



مجلس وزراء الشؤون
الاجتماعية العرب

العالم العربي أمام تحديات شيخوخة السكان: أدوار الحكومات والمجتمع والأسرة

ديسمبر 2017

فهني عن طريق زيادة الدخل، ما يساعد الأسر على تحسين استعدادها المالي لرعاية أفراد الأسرة الأكبر سنًا.

يفيد التقرير بأن عدد كبار السن يرتفع بوتيرة سريعة في المنطقة العربية، ووفقًا لشعبة السكان في الأمم المتحدة، فإن عدد سكان المنطقة الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا سوف يتضاعف تقريبًا في غضون 15 عامًا، ليرتفع من 27 مليونًا في عام 2015 إلى 50 مليونًا في عام 2030، ليصل إلى أكثر من 80 مليونًا بحلول عام 2045. وهو رقم مرتفع يوازي تقريبًا عدد سكان مصر عام 2010 الذي كان حينها 84 مليون نسمة.

وإذا كانت شيخوخة السكان تشكل اتجاهًا عالميًا بسبب تطور أنظمة الرعاية الصحية وانخفاض عدد الولادات والوفيات، فإن المجتمعات العربية إنضوت في سياق هذا الاتجاه مع الارتفاع المطرد لمعدل الأعمار الوسطي في المنطقة لأسباب إقتصادية وإجتماعية وصحية.

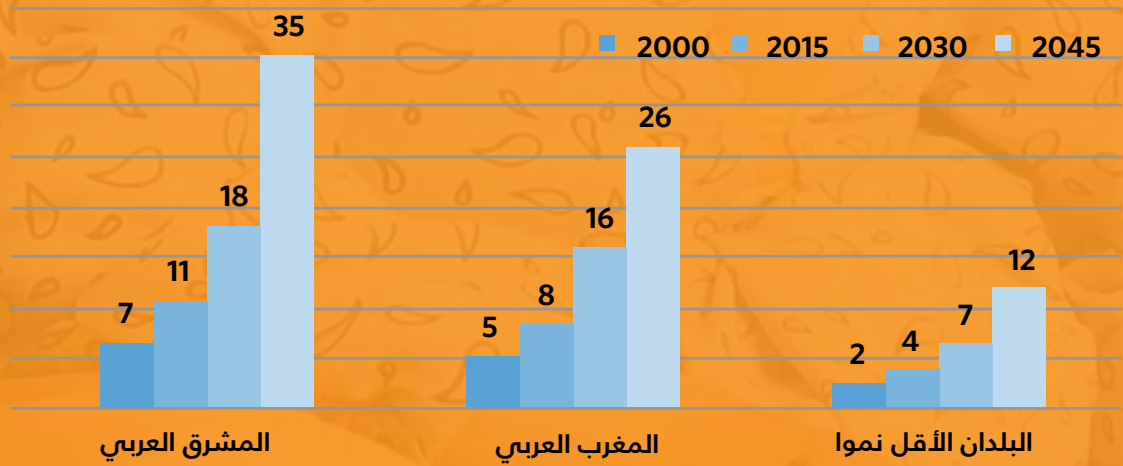
وفي الأرقام يبلغ 8% من سكان العالم 65 عامًا أو أكثر و12% 60 عامًا أو أكثر. أما في المنطقة العربية حيث يبلغ سن التقاعد 60 عامًا في معظم البلدان، فإن 8% من السكان يبلغون 60 عامًا أو أكثر، ومن المتوقع أن تصل هذه النسبة إلى 15% بحلول عام 2045. وفيما كان يُعتقد أن الشيخوخة تعتبر قضية أو مشكلة بالنسبة إلى البلدان الأكثر تقدمًا دون الدول النامية، تقول الأرقام أن هذا ليس هو الحال بالنسبة إلى المنطقة العربية. فما بين عامي 2000 و2045، كما هو مبين في الشكل 1، سيزداد عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا في كل من بلدان المشرق العربي والمغرب العربي بمقدار خمسة أضعاف، وستكون الزيادة ستة أضعاف بالنسبة إلى مجموعة أقل البلدان نموًا. (انظر الجدول 1).

غالبًا ما غابت قضايا كبار السن واحتياجاتهم عن الخطاب السياسات العامة في العالم العربي، لكن الموضوع بدأ يدخل في التداول في العقود الأخيرة من خلال لافتة ضمان الشيخوخة.

تواجه البلدان العربية مشكلة يتوقع أن تتفاقم في السنوات المقبلة ناتجة من الارتفاع المطرد في أعداد كبار السن في مجتمعات هذه البلدان، الغنية منها والفقيرة، في المشرق وفي المغرب، وفي غيرهما من أقاليم المنطقة. ويفرض هذا الارتفاع تحديات كبيرة على هذه البلدان وإقتصاداتها وأنظمة الرعاية وضمان الشيخوخة فيها، وعلى الأطر القانونية الناظمة لها، عدا عن ضرورة تكيف المجتمعات العربية مع أنظمة العمل الحديثة، وأنظمة الرعاية الاجتماعية للمسنين وتحولها من الرعاية شبه الكاملة للأسرة إلى رعاية المؤسسة نتيجة لتغير أنماط الإنتاج ووسائله، وللتغيرات في بنية الأسرة العربية وفي مفهوم التكافل الأسري الذي ما زال حتى الآن هو الأكثر انتشاراً في البلدان العربية. في ظل الدور المحدود نسبياً للدولة.

يقدم هذا الموجز للسياسات العامة، الديناميات الديمغرافية لقضية الشيخوخة في العالم العربي متناولاً الأوضاع الإقتصادية والاجتماعية والصحية لكبار السن وبعض إجراءات الحكومات كما ورد في تقرير «فئة المسنين في المنطقة العربية: الاتجاهات الإحصائية ومنظور السياسات»، الذي صدر أخيراً عن صندوق الأمم المتحدة للسكان وجامعة الدول العربية، وهذا التقرير هو الأساس الذي قام عليه هذا الموجز. كما يسلط الموجز الضوء على محنة كبار السن المحاصرين في الأوضاع الإنسانية ويُقدم مجموعة من التوصيات القابلة للتنفيذ. ما يتيح للبلدان الغنية الفرصة لتولي زمام الريادة وذلك من خلال المساعدة على محو الأمية بين الشباب في المنطقة وتشجيع المساواة بين الجنسين. ومن شأن هذه الجهود أن تعود بالفائدة على الأسر والمجتمعات بوجه عام، وفي ما يتعلق بالشيخوخة السكانية بوجه خاص، حيث تأتي الاستفادة من تلك الجهود بطريقتين مباشرتين على الأقل، أولهما، زيادة مشاركة القوى العاملة في القطاع الرسمي، ما يؤدي بدوره إلى ارتفاع عدد العمال الذين يساهمون في صناديق معاشات التقاعد التي غالبًا ما تعاني من عجز ما يضمن لهم تحصيل المعاشات عند تقاعدهم. أما الطريقة الثانية،

شكل 1 - نمو عدد السكان البالغين من العمر 60 عامًا في بلدان المشرق العربي والمغرب العربي وأقل البلدان نموًا في المنطقة العربية، 2000-2045 (الأرقام بالمليون)



المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، التوقعات السكانية العالمية لعام 2017.

النمو السكاني والتحويلات العمرية في العالم العربي

إذن، يرتفع متوسط عمر الانسان مع تقدم البلدان وتغيراتها الديمغرافية فتتخفف معدلات الوفيات العالية ومعدلات الخصوبة. ونتيجة لذلك، تتغير تركيبة سن السكان. فبين عامي 1990 و2015، ارتفع متوسط عمر مجموع سكان العالم من 24 إلى 30 سنة، في حين ارتفع متوسط عمر مجموع السكان في المنطقة العربية من 19 إلى 24 سنة. وتشير هذه الأرقام إلى أن سكان المنطقة العربية في المتوسط أصغر سنًا من سكان العالم، إلا أن بلدان المنطقة لا تزال متأخرة عن معظم مناطق العالم الأخرى في مرحلة الانتقال إلى معدلات خصوبة منخفضة.

ويتزايد عدد سكان المنطقة العربية بمعدل يساوي ضعف المعدل العالمي. ويرجع ذلك في جزء منه إلى تزايد معدلات العمر والوصول إلى مرحلة البلوغ بين الرضع والأطفال مقارنةً بالعقود الماضية. ومن المتوقع أن يعيش الرجال والنساء الذين يبلغون سن الستين في المتوسط لمدة 18 و20 سنة أخرى على التوالي.

وجدير بالذكر ان عدد سكان المنطقة زاد في الفترة ما بين عامي 2000 و2015 أكثر من 100 مليون نسمة ليصل الى نحو 400 مليون نسمة. ويتوقع ان يبلغ العدد بحلول عام 2030، أكثر من 500 مليون نسمة 43% منهم يعيشون في المشرق العربي، و33% في المغرب العربي، و16% في مجموعة البلدان الأقل نموًا، خصوصا في الصومال واليمن وجزر القمر، و8% في دول مجلس التعاون الخليجي.

ويتباين التحول الديمغرافي البلدان العربية تباينًا كبيرًا فيتراوح متوسط الأعمار بين 17 سنة في الصومال و32 في تونس، كما يتراوح معدل الخصوبة الكلي بين 1.7 مولود لكل امرأة في لبنان و6.4 مولود لكل امرأة في الصومال. وفي لبنان، من المتوقع أن تصل نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا إلى 20% بحلول عام 2030 بينما يتوقع أن تكون النسبة في الصومال 4% (انظر الجدول 1).

وتعتمد في تحديد عدد كبار السن المعطيات الديمغرافية لست سنوات ماضية أو أكثر (مثل

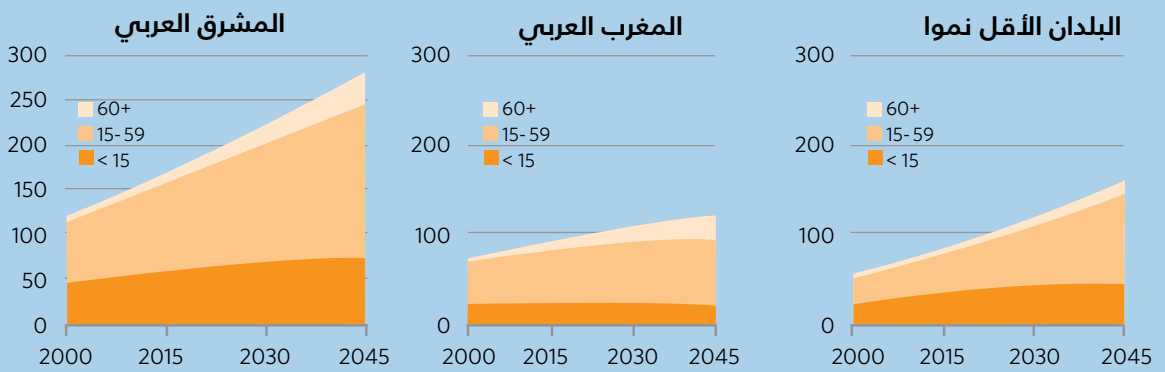
حجم السكان ومعدل الخصوبة ومعدلات بقاء الرضع والأطفال على قيد الحياة). ولذلك، يمكن توقع عددهم عمومًا ببعض الثقة لأن كبار السن في العقود الستة المقبلة أو نحو ذلك قد ولدوا بالفعل، إلا أنه لا يمكن قول ذلك عن توقع نصيبهم من مجموع السكان الذي يستند جزئيًا إلى افتراضات الخصوبة في المستقبل. وكما هو مبين في الشكل 1، على سبيل المثال، يتزايد عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا أو أكثر في مجموعة أقل البلدان نموًا بوتيرة أسرع من عدد السكان في دول المشرق العربي والمغرب العربي، ولكن تتزايد نسبة كبار السن بوتيرة أبطأ بسبب ارتفاع معدل الخصوبة. ومن المتوقع أن تزداد النسبة المئوية للسكان البالغين من العمر 60 عامًا في المغرب العربي والمشرق العربي ومجموعة أقل البلدان نموًا من 6 في المائة إلى 13 في المائة، ومن 9 في المائة إلى 21 في المائة، ومن 5 في المائة إلى 7 في المائة على التوالي (انظر الشكل 4).

ويوضح الشكلان 2 و4 النمو السكاني الإجمالي بحسب الفئات العمرية الواسعة والتغيرات في التركيبة العمرية للمناطق الفرعية (الجغرافية)، باستثناء دول مجلس التعاون الخليجي. والسبب في هذا الاستثناء هو أن ما يقرب من نصف سكان دول مجلس التعاون الخليجي هم من الرعايا الأجانب، ما يؤثر على التركيبة العمرية وتوقعاتها. ويُشكل الرعايا الأجانب نحو 90% من سكان الإمارات، و86% من سكان قطر، و70% تقريبًا من سكان الكويت، و52% من سكان البحرين، و44% من سكان عمان، و33% من سكان المملكة العربية السعودية. ويبدو أنه في توقعات شعبة السكان في الأمم المتحدة (الواردة في الجدول 1)، يُدرج هؤلاء الرعايا الأجانب في الاعتبار في التوقعات السكانية للبلدان، لكن هؤلاء الرعايا الأجانب -الذين هم عمومًا في سن العمل والذين يرجح أن يكونوا من الذكور- في أغلب الأمر سيغادرون البلدان عند انتهاء تراخيص عملهم ولن يبقوا ليمضوا شيخوختهم فيها. ففي دولة الكويت، على سبيل المثال، يشكل الرعايا الأجانب 3% فقط من السكان البالغين من العمر 60 عامًا فما فوق. ومن ثم، ينبغي النظر بحذر إلى الأرقام الموضحة لدول مجلس التعاون الخليجي الواردة في الجدول 1، بشكل فردي أو كمجموعات.



© UNFPA Palestine

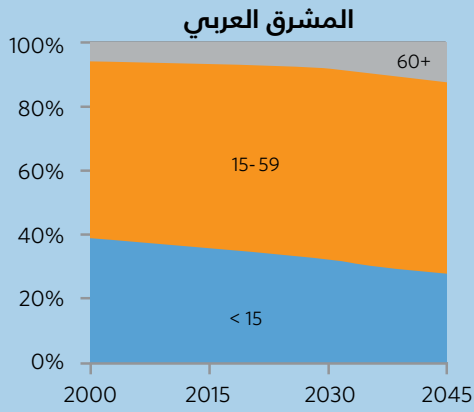
الشكل 2 - النمو السكاني حسب الفئات العمرية العريضة في المناطق الفرعية المختارة (الأرقام بالمليون)



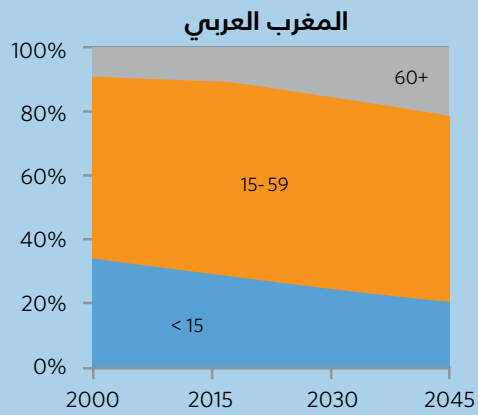
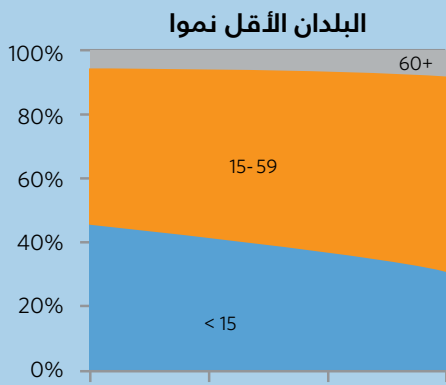
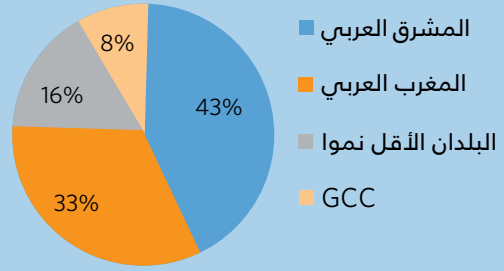
المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، التوقعات السكانية العالمية لعام 2017.

«مركز بحوث الخليج، سوق العمل الخليجي والهجرة، إجمالي السكان ونسبة المواطنين وغير المواطنين في دول مجلس التعاون الخليجي 2 (http://gulfmigration.eu/gcc-total-population-and-percentage-of-nationals-and-non-nationals-in-gcc-countries-national-statistics-2010-2015-with-numbers/)

الشكل 4 - التغيرات في التركيبات العمرية في المناطق العربية: 2000 - 2045



الشكل 3 - التوزيع السكاني للمنطقة العربية بحسب المناطق: 2015



المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، التوقعات السكانية العالمية لعام 2017.

الوضع الصحية والاجتماعية لكبار السن

التمتع بالصحة الجيدة هو أحد الحقوق الفردية الحيوية التي لا غنى عنها، وبالنسبة الى كبار السن، تتناقص الصحة مع التقدم في السن بشكل عام. أما بالنسبة الى المجتمعات، فإن مستوى الصحة العام المرتفع للسكان يعتبر أمراً حيوياً لنموها الاقتصادي وتنميتها. والأشخاص الذين يتبنون نمط حياة صحياً ونشطاً من سن مبكرة هم أكثر قابلية للتمتع بالصحة والنشاط عند تقدمهم في العمر. وبشكل العيش في أوضاع الفقر عاملاً رئيسياً يسهم في تدهور الصحة، لا سيما بالنسبة الى كبار السن. وقد تراجع العديد من اقتصادات المنطقة في السنوات الأخيرة بسبب الحروب وتداعياتها على الدول المعنية مباشرة وعلى دول الجوار، ما دفع المزيد من الأشخاص إلى الفقر ووضع المزيد من الأعباء على الحكومات لمساعدة الفقراء. ووفقاً لمسح دخل الأسر ونفقاتها واستهلاكها أجري في مصر في عام 2015، فإن أكثر من ربع السكان (28%) يعيشون تحت خط الفقر بزيادة تبلغ 11 نقطة مئوية عن عام 2000. وبالنظر إلى أن عدد السكان في مصر ازداد بما يُقدر بنحو 25 مليون نسمة منذ عام 2000، يمكن أن يُستنتج بسهولة أن عدد المصريين الذين يعيشون في الفقر ازداد بشكل ملحوظ في العقد الماضي أو نحو ذلك، بما في ذلك عدد السكان الأكبر سناً.

لكن كبار السن لا يتخلون عن دورهم، طوعاً أو قسراً، عندما يبلغون سن التقاعد أو يحالون على المعاش، فمقسم كبير يستمر في العمل والإنتاج حتى مرحلة متقدمة، خصوصاً ممن لا رواتب تقاعد لهم أو أصحاب المهن الخاصة والحرفية والمزارعين والعمال. وفي كل الاحوال يستمر كبار السن في الإضطلاع بدور أخلاقي ومعنوي ويُنظر إليهم بوصفهم أرباب الأسر المسؤولين عن معيشتها. وفي كثير من الحالات، هذا الدور ليس رمزياً فحسب، بل يرتبط أيضاً بالكثير من المسؤوليات، لا سيما الاقتصادية والمالية، وإن لم يكن الكثير معروفاً عن كبار السن. وتعطي نتائج دراسات استقصائية حول السكان العرب وصحة الأسرة أجريت في عدد من البلدان العربية لمحة عن حالة كبار السن في بلدان متعددة من المنطقة، كالجزائر (2002) وجيبوتي (2002 و 2011)، ولبنان (2004)، وليبيا (2007 و 2014)، والمغرب (2003/ 2004 و 2011)، وسوريا (2001 و 2009)، وتونس (2001)، واليمن (2003). ووفقاً لهذه الدراسات يمكن استخلاص البيانات التالية:

بأولئك الذين يعيشون في المناطق الحضرية. كما أن أصحاب مستوى التعليم الأقل هم الأكثر بحثاً عن عمل مقابل الأرقى تعليمًا، ما يعكس جزئياً انخفاض احتمال حصولهم على معاش تقاعدي لدعمهم.

من الأرجح أن يكون كبار السن من الفئات الأكثر فقراً والأقل تعليمًا من السكان يعانون من نوع واحد أو أكثر من الأمراض غير المعدية (مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري والسرطان) مقارنةً بكبار السن من الأغنياء والأرقى تعليمًا.

نسبة كبار السن المعوقين ذوي القدرة البصرية المحدودة أعلى في المناطق الريفية من المناطق الحضرية وأعلى بين النساء مقارنة بالرجال. ففي جيبوتي مثلاً، أفاد ما يقرب من 70 في المائة من النساء و50 في المائة من الرجال البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر بإصابتهم بتلك الإعاقة، إلا أن الفجوة بين الجنسين ليست واسعة في المغرب (74 في المائة و71 في المائة على التوالي).

من المرجح أن يكون كبار السن من الرجال من ذوي الإعاقة متزوجين مقارنة بكبار السن من النساء ذوات الإعاقة: 82% مقابل 29%.

- 85% من السكان البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر في هذه البلدان هم أرباب أسرهم (63%) أو أزواج أرباب الأسر (22%). ومن بين كبار السن من الرجال، 94 في المائة هم أرباب الأسر المعيشيين مقابل 30 في المائة من نظرائهم من النساء. وفي ليبيا أعلى نسبة من سكانها البالغ عمرهم 60 عاماً فما فوق يرأسون أسرهم (71%) أو هم أزواج لأرباب الأسر (25%). وفي جيبوتي والمغرب، حيث أجريت أكثر من دراسة استقصائية، تشير البيانات إلى أن نسبة كبار السن من أرباب الأسر في ازدياد مطرد.
- 36% من كبار السن من الرجال يعملون مقارنة بـ 5% من النساء، على الرغم من أن نسبة أعلى من كبار السن من النساء (حوالي 8%) أفادت بأنهن يبحثن عن عمل. وأفاد 12% من بين الرجال بأنهم عاطلون من العمل ويبحثون عن وظيفة، وقال 40% أنهم متقاعدون. في حين أفاد 67% من كبيرات السن بأنهن يمكئن «في البيت»، و1% فقط من الرجال صرحوا بالأمر نفسه. وحوالي النسب المئوية نفسها من كبار السن من الرجال والنساء قالوا إنهم لا يستطيعون العمل (9 في المائة و8 في المائة على التوالي).
- بشكل عام، كان كبار السن الذين يعيشون في المناطق الريفية هم الأكثر بحثاً عن عمل مقارنةً

الجدول 1 - التقديرات والتوقعات السكانية للعالم العربي

السكان الذين		إجمالي عدد السكان									المنطقة والبلد
الأرقام بالملايين		60+ %			15 > %			الأرقام بالملايين			
2030	2015	2030	2015	2000	2030	2015	2000	2030	2015	2000	
19.9	11.6	8	6	6	32	36	39	222.9	168.3	121.4	المشرق العربي
11.83	7.23	9	7	6	30	34	37	119.7	93.8	69.9	مصر
3.17	1.81	5	5	5	38	41	44	53.3	36.1	23.6	العراق
0.97	0.51	8	5	5	30	36	39	11.1	9.2	5.1	الأردن
1.02	0.67	20	11	10	19	24	30	5.4	5.9	3.2	لبنان
0.42	0.21	6	4	4	36	40	48	6.7	4.7	3.2	فلسطين
2.49	1.19	9	6	5	29	39	41	26.6	18.7	16.4	سوريا
16.0	8.7	14	9	7	24	28	34	110.6	92.2	75.4	المغرب العربي
6.48	3.56	13	9	6	25	29	35	48.8	39.9	31.2	الجزائر
0.81	0.40	10	6	6	23	29	33	7.3	6.2	5.4	ليبيا
6.44	3.46	17	10	7	22	29	35	41.6	34.8	29.2	المغرب
2.27	1.32	16	11	10	22	25	30	12.8	11.3	9.7	تونس
6.7	2.3	11	4	4	17	19	32	66.6	52.7	29.5	مجلس التعاون الخليجي*
0.19	0.06	8	4	3	13	17	27	2.0	1.4	0.7	البحرين
0.59	0.16	12	5	3	17	19	25	4.9	3.9	2.1	الكويت
0.42	0.16	7	3	4	15	17	34	5.9	4.2	2.3	عمان
0.28	0.06	9	2	3	9	9	20	3.2	2.5	0.6	قطر
4.36	1.65	12	5	4	20	23	36	39.5	31.6	20.8	السعودية
0.90	0.18	8	2	2	9	10	20	11.1	9.2	3.2	الإمارات العربية المتحدة
7.0	4.2	5	5	4	38	42	46	121.5	85.4	58.1	أقل البلدان نموًا
0.06	0.04	6	4	4	36	41	44	1.1	0.8	0.5	جزر القمر
0.10	0.06	9	6	4	27	32	41	1.1	0.9	0.7	جيبوتي
0.38	0.21	6	4	4	37	41	44	6.1	4.2	2.7	موريتانيا
0.96	0.60	4	4	4	45	47	47	21.5	13.9	9.0	الصومال
3.54	2.08	6	5	5	37	42	44	54.8	38.6	27.3	السودان
1.92	1.21	5	4	4	35	41	49	36.8	26.9	17.9	اليمن
49.6	26.8	9	6	6	29	33	39	521.5	398.5	284.4	الإجمالي

ملاحظات:

* أرقام دول مجلس التعاون الخليجي تم تغييرها بسبب العدد الكبير من المواطنين الأجانب (الذين هم حاليا في سن العمل) الذين تم احتسابهم في توقعات الفئة العمرية في عمر 60 أو أكثر

هناك أرقام ونسب مئوية في الجدول لا ينتج عن جمعها بالضبط الإجمالي المقابل لها بسبب التقريبات

المصادر:

تعد التوقعات السكانية العالمية لشعبة السكان التابعة للأمم المتحدة 217 مصدرا لجميع المؤشرات فيما عدا المؤشرين الأخيرين (مجموع معدل الخصوبة والنسبة المئوية للمقيمين في المناطق الحضرية)

النسبة المئوية في المناطق الحضرية	إجمالي معدل الخصوبة (مواليد لكل امرأة)	العمر المتوقع، 2017 (سنوات)				النسبة بين الجنسين عند عمر 60 أو أكثر (ذكور لكل 100 أنثى)	تبلغ أعمارهم 60 عامًا أو أكثر		
		عند سن 60		عند الولادة			% التغيير		2045
2017	2017	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	2015	2015-2045	2015-2030	2045
55	3.4	20	17	74	70	85	202	71	35.1
43	3.3	19	16	74	70	84	178	64	20.06
70	4.1	19	16	72	68	84	243	75	6.22
84	3.3	21	18	76	73	93	268	92	1.86
88	1.7	24	21	82	78	98	119	52	1.47
75	4.0	20	18	76	72	92	290	100	0.82
58	2.9	22	18	78	66	87	290	109	4.65
67	2.7	22	21	77	74	93	198	83	26.1
71	3.1	23	22	78	75	98	219	82	11.36
79	2.3	21	17	75	69	89	308	100	1.64
60	2.4	22	20	77	75	90	182	86	9.77
68	2.4	22	19	78	74	87	151	73	3.30
85	2.4	20	19	78	75	157	526	197	14.2
100	1.9	21	19	78	76	128	535	225	0.36
98	2.0	19	18	76	74	170	583	268	1.09
75	2.9	23	20	80	76	107	555	162	1.05
99	2.0	22	21	80	78	278	884	379	0.57
83	2.6	20	18	77	74	131	445	164	9.00
86	1.8	21	21	79	77	236	1080	401	2.11
37	4.8	18	16	65	62	90	185	66	12.0
28	4.3	17	14	66	62	87	200	73	0.11
77	2.9	18	17	64	61	88	198	81	0.17
60	4.6	17	16	65	62	80	224	83	0.67
40	6.4	17	16	59	55	97	159	60	1.56
35	4.7	19	17	66	63	89	177	71	5.75
35	4.1	17	16	67	64	90	205	58	3.69
58	3.4	20	18	74	70	98	225	85	87.3



نظم الرعاية وتلبية الاحتياجات

إن تلبية احتياجات كبار السن هي مفهوم جديد نسبياً في المنطقة العربية التي لطالما فاخرت بما لديها من القيم الأسرية وثقافة احترام كبار السن وحمائيتهم. غير أن تلك القيم لم تعد كافية وباتت الحاجة ملحة لمفهوم تلبية الحاجات لأن عدد كبار السن سيزداد بسرعة وتترتب عليه عواقب كبيرة، خصوصاً على نظم تمويل الصحة وصناديق معاشات التقاعد. كما أن الزمن تغير، وأصبح متوسط العمر أكبر ويحتمل أن يرتفع أكثر مع ارتفاع عدد الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الحضرية حيث تكون الأسرة النواة هي العرف السائد. يضاف إلى ذلك ازدياد عدد النساء المنخرطات في سوق العمل، وهن اللواتي كن تقليدياً يقمن بمهمة الرعاية في الأسرة للصغار والكبار على حد سواء. ومع خروج الرجال والنساء إلى العمل وإضطرارهم لقضاء وقت طويل خارج المنازل تنخفض القدرات الأسرية على رعاية كبار السن، خصوصاً الذين باتوا عاجزين عن خدمة أنفسهم، ما يستدعي النظر في وضع السياسات العامة المناسبة والتنوع في الرعاية المنظمة التي تخدم كبار السن لتكون مكملة للرعاية التي تُقدمها الأسر عند الحاجة. لكن ذلك ينبغي أن لا يكون خارج رأي كبار السن رأي في المسائل التي تُمسهم سواء على مستوى السياسات العامة أم على قرارات الأسرة.

لا ان معالجة الموضوع يجب أن تأخذ بعين الاعتبار التنوع والاختلافات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية بين البلدان العربية، فبينما بعض أغنى البلدان في العالم وكذلك أفقرها، ووضع المسنين يختلف من بلد إلى آخر، كذلك وضع الاسر الحاضنة وآليات الرعاية الحكومية والاسرية. فدخل الفرد في قطر، مثلاً، أعلى 50 مرة من دخل الفرد في اليمن، وأعلى 80 مرة مما هو عليه في جزر القمر. وعلى هذا النحو، فإن المسائل المتعلقة بكبار السن، وقدرة البلدان على معالجتها، قد تختلف اختلافاً كبيراً. علاوة على ذلك، فإن العديد من البلدان، حتى أفقرها مثل الصومال واليمن، تتعرض لضغوط لاستضافتها أعداداً متزايدة من اللاجئين والتعامل مع النازحين داخلياً فيها، بمن فيهم كبار السن. ومع ذلك، فإن البلدان جميعها بحاجة إلى بيانات موثوقة من أجل اتخاذ قرارات مستنيرة والاضطلاع بإجراءات من شأنها أن تؤثر تأثيراً إيجابياً على حياة جميع كبار السن الآن وفي السنوات المقبلة في ظل نمو أعدادهم. ولك غير ممكن الا انطلاقا من أبحاث موثوق بها ويمكن الاعتماد عليها.

تعتمد نظم الرعاية الاجتماعية في البلدان العربية اعتماداً كبيراً على الدعم الاجتماعي الأسري أو

المجتمعي. ولهذا الأمر أهمية خاصة للأشخاص الذين لا يحصلون على الرعاية الاجتماعية الحكومية. وغياب الرعاية الاجتماعية الرسمية يعود في جانب منه إلى الإهمال الذي يطبع بعض السياسات الحكومية تجاه المسنين واصحاب الحاجات الخاصة، وفي جانب آخر إلى تبني نهج الذكر عائل الأسرة الذي يعطي الأولوية للنشاط الاقتصادي للرجل/ الأب. وفي سياق هذا الإطار الشامل، غالباً ما ينظر إلى احتياجات الرعاية الطويلة الأجل لكبار السن باعتبارها مسؤولية أسرية وليست مجتمعية.

ومن الواضح أن توفير الرعاية لكبار السن، في الغالب، في البلدان العربية هو أساساً مسألة أسرية، سواء كانت الرعاية مقدمة من أفراد الأسرة أم من مقدمي الرعاية غير الرسميين من هيئات وجمعيات أهلية. ويعود ذلك إلى أعراف دينية وثقافية متأصلة تؤكد واجبات الأجيال الشابة تجاه كبارها. وترتبط الوصمات الاجتماعية بفكرة وضع الأقارب من كبار السن في دور رعاية المسنين. ومع ذلك، بصفة عامة ثمة افتقار إلى البدائل للرعاية الرسمية، والتي يمكن أن يكون لها في بعض الأحيان آثار سلبية. على سبيل المثال، قد يتم تمديد إقامة كبار السن في المستشفى، ما يضيف تكلفة إضافية على النظم الصحية والأسرة.

وتحتاج البلدان العربية إلى التوسع في بدائل الرعاية الرسمية لأن توافر أفراد الأسرة لرعاية كبار السن أو استعدادهم للقيام بذلك غير مؤكد. وقد يكون للتغيرات في هيكل الأسرة، والاتجاه المتزايد لهجرة الشباب، والزيادة في مشاركة المرأة في القوى العاملة، تأثير سلبي على حضور أفراد الأسرة ورغبتهم في توفير الرعاية لأقاربهم من كبار السن. بالإضافة إلى ذلك، قد لا يكون العديد من مقدمي الرعاية غير الرسمية مجهزين لتقديم الرعاية الملائمة المرتبطة بالشيخوخة، مثل الاحتياجات المتعلقة بحالات الخرف مثلاً.

هذا الواقع معطوفاً على تغيرات اقتصادية ومفهومية متوقعة يتطلب منهاجاً جديداً في التعاطي مع قضايا الشيخوخة ورعاية المسنين على المستويين الحكومي والاهلي. وفي هذا الإطار يبدو ضرورياً أن تعتمد جميع البلدان العربية إلى تدريب قوة عمل كبيرة في مجال الرعاية الصحية، من الذكور والإناث على حد سواء، من أجل تحسين توفير الرعاية وإدارتها وتقديمها في النظم الاجتماعية الرسمية، إذ أن المؤسسات التي تخدم كبار السن في كثير من الأحيان تفتقر إلى القدرات الكافية لأنها تعاني من ضعف الموارد والتنسيق. ونتيجة لذلك، قد تكون الرعاية الأسرية هي الخيار المفضل، إما لكبار السن الضعفاء أو لمقدم الرعاية. وبالنظر إلى هذه المجموعة من القضايا،

بالتغطية المحدودة للضمان الاجتماعي نظرًا إلى انخفاض مشاركتهن في القوة العاملة واستمرار تمثيلهن المفرط في الاقتصادات غير الرسمية مثل الزراعة والتجارة الصغيرة. إلا أن هذا الواقع لا ينفي حقيقة أن لدى معظم البلدان العربية برامج تأمين اجتماعي تقليدية حديثة نسبيًا تقدم معاشات تقاعد قانونية لكبار السن، مع ارتفاع نسبة الاستيعاب في المناطق الحضرية. لكنها بحاجة إلى تحديث وإلى تطوير ادواتها وزيادة قدراتها المالية وتوسيع إطار المستفيدين منها. واتخذت بلدان عدة خطوات لتحسين القوانين القائمة أو صوغ قوانين جديدة تستهدف كبار السن. ومن الأمثلة على ذلك:

- رفع مستوى صناديق معاشات التقاعد وشبكات الأمان وخطط الضمان الاجتماعي في العراق والأردن ولبنان وعمان وقطر والإمارات العربية المتحدة واليمن.
- البدء بتنفيذ أحكام التأمين الصحي التي تغطي كبار السن الأكثر ضعفًا في مصر والأردن وعمان وقطر واليمن.
- إصدار حسومات ضريبية لدور الرعاية و نوادي كبار السن في العراق والأردن.
- ضاعفت قطر أخيرًا المساعدة المالية المقدمة لكبار المحتاجين ومعاليهم (دون سن 18 عامًا).
- وسعت البحرين والكويت من نطاق أحكام الرعاية الاجتماعية لتغطية الإعاقات المرتبطة بالعمر.

من المُحبذ وجود سلسلة متصلة من خيارات الرعاية الميسورة التكلفة، من الأسرية إلى المؤسسية. وفي كل الاحوال، فإن مشاركة كبار السن في تقويم احتياجاتهم الخاصة ورصد تقديم الخدمات يعتبران أمرًا حاسمًا في اختيار الخيار الأكثر فعالية.

طبيعي أن تترتب على زيادة أعداد السكان من كبار السن وزيادة متوسط العمر المتوقع آثار مهمة على كل من نظم التمويل الصحي وصناديق معاشات التقاعد. وقد صُممت نظم معاشات التقاعد في معظم البلدان العربية في أواخر الخمسينات بعد إنهاء الاستعمار ولم تتم إعادة النظر فيها منذ ذلك الحين، وبالتالي فإنها عادة ما تعاني من حالات عجز. وتؤدي المناقشات الجارية حول العجز في الصناديق إلى توترات سياسية في بعض البلدان. أما بالنسبة إلى نظام الرعاية الصحية، فإن تكلفة علاج الأمراض غير المعدية تشكل مشكلة في معظم البلدان، على الرغم من عمليات الإصلاح التي شهدتها قطاعات الرعاية الصحية.

وتشير التقديرات إلى أن تغطية الضمان الاجتماعي تمتد إلى أقل من 25٪ من السكان في المنطقة العربية. والسبب في انخفاض التغطية يشمل حجم سوق العمل، وهيمنة القطاع غير الرسمي والعاملين لحسابهم الخاص، وانخفاض مساهمة القطاع الخاص. وتعتمد غالبية كبار السن اعتمادًا مفرطًا على المدخرات والدعم غير الرسمي، بما في ذلك الدعم المالي، من الأسر والجمعيات الخيرية. ومن المرجح أن يتأثر كبار السن من النساء



غير أن سن القوانين أمر وتنفيذها بنجاح لإحداث تغيير في حياة كبار السن أمر آخر. وفي كثير من الأحيان، لا يمكن للمنظمات الحكومية وغير الحكومية أن تمثل لعودها الحسنة النية، ويرجع ذلك، إلى حد كبير، إلى نقص التمويل. فعلى سبيل المثال، أصدر لبنان نظاماً «اختيارياً» للتأمين الصحي لكبار السن في عام 2000. إلا أنه منع تسجيلات جديدة في عام 2006 لأن الحكومة تتوقع أن تواجه عجزاً كبيراً في توفير التغطية لأولئك المسجلين بالفعل.

ويمكن للاستقلال المالي أن يؤدي دوراً في ضمان صحة كبار السن ورفاههم، إذ تبين دراسة أجريت في 14 بلدًا عربيًا أن 35 في المائة من الذين تتراوح أعمارهم بين 60 و79 عامًا حققوا وفورات في السنة السابقة للدراسة الاستقصائية، تتراوح بين 3 في المائة في اليمن و16 في المائة في فلسطين و19 في المائة في الأردن و20 في المائة في مصر و67 في الكويت و75٪ في الإمارات العربية المتحدة. وعلى العموم، كان الأشخاص الأكثر تعليمًا هم الأكثر قدرة على التوفير، وإن كان ثمة اختلاف ضئيل بين الجنسين. ويظهر الاستقصاء أن اقتراض المال هو آلية تأقلم شائعة بين كبار السن، ولا سيما في أقل البلدان نموًا. ففي اليمن والصومال، أفاد نصف عدد كبار السن بأنهم يقترضون المال، مع قيام الرجال بذلك بمعدل أعلى من النساء. وفي المتوسط، قال ما يقرب من نصف المستفتين في البلدان الأربعة عشر إنه «من غير الممكن جدًا» أو «غير ممكن

على الإطلاق» التوصل إلى صندوق طوارئ (انظر الجدول 2). وفي حين أن بعض كبار السن يحتاجون إلى مستوى عالٍ من الدعم والرعاية الجسدية، فإن الغالبية مستعدة وقادرة على الاستمرار في البقاء نشطة ومنتجة. ويجب اتخاذ إجراءات مستدامة على جميع المستويات من أجل الاستجابة للتغيرات الديمغرافية المقبلة ولحشد مهارات وطاقات كبار السن، إذ ينبغي أن تهدف السياسات والبرامج إلى تمكين كبار السن ودعم مساهمتهم في المجتمع. كما يمكن لوسائل الإعلام أن تساعد في تعزيز الدور الإيجابي للأجداد في المساعدة في تربية أحفادهم، لا سيما في الأوضاع الإنسانية. ويمكن أن تساعد أيضًا في زيادة الوعي بشأن محنة كبار السن في الأوضاع الإنسانية عمومًا التي لا تزال إلى حد كبير غير مرئية.

وقد تأثرت أجزاء كبيرة من المنطقة العربية تأثرًا سلبيًا بالصراعات الداخلية والدولية القديمة والحديثة التي أسفرت عن تشريد عدد غير مسبوق من الأشخاص، بمن فيهم كبار السن. فأكثر من ربع السكان الذين يقدر عددهم بـ 67,7 مليون شخص في جميع أنحاء العالم المشمولين باختصاص وعناية المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين هم في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، من بينهم 2,6 مليون لاجئ و1,15 مليون نازح داخلي -والأكثر ضعفًا من بينهم هم الأطفال والنساء وكبار السن الذين يحتاجون إلى حماية خاصة.

جدول 2 - إمكانية الوصول إلى صناديق الطوارئ للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 60 و79 سنة

ممكن جدًا	ممکن إلى حد ما	غير ممكن جدًا	غير ممكن على الإطلاق	
33	41	13	13	الجزائر
41	14	11	21	البحرين
12	17	14	47	مصر
25	18	9	49	العراق
20	20	6	55	الأردن
53	11	3	33	الكويت
32	32	18	18	لبنان
21	26	5	37	السعودية
8	23	15	38	الصومال
26	27	18	22	السودان
25	24	10	39	تونس
63	19	6	13	الإمارات
15	32	15	37	فلسطين
6	16	12	58	اليمن
24	25	12	35	الإجمالي

المصدر: الشيوخة في المنطقة العربية: التوجهات الإحصائية ومنظورات السياسات، جدول 8.2.2

خطوات عملية لمواجهة مشاكل الشيخوخة

تدعو وتيرة تزايد عدد كبار السن الى القلق من هذا الاتجاه الديمغرافي الذي يوجب أن تتخذ البلدان العربية خطوات عاجلة للاستعداد للمستقبل، فالنمو السريع لأعداد كبار السن من سكانها سيزيد من الضغوط على نظم الرعاية الصحية وصناديق معاشات التقاعد. لأن الاستراتيجيات والخطط الوطنية وسياسات النوايا الحسنة لن تكون مفيدة إلا عندما تحدث تغييرا في حياة كبار السن. ولذلك، ينبغي أن تكون أية خطط من هذا القبيل موجهة نحو تحقيق النتائج وأن تكفل كفاءة استخدام الموارد. وفي حين من المتوقع أن تكون الأولويات والنهج مختلفة بين مختلف البلدان العربية، فإنها جميعًا يمكن أن تستفيد من:



- **جمع البيانات عن كبار السن والقضايا التي تؤثر عليهم لإعلام صانعي القرار.** من الضروري أن تستند أي استراتيجية وخطط إلى بيانات موثوقة وحالية. وينبغي أن يشارك جميع أصحاب المصلحة بصورة مباشرة أو غير مباشرة في البحث والتحليل للقضايا ذات الصلة بقطاعاتهم وأن تكون لديهم آليات لجعل النتائج متاحة لصانعي القرارات في أشكال سهلة الاستخدام وفي الوقت المناسب.



- **تعميم قضايا كبار السن، وبخاصة قضايا النساء في خطط التنمية الوطنية.** فكثيرا ما يتم إبطاء الاستراتيجيات وخطط العمل أو إبطالها وعدم تنفيذها بسبب نقص التمويل. ويساعد دمج القضايا وتعميمها في خطط التنمية الوطنية على رفع مستوى أدائها على جدول الأعمال الوطني وتأمين الميزانية اللازمة للتنفيذ المستدام للخطط.



- **تعزيز نظام الرعاية الصحية لتوفير فرص متساوية للحصول على الخدمات للجميع، بمن فيهم كبار السن.** وينبغي أن تركز البلدان في عمليات إصلاح نظمها الصحية على تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والفحص المبكر والدعوة الى إدراج تخصص طب الشيخوخة في التعليم الطبي. ويجب أن تتكيف النظم الصحية أيضًا مع تلبية الاحتياجات المتزايدة لكبار السن لتقديم الرعاية طويلة الأجل، سواء في البيت أم في المرافق الخاصة بذلك.



- **جذب العمال غير الرسميين إلى قطاعات الاقتصاد الرسمية.** ويعود هذا الجهد بالفائدة على الاقتصاد ككل ويساعد على جمع الأموال لصناديق معاشات التقاعد الحالية التي تواجه حالات العجز. كما أنه يساعد عمال اليوم على الحصول على معاش عند التقاعد. وسيعود هذا الجهد بشكل خاص بالفائدة على النساء اللاتي يعملن في الغالب في القطاع غير الرسمي.



- **تحسين التعليم بين الشباب.** يجب أن يكون محور الأمية وتحسين التعليم، بخاصة بين الفتيات، هدفًا لأي بلد. فهو يفيد كل شرائح المجتمع وقطاعاته. ومن المرجح أن يشارك الأشخاص الأكثر تعليمًا، ذكورا وإناثًا، في العمل الرسمي، وبالتالي يساهمون في صندوق لمعاشات التقاعد ويكونون قادرين على تحصيل معاش عند تقاعدهم. كما يمكن لكبار السن المتعلمين والأكثر تعليمًا التنقل بشكل أفضل للحصول على الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات العامة من الخدمات مقارنةً بالأميين والأقل تعليمًا.

- **تحسين صحة الشباب.** إن القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) وزواج الأطفال بين الفتيات اللواتي يتمتعن بخدمات صحية إيجابية فعالة يضمن استمرار حياة إيجابية صحية في الأعمار المتقدمة.



- **الحد من الآثار السلبية للكوارث على كبار السن في الأوضاع الإنسانية.** ينبغي للمبادئ التوجيهية والممارسات أن تعزز إبراز صورة كبار السن والوعي باحتياجاتهم في الأوضاع الإنسانية لضمان حصولهم على الرعاية الملائمة، فضلًا عن مشاركتهم في برامج الإغاثة الإنسانية. وتتطلب التدابير الملائمة لمصلحة كبار السن سياسة متكاملة تشمل قطاعات عدة للبرامج، إن لم تكن جميعها، في بلد معين.

ويوجب تحقيق ذلك على الحكومة والمجتمع المدني والقطاع الخاص أن تجتمع معًا وأن تجد أوجه التعاون والتآزر اللازمة لمعالجة القضايا المتعلقة بكبار السن بشكل شمولي، مع البناء على قوة الثقافة العربية، التي تقوم إلى حد كبير على الروابط بين الأجيال والعلاقات التبادلية. وأخيرًا، ينبغي أن تستخدم خطة عمل مدريد الدولية كدليل توجيهي تسترشد بها البلدان العربية في تحديد أولويات تلك القضايا التي تواجهها ويمكن عمليًا العمل عليها.

كبار السن المحاصرون في الأوضاع الإنسانية

تشير التقديرات إلى أن ما لا يقل عن ربع أعداد كبار السن حول العالم المشمولين باختصاص وعناية المفوضية السامية لشؤون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة يعيشون في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ولا يوجد تقدير لما هي النسبة المئوية التي يمثلها اللاجئون والنازحون في المنطقة. ولكن يمكن افتراض أن حصتهم ازدادت مع مرور الوقت. ليس فقط بسبب شيخوخة السكان، بل أيضًا لأن عددًا كبيرًا منهم فروا في سن الشباب أو في منتصف العمر، وتقدموا في السن في المنفى. وفي الأوضاع الإنسانية، لا بد من إيلاء اهتمام خاص لكبار السن للحصول على المساعدة الاجتماعية والأغذية والسلع، لا سيما عندما يكونون أرباب الأسر المعيشيين. ولا يوجد أيضًا تقدير لعدد كبار السن أرباب الأسر المحاصرين في أوضاع إنسانية في المنطقة، ولكن الأدلة المتناقلة، خاصة من تقارير وسائل الإعلام، تشير إلى أن أعدادهم يمكن أن تكون كبيرة والى أنهم يقدمون الدعم لأفراد أسرهم بما في ذلك الأيتام.

إن التركيز المتخصص على النساء والأطفال بوصفهم فئات خاصة مستفيدة من المساعدة قد يؤدي إلى نسيان حقيقة أن رفاه كبار السن له تأثير عميق على الأسرة بأكملها، لا سيما صغار السن. في كثير من الحالات حيث يكون الجيل الأوسط غائبًا لبعض الأسباب المأسوية عادة، وقتها قد يجد الأجداد أنفسهم مسؤولين وحدهم عن أحفادهم. وكثيرًا ما تكون مثل تلك الأسر من دون معيّلين، وهي من بين الفئات الأكثر احتياجًا التي تقدم لها الخدمات بمفهوم رعاية يركز أكثر على الأسرة، بدلًا من مفهوم يتم فيه اختيار فئات معينة للمعاملة الخاصة. ومن المهم لفت انتباه المجتمع الدولي إلى محتتها وبذل كل جهد ممكن لضمان حصولها على مستوى أساسي من السلامة والرفاه العقلي والجسدي واستمرار الرعاية المقدمة لها. وينبغي أن يكون لكبار السن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية لمساعدتهم على الحفاظ على المستوى الأمثل من الرفاه البدني والعقلي والعاطفي أو استعادته وللحيلولة دون الإصابة بالأمراض.

وينبغي أن يكون خيار إعادة التوطين أو لم شمل الأسرة لكبار السن جزءًا من أي من هذه البرامج. وغالبًا ما يغادر الشباب بحثًا عن قدر أكبر من الأمن أو فرص عمل تاركين أفراد الأسرة الآخرين خلفهم. كما أن الحكومات التي تقبل اللاجئين تعطي الأولوية عموماً للنساء والأطفال والأسر النووية، ما يؤدي إلى ترك أفراد الأسرة الأكبر سنًا وراءهم. وفي إطار السعي إلى إيجاد حلول دائمة لكبار السن في الأوضاع الإنسانية، ينبغي أن تكفل البرامج عدم تفاقم مأساة مناهم بشيخوخة تتسم بالفقر والإهمال. وينبغي أن يحصل كبار السن على الخدمات الاجتماعية والقانونية لتعزيز استقلاليتهم وحمايتهم ورعايتهم، وأولًا وقبل كل شيء، الحصول على وضع قانوني معترف به يكون عادة شرطًا مسبقًا لجميع الحقوق الأخرى، بما في ذلك معاشات التقاعد، واستحقاقات الرعاية الاجتماعية، والحق في الإقامة، والتعويض عند فقدان الممتلكات وما إلى ذلك.

ومن المهم أيضًا أن يتم الاعتراف بجميع جوانب مساهمة كبار السن في الأوضاع الإنسانية واستخدامها. وتشمل هذه الجهود استهداف إدماجهم في جميع جوانب تخطيط البرامج وتنفيذها بهدف مساعدة صغار السن على أن يدعموا أنفسهم ذاتيًا بشكل أكبر، وتشجيع مبادرات رعاية مجتمعية أفضل لكبار السن. وينبغي أن تتاح لكبار السن فرصة العمل أو الحصول على فرص أخرى مصدرًا للدخل. ويمكن تصميم برامج التدريب ومشاريع القروض الصغيرة أو حتى مشاريع التنمية المجتمعية بحيث تشمل عن قصد كبار السن من اللاجئين والاستفادة من إمكاناتهم وضمان سماع أصواتهم المعبرة عن رأيهم.

المصادر: المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، التقرير العالمي لعام 2016؛ وأخبار «سي بي سي»؛ «السوريون يعيشون في الفقر في أعقاب الحرب»، 8 تشرين الثاني/نوفمبر 2017.

الإطار - خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة

في عام 2002، اجتمع ممثلون من 161 حكومة، من بينها حكومات من جميع البلدان العربية تقريبا، في الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة في مدريد واعتمدوا خطة عمل دولية للشيخوخة للاستجابة لفرص وتحديات شيخوخة السكان في القرن الحادي والعشرين. والتزموا اتخاذ إجراءات بشأن التوجهات الثلاثة التالية:

- **كبار السن والتنمية.** من خلال الاعتراف بالمساهمة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية لكبار السن وتعزيز التضامن بين الأجيال. ومن خلال تشجيعهم على المشاركة في صنع القرار على جميع المستويات بشأن المسائل التي تمسهم، وتوفير الفرص لهم للبقاء في القوى العاملة أو الدخول إليها، واعتماد خطط للقضاء على الفقر بينهم، لا سيما بين كبار السن من النساء وأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية.
- **توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة.** وذلك من خلال ضمان حصول كبار السن على خدمات الرعاية الصحية على نحو شامل ومنصف واعتماد سياسات تساعد على منع تدهور صحتهم في المقام الأول.
- **تهيئة بيئة تمكينية وداعمة** لكبار السن للحصول على الخدمات الأساسية من خلال توفير الرعاية الاجتماعية لضمان كرامتهم. وكذلك كفالة كرامتهم من خلال الحفاظ على صورة إيجابية لكبار السن، وتعزيز مكانتهم في الأسرة والمجتمع، وحمايتهم من سوء المعاملة من خلال حملات التوعية وسن التشريعات.

وجاءت توصيات الحكومات المبنية في خطة العمل شاملة وواسعة النطاق، بما في ذلك إجراءات من قبيل:

- وضع سياسات وتنفيذها تهدف إلى تمتع جميع الأشخاص بحماية اقتصادية واجتماعية كافية أثناء الشيخوخة.
- السعي لضمان المساواة بين الجنسين في أنظمة الحماية الاجتماعية / الضمان الاجتماعي.
- تعميم مراعاة الشيخوخة والأمور الخاصة بكبار السن وبخاصة النساء، في أطر التنمية الوطنية واستراتيجيات القضاء على الفقر.
- جمع البيانات الوطنية وتحليلها، مثل تجميع المعلومات المتعلقة بنوع الجنس والعمر من أجل تخطيط السياسات ورصدها وتقويمها.
- عقد شراكة فعالة بين الحكومة وجميع قطاعات المجتمع المدني والقطاع الخاص.
- إنشاء منظمات فعالة لكبار السن.
- توفير النشاطات التعليمية والتدريبية والبحثية المتعلقة بالشيخوخة.
- تدريب مقدمي الرعاية والإختصاصيين الصحيين.
- إعداد نظام للحماية الاجتماعية/ الضمان الاجتماعي لضمان حد أدنى من الدخل لكبار السن ممن يفتقرون أي وسيلة أخرى للدعم، ومعظمهم من النساء.
- الحفاظ على صورة إيجابية لكبار السن والقضاء على احتمالية سوء معاملتهم.

تُشير خطة عمل مدريد للشيخوخة إلى الحاجة إلى كفالة الرعاية والحماية لكبار السن من النساء والرجال في حالات النزاعات المسلحة والاحتلال، وذلك لتلبية احتياجاتهم الأساسية، وإبلاء الأولوية لكبار السن الذين يضطرون بدور رب الأسرة المعيشية في تلقي السلع والخدمات.

المصدر: الأمم المتحدة (نيويورك، 2002)، الإعلان السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة، مدريد، إسبانيا، 8-12 نيسان / أبريل 2002.



صندوق الأمم المتحدة

المكتب الإقليمي

70 أ شارع النهضة،

سرايات المعادي، القاهرة، مصر

هاتف: +20225223900

الصفحة الإلكترونية: arabstates.unfpa.org

وكالة الأمم المتحدة للصحة
والحقوق الإيجابية
ضمان الحقوق الإيجابية للجميع

صورة الغلاف: © UNFPA Algeria
صورة ظهر الغلاف: © UNFPA Yemen