

**الشيخوخة النشطة:
التحديات، والمؤشرات، والتجارب الناجحة
وتطبيقاتها في دول مجلس التعاون الخليجي**

د. أحلام راشد القاسمي

قسم العلوم الاجتماعية – جامعة البحرين

سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية

سلسلة علمية متخصصة
تعنى بنشر البحوث والدراسات الاجتماعية والعمالية

تصدر عن

المكتب التنفيذي

لمجلس وزراء العمل ومجلس وزراء الشؤون الاجتماعية
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية

تتم المراسلات بإسم المدير العام
على العنوان التالي:

ص.ب ٢٦٣٠٣ (المنامة - مملكة البحرين)

هاتف +٩٧٣١٧٥٣٠٢٠٣ فاكس +٩٧٣١٧٥٣٠٧٥٣

البريد الإلكتروني: info@gcclsa.org

العنوان على شبكة الانترنت: www.gcclsa.org

العدد (١١٨) - الطبعة الأولى

شوال ١٤٣٨هـ

الموافق يوليو ٢٠١٧م

- الكتاب: الشيخوخة النشطة: التحديات، والمؤشرات، والتجارب الناجمة وتطبيقاتها في دول مجلس التعاون الخليجي
- المؤلف: د. أحلام راشد القاسمي
- الطبعة: الأولى (شوال ١٤٣٨هـ - يوليو ٢٠١٧م)

ملاحظة:

جميع الحقوق محفوظة، ولا يجوز إعادة طبعها كلها أو جزء منها، أو نقلها أو الاقتباس منها، أو نشرها بأي أسلوب دون موافقة خطية من المكتب التنفيذي.

Note:

All rights reserved. No Part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form means without prior permission in writing of the Executive Bureau.

إن الآراء الواردة في هذا الكتاب تعبر عن رأي الكاتب أو الجهة ولا تعبر بالضرورة عن رأي المكتب التنفيذي

رقم الإبداع في المكتبة العامة: د.م 2017/244

رقم الناشر الدولي: ISBN 978-99958-83-25-6

المحتويات

- ٩ تقديم المدير العام
- ١١ مقدمة
- الفصل الأول: كبار السن والحاجة إلى تصحيح الصورة النمطية**
- ١٩ النمطية
- ٢٧ - الصورة النمطية (١): المسنون مضي زمنهم
- ٢٨ - الصورة النمطية (٢): المسنون مغلوبون على أمرهم
- ٢٩ - الصورة النمطية (٣): المسنون سيخرفون في آخر المطاف
- ٢٩ - الصورة النمطية (٤): المسنات أقل قيمة من النساء الأصغر سناً
- ٣٠ - الصورة النمطية (٥): المسنون لا يستحقون الرعاية الصحية
- الفصل الثاني: الشيخوخة النشطة: المفهوم والمفاهيم البديلة**
- ٤٠ - الشيخوخة الصحية
- ٤٤ - الشيخوخة الناجحة
- ٤٧ - الشيخوخة المنتجة
- ٤٩ - الشيخوخة الذهبية
- ٥٠ - الشيخوخة النشطة
- الفصل الثالث: الشيخوخة النشطة: المحددات والمقاييس والمؤشرات**
- ٥٥ - المحددات منظمة الصحة العالمية للشيخوخة النشطة
- ٥٧

| | |
|-----|--|
| ٦٥ | - مقياس "مراقبة الشيخوخة" العالمي..... |
| ٧٠ | - مقياس الشيخوخة النشطة الأوروبي..... |
| ٧٥ | الفصل الرابع: الشيخوخة النشطة: تجارب ناجحة..... |
| ٧٨ | - الشيخوخة النشطة في سويسرا..... |
| ٨٢ | - الشيخوخة النشطة في السويد..... |
| ٨٦ | - الشيخوخة النشطة في فنلندا..... |
| ٩٠ | - الشيخوخة النشطة في النرويج..... |
| ٩٢ | - الشيخوخة النشطة في اليابان..... |
| | الفصل الخامس: الشيخوخة النشطة في بلدان الخليج العربية..... |
| ٩٧ | - ميثاق الرياض: نحو ميثاق متكامل للشيخوخة النشطة..... |
| ١٠٨ | - تجربة دولة الإمارات العربية المتحدة في مجال الشيخوخة النشطة..... |
| ١١٤ | - تجربة مملكة البحرين في مجال الشيخوخة النشطة..... |
| ١٢٤ | - تجربة دولة قطر في مجال الشيخوخة النشطة..... |
| ١٣١ | - تجربة المملكة العربية السعودية في مجال الشيخوخة النشطة..... |
| ١٣٦ | - تجربة سلطنة عمان في مجال الشيخوخة النشطة..... |
| ١٤١ | - تجربة الكويت في مجال الشيخوخة النشطة..... |
| ١٤٧ | الفصل السادس: تقييم التجارب الخليجية..... |
| ١٦٥ | التوصيات..... |
| ١٦٧ | خاتمة..... |
| ١٦٩ | قائمة المراجع..... |

تقديم المدير العام

يزداد الاهتمام يوماً بعد يوم بقضايا كبار السن وضمان جودة الحياة لهم في دول مجلس التعاون، حيث يحظى هذا الموضوع باهتمام كبير على المستوى الرسمي كما أن هناك مساعي مشكورة ورائعة على المستوى الأهلي، وهو ليس بغريب على مجتمعاتنا حيث يتأسس هذا الاهتمام على مقاصد الشريعة الإسلامية والقيم العربية وأخلاقياتها الأصيلة، ولا يخفى بأن دول مجلس التعاون تشهد تزايداً متواصلًا في أعداد كبار السن نتيجة للارتفاع الحاصل في معدلات الأعمار بفضل التقدم في برامج الرعاية الصحية والرفاه، إلا أن التغيرات التي يشهدها العالم ومن ضمنها منطقتنا العربية الخليجية على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي تسببت في خلخلة واضحة لدور الأسرة في رعاية مسنيها وأصبحت العديد من العوائل تتخلى عن أوارها التقليدية في الرعاية والاهتمام بهذه الفئة.

ويكمن التحدي الأبرز في كيفية خلق سياسة اجتماعية شاملة بضرورة استبدال التمكين عن الرعاية لكبار السن ضمن برامج وخطط تهدف إلى زرع روح النشاط والعمل الدؤوب في هذه الفئة وعدم ركنها في زاوية الرعاية النمطية بل إخراجها إلى المجتمع بروح العطاء المتجدد خصوصاً في ضوء التحولات والمستجدات التي نشهدها على كافة الأصعدة وتأثيراتها على ثقافة وقيم دول المجلس والأسس الضامنة لجودة الحياة لكبار السن فيها حيث أهتمت كثير من التجارب الدولية بالشيخوخة النشطة وأخذت باتجاه تفعيلها كبديل عن الرعاية في المؤسسات العامة والخاصة.

ومن هنا جاء قرار مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي بتنظيم ورشة عمل حوارية حول مفهوم الشيخوخة النشطة وتطبيقها في دول مجلس التعاون، وقد تفضلت سلطنة عمان مشكورة ممثلة بوزارة التنمية الاجتماعية باستضافة هذه الورشة بالتعاون والتنسيق مع المكتب التنفيذي خلال الفترة من ١٠ - ١١ أبريل ٢٠١٧م في مسقط.

حيث ركزت الورشة الحوارية إلى تعريف المشاركين بالصور والمفاهيم السلبية حول كبار السن والتعريف بمفهوم الشيخوخة النشطة، ومعرفة محددات الشيخوخة النشطة ومقاييسها العالمية والمؤشرات المعتمدة لقياسها والجانب العملي الذي تم فيه زيارة أحد الدور الخاصة بكبار السن في منطقة الرستاق حيث تم الاطلاع على الخدمات المقدمة لكبار السن والرعاية الصحية ومشاركات اجتماعية من خلال الدمج المجتمعي، والاطلاع على تجارب ناجحة ورائدة في مجال الشيخوخة النشطة حول العالم، واستعراض تجارب وجهود واستراتيجيات دول مجلس التعاون في مجال الشيخوخة النشطة.

ويسرنا في المكتب التنفيذي أن نقوم بنشر المادة العلمية للورشة وإصدارها ضمن سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية بغرض الاستفادة من مضمونها والنتائج التي خلصت إليها من جهة ودعماً لحركة البحث العلمي في مجال كبار السن ومستجداته من جهة أخرى.

وأود أن أعتنم هذه الفرصة للإعراب عن خالص الشكر والتقدير للدكتورة أحلام القاسمي أستاذة علم الاجتماع المساعد بجامعة البحرين على جهودها في الإعداد والتحضير لكتابة هذه المادة العلمية والتي نأمل أن تكون خير معين للمسؤولين العاملين والباحثين المهتمين بمجال كبار السن وقضاياها.

د. عامر بن محمد الحجري

المدير العام

المنامة : شوال ١٤٣٨ هـ

الموافق : يوليو ٢٠١٧ م

مقدمة

العالم يشيخ، ويشيخ وبسرعة. هذه حقيقة لم تعد موضع جدال ونقاش، بل هي واحدة من أهم الحقائق على مستوى التغيرات العالمية فيما يتعلق بالتركيبة العمري. لقد بدأت هذا التحول الديموغرافي، أول ما بدأ، في البلدان الصناعية المتقدمة التي أنجزت تحولها الديمغرافي في وقت مبكر في كل من بلدان أوروبا الغربية والولايات المتحدة الأمريكية واليابان وكندا وأستراليا. إلا أن هذا التحول بدأ يصل إلى بلدان خارج هذه الدائرة ومن البلدان التي كانت تصنف في دائرة الدول النامية أو في طور النمو مثل كثير من البلدان الآسيوية وبلدان أمريكا اللاتينية وأوروبا الشرقية.

ويعتبر مفهوم "الشيخوخة النشطة" من أبرز المفاهيم القليلة التي ظهرت في السنوات الأخيرة لتشخيص هذا الوضع الراهن، وتقديم الحل الأنسب لهذه التحولات التي أخذت تزحم على معظم بلدان العالم. فإذا كان سكان العالم يشيخون بسرعة، فلا بد أن يتم إعادة النظر في السياسات الاجتماعية والاقتصادية والصحية والقانونية؛ لأن النسبة الأكبر من السكان سيكونون من كبار السن ممن تتجاوز أعمارهم الـ ٦٠ عاماً.

ترجع جذور مفهوم "الشيخوخة النشطة" إلى الخمسينات والستينات من القرن العشرين. وقد جاء كتطوير لمفاهيم بديلة عديدة تناولت جانباً أو آخر من جوانب الشيخوخة النشطة. ومن هذه المفاهيم البديلة: الشيخوخة الصحية، الشبيخة الناجحة، الشبيخة المنتجة، الشبيخة الذهبية. لكن جميعها هذه المفاهيم البديلة جاءت، بالدرجة الأولى، كرد فعل ضد واحدة

من النظريات الاجتماعية المهمة وفي التفسير الاجتماعي للشيخوخة، وهي نظرية فك الارتباط disengagement، والتي تقول بأن الشيخوخة فترة لا بد منها حيث يحدث الانسحاب المتبادل للمسنين من أدوارهم وعلاقاتهم.

يرى المنظرون المهتمون بنشاط المسنين أن هذا تفسير خاطئ ومحبط وضعيف تجريبياً إذا نظرنا إلى نشاط وحيوية وفاعلية كثير من كبار السن. وبدل هذا التفسير فإن المفاهيم البديلة التي تنظر بإيجابية إلى حيوية وفاعلية كبار السن، سعت إلى تطوير تفسيرات جديدة تعكس الحقائق التجريبية على أرض الواقع وهي أن كثيراً من كبار السن يستمرون في نشاطهم وعطائهم وحيويتهم ومشاركتهم الاجتماعية حتى سن متأخرة.

إن هذا يعني أن مؤشر العمر الزمني ليس مؤشراً جيداً لقياس أداء الفرد وحيويته وفاعليته ومشاركته الاجتماعية؛ لأن كبار السن لا يفتقدون، بالضرورة، علاقاتهم وأنشطتهم وأدوارهم التي كانوا يؤدونها في منتصف العمر، بل إنهم يغيرونها ويستبدلونها بعلاقات وأنشطة وأدوار أخرى جديدة وتتناسب مع عمرهم وطبيعة اهتماماتهم في هذه السن المتأخرة. وفي الحالتين فإنهم يحافظون على درجة مقبولة من الرضا عن الحياة ومن رفاهيتهم.

وفي سياق الاهتمام العالمي المتزايد بقضية الشيخوخة النشطة، فقد خصصت منظمة الصحة العالمية (WHO) يوم الصحة العالمي السنوي في العام ٢٠١٢ للشيخوخة والصحة، كما أعلن الاتحاد الأوروبي أن العام ٢٠١٢ هو عام خاص بالشيخوخة النشطة والتضامن بين الأجيال. كما

وضع "المنتدى الاقتصادي العالمي" قضية "الشيخة النشطة" على رأس أجندته للعام ٢٠١٢، وأصدر، بهذه المناسبة، كتاباً خاصاً بعنوان: "شيخوخة سكان العالم: خطر أم وعد؟" Global Population Ageing: Peril or Promise. تعبر كل هذه التحركات عن الأهمية الكبيرة التي حظيت بها قضية "الشيخوخة النشطة" في العام ٢٠١٢ على نحو خاص. لكن السؤال هو: ما المعنى الدقيق لـ"الشيخوخة النشطة"؟

تعرف منظمة الصحة العالمية "الشيخوخة النشطة" بأنها "عملية تحسين فرص الصحة، والمشاركة، والأمن، من أجل تحسين جودة الحياة مع تقدم البشر في العمر". ويحدد إطار العمل هذا العديد من محددات الشيخوخة النشطة، والتي تشمل الوصول إلى الخدمات الصحية والاجتماعية، وإلى البيئات الاجتماعية والمادية والشخصية والسلوكية، والمحددات الاقتصادية.

ومن الواضح، كما سنوضح في الفصل الثاني، أن هذا التعريف ينطلق من أرضية التنمية الإنسانية؛ بدليل أنه يتبنى تعريف "التنمية الإنسانية" الذي اعتمده تقارير التنمية الإنسانية، وذلك من خلال تأكيده على أن "الشيخوخة النشطة" هي "عملية تحسين الفرص" مع التقدم في العمر. وهو الأمر الذي يشير إلى أهمية اعتماد مؤشر "الشيخوخة النشطة" من بين مؤشرات قياس التنمية الإنسانية في العالم. ذلك أنه لا يكفي أن نعرف أن متوقع عمر البشر يرتفع بين سكان العالم، بل الأهم من ذلك أن نعرف هؤلاء السكان يعيشون طويلاً وهم ممتعون بصحة جيدة نفسياً وبدنياً واجتماعياً.

وقد جاء مفهوم "الشيخوخة النشطة" كنتويج لبدائل ومفاهيم أخرى قريبة استخدمت من قبل باحثين ومنظمات دولية - بما فيها منظمة الصحة العالمية - كبديل عن مفهوم الشيخوخة النشطة، وذلك في محاولة من هؤلاء لتقديم مفهوم علمي يحدد جودة الحياة لكبار السن بعد أن أخذت أعمار البشر في الارتفاع منذ منتصف القرن العشرين. وأشهر هذه البدائل هي: الشيخوخة الناجحة، والشيخوخة الصحية، والشيخوخة المنتجة، والشيخوخة الذهبية.

يتألف هذا الكتاب من ستة فصول، حيث يتناول الفصل الأول التغيرات الديموغرافية على مستوى العالم، والتي تتطلب تغيير الصورة النمطية السلبية لكبار السن، بما يسمح بوجود شيخوخة نشطة في بلدان العالم. ومن هنا، ترى منظمة الصحة العالمية أن محاربة الصور النمطية السلبية عن المسنين باتت أمراً مطلوباً ومهماً. والسبب أن سلوكنا تجاه المسنين يتحدد، بدرجة كبيرة، بحسب الصورة النمطية التي نحملها عنهم في ذهننا، كما يمكن أن تكون هذه الصورة النمطية هي السبب وراء "تهميشهم هيكلياً، مثل إجبارهم على التقاعد في سنّ محدّدة، أو غير رسمي، مثل نزوح أصحاب العمل المحتملين إلى اعتبارهم أقلّ نشاطاً وأقلّ قيمة" وأهمية. فقد اعتدنا على النظر إلى المسنين على أنهم أناس ضعفاء أو "مضى عهدهم" أو غير قادرين على العمل أو ضعفاء جسدياً أو متأخرون عقلياً أو عاجزون أو مغلوبون على أمرهم. وهي الصور التي يمكن، بحسب المنظمة، أن تحول دون مشاركة المسنين والمسنيات، على نحو كامل، في الأنشطة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والثقافية والروحية والمدنية وغير ذلك

من الأنشطة. ويمكن تجنب هذه الحلقة المفرغة بكسر تلك الصور النمطية وتغيير سلوكياتنا تجاه المسنين.

ويتناول الفصل الثاني، بالشرح المفصل، مفهوم الشيخوخة النشطة، والمفاهيم البديلة التي سبقته مثل مفاهيم: الشيخوخة الناجحة، والشيخوخة الصحية، والشيخوخة المنتجة، والشيخوخة الذهبية. وكل هذه مفاهيم تم تطويرها في سياق البحث عن تشخيص ملائم يتناسب مع عالم يشيخ سكانه بسرعة كبيرة.

ويتناول الفصل الثالث محددات الشيخوخة ومقاييسها ومؤشراتها. وقد اعتمدنا على تقرير منظمة الصحة الدولية الذي يحدد مجموعة متغيرات أو عوامل أو محددات تتعلق بالأفراد، والأسر، والدول، وأن فهم هذه المحددات مسألة لا بد منها لوضع سياسات وبرامج ناجحة، وإلا أصبح العمل على ذلك ناقصاً وبلا قيمة حقيقية. وهذه المحددات التي تظهر هي:

- ١- محددات الصحة والخدمات الاجتماعية
- ٢- محددات اقتصادية
- ٣- محددات اجتماعية
- ٤- محددات بدنية
- ٥- محددات شخصية
- ٦- محددات سلوكية

وإضافة إلى محددات منظمة الصحة الدولية، فقد قامت منظمة مساعدة المسن العالمية HelpAge International، بدءاً من العام

٢٠١٣، بتصميم مقياس خاص لقياس ومراقبة الجوانب الأساسية للرفاه الاقتصادي والاجتماعي لكبار السن على مستوى العالم؛ وذلك على غرار مقياس التنمية الإنسانية العالمية. والغرض من وراء ذلك هو تحفيز الحكومات والمنظمات الدولية للوعي والعمل على حاجات كبار السن. وتم تطوير هذا المقياس بالاعتماد على بيانات الأمم المتحدة والبنك الدولي ومنظمة الصحة الدولية ومنظمة العمل الدولية، واليونسكو ومؤسسة غالوب العالمية. وقد سمح هذا المقياس، ولأول مرة، بمقارنة وضع بلدان العالم من حيث جودة الحياة لكبار السن. ويمثل المقياس أداة لقياس التقدم على مؤشراته بغرض تحسين السياسات والبرامج المتعلقة بكبار السن. ويتألف المقياس من ثلاثة عشر مؤشراً تتوزع على أربعة مجالات أساسية سنفصلها في موضعها.

كما سنتعرض إلى المقياس الذي قام المركز الأوروبي ومفوضية الأمم المتحدة الاقتصادية لشؤون أوروبا UNECE بتصميمه لقياس حالة ومستوى "الشيخوخة النشطة" في بلدان أوروبا. وتم تصميم هذا المقياس في العام ٢٠١٢ بالتزامن مع السنة الأوروبية للشيخوخة النشطة والتضامن بين الأجيال. وقد تم تصميمه بالاعتماد على تعريف منظمة الصحة العالمية للشيخوخة النشطة لعام ٢٠٠٢. واعتمد القائمون على المقياس المنهجية ذاتها المعتمدة في تقارير التنمية الإنسانية التي يصدرها سنوياً برنامج الأمم المتحدة للتنمية UNDP. وهو يتألف من ٢٢ مؤشراً موزعة على أربعة مجالات أساسية.

ونحن نغتنم هذه الفرصة لنوجه الدعوة لدول مجلس التعاون الخليجي للمبادرة إلى تصميم مقياس خاص للشيخوخة النشطة بحيث يكون متناسباً مع طبيعة مجتمعاتنا وخصوصيتنا الدينية والثقافية.

أما الفصل الرابع فقد خصصناه لاستعراض أبرز التجارب الناجحة في مجال الشيخوخة النشطة بالاعتماد على مقاييس الشيخوخة النشطة التي أشرنا إليها أعلاها، حيث تحتل تجارب سويسرا والسويد والدنمارك وفنلندا وهولندا والمملكة المتحدة أعلى الترتيب. وسنكتفي في هذا الفصل باستعراض تجارب كل من سويسرا وفنلندا والنرويج والسويد واليابان.

وقد خصصنا الفصل الخامس لاستعراض تجارب دول الخليج العربية وجهودها التي تؤهلها لتطبيق مفهوم الشيخوخة النشطة. وقد استعرضنا الخدمات والإسهامات التي تقدمها إدارات كبار السن في وزارات التنمية (أو الشؤون) الاجتماعية في كل من قطر والإمارات والبحرين والسعودية والكويت وعمان. وهي تجارب رائدة على مستوى المنطقة إلا أنها بحاجة إلى التطوير لتكون بلدان الخليج مستعدة لتطبيق الشيخوخة النشطة.

وسنختم هذا الكتاب بالفصل السادس الذي نقيم فيها تجارب بلدان الخليج في مجال الشيخوخة النشطة، وما هو متوافر، وما هو غائب في هذه التجارب. وسنلاحظ أن لدى دول الخليج كلها بنى تحتية وإمكانيات كبيرة للاستعداد لتجربة الشيخوخة النشطة، ويمكن أن يكون لديها أكثر مما لدى أي بلد عربي آخر بحكم المستويات المرتفعة جداً التي حققتها بلدان الخليج في مؤشرات التنمية الإنسانية. ويمكن أن نذكر هنا بأن معظم بلدان

الخليج (حيث تحل قطر المرتبة ٣٢، والسعودية المرتبة ٣٩، والإمارات المرتبة ٤١، والبحرين المرتبة ٤٥، والكويت المرتبة ٤٨، وعمان المرتبة ٥٢) تقع في تقرير التنمية الإنسانية لعام ٢٠١٥ في قائمة البلدان ذات التنمية الإنسانية المرتفعة (عمان) والمترفعة جداً (بقية بلدان الخليج). وكل هذا يجعل بلدان الخليج العربية على الطريق الصحيح فيما يتعلق بالشيخوخة النشطة.

ولا يفوتني، في ختام هذه المقدمة، أن أتقدم بجزيل الشكر إلى الصديق وزميل العمل د. نادر كاظم على الجهود الكبيرة التي بذلها في مساعدتي في إعداد هذا الكتاب، وعلى جهود المراجعة والتصحيح وتوفير الكثير من المصادر التي أسهمت في استكمال الصورة النهائية لهذا الكتاب. فلولاً هذه المساعدة والدعم ما كان لهذا الكتاب أن يرى النور. كما أتقدم بجزيل الشكر إلى المكتب التنفيذي لوزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون الخليجي العربية، وعلى ثقتهم التي هي موضع تقديري واعتزازي، وعلى جهودهم في إخراج هذا الكتاب بالصورة التي تليق به. ولا يفوتني شكر كل من حضر ورشة العمل التي نضمها المكتب التنفيذي في مسقط في الفترة بين (١٠-١١ أبريل ٢٠١٧) حول الشيخوخة النشطة، والتي كان لي شرف تقديمها، وهو الأمر الذي كان له بالغ الأثر على توضيح الكثير من أوضاع الشيخوخة النشطة في بلدان الخليج العربية.

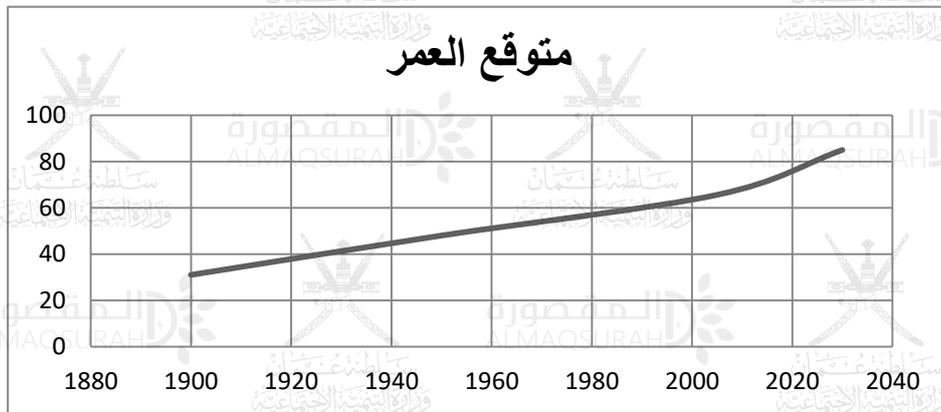
الفصل الأول

كبار السن والحاجة إلى تصحيح الصورة النمطية

كبار السن والحاجة إلى تصحيح الصورة النمطية

في العام ١٩٠٠ كانت متوسط العمر المتوقع للبشر ٣١ عاماً، ارتفع في منتصف القرن العشرين إلى ٤٨ عاماً، ثم قفز في العام ٢٠٠٥ إلى ٦٥,٦ عاماً، ووصل في بعض البلدان إلى ٨٠ عاماً، ويتوقع أن يرتفع متوسط عمر النساء في بلد مثل الولايات المتحدة الأمريكية في العام ٢٠٣٠ إلى ٨٥ عاماً (انظر الشكل رقم ١). ماذا يعني هذا؟ إنه يعني إن سكان العالم يشيخون، الأمر الذي سيجعل قضية شيخوخة سكان العالم أبرز القضايا الملحة المطروحة على أجندة الدول والمنظمات الدولية؛ بسبب التأثير الكبير الذي سيحدث بشيخوخة سكان العالم على حالة الصحة والخدمات الاجتماعية وحالة النمو الاقتصادي، وعلى كل مناحي الحياة. ولهذا السبب، أصبحت قضية المسنين قضية عالمية راهنة تُعقد لها المؤتمرات، وتؤلف حولها الكثير من الدراسات والكتب، كما أنها تشهد اهتماماً عالمياً لا مثيل له طوال تاريخها.

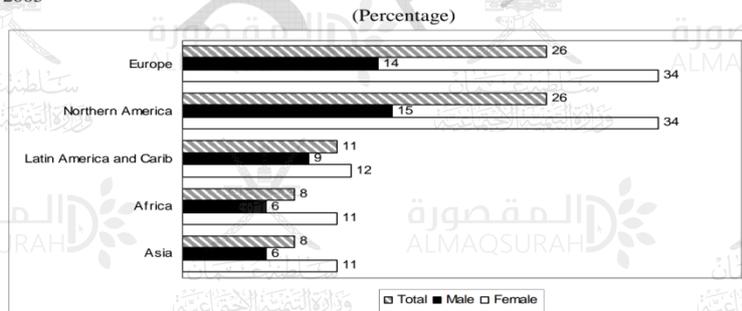
الشكل رقم (١)



ومع هذا، ترتبط الشيخوخة، في أذهاننا، بالعجز والمرض وتحول إنسان ما من عامل ومنتج إلى عالة على الآخرين لا في نفقات إعاشته فحسب، بل حتى في حركته وسكونه، قيامه وجلوسه، يقظته ونومه، صحته ومرضه. إنه باختصار يتحول ليكون إنساناً مستطيعاً بغيره تماماً مثل الأطفال الصغار المعتمدين على الكبار في كل شيء، بل قد يكون الوضع أكثر سوءاً حتى من الأطفال الصغار، لأن الآباء والأمهات عادة ما يكونون في قمة سعادتهم بمجيء طفلهم، ولهذا يقومون بالمستحيل والشاق والصعب من أجل تنشئته وقلب منشرح. لكن الوضع ليس كذلك مع رعاية كبار السن، فمعظم كبار السن يجدون أنفسهم، في نهاية العمر، وحيدون ويعانون من العزلة والوحدة، وكثيراً ما يتخلى الأبناء عن رعاية آبائهم وأمهاتهم جحوداً أو انشغالاً بمشاغل الحياة الحديثة التي لا تنتهي. وتشير الإحصائيات الأمم المتحدة في العام ٢٠٠٩ إلى أن نسبة كبار السن الذي يعيشون وحيدين ترتفع في البلدان المتقدمة، حيث تصل النسبة إلى ٣٤% في أوروبا وأمريكا الشمالية، وتتنخفض إلى ١١% في كل من أفريقيا وآسيا (انظر الشكل رقم ٢).

الشكل رقم (٢)

Figure 4. Percentage of population aged 60 or over living alone, by sex, major areas, around 2005



Source: United Nations (2009). World Population Ageing 2009 (ESA/P/WP/212).

يجيء مفهوم "الشيخوخة النشطة" ليصحح الكثير من الأفكار الخاطئة والصور النمطية السلبية في أذهان الكثيرين عن الشيخوخة والمسنين. فليس بالضرورة أن تكون الشيخوخة مقترنة بالعجز والمرض وعدم الإنتاج والاتكالية المطلقة على الآخرين، بل إن التقدم، في هذا الكتاب، سيكشف لنا أن تمتع كبار السن بالصحة، والنشاط، والحيوية، والقدرة، على العمل (بالطبع العمل الذي يليق بهم ويتناسب مع عمرهم)، والقدرة على التطوع لخدمة الآخرين من أبناء وأحفاد وجيران وأصدقاء وغيرهم، والقدرة على ممارسة الهويات المتعددة من تعلم العزف على البيانو إلى الكتابة والقراءة وممارسة الرياضة والجري لمسافات طويلة وحتى القفز في الهواء من مرتفعات عالية، كل ذلك أمر ممكن، وكبار السن يقومون به في بقاع مختلفة من العالم. وفي هذا السياق وبمناسبة يوم الصحة العالمي في العام ٢٠١٢ والمخصص للشيخوخة والصحة تحت شعار "الصحة الجيدة تضيف حياة إلى السنين"، قامت منظمة الصحة العالمية بتصميم مجموعة من الملصقات من أجل محاربة الصور النمطية الراهنة التي يواجهها المسنون. وتُظهر هذه الملصقات المسنين في أوضاع إيجابية وهم يستمتعون بالحياة على نحو كامل ويشعرون بالرضا عن الحياة التي يعيشونها. وهذه أمثلة لأنشطة المسنين التي قامت المنظمة بتصميمها:



تصوير : Karsten Thormaehlen

هيلموت ويرز، صيدلاني متقاعد يمثل القفز من مرتفعات عالية الهواية التي يعشقها هيلموت ويرز البالغ من العمر ٨٧ عاماً. فقد اكتشف هذا الصيدلاني السابق القفز بالحبال المطاطية عندما كان عمره ٧٥ عاماً. وهو يقول في هذا الصدد: "عندما أقف هناك أشعر بهدوء تام"، مع أنه غير مؤمن سوى بشريط مطاطي مربوط في رجليه. وظلّ هيلموت صاحب الرقم القياسي لأكبر القافزين بالحبال المطاطية سناً في العالم منذ عدة سنوات.



بريسون وليام هايز، أكبر معمر يحقق رقماً قياسياً في القفز بالمظلة
حقق بريسون وليام هايز، وهو من جنوب إنجلترا، رقماً قياسياً بعدما قفز
بالمظلة وهو في عمر ١٠١ عام. وبهذا يصبح أكبر معمر في العالم يحقق
هذا الإنجاز.



تصوير: Karsten Thormaehlen

ميرتا نورديت، طبيبة عيون متقاعدة

هناك علاقة حميمة بين ميرتا نورديت وحفيدها المراهق داميان. وعندما اقترحت ميرتا، البالغة من العمر ٦٩ عاماً، على حفيدها داميان أن تلغنه مبادئ رقصه السالسا، فإنه لم يتردد قط وقبل عرضها فوراً. وتقول ميرتا، التي كانت تعمل طبيبة عيون قبل تقاعدها والتي تمارس الرقص عدة مرّات في الشهر، "أودّ أن يتعلّم أحفادي أكبر قدر ممكن من ثقافة وتقاليد بلدي الأصلي كوبا." وتضيف بحماس "إنّ السالسا شكل من أشكال التحرّر بالنسبة لي. فهي تعطيني الطاقة وتمعني من الإبحار في التفكير." وعلى الرغم من بعض المشاكل التي بدأت تعاني منها ميرتا في الظهر مؤخراً، فإنّها تتمنى الاستمرار في الرقص لمدة طويلة في المستقبل.

ومن هنا، ترى منظمة الصحة العالمية أن محاربة الصور النمطية السلبية عن المسنين باتت أمراً مطلوباً ومهماً. والسبب أن سلوكنا تجاه المسنين يتحدد، بدرجة كبيرة، بحسب الصورة النمطية التي نحملها عنهم في ذهننا، كما يمكن أن تكون هذه الصورة النمطية هي السبب وراء "تهميشهم هيكلياً، مثل إجبارهم على التقاعد في سنّ محدّدة، أو غير رسمي، مثل نزوح أصحاب العمل المحتملين إلى اعتبارهم أقلّ نشاطاً وأقلّ قيمة"¹ وأهمية. فقد اعتدنا على النظر إلى المسنين على أنّهم أناس ضعفاء أو "مضى عهدهم" أو غير قادرين على العمل أو ضعفاء جسدياً أو متأخرون عقلياً أو عاجزون أو مغلوبون على أمرهم. وهي الصور التي يمكن، بحسب المنظمة، أن تحول دون مشاركة المسنين والمسنيات، على نحو كامل، في الأنشطة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والثقافية

¹ - <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/ar/index3.html>

والروحية والمدنية وغير ذلك من الأنشطة. ويمكن تجنب هذه الحلقة المفرغة بكسر تلك الصور النمطية وتغيير سلوكياتنا تجاه المسنين. وفيما يلي أبرز الصورة النمطية التي تذكرها المنظمة:

الصورة النمطية ١: المسنون "مضى زمنهم"

من الصحيح أنّ كبار السن من العاملين أقلّ إنتاجاً من العاملين الشباب، وتبيّن الدراسات انخفاضاً طفيفاً في وتيرة معالجة المعلومات ودرجة الانتباه مع التقدم في السن، إلا أن الصحيح أيضاً أنّ معظم الأشخاص يحتفظون جيداً بمؤهلاتهم العقلية وقدرتهم على التعلم عند الكبر. كما يتميّزون عن غيرهم بما يمتلكونه من خبرة وذاكرة. وقد يكون تدهور القدرات الجسدية أقلّ بكثير ممّا هو مفترض. ففي ١٦ أكتوبر ٢٠١١، أصبح فوجا سينغ^٢، وهو مواطن بريطاني من أصل هندي، أول شخص يبلغ ١٠٠ عام ويشارك في منافسة الماراثون، إذ استطاع أن يكمل سباق ماراتون تورونتو واتفروننت بكندا في ثماني ساعات و٢٥ دقيقة و١٦ ثانية، تاركا الكثيرين من المتنافسين الشباب خلفه. كما وقع عقداً ليكون جزءاً من حملة "أديداس" الإعلانية لعام ٢٠٠٤ بمعية ديفيد بيكام والملاكمة ليلي علي حفيدة محمد علي كلاي.

^٢ - انظر التفاصيل عن حياة ومنافسة فوجا سينغ في موسوعة ويكيبيديا، على هذا الرابط: https://en.wikipedia.org/wiki/Fauja_Singh
وهذا تقرير مصور عن اعتزاله على (بي بي سي): <https://www.youtube.com/watch?v=dilQRxgD12c>
وهذا مقابلة معه يتحدث فيها عن تجربته مع كبر السن: https://www.youtube.com/watch?v=mAGcDfkJscl&feature=player_embedded



فوجا سينغ (ولد في العام ١٩١١)

الصورة النمطية ٢: المسنون مغلوبون على أمرهم

لا يعني التقدم في العمر أن يتحول الإنسان ليكون بلا إرادة ومغلوب على أمره وعاجز عن التحكم في حياته وحياته الآخرين. فبعد إعصار سيدر الذي ضرب بنغلاديش في عام ٢٠٠٧، اضطلعت لجان المسنين بدور نشط وقامت بتعميم رسائل الإنذار المبكر على الأشخاص والأسر الأكثر عرضة للخطر، وتحديد الفئات الأكثر تضرراً، وتجميع قائمة المستفيدين وإبلاغهم بتوقيت ومكان تلقي سلع الإغاثة. وعقب الزلزال والتسونامي اللذين وقعا في اليابان بادر المسنون والمتقاعدون إلى التطوع في مواقع الكارثة النووية، وقالوا إنهم لا يخافون من التعرض للأشعة النووية. فقد

كانوا، بحكم تقدمهم في السن، أقلّ تخوفاً من غيرهم من الآثار الطويلة الأجل لذلك التعرّض.

الصورة النمطية ٣: المسنون سيخرفون في آخر المطاف

هفوات الذاكرة التي تحدث بشكل عارض من الظواهر الشائعة في كل المراحل العمرية. وعلى الرغم من أنّ مخاطر الإصابة بأعراض الخرف ترتفع بشكل حاد مع تقدم العمر وخاصة لدى من تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً، فإنّ علامات الخرف المحتملة (فقدان القدرات الذهنية)، مثل الشك في كيفية القيام بالوظائف البسيطة وصعوبة إكمال الجمل والتخليط بين الشهور أو الفصول، ليست من العلامات العادية للشيخوخة. فمعظم المسنين قادرون على تدبير شؤونهم المالية وحياتهم اليومية. ويمكنهم الموافقة عن سابق علم على العلاج أو التدخلات الطبية التي قد يحتاجونها. والواقع أنّ بعض الأشكال من ذاكرتنا تظلّ على حالها، بل تتطوّر مع التقدم في السن، مثل ذاكرتنا الدلالية، التي تمثّل القدرة على تذكّر المفاهيم والوقائع العامة غير المرتبطة بتجارب معيّنة.

الصورة النمطية ٤: المسنات أقلّ قيمة من النساء الأصغر سناً

كثيراً ما يربط الناس قيمة المرأة بجمالها وشبابها وقدرتها على إنجاب الأطفال. ويتم، في غالب الأحيان، إغفال الدور الذي تؤديه المسنات في أسرهن ومجتمعاتهن المحلية والمتمثّل في الاعتناء بأبنائهن وأطفالهن وأحفادهن. وفي معظم البلدان تنزع النساء إلى تولي مسؤولية رعاية الأسرة.

وكثير منهن يعتنين بأكثر من جيل واحد. وفي غالب الأحيان تكون أولئك النسوة أنفسهن في سن متقدمة. ففي أفريقيا جنوب الصحراء، على سبيل المثال، تتولى ٢٠% من نساء الأرياف البالغات من العمر ٦٠ عاماً فما فوق دور الراعي الرئيسي لأحفادهن.

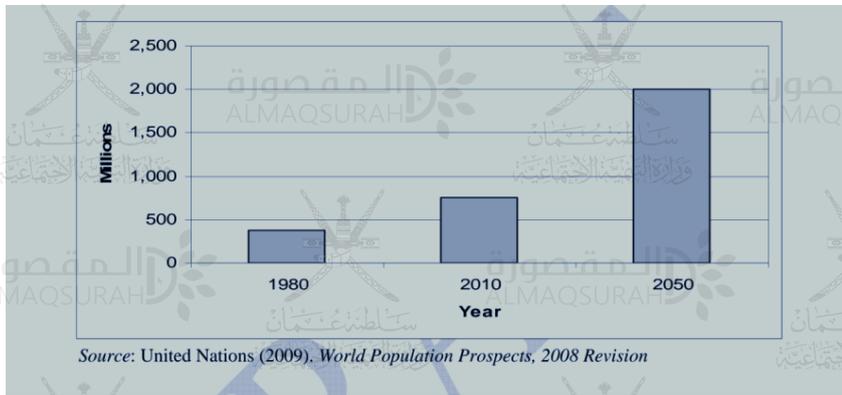
الصورة النمطية ٥: المسنون لا يستحقون الرعاية الصحية

كثيراً ما يتم إغفال أو تجاهل ما يصيب المسنين من أمراض أو علل قابلة للعلاج واعتبار ذلك "جزءاً عادياً من الشيخوخة". والسبب لا يتسبب، بالضرورة، في إحداث الألم، ومع ذلك فالحق في التمتع بأفضل مستوى صحي ممكن لا يقلّ مع التقدم في السن: فالمجتمع هو الذي يميل، أساساً، إلى وضع حدود عمرية فيما يخص الحصول على العلاجات المعقدة أو التأهيل المناسب والوقاية الثانوية من المرض والعجز. وليس العمر هو الذي يحدّ من صحة المسنين وقدرتهم على المشاركة. بل إنّ الأفكار الخاطئة التي تدور في أذهان الأفراد والمجتمعات وأشكال التمييز والإيذاء هي التي تحول دون تمتع المسنين بالنشاط وحظيهم بالتقدير والاحترام.

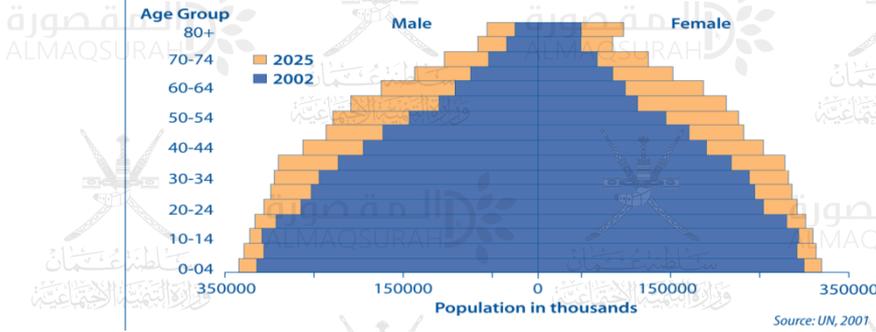
وفي سياق كسر هذه الصور النمطية تكتسب قضية "الشيخوخة النشطة" أهمية كبيرة، وهي القضية التي وضعت منظمة الصحة العالمية إطار العمل الخاص بها في العام ٢٠٠٢ في تقريرها عن "الشيخوخة النشطة" **Active Ageing: A Policy Framework**.

يحق لنا أن نسأل لماذا كل هذا الاهتمام الآن بهذه القضية؟ أحد الأسباب هو الشيخوخة السريعة والمتنامية التي تشهدها البشرية في العصر الحديث. لقد كانت نسبة المسنين ممن هم في عمر الـ ٦٠ فما فوق لا يتجاوز الـ ٨% من سكان العالم (٢٠٠ مليون شخص) في العام ١٩٥٠، ارتفعت النسبة إلى ١١% (٧٦٠ مليون) في العام ٢٠١١، ومن المتوقع أن تبلغ ٢٢% (٢ مليار) في العام ٢٠٥٠. وتمثل النساء ٥٥% من هؤلاء المسنين ممن هم في الـ ٦٠ فما فوق، و ٦٤% لفئة الثمانين عاماً فما فوق، و ٨٢% لفئة المائة عام فما فوق. الأمر الذي يعني أن المسنين - والنساء على نحو أخص - يتزايدون بوتيرة أسرع من النمو السكاني العالمي (انظر الشكل رقم (٣)). وهو ما يهدد بتغيير شكل الهرم السكاني من شكل هرمي إلى شكل إسطواني خلال الفترة من ٢٠٠٢ إلى ٢٠٢٥ كما يوضح الشكل رقم (٤). والجدير بالذكر أن السبب وراء ذلك يرجع إلى التقدم الكبير في الخدمات الصحية ورعاية المسنين وتنامي الوعي الصحي بين سكان العالم، إضافة إلى انخفاض معدلات الخصوبة.

الشكل رقم (٣)



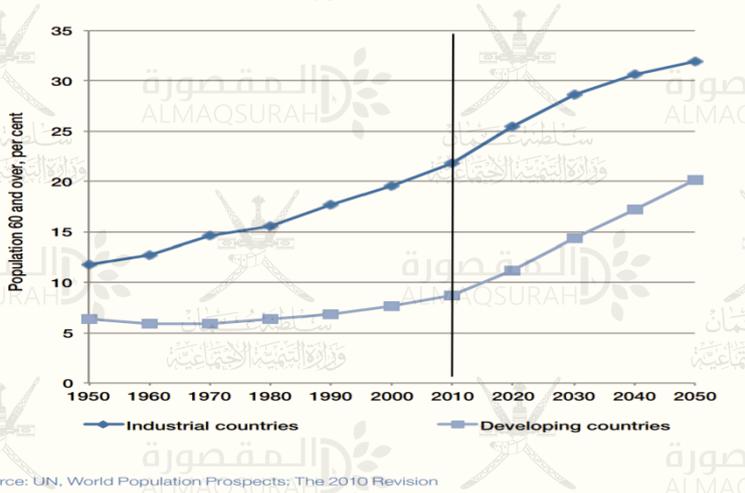
الشكل رقم (٤)



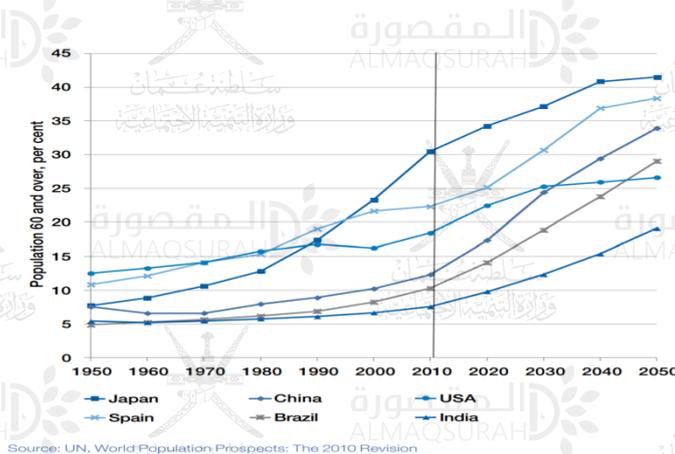
تطرح هذه الشيخوخة السريعة والصاعدة الكثير من التحديات، والكثير من الفرص أمام البشرية أفراداً ومجتمعات، دولاً ومنظمات محلية ودولية. فبعد أن بدأت هذه الظاهرة في البلدان المتقدمة التي بقي الباحثون يصفونها بمجتمعات الشيخوخة لعقود طويلة، إذا بهذه الظاهرة تنتشر خارج العالم المتقدم، وصارت اليوم تمثل ظاهرة عالمية؛ لأن البلدان الأقل نمواً تشيخ بسرعة (انظر الشكل رقم (٥)). ويتوقع صندوق الأمم المتحدة للسكان أن ٤٢ بلداً من بلدان العالم سيضم عدداً من المسنين (٦٠ سنة فما فوق) أكثر مما عليه الحال في اليابان اليوم. ويتوقع أن تصل نسبة المسنين في كل من الصين والبرازيل واليابان إلى أكثر من ٤٠% من عدد سكان هذه البلدان. ويعيش اليوم (٤١٤ مليون) مسن في قارة آسيا، بينهم (١٦٦ مليون) في الصين وحدها، و(٩٢ مليون) في الهند (انظر الشكل رقم (٦)). وبحسب توقعات الصندوق فإن ٢٩ مليوناً من المسنين سينضمون إلى تعداد سكان العالم كل عام بين الأعوام ٢٠١٠ و ٢٠٢٥، وأكثر من ٨٠% من هؤلاء سيكون في البلدان الأقل نمواً. كل هذه الزيادة المتسارعة تستدعي اهتماماً عالمياً بهذه الظاهرة، وهي تفرض على كل مجتمع ضرورة

التحرك سريعاً بإعداد الخطط ووضع البرامج والسياسات، وتهيئة البنى التحتية لمثل هذا التحدي الكبير.

الشكل رقم (٥)



الشكل رقم (٦)



وهناك سبب آخر لكل هذا الاهتمام العالمي بظاهرة المسنين، وهو ما يسمى بـ"سيناريو القيامة" ونهاية عالم شاخ معظم سكانه، وتراجعت خصوبة نسائه، وصار يعاني من نقص حاد في القوى العاملة القادرة على تحريك عجلة الصناعات والشركات والمؤسسات والمصارف التي يقوم عليها اقتصاد العالم الحديث. أضف إلى هذا أن العامل سيشهد لا محالة انهياراً مؤكداً لصناديق المعاشات والتقاعد، وتدهوراً كبيراً في الخدمات الصحية نتيجة الضغط الذي سيأتي من الطفرة الكبيرة في نسب المسنين، كما أنه سيتسبب في إرباك كبير لنظام الحياة بأكمله.

يذكر هذا السيناريو القيامي والكارثي بأفكار الاقتصادي الإنجليزي توماس مالتوس (1766-1834)، ونادي روما في ستينات القرن العشرين. فقد لاحظ مالتوس في كتابه الشهير "مقالة حول مبدأ السكان" أن السكان يتضاعفون بمعدل أعلى من الغذاء، وبمصطلحات مالتوس فإن السكان يزيدون بمتوالية هندسية، فيما يزيد الغذاء بمتوالية عددية، الأمر يعني أن النقص في الغذاء سيكون حتمياً، والنتيجة ستكون مزيداً من المجاعة والحروب والأوبئة والأمراض، وهو ما سيعيد التوازن، مجدداً، بين السكان ومواردهم الغذائية.

يمكن للطفرة في أعداد المسنين في العالم أن تحقق هذا السيناريو الكارثي، لكن علينا أن لا ننسى أن لهذه الطفرة وجهين أساسيين، فهي يمكن أن تكون كارثة، ويمكن أن تكون فرصة، وبأيدينا أن نوقف الكارثة أو نحولها إلى فرصة. فلا ينبغي لمثل هذه السيناريوهات القيامية أن تحجب عنا حقيقة أساسية، وهي أن زيادة عدد المسنين وارتفاع العمر المتوقع

البشر حول العالم، يمثلان قصة نجاح عظيمة للبشرية، ومكسباً مهماً في طريق تحقيق التنمية الإنسانية الذي عرّفها تقرير التنمية الإنسانية الأول الذي أصدره برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في العام ١٩٩٠ بأنها "عملية توسيع وزيادة خيارات البشر"³، والأمر الحاسم في ذلك، بحسب تقرير التنمية الإنسانية لعام ١٩٩٠، هو "حياة صحية وطويلة" وهو ما يسمح للأفراد بالتعلم والتمتع بمستوى حياة جيدة. ويمثل ارتفاع عمر البشر مؤشراً مهماً وأساسياً من مؤشرات توسيع الخيارات أو التنمية الإنسانية. لنخيل خيارات البشر عندما يكون حدود أعمارهم تقف عند الثلاثين، فما هي الخيارات المتاحة أمامهم؟ وما هي الفرص المتاحة أمامهم للتعليم والعمل والاستثمار والسفر والاستمتاع بالحياة والابتكار وتنمية المهارات وممارسة الهوايات وتحقيق الطموحات؟ ستكون الفرص والخيارات، لا محالة، محدودة بحدود أعمار الناس القصيرة. ليس هذا مثلاً خيالياً، فالعمر المتوقع للبشر، قبل العصر الحديث، كان قصيراً. ويذكر ابن منظور، في "لسان العرب"^٢، أن الكهل هو الرجل الذي وخطه الشيب، وهو الرجل الذي جاوز الثلاثين، أو الثلاث وثلاثين سنة!.. والجدير بالذكر أن أعمار البشر، قبل القرن العشرين، كانت قصيرة، لدرجة أن "أقل من نصف المولودين يصلون إلى ٥٠ سنة"⁴، في حين أنهم يعيشون الآن للـ ٦٠ والـ ٧٠ والـ ٨٠.

³ - Human Development Report 1990, (UN: UNDP, Oxford University Press, 1990), p.10

^٢ - ابن منظور، لسان العرب، (القاهرة: دار المعارف، د.ت)، مادة (كهل)، المجلد الخامس، ص ٣٩٤٧

⁴ - Laura L. Carstensen and Linda P. Fried, The Meaning of Old Age, in: Global Population Ageing: Peril or Promise? (World Economic Forum, 2012), p.15

ومن هنا تكتسب قضية "الشيخوخة النشطة" أهمية كبيرة. وهي قضية نالت الكثير من الاهتمام الدولي والعلمي منذ أن اعتمدت منظمة الصحة العالمية هذا المصطلح في العام ١٩٩٠، وتبنته العديد من المنظمات من البنك الدولي إلى المنتدى الاقتصادي العالمي إلى الباحثين في مجال علم الشيخوخة وعلم نفس النمو وعلم اجتماع الصحة وفي مجالات الصحة العامة.

* * *

الفصل الثاني

الشيخوخة النشطة: المفهوم والمفاهيم البديلة

الشيخوخة النشطة: المفهوم والمفاهيم البديلة

خصصت منظمة الصحة العالمية (WHO)، كما رأينا، يوم الصحة العالمي السنوي في العام ٢٠١٢ للشيخوخة والصحة، كما أعلن الاتحاد الأوروبي أن العام ٢٠١٢ هو عام خاص بالشيخوخة النشطة والتضامن بين الأجيال. كما وضع "المنتدى الاقتصادي العالمي" قضية "الشيخة النشطة" على رأس أجندته للعام ٢٠١٢، وأصدر، بهذه المناسبة، كتاباً خاصاً بعنوان: "شيخوخة سكان العالم: خطر أم وعد؟" Global Population Ageing: Peril or Promise. تعبر كل هذه التحركات عن الأهمية الكبيرة التي حظيت بها قضية "الشيخوخة النشطة" في العام ٢٠١٢ على نحو خاص. لكن السؤال هو: ماذا تقصد كل هذه الجهات الدولية حين تستخدم مصطلح "الشيخوخة النشطة"؟

تعرف منظمة الصحة العالمية "الشيخوخة النشطة" بأنها "عملية تحسين فرص الصحة، والمشاركة، والأمن، من أجل تحسين جودة الحياة مع تقدم البشر في العمر".¹ ويحدد إطار العمل هذا العديد من محددات الشيخوخة المسنة، والتي تشمل الوصول إلى الخدمات الصحية والاجتماعية، وإلى البيئات الاجتماعية والمادية والشخصية والسلوكية، والمحددات الاقتصادية، والتي تتأثر كلها بالثقافة والجنس (النوع الاجتماعي).

¹ - Active Ageing: A Policy Framework, (World Health Organization, April 2002), p.12

ومن الواضح أن هذا التعريف ينطلق من أرضية التنمية الإنسانية؛
بدليل أنه يتبنى تعريف "التنمية الإنسانية" الذي اعتمده تقارير التنمية
الإنسانية، وذلك من خلال تأكيده على أن "الشيخوخة النشطة" هي "عملية
تحسين الفرص" مع التقدم في العمر. وهو الأمر الذي يشير إلى أهمية
اعتماد مؤشر "الشيخوخة النشطة" من بين مؤشرات قياس التنمية الإنسانية
في العالم. ذلك أنه لا يكفي أن نعرف أن متوقع عمر البشر يرتفع بين
سكان العالم، بل الأهم من ذلك أن نعرف هؤلاء السكان يعيشون طويلاً
وهم متمتعون بصحة جيدة نفسياً وبدنياً واجتماعياً.

وقبل أن نفصل في معنى "الشيخوخة النشطة"، ينبغي أن نقول بأن
هناك بدائل ومفاهيم أخرى قريبة استخدمت من قبل باحثين ومنظمات دولية
– بما فيها منظمة الصحة العالمية – كبديل عن مفهوم الشيخوخة النشطة،
وذلك في محاولة من هؤلاء لتقديم مفهوم علمي يحدد جودة الحياة لكبار
السن بعد أن أخذت أعمار البشر في الارتفاع منذ منتصف القرن العشرين.
وأشهر هذه البدائل هي:

١,١. الشيخوخة الصحية Healthy Aging:

قدم بينفانت وزملاؤه مفهوم الشيخوخة الصحية في العام ١٩٨٥ حين
درسوا المؤشرات الاجتماعية والبيولوجية لصحة المسنين، وذلك من خلال
دراسة أكثر من ٥٠٠٠ رجل من أصل ياباني تتراوح أعمارهم بين ٤٦-٦٩

غير مصابين بالأمراض المزمنة الرئيسية ولمدة ١٢ عاماً من المتابعة². وعلى منوال بينفانت وزملائه سار جاك غورلينك وكابلان في دراستهما³ لمؤشرات الشيخوخة الصحية في مقاطعة ألميدا بولاية كاليفورنيا الأمريكية في العام ١٩٨٩. ومن الواضح أن أرضية هؤلاء كانت طبية بحتة، ولهذا جاء المفهوم يركز على غياب المعاناة والمرض، وتمتع المسن بصحة جيدة. وبعد بينفانت وزملائه، استخدم العديد من الباحثين هذا المفهوم، إضافة إلى أن منظمة الصحة العالمية ضمنت "الشيخوخة الصحية" لبرنامجها عن "المدن الصحية" خلال الأعوام (٢٠٠٣-٢٠٠٧). كما تبنت المنظمة ذاتها هذا المفهوم في تقريرها العالمي حول "الشيخوخة والصحة"⁴ لعام ٢٠١٥. ويحدد هذا التقرير مفهومين أساسيين من أجل هيكله طريقة دراسة الصحة والوظيفية مع تقدم العمر، الأول هو مفهوم "القدرة الداخلية"، ويشير إلى مجموع القدرات البدنية والنفسية التي يستطيع الشخص الاستفادة منها في أي مرحلة عمرية. والمفهوم الثاني هو "القدرة الوظيفية" التي تعني "المواصفات المرتبطة بالصحة التي تمكن الناس من أن يكونوا ويفعلوا ما يعتبرونه ذا قيمة"⁵. وهذا المفهوم هو حصيلة تفاعل القدرة الداخلية للمسن

² - R. Benfante, D. Reed , J. Brody . **Biological and social predictors of health in an aging cohort**, in: Journal of Chronic Diseases. (1985; Vol. 38, No.5), pp.:385-395.

³ - J. Guralnik, G. Kaplan, **Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study**, in: American Journal of Public Health. (Vol.79, No. 6, 1989), pp.703-708.

^٤ - التقرير العالمي حول الشيخوخة والصحة، (منظمة الصحة العالمية، لوكسمبرغ، ٢٠١٥)، ص١٢.

^٥ - التقرير العالمي حول الشيخوخة والصحة لعام ٢٠١٥، ص١٣.

مع البيئات التي يعيش فيها المسن ويتفاعل مع ما توفره من موارد وعقبات. وعلى هذا، فربما كانت قدرات المسن محدودة، إلا أن هذا لا يمنعه بالضرورة من ممارسة حياته إذا توفرت له بيئة داعمة وتمكينية توفر له الدواء وعصا المشي أو كرسي متحرك، ومواصلات ميسرة وسهولة الوصول.

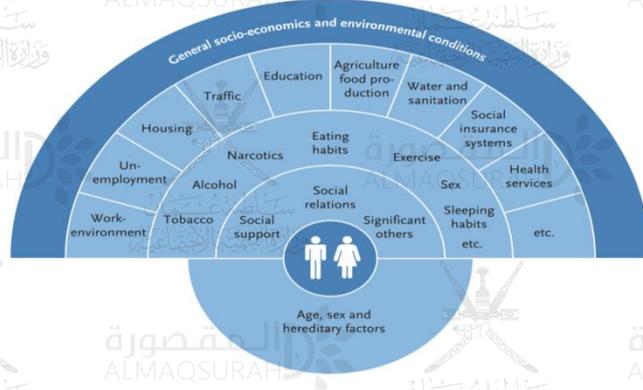
ويخلص التقرير إلى تعريف "الشيخوخة الصحية" بأنها "عملية تطوير وصيانة القدرة الوظيفية التي تمكّن من الرفاهية في العمر المتقدم". وعلى هذا، يحدد التقرير المطلوب لـ"شيخوخة صحية"، وهو تحسين القدرات الوظيفية بما يعزز قدرات المسن الداخلية. وذلك، بحسب التقرير، يتم من خلال أربعة محاور:

- ١- مراعاة النظم الصحية لمجموعات المسنين التي تخدمها
- ٢- تطوير نظم الرعاية طويلة المدى
- ٣- إنشاء بيئات مراعية للسن
- ٤- تحسين القياس والرصد والفهم للشيخوخة

وقبل أن تطلق منظمة الصحة العالمية هذا التقرير بأكثر من عشر سنوات، كانت المفوضية الأوروبية قد أطلقت في العام ٢٠٠٤ مشروع "الشيخوخة الصحية" لمدة ثلاث سنوات بما يضمن المساواة في الصحة لجميع الأعمار. وتعرّف المفوضية الأوروبية هذا المفهوم بأنه "عملية تحسين فرص الصحة الذهنية والاجتماعية والبدنية، من أجل تمكين كبار السن ليكونوا ناشطين في المجتمع من دون تمييز، وليتمتعوا بحياة مستقلة

ونوعية⁶. ويشتمل مشروع "الشيخوخة الصحية" للمفوضية الأوروبية على إطار عمل يبيّن محددات مفهوم "الشيخوخة الصحية" والعوامل المؤثرة فيه، وهي عوامل تقع في دوائر أو مستويات كما تظهر في الشكل رقم (٧): الأولى دائرة الأهل والأصدقاء وشبكات العلاقات الاجتماعية القريبة من جيران وأبناء منطقة سكنية. في الدائرة الثانية يأتي عامل أسلوب الحياة الذي يشمل (العادات الغذائية، والأنشطة البدنية، وعادات النوم، والتدخين وشرب الكحول)، وفي الدائرة الثالثة تأتي الشروط المادية والسوسيواقتصادية التي يعيش ويعمل فيها المسن، والتي تشمل السكن، والخدمات الاجتماعية، وأنظمة المرور في الشوارع، بيئة العمل، ومؤسسات الرعاية الصحية وغيرها.

الشكل رقم (٧)



المصدر: مشروع المفوضية الأوروبية للشيخوخة الصحية

⁶ – Healthy Ageing. P.16

كما أن البنك الدولي استمر يستخدم مصطلح "الشيخوخة الصحية"⁷ حتى وهو يضع مفهوماً جديداً أطلق عليه "الشيخوخة الذهبية"، في تقريره عن الشيخوخة للعام ٢٠١٥. ويرى التقرير أن التدخل الفعال لتعزيز الشيخوخة الصحية، يتطلب تدابير وقائية للحد من أمراض القلب والأوعية الدموية وتخفيض نسبة تعاطي التبغ وإدارة عوامل الخطر الرئيسية الأخرى مثل ارتفاع ضغط الدم والكوليسترول والعادات الغذائية السيئة والكحول والسمنة.

٢,١. الشيخوخة الناجحة Successful Aging:

وفي محاولة لتوسيع نطاق الحياة الجيدة في عمر الشيخوخة بما يتجاوز حصرها في بعد واحد فقط هو الصحة والمرض، قام هفغريست Havighurst بوضع مقياس "الشيخوخة الناجحة" لقياس مدى الرضا عن الحياة لدى كبار السن. إلا أن المفهوم الحديث للشيخوخة الناجحة يدين، بشكل كبير، إلى إسهامات جون روو وروبرت كان في العام ١٩٨٧ - ولاحقاً في العام ١٩٩٧ -، حيث قدّم هذان الباحثان مفهوم الشيخوخة الناجحة؛ ليثبتا أن الشيخوخة لا تقتصر بالضرورة بتدهور الوظائف العضوية والنفسية. وبحسب هذا المفهوم فإن الشيخوخة تكون ناجحة بقدر "غياب المرض والعجز"، وفي التسعينات قام الاثنان بتوسيع هذا النموذج ليشمل المحافظة أو رعاية الوظائف الذهنية والبدنية، والانخراط في أنشطة

⁷ - The World Bank, Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia, (The World Bank, 2015), p.21

اجتماعية وإنتاجية، وهو ما يعبر عنه الباحثان بـ"الانخراط النشط في الحياة". والخلاصة أن نموذج روو وكان يتألف من ثلاثة عناصر أساسية وهي: ١- غياب المرض والعجز، ٢- الانخراط النشط في الحياة، ٣- تعظيم الأنشطة البدنية والذهنية إلى الحد الأقصى^٨. وبهذا يصبح النموذج كالتالي (الشكل رقم ٨):

الشكل رقم (٨): نموذج روو وكان المعدل



وقد قام كثير من الباحثين باستخدام هذا النموذج مع إجراء بعض التعديلات عليه، لأنه لا يتصور الغياب الكامل للمرض لدى كبار السن، فبدل هذا أصبح الباحثون يشيرون إلى "تقليل" أو "تقليل" المرض والعجز.

^٨ - John W. Rowe and Robert L. Kahn, **Successful Aging**, in: Gerontologist, (The Gerontological Society of America, Vol..37, No.4, 01 August 1997), pp. 433-440.

كما قام باحثون في العام ٢٠٠٢ بمراجعة هذا النموذج وأضافوا عنصراً رابعاً ليكتمل النموذج بحسب رأيهم، وهو: الروحية الإيجابية⁹ Positive Spirituality. وهناك باحثون آخرون وأضافوا عنصراً رابعاً مختلفاً يركز على "التقييم الذاتي"¹⁰ Self-Rated أي تقييم المسن نفسه لمدى تمتعه بالشيخوخة الناجحة. وبهذه الإضافات يكون النموذج كالتالي (الشكل رقم ٩):

الشكل رقم (٩) نموذج روو وكان المعدل



⁹ 14 – Martha R. Crowther, Michael W. Parker, W. A. Achenbaum, Walter L. Larimore, and Harold G. Koenig, **Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality**, in: Gerontologist, (The Gerontological Society of America, Vol. 42, No. 5, 2002), pp. 613–620

¹⁰ – William J. Strawbridge, Margaret I. Wallhagen, Richard D. Cohen, **Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn**, Gerontologist, (The Gerontological Society of America Vol.42, No.6, 2002), pp. 727–733.

وباختلاف معايير "الشيخوخة الناجحة" اختلفت قياساتها، وتباينت نسبها بين كبار السن من سكان العالم، بحيث تراوحت النسب بين ٤% و ٥٠% من كبار السن ممن هم في عمر الـ ٦٥ أو أكثر¹¹.

إلا أن المشكلة في مفهوم "الشيخوخة النشطة" أنهم يتضمن حكم قيمة على حياة المسنين، فوجود "شيخوخة ناجحة" يتضمن وجود ضدها أي "شيخوخة فاشلة"، أي كبار السن الذي لم ينجحوا في شيخوختهم. ومن أجل تجاوز هذه "الطبيعة الوصمية"¹² للمفهوم، تم تطوير مفاهيم أخرى، من بينها "الشيخوخة المنتجة".

١,٣ . الشيخوخة المنتجة *Productive Aging*

ظهر مصطلح "الشيخوخة المنتجة" في ثمانينات القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية. وق ظهر في سياق تطورات سياسية واجتماعية متنوعة. فمن جهة، كان الباحثون يريدون التحول من تركيز أبحاث الشيخوخة على كبار السن إلى التركيز على عملية التنمية الإنسانية خلال مسار الحياة. الأمر الذي يعني أن العمر الزمني ليس مؤشراً جيداً للأداء.

¹¹ –Chunbo Li and Others, **Successful aging in Shanghai, China: definition, distribution and related factors** *International Psychogeriatrics*, Vol. 18, No.3, (International Psychogeriatric Association, 2008), p.553

¹² – Alan Walker, **The concept of active ageing**, in: Alan Walker and Christian Aspalter (edt), *Active Ageing in Asia*, (London/New York: Routledge, 2015) , p.19

ومن جهة أخرى، كانت مجموعة كبيرة من المواطنين الأمريكيين من كبار السن يطالبون بشيء آخر إلى جانب الالتزامات التقليدية ما بعد سن التقاعد. ومن هنا جاء مفهوم "الشيخوخة المنتجة". وأصبح منذ ذلك الحين، موضة لكثيرين يبحثون عن مقاربة أكثر إيجابية تجاه الشيخوخة".

وقد تفاعل هذا التوجه مع مخاوف راسمي السياسات من الضغط المتزايد على صناديق التقاعد وخدمات الرعاية الصحية لكبار السن. وقد أثرت هذه المخاوف لدى كثير من المنظمات الاقتصادية في أوروبا والعالم. ومن هنا أصبح مفهوم "الشيخوخة المنتجة" سمة أساسية من سات السياسات الاجتماعية في الاتحاد الأوروبي ومنظمة التعاون والتنمية.

إلا أنه مازالت هناك مشكلة في هذا المفهوم، وهي أنه يحصر أهمية كبار السن في قدرتهم الإنتاجية، أي في قدرتهم على إنتاج السلع والخدمات، أي في الاستمرار في العمل المنتج وبأجر. وكرد فعل على هذه المشكلة ظهر مفهوم "الشيخوخة النشطة" في التسعينات من القرن العشرين، وذلك بتأثير منظمة الصحة العالمية التي كانت تطور مفهوماً للشيخوخة يجمع بين الصحة والنشاط معاً. والفكرة الكامنة وراء هذا المفهوم الجديد يمكن التماسها في هذه العبارة التي استخدمتها منظمة الصحة العالمية لتوصيف حالة التقدم في العمر حيث "سنوات تضاف إلى الحياة، والآن علينا أن نضيف الحياة إلى السنوات"¹³. مما يعني أن هناك استراتيجية مختلفة وأوسع من مجرد إبقاء كبار السن منتجين لأطول فترة ممكنة.

¹³ – The concept of active ageing, p.19

٤, ١. الشيخوخة الذهبية Golden Aging

لا يبدو أن هذا استخدام اصطلاحي دقيق، إلا أن البنك الدولي استخدم هذا المصطلح في تقريره لعام ٢٠١٥ عن الشيخوخة في بلدان أوروبا وآسيا الوسطى بعنوان "الشيخوخة الذهبية: توقعات بشيخوخة صحية ونشطة ومنتجة بالرخاء في أوروبا وآسيا الوسطى". ويبدو أن هذا استخدم مجازي يرجع جذوره إلى أصل يوناني لا ينسى التقرير تذكيرنا به. فالعمر الذهبي، في الأساطير اليونانية، هو وقت السلام والوئام والاستقرار والرخاء للبشر الذين عاشوا لعمر متقدم جداً¹⁴. ويشير التقرير إلى أن شيخوخة المجتمعات قد تعكس ركوداً أو تراجعاً في مستويات المعيشة مع عواقب اقتصادية واجتماعية معقدة، إلا أن ذلك ليس أمراً حتمياً، لأن وجود بيئة داعمة للشيخوخة يسهم في الحد من التبعات السلبية لشيخوخة المجتمعات، فالسياسات السليمة والحوافز والدعم، كذل هذا يساعد في الحد من اتكالية كبار السن، ويسهم في استدامة إنتاجيتهم، ويساعدهم على العيش في شيخوخة صحية ونشطة ومنتجة بالرخاء والعطاء. وبحسب هذا التقرير فإنه يمكن لبلدان أوروبا (التي تقترب من نهاية تحولها الديموغرافي demographic transition باتجاه استقرار سكاني) وآسيا الوسطى أن تدخل حقبة "الشيخوخة الذهبية" بحيث يمكن لكل البشر أن يعيشوا حياة صحية طويلة، ونشطة، ومزدهرة.

¹⁴ –The World Bank, Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia, (The World Bank, 2015), p.4

٥, ١. الشيخوخة النشطة *Active Aging*:

ترى منظمة الصحة العالمية أن تمتع كبار السن بحياة صحية طويلة وأمنة، واستمرار مشاركتهم في الأنشطة المختلفة في الحياة، أمر ممكن وملح في الوقت ذاته. ولهذا فإنها تبنت مفهوم الشيخوخة النشطة كدليل لتحقيق هذه الرؤية. وقد تبنت المنظمة هذا المصطلح منذ أواخر تسعينات القرن العشرين كبديل عن مصطلح الشيخوخة الصحية، بحكم أن الشيخوخة النشطة تقدم فرصاً وخيارات أوسع من مجرد كونها صحية كما في مفهوم الشيخوخة الصحية؛ لأن المسن قد يتمتع بصحة جيدة، لكن هذا ليس دليلاً على قدرته على الانخراط الفعال في أنشطة الحياة المختلفة من اقتصادية واجتماعية ومدنية وروحية وغيرها، كما أن العكس صحيح، بمعنى أن كون المسن مريضاً لا يعني أنه عاجز عن الانخراط في أنشطة الحياة المختلفة. وفي العام ٢٠٠٢ قدمت المنظمة تعريفها المشهور للشيخوخة النشطة والذي ينص على أنها "عملية تحسين فرص الصحة، والمشاركة، والأمن، من أجل تحسين جودة الحياة مع تقدم البشر في العمر"¹⁵. ويسمح هذا المفهوم للمسنين أن يدركوا قدراتهم العضوية والنفسية والاجتماعية، ومن ثم يشاركوا في النشاط الاجتماعي وفقاً لاحتياجاتهم، ورغباتهم وإمكانياتهم، وهو ما يمنحهم الحماية والأمن والرعاية من الجميع.

¹⁵ – Active Ageing: A Policy Framework, (World Health Organization, April 2002),

وتعرّف المفوضية الأوروبية "الشيخوخة النشطة" بأنها تشمل "التعلم
لحياة طويلة، العمل لمدة أطول، والتقاعد في وقت متأخر، وبشكل تدريجي،
البقاء في حالة نشاط لما بعد التقاعد، والانخراط في تعزيز القدرات،
وأنشطة الصحة المستدامة، بما يهدف إلى رفع متوسط جودة حياة الأفراد،
وفي الوقت ذاته، وعلى مستوى مجتمعي، يسهم في نمو أكبر، واعتمادية
وأعباء أقل، وتوفير أكبر في تكاليف معاشات التقاعد والصحة"¹⁶.

وإذا كان تعريف المفوضية الأوروبية يكاد يحصر مفهوم "النشاط" في
مدى إسهام المسن في قوة العمل بما يعني تأخير سن التقاعد وتخفيض
تكاليف الإعاقة وزيادة إسهام المسن في سوق العمل، فإن تعريف منظمة
الصحة يوسع مفهوم "النشاط" ليضع جودة حياة المسن على رأس
الأولويات. وفي هذا السياق يأتي النشاط للتعبير عن قدرة المسن على
الإسهام والمشاركة المستمرة في الحياة بكل جوانبها وليس فقط في قوة
العمل. إن المسنين الذين تقاعدوا عن العمل، أو المرضى، أو العجزة يمكن
أن يظلوا مساهمين إيجابيين لأسرهم وأصدقائهم، ومجتمعاتهم المحلية،
وأمتهم أيضا. والواقع أن مفهوم الشيخوخة النشطة يهدف إلى توسيع فكرة
الحياة الصحية، ونوعية الحياة لكل البشر عندما يتقدمون في السن، بما في
ذلك الضعفاء والمعاقين والمحتاجين للرعاية.

وينطلق تعريف المركز الأوروبي في فيينا، في المقياس الذي قام
خبرائه بتصميمه لقياس الشيخوخة النشطة، من الأرضية ذاتها التي انطلق

¹⁶ Healthy Ageing, p.16

منها تعريف منظمة الصحة العالمية. فبحسب المركز الأوروبي فإن "الشيخوخة النشطة تشير إلى الحالة التي تسمح لكبار السن بالمشاركة في سوق العمل الرسمي والأنشطة المنتجة الأخرى غير مدفوعة الأجر (مثل رعاية أفراد الأسرة والتطوع)، وعيش حياة آمنة ومستقلة وصحية"¹⁷.

ويرتكز مفهوم الشيخوخة النشطة على مبادئ حقوق الإنسان عامة والتي تنص على ضرورة تمتع جميع البشر من كل الأعمار بحقوق الحياة والحرية والكرامة والرعاية وتحقيق الذات. وذلك لتحقيق مجتمع لكل الأعمار بحيث يتمتع الجميع بحقهم في الفرص في كل نواحي الحياة عندما يتقدمون في العمر، بما يعزز مسؤوليتهم في المشاركة في العملية السياسية وكل جوانب الحياة الاجتماعية والمدنية والروحية والثقافية.

ويسمح مفهوم الشيخوخة النشطة للبشر بأن يدركوا حجم إمكانياتهم الكامنة بدنياً واجتماعياً وذهنياً. ويشير وصف "نشطة" إلى استمرار إسهام المسنين في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والروحية والمدنية، إضافة إلى النشاط البدني واستمرار الإنتاجية في قوة العمل. والجدير بالذكر أن مفهوم منظمة الصحة العالمية لا يحصر "الصحة النشطة" في النشاط البدني وقوة العمل؛ بل هو يؤكد بأن كبار السن المتقاعدين، سواء كانوا مرضى أو يعيشون في عز من نوع ما، يمكنهم أن يبقوا نشيطين وقادرين على الإسهام في أنشطة عائلاتهم وزملائهم وأصدقائهم

¹⁷- Active Ageing Index 2012 Concept, Methodology and Final Results, (European Centre Vienna March 2013), p.6

ومجتمعاتهم المحلية وحتى لأمتهم. وهذا يدل على أن مفهوم "الشيخوخة النشطة" يسعى إلى توسيع مفهوم الحياة الصحية وجودة الحياة لتتجاوز حصرها في النشاط البدني ودرجة الإسهام في قوة العمل. وعلى هذا، يمثل مفهوم الشيخوخة النشطة مدخلا علميا وإنسانيا وأخلاقيا للتعامل مع كبار السن، ويرتكز هذا المدخل على فكرة أساسية وهي أن مرحلة الشيخوخة ليست عبئا اقتصاديا واجتماعيا على المجتمع، بل على العكس من ذلك تماما فهي مرحلة العطاء النشط والخبرة التي تمثل موردا إنسانيا ثميناً.

ويؤكد مفهوم الشيخوخة النشطة على التوازن بين جانبين قريبين من مفهومي "القدرة الداخلية" و"القدرة الوظيفية" التي سبق عرضهما في مفهوم الشيخوخة الصحية. وهذان الجانبان هما: **المسؤولية الشخصية** (رعاية الذات)، و**البيئات الصديقة للمسن والتضامن بين الأجيال**. يشير الجانب الأول إلى دور المسن في رعاية نفسه، وإلى أهمية أن يكون واعياً بقدرته على أن يعيش "شيخوخة نشطة" بما تعنيه من التمتع بصحة ونشاط وأمن ومشاركة في أنشطة الحياة، وأن الوصول إلى ذلك يتطلب منه كمن أن يكون إيجابياً لا سلبياً، فلن تأتي "الشيخوخة النشطة" كهبة خالصة من الآخرين، لأنه مهما توفرت البيئات الداعمة فلن يكون لها تأثير كبير ما لم يكن المسن مستعداً لذلك، ولديه الرغبة وشاعراً بالحاجة إلى المشاركة. أما الجانب الثاني فيشير إلى توفير البيئات الداعمة والسياسات السليمة وتحمل الآخرين لمسؤولياتهم تجاه المسن سواء كانوا أسراً أو جهات حكومية أو مؤسسات مجتمع مدني.

لا يغفل التقرير ما له "الشيخوخة النشطة" من أهمية حتى على الجانب الاقتصادي، بما يعني من استمرار مشاركة المسن، وتخفيض تكاليف الرعاية. لأن كبار السن الذي يتمتعون بـ"شيخوخة نشطة" سيكونون قادرين، بما يتناسب مع إمكانياتهم ونوعية العمل الذي يليق بهم، على الاستمرار في العمل، كما أنهم لن يمثلوا ضغطاً كبيراً على صناديق المعاشات والتقاعد، أضف إلى ذلك أن تكاليف الرعاية الصحية ستكون منخفضة.

* * *

الورقة الثالثة

الشيخوخة النشطة: المحددات والمقاييس والمؤشرات

الشيخوخة النشطة: المحددات والمقاييس والمؤشرات

ماذا نعني، على وجه الدقة والتحديد، حين نقول إن شخصاً ما يتمتع بـ"شيخوخة نشطة"؟ وماذا نعني حين نتحدث عن بلد ما ونقول إن به سياسات وبرامج وبنى تحتية داعمة للشيخوخة النشطة، وإن ترتيبه مرتفع في الشيخوخة النشطة؟ هل هو تعبير عام وفضفاض يمكن أن يطلق على أي مسن أو أي بلد؟ أم إن له مؤشرات دقيقة بحيث يكون المسن نشيطاً، ويكون ترتيب البلد في الشيخوخة النشطة محدداً بدقة وفقاً لدرجة توافر هذه المؤشرات على مقياس من المقاييس؟ وإن وجدت فما هي هذه المؤشرات والمقاييس والمحددات؟

محددات منظمة الصحة العالمية للشيخوخة النشطة: نظرة

بحسب تقرير منظمة الصحة العالمية، فإن للشيخوخة النشطة مجموعة متغيرات أو عوامل أو محدّدات تتعلق بالأفراد، والأسر، والدول، وأن فهم هذه المحددات مسألة لا بد منها لوضع سياسات وبرامج ناجحة، وإلا أصبح العمل على ذلك ناقصاً وبلا قيمة حقيقية.

يحدد التقرير ستة محدّدات تتأثر بعاملين أساسيين في كل مجتمع هما عامل الثقافة والجنس. وهذه المحددات التي تظهر في الشكل رقم (١٠) هي:

- ١- محدّدات الصحة والخدمات الاجتماعية
- ٢- محدّدات اقتصادية

٣- محددات اجتماعية

٤- محددات بدنية

٥- محددات شخصية

٦- محددات سلوكية

الشكل رقم (١٠)



١- محددات الصحة والخدمات الاجتماعية:

يتطلب هذا المحدد أن تكون الصحة والخدمات الاجتماعية عامة للجميع من دون تمييز على أساس العمر. وهذا يعني تزويد الناس بالخدمات الصحية والاجتماعية على قدم المساواة بحيث يتمكن المسن من الوصول إلى هذه الخدمات بما يجنبه المرض والعجز، ويوفر له الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية التي يحتاجها. وهذا يعني تطوير هذه الخدمات، وتيسير فرص الوصول إليها. والمحددات

الصحية تشمل الصحة البدنية كما الذهنية، لأن هذه الأخيرة تلعب دوراً حاسماً في الشيخوخة النشطة.

٢ - المحددات السلوكية:

تتأثر قدرة كبار السن - كما هي قدرة أي مرحلة عمرية - على التمتع بحياة صحية ونشطة على قدرتهم على تغيير أسلوب حياتهم فيما يأكلون ويشربون يتصرفون، فكل هذا سيكون له تأثير كبير على تجنبهم المرض وتدهور وظائفهم الحيوية والذهنية. فتجنب التدخين يعني تجنب الكثير من الأمراض بما فيها الأمراض التي تسبب الوفاة مثل أمراض السرطان وهشاشة العظام وترهل العضلات. وهذا لا يخص كبار السن فقط، فالعمل على "شيخوخة نشطة" يبدأ قبل دخول مرحلة الشيخوخة، فلكي يتمتع أي شاب بشيخوخة نشطة عليه أن يتجنب التدخين؛ لأن معظم الشباب يبدأون بالتدخين ثم يدمنون عليه مما يجعل مسألة التوقف عنه مهمة شاقة عليهم بعد الكبر. ويمكن، في هذا الصدد، أن تسهم السياسات والقوانين في تخفيض أعداد المدخنين، ففرض ضرائب على التدخين وتقييد فرص الإعلان عنه يسهم في ذلك. وما يقال عن التدخين ينسحب على شرب الكحول.

ويعد الطعام الذي يتناوله كبار السن عاملاً أساسياً في تحديد "شيخوختهم النشطة"، فمعرفة ما يحتاجه كبار السن من غذاء، وما عليهم تجنبهم، مسألة أساسية. إن الوجبات الغذائية الغنية بالدهون والسكريات والأملاح، والفقيرة في الفواكه والخضروات والألياف

والفيتامينات، هي واحدة من العوامل الخطيرة المسببة لأمراض مزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والشرابين والسمنة والتهاب المفاصل وأمراض الفم والأسنان وبعض أنواع السرطان.

٣- المحددات الشخصية:

تقهم الشيخوخة على أنها تدهور مطرد في الوظائف الحيوية للإنسان حين يتقدم به العمر. وهذه عملية طبيعية وتشمل كل الكائنات الحية. إلا أن ما تثبته الدراسات هو أن هذا التدهور البيولوجي هو نتيجة لعوامل متداخلة ترتبط بالجينات والبيئة وأسلوب الحياة والتغذية. وعلى هذا فإن تأثير العوامل الوراثية في تطور أمراض مثل السكري وأمراض القلب والزهايمر وبعض أنواع السرطان، يختلف بشكل كبير باختلاف الأشخاص، فأسلوب الحياة وتمتع الفرد بمهارات حياتية وشبكة علاقات من الأقارب والأصدقاء يمكن أن يعدل على نحو فعال من تأثير الوراثة من حيث انخفاض تأثير المرض أو تأخير الإصابة به. وعلى هذا فإن البشر الذي يمهدون لتغيير أسلوب حياتهم وقدرتهم على التأقلم إنما يمهدون لشيخوخة نشطة وصحية تنتظرهم في الكبر.

٤- محددات البيئة الطبيعية:

للبيئة الطبيعية أهمية كبيرة لأي إنسان، لكن لكبار السن اعتباراً خاصاً، فالبيئات غير الآمنة وغير المستقرة والتي تفتقر لأساسيات

الحياة، تؤثر على كبار السن بدرجة كبيرة. وتشمل البيئة الطبيعية هذا كما تشمل توفر الخدمات (خدمة المواصلات مثلاً) للمناطق التي يعيش فيها كبار السن في الريف كما في المدينة، فعيش المسن في مسكن آمن وبالقرب من أهله وأصدقائه له تأثير كبير على صحته وعلى تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي لديه.

٥- محددات البيئة الاجتماعية:

تشمل هذه المحددات: الدعم الاجتماعي، وفرص التعليم مدى الحياة، والسلام، والحماية من العنف والإساءة. إن غياب هذا يعني أن يعيش المسن وحيداً وفي عزلة وأمياً وعرضة للعنف وانتهاك الحقوق وقت الصراعات والاضطرابات. وتمثل الوحدة، وتفكك الروابط الاجتماعية، والتفاعلات الصراعية، المسببات الأساسية للتوتر بالنسبة لكبار السن. وتشير دراسة إلى أن كبار السن اليابانيين ممن يفقدون الاتصال الاجتماعي كانوا أكثر عرضة للموت من أولئك الذين يتمتعون بدعم اجتماعي.

٦- المحددات الاقتصادية:

هناك ثلاثة جوانب في البيئة الاقتصادية عادة ما يكون لها تأثير كبير في تحقيق "الشيخوخة النشطة"، وهي: الدخل، والعمل، والضمان الاجتماعي.

أ- **الدخل:** تحتاج سياسات وبرامج الشيخوخة النشطة إلى السعي للقضاء على الفقر بين كل الأعمار، وبين كبار السن على نحو خاص، والنساء منهم على نحو أخص، وبالتحديد أولئك الذين يعيشون في الأرياف بلا دخل ثابت أو غير ثابت، وبلا ضمان اجتماعي.

ب- **الضمان الاجتماعي:** عادة ما يكون كبار السن خارج قوة العمل، مما يعني انقطاع دخلهم الثابت. وهنا تأتي أهمية الضمان الاجتماعي الذي يعتمد عليه كبار السن اعتماداً كلياً في غالب الأحيان، بل قد تعتمد عليه عوائلهم بشكل كلي. ويحتاج كبار السن إلى توسيع مظلة الضمان الاجتماعي بحيث تشمل، إضافة إلى صناديق المعاشات والتقاعد، صناديق ضد العجز والمرض والتعطل.

ت- **العمل:** مع ازدياد أعداد كبار السن في كل مجتمع، تصبح الحاجة ملحة للتفكير في مسألة استمراريتهم في العمل والإنتاجية، وهذه مسألة مهمة للفرد المسن، وللمجتمع سواء بسواء، فالمسن يضمن بذلك استمرار الدخل من جهة، واستمرار تفاعلهم الاجتماعي وشعوره بقيمته وأهميته من جهة ثانية. كما أن المجتمع يستفيد من ذلك كقوة عمل من جهة، وتخفيض تكاليف إعالة كبار السن من جهة ثانية. وفي بعض المجتمعات قد يمثل استمرارية المسنين في العمل مشكلة لما يترتب على ذلك من حرمان الشباب لفرص العمل. الأمر الذي يفرض

الحاجة إلى خلق فرص عمل جديدة تناسب المسنين وقدراتهم بما في ذلك أعمال الرعاية المنزلية، والعناية بالأطفال، وخاصة عندما يعمل الشباب خارج المنزل. كما أن الخبرة التي يمتلكها كبار السن تؤهلهم للتطوع للعمل في المدارس والمؤسسات الدينية وإدارة الأعمال والمؤسسات السياسية والصحية. أضف إلى هذا أن التطوع بحد ذاته نشاط مفيد لكبار السن؛ لأنه يزيد من فرص اتصالهم الاجتماعي ويحسن نفسياتهم.

تواجه الشيخوخة النشطة، بلا شك، تحديات كثيرة تبدأ من العبء المضاعف للمرض وخطر العجز وتنتهي بالحاجة إلى تشكيل نموذج جديد لفهم الشيخوخة. ومن هنا جاء إطار العمل لسياسات الشيخوخة النشطة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية. وقد وُضع إطار العمل هذا بالاسترشاد بمبادئ الأمم المتحدة الخاص بكبار السن، وهي: الاستقلالية، والمشاركة، والرعاية، وتحقيق الذات، والكرامة. وبحسب المنظمة فإن إطار العمل يتطلب العمل على ثلاثة محاور تعتبر هي أعمدة الشيخوخة النشطة كما يتضح من الشكل رقم (١١). وهي محاور متضمنة في تعريف المنظمة للشيخوخة النشطة باعتبارها "عملية تحسين فرص الصحة، والمشاركة، والأمن، من أجل تحسين جودة الحياة مع تقدم البشر في العمر"¹. وهذه المحاور هي:

¹ - Active Ageing: A Policy Framework, (World Health Organization, April 2002),

الشكل رقم (١١)



١- الصحة: التي تعني الحاجة إلى إبقاء عوامل الخطر والأمراض المزمنة في حدودها الدنيا، وفي المقابل تكون عوامل الوقاية والرعاية في حدودها العليا. وبهذا يمكن لكبار السن أن يتمتعوا بحياة طويلة وصحية كما ونوعاً. ويتطلب ذلك تطوير السياسات والبرامج التي تعمل على منع أو تخفيف الأعباء المضاعفة للعجز والأمراض المزمنة. وهذا يتطلب توفير معالجة فعالة، ومعيشة خالية من العوائق، والصحة الذهنية، والبيئة النظيفة. كما يتطلب الحد من عوامل الخطر والأمراض وزيادة عوامل الحماية والوقاية مثل تجنب التدخين والكحول والمخدرات، وممارسة الرياضة، والتغذية والأكل الصحي، وصحة الفم والأسنان، وتوفير الأدوية. كما يتطلب تطوير سلسلة من

الخدمات الصحية سهلة الوصول، وعالية الجودة، إضافة إلى توفير التدريب والتعليم لمقدمي الرعاية لكبار السن.

٢- المشاركة: عندما يدعم سوق العمل، والتوظيف، والتعليم، والصحة، والسياسات الاجتماعية، عندما تدعم المشاركة الكاملة لكبار السن، فإنهم سوف يستمرون نشطاء ومنتجين ونافعين لمجتمعاتهم. ويتحقق هذا المحور بتوفير التعليم الأساسي والتعليم مدى الحياة للمسنين، توفير فرص العمل الرسمي وغير الرسمي، مدفوع الأجر أو التطوعي. كما يتطلب ذلك توفير شبكة مواصلات ميسرة للمسنين بما يسمح لهم بالمشاركة. وهناك حاجة كذلك إلى تصحيح الصورة السلبية عن المسنين، والترويج لصورة إيجابية.

٣- الأمن: وهو يتحقق عندما توفر السياسات والبرامج الأمن بكل مستوياته: الأمن من الأخطار والعنف والإصابات والإساءات، والأمن المالي والمادي بما يحمي المسنين من الحاجة والفقر، والأمن الاجتماعي. وهناك حاجة لتقليص اللامساواة في حقوق وحاجات الأمن بين المسنين والمسنات.

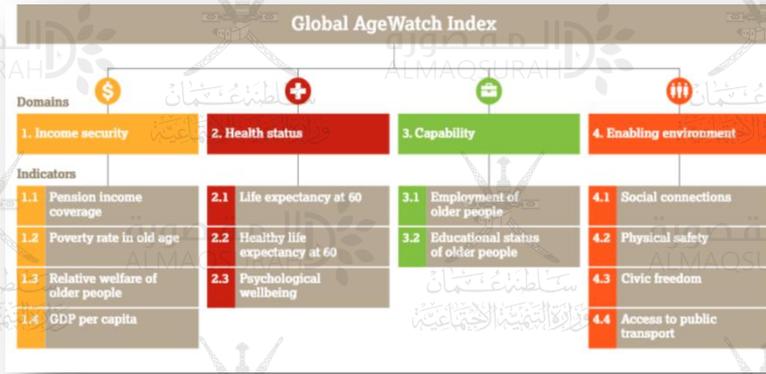
مقياس "مراقبة الشيخوخة" العالمي Global AgeWatch Index:

قامت منظمة مساعدة المسن العالمية HelpAge International، بدءاً من العام ٢٠١٣، بتصميم مقياس خاص لمراقبة الجوانب

الأساسية لرفاه الاقتصادي والاجتماعي لكبار السن على مستوى العالم؛ وذلك على غرار مقياس التنمية الإنسانية العالمية. والغرض من وراء ذلك هو تحفيز الحكومات والمنظمات الدولية للوعي والعمل على حاجات كبار السن. وتم تطوير هذا المقياس بالاعتماد على بيانات الأمم المتحدة والبنك الدولي ومنظمة الصحة الدولية ومنظمة العمل الدولية، واليونسكو ومؤسسة غالوب العالمية.

وسمح هذا المقياس، ولأول مرة، بمقارنة وضع بلدان العالم من حيث جودة الحياة لكبار السن. ويمثل المقياس أداة لقياس التقدم على مؤشراتته بغرض تحسين السياسات والبرامج المتعلقة بكبار السن. ويتألف المقياس² من ثلاثة عشر مؤشراً تتوزع على أربعة مجالات أساسية كما هو موضح في الشكل رقم (١٢).

الشكل رقم (١٢)



² - Global AgeWatch Index 2015: Insight Report, (London: HelpAge International, 2015), p.7

١- **الدخل:** ويتمثل في قدرة كبار السن على الوصول إلى دخل كاف، ويمكن استخدامه بشكل مستقل لتلبية الاحتياجات الأساسية لكبار السن. ويندرج تحته المؤشرات التالية:

١,١. دخل التقاعد

١,٢. نسبة الفقر بين كبار السن

١,٣. الرفاه النسبي لكبار السن

١,٤. نصيب المسن من الدخل القومي

٢- **الصحة:** ويضم ثلاثة مؤشرات تستخدم لقياس مدى توفر المعلومات حول الصحة البدنية والنفسية للمسنين. ويندرج تحته هذه المؤشرات:

١,٢. العمر المتوقع لمن هم في عمر الـ ٦٠

٢,٢. الحياة الصحية المتوقعة لمن هم في عمر الـ ٦٠

٢,٣. الصحة (أو الرفاهية) النفسية

٣- **القدرة (التعليم والتوظيف):** وتنتظر مؤشرات هذا المجال في جوانب متعددة لتمكين كبار السن، وأهمها مؤشران هما:

١,٣. توظيف كبار السن

٢,٣. تعليم كبار السن

٤- **البيئة التمكينية:** يستخدم هذا المجال بيانات من مؤسسة غالوب العالمية لتقييم تصور كبار السن عن الترابط الاجتماعي، والسلامة، والحرية المدنية، والوصول إلى وسائل النقل العام. ومؤشراته هي:

١،٤. الارتباطات الاجتماعية

٢،٤. الأمن البدني

٣،٤. الحرية المدنية

٤،٤. الوصول لوسائل النقل العام

وجاء ترتيب بلدان العالم الـ ٩٦ التي شملها المقياس على النحو التالي الذي يظهر في الشكل رقم (١٣):

الشكل رقم (١٣)

Global AgeWatch Index 2015

Table 1: Global AgeWatch Index overall rankings

| | | | | |
|--------------------|--------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| 1. Switzerland | 21. Chile | 41. Vietnam | 61. Croatia | 81. Ghana |
| 2. Norway | 22. Czech Republic | 42. Mauritius | 62. Dominican Republic | 82. Honduras |
| 3. Sweden | 23. Estonia | 43. Armenia | 63. Lithuania | 83. Lao PDR |
| 4. Germany | 24. Belgium | 44. Ecuador | 64. Belarus | 84. Morocco |
| 5. Canada | 25. Spain | 45. Romania | 65. Russia | 85. Jordan |
| 6. Netherlands | 26. Slovenia | 46. Sri Lanka | 66. Serbia | 86. Nigeria |
| 7. Iceland | 27. Uruguay | 47. Malta | 67. Bangladesh | 87. Iraq |
| 8. Japan | 28. Costa Rica | 48. Peru | 68. Montenegro | 88. Uganda |
| 9. USA | 29. Georgia | 49. Bulgaria | 69. Paraguay | 89. Rwanda |
| 10. United Kingdom | 30. Cyprus | 50. Philippines | 70. Nepal | 90. Zambia |
| 11. Denmark | 31. Argentina | 51. Kyrgyzstan | 71. India | 91. Tanzania |
| 12. New Zealand | 32. Poland | 52. China | 72. Mongolia | 92. Pakistan |
| 13. Austria | 33. Mexico | 53. Albania | 73. Ukraine | 93. West Bank & Gaza |
| 14. Finland | 34. Thailand | 54. El Salvador | 74. Indonesia | 94. Mozambique |
| 15. Ireland | 35. Latvia | 55. Bolivia | 75. Turkey | 95. Malawi |
| 16. France | 36. Colombia | 56. Brazil | 76. Venezuela | 96. Afghanistan |
| 17. Australia | 37. Italy | 57. Nicaragua | 77. Moldova | |
| 18. Israel | 38. Portugal | 58. Tajikistan | 78. South Africa | |
| 19. Luxembourg | 39. Hungary | 59. Guatemala | 79. Greece | |
| 20. Panama | 40. Slovakia | 60. South Korea | 80. Cambodia | |

وهذه تفصيل بأداء البلدان الأفضل على مستوى العالم:

| | Overall rank and value | | Income security | | Health status | | Capability | | Enabling environment | |
|----------------|------------------------|-------|-----------------|-------|---------------|-------|------------|-------|----------------------|-------|
| | Rank | Value | Rank | Value | Rank | Value | Rank | Value | Rank | Value |
| Switzerland | 1 | 90.1 | 27 | 77.3 | 2 | 81.3 | 2 | 75.0 | 1 | 83.7 |
| Norway | 2 | 89.3 | 2 | 89.4 | 16 | 73.5 | 1 | 76.3 | 4 | 80.1 |
| Sweden | 3 | 84.4 | 7 | 83.5 | 12 | 75.2 | 5 | 65.6 | 6 | 79.4 |
| Germany | 4 | 84.3 | 15 | 80.9 | 11 | 75.6 | 3 | 68.4 | 11 | 78.6 |
| Canada | 5 | 84.0 | 10 | 82.9 | 4 | 80.3 | 10 | 61.2 | 9 | 78.9 |
| Netherlands | 6 | 83.0 | 5 | 85.9 | 13 | 74.8 | 12 | 59.6 | 5 | 79.6 |
| Iceland | 7 | 81.8 | 4 | 86.6 | 8 | 78.2 | 18 | 54.5 | 10 | 78.8 |
| Japan | 8 | 80.8 | 33 | 75.1 | 1 | 83.9 | 7 | 62.7 | 21 | 75.0 |
| USA | 9 | 79.3 | 29 | 76.3 | 25 | 70.1 | 4 | 65.7 | 17 | 76.8 |
| United Kingdom | 10 | 79.2 | 14 | 81.5 | 27 | 69.3 | 20 | 53.6 | 3 | 81.8 |
| Denmark | 11 | 78.6 | 16 | 80.9 | 33 | 68.1 | 11 | 59.9 | 14 | 77.7 |
| New Zealand | 12 | 76.0 | 23 | 78.4 | 9 | 77.8 | 14 | 57.8 | 30 | 71.5 |
| Austria | 13 | 74.4 | 6 | 84.3 | 19 | 72.7 | 40 | 37.6 | 2 | 82.7 |
| Finland | 14 | 72.7 | 17 | 80.3 | 21 | 70.8 | 29 | 44.8 | 18 | 76.1 |
| Ireland | 15 | 72.0 | 18 | 79.9 | 17 | 73.1 | 35 | 40.6 | 16 | 77.0 |
| France | 16 | 71.2 | 3 | 88.4 | 7 | 78.3 | 42 | 35.8 | 23 | 74.2 |
| Australia | 17 | 71.0 | 62 | 53.5 | 5 | 79.8 | 8 | 62.5 | 26 | 72.5 |
| Israel | 18 | 70.1 | 47 | 67.8 | 26 | 69.8 | 13 | 59.2 | 35 | 69.6 |
| Luxembourg | 19 | 69.5 | 1 | 89.7 | 10 | 76.6 | 53 | 31.0 | 19 | 76.1 |
| Panama | 20 | 67.7 | 40 | 72.4 | 31 | 68.7 | 16 | 56.4 | 48 | 66.4 |
| Chile | 21 | 66.3 | 43 | 70.8 | 14 | 74.4 | 22 | 49.5 | 49 | 66.0 |
| Czech Republic | 22 | 65.6 | 12 | 81.8 | 47 | 56.1 | 17 | 56.4 | 50 | 65.8 |
| Estonia | 23 | 64.9 | 44 | 70.7 | 55 | 50.0 | 6 | 64.8 | 39 | 68.1 |
| Belgium | 24 | 63.4 | 39 | 73.1 | 30 | 68.7 | 48 | 32.9 | 24 | 73.4 |
| Spain | 25 | 61.7 | 37 | 73.4 | 3 | 80.5 | 78 | 24.0 | 22 | 74.7 |

والملاحظ في هذا المقياس هو غياب كل دول الخليج العربي ومعظم البلدان العربية، والبلدان العربيين الوحيدان اللذان شملهما المقياس هما

الأردن والعراق واحتلا مراتب متأخرة، حيث احتل الأردن الترتيب الـ ٨٥،
فيما احتل العراق الترتيب الـ ٨٧ من بين ٩٦ بلداً.
مقياس "الشيخوخة النشطة" الأوروبي:

قام المركز الأوروبي ومفوضية الأمم المتحدة الاقتصادية لشؤون
أوروبا UNECE بتصميم مقياس خاص لقياس حالة ومستوى "الشيخوخة
النشطة" في بلدان أوروبا. وتم تصميمه في العام ٢٠١٢ بالتزامن مع السنة
الأوروبية للشيخوخة النشطة والتضامن بين الأجيال. وقد تم تصميم هذا
المقياس بالاعتماد على تعريف منظمة الصحة العالمية للشيخوخة النشطة
لعام ٢٠٠٢. واعتمد القائمون على المقياس المنهجية ذاتها المعتمدة في
تقارير التنمية الإنسانية التي يصدرها سنوياً برنامج الأمم المتحدة للتنمية
UNDP.

يتألف المقياس من ٢٢ مؤشراً موزعة على أربعة مجالات هي³
(انظر الشكل رقم (١٤):

١- التوظيف: الذي يتعلق بمدى إسهام المسن في الأنشطة
الاقتصادية مدفوعة الأجر. ويندرج تحته أربعة مؤشرات هي:
أ- نسبة توظيف المسنين في الفئة من ٥٥ - ٥٩ عاماً

³- Active Ageing Index 2012 Concept, Methodology and Final Results, (European
Centre Vienna March 2013), p.8

- ب- نسبة توظيف المسنين في الفئة من ٦٠-٦٤ عاماً
ت- نسبة توظيف المسنين في الفئة من ٦٥-٦٩
ث- نسبة توظيف المسنين في الفئة من ٧٠-٧٤

٢- المشاركة: ويعني مشاركة المسنين في أنشطة منتجة غير مدفوعة الأجر مثل أنشطة التطوع والرعاية الاجتماعية، ويندرج تحته أربعة مؤشرات:

- أ- الأنشطة التطوعية
ب- رعاية الأطفال والأحفاد (مرة واحدة في الأسبوع على الأقل)
ت- رعاية كبار السن (مرة واحدة في الأسبوع على الأقل)
ث- المشاركة السياسية (المشاركة في الاتحادات والأحزاب وغيرها من أنشطة سياسية)

٣- الحياة الآمنة والصحية والمستقلة: ويندرج تحت هذا المجال ستة مؤشرات هي:

- أ- التمارين البدنية (٥ مرات أسبوعياً على الأقل)
ب- الوصول إلى الخدمات الصحية والعناية بالأسنان
ت- الحياة المستقلة
ث- الأمن المالي
ج- السلامة البدنية
ح- التعلم مدى الحياة

٤- القدرات والبيئة التمكينية: يندرج تحت هذا المجال ستة مؤشرات

هي:

- أ- العمر المتوقع لمن هم في عمر الـ ٥٥
- ب- الحياة الصحية المتوقعة لمن هم في عمر الـ ٥٥
- ت- السلامة الذهنية
- ث- استخدام تكنولوجيا الاتصال والمعلومات
- ج- الارتباط الاجتماعي
- ح- الإنجاز التربوي

الشكل رقم (١٤)

| Overall Index | Active Ageing Index | | | |
|-------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---|---|
| Domains | Employment | Participation in Society | Independent, Healthy and Secure living | Capacity and Enabling Environment for active ageing |
| Indicators | Employment rate 55-59 | Voluntary activities | Physical exercise | Remaining life expectancy at age 55 |
| | Employment rate 60-64 | Care to children, grandchildren | Access to health and dental care | Share of healthy life expectancy at age 55 |
| | Employment rate 65-69 | Care to older adults | Independent living | Mental well-being |
| | Employment rate 70-74 | Political participation | Financial security (three indicators) * | Use of ICT |
| | | | Physical safety | Social connectedness |
| | | | Lifelong learning | Educational attainment |
| | Actual experiences of active ageing | | | Capability to actively age |

ويوضح الجدول رقم (١) أداء وترتيب البلدان الأوروبية الـ ٢٧ في المجالات الأربعة في مرحلة تطبيق المقياس الأولى والممتدة من يناير ٢٠١٢ حتى فبراير ٢٠١٣.

الجدول رقم (١)

| OVERALL | | | 1. Employment | | | 2. Participation in society | | | 3. Independent, healthy and secure living | | | 4. Capacity and enabling environment for active ageing | | |
|---------|-------------|-------|---------------|-------------|-------|-----------------------------|-------------|-------|---|-------------|-------|--|-------------|-------|
| Rank | Country | Value | Rank | Country | Value | Rank | Country | Value | Rank | Country | Value | Rank | Country | Value |
| 1 | Sweden | 44.0 | 1 | Sweden | 41.0 | 1 | Ireland | 25.2 | 1 | Denmark | 79.0 | 1 | Sweden | 69.5 |
| 2 | Denmark | 40.2 | 2 | Cyprus | 36.1 | 2 | Italy | 24.1 | 2 | Sweden | 78.7 | 2 | Denmark | 66.7 |
| 3 | Ireland | 39.4 | 3 | UK | 35.5 | 3 | Luxembourg | 22.6 | 3 | Netherlands | 77.7 | 3 | Netherlands | 61.6 |
| 4 | UK | 39.3 | 4 | Portugal | 35.3 | 4 | Sweden | 22.6 | 4 | Finland | 76.6 | 4 | Luxembourg | 61.6 |
| 5 | Netherlands | 38.9 | 5 | Estonia | 34.4 | 5 | France | 22.4 | 5 | Germany | 75.8 | 5 | UK | 61.4 |
| 6 | Finland | 38.8 | 6 | Denmark | 34.0 | 6 | Netherlands | 22.4 | 6 | UK | 75.7 | 6 | Ireland | 60.8 |
| 7 | Cyprus | 36.3 | 7 | Finland | 32.0 | 7 | Finland | 22.4 | 7 | Ireland | 75.7 | 7 | Finland | 60.7 |
| 8 | Luxembourg | 35.1 | 8 | Romania | 31.4 | 8 | Austria | 21.4 | 8 | Luxembourg | 74.7 | 8 | Belgium | 60.3 |
| 9 | Germany | 35.0 | 9 | Netherlands | 31.4 | 9 | Belgium | 20.4 | 9 | France | 74.6 | 9 | France | 57.8 |
| 10 | Austria | 34.9 | 10 | Germany | 31.2 | 10 | Denmark | 20.1 | 10 | Slovenia | 74.4 | 10 | Austria | 57.5 |
| 11 | Czech Rep | 34.3 | 11 | Ireland | 31.0 | 11 | UK | 20.0 | 11 | Czech Rep | 73.8 | 11 | Germany | 56.2 |
| 12 | France | 34.2 | 12 | Latvia | 28.3 | 12 | Czech Rep | 19.4 | 12 | Belgium | 73.4 | 12 | Spain | 56.1 |
| 13 | Portugal | 34.2 | 13 | Lithuania | 27.4 | 13 | Cyprus | 18.7 | 13 | Austria | 73.0 | 13 | Malta | 56.1 |
| 14 | Belgium | 33.5 | 14 | Czech Rep | 26.4 | 14 | Spain | 18.3 | 14 | Hungary | 71.9 | 14 | Czech Rep | 54.4 |
| 15 | Italy | 33.3 | 15 | Austria | 24.6 | 15 | Malta | 18.2 | 15 | Lithuania | 70.6 | 15 | Italy | 52.8 |
| 16 | Estonia | 33.1 | 16 | Bulgaria | 24.6 | 16 | Slovenia | 16.7 | 16 | Romania | 70.1 | 16 | Bulgaria | 51.7 |
| 17 | Spain | 32.5 | 17 | Greece | 24.4 | 17 | Hungary | 16.1 | 17 | Malta | 70.1 | 17 | Cyprus | 51.1 |
| 18 | Lithuania | 31.6 | 18 | Spain | 23.3 | 18 | Lithuania | 15.3 | 18 | Estonia | 70.0 | 18 | Portugal | 50.8 |
| 19 | Malta | 31.0 | 19 | Slovenia | 21.6 | 19 | Germany | 14.9 | 19 | Italy | 69.9 | 19 | Slovenia | 48.8 |
| 20 | Romania | 30.9 | 20 | Luxembourg | 21.1 | 20 | Portugal | 14.3 | 20 | Cyprus | 69.1 | 20 | Lithuania | 47.9 |
| 21 | Slovenia | 30.6 | 21 | France | 21.0 | 21 | Greece | 14.2 | 21 | Poland | 67.5 | 21 | Estonia | 47.1 |
| 22 | Latvia | 30.2 | 22 | Italy | 20.9 | 22 | Latvia | 13.9 | 22 | Spain | 67.3 | 22 | Poland | 46.7 |
| 23 | Bulgaria | 30.0 | 23 | Slovakia | 20.1 | 23 | Slovakia | 13.7 | 23 | Slovakia | 67.0 | 23 | Greece | 46.7 |
| 24 | Greece | 29.3 | 24 | Poland | 19.8 | 24 | Estonia | 13.3 | 24 | Portugal | 66.7 | 24 | Slovakia | 45.9 |
| 25 | Hungary | 28.2 | 25 | Belgium | 19.8 | 25 | Romania | 12.9 | 25 | Greece | 65.2 | 25 | Hungary | 45.9 |
| 26 | Slovakia | 27.7 | 26 | Malta | 18.3 | 26 | Bulgaria | 12.9 | 26 | Bulgaria | 65.2 | 26 | Latvia | 45.4 |
| 27 | Poland | 27.3 | 27 | Hungary | 17.8 | 27 | Poland | 12.2 | 27 | Latvia | 63.2 | 27 | Romania | 42.0 |

ويبين الجدول رقم (٢) أداء وترتيب البلدان الأوروبية الـ ٢٨ خلال المرحلة الثانية والممتدة من أكتوبر ٢٠١٣ حتى ديسمبر ٢٠١٥.

الجدول رقم (٢)

| Rank | Overall | Employment | Participation in society | Independent living | Capacity for active ageing | | | | | |
|------|-------------|------------|--------------------------|--------------------|----------------------------|------|-------------|------|-------------|------|
| 1 | Sweden | 44.9 | Ireland | 43.4 | Denmark | 79.0 | Sweden | 69.2 | | |
| 2 | Denmark | 40.3 | Estonia | 39.7 | Italy | 24.1 | Finland | 79.0 | Denmark | 65.1 |
| 3 | Netherlands | 40.0 | Denmark | 35.8 | Sweden | 22.9 | Netherlands | 78.9 | Luxembourg | 63.6 |
| 4 | UK | 39.7 | UK | 35.8 | France | 22.8 | Sweden | 78.6 | Netherlands | 61.8 |
| 5 | Finland | 39.0 | Germany | 34.4 | Netherlands | 22.4 | Luxembourg | 76.7 | UK | 61.3 |
| 6 | Ireland | 38.6 | Netherlands | 33.9 | Luxembourg | 22.2 | France | 75.9 | Finland | 60.5 |
| 7 | France | 35.8 | Finland | 33.7 | UK | 21.6 | Ireland | 74.9 | Belgium | 60.3 |
| 8 | Luxembourg | 35.7 | Portugal | 32.6 | Finland | 20.5 | Ireland | 74.4 | Ireland | 60.0 |
| 9 | Germany | 35.4 | Latvia | 32.0 | Belgium | 20.2 | Slovenia | 74.2 | France | 59.1 |
| 10 | Estonia | 34.6 | Cyprus | 31.4 | Denmark | 19.6 | Austria | 73.8 | Austria | 58.2 |
| 11 | Czech Rep | 34.4 | Romania | 31.0 | Czech Rep | 18.8 | UK | 73.7 | Malta | 57.1 |
| 12 | Cyprus | 34.2 | Ireland | 30.6 | Croatia | 18.7 | Belgium | 72.5 | Spain | 56.3 |
| 13 | Austria | 34.1 | Lithuania | 30.5 | Austria | 18.3 | Czech Rep. | 71.2 | Germany | 55.8 |
| 14 | Italy | 34.0 | Czech Rep. | 28.0 | Cyprus | 18.0 | Malta | 70.1 | Czech Rep. | 54.3 |
| 15 | Belgium | 33.7 | Bulgaria | 25.1 | Spain | 17.8 | Spain | 69.8 | Italy | 53.4 |
| 16 | Portugal | 33.5 | Austria | 24.7 | Malta | 17.3 | Croatia | 69.5 | Croatia | 52.8 |
| 17 | Spain | 32.6 | France | 24.1 | Slovenia | 16.3 | Italy | 69.0 | Bulgaria | 52.2 |
| 18 | Croatia | 31.6 | Spain | 23.3 | Hungary | 15.4 | Hungary | 68.0 | Portugal | 52.1 |
| 19 | Latvia | 31.5 | Italy | 23.0 | Lithuania | 14.7 | Cyprus | 68.0 | Cyprus | 50.4 |
| 20 | Lithuania | 31.5 | Poland | 22.4 | Portugal | 14.1 | Estonia | 67.3 | Slovenia | 50.0 |
| 21 | Malta | 31.5 | Slovakia | 21.9 | Latvia | 13.8 | Portugal | 67.3 | Latvia | 48.2 |
| 22 | Bulgaria | 29.9 | Luxembourg | 21.9 | Slovakia | 13.7 | Lithuania | 66.2 | Poland | 47.9 |
| 23 | Slovenia | 29.8 | Croatia | 21.7 | Greece | 13.7 | Slovakia | 65.8 | Estonia | 47.5 |
| 24 | Romania | 29.6 | Belgium | 21.0 | Germany | 13.6 | Poland | 64.9 | Slovakia | 47.1 |
| 25 | Slovakia | 28.5 | Greece | 20.4 | Estonia | 12.8 | Greece | 64.9 | Hungary | 46.9 |
| 26 | Hungary | 28.3 | Malta | 20.1 | Romania | 12.7 | Bulgaria | 62.7 | Greece | 45.8 |
| 27 | Poland | 26.1 | Hungary | 19.3 | Bulgaria | 12.5 | Romania | 61.8 | Lithuania | 45.3 |
| 28 | Greece | 27.6 | Slovenia | 19.1 | Poland | 12.1 | Latvia | 58.7 | Romania | 40.9 |
| | EU28 avg. | 33.9 | | 27.8 | | 17.7 | | 70.6 | | 54.1 |

وتكشف المقارنة بين الجدولين السابقين تحسناً عاماً في أداء معظم البلدان الأوروبية في مقياس الشيخوخة النشطة، ولكن تأتي على رأس القائمة كل من: السويد والدنمارك وفرنلندا وهولندا والمملكة المتحدة، فيما تحتل ذيل القائمة كل من: بولندا وهنغاريا وسلوفاكيا ورومانيا واليونان.

⁴ -Active Ageing Index 2014: Analytical Report, (UNECE & European Commission, April 2015),p.21

الشيخوخة النشطة: تجارب ناجحة

احتلت بولندا المرتبة الأخيرة في مقياس الشيخوخة النشطة الأوروبي في مرحلة تطبيقه الأولى بين يناير ٢٠١٢ حتى فبراير ٢٠١٣، واحتلت المرتبة قبل الأخيرة في المرحلة الثانية والممتدة من أكتوبر ٢٠١٣ حتى ديسمبر ٢٠١٥. وبالعودة إلى دراسة نشرت في العام ٢٠٠٦ عن وضع الشيخوخة النشطة في بولندا وجمهورية التشيك، يتبين أن ضعف أداء بولندا في مقياس الشيخوخة النشطة ربما يفسره غياب "سياسة شاملة تجاه الشيخوخة النشطة في بولندا ولا توجد لدى الجمهورية التشيكية رؤية عامة شاملة تستند إلى مبادئ الشيخوخة النشطة"¹. ويتركز النقاش حول الشيخوخة النشطة في هذا البلد على العمل وسوق العمل وإسهام كبار السن في ذلك، وإهمال معظم القضايا الأخرى مثل الخدمات الاجتماعية، وتقديم الرعاية أو الترفيه. وقد شكل الافتقار إلى الآليات المؤسسية، والقيود المالية، والتصورات الاجتماعية - الثقافية التمييزية، والمناخ الاقتصادي غير المواتي، عقبات أمام تنفيذ استراتيجيات الشيخوخة النشطة في الفترة التي جرى تحليلها في هذا البلد.

وتحتل أفغانستان المرتبة الأدنى عالمياً في مقياس "مراقبة الشيخوخة" العالمي Global AgeWatch لعام ٢٠١٥، حيث احتلت المرتبة الـ ٩٦

¹ - Jolanta Perek-Białas, Anna Ruzik and Lucie Vidovičová, Active ageing policies in the Czech Republic and Poland, in: *International Social Science Journal*, Vol.58, No.190, December 2006), P.559

والأخيرة. وعلى الرغم من أنها تحتل مرتبة جيدة في مجال أمن الدخل، إلا أن هذا الوضع لا يزال منخفضا جدا بسبب انخفاض تغطية معاشات التقاعد التي لا تغطي سوى (١٠٪) من كبار السن ممن هم في عمر الـ ٦٥ وأكثر، إضافة إلى تدني نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي والذي يبلغ ١,٧٠٣ دولار أمريكي. أما في مجال القدرة فإنها تصنف في المرتبة الـ ٩١ من بين ٩٦ بلداً، مع أدنى معدل تحصيل تعليمي بين كبار السن في المنطقة (٥,٢٪). وهي تحتل المرتبة الثانية قبل الأخيرة في مجال البيئة التمكينية بسبب الرضا المنخفض لكبار السن فيما يتعلق بالارتباط الاجتماعي (٥٠٪)، والسلامة (٤٣٪)، والنقل العام (٤٣٪)، والحرية المدنية (٥٣٪). كما أنها تحتل المرتبة الأدنى في المجال الصحي، حيث يبلغ متوسط العمر المتوقع عند الـ ٦٠ عاماً (١٦٪)، أما متوقع العمر الصحي في الـ ٦٠ فلا يتجاوز الـ (٩,٢٪).

وعلى الطرف النقيض من تجربة بولندا وأفغانستان تحتل تجارب سويسرا والسويد والدنمارك وفنلندا وهولندا والمملكة المتحدة أعلى الترتيب. ولنكتفي في هذا السياق باستعراض تجارب سويسرا وفنلندا والنرويج والسويد واليابان. ولنبدأ بسويسرا:

١ - الشيخوخة النشطة في سويسرا:

على النقيض من حالة أفغانستان، فقد احتلت سويسرا المرتبة الأولى في المؤشر العام في مقياس مراقبة الشيخوخة العالمي لعام ٢٠١٥، كما أنها تحتل مرتبة عالية في جميع المجالات. ويعيش في سويسرا ما يقرب

من ٢٤% من السكان الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً، تتوفر لهم مجموعة من السياسات والبرامج المتعلقة بـ 'الشيخوخة النشطة' وتعزيز القدرات والصحة، وتوفير بيئة مؤاتية لكبار السن، بالإضافة إلى الدعم الذي يوفره الأهل والأصدقاء.

وبحسب مقياس مراقبة الشيخوخة العالمي، فإن سويسرا تحتل المرتبة الأولى في مجال البيئة التمكينية، حيث تبلغ أعلى نسبة من الرضا عن النقل العام في منطقتها بنسبة (٨٣%)، وبين كبار السن، وأعلى معدل من الارتباط الاجتماعي الإقليمي بنسبة (٩١%)، والحرية المدنية بنسبة (٩٣%) بين كبار السن. وهي تحتل المرتبة الثانية في المجال الصحي، ويبلغ العمر المتوقع للسويسريين ٨٣ عاماً - ويقل بعامٍ واحد فقط عن اليابانيين الذين يتصدرون قائمة الأطول عمراً في العالم -، ويبلغ متوسط العمر المتوقع عند الـ ٦٠ عاماً (٢٥ عاماً)، ومتوسط العمر الصحي المتوقع عند الـ ٦٠ عاماً (١٩ عاماً) والرفاه الذهني النسبي (٩٧%). وتحتل سويسرا المرتبة الثانية في مجال القدرة. وترجع هذه الزيادة بالتقدم ٨ مراتب عن العام الماضي إلى مراجعة بيانات التحصيل التعليمي بين كبار السن. أما تغطية المعاشات فكانت بنسبة ١٠٠% وثالث أعلى نصيب فرد من الدخل الإجمالي القومي (٥٤,٧٦٢) دولار أمريكي.

ويعيش في سويسرا ١٥٠٤ أشخاص بلغوا سن المائة، وذلك بحسب آخر إحصاء أجري في العام ٢٠١٤، كما بلغت نسبة الأجانب الذين تجاوزوا عامهم الستين في العاصمة برن الناطقة بالألمانية نحو ١١% من إجمالي السكان، وهي نسبة مقاربة للمعدل الوطني. وقد أطلقت المدينة

مشروع "معاً نحو المستقبل"² الذي يستهدف الوصول إلى نحو ٢٠٠٠ شخص أجنبي من كبار السن فيها، والذين لا يُرَجَّح قيامهم بالبحث عن المعلومات المُتاحة باللغة الألمانية. ويشتمل هذا العدد العمّال الموسميّين السابقين من إسبانيا وإيطاليا، وكذلك اللاجئين الذين توافدوا على سويسرا في تسعينيات القرن الماضي هرباً من حروب البلقان. ومعروف أن العديد من هؤلاء حافظوا على ثقافتهم ولغتهم في إطار مجتمعاتهم التي تتصف بترابطها الشديد. وكانت بعض المدن التابعة لكانتون بَرن بضمنها العاصمة الفدرالية التي تحمل نفس الاسم، ومدن بيبيل/بيان ولانغنثال، قد أُطلّقت هذا المشروع للمرة الأولى في العام ٢٠١٤، بغية مُساعدة المهاجرين المتقدمين بالسن في الوصول إلى المعلومات الرسمية المُتاحة بشأن مواضيع كالتغذية، والصحة العقلية، والتأمين الاجتماعي، والتقاعد، واطلاعهم على مجموعة الخدمات المتوفرة لهم.

ومن بين التجارب الرائدة في رعاية المسنين في سويسرا تبرز تجربة دور رعاية المسنين، ومن بين هذه الدُور، نجد دار "شفابغوت" لرعاية

^٢ - جيني فورتنس، مشروع سويسري لتسهيل سنوات الشيخوخة للمسنين الأجانب، فبراير ٢٠١٦، على الرابط التالي:

<http://www.swissinfo.ch/ara/society/%D9%85%D8%B4%D8%B1%D9%88%D8%B9-%D8%B3%D9%88%D9%8A%D8%B3%D8%B1%D9%8A-%D9%84%D8%AA%D8%B3%D9%87%D9%8A%D9%84-%D8%B3%D9%86%D9%88%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%B4%D9%8A%D8%AE%D9%88%D8%AE%D8%A9-%D9%84%D9%84%D8%A3%D8%AC%D8%A7%D9%86%D8%A8-/41927026>

المسنين، الواقعة في "بومبليز"، إحدى ضواحي العاصمة برن. وتتكوّن هذه الدار من مبنى مُكوّن من ١١ طابقاً، وكل طابق يمثل وحدة تضم مطبخاً وصالوناً وغرفاً مفردة وأخرى مزدوجة. وتمت مراعاة الخصوصية في كل وحدة، ففي الطابق التاسع حيث تُقيم عشر سيدات إيطاليات في جناح مخصّص، تتوفر فيه الراحة والهدوء التامّين، أطلق عليه اسم "جناح البحر الأبيض المتوسط"، وهيئى وفقاً لمزاج نُزلائه وبما يتناسب مع نمط الحياة الإيطالية. تقيم كل سيدة من هؤلاء السيدات المسنّات في مسكن أحادي مُستقل، فيه غرفة وشرفة مطّلة على مشهد من مشاهد المدينة، وفي أجواء فولكلورية متوسطة. الجميع هنا يتحدث الإيطالية ويأكلون "اللازانيا" والخبز الأبيض، ويشاهدون محطات التلفزيون الإيطالية. وعلى الجدران صور لبعض المدن الإيطالية: روما والبندقية وفلورنسا، ويوجد تمثال لمريم العذراء، بالإضافة إلى مكتبة تضم مجموعة من روائع القصص والروايات لمشاهير الكتاب الإيطاليين³.

^٢ - لوكا بيتي، دور مسنين في سويسرا تراعي الخصوصيات الثقافية لنزلاتها، يوليو ٢٠١٠، على الرابط التالي:

<http://www.swissinfo.ch/ara/society/%D8%AF%D9%88%D8%B1-%D9%85-%D8%B3%D9%86%D9%8A%D9%86-%D9%81%D9%8A-%D8%B3%D9%88%D9%8A%D8%B3%D8%B1%D8%A7-%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%B9%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D8%AE%D8%B5%D9%88%D8%B5%D9%8A%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%AB%D9%82%D8%A7%D9%81%D9%8A%D8%A9-%D9%84%D9%86%D8%B2%D9%84%D8%A7%D8%A6%D9%87%D8%A7/15335710>

وفي سويسرا، كذلك، دور رعاية خاصة بالمسنين المدمنين⁴، مثل دار "سولينا" في مدينة شبيتس (كانتون برن)، فهي واحدة من دور الرعاية في سويسرا التي تقدّم الرعاية الصحية والاجتماعية للمدمنين المتقدّمين في العمر.

٢- الشيخوخة النشطة في السويد:

سكان السويد يشيخون بسرعة، وتوفير رعاية جيدة لهؤلاء المسنين يصبح ذا أهمية كبيرة ومتزايدة. صحيح أن العديد من السويديين المسنين في صحة جيدة ومعظمهم يعيشون في منازلهم، ولكن البلاد تستعد لمستقبل بحيث يكون واحد من كل أربعة من السويديين في عمر الـ ٦٥ أو أكثر. ومن بين السكان البالغ عددهم ٩,٨ مليون نسمة، هناك ٢٠% منهم تجاوزوا سن التقاعد المعياري البالغ ٦٥ عاما. ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى ٢٣% بحلول العام ٢٠٤٠. ويعتبر متوسط العمر المتوقع في السويد من بين أعلى المعدلات في العالم: ٧٩,٩ سنة للرجال و ٨٣,٧ سنة للنساء.

٤- انظر هذا الرابط:

http://www.swissinfo.ch/ara/%D8%AF%D9%88%D8%B1-%D8%B1%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D8%A9-%D8%AE%D8%A7%D8%B5%D8%A9-%D8%A8%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%AF%D9%85%D9%86%D9%8A%D9%86-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D9%86-%D9%8A%D9%86-%D9%81%D9%8A-%D8%B3%D9%88%D9%8A%D8%B3%D8%B1%D8%A7/43217068?ns_channel=rss&srq_evsource=rss

وفي السويد، تبلغ نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم ٨٠ سنة ٥,٢%، وهو ما يزيد قليلا عن متوسط الاتحاد الأوروبي البالغ ٥,١%. ولا شك بأن هذا يمثل عامل ضغط كبير على أي دولة لتبدأ في رسم السياسات والبرامج المتعلقة بالشيخوخة النشطة. وهذا ما شرعت فيه البلديات السويدية التي تخطط للمناطق السكنية بما يجعلها تتوافق مع احتياجات المسنين.

وتمول معظم رعاية المسنين من الضرائب البلدية والمنح الحكومية⁵. وفي العام ٢٠١٤، بلغت التكلفة الإجمالية لرعاية المسنين في السويد (١٢,٧ مليار دولار أمريكي)، ولكن ٤% فقط من التكلفة تم تمويلها من رسوم المرضى. وتكاليف الرعاية الصحية التي يدفعها المسنون أنفسهم مدعومة. وتختار المزيد من البلديات خصخصة أجزاء من رعاية المسنين. وفي العام ٢٠١٣، قدمت الرعاية الخاصة خدمات ل ٢٤% من جميع المسنين للحصول على المساعدة المنزلية. ويمكن لجميع المستفيدين أن يختاروا ما إذا كانوا يرغبون في توفير المساعدة المنزلية أو السكن الخاص من قبل المشغلين العاميين أو الخاصين. وعلى الرغم من ذلك، تتحمل البلدية دائما المسؤولية الشاملة عن مجالات مثل التمويل وتخصيص المساعدة المنزلية أو مكان في منشأة سكنية خاصة. ومن أهداف رعاية المسنين في السويد مساعدتهم كي يعيشوا حياة طبيعية ومستقلة. وهذا يشمل العيش في منازلهم لأطول فترة ممكنة. ويمكن للمسنين الذين لا يزالون يعيشون في المنزل الحصول على أنواع مختلفة من الدعم لجعل

^٥ - استقينا معظم البيانات الخاصة بخدمات المسنين في السويد من الموقع الرسمي للمعهد السويدي على هذا الرابط:

<https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/amp/>

الحياة أسهل. فعلى سبيل المثال، تقدم جميع البلديات تقريبا في السويد وجبات جاهزة يمكن توصيلها إلى المنازل.

وفي العام ٢٠١٤، ساعد موظفو المساعدة المنزلية حوالي ٢٢١،٦٠٠ شخص بعمر ٦٥ سنة أو أكثر. كما يقدم ما يقرب من نصف بلديات السويد وجبات مشتركة لكبار السن في مراكز محددة، في حين ينظم عدد قليل من المجموعات الصغيرة من المسنين إلى فرق تطبخ وجباتهم الخاصة. وعندما يكون الشخص المسن غير قادر على التعامل مع متطلبات الحياة اليومية، يمكنه تقديم طلب للحصول على المساعدة من خدمات المساعدة المنزلية الممولة من البلديات. ويمكن للمسنين العاجزين الحصول على المساعدة على مدار الساعة، مما يعني أن الكثيرين قادرون على البقاء في منازلهم طوال حياتهم. ويمكن أيضا توفير الرعاية الصحية والاجتماعية في منازلهم للمرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة.

وتقرر كل بلدية معدلاتها الخاصة لرعاية المسنين. وتعتمد التكلفة على عوامل مثل مستوى المساعدة المقدمة أو نوعها ودخل الشخص. تبلغ التكلفة القصوى للمساعدة المنزلية والنشاطات النهارية وبعض أنواع الرعاية الأخرى ١،٧٧٢ كرونة سويدية في الشهر.

وكبار السن العاجزون مؤهلون أيضا لخدمات النقل في سيارات الأجرة أو المركبات المكيفة خصيصا لهم. وهذا الخيار متاح لأولئك الذين لا يستطيعون السفر عن طريق وسائل النقل العام العادية. وفي العام ٢٠١٤، تم إنجاز ١١ مليون رحلة من هذا القبيل في جميع أنحاء البلد.

وتقدم البلديات أنشطة نهائية للمسنين الذين يحتاجون إلى التحفيز وإعادة التأهيل. وتستهدف هذه الأنشطة في المقام الأول المصابين بالخرف أو الإعاقة الذهنية. وتساعد هذه الأنشطة النهارية الكثيرين على الاستمرار في حياتهم وأنشطتهم اليومية.

وتشتمل عمليات الصليب الأحمر السويدي على زيارات للمسنين. ويقوم متطوعو الصليب الأحمر بزيارة المسنين الذين يعيشون في منازلهم أو في أنواع مختلفة من المساكن. قد تشمل الزيارات الدردشة والمحادثة أو النزهة أو مرافقة المسن في زيارة للطبيب أو المستشفى. وفي كل عام يقوم متطوعو الصليب الأحمر بحوالي ٣٠ ألف زيارة للمسنين.

ويحق لجميع المواطنين السويديين الحصول على معاش تقاعدي بعد التقاعد. ويمكن أن يختار الناس البدء في تلقي معاشهم التقاعدي بين ٦١ و٦٧ عاماً. وفي الفترة من العام ٢٠٠٥ إلى العام ٢٠١٤، زاد عدد السويديين العاملين الذين تتراوح أعمارهم بين ٦٥ و ٧٤ سنة بنسبة تصل إلى ١٢٧%. ويبلغ متوسط سن التقاعد اليوم ٦٤,٥.

وبفضل كل هذه الخدمات والتسهيلات تحتل السويد المرتبة الأولى على مقياس الشيخوخة النشطة الأوروبي في المرتين اللتين طبق فيهما المقياس بين العام ٢٠١٢ و ٢٠١٣، و ٢٠١٣ و ٢٠١٥. وفي مجالات المقياس الفرعية، تحتل السويد المرتبة الأولى في المرحلتين في مجال توظيف كبار السن، وفي مجال القدرات والبيئة التمكينية للشيخوخة النشطة، وتحتل المرتبة الرابعة في المرحلة الأولى، والثالثة في الثانية في

مجال مشاركة كبار السن في المجتمع، وتحتل المرتبة الثانية في المرحلة الأولى، والرابعة في الثانية في مجال الاستقلالية والحياة الآمنة والصحية لكبار السن.

أما على مقياس مراقبة الشيخوخة العالمي، فإن السويد تحتل المرتبة الثالثة عالمياً. وهي تحتل المرتبة الأولى في مجالات عديدة. ويحتل البلد المرتبة الأعلى في مجال القدرات (٥) حيث يبلغ معدل التوظيف ٧٣,٦٪، ومستويات التحصيل العلمي بين كبار السن ٦٨,٧٪. وهي تحتل المرتبة السادسة في مجال البيئة التمكينية نظرا لارتفاع مستوى رضا كبار السن عن السلامة (٧٣٪) والحرية المدنية (٩٤٪) والنقل العام (٦٥٪). كما أنها تحتل مرتبة عالية في مجال أمن الدخل (٧)، مع تغطية الدخل والمعاش التقاعدي بنسبة ١٠٠٪، ومعدل فقر الشيخوخة (٥,٣٪) أي أقل بمقدار ٣ نقاط مئوية عن المعدل الإقليمي. ويبلغ متوسط العمر المتوقع عند ٦٠ (٢٤)، ومتوسط العمر الصحي عند ٦٠ (١٨).

٣- الشيخوخة النشطة في فنلندا:

تحتل فنلندا مرتبة متقدمة في مقياس مراقبة الشيخوخة لعام ٢٠١٥، حيث تحتل المرتبة الـ ١٤، وهي تحتل مرتبة عالية في جميع المجالات، حيث تحتل المرتبة الـ ١٧ في مجال أمن الدخل، مع تغطية دخل المعاشات بنسبة ١٠٠٪، وبمعدل فقر منخفض مقارنة ببلدان أخرى في منطقتها (٥٪). وهي تحتل المرتبة الـ ١٨ في مجال البيئة التمكينية، مع متوسط قيم إقليمية أعلى للسلامة (٧٢٪) والحرية المدنية (٩٣٪). وفي المجال

الصحي، تحتل فنلندا المرتبة الـ ٢١، حيث تقل قيمتها عن المتوسط الإقليمي على جميع المؤشرات الصحية. وتحتل المرتبة الأدنى في مجال القدرة (٢٩)، حيث يبلغ معدل التحصيل التعليمي بين كبار السن (٤٨,٦%) أقل بـ ١٤ نقطة من المعدل الإقليمي.

ومع ذلك، فإن فنلندا تحتل المرتبة السادسة في مقياس الشيخوخة النشطة الأوروبي في مرحلة تطبيقه الأولى بين يناير ٢٠١٢ حتى فبراير ٢٠١٣، وتقدمت إلى المرتبة الخامسة في المرحلة الثانية والممتدة من أكتوبر ٢٠١٣ حتى ديسمبر ٢٠١٥. وكبار السن النشطون تراهم كثيرًا في فنلندا في جميع أنواع المناسبات الاجتماعية والثقافية، كما على الزلاجات أو الدراجات، حيث يشكل من هم في عمر الـ ٦٠ أو أكثر ٢٧% من سكان فنلندا، وأعدادهم تتزايد بسرعة، بل أسرع من أي مكان آخر في العالم باستثناء اليابان. وتمثل تكلفة مستقبل رعاية شيخوخة السكان المتنامية في هذا البلد تحديًا كبيرًا. ومع ذلك، فإن المحافظة على كبار السن في نشاط بدني وفي انشغال اجتماعي يمكن أن يساعد في تقديم حل ناجح.

وتتملك فنلندا شبكة خدمات لكبار السن الذين لا يغادرون المنزل، من بينها السكن المشترك للخدمة الذاتية المبتكر، حيث يتشارك أصحاب الشقق في المرافق المشتركة، ويمكن الاختلاط في الأماكن المجتمعية، حيث يعد هذا خيارًا جذابًا لكثير من كبار السن. وفي العام ٢٠١٥ افتتحت "جمعية كبار السن النشطاء"^٦ مشروع السكن المشترك الثاني، وأسمته (ميناء

^٦ - موقع الجمعية (باللغة الفنلندية):

<http://aktiivisetsejororit-fi.directo.fi/>

الوطن)، في هلسنكي. ويوضح أحد كبار السن المقيمين في المشروع بأن "ميناء الوطن ليس منزل مسنين عادي، ولكنه نوع جديد من نظام الإسكان ذي الخدمة الذاتية"، "بالإضافة إلى رعاية الشقق الخاصة بنا، نقوم نحن السكان بتجميع أنفسنا في فرق العمل المنزلي لنتناوب على تنظيف المساحات المجتمعية لدينا وطهي وجبات الطعام ويمكننا أن نختر التمتع معا مساء كل يوم من أيام الأسبوع. هذه الطريقة تروق إلى الناس الذين يريدون الحفاظ على السيطرة على حياتهم الخاصة، ولكنها تروق أيضا للذين يتمتعون بالإحساس بالانتماء للمجتمع والأنشطة المنظمة جنبا إلى جنب مع جيرانهم"⁷.

ويضم مشروع "ميناء الوطن" ٦٣ شقة لطيفة، وهو مجهز تجهيزا جيدا تماما للكراسي المتحركة والمرافق المشتركة بما في ذلك الحرف اليدوية وورشة عمل (اصنع بنفسك)، وصالة رياضية صغيرة ومكتبة وغرفة ألعاب، ومغسلة ملابس، وحديقة على السطح، وحمامي بخار، وغرفة طعام جماعية واسعة، ومطبخ، ولوحة ملاحظات إلكترونية تظهر أخبار حول الأنشطة والفعاليات، ونوبات الأعمال المنزلية. ويستطيع كل شخص الاستفادة القصوى من كل هذه التسهيلات، وهناك، إضافة إلى هذه التسهيلات، الكثير من الجماعات بالنسبة للأشخاص الذين تربطهم اهتمامات بالغناء والسينما والأدب ومهارات تكنولوجيا المعلومات، ولعب الورق والشطرنج والبولينج، وهناك العديد من سكان "ميناء الوطن" يركبون

^٧ - فران ويفر، تفعيل الشيخوخة النشطة في فنلندا، أغسطس ٢٠١٦، على هذا الرابط:

<https://finland.fi/ar/alheatt-walmjtma/tfael-alshekhwhkhtt-alshtdt-ff-nlnda/>

الدراجات الهوائية بانتظام، حتى أن البعض يتمتع بالاستحمام في فصل الشتاء في حفرة في الجليد من الخليج المحيط القريب من هذا المشروع.

كل شيء في "ميناء الوطن" تم التخطيط له بدقة مسبقا من خلال جمعية "كبار السن النشطاء" من السكان أنفسهم، الذين يبلغ متوسط أعمارهم ٦٧ وتتراوح أعمارهم من ٥٤ إلى ٨٠ عامًا. ولدى الجمعية تصور لزيادة مثل هذه المشروعات في أماكن أخرى، حيث يشعر المسن المقيم أنه يعيش وسط أسرة كبيرة.

وفي سياق الاهتمام بشيخوخة نشطة، نفذ صندوق الابتكار الفنلندي سيترا (Sitra) العديد من المشاريع التي تأتي في سياق "تعزيز المواطنة الفعالة من جميع الأعمار" بما فيهم كبار السن بغرض تمكينهم من مواصلة العيش بشكل مستقل في المنزل، والمشاركة في الحياة العملية، ومواصلة العمل بعد التقاعد، والانخراط في العمل التطوعي. ومن بين هذه المشاريع⁸:

أ- **خدمة بالفلوتوري Palvelutori**: وهو نوع جديد من الخدمات التي توفر التوجيه والمشورة لكبار السن في مركز الخدمة المحلية. يتم مساعدة الناس في إيجاد حلول لأي شيء يزعجهم. وتهدف هذه الخدمة إلى إلهام الناس لمواصلة العيش المستقل في المنزل من خلال تشجيعهم على البقاء نشطين، ورعاية

⁸ - لمزيد من التفاصيل عن (سيترا) ومشاريعه يمكن زيارة موقعه على الإنترنت على هذا الرابط:

<https://www.sitra.fi/en/topics/older-people/#what-is-it-about>

أنفسهم بأنفسهم. وقد تمّ تنفيذ هذا المشروع في أكثر من مدينة
فنلندية.

ب- نموذج الميزانية الشخصية: ويهدف هذا النموذج إلى زيادة حرية
الاختيار والفرص المتاحة للتأثير على الرعاية الاجتماعية
وخدمات الرعاية الصحية لكبار السن انطلاقاً من المبدأ
الأساسي الذي يقول بأن الأفراد أنفسهم هم أفضل الخبراء في
حياتهم الخاصة وما يجدونه مجدياً. وقد تم تنفيذ هذا المشروع
في مدينة تامبيري في العام ٢٠١٤، وتم اختباره مع ١٧ أسرة.
وبما أن احتياجات العملاء كبار السن تختلف اختلافاً كبيراً، فقد
استخدموا نموذج الميزانية الشخصية لتعزيز رفاههم العام بطائفة
واسعة من الطرق. ويمكن للعائلات اختيار الخدمات التي
تناسب احتياجاتها مباشرة من مقدمي الخدمات من خدمات
التنظيف وإلى العناية بالأظافر والتدليك وغيرها.

٤- الشيخوخة النشطة في النرويج:

يلاحظ داج كريستين⁹ أن هناك وعي متزايد بالشيخوخة النشطة في
السياسة النرويجية منذ تسعينات القرن العشرين، ويبدو أن شيخوخة السكان
في هذا البلد تضع ضغوطاً على قدرة الدولة الرفاهية على تلبية احتياجات
المتقاعدين في المستقبل. ولهذا اتخذت الحكومة بعض التدابير بغرض

⁹ -Dag Christensen, **Active Ageing: Country Report Norway**, (STEIN ROKKAN
CENTRE FOR SOCIAL STUDIES, UNIFOB AS, NOVEMBER 2003), p.24

تحسين آفاق سوق العمل للعمال المسنين. والهدف العام للحكومة هو مواكبة القوى العاملة المرتفعة ومعدلات المشاركة. ومن ثم، فإن سياسات الشيخوخة النشطة في النرويج بدأت بالتركيز بقوة على سوق العمل والمعاشات التقاعدية. وبدأت بالتركيز على الحاجة إلى زيادة قوة العمل، وتقييد التقاعد المبكر. وهو ما تم بالفعل. لاحقاً بدأ الاهتمام يتوسع إلى التدريب، وتنمية المهارات والتعلم مدى الحياة. وتستند التدابير المتخذة إلى الفكرة التي تقول بأن كبار السن يمثلون مورد عمل مهم سوف يعتمد عليه المجتمع بقوة في المستقبل. وحتى يتحقق هذا لا بد من الاهتمام بقضايا الرعاية الصحية، وتعليم كبار السن، وتنمية مهاراتهم وقدراتهم.

والنتيجة بعد كل هذه التدابير والسياسات أن النرويج تحتل اليوم تصنيفاً مرتفعاً في الشيخوخة النشطة. فهي تحتل المرتبة الثانية في المؤشر العام في مقياس مراقبة الشيخوخة العالمي لعام ٢٠١٥. وهي تحتل مرتبة عالية في جميع المجالات. وهي أعلى مرتبة في مجال القدرة (١)، مع معدل عمالة بين كبار السن يصل إلى (٧١,١٪) أي ما يقرب من ١٥ نقطة مئوية فوق المتوسط الإقليمي. كما أن لديها أعلى معدل للتحصيل العلمي بين كبار السن في منطقتها (٩٨,٣٪). وتحتل النرويج المرتبة الثانية في مجال أمن الدخل الذي يبلغ أعلى نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي في منطقتها (٦٤,٢٤١ دولاراً أمريكياً)، وثاني أدنى معدل للفقر في السن (١,٨٪)، وتغطية المعاشات التقاعدية بنسبة ١٠٠٪. وتحتل المرتبة الرابعة في مجال البيئة التمكينية، مع ارتفاع معدلات الإدراك للسلامة (٨٦٪) والحرية المدنية (٩٦٪) بين كبار السن. ويبلغ متوسط العمر المتوقع عند ٦٠ عاماً (٢٤).

ويحصل كافة المسنون في النرويج على التقاعد، ويتراوح حجمه وفقاً للدخل من العمل السابق. يعيش غالبية المسنون الموجودون في النرويج في بيوتهم، ويحصل بعضهم على مساعدة من البلدية (ممرضة منزلية - مساعدة في الأعمال المنزلية - وعروض الأماكن في المراكز اليومية للبلدية وغيرها)، ويستطيع العديد منهم الاعتناء بأنفسهم بصورة كاملة أو من خلال حصولهم على مساعدة من الأسرة فقط. وعندما لا يستطيع المرء الاعتناء بنفسه، يمكنه التقدم بطلب الحصول على مكان في دار رعاية المسنين، حيث يقيم فقط نصف عدد الأشخاص الذين تعدت أعمارهم التسعين عاماً في هذه الدور¹⁰.

٥- الشيخوخة النشطة في اليابان:

تحتل اليابان المرتبة الثامنة على مقياس "مراقبة الشيخوخة" العالمي لعام ٢٠١٦، لكنها تحتل المرتبة الأولى على مستوى صحة كبار السن، والمرتبة السابعة على مستوى القدرات (التعليم والتوظيف)، ويبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة في اليابان ٨٣,٤ سنة في اليابان. كما تصدر اليابان دول العالم في ارتفاع الأعمار؛ ويشكل الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٥ عاماً ربع سكان اليابان، وهم في الطريق للوصول إلى ٤٠%. وهو ما يخلق تحديات كبيرة للحكومة وللإقتصاد الياباني. والآن، فإن البلد يعالج المشكلة مع البرامج المبتكرة، بما في ذلك كل شيء من

¹⁰ - http://www.samfunnskunnskap.no/?page_id=521&lang=ar

التأمين الشامل على المدى الطويل إلى الروبوتات¹¹. وتشير التقديرات إلى أن نسبة اليابانيين الذين تزيد أعمارهم عن ٧٥ عاماً سوف ترتفع بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠٦٠، وسوف ترتفع إلى أكثر من الضعف من ١١% إلى ٢٧%.

وتعني هذه الأرقام أن أكثر من ربع سكان اليابان فوق سن التقاعد، إلا أن أكثر من ٨٠% منهم يواصلون العمل. كما أن أي دولة صناعية متقدمة في العالم لا تتفوق على معدل ارتفاع أعمار سكان اليابان.

وإلى جانب أن متوسط أعمار اليابانيين هو الأكبر في العالم؛ حيث من المتوقع أن يبلغ متوسط الأعمار أكثر من ٩٠ عاماً بحلول العام ٢٠٥٠، فإن معدلات المواليد المنخفضة تتسبب في تراجع نسبة الأيدي العاملة، ولمواجهة هذا الواقع، يرى خبراء الاقتصاد أن اليابان تحتاج إلى المزيد من كبار السن ليشغلوا عجلة الاقتصاد الياباني.

ومن أجل أن يتمكن كبار السن من العمل في سن متقدمة، فإنهم يحتاجون إلى التمتع بصحة جيدة ليتمكنوا من مواصلة العمل في شيخوختهم. ومن أجل ذلك هناك توعية للسكان بطرق تحضير الطعام بصورة صحية، حيث يقوم مستشارون، يطلق عليهم شوكاي سان، بجولات

¹¹- IAIN MARLOW, THE BOOMER SHIFT: JAPAN'S BOLD STEPS, THE GLOBE AND MAIL, MAY 03 2017, ON THIS LINK: [HTTPS://WWW.THEGLOBEANDMAIL.COM/GLOBE-INVESTOR/RETIREMENT/RETIRE-PLANNING/HOW-JAPAN-IS-COPING-WITH-A-RAPIDLY-AGING-POPULATION/ARTICLE27259703/](https://www.theglobeandmail.com/globe-investor/retirement/retire-planning/how-japan-is-coping-with-a-rapidly-aging-population/article27259703/)

في المدارس والمراكز الاجتماعية، وحالياً هناك نحو ١٥٠ ألفاً من هؤلاء المستشارين في جميع أنحاء البلاد بينهم الكثير من ربات البيوت المتقدمات في السن. ويحصل هؤلاء على التمويل من إسهامات السكان والحكومات المحلية.

وليس هذا كل شيء؛ حيث يخضع اليابانيون كذلك لفحوصات طبية بصورة دورية ويتمتع مستشفى ساكو المركزي في ناغانو بالريادة. وتحت شعار "الوقاية خير من العلاج" بدأ المستشفى إجراء تلك الفحوصات بعد فترة وجيزة من نهاية الحرب العالمية الثانية من خلال إرسال أطباء وممرضين إلى البلديات لإجراء الفحوصات الدورية، وفي الوقت الراهن يمكن إجراء تلك الفحوصات الطبية في الشركات ومختلف المناطق في جميع أنحاء البلاد.

وبفضل هذا فإن نسبة اليابانيين الذين يعملون في سن متقدمة تفوق مثيلاتها في دول أخرى، حيث إن عدد العاملين الذين تتجاوز أعمارهم حاجز ٦٥ عاماً خلال العام ٢٠١٦ بلغ نحو ٧,٣ مليون شخص ما يمثل ٢١,٧% من السكان.

وعلى الرغم من عدم وجود سن رسمية للتقاعد في اليابان، فإن العاملين في الكثير من الشركات يمكن إحالتهم إلى التقاعد في سن الستين، وحتى أقل من ذلك، ومع ذلك فإن أكثر من ٨٠ بالمائة منهم يستمرون ضمن فريق العمل، ولكن برواتب أقل بكثير؛ حيث إن اليابانيين عادة لا

يتقاضون المعاشات قبل بلوغ سن الـ ٦٥، فهناك الكثير من كبار السن الذين يضطرون إلى مواصلة العمل.

ويعتبر نظام التأمين في اليابان شاملاً ولا مثيل له في أماكن أخرى¹²، حيث يدفع الناس في النظام ابتداء من عمر الأربعين، ويصبحون مؤهلين للحصول على المزايا ابتداء من عمر الـ ٦٥، أو في وقت سابق في حالة المرض. وعند تقديم الطلب، يتم مقابلة المتقدمين من قبل موظف البلدي، وهذا بدوره، يرفع تقريره إلى لجنة خبراء من العاملين في مجال الرعاية الاجتماعية. وبعد ذلك يتم وضع خطة للرعاية تسمح للمتقاعد المريض بالاختيار بين المؤسسات المتنافسة ومقدمي الخدمات الذين يقدمون كل شيء من الزيارات المنزلية والاستحمام حتى الحصول على البقالة ودفع ثمن الإقامة القصيرة في المستشفيات أو الإقامة الطويلة الأجل في دور رعاية المسنين.

١٢- المرجع السابق، على الرابط نفسه

الفصل الخامس

الشيخوخة النشطة في بلدان الخليج العربي

الشيخوخة النشطة في بلدان الخليج العربي

ظلت ظاهرة "شيخوخة السكان"، طوال فترة طويلة، موضع جدل داخل البلدان الصناعية المتقدمة من بلدان أوروبا الغربية حتى اليابان. إلا أن الوضع تغير في السنوات الأخيرة. فهذه الظاهرة بدأت نزحف على بلدان العالم المتقدمة والنامية. ف"بلدان جنوب آسيا تشيخ بسرعة" مثل الصين، وتايوان، وسنغافورا، وهونج كونج، وماليزيا، وأندونيسيا. بل إن إنها تشيخ بوتيرة أسرع مما مرت به بلدان أوروبا في تاريخها. فإذا كان "سكان بريطانيا وفرنسا استغرقوا أكثر من ١٠٠ عام في التحول إلى مجتمعات شيخوخة (من ٧% إلى ١٤% من السكان تزيد أعمارهم عن الـ ٦٥ عاماً)، فإن الصين ستستغرق ٢٥ عاماً فقط"¹. الأمر الذي بدأ يفرض على هذه البلدان أن تعيد النظر في سياساتها الاجتماعية والاقتصادية والصحية والقانونية. وعلى الصعيد نفسه، فقد ظلت منطقة الشرق الأوسط توصف لفترات طويلة بأنها مجتمعات فتية وتشهد "تخمة شبابية"، إلا أن الحقيقة أن سكان الشرق الأوسط يشيخون بسرعة. وفي أكتوبر ٢٠١٣ نشرت المجلة الطبية المتخصصة في مجال الأورام، *Annals of Oncology*، دراسة تؤكد أن سكان منطقة الشرق الأوسط تشيخون بسرعة، وبما إن الشيخوخة هي العامل الأساسي لأمراض السرطان، فإن هذه الأمراض تنتشر بين سكان المنطقة². ويمثل هذا تحدياً كبيراً لبلدان المنطقة. إلا أنه وبقدر ما تمثل شيخوخة السكان تحدياً، فإنها تمثل فرصة لمنطقة الشرق الأوسط،

¹ - Active Ageing in Asia, p.٢

² - R. R. Hajjar, T. Atli, Z. Al-Mandhari, M. Oudrhiri, L. Balducci, & M. Silbermann, **Prevalence of aging population in the Middle East and its implications on cancer incidence and care**, *Annals of Oncology*, Vol. 24, No.7 October 2013. On this link:

https://academic.oup.com/annonc/article/24/suppl_7/vii11/133475/Prevalence-of-aging-population-in-the-Middle-East

حيث سيكون للتحول الراديكالي في التركيب العمري تأثير كبير على قطاع العمل والتوظيف وأنظمة التقاعد³، وعلى كل مجالات عديدة.

وفي هذا السياق وضع المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (منظمة الصحة العالمية) في العام ٢٠٠٦ استراتيجية على مدى عشر سنوات من أجل "شيخوخة نشطة وصحية، ورعاية كبار السن في إقليم شرق المتوسط ٢٠٠٦-٢٠١٥"⁴. ويعود اهتمام المكتب التنفيذي بمسألة كبار السن إلى ثمانينات القرن العشرين، حيث بدأ في جمع البيانات عن أحوال كبار السن في العام ١٩٨٧ في خمس دول هي: البحرين، ومصر، والأردن، وباكستان، وتونس. وفي مطلع التسعينات توسعت البيانات لتشمل ١١ بلداً. وفي العام ١٩٩٤ أعد المكتب أول استراتيجية للرعاية الصحية لكبار السن لتغطي العشر السنوات التي تمتد منذ العام ١٩٩٢ حتى العام ٢٠٠١. وفي العام ٢٠٠٦ وضع هذه الاستراتيجية التي تأتي لتؤكد وعي منظمة الصحة العالمية (المكتب الإقليمي) بأهمية تطوير برامج وسياسات مناسبة لمنطقة الشرق الأوسط التي تشهد طفرة في أعداد كبار السن. وتنطلق الاستراتيجية من هذه الحقيقة التي تقول إن كل بلدان المنطقة تواجه - بدرجات متفاوتة - تحدي شيخوخة السكان.

³ - Annamaria Simonazzi and Fiorenza Deriu, Ageing and Employment in the Mediterranean: Old and New Challenges, in: Ageing in the Mediterranean, edited by Joseph Troisi and Hans-Joachim von Kondratowitz, (Policy Press, 2013), p101

⁴ - A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015, (World Health Organization: Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2006)

كان عدد كبار السن ممن هم في عمر الـ ٦٠ وأكثر، في المنطقة، في العام ٢٠٠١ يبلغ حوالي ٢٦,٨ مليون، ويمثلون ٥,٨% من مجموع السكان، ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسبة إلى ٨,٧% في العام ٢٠٢٥، وإلى ١٥% في العام ٢٠٥٠. ويرجع السبب في هذه الزيادة المتصاعدة إلى عاملين أساسيين:

١- تحسن العمر المتوقع لسكان المنطقة خلال العقود الأخيرة. فقد كان متوقع العمر عند الولادة في المنطقة ٤٣,٦ سنة في الأعوام ١٩٥٠-١٩٥٥، وارتفع إلى ٦٦,٧ سنة في العام ٢٠٠٥. وفي بعض بلدان المنطقة يبلغ ٧٠ عاماً وأكثر، مثل: البحرين، الأردن، الكويت، لبنان، ليبيا، فلسطين، قطر، المملكة العربية السعودية، الإمارات، سوريا، تونس.

٢- انخفاض معدلات الخصوبة التي أصبحت تبلغ ٤,٢ طفل لكل امرأة، ومن المتوقع أن تبلغ ٢,٨ طفل لكل امرأة في العام ٢٠٢٥، و٢,٢ طفل لكل امرأة في العام ٢٠٥٠.

وتضع الاستراتيجية "الشيخوخة النشطة" كهدف قابل للإنجاز، بل هو "حجر الزاوية لكل سياسات الدول حول كبار السن"^٥. ويتطلب تبني "الشيخوخة النشطة" خلق بيئة داعمة وصديقة لكبار السن على كل

^٥ - المرجع السابق، ص ١٤

المستويات: الصحة، التعليم، التوظيف، الأمن المالي، الأمن الاجتماعي، الإسكان، المواصلات، التخطيط العمراني.

ترتكز الإطار المفاهيمي لهذه الاستراتيجية على ثلاثة مبادئ أساسية، وهي:

- ١- مشاركة كبار السن في عملية التنمية
- ٢- النهوض بصحة ورفاهية كبار السن
- ٣- التأكيد على البيئة الداعمة والتمكينية

وعلى الرغم من أن تركيز الاستراتيجية قد انصب على الجانب الصحي، إلا أنها لا تغفل عن أهمية المشاركة الفعّالة لكبار السن في المجتمع، والتي تعني الاعتراف بأهمية مشاركة كبار السن في كل من التنمية الاقتصادية، والعمل، والأنشطة التطوعية.

وفي هذا السياق هناك بعض التجارب الرائدة في المنطقة. ففي خطوة لتشجيع الجدات للاعتناء بأحفادهن خلال عمل الأمهات وتخفيف الأعباء المادية وتقوية الروابط الأسرية، وإتاحة الفرصة للسيدات، للذهاب إلى العمل، دون القلق على أطفالهن، صادقت الحكومة التركية على مشروع "الجدة"⁶، والذي ينص، بحسب وزير العمل والضمان الاجتماعي محمد مؤذن أوغلو، على منح راتب شهري مقداره ٤٢٥ ليرة تركية للجدات نظير

^٦ - تفاصيل الخبر على هذا الرابط: <http://m.huffpost.com/ar/entry/16011912?m=true>

الاعتناء بأحفادهن. وقد بلغ عدد الطلبات الموافق عليها خلال الفترة الممتدة من ١ إلى ٢٠ فبراير ٢٠١٧، حوالي ١٠٣ ألف طلب، و هو رقم أكبر من توقعات الوزارة. ومن المفترض أن يبلغ ١٥٠ ألفاً مع نهاية الشهر، لكن الهدف من البرنامج حسب وزير العمل هو الوصول إلى مليوني شخص.

وأما على صعيد المنطقة العربية، فقد شهدت المنطقة تغيرات ديموغرافية، وارتفاعاً واضحاً في أعداد كبار السن مع انخفاض مطرد - ودرجات متفاوتة - في معدلات الخصوبة. الأمر الذي يعني أن هناك الكثير سيتغير على كل المستويات: الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية، والصحية...إلخ. وكان لا بد من استعداد الدول العربية لمثل هذه التغيرات بوضع الاستراتيجيات والبرامج والسياسات التي تتوافق مع التوجهات العالمية حول "الشيخوخة النشطة".

تغير نمط التوازن الديمغرافي التقليدي في البلدان العربية في العقود الماضية. وتمثلت إحدى نتائج التحول الديمغرافي من ارتفاع معدلات الخصوبة إلى انخفاضها ومن ارتفاع معدلات الوفيات إلى انخفاضها في تطور الهيكل العمري للسكان. وأدى تراجع الخصوبة في البلدان العربية إلى تغيرات مهمة في هذا الهيكل. وتتمثل التغيرات في ارتفاع حاد لنسبة السكان سن العمل (٢٥ إلى ٦٤ عاماً)، وانخفاض نسبة السكان في فئة الأطفال (إلى سن ١٤ عاماً)، وارتفاع بطيء وإن كان تدريجياً في نسبة المسنين (٦٥ عاماً وأكثر).

وعملية الشيخوخة هي أيضاً في مراحلها الأولى في المنطقة العربية حيث تشكل بداية تراجع الخصوبة اتجاهاً حديثاً نسبياً. ومع ذلك، وفي أعقاب التغير السريع للوضع الديمغرافي في المنطقة، لا يمكن التقليل من أهمية الحاجة إلى مواجهة التحديات الكامنة في ارتفاع نسبة السكان المسنين، نظراً إلى أن العدد المطلق للأشخاص البالغين من العمر ٦٥ عاماً وأكثر قد تضاعف من ٥,٧ ملايين نسمة في عام ١٩٨٠ إلى ١٠,٤ ملايين نسمة في عام ٢٠٠٠، ويُتوقع أن يرتفع إلى ١٤ مليون نسمة بحلول عام ٢٠١٠ و ٢١,٣ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٢٠.

لقد اتسمت الاستجابات الأولية للبلدان العربية لهذا التحدي بالتركيز على سياسات وبرامج إيواء المسنين في دور خاصة بهم، ثم توسعت إلى نظم الحماية والرعاية الخاصة بكبار السن التي أقامتها الدول العربية. وقد اتسمت هذه النظم "بسلبيات تتمثل في أن نطاق شمولها ظل في الغالب من الحالات ضعيفاً، حيث لم تغط شرائح كبيرة من كبار السن بمزاياها، وخاصة من يقطن من هؤلاء في المناطق الريفية، التي تضم النسبة الأكبر منهم، كما أن كم المزايا والخدمات التي تقدمها هذه النظم للمستفيدين منها كان باستمرار أقل مما يكفي لتلبية احتياجات كبار السن الأساسية، مما جعلهم يعيشون في الغالب تحت نمط الفقر، إضافة إلى أن إدارة هذه النظم عانت من مشكلات كبيرة، حدثت من فاعليتها، وفي مقدمة ذلك سوء الإدارة والفساد والنقص في الكفاءة، وبطء الإجراءات، مما انعكس سلباً على الخدمات المقدمة إلى المستفيدين من كبار السن"^٧. أضف إلى هذا شح

^٧ - الورقة المفاهيمية لمؤتمر كبار السن بين الرعاية الأسرية والمؤسسية، (وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية بالملكة المغربية، بتعاون مع جامعة الدول العربية، ٦- ٨ أكتوبر ٢٠١٥)، ص ٥

الدعم المالي وتقلص الإنفاق الحكومي على هذا الجانب الذي ينظر إليه على أنه غير تنموي وغير منتج.

ومن هنا جاء اهتمام مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية التابع لجامعة الدول العربية، واهتمام الدول العربية كل على حدة، بدراسة قضايا كبار السن استجابة للمتغيرات الديمغرافية التي تشهدها المجتمعات العربية، وما تستلزمه من وضع سياسات وبرامج وخطط لحماية فئة كبار السن والعمل على خلق مجتمع عربي يتسع لجميع الأعمار.

ولدى بلدان المنطقة تجارب جيدة فيما يتعلق بالشيخوخة النشطة. فلبنان، على سبيل المثال، لديه أسرع عدد من كبار السن في المنطقة العربية. وعلى الرغم من تاريخ طويل من عدم الاستقرار السياسي والحرب عرفها هذا البلد، إلا أن لديه ثقافة ذات قيم عائلية قوية، حيث يحصل كبار السن اللبنانيين على دعم اجتماعي وشخصي فعال يوفره الشباب في الأسرة. إن الطريقة التي يدير بها لبنان هذه التحديات من المرجح أن تتنبأ بتجربة الشيخوخة المستقبلية في معظم أنحاء المنطقة العربية بحسب دراسة أعدتها سوسن عبد الرحيم وآخرون⁸.

⁸ – Sawsan Abdulrahim, Kristine J. Ajrouch, Toni C. Antonucci, Aging in Lebanon: Challenges and Opportunities, Gerontologist, Vol.55, No.4, 2015), p.511

إلا أن التجارب الرائدة في الاهتمام بالشيخوخة النشطة، في المنطقة العربية، جاءت من بلدان الخليج العربي. وفي هذا السياق يأتي "ميثاق الرياض حول رعاية المسنين" (مارس ٢٠٠٩)، الذي صدر عن الندوة الخليجية لرعاية المسنين، والمنعقدة في الرياض.

وقبل أن نفصل الحديث حول هذا الميثاق، ينبغي أن نقول إن هذا الميثاق جاء في سياق اهتمام متصاعد من قبل مجلس التعاون الخليجي بقضايا الشيخوخة. فقد شكل المكتب التنفيذي لمجلس الصحة بمجلس التعاون لجنة أمراض الشيخوخة ورعاية المسنين التي عقدت اجتماعها الأول بالرياض من ٢٠-٢١ يوليو ١٩٩٣م، والتي أوصت بعقد ندوة لمناقشة الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية للموضوع.

كما عقدت الندوة الخليجية الأولى لأمراض الشيخوخة ورعاية المسنين من ٢٢-٢٣/١١/١٩٩٤ بالرياض بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية وكلية طب جامعة الملك سعود. ثم توالى الاجتماعات والندوات واللجان. ومنها اجتماع اللجنة الخليجية لرعاية المسنين في دولة الكويت في ٣٠-٣١ ديسمبر ٢٠٠٧م، وتم في هذا الاجتماع وضع الاستراتيجية الخليجية لرعاية المسنين، كما وضعت الخطوط العريضة لخطة إعلامية خليجية لرعاية المسنين، وصياغة بروتوكول لدراسة خليجية موحدة لرعاية المسنين.

واستمراراً لهذا الاهتمام الخليجي، نظم المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون فعاليات الندوة الخليجية لرعاية المسنين والتي

عقدت في مدينة الرياض في ١٧-١٨ مارس ٢٠٠٩م تحت شعار «صحة المسنين... مسؤولية الأسرة والمجتمع».

كان هدف الندوة إبراز النتائج التي تمخضت عنها الدراسة الوطنية لرعاية المسنين في المملكة العربية السعودية والتي يمكن أن تسهم في رسم سياسات رعاية المسنين بالمملكة، والتعرف على الرؤى والتجارب الخليجية والإقليمية والدولية في مجال رعاية المسنين، إضافة إلى عقد ورشة عمل حول سياسات حماية حقوق المسنين والعمل على إصدار ميثاق الرياض لرعاية المسنين.

وكان من ضمن أهداف الندوة التعرف على الأمراض الشائعة بين كبار السن السعوديين ومدى تلبية النظام الصحي الحالي لاحتياجاتهم الحالية والمستقبلية ووضع التوصيات اللازمة لضمان توفر نظام صحي ملائم لهم في المملكة، حيث أجرى الباحثون مسحا صحيا شارك فيه ٢٩٥٠ مسنا، ٥٩,٨ % منهم رجال، وضمنت قائمة المشاكل الصحية الشائعة بين المسنين: السكري (٣٤,٢%)، فرط ضغط الدم (٣٠,٤%)، أمراض الجهاز البولي التناسلي (١٥,٨%)، أمراض العين (٢٢,٩%)، والمفاصل (٢١,٢%). ويعاني كل مسن سعودي من ٢,٦ مشاكل صحية في المتوسط. ٨٤% من المسنين يتناولون أدوية حاليا، ٢٠,٦% يستعملون أسنانا صناعية. تبلغ نسبة المرضى النفسيين ١٣,٧%، ولكن ٦٨,٤% من المسنين يعتبرون أن صحتهم جيدة. و ٣,٣% يعيشون بمفردهم، بينما يشارك ٢٨,٣% في أنشطة ترفيهية. ويتلقى ١٠,٨% من المسنين علاج طبيعى، بينما يتلقى الرعاية الصحية في مراكز الرعاية

الصحية الأولية ٧١,١ % من المسنين وبمتوسط ١٠,٨ زيارات في السنة. وأدخل المستشفيات ١٦,٣ % من المسنين خلال العام الماضي ٨٦,٨ % منهم لأسباب طبية. تم الإعلان في ختام الندوة عن ميثاق الرياض بشأن رعاية المسنين. ومن الواضح أن الاهتمام الغالب على أعمال الندوة كان هو الجانب الصحي لكبار السن. إلا أن هذا النقص تم تجاوزه في "ميثاق الرياض"^٩.

ميثاق الرياض: نحو ميثاق متكامل للشيخوخة النشطة:

لا يتجاهل "ميثاق الرياض" الجانب الصحي، بل إنه يحث وزارات الصحة على تفعيل المبادرات العالمية مثل الرعاية الصحية الأولية الصديقة للمسنين، والمستشفيات الصديقة للمسنين، والمدن الصديقة للمسنين، مع التأكيد على أهمية تحسين أنظمة الرعاية الصحية الأولية لتلبية احتياجات المسنين تلبية فعالة، والعمل على بناء القدرات الوطنية في مجال طب الشيخوخة ورعاية المسنين وتنمية الكوادر الوطنية من أجل توفير رعاية صحية للمسنين تتسم بالجودة. والتركيز على خدمات الرعاية الصحية المجتمعية المرتكز مثل الرعاية النهارية - الرعاية الصحية النهارية - برامج التمرين - الترويج - المواصلات - مراكز كبار السن - الإحالة - مجموعات الدعم - وكذلك الخدمات المنزلية مثل استجابة الطوارئ للرعاية الصحية والزائر المؤانس (جليس المسن) تقديم الوجبات -

^٩ - ميثاق الرياض حول رعاية المسنين، (الندوة الخليجية الثانية حول رعاية المسنين، المملكة العربية السعودية، ١٧-١٨ مارس ٢٠٠٩).

وتدبير المنزل والمرافقة وخدمات الإيواء مثل المعيشة المدعومة، ودور المسنين، ومجتمع المسنين، السكن المشترك بحسب الأحوال المحلية والظروف والعادات والتقاليد في كل مجتمع. وكل هذه الخدمات تهدف إلى توفير البيئة الداعمة والتمكينية للشيخوخة النشطة، وقد رأينا نجاحها في تجارب الدول الأوروبية ذات التصنيف المرتفع في الشيخوخة النشطة.

إلا أن الجديد في "ميثاق الرياض" أنه أول وثيقة استراتيجية خليجية تتطوي على رؤية متكاملة لرعاية المسنين، الأمر الذي يجعلها خطوة مهمة نحو تحقيق الشيخوخة النشطة في دول مجلس التعاون الخليجي. فإضافة إلى التأكيد على صحة المسنين وتوفير الخدمات الصحية لهم، فإن الميثاق يؤكد على أهمية مشاركة المسنين في أنشطة الحياة والمجتمع، كما يشدد على توفير البيئة التمكينية للشيخوخة النشطة. فهو يحث وزارات العمل والشئون الاجتماعية على تزويد المسنين بالامتيازات والتسهيلات الضرورية وخصوصا منحهم الأولوية في الأماكن العامة وتخصيص مقاعد لهم في وسائل المواصلات العامة والحدايق والمسارح والنوادي الثقافية والاجتماعية، وتأمين وسائل الحركة للمعوقين والعاجزين ومنحهم حسومات مناسبة في أجور المواصلات البرية والبحرية والجوية وأجور العضوية في النوادي وغيرها من المؤسسات التي تقدم الخدمات الاجتماعية والترفيهية والرياضة وغيرها، وبحث إيجاد فرص العمل وإيجاد أنشطة للقادرين من المسنين. وتمكين كبار السن من المشاركة الفاعلة والمتكافئة في الحياة الاجتماعية والثقافية والسياسية داخل المجتمع المحلي والدولي، وضمان حقهم في التعليم المستمر والتنمية المهنية لهذه الفئة.

كما يحث الميثاق على إنشاء هيئة وطنية وخليجية لرعاية المسنين في غضون 3-5 سنوات من تاريخ هذا الميثاق بمشاركة أعضاء من وزارات الصحة، والعمل والشؤون الاجتماعية، والثقافة والإعلام، والإسكان والبلديات، والشؤون الإسلامية، بحيث تكون مسؤولة عن إعداد قاعدة بيانات بشأن الوضع الحالي للمسنين من أجل دعم صنع القرار، وإعداد خطة عمل استراتيجية وطنية تكون مبنية على الأدلة.

جاء ميثاق الرياض متوافقاً مع ما جاء به الإسلام حول رعاية المسنين، ومستنداً إلى القرارات والتقارير والتوصيات والاستراتيجيات الدولية والإقليمية المعنية بكبار السن بدءاً من قرارات المؤتمر العالمي الأول لحقوق كبار السن الذي انعقد في مدينة فيينا بالنمسا في العام 1982، وانتهاء بقرار الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية في دورتها الثامنة والخمسين حول تعزيز الشيخوخة النشطة والصحي في مايو 2005، واستراتيجية الشيخوخة النشطة والصحي ورعاية المسنين في إقليم شرق المتوسط (2006-2015). وهذا، فيما يبدو، أول تبني خليجي لمفهوم الشيخوخة النشطة.

يتضمن الميثاق وعياً جلياً بالتغيرات الديموغرافية التي تحصل في منطقة الخليج والمتعلقة بزيادة معدلات العمر المتوقع للسكان، وبالزيادة المضطردة التي تشهدها دول إقليم شرق المتوسط، ومن بينها دول مجلس التعاون في أعداد ونسب السكان الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاماً. وما يستلزمه ذلك من الاستعداد لمواجهة التحديات المتوقعة التي تسببها ظاهرة الشيخوخة ومنها ضعف استعداد النظم الصحية للتعامل مع هذه الفئة صحياً

ونفسياً واجتماعياً وإنسانياً، وكذلك وجود عبء مزدوج من جراء الشيخ والفقر، الشيخ والبطالة، وشيوع الأمراض المزمنة.

بحسب تقارير التنمية الإنسانية التي يصدرها برنامج الأمم المتحدة للتنمية UNDP، فإن متوقع العمر عند الولادة في دول مجلس التعاون كان يرتفع بشكل مضطرب. وبالإستعانة بهذه التقارير يمكن رصد التحسن الكبير الذي طرأ على متوقع عمر الإنسان الخليجي منذ العام ١٩٩١ حتى العام ٢٠١٥.

جدول رقم (١) المتوسط العمري للفرد في دول مجلس التعاون الخليجي

| السنة الدولة | ١٩٩١ | ١٩٩٦ | ٢٠٠٢ | ٢٠١٥ |
|-----------------|------|------|------|------|
| قطر | ٧١ | ٧٢,٨ | ٧٣,٥ | ٧٨ |
| السعودية | ٦٥,٢ | ٦٩,٨ | ٧١,٣ | ٧٤,٣ |
| الإمارات | ٧١ | ٧٢,٨ | ٧٣,٥ | ٧٧ |
| البحرين | ٧١ | ٧٢,٨ | ٧٣,٥ | ٧٦,٣ |
| الكويت | ٧١ | ٧٢,٨ | ٧٣,٥ | ٧٤ |
| عمان | ٦٥,٢ | ٦٩,٨ | ٧١,٣ | ٧٦ |

ويعزى التحسن الكبير في المتوسط العمري للفرد في منطقة الخليج الى التطور الكبير في الخدمات الصحية، فمعدل وفيات الاطفال الرضع قد

انخفض خلال العقدين الماضيين بشكل كبير إذ وصلت وفق إحصاء عام ٢٠٠١ الى ١٣ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي كما وصلت حالات الوفاة في اوساط اطفال دون سن الخامسة الى ١٥,٦ حالة لكل ١,٠٠٠، كما ان حملات التطعيم المستمرة قد خفضت من حجم إصابة الاطفال بأمراض الشلل والدفتيريا والدرن وغيرها.

أضف إلى هذا أن معدل الخصوبة في دول مجلس التعاون في انخفاض مضطرد. ويكشف الجدول التالي هذا الانخفاض:

**جدول رقم (٢)
معدل الخصوبة في دول مجلس التعاون الخليجي**

| السنة | ١٩٦٠ | ٢٠١٤ |
|----------|------|------|
| الدولة | | |
| قطر | ٧,٠ | ٢,٠ |
| السعودية | ٧,٢ | ٢,٨ |
| الإمارات | ٦,٩ | ١,٨ |
| البحرين | ٧,١ | ٢,١ |
| الكويت | ٧,٢ | ٢,١ |
| عمان | ٧,٣ | ٢,٨ |

يبدأ نص الميثاق بتأصيل اهتمامه بكبار السن بالاستناد إلى حقوق الإنسان وحرياته الأساسية المضمنة في كل من الإعلان العالمي لحقوق

الإنسان عام 1948 والعهدين الدوليين لحقوق الإنسان لسنة 1966 إنما تنطبق في غير تمييز وعلى سبيل الإطلاق في حق سائر الأفراد وفي غير اعتبار لفئتهم العمرية.

بعد ذلك يؤكد الميثاق على أهمية تغير النظرة للمسنين وما شابها من مفاهيم مغلوبة من تلازم الإقعاد والمرض والاعتماد على الغير مع تقدم العمر، وعدم قدرة المسنين على التعلم أو العمل، وظهور مفاهيم جديدة تؤكد على النظرة الإيجابية للتشيخ، وإلى قدرة المسنين على المشاركة النشطة في مجتمع من شتى الأعمار، وأنهم شركاء في التنمية ومساهمون نشطاء فيها ومستفيدون منها وأنه ينبغي النظر للشيخوخة على أنها ليست حالة من المرض والعجز، وإنما هي حالة من الصحة واللياقة. وهذا يستلزم التأكيد على ضرورة إشراك المسنين بصفة مستمرة في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية والروحية والثقافية والمدنية والعمل على تعزيز الصحة وتوفير البيئة المناسبة لذلك، وتحضير المسنين نفسياً قبل التقاعد من أجل اجتناب الصدمة التي قد تنتج عن العزلة والتعطل.

ولا يغفل الميثاق متطلبات المدن الصديقة للمسنين، إذ يخصص قسماً للإسكان والبلديات، ويطالب هذه الجهات بالعمل على تخطيط المناطق السكنية على النحو الذي يلبي بصفة خاصة الاحتياجات الخاصة لفئة كبار السن وخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة مع ضمان السكن الملائم لمن يعوزه السكن من هذه الفئة. كما يؤكد الميثاق على أهمية دور الأسرة والمجتمع المدني، فيؤكد على تعزيز دور الأسرة في العناية بالمسنين والعمل على إبقاء المسنين دائماً في جو عائلي بما يحفظ كرامة المسنين

ويعمل على إذكاء أواصر الترابط العائلي لتحقيق التمكين النفسي لكبار السن. ويطالب المجتمع المدني بإحياء جمعيات أصدقاء المسن وتعزيز أنشطة هذه الجمعيات وتعميمها في الأحياء السكنية، وتشجيع قيام وإنشاء جمعيات المجتمع المدني المعنية برعاية المسنين وتشجيع المنظمات الطوعية وغير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني للقيام بدورها في تقديم الرعاية الصحية والاجتماعية للنساء والرجال المسنين وخاصة من لا يتمتعون بحظ وافر من أسرهم وتشجيع توجيه الأوقاف لهذه الفئة ورعايتها.

١- تجربة دولة الإمارات العربية المتحدة في مجال الشيخوخة النشطة:

في أكتوبر ٢٠١٥ أعلنت إمارة الشارقة¹⁰ عن سعيها للدخول إلى الشبكة العالمية للمدن الصديقة لكبار السن في منظمة الصحة العالمية، لتكون من ضمن المدن المختارة، ولا بدّ للمدن التي ترغب في الانضمام إلى الشبكة، أن تطبق ثمانية معايير خاصة بتوفير سبل الرفاهية لكبار السن، وهي: المساحات الخارجية والمباني العامة، والتنقل، المباني والسكن والمشاركة الاجتماعية، والاحترام والدمج الاجتماعي، والعمل والمشاركة في المجتمع المحلي، والاتصالات والمعلومات وأخيرا الخدمات المدنية والصحية.

^{١٠} - صحيفة الخليج، ١ أكتوبر ٢٠١٥، على الرابط التالي: <http://www.alkhaleej.ae/alkhaleej/page/090f5b3f-bf62-48ae-9565-da376bcc858a>

ويأتي هذا الإعلان كتنويع لاهتمام واضح بتطبيق الشيخوخة النشطة في دولة الإمارات العربية المتحدة. وقد أعلنت وزارة الشؤون الاجتماعية (وزارة تنمية المجتمع) في يونيو ٢٠١٢ عن عزمها إطلاق استراتيجية وطنية للمسنين في الدولة تتوافق مع الشيخوخة النشطة¹¹، كما دعت الوزارة في أغسطس ٢٠١٤ مراكز التنمية الاجتماعية إلى جذب المسنين من الذكور والإناث للعمل في مجالات التطوع المختلفة، وذلك ضمن أنشطتها المختلفة لتفعيل مبادرة «الشيخوخة النشطة» ٢٠١٤-٢٠١٦، على أن يقوم كل مركز بجذب ما بين اثنين إلى ثلاثة من المسنين والمسنات، للانخراط في برامج الأسر المنتجة أو تقديم الاستشارات والخبرات والجهود التطوعية في المؤسسات الخيرية والإنسانية. ويأتي كل ذلك من أجل الاستعداد لتأمين متطلبات كبار السن، وفقاً للتطورات المجتمعية، في ظل زيادة ملحوظة في أعداد كبار السن في المجتمع الإماراتي، حيث تشير الإحصائيات بأن نسبة المواطنين المسنين وصلت إلى ٦% من عدد المواطنين في الدولة، وسوف ترتفع النسبة إلى ١١% في العام ٢٠٣٢، لتصل إلى ٢٩% في العام ٢٠٥٠، الأمر الذي يتطلب ضرورة الإسراع في دعم هذه الفئة ودمجها في المجتمع، والاستفادة من خبراتها الحياتية والعملية.

وتطبق العاصمة أبوظبي استراتيجية وطنية للمسنين ٢٠١٣-٢٠١٧، في ظل توجهات وخطط مستقبلية في مجال «الشيخوخة النشطة»، ووسط مساع لرفع الوعي المؤسسي والمجتمعي حول أهمية استثمار طاقات

¹¹ - الإمارات اليوم، ٢٩ يونيو ٢٠١٢، على الرابط التالي: <http://www.emaratayoum.com/local-section/other/2012-06-29-1.495409>

المسنين بما يعود بالفائدة على الإمارة اجتماعياً واقتصادياً، إضافة إلى نشر ثقافة الشيخوخة النشطة ودورها في تحسين جودة حياة المسنين لتعزيز قدراتهم ولتمكينهم من المساهمة في المجتمع بفاعلية.

ويشمل الدعم الذي تقدمه الوزارة للمسنين العديد من الخدمات والمساعدات والتسهيلات، منها:

١- مساعدات اجتماعية، حيث تقدم الوزارة مساعدات اجتماعية، بحسب تصريحات رسمية في أكتوبر 2015¹²، لحوالي 13 ألفاً و ٤٦١ شخصاً، وتبلغ قيمة المساعدات المباشرة وغير المباشرة المقدمة لهم ٩٤٩ مليوناً و ٢٥٥ ألفاً و ٨٥٢ درهماً، بتكلفة نحو ٧٠ ألفاً و ٥١٩ درهماً للفرد.

٢- دور الرعاية الإيوائية، ويستفيد منها 1٩٦ مسناً، وتبلغ تكلفتهم الإيوائية أربعة ملايين و ٩٩٨ ألفاً و ٤٨٤ درهماً، بواقع ٢٥ ألفاً و ٥٠٢ درهم للفرد. وذلك يشمل وحدات الرعاية الصحية المتنقلة التي تم إطلاقها في العام ٢٠٠٨، وتضم كل وحدة فريق عمل من طبية وأخصائية علاج طبيعي وأخصائية اجتماعية وممرضة ومعاونة طبية، ويقدم هذا الفريق خدمة شاملة للرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية للمسن.

¹² - الإمارات اليوم، ٢ أكتوبر ٢٠١٥، على الرابط التالي:

<http://www.emaratayoum.com/local-section/other/2015-10-02-1.826264>

- ٣- توفير الرعاية المنزلية لكبار السن: تتمثل هذه الخدمة في تقديم رعاية صحية أولية و اجتماعية ونفسية وعلاج طبيعي لكبار السن في منازلهم
- ٤- تصدر الوزارة للمسنين بطاقة المسن (بطاقة مسرة)¹³، وهي عبارة عن بطاقة مخصصة لمن تجاوزوا الـ ٦٠ عاماً، وتشتمل البطاقة على مزايا تتضمن خصومات على الخدمات والمنتجات، وخدمات مجانية، وتسهيل إنهاء المعاملات.
- ٥- وفرت الوزارة غرفة التنبيه الحسي والعلاج باللعب للمسنين، والذي يقوم على إدخال مجموعة ألعاب حركية وحسية كوسيلة علاجية لتقديم برامج تدريب وتأهيل المسنين داخل الدار وفي منازلهم. وأثبتت الدراسات الحديثة أنه من خلال بعض الألعاب الحسية وألعاب الفيديو يمكن رفع المهارات الحركية والحسية، ومساعدة الأشخاص كبار السن على تحسين أدائهم الحركي والحسي، وإعادة التأهيل الحركي لدى المسنين.
- ٦- أعدت الوزارة روزنامة صحية للمسنين لمتابعة صحة المسن بشكل يومي من قبل أفراد أسرة المسنين المنتسبين للوحدة المتنقلة للرعاية المنزلية لتدوين الملاحظات اليومية عن حالة المسن الصحية.
- ٧- توفير حقيبة مسن، وهي عبارة عن حقيبة تحتوي على أهم ما يحتاجه المسن من أجهزة الرعاية الأولية والفحص الدوري في المنزل، مثل

١٣- انظر موقع وزارة تنمية المجتمع على الرابط التالي:

<https://www.msa.gov.ae/msa/ar/pages/MasarraServiceCard.aspx?eqs=ltmyE4ikN==ts7PZt6i8ARBg>

(جهاز ضغط - جهاز فحص السكر . جهاز قياس الحرارة . عكاز .
حافظ أدوية)، بالإضافة إلى غرفة التنشيط الذهني.

٢- تجربة مملكة البحرين في مجال الشيخوخة النشطة:

تقدمت مدينة المحرق، وهي ثالث أكبر مدينة في البحرين، في أكتوبر ٢٠١٢، بطلب أن تصبح عضواً في الشبكة العالمية للمدن الصديقة للمسنين. مدينة المحرق بها خمسة مراكز للرعاية الصحية الأولية تقدم جميعها الخدمات الصحية الصديقة للمسنين بالإضافة إلى تقديم الخدمات الصديقة للمسنين أيضاً في المستشفيات. وحتى تنضم مدينة المحرق إلى مبادرة منظمة الصحة العالمية الخاصة بالمدن الصديقة للمسنين التي انطلقت في العام ٢٠٠٦، لا بد أن تتوفر عناصر أساسية للبيئة الحضرية التي تدعم الشيخوخة النشطة، وهي: وصول المسنين إلى وسائل النقل العام والساحات والمباني الخارجي، والحاجة إلى السكن الملائم والدعم المجتمعي والخدمات الصحية، والحاجة إلى تعزيز الاتصالات التي تتيح للمسنين المشاركة الفعالة في المجتمع للتغلب على التمييز ضد كبار السن وتوفير فرص أكبر للعمل والمشاركة المدنية. ويمثل هذا تحدياً أمام هذه المدينة.

وتعتبر مملكة البحرين من أوائل الدول العربية التي تشكلت فيها لجنة وطنية للمسنين منذ العام ١٩٨٤. وتشير الاحصاءات الرسمية بمملكة البحرين والصادرة عام ٢٠١٠ إلى أن عدد كبار السن ممن بلغت أعمارهم ٦٠ سنة وما فوق قد بلغ ٣٥٦٣٤ أي بنسبة ٣,٤٩% من إجمالي السكان، ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٢٠,٤% بحلول العام

٢٠٢٥، و٢٤,٩% بحلول العام ٢٠٥٠م. وتفرض هذه الزيادة المتوقعة في أعداد المسنين الكثير من التحديات التي تتطلب توفير سياسات صحية واجتماعية مناسبة لهذه المرحلة من العمر لتمكين كبار السن.

وتتركز خدمات الدولة التي تقدمها للمسنين على الخدمات الصحية التي تقدمها وزارة الصحة، وهي تشمل خدمات الرعاية الصحية الأولية، خدمات علاجية ووقائية، وخدمات الزيارات المنزلية، وعيادات صحة الوالدين لكبار السن، وتعيين منسق لخدمات المسنين بالرعاية الأولية، وتشكيل لجنة خاصة بصحة كبار السن وخدمات الأسنان، وخدمات العلاج الطبيعي والبحث الاجتماعي والوحدة المتنقلة لرعاية المسنين. أما الخدمات التي تقدمها الرعاية الثانوية فتشمل خدمات الطب النفسي، وخدمات العلاج الطبيعي، وخدمات العناية التمريضية، والرعاية التأهيلية المؤقتة لرعاية كبار السن، وهناك وحدة رعاية المسنين بالبحرق، ووحدة الإقامة الطويلة. وهناك برامج تدريبية طبية صحية في مجال طب الشيخوخة وبرامج تدريبية محلية للممرضات. وتم إدخال صحة المسنين ضمن المناهج الدراسية لطلبة الطب وكليات العلوم الصحية وبرنامج أطباء العائلة.

وهناك الخدمات الاجتماعية التي تقدمها وزارة العمل والتنمية الاجتماعية، وتقدم الوزارة العديد من الخدمات والبرامج الخاصة برعاية كبار السن والتي شملت كافة الجوانب الاجتماعية والتأهيلية والرعاية والإيوائية والصحية والمعيشية . ويأتي هذا الاهتمام تجسيدا لما اقره دستور مملكة البحرين في المادة (٥)، والتي تنص على "أن الدولة تكفل تحقيق الضمان

الاجتماعي اللازم للمواطنين في حال الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل". وبناء على ذلك صدر قانون الضمان الاجتماعي رقم (١٨) لسنة ٢٠٠٦ والذي أسس لعملية منظمة نحو تقنين وتأمين جميع حقوق كبار السن، كما صدر في العام ٢٠٠٩ قانون رقم (٥٨) بشأن حقوق المسنين والذي تم إقراره من قبل السلطة التشريعية وتلا ذلك قرار إصدار اللائحة التنفيذية للقانون والتي تنظم عمل تقديم الخدمات والرعاية لكبار السن .

وفي هذا السياق من الاهتمام الرسمي الذي يسعى للنهوض بمستوى جودة حياة المسن وضمان مشاركته الفاعلة والمستمرة في الجوانب الاجتماعية الاقتصادية والسياسية وغيرها من الجوانب الحياتية تبلورت فكرة الاستراتيجية الوطنية للمسنين والخطة الوطنية لكبار السن والتي كانت ثمرة جهود عمل اللجنة الوطنية للمسنين والتي تضم بين أعضائها ممثلين عن كافة الجهات الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني.

ويشمل الدعم الذي تقدمه الوزارة للمسنين العديد من الخدمات والمساعدات والتسهيلات، منها:

١- دور ومراكز رعاية كبار السن: توفر هذه المراكز أوجه الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والمعيشية والقانونية والخدمات الترفيهية وتوفير الرعاية والتأهيل والعلاج للمسنين من الجنسين الذين لا عائل لهم. والرعاية التي تقدم قد تكون متقطعة أو مؤقتة أو دائمة:

- الرعاية الدائمة: وهي التي تقدم لفئة المسنين الذين لا عائل لهم والذي لا تسمح ظروف أسرهم برعايتهم وقيمون في الدار أو المركز بصورة دائمة. وهناك مركزين من هذا النوع وهما: دار بنك البحرين الوطني للمسنين (تأسست في العام ١٩٨٥)، ومركز المحرق للرعاية الاجتماعية (تأسس في العام ١٩٩٥)، إضافة إلى العديد من دور الرعاية الأهلية مثل: دار يوكو لرعاية الوالدين (تأسست في العام ١٩٩٤)، ودار المنار لرعاية الوالدين (تأسست في العام ٢٠٠٠)، ودار أم الحصم لرعاية الوالدين (تأسست في العام ٢٠٠٩)، ودار المحرق لرعاية الوالدين (تأسست في العام ٢٠٠٧).

- الرعاية النهارية: وهي عبارة عن أندية للمسنين وسط الأحياء السكنية يلتقون فيها في الفترة الصباحية للاستفادة من البرامج المقدمة لهم. تشرف وزارة العمل والتنمية الاجتماعية حالياً في إطار الشراكة المجتمعية على تشغيل عدد من دور رعاية الوالدين "الأندية النهارية"، والتي تهدف إلى احتضان ورعاية وتأهيل المسنين خلال الفترة النهارية وسط الأحياء السكنية في مختلف محافظات البلاد، مع توفير مختلف أوجه الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية والترفيهية وتطوير برامج التأهيل المناسبة والخدمات المناسبة لكبار السن، والاستفادة من خبراتهم وقدراتهم والعمل على إدماجهم في المجتمع وعدم عزلهم في دور الإيواء. تدار هذه البيوت ضمن مشروع الشراكة المجتمعية الذي يستهدف ربط مصالح الجماعات وتراكم الجهود

الإنمائية المتناثرة عن طريق تفعيل الشراكة الحقيقية بين مؤسسات المجتمع المدني والقطاع الخاص مع الحكومة من خلال تبني مبادرات وبرامج في المجالات الرعائية وتحويلها إلى مشاريع تساهم في التنمية الاجتماعية المستدامة.

- وتقدم دور الرعاية النهارية عدد من الخدمات والأنشطة، منها على سبيل المثال:

- برامج الرعاية الاجتماعية: تقدم برامج الرعاية الاجتماعية لمنتسبي هذه الدور من كبار السن من خلال متابعة وتسجيل كل التغيرات الحاصلة عليهم لتحقيق أفضل تكيف بينهم وبين أفراد أسرهم وبيئتهم المحيطة، والعمل على استمرار صلة كبار السن بالمجتمع الخارجي وذلك عن طريق الزيارات والجولات الخارجية، بالإضافة إلى وضع برنامج يومي خدمات وتحديد فترات النشاط الاجتماعي والترفيهي وجميع الخدمات المقدمة، والحرص على راحة واستقرار المسن وتحقيق أقصى استفادة له خلال تواجده في هذه الدور.

- الخدمات الطبية: يساهم مجموعة من الأطباء البحرينيين المتطوعين في مختلف التخصصات في فحص وعلاج من هم في حاجة لهذه الخدمة من المنتسبين هذه الدور، وكذلك تواجد عدد من الممرضات اللاتي يقمن بالفحص الدوري الأسبوعي لمرضى السكر وضغط الدم، وقيام عدد من

الباحثين الاجتماعيين بعملية التثقيف والتوعية بالعبادات والسلوكيات الصحية من خلال المحاضرات.

• الأعمال اليدوية: إتاحة المجال لكبار السن لممارسة بعض الأعمال اليدوية البسيطة والهوايات المهنية وتدريبهم وتأهيلهم عليها، وذلك لأشغال أوقات فراغهم وحثهم على الاعتماد على أنفسهم ولمساعدتهم وتشجيعهم على تنشيط وتحريك عضلاتهم لاسترجاع مهاراتهم الحركية بصورة طبيعية.

• الأنشطة الترفيهية: تنفيذ مجموعة من البرامج والأنشطة الترفيهية المتنوعة والرحلات بهدف إدخال السرور والبهجة إلى نفوس هؤلاء الإباء والأمهات، كما يتم تسهيل الزيارات إلى المجالس وعيادة المرضى في المستشفيات والبيوت، وإحياء الليالي الرمضانية والعادات والتقاليد والاحتفال بالأعياد والقيام برحلات العمرة وسفريات الترفيه خارج مملكة البحرين وكذلك زيارات بعض مواقع العمل مثل المصانع والمزارع.

٢- الوحدة المتنقلة للمسنين: وتتكون من فريق عمل متخصص مكون من باحثة اجتماعية وممرضة ومساعدتي تأهيل للمسنين ومساعدات تأهيل للمسنات، وينطلق عمل الوحدة من مراكز ودور المسنين التابعة لإدارة الرعاية والتأهيل الاجتماعي حيث يقوم

الفريق بزيارات منزلية للمسنين لتقديم الخدمات اللازمة لهم من نظافة شخصية وفحوص طبية وعلاج طبيعي وارشاد أسري وترتيب مواعيد للمراجعة الطبية وغيرها بمعدل ثلاث زيارات في الأسبوع لكل أسرة ، ويغطي فريق العمل في المتوسط ما يقارب (٢٠) حالة أسبوعياً ويوجد حالياً خمس وحدات متنقلة الأولى تخدم منطقة المحرق والقرى المحيطة ويتم تمويلها من قبل مركز المحرق للرعاية الاجتماعية بالإضافة إلى وحدتين يتم تمويلها من قبل اللجنة الوطنية للمسنين ووحدة يتم تمويلها من جمعية الهلال الأحمر البحريني ووحدة خامسة يتم تمويلها من الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية وتخدم الوحدات الأربعة الأخيرة منطقة المنامة وكافة مناطق البحرين الأخرى.

٣- تقديم مساعدات مالية ومختلف أوجه الخدمات والتسهيلات لكبار السن كالأجهزة التعويضية بهدف توفير الخدمات لكبار السن في أسرهم وتزويدهم بالأجهزة التعويضية المختلفة.

٣- تجربة دولة قطر في مجال الشيخوخة النشطة:

تحتفظ قطر بأعلى متوقع عمر بين بلدان الخليج العربي، إذ بلغ متوقع عمر الإنسان القطري ٧٨ عاماً في العام ٢٠١٥. وبحسب التعداد العام للسكان والمساكن الذي تم إجراؤه في قطر في العام 2010، فإن عدد الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 60 فما فوق يبلغ ٢٩٠٠٠، يمثل القطريون ٣٧% منهم ويمثل غير القطريين 63%، ومن المؤكد، بحسب تقرير التنمية البشرية الرابع لدولة قطر الذي أصدرته وزارة التخطيط التنموي والإحصاء في يونيو ٢٠١٥، فإن عدد كبار السن قد زاد منذ ذلك الحين،

ومع زيادة متوسط العمر المتوقع فإن زيادة أعداد كبار السن ستتواصل في المستقبل المنظور. في العام 2010 كانت نسبة كبار السن ٢% فقط من مجموع السكان في قطر، و ٤,٤% من مجموع القطريين. وتبدو نسبة الجنس بين كبار السن القطريين متوازنة إلى حد ما¹⁴.

وتبلغ نسبة كبار السن القطريين الذكور ممن لا يزالون في القوى العاملة 14% بينما تبلغ نسبة الإناث 1% فقط. ويحصل معظم القطريين من كبار السن على معاشات تقاعدية أو مساعدات مالية حكومية وامتيازات أخرى. ومقابل ذلك، تبلغ معدلات مشاركة كبار السن من غير القطريين في القوى العاملة 93% للذكور و 17% للإناث. ويظهر تحليل الفقر النسبي في قطر في العام 2012 أن معدل انتشار الفقر النسبي في الأسر المعيشية ذات الدخل المنخفض التي لديها أفراد تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق كان أقل من المستوى العام¹⁵.

وقد تأسس مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان) في قطر في العام ٢٠٠٢ لتمكين ورعاية كبار السن، وذلك بهدف تعزيز الاعتراف بدور كبار السن وإسهاماتهم في التنمية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وتمكينهم ودعم مشاركتهم النشطة في جميع المجالات، ونشر الوعي المجتمعي بحقوقهم وقضاياهم الأساسية، والعمل على تحقيق التواصل بين

¹⁴ - تقرير التنمية البشرية الرابع لدولة قطر، (الدوحة: وزارة التخطيط التنموي والإحصاء، يونيو ٢٠١٥)، ص ١٠٩.

¹⁵ - تقرير التنمية البشرية الرابع لدولة قطر، ص ١١٠.

الأجيال، والتأكيد على دور الأسرة في رعايتهم. وتشمل الخدمات التي يقدمها المركز ما يلي¹⁶:

١- خدمات الرعاية الشاملة لكبار السن: يستقبل مركز تمكين ورعاية كبار السن حالات كبار السن ممن بلغوا الستين عاما دون أقارب أو أبناء أو من عجزت أسرهم عن تلبية احتياجاتهم من الانتفاع بالمستويات الملائمة من الرعاية الداخلية التي تؤمن لهم الحماية والحفز الاجتماعي في بيئة إنسانية مأمونة . الاستضافة قد تكون دائمة لمن لا عائل لهم، أو استضافة متقطعة لمساعدة الأسر على حل مشاكلها، أو استضافة لفترة محدودة لمن لا يستطيعون السفر مع عائلاتهم.

٢- خدمات الرعاية الصحية لكبار السن: يشرف على برنامج الرعاية الصحية داخل مركز تمكين ورعاية كبار السن فريق صحي مكون من طبيب شيخوخة وطاقم من الممرضين وفني التمريض، ويقوم الفريق بما يلي:

- تقييم و متابعة كبار السن و توفير خدمات الإشراف الطبي.
- توفير خدمات المتابعة العلاجية بالعيادات الخارجية وقسم الطوارئ لمستشفى حمد العام لمسنى الدار.

¹⁶ - انظر موقع مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان) على هذا الرابط:

<http://ehsan.org.qa/services.html>

- الإشراف على الحالات التي تعاني من الأمراض المزمنة (بسيطة - متوسطة).

- تقديم خدمات المحافظة على العناية الشخصية.
- مساعدة المسنين على استعادة العافية و الصحة بشكل أفضل عبر التثقيف والخدمات المقدمة.

٣- خدمات العلاج الطبيعي: يقدم المركز خدمات العلاج الطبيعي من خلال كادر متخصص لكبار السن من نزلاء المركز وكذلك المترددين على المركز من الخارج بهدف:

- تخفيف الإصابة والمشاكل الوظيفية عن طريق التقييم الصحيح ووضع الخطة العلاجية المناسبة لحالات المرضى من كبار السن.
- حماية المسن من الإصابة ببعض الأمراض والإعاقات، عن طريق المحافظة على اللياقة العضلية والصحة في جميع المراحل.
- تسهيل الحصول على خدمات إعادة التأهيل.

٤- خدمات الرعاية المنزلية: يوفر المركز خدمة الرعاية المنزلية لكبار السن القاطنين في المناطق السكنية بدولة قطر، وهي زيارات منزلية لكبار السن، تقدم من خلالها الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية لكبار السن في منازلهم، وكذلك توعية ذوي المسن بكيفية التعامل معه وطرق رعايته. ومن أهداف الرعاية المنزلية:

- زيادة الترابط الأسري عن طريق زيارة كبير السن ورعايته في منزله
وبين أفراد أسرته وذويه.

- إرشاد وتوجيه أفراد الأسرة بكيفية العناية بكبار السن، والتعامل مع
التغيرات المصاحبة للشيخوخة.

- التعاون مع أفراد الأسرة بتقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية،
للمشاركة في حل المشاكل التي قد تواجه المسن وعائلته، وفق
الإمكانيات المتاحة.

- تقديم خدمات الرعاية الصحية التمريرية والعلاج الطبيعي
والتأهيلي لحالات كبار السن.

- تقديم الإرشاد الغذائي المناسب لكل حالة.

٥- خدمات الرعاية النفسية: تقديم الخدمات النفسية لكبار السن بالمركز من
خلال:

- تقديم اختبارات نفسية لقياس الحالة النفسية لكبار السن.
- تقديم الجلسات الإرشادية الفردية والجماعية لتحسين صورة المسن
الذاتية عن نفسه وتهيئته للتكيف والانسجام مع الغير.

- إرشاد المسنين لتهيئتهم نفسياً واجتماعياً للتكيف مع الاحتياجات
النفسية لمرحلة الشيخوخة.

- التواصل مع أسر كبار السن للمساهمة في تحسين الحالة النفسية
لهم.

- استقبال الحالات النفسية من فئة كبار السن المتواجدين في المجتمع بهدف تقديم الإرشاد النفسي لهم المتمثل في الاستشارات النفسية.
- الإرشاد الأسري لذويهم في كيفية التعامل الأمثل مع المشكلات النفسية المختلفة.

٦- الرعاية الاجتماعية: وتشمل دراسة ومتابعة حالات كبار السن، والتواصل المستمر مع ذوى كبار السن لتقديم الدعم اللازم لهم، وحل المشكلات اليومية التي يتعرض لها كبار السن داخل المركز، وتوفير المستلزمات الشخصية لكبار السن، وصرف كراسي وأسره طبية ومستلزمات صحية لكبار السن المحتاجين لتخفيف العبء على أسرهم ، وتنفيذ وتفعيل برامج و أنشطة داخلية تساعد كبار السن على قضاء وقتهم فيما يعود عليهم بالنفع، تقديم الاستشارات الاجتماعية هاتفيا والرد على استفساراتهم.

٧- خدمات الرعاية النهارية (نادي إحسان): يقدم المركز برنامج رعاية نهارية متميزة لكبار السن مبنية على برامج عمل ونشاطات مدروسة ومبرمجة، وتقديم خدماتها لهم بشكل مستمر بناء على الزيادة المتوقعة في أعدادهم ويهدف إلى:

- تجديد النشاط، وإعادة الحيوية لنفوس مرتادي النادي.
- تخفيف العبء عن الأسرة في فترة النهار، وذلك أثناء تواجد الأهل في أعمالهم.

- إعادة بناء أواصر الترابط الاجتماعي، ودمج فئات المجتمع مع كبار السن.
- شغل أوقات فراغ كبار السن فيما يعود عليهم بالنفع والاستفادة من خبراتهم ومهاراتهم.
- إتاحة الفرصة أمام كبار السن للتعاون فيما بينهم وإبراز هواياتهم وعطاؤهم تقديم الاستشارات في المجالات المختلفة: الصحية، الغذائية، النفسية، الاجتماعية.
- غرس مبادئ العمل التطوعي في المجتمع القطري.

٨- خدمة شاورني: يقدم المركز خدمات إرشادية فردية وجماعية عبر تقديم الجلسات النفسية لكبار السن في المجتمع وأسره ومن يتعامل معهم حسب رغبتهم عبر خدمة شاورني والتي تعالج بعض المشاكل النفسية التي يواجهها كبار السن وأفراد الأسرة القائمين على رعايتهم بطريقة علمية مدروسة عبر تقديم استشارات نفسية عن طريق المقابلة الفردية أو الاستشارة بالتفون أو عبر البريد الالكتروني، وقد كانت هنالك برامج مصاحبة لخدمة شاورني، وذلك لتفعيل الدور الاستشاري للمركز عبر برنامج (الاستشارة حضارة).

٩- خدمات البرامج والأنشطة: يشجع المركز جميع كبار السن على المشاركة في جميع البرامج التي ينظمها المركز، ويسعى لتحقيق مشاركة فعالة لكبار السن عند تخطيط البرامج ليكونوا جزءاً من المسؤولية في إدارة حياتهم اليومية وسلوكياتهم، مما يؤدي إلى زيادة ثقتهم بأنفسهم، ويعزز مهاراتهم الحياتية سواء كان ذلك في تحضير

المسن للتعامل مع الذات وإدراكه للتغيرات التي تحدث في حياته من روتين يومي، وأنشطة، وتعامله مع الآخرين، حيث تقوم إدارة التوعية والتواصل المجتمعي بإعداد خطة سنوية بجميع البرامج والأنشطة الترفيهية والتعليمية والتأهيلية التي تهدف إلى رفع مشاركة كبار السن في المجتمع وتعزيز قدراتهم بالتعاون مع الأقسام المختلفة (الرعاية الاجتماعية، والرعاية النفسية، والرعاية الصحية) بتقديم البرامج والخدمات بما يتناسب مع كل حالة وحاجاتها ومتطلباتها والعمل على حل المشكلات التي قد تواجهها.

١٠- التضامن بين الأجيال: وهي خدمة تسعى إلى التوعية بأهمية دور كل فرد في المجتمع في مجال توقيير كبار السن واحترامهم وتقديم الرعاية لهم في كافة مجالات الحياة، بما يربي ويعلم وينشئ الأطفال على أن المجتمع هو لكل الأعمار ، ويوجه انتباههم إلى أهمية رعاية كبار السن في منازلهم وتقديم الدعم لهم من خلال القيام بحملات توعوية لنشر ثقافة التضامن بين الأجيال وذلك من خلال البرامج التي تقام بالتعاون مع المدارس بدولة قطر مثل جناح الرحمة ومسابقة إحسان للبحث العلمي لطلبة المدارس.

٤- تجربة المملكة العربية السعودية في مجال الشيخوخة النشطة:

بتاريخ ٤ أبريل ٢٠١٧، دعت وزارة العمل والتنمية الاجتماعية السعودية¹⁷ المهتمين وذوي الخبرة في الشأن الاجتماعي إلى مشاركتها في

¹⁷ - انظر تفاصيل الخبر على وكالة الأنباء السعودية، على هذا الرابط:

تحسين مشروع نظام حقوق كبار السن، حيث طرحت الوزارة مسودة مشروع النظام على بوابة المشاركة المجتمعية "شاركنا القرار"، من أجل إتاحتها للمهتمين لإبداء ملاحظاتهم وآرائهم حول المشروع، قبل اعتماده.

ويتألف مشروع نظام حقوق كبار السن المقترح، كما أوضح وكيل الوزارة للرعاية الاجتماعية والأسرة د.نايف بن محمد الصبحي، من ١٨ مادة. ويهدف إلى تعزيز مكانة كبار السن، والحفاظ على أمنهم وسلامتهم، وحماية حقوقهم والحفاظ عليها، ورعايتهم رعاية أسرية ومجتمعية، وإشراك الجهات الحكومية، والقطاع الخاص والأهلي في تقديم البرامج والخدمات لهم.

ويُعرف مشروع النظام المسن المستفيد منه، بأنه كل شخص ذكر أو أنثى بلغ سن الستين من عمره، أو ظهرت عليه علامات الشيخوخة المبكرة. ويمنح مشروع النظام كبير السن كامل استقلاليته، والحق في التصرف في نفسه وماله ومن يعول، كما أن له اختيار جهة الرعاية التي تقوم برعايته في حال تعذر عليه الاستقلال بنفسه، ولا يحق معاملته بعكس ذلك إلا بأمر من المحكمة المختصة. وبحسب هذا المشروع، فإن الأسرة هي جهة الرعاية الأولى لكبير السن في حالة عجزه عن القيام بشؤونه، وفي حال عجز الأسرة، تقوم الجهات المختصة بالرعاية بإيوائه.

<http://www.spa.gov.sa/viewfullstory.php?lang=ar&newsid=1611682#1611682>

وتشير الإحصاءات الرسمية إلى أن أعداد المسنين من عمر ٦٠ سنة وأكثر، في المملكة العربية السعودية في العام ١٤١٣هـ، بلغ نحو (٦٢٢٢٨٨) مسن، (٣٥٥٥٥٣) من الذكور و (٢٦٦٧٣٥). وقد ارتفع العدد في العام ١٤٢٥هـ إلى ما يقارب (٧٠٠) ألف مسن^{١٨}. وتبلغ نسبة كبار السن في المملكة ٥,١% من مجموع السعوديين، وهي من النسب العالية في منطقة الخليج بحسب ما يوضحه الجدول التالي^{١٩}:

جدول رقم (٤)
نسبة كبار السن (٦٠- فأكثر) في دول مجلس التعاون الخليجي

| الدولة | | | | | |
|----------|-------|---------|----------|--------|-------|
| السعودية | عمان | البحرين | الإمارات | الكويت | قطر |
| ٥,١% | ٤,٢٥% | ٣,٧٣% | ٢,٦٧% | ٢,٢٦% | ٢,٢٥% |
| النسبة | | | | | |

وتضطلع وزارة العمل والشؤون الاجتماعية برعاية كبار السن. وهناك لجنة وطنية للمسنين منذ عام ١٤٢٤ هـ، ويرأسها وزير الشؤون الاجتماعية

^{١٨} - ريم شريدة العميري، رعاية المسنين في المملكة وإسهامات الخدمة الاجتماعية لرعاية المسنين، مجلة العلوم الاجتماعية (مجلة إلكترونية)، السعودية ١٤٣٣/١٤٣٤هـ. على الرابط التالي:
<http://www.swmsa.net/art/s/2285/%D8%B1%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D9%86%D9%8A%D9%86-%D9%81%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%85%D9%84%D9%83%D8%A9-%D9%88%D8%A7%D8%B3%D9%87%D8%A7%D9%85%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9-%D9%84%D8%B1>

^{١٩} - عبد الله ناصر السدحان، رعاية المسنين في المملكة العربية السعودية (دراسة تاريخية وثائقية)، (السعودية: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، ١٤٢٠هـ)، ص ٢٥

وعضوية وكلاء الوزارة بما فيهم وزير الصحة. وهذه أبرز الخدمات التي تقدمها دور الرعاية الاجتماعية تحت إشراف إدارة رعاية المسنين بالوزارة:

أ- دور الرعاية الاجتماعية:

تستقبل دور الرعاية الاجتماعية كبار السن - من الجنسين - الذين أعجزتهم الشيخوخة عن العمل أو الذين يعجزون عن القيام بشؤون أنفسهم أو المرضى الذين بلغوا ٦٠ عاماً من المصابين بعجز بدني أو عقلي أفقدهم القدرة على العمل أو رعاية أنفسهم بشرط خلوهم من الأمراض المعدية أو الأمراض العقلية، ومن أهم شروط القبول بتلك الدور عدم وجود أقارب يمكن أن يعتنوا بتلك الفئات، ولقد روعي عند إعداد هذه الدور أن تكون قريبة إلى حياة الأسرة الطبيعية يتمتع فيها المسن بنوع من الاستقلال، وتوفر لهم داخل تلك الدور الإعاشة الكاملة والرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية وخدمات العلاج الطبيعي وبرامج العناية الشخصية، كما تتيح للمسنين مزاوله بعض الأعمال اليدوية والأعمال الفنية بغرض شغل أوقات الفراغ، كما يتمتع المقيمون من كبار السن داخل دور الرعاية بالبرامج الدينية والثقافية والترفيهية المناسبة، ويصرف لكل مقيم بدور الرعاية الاجتماعية مصروف جيب شهري .

وتوجد بالمملكة 10 دور للمسنين²⁰ موزعة على جميع مناطق المملكة (دار الرياض للمسنين)، ويوجد بها 76 مسناً، و(وادي الدواسر)، وتضم 22 مسناً، و(دار عنيزة)، ويوجد بها 53 مسن، وفي (دار مكة) يوجد 113 مسن، بينهم 90 رجلاً، والبقية نساء، وهناك دور في الطائف، والدمام، والمدينة المنورة، وأبها، والجوف، كما يوجد دار للمسنات في الرياض، ويوجد بها حوالي 60 مسنة.

ب- برنامج الرعاية المنزلية:

يهدف هذا البرنامج إلى رعاية المسن داخل أسرته، وتقديم له الرعاية الطبية حسب الحاجة حيث يزوره فريق طبي من الوزارة بين فترة وأخرى حسب الجدول الذي يضعه الفريق وحسب حالة المسن. ويتألف الفريق من طبيب وممرض أو ممرضة وطبيب نفسي أو أخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي وأخصائي علاج طبيعي. ويستفيد من هذه الخدمة، بحسب أرقام العام 2010، 900 مسن.

٢٠- من مقابلة على قناة ال mbc مع خالد بن فهد الجويعي مدير إدارة رعاية المسنين في وزارة الشؤون الاجتماعية، بتاريخ 9 نوفمبر 2010. على الرابط التالي:

<http://www.mbc.net/ar/programs/thanya-ma-dawood/articles/%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B4%D8%A4%D9%88%D9%86-%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9-%D9%88%D8%AF%D9%88%D8%B1%D9%87%D8%A7-%D9%81%D9%8A-%D8%B1%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D9%86%D9%8A%D9%86.html>

كما تقدم لكبار السن خدمات أخرى تتمثل في الزيارات والرحلات الأسبوعية والنزهات التي تتم بانتظام للقادرين منهم بغية ربطهم بالمجتمع الخارجي والقضاء على إحساسهم بالعزلة.

٥- تجربة سلطنة عمان في مجال الشيخوخة النشطة:

لسلطنة عمان تجربة متميزة في مجال رعاية المسنين، وهي تتجاوب مع التوجهات العالمية التي تفضل رعاية المسن في وسط محيطهم الاجتماعي والأسري، وبما يحفظ كرامتهم وتحسين نوعية الحياة الكريمة لهم، والتقليل قدر الإمكان من الرعاية داخل المؤسسات الإيوائية التي ثبت ظهور سلبيات كثيرة من خلال العمل بها كبرامج رعاية للمسنين.

وبحسب تعداد السكان لعام 2010^{٢١}، فقد بلغ إجمالي عدد المسنين (١٠١١٤٥) نسمة، وبنسبة (٥,٢%) من عموم السكان البالغ عددهم (١٩٥٧٣٣٦) نسمة. وهي من النسب العالية في منطقة الخليج. ومن المتوقع زيادة عدد المسنين ليشكلوا ٢٠,٤% من إجمالي السكان بحلول 2050. وهو ما يتطلب زيادة في جاهزية البنى التحتية والرعاية ونوعية الخدمات الاجتماعية وغيرها، لتتناسب مع هذه الزيادة. كما أن غالبية المسنين خاصة الرجال منهم من المتزوجين، وانخفاض نسبة المطلقين، مع ارتفاع نسبة الأمية بينهم إذ تبلغ ٥,٧٩%. وتبلغ نسبة الذين يعملون بالأنشطة الاقتصادية من المسنين ٨,١٧% من عدد المسنين.

٢١ - معظم المعلومات في هذا القسم مستقاة من الموقع الرسمي لوزارة التنمية الاجتماعية، على الرابط التالي:

<http://www.mosd.gov.om/index.php/ar/المسنين>

وتشهد عمان ازدياداً مطرداً في أعداد المسنين كبقية دول العالم، ويرجع ذلك إلى الأسباب التالية:

١. انخفاض معدل الوفيات.
٢. انخفاض معدل المواليد.
٣. وارتفاع متوسط العمر المتوقع للفرد عند الولادة، وذلك بسبب تحسن الخدمات الصحية والاجتماعية والاقتصادية. فخلال العقود الثلاثة الأخيرة ازداد متوسط العمر المتوقع في سلطنة عُمان من ٥٧,٥ سنة الى ٧٢,٧ سنة. وشهدت الفترة نفسها تراجعاً في معدل الوفيات العام من ١٣,٣ حالة وفاة لكل ألف مواطن في عام ١٩٨٠ الى ٣ حالات وفاة في عام ٢٠٠٩.

ويحظى المسنون بعمان بالخدمات الصحية اللازمة لهم من خلال ما يزيد عن ١١٨ مركزاً صحياً، و٤٧ مستشفى بمختلف ولايات ومناطق السلطنة. وبحسب تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٠، فقد جاءت سلطنة عمان في المرتبة الأولى من حيث كفاءة النظام الصحي الذي أسهم في خفض معدل الوفيات إلى ٦٥,٣ في الألف، وارتفع توقع الحياة إلى ٧٣ سنة.

وبحسب وزارة التنمية الاجتماعية، فإنه لم تبرز أي مشكلة تستدعي إنشاء أي مؤسسة رعائية لإيواء المسنين، وإن كانت توجد دار إيوائية تحسباً لاحتمال وجود حالات فردية من معدومي الأقارب الذين يحتاجون لرعاية

إيوائية إلا إنها لا تستقبل إلا حالات قليلة ونادرة. وترجع الوزارة السبب في ذلك إلى الاحتضان الأسري للمسن داخل الأسرة العمانية.

وتقدم وزارة التنمية الاجتماعية للمسنين العديد من الخدمات، وهي كالتالي:

أ- برنامج تقدير:

ويتمثل في قيام المؤسسات الحكومية وغير الحكومية والمجتمع بتقديم الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية للمسنين في منازلهم ومحيطهم العائلي والاجتماعي، تقديراً لوضعهم الصحي والنفسي، واعترافاً بدورهم في خدمة المجتمع أثناء مسيرتهم الحياتية. وتندرج تحت هذا البرنامج الأنشطة التالية:

1. برامج وأنشطة رعاية للمسنين.
2. توجيه المجتمع وحثهم على المشاركة في البرامج والأنشطة.
3. الرعاية المنزلية للمسنين.

ب- دار الرعاية الاجتماعية بالرسحاق:

تأوي هذه الدار الأشخاص المسنين والعجزة لا سيما الذين لا يوجد لديهم معيل من أقاربهم يقوم برعايتهم وخدماتهم وتلبية احتياجاتهم الحياتية والاجتماعية. وقد تم افتتاح مبنى الدار الجديدة في شهر

يناير ٢٠١٥، ويبلغ عدد المقيمين من المسنين بالدار (٣١) مسن (٢٥ نكر، و٦ أناث). وتقدم الدار خدمة الرعاية الاجتماعية والنفسية والصحية والترفيهية للنزلاء.

ج- مشروع جلساء المسنين

ويهدف هذا المشروع إلى:

١. توفير البيئة الآمنة والمناسبة لرعاية المسنين.
٢. ترسيخ القيم والعادات الإيجابية المستمدة من المجتمع العماني والشريعة الإسلامية.
٣. تحقيق الاستقرار الصحي والنفسي والاجتماعي للمسنين من خلال العناية الصحية المنزلية من قبل جلساء مختصين.

د- تحويل المجالس العامة (السبل) الى نوادي للمسنين:

يتمثل هذا الدعم الذي تقدمه الوزارة في تشجيع الأهالي على بناء المجالس العامة والتي تعرف باسم (السبل) من خلال تقديم الدعم المالي لتنفيذ هذه المشاريع والتي تعتبر بمثابة نوادي اجتماعية تقام فيها المناسبات الاجتماعية كالأفراح والأحزان مثل الأعراس والعزاء الى جانب الامسيات الشعرية وغيرها من المناسبات الاجتماعية. ويعتبر كبار السن في عمان من مرتادي هذه المجالس والمشاركين فيها من خلال نقل خبراتهم في مجالات الحياة المختلفة، ايضا تستخدم (السبل) من قبل كبار السن في تحفيظ القرآن الكريم

للأبناء، كما أنها ملتقى لتقديم المشورة للشباب ولأفراد المجتمع
وتخرجهم من العزلة والانطواء وتثري دورهم في المجتمع.

هـ - البرنامج الوطني للرعاية المنزلية للمسنين:

تقدم الوزارة برنامج الرعاية المنزلية للمسنين بالتعاون والتكامل مع
وزارة الصحة والجمعية العمانية لأصدقاء المسنين في إطار منظم
وفق آليات عمل معتمدة ومحددة وفقا لاختصاص كل جهة. وتتولى
وزارة التنمية الاجتماعية تقديم الخدمات الاجتماعية التالية للمسنين:

١. تقديم وسائل الدعم الحياتي (الأجهزة والمعدات).

٢. تهيئة المنزل وفقاً لحاجة المسن (تسوية الأرض، توسعة
المداخل وغيرها)

٣. الدعم المادي (معاش الضمان الاجتماعي، المساعدة
المقطوعة، المساعدة المالية لمرة واحدة).

٤. تمكين وتدريب الأسرة على رعاية المسن.

٥. توفير الجليس/الأسرة البديلة.

٦. توجيه وإرشاد الأسر اجتماعياً ونفسياً.

٧. تنسيق جهود المجتمع المحلي

وإضافة إلى جهود وزارة التنمية الاجتماعية، فهناك الكثير من الجهود تبذلها الجمعية العمانية لأصدقاء المسنين، والتي تم إشهارها في ٢٠١١/١/١٧. وتتمثل أهداف الجمعية في²²:

- أ- مساعدة المسن في الحصول على الخدمات الصحية والوصول إليها بالتنسيق مع الجهات الحكومية والأهلية المعنية.
- ب- تسهيل تعامل المسن مع الحياة اليومية.
- ج- تسهيل تعامل المسن مع الدوائر الحكومية.
- د- المحافظة على حقوق المسن التشريعية.
- هـ- تشجيع وسائل الإعلام للاهتمام بالمسن وإبراز قضايا المسنين.

٦- تجربة دولة الكويت في مجال الشيخوخة النشطة:

بدأت الكويت برعاية المسنين منذ العام ١٩٥٧ تحت أكثر من مسمى، على سبيل المثال دار العجزة والمسنين ومركز المسنين، إلى أن تم تنظيم هذا العمل بدءاً بفضله عن إدارة المعاقين ليستقل بعد إنشاء إدارة رعاية المسنين في العام ٢٠٠١ استقلالا كاملا، حيث يقوم بتقديم الرعاية والخدمة والتأهيل للمسنين. وينص الدستور الكويتي في المادة ١١ على أن تكفل الدولة المعونة للمواطنين في حالة الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل، كما توفر لهم التأمين الاجتماعي والمعونة الاجتماعية والرعاية الصحية. ومن منطلق هذه المادة كلفت الدولة وزارة الشؤون الاجتماعية

²²- راجع الموقع الرسمي للجمعية: <http://oafef.org/ar>

بإنشاء وحدة تنظيمية على مستوى الإدارة لتقديم الخدمات لكبار السن من الجنسين. وعملت الإدارة على الاهتمام بقضايا المسنين واحتياجاتهم وتوفير سبل الرعاية والحماية لهم، وقدمت البدائل بحسب ظروف كل حالة بالإيواء وتقديم الخدمة المتنقلة للحالات في منازلهم وبين ذويهم واتباع نظام الرعاية النهارية لدمجهم بالمجتمع أو الرعاية اللاحقة بدافع التوجيه والارشاد والنصح لمن تحسنت ظروفهم واستغنوا عن الإيواء.

وتقدم الإدارة ثلاث خدمات رئيسية:

١- الخدمة الإيوائية:

تعتبر داراً لرعاية المسنين وتختص بإيواء المسنين من سن ٦٠ سنة فأكثر من الذكور والإناث الذين يعانون من الشيخوخة، أو من عجزت أسرهم عن تلبية بعض احتياجاتهم الضرورية لاسيما الحالات الصحية التي تحتاج إلى عناية خاصة.

٢- الخدمة المنزلية المتنقلة:

هي عبارة عن فرق فنية تقوم بزيارة المسنين في منازلهم على فترتين صباحية ومساءية، والصباحية تقتصر على البرامج والأنشطة والخطط العلاجية في الجانب النفسي والاجتماعي، والفترة المسائية تقدم الخدمات الطبية التأهيلية الصحية لهم وخدمة العلاج الطبيعي والغذائي وكذلك التوعية الدينية والعمل على تلبية حاجاتهم.

٣- الرعاية النهارية:

هي عبارة عن مركز به ديوانيتان: الأولى خاصة بالرجال، والثانية للنساء، وتستقبل الديوانيتان كبار السن بشكل يومي من الساعة الثامنة صباحا وحتى الثانية عشرة ظهرا، يقضون به وقت الفراغ والترريح عنهم، بعيدا عن الوحدة والعزلة في المنزل، وبوجود أخصائيين نفسيين وملاحظين خدمة اجتماعية لتلبية جميع احتياجاتهم بالإضافة إلى وجود عيادة متخصصة بالعلاج الطبيعي.

ويعتبر قسم الخدمة المتنقلة للمسنين (العاصمة) من الأقسام الأساسية التابعة لإدارة شؤون كبار السن. ويقوم بتنفيذ أنشطة القسم المشرفون الاجتماعيون وملاحظو الخدمة الاجتماعية، وهي أنشطة تتنوع بين داخلية وخارجية كالتالي²³:

أ - داخلية:

تنفذ داخل القسم مثل النادي الداخلي - النشاط الفني - صالة الألعاب الداخلية - حديقة القسم - المقهى الشعبي وحفلات السمر.

^{٢٣}- انظر تفصيل الخدمات التي يقدمها القسم في: التقرير النصف سنوي للخدمة المتنقلة للمسنين من ١ يناير ٢٠١٦ حتى ٣٠ يونيو ٢٠١٦، (الكويت، إدارة رعاية المسنين، ٢٠١٦)، ص٧-٨

ب- خارجية:

تتخذ خارج القسم بزيارة المقاهي الشعبية - ديوانية الرعيل الأول - إقامة لقاءات وندوات - المشاركة في الاحتفالات والمهرجانات والاعياد وزيارة الأماكن الترفيهية والسياحية - زيارات الأهل والأقارب والأصدقاء والأعياد وزيارة الأماكن الترفيهية والسياحية - زيارات الأهل والأقارب والأصدقاء والمعسكرات والمخيمات - السينما والمسرح.

وتهدف إلى تواصل واندماج النزلاء مع المجتمع الخارجي بجميع فئاته وإشعارهم بانتمائهم إليه وارتباطهم به وشغل أوقات فراغهم.

كما يقدم القسم الخدمات التالية:

أ- الخدمات الصحية:

يقوم طبيب القسم وأخصائي العلاج الطبيعي ويعاونهما مجموعة من الممرضين والممرضات إضافة إلى مختبر التحاليل والصيدلية بتقديم الخدمات الصحية الأساسية للنزلاء بهدف متابعتهم صحياً ووقايتهم من الأمراض وعلاجهم. وتتلخص المهام في:

الناحية العلاجية:

- الفحص الطبي الدوري للحالات.
- علاج النزلاء المرضى والتحويل لجهات التخصص للفحص والعلاج عند الحاجة ومتابعة العلاج.
- الفحص الطبي للحالات الجديدة وإعداد تقارير عنهم.

الناحية الوقائية:

- تطعيم النزلاء بالتطعيمات اللازمة.
- تحصين النزلاء والعاملين ضد الأمراض المعدية كلما لزم الأمر.
- الوقاية الصحية لمرافق القسم.
- إعداد وتنفيذ برامج التثقيف الصحي للعاملين بالقسم.
- التوجيه والإرشاد الصحي لذوي الحالات.

الناحية الغذائية:

- تحديد نوعية وكمية الغذاء اللازم نزيل حسب حالته.
- الإشراف المباشر على تغذية النزلاء المرضى الذين يقرر لهم طبيب القسم ذلك.
- القيام بتغذية الحالات غير القادرة على إطعام أنفسهم وخاصة الذين يتناولون غذائهم بوسائل وأدوات طبية.

العلاج الطبيعي:

- يقدم حسب إرشادات الطبيب والبرنامج العلاجي.
- المتابعة والتقييم لمدى الاستفادة من العلاج.

ب - خدمة التغذية:

وتقدم وفق حاجة كل نزيل بالموصفات المتفق عليها من خلال شركة متخصصة وحسب وصف الطبيب وينفذها عمال وطباخون وأخصائيو تغذية.

ت - خدمة النظافة:

- النظافة الخاصة: وتختص بالنظافة الشخصية للنزيل مثل الاستحمام وتبديل الغيارات والملابس والمساعدة على تناول الوجبات للحالات التي تحتاج مساعدة (وينفذها خدمة النزيل).

- النظافة العامة وتختص بنظافة المرافق والمباني والأجنحة وينفذها عمال النظافة.

- نظافة الملابس والغسيل: وتختص بنظافة الملابس والفرش والاعطية الخاصة بالنزيل وتقوم بها المغسلة المركزية التابعة لإدارة خدمات دور الرعاية الاجتماعية.

ث - خدمات النقل والمواصلات:

وتختص بتوفير وسائل نقل النزلاء سواء العادية أو المجهزة أوتوماتيكياً لتنفيذ الأنشطة الخارجية أو الانتقال إلى المستشفيات للعلاج وتقوم بها إدارة الخدمات.

تقييم التجارب الخليجية

يمثل مفهوم "الشيخوخة النشطة"، الآن، الدليل الذي تسترشد به استراتيجيات المنظمات الدولية وسياسات معظم دول العالم المتقدمة في استجابتها لظاهرة "شيخوخة سكان العالم". وقد جاء هذا المفهوم نتيجة لتحولات كبيرة مرت بها البلدان الصناعية المتقدمة من بلدان أوروبا الغربية حتى اليابان. الأمر الذي دفع بصنّاع السياسات لتجاوز المقاربة العامة التي كانت تعتمد على فكرة أن كبار السن عاجزون وسلبيون؛ ولهذا فإنه من الفئات المحتاجة لتدخل الدولة لتقديم الدعم لهم وتعزيز رفاحتهم¹. وبدل هذا يركز مفهوم "الشيخوخة النشطة" على فاعلية كبار السن وإيجابيتهم وقدرتهم على الاعتماد على أنفسهم والاستقلال بأمنهم المالي والجسدي والاستمرار في ممارسة حياتهم والتمتع بها.

وعلى الرغم من أهمية وشمولية الخدمات التي تقدمها دول الخليج لكبار السن، إلا أن الفهم الغالب على توجهات وسياسات وخدمات الجهات المعنية بكبار السن مازال هو الفهم القديم والمقاربة القديمة التي تم تجاوزها عالمياً من خلال مفهوم "الشيخوخة النشطة"؛ بدليل أن معظم استراتيجيات دول مجلس التعاون فيما يتعلق بكبار السن تدور حول الخدمات التي تقدمها الدولة للمسنين. ولا بد أن نقول كلمة هنا، فالخدمات التي تقدمها الدولة مهمة ومطلوبة لكبار السن، ولكنها تحتاج إلى أمور أخرى حتى لا تظهر وكأنها تتعامل مع المسنين كقناة عاجزة وتحتاج إلى الدعم باستمرار. وهنا لا بد أن نذكر بمرتكزات الشيخوخة النشطة والمفاهيم البديلة التي سبقتها.

¹ - انظر: Active Ageing in Asia, p.14

يرتكز مفهوم الشيخوخة النشطة، بحسب تعريف منظمة الصحة العالمية، على ثلاثة أعمدة هي:

١- المشاركة: وتعني استمرار إسهام كبار السن لأسرهم ومجتمعهم وسوق العمل

٢- الصحة: وتعني احتفاظ كبار السن بصحتهم البدنية والذهنية
٣- الأمن: ويعني تمتع كبار السن بالأمن من الأخطار والعنف والإساءة، والأمن المالي والمادي

وبحسب صياغة مؤشر "مراقبة الشيخوخة" العالمي، فإن المجالات الأربعة الأساسية لقياس الشيخوخة النشطة هي:

- ١- الدخل
- ٢- الحالة الصحية
- ٣- القدرات (التوظيف والتعليم)
- ٤- البيئة التمكينية

والخلاصة من ذلك أن تحقق الشيخوخة النشطة يتطلب توافر عنصرين أساسيين وهما:

- ١- البيئة التمكينية: وتشمل توفير كل الإمكانيات والخدمات الصحية والاجتماعية والاقتصادية والعمرانية (الشوارع والمواصلات العامة) التي تسمح لكبار السن بممارسة حياتهم بصورة طبيعية، قدر الإمكان، حتى سن متأخرة.

٢- القدرات الذاتية: وهي تحدد ما هو مطلوب من كبار السن إذا ما أرادوا الاحتفاظ بقدراتهم البدنية والذهنية التي تسمح لهم باستمرار مشاركتهم في أسرهم ومجتمعهم وسوق العمل. هذا يتطلب المداومة على التدريب والرياضة، وتناول الطعام الصحي والبعد عن الأطعمة الغنية بالدهون والسكريات، وتجنب التدخين والكحول والمخدرات.

يتكامل هذان العنصران بحيث لا يستغني أحدهما عن الآخر، فسيكون من الصعب على كبار السن أن يحتفظوا بقدراتهم وحيويتهم ومشاركتهم في المجتمع وسوق العمل من توافر البيئة التمكينية التي تسمح بذلك. كما أن توافر هذه البيئة من دون توافر كبار سن قادرين وراغبين في المشاركة في المجتمع، أمر لا قيمة له من منظور الشيخوخة النشطة. وهذه فرصة لنجدد الدعوة لدول مجلس التعاون الخليجي إما بتبئية واحد من المقاييس المعروفة للشيخوخة النشطة، وإما بتصميم مقياس خاص يتناسب مع خصوصية مجتمعاتنا.

وفي دراسة سابقة حاول على ليلة استشراف أوضاع الشيخوخة النشطة في دول مجلس التعاون الخليجي²، وانتهى إلى التأكيد على هذه المقترحات التي سنلخص أبرزها لأهميتها:

^٢ - علي ليلة، استشراف المستقبل لكبار السن في دول مجلس التعاون الخليجي، (المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أكتوبر ٢٠١٥)، ص ٢٤-٣٩

١- الشيخوخة النشطة في مجال العائلة:

بدل تخلص الأسر من كبار السن بإيداعهم دور المسنين، من الممكن أن تطور مجموعة من الآليات، التي تجعل الأسرة حاضنة لكبار السن، وذلك من خلال الإعلام وتعميم صورة إيجابية عن كبار السن وأهمية بقائهم وسط أسرهم، كما يمكن أن تساعد الدول الخليجية الأسر التي لديها كبار السن، شريطة أن لا تودعهم دار المسنين، وأن تكون المساعدة مجزية، بحيث تدفع الأسر على الاحتفاظ بهم، رغبة في الحصول على ما يشكل جزءاً من دخلها. بالإضافة إلى ذلك تمنح بعض الأسر، التي تحتفظ بكبار السن بعض الامتيازات نظير احتفاظها بكبار السن بداخلها. كأولوية الحصول على مسكن، أو الحصول على وظيفة، أو أية امتيازات أخرى. بالإضافة إلى ذلك، فإنه بإمكان كبار السن أن يلعبوا دوراً أساسياً في حياة الأسرة. فهم ذوو حكمة لأن تفكيرهم ذو طبيعة استراتيجية، ومن ثم فمن الممكن أن يساعدوا في حل المشكلات الأسرية، ومن الممكن - خاصة النساء - أن يرعوا صغار الأطفال في الأسرة، كبديل للعمالة الوافدة. ويمكن لكبار السن أن يؤديوا بعض المهام المنزلية.

٢- تكثيف شبكة العلاقات الاجتماعية لكبار السن:

تعتبران شبكة العلاقات الاجتماعية الكثيفة من العوامل التي تنتشر الدفاء في شخصية كبار السن، وتحميه من حالة العزلة

والانسحاب. ويمكن للإعلام والأسرة والمجتمع أن يلعب دوراً في هذه المهمة. كما يمكن الاستفادة من تكنولوجيا المعلومات الحديثة، في تأسيس الجماعات التي يلتحق بها كبار السن، ويناقشون فيها قضاياهم ومشاكلهم؛ فذلك من شأنه أن ينشر الحيوية في حياتهم، ويطور طموحاتهم في ابتكار أفكار جديدة، تساعد في الارتقاء بنوعية حياتهم. إلى جانب ذلك يمكن أن يمنح كبار السن عند التقاعد حاسوب شخصي أو أيباد أو هاتف محمول ذكي يكون دائماً وسيلته في التواصل مع الآخرين، أو في معرفة ما يدور في مجتمعه، وما يدور في العالم، الأمر الذي يدفعه إلى تطوير وجهة نظر في جملة الأحداث التي تحيط به.

يضاف إلى ذلك فإنه بإمكان الدولة أن تمنح عضوية النوادي لكبار السن من مواطنيها، بأن تتحمل الدولة جزءاً من قيمة اشتراك كبار السن في هذه النوادي. وذلك ليستمتعوا بقضاء وقت فراغهم في ممارسة مختلف الأنشطة الرياضية والتعليمية والتأهيلية، كما يمكن لهذه النوادي أن تسمح بتكوين علاقات اجتماعية كثيفة تحيط بهم. إلى جانب ذلك يمكن لهذه النوادي، أن تقوم برحلات جماعية لكبار السن مع آخرين من الفئات العمرية الأخرى، وفي هذه الحالة، فنحن نقوم بتنشيط الحياة المحيطة بكبار السن، لينتدق نشاط السياق إلى بنية الشيوخة فيجعلها أكثر نشاطاً وفعالية.

٣- خدمات إضافية:

إلى جانب ذلك بإمكان الدولة أن تقدم للشيخوخة في مجتمع المستقبل بعض الخدمات الأساسية الإضافية، كخدمات الانتقال من مكان إلى آخر بسهولة ويسر. كذلك الحصول على بعض الخدمات الثقافية، كحضور المنتديات والورش الثقافية أو حق الدخول في بعض المسارح، إضافة إلى الحق في تكوين الجمعيات الأهلية، بسهولة للتعبير عن احتياجاتهم، وتقديم خدماتها لفئة المؤسسين من كبار السن.

٤- أدوار مطلوبة من كبار السن:

في مقابل ذلك بإمكان كبار السن أن يقوموا ببعض الخدمات لصالح المجتمع، مثال على ذلك فإنهم يمكن أن يؤسسوا فصولاً تعليمية موازية لما هو موجود في المدارس الرسمية للدولة، سواء الحكومية أو الخاصة. وفي هذه المدارس يمكن أن يقدم كبار السن بعض المقررات التي تحتاج إلى جهد أكثر، يضاف إلى مقررات المدارس الحكومية كإنشاء فصول لتحفيظ القرآن الكريم وتفسيره، أو لتعليم اللغات الأساسية كاللغة العربية، واللغات الأجنبية، أو لتدريس بعض المقررات المتصلة بتأكيد المواطنة والحفاظ على الهوية، أو عقد الحوارات في هذه الفصول الدراسية لمناقشة بعض مشكلات المجتمع كالعنف مع المرأة، أو الأسلوب الأمثل لتربية الأبناء وعدم العنف معهم. أو المساهمة في حل بعض المشكلات الاجتماعية،

كمشكلة تعاطى المخدرات بين الشباب، حيث يمكن لهم - بعد الحصول على دورات تأهيلية وتدريبية - أن يقوموا بمساعدة الشباب من أجل الإقلاع عن تعاطى المخدرات. إذ يمكن لكبار السن أن يؤدوا هذه الأنشطة، لقاء الحصول على مكافآت رمزية، أو على أية امتيازات أخرى لتحفيزهم. إضافة إلى ذلك يمكن لكبار السن أن يقوموا ببعض الأنشطة التي تتصل بالأسرة، كالانضمام لمكاتب الاستشارات الأسرية، للمساعدة في حل بعض المشكلات الأسرية، وخاصة المتعلمون منهم والمهتمون بمثل هذه المشكلات. كذلك يمكن لفئة كبار السن أن يساعدوا بعض الفئات الاجتماعية الأخرى، فمثلا بإمكانهم، متابعة أوضاع الأحداث المنحرفين، ومتابعة "الدور" التي يقيمون فيها، للتعرف على كفاءة الخدمات المقدمة لهم، وهل هي صالحة لتحويلهم إلى مواطنين صالحين. إلى جانب ذلك متابعة كبار السن - من خلال تنظيمات مؤسسية تقام لأغراض محدودة ومحددة وتساهم الدولة في تأسيسها، وتوفير الميزانية اللازمة لها - لأوضاع الطفولة اليتيمة. وعقد صداقات أبوية - بنوية مع أعضاء هذه الشريحة، للمساهمة في نموهم نموا سليما، يضاف إلى ذلك يمكن لكبار السن من خلال المؤسسات ذات العلاقة بموضوعات معينة، أن يقدموا بعض الاستشارات من خلال مكاتب الإرشاد الأسري. فيما يتعلق بالعنف مع المرأة، أو المساهمة في حل بعض المشكلات الاجتماعية الأخرى، المتصلة بالأسرة أو المجتمع، حتى نحمل الأسرة من التفكك ونحافظ على تماسك المجتمع.

٥- إصلاح تشريعات العمل والتقاعد:

وحتى يمكن أن نفتح المجال أمام الشيخوخة النشطة في المستقبل، من الضروري أن نقوم بإصلاح التشريعات الخاصة بالعمل. وفي هذا الإطار علينا أن نتساءل ما هو منطق التشريعات أو القوانين التي تحرم الآن كبار السن من بعض فرص الحياة، في مجتمع أسهموا في بنائه ولهم حق فيه، واستناداً إلى ذلك ينبغي أن يحصلوا على حقوقهم فيه. كما ينبغي لهم أن يحصلوا على الفرص الموجودة على ساحته، بدلاً من فرض الانسحاب والعزلة والتهميش عليهم.

إلى جانب ذلك من الضروري أن نعمل باتجاه إصلاح نظم التقاعد والمعاشات، وأن نفكر في ذلك بمنطق غير تقليدي وابتكاري وتموي، وكذلك بمنطق تأكيد العدل والمساواة بين الأجيال. وفيما يتعلق بالتفكير في نظم التقاعد، لماذا لا تقوم الدولة بتطوير أنظمة تقاعد ابتكارية مثل ما يسمى بـ"خرائط التوظيف الثانوي"، حيث يتم تحديد الأعمال والأنشطة الملائمة لكل شريحة من شرائح كبار السن، ربما بمكافآت أو رواتب أقل، وتعرض عليهم عند التقاعد ليختاروا من بين فرص العمل التي يستمرون في شغلها حتى وقت اختياريهم للتقاعد، وأن تراعى الدولة تحقيق التكامل بين خرائط العمل الحكومي قبل التقاعد وبناء العمل بعد التقاعد، بحيث يتضافر الاثنان في الارتقاء بتحقيق الصحة النفسية والاجتماعية لكبار السن، وكذلك الصالح العام للمجتمع. إضافة إلى ذلك ينبغي أن تقوم الدولة بإصلاح نظام المعاشات، بحيث يسعى هذا الإصلاح،

إلى تقليص الفجوة بين راتب كبار السن ومكافآتهم وأجورهم قبل التقاعد، ونظير ذلك تسند إلى كبار السن بعض الوظائف أو المهام الإشرافية داخل المؤسسة التي كانوا يعملون بها أو خارجها، بحيث يساعد ذلك على عدم انضمامهم إلى جيش العاطلين من ناحية، كما يبقى عليهم عمالة فاعلة بصورة نسبية. إضافة إلى أنه يرفع من كفاءة العمل في المؤسسة، لأن إنجاز الأعمال مستمر فيها بدون انقطاع. ويتكامل مع ذلك إزالة المعوقات القانونية والاجتماعية أمام عمل كبار السن بعد التقاعد.

كما يمكن مساعدة كثير من كبار السن في تأسيس بعض المشروعات الخاصة التي تقع في نطاق الاقتصاد غير الرسمي. إذ يميل بعض كبار السن لبناء بعض المشروعات الحرة، غير الخاضعة للروتين الحكومي، والتي تتأسس استناداً إلى المدخرات التي استطاعوا ادخارها أثناء حياتهم العملية. ويمكن للدولة أن تساعد في ذلك ببعض القروض الميسرة، بعد التأكد من كفاءتها استناداً إلى دراسة الجدوى المتعلقة بها، حيث يمكن أن يعتبر ذلك إسهاماً واضحاً، يقدمه كبار السن في الاقتصاد الوطني. وفي هذا الإطار يمكن أن تدور مشروعات كبار السن حول بعض الحرف التراثية التي يمكن إعادة إنتاجها بتكنولوجيا حديثة، ويمكن أن تساعد الدولة في تصديرها للأسواق الخارجية، بهدف نشر المعاني الحضارية الكامنة وراءها، إضافة إلى أن بعث هذه الحرف التراثية هو تأكيد للهوية الحضارية للأمة.

تأكيد لذلك توجد تجربة أسترالية يمكن نقلها إلى مجتمعاتنا، وتتعلق بتكوين شركات لتشغيل العمالة من كبار السن، كنموذج لذلك تحرص شركة "مارينو كانتري" على الاستعانة بالعاملين من كبار السن بسبب خبراتهم والتزامهم بالعمل أو لأن بعضهم مارس نفس العمل منذ سن المراهقة. إلى جانب ذلك تذكر بعض الدراسات التي أجريت على مجالات عمل كبار السن، أن كبار السن يعملون في مجال الثقافة والمجتمع بنسبة ١٩,٣% تقريبا، حيث يعملون إما في تطوير الوعي الثقافي في النطاق الصحي، أو الاقتصادي الانتاجي أو السياسي، حسب تخصصاتهم. أو يقومون بقيادة الحملات المتعلقة ببعض المشكلات الاجتماعية، كمشكلة تراجع إنتاجية العمل، أو ضيق بعض الأسر بكبار السن، أو مواجهة مشكلة المرأة المعنفة، أو مشكلة تعاطي المخدرات. إضافة إلى اهتمامهم بأنشطة البيئة والزراعة، وذلك بنسبة ١٥,٤%، كتوعية أعضاء المجتمع المحلى بنظافة الشوارع، أو توعية أعضاء المجتمع بالأساليب والتوقيات المثلى لزراعة بعض المحاصيل أو الحدائق. وفي المجتمع الريفي والزراعي يعمل كبار السن، كمرشدين زراعيين أو في مجال تربية الماشية. يضاف إلى ذلك التوعية الصحية بنسبة ١٥,٢% كالمشاركة في الحملات الصحية للارتقاء بأوضاع الصحة العامة، أو القيام بحملات التوعية في الفترات التي يواجه فيها المجتمع بعض المخاطر الصحية. إضافة إلى الإرشاد الصحي فيما يتعلق بعض الحالات كالحمل، وتنشئة الأبناء صحيا، وبعض السلوكيات التي تتصل بالصحة الشخصية.

٦- تأمين الصحة العامة من أجل شيخوخة نشطة:

من المهم الاهتمام بالصحة العامة، ومن ضمنها صحة كبار السن، حتى نضمن وجود شيخوخة نشطة، لكونها تتمتع بحالة صحية حسنة. ويستند الحفاظ على صحة كبار السن إلى بعدين أساسيين، البعد الأول يتمثل في الخدمات الصحية التي توفرها الدولة لكبار السن، أما البعد الثاني فيتمثل في الحفاظ كبار السن على صحتهم باتباع عادات وممارسات صحية وغذائية سليمة، بحيث يكون نتاج كل ذلك شيخوخة نشطة في المستقبل، ونعرض فيما يلي لكلا هذين البعدين.

أ- قيام كبار السن ببعض الممارسات للحفاظ على صحتهم:

تختلف الشيخوخة الآن عن حالة الشيخوخة في الماضي. فالشيخ الذي يصل سنة إلى ٦٠ سنة الآن يتمتع بصحة وعافية ونشاط يعادل شخص عمرة ٤٠ سنة فيما مضى. وذلك يعنى أن القرن الحادي والعشرين سوف يشهد شيخوخة تمتلك حالة صحية فعالة ونشطة من الناحية الإدراكية والاجتماعية والسياسية والثقافية، أي إنها شخصية تمارس وتعيش كل مضامين حياتها. وذلك يرجع إلى أن آليات دعم الجانب العقلي والإدراكي أصبحت منتشرة إلى حد كبير. ويكفى أن نشير إلى تكنولوجيا الاتصال والمعلومات التي تعتبر مصدراً محورياً لتقوية الإدراك، بالإضافة إلى التعليم

المستمر، حيث يمكن لكبار السن الالتحاق بمستويات تعليمية أعلى، والحصول على درجات جامعية، وهم في سن متقدمة.

إلى جانب ذلك فإنه ينبغي أن يراعى المحيطين بكبار السن أن يوفرُوا لهم التغذية السليمة والكافية وذلك للحفاظ على صحتهم. إضافة إلى تأهيلهم للاعتماد على أنفسهم، خاصة أن التكنولوجيا الحديثة تساعد على ذلك، إلى جانب ذلك فإن هناك بعض الممارسات التي ينبغي أن يراعيها أو يتبعها كبار السن. فمثلاً من الضروري تعود كبار السن على ممارسة بعض الأنشطة الرياضية مثل "المشي" و"السباحة"، لأن الأنشطة الرياضية تساعد كبار السن في الاحتفاظ بالوزن الملائم، كما تساعد في انخفاض ضغط الدم. وتوصى منظمة الصحة العالمية بضرورة ممارسة الرياضة لمدة ١٥٠ دقيقة على الأقل في الأسبوع. يضاف إلى ذلك ضرورة إقلاع كبار السن عن التدخين والمشروبات الكحولية. واستمراراً لذلك يؤكد خبراء التغذية، أن التغذية السليمة ينبغي أن تضم الخضروات والفواكه والحبوب والأطعمة الغنية بالألياف والبروتين، لأن هذه المواد هي المسؤولة عن ضخ الحيوية والقدرة على بذل مجهود أكبر. ذلك بالإضافة إلى أن زيادة مساحة التعامل مع التكنولوجيا، يفيد في تحسن الصحة العقلية والنفسية لكبار السن. حيث تساعد التكنولوجيا الحديثة كبار السن في تطوير قدراته المعرفية والعلمية، باعتبار أن هذه التكنولوجيا تعد مصدراً من مصادر المعرفة. إضافة إلى أن التكنولوجيا تحسن

الصحة البدنية لكبار السن، لإحساسه بالفاعلية، خاصة إذا كان يتمتع بمستوى تعليمي ملائم لاستخدام التكنولوجيا. وهو ما يعني أن هذا البعد في الحفاظ على صحة فعالة ونشطة يقع على عاتق كبير السن.

ب- إسهام الدولة في الحفاظ على صحة كبار السن:

من الطبيعي أن تسعى الدولة بمؤسساتها المتخصصة، باتجاه الحفاظ على الصحة العامة وصحة كبار السن. وفي هذا الإطار تؤكد التقارير الصحية العالمية على كفاءة المؤسسات الصحية بدول مجلس التعاون الخليجي، حيث نجد أن الخدمات الصحية تنجز وفق معدلات عالمية رفيعة المستوى. بيد أنه من الضروري أن تهتم الدول بالصحة العامة لكبار السن بصفة خاصة، على سبيل المثال يمكن للدولة أن تنتشئ بعض المستشفيات الخاصة بكبار السن، باعتبار أن الأمراض التي يعانون منها خاصة بهم وحدهم، وأن يعمل بها أطباء متخصصون في هذه الأمراض. ويمكن أن تتسع رعاية هذه المؤسسات لكبار السن، ليس داخل هذه المستشفيات فقط، ولكن داخل حياتهم الأسرية. ذلك أن مهمة هذه المؤسسات تتمثل في الحفاظ على صحة كبار السن، وذلك يتحقق حينما تكون المجتمعات المحلية للكبار خاصة وراعية لهم، وتدعم الصحة والوجود الملائم لكبار السن، وحين يكون لدى المجتمع المحلى البرامج والسياسات التي تواجه الأمراض سواء الفردية

أو الوبائية، والتقليل من وجودها، بحيث نضمن صحة عامة جيدة لأعضاء المجتمع المحلي عموماً، وكبار السن بصفة خاصة.

واستناداً إلى ذلك فقد تم تطوير إطار عام للاهتمام بصحة الشيخوخة، يتشكل من أربعة أبعاد أساسية، حيث يركز البعد الأول على أهمية تحديد الاحتياجات الأساسية لكبار السن، وذلك يتطلب من المؤسسات المعنية إجراء الدراسات والبحوث للتعرف على احتياجات كبار السن. ويتصل البعد الثاني بأهمية تنظيم الحالة الصحية لكبار السن، ويحتوي هذا الإجراء على جانبين، الأول ضرورة أن تعمل المؤسسات الصحية للعلاج باتجاه تقليص الأمراض التي يعاني منها كبار السن بإخضاعهم للعلاج المستمر حتى يشفوا من تأثير هذا الأمراض، أو على الأقل يقلص هذه التأثير. في حين يهتم البعد الثاني بالعمل باتجاه الارتقاء بالوضع الصحي لكبار السن.

ويتصل الجانب الثالث للارتقاء بصحة كبار السن بالعمل على دعم تضمنهم الاجتماعي والمدني. ويعنى ذلك أننا في التعامل مع قضية كبار السن علينا أن نهتم بضرورة تضمنهم واستغراقهم في الحياة الاجتماعية للمجتمع المحلي. وإذا كان من طبيعة كبار السن أنهم يميلون إلى العزلة والانسحاب، لكونهم على قناعة بأن الحاضر سوف يشهد نهايتهم، فإن

السياسات الاجتماعية الجادة ينبغي أن تعمل باتجاه جذبهم إلى غالب ساحات الحياة الاجتماعية، فمثلا من الضروري أن تطور هذه السياسات نوعاً من الاقتناع العام، بأهمية مشاركة كبار السن في تفاعلات وقرارات الحياة العائلية، ومناقشة كل قضاياها، بحيث يولد ذلك لديهم الاحساس بالثقة في أنفسهم. هذا بالإضافة إلى أهمية فتح أبواب المشاركة أمامهم للاهتمام بشئون المجتمع عموماً، إضافة إلى توفير البرامج والسياسات التي تؤمن وجود جماعات الأصدقاء من كبار السن.

ويتعلق الجانب الرابع والأخير في بناء هذه السياسات بأهمية أن نؤهل كبار السن لتحقيق قدر ملائم من الاستقلال الذاتي، فيما يتعلق بالقضايا التي تتعلق بنوعية حياتهم، أو بالعمل الذي يريدون القيام به، أو ما يتعلق باختياره تأسيس علاقات اجتماعية، فمن شأن ذلك أن يرتفع بمعنويات كبار السن، ويصل بهم إلى صحة نفسية سوية.

الخلاصة من كل ما سبق، يمكن أن نعيد التأكيد بأن لدى دول الخليج كلها بنى تحتية وإمكانية كبيرة للاستعداد لتجربة الشيوخة النشطة، ويمكن أن يكون لديها أكثر مما لدى أي بلد عربي آخر بحكم المستويات المرتفعة جداً التي حققتها بلدان الخليج في مؤشرات التنمية الإنسانية. ويمكن أن نذكر هنا بأن معظم بلدان الخليج (حيث تحل قطر المرتبة ٣٢، والسعودية المرتبة ٣٩، والإمارات المرتبة ٤١، والبحرين

المرتبة ٤٥، والكويت المرتبة ٤٨، وعمان المرتبة ٥٢³) تقع في تقرير التنمية الإنسانية لعام ٢٠١٥ في قائمة البلدان ذات التنمية الإنسانية المرتفعة (عمان) والمترفعة جداً (بقية بلدان الخليج).

ويتطلب الاستعداد للشيخوخة النشطة في مستقبل بلدان الخليج التركيز على جانبين أساسيين: الجانب الأول أن تقوم الدولة والمجتمع المدني بمهامهم التي توفر بيئة تمكينية وداعمة لكبار السن بحيث يستطيعون ممارسة حياتهم وحيوية ونشاط. بينما يؤكد الجانب الثاني أهمية اهتمام كبير السن بذاته، واضطلاعها بمسئولياته تجاه نفسه وتجاه مجتمعه ووطنه، وأن عليه أن يؤمن إيماناً جازماً أنه مازال له أهميته وقيمه، وأنه لم يصبح عبئاً زائداً لا على أسرته ولا على مجتمعه ودولته. وإذا أردنا أن نختم بتشخيص مبسط للشيخوخة النشطة، فيمكن أن نقول إنها توفر هذين الجانبين معاً: البيئات التمكينية والداعمة لكبار السن، ومبادرة كبار السن واضطلاعهم بأدوارهم تجاه أنفسهم وتجاه مجتمعهم.

³-Human Development Report 2015: Work for Human Development, (United Nation Development Programme UNDP), p.208

التوصيات

١- تطوير الاستراتيجيات الوطنية حول رعاية كبار السن في دول مجلس التعاون الخليجي بما يتوافق مع توجهات العالم حول "الشيخوخة النشطة" ومتطلباتها.

٢- دعوة دول مجلس التعاون الخليجي إلى الإسراع في الانضمام إلى الشبكة العالمية للمدن الصديقة للمسنين، وهي واحدة من مبادرات منظمة الصحة العالمية بدأت في العام ٢٠٠٦، وتقوم على تحديد العناصر الأساسية للبيئة الحضرية التي تدعم الشيخوخة النشطة على مستوى التخطيط العمراني وتوفر الخدمات الطبية للمسنين، وسهولة وصولهم إلى وسائل النقل العام، وحاجتهم إلى سكن ملائم وساحات ومبانٍ خارجية داعمة للشيخوخة النشطة، وشبكات اتصال تسمح لكبار السن بالتواصل الاجتماعي.

٣- تبني سياسات إعلامية خليجية مشتركة من أجل تأسيس وعي اجتماعي بقضايا كبار السن، وتصحيح الصور والأفكار السلبية الخاطئة حول كبار السن.

٤- دعوة دول مجلس التعاون الخليجي إلى تصميم مقياس خاص للشيخوخة النشطة، وتحديد مؤشراتته بما يتناسب مع خصوصيتها؛ من أجل أن يكون أداة موحدة لقياس أحوال ورفاهية كبار السن في دول المجلس.

٥- العمل على منح كبار السن تسهيلات خاصة في مختلف مجالات الحياة، بما في ذلك منحهم الأولوية في المرافق والخدمات العامة، ومنحهم تخفيضات في أسعار الخدمات الطبية والاجتماعية والمرورية وغيرها.

٦- وضع تحفيزات قانونية وتنظيمية لتشجيع كبار السن على الاستمرار في التدريب والتعليم مدى الحياة.

٧- صياغة قوانين وتشريعات خاصة بحماية كبار السن وأمنهم وسلامتهم، ومراجعة قوانين وأنظمة التقاعد التي تلزم المسن بالتقاعد في سن معينة، وإحلال أحكام مرنة تربط الإحالة على التقاعد بانعدام رغبة وقدرة المسن على الاستمرار في العمل.

خاتمة

حاولنا، في هذا الكتاب، أن نقدم صورة شاملة ومتكاملة للشيخوخة النشطة، وقد حرصنا أن نضع هذا المفهوم في سياق تطوره التاريخي بين المفاهيم البديلة التي سبقته وجاء هو كتتويج لها في نهاية المطاف. كما قدمنا هذا المفهوم من خلال محدداته الأساسية ومقاييسه ومؤشرات. فقد عرضنا للمحددات الستة التي أشار إليها تقرير منظمة الصحة الدولية. كما قدمنا المقياس الخاص التي قامت منظمة مساعدة المسن العالمية HelpAge International، بتصميمه بدءاً من العام ٢٠١٣؛ وذلك لقياس ومراقبة الجوانب الأساسية للرفاه الاقتصادي والاجتماعي لكبار السن على مستوى العالم. ويمثل هذا المقياس أداة جيدة لقياس التقدم على مؤشراتته بغرض تحسين السياسات والبرامج المتعلقة بكبار السن. ويتكامل هذا المقياس مع المقياس الذي قام المركز الأوروبي ومفوضية الأمم المتحدة الاقتصادية لشؤون أوروبا UNECE بتصميمه لقياس حالة ومستوى "الشيخوخة النشطة" في بلدان أوروبا. وتم تصميم هذا المقياس في العام ٢٠١٢ بالاعتماد على تعريف منظمة الصحة العالمية للشيخوخة النشطة لعام ٢٠٠٢.

ومن أجل أن لا تبقى هذه المقاييس في مجالها النظري، قمنا باستعراض أبرز التجارب الناجحة في مجال الشيخوخة النشطة بالاعتماد على مقاييس الشيخوخة النشطة التي أشرنا إليها أعلاها، فاستعرضنا تجارب كل من سويسرا وفنلندا والنرويج والسويد واليابان. وذلك كمقدمة لاستعراض تجارب دول الخليج العربية وجهودها التي تؤهلها لتطبيق مفهوم

الشيخوخة النشطة. وقد استعرضنا الخدمات والإسهامات التي تقدمها إدارات كبار السن في وزارات التنمية (أو الشؤون) الاجتماعية في كل من قطر والإمارات والبحرين والسعودية والكويت وعمان. وهي تجارب رائدة على مستوى المنطقة إلا أنها بحاجة إلى التطوير لتكون بلدان الخليج مستعدة لتطبيق الشيخوخة النشطة. وفي الختام قمنا بتقييم تجارب بلدان الخليج في مجال الشيخوخة النشطة.

وإني لأمل أن يكون هذا الكتاب فاتحة لمزيد من الاهتمام بقضية الشيخوخة النشطة في المنطقة العربية، وبلدان الخليج بصورة خاصة. وذلك من أجل الاستعداد للتغيرات الديموغرافية التي ستمر بها هذه المنطقة في المستقبل القريب، وهي التغيرات التي مرّت بها البلدان المتقدمة في أوروبا وأمريكا الشمالية واليابان، وتمر بها الآن بلدان آسيوية عديدة من الصين إلى سنغافورة.

قائمة المراجع¹:

١- المراجع العربية:

- إدارة رعاية المسنين بالكويت، التقرير النصف سنوي للخدمة المتنقلة للمسنين من ١ يناير ٢٠١٦ حتى ٣٠ يونيو ٢٠١٦، (الكويت، إدارة رعاية المسنين، ٢٠١٦).

- ابن منظور، لسان العرب، (القاهرة: دار المعارف، د.ت).

- السدحان، عبد الله ناصر، رعاية المسنين في المملكة العربية السعودية (دراسة تاريخية وثائقية)، (السعودية: وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، ١٤٢٠هـ).

- العميري، ريم شريدة، رعاية المسنين في المملكة وإسهامات الخدمة الاجتماعية لرعاية المسنين، مجلة العلوم الاجتماعية (مجلة إلكترونية)، السعودية ١٤٣٣/١٤٣٤هـ.

- ليلة، علي، استشراف المستقبل لكبار السن في دول مجلس التعاون الخليجي، (المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أكتوبر ٢٠١٥).

^١ - استعنا في هذا الكتاب بمواقع كثيرة على الإنترنت، ولذا سنكتفي بالإشارة إلى هذه المواقع في متن الكتاب، بحيث تخصص هذه القائمة للكتب والدراسات فقط.

- الندوة الخليجية الثانية حول رعاية المسنين، ميثاق الرياض حول رعاية المسنين، (الندوة الخليجية الثانية حول رعاية المسنين، المملكة العربية السعودية، ١٧-١٨ مارس ٢٠٠٩).

- منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي حول الشيخ والصحة، (منظمة الصحة العالمية، لوكسبرغ، ٢٠١٥).

- وزارة التخطيط التنموي والإحصاء، تقرير التنمية البشرية الرابع لدولة قطر، (الدوحة: وزارة التخطيط التنموي والإحصاء، يونيو ٢٠١٥).

- وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، الورقة المفاهيمية لمؤتمر كبار السن بين الرعاية الأسرية والمؤسسية، (وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية بالمملكة المغربية، بتعاون مع جامعة الدول العربية، ٦-٨ أكتوبر ٢٠١٥).

٢-المراجع الأجنبية:

- Alan Walker and Christian Aspalter (edt), Active Ageing in Asia, (London/New York: Routledge, 2015).

- Annamaria Simonazzi and Fiorenza Deriu, Ageing and Employment in the Miditerranean: Old and New

Challenges, in: Ageing in the Mediterranean, edited by Joseph Troisi and Hans-Joachim von Kondratowitz, (Policy Press, 2013).

- **Chunbo Li and Others, Successful aging in Shanghai, China: definition, distribution and related factors** *International Psychogeriatrics, Vol. 18, No.3*, (International Psychogeriatric Association, 2008).

- **Dag Christensen, Active Ageing: Country Report Norway**, (STEIN ROKKAN CENTRE FOR SOCIAL STUDIES, UNIFOB AS, NOVEMBER 2003).

- **European Centre, Active Ageing Index 2012 Concept, Methodology and Final Results**, (European Centre Vienna March 2013).

- **HelpAge International, Global AgeWatch Index 2015: Insight Report**, (London: HelpAge International, 2015).

– **IAIN MARLOW, The Boomer Shift: Jaban’s Bold Steps, The Globe and Mail, May 03 2017.**

– **John W. Rowe and Robert L. Kahn, Successful Aging, in: Gerontologist, (The Gerontological Society of America, Vol..37, No.4, 01 August 1997).**

– **Jolanta Perek-Białas, Anna Ruzik and Lucie Vidovičová, Active ageing policies in the Czech Republic and Poland, in: International Social Science Journal, Vol.58, No.190, December 2006).**

– **Laura L. Carstensen and Linda P. Fried, The Meaning of Old Age, in: Global Population Ageing: Peril or Promise? (World Economic Forum, 2012).**

– **Martha R. Crowther, Michael W. Parker, W. A. Achenbaum, Walter L. Larimore, and Harold G. Koenig, Rowe and Kahn’s Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality, in: Gerontologist, (The Gerontological Society of America, Vol. 42, No. 5, 2002).**

- **R. Benfante, D. Reed , J. Brody . Biological and social predictors of health in an aging cohort, in: Journal of Chronic Diseases. (1985; Vol. 38, No.5).**
- **R. R. Hajjar, T. Atli, Z. Al-Mandhari, M. Oudrhiri, L. Balducci, & M. Silbermann, Prevalence of aging population in the Middle East and its implications on cancer incidence and care, *Annals of Oncology*, Vol. 24, No.7 October 2013.**
- **Richard D. Cohen, Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn, Gerontologist , (The Gerontological Society of America Vol.42, No.6, 2002).**
- **Sawsan Abdulrahim, Kristine J. Ajrouch, Toni C. Antonucci, Aging in Lebanon: Challenges and Opportunities, *Gerontologist*, Vol.55, No.4, 2015).**
- **UNECE & European Commission, Active Ageing Index 2014: Analytical Report, (UNECE & European Commission, April 2015)**
- **UNDP (United Nation Development Programme): Human Development Report 1990, (United Nation**

Development Programme UNDP, Oxford University Press, 1990).

- Human Development Report 2015: Work for Human Development, (United Nation Development Programme UNDP, 2015).
- **William J. Strawbridge, Margaret I. Wallhagen, Richard D. Cohen, Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn, Gerontologist**, (The Gerontological Society of America Vol.42, No.6, 2002).
- **The World Bank, Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia, (The World Bank, 2015).**
- **World Health Organization: Active Ageing: A Policy Framework, (World Health Organization, April 2002).**
- A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006–2015, (World Health Organization: Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2006).

صدر من سلسلة

الدراسات الاجتماعية والعمالية

- العدد (١) :
أوضاع مؤسسات الرعاية الاجتماعية ودورها في خدمة المجتمع العربي الخليجي، ديسمبر ١٩٨٣. "نافذ"
- العدد (٢) :
تشريعات العمل في الدول العربية الخليجية "دراسة مقارنة"، يناير ١٩٨٤. "نافذ"
- العدد (٣) :
رعاية الأحداث الجانحين بالدول العربية الخليجية، يوليو ١٩٨٤. "نافذ"
- العدد (٤) :
نحو استخدام أمثل للقوي العاملة الوطنية بالدول العربية الخليجية، يناير ١٩٨٥. "نافذ"
- العدد (٥) :
دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي "الأبحاث الفائزة في المسابقة الأولى للبحث الاجتماعي"، يوليو ١٩٨٥. "نافذ"
- العدد (٦) :
حول واقع إحصاءات القوي العاملة الوطنية - المفاهيم - الأجهزة - التطوير، يناير ١٩٨٦. "نافذ"
- العدد (٧) :
الشباب العربي في الخليج ومشكلاته المعاصرة "دراسات مختارة" يونيو ١٩٨٦. "نافذ"
- العدد (٨) :
واقع معدلات إنتاجية العمل ووسائل تطويرها، يناير ١٩٨٧. "نافذ"
- العدد (٩) :
قضايا من واقع المجتمع العربي في الخليج "تأخر سن الزواج والمهور - الفراغ - المخدرات" "الأبحاث الفائزة في المسابقة الثانية للبحث الاجتماعي"، مارس ١٩٨٧. "نافذ"

- العدد (١٠): ظاهرة المربيات الأجنبيات "الأسباب والآثار"، أغسطس ١٩٨٧. "نافذ"
- العدد (١١): العمل الاجتماعي التطوعي في الدول العربية الخليجية - مقوماته - دوره - أبعاده، يناير ١٩٨٨. "نافذ"
- العدد (١٢): الحركة التعاونية في الخليج العربي "الواقع والآفاق"، يونيو ١٩٨٨. "نافذ"
- العدد (١٣): إحصاءات العمل وأهمية النهوض بها في أقطار الخليج العربية، مايو ١٩٨٩.
- العدد (١٤): دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي " الأبحاث الفائزة في المسابقة الثالثة للبحث الاجتماعي" الجزء الثالث، أكتوبر ١٩٨٩.
- العدد (١٥): مظلة التأمينات الاجتماعية في أقطار الخليج العربية، يناير ١٩٩٠.
- العدد (١٦): القيم والتحولات الاجتماعية المعاصرة "دراسة في الإرشاد الاجتماعي في أقطار الخليج العربية" أغسطس ١٩٩٠.
- العدد (١٧): الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربية، أبريل ١٩٩١.
- العدد (١٨): رعاية المسنين في المجتمعات المعاصرة "قضايا واتجاهات"، يناير ١٩٩٢.
- العدد (١٩): السلامة والصحة المهنية ودورها في حماية الموارد البشرية، أبريل ١٩٩٢.
- العدد (٢٠): أزمة الخليج.. البعد الآخر - الآثار والتداعيات الاجتماعية، أغسطس ١٩٩٢.
- العدد (٢١): التصنيف والتوصيف المهني ودوره في تخطيط وتنمية الموارد البشرية، فبراير ١٩٩٣.

- العدد (٢٢): دراسات وقضايا من المجتمع العربي الخليجي " الأبحاث الفائزة في المسابقة الرابعة للبحث الاجتماعي" الجزء الرابع، يوليو ١٩٩٣.
- العدد (٢٣): واقع وأهمية تفتيش العمل بين التشريع والممارسة، أكتوبر ١٩٩٣.
- العدد (٢٤): رعاية الطفولة.. تعزيز مسؤوليات الأسرة وتنظيم دور المؤسسات، يناير ١٩٩٤.
- العدد (٢٥): التنشئة الاجتماعية بين تأثير وسائل الإعلام الحديثة ودور الأسرة، مارس ١٩٩٤.
- العدد (٢٦): واقع ومتطلبات التنقيف والتدريب والتعليم والإعلام التعاوني، يونيو ١٩٩٤.
- العدد (٢٧): التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات الأسرة بين الأسس العلمية والتطبيقات العملية، سبتمبر ١٩٩٤.
- العدد (٢٨): دعم دور الأسرة في مجتمع متغير - عدد خاص بمناسبة اختتام فعاليات السنة الدولية للأسرة، ديسمبر ١٩٩٤.
- العدد (٢٩): تطوير إنتاجية العمل وزيادة معدلاتها - المفاهيم والقياس والمؤشرات، يونيو ١٩٩٥.
- العدد (٣٠): اختبار قياس المهارات المعيارية للمهن ودورها في تنظيم وتنمية القوي العاملة الوطنية، ديسمبر ١٩٩٥.
- العدد (٣١): الرعاية الأسرية للطفل المعاق، يونيو ١٩٩٦.
- العدد (٣٢): نحو لغة مهنية موحدة في إطار العمل الخليجي المشترك، ديسمبر ١٩٩٦.

- العدد (٣٣): وسائل تطوير السلامة والصحة المهنية في ضوء المتغيرات والمستجدات الحديثة، مارس ١٩٩٧.
- العدد (٣٤): رعاية الطفولة من أجل القرن الحادي والعشرين، سبتمبر ١٩٩٧.
- العدد (٣٥): نظم معلومات سوق العمل في إطار التشغيل وتنمية الموارد البشرية، يونيو ١٩٩٨.
- العدد (٣٦): الأسرة والمدينة والتحويلات الاجتماعية بين التنمية والتحديث، نوفمبر ١٩٩٨.
- العدد (٣٧): كبار السن.. عطاء بلا حدود - دور للرعاية.. ودور للتواصل والمشاركة، مايو ١٩٩٩.
- العدد (٣٨): التخطيط الاجتماعي لرصد وتلبية احتياجات كبار السن... مبادئ وموجهات، سبتمبر ١٩٩٩.
- العدد (٣٩): قضايا المسنين بين متطلبات العصر ومسؤوليات المجتمع، نوفمبر ١٩٩٩.
- العدد (٤٠): نظم وتشريعات التأمينات الاجتماعية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية "دراسة مقارنة" نوفمبر ٢٠٠٢.
- العدد (٤١): تقييم فاعلية مشروعات الأسرة في دول مجلس التعاون، أغسطس ٢٠٠٤.
- العدد (٤٢): الأطفال مجهولو الهوية في دول مجلس التعاون الإشكاليات وطرق التعامل والعلاج، يناير ٢٠٠٥م.
- العدد (٤٣): المجتمع المدني في دول مجلس التعاون - مفاهيمه ومؤسساته وأدواره المنتظرة، يوليو ٢٠٠٦م.
- العدد (٤٤): دليل رعاية الأحداث الجانحين في دول مجلس التعاون، يونيو ٢٠٠٥م.

- العدد (٤٥): تطوير السياسات الاجتماعية القطاعية في ظل العولمة (مقاربة اجتماعية لوزارات الشؤون والتنمية الاجتماعية في دول مجلس التعاون)، نوفمبر ٢٠٠٦م.
- العدد (٤٦): الشراكة الاجتماعية ومسؤولة الجمعيات الأهلية في التنمية بدول مجلس التعاون - دراسة تحليلية ميدانية، يناير ٢٠٠٨م.
- العدد (٤٧): الفقر وآثاره الاجتماعية وبرامج وآليات مكافحته في دول مجلس التعاون، أبريل ٢٠٠٨م.
- العدد (٤٨): تمكين المرأة وسبل تدعيم مشاركتها في التنمية بدول مجلس التعاون، يونيو ٢٠٠٨م.
- العدد (٤٩): دليل استرشادي في فن الإدارة والإشراف على الجمعيات الأهلية التطوعية بدول مجلس التعاون الخليجي، أغسطس ٢٠٠٨م.
- العدد (٥٠): الدراسة التحليلية لأحكام الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم، سبتمبر ٢٠٠٨م.
- العدد (٥١): الفقر ومقاييسه المختلفة - محاولة في توطین الأهداف التنموية للألفية بدول مجلس التعاون الخليجي، يناير ٢٠٠٩م.
- العدد (٥٢): تقييم قوانين الإعاقة في دول مجلس التعاون في ضوء الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة - دراسة قانونية تحليلية، مايو ٢٠٠٩م.
- العدد (٥٣): دراسة حماية الطفولة: قضاياها ومشكلاتها في دول مجلس التعاون، يوليو ٢٠٠٩م.
- العدد (٥٤): تقييم واقع المراكز الاجتماعية وبرامجها في دول مجلس التعاون، أكتوبر ٢٠٠٩م.
- العدد (٥٥): دراسة مشكلات توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة وتمكينهم في دول مجلس التعاون، يناير ٢٠١٠م.

- العدد (٥٦): دراسة المسؤولية الاجتماعية ودورها في التنمية بدول مجلس التعاون الخليجي، أبريل ٢٠١٠م.
- العدد (٥٧): دراسة الأحداث الجانحون ومشكلاتهم ومتطلبات التحديث والتطوير في دول مجلس التعاون، أغسطس ٢٠١٠م.
- العدد (٥٨): التنظيم القانوني لاستخدام عمال الخدمة المنزلية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أغسطس ٢٠١٠م.
- العدد (٥٩): التنظيم القانوني لدخول القوي العاملة الوافدة إلى دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، سبتمبر ٢٠١٠م.
- العدد (٦٠): قراءة تحليلية في أنظمة المساعدات والضمان الاجتماعي بدول مجلس التعاون، مايو ٢٠١١م.
- العدد (٦١): مشروعات الأسر المنتجة وكيفية تطويرها في دول مجلس التعاون، يونيو ٢٠١١م.
- العدد (٦٢): قوانين التعاونيات في دول مجلس التعاون (دراسة تحليلية قانونية مقارنة)، يوليو ٢٠١١م.
- العدد (٦٣): الإعلام الاجتماعي وتأثيراته على الناشئة في دول مجلس التعاون، اغسطس ٢٠١١م.
- العدد (٦٤): مفهوم وحقوق العمالة الوافدة المتعاقدة المؤقتة في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية في ضوء التطورات التشريعية والتنفيذية، سبتمبر ٢٠١١م.
- العدد (٦٥): التنظيم القانوني للوكالات الأهلية لاستقدام العمالة ووكالات تقديم العمالة للغير في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أكتوبر ٢٠١١م.

العدد (٦٦): القانون الاسترشادي الموحد للضمان الاجتماعي مع دراسة

تعريفية لأنظمة الضمان الاجتماعي النافذة في دول مجلس

التعاون، سبتمبر ٢٠١١م.

العدد (٦٧): واقع وأهمية الإرشاد الأسري ومتطلباته في دول مجلس التعاون،

أكتوبر ٢٠١١م.

العدد (٦٨): اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بين متطلبات التنفيذ

والرصد الفعال، نوفمبر ٢٠١١م.

العدد (٦٩): الحماية القانونية لكبار السن في دول مجلس التعاون، دراسة

قانونية تحليلية مقارنة، مارس ٢٠١٢م.

العدد (٧٠): نحو سياسة اجتماعية خليجية للأسرة من الرعاية إلى التمكين،

يوليو ٢٠١٢م.

العدد (٧١): تحديات السياسة الاجتماعية واحتياجاتها في مجلس وزراء

الشؤون الاجتماعية الخليجي مقارنة تطبيقية، أغسطس ٢٠١٢م.

العدد (٧٢): Concept and Rights of Expatriate Temporary-

Contract Employment in GCC State in Light of

Legislative and Executive Developments,

January 2012

العدد (٧٣): التعاونيات الخليجية "تاريخ ومستقبل"، سبتمبر ٢٠١٢م.

العدد (٧٤): التنظيم القانوني في الجمعيات الأهلية في دول مجلس التعاون،

أكتوبر ٢٠١٢م.

العدد (٧٥): إدارة المخاطر الاجتماعية في دول مجلس التعاون الخليجي،

أكتوبر ٢٠١٢م.

- العدد (٧٦): دراسة التعاونيات في دول مجلس التعاون: مجالاتها ومشكلاتها وأدوارها المستقبلية، مارس ٢٠١٣م.
- العدد (٧٧): قضايا السياسات الاجتماعية الخليجية المفاهيم والمجالات والاشكاليات، أبريل ٢٠١٣م.
- العدد (٧٨): دليل الستين اسئلة واجوبة في آليات الالتزام والرصد لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مايو ٢٠١٣م.
- العدد (٧٩): حماية كبار السن في عالم متغير، مايو ٢٠١٣م.
- العدد (٨٠): إشكاليات السياسات الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي، يوليو ٢٠١٣م.
- العدد (٨١): الإرشاد الأسري وتدريباته وبرامجه في دول مجلس التعاون الخليجي، أكتوبر ٢٠١٣م.
- العدد (٨٢): تفتيش العمل ودوره في كفالة إنفاذ تشريعات العمل، يناير ٢٠١٤م.
- العدد (٨٣): آفاق الحماية الاجتماعية في دول مجلس التعاون في ضوء التوصية الدولية رقم (٢٠٢)، فبراير ٢٠١٤م.
- العدد (٨٤): قياس الإسهام الاقتصادي والاجتماعي للمنظمات الأهلية في دول مجلس التعاون، مارس ٢٠١٤م.
- العدد (٨٥): الدليل الاسترشادي لمشروعات قوانين الجمعيات الأهلية التطوعية في دول مجلس التعاون، أبريل ٢٠١٤م.
- العدد (٨٦): قوانين الأحداث الجانحين في دول مجلس التعاون، مايو ٢٠١٤م.
- العدد (٨٧): التشبيك الالكتروني بين المنظمات الأهلية، يونيو ٢٠١٤م.
- العدد (٨٨): التعامل مع الأيتام ومشكلاتهم ومتطلباتهم، يوليو ٢٠١٤م.

- العدد (٨٩): مراجعة أدوار ومهام قطاع الرعاية الاجتماعية ومجالاتها وسياساتها، أغسطس ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٠): قضايا ومشكلات جودة الحياة لكبار السن، سبتمبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩١): مواجهة الظواهر والمشكلات الاجتماعية في دول مجلس التعاون، سبتمبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٢): التخطيط الاستراتيجي ومتطلباته الحديثة لإدارة المستقبل في دول مجلس التعاون، أكتوبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٣): دليل التقييم الشامل للحدث الجانح في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، أكتوبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٤): دراسة حقوق الطفل في قوانين دول مجلس التعاون دراسة مقارنة مع الصكوك الدولية الخاصة بحقوق الطفل، نوفمبر ٢٠١٤ م.
- العدد (٩٥): التماسك الأسري (حماية الأسرة في التجارب الدولية)، يناير ٢٠١٥ م.
- العدد (٩٦): الإطار القانوني للسياسات الاجتماعية في دول مجلس التعاون، فبراير ٢٠١٥ م.
- العدد (٩٧): التعاونيات الخليجية في ضوء التجارب الدولية، مارس ٢٠١٥ م.
- العدد (٩٨): تقييم أداء المنظمات الأهلية في التنمية بدول مجلس التعاون، مارس ٢٠١٥ م.
- العدد (٩٩): الرعاية اللاحقة للآحداث الجانحين بدول مجلس التعاون (المفهوم والتجارب والتحديات)، ابريل ٢٠١٥ م.
- العدد (١٠٠): ممارسة الإرشاد الأسري في دول مجلس التعاون: الأسس، العمليات، والقواعد المهنية الخلقية، مايو ٢٠١٥ م.

العدد (١٠١): التخطيط الاجتماعي تطبيقات حول عملية التخطيط الاجتماعي

لوزارات الشؤون الاجتماعية، أغسطس ٢٠١٥م.

العدد (١٠٢): المبادرات والمشروعات التي نفذتها دول مجلس التعاون الخليجي

في مجال تمكين المرأة في القطاع الخاص، (دراسة تقييميه)، يوليو ٢٠١٥م.

العدد (١٠٣): وضع اتفاقية حقوق الطفل في دول مجلس التعاون بعد ٢٥ عاماً

(استعراض السياسات والأطر الدستورية والتشريعية وبعض القضايا الدالة) سبتمبر ٢٠١٥م.

العدد (١٠٤): الخدمات التي تقدمها الأمم المتحدة ووكالاتها في المجالات

الاجتماعية وطرائق الاستفادة منها، أغسطس ٢٠١٥م.

العدد (١٠٥): التخطيط والتدريب الفني والمهني بدول مجلس التعاون لدول

الخليج العربية، يناير ٢٠١٦م.

العدد (١٠٦): الحماية القانونية للمرأة العاملة في ضوء تشريعات العمل بدول

مجلس التعاون ومعايير العمل الدولية والعربية، يناير ٢٠١٦م.

العدد (١٠٧): دليل عام لقياس الاسهام الاقتصادي والاجتماعي في دول مجلس

التعاون الخليجي، فبراير ٢٠١٦م.

العدد (١٠٨): (التماسك الأسري) حماية الأسرة من الإساءة، فبراير ٢٠١٦م.

العدد (١٠٩): التعاونيات الخيجية في ظل اقتصاد السوق وآلياته، مارس

٢٠١٦م.

العدد (١١٠): الشباب والتحديات المعاصرة في دول مجلس التعاون، مارس

٢٠١٦م.

العدد (١١١): مفهوم وتصنيف الإعاقة في دول مجلس التعاون الخليجي،
سبتمبر ٢٠١٦م.

العدد (١١٢): مخرجات التعليم واحتياجات سوق العمل، أكتوبر ٢٠١٦م.
العدد (١١٣): الأحداث الجانحين بين مسؤولية الدولة والأسرة والمجتمع المدني،
نوفمبر ٢٠١٦م.

العدد (١١٤): أوراق وأبحاث ورشة العمل حول تطوير الكوادر المعنية بمعايير
العمل الدولية والعربية بدول مجلس التعاون، نوفمبر ٢٠١٦م.
العدد (١١٥): أوراق عمل التكنولوجيا الحديثة وآثارها على أسواق العمل العربية
(الأنماط الجديدة للعمل)، ديسمبر ٢٠١٦م.

العدد (١١٦): أوراق عمل ورشة العمل حول المشروعات الصغيرة والمتوسطة
بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، ديسمبر ٢٠١٦م.
العدد (١١٧): تصميم البرامج الاجتماعية وقياس مؤشراتها في دول مجلس
التعاون الخليجي، نوفمبر ٢٠١٦م.

اجتماعية/سلسلة دراسات- الشيخوخة النشطة ٢٠١٧م/أمل