



العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يمتد طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

تقرير من الأمانة

١- نظر المجلس التنفيذي في الوثيقة م ت ١٩/١٣٤ المرفقة ههنا وأحاط بها علماً في دورته الرابعة والثلاثين بعد المائة.^١

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢- يُرجى من جمعية الصحة أن تحيط علماً بالتقرير.



المجلس التنفيذي

الدورة الرابعة والثلاثون بعد المائة

البند ٨-٢ من جدول الأعمال المؤقت

م ١٩/١٣٤

١٣ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣

EB134/19

العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يمتد طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

تقرير من الأمانة

١- تزداد نسبة السكان المسنين في كل بلد تقريباً. وبحلول عام ٢٠٥٠ سيبلغ عمر حوالي ٢٠٠٠ مليون شخص في العالم ٦٠ سنة أو أكثر من بينهم ٤٠٠ مليون شخص ستبلغ أعمارهم ٨٠ سنة أو أكثر. وسيقيم ٨٠٪ من هؤلاء المسنين في بلدان تعتبر حالياً بلداناً ذات دخل منخفض أو متوسط.

٢- وسيطرح الانتقال إلى شيخوخة السكان التحديات على المجتمع بعدة طرق. ومن المحتمل أن يزداد الطلب على الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل والرعاية الاجتماعية والمعاشات التقاعدية بينما تنخفض نسبة السكان في سن العمل التقليدية. على أن شيخوخة السكان تتيح أيضاً عدة فرص. فالمسنون يقدمون مساهمات اجتماعية مهمة كأفراد أسر ومتطوعين ومشاركين نشطين في القوة العاملة. وفي الواقع، يمثل السكان المسنون مورداً بشرياً واجتماعياً لا يستهان به غير أنه لا يستخدم استخداماً كافياً حتى الآن.

٣- وستكتسي الصحة في مرحلة الشيخوخة أهمية حاسمة لترجيح كفتي الميزان بين التكاليف والفوائد المرتبطة بشيخوخة السكان. ويقوّض تردي الوضع الصحي قدرة المسنين على مواصلة المشاركة النشطة في المجتمع ويحد من مساهمتهم ويزيد التكاليف الناجمة عن شيخوخة السكان. ويقلل الاستثمار في الصحة طيلة العمر من عبء المرض في الشيخوخة وينهض بمشاركة المسنين المتواصلة في المجتمع (بالمساعدة على الوقاية من العزلة) ويعود بفوائد أكبر على المجتمع بتمكين المسنين من تقديم مساهمات متعددة.

٤- وإن تردي الوضع الصحي في مرحلة الشيخوخة ليس عبئاً يثقل كاهل الفرد فحسب بل هو عبء تتحمله أسرة الفرد والمجتمع ككل أيضاً. وكلما كانت الأسرة أو السياق أشد فقراً ازداد احتمال التأثر بذلك. وقد يعني عدم التمتع بالصحة الجيدة أن الشخص المسن الذي كان مورد الأسرة سابقاً قد لا يتمكن من الآن فصاعداً من المساهمة بل يحتمل بالأحرى أن يتطلب دعماً كبيراً. وغالباً ما تقدم المرأة هذه الرعاية وقد يضطرها الأمر إلى التخلي عن تطلعاتها المهنية الأخرى لتوفير هذه الرعاية. ويمكن أن تؤدي تكاليف الرعاية الصحية المقدمة إلى

الشخص المسن إلى إفقار الأسرة بكاملها. ولا توزع هذه الأعباء توزيعاً منصفاً. فالأشخاص الذين يتمتعون بأقل قدر من الموارد أو يقيمون في أفقر المناطق هم أشد الناس تعرضاً للخطر.

٥- والصحة في مرحلة الشيخوخة تحددها مسالك أو "مسارات" تتطور طيلة العمر. وتتأثر هذه المسارات بسلسلة متكاملة من حالات التعرض والتجارب والتفاعلات. ويكون لعدة عوامل أكبر تأثير في مراحل حاسمة أو حساسة معينة من مراحل النمو. وقد تتطلق هذه العوامل في فترة مبكرة من العمر من خلال تجارب يمكن أن "تبرمج" صحة الفرد ونموه في المستقبل. وعليه، تؤثر عوامل الخطر والعوامل الوقائية طوال العمر تأثيراً تراكمياً في مسارات الصحة.

٦- وتتمثل إحدى سمات الشيخوخة المميزة في التنوع نظراً إلى الطبيعة التراكمية لتلك الآثار. وسيتمتع العديد من المسنين بالصحة ومستوى ثقافي رفيع ويريدون الاستمرار في أداء دور نشط في المجتمع. وقد يعاني بعضهم الآخر ممن ينتمون إلى الفئة العمرية نفسها من الفقر والأمية وانعدام الأمن المالي. ويجب أن تستجيب السياسات الرامية إلى تمكين المسنين من تعزيز قدراتهم إلى أقصى حد لطائفة الاحتياجات الواسعة لدى هذه الشرائح السكانية المختلفة.

التحديات المطروحة وأنشطة الاستجابة

النظم الصحية

٧- لا تصمم النظم الصحية الحالية ولاسيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط تصميمات كافية لتلبية الاحتياجات في مجال رعاية الحالات المزمنة التي تنشأ عن هذا العبء المعقد للمرض. وتمتد هذه الاحتياجات على مدى الحياة وطوال سلسلة الرعاية من الوقاية إلى الكشف والتشخيص المبكر والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية طويلة الأجل والرعاية الملطفة. ولابد من انتقال تركيز النظم الصحية في عدة أماكن من توفير خدمات علاجية لمشاكل حادة فردية إلى توفير سلسلة أكثر شمولاً من خدمات الرعاية التي تربط جميع مراحل الحياة وتتصدى لحالات المراضة المتعددة على نحو متكامل.

٨- وسيؤول المطاف بالعديد من الأشخاص في نهاية مسار الحياة إلى ضرورة حصولهم على مساعدة تتجاوز نطاق المساعدة التي يتطلبها عادة البالغون المتمتعون بالصحة. ويفضل معظم هؤلاء الأشخاص الحصول على هذه "الرعاية طويلة الأجل" في منازلهم ويقدم أفراد الأسرة في الغالب هذه الرعاية. وقد تكون الرعاية المؤسسية ضرورية للأشخاص المعانين من تدهور وظيفي وخيم. وتتوفر معايير أو مبادئ توجيهية قليلة بشأن أنسب خدمات الرعاية وبجهد مقدمو الرعاية في الأسرة في الغالب التحديات التي يواجهونها وقد تُفصل الرعاية عن الخدمات الصحية مما يحتمل أن يؤدي إلى استجابة غير كافية لاحتياجات المسنين ويجعل القائمين على الرعاية يتحملون أعباء أكبر من اللزوم ويحمل على استخدام خدمات رعاية الحالات الحادة على نحو غير ملائم لسد الثغرات في مجال رعاية الحالات المزمنة. وعلاوة على ذلك، يعني تغير الأنماط الاجتماعية أن التمويل على الأسر وحدها لتلبية العديد من هذه الاحتياجات أمر قد لا يكون قابلاً للاستدامة. فالعدد النسبي لأفراد الأسر المسنين يرتفع ارتفاعاً شديداً وهناك احتمال أقل أن يقيم المسنون مع الأجيال الأدنى سناً واحتمال أكبر أن يعبروا عن رغبتهم في مواصلة العيش في منازلهم وليس من المستبعد أن تتبدل التوقعات المهنية لدى المرأة التي تقدم تقليدياً الرعاية في الأسرة. وعليه، هناك حاجة ملحة إلى نظم جديدة للرعاية طويلة الأجل توفر سلسلة من خدمات الرعاية المكثفة مع سلسلة من الاحتياجات. وينبغي أن تركز هذه السلسلة من خدمات الرعاية على الفرد وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنظم الصحية وتستهدف الحفاظ على تادية الوظائف والعافية والمشاركة الاجتماعية على أفضل وجه ممكن.

القوى العاملة

٩- تزداد أوجه قصور النظم الصحية سوءاً من جراء الثغرات الكبرى في القوى العاملة. ويدرب عدد قليل من القوى العاملة النظامية أو غير النظامية تدريباً كافياً لتلبية احتياجات المسنين الخاصة ويعني التغير الديمغرافي أن زيادة عدد المسنين ستواكب انخفاض العدد النسبي للأشخاص في سن العمل التقليدية.

النماذج الاجتماعية الجديدة

١٠- تحد الأفكار المتحجرة عن مسار الحياة والقوالب النمطية المرتبطة بالتمييز ضد المسنين من قدرتنا على إيجاد حلول مبتكرة. وعلى سبيل المثال، غالباً ما تصنف النظم الاجتماعية الأشخاص تصنيفاً اصطناعياً في مراحل الحياة على أساس العمر الزمني (مثل طالب، بالغ، متقاعد). ولما تعتمد هذه المفاهيم على أسس بيولوجية. وإذا يعيش الناس لفترة أطول قدرها ١٠ سنوات أو ٢٠ سنة، فهناك مجموعة من خيارات الحياة أصبحت ممكنة بعد أن كان من الممكن تحقيقها في حالات نادرة فقط في الماضي. والنهج الممتد طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة هو نهج يعتبر الحياة مساراً متواصلاً ويعترف بالمساهمات القيمة التي يقدمها الأشخاص المنتمون إلى جميع الفئات العمرية ويسمح بها ويوطد الأواصر بين الأجيال ويطور الاستراتيجيات لبناء القدرات في جميع مراحل الحياة.

١١- وتترابط الشيخوخة والاتجاهات العالمية الرئيسية الأخرى التي تشمل الهجرة وتغير أدوار المرأة والتوسع الحضري والتغير التكنولوجي والعولمة. وقد تؤثر هذه الجوانب وغيرها من جوانب البيئة المادية والاجتماعية تأثيراً شديداً في صحة الشخص المسن وفي قدرته على المشاركة النشطة في المجتمع. وسيكون الابتكار عنصراً حاسماً من الاستراتيجيات الناجحة لمواجهة التحديات التي تطرحها شيخوخة السكان.

قضايا الجنسين

١٢- تؤثر قضايا الجنسين تأثيراً شديداً في الصحة والشيخوخة في كل مراحل العمر وفي سن الشيخوخة. وكانت المرأة توفر تقليدياً معظم خدمات الرعاية غير المأجورة لأفراد الأسرة في كل مراحل العمر (الرعاية من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الشيخوخة) مما يأتي في الغالب على حساب مشاركتها في القوة العاملة المأجورة وينطوي على عدة عواقب في مرحلة الشيخوخة تشمل زيادة التعرض لخطر الفقر والحد بدرجة أكبر من فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الجيدة وارتفاع مستوى التعرض لخطر الإيذاء وتردي الوضع الصحي في مراحل الحياة التالية وتقلص فرص الحصول على معاشات تقاعدية.

المعارف

١٣- هناك ثغرات معرفية كبرى تمنعنا من اتخاذ إجراءات ملائمة وفعالة بشأن الشيخوخة والصحة. فلا يمكن الرد إلى الآن حتى على أسئلة أساسية على غرار ما يلي: "هل يعيش الناس حياة أطول متمتعين بالصحة أو هل يعيشون طوال فترة السنوات الإضافية المكتسبة من عمرهم معانين من تردي الصحة؟". أما الثغرات الكبرى الأخرى فتشمل فهم أسباب اعتلالات رئيسية مثل الخرف وتدبيرها العلاجي. وحتى في حال توفر أدلة قاطعة، تظل العقبات تعرقل تحويلها إلى سياسات وممارسات.

١٤- وغالباً ما تستبعد النهج الحالية المتبعة لوضع السياسات والتدخلات الصحية المسنين حتى لو كانوا الفئة المنفعة أو المستهدفة المحتملة الرئيسية. ويستثنى الأشخاص المسنون والمعانون من أمراض مترافقة بانتظام من

التجارب السريرية مما يحد من فهمنا لأفضل الخيارات العلاجية في مرحلة الشيخوخة. ويستبعد الكثير من عمليات جمع البيانات الروتينية المسنين أو يجمع كل الأشخاص الذين يتجاوزون سنًا معينة (مثل الأشخاص البالغة أعمارهم ٧٠ سنة أو أكثر) مما لا يسمح لنا في الغالب بإجراء تقييم دقيق للاحتياجات الصحية أو لمدى تلبية هذه الاحتياجات.

القيادة

١٥- يزداد الاهتمام العالمي بشيخوخة السكان والصحة بسرعة غير أن حالات الاستجابة الراهنة مفككة وبالية. وليست هناك أي استراتيجية عالمية أو خطة عمل عالمية. ويرقى تاريخ خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة^١ ومساهمة المنظمة المتمثلة في إطار سياسي بشأن التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة^٢ إلى أكثر من ١٠ سنوات وتحتاج الدول الأعضاء إلى إرشادات أكثر تحديثاً لمساعدتها على منح الأولوية لإجراءاتها في عالم سريع التغير. وضماناً لاستناد هذه الإرشادات إلى أفضل البيانات المتاحة، هناك حاجة ملحة إلى منبر يجمع الخبراء الرئيسيين لإسداء المشورة إلى صانعي القرارات بشأن أولويات العمل على الصعيد العالمي. وهناك أيضاً حاجة ملحة إلى تنسيق جهود الاستجابة العالمية المتصلة بالشيخوخة والصحة بين الوكالات الرئيسية.

التوصيات

الدعوة

١٦- إن شيخوخة السكان هي من أكبر التحولات الديمغرافية التي شهدتها العالم على الإطلاق. والتمتع بالصحة الجيدة أمر محوري لضمان تحقيق الفوائد الاجتماعية والاقتصادية على وجه تام ويكتسي تطوير نظم مستدامة للرعاية الصحية والاجتماعية أهمية حاسمة لضبط التكاليف. وهناك حاجة إلى بذل جهود دولية ووطنية فعالة في مجال الدعوة لضمان فهم طابع الصحة المحوري وتقدير الفرص المنبثقة عن ذلك كامل التقدير. وكخطوة في مسار تحقيق هذا الهدف نظم يوم الصحة العالمي في عام ٢٠١٢ في ظل موضوع "الصحة الجيدة تضيف حياة إلى السنين" لتصويب اهتمام العالم نحو القضايا المتعلقة بالشيخوخة والصحة. وتواصل الأمانة نقل هذه الرسائل في عدة محافل إلا أن وجهات النظر هذه تقتضي تعزيز تسليط الأضواء عليها في إطار البرامج العالمية للبحث والتطوير.

الاجتماع والتنسيق

١٧- تعقد الأمانة الشراكات مع عدة منظمات أخرى تشمل الرابطة الدولية لعلم الشيخوخة وطب المسنين والاتحاد الدولي المعني بالشيخوخة لربط الخبراء وصانعي القرارات في هذا الميدان على أن هناك حاجة إلى آلية ذات طابع رسمي أكبر للخبراء الاستشاريين تطلع المدير العام وسائر أصحاب المصلحة على الثغرات المعرفية الرئيسية وأولويات البحث والعمل في مجال الشيخوخة والصحة.

١٨- ولابد من وضع استراتيجية عالمية شاملة بشأن الشيخوخة والصحة تليها خطة عمل عالمية بشأن الشيخوخة والصحة تتضمن حصائل قابلة للقياس من أجل تحديد معالم الأولويات العالمية القادمة في هذا المجال.

١ الإعلان السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، نيويورك، الأمم المتحدة، ٢٠٠٢ (على الموقع الإلكتروني <http://undesadspd.org/Ageing/Resources/MadridInternationalPlanofActiononAgeing.aspx> تم الاطلاع في ٤ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣).

٢ انظر Active ageing: a policy framework، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢.

الدعم المقدم إلى الدول الأعضاء

١٩- تدعم الأمانة حالياً الدول الأعضاء بتقديم الإرشاد بشأن القضايا الرئيسية وتعزيز الانتفاع بهذه البيانات في إطار السياسات والإجراءات على الصعيد القطري. ويضطلع بهذا العمل على جميع مستويات المنظمة. ويدعم مشروع "نقل المعارف عن الشيخوخة والصحة" الدول الأعضاء لتحديد أولويات العمل ووضع خيارات سياسية مسندة بالبيانات. وقد بدأ تطبيق النهج في غانا عام ٢٠١٣ وسيطبق في الصين عام ٢٠١٤. وتعمل الأمانة أيضاً من أجل دعم تطوير بيانات مادية واجتماعية تنهض بالتمتع بالصحة والنشاط في مرحلة الشيخوخة عبر الشبكة العالمية للمنظمة للمدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين. وتشجع هذه الشبكة تبادل الخبرات والمعارف المكتسبة بين المدن والمجتمعات المحلية العاملة على إنشاء بيئات "مراعية للمسنين" تكون شاملة وفي المتناول. وتضم حالياً أكثر من ١٥٠ عضواً من المدن والمجتمعات المحلية في ٢١ بلداً في جميع أنحاء العالم وعشرة برامج قطرية مرتبطة بها.

٢٠- وعلى الرغم من ذلك، هناك حاجة إلى المزيد من الدعم الذي يشمل ما يلي:

- تحديد أفضل الخطوات التي يمكن للبلدان على مختلف مستويات التنمية أن تتخذها لتكوين سلسلة متكاملة من خدمات الرعاية تشمل الرعاية الصحية الأولية ورعاية المرضى الموجودين في المستشفيات والرعاية الطويلة الأجل ورعاية المحتضرين؛
- تحديد استراتيجيات مسندة بالبيانات لتكوين بيئات تنهض بالتمتع بالصحة والنشاط في مرحلة الشيخوخة وتمكن التعاون بين الأجيال؛
- وضع نماذج ومعايير لرصد صحة المسنين وقياسها الكمي؛
- إعداد استراتيجيات لبناء القدرات وتنمية القوى العاملة من أجل تلبية احتياجات المسنين الصحية؛
- تحديد نماذج مستدامة للتمويل من أجل ضمان الحصول على الخدمات.

تكوين المعارف وإدارتها

٢١- ستنتشر المنظمة التقرير العالمي الأول عن الشيخوخة والصحة عام ٢٠١٥. وسيمد هذا التقرير الدول الأعضاء بمرجع حاسم بتحديد المعارف الحالية وتقديم عرض موجز عن دراسات الحالة المتصلة بأنشطة الاستجابة المبتكرة وتوضيح ثغراتنا المعرفية. ومع ذلك، هناك حاجة ملحة إلى ضمان إدراج هذه الثغرات المعرفية في برامج العمل البحثية العالمية.

٢٢- وكخطوة أولى، لابد من جمع البيانات التي تحصلها المنظمة طيلة مسار العمر وتصنيفها حسب الجنس والسن للتمييز بين مختلف مراحل الشيخوخة. وينبغي أيضاً أن تعزز المعايير والممارسات التي توصي المنظمة الدول الأعضاء باتباعها لجمع البيانات التصنيف حسب الجنس والسن طوال مسار الحياة. وعلاوة على ذلك، تمس الحاجة إلى مؤشرات موضوعية لرصد صحة البالغين المسنين تشمل المحددات والعواقب وينبغي تشجيع أنشطة البحث التي تحدد التدخلات ذات المردود الأعلى.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

٢٣- المجلس مدعو إلى الإحاطة علماً بهذا التقرير وتقديم المزيد من الإرشادات.

= = =