

الخلاصة

التقرير العالمي حول التشيخ والصحة



الخلاصة

التقرير العالمي حول التشخيص والصحة

© منظمة الصحة العالمية ٢٠١٥

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من على موقع المنظمة الإلكتروني (www.who.int) أو شراؤها من قسم الطباعة والنشر، منظمة الصحة العالمية، 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: ٣٢٦٤ ٧٩١ ٢٢ ٤١؛ فاكس رقم: ٤٨٥٧ ٧٩١ ٢٢ ٤١؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int).

وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية - سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري - إلى قسم الطباعة والنشر عبر موقع المنظمة الإلكتروني (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

والتسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي 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.

وذكر 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 مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة توزع دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمناً. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد المنشورة. والمنظمة ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي تترتب على استعمال هذه المواد.

الغلاف: الصورة على غلاف التقرير هي «نوافذ وألواح أرضية PV» بريشة روز وايلي. أسلوب روز وايلي البالغة ٨١ سنة من العمر أسلوب مفاجئ تملؤه الحدأة والحيوية. فازت هذه اللوحة بجائزة جون مورز في التصوير لسنة ٢٠١٤ من بين أكثر من ٢٥٠٠ عمل فني. وقد برهنت روز وايلي، وعمرها ضعف عمر الفائزين السابقين، أن الشيوخوخة لا ينبغي أن تعيق النجاح. جائزة جون مورز للتصوير لا تضع حداً على عمر المشاركين في مسابقات الفن الحديث، بخلاف الكثير من الجوائز الفنية المرموقة الأخرى. حقوق نشر هذه اللوحة محفوظة للرسمية.

مقدمة



بين كل التحديات التي لا يمكن التنبؤ بها في وجه الصحة، من تغير المناخ أم الأمراض المعدية المستجدة أم الجرثوم القادم الذي ستتطور عنده المقاومة الدوائية، هناك نزعة مؤكدة واحدة، ألا وهي أن تشيخ السكان يتسارع بوتيرة عالية في كل أصقاع العالم. لأول مرة في التاريخ يمكن أن يتوقع أغلب الناس أن يعمرُوا حتى الستين سنة بل أكثر، وإن عواقب هذا على الصحة والنظم الصحية والقوى العاملة والميزانيات لعميقة.

يستجيب «التقرير العالمي حول التشيخ والصحة» لهذه التحديات باقتراح تغييرات لا تقل عمقاً في طريقة صياغة السياسات

الصحية وتقديم الخدمات، ويبني التقرير توصياته على دراسة ما تقوله آخر البيئات حول عملية التشيخ، ويشير إلى أن الكثير من التصورات والافتراضات الشائعة حول المسنين تركز على أفكار مقولبة بالية.

وتشير البيئات إلى أن فقد المقدرات الذي غالباً ما يترافق مع التشيخ لا يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعمر المطلق للشخص، إذ لا وجود لشخص مسن نموذجي. والاختلافات الناتجة في ساعات المسنين واحتياجاتهم الصحية ليست عشوائية بل تستمد جذورها من الأحداث خلال كامل مجرى الحياة، والتي يمكن في أحيان كثيرة تعديلها، ما يؤكد على أهمية مقارنة تستهدف مجرى العمر. ومع أن أغلب المسنين سيعانون عاجلاً أو آجلاً من مشاكل صحية متعددة، إلا أن التقدم في العمر لا يعني بالضرورة الاعتماد على الآخرين، بل بعكس الافتراضات الشائعة، تأثير التشيخ على النفقات على الرعاية الصحية أقل بكثير من شتى العوامل الأخرى، بما فيه التكاليف الباهظة للتكنولوجيا الطبية الجديدة.

ويهدف التقرير مستفيداً من هذه البيئات إلى تحريك النقاش حول الاستجابات الصحية العمومية الأكثر ملاءمةً لتشيخ السكان إلى مجال جديد أكثر اتساعاً بكثير، ورسالته الرئيسية تفاعلية: فبوجود السياسات والخدمات المناسبة وبتطبيقها يمكن النظر إلى تشيخ السكان على أنه فرصة جديدة وهامة سواء بالنسبة للأفراد أم المجتمعات. وتقدم الهيكلية الناجمة للقيام بالأفعال الصحية العمومية قائمة من خطوات محددة يمكن تكييفها لاستخدامها في البلدان من كل مستويات النماء الاقتصادي.

ويركز التقرير خلال تحديده لهذه الهيكلية على أن الشيخ الصحي هو أكثر من مجرد غياب المرض. والأمر الأكثر أهمية بالنسبة لأغلب المسنين هو المحافظة على المقدرة الوظيفية. وتأتي التكاليف الأعظم على المجتمع ليس من المصاريف على تعزيز هذه الإمكانية الوظيفية، إنما من المنافع التي يمكن أن تفوته في حال فشل في القيام بالتكيفات والاستثمارات المناسبة. وتتطلب المقاربة المجتمعية لشيخ السكان التي يوصي بها التقرير، وتشمل مرمي بناء عالم يراعي المسنين، تحويل النظم الصحية من النماذج الشافية المرتكزة على المرض نحو تقديم رعاية متكاملة تتركز على احتياجات المسنين.

إن توصيات التقرير مستمدة من البيئات، وهي شاملة ومستقبلية، وهي في الوقت نفسه عمليةً بامتياز، وتستخدم في كل أجزاءه أمثلة على تجارب من مختلف البلدان لتوضيح كيفية معالجة مشاكل محددة من خلال حلول ابتكارية، وتتراوح المواضيع المستكشفة من استراتيجيات لإيتاء خدمات شاملة مرتكزة على الشخص لجمهورات المسنين إلى سياسات تمكّن المسنين من العيش في راحة وأمان، إلى وسائل تصويب المشاكل والجور المتجذرين في النظم الموجودة للرعاية طويلة الأمد.

أرى أن «التقرير العالمي حول الشيخ والصحة» يحمل إمكانية لتحويل تصورات راسمي السياسات ومقدمي الخدمات حول شيخ السكان والتخطيط للاستفادة القصوى منه.

Melhan

الدكتورة مارغريت تشان

المدير العام

منظمة الصحة العالمية

الخلاصة

مقدمة

اليوم، ولأول مرة في التاريخ، يمكن أن يتوقع أغلب الناس أن يعمروا حتى الستين سنة بل أكثر (١). ومتى توافقت هذه بالانخفاضات الملموسة في معدلات الخصوبة أدت هذه الزيادة في مأمول العمر إلى التشيخ السريع للمجموعات السكانية في كل أنحاء العالم.

هذه التغيرات دراماتيكية، وتداعياتها عميقة، فطفل ولد في البرازيل أو ميانمار في سنة ٢٠١٥ يمكن أن يتوقع أن يعيش أكثر بعشرين سنة ممن ولد منذ ٥٠ سنة فقط. وفي جمهورية إيران الإسلامية واحد من عشرة أشخاص فقط يتجاوز عمره ٦٠ سنة، وفي غضون ٣٥ سنة فقط ستزداد هذه النسبة إلى شخص واحد بين كل ثلاثة. إن سرعة تشيخ السكان أسرع بكثير مما كانت عليه في الماضي.

إن طول العمر مورد قيم للغاية (٢)، فهو يقدم الفرصة لإعادة التفكير ليس في ماهية التقدم في العمر فقط، بل في كيفية مضي حياتنا ككل. مثلاً، في أماكن كثيرة من العالم يُنظر إلى العمر حالياً على أنه مقسم إلى مجموعة مراحل جامدة: الطفولة الباكرة، المرحلة الدراسية ثم فترة محددة من عمر العمل ثم التقاعد. ومن هذا المنظور غالباً ما يُفترض أن السنوات الإضافية تضاف ببساطة إلى فترة نهاية الحياة فتعطي فترة تقاعد أطول. ولكن مع تزايد أعداد الناس الذين يعمرون حتى الشيخوخة المتقدمة، تظهر بينة على أن الكثيرين يعيدون النظر بهذه الهيكلية لحياتهم، فيخططون لإمضاء السنوات الإضافية بأساليب أخرى، ربما في التعلم الإضافي أو عمل جديد أو الهوايات التي اضطروا إلى تجاهلها سنين طويلة سابقاً. كما أن الشباب، عندما يتوقعون أن يعمروا طويلاً، فقد يخططون للأمور بصورة مختلفة؛ فمثلاً قد يبدؤون العمل في وقت متأخر أكثر ويقضون وقتاً أكثر في مقبلة العمر لبناء الأسرة.

إلا أن مدى الفرص المنبثقة من طول العمر ستعتمد بشدة على عامل أساسي واحد، ألا وهو الصحة. فإذا كان الناس يمضون سنوات عمرهم الإضافية وهم بصحة جيدة لن تختلف قدرتهم على القيام بما يحبونه اختلافاً كبيراً عن قدرة من هم أصغر عمراً منهم؛ أما إذا طغى على هذه السنين تدهور السعة البدنية والعقلية فستكون مقتضيات ذلك على المسنين والمجتمع ككل أكثر سلبية بكثير.

وللأسف، رغم الافتراض الشائع بأن طول العمر يترافق بفترة أطول من الصحة الجيدة، لا يوجد بيانات كافية تشير إلى أن المسنين اليوم يتمتعون بصحة أفضل من تلك التي كانت عند والديهم عندما كانوا في العمر نفسه.

إلا أن الصحة السيئة لا ترافق تقدم العمر بالضرورة، فأغلب المشاكل الصحية التي تواجه المسنين ترتبط بالحالات المزمنة، ولا سيما الأمراض غير السارية، ويمكن اتقاء الكثير منها أو تأخيرها باتباع السلوكيات الصحية؛ ويمكن تدبير المشاكل الصحية الأخرى بنجاعة، ولا سيما لو تم كشفها مبكراً. وحتى الناس الذين تدهورت سعتهم يمكن أن تضمن البيئات الداعمة لهم أن يعيشوا حياة كريمة مع نماء شخصي مستمر. ولكن العالم لا يزال بعيداً عن تحقيق هذه الظروف المثالية.

إذن، يتطلب تشيخ السكان استجابة صحية عمومية شاملة؛ ولكن النقاشات حول ما يجب أن تشملها هذه الاستجابة لا يزال في بداياته والبيانات حول ما يمكن عمله محدودة (٣، ٤). إلا أن هذا لا يعني أننا لا نستطيع أن نفعل شيئاً الآن. في الحقيقة، هناك حاجة ملحة إلى العمل. يتناول هذا التقرير تفصيلاً ما هو معروف حول الصحة والتشيخ ويبني هيكلية استراتيجية من أجل الأفعال الصحية العمومية، مع قائمة بالخطوات العملية اللاحقة التي يمكن تكييفها لاستخدامها في البلدان في كل مستويات النمى الاقتصادي. وبذلك يقارب التقرير التغيرات المرتبطة بالتشيخ في سياق كامل العمر. ولكن نظراً للقضايا الفريدة التي تظهر مع تقدم العمر وقلة الاهتمام الذي حظيت به هذه المرحلة العمرية تقليدياً يركز التقرير على النصف الثاني من العمر.

تغيير النظرة إلى الصحة والتشيخ

من التحديات أمام تطوير استجابة شاملة لتشيخ السكان أن الكثير من التصورات والافتراضات الشائعة حول المسنين تركز على معتقدات غمطية بالية، مما يضع قيوداً على طريقة صياغتنا للمشاكل ضمن مفاهيمنا القديمة والأسئلة التي نطرحها وقدرتنا على اغتنام الفرص الابتكارية (٥). وتشير البيانات إلى أن هناك حاجة إلى منظور جديد.

لا يوجد شيء اسمه «مسنٌ نموذجي»

تتميز جمهرات المسنين بتنوع عظيم. مثلاً، يتمتع بعض أبناء الثمانين سنة بسعة بدنية وعقلية تماثل تلك عند الكثير ممن هم في العشرين من العمر. يجب صياغة السياسات بشكل يمكن أكبر عدد ممكن من المسنين من تحقيق مسارات تشيخ إيجابية، ويجب أن تحطم الكثير من العوائق التي تحد من المشاركة الاجتماعية الجارية للمسنين ومساهماتهم. ولكن الكثير من الناس سيعانون من تدهور لا يستهان به في أعمار أصغر بكثير. مثلاً، البعض ممن تجاوزوا الستين بالكاد قد يحتاجون إلى مساعدة الآخرين لهم في القيام بالنشاطات الأساسية، ويجب أن تعالج المقاربة الصحية العمومية الشاملة لتشيخ السكان احتياجات هذه الفئة أيضاً.

إن تفعيل الإمكانيات وتحقيق احتياجات مثل هذه الجمهرات المتنوعة قد يؤدي إلى سياسات تبدو مجردة، ويحتمل أن تديرها جهات حكومية مختلفة متضاربة. ولكن أسلوب الدراسة الأمثل لتنوع احتياجات المسنين هو النظر إليها على أنها طيف مستمر، والاستجابة السياسية الشاملة يجب أن تكون قادرة على التوفيق بين شتى الاتجاهات لتشكيل سيرة تشيخ متسقة.

التنوع في الشيخوخة ليس عشوائياً

مع أن بعض التنوع المشاهد في العمر المتقدم يعكس الأساس الوراثي (٦)، إلا أن أغلبه يعود إلى البيئات الطبيعية والاجتماعية التي نعيش فيها، وتشمل بيوتنا وجوارنا ومجتمعاتنا، وهذه يمكن أن تؤثر على الصحة مباشرةً أو بواسطة عوائق أو حوافز تؤثر على فرصنا وقراراتنا وسلوكنا.

ولكن العلاقة بيننا وبين بيئاتنا تختلف حسب العديد من المميزات الشخصية بما فيه الأسرة التي ولدنا فيها والجنس والإثنية، والتأثيرات البيئية غالباً ما تتحرّف بهذه المميزات مما يؤدي إلى الاختلافات في الصحة؛ وعندما تكون هذه الفروق جائرة وقابلة للتقاء تؤدي إلى الجور الصحي (٧). وفي الواقع، جزء كبير من التنوع الواسع في السعة والظروف التي نشاهدها في العمر المتقدم يغلب أن يعود إلى الأثر التراكمي لهذه الاختلافات الصحية على مدى العمر (٨).

يمكن مشاهدة هذه النزعات في الشكل ١ الذي يصور مسارات السعة البدنية على مدى العمر باستخدام البيانات من الدراسة الطولانية الأسترالية لصحة النساء (٩)، وتبين الطيف الواسع للسعة البدنية (المشار إليها بالخطوط الغامقة في أعلى وأسفل الشكل) في العمر المتقدم. ولكن الشكل يقسم الحشد أيضاً إلى حُمُيسات وفق كفاية الدخل؛ وبزيادة مستوى كفاية الدخل يزداد ارتفاع ذروة السعة البدنية الوسطية في الحياة الباكرة، ويستمر هذا الفرق طوال مجرى العمر.

لهذه الطرز مقتضيات كبرى لتطوير السياسات لأن الناس ذوي أعلى الاحتياجات الصحية في أي نقطة زمانية قد يكونون هم أنفسهم الناس ذوي أدنى موارد متوفرة لمعالجتها. ويجب تصميم الاستجابات السياسية بأسلوب من شأنه أن يتغلب على هذه الفروق لا أن يعززها.

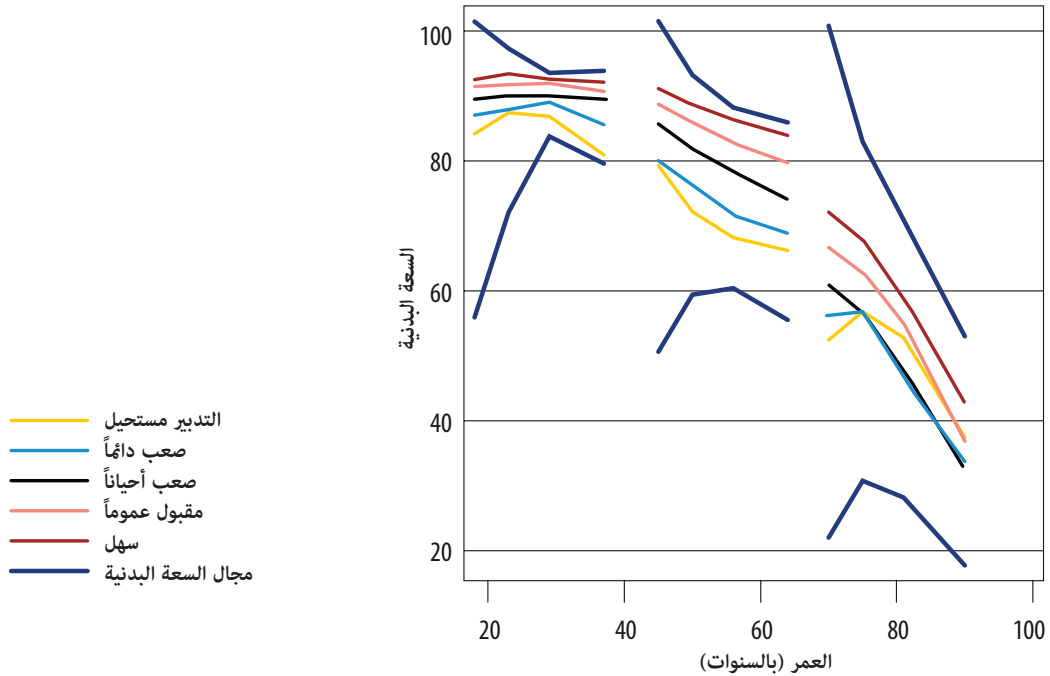
التقدم في العمر لا يعني بالضرورة الاعتماد

مع أنه لا يوجد مسنون نموذجيون، غالباً ما ينظر المجتمع إلى المسنين نظرة مقولبة يمكن أن تؤدي إلى التمييز ضد أفراد أو جماعات بناء على العمر فقط. وقد سمي هذا بالتمييز العمري، وقد يكون في عصرنا ظاهرة أكثر شيوعاً من التمييز الجنسي أو العنصري (١٠، ١١). ومن الآراء المقولبة التمييزية ضد المسنين هي أنهم معتمدون أو يشكلون عالة على المجتمع، وهذا يمكن أن يؤدي إلى افتراضٍ خلال تطوير السياسات أن الإنفاق على المسنين ليس إلا استنزافاً للاقتصاد وإلى التركيز على احتواء التكاليف.

إن الافتراضات حول المسنين تتجاهل شتى المساهمات التي يقدمها الطاعنون في السن للاقتصاد. مثلاً، كانت تقديرات البحوث في المملكة المتحدة في سنة ٢٠١١ أن بعد مقارنة تكاليف معاشات التقاعد والرعاية الاجتماعية والرعاية الصحية مع المساهمات من خلال الضرائب والإنفاق الاستهلاكي والنشاطات ذات القيمة الاقتصادية كان صافي مساهمة المسنين في المجتمع يقدر بما يقارب ٤٠ مليار جنيه استرليني، ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى ٧٧ ملياراً بحلول سنة ٢٠٣٠ (١٢).

مع أن البيئات المتوفرة من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل قليلة، مساهمة المسنين في هذه المواقع لا يستهان بها أيضاً. فمثلاً، في كينيا متوسط عمر صغار المزارعين ٦٠ سنة، وبالتالي قد يكون المسنون عنصراً حرجياً في المحافظة على الأمن الغذائي في كينيا وأجزاء أخرى من أفريقيا جنوبي الصحراء (١٣)، كما

الشكل ١. السعة البدنية على مدى العمر مطبقة وفق القدرة على تدبير الدخل الحالي



المصدر: G Peeters, J Beard, D Deeg, L Tooth, WJ Brown, A Dobson; unpublished analysis from the Australian Longitudinal Study on Women's Health.

أن لهم دور حاسم في دعم الأجيال الأخرى. في زامبيا مثلاً نحو ثلث النساء المسنات هن أهم من يقوم على رعاية وتوفير القوت للأحفاد الذين وقع ذووهم ضحية للأيدز أو هاجروا طلباً للرزق. كما أن المسنين، وفي كل الأوضاع من حيث مدى توفر الموارد، يساهمون بشتى الوسائل التي لا يمكن تقديرها اقتصادياً، مثلاً، من خلال تقديم الدعم الانفعالي في أوقات الكرب أو تقديم الإرشاد حول التحديات الصعبة؛ ويجب صياغة السياسة بحيث تنمي قدرة المسنين على القيام بهذه المساهمات المتنوعة.

تشيخ السكان سيزيد تكاليف الرعاية الصحية، ولكن بدرجة أقل مما كان متوقعاً

الافتراض الشائع الآخر هو أن الاحتياجات المتزايدة للمجموعات السكانية المتشيخة ستؤدي إلى زيادات لا تستطيع المجتمعات تحملها في تكاليف الرعاية الصحية؛ إلا أن الصورة في الواقع ليست بهذا الوضوح. مع أن التقدم في السن يرتبط بصورة عامة بزيادة الاحتياجات المتعلقة بالصحة، إلا أن ارتباطه سواء مع الاستفادة من الرعاية الصحية أو تكاليفها يتفاوت (١٤-١٧). في الواقع، تهبط تكاليف الرعاية الصحية لكل شخص هبوطاً ملموساً في بعض البلدان عالية الدخل بعد عمر الخامسة والسبعين تقريباً (بينما تتزايد تكاليف الرعاية طويلة الأمد) (١٨-٢٠). ولما كان عدد الناس الذين يعمرن طويلاً في

تزايد، فإن تمكين الناس من عيش حياة طويلة وصحية يمكن في الحقيقة أن يخفف الضغوط الناجمة عن تضخم تكاليف الرعاية الصحية.

عدا ذلك، يتأثر الارتباط بين العمر وتكاليف الرعاية الصحية بشدة بالنظام الصحي نفسه (٢١)، ويعكس ذلك الفروق في نظم المقدمين والحوافز ومقاربات التدخل عند المسنين الضعفاء والأعراف الثقافية، ولا سيما تلك المتعلقة بفترة اقتراب الموت.

في الحقيقة، فترة الحياة المرتبطة بأعظم تكاليف الرعاية الصحية هي آخر سنة أو سنتين من العمر، بصرف النظر عن العمر بحد ذاته (٢٢)، إلا أن هذه العلاقة تختلف كثيراً بين البلدان. مثلاً، حوالي ١٠٪ من إجمالي النفقات الصحية في أستراليا وهولندا وحول ٢٢٪ منه في الولايات المتحدة تنفق على رعاية الناس خلال سنة عمرهم الأخيرة (٢٣-٢٥)؛ بل أن زيادة التكاليف المرتبطة بالسنوات الأخيرة من العمر يبدو أنها أقل في الفئات الأكبر عمراً مقارنةً بفئات أصغر عمراً.

مع أننا نحتاج إلى بيانات أكثر بكثير، يمكن أن نقول أن التكهّن بتكاليف الرعاية الصحية المستقبلية بناء على البنية العمرية للسكان قيمته مشكوك فيها، وتدعم هذه النقطة التحليلات التاريخية التي تشير إلى أن التشيخ كان تأثيره على تكاليف الرعاية الصحية أقل بكثير من تأثير عدد من العوامل الأخرى. مثلاً، في الولايات المتحدة في الفترة بين ١٩٤٠ و ١٩٩٠ (وهي فترة التشيخ السكاني الأسرع من أي وقت آخر) يبدو أن التشيخ قد ساهم بحوالي ٢٪ في زيادة تكاليف الرعاية الصحية، بينما التغيرات المتعلقة بالتكنولوجيا كانت مسؤولة عن نسبة تقدّر بين ٣٨٪ و ٦٥٪ من الزيادة (١٩).

السبعون ليست الستون الجديدة، لكنها يمكن أن تصبح كذلك

أحد الافتراضات المعاكسة للمفاهيم السلبية عموماً المرتبطة بالتشيخ هو أن المسنين اليوم يعيشون حياتهم في صحة أفضل مقارنةً بأبائهم وأجدادهم، ويلخص هذا بالمقولة «السبعون هي الستون الجديدة». ومع أن هذا التصور يبدو إيجابياً لأول وهلة، يشوبه ثمة خطأ: فلو كان أبناء السبعين سنة في أيامنا صحتهم مثل صحة أبناء الستين في الماضي، قد يستنتج البعض أن أبناء السبعين اليوم أكثر قدرة على تدبير أمورهم، وبالتالي يبخسون تقدير الحاجة إلى الفعل السياسي لمساعدتهم على ذلك.

مع أن هناك بيانات قوية على أن المسنين يعمرّون أطول، ولا سيما في البلدان عالية الدخل، إلا أن جودة هذه السنوات الإضافية غير واضحة (٢٦)، ونتائج البحوث متضاربة بشدة، سواء ضمن البلدان أم بينها (٢٧-٣٥)؛ كما أن النزعات في مختلف الفئات الفرعية ضمن الجمهرة نفسها قد تكون متباينة بوضوح (٣٦، ٣٧).

وقد أشار التحليل الذي أجرته منظمة الصحة العالمية للناس المولودين بين السنتين ١٩١٦ و ١٩٥٨ الذين شاركوا في عدد من الدراسات الطولية الضخمة أنه، من جهة، يُحتمل أن انتشار العجز الوخيم (الذي يتطلب عوناً من شخص آخر في القيام بالنشاطات الأساسية كالأكل والاعتسال) ربما انخفض قليلاً، ولكن من جهة أخرى لم تحدث تغيرات يعتد بها في انتشار درجات العجز الأقل وخامه (٣٨).

علاوة على ذلك، فقد اقتصرَت البحوث في جميع المواقع عموماً على دراسة التدهور الشديد في السعة الذي غالباً ما يحدث في سنوات العمر الأخيرة. ولكن بما أن تدهور السعة يبدأ في أعمار أكبر بكثير،

لا يزال نجهل إلى حد كبير مدى اختلاف السعة الداخلية للناس الذين بقي لهم ١٠-٢٠ سنة من العمر عنها لدى الأجيال السابقة.

ومع أن السبعين من العمر لا تبدو حتى الآن أنها الستون الجديدة، لا شيء يمنع أن تصبح كذلك في المستقبل، إلا أن تحقيق هذا يتطلب عملاً صحياً عمومياً متناسقاً أكثر بكثير.

النظر إلى المستقبل لا إلى الماضي

تحدث تغيرات اجتماعية كبرى أخرى بالتوازي مع تشيخ السكان، وتعني كلها مجتمعةً أن التشيخ في المستقبل سيختلف كثيراً عن تجربة الأجيال الماضية.

مثلاً، ترافق التحضر والعمولة بزيادة الهجرة وإضعاف الضوابط على أسواق العمل (٣٩، ٤٠)، وهذه التغيرات تخلق فرصاً جديدة للمسنين الذين لديهم المهارات المرغوبة والمرونة المالية؛ بينما قد يواجه آخرون هجرة أجيال الشباب إلى مناطق النماء بينما يبقى المسنون في المناطق الريفية الفقيرة بلا البنى العائلية وشبكات الأمان الاجتماعية التي كان بإمكانهم تقليدياً اللجوء إليها طلباً للدعم.

تتغير الأعراف المتعلقة بالجنس أيضاً في أماكن كثيرة من العالم؛ ففي الماضي كان الدور الأساسي للنساء هو القيام على الرعاية سواء للأطفال أم الأقارب المسنين، وهذا التقييد لمشاركة النساء في العمل المأجور كان له الكثير من العواقب السلبية على حياتهن في العمر المتقدم، بما فيها خطر الفقر وإتاحة أقل للرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية عالية الجودة وارتفاع خطر سوء المعاملة وتدهور الصحة وصعوبة الحصول على المعاشات التقاعدية. واليوم تتزايد مشاركة النساء في أدوار أخرى ما يمنهن تأميناً أفضل في العمر المتقدم. ولكن من جهة أخرى تحد هذه التغيرات من سعة النساء والعائلات في تقديم الرعاية للمسنين الذين يحتاجونها. وهذا يعني، نظراً للتزايد السريع في أعداد المسنين الذين يحتاجون إلى رعاية، أن النماذج القديمة للرعاية العائلية لم تعد مستدامة.

التغيرات التكنولوجية ترافق أيضاً تشيخ السكان وتخلق الفرص التي لم تكن متاحةً أبداً في السابق. فمثلاً، الإنترنت يمكن أن يؤمن استمرار الاتصال بالعائلة رغم المسافات، وإتاحة المعلومات يمكن أن توجّه المسن في رعايته لنفسه أو توفر الدعم للقائمين على رعايته. صارت الأجهزة المساعدة مثل أجهزة تقوية السمع أكثر وظيفية وأكثر تيسراً مما كانت عليه في الماضي، والأجهزة المحمولة صارت توفر فرصاً جديدة لرصد الصحة والرعاية الصحية المصممة وفق احتياجات الشخص.

وتعني هذه التغيرات الملموسة، الاجتماعية منها والتكنولوجية، أن السياسات لا يجوز تصميمها بناء على النماذج الاجتماعية للتشيخ التي لم تعد موجودة، بل يجب اغتنام الفرص التي تقدمها هذه التطورات من أجل مقاربات ابتكارية جديدة؛ إلا أن تطوير السياسات بناء على ما قد يحدث في المستقبل قد يفرض قيوداً أيضاً بسبب صعوبة تصور التغيرات المستقبلية وأثرها. وبالتالي، فإن المقاربة التي يتبعها هذا التقرير هي التركيز على بناء إمكانيات المسنين لتمكينهم من التبحر في عالمهم المتغير وابتكار أساليب معيشية جديدة أفضل وأكثر إنتاجية من الماضي. وهذا يتسق مع العمل في المجالات السياسية الأخرى، والذي يهدف إلى منح الناس فرصة تحقيق ما يعطونه تقديراً عالياً بدل التركيز على المنفعة الاقتصادية فقط (٤١-٤٣).

النفقات على جمهرات المسنين هي استثمار وليست مصروفاً

غالباً ما تصوّر النفقات على النظم الصحية والرعاية طويلة الأمد والبيئات الممكّنة الشاملة على أنها مصاريف. يتخذ هذا التقرير مقارنة مختلفة، فهو يعتبر هذه النفقات استثماراتٍ تفعلّ إمكانيات المسنين، ومن ثم رفاقتهم ومساهماتهم. هذه الاستثمارات تساعد المجتمعات في تنفيذ التزاماتها فيما يخص الحقوق الأساسية للمسنين. ويكون العائد على هذه الاستثمارات في بعض الحالات مباشراً (نظم صحية أفضل تؤدي إلى صحة أفضل وتلك بدورها تساهم في زيادة المشاركة والرعاية)؛ وثمة عائدات أخرى قد لا تكون بهذا الوضوح لكن يجب أخذها في الحسبان بالمثل: مثلاً، الاستثمار في الرعاية طويلة الأمد يساعد المسنين ذوي تحدد هام في المقدرات على عيش حياة كريمة، كما يمكن أن يسمح للنساء بالعمل وأن يعزز الترابط الاجتماعي من خلال تشارك المخاطر عبر المجتمع.

إن إعادة هيكلة المبررات الاقتصادية للعمل بهذا الأسلوب ينقل النقاش من التركيز على ما يسمى بالمصاريف إلى تحليل يدرس المنافع التي قد تضيع فيما إذا فشلت المجتمعات في إجراء التكييفات والاستثمارات المناسبة؛ والتحليل والدراسة الكمية الكاملة لمدى الاستثمارات والعائدات سيكونان أساسيين في قيام صانعي القرارات بصياغة سياسات تركز على اطلاع حقيقي.

التشيخ والصحة والوظيفية

ما هو الشيخ؟

إن التغيرات التي تشكل الشيخ وتؤثر عليه هي تغيرات معقدة (٤٤). يرتبط الشيخ على المستوى البيولوجي بتراكم شتى الأذيات الجزيئية والخلوية، وتؤدي هذه الأذيات مع الزمن إلى انخفاض تدريجي في الاحتياطي الفيزيولوجي وزيادة خطر شتى الأمراض وتدهور عام في السعة الداخلية للفرد، وأخيراً تؤدي إلى الموت. ولكن هذه التغيرات ليست خطية ولا متسقة، ولا ترتبط إلا ارتباطاً ضعيفاً بعمر الشخص مقاساً بالسنوات.

علاوة على ذلك، يشمل التقدم في العمر تغيرات هامة فيما عدا الخسائر البيولوجية، وتشمل زحان الأدوار والمواقف الاجتماعية والحاجة إلى التعامل مع فقدان العلاقات الوثيقة. ويميل المسنون، استجابةً لهذه التغيرات، إلى اختيار مرامٍ ونشاطات أقل عدداً وأكثر معنىً وإلى تحسين مقدراتهم الموجودة من خلال الممارسة والتكنولوجيا الجديدة وإلى تعويض فقدانهم لبعض مقدراتهم عن طريق البحث عن وسائل أخرى لإنجاز المهمات (٤٥). ويبدو أن المرامي وأولويات الدوافع والتفضيلات تتغير أيضاً (٤٦-٤٨). ومع أن بعض هذه التغيرات قد تكون ناجمة عن التكيف مع الخسارة، إلا أن بعضها الآخر يعكس التطور السيكولوجي الجاري في العمر المتقدم، والذي قد يرتبط «بتطور الأدوار ووجهات النظر الجديدة والكثير من السياقات الاجتماعية المترابطة» (٤٥، ٤٩). ويمكن أن تفسر هذه التغيرات السيكولوجية سبب كون العمر المتقدم فترة من الرفاهة الشخصية المرتفعة في الكثير من الأوضاع (٥٠).

وبالتالي، من المهم خلال تطوير استجابة صحية عمومية للشيخ عدم الاقتصار على المقاربات التي تعوض فقد المقدرات المرتبط بالتقدم في العمر، بل التركيز أيضاً على تلك المقاربات التي يمكن أن تعزز القدرة على الصمود والنمو السيكولوجي.

الصحة في العمر المتقدم

ينجم العجز والموت بحلول الستين من العمر بالدرجة الأولى عن التدهور المرتبط بالعمر في السمع والبصر والتحرك وعن الأمراض غير السارية، بما فيها أمراض القلب والنسبة والاضطرابات التنفسية المزمنة والسرطان والخرف؛ وهذه المشاكل لا تقتصر على العالم الغني، ففي الواقع، عبء الكثير من هذه الحالات المرضية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل أعلى بكثير.

إلا أن مجرد وجود هذه الحالات الصحية لا يقول شيئاً عن أثرها الممكن على حياة المسن؛ فمثلاً، شخص مصاب باختلال سمع وخيم يمكن أن يحافظ على مستويات عالية من الوظيفية باستخدام جهاز تقوية سمع. كما أن دراسة أثر كل حالة صحية على حدة هي تبسيط مفرط لأن التقدم في العمر يرتبط أيضاً بازدياد خطر المعاناة من أكثر من حالة مزمنة واحدة في الوقت نفسه (ما يشار إليه بمصطلح «مراضة متعددة» multimorbidity). مثلاً، في ألمانيا يعاني حوالي ربع الناس في الفئة العمرية 70-80 سنة من خمسة أمراض أو أكثر في آن واحد (51)، وتأثير المراضة المتعددة على الوظيفية واستخدام الرعاية الصحية والتكاليف غالباً ما يكون أعلى بشكل ملموس مما يمكن توقعه من التأثيرات المنفردة لهذه الحالات.

ثم أن هناك ثمة حالات صحية تحصل في العمر المتقدم لا تكشفها التصنيفات التقليدية للأمراض، وهذه قد تكون مزمنة (كالهشاشة frailty التي قد يبلغ انتشارها 10% بين الأشخاص أكبر من 65 سنة) أو حادة (كالهذيان الذي قد ينجم عن محددات متعددة متنوعة، من أمراض معدية إلى تأثيرات جانبية للجراحة). ويطرح تعقيد الحالات الصحية والوظيفية التي يعاني منها المسنون أسئلة أساسية حول ما نعنيه بالصحة في العمر المتقدم وكيف نقيسها وكيف نستطيع رعايتها، وتلزم مفاهيم جديدة لتحديد ليس بوجود أو غياب المرض فحسب إنما من حيث أثر هذه الحالات على وظيفية المسن ورفاهته. إن التقييمات الشاملة لهذه الحالات الصحية هي منبئات أفضل بكثير للبقيا والحاصل الأخرى من وجود أمراض منفردة أو حتى مدى المراضة المشاركة (52).

«الشيخ الصحي»

يحدد هذا التقرير مفهومين هامين ويميز بينهما من أجل هيكلية طريقة دراسة الصحة والوظيفية في العمر المتقدم. المفهوم الأول هو **السعة الداخلية**، وتشير إلى مجموع كل المقدرات البدنية والنفسية التي يستطيع الشخص الاستفادة منها في أي نقطة زمنية.

إلا أن السعة الداخلية ليست سوى أحد العوامل التي تحدد ما يستطيع المسن أن يقوم به. العامل الآخر هو البيئات التي يقطن المسنون فيها وتفاعلاتهم معها. تشمل هذه البيئات طيفاً من الموارد أو العقبات التي تحدد في النهاية ما إذا كان الشخص في مستوى محدد من السعة يستطيع

القيام بما يراه هاماً. إذن، بينما أن المسنون قد تكون سعتهم محدودة، هذا لن يمنعهم من التسوق في حال أتاحت لهم أدوية مضادة للالتهاب وأداة مساعدة (مثل عصا المشي أو كرسي متحرك أو كرسي ذي محرك) ويقطنون بالقرب من وسائل مواصلات ميسورة التكلفة وسهلة الوصول. وهذه التركيبة بين الأفراد وبيئاتهم وتفاعلهم معها هو **السعة الوظيفية**، وتعريفها في التقرير بأنها المواصفات المرتبطة بالصحة التي تمكّن الناس من أن يكونوا ويفعلوا ما يعتبرونه ذا قيمة.

وبناء على هذين المفهومين يعرّف التقرير «التشخيص الصحي» بأنه عملية تطوير وصيانة المقدرة الوظيفية التي تمكّن الرفاهة في العمر المتقدم.

ومحور مفهوم «التشخيص الصحي» هو إدراك أن السعة الداخلية والمقدرة الوظيفية ليستا ثابتتين؛ ومع أن كليهما ينزع إلى التدهور بتقدم العمر، إلا أن الخيارات الحياتية أو التدخلات في مختلف النقاط خلال مجرى العمر ستحدد سبيل كل فرد، أي مساره.

وبالتالي لا يتحدد «التشخيص الصحي» بمستوى معين أو عتبة معينة من الوظيفية أو الصحة، بل هو عملية ذات علاقة بأي شخص مسن لأن شعوره بالتشخيص الصحي يمكن أن يصبح أكثر أو أقل إيجابية في أي وقت. مثلاً، يمكن أن يتحسن مسار التشخيص الصحي عند المصابين بالخرف أو الداء القلبي المتقدم إذا أتاحت لهم رعاية صحية ميسورة التكلفة تحسّن سعتهم، وإذا كانوا يعيشون في بيئة داعمة.

الهيكلية الصحية العمومية للتشخيص الصحي

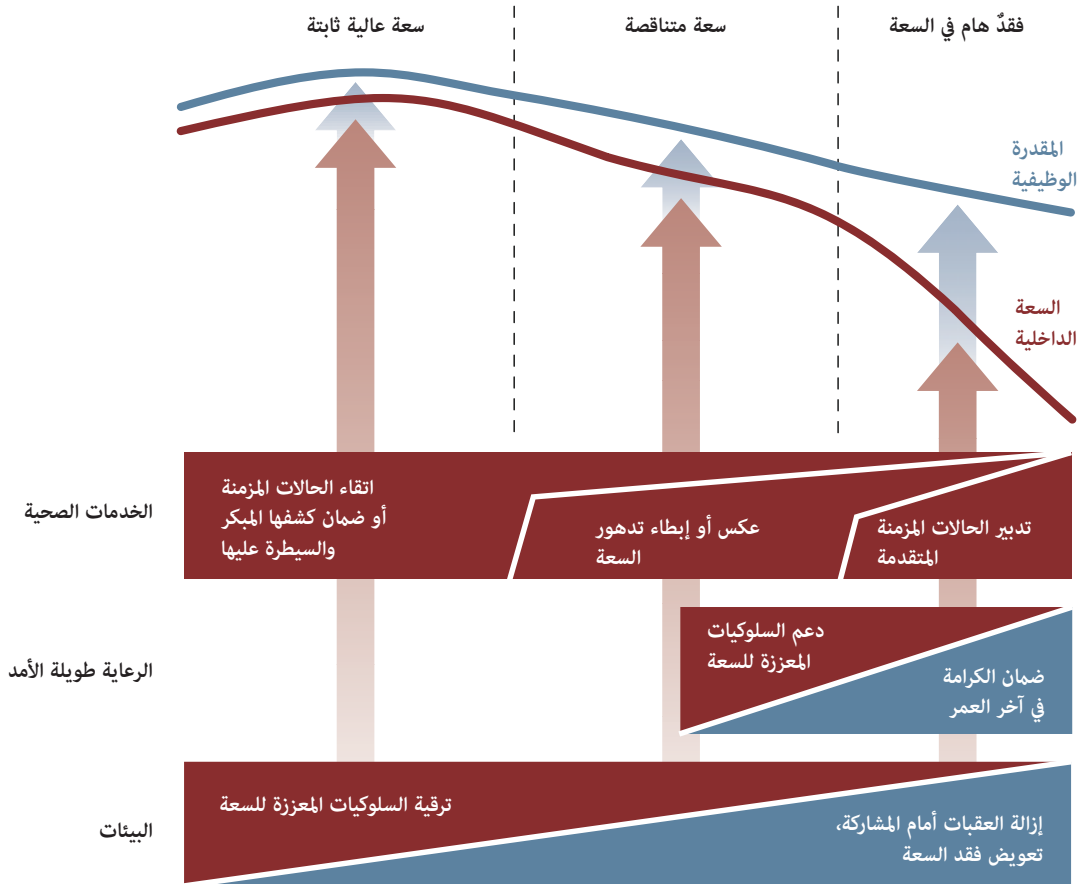
هناك حاجة عاجلة إلى عمل صحي عمومي شامل على التشخيص. رغم وجود ثغرات ضخمة في المعارف، لدينا بيانات كافية لنقوم بالعمل الآن، وكل بلد لديه ما يستطيع أن يفعله بصرف النظر عن وضعه الحالي أو مستوى نمائه.

يمكن استعراف العديد من نقاط الدخول من أجل التدخلات لتعزيز التشخيص الصحي، ولكن المرعى لها جميعها واحد: تعظيم المقدرة الوظيفية. ويمكن تحقيق ذلك بطريقتين: ببناء وصيانة السعة الداخلية وبتمكين من لديه انخفاض في السعة الوظيفية من عمل ما يراه هاماً.

الفرص الرئيسية للقيام بالأفعال لتحسين مسارات المقدرة الوظيفية والسعة الداخلية على طول مسار الحياة مبينة في الشكل ٢. يبين الشكل ثلاثة جمهرات فرعية مختلفة من المسنين: ذوي السعة العالية والثابتة نسبياً وذوي السعة قيد التدهور وذوي فقد هام في السعة. هذه المجموعات الفرعية ليست جامدة، ولا تغطي مسار الحياة عند كل المسنين؛ ولكن إذا تمت تلبية احتياجات هذه المجموعات الفرعية، فستتحسن المقدرة الوظيفية عند أغلب المسنين، ويمكن أن تساعد في تحقيق ذلك أربعة مجالات عمل ذات الأولوية:

- ١) مراعاة النظم الصحية لجمهرات المسنين التي صارت تخدمها؛
- ٢) تطوير نظم الرعاية طويلة الأمد؛
- ٣) إنشاء بيئات مراعية للسن؛
- ٤) تحسين القياس والرصد والفهم.

الشكل ٢. هيكلية صحية عمومية للشيخ الصحي: فرص العمل الصحي العمومي على مدى مجرى العمر



مع أن جاهزية كل بلد للقيام بالأفعال ستختلف عن البلدان الأخرى، يمكن اتباع عدة مقاربات يحتمل أن تكون ناجعة في كل مجال من هذه المجالات، ويعتمد ما يجب فعله تحديداً وترتيب الأفعال إلى حد بعيد على السياق الوطني.

مراعاة النظم الصحية لاحتياجات جمهرات المسنين التي صارت تخدمها

عندما يشيخ الإنسان تميل احتياجاته الصحية إلى الإزمان والتعقيد، وقد تبين أن الرعاية الصحية التي تعالج هذه المطالب متعددة الأبعاد للعمر المتقدم بأسلوب متكامل تكون أكثر فعالية من الخدمات التي تكتفي بالاستجابة لأمراض محددة بصورة مستقلة (٥٣-٥٥). ولكن المسنين غالباً ما يتعاملون مع الخدمات المصممة لعلاج الحالات أو الأعراض الحادة والتي تدبر القضايا الصحية بأساليب منفصلة مجزأة يعوزها التنسيق بين

مقدمي الرعاية والمواقع وعبر الزمان، مما يؤدي إلى رعاية صحية لا تستطيع تلبية احتياجات المسنين، وعلاوة على ذلك تتصف بتكاليف عالية عليهم وعلى النظام الصحي.

إذن، «التشيخ الصحي» لا يعني فقط أن نزيد من الأفعال التي كنا نقوم بها سابقاً، بل يجب تطوير نظم صحية تضمن إتاحة ميسورة التكلفة للخدمات المتكاملة التي تركز على احتياجات المسنين، فقد تبين أن مثل هذه النظم تعطي حصائل أفضل للمسنين، وهي ليست أعلى من الخدمات التقليدية. ومع أن هذه النظم سوف تشارك التركيز متعدد القطاعات على بناء وصيانة المقدرة الوظيفية لجمهورات المسنين، إلا أن المساهمة الرئيسية للخدمات الصحية في تحقيق ذلك ستكون عن طريق تعظيم السعة الداخلية. قد يشكل هذا الانتقال تحدياً صعباً، لا سيما للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل والمواقع الأكثر فقراً في كل أنحاء العالم، فهذه المواقع قليلة الموارد غالباً ما تفتقر إلى اللبنة الأساسية للنظم الصحية. إلا أن هذا يقدم فرصة لتطوير مقاربات جديدة تستطيع إيتاء رعاية متكاملة متركزة على المسنين مع معالجة احتياجات الرعاية الحادة التي تبقى هامة في أعمار أصغر.

ثلاثة مقاربات أساسية تساعد في مراعاة النظم الصحية لاحتياجات جمهورات المسنين:

- ١) تطوير الخدمات التي تقدم رعاية متكاملة متركزة على المسنين وضمان إتاحتها لهم؛
- ٢) توجيه النظم حول السعة الداخلية؛
- ٣) ضمان وجود قوى عاملة صحية مستدامة ومدربة كما ينبغي.

الخدمات التي تقدم رعاية متكاملة متركزة على المسنين

سيطلب تقديم الرعاية المتركزة على المسنين وضمان إتاحتها تنظيم النظم حول احتياجات المسنين وتفضيلاتهم، ويتطلب أن تكون الخدمات مراعية للسن وترتبط ارتباطاً وثيقاً مع العائلات والمجتمعات. سيلزم التكامل بين المستويات وبين الخدمات بالإضافة إلى التكامل بين الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد. وتشمل الأفعال الأساسية لتحقيق هذا:

- ضمان إجراء تقييم شامل لجميع المسنين وأن يكون لديهم مخطط رعاية موحد بين كل الخدمات يهدف إلى تحسين سعتهم؛
- تطوير خدمات تقع أقرب ما يمكن إلى مكان إقامة المسنين، بما فيه إيتاء الخدمات لهم في بيوتهم وتقديم رعاية مجتمعية المتركز؛
- إنشاء بنى خدمية تعزز الرعاية من قبل فرق متعددة الاختصاصات؛
- دعم المسنين في تدبيرهم لأموالهم عن طريق تقديم دعم الأنداد والتدريب والمعلومات والمشورة.

النظم المتوجهة حول السعة الداخلية

سيطلب تحويل توجه النظم لتركز على السعة الداخلية تعديل المعلومات الصحية والإدارية التي تجمعها ووسائل رصدها لأدائها وآليات التمويل والتحفيز التي تستخدمها والتدريب الذي تقدمه؛ وثمة أفعال من المرجح أن تساعد في سياق هذا التحول:

- تكييف نظم المعلومات لجمع البيانات حول السعة الداخلية وتحليلها والإبلاغ عنها؛

- تكييف رصد الأداء والمكافآت وآليات التمويل للتشجيع على الرعاية التي تحسن السعة؛
- إنشاء دلائل إرشادية سريرية لتحسين مسارات السعة الداخلية وتنقيح الدلائل الإرشادية الموجودة ليكون تأثيرها على السعة واضحاً.

القوى العاملة الصحية المستدامة والمدربة كما ينبغي

- ستتطلب هذه النظم الجديدة أن يكون لدى جميع مقدمي الخدمات مهارات في علم الشيخوخة وطب الشيخوخة بالإضافة إلى كفاءات أكثر عمومية تلزم للعمل ضمن نظم الرعاية المتكاملة، بما فيه تلك المتعلقة بالتواصل والعمل ضمن فريق وفي تكنولوجيا المعلومات والاتصالات. ولكن الاستراتيجيات يجب ألا تقتصر على تصنيفات القوى العاملة الحالية، وتشمل الأفعال الأساسية التي يمكن القيام بها:
- توفير التدريب الأساسي في قضايا علم الشيخوخة وطب الشيخوخة خلال التدريب قبل الخدمة وخلال دورات التنمية المهنية المستمرة لجميع العاملين الصحيين؛
- تضمين الكفاءات الأساسية في علم الشيخوخة وطب الشيخوخة في جميع المناهج الصحية؛
- ضمان أن الإمداد بأطباء الشيخوخة يلبي احتياجات السكان والتشجيع على تطوير وحدات طب الشيخوخة لتدبير الحالات المعقدة؛
- دراسة الحاجة لكوادر جديدة في القوى العاملة (مثل منسقي الرعاية ومقدمي المشورة حول التدبير الذاتي) وتوسيع أدوار العاملين الموجودين مثل العاملين الصحيين المجتمعيين لتنسيق الرعاية الصحية للمسنين على مستوى المجتمع.

تطوير النظم لتقديم الرعاية طويلة الأمد

في القرن الحادي والعشرين لا يوجد بلد قادر على تحمل تكاليف نظام شامل للرعاية طويلة الأمد، ويجب أن يكون المرمى الرئيسي لهذه النظم صيانة مستوى من المقدرة الوظيفية عند المسنين الذين فقدوا جزءاً هاماً من السعة أو لديهم خطر فقدانها، وضمان أن هذه الرعاية تتسق مع حقوقهم الأساسية وحررياتهم القاعدية وكرامتهم البشرية. وهذا يتطلب الاعتراف بتطلعاتهم المستمرة للرفاهة والاحترام.

لنظم الرعاية طويلة الأمد الكثير من المنافع الكامنة عدا عن تمكين الناس المعتمدين على الرعاية من العيش حياة كريمة؛ وتشمل خفض الاستخدام غير المناسب لخدمات الرعاية الحادة ومساعدة الأسر على تجنب المصاريف الكارثية على الرعاية وتحرير النساء ليكون لديهن أدوار اجتماعية أوسع. ويتشارك المخاطر والأعباء المتعلقة بالاعتماد على الرعاية، تساعد نظم الرعاية طويلة الأمد على تعزيز الترابط الاجتماعي.

في البلدان عالية الدخل من المرجح أن تتمحور التحديات أمام بناء نظم شاملة حول الحاجة إلى تحسين جودة الرعاية طويلة الأمد وتطوير أساليب مستدامة مالياً لتأمينها لجميع المحتاجين إليها ودمجها بصورة أفضل مع النظم الموجودة. وفي البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل قد يكمن التحدي في البناء من الصفر لنظام لم يكن موجوداً. في هذه الأوضاع كانت مسؤولية الرعاية طويلة الأمد تقع في الغالب على عاتق الأسر بالكامل؛ والتطور الاجتماعي الاقتصادي وتشيخ السكان وتغير دور النساء يعني أن هذه الممارسة لم تعد مستدامة ولا عادلة.

هذه النظم لا يقدر على إنشائها والإشراف عليها إلا الحكومات، ولكن هذا لا يعني أن الرعاية طويلة الأمد هي مسؤولية الحكومات حصراً، بل يجب أن تركز نظم الرعاية طويلة الأمد على شراكات صريحة مع الأسر والمجتمعات وغيرها من مقدمي الرعاية والقطاع الخاص، وأن تعكس اهتمامات ووجهات نظر هذه الأطراف المعنية. وسيكون دور الحكومات (الذي غالباً ما ينفذ من خلال وزارات الصحة) هو تنظيم هذه الشراكة وتدريب ودعم القائمين على الرعاية وضمان حصول التكامل بين شتى الخدمات (بما في ذلك القطاع الصحي) وضمان جودة الخدمات وتقديم الخدمات مباشرة لمن هم في أمس الحاجة إليها (إما بسبب سعتهم الداخلية المنخفضة أو وضعهم الاجتماعي الاقتصادي). ويمكن تحقيق ذلك حتى في البلدان ذات الموارد المحدودة للغاية. يستعرف التقرير ثلاث مقاربات ستكون حاسمة لتطوير النظم من أجل تقديم الرعاية طويلة الأمد، وهي:

- ١) وضع الأسس الضرورية لنظام رعاية طويلة الأمد؛
- ٢) بناء وصيانة قوى عاملة مستدامة ومدربة تدريباً مناسباً؛
- ٣) ضمان جودة الرعاية طويلة الأمد.

أسس نظام الرعاية طويلة الأمد

تتطلب نظم الرعاية طويلة الأمد بنية حوكمة تستطيع توجيه التطوير والإشراف عليه وتحديد المسؤوليات عن سير التقدم، وهذا يمكن أن يساعد في تحديد الخدمات والأدوار الأساسية المطلوبة والعقبات التي قد تكون موجودة والجهات التي تقع في أفضل موقع لإيتاء الخدمات والجهات التي تستطيع القيام بأدوار أخرى، كالتدريب والاعتمادية، أفضل من غيرها. ويجب أن يكون التركيز الأساسي على تطوير النظام بحيث يساعد المسنين على الشيخوخة في مكان يناسبهم وعلى صيانة الصلات مع مجتمعاتهم وشبكاتهم الاجتماعية. ويتطلب ضمان إتاحة هذه الخدمات بشرط خفض خطر أن يؤدي ذلك إلى ضائقة مالية لمتلقيها أو القائمين على رعايتهم يتطلب تخصيص موارد كافية والتزاماً بتحديد أولوية الدعم لذوي الاحتياجات الصحية والمالية القصوى. وتشمل الأفعال الأساسية التي يمكن القيام بها:

- الاعتراف بالرعاية طويلة الأمد على أنها خير عمومي هام؛
- تحديد مسؤوليات واضحة عن تطوير نظام الرعاية طويلة الأمد وتخطيط إمكانية تحقيقه؛
- إنشاء آليات عادلة ومستدامة لتمويل الرعاية؛
- تحديد أدوار الحكومة وتطوير الخدمات الضرورية لتنفيذها.

القوى العاملة المستدامة والمدربة تدريباً مناسباً

يتطلب تطوير القوى العاملة اللازمة لهذه النظم الجديدة عدداً من الأفعال، والكثير من الأفعال الملخصة فيما يتعلق بالنظم الصحية سيكون ذا علاقة للقائمين على الرعاية طويلة الأمد مقابل أجر. ولكن بما أن ميدان الرعاية طويلة الأمد يُبَخَس تقدير قيمته، ستكون الاستراتيجية الإضافية الحاسمة هي ضمان أن القائمين على الرعاية مقابل أجر يحظون بالمكانة والاعتراف الجديرين بمساهماتهم.

فضلاً عن ذلك، وبخلاف الوضع في النظام الصحي، أغلبية القائمين على الرعاية في نظام الرعاية طويلة الأمد هم أعضاء الأسرة أو متطوعون أو أعضاء منظمات مجتمعية أو عاملون مأجورون، إلا أنهم

- غير مدرّبين، وأغلبهم من النساء. إن توفير التدريب الذي يسمح لهؤلاء بأداء عملهم بصورة جيدة مع تفريج الكرب الحاصل من قلة اطلاعهم على كيفية التعامل مع المواقف المحرجة سيكون أساسياً في بناء نظام رعاية طويلة الأمد. وتشمل الأفعال الأساسية التي يجب القيام بها:
- تحسين رواتب القائمين على الرعاية طويلة الأمد المأجورين وظروف عملهم وخلق مسارات مهنية تسمح لهم بالترقي إلى مناصب ذات المسؤولية المتزايدة والتعويض المترقي؛
 - سن تشريعات تدعم ترتيبات العمل المرنة أو إجازات للقائمين على الرعاية في الأسرة؛
 - تأسيس آليات دعم للقائمين على الرعاية، مثل توفير شخص بديل ليستطيع القائم على الرعاية الأساسي أن يأخذ فترات راحة من الرعاية، وإتاحة التدريب وموارد المعلومات؛
 - زيادة الوعي حول قيمة القيام على الرعاية وجزائها ومكافحة الأعراف والأدوار الاجتماعية التي تمنع الرجال والشباب من القيام على الرعاية؛
 - دعم مبادرات المجتمع التي تجمع المسنين معاً ليكونوا مصدراً للرعاية وغيرها من فعاليات تنمية المجتمع. وتوجد في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل أمثلة رائعة، حين تم تمكين المتطوعين المسنين من خلال رابطات المسنين من أجل الدعوة لحقوقهم وإيتاء الرعاية والدعم لأندادهم المحتاجين. وهذه المفاهيم قد يمكن نقلها إلى أوضاع ذات دخل أعلى.

جودة الرعاية طويلة الأمد

- ستكون الخطوة الأولى نحو ضمان جودة الرعاية طويلة الأمد هي توجيه الخدمات نحو مرمى تحسين المقدرة الوظيفية، وهذا يتطلب من النظم والقائمين على الرعاية أن يفكروا كيف يمكنهم تحسين مسار السعة عند المسن وتعويض فقد السعة بتأمين الرعاية وتحويل البيئات التي تساعد المسن على صيانة المقدرة الوظيفية على مستوى يضمن الرفاهة. وتشمل الأفعال الرئيسية التي يجب القيام بها:
- تطوير ونشر بروتوكولات الرعاية أو الدلائل الإرشادية التي تعالج القضايا الأساسية؛
 - تأسيس آليات الاعتماد للخدمات والقائمين على الرعاية المحترفين؛
 - تأسيس آليات رسمية لتنسيق الرعاية (مما فيه بين خدمات الرعاية طويلة الأمد والخدمات الصحية)؛
 - تأسيس نظم إدارة الجودة التي تساعد في ضمان المحافظة على التركيز على تحسين المقدرة الوظيفية.

إنشاء بيئات مراعية للسّن

يتبنى هذا التقرير هيكلية «التصنيف الدولي للوظيفية والعجز والصحة» في اعتبار أن البيئات تشمل كامل السياق الذي نعيش فيه (٥٦)، ويشمل ذلك المواصلات والإسكان والعمل والحماية الاجتماعية والمعلومات والاتصالات بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد، علماً أن هذين البندين الأخيرين يتناولهما التقرير بشكل منفصل وبتفصيل أكثر. وتستعرف الهيكلية الصحية العمومية للتشيخ الصحي مرمياً مشتركاً لكل هذه الأطراف المعنية، ألا وهو تحسين المقدرة الوظيفية. يستكشف التقرير كيفية تحقيق ذلك في خمسة مجالات مترابطة ترابطاً وثيقاً للمقدرة الوظيفية، وهذه المجالات ضرورية لتمكين المسنين من فعل الأشياء التي يعتبرونها هامة؛ وهذه المقدرات هي:

- تحقيق احتياجاتهم الأساسية؛
- التعلم والنمو واتخاذ القرارات؛
- القدرة على التحرك؛
- بناء العلاقات والمحافظة عليها؛
- المساهمة.

وهذه المقدرات مجتمعة تمكن المسنين من التشيخ بأمان في المكان الصحيح بالنسبة لهم والاستمرار في التطور الشخصي والمساهمة في مجتمعاتهم والمحافظة على استقلاليتهم وصحتهم. والأفعال الضرورية لتعزيز هذه المقدرات قد تختلف كثيراً من حيث الشكل، لكنها تعمل بطريقتين أساسيتين، الأولى هي عن طريق بناء وصيانة السعة الداخلية، إما بخفض الاختطارات (كالمستويات العالية لتلوث الهواء) وتشجيع السلوكيات الصحية (كالنشاط البدني) أو إزالة العقبات (مثلاً، معدلات الجريمة العالية أو حركة المرور الخطرة)؛ أو بتوفير الخدمات التي تعزز السعة (كالرعاية الصحية). والطريقة الثانية هي تمكين مقدرة وظيفية أعلى عند شخص ذي مستوى سعة معين. بعبارة أخرى، هي ردم الثغرة بين ما يستطيع الناس فعله باعتبار مستوى السعة لديهم وبين ما يمكن أن يفعلوه لو عاشوا في بيئة ممكنة (مثلاً، بتوفير التكنولوجيا المساعدة المناسبة وتوفير وسائل النقل العام سهلة الوصول أو تطوير جوارات أكثر أماناً). ومع أن التدخلات على مستوى الجمهرة يمكن أن تحسّن البيئات بالنسبة للكثيرين من المسنين بكلتا هاتين الطريقتين، لن يستطيع الكثيرون الاستفادة منها بالكامل بلا دعم مصمم لكل فرد على حدة. وبما أن شتى القطاعات واللاعبين يمكن أن يؤثروا على التشيخ الصحي، ستكون المقاربة المتناسقة للسياسات والممارسات التي تضع احتياجات وتطلعات المسنين نصب عينها هي الحاسمة. يستعرف هذا التقرير ثلاث مقاربات من بين أولويات التنفيذ تشمل كل القطاعات تقريباً، وهي:

- ١) محاربة التمييز العمري؛
- ٢) تمكين الاستقلالية؛
- ٣) دعم «التشيخ الصحي» في جميع السياسات وعلى كل مستويات الحكومة.

محاربة التمييز العمري

إن الآراء المقولبة حول التقدم في العمر تؤثر على السلوكيات وتطوير السياسات وحتى على البحوث، ويجب أن تقع معالجتها بواسطة محاربة التمييز العمري في صميم أي استجابة صحية عمومية لتشيخ السكان. ومع أن هذا يشكل تحدياً كبيراً، تشير تجربة محاربة أشكال التمييز الشائعة الأخرى كالتمييز الجنسي والتمييز العنصري أن تغيير المواقف والأعراف ممكن. ستحتاج محاربة التمييز العمري إلى بناء فهم جديد للتشيخ ودمجه في عقول الأجيال، ولا يمكن أن يركز هذا على المفاهيم البالية حول المسنين التي تعتبرهم عالة على المجتمع أو على افتراضات غير واقعية بأن المسنين اليوم قد تجنبوا بشكل ما التحديات الصحية التي واجهها آباؤهم وأجدادهم، إنما

- يتطلب قبول التنوع الواسع في تجارب العمر المتقدم والاعتراف بالجور المستبطن لها في الكثير من الأحيان والانفتاح من أجل التفكير في كيفية تحسين الأمور. وتشمل الأفعال الأساسية التي يجب القيام بها:
- إجراء حملات تواصل لزيادة المعارف حول الشيخ وفهمه من قبل وسائل الإعلام والجمهور العام ورأسي السياسات وأصحاب العمل ومقدمي الخدمات؛
- سن التشريعات ضد التمييز بناء على العمر؛
- ضمان تقديم نظرة متزنة حول الشيخ في وسائل الإعلام، مثلاً بالتقليل من الأسباق الصحفية حول الجرائم بحق المسنين.

تمكين الاستقلالية

- الألوية الشاملة الثانية هي تمكين الاستقلالية. تعتمد الاستقلالية بشدة على تلبية الاحتياجات الأساسية للمسن، وبالمقابل لها تأثير عظيم على كرامة المسنين وسلامتهم وحريتهم واستقلالهم، وقد تم استعراضها مراراً بأنها مكونة جوهرية لرفاهتهم العامة.
- المسنون لديهم حق الاختيار والسيطرة على طيف من القضايا، بما فيه ما يتعلق بمكان سكنهم وعلاقاتهم بالآخرين ولباسهم وطريقة قضائهم لوقتهم وقبول العلاج أو رفضه. وتعتمد إمكانية الخيار والتحكم على شتى العوامل، بما في ذلك السعة الداخلية للمسنين والبيئات التي يقطنون فيها والموارد الشخصية والمالية التي يمكنهم الاعتماد عليها والفرص المتاحة لهم.
- العمل الأساسي لتمكين الاستقلالية هو تعظيم السعة الداخلية، ونتطرق إلى هذا الموضوع بالدرجة الأولى في الاستراتيجيات المتعلقة بالنظم الصحية. ولكن تعزيز الاستقلالية ممكن بصرف النظر عن مستوى سعة الفرد، وتشمل الأفعال التي يمكن أن تساعد في تحقيق هذا:
- سن التشريعات لحماية حقوق المسنين (مثلاً بحمايتهم من إساءة معاملة المسنين) ودعم المسنين في إدراكهم لحقوقهم وتمتعهم بها وإنشاء آليات يمكن استخدامها لمعالجة خرق حقوقهم بما فيه في الحالات الإسعافية؛
 - تقديم الخدمات التي تيسر الوظيفية كالتكنولوجيا المساعدة والخدمات المرتكزة على المجتمع أو المنزل؛
 - توفير آليات تخطيط الرعاية المتقدمة واتخاذ القرارات المدعوم التي تمكن المسنين من المحافظة على أقصى مستوى من السيطرة على حياتهم رغم فقد السعة الهام؛
 - خلق فرص متاحة من أجل التعلم والنمو مدى العمر.

الشيخ الصحي في جميع السياسات وعلى كل مستويات الحكومة

يتزايد عدد البلدان التي يشكل الناس فوق الستين من العمر أكثر من خمس سكانها؛ ونادرة هي السياسات أو الخدمات التي لا تؤثر على هذه الفئة بشكل أو بآخر، وبالتالي فإن دمج الشيخ الصحي في جميع السياسات وعلى كل مستويات الحكومة سيكون أمراً حاسماً. يمكن أن تساعد الاستراتيجيات وخطط العمل المعنية بالشيخ على المستوى الوطني أو مستوى الولايات أو البلديات في توجيه هذه الاستجابة الشاملة للقطاعات وضمان استجابة

متناسقة تشمل شتى قطاعات ومستويات الحكومة. ويجب أن تحدد هذه الاستراتيجيات والخطط التزامات واضحة بالبرامي وخطوطاً واضحة للمسؤولية وأن يكون لها ميزانيات كافية، وأن تحدد آليات للتنسيق والرصد والتقييم والإبلاغ عبر القطاعات. ومن المهم أيضاً جمع واستخدام المعلومات المجرأة حسب العمر حول إمكانيات المسنين، فهذا من شأنه تيسير مراجعة فعالية السياسات والنظم والخدمات الموجودة والثغرات فيها، كما أن آليات استشارة واشتغال المسنين أو منظماتهم في تطوير وتقييم السياسات يمكن أن تساعد في ضمان ملاءمتها للمجتمعات المحلية. إلا أن هناك مجالات فعل عديدة كثيرة تشمل:

- تأسيس سياسات وبرامج تتوسع في خيارات الإسكان للمسنين وتساعد على تعديل المنزل بحيث يمكن المسنين من التشيخ في المكان المناسب لهم؛
- إدخال تدابير لضمان حماية المسنين من الفقر، مثلاً، خلال مخططات الحماية الاجتماعية؛
- توفير فرص المشاركة الاجتماعية والأدوار الاجتماعية ذات معنى، وتحديدًا عن طريق استهداف العمليات التي تؤدي إلى تهميش المسنين وعزلهم؛
- إزالة العقبات وتحديد معايير سهولة الاستخدام وضمان الامتثال في المباني ووسائل النقل وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات؛
- دراسة قرارات تخطيط المدن واستخدام الأراضي وأثرها على سلامة المسنين وقدرتهم على التحرك؛
- تعزيز التنوع العمري والاشتغال في بيئات العمل.

تحسين القياس والرصد والفهم

سيطلب تحقيق التقدم في مجال التشيخ الصحي فهماً أفضل للقضايا والنزعات المتعلقة بالعمر، ولا يزال هناك الكثير من الأسئلة الأساسية بانتظار أجوبة عنها.

- ما هي الطرز الحالية للتشيخ الصحي وكيف تتغير على مر الزمان؟
- ما هي محددات التشيخ الصحي؟
- هل الجور يتزايد أم يتناقص؟
- ما هي التدخلات الفعالة لتنشئة التشيخ الصحي، وما هي الفئات الفرعية للسكان التي تكون هذه التدخلات فعالةً فيها؟
- ما هما التوقيت والتسلسل المناسبان لهذه التدخلات؟
- ما هي احتياجات المسنين من الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد، وما مدى تلبيتها؟
- ما هي المساهمات الفعلية في الاقتصاد من قبل المسنين وما هي التكاليف والمنافع الحقيقية لتبني التشيخ الصحي؟

وكخطوة أولى للإجابة عن هذه الأسئلة يجب اشتغال المسنين في الإحصاءات الحياتية والمسوح السكانية العامة، ويجب تجزئة مصدري المعلومات هذين وفق العمر والجنس عند تحليلها، وسيلزم أيضاً اشتغال المقاييس المناسبة للتشيخ الصحي ومحدداتها وتوزعاتها في هذه الدراسات.

ولكن سيلزم أيضاً تشجيع البحوث في طيف من المجالات النوعية المتعلقة بالتشخيص والصحة، وسيطلب هذا اتفاقاً حول المفاهيم الأساسية وكيفية قياسها. ويجب تشجيع المقاربات كالدراسات متعددة البلدان ومتعددة الاختصاصات لأنها يمكن أن تكون ممثلة لتنوع السكان وأن تستكشف محددات التشخيص الصحي ضمن السياق المتميز للمسنين. وبالمثل، يجب التشجيع على إشراك المسنين ومساهماتهم لأن هذا يمكن أن يؤدي إلى نتائج وثيقة الصلة باهتماماتهم ومبتكرة أكثر. وبعد ذلك، مع توليد معارف جديدة وثيقة الصلة بالموضوع حول التشخيص والصحة، ستلزم آليات عالمية ومحلية لضمان ترجمتها السريعة إلى الممارسة السريرية والتدخلات الصحية العمومية المرتكزة على السكان أو السياسات الصحية والاجتماعية.

وستكون ثلاث مقاربات حاسمة لتحسين القياس والرصد والفهم، وهي:

- ١) الاتفاق على المقاييس والقياسات والمقاربات التحليلية للتشخيص الصحي؛
- ٢) تحسين فهم الوضع الصحي لجمهورات المسنين واحتياجاتهم وكيفية تحقيقها؛
- ٣) زيادة فهم مسارات التشخيص الصحي وما يمكن فعله لتحسينها.

المقاييس والقياسات والمقاربات التحليلية

إن المقاييس والطرائق المستخدمة في الحاضر في ميدان التشخيص محدودة، ما يمنع الفهم السليم للنواحي الأساسية للتشخيص الصحي. يلزم توافق حول المقاربات والطرائق الأكثر ملاءمةً، ويجب أن تنبثق من طيف من الميادين وتسمح بإجراء المقارنات، وربما ربط البيانات المجموعة من طيف من البلدان والمواقع والقطاعات، وتشمل الأولويات:

- تحقيق وتطوير التوافق حول المقاييس واستراتيجيات القياس والأدوات والاختبارات والوصفات الحيوية من أجل المفاهيم الأساسية المتعلقة بالتشخيص الصحي، بما فيه المقدرة الوظيفية والسعة الداخلية والرفاهة الشخصية ومميزات الصحة والمميزات الشخصية والعوامل الوراثية والمراضة المتعددة والحاجة إلى الخدمات والرعاية؛
- التوصل إلى توافق حول مقاربات تقدير وتفسير مسارات هذه المقاييس والقياسات خلال سير الحياة، وسيكون مهماً تبيان كيفية الاستفادة من المعلومات المتولدة كمدخلات للسياسات والرصد والتقييم والقرارات السريرية أو الصحية العمومية؛
- تطوير وتطبيق مقاربات محسنة لاختبار التدخلات السريرية التي تأخذ في الحسبان اختلاف فيزيولوجيا المسنين والمراضة المتعددة.

الوضع الصحي لجمهورات المسنين واحتياجاتهم

مع أن التردد والبحاث العامة المرتكزة على السكان يجب أن تركز أكثر على المسنين، ستلزم أيضاً بحوث نوعية حول المسنين مرتكزة على السكان من أجل استعراض مستويات المقدرة الوظيفية والسعة الداخلية

وتوزعها، وكيف يتغيران مع الزمن، والاحتياجات من الرعاية الصحية والدعم والرعاية، ومدى تلبية هذه الاحتياجات. ويمكن أن تشمل البحوث:

- تأسيس المسوح السكانية الدورية للمسنين التي يمكن أن تعكس تفصيلاً المقدرة الوظيفية والسعة الداخلية والحالات الصحية النوعية والحاجة للرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد، أو التغيرات البيئية الأوسع، ومدى تلبية هذه الحاجة؛
- رسم النزعات في السعة الداخلية والمقدرة الوظيفية في مختلف الأترابيات (الحشود الولادية) وتحديد ما إذا كانت زيادة مأمول العمر مرتبطة بسنوات مضافة من الصحة؛
- استعراف المؤشرات والآليات لترصد مسارات التشيخ الصحي.

مسارات التشيخ الصحي وما يمكن فعله لتحسينها

- سيتطلب تشجيع التشيخ الصحي فهماً أفضل بكثير للمسارات الشائعة للسعة الداخلية والمقدرة الوظيفية ومحدداتها وفعالية التدخلات الهادفة إلى تعديلها. وتشمل الأفعال الرئيسية لتحقيق هذا:
- استعراف طيف وأنماط مسارات السعة الداخلية والمقدرة الوظيفية ومحدداتها في الجمهرات المختلفة؛
- التقدير الكمي لأثر الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأمد والتدخلات البيئية على مسارات التشيخ الصحي واستعراف السبل التي تعمل بواسطتها؛
- تقدير كمي أفضل للمساهمة الاقتصادية للمسنين وتكاليف توفير الخدمات التي يحتاجونها من أجل التشيخ الصحي، وتطوير طرائق صارمة مصدوقة قابلة للمقارنة لتحليل عائدات الاستثمار.

الاستنتاج

هناك حاجة ملحة إلى أفعال صحية عمومية شاملة بخصوص التشيخ، ويوجد ما يمكن عمله في أي موقع مهما كان مستوى النماء الاجتماعي الاقتصادي فيه.

يلخص هذا التقرير الهيكلية الصحية العمومية للعمل التي تركز على مفهوم «التشيخ الصحي». ستتطلب هذه الاستجابة المجتمعية لتشيخ السكان تحولاً في النظم الصحية عن النماذج الشافية المرتكزة على المرض نحو توفير رعاية متكاملة تركز على المسنين، وستتطلب تطوير نظم شاملة للرعاية طويلة الأمد، من الصفر أحياناً. وستتطلب ذلك استجابة متناسقة من شتى القطاعات الأخرى ومختلف مستويات الحكومة، ويجب أن تبنى على انزياح جذري في فهمنا للتشيخ ليأخذ في الحسبان تنوع جمهرات المسنين ويستجيب للجور المستبطن له في أحيان كثيرة، ويجب أن يعتمد على طرائق أفضل لقياس ورصد الصحة والوظيفية في جمهرات المسنين.

مع أن هذه الأفعال تحتاج بالتأكيد إلى موارد، من المرجح أن تشكل استثماراً سليماً في مستقبل المجتمع، وهو المستقبل الذي يمنح المسنين الحرية ليعيشوا حياة لم تتصورها الأجيال السابقة.

قائمة المراجع

1. World economic and social survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations; 2007 (http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf, accessed 22 July 2015).
2. BeardJR, BiggsS, BloomDE, FriedLP, HoganP, KalacheA, et al. Introduction. In: BeardJR, BiggsS, BloomDE, FriedLP, HoganP, KalacheA, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012. pp. 4–13. [cited 2015 Jul 22]. Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf
3. Lloyd-SherlockP, McKeeM, EbrahimS, GormanM, GreengrossS, PrinceM, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012Apr7;379(9823):1295–6. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4) PMID:22480756
4. SmithA. Grand challenges of our aging society: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2010. (<http://www.nap.edu/catalog/12852/grand-challenges-of-our-aging-society-workshop-summary>, accessed 15 July 2015).
5. ButlerRN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues*. 1980;36(2):8–11. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
6. StevesCJ, SpectorTD, JacksonSH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012Sep;41(5):581–6. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID:22826292
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 21 July 2015).
8. DanneferD. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003Nov;58(6):S327–37. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID:14614120
9. LeeC, DobsonAJ, BrownWJ, BrysonL, BylesJ, Warner-SmithP, et al. Cohort profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol*. 2005Oct;34(5):987–91. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID:15894591
10. LevyB, BanajiM. Implicit ageism. In: NelsonT, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:49–75 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
11. KiteM, WagnerL. Attitudes toward older and younger adults. In: NelsonT, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
12. CookJ. The socio-economic contribution of older people in the UK. *Work Older People*. 2011;15(4):141–6. <http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257>
13. AboderinIA, BeardJR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015Feb14;385(9968):e9–11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0)
14. AboderinI, KizitoP. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
15. McIntyreD. Health policy and older people in Africa. In: Lloyd-SherlockP, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004:160–83 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 21 July 2015).
16. TerraneoM. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med*. 2015Feb;126:154–63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028> PMID:25562311
17. FitzpatrickAL, PoweNR, CooperLS, IvesDG, RobbinsJA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004Oct;94(10):1788–94. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID:15451751
18. OliverD, FootC, HumphriesR. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund; 2014 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf, accessed 21 July 2015).

19. KingsleyDE. Aging and health care costs: narrative versus reality. *Poverty Public Policy*. 2015;7(1):3–21. <http://dx.doi.org/10.1002/pop4.89>
20. RoldenHJA, van BodegomD, WestendorpRGJ. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Soc Sci Med*. 2014Nov;120(0):110–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.020> PMID:25238558
21. HagistC, KotlikoffL. Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005 (<http://dx.doi.org/10.3386/w11833>, accessed 21 July 2015).
22. WongA, van BaalPHM, BoshuizenHC, PolderJJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ*. 2011Apr;20(4):379–400. <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1597> PMID:20232289
23. PolderJJ, BarendregtJJ, van OersH. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 2006Oct;63(7):1720–31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018> PMID:16781037
24. KardamanidisK, LimK, Da CunhaC, TaylorLK, JormLR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust*. 2007Oct1;187(7):383–6. <https://www.mja.com.au/journal/2007/187/7/hospital-costs-older-people-new-south-wales-last-year-life> PMID:17907999
25. HooverDR, CrystalS, KumarR, SambamoorthiU, CantorJC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002Dec;37(6):1625–42. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID:12546289
26. CrimminsEM, Beltrán-SánchezH. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011Jan;66(1):75–86. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID:21135070
27. MantonKG, GuX, LambVL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006Nov28;103(48):18374–9. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID:17101963
28. SeemanTE, MerkinSS, CrimminsEM, KarlamanglaAS. Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *Am J Public Health*. 2010Jan;100(1):100–7. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388> PMID:19910350
29. LiaoY, McGeeDL, CaoG, CooperRS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *J Am Geriatr Soc*. 2001Apr;49(4):443–9. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x> PMID:11347789
30. HungWW, RossJS, BoockvarKS, SiuAL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*. 2011;11(1):47. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47> PMID:21851629
31. LinS-F, BeckAN, FinchBK, HummerRA, MastersRK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012Nov;102(11):2157–63. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID:22994192
32. StewartST, CutlerDM, RosenAB. US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *Am J Public Health*. 2013Nov;103(11):e78–87. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250> PMID:24028235
33. JaggerC, GilliesC, MosconeF, CamboisE, Van OyenH, NusselderW, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008Dec20;372(9656):2124–31. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID:19010526
34. LafortuneG, BalestatG. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 oecd countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; 2007 (<http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>, accessed 21 July 2015).
35. ZhengX, ChenG, SongX, LiuJ, YanL, DuW, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011Nov1;89(11):788–97. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730> PMID:22084524
36. ChengER, KindigDA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E75. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110120>

37. OlshanskySJ, AntonucciT, BerkmanL, BinstockRH, Boersch-SupanA, CacioppoJT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*. 2012Aug;31(8):1803–13. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID:22869659
38. ChatterjiS, BylesJ, CutlerD, SeemanT, VerdesE. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2014Nov5;385(9967):563-75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID:25468158
39. PolivkaL. Globalization, population, aging, and ethics. *J Aging Identity*. 2001;6(3):147–63. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
40. ArxerSL, MurphyJW. The Symbolism of globalization, development, and aging. Dordrecht: Springer; 2012 (<http://USYD.eblib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=994408>, accessed 21 July 2015).
41. GasperD. Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. *J Int Dev*. 1997;9(2):281–302. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1328\(199703\)9:2<281::AID-JID438>3.0.CO;2-K](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1328(199703)9:2<281::AID-JID438>3.0.CO;2-K)
42. NussbaumMC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ*. 2003;9(2–3):33–59. <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
43. NussbaumM. Capabilities and social justice. *Int Stud Rev*. 2002;4:123–35. <http://dx.doi.org/10.1111/1521-9488.00258>
44. KirkwoodTB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008Feb7;451(7179):644–7. <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID:18256658
45. BaltesP, FreundA, LiS-C. The psychological science of human ageing. In: JohnsonML, BengtsonVL, ColemanPG, KirkwoodTBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
46. CarstensenLL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006Jun30;312(5782):1913–5. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID:16809530
47. AdamsKB. Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(2):87–108. <http://dx.doi.org/10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X> PMID:15259878
48. HicksJA, TrentJ, DavisWE, KingLA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2012Mar;27(1):181–9. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023965> PMID:21707177
49. DillawayHE, ByrnesM. Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
50. SteptoeA, DeatonA, StoneAA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015Feb 14;385(9968):640-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0) PMID:25468152
51. SaBa-C, WurmS, ZieseT. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-RömerC, BöhmK, ZieseT, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009. (in German)
52. LordosEF, HerrmannFR, RobineJM, Balahoczkym, GiannelliSV, GoldG, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008Aug;11(4):829–36. <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID:18729815
53. HamC. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010Jan;5(Pt 1):71–90. <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID:19732475
54. LowLF, YapM, BrodatyH. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID:21549010
55. EklundK, WilhelmsonK. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009Sep;17(5):447–58. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID:19245421
56. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.



هناك حاجة ملحة إلى عمل صحي عمومي شامل فيما يخص تشيخ السكان، ويتطلب هذا تغييرات جذرية ليس فيما نفعه فحسب، بل كذلك في طريقة تفكيرنا عن التشيخ بحد ذاته. ويلخص «التقرير العالمي حول التشيخ والصحة» هيكلية عمل لتعزيز «التشيخ الصحي» الذي يركز على مفهوم جديد هو المقدررة الوظيفية. وهذا يتطلب تحويل النظم الصحية من النماذج الشافية المرتكزة على المرض نحو تأمين رعاية متكاملة تتركز حول المسنين، وهذا يتطلب تطوير نظم شاملة للرعاية طويلة الأمد، من الصفر أحياناً، كما يتطلب استجابة متناسقة من شتى القطاعات الأخرى ومختلف مستويات الحكومة، ويجب أن يعتمد على وسائل أفضل لقياس ورصد صحة ووظيفية جمهرات المسنين.

ويرجح أن تكون هذه الأفعال استثماراً سليماً في مستقبل المجتمع، وهو المستقبل الذي يمنح المسنين الحرية ليعيشوا حياة لم تتصورها الأجيال السابقة.