفال النموذجية بعدد ١٠ حدائق لزيادة عدد الأطفال المستفيدين بعدد ١٠ آلاف طفل، والتوسع في مشروع أب اليتيم بواقع ٥٠ أباً كل عام، وإعادة قيد نزلاء دور الأحداث في المدارس لتحقيق الدمج المجتمعي لهم.

- وضع ضوابط صحية لتصنيع واستيراد أطعمة الأطفال يراعى فيها تحقيق التوازن الغذائي، وتجنب استخدام المواد الملونة الكيمائية، وخلوها من المواد المضادة للأكسدة، وتوعية الأسر بأهمية التغذية الطبيعية للأطفال.

- حماية الأطفال من الاستغلال والعنف من خلال سن قانون خاص بذلك.

- تشجيع الأعمال الفنية الراقية والهادفة للارتقاء بثقافة الطفل وتنمية مواهبة وصقلها.

- تقديم الخدمات المتخصصة للمسنين وتطوير أغراضها، وزيادة عدد الفرق القائمة بالخدمات المتنقلة بعدد ١٨ فرقة، وإنشاء ٣ مراكز تدريب متخصصة لكبار السن تكسبهم مهارات جديدة وفق قدراتهم ورغباتهم، وإنشاء ١٢ مركزاً جديداً للرعاية والتأهيل في جميع المحافظات لتقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية والعلاجية والتأهيلية والمهنية للمسنين.

- إتباع الوسائل والآليات المناسبة لتغيير مفهوم رعاية المعاقين إلى مفهوم المشاركة من خلال الدمج المجتمعي للمعاقين وذلك من خلال "بناء عدد ٦ ورش محمية لتدريب المعاقين لمساعدتهم في الاندماج المجتمعي، ووضع نظام لحماية المجتمع من نمو الإعاقات سواء عن طريق الإصابات والحوادث أو عن طريق الوراثة".

- رعاية المعاقين وحماية مصالحهم من خلال مشروع للحصر الشامل للإعاقات في المجتمع الكويتي، ووضع نظام شامل للدمج المجتمعي لهم يقوم على مبدأ عدم التمييز ضد المعاق.

- تطوير المجتمع المدني ورفع كفاءته وذلك من خلال "توجيه الدعم المالي والفني لمنظمات المجتمع المدني، وإلغاء السياسات المعيقة لنشاطاتها، وتعديل قانون جمعيات النفع العام بناء على مقترحات منظمات المجتمع المدني".

- توعية الشباب بأهمية العمل التطوعي، وتوسيع أطر المشاركة الشعبية في الأعمال المجتمعية المختلفة من خلال منظمات المجتمع المدني.

- دعم نظم إقرار العدالة وسيادة القانون في المجتمع في ظل الاحترام الكامل للدستور، وتطوير النظم الموازية للتقاضي مثل "نظم التحكيم والاستشارات الأسرية لسرعة البت في القضايا"، بما لا يخل بمبدأ سيادة القانون.

وبذلك فقد استطاعت الكويت كدولة نامية ومصدرة للبترول ذات دخل مرتفع من أن تتحول بالرعاية الاجتماعية من النمط الثانوي إلى النمط المؤسسي. الذي يعبر عن أن الرعاية الاجتماعية وظيفة أساسية من وظائف الدولة الحديثة.

ثانياً: الشرائح الاجتماعية المستفيدة من أنظمة الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت:

تعتبر أنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعي بمختلف أشكالها التقليدية والحديثة من النظم الرئيسية التي ابتدعها المجتمع الإنساني للحفاظ على

توازن وإستقرار وتلبية الاحتياجات المتنوعة لمكوناته الاجتماعية. كما يعد مجال الرعاية الاجتماعية مجالاً متميزاً من مجالات وظائف الدولة الحديثة، وأصبح الإتجاه المعاصر يعتمد على مشاركة كافة مؤسسات المجتمع المدني والأهلي والإنمائي في تضافر الجهود لتطوير أشكال ومضامين أنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعية، وتفعيل دور المستفيدين منها وإشراكهم فعلياً في هذه العملية.

وينظر في الوقت الراهن إلى نظم الرعاية الاجتماعية باعتبارها استثماراً بشرياً، ولها وظائف إنمائية، وغاياتها ليس تقديم المساعدة والعون الاجتماعي بقدر ما يؤدي إلى إحداث تنمية بشرية مستدامة، وتتسع أنشطتها وخدماتها الموجهة لتشمل شرائح اجتماعية حيوية "كالأسرة والطفولة، والمرأة، والشباب، فضلاً عن الفئات الخاصة، والمسنين، والمعاقين، وغيرهم"، وتقديم أنشطة وبرامج للرعاية الاجتماعية.

وتُعنى دولة الكويت بالمواطن من خلال رعايته وتقديم الخدمات والأنشطة والبرامج المخصصة والنوعية. بحيث يشمل قطاع عريض وواسع من الشرائح الاجتماعية، وذلك من منطلق المسئولية الاجتماعية والإنسانية. كما يشمل تغطية لشبكة متنوعة وواسعة لبرامج الرعاية الاجتماعية، وتهدف كافة أنظمة الرعاية الاجتماعية إلى تحقيق الانصهار والاندماج الاجتماعي بين المواطنين على مختلف أطيافهم ومستوياتهم

الاجتماعية من أجل تحقيق غاية الدولة في إيجاد المجتمع الكويتي المتماسك.

ونظراً لتعدد أنماط وأشكال أنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية القائمة عليها في دولة الكويت، ولدواعي الإيضاح والتحليل واستخلاص النتائج حول مدى مساهمتها الفعلية في تحقيق التنمية البشرية المستدامة وحماية المجتمع الكويتي من مظاهر العوز والحرمان والفقر. سيتم استعراض أنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعية وفقاً لموقع تقديمها للمستفيدين منها داخل المؤسسة الاجتماعية كبرامج علاجية أو خارج إطار المؤسسات الاجتماعية كبرامج إنمائية، وذلك وفقاً للأبعاد التالية:

١. أنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعية المقدمة من المؤسسات الاجتماعية (الإيواء الكامل):

توفر الدولة الرعاية الإيوائية المخصصة لشرائح اجتماعية من ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك بهدف ضمان الحياة الكريمة اللائقة لهم، وتقديم الرعاية "الاجتماعية، والصحية، والتعليمية" داخل مجمع متكامل لدور الرعاية الاجتماعية يحتوي على عدد من المؤسسات الاجتماعية المتخصصة. كما يتوفر عدد من المراكز المهنية المساندة لمجمع ودور الرعاية الاجتماعية "كمركز التأهيل المهني، ومركز الإرشاد النفسي والاجتماعي، ومركز التأهيل الطبي، وصيدلية مركزية، وإدارة للتوعية والإرشاد، والأنشطة العامة". حيث تؤدي

خدماتها المتخصصة لكافة نزلاء المؤسسات الاجتماعية، وتخضع لإشراف فني وإداري من وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، والتي ترصد مبالغ ضخمة لإدارة هذه المرافق، وتوفير كافة الأطقم "الإدارية، والفنية، والصحية، والمستلزمات والتجهيزات اللازمة"، وذلك من أجل تحقيق هذه المؤسسات الاجتماعية النجاح في أداء رسالتها القائمة على رعاية وخدمة المستفيدين، ويوضح الجدول التالي المؤسسات العاملة في مجال الرعاية الإيوائية، والتي تخضع لإشراف وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، وأعداد المستفيدون من خدمات تلك المؤسسات.

جدول(١): المستفيدون من خدمات مؤسسات الرعاية الإيوائية (٢٠٠٠/٢٠١٠)

المؤسسة	أعداد المستفيدين		الفارق	الوحدات التنظيمية التابعة
	٢٠٠٠	٢٠١٠		
دار رعاية المعوقين	1.225	1.003	-222	دار رعاية المعوقين: تتبعها مجموعة من الوحدات التنظيمية، وهي: دار رعاية المعوقين/ دار التأهيل الاجتماعي/ مركز التدخل المبكر/ مركز التأهيل المهني/ مركز الرعاية النهارية.
دار رعاية الأحداث	1.170	516	-654	دار رعاية الأحداث: تتبعها مجموعة من الوحدات التنظيمية، وهي: مركز الاستقبال/ الضيافة الاجتماعية/ الملاحظة/ الرعاية الاجتماعية/ التقويم الاجتماعي/ مركز المراقبة.
دار الحضانة العائلية	705	948	+243	دار الحضانة العائلية: تتبعها مجموعة من الوحدات التنظيمية، وهي: الحضانة العائلية/ دار الأطفال/ دار الفتيات/ بيت ضيافة الفتيات/ بيت ضيافة الفتيان/ الأبناء المستقلون.
رعاية المسنين (داخلية وخارجية)	817	2.793	+1.976	دار رعاية المسنين: وتشمل مجموعة من الخدمات داخل الدار، وخدمات خارجها.
الإجمالي	3.917	5.260	+1.343	- - - - - -

المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، التقرير الإحصائي السنوي، دولة الكويت، ٢٠١٠.

يتضح من الجدول السابق، إرتفاع أعداد المستفيدين من خدمات هذه المؤسسات خلال عام 2010 مقارنة بعام 2000. فعلى مستوى إجمالي المستفيدين ارتفع العدد من ٣,٩١٧ عام ٢٠٠٠ إلى ٥,٢٦٠ عام ٢٠١٠، وتمثل هذه الزيادة ما نسبته ٣٤,٣%، وتتركز الزيادة في دار رعاية المسنين، ودار الحضانة العائلية، كما ارتفع عدد المستفيدين من خدمات دار رعاية المسنين من ٨١٧ عام ٢٠٠٠ إلى ٢,٧٩٣ عام ٢٠١٠؛ أي بنسبة 24.2%، وفي دور الحضانة العائلية ارتفع عدد المستفيدين أيضاً من ٧٠٥ عام ٢٠٠٠ إلى ٩٤٨ عام ٢٠١٠؛ أي بنسبة ٣٤,٥%.

في الوقت نفسه تناقصت أعداد المستفيدين من خدمات رعاية المعوقين وخدمات رعاية الأحداث. ففي عام ٢٠٠٠ كان عدد المستفيدين من خدمات رعاية المعوقين ١,٢٢٥، وانخفض عام ٢٠١٠ إلى ١,٠٠٣؛ أي أن الانخفاض قد بلغ ٢٢٢ حالة بما يعادل ١٨% تقريباً، وفيما يتعلق بخدمات رعاية الأحداث كان عدد المستفيدين عام ٢٠٠٠ نحو ١,١٧٠ وانخفض إلى ٥١٢ عام ٢٠١٠؛ أي أن الانخفاض جاء بمقدار ٦٥٤ حالة، بما يعادل نحو ٥٦%. هذا التناقص في أعداد المستفيدين من خدمات دار رعاية الأحداث ودار رعاية المعوقين يفسر في ضوء تناقص أعداد المحتاجين لخدمات الرعاية الإيوائية. أما الزيادة في أعداد المستفيدين من خدمات رعاية المسنين وخدمات الحضانة العائلية فتفسر بتطبيق نظام الرعاية النهارية داخل المؤسسة عوضاً عن الإيواء الكامل، فضلاً عن قيام الوزارة بتوصيل خدماتها المتخصصة والمتكاملة للنزلاء إلى منازلهم

من خلال فريق عمل طبي واجتماعي متكامل، وهو الأسلوب الحديث لتقديم خدمات الرعاية الاجتماعية للفئات القادرة صحياً على الإستقرار في المنزل، والذي يجمع بين تعاون مؤسسات الرعاية الاجتماعية لتقديم خدماتها المنزلية، وكفالة الأسرة للفرد بهدف تحقيق الإستقرار النفسي والاجتماعي.

ويتضح من ذلك، أن شمول الدولة لهذه الشرائح الاجتماعية بالعناية والاهتمام يجب أن لا ينصب فقط على تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية والصحة والتعليم، بل يجب أن يوجه إلى استغلال هذه الموارد البشرية الكامنة لخدمة المجتمع من خلال التأهيل والتدريب وتفعيل دورها للمشاركة بقوة العمل. لا سيما أن فئات مثل المعاقين والفتيان في مؤسسات الأحداث قابلة للتأهيل وإعادة الصقل الاجتماعي، ولا يمكن تناسي أو إغفال دورها في التنمية البشرية كقوة فاعلة ونشطة بالمجتمع الكويتي.

٢. أنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعية الإنمائية:

لم تقتصر أنشطة وخدمات **الرعاية الاجتماعية** التي تقدمها الدولة على نزلاء المؤسسات الاجتماعية الايوائية فقط كجانب علاجي، إنما قدمت الدولة العديد من الأنشطة والخدمات الخاصة **الرعاية الاجتماعية** ذات البعد الإنمائي إلى شرائح اجتماعية حيوية بالمجتمع الكويتي مثل "الأسرة، والمرأة، والطفولة، والشباب، والتأهيل المهني للمعاقين، ومراكز للتنمية المجتمعية للمجتمع المحلي"، وإنطلاقاً من

أن مفهوم **الرعاية الاجتماعية** يتسع ليضم كافة مقومات البناء الجماعي والمجتمعي في شكله التكاملي نفسياً وأخلاقياً وروحياً ومادياً، وذلك كون **الرعاية الاجتماعية** ليست وظيفة محددة تقدم لشرائح اجتماعية تحتاج للمساعدة والعون الاجتماعي والمادي من الدولة، وإنما هي فلسفة عامة تعكس الفكر الحضاري للمجتمع ومدى تقدمه وانجازه التنموي، وبما يكفل لكافة تشكيلاته وأطيافه وشرائحه الاجتماعية أكبر قدر من التكيف والانصهار والاندماج والتماسك الاجتماعي. ولا جدال أن التقدم الذي تحققه الدولة لرفاهية مواطنيها وتعزيز الأمن الاجتماعي لمكونات المجتمع لا يتم إلا من خلال الأنشطة والخدمات الاجتماعية الموجهة لموطنيها، وهي السبيل الأوفر لتحقيق التقدم والنماء لمختلف أنواع المكون الاجتماعي "كالأسرة، والمرأة، والشباب، والطفولة، والفئات الخاصة".

لذا فقد وجهت الدولة سياستها التنموية نحو العناية والرعاية لهذه الشرائح الاجتماعية، فقد أقرت المادة **رقم ١١** من الباب الثاني"المقومات الأساسية للمجتمع" من دستور دولة الكويت "بأن الدولة تكفل المعونة للمواطنين في حال الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل". لذا أصدرت قانون المساعدات العامة، وذلك بهدف تحقيق الرعاية والأمان الاجتماعي للمواطنين والعمل نحو إستقرار الأسر الكويتية.

وفي مجال المرأة والطفولة تنظم الدولة الأنشطة والخدمات والبرامج الخاصة بتأهيل المرأة والنهوض بها وتمكينها اجتماعياً. كما تعنى

الدولة بأنشطة الطفولة وتوجيه البرامج لرعاية الطفل وتنمية موهبته وتنظيم مشاركة الأطفال في المسابقات والمهرجانات المحلية والخارجية، والاهتمام بدور الأسرة باعتبارها البيئة الطبيعية لنمو الطفل، وتشرف الدولة ممثلة بوزارة الشئون الاجتماعية والعمل على الحضانات الخاصة وحدائق الأطفال، والتي تنتشر في العديد من مناطق الدولة وتقدم أنشطة مشتركة للأطفال والأمهات، كما تعمل إدارة تنمية المجتمع والتي يبلغ عدد مراكزها ١٨ مركز تغطي كافة أنحاء الدولة على استغلال الموارد البشرية في المجتمع المحلي، ومساعدة أفراده على الوقاية من المشكلات، وعلى تفعيل المشاركة بالأعمال التطوعية، ودعم الترابط الأسري بين أفراد المجتمع، إضافة إلى استنهاض المجتمع المحلي ومواجهة مشكلاته المجتمعية وتوفير سبل الوقاية منها، وفي مجال الشباب وإعداده وتأهيله تقدم الهيئة العامة للشباب والرياضة العناية والرعاية اللازمة لهذه الشريحة الحيوية بالمجتمع. من خلال العديد من الأنشطة الرياضية والبرامج الاجتماعية المتخصصة والفنون والمسرح ومراكز الشباب.

إن الرعاية والاهتمام بشرائح الأسرة والمرأة والطفل والشباب ليست مسئولية جهة واحدة، وإنما هي جهود مشتركة للعديد من المؤسسات التربوية والثقافية في دولة الكويت، فهناك مركز الأمومة والطفولة التابع لوزارة التربية، وإدارة شئون الأسرة بوزارة الأوقاف والشئون الإسلامية، وإدارة للرعاية الأسرية بوزارة العدل، وكافة تلك المؤسسات تقدم أنشطة وخدمات تتوافق وطبيعة عملها المهني وعلاقته بالجانب الأسري، والذي يتمثل بالعديد من برامج الإرشاد

والتوجيه، ومع التقدم الجاري بأنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعية الإنمائية التي يشهدها المجتمع الكويتي إلا أن ما تم من إنجاز لا يعكس حجم ونوعية المطلب الاجتماعي المتوقع، وخاصة بالنظر إلى حجم المخصصات المالية المدرجة في موازنة تلك الجهات، وعلى الإنفاق المالي الكبير على هذه الخدمات والأنشطة، والتي قدرت بحوالي ٤,٤ مليارات دينار كويتي للسنة المالية (٢٠١٠/٢٠١١)، وذلك للأسباب التالية:

- أن غالبية الأنشطة والخدمات المقدمة مكررة وتقليدية، ولا تحاكي الواقع النشط والمتجدد لهذه الشرائح الاجتماعية، ودورها المؤمل بالمجتمع الكويتي وخاصة لشريحة الشباب.

- ضعف دور المشاركة الفعالة لهذه الشرائح الاجتماعية في هذه الأنشطة والبرامج وعدم التفاعل معها. وقد يعزو ذلك إلى قصور التفاعل مع هذه الأنشطة.

- لم تهتم الدولة في الغالب بإنشاء مراكز مهنية جديدة تحاكي تطلعات وروح العصر لهذه الشرائح الاجتماعية، إضافة إلى ضعف الجهود الموجه للارتقاء بالأنشطة والخدمات والبرامج التي تتوافق مع الاحتياجات الحقيقية الاجتماعية والنفسية والتربوية لهذه الشرائح الاجتماعية.

- ضعف التعاون بين المؤسسات الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني، وتفعيل الأدوار والمساهمات المشتركة بين الطرفين لخدمة القضايا المستجدة والمشكلات الحقيقية لهذه الشرائح الاجتماعية.

٣. رعاية الأبناء القصر:

وجدت المرأة الكويتية المعيلة (الأم الأرملة) دعماً رسمياً من الدولة من خلال تأسيس واحدة من أقدم المؤسسات الاجتماعية بالمنطقة، وهي "الهيئة العامة لشؤون القصر"؛ حيث تقدم الهيئة دعماً اجتماعياً ومادياً للنساء اللاتي توفى أزواجهن، وأصبح عليهن رعاية أبنائهن القصر، وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذا البناء الاجتماعي قد تم إرساء أصوله في زمن اتصف فيه اقتصاد الدولة بالندرة المالية، والضعف المؤسسي بعكس ما هو عليه الحال الآن؛ ففي عام **١٩٣٨** أنشأت دولة الكويت دائرة حكومية صغيرة تحت مسمى "دائرة الأيتام"؛ بهدف العناية بشئون الأيتام ورعاية مصالحهم، ومن ثم تم تطويرها على المستويات كافة بحيث أصبحت هيئة مستقلة ذات شخصية اعتبارية، ولها موازنة ملحقة يشرف عليها وزير العدل، وتركز الهيئة جل اهتمامها في إدارة أموال القصر واستثمارها والمحافظة عليها وتنميتها بالطرق الشرعية (وفق أحكام الشريعة الإسلامية). كما تقدم أنشطة اجتماعية وتربوية وخدمات قانونية للأمهات، إضافة إلى عدد من الخدمات النوعية والمتميزة "كترميم المنازل والتأثيث

والمساعدات المالية"، وتشرف الهيئة على ١٣ ألف قاصر كويتي وفقاً لبيانات عام ٢٠١٠ الصادرة عن الهيئة العامة لشئون القصر.

٤. الرعاية الاجتماعية للفئات المتضررة من الحرب:

اهتمت دولة الكويت بإنشاء مؤسسات نوعية لتلبية حاجات أبناء الشهداء والمفقودين وعائلاتهم، والمواطنين الذين تأثروا نفسياً من جراء صدمة العدوان العراقي على الكويت عام ١٩٩٠. وتتمثل تلك المؤسسات في الآتي:

(أ) مكتب الإنماء الاجتماعي:

ركّز المكتب منذ نشأته عام ١٩٩٢ نشاطه على رصد ومحاصرة الاضطرابات النفسية والاجتماعية والتربوية، والتي كانت نتاج عن صدمة الاحتلال العراقي لدولة الكويت عام ١٩٩٠، وقد استمر مكتب الإنماء في أداء رسالته الإنسانية لمدة تزيد عن **20** عاماً. كما تبنى المكتب رؤية جديدة تقوم على رصد الظواهر السلوكية السلبية في المجتمع ومعالجتها، بهدف حمايته ووقايته منها، ويقوم المكتب بتقديم خدماته الإرشادية والعلاجية للحالات التي تتطلب ذلك من خلال مراكز متخصصة للعلاج النفسي مثل "مركز العلاج الواقعي، ومركز العلاج الإدراكي، ومركز التقويم النفسي، ومركز اضطرابات النطق والسمع، ومركز علاج الطفل المراهق، ومركز المعلومات الحيوية، ومركز العلاج السلوكي".

(ب) مكتب الشهيد:

مثل العدوان العراقي على أرض الكويت في ٢ أغسطس عام ١٩٩٠ محكاً لمدى إرادة الشعب الكويتي وقوة عزيمته على التمسك بأرضه والدفاع عن الحياة والكبرياء الوطني. حيث شكلت مواجهة الشعب الكويتي للغزو مرحلة فريدة سطرها الكويتيون بالكفاح وتقديم أفواج من الشهداء فداء للكويت، وسعياً للمحافظة على القيمة العظيمة للشهادة وعلى ما أبلاه الشهداء للوطن. لذلك صدر مرسوم أميري في يونيو ١٩٩١ بإنشاء مكتب الشهيد، والذي يهدف إلى:

- تكريم شهداء الكويت وتخليد بطولتهم وتضحياتهم للوطن.
- رعاية أسر الشهداء وذويهم في كافة جوانب الرعاية الاجتماعية والمالية.
- توظيف معاني الشهادة وبطولات الشهداء في تنمية الإنسان الكويتي وتدعيم التماسك الاجتماعي.

ويقدم مكتب الشهيد أنواع مختلفة من الرعاية والأنشطة والخدمات لأسر الشهداء وذويهم منها "المساعدات المالية، والرعاية التربوية المتمثلة في رعاية أبناء الشهداء تربوياً، ومتابعتهم تحصيلهم العلمي بالمدارس، وتكريم المتفوقين وإلحاقهم في مؤسسات التعليم العالي والجامعي داخل وخارج الكويت". أما الرعاية الاجتماعية فتتضمن "رعاية خاصة

بوالدي الشهيد، والأرمل والأبناء، وأخوة الشهيد الأعزب، وفاقد الأم والأب"، ويتولى ذلك عدد من الاختصاصيين الاجتماعيين بالإشراف وقضاء احتياجات ومتطلبات هذه الفئات، كما يقدم المكتب الرعاية الصحية داخل الكويت وخارجها لتلك الفئات، إضافة إلى الرعاية السكنية وحق الأولوية لأسرة الشهيد في الحصول على السكن الحكومي.

لقد بلغ عدد الشهداء المعتمدين لدى مكتب الشهيد حتى مايو عام ٢٠١١ في الإجمالي 1.332 لفئة الشهداء قبل العدوان العراقي، وشهداء الغزو، والشهداء الأسرى، والشهداء بعد العدوان، وبلغ عدد الشهداء الكويتيين 1.028، وغير الكويتيين 304 من ١٣ جنسية عربية وإسلامية.

إن سعي الدولة لتقديم كافة أنواع وأشكال الرعاية لهذه الفئة من المواطنين ينم عن المسئولية الاجتماعية من الدولة تجاه أبناء الوطن، وترجمة لمعاني إنسانية رائدة للعناية والاهتمام، وتوظيف لقيمة الإنسان الكويتي بالحياة والممات من خلال تخليده ذكراه ورعاية أسرته وذويه، والاستفادة من تضحيات الأبناء في تحقيق التعاضد والاندماج والتماسك الاجتماعي، وذلك من خلال إنشاء الأجهزة والمؤسسات الاجتماعية القائمة على رعاية شرائح اجتماعية مختلفة من المواطنين.

٥. الرعاية الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة:

تتنوع خدمات الرعاية الاجتماعية الموجهة إلى الفئات الخاصة في دولة الكويت؛ وذلك بسبب كون أفراد هذه الفئة تتنوع إعاقاتهم، ومن ثم احتياجاتهم ومتطلباتهم النفسية والاجتماعية والصحية، وقد اهتمت الدولة بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة سواء من خلال أقسام وإدارات متخصصة داخل الجهات الحكومية، أو من خلال إنشاء مؤسسات اجتماعية تعنى بهذه الفئة فقط؛ حيث يتلقى هؤلاء الخدمات "التعليمية، والصحية، والثقافية، والاجتماعية، والنفسية المناسبة"، وذلك من خلال "مدارس التربية الخاصة التابعة لوزارة التربية، والمراكز والمستشفيات الحكومية، ومركز اضطرابات النطق والسمع بمكتب الإنماء الاجتماعي، ومركز التدخل المبكر للمعوقين التابع لوزارة الشئون الاجتماعية والعمل، ومركز التأهيل المهني التابع أيضاً لوزارة الشئون الاجتماعية والعمل، والصندوق الوقفي لرعاية المعوقين والفئات الخاصة، ومركز الكويت للتوحد".

كما بدأ الاهتمام على الصعيد الرسمي بقضايا المعاقين في دولة الكويت عام ١٩٩٦، وذلك بصدور القانون رقم ٤٦ لسنة ١٩٩٦ بشأن إنشاء المجلس الأعلى لشئون المعاقين، وكان المجلس في البداية تابعاً لوزير الشئون الاجتماعية والعمل، وقد قامت فكرة المجلس على مفهوم رعاية المعاق، وفي عام ٢٠١٠ صدر القانون رقم ٨ لسنة ٢٠١٠ بشأن حقوق الأشخاص ذوي الاعاقة حيث قدم مفهوماً جديداً للتعامل مع ذوي الاعاقات، وهو مفهوم الحقوق

الاجتماعية والمدنية للمعاقين، ودمج المعاقين في المجتمع الكويتي بصفتهم مواطنين لهم كافة الحقوق وهم عناصر فعالة اجتماعياً.

بالإضافة إلى ما سبق هناك مجموعة كبيرة من مؤسسات العمل الاجتماعي الأهلية (مؤسسات المجتمع المدني)، تقوم على تقديم أنواع مختلفة من الرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة، وهذه الجهات تتلقى بعض التمويل والدعم اللوجستي من الدولة وروابط العمل المهني، وكذلك من الأفراد، ويصل عددها إلى ٢٣ منظمة في دولة الكويت حتى عام ٢٠١٠.

ثالثاً: أنشطة وبرامج الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت:

أدت التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي صاحبت عملية التنمية إلى انعكاسات سلبية على المواطنين، وإقصاء البعد الإنساني عن عملية النمو مما أدى إلى تزايد الاهتمام بتأسيس مجموعة من الأنشطة والبرامج في مجال الرعاية الاجتماعية، والتي تهدف في محصلتها النهائية إلى توجيه الإنفاق الاجتماعي، وإعادة ترتيب أولوياته، ورفع كفاءته، وتحسين مستويات توزيعه لصالح الفئات الاجتماعية من ذوي الدخل المنخفض والأكثر تضرراً من سياسات الإصلاح الاقتصادي. حيث تشتمل تلك الأنشطة والبرامج على نماذج وأنماط وأشكال متنوعة من الصناديق والمشروعات الاجتماعية والمساعدات المالية والمعونات والخدمات والدعم السلعي والخدمي والتأمين ضد البطالة وأنظمة الضمان

والتأمينات المختلفة، إضافة إلى غرض أساسي وهام يتعلق بإصلاح البنية الوظيفية والمؤسسية لأجهزة المؤسسات الاجتماعية، وإعادة هيكلتها بما يحقق أهدافها الاجتماعية وترجمة الاحتياجات الحقيقية للمواطنين وتحقيق متطلباتهم الحياتية الأساسية.

وبشكل عام يمكن القول أن أنشطة وبرامج الرعاية الاجتماعية تطورت بتطور المجتمع الكويتي على المستويين الاقتصادي والاجتماعي، وتأسست مجموعة من الكيانات الوظيفية المستقلة تُعنى بأنظمة بتلك الأنشطة والبرامج، وتوفر هذه المؤسسات الاجتماعية برامج وآليات موسعة للرعاية الاجتماعية ومتميزة للمواطنين في الكويت بهدف الوصول إلى مستويات معيشية متقدمة، وتحسين نوعية الحياة لهم.

١. نظام المساعدات الاجتماعية:

يعتبر نظام المساعدات الاجتماعية في دولة الكويت من أقدم أنظمة الرعاية الاجتماعية، وقد نجح النظام في مواجهة الكثير من حالات الأسر المعرضة لمخاطر الفقر والحاجة، سواء بسبب فقدانها عائلها أو تعرض الأسر للتصدع بسبب المشكلات المترتبة على الطلاق، ويوضح الجدول التالي أهم المؤشرات المتعلقة بالمساعدات الاجتماعية المباشرة خلال الفترة من عام ٢٠٠٠ وحتى عام ٢٠١٠.

جدول (٢): تطور أهم مؤشرات المساعدات الاجتماعية المباشر

المؤشر	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠
عدد الأسر المستفيدة من المساعدات الاجتماعية	١٤,٠٦٤	٢٠,٠٦٤	٢٩,٤٥٥
عدد المسنين المستفيدين من رعاية الإيواء والخدمات المتنقلة	٨١٧	١,٨٤٣	٢,٧٩٣
عدد المستفيدين من الحضانة العائلية	٧٠٥	٧١٠	٩٤٨
عدد المستفيدين من خدمات رعاية المعاقين	١,٢٢٥	٩١٧	١,٠٠٣
عدد المستفيدين من رعاية الأحداث	١,١٧٠	٨٥٢	٨٥٧
إجمالي المبالغ المصروفة للمستفيدين من المساعدة الاجتماعية (مليون دينار)	٣٤,٩	٦٢,٣	١٣٦,٩

المصدر: بيانات وزارة الشئون الاجتماعية والعمل الكويتية، فبراير ٢٠١١.

تتولى وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل تنفيذ سياسة الدولة في رعاية الأفراد والأسر من ذوي الدخل المحدود والفئات المعوزة مادياً منذ عام 1955، وتكفل الدولة المعونة للمواطنين في حالة الشيخوخة أو المرض أو العجز من العمل، ويغطي هذا الجانب قانون المساعدات العامة رقم (22) لسنة 1978، والذي يتم من خلاله توفير المساعدة المالية الشهرية والرعاية الاجتماعية للأفراد والأسر من ذوي الدخل المحدود، أو ممن يمرون بظروف مالية صعبة أو ممن هم دون الحد الأدنى لمستوى المعيشة؛ وذلك بهدف تحسين أوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية. ويعد نظام المساعدات العامة أحد أهم أنشطة وبرامج الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت؛

حيث تكفل الدولة دخلاً ثابتاً للمنتفعين من هذا النظام ينتهي بزوال الظروف الاجتماعية "كالعمل أو الزواج وغيرها". أما الفئات الاجتماعية المستفيدة من هذا النظام هي: الأرامل/ المطلقات/ الأيتام/ المرضى/ ذوو العاهات/ المسنين/ البنات غير المتزوجات/ العاجزون مادياً/ أسر المسجونين/ الطلبة. وتشير الأرقام الرسمية إلى تزايد أعداد المستفيدين من نظام المساعدات الاجتماعية (الأسر والأفراد) وإجمالي المبالغ التي تم إنفاقها في هذا الصدد؛ إذ إن قيمة المساعدات الاجتماعية ارتفعت من نحو ٣٥ مليون دينار كويتي عام ٢٠٠٠ إلى نحو ١٣٧ مليون دينار كويتي عام ٢٠١٠؛ أي بنسبة تزيد عن ٢٩٠%، وصاحب ذلك زيادة في عدد الأسر المستفيدة من حوالي ١٤ ألف أسرة إلى حوالي ٢٩ ألف أسرةللفترة ذاتها؛ أي بنسبة زيادة نحو ١١٠%. يؤكد هذا بدوره ارتفاع نصيب الأسرة خلال الفترة المشار إليها من ٢٤٨ ألف دينار كويتي إلى ٤٦٥ ألف دينار كويتي. وتتوزع هذه المساعدات للفئات الأكثر استحقاقاً، وهي: المطلقات (٢٧,٧%)، المعاقون أقل من ١٨ سنة (١٧,٦%)، حالات الشيخوخة (١٧,١%)، متزوجات من غير محددي الجنسية (٦,٧%)، مرضى (٥,٨%)، عجز مالي (٤,٥%)، أسر مسجونين (٤,٣%)، أسر طلبة (٤%)، فئات أخرى (12.3%).

وما يمكن استخلاصه من هذا الاستعراض، بأنه برغم الجهود المبذولة لرعاية هؤلاء الأفراد والأسر ممن يتلقون مساعدات اجتماعية، ليس هناك ما يشير إلى مدى تحقيق النجاح في تنمية قدرات، أو مهارات هذه الشريحة الاجتماعية الهامة، أو إعادة تحويلهم إلى شريحة منتجة من خلال التدريب، أو صقل المهارات،

أو تبني المشروعات الصغيرة المنتجة بدلاً من شريحة معتمدة كلياً على جهود الدولة، والذي أضفى سمة الاتكالية والانعزال الاجتماعي، مما أفقد القدرة على المشاركة الاجتماعية وخروج هذه الشريحة الاجتماعية من الطاقة الإنتاجية للمجتمع الكويتي. ولعل ذلك يقودنا إلى طبيعة الدور المسئول الذي يفترض أن تقوم به الدولة ممثلة بوزارة الشئون الاجتماعية والعمل على انتهاج رؤية جديدة فعالة تعمل لانخراط هؤلاء الأفراد والأسرة القادرة على العمل والإنتاج على استثمار طاقتها لتحسين فرص أوضاعها الاقتصادية والاجتماعية، ولكن يبدو أن التركيز على الرعاية من خلال تقديم المساعدات يحظى بالأولوية عوضاً عن تنمية القدرات والإمكانيات، مما يعد مؤشراً غير إنمائي.

٢. برامج مؤسسة بيت الزكاة في دولة الكويت:

يعتبر بيت الزكاة في دولة الكويت من المؤسسات الرائدة على مستوى دولة الكويت كمؤسسة خيرية تساهم في تحقيق التنمية المجتمعية وحماية المجتمع من ظاهرة الفقر والعوز والحاجة. واستطاعت المؤسسة خلال ٣٠ عاماً من العطاء أن تحقق الكثير من الإنجازات والنجاحات، وأن ينقل تجربته المتميزة للعديد من الدول، وقد حرص بيت الزكاة على تسويق مشروعاته على المحسنين من أفراد ومؤسسات، واستطاع الحصول على ثقة المحسنين الذين قدموا تبرعاتهم وزكاتهم خلال ٣٠ عاماً، حتى

تجاوزت ٥٠٠ مليون دينار كويتي. ولعل من أبرز مشاريع بيت الزكاة وبرامجه وأنشطته في مجال الرعاية الاجتماعية ما يلي:

- تقديم المساعدات الاجتماعية المالية لعدد من شرائح المجتمع، (كالمرضى، وذوي الدخول الضعيفة، والأيتام، والمطلقات، والأرامل، والعاطلين عن العمل، وأسر السجناء، وغيرهم)، وقد بلغ عدد الأسر المستفيدة من تلك المساعدات نحو ٣٥ ألف أسرة في عام ٢٠١٠.

- تقديم المساعدات العينية، وقد بلغ عدد الأسر المستفيدة من المساعدات العينية (مواد غذائية، وملابس، والحقائب المدرسية، وأجهزة كهربائية) نحو ٩ آلاف أسرة في عام ٢٠١٠.
- تقديم القروض الحسنة، وقد بلغ عدد المستفيدين في عام ٢٠١٠ أكثر من ١٤٠٠ أسرة.

- تقديم رسوم الضمان والتأمين الصحي لأسر غير محددي الجنسية وللوافدين.

- الشراكة المجتمعية والمسؤولية الاجتماعية مع المؤسسات الحكومية والأهلية والقطاع الخاص، واستطاع بيت الزكاة عقد مشاريع شراكة مع العديد من المؤسسات لتقديم مجموعة من

الأنشطة والبرامج المتصلة بالرعاية الاجتماعية، وذلك بإنشاء عدة صناديق مشتركة منها: صندوق طلبة جامعة الكويت/ صندوق طلبة الهيئة العامة للتعليم التطبيقي/ صندوق وزارة التربية/ صندوق رعاية أسر السجناء/ صندوق المعونة الطبية/ صندوق الرعاية الاجتماعية مع وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل/ صندوق الإرشاد للمؤسسات الإصلاحية/ صندوق البعوث الطلابية/ صندوق المؤلفة قلوبهم/ صندوق رعاية التائبين من تعاطي المخدرات.

- ومن أبرز إنجازات بيت الزكاة في مجال الرعاية الاجتماعية استقبال أكبر تبرع في تاريخ دولة الكويت، الذي قدمه سمو الشيخ سالم العلي السالم الصباح في عام ٢٠٠٧ بمبلغ قدر بنحو ١٠٠ مليون دينار كويتي، وقد استفاد من هذا التبرع الكريم نحو ٥ آلاف فرد من أسر شهداء الكويت/ ٦٨ ألف أسرة من ذوي الدخول الضعيفة/ ٩ آلاف فرد من ذوي الأحكام القضائية/ ٣٧ ألف فرد من المتقاعدين الذين تقل رواتبهم الشهرية عن ألف دينار كويتي. كما لم يغفل بيت الزكاة عن المساهمة في تنمية الدول والشعوب، ومن أبرز ما قدمه البيت في هذا الميدان "المشاريع التنموية، وقد بلغ عددها ١٩٣ مشروعاً/ كفالة الأيتام حيث قدر عددهم بنحو ٢٣ ألف يتيماً في ٣٥ دولة/ دعم طلبة العلم حيث قدر عددهم بـــنحو ١٣٣٢ طالباً في ١٥ دولة".

٣. نظام التأمينات الاجتماعية:

اهتمت دولة الكويت بالنشاط التأميني من خلال تطبيق منظومة تأمينية متميزة، تلبي احتياجات المواطن الكويتي فيما يخص أمنه الاجتماعي بمفهومه الشامل. ولهذا الغرض أنشئ عدد من الصناديق المختصة للقيام بدورها في تحقيق مظلة تأمينية متكاملة، تضمن للمواطن حقوقه المشروعة في حياة آمنة خلال فترة التقاعد عن العمل، والاستقرار المادي والاجتماعي لأسرته بعد وفاته، وهناك خمسة صناديق تأمينية تعنى بهذه المسألة، وتشكل المزايا التأمينية والعينية التي يحصل عليها المواطن نحو ١٠% من إجمالي الإنفاق على الأجور والرواتب، وقد زادت قيمة هذه المزايا من ١٣١,٤ مليون دينار كويتي عام ٢٠٠١ إلى ٢٦٦,٩ مليون دينار كويتي عام ٢٠١٠، وجاءت هذه الزيادة بهدف تحقيق التوازن بين الالتزامات والحقوق من خلال احتساب الاشتراك وراتب حساب المعاش على أساس علمية، وهي تأخذ في الاعتبار كافة المتغيرات، وكذلك شمول المعاش البدلات والعلاوات والمزايا الأخرى التي يتقاضاها المؤمن عليهم بجانب الراتب الأساسي.

جدول (٣): المؤشرات التأمينية في دولة الكويت (٢٠٠٠- ٢٠١٠)

المؤشرات التأمينية		عام	
		٢٠٠٠	٢٠١٠
عدد أصحاب المعاشات على قيد الحياة في آخر السنة	المدنيون باب ثالث	٣٩٦٦٧	٦٨٤٨٧
	المدنيون باب خامس	٢٥٢	٢٥٠٢
	العسكريون	٧١٥٦	١٥٠٢٠

عدد المستحقين الذين يصرفون في آخر السنة (أرامل وأولاد فقط)	المدنيون باب ثالث	٢٩٢٦٤	٤٢٩٣٢
	المدنيون باب خامس	غير متوفر	٩٤٣
	العسكريون	٨٩٧٥	١٣٥٨٩
متوسط المعاش التقاعدي لأصحاب المعاشات على قيد الحياة في آخر السنة	المدنيون باب ثالث	٦٧٦	٩٤٢
	المدنيون باب خامس	٣٩٨	٥١٩
	العسكريون	٩٣٤	١١٦٨
متوسط النصيب للمستحقين الذين يصرفون في آخر السنة (أرامل وأولاد فقط)	المدنيون باب ثالث	٢٤٣	٣٦٩
	المدنيون باب خامس	غير متوفر	٢٤٣
	العسكريون	٢٤٠	٣٣٦
عدد المؤمن عليهم في آخر السنة	المدنيون باب ثالث	١٤١٢٧١	٢٥٩٢٨٤
	المدنيون باب خامس	١٢٦٩٩	١٢٥٠٥
	العسكريون	غير متوفر	غير متوفر

المصدر: جدول مركب من قبل الباحث بناءً على بيانات المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية ٢٠١٠.

يتضح من الجدول السابق؛ أن ازدياد عدد المؤمن عليهم (مدنيين وعسكريين) من ١٣٥,٩٧٠ عام ٢٠٠٠ إلى ٢٧١,٧٨٩ عام ٢٠١٠، ولا يقتصر الأمر على الزيادة في العدد فحسب، بل إن متوسط نصيب المستحقين لأصحاب المعاشات على قيد الحياة والأرامل والأولاد المشمولين بنظام التأمينات قد ارتفع هو الآخر خلال الفترة ذاتها المشار إليها.

٤. الحركة التعاونية:

أسست الدولة الحركة التعاونية في الكويت منذ بداية منتصف الستينات باعتبارها إحدى المقومات الرئيسية لتحقيق المبادرات

الجماعية الأهلية، وتعزيز قيم المشاركة والمسئولية في المجتمع المحلي. إضافة إلى تلبيتها للاحتياجات الأساسية من المواد الغذائية والاستهلاكية للمساهمين بأجود الأسعار، وتقديمها خدمات ومساهمات اجتماعية متنوعة للمساهمين والمجتمع المحلي، وتتولى الإشراف على الجمعيات التعاونية وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، والتي تراقب سير عملية انتخاب أعضاء مجلس إدارات هذه الجمعيات التعاونية، إضافة إلى الإشراف المالي والمحاسبي، وقد ساهمت الحركة التعاونية بأدوار متميزة خلال محنة الغزو العراقي للكويت عام ١٩٩٠، وبرزت أهميتها كمنظومة أهلية لتحقيق الأمان الاجتماعي للمجتمع، وساعدت على الاستقرار وإدارة الأحياء السكنية وتعويض دور الدولة المفقود، وتوطيد أركان الرعاية الاجتماعية للمواطنين من خلال توفير المستلزمات الغذائية والسلعية، وتداول الأوراق النقدية بين سكان المنطقة، وإظهار قيم العمل المشترك، والتكافل والتضامن الاجتماعي من خلال الإدارة المشتركة للمرفق التعاوني، والذي كان نقطة الانطلاقة في إدارة الأحياء السكنية والحفاظ عليها وحمايتها. إن للحركة التعاونية في الكويت أدوار ومساهمات تاريخية وملموسة في حالة الرخاء والأزمات، وذلك كونها أحد النتائج الهامة لجهود التنمية في أبعادها الاقتصادية والاجتماعية من خلال تمكين الناس من مدخراتهم، وحسن استثمارها، ومن إدارتها، ومراقبتها بأنفسهم من خلال انتخاب وتشكل مجالس إدارات الجمعيات التعاونية، وبمساعدة وإشراف الدولة، أو في بعدها الاجتماعي من خلال تحقيق الاندماج والتماسك الاجتماعي، ونشر روح التعاون والتكافل المجتمعي، وتنمية المجتمع وتعزيز قيم

الديمقراطية، وبالنظر إلى التطور النوعي كما تبينها معطيات الجدول التالي.

جدول (٤): التطور النوعي للجمعيات التعاونية

عام	عدد الجمعيات التعاونية	عدد الأعضاء	رأس المال	صافي الأرباح	المخصص للتنمية الاجتماعية
2000	45	247055	87292292	21885970	5471493
2010	55	447319	11043844	30642588	7665646

المصدر: جدول مركب بناءً على بيانات وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، إحصائيات (٢٠٠٠/٢٠١٠)

يظهر الجدول السابق؛ مدى التقدم الناتج سواء في تنامي إيراد هذه الجمعيات، والتي تخدم مختلف الأحياء السكنية، أو في تزايد عدد الأعضاء المنظمين لهذه الجمعيات، والذي أصبح في الكويت حقيقة واقعية ومباشرة لانضمام كافة الأسر في الحي السكني إلى سجل المساهمين في الجمعية، وذلك لهدفين الأول: الاستفادة من نظام عائد الاستثمار على رأس المال المساهم والذي يتراوح عادة من 10% إلى 15% سنوياً. أما الهدف الثاني: الاستفادة من الخدمات والبرامج الاجتماعية والثقافية والترويحية والدينية التي توفرها الجمعية التعاونية للمساهمين. وتظهر بيانات عام 2010 أن أرباح المتاجرة للجمعيات التعاونية الاستهلاكية قد بلغت حوالي ٦ ملايين دينار كويتي، وصافي الربح 31 مليون دينار كويتي تم توزعها على النحو التالي: فائدة رأس المال 429 ألف دينار كويتي، مخصصات المعونة

الاجتماعية بلغت حوالي ٨ مليون دينار كويتي، عوائد المشتريات ١٨ مليون دينار كويتي، احتياطي قانوني ٣٧٧ ألف دينار كويتي.

كما تشير معطيات الجدول السابق؛ إلى التطور في الأداء المالي والأرباح المخصصة، وبما يخصص للمعونة الاجتماعية للمساهمين لتطوير المجتمع المحلي. أن النمو في تأسيس الجمعيات التعاونية يتواكب مع التطور العمراني الذي تشهده الكويت في تأسيس المدن الجديدة. حيث تشكل الجمعية التعاونية النواة والمركز لانطلاقة عملية التنمية المجتمعية منذ البدء في الاستيطان بالحي السكني الجديد.

إن النتائج الملموسة للحركة التعاونية وجهودها في التنمية المجتمعية من خلال تمكين الناس من مقدراتهم الادخارية، أو من خلال استغلال جزء من الأرباح التعاونية كمعونة اجتماعية، وإعادة بثها وتوزيعها بما يخدم احتياجات ومتطلبات المنطقة ومرافقها التعليمية والبلدية والصحية والدينية، أو سواء في برامج الخدمة الاجتماعية والتوعية والدعم المجتمعي بكافة أشكاله.

إلا أن هذه الجهود أخذت عليها بعض النتائج السلبية نتيجة سوء إدارة هذه الجمعيات كان أبرزها أن تلك الجمعيات حققت أرباح مرتفعة تنافس بها المؤسسات التجارية الهادفة للربح، والتي وصلت إلى نسبة 15%، وهي بذلك ابتعدت عن المبادئ التي تحكم الحركة التعاونية والتي حددتها الخطة الإنمائية متوسطة الأجل بنسبة 7%، وساعد ذلك على إنخفاض قوة مساهمتها في التخفيف من حدة ارتفاع

الاسعار، بالإضافة إلى ارتفاع عدد حالات حل مجالس إدارات تلك الجمعيات نتيجة قضايا متعلقة باختلاسات وشبهات مالية، وهو الأمر الذي يفسر عدم تبلور دور أكبر للقطاع التعاوني في عملية التنمية، وضعف دورة في امتصاص جانب من بطالة قوة العمل من الخريجين الجدد من الشباب الكويتي.

٥. برنامج الرعاية السكنية:

تُعد القضية الإسكانية من أبرز القضايا الاجتماعية على الساحة المحلية الكويتية، كما تشكّل أحد أهم أولويات الخطط الإنمائية المتتابعة وأهدافها؛ فقد عمدت الدولة إلى إعادة توطين سكان الكويت قاطبة في مدن ومناطق سكنية جديدة عوضاً عن المساكن القديمة، وكان من أهم نتائج برامج الإسكان الوطني أن تحول المجتمع الكويتي إلى مجتمع حضري متكامل بكل ما تعنيه هذه الهجرة والنقلة المكانية من إعداد، وتنظيم لمتطلبات ملازمة لعملية السكن "كالبنية التحتية والمرافق، والبلدية، والصحية، والمدارس، وغيرها"، واستغلت الدولة التدفقات النقدية المجزية لعائدات النفط في تنفيذ المشاريع الإسكانية، ويظهر حجم الإنفاق الحكومي على الرعاية السكنية سواء في إنشاء المشاريع الإسكانية، أو تقديم القروض العقارية، أو تكلفة بدل الإيجار التي بلغت في مجملها منذ عام 1993 حتى عام 2010 حوالي خمسة مليارات دينار كويتي. وكان من أهم معالم هذه السياسة أن اعتبر التملك للسكن الخاص مبدأً أساسياً في سياسة الدولة الإسكانية.

على الرغم من التقدم المنشود في إعادة التوطين وتوزيع الأراضي والتمويل العقاري وتنفيذ المشروعات الإسكانية، فإن هناك تحديات قائمة أصبحت عائقاً أمام المواطنين ومتخذي القرار لتنفيذ سياسات الإسكان في دولة الكويت. ومن أبرز هذه التحديات ما يلي:

- تنامي الطلبات المقدمة من المواطنين للحصول على الرعاية السكنية، حيث بلغت ١٠٧ آلاف طلب حتى نهاية عام ٢٠١٢، مما يعني التأخر في تسلم المواطن للبيت الحكومي أو القسائم السكنية المخصصة لفترة تتجاوز عن العشر سنوات، وهذا ما يخالف قانون الرعاية السكنية رقم ٥٠ لسنة ٢٠١٠، والذي يلزم الحكومة أن توفر الرعاية السكنية للأسر والأفراد خلال مدة لا تزيد عن ٥ سنوات.

- تباطؤ بعض أجهزة الدولة في تخصيص الأرض لصالح المؤسسة العامة للرعاية السكنية لتنفيذ مشروعاتها السكنية وإعاقة بعض الأراضي لمشروعات شركات النفط.

- ارتفاع تكلفة الأراضي إلى أرقام فلكية تفوق تكاليف البناء بثلاث مرات؛ مما يشكل عائقاً أمام الأفراد والأسر الراغبة في الخروج عن نظام الرعاية السكنية، وبناء وحداتها العقارية الخاصة في المناطق الحضرية.

- ارتفاع تكلفة إستأجار المسكن بالنسبة إلى دخول الأسر؛ حيث تشير مؤشرات الإنفاق للأسرة الكويتية إلى أن ما يخصص للسكن

من صافي دخلها السنوي يراوح بين 20% إلى ٣٥% من إجمالي الإنفاق الأسري. كما يرتفع متوسط تكلفة شراء وبناء السكن إلى متوسط الدخل السنوي للأسرة بنحو لا يمكن رصده؛ نظراً للارتفاع الخيالي لأسعار الأراضي إلى حد يفوق القدرة الشرائية للمواطنين.

- عدم تغطية التصنيع المحلي لكثير من مواد البناء الأولية والاتجاه إلى الاستيراد الخارجي، مع تقديم الدولة دعماً للمواد الأساسية كالحديد والإسمنت لطالب الرعاية السكنية.

وفي إطار سياق مجتمع الرفاه الذي انتهجته الدولة، وفي ضوء خصوصية الواقع الكويتي، فإن السكن الخاص في الكويت يشتمل على أبعاد اقتصادية واجتماعية وبيئية أوسع من المتعارف عليه في العديد من المجتمعات الأخرى، وهو لا يعني السكن في الكويت بل هو نموذج لبيئة وظيفية مدنية متقدمة، وتكلفة اقتصادية ضخمة إضافة إلى اقتران المسكن بإشباع حاجات عديدة ومتنوعة لقاطنيه.
في ضوء تلك الاعتبارات، والتحديات المذكورة، فإن استدامة سياسة الإسكان كجزء من الرعاية الاجتماعية يقتضي مشاركة جميع الأطراف المعنية في إدارة وتنظيم أوضاع الرعاية الإسكانية في الكويت من خلال تبني استراتيجية وطنية للإسكان، تتفاعل في أبعادها المختلفة لتحقيق المواءمة اللازمة بين أطراف العملية الإسكانية، وهي الأسرة والدولة ممثلة ببرامجها ومشروعاتها

الإسكانية الموجهة للمواطنين، ومؤسسات التمويل والإقراض العقاري، وملاك الأراضي.

٦. برنامج إعادة هيكلة القوى العاملة والجهاز التنفيذي بالدولة:

يعد هذا البرنامج أحد أهم البرامج الرئيسية للرعاية الاجتماعية الحديثة في دولة الكويت؛ وذلك لعلاقته المباشرة بمسألة العمل والبطالة بين المواطنين، وذلك كمحاولة لإصلاح الاختلالات الرئيسية في سوق العمل بدولة الكويت، وتتمثل أبرز تلك الاختلالات في تركز العمالة الوطنية في القطاع العام، حيث قدرة نسبة العاملين فيه (المواطنيين) ٩٢% مقابل ٨% فقط بالقطاع الخاص وفقاً لاحصائيات عام ٢٠٠٠، وكذلك ما أفرزته انعكاسات الأزمات الاقتصادية على الاستغناء عن خدمات بعض المواطنين في مؤسسات القطاع الخاص؛ حيث يتولى برنامج إعادة هيكلة القوى العاملة والجهاز التنفيذي بالدولة تطبيق قانون دعم العمالة الوطنية وتشجيعها للعمل في الجهات غير الحكومية رقم 19 لسنة 2000، وهو يهدف إلى:

- إصلاح الخلل القائم في تركيبة قوة العمل في القطاع الأهلي الذي تسيطر عليه العمالة الوافدة.

- اقتراح الآليات والتشريعات التي تشجع الجهات غير الحكومية على تشغيل العمالة الوطنية.

- تقريب الفوارق بين مزايا ومرتبات العاملين في الجهات الحكومية والجهات غير الحكومية لتشجيع العمالة الوطنية على الالتحاق بفرص العمل بالقطاع الأهلي.

وقد حقق البرنامج عدداً من أهداف الرعاية الاجتماعية ذات العلاقة بفرص العمل، ومكافحة البطالة، ودعم العمالة الوطنية، وإلحاق خريجي المؤسسات التعليمية المختلفة وغيرهم بمؤسسات العمل في القطاع الخاص، ومن أهم الإنجازات التي حققها ما يلي:

- استفادة أكثر من 15 ألف من نظام التدريب المنتهي بالتوظيف، والذي شمل (9.821) باحثاً عن العمل، وتحمل البرنامج لتكلفة التدريب بالكامل لـــــ (5.760) مواطناً ومواطنة على رأس العمل في المؤسسات غير الحكومية من خلال المساهمة في تكلفة التدريب بنسبة تصل إلى 75%.

- تنمية العمالة الوطنية بالقطاع الخاص من (1.627) عام 2001 إلى (15.038) عام 2011.

- ارتفاع عدد الذين تصرف لهم علاوة اجتماعية وعلاوة الأولاد من (1.627) مواطناً ومواطنة عام 2001 إلى (61.435) مواطناً ومواطنة عام 2011، وارتفاع المبالغ المصروفة لهم سنوياً من (570.680 د.ك) عام 2001 إلى (281.680.367 د.ك) عام 2011.

- دعم برنامج المسرحين عن العمل في القطاع الخاص من خلال صرف بدل المسرحين لمدة (18) شهراً، ويمثل البدل المصروف 50% من الراتب في السنة الأولى. وبلغ العدد الإجمالي للمسرحين 1.573 في عام 2011.

وبالرغم من تلك الجهود المبذولة ما زال هناك بقايا تفكير مجتمعي قاصر لدى كثير من الشباب الكويتي ترفض أن يكون العمل الإنتاجي الأساس لتحقيق الدخل، وترى أن الدولة هي الراعي الأمين لعمل المواطنين والحافظ لاستقراره الوظيفي، ووسيلة لإعادة توزيع الثروة الوطنية، وهو ما يشكل عائقاً اجتماعياً وتنموياً كبيراً أمام الدولة. إن استمرار القناعة لدى المواطنين بأن مسؤولية التوظيف تقع على عاتق الحكومة، والاستمرار في عدم الرغبة في الانخراط بالعمل في القطاع الخاص، على الرغم من أن مؤسسات القطاع الخاص تحتفظ بمخزون هائل من الوظائف والمهن بمختلف مستوياتها الإدارية والفنية، إضافة إلى أنها تتمتع بمزايا عديدة، فإن هذا الأمر يحتاج إلى جهد توعوي وثقافي وإعلامي متواصل، ويجب أن يتخذ من أطراف عديدة في مقدمتها الأسرة والإعلام ومؤسسات التعليم، والتي يجب أن تتوافق مخرجاتها التعليمية والاحتياجات الوظيفية الحقيقية للدولة. إن درجة الخلل وصلت إلى وجود أعداد كبيرة من الباحثين عن العمل والذي وصل عددهم إلى 20 ألف مواطن في عام ٢٠١١، والذين يقفون في طوابير الانتظار للعمل في أجهزة الدولة في الوقت الذي توجد فيه آلاف الفرص الوظيفية لدى الجهات غير الحكومية، حيث أنها لا تجد من يشغلها من المواطنين.

٧. مظلة الدعم الاجتماعي الأهلي (مؤسسات المجتمع المدني):

تشكل جمعيات النفع العام والروابط الاجتماعية والمبرّات الخيرية مظلة متكاملة للرعاية والدعم الاجتماعي الموجه إلى الفرد والأسرة في دولة الكويت، وتتمثل في تقديم عدد من الأنشطة والخدمات والبرامج ذات الطابع الاجتماعي والإنساني، التي تتنوع في مجالها المهني والتخصصي، ونطاق تغطيتها شرائح اجتماعية كبيرة وعريضة في المجتمع الكويتي، وتقدم الدولة مساعدات مالية سنوية لهذه الجمعيات، كما توفر لها مقار لأعمالها ودعماً لمشاركتها في البرامج والمؤتمرات والأنشطة الداخلية والخارجية. كما تراقب أنشطتها مالياً ومحسابياً، ومدى التزامها بقانون إشهارها، وتعد هذه الجمعيات والروابط المهنية الرافد والسند الحقيقي لجهود المؤسسات والجهات الحكومية العاملة في حقل الرعاية والتنمية الاجتماعية، وضمن هذا الإطار تتكامل منظومة العمل والدعم الاجتماعي الموجه إلى الفرد والأسرة الكويتية، وتتجلى صورة التعاون والتكامل وتحقيق المسؤولية الاجتماعية المشتركة بين مؤسسات العمل بالقطاع الحكومي العام ومؤسسات العمل الأهلي لدعم جهود التنمية البشرية المستدامة في أبعادها الاجتماعية.

جدول (٤): التوزيع العددي لمنظمات المجتمع المدني حسب طبيعة نشاطها لعام ٢٠٠٩

طبيعة منظمة المجتمع المدني	العدد	النسبة (%)
جمعيات نفع عام	٨٢	٢٢,٢
جمعيات تعاونية	٦٠	١٦,٣
مبرات وهيئات خيرية	٨٧	٢٣,٦
نقابات ومنظمات أعمال	٩٤	٢٥,٥
أندية رياضية	٣٩	١٠,٦
جمعيات تربوية	٣	٠,٨
روابط التعليم العالي واتحاد الطلبة	٤	١,١
فرق شعبية	٢٢	٦,٠
مسارح واتحاد مسارح	٥	١,٤
المجموع	٣٦٩	١٠٠

المصدر: جدول مركب بناءً على بيانات وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، إحصائيات ٢٠٠٩.

تقوم مؤسسات المجتمع المدني بأدوار ومساهمات هامة في مجالات عديدة، وذلك لتحقيق دورها المنشود في خدمة المجتمع وحمايتة من الظواهر التي تؤثر علية بشكل سلبي كظاهرة الفقر، ومن أهم تلك المساهمات ما يلي:

- **الارتقاء بالحريات المدنية والديموقراطية:** إن وجود قوانين تجيز إنشاء وتنظيم منظمات المجتمع المدني يرفع من سقف حرية التعبير. مما يتيح للمجتمع أن يضغط وأن يسمع صوته باعتبار أن الشخص منفرد لا يمثل صوته قوة في مواجهة سلطة قوية، ومن شأن هذا إتاحة الفرصة للفئات الصغيرة والضعيفة لإيصال أصواتها إلى السلطات العُليا تحت مظلة القانون عن طريق اتحادات ومنظمات المجتمع المدني.

- **إشاعة روح التكافل الاجتماعي:** عن طريق تقديم الدعم المالي والتبرعات المادية لمنظمات المجتمع المدني من قبل الأغنياء وذلك لتمكينها من تنفيذ برامج متكاملة في مجالات الرعاية والتنمية الاجتماعية كافة مثل: برامج التعليم، والتدريب، والتأهيل، ومحو الأمية، ومساعدات المرضى، وإقامة مراكز اجتماعية للشباب، ومساعدة الأسر الضعيفة. كما هو الحال بالنسبة للجمعيات الخيرية والمبرات والقطاع التعاوني ومؤسسات الوقف وتمويل مشاريع صغرى لذوي الدخل المحدود.. الخ.

- **التقليل من الفقر وإعادة توزيع الثروات:** بالرغم من أن الكويت خطت خطوات هامه في مجال القضاء على الفقر وحماية المجتمع منه قبل حلول موعد الأهداف الإنمائية للألفية سنة 2015، إلا أن دور منظمات المجتمع المدني لا يتجلى فقط في محاربة الفقر، بل يتعداه إلى إعادة توزيع الثروات، وبالتالي التقليل من الفوارق

الطبقية سواء عن طريق تقديم المساعدات المالية المباشرة، أو عن طريق تقديم الخدمات بشكل غير مباشر كتنمية المهارات من خلال التعليم والتثقيف والتأهيل ورفع الكفاءات ورفع دخل فئات بعينها كالأرامل والمطلقات والمعاقين.

- **زيادة الرفاه الاجتماعي:** من خلال إعادة توزيع الدخل بين الطبقات الاجتماعية، والذي يزيد بدورة من مستوى الرفاه الاجتماعي ككل عن طريق تعظيم المنفعة الاجتماعية. علماً بأن المنفعة الحدية تتناقص غالباً بتزايد الدخل، فإن المنفعة الحدية للدينار المتبرع به من قبل الشخص الغني، والذي يتم إنفاقه من قبل الشخص الفقير تزيد كثيراً عن المنفعة الحدية للدينار فيما لو أُنفق من قبل الشخص الغني نفسه.

- **تنشيط الطلب على السلع والخدمات وخلق فرص العمل:** إضافة إلى الأدوار السابقة لمنظمات المجتمع المدني في جهود التنمية الاقتصادية، فإن المصروفات السنوية لها أثر مباشر ناتج عن زيادة الطلب على السلع والخدمات التي تنتجها المصانع، كما أن لها آثار غير مباشرة من خلال زيادة طلب هذه المصانع على إنتاج مصانع أخرى وتستمر الحلقة. هذا الطلب يؤدي إلى إنعاش الاقتصاد ويزيد من فرص العمل في المجتمع.

وعلى الرغم من قدم فكرة المجتمع المدني بالكويت، إلا أن هناك شبه إجماع على ضعف مساهمة المجتمع المدني في التنمية الاجتماعية بشكل عام والرعاية الاجتماعية على وجه الخصوص، نتيجة مجموعة

من التحديات الداخلية والخارجية. حيث تتمثل التحديات الداخلية في عدم وجود رؤية واضحة لمنظمات المجتمع المدني، وضعف امكاناتها وقدراتها التنظيمية، وعدم وضوح برامج تلك المنظمات. أما التحديات الخارجية التي تواجه منظمات المجتمع المدني تتمثل في ضعف وعي المجتمع بأنشطة منظمات المجتمع المدني، ومشكلات ضعف التنسيق والتكامل بين المنظمات. كل ذلك أدى إلى ضعف إنتاجيتها وأدائها التنموي، ومن ثم أصبحت تلك المنظمات غير قادرة على تقديم نموذج تنموي لمجتمع مدني ريادي وواقعي يحل مشكلات المجتمع الكويتي.

يتضح مما سبق توافر عناصر تنظيمية قوية لقطاع الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، ولكن يؤخذ عليها نقص التكامل والتنسيق فيما بين جهود المنظمات الرسمية وغير الرسمية، وليس المقصود بهذا التكامل والتنسيق الجهود الخيرية، وذلك لأن الرعاية الاجتماعية حق قانوني يكفله الدستور والمواثيق الدولية، ولا ينبغي أن يخضع للمبادرات الخيرية لبعض الأفراد الميسورين، ولكنها جزء لا يتجزأ من النظام العام.

كما تشير التجارب الدولية في مجال الرعاية الاجتماعية إلى أن وجود الرعاية كمؤسسات دائمة بات أمر حتمي في ظل ظروف ومعطيات الأوضاع الراهنة، إلا أنه ليس بالضرورة أن تظل المجموعات المستهدفة من أنشطة وبرامج ومشروعات تلك المؤسسات هي الأخرى دائمة. كما أن الأهداف والغايات الاستراتيجية للرعاية الاجتماعية ينبغي أن تكون من المرونه بما يسمح بالتغيير وفق المتطلبات والاحتياجات الملحقة لكل مرحلة، ونستخلص من ذلك أن أبرز التحديات التي تواجه الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت تتلخص فيما يلي:

- **على الرغم من توافر العديد من الأنشطة والبرامج في مجالات الرعاية الاجتماعية المختلفة، إلا أنها أنشطتها وبرامجها غير متكاملة، وينقصها الكثير من الضبط المنهجي.**

- **رغم وجود أنشطة متعددة للرعاية الاجتماعية، إلا أن قاعدة المستفيدين من هذه الأنشطة محدودة، وقد يرجع ذلك إما لعدم تقديم خدمات مقنعة من ناحية نوعية، أو لضعف التوعية بأهمية هذه الخدمات.**

- نظام المساعدات الاجتماعية يقتصر على تقديم المعونات المالية فقط. مما يجعل المستفيدين من هذا النظام مرتبطين به للأبد دون أمل في الإعتماد على النفس، ودمجهم في سوق العمل، مما يزيد من أعباء تلك المساعدات الاجتماعية على موازنة الدولة.

- تعاني الرعاية السكنية في دولة الكويت العديد من المعوقات التي أضعفت من قدرتها على تلبية تطلعات واحتياجات المواطنين، كان أبرزها الإجراءات البيروقراطية، وضعف مستوى الإدارة الذي تسبب في تأخير تسليم طلبات الإسكانية للمواطنين والتي وصلت إلى ١٠٧ ألف طلب اسكاني.

- على الرغم من فدم تجلابة المجتمع المدني في دولة الكويت إلا أن هذا القطاع يعاني من الضعف العام سواء على مستوى الأداء أو على مستوى القدرات المالية والإدارية.

(٥) نموذج مقترح لتفعيل دور الرعاية الاجتماعية في تحقيق الحماية الاجتماعية من العوز والحاجة

نموذج مقترح لتفعيل دور الرعاية الاجتماعية في تحقيق الحماية الاجتماعية من العوز والحاجة:

لقد أدى التغير الاجتماعي والثقافي إلى إحداث تغير شامل ورئيسي وجوهري في بناء الأسرة الكويتية والذي على أثره ظهرت العديد من الظواهر الاجتماعية الحديثة. فاختلف نتيجة لذلك أسلوب ومنهجية بناء الأسرة وهيكلها، وتغيرت العديد من المفاهيم المتعلقة بالأسرة والزواج وأنماط القرابة وأهميتها، وكذلك تم التغير في كثير من المفاهيم المتعلقة بالرعاية الاجتماعية. إن هذه التغيرات التي حدثت بالأسرة جعلت من الواجب أن تقابلها الدولة بمؤسساتها المختلفة بدور مختلف عما كانت عليه بالسابق. فالمؤسسات الاجتماعية على حد زعم الباحثين في مجال الاجتماع والأنثروبولوجيا –كل حسب اتجاهة الفكري– وجدت أساساً لسد الاحتياجات الخاصة بالفرد والمجتمع. ولعل من أبرز ما حدث إزاء التغير الاجتماعي والثقافي على المجتمع المحلي هو ما أطلقه "بارسونز" في اتجاهه الوظيفي والذي أسماه "بالتمايز الوظيفي". فهناك تغير أصاب الأسرة في المجتمعات الحديثة، بحيث أصبحت الأسرة لا تؤدي وظائفها الاجتماعية التي كانت تؤديها بالسابق، إنما أصبح هناك تمايزاً وظيفياً بمعنى أن مؤسسات الدولة المختلفة تشترك مع الأسرة في أداء وظائفها المتعددة لخدمة أفرادها. فالأسرة في السابق هي التي تؤدي "الوظيفة الاقتصادية، أو الوظيفة التعليمية، أو وظيفة الحماية، أو وظيفة منح

المكانة، أو الوظيفة الدينية، أو الوظيفة الترفيهية وغيرها من الوظائف المتعددة". أما في الوضع الحالي وفي المجتمعات الحديثة فإن التغيرات التي حدثت ما هي إلا عملية "تمايز" بحيث أصبح هناك تزايد في المؤسسات والوحدات التنظيمية المتعددة التي تقوم بوظائف محددة. فالأسرة في الماضي كانت تقوم بعدة وظائف والآن أصبحت محدودة. كما أصبحت المؤسسات تؤدي وظائف مشابهة. فالأسرة أصبحت أكثر تخصصاً ولكن أصبح المجتمع يعتمد على أكثر من وحدة في تحقيق وظائفه.

ومن هنا جاءت الحاجة إلى أن تكون هناك وحدات تنظيمية داخل المجتمع المحلي تلائم وتتواكب مع حجم التغيرات التي تحدث في المجتمع. فلا يمكن النهوض في دراسة الجوانب العامة بالأسرة دون أن تكون هناك مؤسسات رسمية وغير رسمية تعنى وتتعلق بشئون الأسرة ومشكلاتها. فالتغيرات الاجتماعية والثقافية التي أصابت البناء الأسري يحتاج أن تقابله مؤسسات اجتماعية قادرة على الملاءمة والتعامل مع هذه المشكلات. فهناك حاجة لرسم السياسة الخاصة بشئون الأسرة وإدماج كافة الشرائح المرتبطة بها، وذلك بالتعاون مع جهات متعددة داخل المجتمع.

إن هذه المؤسسات اتسمت بتوافقها مع المؤسسات الحديثة التي تتعامل مع المشكلات الأسرية من منطلق تخصصي يتناسب مع طبيعة القضية ذات الصلة. فبدأ الاهتمام بمؤسسة الأسرة المحلية من خلال

المؤسسات الحكومية والأهلية والخاصة في نظام المجتمع الحديث، والتي تتوافق من حيث الأهداف والرؤى مع مؤسسات عالمية انطلقت من الأهداف والرؤى نفسها. فلم تعد المشكلات والظواهر الاجتماعية التي تواجه الأسرة هي مشكلات وظواهر محلية وخاصة بالأسرة المحلية، إنما أصبحت هذه المشكلات والظواهر هي مشكلات وظواهر عالمية. فتتشابه المجتمعات التي تمر بعمليات التحديث وما يسمى بمجتمعات الحداثة بالمشكلات الاجتماعية التي تتصل بالأسرة. وهو ما نستطيع أن نطلق عليه بعالمية المشكلات، والتي لا تتوقف عند قضايا الأسرة فحسب بل تمتد إلى أبعاد أخرى. فقضايا ومشكلات "الطلاق، والعنف، والمخدرات، والتفكك الأسري، وضعف الروابط القرابية، وغيرها من المشكلات والظواهر الاجتماعية" هي قضايا عالمية تتصف بها مجتمعات الحداثة. ولذلك نستطيع القول أن التشابه في هذه المشكلات الاجتماعية الخاصة بالأسرة أوجدت التشابه في المؤسسات التي بدأت تظهر وتواجه مشكلات الأسرة. فظهرت مؤسسات الرعاية الاجتماعية التي تهتم مثلاً "بالمسنين، والطفولة، والشباب، وذوي الاحتياجات الخاصة، وغيرها من المؤسسات" التي أكثر ما نستطيع أن نسميها بأنها مؤسسات ذات صبغة عالمية واجهت المشكلات العالمية في كل قُطر على حدة. فأصبحت هذه المؤسسات هي التي تواجه مشكلات الأسرة مع بعض القوانين والتشريعات والتي أصبحت تشريعات سائدة.

إن واقع الرعاية الاجتماعية في المجتمع المحلي يتمثل بوجود العديد من المؤسسات المتخصصة، والتي تستقبل الحالات ذات الصلة،

ومؤسسات الرعاية الاجتماعية تتوزع بين عدة مؤسسات تمثلت في "وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، وقصر العدل، ووزارة الأوقاف والشئون الإسلامية، وغيرها من المؤسسات التخصصية الأخرى في الكويت على سبيل المثال". وعلى الرغم من تنوع هذه المؤسسات الاجتماعية إلا أن هناك العديد من المشكلات التي تواجه كياناتها. فعلى الرغم من الوفرة المادية التي تمتلكها دول مجلس التعاون الخليجي، إلا أن هذه الكيانات الاجتماعية تعاني من إهمال شديد وتفتقد إلى تحقيق أدوارها بشكل مناسب فأعداد كبيرة من البطالة المقنعة تعمل ضمن أروقتها، وغياب التخصصية ووجود المتخصصين تنتاب بعض منها، وإهمال الدولة لها، هذا بالإضافة إلى أن غالبية هذه المؤسسات هي مؤسسات في واقع الحال علاجية يغيب عنها الدور الإنمائي والوقائي.

إن أبرز ما يواجهه المستقبل الخاص بمؤسسات الرعاية الاجتماعية يحمل شقين: الأول الذي يرتبط بكيفية تطوير هذه المؤسسات والرغبة في تطوير أهدافها وبرامج عملها، والآخر الذي توضحه المؤشرات الحالية إلى الركود والخمول في تحقيق أي تطوير والذي يأتي من النظرة الرئيسة التي تنطلق من إهمال أبرز مقومات التنمية البشرية والمتمثل في "الإنسان". فقيام مؤسسات تهتم بهذا الإنسان وعلى مستوى وقدر كبير من الكفاءة والمهنية تعتبر من أبرز التحديات المستقبلية. فلا يمكن أن نتخيل أننا نعيش في عصر الحداثة، ولا نملك مؤسسة خاصة تعنى بشئون الأسرة وتجمع كياناتها الاجتماعية كافة. والنظرة المستقبلية أيضاً لا بد من أن تنطلق في ظل وجود بعض من المؤسسات الوقائية مثل مشروع الإرشاد الزواجي الذي يرشد المقبلين على الزواج ويجعلهم قادرين على

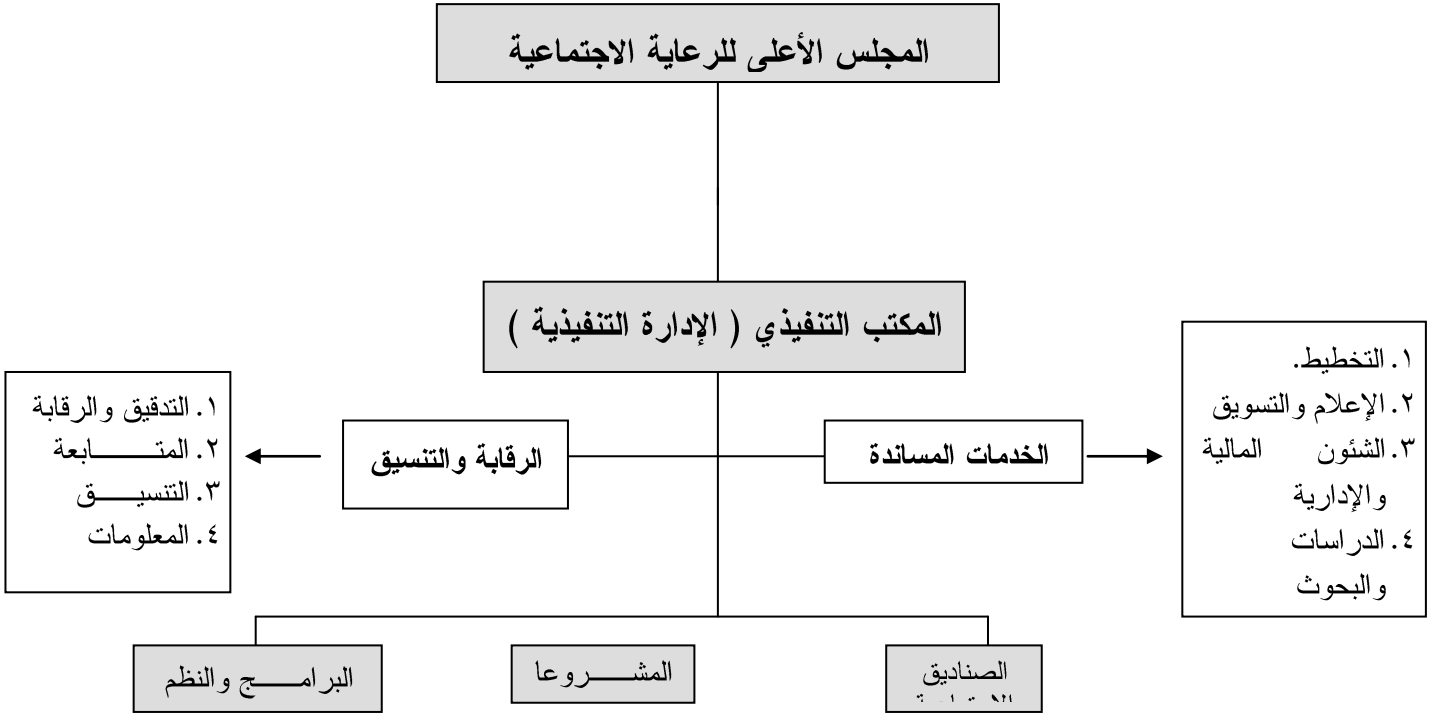
مواجهة المشكلات التي يواجهونها، وكذلك الحال إعداد البرامج التوعوية المناسبة لهذه المؤسسات الاجتماعية وتطويرها التطوير المناسب والذي يتلاءم مع الحاجة من وجودها. فهناك العديد من المؤسسات الخاصة بالرعاية الاجتماعية التي لا تحقق المطلوب منها بشكل متكامل نتيجة لوجود العديد من المشكلات الإدارية والمهنية التي تنتابها والتي تحتاج إلى حلول واضحة وخاصة بها.

وبناء على ما سبق، ومن منطلق أهمية دور المؤسسات في تحقيق الرعاية الاجتماعية يقدم الباحث في هذا الجزء من الدراسة نموذجاً مقترحاً لتفعيل دور الرعاية الاجتماعية في تحقيق الحماية الاجتماعية من العوز والحاجة، وذلك من خلال تأسيس المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية، ويقدم الباحث في هذا الصدد وصفاً تفصيلاً للمكونات التنظيمية، والبرامج والأنشطة العامة، والمتطلبات الأساسية لإنشاء المشروع.

أولاً: الهيكل المقترح للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية:

يطرح الباحث في هذا القسم الهيكل التنظيمي المقترح للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية ومكوناته الأساسية، ومن ثم يقدم مجموعة من البرامج والمشروعات والنظم المقترحة القابلة للتنفيذ، والتي تشكل في مجملها مظلة يمكن الإستناد عليها في مجال تحقيق الحماية والرعاية الاجتماعية.

الهيكل التنظيمي المقترح للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية



يتضح من الهيكل المقترح للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية أنه قائم على عدد من المكونات التنظيمية، وله وظائف محددة تتضح على النحو الآتي:

(أ) المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية:

وهو الجهة الإشرافية العليا للرعاية الاجتماعية، ويختص باقتراح السياسات العامة وتوجهاتها الاستراتيجية، وإقرار برامجها ومشروعاتها، ويشرف على أداءها، وترفع إليه تقارير الإنجاز ونتائج الأعمال والمهام، ويشترك في عضويته كافة المؤسسات الرسمية والأهلية والتطوعية ذات العلاقة بالحماية الاجتماعية.

(ب) المكتب التنفيذي (الإدارة التنفيذية) للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية:

وهو الجهة التنفيذية للمجلس، ويختص بالإشراف والرقابة ومتابعة تنفيذ كافة الأنشطة والبرامج والمشروعات الخاصة بالرعاية الاجتماعية، والتي تقوم على تنفيذها الصناديق الاجتماعية والمشروعات والبرامج، كما يختص المكتب التنفيذي بالتنسيق بين مختلف المؤسسات الرسمية والأهلية والتطوعية المشاركة في عضويتها.

(ج) الصناديق الاجتماعية:

وتمثل الأداة التنفيذية الأولى للمجلس، وهي قوالب تنظيمية مستحدثة ذات أهداف محددة، يختص كل منها بمجال عمل محدد، وله ميزانية معتمدة ضمن الميزانية العامة للرعاية الاجتماعية، وله في سبيل تحقيق أهدافه التنسيق والتعاون مع مختلف الجهات الرسمية أو الأهلية العاملة في مجال اختصاصه، ومنها على سبيل المثال صندوق حماية ذوي الاحتياجات الخاصة.

(د) المشروعات:

وتمثل الأداة التنفيذية الثانية للمجلس، وهي مشروعات تهدف لتحقيق هدف محدد، ويخصص لكل مشروع ميزانية معتمدة ضمن الميزانية العامة للمجلس، وله في سبيل تحقيق أهدافه التنسيق والتعاون مع مختلف الجهات الرسمية أو الأهلية العاملة في مجال اختصاصه، ومنها على سبيل المثال (المشروعات كثيفة العمالة، حاضنات المشروعات الصغيرة، وغيرها).

(هـ) البرامج والنظم:

وتمثل الأداة التنفيذية الثالثة للمجلس في سبيل تحقيق أهدافه، وهي برامج ونظم لها صفة الاستمرارية، وتعالج قضايا محددة ضمن أهداف الرعاية وغاياتها، ومنها على سبيل المثال (برنامج المعاشات والبطالة، نظام التأمين الصحي، نظام المنح التعليمية، وغيرها).

ثانياً: الصناديق والبرامج والمشروعات المقترحة التابعة للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية:

اعتمد الباحث في تصنيف الصناديق والبرامج والمشروعات المقترحة للمجلس وفقاً للغايات المحددة له، والتي تتمثل في مكافحة الفقر، ومعالجة المظاهر السلبية لدولة الرفاه، وتحفيز الطاقات وضمان المشاركة المجتمعية، وذلك بما يضمن تنسيق تلك البرامج وضمان إمكانيات تحقيقها على النحو التالي:

(أ) الصناديق والبرامج والمشروعات المتعلقة بمكافحة الفقر:

١. برامج المعاشات وإعانة البطالة التي تستهدف إعانة الذين استبعدوا عن الاقتصاد القائم على الأجور في بعض فترات حياتهم لأسباب تتعلق بالسن أو دورة الأعمال، وتتضمن:

- برنامج تأمين البطالة.
- برنامج المعاش متعدد الدعائم للمتقاعدين عن العمل، وتتوقف قيمة تلك المعاشات على عدد سنوات العمل والاشتراكات.
- برنامج معاش الإعانة الاجتماعية يستهدف شريحة الفقراء من النساء والرجال الذين تزيد أعمارهم عن

٦٥ سنة، ولا يغطيهم النظام الرسمي، ويفيد هذا البرنامج شريحة النساء أكثر من الذكور، حيث تعتمد قيمة المساعدة المالية للمستفيدين على تحديد وسائل الرزق التي يملكها المستفيد وليس على العمل.

٢. برامج تقديم المساعدات الاجتماعية التي تستهدف تقديم العون لأفقر شرائح المجتمع التي لا يستطيع أفرادها إعالة أنفسهم، وتتضمن:

- مشروع إعادة هيكلة المعونة الوطنية (المساعدات العامة).
- إنشاء صندوق الضمان الاجتماعي (المساعدات الاجتماعية)، ويختص بتنظيم عملية تقديم المساعدات للشرائح التي تشملها الرعاية الاجتماعية، على ضوء نتائج مشروع إعادة هيكلة المعونة الوطنية.

٣. إنشاء صندوق حماية الفئات الخاصة، ويختص بتوفير الحماية والرعاية الاجتماعية للفئات الخاصة "كالمعاقين، والمسنين، والأطفال بلا اسر، وغيرهم".

(ب) الصناديق والبرامج والمشروعات المتعلقة بمعالجة المظاهر السلبية لدولة الرفاه:

- **إنشاء نظام للتأمين الصحي:** ويقترح أن يتكون من ثلاث درجات "الادخار الطبي، والوقاية الطبية، والصندوق الطبي". حيث يساهم برنامج الادخار الطبي في تأمين المواطن ضد مخاطر الصحة متوسطة المستوى، ويتم تغطية مخاطر الصحة الفاجعة من خلال برنامج الوقاية الطبية، ويوفر الصندوق الطبي الملاذ الأخير للمرضى غير القادرين على دفع كل فواتير علاجهم الطبي، ويمول من فائض ميزانية الحكومة.

- **إنشاء برنامج المنح الدراسية:** ويشمل فئات غير القادرين على تحمل تكاليف الدراسة، ويراعى فيه توحيد جهود كافة المنظمات غير الحكومية والمبادرات الفردية العاملة في هذا المجال.

- **تفعيل دور مؤسسة الزكاة:** وتنظيم مساهمتها في إطار برامج الرعاية الاجتماعية، وبما يتفق مع المصارف المحددة شرعاً للزكاة.

- تفعيل دور صناديق الأوقاف: وذلك بمنح الصناديق الوقفية مساحة للعمل المجتمعي وأدواراً محددة في إطار الرعاية الاجتماعية، وبما يضمن تحقيق الشروط والمقاصد الشرعية للوقف التي حددها الواقفون، والتنسيق بين المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية، والمؤسسات الوقفية لإنشاء صناديق تلبي الاحتياجات الفعلية والملحة للمجتمع.

- إنشاء البرنامج الوطني للتدريب والتأهيل: ويختص بالتدريب المهني، وتهيئة البرامج التدريبية العملية لأغراض رفع المهارات، وإعادة تدريب وتأهيل العاطلين وفائض العمالة.

(ج) الصناديق والبرامج والمشروعات المتعلقة بتحفيز الطاقات وضمان المشاركة المجتمعية:

١. **برامج الأشغال العامة:** للذين لم تشملهم خدمات برنامج تأمين البطالة ويشمل "إنشاء برنامج للأشغال العامة، وإنشاء مشروعات كثيفة العمالة"، على أن تؤمن هذه المشروعات العمل على المدى الطويل.

٢. **تطوير ودعم قطاع المشاريع الصغيرة :** وإعطاء أهمية لتشجيع المبادرات الذاتية للأفراد لإنشاء مشاريع خاصة

بهم من خلال منح القروض التشجيعية للفئات الأكثر تأثراً من برنامج الإصلاح والأزمات الاقتصادية، وفئات محدودي الدخل، وخريجي الجامعات والمعاهد، من خلال إعفاءات ضريبية وجمركية مؤقتة، وإعفاءات من أقساط التأمينات لمدة زمنية.

٣. **تحسين الظروف المعيشية والحياتية:** من خلال تطوير البنية التحتية في المناطق التي لم تحظى برعاية مناسبة.

٤. **تفعيل دور اللجان الخيرية والمبرات:** وكافة صور العمل الاجتماعي الأهلي والتطوعي في مجال تقديم المساعدات الاجتماعية، وبرامج التأهيل والتدريب على العمل، والرعاية الصحية والتعليمية، وتنسيق جهودها ضمن إطار شامل ووفق توجهات المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية، وبما يتناسب مع احتياجات المجتمع.

ثالثاً: المتطلبات المتعلقة بتنفيذ مقترح تأسيس المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية:

تتطلب عملية تفعيل دور الرعاية الاجتماعية في إطار مقترح تأسيس المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية اتخاذ مجموعة من التدابير والترتيبات التنظيمية، والتشريعية، والمالية، والفنية، والإعلامية،

والثقافية، والتأهيلية. لذا فقد عمد الباحث إلى تخصيص هذا القسم من الدراسة لتحديد أهم تلك الترتيبات وتفصيلاتها على النحو التالي:

(أ) المتطلبات التنظيمية والإدارية:

تتكون المتطلبات التنظيمية والإدارية من العناصر التالية:

١. تأسيس المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية:

وفي هذا الإطار يقترح الباحث أن تشرع الجهات المختصة بتأسيس المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية، ويشترك في عضويته كافة المؤسسات الرسمية والأهلية والتطوعية ذات العلاقة. كما يقترح الباحث أن يمارس المجلس الاختصاصات التالية:

- إنشاء شبكة للأمان الاجتماعي والصناديق المكونة لها.
- اقتراح سياسات الرعاية الاجتماعية وتوجهاتها الاستراتيجية.
- إقرار الأنشطة والبرامج والمشروعات التي تيولى المجلس تنفيذها.
- اعتماد الميزانية السنوية للرعاية الاجتماعية والحسابات الختامية والقومية لها.
- رصد مسيرة المجلس، واقتراح الحلول المناسبة للمشكلات التي تواجه مراحل التنفيذ.

- توفير الموارد المالية للمجلس.
- ضمان المشاركة الفاعلة لكافة الجهات والمؤسسات المكونة للمجلس.

٢. مرسوم أو قرار إنشاء المجلس:

يقترح الباحث أن تقوم الجهات المختصة بقضايا التنمية والرعاية الاجتماعية بإعداد وثيقة المرسوم أو القرار القاضي بإنشاء المجلس وفقاً للنظم المعمول بها في هذا الصدد، موضحاً بها كافة متطلبات تأسيس المجلس واختصاصاته، ونظم إدارته والقواعد المالية والإدارية والرقابية المتبعة فيه.

٣. تشكيل المجلس (العضوية):

يقترح الباحث أن يشترك في عضوية المجلس كافة المؤسسات الرسمية والأهلية والتطوعية ذات العلاقة بقضايا الرعاية الاجتماعية. كما يقترح الباحث أن يضم المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية في عضويته المؤسسات التالية: وزارات الصحة، وزارات التربية والتعليم، وزارات الشئون الاجتماعية، بعض منظمات المجتمع المدني، وغيرها من منظمات وهيئات ذات الصلة بالرعاية الاجتماعية.

٤. تأسيس المكتب التنفيذي (الإدارة التنفيذية) للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية:

في هذا الإطار يقترح الباحث أن يتولى المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية مسئولية تأسيس المكتب التنفيذي، وتحديد نظم إدارته، واقتراح الهيكل التنظيمي المناسب للمكتب، والاختصاصات التنظيمية لوحداته، وإعداد كافة اللوائح والقواعد المالية والمحاسبية والرقابية الخاصة به، وأن يضم المكتب التنفيذي للمجلس الوحدات التنظيمية التالية:

- المدير العام ومساعدوه.
- الوحدات المساندة وتشمل: (الوحدات التنظيمية المسئولة عن: التخطيط، الإعلام والتسويق، الشئون المالية والإدارية، الدراسات والبحوث، المتابعة، الرقابة والتدقيق، التنسيق، المعلومات، التدريب والتطوير).

٥. إنشاء الصناديق الاجتماعية التابعة للمجلس الأعلى لشبكة للرعاية الاجتماعية:

تمثل الصناديق الاجتماعية الأداة التنفيذية الأولى للمجلس الأعلى رعاية الاجتماعية، وهي قوالب تنظيمية مستحدثة ذات أهداف محددة، يختص كل منها بمجال عمل محدد، ولكل صندوق منها ميزانية معتمدة

ضمن الميزانية العامة للمجلس، وله في سبيل تحقيق أهدافه التنسيق والتعاون مع مختلف الجهات الرسمية أو الأهلية العاملة في مجال اختصاصه.

واتساقاً مع ما سبق، فإن أهم الصناديق المقترح إنشائها ضمن المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية أو ضمها إلى المجلس في حالة كونها قد تم إنشائها مسبقاً هي على النحو التالي:

- إنشاء صندوق حماية الفئات الخاصة.
- إنشاء صندوق لدعم العمالة الوطنية.
- إنشاء صندوق الضمان الاجتماعي (المساعدات الاجتماعية).
- صندوق الأوقاف (بالتنسيق مع الصناديق الوقفية التابعة لمؤسسات الوقف).
- صندوق الزكوات والصدقات والمبرات.
- الصندوق المعني بتطوير البنية التحتية في المناطق الأقل حظاً أو إهتماماً.

٦. إنشاء مجموعة من المشروعـــات التابعة للمجلس:

حيث تمثل تلك المشروعات الأداة التنفيذية الثانية للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية، وهي مشروعات

ينشئها المجلس لتحقيق هدف محدد، ويخصص لكل مشروع ميزانية معتمدة ضمن الميزانية العامة للمجلس، وله في سبيل تحقيق أهدافه التنسيق والتعاون مع مختلف الجهات الرسمية أو الأهلية العاملة في مجال اختصاصه.

واتساقاً مع ما سبق، فإن أهم المشروعات المقترح إنشائها ضمن المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية أو ضمها إلى المجلس في حالة كونها قد تم إنشائها مسبقاً هي على النحو التالي:

- مشروع إعادة هيكلة المعونة الوطنية (المساعدات العامة).
- المشروعات كثيفة العمالة.
- مشروع حاضنات المشروعات الصغيرة.

٧. إنشاء مجموعة من البرامج والنظم التابعة للمجلس:

حيث تمثل البرامج والنظم الأداة التنفيذية الثالثة للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية في سبيل تحقيق أهدافها، وهي برامج ونظم لها صفة الاستمراري، وتعالج قضايا محددة ضمن أهداف الشبكة وغاياتها.

واتساقاً مع ما سابق، فإن أهم البرامج والنظم المقترح إنشائها ضمن المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية أو ضمها إلى المجلس في حالة كونها قد تم إنشائها مسبقاً هي على النحو التالي:

- نظام التأمين الصحي.
- نظام المنح الدراسية.
- برنامج تأمين البطالة.
- برنامج المعاش متعدد الدعائم للمتقاعدين عن العمل.
- برنامج معاش الإعانة الاجتماعية للذين لا يغطيهم النظام الرسمي.
- برامج الأشغال العامة للذين لم تشملهم خدمات برنامج تأمين البطالة.

٨. إنشاء البرنامج الوطني للتدريب والتأهيل:

يهدف هذا البرنامج إلى تدريب وإعادة تأهيل المسرحين عن العمل، وإعادة وتأهيل حملة المؤهلات الجامعية، وإعادة تأهيل حملة المؤهلات المتوسطة والمتسربين من التعليم.

(ب) المتطلبات التشريعية:

وتشمل اتخاذ التدابير التالية:

١- إصدار المرسوم أو القرار القاضي بإنشاء المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية.
٢- إصدار القرارات الوزارية المنشئة للمكتب التنفيذي للمجلس.
٣- إصدار القرارات الوزارية المنشئة للصناديق الاجتماعية التابعة للمجلس.
٤- إصدار القرارات الوزارية بنقل تبعية الصناديق الاجتماعية التي سبق إنشائها إلى المجلس.
٥- إصدار القرارات الوزارية بتعديل اختصاصات بعض الوزارات المشاركة في عضوية المجلس، ومنها على سبيل المثال:

- نقل اختصاص تقديم المساعدات العامة المناط بوزارات الشؤون الاجتماعية (كما هو الحال في دولة الكويت) إلى المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية.
- إنشاء نظام معاشات التقاعد متعدد الدعائم.
- إنشاء نظام معاش الإعانة الاجتماعية للذين لا يغطيهم النظام الرسمي.
- إنشاء نظام التأمين الصحي.
- إنشاء نظام المنح الدراسية.

(ج) المتطلبات الإعلامية والتسويقية:

يقترح الباحث ضرورة أن يصاحب عملية إنشاء المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية، وتأسيس الصناديق والمشروعات التابعة له جهداً إعلامياً منظماً ومدروساً يقوم على محورين أساسيين هما:

- الإعلام عن تأسيس المجلس وأهدافه: بهدف تكوين اتجاهات إيجابية للرأي العام المحلي حول المجلس والغاية الرئيسية.
- تسويق مشروعات المجلس وكسب التأييد الشعبي والمشاركة المجتمعية في تنفيذها.

(د) ترتيبات توفير الموارد اللازمة:

تتطلب عمليات توفير الموارد المالية اللازمة للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية اتخاذ التدابير التالية:

١. **تحديد مصادر تمويل مشروعات المجلس:** ويقترح الباحث في هذا الصدد أن تتكون الموارد المالية من المصادر التالية:

- الدعم الحكومي المخصص للمجلس.

- نسبة من الميزانيات السنوية للوزارات المشاركة في المجلس.
- حصة من أموال الزكاة.
- حصة من ريع الأوقاف المخصصة لعموم الخيرات.
- إيرادات المشروعات التي ينفذها المجلس.
- مساهمات القطاع الخاص.
- مساهمات مؤسسات المجتمع المدني.
- المبادرات الفردية للمواطنين وذوي الملاءة المالية المرتفعة.
- نسبة من إيرادات الرسوم على الخدمات.
- نسبة من أرباح الجمعيات التعاونية.

٢. **إعداد مشروع الموازنة العامة للمجلس:** يراعى في إعدادها كافة المعايير المحاسبية والمالية المتعارف عليها، فضلاً عن مراعاة متطلبات سنة التأسيس والسنوات اللاحقة لها.

(هـ) ترتيبات تفعيل دور مؤسسات المجتمع المدني:

تواجه مؤسسات المجتمع المدني في الكويت تحديين رئيسين، أحدهما داخلي ويتعلق بمنظومة المجتمع المدني نفسها من حيث "بنيتها المؤسسية، وإدارتها الذاتية، وأطرها القانونية، ونظمها المعلوماتية". والآخر خارجي ويتمثل في "تأثر تلك المنظومة بالتغيرات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية

العالمية، وكذلك علاقاتها التفاعلية بالتحالفات والشبكات المدنية الدولية والتنظيمات الإقليمية في هذا المجال".

وتتمثل أهم التحديات الداخلية التي تواجهها مؤسسات المجتمع لمدني في دول مجلس التعاون الخليجي بشكل عام فيما يلي:

- الانتقاص من حرية تكوين مؤسسات المجتمع المدني.
- إعطاء السلطة التنفيذية حق حل المؤسسات المجتمع المدني.
- ضعف قنوات التنسيق والتكامل بين مؤسسات المجتمع المدني.
- ضعف التنظيم المؤسسي واللائحي.
- ضعف آليات ممارسة السلطة الداخلية.
- إهمال الجانب الإعلامي.
- ضعف الدعم المالي.
- غياب برامج العمل الهادفة.
- قصور في وضوح الأهداف وغياب الرؤية المستقبلية.
- إهمال التدريب وتأهيل الكوادر الوطنية.
- انتشار الأمية الإدارية.
- عدم تبني منهجية علمية لإيجاد وتطوير خط ثاني من القيادة.

كما تتمثل أهم التحديات الخارجية التي تواجهها مؤسسات المجتمع المدني في دولة الكويت في مدى قدرة تلك المؤسسات على مواجهة تحديات العولمة وتداعياتها وانعكاساتها، فضلاً عن مواجهة آثار التحولات العالمية في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والمعلوماتية.

وعليه فإن عمليات تفعيل دور مؤسسات مجتمع المدني تتطلب إيجاد نمط جديد للعلاقة بين الدولة وتلك المؤسسات، يمكن تحيقها من خلال الآتي:

- إعادة صياغة القوانين المقيدة لقدرة المنظمات.
- تشجيع المنظمات على تمكين الفقراء أو ذوي الدخل المحدود بدلاً من استهدافهم.
- احترام استقلالية هذه المنظمات.
- دعم المنظمات النسائية والجمعيات المطالبة بحقوق المرأة.
- تفعيل جهود التنسيق بين مؤسسات المجتمع المدني من جهة، وبين المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية من جهة الأخرى.
- العمل على إيجاد ميادين ومساحات عمل تتناسب مع القدرات والإمكانات الفعلية لمؤسسات المجتمع المدني.
- العمل على تطوير قدرات مؤسسات المجتمع المدني وزيادة حجم مشاركتها في تنفيذ برامج وأنشطة المجلس.

(و) متطلبات وترتيبات تفعيل دور المواطن:

تتطلب عمليات تفعيل دور المواطنين للمساهمة بإيجابية في أنشطة ومشروعات وبرامج المجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية اتخاذ مجموعة من التدابير يمكن إجمالها على النحو التالي:

١. **الترتيبات المتعلقة بكسب التأييد العام للمجلس:** وأغلبها جهود إعلامية غايتها تعريف المواطنين بالمجلس، والنتائج المترتبة عليه، في سبيل الحصول على دعم وتأييد مختلف القوى والفئات والشرائح لجهود المجلس ومشروعاته وبرامجه.

٢. **الترتيبات المتعلقة بجهود التدريب والتأهيل:** وفيها تهتم الجهات المسؤولة عن المجلس بصورة أساسية بجهود تطوير قدرات ومهارات أفراد المجتمع وبخاصة "المتعطلين عن العمل، الخريجين الجدد، المتسربين من مراحل التعليم.. الخ" بما يتناسب مع احتياجات سوق العمل، وبما يضمن للمواطن الشعور بالانتماء والمشاركة والمسئولية.

(٦) الخاتمة: النتائج والتوصيات

الخاتمة:

النتائج والتوصيات:

هدفت هذه الدراسة في المقام الأول إلى الإجابة على التساؤل الرئيسي الذي يجسد المشكلة البحثية، والذي يدور حول مدى كفاءة برامج الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخيليجي بشكل عام وفي دولة الكويت بشكل خاص في تحقيق الحماية الأمان الاجتماعي لتلك المجتمعات، والأسئلة التي تفرعت منه، وانقسمت هذه الدراسة إلى أربعة أجزاء يسبقها الإطار العام للدراسة، ويليها خاتمة توضح أهم النتائج والتوصيات التي توصل إليها الباحث.

ناقش القسم الأول من الدراسة أسس ومفاهيم الرعاية الاجتماعية، حيث استعرض هذا الجزء من الدراسة تأصيل لأهم المفاهيم المفسرة للرعاية الاجتماعية، مع السعي لتقديم تعريف إجرائي لمفهوم الرعاية الاجتماعية يتناسب مع حالة دول مجلس التعاون الخليجي بشكل عام، والحالة الكويتية على وجه الخصوص. أما القسم الثاني من الدراسة تناول سمات الرعاية الاجتماعية وخصائصها في دول مجلس التعاون الخليجي والتحديات التي تواجهها، وذلك من خلال تحديد أبرز سمات الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي، والتي نشأت ضمن سياق فكري وثقافي واجتماعي خاص، في ظل الوفرة الناتجة عن الاقتصاد

الريعي النفطي المرتفع، هذا بالإضافة إلى مناقشة أبرز التحديات التي تواجه مسيرة الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي، والتي تحتم –نتيجة تعدد المشكلات– إعادة التفكير في هيكلة دور الدولة والعمل على تعديل هياكل المجتمع الإدارية والتنظيمية، وغيرها من قطاعات. وناقش الجزء الثالث من الدراسة الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت– تحليل الوضع الراهن، حيث قدم الباحث في هذا الجزء تحليلاً لأوضاع الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، وذلك من خلال تسليط الضوء على الفئات والشرائح المستفيدة، وكذلك أهم القطاعات والأنشطة والبرامج المتصلة بالرعاية الاجتماعية، كما تناول تحليلاً نقدياً لسياسات الرعاية الاجتماعية الراهنة في دولة الكويت، وإبراز أهم المعوقات التي تعترضها. كما تناول الجزء الرابع من الدراسة نموذج مقترح لتفعيل دور الرعاية الاجتماعية في تحقيق الحماية الاجتماعية من العوز والحاجة، حيث قدم الباحث في هذا الجزء من الدراسة نموذج لتفعيل دور الرعاية الاجتماعية في تحقيق الحماية الاجتماعية من العوز والحاجة، وذلك من خلال تأسيس مجلس أعلى للرعاية الاجتماعية يختص بالإشراف على قطاعات الرعاية الاجتماعية في أي دولة من دول مجلس التعاون الخليجي، وهو معني برسم وصياغة سياسات الرعاية الاجتماعية، والإشراف على عملية تنفيذها كما تناول الباحث في هذا القسم الهيكل التنظيمي المقترح للمجلس الأعلى للرعاية الاجتماعية، ومكوناتها الأساسية، ومن ثم قدم مجموعة من البرامج والمشروعات والنظم المقترحة القابلة للتنفيذ، والتي تشكل في مجملها مظلة يمكن الإستناد عليها في مجال الحماية والرعاية الاجتماعية.

وبعد استعراض ما تم تناوله في أقسام الدراسة. يستعرض الباحث مجموعة من النتائج والتوصيات التي توصل إليها من خلال الدراسة على النحو التالي:

أولاً: النتائج:

١. استطاعت الكويت كدولة نامية ومصدرة للبترول ذات دخل مرتفع من أن تتحول بالرعاية الاجتماعية من النمط الثانوي إلى النمط المؤسسي الذي يعتبر أن الرعاية الاجتماعية وظيفة أساسية من وظائف الدولة الحديثة، وذلك من خلال ركائز دستورية تنص على تحقيق الرعاية الاجتماعية، وسياسات اجتماعية تتضمنها الخطط التنموية للدولة.

٢. بالرغم من الجهود المبذولة لرعاية الأفراد والأسر المستفيدة من خلال برنامج المساعدات الاجتماعية، نجد أنه ليس هناك ما يشير إلى مدى تحقيق النجاح في تنمية قدرات، أو مهارات هذه الشريحة الاجتماعية الهامة، أو إعادة تحويلهم إلى شريحة منتجة من خلال التدريب، أو صقل المهارات، أو تبني المشروعات الصغيرة المنتجة بدلاً من شريحة معتمدة كلياً على جهود الدولة، والذي أضفى سمة الاتكالية والانعزال الاجتماعي مما أفقد القدرة على المشاركة الاجتماعية، وخروج هذه الشريحة الاجتماعية من الطاقة الإنتاجية للمجتمع الكويتي.

٣. يتضح من الدراسة توافر مجموعة من العناصر القوية الإقتصادية للرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، ولكن يؤخذ عليها نقص تكامل جهود هذه الرعاية مع جهود منظمات المجتمع المدني في هذا الصدد، وليس المقصود بالتكامل مع جهود المجتمع المدني أن تشمل الرعاية الاجتماعية الجهود الخيرية، وذلك لأن الرعاية الاجتماعية حق قانوني يكفله الدستور والمواثيق الدولية، ولا ينبغي أن يخضع للمبادرات الخيرية لبعض الأفراد الميسورين، ولكنها جزء لا يتجزء من النظام العام.

٤. تعاني الرعاية الاجتماعية في دولة الكويت من عدة مثالب أهمها "غياب التنسيق بين القائمين على الرعاية الاجتماعية، وبالتالي تشتت جهودها في أنشطة متشابهة، وضعف نظام الإستهداف لكل منها، والذي يتطلب دراسات مفصلة عن الفقر ومعياره في دولة الكويت، والتعرف على خصائص الفقراء أو ذوي الدخل المحدود". كما يغيب الهدف المحدد والواضح للرعاية الاجتماعية في دولة الكويت "هل هي مجرد تحويلات للفقراء أو ذوي الدخل المحدود؟ أم أن الهدف هو تحسين الأصول المادية والبشرية للفقراء أو ذوي الدخل المحدود للخروج من دائرة الفقر والحاجة". كذلك تعاني الراعية الاجتماعية من سوء أساليب توصيل خدماتها، وعدم توافر الوسائل الاعلامية المنوط بها التبليغ عن البرامج والخدمات التي تقدمها الجهات المختصة بالرعاية الاجتماعية، وشروط الحصول عليها وأمكان تواجدها.

٥. تعتمد الرعاية الاجتماعية في الكويت بشكل أساسي على دعم الدولة، فالدولة هي من يقوم بوضع السياسات الخاصة بالرعاية الاجتماعية وهي أيضاً من يقوم بتطبيق هذه السياسيات، فالدولة تقوم بتقديم الدعم المادي لبرامج الرعاية الاجتماعية في الكويت من حيث إنشاء الهيئات المعنية بتطبيق التشريعات والقوانين الخاصة بالرعاية الاجتماعية وإمداد الفئات المستفيدة من هذه التشريعات بما يحتاجون إليه من خدمات نفسية أو اجتماعية أو صحية أو بتقديم الدعم المادي لهم، فالدولة هي التي تتحمل الجزء الأكبر من الإنفاق على مؤسسات الرعاية الاجتماعية مع انحسار دور القطاع الخاص والأهلي بشكل كبير. كما أوضحت بعض الدراسات أن الدعم المادي الذي تقوم الدول الخليجية بتقديمه إلى برامج الرعاية الاجتماعية يتجاوز الدعم المادي الذي تقدمه الدول الغربية في نفس المجال.

٦. تقوم الدولة بإعداد وتأهيل الأفراد الذين يعملون في هذه الهيئات والمؤسسات الخاصة بالرعاية الاجتماعية للتعامل مع الفئات الضعيفة التي تكون غير قادرة على تلبية احتياجاتها بنفسها.

٧. في الدول الغربية والولايات المتحدة الأمريكية يكون هناك دور كبير للقطاع الخاص وجمعيات المجتمع المدني في وضع سياسات الرعاية الاجتماعية ودعم هذه السياسات سواء كان من ناحية الدعم المادي أو البشري. بالتالي فإن الدولة ليست هي الوحيدة المسئولة عن وضع هذه السياسات أو تحمل الأعباء

المادية في تطبيق برامج الرعاية الاجتماعية. مما يؤدي إلى وجود التنافس بين قطاعات المجتمع لتقديم خدمات أفضل وعدم وجود مركزية في صنع القرارات أو تطبيقها.

٨. في الكويت هناك دور محدود للمؤسسات الاجتماعية الدينية سواء كانت رسمية مثل بيت الزكاة أو مؤسسة أهلية. يتجه أغلب عمل المنظمات الدينية الأهلية إلى الخارج من حيث يشمل تقديم مساعدات مادية مثل بناء المساجد وكفالة الأيتام في الدول الفقيرة. أما المؤسسات الاجتماعية الدينية الرسمية كبيت الزكاة فتقوم بتقديم دعم مادي للأسر المحتاجة في الكويت. أما باقي مؤسسات المجتمع المدني فتفتقر إلى التنسيق فيما بينها في تقديم المساعدات للفئات الضعيفة في المجتمع.

٩. اتجهت دولة الكويت إلى تطبيق مفهوم دولة الرفاهية وخطت خطوات كبيرة في هذا المجال فغطت بشكل كبير الاحتياجات المادية لجميع الفئات الضعيفة في المجتمع كما قدمت العديد من الخدمات الصحية والتعليمية والإسكانية لجميع أفراد المجتمع. إلا أن أغلبية برامج الرعاية الاجتماعية المقدمة من قبل الدولة تتسم بتركيزها على سد الحاجات المادية للأفراد فقط وليس على بناء الفرد مما يؤدي إلى اعتماد الفرد بشكل أساسي على الموارد المادية المقدمة من قبل الدولة وبالتالي يكون الأفراد مستهلكين وليسوا أفراداً منتجين في المجتمع.

١٠. برامج الرعاية الاجتماعية في الكويت في غالبيتها لا تتجه إلى وقاية أفراد المجتمع من الظواهر الاجتماعية والنفسية السلبية التي تهدد استقرار المجتمع. ففي أغلب الأوقات تكون عملية التدخل من قبل مؤسسات الرعاية الاجتماعية بعد حدوث المشكلة.

١١. إن عمل مؤسسات الرعاية الاجتماعية في الكويت لا يعتمد على نموذج واضح للرعاية الاجتماعية بل هي عبارة عن خطط منفصلة تقوم بها كل هيئة أو مؤسسة في القطاع الحكومي حسب احتياجات هذه الهيئة أو المؤسسة في الوقت الراهن.

١٢. يكون الاعتماد الأكبر في دعم برامج الرعاية الاجتماعية على لعائدات النفطية للدولة وبالتالي ليس هناك أي ضمان لاستمرار هذه البرامج في حال حدث أي تغيير سلبي على سوق النفط العالمي.

ثانياً: التوصيات:

في إطار هذا الفهم لأوضاع للرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، وما تم التوصل إليه من نتائج في هذه الدراسة. يمكن للباحث تقديم جملة من التوصيات والمقترحات في سبيل تصحيح وتطوير السياسات

والقطاعات المرتبطة بالرعاية الاجتماعية في دولة الكويت، وذلك على النحو التالي:

١. **هيكلة الاقتصاد من أجل استدامة التنمية:** نظراً للارتباط الوثيق بين عملية التنمية والسياسات الاقتصادية يتطلب الأمر – على هذا النحو – تمكين الإدارة الاقتصادية في الكويت على المستوى الكلي من تحقيق الترابط والتكامل والانسجام لمجموعة السياسات الفرعية الرديفة للسياسة الاقتصادية للدولة "كالسياسة المالية، والنقدية، والتجارية والاستثمارية والاجتماعية". بهدف تحقيق الإستقرار الاقتصادي والاجتماعي من دون تكاليف اجتماعية على المواطنين، ذلك من خلال ضبط الإنفاق وفقاً لمعايير اقتصادية واجتماعية من أجل تحقيق التوازن بين الموارد المتاحة والنفقات المطلوبة.

٢. **تهيئة المناخ اللازم لتفعيل عملية النمو:** تتطلب عملية تحسين المستوى المعيشي للمواطنين، وخاصة من ذوي الدخل المحدود أن تتواصل جهود الدولة الاقتصادية بوتيرة مستمرة لتفعيل عملية النمو، ومعالجة الاختلال في الموازنة، وإيجاد مصادر بديلة للدخل، إضافة إلى معالجة الأوضاع الفنية والإدارية لمؤسسات الرعاية الاجتماعية وفقاً لمعايير تضمن أداءها لرسالتها التنموية، وترشيد سبل الانتفاع من أنشطتها وخدماتها الاجتماعية، والعمل نحو وضع سياسة وطنية فعالة للرعاية الاجتماعية وحماية استثماراتها، وتحقيق القبول الاجتماعي لها.

٣. **مقابلة الاحتياجات الاجتماعية المتجددة للمواطنين:** تتطلب عملية استدامة مكاسب التنمية البشرية بشكل عام والرعاية الاجتماعية بشكل خاص، والحفاظ على مستوى عال من الرفاهية الاجتماعية والاقتصادية للمواطنين العمل على رفع مستويات المعيشة، وتحسين القدرة الشرائية، وأن تتفوق معدلات الإنتاج والموارد المالية مع النمو المطرد في زيادة السكان، والتي تتطلب انتهاج سياسات اقتصادية قادرة على توسيع الخيارات أمام شرائح أوسع من المواطنين، وخاصة من ذوي الدخل المحدود، وألا تنعكس الزيادة السكانية بجوانب سلبية تعمل على خفض مستوى معيشة المواطنين ورفاهيتهم الاجتماعية.

٤. **تشجيع الادخار ومحاربة الاستهلاك الجائر:** محاربة الظواهر السلبية الاجتماعية مسؤولية مجتمعية يشارك فيها أطراف عدة، ومن أهم مظاهرها الاستهلاك الجائر والمحاكاة الاجتماعية، وسهولة الحصول على التسهيلات المالية النقدية من المؤسسات المالية المصرفية ومنتجي الخدمات الاستثمارية. إن العمل يتطلب حماية المواطنين وتشجيع الادخار المحلي للأفراد والمؤسسات وإقرار الحوافز الضرورية لزيادة معدلاته، وتوفير المناخ الاقتصادي والاجتماعي المناسب لتوظيف المدخرات في مختلف الأنشطة الاقتصادية، وتأسيس حملات إعلامية وطنية للتوعية، والتثقيف الموجه للمواطنين حول المخاطر الاجتماعية للاستهلاك والاقتراض غير المرشد.

٥. **مشاركة القطاع الأهلي والخاص في الجهد التنموي:** إن ضمان الإجماع الاجتماعي يكفل لجهود التنمية والرعاية الاجتماعية تحقيق النجاح والاستمرارية. الأمر الذي يتطلب مشاركة فعالة لمؤسسات القطاع الأهلي والخاص في تحمل المسئولية الاجتماعية من خلال المساعدة في الإشراف على الأنشطة والخدمات، وتنفيذ البرامج وإدارة المؤسسات الاجتماعية بنظام الاستثمار أو الخصخصة للتخفيف من الأعباء على مؤسسات الدولة، وتفرغها للسياسات المرجعية، وتطوير البنية الأساسية للخدمات الاجتماعية، ولا شك أن ذلك سوف يساعد على ترشيد دورها الإنمائي وتحقيق الإستقرار الاقتصادي والاجتماعي.

٦. **تبني فلسفة جديدة للتنمية البشرية في أبعادها الاجتماعية:** تستند هذه الفلسفة إلى استثمار جهود المكونات السكانية ذات العلاقة والتأثير على برامج الرعاية الاجتماعية كمنتجين، أو مستفيدين من أنشطتها وخدماتها بالمجتمع الكويتي "الفرد، والأسرة" على النحو التالي:

- **الفرد:** ليست الوظيفة الحكومية هي الضمان الأوحد للفرد الكويتي، وإنما جميع سياسات الأمان والتنمية والرعاية الاجتماعية موجهة إليه. مما أوجد علاقة وثيقة بين الفرد والحكومة لا تنفك، سندها الاتكال وأبعادها الاستهلاك، ويتضح ذلك من تعدد أنماط وأشكال الدعم الاجتماعي الموجه للمواطن. حيث أدى ذلك إلى تدني قيمة العمل المنتج، ومن ثم

ارتفعت قيمة الاستهلاك. مما أدى في النهاية إلى إرتفاع تكلفة الفرص البديلة للعمالة الوطنية المنتجة، وتقليل الحافز للعمل لدى المواطنين.

- **الأسرة:** تفعيل دور الأسرة في المجتمع وخاصة للقضايا ذات العلاقة بالتنشئة الاجتماعية، وتبني رؤية تربوية جديدة للناشئة، تسهم في بناء الفرد القادر على ممارسة الإنتاج الاقتصادي والمعرفي ومواجهة رغبات الاستهلاك وإعداد النشء القادر على قبول التحدي، وأن يكرس له مكاناً في مجتمعه، ويساهم في تنميته بجهده وعمله كقيمة حقيقية مضافة مع الآخرين.

٧. **معالجة الاختلالات الاجتماعية الاقتصادية:** عادة ما يرتبط مؤشر الرفاهية الاجتماعية للمواطنين بالقدرة الشرائية للسلع والخدمات، وبالقدر الذي يعمل على إشباع احتياجاتهم يجب أن يقابله قدرة على العمل وتوليد الإنتاج في المجتمع بحيث لا تتفوق قوى الاستهلاك على قوى الإنتاج حتى لا يؤدي إلى حدوث فجوة واختلالات. كما يعاني المجتمع الكويتي حالياً بشكل واضح من عدم القدرة على ضبط معدلات الاستهلاك على المستويين الحكومي والخاص. إضافة إلى عدم القدرة على توليد الطاقات الإنتاجية لاختلال واضح في التركيبة السكانية، ولضعف مشاركة قوى العمل الوطنية في القطاعات الإنتاجية والخدمية في القطاع الخاص، وتمركزها في القطاع الحكومي، وإعتمادها على

التعويضات الحكومية كالرواتب والمعاشات والمساعدات المالية. مما أرهق موازنة الدولة بشكل كبير، وأصبح مصدراً مقلقاً لعجز الموازنة الحكومية. إن معالجة هذه الاختلالات ذات الصبغة الاجتماعية والاقتصادية تنطلق من تبني رؤية وطنية تعمل على الاستثمار الحقيقي للموارد البشرية الوطنية.

٨. **تغيير منهج الدولة القائم على الرعاية الاجتماعية:** من حيث التحول من فلسفة دولة الرعاية إلى مجتمع الرعاية الاجتماعية، بحيث تصبح الرعاية الاجتماعية مسئولية الدولة والمجتمع معاً؛ بمعنى تفعيل دور المجتمع المدني والقطاع الخاص في هذا المجال.

٩. **تطوير منظومة الرعاية الاجتماعية:** لتوفير الرعاية الاجتماعية لأي فئة اجتماعية تتعرض للانكشاف سواء من محدودي الدخل، أو من غير القادرين على الكسب أو المتضررين من أية إصلاحات اقتصادية قد تم تطبيقها.

١٠. **دعم وتطوير شبكة الأمان الاجتماعي:** بحيث تنطلق من فلسفة التمكين، وليس من فلسفة الدعم التي تنطلق منها الشبكة الراهنة؛ بمعنى تمكين الفئات المستهدفة من الحصول على فرص اكتساب الدخل من مجالات إنتاجية حقيقية، وضمان استدامتها عبر الزمن.

قائمة المراجع

أولاً: باللغة العربية:

(أ) الوثائق:

١. الأمانة العامة للمجلس الأعلى للتخطيط، وثيقة الخطة الإنمائية متوسطة الأجل للسنوات (٢٠١٠/٢٠١٤)، دولة الكويت، ٢٠١٠م.

٢. مجلس الأمة، وثيقة دستور دولة الكويت، دولة الكويت، ٢٠٠٣م.

٣. وزارة الدولة لشؤون مجلس الأمة، وثيقة القانون رقم ٢٢ لسنة ١٩٧٨م بشأن المساعدات العامة، دولة الكويت.

٤. _____، وثيقة القانون رقم ١٩ لسنة ٢٠٠٠م بشأن دعم العمالة الوطنية وتشجيعها للعمل بالقطاع الخاص، دولة الكويت.

٥. وزارة المالية، وثيقة الموازنة العامة للسنة المالية **(2011/2010)**، دولة الكويت، إبريل ٢٠١٠م.

(ب) الكتب:

١. أحمد زايد، **تطور السياسات الاجتماعية القطاعية في ظل العولمة،** (المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشئون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي، ٢٠٠٨م).

٢. أحمد السالم، **تقييم الآثار الناتجة عن إصلاح سياسات الدعم الاستهلاكي والإنتاجي في دولة الكويت،** (الكويت: الأمانة العامة لمجلس الوزراء، ٢٠١٠م).

٣. أحمد السعد، **الإنفاق على الخدمات ومقدار إيرادات الدولة،** (الكويت: مجلس الأمة، ٢٠١١م).

٤. ـــــ، **الحركة التعاونية في دولة الكويت – التحديات والطموح،** (الكويت: إتحاد الجمعيات التعاونية، ٢٠١١م).

٥. أحمد خاطر، **الإدارة ومنظمات الرعاية الاجتماعية،** (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2007م).

٦. أحمد رجب، **مظلة الضمان الاجتماعي- واقع وتطلعات،** (الكويت: وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، ٢٠٠٩م).

٧. أسماء محسن العنزي، **خطط التنمية القادمة لدولة الكويت،** (الكويت: مجلس الأمة، ٢٠١٠م).

٨. جاسم علي الكندري، **واقع الضمان الاجتماعي في دولة الكويت،** (الكويت: وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، ٢٠١٠م).

٩. جمال فاخر النكاس، **التأمينات الاجتماعية في الكويت،** (الكويت: مؤسسة دار الكتاب للنشر والتوزيع، 2011م).

١٠. خليفة علي العماش، **شبكات الحماية الاجتماعية،** (أبو ظبي: صندوق النقد العربي، 1996م).

١١. سالم الهندي، **التطور التاريخي لمسيرة وزارة الشئون الاجتماعية والعمل بدولة الكويت،** (الكويت: وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، ٢٠١١م).

١٢. سامي نجيب، **الضمان الاجتماعي: المبادئ والأهداف،** (القاهرة: دار النهضة العربية، 2002م).

١٣. شريف حسن محمد، **الواقع الحالي لسياسات الرعاية الاجتماعية في دول العربية،** (بيروت: مكتبة كنعان، ٢٠٠٩م).

١٤. طاهر حسن الريس، **أثر سياسات الرعاية الاجتماعية على المجتمع الكويتي**، (جامعة الكويت: مركز الدراسات والبحوث الاستراتيجية، ٢٠٠٩م).

١٥. عبد الوهاب الظفيري، **السياسة الاجتماعية في دولة الكويت**، (الكويت: مجلس النشر العلمي في جامعة الكويت، ٢٠٠٦م).

١٦. علي الزعبي، **الواقع الحالي لشبكات الأمان الاجتماعي في دولة الكويت وأثرها على رفاهية المواطن**، (جامعة الكويت: مركز الدراسات والبحوث الاجتماعية، ٢٠٠٩م).

١٧. ـــــ، **تحديات تفعيل الدور التنموي للمجتمع المدني الكويتي: دراسة تحليلية ميدانية**، (الكويت: مجلس النشر العلمي في جامعة الكويت، ٢٠١٢م).

١٨. فهد الناصر، **المجتمع المدني ودورة في دعم جهود التنمية في دولة الكويت: تحليل الوضع الراهن**، (الكويت: مركز دراسات الجزيرة والخليج العربي، ٢٠١٢م).

١٩. فهد حمد المغلوث، **كفاءة مؤسسات الأمن الاجتماعي وأثرها على الإستقرار المجتمعي**، (الكويت: دار قرطاس للنشر والتوزيع، ٢٠٠٤م).

٢٠. فيصل المسعود، **السياسات العامة والتنمية الاجتماعية في دولة الكويت،** (الكويت: مجلس النشر العلمي في جامعة الكويت، ٢٠١٢).

٢١. فيصل المناور، **الأمان الاجتماعي كمدخل للحماية الاجتماعية- دراسة حالة: دولة الكويت،** ضمن كتاب "**إشكاليات السياسات الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي**"، (المنامة: المكتب التنفيذي لمجلس الوزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي، ٢٠١٣).

٢٢. محمد الحداد، **الآثار والانعكاسات المتزايدة للأمن الاجتماعي في المجتمع الكويتي،** (الكويت: رابطة الاجتماعيين الكويتية، 2006م).

٢٣. محمد العيدروس، **واقع الأمن الاجتماعي في المجتمع الكويتي،** (الكويت: رابطة الاجتماعيين الكويتية، 2003م).

٢٤. محمد عبد الشفيع عيسى، **دور شبكات الأمـــــان الاجتماعي في الحماية الاجتماعية للفقراء في الدول العربية،** (القاهرة: المركز العربي للدراسات الإستراتيجية، 2006م).

٢٥. يعقوب الكندري، **أثر سياسات الرعاية الاجتماعية على الأمان الاجتماعي في دولة الكويت،** (جامعة الكويت: مركز الدراسات والبحوث الاجتماعية، ٢٠٠٩م).

(ج) الدوريات:

١. زكريا سلطان محمد، برامج التأمين الاجتماعي في دول الخليج العربي، **المجلة الدولية للضمان الاجتماعي**، العدد الرابع، 2002م.

٢. سعود رمضان، بحث استطلاعي حول الجمعيات الاستهلاكية العاملة في الكويت، **مجلة العلوم الاجتماعية**، العدد ٢، إبريل ٢٠٠٩م.

٣. عبد الوهاب الظفيري، السياسات الاجتماعية في دولة الكويت، **مجلة العلوم الاجتماعية**، العدد ٢، مجلد ٧، ابريل ٢٠٠٩م.

٤. ـــــــ، المجتمع المدني ورسم السياسة الاجتماعية في دولة الكويت، **مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية**، العدد ١٠،٢٠٠١م.

٥. محمد الحسيني، قطاعات الرعاية الاجتماعية في المؤسسات الحكومية بدولة الكويت، **سلسلة جسر المعرفة**، عدد ٤١، ٢٠٠٤م.

(د) الرسائل والأطروحات العلمية:

١. عبد الرحمن السهيل، إدارة العمل الخيري في دولة الكويت– دراسة تجربة الصناديق الوقفية، **رسالة ماجستير غير منشورة**،

جامعة القاهرة، كلية الإقتصاد والعلوم السياسية، قسم الإدارة العامة، ٢٠٠٠م.

٢. فيصل المناور، تقييم دور شبكات الأمان الاجتماعي في مكافحة الفقر في دولة الكويت مع دراسة ميدانية على أداء وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، **أطروحة دكتوراه غير منشورة**، جامعة القاهرة، كلية الإقتصاد والعلوم السياسية، قسم الإدارة العامة، ٢٠١٣.

(هـ) الندوات والمؤتمرات:

١. رياض بن جليلي، ملاحظات حول الأمن الإقتصادي في دولة الكويت، ورقة قدمت للندوة **العلمية حول دور الأمن في التنمية والمساهمة في جعل الكويت مركزاً مالياً**، المنعقدة في "دولة الكويت" بتاريخ ١٩ يناير ٢٠١٠م.

٢. فيصل المناور، الإنفاق والتكلفة الاقتصادية لأنظمة الرعاية والتنمية الاجتماعية في دولة الكويت، ورقة بحثية مقدمة **لمؤتمر إدارة موارد الدولة في ضوء المتغيرات العربية والدولية**، الدوحة، ديسمبر ٢٠١٢.

٣. وئام السيد عثمان، الدور السياسي للمجتمع المدني في دعم الأمن الاجتماعي- دراسة حالة: لمعوقات العمل الاجتماعي في دولة

الكويت، بحث مقدم **لمؤتمر أثر سياسات الدولة على الأمن الاجتماعي للمواطن**، المنعقد في "دولة الكويت" في الفترة من ١٢ إلى ١٤ مارس ٢٠١٢م.

(و) التقارير:

١. الأمانة العامة للمجلس الأعلى للتخطيط والتنمية، تقرير المتابعة للغايات الإنمائية للألفية، دولة الكويت، ٢٠١٠م.

٢. ـــــــ، تقرير حول تحليل النتائج النهائية لمسح الدخل والإنفاق الأُسري لعام (٢٠٠٧/٢٠٠٨)، دولة الكويت، ٢٠٠٩م.

٣. الأمانة العامة لمجلس الوزراء، تقرير دعم مستقبل التنمية في دولة الكويت في الفترة من ٢٠١٠م إلى ٢٠٣٠م، دولة الكويت، ٢٠١٠م.

٤. الأمم المتحدة، تقرير الضمان وشبكات الأمان الاجتماعي في إطار السياسات الاجتماعية، اللجنة الإقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، نيويورك، ٢٠٠٣.

٥. المؤسسة العامة للرعاية السكنية، تقرير حول معوقات تنفيذ السياسات الإسكانية في الكويت، دولة الكويت، ٢٠١١م.

٦. معهد الكويت للأبحاث العلمية، تقرير حول تكلفة وفعالية تمويل الخدمات الاجتماعية بدولة الكويت، ٢٠٠٩م.

٧. وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، التقرير السنوي للقطاع التعاوني، دولة الكويت، ٢٠١٠م.

٨. ـــــــ، تقرير تطوير مؤسسات رعاية الأحداث في مصر، القاهرة، ٢٠٠٢م.

٩. ـــــــ، تقرير حول أنشطة وبرامج شبكات الأمان الاجتماعي، دولة الكويت، مارس ٢٠١٠م.

(ي) أخرى:

١. الإدارة المركزية للإحصاء، المجموعة الإحصائية، دولة الكويت، ٢٠١٠م.

٢. ـــــــــ، اللمحة الإحصائية السنوية، دولة الكويت، ٢٠١١م.

٣. الأمانة العامة للمجلس الأعلى للتخطيط والتنمية، الدراسة الاستشارية حول رؤية استراتيجية للعوامل الإقتصادية والاجتماعية المؤثرة على مستوى المعيشة في دولة الكويت في ضوء التغيرات المحلية والدولية، دولة الكويت، ٢٠٠٧م.

٤. ـــــــ، دراسة أولية حول خط المعيشة الأدنى للكويتيين من ذوي الدخل المحدود، دولة الكويت، ٢٠١١م.

٥. الأمانة العامة لمجلس الوزراء، دراسة حول الإنفاق الحكومي على الأجور والرواتب، دولة الكويت، ٢٠١٢م.

٦. ـــــــ، دراسة استطلاعية حول الآثار المترتبة على القروض الاستهلاكية، دولة الكويت، ٢٠١١م.

٧. المؤسسة العامة للرعاية السكنية، الكتيب السنوي، الكويت، ٢٠١١م.

٨. ديوان الخدمة المدنية، النشرة الإحصائية حول أعداد وسمات طالبي العمل في الوظائف الحكومية، دولة الكويت، ٢٠١١م.

٩. معهد الكويت للأبحاث العلمية، الدراسة الاستشارية حول تأثير الإنفاق الحكومي على مجموعات الدخل المختلفة على مستوى الرفاهية في المجتمع الكويتي، دولة الكويت، ٢٠١١م.

١٠. وزارة الشئون الاجتماعية والعمل، الدليل الإحصائي، دولة الكويت، فبراير ٢٠١١م.

١١. ـــــ، النشرة الإحصائية، دولة الكويت، ٢٠١٠م.

١٢. ـــــــ، مجموعة مختلفة من النشرات الإحصائية في الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٠، دولة الكويت.

١٣. وزارة المالية، دراسة حول إعادة النظر في سياسات الدعم المالي الحكومي للسلع والخدمات، دولة الكويت، ٢٠١١م.

ثانياً: باللغة الأجنبية:

A- Books:

1. Atkinson, Anthony B., **Poverty and Social Security**, (London: Harvester Wheatsheaf, 1989).

2. _____, **On the Management of Poverty**, (Oxford: Blackwell, 1998), p. 67.

3. Bibars, Iman, **Women welfare and the Egyptian State**, (London: Zed Book, TD, 2001).

4. Boulmetis, John and Dutwin, Phyllis, **The ABCP's of evaluation**, (California: Jossey-Bass, Inc. Publishers, 2000).

5. Dandekar, V. M., **Poverty and Income Distribution**, (Bombay: Oxford University Press, 1990).

6. Eaghen, William Van, **Poverty in the Middle East and North Africa**, (London: Macmillan Press; New York: St. Martin's Press, 1998).

7. El Ghonemy, M. Riad. **Affluence and poverty in the middle east**, (London: Routledge, 1998).

8. Fields, Gary S., **Poverty, Inequality and Development**, (Cambridge: Cambridge University Press, 1985).

9. Freeman, Edith M., **Social policy reform research and practice**, (U.S.A: NASW Press, 1997).

10. _____, **Social policy reform research and practice**, (U.S.A: NASW Press, 1997).

11. Hansen, Bent. **The political economy of poverty, equity, and growth, Egypt and Turkey**, (Oxford: University, Press 1991).

12. Kishk, Mohamed Atif. **A Study on poverty resources degradation in rural areas**, (Cairo: Merett Information, 1999).

13. Morales, Armando and Sheafor, Bradford W, **Social work a profession of many faces**, 5th ed., (London: Allyn and Bacon, 1989).

14. Nagi, Saad. Poverty in Egypt: Human needs and institutional capacities, (Boston: Lexington Books, 2001)

15. Paul, Spicker, **Poverty and Social Security: Concepts and Principles**, (London: Routledge, 1993).

16. Ramanadham, V.V, **Problem of public enterprise: Though British experience**,(Chicago: Quadrangle Books, 1959).

17. Ravallion, Martin, **Poverty Comparisons: a Guide to Concepts and Methods**, (Washington, DC: World Bank, 1992).

18. Scott, W., **Organizations rational natural and open systems**, (New Jersey: Prentice Hall, Inc, 1988).

19. Sen, Amartya, **Poverty and famines**. (Oxford: University Press, 1987).

20. Spicker, Paul, **Poverty and social security; Concepts and principles**, (London: Routledge, 1993).

B- Periodicals:

1. Armstrong E., Evaluation change and community work, **Community Development Journal**, Vol. 14. No. 3, 1992.

2. Brine, Jacqueline, The European Social Fund, the Commission, the Member State and Levels of governance, Oxford, **European educational research Journal**, Vol.3, No.4, 2004.

3. Devins, David and Others, Different skills and their different effects on Personal, Development an investigation of European Social Fund in Britain, Cambridge, **Journal of European industrial training**, Vol.38, No.64, 2005.

4. Micheal, Alexeev, Income Distribution and Price Controls Targeting a Social Safety Net, **European Economic Review**, Vol.45, No.9, 2001.

5. Rogers, Smith, Poor Relief or Poor Deal? the Social Fund, Safety net and Social Security, **European Economic Review**, Vol.46, No.9, 2001.

6. Sen, Amartia, Poverty: an Ordinal Approach to Measurement, **Econometric Journal**, Vol. 44, No.2, March 1976.

7. Sonia, Carvalho & White, Howard, Theory based evaluation the case of social funds Washington, **American Journal of Evaluation**, Vol.35, No.93, 2004.

8. Zheng B., Aggregate Poverty Measures, **Journal of Economic Surveys**, Vol. 11, No. 2, 1997.

C- Research & Studies:

1. Awni, Mamdouh, **Impacts SME's on poverty alleviation in Egypt, Small enterprise development organization, (SEDO)**, Cairo: Center

For Economic and Financial Research, Studies, 2001.

2. Bowen, Glenn A., **Social funds as a strategy for poverty reduction in Jamaica**, Florida International University, 2003.

3. Datt, Gaurav, and Others, **a Profile of poverty in Egypt,** 1997, Washington, International Food Policy Research Institute, FCND Discussion Paper No 49, August 1998.

4. El Laithy, Heba, **Evaluating social fund for development programs to alleviate poverty**, In Heba Nassar and Heba El Laithy (eds) Socioeconomic Policies and Poverty , Alleviation Programs in Egypt, Cairo , Center for Economic and Financial Research, 2001.

5. El Laithy, Heba, **Structural adjustment and poverty**, in Alia Elmahdi (ed), Aspects of Structural Adjustment in Africa and Egypt, Cairo University, Center for Developing Counties Studies 1997.

6. Favrealt, Melissa Marie, **Whose Safety net? Life-Course Processes and inequality in the United States**, U.S.A., Cornell University, 1998.

7. Kausar, Kevin R., **Quasi-governmental organizations in the United States of America**, American Institute for the Study of Public Organizations, 2005.

8. Koppell J.G, **the Politics of quasi- government hybrid organizations and the dynamics of bureaucratic control**, Cambridge University Press, 2003.

9. Metwalli, Manal, **Poverty alleviation programs in Egypt: Current situation and future steps**, in Heba Nassar and Heba El laithy (eds), Socioeconomic Policies and Poverty Alleviation Programs in Egypt, Cairo: Center for Economic & Financial Research & Studies, 2001.

10. Mohamed, Osman, **Combating poverty in Egypt: The role of economic growth and social**

spending, in Heba Nassar & Heba El laithy, (eds), Socioeconomic Policies and Poverty Alleviation Programs in Egypt, Cairo, Center for Economic and Financial Research, Studies, 2001.

11. Scech , Susanne & Haggis, Jane, **Culture and development** , Oxford , Black well publishers ,LTD , 2000.

12. Scott, W., **Concepts and measurement of povert**, United Nations, Geneva ,Research Institute for Social Development , 1981.

13. Wickham S., **Management and financial constraints in public enterprise**, In Public Economics: An Analysis of Public Production and Consumption and Their Relation to the Private Sectors, J. Margolis and H. Guitton (eds). London: Macmillan, 1969.

E- Others:

1. United Nations Development Program. Human Development Report, New york, 1999.

2. United Nations Development Program, **Subjective poverty and social capital**, Toward a Comprehensive Strategy to Reduce Poverty, (Cairo, 2003).

3. Webster, New world dictionary of the American language, (Second Edition, 1978).

* * *

الدراسة الثالثة

الرعاية الاجتماعية
ومجالاتها وسياساتها في التجارب الدولية

الدكتور أحمد زايد
أستاذ علم الاجتماع

الرعاية الاجتماعية ومجالاتها وسياساتها في التجارب الدولية

الدكتور أحمد زايد
أستاذ علم الاجتماع

مقدمة:

يعرض هذا المقال لتجارب بعض الدول في مجال الرعاية الاجتماعية. ولا يهتم المقال بعرض التفاصيل قدر اهتمامه باستخلاص الدروس المستفادة التي يمكن أن تؤسس لنموذج للرعاية الاجتماعية في المستقبل، أو علي الأقل الاستفادة منها في رعاية وتحسين برامج الرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي. وفي ضوء هذا الهدف قمنا بثلاث أنشطة بحثية عبر المقال: في الأول حاولنا أن نبني مفهومًا للرعاية الاجتماعية وذلك من خلال القراءة المتعمقة لمفهوم الرعاية اجتماعية في خبرات دول عديدة ضمت كندا واليابان والسويد والبرازيل والمملكة المتحدة وغيرهم. وقد حاولنا من خلال هذه القراءة استخلاص مكونات المفهوم علي نحو أكثر تجريدًا. وفي الثاني عرضنا تفصيلا لثلاث تجارب ناجحة في مجال الرعاية الاجتماعية هي تجارب السويد وكندا والبرازيل. وعند كل تجربة كانت وقفتنا أمام موضوعين: الموضوع الأول هو المبادئ الأساسية التي تشكل علي أساسها مفهوم الرعاية الاجتماعية في هذا البلد أو ذاك، والموضوع الثاني هو استعراض لبعض نماذج من سياسات الرعاية الاجتماعية وآليات تنفيذها.

ولقد مكننا النشاط البحثي الأول والثاني من أن نستخلص معالم مفهوم أو نموذج للرعاية الاجتماعية يمكن أن يفيد في تطوير سياسات الرعاية الاجتماعية في بلدان الخليج العربية.

أولاً: مفهوم الرعاية الاجتماعية:

تدرك المجتمعات الحديثة قضية الاختلاف بين قطاعات السكان في حجم ونوعية ما يتمتعون به من رفاهية في حياتهم. ورغم أن هذا الإدراك قد بدأ من مفاهيم إنسانية ترتبط بعمليات البر والإحسان النابعة من الدين، إلا أن هذا الإدراك قد اتسع في العصر الحديث لينطلق من مفاهيم حقوقية واجتماعية. وهى مفاهيم تدعمت عبر المواثيق الدولية التي تبدأ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (١٩٤٨م) وتنتهي عند الاتفاقيات الدولية النوعية التي ترعى حقوق الأطفال (اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عام ١٩٨٩م) واتفاقية منع كل صور التمييز ضد المرأة (الصادرة عام ١٩٧٩م)، والمواثيق الخاصة برعاية كبار السن (مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن وذوى الاحتياجات الخاصة (الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوى الإعاقة الصادرة عام ٢٠٠٦م) وغيرها من المواثيق.

ولقد أدركت الدول في ضوء هذه الأطر القانونية العالمية أهمية تحقيق أعلى درجة من الرعاية الاجتماعية للسكان، والعمل على أن تصبح سياسات الرعاية الاجتماعية المظلة الاجتماعية التي تتحقق من خلالها كل صور الحماية الاجتماعية للسكان بشكل عام وللجماعات الهشة والمعرضة للخطر بشكل خاص. ولسنا هنا في معرض تقديم تعريف

محدد للرعاية الاجتماعية، فأي تعريف يختلف باختلاف المدخل الذي ندخل منه إلى دراسة موضوع الرعاية والتعرف على سياساتها. إن المستعرض لتعريفات الرعاية الاجتماعية يكتشف أنها تتراوح بين: **التعريفات القانونية؛** التي تنظر إلى الرعاية الاجتماعية بوصفها حقاً من حقوق الإنسان تكفله التشريعات الداخلية كتشريعات العمل والطفولة والأسرة والتأمين الاجتماعي[١]، **والتعريفات الاجتماعية؛** التي تنظر إلى الرعاية الاجتماعية باعتبارها بناء مركب من النظم الاجتماعية التي تهتم بمساعدة الناس عن طريق تقديم أنواع الخدمات التي تسد حاجاتهم، وتحسن من مستوى معيشتهم، بهدف تحقيق الاستقرار الاجتماعي والتماسك الاجتماعي[٢]، **والتعريفات السياسية؛** التي تنظر إلى الرعاية الاجتماعية على أنها نسق منظم من الأجهزة الحكومية والأهلية التي تضم عدداً من المتخصصين، الذين يسعون إلي توظيف طاقات المجتمع وأفراده، لتوفير خدمات تساعد على إشباع الحاجات، ومواجهة المشكلات، وتنمية القدرات وتحسين الأحوال الآنية والمستقبلية على أساس من العدل والتكافل الاجتماعي[٣]. ويتحدد مفهوم الرعاية الاجتماعية وفقاً لوظائف وأغراض السياسة الرعاية الاجتماعية فيما يلي:

- الرعاية الاجتماعية هي محاولة تقديم المساندة وتحقيق الاستقرار للنظم الأخرى في المجتمع عن طريق مساعدتها على تحقيق وظائفها وسد الثغرات الناتجة لعدم الاستقرار، ومن ثم يكون التركيز على الحاجات الملحة والفئات الأكثر احتياجا باعتبار الرعاية الاجتماعية وسيلة لمواجهة الآثار السلبية لنظام السوق.

- الرعاية الاجتماعية هي تقديم المساعدات والخدمات للفئات الضعيفة في المجتمع، فدور الرعاية الاجتماعية نظام يساعد ويكمل الأنظمة الأخرى في المجتمع لتحقيق الاستقرار والتوازن.

- سياسة الرعاية الاجتماعية هي تحقيق خدمات متبادلة بينها وبين السياسات الأخرى، وأن نظام الرعاية الاجتماعية يؤثر ويتأثر بالأنظمة الأخرى في المجتمع، ويوجد اعتماد متبادل بين أنظمة المجتمع.

- تعتبر سياسة الرعاية الاجتماعية وسيلة الضبط والاستقرار الاجتماعي فى المجتمع عن طريق التركيز على الخدمات المقدمة للعاطلين والمجرمين وغيرهم للتخلص من السلوك السلبي حتى لا يشكلوا عبئاً على تحقيق الاستقرار، والحد من الاضطرابات في المجتمع.

وتكشف تجارب الدول المختلفة عن تطورات مهمة في مفهوم الرعاية الاجتماعية، وأساليب إدارتها. ولقد أمكن من خلال دراسة التجارب المختلفة للدول، وكذلك استقراء التطورات العلمية للمفهوم التوصل إلى عدد من الأسس التي ينهض عليها المفهوم المعاصر للرعاية الاجتماعية.

١. يقوم مفهوم الرعاية الاجتماعية على تقديم مظلة حماية للمواطنين جميعاً، مع التركيز على فئات معينة من السكان تعيش في ظروف خاصة (عمرية كالأطفال والمسنين) أو نوعية (كالمرأة في ظروف

معينة) أو حتمية (كظروف الإعاقة). ويتأسس مفهوم الرعاية الاجتماعية في معظم البلدان على مفهوم الحماية. وتقوم مظلة الحماية التي تقدمها سياسات الرعاية الاجتماعية على أنها "سياسات عامة تستجيب لمستويات التعرض للخطر والحرمان الذي لا يستطيع المجتمع أو النظام السياسي قبوله" [٤]. وتستهدف سياسات الحماية رفع نوعية حياة السكان عامة، وتحقيق قدر من التوازن بين الفئات الاجتماعية المختلفة، والعمل على تحقيق الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي، وتحقيق العدالة الاجتماعية بين المواطنين عن طريق ضمان حصولهم على الحد الأدنى من حقوقهم الاجتماعية.

٢. ويرتبط مفهوم الحماية في كثير من الدول بمفهوم نوعية الحياة quality of life. ويقصد بنوعية حياة السكان في هذا السياق حصول السكان على مستوى من الخدمات الاجتماعية التي تحقق لهم درجة من الرفاه الاجتماعي. وتؤكد تجارب الدول والبحوث الميدانية أن ثمة علاقة قوية بين التوسع في برامج الرعاية الاجتماعية وبين تحسين نوعية حياة السكان. تعمل برامج الرعاية الاجتماعية هنا على تخفيف آثار السوق، أو إبعاد السوق من أن يصبح المحور الرئيسي لفرص الحياة[٥]. ويتم ذلك عبر مفهوم واسع للعدالة والمواطنة. فكل المواطنين يحصلون على حد أدنى من الخدمات التي تجعل حياتهم أفضل، وتحقق لهم درجة معقولة من السعادة، وتفتح لهم حرية الاختيار. ويقوم هذا الافتراض على فهم عميق لديناميات السوق في الرأسمالية المعاصرة التي تسلع الحياة وتجعل قيم المادة تتفوق على القيم المعنوية، وتضع البشر أمام قدراتهم الاستهلاكية. وإزاء هذا

الموقف تأتي برامج الرعاية الاجتماعية لتعمل على التخفيف من آثار هذه السيطرة المادية وذلك بإتاحة فرص متساوية أمام المواطنين للحصول على حقوقهم.

٣. وطالما أن قوى السوق متقلبة ومتغيرة، فإن ذلك يفرض تحديات أمام سياسات الرعاية الاجتماعية. وتدرك معظم الدول أهمية الوعي بتقلبات السوق في عالم العولمة وما يمكن أن يحدثه من تحديات لسياسات الرعاية الاجتماعية. وتأتي على رأس هذه التحديات زيادة معدلات الفقر. فالعالم يسير على نحو " شمولية النظام الرأسمالي الليبرالي الذي يعتمد على الحرية الفردية والمبادرة الخاصة، أي العودة إلي النشاط الاقتصادي الذي يسمح بالثراء الواسع للأفراد ولو على حساب المجتمع، وهذا ما يجعل الطبقات الضعيفة تعيش حد الكفاف لا حد الكفاية[٦]. ويخلق هذا الوضع تحديًا كبيرًا أمام الدول، خاصة الدول التي ترتفع فيها معدلات الفقر. ولقد حتم ذلك علي هذه الدول تحسين شبكات الأمان الاجتماعي التي تضمنت تقديم برامج تعمل علي منع الضرر عن الفقراء، والتقليل من الآثار الضارة للعولمة واقتصاد السوق الرأسمالي.

٤. وإذا كانت السياسات الاجتماعية يجب أن تتسم بالمرونة لواجهة السوق الرأسمالي، فإنها يجب أن تكون مرنة أيضًا إزاء التغيرات الداخلية. ونستطيع هنا أن نستدعي خبرات عدد من الدول التي تواجه مشكلات داخلية نوعية. ونذكر في هذا الصدد تجربتين: الأولى تجربة كندا التي يتزايد فيها أعداد المهاجرين، الأمر الذي يفاقم

مشكلة التنوع العرقي داخل المجتمع الكندي. وهنا تظهر المعضلة التي تؤثر بشكل مباشر على برامج الرفاهية: كيف يتم حفظ التوازن بين صور الانقسام وعدم التكافؤ الذي يصاحب التنوع العرقي وبين التماسك الاجتماعي. هنا تصبح عملية توجيه سياسات الرعاية الاجتماعية، وإعادة توزيعها بحيث تغطي مظلة الحماية للفئات الأكثر حرمانًا ومعظمهم من المهاجرين، الأمر الذي يمكن أن يساهم في حل معضلة التقدم في كندا[٧]. أما التجربة الثانية فهي من شمال ايرلندا حيث ساهم الصراع السياسي في هذا الجزء من العالم (التابع للسيادة البريطانية) في إحداث شقاق بين السكان ظل يوجد على نحو حاد حتى التوصل إلي اتفاقية السلام عام ١٩٩٨ م، والتي أنهت ثلاثين عامًا من الصراع الأهلي. وفرض الواقع في ايرلندا الشمالية بعد إنهاء الصراع موقفًا جديدا شكل تحديًا لبرامج الرعاية الاجتماعية، ألا وهو عدم الاندماج بين السكان، وعدم تقبل الآخر بين الأطراف المعادية. وقد قامت الحكومة البريطانية بتقديم حزمة سياسات في مجال التعليم خاصة لمساعدة الأطفال على تخطي هذا الواقع وعلى تقبل الوضع الجديد، ولقد تم ذلك بمساعدة المجتمع المدني حيث ظهرت سياسة التعليم التكاملي integrated education، والتي تشكلت عبر حركة مدنية بمساعدة حكومية لدمج التلاميذ والآباء والمدرسين من جماعتي الكاثوليك والبروتستانت، بحيث يتم تعلم احترام الآخر وتقبل الأفراد بصرف النظر عن خلفيتهم الدينية. ويتم ذلك عبر مدارس يطلق عليها المدارس التكاملية، تنشأ تحت إشراف الدولة ويساهم فيها المجتمع المدني بدور كبير، خاصة التجمع المدني المعروف باسم مجلس ايرلندا الشمالية للتعليم التكاملي[٨].

٥. وتتفق غالبية التجارب الدولية في بلورة مفهوم للرعاية الاجتماعية تقوم علي الشراكة بين الدولة والمجتمع المدني. فلم تعد الدولة هي المسئولة بشكل كامل عن برامج الرعاية الاجتماعية، ولكن هذه المسئولية تمتد من الدولة إلي المجتمع. ثمة مسئولية اجتماعية عامة تجاه أهمية شبكة الحماية الاجتماعية، وتميل هذه الشبكة وتنفيذ برامجها. ومن التجارب الناجحة في هذا الصدد ما تكشف عنه خبرة المملكة المتحدة، التي شهدت نمو جمعيات أهلية يطلق عليها الجمعيات الصديقة Friendly Societies، والتي تساعد مساعدة فعالة في تقديم خدمات الحماية الاجتماعية في مجال التعليم والإسكان والصحة، عبر مفهوم للرعاية الاجتماعية يقوم علي الترابطية أو الجمعية Collectivism. وهي ترابطية تكشف عن اتساع دائرة المسئولية الاجتماعية في المجتمع، حيث تشير الأرقام إلي أن ما يقرب من ٩٠% من البالغين الذكور في المملكة المتحدة يرتبط بشكل أو بآخر بهذه الجمعيات الصديقة العاملة في مجال الرعاية الاجتماعية[٩]. وهكذا تسهم هذه الروابط في زيادة حجم وكثافة رأس المال الاجتماعي واستخدامه في بناء أيديولوجية، ليس فقط للمشاركة الاجتماعية والمسئولية الاجتماعية، ولكن للانتماء الاجتماعي أيضًا.

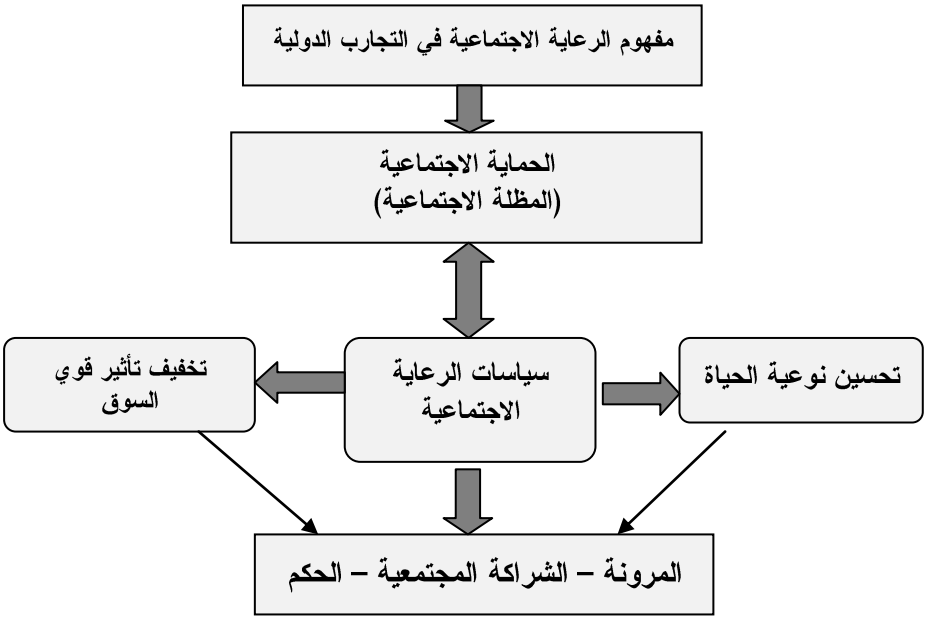
٦. وأخيرًا فإن مفهوم الرعاية الاجتماعية يتأسس في كثير من الدول علي مفهوم الحكم الصالح Good Governance الذي يقوم علي الشفافية والنزاهة.

ويمكن في ضوء المتغيرات السابقة والمتعلقة بمفهوم الرعاية الاجتماعية، كما تم تناولها عبر الخبرات الدولية المختلفة، يمكن تطوير مفهوم للرعاية الاجتماعية باعتبارها سياسات وبرامج تنطلق من قناعة فكرية ومسئولية اجتماعية بأهمية الحماية الاجتماعية بهدف تحسين نوعية الحياة وتخفيف الآثار السلبية للسوق الرأسمالي، عبر شراكة المجتمع المدني، والحكم الصالح، والقدرة علي الاستجابة للظروف المتغيرة. ومن ثم يمكن تحديد المبادئ الثلاثة التالية باعتبارها مبادئ أساسية عند صياغة مفهوم الرعاية الاجتماعية:

- أن مشروعات الرعاية الاجتماعية جزءاً أصيلا من سياسة الدولة.
- أن الرعاية الاجتماعية عملية مستمرة وشاملة أي أنها عملية اجتماعية وليست مجرد عملية اقتصادية.

- ضرورة تكاتف وشراكة المواطنين والدولة في تنفيذ مشروع الرعاية الاجتماعية.

وفي ضوء هذا الفهم للرعاية الاجتماعية في التجارب الدولية يمكن استخلاص الشكل التصوري التالي لمفهوم الرعاية الاجتماعية:



ثانيًا: تجارب دولية فى مجال الرعاية الاجتماعية:

نعرض فيما يلي عددًا من تجارب بعض الدول في مجال الرعاية الاجتماعية وسياساتها عبر العالم. وقد راعينا في اختيار هذه الدول عددًا من المعايير منها أن تكون متنوعة، وأن تعكس مناطق جغرافية مختلفة، وخبرات تاريخية متنوعة. وبناء عليه فقد تم اختيار بلد من أوربا (السويد)، وآخر من أمريكا الشمالية (كندا)، وثالث أمريكا الجنوبية (البرازيل). ونقدم فيما يلي عرضًا لوضعية الرعاية الاجتماعية في كل دولة من هذه الدول الثلاثة، علي أن نتعرف في كل تجربة علي مفهوم الرعاية، وأهم معالم سياساتها وآليات العمل بها.

١. تجربة السويد: الرفاهية الفائقة:

أ. المفهوم العام للرعاية الاجتماعية:

تتمتع دولة السويد بمستوي عال من الرفاهية الاجتماعية؛ إذ يبلغ معدل الدخل الفردي من الناتج القومي الإجمالي حوالي أربعين ألف دولار سنويا، وهذا يعني أن الفرد السويدي يتمتع بواحد من أعلى مستويات المعيشة في العالم. وتطبق الحكومة السويدية أفضل أنظمة التأمينات الاجتماعية تأثيراً في العالم، فتقدم التعليم المجاني والخدمات الصحية المجانية إلى حد بعيد وتدفع المعاشات لكبار السن والأرامل والأيتام، هذا فضلا عن الاعتناء بالطفولة.

وقد بنيت دولة الرفاه السويدية على مبدأ أن جميع المقيمين بها لديهم حقوق متساوية في التعليم والرعاية الصحية والتأمين الاجتماعي، بغض النظر عن دخلهم الفردي، والثروة أو الوضع الاجتماعي. وقد اتخذت الدولة على عاتقها المسئولية الرئيسية لتمويل هذه الخدمات. لذا يتم استخدام ما يقرب من ثلثي النفقات الحكومية للتعليم والرعاية الصحية والتأمين الاجتماعي(١٠). وتشكل هذه الأبعاد الثلاثة للرعاية الاجتماعية (التعليم والصحة والتأمين الاجتماعي) مثلثًا يرتكز عليه مفهوم الرعاية الاجتماعية الشاملة لكل السكان في السويد (سواء المواطنين أو المقيمين). فكل فرد له حق عام في الحصول علي التعليم والخدمة الصحية والحماية التأمينية. ويتم تنفيذ هذه السياسات العامة للرفاهية

الاجتماعية للسكان من خلال الحكومة، ويتم الإشراف عليه من خلال مجالس المقاطعات، والتي يتم تمويلها من خلال الضرائب والبلديات، مع وجود دعم ومساندة من قبل المجتمع المدني والقطاع الخاص، الذي يشارك مشاركة فعالة في برامج الرفاهية، خاصة بناء المستشفيات والمصحات[١١]. وتخصص الحكومة السويدية نصيبًا كبيرًا من الدخل القومي لتمويل السياسات العامة للرفاهية الاجتماعية، ويتم دعم هذا التمويل من خلال أموال الضرائب والتأمينات الاجتماعية[١٢].

ب. سياسات الرعاية الاجتماعية لفئات مستهدفة وآلياتها:

وفي إطار هذه السياسة العامة للرفاهية الاجتماعية، تتجه برامج الرعاية الاجتماعية إلي فئات نوعية، يُنظر إليها كفئات هشة أو ضعيفة أو أكثر عرضة للمخاطر. وتتجه السياسات الاجتماعية الموجهة لهذه الفئات إلي تكوين شبكة حماية لكل فئة في ضوء سياسات فعالة للوقاية والعلاج.

ب-١- سياسات رعاية المسنين (كبار السن):

يمثل المسنّون نسبة متزايدة من التعداد السكاني للسويد، ويتمتع الكثير منهم بصحة جيدة ويزاولون حياة نشطة، ويعيش أكثرهم في بيوتهم. تستثمر السويد النسبة الأكبر

من الناتج المحلي الإجمالي في مجال العناية بالمسنين بالمقارنة بالبلدان الأخرى في العالم. وتخصص السويد لرعاية المسنين حصة من الناتج المحلي الإجمالي، ما نسبته أكثر بخمس مرات تقريباً من معدّل الاتحاد الأوروبي. إن الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين جزء مهم من سياسة الرفاه السويدية. ويعيش في السويد ٩،٥ مليون فردًا، تجاوز ١٨ بالمائة منهم سنّ التقاعد البالغ ٦٥ عاماً. ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى ٣٠ في المائة بحلول عام ٢٠٣٠، ويعود ذلك جزئياً إلى العدد الكبير من السويديين الذين ولدوا في أربعينات القرن العشرين. ويعتبر متوسط العمر المتوقع في السويد من بين أعلى المعدلات في العالم؛ فقد بلغ متوسط العمر في عام ٢٠١٠ للرجال ٧٩،١ عاماً وللنساء ٨٣،٢ عاماً. كما تعد السويد الثانية، من بين الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي، من حيث نسبة الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ٨٠ وأكثر، أي ما مجموعه ٥،٣ في المائة من السكان(١٣).

إن تكاليف الرعاية الصحية، المدفوعة من قبل المسنين أنفسهم، مدعومة وتستند إلى جداول أسعار محددة. وتقوم كثير من البلديات باختيار خصخصة أقسام من رعايتها الصحية للمسنين، وتسمح لمقدمي خدمات الرعاية الصحية الخاصة بممارسة نشاطاتها. وفي عام ٢٠١١، قُدّمَت خدمات الرعاية الخاصة إلى ١٨،٦ في

المائة من مجموع المسنين المتلقين للمساعدة المنزلية. ويمكن لجميع المستفيدين اختيار ما إذا كانوا يريدون أن تقدم لهم مساعدة منزلية أو مساكن خاصة من قبل مشغلي القطاع العام أو الخاص. وتقع على عاتق البلدية دوماً المسؤولية العامة، في مجالات مثل التمويل، وتخصيص المساعدة المنزلية، أو تخصيص مكان في منشأة سكنية خاصة.

لقد ارتفع عدد الشركات الخاصة في قطاع الخدمة الاجتماعية أكثر من خمس مرات بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٥. وكان أحد أهداف رعاية المسنين هو مساعدة المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة لعيش حياة طبيعية ومستقلة. وهذا يشمل عيشهم في منازلهم لأطول فترة ممكنة. ويمكن للأشخاص المسنين الذين ما زالوا يعيشون في منازلهم الحصول على أنواع مختلفة من الدعم لجعل الحياة أسهل. على سبيل المثال، تقدم وجبات الطعام الجاهزة التي يمكن تسليمها إلى المنازل. ويحصل السويدي عند التقاعد على معاش سنوي يبلغ نحو ٦٠ %من معدل أعلى كسب من راتبه خلال الخمسة عشر سنة الأخيرة وتقدم الحكومة التأمين الصحي والعون المالي للسكن[١٤].

ب-٢- سياسات رعاية الطفولة

من إجمالي ٩,٤ مليون نسمة يعيشون في السويد، نجد ٢ مليون طفل دون سن الثامنة عشرة، ويعيش حوالي ٧٠% من الأطفال تحت سن ١٨ سنة مع كلا والديه (الأصليين)، بينما يعيش ثلث الأطفال مع زوج أم، أو زوجة أب. ويكون لدى ٨٠% من جميع الأطفال أم تخرج إلى العمل، بينما يعيش ٩٠% من هؤلاء الأطفال مع آباء عاملين. وتعد إجازة رعاية الطفل (إجازة الأبوة) في السويد من بين أكثر الأشياء كرماً في العالم، حيث يتمتع جميع الآباء والأمهات بعدد ٤٨٠ يوماً، إجازة مدفوعة الأجر للطفل الواحد، والتي يجب أن يتم المطالبة بها قبل أن يبلغ الطفل عامه الثامن. تأخذ معظم الأمهات إجازة رعاية الطفل، ولكن يمضي كثير من الآباء الوقت في المنزل مع أطفالهن ويطالبون الآن بنحو ٢٠% من إجازة رعاية الطفل[١٥].

وقد أُعطيت رعاية الأطفال في السويد أولوية كبيرة، منذ ما يقرب من ثلاثة عقود، وتعد واحدة من الركائز الأساسية لسياسة الأسرة السويدية. وقد تم دعم الإصلاحات في مجال رعاية الأطفال وذلك على نطاق واسع في الريكسداج (البرلمان السويدي). وقد تم تنفيذ سياسة المبادئ التوجيهية التى ضعتها الحكومة فى بداية

السبعينيات، والتى تم تطويرها منذ ذلك الوقت لرعاية الأطفال بشكل أفضل، وذلك بهدف توفير التغطية الكاملة مع البلديات والممولة من الأموال العامة وذلك بوصفهم المنظمين الرئيسيين لهذه الخدمة. وقد تم تطوير رعاية الأطفال كجزء من سياسة الأسرة المرتبطة بسياسة سوق العمل. فوزارة الصحة والشئون الاجتماعية، حتى وقت قريب، مسئولة عن هذا المجال، مع المجلس الوطنى للصحة والرعاية الاجتماعية باعتبارها سلطة إشرافية. وهذا يعنى أن هناك صلات وثيقة بين رعاية الأطفال ودعم الأسرة، حيث يتم تنظيم التأمين الأبوي، ومخصصات رعاية الأطفال بحيث يتسنى للأبوين أن يجمعا بين الأبوة والعمل [١٦]. ووفقا لقانون الخدمات الاجتماعية السويدية، فإن ٢٨٨ من البلديات (المقاطعات) فى السويد مسئولة عن الخدمات الاجتماعية؛ ومن تلك الخدمات التأكد من أن الأطفال الصغار ينمون في ظروف آمنة وجيدة. وقد يفعلوا ذلك على المستوى العام مع نظام الرعاية الاجتماعية التى تغطى جميع الأطفال والأسر(يشار إليها باعتبارها الوقاية الأولية) أو على مستوى المجموعة الموجهة نحو فئات الأطفال والأسر في الحالات الخطرة وبحاجة إلى دعم لتفادى المشكلات (يشار إليها أحيانا باعتبارها الوقاية الثانوية). وتسعى البلديات أيضاً لتأمين رعاية الأطفال على مستوى الفرد

أو الأسرة من خلال تقديم المساعدة والدعم للأشخاص الذين يعانون بالفعل من مشكلات[١٧].

وطبقاً لما ورد عن منظمة اليونيسيف، تعد السويد واحدة من أفضل الدول في العالم في مجال رعاية الأطفال، ففي عام ١٩٧٩، أصبحت السويد الدولة الأولى التي جعلت من ضرب أو صفع الأطفال جريمة جنائية، بينما يضمن القانون السويدي الحماية للأطفال بشكل جيد، وتكرس منظمات مختلفة مجهوداتها من أجل العناية بالأطفال كبشر، بما في ذلك لجنة حقوق الطفل والتي عينتها الحكومة السويدية، ومن شأنها حماية حقوق الأطفال ورعاية مصالحهم. وتتحمل لجنة حقوق الطفل هذه مسئولية مراعاة بنود اتفاقية الأمم المتحدة لعام ١٩٨٩ والخاصة بحقوق الطفل وتعزيزها في المجتمع السويدي، وكانت السويد من أوائل الدول التي وقعت على هذه الاتفاقية.

ب-٣- سياسات رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة:

هناك حوالي مليون ونصف شخص في السويد يعانون إعاقة من نوع ما. وتهدف سياسة الحكومة بشكل رئيسي، ومنذ فترات طويلة، إلى ضمان سيطرة هذه الفئة على حياتهم اليوميّة. وأطلقت الحكومة السويدية في عام

٢٠١١م إستراتيجية جديدة لتوجيه سياستها نحو ذوى الاحتياجات الخاصة للفترة القادمة حتى عام ٢٠١٦م. والهدف هو منح الأشخاص المصابين بحالات العجز فرصًا أكبر للمشاركة في المجتمع. وأحدى المزايا المهمة للقانون، والمتعلقة بتقديم الدعم والخدمة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، إذ تعطيهم الحق في الحصول على المساعدة الشخصية، وبشكل مجاني من حيث المبدأ. ويتم تحديد مقدار المساعدة التي يتلقونها وفقاً لمدى إعاقتهم وعجزهم. ومن ضمن سياسات الحكومة السويدية لتقديم الرعاية الاجتماعية لذوى الاحتياجات الخاصة ما يلى:

- **التعديلات على المنازل:** يمكن لذوي الاحتياجات الخاصة التقدم بطلب منحة من البلديات للتمكن من إجراء بعض التعديلات على مقار إقامتهم. وتشمل تلك إزالة عتبات الأبواب، وإضافة قضبان الدعم، وتوسيع المداخل، وتركيب أبواب تفتح أوتوماتيكياً، ومصاعد خصوصية. وتغطي هذه المنح كل أنواع الإعاقات كالإعاقة الحركية، والاضطرابات البصرية، والاختلالات العقلية والحساسيات. ويمكن لأي شخص يحتاج إلى مساعدة إضافية أن يعيش في **سكن جماعي**، حيث يقدم العاملون المساعدة على مدار الساعة. ويتألف السكن الجماعي عادة من عدة شقق مع مجموعة من المرافق المشتركة. وثمة بديل آخر هو **الخدمة المنزلية**، حيث يمكن لذوي الاحتياجات

الخاصة العيش في شقة مستقلة تماماً إلا أنه يمكنهم طلب المساعدة في أي وقت. أما **البيوت العائلية** فهي خيار آخر تمكن الأطفال ذوي الإعاقات الوظيفية من العيش مع عائلة أخرى لفترة زمنية معينة.

- **بدل سيارة:** يمكن للأشخاص الذين لديهم صعوبة كبيرة في السفرٍ أو استخدام وسائل النقل العام تلقي إعانة مالية بدلاً للسيارة من صندوق الضمان الاجتماعي. فقد تكون لدي معدلات عالية من الألم، أو يعانون صعوبات في التنفس، أو ضعف الحركة أو فقدان التوازن. ويمكن لآباء الأطفال ذوي الإعاقة الوظيفية التقدم بطلب للحصول على بدل سيارة أيضاً.

- **التمويل من أجل إيجاد الوظيفة:** تتحمل الدولة مسؤولية مساعدة الأفراد على إيجاد_فرص عمل والحفاظ عليه من خلال وكالاتها في سوق العمل. ويحق لأرباب العمل الذين يوظفون أشخاص من ذوي القدرة المحدودة على العمل أن يحصلوا على إعانات. وتقدم بعض مؤسسات الخدمات المملوكة للدولة فرصاً لتوظيف ذوي الإعاقة وتعزز نموهم الشخصي. يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة أيضاً الحصول على أنواع مختلفة من المساعدة المالية من صندوق الضمان الاجتماعي[١٨].

٢. تجربة كندا: الحماية التكاملية:

أ. المفهوم العام للرعاية الاجتماعية:

تختلف فلسفة الرعاية الاجتماعية في كندا عن نظيرتها الأوربية في أنه تتجه بشكل مباشر إلي الفئات التي يمكن أن تتعرض للخطر إزاء الظروف الخاصة التي تعيش فيها. ومن ثم فإن برامج الرعاية الاجتماعية (أو الرفاهية الاجتماعية) لا يدخل فيها بشكل مباشر التعليم والصحة. صحيح أن التعليم والصحة مكفولان للجميع؛ فالمواطنون لهم جميعًا الحق في الحصول علي تعليم إلزامي، يمتد حتى التعليم الثانوي، بدعم مباشر من الدولة؛ كما أن لهم الحق في الحصول علي الرعاية الصحية الجيدة. إلا أن سياسات الرعاية الاجتماعية، والتي يطلق عليها في كندا البرنامج الاجتماعي، توجه بشكل مباشر إلي الفئات الهشة والأكثر عرضة للخطر. ويبدو أن هذا الفصل يرجع إلي يرجع لأسباب اجتماعية، حيث ينظر بعض الكنديين نظرة سلبية إلي مفهوم الرعاية الاجتماعية، التي لا يطلبها إلا الضعفاء من الناس.

وتتأسس فلسفة الرعاية الاجتماعية علي خلفية المجتمع الكندي الذي يعاني من مشكلة تكامل ناتجة عن: (١) ارتفاع معدلات الهجرة الدولية، التي تتزايد يومًا بعد يوم (بلغ عدد المقيمين في كنا في العام ٢٠١٠م حوالي ٢٨٠,٥ ألف مهاجر)[١٩]. (٢) ارتفاع معدلات الفقر (الذي تصل معدلاته إلي معدلات مرتفعة مقارنة بالدول الأوربية حيث يعيش حوالي ٩% من السكان في أسر ذات دخل منخفض[٢٠]. كما بلغت نسبة الإعالة والاعتماد

على الغير في عام ٢٠١١م ٣٢ في المائة) [٢١]. (٣) الاختلاف العرقي واللغوي بين المتحدثين بالإنجليزية والمتحدثين باللغة الفرنسية. وعلي هذه الخلفية ينطلق نظام الرعاية الاجتماعية الكندي من فكرة التكامل، حيث يتأسس المجتمع علي نظام اتحادي يتضح فيه بشكل جلي أحد النماذج الناجحة للحكم الرشيد الذي يتناسب مع تنوع سكانها واتساع أراضيها، وهو نظام يقوم علي الاحترام العميق للقيم المشتركة والحرية والديمقراطية وحقوق الإنسان وسيادة القانون[٢٢]. وفي ضوء هذه الرؤية تتشكل مظلة الحماية الاجتماعية الكندية، وهي مظلة تخترق السكان إلي أسفل لكي تصل إلي أشد الفئات حرمانًا، والتي تهدد مبدأ التكامل الاجتماعي.

ولقد تطور مفهوم الرعاية الاجتماعية في كندا من مفهوم يقوم علي الإحسان إلي مفهوم يعتمد علي العلم، لذا فقد لعبت العلوم الاجتماعية – خاصة الخدمة الاجتماعية – دورًا محوريًا في التخطيط للسياسات الاجتماعية وتنفيذها[٢٣]. وقد انتقل مفهوم الرعاية الاجتماعية، بناء علي الدراسات الاجتماعية، إلي توجه جديد يركز علي رفع مستويات الدخل. ومن ثم فقد ظهر هنا وجه جديد للرعاية الاجتماعية يطلق عليه الرعاية الاجتماعية أو السياسة الاجتماعية فيما بعد دولة الرفاهية Post Welfare State[٢٤].صحيح أن هذا التطور لم يلغ مظلة الحماية الاجتماعية، ولم يؤثر بأي شكل علي البرنامج الاجتماعي الكندي، ولكنه قد وضع صورة متطورة وإضافية لهذا البرنامج، بحيث يتجه إلي رفع دخل الأفراد بدلا من تقديم العون لهم، أو بالأحرى رفع الدخول علي فلسفة أشمل للأمن الاقتصادي والاجتماعي.

ب. سياسات الرعاية الاجتماعية وآلياتها:

توجه سياسات الرعاية الاجتماعية – كما سبق أن ذكرنا – إلي فئات بعينها من المجتمع الكندي. ومن أهم هذه الفئات المسنين والفقراء. ونقدم فيما يلي وصفاً لأهم السياسات الموجهة إلى هاتين الفئتين، والآليات التي تستخدم في تنفيذ هذه السياسات.

ب – ١– سياسات رعاية المسنين[٢٥]

- **الإطار العام لسياسة حماية المسنين:**

يعيش السكان في كندا عمراً أطول، مثلما هو الحال في الدول المتقدمة؛ إذ يبلغ العمر المتوقع في كندا ٨١,١ سنة، وهو من أطول معدلات العمر في العالم. ويعمل النقص الشديد في معدلات المواليد والتحسن الكبير في العناية الصحية إلى التزايد المستمر لشريحة المسنين الذين يزيد عمرهم عن ٦٥ عاماً. فقد كانت هذه النسبة تشكل ٨% من السكان عام ١٩٧١، وقد أصبحوا يشكلون اليوم حوالي ١٤% من السكان. ويتوقع أن تزداد هذه الشريحة من السكان إلى ٢٥% من السكان عام ٢٠٣٦؛ الأمر الذي يشكل تحدياً للسياسة الاجتماعية لحماية حقوق المسنين لما يفرضه هذا التزايد المستمر لأعداد المسنين من أعباء مالية وخدمية.

ورغم التحديات الكبرى التي تواجه السياسات الاجتماعية الكندية بشكل عام، إلا أن تجربة كندا فى تبنى سياسات حماية اجتماعية لكبار السن تعتبر من التجارب الرائدة التي تقدم دروساً عديدة. وتقوم الحماية على شبكة حماية قانونية تحمى حقوق الإنسان بعامة، وحقوق المسنين بخاصة. وقد صدر فى عام ١٩٨٢ الميثاق الكندي للحقوق والحريات، ونص بشكل صريح على تجريم التمييز بين البشر على أساس السن. وتأكد ذلك مرة أخرى من خلال قانون حقوق الإنسان الكندي والذي حظر التمييز على أساس العمر، مؤكداً على أهمية تطبيق ذلك بالنسبة لأرباب العمل ومقدمي الخدمة. وفى مقابل هذه الأطر العامة التي تنطبق على الكنديين بشكل عام، تعمل كل حكومة محلية على سن تشريعات خاصة بحقوق الإنسان، وجميعها يحظر التمييز على أساس السن.

ويحظى كبار السن باحترام كبير في المجتمع الكندي، وفى الخطاب السياسي والثقافي العام. فهم مواطنون مبجلون Senior Citizen، ويشار إليهم دائماً بأنهم أصحاب ريادة، وأنهم يشكلون ثروة للأمة. وقد أشارت إحدى المذكرات الرسمية إلى أربعة اعتبارات تجعل مشروعات حماية كبار السن استثماراً حقيقياً لقوة لا يستهان بها من السكان:

- أن كبار السن المبجلين يشكلون إسهاماً أساسياً لثراء الحياة الكندية والاقتصاد الكندي، فهم يشكلون ثروة من الخبرة والمعرفة والاستمرار والمساندة والحب للأجيال الأصغر.

- أن الشيخوخة التى يتوفر لها الصحة والحماية يمكن أن تقلل من الآثار السيئة المترتبة على الأمراض المزمنة وصور العجز فى أواخر الحياة، ومن ثم التقليل من مصادر الإنفاق طويلة الأجل.

- أن العمل المستمر برؤى جديدة، والبناء على ما هو قائم، ودعم المبادرات فى مجال العناية بكبار السن، يقدم نماذج يمكن أن تحتذي فى مجالات أخرى.

- أن الكنديين من جميع الأعمار يعتقدون أن الجهود التي تبذل لرعاية المسنين وحفظ حياتهم عند مستوى صحي جيد، هي جهود تسير في الطريق الصحيح، إذ أنها تدعم القيم الأساسية التي يقوم عليها المجتمع: الاعتماد المتبادل، والعدل الاجتماعي، والاحترام. وتشير هذه المعايير إلى أن سياسات حماية المسنين يُنظر إليها على أنها شكل من أشكال الاستثمار بالمعنى المادي والاجتماعي معاً. فهي توفر للمسنين

صحة وجودة حياة تجعلهم منتجين على نحو دائم وتقلل تكاليف رعايتهم على المدى الطويل؛ وهى تعمل من ناحية أخرى على تقوية الروابط الاجتماعية وتدعيم القيم المحورية التي يقوم عليها المجتمع.

وتقوم رعاية كبار السن في كندا علي آلية الشراكة مع المجتمع المدني والدولي؛ فإذا كانت الأسرة تلعب دوراً كبيراً فى تقديم العون لكبار السن، فإن فكرة العون والمساعدة التطوعية تصبح أحد المبادئ الأساسية التى تقوم عليها سياسة حماية كبار السن. وهنا تأتى أهمية المجتمع المدنى، ودور التشبيك على المستوى الوطنى والدولى. وتنتشر فى كندا شبكة كبيرة من المنظمات المدنية العاملة فى مجال حماية الضعفاء وكبار السن خاصة، وهناك منظمات تعمل على المستوى الوطنى من أهمها منظمتان: (١) منظمة مساعدة كبار السن Help the Aged Canada وهى تعمل على تقديم برامج لسد حاجات كبار السن، وتوفر معلومات حول دور كبار السن فى تغيير وجهة المجتمع الكندي المعاصر؛ (٢) والمنظمة الكندية للشيخوخة Canadian Association on Gerontology

وهى تعمل على تحسين نوعية حياة كبار السن، كما توفر معلومات حول قضاياهم. وتتعاون هاتان المنظمتان مع المنظمات العالمية العاملة فى مجال كبار السن ومن أهمها الاتحاد الدولي للشيخوخة International Federation for Aging، والمنظمة الدولية لمساعدة كبار السن Help Age International [٢٦]. ويعمل التشبيك الوطني والدولي على توفير أكبر قدر من المعلومات حول نظم حماية كبار السن، كما يعمل على تبادل الخبرات والمبادرات التي تدعم السياسة الوطنية لحماية كبار السن.

ب- ٢- سياسة مكافحة الفقر ورعاية الفئات المهمشة:

تهدف السياسة الاجتماعية في كندا إلي الحد من الفوارق الاجتماعية والاقتصادية و منع الفقر. وقد شهدت بعض المجموعات تحسنا كبيراً وأبرزها (النساء). ويركِّز نهج حكومة كندا في الحد من الفقر على إتاحة الفرص للكنديين لاكتساب المهارات اللازمة لتحقيق الاكتفاء الذاتي عن طريق التوظيف، مع ضمان حصول الفئات الضعيفة على الدخل الكافي والسكن وسُبُل دعم الضمان الاجتماعي الأخرى. وكان للبرامج المستمرة التي تنفذها حكومة كندا للاستثمار في الحد من الفقر تأثيرًا قويًا

وإيجابيًا على المواطنين. وفى الفترة من عام ٢٠٠٦ م إلى عام ٢٠١٠م، تقلص معدل الدخل المنخفض على الصعيد الوطني من ١٠,٣ فى المائة إلى ٩ فى المائة، وتقلص معدل الدخل المنخفض للأطفال من ١١,١ في المائة إلى ٨,٢ في المائة، وظلت نسبة كبار السن ذوى الدخل المنخفض ثابتة عند ٥,٣ فى المائة فى عام ٢٠١٠. وفى الفترة من عام ٢٠٠٦ م إلى عام ٢٠٠٩ م، تقلص معدل الدخل المنخفض لدى الأشخاص ذوى الإعاقة من ١٣,٩ في المائة إلى ١٣,٥ فى المائة، وتقلص معدل الدخل المنخفض بين السكان الأصليين الذين يعيشون في المحميات من ١٧ في المائة إلى ١٥,١ في المائة. ومن ناحية أخرى ارتفع معدل الدخل لدى المهاجرين الجدد من ١٧,٣ فى المائة فى عام ٢٠٠٦م إلى ١٨,٤ في المائة في عام ٢٠٠٩م. غير أن كندا أجرت في عام ٢٠٠٩ تعديلات في نظام الهجرة من أجل تحسين إدماج المهاجرين الجدد في المجتمع بما يكفل مشاركتهم بكامل طاقتهم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع(٢٧).

٣. تجربة البرازيل: التوازن وإعادة توزيع الدخل:

أ. مفهوم الرعاية الاجتماعية:

تبدو مشكلة الرعاية الاجتماعية في الدول في الدول النامية وكأنها مشكلة ذات أبعاد متعددة ومعقدة. فهنا نجد أعدادًا كبيرة من

السكان وإمكانيات محدودة، ونجد تباينًا كبيرًا في توزيع الدخل بين المواطنين، ومثل ذلك يُقال عن إمكانيات وفرص الحصول علي الخدمات الاجتماعية، ويُقال أيضًا عن نوعية الحياة الجيدة والقدرة علي الاختيار. هنا تظهر قدرة الدولة علي التعامل مع هذا الموقف وتبني مفهوم للرعاية الاجتماعية يحقق قدرًا من التوازن في المجتمع، ويضمن تحقيق مظلة حماية وأمن اجتماعي.

وتأتي البرازيل في مقدمة هذه الدول الناجحة في العمل علي تقديم برامج اجتماعية تعمل علي إعادة التوازن الاجتماعي بين الطبقات. وينطلق مفهوم الرعاية الاجتماعية – في تجربة البرازيل– من رؤية عامة تستهدف إحداث نوع من التوازن الاجتماعي؛ عن طريق إعادة توزيع الدخل عبر خدمات اجتماعية تقدم علي نحو عام ولفئات اجتماعية بعينها (خاصة العمال والطبقات الفقيرة في الحضر). وتعمل سياسات الرعاية الاجتماعية هنا في جو تحاول فيه الدولة أن تخلق توازنًا بين عمليات الخصخصة والتكيف الهيكلي من ناحية، والإصلاح المؤسسي من ناحية ثانية، وتأكيد مبدأ الديمقراطية من ناحية ثالثة. ومن ثم فقد احتاج الاحتفاظ بهذا التوازن بين هذه العناصر الثلاثة عمليات إصلاح مستمرة في سياسات الرعاية الاجتماعية، مع الاحتفاظ بدرجة عالية من المرونة الخلاقة التي تضمن لهذه السياسات الاستمرار والنجاح. ومن هنا فقد خضعت سياسات الرعاية الاجتماعية في البرازيل – منذ أن بدأت في ثلاثينيات القرن الماضي وحتى الآن لعمليات إصلاح مستمرة. فقد بدأت هذه

السياسات قرب منتصف القرن الماضي وتمحورت حول مفهوم حماية لأصحاب المعاشات، وأخذ هذا المفهوم يتسع في الثلاثينيات ليتواكب مع التطورات المترتبة علي التوسع في التصنيع والنمو المتضخم للمدن، حيث أصبح العمال في الحضر هدفاً لشبكة الحماية الاجتماعية. فقد ارتفع بشكل ملحوظ أعداد الذين تغطيهم شبكة التأمينات الاجتماعية (تضاعفت الأعداد عشر مرات في الفترة من ١٩٣٤ م – ١٩٤٠ م). ولقد ساهمت عدد من التشريعات التي صدرت في الستينيات (قانون الرعاية الاجتماعية العضوية في عام ١٩٦٠ م). وفي السبعينيات (نظام المساعدة والرعاية الاجتماعية الوطني عام ١٩٧٧ م)، ساهمت هذه التشريعات في إحداث إصلاحات جوهرية في نظام الرعاية الاجتماعية. ومع دخول الثمانينيات بدأت الرعاية الاجتماعية تتمحور حول مفهوم واسع للأمن الاجتماعي، وحرص البرازيليون علي أن يتم النص علي ذلك صراحة في الدستور، علي أن تتولي وزارة الرعاية الاجتماعية والمساعدة مهمة تنفيذ سياسات الأمن الاجتماعي وذلك بالتعاون مع المعهد الوطني للأمن الاجتماعي[٢٨].

وفي إطار هذا المفهوم العام للأمن الإنساني يدور برنامج الرعاية الاجتماعية البرازيلي حول مكونات ثلاثة [٢٩]:

أ–١– سياسات الرعاية الاجتماعية العامة والتي يديرها المعهد الوطني للأمن الاجتماعي. وتقوم هذه السياسة علي نظام

للتأمين، بما في ذلك تأمين معاش التقاعد من القطاع الخاص: أصحاب الأعمال، والمواطنين، وخدم المنازل، والعمال المستقلين، والعمال الزراعيين. ويضمن هذا النظام معاش تقاعد للرجال عند سن الخامسة والستين وللنساء عند سن الستين، علي أن ينخفض هذا السن في الظروف الخاصة.

أ-٢- سياسات الرعاية للموظفين العموميين: وهي سياسات تضمن معاش تأميني للموظفين العموميين، كما تضمن معاشاً لهم بعد سن السبعين، وأقل من ذلك في ظروف خاصة.

أ-٣- البرامج الرعائية المكملة، وهي برامج تقوم علي التطوع وتخضع لإدارة خاصة.

وإزاء هذا التنوع الاجتماعي الذي يضمن للمشاركين فيه تأميناً للحياة من ناحية، وتأميناً للمعاش، في حالة التقاعد من ناحية أخري، يتطور مفهوم للمسئولية المشتركة حول برامج الرعاية الاجتماعية. ولذلك فأن عملية تمويل الرعاية الاجتماعية تتم عبر مصادر متنوعة يساهم فيها المجتمع بأسره. فالدولة ونقابات العمال والمحليات والشركات وموظفو الحكومة وعمال الصناعة، كل أولئك يشاركون بنسب معينة في عمليات تمويل مشروعات الأمن الاجتماعي. صحيح أن الدولة تشارك بالنصيب الأكبر

خاصة بعد تجاوز الرؤية المحافظة في الإصلاح الاجتماعي والتوسع في شبكة الأمان الاجتماعي، مع دخول الإصلاحات الكبيرة التي قدمها الرئيس " لولا دي سيلفا" بداية من عام ٢٠٠٣م. ورغم ذلك فأن مشاركة القطاعات الأخرى، بما فيها المستفيدين أنفسهم، تأتي رمزية لضمان المسئولية الاجتماعية العامة. ولقد مكن هذا الشعور العام بالمسئولية المشتركة البرازيل من أن تتغلب علي كافة العقبات التي تواجه عمليات التنمية بشكل عام والآثار السلبية لسياسات التكيف الهيكلي بشكل خاص. ولاشك أن الإرادة السياسية هي التي شكلت الظهير لهذه المسئولية الاجتماعية المشتركة، بل هي التي خلقتها في الأساس. وهي التي أخرجت البرازيل من مستويات دنيا ومحافظة في الرعاية الاجتماعية إلي مستويات عليا وأكثر ليبرالية(٣٠).

ب. سياسات الرعاية الاجتماعية وآلياتها:

نركز هنا علي أهم السياسات التي تحقق الرعاية الاجتماعية للسكان، وسوف نركز في عرضنا علي جوانب برزت علي نحو خاص في تجربة البرازيل.

ب-١- حزمة الحقوق العامة: التعليم – الصحة – التأمين:

تنطلق السياسات الاجتماعية في البرازيل من مفهوم عام لحماية حقوق المواطنين؛ خاصة حقهم في التعليم

والصحة والتأمين الاجتماعي. وتقوم السياسات الاجتماعية في كل جانب من هذه الجوانب علي مبادرات مبتكرة تجعل البرازيل بلدًا رائدًا في هذه المجالات.

- **التعليم:** تقدم البرازيل تعليمًا إلزاميًا حتى سن الرابعة عشرة (أي إلي نهاية المرحلة الإعدادية) ثم يتركه (ها) حرًا في مرحلة التعليم الثانوي والجامعي. وتواجه البرازيل مشكلات عديدة في التعليم؛ مثل التمويل الضروري، والتسرب من التعليم بسبب الفقر. ومن ثم فقد طورت البرازيل أساليب مبتكرة للتغلب علي هذه المشكلات، فطورت أساليب تربوية مبتكرة عبر فكر تربوي متقدم قاده مفكرون تربويون كبار من أمثال باولو فريري. ويقوم المجتمع المدني بدور كبير في دعم التعليم وفي القضاء علي الأمية خاصة في الريف[٣١].

- **الصحة:** تمتلك البرازيل نظامًا للرعاية الصحية الوطنية، حيث تقدم الحكومة خدمات مجانية لجميع المواطنين البرازيليين. ويستخدم ٧٥% من السكان النظام العام في الحصول على الرعاية الصحية. ولدى البرازيل أيضا نظام تكميلي خاص يتكون من الخطط الصحية وشركات التأمين؛ حيث يتمتع ٢٦%

من السكان بالتأمين الخاص. ويتم تمويل النظام الخاص من قبل أرباب العمل أو الأفراد. وهناك عديد من منظمات الرعاية الصحية في البرازيل. وتمثل المستشفيات العامة ٤١%، والخاصة ٣٤%، والخيرية ٢٥%. و تشير التقارير إلى أن معظم البرازيليين بصحة جيدة، و أن ما يقرب من نصف العينة يصنفون الحالة الصحية لهم بأنها ممتازة، و ٤١% بأنها جيدة جدا[٣٢].

ويستند النظام الصحي في البرازيل على ثلاثة مبادئ: (١) الوصول إلى الرعاية الصحية الشاملة والمحلية، (٢) توفير الرعاية الصحية المجانية على جميع المستويات من الرعاية الوقائية إلى العلاقات المعقدة، (٣) تمويل وتوفير الرعاية الصحية يتم تقاسمها بين ثلاثة مستويات من الحكومة الفيدرالية والدولة والبلدية مع اتجاه متزايد نحو اللامركزية الإدارية. فالبلديات تتحمل مسؤولية توفير وتسليم الخدمات الصحية في جميع أنحاء الدولة، ويعتبر برنامج صحة الآسرة هو الركيزة الأساسية والإستراتجية للرعاية الصحية الأولية في البرازيل[٣٣].

- **التأمين الاجتماعي:** تتأسس في البرازيل وزارة خاصة للأمن الاجتماعي، وهي راعية ومنفذة لشبكة حماية تأمينية كبري تغطي المواطنين في الصناعة والتجارة والزراعة والعاملين بالخدمة المنزلية، والعمال الموسميين. وكذلك أصحاب الأعمال الحرة والمختارين للوظائف العامة عبر الانتخاب. ويساهم المؤمن عليهم في هذا المشروع الضخم بنسب تتراوح بين ٨% و ٢٠% من إجمالي الدخل. ويتوازي مع هذا النظام التأميني الشامل نظام للمعاشات ونظام أخر لذوي الاحتياجات الخاصة والأسر الفقيرة وضحايا الكوارث[٣٤].

وتتيح هذه الأبعاد الثلاثة للرعاية الاجتماعية للبرازيل شبكة أمان تغطي الحقوق الأساسية في الصحة والتعليم من ناحية، وتضمن أمناً اجتماعيًا مستمرًا من ناحية أخري.

ب-٢- سياسات مكافحة الفقر والجوع[٣٥]:

تمتلك البرازيل مؤهلات راسخة في التصدي لهذه التحديات المتمثلة في الجوع والفقر. فقد تم إنشاء برنامج "مكافحة الجوع" في عام ٢٠٠٣م، حيث جمع البرنامج إجراءات الطوارئ جنباً إلى جنب مع التدابير الهيكلية

لتحقيق الأمن الغذائي، وكان بمثابة نقطة الانطلاق لجميع السياسات الأخرى التي تم تنفيذها في السنوات التالية. واعتبر تشجيع الزراعة العائلية عاملاً جوهرياً لنجاح السياسات الاجتماعية في البرازيل، فقد شكلت الزراعة العائلية ٧٠% من المواد الغذائية المستهلكة محلياً، وتمثل ١٠% من الناتج المحلي الإجمالي للبرازيل. فلم يكن من الممكن تحقيق هذه النتائج دون إجراء البحوث الزراعية والإصلاح الزراعي وتملك الأراضي، والدعم التقني والحصول على الائتمان والتأمين، علاوة على عدة أمور أخرى. وبفضل السياسات العامة التي اعتمدتها البرازيل، فقد تمكّن ٣٢ مليون شخص في البلاد من تجاوز الفقر، وهذا يمثل أكثر من ١٦% من السكان. وبما يتسق مع جهودها الداخلية لمكافحة الفقر والجوع، فقد عملت البرازيل على المستوى الدولي، من أجل نظام عالمي أكثر توازنا وعدلا على الصعيد الاجتماعي. ويستند هذا النهج البرازيلي إلى تكوين شراكات أفقية ومتساوية مع البلدان النامية، في أميركا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وإفريقيا والشرق الأوسط وآسيا والمحيط الهادئ.

إن البرازيل تؤمن بأنه لا يمكن لأية دولة أن تحقق التنمية المستدامة من دون تحسين الظروف المعيشية

لشعبها، حيث تبين التجربة البرازيلية أن التغلب على الجوع يتطلب إجراءات منسقة، وإرادة سياسية، ومشاركة جميع فئات المجتمع. ويعد إطلاق مشروع القضاء على الجوع كمشروع للرعاية الاجتماعية، بهدف تحقيق الأمن الغذائي في البرازيل، مثال يبرز مدى نضج النقاش بشأن المسائل المتعلقة بالأمن الغذائي ومكافحة الجوع، التي باتت أولويات وطنية ينبغي معالجتها من خلال اتخاذ إجراءات حكومية مدروسة وحازمة بمشاركة المجتمع. حيث أصبح مشروع "القضاء على الجوع" إستراتيجية حكومية رئيسية لتوجيه السياسات الاقتصادية والاجتماعية في البرازيل، وشكل بداية تحول لتجاوز الانقسام القديم بين هذه السياسات. واتخذت الحكومة إجراءات لإدراج السياسات الهيكلية في سياسات الطوارئ من أجل مكافحة الجوع والفقر. كما نفذت سياسات جديدة مختلفة في مجال الزراعة الأسرية ووضعت تشريعات أساسية للسياسة الوطنية في مجال الأمن الغذائي والتغذوي. وتعد البرازيل بلداً ذا إمكانيات تنموية هائلة جعلته يتحول، عن طريق دورات التوسع والنمو الاقتصادي، خلال القرن العشرين، من مجتمع ريفي وزراعي إلى مجتمع حضري يعتمد على قطاع صناعي مهم، وقطاع زراعي عصري، ومدن دينامية وحيوية. لقد انتقلت البلاد من موقع هامشي في

العالم إلى ثامن قوة اقتصادية. و تعد معالجة مشكلة الجوع مسألة وطنية. فالمفهوم الذي تبنته الحكومة البرازيلية قام على الفرضية القائلة بأن اجتثاث الجوع يستلزم محاربة الفقر المدقع والجوع الاجتماعي، اللذين تطلبا بدورهما عمليات تجمع بين محاربة الجوع وسياسة الأمن الغذائي. ولبرنامج القضاء على الجوع محاور مفصلية ثلاثة:

المحور الأول: الحصول على الغذاء:

لقد قام هذا المحور، من برنامج القضاء على الجوع، بتنفيذ العمليات التي استهدفت مباشرة الزيادة في حصول ذوي الدخل المحدود على التغذية وذلك بصرف النظر عن ارتفاع القوة الشرائية لذوي الأجور الدنيا. وقد تمثلت العملية الأولى في الوضع الفوري لبرنامج التحول النقدي (أي برنامج منحة الأسرة وهو أكبر برامج التحول النقدي في ظل الحكومة الفيدرالية) والإسراع بتوسيعه. كما تم تعزيز الحصول على الغذاء، وإعادة صياغة برنامج الوجبات المدرسية، وتوسعة ودعم المرافق العامة كالمطاعم المدعمة وبنوك الأغذية. لقد تمكن برنامج منحة الأسرة من مساعدة ١٢٦٥٠ مليون أسرة فقيرة وأسرة معوزة تضم حوالي ٤٨ مليون نسمة وتحصل الأسرة على معدل قيمته ٩٤,٠٠ ريالا

برازيليا في الشهر. وقد شهدت ميزانية البرنامج بين سنة ٢٠٠٣م وسنة ٢٠٠٨م زيادة نوعية من ٣,٢ مليار ريال برازيلي إلى ١٠,٥ مليار ريال برازيلي. أما الأسر المستفيدة من برنامج منحة الأسرة فتنفق دخلها أساسا على الغذاء. وحتى تحصل تلك الأسرة على المساعدة يجب أن تكون لها إرادة للمشاركة في عمليات الرعاية التربوية والصحية لأطفالها وبذلك يتم الربط مع النظام الصحي الموحد والنظام التربوي للبلاد.

المحور الثاني: تقوية الزراعة الأسرية:

يرمى المحور الثاني من برنامج القضاء على الجوع إلى دعم الزراعة الأسرية، التي تعتبر الزراعة السائدة فى معظم المنشآت الزراعية بالبرازيل وتمثل معظم التموين المحلى من الغذاء. وعلى الرغم من أن الزراعة الأسرية تغطى فقط ربع المساحة التي تغطيها الزراعة المصنعة أو التجارية، فإن الزراعة الأسرية تمثل ٣٨ % من قيمة الإنتاج. فعند بداية برنامج القضاء على الجوع تم تحديد مخطط للحصاد خاص بهذا النوع من الزراعة (وهو عبارة عن برنامج للقروض مخصص حصريا للزراعة الأسرية، ويركز كثيرا على إنتاج الغذاء) وقد أدى التوسيع في هذا البرنامج إلى توقيع مليوني اتفاق بقرض تقريبا فى موسم الحصاد ٢٠٠٨-٢٠٠٩ وهو ما اقتضى مبلغا إجماليا يقدر ب١٣ مليار

ريال برازيلي وتشمل حوالي ٦٠ فى المائة من عملياته الأسرية الريفية الفقيرة بمن فيها أسر المزارعين، وأسر استوطنت في إطار الإصلاح الزراعي وأشخاص تقليديون وعشائر تقليدية.

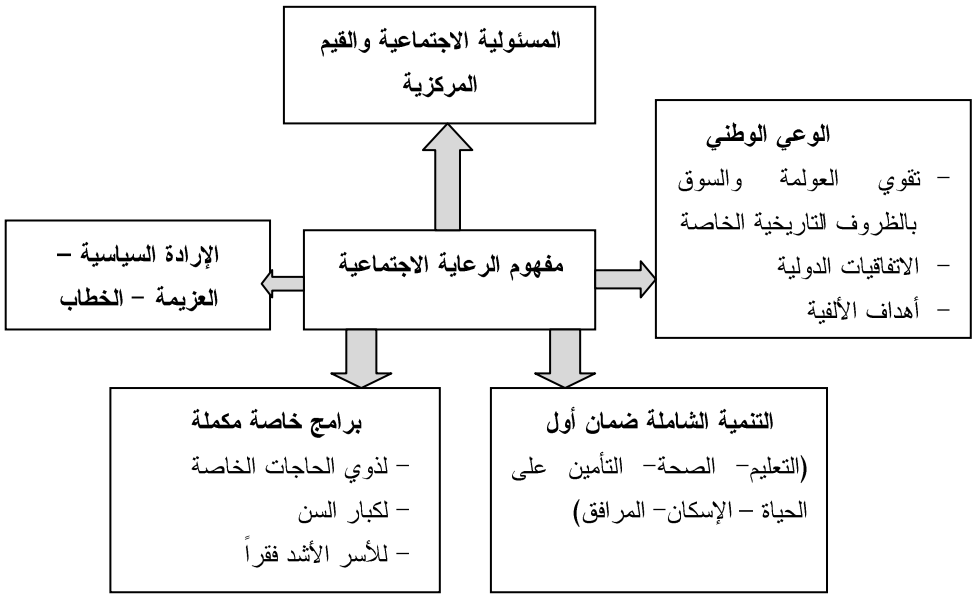
المحور الثالث: تعزيز العمليات المدرة للدخل:

لقد حفز تعزيز العمليات المدرة الاقتصاد القائم على التضامن وبناء قدرات السكان ذوى الدخل المنخفض المساهمة في دمجهم في سوق العمل. وفى عام ٢٠٠٣ أنشأت الحكومة الفيدرالية الأمانة العامة للتضامن الوطني القائم على الاقتصاد بوصفها وكالة تابعة لوزارة العمل. وفى إطار هذا المحور تمت شراكة مع مؤسسة بنك البرازيل التي من خلالها تم تنفيذ مبادرات قائمة على التضامن الاقتصادي، مدرة للدخل وخالقة لفرص العمل. فقد تم دعم ١٥٠ مشروعا في عام ٢٠٠٨، استفاد منها ١٣٦٠٠٠ عاملاً بشكل مباشر وأكثر من اثنين مليون بشكل غير مباشر في ٧٢٠ بلدية. وهناك عديد من منها مبادرة البرنامج الوطني لدعم الحاضنات التكنولوجية الشعبية للتعاونيات الذى حقق توسعا كبيرا فى الحاضنات بالجامعات البرازيلية وبشراكة مع مختلف الوزارات والوكالات. وهناك مبادرة مشتركة بين الوزارات أنشئت لتشجيع التأهيل الاجتماعي

والمهني في صناعات البناء والسياحة، ويجرى تنفيذ هذا البرنامج من خلال وزارات العمل والتوظيف، والتنمية الاجتماعية ومكافحة الجوع والسياحة بالاشتراك مع حكومات الولايات والبلديات ورجال الأعمال والعمال. ويهدف البرنامج من خلال استثمار ٢٠ مليون ريال برازيلى، إلى توفير التدريب المهني لحوالي ٢٦٠٠ عاملاً. ويهدف البرنامج أيضا من خلال التعليم المهنى، إلى تشجيع إدراج العمال الفنيين المؤهلين وتعزيز توليد الدخل فى الصناعة والسياحة.

ثالثاً: نحو مفهوم للرعاية الاجتماعية في دول الخليج العربية:

ماذا عسى أن تفيدنا التجارب السابقة في مجتمعاتنا العربية؟ لاشك أن المجتمعات العربية ومجتمعات الخليج على نحو خاص قد قطعت شوطاً في مجال الرعاية الاجتماعية، وحققت نجاحات كبيرة في بعض مجالاتها. ولكن الحكومات العربية يجب أن تكون على وعى تام بأهمية تطوير هذه السياسات في ضوء متغيرات العصر، وفي ضوء الظروف الخاصة بكل دولة على حده أو بمجموعة الدول التي تتقارب في ظروفها الاجتماعية والاقتصادية مثل دول الخليج العربية. ولقد أمكن من خلال دراسة تجارب الدول التي عرضت فيما سبق، ودول أخرى لم يتم عرضها بالتفصيل، استخلاص بعض الدروس التي يمكن في ضوئها بناء نموذج للرعاية الاجتماعية يمكن أن يفيد في المستقبل، ويجسد الشكل التالي مكونات هذا النموذج:



وبالنظر في النموذج التصوري السابق يتضح أن أي تصور لسياسات الرعاية الاجتماعية ينبغي أن يعتمد علي مجموعة من الأسس منها ما يلي:

١- **المفهوم الشامل للرعاية الاجتماعية:** يستدعي هذا النموذج مفهوماً شاملاً للرعاية الاجتماعية، بحيث تستهدف تحسين نوعية حياة البشر، وتخفيف التأثيرات الكبيرة لقوى السوق في ضوء قدر من المرونة والشراكة والحكم الصالح. إن هذا المفهوم الشامل للرعاية الاجتماعية يضع الأسس، ويحدد القيم والمبادئ الحاكمة لتنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية. فالرقي الإنساني هو الهدف الأسمى لبرامج الرعاية الاجتماعية، ويتحقق ذلك عبر حصوله على حقوقه الأساسية وسد حاجاته الأساسية وفتح الآفاق أمامه للاختيار الحر والتنافس الحر، إزاء قوى السوق والشراكة والحكم الصالح.

٢- **الوعي الوطني:** في أي سياق يتم تنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية؟ وفي إطار أية مؤشرات وعقبات؟ وكيف نواجه هذه العقبات ونتغلب عليها؟ وكيف ننفذ برامج رعاية اجتماعية ملائمة للظروف الخاصة بمجتمعاتنا؟ إن الإجابة عن هذه الأسئلة هي التي تشكل لب ما نقصده بالوعي الوطني، وهو وعى بثلاثة أنواع من الظروف:

- ظروف العولمة؛ وما تفرضه من قوة وسيطرة لآليات السوق، وآليات الاستهلاك، وما تفرضه من ضغوط على الدول وعلى الثقافات المحلية.

- الظروف المحلية الخاصة؛ كالوعي بالآثار الإيجابية والسلبية لاستقبال الأيدي العاملة الخارجية في دول الخليج العربية، والاعتماد الكبير على خدم المنازل والمربيات الأجنبيات، والتدفق الشديد للسلع الاستهلاكية، والانفتاح الشديد على عالم السوق، وعلى عالم استهلاك الصور، ومجتمع المعلومات، وآثار ذلك على تركيب البناء الاجتماعي، ومن ثم على طبيعة الخدمات الاجتماعية التي يمكن أن تقدم لفئات خاصة من السكان.

- أهداف الألفية والاتفاقات الدولية؛ فمن الأهمية بمكان أن تهتم الدول والحكومات بالخطاب الدولي حول التنمية، كما تحدد في أهداف الألفية التي تولي اهتماماً لقضايا الفقر والمرأة والطفولة، وكما تحدد في الاتفاقيات الدولية التي تدعو إلى حماية فئات بعينها مثل الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل والاتفاقية الدولية لمنع كل صور التمييز ضد المرأة.

٣- **الإرادة السياسية:** تدلنا خبرات الدول الناجحة في برامج الرعاية الاجتماعية على أن الإرادة السياسية هي المحرك الأساسي لهذه البرامج؛ فهي الضمان لإنتاج خطاب سياسي ذي أبعاد تنموية، مع القدرة على إنتاج القوة اللازمة لتنفيذه. ولقد حرصنا هنا على أن نربط بين الخطاب التنموي وعمليات إنتاج القوة السياسية لتنفيذه؛ ذلك أن خبرات كثيرة للتنمية في الدول النامية تنتج التنمية في الخطاب دون الفعل. وتتبدى عملية إنتاج القوة السياسية للتنفيذ في (١) إصدار التشريعات اللازمة للسياسات والبرامج الاجتماعية، بما ذلك التعديلات الدستورية إذا تطلب الأمر، (٢) توفير الأموال اللازمة للتنفيذ من الميزانية العامة للدولة، ومن مصادر داعمة من الداخل كرجال الأعمال والمجتمع المدني؛ (٣) المتابعة الدقيقة لتنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية، ودرء الفساد عنها، بتطبيق أعلى درجات الشفافية والنزاهة "الحكم الصالح"، (٤) بث الروح العامة في المجتمع، وبعثها لتولد مسئولية مشتركة لدعم الحكومة في أهدافها الإنسانية، ومساندة البرامج التي تقدمها والمساهمة الفعالة في إنجاحها.

٤- **شمولية الرؤية:** لا يجب أن تكون مظلة الرعاية الاجتماعية "الرفاهية الاجتماعية"؛ مظلة ترفيهية، بل يجب أن تنطلق من مفهوم واسع عن التنمية الاجتماعية. ويتأتى ذلك عن طريق(١) ضمان الحقوق الأساسية للمواطنين جميعاً، خاصة الحق في التعليم، والحق من الرعاية الصحية، والحق في تأمين الحياة والمعاش؛ (٢) العمل

على التعامل مع المشكلات الاجتماعية خاصة مشكلة الفقر، بنظرة اجتماعية أوسع؛ كالعمل على رفع دخول الفقراء وتمكينهم تعليماً وصحياً وثقافياً، وتأمين العمل بدلاً من تأمين الدعم، بمعنى توفير فرص عمل للفقراء بدلاً من تقديم الدعم لهم، والنظر إلى الأسرة بشكل عام، وليس إلى فرد منها، فثمة فرق كبير بين تمكين الأفراد وتمكين الأسرة كلها.

٥- **المسئولية المشتركة:** هناك جهات معنية بتنفيذ برامج الرعاية الاجتماعية، وغالباً ما تكون هذه الجهات حكومية، ورغم ذلك فإن برامج الرعاية الاجتماعية يجب أن تتم في ضوء مفهوم للمسئولية المشتركة، حيث يشعر الجميع بأهمية هذه البرامج، والاشتراك الفعلي في تمويلها وتنفيذها. وتتجه المسئولية المشتركة نحو بناء شراكة على مستويين: **المستوى الأول** هو المستوى الأفقى حيث تتكاتف جهود الدولة مع القطاع الخاص مع المدني في بناء شراكة لنجاح خدمات الرعاية الاجتماعية؛ **والثاني** هو المستوى الرأسي بين الدولة والأفراد. ويجب أن تتأسس الشراكة في المستويين على الثقة المتبادلة، وعلى وجود رصيد كبير من رأس المال الاجتماعي. وهذا الرصيد هو الذي يدفع الأفراد إلى الأعمال التطوعية وإلى التشبيك الاجتماعي من أجل تقديم خدمات اجتماعية أكثر كفاءة.

٦- **الرعاية الاجتماعية الخاصة:** إذا كانت برامج الرعاية الاجتماعية تقدم في إطار تنموي عام، فإن هذا لا يعني أن نغض الطرف عن

تقديم خدمات ذات نوعية خاصة لفئات اجتماعية تعيش ظروف خاصة. ويأتي في مقدمة هذه الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة من ذوي الإعاقة، وكبار السن، وفئات خاصة من النساء (الأرامل والمطلقات والمعيلات)، وفئات خاصة من الأطفال (المشردين والمعرضين للخطر) وغير ذلك من الفئات الأكثر حاجة للرعاية الاجتماعية.

خاتمة:

وختامًا نقول إن سياسات وبرامج الرعاية الاجتماعية ليست خياراً، بل ضرورة فائقة الأهمية، باعتبارها ترتبط ببقاء الإنسان وجودة الحياة. ومن هنا استحوذت تلك السياسات والتي تنطلق من برامج للرعاية الاجتماعية على حيز كبير من الاهتمام والعمل بمستويات مختلفة؛ بهدف بناء وتنمية الإنسان فى المجتمع، وتحقيق الاستقرار، وإحداث التغيير، والتنمية الاجتماعية، تلبية احتياجات البشر والمساواة بينهم، والمحافظة على استقرار المجتمعات وتعزيز تماسكها الاجتماعي ووحدتها. ولا يوجد على الصعيد العالمي نموذج واحد يحتذي به لدولة الرعاية الاجتماعية، ومن ثم تختلف نظم الرعاية الاجتماعية من دولة إلى أخرى؛ وفقاً للنظام السياسي والاجتماعي والقدرات المالية والبشرية المتاحة والتحديات والفرص. وفي كل الأحوال، فإن سياسات وبرامج الرعاية الاجتماعية كي تحقق أهدافها يتعين أن ترتكز على استراتيجيات تنحو إلى ترجمة

المبادئ والقيم التي تبنتها إلى سياسات وبرامج هادفة للارتقاء بنوعية الحياة لمواطنيها، وتتلافى الأخطار والإقصاء الاجتماعي والتهميش والتفاوت الطبقي والظلم.

الهوامش:

(١) ماهر أبو المعاطى على : الاتجاهات الحديثة ى الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية، دار الإيمان للطباعة، الكتاب الثاني والثلاثون، سنة ٢٠٠٩، ص ص ٨- ١٣.

2- Social Care governance :A practical workbook (NI), social care institute for excellence, (2nd edition),2013.

(٢) عثمان سراج الدين فتح الرحمن: الرعاية الاجتماعية بين الاتفاقيات والمواثيق الدولية والقوانين المحلية، الإمارات العربية المتحدة، سبتمبر ٢٠١٣م، ص ٥٧.

(٤) أنظر حول هذا التعريف:

- Andy Norton, Tim Conway & Mick Foser, **Social Protection Concepts and Approaches: Implications for Policy and Practice in**

International Development, Overseas Development institute, London, 2001.

(5) A. pacek and B. Freeman, **" The welfare state and Quality of life" : A cross – national Analysis,"** available: www 3.nd. edu/

(٦) علاش أحمد، دور دولة الرعاية الاجتماعية في الحد من آثار الفقر، الملتقى الدولي حول ظاهرة الفقر، متاحة على الموقع الالكتروني التالي:

www.kantakji.com/fiqh/Files/Economics/2109.doc

(7) Keith G. Banting, **Is there a progressive's Dilemma in Canada? Immigration, Multiculturalism and the welfare state,** presidential Address to the Canadian political science Association, Montreal, June 2 , 2010.

(8) www. nicie. Org

(9) Andy Norton etal., op.cit , pp.42 – 44 .

(10) Koko Ari & Tingval Patrikl,**The Welfare State : Vietnamese Development and Swedish**

Experiences, Stockholm School of Economics, EIJS , June 2007 ,p13

(١١) عايد الوريكات، **الرعاية الاجتماعية والصحية لمنتسبى الأجهزة الأمنية في الأردن والسويد**، جامعة نايف العربية للعلوم الإنسانية، مركز الدراسات والبحوث، أكتوبر ٢٠١١.

(12) Koko Ari & Tingval **P**atrikl, lbd.

(١٣) انظر: رعاية المسنين تحدى لمستقبلنا : الموقع الرسمى للسويد http://ar.sweden.se/society/elderly-care/

(١٤) عايد الوريكات، مرجع سابق.

(١٥) انظر: رعاية الأطفال فى السويد: الموقع الرسمى للسويد، http://ar.sweden.se/society/swedish-child-care/

(16) The Ministry of Education and Science in Sweden, report of Early Childhood Education and Policy in Sweden, December 1999,P 9.

(17) Andersson Gunvor, paper was presented at the International Symposium: 'Evaluating Prevention and Family Support' (organised by the Family Support Network and supported by the NSPCC

and the DHSS, Northern Ireland) which took place at Newcastle, County Down, October, 1998. p. 1

(١٨) انظر: سياسات الحكومة السويدية تجاه ذوى الاحتياجات الخاصة: متوفرة على الموقع التالى:

http://sweden.se/other-languages/arabic/Disability-policy-Arabic-low-resolution1.pdf

(19) Citizenship and Immigration Canada. 2010.

(٢٠) أنظر: إحصاءات كندا، تقديرات عدد سكان كندا تبعاً لمؤشري السن والجنس، أول تموز/يوليه ٢٠١٢: The Daily، عدد يوم الخميس الموافق ٢٧ أيلول/سبتمبر ٢٠١٢، الموقع على الإنترنت:

www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/120927/dq120927b-eng.htm.

(٢١) أنظر: إحصاءات كندا، قاعدة البيانات الاقتصادية والاجتماعية، الجدول ٢٠٢-٠٨٠٢ والفهرس رقم ٧٥-٢٠٢-X.

(٢٢) الأمم المتحدة، الصكوك الدولية لحقوق الإنسان، وثيقة أساسية تشكل جزءاً من تقارير الدول الأطراف (كندا)، [٢٨ كانون الثاني/يناير ٢٠١٣]، ص ٣.

(٢٣)Douglas Durst, Social Welfare and Social Work Education in Canada, paper presented to conference on" International Co-operation in Social Work and Social policy, Bodo, Norway, June 12 – 14 , 2006.

(24) Ken Battle and Sherri Torjman, The Post – Welfare State in Canada: Income – Testing and Inclusion, Caledon Institute of Social Policy,2001.

(٢٥) اعتمدنا في هذا الجزء علي الورقة التالية:

- أحمد زايد، حماية كبار السن في التجارب الدولية، ورشة عمل حوارية حول الحماية الاجتماعية لكبار السن، ١٤- ١٥ مايو ٢٠١٣، المنامة- مملكة البحرين، وزارة التنمية الاجتماعية بالتعاون مع المكتب التنفيذي لوزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون بالخليج العربي.

(٢٦) شيخوخة السكان في كندا: أوهام وحقائق، متاح على الرابط التالي:

http://www.recinet.ca/accent

(٢٧) التقرير الوطنى المقدم من حكومة كندا إلى مجلس حقوق الإنسان، الجمعية العامة للامم المتحدة، الدورة السادسة عشرة، جنيف، الفترة من ٢٢ أبريل حتى ٣ مايو ٢٠١٣، ص ص ١٩-٢٠.

(28) Ministry of Social Security (Brazil), Overview of Brazilian Social welfare, 2ed. Brazil, 2009, pp. 8 – 14.

(٢٩) المرجع السابق، ص ص ١٤ – ١٦.

(30) Sonia Miriam Draibe, " Brazil" in : J. Dixon and R. P. Scheurell, **The State of Social welfare**, Prager Publisher, 2002, pp. 40 – 46.

(٣١) انظر حول دور الحركات الاجتماعية والمنظمات الأهلية في مجال التعليم في البرازيل؛ كارلوس فينر، التعليم من أجل الفعل في الحركات الاجتماعية في البرازيل، متاح علي موقع بناء الديمقراطية العالمية:
www.buildingglobaldemocracy.org

(32) The Deloitte Center for Health Solutions, Survey of Health Care Consumers in Brazil 2011, pp.5-8.

(33) Bringe Laurie, The Brazilian Primary Healthcare Delivery Model, Econex, OCTOBER 2010,pp.1-3.

(34) Social Security Programs Throughout The world, Office of Retirement and Disability policy, U.S. Social Security Administration, 2012.

(٣٥) اعتمدنا في عرض هذا الجزء علي المرجع التالي:

- وزارة التنمية الزراعية في البرازيل، المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (إيسيسكو)، منظمة الأغذية والزراعة الأمم المتحدة، **برنامج القضاء علي الجوع: التجربة البرازيلية**، البرازيل، مركز الدراسات الزراعية والتنمية الريفية، ٢٠١٢م.

* * *

الدراسة الرابعة

الرعاية الاجتماعية الخليجية، تحدياتها ومهامها المستقبلية: قطاع الطفولة نموذجاً

الدكتور مصطفى حجازي

الرعاية الاجتماعية الخليجية، تحدياتها ومهامها المستقبلية: قطاع الطفولة نموذجاً

الدكتور مصطفى حجازي

تقديم:

تعالج هذه الورقة واقع الرعاية الاجتماعية الخليجية وممارساتها، وصولاً الى تبيان المتطلبات المستقبلية بناءً لتحولات التحضر السريع، وانفتاح دول مجلس التعاون على العولمة وتحدياتها. تتناول الورقة تباعاً تعريف الرعاية الاجتماعية ونشأتها. ثم تبحث في الإنجازات المتحققة والتحولات المطلوبة مستقبلاً من خلال استعراض تحديات العولمة ومتطلبات التعامل المستقبلي معها. وتبدأ في بحث التحولات المطلوبة بطرح بعض الاعتبارات المنهجية. وتتوقف عند مفهوم التمكين وبناء الاقتدار الكلي. وهي تركز في ذلك كله على قطاع الطفولة تحديداً، حيث سبق أن تم بحث تمكين الأسرة الخليجية في الدراسة التي أعدها الباحث بتكليف من المكتب التنفيذي تحت عنوان "نحو سياسة اجتماعية خليجية للأسرة: من الرعاية الى التمكين" في العام ٢٠١٢. ويشمل بحث قطاع الطفولة كل من الأيتام ومجهولي الأبوين، والمعرضين لحظر الانحراف، والأحداث الجانحين.

وتعالج الورقة في قسم تالٍ منها الاحتياجات الرعائية التأهيلية لهذه الشريحة. وهي احتياجات تتلاقى بين مختلف فئاتها الى حد بعيد. ومن

تحديد الاحتياجات، تنتهي الورقة برسم النقلات النوعية في برامج الرعاية والتأهيل حيث يتم تجاوز هذه البرامج الشائعة حالياً كي تطرح التوجهات المستقبلية التي تتلخص في برامج التمكين وبناء الاقتدار الكلي لشخصية الحدث.

وبالطبع فإن هذه النقلة النوعية تفرض بالضرورة تمكين العاملين أنفسهم فنياً، وتمهينهم تبعاً للمعايير العلمية المعتمدة عالمياً في هذا القطاع.

أولاً: مفهوم الرعاية تعريفه ونشأته:

١. التعريف:

تعتمد في العربية كلمة رعاية في مقابل كلمة care الانجليزية، ومقابل sauvegarde الفرنسية بمثابة تعبير عن العناية بالفئات الخاصة من الأسر والمسنين والأطفال ذوي الحالات الخاصة، وبعض فئات المرضى. وهي تتوجه الى تلك الشرائح التي لا تتوفر لها المقومات الكاملة للعناية بذاتها وإدارة حياتها والحفاظ على سلامتها ونموها.

تأتي كلمة رعاية في العربية من فعل رعى الذي يحمل عدة دلالات. هناك طبقاً لقاموس "محيط المحيط" تعبير رعي عليه حرمته أي حفظها. وراعاه مراعاة أي لاحظه محسناً إليه. وأرعيت عليه أي

أبقيت عليه وترحمته. أما المعنى الشائع في الاستخدام الفني والمهني الذي نحن بصدده فيتمثل في تولي أمر الشرائح المشمولة بالرعاية وحسن سياستها، على غرار "رعى الأمير رعيته؛ أي تولى أمرها وأحسن سياستها". وهو ما يتوافق مع تعبير care الانجليزي الذي يعني قاموسياً: إبداء مشاعر الاهتمام والعناية (بالمرضى والمحتاجين والقاصرين). كما يعنى كذلك التصرف انطلاقاً من موقف أمومي نموذجي. (من حدب وعناية). أما المصطلح الفرنسي المستخدم في هذا المجال فيعنى تلك الحماية التي توفرها سلطة معينة لها صفة قانونية، أو مؤسسة معترف بها، بغية الدفاع والحماية والوقاية من كل سوء أو أذى.

تتلاقى هذه المصطلحات الثلاثة لغوياً في الدلالة على علاقة فوقية تبعية. فهناك مرجعية سياسية أو اجتماعية أو مهنية تتولى أمر توفير الحماية والعناية وتلبية متطلبات العيش والسلامة والنماء لفئات قاصرة أو عاجزة، على صعيد ما، عن القيام بإدارة شؤونها الحياتية وتلبية احتياجاتها. هناك إذاً طرف محتاج يتلقى العناية وسلطة رسمية أو قرابية أو معنوية توفرها له.

أبرز الأمثلة على ذلك رعاية المرضى على اختلافهم، والقصر والمعاقين والطفولة فاقدة الحماية؛ وهو المعنى المهني المستخدم في الرعاية الشائعة تقليدياً. وتتمثل مشكلة هذه العلاقة الفوقية–التبعية في خلق حالة من الاتكالية على السلطة التي توفر الرعاية، كما هو شائع في الرعاية الاجتماعية للأسر المحتاجة، والرعاية المؤسسية للأطفال

ذوي الحاجات الخاصة. في هذه الحالة الأخيرة هناك تعبير متداول لدى العاملين في الميدان هو "المأسسة الطفيلية" إذ يتعود الطفل نزيل المؤسسة على التكيف لوضعية التبعية المتمثلة في دور متلقى الخدمات والعناية. ذلك ما يعزز طفليته وتطفله، ويعيق نمو استقلاليته الضرورية للتكيف للحياة الاجتماعية ومتطلباتها. ومن المعروف أن أطفال مؤسسات الرعاية يترسخ لديهم هذا السلوك مما يجعلهم يواجهون صعوبات الخروج الى الحياة بعد التعود على جو الحماية المؤسسية، وخصوصاً إذا فرض القائمون على شؤونهم التكيف السلوكي لأنظمة المؤسسة، والامتثال للعلاقات الفوقية التبعية السائدة فيها.

وهكذا تفترض الرعاية الاجتماعية ضمناً حالة العجز لدى المتلقين، والذي قد يترسخ بشكل خفي، وبدون قصد من قبل العاملين. أوليس ذلك هو الموقف الضمني من الأرامل والمطلقات والمسنين ومن الأيتام ومجهولي الأبوين وبقية شرائح الحالات الخاصة؟ إننا هنا بصدد النظرة الفوقية – التبعية الى هؤلاء المتلقين، بدلاً من أن تكون نظرة شراكة وتعاون من موقع الاعتراف بإنسانية المتلقى وإمكاناته وقدراته والعمل على مواكبة سيره نحو المسؤولية عن الذات والحياة وإدارتها.

هذا الاعتراف بالتكافؤ على صعيد إنسانية المتلقى يشكل حجر الزاوية والقاعدة الذهبية في كل برنامج تمكيني تأهيلي، بما يشكل التوجه المستقبلي المطلوب. إذا البديل الذي يشكل الحل الناجح هو في التمكين الكلي لمتلقي الرعاية بغية استعادة أهليتهم الاجتماعية الكاملة،

على مستوى المكانة والأدوار والمسؤوليات؛ وهو ما يشكل الأطروحة الرئيسية لهذه الورقة التي تهتم بالإعداد للمستقبل.

٢. النشأة:

الأصل في مفهوم الرعاية يأتي من المجال الطبي مما يسمى الرعاية الصحية المتمثلة في تشخيص وعلاج حالات المرض والإصابات والإعاقات الأخرى والوقاية منها. ومن المعروف أن الرعاية الصحية تقسم الى ثلاث مراتب: رعاية صحية أولية (مراكز صحية ومستوصفات توفر خدمات طبية عامة)، ورعاية صحية من مرتبة ثانية تشكل الممارسة الطبية المتخصصة، ورعاية من مرتبة ثالثة وتتمثل في علاج أمراض نوعية تتطلب تخصصات دقيقة.

ولقد نشأت مؤسسات الرعاية في الغرب الصناعي في فترة متأخرة بسبب عاملين أساسيين. أولهما هو الاهتمام بالتربية وإعداد الطفولة للأدوار الإنتاجية المستقبلية من ناحية، والاهتمام بصيانة الطاقات البشرية المنتجة حتى تلك منها التي تعاني من مختلف حالات القصور والإعاقة. وترافق هذا الاهتمام بنشأة دولة الرعاية في الغرب الصناعي الذي أخذ يتبنى سياسات تقديم خدمات صحية ورعائية للمواطنين بمثابة حقوق في مقابل الواجبات التي تفرض عليهم على شكل ضرائب وجبايات وتكيف اجتماعي.

أما العامل الثاني الحاسم في نشأة مؤسسات الرعاية الاجتماعية وسياساتها فيتمثل في بروز الأسرة النواتية المنتجة في الغرب الصناعي. كلا الزوجين/الوالدين يعمل، وتعيش الأسرة في حيز سكني جد محدود لا يتسع للآباء والأقارب. استقلالية الأسرة النواتية العاملة بشكل كامل أدى الى زوال الأسرة الممتدة وشبكة علاقاتها، ومعه نظام التعاون والتساند والحماية المميز لها. وبدلاً من الأسرة الممتدة أنشئت مؤسسات الرعاية الاجتماعية على اختلاف مجالات اختصاصها. وتحولت الرعاية الى عمل مهني متخصص على غرار الرعاية الصحية ومؤسساتها: تمويل من قبل الدولة والقطاع الأهلي، عاملون متخصصون ذوي مؤهلات جامعية معترف بها، سلم وظيفي ومسار مهني وهوية مهنية، حيث لا يسمح سوى للعاملين الذين يحملون اختصاصاً بالممارسة. وأما المتطوعون من القطاع الأهلي فهم يساعدون المؤسسة خارج نطاق الممارسة الرعائية المهنية: تمويل، علاقات اجتماعية وأنشطة مع البيئة المحلية الخ... وهكذا أصبح العمل الرعائي عملاً مهنياً مؤسسياً مقنناً له أنظمته وآلياته ويقوم على نظريات علمية في الرعاية وأسسها وممارستها. من هنا يتضح معنى التعبير الفرنسي عن الرعاية، حيث تحل الدولة محل الأسرة الممتدة، في توفير الحماية والعناية.

ومع التحضر السريع وتغير بنى الأسرة اقتبست دول مجلس التعاون هذه النماذج المؤسسية وآلياتها ونظرياتها في رعاية الحالات الخاصة من مسنين ومرضى ومعاقين وحالات الطفولة الخاصة. إلا أنها نظراً للتطور السريع في إنشاء هذه الشبكة من خدمات الرعاية لم تلبي بعد

بما يكفي متطلبات التمهين الفني المتخصص لدى العاملين، مما يشكل أحد أبرز التحديات والاحتياجات المستقبلية للعمل في هذا القطاع، باعتراف العاملين فيه ذاتهم.

إنما الطريف في الأمر أن نظريات الرعاية الحديثة في الغرب الصناعي بدأت تؤكد من جديد على سلبيات الرعاية المؤسسية، وتتوجه بشكل متزايد نحو تقديم الرعاية على اختلاف مجالاتها في البيئة الطبيعية (في الحي، وفي أسر الأقارب والأسر البديلة). ذلك أنه تبين أن بقاء متلقي الخدمة في بيئته الطبيعية هو من أهم عوامل نجاح عملية التأهيل، نظراً لأهمية استثمار كل موارد هذه البيئة في بعديهما المادي والإنساني الاجتماعي في إغناء عملية التأهيل وتسريعها.

هنا تبرز من جديد أهمية تراث الثقافة العربية الإسلامية على مستوى الأسرة الممتدة والجماعة في إنجاح عملية الرعاية والتي أخذ الغرب يعود إليها ويؤكد عليها. ذلك أن الرعاية على اختلاف مجالاتها كانت إحدى وظائف الأسرة الممتدة والجماعة المحلية. وكانت هذه الرعاية ضمن هذه الأطر الحياتية الطبيعية تنطلق من موقع مسؤولية الأسرة والجماعة عن أعضائها، باعتبارها من تعاليم الدين الحنيف التي تتجسد في الممارسات السلوكية والعلاقات والأعراف والمبادئ الحاكمة لها.

وبالتالي لابد لفلسفة الرعاية العربية الخليجية المستقبلية من التمسك بهذا التراث الغني والأكثر تمشياً مع الطبيعة البشرية ولملتقى خدمات

الرعاية. ولابد بالتالي من البحث والتفكير بهذا التراث وصولاً الى ابتداع سياسات وممارسات ومبادئ تلبي الاحتياجات الرعائية المستقبلية المنفتحة عالمياً من موقع الأصالة العربية الإسلامية المميزة لمجتمعات الخليج العربي.

ثانياً: اعتبارات منهجية:

هناك عدد من الإعتبارات المنهجية التي تشكل نوعاً من الموجهات التي يتعين العمل بموجبها في رسم خطة التمكين التأهيلي في رعاية الطفولة ذات الاحتياجات الخاصة. قد يكون أهمها ما يلي:

١. **التحول من النظرة الجزئية في دراسة قضايا الحدث الى النظرة الكلية:** فأي مشكلة سلوكية تكيفية لدى الحدث الجانح مثلاً، وأي مشكلة تعلمية لدى الطفل اليتيم ليست معزولة عما عداها من تكوين شخصيته وديناميا تها. فالسلوك غير المتكيف قد ينبع من العديد من العوامل (من مثل السلوكات الاحتجاجية أو الانتقامية، أو تعبيراً عن أزمة إنفعالية، أو مسألة نمذجة تعلم الحدث خلالها من الكبار في محيطه هذا السلوك غير المتكيف الخ ...). كذلك هو شأن مشكلات التحصيل.

ولذلك لابد من وضع أي مشكلة في سياق الشخصية الكلية إذا أردنا الوصول الى علاج ناجع لها. وإلا فإذا اقتصر التدخل على مجرد تعديل سلوك محدد قد ننجح في هذا التعديل لفترة تقصر أو تطول،

ولكن إذا لم نعالج الديناميات الخفية الفاعلة في الشخصية بشكل عام، فقد نعدل سلوكاً محدداً، ولا يلبث أن تظهر المشكلة في سلوك أو تصرف آخر.

٢. **التحول من الظاهر الى الخفي:** من المعروف في الإرشاد الأسري المنظومي أن المشكلة موضع الشكوى من قبل الأسرة هي في الأغلب مجرد عارض ظاهري يدل على مشكلة أو صراع خفي في دينامية الأسرة وتفاعلاتها العلائقية.

وعلى سبيل المثال قد يكون سلوك التمرد والعصيان الذي يظهره الحدث مجرد تعبير عن نزعة احتجاجية ضمنية لا تستطيع الأم التعبير عنها على سوء معاملة زوجها لها. وهو ما يعرف في الإرشاد الأسري بتفويض التعبير عن صراع أو أزمة خفية لدى أحد الوالدين أو كليهما، من خلال سلوك الإبن. كذلك هو حال الكثير من مشكلات الأطفال السلوكية والإنفعالية. الكثير من سلوكات الأطفال والأحداث غير المتكيفة قد تكون مجرد تعبير عن نداء للحب والاهتمام، أو إشغال الأهل وإتعابهم؛ وكأن لسان حال الحدث يقول "إذا لم تحبوني إنشغلوا لي". لابد من وضع مشكلة الطفل أو الحدث في سياقها وصولاً الى اكتشاف القوى الخفية المحركة لها في سياقه الأسري والاجتماعي، والشغل عليها بغية الوصول الى حلول ناجعة للمشكلة.

٣. **التحول من الشغل على المشكلات الى اكتشاف الإيجابيات والبناء عليها:** وهو ما يشكل المبدأ المنهجي العام والأساس الذي يجب أن

تبنى عليه خطة التمكين التأهيلي في برامجها وإجراءاتها. نعالج المشكلات وصولاً الى تحرير طاقات النماء التي تتعطل عادة بسبب بروز هذه المشكلات الى مركز الصدارة. السلبيات والمشكلات هي أول ما يبرز عادة في نظرتنا وطريقة تفكيرنا: ألا نقرر في الواقع حاجة الحدث الى برنامج رعاية لأن هناك سلوكات تكيفية من نوع ما لديه؟ هذه المشكلات هي فعلية وتحتاج الى تدخل إرشادي/تربوي خاص. ولكن هناك دوماً إيجابيات حتى لدى أكثر الحالات اضطراباً. هناك أوجه صحة وطاقات نماء كامنة يتعين التنقيب عليها وتفعيلها في مواجهة السلبيات. والواقع أنه ليس هناك من علاج أو تربية خاصة ممكنة أو حتى تعديل للسلوك، إذا لم يكن لدى الحدث أوجه نماء هي التي يتم الإرتكاز عليها لعلاج مشكلاته، وإلا فلا إمكانية للعلاج أصلاً. ولا يقتصر التنقيب عن الإيجابيات وأوجه النماء الكامنة لدى الحدث وحده، وإنما يجب استكشافها لدى الأسرة والجماعة المحلية والمحيط والمؤسسة التي تتولى رعايته أو توظيفها الى أفضل مستوى ممكن وصولاً الى قلب المعادلة: من الاضطراب وسوء التكيف الى الصحة والنماء وإطلاق الطاقات الحية.

٤. **التمكين:** وهو التعبير المعتمد لترجمة مصطلح Empowerment الانجليزي والمشتق من فعل Empower ويعني في القانون إعطاء سلطة أو صلاحية لشخص ما للقيام بمسؤوليات معينة. أما عملياً فيعني اكتساب القدرات والمهارات على الفعل والتصرف. على الصعيد الاجتماعي يشيع استخدام مصطلح التمكين في الكلام عن

الشرائح المهمشة أو المحرومة أو المغبونة لإعطائها حقوقها والمشاركة في اتخاذ القرار والفعل.

أما في مجال الحرمان الاقتصادي فيستخدم في توصيف عملية النهوض بالشرائح المحرومة اقتصادياً وصولاً الى تنميتها والنهوض بمستواها المعيشي والحياتي. إلا أن مجال هذا المصطلح قد توسع من مجرد التمكين المادي الى عملية التنمية الانسانية الشاملة: اقتصادياً، صحياً، معرفياً، مهارياً، قانونياً، اجتماعياً وسياسياً وصولاً الى المواطنة كاملة الحقوق والشراكة والقدرة على الفعل؛ حيث تتوسع خيارات الناس وتنمو قدراتهم ومهاراتهم على إدارة حياتهم وصنع مستقبلهم ولعب الدور النشط في المجتمع.

التمكين على صعيد الأسرة يشكل سياسة اجتماعية متكاملة للنهوض بشؤونها وتحولها من الاتكالية والسلبية والتبعية للمعونات الخارجية الى كيان يمتلك القدرات والمهارات والمعرفة والحقوق والدافعية لتولي إدارة حياتها على جميع الصعد، وبحيث تتحول من وضعية العبء على وزارات التنمية وصناديق المساعدات الأهلية والرسمية الى الشراكة في بناء الوطن وضمانة حصانة المجتمع.

كذلك هو حال تمكين الطفولة ذات الاحتياجات الخاصة التي تشكل موضوع بحث هذه الورقة: بناء الاقتدار المتكامل لدى الواحد من هؤلاء من خلال خطة تأهيل متعددة البرامج تشكل في مجموعها استراتيجية رعائية تمكينية تأهيلية تعد هذه الشريحة للمستقبل والتعامل مع تحدياته التي تفرضها العولمة.

وقد يكون العنصر الحاسم في عملية التمكين هذه العمل على التحول من علاقة تقديم الخدمة/تلقيها الى علاقة شراكة حقيقية ما بين الطفل/الحدث وبين القائمين على عملية رعايته. لابد أن يكون للحدث دور فاعل في تنميته الذاتية. وهو ما يحتاج أولاً وبالتوازي العمل على علاج معوقاته الذاتية المختلفة معرفياً وعاطفياً واجتماعياً وتكيفياً، وتحريك دافعيته للخروج من فقدان الثقة بالنفس وصولاً الى استعادة الاعتبار الذاتي والقدرة على الفعل والإيمان بالحق في النماء.

ما أبعدنا في استراتيجية التمكين التأهيلي هذه عن إجراءات التدخل المجتزأة من مثل مجرد تعديل سلوك أو إطفاء نزعات غير مرغوبة أو تعزيز سلوكات مرغوبة. إنها ضرورية وذات أهمية لاشك فيها إذا اندرجت ضمن خطة متكاملة، ولكنها لا تعتبر أنها هي العمل الرعائي التأهيلي ذاته.

ثالثاً: العولمة وتحدياتها والتحولات:

دخلت البشرية في مرحلة العولمة، التي أحدثت تحولات كبرى في أنماط الحياة المنتجة والاجتماعية. وبفضل الطفرة النفطية وبسببها دخلت مجتمعات الخليج العربي في قلب دوامة العولمة بشكل يكاد يكون مفاجئاً. المجتمع العربي الخليجي مستهدف من قبل العولمة وبالتالي يتلقى تأثيراتها الإيجابية كما السلبية. ولابد من الوقوف قليلاً عند تحولات العولمة ونصيب مجتمعات الخليج منها، وتبيان توجهاتها وما تحمله من قيم، وما تفرضه من تغيرات ثقافية تطال نوعية الحياة ذاتها، حين البحث

في المهام المستقبلية لتنشئة الأجيال الصاعدة، وسياسات الرعاية الاجتماعية وبرامجها في آن معاً. لابد إذاً من معرفة أي متطلبات مستقبلية تحتاجها كل من التنشئة والرعاية من خلال استعراض سريع للقوانين والتوجهات والآليات المسيرة للعولمة.

١- تنادي العولمة بانفتاح الحدود بين الدول والمجتمعات بغية توفير السريان الحر للاقتصاد ورأس المال وأسواقه، مما يشكل ضغوطاً متزايدة على كل أنواع الحمايات الوطنية للاقتصاد.

٢- يواكب انفتاح الحدود لأسواق رأس المال كل من تدفق العمالة الوافدة للكوادر العليا والوسطى والخدمية غير المتخصصة. مما هو ليس بالجديد على مجتمعات الخليج، وإنما أخذ يتزايد الوعي العام لدى المسؤولين والجمهور على حد سواء حول آثاره الاقتصادية والمهنية على إعداد العمالة الوطنية الماهرة كي تمسك بمقاليد الاقتصاد الانتاجي. كما يتزايد وعي علماء الاجتماع بآثار فيض العمالة الوافدة على الثقافة الوطنية وحصانة الهوية، حيث تتزايد ظاهرة برج بابل الثقافي خليجياً.

٣- تضغط العولمة على تغيير السياسات الاقتصادية الوطنية، من خلال الإلحاح على فرض الثلاثية المشهورة المتمثلة في: إعادة الهيكلة Reengineering، وخفض العمالة Downsizing واللجوء الى العمالة الخارجية والأرخص كلفة Outsourcing. كل ذلك لخدمة

أسواق المال: أكبر مردود وربح بأقل تكلفة. وتشمل هذه الضغوط بلاد المنشأ، كما البلاد النامية على سواء. وهو ما يحد من دور الدولة في إدارة الاقتصاد الوطني، وتكون نتيجته المباشرة الحد من تقديمات الدولة الى مواطنيها الى الحد الأدنى الذي يضمن أكبر وفر لرأس المال. وهكذا تهدد العولمة مباشرة دولة الرعاية التي شاعت في الغرب، وبرزت في الخليج بعد الطفرة النفطية والتي يتراجع دورها باضطراد. وبالطبع فإن أكثر من يتعرض للتهديد هي العناصر الضعيفة محدودة الإمكانات في المجتمع، وهي ذاتها التي تمثل جمهور الرعاية الاجتماعية.

٤- تقوم العولمة على مبدأ التنافس المفتوح بين الأسواق، كما بين المهارات المهنية المنتجة. تتزايد متطلبات سوق العمل على مستوى المهارات، وتضيق الفرص وتنحسر الضمانات بسبب ثلاثية إعادة الهيكلة وتخفيض العمالة، واللجوء الى العمالة الخارجية الأقل كلفة، أو التي تعمل من مواقعها خارج الحدود بالتعاقد بالقطعة بدون تأمينات اجتماعية ولا تعويض نهاية خدمة أو خدمات رعاية أخرى. ويحد هذا التنافس المتزايد على رفع الجودة وخفض الكلفة من فرص العمالة الوطنية في مورد رزق يضمن الحياة الكريمة، نظراً لمحدودية قدراتها التنافسية الناتجة عن محدودية تمكنها المهني.

٥- لا يقتصر إنفجار انفتاح العولمة على أسواق المال والأعمال، بل هو يستهدف كذلك الثقافات الوطنية والهويات الوطنية، وخصوصاً لدى جيل الشباب. هؤلاء هم أبناء العولمة وأبطالها والمستهدفين من قبلها: هويةً وانتماءً وثقافةً. العولمة تستهدف الناشئة والشباب بإغراءاتها المختلفة التي تسلخهم عن تراثهم الثقافي، وتغرس لديهم هوية الربح ورقم الحساب وبطاقة الائتمان مكان الأصالة الثقافية والانتماء الوطني. وبالطبع فإن ترويج ثقافة الاستهلاك والربح السريع هو المدخل بدلاً من ثقافة التنمية الذاتية والوطنية المستدامة. وهنا تلعب تقنيات الاتصال الاجتماعي وتقنية المعلومات دورها الرئيسي في شد الشباب بالطبع، إلا أنه يحمل في طياته كذلك أخطار لا يستهان بها على صعيد الانتماء الى الأصالة الثقافية.

٦- في مقابل كل هذا الانفتاح الذي أتينا على ذكره أخذت العولمة تُوَلِّدْ تهديداً جدياً للأمن الوطني والمجتمعي، كما الأسري والفردي، مما يتمثل في تفشي الأصوليات بكل تطرفها وميولها التكفيرية وممارساتها الإرهابية التي تقيد العقل وإبداعاته، والسعي ومبادراته. كما تدفع شرائحاً من الشباب الأقل تحصيناً الى بحثاً عن فردوس مفقود يشكل أسطورة متكاملة المقومات.

٧- يحكم العولمة بكل تحلياتها وتوجهاتها التي بيناها قانون القوة على مختلف الأصعدة: القوة المالية والاقتصادية، القوة السياسية، القوة العسكرية، وقوة التكنولوجيا المتقدمة. ويتوجها جميعاً ويشكل

أساسها ومصدرها قوة المعرفة في جميع مجالاتها. قوة المعرفة هي المعيار الفاصل في التنافس بين الأمم المتقدمة، وهو معيار السيطرة والسيادة والغلبة على ساحة العولمة. لا مجال بعد اليوم لمعرفة متواضعة من أي نوع كان أو على أي صعيد: الأقوياء معرفياً أفراداً وشعوباً، هم أسياد الساحة والمتحكمين بها.

٨- في إطار قانون قوة المعرفة تبرز خماسية التطورات التقنية الكبرى التي سترسم مستقبل البشرية، ومكانة كل من شعوبها وشرائحها. هناك تداخل وتكامل بين كل من تقنية المعلومات (الحاسوب)، وتقنية الثورة البيولوجية (أبحاث الجينوم)، وتقنية العلوم العصبية المعرفية (كشف عمل الدفاع البشري والتحكم بآلياته)، وتقنية النانو (وتباشير إنجازاتها المذهلة)، وتقنية الروبوتات (التي سوف تؤدي الى الإندماج ما بين الإنسان والآلة المعلوماتية والمعرفية). تدامج هذه التقنيات الخمسة ستخلق حالة يطلق عليها تسمية التَفَرُّدْ أو التميز singularity التي سوف تهيمن على الحياة البشرية بشكل لا يمكن العودة عنه أو إيقافه. كما لا يمكن تصور كيفياته وتحولاته والى أين ستقود الحياة البشرية في إيجابياتها، كما في أخطارها. ويتمثل أبرز هذه الأخطار في تحكم من يملك مقاليد هذه الخماسية التقنية المعرفية ويسيرها بمصير البشرية. التحدي الأكبر في هذا التحول التقني المعرفي يتمثل في كيف نفكر، وكيف نتمكن من الإمساك بزمام مصيرينا.

٩- مع ثورة التقنيات هذه وتحولات أسواق المال والانفتاح الكوني يبرز مبدآن يتحكمان بحركة العولمة هما: التسارع Acceleration، وانعدام اليقين uncertainty. كل شيء يتسارع في عصر العولمة من حركة أسواق المال، الى تحولات أساليب الحياة، الى تسارع التغيرات التي تحملها الاختراعات المتكاثرة، وخصوصاً ثورة وسائل الاتصال الحديثة وثورة تقنية المعلومات. لا شيء يبقى على حاله من الاستقرار كما كان الحال في المجتمعات التقليدية. ومع التسارع يبرز انعدام اليقين وانعدام التأكد: من كان يتوقع انهيارات أسواق المال وما حملته من كوارث على البشرية، وعلى توازن الحياة الأسرية، كما توازن الأفراد؟ من كان يتوقع تحولات ما هو معروف تحت مسمى "الربيع العربي"؟ من يمكنه أن يتوقع على وجه التأكيد الى أين نحن سائرون ككيانات وطنية ومجتمعية وأفراداً؟ آثار هذين التسارع وانعدام اليقين هي فوق كل تصور اختزالي بسيط لاستقرار الحياة العادية واستمراريتها، ناهيك عن الحياة المهنية وأسواق العمل. لقد ولى مع العولمة زمان قطار المسار المهني المنتظم في بداياته ومراحله ونهايته، وحل محله نموذج قطار الأنفاق حيث سيكون على الإنسان المتخصص أن يغير مساره ويعدل اختصاصه عدة مرات (يقول العالمون بست تغييرات) خلال الحياة المهنية للإنسان: يبدأ بمسار مهني وينتقل الى آخر وآخر، أو تتغير طبيعة مساره المهني ذاته نتيجة لتسارع تطور المهن وتغير متطلبات ممارستها، مما يجعل الخبرة المهنية التقليدية غير ذات جدوى مع تحول التقنيات في الصناعة والإدارة. ذلك ما دعا الخبراء الى القول بأن عالم المهن المستقبلي يتطلب ما يسمونه "اللياقة التكيفية" Adaptability Fitness. ويقصدون بها التمتع بالمرونة اللازمة لمواكبة تغيرات عالم المهن ومتطلباتها

المتجددة. ولا تقتصر اللياقة التكيفية على النواحي التقنية في ممارسة المهنة، بل هي تتطلب خصوصاً درجة عالية من الصحة النفسية والمرونة النفسية والمناعة الشخصية، إزاء الضغوطات المتزايدة التي يفرضها تسارع التحولات وإنعدام اليقين في النظرة الى المستقبل وتخطيطه.

وخلاصة القول يتطلب التعامل مع العولمة، بما تحمله من تحديات غير مسبوقة إعداد الأجيال الطالعة، على اختلاف شرائحها العادية منها وذات الاحتياجات الخاصة، بناء التمكين والاقتدار الكلي وعلى جميع الصعد العقلية والمعرفية والمهنية والشخصية (النفسية العاطفية) والاجتماعية، والانتمائية (انتماء راسخ للهوية). ولذلك فربما لأول مرة تتلاقى احتياجات التنشئة والتربية للشريحة العادية من الجيل الطالع مع احتياجات التمكين من أجل التأهيل المتكامل لذوي الحالات الخاصة فيما يتجاوز مفهوم الرعاية التقليدي.

رابعاً: الانجازات المتحققة والتحولات المطلوبة مستقبلياً:

١. الانجازات المتحققة:

أولت دول الخليج اهتماماً كبيراً بالرعاية الاجتماعية، وبوتيرة متزايدة منذ حلول البحبوحة النفطية. وشمل الاهتمام كل الشرائح التي تندرج ضمن خطط وبرامج الرعاية وسياساتها: الأسر المحتاجة، (الأسر المتصدعة، الأرامل، المطلقات، أسر

المساجين)، المسنين، الطفولة غير المتكيفة (أحداث جانحون، أو معرضون لأخطار خلقية)، الأيتام، مجهولي الأبوين، وحالات الإعاقة على اختلافها.

١,١ على صعيد الأسر المحتاجة أولت دول مجلس التعاون اهتماماً كبيراً برعاية الأسرة وحمايتها وتحصينها وإنمائها. شاركت دول المجلس بكثافة وفاعلية في كل الأنشطة الدولية التي عقدت في التسعينات في مجال الأسرة والطفولة والمرأة، وما عقدته الأمم المتحدة من مؤتمرات وندوات عديدة في هذا المجال. كما انضمت معظم دول المجلس الى المواثيق والمعاهدات الدولية في هذه المجالات الثلاثة إضافة الى الشباب والحالات الخاصة والمسنين والإسكان وسواها من مجالات التنمية الاجتماعية. كما شاركت دول المجلس في وضع الاستراتيجية العربية للأسرة ضمن إطار جامعة الدول العربية في العام ٢٠٠٤، وقامت بتنفيذ بنودها. وأسهمت دول المجلس في المؤتمرات الإقليمية الخاصة بالأسرة والتي عقدت في الخليج وعدة دول عربية أخرى في الأعوام ١٩٩٢،٩٣،٩٤. وبادرت الجهات المسؤولة الى تشكيل لجان وطنية متعددة المستويات والمرجعيات للاهتمام بمختلف شؤون الأسرة. وكان للمكتب التنفيذي لوزراء العمل والشؤون الاجتماعية إسهام متميز في مجال إعداد الدراسات والأبحاث حول الأسرة ودعمها.

أ. المرجعيات المسؤولة:

على صعيد المرجعية هناك آلية وطنية معتمدة رسمياً لمتابعة شؤون الأسرة إضافة الى جمعيات وهيئات المجتمع الأهلي في كل مندول المجلس. كما أن هناك مجالساً عليا للعناية بالأسرة والمرأة والطفل. ويضاف الى ذلك العديد من الهيئات الأهلية والجمعيات المتخصصة برعاية الأسرة والطفولة والمرأة والحالات الخاصة والمسنين.

ب. التشريعات:

على صعيد التشريعات ونظم الحماية القانونية سنت دول المجلس العديد من التشريعات التي تنظم الزواج والسن الأدنى له، والأحوال الشخصية وحقوق مختلف الأطراف، وإجراءات حل الخلافات الزوجية. كما وضعت نصوصاً قانونية لحماية الزوجة والأطفال من التعنيف، ورعاية الأمومة والمساعدات التي تقدم الشرائح المحتاجة والضعيفة، ونظم الفحص الطبي قبل ازواج، والحد من ظاهرة الطلاق وضمان الأمومة الآمنة، والتشجيع على الزواج ومحاربة العنوسة. كما تم في العديد من دول المجلس إنشاء مكاتب للتوفيق الأسري لعلاج الصراعات والحيلولة

دون الطلاق، وضمان تنفيذ النفقة وحماية المطلقات وأبنائهن على صعيد توفير السكن وإعفاء الدعاوى الشرعية من الرسوم، وتوفير الدفاع عن الطرف العاجز عن الترافع أمام المحاكم الشرعية.

ج. البرامج والمشاريع:

يحتاج عرض البرامج والمشاريع المخصصة لخدمات الأسرة في مختلف دول مجلس التعاون الى حيز لا يتوفر لهذه الدراسة.

ويبين الاستعراض السريع لهذه البرامج والخدمات التنوع الكبير في مجالات تغطيتها لقضايا الأسرة واحتياجاتها، إذ أن دول المجلس قد قطعت شوطاً متقدماً في مجال خدمات تغطية احتياجات مختلف أوضاع الأسر وشرائحها، إضافة الى خدمات المرأة والأم والطفل والمسن والمعاق.

وهناك في كل دولة من دول المجلس برامج متميزة ورائدة يمكن الاستفادة منها وتبادل الخبرات حولها وصولاً الى اعتمادها وتعميمها. من مثل مرصد دراسة وتشخيص أوضاع الأسرة في دولة الإمارات، ومشروع الأسر المنتجة في مملكة البحرين،

ومشروع إدخال التنمية الأسرية ضمن الخطة الوطنية في عمان، وبرامج الشراكة والتعاون ما بين البيئة المحلية والهيئات الرسمية في السعودية وتكامل خدمات الأسرة ضمن خطة واحدة كبرى في قطر.

وتقدم كل دول المجلس خدمات الإرشاد الأسري الوقائي والعلاجي والتنموي على مستوى الصحة الإنجابية والإعداد للزواج، والعلاقات الزوجية، وتنشئة الأبناء، ومهارات الوالدية، والمهارات الحياتية.

٢,١ على صعيد الطفولة: هناك تغطية واسعة لاحتياجات الأيتام ومجهولي الأبوين والأحداث الجانحين، على مستوى القوانين والتشريعات والأنظمة والمؤسسات المتخصصة وكلها تحظى بتمويل سخي.

أ. وعلى سبيل المثال حققت دول مجلس تطوراً نوعياً في مرجعيات رعاية الأحداث الجانحين بما يتمشى مع نظم الرعاية الحديثة. من أبرزها إيكال أمر هذا القطاع الى وزارات الشؤون والتنمية الاجتماعية بدلاً من الداخلية والسجون. ويقوم تعاون وثيق ما بين أركان المثلث المكون من العدل والشرطة والشؤون الاجتماعية في تقرير إجراءات الرعاية وتنفيذها.

ب. واعتمدت دول المجلس السياسة الرعائية في البيئة المحلية الى أقصى الدرجات الممكنة بحيث تختصر نسبة الإيواء المؤسسي الى حدها الأدنى (كذلك هو الحال في رعاية الأيتام من خلال سياسات التكفل المقننة والمراقبة جيداً). وتتزايد الشراكة ما بين القطاع الرسمي والأهلي في رعاية هاتين الفئتين (أيتام وجانحون)، مما يتمشى مع سياسات الرعاية الحديثة.

ج. وتبين دراسة قوانين الأحداث في دول مجلس التعاون أنها أحرزت نقلة نوعية لجهة تطويرها باتجاه الرعاية والتأهيل. كما أنها قطعت شوطاً طيباً في السير نحو توحيد هذه القوانين، مما يجيز القول بأننا بصدد وضع تشريع عربي خليجي لرعاية الطفولة. ومن الجوانب المشرقة التي تتبناها دول المجلس في قانون الأحداث أسلوب التعامل مع الحدث خلال التوقيف والتحقيق والمحاكمة، حيث يمنع حجز الحدث في المخفر إلا ضمن الوقت الأدنى الضروري للتحقيق، ومنع تقييد الحدث، وفرض اللباس المدني على شرطة الأحداث، وتجنب التحقيق في المخفر إلا بحضور الأخصائي الاجتماعي أو النفسي، وإمكانية عقد جلسة المحاكمة في دار الملاحظة أو الرعاية

بدلاً من المحكمة. ومن أهمها ضرورة تكوين ملف كامل عن وضع الحدث صحياً وتعليمياً ونفسياً، وأوضاعه الأسرية والاجتماعية والاقتصادية، والظروف التي أدت الى سوء تكيفه وإنحرافه، مع التوصية بنوعية احتياجاته الرعائية والتأهيلية.

ولا تقل قوانين وسياسات وإجراءات وخطط ومؤسسات رعاية كل الأيتام ومجهولي الأبوين عن هذا الاهتمام إن لم تزد عليه؛ على صعيد الاهتمام بالرعاية.

٢. لمحة تقويمية:

لقد تم تقويم برامج رعاية الأسرة بالتفصيل في الدراسة المنجزة حولها، مما يمكن الرجوع إليها. ويتمثل محورها الأساسي في التحول من الرعاية الفوقية/التبعية القائمة على التقديمات المادية الى سياسة تمكينية تهيء فيها الأسرة للعب دور مشارك نشط يوظف إمكانات النماء لديها. ومن القضايا التي تحتاج الى علاج في مجمل قطاع الرعاية الاجتماعية الغياب الكلي لأي دراسة لمخرجات برامج الرعاية. تبذل دول المجلس والعاملين في القطاع مجهودات كبرى، إلا أنه من غير الواضح مدى فاعلية هذه المجهودات والى أي مدى تحقق فعلاً الأهداف الموضوعة لها والمتمثلة بالإصلاح والتأهيل والتمكين. ومما يزيد من هواجس محدودية فاعلية هذه المجهودات والبرامج،

أنها لا تقوم في الأصل على معطيات ميدانية تمسح الواقع وتشخص مشكلاته واحتياجاته بالدقة العلمية المطلوبة التي تسمح بتخطيط سياسات ووضع برامج محددة تغطي هذه الاحتياجات. عندها فقط يمكن تقويم فاعلية المجهودات الرعائية المبذولة ومدى جودتها، وأوجه القصور فيها؛ مما يحتاج الى علاج. يتطلب ضمان فاعلية برامج الرعاية إذاً ضبطاً مسحياً كمياً للمدخلات (الاحتياجات ونوعية الجهود والموارد المادية والبشرية والمؤسسية) وللمخرجات (نتائج السياسات والبرامج).

تشكل إنجازات دول المجلس على صعد السياسة الاجتماعية لرعاية كل من الأسرة والطفولة وشرائحها الخاصة مرحلة التأسيس على صعيد الخطط والبرامج والعاملين، والتي تميزت بالسرعة في إنشائها وتشغيلها لتحقيق النقلة المطلوبة في الرعاية من النمط التقليدي حيث كانت الرعاية من مهام الأسرة الممتدة والجماعة المحلية، الى النمط المؤسسي الذي تطلبته عملية التحضر السريع وتحولات أنماط الحياة الخليجية.
تحتاج مرحلة التأسيس هذه الى نقلة نوعية تتمثل في أمرين اثنين يشكلان معاً التطوير المستقبلي للرعاية، وهما: التمهين الفعلي للعاملين وممارساتهم، من ناحية، وتطوير سياسات الرعاية ذاتها كي تلبي احتياجات العولمة وتتعامل مع تحدياتها من الناحية الثانية.

١,٢ تمهين العاملين:

تجمع كل الدراسات المسحية والاستطلاعية لرعاية الأسرة والطفولة على حاجة أساسية تتمثل في تمهين الممارسة وفنياتها وآلياتها من ناحية، وتمهين العاملين الفنيين من الناحية الثانية. وهو ما يصرح به هؤلاء العاملون أنفسهم حين استطلاع احتياجاتهم. هناك إجماع بينهم على الحاجة الى التدريب الفني على أساليب العمل وبرامجه وأنشطته وطرائقه. ذلك أن جل هؤلاء العاملين من حملة البكالوريوس في الخدمة الاجتماعية أو في الاجتماع والتربية وعلم النفس. ومن المعروف أن البكالوريوس تمثل القاعدة المعرفية الأساسية في الاختصاص، إلا أنها لا تشكل اختصاصاً فنياً. جل العاملين في قطاع الرعاية على مختلف مجالاته يحتاجون الى تأهيل فني متخصص في عملهم: في الإرشاد الأسري أو في التربية الخاصة، أم في العمل مع الأحداث الجانحين أو الأيتام.

يتوفر لهم بعض من هذا التدريب الفني من خلال الورش التدريبية أثناء الخدمة، وكذلك حضور المؤتمرات واللقاءات الخليجية أو العربية. يساعد ذلك على تمهين جزئي، إنما لا يشكل إعداداً فنياً في الاختصاص. ويبدي العاملون في الواقع دافعية عالية للمتهن. كما أنهم يبذلون

جهوداً طيبة في ممارساتهم الرعائية الحالية. إنما هي جهود تقوم على الاجتهاد والرغبة في الإنجاز، وتتطلب تعهدها بالتدريب الفني المنتظم وصولاً الى التمكين المهني المتخصص.

والواقع أن الرعاية الاجتماعية أصبحت تضم العديد من الاختصاصات التي لا يسمح لأي عامل بممارسة إحداها إلا بعد تأهيل فني متكامل يتوج بترخيص ممارسة المهنة. وعلى سبيل المثال فإن ممارسة الإرشاد الأسري تتطلب في البلاد المتقدمة درجة ماجستير في الإرشاد مع تدريب فني ميداني مكثف تحت إشراف اختصاصيين. ولا تقل ساعات التدريب بحال عن ٥٠٠ ساعة. ويليها متابعة لممارسة المهنة من قبل مشرف وصولاً الى التمكين. كذلك فإن العمل مع الأيتام والجنحين الأحداث أصبح اختصاصاً قائماً بذاته (مربى متخصص على غرار اختصاصي تربية المعاقين) أكاديمي وتدريبي ميداني يتوج بترخيص ممارسة المهنة.

ويضاف الى التخصص ضرورة تمهين العمل الرعائي في مختلف مجالاته من خلال وضع التوصيف الوظيفي للعاملين، ونظام المسار المهني من حيث الترقيات ومتطلباتها، وكذلك نظام الأجور والمكافآت والتقديمات الوظيفية. ويتوج ذلك كله بهوية مهنية متخصصة

ومعترف بها. ذلك تحول ضروري في التمهين المستقبلي للعمل الرعائي حتى لا يظل مهناً هامشية تقوم على الاجتهاد الشخصي، وتتصف بعدم الاستقرار الوظيفي في كثير من الحالات.

من الاقتراحات العملية الآنية تكثيف برامج التدريب المتخصصة أثناء الخدمة للعاملين بناء لخطة علمية تغطي مختلف احتياجات الممارسة المتخصصة. كما قد يتعين على دول مجلس التعاون إنشاء معهد تربية متخصصة خليجي يوفر دبلوماً فنياً عالياً في كل من مجالات الرعاية بعد البكالوريوس العام في الخدمة الاجتماعية، الاجتماع، التربية وعلم النفس. وهو تطور مهني أصبح يمثل أحد متطلبات النقلة المستقبلية.

٢,٢ تطوير برامج الرعاية المستقبلية:

برامج الرعاية القائمة حالياً وأنشطتها هي بنت العصر الصناعي والتحضر المديني التي اقتبسناها من الخارج. وتتمثل في سياستين أساسيتين توجهات أنواع البرامج الجارية ومفرداتها (أنشطتها). أولاهما هي الإصلاح والعلاج: من مثل حل المشكلات والصراعات الزوجية، أو إصلاح الأحداث الجانحين وتقويم سلوكاتهم باتجاه التكيف الاجتماعي. وهو ما يتضمن أنشطة التربية

الخاصة الممارسة عملياً والتدخلات العلاجية النفسية للمشكلات الانفعالية والسلوكية والمعرفية (اضطرابات التفكير والتعلم). ويضاف إليها كل من التهذيب الديني، والرعاية الصحية، والأنشطة الرياضية، وتعزيز الانتماء الاجتماعي والوطني من خلال الزيارات والرحلات والمشاركة في المناسبات الوطنية. أما ثانيتهما فتمثل بالإعداد للمستقبل وتشمل مختلف برامج التعليم والتدريب المهني، تشكل هذه البرامج القاعدة الأساس للرعاية والإعداد التقليدي للمستقبل. إلا أن العولمة وتحدياتها التي تم استعراض ملامحها الأساسية أصبحت تتطلب نقلة نوعية في إعداد الأجيال الطالعة. وتتمثل بالتمكين الكلي للشخصية وبناء اقتدارها على جميع الصعد النفسية والروحية والمعرفية، والاجتماعية، والمهنية وكذلك رسوخ الهوية والانتماء. وهي كلها ما سيتم بحثه فيما تبقى من هذه الورقة، وصولاً الى إعداد الإنسان المستقبلي القادر على لعب دوره وأخذ نصيبه من الفرص.

خامساً: خصائص شريحة الطفولة:

نحن هنا بصدد سياسة في الرعاية تستوعب البرامج والممارسات السائدة حالياً في العمل مع الطفولة، إلا أنها تطورها وتتجاوزها من خلال الشغل على محاور إضافية أصبحت من المتطلبات المستقبلية

لإعداد الناشئة كي تتمكن من التعامل مع تحديات العولمة وتأخذ نصيبها من فرصها.

نبدأ إذاً بالوقوف السريع عند خصائص هذه الشريحة من الطفولة وصولاً الى عرض احتياجاتها التمكينية المستقبلية. مجمل هذه الخصائص نابعة من التاريخ الأسري المضطرب سواء من خلال تصدع الأسرة وإهمال رعاية الأبناء (كما هو حال الجانحين والمعرضين لخطر الانحراف) أو الحرمان العاطفي من الوالدين أو أحدهما (كما هو حال الأيتام)، أو الغياب الكلي للأسرة (كما هو حال مجهولي الأبوين). وينتج عن هذه الأوضاع الأسرية حرمانات متعددة تتفاعل فيما بينها كي تفاقم من آثارها السلبية، مما أطلقنا عليه تسميته **الحرمانات الخمسة: حرمان مادي، حرمان عاطفي، حرمان من الرعاية والحماية، حرمان تعليمي، وحرمان ثقافي.** وينتج عنها عموماً اضطرابات وصراعات نفسية متفاوتة في شدتها، تؤثر سلباً على توازن الشخصية وصحتها النفسية وزعزعة الثقة بالنفس والامكانات الذاتية. ويتجلى الكثير منها في اضطرابات السلوك التكيفي، واضطرابات والتحصيل. من أبرز هذه الخصائص ما يلي:

١. **تدني مفهوم الذات:** تشيع عند هذه الشريحة من الأطفال والناشئة روح الانهزامية وفقدان الثقة بالنفس (فيما يتجاوز سلوكات الخشونة الظاهرية). تشيع بينهم ظاهرة "العجز المتعلم Leaned Helplessness" التي تعيق الدافعية للإنجاز والنجاح فيه، حيث يترسخ في نفوسهم تصور عن ذاتهم بأنهم

لن يستطيعوا يوماً الحصول على الاعتراف والتقدير. وينتج العجز المتعلم عن تكرار الحرمانات والاحباطات وتراكمها، بحيث يبدو المرء وكأنه قد كتب عليه العجز والفشل بمثابة قدر محتوم.

٢. **اضطراب الديمومة:** تعني الديمومة اتساق الخبرة الزمنية وبكامل أبعادها: ماضي، حاضر، مستقبل. يتعلم الإنسان المعافى نفسياً من خبراته الماضية لتوجيه سلوكه الحاضر. كما يتعلم توجيه سلوكه الحاضر انطلاقاً من توقعاته المستقبلية. وينتج ذلك عن تجارب الإشباع بحيث يصبح قادراً على تحمل احباطات الحاضر لأنه يتوقع اشباعات في المستقبل. ونظراً للحرمانات الخمسة التي تعانيها هذه الشريحة من الطفولة، فإن الديمومة تضطرب لديها، مما يجعلها تعيش في اللحظة الحاضرة واشباعاتها، وتتمسك بكل ما هو ملموس ومحسوس. هذه الحالة هي المسؤولة عن صعوباتها التكيفية، وبالتالي إدارة الظهر لمجهودات النمو الذاتي التي تتطلب تضحيات حاضرة أملاً في إشباعات مستقبلية.

٣. **تدني الذكاء العاطفي:** وهو بدوره ناجم عن الحرمان العاطفي والرعاية والتقبل والحوار والتواصل مع الطفل في سنواته الأولى. يعني الذكاء العاطفي أو الانفعالي (Emotional Intelligence) تكامل عمل كل من العقل والقلب (الإنفعال والتفكير) بحيث يضبط العقل النوازع الانفعالية، وبالمقابل تسبغ

العواطف شحنة وجدانية دافعة على الأفكار. ذلك هو مفتاح التكيف السلوكي والحياتي. يتمثل الذكاء العاطفي في المقومات التالية: التبصر بالانفعالات والحالات الوجدانية الذاتية، التحكم بهذه الانفعالات وحسن توجيهها لخدمة المصالح الحياتية للفرد، التبصر بمشاعر الآخرين وتفهم حالاتهم الانفعالية، القدرة على استيعاب هذه الانفعالات لدى الآخرين وحسن التعامل معها لمصلحة الطرفين، القدرة التكيفية العامة والدافعية الذاتية، القدرة على تحمل الاحباطات والضغوط وحسن التعامل معها، ومشاعر تقبل الذات وتقديرها ومشاعر حسن الحال الوجودي.
كلها تعاني من القصور عند هذه الشريحة من الأطفال نتيجة لخبرات الحرمان المتعددة التي عاشوها. من هنا تبرز صعوباتهم التكيفية، وصعوبات التواصل مع الذات ومع الآخرين، والتعامل مع الضغوطات. ولدينا الآن برامج مخصصة لتنمية الذكاء العاطفي لمختلف الشرائح العمرية. وهي برامج تدريب جد منتشرة في مدارس النخبة، وفي مجال الإدارة والأعمال، كما في مؤسسات الرعاية.

٤. **قصور المهارات الحياتية:** يقصد بالمهارات الحياتية (أو مهارات الحياة life skills) مجموعة الكفايات التي تساعد المرء على التعامل الناجح مع الحياة ومتطلباتها، أي مهارات إدارة الحياة الذاتية: مما يتمثل بالقدرة المعرفية والسلوكية على التعامل مع قضايا الحياة وإدارة الذات. وتتلخص في عدة محاور أبرزها:

أ- **مهارات العقل:** وتتضمن التفكير المنهجي، تحليل المشكلات، تحديد الأهداف، تحليل بدائل الحلول، اتخاذ القرارات، والتخطيط الحياتي الراهن والمستقبلي.

ب- **مهارات القلب:** وتشمل مختلف مكونات الذكاء العاطفي.

ج- **مهارات الصحة:** وتتضمن العناية بالصحة الجسمية ووقايتها من الأمراض والأوبئة والآفات، وأسلوب الحياة الصحي، والصحة النفسية وتعزيز مقوماتها.

د- **مهارات التواصل والتفاعل** والمشاركة والانتماء والعمل الجماعي.

ه- **مهارات اليد** (أو المهارات العملية) وتتضمن القدرات السلوكية العملية في تدبر أمور الحياة اليومية من ترتيب وتنظيم وإصلاح وصيانة.

و- **مهارات إدارة الميزانية المالية** الذاتية وحسن تبويبها على مختلف أوجه الانفاق الحياتي.

وكلها مهارات يتم تعلمها خلال التنشئة المعافاة في سنوات الطفولة وما بعدها، من خلال تنمية مختلف المهارات الذاتية وتشجيع الاستقلالية وتوفير فرص النجاح في خوض التجارب، والنمذجة والتعلم من الكبار. وكلها فرص حرمت منها هذه

الشريحة بمقادير متفاوتة من الشدة. كما أن قصورها يشكل أحد معوقات التكيف للحياة ومهارة إدارتها. وهناك أيضاً في هذا المجال برامج عديدة لتنمية مهارات الحياة هذه لدى الناشئة.

٥. **اضطراب الحياة الأسرية:** إما لغيابها، أو لتصدعها، أو للحرمان العاطفي من الوالدين أو أحدهما (الأيتام وأبناء الأرامل والمطلقات). هذا الاضطراب يترك آثاراً واضحة على الصحة النفسية للأبناء: الحرمان من الرعاية، الحرمان من القبول والاعتراف والتقدير، الحرمان من الحماية والتوجيه، الحرمان من التعلق المتوازن مع الأم والأب وبالتالي من نماذج رائدة ناضجة يبني الطفل شخصيته على مثالها. ويتولد عنها جميعاً انعدام الطمأنينة القاعدية التي تشكل أساس الصحة النفسية وقبول الذات وتقديرها والتوافق معها.

ومن المعروف في هذا المجال أن برامج الرعاية لا يمكن أن يتوفر لها النجاح إلا بمقدار التمكن من علاج هذه الاضطرابات الأسرية، مما يشكل أبرز مهام الإرشاد النفسي العلاجي.

٦. **الغربة من عالم الدراسة والعمل والمجتمع:** نتيجة للحرمانات الخمسة يختل إعداد الطفل من هذه الشريحة لعالم الدراسة والتحصيل. إنه حرم من تنمية المهارات المعرفية الأساسية في البيت التي تهيء لحياة الدراسة وتجعلها مجرد استمرار للأنشطة التي يخبرها الطفل في الأسر المعافاة: إغناء اللغة،

نمو التواصل، نمو التفكير، فرص التجريب واكتساب المهارات المعرفية واليدوية، الحرمان من المواد المعرفية والثقافية التي تتوفر للأطفال العاديين. ويضاف الى ذلك في حالات الأسر المتصدعة أو غياب الأسرة كلياً النمذجة مع الكبار من الأخوة الذين يذهبون مع المواد العلمية والثقافية. وكذلك غياب تنمية الدافعية للدراسة والتشجيع عليها، ونظام التوقعات بالنجاح في التحصيل الذي يطرحه الأهل على التلميذ.

ينشأ الطفل من هؤلاء إذاً في حالة غربة عن الدراسة. وقد يتكيف، كما هو احال المعرضين لخطر الانحراف والجانحين، مع عالم الشارع ومنطقة ومهاراته التي تكاد تتناقض مع متطلبات عالم الدراسة. ويمكن أن تكون تجربتهم المدرسية فاشلة بدورها مما يحبط الدافعية للدراسة. ومن الفشل في الدراسة والتسرب منها في غالب الأحيان أو قصور التحصيل، يتنقل الواحد من هؤلاء الى الفشل في مجال التدريب المهني وعالم العمل. هذا الفشل المزدوج في الدراسة والعمل يدفع بهم الى الغربة عن عالم التكيف الاجتماعي، وبالتالي الوقوع في الهامشية الاجتماعية التي تشكل المدخل الى سوء التكيف.

نحن هنا إذاً بإزاء برنامج رعائي يتمثل في عملية إعادة تأهيل كلية لشخصية الطفل وصحته النفسية فيما يتجاوز الى حد بعيد اهتمام الأنشطة الرعائية المألوفة في مؤسسات الرعاية. ذلك هو الجانب الرعائي العلاجي التأهيلي الذي يحول الحدث من هؤلاء من الوضعية الهامشية الى وضعية الحدث الطبيعي. إلا

أن إعادة التأهيل هذه لم تعد كافية لمواجهة تحديات العولمة ومتطلبات التعامل المستقبلي معها. هنا يبرز المحور الآخر المستقبلي في الرعاية والمتمثل في التمكين وبناء الاقتدار الكلي.

سادساً: محاور التمكين وبناء الاقتدار وعملياتها:

لابد إذاً من العمل على علاج المشكلات النفسية والتكيفية النابعة من ظروف تنشئة الحدث. قد نحتاج بالطبع الى العلاج السلوكي وعلاج الاضطرابات الانفعالية. ويضاف إليها إعداده للحياة الاجتماعية وأهمها التعليم والتدريب المهني.

١. **التعليم:** على صعيد التعليم قد يحتاج هؤلاء الى برامج خاصة مكثفة إضافة الى الانتظام في التعليم الرسمي. إن ذكائهم يتصف عموماً بالطابع العملي أكثر منه بالطابع المجرد الذي يتطلبه برامج التعليم الرسمي التقليدية. ولذلك فإن أفضل تعليم يتمشى مع خصائصهم هو التعليم التعاوني المشارك حيث ينخرط الحدث منهم مع مجموعة من الدراسين للقيام بالأنشطة التعليمية. ويتعين أن يتوجه هذا التعليم الى الجوانب التطبيقية الملموسة ومنها يتوصل الى التجريد.

كما يجب أن يبرمج التعليم في وحدات صغيرة تخضع لطريقة التعليم الاتقاني: عَلِّمْ←امتحن←علم من جديد←وصولاً الى اتقان المادة. أهمية التعليم الاتقاني تتمثل في المتابعة المستمرة

لوضع المتعلم بحيث تتاح له فرص النجاح التحصيلي الذي يجب أن يثاب عليه معنوياً ومادياً. بذلك وحده يسترد شيئاً من ثقته بنفسه، ونكون قد عالجنا غربته عن عالم الدراسة.

٢. **التدريب المهني:** هنا أيضاً لابد من الانطلاق من العملي التطبيقي وصولاً الى تعلم الأسس والقوانين النظرية للممارسة المهنية. ومن الضروري مراعاة ميول الحدث خلال توجيهه المهني. ويتمثل ذلك في التعرف على ذكائه النوعي، تبعاً للنظرية التربوية الحديثة المعروفة باسم "**الذكاءات المتعددة**". تقول هذه النظرية أن هناك تسعة ذكاءات متنوعة وليس مجرد ذكاء عام كما هو معروف تقليدياً، أبرزها ما يلي: الذكاء اللغوي، الذكاء المنطقي الرياضي (الحسابي العددي)، الذكاء الحركي الجسدي، الذكاء المكاني، الذكاء العاطفي، الذكاء الاجتماعي، والذكاء الطبيعي (حب التعامل مع الظواهر الطبيعية).

وكل حدث يتصف بنوع من هذه الذكاءات ويبرع في أنشطته، وينجذب تلقائياً للتعامل معها (الميول). وكلها ضرورية للنجاح في الحياة أكثر من الذكاء اللغوي والمجرد الذي يتطلبه التعليم العام حيث تبنى برامجه استناداً الى مكونات هذين الذكائين. بينما أن الذكاء الجسدي هو الذي يشيع في البطولات الرياضية ومالها من أهمية ومردود قد يتجاوز التعليم العام بما لا يقاس. كذلك فإن الذكاء المكاني هو الذي تستند إليه كل المهارات

الميكانيكية، ومهارات التعامل مع الآلات والأدوات صيانة وتشغيلاً. وهو بالتالي من أبرز مقومات النجاح العملي في الحياة.

يشيع كل من الذكاء الحركي والمكاني لدى هذه الشريحة من الأحداث. وبالتالي لابد من الرهان عليها والعمل على استغلالها وتنميتها في التوجيه المهني للحدث. عندها ينغمس الواحد منهم عن رغبة حقيقية في ممارسة هذا النوع من النشاط المهني، ويتعلمه بسرعة وقد يبرع فيه. وهو ما يساعده على استرداد ثقته بنفسه، ويفتح آماله فرص التكيف الاجتماعي، من خلال اتقان مهنة محببة الى نفسه ويتوفر له فرص النجاح في ممارستها.
من أبرز متطلبات النجاح المهني في عصر العولمة **اتقان العمل** الذي يشكل مفتاح القدرة على تلبية متطلبات السوق المتزايدة والتنافس المتصاعد على المهارة. لابد من تربية **ثقافة الإنجاز والاتقان** لدى هؤلاء الأحداث سواء في المجال المهني أم في أنشطة الحياة بوجه عام. ولدينا في تعاليم الدين الحنيف أبرز المبادئ للاتقان في العمل لابد من حسن توظيفها. كما لابد من تربية ثقافة الإنجاز لدى هؤلاء الأحداث بحيث يصبح العمل المتقن هو معيار القيمة وليس الاستهلاك ووجاهته، مما يشيع خليجياً في الوقت الراهن.

ينجح التأهيل المهني والحياتي كليهما، إذا تمكنا من غرس ثقافة الانجاز المتقن، بحيث يصبح هو قوام الهوية المهنية والذاتية.

أي إنسان لديه هوية مهنية تشكل مفهومه عن ذاته وعن حياته هو بالضرورة إنسان متكيف ومنغرس اجتماعياً. ذلك ما تحتاجه العولمة والنجاح فيها، إذ أن أهم أبطالها من بين الشعوب هم الأكثر انتاجاً واتقاناً في العلم والصناعة والإدارة.

٣. **التربية الدينية وتعزيز الإيمان الديني:** إنها قمة طاقم الإصلاح والتأهيل وعلاج اضطرابات النفس والسلوك. وهي سلاح قوي في مواجهة صعوبات الحياة وتحديات المستقبل. وهي بالطبع تشغل مكانة محورية في برامج رعاية الأحداث خليجياً. ولابد في التربية الدينية وترسيخ الإيمان من تجاوز الاقتصار على ممارسة الشعائر الدينية وواجباتها مما يشيع راهناً. ولكي يتضح المقصود بهذا التجاوز لابد من الإشارة الى الوظائف الروحية الإيمانية لهذه التربية.

أ- يوفر ترسيخ الإيمان الديني وممارسة أركان العقيدة وواجباتها وأعيادها وأفراحها وسير أبطال الإسلام والاقتداء بها، أبرز مقومات ترسيخ الهوية وهو ما يمثل أساساً راسخاً للانتماء الاجتماعي والاعتزاز بالنفس من خلال هذا الانتماء.

ب- يوفر ترسيخ الإيمان مد الحدث بمشاعر الأمن والطمأنينة النفسية، والسلام الداخلي، من خلال الإيمان برحمة الباري وعنايته بعبادة، مما يعوض عن قصور الرعاية

الأسرية. وكذلك التعود على الصبر على المكاره التي لابد أن يتلوها الخلاص.

ج- توفر التربية الدينية أساساً هاماً للمصالحة مع الأسرة من خلال تعاليم الدين الحنيف في العلاقة بين الوالدين والأبناء وصلة الرحم. ويتعمم ذلك على الجماعة من خلال قيم التوادد والتراحم والتساند ووحدة الجماعة. وهو ما يعالج مشاعر الغربة عن الحياة الاجتماعية وعلاج الصراعات مع الدنيا والناس. ويؤدي الإيمان الى المصالحة مع النفس والأسرة والمجتمع مما يشكل قيمة علاجية نفسية اجتماعية بدأت تحتل مركز الصدارة في الإرشاد العلاجي في الغرب راهناً، بعد طول إسراف في الاهتمام بالماديات.

د- ولابد أن تركز التربية الدينية على غرس القيم السامية في أخلاقيات التعامل بين الناس، وتنمية القيم الإيجابية في النظرة الى الذات والآخرين، مما يشكل علاجاً لروحية التشاؤم ومشاعر الهزيمة المسيطرة على نفوس هؤلاء الأحداث. ومن أهمها التركيز على قيم الاتقان في العمل، والسعي والاجتهاد فيه باعتباره يمثل الجهاد الأكبر. وهو ما يتمشى مع متطلبات عالم العمل والحياة في المستقبل.

ه- على أن تنمية مشاعر التسامح والتراحم وأخلاقيات التعامل، والانتماء الى الجماعة والمجتمع أصبحت من

القضايا الملحة في عصر العولمة، لأنها وحدها تشكل الحصانة النفسية الفعلية ضد نزعات التطرف الأصولي التي تتزايد باضطراد في عصر العولمة والتي تقوم على التحريم والتكفير.

٤. **بناء الهوية والانتماء:** ويتمم تنمية الهوية الدينية تنمية الهوية الوطنية والانتماء. ولذلك يتضمن برنامج التمكين وبناء الاقتدار ترسيخ الانتماء الى هوية وطنية فاعلة ومشاركة. وهو ما يساعد الحدث على المصالحة مع المجتمع وقيمه وعاداته وتراثه مع يصلح غربته الاجتماعية ويعالج هامشيته. وأهم من ذلك في عصر العولمة أن رسوخ الهوية الوطنية يحصن الحدث ضد قوى العولمة الإعلامية الإعلانية وموضاتها وصرعاتها التي تشد الجيل الناشئ خارج إطار الانتماء الى وطن والى مجتمع وثقافة. العولمة تستهدف الناشئة والشباب تحديداً كي تسلخهم عن انتماءاتهم وتدخلهم في لعبتها المتمثلة في ثقافة الإلهاء ورضاعة التسلية وتسطيح الوعي. إن أفضل دور يلعبه الجيل المستقبلي على صعيد العولمة يتمثل في الانفتاح الكوني من موقع رسوخ الإنتماء الى هوية ثقافية وطنية متينة وفاعلة. ذلك هو شأن أبطال العولمة؛ فالمجتمعات الأكثر فاعلية وريادة في العولمة هي ذاتها المجتمعات التي يتمتع أبناؤها بأقوى انتماء الى الهوية الوطنية الثقافية (اليابان، الألمان، الانجليز، الأميركان الخ...).

الأنشطة التي تعزز بناء الهوية الوطنية الثقافية معروفة للعاملين في رعاية الطفولة وتمارس ضمن برامج التأهيل، مما يعفي من تفصيل القول فيها.

٥. **الأنشطة الرياضية:** لبرنامج الأنشطة الرياضية دور هام في تنمية الصحة الجسمية والنفسية. فإضافة الى تنمية المهارات الجسمية تساعد في صقل شخصيته الأحداث وخصوصاً الذين يعانون من سلوكات الانعزال والخجل والخوف من المواجهة. يتعلم الحدث ممن خلال النشاط الرياضي احترام الذات وتقديرها المرتبطان باللياقة الجسدية والمهارية، كما يتعلم النظام والانضباط والقيادة، وتنمية روحية العمل في الفريق، واكتساب أخلاقيات الرياضة المتمثلة بتقبل الربح والخسارة، وربط النجاح والربح بالجهد التدريبي وصقل المهارات والمثابرة عليهما.

وتشكل الألعاب الجماعية فرصة هامة لتعلم روحية العمل في الفريق من تآزر وتنسيق وتكامل الجهود وصولاً الى كسب المباريات. وكلها من أهم السلوكات التي تساعد على التكيف للحياة الاجتماعية واكتساب متطلباتها. هذا إضافة الى روحية الانتماء الى الفريق الجماعة.

من أبرز وظائف الرياضة تنمية القدرات والمهارات وتجاوز الذات وحدودها المتمثلة في البطولة. يشكل تنمية البطولة

الرياضية والوصول إليها بالجهد والمثابرة الذاتيين، وبفرض الانضباط والالتزام على أسلوب الحياة بروز الهوية المرتبطة بالبطولة وإنجازاتها. وهو ما يعالج الكثير جداً من مشكلات الحدث المهمش الذي حرم الرعاية والمكانة. البطولة واكتساب مقوماتها يعوضانه عن المكانة والتقدير اللذين لم يحظ بهما. إنها تؤدي الى تحول كياني حين يحقق النجومية من خلال الإنجاز الرياضي المتحقق بالجهد الذاتي. ولذلك لابد من اكتشاف القدرات الجسمية النفسية الكامنة لدى كل حدث ونوع ذكائه الجسدي ومجاله وتعهدها بالرعاية لإيصاله الى البطولة، أو على الأقل الى المهارة الرياضية موضع التقدير الاجتماعي.

٦. **الفنون الجميلة:** من شعر وموسيقى ورسم وتمثيل وإلقاء هي من أبرز أنشطة التعبير عن الحياة الوجدانية وتفريج احتقاناتها وصولاً الى حالة الهدوء والارتياح النفسي والتعبير الراقي عن الذات وحالاتها، وصولاً الى الوفاق النفسي مع الذات والعالم، ويضاف إليها بالطبع تحقيق الذات وتقديرها والحصول على تقدير الآخرين والمجتمع من خلال الإبداع الفني، حيث يكتسب الوجود الكياني دلالة إيجابية. هنا أيضاً لابد من اكتشاف نوع الذكاء الفني لدى الحدث والعمل على تدريبه وتنميته حيث سيشكل مصدراً للتوافق مع الذات والمجتمع، وبالتالي التحول من الهامشية المتلازمة مع انعدام القيمة، الى المكانة موضع التقدير المرتبطة بالإبداع الفني. هذه المكانة كالمكانة الرياضية تغرس الحدث اجتماعياً بشكل متين ودائم.

سابعاً: ثلاثية الذكاء العاطفي، التفكير الإيجابي والتفاؤل المتعلم:

وهي تشكل عن حق أبرز مكونات الاقتدار الشخصي اللازم للتعامل مع تحديات العولمة على الصعيد النفسي والذهني. وهي في الآن عينه تشكل على هذا الصعيد ثلاثية القصور الشخصي عنده هذه الشريحة من الأطفال والأحداث.

١. **الذكاء العاطفي وتنميته:** عرضنا بشكل سريع في العنوان السابق لمفهوم الذكاء العاطفي ومكوناته. كما أشرنا الى قصور الذكاء العاطفي لدى هذه الشريحة من الناشئة. ذلك أن هذه القدرة تنمو منذ الطفولة من خلال توفر بيئة أسرية للطفل تتصف بالحب والقبول والرعاية والحماية وتنمية القدرات الذهنية، والعاطفية والاجتماعية من خلال ثراء التواصل والتفاعل وتوفير فرص التجريب واستكشاف الذات والعالم، ويجمعها جميعها توفير مقومات الصحة النفسية للطفل.

هناك كتابات كثيرة حول نظريات الذكاء العاطفي وهي عديدة. كما أن هناك العديد من مقاييس الذكاء العاطفي تشخيص حالته في مختلف الأعمار. كما أن هناك برامجاً لتنمية هذا الذكاء لدى كل من الأطفال والناشئة والراشدين سواء في الحياة الزوجية والأسرية أم في الحياة المهنية. ولقد وضعنا لذلك كتيباً حول الذكاء العاطفي ودوره في التوافق الأسري في "سلسلة الصحة النفسية للأسرة الخليجية" التي ستنشر عن المكتب التنفيذي عام ٢٠١٤. الذكاء العاطفي قابل

للتدريب والتنمية. ما يتعين قوله في هذا المجال أنه يشكل أحد أبرز أوجه بناء الاقتدار الشخصي نفسياً واجتماعياً. إذ أنه يشكل أداة فاعلة في عدة التعامل مع العولمة وتحدياتها المستقبلية كما في إدارة الحياة الذاتية والعامة.

٢. **التفكير الإيجابي:** وكما هو حال الذكاء العاطفي، فإن التفكير الإيجابي يشكل أحد مقومات الاقتدار البارزة على الصعيد الذهني. وهو في الآن عينه من أوجه القصور لدى هذه الشريحة من الأطفال والأحداث. ذلك أنه ينمو خلال خبرات الطفولة الإيجابية وحسن الرعاية والتقبل والتقدير والحماية والتوجيه والتواصل والتفاعل بحيث تتفتح طاقات الطفل، ويتعلم من خلال التفكير التعامل مع قضايا واقعة بمساعدة الأهل والحوار معهم، بدلاً من التعامل بردود الفعل السلوكية غير المتكيفة. وهو بدوره قابل للتعلم والتدريب في مختلف مراحل العمر من خلال برامج أصبحت معروفة وشائعة سواء في الإرشاد الأسري والزوجي أم في الحياة المهنية. ولقد وضعنا لذلك كتيباً حول "التفكير الإيجابي في التعامل مع المشكلات الأسرية" ضمن سلسلة الصحة النفسية للأسرة الخليجية، إصدار المكتب التنفيذي في عام ٢٠١٤.

التفكير الإيجابي هو اتجاه ذهني للاهتمام بالأفكار المؤدية الى النمو وتوسيع الآفاق. إنه اتجاه ذهني يتوقع غلبة النهايات الطيبة والملائمة لكل فعل أو مجهود. ويشكل التفكير الإيجابي نواة الاقتدار المعرفي في التعامل مع قضايا الحياة ومشكلاتها وتحدياتها والتغلب على

محنها وشدائدها. ذلك أنه لا يتمثل في مجرد التوقع وتمني حسن العاقبة، بل هو وسيلة تعبئة الطاقات والبحث عن الإمكانات والموارد الظاهرة منها كما الخفية الكامنة وغير المنظورة واستخراجها وتعبئتها وحسن توظيفها وصولاً الى إيجاد الحلول.

إنه نقيض التفكير السلبي الذي يصطدم بالصعوبات والمعوقات، ولا يرى سوى أوجه النقص والقصور في وضعية ما. التفكير الإيجابي ينظر الى الأمور بواقعية فيرى ميسراتها ومعوقاتها ويعمل على توظيف الأولى وتجاوز الثانية. وليس هناك من حلول ناجحة لمشكلات الحياة وتحدياتها ومحنها إلا بمقدار غلبة التفكير الإيجابي الذي وحده يجد المخارج. ليس هناك من إنجاز مميز فردي أو جماعي إلا وكان التفكير الإيجابي هو قوته الدافعة. ولذلك فهو لا يؤدي فقط الى الظفر بالحلول، وإنما هو المدخل الفعلي لتحقيق الصحة النفسية والحفاظ على المعنويات. وللتفكير الإيجابي عدة مقومات: أبرزها **الوعي** بالذات وإمكاناتها والمحيط وفرصه وميسراته، كما الوعي بمعوقاتها. كما يتمثل **باليقظة الذهنية** التي تفتح عيوننا على واقعنا وعلى ما حولنا، ونسلط أضواء كاشفة على الأوجه الخفية من القدرات والفرص التي لم نتبه لها، وذلك من خلال تشغيل آلية استقصاء الذات والواقع واستكشافهما. كما أن اليقظة الذهنية تمثل آلية الانفتاح على الجديد والمستجد، وعلى تغيرات ظروف الواقع الذي لا يظل جامداً عادة. كما أنها تتعامل مع حالات عدم التأكد في النظر الى المستقبل الذي يمتلئ بالتحولات والتنبه لها وصولاً الى حسن التعامل مع فرصها. وأما المقوم الثالث الهام

للتفكير الإيجابي فيتمثل بما يسمى في علم النفس الإيجابي بإسم **الفاعلية الذاتية** self-efficacy، ويؤطرها **الفاعلية الجماعية** collective efficacy. وتتمثلان في اعتقاد الفرد بقدرته على الفعل وإحداث التحولات المطلوبة واعتقاده بفاعلية الجماعة التي ينتمي إليها وإمكاناتها. كل الإنجازات الكبرى فردياً وجماعياً تقوم على هذا الاعتقاد بأننا قادرون على المواجهة والنجاح في تحقيق الأهداف؛ في حالة من الحديث الإيجابي مع الذات، وشحذ الطاقات، والتفتيش المنهجي عن الفرص الكامنة، والثقة بالطاقات الحية والإيمان بأن قيود الواقع ليست قدراً محتوماً يستعصي على التغيير، وأن الإنسان يصنع بيئته بقدر ما تصنعه هي. وهو ما يتجلى في الإنجازات البشرية فردياً وجماعياً.

هناك مقومات أخرى للتفكير الإيجابي لا يتيح حيز هذه الورقة الخوض فيها. المهم أن تنمية التفكير الإيجابي مسألة ممكنة لدى الجميع ولو تفاوتت مقادير الجهد اللازم لذلك. والمهم في هذا المقام أن التفكير الإيجابي هو أحد مفاتيح الاقتدار الشخصي الضروري لمواجهة تحديات المستقبل، وهو في الآن عينه أحد مقومات الصحة النفسية وإطلاق طاقات النماء، مما تحتاجه هذه الشريحة من الأطفال والأحداث بشكل خاص.

٣. أما ثالثة ثلاثية الاقتدار الشخصي على الصعيد النفسي والمعرفي والسلوكي فتتمثل في **التفاؤل المتعلم** Learned optimism الذي يشكل النقيض للعجز المتعلم، وما يولده من الاستسلام والتشاؤم.

التفاؤل قدرة ذهنية عاطفية قابلة للتدريب والتنمية بدورها، أصبح لها نظرياتها وروادها وبرامج تنميتها في الحياة الشخصية وحياة الأسرة والعمل. هناك برامج لتعلم التفاؤل مخصصة للأطفال وأخرى مخصصة للراشدين. كما أن له مقاييساً معروفة لتشخيص واقعه ومستواه لدى الشخص. وبإيجاز شديد يقوم تعلم التفاؤل على نفس أسس تعلم التفكير الإيجابي حيث أنهما كلاهما أحد ثمار علم النفس الإيجابي.

ولا يعني التفاؤل مجرد توقع النهايات السعيدة بانتظار حدوثها من موقع سلبي، بل هو يعني الإيمان بالقدرة الذاتية على الفعل والتصرف وتَدَبُّرْ الوسائل، وابتداع أساليب جديدة في التفكير والعمل. وأهم من ذلك اكتساب مهارات مقاومة الميول التشاؤمية الإنهزامية التي تلازم العجز المتعلم. حتى في أقسى الظروف هناك دوماً مجال للأمل والرجاء القائمين على السعي والاجتهاد والجهاد مما يشكل أحد التعاليم السامية للدين الحنيف، والتي يجب أن نغرسها في نفوس الناشئة.

تلك هي بإيجاز شديد أبرز ملامح ومقومات تمكين الطفولة غير المتكيفة وبناء اقتدارها لإعدادها لخوض غمار المستقبل ويحمله من تحديات وفرص.

ثامناً: خلاصة:

إننا بصدد رؤية مستقبلية تقلب منظور ممارسات الرعاية الشائعة راهناً. وهو ذات المنظور الذي يتعين أن يشكل قوام الرعاية الخليجية المستقبلية ليس للطفولة وحدها وإنما للأسرة، والمسنين والحالات الخاصة وسواها من الحالات التي تندرج ضمن هذا الإطار. وهو ما يتطلب:

- وضع سياسات جديدة للرعاية الاجتماعية عموماً ولرعاية شرائح الطفولة المحرومة على أوجه الخصوص تقوم على فلسفة النماء وبناء الاقتدار.

- وقد يكون في رأس متطلبات هذه السياسة المستقبلية تمكين العاملين أنفسهم لجهة اكتساب مهارات ثلاثية: الذكاء العاطفي، التفكير الإيجابي، والتفاؤل المتعلم، بما ينمي شخصياتهم ذاتها ويطور إدارتهم لحياتهم الشخصية والمهنية، وبحيث يشكل الواحد منهم النموذج الذي يتمثله الأطفال والأحداث.

مراجع عربية:

- حجازي، مصطفى (٢٠١٤). التفكير الإيجابي في التعامل مع المشكلات الأسرية: موسوعة الصحة النفسية للأسرة الخليجية. المنامة:المكتب التنفيذي.

- حجازي، مصطفى (٢٠١٤)ز الذكاء العاطفي وبناء التفاهم الزوجي والأسري: موسوعة الصحة النفسية للأسرة الخليجية. المنامة: المكتب التنفيذي.

- حجازي، مصطفى (٢٠١٢). إطلاق طاقات الحياة:قراءات في علم النفس الإيجابي. بيروت: دار التنوير.

- حجازي، مصطفى (٢٠١٢). نحو سياسة اجتماعية خليجية للأسرة: من الرعاية الى التمكين. المنامة: الكتب التنفيذي.

- حجازي، مصطفى (٢٠١٠). الأحداث الجانحون ومشكلاتهم ومتطلبات التحديث والتطوير في دول مجلس التعاون. المنامة: المكتب التنفيذي.

- حجازي، مصطفى (٢٠٠٨). الشباب الخليجي والمستقبل: دراسة تحليلية نفسية اجتماعية. بيروت: المركز الثقافي العربي.

- جولمان، دانيال (٢٠٠٠). الذكاء العاطفي (ترجمة ليلى الجمالي) سلسلة عالم المعرفة رقم ٢٦٢. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

مراجع أجنبية:

- Aspinwall, lisa and Staudinger, Ursula (2003). A psychology of Human Strengths: Some Central Issues of an Emerging Field. In a psychology of Human Strengths. Washington. D.C.:APA.

- Maddux =, James E (2002). Self-Efficacy: The power of Believing you can: In Handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press.

- Salorey, Peter, Caruso, David and Mayer (2004). Emotional Intelligence in practice. In positive psychology in practice. New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.

- Seligman, Martin (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In Handbook of positive psychology. New York: Oxford University Press.

- Seligman, Martin (1991). Learned optimism: How to Change your mind and your life. New York: Pocket Books.

* * *

الدراسة الخامسة

قطاع الرعاية الاجتماعية
وفئاته ومؤشرات قياس جودته واسهامه التنموي
في دول مجلس التعاون

الدكتور علي ليلة
أستاذ النظرية الاجتماعية

قطاع الرعاية الاجتماعية
وفئاته ومؤشرات قياس جودته واسهامه التنموي
في دول مجلس التعاون

الدكتور علي ليلة
أستاذ النظرية الاجتماعية

مقدمة:

مع بداية عقد السبعينيات، هبت رياح الليبرالية الجديدة على العالم، حيث تراجعت قدرات الدولة على التنمية والتحديث، فى مقابل تقدم القطاع الخاص. الذى أصبح القطاع الاقتصادى القائد وهو وإن كان قادراً على تحقيق إنجازات إقتصادية، إلا أنه لم يكن قد أدرك بعد مسئولياته الاجتماعية. وهى الجناح الآخر لنضج القطاع الخاص الناضج إجتماعيا وإقتصاديا، يضاف إلى ذلك ان التنظير الاقتصادى لم يكن قد أدرك بعد أهمية أو فاعلية المتغيرات الاجتماعية، فى دعم التنمية الاجتماعية والتحديث. بحيث أدت هذه التصورات والممارسات إلى زيادة مساحة التهميش الاجتماعية، بحيث أشرفت غالبية المجتمعات على حالة من الاستقطاب الاجتماعى. الذى كان من الممكن أن يؤدى إلى تمزيق النسيج الاجتماعى، وهز الاستقرار ويهدد التماسك الاجتماعى.

فى مواجهة ذلك قامت جهود الرعاية الاجتماعية التى إستهدفت التعامل مع الفئات والشرائح الاجتماعية، التى تعرضت لآليات التهميش

الاجتماعى التى اضرت بأوضاعها. حيث أدركت الدولة والقطاع الخاص بأن الصمت أمام إتساع مساحة التهميش الاجتماعى، من الممكن أن يؤدى إلى توترات تعوق عملية التحديث، بل وتهدد منجزاتها. لذلك حدث تضافر بين جهود فواعل ثلاثة لتقليص مساحة التهميش الاجتماعى، بالعمل بإتجاه على تمكين الفئات المهمشة وإعادة إدماجها فى المجرى الرئيسى للمجتمع، بحيث يشكل إدماجها قيمة إجتماعية مضافة أو طاقة دافعة لتنمية وتحديث المجتمع. وإذا كان تراجع الدولة عن قيادة عملية التحديث وتسليم قيادها للقطاع الخاص، هو المسئول عن إتساع مساحة التهميش الاجتماعى. فإن إدراكهما لهذا الخطر، دفع إلى دعم المجتمع المدنى، بخاصة المنظمات غير الحكومية لتشارك بفعالية فى عمليات الادماج الاجتماعى. حيث تضافرت القوة التنظيمية للدولة مع الدعم الاقتصادى من قبل القطاع الخاص، إضافة إلى إيثارية المجتمع المدنى. بحيث شرعت هذه الفواعل الثلاثة فى تطوير سياسات الرعاية الاجتماعية، التى تسعى لتمكين المهمشين، ليعددوا سواعد قادرة على دفع عملية التنمية والتحديث من جديد، إرتباطا بذلك تبرز حقيقتان.

حيث تتمثل الحقيقة فى تغير منطق وفلسفة الرعاية الاجتماعية التى تضمنت معنى حديثا يتجاوز المعنى التقليدى، الذى كان يتمحور حول إبراز الجهود الخيرة، التى تبذل لمساعدة بعض الفئات الاجتماعية، التى تعانى من عدم إشباع حاجاتها الأساسية، بسبب العجز أو بسبب التهميش والاقصاء الاجتماعى، التلقائى أو القسرى. حيث كان هذا المنطق يرى ان الأفراد هم المسئولين عن عدم إشباع حاجاتهم الأساسية، فى مقابل إعفاء المجتمع والدولة من المسئولية عن ذلك. إذ تطور تنظير الرعاية

الاجتماعية، ليؤكد مسئولية الدولة والمجتمع عن التهميش الاجتماعى، ومن ثم إتجهت جهود الرعاية الاجتماعية، لتطوير أوضاع المجتمع، لتجفيف منابع التهميش الاجتماعى. فتطوير نظام التعليم والاهتمام بالصحة العامة، ورفع مستويات الدخول والارتقاء بنوعية الحياة، والتاكيد على العدالة التوزيعية. تعبر عن سياسات جديدة للرعاية الاجتماعية، تركز على إصلاح بناء المجتمع، كمدخل لتقليص مساحة التهميش الاجتماعى.

وتتصل الحقيقة الثانية بطبيعة جهود الرعاية الاجتماعية التى تقوم بها الدولة فى مجتمعات الخليج، حيث تختلف الفئات الاجتماعية التى تحتاج إلى الرعاية الاجتماعية فى هذه المجتمعات، عن نظائرها فى المجتمعات الأخرى. ومن ثم يختلف نمط وطبيعة الرعاية الاجتماعية، التى تحتاجها هذه الفئات، حيث تتحدد الفئات التى تحتاج إلى الرعاية بالمرأة التى يمارس العنف والتحرش معها أحيانا. والشباب الذين يحتاجون إلى التوعية من مخاطر تعاطى وإدمان المخدرات، ورعايتهم فى هذا الصدد، إضافة إلى الطفولة التى تحتاج إلى رعايتها حتى تنمو نموا صحيا سليما محافظة على هويتها. إلى جانب المسنين الذين يعاد تأهليهم ليظلوا فى قلب التفاعل الاجتماعى، إلى جانب ذوى الاحتياجات الخاصة الذين يبحث المجتمع فى إمكانية الاستفادة من مكامن القوة فى قدراتهم.

على هذا النحو نجد أن مجتمعات الخليج تبذل جهود الرعاية الاجتماعية بمعناها التقليدى، الذى يؤكد على الإشباع المباشر لاحتياجات

بعض الفئات الاجتماعية التى تحتاج إلى الرعاية، حتى تعود بها إلى منطقة السواء. بالإضافة إلى ذلك تتبنى هذه المجتمعات منطق الرعاية الاجتماعية بمعناها الحديث الذى يركز على بناء قدرات البشر، حتى يصبح فى إمكانهم التخلص من هامشيتهم. ومن ناحية ثالثة تقوم الدولة الخليجية بتطوير الأوضاع البنائية للمجتمع، وذلك حتى لا تصبح التفاعل الحادث فى المجتمع، مصدراً للتهميش الاجتماعى.

إستناداً إلى ذلك فقد حاولت هذه الدراسة تحديد طبيعة الرعاية الاجتماعية، والحقائق الأساسية المتصلة بها، إضافة إلى إبراز التحولات التى طرأت على فلسفة ومنطق ومبادئ وأهداف الرعاية الاجتماعية. إلى جانب تحديد طبيعة المؤشرات الاجتماعية التى يمكن نقيس بواسطتها إشباع الاحتياجات الأساسية لمختلف الفئات الاجتماعية، التى تحتاج إلى الرعاية، وهو الأمر الذى نحكى قصته فى الصفحات التالية.

أولاً: مفهوم الرعاية الاجتماعية:

يشير مفهوم الرعاية الاجتماعية إلى كونها مجموعة من الممارسات والسلوكيات الراسخة التى يمارسها الانسان بشكل تلقائى وفطرى فى كل زمان ومكان. وهو ما يعنى أنها تشير إلى الجهود التى يبذلها الإنسان – فى كليته، أى تلك التى يبذلها الانسان تجاه الآخر – فى سعية لتوفير الخدمات الموجهة لإشباع الحاجات المتعددة والمتجددة للآخر الذى يحتاج إليها. وتتجلى الرعاية الاجتماعية فى معناها الجوهرى، فى مد يد العون للضعفاء والفقراء والمحتاجين والمهمشين والمظلومين والمعرضين

للمخاطر والاضطرابات وغيرهم[١]. وفى تحديد آخر ينظر إلى الرعاية الاجتماعية بإعتبارها "الجهود التى يبذبها الإنسان لتوفير ما يشبع حاجاته الأساسية عن طريق مجموعة من الاجراءات الاجتماعية والاقتصادية الملائمة"[٢]. وفى هذه الحالة يمكن أن تترادف هذه الاجراءات مع مجموعة الخدمات التى تقدم للأفراد والأسر التى تواجه بعض الصعوبات أو المخاطر الاجتماعية، وذلك بهدف مساعدتهم وإشباع حاجاتهم ودعم بقائهم فى مواجهة هذه المخاطر.

ويبرز تأمل تعريفات الرعاية الاجتماعية عن وجود نمطين من التعريفات، النمط الأول يدرك الرعاية الاجتماعية من خلال طابعها المؤسسى. وفى هذا الإطار يعرفها "والتر فريد لاندر" بإعتبارها نسق منظم للخدمات والمؤسسات من اجل تقديم المساعدات التى تمكن الأفراد من الحصول على مستويات اعلى من الصحة والتعليم والعيش الكريم"[٣]. أو يعرفها "ولنسكى" بإعتبارها "تنظيمات وبرامج ذات تنظيم رسمى، تعمل من اجل الوصول إلى تحسين ظروف جميع الأعضاء" [٤]. أو فى تعريف آخر هى "كل الجهود والبرامج والخدمات التى تتولاها مؤسسات حكومية وأهلية لمواجهة حاجات الأفراد المباشرة وغير المباشرة، العامة والنوعية"[٥]. او هى "نسق منظم من الخدمات التى ترمى إلى مساعدة الأفراد والجماعات للوصول إلى مستويات ملائمة للمعيشة"[٦]. ويتصل بذلك التعريف الذى يذهب إلى تحديد الرعاية الاجتماعية، بإعتبارها "نظام يتضمن مجموعة من الوظائف التى تستهدف إحداث تغيير، ينتج عن تأكيد التقابل بين إمكانيات الأفراد والأسر من ناحية وحاجاتها المتنوعة من ناحية ثانية. والمساعدة فى تطوير هذه الامكانيات بما

يساعد فى تحقيق إشباع هذه الاحتياجات"، بحيث يؤدى ذلك فى النهاية إلى تحقيق الاستقرار على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع.

بالإضافة إلى ذلك توجد جملة من التعريفات التى تبرز الطابع الفردى للرعاية الاجتماعية. ويدخل فى إطار هذه التعريفات التعريف الذى يقدمه "هوارد رسل"، الذى يحددها بإعتبارها مجموعة الجهود التى تقدم للأفراد، الذين يعانون من عدم إشباع بعض الحاجات بهدف مساعدتهم فى تحقيق هذا الإشباع. وعلى هذا النحو تشكل الرعاية الاجتماعية احد المجالات التى تعمل فى نطاقها المؤسسات الاجتماعية التى تهتم بتوفير إشباع لهذه الحاجات، تحقيقا لدرجة عالية من المن، ومستويات مكتملة من التكيف"(٧). او هى كما يذهب تعريف آخر "مجموعة الجهود والخدمات التى تساعد من عجزوا عن إشباع إحتياجاتهم التى تساعد على النمو والتفاعل الايجابى مع مجتمعهم" (٨).

ويشير تأمل هذه التعريفات إلى بروز مجموعة الحقائق الرئيسية التى تشير فى مجموعها إلى التحديد المتكامل لمفهوم الرعاية الاجتماعية. وتتمثل الحقيقة الأولى فى أن الرعاية الاجتماعية تعبر عن نزعة إيثارية لدى الإنسان. فى هذا الإطار فإنه إذا كان الإنسان يحتوى على مكون يؤكد ذاتيته، التى تستند إلى ابعاد غريزية، تؤكد على المشاعر والمصالح الأنانية. بحيث يؤدى التأكيد على هذه الجوانب إلى إبراز فرديته. فإن ذات الإنسان يحتوى على أبعاد إيثارية، تتشكل من المشاعر والعواطف، التى تمهد لحالة الاجتماع الإنسانى التى بدونها يستحيل أن يعيش الإنسان حياة سوية. هذه الإيثارية هى التى تدفعه إلى التحرك من ساحة الأنانية

إلى الأخر، الذى قد يعانى من العجز والتهميش وعدم إشباع الحاجات. بحيث يعمل بإتجاه مساعدته من أجل الارتقاء بأوضاعة، حيث يؤدى الاتجاه للإرتقاء بأوضاع الآخر إلى تأكيد البعد الاجتماعى فى الذات الانسانية وفى ذات الوقت الارتقاء باوضاع المجتمع وتاكيد إستقراره [٩]. وتتقابل الحقيقة الثانية مع الأولى حيث تحتوى بعض المجتمعات على بعض الشرائح أو الفئات التى تعانى من التهميش الاجتماعى، الذى يكون تعبيرا عن العجز وعدم إمتلاك القوة الاجتماعية كما هى حال الضعفاء والذين يعانون من تدنى المكانة. أو قد يرجع التهميش إلى حالة من العجز عن إشباع الحاجات الأساسية، كما هى الحال بالنسبة للفقراء الذين يعانون من التهميش الاقتصادى. أو أن التهميش يرجع إلى عدم إمتلاك القوة المعنوية الناتجة عن إمتلاك القوة السياسية ومن ثم العزلة ومعاناة التهميش السياسى. أو قد يعبر التهميش الاجتماعى الذى تعانى منه فئة معينة إلى حالة مرضية تعيشها، قد تكون هذه الحالة مفروضة عليها، كما فى حالة الايتام الفقراء أو المسنين والمراة المعيلة. أو قد يكون هذا التهميش إختياريا، كما هى الحال بالنسبة للشباب الذين يعانون من تعاطى وإدمان المخدرات. حيث تعمل الرعاية الاجتماعية بإتجاه تقليص التهميش الاجتماعى، لجذب هذه الفئات من مناطق التهميش الاجتماعى إلى منطقة السواء الاجتماعى الواسعة والنمطية.

وتؤكد الحقيقة الثالثة على أن الرعاية الاجتماعية تسعى إلى الارتقاء بمختلف جوانب نوعية الحياة، ويعتبر الارتقاء بالأوضاع الصحية لبعض الفئات الاجتماعية، من المجالات الأساسية التى تهتم بها سياسات الرعاية الاجتماعية. حيث يعانى بعض السكان من تردى

الأوضاع الصحية، التى قد تشمل الحياة فى بيئة غير صحية وغير آمنة، الأمر الذى يعرض بعض أفراد المجتمع إلى المعاناة من بعض الأمراض الاجتماعية، أو قد يأخذ تردى الأوضاع الصحية سوء التغذية، او تدنى مستوياتها لإنخفاض الدخول. او قد تتجلى الأوضاع الصحية السيئة من خلال المعاناة من بعض الأمراض. أو قد يقود إنتشار المخدرات فى فئة او شريحة إجتماعية معينة إلى تردى المستويات الصحية لهذه الفئة او للمجتمع كل. حيث تتطلب هذه الأوضاع تفعيل آليات الرعاية الاجتماعية للأرتقاء بأحوال الصحة العامة، لأن إرتفاع مستوى الصحة العامة يقود إلى القدرة الفاعلة على الانتاج، الذى يقود بدوره إلى إرتفاع مستويات الدخول، الذى يؤدى إلى الارتقاء بنوعية الحياة ومن ثم إلى الاستقرار الاجتماعى (١٠). ويشكل التعليم المجال الثانى الذى يمكن ان تتجه إلى الارتقاء باوضاعه جهود الرعاية الاجتماعية. ويرجع ذلك إلى أن هناك بعض الفئات الاجتماعية، التى تتوفر لها الظروف الملائمة للحصول على التعليم. حيث تتركز هذه الفئات فى كبار السن الذين لم يحصلوا على فرص التعليم، لندرتها فى زمان سابق، أو الذين تسربوا – بسبب ظروف متنوعة – من مؤسسات النظام التعليمى. أو الذين اعجزتهم قدراتهم التعليمية عن مواصلة التعليم، أو الحرمان من التعليم نتيجة لتحيزات إجتماعية وثقافية كعدم الرغبة فى تعليم الأناث فى الفترة السابقة على توجهات التنمية والتحديث فى مجتمعات الخليج (١١). بحيث نجد أن جهود الرعاية الاجتماعية توجه نحو الارتقاء تعليميا بهذه الفئات، وذلك لتقليص مساحة التهميش الاجتماعى التى تعانى منها، ووضعها على أعتاب تطوير قدراتها، بما يساعدها فى الحصول على فرص أخرى. هذا إلى جانب ان تعليم هذه الشرائح من شأنه ان يطور وعيها

بما يساعد فى تحقيق الاستقرار الاجتماعى. بالإضافة إلى ذلك قد تسعى الرعاية الاجتماعية إلى الاهتمام بالسياق الايكولوجى المتردى لبعض الفئات الاجتماعية، تجسيداً لذلك قد تتجه جهود الرعاية الاجتماعية إلى الارتقاء بالوضاع البيئية المحيطة بالإنسان. ويدخل فى ذلك نظافة البيئة، والعمل بإتجاه توسيع المساحات الخضراء، الأمر الذى يساعد فى تأسيس بيئة صحية تليق بالإنسان. هذا بالإضافة إلى الإرتقاء بأوضاع العشوائيات، حتى تتجة إلى الاقتراب من التجانس مع الأحياء الأخرى فى المدينة، كما يدخل فى نطاق الاهتمام بالبيئة، الاهتمام بسكن الإنسان. حيث ينبغى أن يراعى فى ملاءمة المسكن توفر المرافق الأساسية، كذلك وجود معدل معقول للتزاحم يراعى الخصوصية، كما أنه من الضرورى ان تتوفر لهذا المسكن الحد الأدنى من الشروط الإنسانية والجمالية [١٢].

وتتصل الحقيقة الرابعة بأن الرعاية الاجتماعية، إلى جانب كونها تهتم بالإرتقاء بنوعية الحياة الخاصة ببعض الشرائح الاجتماعية، حتى تقترب من المتوسط العام لنوعية الحياة فى المجتمع. فإنها تعمل بإتجاه رعاية بعض الفئات الاجتماعية التى تعيش اوضاعاً خطره، وفى ذلك إبراز للطابع الحديث للرعاية الاجتماعية المتجددة والملاحقة لتطور المجتمع. وفى نطاق ذلك تتجة الرعاية الاجتماعية إلى الاهتمام بفئة "المسنين" من خلال تأكيد أستمرار إندماجهم فى المجرى الرئيسى للمجتمع، وإعدادهم لحياة ما بعد التقاعد عن العمل، بل وإعادة تأهيلهم للقيام ببعض المهام التى تناسب أعمارهم، وفى ذات الوقت تقلص إمكانية شعورهم بالعزلة أو التهميش الاجتماعى. كما قد تهتم الرعاية الاجتماعية بالطفولة فى الأوضاع الخطرة، كالطفولة الجانحة سواء كانت

داخل دور التربية أو خارجها، كذلك الرعاية الممكنة لأطفال الشوارع، مثل حمايتهم من الجناح والانحراف. يضاف إلى ذلك تقديم الرعاية الاجتماعية للشباب الذى سقط فى براثن تعاطى وإدمان المخدرات. من خلال مساعدتهم على التعافى، والخروج من ساحة التهميش الاجتماعى، ويدخل فى هذا النطاق رعاية الأطفال الأيتام، وتوسيع مظلة الرعاية الاجتماعية لرعاية الطفال القصر، والمرأة المعنفة، والمعرضين للتحرش الجنسى [١٣]. بحيث تتجاوز الرعاية الاجتماعية فى هذه الحالة المنطق والممارسات التقليدية إلى ممارسة حديثه وجادة، حيث تعمل الرعاية الاجتماعية فى هذه الحالة بإتجاه تاكيد التماسك والاستقرار الاجتماعى.

وتتصل الحقيقة الخامسة بتنوع جهود الرعاية الاجتماعية، حيث يتوازى تنوع هذه الجهود مع الظروف التى تشكل تهديداً لأى من الشرائح الاجتماعية. وفى هذا الإطار تتنوع جهود الرعاية الاجتماعية بين الجهود الوقائية، التى تبذل للتعرف على الظروف السلبية التى تعوق الفعالية الاجتماعية للأفراد والأسر والجماعات، لتقليصها ومنع ظهورها أو تقليص فاعليتها.

إضافة إلى أنها تتجه بالرعاية والحماية للفئات الاجتماعية، التى قد تتعرض لتأثيرها السلبى مستقبلا، كنتيجة لعمليات وتفاعلات التغير الاجتماعى أو التحديث التى قد يمر بها المجتمع. وهو ما يعنى تصدى الرعاية الاجتماعية لهذه الظروف السلبية قبل وقوعها وفرضها لتأثيراتها السلبية على الأفراد. بالإضافة إلى ذلك تتجلى الرعاية الاجتماعية من خلال الجهود التعبوية، حيث تعمل بإتجاه تعبئة المجتمع المحلى وإستنفار

الرأى العام للمجتمع المحلى، ودفعه بإتجاه تحمل المسئولية بهدف تقليل الفاقد المادى والبشرى. من خلال تقديم الرعاية الاجتماعية التى تعمل على دفع أفراد المجتمع، بإتجاه التعاون والمشاركة والتكيف مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية، الحادثة فى المجتمع. إضافة إلى رفع مستوى هذه الجوانب للإرتقاء بنوعية حياة المواطنين فى المجتمع. إلى جانب ذلك تتجلى الرعاية الاجتماعية من خلال الجهود العلاجية. التى تستهدف مواجهة المشكلات التى تخلقت، برغم الجهود السابقة، تلك التى يعانى منها أفراد المجتمع بالتعرف على أسبابها، والعمل بإتجاه مواجهة هذه الأسباب لإزالتها، أو التخفيف من حدتها، بخاصة فى نطاق بعض الفئات التى تعانى من الحرمان والتهميش الاجتماعى (١٤).

فى حين تتصل الحقيقة السادسة بأن الرعاية الاجتماعية لها علاقة بتفعيل مفاهيم عديدة، كمفاهيم راس المال الاجتماعى، والتمكين الاجتماعى والإدماج الاجتماعى. وفيما يتعلق بمفهوم العلاقة بين الرعاية الاجتماعية ورأس المال الاجتماعى، فإننا نجد أن المجتمعات التقليدية، التى تسيطر عليها قيم الثقافة التقليدية، إضافة إلى الطبيعة الجماعية. حيث نجد أن تداخل هذه المكونات مع بعضها البعض يدفع إلى بروز مسئولية الجماعة عن رعاية الأفراد فى الأوضاع الخطرة. ويحدث نفس الأمر فى المجتمعات الحضرية، حيث تعمل تنظيمات المجتمع المدنى. بخاصة المنظمات غير الحكومية حينما تنظم الجماهير على هيئة روابط، وجماعات يرتبط أفرادها ببعضهم البعض بشبكة كثيفة من العلاقات الاجتماعية. التى تلعب دورها فى إنتاج راس المال

الاجتماعى المستند فى بعض جوانبه إلى الجهود التطوعية، التى تعمل بإتجاه الرعاية الاجتماعية لبعض الفئات أو الشرائح الاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك فإننا نجد أن جهود الرعاية الاجتماعية لها علاقة بعمليات التمكين الاجتماعى لبعض الفئات الاجتماعية. بإعتبار أن جهود الرعاية الاجتماعية، تعمل فى أحيان كثيرة بإتجاه تزويد هذه الفئات بالقدرات والامكانيات المتنوعة والفعالة، والتى تلعب دورها فى تقليص مساحة التهميش الاجتماعى. يضاف إلى ذلك ان مفهوم الرعاية الاجتماعية له علاقة بعملية الادماج الاجتماعى، وهى العملية التى تعتمد على عملية التمكين الاجتماعى، التى من شأنها أن تزود الإنسان بالقدرات الإيجابية، التى تمكن الإنسان من الاندماج فى حركة المجتمع، والمشاركة فى بناء تفاعلاته [١٥].

ثانياً: تحولات الرعاية الاجتماعية:

خضعت الرعاية الاجتماعية كإطار وآليات تساعد فى رعاية الإنسان وتطوير قدراته لعديد من التحولات التى إكسبتها فى النهاية طبيعة جديدة غير الطبيعة التى بدأت بها. وترجع هذه بعض التحولات إلى تأكيد مسئولية المجتمع والدولة عن توفير الظروف الاجتماعية المسئولة عن إشباع الحاجات الاجتماعية للفئات أو الشرائح التى تعانى من حالة التهميش الاجتماعى. يضاف إلى ذلك التطورات التى وقعت على الصعيد العالمى، والتى تدفع إلى توسيع مساحة الرقابة الاجتماعية، الأمر الذى يتطلب مواجهة جيوب الفقر والعجز والتهميش الاجتماعى فى مختلف المجتمعات. خاصة ان هناك إعلانات عالمية تؤكد على حقوق

الإنسان، وضرورة إحترامها من قبل الدولة والمجتمع، فى الحياة الكريمة وفى عدم المعاناة من حالة التهميش الاجتماعى. بحيث أصبحت الرعاية الاجتماعية للمهمشين، أو المهددين بالتهميش الاجتماعى، حقا ينبغى الوفاء به. إستناداً إلى ذلك نستطيع أن نرصد مجموعة من التحولات الأساسية التى طرأت على مفهوم ومارسات الرعاية الاجتماعية.

١. ويتمثل التحول الأول الذى طرأ على الرعاية الاجتماعية، قى تحولها من مجرد مجموعة من الممارسات الاجتماعية ذات الطبيعة الإنسانية والمستندة إلى عواطف إيثارية، إلى سياسات إجتماعية رشيدة تستند إلى علم منضبط ونظريات علمية، توجه جهود الرعاية الاجتماعية. حيث يرتبط بذلك تحول آخر تمثل فى الانتقال بالرعاية الاجتماعية من الطبيعة التلقائية غير المنظمة وذات الطبيعة العشوائية، التى يمارسها الأفراد والجماعات. إلى جهود تقوم بها الدولة الحديثة بإعتبارها ملتزمة امام مواطنيها وهو الأمر الذى يعنى أن الرعاية الاجتماعية إنتقلت من الطبيعة العشوائية. سواء من قبل فاعليها أو المفعول بهم، إلى الطبيعة المنظمة التى تستهدف الارتقاء بنوعية الحياة الخاصة بالفرد والأسرة والمجتمع [١٦]. ويتصل بذلك التحول من ممارسات الرعاية الاجتماعية المستندة إلى الجهود التلقائية، سواء من جانب الشخص الذى يحتاج إلى الرعاية أو من جانب الشخص الذى يمنحها. إلى الجهود المؤسسية المنضبطة، التى تؤديها مؤسسات متخصصة ومؤهلة لن تؤدى ممارسات الرعاية هذه.

٢. أن ثمة تحول قد حدث للرعاية الاجتماعية أنتقلت بموجبه من طابع الممارسات الإنسانية الخيرية، التى لا سند قانونى لها، سوى العواطف الإيثارية إلى طابع الممارسات الرسمية. التى تمارسها مؤسسات الدولة مستندة فى ذلك إلى ترسانة تشريعية وقانونية، تلتزم الدولة بمقتضاها برعاية مواطنيها وبمساعدة فواعل ومؤسسات أخرى. وفى هذا السياق تتشكل آليات مؤسسية وحقوقية عديدة تؤمن للمحتاجين إلى الرعاية الاجتماعية إحتياجاتهم وحقوقهم. تأكيدا لذلك تظهر كثير من الحركات الاجتماعية، التى تدافع مثلاً عن المرأة، وترفض العنف الموجه ضدها. أو تدافع عن المسنين، أو الجمعيات ذات الطبيعة الإنسانية التى تدافع عن الفقراء، وتطالب بضرورة الارتقاء بنوعية حياتهم [١٧]. وهو الأمر الذى يعنى تحول فى طبيعة الرعاية الاجتماعية بإعتباره حقا قانونيا ينبغى أن تلتزم الدولة به من يحتاجون إلى هذه الرعاية.

٣. التحول فى طبيعة الرعاية الاجتماعية من منطق الصدقات التى ينبغى أن تؤدى تعبيرا عن العواطف الايثارية للمانحين، إلى تصور حديث لهذه الرعاية. حيث التزام الدولة سواء من قبل دساتيرها أو من قبل النظام العالمى، بتوفير الحقوق الأساسية للمواطنين، ــ بخاصة من يعانى منهم من حالة التهميش الاجتماعى. وقد تحقق هذا التطور على الصعيد العالمى بفعل صدور الوثيقة الأساسية لحقوق الإنسانية التى صدرت عام ١٩٤٨، والحقوق التى أقرتها، والتى تؤكد على أنه من حق كل فرد فى المجتمع أن يتمتع بمظلة الضمان الاجتماعية والحماية الاجتماعية. كما أنه من حق كل فرد أن يعيش فى مستوى

يكفل له ولأسرته مستوى ملائم من الصحة والرفاهية، فى إطار نوعية حياة ملائمة. بحيث أصبح التزام الدولة بمختلف هذه الحقوق من المعايير التى تحدد مكانتها على الصعيد العالمى [١٨].

٤. بالإضافة إلى ذلك فقد وقع تحول رابع فى منطق الرعاية الاجتماعية، من منطق ضمان الحدود الدنيا للرعاية الاجتماعية، بإتجاه ضمان المستويات الأعلى للرعاية الاجتماعية، حيث نوعية الحياة النمطية فى المجتمع. وفى هذا الإطار إتجهت الدولة والمجتمع والمؤسسات المعنية، من مجرد توفير الحد الدنى من الموارد والخدمات، التى يحتاجها البشر، إلى السعى بإتجاه توفير الحد الأقصى للمواطنين. وإرتباطا بذلك تحولت الرعاية الاجتماعية من الوظيفة المؤقتة أو الاحتياطية، إلى سياسات ثابتة تستهدف الارتقاء بأوضاع الفئات المهمشة، أو الفئات التى تحتاج إلى الرعاية، حتى يحصلوا على ما يشبع إحتياجاتهم من قبل المجتمع. ولتحقيق ذلك فإننا نجد أن الدولة وسائر المؤسسات تعمل بإتجاه رفع القدرات المختلفة للمهمشين، حتى يتحقق تمكينهم وإندماجهم الاجتماعى [١٩].

٥. إلى جانب ذلك حدث تحول خامس فى منطق الرعاية الاجتماعية يستند إلى إدراك جديد، فبعد أن كانت جهود الرعاية الاجتماعية تتجه إلى الفرد بإعتباره مصدر هامشيته. وأنه سبب عدم إشباع حاجات ذاته، ومن ثم أنصبت ممارسات وسياسات الرعاية الاجتماعية إلى تطوير قدرات الفرد وتمكينه وتاكيد إندماجه فى المجتمع. حيث تحول هذا الادراك من إصلاح الفرد إلى إصلاح المجتمع، لأنه من المحتمل أن يتضمن بناء المجتمع مصادر للتهميش الاجتماعى. كإنحراف نموذج التنمية والتحديث لحساب البعض وعلى حساب

البعض الآخر، أو إنحراف معايير العدالة التوزيعية. وهو ما يعنى ان ثمة تحول فى النظر الى المشكلات التى يعانى منها الفرد، بإعتبار أن الفرد يشكل مصدراً لها، إلى إعتبار أن هذه المشكلات مصدرها المجتمع [٢٠]. ومن ثم فإن مواجهتها تتطلب إصلاح المجتمع وليس الفرد، بحيث يتكامل هذا المنطق مع المنطق الذى يؤكد على التزام الدولة والمجتمع نحو رعاية الأفراد الذين يعانون من أوضاع إجتماعية خطرة.

٦. ويتمثل التحول السادس الذى طرأ على منظور الرعاية الاجتماعية فى تحركه من الضيق إلى الإتساع، من التخصيص إلى التعميم. وهو الأمر الذى يعنى أنه بدلاً من إقتصار الرعاية الاجتماعية على خدمات معينة تؤدى للأفراد الذين ينتمون إلى فئات بعينها. كالفقراء والمحتاجين والعجزة فإن الرعاية الاجتماعية تطورت لكى تلبى الاحتياجات العامة للمواطنين جميعا. بحيث أصبحت نوعية الحياة النموذجية او المثالية التى يستهدف المجتمع تحقيقها، هى المعيار الذى على أساسه توجه الدولة جهودها فى الرعاية الاجتماعية، بحيث تتحقق حالة من التجانس الاجتماعى بين مختلف فئات المواطنين [٢١]. بالإضافة إلى ذلك تحركت الرعاية الاجتماعية من الرعاية النوعية، التى تهتم بالأيتام او المعوقين، أو الفقراء او المسنين، إلى الرعاية الاجتماعية الشاملة التى ترعى إشباع إحتياجات كل المواطنين فى المجتمع. ولتحقيق ذلك فإن على الدولة أن تبذل مستويين من الجهود، فى نطاق المستوى الأول، تعمل بإتجاه الارتقاء باوضاع الأفراد او الجماعات التى تعيش فى ظل اوضاع خطرة. بحيث ترتقى بأوضاعهم إلى المستوى الثانى، الذى توجه الدولة من خلالها جهودها فى الرعاية الاجتماعية إلى المواطنين عموما [٢٢].

ثالثاً: مبادئ وأهداف الرعاية الاجتماعية:

تشكل مبادئ الرعاية الاجتماعية الأطر أو الموجهات الفلسفية لأهدافها، وهو ما يعنى أن الأهداف هى التى تشكل قاعدة السياسات الرعاية الاجتماعية ما هى إلا تجسيد لهذه المبادئ. بيد أننا من الضرورى أن نلاحظ أنه برغم وجود إتفاق تقريبى حول مبادئ الرعاية الاجتماعية، إلا أن الأهداف والسياسات غالبا ما تتميز بالطابع النسبى. وهو ما يعنى أنه كانت المبادئ ذات طبيعة إنسانية، عامة وثابتة، إذا سياسات الرعاية الاجتماعية وأهدافها تكون عادة متغيرة بحسب السياق الاجتماعى. الذى توجد فيه والشريحة أو الفئة الاجتماعية التى تتعامل معها، ونقدم فيما يلى تحديد لمبادئ الرعاية الاجتماعية وأهدافها.

١. **مبادئ الرعاية الاجتماعية:** ونقصد بالمبادئ مجموعة الأسس التى ينبغى أن تراعى فى تحديد معالم الرعاية الاجتماعية. فى هذا الإطار فإننا نجد أن هناك أربعة مبادئ أساسية هى التى تحديد معالم الرعاية الاجتماعية. حيث يتحدد المبدأ الأول فى أن الرعاية الاجتماعية توجه عادة بمنظومة من القيم الأساسية، التى تدور حول تأكيد دور الرعاية الاجتماعية فى حماية الكرامة الإنسانية، وذلك يرجع إلى أن الاستبعاد الاجتماعى، أو التهميش الاجتماعى، يعنى إنتقاص لبعض حقوق الإنسان، والحط من كرامته، لذلك لاحظنا أن الرعاية الاجتماعية بمعناه الحديث تحمل المجتمع وزد الاستبعاد والتهميش الاجتماعى الذى قد يتعرض له بعض الأفراد[٢٣]. وتتمثل القيمة الثانية فى التأكيد على المسئولية الاجتماعية للفواعل المسئولة

عن التهميش الاجتماعى. ونقصد بالمسئولية الاجتماعية هنا مسئولية الدولة والقطاع الخاص وتنظيمات المجتمع المدنى ذات العلاقة، بإعتبارها التى تتحمل المسئولية الأخلاقية عن الرعاية الاجتماعية لمن تعرضوا لحالات التهميش الاجتماعى. وذلك بإعتبار أن ثمه خطأ فى آداء هذه الفواعل الثلاثة، ادى إلى إتساع مساحة التهميش الاجتماعى، وأوجب ضرورة تطوير سياسات للرعاية الاجتماعية (٢٤). وتتمثل القيم الثالثة وراء نجاح برامج الرعاية الاجتماعية فى التأكيد على قيمة التعاون، سواء التعاون بين أفراد المجتمع لتاكيد مشاعر العون والدعم المتبادل. أو التعامل بين الفواعل الاجتماعية المسئولة عن حالة التهميش الاجتماعى، من أجل تطوير بعض السياسات الاجتماعية لتحقيق الرعاية الاجتماعية للمهمشين. يضاف إلى ذلك التاكيد على قيم الديموقراطية والمشاركة، حتى يمكن أن تشارك الفئات التى فى حاجة إلى نوع الرعاية الاجتماعية التى تساعد فى بناء قدراتها. ثم قيمة التغيير، وهى القيمة التى تؤكد على أن سياسة الرعاية لا تثبت الأوضاع ساكنة كما هى، ولكنها تطور الآليات التى ترتقى بالأوضاع الحالية للمهمشين إلى أوضاع أفضل. ثم تأتى القيمة الأخيرة وهى المتعلقة بالبحث العلمى، وهى القيمة التى تؤكد على أن سياسات الرعاية الاجتماعية ينبغى أن تصاغ بصورة متطورة تتجاوز الممارسات البدائية والعشوائية. وتستند إلى حقائق علمية متعلقة بالفئات المهمشة والمستحقة للرعاية، وكذلك بالإمكانيات المتاحة، حتى يمكن أن تحقق المنفعة الحدية القصوى للإمكانيات المرصودة لتحقيق الرعاية الاجتماعية (٢٥).

ويتحدد المبدأ الثانى للرعاية الاجتماعية فى ضرورة تطوير الاليات التى تحدد ذوى الاحتياجات الأساسية، والتى ينبغى أن تعمل الرعاية الاجتماعية بإتجاه إشباعها. وفى أعقاب تحديد المحتاجين الحقيقيين للرعاية الاجتماعية، فإننا ينبغى أن نتبع المنطق الحديث فى الرعاية الاجتماعية. وهو المنطق الذى يؤكد على بناء القدرات، حتى يتحول المحتاج او المهمش إلى فاعل حقيقى يساعد فى تطوير أوضاع المجتمع الذى يعيش فيه وينتمى إليه. بالإضافة إلى ذلك فإنه من الضرورى تحديد المسئولية الاجتماعية لفواعل الرعاية الاجتماعية، وما هو نطاق مسئولية الرعاية الاجتماعية التى ينبغى أن يضطلع بها كل فاعل. سواء كانت الأسرة التى عليها أن تقدم الرعاية الاجتماعية لأعضائها التى يحتاجون إلى رعايتها، كالطفولة والشباب، والمسنين واعضاء الأسرة من ذوى الاحتياجات الخاصة. بالإضافة إلى مسئولية الدولة، التى عليها أن تطور السياسات الاجتماعية لتحقيق الرعاية الاجتماعية. وذلك بإعتبار ان الدولة هى التى تمتلك الامكانيات التى تيسر لها القيام برعاية مواطنيها. يضاف إلى ذلك المجتمع الذى يضم الروابط والتجمعات الاجتماعية القادرة على إنتاج رأس المال الاجتماعى الذى يمكن الاستفادة من بعضه فى رعاية بعض الفئات المهمشة إجتماعيا [٢٦].

ويشير المبدأ الثالث إلى أن الرعاية الاجتماعية تضطلع بعدة وظائف أساسية يمكن تصنيفها إلى نموذجين من الوظائف، الوظائف المؤسسية والأساسية. وهى الوظائف التى تشير إلى الجهود الرسمية أو الأهلية التى تقوم بها مختلف المؤسسات، التى تهتم بمواجهة الفقر

بالأساس، وأيضا تقديم مختلف الخدمات من لا يستطيع الحصول على هذه الخدمات. بحيث تعمل فى النهاية بإتجاه الارتقاء بأوضاع بعض الفئات إلى مستوى الحصول على الحقوق المقررة لمختلف المواطنين [٢٧]. فى حين يضم النموذج الثانى من الوظائف مجموعة الوظائف الثانوية، وهى الوظائف التى تتأسس فى السياقات الاجتماعية او المجتمعات التى لم تعد تعانى من الفقر، أو هى المجتمعات التى تعيش فى ظل حالة من الأزدهار والرفاهية، حيث يتم التدخل بأساليب الرعاية الاجتماعية فى بعض الظروف الاستثنائية. مثال على ذلك الرعاية الاجتماعية للمتضررين من بعض الظروف الطارئة والعارضة والاستثنائية. أو فى بعض الظروف التى تبرز فيها بعض الفجوات الاجتماعية، حيث يحتاج المواطنون فجأة إلى الخدمات التى قد لا يستطيعون الحصول عليهاـ مثال على ذلك سكان المناطق التى تقع فيها الزلازل او تجتاحها العاصير. حيث تهدف الرعاية الاجتماعية فى هذه الظروف إلى دعم الفئات الاجتماعية التى همشت تهميشا مؤقتا، حتى يستعيدوا قدراتهم السابقة على الفعل والتفاعل الاجتماعى [٢٨]. ذلك يعنى أن إجراءات الرعاية حينئذ تسعى للحفاظ على الموارد البشرية باقية، لحين تطوير قدراتها وإمكانياتها بعد ذلك.

ويؤكد المبدأ الرابع على أهمية تحديد المتغيرات وتطوير المؤشرات التى تحدد بدقه الفئات الاجتماعية التى تحتاج إلى الرعاية الاجتماعية، أو تحدد قدر الإشباع الذى تحقق بفعل إجراءات الرعاية الاجتماعية، وإرتباطا بذلك قدر التمكين والاندماج الاجتماعى الذى تم

إنجازه. إستناداً إلى ذلك تبذل جهود كثيرة لإستكشاف المتغيرات والمعايير التى يمكن تطوير مؤشرات إجتماعية بشأنها، لقياس مردودات الرعاية الاجتماعية لبعض الفئات المهمشة أو التى تواجه أوضاعاً خطرة. حقيقة أن هناك عديد من المؤشرات الاجتماعية التى تقيس مردودات النظام الاقتصادى والتنمية الاقتصادية، كمؤشرات الرعاية الاجتماعية، وقضاء وقت الفراغ والتماسك الاجتماعى، والتمكين الذاتى للفرد والأسرة والمجتمع المحلى. وقد كان هذا المطلب على عكس ما أعتقد فريدريك هيرش، الذى ذهب فى عام ١٩٧٦ إلى أن هذا الهدف – أى تطوير مؤشرات إجتماعية– بعيد عن التحقق، لانه ليس هناك مؤشر للسلوك – من وجهة نظرة– يمكن أن تتحقق من صحته، وحساب ذلك بصورة منظمة، أو فهمة بصورة سهلة (٢٩). غير أننا نلاحظ أن البرنامج الانمائى للأمم المتحدة شرع منذ بداية التسعينيات بتطوير مقياس كدليل للتنمية البشرية "يركز على مؤشرات إجتماعية هامة، يمكن مقارنتها مع حسابات الدخل القومى، ورغم وجود بعض النقص فى هذا الدليل إلا أنه يمكن تطويره.

٢. **أهداف الرعاية الاجتماعية:** إستناداً إلى المبادئ الموجهة للرعاية الاجتماعية تتحدد أهدافها، والهدف بطبيعة الحال هو الغاية التى تسعى لتحقيقها أو الوصول إليها، حيث يمثل الهدف نقطة الانطلاق لكل جهد مبذول، لكونه يعبر عن أسلوب إشباع الحاجات. وإرتباطا بذلك، يقصد بأهداف سياسة الرعاية الاجتماعية، جملة النتائج التى تستهدف الرعاية الاجتماعية تحقيقها، من خلال نشاطاتها وبرامجها

المختلفة. إلى جانب ذلك فهى تعنى التغيير المقصود أو المطلوب نتيجة لتنفيذ إجراءات الرعاية الاجتماعية [٣٠]. إستناداً إلى ذلك فإذا حاولنا تحديد أهداف سياسة الرعاية الاجتماعية فسوف نجد أن الهدف **الأول** يتمثل فى المشاركة الفعالة لبناء الإنسان والارتقاء بمستواه وتحقيق مصالحة، بحيث يصبح الغابة والوسيلة، وذلك حتى يلعب دوراً أساسياً فى تطوير مجتمعه [٣١]. ولتحقيق ذلك فإنه من الضرورى رفع المستوى المعيشى للبشر للإرتقاء بنوعية حياتهم إضافة إلى حماية الأشخاص والعائلات المعرضة للخطر. فى حين يتحدد الهدف **الثانى** بسعى الرعاية الاجتماعية إلى تطوير قدرات البشر العاجزين والمهمشين، حتى يكونوا قادرين على الاسهام فى بناء مجتمعهم. بيد أن تطوير هذه القدرات ينبغى أن يشكل مرحلة تالية لتحقيق اكبر قدر من إشباع الحاجات الإنسانية. وتوفير الخدمات التى تتولى إشباع الحاجات القائمة والمتجددة للبشر، إلى جانب التوسع فى الخدمات، والعمل على رفع المستويات المعيشية للبشر من أفراد المجتمع، وبخاصة هؤلاء الذين يعانون من حالة التهميش الاجتماعى [٣٢].

بالإضافة إلى ذلك يشير الهدف **الثالث** إلى ضرورة دعم قيم التعاون الاجتماعى داخل نطاق المجتمع المحلى، وحماية الروابط القرابية والاجتماعية للعائلات، بحيث تكون قادرة على إنتاج رأس المال الاجتماعى، الذى يوجه بعضه إلى الرعاية الاجتماعية للعاجزين والمهمشين الذين هم فى حاجة إليها. وإذا كان ذلك جائز فى السياق التقليدى، فإن السياق الحضرى يتطلب تقوية الروابط بين المواطنين.

وتدعيم العلاقات بينهم، على أساس من التعاون والاخاء، وتحقيق التكامل الاجتماعى بين جميع أفراد المجتمع، وهى الجهود التى تشكل مجال فاعلية المجتمع المدنى، بخاصة المنظمات غير الحكومية (٣٣). فى حين يتحدد الهدف **الرابع** بإتجاه الرعاية الاجتماعية إلى تحقيق الاستقرار النفسى والاجتماعى، لهؤلاء الذين يحتاجون لكل أشكال المساعدة، سواء المساعدة النوعية أو النقدية أو إعادة تأهيلهم وفق أعمال تفيد المجتمع. ويرتبط بذلك الاسهام فى تقديم المساعدة العينية والنقدية للمحتاجين من الأسر والأفراد، لرفع المستوى المعيشى والاجتماعى لذوى الحاجات. ومحاربة العادات والسلوكيات المنحرفة، التى يمكن أن تنشأ كالتواكل والاعتماد على مساعدة الدولة، والتسول والتشرد وغيرها من العادات المنحرفة. كما يرتبط بذلك تامين الرعاية والحماية للأفراد والأسر المشمولة بالمساعدات الاجتماعية، من ذوى الحاجات والمعوزين، والذين يواجهون مخاطر الانحراف الاجتماعى (٣٤).

ويذهب الهدف **الخامس** إلى ضرورة ان توجه جهود الرعاية الاجتماعية الإمكانيات المتاحة، نحو تنمية الطاقات البشرية المعطلة، وإعادة تأهيلها، وتأمين التحاقها بالأعمال ومشاركتها فى بناء المجتمع. ويتصل بذلك بذل الجهود الفعالة لبناء الإنسان والارتقاء بأوضاعه، بحيث يصبح هو الغاية والوسيلة، حتى يتمكن من المشاركة الايجابية فى تطوير وتحديث المجتمع. ويؤكد الهدف **السادس** على إهتمام الرعاية الاجتماعية بالبعد المجتمعى، وليس بعد الفرد فقط. وفى هذا الاطار تعمل سياسات الرعاية الاجتماعية،

بإتجاه تحقيق أمثل إستثمار ممكن للإمكانيات والموارد البشرية والمادية والتنظيمية المتاحة فى المجتمع. والتى يمكن توفيرها وتحقيق التوازن فى توزيع ناتج التنمية، على المواطنين على أساس من العدالة فى توزيع الحقوق والواجبات [٣٥]. كذلك تحقيق النمو المتوازن بين كافة قطاعات النشاط الاجتماعى والاقتصادى والثقافى والمادى فى المجتمع. ويرتبط بذلك العمل على تجديد وتطوير ودعم النظم الاجتماعية القائمة، لزيادة كفاءتها بالنسبة لجهود إحداث التغيير المطلوب، وتحقيق الاداء فى العمل الاجتماعى فى شتى مجالات الرعاية الاجتماعية [٣٦]. ويتصل بذلك الهدف **السابع** للرعاية الاجتماعية والذى يؤكد على ضرورة توجيه الرعاية الاجتماعية فى المجتمع، من خلال الخطط والبرامج والمشروعات الاجتماعية، لنقل المجتمع من وضع إلى وضع أفضل. بما يضمن تحقيق الرفاهية الاجتماعية لأفراده، إستنادا إلى تعاون وتنسيق الجهود المختلفة لتحقيق أهداف رعاية المجتمع ذاته، وليس الفرد فقط. ويقود ذلك إلى ضرورة القيام بالإصلاح الاجتماعى، وتحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية، فى توزيع الموارد والخدمات بين أفراد المجتمع. مع إدراك أن الرعاية الاجتماعية لا يمكن أن تحقق أهدافها وخدماتها بالكفاءة المنشودة، دون وجود سياسات واضحة ومحددة للرعاية الاجتماعية، تتمركز حولها الجهود والأنشطة المختلفة لتحقيق أهداف الرعاية الاجتماعية [٣٧]. حيث يساعد تحقيق الرعاية الاجتماعية لأهدافها، سواء على مستوى الأفراد أو الجماعات الخاضعة لأى من صور التهميش الاجتماعى. او المجتمعات المحلية أو حتى المجتمع العام، فى إمتلاك القدرات الفعالة التى تؤدى إلى إنطلاقه على طريق

التحديث، وإمتلاك الامكانيات والقدرات، التى تيسر له إشباع الحاجات الأساسية لمواطنية.

رابعاً: مؤشرات قياس إنجازات سياسات الرعاية الاجتماعية:

درج المتخصصون فى علم الاقتصاد إلى التأكيد على المتغيرات الاقتصادية لقياس منجزات التنمية والتحديث ومنحها كل الاعتبار. بحيث عبر ذلك عن رؤية أحادية، أغفلت الاستعانة بالمؤشرات الاجتماعية، لقياس عائد التنمية على البشر الذين قامت من أجلهم التنمية الاقتصادية. ويرجع إغفال المتغيرات الاجتماعية التى لها مؤشراتها إلى تعثر كثير من خطط التنمية، وإعاقة النمو الاقتصادى، وظهور آثار جانبية سلبية، إلتهمت عائد التنمية الاقتصادية وقلصت معدلات النمو. مثال على ذلك فإنه إذا كانت التنمية الاقتصادية – فى فترة عقود تنمية العالم الثالث فى النصف الثانى من القرن العشرين – قد ركزت، إستجابة لمتطلبات الجدوى الاقتصادية كتخفيض النفقات وزيادة الأرباح. فإنها أدت إلى تدفق الهجرة الريفية من الريف والبادية إلى المدن، الأمر الذى أورثت المدينة نموا سكانيا مشوها وغير طبيعى، أساء إلى البيئة، وشكل عبئا ثقيلا على الخدمات المختلفة. وأسس الأسكان السئ والمرافق المتردية، كما نشر البطالة، وأظهر جيوب الفقر والحرمان التى شكلت تهديداً للإستقرار السياسى والاجتماعى [٣٨]. فالإنسان الفقير أو الذى يعيش على حافة الفقر – نظراً لإنتشار التعليم وفاعلية وسائل الاتصال – لم يعد الإنسان الساذج والأمى، الذى لا يدرك ما يدور حوله، بل إننا نجده اليوم أكثر قابلية للإستنفار والتحفيز والاستهواء السياسى الراديكالى من كل

نوع. بالنسبة للفقير المهاجر، فإن سلامة البيئة، وإتساع المساحات الخضراء المحيطة بالمدينة، لا تعنى بالنسبة له شيئا، لأن تفكيره يتركز على تامين سكنة، وحد أدنى من الشروط الضرورية لمعيشته. وهو ما يعنى ان إغفال التفكير الاقتصادى للمتغيرات الاجتماعية ومن ثم المؤشرات الاجتماعية التى تقيسها من الطبيعى أن تؤثر سلبيا على بناء المجتمع، سواء فيما يتعلق بتماسك نسيجه الاجتماعى أو بآدائه السياسى (٣٩).

على هذا النحو تبرز أهمية المؤشرات الاجتماعية التى تقيس فاعلية سياسات الرعاية الاجتماعية، وتفعيل إجراءاتها، بحيث تؤدى فى النهاية إلى إشباع الحاجات الاجتماعية لبعض الفئات الاجتماعية، بهدف الارتقاء بمستوى نوعية حياتهم أو حل بعض المشكلات الاجتماعية التى قد تسبب معاناة بعض المواطنين فى المجتمع. لذلك أصبح من الضرورى تطوير بعض الأساليب التى تيسر لنا قياس فاعلية سياسة الرعاية الاجتماعية وإنجازها على مختلف هذه الجبهات. ويمكن القول بأن حركة تأسيس المؤشرات الاجتماعية تضافرت مع التفكير فى نشأة العلوم الاجتماعية وبخاصة علم الاجتماع. يضاف إلى ذلك أن المؤشرات الاجتماعية تأثرت بالتنظير الاجتماعى والأيديولوجى، الذى شكل تمهيداً لنشأة علم الاجتماع ذاته. بحيث نجد تأكيد مختلف الاتجاهات على تطوير مؤشرات تتسق مع مضامينها الأساسية.

١. **الأبعاد الأساسية لصياغة المؤشرات:** أصبحت حركة المؤشرات الاجتماعية حركة نظرية ومنهجية فى ذات الوقت، تسعى إلى متابعة

حركة النمو والتطور التى تمر بها المجتمعات من خلال المؤشرات الموضوعية. إضافة إلى تتبع آثار هذه التطورات العامة على حياة الأفراد من خلال المؤشرات الذاتية. وفى هذا الإطار سوف نعرض لعدة أبعاد أساسية ذات علاقة بصياغة المؤشرات الاجتماعية. حيث يتعلق البعد **الأول** بأن المؤشرات تحول الواقع إلى وحدات قابلة للقياس، ومعنى ذلك أن تأسيس علاقات سببية بين هذه المؤشرات، يعنى القدرة على تطوير إطار كلى يعكس كلية الواقع الاجتماعى. بينما يشير البعد **الثانى** إلى أن المؤشر الاجتماعى يعتبر مقياسا لمجال واقعى بعينه للتعرف على إنجازات على سياسات الرعاية الاجتماعية فى إطاره بينما يتعلق البعد **الثالث** بتأثر بناء المؤشرات بطبيعة التنظير الذى يستند إليه. ففى حين يؤدى الإستناد إلى أفكار النظريات المتوسطة المدى، التى أكد عليها روبرت ميرتون R. Mertom، إلى صياغة مؤشرات ذات طبيعة واقعية. يؤدى الإستناد إلى أفكار النظرية الشاملة مثل افكار تالكوت بارسونز T. parsons إلى صياغة مؤشرات تتجاوز الواقع الاجتماعى المحدود، إلى الواقع الإنسانى العام. ويتصل البعد **الرابع** بالمعايير التى طورها التراث النظرى لحركة المؤشرات، والتى ينبغى أن تتوفر للمؤشر حتى يصبح مقياسا فعالا، لقياس الواقع الاجتماعى والتفاعل بين متغيراته. ومن هذه المعايير الصدق التصورى والتحليلى والملاءمة والكفاءة والكفاية، وهى معايير هامة تتضمن إرتباط المؤشر الاجتماعى بمتغيرات السياق الاجتماعى. ويؤكد البعد **الخامس** على إحتمالية التحيز وتدخل أحكام القيمة فى بناء المؤشرات الاجتماعية، بإعتبار أن المؤشرات الاجتماعية هى بالأساس إبداعات إنسانية ترتبط

بمتغيرات واقعية. ولذلك فإن الباحثين يبذلون جهوداً كبيراً للوصول إلى مجموعة من المؤشرات التى تمتلك مستويات عالية من الموضوعية، وتلقى قبولا من مختلف الباحثين. ويرتبط البعد **السادس** بأنماط المؤشرات الاجتماعية. وفى هذا الإطار هناك المؤشرات ذات المرجعية النظرية، إضافة إلى المؤشرات ذات المرجعية الواقعية (٤٠).

٢- **تعريف المؤشرات الاجتماعية:** قدمت تعريفات عديدة للمؤشرات الاجتماعية، حيث إنطلقت بعض هذه التعريفات من أطر نظرية، بينما إنطلق البعض الآخر من ممارسات إحصائية واقعية، وكلاهما حاول تقديم المؤشرات كوسائل أو أدوات يمكن بواسطتها قياس الواقع الاجتماعى. فى هذا الإطار يعرف المؤشر بإعتباره "مجموعة من البيانات الكمية أو الكيفية عن جانب أو أكثر من جوانب الحياة الاجتماعية، والتى يمكن إستناداً إلى طبيعتها أن تدل أو تؤشر على واقع المجتمع (٤١). وقد عرفها ريمون باور Raymond Bauer رائد حركة المؤشرات الاجتماعية، بأنها مجموعة أو وسلسلة الاحصائيات، وجميع أشكال التدليل التى تساعد فى تحديد الوضع الراهن للمجتمع. والتنبؤ بإتجاهات التغير، وتقييم البرامج المحددة ورصد آثارها، وذلك فى ضوء القيم والأهداف الخاصة بالمجتمع" (٤٢). بالإضافة إلى ذلك هناك من يعرف المؤشرات بإعتبارها "قياس أو ترجمة كمية للمفاهيم الاجتماعية الكيفية، بحيث تصبح قابلة للقياس العلمى، وذلك بهدف تشخيص مختلف الجوانب التى تحتاج إلى الرعاية الاجتماعية وتفسيرها ورصد تطوراتها زمنيا ومقارنتها

بالمجتمعات الأخرى. وهى أغراض تخدم فى أغلبها صنع القرارات المتصلة برسم سياسات الرعاية الاجتماعية" (٤٣). ويشير تأمل مجموعة التعريفات السابقة إلى بروز عدة حقائق أساسية.

أ- تشير المؤشرات إلى مفاهيم أو متغيرات إجتماعية قابلة للقياس مثل الشوارع الآمنة أو الصحة الجديدة أو مستوى التهميش والتمكين والاندماج الاجتماعى أو إلى مصطلحات إجرائية تيسر بحث المفهوم وتحليله، مثل عدد الأيام بلا جريمة أو عدد الأيام التى قضاها الإنسان بصحة جيدة أو بدون مرض (٤٤). وعلى هذا الأساس يمكن التعبير عن حالة أى متغير واقعى فى حالته العادية، من خلال قياسة بواسطة المؤشر، للتعرف على مدى إتساق أو إنحراف المتغير الذى نقيسة عن الحالة المعتادة والصحيحة.

ب-تختلف المؤشرات عن الاحصاءات الاجتماعية من عدة أبعاد، حيث يؤكد البعد الأول أنه إذا كانت المؤشرات الاجتماعية تقوم على سلسلة من الاحصاءات الاجتماعية، فإن ذلك لا يعنى ان تكون كل الاحصاءات الاجتماعية مؤشرات إجتماعية فى حد ذاتها. والثانى أن الاحصاءات الاجتماعية عبارة عن أرقام قد تكون خالية من المعيارية، أو ليست ذات قيمة معيارية فى حد ذاتها، بينما تستطيع المؤشرات أن تقوم بوظيفة معيارية واضحة ومباشرة ودقيقة. والثالث أن المؤشرات الاجتماعية تعتمد فى تأسيسها وإستخدامها على الاحصاءات الاجتماعية، بحيث تخلو

من المعنى والدلالة بدونها. أما الاحصاءات الاجتماعية فهى قائمة بذاتها بصرف النظر عن وجود المؤشرات الاجتماعية أم لا، وبذلك فإن المؤشرات الاجتماعية ذات طابع إخبارى يمكن التأكيد من صدقة إمبيريقيا (٤٥).

ج- أنه يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من مؤشرات سياسة الرعاية الاجتماعية، الأول المؤشرات الوصفية للمخرجات، أى مقاييس الناتج النهائى للعمليات الاجتماعية، وهى تتصل بسياسات الرعاية الاجتماعية مباشرة، ويمكن قياسها بالمؤشرات الذاتية. والثانى المؤشرات الوصفية الأخرى، التى توفر الأساس لقرارات سياسات الرعاية الاجتماعية، بإستخدام مقاييس الشروط الاجتماعية للوجود الإنسانى فى شكل مقاييس للمدخلات والوسائط. والثالث المؤشرات التحليلية التى تعبر عن مكونات النماذج التصورية التى تساعد فى تحديد العلاقات السببية فى المجتمع وعزلها (٤٦).

د- إستناداً إلى التعريفات السابقة يمكن القول بأن مؤشرات الرعاية الاجتماعية تستند بالأساس إلى الاحصاءات المتعلقة بمختلف جوانب الحياة الاجتماعية. وفى هذا الإطار من الممكن أن تصور المؤشرات الاجتماعية الحالة الاستاتيكية الثابتة للمجتمع، إذا كانت تتعلق بثوابته. أو تصور العمليات أو الجوانب الدينامية، إذا كانت تحاول قياس مستوى التفاعل الاجتماعى بين

المتغيرات، أو التغير الذى يطرأ على المتغيرات المشكلة لبناء النسق الاحتماعى [٤٧].

ه- أن المؤشر له أربعة وظائف أساسيه، الأولى أن المؤشر يقيس شيئا يقع خارج مكوناته الأساسية أو سماتة الأساسية، والثانية، أن المؤشر يشير إلى متغير أساسى وواقعى ويشكل أحد مكونات المجتمع. والثالثة أن المؤشر يقدم بيانات كمية دقيقة لرصد البرامج وتقييمها، والرابعة أن المؤشر يعبر بشكل ضمنى عن علاقة متسلسلة او متعاقبة بين المتغيرات الاقتصادية والثقافية [٤٨].

٣- **المرجعية النظرية لبناء مؤشرات الرعاية الاجتماعية:** إشرنا فيما سبق إلى أن الاتجاهات النظرية العامة، التى شكلت تمهيداً للتنظير السوسيولوجى الذى أصبح وريثا للاتجاهات النظرية العامة المنبتة الصلة بالواقع، والتى ما زالت لها الطابع الفلسفى. حيث نجد أن نماذج التنظير السوسيولوجى الحديث، حاولت تطوير بعض المؤشرات التى يمكن أن تقاس بواسطتها حالة المتغيرات الواقعية. فى هذا الإطار فإن لدينا نموذجين من المؤشرات التى طورها التنظير السوسيولوجى وهى النموذج المثالى لمؤشر المتغير الواقعى الذى طوره عالم الاجتماع ماكس فيبر، والذى يعد إستمرارا للتنظير المثالى. إضافة إلى النموذج المتوسط للمؤشر الذى طوره عالم الاجتماع إميل دوركيم، الذى يعد فى تنظيره إمتدادا للتيار الوضعى، ونعرض فيما يلى لكل نموذج من هذه المؤشرات.

أ- **النموذج المثالى للمؤشر:** فى محاولة تحديد النموذج المثالى لأى وحدة أو مفردة أو متغير، يرى ماكس فيبر أن النموذج المثالى للمؤشر، يتشكل من العناصر التى جردت عن الواقع، والتى توضع إلى جانب بعضها البعض، بحيث تشكل نموذجاً تصوريا متماسكا، فى أوضاعها المثالية. ويوضح ماكس فيبر أن النموذج المثالى يتشكل من المعرفة النظرية المتيسرة للباحث فيما يتعلق بأى من متغيرات الواقع. وتوجد قاعدتين أساسيتين ينبغى مراعاتهما فى تأسيس النموذج المثالى لأى متغير. الأولى الامكانية الموضوعية Objective Possibility، والثانية السببية الكافية Adquate Causation. إذ تضمن الوحدة أو الخاصية فى بناء المؤشر إذا أكدت عليها المعرفة القائمة، وهو ما يعنى أنها تصبح ممكنه من الناحية الموضوعية. ويمكن أن تتدرج الامكانية الموضوعية للوحدة التى تدخل فى بناء المؤشر من صفر – ١٠٠. أما الكفاية السببية أن يكون العنصر الذى يدخل فى بناء النموذج المثالى للمؤشر، له دلالته السببية بالنسبة للوحدة موضع الاهتمام والقياس. فإذا تمت صياغة النموذج المثالى للمؤشر، فإنه يمكن أن يساعدنا فى تحديد طبيعة المتغيرات المختلفة، فتحديده يساعد فى مقارنة التنوعات الواقعية للمتغير.

إرتباطا بذلك يرى ماكس فيبر أن النموذج المثالى للمؤشر يمكن أن يقوم بعدة وظائف أساسية، حيث تتمثل الوظيفة

الأولى فى كونه عبارة عن وسيلة منهجية تساعد فى توضيح معنى الموضوع قيد البحث. فهو عبارة عن إجراء منهجى خالص يطوره الباحث إراديا لقياس حالة أى من المتغيرات، أى قياس ما هو كائن على ما ينبغى أن يكون، أو قياس ما هو واقعى وفقا لما هو مثالى. ولذلك فإننا نجد أن النماذج المثالية ليست صادقة او زائفة، ولكنها مثل أى أى آداة منهجية أخرى، تكون مفيدة أو غير مفيدة [٤٩]. **والثانية** أن الدور الحقيقى للنموذج المثالى للمؤشر يكمن فى إعتباره وسيلة منهجية توضيحية، تساعد فى أصدار الأحكام التى تتضمن إدراك إتجاه العلاقات السببية. بالإضافة إلى ذلك فإن إستخدام النموذج المثالى كمؤشر يساعدنا فى تحديد ما هو فريد وأساسى بالنسبة للمتغير، وما هو ثانوى. وذلك من خلال توضيح مدى إبتعاد واقع المتغير عن الصياغة التحليلية المجردة لذات المتغير، وبذلك يؤدى النموذج المثالى للمتغير دوره بإعتباره وسيلة قياسية [٥٠]. **والثالثة** أنه حينما نتمكن من صياغة النماذج المثالية كمؤشرات لمتغيرات الواقع، فإنها بذلك تشكل إطارا نظريا شاملا له قدرته على فهم العلاقات السلبية بالواقع [٥١]. **والرابعة** أن النموذج المثالى للمتغير يمكن أن يلعب دوره كمؤشر يستخدم للمقارنة الموضوعية والعلمية. وبذلك يرى فيبر أنه يمكن إعتبار النموذج المثالى مؤشراً للمقارنة، يمكن بناء عليه قياس أو تحديد أى إنحراف لواقع المتغير عن نموذجه المثالى [٥٢].

ولصياغة النموذج المثالى للمتغير الواقعى، فإننا نحلل المتغير إلى عناصره الأساسية، وإلى طبيعة العلاقات السببية بين هذه العناصر، ثم نحاول صياغة كل عنصر فى بناء المتغير فى حالته المثالية، أو التى ينبغى أن تكون. ثم نعيد تجميع العناصر المختلفة فى مستواها المثالى، لتشكل نظيرا للمتغير الواقعى ولكن فى مستواه المثالى، مثال على ذلك أن الإنسان الفرد فى وضعه المثالى ينبغى أن يكون طوله ١٧٥ سم ووزنه ٧٥ كيلو جرام، ومستوى نظرة ٦/٦، ودرجة ذكائه عالية إلى درجة العبقرية، ولا يعانى من آية أمراض، وغير ذلك من السمات التى قل أن تجتمع فى فرد واحد، إلا إذا أسسناه تأسيسا مثاليا. بحيث يصبح هذا النموذج للإنسان أو للمتغير وسيلة قياسية نقيس بها مختلف عناصر الإنسان الواقعى كمتغير. وبذلك تشكل صياغة نماذج مثالية كمؤشرات نقيس بها مختلف متغيرات النسق الاجتماعى، فى مجموعها صياغة نموذج مثالى للنسق الاجتماعى، ينحرف عنه النسق الواقعى فى أى من متغيراته، أو فى متغيراته جميعاً.

ب- **النموذج المتوسط لإميل دوركيم:** على خلاف ذلك قدم إميل دوركيم النموذج المتوسط للمتغير كمؤشر لقياسة، بحيث يصبح هذا النموذج المتوسط وسيلة قياسية تحقق درجة عالية من الموضوعية. ويؤكد دوركيم أن هذا النموذج يشبه متغيراً أو مفردة ذهنية مجردة، نصل إلى تكوينها عن طريق الجمع

بين أشد الخصائص النوعية عمومية وبين أشد الصور إنتشاراً لدى أفراد النوع. فى إطار ذلك فإن النموذج السليم للظاهرة او المتغير أو المفردة، هو الذى يتطابق مع النموذج المتوسط وأن أى إنحراف عن هذا النموذج المتوسط، يعنى الإشارة إلى أن المتغير الواقعى به إعتدال أو مرضى [٥٣]. بذلك يصبح النموذج المتوسط هو المؤشر الموضوعى الذى تقاس عليه حالة المتغير الواقعى.

ونوضح النموذج المتوسط الذى يعتبر مؤشراً يقاس عليه عند إميل دوركيم، من خلال التأكيد على أننا إذا أردنا أن نشكل نموذجاً متوسطا للإنسان، فإننا نجد أن متوسط الطول فى المجتمع ١٦٥ سم، وأن متوسط النظر ٩/٦، وأن متوسط الوزن هو ٧٥ كج، وأن المتوسط التعليمى هو المرحلة الثانوية. على هذا النحو فإن كل خاصية من خواص النموذج المتوسط، تكون حاصل مجموع أطوال أفراد المجتمع على عددهم، حيث ينتج المتوسط العام للخاصية. ومن جمع هذه الخواص يتشكل النموذج الذى يعتبر مؤشراً لتقدير وقياس حالة المؤشر الواقعى.

٤- **المؤشرات ذات المرجعية الواقعية:** مثلما كان التنظير مرجعية لبناء نمط من المؤشرات، سواء إستندت هذه المؤشرات للنموذج المثالى أو للنموذج المتوسط للمتغير، حيث كانت نماذج المؤشرات هذه تتميز بكونها تأسيسا نظريا بالأساس إستناداً إلى مرجعيات نظرية.

على خلاف ذلك نجد أن المؤشرات الموضوعية والمؤشرات الذاتية، تأسست إستناداً إلى مرجعيات واقعية تتعلق بأوضاع الرعاية الاجتماعية، إستندت فى بنائها إلى معطيات أحصائية توفرت حول مختلف متغيرات المجتمع كما هى الحال فى بناء المؤشرات الموضوعية، أو إستندت إلى تشخيص حالة الرضاء التى عليها أفراد المجتمع فيما يتعلق بإشباع حاجات معينة، كما هى الحال فى المؤشرات الذاتية. ويمكن القول بأن المؤشرات الموضوعية تقيس الوقائع والحقائق المتعلقة بمختلف جوانب البناء الاجتماعى قياساً كميا محضا حسب طبيعة القضية أو المتغير موضوع الدراسة. بينا تقيس المؤشرات الذاتية إدراك وتقييم الأفراد لهذه الوقائع أو الحقائق، كما يخبرونها بأنفسهم، أى الأوضاع. وإذا كنا نحاول التعرف على طبيعة نوعية الحياة التى يعيش فى إطارها البشر، فإن المؤشرات الموضوعية تركز على قياس تدفق السلع والخدمات المرتبطة بحاجات الأفراد قياسا كميا، من خلال البيانات الواقعية. بينما تركز المؤشرات الاجتماعية الذاتية على قياس قدر الإشباع الذى تحقق لهؤلاء الأفراد – إستناداً إلى جهود الرعاية الاجتماعية، من خلال تقييمهم وإدراكهم لذلك إستناداً إلى معدلات رضائهم عن الجوانب المختلفة المكونة لنوعية حياتهم (٥٤). وهو الأمر الذى يعنى أن هناك علاقة قوية بين نمطى المؤشرات، التى نعرض لكل منها.

أ- المؤشرات الاجتماعية الموضوعية: تهتم المؤشرات الاجتماعية فى عمومها برصد جوانب الواقع الاجتماعى الموضوعى، أو

الظروف المعيشية الواقعية لأفراد المجتمع رصدا كميا رقميا يعتمد فى غالبه على الأحصاء. ويرى المهتمون بهذا المجال أن المؤشرات الموضوعية ترتبط عادة بجوانب الحياة الاقتصادية أو الرفاهية الاقتصادية، التى تتحدد من خلال عوامل مثل الدخل والثروة والصحية وغيرها (٥٥). وتتمثل أهم مصادر المادة الموضوعية فى الاحصاءات الرسمية للدولة، التى تتضمن إحصاءات السكان بتفاصيلها، والقدرات الاقتصادية، والمسوح المتخصصه. فهى بذلك تحوى البيانات السوسيوديموجرافية والسوسيواقتصادية، التى تقدم صورة ممثلة للدولة والتنمية بشكل موضوعى محدد (٥٦).

ولبناء المؤشر الموضوعى، فإننا لا بد أن نؤكد على أنه يشير إلى حالة أو مستوى أحد متغيرات الواقع الاجتماعى، ومن ثم فإننا نحدد المتغيرات الفرعية للمتغير الرئيسى، ثم نحاول أن نجمع الاحصاءات المتعلقة بالمتغيرات الفرعية لهذا المتغير الرئيسى لتصبح مؤشراً للمتغير الرئيسى. فمثلا مؤشر الصحة العامة، يفترض جمع الاحصاءات التى تتعلق عن مختلف جوانب الصحة العامة، كنسبة المرضى للأسرة، ونسبة الطبيب إلى عدد السكان، ومتوسط سن الوفاة، ومعدلات الخصوبة ونسبة الاصابة بالأمراض الوبائية. بحيث تدمج الاحصاءات المتعلقة بهذه الجوانب، لتعبر فى مجموعها عن حالة الصحة العامة لشريحة إجتماعية معينة. وبذلك يمكن أن نؤسس عديد من المؤشرات الموضوعية، إستناداً إلى الاحصاءات العامة

المتعلقة بمختلف جوانب المتغيرات، التى تسعى إلى التعرف على حالتها وقياس حالة وجودها.

ب- المؤشرات الذاتية: تهتم المؤشرات الذاتية برصد ما يقرره الأفراد موضع الدراسة، حول مدى الإشباع الذى تحقق لهم، وفى حياتهم فى ظل واقع إجتماعى معين. ويكون ذلك من خلال تقييمهم أو إدراكهم لهذا الواقع كما ينعكس فى مستويات رضائهم أو سعادتهم، بجوانب هذا الواقع الاجتماعى المختلفة، بإعتبارها تشكل مكونات نوعية حياتهم. ويتمثل المصدر الرئيسى لمادة بناء مؤشرات درجة الإشباع أو الرضا أو السعادة التى تتحقق للأفراد من البيانات التى تصور إتجاهاتهم نحو كل جانب من جوانب حياتهم المختلفة، بحيث تتصل هذه المعطيات بالمواقف السيكلوجية الكامنة، وقد برزت اهمية المؤشرات الذاتية بسبب جوانب القصور التى تحلت فى المؤشرات الموضوعية (٥٧).

وتتجلى أبرز مميزات المؤشرات الذاتية، فى أنها تزودنا بالمقاييس المباشرة، التى تقيس تقدير الفرد إشباع حاجاته أو لرفاهيته الذاتية لأن الإنسان الفرد هو الكائن الوحيد الذى يملك الوعى بوجوده، ويمتلك القدرة على تقييم نوعية هذا الوجود سواء فى مجملة أو فى جزئياته. إضافة إلى أن تقييم المادة من أحد أبعادها، كالرضاء أو الإشباع، ييسر مقارنتها فى مجالات عديدة، كمقارنة الرضاء عن الخدمات الصحية،

وحالة الإسكان وظروف العمل، من خلال تقديرات الأفراد لكل جانب من هذه الجوانب. إلى جانب أنها تصاغ وتستخدم بشكل مباشر بواسطة الباحثين، ولذلك يمكن تعديلها فى حالة عدم ملاءمتها أو عدم دقتها. بالإضافة إلى ذلك فإنها تحدد الحدود التى تكون عندها المؤشرات الموضوعية ذات قيمة أو دلالة. حينما ترتبط بإحساس الفرد بإشباع حاجاته ورفاهيته الذاتية فى ضوء واقعة الاجتماعى المعاش. إلى جانب أنها تساعد فى رصد المشكلات، التى يعانى منها البشر، وينبغى أن يتم تناولها بالبحث والدراسة. ولذلك فهى تساعد الجماعات الهامشية فى التعبير عن إحتياجاتهم ومشكلاتهم التى يمكن دراستها بحثا عن حلول لها (٥٨). وتكمن الميزة الأساسية للمؤشرات الذاتية فى أن الأفراد الذين يعيشون حياتهم، هم الذين يقيمون بأنفسهم ظروف هذه الحياة (٥٩).

ومن أبرز المقاييس الذاتية مقياس ليكرت Likert، وهو ينقسم إلى خمس درجات تبدأ من رقم واحد "أوافق بشدة" ثم "أوافق" ثم "أوافق إلى حد ما" ثم "لا أوافق" ثم "لاأوافق بشدة". ويختار المبحوث الاجابة التى يراها مناسبة، وتعكس مستوى رضائه أو إشباعة (٦٠). أما المقياس الذاتى الثانى فهو مقياس كانتريل Cantril، وهو مقسم من "صفرٍ" إلى "عشر درجات"، بحيث يمثل "صفر" الحالة الأكثر سوءاً، بينما "الدرجة العاشر" هى "أفضل حالة". وذلك بالإضافة إلى مقياس ماسلو Maslow، حيث يفترض قياسا متدرجا لإشباع الحاجات الإنسانية من خمس درجات، ويحتوى المستوى الأدنى الحاجات الفسيولوجية كالحاجة إلى الطعام والماء والمآوى والجنس. بينما يتضمن

المستوى الثانى الحاجة إلى الأمان والطمأنينة بالنسبة للفرد والأسرة. فى حين يهتم المستوى الثالث بالحاجات المعنوية كالإنتماء والحب. ويضم المستوى الرابع الاستقلال والحرية، فى حين يضم المستوى الأعلى فى هذا المقياس المتدرج، الحاجة إلى الجمال الفنى والمعرفة، بإعتبارها غايات فى حد ذاتها [٦١]. ذلك بالإضافة إلى مقاييس اخرى عديدة مثل مقياس أندروز وميتسنى، ومقياس ثرستون. إرتباطا بذلك فإن المؤشر الموضوعى يقيس حالة وجود المتغير، بينما المقياس الذاتى يقيس مستوى الأشباع الذى تحقق للفرد من قبل هذا المتغير.

خامساً: رعاية الفئات الاجتماعية:

تسعى سياسات الرعاية الاجتماعية إلى التعرف على إحتياجات الفئات الاجتماعية، التى يعانى بعضها من عملية التهميش الاجتماعى، وتحتاج إلى التمكين والادماج الاجتماعى، لذلك نجد أن مجتمعات الخليج قد تبنت سياسات رشيدة للرعاية الاجتماعية بهدف الارتقاء بأوضاع المواطنين كمدخل للارتقاء بأوضاع المجتمع وتأكيد استقراره وتحديثه، غير أن المواطنين ليسوا متجانسين فى خصائصهم الأساسية، ومن ثم فإنه يمكن تصنيفهم الى فئات. الأمر الذى يشير الى حداثه سياسات الرعاية الاجتماعية، لكونها أكدت على معيار التفريد، باعتباره المعيار الذي على أساسه ندرك احتياجات كل فئة ومشكلاتها. وعلى هذا الاساس نحدد خدمات وبرامج الرعاية الاجتماعية التي يمكن أن توجه لإشباع هذه الاحتياجات الخاصة بالفئات الاجتماعية، المؤسسات

والجهات، التي يمكن ان تقدم هذه الخدمات والبرامج، التى تأسست لصالح مختلف الفئات الاجتماعية التى تحتاج إلى الرعاية. ونعرض فيما يلى لكل فئة من الفئات الاجتماعية، من حيث مكانتها في المجتمع وطبيعة احتياجاتها ومشكلاتها، وطبيعة خدمات وبرامج الرعاية الاجتماعية المقدمة لاشباع هذه الاحتياجات.

١- **حاجة الطفوله إلى الرعاية الاجتماعية:** تطلق كلمة طفل على الذكر والانثى، والفرد والجمع. والمصدر طفوله، والصبي يدعى طفلا حين يسقط من بطن امه حتى يحتلم. والطفل في المواثيق الدولية كل انسان لم يتجاوز الثامنة عشر، مالم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المطبق عليه. وتصنف منظمة اليونيسيف الطفولة الى ثلاث مراحل، الطفولة المبكرة (من يوم واحد- ٦ سنوات) والطفولة المتوسطة، حيث الاطفال في سن المدرسة (من ٦ – ١٤ سنة)، واليافعين المراهقين أو الطفولة المتأخرة وتشغل الفترة من ١٤-١٨ سنة. وتصل نسبة الطفولة فى مجتمعات الخليج إلى ٤٨،٧ % أي ما يقترب من نصف عدد السكان. ويتجلى اهتمام الخطط الوطنية لدولة الإمارات العربية المتحدة – كنموذج لمجتمعات الخليج – على رؤيا مستقبلية للطفولة حتى ٢٠٢٠، كما إستشرفت إلى جانب ذلك رؤيا للفترة من ٢٠٢٠ – ٢٠٣٠ وهو الأمر الذي يعكس إهتماما عاليا بالطفولة . وللطفولة احتياجات من الضروري رعايتها العمل على إشباعها، بحيث اعتبرت حقوقا للطفولة، على المجتمع أن يوفر الخدمات والبرامج، التي تيسر إشباع هذه الاحتياجات، وهي الحقوق التي أقرتها المواثيق الدولية

والإقليمية، التي صادقت عليه دولة الإمارات العربية المتحدة، وأبرز هذه الاحتياجات الحاجة إلى البقاء، وهو الحق الأصيل في الحياة، ويستهدف تمكين الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، والحق في النمو المبدئي والنفسي والنماء الروحي والاجتماعي، والأمان العاطفي والقدرة على التعلم. وفيما يتصل بهذه الاحتياجات تقدم الخدمات التي تتولى إشباعها، انطلاقاً من أن الاهتمام بالطفولة المبكرة، يعتبر الركيزة الأساسية لنمو ونماء الطفل، حيث تقدم مشروعات وبرامج لتأمين طفولة سوية، وأمومة آمنه. إضافة إلى تأصيل التوعية والتثقيف البيئي، ونشر التوعية الصحية العامة للأم والأسرة ومقدمى الرعاية للأطفال، إلى جانب نشر الوعي الغذائي، وتقدم هذه الخدمات مؤسسة التنمية الأسرية بالشراكة مع هيئة صحة وشركة صحه.

كذلك حقوق النماء، تبرز للطفل احتياجات في هذا النطاق، مثل تمكين الطفل من حقة في التنشئة والتربية في اطار الأسرة الطبيعية، وحقة في التعليم الجيد النوعية، الذي يستثير قدراته في الإبداع والابتكار. كما يحتاج الطفل إلى تأكيد القيم الأخلاقية والاجتماعية في ذاته، إضافة إلى تنمية المهارات الحياتية، وتقدم الإمارة الخدمات والبرامج العديدة التي تشبع هذه الاحتياجات. منها تطوير برامج اكتشاف الأطفال الموهوبين وتنمية قدراتهم الإبداعية، وكذلك الاهتمام بالتنمية البدنية والرياضية والترويحية للطفل، طوال مراحل نموه المتعاقبة، إضافة إلى الاهتمام بثقافة الطفل، وخاصة ثقافة الهوية. إلى جانب ذلك إستنهاض وترشيد دور الإعلام

كمصدر هام لتعليم الطفل وتثقيفه، والتصدي لما تنقله الأقمار الصناعية، من قيم واتجاهات تتناقض مع القيم العربية والإسلامية. وتعتبر مؤسسة التنمية الأسرية، ومجلس أبو ظبي الوطني، والمؤسسات الإعلامية، هم الفاعلين الذين يقدمون هذه الخدمات.

يضاف إلى ذلك الحقوق المشاركة، وهي الحقوق التي تعبر عن احتياجات الطفل للمشاركة، حيث يحتاج الطفل اليافع أو المراهق، إلى تنمية قدراته الفنية الخلاقة، وتأكيد اتجاهاته الإيجابية، وتمكينه من المشاركة في مختلف المجالات لتحقيق تقدم مجتمعة. وتقدم مؤسسات الرعاية الاجتماعية البرامج والخدمات التي تشبع هذه الاحتياجات أو تفي بهذه الحقوق، كالتأكيد على ضرورة الاهتمام بمرحلة المراهقة، وتوفير الخدمات الاستشارية والصحية للطفل اليافع " وتوعيته بحماية نفسة من المخاطر والأمراض. ذلك بالإضافة إلى تعريفة بحقوقه وتمكينه من المشاركة في الجهود المبذولة لصالحة، والتعبير عن أرائة، وأداء أدواره في اطار الأسرة والمدرسة والمجتمع. بالإضافة إلى منح الإعلام الموجه للأطفال، مساحة أوسع، إلى جانب دعم مشاركة الأطفال في بعض البرامج الإعلامية المتصلة بالطفل، كذلك الاهتمام بالطفل اليتيم، والتأكيد على أهمية نموه الطبيعي والنفسي والاجتماعي السوى والسليم، فى بيئة تناظر في دفئها الدفىء الأسري. إضافة إلى الحفاظ على حقوق الأطفال القصر لحين بلوغهم السن القانونية التي تؤهلهم لتسلم حقوقهم وإدارتها بأنفسهم، وتقدم هذه الخدمات

مؤسسة التنمية الأسرية ومؤسسة شئون القصر، إضافة الى شراكة مؤسسة التنمية الأسرية مع المؤسسات الإعلامية والتنسيق معها.

يضاف إلى ذلك الحق في الحماية والحقوق المدنية، وهي تعبر عن احتياجات الطفل إلى حمايته من العنف، وسوء المعاملة والأذى والإهمال، والتعرض للمخاطر والانحراف، وإدمان المخدرات وأيضا من الاستغلال الاقتصادي، إضافة إلى ضمان الحقوق المدنية وحقوق المواطنة. وتقدم مؤسسات الدولة الخليجية الخدمات التي تفي بهذه الاحتياجات والحقوق، مثل برامج التوعية بضرورة حماية الأطفال من جميع أشكال العنف والإيذاء، والإهمال في المدرسة، والمجتمع المحلي، ومن الممارسات التقليدية الضارة بالطفل، بخاصة الطفلة. إضافة إلى وضع آليات حماية ومساعدة الأطفال المحرومين من الرعاية، ذلك إلى جانب مواجهة الظروف الصعبة للأطفال الجانحين واليتامى، الذين يعيشون في ظروف غير طبيعية نتيجة لتفكك الأسرة. وكذلك توفير سبل الوقاية والعلاج المبكر والتأهيل للأطفال، من ذوي الاحتياجات الخاصة من المعاقين بدنيا أو ذهنياً أو اجتماعيا، إضافة إلى توعية الأطفال والمجتمع بهذه الاحتياجات، والحق في إشباعها.

٢. **رعاية المرأة وإشباع احتياجاتها الأساسية:** المرأة نصف المجتمع، وهي قاعدة خصوبته، لذلك تسمى" ميثاء"، أى الأرض اللينة الخصبة، تكلم عنها القرآن الكريم وأقر بمكانتها، وأوصى بها الرسول الكريم (ص) في خطبة الوداع. وبرغم ذلك نجدها تواجه

أحياناً الغبن من الثقافة التقليدية، والعنف من الزوج، والتهميش المجتمع، مع أنها المحيطة بالرجل من كل اتجاه، فهى الأم والزوجة والإبنة، ونعرض فيما يلى لمشاركة المرأة فى مختلف مجالات المجتمع.

وفيما يتعلق بمكانة المرأة في البناء السكانى بمجتمعات الخليج، ومشاركتها في قوة العمل. يذهب إحصاء بعض مجتمعات الخليج ١٩٧٥-٢٠١١ إلى أن تعداد المرأة في المجتمع يقترب عادة من ٥٠% إى أن عدد الإناث يساوي نصف عدد المواطنين. وهو مايعني أن نسبة الاناث بلغت ٤٨,٤%، في مقابل نسبة ٥١,٦ بالنسبة للذكور. وبرغم ذلك تصل نسبة مشاركة الإناث في قوة العمل بلغت نحو ٢٨,٤% في مقابل نسبة ٧١,٦ % للذكور. وأن عدد الاناث المشتغلات بلغ نسبة ٢٤,٧% في مقابل نسبة ٧٥,٣% للذكور، بحيث يعنى ذلك أن أحد مظاهر غبن الثقافة التقليدية للمرأة. ذلك يعني أنه من المحتمل أن تعبر البطالة عن تحيز سلبي ضد المرأة، تأكيدا لذلك أن معدل بطالة الاناث، مقارنة بالذكور في دولة الامارات العربية بلغت في عام ٢٠١١ نحو ٢٣,٥% للأناث، قي مقابل ٧,٢% للذكور.

وفيما يتعلق إحتياجات المرأة من المجتمع تشير محاولة التعرف على احتياجات المرأة من المجتمع، فإنه يمكن حصرها في قائمة واسعة من الإحتياجات، نذكر منها الإحتياجات الصحية للمرأة، والتي تعني حمايتها من الأمراض، وإحتياجها إلى الصحة الجنسية

والإنجابية. كذلك إحتياجها لحمايتها من العنف، وحاجتها إلى الحصول على الفرص والموارد الاقتصادية، المتمثله في العمل والمشاركة في السوق. كذلك توفير الخدمات والتدريب، حتى يتيسر لها الوصول إلى الأسواق، كذلك حاجتها إلى المعلومات والتكنولوجيا، إلى جانب الحاجة إلى المواءمة بين مسؤليات العمل والأسرة، إضافة إلى الحاجة إلى تقديم صورة متوازنة وحديثة للمرأة في الإعلام. إلى جانب الحاجة إلى المشاركة، في صنع القرارات البيئية على كافة المستويات، كذلك الحاجة إلى القضاء على الممارسات الثقافية السلبية ضد صغار الأناث. بالإضافة إلى حماية حقوق الطفلة وزيادة الوعي بإحتياجاتها، إلى جانب الحاجة إلى عدم التمييز ضد الإناث الضعفاء، في حالتى الصحة والتغذية، إضافة إلى استئصال الغبن الموجه ضد الطفلة، وتعزيز وعيها ومشاركتها في الحياة الإجتماعية والسياسية.

وإستناداً إلى إحدى الدراسات الواقعية فى أحد مجتمعات الخليج تتحدد احتياجات المرأة حسب مسح احتياجات الفئات المستهدفة من الرعاية الإجتماعية في دولة الامارات العربية. حيث أشارت الدراسة إلى أن نسبة ٧٩% من المبحوثات، إلى احتياجهن لمهارات اعداد السيرة الذاتية، والبحث عن عمل، وإحتياجهن إلى مهارات القيادة والعمل التطوعي بنسبة ٧٥%من العينة. كذلك إحتياجهن إلى خدمة الاستشارات النفسية والأسرية بنسبة ٥٩%، وإحتياجهن إلى برامج التأهيل للمقبلين على الزواج بنسبة ٥٦%، وإلى مهارات التواصل الإجتماعي بنسبة ٥٣%. إضافة إلى إحتياجهن إلى

برامج توعية المرأة بالحقوق والواجبات بنسبة ٥٢%، وإحتياجهن إلى مهارات الأنفاق الصحيح للمال بنسبة ٤٦%. وكذلك إحتياجهن إلى المهارات الوالدية، والتعامل مع الأبناء بنسبة ٤٦%، وإحتياجهن إلى مهارات الثقة بالنفس وإحترام الذات بنسبة ٤١%، وكذلك إحتياجهن إلى مهارات إدارة العلاقات الزوجية بنسبة ٤٢%.

وفيما يتصل بمشكلات المرأة فى مجتمعات الخليج: فإنه إستناداً إلى أحدى الدراسات التى أجريت على أحد المجتمعات الخليجية، توجد بعض المشكلات التي تواجه المرأة، واحتياج لأن يساعدها المجتمع في البحث عن حلول لها. من هذه المشكلات العنف مع المرأة كما ذكرت نسبة ٧٠% من العينة. والرفاهية الزائدة كما ذكرت نسبة ٦٨% والتحرش كما ذكرت نسبة ٦٢%، وعدم الدافعية للتعليم أو التسريب من التعليم ٦١%، والأنحرافات الجنسية والسلوكية كما ذكرت نسبة ٦٠%. والأنفتاح غير الواعي على الثقافات والجنسيات الأخرى، وعدم توفر فرص العمل بنسبة ٤٨%، والفراغ كما ذكرت نسبة ٤٧%، ونظرة المجتمع إلى المرأة كما ذكرت نسبة ٤٢%، وعدم معرفة المرأة بحقوقها كما ذكرت نسبة ٣٩%.

٣- رعاية **الشباب كطاقة فاعلة في حاضر ومستقبل المجتمع الخليجى:**
يشكل الشباب جوهر الطاقة في بناء المجتمع، وهم عنصر الحيوية فيه، هم على مايقول عنهم علماء الاجتماع فترة الاحتياجات الواسعة في عمر الإنسان، فهم في حاجة إلى فرصة العمل، والدخل وتشكيل أسرة، وقيادة نوعية حياة ملائمة. في مقابل أنهم السواعد

القوية، التي تتحمل عبئ الانتاج في المجتمع، لذلك نجدهم يشكلون ثقل الأستقرار الاجتماعى إذا أشبعت احتياجاتهم، وهم الذين يحيلون حياة المجتمع إلى جحيم وفوضى إذا لم تشبع هذه الاحتياجات. إلى جانب ذلك هم الذين قال فيهم رسول الله صلى الله عليه وسلم "ريح الجنة في الشباب فلا تحولوا تيارة إلى النار"، ونوضح فيما يلى مكانة الشباب – كفئة عمرية فى بناء المجتمع.

ولتحديد فئة الشباب، تشغل مرحلة الشباب، الفترة بين انتهاء مرحلة الصبا وبداية مرحلة الرجولة، وهي مرحلة انتقالية في بناء الشخصية الإنسانية. وتتراوح اعمار الشباب من ١٥–٢٥ سنة، وإن امتدت إلى أعلى في الفترة الأخيرة بحكم التطورات الكبيرة إلتى وقعت في العالم في الفترة الأخيرة بسبب التطورات الصحية والطبية إلى الأفضل وهم ينقسمون إلى فئتين فرعيتين. الأولى مرحلة المراهقة التي تمتد من ١٢–١٨ سنة، بمرحلة الشباب المبكر والبالغ، وهم الذين يشغلون الفترة من ١٩–٢٤ سنة. وهناك من يضيفون مرحلة ثالثة تمتد من ٢٥–٣٠، وهي مرحلة الشباب المستقر. وفى الحقيقة يمثل الشباب مرحلة التحول في حياة الانسان على الصعيد البيلوجي والإجتماعي والنفسي، ومن ثم فهم المرحلة الأكثر قلقاً وتوتراً في حياة الإنسان.

ومكانة الشباب في البناء السكاني لمجتمعات الخليج استنادا إلى المؤشرات التقديرية لدولة الامارات العربية كنموذج لمجتمعات الخليج، نجدأن نسبة الشباب عام ٢٠١٠ بلغت ٢٣,٢%، وحتى ٢٠١١ بلغت ٢١%، وأن نسبة الشباب في القوى العامة بلغت

١٨% من إجمالي قوة العمل، بينما بلغت نسبة الذكور نحو ٧٦% في مقابل ٢٤% هي نسبة المشتغلات من الإناث.

وبالنسبة لإحتياجات الشباب إلى الرعاية والاشباع، أشرنا إلى أن مرحلة الشباب هي مرحلة الاحتياجات الواسعة والمتنوعة، ونقصد بالواسعة أن مرحلة الشباب هي مرحلة أكبر عدد من الاحتياجات مقارنة بالصغار، أى مرحلة ما قبل الشباب، أو الكبار، أى مرحلة ما بعد الشباب أو الرجولة. ونقصد بالتنوع، أن بعض هذه الاحتياجات له طبيعته البيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية أو الثقافية.استناداً إلى ذلك فإننا سوف نحاول تحديد احتياجات الشباب على المستوى النظري **الأول**، حيث صنفت احتياجات الشباب إلى أربعة أنماط من الاحتياجات، **النمط الاول** يضم الاحتياجات الفسيولوجية وتحتوي على احتياج الغذاء والماء والهواء والمسكن والأمان والاستقرار. بينما يضم **النمط الثاني** الاحتياجات المرتبطة بالتحضير والاستعداد للعمل والحياة الاجتماعية، وتحتوي على الحاجة إلى تطوير الكفاءة والمهارة "الاكاديمية، والمهنية والعاطفية والاجتماعية والثقافية". ومن الطبيعى أنه إذا اشبعت هذه الحاجات فإن الشباب يكونوا مستعدين للعمل والمشاركة فى الحياة. ويضم **النمط الثالث** الحاجة إلى الارتباط بأسرة ومجتمع، والحاجة إلى إمتلاك القدرة لإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، للحصول على القبول والأمن والتقدير. ويضم **النمط الرابع** الحاجة إلى المشاركة واحترام الذات، ويحتوي على الحاجة إلى فرص المشاركة والاسهام

الايجابي في الأسرة والمجتمع، والحاجة إلى إمتلاك القدرة على اتخاذ القرار وتحمل مسئوليتها.

بالإضافة إلى ذلك تربط مضامين خطة العمل العالمي للشباب لعام ٢٠٠٠ الصادرة عن الجمعية العمومية للأمم المتحدة، هذه الاحتياجات ببعض القضايا الهامة ذات العلاقة بالشباب. ففيما يتعلق بالتعليم، يحتاج الشباب إلى محو الأمية وتحسين مستوى التدريب والمهارات، وتوعية الشباب بالتراث الثقافي لمجتمعهم والمجتمعات الأخرى في العالم. إضافة إلى الحاجة إلى البرامج التي تستهدف تعليم الشباب حل النزاعات، وبناء العلاقات الآمنة، اضافة إلى الحاجة إلى التدريب المهني والفني، بما يتلاءم مع متطلبات سوق العمل الحالي والمستقبلى. وفيما يتعلق بالتوظيف يحتاج الشباب إلى توفير فرص العمل، وتشجيع الشباب في تأسيس المشاريع الخاصة، وتوفير فرص عمل للشباب من ذوي الاعاقة وذوي الظروف الصعبة من المواطنين. إضافة إلى الحاجة إلى مشاركة الشباب في الخدمة المجتمعية، وحماية البيئة والتعاون بين الأجيال. وفيما يتصل بالفقر تبرز الساحة الحاجة إلى تعزيز الخدمات الثقافية والتعليمية، والحاجة إلى برامج تدريبية لتحسين أساليب الانتاج والتسويق. وفيما يتعلق بالصحة، يحتاج الشباب إلى برامج الصحة الوقائية، وإلى تطوير خدمات صحة المعوقين، وتعزيز أنماط الحياة الصحية، وتثقيف الشباب فيما يتعلق بالآثار السلبية لتعاطي المخدرات والكحول وإدمان التبغ. إضافة إلى توعيتهم، الذكور والاناث، بالوقاية من الامراض الفتاكة كمرض نقص

المناعة "الايدز".كذلك حماية الشباب من الاهمال وكافة أشكال الاستغلال الجنسي.

وفيما يتعلق بالبيئة يحتاج الشباب إلى التوعية البيئية، كما يحتاج إلى برامج لتعزيز مشاركة الشباب في الاهتمام بالبيئة، والتدريب على صنع القرار المتعلق بالبيئة ... وفيما يتصل بالادمان يحتاج الشباب إلى التوعية من أجل التعامل السليم مع الأدوية. واساءة استعمال المواد المخدرة، وإعادة تأهيل مدمني المواد المخدرة، وإعادة تأهيل مدمني المخدرات، والحاجة إلى حماية الشباب من التعرض لتعاطي المخدرات. وفيما يتعلق بالسلوك الانحرافي يحتاج الشباب إلى برامج تعزز فرص التسامح والتفاهم بين الشباب بهدف القضاء على التعصب، كذلك يحتاج إلى التوعية بآثار العنف على الفرد والاسرة والمجتمع، كذلك التعريف بأسلوب التواصل بدون عنف، كما يحتاج إلى برامج إعادة تأهيل الشباب ذوي السجل الاجرامي. وفيما يتعلق بقضاء أوقات الفراغ يحتاج الشباب إلى انشاء المكتبات والمراكز الثقافية والفنية في كل انحاء الامارة، كذلك يحتاج الشباب إلى تشجيع المشاركة في السياحة ومتابعة الأحداث الثقافية والرياضية الدولية. وفيما يتعلق بالفتيات الصغيرات يحتجن إلى تعزيز المساواة بين الجنسين، وتوفير فرص التعليم، وأزالة جميع المعوقات امام تعليم الفتيات والشابات. كذلك ازالة كل اشكال التمييز ضد الاناث، وحصولهن على نفس الفرص الصحية، وحمايتهن من كل اشكال الغبن، ومساواتهن بالذكور في فرص العمل والمهن.

وفيما يتصل بالمشاركة يحتاج الشباب إلى توعيتهم بحقوقهم وواجباتهم، كما يحتاجون إلى توفير فرص المشاركة التنموية والبيئية، وإزالة العوائق التي تعترض ذلك، وكذلك يحتاجون إلى دعم الجمعيات الشبابية، وكذلك تعزيز مشاركة الشباب في الانشطة والمحافل الدولية. وفيما يتصل بالعولمة يحتاج الشباب إلى تعظيم إيجابيتها وتخفيض سلبياتها بالنسبة لهم، كما يحتاجون تحسين التعلم بما يتوافق مع التطور في سوق العمل. وتعزيز فرص الرعاية الاجتماعية للشباب وتنمية المهارات التخصصية للشباب، وكذلك إنشاء نظم لرصد آثار العولمة على الشباب، وتقييم مدى إستفادة الشباب من العولمة . وفيما يتعلق بتكنولوجيا المعلومات والإتصالات ينبغي إتاحتها لكل الشباب، كما يجب دمجها بصورة كاملة في التعليم والتدريب، والحاجة إلى التدريب على إستخدام التكنولوجيا الحديثة. إضافة إلى الحاجة إلى حماية الشباب من الآثار الضارة للتكنولوجيا، وحاجة المعوقين إلى إستخدام التكنولوجيا الحديثة، إضافة إلى حاجة الشباب إلى إشراكهم في التنمية القائمة على تكنولوجيا المعلومات والإتصالات.

يؤكد ما سبق نتائج دراسة مسحية لاحتياجات الفئات المستهدفة من الرعاية الإجتماعية في دولة الامارات العربية المتحدة، حيث أبرز البحث عدة إحتياجات أساسية للشباب كالحاجة إلى برامج الوقاية من الكحول والمخدرات، كما ذكرت نسبة ٦٣% من العينة، والحاجة إلى خدمة الإستشارات النفسية والأسرية بنسبة ٦١% والحاجة إلى مهارات القيادة والعمل التطوعي بنسبة ٦٠%. كذلك الحاجة إلى نوادي الشباب الترفيهية اللائقة كما ذكرنا بنسبة ٦٠%

كذلك الحاجة إلى مهارات إعداد السيرة الذاتية والبحث عن عمل بنسبة ٥٧%، والحاجة إلى برامج التأهيل للمقبلين على الزواج بنسبة ٥٦% والحاجة إلى مهارات الثقة بالنفس والبحث عن الذات بنسبة ٥٠%. والحاجة إلى مهارات التواصل الإجتماعي بنسبة ٤٩% إضافة إلى الحاجة إلى مهارات إدارة الوقت وذلك بنسبة ٤٨% والحاجة إلى تعلم مهارات الإنفاق الصحيح للمال بنسبة ٤٣% .

وتتحدد مشكلات الشباب فى مجتمعات الخليج: فى علاقتها ببروز ويتضامن مع ذلك بروز الإحتياجات إلى مساعدة الشباب وحمايتهم، ذكوراً وإناثاً، من تأثير بعض المشكلات، كالعنف كما ذكرت نسبة ٦٣%، وعدم توفر فرص العمل كما ذكرت نسبة ٦٣% والرفاهية الزائدة بنسبة ٦١% . والإنفتاح غير الواعي على الثقافات والجنسيات الأخرى بنسبة ٥٧%، وتعاطي وإدمان المخدرات بنسبة ٥٧%، وعدم الواقعية للتعليم والتسرب من التعليم بنسبة ٥٦%. والإنحرافات السلوكية والجنسية بنسبة ٥٣%، والتفكك الاسري وغياب الرقابة الاسرية، أو الإستخدام المبالغ فيه للأجهزة الإلكترونية بنسبة ٤٨%، والفراغ بنسبة ٣٧%، وهو الأمر الذي يشير إلى إتساع الإحتياجات الشبابية وإرتباطا بذلك المشكلات الشبابية. الامر الذي يفرض على مختلف المؤسسات أن تهتم بالشباب، وأن تؤسس برامج وخدمات الرعاية التي تتولى إشباع الإحتياجات الشبابية، ذكوراً وإناثاً حتى يتحول الشباب إلى طاقة ذات تأثير إيجابى فى المجتمع، وفى تأكيد تماسكة وإستقراره الإجتماعي.

٤. **حاجة كبار السن في المجتمع وإحتياجاتهم** : يشكل كبار السن في المجتمع التقليدي شريحة أو فئة إجتماعية ذات مكانة رفيعة، بإعتبار أنهم يمتلكون الخبرة، لكونهم حاملى التراث الثقافي للمجتمع، ولذلك ينظر إليهم بكل تجلة وإحترام. غير أن المجتمعات الحديثة تؤكد على العلم بدلاً من الخبرة التقليدية أو التراثية، كما أن لها وسائلها الأخرى التي تحافظ بها على التراث. لذلك تنخفض لديهم مكانة كبار السن، يضاف إلى ذلك أننا نجد أن الحضارة العربية، والإسلامية تستند إل قاعدة الدين الذي أمرنا بالرأفة بهم، والإحسان إليهم. على عكس الحضارة الغربية، التى تؤكد على القيم الفردية والعواطف الانانية، ومن ثم فهم ينظرون إلى كبار السن بإعتبارهم كيانات عاجزة لا نفع لها. غير أننا نلاحظ أن بعض القيم الغربية بدأت تنتقل إلى مجتمعاتنا، بحيث وجدنا بعض الفئات بدأت تخلع عن كبار السن إحترامهم وتوقيرهم.

ولتحديد فئة كبار السن، نجد أن المسن يعرف في المواثيق الدولية للأمم المتحدة، بإعتبار من بلغ الستين فما فوق، وقد إستخدم العرب كلمة مسن للدلالة على الرجل الكبير، فنقول سن الرجل، أي كبر وكبرت سنه. وفيما يتعلق بحجم هذه الفئة فى مجتمعات الخليج، فإننا نجد أن نسبة كبار السن بالنسبة لعدد المواطنين بلغت نحو ٣,٦% في عام ٢٠١١. وإستناداً إلى أن توقع العمر عند الولادة قد بلغ ٧٦,٨ سنة، حيث تصل نسبة الذكور منهم إلى ٥٥% في مقابل نسبة الإناث التي بلغت ٤٥% وهو مايعني أن متوسط العمر عند الذكور أعلى مقارنة بالإناث. وأن نسبة المسنين في القوى العاملة بلغت نحو ٢,٢% وأن نسبة الذكور بلغت نحو ٩٨% وأن

نسبة ٦٠% من المسسنين تتراوح أعمارهم من ٦٠ –٦٩ عام، وأن هناك ١٣% من المسنين الذين بلغوا ثمانين عاماً. وأن نسبة ٤٠,٣% من المسنين عاطلين عن العمل. وهو ما يعني أن هناك شريحة من فئة المسنين تدفعها ظروفها للعمل من أجل الكسب، للإنفاق على تكاليف الحياة.

ويمكن تحديد إحتياجات المسنين، بالإحتياجات المتعلقة بالرعاية الإجتماعية للمسنين بإعتبارها تتضمن الحماية الاسرية، والرعاية الصحية، والحصول على الخدمات الإجتماعية لتأكيد إستقلاليتهم، وكذلك التمتع بحقوقهم الإنسانية. وفيما يتصل بالإستقلالية برزت مجموعة من الإحتياجات، كالحصول على مايكفي من الغذاء والماء والمأوى، والدخل، والدعم الاسري والعيش في بيئات مؤمونة، والحاجة إلى الحياة في منازلهم لأطول فترة ممكنة. وفيما يتعلق بالمشاركة برزت الحاجة إلى الأمن دون إستغلال أو سوء معاملة، وأن يكونوا موضع تقدير، كذلك أن يظلوا مندمجين في المجتمع، وأن يعمل المجتمع على تنمية قدراتهم، وأن يتاح لهم الإستفادة من موارد المجتمع الثقافية والروحية والترويحية. إلى جانب ضرورة رفض التمييز ضد المسنين، كذلك الحاجة إلى دعم مشروعات المسنين، إضافة إلى الحاجة إلى تلبية إحتياجاتهم المعيشية، والحاجة إلى التدريب لإستخدام تكنولوجيا المعلومات. كذلك إعادة تأهيل المسنين لعمل منتج، وفى هذا الإطار ينبغى تشجيع التطوع بين المسنين، إلى جانب الحاجة إلى مواصلة التعليم، وحث الاجيال الجديدة على الإهتمام بكبار السن. إضافة إلى الحاجة إلى مكافحة التدخين وتعاطي الكحوليات أو إدمان المخدرات، وحمايتهم وتأكيد

حاجتهم، إلى التدريب على أساليب الرعاية الذاتية، إضافة إلى القيام بحملات إعلامية للتعريف بإحتياجات المسنين، كذلك الحاجة إلى منحهم فرص تفضيليه في المستشفيات. إضافة إلى الحاجة إلى تأمين الأدوية الأساسية والادوات السمعية والبصرية وأطقم الأسنان، والحاجة إلى تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة منهم، إلى جانب توفير الحاجة للعلاج النفسي وتأمين الأطراف الصناعية لذوي الإحتياجات الخاصة، إلى جانب تأمين السكن المناسب، إضافة إلى تأمين المشاركة الإجتماعية والثقافية، وتأمين وسائل الإنتقال وتأمين دور لرعاية المسنين. كذلك وضع برامج للوقاية من العجز، وتأكيد الحاجة إلى رفض سوء معاملة المسنين، وتعزيز التشريعات والمؤسسات القضائية لحمايتهم، إلى جانب القيام بحملات التوعية لحماية المسنين. إلى جانب توفير خدمة الخط الساخن لإغاثة المسنين، تشجيع إقامة حفلات التكريم لهم، إلى جانب الحاجة إلى التوعية الأسرية للتعايش مع المسنين، وتأمين الدعم المادي لأسر المسنين. كذلك تقديم دعم خاص للمسنات الأرامل، وتقديم المساعدة للقائمين على رعاية المسنين، وتعزيز الدور الإيجابي للأجداد والجدات.

يؤكد ذلك نتائج نتائج مسح إحتياجات الفئات المستهدفة من الرعاية الإجتماعية في دولة الامارات العربية المتحدة، حيث حدد إحتياجاتهم بأنها تدور حول توفير فرص العمل التطوعي، إضافة إلى توفير خدمات التمريض المنزلي، والتدريب على مهارات العناية الشخصية. كذلك الحصول على خدمة الإستشارات النفسية، إضافة إلى توفير عمل للمتقاعدين، إلى جانب توفير خدمة الجلساء للعناية بكبار السن، كذلك التدريب على مهارات التواصل

الإجتماعي، وتوفير النوادي النهارية لهم. ذلك بالإضافة إلى إبراز كبار السن لبعض المشكلات، بإعتبارها الوجه الآخر لعدم إشباع بعض إحتياجات المسنين. من هذه المشكلات الإحساس بثقل وقت الفراغ، والعزلة والشعور بالوحده، وعدم القدرة على التكيف مع الواقع الإجتماعي المحيط . كذلك الشعور بإنعدام القيمة وعدم الإحترام، إضافة إلى عدم وجود رعاية صحية منزلية كافية إلى جانب ضعف الروابط، والصلات الإجتماعية مع الآخرين، وهو ما يعنى أننا نجد أن لدى المسنين إحتياجات من الضروري أن تشبع لمواجهة هذه المشكلات.

كما يعانى كبار السن كثير من المشكلات نذكر منها مشكلة قضاء وقت الفراغ، ومشكلة الاحساس بالعزلة والشعور بالوحدة، إضافة إلى عدم القدرة على التكيف مع الواقع الاجتماعى المحيط به، إلى جانب الشعور بإنعدام القيمة وعدم الاحترام. إلى جانب الاحساس الاحساس بعدم وجود رعاية منزلية، كما يعانى المسن من ضعف الروابط والصلات الاجتماعية مع الآخرين.

٥. **فئات ذوي الإحتياجات الخاصة:** تعتبر فئات ذوى الاحتياجات الخاصة. شريحة تضم تنوعات عديدة، تعانى كل منها من مشكلات، ولكل منها إحتياجاتها الخاصة، غير أننا إذا تأملنا ظروف هذه الفئة فسوف نجد أنها تعيش في ظل ظروف خطيرة، الأمر الذي يعني أن لديهم إحتياجات غير أنها لا تحصل على إشباع لها، ويحتاجون إلى البرامج والخدمات التي تتولى إشباعها. وتعد فئة الأرامل من ضمن هذه الفئات، حيث يحتاج الأرامل إلى التوجيه والإرشاد، فيما يتعلق برعاية الأبناء بعد الترمل، سواء من الناحية

النفسية والإجتماعية أو المالية، كذلك يحتجن إلى الإستشارات القانونية. ويشكل المطلقين الفئة الثانية، وهن يحتجن إلى حماية أبنائهن من الإساءة، كذلك نجدهم يحتاجون إلى تيسير الإجراءات المتعلقة برؤية المحضون، إضافة إلى الرعاية من صدمة الطلاق. ويعد فاقدي الرعاية الأسرية الفئة الثالثة من هذه الفئات، التى تحتاج إلى الرعاية الاسرية الكاملة، والبيئة المستقرة، كالحياة في أسر بديلة مستقلة، أو الحاجة إلى الإحتضان العائلي. إلى جانب الحاجة إلى المسكن، إضافة إلى الحاجة إلى الدعم النفسي والإجتماعي، والحاجة إلى المصالحة مع النفس والإعتماد على الذات.

بالإضافة إلى ذلك يعتبر ذوي الإعاقات ضمن الفئات الخاصة، التى تحتاج إلى الرعاية الإجتماعية، حسب نوع الإعاقة ودرجة شدتها. إضافة إلى الحاجة إلى الحصول على فرص التعليم والصحة والعلاج والتأهيل الرياضي والمهني، إلى جانب الحاجة لتوفير فرص العمل، والحاجة إلى الإستشارات فيما يتعلق ببعض الأمور المتصلة بالإعاقة، كذلك الحاجة إلى الدعم من أجل تحقيق التكيف سواء بالنسبة للمعاق أو لأسرته. من هذه الفئات الخاصة أيضاً ضحايا العنف الأسري. وهم الذين وقع بحقهم العنف أو السلوك الإجرامي، حيث نجدهم في حاجة إلى الدعم النفسي كما يحتاجون إلى الحماية وإلى الإرشاد النفسي والإجتماعي للتعامل مع العنف الأسري. إضافة إلى الحاجة إلى دعم الأسر المتضررة من إدمان أحد أعضائها للمخدرات . كما يعد القصر والمحجور عليهم من الفئات الخاصة، حيث يحتاجون إلى رعايتهم رعاية كاملة. كذلك يحتاجون إلى الدعم النفسي، وإلى التدريب على بعض المهارات

الإجتماعية، إضافة إلى حاجتهم إلى الإرشاد الإجتماعي والنفسي، إلى جانب ذلك فهم في حاجة إلى التدريب على بعض المهارات الإجتماعية، كذلك هم في حاجة إلى المساعدة القانونية. يضاف إلى ذلك فئة الموهوبين، وهم فئة تحتاج إلى التدريب لتطوير ملكاتهم وقدراتهم، كذلك الحاجة إلى رعايتهم إجتماعيا ونفسيا، يضاف إلى ذلك تعريضهم للإتصال بجهات تطوير ملكاتهم، إلى جانب الحاجة إلى توفير الدعم الاجتماعى والنفسى لهم، إضافة إلى أنهم يحتاجون إلى الإمكانيات المادية لتطوير ملكاتهم.

وتعد فئة المدمنين ومتعاطى المخدرات من هذه الفئات الخاصة، وهم يحتاجون إلى العلاج الطبى والاجتماعى والنفسى، كذلك هم فى حاجة إلى التأهيل الاجتماعى والنفسى، كما يحتاجون إلى الرعاية اللاحقة بعد التعافى. كذلك الحاجة إلى الدعم المادى لهم أو لأسرهم، إضافة إلى أن بعضهم يحتاج إلى فرصة عمل، بالإضافة إلى حاجتهم للإستشارات القانونية، إلى جانب الحاجة إلى مواصلة التعليم. ويعد **المتقاعدين** إحدى هذه الفئات، وهم فى حاجة إلى الدعم المادى، كما أنهم فى حاجة إلى إعادة التأهيل للقيام بعمل فى أعقاب سن التقاعد، إضافة إلى الحاجة إلى التعليم. كذلك هم فى حاجة إلى الرعاية الصحية، كما يحتاجون إلى قبول أسرهم لهم، كذلك يحتاجون إلى خدمات الترفية والترويح، إضافة إلى حاجتهم إلى الدعم للقيام بمشروعات صغيرة (٦٢).

المراجع:

١. محمد عبد القادرة أسبيقه، مدخل إلى الرعاية الاجتماعية المعاصرة، مجموعة النيل العربية، ٢٠١٣، ص ٣٢.

٢. نفس المراجع، ص ٣٧.

٣. نفس المرجع، ص ٤٣.

٤. الرعاية الاجتماعية ومفهومها والتطور التاريخى للرعاية www.social-team.com/Forum/showthreed.Pn

٥. محمد عبد القادرة أسبيقه، مرجع سابق، ص ٥٢.

٦. سامية عطية نيبوة، أهداف سياسات الرعاية الاجتماعية ومراحلها www.alukah.net/culture10120298

٧. نفس المرجع.

٨. نفس المرجع.

٩. نفس المرجع.

١٠. سمير إبراهيم حسن، المؤشرات الاجتماعية للتنمية الاقتصادية
www.m.ahewar.orgis.asp?aid=29895&=0

١١. نفس المرجع.

١٢. نفس المرجع.

١٣. UNDP، تقرير التنمية البشرية، ١٩٩٨، صص ٢٠-٢١.

١٤. نفس المرجع، ص ٣٧.

15. Giddens, Anthony, The Third Way, The Renewal of Social Democracy Polity Press, London, 1999, Chapte 2.

16. Ibid. Chapter 2.

١٧. سامية عطية نيبوه، مرجع سابق.

١٨. نفس المرجع.

١٩. محمد عبد القادر أسبيقه، مرجع سابق، ص ٧٣.

٢٠. نفس المرجع، ص ٧٧.

٢١. سامية عطية نيبوه، مرجع سابق.

٢٢. نفس المرجع.

٢٣. سمير إبراهيم حسن، مرجع سابق.

٢٤. نفس المرجع.

٢٥. سامية عطوه نيبوه، مرجع سابق.

٢٦. فيصل الأسمرى، مقدمة فى الرعاية الاجتماعية .Faculty. KSU
Edu. Sa/ alasmare – Faisal/ Documents/102/de

٢٧. مختار إبراهيم عجوبة، الرعاية الاجتماعية وأثرها على مداخل الخدمة الاجتماعية المعاصرة، دار العلوم للطباعة والنشر، الطبعة الأولى ١٩٩٠، ص ٣٧.

٢٨. ماهر أبو المعاطى، مقدمة فى الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية، سلسلة مجالات وطرق الخدمة الاجتماعية، دار الزهراء للطباعة والنشر، الطبعة الثانية، ٢٠٠٥، ص ٤٣.

٢٩. مختار إبراهيم عجوبة، مرجع سابق، ص ٤٣.

٣٠. نفس المرجع، ص ٥٢.

٣١. نفس المرجع، ص ٥٣.

٣٢. فيصل الأسمرى، مرجع سابق.

٣٣. ماهر أبو المعاطى، مرجع سابق، ص ٥٧.

٣٤. نفس المرجع، ص ٥٩.

٣٥. محمد عبد القادر أسبيقه، مرجع سابق، ص ٣٢.

٣٦. فيصل الأسمرى، مرجع سابق.

٣٧. مختار إبراهيم عجوبة، مرجع سابق، ص ٤٧.

٣٨. سمير إبراهيم حسن، مرجع سابق.

٣٩. نفس المرجع.

٤٠. أحمد الصبيحى: مستقبل المجتمع المدنى فى الوطن العربى، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، ٢٠٠٠، ص ٨٣.

٤١. هناء الجوهرى: المتغيرات الاجتماعية – الثقافية المؤثرة على تشكيل نوعية الحياة فى المجتمع المصرى فى السبعينيات، رسالة دكتوراه غير منشورة كلية الآداب – جامعة القاهرة، ١٩٩٤، ص ١٢٩.

٤٢. نفس المرجع، ص ١٢٥.

٤٣. نفس المرجع، ص ١٢٦.

٤٤. نفس المرجع، ص ١٢٩.

٤٥. نفس المرجع، ص ١٢٩.

٤٦. نفس المرجع، صص ١٢٩ – ١٣٠.

٤٧. نفس المرجع، ص ١٣٢.

٤٨. نفس المرجع، ص ١٣٣.

49. Freund, Julien: The Sociology of Max Weber Trans. By M. Ilford, Penguin Books, 1972, P, 66.

50. Ibid, Pp 68-69.

51. Rex, John: "Typology and Objectivity, A Comment on Webers Four Sociological Methed "In" Arun Sahay: Max Weber and Modern Sociology, Routledge & Kegan Paul, London, 1971, P. 31.

52. Lackman DT., The Social Construction of Reality, Allen Lans, 1967, P. 82.

٥٣. على ليلة: النظرية الاجتماعية المعاصرة، دراسة لعلاقة الإنسان بالمجتمع، دار المعارف، ١٩٨٣، الطبعة الثانية، ص ٤٨١.

٥٤. هناء الجوهرى، مرجع سابق، ص ١٩٧.

٥٥. نفس المرجع، ص ١٩٨.

٥٦. نفس المرجع، ص ١٩٨.

٥٧. نفس المرجع، ص ٢٠٢.

٥٨. نفس المرجع، ص ٢٠٤.

٥٩. نفس المرجع، ص ٢٠٥.

٦٠. نفس المرجع، ص ٢٠٨.

٦١. نفس المرجع، ص ٢٠٩.

إعتمدنا فى تحديد أوضاع الفئات الاجتماعية، والرعاية الاجتماعية الخاصة بها على تقرير اللجنة الاستشارية للخدمات الاجتماعية، الامانة العامة للمجلس التنفيذى، دولة الامارات العربية المتحدة، التقرير النهائى لمشروع اللجنة الاستشارية للخدمات الاجتماعية، واقع ومستقبل الخدمات الاجتماعية والفئات المستهدفة، أكتوبر ٢٠١٣.

الدراسة السادسة

مفهوم الرعاية الاجتماعية
وفئاتها المستهدفة
ــ من منظور حقوقي ــ

الدكتور يوسف الياس
أستاذ القانون الأجتماعي

مفهوم الرعاية الاجتماعية
وفئاتها المستهدفة
ــ من منظور حقوقي ــ

الدكتور يوسف الياس
أستاذ القانون الأجتماعي

(١)التعريف بالرعاية الأجتماعية

يعد إيراد تعريف مرجعي عام للرعاية الاجتماعية، مدخلاً أساسياً إلى موضوع هذه الورقة، ولهذا الغرض نعرفها على أنها:

نسق منظم من الخدمات الأجتماعية، التي تقدمها هياكل مؤسسية (رسمية وأهلية)، بهدف مد الأفراد والجماعات بالمساعدات التي تحقق مستويات مناسبة للصحة والمعيشة، وتدعم العلاقات الأجتماعية والشخصية بينهم، بما يمكنهم من تنمية قدراتهم وتطوير مستوى حياتهم بإنسجام متناسق مع حاجاتهم الذاتية، ومع مجتمعاتهم.

ويكشف هذا المفهوم الحديث للرعاية الأجتماعية حجم التحول الكبير عن مفهومها القديم، ويبدو ذلك جلياً في عدة جوانب:

(أ) فمن ناحية، يدل إعتبار الرعاية الأجتماعية نسقاً (منظماً) من الخدمات الأجتماعية، على تخطي هذه الرعاية مرحلة كونها مجرد فعل للخير ــ غير منظم ــ، لتتحول إلى (نظام) مؤطر بإطار من القواعد القانونية، يضفي عليها صفتي الالزام والتنظيم.

(ب) ومن ناحية ثانية، يشير قيام هياكل مؤسسية بتقديم الخدمات التي تندرج تحت مفهوم الرعاية الإجتماعية، سواء كانت هذه الهياكل رسمية (حكومية) أم أهلية، إلى أن تقديمها لم يعد يقوم على المبادرة الذاتية للافراد والجماعات الساعية إلى فعل الخير، وإنما غدا ذلك جهداً يبذل وفاء بالتزام قانوني تجاه الاشخاص الذين يتقرر لهم الحق فيها.

(ج) ومن ناحية ثالثة، لم يعد هدف الرعاية الأجتماعية مقتصراً على (إغاثة) الاشخاص الذين يحتاجون إلى الخدمات التي تندرج في إطار مفهومها، لمساعدتهم على تجاوز ظروف الحاجة الآنية الذاتية، وإنما غدت تؤدي وظيفة إجتماعية حيوية مزدوجة، وجهها الأول علاجي يسعى إلى حل مشكلات إجتماعية قائمة، ووجهها الثاني وقائي يهدف إلى وقاية المجتمع من إحتمال مواجهته عللاً إجتماعية، تهدد كيانه.

وتترتب على ما تقدم نتيجتان هامتان:

الأولى/ إن الرعاية الاجتماعية غدت (حقاً) من حقوق الانسان الأساسية، أقرته الصكوك الدولية لحقوق الانسان وأبرزها الاعلان العالمي لحقوق الانسان (١٩٤٨) الذي خصص العديد من مواده للنص على العديد من الحقوق التي تندرج تحت مفهوم الرعاية الاجتماعية الواسع، ومنها الحق في الضمان الاجتماعي (المادة ٢٢)، والحق في العمل

(المادتان ٢٣ و ٢٤)، والحق في مستوى معيشي ملائم (المادة ٢٥)، والحق في التعليم (المادة ٢٦)، هذه الحقوق التي تولى تأكيدها وتفصيلها وأضاف إليها حقوقاً أخرى، العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٦٦)، وأضفى عليها الالزام بالنسبة للدول التي تصادق عليه[١]، وأخضع تنفيذ إلتزاماتها الناشئة عن ذلك لنظام للرقابة والمتابعة.

وقد تبنت دساتير دول المجلس نهج الاقرار لمواطنيها بالحق في الرعاية الاجتماعية، في نصوص أوردتها لهذا الغرض، فيها قدر من التباين في شكل ومضمون صياغتها، إلا أنها على العموم تؤسس لقيام تنظيم قانوني متكامل للرعاية الاجتماعية في هذه الدول[٢].

الثانية/ إن مفهوم الرعاية الاجتماعية إتسع ليتخذ طابعاً شمولياً تمثل في مظهرين:

(أ) شمولية المخاطر الاجتماعية التي تغطيها خدمات الرعاية الاجتماعية لتستوعب كل المخاطر التي تجعل الانسان بحاجة إلى العون والمساعدة لتلبية حاجاته الأساسية، وتحقيق التوافق بينه وبين بيئته المجتمعية.

---

[١] صادقت ثلاث من دول المجلس على هذا العهد هي: البحرين والكويت واليمن.

[٢] أنظر: د. يوسف الياس: الاطار القانوني للسياسات الاجتماعية في دول مجلس التعاون. ورقة مقدمة إلى الورشة الحوارية حول السياسات الاجتماعية وآليات صياغتها ومتطلباتها في دول مجلس التعاون ــ المنامة/ نوفمبر ٢٠١٢.

(ب) شمولية الاشخاص المستفيدين من خدمات الرعاية الاجتماعية، بحيث تشمل جميع الاشخاص المحتاجين إليها ــ دون أي تمييز بينهم ــ على أي اساس غير موضوعي.

من ناحية أخرى، تجدر الاشارة إلى أن التحول الجوهري في مفهوم الرعاية الاجتماعية، من مجرد كونها فعلاً غير منظم للخير إبتغاء مرضاة الله، إلى كونها حقاً من حقوق الانسان يقره القانون ويلزم المكلفين بادائه، بتنفيذ التزاماتهم بشأنه وفقاً لشروط وإجراءات محددة، قد جاء نتيجة لعوامل موضوعية، سياسية وإقتصادية وإجتماعية، أبرز الملاحظات الخاصة بها، يمكن تلخيصها على النحو التالي:

(أ) ساهمت الاضطرابات الاجتماعية التي شهدتها دول أوربا في مرحلة إنتقالها من النظام الاقطاعي إلى النظام الرأسمالي الصناعي، وتفاقم المشكلات الاجتماعية الناتجة عن الهجرة من الريف إلى المدينة، وإنتشار الفقر والبطالة في تأكيد الحاجة إلى الاقرار للانسان بالحق في الرعاية الاجتماعية وتمكينه من الحصول على الخدمات التي تندرج في إطارها.

(ب) كما ساهمت التحولات السياسية التي شهدتها أوربا على إثر قيام نظم الحكم الديمقراطية، وتأسيس دولة القانون والمواطنة، وانتشار الفكر الاجتماعي تحت تأثير النظريات التي روجت للعقد الاجتماعي كأساس للعلاقة بين الحاكم والمحكومين، والتي نادى بها كل من جون لوك في إنجلترا وجان جاك روسو في فرنسا، في قبول أن يكون للمواطن مجموعة من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ومنها الحق في الرعاية الاجتماعية.

ويُعد قانون الفقر الذي صدر في إنجلترا سنة ١٦٠١ م، أول تنظيم قانوني عرفته دول أوربا للرعاية الاجتماعية وتمثلت أهم المبادئ التي قام عليها بما يلي:

* إقرار مسؤولية الأسرة تجاه أفرادها.

* إرساء مبدأ مسؤولية المجتمع باكمله، تجاه المحتاجين من أفراده، وعدم إقتصار هذه المسؤولية على المؤسسات الدينية والخيرية.

* فرض ضرائب على الأملاك، وتخصيص حصيلتها لتمويل صندوق لمساعدة الفقراء.

وقد عدل هذا القانون الذي إستمر نافذاً لأكثر من ثلاثة عقود مرتين في العام ١٨٣٤ و ١٩٠١، إلى أن صدر في أعقاب الحرب العالمية الثانية، في العام ١٩٤٦ تحديداً قانون التأمين الاجتماعي القومي، الذي وضعت في ضوء أحكامه خطة وطنية شاملة للرعاية الاجتماعية تهتم بالصحة والتعليم والضمان الاجتماعي والمساعدات العامة وعلاوات الأسرة وغيرها من وسائل وأساليب ضمان مستوى معيشي لائق للمواطن.

وأدت الظروف التي أعقبت إنتهاء الحرب العالمية الثانية، وما وفرته من فرص لسيادة وإنتشار الفكر الاجتماعي إلى أن يتخطى الاهتمام بحقوق الانسان عموماً، ومنها حقه في الرعاية الاجتماعية، حدود الاهتمام الوطني بها، لتحتل مكاناً بارزاً من الاهتمام الدولي بعد قيام منظمة الامم المتحدة، في العام ١٩٤٥، وإقرارها في العام ١٩٤٨ الاعلان العالمي لحقوق الانسان، ومن ثم العهدين الدوليين للحقوق المدنية والسياسية، وللحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في العام (١٩٦٦)، ثم الانتقال إلى إقرار صكوك دولية خاصة بحقوق فئات معينة، كالمرأة والطفل والاشخاص ذوي الاعاقة والعمال المهاجرين ... الخ. تضمنت كلها نصوصاً منظمة لحق الانسان في الرعاية الاجتماعية، مما أخرج مفهوم هذه الرعاية من النطاق الضيق لمنظوره (الرعائي) لينقله إلى نطاق واسع في إطار منظوره الحقوقي.

وعلى الرغم من أن الرعاية الاجتماعية بمنظورها الحقوقي تبدو على أنها حق لمن تتقرر لمصلحته من المواطنين، إلا أنها من ناحية أخرى، تؤدي العديد من الوظائف لمصلحة المجتمع عموماً، لعل أهمها:

(أ) إهتمامها بسيادة العلاقات الايجابية بين أفراد المجتمع، وإنتقال القيم المرتبطة بتلك العلاقات من جيل إلى آخر.

(ب) تؤسس أنشطتها على منطلق سيادة مضامين التكافل الاجتماعي بين أفراد المجتمع الواحد، وترسيخ مفاهيم التراحم والتعاون بين الافراد.

(ج) تسعى إلى تحقيق (الضبط الاجتماعي) من خلال الالتزام بالسلوكيات والقيم والتقاليد والاتجاهات الايجابية التي تسود المجتمع.

(د) تهتم على الصعيد الاقتصادي بأفراد المجتمع، على نحو يمكنهم من الحصول على مستويات معيشية ملائمة، ومن بين الوسائل التي تعتمدها لهذا الغرض نظم الضمان والتأمين الاجتماعي بمختلف أشكالها، والتي تعد حقاً للفرد وواجباً على المجتمع.

(ه) وتعمل الرعاية الاجتماعية كذلك على توفير خدمات الصحة العامة والصحة النفسية والتأهيل المهني والخدمات الترويجية وشغل وقت الفراغ، مما يوفر فرصة التوافق بين الفرد ومجتمعه.

(٢) المفهوم الاصطلاحي للحق:

التعريفات المختلفة للحق[٣]: على الرغم من أن مصطلح (الحق) يعد من المفردات الأساسية المتداولة في علم القانون، إلا أن الفقهاء إختلفوا إختلافاً واسعاً في تعريفه، وذهبوا في ذلك مذاهب شتى:

فأصحاب المذهب الشخصي (ويعرف أيضاً بمذهب الإرادة) يعرفون الحق على أنه: قدرة أو سلطة إرادية يخولها القانون للشخص في نطاق معلوم.

بينما يعرف أصحاب المذهب الموضوعي الحق على أنه: مصلحة يحيميها القانون. ورائد هذا التعريف هو الفقيه الالماني (إهرنج) الذي يرى أن جوهر الحق ليس (الارادة) وإنما (المصلحة) التي تسعى الارادة إلى تحقيقها.

[٣] الحق في اللغة نقيض الباطل، وله معاني متعددة تدل على معنى الثبوت والوجوب.

وقد واجه التعريفان، بصيغتهما المبينة فيما تقدم، العديد من الانتقادات التي لا يتسع المجال للبحث فيها، مما دفع ببعض الفقهاء إلى محاولة المزج بينهما من جهة، وإيراد تعريف للحق يتجنب الانتقادات الموجهة إلى كل من التعريفين من جهة ثانية، وهذا ما قام به أصحاب المذهب المختلط الذين يتزعمهم الفقيه البلجيكي (دابان)، حيث أوردوا تعريفاً للحق مؤسساً على عناصره الجوهرية، وهي:

(أ) **الاستئثار:** ويعني إختصاص شخص معين بمال محدد أو قيمة معينة.

(ب) **السلطة:** ويقصد بها القدرة على التصرف في محل الحق.

(ج) **الرابطة القانونية:** التي ينشؤها القانون بين الاشخاص حصراً، ولهذا لا يمكن تصور قيام رابطة قانونية بين الاشخاص ــ الطبيعيين أو الاعتباريين ــ وبين الأشياء أو الكائنات الحية الأخرى. وينتج عن هذه الرابطة وجوب إحترام عدد من الاشخاص ــ محدود أو غير محدود ــ لهذا الحق.

(د) **الحماية القانونية:** لا يكفي لقيام الحق أن يستأثر شخص بمال أو قيمة معينة، وإنما يجب توفير حماية قانونية له تحميه من كل إعتداء عليه أو إنتقاص منه.

وفي ضوء هذه العناصر، يمكن تعريف الحق على أنه: سلطة أو قدرة إرادية، يخولها القانون للشخص، ليمكنه من القيام بأعمال أو تصرفات معينة، تحقيقاً لمصلحة له يعترف بها القانون[٤].
ويجمع هذا التعريف بين عنصري السلطة، وهي جوهر تعريف أصحاب المذهب الشخصي للحق، والمصلحة وهي جوهر تعريف أصحاب المذهب الموضوعي له.

ويستتفاد من هذا التعريف أن الحق (مزية) يقررها القانون لشخص معين، إلا أن هذه المزية لا تكون لها قيمة عملية إلا إذا:

أ ــ فرض القانون على سائر الاشخاص إحترامها وعدم التعرض لصاحبها في إستعمالها في الحدود التي يحددها.

ب ــألزم القانون شخصاً محدداً أو أكثر بتمكين صاحب الحق من إستيفائه، متى كان حصوله عليه يقتضي قيام جهة معينة بالذات بذلك. وهذه هي الحال في العادة مع جميع الحقوق التي تندرج في إطار الرعاية الاجتماعية، حيث تكلف بالوفاء بها الأسرة و/ أو الأجهزة الحكومية المختصة و/ أو منظمات المجتمع المدني.

[٤] أنظر للتفصيل: د. سليمان مرقس: الوافي في شرح القانون المدني ــ المدخل للعلوم القانونية ــ الطبعة السادسة ــ دار الكتب القانونية/ مصر والمنشورات الحقوقية/ لبنان، ص ٥٦٤ وما بعدها.

وهكذا يبدو جلياً أن الحق ــ أياً كان مضمونه ــ يقابله دائماً واجب وإن هذا الواجب إما أن يكون عاماً يتمثل في وجوب احترام جميع الاشخاص للحق وعدم الاعتداء عليه، أو أن يكون خاصاً يقع عبء القيام به على شخص معين ــ طبيعي أو معنوي ــ يلزمه القانون بأن يقوم بعمل معين لمصلحة صاحب الحق، أو أن يمتنع عن القيام بعمل تحقيقاً لمصلحته.

وتصنف الحقوق منهجياً في فقه القانون إلى عدة أنواع، يهمنا منها الاشارة إلى تقسيمها إلى حقوق عامة وحقوق خاصة، وتعد من الحقوق العامة كل الحقوق التي تدخل في المفهوم الاصطلاحي لحقوق الانسان ــ كما هي ثابتة في الصكوك الدولية ــ، ومنها الحقوق الخاصة بالرعاية الاجتماعية. والحقوق العامة مقررة لمصلحة جميع الاشخاص ويتساوون جميعاً في ممارستها.

أما الحقوق الخاصة، فهي حقوق تقررها عادة فروع القانون الخاص لاشخاص معنيين، يكون لهم القيام بأعمال معينة لحماية مصالحهم أزاء غيرهم من الأشخاص الطبيعيين والمعنويين، بما فيها الدولة باعتبارها شخصاً معنوياً عادياً، وهذه الحقوق تنقسم إلى حقوق مالية، وحقوق الأسرة.

يتيح لنا ما تقدم، أن نستخلص النتائج التالية بقدر تعلق الأمر بالحق في الرعاية الاجتماعية:

(أ) أن الحق في الرعاية الاجتماعية (مزية) يقررها القانون للاشخاص الذين يحددهم، وفقاً لمعايير السياسة الاجتماعية التي يتبناها، لتحقيق غايات ذات طبيعة وقائية وعلاجية تتسق مع الغايات المحددة في الخطط الوطنية المنفذة لهذه السياسات.

(ب) أن الحق في الرعاية الاجتماعية يقابله دوماً (واجب/ إلتزام) يقع على جهة بعينها عبء تنفيذه، وتمكين صاحبه منه، فاذا قصرت أو إمتنعت عن ذلك، يكون له أن يوظف أدوات الحماية القانونية المقررة له لإلزامها بالتنفيذ، وإقتضاء حقه المقرر قانوناً كاملاً.

وبهذا تخرج الرعاية الاجتماعية من إطار العمل الخيري التبرعي القائم على المبادرة الذاتية، لتدخل في إطار التنظيم القانوني الموضوعي والاجرائي للحقوق التي تندرج في إطارها.

(ج) إن إضفاء الحقوق على خدمات الرعاية الاجتماعية، يكفل ديمومتها وإنتظامها ــ كماً وكيفاً ــ، وبذلك تحقق غاية الاستقرار الاجتماعي عموماً، والاستقرار النفسي للمستفيدين منها.

(٣) الحق في التنمية الركيزة الأساسية للحق في الرعاية الأجتماعية:

مفهوم الحق في التنمية واساسه القانوني[٥]: تنظر الدول النامية إلى الحق في التنمية، على أنه حق سابق ولازم لحقوق الانسان الأخرى من جهة، وأنه حق منبثق عن حق الشعوب في تقرير مصيرها، وفي السيادة على جميع ثرواتها الطبيعية والتصرف بها من جهة أخرى.

ولم تتضمن الصكوك الدولية الرئيسية الخاصة بحقوق الانسان، نصاً صريحاً على كون الحق في التنمية واحداً من هذه الحقوق[٦]، إلا أن الحديث عنه بهذه الصفة، على المستوى الدولي، كان قد بدأ منذ ستينيات القرن الماضي، وبدأت الجهود الدولية تسعى حثيثة إلى الاقرار الصريح بهذا الحق، حتى تكللت بإقرار الجمعية العامة للامم المتحدة بقرارها ٤١/١٢٨ بتاريخ ١٩٨٢/١٢/٤، باغلبية (١٤٦) دولة[٧]، (إعلان الحق في التنمية)، الذي تتلخص أهم مبادئه بما يلي:

---

[٥] لتفاصيل أوفى حول هذا الموضوع، أنظر:
د. محمد يوسف علوان و د. محمد خليل الموسى: القانون الدولي لحقوق الانسان ــ الجزء الثاني/ الحقوق المحمية ــ دار الثقافة للنشر ــ عمان ــ ٢٠٠٩، ص ٤٠٦ ــ ٤١٨.

[٦] وردت إشارات ضمنية إلى هذا الحق في إعلان فيلادلفيا الذي أقره مؤتمر العمل الدولي في العام (١٩٤٤)، وأُعتبر ملحقاً بدستور منظمة العمل الدولية، حيث أكد هذا الاعلان على حق البشر جميعاً، بغض النظر عن الجنس أو العقيدة أو النوع في متابعة السعي وراء رفاهيتهم المادية وتقدمهم الروحي، في ظل ظروف قوامها الحرية والكرامة والاستقلال الاقتصادي وتكافؤ الفرص. (ثانيا/ ج من الاعلان).

[٧] لم تصوت ضد الاعلان سوى دولة واحدة، هي الولايات المتحدة، بينما إمتنعت عن التصويت عليه ثماني دول هي: الدانمرك وفنلندا والمانيا (الغربية سابقاً)، وايسلندا، وإسرائيل، واليابان، والسويد، والمملكة المتحدة.

١- نصت المادة الأولى من الاعلان على أن: (الحق في التنمية حق من حقوق الانسان غير قابل للتصرف، وبموجبه يحق لكل إنسان، ولجميع الشعوب، المشاركة والاسهام في تحقيق تنمية إقتصادية وإجتماعية وثقافية وسياسية، والتمتع بهذه التنمية التي يمكن فيها إعمال جميع حقوق الانسان والحريات الأساسية إعمالاً تاماً).

وبهذا النص يكون الاعلان قد أرسى على نحو جلي حقيقتين هامتين:

الأولى/ الاقرار بالحق للأفراد والشعوب بالحق في التنمية باعتباره من حقوق الانسان.

الثانية/ إقامة رابطة بين الحق في التنمية وإعمال حقوق الانسان وحرياته الاساسية إعمالاً تاماً، تتمثل في اعتبار التنمية الركيزة التي تتحقق فيها البيئة السياسية والاقتصادية والاجتماعية الملائمة لإعمال هذه الحقوق والحريات.

٢- تقر المادة الثانية من الاعلان بأن: (الانسان هو الموضوع الرئيسي للتنمية، وينبغي أن يكون المشارك النشط في الحق في التنمية والمستفيد منه)، وبأن (يتحمل جميع البشر مسؤوليةً عن التنمية فردياً وجماعياً).

٣- وحددت المادة الثالثة من الاعلان المدينين بالحق في التنمية، فنصت في الفقرة (١) منها على أن: (تتحمل الدولة المسؤولية الرئيسية عن تهيئة الاوضاع الوطنية والدولية المواتية لإعمال الحق في التنمية)، بينما نصت الفقرة (٣) على أن: (من واجب الدول أن تتعاون بعضها مع بعض في تأمين التنمية وإزالة العقبات التي تعترض تحقيقها).
وبذلك أقام الاعلان تكاملاً بين الدورين الوطني والدولي في تحقيق التنمية، مما يقتضي توفر جهد صادق للتعاون في هذا الشأن، تحقيقاً للاستقرار والامن الاجتماعيين في كل دول العالم، لأن إضطرابهما في أي بلد يحمل تهديداً مباشراً للإستقرار والامن في البلدان الاخرى.

من ناحية أخرى، إقترن الاقرار على المستوى الدولي للأفراد والشعوب بالحق في التنمية، بتغير في مفهوم (التنمية) ذاتها، فبعد أن كانت تقوم على الزيادة في النمو الاقتصادي بإرتفاع معدلات الانتاج، لوحظ أن ذلك لا يعود بالنفع في الغالب على الطبقات الفقيرة، وأن عوائده تكون في العادة من نصيب فئات محدودة من أفراد المجتمع، ولهذا فهو لا يؤدي إلى تحسين مستويات المعيشة للأغلبية الفقيرة من الناس، كما أنه لا يحقق مستوى مقبولاً من العدالة في توزيع ثمار النمو الاقتصادي.

وقد قادت الحقائق المتقدمة إلى تطوير مفهوم التنمية ليتخذ معنى واسعاً، يصرفها إلى أنها عملية شاملة ذات أبعاد سياسية

وإقتصادية وإجتماعية وثقافية، تتوخى كهدف عام تمكين الناس من الحصول على حد أدنى ملائم من مستويات المعيشة. على أن يقترن ذلك باحترام كرامة الانسان وقيمه ويعزز تمتعه بحقوقه وحرياته الأساسية.

ثم ما لبث مفهوم التنمية أن دخل طوراً آخر خلال عقد الثمانينيات من القرن الماضي، إقترنت فيه التنمية بصفة الاستدامة (sustainability) في الكتابات المعنية بمشاكل البيئة وعلاقتها بالتنمية.

وكان تقرير اللجنة العالمية للبيئة والتنمية الذي نشر في العام ١٩٨٧[٨]، أول من قدم تعريفاً لمصطلح التنمية المستدامة على أنها في أبسط صورها تتمثل في (تلبية إحتياجات الاجيال الحالية، دون المساومة على قدرة الأجيال المقبلة على الحياة والبقاء).

ويقتضي تحقيق ذلك ضمان قدر من التوازن على مر الزمن بين مصالح الأجيال المختلفة وبين أفراد الجيل الواحد.
ويرتكز مفهوم المساواة بين الأجيال على فرضية أنه على الجيل الحالي الحرص على الحفاظ على العوامل اللازمة لضمان جودة الأحوال الصحية والتنوع البيولوجي وإنتاجية

[٨] كانت سلسلة (عالم المعرفة) التي يصدرها المجلس الاعلى للثقافة والفنون والآداب في دولة الكويت، قد نشرت هذا التقرير الهام ضمن إصداراتها القيمة مترجماً إلى العربية كاملاً في (٤٤٠) صفحة. أنظر العدد (١٤٢) من السلسلة ــ أكتوبر ١٩٨٩.

الموارد الطبيعية، أو زيادتها لمصلحة الاجيال القادمة. وهذا يفرض على الجيل الحاضر ألا يستأثر بالموارد الطبيعية المتاحة أو يفرط بها و/ أو يهدرها، وأن لا يأتي من الأعمال ما يلحق ضرراً بالبيئة.

وفي العام ١٩٩٢ إعتمد المجتمع الدولي في قمة الارض التي عقدت بالبرازيل مصطلح التنمية المستدامة، بمفهومه المشار إليه، وفي العام ذاته أصدر البنك الدولي تقريراً عن البيئة والتنمية أكد فيه هذا المفهوم.

ويستهدف مفهوم التنمية المستدامة بمعناها الواسع توفير ودعم:

(أ) **نظام إنتاجي:** يحافظ على الموارد الطبيعية، ويبحث عن التكنولوجيات المتوافقة بيئياً.

(ب) **نظام إجتماعي:** يقد حلولاً للتوترات الاجتماعية الناجمة عن التنمية غير المنصفة، ويؤمن المشاركة الفعالة للمواطنين في صنع القرار.

(ج) **نظام إقتصادي:** قادر على إحداث فوائض ومعرفة فنية قائمة على أسس الاعتماد الذاتي ويرعى الانماط الكفيلة بتوزيع خيرات وثمار النمو الاقتصادي على أفراد المجتمع.

وتبدو دول مجلس التعاون في ظروفها الحالية بأشد الحاجة إلى إلتزام مفهوم التنمية المستدامة وتوفير المقتضيات الموضوعية لتحقيقها سبيلاً إلى تمكين مواطنيها من حقوقهم في الرعاية الاجتماعية. وهذا يقتضي من هذه الدول على نحو خاص:

أ- أن تلتزم سياسة متوازنة تضمن حقوق الاجيال القادمة في الثروات والموارد الطبيعية التي تزخر بها بلدانها.

ب- أن تقيم نظاماً فعالاً يحقق مشاركة مواطنيها في رسم سياسات وخطط التنمية المستدامة وتنفيذها.

ج- أن تصيغ نظاماً إجتماعياً/ إقتصادياً، مؤطراً باطار قانوني، يكفل التوزيع العادل لثمار التنمية المستدامة على المواطنين، ويضمن لهم التمتع بحقوقهم في الرعاية الاجتماعية.

(٤) الأسس المرجعية للتنظيم القانوني للرعاية الاجتماعية في دول مجلس التعاون:

تقيم دول مجلس التعاون، منذ عقود من الزمن، تنظيماً قانونياً ـ موضوعياً وإجرائياً ـ للرعاية الاجتماعية فيها، وتستند هذه الدول في تحديد مضمون قواعد هذا التنظيم إلى مرجعيات أساسية ثلاثة هي:

١) **الشريعة الاسلامية:** تنص دساتير جميع دول المجلس على أن الشريعة الاسلامية هي الأساس المرجعي لجميع تشريعاتها، وينصرف ذلك حكماً إلى التشريعات الخاصة بالرعاية الاجتماعية.

غير أن هذه الدول تختلف فيما بينها في تحديد ترتيب هذه المرجعية، ففي حين تجعل دساتير ثلاث منها (السعودية ــ عمان ــ اليمن) الشريعة الاسلامية (مصدر التشريع)، تذهب دساتير الدول الأربع الأخرى (الامارات ــ البحرين ــ قطر ــ الكويت) إلى إعتبارها (مصدراً رئيسياً للتشريع).

ومهما يكن من أمر هذا الاختلاف، فان الدول السبع تلتقي في إعتبارها الشريعة مصدراً للتشريع فيها، ولهذا فان القوانين المنظمة للرعاية الاجتماعية فيها تستمد توجهاتها الأساسية من مبادئ وأحكام الشريعة الاسلامية.
وتؤسس مبادئ وأحكام الشريعة الرعاية الاجتماعية على دعامات ثلاثة هي: التعاون والشورى والعدل الاجتماعي، وتجعل أدوات تحقيقها الأساسية: النفقات والزكاة والصدقات والوقف والكفارات.

٢) **الصكوك الدولية الخاصة بحقوق الانسان، ذات الصلة بالرعاية الاجتماعية:** صادقت دول المجلس بحكم عضويتها في منظمة الامم المتحدة والعديد من المنظمات/ الوكالات المتخصصة

المرتبطة بها، على العديد من الاتفاقيات الدولية التي تنصرف أحكامها على نحو مباشر أو غير مباشر إلى تنظيم الحق في الرعاية الاجتماعية، ومن هذه الصكوك:

أ- العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية (١٩٦٦)، والعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٦٦)، وهما يقرران العديد من الحقوق العامة ذات الصلة بالرعاية الاجتماعية. وقد صادقت على العهدين ثلاث من دول المجلس هي: البحرين والكويت واليمن[٩].

ب-الاتفاقيات الدولية (الفئوية) الخاصة بحقوق فئات معينة من البشر، وأهمها: إتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩)، وإتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩)، وإتفاقية حقوق الاشخاص ذوي الاعاقة (٢٠٠٦)، حيث تتضمن هذه الاتفاقيات العديد من الأحكام الخاصة بالرعاية الاجتماعية للاشخاص الذين تسري عليهم.

وقد حظيت هذه الاتفاقيات بتصديق شبه جماعي من دول المجلس، مما يرتب عليها إلتزاماً بأن تقيم حالة من التوافق بين التشريعات والممارسات الوطنية فيها، ومضمون الاتفاقيات المصادق عليها، مما يوجب عليها مراجعة

[٩] نشير هنا إلى أن الاعلان العالمي لحقوق الانسان (١٩٤٨)، لا يخضع الالتزام به للمصادقة، لأنه لم يتخذ شكل إتفاقية دولية، بل صدر بصيغة قرار من الجمعية العامة للمنظمة الدولية.

تشريعاتها الوطنية بطريقة تجعل من نصوص الاتفاقيات ــ مرجعية أساسية ــ لهذه المراجعة.

ج- **القيم والاعراف والتقاليد المحلية:** شهدت دول المجلس، منذ أواسط القرن المنصرم تحولاً جوهرياً في البنية الاقتصادية والاجتماعية لمجتمعاتها، وقد إقترن هذا التحول، بنشأة نظام الدولة الحديثة فيها من جهة، وظهور نمط الانتاج الصناعي ــ وخاصة الصناعة الاستخراجية ــ صناعة البترول من جهة ثانية ــ وقيام المدن الحديثة الكبيرة من جهة ثالثة.

وقد ساهم كل ذلك في إضعاف البنية المجتمعية الأساسية القائمة على هيكل القبيلة ــ العشيرة ــ الاسرة الممتدة، لتحل محلها بنية جديدة أساسها الأسرة النواة، وإطارها العام هو دولة المواطنة، التي تضعف تدريجياً فيها العلاقات الاسرية والقبلية.

وينتج التحول المشار إليه منظومة قيمية جديدة تبدأ فيها أشكال التضامن الاجتماعي التقليدية بين الاشخاص بالضعف ومن ثم التلاشي، لتحل محلها أشكال جديدة من هذا التضامن المؤطر في أطر قانونية وتتولى تنفيذه هياكل مؤسسية رسمية وأهلية.

وعلى الرغم من أن خطوات واسعة قطعتها دول المجلس في ميدان التحول المشار إليه، إلا أن ذلك لم يؤدِ إلى التخلي كلية عن بعض عناصر المنظومة القيمية التقليدية التي تحكم الرعاية الاجتماعية في دول المجلس، ومن ذلك إعتماد التنظيم القانوني لهذه الرعاية فيها نهج تحقيق قدر من التكامل بين نظام النفقات ونظام الضمان الاجتماعي لكفالة مستوى ملائم من العيش للشخص المستفيد.

تجدر الاشارة هنا إلى أن دول المجلس واجهت وماتزال صعوبات في التوفيق بين مقتضيات الأسس المرجعية الثلاثة التي أشرنا إليها، عند صياغة نصوص قوانينها الوطنية، ولهذا فهي تعمد عادة إلى الترجيح فيما بينها، في ضوء معطيات الواقع الاقتصادي والاجتماعي القائم فيها[١٠].

(٥) خصائص الحق في الرعاية الاجتماعية باعتباره من حقوق الانسان الأساسية:

على الرغم من إستقرار القناعة بفكرة (حقوق الانسان) في الفقه القانوني على المستويين الدولي والوطني، إلا أنها ماتزال تثير العديد من الصعوبات في الاتفاق على التفاصيل المتعلقة بها.

[١٠] يتجلى ذلك بوجه خاص فيما تستشعره دول المجلس من صعوبة في التوفيق بين أحكام الشريعة الاسلامية والنصوص الواردة في بعض الاتفاقيات الدولية التي تصادق عليها، مما دفع هذه الدول إلى أن تستعمل حقها في التحفظ على بعض نصوصها، بالتأكيد على أنها سوف تنفذها على نحو لا يتعارض مع أحكام الشريعة الاسلامية بوجه عام.

١) **الاختلاف حول الأساس الذي تقوم عليه هذه الحقوق**[١١]: يدور الخلاف بشأن هذه المسألة بين الفلاسفة والقانونيين منذ أمد طويل، فقد ذهب الفلاسفة في مراحل مختلفة من التاريخ إلى القول بأن للانسان حقوقاً فطرية (طبيعية) يجب تمكينه منها، بينما تمسك القانونيون دوماً بأن هذه الحقوق لا يمكن أن يتمتع الانسان بها، ما لم ينظمها المشرع الوطني في إطار قانوني ملزم، فموظفو الادارة، ورجال القضاء لا يستطيعون بأنفسهم أن يعطوا الانسان أي حق بالرجوع إلى مفهومه الفطري، وإنما يتقيدون في القرارات التي يصدرونها بالحدود الموضوعية والاجرائية التي ترسمها نصوص القانون.

وبناءً على ذلك فان العلاقة بين المفهومين يمكن أن تختصر في إعتبار الحقوق الفطرية/ الطبيعة قاعدة ومصدراً للاحكام التي تقوم عليها نصوص القانون الوطني المنظمة لحقوق الانسان ومنها حقه في الرعاية الاجتماعية. كما يمكن أن تعتبر الحقوق الفطرية/ الطبيعية هدفاً وغاية يسعى النظام القانوني الوطني باستمرار إلى التوافق معها وتلبيتها في ضوء ما تتيحه له ظروف الواقع الاقتصادي والاجتماعي.

وعليه، ليس أمراً غريباً أن يلاحظ في أي وقت وفي أي دولة وجود (فجوة) بين المفهوم الفطري ــ الطبيعي للرعاية

---

[١١] أنظر للتفصيل: بحث الدكتور توفيق السيف بعنوان: مفهوم الحق ومصادره، على الموقع الالكتروني لمركز آفاق للدراسات والبحوث:
http:aafaqcentre.com/index/php/post/1531

الاجتماعية والحقوق التي تندرج في إطارها، وبين دلالاتها المحددة في نصوص القانون الوطني، التي وفقاً لها يتحدد (كم ونوع) الحقوق المقررة للشخص في هذا الشأن.

٢) **الصفات المميزة لحقوق الانسان:** يبحث فقهاء القانون الدولي لحقوق الانسان في الصفات الذاتية للقواعد القانونية التي تندرج في إطار هذا الفرع من فروع القانون الدولي[١٢]،، ويشيرون في هذا الشأن إلى العديد من هذه الخصائص والصفات، تهمنا هنا الاشارة إلى ما تطلق عليه الصفة الموضوعية لحقوق الانسان التي تنصرف في عموم دلالتها إلى حقيقة إسناد هذه الحقوق للفرد على أساس إتصافه بالصفة الانسانية، وليس على أساس مركز قانوني معين قابل للابطال أو الفسخ، أو على أساس إتصافه بصفة معينة كانتمائه إلى مجموعة معينة.

وتترتب على هذه الصفة نتيجتان هامتان:

الأولى/ ان حقوق الانسان تستند في الأساس على مبدأ المساواة بين البشر جميعهم، ولهذا لا يجوز التمييز فيها فيما بينهم على أساس أي سبب غير موضوعي، بما في ذلك الجنسية أو الأصل القومي.

وتلتزم جميع الصكوك الدولية لحقوق الانسان هذا المبدأ[١٣]، وتوجب عدم التمييز بين الافراد في ممارسة هذه الحقوق، على الأساس المذكور.

---

[١٢] د. محمد يوسف علوان و د. محمد خليل الموسى ــ مرجع سابق ــ ص ٣٣ وما بعدها.

[١٣] أنظر بوجه خاص، المادة (٢) من الاعلان العالمي لحقوق الانسان. المادة (٢) من العهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية، المادة (٢/٢) من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

غير أن العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يستدرك في المادة (٣/٢) منه بأن يورد على سبيل الاستثناء حكماً خاصاً بالدول النامية بشأن مدى تمكينها ــ غير المواطنين ــ من الحقوق الاقتصادية المقررة في العهد، حيث تنص على أنه: (للبلدان النامية أن تقرر، مع إيلاء المراعاة الواجبة لحقوق الانسان **ولاقتصادها القومي، إلى أي مدى ستضمن الحقوق الاقتصادية المعترف بها في هذا العهد لغير المواطنين).**

وتكتسب هذه المسألة أهمية خاصة في أغلب دول المجلس، حيث تبلغ أعداد ــ غير المواطنين ــ المقيمين فيها، نسباً عالية للغاية من مجموع سكانها، تعد إستثنائية بالمقاييس الدولية. ولهذا فان هذا النص يتيح لهذه الدول، أن تقيم نوعاً من ــ التباين ــ في مستويات الخدمات الاجتماعية التي تتيحها لمواطنيها ولغيرهم من المقيمين فيها، دون أي يعتبر ذلك خرجاً منها على أحكام الصكوك الدولية بهذا الشأن[١٤].

الثانية/ عدم إشتراط تحقق شرط المعاملة بالمثل: لا تعد القواعد الواردة في الصكوك الدولية الخاصة بحقوق الانسان، قواعد قانونية

---

[١٤] نشير هنا إلى (الاعلان التفسيري) الذي قرنته الحكومة البلجيكية بقرارها التصديق على العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الذي جاء فيه: (ترى الحكومة البلجيكية أن مبدأ المساواة وعدم التمييز على أساس الأصل القومي **لا يرتب بالضرورة إلتزاماً تلقائياً على الدول الأطراف بضمان الحقوق ذاتها المكفولة للمواطنين لصالح الأجانب.**
فالعبارة الواردة في النص يجب فهمها على أنها تعني القضاء على أي سلوك متعسف، وليس المعاملة المختلفة المستندة إلى أسس موضوعية ومعقولة، ووفقاً للمبادئ المعمول بها في مجتمعات ديمقراطية).
أشار إليه: د. محمد يوسف علوان و د. محمد خليل الموسى: القانون الدولي لحقوق الانسان. الجزء الأول/ المصادر ووسائل الرقابة ــ عمان ــ ٢٠٠٥، ص ١٣٢.
من ناحية أخرى، أوردت الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم في موادها (٤٣ ــ ٤٥) أحكاماً تقضي بتمكين هؤلاء العمال وأفراد أسرهم المقيمين في الدولة بشكل نظامي من الحصول على ــ أساس المساواة مع المواطنين ــ على الخدمات الاجتماعية المشار إليها في هذه المواد.
ونشير هنا إلى أن هذه الاتفاقية لم تحصل على تصديق أي من دول المجلس.

ترجع إلى مصدر إتفاقي بين أطرافها، وإنما توصف بأنها من قبيل الاتفاقيات (الشارعة)، ولذلك فانها تخرج من نطاق مبدأ المعاملة بالمثل المعمول به في القانون الدولي. وهذا يعني أن ممارسة حقوق الانسان المنصوص عليها في هذه الصكوك لا يخضع لمبدأ التقابل في الالتزامات التعاقدية بين الدول.
وبناءً على ما تقدم، لا يكون لأي دولة أن تحرم مواطني دولة أخرى المقيمين على أراضيها من التمتع بما يعد من حقوق الانسان، بحجة أن الدولة التي يحمل هؤلاء جنسيتهها تحرم مواطني الدولة المعنية من التمتع بكل أو بعض هذه الحقوق.

(٦) التنظيم القانوني للرعاية الاجتماعية في دول المجلس:

سبقت الاشارة إلى أن جميع دول المجلس، أقامت على مدى سنوات عديدة بناءً وطنياً لتنظيم قانوني ــ موضوعي وإجرائي ــ يهدف إلى تمكين الأفراد من التمتع بالحقوق التي تندرج في إطار الرعاية الاجتماعية.

ولا تسمح محدودية الغرض من هذه الورقة بالدخول في إستعراض تفاصيل هذا التنظيم الذي تختلف العديد من جوانبه الموضوعية والاجرائية في الدول السبع على نحو يمكن وصفه بالجوهري، ولهذا نكتفي هنا ببيان أن هذا التنظيم يكفل لمواطني هذه الدول التمتع بالحقوق التالية:

المجموعة الأولى: وتضم مجموعة الحقوق المقررة لمصلحة جميع الاشخاص وفي مقدمتها الحق في التعليم والحق في الرعاية الصحية وفي بيئة صحية والحق في العمل

والتدريب المهني، والحق في الاسكان، والحق في الحصول على الخدمات العامة ومنها المياه النقية والصرف الصحي ... الخ.

وتكفل أغلب دول المجلس هذه الحقوق لمواطنيها والمقيمين فيها بمستويات ملائمة وكفاءة عالية.

المجموعة الثانية: وتضم هذه المجموعة الحق في الضمان الاجتماعي والحصول على مستوى ملائم من المعيشة، وتكفل دول المجلس هذا الحق ــ كأصل عام لمواطنيها ــ في إطار تنظيم قانوني متعدد الادوات، يشمل قوانين التأمينات والمعاشات والتأمينات الاجتماعية والضمان الاجتماعي/ المساعدات العامة، والنفقات الالزامية المفروضة على المكلفين بها شرعاً.

المجموعة الثالثة: وتضم الحقوق الخاصة بفئات معينة بالذات، كحقوق الرعاية الاجتماعية الخاصة بالاسرة والاطفال وكبار السن والاشخاص ذوي الاعاقة، والتي تشمل حقوقاً في المساعدات المالية والخدمات العينية، والرعاية الاسرية و/ أو الايوائية ... الخ.

وتؤكد تجربة دول المجلس في ميدان التنظيم القانوني للحقوق التي تندرج في إطار الرعاية الاجتماعية، أن هذا التنظيم بحاجة إلى مراجعة جذرية شاملة، تنقله

إلى مرحلة جديدة تقوم على أسس ومفاهيم أساسية مختلفة، أبرزها ما يلي:

(١) الانتقال بالتنظيم القانوني للحقوق في الرعاية الاجتماعية من منهج (التجزئة) و (المعالجات التشريعية الخاصة) لحقوق فئوية، أو لأنماط منفردة من هذه الحقوق، في قوانين خاصة بكل منها، إلى نهج جديد يتخذ صيغة (النظام القانوني الوطني الشامل للرعاية الاجتماعية) في إطار قانون موحد يحدد الأسس الأساسية التي تقوم عليها هذه الرعاية، توضع في ضوء أحكامه تشريعات فرعية (لوائح ــ أنظمة ــ قرارات) تخصص العام من القواعد الواردة في القانون الوطني الشامل، كلما إقتضى الأمر ذلك.

(٢) تبني نهج إعتبار الحق في الرعاية الاجتماعية حقاً من حقوق المواطن أساساً، وغيره من المقيمين إستثناء في ضوء ما تقرره كل دولة، وفقاً لظروفها وإمكاناتها، دون الاعتداد بالمركز القانوني الخاص بالفرد المستحق. وهذا يرتب ضرورة إعتماد مبدأ التغطية الشاملة للافراد بالحقوق التي تندرج في إطار الرعاية الاجتماعية، دون إستثناء.

(٣) إعتماد مبدأ المشاركة المجتمعية الشاملة في رسم سياسات الرعاية الاجتماعية وإقرار الخطط التنفيذية المتفرعة عنها، وذلك في إطار هيكل مؤسسي وطني واسع التمثيل، ودائم الوجود، يضم إلى جانب ممثلي الأجهزة الحكومية المختصة، ممثلين من الخبراء والاختصاصيين، إلى جانب ممثلين عن جماعات أصحاب المصالح على إختلاف فئاتهم.

(٤) التخلي تدريجياً عن نهج إعتبار الدولة المدين الوحيد بالالتزامات المالية اللازمة لتمكين الاشخاص من التمتع بحقوقهم في الرعاية الاجتماعية، وهذا يقتضي تحقيق قدر معقول من المشاركة المجتمعية في تمويل الخدمات الاجتماعية، بوسائل فنية مختلفة، من بينها، لا بل في مقدمتها إعتماد أسلوب تمويل هذه الخدمات من حصيلة (ضرائب خاصة) تخصص على نحو خاص لهذا الغرض، كما يمكن أن يكون من بين هذه الوسائل توظيف أموال الزكاة والصدقات وعوائد الاوقاف لهذا الغرض، متى نظمت عوائدها بقواعد قانونية تحدد مقاديرها وأسلوب جبايتها.

إن هذا النهج، سوف يجسد بشكل جلي (التكافل الاجتماعي) بين أفراد المجتمع الواحد، ويعزز علاقات التعاون فيما بينهم، ويؤسس لأجواء ملائمة للاحساس بالانتماء الوطني للافراد إلى مجتمعاتهم.

(٥) توسيع وزيادة الحقوق والمزايا التي تندرج في إطار الرعاية الاجتماعية الواردة في القوانين النافذة في دول المجلس، لتمتد إلى أنماط جديدة تتناسب مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها مجتمعات دول المجلس، ونشير بوجه خاص في هذا الشأن إلى:

أ ــ إقرار نظام قانوني خاص بالاعانات التي تقدم إلى المتعطلين ــ إجبارياً ــ عن العمل، بعد أن أخذت ظاهرة البطالة تفرض نفسها في مجتمعات دول المجلس كحقيقة لا يمكن إغفال آثارها السلبية[١٥].

ب ــ إقرار نظام لتأمين الأمومة يحمل المجتمع الأعباء المالية المترتبة على أداء المرأة وظيفتها الاجتماعية، بما يكفل منحها

[١٥] نذكر هنا أن بعض دول المجلس خطت خطوات هامة في هذا الميدان، وأقرت تنظيماً قانونياً للتأمين ضد التعطل، بينما أتخذ بعض آخر منها إجراءات ــ لحظية/ آنية ــ لمواجهة هذه المشكلة، مما يقتضي التقدم بتنظيمها قانوناً خطوات إلى الامام، يضمن إستمرار تنفيذها على نحو منتظم.

إعانات نقدية وتقديم خدمات رعاية صحية لها عن الحمل والولادة والمضاعفات التي قد تنشأ عنهما.

ج ــ إقرار نظام للمساعدات المالية للاشخاص المكلفين برعاية أطفال أو اشخاص من كبار السن أو ذوي الاعاقة، لمعاونتهم على تحمل الكلف المالية التي قد يعجزون عن تحملها بقدراتهم الذاتية.

(٦) إقامة نظام فعال للرصد والمتابعة لكل ما يتعلق بتمكين الافراد من التمتع بحقوقهم في الرعاية الاجتماعية، تشارك فيه الأجهزة الحكومية المختصة، ومنظمات المجتمع المدني، لغرض تشخيص حالات الاخفاق والجوانب السلبية في عمليات التنفيذ، بالاضافة إلى الهدر في النفقات، والحصول على مزايا ومنافع الرعاية الاجتماعية من غير مستحقيها، أو خلافاً للشروط والاجراءات القانونية.

إن المبادئ المذكورة، فيما لو تم إعتمادها سوف تحقق هدفاً مزدوجاً، وجهه الأول جعل الرعاية الاجتماعية حقاً لكل الافراد في المجتمع، ووجهه الثاني إعتبار هذه الرعاية إلتزاماً على المجتمع بأكمله، وليس على الحكومة وحدها.

الدراسة السابعة

قطاع الرعاية الاجتماعية
وفئاتها ومشروعاتها من منظور تنموي

الدكتورة سها الطبال

قطاع الرعاية الاجتماعية
وفئاتها ومشروعاتها من منظور تنموي

الدكتورة سها الطبال

المُقدمة:

تقوم التنمية البشرية المُستدامة الشاملة على أُسس تتطلبُ مُشاركة مُختلف الطبقات والفئات في عملية التغيير بهدف تحقيق العدالة الاجتماعية، وعلى صعيد نوعي، تستهدفُ التنمية البشرية الإنسان بالدرجة الأولى، وحتى يتمكن أي مُجتمع من تحقيق التنمية، لابُد أن يُشارك كافة أفراده وشرائحه في احداث هذه التنمية، مما يتطلبُ البدء بالاستثمار الأمثل في الموارد البشرية في أصغر سن مُمكنة (بركات، ٢٠٠٩).

لا شك بأن مُؤسسات الأمم المُتحدة كان لها الدور الأكبر في التوعية بحقوق الإنسان في العقود الأخيرة، لتسليطها الضوء على قضايا لم تكن ذات أولوية لفترات طويلة، ولم تأخذ حقها في الاهتمام كالعديد من القضايا الاجتماعية التي تتعلقُ بفئات الرعاية الاجتماعية (المجلس الوطني لشؤون الأُسرة، ٢٠١١)، وبهذا الخصوص، دعا برنامج الأمم المُتحدة الإنمائي منذ بداية التسعينيات إلى أن يكون الناس هم محور التنمية، فطوّر منهج "التنمية البشرية المُستدامة"، وأصدر التقارير السنوية التي ركّز فيها منذ التقرير الأول عام ١٩٩٠ على التعريف بمفهوم التنمية البشرية على أنها توسيع الخيارات المُتاحة للإنسان، ومنها ما

يتعلق بالشؤون الصحية وتحصيل المعارف وتوفير مستوى معيشة لائق والتمتع بالحريات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية وتوفير فرص الخلق والإبداع وضمان حقوق الإنسان وحرياته الأساسية(بركات،٢٠٠٩).

تتناول هذه الورقة الرعاية الاجتماعية وتتطرق للحديث عن فئاتها وبدائلها من منظور تنموي، وبشكل أكثر تحديدا، تُغطي الورقة الجوانب التالية:

أ- الرعاية الاجتماعية من منظور تنموي.
ب- التوجهات الحديثة في الرعاية الاجتماعية.
ج- الرعاية الاجتماعية في التجارب العالمية.
د- آفاق مُستقبلية لتمكين قطاع الرعاية الاجتماعية.
ه- مُتطلبات التحول من الرعاية الاجتماعية إلى التنمية في المشروعات والبرامج.

أولا: الرعاية الاجتماعية من منظور تنموي:

أ. مفهوم الرعاية الاجتماعية من منظور تنموي:

إن الرعاية الاجتماعية في العصر الحديث هي مدخلٌ مهمٌ للتنمية بكافة أشكالها الاجتماعية والإقتصادية والإنسانية والبشرية، والتي تقودُ إلى رفاه المُجتمع، وبالتالي تُصبحُ أحد مصادر التغير الاجتماعي وتحسين المستوى المعيشي.

لقد تجاوزت الرعاية الاجتماعية المفهوم التقليدي من مُجرد تقديم خدمات الرعاية إلى النهوض بمستوى الخدمات المُقدمة للفئات المُستهدفة ضمن إطار النظم الاجتماعية، بحيثُ تجعل الفرد مُؤثرا ومُتأثرا بها، وهو ما يعني أن الاهتمام بها يُسهم في التخفيف من الأعباء المالية والتنظيمية التي تترتب على تقديم خدمات الرعاية في إطار مُؤسسات خاصة ومُتخصصة، كما ويُسهمُ في تفعيل أدوار الفئات المُستهدفة من برامج الرعاية الاجتماعية في صُنع السياسات وتوجيه البرامج والمشاريع بشكل يتناسب مع حاجاتهم ويُسهم في دمجهم بأفضل صورة في مُجتمعاتهم، وحتى يتم ذلك لابُد أن تحظى برامج الرعاية بجهود حكومية مُنظمة تُسهم في سن التشريعات ورسم السياسات التي تنقُل هذا النوع من الخدمات من إطار الرعاية إلى إطار حقوقي تنموي(حجازي، ٢٠١٢).

هذا ويُمكن تعريف الرعاية الاجتماعية بأنها نسق مُنظم من الأجهزة الحكومية والأهلية التي تضم عددا من المُختصين الذين يسعون إلى توظيف طاقات المُجتمع وأفراده لتوفير خدمات وبرامج تُساعد الإنسان على اشباع احتياجاته ومُواجهة مُشكلاته والوقاية منها، وتنمية قدراته بهدف تحسين أحواله الآنية والمُستقبلية في إطار قانوني وتشريعي على أساس من العدالة والتكافل الاجتماعي (فتح الرحمن، ٢٠١٣).

ب.فئات الرعاية الاجتماعية:

إن الظروف التي تُعرض الأشخاص للخطر، وتتطلب تقديم الرعاية الخاصة لهم عديدة، وهي ظروف تُشكل مصادر خطر

يتهدد حياة هؤلاء الأشخاص من جهة وصحتهم الجسدية والعقلية ومُشاركاتهم الاجتماعية والاقتصادية من جهة أُخرى، ونُوردُ فيما يلي بعض الفئات التي قد تحتاج إلى تقديم خدمات الرعاية الاجتماعية:

١) **الأطفال المحرومون من الرعاية الأُسرية:** في الوقت الذي تُعتبر فيه الأُسرة هي الملاذ الآمن الذي يُوفّر لأفراد الأُسرة أفضل بيئة رعاية، يُحرمُ بعضُ الأطفال من هذه الرعاية في وقت مُبكر لأسباب مُتعددة كالطلاق، والهجران، وموت أحد الوالدين أو كليهما، وربما ولادة طفل خارج إطار الزواج، وتتباين الأشكال البديلة لرعاية الأُسرة بحسب الفرص المُتوفرة لتقديم هذه الرعاية، كاستعداد أحد الأقارب لإعالة الطفل مثلا، في الوقت الذي يُواجه فيه الأطفال المولودون خارج إطار الزواج مُشكلات عديدة كالرفض من المُجتمع، والنظرة السلبية تجاههم، مما قد يُؤدي إلى ظهور العديد من المُشكلات الانفعالية والسلوكية لديهم.

٢) **الأطفال العاملون:** وهُم الأطفال الذين يُؤدون بعض المهام المُنتجة والمُدرة للدخل أحيانا، وهو ما كان مُنذُ زمن بعيد سمة للعديد من الأُسر، خصوصا في المناطق الريفية، إلا أنه قد ينطوي أحيانا على انخراط الأطفال في أعمال شاقة أو غير مُناسبة ولها مخاطر على صحة وسلامة ورفاه الطفل، ونمائه الفكري والمعنوي والاجتماعي.

٣) **أطفال الشوارع:** وهم الأطفال الذين يتخذون الشوارع كأماكن للنوم والإقامة أو يقضون غالبية أوقاتهم فيها إما للتسول أو البحث عن لُقمة العيش، وإما هروبا من أُسرهم لظروف مُختلفة ويتوجهون إلى بيوتهم للنوم فقط.

٤) **الأطفال في نزاع مع القانون:** هم الأطفال الذين أدت ظروفهم وبيئاتهم إلى تطوير سلوكيات غير تكيفية، تصلُ في كثير من الأحيان إلى الخروج عن القانون وارتكاب الجرائم حتى وإن كانت بسيطة، إلا أنها تكون غير مُتناسبة مع الأنظمة والأعراف المُتفق عليها من قبل مُجتمعاتهم، بغض النظر عن الدافع للقيام بها سواء كان لفت الانتباه أو إثارة الإعجاب.

٥) **الأطفال الذين يتعاملون مع المُخدرات والمُؤثرات العقلية:** هم الأطفال الذين يُروجون أو يبيعون أو يتعاطون المُخدرات والمُؤثرات العقلية، وعادة ما تقوم الدول بتأهيل وإعادة تأهيل هؤلاء الأشخاص من خلال العلاج في مراكز خاصة بالإدمان، وبتشديد العقوبات على كل من يُروجون لها أو يتعاطونها أو يبيعونها.

٦) **الأشخاص المُعرضون للإساءة والعُنف:** هم الأطفال أو غيرهم من أفراد الأُسرة الذين تعرضوا لأحد أشكال الإساءة المُختلفة سواء كانت لفظية أو نفسية أو بدنية، وقد

يكونوا تعرضوا لها في منازلهم ومن قبل أُسرهم، أو في الأماكن التي غالبا ما يتواجدون فيها كأماكن التعليم أو أماكن العمل.

٧) **الأشخاص ذوي الإعاقة:** تعكسُ الدراسات والمُؤشرات الميدانية، زيادة الاهتمام بفئات الأشخاص ذوي الإعاقة وتأهيلهم، وتقديم الخدمات التربوية والصحية لهم، وذلك التزاما من الدول بالمواثيق الدولية، هذا ويُعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة الفئة الأكبر بين فئات الأشخاص المُحتاجين للرعاية.

٨) **الأشخاص ضحايا الحروب (اللاجئون والمُسالمون في النزاعات المُسلحة):** لقد ظهرت قضايا اللجوء في الوطن العربي من عام ١٩٤٨، مع هجرة اللاجئين الفلسطينيين من بلادهم، تلتها الهجرة الثانية عام ١٩٦٧، وغيرها من الظروف التي اقتضت اللجوء، وتُسهم مُنظمات الأُمم المُتحدة في تقديم الخدمات المُناسبة لحماية الأشخاص ضحايا النزاعات والحروب، إضافة إلى التزام دول الجوار القريبة من الدول التي تتضمن نزاعات مُسلحة بالسماح للاجئين بالدخول إلى أراضيها والحصول على مُتطلبات العيش الكريم فيها، ويترتب على ظروف الحرب زيادة في نسب الأشخاص المُحتاجين للرعاية من خلال زيادة نسبة

الأيتام والمُعاقين (المجلس الوطني لشؤون الأُسرة، ٢٠٠٧).

٩) **الأطفال دون سن الرابعة:** هذا وتُدرجُ بعض وزارات التنمية الاجتماعية في الدول العربية الخدمات المُقدمة للأطفال دون سن الرابعة ضمن فئات الرعاية الاجتماعية، وتمشيا مع التوجهات الحديثة، تسعى الدول إلى إعادة النظر في الحضانات كدور تنمية وتطوير مُبكر لا دور رعاية نهارية.

١٠) **المُسنون:** بعد أن كان المُسنون يُشكلون المصدر الرئيسي للتنشئة واتخاذ القرارات في الأُسرة المُمتدة، أدت التغيرات التي ظهرت في مُجتمعاتنا الحديثة والانتقال التدريجي إلى سيطرة نموذج الأُسرة النووية إلى تزايد المُشكلات المُتعلقة بتقديم الرعاية الاجتماعية لهم، فعلى الرغم من أن الغالبية العظمى منهم يتلقون التقدير والإحترام، إلا أن قرارات الأُسر المُتفرعة عنهم أصبحت داخلية ولم تعُد حكرا على كبار السن، وقد يكون هذا التغير قد جعل بعض المُسنين يشعرون بالاغتراب داخل أُسرهم وتحتاجُ أُسرهم إلى الحصول على الأساليب المُتماشية مع العصر والتي تضمن تعزيز مكانتهم داخل أُسرهم دون إرباك لحياة الأُسرة.

١١) **غياب رب الأُسرة:** إن غياب رب الأُسرة لظروف قصرية غير الوفاة (مثال: السجن) يستدعي إدراج أفرادها لفئات الرعاية الاجتماعية، ويتطلب من الدولة النظر في إعالة أفرادها تجنبا لأي مُشكلات قد تترتب عن غيابه، ومن الإجراءات التي تقوم بها الدول: توفير راتب إعالة لأفرادها.

ثانيا: التوجهات والبدائل الحديثة في الرعاية الاجتماعية:

إن التوجهات الحديثة في الرعاية الاجتماعية تُركز على تقديم الخدمات للأشخاص المُستفيدين من قطاع الرعاية الاجتماعية في أقل البيئات تقييدا، وأكثرها قُربا لبيئته الطبيعية (المنزل)، من هُنا ركّزت التوجهات الحديثة في قطاع الرعاية الاجتماعية على التفكير بالبدائل الطبيعية في تقديم الخدمات ما أمكن بحيثُ يكون الإحلال في البيئة مبنيا على قدرات الفرد وحاجاته، وفي حال تعذر إدراجه في البيئة الطبيعية، يكون من الضروري إعادة تأهيل بيئة الرعاية الاجتماعية لتتسم بصفات الدعم الإيجابي اللازمة لتطور وصحة ورفاه الفرد، وتوفّر فريق مُتعدد التخصصات، يتسم بالتنسيق بين أفراده واحترام كل منهم تخصص الآخر.

أ. أثر البيئة على حياة الفرد:

يبدو أن المحيط الذي يعيشُ فيه الفرد يُؤثر بدرجة كبيرة على قدراته ومهاراته وخصوصا المهارات الإنفعالية والإجتماعية، فالمُحيط غير الآمن الذي لا يُوفرُ الحاجات الأساسية والفرص

المُناسبة يُؤثر بشكل سلبي على رفاه الفرد وصحته وحياته بشكل عام.

ففي مرحلة الطفولة مثلا، تُؤثّرُ البيئة التي تتسم بدرجة عالية ومستمرة من الضغط بشكل كبير على دماغ الطفل، تكوينيا ووظيفيا، وتُؤثر على صحة الطفل الجسدية (مثال: تكرار الإصابة بالحساسية والالتهابات واضطرابات النوم والأكل والتبول اللاإرادي والصداع وآلام المعدة)، وعلى صحته النفسية (الكوابيس والتدهور السلوكي والإكتئاب والعدوانية)، وعلى صحته العقلية، كما أن الضغط الفسيولولجي المستمر يؤثر سلبا على الفص الأمامي من الدماغ الذي يحتوي على مراكز مختلف الوظائف المهمة مثل الذاكرة واللغة والتفكير والإدراك والتصميم وأخذ المبادرات وضبط الانفعالات، ومن المعلوم أن دماغ الطفل بين العامين الأول والثاني من الحياة، يُنشئ شبكة تواصل عصبية بين الفصين الأمامي وهو منطقة التفكير والتحليل المنطقي وبين مناطق أخرى في الدماغ مثل النظام اللمبي الذي يعمل على تشغيل الذاكرة وتنظيم ردود الفعل الانفعالية كالخوف والعدوان، وكلما تعرض الطفل الصغير إلى ضغوطات (مخاطر، وتهديد وصدمات) بقي دماغه في حال تأهب وتيقظ مستمرين وفشل الفص الأمامي في إقامة هذه الروابط العصبية التي تُساعده على فهم ما يجري حوله وربط الخبرات الحسية بعملية التفكير والتحليل المنطقي فيبقى الطفل في حالة خوف وذعر وانفعال مستمرة أي في حال تأهب فسيولجي مستمرة ما يعيق العملية الطبيعية لنمو القشرة الدماغية التي تسمح له باكتساب اللغة

والنطق والقدرات الأساسية التي تُمهد لتعليم القراءة والرياضيات لاحقا.

ب. خصائص البيئة الداعمة:

- تتعامل مع الفرد كعنصر اجتماعي فعال لديه القدرة على مُساعدة نفسه والرغبة في إحداث التغيير الذي من شأنه تطوير وضعه وإحداث التأثير الإيجابي في بيئته.
- تنطلق مما هو موجود لا مما هو مفقود، وذلك من خلال الحرص على أن تكون نقاط قوة الفرد هي مدخلا لتقوية ذاته وتحقيق صلابته الداخلية كخطوة أولية لإحداث التغيير وتجاوز المشكلات.
- تُشجع الفرد على الحديث عن قضاياه الخاصة، وتُتيح الفرصة لتبادل الخبرات مع من يُواجهون نفس القضايا والمُشكلات.
- تُوفر الفرصة للأفراد للإبداع ومُمارسة المهارات والهوايات(مرهج، ٢٠٠٣).

ج. البيئة النموذجية لفئات الرعاية الاجتماعية في ضوء التوجهات العالمية:

إن البيئة المُناسبة لفئات الرعاية الاجتماعية هي البيئة التي تُؤمّن الاستمرارية السليمة ما أمكن للحياة الطبيعية، والتي تبدأ منذ سن الولادة وحتى مرحلة الشيخوخة بغض النظر عن ظروف الفرد أو

قدراته، كما أنه محيط يعتمد على تأمين الجودة في الرعاية في المجالات الانفعالية والنفسية والروحية والصحية.

يربط هذا النهج الشمولي بين العوامل النفسية والاجتماعية من جهة وبين العوامل الصحية والغذائية من جهة أخرى، ويرتكز الاهتمام فيه على الأفراد، وبأنهم جزء لا يتجزأ من التطور المالي والاقتصادي للدول، ولو أخذنا البيئة الصديقة لكبار السن كمثال على البيئة النموذجية، فلقد تم تحديد البنود المرجعية الأساسية لمُدن صديقة لكبار السن بناء على نتائج المشروع العالمي لمُنظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٧ والخاص بالمُدن الصديقة لكبار السن بعد التشاور والعمل مع (٣٣) مدينة في (٢٢) دولة من العالم، حيثُ اعتُبرت هذه المرجعية أساسا للتخطيط والتقييم الذاتي من خلال استخدامها كمقياس لمدى التقدم والإنجاز في تحقيق خصائص وبُنود المدينة الصديقة لكبار السن، وحددت مُنظمة الصحة العالمية البنود التي تندرج تحتها خصائص المدينة الصديقة لكبار السن بـــ ٨ بنود أساسية، تنطبقُ في الغالب على مُعظم فئات الرعاية الاجتماعية وهي:

أولا: المساحات الخارجية والأبنية العامة.
ثانيا: وسائط النقل.
ثالثا: السكن.
رابعا: المُشاركة الاجتماعية.
خامسا: الاحترام والاندماج الاجتماعي.

سادسا: المُشاركة المدنية وفرص العمل.
سابعا: الإتصال والإعلام.
ثامنا: الخدمات المُجتمعية والصحية.

د. بدائل الرعاية الاجتماعية الحديثة:

يُمكن تصنيف بدائل الرعاية الرعاية من حيث مكان تقديم الخدمة كما يلي:

١. **الخدمات المُقدمة في المنزل:** وتُقدم الخدمات في هذا النمط للفرد نفسه وأُسرته داخل المنزل، فبعد أن كانت الأُسرة المُمتدة هي المحضن لكافة أفرادها بغض النظر عن أعمارهم أو ظروفهم الصحية أو المهنية، أثّرت التغيرات الحديثة أثرت على أدوار أفرادها، بشكل أصبح الكثيرون يبحثون عن بدائل لتقديم الخدمات للفئات التي تحتاج إلى الرعاية خارج إطار البيت، ويزداد الأمر إلحاحا حين يتعلق بالأطفال الأيتام، أو الكبار في السن (المُسنين)، والأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أن التوجهات الحديثة أدّت إلى العودة مُجددا لتعزيز دور الأُسرة في رعاية هذه الفئات، وذلك بالنظر إلى الدور الاجتماعي الانفعالي الذي تُوفره الأُسر والذي قد لا يكونُ له بديل في مُؤسسات الرعاية الاجتماعية، فعلى الرغم من التكلفة العالية التي تتطلب تقديم خدمات الرعاية، إلا أن الآثار الإيجابية للعمل المُرتكز على الأُسر قاد إلى التفكير الجدي إلى إعادة النظر بإنشاء تلك المُؤسسات، والعودة إلى البديل الطبيعي والأساسي

(وهو الاندماج في البيئة الطبيعية والمُرتكزة على الأُسرة) كلما كان ذلك مُمكنا(طبال، ٢٠٠٨).

٢. **الخدمات المُقدمة في المركز:** وتُقدم الخدمات للأسرة أو الفرد نفسه أو أي فرد له علاقة بالأُسرة في هذا النموذج داخل مكتب الاستشارات أو في عيادة طبية أو في مُستشفى أو في مركز رعاية مُتخصص، كما قد تأخذ بعض المراكز الداخلية أحد الأشكال التالية الهادفة إلى الخروج عن النمط الإيوائي التقليدي، حيثُ تشتمل هذه الأنماط على ظروف حياتية تحرص على دمج فئات الرعاية الاجتماعية في حياة المُجتمع إلى أقصى حد ممكن، ويتم توفير تلك الأنماط للأفراد الذين لا يُمكن أن يعيشوا مع أُسرهم بسبب صعوبة الظروف الأُسرية أو عدم توفر من يُقدمون لهم الرعاية اللازمة من أفراد أُسرهم، وفيما يلي بعض البدائل المُمكنة:

(أ) **المنازل الجماعية:** وتعيش فيها مجموعة من الأشخاص ذوي الإعاقة إما بشكل مُؤقت وإما بشكل دائم وذلك تحت إشراف أفراد مُدربين بشكل جيد.

(ب) **الوحدات المعيشية البديلة:** ويُشبه هذا النمط المنازل الجماعية والفرق الوحيد أن عدد الأشخاص الذين يعيشون معا غالبا ما يكون أقل من خمسة.

(ت) **بيوت التنشئة:** وتبعا لهذا النمط، يُقيم الأفراد مع أُسر لديها الرغبة في توفير إقامة ورعاية مُؤقتتين لهم، وفي الدول الغربية، تتقاضى هذه الأُسر مُكافآت مالية مُقابل استضافة الأشخاص ذوي الإعاقة والعناية بهم(الخطيب، ٢٠٠٤).

٣. **الخدمات المُقدمة في المركز والمنزل معا:** وتبعا لهذا النموذج، يتم تقديم الخدمات للفرد نفسه ولأُسرته في المنزل والمركز معا، بحيث يُسهم البرنامج في تعزيز مُشاركة الأُسرة في بعض أيام الأسبوع وحسب حاجات الأفراد وظروف الأُسر.

٤. **الخدمات المُقدمة في المُستشفيات:** يُستخدم هذا النموذج لتقديم الخدمات للأفراد الذين لديهم مُشكلات تستدعي بقاءهم في المُستشفى، مثل الأفراد المُدمنين، أو المُصابين بأمراض مُزمنة، أو الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة والمُتعددة، أو الأشخاص المُسنين، بصورة تتطلب ادخالهم بشكل مُتكرر أو لفترات طويلة إلى المُستشفى، ووفقا لهذا النموذج يتم تدريب ومُعالجة هؤلاء الأفراد على أيدي فريق مُتعدد التخصصات غالبا ما يضم الأطباء وأخصائيي العلاج الطبيعي والأخصائيين النفسيين وأخصائيي العلاج الوظيفي، وأخصائي الكلام واللغة، وغيرها من التخصصات ذات العلاقة، وغالبا ما يتم الإنتقال تدريجيا من هذا النمط إلى الأنماط المُرتكزة على الأُسرة إن كانت الحالة الصحية تسمح بالإنتقال لها.

هـ. أعضاء الفريق مُتعدد التخصصات الذي ينبغي توفره في البيئة الداعمة:

هناك العديد من التخصصات التي تعمل مع فئات الرعاية الاجتماعية، وهناك تخصصات مُشتركة بين كافة فئات الرعاية الاجتماعية، وتخصصات خاصة لبعض الفئات.

ومن التخصصات المُشتركة بين كافة فئات الرعاية الاجتماعية وذويهم: علم النفس، وعلم الاجتماع، والإرشاد، وغيرها من التخصصات الإنسانية ذات العلاقة.

أما التخصصات الخاصة ببعض الفئات فمنها: التربية الخاصة(لفئة الأفراد ذوي الإعاقة)، والعلاج الوظيفي، والعلاج الطبيعي، وعلاج الكلام واللغة، والقياس والتقويم، والطب بمُختلف فروعه، والتمريض، وغيرها من الإختصاصات ذات العلاقة التي ينبغي أن يتم العمل فيما بينها باتفاق وانسجام تامين.

و. فوائد الإنتقال من نموذج الرعاية التقليدي إلى نموذج الرعاية الاجتماعية من منظور تنموي:

أولا/ فوائد تعود على الفرد نفسه:

١. إن مثل هذه البرامج تُسهم في تحسين مُستوى أداء الأفراد ومهاراتهم خصوصا من النواحي الإنفعالية

والإجتماعية، كما أن لها آثارها الإيجابية على الأداء الأكاديمي لدى العديد من الأفراد خصوصا الأيتام والأشخاص ذوي الإعاقات والأطفال دون سن الرابعة والأطفال المُعرضين للخطر لأسباب مُتعددة (مثال: أطفال الخداج).

٢. تُسهم هذه البرامج في التقليل من الآثار النفسية على الفرد.

٣. تُيسّر هذه البرامج دمج الفرد في البيئات الطبيعية ما أمكن كالمنزل والمدرسة والجامعة وكافة الأماكن التي كان من المفروض أن يتواجد فيها إن لم تكن لديه أية مشكلة تُذكر.

ثانيا/ فوائد تعود على الأُسر:

١. زيادة مُستوى وعي الأُسر بأهمية دعم الأفراد وبالدور الأُسري نحوهم.

٢. ضمان مُشاركة أفراد الأُسرة المعنيين بكافة المراحل الخاصة بالعمل مع فئات الرعاية بشكل يُسهم في مُساعدة هؤلاء الأفراد على التكيف في حياتهم اليومية.

٣. دعم الأُسر ومُساعدتها على التعامل مع المُشكلات التي قد تُواجههم في العمل مع فئات الرعاية الاجتماعية.

٤. تمكين الأُسر من التعامل مع الضغوط النفسية التي قد تترتب على تقديم خدمات الرعاية لمُحتاجيها.

٥. مُساعدة الأُسر على تقبل الوضع الحالي، وتيسير الإرتباط العاطفي بالفئات المُستهدفة.

٦. تمكين الأُسرة من دعم الفرد دون إرباك لمُتطلبات الحياة اليومية الروتينية، من خلال توفير بعض التسهيلات كإعفاءات الخادمات، والسيارات لبعض الفئات كفئة المُسنين والأشخاص ذوي الإعاقة.

ثالثا/ فوائد تعود على الدولة:

١. **زيادة عدد الأفراد المُنتجين في المُجتمع:** إذ أن هذا التوجه يُسهم في زيادة عدد الأفراد المنتجين في المُجتمع ويُحول العديد منهم من مُتلقين للرعاية إلى مُنتجين، وذلك من خلال زيادة فرصهم وقابليتهم للتعلم والتدريب والتأهيل، ويؤدي الاستثمار الأمثل في النهج الشمولي لفئات الرعاية الاجتماعية إلى خلق فرص استثنائية كما أن له أثرٌ إيجابي على اقتصاد المجتمعات أيضا، فالمجتمع يستفيد من الاستثمار في البرامج الرعائية والتنموية من خلال:

(أ) تحفيز إنتاجية الانسان مدى الحياة.
(ب) تأمين فرص التوظيف للعاملين في مجالي الرعاية والتنمية.

٢. **خفض تكلفة الخدمات:** إذ أن العمل ضمن هذا التوجه يُوفر مبالغ طائلة، ففي دراسة قامت بها وود (Wood, 1987) حللت فيها الفوائد الاقتصادية للتدخل المُبكر ببدائلة المُختلفة للأطفال المُعرضين للخطر والأطفال ذوي الإعاقة والتأخر النمائي في عدد من الدراسات التقييمية ثُم قامت باحتساب مجموع تكاليف التعليم حتى وصول الطفل إلى عمر ١٨ عام، وقارنت بين هذه التكاليف في حال بدء الخدمات المُرتكزة على الأُسر منذ سن الولادة، وبعد سن السادسة، وتبين من نتائج الدراسة بأن مُتوسط التكلفة السنوية للطفل الواحد يبلغ ٢٠٢١ دولارا إذا بدأت الخدمات في سن الولادة، فيما يصل إلى ٤٤٤٥ إذا بدأت الخدمات في سن السادسة(طبال، ٢٠٠٨).

ثالثا: الرعاية الاجتماعية في التجارب العالمية:

أ) تطور العمل مع قطاعات الرعاية الاجتماعية عالميا:

اختلفت نظرة الأفراد والجماعات عبر العصور نحو فئات الرعاية الاجتماعية، فلو تناولنا الأطفال ذوي الإعاقة على سبيل المثال لا الحصر، نجد تحول الاتجاهات نحوهم في الوقت

الحالي من السلبية الى الإيجابية، ففي الماضي البعيد ومنذ أيام اليونان والرومان، كان الاتجاه السائد نحو هذه الفئات هو الاتجاه السلبي، وترتب على ذلك الاتجاه اتخاذ قرارات تمثلت في التخلص من هؤلاء الأطفال ذوي الإعاقة باعتبارهم أفرادا غير صالحين للمُجتمع، بل عالة عليه، وليس لهم قيمة اجتماعية أو عسكرية، وفي عهد الديانات السماوية اختلفت الاتجاهات نحو الأطفال ذوي الإعاقة من السلبية الى الإيجابية، إذ تمثلت الاتجاهات الإيجابية في الاهتمام بهم وتعليمهم ومعاملتهم بطريقة إنسانية تحفظ كرامتهم فظهرت الملاجئ والمعونات الشهرية لهم وتم الاهتمام بتقديم الخدمات التربوية لهم، ولكن مع أواسط القرن السادس والسابع عشر عادت النظرة السلبية نحو الأطفال ذوي الإعاقة حيث عرف ذلك العصر بعصر السلاسل والحديد، وتمثلت تلك الاتجاهات بالإهمال والتخلص من الأطفال ذوي الإعاقة، وبقي الأمر كذلك حتى ظهرت حركات الإصلاح كالثورة الفرنسية والأمريكية في القرنين الثامن والتاسع عشر، حيث ظهرت الاتجاهات الإيجابية نحو الأطفال ذوي الإعاقة والتي تمثلت في فتح المراكز والمدارس الخاصة بهم كما هو الحال في فرنسا والولايات المُتحدة، إذ ترتب على ظهور الاتجاهات الإيجابية وخاصة مع بدايات القرن الحالي، فتح الملاجئ والمدارس والمراكز والمُؤسسات التي تُعنى بالأطفال ذوي الإعاقة، ويُعد إيتارد، وسيجان، ومنتسوري من الرواد الأوائل الذين تبنوا اتجاهات إيجابية نحو الأطفال ذوي الإعاقة من خلال توفير الخدمات التعليمية والتأهيلية، وفي العصور الحديثة تعززت الاتجاهات الإيجابية نحو الأطفال ذوي الإعاقة، وتمثلت باهتمام مُنظمات الأُمم المُتحدة كاليونسكو واليونيسيف ومنظمة العمل الدولية،

بالإضافة إلى اهتمام الحكومات والقطاع الخاص بالأطفال ذوي الإعاقة، وتمثل ذلك الاهتمام بتبني اتجاهات إيجابية نحو الأطفال ذوي الإعاقة أدت إلى ظهور البرامج التربوية والتعليمية والصحية والقوانين والتشريعات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة سواء أكان ذلك في الدول العربية أو الدول الأوروبية والأمريكية (الروسان، ١٩٩٩).

إلا أن مُؤسسات الإقامة الداخلية أخذت النمط التنظيمي الرئيسي المُعتمد لتقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة حتى عقد الستينيات من القرن العشرين، وكانت هذه المُؤسسات تُقام في مواقع جغرافية نائية ومعزولة، وتستوعب بضع مئات من الأشخاص، ولم تكن خدمات التربية الخاصة والتأهيل تُقدّم للأشخاص ذوي الإعاقة، لأن المجتمعات لم تكن تُؤمن بقابلية هؤلاء الأشخاص للتعلم.

ولأن هذه المُؤسسات عملت على عزل الأشخاص ذوي الإعاقة عن أُسرهم ومُجتمعاتهم وسادت فيها ظروف ومُمارسات تعرّضت لانتقادات شديدة، ظهرت منذ قرابة أربعة عقود حركات مُناهضة لهذه المُؤسسات، وتضمنت الدعوة للتخلص من المؤسسات الإيوائية الكبيرة واستبدالها بمُؤسسات إقامة صغيرة قريبة قدر المُستطاع من ظروف العيش الاعتيادي والمألوف في المُجتمع، وبعبارة أُخرى، فقد أصبحت الفلسفة تقوم على الابتعاد عن العزل والفصل والاقتراب قدر المُستطاع من الدمج ضمن ما أصبح يُعرف بأنماط العيش البديلة(الخطيب، ٢٠٠٤).

وفيما يتعلق بخدمات الرعاية لفئة الأيتام، فإن المُتابع لمراحل رعاية الأيتام في الدول العربية يجدها تعودُ إلى النقطة التي بدأت بها، ألا وهي رعاية الطفل اليتيم في أُسرته، وتمكين تلك الأُسرة من مُراعاة احتياجاته، وتلبية مُتطلباته، وهو ما حثت عليه الشرائع السماوية، ويتناسب مع عاداتنا وتقاليدنا وأخلاقنا العربية والإسلامية على حد سواء.

تتخذُ رعاية الأطفال الأيتام في الدول العربية بدائل مُتعددة لعل أكثرها تقييدا هو الرعاية في دور خاصة يُقيم فيها الأطفال بعيدا عن أُسرهم، ويتلقون كافة الخدمات بالتنسيق مع مراكز الرعاية التي يُقيمون فيها، وهذا النمط بدأ ولله الحمد يقلُ تدريجيا مع زيادة الحملات الهادفة إلى تمكين الأُسر من رعاية أطفالها، حتى في أسوأ الأحوال التي يتعذرُ فيها وجودهم داخل أُسرهم النووية لأسباب تعود إلى وفاة الوالدين أو وفاة أحدهم وتعذر إقامته مع الآخر لظروف الطلاق أو غيره، حينها يتم العمل على دمجه في أُسرته الممتدة لتكون محضن التنشئة للطفل.

إن العديد من الدول أصبحت تُمكن الأُسر إقتصاديا لتتمكن بدورها من تغطية نفقات الطفل اليتيم وضمه إليها، وتقديم ما أمكن من الخدمات اللازمة له، وتسهى جاهدة لتوفير خدمات الدعم النفسي للطفل والإرشاد التربوي والأُسري للأُسرة بهدف

تأهيلها ما أمكن على التعامل معه وللحيلولة ما أمكن دون ابتعاده عن أُسرته.

لقد حرصت العديد من الدول على المُحافظة ما أمكن على جو الأُسرة عند تنشئة الأطفال، ووفرت بديلا مُهما وهو الإحتضان من خلال أُسر بديلة، وأسست لذلك الأمر وفق أُسس شرعية، تضمن للطفل فرصة البقاء والنماء في جو إيجابي حميم، في أُسر يتم اختيارها وفق شروط تضمن مصلحة الطفل بالدرجة الأولى، بحيث تتم مُتابعة الأطفال المُحتضنين وفق آلية مُحددة ومُنظمة واتفاق بين الجهة المسؤولة عن التحضين وبين الأُسرة الحاضنة.

ب) التجربة البريطانية في الرعاية الاجتماعية:

إن دراسات الفعالية والممارسات المبنية على الأدلة كانت موضوعات جوهرية مُتسقة في سياسة المملكة المُتحدة لعقد من الزمان، وتم توظيفها بشكل عملي، وتنتهجُ حكومة المملكة المُتحدة في الوقت الحالي نهجا مُخططا وعقلانيا لتقييم وتبني التوجهات الحديثة، وتطوير أُطر عمل وطنية لتحديد كيفية تقديم الخدمات، والنهوض بمستواها، وقياس أثرها، ووقف استخدام المُمارسات غير المُناسبة منها.

تتمثلُ فكرة الرعاية المبنية على الأدلة بصورة بسيطة في أن الرعاية التي تُقدّم لا بُد أن تستند قدر المُستطاع إلى الأدلة العملية المُستمدة من الدراسات الموثوقة للخدمات التدخلية الرعائية الفعالة، حيثُ يترتبُ على ذلك تقليل المُشكلات المُترتبة على تدخلات الرعاية التقليدية. وانطلقت هذه الفكرة من الإيمان بضرورة أن يكون هناك اصلاح رئيسي في خدمات الرعاية ككل، من خلال إدارة المعرفة في أنظمة الرعاية، التي تُؤثر على الفرد المُستفيد ومُنظمات الرعاية، والباحثين ومُؤسساتهم، وعلى نظام الرعاية بشكل عام.

كيف يتم صنع القرارات في إطار هذا التوجه:

يستند المُدراء والمُعالجون إلى مصادر مُتنوعة بشكل كبير لاتخاذ وصنع القرارات، لذا فمن غير المُفاجئ أن تختلف الطرق التي ينتهجونها في الوصول إلى الأدلة لصُنع قراراتهم.

يصنعُ المُعالجون قراراتهم في كل يوم حول علاج المرضى بصورة فردية، وهذه القرارات هي التي يرتكزُ عليها توجه المُمارسات المبنية على الأدلة، وقد يكون المدى الزمني لكل قرار قصيرا – بضعة دقائق أو أقل – ولذا يحتاجون إلى أنظمة تُساعدهم في جمع وحفظ البيانات ذات العلاقة والوصول إلى قرارات علاجية بشكل سريع، وغالبا ما يستندون في أنظمة دعم القرارات إلى أحد المصادر كالكُتب أو الأدلة

المرجعية، أو المبادئ التوجيهية أو البرمجيات الحاسوبية، وهي أنظمة عملية لأن العديد من القرارات مُتشابهة (بما فيها تقديم نفس المعرفة للعديد من المُستفيدين الذين لديهم نفس الأعراض)، ومن جهة أخرى، قد تكون هناك حاجة لاستخدام أسلوب بدلا عن الآخر إن أثبتت الممارسة فعاليته مُقارنة بالسابق، وبسبب قصر الفترة التي ينبغي أن تُتخذ فيها القرارات المُرتبطة بحالات الرعاية، لابُد أن يسهل الوصول إلى الأدلة، ويسهل فهم المُمارسات واستخدامها، ومُراعاة التحديات التطبيقية والمنطقية المُرتبطة بها.

بناء الثقافة المُستندة للأدلة:

في البداية، لابُد يتم تأسيس ثقافة "التعلم من خلال البحث"، وبدونها، تُحبط كافة المُحاولات والجهود للوصول إلى أدلة بحثية مُقنعة.

غالبا ما تُستخدم الأدلة البحثية في المواقع التي لديها ثقافة تدعم وتُشجع الابتكار والتجريب وجمع وتحليل البيانات وتطوير مهارات تقييم ناقد بين المُدراء، وفي هذه المواقع – ونعتقدُ بأن هناك القليل منها – يُراجع القادة بشكل روتيني النتائج المُتعلقة بالدراسات ذات العلاقة قبل صنع وإصدار القرارات المُهمة.

تستندُ التجربة البريطانية الحديثة في الرعاية الاجتماعية إلى عدد من النظريات ومنها نظرية المُمارسة، وتحرصُ على تعزيز المُمارسات التي أثبتت الدراسات العملية فعاليتها.

وفيما يلي مُلخصٌ عن نظرية الرعاية الاجتماعية كأحد النظريات الرئيسية التي استندت عليها التجربة البريطانية.

نظرية المُمارسة الاجتماعية:

تُغطي نظرية المُمارسة الاجتماعية العناصر الرئيسية للرعاية الاجتماعية مثل القيم، والممارسات المُناهضة للتمييز، والتشريعات، وطُرق التخطيط والتدخل في الرعاية، بالإضافة إلى الأمور المُتعلقة بفريق العمل، كما تركزُ بشكل كبير على ارتباط النظرية بالتطبيق.

ووفق هذه النظرية، فإن المُختصون مع المُمارسة والخبرة في أماكن العمل يُصبحون أكثر قُدرة على الربط بين النظرية والتطبيق، فتتغيرُ أفكارهم وخبراتهم، بصورة تُمكنهم من تحليل فهمهم الشخصي للعالم من حولهم، وتُشجعه على مُراعاة طبيعة أفكارهم الخاصة، وهو ما يُعدُ تحديا. لابُد أن تزيد نظرية الرعاية الاجتماعية مهارات الفرد على التحليل المنطقي، وفي الوقت الذي قد تُسهم في تغيير مُعتقداته نحو بعض القضايا، فإنها تُسهم في فهم وجهات نظره الشخصية ووجهات نظر الآخرين.

تهدف النظرية إلى مُساعدة الفرد على فهم مدى واسع من المعلومات في مجال الرعاية الاجتماعية على اتساعه وتزويده بالمعرفة الأساسية للمُمارسة الآمنة والأخلاقية، كما وتُزوده بدرجة من المعرفة الحقيقية المُرتبطة بالنظريات حول فرق العمل وأنماط الإدارة والتواصل، وتُكسبه القدرة على التبصر في التشريعات، والقوانين الأساسية المُنظمة لأدوار مُقدمي الرعاية الاجتماعية وواجباتهم ومسؤولياتهم.

وبشكل مُحدد، فإن المُمارس لهذه النظرية يتمكن من تحديد أثرها التطبيقي، ويفهم عملية التخطيط للرعاية ويكون على وعي بنماذج التدخل في الرعاية الاجتماعية على اختلافها، ويُقوّم ويصنف نماذج وأنماط فرق العمل(Walshe & Rundall,2001) .

عناصر نظرية المُمارسة الاجتماعية:

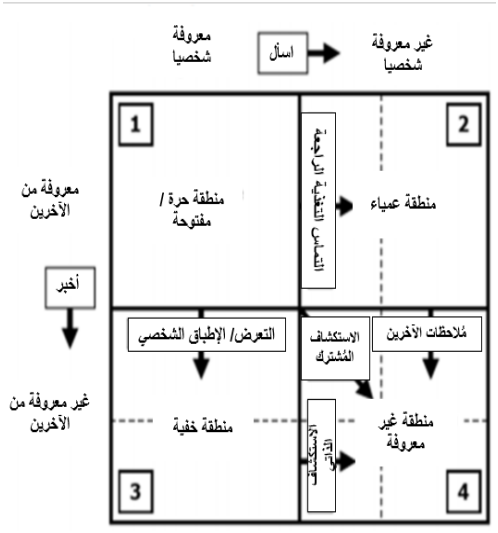
أ) القيم وتأسيس مبادئ الرعاية.
ب) عملية التخطيط للرعاية.
ج) طرق ونماذج مُمارسة الرعاية الاجتماعية.
د) عمل الفريق الفعال.

أ) **القيم وتأسيس مبادئ الرعاية:** تتضمن القيم والمُعضلات الأخلاقية، والوعي بالثقافة والتحديات، وتنعكس على نظام المُعتقدات الشخصي الخاص بالفرد، وقدرته على إحداث التغيير، وعدم التعصب لقيمه الشخصية، وإنما على قيم الأغلبية من المُحيطين به – فريق العمل، وغيرهم من المُختصين، والمُستفيدين من الخدمات.

إن كان الأساس القيمي الشخصي "احترام الآخرين" أو "حُب أشخاص مُختلفين"، و"الالتقاء بأشخاص لا يُشبهوننا في التفكير"، فلن يتسبب ذلك في إحداث أي توتر أو انقسام، وإنما يتم تبنيه كفرصة إيجابية، فالقيم مثل: "الأشخاص ذوي الإعاقة أغبياء"

تُطور صورا سلبية، وتُحبط التواصل المفتوح وتُسهم في تطور الاتجاهات السلبية.

ومن الأمور الأساسية المُرتبطة بالقيم الوعي الذاتي، فمن المُهم أن تتم مراعاة وعي العاملين بأنفسهم، ويتضمن الوعي الذاتي تمييز الشخصية الفردية ونقاط القوة والضعف، وما يُحبه الفرد ولا يُحبه، وكيفية تشكُّل حياة الفرد وتأثرها بخبراته الخاصة وخبرات الآخرين، وحتى يُطور الفرد وعيا ذاتيا، لابد أن يعكس أفعاله الخاصة ومُعتقداته وأن يتطلع إلى التوجيه والتغذية الراجعة من الآخرين.



الشباك الجوهري:أداة عملية لتمكين الفرد من مُراعاة التداخلات في العلاقات الإنسانية وتطوير الوعي الذاتي، وكما يُوضح المُخطط أدناه، فإن الشباك الجوهري يُقسم الوعي الشخص إلى أربعة أنماط مُختلفة: المفتوح، والخفي، والأعمى، وغير المعروف.

هناك عناصر واضحة تُعدُ مناطق "غير معروفة" بالإضافة إلى أماكن عمياء، وفي الوقت الذي قد يحدث فيه ذلك دائما، فإن هدف الفرد لابُد أن يكون خفض ذلك لصالح العناصر الحرة/ المفتوحة، مع تقليل العناصر "الخفية" من خلال الانفتاح والوعي الذاتي.

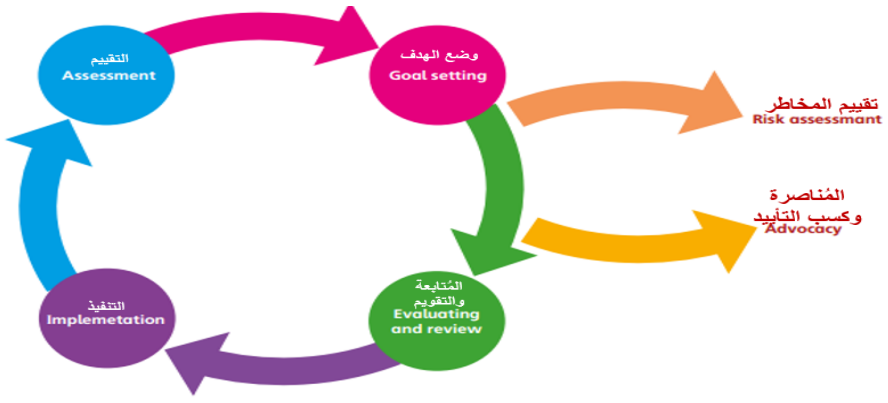
يعكسُ هذا النموذج بأن التفاعل المُستمر بين الأطراف، سيُؤدي إلى الانفتاح بينهم في مُمارسات الرعاية الاجتماعية بصورة من شأنها أن تحفز الإنجاز والإمكانات، وقد يكون ضروريا لزيادة الوعي الذاتي، ولخفض الفجوات المُتعلقة بالآخرين، إلا أنه قد لا يكون مُلائما أو مرغوبا في جميع الأوقات خصوصا عند تقديم الخدمات، إذ من غير المُناسب أن يكون العاملون على أُلفة تامة بالمُستفيدين من الخدمات في جميع الحالات، وعلى أية حال، فإن الحدود المهنية لابُد أن تكون واضحة بشكل يتماشى مع السياسة ومُستوى المُشاركة.

ب) عملية التخطيط للرعاية:

من المُتفق عليه بأن التخطيط للرعاية هو بمثابة اتفاقية للرعاية أو الدعم يتم تقديمه لشخص يستخدم الخدمات بصورة فردية أو مُؤسسية، ويُحدد الحاجات ويُميز كيفية تلبيتها وفق جدول زمني يتضمن مُراجعتها، وهي خطة ليست أبدية وإنما مرنة، تتضمن العديد من البيانات المُرتبطة بالحاجات الحالية والخدمات اللازمة لتلبيتها. يمكن أن يُطلق على خطة الرعاية أسماء مُتعددة، كالخطط التطورية، أو الملفات الفردية، أو الأدلة المُرتكزة على الفرد، ويمكن أن تحمل أشكالا مُتعددة: صورا، ومُخطات، واختبارات.

دائرة التخطيط:

لابُد من مُراعاة عدم استخدام اللغة الانفعالية، ولغة التمييز أو المعلومات المُسيّرة في تطوير خطة الرعاية، وتحتاجُ خطة الرعاية الناجحة إلى أن تكون مُنظمة، وواضحة، ومبنية بطريقة واضحة، ووفق منهجية مُحددة، ومن المُؤكد بأنه لا ينبغي استثناء الآراء والمشاعر ووجهات النظر الفردية من العملية، ولكن تتمتع خطط الرعاية الجيدة بأنها تُحدد ما هو واقعي، وما هو حدسي، وما هو مُعتقد، وغالبا ما يكون من المُفيد البحث عن البيانات من مصادر مُتنوعة، وعدم الاقتصار على الفرد مُتلقي الخدمات، وعلى لغة المحتوى، أو الأمور الشكلية، وفي الوقت الذي يتم جمع البيانات وتقديمها من قبل شخص واحد، من غير المُعتاد أن يُسيطر رأيٌ فردي أو وجهة نظر فردية على مُحتوى الخطة، ويُوضح الشكل التالي المراحل الأساسية والمُحددة للتخطيط للرعاية.



ج) طرق ونماذج مُمارسة الرعاية الاجتماعية:

هناك العديد من الطرق وأساليب التدخل المُتاحة لمُقدمي الرعاية الاجتماعية، بالإضافة إلى المهارات المطلوبة للعمل مع الآخرين ولمُراعاة بعض التدخلات أو المهارات غير العملية المُتاحة في الأوضاع الصعبة، ويمكن أن يتم العمل بكل طريقة من طُرق التدخل بصورة مُنفصلة عن الطريقة الأُخرى، إلا أنه وعلى أية حال ومع المُمارسة، سيتمكنُ المُمارسُ من تمييز إمكانية استخدام أكثر من طريقة تدخل في نفس الوقت وعدم الاعتماد على طريقة واحدة بصورة كاملة.

ومن وجهة نظر نظرية المُمارسة فإن على المُمارس أن يتمكن من الوصول لهذا المُستوى من النضج المهني، الذي يُمكّنه من تطوير النموذج الخاص به للتدخل والذي يتناسب بصورة فردية مع حاجات كل عميل على حدى، ومُتطلباته وحاجاته.

د) عمل الفريق الفعال:

إن أخر عُنصر في نظرية الرعاية الاجتماعية هو عمل الفريق، والذي يتضح من خلاله أهمية القيم والأخلاقيات وانعكاساتها على المُمارسات أثناء العمل، من خلال القيام بالتخطيط المُناسب للرعاية بطريقة تعاونية، واقتراح طرق التدخل المُناسبة والتي يتم من خلالها مُراعاة تخصص كل عضو من أعضاء الفريق على حدى، لذا من المُهم أن يكون العملُ بروح الفريق مدروسا لينعكس بأفضل صوره على مصلحة الفرد مُتلقي الخدمة.

إن نجاح عمل الفريق ينعكسُ على نجاح عمل المُؤسسة، وغالبا ما ينعكسُ نجاح عمل المُؤسسة على الأشخاص المُستفيدين من خدمات الرعاية الاجتماعية، وهو الأمر الأكثر أهمية، فعمل الفريق والتعاون والعمل الجماعي هي العناصر الأساسية في دور مُختصي الرعاية الاجتماعية، ومن خلال وعي كل فرد بدوره المتوقع منه وأدوار الآخرين، سيتفهمُ كُل فرد المطلوب منه وسيُسهم ذلك في احترام كل شخص للآخر ومعرفة حدوده المهنية والتنسيق مع الآخرين حسب أدوارهم المُناطة بهم واختصاصاتهم (Hendry2012).

ج) تجارب الدول الإسلامية مع بعض فئات الرعاية الاجتماعية (فئة الأطفال المحرومون من الرعاية الأُسرية كنموذج).

١. تجربة الأُردن في التعامل مع الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية:

ينتهجُ الأُردن نهج بدائل الرعاية الاجتماعية بدءا من الأقل تقييدا ما أمكن (في كنف الأُسرة) إلى الأكثر تقييدا (مراكز الرعاية الدائمة – الإقامة) ويتطلبُ ذلك تقدير مصلحته استنادا إلى ظروفه الفرد ومدى تواجد وأهلية من يقوم برعايته.

١,١ برنامج كفالة اليتيم: يعتبر برنامج كفالة الأيتام من أهم برامج صندوق الزكاة التابع لوزارة الأوقاف والشؤون والمُقدسات الإسلامية في الأُردن، لما له من قيم سامية

ومعاني عظيمة تتعلق في التكافل الاجتماعي، ويُسهم البرنامج في تيسير بقاء الطفل اليتيم في جو أُسري مُناسب، ودعم الأُسر وتمكينها من تلبية احتياجاته، كما ويقوم الصندوق نيابة عن الكافل بعد اختياره للمكفول بتحويل مبلغ شهري لليتيم ومتابعة أحواله الصحية والتعليمية والاجتماعية وهو مقيم لدى أسرته حفاظاً على ارتباطه الأسري وضمان لتنشئة سليمة خالية من الأمراض النفسية والبدنية، ويُشترطُ في المكفول أن يكون يتيم الأب أو الأبوين، وأن يكون فقير الحال، ويتم تقديم تقرير نصف سنوي لكافل اليتيم عن حالته ويتضمن هذا التقرير صورة حديثة له، وآخر شهادة مدرسية له، ورسالة شُكر بخط يده أو بخط يد ولي أمره موجهة لكافله، علما بأن عدد الأيتام المكفولين من قبل صندوق الزكاة ولجانه (٣١٠٠) قد وصل إلى ثلاثة الاف ومائة يتيم.

http://www.zakatfund.org/Public/Arabic.aspx?Site_Id=2&Page_Id=480

١. ٢. الاحتضان:

بدأ العمل بالإحتضان في الأردن في العام ١٩٦٧، من خلال مُديرية الأسرة والطفولة في وزارة التنمية الاجتماعية، انطلاقا من فكرة أن الإحتضان يُلبي الحاجات الاجتماعية الإنفعالية لدى طرفي الإحتضان

(الطفل المُحتضن والأُسرة الحاضنة)، وتم تنظيم الأمر وفق نظام وتعليمات للإحتضان (**نظام** رعاية الطفولة من الولادة وحتى سن الثامنه عشرة رقم (٣٤) لعام ١٩٧٢)، الذي يُحدد شروط وظروف الإحتضان ويُلخصها في عدة بنود لعل أهمها الشروط المُتعلقة بالأُسر المُحتضنة ومدى جاهزيتها لاحتضان الطفل.

ولعل من أهم الأمور التي يتم العمل بها قبل تحضين الطفل هو تدريب الأُسرة الحاضنة على أساليب التنشئة السليمة وعلى كافة القضايا المُتعلقة به خصوصا فيما يتعلق بتهيئته لمعرفة حقيقة نسبه، والتعامل مع نظرة الأقارب لموضوع تحضين طفل قد يكون في كثير من الأحيان، بالإضافة إلى التحديات المُتعلقة بتنشئة الطفل المُحتضن.

وبهذا الخصوص أطلق المجلس الوطني لشؤون الأسرة بالتعاون مع وزارة التنمية الاجتماعية دليل الأُسر الحاضنة لاحتضان آمن وصحي، ليُساعد الأُسر المُقبلين على الإحتضان، ويُجيب على كافة الأسئلة التي قد تدور في أذهانهم حول موضوع الإحتضان.

http://www.ncfa.org.jo/Portals/1/Publications/dalel%202htedan.pdf

١.٣. مراكز الرعاية الداخلية:

وتُعتبرُ البديل الأخير، حيثُ يتم الالتحاق فيها في حال تعذّر توفير مكان أُسري مُلائم للطفل، ويُشترط أن يكون الطفل يتيم الأبوين أو يتيم الأُم، بحيث يبقى يتيم الأب مع والدته ويتم تأهيلها بمشروع تأهيل مهني إن كان وضعها المادي لا يسمح برعايته، أو صرف معونة نقدية شهرية لها لتمكينها من الوفاء بمُتطلباته وذلك عن طريق صندوق المعونة الوطنية، كما يستفيد من خدمات هذه المُؤسسات الأطفال مجهولي النسب ممن لم يتم تحضينهم، كما ويستفيد أيضا الأطفال المحرومين من الرعاية الأُسرية لأسباب تعود إلى مرض أحد الوالدين أو كليهما، وخصوصا الأُم، أو ضحايا التفكك الأُسري ويشمل (الطلاق، والتشرد، ودخول الأُم لمركز الإصلاح والتأهيل بجُرم أو جنحة)، بالإضافة إلى أن ظروف تعرض الطفل للإساءة بأنواعها من قبل أُسرته قد يكون سببا لإلحاقه بمركز الرعاية حماية له من تعرضه للضرر.

http://www.mosd.gov.jo/index.php?option=com_content&view=article&id=175&catid=48:48&Itemid=50

٢. تجربة ماليزيا في العمل مع الأطفال المحرومين من الرعاية الأُسرية:

قد يعكسُ ارتفاع عدد دور الأيتام والمدارس الدينية الخاصة بالأيتام وانتشارها في ماليزيا مدى اهتمام الدولة برعاية هذه الفئة من الأطفال، وعلى الرغم من انخفاض نسبة الفقر في ماليزيا نظرا للإجراءات التي اتخذتها الدولة لتجاوز مشكلة الفقر وخفضها من ٥٠% عام ١٩٧٠ إلى ٥,٧% عام ٢٠٠٣، إلا أن غالبية الأيتام في ماليزيا هم من الفقراء، وهو ما يجعل الحديث عن خدمات الرعاية ينصبُ على توفير الأساسيات.

أما فيما يتعلق بالأطفال مجهولي النسب، فيُمكن أن نقول بأنها أصبحت ظاهرة في ماليزيا، حيثُ بدأ ناقوس الخطر يدق حين عكست الإحصاءات ما بين ١٩٩٠م إلى ١٩٩٧م بأن هناك ٤٣٠ طفلا قد تم تحويلهم إلى قسم الخدمات الاجتماعية بوزارة المرأة والأُسرة وتنمية المجتمع كأطفال مجهولي النسب، وسجّلت الإحصاءات تزايد عدد هؤلاء الأطفال ما بين الأعوام ١٩٩٨م وحتى ٢٠٠٣ ليصل إلى ٤٦٩ طفلا وطفلة، وهو ما اعتبرته الوزارة مُنذرا بالخطر.

إن الاهتمام بسن القوانين المُتعلقة برعاية الأيتام والأطفال مجهولي النسب بدأ مُنذ إصدار قانون الطفل عام ١٩٢٢م،

ومن ثم القانون المحلي لعام ١٩٣٩، وقانون الأطفال والشباب لعام ١٩٤٧، وقانون حماية الطفل للعام ١٩٩١م، وكان قانون الطفل لعام ٢٠٠١ هو المُنظم لقضايا الأطفال الأيتام ومجهولي النسب، وهذا القانون لا يُفرّق بين الطفل المُسلم وغير المُسلم، إذ أنه قانون مُعتمد في المحاكم المدنية، أما القانون المُنظم لرعاية الأيتام والأطفال مجهولي النسب في الشريعة الإسلامية فهو قانون الحضانة والكفالة الذي يعتمده قانون الأُسرة الإسلامي الصادر عن المجالس التشريعية الولائية.

١.٢. التدابير القانونية لرعاية الأطفال الأيتام ومجهولي النسب في ماليزيا:

- تأسيس مجلس تنسيقي لحماية الطفل، بإشراف قسم الخدمات الاجتماعية التابع لوزارة المرأة والأُسرة وتنمية المجتمع، والذي يعمل على تحديد أعضائه، وتنظيم اجتماعاته، وتحديد الفريق الذي يشرف على هذه الحماية، والجهة الرسمية المكلفة برعاية الأطفال الأيتام ومجهولي النسب.

- تعيين مُشرفين على الأطفال المُحتضنين ومُتابعة أوضاعهم مع الأُسر الحاضنة، وذلك للتأكد من

حسن سير الأمور، ورفع التقارير الدورية عن الأطفال الذين يحتاجون إلى الرعاية.

- تأسيس مراكز لرعاية الأطفال المحرومين من الرعاية الأُسرية (الأيتام ومجهولي النسب) بحيث يُشرف عليها قسم الخدمات الإجتماعية في وزارة المرأة والأسرة وتنمية المجتمع، وقد كان آخر مشروع قدمته الحكومة الماليزية مشروع "بيت الأمل" للأيتام ومجهولي النسب الذي يضم جميع المرافق التي يحتاجها الطفل، وقد كلف الحكومة الماليزية ٦,٥ مليون رنجت، أي ما يعادل ١,٧ مليون دولار أمريكي.

- إلزامية التعليم لجميع الأطفال بمن فيهم الأطفال الأيتام ومجهولي النسب.

- إلزامية تحقيق مُتطلبات الأمان والرعاية الصحية للطفل، ومُتطلبات الحياة السعيدة، وتوفير مساحات للتسلية والراحة والأنشطة الثقافية.

- إلزامية تحويل الأطفال المحرومين من الرعاية الأُسرية (الأيتام، ومجهولي النسب) الذين لم يجدوا

من يكفلهم إلى قسم الخدمات الاجتماعية بوزارة المرأة والأسرة وتنمية المجتمع، كونه القسم المخول الوحيد بترتيب الإجراءات القانونية للأطفال المحرومين من الرعاية الأُسرية، بحيث يتم إلحاقه بأحد دور رعاية الأيتام، وأشهرها "بيت الأمل" الذي تشرف عليه الحكومة الماليزية مباشرة.

٢,٢. رعاية الأطفال مجهولي النسب:

- أول حقوق رعاية الأطفال مجهولي النسب في قانون الطفل هو الحق في التسمية، والحق في الجنسية، والحق في توفير كافة الوثائق القانونية وبعدها بذل كافة الجهود اللازمة للوصول إلى ذويه، وأثناء هذا البحث يلتزم قسم الخدمات الاجتماعية بتوفير الرعاية الشاملة له، إذ تتكفل الدولة بتأمين هذا الحق.

- هناك إمكانية للاحتضان من خلال تقديم طلبات للأزواج المحرومين من الأبوة، وتقبل المحكمة طلبات الاحتضان للأطفال مجهولي النسب وتضع الدولة شروطا وضوابط للاحتضان، لا سيما إن كانت إقامة الطفل ستكون خارج البلاد، إذ يُشترط

فيمن يرغب في الاحتضان تقديم طلب يتضمن كافة بياناته وتوفير الضمانات والدلائل التي تعكسُ قدرته على الرعاية، وفي حال قبول طلبه يخضع لاختبار مدته ثلاثة أشهر، وإن نجح فيه، يُجبر على الإقامة في ماليزيا لمُدة عامين، وتُعين مُشرف لمُتابعته، ويحق للدولة أن تنهي الاحتضان وتسحب الطفل المُحتضن إذا وجدت تقصيرا من قبل الأُسرة الحاضنة.

- تشجيع المجتمع المدني على رعاية الأطفال الأيتام ومجهولي النسب من خلال تشجيعهم على تأسيس دور للرعاية، ويتم هذا التشجيع من خلال تيسير إجراءات ترخيص إنشاء جمعيات خيرية لرعاية الأطفال الأيتام ومجهولي النسب، وتيسير إجراءات تأسيس مراكز من خلال الإعفاءات الضريبية والتسهيلات الجمركية، والدعم المادي السنوي من خلال ميزانية تقدمها الوزارة للجمعيات المعنية بهذا العمل (بوهراوة، ٢٠٠٦).

رابعا: آفاق مُستقبلية لتمكين قطاع الرعاية الاجتماعية:

أ) التعاون والتشبيك:

إن توفير بيئة مُلائمة لكافة فئات الرعاية الاجتماعية، وتوفير الحماية اللازمة لهم أمرٌ يستدعي التعاون التام والتنسيق بين

واضعي السياسات وصُناع القرار والمُختصين في مجال تقديم الرعاية، وتوفير قاعدة من المعلومات لدى جميع الأطراف المُشاركة وجمع المعلومات وتحليلها، والاتفاق على الحقائق، وإصدار تحليلات مُشتركة تعكسُ الوضع الحالي والحقيقي لتلك الفئات، ومن ثم تحديد أولويات العمل معهم.

ومن هنا، فإن تحليل وضع فئات الرعاية الاجتماعية من خلال أدوات خاصة يتم إعدادها بطُرق تشاركية، من شأنه أن يُوفّر الحقائق والبيانات اللازمة التي تُسهم في التخطيط السليم الهادف إلى تحسين الأوضاع الحالية لكافة فئات الرعاية الاجتماعية، والنهوض بمستوى الخدمات المُقدمة لهم.

ويتخذُ التشبيك والشراكات الهادفة إلى تحسين الأوضاع الحالية أشكالا مُتعددة، وتتجلى أهميته بوضوح من خلال دوره في إصدار التشريعات ورسم السياسات والتخطيط وكسب التأييد، وهناك العديد من الجهات الحكومية وغير الحكومية ومُنظمات الأمم المُتحدة وحتى القطاع الخاص ممن تُسهم جهودهم المُشتركة في إحداث التغيير وتقديم النماذج عالية الجودة خاصة حين يُكمّلُ كلٌ منهم دور الآخر، هذا ويُمكنُ أن تُسهمُ مُشاركة الجماعات المحلية المعنية بقطاع الرعاية الاجتماعية أيضا في تحديد وتحليل أنواع ومستويات الاحتياجات، وفي تخطيط وتنفيذ ومراقبة وتقييم العمل مع فئات الرعاية الاجتماعية كما ويُمكن الاستفادة أيضا من تلك الجماعات في تنفيذ البرامج

والمشاريع المعنية بقطاع الرعاية الاجتماعية (المجلس الوطني لشؤون الأُسرة، ٢٠٠٧).

ب) التخطيط، والتنفيذ المُبكر:

بغض النظر عن الجدل القائم حول فعالية البرامج الحالية المُتوفرة للتعامل مع فئات الرعاية الاجتماعية، هناك حقيقة مُؤكدة بأن التخطيط والتدخل المُلائم والمُبكر يُسهم في تأمين نمو سليم له، فلو تناولنا فئة الأطفال ذوي الإعاقة على سبيل المثال لا الحصر، فإن الاستثمار في الطفولة المُبكرة يخلق فرص استثنائية لتفادي الآثار السلبية على الأطفال الصغار، ما يصب في صالح الأفراد والمجتمعات على المدى البعيد، وتُشير كافة الأبحاث إلى أن الاستثمار في السنوات الأولى من حياة الطفل له تأثير إيجابي على اقتصاد المجتمعات أيضا.

وبهدف تلبية الحاجة الكبيرة إلى مُبادرة سريعة لاحتواء الظروف الخاصة المُرتبطة بفئات الرعاية الاجتماعية، والحيلولة دون ظهور أية آثار سلبية للظروف الصادمة التي قد يتعرض لها الأفراد الذين ينتمون إلى تلك الفئات في مُختلف الظروف، ولدعمهم في تخطي الأزمات العصيبة في حياتهم، هناك العديد من البرامج والأساليب التي تتلخص مهمتها الأساسية في تعزيز الحق في البقاء والنماء لكافة فئات الرعاية الاجتماعية.

لو تناولنا التعليم كحاجة للعديد من فئات الرعاية الاجتماعية، نجدُ بأنه تحد يبرز بوضوح، وتتجلى الحاجة إليه أثناء الأزمات، لأن الخدمات المُرتبطة به وبتلبيته غالبا ما تكون محدودة أو ضعيفة بالنسبة لبعض فئات الرعاية الاجتماعية، مع الإيمان هنا بأن التعليم عالي الجودة الذي يُقدم في بيئة آمنة، من شأنه أن يُسهم في تعزيز حماية المُستفيدين منه وتوفير الراحة النفسية والأمان الاجتماعي لهم، ومن شأنه أن يُسهم أيضا في مُساندة المعنيين بفئات الرعاية الاجتماعية على التكيف مع الظروف الضاغطة التي قد تمر بهم، ومساعدتهم في العودة إلى حياتهم الطبيعية بعد التعرض للظروف الضاغطة، وهنا لا بُد أن تُركز البرامج على التعامل مع المُحيطين بفئات الرعاية الاجتماعية بنفس القدر الذي يتم التركيز فيه على فئات الرعاية الاجتماعية، وذلك من خلال تحسس حاجاتهم وتحديد أولوياتهم، ومُراعاة الفروق الثقافية والاجتماعية واللغوية الخاصة بهم وتأمين التدريب المُنتظم لهم لتلبية احتياجاتهم.

ج) **مُراعاة الأبعاد النفسية والاجتماعية:** وذلك بالحرص على تقديم الخدمات الداعمة والمُساندة إنفعاليا واجتماعيا لتلبية حاجات فئات الرعاية الاجتماعية وللمُساهمة في مُساعدتهم على التكيف مع أوضاعهم ومُمارسة حياتهم بصورة طبيعية إلى أقرب صورة مُمكنة.

د) التركيز على العمل النوعي لا الكمي، وبناء قُدرات العاملين مع فئات الرعاية الاجتماعية وأُسرهم على حد سواء، وتوفير التدريب المنتظم المُستمر لتلبية الاحتياجات وتحسين الظروف القائمة وتوظيف مُقدمي رعاية يتمتعون بالكفاءة المناسبة من خلال عملية اختيار شفافة وموضوعية(مرهج، ٢٠٠٣).

خامسا: مُتطلبات التحول من الرعاية الاجتماعية إلى التنمية في المشروعات والبرامج:

لتحقيق أفضل خدمات نوعية للعمل مع فئات الرعاية الاجتماعية، لا بُد أن يتم العمل على تنفيذ دراسة نوعية وكمية لتحليل الوضع الراهن، وتحديد الخدمات المُتوفرة في الوقت الحالي، والخروج بالتوصيات الضرورية للنهوض بمستوى الخدمات المُقدمة لهم، ولعل تحقيق ذلك يتطلب التنسيق والتشبيك بين الجهات الوطنية والحكومية وغير الحكومية العاملة في هذا المجال، ويُمكن تلخيص الخطوات المطلوبة فيما يلي:

أولا: التشبيك مع الجامعات والمُؤسسات العلمية بهدف دراسة الوضع الحالي لفئات الرعاية الاجتماعية وذلك باستخدام البيانات الكمية والنوعية المُتوفرة والاستناد إلى الدراسات المحلية السابقة المُتعلقة بالبرامج والسياسات الوطنية الخاصة بفئات الرعاية الاجتماعية في المنظمات الحكومية وغير الحكومية على حد سواء، ومُحاولة اجراء دراسات لربط النظريات العالمية بالمُمارسات.

ثانيا: استخلاص التوصيات من نتائج دراسة تحليل الوضع الحالي وإعادة صياغتها كأهداف استراتيجية وإدراج المُمارسات والتجارب العملية التي أثبتت الدراسات العلمية فاعليتها.

ثالثا: ترجمة الأهداف الاستراتيجية إلى مشاريع من شأنها أن تُسهم في تطوير الخدمات المُقدمة لفئات الرعاية المُختلفة والانتقال بالعمل فيها من مُستوى الرعاية إلى التنمية.

رابعا: الحرص ما أمكن على مُتابعة وتقويم العمل بشكل دوري للعمل على إجراء التعديلات اللازمة على العمل، وحسب ما تفتضيه مصلحة العمل.

قضايا رئيسية لا بُد من التركيز عليها:

١. استثمار الإمكانات المحلية المُتاحة.
٢. الاستفادة من النماذج القائمة وبناء شراكات فاعلة معها.
٣. مُشاركة مُمثلين من فئات الرعاية أنفسهم وأُسرهم.
٤. توفير التمويل وتحقيق الاستدامة.
٥. التكيف بمرونة مع مُتطلبات العصر.
٦. تحقيق أقصى درجات الكفاءة والفاعلية(طبال، ٢٠٠٨).

سادسا: المراجع:

أولا: المراجع العربية:

١. بركات، حليم (٢٠٠٩) المُجتمع العربي المُعاصر: بحث في تغير الأحوال والعلاقات، وزارة الثقافة، عمان:الأردن.

٢. بوهراوة، سعيد (٢٠٠٦)، رعاية القصر في الشريعة الإسلامية والقانون الماليزي الأيتام واللقطاء أنموذجا، مُؤتمر دبي الدولي للقُصّر، دُبي: الإمارات العربية المُتحدة.

٣. حجازي، مُصطفى (٢٠١٢)، نحو سياسة اجتماعية خليجية للأُسرة من الرعاية إلى التمكين، سلسلة الدراسات الاجتماعية، (٧١)، يونيو، المنامة: البحرين.

٤. الحديدي، مُنى، الخطيب، جمال (٢٠٠٤)، التدخل المُبكر: التربية الخاصة في الطفولة المُبكرة. (ط٢)، دار الفكر، عمّان: الأردن.

٥. الخطيب دمج.

٦. الروسان، فاروق (١٩٩٩)، قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، دار الفكر عمان: الأردن.

٧. طبال، سهى (٢٠٠٨)، واقع برامج التدخل المُبكر في الأُردن، ورقة عمل مُقدمة ضمن أوراق مجموعات العمل الوطنية، مشروع التعزيز والإرتقاء بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، عمان، الأردن.

٨. فتح الرحمن، عثمان (٢٠١٣). الرعاية الاجتماعية بين الاتفاقيات والمواثيق الدولية والقوانين المحلية: دولة الإمارات العربية المُتحدة نموذجا. رؤى استراتيجية، سبتمبر، ٥٢-٧٣.

٩. المجلس الوطني لشؤون الأُسرة (٢٠٠٧)، الأطفال في الأردن: تحليل الوضع ٢٠٠٦/٢٠٠٧، عمان: الأردن.

١٠. المجلس الوطني لشؤون الأُسرة (٢٠١١) الدليل التدريبي للتوعية حول عمالة الأطفال، البرنامج الوطني لمُكافحة عمالة الأطفال عبر التعليم. عمّان: الأُردن.

١١. مرهج، ريتا (٢٠٠٣)، دعم الأطفال في ظروف النزاعات والطوارئ/ دليل المُعلم/ الأهل، ورشة الموارد العربية، بيروت: لبنان.

المراجع من الشبكة الإلكترونية (الإنترنت):

1. http://www.zakatfund.org/Public/Arabic.aspx?Site_Id=2&Page_Id=480

2. http://www.ncfa.org.jo/Portals/1/Publications/dalel%202htedan.pdf

3. http://www.mosd.gov.jo/index.php?option=com_content&view=article&id=175&catid=48:48&Itemid=50

المراجع الأجنبية:

1. Walshe, K. & Rundall, T., G. (2001). Evidence based management: From theory to practice in health care. The Milbank Quarterly, 79(3), 429-457.

2. Hendry, C. J. (2012). Social care theory of practice. In Connor, A., Maclennan, E.& Price, S:HNC in social car, Heinemann, Scotland.

* * *

لائحة الترسيمات

الترسيمة	الصفحة
رقم ١	٩
رقم ٢	١٠
رقم ٣	١١
رقم ٤	١٣
رقم ٥	١٨
رقم ٦	٢٠
رقم ٧	٢٩

❖ لائحة الجداول

جدول	الصفحة
رقم ١	٢٤

* * *

صدر من سلسلة
الدراسات الاجتماعية والعمالية

العدد (١) : أوضاع مؤسسات الرعاية الاجتماعية ودورها في خدمة المجتمع العربي الخليجي، ديسمبر ١٩٨٣. "نافد"

العدد (٢) : تشريعات العمل في الدول العربية الخليجية "دراسة مقارنة"، يناير ١٩٨٤. "نافد"

العدد (٣) : رعاية الأحداث الجانحين بالدول العربية الخليجية، يوليو ١٩٨٤. "نافد"

العدد (٤) : نحو استخدام أمثل للقوى العاملة الوطنية بالدول العربية الخليجية، يناير ١٩٨٥. "نافد"

العدد (٥) : دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي "الأبحاث الفائزة في المسابقة الأولى للبحث الاجتماعي"، يوليو ١٩٨٥. "نافد"

العدد (٦) : حول واقع إحصاءات القوى العاملة الوطنية – المفاهيم– الأجهزة – التطوير، يناير ١٩٨٦. "نافد"

العدد (٧) : الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة "دراسات مختارة" يونيو ١٩٨٦. "نافد"

العدد (٨) : واقع معدلات إنتاجية العمل ووسائل تطويرها، يناير ١٩٨٧. "نافد"

العدد (٩) : قضايا من واقـــع المجتمع العربي في الخليج "تأخر سن الزواج والمهور – الفراغ – المخدرات" "الأبحاث الفائزة في المسابقة الثانية للبحث الاجتماعي"، مارس ١٩٨٧. "نافد"

العدد (١٠): ظاهرة المربيات الأجنبيات "الأسباب والآثار"، أغسطس ١٩٨٧. "نافد"

العدد (١١): العمل الاجتماعي التطوعي في الدول العربية الخليجية – مقوماته– دوره – أبعاده، يناير ١٩٨٨. "نافد"

العدد (١٢): الحركة التعاونية في الخليج العربي "الواقع والآفاق"، يونيو ١٩٨٨. "نافد"

العدد (١٣): إحصاءات العمل وأهمية النهوض بها في أقطار الخليج العربية، مايو ١٩٨٩.

العدد (١٤): دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي "الأبحاث الفائزة في المسابقة الثالثة للبحث الاجتماعي" الجزء الثالث، أكتوبر ١٩٨٩.

العدد (١٥): مظلة التأمينات الاجتماعية في أقطار الخليج العربية، يناير ١٩٩٠.

العدد (١٦): القيم والتحولات الاجتماعية المعاصرة "دراسة في الإرشاد الاجتماعي في أقطار الخليج العربية" أغسطس ١٩٩٠.

العدد (١٧): الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربية، أبريل ١٩٩١.

العدد (١٨): رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة "قضايا واتجاهات"، يناير ١٩٩٢.

العدد (١٩): السلامة والصحة المهنية ودورها في حماية الموارد البشرية، أبريل ١٩٩٢.

العدد (٢٠): أزمة الخليج.. البعد الآخر – الآثار والتداعيات الاجتماعية، أغسطس ١٩٩٢.

العدد (٢١): التصنيف والتوصيف المهني ودوره في تخطيط وتنمية الموارد البشرية، فبراير ١٩٩٣.

العدد (٢٢): دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي " الأبحاث الفائزة في المسابقة الرابعة للبحث الاجتماعي" الجزء الرابع، يوليو ١٩٩٣.

العدد (٢٣): واقع وأهمية تفتيش العمل بين التشريع والممارسة، أكتوبر ١٩٩٣.

العدد (٢٤): رعاية الطفولة.. تعزيز مسؤوليات الأسرة وتنظيم دور المؤسسات، يناير ١٩٩٤.

العدد (٢٥): التنشئة الاجتماعية بين تأثير وسائل الإعلام الحديثة ودور الأسرة، مارس ١٩٩٤.

العدد (٢٦): واقع ومتطلبات التثقيف والتدريب والتعليم والإعلام التعاوني، يونيو ١٩٩٤.

العدد (٢٧): التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات الأسرة بين الأسس العلمية والتطبيقات العملية، سبتمبر ١٩٩٤.

العدد (٢٨): دعم دور الأسرة في مجتمع متغير – عدد خاص بمناسبة اختتام فعاليات السنة الدولية للأسرة، ديسمبر ١٩٩٤.

العدد (٢٩): تطوير إنتاجية العمل وزيادة معدلاتها – المفاهيم والقياس والمؤشرات، يونيو ١٩٩٥.

العدد (٣٠): اختبار قياس المهارات المعيارية للمهن ودورها في تنظيم وتنمية القوى العاملة الوطنية، ديسمبر ١٩٩٥.

العدد (٣١): الرعاية الأسرية للطفل المعاق، يونيو ١٩٩٦.

العدد (٣٢): نحو لغة مهنية موحدة في إطار العمل الخليجي المشترك، ديسمبر ١٩٩٦.

العدد (٣٣): وسائل تطوير السلامة والصحة المهنية في ضوء المتغيرات والمستجدات الحديثة، مارس ١٩٩٧.

العدد (٣٤): رعاية الطفولة من أجل القرن الحادي والعشرين، سبتمبر ١٩٩٧.

العدد (٣٥): نظم معلومات سوق العمل في إطار التشغيل وتنمية الموارد البشرية، يونيو ١٩٩٨.

العدد (٣٦): الأسرة والمدينة والتحولات الاجتماعية بين التنمية والتحديث، نوفمبر ١٩٩٨.

العدد (٣٧): كبار السن.. عطاء بلا حدود – دور للرعاية.. ودور للتواصل والمشاركة، مايو ١٩٩٩.

العدد (٣٨): التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات كبار السن... مبادئ وموجهات، سبتمبر ١٩٩٩.

العدد (٣٩): قضايا المسنين بين متطلبات العصر ومسؤوليات المجتمع، نوفمبر ١٩٩٩.

العدد (٤٠): نظم وتشريعات التأمينات الاجتماعية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية "دراسة مقارنة" نوفمبر ٢٠٠٢.

العدد (٤١): تقييم فاعلية مشروعات الأسرة في دول مجلس التعاون، أغسطس ٢٠٠٤.

العدد (٤٢): الأطفال مجهولو الهوية في دول مجلس التعاون الإشكاليات وطرق التعامل والعلاج، يناير ٢٠٠٥م.

العدد (٤٣): المجتمع المدني في دول مجلس التعاون – مفاهيمه ومؤسسات وأدواره المنتظرة، يوليو ٢٠٠٦م.

العدد (٤٤): دليل رعاية الأحداث الجانحين في دول مجلس التعاون، يونيو ٢٠٠٥م.

العدد (٤٥): تطوير السياسات الاجتماعية القطاعية في ظل العولمة (مقاربة اجتماعية لوزارات الشؤون والتنمية الاجتماعية في دول مجلس التعاون)، نوفمبر ٢٠٠٦م.

العدد (٤٦): الشراكة الاجتماعية ومسؤولة الجمعيات الأهلية في التنمية بدول مجلس التعاون – دراسة تحليلية ميدانية، يناير ٢٠٠٨م.

العدد (٤٧): الفقر وآثاره الاجتماعية وبرامج وآليات مكافحته في دول مجلس التعاون، أبريل ٢٠٠٨م.

العدد (٤٨): تمكين المرأة وسبل تدعيم مشاركتها في التنمية بدول مجلس التعاون، يونيو ٢٠٠٨م.

العدد (٤٩): دليل استرشادي في فن الإدارة والإشراف على الجمعيات الأهلية التطوعية بدول مجلس التعاون الخليجي، أغسطس ٢٠٠٨م.

العدد (٥٠): الدراسة التحليلية لأحكام الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم، سبتمبر ٢٠٠٨م.

العدد (٥١): الفقر ومقاييسه المختلفة – محاولة في توطين الأهداف التنموية للألفية بدول مجلس التعاون الخليجي، يناير ٢٠٠٩م.

العدد (٥٢): تقييم قوانين الإعاقة في دول مجلس التعاون في ضوء الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة – دراسة قانونية تحليلية، مايو ٢٠٠٩م

العدد (٥٣): دراسة حماية الطفولة: قضاياها ومشكلاتها في دول مجلس التعاون، يوليو ٢٠٠٩م.

العدد (٥٤): تقييم واقع المراكز الاجتماعية وبرامجها في دول مجلس التعاون، أكتوبر ٢٠٠٩م.

العدد (٥٥): دراسة مشكلات توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة وتمكينهم في دول مجلس التعاون، يناير ٢٠١٠م.

العدد (٥٦): دراسة المسؤولية الاجتماعية ودورها في التنمية بدول مجلس التعاون الخليجي، أبريل ٢٠١٠م.

العدد (٥٧): دراسة الأحداث الجانحون ومشكلاتهم ومتطلبات التحديث والتطوير في دول مجلس التعاون، أغسطس ٢٠١٠م.

العدد (٥٨): التنظيم القانوني لاستخدام عمال الخدمة المنزلية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أغسطس ٢٠١٠م.

العدد (٥٩): التنظيم القانوني لدخول القوى العاملة الوافدة إلى دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، سبتمبر ٢٠١٠م.

العدد (٦٠): قراءة تحليلية في أنظمة المساعدات والضمان الاجتماعي بدول مجلس التعاون، مايو ٢٠١١م

العدد (٦١): مشروعات الأسر المنتجة وكيفية تطويرها في دول مجلس التعاون، يونيو ٢٠١١م.

العدد (٦٢): قوانين التعاونيات في دول مجلس التعاون (دراسة تحليلية قانونية مقارنه)، يوليو ٢٠١١م.

العدد (٦٣): الإعلام الاجتماعي وتأثيراته على الناشئة في دول مجلس التعاون، اغسطس ٢٠١١م.

العدد (٦٤): مفهوم وحقوق العمالة الوافدة المتعاقدة المؤقتة في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية في ضوء التطورات التشريعية والتنفيذية، سبتمبر ٢٠١١م.

العدد (٦٥): التنظيم القانوني للوكالات الأهلية لاستقدام العمالة ووكالات تقديم العمالة للغير في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أكتوبر ٢٠١١م.

العدد (٦٦): القانون الاسترشادي الموحد للضمان الاجتماعي مع دراسة تعريفية لأنظمة الضمان الاجتماعي النافذة في دول مجلس التعاون، سبتمبر ٢٠١١م.

العدد (٦٧): واقع وأهمية الإرشاد الأسري ومتطلباته في دول مجلس التعاون، أكتوبر ٢٠١١م.

العدد (٦٨): اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بين متطلبات التنفيذ والرصد الفعال، نوفمبر ٢٠١١م.

العدد (٦٩): الحماية القانونية لكبار السن في دول مجلس التعاون، دراسة قانونية تحليلية مقارنة، مارس ٢٠١٢م.

العدد (٧٠): نحو سياسة اجتماعية خليجية للأسرة من الرعاية إلى التمكين، يوليو ٢٠١٢م.

العدد (٧١): تحديات السياسة الاجتماعية واحتياجاتها في مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية الخليجي مقاربة تطبيقية، أغسطس ٢٠١٢م.

العدد (٧٢): Concept and Rights of Expatriate Temporary–Contract Employment in GCC State in Light of Legislative and Executive Developments, January 2012

العدد (٧٣): التعاونيات الخليجية "تاريخ ومستقبل"، سبتمبر ٢٠١٢م.

العدد (٧٤): التنظيم القانوني في الجمعيات الأهلية في دول مجلس التعاون، أكتوبر ٢٠١٢م.

العدد (٧٥): إدارة المخاطر الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي، أكتوبر ٢٠١٢م.

العدد (٧٦): دراسة التعاونيات في دول مجلس التعاون: مجالاتها ومشكلاتها وأدوارها المستقبلية، مارس ٢٠١٣م.

العدد (٧٧): قضايا السياسات الاجتماعية الخليجية المفاهيم والمجالات والاشكاليات، أبريل ٢٠١٣م.

العدد (٧٨): دليل الستين اسئلة واجوبة في آليات الالتزام والرصد لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مايو ٢٠١٣م.

العدد (٧٩): حماية كبار السن في عالم متغير، مايو ٢٠١٣م.

العدد (٨٠): إشكاليات السياسات الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي، يوليو ٢٠١٣م.

العدد (٨١): الإرشاد الأسري وتدريباته وبرامجه في دول مجلس التعاون الخليجي، أكتوبر ٢٠١٣م.

العدد (٨٢): تفتيش العمل ودوره في كفالة إنفاذ تشريعات العمل، يناير ٢٠١٤م.

العدد (٨٣): آفاق الحماية الاجتماعية في دول مجلس التعاون في ضوء التوصية الدولية رقم (٢٠٢)، فبراير ٢٠١٤م.

العدد (٨٤): قياس الاسهام الاقتصادي والاجتماعي للمنظمات الأهلية في دول مجلس التعاون، مارس ٢٠١٤م.

العدد (٨٥): الدليل الاسترشادي لمشروعات قوانين الجمعيات الأهلية التطوعية في دول مجلس التعاون، أبريل ٢٠١٤م

العدد (٨٦): قوانين الأحداث الجانحين في دول مجلس التعاون، مايو ٢٠١٤م

العدد (٨٧): التشبيك الإلكتروني بين المنظمات الأهلية، يونيو ٢٠١٤م

العدد (٨٨): التعامل مع الأيتام ومسكلاتهم وتطلعاتهم، يوليو ٢٠١٤م

* * *

لضمان حصولكم على مطبوعات المكتب التنفيذي فور صدورها
يرجى الاتصال أو المراسلة على العنوان التالي:

البريد الالكتروني: info@gcclsa.org

رقم الإيداع في المكتبة العامة
د.ع.

رقم الناشر الدولي
ISBN

هذا العدد