


استراتيجية الشيخ النشط والصحي
ورعاية المسنين
فى إقليم شرق المتوسط
2015-2006

استراتيجية التشيخ النشط والصحي
ورعاية المسنين
في إقليم شرق المتوسط
2015 .2006

مَنْظَرُ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ 
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

2007

© منظمة الصحة العالمية 2007

جميع الحقوق محفوظة

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر إطلاقاً عن رأى منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بكتابتها بحروف استهلاكية كبيرة. كما أن منظمة الصحة العالمية لا تضمن أن المعلومات الموجودة في هذه النشرة كاملة وصحيحة ولن تتحمل مسؤولية أي ضرر يحدث نتيجة استخدامها.

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص.ب 7608، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم +2026702535؛ فاكس رقم +2026702492؛ عنوان البريد الإلكتروني: DSA@emro.who.int . وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، سواء أجزاء منها أو المنشورات كاملة: سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجارى - إلى المستشار الإقليمي للإعلام الصحي والطبي على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم +2022765400)

تم الطبع في دار القطار للطباعة بتاريخ 2007/3

الوثيقة WHO-EM/HSG/030/A

المحتويات

| | |
|----|---|
| 5 | تمهيد |
| 7 | المقدمة |
| 9 | 1- خلفية مرجعية |
| 12 | 2- إطار مفهومي للاستراتيجية الجديدة |
| 16 | 3- الاستراتيجية الإقليمية للتشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين |
| | الملاحم العامة |
| 16 | 3-1 فترة التغطية |
| 16 | 3-2 مكونات الاستراتيجية الإقليمية |
| 17 | 3-3 محددات الاستراتيجية الإقليمية |
| 22 | 4- مكونات الاستراتيجية |
| 22 | 4-1 المقدمة |
| 23 | 4-2 العملية المتكررة لصياغة السياسات والاستراتيجيات |
| 24 | 4-3 الرعاية الصحية الأولية كحجر زاوية في التشيخ النشط والصحي |
| 26 | 4-4 المشاركة القوية للمسنين في المجتمع |
| 28 | 4-5 تنمية الموارد البشرية من أجل الرعاية الصحية الجيدة |
| 31 | 4-6 خلق الشبكات متعددة الفروع من أجل تيسير رعاية المسنين |
| 32 | 4-7 إنشاء قاعدة معطيات من أجل رعاية مستندة إلى البيّنات |
| 33 | 4-8 إذكاء وعي السكان فيما يتعلق بالتشيخ النشط |
| 36 | 5- تنظيم الاستراتيجية الإقليمية |
| | 6- النتائج المتوقعة على المستوى الإقليمي وعلى مستوى البلدان عند نهاية العقد |
| 37 | (2006-2015) |
| 40 | 7 حطة عمل الاستراتيجية الإقليمية في العقد 2006-2015 |
| 40 | 7-1 أنشطة بلدانية |
| 42 | 7-2 أنشطة قطرية |

الملاحق

- المؤشرات الإقليمية للمسنين 44
- نقاط حول إطار العمل الإقليمي 49
- نموذج سياسة وطنية للمسنين 74

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تمهيد المدير الإقليمي

تشيع السكان (Population Ageing) أو الزيادة السريعة في عدد المسنين هو ظاهرة عالمية. وتشيب الأمم إذا ازداد عدد المسنين بصورة أسرع بكثير من إجمالي السكان بسبب نقص الخصوبة وزيادة مأمول الحياة. وفي معظم البلدان الصناعية، كان تشيع السكان عملية تدريجية أعقبت النمو الاجتماعي والاقتصادي المطرد على مدى عدة عقود وأجيال. وتتكثف هذه العملية في البلدان النامية خلال عقدين أو ثلاثة ومع جيل واحد. وبحلول عام 2050 سيكون هناك ملياري إنسان فوق الستين سنة من العمر، ثمانون بالمئة (80%) منهم سيعيشون في البلدان النامية. وتترافق الشيخوخة السريعة في البلدان النامية مع تغيرات جوهرية في بنية الأسرة وأدوارها، وكذلك في نماذج العمل والهجرة. من المتوقع قريباً جداً أن معظم مؤسسات المجتمع المدني في العديد من البلدان النامية ستقل بالاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية والصحية لهذا القطاع من السكان الذي يتزايد باستمرار.

إن تقدم الرعاية المسورة والتي تتمتع بالجودة للمسنين شأن رئيسي من شؤون النظم الصحية في معظم البلدان. ومن الأهمية بمكان أن يبقى المسنون مستقلين ومعتمدين على أنفسهم ونشيطين قدر الإمكان كي يكونوا قادرين على المساهمة في المجتمع بصورة منتجة. وفي ظل هذه العوامل فقد جعل المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية للمسنين برنامجاً ذا أولوية وله غرض رئيسي هو: "إضافة حياة للسنوات وليس فقط سنوات للحياة".

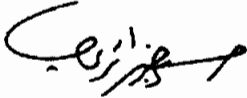
لقد تبنّى المكتب الإقليمي، بالتعاون مع البلدان الأعضاء، استراتيجية إقليمية لفترة عشرة سنوات 1992-2001، ذات أنشطة نوعية بلدانية وقطرية، وخطط عمل من أجل تنفيذها. وجرت مراجعة المنجزات والعقبات في تنفيذ هذه الاستراتيجية في حلقة عملية بلدانية عقدت في بيروت في نيسان/ أبريل من عام 2001. وتم اقتراح توصية من أجل

إعداد استراتيجية جديدة لعقد آخر. وفي جلستها الخمسين، اعتمدت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية القرار رقم 10/R.50EM/RC الذي طلب تحديث الاستراتيجية الإقليمية للرعاية الصحية للمسنين في إقليم شرق المتوسط.

وكتيجة لذلك، فقد تم تحضير مسودة الاستراتيجية الجديدة وعرضها للمداولة في المشاورة الإقليمية التي عقدت في المنامة، البحرين في نيسان/ أبريل من عام 2005 حول التشخيص النشط وتعزيز صحة المسنين في إقليم شرق المتوسط. وتم اعتماد مسودة الاستراتيجية بعد إدخال ملاحظات ومقترحات ممثلي البلدان الأعضاء بالإقليم، والمنظمات غير الحكومية الدولية، والخبراء الدوليين.

تحدد استراتيجية التشخيص النشط والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط 2006-2015 الاتجاهات الاستراتيجية للبلدان الأعضاء، كما ترسم دور المكتب الإقليمي في دعم البلدان الأعضاء لتحقيق الأغراض الموضوعية. ويتوقع من الاستراتيجية أن تُمكن كبار الإداريين ورسمي السياسات وصناع القرار من مواجهة تحديات تشيخ السكان.

د/ حسين عبد الرزاق الجزائري



المدير الإقليمي لشرق المتوسط

المقدمة

يعيش الإنسان في جميع أنحاء العالم مدة أطول من أي وقت سابق، ولذلك فمن الطبيعي أن تراجع النظم الصحية الوطنية أساليبها تجاه الزيادة المطردة للسكان المسنين من حين لآخر.

وتشدد الحاجة لتنفيذ سياسة وطنية لرعاية المسنين في كل من البلدان الأعضاء. وعلى الرغم من وجود سياسات وطنية لرعاية المسنين في غالبية البلدان الأعضاء، إلا إنه في معظم الأحوال كانت تعنى بهذه السياسة لجنة التنسيق الوطنية لرعاية المسنين التي تديرها عادة وزارة الشؤون الاجتماعية أو وزارة الصحة. ومعظم هذه اللجان تأسست مباشرة بعد صدور الاستراتيجية الإقليمية الأولى في منتصف تسعينيات القرن الماضي. ويلزم تقييم فعالية السياسات الموجودة ودور اللجان الوطنية من أجل إنعاش وحشد الموارد المتوافرة في البلدان. ويتوقع أن يشارك المسنون كأطراف معينين (Stakeholders) في تنفيذ السياسة الوطنية في كل مراحلها من التخطيط إلى التنفيذ فالتقييم.

لقد قبل المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية تحدي توجيه البلدان الأعضاء في عملية رعاية جماهير المسنين منذ ثمانينيات القرن الماضي. وتم إعداد الاستراتيجية الإقليمية الأولى للرعاية الصحية للمسنين في عام 1994 حيث غطت فترة عشرة سنوات، من عام 1992 حتى عام 2001. وبعد عقد من الزمن، تمت مراجعة تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية في حلقة عملية بلدانية حول حفظ صحة المسنين في إقليم شرق المتوسط عقدت في بيروت بلبنان في نيسان/أبريل من عام 2001.

تم إعداد هذه الوثيقة من خلال توصيات الحلقة العملية، وقرار اللجنة الإقليمية 10/R.50EM/RC. وتمت المصادقة على مسودة الاستراتيجية من قبل ممثلي بلدان الإقليم ومنظمات غير حكومية دولية وخبراء خارجيين في المشاورة الإقليمية حول التشيخ النشط وتعزيز صحة المسنين في إقليم شرق المتوسط التي عقدت في المنامة بالبحرين في نيسان/أبريل من عام 2005. وتحدد هذه الوثيقة الوضع الديموغرافي الحالي، والحالة الصحية للسكان في البلدان الأعضاء، والأنشطة التعاونية البلداية والقطرية، والمقترح إجراؤها من

قبل المكتب الإقليمي من أجل تحقيق الأغراض. تضم الاستراتيجية أيضاً مؤشرات ممكنة القياس من أجل تقييم أثرها في الإقليم وفي كل بلد على حدة. وتضم وثيقة الاستراتيجية كذلك روح قرار جمعية الصحة العالمية لعام 2005 حول تعزيز الشيخ النشط والصحي في السياسات أثناء التخطيط للرعاية الصحية للمسنين.

من المتوقع أن يتزايد عدد البرامج الصحية التعاونية لرعاية المسنين لمنظمة الصحة العالمية في الإقليم في كل ثنائية. ويرجح عند نهاية هذا القرن أن تكون معظم البلدان قد أوجدت نظاماً فعالاً لتقديم الرعاية للمسنين فيها ولإعداد الأجيال الشابة لدخول سن متقدمة بصحة ولياقة جيدة.

ومع وجود اختلافات واسعة في المرتسم (profile) الاقتصادي والديموغرافي للبلدان الأعضاء، يقدم المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية فرصة ابتكار عظيمة للمخططين الصحيين. وستواجه محاولة إعداد نموذج ثابت ممكن التطبيق في كل بلد العديد من الصعوبات، غير أن المبادئ الأساسية للاستراتيجية مثل رفع مستوى الوعي، والبحث وتدريب العاملين بالصحة، تبقى نفسها لكل البلدان الأعضاء بغض النظر عن حالتها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

1. خلفية مرجعية

كانت الزيادة غير المسبوقة في زيادة عمر الإنسان إحدى الأحداث المنظورة في القرن العشرين. الشيخ الحاصل للسكان بكل تفرعاته أمرٌ بين اليوم في كل بلدان العالم بما فيها بلدان إقليم شرق المتوسط. وقد أدرك المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية الحاجة لتطوير برامج مناسبة لجماهير المسنين المتنامية منذ أواسط الثمانينيات. تم جمع معطيات حول حالة المسنين في عام 1987 في خمسة بلدان هي: البحرين، ومصر، والأردن، والباكستان، وتونس. وقرر المكتب الإقليمي عرض قضية الرعاية الصحية للمسنين على اللجنة الإقليمية لإقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية في دورتها الثامنة والثلاثين في عام 1991 من خلال جلسة مناقشة تقنية حول الرعاية الصحية للمسنين والمسنين المعوقين بعد مشاورة بلدانية جرت في نفس العام في لارنكا، بقبرص.

اتخذت اللجنة الإقليمية القرار رقم 7/R.38EM/RC الذي حثَّ البلدان الأعضاء ومنظمة الصحة العالمية على اتخاذ تدابير عاجلة لتعزيز وحفظ صحة المسنين كي يستطيعوا التمتع بحياة صحية ونشيطة. كان هذا الحدث خطوة كبيرة نحو إذكاء الوعي تجاه تشيخ السكان ومقتضياته لدى أصحاب القرار وكبار الإداريين في القطاع الصحي للبلدان الأعضاء في الإقليم.

وأنشأ العديد من البلدان الأعضاء في بداية تسعينيات القرن الماضي بتدخل نشط من المكتب الإقليمي نقاط اتصال في وزارة الصحة من أجل الرعاية الصحية للمسنين، وتم القيام أيضاً بمسح سريع بوساطة استبيان في أحد عشر بلداً من البلدان الأعضاء لتحديد الحالة الصحية والاجتماعية والاقتصادية للمسنين. ولقد مكّنت هذه التحضيرات من إنشاء برامج لرعاية المسنين في العديد من البلدان الأعضاء.

وتم إنشاء هيئة استشارية إقليمية للرعاية الصحية للمسنين في الإقليم في عام 1992. وتبنت هذه الهيئة الاستراتيجية الإقليمية لبرامج منظمة الصحة العالمية حول الرعاية الصحية للمسنين للعقد الذي يغطي الفترة الواقعة بين 1992 و 2001 والتي تحدد أنشطة بلدانية وفي البلدان لخمس ثنائيات تبدأ بالثنائية 1992-1993.

وعقد في الكويت في الفترة الواقعة بين 18 و 21 تشرين الأول/أكتوبر 1999 المؤتمر الدولي حول حقوق المسنين من منظور إسلامي. ولقد تم تنظيم هذه الحلقة الدراسية الهامة من قبل المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية Islamic Organization of Medical Sciences (IOMS) بالتعاون وثيق مع المكتب الإقليمي، والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة Islamic Education, Science and Culture Organization (ISESCO)، ومجلس الفقه الإسلامي the Islamic Fiqh Council في جدة بالمملكة العربية السعودية، واتحاد المنظمات الدولية للعلوم الطبية the Confederation of International Organizations of Medical Sciences. وتم وضع مجموعة شاملة من التوصيات وتمت الموافقة عليها من قبل المشاركين. وتشكل توصيات المؤتمر التي تعرف بإعلان الكويت حول حقوق المسنين الوثيقة الشاملة التي يمكن أن تقدم مدخلات قيمة في أي برنامج.

وفي نيسان/أبريل من عام 2001، العام الأخير من العقد الذي تغطيه الاستراتيجية الإقليمية، عقدت في بيروت بلبنان حلقة عملية بلدانية. ونظرت هذه الحلقة العملية بصورة شمولية إلى كل أوجه صحة المسنين، وراجعت ما حققته الاستراتيجية التي تم اعتمادها في عام 1992. أوصت هذه الحلقة العملية بضرورة إعداد برامج جديدة حيث توجد ثغرات في الخدمات، والتعامل مع المسنين بصورة أكثر شمولية من أجل ضمان أن كلا القطاعين العام والخاص يلبيان احتياجاتهم. كما تم وضع مجموعة شاملة من التوصيات.

وفي الدورة الخمسين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية في عام 2003 تم عرض ومناقشة ورقة عمل تقنية حول "الرعاية الصحية للمسنين في إقليم شرق المتوسط: التحديات والتطلّعات". ولوحظ أن هناك زيادة سريعة في عدد

ونسبة المسنين في معظم البلدان، غير أن ذلك لم يكن ينظر إليه إلى حد كبير كسبب نذير في الإقليم. وبعد مداوات تفصيلية، اعتمدت اللجنة الإقليمية القرار رقم 10/R.50EM/RC الذي يتعلق بالرعاية الصحية للمسنين في الإقليم، وعقدت العزم على تحديث الاستراتيجية الإقليمية. كما نصحت اللجنة الإقليمية البلدان الأعضاء بالقيام بمراجعة شاملة لسياساتها واستراتيجياتها الوطنية تجاه رعاية المسنين وذلك من أجل تحسين تكامل وتنسيق برامج الخدمات الصحية والاجتماعية في التصدي لاحتياجاتهم، وتحسين نظم الرعاية الصحية الأولية من أجل تعزيز أنماط الحياة الصحية طوال العمر.

وفي 26-28 نيسان/أبريل من عام 2005، عقدت المشاورة الإقليمية حول التشيخ النشط وتعزيز صحة المسنين في إقليم شرق المتوسط في المنامة بالبحرين، وبوجود الدلائل الإرشادية المشار إليها أعلاه فقد تم اعتماد مسودة استراتيجية محدثة تقدم إطار عمل عام لتعزيز صحة المسنين. ومن المتوقع من كل بلد من البلدان الأعضاء أن يكيّف عناصر الاستراتيجية وفقاً لظروفه وأوضاعه الخاصة من أجل تحقيق التشيخ النشط والصحي لسكانه.

وجرت مداوات في اجتماعات جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسين لمنظمة الصحة العالمية في الخامس والعشرين من أيار/ مايو 2005 في جنيف حول استراتيجيات تعزيز التشيخ النشط والصحي في ضوء توصيات الجمعية العالمية الثانية للأمم المتحدة حول التشيخ في مدريد عام 2002. وبعد النظر إلى الأساليب المختلفة التي تبنتها منظمة الصحة العالمية في السنوات السابقة، ركّزت جمعية الصحة العالمية اهتمامها على تطوير رعاية صحية أولية صديقة للمسنين. وحثت البلدان الأعضاء ولجنة المحددات الاجتماعية للصحة والمدير العام على اتخاذ تدابير من أجل تحقيق الالتزامات التي تم إبرامها في الجمعية العالمية الثانية حول التشيخ من أجل تعزيز التشيخ النشط والصحي من خلال الرعاية الصحية الأولية، وأسلوب طوال العمر (life-course approach) في التنمية، ومشاركة المسنين في العملية التنموية.

2. إطار مفهومي للاستراتيجية الجديدة

يستند الإطار المفهومي للاستراتيجية الإقليمية لفترة 2006-2015 إلى الورقة التي تم عرضها في الدورة الخمسين للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في تشرين الأول/ أكتوبر من عام 2003 حيث ينبغي بناء خطة العمل الخاصة بالرعاية الصحية للمسنين على ثلاثة مبادئ رئيسية:

- مشاركة المسنين في عملية التنمية.
- استمرارية الصحة والمعافاة مع المسنين.
- تأمين بيئة ممكنة وداعمة.

ويجب الإقرار بأن كل بلد من البلدان الأعضاء يواجه تحدي تشيخ السكان، مع وجود اختلافات صغيرة في المقدار وسرعة السير، وأن هناك حاجة عاجلة لمراجعة السياسة الوطنية لرعاية المسنين.

تدار السياسات الوطنية الحالية لرعاية المسنين ولجان التنسيق الوطنية عادة من قبل وزارة الشؤون الاجتماعية أو وزارة الصحة. وكانت معظم هذه اللجان قد أُسست مباشرة بعد تدشين الاستراتيجية الإقليمية الأولى في منتصف تسعينيات القرن الماضي. ويلزم تقييم فعالية السياسات الحالية ودور اللجان الوطنية من أجل إنعاش واستنفار الموارد المتوافرة في البلدان. ويجب تشجيع المسنين، كأطراف معنيين على المشاركة في تنفيذ السياسة الوطنية في كل أطوارها من التخطيط إلى التدخل فالتقييم.

ينبغي أن تكون الصحة بصورة مثالية من مسؤوليات الفرد، بينما تكون على البلد مسؤولية تيسير جهود الفرد لتحقيق الصحة والحفاظ عليها طوال العمر، وتوفير بيئة يمكن أن تنجح ضمنها مثل هذه الجهود. غير أن مثل هذه الظروف في العديد من البلدان في الإقليم قد تكون غير متوافرة. وفي مثل هذه الأوضاع، وبعيداً عن الأفراد والبلدان، تتواجد أطراف أخرى هي المنظمات غير الحكومية والمجتمعات والعائلات التي لها دور يمكن أن تقوم به في تقلص الدعم للأفراد في التمتع بالصحة والحفاظة عليها.

لقد أثر التحول في عبء المرض من الأمراض المعدية الحادة والمهددة للحياة إلى الأمراض غير السارية والمزمنة والمؤدية للعجز في كل أنحاء العالم على نظام إيتاء الرعاية الصحية. غير أنه، ومع بزوغ أمراض معدية جديدة وعودة أمراض سارية قديمة، فإن البلدان النامية بما فيها تلك التي في إقليم شرق المتوسط تواجه عبئاً مضاعفاً لكليهما (الأمراض السارية وغير السارية) لدى جمهرة المسنين. ويطرح ذلك تحديات جديدة خاصة في سياق رعاية السكان المسنين.

وبينما يتم التأكيد على تخصيص مستمر للموارد من أجل مكافحة الأمراض المعدية واستئصالها، يكون من الضروري ملاحظة أن هناك حاجة أكبر لسياسات وبرامج وشراكة بين القطاعات يمكن أن تساعد على إيقاف التوسع الجسيم للأمراض غير السارية المزمنة. وعلى الرغم من أنها لا تكون بالضرورة سهلة التنفيذ، فكثيراً ما تكون البرامج التي تركز على تطور المجتمع وتعزيز الصحة واتباء المرض وزيادة مشاركة العموم هي الأكثر فعالية في السيطرة على عبء الأمراض غير السارية. ويمكن أن تساعد السياسات طويلة الأمد التي تستهدف سوء التغذية والفقر على خفض معدلات الأمراض السارية وغير السارية. إن دعم البحوث الوثيقة الصلة بهذه القضايا أمرٌ مطلوب بشكل ملح في البلدان النامية.

وحيث يشكّل المسنون في الإقليم نسبة أكثر وضوحاً من عامة السكان، فيلزم بصورة عاجلة توفير معلومات إحصائية أفضل حول ديموغرافية الشيخ وأسابيه وعواقبه وجوانبه الإقليمية الخاصة من أجل إرشاد السياسات والبرامج. وبسبب التحضر المستمر وازمحلال نظام العائلات الممتدة، فيجب مراجعة الافتراض الاعتيادي بأن المسنين مدعومين إلى حد بعيد من قبل العائلة الممتدة التقليدية على صورة رعاية ومأوى وأدوار مفيدة.

ستقود كل هذه التغيرات إلى تغير في الطلب على النظم الصحية في بلدان الإقليم. ومن المتوقع من نظم الرعاية الصحية أن تُدخِل رعاية المسنين مع رعاية الفئات الأخرى. وتتطلب الحاجة المتنامية لمعالجة المسنين ورعايتهم تقديراً للاحتياجات المستقبلية وتخصيص موارد مالية كافية. ويتوقع، في غياب السياسات

الملائمة، زيادات كبيرة في التكاليف. وهناك تحدٍ آخر يتعلّق بمستوى الدعم الاقتصادي اللازم لهذه الفئة السكانية المتسارعة النمو.

لقد نظرت منظمة الصحة العالمية في العقد الماضي للتشيخ النشط على أنه مرمى ممكن التحقيق. وهذا تحول جذري في تركيز الرعاية من النموذج السريري إلى نموذج تعزيز الصحة. يجب أن يكون مرمى الشيخوخة النشط حجر الزاوية في كل سياسات البلدان تجاه المسنين تماماً كما هو الحال بالنسبة للفرد. وتنطبق الشيخوخة النشط على الأفراد وكذلك على فئات سكانية معيّنة.

ويمكن للسياسات التي تعزز الصحة طوال العمر أن تنقص مستويات العجز المترافقة مع كبر السن وتقود إلى توفير في الميزانيات، وتتضمن هذه السياسات تعزيز الصحة واتقاء المرض، والتكنولوجيا المساعدة، والرعاية التأهيلية، وخدمات الصحة النفسية، وتعزيز أنماط الحياة الصحية والمحيط الداعم.

يتطلب خلق محيط داعم للمسنين عملاً من قبل عدد من القطاعات بالإضافة للقطاع الصحي والخدمات الاجتماعية، ويتضمن ذلك التعليم والتوظيف والعمل والمال والضمان الاجتماعي، والإسكان، والنقل، والعدل، والتنمية الريفية، والحضرية. وهذه القطاعات يمكن أن تقوم بصياغة سياسات صديقة للمسنين وبرامج تمكينية لهم. عن فيهم المصابين بالعجز.

وتستمد الاستراتيجية الإقليمية الجديدة تفويضها من الدورة الخمسين للجنة الإقليمية في تشرين الأول/ أكتوبر من عام 2003 التي صاغت ستة اتجاهات استراتيجية رئيسية للرعاية الصحية للمسنين:

1. مراجعة مستمرة وتحديث للاستراتيجية الإقليمية من أجل اقتراح السبل الملائمة للدعم الصحي والاجتماعي والاقتصادي للمسنين في سياق المثل والقيم الاجتماعية والثقافية السائدة في الإقليم.

2. تأسيس قاعدة معطيات حديثة والمحافظة عليها من أجل عملية صنع قرار مستندة إلى البيئة ومعنية بالرعاية الشاملة للمسنين على مستوى البلد.

3. إنشاء شبكات إقليمية ووطنية متعددة الفروع بين الوكالات والمنظمات والمعاهد الأكاديمية والأفراد ممن يهتمون بصحة المسنين.
4. تضمين الرعاية الصحية للمسنين في نظام الرعاية الصحية الأولية وفي مناهج تدريب العاملين بالرعاية الصحية الأولية والرعاية المجتمعية.
5. تزويد المسنين وعائلاتهم والمجتمع ككل بالمعارف والمهارات الملائمة واللازمة من أجل الرعاية الذاتية وحفظ الصحة وتعزيزها.
6. دعم البحوث والتدريب في مجال صحة المسنين والرعاية المجتمعية.

3. الاستراتيجية الإقليمية للتشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين: الملاح العامة

13 فترة التغطية

ستغطي الاستراتيجية فترة العشر سنوات من 2006 وحتى 2015. ويغطي ذلك، ضمن بنية برنامج منظمة الصحة العالمية، برنامج العمل العام الحادي عشر (الثنائيات 2006 - 2007، 2008 - 2009، 2010 - 2011، 2012 - 2013، 2014 - 2015).

23 مكونات الاستراتيجية الإقليمية

تتضمن الاستراتيجية الإقليمية نمطين من الأنشطة: أنشطة في البلدان، وأنشطة بلدانية.

الأنشطة في البلدان (Country Activities) هي تلك المقدمة بصورة مباشرة للبلدان التي تطلب المساعدة من المكتب الإقليمي. ويمكن أن تكون هذه الأنشطة من أنماط مختلفة، ولكنّ الدعم التقني يقدم في معظم الأحوال من قبل مستشاري منظمة الصحة العالمية في البلدان التي لديها برامج تعاونية مع منظمة الصحة العالمية في مجال الرعاية الصحية لكبار السن.

قد لا يحدد البرنامج التعاوني مع منظمة الصحة العالمية في العديد من البلدان الحاجة للمساعدة الاستشارية، غير أن الدعم المالي والتقني قد يُطلب لعقد الحلقات الدراسية الوطنية أو لإجراء دورات تدريبية أو لتسمية مرشحين لمنح منظمة الصحة العالمية من أجل التدريب التخصصي في مجال الرعاية الصحية لكبار السن.

الأنشطة البلدانية (Inter-country Activities) هي تلك المصممة من قبل المكتب الإقليمي من أجل الدعم الجماعي لكل أو معظم البلدان في مجالات معينة مختارة من برنامج الرعاية الصحية لكبار السن.

3.3 معدات الاستراتيجية الإقليمية

لقد استهل المكتب الإقليمي برامج الرعاية الصحية للمسنين خلال الثنائية 1988-1989. ومنذ ذلك الحين تم القيام بعدة أنشطة تعاونية من قبل منظمة الصحة العالمية والبلدان الأعضاء. وتضمنت هذه الأنشطة مسوحات بلدانية، ومسوحات سريعة بوساطة الاستبيان، وحلقات عملية واجتماعات بلدانية، ومشاورات إقليمية، وتأسيس الهيئة الاستشارية الإقليمية، وإنشاء دليل العاملين بالرعاية الصحية الأولية باللغة الإنكليزية وترجمته إلى اللغات المختلفة في الإقليم، وتأسيس مكاتب الاتصال في وزارات الصحة في البلدان الأعضاء، وصياغة السياسة الوطنية وتأسيس لجان التنسيق الوطنية.

وبينما حققت مبادرات المكتب الإقليمي والبلدان الأعضاء بعضاً من الأغراض التي تم وضعها في الاستراتيجية الإقليمية الأولى، إلا أنه يبقى الكثير مما يجب عمله. ويلزم إجراء تقييم للأغراض في هذه المرحلة لتحديد الاستراتيجية المستقبلية.

ديموغرافيا الشيخ في إقليم شرق المتوسط

يشهد الإقليم زيادة في عدد ونسبة السكان الذين يبلغون 60 سنة من العمر وما فوق. كان عدد الأشخاص الذين يبلغون 60 سنة من العمر وما فوق في الإقليم حوالي 26,8 مليون (5,8% من إجمالي السكان) في عام 2000. ومن المتوقع أن يشكل المسنون 8,7% تقريباً من إجمالي السكان في عام 2025، و15% في عام 2050.

يؤدي الانخفاض في معدلات الخصوبة مع التحسن المضطرد في مأمول الحياة في العقود الأخيرة إلى تنام واضح في شيخوخة السكان. ويبلغ معدل الخصوبة الكلي في الإقليم حالياً 4,2 طفل لكل امرأة، وسينقص في عام 2025 إلى 2,8، وإلى 2,2 في عام 2050. كما توجد اختلافات هامة في معدلات الخصوبة الحالية بين البلدان الأعضاء.

ازداد مأمول الحياة عند الولادة خلال العقود الخمسة الأخيرة في الإقليم بمقدار 23,1 سنة تقريباً: من 43,6 في 1950-1955 إلى 66,7 سنة في 2000-2005. ويبلغ مأمول الحياة مقدراً يزيد عن 70 سنة في بعض بلدان الإقليم مثل البحرين، والأردن،

والكويت، ولبنان، والجمهورية العربية الليبية، وعمان، وفلسطين، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتحدة، والجمهورية العربية السورية، وتونس، أما في أفغانستان، وجيبوتي، والصومال، والسودان، واليمن، فما يزال دون 50 سنة. وتبدي المعطيات الديموغرافية للإقليم أن هناك فرقاً كبيراً في نسبة المسنين بين البلدان المختلفة في الإقليم كما هو الحال بالنسبة لمأمول الحياة وإنفاق الفرد على الصحة وعدد الأطباء لكل ألف من السكان (أنظر الجداول في الملحق 1).

يتصف العديد من بلدان الإقليم التي لديها نسب منخفضة ممن يبلغون 60 سنة وما فوق من العمر بمأمول حياة عند الولادة مرتفع جداً. ومن الممكن أن يكون ذلك بسبب وجود أعداد كبيرة من العمال المغتربين الذين ما يزالون في مقتبل العمر. وهكذا فإن تصنيف البلدان على أساس نسبة من يبلغون 60 سنة وما فوق من العمر من السكان لا تعكس بصورة صحيحة وضع الشيخ بالنسبة للسكان الوطنيين. ولذلك يمكن تقسيم بلدان الإقليم على أساس مأمول الحياة عند الولادة أي فوق 70 سنة، وبين 60 و69 سنة، وأقل من 60 سنة.

- **الفئة الأولى:** البحرين، ومصر، والأردن، والكويت، ولبنان، وعمان، وفلسطين، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والجمهورية العربية السورية، وتونس، والإمارات العربية المتحدة.
- **الفئة الثانية:** جمهورية إيران الإسلامية، والعراق، والجمهورية العربية الليبية، والمغرب، والباكستان، واليمن.
- **الفئة الثالثة:** أفغانستان، وجيبوتي، والصومال، والسودان.

إن مثل هذا التصنيف واقعي لأن نسبة من يبلغون 60 سنة من العمر وما فوق في أعداد التقديرات المستقبلية السكانية للأعوام 2025 و2050 أعلى بكثير في بلدان الفئة الأولى مقارنة مع بلدان الفئة الثالثة.

ويفرض تشيخ السكان عبئاً أكبر على معظم الخدمات الاجتماعية بما فيها الخدمات الصحية. ولذلك فمن الهام أخذ المؤشرات الاقتصادية مثل الإنفاق الصحي لكل فرد وعدد المهنيين الصحيين (مثل الأطباء) لكل ألف من السكان بالحسبان عند

النظر في أنشطة رعاية المسنين، وذلك لأن النظم الصحية ذات الموارد القليلة (البشرية والمالية) قد لا تعطي الأولوية المنتظرة لرعاية المسنين على حساب البرامج الأخرى.

الوعي بقضايا الشيخ

على الرغم من وعي معظم الأفراد بالقضايا المتعلقة بكبر السن، إلا أن الآراء كثيراً ما تكون إما إيجابية بشدة أو سلبية بشدة، وكنتيجة لذلك يكون هناك نقص في النظرة المنطقية للتحديات التي يطرحها تشيخ السكان لدى رسمي السياسات والمخططين وأصحاب الرأي بصورة خاصة، والمجتمع بصورة عامة. وتنفيذ برامج التوعية الجموعية حول التشيخ النشط والصحي عالمياً في الأول من تشرين الأول/أكتوبر من كل عام، غير أنه يلزم القيام بأنشطة مستمرة في هذا الاتجاه. وبالإضافة للرسالة المتعلقة بالتشيخ النشط يجب تمرير معلومات للمسنيين والقائمين على رعايتهم حول سيرورة الشيخوخة، والتكيف مع التقاعد والعجز، والاحتياجات اللازمة لمصادفة سرعة التأثير في السن المتقدمة، والتشيخ المفعم بالصحة. والأمر الأكثر أهمية أنه يلزم أن يكون لدى أصحاب القرار السياسي والمخططين معلومات حول الممارسات الأفضل، والإدارة فعالة التكلفة للموارد عند إجراء التخطيط للرعاية الصحية، والانتفاع من المسنين كموارد متوافرة في المجتمع من أجل الرعاية الذاتية ورعاية أفراد الأسرة الذين لديهم أمراض مزمنة.

قاعدة المعطيات

ما تزال معطيات صحة ومرض وعجز المسنين ضئيلة في الإقليم. وقد تم جمع بعض المعلومات في منتصف ثمانينيات وتسعينيات القرن الماضي من خلال مسوحات المقطع المستعرض في أربعة بلدان، ومسوحات الاستبيان في أحد عشر بلد. وأنشأت أربعة بلدان في عام 2002 (البحرين، ومصر، وجمهورية إيران الإسلامية، ولبنان) مرتسماً شاملاً حول قضايا المسنين. وأعطى مشروع الاستجابة المتكاملة لنظم الرعاية الصحية لتسارع تشيخ السكان Integrated Response of Health Care Systems to Rapid Population Ageing INTRA الذي ابتدأه المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية فرصة ممتازة للبنان في المرحلة الأولى، وللجمهورية العربية السورية في المرحلة الثانية، ولباكستان في المرحلة الثالثة لإنشاء قواعد معطيات يعول عليها في قضايا التشيخ.

لقد أنجزت تحسينات ملموسة في العقدين الأخيرين في فهم المرض والعجز في العمر المتقدمة. ويميل الباحثون بصورة عامة لاستثناء المرضى المسنين من التجارب الدوائية والتدخلات الأخرى ما لم يوصى بغير ذلك، ولذلك فهناك حاجة لجمع معطيات وبائية حول هذه الفئة من السكان فيما يتعلق بالحالة الصحية، والمرض والعجز، والسلوك الصحي، وتوافر الخدمات واستعمالها الأمر الذي يساعد على التخطيط للتدخلات المصيرية.

السياسة الوطنية

توجد سياسة واضحة تجاه المسنين في عدد قليل من البلدان، إلا أن تنفيذها كان بطيئاً بسبب نقص الوعي في المستويات المختلفة، والافتقار إلى التنسيق بين القطاعات المختلفة، ونقص اهتمام اللجان الوطنية ونقاط الاتصال المسؤولة عن التنفيذ. وفوق كل ذلك فقد كان الخلل الأكثر أهمية في تنفيذ السياسة يكمن في فقد التعريف الواضح لمهمات وأدوار الوزارات المختلفة في رعاية المسنين. وهناك حاجة ملحة في كل بلدان الإقليم لتكثيف مبادئ التشيخ النشط والصحي مع أطرها السياسية، ولصياغة برامج واضحة للتنفيذ.

الرعاية الاجتماعية

كما أشير سابقاً، وبغض النظر عن حالة التنمية والحالة الاقتصادية السابقة للتقاعد، يلاحظ العديد من المسنين تدهوراً حاداً في أوضاعهم المالية في معظم البلدان. وبالإضافة لذلك فقد مزق التحضر والهجرة واسعة النطاق نظم الدعم العائلي والاجتماعي التقليديين للمسنين، الأمر الذي يقود إلى عزلتهم الاجتماعية. وكذلك فمع زيادة الثغرة بين الطلب على الخدمات والموارد، والإمداد بما أصبح عنصر التفاوت المستند إلى الحالة الاقتصادية جلياً في معظم المجتمعات. ويصادف مدّ ليد العون للمسنين في العديد من بلدان الإقليم على شكل معاشات تقاعدية، ودعم مالي لعائلاتهم، وأسعار خاصة للطعام والدواء والنقل والإسكان، وتقديم معونات وأجهزة العجز. كما تلاحظ نزعة نحو فرض رسوم يدفعها المستخدم في نظم الدعم الاجتماعي في معظم بلدان الإقليم. ويستوجب ذلك نظاماً لاستطلاع موارد الناس ومشاركة التكلفة على أساس مستمر.

الخدمات الصحية

تقدم النظم الصحية في بلدان الإقليم رعاية صحية جيدة لمعظم السكان، غير أن رعاية المسنين كقوة خاصة لم تجذب الاهتمام بصورة كافية في معظم البلدان. وبصورة عامة، لا يحصل المسنون في معظم المستشفيات على نظم رعاية خاصة مثل الوحدات الخاصة، والقاعات المنفصلة، ومرافق المريض الخارجي المكرسة لهم في المستشفيات، وكذلك لا توجد خدمات إيصالية للمسنين في المجتمع.

إن أطباء الشيوخ أو الأطباء الذين لديهم تدريب تخصصي على رعاية المسنين نادرون بين الممارسين الطبيين في كلا القطاعين العام والخاص. ولا يتلقى أصحاب المهن الصحية بمجالها الطبية والتمريضية والطبية المساعدة تدريباً على الرعاية الصحية للمسنين. وكذلك لا تتوفر برامج تدريبية كثيرة أثناء الخدمة للعاملين الصحيين في الوقت الحالي. غير أن بعض البلدان قد ترجمت الدليل التدريبي للعاملين بالرعاية الصحية الأولية الذي أعده المكتب الإقليمي في تسعينيات القرن الماضي، وجعلته ملائماً لظروفها، واستطاعت بنجاح إجراء عدة دورات تدريبية وطنية. إن البحوث في معظم الجوانب السريرية والميدانية لطب الشيخوخة نادرة أو غير موجودة في بلدان الإقليم.

مؤسسات إيواء المسنين

إن إيواء المسنين في مؤسسات في المجتمعات التقليدية في الإقليم أمرٌ غير مقبول ثقافياً واجتماعياً. ومع الاعتراف بهذا الجانب الجوهري للنظام المعقد لرعاية المسنين فمن الواقعي قبول أن يكون لدور المسنين ومرافق الرعاية المديدة المشابهة دورٌ تقوم به في مجتمعات العصر الحالي. وتوجد مؤسسات لإيواء المسنين في العديد من بلدان الإقليم، وهي ذات نمطين: مؤسسات عالية التكلفة في القطاع الخاص، ومؤسسات مجانية أو ذات أجور رمزية تديرها الدولة أو الجمعيات الخيرية، غير أن آليات ترخيص دور المسنين ودور التمريض وصيانة معاييرها قد تطورت بصورة ضعيفة في الإقليم.

4. مكونات الاستراتيجية

1-4 المقدمة

الغرض الرئيسي للاستراتيجية الإقليمية هو إرشاد البلدان الأعضاء وتقديم الدعم التقني لها لتطوير وتنفيذ برامج الرعاية الصحية للمسنين. ومع أن الدعم يقدم لوزارة الصحة في البلدان الأعضاء بحسب تفويض منظمة الصحة العالمية، فإنه يجب تقدير دور الهيئات الحكومية الأخرى والمنظمات غير الحكومية في رعاية المسنين وتضمينه في الاستراتيجية.

وينبغي أن يكون " التشيخ النشط" في هيكل الاستراتيجية كمرمى للعمر المتقدم. والدعائم الرئيسة للاستراتيجية هي: البحوث وقاعدة المعطيات، وتنمية الموارد البشرية، وتقديم خدمات جيدة بتكلفة ميسورة ومشاركة الجماهرة المستهدفة في كل مراحل الاستراتيجية. وبما أن معظم المسنين في بلدان الإقليم سيعيشون ويشيخون في مجتمعاتهم، فيلزم تحديد نظام الرعاية الصحية الأولية الذي يعد جهاز الدولة الأكثر ظهوراً في المجتمع على أنه الحامل الرئيسي للاستراتيجية، ولذلك ينبغي إدماج الاستراتيجية في إطار السياسة الصحية لكل البلدان.

ومكونات الاستراتيجية الإقليمية هي التالية:

- العملية المتكررة لصياغة السياسات والاستراتيجيات
- الرعاية الصحية الأولية كحجر زاوية في التشيخ النشط
- المشاركة القوية للمسنين في المجتمع
- تنمية الموارد البشرية من أجل الرعاية الصحية التي تتمتع بالجودة
- إنشاء الشبكات متعددة التخصصات من أجل تيسير رعاية المسنين وصيانتها
- البحوث والمسوحات والدراسات لإنشاء قاعدة معطيات من أجل الرعاية المستندة إلى البيئة
- إذكاء وعي السكان فيما يتعلق بالتشيخ النشط

4-2 العملية المتكررة لصياغة السياسات والاستراتيجيات

يجب أن تكون الخطوة الأولى صياغة السياسة الوطنية في البلدان التي لا تمتلك مثل هذه السياسة، وتعديل السياسات الحالية التي تم تبنيها في منتصف تسعينيات القرن الماضي بصورة مسايرة للتغير في التفكير والتكنولوجيا.

يمكن أن يقوم المكتب الإقليمي بدور ميسر في صياغة السياسات الوطنية في بلدان الإقليم عن طريق تقديم المساعدة التقنية. ويجب إدراك أن رعاية المسنين ليست مسؤولية وزارة الصحة وحدها، فالوزارات الأخرى مثل المالية، والعدل، والنقل، والإعلام، والشؤون الاجتماعية، والداخلية، والتعليم، وغيرها، وكذلك المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدينية لها أيضاً دور هام تقوم به في بناء مجتمع لكل الفئات العمرية.

وتتطلب السياسة الوطنية الجيدة وتنفيذها إرادة سياسية وتخطيطاً واضحاً وتحديدًا للأدوار. وتم إدراج نموذج لسياسة وطنية في الملحق الثالث. ويحتاج كل بلد لتعديل هذا الإطار وجعله ملائماً لنظامه الخاص، مع أخذ الواقع الثقافي والاجتماعي والاقتصادي بالحسبان. ويمكن أن يرشد المكتب الإقليمي البلدان الأعضاء في تطوير وتقوية سياساتهم الوطنية في الثنائية 2006-2007 في الفئة الأولى من البلدان (البحرين، ومصر، والأردن، والكويت، ولبنان، وعمان، وفلسطين، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والجمهورية العربية السورية، وتونس، والإمارات العربية المتحدة)، وفي الثنائية 2008-2009 في الفئة الثانية من البلدان (جمهورية إيران الإسلامية، والعراق، والجمهورية العربية الليبية، والمغرب، وباكستان، واليمن). وستغطي البلدان التي لم تدخل في برنامج هاتين الثنائيتين في الثنائية 2010-2011. وستجري مراجعة العمل على السياسة في الثنائية 2012-2013.

يجب أن تنفذ السياسات الوطنية من خلال استراتيجية. كما يجب إرشاد البلدان الأعضاء في صياغة الاستراتيجية في نفس الوقت الذي يتم فيه وضع السياسة. وهناك درجة من الأولوية ضرورية لإبراز النتائج قصيرة الأمد لجذب الرأي العام. وبتجاه ذلك، فالمبادرات البارزة هي حملات التوعية، وتحسين الرعاية السريرية للمسنين من خلال التدريب قصير الأمد للعاملين الصحيين، والبرامج المجتمعية الأخرى بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية.

3-4 الرعاية الصحية الأولية كحجر زاوية في التشيخ النشط والصحي

الصحة الجيدة أمر أساسي بالنسبة للمسنين كي يبقوا مستقلين ويستمروا بالمساهمة في شؤون عائلاتهم ومجتمعهم. وأعار كل من خطة عمل مدريد الدولية حول الشيخوخة في عام 2002، ونتائج الجمعية العالمية الثانية حول الشيخوخة الأولية لإتاحة الرعاية الصحية الأولية، وعلى نحو مماثل أضحى ذلك في بؤرة اهتمام منظمة الصحة العالمية من أجل توفير اتصال مباشر ومستمر ومنظم، ورعاية يحتاجها المسنون من أجل إبقاء أو تأخير بدء الأمراض المزمنة التي كثيراً ما تؤدي إلى العجز، وتمكينهم من أن يظلوا موارد حيوية لعائلاتهم وللمجتمع والاقتصاد.

بادرت منظمة الصحة العالمية في عام 2002 بمشروع الرعاية الصحية الأولية الصديقة للمسن كي تحسّن العاملين بالرعاية الصحية الأولية وتعلمهم، وكي تبني قدرة مراكز الرعاية الصحية الأولية لتلبية الاحتياجات الخاصة بمراجعها من المسنين. وعلى الرغم من الدور الحيوي لمثل هذه المراكز في صحة ومعافاة المسنين فهناك حواجز متعددة للرعاية يمكن أن تفضي إلى عدم تغيير المسنين لسلوكهم المضرّ بالصحة وتثبيط همهم في طلب المعالجة أو الاستمرار بها. ويقدم المشروع مجموعة من المبادئ الصديقة للمسن لمراكز الرعاية الصحية الأولية¹، ومواد التدريب والمعلومات للعاملين بالرعاية الصحية الأولية حول كيفية التغلب على هذه الحواجز.

يعيش المسنون في معظم مناطق الإقليم في مجتمع قضا فيه القسم الأفضل من حياتهم. والاستراتيجية الفعالة للمحافظة على نشاط المسنين ومساعدتهم على التشيخ بكرامة هي تقديم معظم رعايتهم في وضع مجتمعي. ويلزم تقوية الرعاية الصحية الأولية كي تصبح مركزاً لتقديم كل الرعاية بما فيها تلك التي لا تتعلق بالقطاع الصحي. وتعتمد مصداقية خدمات الرعاية الصحية الأولية بصورة مباشرة على نجاعة الرعاية السريرية التي تقدمها والتي بدورها ستؤثر على دورها في تقديم الرعاية التعزيزية والوقائية.

(1) نحو رعاية صحية أولية صديقة للمسنين، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2004.

ودور منظمة الصحة العالمية في تطوير الرعاية الصحية الأولية للمسنين يقوم على:

- تحديد تركيب فريق القائمين على الرعاية الصحية الأولية وتوزيع المسؤولية.
- تقديم دلائل إرشادية واضحة لاستراتيجية تعزيز الصحة والوقاية.
- تحديد معايير الحد الأدنى من الرعاية في أوضاع الرعاية الأولية التي يجب المحافظة عليها والدعوة للالتزام بها.

غير أن التحليل الكيفي للوضع الراهن أمرٌ ضروري في كل بلد قبل تحديد المعايير. ويجب أن يتلو هذه الخطوة بصورة منطقية تحليل للمعطيات وإيجاد نماذج للرعاية استناداً إلى الموارد المتوافرة والأولويات.

كما يجب استكمال تقوية الرعاية الصحية الأولية في الشنائيتين 2006-2007 و2008-2009 في البحرين، ومصر، وجمهورية إيران الإسلامية، والعراق، والأردن، والكويت، ولبنان، والجمهورية العربية الليبية، والمغرب، وعمان، والباكستان، وفلسطين، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والجمهورية العربية السورية، وتونس، والإمارات العربية المتحدة، واليمن. وستغطي بقية البلدان في الشنائية 2010-2011.

4-4 المشاركة القوية للمسنين في المجتمع

تكمن إحدى الدعائم الهامة للتشجيع النشط والصحي في المشاركة القوية للمسنين في المجتمع. ويعترف هذا الإشارك بالمساهمة الفاعلة للناس ويمكنهم منها وذلك في مختلف أنشطة التنمية الاقتصادية، وفي العمل الرسمي وغير الرسمي والأنشطة الطوعية أثناء شيخوختهم وفقاً لاحتياجاتهم الفردية وأفضلياتهم ومقدرتهم. وقد تشمل هذه المساهمة أنشطة متعددة يمكن أن تختلف من بلد لآخر وفقاً لمستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ويمكن أن تتضمن هذه الأنشطة أي مما يلي:

- إشراك المسنين في التخطيط لأنشطة التنمية الاجتماعية وجهود إنقاص الفقر وتنفيذها وتقييمها.
 - إزالة التمييز العمري بفرض سياسات وبرامج لسوق العمل والتوظيف تُمكن من مشاركة الناس في عمل مثمر وهم يكبرون وفقاً لاحتياجاتهم الفردية وأفضلياتهم ومقدرتهم.
 - إصلاحات في أنظمة معاشات التقاعد تشجع الإنتاجية، ونظام متنوع لقواعد التعويضات وخيارات لخطط تقاعد أكثر مرونة (مثل التقاعد التدريجي أو الجزئي).
 - فرض سياسات وبرامج تعترف بالمساهمة التي يقوم بها النساء والرجال الكبار في العمل غير مدفوع الأجر في القطاع غير الرسمي وفي الرعاية المنزلية وتدعمها.
 - الاعتراف بقيمة العمل التطوعي وتوسيع فرص المشاركة في أنشطة تطوعية مثمرة مع المسنين، وخاصة لأولئك الذين يرغبون بالتطوع ولا يستطيعون بسبب معيقات تتعلق بالصحة والدخل والنقل.
- يرجح أن تشجع مثل هذه الأنشطة على مشاركة أكبر للمسنين في حياة العائلة والمجتمع. ويمكن تيسير هذا التشجيع أكثر بواسطة الإجراءات التالية:
- تقديم خدمات نقل عامة متاحة وميسورة في المناطق الريفية والحضرية كي يستطيع المسنون بمن فيهم المصابون بالعجز المشاركة بصورة كاملة بالحياة المجتمعية.

- إشراك المسنين في العمليات السياسية التي تؤثر على حقوقهم.
- إشراك المسنين في التخطيط للبرامج الصحية والخدمات الاجتماعية والترفيهية المحلية بما في ذلك برامج اتقاء فيروس العوز المناعي البشري ومتلازمة العوز المناعي المكتسب، وفي تنفيذ هذه البرامج وتقييمها.
- إشراك المسنين بجهود تطوير برامج العمل البحثية حول الشيخوخة النشط كمناصحين وقائمين على الاستقصاء.
- إعطاء مرونة أكبر في الفترات المكرّسة لمسؤوليات التعليم والعمل وتقديم الرعاية طوال العمر.
- تنمية خيارات إسكانية للمسنين تزيل الحواجز تجاه الاستقلالية وتجاه الاعتماد المتبادل بين أفراد العائلة، وتشجيع المشاركة الكاملة في حياة العائلة والمجتمع.
- توفير أنشطة بين الأجيال في المدارس والمجتمعات تشجع المسنين على أن يصبحوا قدوة في الشيخوخة النشط وتعليم البالغين.
- تقوية التعاون بين المنظمات غير الحكومية التي تعمل مع الأطفال والشباب والمسنين.
- الاعتراف بالدور الهام للجدود ومسؤولياتهم ودعمها.
- إيجاد صور واقعية وإيجابية للتشيخ النشط في وسائل الإعلام والمؤلفات الشعبية ومن خلال إزالة النمطية السلبية والتمييز العمري تجاه المسنين.
- الاعتراف بالمساهمة الهامة التي تقدمها النساء المسنات للعائلات والمجتمعات من خلال تقديم الرعاية والمشاركة غير الرسمية بالاقتصاد.
- دعم النساء المسنات لتمكينهن من المشاركة في العمليات السياسية وصنع القرار وهن يتقدمن في العمر.
- تقديم فرص للتعليم والتعلم مدى الحياة للنساء وهن يتقدمن في العمر بنفس الطريقة التي تقدم للرجال.

- تزويد المسنين الفقراء والذين يعيشون وحدهم بشبكة اجتماعية للسلامة، وكذلك بمبادرات للتأمين الاجتماعي تؤمن مصدراً كافياً ومستقراً للدخل في العمر المتقدمة.
- تشجيع الكبار على التحضير للتقدم في العمر في مجالات الصحة والعلاقات الاجتماعية والوضع المالي.
- حماية المستهلكين المسنين من المعالجات والأدوية غير المأمونة، وممارسات التسويق المستهترة.
- حماية حقوق المسنين للمحافظة على الاستقلالية وخدمة الذات طالما أمكن ذلك كما هو وارد في مبادئ الأمم المتحدة تجاه المسنين.
- تأييد حقوق المسنين.
- الاعتراف بحقوق المسنين واحتياجاتهم في مجالات الأمن والمأوى الملائم وخاصة في أوقات الصراع والأزمات.
- تقديم مساعدة في الإسكان للمسنين وعائلاتهم عندما يكون ذلك لازماً (مع الانتباه لظروف أولئك الذين يعيشون وحدهم بصورة خاصة)، وذلك من خلال أسعار إيجار خاصة، ومبادرات الإسكان التعاوني، ودعم إصلاحات السكن وغيرها.
- الاعتراف باحتياجات المسنين للتفريغ والتأهيل خلال الصراعات والأوضاع الطارئة، وكذلك بمساهماتهم في جهود الإغاثة.
- تمييز انتهاك المسنين بجميع أشكاله واتقاؤه، ويتضمن ذلك تحسيس القائمين على تطبيق القانون، ومقدمي الخدمات الصحية والاجتماعية، والقادة الروحيين، والمنظمات الخيرية، ومجموعات المسنين، ويأتي ذلك من خلال حملات التوعية والإعلام العام في وسائل الإعلام للبالغين وكذلك للمسنين.

4-5 تنمية الموارد البشرية من أجل الرعاية الصحية الجيدة

تعد تنمية الموارد البشرية إحدى المهام المفوضة دستورياً لمنظمة الصحة العالمية. ويجب أن يكون تدريب المهنيين الصحيين على تقديم رعاية صحية ذات نوعية جيدة

للمسنين في كل مستويات الرعاية الصحية (الأولية والثانوية والثالثية)، وفي كلتا المرحلتين: المرحلة السابقة للتأهل (في مدارس الطب والتمريض وغيرها) ومرحلة أثناء الخدمة (أطباء الرعاية الأولية، وعمال صحة المجتمع، وغيرهم) جزءاً هاماً من الاستراتيجية. وباعتبار أن منظمة الصحة العالمية قد اعترفت بأهمية التدريب الوثيق الصلة بهذا الأمر للعاملين الصحيين في المستقبل فقد تعاونت مع الاتحاد الدولي لروابط طلاب الطب International Federation of Medical Students' Associations في جهودها المستمرة لوضع التشيخ في المجرى الرئيسي للمناهج الطبية ولتقوية تعليم طب الشيوخ (Geriatrics) في 42 بلداً.

ويجب أن ينظر للرعاية الصحية للمسنين من عدة زوايا: مثل الرعاية الجوارية، والرعاية المتزلية، والرعاية المؤسسية قصيرة الأمد، والرعاية المؤسسية المديدة. إن مدخلات التدريب لكل من هذه الجوانب جلية ويلزم تطويرها على المستويات الإقليمية والوطنية مع أخذ التنوع الثقافي والاجتماعي بالحسبان.

سيكون دور منظمة الصحة العالمية كما يلي:

- مساعدة الهيئات المنظمة للمقررات المهنية الصحية المختلفة في البلدان الأعضاء على تعديل منهج الدراسة قبل التخرج من خلال وزارة الصحة. وتقوية التدريب السابق للتأهل من خلال الإدخال في الأقسام المناسبة من التعليم النظري والعملي، وتقييم المحتويات المتعلقة بالتغيرات المعيارية في تشريح الجسم الإنساني وفيزيولوجيته، والفيزيولوجيا المرضية للتغيرات المتعلقة بالعمر، وعلم المعالجة الدوائية للشيوخوخة، والطب السريري للتشيخ، والطب الوقائي للتشيخ.
- تحسيس الأساتذة في مدارس الطب والتمريض فيما يتعلق بعلم التشيخ (Gerontology) وطب التشيخ، وتأمين تدريب أثناء الخدمة قصير الأجل للمهنيين الصحيين.
- تدريب قصير الأمد في المراكز المتقدمة من خلال برامج زمالة منظمة الصحة العالمية لمساعدة المهنيين الصحيين على أن يصبحوا نقاط اتصال لتطوير رعاية المسنين في البلدان الأعضاء.

- المساعدة التقنية لكليات الطب لتطوير مراكز تعاونية تدريبية وبحثية في الرعاية الصحية للمسنين. ستقدم هذه المراكز مساقات الدراسات العليا في علم الشيخوخة وطب الشيخوخة، وتخرج المتخصصين في رعاية المرضى المسنين في أوضاع الرعاية الثالثة.

تنفذ الخطوات المشار إليها أعلاه طيلة الثنائيات التي تغطيها الاستراتيجية الإقليمية. ستطور كل من البحرين، ومصر، وجمهورية إيران الإسلامية، والعراق، والأردن، والكويت، ولبنان، والجمهورية العربية الليبية، والمغرب، وعمان، والباكستان، وفلسطين، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والجمهورية العربية السورية، وتونس، والإمارات العربية المتحدة، واليمن، قاعدة قوية للتدريب أثناء الخدمة في الثنائيات الثلاثة الأولى (2006-2007، و2008-2009، و2010-2011). وستوظف هذه البلدان تدريب طب التشخيص في مدارس الطب والتمريض في الثنائيتين التاليتين (2012-2013، و2014-2015). وتغطي البلدان الأعضاء التي لم تدخل في هذه القائمة ببرامج التدريب أثناء الخدمة في الثنائيتين 2010-2011، و2012-2013.

وفي مستوى آخر، سيقدم التدريب على رعاية المسنين ضمن العائلة لمقدمي الرعاية غير الرسميين، وعلى مبادئ وممارسة الرعاية الذاتية للمسنين أنفسهم، وذلك من أجل تحقيق التشخيص النشط. سيؤمن هذا التدريب من خلال إعداد معلومات ذات لغة بسيطة وغير تقنية حول الرعاية والقضايا المتعلقة بها وتوزيعها إما من خلال المطبوعات أو الوسائط السمعية والبصرية.

سيجري إكمال مواد حملة التوعية هذه في الثنائيتين 2006-2007 و2008-2009، باللغة الإنكليزية أولاً، ثم بالعربية واللغات الأخرى السائدة في الإقليم. سيساعد المكتب الإقليمي على إعداد مواد اللغة الإنكليزية، وستقدم أيضاً المساعدة التقنية للبلدان الأعضاء من أجل الترجمة إلى اللغات المحلية.

6-4 إنشاء الشبكات متعددة التخصصات من أجل تيسير رعاية المسنين، والمحافظة عليها

يمكن تحقيق إنشاء الشبكات الإقليمية والوطنية من المنظمات والأفراد المهتمين بالدعم الاجتماعي للمسنين بالأساليب التالية:

- تشكيل الرابطة الوطنية للمسنين في كل بلد من البلدان الأعضاء كجزء من السياسة الوطنية. ويمكن أن تيسر اللجان والمجالس الوطنية للتشخيص ورعاية المسنين تشكيل هذه الروابط كمنظمات غير حكومية. وسييسر المكتب الإقليمي تشكيل الرابطة الإقليمية للمسنين. ستكون هذه المنظمات نصيراً هاماً للفعل الإيجابي من أجل المسنين.
- تشكيل الروابط الوطنية للمهنيين الصحيين الذين يقومون برعاية المسنين (الأطباء والمرضى وغيرهم) بتشجيع من قبل وزارة الصحة. وستشكل هذه الروابط الوطنية منبراً إقليمياً لتنظيم الحلقات الدراسية والمؤتمرات على فترات منتظمة. وسييسر المكتب الإقليمي عقد هذه الاجتماعات، وكذلك عمل الشبكات بين المهنيين الصحيين من أجل صوغ دلائل الممارسة الإرشادية وسياسات الإدارة وغير ذلك.
- سينسق المكتب الإقليمي مع المنظمات غير الحكومية الإقليمية والدولية ذات السمعة مثل الهيئة الدولية لمساعدة المسنين (HelpAge International، والمنظمات الدولية مثل (Age Concern International، والدولية لداء ألزهايمر Alzheimer's Disease International، وأكاديمية الشرق الأوسط لطب الشيخوخة Middle East Academy for Medicine of ageing) من أجل تقوية التعاون على المستويات الإقليمية والبلدانية. ستعمل هذه المنظمات غير الحكومية على تحفيز إيجاد الشبكات من الأفراد والمنظمات الذين يعملون من أجل الدعم الاجتماعي للمسنين.

سيباشر المكتب الإقليمي الاجتماعات الاستقصائية في مختلف البلدان في الثنائية 2006-2007. وعند نهاية الثنائية 2008-2009 سيكون للروابط الوطنية للمهنيين الصحيين شكل إقليمي. وعند نهاية العقد، سيكون قد تشكل المنبر الإقليمي للمسنين.

7-4 إنشاء قاعدة معطيات من أجل رعاية مستندة إلى البيانات

لتكون أي استراتيجية أو سياسة ناجحة، يجب دعمها بقاعدة من البيانات القوية والموثوقة. ويلزم إجراء مسوحات بين البلدان وداخل البلدان في الإقليم لتوليد المعطيات من أجل هذه البيانات. وستشمل مكونات هذه البحوث ما يلي:

- الديموغرافيا: عدد ونسبة الناس الذين هم فوق 60 سنة من العمر، ولكل خمس سنوات كفئات فرعية بعد ذلك، ومأمول الحياة عند الولادة وعند 60 و70 و80 سنة الخ، ونسبة الإعاقة، والتركيب الجنسي.
- الحالة الاقتصادية: دخل الفرد والأسرة، وحجم الأسرة، وظروف المعيشة، والمصروف الصحي، ومصدر الدخل.
- الحالة الصحية: المراضة وعبء المرض، والحالة المعرفية، واللياقة ومستويات النشاط، والقدرة على متابعة المستويات المختلفة لأنشطة الحياة اليومية، وأسباب الاستشارات الصحية، ودخول المستشفى، والإحالة إلى الرعاية التخصصية، والموت.
- السلوك الصحي: الموقف تجاه الصحة والمرض والعجز، واستعمال الخدمات الصحية بما فيها الخدمات الوقائية والتعزيزية، ومدركات الخدمات الصحية بين المستخدمين.
- توافر الخدمة الصحية، واستعمالها من قبل المستخدمين، وجودة الرعاية.
- المنبئات بالصحة الجيدة والتعمير والعجز بين المسنين المقيمين في المؤسسات والذين هم ضمن المجتمع.
- جودة الحياة المتعلقة بالصحة وعلاقتها مع الأنماط المختلفة للتدخل.

ستساعد المعطيات التي ستجمع من هذه الدراسات البحثية على إيجاد نماذج للرعاية تتعلق بنمط الخدمة، ومشاركة القطاعين العام والخاص، وإيجاد خدمات سريرية ذات نوعية جيدة. إن دور منظمة الصحة العالمية في إيجاد قاعدة المعطيات متشعب لتقدم الدعم التقني في منهجيات البحوث وتيسير التعاون بين مختلف البلدان،

بالإضافة إلى التمويل الجزئي أو الكامل للدراسات. ويتطلب جمع معطيات بهذا المقدار في أي بلد إشراك فاعل لوزارة الصحة في التمويل والدعم التقني والموارد البشرية.

تظهر الخبرة في أجزاء أخرى من العالم أن إشراك كليات الطب في جمع المعطيات يساعد على إكمال المهمة في وقتها المحدد وفي المحافظة على دقة ومعايير المعطيات. ستبدأ المسوحات الوطنية وجمع المعطيات في الثنائية 2006-2007 وسيتم إكمالها عند نهاية الثنائية 2008-2009. وسيستند مدى جمع المعطيات إلى التعمير (Longevity) والموارد الاقتصادية في البلد.

ستكمل كل البلدان التي صنفت في الفئة الأولى (البحرين، ومصر، والأردن، والكويت، ولبنان، وعمان، وفلسطين، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والجمهورية العربية السورية، وتونس، والإمارات العربية المتحدة) عملية جمع المعطيات ضمن الثنائية 2006-2007، بينما تكمل الفئة الثانية من البلدان (جمهورية إيران الإسلامية، والعراق، والجمهورية العربية الليبية، والمغرب، وباكستان، واليمن) المهمة عند نهاية الثنائية 2008-2009. وتلزم مراجعة قاعدة المعطيات من أجل التخطيط المستقبلي في الثنائية 2014-2015.

8-4 إدكاء وعي السكان فيما يتعلق بالتشيخ النشط

لم تنزل المقترضات الكاملة لتشيخ السكان بحاجة للتمييز الكافي من قبل البلدان الأعضاء أو من قبل عامة السكان. وقد أفضى ذلك إلى دعم ضعيف لرعاية هذا الجزء من السكان على الرغم من أنه قد نفذت تدابير متعددة من قبل المنظمات غير الحكومية الدينية والخيرية التي يدعمها متبرعون من العموم.

تتبع رعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط النموذج الثقافي الراسخ. ومن المتوقع أن المسنين سيعيشون ويحصلون على الرعاية ضمن بيوت عائلاتهم. غير أنه ومع التغير الاقتصادي والمثل الاجتماعية تجرد العائلات أنه من الصعب عليها القيام بهذه المسؤوليات دون دعم. ومن أجل تقديم هذا الدعم، يلزم جعل أصحاب القرار السياسي ووسائل الإعلام والمجتمع المدني وعامة الناس مدركين لهذا التحول

الديموغرافي، ولاحتياجات المسنين ، وللتدابير التي يمكن اتخاذها من أجل الاستجابة لهذه الاحتياجات.

يلزم أن تبرز الاستراتيجيات والسياسات الوطنية والإقليمية أهمية نشر معلومات تتعلق بالاحتياجات الصحية والاجتماعية والاقتصادية لجمهرة المسنين التي تزايدت بسرعة، وبكيفية الاستجابة لهذه الاحتياجات من خلال الدعم الذي تقدمه مصادر مختلفة. يجب أن يكون كبار الإداريين في البلد والمجتمع والعائلة والمنظمات غير الحكومية و المسنين أنفسهم هدفاً لحملة التوعية.

تحتاج قطاعات الإعلام والنشر الحكومية للمساعدة التقنية من قبل قطاعات الصحة والشؤون الاجتماعية من أجل تطوير برامج التوعية الجموعية الوطنية باستخدام الوسائط المطبوعة والوسائط السمعية والبصرية. ويلزم تطوير الرسائل الملائمة والتي لا تنقل فقط احتياجات المسنين بل تشير أيضاً إلى المساهمات الفعلية والممكنة المسنين في المنزل وفي المجتمع. وكلما تيسر ذلك يجب النشر الواسع لمساهمات المسنين البارزين في مجالات مثل السياسة، والأدب، والعلوم، والطب، والصناعة من خلال وسائل الإعلام لتعزيز صورة المسنين.

كثيراً ما تقود الرسائل التي تبثها وسائل الإعلام إلى تشكيل مجموعات ضغط في المجتمع تتخذ من وجود المسنين في مؤسسات البلد سبباً لتقديم أنماط مختلفة من الدعم. يمكن أن تقدم النوادي النسائية والروابط الشبابية والمنظمات الدينية والخيرية، إذا ما تم تحفيزها بصورة صحيحة، دعماً هاماً للمسنيين المعوزين اقتصادياً والعاجزين جسدياً والذين ليس لديهم أحد يعتني بهم.

يجب توطيد الروابط الوطنية والإقليمية للمسنيين من أجل الدعوة ونشر المعلومات. ويمكن كذلك أن تكون المؤتمرات التقنية لمختلف الفروع (مثل العاملين الصحيين والاجتماعيين) فعالة إلى حد كبير في إذكاء الوعي بين الهيئات المهنية ذات الصلة وتضمن بذلك دعمها.

إن تقوية المثل الثقافية السائدة في البلدان النامية والقائمة على العناية بالآباء والأقارب الكبار مكون هام في الاستراتيجيات الوطنية. وتقوية هذه المثل الثقافية بين الشباب أسلوب هام آخر. ويجب على القطاع الصحي أن يساعد القطاع التعليمي في تضمين الرسائل الملائمة في مناهج المدارس لتثريب مبادئ المسؤولية عن رعاية الأقارب المسنين. يجب تقوية هذه المثل الثقافية أيضاً من خلال رسائل عبر معلمي الدين وفاعلي الخير المعروفين والأفراد المحترمين. ويجب لذلك أن تشمل السياسات الوطنية جهوداً للوصول إلى الأشخاص المؤثرين وتحفيزهم.

5. تنظيم الاستراتيجية الإقليمية

يتطلب تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية تخطيطاً صحيحاً وتنظيماً وتحديداً للأولويات من قبل المكتب الإقليمي والبلدان الأعضاء. ويلزم أخذ الخطوات التالية بالحسبان:

- اعتماد الاستراتيجية الإقليمية من قبل اللجنة الإقليمية والبلدان الأعضاء.
- تخصيص ميزانية كافية من أجل تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية من قبل المكتب الإقليمي والبلدان الأعضاء.
- إعادة إنشاء الهيئة الاستشارية الإقليمية لتقدم إرشاد فعال ودعم تقني في مراقبة وتنفيذ الاستراتيجية الإقليمية وإنشاء الشبكات.
- توافر المساعدة التقنية للبلدان الأعضاء في تحقيق المرامي.
- مراقبة تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية من قبل البلدان الأعضاء.
- يحتاج المكتب الإقليمي والبلدان الأعضاء إلى تحديد أولويات تنفيذ العناصر التالية المكوّنة للاستراتيجية:
- إيجاد قاعدة معطيات من خلال المسوحات والبحوث.
- صياغة السياسات والاستراتيجيات الوطنية.
- برامج التوعية في البلدان الأعضاء.
- إعداد مواد التدريب.
- تدريب المهنيين الصحيين، والقائمين غير الرسميين على الرعاية، و المسنين.
- تطوير وحدات الطب السريري للتشخيص.
- إنشاء الشبكات من المنظمات والأفراد.

6. النتائج المتوقعة على المستوى الإقليمي وعلى مستوى البلدان عند نهاية العقد (2006-2015)

سيحاول المكتب الإقليمي، بالتعاون والتنسيق مع البلدان الأعضاء، تحقيق النتائج المتوقعة ممكنة القياس التالية:

- تحديث الاستراتيجية الإقليمية للتشيخ النشط والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط.
- إعداد استراتيجية وطنية على مستوى البلدان أو تحديثها في 17 بلداً (10 من الفئة الأولى، و5 من الفئة الثانية، و2 من الفئة الثالثة).
- إنشاء قاعدة معطيات من أجل عملية صنع للقرار مستندة إلى البيانات فيما يتعلق بالمرتسم الوبائي للصحة، وظروف المعيشة، والرعاية الشاملة للمسنين على مستوى البلدان وتحديثها في 17 بلداً (10 من الفئة الأولى، و5 من الفئة الثانية، و2 من الفئة الثالثة).
- إنشاء شبكات إقليمية ووطنية من الهيئات والمنظمات والمؤسسات التعليمية والأفراد ذوي الشأن والمهتمين بصحة المسنين في 17 بلداً (10 من الفئة الأولى، و5 من الفئة الثانية، و2 من الفئة الثالثة).
- تضمين الرعاية الصحية للمسنين في نظام الرعاية الصحية الأولية وفي مناهج تدريب العاملين بالرعاية الصحية الأولية والعاملين بالرعاية المجتمعية في 17 بلداً (10 من الفئة الأولى، و5 من الفئة الثانية، و2 من الفئة الثالثة).
- تنظيم حملة توعية منهجية وإتاحة الفرص التدريبية لتقدم المعارف والمهارات الملائمة حول قضايا حفظ وتعزيز الصحة للمسنين وعائلاتهم والمجتمع ككل، مرة سنوياً على الأقل، في 17 بلداً (10 من الفئة الأولى، و5 من الفئة الثانية، و2 من الفئة الثالثة).
- إنشاء قاعدة معطيات حول البحوث المتعلقة بالمجالات المختلفة لصحة المسنين ورعايتهم المجتمعية في 7 بلدان على الأقل (5 من الفئة الأولى، و2 من الفئة الثانية).

- غير أنه، ومن أجل المتابعة الفاعلة وتقييم برنامج صحة المسنين في الإقليم، يجب استخدام مجموعة الحد الأدنى من المؤشرات من أجل تقييم الأداء والأثر:
- عدد البلدان التي لديها وثيقة للاستراتيجية الوطنية وخطة عمل حول صحة المسنين (الهدف: 17).
 - عدد وحدات أو مراكز الرعاية الصحية الأولية (أو النسبة المئوية لها) التي تقدم خدمات الرعاية الصحية للمسنين وكذلك الخدمات الإيصالية والرعاية المترية (تختلف الأهداف من بلد لآخر: 50% للفئة الأولى، و30% للفئة الثانية، و15% للفئة الثالثة).
 - عدد العاملين الصحيين المتخصصين بعلم التشيخ وطب التشيخ في البلد (الهدف: 2-3 في كل كلية طب ومستشفى رعاية ثالثة).
 - عدد الأشخاص المدربين في كل عام على تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين (الهدف: 1.25%-5% من أطباء الرعاية الأولية).
 - عدد المنظمات غير الحكومية التي تقدم الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين (الهدف: واحدة على الأقل في كل مدينة وبلدة عدد سكانها 50000).
 - عدد البلدان التي تنظم حملات توعية وفرصاً تدريبية تتعلق بصحة المسنين (الهدف: 17).
 - عدد البلدان التي لديها قاعدة معطيات حول البحوث التي تتعلق بصحة المسنين (الهدف: 17).
- يمكن تقييم أثر تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية على مستوى البلدان ومقارنته باستخدام المؤشرات التالية:
- المؤشرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية: منسب التشيخ (Ageing index)، ونسبة الإعالة (Dependency ratio)، ومأمول الحياة عند الولادة (Life expectancy at birth)، ومأمول الحياة عند عمر 60 سنة، والعمر الناصف (Median Age)، ونسبة الدعم الوالدي (Parent support ratio)، ونسبة الجنس (Sex ratio)، ومعدل الخصوبة الكلي (Total fertility rate)،

- والتوزيع الريفي الحضري، وحالة الزواج، ومستوى التعليم ومعدل الأمية، والتوظيف، ومستوى الدخل، والترتيبات المعيشية.
- المؤشرات الصحية والوبائية: معدلات المراضة والوفاة، وأسباب المرض، وأسباب الوفاة، والعجز وسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs).
- مؤشرات الإستراتيجية والسياسة: التشريع، والسياسة الصحية، والمجالس واللجان الوطنية، وتواتر الاجتماعات والتقارير السنوية.
- مؤشرات بناء القدرات: مقدمو الرعاية المدربين، والمساقات التدريبية، والمناهج، والتدريب أثناء الخدمة، ودورات صقل المعلومات.
- مؤشرات مشاركة المجتمع: خدمات الدعم المجتمعي، والمرافق، والرعاية النهارية، والنوادي.
- التنسيق والتعاون: الشبكات، وترتيبات الإحالة، والتنظيمات، ولجان التسيير.
- مؤشرات أداء النظام الصحي: المرافق الصديقة للمسن، والخدمات المترية، ومؤشرات جودة الرعاية، ونظم الاعتماد، والدراسات البحثية، والتقارير، وبرامج تعزيز الصحة، والمطاوعة (Compliance) والرضا (Satisfaction).
- مؤشرات الاستعمال: زيارات المريض الخارجي، ومعدلات دخول المستشفى، ووسطى مدة الإقامة، واستهلاك الأدوية، وحالة التأمين.

7. خطة عمل الاستراتيجية الإقليمية في 2006-2015

1-7 أنشطة بلدانية

| جدولة الوقت المقترح | الشركاء المنفذون | الأغراض | النشاط |
|--|--|--|--|
| مرة كل ثنائية (خمسة اجتماعات خلال العقد) | المكتب الإقليمي وخبراء من الإقليم | متابعة تنفيذ الاستراتيجية الإقليمية. إعداد مواد التدريب والدلائل. إجراء الدراسات والمسوحات وتحليلها. | تنظيم اجتماعات تقنية وللمتابعة للجنة الاستشارية الإقليمية للتشيخ النشط ورعاية المسنين |
| منشور واحد على الأقل في كل ثنائية | المكتب الإقليمي وخبراء من الإقليم | تزويد البلدان الأعضاء بمواد لتدريب عمال صحة المجتمع في مجال رعاية المسنين | إنتاج مواد التدريب |
| 2006-2007 جار | المكتب الإقليمي، والبلدان الأعضاء، وخبراء من الإقليم | إنشاء شبكة إقليمية معنية بالتشيخ النشط والرعاية الصحية للمسنين | إعداد معطيات شاملة وأدوات فعالة لإنشاء الشبكات بين المنظمات والمؤسسات والأفراد المهتمين برعاية المسنين |

| جدولة الوقت المقترح | الشركاء المنفذون | الأغراض | النشاط |
|---------------------|--|--|--|
| 2015-2006 | المكتب الإقليمي، والبلدان الأعضاء، وخبراء من الإقليم | مساعدة البلدان على تنظيم البرامج المختلفة كجزء من الاستراتيجيات والخطط الوطنية | تقديم المساعدة التقنية للبلدان الأعضاء في تنفيذ الاستراتيجيات والخطط والبرامج |
| 2015 | المكتب الإقليمي، والبلدان الأعضاء، وخبراء من الإقليم | تحديث الاستراتيجية الإقليمية وفقاً للتطورات الديموغرافية وأوضاع رعاية المسنين | تنظيم مشاورة إقليمية لتحديث الاستراتيجية الإقليمية للعقد 2025-2016 |

2-7 أنشطة قطرية

| جدولة الوقت المقترح | الشركاء المنفذون | الأغراض | النشاط |
|---------------------------------------|--|--|--|
| 2006-2007 (الفئة الأولى) | المكتب الإقليمي، والبلدان الأعضاء، وخبراء من الإقليم | إنشاء وتحديث قاعدة معطيات مستندة إلى البيّنات لأصحاب القرار السياسي ومدراء البرامج | إجراء مسوحات عبر البلدان وداخل البلدان لجمع معطيات من أجل إنشاء قاعدة معطيات مستندة إلى البيّنات |
| 2008-2009 (الفئة الثانية والثالثة) | | | |
| 2014-2015 (كل الفئات) | | | |
| 2006-2007 (الفئة الأولى) | المكتب الإقليمي، والبلدان الأعضاء، وخبراء من الإقليم | صوغ وتحديث الاستراتيجية وخطة العمل الوطنية للتشخيص النشط والصحي ورعاية المسنين | تنظيم حلقة عملية وطنية من أجل تطوير وتحديث الاستراتيجية وخطة العمل الوطنية للتشخيص النشط والصحي ورعاية المسنين |
| 2008-2009 (الفئة الثانية والثالثة) | | | |
| 2014-2015 (كل الفئات) | | | |
| منشور واحد على الأقل في كل ثنائية | البلدان الأعضاء، وخبراء وطنيين | إعداد وإنتاج مواد التدريب باللغات المحلية | إنتاج مواد التدريب |
| 2006-2015 | المكتب الإقليمي، والبلدان الأعضاء | تقوية القدرات الوطنية على رعاية المسنين | التدريب في مجال رعاية المسنين ضمن برنامج زمالة منظمة الصحة العالمية |

| جدولة الوقت المقترح | الشركاء المنفذون | الأغراض | النشاط |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| 2015-2006 | المكتب الإقليمي، والبلدان الأعضاء | تثبيت وتطوير القدرات الوطنية | توطيد البرنامج الوطني لتدريب المهنيين الصحيين على رعاية المسنين |
| 2009-2008 (الفترة الأولى والثانية) | المكتب الإقليمي، والبلدان الأعضاء | إعداد وتبني دلائل إرشادية وطنية لتقوية نظام رعاية صحية أولية صديق للمسن. | تنظيم مشاورات وطنية حول تقوية نظام الرعاية الصحية الأولية في رعاية المسنين وتطوير خدمات صحية جيدة للمسنين |
| 2011-2010 (الفترة الأولى) | | تطوير معايير للرعاية الصحية الجيدة | |
| 2015-2006 | البلدان الأعضاء | مناقشة ومتابعة إدخال ومشاركة المسنين في عملية التنمية في البلد | تنظيم مؤتمر وطني لروابط المسنين |
| 2015-2006 | البلدان الأعضاء | مناقشة ممارسة طب التشيخ وعلم التشخيص | تنظيم مؤتمر وطني لروابط أطباء التشخيص وعلماء التشخيص |

الملحق الأول

المؤشرات الإقليمية للمسنين

الجدول 1: جبهة المسنين، ومأمول الحياة، والمصرف الصحي للفرد، ونسبة الأطباء للسكان في إقليم شرق المتوسط

| السكان الذين يبلغون 60 سنة وما فوق من العمر (%)** (2050) | السكان الذين يبلغون 60 سنة وما فوق من العمر (%)** (2025) | السكان الذين يبلغون 60 سنة وما فوق من العمر (%)** (2000) | أطباء لكل ألف* | مصرف الفرد الصحي (دولار أمريكي)* | مأمول الحياة عند الولادة (سنوات)* | البلد |
|--|--|--|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| 7,7 | 5,2 | 4,7 | 1,9 | 8 | 44,7 | أفغانستان |
| 24,9 | 20,4 | 4,7 | 18,5 | 565 | 73,8 | البحرين |
| 5,8 | 6,2 | 5,5 | 1,6 | 41 | 44,1 | جيبوتي |
| 20,8 | 11,5 | 6,3 | 22,2 | 66 | 70,1 | مصر |
| 21,7 | 10,5 | 5,2 | 11,9 | 259 | 69,0 | جمهورية إيران الإسلامية |
| 15,1 | 7,5 | 4,6 | 6,3 | 44 | 63,2 | العراق |
| 15,6 | 7,0 | 4,5 | 22,6 | 163 | 71,5 | الأردن |
| 25,6 | 15,7 | 4,4 | 16,0 | 630 | 78,4 | الكويت |
| 25,4 | 13,5 | 8,5 | 28,1 | 12 | 71,3 | لبنان |
| 21,2 | 9,9 | 5,5 | 12,1 | 246 | 69,5 | الجمهورية العربية الليبية |
| 20,6 | 11,2 | 6,3 | 5,2 | 56 | 69,5 | المغرب |
| 10,5 | 6,6 | 4,2 | 13,9 | 218 | 73,8 | عمان |
| 12,4 | 7,3 | 5,7 | 7,3 | 18 | 63,6 | باكستان |
| 9,9 | 5,6 | 4,9 | 8,3 | 138 | 72,3 | فلسطين |
| 20,7 | 21,8 | 3,1 | 23,5 | 672 | 74,7 | قطر |
| 12,9 | 7,9 | 4,8 | 15,3 | 448 | 71,4 | المملكة العربية السعودية |
| 5,7 | 4,0 | 3,9 | 0,4 | 4 | 47,0 | الصومال |
| 14,4 | 7,9 | 5,4 | 1,7 | 13 | 56,6 | السودان |
| 18,0 | 7,7 | 4,8 | 14,3 | 59 | 71,5 | الجمهورية العربية السورية |
| 24,6 | 13,4 | 8,4 | 8,1 | 132 | 73,0 | تونس |
| 26,7 | 23,6 | 5,1 | 16,9 | 767 | 72,6 | الإمارات العربية المتحدة |
| 5,3 | 3,6 | 3,5 | 2,2 | 21 | 62,9 | اليمن |

المصادر (خام)

* المؤشرات الديموغرافية والصحية للبلدان في إقليم شرق المتوسط، 2004، القاهرة، منظمة الصحة العالمية.
 ** قسم السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، تشيخ سكان العالم، 2001، الأمم المتحدة.

الجدول 2: معدلات الخصوبة في إقليم شرق المتوسط (1950-2050)

| البلد | 1955-1950 | 1980-1975 | 2005-2000 | 2030-2025 | 2050-2045 |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| أفغانستان | 7,7 | 7,4 | 6,8 | 4,7 | 2,8 |
| البحرين | 7,0 | 5,2 | 2,3 | 2,1 | 2,1 |
| جيبوتي | 7,1 | 6,7 | 5,8 | 3,9 | 2,1 |
| مصر | 6,6 | 5,3 | 2,9 | 2,1 | 2,1 |
| جمهورية إيران الإسلامية | 7,0 | 6,0 | 2,8 | 2,1 | 2,1 |
| العراق | 7,2 | 6,6 | 4,8 | 2,3 | 2,1 |
| الأردن | 7,4 | 7,4 | 4,3 | 2,4 | 2,1 |
| الكويت | 7,2 | 5,9 | 2,7 | 2,1 | 2,1 |
| لبنان | 5,7 | 4,3 | 2,2 | 1,9 | 1,9 |
| الجمهورية العربية الليبية | 6,9 | 7,4 | 3,3 | 2,1 | 2,1 |
| المغرب | 7,2 | 5,9 | 3,0 | 2,1 | 2,1 |
| عمان | 7,2 | 7,2 | 5,5 | 3,5 | 2,1 |
| باكستان | 6,3 | 6,3 | 5,1 | 2,8 | 2,1 |
| فلسطين | 7,4 | 7,4 | 5,6 | 3,7 | 2,1 |
| قطر | 7,0 | 6,1 | 3,3 | 2,1 | 2,1 |
| المملكة العربية السعودية | 7,2 | 7,3 | 5,5 | 3,2 | 2,1 |
| الصومال | 7,3 | 7,3 | 7,3 | 5,1 | 3,3 |
| السودان | 6,5 | 6,3 | 4,5 | 2,3 | 2,1 |
| الجمهورية العربية السورية | 7,1 | 7,4 | 3,7 | 2,1 | 2,1 |
| تونس | 6,9 | 5,7 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| الإمارات العربية المتحدة | 7,0 | 5,7 | 2,9 | 2,1 | 2,1 |
| اليمن | 7,6 | 7,6 | 7,6 | 5,4 | 3,4 |
| وسطى إقليمي | 6,9 | 6,3 | 4,2 | 2,8 | 2,2 |

المصدر (خام):

قسم السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، تشيخ سكان العالم، 2001، الأمم المتحدة.

الجدول 3: مأمول الحياة في إقليم شرق المتوسط (1950-2050)

| 2050-2045 | 2030-2025 | 2005-2000 | 1980-1975 | 1955-1950 | البلد |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|
| 62.4 | 53.5 | 43.2 | 39.7 | 31.9 | أفغانستان |
| 79.9 | 77.7 | 73.8 | 65.9 | 51.0 | البحرين |
| 63.3 | 48.2 | 40.6 | 43.0 | 33.0 | جيبوتي |
| 77.8 | 74.7 | 68.3 | 54.1 | 42.4 | مصر |
| 78.5 | 75.5 | 69.7 | 56.6 | 44.1 | جمهورية إيران الإسلامية |
| 77.6 | 74.3 | 64.9 | 61.1 | 44.0 | العراق |
| 78.8 | 76.2 | 71.0 | 61.2 | 43.2 | الأردن |
| 81.1 | 79.2 | 76.5 | 69.6 | 55.8 | الكويت |
| 79.2 | 77.0 | 73.5 | 65.0 | 56.0 | لبنان |
| 79.1 | 76.6 | 70.9 | 57.7 | 42.9 | الجمهورية العربية الليبية |
| 77.9 | 74.8 | 68.7 | 55.8 | 42.9 | المغرب |
| 78.5 | 75.5 | 71.5 | 54.8 | 36.4 | عمان |
| 73.7 | 69.7 | 61.0 | 51.0 | 41.0 | باكستان |
| 79.0 | 76.4 | 72.4 | 60.8 | 43.2 | فلسطين |
| 78.3 | 75.3 | 70.3 | 65.6 | 48.0 | قطر |
| 79.4 | 76.9 | 72.2 | 58.8 | 39.9 | المملكة العربية السعودية |
| 68.3 | 59.4 | 48.9 | 42.0 | 33.0 | الصومال |
| 72.9 | 67.1 | 57.0 | 46.6 | 37.7 | السودان |
| 79.1 | 76.6 | 71.8 | 60.1 | 46.0 | الجمهورية العربية السورية |
| 78.8 | 76.2 | 70.9 | 60.0 | 44.6 | تونس |
| 80.5 | 78.4 | 75.4 | 66.8 | 48.0 | الإمارات العربية المتحدة |
| 75.5 | 71.4 | 61.9 | 44.1 | 32.1 | اليمن |
| 76.6 | 72.7 | 66.7 | 57.1 | 43.6 | وسطى إقليمي |

المصدر (خام):

قسم السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، تشيخ سكان العالم، 2001، الأمم المتحدة.

الجدول 4: النسبة المتوقعة للسكان الذين يبلغون 60 سنة وما فوق من العمر في إقليم شرق المتوسط (1950-2050)

| 2050 | 2025 | 2000 | 1975 | 1950 | البلد |
|------|------|------|------|------|---------------------------|
| 7.7 | 5.2 | 4.7 | 4.7 | 4.5 | أفغانستان |
| 24.9 | 20.4 | 4.7 | 3.6 | 4.6 | البحرين |
| 5.8 | 6.2 | 5.5 | 3.3 | 3.4 | جيبوتي |
| 20.8 | 11.5 | 6.3 | 6.5 | 5.1 | مصر |
| 21.7 | 10.5 | 5.2 | 5.4 | 8.3 | جمهورية إيران الإسلامية |
| 15.1 | 7.5 | 4.6 | 4.1 | 4.3 | العراق |
| 15.6 | 7.0 | 4.5 | 4.3 | 7.4 | الأردن |
| 25.7 | 15.7 | 4.4 | 2.6 | 4.5 | الكويت |
| 25.4 | 13.5 | 8.5 | 7.5 | 10.4 | لبنان |
| 21.1 | 9.9 | 5.5 | 3.7 | 7.3 | الجمهورية العربية الليبية |
| 20.6 | 11.2 | 6.4 | 5.2 | 4.6 | المغرب |
| 10.5 | 6.6 | 4.2 | 4.4 | 5.0 | عمان |
| 12.4 | 7.3 | 5.8 | 5.5 | 8.2 | باكستان |
| 9.9 | 5.6 | 4.9 | 4.9 | 7.4 | فلسطين |
| 20.7 | 21.8 | 3.1 | 3.1 | 5.7 | قطر |
| 12.9 | 7.9 | 4.8 | 4.8 | 5.6 | المملكة العربية السعودية |
| 5.7 | 4.0 | 3.9 | 4.8 | 4.6 | الصومال |
| 14.4 | 7.9 | 5.5 | 4.6 | 5.4 | السودان |
| 18.0 | 7.7 | 4.7 | 5.3 | 6.8 | الجمهورية العربية السورية |
| 24.6 | 13.4 | 8.4 | 5.8 | 8.0 | تونس |
| 26.7 | 23.6 | 5.1 | 3.4 | 5.7 | الإمارات العربية المتحدة |
| 5.3 | 3.6 | 3.6 | 4.4 | 6.2 | اليمن |
| 15.0 | 8.7 | 5.8 | 5.3 | 6.7 | وسطي إقليمي |

المصدر (خام):

قسم السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، تشيخ سكان العالم، 2001، الأمم المتحدة.

الملحق الثاني

نقاط حول إطار العمل الإقليمي

1- الخطوات الأولى

أدرك المكتب الإقليمي لشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية الحاجة لتطوير برامج مناسبة لجمهرة المسنين المتزايدة من وقت مبكر منذ أواسط الثمانينات. وإثر جمع للمعطيات تم في خمسة بلدان (البحرين، ومصر، والأردن، وباكستان، وتونس) في عام 1987، ومشاورة بلدانية في لارنكا بقرص عام 1991، فقد قرر المكتب الإقليمي عرض قضية الرعاية الصحية للمسنين على اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط في اجتماعها الثامن والثلاثين عام 1991 من خلال جلسة مناقشة تقنية حول "الرعاية الصحية للمسنين والمسنين المعوقين".

ونتيجة لذلك فقد أقرت اللجنة الإقليمية القرار 7\R38EM\RC القاضي ببحث كل من الدول الأعضاء ومنظمة الصحة العالمية لاتخاذ تدابير مُلحة لتعزيز وحماية صحة جماهير المسنين ليحصلوا على حياة صحية ونشيطة.

وبتدخل فاعل من قبل المكتب الإقليمي، قامت العديد من البلدان الأعضاء في بداية تسعينيات القرن الماضي بإنشاء نقاط اتصال في وزارة الصحة من أجل الرعاية الصحية للمسنين. وتم إنجاز مسح استبياني سريع في أحد عشر بلداً من البلدان الأعضاء معتمد على بروتوكول منظمة الصحة العالمية لتحديد الحالة الصحية والاجتماعية والاقتصادية لجمهرة المسنين. هذه التطورات جعلت من الممكن تطوير برامج لرعاية المسنين في العديد من البلدان الأعضاء.

2- الاستراتيجية الإقليمية للرعاية الصحية للمسنين بين 1992-2001

على هذه الخلفية تم في الإقليم عام 1992 إنشاء الهيئة الاستشارية الإقليمية للرعاية الصحية للمسنين. وتبنت هذه الهيئة استراتيجية إقليمية لبرامج منظمة الصحة

العالمية المعنية بالرعاية الصحية للمسنين لعقد من الزمن: 1992-2001 تحدد أنشطة بلدانية وأنشطة في البلدان لخمس ثنائيات ابتداء بالثنائية 1992-1993.

أعلنت الهيئة الاستشارية بعد اجتماع جرى في تموز/يوليو من عام 1993 في ليماسول بقبرص مكونات الاستراتيجية الإقليمية التي تضمنت الملامح البارزة التالية:

- تحسيس البلدان الأعضاء ومساعدتها التقنية في تطوير وتنفيذ برنامج للرعاية الصحية للمسنين.
- تأكيد أهمية التنسيق بين القطاعات بين مختلف الهيئات الحكومية (غير الصحة) والمنظمات غير الحكومية ومنظمة الصحة العالمية لتطوير أسلوب متعدد النواحي على المستوى الوطني.
- دمج الرعاية الصحية للمسنين ضمن النظام الوطني للرعاية الصحية المصمم لحفظ وتعزيز صحة عموم السكان في البلدان الأعضاء، وعدم تشجيع إيجاد برامج عمودية منفصلة.
- تشجيع استيعاب الرعاية الصحية للمسنين في النموذج التطوري الإجمالي بما يناسب تمييز الرعاية الاجتماعية الاقتصادية لهذه الفئة من الجماهير.
- الاعتراف بدور الرعاية الصحية الأولية في تقديم الجزء الأكبر من الرعاية الصحية لجماهير المسنين في البلدان الأعضاء، مع التركيز على سكان الريف.

لقد ميّزت الإستراتيجية الإقليمية الاختلافات الكبيرة الموجودة في المرتسمات الديموغرافية للبلدان الأعضاء فيما يتعلق بجماهير المسنين لديهم. بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي لديها جماهير أكبر من المعتريين الشباب، لذلك فإن حالة التشيخ في الجماهير الواطنة هي انعكاس غير صحيح للمرتسم الديموغرافي لهذه البلدان، على الرغم من الازدياد الملحوظ في مأمول الحياة عند الولادة. ومع ذلك وعلى الرغم من النسبة القليلة نسبياً في الجماهير الكلية فإن العدد المطلق للأشخاص المسنين المحتاجين للرعاية في هذه البلدان ليس قليلاً إلى الحد الذي لا يجتذب اهتمام أصحاب القرار السياسي.

كذلك فإن الاختلافات الريفية والحضرية وعدم التشابه في الحالة الاجتماعية الاقتصادية والتغاير في الحالة الصحية للمسنين في معظم البلدان الأعضاء يجب أخذها بالحسبان عند تخطيط البرامج الصحية لهم. وكمعظم الدول في العالم النامي فإن دولاً في الإقليم قد شهدت هجرات واسعة النطاق من المناطق الريفية مما انعكس سلباً على نظام الرعاية الصحية في المجتمعات التقليدية.

لذلك فقد تضمنت الإستراتيجية الإقليمية مبادرات في:

- إيجاد وعي جماعي.
 - صوغ سياسة وطنية لرفاه جمهوره المسنين.
 - التخطيط لدعم حكومي لجمهوره المسنين عن طريق المعاش التقاعدي للمسنين والمعونات المالية للنقل العام والرعاية والطعام.
 - تطوير نظام رعاية صحية للمسنين مع تركيز على الرعاية الصحية الأولية.
 - دعم دور المسنين والمؤسسات المشاهدة.
 - الرعاية الاجتماعية.
- لقد ميزت الاستراتيجية أنه:
- يجري التعامل مع المرضى المسنين في كل المستشفيات كغيرهم من المرضى دون أية ترتيبات خاصة تلي احتياجاتهم الخاصة.
 - لا توجد أجنحة خاصة للمرضى المسنين في معظم المستشفيات، وهناك فقط قليل من المشافي فيها وحدات لطب الشيوخ مسؤولة عن خدمات المرضى الخارجيين.
 - الرعاية الصحية للمسنين غير بارزة في مسافات تدريب الأطباء والمرضات والهئية الطبية المساعدة.
 - لم يتم تدريب العاملين بالرعاية الصحية الأولية على تقديم الرعاية الصحية للمرضى المسنين، وليس هناك تثقيف صحي في هذا المجال.
 - البحوث التي تتعلق بالمشكلات الصحية عند المسنين نادرة في بلدان الإقليم.

- ندرة أخصائيي طب الشيوخ بين الممارسين الطبيين في كلا القطاعين العام والخاص.
- لقد حددت الاستراتيجية الإقليمية المبادرات البلديّة التالية للبلدان الأعضاء:
- تبني مسح تقصي حقائق أولي لتوليد معطيات عن الحالة الصحية والاجتماعية والاقتصادية لجماهير المسنين في أربعة من أصل 22 بلد من البلدان الأعضاء.
- إذكاء الوعي بين أصحاب القرار السياسي في القطاع الصحي وكذلك في قطاعات الشؤون الاجتماعية والشؤون القانونية والإعلام.
- إنشاء نقطة اتصال في وزارة الصحة تقوم بالتنسيق مع المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية وكذلك مع الهيئات الأخرى ذات الصلة بالموضوع في البلد.
- وضع نموذج إستراتيجية وطنية ممكن التطبيق في معظم البلدان الأعضاء.
- تبني البرامج التعاونية لمنظمة الصحة العالمية في الرعاية الصحية للمسنين.
- لقد أخذت الاستراتيجية الإقليمية بالحسبان الأنشطة الوطنية التالية والتي يمكنها أن تقوم بدور فيها:
- تأسيس وحدات خاصة في وزارة الصحة مسؤوليتها تطوير برامج الرعاية الصحية للمسنين.
- إنجاز مسوحات وطنية لجمع المعطيات المتعلقة بالديموغرافيا وظروف المعيشة والتبعية (الاعتماد على الغير) والمرضاة والاختلالات (impairments) والدعم الحكومي وغير الحكومي.
- إنجاز حلقات دراسية وطنية بفواصل منتظمة لنشر المعلومات عن احتياجات المسنين بين صانعي السياسة والقرار والمدراء والمنظمات غير الحكومية والقادة السياسيين والدينيين ومقدمي الخدمات.
- إنجاز حلقات عملية على مستوى وطني للمهنيين الصحيين من أجل إذكاء الوعي وتقديم المعرفة العلمية حول تدبير مشكلات العمر المتقدم.
- تشكيل لجنة تنسيق بين القطاعات في وزارة الصحة والقطاعات ذات الصلة بخبرة تقنية من منظمة الصحة العالمية.

- وضع سياسة واستراتيجية وطنية للمسنين.
- وضع حملة وعي جماعي وطنية.
- تنظيم القطاع الصحي لتلبية احتياجات المسنين.
- لقد قدمت الاستراتيجية الإقليمية لفترة 1992-2001 برنامجاً تفصيلياً لأنشطة هذا العقد. وتضمنت أهداف الفعاليات الوطنية بحلول عام 2001 ما يلي:
- سيكون لدى كل البلدان موظف مسؤول أو وحدة في وزارة الصحة للرعاية الصحية للمسنين.
- ستكون كل البلدان قد أكملت بعض أشكال تحليل الوضع الراهن التي تعطي معطيات أساسية ضرورية للحكومة كي تتبنى تدابير تحسينية.
- ستكون كل البلدان قد اتخذت تدابير لخلق الوعي الجماعي المتعلق باحتياجات المسنين.
- سيكون 50% على الأقل من البلدان قد أنجز حلقات دراسية وطنية حول الرعاية الصحية للمسنين.
- سيكون 25% على الأقل من البلدان قد دمج تدابير الرعاية الصحية للمسنين في الرعاية الصحية الأولية.
- ستكون 10 بلدان على الأقل قد وجهت النظام الوطني للرعاية الصحية الأولية لتقديم الرعاية الصحية الأساسية للمسنين، ونفذت مساقات تدريبية للعاملين الصحيين على المستوى المحلي والمتوسط حول الرعاية الصحية للمسنين.

3- حقوق المسنين - منظور إسلامي :

تم عقد المؤتمر الدولي عن حقوق المسنين - منظور إسلامي في الكويت من 18-21 تشرين الأول/ أكتوبر عام 1999. نُظِّمَت هذه الحلقة الدراسية الهامة من قبل المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (IOMS) بتعاون وثيق مع منظمة الصحة العالمية والمنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (ISESCO) ومجلس الفقه الإسلامي في جدة في المملكة العربية السعودية واتحاد المنظمات العالمية للعلوم الطبية (CIOMS).

نتج عن هذا المؤتمر إعلان الكويت لحقوق المسنين. تم تطوير مجموعة التوصيات الشاملة التالية والموافقة عليها من قبل المشاركين:

- 1- أخذ كل تدابير المحافظة على صحة المسنين ابتداء من مراحل الجنين والطفولة واستمراراً بنفس الأمر أثناء المراهقة وعند البلوغ، وتعزيز شبكة العلاقات الاجتماعية العائلية والمدرسية والمحلية والمجتمعية، من أجل تقوية طاعتهم لله تعالى والتزامهم بتعاليم الدين وحمائتهم من الممارسات الضارة كعاطي المخدرات والكحولية، ومنع تلوث البيئة.
- 2- جعل المسنين على وعي بكل ما يحسن حالتهم الصحية، وبخاصة التغذية المتوازنة، والتمارين الفيزيائية المعتدلة، والهوايات المناسبة، والحفاظ على العلاقات الاجتماعية بأكثر قدر ممكن، وتعزيز الروحي الذي يدعم الإيمان والسكينة والرضا الذاتي.
- 3- تزويد المسنين بالرعاية الصحية الأولية المناسبة والرعاية السريرية وكل مستويات الرعاية الصحية، وتكثيف الخدمات الصحية بحيث تأخذ بالحسبان حاجات المسنين، وتدريب الأطباء على اكتشاف ومعالجة العلل الجسدية والنفسية التي قد تأخذ أعراضاً مختلفة عن تلك التي تظهر عند الأشخاص الأصغر سناً.
- 4- ضمان العدالة والمساواة في تقديم الخدمات الصحية للنساء والرجال المسنين، وتطبيق نظم تأمين صحية واجتماعية تكاملية تقوم بتغطية كل قطاعات المسنين بما فيهم المزارعين والحرفيين وصغار الكسبة الذين لا تغطيهم نظم التأمين الراسخة.
- 5- تشجيع إجراء وتمويل الأعمال البحثية الموضوعية والميدانية حول صحة المسنين الجسدية والنفسية، وجمع المعطيات المتعلقة بنشاطاتهم ومشكلاتهم الصحية وتحليلها وجعلها متوافرة بين أيدي أصحاب القرار السياسي لمساعدتهم على أخذ القرارات المناسبة والموافقة على القوانين الملزمة لضمان رعاية المسنين.
- 6- تشجيع وسائل الإعلام على تسليط الأضواء على قضايا صحة المسنين وتحسيسهم وعائلاتهم بخاصة فيما يتعلق بالتغذية والنشاط الجسدي والوقاية من

الحوادث والمخاطر ومراقبة وقت أخذ الدواء وتخصيص برامج خاصة للترفيه والتسلية.

7- إدخال رعاية وطب وصحة المسنين في المناهج الدراسية في المدارس الطبية والتمريضية وغيرها من المناهج الدراسية الصحية، وإيجاد طب الشيخ وتمريض المسنين وغيرها من المناهج الدراسية الصحية في مختلف المؤسسات التعليمية الصحية.

8- غرس القيم الدينية والتعاليم التي تحت على بر الوالدين واحترام المسنين، وبخاصة عبر المناهج الدراسية في مختلف المستويات التعليمية، والتي يجب أن تتضمن مواضيع حول تعزيز الوعي بالمسنين وتأكيد مكانتهم وحقوقهم في العائلة وإظهار الوفاء والمعاملة الجيدة لهم، والقيام بزيارتهم في أماكن تجمعهم، وحث الطلاب على اتباع سلوك صحي يمكنهم من البقاء في صحة جيدة عندما يتقدمون في العمر ويجعلهم يجتنبون التدخين والمخدرات وكل العادات الضارة الأخرى وأن يكونوا على وعي بكيفية تقديم الرعاية للمسنين.

9- الاستفادة من الموارد المعرفية والخبرات الغنية للمسنين بإشراكهم قدر الإمكان في تربية الأجيال الناشئة. وهذا الصدد يمكن لصانعي القرار استشارة الأشخاص المسنين ذوي الخبرة في الشؤون العامة.

10- تعزيز دور العائلة في العناية بالمسنين ليكونوا متحمسين لإبقاء المسنين دائماً في جو عائلي سواء كانوا مع عائلاتهم الخاصة أو مع عائلات أخرى أو كانوا في دور المسنين التي يجب أن تبقى على علاقة وثيقة مع العائلة، وأن تؤمن الجو العائلي وكل الظروف الأخرى التي تحفظ كرامة المسنين، وتزودهم بالرعاية الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية المطلوبة. يجب أن تكون دور المسنين موزعة في كل المواضيع وبذلك يصبح كل دار للمسنين نواة للاشتراك في الأنشطة الاجتماعية والثقافية والدينية الموضعية.

11- تشجيع المنظمات التطوعية وغير الحكومية وكل مؤسسات المجتمع المدني الأخرى للقيام بدورها في تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية للنساء والرجال المسنين، وبخاصة لأولئك الذين لا يتمتعون بحظ وافر في أسرهم.

- 12- جعل السلطات وصانعي القرار على وعي بأهمية المسنين واحتياجاتهم الخاصة في ضوء التشريع الإسلامي المتضمن رفع العمر التقاعدي، وإدخال عقوبات على عدم طاعة الوالدين، ومساعدة المحتاجين في دعم المسنين لديهم، وتأسيس مجلس أعلى لرعاية المسنين يمثل كل الأطراف ذات الصلة ويكون لديه الأهلية الملائمة والموارد الكافية.
- 13- تزويد المسنين بالامتيازات والتسهيلات الضرورية وبخاصة منحهم الأولوية في الأماكن العامة وتخصيص مقاعد لهم في وسائل المواصلات العامة والحدائق والمسارح والنوادي الثقافية والاجتماعية، وتأمين وسائل الحركة للمعوقين والعاجزين، ومنحهم حسومات مناسبة في أجور المواصلات البرية والبحرية والجوية وأجور العضوية في النوادي وغيرها من المؤسسات التي تقدم الخدمات الاجتماعية والترفيهية والرياضة وغيرها.
- 14- تمكين المسنين من تحديد احتياجاتهم الخاصة وإعطائهم الفرصة لاستعمال خبراتهم ومهاراتهم بشكل كامل من أجل منفعتهم ومنفعة مجتمعاتهم، وتعزيز أخذهم للمبادرة، وتدريبهم على الاعتماد على النفس، ومساعدتهم في إنجاز النشاطات التي تناسب سعتهم ومقدرتهم، وإيجاد روابط تدار من قبل المسنين أنفسهم والتي من خلالها ينمون عندهم الرضا عن النفس بالمشاركة الفاعلة في المجتمع.
- 15- إنجاز تقييم حكومي مستمر للتغيرات والتحولات الديموغرافية لأخذها بالحسبان عند رسم خطط تنمية اجتماعية شاملة، وإيجاد تأكيد خاص على الزيادة الهامة المتوقع حصولها في المسنين وبخاصة النساء، وأخذ الإجراءات الضرورية للتلاؤم مع الحالة المرسومة.
- 16- استخدام كلمات تدل على الاحترام عند مخاطبة المسنين أو الإشارة إليهم.
- 17- تحضير المسنين نفسياً قبل التقاعد من أجل اجتناب الصدمة التي قد تنتج عن العزلة والتعطل.
- 18- تشجيع مقدمي الرعاية لتخصيص منح لمنفعة المسنين.

- 19- دعوة المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (IOMS) لنشر كتاب "مرسوم المسنين" الذي يتضمن قواعد الطقوس والمداومات وغيرها من القواعد الحقوقية المرتبطة بالمسنين.
- 20- مناقشة منظمة المؤتمر الإسلامي (OIC) والمنظمة الإسلامية للثقافة والعلوم والتربية (ISESCO) بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية (IOMS) لنشر ومن ثم إعلان وثيقة عن حقوق المسنين من منظور إسلامي.
- 21- تأسيس لجنة متابعة تنفيذ مثل هذه التوصيات، ومنظمو الندوة يجب أن يكونوا في لجنة المتابعة.
- 22- تبنى إعلان بعنوان "إعلان الكويت لحقوق المسنين".

4- حفظ وتعزيز صحة الأشخاص المسنين في إقليم شرق المتوسط: حلقة عملية بلدانية، نيسان/أبريل 2001:

في نيسان/أبريل 2001 - السنة الأخيرة من العقد الذي وضعت له الاستراتيجية الإقليمية- تم تنظيم حلقة عملية بلدانية في بيروت في لبنان. نظرت حلقة عملية بشكل شمولي إلى كل مناحي صحة المسنين وراجعت كل إنجازات الاستراتيجية الموضوعة في 1992. تمت التوصية بأن يتم إعداد برامج جديدة في النواحي التي كان فيها ثغرات في الخدمة، وأن يتم تطوير أسلوب أكثر شمولاً لاحتياجات الأشخاص المسنين للتأكد من تلبية احتياجات القطاعات العامة والخاصة. كما تم إنجاز مجموعة التوصيات الشاملة التالية:

للبلدان الأعضاء:

- 1- إدخال برامج ملائمة لحفظ وتعزيز الأشخاص المسنين حينما لا تكون موجودة وتحديد نقاط اتصال.
- 2- صيانة البرامج الموجودة للرعاية الصحية للمسنين، اعتماداً على الأهداف الوطنية وفق الاحتياجات ذات الأولوية وبأسلوب بين القطاعات.

- 3- تعزيز التنسيق بين القطاعين الصحي والاجتماعي وغيرها من القطاعات ذات الصلة لتقديم الخدمات للمسنين.
- 4- تشجيع وتعزيز سياسات وبرامج وطنية لمساعدة المسنين للعيش باستقلالية في المجتمع، على سبيل المثال عن طريق إتاحة الرعاية الصحية الأولية والتزويد بالأدوية الأساسية ميسورة التكاليف والخدمات العامة الممولة والتثقيف والمعلومات.
- 5- فحص منتظم ودقيق للتماسك بين الدين والثقافة والمجتمع والحالة الاقتصادية، بالإضافة إلى الأبعاد الاجتماعية والجسدية للتشخيص، وذلك لتطوير برامج أكثر فعالية.
- 6- بذل الجهود لإيجاد روابط وطنية للمسنين بهدف تطوير البرامج وتوليد الوعي وتأييد احتياجاتهم وتبنيه وتقوية التماسك بين الأجيال.
- 7- تشجيع وتعزيز الدعم العائلي وتمكين مقدمي الرعاية للمسنين من خلال الوسائل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمادية والروحية.
- 8- تشجيع وتعزيز السياسات والبرامج والممارسات التي تدعم الأشخاص المسنين للعيش باستقلالية في المجتمع والاستمتاع بحياة عالية الجودة.
- 9- تشجيع وتعزيز السياسات والبرامج والممارسات التي تساعد المسنين المعتمدين على قضاء بقية سنوات عمرهم بكرامة.
- 10- تطوير ممارسات منصفة للنساء الأرمال والمطلقات من خلال تأمين الدعم الاقتصادي وإتاحة خدمات الرعاية الصحية التي تستجيب لاحتياجاتهم الخاصة.

لنظمة الصحة العالمية :

- 1- إعطاء صفة رسمية لشبكة تواصل وجمع معلومات لتقديم المساعدة التقنية والتشارك في الخبرات الوطنية ونشر المعلومات لجمهور أوسع.
- 2- دمج وإشراك المنظمات غير الحكومية والمهنية المهمة بحفظ وتعزيز صحة المسنين للاستفادة من خبرتهم ولتبادل المعلومات.

3- إعداد تصميم لجمع معطيات معيارية لخلق بروفيلات وطنية وإقليمية.

للبلدان الأعضاء في منظمة الصحة العالمية/إقليم شرق المتوسط:

1- إعداد مجموعة معيارية من المؤشرات لتعزيز وحفظ صحة المسنين بغرض تطوير البرامج ومراقبتها وتقييمها.

بخصوص تنقيح دليل الرعاية الصحية الأولية:

1- إعداد مجموعة مستقلة من الدلائل الإرشادية لعالمي وأطباء الرعاية الصحية الأولية.

2- توسيع وتنقيح الفصول الراهنة.

3- إدخال القضايا الصحية التي تبرز حديثاً.

5- **التشيخ النشط، المفهوم المتغير للصحة في الشيخ:**

في العقد الماضي، قبلت منظمة الصحة العالمية الشيخ النشط كمرمى يمكن تحقيقه لرعاية الجماهرة المريضة والمسنة. كان ذلك نموذجاً لتغير التركيز من النموذج السريري إلى نموذج تعزيز الصحة في الرعاية. وقدمت ورقة مناقشة منظمة الصحة العالمية المتداولة في الجمعية العالمية للأمم المتحدة عن الشيخ في 2002 الأساس المفهومي للتشيخ النشط.

وعرّفت منظمة الصحة العالمية الشيخ النشط بأنها عملية توحي أمثل الفرص لصحة الأشخاص المسنين ومشاركتهم وأمنهم من أجل تعزيز جودة الحياة أثناء التقدم في العمر. أخذ إطار عمل السياسة بالحسبان محددات الصحة طوال مسيرة الحياة، وساعد في تشكيل سياسات الشيخ على المستويين الوطني والإقليمي وتوجيه الأبحاث الأكاديمية عن الشيخ، كما أنه أثر في التطبيق العملي للسياسات على المستوى المجتمعي. تبنى أصحاب القرار السياسي في مختلف المستويات الأساليب المفهومية لإطار العمل، ويتم الآن صياغة مؤشرات أساسية لمراقبة تنفيذ سياسات الشيخ النشط ويجب أن تكون جاهزة في عام 2005.

يعتبر مفهوم "التشخيص النشط" أنه كمي تكون الشيخوخة خيرة إيجابية، وكما تكون الحياة الأطول مترافقة بفرصة متواصلة للاستمتاع والإنتاج، عندها يجب أن لا يُنظر إلى الشيخوخة على أنها حالة من "المرض والعجز" بل حالة من "الصحة واللياقة".

تم تبني مصطلح "التشخيص النشط" من قبل منظمة الصحة العالمية في أواخر تسعينيات القرن الماضي لنقل رسالة أكثر شمولية من "التشخيص الصحي" من أجل إدراك أهمية العوامل الأخرى، بالإضافة إلى الرعاية الصحية، في المحافظة على جمهرة المسنين. هذا المفهوم أصبح مقبولاً من قبل المنظمات الوطنية والأكاديميين الذين دعموا فكرة الإشراف المستمر للأشخاص المسنين في العمل الاجتماعي الهادف والمنتج. إن عبارة "تشخيص نشط" تتضمن الإشراف المستمر للمسنين في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية والروحية والثقافية والمدنية. وبذلك فإنه حتى المسنين ذوي المرض أو العجز يمكن أن يبقوا فاعلين ومساهمين في عائلاتهم ومجتمعاتهم وبلدانهم.

تتضمن محددات التشخيص النشط:

- الجنس (gender) والثقافة
- نظام الخدمة الصحية والاجتماعية
- عوامل اقتصادية: الدخل والعمل والحماية الاجتماعية
- المحيط المادي
- عوامل شخصية: بيولوجية ووراثية وقابلية التكيف.
- عوامل سلوكية: النشاط الفيزيائي والطعام الصحي واستهلاك التبغ والكحول.
- المحيط الاجتماعي: الدعم الاجتماعي والتعليم والأمية والعنف والانتهاك.
- تتضمن مبادرات السياسة المطلوبة في القطاع الصحي لتحقيق التشخيص النشط:
- إنقاص انتشار عوامل خطر الأمراض الخطيرة وتبني كل تلك العوامل التي تحمي الصحة والعافية خلال كل مراحل العمر.

- تطوير نظام الخدمة الصحية والاجتماعية الذي يؤكد على تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وتقديم رعاية محترمة مديدة بتكاليف ميسورة.
- إنقاص عبء المرض والعجز لدى فئات السكان الهامشية.
- المساهمة الفاعلة للمسنين في كل نواحي المجتمع.
- تحسين الصحة وتعزيز الاستقلالية في الأوقات الصعبة بتقديم الحماية للمسنين.
- تنشيط البحوث ونشر المعرفة حول أفضل الممارسات.
- حوار دولي.

يعد هدف مشروع (INTRA) التابع لمنظمة الصحة العالمية صياغة استجابة متكاملة لنظم الرعاية الصحية لتسارع تشيخ السكان في الدول النامية وإيجاد قاعدة معرفية لدعم البلدان في إعادة توجيه السياسات نحو نظم الرعاية الصحية والاجتماعية المتكاملة التي تخدم جماهير المسنين. تألف الطوران الأولان لهذا المشروع (اللذان تمّا الآن) والمنجزان في 12 دولة نامية (بوتسوانا، تشيلي، الصين، غانا، جامايكا، جمهورية كوريا، لبنان، بيرو، سيريلانكا، سورينام، الجمهورية العربية السورية، تايلاند) من أبحاث كيفية وكمية عن: سلوكيات طالبي الرعاية من المسنين في مستوى الرعاية الصحية الأولية، وأدوار واحتياجات ومواقف من يقدمون لهم الخدمة، وأنماط الخدمة المقدمة. شاركت الحكومات والمؤسسات الأكاديمية والمنظمات غير الحكومية في هذا المشروع البحثي متعدد الاختصاصات، الأمر الذي نتج عنه التشارك في المعلومات ونماذج الممارسة الجيدة في الدول المشاركة وأيضاً سلسلة من التوصيات الخاصة بالسياسة.

أدخل الطور التالي الذي يتم تنفيذه بالتعاون مع مركز منظمة الصحة العالمية للتنمية الصحية في كوبي باليابان ست دول إضافية (بوليفيا، الهند، كينيا، ماليزيا، باكستان، ترينيداد وتوباغو) وركز على المسنين الذين لا يستخدمون الرعاية الصحية الأولية. سيقود المشروع إلى توصيات لسياسة شاملة لتطوير رعاية متصلة ضمن قطاع الرعاية الصحية الأولية تهدف لرعاية متكاملة للمسنين.

بعد ذلك سوف يكون هناك تركيز للعمل على التنفيذ التدريجي للتوصيات. تم تصور المشروع كنموذج لتحفيز تبادل المعرفة والخبرات ونماذج الممارسة الجيدة بين البلدان النامية حول الجماهير التي تشيخ بسرعة، وبهدف بناء مقدرات بحثية مناسبة في البلدان النامية.

6- الجمعية العالمية الثانية للأمم المتحدة حول الشيخ:

تبنّت الجمعية العالمية الثانية للأمم المتحدة حول الشيخ (مدريد، 8-12 نيسان/ أبريل 2002) بالإجماع إعلان مدريد السياسي وخطة العمل الدولية حول الشيخ 2002. تضمنت مساهمات منظمة الصحة العالمية في الجمعية تقدم إطار عمل سياسة (التشيخ النشط: إطار السياسة، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002، 8.02WHO/NMH/NPH) وتشكيل خطط عمل إقليمية لتنفيذ الخطة الدولية، وبخاصة من قبل هيئة الأمم المتحدة الاقتصادية لأوروبا وهيئة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادي، وهيئة الأمم المتحدة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية والكاريبي. تم تسليم التقارير حول محتوى إطار السياسة ونتائج الجمعية العالمية الثانية إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والخمسين (وثيقي Add17/55 , A17/55A).

كانت الجمعية العالمية تالية لمناقشات ومشاورات واسعة بين الدول الأعضاء والوكالات الحكومية، والمنظمات الدولية، والباحثين، والأكاديميين، والمنظمات غير الحكومية حول العالم. وفي نهاية أعمال الجمعية تم تدشين إعلان سياسي وخطة عمل دولية طارئة.

تضمنت توصيات خطة العمل ثلاثة اتجاهات ذات أولوية:

- المسنون والتنمية
- استمرارية الصحة والمعافاة مع التقدم في العمر
- تأمين بيئة مُمكنة وداعمة

عقد مهنيو الصحة والباحثون والمنظمات غير الحكومية مناقشات واسعة النطاق وتوصلوا بالإجماع لصياغة القضايا والأعمال في قطاع الرعاية الصحية.

تضمنت القضايا:

- تعزيز الصحة والعافية خلال كل مراحل الحياة
- إتاحة شاملة وعادلة لخدمات الرعاية الصحية
- الأشخاص المسنين والعجز
- تدريب مقدمي الرعاية ومهنيي الصحة
- احتياجات الصحة النفسية للمسنين
- المسنون والإيدز

تضمنت المبادرات المقترحة:

- 1- آثار العوامل التي تزيد اختطار المرض وبالتالي احتمال الاعتماد (Dependence) في الشيخوخة.
- 2- تطوير سياسات للوقاية من اعتلال الصحة بين المسنين.
- 3- إتاحة الطعام والتغذية الكافية للمسنين.
- 4- التخلص من عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية المعتمدة على العمر أو الجنس أو أي أرضية أخرى بما في ذلك الحواجز اللغوية لضمان إتاحة شاملة وعادلة للرعاية الصحية للمسنين.
- 5- تطوير وتقوية خدمات الرعاية الصحية الأولية لتلبية الاحتياجات الخاصة للمسنين.
- 6- إشراك المسنين في تطوير وتقوية خدمات الرعاية الأولية والمديدة.
- 7- تقديم التدريب والمعلومات الكافية للعاملين الطبيين ومساعدتي الأطباء عن احتياجات المسنين.
- 8- تطوير خدمات الرعاية الصحية النفسية من الوقاية وحتى التدخل الباكر.
- 9- تقديم الخدمات العلاجية والتدبير العلاجي لمشاكل الصحة النفسية عند المسنين، والمحافظة على القدرة النفسية خلال الحياة.

- 10- تعزيز المشاركة الكاملة للمسنين العاجزين في كل النشاطات الاجتماعية.
- 11- تحسين تقدير أثر الإيدز على صحة الأشخاص المسنين، سواء أولئك المصابين أو أولئك الذين يقدمون الرعاية للمصابين أو يخدمون أفراد العائلة.
- 12- تقديم المعلومات الكافية والتدريب في مهارات تقديم الرعاية وإدراك مساهمة الأشخاص المسنين كمقدمي رعاية وحيدين لأطفال الآباء المصابين بأمراض مزمنة.

7- التفويض باستراتيجية إقليمية جديدة: القرار 10/R.50EM/RC:

راجعت اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في جلستها الخمسين في أكتوبر/ تشرين الأول 2003 التحديات والتطلّعات حول الرعاية الصحية للمسنين في الإقليم وأقرت القرار التالي:

اللجنة الإقليمية؛

مراجعة الورقة التقنية حول الرعاية الصحية للمسنين في إقليم شرق المتوسط:
التحديات والتطلّعات؛

وبالإشارة إلى القرار 7/R.38EM/RC حول رعاية المسنين ومشاكل المسنين المعوّقين؛

وملاحظة تحديات الصحة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية المترافقة بالتزايد المتسارع في عدد ونسبة الأشخاص البالغين للستين من العمر أو أكثر في كل بلدان الإقليم؛

واعترافاً بالوعي المتزايد في الدول الأعضاء في الإقليم حول عواقب تشيخ السكّان وجهودهم في صياغة السياسات وتطوير أو تقوية برامج صحة المسنين؛

وأيضاً إدراكاً لإمكانية زيادة المساهمة القيمة التي يقدمها المسنون للمجتمع؛

فإنها تحت الدول الأعضاء على:

- 1- مراجعة السياسات الوطنية والاستراتيجيات وخطط العمل لضمان تعزيز أنماط الحياة الصحية خلال كل مراحل الحياة والرعاية الشاملة للمسنين
- 2- تطوير برامج تؤخر بداية العجز وتحسن مساره وتعزز مقدرة المسنين على رعاية أنفسهم بالشكل الأمثل، مثل أسلوب الشيخ النشط
- 3- دعم وتشجيع مقدمي الرعاية للمسنين في الأسرة والمجتمع، وتعزيز تثبيت الرعاية التقليدية الملائمة والقيم والممارسات الاجتماعية والثقافية

وتطلب من المدير الإقليمي:

- 1- دعم تطوير الشبكات الوطنية والإقليمية متعددة الاختصاصات بين الوكالات والمنظمات والمؤسسات الأكاديمية والأفراد المهتمين بتقديم الرعاية للأشخاص المسنين
- 2- تحديث الاستراتيجية الإقليمية للرعاية الصحية للمسنين
- 3- الاستمرار بدعم الدول الأعضاء في تعزيز جودة حياة وعافية المسنين من خلال أساليب مثل الشيخ النشط وبرامج أو خدمات للمسنين مجتمعية المرتكز
- 4- تطوير قاعدة بيانات محوسبة عن حالة الجمهرة المتشيخة في الإقليم
- 5- تطوير وسائل التثقيف الصحي الملائمة لتحضير الأشخاص لعملية الشيخ
- 8- **جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون، القرار WHA58.16 حول تعزيز الشيخ النشط والصحي، بند برنامج العمل 13.15، أيار/ مايو 2005:**

جمعية الصحة العالمية الثامنة والخمسون؛

أخذة بالاعتبار وثيقة خطة العمل الدولية حول الشيخ: تقرير عن التنفيذ؛

وملاحظة أن أكثر من ألف مليون شخصاً سوف يتجاوزون الستين من عمرهم في عام 2025، الأكثرية العظمى في الدول النامية، وهذا الرقم سوف يتضاعف في عام

2050 الأمر الذي يقود إلى زيادة الطلبات عالمياً على نظم الخدمة الصحية والاجتماعية؛

وإشارة إلى القرار 7.52WHA حول التشيخ النشط الذي دعا كل البلدان الأعضاء لاتخاذ الخطوات الملائمة لتنفيذ التدابير التي تضمن المعايير العليا الممكنة لصحة وعافية الأعداد المتزايدة لمواطنيها المسنين؛

وأيضاً استذكراً لقرار الجمعية العمومية للأمم المتحدة 134/58 بتاريخ 22 كانون الأول/ ديسمبر 2003 والذي طالب منظمات وهيئات جهاز الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة بدمج المسنين، متضمناً المنظور الجنسي، في برامج عملها؛

واستذكراً لقرار الجمعية العمومية للأمم المتحدة الآخر رقم 150/59 الذي دعا الحكومات ومنظمات جهاز الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص لضمان أن تحديات تشيخ السكان وشؤون الأشخاص المسنين قد تم تضمينها بشكل كاف في برامجها ومشاريعها وبخاصة على المستوى الوطني، كما دعا الدول الأعضاء لتقديم المعلومات لقاعدة بيانات الأمم المتحدة حول التشيخ كلما أمكن ذلك؛

واعترافاً بإطار سياسة التشيخ النشط وبمساهمة منظمة الصحة العالمية في الجمعية العالمية للأمم المتحدة حول التشيخ وبرؤيتها لتأطير سياسات متكاملة بين القطاعات عن التشيخ؛

وتنبهاً لأهمية الدور الذي تلعبه منظمة الصحة العالمية في تنفيذ أغراض خطة عمل مدريد الدولية حول التشيخ 2002، وبخاصة الاتجاه الثاني ذو الأولوية: استمرارية الصحة والعافية مع المسنين؛

وإدراكاً للمساهمات التي يقدمها المسنون في التطوير والأهمية الثقيف المستمر مدى الحياة وللإشراك المجتمعي الفاعل للمسنين؛

وتأكيداً على الدور المهم لسياسات وبرامج الصحة العامة في تمكين الأعداد المتزايدة بسرعة من الأشخاص المسنين في كل من الدول النامية والمتقدمة من البقاء بصحة جيدة والحفاظة على مساهماتهم الحيوية المتعددة في عافية عائلاتهم ومجتمعاتهم؛

وتأكيداً أيضاً على أهمية تطوير خدمات الرعاية بما فيها خدمات الصحة الإلكترونية لتمكين المسنين من البقاء في منازلهم لأطول فترة ممكنة؛

وتأكيداً للحاجة لتضمين المنظور الجنسي (gender perspective) في السياسات والبرامج المرتبطة بالتشيخ النشط والصحي؛

وترحيباً بتركيز منظمة الصحة العالمية على الرعاية الصحية الأولية، كتطوير الرعاية الصحية الأولية صديقة المسنين؛

فإنها تحث الدول الأعضاء على:

- 1- تطوير وتنفيذ وتقييم سياسات وبرامج تعزيز الشيخ النشط والصحي والمعايير الأعلى الممكنة لصحة وعافية مواطنيها المسنين.
- 2- اعتبار وضع المسنين كجزء مكمل لجهودها لتحقيق أهداف التطوير المتفق عليها دولياً في إعلان الأمم المتحدة للألفية، وتحريك الإرادة السياسية والموارد المالية من أجل ذلك الهدف.
- 3- اتخاذ الوسائل لضمان أن السياسات والخطط والبرامج الصحية الحساسة للجنس تدرك وتخطب الحقوق والصحة الشاملة والخدمة الاجتماعية واحتياجات التطوير للنساء والرجال المسنين، مع انتباه خاص للمسنين العاجزين المستبعدين اجتماعياً ولأولئك غير القادرين على تلبية احتياجاتهم الأساسية.
- 4- اتخاذ خطوات وتشجيع وسائل لضمان إتاحة الموارد للأشخاص أو الكيانات القانونية التي تعني بالمسنين.
- 5- إعطاء اهتمام خاص للدور الرئيسي الذي يلعبه المسنون وبخاصة المسنات كمقدمي رعاية في عائلاتهم ومجتمعاتهم وبخاصة الأعباء الموضوعة عليهم بسبب جائحة الإيدز.
- 6- مراعاة تأسيس إطار عمل قانوني ملائم لتعزيز التشريعات وتقوية الجهود القانونية والمبادرات المجتمعية المصممة للتخلص من انتهاك المسنين النفسي والجسدي والاقتصادي.

- 7- تطوير نظم تُقَدِّم المعطيات في كل مراحل الحياة -مفككة حسب العمر والجنس- عن المحددات الصحية بين القطاعات والحالة الصحية، واستخدامها والمحافظة عليها من أجل موازنة تخطيط وتنفيذ ومراقبة وتقييم تدخلات السياسة الصحية المستندة إلى البيئات والمرتبطة بالمسنين.
 - 8- القيام بتدابير تعليمية وتوظيفية وتحفيزية مع الأخذ بالحسبان للظروف الخاصة في الدول النامية من أجل تأمين العاملين الصحيين اللازمين لتلبية احتياجات المسنين.
 - 9- تقوية العمل الوطني لتأمين الموارد الكافية لتحقيق الالتزامات لتنفيذ خطة عمل مدريد الدولية حول الشيخوخة 2002 وخطط العمل الإقليمية المعنية بصحة وعافية المسنين.
 - 10- تطوير الرعاية الصحية للمسنين ضمن الرعاية الأولية في النظم الصحية الوطنية الحالية.
 - 11- تقديم تقارير عن تقدم العمل في حالة المسنين وبرامج التشيخ النشط والصحي عند إعداد التقارير الصحية الوطنية.
 - 12- دعم تأييد منظمة الصحة العالمية للتشيخ النشط والصحي من خلال شراكات جديدة ومتعددة القطاعات مع المنظمات الحكومية وغير الحكومية والتطوعية ومنظمات القطاع الخاص.
- كما تطالب لجنة المحددات الاجتماعية للصحة مراعاة تضمين قضايا مرتبطة بالتشيخ النشط والصحي على مدى مراحل الحياة ضمن توصيات سياستها.

وتطلب من المدير العام:

- 1- زيادة الوعي حول تحدي تشيخ المجتمعات والاحتياجات الصحية والاجتماعية للمسنين ومساهمات المسنين في المجتمع بما في ذلك العمل مع الدول الأعضاء وأرباب العمل غير الحكوميين والقطاع الخاص.
- 2- تقديم الدعم للدول الأعضاء في جهودها لتحقيق التزاماتها بمرامي ونتائج قمم ومؤتمرات الأمم المتحدة ذات الصلة وبخاصة الجمعية العالمية الثانية حول

التشيخ بالارتباط مع الاحتياجات الصحية والاجتماعية للمسنين وبالتعاون مع الشركاء المعنيين.

3- الاستمرار بالتركيز على الرعاية الصحية الأولية - مع التأكيد على السبب المجتمعية الموجودة عندما تكون ملائمة - مما يعني أن تكون ملائمة للعمر ومتاحة ومتوافرة للمسنين وبذلك تتم تقوية قدرتهم على البقاء كمصادر حيوية لعائلاتهم وللاقتصاد والمجتمع أطول فترة ممكنة.

4- تقديم الدعم للبلدان الأعضاء من خلال تنشيط البحوث وتقوية القدرات من أجل استراتيجيات وسياسات وتدخلات تعزيز الصحة والوقاية من المرض على مدى مراحل الحياة ومساندة جهودها لتطوير رعاية متكاملة للمسنين. كما في ذلك دعم مقدمي الرعاية الرسميين وغير الرسميين.

5- الشروع بمبادرات لتحسين حصول المسنين على المعلومات المناسبة والرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية وخصوصاً من أجل إنقاص اختطار العدوى بفيروس العوز المناعي البشري HIV ولتحسين جودة الحياة والكرامة لأولئك المصابين بالإيدز، ولمساعدهم في دعم أفراد العائلة المصابين بالإيدز وأحفادهم اليتامى.

6- تقديم الدعم للدول الأعضاء عند الطلب من أجل تجميع واستخدام نظم تقديم المعلومات والحفاظ عليها على مدى مراحل الحياة مفككة حسب العمر والجنس والحالة الصحية ومعلومات بين قطاعات مخصصة - عن محددات الصحة من أجل مؤازرة تخطيط تدخلات السياسة الصحية المستندة إلى البيانات والمعنوية بالمسنين وتنفيذها ومراقبتها وتقييمها.

7- تقوية قدرة منظمة الصحة العالمية على تضمين العمل على الشيخ ضمن نشاطاتها وبرامجها في كل المستويات وتسهيل دور المكاتب الإقليمية للمنظمة في تنفيذ خطط العمل الإقليمية للأمم المتحدة حول الشيخ.

8- التنسيق مع الوكالات الأخرى ومنظمات جهاز الأمم المتحدة من أجل تأمين العمل بين القطاعات باتجاه الشيخ النشط والصحي.

9- تقديم تقرير لجمعية الصحة العالمية الستين عن طريق المجلس التنفيذي حول التقدم المنجز في تنفيذ القرار.

9- قضايا عاجلة:

لقد أقرت خطة عمل مدريد الدولية حول الشيخوخة عام 2002 مجالين مستجدين تتطلبان فعلاً مستعجلاً: الأشخاص المسنون وداء الإيدز، وانتهاك الأشخاص المسنين. وفي كل أنحاء العالم، وبخاصة في جنوب الصحراء الأفريقية، يتحمل المسنون الأعباء الإضافية الضخمة الملقاة على العائلة نتيجة جائحة الإيدز. وكاستجابة لذلك فقد طورت منظمة الصحة العالمية طريقة لتقدير احتياجات مقدمي الرعاية المسنين عن طريق بحث ارتيادي في زيمبابوي. ومن المعد له أن تتم إعادة المشروع في دول أخرى لتقدم معطيات مستندة إلى البيانات من أجل التدخلات.

وفي العمل من أجل الوقاية من انتهاك الأشخاص المسنين، قامت منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع جامعة جنيف بإجراء بحث عن الوسائل المعولة لتيسير اكتشاف مثل هذا الانتهاك في مستوى الرعاية الصحية الأولية. قيمت منظمة الصحة العالمية وعقب دراسة كبيرة في كندا مثل هذه الوسائل ووجهت إلى تطبيقها في أربعة بلدان أخرى. ينهض المشروع بدراسة كيف (qualitative study) تتم بالارتباط مع منظمة الصحة العالمية والشبكة العالمية للوقاية من انتهاك المسنين ومؤسسة "مساعدة المسنين" (HelpAge) العالمية.

المنشورات الناتجة عن الدراسة حول وجهات نظر المسنين في انتهاك المسنين تم نشرها على صعيد واسع (انظر الشبكة العالمية للوقاية من انتهاك المسنين. الأصوات الضائعة: وجهات نظر المسنين في انتهاك المسنين، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002، I.02WHO/NMH/VIP/). كانت منظمة الصحة العالمية أحد الأطراف المشاركة في إعلان تورنتو حول الوقاية الشاملة من انتهاك المسنين الذي أُطلق في مؤتمر انتهاك المسنين في أونتاريو (أونتاريو، كندا، 18-20 تشرين الثاني 2002).

الملحق الثالث

نموذج سياسة وطنية للمسنين

تحتاج السياسة الوطنية للمسنين أن تأخذ بالحسبان: ديموغرافيا البلد، وأثر تشيخ السكان على مختلف مؤسسات المجتمع، والحالة الراهنة للمسنين في كل مناحي الحياة، ونزعة التغير في بنية العائلة، وحالة الاقتصاد والأسس الثقافية في المجتمع.

يجب أن تأخذ السياسة الوطنية التفويض بالتناغم مع دستور البلد ورؤيتها المستقبلية، كما يجب أن تكون السياسة الوطنية شاملة، بمعنى أنها يجب أن تساعد في بناء المجتمع لكل الأعمار، مع التأكيد على الفعل الإيجابي للمسنين أكثر من عزلمهم كفة سريعة التأثير تنتظر الدعم.

إن المجالات الرئيسية لتطوير سياسة هي كالتالي:

- تأمين مالي على شكل معاش تقاعدي للمسنين تتم المساهمة فيه خلال سنوات العمل.
- إتاحة رعاية صحية جيدة وميسورة التكاليف وتتضمن: رعاية صحية أولية موجهة لرعاية المسنين، ورعاية صحية نفسية جواله ومؤسسية، ورعاية اختصاصية وأدوية مدعومة التكاليف، ومُعينات وأدوات، وتوافر الرعاية المنزلية والرعاية المديدة، وتوافر التأمين الصحي ميسور التكاليف، والتثقيف الصحي للدخول في مرحلة الشيخ بصحة جيدة.
- إتاحة مأوى في بيئة حميمة للمسنين.
- مؤسسات للمعوزين.
- توافر الفرصة للتثقيف والتدريب الرسمي وغير الرسمي لأولئك الذين يرغبون بأن يبقوا منتجين اقتصادياً.
- حماية الحياة والملكية.

- تأمين اجتماعي للمسنين سريعي التأثير مقدم من الحكومة ودعم عاطفي مقدم من مؤسسات المجتمع المدني لتقوية سعة التلاؤم.
- تشجيع المنظمات في القطاع غير الحكومي لدعم الحكومة في رعاية المسنين.
- دعم العائلة في رعايتها للمسنين.
- إيجاد قاعدة بيانات جيدة لتخطيط التدخلات ضمن السياسة.
- تدريب مقدمي الرعاية والمدراء على رعاية المسنين.
- استخدام وسائل الإعلام للتأثير على المجتمع لمصلحة المسنين.
- إيجاد رابطة وطنية للأشخاص المسنين لإعطائهم قوة في التأثير على السياسة والبرامج المقصودين بها.
- إيجاد آلية لتنفيذ ومراقبة أثر السياسة.

