اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

MIPAA 2017

الشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا

عملية المراجعة والتقييم الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة

الأمم المتحدة
الاسكوا
ESCWA

Distr.
LIMITED

E/ESCWA/SDD/2017/Technical Paper.12
26 January 2018
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)

الشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا

عملية المراجعة والتقييم الثالثة
لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة

الأمم المتحدة
بيروت، 2017

18-00050

كلمة شكر

تمّ إعداد هذا التقرير بتوجيهٍ من كريمة القري، رئيسة قسم السكان والتنمية الاجتماعية في شعبة التنمية الاجتماعية لدى اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، وبمساعدة نعيم المتوكّل وربى عرجا وجوزف بارتوفيتش وتيريز برير ولارا الخوري (الإسكوا). من جهة أخرى، تولّت عبلا محيو السباعي، الخبيرة في شؤون الشيخوخة، مهمة التحليل والإعداد، بدعمٍ من جوانا خبصة وأنطوني رزق وألين سمعان من كلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. خضع التقرير لمراجعة قسم السكان والتنمية الاجتماعية في الإسكوا. وتمّ التحقق من صحة النتائج التي خلُص إليها في اجتماعٍ فريق خبراء ضمَّ نقاط الاتصال الوطنية المعنية بهذا الشأن، عيّنتها دولٌ أعضاء في الإسكوا من أجل المراجعةً الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة.

المحتويات

صفحة

كلمة شكر ..... ج
ملخّص تنفيذي ..... ط
مقدّمة 1

الفصل

أولاً- الاتجاهات السكانية والتحولات الديمغرافية 2

ألف- الاتجاهات الديمغرافية والسياسات الحكومية بشأن النمو السكّاني 3
باء- مؤشرات الشيخوخة ومعدل شيخوخة السكان 8

ثانياً- الاستجابة المؤسسية 11

ألف- الترتيبات المؤسسية 12
باء- السياسات الوطنية وخطط العمل الوطنية 14
جيم- البحوث وحفظ البيانات 20
دال- الخطوات المقبلة 26

ثالثاً- الشيخوخة من زاوية العمل والتنمية 27

ألف- مشاركة كبار السنّ في جهود التنمية 28
باء- المشاركة في سوق العمل وسياسات التقاعد 29
جيم- الضمان الاجتماعي وتوليد الدخل 30
دال- برامج محو الأمية والتعلّم مدى الحياة 30
هاء- الخطوات المقبلة 32

رابعاً- توفير الخدمات الصحيّة والرفاه في سنّ الشيخوخة 33

ألف- السياسات والبرامج الصحيّة 33
باء- الصحّة العقليّة والتغذية وكبار السنّ ذوو الإعاقة 34
جيم- طبّ وعلم الشيخوخة: تدريب العاملين في المهن الصحية ومقدّمي الرعاية 37
دال- الخطوات المقبلة 37

خامساً- بيئة تمكينيّة وداعمة 38

ألف- سياسات وبرامج ملائمة لكبار السنّ: التضامن بين الأجيال وبقاء المسنّ ضمن محيطه 39
باء- حماية كبار السنّ من الإهمال والعنف وسوء المعاملة 43
جيم- كبار السنّ في حالات الطوارئ 44
دال- الخطوات المقبلة 45

المحتويات (تابع)

صفحة

سادساً- التوصيّات 47

المرفق 49

قائمة الجداول

1- معدلات النمو السكاني 4

2- السياسات الحكومية حول النمو السكاني ومستوى الخصوبة وتنظيم الأسرة، تبعاً لمعدلات النمو السكاني..... 5

3- نسبة الأشخاص ما فوق 60 و80 عاماً في المنطقة مقارنةً بالمتوسط العالمي 6

4- بلدان تسجّل أدنى وأعلى نسبة من الأشخاص ما فوق 60 عاماً 7

5- نسب إعالة كبار السن ومؤشرات الشيخوخة في المنطقة والمتوسط العالمي 8

6- تصنيف الدول الأعضاء في الإسكوا بحسب مؤشرات الشيخوخة، للعامين 2030 و2050..... 9

7- السياسات المتعلقة بالشيخوخة والهجرة الوافدة والهجرة إلى الخارج تبعاً لوتيرة الشيخوخة 10

8- المؤسسات الحكومية واللجان الوطنية المعنية بالشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا 13

9- اعتماد نهج عابر للقطاعات في مقاربة الترتيبات المؤسسية المتعلقة بالشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا 15

10- استراتيجيات وخطط عمل وطنية للشيخوخة..... 17

11- إدراج سياسات وبرامج الشيخوخة في صلب الخطط/السياسات الوطنية والقطاعية وحالة تنفيذها، تبعاً للقضايا المطروحة 18

12- قدرات البحث في قضايا الشيخوخة والتقارير الوطنية المعدّة في السنوات الخمس الماضية..... 22

13- اليوم العالمي لكبار السنّ والمؤتمرات الوطنية حول الشيخوخة..... 24

14- السياسات أو البرامج المتعلقة بالشيخوخة والتنمية..... 31

15- سياسات وبرامج صحية لكبار السنّ وحالة تنفيذها 35

16- برامج تدريبية حول طبّ الشيخوخة وعلم الشيخوخة..... 36

17- سياسات وبرامج حول عناصر البيئة التمكينية والداعمة 40

المحتويات (تابع)

صفحة

قائمة الأشكال

1- نسبة سكان كلّ بلد مقارنةً بمجموع سكان الدول الأعضاء في الإسكوا، للعامين 1985 و2050 3

2- الاتجاهات الزمنية لمعدلات النمو السكاني لدى الدول الأعضاء في الإسكوا مقارنةً بالمتوسط العالمي، 1985-2050 5

3- نسبة السكان ما فوق 60 عاماً للعامين 2015 و2050 7

4- الهرم السكاني للدول الأعضاء في الإسكوا ذات الشيخوخة البطيئة والمتوسطة والسريعة الوتيرة، للأعوام 1985 و2015 و2030 11

5- اللجان الوطنية المعنية بالشيخوخة: الأدوار المكلّفة بها 14

6- التحديات الناشئة في إطار إعداد الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية وتنفيذها 16

7- إدراج السياسات المتعلقة بالشيخوخة في صلب الخطط/السياسات الوطنية و/أو القطاعية 18

8- أنواع وأعداد دُور الرعاية لكلّ 100,000 من كبار السن ما فوق 60 عاماً 41

9- بلدان ذات سياسات وبرامج متعلقة بالإهمال والعنف وسوء المعاملة 44

قائمة الأطر

1- المرصد الوطني للأشخاص المسنين في المغرب مبادرة رائدة 21

2- مركز الدراسات لكبار السنّ في لبنان: ترجمة البحوث إلى إجراءات عملية 26

3- "جامعة الكبار" في الجامعة الأميركية في بيروت تدخّل مجتمعي لأهداف اجتماعية وصحية 31

4- بقاء المسنّ ضمن محيطه: مبادرات ملهِمة من تونس 41

5- تحديد معايير دُور الرعاية في لبنان: نهج منطلق من القاعدة 42

ملخّص تنفيذي

يتمحور هذا التقرير بشكل رئيسي حول التقدّم الكبير المحرز في بناء الهيكليّة الحكوميّة والمؤسسيّة اللازمة لتطبيق خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة بنجاح، وتحقيق الأهداف السامية التي نصّت عليها. ويرتبط ذلك ارتباطاً وثيقاً بمدى التعاون على الصعيد الإقليمي والقدرة على تطوير استجابة إقليمية مجددة ومنسقة.

يقيّم التقرير النتائج التي خلُصت إليها المراجعة الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة في الدول الأعضاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). كما أن التقرير يُبرِز التقدّم المحرز والقضايا المستجدة عن عملية إعداد وتنفيذ السياسات والبرامج المعنيّة بالشيخوخة على مدى السنوات الخمس الماضية، محدّداً السُبل الآيلة إلى إدراج مسألة شيخوخة السكّان في سلّم الأولويات تحقيقاً لأهداف خطة التنمية المستدامة لعام 2030.

استندت النتائج بالدرجة الأولى إلى التقارير التي رفعتها نقاط الاتصال الوطنية التي عيّنتها الدول الأعضاء في الإسكوا، لاستكمال الاستبيان الاستطلاعي المعدّ لمراجعة تنفيذ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة[1]. وعلى الرغم من أنَّ هذا التقرير يأخذ بعين الاعتبار الدول الأعضاء في الإسكوا كافة، لم تجِب على أسئلة الاستبيان إلاّ 10 منها وهي: مصر والعراق والأردن والكويت ولبنان والمغرب وعُمان ودولة فلسطين والسودان وتونس. وقد امتدّت عملية استكمال الاستبيان على فترة أربعة أشهر، استمرّت من كانون الثاني/يناير لغاية نيسان/أبريل من العام 2017، وأفضت إلى تبادل النتائج ومناقشتها والتثبّت من صحتها مع نقاط الاتصال الوطنية ومجموعة خبراء مستقلين، في معرض اجتماع عُقِد في بيت الأمم المتحدة بتاريخ 3 آب/أغسطس 2017 لأغراض المراجعة. يمكن الاطّلاع على تقرير هذا الاجتماع عبر الرابط التالي: https://www.unescwa.org/events/third-review-ageing-arab-countries.

يتألّف التقرير من ستة فصول، يبحث الفصل الأول في الاتجاهات السكانية والتحوّلات الديمغرافية الحاصلة في الدول الأعضاء في الإسكوا للأعوام 1985-2050، استناداً إلى البيانات المستمدّة من *مراجعة التوقعات السكانية في العالم لعام 2015*[2]. فمن المتوقّع أن تشهد تلك الدول، مجتمعةً، انخفاضاً مطرداً في معدل الولادات الخام ومعدل الوفيات الخام، وزيادةً تقدر 1.7 مرَّة في مجموع عدد سكانها بحلول العام 2050. بشكل عام، سيسجّل مجموع عدد سكّان الدول الأعضاء في الإسكوا ارتفاعاً من 340 مليون نَسَمة بحسب التقديرات الحالية ليصل إلى 444 مليون في العام 2030 و573 مليون في العام 2050. إذا استمرت الاتجاهات السكّانية على هذا المنوال ستفضي إلى انخفاضٍ في معدلات النمو السكّاني بوجه عام في مختلف بلدان المنطقة العربية. كذلك يُتوقّع أن يتفاوت هذا الانخفاض في مختلف أنحاء المنطقة في ظلّ التفاوت الديمغرافي القائم بين بلدانها. ففيما يُتوقّع أن يسجّل النمو السكّاني في بعض البلدان، كالمغرب وعُمان، معدلات شبيهة بالمعدلات العالمية المقدّرة بـ 4.8 لكلّ 1,000 نَسَمة بحلول العام 2050، سيكون إمّا أعلى أو أدنى بكثير من تلك المعدلات في غالبية البلدان. وإذ يُرتقب أن يحافظ العراق على أعلى معدلات النمو السكّاني في الفترات الزمنية قاطبةً، مسجّلاً 18.0 لكلّ 1,000 نسمة في العام 2050، وسيشهد لبنان أدنى المستويات على الإطلاق بمعدلات تصل إلى 0.2 لكلّ 1,000 نَسمة بحلول العام 2050.

---

1 هذا الاستبيان هو نسخة محدّثة عن "المراجعة الإقليمية لخطة عمل مدريد الدولية للتعمير والمؤتمر الدولي للسكان في العالم العربي: أداة لرسم الخرائط". وكان مركز الدراسات لكبار السنّ في لبنان هو الذي أعدّ هذا الاستبيان الذي استُخدِم في إطار المراجعة الثانية لخطة عمل مدريد، متّبعاً بنيتها إنما مع بعض التعديلات المراعية لخصوصيات المنطقة العربية.

2 في الوقت الذي جرى فيه استخراج البيانات وتحليلها، لم يكن متاحاً إلاّ مراجعة التوقعات السكانية في العالم لعام 2015.

بالتوازي مع تلك التغيّرات، يُتوقّع أن ترتفع نسبة السكّان ممّن تجاوزوا الستين والثمانين من العمر في المنطقة بوتيرة متسارعة في المستقبل، وإن بقيت دون المتوسط العالمي. يتبيّن حالياً أنّ نسبة 6.6 بالمائة و0.7 بالمائة من سكّان الدول الأعضاء في الإسكوا يتجاوزون 60 و80 من العمر على التوالي، علماً أنّ تلك الأرقام ستسجّل زيادةً تصل إلى 9.3 و0.8 بالمائة على التوالي بحلول العام 2030، و14.9 و2.4 بالمائة على التوالي بحلول العام 2050. ومن المتوقع أن يزداد التباين في وتيرة الشيخوخة بين البلدان مع مرور الوقت. فبعد أن كان الفارق بين البلدان التي تضمّ أعلى نسبة وأدناها من الأشخاص الذين تجاوزوا الستين من العمر 5.9 نقاط مئوية فقط في العام 1985، عاد وارتفع إلى 9.4 نقاط مئوية في العام 2015، وسط توقعات بأن يتّسع هذا الفارق أكثر فأكثر ليبلغ 22 نقطة مئوية في العام 2050. وإذا كان لبنان وتونس هما البلدين الوحيدين اللذين تجاوزت فيهما نسبة السكان ممن هم ما فوق الستين من العمر 10 في المائة في العام 2015، فمن المرتقب أن تنضمّ إليهما كلّ من البحرين والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة وليبيا والمغرب بحلول العام 2030، قبل أن تتّسع هذه القائمة لتشمل كل من دولة فلسطين ومصر والأردن والجمهورية العربية السورية وقطر والكويت بحلول العام 2050. يتوقّع أن يبقى كل من العراق وموريتانيا والسودان واليمن ما دون عتبة 10 بالمائة بهامش ضئيل، إذ يسجّل عدد سكانها الذين تجاوزوا الستين من العمر نسبةً تتراوح ما بين 8.8 و9.9 بالمائة بحلول العام 2050. أما البحرين والمملكة العربية السعودية وليبيا والإمارات العربية المتحدة فمن المتوقّع أن تشهد ارتفاعاً متسارعاً للغاية في الأعداد والنسبة من الأشخاص الذين تجاوزوا الستين من العمر في السنوات الخمس عشرة الواقعة بين عامي 2015 و2030، بحيث تصل هذه النسبة إلى ما بين 10.8 و12.0 بالمائة بعد أن كانت تتراوح بين 2.3 و7.0 بالمائة.

وفيما تتقدّم الشيخوخة في عدد كبير من الدول الأعضاء في الإسكوا بوتيرة بطيئة إلى متوسطة في الوقت الراهن، تشير التوقعات إلى أنّ وتيرتها ستتسارع في مختلف بلدان المنطقة في العقود المقبلة نظراً إلى ما بلغته التحولات الديمغرافية من وضع متقدّم من شأنه أن يسمح بتسريع شيخوخة السكّان بشكل مطرد[3]. ويصلح مؤشّر الشيخوخة، الذي يشير إلى عدد الأشخاص الذين هم في سنّ 65 وما فوق مقابل كلّ 100 شخص ما دون 15 عاماً، لقياس وزن شريحة كبار السنّ المُعالين مقابل الأطفال المُعالين، ووتيرة تقدّم السكّان نحو الشيخوخة.

نعتمد في هذا التقرير مؤشرات الشيخوخة للعام 2030 من أجل تصنيف الدول الأعضاء في الإسكوا ما بين بلدان "بطيئة" أو "متوسطة" أو "سريعة" الشيخوخة. فاستناداً إلى مؤشر الشيخوخة المقدّر أن يتراوح بين 9.3 بالمائة و11.6 بالمائة بحلول العام 2030، تُدرج كل من العراق واليمن ودولة فلسطين وموريتانيا والسودان ضمن فئة البلدان البطيئة الشيخوخة. أمّا الأردن والجمهورية العربية السورية ومصر والكويت وعُمان وقطر والمملكة العربية السعودية وليبيا فتعتبر من البلدان المتوسطة الشيخوخة، في ظلّ مؤشر يتراوح بين 17.9 بالمائة و32.8 بالمائة بحلول العام 2030، في حين تعتبر البحرين والمغرب والإمارات العربية المتحدة وتونس ولبنان، التي سيتراوح فيها مؤشر الشيخوخة بين 41.7 بالمائة و72.8 بالمائة بحلول العام 2030، من البلدان السريعة الشيخوخة. يُتوقّع أن تتحوّل بعض البلدان المصنّفة ضمن فئة البلدان المتوسطة الشيخوخة، لا سيما عُمان وقطر، إلى بلدان سريعة الشيخوخة، عند أخذ مؤشرات الشيخوخة لعام 2050 بعين الاعتبار، بحيث تتقدم فيها وتيرة الشيخوخة بمعدل أكبر مقارنةً بسواها.

يستعرض الفصل الثاني آخر مستجدات الترتيبات المؤسسية المتخذة بشأن الشيخوخة في البلدان المشمولة بالمراجعة، فضلاً عن التطورات الطارئة على السياسات والتشريعات. فقد عمدت كلّ الدول الأعضاء في الإسكوا، المشمولة بهذه المراجعة، إلى اتخاذ تدبير مؤسسي واحد على الأقل، قضى إمّا بإنشاء إدارة حكومية أو تشكيل

3 Prem C. Saxena, “Ageing and age-structural transition in the Arab countries: regional variations, socio-economic consequences and social security”, *Genus*, vol. 64, No. 1/2 (January-June 2008), pp. 37-74.

لجنة وطنية لهذه الغاية. إنما لم تأتِ الترتيبات المتخذة في تلك الدول بالضرورة على المستوى المطلوب لمواكبة وتيرة تقدّم الشيخوخة. فالعراق ودولة فلسطين والسودان، المصنّفة جميعاً ضمن فئة البلدان البطيئة الشيخوخة، بالإضافة إلى الكويت وعُمان اللتين تصنّفان ضمن فئة البلدان المتوسطة الشيخوخة، تُعدّ من بين البلدان الستة التي أنشأت هيئات حكومية ولجان وطنية على السواء تُعنى بالشيخوخة. أمّا من بين البلدان التي تتسارع فيها وتيرة الشيخوخة، ونذكر منها تحديداً لبنان والمغرب وتونس، فلبنان وحده كان من اتخذ كلا التدبيرين المؤسسيين.

تتمثّل وزارتا الصحة والشؤون الاجتماعية بشكل بارز في هيئات التنسيق واللجان الوطنية المعنيّة بالشيخوخة في سائر البلدان المشمولة بالمراجعة، خلافاً لوزارات النقل أو شؤون المرأة أو شؤون الأسرة أو التخطيط أو الإحصاء، ومؤسسات الضمان الاجتماعي أو صناديق التقاعد التي تتمثّل فيها بقدر أقلّ. كما أشارت التقارير في بعض البلدان إلى مشاركة منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية في وضع السياسات وتنفيذ البرامج من خلال هيئات التنسيق المذكورة، فيما كشفت قلّةٌ من البلدان فقط عن انضمام أكاديميين وباحثين إلى تلك الهيئات. تُكلّف غالبية اللجان الوطنية المعنيّة بالشيخوخة بمهامّ إعداد برامج الشيخوخة، وتنسيقها، ورصدها وتقييمها، وتوثيق التعاون حولها. إلاّ أنّ تلك اللجان الوطنية في البلدان التي تشهد تحوّلات ديمغرافية متسارعة، لا سيما المغرب وتونس، فتتولّى على ما يبدو قدراً أكبر من الأدوار تشمل إسداء المشورة، وتقديم الدعم، وحشد الموارد. والملفت أنّ اللجان العاملة في البلدان المتوسطة الشيخوخة تتحمّل على ما يبدو قدراً أقل من المسؤوليات مقارنةً بسواها من الدول التي تشهد وتيرة شيخوخة بطيئة أو متسارعة. أمّا حشد الموارد فيحتلّ بوجه عام آخر المراتب في سلّم الأدوار المعهودة إلى اللجان الوطنية.

في السنوات الخمس الماضية، ارتفع بشكل كبير عدد الاستراتيجيات الوطنية وخطط العمل المحدّثة حول الشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا، مع إقدام العراق والكويت ودولة فلسطين والسودان وتونس على طرح استراتيجيات جديدة بهذا الشأن. بالإجمال، غالباً ما كانت البلدان ذات الشيخوخة البطيئة أو المتوسطة هي التي تصدر الكمّ الأكبر من خطط العمل الوطنية بشأن الشيخوخة مقارنةً بأقرانها من البلدان ذات الشيخوخة المتسارعة. وكانت مصر ولبنان على التوالي وحدهما، وهما بلدان معروفان بشيخوخة متوسطة ومتسارعة، لا يزالان يفتقران إلى أيّ استراتيجية أو خطة عمل وطنية بهذا الشأن. هذا مع أنّ مصر كانت قد أعلنت في فترة سابقة عن استراتيجية عامة لرعاية كبار السن في العام 2010[4]. أمّا لبنان، فمن المتوقّع أن يسجّل أعلى زيادة في عدد كبار السن في المنطقة، فتعود آخر السياسات الوطنية التي أعلن عنها إلى العام 1994. وكما في المراجعات السابقة، صنّفت معظم البلدان قلّة الموارد المالية بالتحدي الأول أو الثاني الذي تواجهه في هذا المجال، يليه على الفور سوء التنسيق الوزاري ونقص الموارد البشرية.

لا تزال الدول الأعضاء في الإسكوا تعاني من ضعف البنية التحتية للبحوث. وفي هذا الإطار، نذكّر بأنّ 8 من أصل 10 بلدان مشمولة بالمراجعة قد عملت على تحديث إحصاءاتها السكانية، باستثناء العراق الذي لم يقم بذلك منذ عقدين من الزمن ولبنان منذ العام 1932. كما أفادت ثلاثة بلدان فقط بوجود معاهد بحث ومستودعات بيانات عن الشيخوخة، وهي مصر ولبنان والمغرب.

وكانت الدول الأعضاء في الإسكوا، باستثناء مصر وتونس، قد أنتجت كمّاً وافراً من التقارير الوطنية بهذا الشأن تخطّى الأرقام المسجّلة في المراجعات السابقة. هذا فضلاً عن أنّ تلك التقارير جاءت أكثر شمولية من حيث مضامينها. لكنّ التحدي الأكبر الذي أجمعت عليه سائر الدول فتجلّى في عملية جمع البيانات اللازمة

4 Abla M. Sibai, Anthony Rizk and Nabil M. Kronfol, *Ageing in the Arab Region: Trends, Implications and Policy Options*. United Nations Population Fund (UNFPA); Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA) and Center for Studies on Aging (CSA), 2014. Beirut. Available from www.csa.org.lb/cms/assets/csa%20publications/unfpa%20escwa%20regional%20ageing%20overview_full_reduced.pdf.

للتقارير. صحيحٌ أنّ مجموعة كبيرة من البلدان واظبت على إنتاج التقارير منذ العام 2002، لكنّ قلّةٌ منها تملك منصات متكاملة لجمع البيانات والتقارير. فقد ألمحت معظم البلدان إلى غياب أيّ بنية تحتية حكومية للبحوث، واضعةً ذلك بوجه أعمّ في خانة العائق الرئيسي الذي اتّخذ أشكالاً عدّة تراوحت بين عدم وجود مرصد أو مركز بحوث في تونس، وانعدام البيانات الاجتماعية والديمغرافية المصنّفة بحسب الفئات العمرية في الأردن، ونقص البيانات المحصّلة بشكل منهجي حول كبار السنّ في المغرب وعُمان. أما لبنان، بدوره، فأفاد بأنه يفتقر إلى الآليات اللازمة لرصد برامج الشيخوخة والتنسيق بين البرامج والإدارات الحكومية.

توحي التقارير الواردة من كلّ بلد بأنّ البلدان التي تشهد تحولات ديمغرافية بوتيرة بطيئة قد تضطلع بدور أنشط على صعيد تنظيم مؤتمرات وطنية حول الشيخوخة، مع الإشارة إلى أنّ دولة فلسطين قد عقدت مؤتمرين في العام 2015 والسودان تنظّم مؤتمراً وطنياً كل سنة منذ العام 2012. فبوجه عام، يُسجّل تزايد في وتيرة المؤتمرات الوطنية منذ آخر مراجعة.

يُلاحَظ أنّ الآليات الرسمية التي تتيح ترجمة المعارف المستمدّة من البحوث إلى سياسات وإجراءات عملية هي نادرة بشكل عام، رغم وجود بعض الآليات غير الرسمية التي ترعى التنسيق بين الباحثين وصنّاع السياسات. غير أنّ الدول الأعضاء في الإسكوا، المشمولة بالاستطلاع، كانت قد صنّفت قدرتها على ترجمة معارفها حول الشيخوخة إلى سياسات وبرامج فعلية بين مقبولة وإيجابية، في حصيلة التقييم الذاتي الذي أجرته لهذه الغاية.

يتناول الفصل الثالث موضوع الشيخوخة من زاوية العمل والتنمية. تفيد مجموعة واسعة من الدول الأعضاء في الإسكوا إلى أنها تشجّع كبار السنّ على المشاركة في عملية إعداد السياسات والبرامج ورصدها، وفي مقدمتها الكويت والمغرب وعُمان والسودان، وبنوع خاص من خلال التعاون مع منظمات المجتمع المدني. لكنّ المنطقة لا تزال تفتقر إلى منظمات تناصر قضايا الشيخوخة وهيئات تمثّل مصالحهم وتعمل على إشراكهم.

إنّ السياسات التي تشجّع التقاعد المبكر أو تحثّ كبار السنّ على الانخراط في سوق العمل تبقى رهن الاعتبارات الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بكلّ بلد. ففي البلدان الغنية، كعُمان مثلاً، حيث تحرص الدولة بشدّة على رعاية الأمن الاجتماعي والاقتصادي لكبار السنّ، قد يتسنّى لهم المشاركة في وظائف القطاع الخاص بعد مرحلة التقاعد، من قبيل تعزيز مبدأ الشيخوخة النَشِطة لا من باب الحاجة الاجتماعية أو الاقتصادية. لكنّ كبار السنّ في معظم الدول الأعضاء يواصلون العمل لضرورات اقتصادية، بخاصةٍ في البلدان المتدنية إلى المتوسطة الدخل التي تعاني من ضعف نُظم الضمان الاجتماعي والأمن الاقتصادي نسبياً، كما هي الحال في العراق ولبنان والمغرب ودولة فلسطين والسودان. قد تحثّ الحكومات على التقاعد المبكر في القطاع العام من أجل خفض معدلات البطالة بين الشباب أو تقليص حجم الإنفاق العام. في البلدان الأخرى المتوسطة الدخل التي تشجّع عادةً كبار السنّ على الانخراط في سوق العمل، قد تلقى أيضاً مسألة التقاعد المبكر تشجيعاً في حالات اجتماعية وعائلية دقيقة تحديداً، كحالة المرأة العاملة التي تكون أيضاً مُعيلة لأسرتها مثلاً، ما يوفّر مزيداً من الأمن في سنّ الشيخوخة. صحيحٌ أنّ لا قوانين تحظّر في معظم البلدان الالتحاق بوظائف القطاع الخاص بعد سنّ التقاعد، لكنّ قلةً من الدول الأعضاء في الإسكوا تفيد بوجود برامج فعلية تشجّع كبار السنّ على الانخراط في القوى العاملة، باستثناء السودان. أمّا في حالتَيْ المغرب وعُمان، فيتمّ تشجيع كبار السنّ على تلك الخطوة حتى يستفيد المجتمع من المهارات والخبرات التي راكموها على مرّ الوقت.

تفيد معظم البلدان المشمولة بالمراجعة باعتماد سياسات فاعلة لتوفير الضمان الاجتماعي وبرامج دعم لأهالي المناطق الريفية. وتتحدّث بعض البلدان عن سياسات وبرامج تساعد الفقراء على القيام بأنشطة مدرّة للدخل إلى حدّ ما. لكنّ القسم الأكبر من السياسات والبرامج يطال عموم السكان ولا يتناول احتياجات كبار السنّ الخاصة.

تعتمد غالبية الدول الأعضاء في الإسكوا سياسات وبرامج وطنية لتعليم الكبار، بمن فيهم كبار السنّ، في إطار استراتيجيات وطنية أوسع نطاقاً. لكنّ برامج التعلّم مدى الحياة الضرورية لمنح المسنين فرصة متابعة علومهم على مستويات متقدّمة ليست واسعة الانتشار، إذ يوجد في المنطقة برنامج واحد للتعلّم مدى الحياة يطال الكبار الذين بلغوا وتجاوزوا الخمسين من العمر، وتقدّمه الجامعة الأميركية في بيروت تحت تسمية "جامعة الكبار". كذلك تُطبّق برامج التعلّم مدى الحياة على نطاق أضيق في الأردن والكويت ودولة فلسطين والسودان.

يتطرّق الفصل الرابع إلى موضوع توفير الخدمات الصحية والرفاه في سنّ الشيخوخة. فيتحدّث عن اتساع انتشار البرامج التي تُعنى تحديداً بصحة كبار السنّ داخل مراكز الرعاية الأولية في مختلف الدول الأعضاء في الإسكوا، ووجود برامج لتشخيص الأمراض غير المعدية بهدف الكشف المبكر عن تلك الأمراض لمعالجتها، فضلاً عن الحملات المنظّمة لنشر التوعية. أمّا الأدوية المخصصة للمواطنين المسنّين فتكون إمّا مدعومة من الدولة أو موّزعة مجاناً في بعض البلدان، كالعراق ولبنان وعُمان والسودان وتونس. غير أنّ الصحة العقلية وشؤون التغذية غالباً ما تعتبر من المواضيع المُهمَلة في السياسات والبرامج المعدّة لكبار السنّ، إلاّ في لبنان والمغرب وعُمان.

أقدمت عدة دول أعضاء في الإسكوا على وضع سياسات وبرامج لرعاية الأشخاص ذوي الإعاقة من كافة الفئات العمرية، بمن فيهم كبار السنّ. وهي تشمل تزويدهم ببطاقة تخوّلهم الاستفادة من جملة خدمات وامتيازات في لبنان وتونس.

لا يزال طبّ الشيخوخة يعتبر ميداناً جديداً نسبياً في المنطقة، إذ لم يُعتَدّ به كاختصاص قائم بذاته بحسب التقارير الواردة إلاّ في الكويت ولبنان والمغرب والسودان وتونس. في ما خلا تونس، تعاني البلدان إلى حدّ كبير من نقص في اليد العاملة المدرّبة على توفير الرعاية لكبار السنّ، بما في ذلك الأطباء والأخصائيون في أمراض الشيخوخة، والأخصائيون الاجتماعيون.

وكانت الدول الأعضاء في الإسكوا قد أتت على ذكر عدة عقبات تحول دون توفير الرعاية الصحية اللازمة لكبار السنّ. فشملت تلك العقبات غياب الإرادة السياسية والتشريعات، ونقص الموارد البشرية والمالية، وعدم وجود مبادئ توجيهية تنظّم عمل دور رعاية المسنين، وارتفاع كلفة الخدمات الطبية والرعاية الصحية. لكنّ غياب التغطية الصحية الشاملة تبقى الهمّ الأكبر والعقبة الأبرز لتأمين الحياة الكريمة لهم.

طرح الفصل الخامس من التقرير موضوع البيئة التمكينية والداعمة لكبار السنّ. لعلّ المؤشر الرئيسي لمستوى التنمية وتأثيره على راحة كبار السنّ يتجلّى في القدرة على توفير بيئة داعمة لهم تضمن لهم سهولة الحركة، وكذلك بيئة تمكينية تدفع باتجاه إبقائهم في أماكنهم. تشمل البرامج التي تضمن لكبار السنّ سهولة الحركة في الدول الأعضاء بشكل عام تأمين وسائل النقل العام الملائمة لهم وتيسر وصولهم إلى الشوارع والمباني. في كافة البلدان المتوسطة والسريعة الشيخوخة، يُصار إلى إشاعة بيئة محلية ملائمة من خلال إنشاء نوادٍ خاصة لكبار السنّ. أمّا تلك التي تشهد وتيرة بطيئة على مستوى الشيخوخة، كالعراق ودولة فلسطين والسودان، فلا تلحَظ وجود برامج مماثلة في تقاريرها.

بالإجمال، لا تزال الجهود الرامية إلى تعزيز مبدأ إبقاء المسنّ في مكانه، وتأمين الرعاية المنزلية له، وعدم وضعه في دور المسنين بل رعايته ضمن بيئته المحلية، تتّسع حلقتها في الدول الأعضاء في الإسكوا. تشمل البرامج الداعية إلى إبقاء كبار السن ضمن محيطهم وتزويدهم بالرعاية المنزلية توفير متطوعين لمجالستهم، وإيجاد أُسَر بديلة لهم، وتوزيع "وجبات على عجلات" على منازلهم، وتأهيل وحدات رعائية متنقّلة لهذه الغاية.

وكانت بلدان مثل المغرب وعُمان ودولة فلسطين وتونس قد ذكرت بأنها تؤمّن تلك الخدمات عن طريق الوزارات أو برامج المجتمع المدني، فيما تعتبر تلك البرامج حديثة العهد في لبنان ولا ذكر لخدمات الرعاية المنزلية في العراق أو الأردن.

ألمحت تقارير سابقة إلى أنّ ظاهرة احتضان كبار السنّ ضمن الهيكلية الأسرية التقليدية المتعددة الأجيال آخذة في الانحسار في عدّة بلدان، وبالأخص في لبنان وتونس. فبالمقارنة مع الدول الغربية، فإنَّ دُور رعاية المسنين غير شائعة في الدول الأعضاء في الإسكوا، لا سيما في منطقة الخليج. لذلك، عمدت الحكومات إلى تعزيز السياسات والبرامج المناصِرة للأسرة من أجل إبقاء المسنّ بين أحضان أسرته المباشرة أو البعيدة. تجدر الإشارة إلى صعوبة الوصول إلى دُور الرعاية في معظم البلدان وإلى عدم وجود مبادئ توجيهية لضمان صحة ورفاه المقيمين في هذه الدُور.

يشكّل موضوع عُزلة كبار السن والإساءة إليهم وتعنيفهم مصدر قلق محتمل في دول المنطقة، رغم نقص الدراسات الموضوعة بهذا الخصوص. فرغم الاحترام العميق الذي يلقاه كبار السنّ في المجتمعات العربية، لا تزال قضية سوء معاملتهم، عند تعرّضهم لها، مشكلة مغمورة إذ غالباً ما تحاول الأسر التستّر عليها. أظهرت بعض البلدان وعياً حيال خطورة تلك المسألة على مستوى السياسات، لكنّ البرامج الرامية إلى الإبلاغ عن ممارسات الإهمال والإيذاء والعنف المرتكبة بحقّ كبار السن وردعها تنحصر بقلة قليلة من البلدان، حيث تُطبق على ما يبدو على نطاق ضيق نسبياً.

في ظلّ الحروب والصراعات التي تعيشها المنطقة، يُلاحَظ عدم مراعاة كبار السنّ في حالات الطوارئ بشكل جلي، وانعدام البرامج التي تطالهم للحدّ من الأخطار وتقديم المساعدة الإنسانية لهم. من هنا ضرورة تفعيل الخطط والإجراءات استجابةً لاحتياجاتهم في حالات مماثلة.

على مرّ السنوات الخمس الماضية، أحرزت عدّة دول أعضاء في الإسكوا تقدّماً كبيراً في مواجهة التحديات الناشئة عن شيخوخة سكانها. تمثّل هذا التقدّم بالاستحصال على تفويض جديد لاستحداث ترتيبات مؤسسية ولجان وطنية للشيخوخة، فضلاً عن وضع استراتيجيات وطنية وخطط عمل في بعض البلدان. لا يزال مطلوباً من بعض البلدان التي تتسارع فيها وتيرة الشيخوخة كلبنان أن تتبنّى خطة عمل وطنية، فيما اتخذت بلدان أخرى بطيئة الشيخوخة كدولة فلسطين والسودان خطوات ملموسة لضمان تلبية احتياجات كبار السنّ. في مطلق الأحوال، لا يجوز التباطؤ أو التمهّل باتخاذ التدابير اللازمة حيثما تكون وتيرة الشيخوخة بطيئة أو متوسطة، بل يجدر بكافة الدول الأعضاء أن تبادر إلى العمل بشكل استباقي من أجل مواجهة التحديات الناشئة عن شيخوخة السكان.

إنّ الهوة القائمة بين السياسات المطروحة والبرامج المطبّقة على الأرض من حيث انتشارها ونطاقها قد تعيق تنفيذ الأجندة الخاصة بقضايا كبار السن. تشمل قائمة التحديات في مضمار التطبيق غياب الإرادة السياسية والتوعية الاجتماعية لمشكلة شيخوخة السكان، ونقص البيانات والأدلة المحدّثة، ومحدودية الموارد المتاحة، عندما لا تُمنَح تلك المشكلة الأولوية الواجبة في الأجندة الوطنية. لكنّ إشكالية شيخوخة السكان أصبحت بحاجة إلى استجابة إقليمية أو دون إقليمية بعدما اتخذت بعداً إقليمياً، نظراً إلى أنّ التنسيق والتعاون وتبادل المعارف بين مختلف البلدان قد يحدّ من هدر الموارد المحدودة، ويشجّع على المضي قدماً في وضع التدابير الصحية والاجتماعية والقانونية اللازمة لرفاه كبار السنّ، والسير بتطبيقها.

تواجه نُظم الرعاية الصحية في مختلف أنحاء المنطقة تحديات الأمراض المزمنة، التي ستتفاقم مع اتّساع دائرة شيخوخة السكّان. لمواجهة تلك التحديات، لا بدّ من استحداث نموذج رعاية كامل متكامل يتمحور حول

المسنّ المريض، ويصلح تطبيقه ضمن مراكز الرعاية الصحية الأولية الموجودة؛ يتطلّب ذلك تعزيز التنسيق بين الجهات الفاعلة التابعة وغير التابعة للدولة، لا سيما هيئات المجتمع المدني، من أجل تأمين خدمات اجتماعية يسهُل الوصول إليها وتغطية صحية مقبولة الكلفة لكبار السنّ، وحضّ القطاع الخاص على المساهمة.

تحفز أجندة التنمية المستدامة لعام 2030 على تنفيذ التوصيات الصادرة عن خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة بشكل ناجح. ويُلاحَظ أنّ التقدّم المحرز في الاتجاهات الثلاثة ذات الأولوية التي حدّدتها الخطة، وهي إدماج كبار السن في التنمية، وضمان صحتهم ورفاههم، وبناء بيئة تمكينية وداعمة لهم يتوافق إلى حدّ كبير مع الجهود المبذولة على نطاق أوسع من أجل تحقيق أهداف تلك الأجندة. هذا يشكل فرصة سانحة لضمان قيام مجتمعات تنعم بشيخوخة سليمة وآمنة ومتمكّنة، لا تخلّف وراءها أيّ مسنّ.

مقدّمـة

بدأت ظاهرة شيخوخة السكان تكتسب زخماً قوياً كأولوية ديمغرافية في كلّ أنحاء العالم. فبات لزاماً على الدول الأعضاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) التي تتقدّم فيها تلك الظاهرة بوتيرة بطيئة أن تتأهّب لمواجهة التحولات الديمغرافية الآيلة إلى شيخوخة السكان، فيما قد تُدرَجها البلدان المتوسطة أو السريعة الشيخوخة على طاولة القضايا الملحّة.

رغم أوجه التشابه المتعددة التي تجمع بين الدول الأعضاء، من حيث تاريخها الغني واللغة المشتركة والتقاليد والقيم الاجتماعية المترسّخة، تتنوّع فيها أنماط الشيخوخة بشكلٍ يعكس أوجه الاختلاف في ما بينها لجهة الموارد الاقتصادية، والأولويات الديمغرافية والاجتماعية-السياسية، والهجرة، والاستقرار السياسي. تواجه الحكومات في الواقع صعوبات جمّة في وضع سياسات تلبّي حاجة المواطنين المسنين إلى الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية ضمن الأطر الزمنية الضيقة والشاقة المتاحة لها، مع أنّ السياسات والخدمات المقدّمة حالياً لعدد كبير منهم في المنطقة هي دون المعايير الدولية المطلوبة على الإطلاق.

تتناول سياسات الدول الأعضاء في الإسكوا مشكلة الشيخوخة ضمن أطر ثلاثة، وهي: خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، وقد تمّ إقرارها في معرض الجمعية العالمية الثانية حول الشيخوخة التي انعقدت عام 2002 في مدريد؛ وخطة العمل العربية بشأن الشيخوخة التي أبصرت النور قبل انعقاد الجمعية العالمية الثانية؛ وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عُقِد في القاهرة عام 1994. كان الهدف من خطة عمل مدريد هو إرساء "مجتمعات لجميع الأعمار"، ولا تزال أولوياتها تنطبق على حاضرنا، إذ تتلخّص بإشراك كبار السنّ في جهود التنمية؛ وتحسين الخدمات الصحية ومستوى الرفاه في سنّ الشيخوخة؛ وتوفير بيئة تمكينية وداعمة لهم. أمّا خطة العمل العربية فشدّدت على الدور الرئيسي الذي تضطلع به الأسرة والمنظمات غير الحكومية وهيئات المجتمع المدني في مجال تقديم الرعاية والدعم لكبار السنّ. وتبنّى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في العام 1994 برنامج عمل ممتدّ على 20 عاماً، يضع المواطنين بمن فيهم كبار السنّ في صلب جهود التنمية، فيما يشدّد على حقوق الإنسان وكرامته نظراً لأهميتها البالغة في تحقيق التقدّم الاجتماعي والنمو الاقتصادي والتنمية المستدامة.

تعتبر أطر السياسات تلك ركيزة أساسية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة الواردة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030. وإذ يشكّل كبار السنّ حجر الزاوية في الجهود الرامية إلى "عدم إغفال أحد"، تنصّ هذه الخطة على بنود تدعو إلى القضاء على الفقر المدقع وتخفيف حدّة الفقر (الهدف 1)، والقضاء على الجوع (الهدف 2)، وتعزيز الحياة الصحية والرفاه (الهدف 3)، والتعلّم مدى الحياة (الهدف 4)، وتمكين كلّ النساء (الهدف 5)، وتوفير العمل اللائق (الهدف 8)، وتوفير الحماية الاقتصادية والاجتماعية (الهدف 10)، وجعل المستوطنات البشرية شاملة للجميع وآمنة ومستدامة (الهدف 11)، وتشجيع وجود المجتمعات الشاملة للجميع وتوفير إمكانية اللجوء إلى القضاء أمام الجميع (الهدف 16).

يقيّم هذا التقرير التقدّم المُحرَز في تطبيق خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة على مدى السنوات الخمس الماضية، ويفيد لتنوير الاستراتيجيات الآيلة إلى تحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول العام 2030. ومن خلال تصنيف الدول الأعضاء في الإسكوا بحسب وتيرة الشيخوخة فيها، يسعى إلى إبراز التحديات والخروج بالتوصيات اللازمة للمرحلة المقبلة.

استمدّت هذه الدراسة بياناتها من استبيانٍ رَسَم خريطة الواقع الإقليمي لتنفيذ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة[5]. وُضِع هذا الاستبيان لتغطية المجالات ذات الأولوية التي حددتها الخطة المذكورة بعد أن صُمّم بطريقة تراعي خصوصيات الدول الأعضاء في الإسكوا، والبيانات المتوافرة فيها. وقد اقتُبست أسئلته من نسخة سابقة كان قد أعدّها مركز الدراسات لكبار السنّ في لبنان عام 2012، واستُخدِمت لأغراض المراجعة الثانية لخطة عمل مدريد. فتضمّنت النسخة النهائية 83 سؤالاً استعرضت واقع الشيخوخة في ستة مجالات، وهي: الترتيبات المؤسسية؛ السياسات وخطط العمل؛ البحوث والبيانات؛ كبار السنّ والتنمية؛ الخدمات الصحية والرفاه؛ والبيئة التمكينية والداعمة. ثمّ وُزّع الاستبيان باللغة العربية على الدول الأعضاء التي عيّنت جهات اتصال وطنية لاستكماله، وتوفير المعلومات والمستندات الداعمة، واعتمادها كنقاط مرجعية في مختلف مراحل عملية المراجعة.

رغم توجيه الاستبيان إلى كافة الدول الأعضاء في الإسكوا، فلم يأتِ الرد إلاّ من 10 دول[6]. فلوحِظ أنّ مستوى إتمام الاستبيان سجّل معدلات مرتفعة (أكثر من 80 بالمائة من أسئلة الاستبيان) في ثماني دول، ومتوسطة (50-80 بالمائة) في العراق ومتدنية (أقل من 30 بالمائة) في مصر. لعلّ معدلات الإتمام المتدنية تعود إلى الصعوبات التي واجهتها جهات الاتصال الوطنية في التواصل مع الهيئات الحكومية، والظروف الاجتماعية والسياسية السائدة في عدّة بلدان. وفي معرض اجتماع عُقِد في مقرّ الإسكوا في بيروت بتاريخ 3 آب/أغسطس 2017، قام الحاضرون الذين يمثّلون جهات الاتصال الوطنية المشاركة في استخراج البيانات بتبادل النتائج الأولية ومناقشتها والتثبّت من صحتها مع خبراء آخرين.

يتناول هذا التقرير بالتفصيل الإنجازات والاتجاهات السائدة في السنوات الخمس الماضية، مقارناً إيّاها مع المراجعة الثانية لخطة عمل مدريد في العام 2012[7]. لكنّ تلك المقارنات بقيت محدودة النطاق بسبب اختلاف منهجيات العمل، خصوصاً في مجال جمع البيانات ومصادرها.

أولاً- الاتجاهات السكانية والتحولات الديمغرافية

يعاين هذا الفصل الاتجاهات السكانية والتحولات الديمغرافية في 18 دولة عضو للفترة 1985-2050[8]، مستمدّاً البيانات المتعلقة بالتقديرات والتوقعات السكانية من *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*[9]. ويتوقّف عند خمسة تواريخ، وهي: 1985، 2000، 2015، 2030، و2050.

5 سترفق بهذه الوثيقة نسخة عنه.

6 مصر، والعراق، والأردن، والكويت، ولبنان، والمغرب، عُمان، ودولة فلسطين، والسودان، وتونس.

7 سيباعي، رزق، وقرنفل، "الشيخوخة في المنطقة العربية".

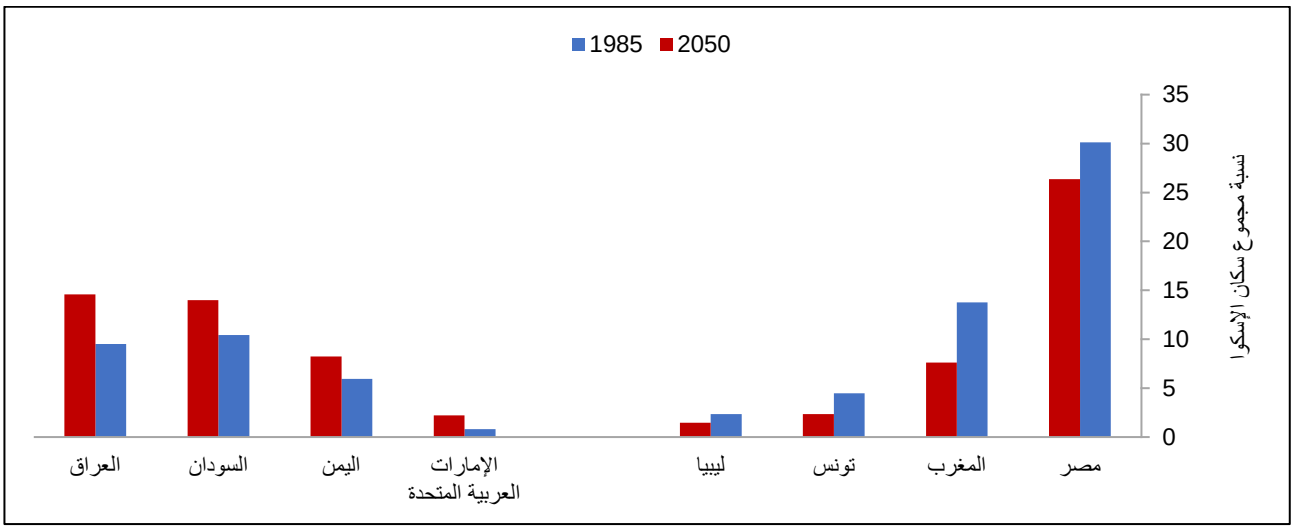
8 البحرين، مصر، العراق، الأردن، الكويت، لبنان، ليبيا، موريتانيا، المغرب، عُمان، قطر، المملكة العربية السعودية، دولة فلسطين، السودان، الجمهورية العربية السورية، تونس، الإمارات العربية المتحدة، واليمن.

9 الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015* (نيويورك). متوافرة عبر www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-2015-revision.html. تستند التقديرات والتوقعات الواردة في الوثيقة أعلاه إلى تعداد السكان الحاضرين في بلد معيّن. بناءً عليه، قد تبدو التقديرات والتوقعات المحددة لدول الخليج غير دقيقة تماماً، نظراً لارتفاع عدد الأجانب بالنسبة إلى رعايا البلد على نحوٍ غير متوازن. أمّا التوقعات والاتجاهات المحددة لسائر البلدان، لا سيما تلك التي تعاني من حروب ونزاعات وأزمات مزمنة، فهي رهنٌ بفرضيات الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، حاضراً ومستقبلاً.

ألف- الاتجاهات الديمغرافية والسياسات الحكومية بشأن النمو السكّاني

بين العامين 1985 و2015، تضاعف تقريباً عدد سكان الدول الأعضاء في الإسكوا مسجّلاً زيادةً من 164 مليون إلى 340 مليون نَسَمة، ما يشكّل 4.6 بالمائة من مجموع سكان العالم. رغم استمرار معدلات النمو السكاني بالتراجع مع مرور الوقت، يُتوقّع أن يتضاعف عدد سكان تلك الدول مجدداً ليصل إلى حدود 573 مليون، ما يشكّل نحو 6 بالمائة من مجموع سكان العالم بحلول العام 2050 (جدول المرفق 1). يتفاوت حجم السكان بين دولة وأخرى في المنطقة، إذ تُعدّ مصر البلد الأكبر عددياً مع ما يقارب 27 بالمائة من مجموع سكان المنطقة، فيما تضمّ البلدان الأصغر حجماً، كالبحرين وقطر والكويت، ما يتراوح بين 0.4-1.1 بالمائة فقط من هذا المجموع. سيطرأ تغيّر طفيف على حصة معظم الدول من المجموع السكاني بين العامين 1985 و2050، وسط توقعات بأن تسجّل تلك النسبة تراجعاً في مصر والمغرب وتونس وليبيا، وارتفاعاً في العراق والسودان والإمارات العربية المتحدة واليمن (الشكل 1).

الشكل 1- نسبة سكان كلّ بلد مقارنةً بمجموع سكان الدول الأعضاء في الإسكوا، للعامين 1985 و2050



المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

بالتزامن مع الاتجاهات السائدة في العالم، سجّلت معدلات الولادات الخام في الدول الأعضاء انخفاضاً مطّرداً من 37.2 لكلّ 1,000 شخص في العام 1985 إلى 24.6 لكلّ 1,000 في العام 2015 (جدول المرفق 1). من المتوقّع أن تستمرّ تلك المعدلات بالانخفاض لتصل إلى 16.7 لكلّ 1,000 في العام 2050. وكانت المنطقة بشكل عام قد حافظت باستمرار على معدلات أعلى من المتوسط العالمي على امتداد الفترات الزمنية الخمس كلها، بالرغم من أنّ عدداً كبيراً من البلدان، على غرار لبنان (15.4 لكلّ 1,000) والبحرين (13.1 لكلّ 1,000) والإمارات العربية المتحدة (10.0 لكلّ 1,000)، سجّل معدلات ولادات خام أدنى بكثير من المتوسط العالمي المقدّر بـ 18.6 لكلّ 1,000 في العام 2015، فيما تُعزى تلك المعدلات العالية إلى بلدان أخرى أشدّ اكتظاظاً بالسكان، على غرار السودان (31.7 لكلّ 1,000) ومصر (25.1 لكلّ 1,000)، كونها حافظت على معدلات ولادات خام تفوق المتوسط العالمي للفترة ذاتها.

كذلك سلكت معدلات الوفيات الخام في المنطقة مسلك الاتجاهات العالمية، مع انخفاض معدلاتها الوسطية من 8.4 لكلّ 1,000 في العام 1985 إلى 5.5 لكلّ 1,000 في العام 2015، وسط توقّعات بأن تعود وترتفع إلى

7.0 لكلّ 1,000 في العام 2050. من المتوقّع أنّ تشهد بلدان كثيرة، بما فيها البحرين والكويت والإمارات العربية المتحدة، زيادةً حادة في معدلات الوفيات الخام بحلول العام 2050 بسبب شيخوخة سكانها. أمّا قائمة البلدان الأقل تأثّراً بهذا الاتجاه فتشمل مصر وموريتانيا والسودان؛ رغم الهبوط الحاد التي سجّلته معدلات الوفيات الخام منذ العام 1985، يُتوقّع لها أن تشهد ارتفاعاً بحلول العام 2050 (جدول المرفق 1).

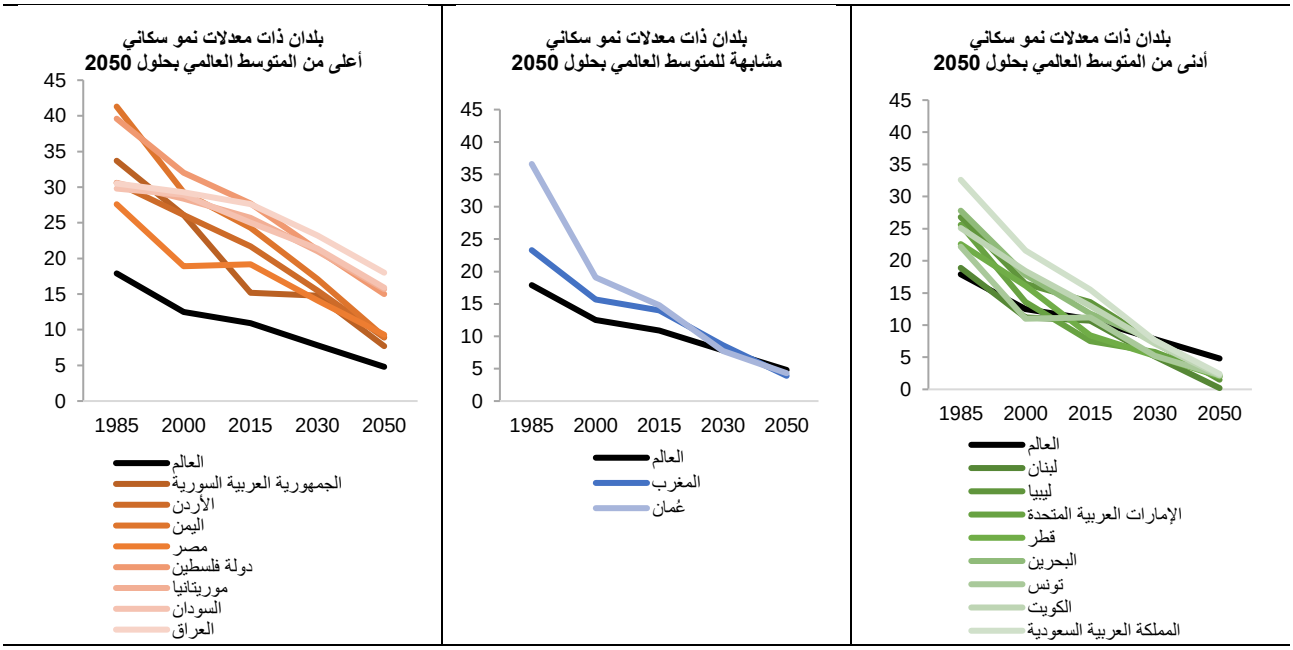
الجدول 1- معدلات النمو السكاني
(لكلّ 1,000 نَسَمة)

البلد	معدلات النمو السكاني				
	1990-1985	2005-2000	2020-2015	2035-2030	2055-2050
البحرين	27.8	17.8	11.8	7.6	2.1
مصر	27.6	18.9	19.2	14.1	9.3
العراق	30.5	29.3	27.6	23.2	18.0
الأردن	30.6	26.1	21.7	15.5	8.9
الكويت	25.1	18.4	13.0	7.1	2.2
لبنان	18.9	11.2	10.7	5.1	0.2
ليبيا	26.8	16.4	13.6	7.3	1.5
موريتانيا	30.6	28.4	25.7	21.0	15.7
المغرب	23.3	15.7	14.0	8.6	3.9
عُمان	36.6	19.1	14.8	7.7	4.3
دولة فلسطين	39.6	32.0	27.7	21.2	15.0
قطر	22.6	16.1	8.4	5.2	2.0
المملكة العربية السعودية	32.6	21.6	15.5	7.6	2.4
السودان	29.8	28.9	25.0	21.4	15.9
الجمهورية العربية السورية	33.7	26.1	15.2	14.8	7.7
تونس	22.2	11.0	11.2	5.2	2.2
الإمارات العربية المتحدة	25.6	13.6	7.5	5.8	2.0
اليمن	41.3	29.3	24.3	17.1	9.0
العالم	17.9	12.5	10.9	7.8	4.8

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

إذا استمرت الاتجاهات الراهنة لمعدلات الولادات الخام ومعدلات الوفيات الخام على حالها، سيتراجع معدل النمو السكّاني في الدول الأعضاء في الإسكوا (الجدول 1). فيصل معدل النمو السكاني المتوقّع في المغرب وعُمان إلى حدود مماثلة للمتوسط العالمي البالغ 4.8 لكلّ 1,000 شخص بحلول فترة 2050-2055، فيما يسجّل مستويات إمّا أعلى أو أدنى بكثير من المتوسط العالمي في معظم الدول الأعضاء. فبحسب الشكل 1، تشير التوقعات إلى أنّ ثماني دول أعضاء ستسجّل معدلاً أدنى بكثير من المتوسط العالمي، وهي تحديداً البحرين والكويت ولبنان وليبيا والمملكة العربية السعودية وتونس والإمارات العربية المتحدة؛ فيما يُتوقع أن تحافظ ثماني دول أخرى، وهي العراق والسودان وموريتانيا ودولة فلسطين ومصر واليمن والأردن والجمهورية العربية السورية، على معدل يفوق إلى حدّ كبير المتوسط العالمي بحلول الأعوام 2050-2055. وإذا كان متوقعاً أن يحافظ العراق على أعلى معدل نمو سكاني في مختلف الفترات الزمنية (يبلغ 18.0 لكلّ 1,000 بحلول 2050-2055)، فسيشهد لبنان في المقابل أشدّ تراجعٍ له إذ يصل إلى 0.2 لكلّ 1,000 في الفترة ذاتها (الجدول 1).

الشكل 2- الاتجاهات الزمنية لمعدلات النمو السكاني لدى الدول الأعضاء في الإسكوا مقارنةً بالمتوسط العالمي، 1985-2050



المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

الجدول 2- السياسات الحكومية حول النمو السكاني ومستوى الخصوبة وتنظيم الأسرة، تبعاً لمعدلات النمو السكاني

		البلد	سياسات حول النمو السكاني	سياسات حول مستوى الخصوبة	الدعم الحكومي لتنظيم الأسرة
معدلات النمو السكاني بالمقارنة مع المتوسط العالمي بحلول العام 2050	أدنى	البحرين	خفض	خفض	دعم مباشر
		الكويت	محافظة على	زيادة	دعم مباشر
		لبنان	لا سياسات رسمية	لا سياسات رسمية	دعم مباشر
		ليبيا	لا تدخّل	لا تدخّل	لا دعم
		قطر	محافظة على	زيادة	دعم مباشر
		المملكة العربية السعودية	محافظة على	زيادة	لا دعم
		تونس	خفض	خفض	دعم مباشر
		الإمارات العربية المتحدة	محافظة على	زيادة	لا دعم
	مماثلة	المغرب	لا سياسات رسمية	محافظة على	دعم مباشر
		عُمان	محافظة على	محافظة على	دعم مباشر
	أعلى	مصر	خفض	خفض	دعم مباشر
		العراق	خفض	خفض	دعم مباشر
		الأردن	خفض	خفض	دعم مباشر
		موريتانيا	خفض	خفض	دعم مباشر
		دولة فلسطين	لا سياسات رسمية	محافظة على	دعم مباشر
		السودان	خفض	خفض	دعم مباشر
		الجمهورية العربية السورية	خفض	خفض	دعم مباشر
		اليمن	خفض	خفض	دعم مباشر

المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، قاعدة بيانات عن السياسات السكانية العالمية لعام 2015. https://esa.un.org/poppolicy/.

تعكس الفروقات الملحوظة على صعيد معدل النمو السكاني في الدول الأعضاء آليات عمل اقتصادية واجتماعية وسياسية متمايزة، تستوجب طرق استجابة مختلفة على مستوى السياسات. يستعرض الجدول 2 بالتفصيل السياسات الحكومية المتعلقة بالنمو السكاني ومستوى الخصوبة والدعم المقدّم لتنظيم الأسرة، تبعاً لمعدل النمو السكاني المتوقّع بالنسبة إلى المتوسط العالمي في العام 2050. فمن المتوقّع أن يقارب كل من المغرب وعُمان المتوسط العالمي لمعدل النمو السكاني في العام 2050. ولكن، فيما تسعى عُمان إلى الحفاظ على المعدلات الراهنة للنمو السكاني ومستوى الخصوبة، يهمّ المغرب أن يحافظ فقط على معدلات الخصوبة المسجّلة لديه حالياً، بينما يقدّم كلاهما الدعم المباشر لتنظيم الأسرة (الجدول 2). تتّبع كافة البلدان التي سيواصل فيها معدل النمو السكاني تفوقه على المتوسط العالمي بحلول العام 2050 سياسات معيّنة لخفض هذا المعدل، باستثناء دولة فلسطين، فيما تعتمد بعض البلدان المتوقّع أن تسجّل معدل نمو سكاني أدنى من المتوسط العالمي سياسات تهدف إلى رفع مستويات الخصوبة، مع الحفاظ على المعدلات الراهنة للنمو السكاني، وهي الكويت وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة. أمّا لبنان فيعتبر من البلدان القليلة التي لا تنتهج سياسات رسمية بشأن النمو السكاني والخصوبة، بحسب التقارير الواردة، رغم توقعات بأن يبلغ معدل نمو سكانه 0.2 لكلّ 1,000 بحلول العام 2050.

لطالما حافظ متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الدول الأعضاء قاطبةً على مستويات مماثلة للمتوسط العالمي في جميع الفترات الزمنية، مع بقاء متوسط العمر المتوقّع للإناث أعلى من متوسط العمر المتوقّع للذكور (جدول المرفق 2). إسوةً بالاتجاهات العالمية، ارتفع متوسط العمر المتوقّع عند الولادة في البلدان الأعضاء إلى حدّ كبير بين العامين 1985 و2015، إنما بمعدلات متفاوتة. فالبلدان التي سجّلت أدنى مستويات لمتوسط العمر في العام 1985، كالسودان (55.1 سنة) واليمن (56.8 سنة) وموريتانيا (57.8 سنة)، شهدت زيادة (تتراوح بين 5.8 و9.1 سنوات) على هذا الصعيد بحلول العام 2015. أمّا بلدان لبنان والمغرب وعُمان فقد حققت زيادةً في متوسط الأعمار فاقت العشر سنوات ضمن الفترة الزمنية ذاتها (إذ ارتفع في المغرب من 63.2 سنة في العام 1985 إلى 74.9 سنة في العام 2015، وفي لبنان من 69.6 سنة في العام 1985 إلى 80.3 في العام 2015). بحلول العام 2050، من المتوقّع أن تحقق بلدان لبنان وعُمان وقطر أعلى مستويات لمتوسط العمر في المنطقة (87.2، 84.5، 84.2 سنة على التوالي)، تليها مباشرةً بلدان تونس والمغرب والبحرين والإمارات العربية المتحدة التي تحقق متوسط عمر يفوق 80 سنة. وحدها موريتانيا (68.0 سنة) ستحافظ على متوسط عمر عند الولادة دون 70 سنة بحلول العام 2050. وكان متوقعاً أن يتقلّص التفاوت بين البلدان على صعيد متوسط العمر بفارق يتراجع من 19.3 سنة في العام 1985، مع متوسط عمر يتراوح بين 55.1 سنة في السودان و74.4 سنة في قطر، إلى 16.7 سنة في العام 2015، مع متوسط عمر يتراوح بين 63.6 سنة في موريتانيا و80.3 سنة في لبنان، لكنّ الهوة ستتسع مجدداً بحسب التوقعات ليصل الفارق إلى 19.2 سنة في العام 2050، مع متوسط عمر يتراوح بين 68.0 سنة في موريتانيا و87.2 سنة في لبنان.

الجدول 3- نسبة الأشخاص ما فوق 60 و80 عاماً في المنطقة مقارنةً بالمتوسط العالمي

السنة	نسبة الأشخاص ما فوق 60 عاماً		نسبة الأشخاص ما فوق 80 عاماً	
	الإسكوا	العالم	الإسكوا	العالم
1985	5.7	8.7	0.5	0.9
2000	6.0	9.9	0.5	1.2
2015	6.6	12.3	0.7	1.7
2030	9.3	16.5	0.8	2.4
2050	14.9	21.5	1.9	4.5

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

من المتوقّع أن ترتفع نسبة سكان المنطقة ممّن تجاوزوا 60 و80 عاماً بوتيرة متسارعة في المستقبل، مع أنها ستبقى دون المتوسط العالمي. ففي العام 1985، لم تكن المنطقة تضمّ إلاّ 5.7 بالمائة و0.5 بالمائة من الأشخاص الذين تجاوزوا 60 و80 عاماً على التوالي. لكنّ هذين الرقمين مرشّحان للارتفاع إلى 9.3 بالمائة و0.8 بالمائة بحلول العام 2030، وإلى 14.9 بالمائة و1.9 بالمائة بحلول العام 2050 (الجدول 3).

تشير التوقعات إلى أنّ هذه الزيادة ستتخذ نِسَباً متفاوتة في الدول الأعضاء في الإسكوا. ففي العام 1985، كان الفارق بين البلدين اللذين سجّلا أعلى وأدنى نسبة من الأشخاص المتجاوزة أعمارهم 60 عاماً 5.9 بالمائة فقط. ثمّ اتّسع هذا الفارق ليصل إلى 8.7 بالمائة في العام 2000 و9.4 بالمائة في العام 2015، وسط توقعات بأن يشهد ارتفاعاً آخر يبلغ 13.9 بالمائة في العام 2030 و22 بالمائة في العام 2050، مع تسارع وتيرة شيخوخة السكان في عدد كبير من الدول الأعضاء (الجدول 4).

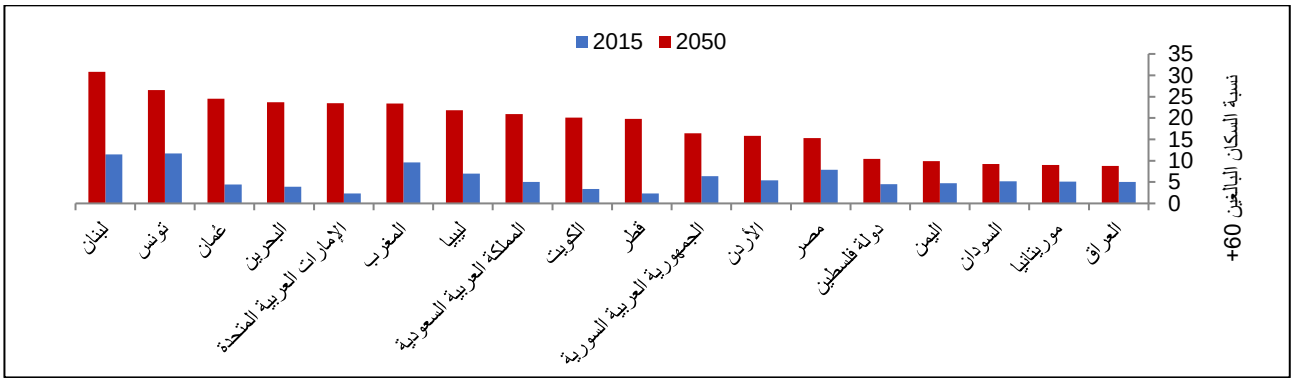
الجدول 4- بلدان تسجّل أدنى وأعلى نسبة من الأشخاص ما فوق 60 عاماً

السنة	أدنى نسبة		أعلى نسبة		الفارق
	البلد	60 وما فوق/بالمائة	البلد	60 وما فوق/بالمائة	
1985	قطر	2.0	لبنان	7.9	5.9
2000	الإمارات العربية المتحدة	1.7	لبنان	10.4	8.7
2015	الإمارات العربية المتحدة	2.3	تونس	11.7	9.4
2030	اليمن	5.3	لبنان	19.2	13.9
2050	العراق	8.8	لبنان	30.8	22.0

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

في العام 2015، وحدهما تونس ولبنان سجّلا نسبةً فاقت 10 بالمائة من السكان الذين تجاوزوا 60 عاماً، وسط توقعات بأن ينضمّ إليهما كلّ من البحرين والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة وليبيا والمغرب بحلول العام 2030، وكذلك دولة فلسطين ومصر والأردن والجمهورية العربية السورية وقطر والكويت بحلول العام 2050 (الشكل 3). بحلول العام 2050، من المتوقّع أن تبقى بلدان العراق وموريتانيا والسودان واليمن دون عتبة الـ 10 بالمائة، بهامش بسيط (8.8-9.9 بالمائة)، فيما تتخطّى بلدان أخرى، كالمغرب وتونس ولبنان، سجّلت أعلى نسبة من الأشخاص ما فوق 60 عاماً في العام 2015 (9.6-11.7 بالمائة)، ضعف تلك العتبة بحلول العام 2050 (الشكل 3). أمّا الإمارات العربية المتحدة وليبيا وعُمان والبحرين فيُتوقّع أن ترتفع فيها نسبة الأشخاص الذين تجاوزوا 60 عاماً بشكل متسارع للغاية بين العامين 2015 و2050، من 2.3-7.0 بالمائة إلى 21.8-24.5 بالمائة (الشكل 3، جدول المرفق 3).

الشكل 3- نسبة السكان ما فوق 60 عاماً للعامين 2015 و2050



المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

باء- مؤشرات الشيخوخة ومعدل شيخوخة السكان

فيما تتأرجح وتيرة الشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا بين بطيئة ومتوسطة اليوم، يُتوقّع لها أن تتسارع في مختلف بلدان المنطقة في العقود القادمة، نظراً إلى بلوغ التحولات الديمغرافية موقعاً متقدّماً، يدفع باتجاه تسريع عجلة شيخوخة السكان بشكل مطّرد[10]. ويزداد هذا الاتجاه حدّةً بالنسبة إلى كبار المسنين (مَن تجاوزوا 80 عاماً) مقارنةً بمن تزيد أعمارهم عن الستين. أمّا في بلدان الخليج فستتفاقم عملية التحول إلى شيخوخة السكان، بسبب انتقالها ببطء إنما بثبات من اليد العاملة الأجنبية إلى المحلية، وسط توقعات أن تشهد نسبة كبار السنّ من مجموع المواطنين ارتفاعاً كبيراً.

يصلح اعتماد مؤشّرين لقياس معدل شيخوخة السكان، وهما نسبة إعالة كبار السنّ ومؤشّر الشيخوخة. يُعرّف المؤشّر الأول على أنه عدد الأشخاص البالغين 65 عاماً وما فوق لكلّ 100 شخص تتراوح أعمارهم بين 15 و64، ويُعتمد لقياس قدرة الفئات العاملة اقتصادياً على إعالة فئة كبار السنّ غير العاملة. أمّا المؤشّر الثاني، المعرّف على أنه عدد الأشخاص البالغين 65 عاماً وما فوق لكلّ 100 شخص دون 15 عاماً، فيقيس الوزن النسبي لكبار السنّ المُعالين بالنسبة إلى الأطفال المعالين. يُتوقّع أن يرتفع معدل إعالة كبار السنّ ومؤشّر الشيخوخة بشكل متسارع في المنطقة في السنوات القادمة، رغم بقائهما دون المتوسط العالمي، وأن يسلكا اتجاهات متماشية مع وتيرة الشيخوخة السريعة للسكان في عدد كبير من الدول الأعضاء (الجدول 5، جدول المرفق 4).

الجدول 5- نسب إعالة كبار السن ومؤشرات الشيخوخة في المنطقة والمتوسط العالمي

السنة	معدل الإعالة لدى المسنين		مؤشر الشيخوخة	
	الإسكوا	العالم	الإسكوا	العالم
1985	7.2	9.7	8.4	17.3
2000	7.4	10.9	10.6	22.7
2015	7.1	12.6	12.6	31.7
2030	10.1	18.1	20.9	49.5
2050	17.4	25.6	41.4	75.2

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

قد تكون نسبة كبار السنّ المُعالين غير معبرة في بعض الدول الأعضاء، حيث يتمّ إحصاء أعداد كبيرة من العمّال الأجانب، كما هي الحال في دول الخليج. لذلك، يعطي مؤشّر الشيخوخة تقديرات موثوقة أكثر حول الوزن الديمغرافي لكبار السن. فاستناداً إلى مؤشر الشيخوخة المقدّر للعامين 2030 و2050، تُصنّف بلدان المنطقة بين بلدان بطيئة أو متوسطة أو سريعة الوتيرة في مجال الشيخوخة. فتعتبر بلدان العراق واليمن ودولة فلسطين وموريتانيا والسودان بطيئة الوتيرة في هذا التقرير، كونها تسجّل مؤشر شيخوخة يتراوح بحسب التقديرات بين 9.3 بالمائة و11.6 بالمائة في العام 2030. وتُدرج الأردن والجمهورية العربية السورية ومصر والكويت وعُمان وقطر والمملكة العربية السعودية وليبيا ضمن فئة البلدان المتوسطة الوتيرة، إذ تسجّل مؤشّر شيخوخة يتراوح بين 17.9 بالمائة و32.8 بالمائة في العام 2030. أمّا بلدان الإمارات العربية المتحدة وتونس ولبنان، التي يتراوح مؤشّر الشيخوخة لديها بين 41.7 بالمائة و72.8 بالمائة، فتعتبر من البلدان التي تتسارع فيها ظاهرة الشيخوخة. يُتوقّع أن تتحوّل بعض البلدان المصنّفة ضمن الفئة المتوسطة، بالأخصّ عُمان وقطر، إلى الفئة السريعة بوتيرة أسرع من سواها، بحسب ما تشير إليه البيانات المقارَنة لعام 2050 (الجدول 6).

10 Saxena, "Ageing and age-structural transition".

الجدول 6- تصنيف الدول الأعضاء في الإسكوا بحسب مؤشرات الشيخوخة، للعامين 2030 و2050

	البلد	مؤشر الشيخوخة لعام 2030		البلد	مؤشر الشيخوخة لعام 2050
بطيء	العراق	9.3	بطيء	العراق	18.0
	اليمن	10.6		موريتانيا	19.0
	دولة فلسطين	11.0		السودان	20.4
	موريتانيا	11.4		اليمن	23.7
	السودان	11.6		دولة فلسطين	24.0
متوسط	الأردن	17.9	متوسط	مصر	40.5
	الجمهورية العربية السورية	20.6		الأردن	48.3
	مصر	22.6		الجمهورية العربية السورية	52.7
	الكويت	24.1		الكويت	80.0
	عُمان	27.8		المملكة العربية السعودية	81.7
	قطر	28.6		ليبيا	86.2
	المملكة العربية السعودية	29.8			
	ليبيا	32.8			
سريع	البحرين	41.7	سريع	عُمان	111.7
	المغرب	45.4		تونس	112.6
	الإمارات العربية المتحدة	50.6		قطر	113.3
	تونس	58.9		البحرين	128.2
	لبنان	72.8		الإمارات العربية المتحدة	139.6
				لبنان	162.9

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

بالتالي، تشهد الدول الأعضاء في الإسكوا تغيُّرات جذرية في الهيكلية العمرية لسكانها. يُظهِر الشكل 4 التطور الطارئ على هيكلية الهرم السكاني لدى البلدان البطيئة والمتوسطة والسريعة الوتيرة في الأعوام 1985، و2015، و2030. فيتبيّن أنّ البلدان ذات الشيخوخة البطيئة تحافظ على هرم نموذجي على امتداد الفترات الزمنية الثلاث، إذ تسجّل نسبة ضئيلة من السكان الذين تفوق أعمارهم 60 سنة مقارنةً بنسبة عالية من السكان الذين هم دون 15 سنة. لكنّ البلدان ذات الشيخوخة المتوسطة تكشف عن اتساع المنطقة الوسطية من الهرم في العام 2015 يعقبه اتّساع القاعدة بحسب التقديرات المحددة للعام 2030. وكانت معدلات الخصوبة المرتفعة التي تحققت في العقود الماضية، مقرونةً بتراجع معدلات وفيات الأطفال وزيادة متوسط العمر، قد أدّت إلى اختلال التوازن في الهيكلية العمرية للسكّان، مع تزايد عدد الشباب بشكل سريع وارتفاع كتلة كبار السنّ، عدداً ونسبةً، بشكل بطيء إنما ثابت. وفيما قد تعتمد البلدان المتوسطة الوتيرة على شريحة واسعة من السكان الناشطين في سنّ العمل لإعالة الأعداد الكبيرة من كبار السن والأطفال، تُظهِر البلدان السريعة الوتيرة تحوّل شكل هرمها السكاني تدريجياً إلى "مستطيلي"، حيث أنّ اتّساع شريحة كبار السن وتراجع إمكانات مَن هم في سنّ العمل بسبب تدنّي معدلات الخصوبة يبرّران التقدّم السريع نحو شيخوخة السكّان.

يبيّن الجدول 7 بالتفصيل مدى اهتمام الدول الأعضاء بالسياسات المتعلقة بشيخوخة السكّان، والتدابير المتخذة لمعالجة هذا الشأن، على حدّ ما ورد في قاعدة البيانات عن السياسات السكانية العالمية (2015). فقد اعتبرت جميع الدول الأعضاء تقريباً أنّ ظاهرة شيخوخة السكّان تشكّل مصدر قلق بسيط. لكنّ البلدان التي تشهد شيخوخة متوسطة الوتيرة تفوقت على البلدان الأخرى من حيث التدابير التي اتخذتها لمعالجة قضايا الشيخوخة. ومن بين البلدان الخمسة المدرجة ضمن الفئة البطيئة الوتيرة، وحدهما العراق وموريتانيا أشارا إلى إيلاء شيخوخة السكان اهتماماً بسيطاً، متخّذَيْن التدابير اللازمة لمعالجة قضاياها. ومن بين البلدان الخمسة المصنّفة ضمن الفئة السريعة الوتيرة، وحدها تونس اعتبرتها قضية ذات أهمية بالغة، من دون الإشارة إلى أيّ تدابير متخذة للتعامل مع قضايا الشيخوخة، شأنها شأن البحرين والمغرب وتونس ولبنان التي تشهد شيخوخة سريعة إنما لم تبلّغ عن أيّ تدابير لمعالجة تلك الظاهرة.

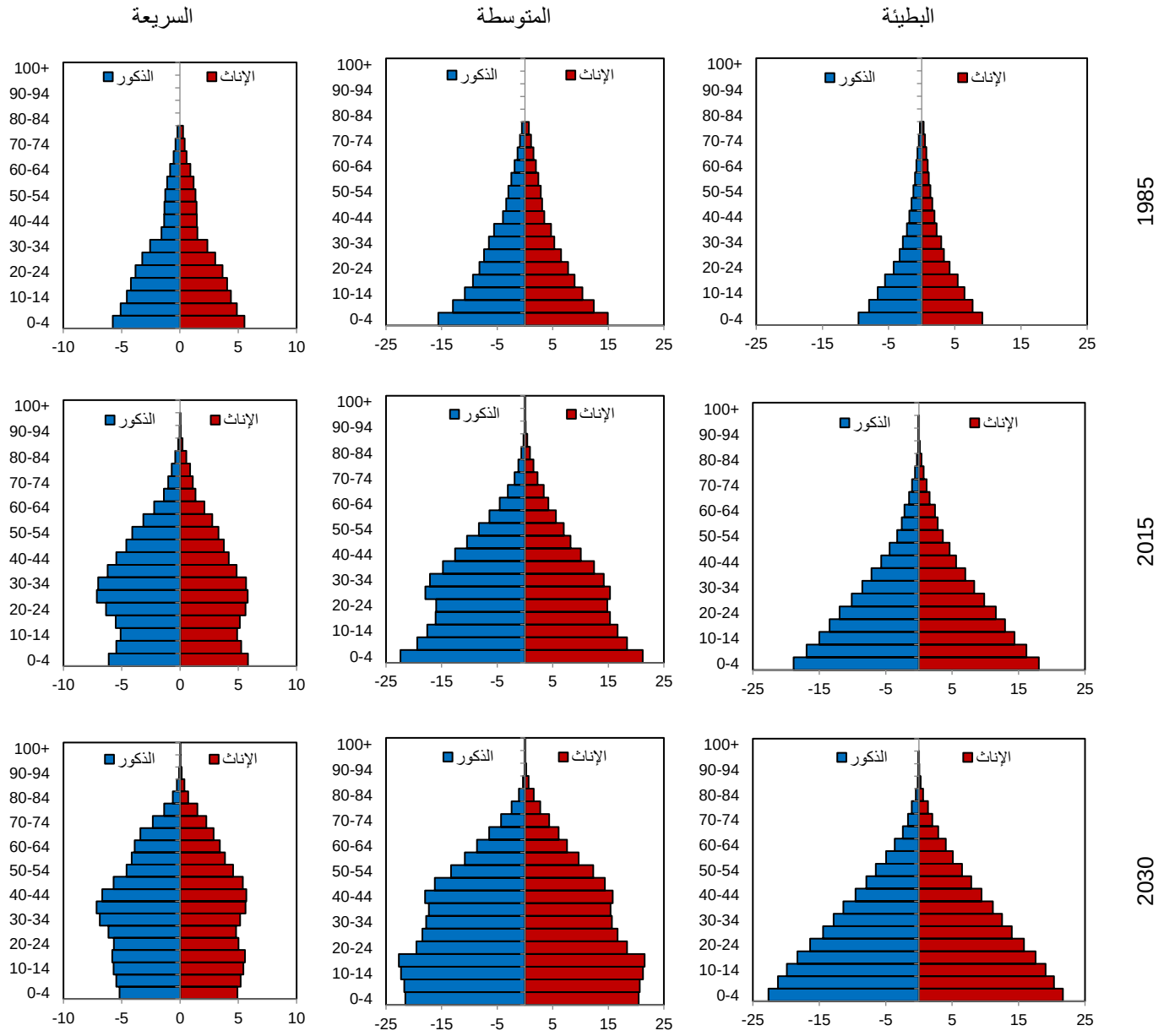
الجدول 7- السياسات المتعلقة بالشيخوخة والهجرة الوافدة والهجرة إلى الخارج تبعاً لوتيرة الشيخوخة

	البلد	الإهتمام بشيخوخة السكان	التدابير بشأن شيخوخة السكان[أ]	السياسات المتعلقة بالهجرة الوافدة	السياسات المتعلقة بالهجرة إلى الخارج
بطيء	العراق	اهتمام بسيط	عدة تدابير	محافظة على	خفض
	اليمن	لا اهتمام	لا تدابير متخذة	خفض	زيادة
	دولة فلسطين	لا موقف رسمي	لا تدابير متخذة	لا سياسات رسمية	خفض
	موريتانيا	اهتمام بسيط	تدبير واحد	محافظة على	لا تدخّل
	السودان	لا بيانات متوافرة	لا تدابير متخذة	محافظة على	خفض
متوسط	الأردن	اهتمام بسيط	عدة تدابير	خفض	محافظة على
	الجمهورية العربية السورية	اهتمام بسيط	تدبير واحد	محافظة على	خفض
	مصر	لا اهتمام	تدبير واحد	خفض	محافظة على
	الكويت	اهتمام بسيط	تدبير واحد	خفض	لا تدخّل
	عُمان	لا اهتمام	تدبيران	خفض	لا سياسات رسمية
	قطر	اهتمام بسيط	لا تدابير متخذة	خفض	لا تدخّل
	المملكة العربية السعودية	اهتمام بسيط	تدبير واحد	خفض	خفض
	ليبيا	اهتمام بسيط	لا تدابير متخذة	محافظة على	محافظة على
سريع	البحرين	اهتمام بسيط	لا تدابير متخذة	خفض	لا تدخّل
	المغرب	اهتمام بسيط	لا تدابير متخذة	لا سياسات رسمية	لا سياسات رسمية
	الإمارات العربية المتحدة	اهتمام بسيط	تدبير واحد	محافظة على	لا تدخّل
	تونس	اهتمام شديد	لا تدابير متخذة	لا تدخّل	زيادة
	لبنان	اهتمام بسيط	لا تدابير متخذة	محافظة على	خفض

المصدر: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، قاعدة بيانات عن السياسات السكانية العالمية لعام *2015*. https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

أ- تبعاً *لقاعدة بيانات السياسات السكانية* (2015)، تشمل التدابير المتخذة لمواجهة شيخوخة السكان رفع الحدّ الأدنى لسنّ التقاعد، وزيادة مساهمات العمّال في الضمان الاجتماعي، واعتماد أو تعزيز النظام غير الإكتتابي لمعاش الشيخوخة، ودعم نظام خاص للمعاشات التقاعدية.

الشكل 4- الهرم السكاني للدول الأعضاء في الإسكوا ذات الشيخوخة البطيئة والمتوسطة والسريعة الوتيرة، للأعوام 1985 و2015 و2030



المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

ثانياً- الاستجابة المؤسسية

بعد أكثر من عقدين على طرح شيخوخة السكان لأول مرة كقضية تنموية ضمن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في العام 1994، وبعد 15 سنة منذ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة وخطة العمل العربية في العام 2002، اتخذت البلدان في المنطقة العربية خطوات جبّارة لتعميم قضايا الشيخوخة ضمن نطاق المؤسسات الحكومية، والسياسات الوطنية، وخطط العمل. يستعرض هذا الفصل أشكال الاستجابة المؤسسية للتحول الديمغرافي نحو مجتمعات تتمدّد فيها ظاهرة الشيخوخة، والتطورات الحاصلة في مجال البحوث على مدى السنوات الخمس

المنصرمة. تشمل عملية المراجعة الدول الأعضاء التي تتقدّم فيها الشيخوخة بوتيرة مختلفة: بطيئة (العراق ودولة فلسطين والسودان)، ومتوسطة (مصر والأردن والكويت وعُمان)، وسريعة (لبنان والمغرب وتونس).

ألف- الترتيبات المؤسسية

تُعتبر الترتيبات المؤسسية حول الشيخوخة، أكانت على شكل هيئات حكومية أو لجان وطنية، ذات أهمية بالغة لوضع السياسات، وتنفيذ البرامج وتقديم الخدمات، وتمكين الأطراف من انتهاج مقاربة منسّقة ومتكاملة. فقد اتخذت كافة البلدان المشمولة بالمراجعة ترتيباً واحداً على الأقل لمعالجة قضايا الشيخوخة (الجدول 8). في حين أنَّ الأردن لم ينشئ إدارة وزارية متخصصة، أحرز تقدّماً كبيراً في مجال الشيخوخة من خلال إنشاء اللجنة الوطنية لمتابعة تنفيذ الاستراتيجية الوطنية لكبار السنّ في العام 2012، التي انبثقت من المجلس الوطني لشؤون الأسرة.

لكنّ مستوى الترتيبات المؤسسية المتخذة من قبل الدول الأعضاء في الإسكوا لا يتماشى بالضرورة مع وتيرة الشيخوخة. تُعد دول العراق وفلسطين والسودان (المتّصفة بوتيرة شيخوخة بطيئة)، إضافةً إلى الكويت وعُمان (المتوسطة الوتيرة) من بين البلدان الستّة التي أنشأت هيئات حكومية ولجان وطنية تُعنى بشؤون الشيخوخة. وحده لبنان من بين البلدان ذات الشيخوخة السريعة اتخذ كلا التدبيرين معاً. وفيما لم يُقدِم كلّ من المغرب وتونس بعد على إنشاء لجنة وطنية لهذه الغاية، أعاد لبنان إحياء هيئته الوطنية الدائمة لرعاية شؤون المسنين في العام 2015. غالباً ما تنشأ الإدارات أو الأقسام أو المكاتب أو اللجان المعنية بقضايا الشيخوخة تحت جناح وزارات الشؤون الاجتماعية و/أو شؤون الأسرة، عدا العراق والكويت وعُمان التي تعود فيها إدارة شؤون الشيخوخة إلى وزارة الصحة. وفي خطوة مماثلة، استُكملت دائرة دعم خدمات الرعاية الصحية التابعة لوزراة الصحة في عُمان عام 2015 بدائرة شؤون المسنين في وزارة التنمية الاجتماعية، التي تصبّ جهودها على إبقاء المسنّ ضمن محيطه ضمن خطة العمل الوطنية التي رسمتها.

أنشأت الدول الأعضاء، المشمولة بالمراجعة، باستثناء لبنان والسودان، إدارات متخصصة لخدمة كبار السنّ. رغم عدم إنشاء إدارة متخصصة لرعاية شؤون الشيخوخة، عملت وزارة الرعاية والضمان الاجتماعي في السودان على وضع سياسات وبرامج تُعنى بكبار السن. في العام 2013، اتخذ العراق أولى الترتيبات المؤسسية بشأن الشيخوخة من خلال استحداث برنامج رعاية المسنين/دائرة الصحة العامة في وزارة الصحة، لتحلّ محلّ دائرة رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

يُظهِر الجدول 9 إلى أيّ درجة تشمل الترتيبات المؤسسية، لا سيما اللجان الوطنية، القطاعات الحكومية والهيئات غير الحكومية. ففي هذه المراجعة أيضاً، وعلى غرار النتائج السابقة في المراجعة الثانية لخطة عمل مدريد[11]، يبرز دور وزارات الصحة والشؤون الاجتماعية ضمن كافة هيئات التنسيق في البلدان المشمولة بالمراجعة، وبقدر أقل دور وزارات النقل، وشؤون المرأة أو الأسرة، والتخطيط أو الإحصاء ومؤسسات الضمان الاجتماعي وصناديق التقاعد. تفيد التقارير بأنّ منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية تشارك الحكومات في وضع السياسات وتنفيذ البرامج من خلال هيئات التنسيق العاملة في معظم البلدان، باستثناء العراق وعُمان وتونس. رغم الفوائد المرجوة من إشراك الأكاديميين والباحثين في ترجمة المعارف إلى سياسات وممارسات، وحدها لبنان والمغرب وعُمان ودولة فلسطين أكّدت انضمامهم إلى هيئات التنسيق. من المتوقّع أن تضمّ اللجنة العليا لرعاية كبار السنّ في مصر ممثلين عن وزارة التعليم العالي؛ والمعهد القومي للمسنين؛ ووزارات الصحة، والتضامن الاجتماعي، والتنمية، والثقافة، والشباب والرياضة، والسياحة، واللجان الوطنية لشؤون المرأة والإعاقة وحقوق الإنسان؛ ومنظمات المجتمع المدني.

11 Sibai, Risk and Kronfol, “Ageing in the Arab region”.

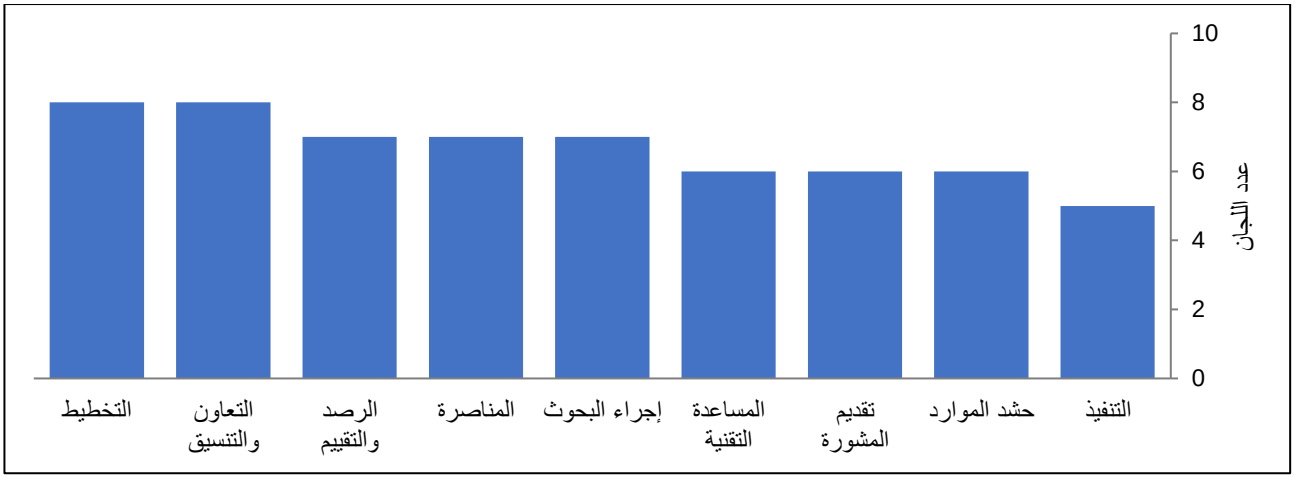
يصف الشكل 5 توزّع الأدوار المفوضّة إلى اللجان الوطنية المعنيّة بالشيخوخة. تُكلّف معظم تلك اللجان بمهام إعداد برامج الشيخوخة، وتوثيق التعاون والتنسيق حولها، ورصدها، وتقييمها، بالإضافة إلى مناصرة قضايا الشيخوخة، وإجراء البحوث حولها. لكنّ اللجان القائمة في البلدان التي تشهد تحولات ديمغرافية سريعة الوتيرة تتّسع على ما يبدو دائرة مهامها، لتشمل في أغلب الأحيان تقديم الدعم التقني وإسداء المشورة إلى جانب حشد الموارد. هذه هي حال المغرب وتونس تحديداً. أمّا الدول التي تسجّل شيخوخة بطيئة الوتيرة، على غرار دولة فلسطين والسودان، فتتولّى على ما يبدو مسؤوليات أكثر من أقرانها ذات الشيخوخة المتوسطة (جدول المرفق 5). يتبيّن أنّ مهمة اللجنة الوطنية في عُمان تقتصر على إعداد الخطط، في حين أنَّ اللجنة الوطنية لكبار السنّ في العراق لا تشارك في عملية التخطيط. تجدر الإشارة إلى أنّ اللجان الوطنية قلّما تُكلّف بمهمة حشد الموارد.

الجدول 8- المؤسسات الحكومية واللجان الوطنية المعنية بالشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا

	البلد	المؤسسات الحكومية (سنة تأسيسها) – التشريعات	اللجان الوطنية (سنة تأسيسها) – التشريعات
بطيء	العراق	شعبة صحة الكبار (2013) واللجنة الفنية لتطوير الخدمات الصحية والاجتماعية لكبار السنّ (2010)، ضمن دائرة الصحة العامة التابعة لوزارة الصحة – دائرة التخطيط وتنمية الموارد البيان رقم 262 والقرار الوزاري رقم 484 لسنة 2017	اللجنة الوطنية لكبار السنّ، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (--) – --
	دولة فلسطين	دائرة رعاية كبار السن لدى وزارة الشؤون الاجتماعية (1994) – مسودة قانون حول حقوق كبار السنّ (2012)	اللجنة الوطنية العليا لرعاية كبار السن لدى وزارة التنمية الاجتماعية (2011) – مسودة قانون حقوق كبار السنّ، 2012
	السودان	وزارة االضمان والتنمية الاجتماعية (1999) – القرار الوزاري رقم 37 لسنة 2012	اللجنة الوطنية لرعاية كبار السنّ، وزارة الضمان والتنمية الاجتماعية (2012)، القرار الوزاري، 2012
متوسط	مصر	إدارة رعاية المسنين، الإدارة العامة للأسرة والطفولة، وزارة التضامن الاجتماعي (1979) – --	المجلس الأعلى للمسنين في جامعة بني سويف (قيد الإعداد)
	الأردن	لا وجود لها	اللجنة الوطنية لرعاية المسنين واللجنة الوطنية لمتابعة تنفيذ الاستراتيجية الوطنية لكبار السنّ، المجلس الوطني لشؤون الأسرة (2012) – قرار وزاري
	الكويت	إدارة رعاية المسنين، وزارة الشؤون الاجتماعية (2001) – قرار وزاري	اللجنة الوطنية العليا لرعاية كبار السنّ، وزارة الصحة (2012) – قرار وزاري رقم 110 لسنة 2012
	عُمان	دائرة شؤون المسنين، وزارة التنمية الاجتماعية (2015) – قرار وزاري رقم 51 لسنة 2015 دائرة دعم خدمات الرعاية الصحية الأولية، وزارة الصحة – قرار وزاري رقم 67 لسنة 2006	لجنة شؤون المسنين، وزارة التنمية الاجتماعية 2005 – قرار وزاري رقم 206، 2005
سريع	لبنان	مصلحة الشؤون الأسرية، وزارة الشؤون الاجتماعية (1993) – قانون رقم 212 و327؛ قرار رقم 5734 لسنة 1994	الهيئة الوطنية الدائمة لرعاية شؤون المسنين في لبنان، وزارة الشؤون الاجتماعية (1999) – أعيد تشكيلها بموجب قرار 1-557 و1-380 لسنة 2015
	المغرب	قسم حماية الأسرة والأشخاص المسنين، وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية (2002) – قرار 2.13.22 لسنة 2013	لا وجود لها
	تونس	إدارة المسنين، وزارة المرأة والأسرة والطفولة (2005) – قرار رقم (1257) لسنة 2005	لا وجود لها

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

الشكل 5- اللجان الوطنية المعنية بالشيخوخة: الأدوار المكلّفة بها



المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

باء- السياسات الوطنية وخطط العمل الوطنية

إنّ المبادئ المنصوص عليها في خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة وخطة العمل العربية بشأن الشيخوخة دفعت الدول الأعضاء إلى وضع سياسات وخطط عمل لهذه الغاية. فشهدت السنوات الخمس الماضية اندفاعة قوية نحو تحديث الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية حول قضايا الشيخوخة، تبرز معالمها بالتفصيل في الجدول 10. لقد عمد كل من العراق والكويت ودولة فلسطين والسودان وتونس إلى استحداث استراتيجيات وطنية، ما انفكّت تعمل على تنفيذها. في العراق ودولة فلسطين والسودان، وهي بلدان تتقدّم ببطء نحو الشيخوخة، أُتبِعت الاستراتيجيات الوطنية على الفور بخطط وطنية صدرت في الأعوام 2013 و2015 و2017 على التوالي، ووُضِعت موضع التنفيذ. في الأردن، المعروف بشيخوخة متوسطة الوتيرة، انكبّ العمل على تحديث الاستراتيجية الوطنية التي صدرت في العام 2008، من خلال الخطة التنفيذية للاستراتيجية الوطنية لكبار السنّ. من جهتها، أطلقت الكويت استراتيجية صحية وطنية في العام 2016، لكنها لم تضع بعد خطة عمل وطنية. من بين البلدان ذات الشيخوخة السريعة، وحدها تونس أعدّت استراتيجية وطنية لرعاية كبار السنّ في العام 2016، ألحقتها بخطة عمل وطنية للغاية ذاتها، ويجري العمل حالياً على تنفيذهما. من المقرّر أيضاً أنّ يقوم المغرب بإعداد استراتيجية وطنية لحماية حقوق كبار السنّ في العام 2017، بالتعاون مع الإسكوا. أمّا لبنان، وهو البلد الأكثر تقدّماً على صعيد التحول الديمغرافي، فلا يزال يفتقر إلى استراتيجية أو خطة عمل وطنية للشيخوخة، وسط تقارير تفيد بأنّ آخر السياسات التي طرحها حول هذا الموضوع تعود إلى العام 1994[12].

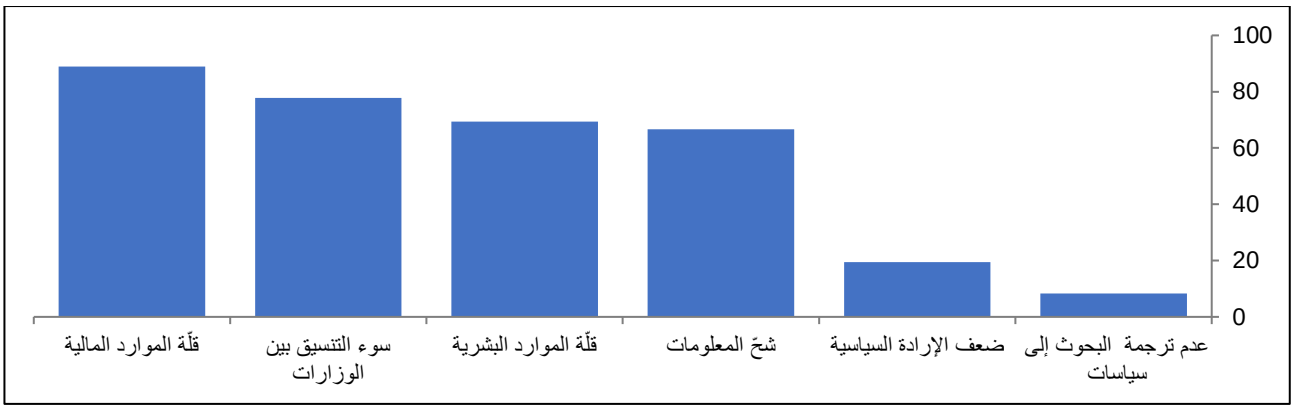
12 Sibai, Rizk and Kronfol, “Ageing in the Arab region”.

الجدول 9- اعتماد نهج عابر للقطاعات في مقاربة الترتيبات المؤسسية المتعلقة بالشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا

	البلد	ممثلون عن								قطاعات غير حكومية		سواها
		الشؤون الاجتماعية	الصحة	الضمان الاجتماعي/ التقاعد	العمل	التخطيط أو الإحصاء	شؤون المرأة أو الأسرة	النقل		المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية	الأوساط الأكاديمية	
بطيء	العراق	✓	✓	x	✓	x	x	✓		x	x	حقوق الإنسان – القضاء – الثقافة – الشؤون الخارجية
	دولة فلسطين	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	الثقافة – الشباب – التعليم – المالية – الإعلام – البلديات – الشركات الخاصة – المنظمات الدولية
	السودان	✓	✓	✓	x	x	✓	x		✓	x	حقوق الإنسان – الإعلام – القضاء – الشباب – المالية – الشركات الخاصة – النقابات – المنظمات الدولية
متوسط	الأردن	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	x	حقوق الإنسان – القضاء – الثقافة – الشؤون الداخلية – الإعاقة – الإعلام – الطب والتمريض – البلديات
	الكويت	✓	✓	✓	✓	x	x	x		✓	x	الإعلام – الأمانة العامة للأوقاف
	عُمان	✓	✓	x	x	✓	x	x		x	✓	الإسكان – الكهرباء والماء
سريع	لبنان	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x		✓	✓	الشؤون الداخلية – البلديات – التعليم
	المغرب	✓	✓	x	x	x	✓	x		✓	✓	الشؤون الخارجية (المغاربة في الخارج) – التعليم – البيئة – المؤسسة التعاونية الوطنية
	تونس	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓		x	x	القضاء – الثقافة – الشؤون الخارجية (التوانسة في الخارج) – الشباب – الشؤون الدينية – الشؤون الداخلية – السياحة – الإعلام
	المجموع	9	9	6	5	5	5	4		6	4	

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

الشكل 6- التحديات الناشئة في إطار إعداد الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية وتنفيذها



المصدر: يتمّ ترتيب التحديات استناداً إلى الإجابات الواردة من الأردن، والكويت، ولبنان، والمغرب، وعُمان، ودولة فلسطين، والسودان، وتونس.

رغم التطورات المُشار إليها أعلاه، لا تزال الخطوات التنفيذية تصطدم بتحديات جمّة، بحسب ما يتبيّن من الشكل 6. فقد رأت معظم البلدان أنّ التحدي الناشئ عن شحّ الموارد المالية يأتي في المرتبة الأولى أو الثانية، يليه على الفور سوء التنسيق بين الوزارات ونقص الموارد البشرية. شكّلت ندرة المعلومات أولى التحديات بالنسبة إلى عُمان وثاني التحديات بالنسبة إلى السودان، فيما أُدرِج غياب الإرادة السياسية وتحويل البحوث إلى سياسات فعلية في آخر المراتب على سلّم التحديات. تشمل قائمة التحديات الأخرى المذكورة قلّة المنظمات المحلية والدولية التي تركّز اهتمامها على قضايا الشيخوخة في المنطقة، وغياب البرامج الرامية إلى بناء القدرات.

توسّع البحث في السياسات والاستراتيجيات المتعلقة بالشيخوخة للإطلاع على القضايا المطروحة، بما في ذلك الصحة والتغطية الاجتماعية وضمان الشيخوخة ومراحل العمل عليها (التخطيط أو بدء العمل أو التنفيذ)، إضافة إلى المؤسسة الرئيسية القيّمة على تنفيذها. ويلخّص الجدول 11 مدى وجود مساحةٍ لسياسات الشيخوخة ضمن الخطط/السياسات الوطنية و/أو القطاعية، ووضع تلك السياسات. بموجب هذا الجدول يتبيّن أنّ مختلف خيارات السياسات، ما عدا تلك المتعلقة بالإسكان، كانت واردة إمّا في الاستراتيجيات الوطنية أو خطط العمل المعنية بالشيخوخة، أو مضمَّنة في السياسات أو الخطط القطاعية. برزت السياسات المتعلقة بالرعاية الصحية لكبار السن بشكل مستمر في الإستراتيجيات أو خطط العمل الوطنية، فيما بدت السياسات المعنيّة بضمان الشيخوخة والفقر والإهمال وسوء المعاملة وإلإعاقة والإعفاء الضريبي أشدّ بروزاً بالإجمال في السياسات القطاعية وليس في استراتيجية أو خطة عمل وطنية متكاملة. على الرغم من دعوة البلدان إلى تعزيز جهودها من خلال إقرار خطة عمل وطنية للشيخوخة، لا شكّ أنّ طرح قضايا الشيخوخة في صلب أجندات القطاعات الأخرى يسهم إلى حدّ كبير في تعميمها ضمن التشريعات والسياسات والبرامج القائمة.

أفاد كلّ من الأردن والكويت والمغرب ودولة فلسطين والسودان وتونس بإدراج سياسات الشيخوخة ضمن استراتيجياته أو خططه الوطنية وسياساته القطاعية (الشكل 7). في لبنان، لم توضع أيّ خطة وطنية للشيخوخة لكنّ السياسات المتعلقة بهذا الشأن ترِد ضمن السياسات القطاعية التي ينتهجها. في المقابل، يتمّ تعميم سياسات الشيخوخة في السياسات والخطط القطاعية في دولة فلسطين وتونس، كما يتبيّن في الخطة الاستراتيجية الأخيرة لقطاع كبار السنّ في دولة فلسطين (2016-2020) والاستراتيجية الوطنية التونسية لقطاع المسنين (2016-2020). في عُمان، تبرز سياسات الرعاية الصحية فقط في الخطة الوطنية لوزارة الصحة المتعلقة ببرنامج كبار السن. بوجهٍ عام، لا تزال سياسات الإسكان والإعفاء الضريبي الموجّهة إلى كبار السنّ مفقودة في كلّ أنحاء المنطقة.

الجدول 10- استراتيجيات وخطط عمل وطنية للشيخوخة

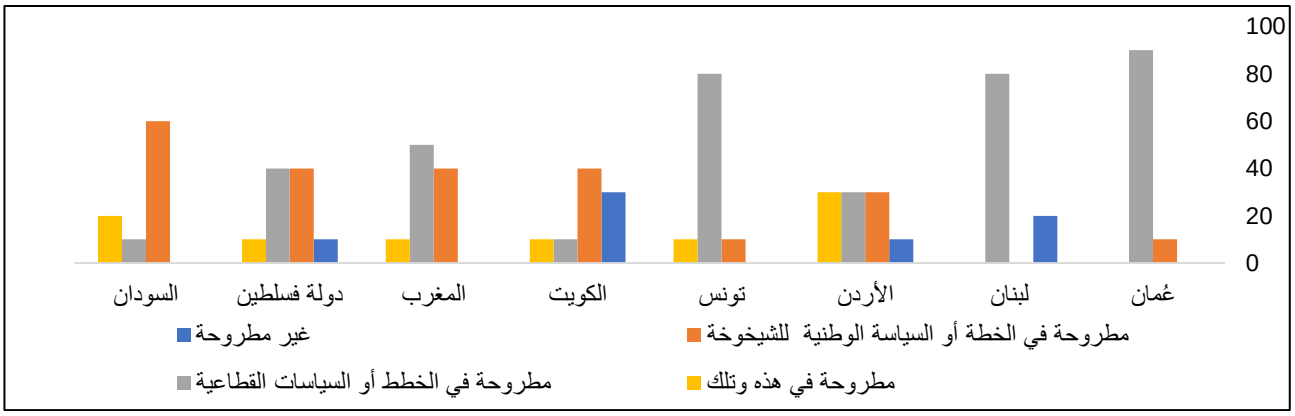
	البلدأ	الاستراتيجية	الصادرة/ المطبّقة	خطة العمل	الصادرة/ المطبّقة
بطيئ	العراق	الاستراتيجية الوطنية للوقاية والسيطرة على الأمراض الغير انتقالية	---	خطة العمل للوقاية والسيطرة على الأمراض الغير انتقالية	2013/مستمرة
	دولة فلسطين	الخطة الاستراتيجية لقطاع كبار السنّ في فلسطين (2020-2016)	2015/مستمرة	الخطة التنفيذية لاستراتيجية قطاع كبار السنّ في فلسطين (2020-2016)	2015/مستمرة
	السودان	السياسة الوطنية لكبار السنّ الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السنّ (2015-2010)	2009/2009 2015-2010		2017/مستمرة
متوسط	الأردن	الاستراتيجية الوطنية الأردنية لكبار السنّ	2008/مستمرة	خطة تنفيذية للاستراتيجية الأردنية الوطنية لكبار السنّ	2008/مستمرة
	الكويت	الاستراتيجية الصحية الوطنية لرعاية كبار السنّ كجزء من الخطة الخمسية (2020-2016)	2016/مستمرة	الخطة الإنمائية الوطنية المتوسطة الأجل في دولة الكويت (2020/2019-2016/2015)	2015/مستمرة
	عُمان	استراتيجية كبار السنّ المتفرّعة عن استراتيجية العمل الاجتماعي، وزارة التنمية الاجتماعية استراتيجية برنامج كبار السن، وزارة الصحة	2025/2016 2015	خطة وطنية لبرنامج رعاية كبار السن، وزارة الصحة	2015
سريع	لبنان	لا وجود لها	---	لا وجود لها	---
	المغرب	الاستراتيجية الوطنية للنهوض بحقوق المسنين في المغرب	قيد الإعداد	لا وجود لها	---
	تونس	الاستراتيجية الوطنية لقطاع المسنين في إطار المخطط التنموي (2020-2016)	2016/مستمرة	الخطة الوطنية لرعاية كبار السنّ	2016/2015

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

أ- البيانات عن مصر غير متاحة.

تجدر الإشارة إلى أنّ السياسات الوطنية بشأن الشيخوخة هي بمعظمها قيد التطبيق (الجدول 11)، كما هي الحال تحديداً في عُمان حيث يتقدّم العمل بكافة السياسات، فيما تُعتبر الكويت والمغرب والسودان البلدان الوحيدة التي لا تزال فيها تلك السياسات في مراحلها الأولى (أي مرحلة بدء العمل)، بحسب التقارير الواردة. رغم طرح سياسات لمعالجة قضايا الشيخوخة في لبنان والمغرب وتونس، وهي جميعها بلدان ذات شيخوخة سريعة، وفي الكويت ذات الوتيرة المتوسطة، لا يزال نحو نصف تلك السياسات على ما يبدو إمّا في طور التخطيط أو في مراحله الأولى.

الشكل 7- إدراج السياسات المتعلقة بالشيخوخة في صلب الخطط/السياسات الوطنية و/أو القطاعية



المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

الجدول 11- إدراج سياسات وبرامج الشيخوخة في صلب الخطط/السياسات الوطنية والقطاعية وحالة تنفيذها، تبعاً للقضايا المطروحة

قضايا	إدراج سياسات وبرامج الشيخوخة					حالة التنفيذ		
	مدرجة في الخطط/ السياسات الوطنية والقطاعية معاً	مدرجة في الخطط/ السياسات الوطنية	مدرجة في الخطط/ السياسات القطاعية	غير مدرجة	قيد التنفيذ	قيد الانطلاق/ بدء العمل	قيد الإعداد/ التخطيط
الرعاية الصحية	الكويت، دولة فلسطين	الأردن، المغرب، عُمان، السودان	لبنان، تونس	--	الأردن، الكويت، لبنان، المغرب، عُمان، دولة فلسطين، السودان، تونس	--	--
المعاش التقاعدي	--	الكويت، المغرب، السودان	الأردن، لبنان، عُمان، دولة فلسطين، تونس	--	الأردن، الكويت، لبنان، عُمان، دولة فلسطين، السودان، تونس	--	--
الفقر	السودان	--	الأردن، لبنان، المغرب، عُمان، دولة فلسطين، تونس	الكويت	الأردن، لبنان، عُمان، دولة فلسطين، السودان، تونس	--	المغرب

الجدول 11 (تابع)

قضايا	طرح				حالة التنفيذ		
	مدرجة في الخطط/ السياسات الوطنية والقطاعية معاً	مدرجة في الخطط/ السياسات الوطنية	مدرجة في الخطط/ السياسات القطاعية	غير مدرجة	قيد التنفيذ	قيد الانطلاق /بدء العمل	قيد الإعداد/ التخطيط
توليد الدخل	الأردن	المغرب	الكويت، عُمان، دولة فلسطين، السودان، تونس	لبنان	الأردن، المغرب، عُمان، دولة فلسطين، السودان، تونس	الكويت	لبنان
التغطية الاجتماعية	المغرب	الأردن، الكويت، السودان	لبنان، عُمان، دولة فلسطين، تونس	--	الأردن، الكويت، عُمان، دولة فلسطين، السودان، تونس	المغرب	لبنان
الإسكان	--	دولة فلسطين، السودان	المغرب، عُمان، تونس	الأردن، الكويت، لبنان	عُمان، تونس	--	الأردن، الكويت، لبنان، المغرب، دولة فلسطين، السودان
الإهمال وسوء المعاملة	--	الكويت، تونس، دولة فلسطين	الأردن، لبنان، المغرب، عُمان	--	الأردن، الكويت، المغرب، عُمان، دولة فلسطين	--	لبنان، تونس
الإعاقة	--	الأردن، السودان، دولة فلسطين	لبنان، المغرب، عُمان، تونس	--	الأردن، لبنان، المغرب، عُمان، دولة فلسطين، السودان	--	تونس
الإعفاء الضريبي	الأردن، السودان	تونس	لبنان، المغرب، عُمان، تونس	الكويت، دولة فلسطين	الأردن، عُمان، السودان	--	الكويت، لبنان، المغرب، تونس
الشيخوخة الإيجابية	الأردن، تونس	الكويت، المغرب، دولة فلسطين، السودان	لبنان، عُمان	--	الأردن، الكويت، لبنان، المغرب، عُمان، دولة فلسطين، السودان، تونس	--	--

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

جيم- البحوث وحفظ البيانات

تشدّد المادة 11 من خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة على "أهمية البحث بشأن الشيخوخة والقضايا المتعلقة بالسنّ كأداة هامة لرسم السياسات المتعلقة بالشيخوخة". من هنا أهمية الإحصاءات السكانية، المصنّفة بحسب العمر والنوع الاجتماعي، ومعاهد البحوث وآليات حفظ البيانات باعتبارها أدوات أساسية لصنع سياسات مبنية على أدلة ثابتة، وتنفيذ التوصيات المحلية والإقليمية والدولية. لكنّ تلك البنية التحتية لإجراء البحوث لا تزال نادرة في الدول الأعضاء في الإسكوا.

جرى تحديث التعداد السكاني في ثمانية من أصل 10 بلدان في السنوات العشر الماضية، كان آخرها في مصر والأردن والمغرب وتونس (الجدول 12)، فيما لم يسجّل أيّ تحديث له في العراق منذ ما يزيد عن عقدين، ولم يجرِ أيّ إحصاء سكاني فعلي منذ العام 1932 في لبنان، الذي كان لا يزال آنذاك تحت الانتداب الفرنسي. من بين البلدان التي عملت على تحديث إحصاءاتها السكانية، أشار البعض إلى الصعوبات التي واجهها جراء التوثيق الحكومي للبيانات الاجتماعية والديمغرافية، بما في ذلك سجلات الولادة الناقصة أو غير المتوافقة لكبار السنّ في عُمان، وتقريبات الأعمار في سجلات الأردن، وعدم وجود سجلات لكبار السنّ في تونس. أشار المغرب إلى غياب أيّ استبيان موحّد وثابت لإجراء الإحصاء السكاني، وإلى صعوبة وضع تعريفات ثابتة لمفهوم الشيخوخة وتحديد الخصائص المتعلقة بتلك الفئة العمرية.

تزايدت البحوث حول كبار السنّ، وبالأخص المتعلق منها بصحتهم، بمعدل ستة أضعاف وأكثر منذ التسعينيات، وغالباً ما كانت تنتجها جامعات خاصة لا معاهد بحث، بالتعاون مع الحكومات[13]. تفيد التقارير إلى وجود 3 معاهد بحث وآليات لحفظ بيانات حول الشيخوخة في البلدان المشمولة بالاستطلاع، وهي تحديداً المعهد القومي لعلوم المسنين في مصر، ومركز الدراسات لكبار السنّ في لبنان، والمرصد الوطني للأشخاص المسنين في المغرب (الجدول 12). صحيحٌ أنّ بعض الدول الأعضاء، كالعراق، تتحدّث عن قيام الجهاز المركزي للإحصاء في وزارة التخطيط بدور ناشط في إنتاج البيانات المتعلقة بكبار السنّ، لكنّ وجود معاهد بحث يبقى عنصراً أساسياً لتعزيز المعارف التي تفيد سياسات الحكومة وممارساتها. فمركز الدراسات لكبار السنّ هو منظمة غير حكومية نشأت في العام 2008 على يد مجموعة باحثين وأكاديميين وأصحاب اختصاص ونشطاء لتعزيز عملية صنع القرارات المبنية على أدلة ثابتة بشأن السياسات والممارسات المرتبطة بالشيخوخة في لبنان والمنطقة العربية. أمّا المرصد الوطني للأشخاص المسنين في المغرب فقد أسسته في العام 2016 وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية كمنصة تستعين بها الهيئات الحكومية ومعاهد البحوث ومنظمات المجتمع المدني وأصحاب الاختصاص من أجل رصد مؤشّرات الشيخوخة في البلاد، وإصدار بحوث حول الشيخوخة إضافة إلى تقرير وطني سنوي حول أوضاع المسنين، وتقديم المشورة إلى الحكومة حول السياسات العامة المرتكزة على أدلة، والاستراتيجيات، والبرامج، والأنشطة (الإطار 1).

أخذت الدول الأعضاء في الإسكوا تُعدّ بشكل متزايد التقارير الوطنية حول كبار السنّ. فعلى مدى السنوات الخمس الماضية، كانت الهيئات الحكومية في معظم تلك البلدان قد أصدرت، أو هي بصدد إصدار، تلك التقارير (الجدول 12) بمعدل يفوق إلى حدّ كبير معدلات السنوات السابقة. وبدت الأردن الأنشط تحديداً في هذا المجال، مع نشر أكثر من تقييمٍ حول الاستراتيجية الوطنية والبرامج الأساسية لكبار السنّ في العامين 2015 و2016، ودراسة تحليلية في العام 2016. بدورها، تنكبّ دول الكويت ولبنان والمغرب على إعداد دراساتها الوطنية.

---

13 Abla M. Sibai and others, "Landscape of research on older adults' health in the Arab region: Is it demography-driven or development-dependent?" *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 72, No. 4 (2016), pp. 680-687.

وقد أصبحت التقارير أشمل من سابقاتها التي كانت تركّز على الخصائص الاجتماعية والديمغرافية لكبار السنّ، لتتناول بذلك أحوال المسنين الصحية وأوضاع دُور الرعاية (العراق)، حقوقهم واحتياجاتهم (دولة فلسطين)، وصحتهم العقلية والعنف ضدهم (لبنان).

شكّلت عملية جمع البيانات اللازمة للتقارير الوطنية تحدياً كبيراً بشكل عام بالنسبة إلى الدول الأعضاء في الإسكوا. واظبت مجموعة كبيرة من تلك البلدان على إصدار تقارير وطنية منذ العام 2002، لكنّ قلةً منها كانت تملك منصات متكاملة تصبّ فيها البيانات والتقارير. أفادت أيضاً معظم البلدان بأنّ عدم وجود بنية تحتية حكومية لإجراء البحوث شكّلت عائقاً أساسياً، بما في ذلك عدم وجود مرصد أو معهد بحوث في تونس، ونقص الإحصاءات السكانية والبيانات الاجتماعية والديمغرافية الموزّعة بحسب الفئات العمرية في الأردن، والبيانات المستمدّة بطريقة منهجية عن المسنين في المغرب وعُمان. لبنان، من جهته، تحدّث عن قلة الآليات الوطنية المتاحة لرصد برامج الشيخوخة وتنسيق البرامج الحكومية وجهود الوزارات، هذا فضلاً عن التحديات المالية التي ألمح إليها كلّ من لبنان والعراق لتكوين المعارف.

الإطار 1- المرصد الوطني للأشخاص المسنين في المغرب مبادرة رائدة

في 1 تشرين الأول/أكتوبر 2014، وفي أعقاب انعقاد ورشة عمل احتفالاً باليوم العالمي لكبار السنّ، قررت وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية إنشاء المرصد الوطني للأشخاص المسنين في المغرب.

يعتمد المرصد على التعاون المشترك بين مختلف القطاعات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني والأوساط الأكاديمية والخبراء، على نحوٍ يخوّله أن يرصد التحولات الديمغرافية ويتتبّع أوضاع المسنين الاجتماعية والاقتصادية على المستوى الوطني من أجل تلبية احتياجاتهم الناشئة. يجري حالياً وضع اللمسات الأخيرة على مهمّة المرصد، إضافة إلى استراتيجيات العمل التي يتبنّاها وإطاره القانوني. تشرف على عمل المرصد لجنةٌ مؤلّفة من 15 عضواً، موزّعين بين 7 ممثّلين عن الحكومة، و4 عن منظمات المجتمع المدني، و3 خبراء، وأكاديمي واحد.

تتلخّص مهامه على الشكل الآتي:

- استحداث نظام معلومات فعّال يعمل على جمع بيانات عن مختلف المؤشرات الديمغرافية، والاجتماعية، والاقتصادية؛
- إجراء بحوث وإعداد تقارير سنوية وأخرى متعلقة بمواضيع معيّنة؛
- اقتراح مؤشرات ومعايير لرصد البرامج وتقييمها؛
- تقديم المشورة للوزارة حول السياسات والاستراتيجيات والبرامج اللازمة للنهوض بحياة كبار السنّ.

يدعو المرصد إلى إجراء بحوث علمية حول الشيخوخة، ويحثّ على توثيق التعاون بين القطاعات المتعددة الاختصاصات، ويعمل كمنتدى لترجمة البحوث إلى خطط عملية.

تحتفل كافة الدول الأعضاء، المشمولة بالمراجعة، سنوياً باليوم العالمي لكبار السنّ في 1 تشرين الأول/أكتوبر، غالباً ما يتبعه تنظيم مؤتمرات/أنشطة وطنية حول هذا الموضوع (الجدول 13)، علماً أنّ المؤتمرات الوطنية تكثّفت منذ المراجعة الثانية لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة[14]. تشير البيانات المستمدّة من تقارير الدول إلى أنّ البلدان التي تشهد تحوّلات ديمغرافية بوتيرة بطيئة، إلى جانب تونس، ذات الوتيرة المتسارعة، قد تكون الأنشط من حيث عقد المؤتمرات الوطنية. فقد عكف كلّ من السودان وتونس على تنظيم مؤتمر وطني حول قضايا الشيخوخة سنوياً منذ العام 2012، يتمخّض عن توصيات أساسية لإعداد أجندة برامج الشيخوخة، فيما أفادت دولة فلسطين والسودان بتنظيم مؤتمرات وطنية مشتركة بالتعاون مع الرابطة الدولية لمساعدة المسنين.

14 Sibai, Rizk and Kronfol, "Ageing in the Arab region".

منذ أن أنشأت تلك المنظمة مكتباً إقليمياً لها في عمّان عام 2015، أخذت المنطقة تشهد مزيداً من التدخلات وأعمال المناصرة بالتعاون مع الحكومات والمجتمع المدني.

الجدول 12- قدرات البحث في قضايا الشيخوخة والتقارير الوطنية المعدّة في السنوات الخمس الماضية

	البلد	آخر إحصاء	معاهد البحث ومستودعات البيانات	التقارير الوطنية (2012-2017)
البطيء	العراق	1997	لا وجود لها	*مسح تقييم الوضع الاجتماعي والصحي لكبار السنّ في دُور رعاية المسنين* (2013)، وزارة التخطيط. *دراسة واقع دُور إيواء المسنين في بغداد* (2017)، وزارة التخطيط.
	دولة فلسطين	2007	لا وجود لها	*تحليل لأوضاع حقوق كبار السنّ واحتياجاتهم في فلسطين* (2015)، وزارة التنمية الاجتماعية.
	السودان	2008	لا وجود لها	*دراسة حول احتياجات كبار السنّ في منطقة الحاج يوسف، الخرطوم* (2012)، وزارة الضمان والتنمية الاجتماعية، وجمعية الهلال الأحمر السوداني والجمعية السودانية لرعاية المسنين، بتمويلٍ من المنظمة الدولية لرعاية المسنين.
المتوسط	مصر	2015	المعهد القومي لعلوم المسنين	———
	الأردن	2015	لا وجود لها	*واقع كبار السن في الأردن: دراسة تحليلية مقارنة* (2016)، المجلس الوطني لشؤون الأسرة، بتمويلٍ من صندوق الأمم المتحدة للسكان. *واقع كبار السن الحالي والمستقبلي، وتحديد الاحتياجات المستقبلية لهذه الفئة* (2016)، المجلس الاقتصادي والاجتماعي الأردني. *التقرير التحليلي لتقييم الخطة التنفيذية للاستراتيجية الوطنية لكبار السنّ* (2015)، المجلس الوطني لشؤون الأسرة، بتمويلٍ من صندوق الأمم المتحدة للسكان.
	الكويت	2011	لا وجود لها	*التقرير الوطني عن الوضع الصحي لكبار السنّ* (قيد الإعداد)، وزارة الصحة *تقرير المسح الصحي لعوامل الخطورة للأمراض غير المعدية في دولة الكويت* (2015)، وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية/المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. *تقرير المسح الصحي العالمي في الكويت* (2013)، وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية.
	عُمان	2010	لا وجود لها	*واقع المسنين* (2016)، المركز الوطني للإحصاء والمعلومات.

الجدول 12 (تابع)

	البلد	آخر إحصاء	معاهد البحث ومستودعات البيانات	التقارير الوطنية (2012-2017)
السريع	لبنان	1932	إدارة الإحصاء المركزي مركز الدراسات لكبار السنّ	*المسح الوطني حول الأحوال المعيشية للأسر* (2012)، إدارة الإحصاء المركزي. *القدرات الذهنية لدى كبار السنّ في لبنان* (قيد الإعداد)، وزارة الشؤون الاجتماعية، بالتعاون مع جامعة القديس يوسف. *دراسة العنف ضدّ كبار السنّ* (قيد الإعداد)، وزارة الشؤون الاجتماعية، بتمويلٍ من صندوق الأمم المتحدة للسكان.
	المغرب	2014	المرصد الوطني للأشخاص المسنين، وزارة التضامن، والمرأة، والأسرة والتنمية الاجتماعية	*البحث الوطني حول وضعية الأشخاص المسنين في المغرب* (2017)، وزارة التضامن، والمرأة، والأسرة والتنمية الاجتماعية بالشراكة مع المرصد الوطني للأشخاص المسنين، وبتمويلٍ من صندوق الأمم المتحددة للسكان. *البحث الوطني حول السكان وصحة الأسرة* (2016)، وزارة الصحة.
	تونس	2014	لا وجود لها	———

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

في المقابل، أخذت البلدان ذات الشيخوخة المتوسطة الوتيرة، وبعض البلدان ذات الشيخوخة المتسارعة، تنظّم مؤتمرات وطنية من حين لآخر. فكان لبنان قد عقد مؤتمرين في السنوات الخمس الماضية، فيما رعت وزارة التضامن، والمرأة، والأسرة والتنمية الاجتماعية في المغرب بالتشارك مع جامعة الدول العربية مؤتمراً عربياً إقليمياً حول كبار السنّ في العام 2015، تمخّض عن إعلان حقوق كبار السنّ[15]. كما شكّل المؤتمر الوطني الذي عقده المعهد القومي لعلوم المسنين بجامعة بني سويف في مصر في أيار/مايو 2017 ركناً أساسياً لوضع أجندة الشيخوخة مجدداً في صلب الأولويات، لِما تضمنّه من توصيات هامة نصّت على إعادة إحياء اللجنة العليا لكبار السنّ، وإعداد اتفاقية عربية حول حقوق كبار السنّ وخططٍ لقيام اتحاد عربي من أجلهم.

تُلاحَظ بشكل عام في المنطقة العربية قلّة الآليات الرسمية التي تسمح بترجمة البحوث إلى سياسات وممارسات، والتي غالباً ما تقترن بآليات غير رسمية لتنسيق جهود الباحثين وصنّاع السياسات. فقد وجدت إحدى الدراسات التي تناولت مسار تحوّل المعارف إلى خطوات عملية في الدول العربية، أنّ قيام بنية تحتية حكومية لتكوين المعارف وترجمتها إلى سياسات توضع موضع التطبيق هي خطوة ضرورية لتحسين السياسات والبرامج المتعلقة بقضايا الشيخوخة[16]. وكانت الدول الأعضاء في الإسكوا، المشمولة بالمراجعة، قد صنّفت قدرتها على ترجمة المعارف المكتسبة حول الشيخوخة إلى سياسات وبرامج فعلية بين متوسطة وإيجابية. وأشارت في هذا الصدد إلى الاجتماعات المنتظمة المعقودة بين الباحثين وصنّاع السياسات في عُمان، والمرصد الوطني للأشخاص

15 لمزيدٍ من المعلومات، الرجاء زيارة www.social.gov.ma/ar/المسنين/المؤتمر-العربي-حول-كبار-السن-بين-الرعاية-الأسرية-والمؤسسية.

16 Anthony Rizk and others, “A survey of knowledge-to-action pathways of aging policies and programmes in the Arab region: the role of institutional arrangements”. *Implementation Science*, vol. 10, No. 1 (2015), p. 170.

المسنين في المغرب، ومركز الدراسات لكبار السنّ في لبنان (الإطار 2)، واللجان الوطنية المعنيّة بالشيخوخة في الأردن ولبنان والسودان باعتبارها منصات تجمع بين الجهات الحكومية الفاعلة ومنظمات المجتمع المدني والباحثين وسواهم من الخبراء لتقييم البرامج. في تونس، تشمل المنتديات التي يلتقي فيها الباحثون وصنّاع السياسات مشروعاً مشتركاً حول دعم حقوق كبار السنّ في الحصول على الخدمات الاجتماعية وخدمات الرعاية الصحية، ولجنة خاصة لإعداد مجلة تتناول حقوق المسنين.

الجدول 13- اليوم العالمي لكبار السنّ والمؤتمرات الوطنية حول الشيخوخة

	البلد	الاحتفال باليوم العالمي لكبار السنّ	المؤتمرات الوطنية المنظّمة حول الشيخوخة (برعاية القطاع العام)
البطيء	العراق	تشرين الأول/ أكتوبر	———
	دول فلسطين	تشرين الأول/ أكتوبر	إطلاق الدراسة الوطنية التحليلية لأوضاع كبار السنّ في فلسطين، وزارة التنمية الاجتماعية والرابطة الدولية لمساعدة المسنين، نيسان/أبريل 2015. إطلاق الخطة الاستراتيجية لقطاع كبار السن في فلسطين 2016-2020، وزارة التنمية الاجتماعية والرابطة الدولية لمساعدة المسنين، كانون الأول/ديسمبر 2015.
	السودان	تشرين الأول/ أكتوبر تشرين الثاني/ نوفمبر	"كبارنا عمّار ديارنا"، وزارة الضمان والتنمية الاجتماعية بالتنسيق مع وزارة الشؤون الاجتماعية، آب/أغسطس 2016. "كبارنا ثروة تتجلى بالتواصل"، وزارة الضمان والتنمية الاجتماعية بالتنسيق مع وزارة الرعاية الاجتماعية، تشرين الثاني/نوفمبر 2015. "بروا آبائكم يبركم أبنائكم"، وزارة الضمان والتنمية الاجتماعية بالتنسيق مع اللجنة الوطنية لكبار السنّ والرابطة الدولية لمساعدة المسنين، نيسان/أبريل 2014. "كبار السنّ: إرث متجدد"، وزارة الضمان والتنمية الاجتماعية بالتنسيق مع اللجنة الوطنية لكبار السنّ، تشرين الأول/أكتوبر 2013. "كبار السنّ أمن النسيج الاجتماعي للمجتمع"، وزارة الضمان والتنمية الاجتماعية، تشرين الأول/أكتوبر 2012.
المتوسط	مصر	تشرين الأول/ أكتوبر	المسنون تاج على رؤوسنا: الاستراتيجيات والإجراءات، المعهد القومي لعلوم المسنين، أيار/مايو 2017.
	الأردن	تشرين الأول/ أكتوبر	———
	الكويت	تشرين الأول/ أكتوبر	المؤتمر الخليجي الأول للرعاية الشاملة لكبار السنّ، إدارة الخدمات الصحية لكبار السنّ، وزارة الصحة، آذار/مارس 2016. الملتقى الخليجي لرعاية كبار السن وخدماتهم واستشراقهم، إدارة رعاية المسنين، وزارة الشؤون الاجتماعية، أيار/مايو 2014.
	عُمان	تشرين الأول/ أكتوبر	"نحو شيخوخة آمنة"، الجمعية العمانية لأصدقاء المسنين، أيار/مايو 2015. "الشيخوخة النشِطة" وتطبيقها في دول مجلس التعاون الخليجي، نيسان/أبريل 2016.

الجدول 13 (تابع)

	البلد	الاحتفال باليوم العالمي لكبار السنّ	المؤتمرات الوطنية المنظّمة حول الشيخوخة (برعاية القطاع العام)
المتوسط	مصر	تشرين الأول/أكتوبر	المسنون تاج على رؤوسنا: الاستراتيجيات والإجراءات، المعهد القومي لعلوم المسنين، أيار/مايو 2017.
	الأردن	تشرين الأول/أكتوبر	———
	الكويت	تشرين الأول/أكتوبر	المؤتمر الخليجي الأول للرعاية الشاملة لكبار السنّ، إدارة الخدمات الصحية لكبار السنّ، وزارة الصحة، آذار/مارس 2016. الملتقى الخليجي لرعاية كبار السن وخدماتهم واستشراقهم، إدارة رعاية المسنين، وزارة الشؤون الاجتماعية، أيار/مايو 2014.
	عُمان	تشرين الأول/أكتوبر	"نحو شيخوخة آمنة"، الجمعية العمانية لأصدقاء المسنين، أيار/مايو 2015. "الشيخوخة النشِطة" وتطبيقها في دول مجلس التعاون الخليجي، نيسان/أبريل 2016.
المربع	لبنان	تشرين الأول/أكتوبر	كبار السنّ في حالات الطوارئ: تحديات وفرص وتوصيات للعاملين في مجال الإغاثة، مركز الدراسات لكبار السنّ، كانون الأول/ديسمبر 2013. ورشة عمل وطنية حول آلية المساعدة وتبادل المعلومات التقنية من قبل الاتحاد الأوروبي TAIEX لدراسة وتحديد أولويات العمل على المستوى الوطني في مجال قضايا كبار السن، أيار/مايو 2017.
	المغرب	تشرين الأول/أكتوبر	نحو استراتيجية وطنية لحماية حقوق المسنين في المغرب، وزارة التضامن، والمرأة، والأسرة والتنمية الاجتماعية بالتعاون مع الإسكوا، شباط/فبراير 2015. المؤتمر العربي حول موضوع كبار السنّ بين الرعاية الأسرية والمؤسسية، وزارة التضامن، والمرأة، والأسرة والتنمية الاجتماعية بالتعاون مع جامعة الدول العربية، تشرين الأول/أكتوبر 2015.
	تونس	تشرين الأول/أكتوبر	ندوة وطنية حول موضوع العمل التطوعي بعد التقاعد، وزارة المرأة والأسرة والطفولة، تشرين الأول/أكتوبر 2012. ندوة وطنية حول موضوع كبار السنّ هم طاقة جديدة للتنمية، وزارة المرأة والأسرة والطفولة، تشرين الأول/أكتوبر 2013. ندوة وطنية بعنوان "مجتمعنا للناس الكل حتى حد ما يتنسى"، وزارة المرأة والأسرة والطفولة، تشرين الأول/أكتوبر 2014. ندوة وطنية علمية حول موضوع "حقوق المسنين بين النصوص والممارسة"، وزارة المرأة والأسرة والطفولة، تشرين الأول/أكتوبر 2015. ندوة وطنية تحت شعار "أسمعني نفيدك"، وزارة المرأة والأسرة والطفولة، تشرين الأول/أكتوبر 2016.

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

الإطار 2- مركز الدراسات لكبار السنّ في لبنان: ترجمة البحوث إلى إجراءات عملية

مركز الدراسات لكبار السنّ في لبنان (www.csa.org.lb) هو منظمة غير حكومية، نشأت في العام 2008 على يد مجموعة من أصحاب الاختصاص الملتزمين بتعزيز السياسات والممارسات المبنية على أدلة، دعماً لكبار السنّ في لبنان والعالم العربي بشكل أعمّ. يسعى المركز، الذي يُعتبر بمثابة منصّة لتشديد الروابط الضرورية للغاية بين الباحثين وصنّاع السياسات ومقدّمي الخدمات، إلى وضع قضايا كبار السن في مقدمة الأجندات الوطنية والنقاش العلمي الدائر حول هذا الموضوع على المستوى العالمي. يشكّل المركز أيضاً مساحة مؤاتية للتشبيك، وتحريك عجلة البحوث، ونشر التوعية، وتعزيز السياسات والبرامج المتعلقة بالشيخوخة. أمّا سبيله إلى ذلك فمن خلال إعداد مؤتمرات وطاولات مستديرة للنقاش وأنشطة حول السياسات، ونشرات توجيهية، ودائرة محفوظات تختزن كل الأوراق والتقارير والدراسات المتعلقة بهذا الشأن. كم من الطلاب يجدون في أرشيف المركز كنزاً ينهلون منه المعلومات اللازمة لمشاريعهم وأطروحاتهم. وقد نظّم المركز لغاية يومنا هذا سبعة مؤتمرات وطاولات مستديرة طرحت عدة مواضيع (كان آخرها موضوع كبار السن في حالات الطوارئ)، وأعدّ ستّة ملخصات لسياسات عامة وتقريراً عن البلد. ثمّ التحق في العام 2014 بالرابطة الدولية لمساعدة المسنين، في المملكة المتحدة.

دال- الخطوات المقبلة

1- الاستنتاجات الرئيسية

- اتُخِذت الترتيبات المؤسسية الحكومية بشأن الشيخوخة في سائر البلدان، إلى جانب إنشاء لجان وطنية مكلّفة بمعالجة تلك الظاهرة في معظمها؛
- يختلف مستوى إشراك الوزارات ومنظمات المجتمع المدني في الترتيبات المؤسسية إلى حدٍّ كبير بين بلدٍ وآخر؛
- تضطلع اللجان الوطنية المعنية بشؤون الشيخوخة بدور استشاري إلى حدٍّ كبير، يشمل التخطيط والتنسيق والرصد والتقييم إنما لا يشمل حشد الموارد والتنفيذ؛
- يتمّ تعميم السياسات المتعلقة بالشيخوخة على نحو متزايد في السياسات القطاعية والإستراتيجيات الوطنية، وهي في مرحلة التنفيذ؛
- تمّ تحديث الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية واعتمادها على نطاق واسع في معظم البلدان؛
- يتزايد بسرعة عدد التقارير والمؤتمرات الوطنية حول الشيخوخة.

2- العوائق والتسهيلات والفرص ومدى ارتباطها بأهداف التنمية المستدامة

في ظلّ وجود إدارات وزارية راسخة في بعض البلدان، وتزايد عدد اللجان الوطنية الفاعلة، وتدفق خطط العمل المحدّثة في معظم البلدان، تمكّنت الدول الأعضاء في الإسكوا من إرساء البنية التحتية المؤسسية للنهوض بأجندة الشيخوخة. يتيح لها هذا الواقع التقدّم باتجاه تحقيق الهدف 16 من أهداف التنمية المستدامة من أجل تشجيع وجود مجتمعات سلمية وشاملة للجميع تحقيقاً للتنمية المستدامة، بما في ذلك توفير إمكانية الوصول إلى "مؤسسات شفافة وخاضعة للمساءلة" (المقصد 16-6) تكون "مستجيبة للاحتياجات وشاملة للجميع وتشاركية وتمثيلية" (المقصد 16-7)، ومن أجل تعزيز "القوانين والسياسات غير التمييزية" (وسيلة التنفيذ 12-ب). غير أنّ تلك البنية

التحتية تحتاج باستمرار إلى التطوير والتحسين. أمّا العقبات الرئيسية المبلَّغ عنها في مختلف بلدان المنطقة فتشمل نقص الموارد المالية والبشرية، وضعف الإرادة السياسية (بخاصةٍ في البلدان ذات الشيخوخة السريعة)، وغياب التعاون الإقليمي وجهود بناء القدرات. يستحيل تجاوز تلك العقبات من دون الحصول على دعم المجتمع الدولي في إطار تنشيط "الشراكة العالمية من أجل التنمية المستدامة" المُشار إليها في الهدف 17[17]. أمّا التنسيق الإقليمي والدولي فيمكن أن يشمل ما يلي:

- تعزيز المساءلة والشفافية المؤسّسيّة؛
- ضمان مشاركة كبار السنّ في إعداد الأجندات الوطنيّة ورصد البرامج؛
- تعميم مقاربة حقوق الإنسان في مقاربة قضايا الشيخوخة.

3- إجراءات مقترحَة ذات أولوية

- توسيع مشاركة منظّمات المجتمع المدني والأوساط الأكاديمية والباحثين وكبار السنّ أنفسهم، بهدف ضمان المساءلة والشفافية؛
- تبنّي استراتيجيات أو خطط عمل وطنية حول قضايا الشيخوخة باعتبارها ملحّة (بالنسبة للبلدان التي لم تفعل بعد)؛
- إنشاء لجان وطنية معنيّة بالشيخوخة، وتوسيع دور اللجان الموجودة ليشمل عملية التنفيذ، وتقديم الدعم التقني وحشد الموارد؛
- تقييم حجم التمييز الذي يطال كبار السنّ في القوانين والسياسات القطاعيّة، وتعميم مبدأ عدم التمييز في مختلف السياسات العامة؛
- تعزيز أنشطة حشد الموارد الماليّة والبشريّة، وقدرات البحث؛
- السعي إلى تفعيل السياسات والبرامج.

ثالثاً- الشيخوخة من زاوية العمل والتنمية

يشكّل الإنصاف بين الفئات العمرية في الحصول على التعليم والتدريب والوظائف والضمان الاجتماعي وضمان الشيخوخة منطلقاً أساسياً لتنمية شاملة للجميع. فرغم التفاوت الملحوظ بين الدول الأعضاء في الإسكوا لجهة أوضاع كبار السن والفرص المتاحة لهم، ثمّة مَواطن ضعف اجتماعية واقتصادية مشتركة بينها. يتناول هذا الفصل الاتجاهات السائدة على صعيد تطورات السياسات والبرامج نحو تحقيق الأمن الاجتماعي والقانوني والاقتصادي لكبار السنّ، ومساهمتهم في سوق العمل ورعاية الأسرة.

17 يمكن الاطّلاع على قائمة أهداف التنمية المستدامة ذات الصلة في المرفق.

ألف- مشاركة كبار السنّ في جهود التنمية

لقد حققت الدول الأعضاء تقدّماً على صعيد السياسات والبرامج المخصّصة لكبار السنّ على مدى السنوات الخمس الماضية، لكنّ إطلاق المبادرات الفعليّة المصمّمة وفق متطلبات واقعهم الحياتي يتوقف جزئياً على مدى مشاركتهم الفاعلة في عملية إعدادها، وتنفيذها، ورصدها، وتقييمها.

تشير عدة دول أعضاء إلى تشجيع مشاركة كبار السنّ في إعداد السياسات والبرامج ورصدها، بالأخص الكويت والمغرب وعُمان والسودان. ففي عُمان، يُدعى كبار السنّ إلى المشاركة في لجان المحافظات واللجان المحليّة ومنظّمات المجتمع المدني. وفي شباط/فبراير 2016، أعلنت الحكومة الكويتيّة وضع خطةٍ لتوسيع الأندية المخصصة لكبار السنّ، تقدّم لهم برامج مصمّمة خصّيصاً لرعاية صحتهم ورفاههم، وتصلح كمنتديات لتعزيز مشاركتهم في الأنشطة المدنيّة والسياسيّة والاجتماعيّة.

في عدد من الدول الأعضاء، تشكّل منظمات المجتمع المدني همزة وصل بين كبار السنّ والحكومة، واضعةً في التصرّف مساهماتها وتقييماتها للسياسات والبرامج. وقد نظّمت الجمعية العُمانية لأصدقاء المسنين مثلاً مؤتمراً وطنياً في أيار/مايو 2015 حول الشيخوخة الآمنة، وورشة عمل في نيسان/أبريل 2017 حول الشيخوخة النشطة. ثمّ رفعت التوصيات التي أفضت إليها تلك النقاشات إلى الوزارات المختصة وصنّاع السياسات. في شباط/فبراير 2017، وقّعت وزارة الصحة الكويتية مذكرة تفاهم مع الجمعيّة الخيريّة الكويتيّة لرعاية وتأهيل المسنين حول سُبل التعاون من أجل إعداد خطط عمل مجتمعية وحملات توعية لكبار السنّ ومقدمي الرعاية.

أفاد المغرب اعتماد مقاربة تشاركية لتشجيع كبار السنّ على الانخراط في وضع السياسات وتنفيذها، إمّا مباشرة بالتعاون مع الوزارات أو بواسطة منظمات المجتمع المدني، المسؤولة عن إدارة مؤسسات الرعاية الاجتماعية وتقديم الخدمات الاجتماعية والصحية والترفيهية لهم. تمثّل تلك المنظمات أيضاً مصالح كبار السنّ عن طريق المساعدة بوضع مسودة القوانين والسياسات، المتعلقة مثلاً بالرعاية الاجتماعية، والاشتراك بلجنة الإشراف على المرصد الوطني للأشخاص المسنين ومجلس إدارة الصندوق المغربي للتقاعد. لا شكّ أنّ تلك المبادرات تشكّل عنصراً أساسياً لوضع سياسات وبرامج مستدامة وفعّالة لكبار السنّ. وكانت وزارة التضامن، والمرأة، والأسرة والتنمية الاجتماعية قد حرصت على أن تتمثّل منظمات المجتمع المدني ومعاهد البحوث والمجموعات المهتمّة بشؤون المسنين واللجان المحلية في الاجتماعات التعاونية.

في لبنان، تشجّع وزارة الشؤون الاجتماعية كبار السنّ على المشاركة في أنشطة التنمية المحلية من خلال لجان المتقاعدين في البلديات. ولعلّ خير مثال على مبادرة ناجحة هو مشروع تمكين المسنين الذي وضع قيد التجربة في إحدى البلديات بهدف إدماج كبار السنّ في مجتمعاتهم المحلية، من خلال تزويدهم بفرص العمل وإمكانية التطوع لدى المؤسسات المحلية والبلديات. كذلك يرى دستور السودان لعام 2005 أنّ إشراك كبار السنّ في القضايا التي تتعلق برفاههم الخاص هو شرط ضروري لتحقيق التنمية.

رغم الدور الهام الذي تضطلع به منظمات المجتمع المدني كطرف وسيط بين أصحاب العلاقة، لا تزال المنطقة تفتقر إلى منظمات ولجان لمناصرة قضايا المسنين، وتمثيلها على نحو أفضل. ويحدّد أحد التقارير الاستراتيجية[18] آليات المشاركة المباشرة على شكل مبادرات يقودها المستخدمون، ويُمنح بموجبها كبار السنّ

18 Tony Carter and Peter Beresford, *Age and Change: Models of Involvement for Older People* (York, United Kingdom, Joseph Rowntree Foundation, 2000). Available from www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/1859353215.pdf.

الموارد والصلاحيات اللازمة لوضع أجندتهم الخاصة، من خلال التعاون مع الحكومات والهيئات غير الحكوميّة مع الحفاظ على استقلاليتهم. قد تتخذ تلك المنظمات التي تعمل بتوجيهٍ من المستخدمين شكل مجموعات مناصرة تمثّل مصالح مجتمعاتها المحلية، وتقدّم مزيداً من الدعم لبلدان المنطقة كي تفي بمتطلبات خطة عمل مدريد الداعية إلى إشراك كبار السنّ في السياسات والبرامج بشكل فاعل. رغم أهمية تقديم الخدمات لتحقيق شيخوخة نشطة وفاعلة، يتعيّن على حكومات الدول الأعضاء في الإسكوا أن تنظر إلى كبار السنّ كشركاء لها في وضع السياسات والبرامج، لا مجرد مستفيدون من خدمات الرعاية. ويجدر بها أيضاً أن تستحدث آليات تمكّن كبار السنّ من إبداء آرائهم وتقديم توصياتهم بشأن السياسات، فضلاً عن رصد البرامج وتقييمها.

باء- المشاركة في سوق العمل وسياسات التقاعد

تعاني المنطقة من شحّ البيانات المتعلقة بنشاط كبار السنّ في مضمار العمل. لكنّ البيانات المحدودة المتوافرة تشير إلى أنّ 18.8 بالمائة من كبار السنّ في المغرب و14.1 منهم في لبنان هم فاعلون في سوق العمل، علماً أنّ نسبة الرجال العاملين (34.8 بالمائة) تفوق نسبة النساء (3.4 بالمائة) في المغرب. إلا أنّ النساء وأياً كانت فئتهنّ العمرية بين الكبار هنّ أكثر تواجداً في سوق العمل غير النظامي. تكشف البيانات الواردة من المغرب أنّ الأسباب الاقتصادية التي تستوجب العمل بعد سنّ التقاعد الرسمي قد لا تقتصر على إعالة الذات وحسب، بل ترتبط بمساندة الأولاد البالغين، مع استمرار ما يصل إلى 50 بالمائة من كبار السنّ في تأمين الدعم المالي لأفراد أسرتهم الموسّعة.

تُرسم السياسات التي تدفع باتجاه التقاعد المبكر أو انخراط كبار السنّ في سوق العمل في الدول الأعضاء تبعاً لاعتبارات اجتماعية واقتصادية خاصة بكلّ بلد. ففي الدول الأعضاء الأغنى، على غرار عُمان، حيث يجري توفير الضمان الاجتماعي والأمن الاقتصادي لكبار السنّ برعاية الدولة بشكل أوفى، قد يواصل الأشخاص العمل في القطاع الخاص بعد سنّ التقاعد لرفع مستوى مداخيلهم أو رغبةً منهم بشيخوخة فاعلة لا لسدّ احتياجات اجتماعية واقتصادية أساسية لديهم، خلافاً لأقرانهم في معظم البلدان حيث يواصلون العمل لدواعٍ اقتصادية. هذه هي تحديداً حال البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل التي تعاني من ضعف نُظم الضمان الاجتماعي والأمن الاقتصادي لكبار السنّ نسبياً، كالعراق ولبنان والمغرب ودولة فلسطين والسودان وتونس.

قد تدفع حكومات الدول الأعضاء في الإسكوا باتجاه التقاعد المبكر في القطاع العام لعدة أسباب. في عُمان، يُلاحَظ أن سياسة التقاعد المبكر في القطاع العام لم تعد سارية، رغم ما كانت تلقاه مِن تشجيع سابقاً بحجّة خفض معدلات البطالة لدى الشباب في البلاد، على عكس دولة فلسطين التي تشجّع هذا التوجه من أجل خفض الإنفاق العام وعدد الموظفين في القطاع العام. في البلدان الأخرى المتوسطة الدخل التي تحثّ عادةً كبار السنّ على المشاركة في سوق العمل، قد تلقى فكرة التقاعد المبكر رواجاً في ظلّ ظروف اجتماعية وأسرية معيّنة، من شأنها أن تعزّز أمنهم. ففي العراق مثلاً، جرى تعديل القوانين التي ترعى النظام التقاعدي في العام 2014 من أجل السماح للمرأة التي لديها ثلاثة أولاد على الأقل دون الخامسة عشر من العمر من التقاعد باكراً إذا مضى عليها أكثر من 15 عاماً في الوظيفة. في تونس، يتمّ تشجيع العمال على التقاعد المبكر إذا كانوا زائدين عن حاجة العمل، أو مسؤولين عن رعاية ثلاثة أولاد صغار أو ولد معوّق، أو بسبب علّة جسدية أو مرض.

في معظم الدول الأعضاء في الإسكوا، لا قوانينَ تمنع مواصلة العمل في القطاع الخاص بعد سنّ التقاعد. ففي حال المغرب وعُمان، يلقى كبار السنّ تشجيعاً لمتابعة العمل حرصاً على أن تستفيد القوى العاملة من مهاراتهم وخبراتهم المتراكمة على مرّ الوقت. وفي هذا الإطار، تُفيد بعض الدول الأعضاء بوجود برامج تشجّع كبار السنّ

على متابعة انخراطهم في سوق العمل. فعلى سبيل المثال، يتصدّى السودان لمشكلة الفقر المرتفعة بين كبار السنّ من خلال برامج حكومية، تُنفّذ بإدارة الاتحاد العام لمعاشيي الخدمة المدني ومؤسسة التنمية الاجتماعية للمعاشيين، تسعى إلى تقديم قروض صغيرة الحجم والإسهام في إنشاء مشاريع مدرّة للدخل. وتشمل توفير مواد أولية وتجهيزات مكتبية وصيانة المنازل أو المحال التجارية، فضلاً عن المساعدات الاجتماعية والمالية. في لبنان، يتمّ تشجيع كبار السنّ المعوزين على المشاركة في سوق العمل من خلال برامج حكومية، على غرار مشروع تمكين المسنين. وفي بعض البلدان الأغنى، كالكويت، يوجد برامج للفئات التي تعيش في الفقر، يتمثّل أحدها في مشروع "من كسب يديّ" الموضوع قيد التنفيذ في الكويت منذ العام 1997، والذي يساعد النساء الأكبر سنّاً اللواتي يتقاضين مساعدات اجتماعية في تحسين أوضاعهن الاقتصادية، من خلال إكسابهن المهارات المؤاتية لسوق العمل وتشجيع المشاركة في القوى العاملة.

جيم- الضمان الاجتماعي وتوليد الدخل

تُفيد غالبية الدول الأعضاء في الإسكوا بمراعاة سياسات الضمان الاجتماعي وبرامج الدعم لسكان المناطق الريفية. وتتحدث أخرى، بدرجة أقل، عن السياسات والبرامج التي تساعد الفئات التي تعيش في الفقر على كسب الدخل (الجدول 14). مع أنّ معظم تلك السياسات والبرامج تطال فئة كبار السنّ، فهي ليست موضوعة تحديداً لتلبيةّ احتياجاتهم الخاصة، ما عدا القسم القليل منها. في العراق، تسعى الاستراتيجية الوطنية للحدّ من الفقر بنوع خاص إلى تقديم مساعدات مالية لكبار السنّ وطرح مشاريع مدرّة للدخل لمنح الأشخاص المحرومين من الدعم الأسري فرص العمل. ومن جهته، أنشأ الأردن في العام 2012 صندوق المعونة الوطنية للمساعدات الرامي إلى تقديم معونات مالية شهرية للمسنين الذين يعيشون في الفقر والمسنين الذين يعيلون أسرهم. في المغرب، تستهدف المبادرة الوطنية للتنمية البشرية كبار السنّ باعتبارهم من الفئات المهمّشة. أمّا الجهود التي يبذلها السودان منذ العام 2011 للحدّ من الفقر فقد أسفرت حتى عام 2016 عن دعم ما يصل إلى 500,000 أسرة كانت تضمّ مسنّين عاطلين عن العمل. غالباً ما يتلقّى أيضاً كبار السنّ المتواجدين في المناطق الريفية إعانات ضمن إطار خطط أوسع نطاقاً تستهدف كافة شرائح السكان، كالدعم المقدّم للمرأة الريفية في عُمان، والبرامج الرامية إلى إعانة سكان المناطق الريفية في العراق ولبنان.

دال- برامج محو الأمية والتعلّم مدى الحياة

قامت معظم الدول الأعضاء في الإسكوا بانتهاج سياسات وبرامج تعليم تشمل أو تستهدف كبار السنّ (الجدول 14). فبالنسبة إلى عدد كبير منها، كمصر والأردن والمغرب وعُمان ودولة فلسطين، تندرج تلك السياسات والبرامج ضمن نطاق استراتيجيات وطنية أوسع نطاقاً. في المغرب مثلاً، تُقدّم تلك البرامج تحت مظلة المساجد والبرامج التلفزيونية. قد يُثبِت البعض منها فعاليته كاستراتيجية وطنية، لكنّ تقليص معدلات الأمّية بين فئة كبار السنّ يقتضي اعتماد مقاربة هادفة غايتها تصحيح التوجّه العام الآيل إلى استبعادهم عن مبادرات مماثلة. ورغم نقص البيانات المتعلقة بتعليم كبار السنّ في المنطقة، لا بدّ من التشديد على أهمية سياسات تعليمهم والبرامج المتعلّقة بها، بما أنّها تمكّنهم من الحفاظ على دور فاعل في سنّ الشيخوخة وفي سوق العمل، وتخوّلهم كسب المداخيل لهم ولأسرهم. وقد تمّ انتهاج مثل تلك المقاربات الهادفة في الكويت ولبنان والسودان وتونس. ففي لبنان مثلاً تنظّم وزارة الشؤون الاجتماعية برامج سنوية لتعليم كبار السنّ في ثلاثة مواقع، فيما تتوافر في الكويت صفوف مسائية للغاية ذاتها.

الجدول 14- السياسات أو البرامج المتعلقة بالشيخوخة والتنمية

	البلد	دعم للمناطق الريفية	محو الأمية	تشجيع التقاعد المبكر	توليد الدخل	تشجيع المشاركة في سوق العمل	التعلّم مدى الحياة	المجموع
بطيء	السودان	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	6
	دولة فلسطين	نعم	نعم	نعم	لا	لا	نعم	4
	العراق	نعم	لا	نعم	نعم	لا	لا	3
متوسط	الأردن	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	نعم	5
	عُمان	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	لا	4
	الكويت	لا	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	5
سريع	المغرب	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	5
	لبنان	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	5
	تونس	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	لا	3
	المجموع	8	7	7	5	4	4	

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

تتيح برامج التعلّم مدى الحياة لكبار السنّ فرصة متابعة علمهم على مستويات متقدمة، وتبادل آرائهم الحكيمة وخبراتهم مع الآخرين. لكنّ في الدول الأعضاء، لا يطبّق إلاّ برنامج واحد للتعلّم مدى الحياة، وهو برنامج "جامعة الكبار" الذي تقدّمه الجامعة الأميركية في بيروت، وتدعو فيه الأشخاص الذين بلغوا 50 عاماً وما فوق للمشاركة في دورات ومحاضرات تحاكي اهتماماتهم (الإطار 3). في الأردن والكويت ودولة فلسطين والسودان، طُبِّقت بعض برامج التعلّم مدى الحياة على نطاق أضيق وأُدرجت ضمن مؤسسات التعليم العالي. كذلك يؤمّن نظام جامعة الكويت الحكومية صفوفاً مسائية وبرامج لهذه الغاية.

الإطار 3- "جامعة الكبار" في الجامعة الأميركية في بيروت تدخّل مجتمعي لأهداف اجتماعية وصحية

ينعم كبار السنّ اليوم بشكل عام بحياة أطول وصحّة أفضل من أهلهم. ويدخلون مرحلة التقاعد، حاملين معهم تجارب الحياة الغنيّة والقيّمة، وفي ذاكرتهم مخزون تاريخي وثقافي ثمين وسط عالم يشهد تغيّرات متسارعة. وكم من المسنين يطمحون إلى الحفاظ على نشاطهم الفكري.

جاءت هذه الفكرة وليدة حلم راود البروفسور عبلة م. سباعي والبروفسور سينتيا مينتي اللتين كانت تأملان أن يحظى المسنّ في لبنان بشيخوخة سليمة فكرياً وفاعلة اجتماعياً. فأنشأتا جامعة الكبار، وهي عبارة عن برنامج للتعلّم مدى الحياة، من أجل إبقاء كبار السنّ متيقظين فكرياً، ومرتبطين اجتماعياً بمحيطهم، ومفيدين ضمن مجتمعاتهم. منذ انطلاق البرنامج في العام 2010، تخطّت نتائجه التوقّعات كلّها؛ فارتفع عدد الحصص الدراسيّة من 10 في العام 2010 إلى 17 حصة و38 محاضرة وأربع رحلات في العام 2017، وعدد الطلاب من 50 في العام 2010 إلى 285 طالباً. كذلك اتسعت قائمة العناوين البريديّة لتضمّ 1,300 مشتركاً بعد أن اقتصر عددها على 61 في أولى المراحل.

وقد أخذ البرنامج يلقى استحساناً متزايداً نظراً لأهميّته على صعيد الصحة العامة، بعد أن تبيّن تبعاً لنظريات وأدلة في علم الشيخوخة وجود رابطٍ بين تعزيز المشاركة الاجتماعية وفرص التعلّم وتحقيق نتائج صحية إيجابية لدى المسنّ.

تتطابق أهداف جامعة الكبار مع توجّهات منظمة الصحة العالمية الساعية إلى نشر مفهوم المسنّ الفاعل في المجتمع من أجل شيخوخة هانئة. ويهدف البرنامج إلى إعادة دمج كبار السنّ، وإعطاء بُعد إيجابي للشيخوخة، والعمل على تمكين المسنّ وتسهيل اندماجه. يكافح البرنامج أيضاً أشكال التمييز ضدّ كبار السنّ ويقدّم خير دليل على أنّ مفهوم الشيخوخة الفاعلة هو قابل للتطبيق في المنطقة العربية. وقد اختارته منظمة الصحة العالمية ومؤسسة RAND أوروبا كواحد من أصل 10 مشاريع اجتماعية محلية مبتكرة في البلدان المتدنية الدخل التي تسعى إلى تمكين كبار السنّ، وتعزيز التماسك والاندماج الاجتماعيين.

لمزيدٍ من المعلومات حول جامعة الكبار، الرجاء زيارة www.aub.edu.lb/seniors أو صفحة الفايسبوك www.facebook.com/aub.universityforseniors.

هاء- الخطوات المقبلة

1- الاستنتاجات الرئيسية

- لا يشارك كبار السنّ في جهود التنمية في بعض البلدان، ويؤدون دورهم في بلدان أخرى بواسطة منظّمات المجتمع المدني. قلّة من البلدان فقط تحدّثت عن انتهاج مقاربات تشاركية مباشرة لإشراكهم؛
- لا تزال مشاركة كبار السنّ في سوق العمل وسياسات التقاعد التي تخصّهم مرهونةً بالموارد والاحتياجات الاجتماعيّة والاقتصاديّة الوطنيّة، وقد طرأت عليها تغيّرات طفيفية في السنوات الخمس الماضية؛
- تزايدت برامج الضمان الاجتماعي وتوليد الدخل التي تطال كبار السنّ في السنوات الخمس الماضية، لكنها ما زالت شحيحة ومتفاوتة بين بلدٍ وآخر؛
- لا تزال البرامج المعدّة لكبار السنّ في مجال محو الأمية والتعلّم مدى الحياة نادرة وضيقة النطاق.

2- العوائق والتسهيلات، والفرص ومدى ارتباطها بأهداف التنمية المستدامة

في عدة دول أعضاء، تتقاطع سياسات التنمية المتعلّقة بالشيخوخة مع السياسات الوطنيّة المتعلقة بالفقر ومحو الأمية والمرأة وتمكين سكّان الأرياف، وسواها. حقّقت عدة بلدان تقدّماً في مجال الشيخوخة والتنمية منذ العام 2012، على الرغم من وجود مؤشرات تدلّ على تفاوت كبير بين السياسات المطروحة ونطاق تطبيقها وحجم انتشارها على أرض الواقع. إنَّ تعميم تلك السياسات وتعزيزها بشكل أوسع وتطبيقها على نطاق وطني وشامل من شأنه أن يساعد في قطع مسافة كبيرة نحو تحقيق العديد من أهداف التنمية المستدامة. تشمل هذه الأخيرة الهدف 1 القضاء على الفقر بكلّ أشكاله، والهدف 4 تعزيز فرص التعلّم مدى الحياة للجميع، والهدف 8 تعزيز الوظائف المنتجة وتوفير العمل اللائق للجميع، والهدف 10 الحدّ من انعدام المساواة بين البلدان[19]، من خلال تعزيز إدماج كبار السنّ اجتماعياً واقتصادياً وسياسياً. أمّا العوائق المبلغ عنها فيما يتعلق بالشيخوخة والتنمية فتتلخّص بالآتي: نقص الموارد الماليّة والبحوث والبيانات المتعلّقة بالشيخوخة وتأمين الدخل؛ وعدم إيلاء الاهتمام اللازم لموضوع الشيخوخة في خطط التنمية؛ وصعوبة توفير التأمين الاجتماعي لجميع كبار السنّ. من هنا حاجة الدول الأعضاء في الإسكوا إلى تطوير المزيد من السياسات وخطط العمل المحدّدة الأغراض للنهوض بأجندة الشيخوخة واستخدام السياسات الوطنية المتعلقة بشؤون الفقر ومحو الأمية والمرأة وتمكين الأرياف وسواها كمنطلق لتعميم السياسات وبرامج التنمية المتعلقة بالشيخوخة.

3- إجراءات مقترحة ذات أولوية

- تعزيز الأمن الاجتماعي والاقتصادي عند كبار السنّ من خلال النّظام التقاعدي بشكل خاص، مع التركيز على الفئات الأكثر ضعفاً (كربّات المنازل والمزارعين)؛
- زيادة عدد البرامج المخصّصة لمحو الأمية والتعلّم مدى الحياة؛

19 يمكن الاطّلاع على قائمة أهداف التنمية المستدامة ذات الصلة في المرفق.

- انتهاج مقاربات مراعية للحقوق وغير تمييزيّة في مجال الشيخوخة والعمالة وضمان استقلالية كبار السن في تحديد خياراتهم بعد سنّ التقاعد مع توفير الفرص المؤاتية لكسب الدخل والعمل والحصول على الضمان الإجتماعي في جميع الخطط السكانيّة.

رابعاً- توفير الخدمات الصحيّة والرفاه في سنّ الشيخوخة

إن الآثار المتراكمة الناتجة عن تراجع الوظائف الجسديّة وارتفاع احتمالات التعرّض للأمراض المزمنة تسهم في إضعاف المسنّ وإعاقة حياته الطبيعيّة واعتماده على الآخرين، ما يشكّل دافعاً قويّاً لحشد الموارد بغية توفير الرعاية الصحيّة المؤاتية له. واستجابةً لهذه الزيادة وارتفاع معدلات الأمراض غير المعدية التي تتجاوز أحياناً معدلاتها في البلدان المتقدّمة، عمدت نُظم الرعاية الصحيّة في الدول الأعضاء إلى إحداث تعديلات في خدماتها وسياساتها. يقيّم هذا الفصل السياسات والبرامج الصحيّة المخصّصة لكبار السنّ في الدول ذات الشيخوخة البطيئة والمتوسطة والسريعة الوتيرة، بهدف تحديد الثغرات والخطوات اللازمة لتوفير الرعاية المناسبة والعادلة التي تلبّي احتياجاتهم الخاصة.

ألف- السياسات والبرامج الصحيّة

أشارت كافة البلدان المشمولة بالمراجعة أنّ الأمراض غير المعدية بما فيها أمراض القلب والشرايين وارتفاع ضغط الدم والسكّري والسرطان هي الأكثر انتشاراً بين كبار السنّ. ففي لبنان، أشارت وزارة الصحة العامة إلى انتشار الأمراض غير المعدية بين تلك الفئة بنسبة 45 بالمائة، لا سيما أمراض الجهاز التنفسي والقلب والشرايين والسكّري. في المغرب، وهو بلد آخر تتسارع فيه وتيرة الشيخوخة، كشف تقرير صادر في العام 2011 عن أنّ نسبة 57.5 بالمائة من كبار السنّ يعانون من أمراض مزمنة موزَّعةً بين 49.3 بالمائة من المسنات و65.3 بالمائة من المسنين، و28 بالمائة و14.8 بالمائة على التوالي يعانون من أمراض ارتفاع ضغط الدم والسكّري. ورغم تصنيف العراق ودولة فلسطين بين البلدان ذات الشيخوخة البطيئة، تُفيد التقارير الوطنيّة بارتفاع نسبة انتشار أمراض ضغط الدم (78.3 و43.2 بالمائة على التوالي)، والسكّري (29.7 بالمائة و30.2 بالمائة على التوالي)، وبانتشار أمراض الجهاز العضلي والهيكل العظمي في الأردن والمغرب وعُمان وتونس، وترقق العظام في مصر ودولة فلسطين والسودان وتونس. أبدت بعض البلدان قلقها إزاء انتشار الزهايمر والأمراض العصبية بين سكانها، بما فيها مصر والعراق والأردن وتونس. لكنّ التقارير الوطنية والبيانات الدقيقة المتعلقة بأوضاع كبار السنّ الصحية لا تزال شحيحة في الدول الأعضاء، ما يستدعي إجراء مزيدٍ من الدراسات الشاملة للسماح بوضع سياسات وبرامج صحيّة مبنيّة على أدلة ثابتة.

عملت البلدان ذات الشيخوخة المتوسطة أو السريعة الوتيرة بشكل عام على تعميم سياسات وبرامج لرعاية كبار السنّ ضمن المبادرات الموجودة المعنيّة بشؤون الصحة، كتشخيص الأمراض غير المعدية والتوقف عن التدخين والنشاط الجسدي والأدوية المجانية، أكثر بكثير ممّا فعلت البلدان ذات الشيخوخة البطيئة الوتيرة (الجدول 15). ويتبيّن أيضاً أنّ البرامج التي تستهدف صحّة كبار السنّ ضمن مراكز الرعاية الصحيّة الأولية عرفت انتشاراً واسعاً في مختلف الدول الأعضاء في الإسكوا إلى جانب فحوصات الأمراض غير المعدية. أمّا السياسات والبرامج التي قلّ ذكرها فكانت تلك التي تستهدف احتياجات كبار السنّ الغذائية ومجانية النقل.

بين البلدان السريعة الوتيرة، يضمّ لبنان عدداً كبيراً من مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة على امتداد محافظاته، التي تقدّم الأدوية المجانية أو المدعومة من الدولة لكبار السنّ. يجوز أيضاً أن تحظى الرعاية الطبية لكبار السنّ بدعمٍ من وزارة الصحّة العامة في الحالات التي يعجزون فيها وعائلاتهم عن تحمّل تكاليفها. في خطوة مماثلة، تؤمّن تونس الاستشارات والأدوية الطبيّة مجاناً لكبار السنّ الذين يملكون بطاقة المسنّ. وتُفيد

بانتشار عدد من مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة في كلّ أراضيها التي تولي اهتماماً خاصاً للأمراض غير المعدية بين تلك الشريحة. هذه هي أيضاً حال غالبية الدول الأعضاء المشمولة بالمراجعة، إذ تحدثت الكويت عن إدخالها إصلاحات على نظام الرعاية الصحية تخوّل المسنّ الحصول على أول المواعيد وتقليص أوقات انتظاره في مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة. ومن بين البلدان الأخرى التي تؤمّن استشارات وأدوية مجانية أو مدعومة لكبار السنّ نذكر العراق وعُمان والسودان. في العراق، الذي تتقدّم فيه الشيخوخة بوتيرة بطيئة، تتوافر تلك الرعاية بموجب بطاقة المسنّ التي تخوّل حاملها الحصول مجاناً على مجموعة مختارة من الخدمات. في السودان، البلد الآخر المصنّف ضمن الفئة ذاتها، يتحمّل كبار السنّ نصف كلفة الاستشارات والعلاجات والأدوية.

ونتيجة لانتشار الأمراض غير المعدية بشكل متزايد بين كبار السنّ، عمدت غالبية الدول الأعضاء في الإسكوا إلى انتهاج سياسات وبرامج فحص لمعالجة تلك الأمراض والتصدّي لعوامل خطر التعرّض لها. تشمل تلك البرامج الكشف المبكر وتوفير العلاجات في عُمان والحملات العامة السنوية التي تطلقها وزارة الصحة العامة في لبنان لنشر التوعية. في الكويت، تقوم لجنة وطنية تضمّ عدداً من الوزارات ومنظمات المجتمع المدني بتنظيم حملات من أجل الكشف المبكر عن الأمراض غير المعدية وزيادة الوعي حيال عوامل الخطر. تُستكمل تلك الحملات بنشر مقاطع فيديو حول تلك الأمراض عبر وسائل الإعلام التقليدية ومواقع التواصل الاجتماعي. كذلك قامت دول أعضاء متوسطة وسريعة الوتيرة، وفي مقدمتها الأردن والكويت ولبنان وعُمان وتونس، بتنفيذ برامج لنشر الوعي حيال ضرورة الإقلاع عن التدخين. في السنوات الخمس الماضية، لم يتمّ تطبيق القانون اللبناني الذي يحظّر التدخين في الأماكن العامة إلاّ لفترة وجيزة، كما اضطلعت منظمات المجتمع المدني أساساً بمهمة إطلاق الحملات المشجّعة للنشاط البدني بين صفوف كبار السنّ.

في المغرب وتونس، تقدّم وحدات الرعاية المتنقلة خدمات الرعاية الصحية المنزلية لكبار السنّ المعوقين غير القادرين على إعالة أنفسهم. وتفيد التقارير عن تطبيق برامج صحيّة أخرى ملائمة لكبار السنّ وبرامج للرعاية المنزليّة والرعاية الصحيّة المنزليّة في البلدان ذات الشيخوخة المتوسطة كالأردن وعُمان. تحدثت الكويت بدورها عن برامج للوقاية من السقوط وأخرى تسعى إلى إشاعة بيئة مؤاتية في دُور المسنين. وقد أشارت عدّة بلدان إلى برنامج التغطية الصحية الشاملة كعامل رئيسي لتحقيق رفاه كبار السنّ. فأُنجز في الأردن والكويت وعُمان وتونس ووُضع قيد التنفيذ في لبنان. مع ذلك، لا يزال نقص الموارد الماليّة يطرح إشكاليّة كبيرة. ففي دولة فلسطين، لم يتمّ بعد إقرار مشروع القانون المتعلق بصحة كبار السنّ، وتصطدم الجهود الرامية إلى رعاية صحّة تلك الشريحة بعدم رصد ميزانية حكومية وتغطية صحية كاملة لكبار السنّ وبصعوبات تطبيق السياسات والبرامج.

باء- الصحّة العقليّة والتغذية وكبار السنّ ذوو الإعاقة

غالباً ما يتمّ إهمال موضوعي صحة كبار السن العقليّة وتغذيتهم في السياسات والبرامج المخصّصة لهم. إلاّ أنّ عدة بلدان مشمولة بهذه المراجعة تحدّثت عن مبادرات تُعنى بهذا الشق من احتياجاتهم. ففي لبنان الذي تتسارع فيه وتيرة الشيخوخة، أطلقت وزارة الصحة العامة مؤخراً البرنامج الوطني للصحة النفسية، وفي المغرب، تعطي آخر استراتيجية وطنية لكبار السنّ الأولويّة لرعاية الصحّة العقليّة كونها جزء من صحة المسنّ ورفاهه، وتنظّم للعاملين في هذا المجال برامج تدريبية على مستوى مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة. في تونس، يستفيد كبار السنّ أيضاً من البرنامج الوطني للصحّة العقليّة. في البلدان المتوسّطة الوتيرة، تؤمّن عُمان العلاج مجاناً لكبار السنّ الذين يعانون من أمراض نفسيّة، فيما يجري العمل في الكويت على وضع سياسات وبرامج تُعنى بهذا الجانب. كذلك يقدّم كل من العراق والسودان اللذان يشهدان شيخوخة بطيئة خدمات الصحّة العقليّة، إنما في مستشفيات الأمراض العقلية ودُور المسنين عوضاً عن تعميمها في برامج أخرى وضمن مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة.

الجدول 15- سياسات وبرامج صحية لكبار السنّ وحالة تنفيذها

	بطيء			متوسط			سريع			المجموع
	دولة فلسطين	السودان	العراق	عُمان	الكويت	الأردن	تونس	لبنان	المغرب	
مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم --	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم --	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	9
تشخيص الأمراض غير المعدية	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	--	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	8
الصحة العقليّة	نعم قيد التخطيط	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	--	--	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	7
الأدوية المجانيّة	نعم قيد التخطيط	نعم قيد التنفيذ	نعم --	نعم قيد التنفيذ	--	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	--	7
الإقلاع عن التدخين	نعم قيد التخطيط	نعم قيد التنفيذ	--	نعم في بداياتها	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	نعم في بداياتها	--	7
النشاط الجسدي	نعم قيد التخطيط	نعم قيد التخطيط	--	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	--	نعم قيد التنفيذ	نعم في بدايتها	--	6
برامج الرعاية المنزليّة	نعم في بداياتها	---	--	نعم قيد التنفيذ	--	--	نعم قيد التنفيذ	--	نعم قيد التنفيذ	4
الاحتياجات الغذائيّة	نعم في بداياتها	نعم قيد التنفيذ	--	--	--	--	نعم قيد التنفيذ	--	نعم قيد التنفيذ	4
برامج الرعاية الصحيّة الأوليّة الملائمة للمسنين	نعم قيد التخطيط	--	--	نعم قيد التنفيذ	--	نعم قيد التنفيذ	--	--	--	3
برامج دُور المسنين	نعم قيد التنفيذ	--	--	--	نعم قيد التنفيذ	نعم قيد التنفيذ	--	--	--	3
النقل المجاني	نعم قيد التخطيط	--	--	--	نعم قيد التنفيذ	--	نعم قيد التخطيط	--	--	3
المجموع	11	7	3	8	6	6	9	6	5	

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

وضعت عدة دول أعضاء في الإسكوا سياسات لرعاية كبار السنّ من ذوي الإعاقات وبرامج تخصّهم. ففي لبنان وتونس، تُوزّع بطاقة المعوق على المواطنين، بمن فيهم كبار السنّ، فتخوّلهم الحصول على مجموعة خدمات وامتيازات. يستفيد من هذا التدبير في لبنان ما يصل إلى 31,000 مسنّ معوق (23,250 شخصاً يعاني من إعاقات حركية و2,825 مصاباً بمرض الزهايمر) وذلك بفضل جهود البرنامج الوطني لحقوق ذوي الإعاقة. في لبنان والمغرب أيضاً، تساهم عدة منظّمات غير حكومية في تقديم الدعم لهم. وأفادت التقارير بأنّ المغرب اتخذ خطوات لضمان حصول كبار السنّ ذوي الإعاقة على الأولويّة والرعاية والعلاجات الملائمة لهم، وهو بصدد اتخاذ التدابير اللازمة لمواجهة كلّ أشكال التهميش والتمييز في خدمات الرعاية الصحيّة. بموازاة ذلك، يتلقّى المسنون المعوّقون وأسرهم في تونس إعانات حكومية تعويضاً عن التكاليف الإضافية التي يتكبّدونها. من جهة أخرى، أُفيد بأنّ بعض البلدان التي تتقدّم فيها الشيخوخة بوتيرة متوسطة، بما فيها عُمان والأردن، توفّر أطراف إصطناعية لكبار السنّ المصابين بإعاقات، على الرغم من أنها لم تضع سياسات وبرامج على مستوى تلك المتاحة في البلدان السريعة الوتيرة. أمّا البلدان البطيئة الوتيرة، فقد حققت بعض التقدّم في هذا المجال. فقد أنشأ العراق بحسب المعلومات الواردة منازل مصمّمة خصيصاً لذوي الإعاقة من كبار السنّ، ويقدّم إعانات شهرية لهم ولمن يرعاهم. في السودان، يحصل كبار السنّ المصابون بإعاقات على تغطية صحيّة كما يلتحق ما يصل إلى 12,000 مسنّ معوق بنُظم أوسع للضمان الاجتماعي.

الجدول 16- برامج تدريبية حول طبّ الشيخوخة وعلم الشيخوخة

البلد	الاعتراف بطبّ الشيخوخة كاختصاص	نسبة أطباء الشيخوخة لكلّ 100,000 شخص	تدريب حول طب الشيخوخة وعلم الشيخوخة للفئات التالية						
			أطباء العائلة	الأطباء	أفراد الجسم التمريضي	العاملون في قطاع الخدمات الاجتماعية	الأطباء النفسيون	المعالجون الفيزيائيون	العاملون في الرعاية الصحية الأولية
بطيء									
العراق	x	--	✓	✓	✓	✓	✓	--	✓
السودان	✓	لا تُذكَر/ ضئيلة جداً	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
دولة فلسطين	x	--	x	x	✓	✓	--	--	✓
متوسط									
عُمان	✓	0.5 لكلّ 100,000	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
الأردن	x	--	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
الكويت	✓	1.2 لكلّ 100,000	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
سريع									
لبنان	✓	2.1 لكلّ 100,000	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
تونس	✓	30.4 لكلّ 100,000	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
المغرب	✓	0.6 لكلّ 100,000	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

جيم- طبّ وعلم الشيخوخة: تدريب العاملين في المهن الصحية ومقدّمي الرعاية

لا يزال طبّ الشيخوخة من الميادين الطبية الحديثة العهد نسبياً في المنطقة ولم يكتسب بعد جاذبية الاختصاصات الطبية الأخرى. لكنّ ستّة بلدان اعترفت به كاختصاص قائم بذاته، وفي طليعتها الكويت ولبنان والمغرب وعُمان والسودان وتونس مع تسجيل تفاوت هائل في عدد أطباء أمراض الشيخوخة بين بلدٍ وآخر (الجدول 16). وقد تمَّ الإبلاغ عن وجود شهادات تخصّص في علم الشيخوخة في لبنان ودولة فلسطين وتونس. ففي تونس، تعزو المعدّلات المرتفعة لأطباء الشيخوخة بالنسبة لكبار السنّ إلى نظام التعليم الطبي الذي يسمح للمتخرجين التخصّص في طبّ الشيخوخة من دون التسجيل سابقاً في برنامج الطبّ الداخلي وفق الأصول المعمول بها في بلدان أخرى. من الأمثلة الأخرى، نذكر إمكانية الحصول على شهادة ماجستير في طبّ الشيخوخة من الجامعة اللبنانية وشهادة في علم الشيخوخة السريري للجسم التمريضي من الجامعة الأميركية في بيروت إضافة إلى برنامج علم الشيخوخة السريري للجسم التمريضي في جامعة القدس. كشفت بعض البلدان، لا سيما تلك التي تشهد شيخوخة متوسطة الوتيرة، عن وجود برامج تدريبيّة واسعة النطاق في مجالَيْ طب الشيخوخة وعلم الشيخوخة للعاملين في القطاع الصحي (الجدول 16)، لوحِظ أنها تطال تحديداً أفراد الجسم التمريضي والعاملين في مجال الخدمات الاجتماعيّة والرعاية الصحيّة الأوليّة. في العراق، تُنظّم دورات تدريبيّة للأطباء والعاملين في قطاع الرعاية الصحيّة في مواقع العمل وفي دُور رعاية المسنّين ومراكز الرعاية المتخصّصة لكبار السن. وفي السودان، تقدّم وزراة الرعاية والضمان الاجتماعي للإختصاصيين الاجتماعيين والعاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية دورات تدريبية ومتخصّصة حول التغذية والرعاية الشاملة والنشاط الجسدي والصحة العقلية لدى كبار السنّ.

دال- الخطوات المقبلة

1- الاستنتاجات الرئيسية

- أحرزت البلدان ذات الشيخوخة السريعة الوتيرة تقدّماً في مجال تعميم السياسات والبرامج المتعلقة بصحة كبار السنّ، والرامية بالدرجة الأولى إلى الوقاية من الأمراض غير المعدية ومعالجتها؛

- يُلاحَظ انتشار خدمات الرعاية والأدوية المدعومة من الدولة في مراكز الرعاية الأولية على نطاق واسع في الدول الأعضاء في الإسكوا؛

- لا تزال برامج الرعاية المنزلية لكبار السن نادرة في مختلف بلدان المنطقة؛

- لا تزال البرامج المتعلقة بصحة المسنّين العقلية وتغذيتهم شحيحة في مختلف بلدان المنطقة؛

- تفيد المعلومات بأنّ منظمات المجتمع المدني تضطلع بدور بارز في توفير البرامج الصحية لكبار السنّ، بخاصةٍ في البلدان السريعة الشيخوخة كلبنان والمغرب وتونس؛

- يُسجّل نقصٌ هائل في عدد أطباء المسنين والمختصين بعلم الشيخوخة في مختلف بلدان المنطقة، باستثناء تونس. تسدّ بعض البلدان هذا النقص نوعاً ما من خلال توفير برامج لإعادة تدريب مختلف القطاعات الصحية في هذين المجالين.

2- العوائق والتسهيلات والفرص ومدى ارتباطها بأهداف التنمية المستدامة

منذ العام 2012، أحرزت البلدان التي تتسارع فيها وتيرة الشيخوخة تقدّماً بوجه خاص في مجال السياسات والبرامج الصحية، المرتبطة تحديداً بالوقاية من الأمراض غير المعدية ومعالجتها، والتي بدت خجولة في الدول الأعضاء المتوسّطة والبطيئة الوتيرة. وكانت البلدان التي تحدثت عن توفير التغطية الصحيّة الشاملة لكبار السنّ قد رأت أيضاً بهذا التقدّم أول السُبل لضمان صحّة المسنّين ورفاههم. أمّا العوائق التي تمّ ذكرها فتشمل غياب الإرادة السياسيّة والتشريعات ونقص الموارد المالية والبشرية وانعدام المبادئ التوجيهية التي تنظّم عمل دُور الرعاية وارتفاع فاتورة الرعاية الطبية والصحية. لكنّ تجاوز تلك العوائق وإعطاء الأولوية لرعاية المسنّ صحياً هما ضروريان للقضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي وتحسين التغذية (الهدف 2)، وضمان الحياة الصحيّة وتشجيع الرفاه للجميع في كلّ الأعمار (الهدف 3). تشمل تلك الجهود أيضاً خفض الوفيّات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية وتعزيز الصحّة العقليّة (المقصد 3-4)، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة وإمكانية حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الأساسية والأدوية واللقاحات الضرورية (المقصد 3-8) وزيادة التمويل في قطاع الصحة وتدريب القوى العاملة فيه واستبقائها في البلدان النامية (وسيلة التنفيذ 3-ج). تحقيقاً لهذا الهدف، لا بدّ من إعطاء الأولويّة لتمويل القطاع الصحّي من أجل ضمان رفاه كبار السنّ، والدفع باتجاه تدريب أطباء المسنين والمتخصصين في علم الشيخوخة[20].

3- إجراءات مقترحة ذات أولوية

- مواصلة تعزيز السياسات والبرامج المتعلقة بالأمراض غير المعدية في البلدان التي تتسارع فيها وتيرة الشيخوخة واستحداثها في البلدان المتوسطة والبطيئة الوتيرة؛
- السعي إلى توفير الرعاية الصحّيّة الملائمة للمسنين بتقليص أوقات انتظارهم ومنحهم الأولوية في تلقّي العلاج داخل مراكز الرعاية الصحّيّة والمرافق الطبية الأخرى؛
- متابعة التنسيق مع منظّمات المجتمع المدني لتعزيز أو وضع برامج ترمي إلى توفير الرعاية المنزلية لكبار السنّ وتأمين المسكن للفئات الفقيرة والضعيفة منهم؛
- إخضاع أطباء المسنّين والمتخصّصين في علم الشيخوخة لمزيدٍ من التدريب من أجل تلبية احتياجات كبار السنّ المتنامية أعدادهم والاستمرار في توفير التدريب للعاملين في قطاع الرعاية الصحّية في مجال رعاية المسنّ.

خامساً- بيئة تمكينيّة وداعمة

لعلّ أبرز ما يؤشّر على مستوى التنمية وتأثيره على رفاه كبار السنّ يتجلّى في القدرة على توفير بيئة داعمة، تضمن لهم سهولة الحركة وكذلك بيئة تمكينيّة تشجّع على بقائهم في أماكنهم وداخل منازلهم وضمن محيطهم. في البلدان الأعضاء في الإسكوا لطالما شغلت هيكليّة الأسرة الموسّعة ركناً أساسياً في رعاية المسنّ وتأمين راحته. في مطلق الأحوال، لا تزال الأسرة تشكّل دعامة رئيسية وغالباً ما يتمّ التعاطي معها على أنها شبكة الأمان الأساسيّة لرعاية كبار السنّ ومساندتهم. لكنّ مبدأ الاعتماد على الرعاية والمساندة الأسريّة المطبّق

20 يمكن الاطّلاع على قائمة أهداف التنمية المستدامة ذات الصلة في المرفق.

في بلدان مجلس التعاون الخليجي[21]، وفي مختلف أنحاء المنطقة العربية بشكل أعمّ[22]، قد يحتاج إلى مراجعة في السياسات الاجتماعية على ضوء التغيّرات الاجتماعية والاقتصادية الطارئة على هيكلية الأسرة، وارتفاع معدل النساء العاملات، وازدياد حاجة كبار السنّ إلى الرعاية. يتطرق هذا الفصل إلى موضوع التضامن بين الأجيال، مشيراً إلى أهمية بقاء المسنّ ضمن محيطه حفاظاً على راحته، ما يشكّل جزءاً لا يتجزّأ من عملية توفير البيئة المؤاتية والداعمة له. لكنّ مبدأ الاعتماد على الأسرة يواجه تحديات جمّة ناشئة عن تحوّلات ديمغرافية واجتماعية واقتصادية، فضلاً عن تفاقم الحروب والصراعات وما عداها من عوامل تؤدّي إلى زعزعة الاستقرار في مختلف أنحاء المنطقة[23]. بالإضافة إلى ذلك، قد تستدعي تلك التحولات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية الابتعاد عن سياسة الاعتماد على النساء والأسر كقنوات غير رسمية لتقديم الرعاية في ظلّ غياب الدعم لها والتوجّه أكثر نحو الاستثمار في سياسات وبرامج دعم الأسرة والخدمات المنزلية من أجل رعاية كبار السن على المدى البعيد[24].

ألف- سياسات وبرامج ملائمة لكبار السنّ: التضامن بين الأجيال وبقاء المسنّ ضمن محيطه

يلخّص الجدول 17 السياسات والبرامج الملائمة لكبار السنّ والبرامج الداعمة لمبدأ التضامن بين الأجيال وبقاء المسنّ ضمن محيطه، المتوافرة في بلدان الإسكوا المشمولة بالاستطلاع. وتشمل البرامج التي تضمن لهم سهولة الحركة بشكل عام تأمين وسائل النقل العام الملائمة لهم (الأردن)، وتوفير المصاعد والممّرات المنحدرة لتسهيل تنقّلهم (الأردن ولبنان وعُمان ودولة فلسطين). كذلك تشير التقارير الواردة من الأردن أنّ 58 بالمائة من محافظات الأردن كانت قد أعلنت التزامها "بقانون البناء" الذي يلبّي الاحتياجات الخاصة لدى كبار السن المعوقين لجهة سهولة تنقّلهم ووصولهم. في المغرب وتونس، يُتاح لكبار السنّ الاستفادة من تسعيرة مدعومة عند استعمال شبكات القطار، وسهولة الوصول إلى مباني المؤسسات العامة في العاصمة ويُعطَوْن الأولوية من حيث المقاعد وقاعات الانتظار داخل المباني الحكومية والمطارات. أمّا في الكويت، فيُعفى كبار السنّ من دفع أجرة النقل العام وكذلك من رسوم تسجيل سياراتهم.

في كافة البلدان الأعضاء التي تتراوح وتيرة شيخوختها بين متوسطة وسريعة، ساهمت الأندية المخصصة لكبار السنّ في توفير بيئة محليّة داعمة لهم وفرصة الاختلاط الاجتماعي. لكنّ تلك الأندية بقيت محدودة النطاق في الأردن ولبنان، بحسب المعلومات الواردة. أمّا البلدان البطيئة الوتيرة، بما فيها العراق ودولة فلسطين والسودان، فلم تبلّغ عن أيّ برامج مماثلة.

بالإجمال، لا تزال الجهود الرامية إلى تعزيز مبدأ إبقاء المسنّ ضمن محيطه وتأمين الرعاية المنزلية له وعدم إيداعه في دور الرعاية بل الاعتناء به ضمن محيطه آخذة في الانتشار في الدول الأعضاء في الإسكوا. تشمل البرامجُ المحفِّزة على إبقاء المسنّ ضمن محيطه وتزويده بالرعاية المنزليّة وضعَ خططٍ تطوعيّة لمجالسة المسنّ في عُمان وبرامج لإيجاد أسرة بديلة له في المغرب وعُمان وتونس (الإطار 4)، وتوزيع "وجبات على عجلات" على المسنين في لبنان ودول فلسطين والسودان، ووحدات الرعاية المتنقّلة في الكويت والمغرب وتونس.

---

21 Hafiz T. Khan, Shereen Hussein and John Deane, “Nexus between demographic change and elderly care need in the Gulf Cooperation Council (GCC) countries: some policy implications”, *Ageing International* (2017), pp. 1-22.

22 Sibai, Rizk and Kronfol, “Ageing in the Arab region” (see footnote 5, p. viii).

23 Nabil M. Kronfol, Anthony Rizk and Abla Mehio Sibai, “Ageing and intergenerational family ties in Arab countries”, *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 21, No. 11 (2015), pp. 835-843.

24 S. Hussein and M. Ismail, “Ageing and elderly care in the Arab region: policy challenges and opportunities”. *Ageing International* (2017), pp. 274-289.

وفي هذا الخصوص، أفادت عدة بلدان، بما فيها المغرب وعُمان ودولة فلسطين وتونس، بأنّ تلك الخدمات تتأمّن عن طريق الوزارات أو برامج المجتمع المدني، فيما تتوافر في لبنان السريع الوتيرة عن طريق منظمات المجتمع المدني بدعمٍ من وزارة الشؤون الاجتماعية.

الجدول 17- سياسات وبرامج حول عناصر البيئة التمكينية والداعمة

	البلد	الرعاية الأسرية لكبار السنّ واجب قانوني	التضامن بين الأجيال	النقل وسهولة الحركة	بناء قدرات مقدّمي الرعاية الأسرية	الإهمال والعنف والإساءة
بطيء	السودان	نعم	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	سياسة	سياسة
	دولة فلسطين	نعم	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج
	العراق	نعم	غير متوافرة	غير متوافرة	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج
متوسط	الأردن	نعم	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	غير متوافرة	سياسة وبرنامج
	عُمان	نعم	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	سياسة
	الكويت	نعم	برنامج	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج
سريع	المغرب	نعم	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج
	لبنان	لا	برنامج	برنامج	غير متوافرة	سياسة
	تونس	نعم	سياسة وبرنامج	سياسة وبرنامج	سياسة	سياسة وبرنامج

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

اعتُمدت السياسات الداعية إلى التضامن بين الأجيال كجزءٍ من خطط العمل الوطنيّة أو كسياسات قطاعيّة في معظم البلدان. ففي الأردن وعُمان والسودان، تعمل منظّمات المجتمع المدني والمنظّمات الشبابيّة على استقطاب الشباب للتلاقي مع كبار السنّ والتفاعل معهم بصفتهم مقدّمي الرعاية أو مرافقين لهم أو لتنظيم أنشطة مشتركة بنيّة رفع مستوى التضامن بين الأجيال (لبنان والمغرب). في مصر والسودان، وُضِعت برامج لهذه الغاية ولكنها لم تُنفّذ بعد.

رغم شحّ البيانات حول الترتيبات المتعلّقة بمعيشة كبار السنّ في مختلف الدول الأعضاء بشكل عام، نستشفّ من بعض التقارير الورادة سابقاً أنّ ظاهرة احتضان كبار السنّ ضمن التركيبة العائليّة التقليديّة المتعدّدة الأجيال هي في طريقها إلى الانحسار في بلدان عدّة وبالأخص في لبنان وتونس. ففي لبنان، يُقدّر عدد كبار السن الذين يعيشون بمفردهم بـ 12 بالمائة مع العلم أنَّ النساء نسبياً هنَّ أكثر عرضةً للعيش بمفردهنَّ من الرجال[25].

25 Rania Tohme and others, “Socioeconomic resources and living arrangements of older adults in Lebanon: who chooses to live alone?” *Ageing and Society*, vol. 31, No. 1 (January 2011), pp. 1-17.

قد تخفّ هذه الظاهرة في دول الخليج حيث لا تزال معدلات الخصوبة مرتفعة نسبياً وعمدت الحكومات إلى تعزيز السياسات والبرامج التي تحفّز كبار السنّ على البقاء بين أحضان أسرهم القريبة أو البعيدة.

الإطار 4- بقاء المسنّ ضمن محيطه: مبادرات ملهِمة من تونس

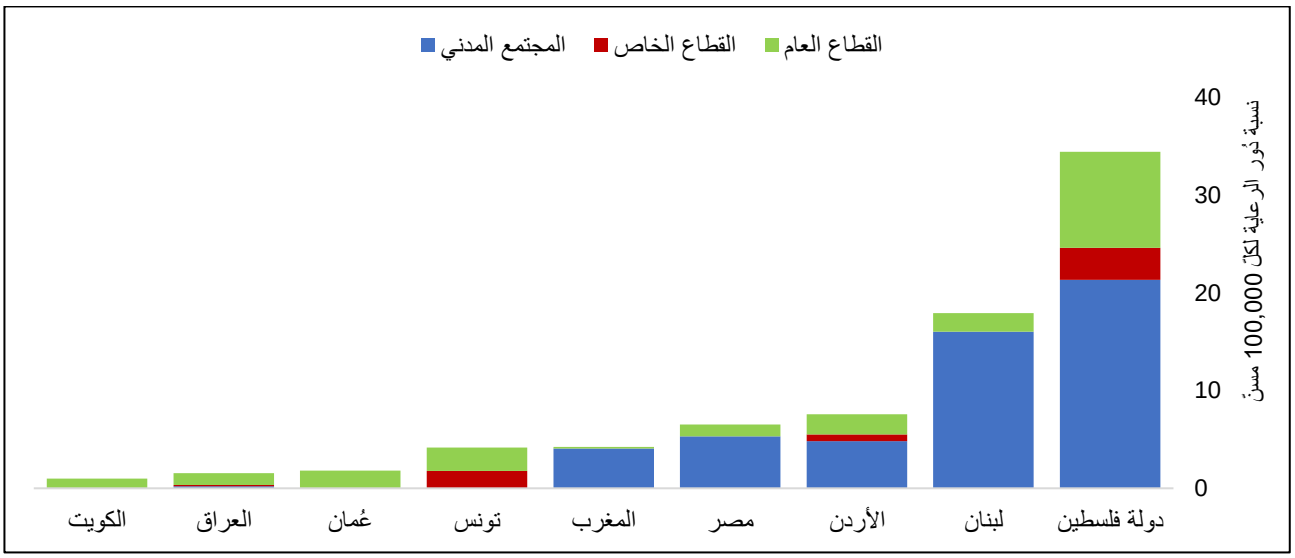
تتضمّن السياسات التونسية حول الشيخوخة أحد أبرز المبادئ المنصوص عليها في خطة عمل مدريد الدوليّة لعام 2002 بشأن الشيخوخة، ألا وهو بقاء المسنّ ضمن محيطه. فمنذ العام 1994 والقانون المتعلق بحماية المسنين يشدّد على الدور الرئيسي للأسرة وواجب الدولة والمجتمع في توفير الرعاية والحماية لهم. ويُعتمَد خيار إيداع المسنّ في دار الرعاية كحلّ أخير إذا تعذّر إيجاد قنوات أخرى لحمايته بين أحضان أسرته والمحيط الأقرب إليه.

وضعت الحكومة التونسية برامج عدّة قيد التنفيذ لضمان بقاء كبار السن، حيثما أمكن، بين أفراد أسرتهم وضمن البيئة المحيطة بهم مباشرة. وتشمل تلك البرامج:

- استحداث وحدات متنقلة لتزويدهم بالخدمات الصحّية والاجتماعيّة في منازلهم؛
- توفير أندية الرعاية النهاريّة التي تمكّن كبار السنّ من التلاقي ونسج العلاقات الاجتماعيّة؛
- إعداد سجل وطني بمهارات كبار السنّ وكفاءاتهم يوفّر إمكانية الاستفادة من خبراتهم وإشراكهم في جهود التنمية.

لعلّ أبرز هذه البرامج يتمثّل ببرنامج الأسرة البديلة الذي يتيح للأسر الراغبة أن تستضيف لديها أشخاصاً متقدمين في السنّ لقاء بدل شهري متواضع قدره 150 ديناراً (ما يعادل 60 دولاراً أميركياً) تتقاضاه من الحكومة. يهدف هذا البرنامج إلى توفير ظروف عيش وبيئة أسريّة مرحِّبة بهم وتأمين الراحة النفسية والعاطفية لهم على الدوام وتعزيز العلاقات بين الأجيال. يخضع تطبيق البرنامج إلى مبادئ توجيهيّة ومعايير يتعيّن على الأسرة وكبير السنّ استيفاءها تبعاً للتقييمات التي تجريها الإدارات الجهوية لدى وزارة الشؤون الاجتماعية.

الشكل 8- أنواع وأعداد دُور الرعاية لكلّ 100,000 من كبار السن ما فوق 60 عاماً



المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

استدعت التغيّرات الطارئة على تركيبة الأسرة التقليدية بروز دُور المسنين الضرورية لتوفير الخدمات الصحيّة والرفاه لكبار السنّ، والسماح لهم بحياة كريمة في نهاية عمرهم. أمّا النسبة الأكبر من تلك المؤسسات لكلّ 100,000 شخص تجاوز 60 عاماً فتنتشر في دولة فلسطين (34 لكلّ 100,000 شخص) ولبنان

(18 لكلّ 100,000) (الشكل 8)، فيما تتراوح نسبتها في دول أخرى بين مؤسستين و8 مؤسسات لكلّ 100,000 شخص بلغ الستين من العمر وما فوق. تحتضن مصر العدد الأكبر من تلك المؤسسات (حوالى 230)، لكنّ هذه الأخيرة لا تشكّل إلاّ نحو 5 مؤسسات لكلّ 100,000 شخص بلغ أو تجاوز 60 عاماً.

إلى جانب مشكلة توافر دُور رعاية المسنين، فهي تواجه مشكلتين أساسيتين تتمثّلان بمدى إمكانية الدخول إليها والتزامها بمبادئ توجيهيّة لضمان صحّة المقيمين فيها ورفاههم. من حيث المبدأ، يسهل على كبار السن ذوي الدخل المتدنّي أو المحدود الالتحاق بدُور الرعاية التابعة للقطاع العام أو الخاضعة لإدارة منظّمات المجتمع المدني. ففي مصر والأردن ولبنان والمغرب، تتولّى إدارة دور المسنين إلى حدّ كبير منظّمات المجتمع المدني التي تحظى بدعمٍ من الحكومة فيما تنتشر المؤسّسات التابعة ملكيّتها وإدارتها للقطاع العام بشكل متزايد في العراق وعُمان وتونس حيث تغطّي الحكومات مصاريفها بنسبة 90 إلى 100 بالمائة. وتفيد المعلومات أنّ الإعانات الحكومية عندما تتوافر بدل التغطية الكاملة إنما تُخصّص للأشخاص الذين لا يتحمّلون نفقات الإقامة في دور المسنين. تتنامى المؤسسات التابعة للقطاع العام والعائدة ملكيتها لمنظمات المجتمع المدني على السواء استثنائياً في دولة فلسطين (الشكل 8)، فيما اقتصر الحديث عن وفرة مؤسسات الرعاية الخاصة على قلّة من الدول الأعضاء المشمولة بالمراجعة.

يفتقر نصف تلك البلدان تقريباً إلى المبادئ التوجيهيّة والتشريعات التي تغطّي خدمات الرعاية في المؤسسات الرعائية، إلاّ في الأردن والمغرب حيث تفيد التقارير عن تطبيق معايير تنظيميّة منذ العام 2012؛ في لبنان ودولة فسلطين، تمّ وضع بعض المعايير لكنها لم تُطبّق بعد، علماً أنّ لبنان وضع المعايير التي ترعى عمل مؤسّسات الرعاية وفق متطلبات الواقع المحلي، على أن يجري تطبيقها لاحقاً على مراحل (الإطار 5). وفيما ألمحت الكويت وعُمان إلى وجود مثل تلك المعايير لديها، انكبّت دولٌ مثل العراق والسودان وتونس على إعدادها. أخيراً، تُنظّم في مصر دورات تدريبيّة منتظمة لمقدّمي الرعاية في دُور المسنين، لضمان توفير الرعاية المناسبة.

الإطار 5- تحديد معايير دُور الرعاية في لبنان: نهج منطلق من القاعدة

أنشئت الهيئة الوطنية الدائمة لرعاية شؤون المسنين في لبنان بناءً على توصيات صادرة عن المؤتمر الدولي الأول الذي انعقد في فيينا حول الشيخوخة. وتضمّ تلك الهيئة التي تعمل برئاسة وزير الشؤون الاجتماعية ممثلين عن وزارات أخرى ومنظمات المجتمع المدني.

انكبّت الهيئة، بتمويلٍ من صندوق الأمم المتحدة للسكان، على تحديد المعايير القابلة للقياس لعمل دُور الرعاية وخدمات الرعاية في لبنان، كي تُعتَمَد كمبادئ توجيهية لضمان جودة الخدمات المقدّمة. وجاءت هذه المبادرة ردّاً على النتائج التي خلُصت إليها دراسة ميدانية جرت عام 2008 حول دُور الرعاية في لبنان سعياً إلى دعم حقوق كبار السن. فوُضِعت المعايير بناءً على دراسات مستفيضة ومشاورات ونقاشات لمجموعات تركيز ومقابلات مع مجموعة خبراء ضمّت مقدّمي الخدمات وصنّاع السياسات وأكاديميين وبعض كبار السنّ أنفسهم. واستمدّت المبادئ التوجيهية أيضاً بعض موادها من مراجعات مكتبية وتمّت مقارنتها بمعايير دولية قبل أن توضع موضع اختبار ضمن مؤسّسات خضعت لورش عمل تدريبيّة حول جودة الرعاية. وخرجت الوثيقة النهائيّة بجملة معايير قابلة للقياس حول 10 مواضيع مختلفة نذكر منها الموارد البشرية ومكافحة الأمراض المعدية وإدارة البيانات وخدمات الرعاية النهاريّة.

جرى تكييف المعايير وفق متطلبات الواقع اللبناني، وستُطبّق على مراحل في إطار خطة طويلة الأمد غايتها الارتقاء بمستوى الخدمة في دُور رعاية المسنين. لا شكّ أنّ إسهام رؤساء تلك المؤسسات في وضع المعايير المذكورة يضمن مسؤوليتها والالتزام الراسخ بتطبيقها.

باء- حماية كبار السنّ من الإهمال والعنف وسوء المعاملة

إنّ موضوع عُزلة كبار السن وتعرّضهم لسوء المعاملة والعنف، إن في المجتمع بشكل عام أو في مراكز الرعاية المؤسسية، يشكّل مصدر قلق محتمل في دول المنطقة، رغم قلّة البحوث حوله. تشير البيانات المستمدّة من المشروع العربي لصحة الأسرة في العام 2008 إلى شيوع ظاهرة سوء المعاملة بين كبار السنّ بمعدل 1.2 بالمائة في لبنان و5.1 بالمائة في دولة فلسطين. كذلك ذكرت دراسة أجريت حديثاً في مجتمع ريفي مصري انتشار الإهمال بمعدل 42.4 بالمائة، والإساءة الجسدية بمعدل 5.7 بالمائة، والإساءة المالية بمعدل 3.8 بالمائة، مع احتمال تعرّض النساء أكثر من الرجال لتلك الممارسات[26].

من بين البلدان المشمولة بالمراجعة، أفاد العراق بانتشار ممارسات الإهمال والإساءة بمعدل 16.9 بالمائة بين الأشخاص الذين بلغوا 60 عاماً وما فوق. في المغرب، سُجِّلت 808 حالات عنف في العام 2013، و837 حالة في العام 2014، إضافةً إلى 24 حالة من العنف الجنسي ضدّ نساء تتراوح أعمارهن بين 60 و64 سنة في العام 2014. في الأردن، أفادت المعلومات بتلقّي 787 شكوى من العنف اللفظي و/أو الجسدي في العام 2016. وهنا، قلّما تُحال الشكاوى إلى جهاز قضائي رسمي، بل غالباً ما يتمّ البتّ فيها محلياً عن طريق التعهّد لصاحب الشكوى بعدم تعرّضه مجدداً لسوء المعاملة أو العنف. لكنّ عدم التوافق على تحديد مفهوم الإساءة إلى الأشخاص ومتفرعاتها الأساسية (النفسية والجسدية والجنسية والمالية وصولاً إلى الإهمال)، وطريقة قياسها، يفضي إلى تباينات هائلة بين معدلات الانتشار المُبلَّغ عنها. عالمياً، تتراوح الأرقام بين 2.6 بالمائة في المملكة المتحدة و29.3 بالمائة في إسبانيا[27].

تخصّ المجتمعات العربية المسنّ باحترام عميق، وتقيم وزناً للواجب الاجتماعي والديني الذي يقضي بتوفير الحماية الكافية له ضدّ أشكال الإهمال والإساءة والعنف كافة. لذلك، تبقى حالات سوء معاملتهم عند وقوعها طيّ الكتمان لا سيما أنّ الأسر غالباً ما تحاول التستّر عليها. لكنّ الإخفاق في ملاحقة مرتكبي تلك الحالات قانونياً يثني كبار السنّ عن التبليغ عن أيّ أعمال عنف يتعرّضون لها ويؤدّي إلى الاستخفاف بهذه المشكلة.

لم يشِر أيّ بلد من البلدان المشمولة بالمراجعة الإقليميّة لعام 2017 إلى أيّ تدابير متخذة خصّيصاً للكشف عن تلك الممارسات المرتكَبة بحقّهم. ففي العراق وعُمان، يتمّ الإبلاغ بشكل عام عن العنف من قبل المسنّ شخصياً والمجتمع المدني والإعلام. وفي تونس، يوضع خط ساخن مجاني للمساعدة في تصرّف النساء، يشرف عليه فريق متخصص يقتصر دوره على الاستماع لهن وتوجيههن. في المغرب ودولة فلسطين، يتمّ الإبلاغ عن ممارسات العنف ورصدها من خلال أفراد الأسرة أو البرامج المعنيّة بحماية المرأة. من الأمثلة على ذلك، نذكر نظام المعلومات المؤسسي المغربي للتبليغ عن العنف ضد المرأة، والمرصد الوطني في مديرية المرأة التابعة لوزارة التنمية الاجتماعية. أمّا في دولة فلسطين فتُنفّذ برامج حماية الأسرة تحت إشراف الحكومة ومنظمات المجتمع المدني، فيما تُطبّق إجراءات الكشف عن العنف في عُمان والسودان وفق آليات وطنية متخصصة وعلى يد الشرطة.

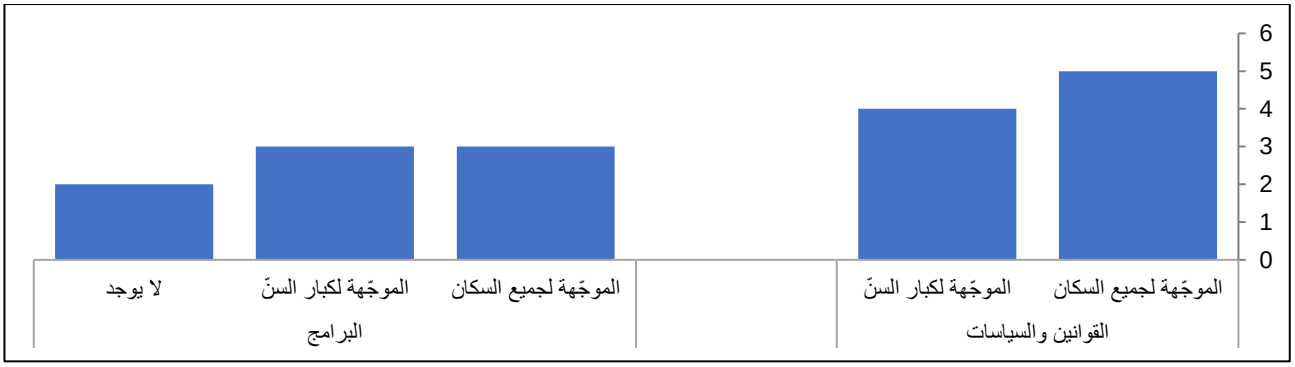
جاءت الاستجابة لمشكلة إهمال كبار السن وسوء معاملتهم من خلال السياسات والبرامج المستهدفة بطيئةً في الدول الأعضاء في الإسكوا، مقارنةً لها بالبلدان الغربية. ويتمّ معالجة هذه المشكلة من خلال خطط العمل الوطنية للشيخوخة في الكويت وتونس، وتعميمها ضمن الخطط القطاعيّة أو السياسات أو البرامج الأوسع نطاقاً في الأردن ولبنان والمغرب وعُمان.

---

26 Abdel Rahman T. Tomader and Maha M. El Gaafary, “Elder mistreatment in a rural area in Egypt”, *Geriatric Gerontology International*, vol. 12, No. 3 (July 2012), pp. 532-537.

27 Yongjie Yon and others. “Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis”. *The* Lancet: Global Health, vol. 5, No. 2 (February 2017), e147-156.

الشكل 9- بلدان ذات سياسات وبرامج متعلقة بالإهمال والعنف وسوء المعاملة



المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002 (راجع المرفق).

في معظم الدول الأعضاء، تندرج السياسات التي تتناول مشكلة العنف ضد المرأة ضمن قوانين حماية الأسرة والأحوال الشخصية التي تصبّ في مصلحة الفئات العمرية كلها. فقد لوحِظ ورود نصوص قانونية خاصة بكبار السنّ في الفصلين 218 و319 من القانون الجزائي التونسي التي تجرّم ممارسات العنف المرتكَبة ضدّ كبار السنّ، والمادة 45 من الدستور السوداني، والقانون رقم 18 بشأن الرعاية الاجتماعية لكبار السن في الكويت. كما ينصّ الفصل الثاني من قانون العقوبات العراقي على العقوبات التي تلحق بكلّ من يعرّض كبار السنّ للخطر (الشكل 9).

تتنوّع البرامج التي تتصدّى لممارسات الإهمال والإساءة والعنف المرتكبّة بحق كبار السنّ، لتتخذ شكل حملات توعية في الكويت، وخدمات استشارية يقدّمها المركز الوطني للبحوث والدراسات الاجتماعية للأفراد والأسر في العراق فيعطي الأختصاصيون الاجتماعيّون التوجيه اللازم لأسرة المسنّ المُعتدى عليه؛ في الحالات التي يتعذّر فيها التوصّل إلى حلّ، قد يرتأون إحالة الضحية إلى دار رعاية لتلقّي العناية المناسبة. تطرح دولة فلسطين من جهتها برامج تنطوي على حملات توعية، واستشارات قانونية وخدمات الإرشاد الفردية والاجتماعية والرعاية داخل المؤسسات المعنيّة.

جيم- كبار السنّ في حالات الطوارئ[28]

في السنوات الأخيرة، اجتاحت منطقةَ غربي آسيا موجةٌ من الحروب والصراعات وانعدام الاستقرار أدّت إلى بروز حركات اجتماعية ضخمة وانتشار ظاهرة النازحين داخلياً واللاجئين وطالت عدداً كبيراً من كبار السنّ. فتسبّبت تلك الأزمات بإضعاف كبار السنّ أكثر فأكثر، باعتبار أنّ أوجه القصور البسيطة التي لا تؤثّر عادةً على حياتهم اليومية قد تتفاقم لتتحوّل إلى معوقات كبيرة في ظلّ عدم الاستقرار. رغم ذلك، أُهمِلت إلى حدّ كبير مختلف احتياجات كبار السنّ وقدرتهم على المساهمة في حالات الطوارئ في البرامج المطروحة للحدّ من مخاطر الكوارث والمساعدات الإنسانية. كما أنَّ هناك ندرة من المنشورات التي تعاين أوضاع كبار السن في حالات الطوارئ أو تدرس عواقب الصراعات المسلّحة وفقدان مقتنياتهم وموجات النزوح على صحتهم ورفاههم الاجتماعي[29].

28 رغم تناول موضوع كبار السنّ في حالات الطوارئ تحت عنوان الشيخوخة والتنمية في خطة عمل مدريد، ضمن هذا التقرير، نعود ونتطرّق إليه في هذه الفقرة نظراً لأهميته بالنسبة إلى إرساء بيئة تمكينية وداعمة.

29 Sibai and others, “Landscape of research”.

كشفت دراسة حديثة أنّ 93 فقط من أصل 1,912 مشروعاً للمساعدة الإنسانية تتعاطى بوضوح مع تلك الفئة على أنها من الفئات الضعيفة[30]. فعدا عن توفير التدريب لتقديم الإسعافات الأولية لكبار السنّ، يُؤخَذ على السياسات والبرامج الوطنية المتعلقة بالخدمات المقدّمة في حالات الطوارئ في عدة دول أعضاء (مصر والعراق والأردن ولبنان والمغرب والسودان) أنها قد أهملت استهداف كبار السن بشكل واضح كفئةٍ من السكان الضعفاء الذين يحتاجون إلى رعاية ملائمة لأوضاعهم. من هنا، حرصت الندوة التي نظّمها مركز الدراسات لكبار السنّ في لبنان عام 2013 حول كبار السنّ على لفت انتباه الجهات الفاعلة في مجال الإغاثة إلى كبار السن اللاجئين كفئة ضعيفة تحتاج إلى عناية خاصة وعناصر فاعلة على السواء في حالات الطوارئ. وأُرفقت الندوة بورقة عمل موجزة موجّهة خصيصاً لفريق العمل الميداني في مجال الإغاثة.

لعلّ خدمات الطوارئ الأشدّ أهمية هي التي تستهدف شريحة واسعة من كبار السنّ النازحين واللاجئين في عدة دول أعضاء في الإسكوا. ففي لبنان، حيث يشكّل اللاجئون ما يقارب 30 بالمائة من عدد السكان، تنعدم البرامج المخصصة لرفاه كبار السنّ رغم قيام المنظمات الإنسانية والمنظمات غير الحكومية بتوفير الخدمات للاجئين، ما يجعل الغالبية العظمى من اللاجئين السوريين تعتمد بالكامل على المساعدة الإنسانية التي تتلقّاها لسدّ احتياجاتها الطبية وغير الطبية. في العراق والأردن والمغرب، لا تطال البرامج التي تقدّم العون والدعم للاجئين فئة كبار السنّ تحديداً. يفيد السودان وحده بوجود برامج وخدمات موجّهة خصيصاً لكبار السن اللاجئين المسنين، وتسعى الوزارات والمنظّمات غير الحكوميّة المحليّة والدوليّة من خلالها إلى سدّ احتياجاتهم الغذائيّة والطبيّة، مع الإشارة إلى أنّ الجهود المذكورة تشمل أيضاً تلك التي تقوم بها هيئة الصليب الأحمر في السودان.

بالإجمال، لا تراعي سُبل الاستجابة لحالات الطوارئ الاحتياجات الخاصة لدى كبار السنّ، لأنّ فرضيّة أنّ البرامج التي تستهدف عموم المواطنين تصبّ في مصلحتهم أيضاً ليست بالضرورة دقيقة. هذا فضلاً عن أنّ إدراج القضايا التي تشغلهم ضمن خطط العمل العامّة لا يضمن لهم الحصول على الاهتمام الواجب أثناء حالات الطوارئ وفي الفترات اللاحقة. لذلك، يتعيّن على الحكومات والجهات المعنية بطرح الخطط وسُبل الاستجابة ذات الصلة أن تحدّد الإجراءات المراعية لكبار السن وتدرجها ضمن خطط التأهّب لتلك الحالات والاستجابة لها ومعالجتها.

دال- الخطوات المقبلة

1- الاستنتاجات الرئيسية

- أفادت بعض البلدان ذات الشيخوخة المتوسّطة الوتيرة، كالأردن وعُمان، بإيلاء مزيدٍ من الاهتمام لقيام مدن مراعية لكبار السن من خلال تسهيل وصولهم إلى المباني العامة؛
- تنتشر الأندية المخصّصة لكبار السنّ بشكل متزايد، وإن كانت محدودة النطاق، في معظم البلدان؛
- قامت عدّة بلدان، بما فيها الأردن والمغرب وعُمان ودولة فلسطين وتونس، بزيادة عدد البرامج الهادفة إلى إبقاء المسنّ ضمن محيطه وتقديم الرعاية المنزلية له، ولكنها تبدو محدودة النطاق والانتشار؛

30 HelpAge International and Handicap International, *Gaps in the Humanitarian Response to the Syrian Crisis for Persons with Disabilities and Older People*, 14 May-8 July 2013 (London and Lyon).

- تُفيد المعلومات بأنّ منظّمات المجتمع المدني تضطلع بدور أكبر في مجال توفير الخدمات والبرامج التي تعزّز قدرات البيئة الداعمة؛
- رغم تزايد عدد دُور رعاية المسنّين في المنطقة، قلّما تُراعى المبادئ التوجيهيّة والمعايير الموحّدة المتعلّقة بسلامتهم ورفاههم في تلك المؤسسات؛
- لا تزال السياسات التي تحمي كبار السنّ خصيصاً من الإهمال والعنف وسوء المعاملة شحيحة في المنطقة؛
- يستمرّ إغفال الاحتياجات الخاصة لدى كبار السنّ في حالات الطوارئ والحروب والصراعات.

2- العوائق والتسهيلات والفرص ومدى ارتباطها بأهداف التنمية المستدامة

في بعض الدول الأعضاء في الإسكوا، لا تزال الأسر الكبيرة المتعددة الأجيال تشكّل حصناً منيعاً في وجه حالات انعدام الأمن والفقر والإهمال وسوء المعاملة التي يتعرّض لها كبار السنّ، فيما تسود في دول أخرى ثقافة الاعتناء بكبار السنّ ضمن نواة الأسرة. لكنّ تلك الترتيبات تحتاج إلى الدعم. فمنذ العام 2012، عملت عدة دول أعضاء بالتنسيق مع منظمات المجتمع المدني على توفير برامج الرعاية المنزلية، والخدمات الترفيهية لمقدّمي الرعاية، ودُور الرعاية للمسنين، إلى جانب إرساء بيئة داعمة عموماً لتسهيل بقاء المسنّ ضمن محيطه. لكنّ تلك الأنشطة كلها لا تزال محدودة النطاق، وتحتاج إلى مزيدٍ من الاستثمارات من أجل تلبية أهداف جعل المدن شاملة للجميع وآمنة وقادرة على الصمود ومستدامة (الهدف 11)، وتشجيع وجود المجتمعات السلميّة الشاملة للجميع تحقيقاً للتنمية المستدامة (الهدف 16)[31]. ينبغي أن تركّز تلك الاستثمارات على توفير المساكن والخدمات الأساسيّة (المقصد 11-1)، وإمكانيّة استخدام وسائل النقل (المقصد 11-2)، والإغاثة عند وقوع الكوارث (المقصد 11-5)، والاستفادة من الأماكن العامة (المقصد 11-7)، والحدّ من العنف (المقصد 16-1)، وتعزيز سيادة القانون وضمان تكافؤ فرص لجوء الجميع إلى القضاء (المقصد 16-3). إضافةً إلى ذلك، لا تزال سُبل الحماية من الإهمال والعنف وسوء المعاملة ومن تداعيات الصراعات والحروب والأزمات نادرة في المنطقة، ما يستدعي من الدول الأعضاء أن تبدّد العقبات الناشئة مثلاً عن نقص القدرات الماليّة والبشريّة، وعدم وجود رغبة سياسيّة بتنفيذ البرامج الوطنيّة التي تعالج تلك المشاكل.

3- إجراءات مقترحة ذات أولويّة

- تعميم الجهود الرامية إلى إقامة مدن مراعية لكبار السن في كلّ أنحاء المنطقة، لا سيما في البلدان ذات الشيخوخة السريعة؛
- ضمان انضمام كبار السنّ إلى مراكز مجتمعيّة، وأندية نهاريّة، ودُور رعاية آمنة تهتمّ بصحّتهم؛
- الاستمرار في مساعدة المجتمع المدني على صعيد توفير الخدمات والبرامج المناسبة لكبار السنّ؛
- الإسراع في طرح السياسات والبرامج اللازمة، من أجل حماية كبار السنّ من العنف والإهمال وسوء المعاملة وضمان تلبية احتياجاتهم عند الاستجابة لحالات الطوارئ.

31 يمكن الاطّلاع على قائمة أهداف التنمية المستدامة في المرفق.

سادساً- التوصيّات

يقيّم هذا التقرير الخطوات التي اتّخذتها الدول الأعضاء في الإسكوا لتنفيذ خطّة عمل مدريد الدوليّة للشيخوخة لعام 2002، والقضايا الناشئة عنها على مدى السنوات الخمس الماضية. مع أنّ هذه الصورة العامة ليست شاملة على الإطلاق، سيوضع التقرير في متناول جمهور من مختلف الأطياف يضمّ صنّاع السياسات وواضعي الخطط ومقدّمي الخدمات والباحثين وهيئات المجتمع المدني ومجموعات المناصَرة، بهدف مراجعة الإجراءات والسياسات والبرامج المعمول بها حالياً، والاسترشاد بالأمثلة التي يقدّمها حول الممارسات السليمة والمبادرات التي أثبتت نجاحها في بلدان معيّنة.

تنطلق التوصيات الواردة أدناه من فرضيتين أساسيتين. أولاً، إنّ طرح مسألة شيخوخة السكان في صلب أولويات الأجندات الوطنية والإقليمية يشكّل ممراً أساسياً للنفاذ إلى تحقيق أهداف خطة التنمية المستدامة لعام 2030. ولهذه الغاية بالذات، يُعتبَر الإطار المشترك الذي تتقاطع عنده أوضاع الواقع الإقليمي مع الأهداف المحدّدة في خطة عمل مدريد وأهداف التنمية المستدامة، أداةً ضروريةً لرسم السياسات والبرامج المستقبليّة المتعلّقة بالشيخوخة. ثانياً، رغم التوصيف الذي أطلقه هذا التقرير على ظاهرة الشيخوخة في الدول الأعضاء محدّداً وتيرتها بين بطيئة ومتوسطة وسريعة، لا يجوز أن تُترجَم خطواتها البطيئة أو المتوسطة بتباطؤ أو تمهّل في اتخاذ الإجراءات، بل يتعيّن على كافة الدول استباق التحديات الناشئة عن شيخوخة السكان، والتأهّب لمواجهة المستجدات الطارئة على الواقع الديمغرافي، أيّاً كانت وتيرة الشيخوخة.

رسم خريطة تنفيذ أجندة الشيخوخة ورصدها بدقة: إنّ تنفيذ بنود تلك الأجندة في المنطقة العربية بنجاح يتوقف على تحديد السياسات والبرامج والإشراف عليها ورصدها وتقييمها بكلّ دقة، كما يعتمد على طرح سياسات وحلول قوامها حقوق الإنسان ودافعها سدّ الاحتياجات تنطبق على سياق معيّن. هذا فضلاً عن أنّ الجهود المتضافرة لرسم خريطة تنفيذها تبقى مرهونةً باعتماد مصطلحات وتعريفات إقليمية موحّدة. لكنّ العائق الأبرز الذي حال دون المضي قدماً بتطبيق الأجندة كان التباعد الملحوظ بين السياسات التي تنتهجها المؤسسات وآليات تطبيقها على أرض الواقع، فضلاً عن نقص السياسات الذي لا يزال مصدر قلق دائم؛ من هنا ضرورة أن يشكّل نطاق تطبيق البرامج (المرتكزة على السياسات) مؤشّراً رئيسياً في الخرائط الإقليمية المستقبلية، مع إمكانية أن تشمل التدابير تفاصيل محددة عن البرامج، كحجم عملياتها (عدد الموظفين وضخامة الميزانية)، وتوسع انتشارها (عدد المستفيدين وفئاتهم ومدى تنفيذها على المستوى الوطني)، ونتائج رصدها (مدى نجاح تنفيذها والتسهيلات اوالعوائق). من الضروري أيضاً إشراك منظمات المجتمع المدني كشريك أساسي في جهود رسم الخرائط. من شأن قياس التباعد القائم بين السياسات والممارسات أن يسهم في تركيز الجهود الإقليمية الرامية إلى تحسين صحة كبار السنّ ورفاههم ومستواهم المعيشي. وبالتالي، فإنّ أهداف خطة التنمية المستدامة لعام 2030 تدفعنا إلى تجديد نظرتنا إلى مقاييس التقدّم التي نعتمدها، باستخدام بعض مؤشّرات خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة وإثرائها بمؤشرات أخرى أيضاً، لتقييم الإنجازات بشكل أفضل وضمان العيش الكريم لكبار السنّ.

تضافر جهود الجهات الفاعلة من داخل الدولة وخارجها/وتمكينها: تقوم منظمات المجتمع المدني بدور رئيسي على صعيد تقديم الخدمات الاجتماعية والصحية لكبار السنّ، في ظلّ تراجع القطاع الخاص عن تحمّل جزء كبير من هذه المسؤولية. لكن، ينبغي تعزيز التنسيق بين الجهات الفاعلة التابعة للدولة وغير التابعة لها، وتضافر الجهود الحكومية وغير الحكومية لضمان حصول كبار السنّ على خدمات اجتماعية ميسّرة وبكلفة مقبولة فضلاً عن التغطية الصحيّة. كذلك يتطلّب تنفيذ السياسات وخطط العمل المتعلقة بالشيخوخة بنجاح إدراج قضايا الشيخوخة ضمن السياسات القطاعية، وتنسيق الجهود مع سياسات التنمية وخطط العمل الأخرى. وتضطلع اللجان الوطنية لكبار السنّ التي أنشأتها عدة دول أعضاء من جهتها بدور محوري، بصفتها تركيبة ائتلافية هدفها التنسيق بين الجهات الفاعلة الحكوميّة وغير الحكوميّة.

توفير رعاية صحيّة شاملة ملائمة لكبار السن استجابةً لظاهرة شيخوخة السكّان: تشكّل الأمراض المزمنة وشيخوخة السكان تحدياً بالنسبة إلى نُظُم الرعاية الصحيّة في معظم بلدان المنطقة، لا سيما البلدان ذات الموارد المحدودة، وتؤكّد مدى الحاجة إلى إقرار إصلاحات. لكن، يمكن التغلّب على هذا التحدي باعتماد نموذج كامل متكامل يقضي بإدراج الرعاية المركّزة على المريض ضمن خدمات الرعاية الصحيّة الأوليّة، وبدعم تنسيق حالات الإحالة إلى جهات الرعاية المتخصصة والمتابعة[32]. في النهاية، تستدعي الرعاية الصحيّة المراعية لكبار السن تدريب أطباء الرعاية الأولية على ممارسة طبّ الشيخوخة لتلبية احتياجاتهمّ، وإدراج برامج علم الشيخوخة في كلّ جوانب تقديم خدمات الرعاية الصحيّة لضمان رفاههم.

ضمان حماية كبار السنّ من الإهمال والعنف وسوء المعاملة: إنها مسألة ذات أولوية لكنها مهمَلة، ولها تَبِعات فادحة. لم تكن البيانات والبحوث المتوافرة حولها كافية، شأنها شأن سُبُل الحماية من الإهمال والعنف وسوء المعاملة المنصوص عليها في البرامج الحكوميّة والدوليّة. تخصّ المجتمعات العربيّة كبار السنّ باحترام عميق، لكنّ هذا الاحترام بات مهدّداً بسبب كثرة الضغوط على الأسرة وجيل الشباب. كذلك تزداد فئة كبار السنّ ضعفاً بفعل الحروب والصراعات وما عداها من عوامل تتسبّب بعدم الاستقرار وحالات طوارئ. لذلك، يجب أن ينطلق كل التزام بتوفير حياة كريمة لهم من ضمان حصولهم على الحماية الاجتماعية والاقتصادية والقانونية الكافية من الإهمال والعنف وسوء المعاملة.

إرساء بنية تحتية للبحوث مراعية لكبار السنّ: تعتمد قدرة الدول على إعداد سياسات وبرامج مستندة إلى أدلة ثابتة على متانة البحوث المراعية لكبار السنّ. إلا أنّ البيانات المتعلقة بالجوانب الاجتماعيّة والاقتصاديّة والصحيّة لشيخوخة السكان لا تزال شحيحة في الدول الأعضاء في الإسكوا، ما يستدعي إنشاء قاعدة بيانات فعّالة، محدّثة ومصنّفة بحسب النوع الاجتماعي للسكان وأعمارهم وجنسياتهم، لمواكبة التغيّرات الديمغرافية والاجتماعيّة والاقتصاديّة والصحيّة التي تشهدها المنطقة. ينبغي أيضاً زيادة الوعي لدى الجهات المموِّلة حيال قضايا الشيخوخة إلى جانب إنشاء معاهد البحوث المعنيّة بهذا الشأن لتوجيه السياسات والبرامج وتأمين التمويل لها، فضلاً عن القيام بجهود متضافرة على مستوى البحوث مع ما تستوجبه من مواءمة بين الأساليب والمصطلحات والمجالات ذات الأولوية.

تنسيق الاستجابة الإقليمية ودون الإقليمية لتسارع وتيرة شيخوخة السكان: تتميّز الدول الأعضاء في الإسكوا بوتيرة شيخوخة متفاوتة واختلاف الممارسات الاجتماعيّة والثقافيّة والسياسيّة والاقتصاديّة السائدة فيها. فيُلاحَظ تنامي ظاهرة الشيخوخة في بعض البلدان وهي ليست غنية، وفي بلدان أخرى ترتقي في سلّم الغنى، وكذلك في بلدان فقيرة الموارد لا تزال في أولى مراحل تحولاتها الديمغرافية ولكن تقلقها التحديات المرتبطة بظاهرة الشيخوخة. لا يجوز أن تُترجم وتيرة الشيخوخة البطيئة أو المتوسطة بوتيرة بطيئة أو متوسطة على مستوى اتخاذ الإجراءات، بل ينبغي بذل جهود إقليمية لحثّ كافة الدول الأعضاء على استباق التحديات الناشئة عن شيخوخة السكان والاستعداد لمواجهة المستجدات الطارئة على الواقع الديمغرافي. تشير التوقعات إلى أنّ شيخوخة السكان ستتحوّل إلى مشكلة إقليمية في السنوات المقبلة، مع وجود أدلة تثبت أنّ مسنّ اليوم ينعم بصحة أفضل من سابقه. بالتالي، تتطلّب معالجة تلك المشكلة أن تتصدّى لها مختلف بلدان المنطقة بالطرق المناسبة على المستوى الإقليمي أو دون الإقليمي بحيث يفضي تنسيق الخطوات الإقليميّة والتعاون بين البلدان إلى تعزيز الحوار وتبادل المعارف والتجارب الناجحة والفاشلة في ما بينها. قد تساعد وسائل الاستجابة الإقليمية في ادخار الموارد وتحسين أوضاع كبار السن الصحيّة والاجتماعيّة والقانونيّة، مع ما تقتضيه من تحديد الأولويات، وتنسيق جهود جمع البيانات وإجراء البحوث وسواها من الأنشطة، ومجابهة المواقف المتصلبة، والاستفادة من أفضل الممارسات والتجارب المماثلة التي اختبرتها بلدان أخرى.

---

32 Abla M Sibai and others, “The older Arab – from veneration to vulnerability?” in *Public Health in the Arab World*, S. Jabbour and others, eds. (Cambridge University Press, United Kingdom, 2012), ISBN: 978-0-521-51674-7, pp. 264-275.

المرفق

الروابط القائمة بين إطارَيْ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة وأهداف التنمية المستدامة

خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2002)		أهداف التنمية المستدامة (2017)	
التوجه الأول ذو الأولوية	**كبار السنّ والتنمية**	**الهدف 1**	**القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان**
القضية 6	القضاء على الفقر	*1-2*	تخفيض نسبة الرجال والنساء والأطفال من جميع الأعمار الذين يعانون الفقر بجميع أبعاده، بمقدار النصف على الأقل بحلول عام 2030.
الهدف 1	خفض نسبة الفقر بين كبار السن	*3-1*	استحداث نُظم وتدابير من أجل حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها، وتحقيق تغطية صحية واسعة للفقراء والضعفاء بحلول عام 2030.
(أ)	خفض نسبة الأشخاص الذين يعيشون في فقر مدقع بمقدار النصف بحلول عام 2015.	*4-1*	ضمان تمتّع جميع الرجال والنساء، ولا سيما الفقراء والضعفاء منهم، بالحقوق نفسها في الحصول على الموارد الاقتصادية، وكذلك حصولهم على الخدمات الأساسية، وعلى حق ملكية الأراضي والتصرّف فيها وغيره من الحقوق المتعلّقة بأشكال الملكية الأخرى، وبالميراث، وبالحصول على الموارد الطبيعية، والتكنولوجيا الجديدة الملائمة، والخدمات المالية، بما في ذلك التمويل المتناهي الصغر، بحلول عام 2030.
(ب)	إدراج كبار السن في السياسات والبرامج لتحقيق هدف الحد من الفقر.		
(ج)	العمل على المساواة في استفادة كبار السن من فرص العمل وفرص توليد الدخل والائتمانات والوصول إلى الأسواق والأصول.		
(و)	تقديم الدعم للبرامج الابتكارية الرامية إلى تمكين كبار السن ولا سيما النساء منهم، بهدف زيادة إسهامهم في جهود التنمية الرامية إلى القضاء على الفقر واستفادتهم منها.		
التوجه الثاني ذو الأولوية	**توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة**	**الهدف 2**	**القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسّنة وتعزيز الزراعة المستدامة**
القضية 1	تعزيز الصحّة والرفاه مدى الحياة	*1-2*	القضاء على الجوع وضمان حصول الجميع، ولا سيما الفقراء والفئات الضعيفة، بمن فيهم الرضّع، على ما يكفيهم من الغذاء المأمون والمغذّي طوال العام بحلول عام 2030.
الهدف 3	توفير الغذاء والتغذية الملائمة لكبار السن كافة	*2-2*	الانتهاء من أشكال سوء التغذية كافة، بحلول عام 2030، بما في ذلك تحقيق الأهداف المتّفق عليها دولياً بشأن توقّف النمو والهزال لدى الأطفال دون سن الخامسة، ومعالجة الاحتياجات التغذوية للمراهقات والنساء الحوامل والمرضعات وكبار السن بحلول عام 2025.
(أ)	ضمان حصول كبار السن على الماء النقي والغذاء السليم على قدم المساواة مع الآخرين.		
(ب)	تحقيق الأمن الغذائي بتوفير إمدادات غذائية سليمة وكافية من الناحية التغذوية على كل من الصعيدين الوطني والدولي. والعمل، في هذا الصدد على ألاّ يستخدم الغذاء والدواء كوسيلتين لفرض ضغوط سياسية.		
التوجه الثاني ذو الأولوية	**توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة**	**الهدف 3**	**ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار**
القضية 1	تعزيز الصحة والرفاه مدى الحياة	*4-3*	تخفيض الوفيات المبكرة الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث من خلال الوقاية والعلاج وتعزيز الصحة والسلامة العقليتين بحلول عام 2030.
الهدف 1	الحد من الآثار المتراكمة للعوامل التي تزيد من احتمالات التعرّض للأمراض، والتحول من ثمّ إلى عالة على الآخرين في مرحلة الشيخوخة		

خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2002)		أهداف التنمية المستدامة (2017)	
القضية 2	توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وعلى قدم المساواة	*8-3*	تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيّدة والفعالة والميسورة التكلفة.
الهدف 2	تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية وتعزيزها لتلبية احتياجات كبار السن وتشجيع دمجهم في هذه العملية		
القضية 4	تدريب مقدمي الرعاية والمختصين في المجال الصحي	*3-ب*	دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية للأمراض المعدية وغير المعدية التي تتعرض لها البلدان النامية في المقام الأول، وتوفير إمكانية الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بأسعار معقولة... ولا سيما العمل من أجل إمكانية حصول الجميع على الأدوية.
القضية 5	احتياجات كبار السنّ في مجال الصحة العقلية		
الهدف 1	تطوير خدمات الرعاية الشاملة في مجال الصحة العقلية ابتداءً بالوقاية ووصولاً إلى العلاج المبكر، وتوفير الخدمات العلاجية وإدارة مشاكل الصحة العقلية لدى كبار السنّ	*3-ج*	زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها في البلدان النامية.
القضية 6	كبار السنّ من ذوي الإعاقة		
الهدف 1	المحافظة على الحد الأقصى من القدرات الوظيفية لكبار السنّ المعوّقين طوال حياتهم وتشجيعهم على المشاركة الكاملة في المجتمع		
التوجه الأول ذو الأولوية	**كبار السنّ والتنمية**	**الهدف 4**	**ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلّم مدى الحياة للجميع**
القضية 4	إمكانية الحصول على المعرفة والتعليم والتدريب	*4-4*	الزيادة بنسبة كبيرة في عدد الشباب والكبار الذين تتوافر لديهم المهارات المناسبة، بما في ذلك المهارات التقنية والمهنية، للعمل وشغل وظائف لائقة ولمباشرة الأعمال الحرة بحلول عام 2030.
الهدف 1	كفالة المساواة في الفرص مدى الحياة فيما يتعلق باستمرار التعليم والتدريب وإعادة التدريب، وكذلك التوجيه المهني وخدمات التنسيب	*5-4*	القضاء على التفاوت بين الجنسين في التعليم وضمان تكافؤ فرص الوصول إلى جميع مستويات التعليم والتدريب المهني للفئات الضعيفة، بما في ذلك للأشخاص ذوي الإعاقة والشعوب الأصلية والأطفال الذين يعيشون في ظل أوضاع هشة، بحلول عام 2030.
(أ)	تحقيق تحسّن بنسبة 50 في المائة في مستويات إلمام الكبار بالقراءة والكتابة بحلول عام 2015، وبوجه خاص بالنسبة للنساء، وكفالة إتاحة فرص الوصول على قدم المساواة إلى التعليم الأساسي والتعليم المستمر للكبار جميعاً.	*6-4*	ضمان أن تلمّ شريحة كبيرة وجميع الشباب من الكبار، رجالاً ونساء على حد سواء، بالقراءة والكتابة والحساب بحلول عام 2030.
(ب)	تشجيع الإلمام بمبادئ القراءة والكتابة ومعرفة الأرقام والعمليات الحسابية البسيطة والمهارات التكنولوجية لدى كبار السنّ والقوى العاملة المشاركة وتعزيز تحقيق هذه الأهداف، بما في ذلك توفير تدريب خاص في مجال الإلمام بالقراءة والكتابة واستخدام الحاسوب لكبار السنّ المعاقين.		
(ج)	تنفيذ سياسات تعزز فرص الوصول المستمر إلى التدريب وإعادة التدريب لكبار السنّ من العمال وتشجيعهم على مواصلة ما اكتسبوه من معارف ومهارات بعد التقاعد.		

خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2002)		أهداف التنمية المستدامة (2017)	
المادة 8	*نسلّم بضرورة تعميم مراعاة المنظور الجنساني في كل السياسات والبرامج لمراعاة احتياجات كبار السن من النساء والرجال وخبراتهم.*	**الهدف 5**	**تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات**
التوجه الثاني ذو الأولوية	**توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة**	*5-1*	القضاء على جميع أشكال التمييز ضد النساء والفتيات في كل مكان.
القضية 2	توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وعلى قدم المساواة	*5-أ*	القيام بإصلاحات لتخويل المرأة حقوقاً متساوية في الموارد الاقتصادية، وكذلك إمكانية حصولها على حق الملكية والتصرّف في الأراضي وغيرها من الممتلكات، وعلى الخدمات المالية، والميراث والموارد الطبيعية، وفقاً للقوانين الوطنية.
الهدف 1	إزالة أوجه التفاوت الاقتصادي والاجتماعي القائمة على أساس السن أو الجنس أو أي أسباب أخرى... لضمان استفادة جميع كبار السن من الرعاية الصحية على قدم المساواة مع الآخرين		
التوجه الثالث ذو الأولوية	**كفالة تهيئة بيئة تمكينية وداعمة**	*5-2*	القضاء على جميع أشكال العنف ضد جميع النساء والفتيات في المجالين العام والخاص، بما في ذلك الاتجار بالبشر والاستغلال الجنسي وغير ذلك من أنواع الاستغلال.
القضية 3	الإهمال وسوء المعاملة والعنف		
الهدف 1	القضاء على جميع أشكال الإهمال وسوء المعاملة والعنف ضد كبار السن		
التوجه الأول ذو الأولوية	**كبار السنّ والتنمية**	**الهدف 8**	**تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع**
القضية 2	العمل وشيخوخة القوى العاملة	*8-5*	تحقيق العمالة الكاملة والمنتجة وتوفير العمل اللائق لجميع النساء والرجال، بما في ذلك الشباب والأشخاص ذوو الإعاقة، وتكافؤ الأجر لقاء العمل المتكافئ القيمة، بحلول عام 2030.
الهدف 1	توفير فرص العمل لكل راغب فيه من كبار السن		
(ب)	تمكين كبار السن من مواصلة العمل ما داموا يرغبون في العمل وقادرين على ذلك.		
(و)	تشجيع مبادرات كبار السن للعمل لحسابهم الخاص بطرق شتى منها تشجيع إنشاء المشاريع الصغيرة والصغرى وضمان فرص حصول كبار السن على القروض.		
التوجه الأول ذو الأولوية	**كبار السنّ والتنمية**	**الهدف 10**	**الحد من انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها**
القضية 3	التنمية الريفية والهجرة والتوسع الحضري	*10-2*	تمكين الإدماج الاجتماعي والاقتصادي والسياسي وتعزيزه للجميع، بغض النظر عن السن أو الجنس أو الإعاقة أو العرق أو الإثنية أو الأصل أو الدين أو الوضع الاقتصادي أو غير ذلك، بحلول عام 2030.

خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2002)		أهداف التنمية المستدامة (2017)	
التوجه الثالث ذو الأولوية	**كفالة تهيئة بيئة تمكينية وداعمة**	**الهدف 11**	**جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وآمنة وقادرة على الصمود ومستدامة**
القضية 1	السكن والبيئة المعيشية	*11-1*	ضمان حصول الجميع على مساكن وخدمات أساسية ملائمة وآمنة وميسورة التكلفة، ورفع مستوى الأحياء الفقيرة، بحلول عام 2030.
الهدف 1	تعزيز "بقاء كبار السن في أماكنهم" داخل مجتمعاتهم المحلية مع إيلاء المراعاة الواجبة للأفضليات الشخصية وتوفير خيارات سكنية بديلة بتكلفة مناسبة لكبار السن	*11-2*	توفير إمكانية وصول الجميع إلى نُظم نقل مأمونة وميسورة التكلفة ويسهل الوصول إليها ومستدامة، وتحسين السلامة على الطرق، ولا سيما من خلال توسيع نطاق النقل العام، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات الأشخاص الذين يعيشون في ظل ظروف هشة والنساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، بحلول عام 2030.
الهدف 2	تحسين تصميم المساكن والبيئة المحيطة لتشجيع المعيشة المستقلة عن طريق مراعاة احتياجات كبار السن وبخاصة المعاقين منهم		
الهدف 3	إتاحة وسائل النقل الميسّرة وذات الأجرة المناسبة لكبار السن		
القضية 2	الرعاية ودعم مقدمي الرعاية		
الهدف 1	توفير سلسلة متواصلة من خدمات الرعاية لكبار السن من مختلف المصادر ودعم مقدمي الرعاية	*11-5*	التقليل إلى درجة كبيرة من عدد الوفيات وعدد الأشخاص المتضررين، وتحقيق انخفاض كبير في الخسائر الاقتصادية المباشرة المتصلة بالناتج المحلي الإجمالي العالمي التي تحدث بسبب الكوارث، بما في ذلك الكوارث المتصلة بالمياه، مع التركيز على حماية الفقراء والأشخاص الذين يعيشون في ظل أوضاع هشة، بحلول عام 2030.
الهدف 2	دعم دور تقديم الرعاية لكبار السنّ، لا سيما للمسنات		
القضية 3	الإهمال وسوء المعاملة والعنف		
القضية 4	صور عن الشيخوخة	*11-7*	توفير سُبل استفادة الجميع من مساحات خضراء وأماكن عامة، آمنة وشاملة للجميع ويمكن الوصول إليها، ولا سيما بالنسبة للنساء والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة، بحلول عام 2030.
ثالثاً	**التنفيذ والمتابعة**	**الهدف 16**	**تشجيع وجود المجتمعات السلمية الشاملة للجميع تحقيقاً للتنمية المستدامة، وتوفير إمكانية اللجوء إلى القضاء أمام الجميع، والقيام على جميع المستويات ببناء مؤسسات فعّالة خاضعة للمساءلة**
116	...يتوقف إحراز تقدم في تنفيذ الخطة على إقامة شراكة فعَّالة بين الحكومات، وجميع فئات المجتمع المدني والقطاع الخاص، فضلاً عن تهيئة بيئة ملائمة تستند في جملة أمور، إلى الديمقراطية، وسيادة القانون، واحترام جميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية والإدارة الجيدة على جميع الأصعدة.	*16-3*	تعزيز سيادة القانون على الصعيدين الوطني والدولي وضمان تكافؤ فرص وصول الجميع إلى العدالة.
119	ثمة عناصر حيوية أخرى للتنفيذ تشمل: ... جمع البيانات وتحليلها على الصعيد الوطني من قبيل جمع المعلومات المبوبة حسب الجنس والسن لأغراض تخطيط السياسات ورصدها وتقييمها...	*16-6*	إنشاء مؤسسات فعالة وشفافة وخاضعة للمساءلة على جميع المستويات.

خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2002)

125 ينبغي أن تشمل بقية الأولويات المتعلقة بالتعاون الدولي بشأن الشيخوخة تبادل التجارب... وجمع البيانات لدعم تطوير السياسات والبرامج حسب الاقتضاء...

أهداف التنمية المستدامة (2017)

7-16 ضمان اتخاذ القرارات على نحو مستجيب للاحتياجات وشامل للجميع وتشاركي وتمثيلي على جميع المستويات.

الهدف 17 تعزيز وسائل التنفيذ وتنشيط الشراكة العالمية من أجل التنمية المستدامة

18-17 تعزيز تقديم الدعم لبناء قدرات البلدان النامية، بما في ذلك أقل البلدان نمواً والدول الجزرية الصغيرة النامية، لتحقيق زيادة كبيرة في توافر بيانات عالية الجودة ومناسبة التوقيت وموثوقة ومفصلة حسب الدخل، ونوع الجنس، والسن، والعرق، والانتماء العرقي، والوضع كمهاجر، والإعاقة، والموقع الجغرافي وغيرها من الخصائص ذات الصلة في السياقات الوطنية، بحلول عام 2020.

19-17 الاستفادة من المبادرات القائمة لوضع مقاييس للتقدم المحرز في تحقيق التنمية المستدامة تكمِّل الناتج المحلي الإجمالي، ودعم بناء القدرات الإحصائية في البلدان النامية، بحلول عام 2030.

جدول المرفق 1- الإحصاءات السكانية ومعدلات الولادات الإجمالية ومعدلات الوفيات الإجمالية الراهنة والمتوقعة (1985-2050)

البلد	مجموع السكان (بالآلاف)					معدلات الولادات الخام (الولادات لكلّ 1,000)[أ]					معدلات الوفيات الخام (الوفيات لكلّ 1,000)[أ]				
	1985	2000	2015	2030	2050	1985	2000	2015	2030	2050	1985	2000	2015	2030	2050
العالم	4,852,541	6,126,622	7,349,472	8,500,766	9,725,148	27.5	20.8	18.6	16.1	14.4	9.5	8.4	7.8	8.3	9.4
البحرين	419	667	1,377	1,642	1,822	31.4	20.0	13.1	10.1	8.6	3.6	2.7	2.5	4.0	8.1
مصر	49,374	68,335	91,508	117,102	151,111	36.6	25.2	25.1	20.3	16.5	9.3	6.6	5.9	6.0	6.7
العراق	15,576	23,575	36,423	54,071	83,652	38.3	34.9	33.2	28.4	23.7	7.6	5.6	5.0	4.6	5.2
الأردن	2,783	4,767	7,595	9,109	11,717	35.3	30.2	24.9	19.5	14.9	5.5	4.0	3.8	4.3	6.2
الكويت	1,735	1,929	3,892	4,987	5,924	25.3	21.3	18.4	12.5	11.6	2.8	2.7	2.6	4.1	7.8
لبنان	2,677	3,235	5,851	5,292	5,610	25.9	16.3	15.4	11.6	9.8	7.0	5.2	4.5	5.7	8.4
ليبيا	3,841	5,337	6,278	7,418	8,375	32.4	21.9	18.7	13.8	11.7	5.6	4.8	5.4	6.6	9.8
موريتانيا	1,767	2,711	4,068	5,666	8,049	41.2	37.6	32.0	27.5	22.5	10.9	9.4	7.7	7.4	7.7
المغرب	22,596	28,951	34,378	39,787	43,696	31.4	20.6	19.1	14.3	12.0	8.1	6.2	5.7	6.4	8.6
عُمان	1,498	2,239	4,491	5,238	5,844	42.9	22.4	17.5	10.7	10.6	6.4	3.3	2.7	3.6	6.4
قطر	371	593	2,235	2,781	3,205	24.9	18.3	11.5	8.9	8.3	2.3	2.0	1.5	2.5	5.5
المملكة العربية السعودية	13,361	21,392	31,540	39,132	46,059	37.9	24.4	18.5	14.6	11.7	5.5	3.6	3.5	5.1	8.4
دولة فلسطين	1,759	3,224	4,668	6,765	9,791	45.1	35.9	31.4	25.0	19.7	5.5	3.8	3.5	3.6	4.4
السودان	17,098	28,080	40,235	56,443	80,284	42.1	38.9	31.7	26.7	21.2	12.3	10.0	7.5	6.7	6.8
الجمهورية العربية السورية	10,667	16,354	18,502	28,647	34,902	38.4	28.8	21.2	17.8	13.7	5.0	3.7	5.5	5.5	7.0
تونس	7,322	9,699	11,254	12,686	13,476	29.0	16.6	17.0	12.1	11.5	6.9	5.7	6.6	7.6	10.3
الإمارات العربية المتحدة	1,350	3,050	9,157	10,977	12,789	28.3	15.1	10.0	8.4	7.9	2.9	1.8	1.8	3.5	7.2
اليمن	9,774	17,795	26,832	36,335	47,170	53.4	37.9	30.6	22.8	16.0	12.3	8.6	6.7	6.2	7.4
الدول الأعضاء في الإسكوا	163,968	241,933	340,284	444,078	573,476	37.2	27.9	24.6	20.2	16.7	8.4	6.2	5.5	5.7	7.0
النسبة من المجموع العالمي	3.4	3.9	4.6	5.2	5.9										

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

أ- تشمل معدلات الولادات الخام ومعدلات الوفيات الخام فترة خمسة أعوام بدءاً بعام تقديمها.

جدول المرفق 2- متوسط العمر المتوقّع عند الولادة في الدول الأعضاء في الإسكوا

البلد	1990-1985			2005-2000			2020-2015			2035-2030			2055-2050		
	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث
العالم	63.6	61.4	65.8	67.0	64.9	69.2	71.7	69.5	73.9	74.6	72.4	76.8	77.8	75.9	79.8
البحرين	71.9	70.8	73.2	75.0	74.2	75.9	77.1	76.2	78.1	79.1	78.3	80.1	81.8	81.3	82.4
مصر	63.5	61.2	65.9	69.0	66.7	71.4	71.8	69.6	74.1	74.4	72.1	76.7	77.5	75.4	79.6
العراق	64.5	60.9	68.4	68.9	66.9	71.0	70.0	67.7	72.3	72.1	69.6	74.6	74.6	72.1	77.2
الأردن	69.2	67.9	70.6	72.2	70.8	73.8	74.6	72.9	76.3	76.8	75.1	78.6	79.6	78.3	81.1
الكويت	71.7	70.9	72.9	73.3	72.6	74.5	74.8	73.8	76.2	76.5	75.3	78.1	78.9	77.7	80.4
لبنان	69.6	67.9	71.3	75.6	73.9	77.4	80.3	78.6	82.1	84.0	82.9	85.3	87.2	86.2	88.3
ليبيا	67.5	65.9	69.4	70.8	69.1	72.8	72.2	69.5	75.2	74.5	71.8	77.4	77.5	75.1	79.9
موريتانيا	57.8	56.5	59.0	60.3	58.6	61.9	63.6	62.1	65.2	65.6	63.9	67.4	68.0	66.0	70.1
المغرب	63.2	61.7	64.7	69.5	68.0	71.0	74.9	73.8	76.0	78.0	76.8	79.1	81.3	80.5	82.1
عُمان	65.6	63.9	67.6	73.2	71.4	75.5	77.5	76.0	79.9	80.8	79.7	82.5	84.5	84.1	85.3
قطر	74.4	73.7	75.7	76.4	75.6	78.1	78.7	77.9	80.4	81.1	80.5	82.4	84.2	84.0	84.8
المملكة العربية السعودية	67.9	66.4	69.6	72.9	71.6	74.4	74.8	73.5	76.3	76.7	75.6	78.4	79.5	78.5	80.8
دولة فلسطين	67.1	65.5	68.7	71.1	69.5	72.9	73.5	71.5	75.6	75.9	73.8	78.0	78.8	77.0	80.7
السودان	55.1	53.7	56.6	58.9	57.0	60.8	64.2	62.6	65.8	67.4	65.5	69.3	70.8	68.6	73.0
الجمهورية العربية السورية	69.3	68.4	70.3	73.2	70.9	75.7	70.7	65.2	77.2	73.9	68.7	79.6	77.8	73.3	82.2
تونس	67.1	65.4	69.1	73.7	71.4	76.3	75.5	73.2	77.9	77.9	75.8	79.9	80.6	79.1	82.0
الإمارات العربية المتحدة	70.7	69.7	72.3	74.8	74.0	76.3	77.5	76.9	79.1	80.1	79.6	81.4	83.6	83.5	84.0
اليمن	56.8	55.2	58.2	61.0	59.7	62.4	64.5	63.1	65.9	67.1	65.4	68.7	69.9	68.0	71.9
الدول الأعضاء في الإسكوا	63.7	61.9	65.6	68.4	66.6	70.3	71.3	69.5	73.2	73.6	71.7	75.7	76.4	74.5	78.4

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

جدول المرفق 3- النِسَب الحالية والمتوقعة للسكان البالغين 60 و80 عاماً وما فوق في الدول الأعضاء في الإسكوا

البلد	نسبة السكان البالغين 60 عاماً وما فوق					نسبة السكان البالغين 80 عاماً وما فوق				
	1985	2000	2015	2030	2050	1985	2000	2015	2030	2050
العالم	8.7	9.9	12.3	16.5	21.5	0.9	1.2	1.7	2.4	4.5
البحرين	4.0	3.8	3.9	10.8	23.7	0.3	0.4	0.3	0.6	3.3
مصر	7.2	7.4	7.9	9.9	15.3	0.6	0.7	0.8	1.0	1.8
العراق	5.8	5.2	5.0	5.8	8.8	0.5	0.6	0.5	0.4	0.8
الأردن	5.2	5.0	5.4	8.6	15.8	0.6	0.4	0.5	0.8	2.0
الكويت	2.4	3.2	3.4	8.9	20.1	0.2	0.2	0.2	0.4	1.9
لبنان	7.9	10.4	11.5	19.2	30.8	0.8	0.9	1.5	3.2	7.5
ليبيا	4.7	5.8	7.0	12.0	21.8	0.3	0.4	0.7	0.9	2.8
موريتانيا	4.9	4.9	5.1	6.5	9.0	0.2	0.3	0.4	0.4	0.7
المغرب	5.7	7.7	9.6	15.1	23.4	0.4	0.5	1.1	1.5	4.1
عُمان	3.7	4.0	4.4	9.4	24.5	0.3	0.4	0.4	0.9	3.5
قطر	2.0	2.9	2.3	7.9	19.8	0.3	0.2	0.1	0.4	3.1
المملكة العربية السعودية	4.0	4.3	5.0	11.1	20.9	0.3	0.4	0.5	0.6	2.7
دولة فلسطين	3.4	3.7	4.5	6.2	10.4	0.3	0.2	0.4	0.6	1.2
السودان	4.6	4.6	5.2	6.4	9.2	0.3	0.4	0.4	0.6	0.9
الجمهورية العربية السورية	4.6	4.8	6.4	8.9	16.4	0.4	0.4	0.7	0.8	2.0
تونس	6.9	9.6	11.7	17.7	26.5	0.4	0.8	1.6	1.9	4.8
الإمارات العربية المتحدة	2.0	1.7	2.3	11.3	23.5	0.0	0.1	0.1	0.4	4.1
اليمن	4.2	4.1	4.7	5.3	9.9	0.3	0.4	0.3	0.4	0.6
الدول الأعضاء في الإسكوا	5.7	6.0	6.6	9.3	14.9	0.5	0.5	0.7	0.8	1.9

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

جدول المرفق 4- معدلات الإعالة لدى كبار السنّ ومؤشر الشيخوخة في الدول الأعضاء في الإسكوا

البلد	معدلات الإعالة لدى كبار السنّ					مؤشر الشيخوخة				
	1985	2000	2015	2030	2050	1985	2000	2015	2030	2050
العالم	9.7	10.9	12.6	18.1	25.6	17.3	22.7	31.7	49.5	75.2
البحرين	4.1	3.7	3.2	8.7	24.8	7.8	7.8	11.1	41.7	128.2
مصر	8.5	8.7	8.5	10.5	16.3	11.5	14.0	15.7	22.6	40.5
العراق	8.1	6.5	5.5	6.0	9.7	8.7	8.1	7.5	9.3	18.0
الأردن	7.3	5.4	6.2	8.0	17.6	7.6	7.9	10.6	17.9	48.3
الكويت	2.2	2.9	2.6	6.8	20.0	3.6	7.3	8.9	24.1	80.0
لبنان	8.9	11.1	12.0	21.1	37.4	14.1	24.7	33.9	72.8	162.9
ليبيا	5.4	6.0	6.9	10.5	24.7	6.3	11.4	15.3	32.8	86.2
موريتانيا	5.8	5.9	5.7	6.8	9.4	6.7	7.4	8.1	11.4	19.0
المغرب	6.1	8.6	9.3	16.1	27.1	8.1	15.6	22.7	45.4	92.1
عُمان	4.7	4.1	3.4	7.8	27.1	5.3	6.7	12.7	27.8	111.7
قطر	1.8	2.3	1.4	5.1	18.6	4.7	6.5	7.5	28.6	113.3
المملكة العربية السعودية	4.7	4.9	4.2	9.5	23.2	6.0	7.8	10.0	29.8	81.7
دولة فلسطين	4.4	4.6	5.2	6.5	10.8	4.4	4.7	7.4	11.0	24.0
السودان	5.8	5.6	5.9	6.8	9.6	6.3	6.8	8.2	11.6	20.4
الجمهورية العربية السورية	5.9	6.0	6.9	9.0	17.2	6.0	8.2	11.0	20.6	52.7
تونس	7.9	10.6	11.0	18.6	31.1	11.4	22.8	32.4	58.9	112.6
الإمارات العربية المتحدة	1.8	1.4	1.3	7.7	22.7	4.0	4.1	8.2	50.6	139.6
اليمن	5.7	5.7	4.9	5.7	8.7	5.3	5.7	6.9	10.6	23.7
الدول الأعضاء في الإسكوا	7.2	7.4	7.1	10.1	17.4	8.4	10.6	12.6	20.9	41.4

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، *التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2015*.

جدول المرفق 5- أدوار اللجان الوطنية للشيخوخة

البلد	التخطيط	التعاون والتنسيق	الرصد والتقييم	المناصرة	البحوث والبيانات	التنفيذ	الدعم التقني	تقديم المشورة	حشد الموارد
بطيء									
العراق	x	✓	✓	✓	✓	✓	x	x	x
دولة فلسطين	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
السودان	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
متوسط									
الأردن	✓	✓	✓	x	x	x	x	✓	✓
الكويت	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓□
عُمان	✓	x	x	x	x	x	x	x	x
سريع									
لبنان	✓	✓	x	✓	✓	x	✓	✓	x
المغرب	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
تونس	✓	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓
المجموع	8	8	7	7	7	5	6	6	6

المصدر: نتائج الاستبيان حول المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002.

استبيان استطلاعي لمراجعة خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة

ينص تقرير الأمين العام حول "مواصلة تنفيذ خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة، 2002" والذي يُقِر الجدول الزمني لتنفيذ ثالث استعراض وتقييم لهذه الخطة على أن الاستعراض سيتم على المستوى العالمي في عام 2018، على أن تسبقه عمليات استعراض إقليمية في عام 2017. ويوكِل قرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة رقم 2015/5 بعنوان "طرائق ثالث استعراض وتقييم لخطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة لعام 2002" إلى اللجان الإقليمية للأمم المتحدة تسهيل عملية الاستعراض والتقييم على المستوى الإقليمي من خلال تنظيم اجتماعات مراجعة إقليمية، وتعزيز التواصل وتبادل المعلومات والخبرات، وتحليل النتائج الرئيسية، وتحديد مجالات العمل ذات الأولوية الرئيسية والممارسات الجيدة، واقتراح تعديلات تتعلق بالسياسات العامة بحلول عام 2017 وذلك لضمان عدم استثناء كبار السن من جهود التنمية.

يهدف هذا الاستبيان إلى تقييم التقدم الذي أحرزته الدول الأعضاء في تنفيذ التوصيات المدرجة في إطار التوجهات الثلاثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة منذ الاستعراض الإقليمي الثاني في كانون الأول/ديسمبر 2011. كما يهدف إلى تحديد أهم التحديات والقضايا ذات الأولوية لدول الإسكوا، وتسليط الضوء على الأمثلة والممارسات الجيدة في المنطقة. وستتم مناقشة نتائج الاستبيان وإقرارها من قِبل الدول الأعضاء في اجتماع إقليمي ستنظِّمه الإسكوا في الربع الثاني من عام 2017. وستدرج هذه النتائج في تقرير الأمين العام إلى لجنة التنمية الاجتماعية في دورتها السادسة والخمسين المزمع عقدها في شباط/فبراير 2018.

ويجدر بالذكر أن ملء الاستبيان يتطلَّب التنسيق بين مختلف الوزارات والجهات الحكومية. ونود أن نلفت انتباهكم إلى النقاط الهامة التالية:

- يُرجى التأكد من تزويدنا بالمعلومات بحسب التعريف العمري (العمر الذي يُعرَّف به كبار السن) المعتمد في بلدكم، والإشارة عندما يكون هناك تباين كما هو مطلوب في أسفل جداول البيانات؛

- في حال عدم توَفُّر المعلومات بشكل مفصَّل كما هو مطلوب في جداول البيانات، يُرجى ملء الجداول وفقاً للبيانات المتاحة؛

- نؤكد على أهمية إرفاق وثائق السياسات، والتشريعات، والتقارير، والأوراق التي تمَّ استخدامها لملء الاستبيان والتي تساعد على إثراء التحليل؛

- يرجى تزويدنا بأي خطط مستقبلية (لسياسات أو تشريعات أو برامج أو مشاريع، إلخ...) تُعنى بشؤون كبار السن.

القسم الأول- المؤسسات على المستوى الوطني

1- ما هي المؤسسة أو التنظيم الذي يضع السياسات والخطط وينسق النشاطات التي تتعلق بكبار السن في بلدكم على المستوى الوطني؟

(*يمكن اعتماد أكثر من خيار واحد*)

	دائرة/مكتب/وحدة	لجنة وطنية	وضع تنظيمي آخر
يُرجى تحديد:	☐ نعم ☐ كلا	☐ نعم ☐ كلا	☐ نعم ☐ كلا
الإسم الرسمي			
مراجع للاتصال: أرقام هاتف - رابط إلكتروني			
تاريخ التأسيس			
إسم الهيئة الحكومية الذي يرتبط بها هذا التنظيم			
التشريع أو التفويض الرسمي لهذا التنظيم وإرفاقه بهذا الاستبيان			
السند القانوني وإرفاقه بهذا الاستبيان			

2- في حال وجود لجنة وطنية أو وضع تنظيمي آخر يُعنى بشؤون كبار السن، هل تضم/يضم ممثلين عن عدة جهات رسمية ومنظمات غير حكومية؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التحديد (*بالاستعانة بالقائمة التالية: وزارة الصحة، وزارة الشؤون الاجتماعية، وزارة البيئة، وزارة النقل والمواصلات، وزارة التربية والتعليم، وزارة العمل، وزارة المالية، وزارة الإعلام والاتصالات، وزارة البلديات، إلخ ...، منظمات غير حكومية/مجتمع أهلي، مؤسسات أكاديمية وبحثية، منظمات دولية، وروابط مسنين أو متقاعدين*):

3- حدّد المهمات الموكلة إلى هذه اللجنة/هذا التنظيم:

☐ إذكاء الرأي العام ☐ التخطيط ☐ التنفيذ

☐ توفير الموارد ☐ إعداد الدراسات والبحوث ☐ تقديم الاستشارات

☐ تقديم الدعم التقني ☐ المتابعة والتقييم ☐ التعاون والتنسيق

☐ مهمات أخرى

يُرجى التحديد:

القسم الثاني- معلومات عامة

4- ما هو العمر الذي يعرَّف به كبار السن عادةً في السياسات والبرامج الحكومية في بلدكم؟

5- مؤشرات ديمغرافية عامة – يُرجى ملء الجدول أدناه:

مؤشر ديمغرافي	ذكور	إناث	ذكور+إناث
إجمالي عدد السكان (بالأرقام)			
% الفئة العمرية ما بين 0-14 سنة			
% الفئة العمرية ما بين 15-59 سنة			
% الفئة العمرية ما بين 60-64 سنة			
% الفئة العمرية ما بين 65-79 سنة			
% الفئة العمرية ما بين 60 سنة وما فوق			
% الفئة العمرية ما بين 65 سنة وما فوق			
% الفئة العمرية ما بين 80 سنة وما فوق			
مؤمل الحياة/العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			
مؤمل الحياة/العمر المتوقع عند عمر 60 (بالسنوات)			
مؤمل الحياة/العمر المتوقع عند عمر 65 (بالسنوات)			
الوضع العائلي لكبار السن			
% لم يتزوج قط			
% متزوج حالياً			
% مطلق أو أرمل حالياً			

مصدر المعلومات: (الرجاء التحديد)

6- هل يحتفل القطاع الرسمي باليوم العالمي للمسنين ☐ نعم ☐ كلا

يرجى تحديد التاريخ:	

7- هل تمّ إجراء مؤتمر مخصص لمعالجة قضايا كبار السن من قبل جهات حكومية أو غير حكومية على المستوى الوطني منذ المراجعة الأخيرة لخطة عمل مدريد عام 2012؟

يُرجى ملء الجدول أدناه:

التاريخ	الجهة	عنوان المؤتمر	التوصيات	حدد الرابط الإلكتروني أو ارفق نسخة إلكترونية عن التوصيات (إذا أمكن)

القسم الثالث- البحوث والدراسات والمعلومات

8 (أ) متى أُجري آخر تعداد للسكان في الدولة؟

8 (ب) هل تمّ تمييز البيانات حسب العمر أو الجنس؟ ☐ نعم ☐ كلا

ما هي العقبات الرئيسية التي تواجهونها في هذا الصدد؟ يُرجى التعليق.

9- هل تمّ إجراء دراسات أو مُسوحات محددة لكبار السن من قبل جهات حكومية أو غير حكومية على المستوى الوطني منذ المراجعة الأخيرة لخطة عمل مدريد عام 2012؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى إدراج أهم وأشمل 3-4 تقارير:

عنوان التقرير أو الدراسة	تاريخ الإصدار	حجم العينة	الجهة التي أجرت الدراسة	الجهة المموِّلة	حدد الرابط الإلكتروني أو ارفق نسخة إلكترونية عن الدراسة (إذا أمكن)

10- ما هي أهم التحديات التي تواجهها الجهة الحكومية المعنية في جمع البيانات المتعلقة بكبار السن؟ الرجاء التوضيح:

11 (أ) إلى أي مدى يتم التواصل والتنسيق بين الباحثين وصانعي السياسات لدعم أو تعزيز أو الترويج لشؤون كبار السن (من خلال اجتماعات دورية، لجان وطنية، الخ ...)؟

☐ أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً

11 (ب) يُرجى التعليق مع أمثلة:

12 (أ) هل هنالك مركزٌ أو مرصدٌ تُجمع فيه المعلومات والأدلة والبراهين حول الشيخوخة وكبار السن (دراسات، تقارير، أبحاث، الخ ...)؟

☐ نعم ☐ كلا

12 (ب) يُرجى تحديد إسم وتبعية هذا المرصد:

القسم الرابع- السياسات وخطط العمل

13 (أ) هل لبلدكم سياسة وطنية شاملة أو استراتيجية تركز على شؤون كبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

13 (ب) ما هو العنوان الكامل لهذه السياسة أو الاستراتيجية؟ متى تمّ إعدادها؟ ومتى تمّ اعتمادها؟

13 (ج) هل انبثق عن هذه السياسة أو الاستراتيجية خطة عمل وطنية؟

☐ نعم ☐ كلا

13 (د) ما هو العنوان الكامل لهذه الخطة؟ متى تمّ إعدادها؟ ومتى تمّ اعتمادها؟

14- الميزانية المخصصة لمعالجة القضايا ذات الأهمية لكبار السن:

14 (أ) ما هي النسبة من ميزانية الدولة المخصصة للتنظيم الذي يُعنى بشؤون كبار السن؟

14 (ب) هل تغيّرت هذه النسبة منذ عام 2012؟ ☐ نعم ☐ كلا

14 (ج) كيف تغيّرت هذه النسبة مقارنة مع عام 2012؟

14 (د) هل الميزانية مراعية لقضايا النوع الاجتماعي[1]؟ ☐ نعم ☐ كلا

14 (هـ) يرجى تحديد القطاعات التي تُخصص لها ميزانيات لمعالجة شؤون كبار السن وتحديد هذه الميزانيات (*كالصحة، والمواصلات، والإسكان، ومحو الأمية والعمل، إلخ...*):

15- ما هي أهم الصعوبات والتحديات التي تواجهها عملية وضع أو تنفيذ السياسة/الاستراتيجية الوطنية والخطة الوطنية المنبثقة عنها؟

يُرجى تحديد وترتيب التحديات حسب الأهمية (*ضعف الإرادة السياسية؛ ضعف التنسيق بين الوزارات المعنية؛ ندرة المعلومات؛ قلة الموارد المالية؛ ضعف ترجمة نتائج البحوث والدراسات إلى سياسات فعلية؛ قلة الموارد البشرية*):

1	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه
2	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه
3	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه
4	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه
5	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه
6	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه
تحديات أخرى	الرجاء التحديد:

1 تشكل الموازنة المراعية لقضايا النوع الاجتماعي أداة لإدماج منظور النوع الاجتماعي في المؤسسات الحكومية والعملية التنموية، من خلال تحليل الآثار المختلفة للسياسة المالية على مستوى المصروفات والإيرادات مركزياً ومحلياً، وعلى الفئات المجتمعية المختلفة والنساء والرجال، وذلك في كل مرحلة من مراحل دورة الموازنة. وبالتالي، فالموازنة المراعية لقضايا النوع الاجتماعي تسمح بتحديد الفجوات في توزيع الموارد العامة وإعادة تخصيصها بحيث تستجيب لاحتياجات السكان وأولوياتهم، تحقيقاً للإنصاف والعدالة وتكافؤ الفرص. (تعميم مفهوم النوع الاجتماعي في البلدان العربية: التجارب والدروس E/ESCWA/ECW/2013/5).

16- يرجى اختيار موضوع ذو أهمية لكبار السن من القائمة التالية: *رعاية صحية لكبار السن؛ معاش تقاعدي؛ الحد من الفقر لكبار السن؛ توفير دخل لكبار السن؛ تغطية اجتماعية لكبار السن؛ السكن لكبار السن؛ سوء المعاملة والإهمال؛ الإعاقة لكبار السن؛ إعفاء ضريبي لكبار السن؛ وتعزيز النظرة الإيجابية للشيخوخة.*

كذلك يرجى التحديد، لكل موضوع بدوره، ما إذا كان: *لم يتم تناوله أو التطرق إليه؛ تمَّ تناوله في الخطة الوطنية الخاصة بكبار السن؛ تمَّ تناوله من خلال دمجه مع سياسات وخطط أخرى؛ أو تمَّ تناوله في الخطة الوطنية ومن خلال دمجه مع خطط أخرى.*

كما يرجى التحديد، لكل موضوع بدوره، ما إذا كان في مرحلة *التخطيط*: يوجد وثيقة أو تمّ تأليف لجنة أو هيئة لإعداد هكذا وثيقة؛ *مرحلة بدء العمل*: أخذت الهيئة أو اللجنة خطوات محدّدة لمعالجة هذا الشأن؛ *أو* مرحلة *التنفيذ*: تم تفعيل العمل مع تحديد الميزانية وخطة العمل لفترة تمتد لأكثر من سنة، وتحديد الجهة المسؤولة.

	الموضوع ذو الأهمية	هل يتم/كيفية التطرق اليه/معالجته	مرحلة التخطيط والتنفيذ	الجهة المسؤولة
أ	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ب	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ج	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
د	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
و	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ز	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ح	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ط	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ي	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ك	موضوع آخر – حدد:	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ل	موضوع آخر – حدد:	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
م	موضوع آخر – حدد:	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ن	موضوع آخر – حدد:	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	

17- هل تم التطرق إلى قضايا كبار السن في إطار الجهود المبذولة في سبيل تنفيذ أجندة التنمية المستدامة لعام 2030؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التوضيح:

التوجه الأول ذو الأولوية: كبار السن والتنمية

المشاركة النشطة في المجتمع وفي التنمية

18- إلى أي مدى تشجع الحكومة مشاركة كبار السن بشكل فاعل في أمور التنمية وفي متابعة السياسات الوطنية المتعلقة بالشيخوخة وكبار السن؟ ☐ أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً

يُرجى التعليق/التوضيح:

19- إلى أي مدى تعمل منظمات المجتمع الأهلي على تعزيز المشاركة النشطة لكبار السن في صياغة ورصد السياسات الوطنية المتعلقة بهم؟ ☐ أبداً ☐ نادراً ☐ أحياناً ☐ كثيراً

يُرجى التعليق/التوضيح:

العمل وشيخوخة القوى العاملة

20- ما هو السن القانوني للتقاعد في بلدكم في القطاعين الحكومي والخاص وبالنسبة للذكور والإناث؟

قطاع	ذكور	إناث
حكومي		
غير حكومي		

21- هل هنالك سياسات تشجع التقاعد المبكر؟ ☐ نعم ☐ كلا

لأية أسباب؟ يُرجى التوضيح:

22- هل هنالك سياسات تشجع كبار السن على المشاركة في سوق العمل؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التوضيح:

23- هل هنالك برامج تشجع كبار السن على المشاركة في سوق العمل؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التوضيح:

24- هل هنالك معلومات وبيانات عن الأسباب التي تحدّو بكبار السن للعمل بعد التقاعد؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التوضيح:

25- هل هنالك بيانات عن العمالة لدى كبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور						إناث					
	+60		64-60		79-65		+60		64-60		79-65	
المؤشر	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
العاملون في القطاع الرسمي												
العاملون في القطاع غير الرسمي												

مصدر المعلومات: (الرجاء التحديد)

الوصول إلى المعرفة والتعليم والتدريب

26- هل هنالك سياسات لمحو الأمية عند كبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التوضيح:

27- هل هنالك برامج لمحو الأمية عند كبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التوضيح:

28- هل هنالك برامج تشجع على التعلم مدى الحياة؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التوضيح:

29- هل هناك بيانات عن مستوى التعليم لدى كبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور		إناث		ذكور+إناث	
مستوى التعليم	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
أميّ/ة						
ت/يستطيع القراءة والكتابة						
أكمل/ت مرحلة التعليم الإبتدائي						
أكمل/ت مرحلة التعليم الإعدادي						
أكمل/ت مرحلة التعليم الثانوي						
أكمل/ت مرحلة التعليم التقني						
أكمل/ت مرحلة التعليم الجامعي						

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

التضامن بين الأجيال

30- هل من سياسات تشجع على التضامن بين الأجيال (*كأن يقوم الشباب بدور جليس كبار السن، والتطوُّع، وتقوم العائلات باستضافة كبار السن، إلخ...*)؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التوضيح:

31- هل من برامج تشجع على التضامن بين الأجيال (*كأن يقوم الشباب بدور جليس كبار السن، والتطوُّع، وتقوم العائلات باستضافة كبار السن، إلخ...*)؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التوضيح:

32 (أ) هل من مقاييس محدّدة لاعتماد وتقييم الرعاية في دور المسنين ومراكز الرعاية؟

☐ كلا ☐ في طور الإعداد ☐ تمّ إعدادها ☐ في طور التنفيذ

32 (ب) في حال كانت المقاييس في مرحلة التنفيذ، ما هي سُبل المتابعة المتاحة؟ يُرجى التوضيح:

33- هل من بيانات حول ترتيبات الإقامة لكبار السن المقيمين في المنزل في بلدكم؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور		إناث		ذكور+إناث	
ترتيبات الإقامة لكبار السن	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
ت/يعيش بمفردها/ه						
ت/يعيش مع زوجها/ته						
ت/يعيش مع الزوج/ة والأولاد						
ت/يعيش مع الزوج/ة والأقارب (دون الأولاد)						
ت/يعيش مع الأولاد والأقارب (دون الزوج/ة)						
ت/يعيش مع الأقارب (دون الزوج/ة والأولاد)						

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

34- هل من بيانات حول دَور كبار السن في رعاية أحفادهم أو أقارب آخرين؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

المؤشر	ذكور	إناث	ذكور+إناث
% كبار السن الذين يقومون بتوفير الرعاية للأقارب			

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

35 (أ) هل هنالك معلومات عن المبادلات المالية بين كبار السن وأولادهم؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور		إناث		ذكور+إناث	
المبادلات المالية بين كبار السن وأولادهم	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
يحصل كبار السن على مساعدة مالية من الأولاد						
يحصل كبار السن على مساعدة مالية من أقارب آخرين						
يقدّم كبار السن مساعدة مالية لأولادهم						

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

35 (ب) هل هنالك معلومات عن إسداء كبار السن مساعدة لأولادهم في الحياة اليومية؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور		إناث		ذكور+إناث	
إسداء مساعدة في الحياة اليومية	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
من خلال الاهتمام بالأولاد						
من خلال الاهتمام بالشؤون المنزلية						
خدمات أخرى – حدد:						

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

36- هل من بيانات عن أعداد ونسب كبار السن في دُور الخدمة المقيمة للمسنين؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور		إناث		ذكور+إناث	
	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
كبار السن الذين يقيمون في دُور المسنين						

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

37 (أ) هل الإقامة في دُور المسنين مقبولة الكلفة؟ ☐ نعم ☐ كلا

37 (ب) ما هي الكلفة لكل مقيم عن كل يوم؟	يُرجى التحديد:
37 (ج) ما هي مساهمة الحكومة المالية لهذه الدور؟	يُرجى التحديد:

38- هل هنالك بيانات حول دُور المسنين ومراكز الرعاية النهارية لكبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	تابعة للمجتمع الأهلي	تابعة للقطاع الخاص	تابعة للدولة	متعاقدة مع الدولة	المجموع
دور المسنين					
مراكز رعاية نهارية لكبار السن					

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

القضاء على الفقر

39- هل هنالك بيانات عن نسب كبار السن الذين يعيشون تحت خط الفقر؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور	إناث	ذكور+إناث
نسب كبار السن الذين يعيشون تحت خط الفقر			

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

40- هل هنالك بيانات عن نسب كبار السن الذين يعانون من سوء التغذية؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور	إناث	ذكور+إناث
نسب كبار السن الذين يعانون من سوء التغذية			

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

تأمين الدخل والحماية الاجتماعية/الضمان الاجتماعي والوقاية من الفقر

41 (أ) ما هي السياسات التي تحكم معاش التقاعد في القطاع العام؟ يُرجى التحديد:

41 (ب) ما هي السياسات التي تحكم معاش التقاعد في القطاع الخاص المُنظَّم؟ يُرجى التحديد:

42- هل من سياسات تضمن توفير الحماية الاجتماعية ومعاش التقاعد للعاملين في القطاع المُنظَّم؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

43- هل من سياسات تدعم مشاريع تدر الدخل[2] (كخطط الائتمان) على كبار السن؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

44- هل من برامج تدعم مشاريع تدر الدخل على كبار السن؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

45- هل من برامج تستهدف كبار السن في المناطق الريفية (كبرامج التخفيف من حدَّة الفقر)؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

2 وفقاً لمنظمة العمل الدولية، إن المشاريع التي تدر الدخل، أو المساعدات الاجتماعية، هي مخططات/مشاريع غير إكتتابيَّة تستهدف فئة معينة وتهدف إلى توفير الحد الأدنى من الموارد للأفراد والأسر الذي يعيشون تحت حد معين من الدخل أو الأصول. http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.do;jsessionid=223XYsJTLjJzjQZLChHDyh7gfjTlm69PTnL36cyvGxpnX6j3gnvD!-1013002966?tid=9&lang=EN.

46- هل من بيانات عن أعداد ونسب كبار السن الذين يحصلون على راتب تقاعدي؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور		إناث		ذكور+إناث	
كبار السن الذين يحصلون على راتب تقاعدي	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
من القطاع العام						
من القطاع الخاص						

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

حالات الطوارئ

47- الرجاء الاختيار من القائمة أدناه الحالة التي توصّف الوضع بالنسبة لخطة الإعداد للطوارئ على المستوى الوطني:

الرجاء الإختيار من القائمة

48- هل هنالك برامج تدريبية تركّز على إسعاف كبار السن في حالات الطوارئ وكيفية الاهتمام بهم؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

49- هل هنالك برامج في بلدكم تركّز على كبار السن من النازحين؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

الأسئلة الختامية للتوجه الأول ذو الأولوية

50- ما هي أهم القيود أو العقبات التي تواجه شؤون كبار السن في إطار عملية التنمية؟ يُرجى إعطاء أمثلة:

51- ما هي أهم العوامل الإيجابية التي تعزز وتدعم شؤون كبار السن في إطار عملية التنمية؟ الرجاء إعطاء أمثلة:

التوجه الثاني ذو الأولوية: توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة

تعزيز الصحة والرفاه طوال الحياة

52 (أ) هل هنالك سياسات تعزز الصحة الجيدة لكبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

52 (ب) يُرجى اختيار السياسة من القائمة التالية: *سياسة تشجع الإقلاع عن التدخين؛ سياسة لتشجيع الرياضة البدنية؛ وسياسة لكشف الأمراض المزمنة*. كما يُرجى التحديد، لكل سياسة، ما إذا كانت في *مرحلة التخطيط؛ مرحلة بدء العمل؛ أو مرحلة التنفيذ*، والإضاءة عليها.

	سياسة تعزز الصحة الجيدة لكبار السن	مرحلة التخطيط والتنفيذ	شرح هدف وتأثير هذه السياسة
أ	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ب	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ج	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
د	*سياسة آخرى – حدد:*	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ه	*سياسة آخرى – حدد:*	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
و	*سياسة آخرى – حدد:*	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
ز	*سياسة آخرى – حدد:*	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	

53 (أ) ما هي أكثر الأمراض انتشاراً بين كبار السن؟ يُرجى التفصيل:

53 (ب) هل من بيانات عن الأوضاع الصحية لكبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تحديد البيانات المتوفرة في الجدول أدناه (*بالاستعانة بالقائمة التالية: أمراض القلب، مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم، الكآبة، أمراض المفاصل والعضلات، الكسور، الأمراض العصبية المتقدمة كالألزهايمر، تعوق في النظر، تعوق في السمع، زيادة الوزن، الالتهاب الرئوي المزمن، الإدمان على الكحول، إلخ ...*):

	ذكور	إناث	ذكور+إناث
المؤشر الصحي	نسبة	نسبة	نسبة

مصدر المعلومات: (الرجاء التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

توفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وعلى قدم المساواة

54- هل من سياسات تسهل الحصول على خدمات صحية ميسّرة ومتاحة ومقبولة الكلفة مخصصة لكبار السن (*مثل توفير رعاية صحية أولية، توفير الأدوية مجاناً، توفير النقل المجاني إلى مراكز الرعاية الصحية، إلخ...*)؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه والتحديد، لكل سياسة، ما إذا كانت في *مرحلة التخطيط؛ مرحلة بدء العمل؛ أو مرحلة التنفيذ*، والإضاءة عليها:

سياسة تسهل الحصول على خدمات صحية ميسرة لكبار السن	مرحلة التخطيط والتنفيذ	شرح هدف وتأثير هذه السياسة
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	

55- هل من برامج تسهل الحصول على خدمات صحية ميسرة ومتاحة ومقبولة الكلفة مخصصة بكبار السن؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه والتحديد، لكل برنامج، ما إذا كان في *مرحلة التخطيط؛ مرحلة بدء العمل؛ أو مرحلة التنفيذ*، والإضاءة عليه:

برنامج يسهل الحصول على خدمات صحية ميسرة لكبار السن	مرحلة التخطيط والتنفيذ	شرح هدف وتأثير هذه السياسة
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	
	الرجاء الإختيار من القائمة أعلاه	

56- هل من بيانات عن معدلات التأمين الصحي لكبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور		إناث		ذكور+إناث	
التغطية الصحية	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
كبار السن المستفيدون من تغطية صحية من قبل القطاع العام						
كبار السن المستفيدون من تغطية صحية من قبل القطاع الخاص						
كبار السن المستفيدون من تغطية صحية من خلال التأمين الشخصي/الخاص						
نسبة التغطية بالنسبة لمصاريف العلاج						

مصدر المعلومات: (الرجاء التحديد)

الرجاء تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

تدريب مقدمي الرعاية والمختصين الصحيين

57 (أ) هل تخصص طب الشيخوخة اختصاص معترف به في بلدكم؟ ☐ نعم ☐ كلا

57 (ب) ما هو عدد الأطباء المتخصصين في طب الشيخوخة؟ يُرجى التحديد:

58- هل تتضمن برامج تدريب طب الأسرة محور عن طب الشيخوخة؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

59- يُرجى التحديد في الجدول أدناه ما إذا كان هناك برامج تدريب للعناية بكبار السن متاحة لمهن محددة، والتفصيل عن مدى مساهمة هذه البرامج في تحسين معلومات ومهارات المتدربين في التعامل مع كبار السن ومعالجة القضايا ذات الأهمية لهذه الفئة الديمغرافية:

مهنة المتدربين	توفرُ برنامج تدريبي	معلومات عن البرنامج التدريبي
أطباء	☐ نعم ☐ كلا	
ممرضون	☐ نعم ☐ كلا	
أخصائيون اجتماعيون	☐ نعم ☐ كلا	
أخصائيون في الطب النفسي	☐ نعم ☐ كلا	
معالجون فيزيائيون	☐ نعم ☐ كلا	
عاملون في الرعاية الصحية الأولية	☐ نعم ☐ كلا	

احتياجات كبار السن في مجال الصحة العقلية

60- هل تغطي برامج التأمين الصحي الأمراض النفسية والعقلية[3] ؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التعليق/التفصيل:

3 وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تشمل الاضطرابات العقلية التالي: الاكتئاب، والاضطراب العاطفي الثنائي القطب، وانفصام الشخصية والذهان الأخرى، والخرف، الإعاقة الذهنية واضطرابات النمو بما في ذلك مرض التوحد. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en.

61- هل من بيانات عن مدى انتشار الأمراض النفسية[4] والعقلية بين كبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور	إناث	ذكور+إناث
مؤشر الصحة العقلية	نسبة	نسبة	نسبة
مدى انتشار الأمراض النفسية والعقلية بين كبار السن			

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

كبار السن والإعاقة

62- هل من تدابير مخصَّصة لدعم كبار السن ذوي الإعاقة[5]؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

63- هل من منظمات غير حكومية تُعنى بشؤون كبار السن ذوي الإعاقة؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

64- هل من بيانات حول الإعاقة الحركية لدى كبار السن؟ ☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور	إناث	ذكور+إناث
معدل الإعاقة الحركية لدى كبار السن	نسبة	نسبة	نسبة
الذين ينتمون إلى الفئة العمرية 60-79			
الذين ينتمون إلى الفئة العمرية 80+			
معدل الإعاقة الحركية لدى الفئة العمرية 15-59			

مصدر المعلومات: (الرجاء التحديد)

4 الصحة النفسية هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيّف مع حالات التوتّر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ar.

5 وفقاً للمادة 1 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، "يشمل مصطلح "الأشخاص ذوي الإعاقة" كل من يعانون من عاهات طويلة الأجل بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسية، قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين". http://www.wipo.int/wipolex/en/other_treaties/text.jsp?file_id=192760.

الأسئلة الختامية للتوجه الثاني ذو الأولوية

65- ما هي أهم القيود أو العقبات التي تعرقل توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة؟ يُرجى إعطاء أمثلة:

66- ما هي أهم العوامل الإيجابية التي تعزز وتدعم توفير الخدمات الصحية والرفاه لكبار السن؟ يُرجى إعطاء أمثلة:

التوجه الثالث ذو الأولوية: كفالة تهيئة بيئة تمكينيَّة وداعمة

السكن والبيئة

67- هل من سياسات تشجع كبار السن على التنقل خارج منازلهم (*كتخفيض أجور المواصلات، وضمان وجود طرقات سليمة، ومراحيض عامة، وسيارات أو مركبات مخصصة لكبار السن، ومبانٍ حكومية يسهُل الوصول والدخول إليها، الخ...*)؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

68- هل من برامج تشجع كبار السن على التنقل خارج منازلهم (*كبرامج ترفيهية واجتماعية خاصة بالمسنين، الخ...*)؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

69- هل من سياسات تشجع كبار السن على البقاء في منازلهم بدلاً من اللجوء إلى دُور الرعاية (*كوجبات طعام متنقلة، وعيادات صحية متنقلة، وحسم على كلفة الكهرباء والماء، إلخ...*)؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

70- هل من برامج تشجع كبار السن على البقاء في منازلهم بدلاً من اللجوء إلى دُور الرعاية (*كزيارات اجتماعية وترفيهية، وبرنامج التكفُّل بالكبار، إلخ...*)؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

الرعاية ودعم مقدمي الرعاية

71 (أ) هل من تشريعات وقوانين تفرض على الابن أو البنت أو على الأقارب الاهتمام بأقاربهم من كبار السن؟

☐ نعم ☐ كلا

71 (ب) يُرجى التفصيل والتوضيح إذا كانت هذه التشريعات مدنية أو دينية؟

72- هل هنالك سياسات تدعم وتبني قدرات مقدمي الرعاية لكبار السن (*كالتدريب، والمكافآت المالية، والتعويض عن المدخول، إلخ*)؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

73- هل هنالك برامج تدعم وتبني قدرات مقدمي الرعاية لكبار السن (*كبرامج الاستراحة، والإستشارات، إلخ*)؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

74- ما هو دور عمال المنازل من المواطنين والعمال المهاجرين في توفير الرعاية لكبار السن في بلدكم؟ يُرجى التفصيل وإعطاء البيانات المتوفرة:

الإهمال وسوء المعاملة والعنف

75- ما هي الآليات لرصد حالات العنف ضد كبار السن؟ يُرجى التفصيل:

76- هل هنالك سياسات أو قوانين مدنية تعالج مواضيع الإهمال وسوء المعاملة والعنف ضد كبار السن؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

77- هل هنالك برامج تعالج مواضيع الإهمال وسوء المعاملة والعنف ضد كبار السن (*كتقديم المشورة القانونية، والقيام بحملات توعية، ووجود خط ساخن، وتوفير الطعام والأمان للذين تعرضوا لسوء المعاملة، إلخ...*)؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

78- هل من بيانات عن الإهمال وسوء المعاملة والعنف ضد كبار السن؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى ملء الجدول أدناه:

	ذكور		إناث		ذكور+إناث	
الإهمال وسوء المعاملة والعنف	عدد	نسبة	عدد	نسبة	عدد	نسبة
كبار السن الذين يبلّغون عن سوء المعاملة والعنف						
كبار السن الذين يعانون من سوء التغذية						

مصدر المعلومات: (يُرجى التحديد)

يُرجى تحديد السن المعتمد لكبار السن في الجدول أعلاه:

الصور المتعلقة بالشيخوخة

79- هل من تدابير اتخذتها الحكومة لتعزيز شأن كبار السن وإعطاء صورة إيجابية عن الشيخوخة؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

80- هل من برامج منتظمة لوسائل الإعلام (*تلفزيون، راديو، مقالات صحفية*) تتناول موضوع كبار السن وشؤونهم؟

☐ نعم ☐ كلا

يُرجى التفصيل:

الأسئلة الختامية للتوجه الثالث ذو الأولوية

81- ما هي أهم القيود أو العقبات التي تعرقل تهيئة بيئة تمكينيَّة وداعمة لكبار السن؟ الرجاء إعطاء الأمثلة:

82- ما هي أهم العوامل الإيجابية التي تعزز وتدعم توفير بيئة تمكينيَّة وداعمة لكبار السن؟ الرجاء إعطاء الأمثلة:

القسم الخامس: سؤال ختامي

83- الرجاء تقديم بعض قصص النجاح في مواجهة التحديات المتعلقة بكبار السن ومعالجة القضايا ذات الأهمية لهذه الفئة الديمغرافية والتي ستشكل دروساً يمكن أن تستفيد منها بلدان أخرى في المنطقة:

18-00050