

العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يمتد طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة: مسودة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة

تقرير من الأمانة

١- تتزايد شيخوخة السكان في جميع أنحاء العالم بخطى حثيثة. وستضاعف نسبة سكان العالم البالغة أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر من حوالي ١١٪ إلى ٢٢٪ بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٥٠. ويتوقع أن يرتفع العدد المطلق للأشخاص البالغة أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر من ٩٠٠ مليون نسمة في عام ٢٠١٥ إلى ١٤٠٠ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٣٠ و ٢١٠٠ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٥٠ ويمكن أن يرتفع إلى ٣٢٠٠ مليون نسمة في عام ٢١٠٠. وستناهز نسبة السكان البالغة أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر ٣٤٪ من سكان أوروبا بينما تقارب نسبتهم ٢٥٪ من سكان أمريكا اللاتينية والكاريبي وسكان آسيا بحلول عام ٢٠٥٠. وتتسم أفريقيا بهيكل السكان الأصغر سناً مقارنة بأي منطقة رئيسية غير أنها ستشهد زيادة بالقيمة المطلقة في عدد سكانها البالغة أعمارهم ٦٠ سنة أو أكثر من ٤٦ مليون نسمة في عام ٢٠١٥ إلى ١٤٧ مليون نسمة في عام ٢٠٥٠.

٢- ولهذه الزيادة في عدد سنوات العمر وهذا التجديد في بنية المجتمع تأثير شديد في كل فرد من الأفراد وفي المجتمعات التي يعيش فيها الأفراد. ويمكن التنبؤ بهذه الاتجاهات إلى حد بعيد بخلاف معظم التغييرات التي يشهدها المجتمع في فترة الخمسين سنة المقبلة. ونعلم أن التحول الديمغرافي إلى شيخوخة السكان سيحدث ويمكننا التخطيط للاستفادة من ذلك التحول إلى أقصى حد.

٣- ولا يتيح طول العمر الفرصة لإعادة النظر في وضع مرحلة الشيخوخة المحتمل فحسب بل في سبل نمو جميع مراحل عمر الفرد المحتملة إلا أن مدى إمكانية استفادة كل فرد من الأفراد والمجتمع على نطاق أوسع من هذا التحول الديمغرافي سيعتمد اعتماداً شديداً على عامل رئيسي واحد ألا وهو عامل الصحة. وغالباً ما يفترض أن زيادة طول العمر مصحوبة بالتمتع بالصحة الجيدة لفترة مطولة غير أن هناك للأسف بيانات قليلة تدل على تمتع المسنين في الوقت الحاضر بصحة أفضل من صحة آبائهم في مرحلة العمر ذاتها. وعلاوة على ذلك، ليس التمتع بالصحة الجيدة في مرحلة الشيخوخة موزعاً توزيعاً متساوياً بين البلدان أو داخلها.

٤- ويرتبط معظم المشاكل الصحية المعانئ منها في مرحلة الشيخوخة بالأمراض المزمنة وخصوصاً الأمراض غير السارية. ويحتل الوقاية من هذه الأمراض أو تأخير ظهوره عن طريق السلوك الصحي. وفي الواقع، يمكن أن يعود النشاط البدني والتغذية الجيدة حتى في مرحلة متقدمة جداً من العمر بفوائد عظيمة

على الصحة والعافية. ويمكن تنفيذ التدبير العلاجي الفعال للمشاكل الصحية الأخرى وحالات تدهور القدرات ولاسيما في حال الكشف عنها في وقت مبكر بما فيه الكفاية. وقد تكفل البيئات الداعمة حتى لدى الأشخاص المعانين من تدهور قدراتهم تمكنهم من العيش الكريم والنمو الشخصي المستمر على أن هذا المثال الأعلى هو بعيد المنال في العالم وخاصة بالنسبة إلى المسنين الفقراء والمسنين المنتمين إلى الفئات الاجتماعية المحرومة. وهناك حاجة ملحة إلى إجراءات شاملة في مجال الصحة العمومية. ويمكن أخذ هذه الإجراءات في عين الاعتبار في سياق أهداف التنمية المستدامة التي ترسي أسس العمل الدولي والمتعدد الأقطار بين عامي ٢٠١٥ و ٢٠٣٠ وتشمل الهدف ٣ المتمثل فيما يلي: "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار من خلال تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية".

٥- وفي أيار/ مايو ٢٠١٤، طلبت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون من المدير العام أن يضع، بالتشاور مع الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة الآخرين، وبالتنسيق مع المكاتب الإقليمية، وفي حدود الموارد المتاحة، استراتيجية عالمية شاملة وخطة عمل بشأن الشيخوخة والصحة، كي ينظر فيهما المجلس التنفيذي في كانون الثاني/ يناير ٢٠١٦ وجمعية الصحة العالمية التاسعة والستون في أيار/ مايو ٢٠١٦.

٦- ووُضعت هذه الاستراتيجية عبر عملية تشاور مستفيضة. وانطلق وضع الاستراتيجية من التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة الذي صدر عام ٢٠١٥ واستند ذلك إلى ١٩ وثيقة معلومات عامة أعدها خبراء في مجالات رئيسية متصلة بالشيخوخة والصحة إضافة إلى مساهمات ممثلي منظمات رئيسية معنية بشؤون المسنين ومنظمات المجتمع المدني المعنية بالشيخوخة والمنظمات الدولية والهيئات المهنية والعديد من الخبراء. وشملت العملية مشاورات مباشرة أجريت في نيسان/ أبريل ٢٠١٥ ونظرت في المسائل السياسية الرئيسية والإجراءات المحتملة لتناولها.

٧- وأعدت "مسودة أولية" للاستراتيجية في الفترة من أيار/ مايو إلى آب/ أغسطس ٢٠١٥ بناءً على إطار العمل بشأن الشيخوخة في مجال الصحة العمومية المبين في التقرير والمشاورات الإضافية التي أجريت مع مجموعة كبيرة من أصحاب المصلحة بمن فيهم موظفون من كل مكتب إقليمي. وتتوفر استراتيجيات أو أطر عمل بشأن الشيخوخة والصحة في خمسة أقاليم (الأمريكتان وجنوب شرق آسيا وأوروبا وشرق المتوسط وغرب المحيط الهادئ) من الأقاليم الستة وقد وجهت هذه الاستراتيجيات والأطر أيضاً المسودة الأولية.

٨- وتسنى للمشاورات الخاصة بالتقرير والمسودة الأولية للاستراتيجية أيضاً الاستناد إلى الآليات التي أنشئت على نطاق المنظمة لضمان استجابة "المنظمة ككل" لشيخوخة السكان. ويشمل ذلك الاجتماعات المنتظمة لجميع الإدارات المشاركة في الأعمال المرتبطة بالشيخوخة وأنشطة المشاركة الإلكترونية المنتظمة مع الموظفين في المكاتب الإقليمية والقطرية. وقد استفاد التقرير والمسودة الأولية من مساهمات العديد من الخبراء والمراكز المتعاونة مع المنظمة في هذا الموضوع.

١ المقرر الإجرائي ج ص ٦٧ (١٣) (٢٠١٤).

٢ التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٥ (على الموقع الإلكتروني التالي: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_en.pdf، تم الاطلاع في ٣ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٩- وُوزعت المسودة الأولية المتاحة باللغتين الإنكليزية والفرنسية واستُعرضت على نطاق واسع عبر عملية تشاور مستفيضة أُجريت في الفترة من نهاية شهر آب/ أغسطس إلى نهاية شهر تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٥ وشملت ما يلي: مشاورات على شبكة الإنترنت مفتوحة للجميع (من ٢٠ آب/ أغسطس إلى ٣٠ تشرين الأول/ أكتوبر)؛ ومشاورات إقليمية نظمها المكتب الإقليمي لأفريقيا (برازافيل، ٢٣-٢٤ أيلول/ سبتمبر) وجسدت عكوف الإقليم على وضع إطاره الإقليمي الأول بشأن الشيخوخة والصحة بالتوازي مع عملية وضع الاستراتيجية العالمية؛ وجلسات للإحاطة بالمعلومات عقدتها بعثات البلدان الدائمة لدى الأمم المتحدة في جنيف ومساهمات البعثات (٢٨ أيلول/ سبتمبر)؛ ومناقشات معمقة مع الدول الأعضاء والمنظمات غير الحكومية المهتمة (أيلول/ سبتمبر وتشرين الأول/ أكتوبر) ومع منظمات التكامل الاقتصادي الإقليمي والمنظمات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة (تشرين الأول/ أكتوبر). وورد أكثر من ٥٠٠ تعليق من الأشخاص والمنظمات في ٥٥ بلداً عبر الاستقصاء المنظم بشأن المسودة الأولية. وضمت الجهات المجيبة الجهات التالية: الدول الأعضاء أي الوزارات أو الوكالات الحكومية (٢٢٪) والأفراد بمن فيهم المسنون (٥١٪) والمجتمع المدني وسائر المنظمات غير الحكومية (٢٤٪) ومؤسسات البحث والمؤسسات الأكاديمية (١٩٪) والمنظمات الدولية (٩٪).

١٠- وأدت هذه التعليقات إلى استكمال إعداد مسودة أولية للاستراتيجية في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٥ وإتاحتها بجميع لغات المنظمة الرسمية الست. واستُعرضت المسودة الأولية عبر عملية تشاور إضافية أُجريت في الفترة من منتصف شهر تشرين الأول/ أكتوبر إلى منتصف شهر تشرين الثاني/ نوفمبر ٢٠١٥. وشملت هذه العملية مشاورات إقليمية أُجريت مع الدول الأعضاء والجهات صاحبة المصلحة الأخرى قبل المشاورة العالمية وأشرفت عليها المكاتب الإقليمية التالية: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (جنيف، ٢٨ تشرين الأول/ أكتوبر) والمكتب الإقليمي لأفريقيا (جنيف، ٢٨ تشرين الأول/ أكتوبر) والمكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا (جنيف، ٢٨ تشرين الأول/ أكتوبر) والمكتب الإقليمي للأمريكتين (جنيف، ٢٨ تشرين الثاني/ نوفمبر). وأُجريت مشاورات إضافية في حدود الموارد المتاحة مع موظفين رئيسيين في المكتب الإقليمي لأوروبا والمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ ومقر المنظمة الرئيسي (تشرين الأول/ أكتوبر).

١١- وأُجريت مشاورة عالمية وجهاً لوجه مع ١٨٠ مشاركاً منهم ممثلون لحوالي ٧٥ دولة عضواً للمنظمات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة والجهات الشريكة الدولية والوطنية مثل وكالات التنمية ومنظمات المجتمع المدني (بما فيها المنظمات المعنية بشؤون المسنين) والجمعيات المهنية في ٢٩ و ٣٠ تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠١٥. وساهمت جميع المكاتب الإقليمية الستة في تحديد المشاركين من جميع مجموعات الجهات صاحبة المصلحة وعممت المسودة الأولية على نطاق واسع. وورد أيضاً ١٠٠ تعليق إضافي على نص مسودة الاستراتيجية قبل نهاية شهر تشرين الأول/ أكتوبر. ويتاح جدول زمني مفصل لبرنامج المشاورات إضافة إلى المسودات السابقة والتقارير غير الرسمية بما في ذلك المعلومات المفصلة عن المشاركين على الموقع الإلكتروني للمنظمة.^١

١٢- واستخدمت الأمانة التعليقات المقدمة أثناء هذه المشاورات غير الرسمية في إعداد المسودة المحدثة للاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة، وقد نظر المجلس التنفيذي في تقرير عنها وأحاط به علماء في دورته الثامنة والثلاثين بعد المائة.^٢ وأثناء مناقشة المجلس أُعربت ٣٠ دولة عضواً من جميع أقاليم المنظمة وخمس منظمات غير حكومية ذات علاقات رسمية مع المنظمة ومنظمة دولية واحدة، عن تقديرها لمسودة الاستراتيجية وخطة العمل وعملية التشاور الشاملة للجميع والشفافة. وقد حظى جميع الموضوعات

١ انظر <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/> (تم الاطلاع في ٣ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢ انظر الوثيقة مت ١٦/١٣٨ والمحضر الموجز للدورة الثامنة والثلاثين بعد المائة للمجلس التنفيذي، الجلسة السادسة (الوثيقة مت ١٦/١٣٨/٢ سجلات/ ٢ (بالإنكليزية)).

الاستراتيجية وكلا الهدفين بالتأييد الشديد واعتُبر التنفيذ أولوية في جميع الأقاليم. وقد سُلط الضوء على ضرورة مواصلة التركيز على بضعة مجالات، بما في ذلك تعزيز مراعاة الإجراءات للاعتبارات الخاصة بنوع الجنس، وتبادل السياسات والممارسات الجيدة، وإدراج الخرف والأمن الغذائي والصحة الجنسية والتكنولوجيات المساعدة، ووضع مؤشرات قابلة للقياس من أجل قياس التقدم خلال الفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠ وتقدير المتطلبات من الموارد للعمل في هذا المجال.

١٣- واستجابةً لتعليقات الدول الأعضاء، أدخلت الأمانة بعض التعديلات الطفيفة على الاستراتيجية وعززت خطة العمل في الأعراس الاستراتيجية ١-١ و ١-٢ و ١-٣ و ١-٤ و ٣-٤ و ١-٥ و ٢-٥. وترد مسودة الاستراتيجية وخطة العمل في الملحق.

١٤- وتجدد مسودة الاستراتيجية الالتزام بتركيز الاهتمام على احتياجات المسنين وحقوقهم وتفصل الأدوات السياسية السابقة بتحديد هذا الالتزام في السياق الجديد لأهداف التنمية المستدامة. وتحدد أغراضاً وإجراءات واضحة للدول الأعضاء والأمانة والجهات الشريكة الدولية والوطنية من أجل تعزيز ذلك الالتزام من جانب جميع الجهات صاحبة المصلحة؛ وتهيئة البيئات المراعية للمسنين؛ ومواءمة النظم الصحية مع احتياجات المسنين؛ ووضع نظم للرعاية الطويلة الأجل؛ والارتقاء بأنشطة القياس والرصد والبحث في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

١٥- يُرجى من جمعية الصحة النظر في مسودة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة واعتمادها.

الملحق

مسودة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة

الغرض

١- في عام ٢٠١٤، طلبت جمعية الصحة العالمية السابعة والستون إلى المدير العام أن يقوم، بالتشاور مع الدول الأعضاء وسائر أصحاب المصلحة وبالتنسيق مع المكاتب الإقليمية وفي حدود الموارد المتاحة، "بوضع استراتيجية عالمية شاملة وخطة عمل بشأن الشيخوخة والصحة، لينظر فيهما المجلس التنفيذي في كانون الثاني/يناير ٢٠١٦ وجمعية الصحة العالمية التاسعة والستون في أيار/مايو ٢٠١٦".^١

٢- وتستجيب هذه الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة أيضاً لأهداف التنمية المستدامة التي اعتُمدت مؤخراً، والتي تمثل مجموعة متكاملة لا تتجزأ من الأولويات العالمية للتنمية المستدامة. وتُعد الشيخوخة مسألة ذات صلة بالهدفين ١٥ و ١٧ بصفة خاصة:

- الهدف ١ - القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان، بين جميع الرجال والنساء؛
- الهدف ٢ - القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسنة وتعزيز الزراعة المستدامة، بما في ذلك من أجل المسنين؛
- الهدف ٣ - ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار من خلال التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية؛
- الهدف ٤ - ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع؛
- الهدف ٥ - تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات؛
- الهدف ٨ - تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع؛
- الهدف ١٠ - الحد من انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها، عن طريق تعزيز الدمج الاجتماعي والسياسي والاقتصادي للجميع بغض النظر عن السن؛
- الهدف ١١ - جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وآمنة وقادرة على الصمود ومستدامة، عن طريق توفير سبل استفادة الجميع من مساحات خضراء وأماكن عامة آمنة وشاملة للجميع ويمكن الوصول إليها ولاسيما بالنسبة إلى المسنين؛

١ المقرر الإجرائي جص ع ٦٧ (١٣) (٢٠١٤).

• الهدف ١٦ - التشجيع على إقامة مجتمعات مسالمة لا يُهْمَش فيها أحد من أجل تحقيق التنمية المستدامة، وإتاحة إمكانية وصول الجميع إلى العدالة، وبناء مؤسسات فعالة وخاضعة للمساءلة وشاملة للجميع على جميع المستويات.

٣- وسيطلب تحقيق هذه الأهداف الطموحة بذل جهود متضافرة من أجل تسخير المساهمات العديدة التي يمكن للمسنين أن يسهموا بها في التنمية المستدامة وضمان عدم تخلفهم عن الركب. وتحدد الاستراتيجية الإطار الذي يمكن من خلاله تحقيق ذلك عن طريق التركيز على قدرة المسنين على الأداء. ويمكن تطبيق هذا النهج على كل هدف، من أجل ضمان تلبية احتياجات المسنين واحترام حقوقهم بالقدر الكافي. وفيما يتعلق بالهدف ٣، فإنه يمثل تحولاً كبيراً مقارنة بالأولويات العالمية الصحية السابقة، حيث كان التركيز يتمحور في كثير من الأحيان على الحد من معدل الوفيات في الأعمار الصغيرة. وفي المقابل فإن تركيز الاستراتيجية يتمحور حول نوعية السنوات الإضافية التي تمكننا هذه التدخلات الآن من التمتع بها.

٤- وتستند الاستراتيجية إلى صكين للسياسات الدولية وجهها العمل بشأن الشيخوخة والصحة منذ عام ٢٠٠٢ - خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة^١ وإطار السياسات بشأن التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة^٢. ويشير كلاهما إلى الحق في الصحة وإطاره القانوني الدولي، ويسلطا الضوء على مهارات المسنين وخبراتهم ومساهماتهم المحتملة، بغض النظر عن أوجه القصور البدني والإدراكي لديهم، ويرسما خريطة طيف واسع من المجالات حيث يمكن للعمل السياسي أن يُمكن من هذه المساهمات وأن يكفل الأمن في الكبر.

٥- ومع ذلك، فإن التقدم المُحرز في تحسين صحة المسنين منذ عام ٢٠٠٢ لم يكن متساو وكان في العموم غير كاف. ويلزم تجديد الالتزام وحشد استجابة أكثر تنسيقاً. وبالتالي فإن هذه الاستراتيجية تتوسع في الصكوك السابقة من أجل تناول تفاصيل الإجراءات اللازمة لتحقيق ذلك. وبذلك فهي تحافظ على النهج القائم على الحقوق الذي انتهجه السكان وتسعى إلى التغلب على العقبات القانونية والاجتماعية والهيكلية التي تحد من التمتع بالصحة في الكبر، كما تسعى إلى ضمان الوفاء بالالتزامات القانونية التي قطعتها الأطراف الفاعلة من الدول ومن غير الدول في سبيل احترام هذه الحقوق وحمايتها وإعمالها.

٦- وتوضح الاستراتيجية إطاراً للعمل يمكن اتباعه من جانب جميع أصحاب المصلحة المعنيين خلال فترة الخمسة عشر عاماً المحددة لأهداف التنمية المستدامة. كما توضح الإجراءات الفعلية التي يمكن اتخاذها في هذا الإطار خلال فترة السنوات الخمس من عام ٢٠١٦ إلى عام ٢٠٢٠.

علاقة الاستراتيجية بالاستراتيجيات والخطط القائمة

٧- تستند الاستراتيجية أيضاً إلى خمس استراتيجيات وخطط عمل إقليمية للمنظمة تتناول صحة المسنين وتجسد المشاورات الموسعة مع الدول الأعضاء وسائر أصحاب المصلحة. وهي تضيف القيمة بتوفير رؤية عامة وإطار للصحة العمومية لتنسيق الإجراءات العالمية، وتؤكد أهمية التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة كأحدى أولويات الصحة العمومية وضرورة التزام الدول الأعضاء بحشد استجابة للصحة العمومية تتسم بالاستدامة

١ الإعلان السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة. نيويورك: الأمم المتحدة، ٢٠٠٢. http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf، تم الاطلاع في ٣ آذار/ مارس ٢٠١٦).

٢ التمتع بالنشاط في مرحلة الشيخوخة: إطار للسياسات. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٢ (الوثيقة HO/NMH/NPH/02.8؛ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf، تم الاطلاع في ٤ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٥).

وتسترشد بالبيّنات. وتجسد الاستراتيجية أيضاً الالتزامات والنهوج والمنصات القائمة وتكمّلها، مثل التغطية الصحية الشاملة، والمحددات الاجتماعية للصحة، ومكافحة الأمراض غير السارية، والوقاية من العجز والعنف والإصابات، وتهيئة المدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين، وتعزيز الموارد البشرية الصحية، وتطوير الرعاية المتكاملة التي تركز على الناس، ومكافحة الخرف، وضمان تقديم الرعاية الملطفة.

٨- وتستند الاستراتيجية إلى التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة.^١ ويوضح هذا التقرير نموذجاً مفاهيمياً للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ويضع إطاراً للصحة العمومية للعمل على تعزيزه. وقد استُخدم هذا الإطار كنقطة انطلاق للمشاورات الموسعة التي أفضت إلى المسودة النهائية للاستراتيجية.

الوضع العالمي

٩- اليوم، لأول مرة في التاريخ، يمكن لمعظم الناس أن يتوقعوا أن يعيشوا ليلغوا الستين من العمر بل ويتجاوزوها. ويجسد ذلك نجاحنا في التعامل مع أمراض الطفولة القاتلة، ووفيات الأمومة، وفي الآونة الأخيرة وفيات المسنين. وإلى جانب التراجع الواضح في معدلات الخصوبة، تؤدي هذه الزيادة في متوسط العمر المتوقع إلى تغيير كبير أيضاً في البنية السكانية، ألا وهو شيخوخة السكان.

١٠- وتُعد الأعمار الطويلة مورداً قيماً للغاية، بالنسبة إلى كل منا كأفراد وبالنسبة إلى المجتمع الأوسع نطاقاً سواءً بسواء. فالمسنون يشاركون ويسهمون في المجتمع بطرق شتى، بما في ذلك كمدرّبين ومقدمين للرعاية وفنانين ومستهلكين ومبتكرين ورجال أعمال وأعضاء في القوى العاملة. ومن شأن هذه المشاركة الاجتماعية أن تعزز بدورها صحة المسنين أنفسهم وعافيتهم.

١١- ومع ذلك فإن حجم الفرص التي تنشأ عن طول العمر سيتوقف بدرجة كبيرة على عامل رئيسي واحد، ألا وهو صحة هؤلاء السكان المسنين. فإذا ما حظي الناس بهذه السنوات الإضافية وهم يتمتعون بالصحة الجيدة ويعيشون في بيئة داعمة، فإن قدرتهم على أداء الأفعال التي يؤمنون بأهميتها لن تحدّها عقبات كثيرة. ولكن إذا شهدت هذه السنوات المضافة في معظمها تراجعاً في القدرات البدنية والعقلية، فستكون الآثار المترتبة على ذلك بالنسبة إلى المسنين والمجتمع ككل أسوأ بكثير. وبالتالي فإن ضمان التمتع بأكبر قدر من الصحة في الكبر يكتسي أهمية بالغة إذا كنا لنحقق التنمية المستدامة.

١٢- وليس هناك للأسف سوى قدر قليل من البيّنات التي تشير إلى أن المسنين يتمتعون اليوم بصحة أفضل من التي تمتع بها آباؤهم عندما كانوا في مثل سنهم. وفضلاً عن ذلك، فإن التمتع بالصحة في الكبر ليس موزعاً توزيعاً عادلاً، سواء داخل المجموعات السكانية أو فيما بينها. فنجد مثلاً أن النطاق بين البلدان من حيث متوسط العمر المتوقع عند الميلاد يبلغ ٣٨ عاماً، ومن حيث متوسط العمر المتوقع عند الميلاد مع التمتع بالصحة يبلغ ٣٧ عاماً، ومن حيث متوسط العمر المتوقع في الستين من العمر يبلغ ١٣ عاماً. وفضلاً عن ذلك، فقد اتسعت الفجوة في متوسط العمر المتوقع عند بلوغ الستين من العمر خلال العقدين الماضيين، بين البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وعلاوة على ذلك فإن مستويات القدرة داخل مجموعة سكانية معينة تكون في عمومها موزعة على سلم اجتماعي يجسد الأثر التراكمي لمختلف المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة طيلة حياة الفرد. ويتمثل أحد الآثار البالغة الأهمية في أن الأشخاص المسنين الذين لديهم أكبر قدر من

١ التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٥ (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf) تم الاطلاع في ٤ كانون الأول/ديسمبر (٢٠١٥).

الاحتياجات الصحية عادة ما يكونون أيضاً الأشخاص الأقل قدرة على الحصول على الموارد التي قد تساعد على تلبية هذه الاحتياجات. ويترتب على هذا الارتباط آثار على السياسات التي يلزم أن تصاغ بطرق تتغلب على هذه الإجحافات ولا تعززها.

١٣- ومن الممكن تجنب عدم ضمان التمتع باكبر قدر من الصحة في سنوات العمر الإضافية. وترتبط معظم المشكلات الصحية للمسنين بالحالات المرضية المزمنة ولاسيما الأمراض غير السارية. ويمكن الوقاية من العديد من هذه الحالات أو تأخيرها باتباع السلوكيات الصحية، ومن خلال البيئات التي تدعم هذه السلوكيات. وحتى لو ظهرت الأمراض المزمنة فيمكن الحد من آثارها عن طريق الرعاية المتكاملة من أجل تعزيز القدرة والحفاظ عليها أو عكس مسار تراجعها. وفيما يتعلق بالأشخاص الذين يعانون من تراجع كبير في القدرة، فإن البيئات الداعمة من شأنها أن تعزز الكرامة والاستقلال والأداء واستمرار النمو الشخصي. ومع ذلك، فإن العالم مازال بعيداً جداً عن هذا الوضع المثالي، ولاسيما فيما يتعلق بالمسنين من الفقراء والفئات المجتمعية المحرومة.

١٤- وثمة حاجة عاجلة إلى حشد استجابة شاملة لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة.

التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

١٥- إن التغيرات التي تشكل الشيخوخة وتؤثر فيها هي تغيرات معقدة. وعلى المستوى البيولوجي، يؤدي تراكم طيف واسع من الأضرار التي تصيب الجزيئات والخلايا، إلى تراجع تدريجي في الاحتياجات الفيزيولوجية، وزيادة مخاطر الإصابة بأمراض عديدة وتراجع عام في القدرة. ولكن هذه التغيرات ليست خطية ولا متسقة، وهي لا ترتبط بالعمر بالسنوات إلا ارتباطاً ضعيفاً. وبالتالي فإن بعض الأشخاص البالغين من العمر ٧٠ عاماً قد يتمتعون بقدرة بدنية وعقلية جيدة، في حين قد يعاني بعضهم الآخر من الضعف ويحتاجون إلى قدر كبير من الدعم من أجل تلبية احتياجاتهم الأساسية.

١٦- وفيما يتجاوز هذه الخسائر البيولوجية، فإن الكبر عادة ما ينطوي على تغيرات أخرى مهمة مثل تبدل الأدوار والأوضاع الاجتماعية. وعلى الرغم من أن بعض هذه التغيرات قد تنجم عن التكيف مع الخسارة، فإن بعضها الآخر يجسد استمرار النمو النفسي في الكبر الذي قد يرتبط بتبلور وجهات النظر الجديدة وتطور السياقات الاجتماعية. وبالتالي فعند حشد استجابة الصحة العمومية للشيخوخة يصبح من الأهمية بمكان النظر في الاستراتيجيات التي تعزز القدرة على الصمود والنمو النفسي الاجتماعي. وحيث إن القواعد الثقافية التي تقيد بأن الكبر هو مرحلة تراجع لابد منها، قد تؤدي إلى تقويض هذه الجهود، فسوف يكون من الأهمية بمكان أيضاً مكافحة القوالب النمطية التي تعرّف حالياً معنى "الكبر".

١٧- وتضع هذه الاستراتيجية إطاراً لهذه الاستجابة من خلال مفهوم التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة الموضح بالتفصيل في التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة. ويُعرّف ذلك بأنه "عملية تطوير القدرة على الأداء التي تمكن من التمتع بالعافية في الكبر". وتحدد هذه القدرة على الأداء بواسطة القدرة الأساسية للشخص (أي مجموع قدرات الشخص البدنية والعقلية - بما في ذلك القدرات النفسية الاجتماعية)، والبيئات التي يعيش فيها (بمعناها الأعم، بما في ذلك البيئات المادية والاجتماعية والخاصة بالسياسات)، والتفاعل بينهما.

١٨- والتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة عملية تستمر طيلة العمر ويمكن أن تكون ذات صلة بالجميع وليس فقط بالأشخاص غير المرضى حالياً. وتتحدد القدرة الأساسية في أي وقت من الأوقات من خلال عوامل عدة، بما في ذلك التغيرات الفيزيولوجية والنفسية الأساسية، والسلوكيات المتعلقة بالصحة، ووجود المرض أو

عدمه. وهذه العوامل تتأثر بدورها تأثيراً شديداً بالبيئة التي عاش فيها الأشخاص طيلة أعمارهم. ونظراً لأن العلاقة التي تربط الشخص بهذه البيئات تتأثر هي نفسها بعوامل مثل نوع الجنس والعرق الذي ينتمي إليهما الشخص، فإن هذه السمات الشخصية ترتبط أيضاً ارتباطاً قوياً بالقدرة في أي وقت من الأوقات.

١٩- ولكن القدرة الأساسية تمثل بعداً واحداً من أبعاد أداء المسنين. فالبنيات التي يعيشون فيها وتفاعلهم معها هي أيضاً من المحددات الرئيسية لما يمكن للمسنين الذين يحظون بمستوى معين من القدرة أن يفعلوه. فهذه البنيات توفر طيفاً من الموارد أو العقبات التي ستحدد في نهاية المطاف إذا ما كان المسنون قادرين على المشاركة في الأنشطة التي يهتمون بها. ومن ثم فإن المسنين الذين يعانون من الفصل العظمي الوخيم قد يحظون بقدرة أساسية محدودة، ولكنهم قد يكونون مع ذلك قادرين على التسوق إذا ما أتيحت لهم استخدام أحد الأجهزة المساعدة (مثل عصا المشي أو الكرسي المتحرك أو دراجة القدم) وكانوا يعيشون بالقرب من وسائل النقل الميسورة التكلفة والتي يسهل الانتفاع بها.

٢٠- وهذا التصور المفاهيمي للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة يجسد ما يتراكم من جوانب القوى والقصور لدى الفرد على مدى العمر. وبالتالي فيمكن للإجراءات الرامية إلى تحسين مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة أن تتخذ في أي سن وسوف يلزم اتخاذها على مستويات متعددة وفي قطاعات متعددة. ونظراً لأن عمل المنظمة في جانب كبير منه يتناول ما يمكن عمله في الأعمار الصغيرة، فإن هذه الاستراتيجية تركز على ما يمكن عمله من أجل الأشخاص في النصف الثاني من أعمارهم.

٢١- وبذلك، فهي تولي عناية خاصة بأهمية تأثير القواعد المتعلقة بنوع الجنس، على مسارات تمتع المسنين في مرحلة الشيخوخة وعلى الأثر الذي قد تتركه الشيخوخة على أسرهم ومجتمعاتهم المحلية. فنوع الجنس له تأثير كبير مثلاً على العديد من السلوكيات المتعلقة بالصحة وما يتعرض له الشخص على مدى العمر. ونتيجة لذلك، فإن النساء عادة ما يعشن حياة أطول من الرجال ولكنهن يتمتعن عموماً بأقل من الصحة طيلة أعمارهن وترتفع معدلات الفقر بينهن مقارنة بالرجال. وفضلاً عن ذلك، فعندما يعاني المسنون من تراجع كبير في القدرة، عادة ما تضطلع الأسرة بدور رئيسي في تقديم الرعاية والدعم اللذين يحتاجون إليهما. وعادة ما تنهض النساء بهذه الأدوار غير المدفوعة الأجر والتي لا تحظى بالاحترام الكافي، ويؤدي ذلك إلى الحد من مشاركة النساء في القوى العاملة والتعليم. وقد يكلف ذلك عافيتهن عند الكبر تكلفة كبيرة، نظراً لأنه قد يحد من تراكم مستحقات المعاشات التقاعدية ويزيد مخاطر الفقر وغير ذلك من أشكال انعدام الأمن.

المبادئ التوجيهية

٢٢- تنطلق الاستراتيجية من افتراض أن الشيخوخة تمثل عملية ذات قيمة وإن كانت في كثير من الأحيان محفوفة بالتحديات. وترى الاستراتيجية أن التقدم في العمر أمر جيد وأن المجتمع يستفيد من السكان المسنين. وفي الوقت ذاته، فهي تقر بأن العديد من المسنين سوف يتكبدون خسائر لا يستهان بها، سواء أكانت خسائر في القدرة البدنية أو الإدراكية، أو في أفراد الأسرة والأصدقاء والأدوار التي اضطلعوا بها في مراحل الحياة السابقة. وبعض هذه الخسائر يمكن تجنبها، وينبغي علينا أن نبذل قصارى جهدنا لمنعها. ولكن بعضها الآخر سيكون حتمياً. وينبغي للاستجابة المجتمعية للشيخوخة عدم إنكار هذه التحديات، والسعي إلى تعزيز التعافي والتكيف والكرامة.

٢٣- وسيطلب ذلك اتباع نهج مؤدية إلى التحول تسلم بحقوق المسنين وتمكنهم من الازدهار في البيئة المعقدة والمتغيرة والتي يصعب التنبؤ بها التي سيعيشون فيها على الأرجح سواء في الحاضر أو في المستقبل.

ومع ذلك، فإن هذه الاستراتيجية لا تتمحور حول سلوكيات إلزامية ينبغي أن يتبناها المسنون، بل تهدف إلى تعزيز قدرة المسنين أنفسهم على ابتكار المستقبل بطرق قد نعجز نحن والأجيال السابقة حتى عن تصورها.

٢٤- ويجب أن تعزز هذه النهج قدرة المسنين على تقديم مساهمات متعددة في بيئة تحترم كرامتهم وحقوقهم الإنسانية، وتخلو من التمييز القائم على نوع الجنس أو السن. وبالتالي فإن الاستراتيجية تستند إلى المبادئ التالية:

- حقوق الإنسان بما في ذلك حق المسنين في التمتع بالقدر الأمثل من الصحة وإعماله على نحو تدريجي وخاضع للمساءلة؛
- المساواة بين الجنسين؛
- المساواة وعدم التمييز، ولا سيما التمييز على أساس السن؛
- الإنصاف (تكافؤ الفرص الخاصة بمحددات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة التي لا تجسد الأوضاع الاجتماعية أو الاقتصادية، أو مكان الميلاد أو الإقامة أو غيرها من المحددات الاجتماعية)؛
- التضامن بين الأجيال (تمكين التماسك الاجتماعي بين الأجيال).

الرؤية والأهداف والأغراض الاستراتيجية

٢٥- تتمثل رؤية الاستراتيجية في عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة. وسيشهد هذا العالم تعزيز القدرة على الأداء طيلة العمر وتمتع المسنين بحقوق وفرص متساوية وإمكانية عيشهم دون التعرض للتمييز على أساس السن.

الرؤية

عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة

الأغراض الاستراتيجية

- ١- الالتزام بالعمل المرتبط بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في كل بلد
- ٢- تهيئة البيئات المراعية للمسنين
- ٣- موازنة النظم الصحية مع احتياجات السكان المسنين
- ٤- وضع نظم مستدامة ومنصفة لتقديم الرعاية الطويلة الأجل (المنزل والمجتمعات المحلية والمؤسسات)
- ٥- تحسين القياس والرصد والبحث في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

خطة العمل في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠

الأهداف

- ١- اتخاذ إجراءات مُسندة بالبيانات لمدة خمس سنوات لتحقيق القدرة القصوى على الأداء وتزويد كل شخص بها.
- ٢- تكوين البيانات والشراكات اللازمة بحلول عام ٢٠٢٠ لدعم عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة من عام ٢٠٢٠ إلى عام ٢٠٣٠.

٢٦- وتحدد خمسة أغراض استراتيجية. ويجسد أول غرضين، أي الالتزام بالعمل المرتبط بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في كل بلد وتهيئة البيئات الممرية للمسنين، الآثار المتعددة والمشاركة بين القطاعات على التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. ويحددان أيضاً معالم السياق الأوسع نطاقاً الذي يمكن فيه لقطاعي الصحة والرعاية الاجتماعية اتخاذ إجراءات أكثر تركيزاً. ويرد عرض هذه الإجراءات ضمن الغرضين الاستراتيجيين ٣ و ٤ المتمثلين في موازنة النظم الصحية مع احتياجات السكان المسنين ووضع نظم للرعاية طويلة الأجل (في المنزل والمجتمعات والمؤسسات). وتحدد الاستراتيجية هذين الغرضين بصورة منفصلة لتيسير إجراءات القطاعات المحددة غير أنه من الضروري أخذهما في عين الاعتبار في إطار سلسلة متكاملة من خدمات الرعاية. أما الغرض الاستراتيجي الأخير أي تحسين أنشطة القياس والرصد والبحث في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة فيتناول الإجراءات اللازمة للمساعدة على إرساء قاعدة البيانات التي يمكن أن تضمن إحداث الآثار المستهدفة والسعي إلى تحقيق الإنصاف والالتزام بالفعالية من حيث التكاليف في إطار جميع الإجراءات. وهناك علاقة ترابط وتداخل ودعم متبادل بين الأغراض الاستراتيجية الخمسة التي تتواءم مع هذه الرؤية المتصلة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. ويشمل كل غرض من الأغراض الاستراتيجية الخمسة ثلاثة مجالات عمل ذات أولوية.

٢٧- ويرد بيان المساهمات المقترحة التي يمكن للدول الأعضاء والأمانة والجهات الشريكة الأخرى تقديمها من أجل تحقيق هذه الرؤية وهذه الأغراض الاستراتيجية خلال الفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠ في التذييل. وتتصاغ هذه المساهمات في ظل هدفين. وتوجد عدة ثغرات كبيرة في فهمنا للعوامل التي يمكن أن تعزز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة غير أن هناك بيانات كافية في عدة ميادين لتحديد الإجراءات التي يمكن اتخاذها في الوقت الحالي للمساعدة على تحقيق هذه الرؤية. وعليه، يركز الهدف الأول أي "اتخاذ إجراءات مُسندة بالبيانات لمدة خمس سنوات لتحقيق القدرة القصوى على الأداء وتزويد كل شخص بها" على ضمان اتخاذ هذه الإجراءات على أوسع نطاق ممكن وعلى نحو يكفل إيلاء عناية خاصة للأشخاص الأقل وصولاً إلى الموارد التي يحتاجون إليها للحفاظ على قدرتهم على الأداء.

٢٨- وعلى الرغم من ذلك، يسلم التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة بعدم توفر البيانات والبنى التحتية في عدة مجالات حاسمة. ويرمي الهدف الثاني أي "تكوين البيانات والشراكات اللازمة بحلول عام ٢٠٢٠ لدعم عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة من عام ٢٠٢٠ إلى عام ٢٠٣٠" إلى استخدام فترة السنوات الخمس ٢٠١٦-٢٠٢٠ لسد هذه الثغرات وضمان تمتع الدول الأعضاء والجهات صاحبة المصلحة الأخرى بوضع يمكنها من تنفيذ إجراءات منسقة ومُسندة بالبيانات طوال عقد يغطي الفترة بين عامي ٢٠٢٠ و ٢٠٣٠.

الغرض الاستراتيجي ١: الالتزام بالعمل المرتبط بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في كل بلد

٢٩- يتطلب تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة القيادة والالتزام. وسوف يعود الاستثمار في عافية المسنين بعائدات اقتصادية واجتماعية كبيرة. وفي بعض الأحيان سيكون عائد هذه الاستثمارات مباشراً. فالاستثمار، مثلاً، في النظم الصحية التي تتواءم على نحو أفضل مع احتياجات المسنين سينتج عنه تمتعهم بقدر أكبر من القدرة الأساسية، ما سيؤدي بدوره إلى تمكينهم من المشاركة والمساهمة بمزيد من النشاط. وقد تكون العائدات الأخرى أقل وضوحاً من ذلك ولكنها لا تقل عنه أهمية. فالاستثمار في الرعاية طويلة الأجل، مثلاً، يساعد المسنين الذين يعانون من خسائر كبيرة في القدرة، على الحفاظ على الحياة بكرامة وعلى الاستمرار في النمو الشخصي، ولكنه من شأنه أيضاً أن يحمي الأسر من الوقوع في براثن الفقر، ويسمح للنساء بالبقاء في القوى العاملة، ويعزز التماسك الاجتماعي عن طريق تقاسم المخاطر على صعيد المجتمع المحلي. كما أن معظم الاستثمارات في البنية التحتية أو السياسات من أجل تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ستعود بفوائد

مباشرة على القطاعات السكانية الأخرى. فإن تحسين إتاحة وسائل النقل والمباني والمساحات العامة أو تكنولوجيا المعلومات والاتصالات المساعدة، على سبيل المثال، من شأنه أن ييسر دمج جميع الأشخاص ومشاركتهم، بما في ذلك الأشخاص المصابين بالعجز والآباء والأمهات ممن لديهم أطفال صغار. وسوف يستفيد الجميع من النظم الصحية الأكثر تكاملاً وتركيزاً على الناس.

٣٠- ويتطلب تمكين جميع الناس من أن يعيشوا حياة طويلة مع التمتع بالصحة اتباع نهج متعدد القطاعات يشارك فيه مختلف القطاعات ومختلف المستويات الحكومية. كما ينبغي التعاون بين الجهات الفاعلة الحكومية وغير الحكومية، بما في ذلك مقدمو الخدمات ومطورو المنتجات والدوائر الأكاديمية والمسنون أنفسهم. ويجب أن تتمثل إحدى الخطوات الرئيسية في العمل الداعم في بناء التحالفات والفهم المشترك للذين يمكن هذا الالتزام المتعدد القطاعات.

٣١- ومع ذلك، فإن هذه الاستراتيجية لا تقترح تنفيذ العمل من أجل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة كبرنامج عمل مستقل بالضرورة. ففي العديد من الحالات، سيتمثل النهج الأشد فعالية في دمج الإجراءات المُسندة بالبيّنات في عمل البرامج والشراكات الصحية الأخرى، أو في سياسات وقوانين القطاعات الأخرى، مثل تلك التي تتعلق بالإسكان والنقل والحماية الاجتماعية والتعليم والتوظيف. ولكن العمل بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة لن يتحقق من تلقاء ذاته، بل سيتطلب القيادة والتنسيق وتحقيق فهم أعمق بكثير لما لدى هذا القطاع المتنامي من السكان من طموحات وإمكانات واحتياجات. ومن شأن هذا الالتزام أن يؤسس القاعدة العامة السياسية والتشغيلية التي تمكن من إجراء العمل الفعال والمتعدد الأبعاد، ويضفي عليه الشرعية. وتتمثل إحدى المسؤوليات المحورية لهذه القيادة وهذا الالتزام في ضمان إعلام المسنين والمنظمات الممثلة لهم، ومشاورتهم وإشراكهم مشاركة نشيطة في صياغة السياسات والقوانين التي تؤثر عليهم وفي تنفيذها ورصدها.

٣٢- ولكن الاستراتيجية تقترح أن مكافحة التمييز ضد المسنين تُعد خطوة أساسية في تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. ويتمثل بعض أهم العقبات التي تقف في سبيل العمل ووضع سياسات الصحة العمومية الفعالة بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، في التصورات الخاطئة المنتشرة والمواقف والافتراضات السلبية بشأن الشيخوخة والمسنين، والتي يمكن أن تؤثر على سلوك الأفراد (بما في ذلك سلوك المسنين أنفسهم)، وعلى القيم والقواعد الاجتماعية. كما يمكن أن تغير تركيز البحث والسياسات بشأن الشيخوخة والصحة بتشكيل التصور المفاهيمي للمشكلات والحلول المحتملة، والطريقة التي تضع بها المؤسسات القواعد والإجراءات وتنفذها. وما لم تتم مكافحة التمييز ضد المسنين وتغيير هذه المعتقدات والإجراءات الأساسية، فإن قدرتنا على اغتنام الفرص الابتكارية لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ستكون محدودة. وسيتطلب ذلك إجراءات متنوعة تشمل التشريعات والتدخلات الرامية إلى تغيير القواعد الاجتماعية والتنوعية.

٣٣- ولذا فإن هذا الغرض الاستراتيجي يركز على وضع أطر وطنية وإقليمية للعمل، وتمكين الدول الأعضاء من الاطلاع على البيّنات القائمة واستخدامها، وبذل جهود ملموسة في سبيل التصدي للتمييز ضد المسنين كخطوة أساسية في تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة.

الغرض الاستراتيجي ١-١: وضع أطر عمل وطنية متعلقة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

٣٤- لا يتعلق تصريف الشؤون بالحكومة وحدها ولكنه يمتد ليشمل علاقتها بالقطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني. ومع ذلك، فبوصفها الحامي النهائي لضمان أن يعيش الناس حياة طويلة مع التمتع بالصحة، فإنها مسؤولة على نطاق مختلف مستوياتها الإدارية، عن وضع السياسات والترتيبات المالية وآليات المساءلة الملائمة. ويلزم أن يحدث ذلك على صعيد القطاعات كافة وعلى مختلف المستويات الحكومية.

٣٥- ويلزم وضع الاستراتيجيات الوطنية والإقليمية الواضحة والمُسندة بالبيّنات، التي تُعنى بالشيخوخة والصحة. ويتطلب تصريف الشؤون الخاصة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة بفعالية، وضع تشريعات وسياسات وخطط مُسندة بالبيّنات، كوثائق مستقلة أو مدمجة على صعيد قطاع الصحة وسائر القطاعات، تولى عناية واضحة بالإنصاف والكرامة الأصلية للمسنين وحقوقهم الإنسانية. ويجب أن تعتمد هذه التشريعات والسياسات والخطط نهجاً قائماً على الحقوق في التنمية وأن تدرج آراء المسنين على نحو منهجي. وعلى ذلك، فإنه يلزم ربط هذه الخطط بآليات التنسيق والمساءلة الفعالة من أجل ضمان تنفيذها. ويمكن أن يعززها مجتمع مدني قوي ولاسيما الرابطة الخاصة بالمسنين وأسرهم وبمقدمي الرعاية، ما من شأنه أي يساعد على وضع سياسات وقوانين وخدمات أشد فعالية وخضوعاً للمساءلة بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. كما سيستفيد العمل أيضاً من تقييم الخبرات وتبادلها دعماً للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة على صعيد البلدان.

الغرض الاستراتيجي ١-٢: تعزيز القدرات الوطنية لوضع سياسات مُسندة بالبيّنات

٣٦- على الرغم من الفجوات الكبيرة في معارفنا، لدينا القدر الكافي من البيّنات الذي يمكن من العمل الآن، وهناك ما يمكن لكل بلد أن يفعله بغض النظر عن وضعه الحالي أو مستوى التنمية فيه. ومن أجل ضمان أن العمل يسترشد بالبيّنات يلزم على رسمي السياسات أن يكونوا على علم بالنتائج الرئيسية للبحوث وأن يمكنوا من إدراجها عند وضع السياسات. وسيتطلب ذلك آليات أشد فعالية لرأب الصدع بين كيفية توليد المعارف وكيفية استخدامها. وتشمل هذه الآليات ما يلي: النظر في سياق السياسات، مثل دور المؤسسات والإرادة السياسية والأفكار والاهتمامات؛ تيسير وضع البيّنات والمعارف ذات الصلة والملائمة التوقيت، وإجراء البحوث ذات الصلة بشأن الشيخوخة والصحة لاستخدامها في ذلك السياق الخاص بالسياسات، بما في ذلك تدخلات النظم الصحية الفعالة من حيث التكلفة التي يمكن تطبيقها في الظروف المحلية؛ التواصل على نحو أفضل وإتاحة نتائج البحوث لصناع القرار بتجميع البيّنات في حزم بحيث يتمكن راسمو السياسات من استخدامها؛ تمكين صناع القرار من استخدام هذه المعلومات من خلال ثقافة تقدر البيّنات والأخذ بها.

٣٧- وتتمثل إحدى آليات تعزيز ترجمة المعارف إلى سياسات وممارسات في الحوارات الخاصة بالسياسات التي تجمع البيّنات القائمة معاً وتقيم مدى ملائمتها للأولويات الوطنية. وسيكون من الأهمية بمكان إشراك المجتمع المدني وتمثيل مختلف الفئات العمرية والمصالح في هذه العمليات من أجل تشكيل عملية وضع السياسات وتنفيذها بما يتماشى مع التوقعات المجتمعية.

الغرض الاستراتيجي ١-٣: مكافحة التمييز ضد المسنين وتغيير فهم الشيخوخة والصحة

٣٨- ينبغي أن تكون مكافحة التمييز ضد المسنين في صميم استجابة الصحة العمومية لشيخوخة السكان، أياً كانت. ورغم التحدي الذي يمثله ذلك، فإن الخبرة في التعامل مع أشكال التمييز الأخرى المنتشرة مثل التمييز بين الجنسين والتمييز العنصري، أثبتت أن المواقف والأعراف من الممكن تغييرها. وتتطلب مكافحة التمييز ضد المسنين على الصعيد المؤسسي اعتماد القوانين للحماية من التمييز على أساس السن، وتعديل أو إلغاء القوانين والعادات أو الممارسات التي تؤدي إلى التمييز المباشر أو غير المباشر، واتخاذ التدابير الإدارية الملائمة الأخرى عند اللزوم. وسيتمثل إجراء رئيسي في التخلي عن التصنيف التعسفي القائم على السن (مثل وصف الأشخاص الذين تجاوزوا سنّاً معينة بالمسنين)، حيث يغفل هذا التصنيف التفاوت الكبير في القدرة في أي عمر من الأعمار وقد يؤدي إلى استجابة مبالغ في التبسيط بالاستناد إلى قوالب نمطية لما ينطوي عليه هذا السن. ومن شأن التخلص من هذه المفاهيم الاجتماعية المقيدة أن يعزز وجهة النظر التي ترى أن الكبر على الرغم مما يستتبعه من خسائر، يمكن أن يمثل مرحلة من النمو الشخصي والإبداع والإنتاجية.

٣٩- وتتطلب مكافحة التمييز ضد المسنين أيضاً اتباع أسلوب جديد في فهم الشيخوخة والصحة ينأى عن تصوير المسنين كعبء وعن الافتراض غير الواقعي بأن المسنين قد تجنبوا اليوم التحديات الصحية التي واجهها آباؤهم وأجدادهم بطريقة ما. وستعتمد التصورات الدقيقة للشيخوخة والصحة منظوراً شاملاً للعمر بأكمله وستسعى إلى زيادة الثقة وإزالة الحواجز بين الأجيال، مع تعزيز الشعور بالهوية المشتركة واحترام أوجه الاختلاف. وتشمل الاستراتيجيات الأساسية حملات التواصل التي تكافح التمييز ضد المسنين على نحو مباشر والجهود المتضافرة في الإعلام والترفيه، سعياً إلى تقديم رؤية متوازنة للشيخوخة.

٤٠- وتتمثل خطوة رئيسية أخرى في مكافحة التمييز ضد المسنين في تجميع البيانات بشأن أدوار المسنين واحتياجاتهم الحالية. ويلزم وضع نماذج اقتصادية جديدة من أجل تقييم المساهمات الإجمالية للمسنين تقيماً شاملاً؛ وتقدير تكلفة تقديم الرعاية (ليس فقط بالنسبة إلى الخدمات العامة وإنما أيضاً بالنسبة إلى مقدمي الرعاية غير الرسميين الذين عادة ما يضطرون بذلك)؛ وتقدير فوائد التدخلات الرامية إلى تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة التي تعود على أداء المسنين ومساهماتهم وعلى المجتمع الأوسع نطاقاً (على حاجتهم إلى الرعاية مثلاً). وسوف توفر البيانات التي ستولد مرجعاً مستمراً للخطاب العام اللاحق.

الغرض الاستراتيجي ٢: تهيئة البيانات المراعية للمسنين

٤١- تمثل البيانات السياقات التي يعيش فيها الناس حياتهم. والبيانات المراعية للمسنين تساعد على تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة بطريقتين، ألا وهما: دعم بناء القدرة الأساسية والحفاظ عليها على مدى العمر، وتمكين المزيد من القدرة على الأداء بحيث يستطيع الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات مختلفة من القدرة أن يادوا الأفعال التي تعد مهمة بالنسبة إليهم.

٤٢- ويمكن أن تستهدف الإجراءات الرامية إلى تهيئة بيانات مراعية للمسنين السياقات المختلفة (البيت أو المجتمع المحلي مثلاً) أو أن تستهدف عوامل بيئية محددة (مثل النقل والإسكان والحماية الاجتماعية والطرق والمنتزهات والمرافق الاجتماعية والصحة والرعاية الطويلة الأجل والمواقف والقيم الاجتماعية)، ويمكن التأثير عليها على مختلف المستويات الحكومية (الوطنية أو الإقليمية أو المحلية). وعندما تأخذ الإجراءات الإقصاء الاجتماعي والعقبات التي تحول دون الحصول على الفرص في الاعتبار أيضاً، فإن هذه الجهود الرامية إلى بناء القدرة على الأداء والحفاظ عليها يمكن أن تؤدي كذلك إلى التغلب على الإجحافات بين فئات المسنين.

٤٣- وتقدم شبكة المنظمة العالمية للمدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين مثلاً جيداً لكيفية تهيئة البيانات المراعية للمسنين بنجاح على الصعيد المحلي. وتجمع الشبكة معاً بلديات من شتى أنحاء العالم تسعى عن طريق العمل المتعدد القطاعات إلى تحويل بيئاتها إلى أماكن أفضل لمعيشة المسنين. وابتخاذ احتياجات المسنين وأفضلياتهم كنقطة انطلاق لتهيئة البيانات المراعية للمسنين، بدلاً من النظر من منظور الخدمات أو من جانب العرض فحسب، تضمن هذه البلديات ملاءمة النهج المحددة للسكان المحليين.

٤٤- وعندما تتسق الإجراءات المراعية للمسنين على صعيد قطاعات ومستويات متعددة، يمكنها تعزيز طيف من مجالات القدرة على الأداء، بما في ذلك "القدرات" الخاصة بتلبية الاحتياجات الأساسية؛ والتحرك، ومواصلة التعلم والنمو واتخاذ القرار؛ وبناء العلاقات والحفاظ عليها؛ وتقديم المساهمات. وعندما تجتمع قطاعات متعددة وأصحاب مصلحة متعددين على الهدف المشترك المتمثل في تعزيز القدرة على الأداء وتشكيل التطور على نحو يعزز هذه القدرات المحددة، من شأن ذلك أن يساعد على ضمان أن المسنين يتقدمون في العمر على نحو آمن في المكان الملائم لهم، وأنهم لا يعانون من الفقر، ويمكنهم مواصلة النمو الشخصي ويمكنهم

المساهمة في مجتمعاتهم المحلية مع احتفاظهم بالاستقلال وتمتعهم بالصحة. ويُعد هذا النهج ملائماً أيضاً في حالات الطوارئ.

٤٥- ومع ذلك، ففي حين أن التدخلات التي تنفذ على صعيد السكان مثل وسائل النقل التي يسهل استخدامها قد توفر مورداً لجميع المسنين، لن يستطيع بعضهم الاستفادة منها استفادة كاملة في غياب الدعم المصمم خصيصاً لهم من أجل تعزيز استقلالهم ومشاركتهم. فمثلاً، قد تتوقف قدرة إحدى النساء المسنات على الحركة على رغبتها في الخروج، وعلى توافر أجهزة التحرك المحددة المرتبطة باحتياجاتها (مشاية أو كرسي متحرك أو ما إلى ذلك)، وعلى مدى إتاحة طرق المشاة والمباني والإضاءة ومأمونيتها، وعلى تكريم سائق الحافلة والركاب الآخرين بمساعدتها على الصعود إلى الحافلة أو النزول منها.

٤٦- ويوضح هذا الغرض الاستراتيجي النهج التي تحقق أكبر قدر من مشاركة المسنين مع التركيز على تعزيز استقلالهم وتمكينهم من المشاركة. ونظراً لأن العمل المتعدد الإجراءات لازماً لتحقيق هذه النهج، فإن النهج الثالث يشير إلى كيفية عمل القطاعات معاً بفعالية من أجل تحقيق أعظم الأثر.

الغرض الاستراتيجي ٢-١: تعزيز استقلال المسنين

٤٧- أشار المسنون مراراً وتكراراً إلى الاستقلال كعنصر أساسي من عناصر العافية وإلى تأثيره القوي على كرامتهم وسلامتهم وحريتهم وعدم اعتمادهم على الآخرين. وللمسنين الحق في الاختيار وفي التحكم في طيف من المسائل، بما في ذلك الأماكن التي يعيشون فيها، والعلاقات التي يقيمونها، والملابس التي يرتدونها، والطريقة التي يقضون بها أوقاتهم، وإذا ما كانوا سيتلقون العلاج. ومع ذلك، فإن العديد من المسنين - ولاسيما النساء - لا يتمتعون بعد بهذه الفرص على مدى أعمارهم. ويجب إعمال هذه الحقوق والحريات الأساسية بغض النظر عن السن والجنس ومستوى القدرة الأساسية، بما في ذلك في حالات الطوارئ والرعاية المؤسسية، ويلزم أن ينص عليها القانون (تم تناول ذلك في الغرض الاستراتيجي ١).

٤٨- ويُشكل الاستقلال بفعل عدة عناصر، بما في ذلك قدرة المسنين، والبيئات التي يعيشون فيها، والموارد الشخصية (مثل العلاقة مع الأبناء وسائر أفراد الأسرة، والأصدقاء، والجيران، والشبكات المجتمعية الأوسع نطاقاً) والموارد المالية التي يمكنهم الاستفادة منها، والفرص المتاحة أمامهم. ويعتمد الاستقلال اعتماداً كبيراً على تلبية احتياجات الشخص المسن الأساسية وعلى إتاحة طيف من الخدمات، مثل النقل والتعلم المستمر طيلة العمر (تم تناول ذلك في الغرض الاستراتيجي ٢-٣). ويتعرض استقلال المسنين للتقويض في حالات الطوارئ بصفة خاصة، إن لم تتخذ الإجراءات الملائمة.

٤٩- ويمكن تعزيز الاستقلال بغض النظر عن مستوى القدرة التي يتمتع بها الشخص المسن بواسطة طيف من الآليات، بما في ذلك التخطيط المسبق للرعاية، ودعم اتخاذ القرار، وإتاحة الأجهزة المساعدة الملائمة. وعندما تتكيف هذه الآليات مع الفرد والبيئة المحيطة به، اللذين قد يتغيران عبر الزمن، من شأنها أن تُمكن المسنين من استبقاء أعلى مستوى من التحكم في حياتهم. وتشمل الإجراءات الأخرى التي تؤثر مباشرة على استقلال المسنين، حماية حقوقهم الإنسانية وكفالتهم عن طريق إنكاء الوعي ووضع التشريعات والآليات التي تنص على انتهاك هذه الحقوق.

٥٠- وعلى النحو الموضح في التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة، فإن أحد المخاطر الرئيسية التي تهدد استقلال المسنين هو إساءة معاملة المسنين، الذي يتضرر منه حالياً واحد من كل ١٠ مسنين يعيشون في المجتمع المحلي، ونسبة أكبر من ذلك من المسنين الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية. ويمثل السقوط

أحد المخاطر الأخرى التي تهدد الاستقلال. وسوف يتعرض نحو ٣٠٪ من الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ عاماً، و ٥٠٪ من الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم ٨٥ عاماً الذين يعيشون في المجتمع المحلي للسقوط مرة واحدة على الأقل سنوياً. ولذا فإنه يلزم اتخاذ إجراءات محددة لحماية حق المسنين في السلامة من الإصابة والعنف وإساءة المعاملة.

الغرض الاستراتيجي ٢-٢: تمكين المسنين من المشاركة

٥١- من شأن إشراك المسنين في عمليات التنمية أن يساعد على بناء مجتمعات متماسكة تنعم بالسلام والإنصاف والأمن. ولا يؤدي استبعاد المسنين من هذه العمليات إلى تقويض عافيتهم ومساهماتهم فحسب، بل قد يؤثر أيضاً تأثيراً كبيراً على عافية الأجيال الأخرى وإنتاجيتها. فالمسنون يقدمون مساهمات اجتماعية واقتصادية عديدة إلى أسرهم ومجتمعاتهم المحلية ومجتمعاتهم الأعم، مثل مساعدة الأصدقاء والجيران، وتدريب الأقران والأشخاص الأصغر سناً، ورعاية أفراد الأسرة والمجتمع المحلي الأوسع نطاقاً، وكمستهلكين وعاملين ومتطوعين. ولذا فيجب أن يكون تمكين مشاركة المسنين هدفاً محورياً للتنمية الاجتماعية الاقتصادية، ويُعد ضمان استطاعتهم المشاركة في هذه العمليات والاستفادة منها ضرورياً.

٥٢- ومن شأن الاستثمار في المسنين من خلال التنظيمات المجتمعية والمنظمات المعنية بالمسنين ومجموعات المساعدة الذاتية، على سبيل المثال، أن ييسر مشاركة المسنين. وعندما تكون هذه المنظمات مطورة وممولة على النحو الملائم، يمكنها أيضاً أن تضطلع بدور مهم في تقديم الخدمات، بما في ذلك في حالات الطوارئ، مثلاً عن طريق تحديد الأشخاص المسنين الذين قد يتعرضون للعزل والوحدة، وتوفير المعلومات، ودعم الأقران والرعاية الطويلة الأجل، وضمان إتاحة الفرصة أمام المسنين لمواصلة بناء وحفظ المهارات التي يحتاجون إليها كي يهتدوا إلى طريقهم في هذا العالم المتغير ويستفيدوا منه ويؤثروا فيه.

الغرض الاستراتيجي ٢-٣: تعزيز العمل المتعدد القطاعات

٥٣- تؤثر معظم السياسات والنظم والخدمات تأثيراً مباشراً على قدرة المسنين على التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. كما تؤثر الطريقة التي تقدم بها هذه السياسات والنظم والخدمات تأثيراً مختلفاً على المسنين وأسرهم.

٥٤- ولا يمكن لقطاع واحد أن يعزز قدرة المسنين على الأداء. فالقدرة على الحركة مثلاً، تتأثر تأثيراً مباشراً بالقطاعات المسؤولة عن النقل، والتخطيط الحضري، والإسكان، والإعلام، والصحة، والرعاية الاجتماعية. ومن شأن العمل معاً أن يحقق مكاسب مهمة ناجمة عن زيادة الكفاءة، حيث قد يؤدي العمل في مجال معين إلى الحد من الاحتياجات في المجالات الأخرى. فإدخال التعديلات على المساكن أو توفير التكنولوجيات المساعدة، مثلاً، قد يقلل من الحاجة إلى الرعاية الطويلة الأجل.

٥٥- وفي إمكان الاستراتيجيات وخطط العمل الوطنية والإقليمية بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، على النحو الموضح في الغرض الاستراتيجي ١، أن توفر إطاراً للعمل من جانب أصحاب المصلحة المعنيين. ومع ذلك فيلزم اتخاذ إجراءات فعلية ومتسقة داخل القطاعات وعلى نطاقها، إذا كانت هذه الأطر تؤثر تأثيراً إيجابياً على قدرة المسنين على الأداء. وفضلاً عن ذلك، يلزم أن تشمل هذه الجهود البرامج والمبادرات المتنوعة المتعددة القطاعات الضرورية لتعزيز القدرة على الأداء، بما في ذلك وضع نُظم الحماية الاجتماعية واستدامتها، وتحسين إتاحة الإسكان الملائم، والتمكين من التعلم المستمر طوال الحياة، وتقديم الرعاية الصحية والطويلة الأجل الفعالة، وتعزيز مساهمة المسنين في القوى العاملة عن طريق التطوع والنهوض بالأدوار الاجتماعية الأخرى.

وسيختلف تنفيذ هذه البرامج والمبادرات بطبيعة الحال من مكان إلى مكان وبين المستويات الحكومية ووفقاً للظروف (بين السياقات المتضررة من الكوارث والسيقات غير المتضررة، على سبيل المثال).

٥٦- ويُعد جمع واستخدام المعلومات المصنفة وفقاً للسن والحالة الاجتماعية الاقتصادية بشأن قدرة المسنين على الأداء، مهمين من أجل توثيق عدم المساواة والتصدي للإجحافات، وتقييم مدى فعالية السياسات والنظم والخدمات القائمة في تلبية الاحتياجات واحترام حقوق جميع المسنين، وتحديد ما يعترضها من الثغرات. كما تُعد إمكانية الاطلاع على المعلومات والممارسات الجيدة مهمة للحكومات وسائر أصحاب المصلحة الرئيسيين في سبيل دعم تنفيذ خطط العمل والدعوة إلى العمل والدعم السياسي والتقني من أجل التنفيذ.

الغرض الاستراتيجي ٣: موازنة النظم الصحية مع احتياجات السكان المسنين

٥٧- مع تقدم الأشخاص في السن عادة ما تصبح احتياجاتهم الصحية مزمنة وأشد تعقيداً. وقد ثبت أن النظم والخدمات الصحية التي تلبي هذه الاحتياجات المتعددة الأبعاد على نحو متكامل أشد فعالية من الخدمات التي تمثل مجرد ردود أفعال مستقلة لكل مرض محدد. ومع ذلك فالعديد من النظم القائمة مصممة تصميمياً أفضل لعلاج الحالات القصيرة المدى، وتستمر في إدارة المشكلات الصحية على نحو غير مترابط ومجزأ، وتفتقر إلى التنسيق على صعيد مقدمي الخدمات والأماكن والأوقات. وينتج عن ذلك خدمات رعاية صحية وخدمات أخرى لا تعجز فحسب عن تلبية احتياجات المسنين على نحو كافٍ، بل تؤدي إلى تكاليف كبيرة ويمكن تجنبها، بالنسبة إلى المسنين والنظام الصحي سواءً بسواء. وحيثما توجد الخدمات، كثيراً ما تكون هناك عقبات تحد من قدرة المسنين على الوصول إليها، مثل غياب وسائل المواصلات، وارتفاع التكلفة، والتمييز ضد المسنين في تقديم الرعاية الصحية.

٥٨- وغالباً ما يغفل الفنيون الصحيون المشكلات التي تهم المسنين مثل قرح الفراش، والألم المزمن، وصعوبة السمع أو الإبصار أو المشي أو أداء الأنشطة اليومية أو الاجتماعية. ومازال التركيز السريري في الرعاية الصحية الأولية يتمحور حول الكشف عن الأمراض وعلاجها؛ ونظراً لأن هذه المشكلات لا تعتبر أمراضاً، فإن مقدمي الرعاية الصحية قد لا يكونوا على دراية بكيفية التعامل معها، وعادة ما يفتقرون إلى الإرشادات بشأن التعرف على حالات الضعف ومتلازمات الشيخوخة، أو التدريب على ذلك. ويؤدي ذلك إلى عزوف المسنين عن تلقي الخدمات، وعدم التزامهم بالعلاج، أو عدم تقدمهم إلى عيادات الرعاية الصحية الأولية، اعتقاداً منهم بأنه لا يوجد علاج للمشكلات التي يعانون منها. وعادة ما لا تُكتشف العلامات الأخرى المبكرة لتراجع القدرة على الأداء مثل سرعة المشي أو قوة العضلات، ولا تُعالج أو تُرصد، ما يُعد بالغ الأهمية في تأخير تراجع القدرة وعكس مساره. ويلزم إدخال الجديد من نهج ونماذج التدخلات السريرية على مستوى الرعاية الصحية الأولية، إذا كان الهدف يتمثل في منع الاعتماد على الرعاية والاحتفاظ بالقدرة الأساسية.

٥٩- وينبغي إجراء تحول في الطريقة التي تصمم بها النظم الصحية، لضمان الإتاحة الميسورة التكلفة للخدمات المتكاملة التي تركز على احتياجات المسنين وحقوقهم. ويلزم أن تستجيب هذه النظم للاحتياجات المتنوعة للمسنين، بما في ذلك من يتمتعون بمستويات عالية ومستقرة من القدرة الأساسية، ومن يشهدون تراجعاً في هذه القدرة، ومن يعانون من خسائر في القدرة تتطلب الرعاية والدعم من جانب الآخرين.

٦٠- ويمكن تحقيق ذلك من خلال الهدف المشترك المتمثل في مساعدة المسنين على بناء أفضل قدر من القدرة على الأداء والحفاظ عليه في جميع مراحل العمر. ويتطلب ذلك التنسيق بين طيف واسع من الخدمات، بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض؛ وإجراء فحوص التحري والكشف المبكر وتقديم الرعاية القصيرة المدى؛ وتقديم التدبير العلاجي المستمر للحالات المزمنة؛ والتأهيل وتقديم الرعاية الملطفة. وسيكتسي التنسيق بين

المستويات المختلفة للخدمات وبين الخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية أهمية بالغة. كما أن توفير التكنولوجيات المساعدة للمسنين الذين تراجعت قدرتهم، غالباً ما سيكتسي أهمية كذلك.

٦١- وكخطوة أولى، سيلزم تصميم الخدمات وفقاً لاحتياجات المسنين وأفضلياتهم. وتتمثل أفضل طريقة لتحقيق ذلك في إشراك المسنين أنفسهم في تخطيط الخدمات. وسيلزم النظر في العديد من المشكلات العملية، بما في ذلك الصعوبة التي قد يواجهها المسنين في الاصطفاف في طوابير الانتظار أو الوقوف لفترات طويلة، وضرورة توفير المراحيض الكافية. وفضلاً عن ذلك، فمن الضروري أن تكون معاملة الخدمات والموظفين للمسنين معاملة تكفل لهم ما يستحقونه من الاحترام. ويشمل ذلك التواصل بطرق فعالة تراعي حالات ضعف البصر والسمع الشائعة.

الغرض الاستراتيجي ٣-١: توجيه النظم الصحية كي تركز على القدرات الأساسية والقدرة على الأداء

٦٢- سيتطلب بناء النظم التي تُمكن من اتباع أفضل مسارات القدرة على الأداء على مدى العمر، أن تتواءم المحركات الأساسية للنظم مع هذا الهدف المشترك. وسيتطلب ذلك إدخال تغييرات كبيرة على طرق جمع المعلومات الصحية والإدارية وتسجيلها وربطها، والتي مازالت حالياً قائمة على الحالات أو التدخلات. ويمكن أن تُستمد المعلومات عن مسارات الأداء من عمليات تقييم القدرة والاستطاعة التي تُعد نقطة الانطلاق لتحقيق الرعاية المتكاملة التي تركز على المسنين وينبغي أن تُجمع على نحو روتيني في كل لقاء لهم بالنظام. ويلزم وضع آليات لأتمتة تخزين المعلومات من أجل السماح بتحديد اتجاهات الأداء عبر الزمن على نحو روتيني. ومن شأن ذلك أن يعود بالفائدة على الممارسة السريرية، وقد يشكل أيضاً في المستقبل أساساً لإدارة الأداء وآليات التمويل. فالمكافآت والحوافز الخاصة بمقدمي الخدمات مثلاً، يمكن أن توجه نحو تمكين أفضل مسارات الأداء الممكنة، لا نحو تقديم تدخلات محددة.

٦٣- وفي العديد من الأماكن، سيلزم استعراض سائر لبنات البناء الأساسية للخدمات، لضمان إمكانية حصول المسنين على الرعاية التي يحتاجون إليها. فسوف يلزم مثلاً تحديد وإتاحة المنتجات الطبية والأجهزة المساعدة الضرورية لتعظيم القدرة الأساسية والقدرة على الأداء لدى المسنين. ففي حين أن استخدام العدسات التي تزرع في العين في جراحة الكاتراكت قد يبدو ترفاً في ظروف شح الموارد، فإن هذه الجراحة يمكن إجراؤها في بضع دقائق باستخدام التخدير الموضعي وتؤدي إلى احتفاظ المسنين باستقلالهم بدلاً من اعتمادهم على رعاية الآخرين.

٦٤- وقد يكون تسخير الابتكارات التكنولوجية (بما في ذلك التكنولوجيات المساعدة وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات) مفيداً بصفة خاصة، وينطبق ذلك على العيادات والمنازل والمجتمع المحلي. كما قد تساعد الابتكارات التكنولوجية أو تقارب التكنولوجيات القائمة، البلدان القليلة الموارد على وضع نماذج للخدمات تقفز بها إلى مستوى الخدمات المقدمة في الأماكن الأخرى.

٦٥- ونظراً لأن العديد من الاضطرابات التي يصاب بها المسنون من الممكن تلافيها ولأن العديد من محداداتها يبدأ في مرحلة سابقة من العمر، يلزم على النظم أن تتضمن استراتيجيات فعالة للوقاية من المرض ومن تراجع القدرات. وفي الأعمار الأصغر عندما يكون مستوى القدرة عالياً، ستكون الأولوية للوقاية من الأمراض غير السارية الشائعة عن طريق التمكين من مزولة النشاط البدني والتغذية الجيدة، وتجنب التبغ والتشجيع على التحلي بالمسؤولية في تعاطي الكحول. وتظل هذه العوامل مهمة طوال الحياة، ولكن إذا بدأت القدرة في التراجع، يمكن أن تبدأ النهج الأخرى التي تساعد المسنين على تجنب أو تأخير الاعتماد على الرعاية. وثمة حاجة إلى نماذج جديدة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض في المسنين، لضمان أن هذه الاستراتيجيات تستند إلى البيانات. ومعظم الإجراءات الناتجة سيكون محلها في البيئات التي يعيش فيها المسنون.

الغرض الاستراتيجي ٣-٢: تطوير وضمان الإتاحة الميسورة للتكلفة للرعاية السريرية المتكاملة الجيدة التي تركز على المسنين

٦٦- تتمثل نقطة الدخول إلى الرعاية المتكاملة التي تركز على المسنين في نظام قوي للتدبير العلاجي للحالات، يتم فيه تقدير الاحتياجات الفردية وتوضع فيه خطة رعاية شاملة مصممة بحيث تلبي الاحتياجات الشخصية وتتمحور حول الهدف الوحيد المتمثل في الحفاظ على القدرة على الأداء. وينبغي لهذه الخطط أن تصمم بحيث تراعي أفضليات الشخص المسن وأهدافه، والطريقة المثلى لتلبيتها وكيفية متابعة التقدم المحرز. وسيتمثل أحد الأهداف الرئيسية في تعزيز التدبير العلاجي الذاتي عن طريق تقديم دعم الأقران والتدريب والمعلومات والمشورة، إلى المسنين ومقدمي الرعاية سواء بسواء.

٦٧- وستكتسي الآليات التي تضمن إمكانية حصول المسنين على الخدمات دون تحمل أعباء مالية أهمية بالغة. وثمة حاجة عاجلة إلى وضع نماذج التمويل المستدامة من أجل تعزيز الخدمات الشاملة والمتكاملة اللازمة للمسنين. وينبغي أن تراعي هذه النماذج ضرورة تقليل الإنفاق من المال الخاص والحد من تجزؤ النظام الصحي إلى أدنى قدر.

٦٨- ولا يعني التكامل والتركيز على القدرة أن تُهمل الخدمات والتدخلات الخاصة بالحالات الصحية الرئيسية التي تصيب المسنين. وتشمل هذه الاعتلالات حالات الضعف العضلي الهيكلي والحسي؛ أمراض القلب والأوعية الدموية وعوامل الخطر مثل فرط ضغط الدم والسكري؛ الاضطرابات النفسية، والخرف وتراجع الإدراك؛ السرطان، وصحة الفم، ومتلازمات الشيخوخة مثل الوهن وسلس البول والهذيان والسقوط. ويلزم مواصلة البحث من أجل تحسين العلاجات المتاحة لكل حالة من هذه الحالات، وينبغي تحديد العمليات لضمان ترجمة نتائج البحوث إلى ممارسات. ولكن سيلزم تنسيق التدبير العلاجي لكل حالة من هذه الحالات المرضية وفقاً لقدرة الشخص المسن على الأداء. وسيلزم أيضاً مراعاة الاعتلالات المصاحبة الشائعة بين المسنين، والمخاطر المرتبطة بالإفراط الدوائي، وأثرها المشترك على الأداء. وقد يتطلب ذلك وضع مبادئ توجيهية سريرية جديدة بشأن كيفية تحقيق المسارات الفضلى للقدرة الأساسية، أو تحديث المبادئ التوجيهية الحالية بشأن الحالات المرضية المحددة من أجل النظر في أثرها على القدرة. كما ستكتسي الخدمات التي تُمكن من التعافي من تراجع القدرة أهمية أيضاً، وكذلك ضمان أن جميع المسنين الذين يحتاجون إلى الرعاية الملطفة قادرين على الحصول عليها.

٦٩- وفضلاً عن ذلك، فإن التحديات الصحية التي يواجهها المسنون ليست جميعها مزمنة. فالمسنون قد يعانون من التراجع السريع في الصحة نتيجة لمرض بسيط قصير المدى أو نتيجة لتفاقم إحدى الحالات الموجودة بالفعل. ومن ثم فإن الإتاحة الملائمة التوقيت للرعاية القصيرة المدى والمتخصصة في مجال الشيخوخة تُعد لازمة بصفة خاصة للمسنين المصابين بالوهن. وعلاوة على ذلك، فإن المسنين يظلون عموماً في حاجة إلى خدمات الصحة النفسية والصحة الجنسية، بما في ذلك الوقاية من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً وعلاجها، ما يُعد أيضاً جزءاً من الجهود الأوسع نطاقاً المبذولة لضمان حماية حقوق وحرّيات الجميع وتعزيزها.

٧٠- ومن أجل تمكين المسنين من قضاء شيخوختهم في أماكن ملائمة لهم، ينبغي تقديم الخدمات في أقرب مكان ممكن من الأماكن التي يعيشون فيها، بما في ذلك تقديم الخدمات في منازلهم وتقديم الرعاية القائمة على المجتمعات المحلية.

الغرض الاستراتيجي ٣-٣: ضمان استدامة القوى العاملة الصحية وتدريبها ونشرها وإدارتها على النحو المناسب

٧١- يحتاج جميع مقدمي الخدمات إلى الكفاءات الملائمة لتلبية احتياجات المسنين. وهي تشمل المهارات في مجال طب الشيخوخة وأمراض الشيخوخة، والكفاءات الأعم اللازمة لتقديم الرعاية المتكاملة، مثل القدرة على تبادل المعلومات باستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، ومكافحة التمييز ضد المسنين، وتقديم الدعم في مجال التدبير العلاجي الذاتي. وبطبيعة الحال، تتطلب الرعاية السريرية للمسنين مشاركة الأفرقة المتعددة الاختصاصات، وستكون الكفاءات الخاصة بالعمل في هذه البيئة ضرورية أيضاً سواء أكان مقدمو الخدمات يعملون في المستشفيات أو في البيئات المجتمعية.

٧٢- وسيطلب ضمان القوى العاملة المدربة تدريباً كافياً أولاً تحديد طبيعة هذه الكفاءات وحجمها وخصائصها. وينبغي بعد ذلك إدراجها في مناهج جميع الفنيين الصحيين. وغالباً ما سيحتاج مقدمو الخدمات الحاليون إلى التطوير المهني لتحقيقها.

٧٣- وسيكون من المهم أيضاً ضمان أن العرض من المتخصصين في طب الشيخوخة يلبي احتياجات السكان، وتشجيع إنشاء وحدات متخصصة في التدبير العلاجي للحالات المعقدة. ومن شأن ذلك أن يضمن توفير العلاج الملائم للحالات الأكثر تعقيداً ويمكن أن يمثل أداة مفيدة للبحث من أجل تحديد نماذج الرعاية الجيدة.

٧٤- وسيلزم النظر أيضاً في الجديد من كوادرات القوى العاملة (مثل منسقي الرعاية ومستشاري التدبير العلاجي الذاتي) والمسارات المهنية، والنظر كذلك في الخيارات المطروحة للتوسع في أدوار العاملين الصحيين الموجودين بالفعل، سواء أكانوا مدفوعي الأجر أم لا وسواء أكانوا من العاملين في المؤسسات الصحية أم في المجتمعات المحلية. وفي العديد من البلدان، سيتمثل أحد التحديات التي سيلزم مواجهتها في شيخوخة القوى العاملة الصحية. وسينبغي فحص نماذج التوظيف التي تعزز استبقاء هؤلاء العاملين المهرة.

الغرض الاستراتيجي ٤: وضع نظم مستدامة ومنصفة لتقديم الرعاية الطويلة الأجل

٧٥- يعاني جميع الأشخاص في مرحلة ما من مراحل العمر من تراجع كبير في قدرتهم. وينطبق ذلك بصفة خاصة على المسنين. وكجزء من حق الناس في الصحة، يحق للمسنين الذي يعانون من فقدان القدرة أو يتعرضون لذلك تعرضاً شديداً أن يتلقوا الرعاية والدعم للحفاظ على أفضل مستوى ممكن من القدرة على الأداء بما يتماشى مع حقوقهم الإنسانية وحياتهم الأساسية وكرامتهم الإنسانية.

٧٦- وفي جميع أنحاء العالم يزداد عدد المسنين الذين يحتاجون إلى الرعاية والدعم زيادة سريعة. وفي الوقت ذاته تتراجع نسبة الأشخاص الأصغر سناً الذين قد يكونون قادرين على تقديم هذه الرعاية، والنساء اللواتي يمثلن مقدمات الرعاية التقليدية داخل الأسرة، يشغلن أدواراً اجتماعية واقتصادية أخرى بالفعل أو يتطلعن لشغلها. ونتيجة لذلك، فإن افتراض أن الأسر تستطيع بمفردها أن تلبي احتياجات المسنين الذين يعانون من تراجع كبير في القدرة قد عفا عليه الزمن ولا يُعد مستداماً ولا منصفاً.

٧٧- وبالتالي فإنه في القرن الحادي والعشرين يلزم على كل بلد أن يحظى بنظام شامل للرعاية الطويلة الأجل التي يمكن أن تقدم في المنزل أو المجتمع المحلي أو داخل المؤسسات. ولهذه الأنظمة فوائد عظيمة تتجاوز تمكين المسنين الذين يعتمدون على الرعاية من مواصلة أداء الأفعال التي يؤمنون بأهميتها والتمتع بالحياة الكريمة. وتشمل هذه الأنظمة إتاحة الوقت أمام النساء كي يمارسن الأعمال التي يرونها مهمة، والحد من استخدام

الخدمات الصحية القصيرة المدى على نحو غير ملائم، ومساعدة الأسر على تجنب الوقوع في براثن الفقر والتعرض لنفقات الرعاية الكارثية. ويتقاسم المخاطر والتكاليف المرتبطة بالاعتماد على الرعاية على مدى الأجيال، يمكن لنظم الرعاية الطويلة الأجل أن تساعد على تعزيز التماسك الاجتماعي.

٧٨- ولوضع الإطار الخاص بكيفية تحقيق ذلك، تعتمد الاستراتيجية تعريف الرعاية الطويلة الأجل المستخدم في التقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة، وهو: "الأنشطة التي ينهض بها الآخرون لضمان أن الأشخاص الذين يعانون من تراجع كبير في القدرة الأساسية على نحو مستمر أو يتعرضون له، يمكنهم الحفاظ على مستوى من القدرة على الأداء يتماشى مع حقوقهم الأساسية وحياتهم الأساسية وكرامتهم الإنسانية".

٧٩- ويستند هذا التعريف إلى مبدئين أساسيين. أولاً، أنه حتى في ظروف التراجع الكبير في الأداء، لا يزال المسنون أمامهم حياة يعيشونها. ومن حقهم التمتع بحرية تحقيق طموحاتهم المستمرة في التمتع بالعافية والمغزى والاحترام، وهم يستحقون ذلك. وثانياً، أن القدرة الأساسية لا تكون ثابتة في هذه المرحلة، مثلها في ذلك مثل سائر مراحل العمر. بل إن التراجع في القدرة يمثل جزءاً من سلسلة متصلة وفي بعض الأحيان يمكن تلافيه أو عكس مساره. ومن ثم فإن تلبية احتياجات الأشخاص في هذه المرحلة من العمر تلبية كاملة، يتطلب بذل الجهود من أجل تحقيق أفضل مسارات القدرة، والحد بالتالي من أوجه القصور التي سينبغي تعويضها عن طريق آليات الرعاية الأخرى.

٨٠- ويلزم على كل بلد أن يضع نظاماً يراعي سياقه الاقتصادي والثقافي، ويكون قادراً على الاستفادة من نظم تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية القائمة بطريقة تعزز الإنصاف بين الأجيال. وليس هناك نظام واحد للرعاية الطويلة الأجل يمكن تطبيقه في جميع الظروف، حتى في البلدان التي تعاني على نحو مماثل من قصور الموارد. وينبغي أن تستند نظم الرعاية الطويلة الأجل إلى شراكة واضحة بين المسنين والأسر والمجتمعات المحلية ومقدمي الخدمات والقطاعين العام والخاص.

٨١- ويتمثل دور رئيسي ينبغي للحكومة أن تنهض به في الإشراف على هذه الشراكات وبناء توافق الآراء بشأن النظام الأنسب. فضلاً عن ذلك، فإن الحكومات في جميع الظروف ينبغي أن تضطلع بدور في ضمان توافر جميع عناصر النظام، بما في ذلك إطار تنظيمي سليم، والتدريب والدعم لمقدمي الرعاية، والتنسيق والتكامل على صعيد مختلف القطاعات (بما في ذلك قطاع الصحة)، والآليات مثل الاعتماد والرصد من أجل ضمان الجودة. وفي العديد من البلدان سيقدم القطاع الخاص أيضاً الخدمات على نحو مباشر، ولاسيما إلى الأشخاص الأمس حاجة (نظراً لتراجع قدرتهم أو لوضعهم الاجتماعي الاقتصادي أو لكونهم مهمشين).

الغرض الاستراتيجي ٤-١: وضع نظام مستدام ومنصف للرعاية الطويلة الأجل ومواصلة تحسينه

٨٢- يتطلب إنشاء نظام مستدام هيكلاً لتصرف الشؤون قادراً على توجيه التطوير والإشراف عليه، وعلى إسناد المسؤولية عن إحراز التقدم. ويمكن أن يساعد ذلك على تحديد الخدمات والأدوار الرئيسية والفوائد المتوقعة منها وكيف ينبغي تقديمها، والعقبات التي قد تقف في سبيل تحقيقها. وينبغي أن يتمثل أحد محاور التركيز الرئيسية في تطوير النظام على نحو يساعد المسنين على قضاء شيخوختهم في المكان الذي يلائمهم والحفاظ على صلاتهم بمجتمعاتهم المحلية وشبكاتهم الاجتماعية، وعلى نحو يتواءم مع احتياجات الأشخاص بتقديم الرعاية المتكاملة التي تركز على الناس (بما في ذلك في النظام الصحي). وكجزء من التغطية الصحية الشاملة، سيتطلب ضمان إتاحة هذه الرعاية دون مخاطر تعرض المسنون أو مقدم الرعاية أو الأسرة لصعوبات مالية، توفير الموارد والالتزام بإعطاء الأولوية للأشخاص الأمس حاجة من الناحية الصحية والمالية.

٨٣- وهناك عدد من الإجراءات التي قد تساعد على تحقيق هذه الأهداف. وسيكتسي الإقرار الواضح بأن الرعاية الطويلة الأجل تمثل أولوية مهمة في الصحة العمومية، أهمية محورية. ويمكن ربط ذلك بالاعتراف بحق المسنين الذين يعانون من تراجع كبير في القدرة في الرعاية والدعم الملائمين، وترسيخ ذلك في التشريعات الوطنية لضمان إتاحة الخدمات الجيدة، مع إيلاء عناية خاصة بالمسنين من الفقراء والمهمشين. وسيكون من الأهمية بمكان أيضاً تحديد المسؤولية عن تطوير النظام وبدء التخطيط أو استعراضه، وتحديد أدوار الحكومة وسائر أصحاب المصلحة، وتحديد النهج التي سيلزم اتباعها من أجل النهوض بهذه الأدوار، مثل اللوائح والحوافز والرصد. وأخيراً فسيلزم لأي نظام أن يستند إلى آليات مستدامة ومنصفة لتوفير الموارد والدعم، وسيلزم تحديد هذه الآليات وإنشاؤها.

الغرض الاستراتيجي ٤-٢: بناء قدرات القوى العاملة ودعم مقدمي الرعاية

٨٤- ستطلب تهيئة نظام شامل للرعاية الطويلة الأجل أن يحظى جميع المساهمين فيه بالمهارات الكافية وأن يحصلوا على الدعم الملائم. وسيكون العديد من الإجراءات الموضحة في الغرض الاستراتيجي ٣-٥ ذات صلة بتدريب مقدمي خدمات الرعاية الطويلة الأجل. ومع ذلك، فنظراً إلى أن مجال الرعاية الطويلة الأجل لا يحظى بالتقدير الكافي في معظم البلدان، فسيتمثل إجراء بالغ الأهمية في ضمان منح مقدمي الخدمات المدفوعي الأجر ما يستحقون من مكانة وتقدير بفضل مساهمتهم. وعلاوة على ذلك، فإنه على عكس النظام الصحي، يتكون معظم مقدمي الرعاية في نظام الرعاية الطويلة الأجل حالياً من أفراد الأسرة والمتطوعين وأعضاء المنظمات المجتمعية أو من العاملين المدفوعي الأجر الذين يكونون في كثير من الأحيان غير مدربين. ويتألف العديد منهم من المسنين أنفسهم ومعظمهم من النساء. وسيلزم بذل جهود خاصة لضمان أن جميع مقدمي الرعاية هؤلاء يتاح لهم الحصول على الموارد و/أو المعلومات و/أو التدريب اللازم لهم كي ينهضوا بأدوارهم. ومن شأن ذلك أن يضمن أن المسنين يتلقون أفضل رعاية ممكنة وأن يرفع عن مقدمي الرعاية الضغوط الناجمة عن افتقارهم إلى المعلومات والمهارات الكافية التي تمكنهم من التعامل مع المواقف الصعبة. وتشمل الآليات الأخرى التي يمكنها أن تحد من العبء الواقع على كاهل مقدمي الرعاية، توفير الرعاية المؤقتة وتدابير العمل المرنة أو إصدار إذن الغياب لأفراد القوى العاملة.

٨٥- كما سيكون من المهم أيضاً التوسع في القوى العاملة الحالية. وستساعد القوى العاملة التي تتمتع بالمهارات الكافية وتحصل على الدعم الملائم على استبقاء العاملين في الرعاية. وتتمثل إحدى الإمكانيات المهمة في زيادة مشاركة الرجال والشباب والأشخاص من غير أفراد الأسرة كالأقران على سبيل المثال. وتتمثل إمكانية أخرى في الاستفادة من المتطوعين الأكبر سناً الذين يتم تمكينهم من خلال الروابط الخاصة بالمسنين. وتوجد أمثلة جيدة في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، ويمكن نقل هذه المفاهيم والممارسات الجيدة عبر البلدان والبيئات المختلفة.

الغرض الاستراتيجي ٤-٣: ضمان جودة خدمات الرعاية الطويلة الأجل المتكاملة التي تركز على الأشخاص

٨٦- يلزم أن توجه خدمات الرعاية الطويلة الأجل إلى قدرة المسنين على الأداء وعافيتهم. ويتطلب ذلك من النظم ومقدمي الرعاية أن يقدموا الرعاية بطريقة تدعم أفضل مسار للقدرة الأساسية يمكن تحقيقه وتعوض فقدان القدرة عن طريق الدعم والرعاية والإجراءات البيئية الرامية إلى الحفاظ على القدرة على الأداء في مستوى يكفل العافية ويسمح للشخص المسن بقضاء شيخوخته في المكان الملائم له. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق الرعاية المتكاملة على نطاق العديد من الوظائف والبيئات والخدمات الخاصة بحالات مرضية محددة وبرعاية محددة

(الخرف والرعاية الملطفة مثلاً). كما أن استخدام التكنولوجيات الصحية المساعدة الابتكارية أو الاستفادة من التكنولوجيات القائمة بطرق ابتكارية من أجل التنسيق والدعم والرصد، قد يكتسبان أهمية خاصة.

٨٧- ويتطلب ضمان جودة وفعالية هذه الرعاية وضع مبادئ توجيهية وبروتوكولات ومعايير ملائمة. كما يتطلب آليات لاعتماد مقدمي الرعاية (المؤسسين والفنيين)، وحماية حقوق المتلقين للرعاية، ورصد وتقييم أثر تقديم الرعاية الطويلة الأجل على قدرة المتلقين على الأداء وعلى عافيتهم.

٨٨- وستمثل خطوة رئيسية في تحديد نماذج الرعاية الطويلة الأجل في مختلف البيئات التي سيكون لها أعظم الأثر على مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. ويمكن التنسيق على صعيد الخدمات وفيما بينها (بما في ذلك التنسيق بين الرعاية الطويلة الأجل وخدمات الرعاية الصحية) من خلال التدبير العلاجي للحالات. كما سيلزم وضع نظم لإدارة الجودة تحدد جوانب الرعاية الحاسمة الأهمية مع التركيز على تعظيم القدرة على الأداء والعافية. وينبغي أن تستند هذه النظم إلى آليات لحماية حقوق المتلقين للرعاية واستقلالهم.

الغرض الاستراتيجي ٥: تحسين القياس والرصد والبحث في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

٨٩- سيتطلب إحراز التقدم في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة المزيد من البحث والبيانات بشأن المسائل المتعلقة بالسن، والاتجاهات والتوزيع، وبشأن الإجراءات التي يمكن اتخاذها دعماً للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة على مدى العمر. وما زال هناك العديد من الأسئلة الأساسية التي تنتظر الإجابة عنها. وتشمل هذه الأسئلة ما يلي:

ما هي احتياجات المسنين وأفضليتهم؟ ما مدى الاختلاف بينها؟ ما هي حصائل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة التي يقدروها الناس والتي يرغبون في أن تسهم المجتمعات في تحقيقها؟

ما هي الأنماط الحالية للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة؟ هل ترتبط زيادة متوسط العمر المتوقع بسنوات إضافية من الحياة مع التمتع بالصحة؟

ما هي محددات الحياة الطويلة مع التمتع بالصحة، بما في ذلك المحددات الهيكلية والبيولوجية والاجتماعية والفردية والمتعلقة بالنظم؟ ما هي الخصائص البيئية التي تؤثر في حصائل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة مثلاً؟ ما هي أوجه التقدم البيولوجي أو الخلوي التي يمكن إتاحتها والتي تلائم أكبر طائفة من الناس، ولاسيما من هم الأشد افتقاراً إلى الموارد؟

ما هي احتياجات المسنين الحالية من الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل، وهل تلبي هذه الاحتياجات على النحو الملائم؟ كيف نعرف أن شخصاً ما قد احتفظ باستقلاليته؟

كيف ينبغي قياس التفاوت في التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، ولاسيما أوجه التفاوت ذات الصلة بالسياسات والإجراءات؟

هل يتزايد انعدام المساواة أو يتناقص؟ ما هي أوجه عدم المساواة والإجحاف في كل سياق من السياقات؟

ما هي التدخلات التي تحسن مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، وما هي السياقات والمجموعات السكانية الفرعية التي تتجح فيها؟

وهل تتحسن إتاحة هذه التدخلات وفعاليتها وتغطيتها؟

ما هما التوقيت والترتيب الملائمان لهذه التدخلات في مختلف السياقات؟

كيف يمكن تحسين نهج البحوث السريرية من أجل توليد المعلومات عن فعالية المعالجات ومردوديتها في المسنين أو الأشخاص المصابين باعتلالات مصاحبة؟

ما هي خصائص البيئة المراعية للمسنين؟ ما هي التدخلات التي تنجح في تهيئة البيئات المراعية للمسنين؟

ما هي المساهمات الاقتصادية والمساهمات الأخرى التي يقدمها المسنون؟ ما هي التكاليف الإجمالية لتراجع القدرة على الأداء في الكبر بالنسبة إلى الشخص المسن وأسرته ومجتمعه المحلي؟ ما هو عائد الاستثمار في الخدمات الصحية والرعاية الاجتماعية وسائر أشكال الحماية الاجتماعية للمسنين؟

ما هي أفضل الاستثمارات وأكثرها استدامة لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة على مدى العمر؟

٩٠- وتتطلب الإجابة عن هذه الأسئلة وغيرها من الأسئلة البحث في طيف من التخصصات التي ستكون ذات صلة بقطاعات عدة، مع إنتاج البيانات على نحو يتيح الاسترشاد بها في وضع خيارات السياسات. كما سيتطلب ذلك إجراء تقييم دقيق للسياسات والتدخلات التي وُضعت. وستتمثل خطوة أساسية في فهم ما لدى المسنين وأسره من احتياجات وحقوق وتوقعات. وستتمثل خطوة أخرى في تحسين فهم تفاعلات المسنين من الرجال والنساء مع مجتمعاتهم المحلية وشبكاتهم الاجتماعية وقطاع الصحة والقطاع الاجتماعي والبيئة الأوسع نطاقاً. وسيتطلب ذلك إجراء دراسات نوعية وكمية توثق اختلاف هذه التفاعلات وفقاً للخصائص الاجتماعية الاقتصادية وغيرها من الخصائص، بما في ذلك نوع الجنس ومحل الإقامة، وكيف تتغير هذه العلاقات عبر الزمن.

٩١- وفي الماضي، استُبعد المسنون في العديد من الجهود المبذولة لجمع البيانات، أو عمدت تلك الجهود إلى تجميع البيانات الخاصة بالأشخاص الذين تجاوزوا سن معينة، مثل ٦٠ أو ٦٥ عاماً. وسيلزم لنهج الإحصاء والترصد الوطنية أن تصبح شاملة للمسنين، وللغئات العمرية الأكبر سناً، وأن تتضمن أعداداً كافية لتوثيق خبراتهم وسياقاتهم المتنوعة. وسيلزم تصنيف موارد المعلومات حسب السن ونوع الجنس وغيرها من الخصائص بما في ذلك الحالة الاجتماعية. ويجب دمج ذلك في تصميم الإحصاءات الحيوية والمسوح العامة للسكان وجمعها والتبليغ عنها، وسيلزم وضع النهج لربط البيانات على صعيد القطاعات وتحليلها. وفي الوقت الحاضر عندما تُجمع البيانات عن المسنين وآدائهم، تقتصر الأدوات المستخدمة على تحديد المصابين منهم بالمرض أو بتراجع كبير في القدرة. ويلزم وضع أساليب وأدوات جديدة يمكنها تسجيل مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ومحدداتها وحصائلها وتوزيعها على مدى العمر، وسيلزم دمج هذه الأساليب والأدوات في عمليات جمع البيانات الروتينية وسائر المسوح السكانية الدورية.

٩٢- ومن أجل قياس مدى مواءمة النظم الصحية والاجتماعية لاحتياجات المسنين، سيلزم إجراء الدراسات التي لا تنتظر في وجود الأمراض المزمنة والأمراض الحادة أو غيابها فحسب، بل وفي وجود الاعتلالات المصاحبة أيضاً وأثرها على استطاعة المسنين وقدرتهم على الأداء. ويجب أن يُستكمل ذلك بمعلومات أفضل عن مدى تلبية الاحتياجات التي تنشأ عن هذه الحالات المرضية، سواء عن طريق الخدمات التي تشمل تعزيز الصحة والوقاية من المرض والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة، أو عن طريق النظم الاجتماعية الأوسع نطاقاً. وسيلزم إجراء البحوث أيضاً للنظر في مدى إتاحة الطيف الكامل من الخدمات التي يحتاج إليها المسنون، وفعاليتها، وعدم تسببها في عبء مالي على الأفراد وأسره. وغالباً ما ستؤدي مشاركة المسنين ومساهماتهم في تحديد الأولويات ووضع الأساليب، بوصفهم مجيبين على الدراسات أو أصحاب مصلحة في استعراض النتائج، إلى

تصاميم للدراسات وتدخلات أكثر ملاءمة وابتكاراً، سواء فيما يتعلق بالسياسات أو الخدمات أو الأجهزة أو المنتجات.

٩٣- كما ستكون الدراسات المتعددة البلدان والمتعددة التخصصات الممثلة لتنوع السكان والسياقات المميزة للمسنين من الرجال والنساء، مهمة أيضاً. ومن شأن هذه الدراسات أن تساعد على تحديد التدخلات الناجحة في مختلف السياقات وفي مختلف المجموعات السكانية. وسيلزم أيضاً وضع آليات عالمية ومحلية لضمان دمج المعارف والبيّنات وترجمتها على وجه السرعة إلى سياسات وممارسات. وسيشمل ذلك توصيل المعلومات إلى صناع القرار في أشكال ملائمة لهم، مثل "أفضل الممارسات" أو "أفضل الخيارات" في تعزيز الصحة والممارسة السريرية، والتدخلات الصحية القائمة على السكان، والمنازل والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين، ودمج الصحة في جميع السياسات. ولكن ذلك سيتطلب أيضاً من الباحثين أن يشاركوا في العمليات التي تتيح لهم فهماً أفضل للثغرات المعرفية التي تعوق وضع السياسات وأن يُحثوا على سد هذه الثغرات.

٩٤- ومع تزايد البيّنات سيلزم وضع أطر وآليات المساءلة لرصد التقدم. وينبغي أن تتضمن هذه الأطر والآليات القيم التي تنطوي عليها هذه الاستراتيجية، وغايات عالمية شاملة، واستعراضات دورية شاملة لحقوق الإنسان، وعمليات تقييم أداء النظم الصحية، والتزاماً بتهيئة المدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين، في جملة أمور.

الغرض الاستراتيجي ٥-١: الاتفاق على أساليب قياس التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتحليله ووصفه ورصده

٩٥- إن المقاييس والأساليب المستخدمة حالياً في مجال الشيخوخة تُعد محدودة، ما يحول دون الفهم الشامل للمشكلات الصحية الخاصة بالمسنين وفائدة التدخلات الرامية إلى معالجتها. ويلزم إجراء مناقشات شفافة حول القيم والأولويات بمشاركة المسنين وسائر أصحاب المصلحة، للاسترشاد بها في كيفية وضع التعاريف التشغيلية والقياسات الخاصة بالحياة الطويلة مع التمتع بالصحة، وتنفيذها في مجال الرصد والترصد والبحث. وينبغي التوصل إلى توافق آراء حول المصطلحات المشتركة وحول أنسب المقاييس، والواصفات البيولوجية وغيرها من الواصفات، والمقاييس الخاصة بجمع البيانات ونهوج التبليغ عنها. وستستفيد التحسينات من طيف من الاختصاصات والمجالات، وينبغي أن تفي بمعايير واضحة.

٩٦- وتتمثل إحدى الأولويات في أن تسعى هذه النهوج الجديدة إلى قياس مسارات القدرة الأساسية والقدرة على الأداء على مدى العمر وتحليلها، والتمييز بين قدرة الفرد وأثر البيئة الأوسع نطاقاً، ومراعاة الاختلاف الفيزيولوجي لدى المسنين والانتشار الواسع لحالات المراضة المتعددة عند تقييم أثر التدخلات السريرية، وتسجيل وجهات النظر الفريدة للمسنين بشأن العوامل التي تشكل الصحة والعافية. كما يلزم وضع نهوج تحليلية جديدة للحصول على تقديرات اقتصادية وثيقة وشاملة لأثر اعتلال الصحة على المسنين وفوائد التدخلات الشاملة للسكان ككل والتدخلات السريرية.

الغرض الاستراتيجي ٥-٢: تعزيز القدرات في مجال البحث وحواجز الابتكار

٩٧- يتطلب تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة أيضاً تشجيع الابتكار، وتبادل المعارف ونقل التكنولوجيا طوعاً، واجتذاب الموارد (الناس والمؤسسات والتمويل) في جميع البلدان، من أجل مواجهة التحديات الرئيسية المطروحة. ويجب أن يكون تطوير الابتكارات (في المجالات التي تتراوح بين التكنولوجيات المساعدة

والمنتجات الصيدلانية ونماذج الرعاية والتتبؤ بالسيناريوهات) شاملاً للمسنين الذين ينتمون إلى الفئات العمرية الأكبر سناً، من حيث التصميم والتقييم اللذين يقران بالاختلاف الفيزيولوجي لدى المسنين من الرجال والنساء. وسيتطلب ذلك تعزيز القدرات على صعيد النظم والمؤسسات والأفراد بقدر كبير. كما سيلزم المزيد من التعاون على نطاق المنظمات والتخصصات والبلدان.

٩٨- ويلزم إجراء البحوث المتعددة الاختصاصات التي تشمل تحاليل تراعي نوع الجنس وتتوجه إلى تحقيق الإنصاف، بمشاركة المسنين في جميع المراحل، من أجل إنتاج البينات التي يمكن الاسترشاد بها في وضع السياسات الجديدة وتقييم السياسات القائمة. ويلزم وضع المبادئ التوجيهية الأخلاقية لتوجيه الحكومات وأصحاب المصلحة على جميع المستويات، من أجل تلبية الطلبات المتنافسة على الموارد، ووضع نهج أكثر شمولاً تحقق القدر الأمثل من القدرة على الاداء لدى كل شخص.

٩٩- وستستحدث الابتكارات المتعلقة بالمسنين في اختصاصات أخرى بخلاف طب الشيخوخ وأمراض الشيخوخة. ومع ذلك فإن القوالب النمطية التي تتعلق بالمسنين والتي عفا عليها الزمن عادة ما تحد من قدرة الباحثين في العديد من المجالات على النظر في الفرص المتاحة للتدخل والوقوف عليها. وحتى في التخصصات الصحية قد تحد المواقف التي تميز ضد المسنين من تقدم البحث.

١٠٠- ويلزم تحديد أولويات البحوث العالمية التي تُمكن من فهم أفضل لشيخوخة السكان والصحة في القرن الحادي والعشرين، من أجل معالجة محددات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتقييم التدخلات الرامية إلى تحسينها. وينبغي أن يزود الباحثون وسائر المنتجين للمعارف بالمعلومات والمعدات الكافية. كما سيتعين تحويل الموارد إلى المجالات الناشئة أو معالجة الثغرات الأساسية، ويجب أن تكون النتائج متاحة بسهولة في شتى أنحاء العالم.

الغرض الاستراتيجي ٣-٥: إجراء البحوث وتجميع البينات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

١٠١- من أجل حشد استجابة فعالة ومستدامة للصحة العمومية لشيخوخة السكان، يلزم توفير معلومات أفضل بكثير عن احتياجات المسنين وأفضليتهم؛ وإذا ما كانت هذه الاحتياجات والأفضليات تُلبى حالياً؛ والأمور التي تؤثر في مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة؛ والتدخلات التي تنجح في تحسينها؛ ومدى فعالية هذه التدخلات من حيث التكلفة. وينبغي للبحوث ودراسات التقييم أن تحدد ما يمكن عمله لتمكين كل شخص من بلوغ مستوى عال نسبياً من القدرة المستقرة، من أجل دعم الأشخاص الذين تتراجع قدرتهم، ودعم هؤلاء الذين فقدوا قدراً كبيراً من قدرتهم.

١٠٢- وكبداية، يمكن للدراسات القائمة على السكان التي تتناول المسنين في المنازل والمجتمعات المحلية والمؤسسات، أن تحدد مستويات القدرة الأساسية والقدرة على الأداء وتوزيعهما، وكيف يتغيران عبر الزمن، وإلى أي مدى تُلبى احتياجات المسنين وتوقعاتهم من الخدمات الصحية والرعاية. وينبغي أن تُجمع هذه المعلومات بطرق تسمح بالمقارنة السليمة والتي يعول عليها بين الأماكن وعبر الزمن.

١٠٣- وثمة حاجة إلى المزيد من البينات عن كيفية تشكيل الظروف والمحددات السياسية والاجتماعية والبيولوجية والبيئية الأساسية، حيث إنها تسهم وتؤثر تأثيراً مختلفاً على مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة على مدى العمر داخل مجتمع معين وعلى نطاق البلدان. وستمثل أولوية أخرى في تحديد طرق تنظيم الخدمات الطبية والصحية والاجتماعية واختيارها ودمجها لدعم المسنين في المنزل والمجتمع المحلي أو المؤسسات على أفضل وجه. وسوف يلزم أن يتضمن ذلك الاعتبارات الخاصة بتصريف شؤون هذه الخدمات

وتنظيمها وإتاحتها وتمويلها وتقديمها من قبل الفنيين الصحيين ومقدمي الرعاية غير الرسميين، والاعتبارات الخاصة بتقييم أداء النظم. وهناك حاجة عاجلة أيضاً إلى بحث طرق تحسين السياق البيئي الأوسع نطاقاً والآليات المتعددة القطاعات التي تؤثر على التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، وتحديد الإجراءات التي يمكن أن تتخذ داخل الأسر المعيشية والمجتمع المحلي وأماكن العمل وغيرها من الأماكن من أجل تحسين هذا الأثر.

١٠٤- وقد أدى الإقرار المتزايد بأن العديد من محددات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة تبدأ في مراحل سابقة من الحياة، إلى إثارة الاهتمام بكيفية استخدام النهج الشامل لمراحل الحياة في تحديد الفترات التي يُعد العمل فيها حاسم الأهمية. وينبغي أن يشمل هذا التحليل طريقة تراكم وتحديد الإجهادات وجوانب سرعة التأثير (أو جوانب القوة والقدرة على الصمود). ويمكن لاستخدام الدراسات الأترابية الطولية أن يوضح العلاقات السببية ويسمح بفحص العمليات الإنمائية التي تشكل الاختلافات المبدئية والدائمة في الصحة. وهذه الدراسات إلى جانب التجارب الطبيعية وعمليات التقييم، قد توضح أيضاً ترتيب وفعالية التدخلات التي يمكن أن تخفف من سرعة التأثير وتتغلب عليها أو تعزز دعم الحاصلات المرغوبة.

١٠٥- وأخيراً فثمة حاجة عاجلة إلى بحوث سريرية أفضل عن مسببات الحالات الصحية الرئيسية التي تصيب المسنين وعلاجها، بما في ذلك حالات الضعف العضلي والهيكل والحسي، وأمراض القلب والأوعية الدموية وعوامل الخطر مثل فرط ضغط الدم والسكري؛ الاضطرابات النفسية، والخرف وتراجع الإدراك؛ السرطان، ومتلازمات الشيخوخة مثل الوهن. ويجب أن يشمل ذلك مراعاة أفضل للاختلافات الفيزيولوجية المحددة لدى المسنين من الرجال والنساء ووجود احتمال كبير أن يكونوا مصابين بحالات المراضة المتعددة. ويمكن أن يتوسع ذلك ليشمل التدخلات الممكنة لتعديل التغيرات الفيزيولوجية والنفسية المرتبطة بالشيخوخة.

الموارد

١٠٦- سيتعين على الجهات الفاعلة والعوامل المتعددة أن تتواءم وتتعاون وتشارك في إنتاج التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. وتشمل هذه الجهات والعوامل المستويات الرسمية للحكومة، والأفراد في المجتمعات المحلية وكمرضى ومقدمي رعاية، وطيفاً واسعاً من الشبكات والروابط والأعمال والمنظمات في مختلف القطاعات. وتوضح الميزانية البرمجية للفترة ٢٠١٦-٢٠١٧ الموارد المالية اللازمة للأمانة من أجل العمل على تحقيق الأغراض الاستراتيجية المحددة على نطاق المنظمة بشأن الشيخوخة والصحة؛ ولكن الموارد المخصصة لمجال الشيخوخة والصحة غير كافية للوفاء بالتوقعات. وبالنسبة إلى الثنائيات القادمة، سيلزم تخصيص المزيد من الموارد نظراً لزيادة شيخوخة السكان وزيادة الفرص المتاحة لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. وتتوقف مواصلة التقدم صوب تحقيق التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة على الصعيدين الإقليمي والوطني على حجم الموارد الإضافية المتاحة والمخصصة لهذا المجال، وعلى الإجراءات الفعالة المشتركة على صعيد جميع برامج المنظمة وإداراتها ومستوياتها. وسيتعين على جميع الشركاء، بما في ذلك المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الأكاديمية والبحثية، والقطاع الخاص، أن يبذلوا المزيد من الجهود لتعبئة الموارد على المستويات كافة.

المعالم الرئيسية في الفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠

١٠٧- يتطلب العمل معاً من أجل تنفيذ الاستراتيجية العالمية استجابة شاملة للحكومة ككل والمجتمع ككل. وفضلاً عن ذلك، فإن الإجراءات المحددة الواردة في التذييل والخاصة بالفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠ تتطلب جدولاً زمنياً ومعالم رئيسية يمكن للدول الأعضاء وأصحاب المصلحة وشركاء التنمية الرئيسيين أن يلتزموا بها. ويُعد ذلك جزءاً من عملية المساءلة على صعيد الحكومات والمنظمات غير الحكومية والبلدان وسائر أصحاب المصلحة بشأن

التعاون والتزامهم به. ويتمثل أحد المعالم الرئيسية الأولى المحددة لفترة السنوات الخمس هذه في وضع مجموعة من المؤشرات الرئيسية للعملية القابلة للقياس فيما يتعلق بأغراض خطة العمل، بحلول نهاية كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٦. وسوف تُستخدم هذه المؤشرات في قياس التقدم اللاحق وتسهم في المساءلة، وستركز في معظمها على الإجراءات التي اتخذتها الدول الأعضاء والأمانة مع إعداد مسوغات الاستثمار في هذا العمل أيضاً. وستساعد الدول الأعضاء والأمانة معاً على الرصد لمعرفة إذا ما كانت عملية التنفيذ في عمومها تتقدم على المسار الصحيح، وما إذا كانت الموارد والمساهمات قد قُدمت، وما إذا كان يلزم تصحيح المسار صوب تحقيق الرؤية الخاصة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة. وسوف تستخدم المؤشرات أيضاً في قياس مدى تقدم الأعمال التحضيرية صوب التخطيط لعقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في الفترة ٢٠٢٠-٢٠٣٠، بما في ذلك تحديد القيم الأساسية للصحة وسائر مؤشرات الحاصل ذات الأهمية.

٢٠١٦
أيار/ مايو: اعتماد الصيغة النهائية للاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة من قبل جمعية الصحة العالمية
كانون الأول/ ديسمبر: تحديد مؤشرات التقدم القابلة للقياس لكل غرض استراتيجي من الأغراض المحددة في الاستراتيجية
٢٠١٧
شباط/ فبراير: المساهمة في استعراض خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة بعد مرور ١٥ عاماً على اعتمادها
حزيران/ يونيو: الاتفاق على مقاييس وأساليب تقييم التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، سواء أكانت موجودة بالفعل أم جديدة
٢٠١٨
حزيران/ يونيو: تقرير منتصف المدة بشأن تنفيذ الاستراتيجية، بما في ذلك التقدم المُحرز في تجميع البيانات الخاصة بالموضوعات الرئيسية والرصد والقواعد و"أفضل الخيارات". وتنتج توجه الاستراتيجية بالاستناد إلى العبر المستخلصة حتى تاريخه
٢٠١٩:
أيار/ مايو - أيلول/ سبتمبر: مناقشة الاقتراحات بشأن عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في مشاوره مفتوحة مع الدول الأعضاء، والكيانات الممثلة للمسنين، والهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة، وسائر الشركاء وأصحاب المصلحة الرئيسيين.
٢٠٢٠:
كانون الثاني/ يناير: مناقشة الاقتراحات بشأن عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، والتوسع في خطة العمل للفترة من عام ٢٠٢٠ إلى عام ٢٠٣٠، في المجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية
تشرين الأول/ أكتوبر: التقرير الختامي بشأن استعراض الاستراتيجية الشامل للبيانات الأساسية لعقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

التنزيل

خطة العمل للفترة ٢٠١٦-٢٠٢٠

يوضح الجدول التالي المساهمات التي يمكن أن تسهم بها الدول الأعضاء، وأمانة المنظمة، وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة، والشركاء على الصعيدين الوطني والدولي، في كل غرض من الأغراض الاستراتيجية وسيختلف كل بلد عن الآخر من حيث تأهيه لاتخاذ الإجراءات التي حُدثت. والإجراءات التي ينبغي اتخاذها وترتيبها عند التنفيذ، يتوقفان في المقام الأول على السياق الوطني والأولويات الوطنية.

الغرض الاستراتيجي ١: الالتزام بالعمل المرتبط بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في كل بلد

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
١-١ وضع أطر عمل وطنية متعلقة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	دعم الحوارات السياسية المتعلقة <i>بالتقرير العالمي بشأن الشيخوخة والصحة</i> والاستراتيجية وخطة العمل العالميتين	إدراج التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في جميع الحوارات والسياسات المتصلة بالصحة وحقوق الإنسان والتنمية
تحديد مراكز اتصال حكومية معنية بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	وضع مسوغات الاستثمار والميزانية لتوفير الموارد اللازمة لخطة العمل الإجمالية في هذا المجال	تبادل المعلومات وتنسيق الإجراءات ومشاطرة الدروس المستخلصة لدعم وضع السياسات والخطط من أجل تعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة
إشراك المسنين بانتظام في وضع جميع القوانين والسياسات والخطط المتعلقة بالشيخوخة والصحة وتنفيذها ورصدها وتقييمها	توطيد التعاون بين القطاعات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	دعم مشاركة المسنين والمنظمات الممثلة لهم في مراجعة القوانين والسياسات والخطط المؤثرة في التمتع بالصحة في مرحلة القوانين والسياسات والخطط
إعداد خطط وطنية وإقليمية بالتعاون مع جميع الجهات صاحبة المصلحة المعنية لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، بتحديد خطوط واضحة للمسؤولية وآليات معنية بالتنسيق والمساءلة والرصد والتبليغ على نطاق جميع القطاعات المعنية	إجراء تحليل حالة للأطر القائمة وتبادلها على الصعيد العالمي	إدراج موضوع اتباع نهج يدوم طيلة العمر للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة في جداول أعمال اجتماعات الأجهزة الرئاسية على جميع المستويات وفي المنتديات الاجتماعية والصحية والاقتصادية الأخرى
تخصيص الموارد الكافية لتنفيذ خطط العمل وضمان فعالية إدارة الموارد العامة في الوقت ذاته لتيسير التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	إشراك المسنين في عملية رسم السياسات على المستوى الدولي والإقليمي والوطني في إطار هياكل المنظمة	
مراجعة القوانين والسياسات الرئيسية والمرتبطة بالشيخوخة لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ومراجعة آليات الامتثال والإنفاذ		

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
٢-١ تعزيز القدرات الوطنية لوضع سياسات مُسندة بالبيانات	تقديم الدعم التقني لأنشطة نقل المعارف التي تمكّن من وضع السياسات المُسندة بالبيانات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	ضمان الإبلاغ بالبيانات بوسائل يمكن لراسمي السياسات النفاذ إليها واستخدامها إجراء بحوث في مجالات تحدّد فيها ثغرات متعلّقة بالسياسات والممارسات
تحديد ثغرات البحث وتشجيع البحث في هذه المجالات إنشاء آليات تسمح بتدفق التواصل الفعال بين الباحثين وصانعي القرارات	تيسير التبادلات على صعيد البلدان فيما يتعلق بالابتكارات والممارسات الجيدة	تيسير العلاقات بين الباحثين ومستخدمي المعارف والممولين والمسنين والأسر ومقدمي الرعاية والهيئات المهنية دعماً لرسم السياسات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، بما في ذلك إنشاء منتديات إقليمية وعلاقات لتبادل المعلومات والممارسات الجيدة والأدوات بين النظراء
٣-١ مكافحة التمييز ضد المسنين وتغيير فهم الشيخوخة والصحة	تجميع البيانات الحالية وتقديم الإرشاد بشأن إدراك مشكلة التمييز ضد المسنين واتخاذ الإجراءات بخصوصها بهدف تحسين السياسات	جمع البيانات وتعميمها فيما يتعلق بالشيخوخة ودور المسنين ومساهماتهم والآثار الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن التمييز ضد المسنين
دعم جمع المعلومات المُسندة بالبيانات والمصنفة حسب السن عن الشيخوخة والصحة وتعميمها ومساهمة المسنين اعتماد تشريعات لمكافحة التمييز على أساس السن ووضع آليات لإنفاذها تعديل القوانين أو السياسات أو البرامج الراهنة أو إبطالها، ولاسيما القوانين أو السياسات أو البرامج التي تتعلق بالصحة والعمل والتعلم مدى الحياة وتتطوي على التمييز المباشر أو غير المباشر وتحول دون مشاركة المسنين في المنافع التي تكفل تلبية احتياجاتهم وإعمال حقوقهم ودون حصولهم عليها	وضع النماذج الاقتصادية المحسّنة لتقييم مساهمات المسنين، وتكاليف الاستثمار في التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والفوائد التي يعود بها ضمان عدم التمييز على أساس السن ونوع الجنس في إطار سياسات المنظمة وإرشاداتها وتبليغاتها	ضمان تقديم نظرة متوازنة عن الشيخوخة في وسائل الإعلام والترفيه، عن طريق تقليل التقارير الإخبارية المثيرة عن الجرائم المرتكبة ضد المسنين إلى أدنى حد وشمل المسنين كنموذج يحتذى به على سبيل المثال
شن حملات التواصل بالاستناد إلى البحث في المواقف والمعتقدات المتعلقة بالتمييز ضد المسنين وأثار هذا التمييز من أجل تعزيز معرفة الجمهور وفهمه بخصوص التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة		

الغرض الاستراتيجي ٢: تهيئة البيئات المراعية للمسنين

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
١-٢ تعزيز استقلال المسنين	<p>إذكاء الوعي بشأن حقوق المسنين وإنشاء الآليات للتصدي لحالات انتهاك حقوقهم، بما في ذلك في إطار الرعاية الطويلة الأجل وفي حالات الطوارئ</p> <p>إتاحة آليات للتخطيط المتقدم في مجال الرعاية (بما في ذلك توفير الرعاية الطويلة الأجل) وتكنولوجيات مساعدة ملائمة وعمليات مدعومة لصنع القرارات تمكن المسنين من الحفاظ على أقصى درجة من التحكم في حياتهم على الرغم من التراجع الكبير في قدراتهم</p> <p>توفير المعلومات في صيغ من قبيل الصيغ التي تستخدم أحرف الطباعة الكبيرة وبرنامج "readeasy" لتسهيل القراءة والصور وتلبي احتياجات المسنين بهدف اتخاذ قرارات حرة ومستنيرة</p> <p>تنفيذ برامج مُسندة بالبيّنات للوقاية من السقوط ومن إساءة معاملة المسنين والتصدي لها</p>	<p>توعية المسنين بحقوقهم الإنسانية</p> <p>دعم توفير التكنولوجيات المساعدة</p> <p>تقديم الدعم التقني والمالي لتنفيذ السياسات والبرامج التي ترتقي باستقلال المسنين</p> <p>إنشاء منصات لتبادل المعلومات عن الأساليب الفعالة لتعزيز استقلال المسنين ودعم هذه المنصات</p>
٢-٢ تمكين المسنين من المشاركة	<p>ضمان مشاركة المسنين الرسمية في عمليات صنع القرارات المتعلقة بالسياسات والبرامج والخدمات التي تخصهم</p> <p>دعم تطوير المنظمات المعنية بشؤون المسنين</p>	<p>بناء قدرة المنظمات المعنية بشؤون المسنين على المشاركة الفعالة في وضع السياسات وتخطيطها</p> <p>تنمية قدرة المنظمات المعنية بشؤون المسنين على توفير المعلومات والتدريب والدعم عبر النظراء والرعاية الطويلة الأجل</p> <p>دعم المنصات لتبادل مختلف آراء المسنين وإنشاء هذه المنصات</p>

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
٢-٣ تعزيز العمل المتعدد القطاعات	توسيع نطاق شبكة المنظمة العالمية للمدن والمجتمعات المحلية للمسننين وتطويرها من أجل ربط المدن والمجتمعات المحلية على نطاق العالم	تعزيز مفهوم البيئات المراعية للمسننين دعم تطوير مدن ومجتمعات محلية وبلدان مراعية للمسننين من خلال ربط الجهات الفاعلة وتيسير تبادل المعلومات ومشاطرة الممارسات الجيدة
تشجيع البلديات ودعمها كي تتخذ الإجراءات التي تجعلها أكثر مراعاة للمسننين	إتاحة منصة تفاعلية لتيسير التعلم وتبادل المعلومات والخبرات بشأن تهيئة بيئات مراعية للمسننين تعزز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	تقديم المساعدة التقنية والمالية إلى الدول الأعضاء بهدف ضمان تمكين القدرة على الأداء عبر الخدمات العامة
- اتخاذ الإجراءات على جميع المستويات وفي جميع القطاعات لتعزيز القدرة على الأداء، بما في ذلك من أجل تحقيق ما يلي:	تقديم الدعم التقني إلى البلدان كي تدعم تطوير البيئات المراعية للمسننين	تقديم الإرشاد إلى الدول الأعضاء بخصوص طائفة من المسائل مثل إرساء أسس الحماية الاجتماعية المحددة على الصعيد الوطني والحفاظ عليها؛ وضمان فرص العمل اللائق لجميع الأعمار وتوفير السكن اللائق
- حماية المسنين من الفقر بضمان دعم النساء المسنات الأكثر تضرراً عموماً	توثيق عمليات تقييم المبادرات الراهنة المراعية للمسننين ودعمها وتعميمها من أجل تحديد البيئات التي تدل على الأساليب الفعالة في مختلف السياقات	دعم المسنين والمنظمات المعنية بشؤونهم للحصول على المعلومات عن البرامج الرئيسية
- توسيع نطاق خيارات الإسكان والمساعدة على تكيف المساكن على نحو يمكن المسنين من التقدم في السن في أماكن ملائمة لهم دون تحمل أعباء مالية	اقتراح مؤشرات يمكن أن توجه راسمي السياسات بشأن التقدم المحرز في تهيئة البيئات المراعية للمسننين	
- تعزيز الامتثال للمعايير المرتبطة بتيسير الوصول إلى المباني ووسائل النقل وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات وسائر التكنولوجيات المساعدة وضمان الامتثال لهذه المعايير	تقديم الإرشاد والدعم التقنيين بشأن تلبية احتياجات المسنين واعمال حقوقهم في حالات الطوارئ	
- إتاحة أماكن جماعية تسمح بتجمع المسنين مثل مراكز المسنين والحدائق العامة		
- إتاحة الفرص الاجتماعية والمعلومات المبسرة عن الأنشطة الترفيهية والاجتماعية		
- توفير برامج اكتساب المعارف الصحية الخاصة بالمسننين		

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
<ul style="list-style-type: none"> - إتاحة الفرص للتعلم مدى الحياة - تعزيز التعاون وتنوع الأعمار والإدماج في بيئات العمل <p>وضمن التنسيق الفعال لأنشطة التنفيذ والرصد، عبر فرق العمل (المرتبطة بآليات التنسيق العامة المبيّنة في إطار الغرض الاستراتيجي^١)</p>		

الغرض الاستراتيجي ٣: موازنة النظم الصحية مع احتياجات السكان المسنين

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
<p>١-٣ توجيه النظم الصحية كي تركز على القدرات الأساسية والقدرة على الأداء</p> <p>تقديم استجابة النظم الصحية الوطنية لشيخوخة السكان ووضع خطط للتقويم</p> <p>استدامة تمويل تقويم البرامج والخدمات والنظم اللازم لتعزيز التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p> <p>وتكييف نظم المعلومات كي تجمع البيانات عن القدرات الأساسية والاتجاهات في القدرات وتحللها وتبلغ عنها</p> <p>ضمان توافر المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيات اللازمة للارتقاء بالقدرات الأساسية والقدرة على الأداء لدى المسنين إلى المستوى الأمثل</p> <p>ضمان التعاون بين القطاعات وعلى الأخص بين دوائر الخدمات الصحية والاجتماعية لتلبية احتياجات المسنين بما في ذلك تلك التي تنشأ عن الاضطرابات النفسية والخرف وتراجع الإدراك ومتلازمات الشيخوخة، مثل الوهن وسلس البول والهذيان والسقوط</p>	<p>تقديم المساعدة التقنية والإرشاد التقني بشأن دمج استجابة النظم الصحية لشيخوخة السكان في السياسات والخطط الوطنية المتعلقة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p> <p>إسداء المشورة التقنية ووضع نهج موحدة للتمكين من إجراء تقييمات إقليمية ووطنية لموازنة النظم الصحية مع احتياجات المسنين</p> <p>تقديم المساعدة التقنية للتمكين من تغيير النظم الصحية، بما في ذلك ما يتعلق بالقوى العاملة الصحية ونظم المعلومات الصحية والمنتجات والتكنولوجيات الطبية</p> <p>توثيق أفضل الممارسات وإعداد نماذج مُسندة بالبيانات لتوفير خدمات الرعاية المتكاملة في سياقات الرعاية الصحية ذات الموارد المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة وتبادل نماذج الرعاية التي ثبتت فعاليتها في دعم القدرات الأساسية</p>	<p>مناصرة المسنين وأسرهم ومجتمعاتهم ودعمهم ودعم أسرهم ومجتمعاتهم للمشاركة في السياسات وقرارات التخطيط</p> <p>دعم مشاركة المسنين في النظم الصحية</p> <p>تعزيز صحة المسنين الجنسية وحقوقهم</p> <p>المساهمة عبر البيانات والبحوث المتعلقة بتغيير النظم الصحية لصالح السكان المسنين</p>

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
<p>٢-٣ تطوير وضمان الإتاحة الميسورة التكلفة للرعاية السريرية المتكاملة الجيدة التي تركز على المسنين</p> <p>ضمان تزويد المسنين بتقييمات شاملة لدى مشاركتهم في النظام الصحي وبعد مشاركتهم فيه بشكل دوري</p> <p>تصميم نظم لتعزيز التدبير العلاجي الذاتي لدى المسنين</p> <p>تحديد النماذج المُسندة بالبيانات لخدمات الرعاية المتكاملة وتنفيذها</p> <p>إرساء البنى التحتية وتصاميم الخدمات والعمليات المراعية للمسنين</p> <p>وإرساء الخدمات في أقرب مكان ممكن من مقر إقامة المسنين</p> <p>تنفيذ استراتيجيات التغطية الصحية الشاملة للحد من الإنفاق من الأموال الخاصة حيثما يكون ممكناً من خلال توسيع نطاق التغطية السكانية ومجموعة الخدمات التي يحتاج المسنون إليها في الغالب</p> <p>توفير التدخلات المجتمعية للوقاية من تدهور الأداء والاعتماد على الرعاية</p> <p>اعتماد مبادئ المنظمة التوجيهية بشأن خدمات الرعاية المتكاملة للمسنين وتنفيذها</p> <p>ضمان إتاحة سلسلة خدمات الرعاية بما في ذلك الروابط بالبرامج المتعلقة بالصحة الجنسية وتوافر خدمات رعاية الحالات الحادة وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة</p>	<p>تقديم الدعم التقني المتصل بإرساء خدمات متكاملة، بما في ذلك وضع الاستراتيجيات لضمان تغطية الخدمات وتقليل النفقات الصحية الباهظة</p> <p>وضع توصيات مُسندة بالبيانات ومبادئ توجيهية سريرية بشأن الوقاية من حالات تدهور الأداء والاعتماد على الرعاية في مرحلة الشيخوخة وتدريبها العلاجي وتعميم هذه المبادئ التوجيهية وتجريبها على الصعيد القطري</p> <p>إعداد البيانات والإرشادات المتعلقة بالتدبير السريري لاعتلالات محددة متصلة بالمسنين تشمل الاضطرابات العضلية الهيكلية والحسية والأمراض المتعددة وأمراض القلب والأوعية الدموية وعوامل الخطر مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض الصحة النفسية والخرف والسرطان</p> <p>إعداد الأدوات والإرشادات لتيسير تنفيذ التدبير العلاجي للحالات</p> <p>تقديم الدعم والإرشاد التقنيين بشأن الكفاءات الضرورية لتلبية احتياجات السكان المسنين</p> <p>التبليغ عن أثر شيخوخة السكان على القوى العاملة الصحية وعلى مدى كفاية القوى العاملة الحالية لتلبية احتياجات السكان المسنين</p> <p>تقديم المساعدة التقنية إلى البلدان لوضع استراتيجيات مُسندة بالبيانات عن القوى العاملة الصحية</p>	<p>المشاركة في حملات الدعوة وعقد شراكات في إطار المبادرات الراهنة لتشجيع اعتماد نماذج الرعاية المتكاملة</p> <p>التوعية بخصوص الاحتياجات الصحية للمسنين والسكان المسنين ودعم التدبير العلاجي الذاتي والمشاركة لدى المسنين والأسر والمجتمعات</p> <p>دعم مؤسسات التعليم في مراجعة مناهجها الدراسية لتتأول المسائل المتعلقة بالشيخوخة والصحة</p> <p>توفير الدعم التقني والخبرة التقنية لتنظيم أنشطة التدريب، وخصوصاً في البلدان التي تعاني من نقص أصحاب مهن الرعاية الصحية العاملين في ميدان الشيخوخة</p>
<p>٣-٣ ضمان استدامة القوى العاملة الصحية وتدريبها ونشرها وإدارتها على النحو المناسب</p> <p>ضمان إدراج الكفاءات المتعلقة بالشيخوخة والصحة في المناهج الدراسية لجميع أصحاب المهن الصحية</p> <p>ضمان تمتع أصحاب المهن الصحية الحاليين بالكفاءات المتعلقة بالشيخوخة (بما فيها الكفاءات الضرورية لإجراء تقييمات شاملة خاصة بالتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والإدارة المتكاملة لاحتياجات الرعاية الصحية المعقدة) عن طريق التدريب قبل الخدمة وأثناء الخدمة</p>	<p>تقديم الدعم والإرشاد التقنيين بشأن الكفاءات الضرورية لتلبية احتياجات السكان المسنين</p> <p>التبليغ عن أثر شيخوخة السكان على القوى العاملة الصحية وعلى مدى كفاية القوى العاملة الحالية لتلبية احتياجات السكان المسنين</p> <p>تقديم المساعدة التقنية إلى البلدان لوضع استراتيجيات مُسندة بالبيانات عن القوى العاملة الصحية</p>	<p>دعم مؤسسات التعليم في مراجعة مناهجها الدراسية لتتأول المسائل المتعلقة بالشيخوخة والصحة</p> <p>توفير الدعم التقني والخبرة التقنية لتنظيم أنشطة التدريب، وخصوصاً في البلدان التي تعاني من نقص أصحاب مهن الرعاية الصحية العاملين في ميدان الشيخوخة</p>

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
<p>ضمان قدرة مؤسسات التدريب على إرساء/توسيع نطاق التعليم في مجال رعاية المسنين</p> <p>ضمان التوزيع المتوازن للقوى العاملة ضمن البلدان وتنمية القوى العاملة لتتوافق مع الطلب على الخدمات</p> <p>تعزيز قيادات جديدة للقوى العاملة (مثل منسقي خدمات الرعاية والمسؤولين عن التدبير العلاجي للحالات والعاملين المجتمعيين في مجال الرعاية)</p> <p>إتاحة الفرص لتوسيع نطاق أدوار الموظفين الحاليين لتوفير الرعاية للمسنين</p>	<p>دعم إعداد الإرشادات وبرامج التدريب لتحسين مهارات أصحاب المهن الصحية ومعارفهم في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط</p>	<p>الإلمام بقواعد المنظمة ومبادئها التوجيهية بشأن خدمات الرعاية المتكاملة المتاحة للمسنين والمساعدة على تنفيذ هذه القواعد والمبادئ التوجيهية</p>
<p>الغرض الاستراتيجي ٤: وضع نظم مستدامة ومنصفة لتقديم الرعاية الطويلة الأجل (المنزل والمجتمعات والمؤسسات)</p>		

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
<p>٤-١ وضع نظام مستدام ومنصف للرعاية الطويلة الأجل ومواصلة تحسينه</p> <p>تحديد إتاحة الرعاية الطويلة الأجل كأولوية من أولويات الصحة العمومية وحق من حقوق الإنسان</p> <p>الإشراف على تطوير البنى التحتية والدعم اللازمين لضمان ضم الرعاية الطويلة الأجل إلى التغطية الصحية الشاملة</p> <p>تحديد نظم الرعاية الملائمة لتحسين القدرة على الأداء والعافية في صفوف المسنين المعانين من تراجع القدرات أو المعرضين لتراجعها</p> <p>تحديد آليات مستدامة ووضعها لتزويد الرعاية الطويلة الأجل بالموارد</p> <p>جمع أصحاب المصلحة المعنيين بمن فيهم المسنون ومقدمو الرعاية، والتخطيط لخدمات الرعاية الطويلة الأجل المستدامة والمنصفة بما يشمل توفير الخدمات وإمدادها بالموارد وتنظيمها ورصدها، وتحديد الأدوار والمسؤوليات (المرتبطة بالغرض الاستراتيجي ١)</p>	<p>تقديم الإرشاد بشأن النظم الملائمة والمستدامة لتوفير الرعاية الطويلة الأجل في السياقات ذات الموارد المختلفة</p> <p>تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء لتحديد آليات مستدامة لتزويد الرعاية الطويلة الأجل بالموارد</p> <p>تقديم الدعم التقني لتحليل الوضع على الصعيد الوطني ووضع التشريعات والخدمات والسياسات والخطط المتعلقة بالرعاية الطويلة الأجل وتنفيذها ورصدها</p>	<p>المساهمة في توفير البيانات لوضع النظم الملائمة والآليات المستدامة وتنفيذها من أجل تزويد الرعاية الطويلة الأجل بالموارد في مختلف الظروف الخاصة بالموارد</p> <p>المساهمة في إرساء نظام متكامل ومستدام ومنصف يتوجه إلى القدرة للرعاية الطويلة الأجل وتنفيذه</p>

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
تعزيز التعاون بين الجهات صاحبة المصلحة الرئيسية التي تشمل الأشخاص المعتمدين على الرعاية ومقدمي الرعاية إليهم والمنظمات غير الحكومية والقطاعين العام والخاص من أجل توفير الرعاية الطويلة الأجل		
٢-٤ بناء قدرات القوى العاملة ودعم مقدمي الرعاية	وضع الاستراتيجيات وتنفيذها لتوفير المعلومات والتدريب والرعاية المؤقتة لمقدمي الرعاية غير المأجورين وإتاحة ترتيبات العمل المرنة أو إجازات الغياب للأشخاص المشاركين (أو الراغبين في المشاركة) في القوى العاملة	المساهمة في إعداد أنشطة التدريب والتعليم المتواصل والإشراف وتنفيذها لصالح القوى العاملة المعنية بالرعاية الطويلة الأجل
إعداد معايير وطنية لتدريب مقدمي الرعاية المهنيين	تقديم الإرشاد بشأن التدريب وتغيير توزيع المهام من أجل توفير الرعاية الطويلة الأجل	ضمان الأجور والاستحقاقات وظروف العمل للعاملين في مجال الرعاية
تنمية القوى العاملة المعنية بالرعاية الطويلة الأجل (التي تشمل أيضاً الرجال والشباب والأفراد غير المنتمين إلى الأسرة مثل المتطوعين والأقران المسنين) عن طريق التدريب وتغيير توزيع المهام	إتاحة الموارد الإلكترونية المتصلة بتوفير الرعاية الطويلة الأجل لفائدة مقدمي الرعاية غير المأجورين	إتاحة ترتيبات العمل المرنة أو إجازات الغياب لمقدمي الرعاية غير المأجورين
تحسين ظروف العمل والأجور وفرص العمل لاجتذاب مقدمي الرعاية المأجورين واستبقائهم	إنشاء المنصات ودعمها لإعداد التدخلات العالية المردودية وتقييمها من أجل دعم القوى العاملة المعنية بالرعاية الطويلة الأجل	إتاحة ترتيبات العمل المرنة أو إجازات الغياب لمقدمي الرعاية غير المأجورين
توفير خدمات التعليم المتواصل والإشراف وغيرها من خدمات الدعم لمقدمي الرعاية المأجورين الحاليين	المساهمة في البحوث والبيانات لإعداد التدخلات العالية المردودية وتقييمها من أجل دعم القوى العاملة المعنية بالرعاية الطويلة الأجل	المساهمة في إعداد التدخلات العالية المردودية وتقييمها من أجل دعم القوى العاملة المعنية بالرعاية الطويلة الأجل
ضمان وضع المعايير والمبادئ التوجيهية والبروتوكولات والاعتماد الوطنية الخاصة بالرعاية وتنفيذها من أجل توفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل المتكاملة والتي تتوجه إلى القدرة وتركز على الأشخاص	تقديم الدعم التقني إلى الدول الأعضاء بشأن توفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل المتكاملة التي تتوجه إلى القدرة وتركز على الأشخاص	اتباع المعايير والمبادئ التوجيهية والبروتوكولات والبيانات الاعتماد والرصد الوطنية الخاصة بالرعاية
ضمان وضع آليات رسمية لتوفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل المتكاملة التي تتوجه إلى القدرة وتركز على الأشخاص من خلال التدبير العلاجي للحالات والتخطيط المتقدم في مجال الرعاية والتعاون	وضع إرشادات بشأن نهج محددة لضمان جودة وملاءمة الرعاية الطويلة الأجل في السياقات ذات الموارد المختلفة	توفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل الجيدة متشياً مع المعايير والمبادئ التوجيهية والبروتوكولات الوطنية الخاصة بالرعاية مع مراعاة المسنين وتوخي الإنصاف

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
<p>بين مقدمي الرعاية المأجورين وغير المأجورين مثلاً</p> <p>ضمان الاستخدام الملائم للفرص الميسورة التكلفة لإتاحة التكنولوجيات الصحية الابتكارية المساعدة من أجل تحسين القدرة على الأداء والعافية في صفوف الأشخاص المحتاجين إلى الرعاية طويلة الأجل</p> <p>ضمان توفير خدمات الرعاية طويلة الأجل الأخلاقية والمراعية للمسنين التي تنهض بحقوق المسنين ومقدمي الرعاية إليهم</p> <p>ضمان رصد الرعاية طويلة الأجل من حيث القدرة على الأداء والعافية واستمرار تحسين هذه الرعاية بناءً على الحصائل</p>	<p>من خلال النهوض بحقوق المسنين</p> <p>إتاحة آليات لمقدمي الرعاية من أجل تبادل التجارب واستخلاص الدروس منها</p> <p>وضع خدمات ابتكارية للرعاية طويلة الأجل وتنفيذها، بما في ذلك من خلال استخدام التكنولوجيا لأغراض التنسيق والرعاية والدعم والرصد</p>	

الغرض الاستراتيجي ٥: تحسين القياس والرصد والبحث في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
<p>ضمان تصنيف البيانات والإحصاءات الوطنية الخاصة بتسجيل الأحوال المدنية حسب السن ونوع الجنس في جميع مراحل العمر وحسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية المهمة</p> <p>تشجيع الرصد والترصد والتبليغ تمشياً مع المقاييس العالمية المتفق عليها</p> <p>تشجيع تبادل البيانات وإرساء الروابط عبر القطاعات (مثل قطاعات الصحة والرعاية الاجتماعية والعمل والتعليم والبيئة والنقل)</p> <p>إجراء رصد سكاني دوري للمسنين بمن فيهم المسنونون الموجودون في مؤسسات الرعاية طويلة الأجل</p> <p>ربط رصد مقاييس التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة بتقييم السياسات والبرامج الوطنية القطاعية والمشاركة بين</p>	<p>دعوة الوكالات المتخصصة في منظومة الأمم المتحدة وسائر الجهات الشريكة المعنية بالتمتع والاتصال بها لتعزيز توافق الآراء بشأن المقاييس والأساليب</p> <p>استعراض مصادر البيانات والأساليب والمؤشرات الحالية وتعزيز تبادل البيانات والأساليب لرصد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وترصده على المستوى العالمي والإقليمي والوطني والمحلي</p> <p>وضع القواعد والمقاييس ونهج التحليل الجديدة لوصف التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة ورصده، بما في ذلك المستويات وبيانات التوزيع، إلى جانب الأساليب لجمع المعلومات والتبليغ عنها فيما</p>	<p>١-٥ الاتفاق على أساليب قياس التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتحليله ووصفه ورصده</p> <p>تمكين المسنين من المشاركة وتبادل أفضل الممارسات للتمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p> <p>توفير المعلومات النوعية والكمية لتتبع التقدم المحرز من أجل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والدعوة إلى مساهمة جميع الجهات صاحبة المصلحة</p> <p>العمل مع الجهات الشريكة لتحسين نظم القياس والرصد والتبليغ، بما في ذلك تمكين التحليل المراعي للسن وقضايا الجنسين</p> <p>دعم وضع السياسات من خلال التبليغ عن الاتجاهات والمسائل المستجدة</p>

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
القطاعات والمتعددة القطاعات وبسائر الجهود الدولية (مثل أهداف التنمية المستدامة)	يتعلق بالقدرات الأساسية والقدرة على الأداء وطول العمر إعداد الموارد التي تشمل الوحدات الاستقصائية الموحدة وأدوات جمع البيانات والمؤشرات الحيوية وبرامج التحليل إعداد تقرير حالة عالمي عن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة بحلول عام ٢٠٢٠ يبين توافر المقاييس والبيانات وتوزيعها ضمن البلدان وغيرها، والبيانات الجديدة بشأن الإجراءات التي يمكن اتخاذها لدعم التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة	
٥-٢ تعزيز القدرات في مجال البحث وحوافز الابتكار	شمل المسنين في جميع مراحل البحث والابتكار، بما في ذلك احتياجاتهم وميولهم ضمان التمثيل الإحصائي والمُجدي للمسنين في الدراسات السكانية بقدر كافٍ من الفعالية لتحليل البيانات وشملهم في إطار التجارب السريرية تعزيز التمويل والقدرات وعلاقات التعاون في مجال البحث لتناول التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وضع الحوافز ودعم الابتكار لتلبية احتياجات مختلف الفئات العمرية بما فيها فئة المسنين عبر الإجراءات المتعددة القطاعات والمشاركة بين القطاعات التي تشمل الابتكارات التكنولوجية والاجتماعية لتوفير الخدمات المنزلية والمجتمعية للسكان المسنين دعم نقل التكنولوجيا الطوعي والمتفق عليه على أساس متبادل الذي يشمل الخدمات والابتكارات والمعارف وأفضل الممارسات توجيه البحث والابتكار لضمان أن يلبي مطورو الخدمات	تشجيع المسنين على المشاركة في البحوث وتحديد مسائل البحث والحاجة إلى الابتكار، بما في ذلك وضع تصاميم الدراسات دعم جهود التدريب وتنمية القدرات، بما في ذلك شبكات الأكاديميين والباحثين والمدرسين التي تشمل البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط ضمان مشاركة المسنين في التجارب السريرية وتقييم التكنولوجيات الجديدة التي تراعي مختلف الاحتياجات والجوانب الفيزيولوجية لدى المسنين من الرجال والنساء دعم الابتكارات الصغيرة والكبيرة تشجيع مشاركة المسنين في تطوير الخدمات أو التكنولوجيات أو المنتجات وتصميمها وتقييمها تعزيز الابتكار لتسريع وتيرة تطوير التكنولوجيات

الدول الأعضاء	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الجهات الشريكة الوطنية والدولية
ومقدموها من القطاعين العام والخاص (بما يشمل خدمات الصحة والرعاية والأجهزة والأدوية) الاحتياجات المحددة لجميع المسنين بمن فيهم المسنون ذوو الموارد المحدودة.	المساهمة في وضع الأساليب والنهج الجديدة وتبادلها من أجل تحقيق ما يلي:	والتدخلات المساعدة الجديدة والمحسنة من أجل دعم المسنين
بناء القدرة الوطنية على تجميع البحوث كإسهامات في نقل المعارف ووضع السياسات المُسندة بالبيّنات (المرتبطة بالغرض الاستراتيجي ^١)	- توفير الخدمات المتكاملة والمركزة على الأشخاص للرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل	التعاون لتحديد معالم البرنامج العالمي للبحث والابتكار في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والدعوة إلى تعزيز موارد التمويل والقدرات ودعم ذلك
	- تحديد معالم البحوث السريرية كي تكون أشد صلة بالمسنين	
	- تمويل الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الطويلة الأجل في إطار نظم التغطية الشاملة	
	- الاستجابة لاحتياجات المسنين وتوقعاتهم في مجتمعات محلية ومدن ومناطق ريفية تيسر الشيخوخة في مكان الإقامة فيما يتعلق بمسائل مثل الصحة واستغلال الأراضي والسكن والنقل وتكنولوجيا الحزمة العريضة	
	- تحديد معدلات انتشار حالات إساءة معاملة المسنين والوقاية من هذه الحالات	
	- تحديد كمية مساهمات المسنين والاستثمارات اللازمة لتوفير الخدمات التي يحتاجون إليها	
	- جمع الاختصاصات المتعددة والبيانات النوعية والكمية للتبليغ عن مختلف احتياجات المسنين وتوقعاتهم	
	دعوة الجهات الشريكة والعمل معها لوضع برنامج عالمي للبحوث عن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والتبليغ عنه	

الجهات الشريكة الوطنية والدولية	الأمانة (المنظمة وسائر الهيئات التابعة لمنظومة الأمم المتحدة)	الدول الأعضاء	
<p>التعاون والمشاركة في تصميم البحوث وتنفيذها، بما في ذلك تقييم الأساليب الفعالة في السياقات المختلفة</p> <p>المساهمة في المعارف المكتسبة من الجمعيات والمنظمات التي تتناول المسائل الخاصة بعوامل خطر أو أمراض أو اعتلالات معينة والشاملة للمسنين (بما في ذلك النهج المتعلقة بالخرف وإساءة معاملة المسنين والمساعدة الذاتية)</p> <p>وضع نهج ابتكارية واختبارها لتعزيز الرعاية المؤسسية والمجتمعية والمنزلية بغية تنفيذ أنسب التدخلات وزيادة فرص إتاحة الأدوية الأساسية للمسنين بما فيها الأدوية المخففة للألام مثل المسكنات الأفيونية</p> <p>دعم البحوث وتعميم البيانات فيما يتعلق بأثر الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الطويلة الأجل والتدخلات البيئية على مسارات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p> <p>المشاركة في الحوار في المجتمعات المحلية ووسائل الإعلام واستخدام أساليب التواصل الفعالة لنقل الرسائل عن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p>	<p>تنظيم المنتديات الدولية والمشاركة فيها لإذكاء الوعي بخصوص أولويات البحث من أجل التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p> <p>تنسيق جهود البحث والتقييم ذات الأولوية والمتعددة الأقطار، بالاستناد إلى دراسة المنظمة عن الشيخوخة وصحة البالغين في العالم أو بتكثيف سائر الجهود الراهنة على سبيل المثال</p> <p>التعاون مع الجهات صاحبة المصلحة لتحديد مجموعة المسارات التي قد تكون مشتركة بين القدرات الأساسية والقدرة على الأداء ومحدداتها الاجتماعية والاقتصادية والبيئية العامة لدى مختلف الفئات السكانية وفي مختلف السياقات</p> <p>الدعوة إلى إجراء البحوث والتمكين من إجراءات لتكثيف التدخلات وتعزيز النظم الصحية الوطنية بما يشمل العاملين الصحيين ومقدمي الرعاية غير الرسميين وخدمات الرعاية الطويلة الأجل (المنزلية والمجتمعية والمؤسسية) من أجل تلبية احتياجات المسنين</p> <p>استعراض نماذج الرعاية التي ثبتت فعاليتها في دعم القدرات الأساسية وتبادل هذه النماذج</p> <p>وضع نهج العمل المشترك بين القطاعات المُسندة بالبيّنات وتحديدها لتعزيز القدرة على الأداء إلى أقصى حد ولاسيما في السياقات القليلة الموارد</p> <p>توثيق أوجه عدم المساواة والإجحاف في مجال الصحة وأثارها في جميع مراحل العمر على التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة والتبليغ عن السبل التي تسمح بتخفيف وطأة هذه الآثار عن طريق التدخلات الصحية والاجتماعية والإجراءات المتعددة القطاعات والمشاركة بين القطاعات</p>	<p>إجراء استقصاءات سكانية طويلة منتظمة بقياس الوضع الصحي وما يتصل به من احتياجات لدى المسنين ومدى تلبية الاحتياجات</p> <p>تجسيد احتياجات المسنين وتوقعاتهم وتحديد الأولويات الوطنية للبحث والابتكار في مجال التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتمويلها وتنفيذها</p> <p>تعزيز البحوث ودعمها لتبيين محددات التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة وتقييم التدخلات التي يمكن أن تعزز القدرة على الأداء</p> <p>تعزيز التعاون المتعدد القطاعات والمشارك بين القطاعات مع مختلف الجهات صاحبة المصلحة ودعمه لتصميم الإجراءات الرامية إلى تعزيز القدرة على الأداء وتقييم هذه الإجراءات</p> <p>إتاحة المنتديات لتبادل التجارب والممارسات الجيدة والدروس المستخلصة</p> <p>وتعزيز البحث في الابتكارات التي تسهم في البيئات المراعية للمسنين بما فيها مكان العمل</p> <p>تجميع البحوث وتعميم البيانات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة لتناول المسائل السياسية المهمة وتوقعات المسنين</p> <p>تجسيد البيانات العالمية المتعلقة بالأساليب الفعالة في السياقات المختلفة والمعايير الأساسية وتشجيع اختبار النهج لمواصلة وضع نظم الرعاية الطويلة الأجل (المنزلية أو المجتمعية أو المؤسسية)</p>	<p>٣-٥ إجراء البحوث وتجميع البيانات بشأن التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة</p>

= = =