

# وضع المسنين في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

## 2021



منظمة التعاون الإسلامي



مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية  
والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية  
(سيسرك)







منظمة التعاون الإسلامي  
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية  
والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية  
(سيسرك)



## وضع المسنين في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي 2021



© ديسمبر 2021 مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية (سيسرك)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 Oran, Ankara –Turkey

+90-312-468 6172

الهاتف

www.sesric.org

الموقع الإلكتروني

pubs@sesric.org

البريد الإلكتروني

تخضع المادة المقدمة في هذا المنشور لقانون حقوق الطبع والنشر. يعطي المؤلفون الإذن بعرض ونسخ وتحميل وطباعة المواد المعروضة على أن لا يتم إعادة استخدامها، في أي ظرف كان، لأغراض تجارية. وللحصول على الإذن لإعادة إنتاج أو طبع أي جزء من هذا المنشور، يرجى إرسال طلب يشمل جميع المعلومات الضرورية لدائرة النشر بسيسرك.

وتوجه جميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص إلى دائرة النشر بسيسرك على العنوان المذكور أعلاه.

الرقم الدولي المعياري للكتاب: 9-15-7162-625-978

تصميم الغلاف: دائرة النشر، سيسرك.

لمزيد من المعلومات، يرجى التواصل مع دائرة الأبحاث عبر البريد الإلكتروني: [research@sesric.org](mailto:research@sesric.org)

# المحتويات

المختصرات.....	III
توطئة .....	IV
شكر وتقدير .....	VI
ملخص .....	1
1. مقدمة .....	4
2. الخصائص الديمغرافية للمسنين .....	7
2.1. محددات الخصائص الديمغرافية للشيخوخة .....	7
2.2. التغيرات في بنية السكان .....	12
3. سوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين .....	16
3.1. المسنون في سوق العمل .....	16
3.2. المعاشات وشبكات الأمان الاجتماعي .....	22
3.3. مقاربات بديلة لتعزيز مستوى الإدماج الاقتصادي .....	24
4. صحة ورفاهية المسنين .....	26
4.1. متوسط العمر المتوقع في صحة جيدة .....	26
4.2. الأمراض والإعاقات .....	28
4.3. سن الشيخوخة في صحة جيدة .....	31
4.4. السياسات المتعلقة بالشيخوخة في صحة جيدة .....	32
5. تمكين بيئة داعمة للمسنين .....	36
5.1. الشيخوخة النشطة والبيئة التمكينية .....	36
5.2. أنظمة الحماية الاجتماعية .....	40
6. الثقافة والمسنون .....	44
6.1. الإسلام والثقافة والمسنون .....	44
6.2. المؤسسات والثقافة والمسنون .....	45
6.3. دمج الثقافة في السياسات المتعلقة بالمسنين .....	48

50.....	7. كوفيد-19 والمسنون
50.....	7.1. وضع كوفيد-19 في دول منظمة التعاون الإسلامي
53.....	7.2. تأثير كوفيد-19 على المسنين
57.....	8. توصيات متعلقة بالسياسات
61.....	الملحقات
65.....	المراجع

## المختصرات

رابطة أمم جنوب شرق آسيا	ASEAN
لجنة منظمة التعاون الإسلامي الدائمة للتعاون الاقتصادي والتجاري	COMCEC
مرض فيروس كورونا المستجد في 2019	COVID-19
منظمات المجتمع المدني	CSOs
أوروبا وآسيا الوسطى	ECA
شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية	ESALA
النتائج المحلي الإجمالي	GDP
الأشخاص النازحون داخليا	IDPs
منظمة العمل الدولية	ILO
الاتحاد البرلماني الدولي	IPU
البنك الإسلامي للتنمية	IsDB
متوسط العمر المتوقع عند الولادة	LEB
معدل المشاركة في القوى العاملة	LFPR
الأهداف الإنمائية للألفية	MDGs
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	MENA
صحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين	MNCAH
رينغيت ماليزي	MYR
مكاتب الإحصاء الوطنية	NSO
منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي	OECD
منظمة التعاون الإسلامي	OIC
أهداف التنمية المستدامة	SDGs
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية	SESRIC
المشاريع الصغيرة ومتوسطة الحجم	SME
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	SSA
الأمم المتحدة	UN
إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة	UN DESA
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	UNDP
البنك الدولي	WB
منظمة الصحة العالمية	WHO
السنوات المفقودة بسبب الإعاقة	YLD

يشكل الأشخاص ذوو الإعاقة في الوقت الحاضر نسبة مهمة من سكان العالم في ظل تحسن معدل طول العمر بفضل التقدم في العلوم وخدمات الرعاية الصحية. وباتت الزيادة المتواصلة لعدد السكان المسنين من القضايا الملحة التي تجسد تحديا كبيرا بالنسبة لصناع السياسات، خاصة وأن مستوى رفاه المسنين رهين بدرجة كبيرة بمدى توفير خدمات الرعاية الصحية والتأهيل المناسبة، فضلا عن إدماجهم في مختلف المجالات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. فالمسنون قادرون على المساهمة بفعالية في تحقيق التنمية المستدامة في مجتمعاتهم إذا ما توفرت لهم بيئة تمكينية ومحيط مشجع، وذلك بفضل ما راكموه من معرفة وخبرة في حياتهم فضلا عن الموارد ووضعهم الاجتماعي.

يقدم إصدار 2021 من تقرير "وضع المسنين في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي" تحليلا شاملا للوضع الراهن للمسنين في بلدان المنظمة من خلال استعراض أحدث البيانات والمعلومات المتاحة المتعلقة بسوق العمل والرعاية الصحية والأعراف الثقافية والبيئة الداعمة. ويبرز التقرير أن زيادة متوسط العمر المتوقع وتراجع مستويات الخصوبة من العوامل المساهمة في الزيادة المطردة لأعداد المسنين في بلدان المنظمة، إذ ارتفعت نسبة البالغة أعمارهم 60 عاما فأكثر من إجمالي عدد السكان من 5.7% في عام 1990 إلى 7.4% في 2020. ومن المتوقع أن تصل هذه الحصة إلى 13.9% في 2050، وهذا ما يعني تسجيل زيادة كبيرة في فئة المسنين من السكان في قادم العقود.

يكشف استعراض متعلق بالممارسات القطاعية بشأن الشيخوخة والمسنين أن الآليات القائمة ليست في أحسن حال في العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. فأحدث التقديرات تشير إلى أن ضعف قوانين سوق العمل والتمييز على أساس السن من العوامل المساهمة في تسجيل بلدان المنظمة لتراجع في متوسط معدل مشاركة المسنين في القوى العاملة، من 36.4% في 2010 إلى 34.8% في 2019 بالنسبة للرجال، ومن 16% في 2010 إلى 15.5% في 2019 بالنسبة للنساء. وبالمقابل، لم يتعدى متوسط نسبة المسنين المستفيدين من المزايا التي تمنحها مختلف أنظمة المعاشات التقاعدية في بلدان المنظمة 31.5% مقارنة بحصة 54% كمتوسط عالمي في 2017. ورغم أن الهياكل الأسرية والاجتماعية التقليدية في بلدان المنظمة تولى أهمية قصوى لحماية كبار السن، إلا أنهم يواجهون تحديات أخرى على المستوى الثقافي مثل الوصمة الاجتماعية والعزلة والتمييز على أساس السن. ومع ظهور جائحة كوفيد-19 في الآونة الأخيرة، زاد وضع المسنين سوءا وتعقيدا في جميع بلدان المنظمة وباقي مناطق العالم.

معلوم أن الشيخوخة عملية بيولوجية طبيعية لا يمكن إيقافها، لكن يمكن التحكم في نسقتها وآثارها على المجتمعات من خلال الاعتماد على سياسات وبرامج حكيمة وتطبيق في الوقت المناسب. والأرقام تشير إلى أن العديد من بلدان المنظمة أحرزت تقدما جديرا بالثناء خلال السنوات القليلة الماضية في مجال النهوض



بمستوى رفاهية المسنين، وذلك من خلال وضع وتنفيذ مجموعة من السياسات والبرامج مثل خدمات التطبيب عن بعد ومجموعات الدعم النشطة في المجتمعات وخطط العمل المرنة المراعية لخصوصيات كبار السن. وعلى مستوى مجتمع منظمة التعاون الإسلامي، يعد اعتماد استراتيجية المنظمة بخصوص المسنين من الإنجازات الفارقة، وتضم 4 مجالات مواضيعية للتعاون ويندرج تحتها 19 هدفا استراتيجية. لكن لتنفيذ هذه الاستراتيجية، يتعين على بلدان المنظمة إيلاء أهمية خاصة لمسألة تعزيز سياسات وبرامج 'سليمة وفعالة بشأن الشيخوخة' بهدف أن تكون داعمة ليس فقط على مستوى صون القدرات البدنية والنفسية للمسنين بل أيضا على صعيد تشجيعهم على المشاركة الفعالة في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

كلي يقين بأن نتائج هذا التقرير ستكون ذات فائدة كبيرة في معالجة أبرز التحديات التي يواجهها كبار السن في بلداننا من خلال تعزيز التعاون فيما بينها صوب تنفيذ استراتيجية المنظمة بخصوص المسنين.

نبيل دبور  
المدير العام  
سيسرك

## شكر وتقدير

أعد هذا التقرير فريق من الباحثين العاملين في سيسرك، وضم السيد جام تينتين والسيدة تآزين قرشي. وسهر السيد مزهر حسين، مدير دائرة الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية، على تنسيق عملية إنجاز البحث التي كانت تحت إشراف سعادة السيد نبيل دبور، المدير العام لسيسررك.

وقد كانت مساهمة المؤلفين في إعداد أقسام هذا التقرير كالآتي: أعد السيد جام تينتين المقدمة والقسم الثالث المتعلق بسوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين والقسم الرابع المتمحور حول صحة ورفاهية المسنين والقسم السابع المتعلق بكوفيد-19 وكبار السن. فيما أعدت السيدة تآزين قريشي القسم الثاني بشأن الخصائص الديمغرافية للمسنين والقسم الخامس حول تمكين بيئة داعمة للمسنين والقسم السادس المتعلق بالثقافة والمسنين. واشتغل الباحثان بشكل مشترك على إعداد القسم الثامن بشأن التوصيات المتعلقة بالسياسات.

## ملخص

يسلط هذا التقرير الضوء على دور المسنين في تنمية بلدان منظمة التعاون الإسلامي ويستعرض وضع هذه البلدان المتعلق بسوق العمل والإدماج الاقتصادي لكبار السن، وصحتهم ورفاهيتهم، وتمكين بيئة داعمة لهم، والثقافة وكبار السن. ويتطرق التقرير لموضوع خاص يتعلق بتداعيات جائحة كوفيد-19 على كبار السن في بلدان المنظمة. وفي الأخير، يقترح التقرير على صناع السياسات مجموعة من التوصيات المتعلقة بالسياسات الرامية إلى التغلب على عدد من التحديات البارزة التي يواجهها كبار السن.

### الخصائص الديمغرافية للمسنين

إن معدل الخصوبة ومتوسط العمر المتوقع محددين رئيسيين للخصائص الديموغرافية للمسنين. ففي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، من المتوقع أن تتراجع معدلات الخصوبة من متوسط 4.6 طفل لكل امرأة المسجل خلال فترة 1990-1995 إلى 3.2 طفل خلال فترة 2020-2025. لكن متوسط معدلات الخصوبة في مناطق المنظمة أعلى بالمقارنة مع معدلات مجموعة البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة ومجموعة البلدان المتقدمة وسيظل مرتفعاً نسبياً على امتداد المستقبل القريب. ومن المتوقع أن يرتفع متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 60 عاماً من العمر من 16.3 سنة إلى 18.8 سنة بين فترتي 1990-1995 و 2020-2025. وبحلول عام 2050، من المتوقع أن يزيد المتوسط بمعدل 1.8 سنة. لكن يبقى متوسط العمر المتوقع في بلدان المنظمة أقل من مقابله في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وفي البلدان المتقدمة. ومن تجليات شيخوخة السكان في بلدان المنظمة ارتفاع حصة المسنين البالغة أعمارهم 60 عاماً فما فوق من 5.7% المسجلة عام 1990 إلى 7.4% في عام 2020. وبحلول عام 2050، من المتوقع أن تبلغ هذه الحصة 13.9% في بلدان المنظمة.

### سوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين

يتمتع المسنون بإمكانية المساهمة في التنمية الاقتصادية والرفع من إنتاجية العمل من خلال مشاركتهم في القوى العاملة الرسمية وغير الرسمية. لكن بالرغم من الارتفاع النسبي لمعدل السكان الشباب، لا تزال معدلات إعالة المسنين تسير في منحى تزايدى مطرد في العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بسبب التحول الديموغرافي. فقد ارتفعت نسبة إعالة المسنين في مجموعة بلدان المنظمة من 6.2% المسجلة عام 2010 إلى 6.8% في عام 2019، بينما زاد المتوسط العالمي بمعدل 2.3 نقطة ليبلغ نسبة 13.9% في 2019. وزيادة عتلى ذلك، سجلت بلدان المنظمة تراجعاً في متوسط معدل مشاركة المسنين من الرجال في القوى العاملة من 36.4% المسجل في 2010 إلى 34.8% في 2019، ومن 16% في 2010 إلى 15.5% في 2019 في صفوف النساء من المسنين، وذلك راجع لعوامل متعددة من أبرزها قوانين سوق العمل والتمييز على أساس السن.

## صحة ورفاهية المسنين

حققت العديد من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تقدماً ملحوظاً خلال العقد الماضي من الزمن في مسار النهوض بصحة ورفاهية كبار السن، وذلك بفضل مجموعة من العوامل مثل تحسين البنية التحتية للرعاية الصحية وزيادة حجم الاستثمارات في الرعاية طويلة الأجل، فضلاً عن الاستفادة من عدد من المبادرات الإقليمية والدولية بشأن تمتع المسنين بصحة جيدة. ونتيجة لذلك، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 60 عاماً في بلدان المنظمة من 13.3 المسجل عام 2010 إلى 13.8 في 2019. لكن تبقى معدلات الوفيات والإعاقات مرتفعة نسبياً في صفوف كبار السن في بلدان المنظمة مقارنة بالمتوسطات العالمية، وهو الأمر الذي يستدعي بذل جهود إضافية لتعزيز فرص استفادة المسنين من خدمات الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأجل والقدرة على تحمل تكاليفها.

## تمكين بيئة داعمة للمسنين

تنطوي البيئة الداعمة للمسنين على ثلاثة أبعاد. أولها بيئة مادية داعمة تركز على مجموعة من العوامل مثل قابلية الوصول إلى الخدمات الاجتماعية والسلامة الجسدية والوصول إلى وسائل النقل والحق في الهواء والماء والغذاء والنظيف لكبار السن. ويتمثل البعد الثاني في توفر بيئة داعمة اجتماعياً لكبار السن، وذلك من قبيل تطوير برامج تعزز التفاعلات الاجتماعية وتحمي كبار السن من العنف وسوء المعاملة وتضمن وصولهم إلى برامج التعلم مدى الحياة وتساهم في النهوض بمستوى مشاركتهم في عمليات صنع القرار. وفي الأخير، توفر بيئة داعمة اقتصادياً، وهذا يستلزم بالضرورة تحسين مستوى دخل كبار السن وإمكانية الوصول إلى أنظمة الحماية الاجتماعية والتوظيف (بما في ذلك العمالة الرسمية وغير الرسمية والعمل الحر). والوضع القائم المتعلق بالبرامج والإجراءات التي تصب في إطار هذه الأبعاد الثلاثة يستلزم مزيداً من العمل للنهوض بها في العديد من بلدان المنظمة. ففي 2017 سجلت بلدان المنظمة أدنى المعدلات (31.5%) من حيث متوسط نسبة المسنين الذين يتلقون مزايا من مختلف أنظمة المعاشات التقاعدية، مقارنة بمتوسط مجموعات البلدان الأخرى والمتوسط العالمي (54%). ويختلف مستوى المزايا التي يستفيد منها المسنون (بالدولار الأمريكي) من بلد لآخر بصورة ملحوظة في مجموعة بلدان المنظمة التي تتميز بأنظمة معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات. فعلى سبيل المثال، يبلغ مستوى الاستفادة من برنامج معاشات الشيخوخة في بروناي دار السلام 179.2 دولاراً أمريكياً شهرياً، لكنه في بنغلاديش بالمقابل لا يتعدى مبلغ 6.4 دولارات في الشهر.

## الثقافة والمسنون

تؤثر المعتقدات والممارسات الثقافية على طبيعة الأعراف الاجتماعية المتعلقة بالمسنين والشيخوخة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. فالتعاليم الدينية بخصوص رعاية كبار السن والشيخوخة تجعل من الأسر محور أنظمة الرعاية، وهذا ما يجعل الرعاية غير الرسمية للمسنين الممارسة الأكثر شيوعاً في بلدان المنظمة. ففي عام 2019 كان أكثر من نصف السكان المسنين يعيشون في كنف أسر ممتدة على صعيد 25 بلداً عضواً في المنظمة. ومن الممارسات السائدة أيضاً عيش كبار السن مع الزوج أو شريك الحياة في أسر معيشية متعددة

الأجيال. ففي 12 بلدا عضوا في المنظمة يعيش أكثر من نصف كبار السن في كنف أسر معيشية كبيرة مكونة من ستة أفراد أو أكثر. وفي ظل غياب رعاية أسرية مناسبة وسط بيئة ثقافية سريعة التغير، باتت مسؤولية رعاية المسنين تقع على عاتق الخدمات الحكومية في بلدان المنظمة. وفي عملية صياغة السياسات التي تلبى احتياجات كبار السن ومتطلبات الشيخوخة، من المهم بالنسبة لصانعي السياسات في بلدان المنظمة الانتباه لمسألة القيم الثقافية لأن من شأن الاعتبارات الثقافية تحديد ما إذا كانت هذه السياسات محط قبول اجتماعي.

## كوفيد-19 والمسنون

طلالات تداعيات جائحة كوفيد-19 كل مناحي حياة الأفراد في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك بلدان منظمة التعاون الإسلامي. والفئات الهشة والمحرومة، بما في ذلك كبار السن، هي التي نالت النصيب الأوفر من آثار هذه الجائحة. وبحلول نهاية فبراير 2021، تجاوز العدد الإجمالي لحالات الإصابة بكوفيد-19 في بلدان المنظمة 12.2 مليون حالة ونجم عنها 233 ألف حالة وفاة. ومحاصرة فيروس كورونا المستجد والحد من انتشاره وحماية الفئات الهشة من السكان الذين هم أكثر عرضة للخطر، بما في ذلك كبار السن، فرضت بلدان المنظمة تدابير صارمة متعلقة بالصحة والسلامة العامة مثل الإغلاق التام وحظر التجول وإغلاق الحدود. لكن هذه التدابير الوقائية أدت إلى بروز تحديات إضافية كبيرة بالنسبة لكبار السن، ومن ذلك تدهور الصحة النفسية والبدنية وتزايد احتمالية العيش في عزلة والتعرض لسوء المعاملة وتدني الرفاهية الاقتصادية. لذلك من المهم أن يتم مراعاة احتياجات المسنين في جهود الاستجابة والتعافي مع تصميم سياسات خاصة على مستوى الاستجابة لهذه التحديات لضمان رفاههم الاجتماعي والاقتصادي.

## توصيات متعلقة بالسياسات

تشير النتائج التي توصل إليها هذا التقرير إلى ضرورة أن تولي مجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي أولوية للقضايا المتعلقة بالشيخوخة والمسنين على مستوى أجندة سياساتها في ظل الزيادة التدريجية لمتوسط عمر السكان فيها. فالزيادة المتواصلة في عدد المسنين، إلى جانب التغيرات السريعة في طبيعة مجتمعات المنظمة بسبب العولمة وتغير بنية الأسرة، تستلزم تدخلات على مستوى السياسات الخاصة بمجموعة من المجالات. وينبغي أن تتم عملية وضع وتنفيذ سياسات ناجحة بشأن المسنين بالتنسيق بين مختلف الجهات المعنية على مختلف المستويات مثل المجتمع الدولي والمجتمع المدني. ومع تفشي جائحة كوفيد-19 بدى جليا مدى أهمية بذل مزيد من الجهود بخصوص القضايا التي تخص كبار السن. وعلى مستوى السياسات، من شأن العوامل المتمثلة في تطوير سياسات شاملة وقائمة على الأدلة، وإصلاح وإعادة هيكلة أنظمة الضمان الاجتماعي، ومناهضة التحيز ضد المسنين والتمييز على أساس السن، والاستثمار في تعليم وتدريب المسنين، وتقديم حوافز لتوظيف كبار السن وإدماجهم في العملية الاقتصادية وتنفيذ استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين أن تساهم بصورة كبيرة في معالجة أبرز التحديات التي يواجهها كبار السن في بلدان المنظمة.

## 1. مقدمة

الشيخوخة عملية طبيعية ومرحلة عمرية يمر بها الجميع، ويمكن لعوامل عدة التأثير على وتيرتها سواء على المستوى الفردي أو الجماعي. فعلى المستوى الفردي، يمكن لنمط الحياة غير الصحي والمحيط السلبي، مثل كثرة التعرض للضغط، المساهمة بصورة كبيرة في إلى تسارع وتيرة الشيخوخة. وعلى المستوى المجتمعي، تساهم عوامل التقدم في الرعاية الصحية، وتراجع معدلات الخصوبة، والتوسع الحضري السريع، وزيادة متوسط العمر المتوقع في زيادة وتيرة الشيخوخة وعدد المسنين<sup>1</sup> في بلدان منظمة التعاون الإسلامي والعالم. ويرجح أن يتواصل هذا النمط ويكتسب زخماً إضافياً خلال العقود القليلة القادمة. وتشير إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة إلى أنه بحلول عام 2050 سيكون شخص واحد من كل 6 أشخاص في العالم فوق سن 65 من العمر مقارنة بمعدل شخص واحد من كل 11 شخص المسجل عام 2019 (UN DESA, 2019).

وعلى مستوى الرفاه الاجتماعي والاقتصادي، تشكل الزيادة في عدد المسنين وتيرة الشيخوخة تحديات إضافية لصانعي السياسات، وفي الوقت ذاته تزيد من تعقيد المشاكل القائمة التي يعاني منها كبار السن. ولشيخوخة السكان آثار كبيرة على الظروف المعيشية والترتيبات المعيشية للمسنين وعلى مستوى مساهمتهم المثمرة في المجتمع واحتياجاتهم من الحماية الاجتماعية والرعاية الصحية. والهواجس المرتبطة بها لا تصب فقط في ما يتعلق بتوفير المعاشات التقاعدية والرعاية الصحية لكبار السن، بل لها أبعاد وآثار متعددة أكثر تعقيداً. وفي هذا الصدد، أصبحت مسألة تحقيق الإدماج الكامل للمسنين في الحياة الاجتماعية والاقتصادية وحماية حقوقهم ومكافحة التمييز على أساس السن وتمكين بيئة داعمة تضمن لهم الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية من أبرز الشواغل الوطنية لواضعي السياسات.

إن التغيرات الديموغرافية التي تشهدها العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي والعالم النامي تستلزم اعتماد مقاربات جديدة لفهم وقياس الشيخوخة والاستجابة لاحتياجات المسنين، وهذا ما يمكن أن يتحقق من خلال التعاون على الصعيدين الإقليمي والدولي. وفي هذا السياق، اعتمدت عدة منظمات إقليمية ودولية مجموعة من الوثائق الاستراتيجية للتصدي للتحديات التي يواجهها المسنون والاستجابة لاحتياجات المجتمعات المسجلة لمعدلات شيخوخة مرتفعة. وتعد خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة (1982) من أولى الخطط الدولية في هذا المجال. كما يعتبر الإعلان السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2002) من أطر العمل الأخرى التي اعتمدها الأمم المتحدة في هذا المجال. ومؤخراً، تناولت خطة التنمية المستدامة

<sup>1</sup> وفقاً لتعريف الأمم المتحدة، المسنون أو كبار السن هم الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاماً فما فوق. لكن في بعض الحالات، يصنف كبار السن ضمن الفئة العمرية 65 عاماً أو أكثر، وذلك راجع لوجود اختلافات في تعريفات مختلف مصادر البيانات أو بسبب القيود المتعلقة بتوافر البيانات.

لعام 2030 القضايا المتعلقة بالشيخوخة والمسنين ضمن عدد من الأهداف مثل القضاء على الفقر (الهدف 1) وضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار (الهدف 3) وتعزيز المساواة بين الجنسين (الهدف 5) وتحقيق العمالة الكاملة والمنتجة وتوفير العمل اللائق للجميع (الهدف 8) والحد من انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها (الهدف 10) وجعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة (الهدف 11) (UN DESA, 2020).

وفي الآونة الأخيرة، اتخذت منظمة التعاون الإسلامي بدورها مجموعة من الإجراءات التي تروم إدراج المواضيع الخاصة بكبار السن والشيخوخة في جدول أعمالها. وفي هذا السياق، ينص برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي حتى عام 2025، الذي تم اعتماده في 2016، على أهداف محددة بشأن حماية الفئات الهشة والنهوض بوضعهم، بما في ذلك كبار السن (الإطار 1.1). وزيادة على ذلك، نظمت منظمة التعاون الإسلامي لأول مرة في تاريخها مؤتمرا على المستوى الوزاري بشأن التنمية الاجتماعية في 2019 (المؤتمر الوزاري الأول المعني بالتنمية الاجتماعية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي)، وأدرج المؤتمر موضوع المسنين والشيخوخة في جدول الأعمال كبنود الأربعة الرئيسية. واستعرض المؤتمر استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين واعتمدها (منظمة التعاون الإسلامي وسيسرك، 2019). وكان اعتماد هذه الاستراتيجية علامة فارقة بالنسبة لبلدان المنظمة لكونها تمثل أداة توجيهية لصناع السياسات في قياس حجم التحولات الديمغرافية خلال السنوات القادمة، بغرض رسم صورة عمّا سيترتب عن ذلك من آثار اجتماعية وصحية واقتصادية. وتنص الوثيقة على 19 هدفا استراتيجية وعدد من الإجراءات العملية تحت كل من هذه الأهداف ضمن أربع ركائز أساسية تغطي مواضيع بدءا من الاقتصاد ووصولاً إلى الثقافة.

وعلى هذا الأساس، يهدف الإصدار الثالث من تقرير وضع المسنين إلى تقديم تحليل مقارن بشأن وضع كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. يستعرض التقرير في البداية أحدث الاتجاهات الديموغرافية في بلدان المنظمة لوضع أساس للاستفاضة أكثر في الموضوع (القسم 2). وتسلط الأقسام الأربعة الموالية الضوء على أربعة مجالات، بما يتماشى مع استراتيجية المنظمة بخصوص المسنين، وتستعرض وضع هذه البلدان وأدائها بشأن سوق العمل والإدماج الاقتصادي لكبار السن (القسم 3) وصحتهم ورفاهيتهم (القسم 4) وتمكين بيئة داعمة لهم (القسم 5) والثقافة وكبار السن (القسم 6). ويعرض القسم 7، باعتباره يتناول موضوعا محددًا، نقاشا موجزا بشأن تداعيات جائحة كوفيد-19 على كبار السن في بلدان المنظمة. ويقترح التقرير في الأخير مجموعة من التوصيات المتعلقة بالسياسات بشأن سبل معالجة التحديات المستمرة التي يواجهها كبار السن بما في ذلك المتعلقة منها بجائحة كوفيد-19، والتنفيذ الفعال لاستراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين، وتعزيز التعاون فيما بين بلدان المنظمة في هذا المجال الهام، على أمل أن تقدم هذه التوصيات مساهمة لبلدان المنظمة من تحقيق تنمية شاملة ومستدامة دون إغفال أحد.

## الإطار 1.1: استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين

اعتمد المؤتمر الوزاري الأول المعني بالتنمية الاجتماعية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (إسطنبول، 07-09 ديسمبر 2019) استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين. ورحب مجلس وزراء خارجية دول المنظمة في دورته السادسة والأربعين (نيامي، نوفمبر 2020) بهذه الاستراتيجية. فمن خلال تحليل المؤشرات النوعية والكمية ذات الصلة بالمسنين في بلدان المنظمة وتقييم مجموعات البيانات الدولية واستعراض الخطط الوطنية والإقليمية والدولية في هذا المجال، تحدد الاستراتيجية في البداية أبرز القضايا والتحديات في المجالات ذات الصلة بالحقل الاجتماعي والاقتصادي والصحة والرفاهية والثقافة. وفي ضوء مجموعة التحديات المحددة التي يواجهها كبار السن في بلدان المنظمة، تحدد الاستراتيجية مجالات التعاون الأربعة التالية و 19 هدفاً استراتيجياً تحتها:

### I. سوق العمل والتكامل الاقتصادي

- الهدف الاستراتيجي 1.1: تطوير واعتماد أنظمة عمل بديلة
- الهدف الاستراتيجي 2.1: تشجيع التكامل الاقتصادي للسكان المسنين
- الهدف الاستراتيجي 3.1: تعزيز تنمية مهارات السكان المسنين وفقاً لاحتياجات سوق العمل
- الهدف الاستراتيجي 4.1: تعزيز التنسيق الفعال بين أصحاب المصلحة الرئيسيين وتعزيز التعاون فيما بين الدول الأعضاء في المنظمة
- الهدف الاستراتيجي 5.1: تحسين نطاق خدمات الضمان الاجتماعي وسبل تقديمها
- الهدف الاستراتيجي 6.1: التعامل مع التمييز في العمل

### II. الصحة والرفاه

- الهدف الاستراتيجي 1.2: تحسين الوقاية من الأمراض
- الهدف الاستراتيجي 2.2: الاستثمار في خدمات إعادة التأهيل والرعاية الطويلة الأجل
- الهدف الاستراتيجي 3.2: تحسين الآليات العامة بما في ذلك نظم الضمان الاجتماعي
- الهدف الاستراتيجي 4.2: ضمان الحصول على الخدمات الصحية
- الهدف الاستراتيجي 5.2: تشجيع التعاون فيما بين القطاعات وفيما بين دول منظمة التعاون الإسلامي

### III. تمكين بيئة داعمة

- الهدف الاستراتيجي 1.3: تطوير سياسات لضمان بيئة داعمة للسكان المسنين
- الهدف الاستراتيجي 2.3: تحسين تنقل المسنين عبر جميع مجالات الحياة
- الهدف الاستراتيجي 3.3: تشجيع العمل التطوعي للمسنين لتحسين رفاهيتهم وتيسير عملية مساهمتهم في المجتمع
- الهدف الاستراتيجي 4.3: تحسين المقاربات المعنية بشؤون المسنين القائمة على أساس علمي من أجل تلبية احتياجات المسنين بشكل أفضل وتهيئة الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي لاستقبال التغيرات الديمغرافية المستقبلية

### IV. الثقافة

- الهدف الاستراتيجي 1.4: مناهضة التحيز ضد المسنين في المجتمع ككل وتعزيز الصور الإيجابية للشيوخة والمسنين
- الهدف الاستراتيجي 2.4: تعزيز التضامن من خلال الإنصاف والمعاملة بالمثل بين الأجيال
- الهدف الاستراتيجي 3.4: القضاء على العنف ضد المسنين والإساءة لهم وإهمالهم
- الهدف الاستراتيجي 4.4: دعم وتعزيز العائلات والمؤسسات المضطلة بشؤون الرعاية

المصدر: منظمة التعاون الإسلامي (2019)



## 2. الخصائص الديمغرافية للمسنين

تشير إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة (2019) إلى أن عدد السكان البالغة أعمارهم 60 عاماً فما فوق في تزايد مستمر وبوتيرة أسرع من باقي الفئات العمرية على مدار العقد الماضي. وهذا النمو، مصحوباً بتراجع معدلات الخصوبة والمستوى المرتفع لمعدل العمر المتوقع، يساهم في تسجيل زيادة في نسبة كبار السن في العالم. لطالما كانت الوتيرة المتسارعة للشيخوخة نمطاً تتميز به البلدان المتقدمة لعدة عقود مضت، لكنها لم تكتسب زخماً يذكر في العالم النامي، بما في ذلك مجموعة من بلدان المنظمة، إلا حديثاً.

شيخوخة السكان ظاهرة طبيعية لا يمكن مقاومتها في أي مكان في العالم. لكن من المتوقع أن تصبح الشيخوخة "من أبرز التحولات الاجتماعية في القرن الحادي والعشرين، مع ما يترتب على ذلك من آثار على جميع القطاعات في المجتمع" (UN, 2020). فالبلدان ذات الأعداد الكبيرة من المسنين، من جهة، تواجه تحديات اجتماعية واقتصادية فريدة تتطلب استجابات فورية على صعيد السياسات. وتتمثل أبرز التحديات المرتبطة بالشيخوخة في تراجع عدد السكان الذين هم في سن العمل وتدني مستوى الإنتاجية وزيادة عدد المتقاعدين والضغط على أنظمة الحماية الاجتماعية وتنامي المخاطر المحدقة باستدامة النظم المالية وتغير أنماط الاستهلاك وارتفاع مستويات عدم المساواة ... إلخ (Asian Development Bank Institute, 2019). ومن جهة أخرى، يتمتع كبار السن بالقدرة على المساهمة في تنمية مجتمعاتهم من خلال انخراطهم الاستباقي في المساهمة في تدبير شؤون أسرهم ومجتمعاتهم وحتى أسواق العمل وأسواق المال (Cox, Henderson, & Baker, 2014). لذلك تتمثل أبرز الشواغل على مستوى السياسات بالنسبة لبلدان المنظمة في ضمان توفير ظروف ينعم فيها المسنون بالرفاه الاجتماعي والاقتصادي.

وفي هذا الصدد، يستعرض هذا القسم الخصائص الديمغرافية للمسنين في بلدان المنظمة مقارنة بالبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. ويسلط الضوء على العوامل المحددة للخصائص الديموغرافية للشيخوخة والتغيرات في الهيكل السكاني، وذلك استناداً إلى البيانات المتاحة المتعلقة بفترة 1990-2050 (توقعات).

### 2.1. محددات الخصائص الديمغرافية للشيخوخة

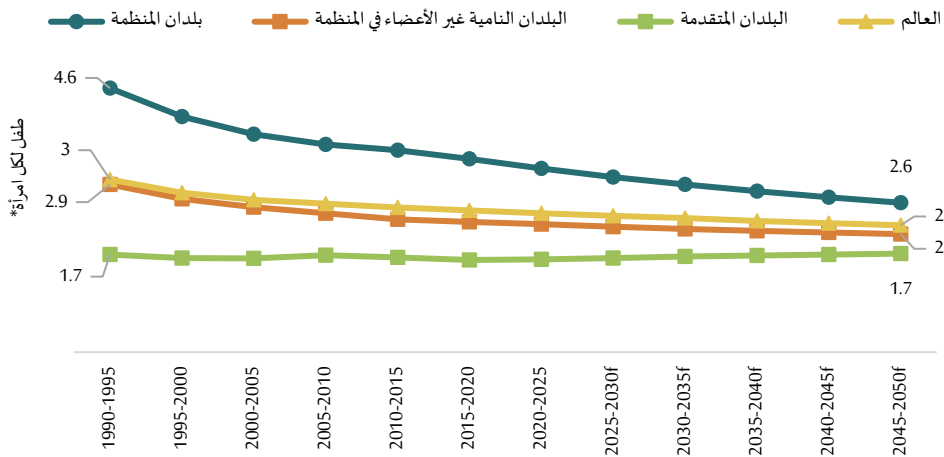
شيخوخة السكان ظاهرة تتجلى عندما يرتفع متوسط عمر السكان نتيجة لتراجع معدلات الخصوبة وارتفاع متوسط العمر المتوقع. وهذين المؤشرين هما المحددان الأساسيان للشيخوخة. فمعدلات الخصوبة تشير إلى عدد المواليد الأحياء لكل امرأة في بلد معين. وتسجيل معدل 2.1 طفل لكل امرأة كمعدل خصوبة بمستوى الإحلال يعدل كافياً للقول بأن هناك توازن على مستوى السكان (Searchinger et al., 2013). وفي حين أن معدلات الخصوبة فوق مستوى الإحلال تدل على وجود نمو سكاني، نجد أن معدلات الخصوبة المرتفعة جداً قد تؤدي إلى خلق صعوبات اجتماعية واقتصادية بالنسبة للأسر. وبالمقابل، تشير معدلات الخصوبة التي لا

ترقى لمعدل الإحلال إلى وجود منحنى نحو الشيخوخة السكانية وبالتالي حصول تراجع في عدد السكان. وكما هو الشأن بالنسبة لمعدلات الإحلال السكاني المرتفعة جدا، يمكن أن ينجم عن معدلات الإحلال المنخفضة عواقب اجتماعية واقتصادية تستلزم تدخلات على مستوى السياسات ووعمل مؤسسي لمعالجتها.

وعلى الصعيد العالمي، معدلات الخصوبة أخذت في التراجع على نحو مطرد منذ تسعينيات القرن الماضي ومن المتوقع أن تواصل تراجعها في المستقبل (الشكل 1.2). وعلى نفس النسق، انخفض معدل الخصوبة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من مستوى 4.6 طفل لكل امرأة خلال فترة 1990-1995 إلى 3.2 طفل خلال فترة 2020-2025، ومن المتوقع أن يتراجع أكثر ويسجل 2.6 طفل لكل امرأة بحلول عام 2050. لكن مع ذلك يبقى متوسط معدلات الخصوبة في بلدان المنظمة أعلى من متوسط البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة (2.2 طفل لكل امرأة) وأعلى بكثير من متوسط البلدان المتقدمة (1.7 طفل لكل امرأة) خلال فترة 2020-2025.

ومن المتوقع أن يظل متوسط معدلات الخصوبة في بلدان المنظمة بحلول عام 2050 أكبر من معدل الإحلال البالغ 2.1 طفل لكل امرأة. ويتوقع أن تتراجع معدلات الخصوبة لمستوى قريب من معدلات الإحلال في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة بحلول عام 2050. كما يتوقع أن تظل معدلات الخصوبة ثابتة في البلدان المتقدمة (ما يقرب من 1.7 طفل لكل امرأة) حتى عام 2050.

الشكل 1.2: معدلات الخصوبة، 1990-2050



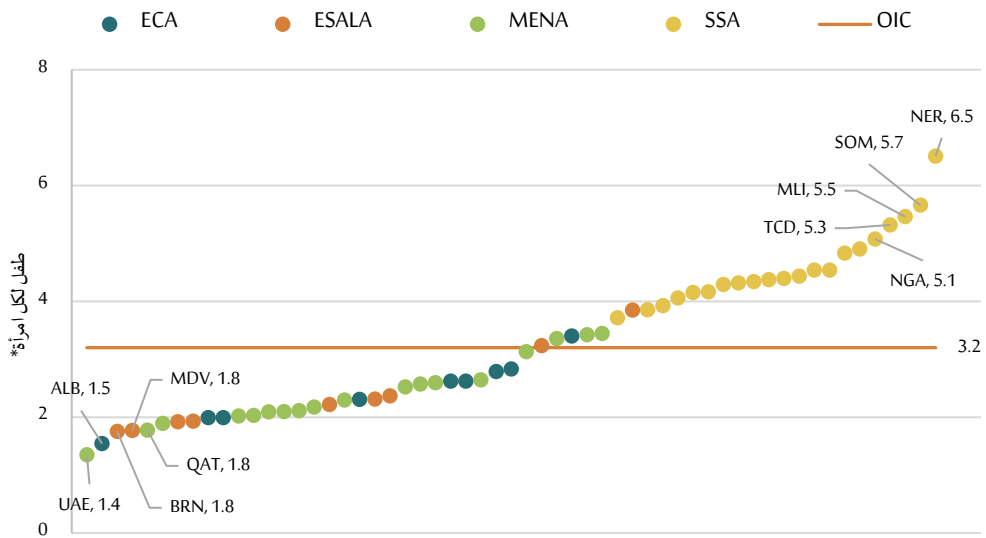
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2019. ملاحظة: \* طفل لكل امرأة في سن الإنجاب (15-49). f تدل على قيم متوقعة. عادة ما يتم تبويب القيم لمجموعات خمس سنوات من قبل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة.

وعلى مستوى فرادى بلدان المنظمة، تشير الأرقام إلى وجود تفاوتات شاسعة في معدلات الخصوبة بين البلدان. ويعرض الشكل 2.2 معدلات الخصوبة في فرادى بلدان المنظمة خلال الفترة الممتدة بين عامي 2020 و 2025. ويظهر أن معظم بلدان المنظمة المسجلة لمستويات خصوبة مرتفعة تقع ضمن منطقة أفريقيا جنوب

الصحراء. فالنيجر على سبيل المثال تسجل أعلى معدلات الخصوبة تبلغ 6.5 طفل لكل امرأة، تليها الصومال (5.7 طفل لكل امرأة) ومالي (5.5 طفل لكل امرأة) وتشاد (5.3 أطفال لكل امرأة) ثم نيجيريا (5.1 طفل لكل امرأة).

وبعض بلدان المنظمة تسجل معدلات خصوبة حدية أو دون مستوى معدل الإحلال. فقد سجلت الإمارات العربية المتحدة أدنى معدلات الخصوبة خلال فترة 2020-2025 بما متوسطه 1.4 طفل لكل امرأة، وتليها ألبانيا بمعدل 1.5 طفل لكل امرأة. وحتى بروناي دار السلام وجزر المالديف وقطر سجلت معدلات خصوبة متدنية حيث بلغت 1.8 طفل لكل امرأة.

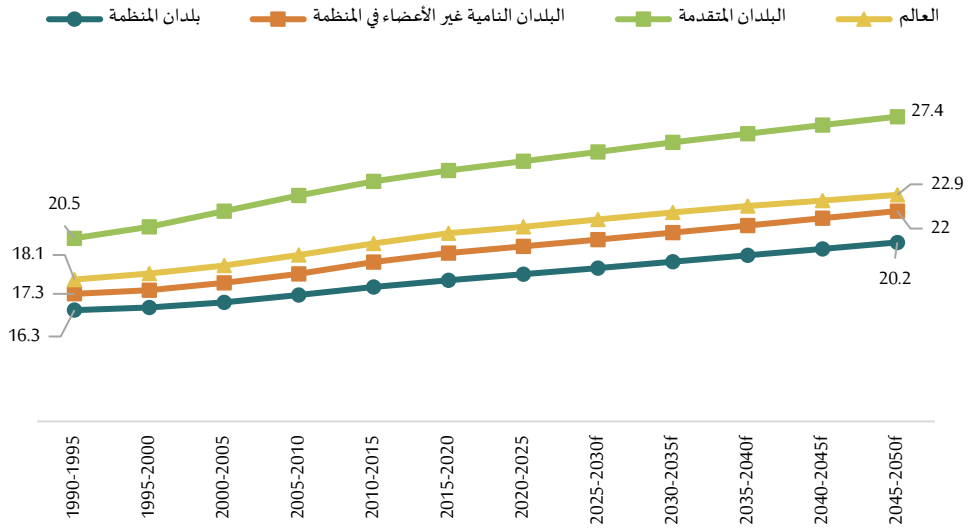
الشكل 2.2: معدلات الخصوبة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2020-2025



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2019. ملاحظة: \* طفل لكل امرأة في سن الإنجاب (15-49). عادة ما يتم تبويب القيم لمجموعات خمس سنوات من قبل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة.

يتميز القرن الحادي والعشرون بارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة، وهذا من مؤشرات التقدم في العلوم والطب وما يترتب عن ذلك من تحسن في الثقافة الغذائية وخدمات المرافق الصحية والرعاية الصحية والتعليم والرفاه الاقتصادي. وعلى المستوى العالمي، تحسن بصورة كبيرة متوسط العمر المتوقع بالنسبة للأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاما مقارنة بفترة 1990-1995 (الشكل 3.2). فقد ارتفع المتوسط من 20.5 عاما المسجل خلال فترة 1990-1995 إلى 21.1 عاما في فترة 2020-2025 ومن المتوقع أن يرتفع أكثر خلال فترة 2045-2050 ليبلغ 27.4 عاما. في الوقت ذاته، توصلت بعض الدراسات إلى أن "الفجوة في متوسط العمر المتوقع بين القمة والقاع باتت أكبر خلال العقود الماضية" (Committee on the Long-Run). (Macroeconomic Effects of the Aging U. S. Population et al., 2015).

الشكل 3.2: متوسط العمر المتوقع عند سن الـ60، 1990-2050

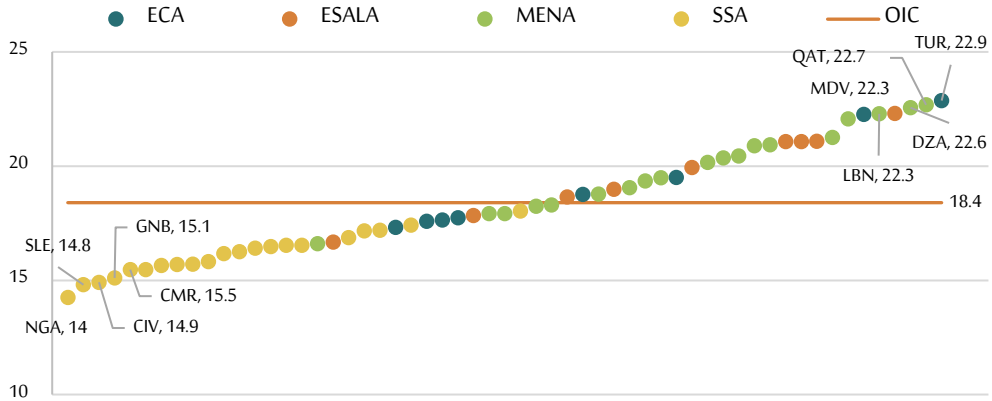


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2019. f تدل على قيم متوقعة. عادة ما يتم تبويب القيم لمجموعات خمس سنوات من قبل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة.

وعلى نفس المنوال، يبدو أن كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي عاشوا لفترة أطول في عام 2020 مقارنة بمتوسط العمر المتوقع المسجل قبل عقدين من الزمن. فقد ارتفع متوسط العمر المتوقع عند بلوغ سن الـ60 في بلدان المنظمة من 16.3 عاما إلى 18.8 عاما بين فترتي 1990-1995 و 2020-2025. وبحلول فترة 2050-2045، من المتوقع أن يزيد متوسط العمر المتوقع عند بلوغ سن الـ60 من العمر في بلدان المنظمة ارتفاعا بمعدل 1.8 عاما. لكن يبقى معدل الزيادة في بلدان المنظمة أقل من مقابله في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وفي البلدان المتقدمة بين عامي 1990 و 2050. فخلال هذه الفترة، يتوقع أن يرتفع متوسط العمر المتوقع عند سن الـ60 بمعدل 6.9 عاما بالنسبة للبلدان المتقدمة، و 4.7 عاما بالنسبة للبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، و فقط بمعدل 3.8 عاما بالنسبة لبلدان المنظمة.

وعلى مستوى فرادى البلدان، تفاوت بشكل كبير متوسط العمر المتوقع عند بلوغ سن الـ60 بين البلدان الأعضاء في المنظمة (الشكل 4.2). فمن ناحية، تسجل بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أدنى المعدلات من حيث متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 60 عاما من العمر. فعلى سبيل المثال، يبلغ متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 60 عاما من العمر في نيجيريا و 14.8 عاما في سيراليون و 14.9 عاما في كوت ديفوار و 15.1 عاما في غينيا بيساو و 15.5 عاما في الكاميرون. ومن ناحية أخرى، سجلت تركيا أعلى متوسط من حيث العمر المتوقع عند بلوغ 60 عاما من العمر (22.9 عاما)، تلتها قطر (22.7 عاما) والجزائر (22.6 عاما) وجزر المالديف (22.3 عاما) ولبنان (22.3 عاما).

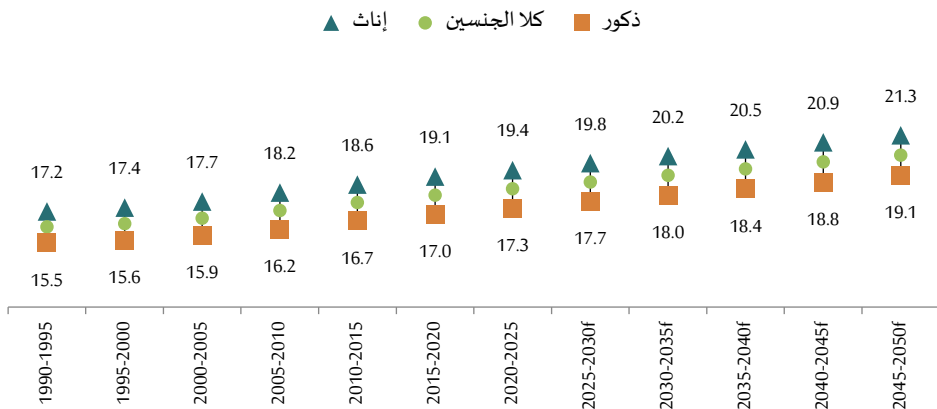
الشكل 4.2: متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 60 عاما من العمر في بلدان المنظمة، 2020-2025



المصدر: التوقعات السكانية العالمية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2019. عادة ما يتم تبويب القيم لمجموعات خمس سنوات من قبل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة.

ومن منطلق التفاوت بين الجنسين، عادة ما تعيش النساء أكثر من الرجال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي وهذا ما لا يتعارض مع الاتجاهات العالمية. ويبين الشكل 5.2 توزيع متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 60 عاما من العمر بالنسبة للرجال والنساء من السكان في بلدان المنظمة خلال الفترة الممتدة بين عامي 1990 و 2050. فعلى مدى العقدين الماضيين اتسعت الفجوة بين النساء والرجال من حيث هذا المتوسط. وتشير التقديرات إلى أن النساء المسنات كن يتمتعن بإمكانية العيش لفترة أطول بمعدل 1.7 عاما خلال الفترة الممتدة بين عامي 1990 و 1995 مقارنة بالرجال، وارتفع هذا الرقم ليصل إلى 2.1 عاما بين عامي 2020 و 2025. ومن المتوقع أن تزيد هذه الفجوة توسعا لتبلغ 2.2 عاما بحلول فترة 2045-2050.

الشكل 5.2: متوسط العمر المتوقع عند بلوغ 60 عاما من العمر حسب الجنس في بلدان المنظمة، 1990-2050



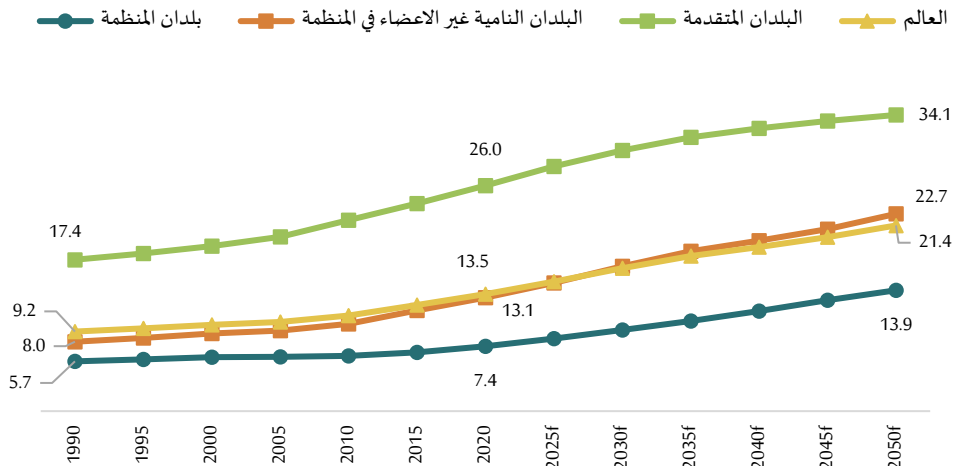
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2019. تدل على قيم متوقعة. عادة ما يتم تبويب القيم لمجموعات خمس سنوات من قبل إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة.

## 2.2. التغيرات في بنية السكان

كلما عاش الناس عمرا أطول، تتغير البنية السكانية (أي الخصائص الديمغرافية). وهذا يفضي حتما إلى الزيادة في حصة السكان المسنين (البالغة أعمارهم 60 عاما فما فوق) على حساب الفئات العمرية الأخرى مثل السكان الذين هم في سن العمل (المتراوح أعمارهم بين 15-59 عاما) والأطفال (الذين تقل أعمارهم عن 15 عاما).

والشيخوخة ظاهرة عالمية، لكن ثمة فوارق بين مختلف مجموعات البلدان من حيث مراحل الشيخوخة، وهذا ما يجعل حصة المسنين من إجمالي عدد السكان تتفاوت بين هذه المجموعات (الشكل 6.2). ففي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، زادت حصة السكان البالغة أعمارهم 60 عاما من 5.7% المسجلة عام 1990 إلى 7.4% في 2020. فيما زادت حصة السكان البالغة أعمارهم 60 عاما أو أكثر بمعدل 5.1 في المئة في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وبمعدل 8.6 في المئة في البلدان المتقدمة خلال الفترة الممتدة بين عامي 1990 و 2020. وهذا ما يبرز جليا أن وتيرة الشيخوخة، في المتوسط، في بلدان المنظمة بين عامي 1990 و 2020 قد اتسمت بالبطء بالمقارنة مع البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. لكن من المتوقع أن تبلغ هذه الحصة في مجموعة بلدان المنظمة 13.9% عام 2050، وهذا ما يعكس تسارع وتيرة الشيخوخة في العقود القادمة من الزمن، وهذا ما يحتم على صناعات السياسات التحرك والعمل من اليوم على تطوير السياسات والتدابير الملائمة.

الشكل 6.2: النسبة المئوية للسكان البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر، 1990-2050

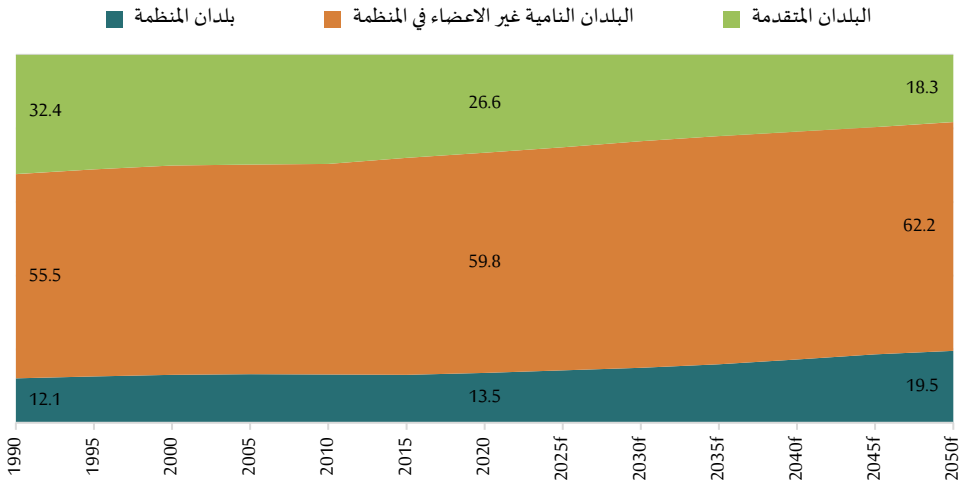


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2019. f تدل على قيم متوقعة.

وعلى المستوى الجغرافي، هناك تفاوت كبير بين مجموعات البلدان من حيث توزيع السكان المسنين. ففي عام 1990، كانت نسبة 32.4% من المسنين في العالم يعيشون في البلدان المتقدمة، و 55.5% في البلدان النامية

غير الأعضاء في المنظمة، فيما كانت تعيش فقط نسبة 12.1% في بلدان المنظمة (الشكل 7.2). لكن مع مرور الوقت نمت حصة المسنين في البلدان النامية. ففي 2020 بلغت حصة المسنين الذين يعيشون في بلدان المنظمة من إجمالي المسنين في العالم 13.5%، وتشير التقديرات إلى أن الحصة ستواصل الارتفاع لتبلغ 19.5% بحلول عام 2050. وقد تم تسجيل اتجاه مماثل في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، بحيث كانت محضنا لنسبة 55.5% من المسنين عام 1990، و 59.8% عام 2020، ومن المقدر كذلك أن تصل إلى 62.2% في عام 2050. وبالتزامن مع ذلك، سجلت البلدان المتقدمة اتجاهها معاكسا حيث مثلت حصة السكان المسنين الذين يعيشون فيها 32.4% من إجمالي عدد كبار السن في العالم، وتراجعت هذه الحصة إلى 26.6% في 2020، ومن المقدر أن تراجع أكثر لتبلغ 18.3% عام 2050 نتيجة لعدد من العوامل بما في ذلك الهجرة واللجئين والسياسات الوطنية الرامية لتعزيز معدلات الخصوبة (UN DESA, 2019).

الشكل 7.2: التوزيع الجغرافي للأشخاص المسنين في العالم، 1990-2050

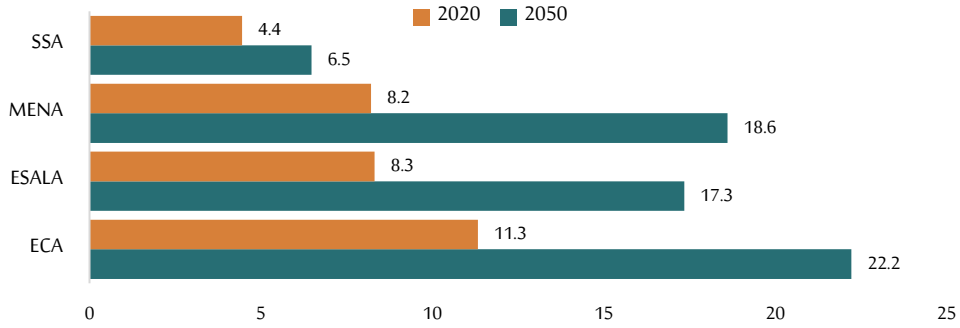


المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2019. f تدل على قيم متوقعة.

وبخصوص توزيع السكان المسنين على مختلف المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، فإن أعلى حصة من الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاماً أو أكثر تركزت في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (الشكل 8.2). ففي عام 2020، بلغت حصة البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى 11.3% من إجمالي عدد السكان، ومن المتوقع أن ترتفع هذه الحصة بمعدل 10.9 نقطة مئوية بحلول عام 2050. وبالمقابل، لم تتعدى هذه الحصة خلال نفس العام معدل 4.4% فقط في بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، وبحلول عام 2050، يتوقع أن تزيد حصة السكان الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً أو أكثر زيادة طفيفة في هذه المنطقة لتسجل معدل 6.5%. وبالنسبة لبلدان المنظمة الواقعة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ومنطقة شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية، بلغت حصة البالغين من العمر 60

عاما أو أكثر 8.2% و 8.3% على التوالي. ومن المرجح أن تشهد المنطقتان زيادة كبيرة في حصة السكان المسنين بحلول عام 2050، أي زيادة بما يقارب 10.4 نقطة مئوية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا و 9 نقاط مئوية في شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية.

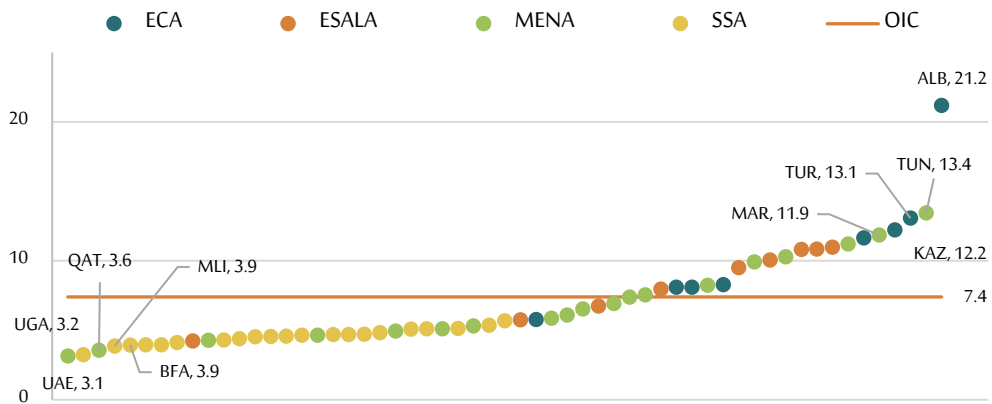
الشكل 8.2: النسبة المئوية للسكان البالغين من العمر 60 أو أكثر في المناطق الفرعية للمنظمة، 2020 مقابل 2050



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2019.

وعلى مستوى فرادى البلدان، تبقى حصة المسنين من إجمالي عدد السكان غير متجانسة على صعيد البلدان الأعضاء في المنظمة (الشكل 9.2). ففي عام 2020، شملت بلدان المنظمة المسجلة لأدنى حصة من السكان البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر بلدانا من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء. فقد بلغت حصة المسنين من إجمالي عدد السكان فقط 3.1% في الإمارات العربية المتحدة و 3.2% في أوغندا و 3.6 في قطر و 3.9 في مالي وبوركينا فاسو. وعلى النقيض من ذلك، سجلت ألبانيا (21.2%) أعلى حصة من السكان البالغين من العمر 60 سنة أو أكثر، تلتها تونس (13.4%).

الشكل 9.2: النسبة المئوية للسكان البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2020



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية العالمية لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2019.



وفي ضوء المشهد الديموغرافي المتغير، ستصبح مسألة الشيخوخة في القريب العاجل من المسائل الاجتماعية والاقتصادية الحاضرة بقوة في برامج صانعي السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. حتى في عام 2020، باتت قضية الشيخوخة من العناصر الهامة في مجال السياسات في بعض المناطق الفرعية والبلدان التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، وذلك بحكم الارتفاع النسبي لحصة كبار السن والاتجاهات الإيجابية المتعلقة بالشيخوخة. فقد كان أمام البلدان المتقدمة متسع من الوقت وما يكفي من الموارد لإدارة كل ما يتعلق بالشيخوخة على أحسن وجه في مجتمعاتها. لكن الشيخوخة في البلدان النامية أخذت تسير في منحى متسارع، وهو الأمر الذي يعني أنه يتعين على بلدان المنظمة صياغة سياسات كفيلة بمعالجة القضايا التي تخص المسنين على وجه السرعة. وبحكم أن هناك نقص في الوعي بالقضايا المتعلقة بالشيخوخة وكبار السن في أوساط صانعي السياسات في جميع مناطق المنطقة، فإن الإقرار بأهمية إدراج موضوع الشيخوخة ضمن قضايا السياسات العامة وصياغة الإجراءات الملزمة بهذا الخصوص بات يستدعي بذل المزيد من الجهود.

لكن بالرغم من ذلك، تتمتع بلدان منظمة التعاون الإسلامي بفرصة لإدارة مسألة الشيخوخة في مجتمعاتها من خلال الاستفادة من تجارب البلدان المتقدمة. والمقاربات المتعلقة بالسياسات المعتمدة في الوقت الراهن لمعالجة قضايا الشيخوخة تعد إلى حد كبير مزيجاً من "السياسات المتعلقة بالتعبئة والتجارب وأدوار المسنين وتلبية احتياجاتهم الصحية والاجتماعية، وسياسات إعادة توزيع الأدوار والموارد والمسؤوليات عبر الأجيال، والسياسات المصممة خصيصاً لمجموعات متنوعة من المسنين وإدماجهم" (Cox, Henderson, & Baker, 2014). هذه المقاربات تتجسد في وثائق إقليمية ودولية رفيعة المستوى بشأن السياسات في هذا المجال مثل استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين، والاستراتيجية وخطة العمل العالميتين للأمم المتحدة بشأن الشيخوخة والصحة، وخطة التنمية المستدامة لعام 2030 (الإطار 1.2).

#### الإطار 1.2: اتخاذ إجراءات صوب تنفيذ استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين

من شأن استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين توجيه البلدان الأعضاء في سعيها لمعالجة العديد من القضايا المتداخلة التي تعتبر مهمة للنهوض بوضعية كبار السن. وتركز الاستراتيجية في المقام الأول على "تحسين الظروف المعيشية لكبار السن وإحداث بيئة داعمة لهم، مع الحرص على مشاركتهم النشطة في تنمية المجتمع". وتهدف الاستراتيجية كذلك إلى تحفيز التعاون فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي لمعالجة القضايا المتعلقة بسوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين، وصحتهم ورفاهيتهم، وتمكين بيئة داعمة لهم، وما لا يتعلق بالثقافة والمسنين، وتدعو لإذكاء الوعي في الوقت ذاته بشأن الشيخوخة في بلدان المنظمة. فمن خلال اعتماد هذه الاستراتيجية كمرجع توجيهي في مجال السياسات، بوسع بلدان المنظمة خلق بيئة شاملة ومنصفة لكبار السن من خلال معالجة مجموعة من القضايا مثل التمييز على أساس السن، وتعزيز التعلم مدى الحياة في صفوف كبار السن، وإدارة تكاليف الرعاية الصحية المخصصة للمسنين المتعلقة بالمجتمعات ذات الحصص المرتفعة من المسنين، وتوفير الحماية الاجتماعية المستدامة لكبار السن، وتخفيف العبء الذي يمكن أن تشكله الشيخوخة على الموارد والأنظمة والمؤسسات الوطنية.

المصدر: منظمة التعاون الإسلامي وسيبرك (2019)

### 3. سوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين

يسجل عدد كبار السن زيادة مستمرة في جميع أنحاء العالم وفي العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، مقارنة بباقي الفئات العمرية، كما هو موضح في القسم السابق. وقد يكون لمثل هذا التحول الديموغرافي تداعيات حتمية على أسواق العمل وأنظمة الضمان الاجتماعي ومستوى الرفاهية الاقتصادية للمسنين. ويعد إدماج كبار السن في أسواق العمل من العوامل المساهمة في تمكينهم من دخل محترم ويضمن في الوقت ذاته تعزيز فرص ازدهار أسرهم من خلال التحويلات النقدية والتقليل من معدل الإعالة داخل الأسر. وهذا بدوره يساهم في خفض مستوى الفقر ويحفزهم على تكوين ثروة في مجتمعاتهم. لذلك من المهم الاستفادة من الإمكانيات التي يتمتع بها كبار السن وخبراتهم في أسواق العمل لتحقيق تنمية مستدامة وشاملة للجميع.

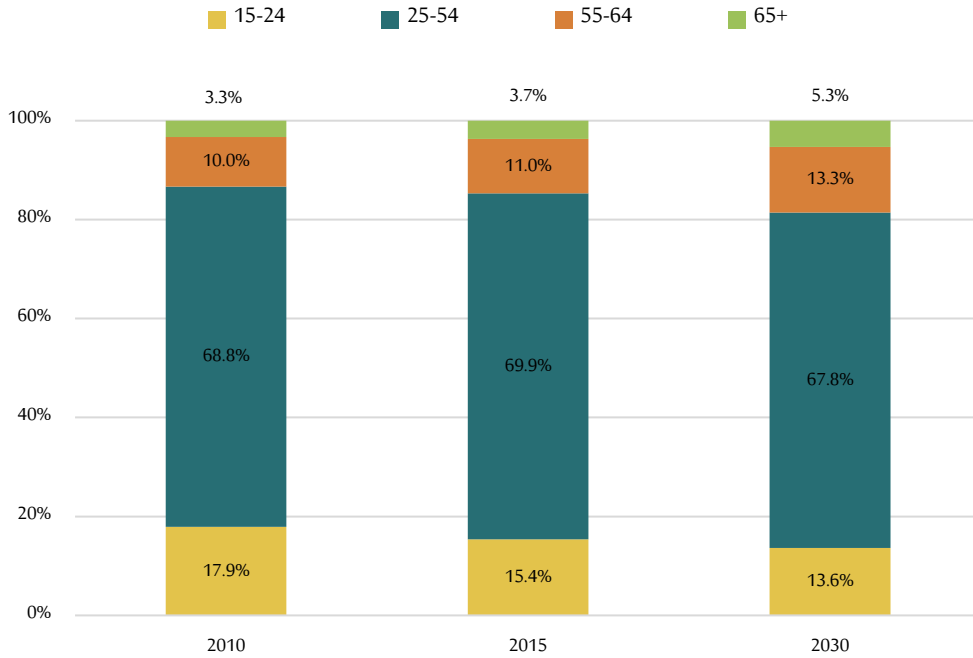
تعد مسألة التمكين الاقتصادي للمسنين وإدماجهم في أسواق العمل من العناصر المهمة ضمن بنود جدول أعمال مجموعة من المؤسسات الدولية والإقليمية مثل الأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية والبنك الدولي ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ومنظمة التعاون الإسلامي. وتنص مجموعة من الوثائق الإقليمية والدولية المتعلقة بالسياسات على أهداف محددة بخصوص هذا الموضوع الهام. فعلى سبيل المثال، يستهدف جدول أعمال التنمية المستدامة للأمم المتحدة القضاء على الفقر في صفوف المسنين من خلال الحماية الاجتماعية، وذلك ضمن الهدف 1 من أهداف التنمية المستدامة. وعلى نفس النحو، تحدد استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين مسألة سوق العمل والإدماج الاقتصادي للمسنين كواحدة من المجالات الأساسية للتعاون وتقدم ستة أهداف استراتيجية و 49 إجراء عمليا في هذا المجال. كما يولي برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي حتى عام 2025 عناية خاصة لمسألة الازدهار الاقتصادي لكبار السن.

وفي هذا السياق، يستعرض هذا القسم أحدث التطورات في أسواق العمل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مع التركيز بصورة خاصة على المسنين، كما يحلل الوضع المتعلق بإدماجهم الاقتصادي في بلدان المنظمة.

#### 3.1. المسنون في سوق العمل

إن الزيادة في حصة المسنين من إجمالي سكان العالم يفرض بالضرورة إلى الزيادة في نسبة القوى العاملة من فئة المسنين. ومن المتوقع أن ترتفع حصة المسنين (65 عاما فما فوق) في القوى العاملة العالمية من 3.3% المسجلة في 2010 إلى 5.3% في 2030 (الشكل 1.3). وفي الوقت ذاته، ستراجع حصة العمال الشباب (15-24) من 17.9% المسجلة عام 2010 إلى 13.6% عام 2030. والزيادة في عدد العمال المسنين يثير بعض المخاوف من حيث معدل الإعالة، وهو عدد الأشخاص في الشرائح العمرية التي تعتبر غير نشطة نسبة إلى عدد الأشخاص في الشرائح العمرية النشطة.

الشكل 1.3: القوى العاملة العالمية حسب الفئة العمرية (%)



المصدر: منظمة العمل الدولية، 2018.

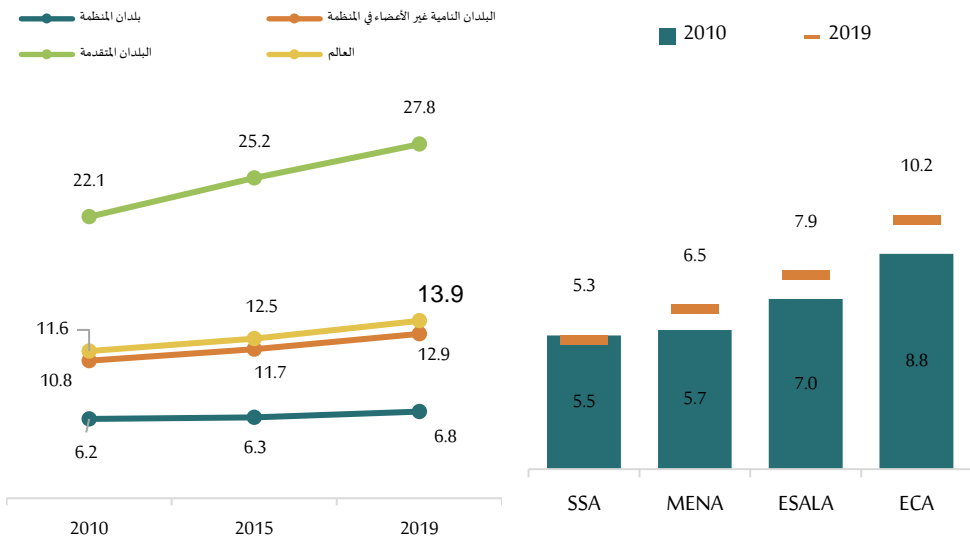
تعتبر معدلات الإعاقة من المقاييس الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية المهمة. فهي أداة لقياس وتقييم مدى قدرة السكان الذين هم في سن العمل على دعم الفئات السكانية غير النشطة. وبعبارة أخرى، يفسر هذا المقياس مستوى العبء الذي يفرضه السكان الذين هم خارج نطاق سن العمل على السكان الذين هم في سن العمل (ILO, 2018). فارتفاع معدل إعاقة كبار السن دليل على وجود عبء ثقيل على السكان الذين هم في سن النشاط الاقتصادي.

وحسب الشكل 2.3 (يسار)، شهدت جميع مجموعات البلدان زيادة في معدل إعاقة المسنين خلال فترة 2010-2019. ومجموعة بلدان منظمة التعاون الإسلامي ليست استثناء في ذلك. فقد ارتفع متوسط مجموعة بلدان المنظمة من 6.2 المسجل عام 2010 إلى 6.8 في عام 2019، بينما زاد المتوسط العالمي بمعدل 2.3 نقطة ليبلغ نسبة 13.9 في 2019. وسجلت أعلى معدلات إعاقة المسنين في البلدان المتقدمة، وذلك راجع بالأساس إلى تسجيل زيادة في متوسط العمر المتوقع وتراجع معدلات الخصوبة. وتبقى بلدان المنظمة في وضع أفضل نسبياً، في المتوسط، من حيث تدني معدلات إعاقة المسنين. لكن مع ذلك، يبقى الاتجاه العام متصاعداً في مجموعة بلدان المنظمة، ومن المتوقع أن يبلغ معدل إعاقة المسنين 9.6 بحلول عام 2030 (SESRIC, 2018).

وبتعبير آخر، يمكن القول بأن العبء على السكان الذين هم في سن النشاط الاقتصادي في بلدان المنظمة لا يزال متدنياً نسبياً، وهذا ما يمثل فرصة أمام هذه البلدان لمواءمة سياساتها المعنية بمسنيين مع أهدافها التنموية. ومن خلال ذلك يمكنها الاستعداد للأوقات التي قد تشكل فيها فئة المسنين من السكان (غير

النشطين اقتصادياً) عبئاً إضافياً على الفئة النشطة اقتصادياً من السكان في المستقبل. لكن هذا العبء بدأ يتجلى فعلياً في بعض المناطق الفرعية للمنظمة اعتباراً من عام 2019. فعلى سبيل المثال، بلغ معدل إعالة المسنين في منطقتي أوروبا وآسيا الوسطى وشرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية 10.2 و 7.9 على التوالي خلال عام 2019 (الشكل 2.3، يمين). لذلك يتعين على بلدان المنظمة في هاتين المنطقتين مراجعة سياسات سوق العمل الخاصة بكبار السن على وجه السرعة لتجنب صعوبات على شاكلة تلك التي ترصد عادة في البلدان المتقدمة مثل ما يتعلق منها بالضمان الاجتماعي والمعاشات التقاعدية. ومن ناحية أخرى، ظل معدل إعالة المسنين في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء مستقراً نسبياً خلال الفترة ذاتها، وتأرجح بين 5.3 و 5.5. وهذا راجع في المقام الأول لقصر متوسط العمر المتوقع وارتفاع معدلات الخصوبة.

الشكل 2.3: معدل إعالة المسنين في العالم (يسار) والمناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي (يمين)



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي، 2021

يتمتع المسنون بقدرة على المساهمة في التنمية الاقتصادية والرفع من إنتاجية العمل من خلال مشاركتهم في القوى العاملة الرسمية أو غير الرسمية (UN, 2017). وبالإضافة إلى ذلك، يلعب كبار السن، ولا سيما النساء، دوراً مهماً في توفير رعاية غير مدفوعة الأجر للأزواج والأحفاد وباقي الأقارب داخل الأسرة (UN Women, 2015). فالكثير من المسنين يشاركون بفعالية بنشاط في المجتمع والحياة المدنية ويتمتعون بالقدرة على تعزيز رأس المال الاجتماعي. وزيادة على ذلك، يزيد مستوى رضاهم في الحياة كلما كانوا أكثر نشاطاً في الحقل الاقتصادي (الإطار 1.3).

## الإطار 1.3: الرضا عن الحياة في صفوف المسنين

أجريت دراسة لرصد محددات الرضا عن الحياة في صفوف كبار السن وركزت على دور مجموعة من العوامل في ذلك مثل التعليم والعمل والوضع الصحي. وشملت الدراسة 2959 مسناً تفوق أعمارهم 65 عاماً. وكشفت الدراسة أن أبرز المتغيرات التي تقلل من مستوى رضا المسنين عن الحياة تتمثل في الفقر، وتدهور الوضع الصحي المبلغ عنه ذاتياً، وتراجع الصحة البدنية، والقدرة على المضغ، والقدرة على القيام بالأنشطة المنزلية، وزيادة الشعور بالاكنتاب، والشعور بالانسحاب الاجتماعي. وبالمقابل، تعد عوامل الزواج، والتمتع بمستوى تعليمي عالٍ، ومزاولة عمل مدر للدخل من العوامل التي ترفع من مستوى رضاهم عن الحياة. ومن بين ما توصلت إليه الدراسة هو ضرورة بلورة سياسات محلية ووطنية تمكن كبار السن من الانخراط بنشاط أكبر في مجتمعاتهم. ومن شأن مزاوتهم لعمل مدر للدخل، على وجه الخصوص، التقليل من مشاعر الاكنتاب لديهم وتوفير المزيد من الوسائل للعناية بصحتهم. ويتعين تنسيق هذه السياسات في إطار السياسات الوطنية المعنية بالشيخوخة وينبغي أن تشمل قضايا متعلقة بالجانبين الاقتصادي والصحي.

المصدر: Celik et al. (2018)

تساهم عدد من العوامل في التأثير على مستوى مشاركة المسنين في القوى العاملة، ومن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الظروف الاقتصادية وقوانين العمل وسياسات التقاعد والحالة الصحية (Samorodov, 1999). فهناك احتمالية كبيرة بأن يزاوّل كبار السن أعمالاً لها علاقة بالزراعة أو في الاقتصاد غير الرسمي، وهذا ما يؤدي عادة إلى الحرمان من مزايا التقاعد وتدني الأجور ومحدودية فرص التدريب، لا سيما في البلدان النامية. وهذا الأمر قد يدفع بكبار السن للوقوع في براثن الفقر ويجعلهم في وضع هش من حيث الأمن الاقتصادي (OECD, 2015). بالإضافة إلى ذلك، يواجه المسنون عوائق متعلقة بالتمييز في التوظيف والترقية والحصول على تدريب متعلق بالعمل. وهذا بدوره يثبط من عزيمتهم على المشاركة النشطة في سوق العمل.

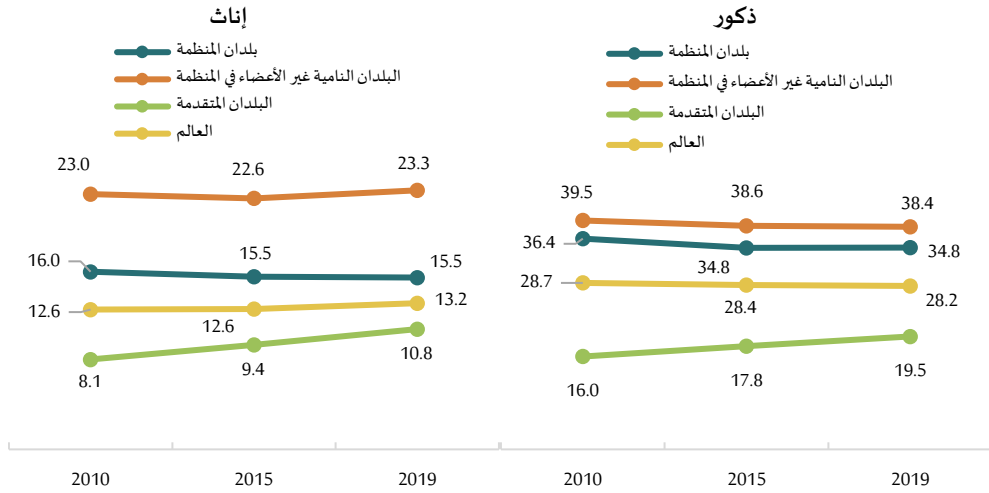
يقول معدل مشاركة كبار السن في القوى العاملة في البلدان المتقدمة بسبب قوة أنظمة الضمان الاجتماعي وواستفادتهم من مجموعة المزايا التي تقدمها شبكات الأمان الاجتماعي. وحتى الثروة المتراكمة خلال سنوات النشاط الاقتصادي (15-65) تعد بدورها مصدر دخل مهم في مرحلة الشيخوخة في البلدان ذات الدخل المرتفع (UN, 2017).

ويبرز الشكل 3.3 التفاوتات المسجلة بين الرجال والنساء على مستوى مشاركة المسنين في القوى العاملة في مختلف مجموعات البلدان. ففي البلدان المتقدمة، زاد معدل مشاركة الرجال المسنين في القوى العاملة من 16% المسجل في 2010 إلى 19.5% في 2019، وهذه الزيادة تعد إحدى عواقب زيادة معدل إعالة المسنين. وفي صفوف النساء المسنات، ارتفعت النسبة كذلك من 8.1% إلى 10.8% خلال نفس الفترة. وبالنسبة للمتوسط العالمي فقد تراجع بشكل طفيف في صفوف الرجال (من 28.7% إلى 28.2%) وزاد بالنسبة للنساء (من 12.6% إلى 13.2%). وسجلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي خلال ذات الفترة تراجعاً في متوسط معدل مشاركة المسنين من الرجال والنساء في القوى العاملة (من 36.4% إلى 34.8%، و من 16% إلى 15.5%، على التوالي).

وتشير الأرقام إلى أن معدل مشاركة النساء المسنات كان أقل بكثير عن معدل المسنين من الرجال في جميع مجموعات البلدان. لكن مجموع بلدان المنظمة سجلت أعلى مستويات التفاوت بين كبار السن من النساء

والرجال من حيث مشاركتهم في القوى العاملة سواء في 2010 أو 2019، حتى مع تراجع هذا المعدل بشكل طفيف من 20.4 نقطة مئوية إلى 19.4 نقطة مئوية. وتساهم كل من الأعراف المحلية وأنظمة سوق العمل والتصورات النمطية الخاطئة والتمييز القائم على الجنس بشكل كبير في ثني المسنات من المشاركة النشطة في سوق العمل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2018b).

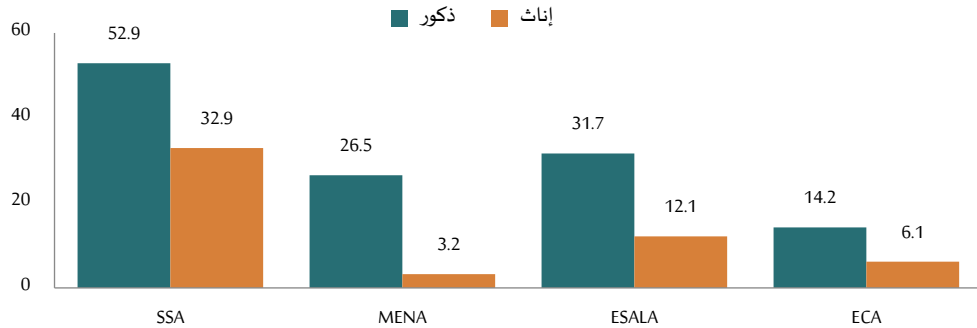
الشكل 3.3: معدلات مشاركة الأشخاص المسنين في القوى العاملة (+65) (%، حسب الجنس



المصدر: قسم الإحصاءات التابع لمنظمة العمل الدولية.

والتفاوتات بين مختلف المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي كبيرة من حيث معدلات مشاركة الرجال والنساء المسنين في القوى العاملة. ففي عام 2019، سجلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أعلى متوسط معدلات مشاركة المسنين الرجال (52.9%) والنساء (32.9%) في القوى العاملة نتيجة لعدم كفاءة أنظمة الضمان الاجتماعي والتقاعد (الشكل 4.3).

الشكل 4.3: معدلات مشاركة الأشخاص المسنين في القوى العاملة (+65) (%) في المناطق الفرعية للمنظمة، 2019



المصدر: قسم الإحصاءات التابع لمنظمة العمل الدولية.

ويعد التمييز على أساس العمر في العمل من الممارسات المحجفة في حق العمال المسنين من كلا الجنسين والمثبطة لعزيمتهم. ويعتمد عدد متزايد من البلدان قوانين خاصة لمناهضة التمييز ضد العمال المسنين. وما يقارب 50 دولة حول العالم تعتمد شكلاً من أشكال التشريع المناهض للتمييز على أساس السن في العمل (SESRIC, 2018). وبعض البلدان طورت أساليب فريدة من نوعها لاجتثاث هذه الممارسة. فعلى سبيل المثال، أطلقت كل من وزارة الشؤون الاجتماعية والعمالة الهولندية ومركز الخبرة في مجال السن والمجتمع ولجنة المساواة في المعاملة مشروعاً تحت عنوان "وظائف شاغرة لجميع الأعمار". يتم من خلال هذا المشروع جرد جميع إعلانات الوظائف المصنفة المنشورة في الصحف وعلى الإنترنت بهدف رصد حالات التمييز على أساس السن بالاعتماد على قائمة مرجعية قياسية. ويتوصل أرباب العمل المسؤولون عن نشر الإعلانات المصنفة المخالفة خطاباً يوضح السبب الذي يجعل نقطة معينة مخالفاً لقواعد المساواة، بالإضافة إلى معلومات عن التشريعات المتعلقة بالمساواة في المعاملة (OECD, 2019).

كما اعتمدت بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي إجراءات للمضي قدماً في هذا الاتجاه. فعلى سبيل المثال، أدخلت كل من الإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية في 2019 مجموعة من التعديلات على قوانين العمل وأصبحت متضمنة، إلى جانب عدد من العناصر الجديدة، لأحكام مناهضة للتمييز بما في ذلك التمييز على أساس السن في أماكن العمل (CLYDECO, 2020). ومن شأن مثل هذه الممارسات والتوصيات الصادرة عن منظمة العمل الدولية الواردة في الإطار 2.3 أن تكون بمثابة عناصر توجيهية بالنسبة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي لتعزيز قدراتها في التعامل مع حالات التمييز على أساس السن في العمل.

### الإطار 2.3: مناهضة التحيز ضد المسنين والتمييز على أساس السن في العمل

بالإضافة إلى الإجراءات التشريعية التي يمكن اعتمادها، فيما يلي بعض الممارسات التي قد تساهم في التخفيف من مستوى التحيز ضد المسنين والتمييز على أساس السن في العمل:

- التوظيف: الحرص على أن يحظى العمال المسنون بفرص متساوية أو خاصة للاستفادة من الوظائف المتاحة وأن لا يعامل المتقدمون المحتملون بالتمييز سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.
- التدريب والتعلم المستمر: ضمان أن يحظى العمال المسنون بنصيب من فرص التدريب والتطوير الوظيفي، وتوفير فرص للتعلم المستمر خلال فترة مزاولة العمل، وأن تكون أساليب التدريب مناسبة للعمال المسنين، وأن يتم اتخاذ الإجراءات الملائمة عند الضرورة للتعويض عن ممارسات التمييز في الماضي.
- ممارسات تراعي ضمان أوقات عمل مرنة: تمتع العمال المسنين بمستوى أكبر من المرونة في ساعات عملهم أو في موعد وطبيعة تقاعدهم وتعديل ساعات العمل والجوانب الأخرى للتوظيف لتعكس التغيرات في طريقة عمل الأفراد وفي مسؤوليات القوى العاملة الأسرية والخاصة بالرعاية.
- الخروج من عالم العمل والانتقال للتقاعد: بناء أي قرار بشأن الاستغناء عن خدمة موظف على أساس معايير موضوعية متعلقة بالوظيفة والتأكد من أن خطط التقاعد تقدم مجموعة من الخيارات ويتم تطبيقها بشكل عادل.

المصدر: منظمة العمل الدولية (2011).

### 3.2. المعاشات وشبكات الأمان الاجتماعي

مع تزايد أعداد المسنين باتت فئة عريضة منهم غير قادرين على إيجاد وظائف. لذلك يضطر الكثير منهم للخروج من سوق العمل إما طواعية (أي العمال المسنين المصابين بالإحباط) أو بسبب سن التقاعد القانوني. ونتيجة لذلك، عادة ما تكون معدلات المشاركة في القوى العاملة محدودة في البلدان النامية حيث أسواق العمل ليست بالمثالية واستشراء مظاهر العمل غير الرسمي بصورة كبيرة وضعف أنظمة الضمان الاجتماعي (ILO, 2018). وبالنسبة لكبار السن، تعد المدخرات الخاصة والتحويلات العائلية جد هامة لضمان تأمين دخل قار حتى نهاية حياتهم. لكن في سياق البلدان النامية، غالباً ما لا تكون المدخرات الخاصة منخفضة بسبب انخفاض مستويات دخل الفرد. لذلك يبقى الضمان الاجتماعي والمعاشات الحكومية الوسيلة الرئيسية لدعم المسنين (UN, 2017).

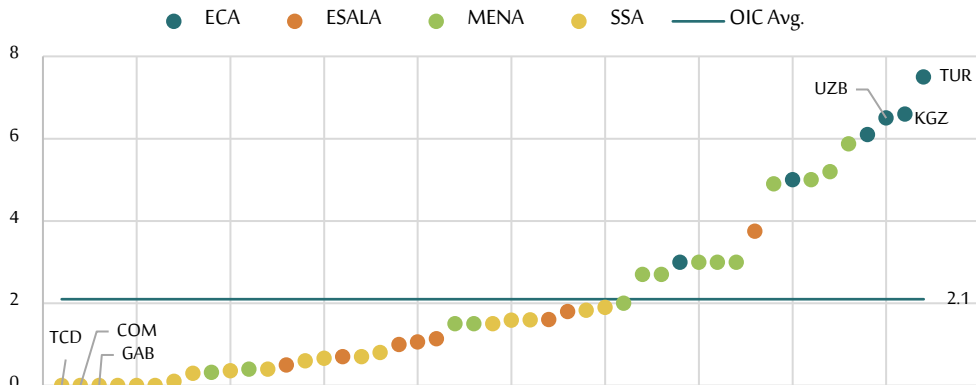
تعتمد معظم بلدان العالم مبدأ الإشتراكات الإجبارية لفترة زمنية محددة للاستفادة من مزايا التقاعد. بالإضافة إلى ذلك، يعتمد تأمين دخل الشيخوخة إلى حد كبير على الولوج إلى الخدمات الاجتماعية مثل الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأجل. وعندما تكون الاستفادة من مثل هذه الخدمات غير مضمونة يصبح كبار السن أكثر عرضة للفقر (OECD, 2015).

ويشير سيسرك (2018) إلى أن 87.5% من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، التي تتوفر حولها البيانات، تطبق مبدأ التقاعد الإلزامي الذي يقتضي من المستفيد الانسحاب التام من جميع أشكال الوظيفة كشرط للحصول على معاش التقاعد. وتشير هذه الحصص المرتفعة من البلدان التي تعتمد أنظمة التقاعد الإلزامي إلى أهمية المعاشات التقاعدية لتحقيق الرفاهية الاقتصادية لكبار السن. لكن هناك عدم توازن بين بلدان المنظمة من حيث حصة السكان الذين يتلقون معاشات الشيخوخة. فعلى سبيل المثال، لم تبلغ نسبة السكان المستفيدين من معاش الشيخوخة في تشاد سوى 1.6% خلال فترة 2008-2012. وبالمقابل، يستفيد كل الأشخاص الذين هم في سن التقاعد القانوني من معاش الشيخوخة في قبرغيزستان (SESRIC, 2018).

وعدم التوازن في مجموعة بلدان المنظمة لا يقتصر على مستوى تغطية المعاشات التقاعدية فحسب، بل هناك فوارق حتى في إجمالي الإنفاق الحكومي على المعاشات التقاعدية كحصة من الناتج المحلي الإجمالي. فخلال الفترة الممتدة بين عامي 2012 و 2016، أنفقت بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى التي تضم تركيا (7.5%) وأوزبكستان (6.6%) وقبرغيزستان (6.5%) أكثر من 6% من ناتجها المحلي الإجمالي على المعاشات التقاعدية العامة (الشكل 5.3). وبالمقابل، أنفقت بعض بلدان المنظمة الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، مثل تشاد وجزر القمر وغامبيا، أقل من 0.1% من ناتجها المحلي الإجمالي على المعاشات التقاعدية، وذلك راجع بالأساس لغياب نظام معاشات تقاعد فعال كما ينبغي واستفحال أنشطة الاقتصاد غير الرسمي.



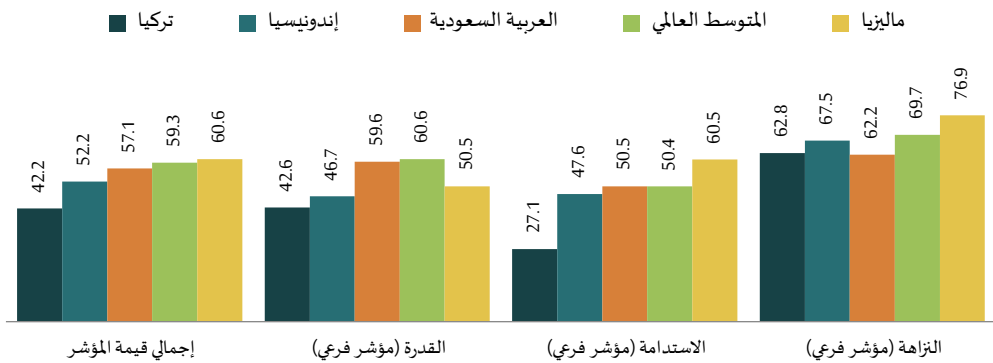
الشكل 5.3: إجمالي الإنفاق الحكومي على المعاشات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (% من الناتج المحلي الإجمالي)، 2016-2012



المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي الخاصة بالمعاشات.

وتشير الأرقام إلى أن أنظمة المعاشات التقاعدية في العديد من بلدان المنظمة ذات المستويات المرتفعة نسبياً من حيث دخل الفرد من مختلف المناطق الفرعية للمنظمة لا تسجل أداء متميزاً مقارنة بالمتوسط العالمي. فعلى سبيل المثال، وفقاً لمؤشر ملبورن ميرسر العالمي للمعاشات التقاعدية سجلت كل من تركيا (42.2) وإندونيسيا (52.2) والمملكة العربية السعودية (57.1) درجات دون المتوسط العالمي البالغ 59.3 في عام 2019 (الشكل 6.3). وكانت ماليزيا (60.6) البلد الوحيد الذي سجل معدلاً أعلى نسبياً من المتوسط العالمي عام 2019. وعموماً، تشير النتائج إلى أن أنظمة معاشات التقاعد في بلدان المنظمة، التي تتوفر حولها البيانات، بحاجة لإدخال تحسينات على مستوى جميع الأبعاد الثلاثة التي يغطيها مؤشر ملبورن ميرسر العالمي للمعاشات التقاعدية: القدرة والاستدامة والنزاهة. بهذه الطريقة فقط يمكن لبلدان المنظمة توفير معاشات تقاعدية لائقة ومستدامة تحول دون وقوع كبار السن في الفقر وتضمن لهم دخلاً لائقاً.

الشكل 6.3: قيم مؤشر ملبورن ميرسر العالمي للمعاشات التقاعدية في بعض بلدان المنظمة، 2019

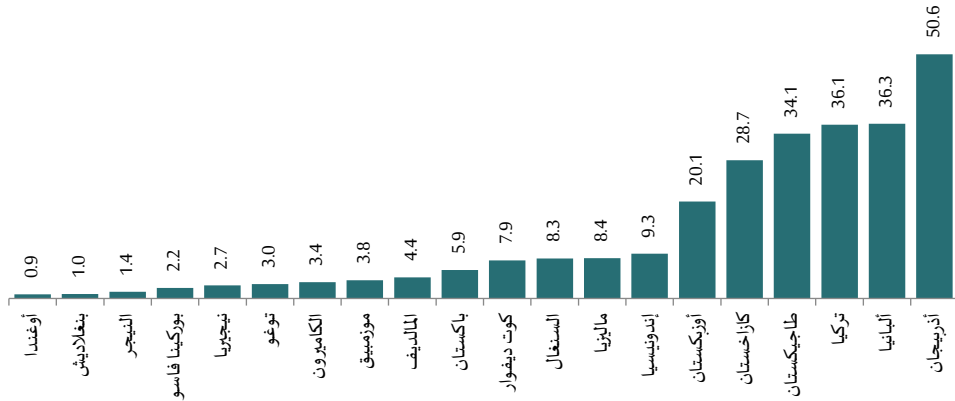


المصدر: مؤشر ملبورن ميرسر العالمي للمعاشات التقاعدية 2019. ملاحظة: كل قيمة على المؤشر تمثل نتيجة من 0 إلى 100. وتسجيل نتيجة عالية يدل على جودة نظام المعاشات.

عادة ما يفضي ضعف تغطية المعاشات التقاعدية ومحدوديتها في العالم النامي إلى زيادة معدلات الفقر في صفوف كبار السن. وتوصل سيسرك (2018) إلى أن متوسط الإنفاق على المعاشات التقاعدية (% من الناتج المحلي الإجمالي) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي كان أقل بمعدل 3.4 أضعاف بالمقارنة مع متوسط البلدان المتقدمة خلال الفترة 2006-2016. وفي هذا السياق، من المهم للغاية تطوير وتنفيذ شبكات أمان اجتماعي بديلة لدعم المسنين. لكن ليس بوسع جميع بلدان المنظمة توفير شبكات الأمان الاجتماعي هذه، وحتى في البلدان التي تتوفر على مثل هذه البرامج أو الأنظمة هناك تفاوتات من حيث نطاقها.

ويعرض الشكل 7.3 تغطية برامج الضمان الاجتماعي في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ويعد مستوى تغطية برامج التأمين الاجتماعي، خاصة في منطقة أوروبا وآسيا الوسطى، مرتفعا للغاية، حيث يتراوح بين 50.6% (أذربيجان) و 20.1% (أوزبكستان). وبالمقابل يعد مستوى التغطية متدن جدا في العديد من بلدان المنظمة، مثل أوغندا وبنغلاديش والنيجر وبوركينا فاسو ونيجيريا، إذ لا ترقى نسبة السكان الذين تشملهم برامج التأمين الاجتماعي حتى لمعدل 3%. ومستوى التفاوت الكبير بين بلدان المنظمة من حيث تغطية برامج التأمين الاجتماعي يستدعي بلورة مقاربات بديلة لدعم المسنين اقتصاديا وإدماجهم في سوق العمل. ولكون المسنين من أكثر الفئات الاجتماعية هشاشة بحكم ما تمليه طبيعة التقدم في العمر (مثل تراجع القدرات البدنية)، عادة ما يعانون بدرجات أكبر بسبب إقصائهم من برامج التأمين الاجتماعي وباقي شبكات الأمان الاجتماعي (UN DESA, 2019).

الشكل 7.3: تغطية برامج التأمين الاجتماعي (% من السكان) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 2010-2018\*



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي، 2021 ملاحظة: \* بيانات آخر سنة متاحة.

### 3.3. مقاربات بديلة لتعزيز مستوى الإدماج الاقتصادي

على الرغم من أن البطالة لا تؤثر بصورة مفرطة على كبار السن، إلا أن العاطلون عن العمل منهم عرضة للاستمرار على حالهم (ILO, 2017). وبعبارة أخرى، بمجرد أن يكون العامل المسن بدون عمل، يصبح من الصعب عليه إيجاد فرصة عمل جديدة بسبب نقص الإلمام بطرق البحث عن عمل واعتماد مهارات لم تعد تجدي نفعاً في القيام بذلك وأيضاً بسبب التمييز القائم على العمر. وبحكم هذا المعطى، تحاول العديد من

البلدان الحرص على استبقاء كبار السن في الوظائف التي يزاولونها من خلال رفع عتبات سن التقاعد ووضع شروط تقييدية للتقاعد المبكر وتقديم حوافز من أجل التقاعد المؤجل. وهذه الممارسات تساعد البلدان في التخفيف من الضغوط على أنظمة الضمان الاجتماعي. وتشير منظمة العمل الدولية (2017) إلى أن 103 عملية إصلاح في أنظمة المعاشات التقاعدية من أصل 169 عملية في جميع أنحاء العالم خلال فترة 2010-2016 كانت مرتبطة بتأخير استلام المعاشات التقاعدية. فتأخير المعاشات يضمن دخلا للمسنين من خلال تمديد الفترة التي يزاولون فيها عملا أو ينشطون اقتصاديا في السوق.

تهدف مجموعة من الإجراءات والترتيبات البديلة المعتمدة مؤخرا في بعض البلدان في مختلف مناطق العالم في مجال التوظيف إلى زيادة قابلية توظيف كبار السن من خلال توفير فرص مثل التدريب في سوق العمل للعمال المسنين ومساعدتهم في البحث عن فرص عمل واعتماد ترتيبات مرنة بشأن العمل والتشجيع على العمل عن بعد. وبالإضافة إلى هذه الإجراءات، أطلقت بعض البلدان مثل أستراليا وفنلندا حملات تواصلية لمناهضة التصورات السلبية بشأن العمال المسنين بهدف تعزيز استفادتهم من ممارسات التوظيف العادلة. وتقدم عدد من البلدان، مثل فرنسا وسنغافورة، إعانات أو تخفيضات ضريبية لأصحاب العمل الذين يعينون أو يعيدون تعيين أو تدريب العمال المسنين بهدف استقطاب العمال من هذه الفئة العمرية إلى سوق العمل وتحسين قابلية حصولهم على العمل (ILO, 2017; OECD, 2015). ولجأت بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي، مثل ماليزيا، إلى إطلاق مبادرات مماثلة، حيث يقدم برنامج حوافز التوظيف (Penaja Kerjaya) الذي دخل حيز التنفيذ في 01 يوليو 2020 ما بين 600 و 1000 رينغيت ماليزي على كل موظف لمدة تصل إلى ستة أشهر لأصحاب العمل الذين يوظفون الماليزيين من بين الفئات الضعيفة بما في ذلك العمال المسنون وذوي الإعاقة (SME Malaysia, 2020).

كما شرعت مجموعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي في النظر في مقاربات بديلة وتوسيع نطاق برامج الضمان الاجتماعي القائمة التي تستهدف كبار السن. فعلى سبيل المثال، يهدف "البرنامج الحكومي لتعزيز الحماية الاجتماعية لكبار السن في أذربيجان" (2017-2021) إلى توفير حماية اجتماعية أوسع للعمال المسنين. وسجلت كل من بنين وإندونيسيا ودولة فلسطين زيادة في الخدمات الاجتماعية وتوسع نطاق شمول برامج أنظمة الحماية الاجتماعية المستهدفة لكبار السن (2018). واعتمدت مصر برنامجي "تكافل" و "كرامة" للتحويلات النقدية. فيما أطلقت نيجيريا برنامجا جديدا "للتحويل النقدي غير المشروط" (UCT)، الذي يوفر الضمان الاجتماعي للمسنين (UN, 2019).

ويمكن لباقي بلدان المنظمة النظر في مسألة اعتماد بديل كهذا لدعم المسنين في الاستمرار في النشاط الاقتصادي والإنتاجية. ومن شأن مثل هذه المقاربات أن تسهم في التقليل من اعتماد كبار السن على برامج الأمان الاجتماعي والتأمين. فهذه المبادرات والبرامج قادرة على تعزيز الإدماج الاقتصادي لكبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في أسواق العمل مع توفير حافز لهم ليكونوا أعضاء فاعلين ومنتجين في مجتمعاتهم. وبحكم المهارات والخبرات التي يتمتع بها كبار السن، بوسعهم أن يكونوا من أبرز روافد التنمية المستدامة في مجتمعاتهم إذا ما توفر الدعم اللازم على مستوى سياسات سوق العمل.

## 4. صحة ورفاهية المسنين

يساهم الأشخاص الأصحاء، بغض النظر عن نوع جنسهم أو عمرهم، بصورة كبيرة في تحقيق التقدم الاقتصادي والتنمية، ذلك لأنهم عادة ما يعيشون لفترة أطول ويحافظون على قدراتهم الإنتاجية لمدة طويلة. ويتمتع المسنون، على وجه الخصوص، بحقوق متساوية في العيش بصحة جيدة، لكن التغيرات الطبيعية التي تطال الجانب البدني والنفسي تستلزم تلبية احتياجات خاصة من حيث الرعاية الصحية.

تعد صحة كبار السن ورفاهيتهم من أبرز روافد التنمية. لهذا تولى خطة التنمية المستدامة للأمم المتحدة عناية خاصة بمسألة تحسين صحة جميع شرائح المجتمع. وفي هذا الصدد، يرمي الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة إلى ضمان الصحة والرفاهية لجميع الفئات العمرية بما في ذلك كبار السن. وحتى برنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي حتى عام 2025 لتنمية بلدان المنظمة يسלט الضوء على أهمية صحة ورفاهية الفئات الهشة وكبار السن. فيما حددت استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين خمسة أهداف استراتيجية و 38 إجراء عمليا مفضلا ضمن مجال الصحة والرفاهية، الذي يعد واحدا من الأسس الأربعة الرئيسية التي تركز عليها الاستراتيجية.

ورغم كون فئة المسنين من العناصر الهامة لتحقيق التنمية المستدامة، إلا أنهم لا يزالون يعانون من مجموعة من التحديات بسبب ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية والأعراف المتعلقة بصحتهم ورفاهيتهم. كما أن قلة الموارد المالية وضعف البنية التحتية للرعاية الصحية وعدم كفاية عدد المهنيين العاملين في قطاع الصحة بدورها من أبرز العوامل التي تؤثر على النتائج الصحية للمسنين في العديد من البلدان النامية بما في ذلك الكثير من بلدان منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2019). وعلى هذا الأساس، يعرض هذا القسم لمحة عامة بشأن الوضع المتعلق بصحة ورفاهية كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خلال النظر في مجموعة من المؤشرات مثل متوسط العمر المتوقع عد بلوغ 60 عاما من العمر وأسباب الوفاة في صفوف كبار السن، وذلك من خلال منظور مقارن.

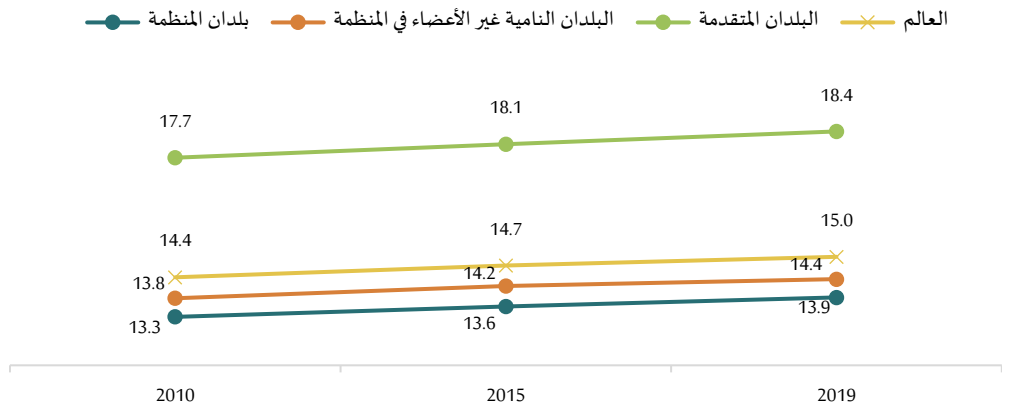
### 4.1. متوسط العمر المتوقع في صحة جيدة

حققت بلدان منظمة التعاون الإسلامي تقدما ملموسا على مستوى تحسن متوسط العمر المتوقع في صفوف المسنين، كما ورد في القسم الثاني من هذا التقرير. وقد تعزى هذه الاتجاهات الإيجابية في بلدان المنظمة إلى مجموعة من العوامل، ومن ذلك تحسن البنية التحتية للرعاية الصحية وزيادة الاستثمارات في الرعاية طويلة الأجل، إلى جانب المبادرات الإقليمية والدولية بشأن الشيخوخة في صحة جيدة (SESRIC, 2019). لكن الأهم ليس العيش لفترة أطول فحسب، لكن العيش لفترة أطول وبصحة جيدة. وبهذا الخصوص، يعطي متوسط

العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ 60 عاما من العمر تقديرا بخصوص عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها النساء والرجال وهم ينعمون بصحة جيدة من خلال مراعاة السنوات الضائعة بسبب العنف أو المرض أو سوء التغذية أو عوامل أخرى ذات صلة. ويسلط هذا المؤشر الضوء على الوضع العام للسياسات والخدمات المخصصة للمسنين في بلد معين (WHO, 2015). وعلى الرغم من الاتجاه الإيجابي المسجل خلال الفترة الممتدة بين عامي 2010 و 2019، ظل متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ 60 عاما من العمر (13.9 سنة في 2019)، أقل من متوسطات مجموعات البلدان الأخرى والمتوسط العالمي البالغ 15 سنة (الشكل 1.4).

وعلى غرار الوضع متعلق بعدد من المؤشرات المتعلقة بالصحة، تسجل مجموعة بلدان المنظمة أرقاما متفاوتة من حيث متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ 60 عاما من العمر. ويعد مستوى الدخل والتعليم والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية وتوفير الرعاية طويلة الأجل من أبرز العوامل المؤثرة على متوسط العمر المتوقع وأنماط الوفيات في صفوف كبار السن (UN, 2018). وسجلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء أدنى متوسط من حيث العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ 60 عاما من العمر (12.8) في 2019. وأعلى متوسط (14.7) في العام ذاته هو الذي سجلته منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وعلى مستوى فرادى البلدان، بلغ متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة لشخص في الـ60 من عمره في دولة الكويت 17.8 عاما. وبالمقابل، سجلت أفغانستان أدنى متوسط (10.8 عاما) في 2019.

الشكل 1.4: متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ 60 عاما (كلا الجنسين، أعوام)

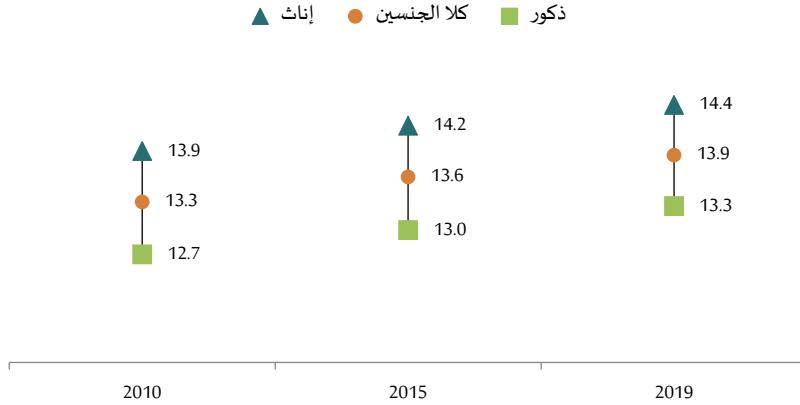


المصدر: منظمة الصحة العالمية.

ومن منطلق التفاوت بين الجنسين، تشير الأرقام إلى أن النساء يعشن أطول وبصحة أفضل مقارنة بالرجال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، وهذا ما لا يتعارض مع الاتجاهات العالمية بهذا الخصوص خلال فترة 2010-2019. لكن الفجوة بين المسنين من الرجال والنساء تراجع نسبيا من معدل 1.2 المسجل في 2010 إلى

1.1 في 2019. وبعبارة أخرى، تشير الأرقام الخاصة بعام 2019 إلى أن المرأة البالغة من العمر 60 عاما يتوقع أن تعيش بمعدل 1.1 عاما أطول من الرجل وهي تتمتع بصحة جيدة في مجموعة بلدان المنظمة.

الشكل 2.4: متوسط العمر المتوقع في صحة جيدة عند بلوغ 60 عاما حسب الجنس في بلدان المنظمة، (الأعوام)



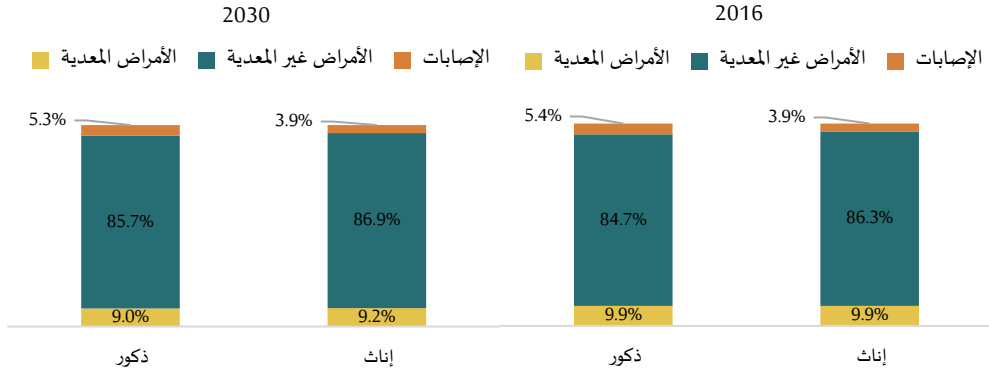
المصدر: منظمة الصحة العالمية.

## 4.2. الأمراض والإعاقات

لا يتحقق مبتغى تحسين متوسط العمر المتوقع وضمان تمتع الأفراد بصحة جيدة في حياتهم إلا من خلال الفهم الجيد للأسباب الجذرية للوفاة. فقد ساهمت الجهود الوطنية والدولية لمكافحة الأمراض المعدية في تراجع معدلات الوفيات في صفوف مختلف الشرائح العمرية بما في ذلك كبار السن وتغير في منحنى أبرز أسباب الوفاة على مدى العقود الماضية (SESRIC, 2019).

وفي عام 2016، توفي 9.9% من الرجال المسنين في العالم بسبب الأمراض المعدية. ومن المنتظر أن تنزل هذه النسبة لمعدل 9.0% في 2030 (الشكل 3.4). واستأثرت الأمراض غير المعدية في 2016 بحصة كبيرة من الوفيات في صفوف كبار السن في جميع أنحاء العالم (84.7 بالنسبة للرجال و 86.3% بالنسبة للنساء). ويتوقع أن تزيد هذه النسبة بحلول عام 2030 في صفوف الجنسين. وكانت أمراض القلب الإقفارية والسكتة الدماغية من بين أبرز الأمراض غير المعدية المتسببة بما يقارب ربع الوفيات في صفوف كبار السن عام 2016. ومن المتوقع أن يزيد إلى حد كبير مستوى تأثير هذه العناصر على كبار السن بحلول عام 2030 (WHO, 2018). وفي عام 2016، كانت 5.4% من الوفيات في صفوف المسنين من الرجال ناجمة عن إصابات. ومن المتوقع أن تراجع هذه النسبة بصورة طفيفة عام 2030 لتبلغ 5.3%. ويمكن أن تُعزى نسبة 3.9% من الوفيات في صفوف كبيرات السن إلى الإصابات في عامي 2016 و 2030.

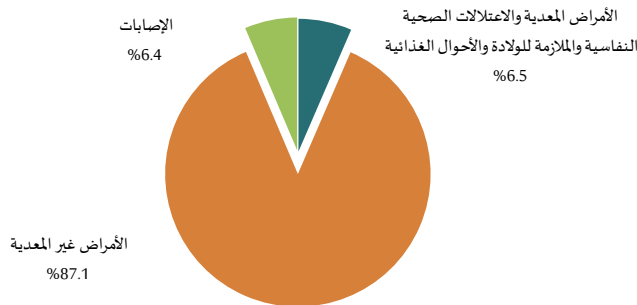
### الشكل 3.4: أسباب الوفاة في صفوف السكان البالغين من العمر +50 على المستوى العالمي



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية. ملاحظة: نظرا لمحدودية البيانات، يغطي الشكل السكان الذين هم أكبر من 50 عاما من العمر.

لا يفترض في كبار السن أن يعيشوا لفترة أطول فحسب، بل يتعين أن تكون حياتهم بصحة جيدة ودون إعاقات، لأن الإعاقات تحد من إمكانياتهم وقدراتهم وتقلل من مستوى رضاهم عن الحياة (Celik et al., 2018). لكن متوسط الانتشار العالمي للإعاقات من المستوى المتوسط والحاد في صفوف الأشخاص البالغين من العمر 60 عاما فأكثر يفوق نظيره في صفوف من تتراوح أعمارهم بين 15 و 59 عاما بحوالي ثلاثة أضعاف (SESRIC, 2018). لذلك من شأن الفهم الجيد لأبرز الأسباب الكامنة وراء السنوات الضائعة بسبب الإعاقة (YLD)، أي عدد السنوات ذات الجودة المتدنية بسبب الأمراض، أن يساهم في تحديد المجالات ذات الأولوية على مستوى السياسات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ففي عام 2019 كانت 87.1% من حالات السنوات الضائعة بسبب الإعاقة ناجمة عن الأمراض غير المعدية، في حين أن 6.5% منها كانت بسبب الأمراض المعدية (بما في ذلك الحالات التنفسية وفترة ما قبل الولادة وحالات متعلقة بالتغذية). ونسبة 6.4% أخرى من السنوات الضائعة بسبب الإعاقة في مجموعة بلدان المنظمة خلال نفس العام تعزى للإصابات.

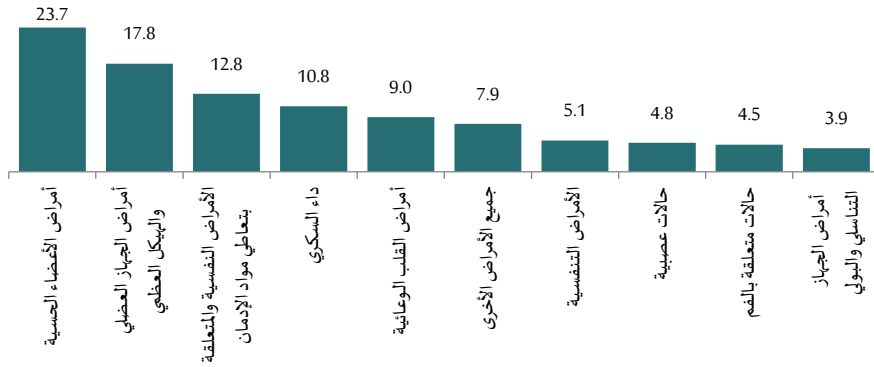
### الشكل 4.4: أبرز أسباب السنوات المفقودة بسبب الإعاقة في صفوف المسنين في بلدان المنظمة، 2019



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية. ملاحظة: نظرا لمحدودية البيانات، تمت دراسة الفئة العمرية 60-69 الخاصة بمجموعة من 54 بلد عضو في منظمة التعاون الإسلامي.

كانت الأمراض ذات الصلة بالأعضاء الحسية (23.7%) وأمراض الجهاز العضلي والهيكل العظمي (17.8%) والاضطرابات النفسية والناجمة منها عن تعاطي مواد الإدمان (12.8%) من أبرز الأمراض غير المعدية المتسببة في الإعاقة في صفوف كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي خلال عام 2019 (الشكل 5.4). ويلهما كل من داء السكري (10.8%) ثم الأمراض القلبية الوعائية (9.0%).

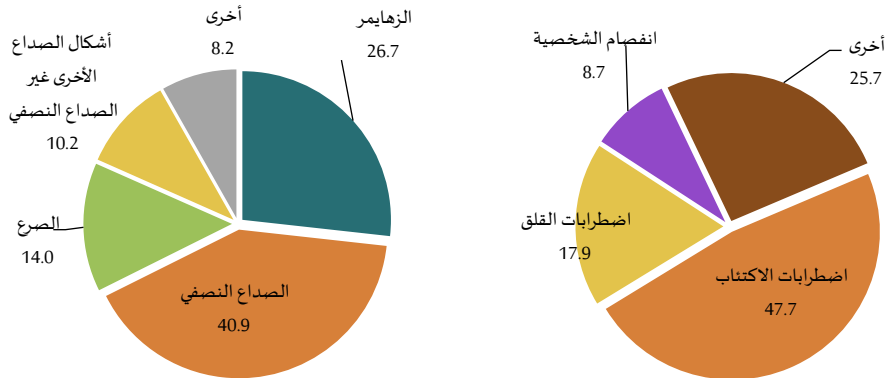
الشكل 5.4: أبرز الأمراض غير المعدية المسببة للإعاقة في صفوف المسنين في بلدان المنظمة، (%،) 2019



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية.

وبخصوص الصحة العصبية، كان الصداع النصفي (40.9%) ومرض الزهايمر وأشكال الخرف الأخرى (26.7%) من أبرز مسببات الإعاقة في صفوف كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي عام 2019 (الشكل 6.4، يسار). وبالإضافة إلى ذلك، تعزى نسبة 47.7% من الاضطرابات النفسية والناجمة منها عن تعاطي مواد الإدمان المسببة للإعاقة في 2019 إلى الاضطرابات المرتبطة بالاكنتاب واضطرابات القلق (الشكل 6.4، يمين).

الشكل 6.4: أبرز الأمراض العصبية (يسار) والاضطرابات النفسية والناجمة منها عن تعاطي مواد الإدمان (يمين) المتسببة في الإعاقة في صفوف المسنين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، (%،) 2019



المصدر: تقديرات الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية. ملاحظة: نظرا لمحدودية البيانات، تمت دراسة الفئة العمرية 60-69 الخاصة بمجموعة من 54 بلد عضو في منظمة التعاون الإسلامي.



### 4.3. سن الشيخوخة في صحة جيدة

بلوغ سن الشيخوخة في صحة جيدة معناه تطوير القدرة الوظيفية التي تمكن من التمتع بالرفاهية عند التقدم في السن. فاعتلال الصحة في سن الشيخوخة لا يعني بالضرورة أنه ناجم عن التقدم في العمر، بل هو نتيجة لتراكم مجموعة من العوامل مثل سوء التغذية والسمنة وقلة النشاط البدني والإجهاد وتعاطي مواد الإدمان. فعلى سبيل المثال، تنخفض احتمالية الوفاة في صفوف الأشخاص الذين يزاولون نشاطا بدنيا بمعدل 150 دقيقة في الأسبوع وبوتيرة معتدلة بنسبة 31% مقارنة بالأشخاص الأقل حركية. وتتجلى مزايا ذلك بنسبة أكبر في صفوف من تزيد أعمارهم عن 60 عاما (WHO, 2015).

وفي هذا السياق، يساهم تقدم الأفراد في العمر بصحة جيدة في تمتعهم بوضع صحي جيد طوال فترة حياتهم ويقلل من المخاطر الصحية المصاحبة للتقدم في العمر (الإطار 1.4).

#### الإطار 1.4: عقد الشيخوخة في صحة جيدة 2021-2030

أعلنت الأمم المتحدة فترة 2021-2030 عقدا للشيخوخة في صحة جيدة، مع أخذ منظمة الصحة العالمية بزمام العمل الدولي للنهوض بجودة حياة كبار السن وأسرتهم ومجتمعاتهم. بلوغ سن الشيخوخة في صحة جيدة هو عملية تطوير القدرة الوظيفية التي تمكن من التمتع بالرفاهية في المراحل المتقدمة من العمر. والقدرة الوظيفية تتعلق بالتمتع بالقدرات التي تمكن الأشخاص من أن يقوموا بما يرونه ذا قيمة بالنسبة لهم وينخرطوا فيه.

وهذا العقد يجمع بين مختلف الجهات المعنية لحشد جهود العمل المشترك من أجل:

- تغيير طريقة تفكير الناس وشعورهم وتصرفهم تجاه التقدم في السن والشيخوخة،
- تنمية المجتمعات على أساس يساهم في تعزيز قدرات المسنين،
- تقديم رعاية متكاملة تركز على الفرد وخدمات صحية أولية تستجيب لاحتياجات المسنين،
- إتاحة الفرصة أمام المسنين للوصول إلى رعاية طويلة الأمد عندما يكونون بحاجة إليها.

وستتوخى المبادرات التي يتم إطلاقها في إطار برنامج عقد الشيخوخة إلى مشاركة المسنين، الذين سيشكلون العنصر المحوري وسيشاركون كليا في هذا الجهد التعاوني المتعدد الأطراف. وبحكم أهمية هذه المبادرة، فإن بلدان منظمة التعاون الإسلامي مدعوة للمشاركة بفعالية في الأنشطة ذات الصلة خاصة لإذكاء الوعي بمفهوم الشيخوخة في صحة جيدة في مجتمعاتها.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2020).

شرعت العديد من البلدان في توجيه بوصلة الاستثمارات صوب النهوض بصحة المسنين ورفاههم وتعزيز الصحة الجيدة (أي الشيخوخة بصحة جيدة) على امتداد دورة الحياة (UN, 2018). وبهذا فإنها تسعى إلى تقليل مستوى الإنفاق على الصحة مع مرور الوقت والنهوض بصحة المتقدمين في العمر الذين بإمكانهم الحفاظ على قدرتهم الإنتاجية لفترة أطول من الوقت.

فقد اتخذت مجموعة من بلدان منظمة التعاون الإسلامي خطوات في سبيل الحد من عوامل الخطر المرتبطة بكبار السن وتعزيز الشيخوخة بصحة جيدة من خلال تحسين الوضع التغذوي للمسنين. وبهذا الخصوص، يعالج لبنان مسألة الجوع وتغذية الأسر المعيشية من خلال توفير وجبة ساخنة مجانية للمسنين والفقراء مرة واحدة في الأسبوع من خلال الجمعيات الخيرية وقوائم الطعام المتاحة. وطورت السنغال "البرنامج الوطني لدعم الأمن الغذائي والاستراتيجية الوطنية للأمن الغذائي والقدرة على الصمود" للفترة 2018-2022 لضمان الأمن الغذائي لجميع الناس، بمن فيهم المسنون.

#### 4.4. السياسات المتعلقة بالشيخوخة في صحة جيدة

المسنون بحاجة لرعاية صحية وخدمات حيوية طويلة الأجل بحكم أوضاعهم النفسية والبدنية (UN 2018; WHO, 2015). لكنهم يواجهون مجموعة من التحديات المتعلقة بالاستفادة من الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأجل في جميع أنحاء العالم (الإطار 2.4).

##### الإطار 2.4: الرعاية طويلة الأجل والمسنون

تنطوي الرعاية طويلة المدى على الأنشطة التي يجريها أفراد محدودون لضمان أن يتمتع الأشخاص الذين يعانون من نقص دائم في القدرة البدنية أو العقلية بقدر من القدرة على أن يفعلوا ما يرونه ذا قيمة بالنسبة لهم، وذلك بما يتفق مع حقوقهم الأساسية والحريات الأساسية وكرامة الإنسان. لكن نوع ومقدار الرعاية طويلة الأجل اللازمة أمر يتوقف على الوضع الصحي للفرد المستفيد الناتج عن مستوى الرعاية الصحية التي يتلقاها والتجارب الاجتماعية والاقتصادية على مدار حياته. ومن الناحية العملية، تغطي الرعاية طويلة الأجل مجموعة من الخدمات التي قد تتراوح بين ما يتعلق بالمساعدة في المنزل بشأن أنشطة الحياة اليومية مثل الاستحمام وارتداء الملابس والوجبات و/ أو الخدمات ذات الصلة بالرعاية الصحية المعقدة نسبياً والحضور إلى مراكز الرعاية النهارية، والرعاية في إطار بيئة مؤسسية. ويتلقى معظم كبار السن في جميع البلدان خدمات الرعاية في منازلهم ومن مقدمي رعاية غير رسميين (الإناث من أفراد الأسرة في غالب الحالات وبدون مقابل مالي). وعلى الصعيد العالمي، يعد مستوى توافر خدمات الرعاية طويلة الأجل الرسمية متدنياً. لكن أعلى مستوياته تستأثر بها البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل وفي أعمار أصغر نسبياً بسبب تدني معدلات طول العمر إلى جانب ارتفاع معدلات الأمراض المزمنة غير المعدية فضلاً عن ضعف الخدمات الصحية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2015) ومنظمة العمل الدولية (2011)

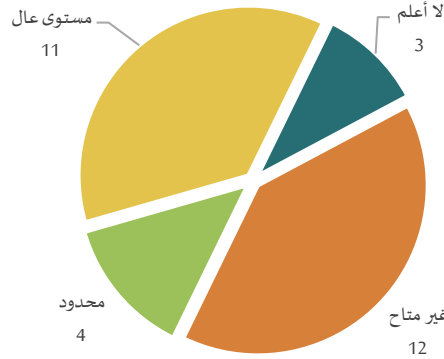
وفي البلدان النامية على وجه الخصوص، عادة ما يزيد مستوى إنفاق الأفراد من مالهم الخاص كلما تقدموا في السن. لذلك فإن قدرة كبار السن على تحمل تكاليف الرعاية الصحية وخدمات الرعاية طويلة الأجل من القضايا المثيرة للقلق في في معظم البلدان النامية - بما في ذلك العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وكشفت دراسة استقصائية أجرتها منظمة الصحة العالمية (2015) بهدف تحديد أبرز الأسباب التي تحول دون تمكن كبار السن من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أن 60.2% من المسنين في البلدان منخفضة

الدخل لا يقدر على تحمل تكاليف الزيارة. وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، غطى التمويل الحكومي عام 2016 ما متوسطه 52% من إجمالي النفقات الصحية مقارنة بحصة 74.2% كمتوسط عالمي و 80.2% كمتوسط في البلدان المتقدمة (SESRIC, 2019). فضعف التمويل لا يقلل فقط من فرص الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية فحسب، بل عادة ما يساهم في انتشار الفقر في صفوف كبار السن لأنهم يجدون أنفسهم مضطرين للاقتراض أو استخدام مخراتهم لتغطية نفقات الرعاية الصحية. وفي هذا الصدد، من شأن إصلاح النظم الصحية العامة (الشاملة) في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن يلعب دورا محوريا في تحسين إمكانية الوصول والقدرة على تحمل تكاليف مؤسسات وخدمات الرعاية الصحية، خاصة بالنسبة لكبار السن.

ونظرا لوجود بعض القيود في مجال خدمات الصحة العامة، تسعى العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى تعزيز عملية تقديم خدمات الرعاية الصحية لكبار السن من خلال زيادة الشراكات. فعلى سبيل المثال، أطلقت إندونيسيا "حركة مجتمع نمط الحياة الصحي"، وهي حركة متعددة القطاعات تهدف إلى تحسين نمط الحياة الصحي في المجتمع. ومن الأمثلة على جهود الحركة إحداث المركز الإقليمي المتكامل لرعاية المسنين للأمراض غير المعدية. وعلى نفس المنوال، أقامت ماليزيا شراكة مع مجموعة من المنظمات غير الحكومية لخدمة الفئات الاجتماعية ذات الاحتياجات المحددة، بما في ذلك كبار السن. وما تؤكده هذه الأمثلة هو أن العديد من بلدان المنظمة تدرك جيدا مدى أهمية المجتمع المدني والتدخلات المجتمعية للنهوض بمستوى رفاهية المسنين (UN, 2019).

لا تقتصر التحديات المتعلقة بمؤسسات وخدمات الرعاية الصحية التي يعاني منها المسنون على بعدي قابلية الوصول والقدرة على تحمل التكاليف، فحتى مع وجود إمكانية سهولة وصولهم لهذه الخدمات والاستفادة منها، قد تجدهم يواجهون تحديات متعلقة بسوء المعاملة والتمييز بسبب عمرهم. لذلك تنفذ العديد من البلدان مجموعة من السياسات التي تروم تعزيز إمكانية وصول المسنين إلى خدمات الرعاية ومناهضة سوء معاملتهم، وذلك من خلال آليات من قبيل إطلاق برامج توعوية لمقدمي الرعاية وتنظيم دورات تثقيفية بشأن حقوق المسنين وتنفيذ برامج بناء القدرات لصالح مقدمي الرعاية. كما نفذت العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي برامج على هذه الشاكلة للحيلولة دون سوء معاملة المسنين والتقليل من مستوى هذه الممارسة. وحسب مجموعة بيانات تغطي 30 بلدا عضوا في المنظمة لفترة 2012-2014، نفذ 11 بلدا من هذه البلدان برامج دعم على مستوى عال لمقدمي الرعاية للحيلولة دون سوء معاملة المسنين (الشكل 7.4). لكن 12 بلدا منها لم ينفذ أي برامج على الإطلاق، بينما نفذت 4 بلدان أعضاء عددا محدودا من هذه البرامج. وتشير الأرقام إلى أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي بحاجة إلى بذل جهود إضافية وتكثيف أنشطتها للقضاء على حالات إساءة معاملة المسنين وخاصة الصادرة منها من مقدمي الرعاية.

الشكل 7.4: مدى تنفيذ برامج دعم لمقدمي الرعاية للجيلولة دون سوء معاملة المسنين (عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي)، 2012-2014

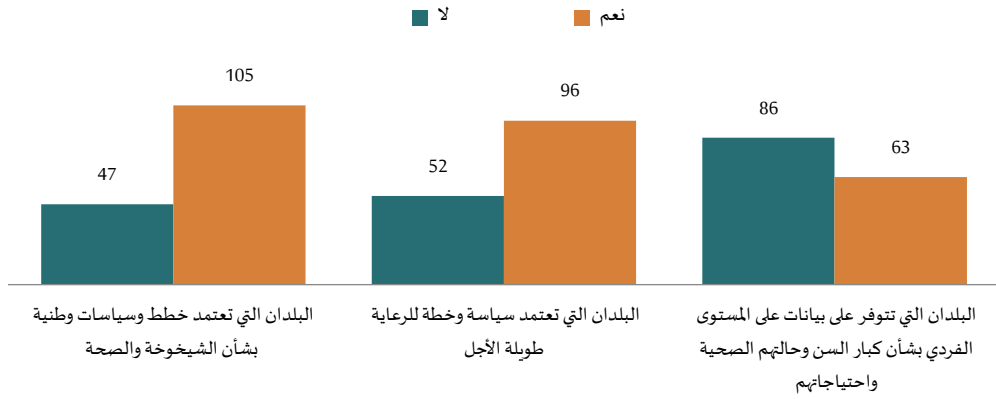


المصدر: منظمة الصحة العالمية، ملاحظة: تغطي مجموعة البيانات 30 بلدا عضوا في المنظمة.

وباللقاء نظرة شاملة على وضع السياسات والبيانات المتعلقة بالمسنين يمكن استنباط معلومات بخصوص الأهمية التي توليها البلدان لموضوع رفاهية المسنين والشيخوخة. ومع تزايد نسبة السكان المسنين، شرعت البلدان المتقدمة وعدد متزايد من البلدان النامية في إيلاء مزيد من الاهتمام للسياسات الخاصة بكبار السن وإحداث مجموعات بيانات خاصة بالوضع الصحي لكبار السن واحتياجاتهم. وفي هذا الصدد، لحدود عام 2020 طورت 105 بلدا فعليا خططًا وسياسات وطنية بشأن الشيخوخة والصحة (الشكل 8.4). لكن 47 بلدا لم يعد لحد الآن أي خطط وسياسات، وذلك راجع لعوامل مثل انخفاض نسبة المسنين أو عدم اهتمام صانعي السياسات بهذا الموضوع بدرجة كبيرة. وعلى نفس المنوال، أفاد 96 بلدا في جميع أنحاء العالم أنها تعتمد سياسة رعاية طويلة الأجل وخطة بشأن كبار السن في عام 2020، كمكون رئيسي من مكونات السياسات الصحية الخاصة بكبار السن.

ومن أبرز التحديات التي يواجهها صانعو السياسات والبلدان بشأن الوضع الصحي لكبار السن هو الافتقار إلى البيانات والمعلومات الخاصة بكل فئة عمرية. فبدون توفر البيانات المناسبة وبالقدر الكافي، يستحيل تطوير سياسات فعالة بشأن صحة كبار السن ورفاههم وتنفيذها. لكن اعتبارا من 2020، فقط 63 بلدا هي التي أفادت بتوفرها على بيانات على المستوى الفردي لكبار السن ووضعهم الصحي واحتياجاتهم، في حين أن الغالبية منها (83 بلدا) لم تكن تتوفر على مثل هذه البيانات (الشكل 8.4). لذلك من المهم بالنسبة بالنسبة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تفتقر إلى بيانات تفصيلية أن تولي مزيدا من الاهتمام لهذه الإشكالية والشروع في بناء مجموعات بيانات بغرض تصميم وتطوير وتنفيذ الخطط والسياسات الوطنية المتعلقة بالشيخوخة والصحة والرعاية طويلة الأجل للمسنين. ومن شأن هذا الأمر أيضا أن يدعم بلدان المنظمة في عملية تنفيذ الأهداف الوطنية والإقليمية (مثل استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصصو المسنين) والعالمية (مثل أهداف التنمية المستدامة) بشأن رفاهية كبار السن.

الشكل 8.4: الآفاق العالمية بشأن السياسات والبيانات المتعلقة بالمسنين (عدد من البلدان)، 2020



المصدر: البوابة الإلكترونية لمنظمة الصحة العالمية الخاصة بالبيانات المتعلقة بصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين. ملاحظة: مجموعة البيانات لا توفر معلومات على المستوى الوطني.

## 5. تمكين بيئة داعمة للمسنين

إن تهيئة بيئة داعمة للمسنين أمر مفيد لصحتهم ورفاهيتهم وتحسين مستوى مشاركتهم في المجتمع. فمثل هذه البيئة تجعل الخدمات سهلة المنال وعادلة وشاملة وأمنة بالنسبة للمسنين (WHO, 2021). كما أنها تعزز الممارسات الصحية والنشطة في مراحل الشيخوخة ويقلل من الآثار السلبية لهذه الأخيرة من خلال توفير الدعم الوظيفي لكبار السن. ويتطلب توفير بيئة مواتية للمسنين نهجا متعدد القطاعات لمعالجة أبعاد السياسة المختلفة مثل الصحة، والرعاية طويلة الأجل، والنقل، والإسكان، والمشاركة في سوق العمل، والحماية الاجتماعية، والوصول إلى المعلومات والتكنولوجيا (WHO, 2021).

تؤكد الوثائق الاستراتيجية الدولية والإقليمية المتعلقة بالمسنين على أهمية وجود بيئة تمكينية لكبار السن باعتبارها جزء من الجهود التنموية. وعلى وجه الخصوص، يشدد جدول أعمال التنمية المستدامة للأمم المتحدة على أن وجود بيئة تمكينية للمسنين من شأنه أن يساعد البلدان في تحقيق التنمية المستدامة وإنجاز العديد من المقاصد في إطار أهداف التنمية المستدامة 1 و 2 و 3 (UNDP, 2017). وعلى المستوى الإقليمي، تشير استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بشأن المسنين إلى "تمكين بيئة داعمة للمسنين" كإحدى الركائز الأساسية وتطرح أربعة أهداف استراتيجية بغية "تعزيز الظروف البيئية المادية والاجتماعية التي تحيط بالمسنين" (OIC and SESRIC, 2019).

في هذا السياق، يسلط القسم التالي الضوء على التدابير والسياسات التي اعتمدها بلدان منظمة التعاون الإسلامي من أجل تمكين بيئة داعمة للمسنين. كما يناقش استخدام نهج "الشيخوخة النشطة" لتمكين بيئة داعمة للمسنين، وينظر في وضع أنظمة الضمان الاجتماعي وأنظمة المعاشات التقاعدية في بلدان المنظمة.

### 5.1 الشيخوخة النشطة والبيئة التمكينية

تعرف منظمة الصحة العالمية الشيخوخة النشطة<sup>2</sup> بأنها "عملية تحسين فرص الصحة والمشاركة والأمن من أجل تحسين نوعية الحياة مع تقدم الناس في السن" (WHO, 2002). وقد أكد مفهوم الشيخوخة النشطة، منذ التسعينات، على أهمية السياسات والبرامج التي تعزز الرعاية الذاتية لدى كبار السن، والبيئات الملائمة للمسنين، والتضامن بين الأجيال. ومن أجل بناء بيئات تمكينية، يستدعي نهج الشيخوخة النشطة تصميم سياسات وبرامج تراعي المحددات الجسدية والصحية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على جودة حياة كبار السن (الإطار 1.5). ويركز النهج بشكل خاص على "الثقافة" و "النوع الاجتماعي" باعتبارهما مسألتين شاملتين تؤثران على كل محدد رئيسي.

<sup>2</sup> تشير كلمة "نشطة" إلى "استمرار المشاركة في الشؤون الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والروحية والمدنية، وليس فقط إمكانية ممارسة النشاط البدني أو الانخراط في القوى العاملة" (WHO, 2002).

## الإطار 1.5: بناء بيئة تمكينية وداعمة للمسنين

تجمع البيئة التمكينية والداعمة لكبار السن بين البيئة الاجتماعية الداعمة والبيئة المبنية التي يتيسر الوصول إليها. وهي تضمن وصول كبار السن إلى الدعم والبرامج والخدمات التي تتميز بالمرونة. فالبيئة الاجتماعية تشجع على المشاركة الهادفة لكبار السن، بمن فهم المعزولون اجتماعيا. كما أنها تعزز السلامة والأمن وتحترم كرامة الاختيار وتقلل من مخاطر سوء المعاملة والإساءة والإهمال. فيما تفي البيئة المادية أو تتجاوز معايير إمكانية الوصول القائمة حيث يمكن لكبار السن الوصول إلى البيئات المبنية والتحرك داخلها بأمان.

المصدر: جامعة واترلو، غير محدد

فيما يتعلق ببناء بيئة مادية داعمة للمسنين، فإن إمكانية الوصول إلى الخدمات والسلامة البدنية تحظى بأهمية قصوى. وقد تم تصميم البيئات المادية الملائمة للأعمار (في المنزل أو في المرافق السكنية) بهدف تقليل الحواجز المادية مثل الإضاءة السيئة وأسطح المشي غير المنتظمة ونقص الدرابزين الذي يمكن أن يؤدي إلى مخاطر وإصابات بيئية بين المسنين (Kerr, Rosenberg, & Frank, 2012). وبصرف النظر عن الحد من الإصابات - التي يمكن أن يكون لها عواقب وخيمة على المسنين - فإن وجود مساحة معيشية ملائمة لهم من شأنه أن يسهل أيضا تنقل المسنين ذوي الإعاقة والأمراض المزمنة وأولئك الذين يخضعون لإعادة التأهيل (Levasseur et al., 2017).

وعندما تتاح للمسنين إمكانية الوصول المناسبة إلى المياه والهواء والغذاء النظيف في بيئتهم المادية، فمن غير المرجح أن يتعرضوا لتهديد لا داعي له في صحتهم بسبب أمراض يمكن الوقاية منها (WHO, 2002). كما يعد الوصول إلى وسائل النقل الميسورة التكلفة (العامة أو الخاصة) عنصرا مهما في البيئات المادية الداعمة للمسنين الذين يعانون من مشاكل في التنقل. ومن شأن إتاحة وسائل النقل أن يحدد ما إذا كان كبار السن يتوفرون على إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والاجتماعية الضرورية، لا سيما في المناطق الريفية (Mattson, 2011). وبالتالي، فإن البيئة المادية الداعمة تستأثر بالقدرة على تحويل عزلة المسنين إلى مشاركة اجتماعية (Tomaszewski, 2013).

من المرجح أن يكتسب تعزيز الإسكان الملائم والأمن للمسنين في عدد من البلدان النامية وبلدان منظمة التعاون الإسلامي أهمية أكبر باعتباره أحد الاهتمامات السياساتية في المستقبل القريب. ويرجع ذلك إلى تراجع أنظمة الرعاية الأسرية الذي يمكن أن يؤدي إلى زيادة عدد المسنين الذين يعيشون بمفردهم أو في مرافق مؤسسية/سكنية. وللسياسات التي تتيح بيئة مادية داعمة أهمية خاصة بالنسبة للفئات الضعيفة مثل فئة الأراذل التي تعيش مع أسرهم الممتدة بشكل غير طوعي، والمسنين الأكثر فقرا الذين يعيشون في الأحياء العشوائية في المناطق الحضرية، واللاجئين والمهاجرين المسنين الذين يقيمون في المخيمات.

بالإضافة إلى المحددات المادية، تعتبر عملية بناء أنظمة صحية عادلة، ميسورة الوصول وبأسعار معقولة أمرا حاسما كذلك لنجاح مبادرات الشيخوخة النشطة - كما نوقش في القسم الرابع من هذا التقرير. وتهدف

النظم الصحية الفعالة إلى تشجيع المسنين على الاستقلالية فيما يتعلق بالقرارات ذات الصلة بصحتهم ورعايتهم الصحية. كما أنها تشجع على الوقاية من الأمراض من الدرجة الأولى<sup>3</sup> والثانية<sup>4</sup> والثالثة<sup>5</sup>، التي من المعروف أنها تكافح الأمراض والتهور الوظيفي، وتطيل العمر، وتحسن جودة حياة المسنين (WHO, 2002). وتؤكد هذه الأنظمة أيضا على الحاجة إلى رعاية علاجية متخصصة للمسنين تشمل خدمات إعادة التأهيل وتتضمن وجهات نظر مقدمي الرعاية الرسميين مثل المهنيين في مجال الصحة ومقدمي الرعاية غير الرسميين مثل عمال الرعاية المنزلية والمعالجين التقليديين/الروحانيين.

ويتعين على الأنظمة الصحية التي تعزز الشيخوخة النشطة أن تكمل تدابير مثل القوانين واللوائح التي تتناول الاحتياجات الناشئة للمسنين من خلال مكافحة التمييز على أساس العمر ونوع الجنس في الخدمات الصحية، وبناء المعرفة والفلسفة المتعلقة بالمسنين في خدمات الرعاية الطبية والصحية، واستيعاب أهمية رعاية الصحة النفسية كجزء من رعاية المسنين طويلة الأمد (WHO, 2002; SESRIC, 2018).

ومن شأن إنشاء نموذج رعاية صحية متكامل لدول منظمة التعاون الإسلامي أن يسمح بالابتعاد عن الاعتماد المفرط على أنظمة الرعاية الأسرية غير الرسمية، مع القدرة أيضا على الاستفادة من دور الأسرة في رعاية الأقارب الأكبر سنا واحتضان مقدمي الرعاية غير الرسميين باعتبارهم أحد موارد الرعاية (SESRIC, 2018). ويمكن لمثل هذا النموذج أن يعزز توافر الرعاية الرسمية داخل البيئة المنزلية ويشجع على إزالة الوصم عن المرافق المؤسسية/السكنية. ومع تدهور أنظمة الرعاية الأسرية في دول منظمة التعاون الإسلامي، تعد المرافق المؤسسية (العامة أو الخاصة) بديلا قابلا للتطبيق يمكن للدول من خلاله تقديم الرعاية الكافية للمسنين في المستقبل<sup>6</sup>.

وتشمل السياسات والبرامج التي يمكن أن تحسن البيئة الاجتماعية للمسنين البرامج التي تعزز الشبكات الاجتماعية لكبار السن من خلال "دعم المجموعات المجتمعية التقليدية، والعمل التطوعي، ومجموعات الأحياء، وتوجيه الأقران، ومقدمي الرعاية الأسرية، والبرامج المشتركة بين الأجيال، وخدمات التوعية" (WHO, 2002). وتعتبر حماية المسنين من العنف والإيذاء، الذين يشمان الإساءة الجسدية أو الجنسية أو النفسية أو المالية والإهمال، من المحددات المهمة للبيئة الاجتماعية الصحية (WHO, 2020). كما يشكل كل من الإقصاء والهجر الاجتماعي، وانتهاكات الحقوق الإنسانية والقانونية والطبية، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات واختيارات مستقلة إساءة معاملة للمسنين (Perel-Levin, 2008).

ومن بين العوامل البالغة الأهمية الأخرى التي تتيح بيئة اجتماعية داعمة للمسنين إمكانية وصولهم إلى برامج التعلم مدى الحياة. فوفقا لمنظمة الصحة العالمية (2002)، "قضايا العمالة فيما بين المسنين من العمال

<sup>3</sup> تشير الوقاية الأولية من الأمراض إلى إدارة العوامل السلوكية مثل الأكل الصحي، وتجنب المواد الضارة مثل التبغ والكحول، إلخ.

<sup>4</sup> تشير الوقاية الثانية من الأمراض إلى استخدام الفحوصات للكشف المبكر عن المرض.

<sup>5</sup> تشير الوقاية الثالثة من الأمراض إلى الإدارة السريرية المناسبة وفي الوقت المناسب للمرض.

<sup>6</sup> راجعوا القسم السادس للاطلاع على مناقشة مفصلة حول العلاقة بين الأسرة والثقافة.



غالبا ما تكون متجذرة في مهارات القراءة والكتابة المنخفضة نسبيا، وليس في الشيخوخة في حد ذاتها". وبرامج التعلم مدى الحياة تضمن للمسنين استمرار مشاركة الناس في الأنشطة الإنتاجية مع تقدمهم في السن من خلال تعريفهم بأحدث المهارات والتقنيات (Kelly, 2007). وعلى وجه الخصوص، يمكن لبرامج التعلم بين الأجيال (في مكان العمل أو المجتمع) أن تشجع التعلم مدى الحياة لدى المسنين مع تعزيز تبادل القيم والخبرات الثقافية بين الأجيال المسنة والأجيال الأصغر سنا (Newman & Hatton-Yeo, 2008).

ويتطلب تعزيز البيئة الاقتصادية للمسنين تحسينات على مستوى دخلهم، وإمكانية الوصول إلى أنظمة الحماية الاجتماعية، والتوظيف (بما في ذلك العمالة الرسمية وغير الرسمية والعمل الحر). ولدى هذه المحددات الأساسية الثلاثة - التي تمت مناقشتها بمزيد من التفصيل في القسم التالي - تأثير مباشر على ما إذا كان المسنون قادرين على تحمل تكاليف الضروريات مثل الرعاية الصحية والإسكان والغذاء والرعاية/المساعدة.

وهناك مجموعة واسعة من السياسات والتدابير المعمول بها لتمكين بيئة داعمة للمسنين والشيخوخة النشطة في دول منظمة التعاون الإسلامي، فعلى سبيل المثال، تعمل الإمارات العربية المتحدة على تحويل الشارقة إلى "أول مدينة عربية ملائمة للمسنين" تماشيا مع خطتها الاستراتيجية لإمارة الشارقة 2017-2020 (Sharjah Government Media Bureau, 2019). ويتمثل أحد العناصر المهمة في هذه الخطة في توفير خدمة إسكان حكومية مجانية للمسنين من خلال: (1) بناء وحدات سكنية على نفس الأرض التي يعيش فيها أبناء أو أحفاد المسنين لتعزيز العلاقات الأسرية بين الأجيال؛ (2) بناء وحدات سكنية على أرض جديدة لإيواء المسنين وأفراد أسرهم بالقرب من الخدمات والمرافق الاجتماعية المعنية بالمسنين؛ و (3) تحسين الوحدات السكنية القائمة بما يتماشى مع احتياجات المسنين من خلال إضافة مرافق خاصة في المنزل (مثل المصاعد والدرازين وغيرها) لتحسين تنقل سكان المنزل وسلامته.

وفي الآونة الأخيرة، أنشأت بلدية مرسين الحضرية في تركيا بيت الشيخوخة النشطة عام 2018 بمساعدة وزارة الخدمات الاجتماعية (WHO, n.d). ويحق للمواطنين الذين تزيد أعمارهم عن 55 عاما الاستفادة من الخدمات التي يقدمها هذا المركز، والتي تشمل التدريبات التفاعلية لتحسين الذات، وخدمات الإرشاد النفسي والاجتماعي، والخدمات الصحية مثل فحص الأسنان، ودورات الموسيقى والدراما، وممارسة جوقة الموسيقى الشعبية التركية، وحضور عروض الأفلام (WHO, n.d).

وفي الكاميرون، تهدف مختلف الصكوك القانونية إلى حماية حقوق المسنين، ولا سيما لضمان بيئة مواتية لهم. فعلى سبيل المثال، ينص قانون العقوبات - القسم 28 على عقوبة بالسجن من 1 إلى 3 سنوات وغرامة من 2500 إلى 5000 FRS في حق الأفراد المسؤولين عن تشريد المسنين الذين يعانون من مشاكل صحية (Nangia, Margaret, Emmanuel, 2015).

## 5.2. أنظمة الحماية الاجتماعية

يواجه المسنون عددا من مواطن الضعف على شكل عدم استقرار الدخل، وانعدام الأمن الصحي، والاعتماد على الرعاية البدنية. وفي جميع أنحاء العالم، يقل احتمال حصول المسنين - في المتوسط - على وظائف مدفوعة الأجر، مما يجعلهم يعتمدون على الدخل من برامج الضمان الاجتماعي والمعاشات التقاعدية أو على أفراد أسرهم. وهم أكثر عرضة لعدم كفاية سبل الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية أو يكونون غير قادرين على دفع تكاليف الرعاية الصحية بسبب نقص التأمين الصحي، وخاصة في العالم النامي. وعلاوة على ذلك، هناك عدد من العوامل مثل التحول الديموغرافي والتوسع الحضري والتغيرات في الهياكل الأسرية التقليدية التي تهدد بشكل أكبر توافر آليات الدعم الحالية مثل الرعاية البدنية والمساعدة الأسرية للمسنين.

ويمكن تجنب كل هذه التحديات إذا كان المسنون يتوفرون على إمكانية الوصول إلى أنظمة الحماية الاجتماعية المناسبة. وكما نوقش في القسم الثالث من هذا التقرير، يمكن لأنظمة الضمان الاجتماعي أن تدعم الاستقلال الاقتصادي للسكان المسنين. وعلى وجه الخصوص، تعد المعاشات التقاعدية للمسنين أحد أكثر أشكال الحماية الاجتماعية انتشارا في جميع أنحاء العالم. ولكن الحق في الحماية الاجتماعية للمسنين لا يتم إعماله بسهولة في عدد من البلدان النامية، حيث لا تزال نسبة كبيرة من المسنين تعتمد على أنظمة الرعاية والدعم الأسري (ILO, 2017).

يعد نقص الموارد المالية في البلدان النامية السبب الرئيسي وراء انخفاض التغطية في برامج الحماية الاجتماعية. وترتبط التغطية المحدودة للحماية الاجتماعية ارتباطا مباشرا بنقص الموارد المالية أو عدم كفاية البنية التحتية المالية في العديد من البلدان النامية لأن المعاشات التقاعدية والتأمين الصحي وأنواع أخرى من برامج الحماية الاجتماعية تتطلب إنفاقا مباشرا من الحكومة (Bloom, Jimenez, & Rosenberg, 2011; Bastagli, 2013).

ولهذا، فإن نسبة الأشخاص الذين يتلقون معاشات تقاعدية للشيوخ وتغطية برامج التأمين الاجتماعي، في دول منظمة التعاون الإسلامي، غير متسقة إلى حد كبير ومرتبطة ارتباطا وثيقا بدخل الدولة ومستوى التنمية - حيث تستطيع البلدان ذات مستويات الدخل المرتفعة تكريس المزيد من الموارد المالية لرعاية المسنين (SESRIC, 2018).

وعلى نفس المنوال، تتأثر أنواع مختلفة من برامج المعاشات التقاعدية بتوافر الموارد المالية في دول منظمة التعاون الإسلامي. وتستخدم 45 دولة عضو أنظمة المعاشات الإلزامية (الركيزة 1<sup>7</sup>) كأسلوب أساسي لتمويل برامج التأمين الاجتماعي (SESRIC, 2018). وتكمن المشكلة في مخططات التأمين الاجتماعي القائم على

<sup>7</sup> في أنظمة الركيزة 1، تخصص الحكومات معاشات تقاعدية لجميع المواطنين ويتوقف مقدار المعاش الذي يتقاضاه الفرد على مساهمهم الشخصية خلال فترة العمالة (SESRIC, 2018).

الاشتراكات في أنها تلبي بشكل أساسي الأفراد الذين لديهم عمل ثابت أو مستمر أو يعملون لحسابهم الخاص طوال سنوات نشاطهم.

وتنفذ 21 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي نوعاً من أنظمة المعاشات التقاعدية غير القائمة على الاشتراكات التي تدعم كبار السن الذين لا يتلقون معاشاً تقاعدياً قائماً على الاشتراكات أو الذين يقل معاشهم التقاعدي عن الحد الأدنى (ILO, 2017). وتقدم خمسة من هذه الدول الأعضاء معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات على الصعيد العالمي، والباقي يحدد الأهلية من خلال قياس مستوى الدخل<sup>8</sup>، أو المعاش الخاضع لتقصي الموارد<sup>9</sup>، أو كليهما (ILO, 2017). ومع ذلك، فإن تحديد أهلية المستفيدين من خلال تقصي الموارد، أو قياس الدخل، أو قياس المعاشات التقاعدية يمكن أن يحد من مشاركة بعض الفئات المهمشة. على سبيل المثال، بالنسبة للمسنات اللاتي يعملن في القطاع غير الرسمي أو في المنزل، يمكن لعملية تحديد الأهلية بناءً على أيجور يومية/ شهرية غير قابلة للتنبؤ أو متفاوتة أن تثني مشاركتهم القانونية في أنظمة الحماية الاجتماعية. وبالمثل، قد لا يكون المهاجرون المسنون مؤهلين للحصول على الحماية الاجتماعية من خلال مخططات المعاشات التقاعدية الخاضعة لتقصي الموارد لأنهم لم يساهموا في صندوق المعاشات التقاعدية للبلد المضيف في الماضي.

وفي العديد من الحالات، قد يساعد إدخال نظم معاشات تقاعدية شاملة أو غير قائمة على الاشتراكات (بالإضافة إلى خطط قائمة على الاشتراكات) في سد الفجوة القائمة على مستوى التغطية في الحماية الاجتماعية. ولتحقيق هذه الغاية، كشفت منظمة العمل الدولية (2017) عن إحراز تقدم كبير في عدد البلدان التي حققت تغطية شاملة للمعاشات التقاعدية لفائدة جميع المسنين. وفي مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، تم إدخال أنظمة المعاشات التقاعدية الشاملة في كل من الجزائر وأذربيجان وغيانا وكازاخستان وقيرغيزستان وجزر المالديف وأوزبكستان من خلال برامج المعاشات الاجتماعية غير القائمة على الاشتراكات الممولة بالضرائب أو مزيج من المخططات القائمة على الاشتراكات وغير القائمة على الاشتراكات خلال فترة 2000- 2017 (ILO, 2017). وبالإضافة إلى ذلك، تم توسيع نطاق التغطية القائمة في بنغلاديش لنظم المعاشات التقاعدية غير القائمة على الاشتراكات لتوفير مستوى أساسي من الحماية للمسنين.

ومع ذلك، فإن مستوى الاستحقاقات التي يتلقاها المسنون (بالدولار الأمريكي) يختلف بشكل ملحوظ فيما بين دول منظمة التعاون الإسلامي التي تقدم أنظمة معاشات تقاعدية غير قائمة على الاشتراكات<sup>10</sup>. فعلى سبيل المثال، يصل مستوى الاستفادة من برنامج معاشات الشيخوخة في بروناي دار السلام إلى 179.2 دولاراً أمريكياً شهرياً، كما أنه أعلى نسبياً في بلدان مثل سورينام (159.1 دولاراً أمريكياً)، وجزر المالديف (150.3

<sup>8</sup> المعاشات التقاعدية المستندة لقياس الدخل "تقدم فقط للمسنين الذين يظل معاشهم التقاعدي ودخلهم الأخر أقل من عتبة معينة" (ILO, 2017).

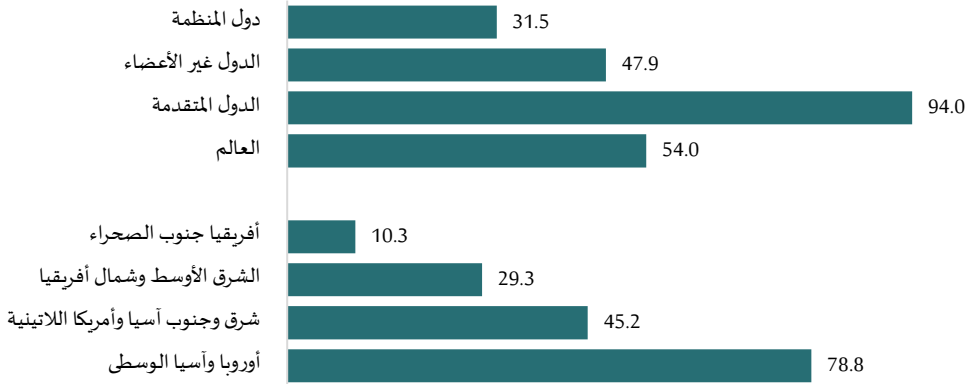
<sup>9</sup> المعاشات التقاعدية غير القائمة على الاشتراكات الخاضعة لتقصي الموارد "تقدم للمسنين الذين لا يحصلون على معاش تقاعدي قائم على اشتراكات على الإطلاق، أو الذين يقل معاشهم التقاعدي القائم على اشتراكات عن حد أدنى معين" (ILO, 2017).

<sup>10</sup> راجع الملحق الأول للحصول على توزيع مفصل للبيانات على المستوى القطري.

دولارا أمريكيا)، وغيانا (83.7 دولارا أمريكيا) وماليزيا (72.3 دولارا أمريكيا). وفي المقابل، يقل هذا المبلغ عن 10 دولارات أمريكية شهريا كما هو الحال في بنغلاديش (6.4 دولارا أمريكيا) وموزمبيق (6.6 دولارا أمريكيا) وأوغندا (6.8 دولارا أمريكيا) وطاجيكستان (8.4 دولارا أمريكيا)، (راجع الملحق الأول).

ونتيجة لذلك، كانت نسبة المسنين الذين يتلقون مزايا من مختلف أنظمة المعاشات التقاعدية، في المتوسط، الأدنى في دول منظمة التعاون الإسلامي (31.5%) بالمقارنة مع مجموعات البلدان الأخرى والمتوسط العالمي (54%) (الشكل 1.5). وعلى المستوى شبه الإقليمي، توجد اختلافات كبيرة في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي. ففي منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التابعة للمنظمة، استفاد فقط 10.3% من المسنين من مخططات المعاشات التقاعدية المختلفة. وتجاوزت متوسطات كل من منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (78.8%) وشرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (45.2%) متوسط مجموعة منظمة التعاون الإسلامي بأكملها (31.5%).

الشكل 1.5: المستفيدون من المعاشات التقاعدية للشيخوخة (% من إجمالي السكان المسنين)، 2017



المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى مجموعة بيانات تقرير الحماية الاجتماعية العالمي 2017-2019 الصادر عن منظمة العمل.

يواجه المسنون الذين يعانون من التمثيل الناقص في عمليات صنع القرار والسياسة العامة احتمال التعرض للاستبعاد أو عدم التمتع بالحماية الكافية (Bastagli, 2013). وفي العديد من البلدان النامية، يرتبط التمثيل الناقص للمسنين بحقيقة أن الشيخوخة لا يتم تداولها على أنها شاغل رئيسي على مستوى السياسة العامة. وتعتبر الإرادة السياسية لدعم الحماية الاجتماعية للمسنين أمرا هاما في حشد الدعم العام لمثل هذه البرامج وتسهيل صياغة وتنفيذ سياسات فعالة (Bastagli, 2013). إذ يمكن أن يترجم الافتقار إلى الإرادة السياسية وانخفاض مستوى تمثيل المسنين في عملية صنع القرار إلى تغطية أقل للحماية الاجتماعية. ونظرا لأن الشيخوخة لم تكن شاغلا سياسيا رئيسيا في دول منظمة التعاون الإسلامي في العقود الماضية، فإن مستوى القلق بشأن الشيخوخة منخفض نسبيا بين صفوف صناع السياسات. على سبيل المثال، كشفت دراسة استقصائية أجريت عام 2015 أن 12 دولة فقط من بين 52 دولة عضو في المنظمة تعتبر الشيخوخة شاغلا رئيسيا (SESRI, 2018).

ومع ذلك، في السنوات الأخيرة، اتخذ عدد متزايد من دول منظمة التعاون الإسلامي خطوات كبيرة نحو النظر في مواضيع الشيخوخة والحماية الاجتماعية ورفاهية المسنين باعتبارها شأغلا سياسيا وطورت عدة تدابير لتمكين بيئة داعمة بشكل أكبر للمسنين. وعلى سبيل المثال، تهدف الاستراتيجية الوطنية للمسنين (2018-2022) في الأردن إلى تعزيز "الشيخوخة الإيجابية" من خلال ضمان حماية حقوق المسنين بموجب القانون، وزيادة إمكانية الوصول إلى الخدمات التي تستهدفهم وكذا نطاقها، وتيسير مشاركة المسنين في صنع القرار والمجتمع المدني (Help Age International, 2018). وبالمثل، تهدف الخطة المالىزية الحادية عشرة (2016-2020) إلى تعزيز البيئات المعيشية للمسنين في ماليزيا من خلال توفير بنية تحتية ملائمة للمسنين، وتحسين خدمات الرعاية، وإنشاء مراكز رعاية نهائية لهم، وتوسيع خدمات المساعدة المنزلية، وتحسين الحماية الاجتماعية للمسنين، وإطلاق برامج توعية حول رعاية المسنين والعمل التطوعي الموجه لرعايتهم (Office of the Prime Minister of Malaysia, 2015). ومع مثل هذه السياسات القطرية وتنفيذ الاستراتيجيات الإقليمية مثل استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بشأن المسنين، من المرجح أن تسير دول المنظمة على المسار الصحيح لتحقيق المزيد من التقدم نحو تمكين بيئة داعمة للمسنين في المستقبل القريب.

## 6. الثقافة والمسنون

تعتبر الثقافة محددًا مهمًا لكيفية معاملة المسنين في المجتمع. وذلك لأن المعتقدات والممارسات الثقافية تؤثر على الأعراف والقيم الاجتماعية المتعلقة بالمسنين والشيخوخة (باعتبارها ظاهرة). ويعد التحيز ضد المسنين الصورة النمطية للمسنين والتمييز ضد الأفراد أو الجماعات على أساس سنهم الذي يمكن أن يتخذ أشكالًا عديدة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المواقف المتحيزة أو الممارسات التمييزية أو السياسات والممارسات المؤسسية التي تديم المعتقدات النمطية. وغالبًا ما يكون عدد من المواقف والسلوكيات التي تُديم التحيز ضد المسنين نتاجًا ثانويًا للتصورات الخاطئة عن المسنين. على سبيل المثال، يصنف تصور نمطي إزاء المسنين على أنهم "عجزة، متصلبون في الفكر والأسلوب، من الطراز القديم على مستوى الأخلاق والمهارات" (Cohen, 2001). وتؤيد المواقف المتحيزة ضد المسنين الصور النمطية عن كبار السن، وتحد من السبل التي يُنظر من خلالها إلى المسنين اجتماعيًا، وتخلق بيئة يتعرض فيها كبار السن بشكل غير ملائم لنقاط الضعف النظامية والاجتماعية (Chonody & Teater, 2018). كما تؤثر نقاط الضعف هذه بشكل مباشر وسلبي على المسنين لأنها تؤثر على كيفية معاملة هذه الفئة من قبل الأفراد والمؤسسات، والفرص التي يتم منحها لهم، والفوائد التي يمكنهم تقديمها لمجتمعهم.

وإن صناعات السياسات في دول منظمة التعاون الإسلامي يدركون أهمية استخدام "منظور ثقافي" لضمان رفاهية سكانهم المسنين. ومن خلال استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بشأن المسنين، تهدف دول المنظمة إلى "التعامل مع المعايير الثقافية التي تستبعد المسنين أو تصدر أحكام مسبقة في حقهم، لخلق بيئة يمكن استيعابهم والترحيب بهم فيها" (OIC and SESRIC, 2019). وتحدد وثيقة الاستراتيجية أربعة أهداف استراتيجية رئيسية للتصدي للتحديات الثقافية التي يواجهها المسنون في دول منظمة التعاون الإسلامي، وهي كالآتي: (1) مكافحة التمييز ضد المسنين في المجتمع ككل وتعزيز الصور الإيجابية للشيخوخة والمسنين، (2) تعزيز التضامن من خلال الإنصاف والمعاملة بالمثل بين الأجيال، (3) القضاء على العنف وسوء المعاملة ضد المسنين وإهمالهم، و (4) دعم وتقوية الأسر والمؤسسات المقدمة للرعاية.

وفي هذا السياق، ينظر هذا القسم في الدور الذي تلعبه الثقافة والمعتقدات الدينية في تشكيل المواقف والممارسات تجاه المسنين وكيفية تلبية المؤسسات لمتطلباتهم وتدبير ترتيبات معيشتهم.

### 6.1 الإسلام والثقافة والمسنون

إن من شأن التعاليم الدينية أن تؤثر على الممارسات الثقافية وتوجه السياسة العامة. وفي دول منظمة التعاون الإسلامي، تؤثر التعاليم الإسلامية على الثقافة بدرجات متفاوتة. على سبيل المثال، تدعم هذه التعاليم الممارسة الثقافية لأنظمة الرعاية بين الأجيال أو رعاية ذوي القربى للمسنين (Asadullahi, 2019).

فرعاية المسنين مثل حُث عليه في القرآن الكريم وأحاديث النبي محمد (صلى الله عليه وسلم) وأفعاله، وكذا في الشريعة الإسلامية.

ويتم تأطير جزء كبير من رعاية المسنين في سياق وحدة الأسرة من خلال العلاقات بين الأجيال وروابط القرابة. و"الإسلام يروج لسياسة عدم التسامح عندما يتعلق الأمر بإساءة معاملة الوالدين والمسنين" (Abu Sway, 2016). فالآيات القرآنية الواردة في السورة 4 (آية 36)، والسورة 6 (آية 151)، والسورة 29 (آية 8)، والسورة 31 (آية 14)، والسورة 46 (آية 15) تتضمن رسالة مفادها العناية بالوالدين المسنين ومعاملتهم بطيبة (Abdullah, 2016). كما تؤكد أحاديث الرسول محمد (صلى الله عليه وسلم) أن "أفضل الأعمال الصلاة لوقتها وبر الوالدين" (صحيح مسلم، كما ورد في عبد الله، 2016) و "الكبائر ...، وعقوق الوالدين،..." (صحيح البخاري، كما ورد في عبد الله، 2016). وبالمثل، فإن الشريعة الإسلامية توجه رعاية المسنين على أساس ثلاثة مبادئ: الإحسان، والاحترام، والدعم والإعالة (Abdullah, 2016). فمبدأ الإحسان يوجه الأبناء لتبني "علاقات أخلاقية سليمة مع والديهم المسنين"، بينما يعتبر مبدأ 'الاحترام' 'حقاً للمسنين على أبنائهم"، كما يجب على الأبناء ضمان الدعم للوالدين وإعالتهم سواء كان ذلك بالدعم المادي أو العاطفي أو الاجتماعي أو الاقتصادي (Abd al'Ati, as cited in Abdullah, 2016). لذلك، يجب أن تأخذ السياسات والبرامج التي تهدف إلى تعزيز العلاقات بين الأجيال في المجتمع وزيادة الوعي بالثقافة المحيطة بمفهوم الشيخوخة في الاعتبار التعاليم الإسلامية بشأن هذا الموضوع.

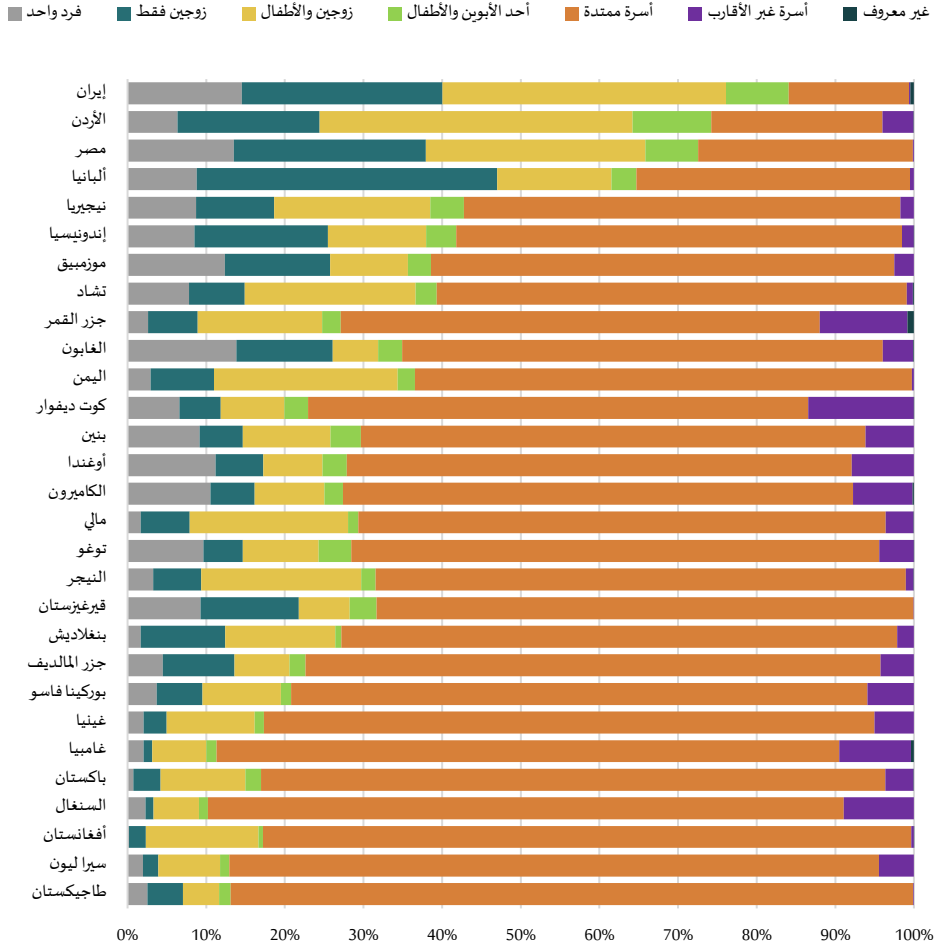
## 6.2. المؤسسات والثقافة والمسنون

ترتبط الترتيبات المؤسسية الموجهة نحو المسنين في عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي ارتباطاً وثيقاً بالأسر. ففي العديد من المجتمعات التي تركز على مفهوم الأسر في بلدان المنظمة، غالباً ما يعتبر أمراً مخزياً إرسال أحد الأبوين المسنين إلى دار المسنين، وذلك لأنه سيخالف المشاعر الاجتماعية والدينية العامة للالتزام بالأسرة والمجتمع (SESRIC, 2018). ويجعل هذا الإقامة المشتركة كأحد الترتيبات الرئيسية التي تدعم الأسر من خلالها أقاربهم المسنين وتعتني بهم. وفيما يتعلق بالترتيبات المعيشية للمسنين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تلقي مجموعة بيانات مستمدة من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة لعام 2019 بعض الضوء على كيفية ومكان إقامة المسنين في 29 بلداً عضواً في المنظمة. وفي أغلب الحالات، يظهر أن المسنون يعيشون مع أسرهم الممتدة<sup>11</sup> (الشكل 1.6). ففي 25 بلداً من بلدان المنظمة الـ29، يعيش أكثر من نصف السكان المسنين مع أسرهم الممتدة. وثاني أكثر الترتيبات المعيشية شيوعاً بالنسبة للزوجين

<sup>11</sup> الأسر المعيشية الممتدة هي الأسر المعيشية التي لا تشمل الزوجين فقط، بل زوجين لهما أطفال، أو أحد الأبوين وأطفاله، حيث يكون جميع أفرادها مرتبطين ببعضهم البعض.

المسنين هو الإقامة مع أبنائهما<sup>12</sup>، وأقل أنواع الأسر المعيشية شعبية بين المسنين هي الأسر المعيشية "غير الأقارب"<sup>13</sup>.

الشكل 1.6: الترتيبات المعيشية للمسنين حسب نوع الأسرة الأساسية (%، 2019)



المصدر: قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة بشأن الأسر والترتيبات المعيشية للمسنين. ملاحظة: آخر البيانات المتاحة بين عامي 2010 و 2018 المبلغ عنها، وتغطي مجموعة البيانات 29 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي.

ولدى حجم الأسرة المعيشية التي يقيم فيها المسنون تأثيرا على رفاههم. ففي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، من السائد عيش المسنين مع عائلاتهم الممتدة في أسر معيشية أكبر. وعلى سبيل المثال، في 12 من أصل 29

<sup>12</sup> تتألف الأسرة المعيشية المكونة من زوجان وأبناء من شخصين متزوجين أو منخرطين في علاقة مشتركة وأبنائهما (أبناء بيولوجيون أو أبناء أحد الزوجين أو متبنون)، بصرف النظر عن أعمار الأبناء، ولا أحد آخر.

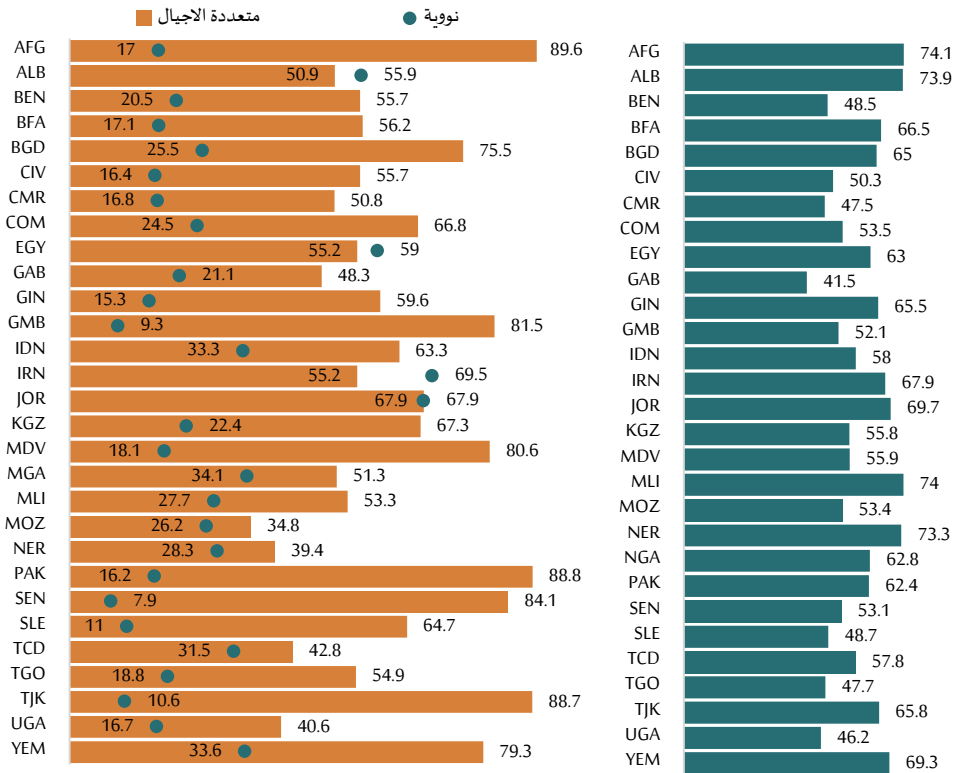
<sup>13</sup> تشمل الأسر المعيشية غير الأقارب عضوين أو أكثر لا توجد علاقة تجمع بين بعضهم البعض.



دولة عضو في المنظمة، يعيش أكثر من نصف السكان المسنين في كنف أسر معيشية متوسطها ستة أفراد أو أكثر (UN DESA, 2020).

وبالإضافة إلى العيش مع الأسر الممتدة وفي الأسر المعيشية الكبيرة، من الشائع أيضاً أن يعيش المسنون في أسر متعددة الأجيال بدلا من الأسر النووية. وعلى سبيل المثال، في 24 بلدا عضوا في منظمة التعاون الإسلامي، يعيش أكثر من 50% من المسنين في أسر متعددة الأجيال (الشكل 2.6، على اليسار)، في حين أن أكثر من نصف السكان المسنين يعيشون في أسر نووية في 4 فقط من أصل بلدان المنظمة الـ 29 المعنية. ومن الممارسات السائدة أيضا عيش المسنين مع أزواجهم أو شريك حياتهم (الشكل 2.6، على اليمين).

الشكل 2.6: الترتيبات المعيشية للأشخاص المسنين حسب نوع الأسرة عبر الأجيال (يسار) والعيش المشترك مع الزوج أو شريك الحياة (يمين) (%). 2019.



المصدر: قاعدة بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة بشأن الأسر والترتيبات المعيشية للمسنين. ملاحظة: آخر البيانات المتاحة بين عامي 2010 و 2018. وتشمل الأسر المعيشية المتعددة الأجيال جيلين أو أكثر من الأفراد ذوي الصلة الذين تبلغ أعمارهم 20 سنة أو أكثر. وتشمل الأسر المعيشية النووية الزوجين فقط، أو الزوجين مع الأطفال، أو أحد الأبوين مع الأطفال.

يعود العيش المشترك بالنفع المتبادل على المسنين وغيرهم من أفراد الأسرة المعيشية لأنه ينطوي على إمكانية استفادة المسنين من الدعم الاجتماعي والمالي من الأجيال الشابة. وفي المقابل، يكون لدى المسنين فرصة

المساهمة في الأسرة من خلال المساعدة في رعاية الأطفال الأصغر سناً، وتسهيل ترتيبات الزواج، والتوسط في النزاعات الأسرية، وحتى في إعادة ترسيخ الهويات التقليدية (Sibai & Yamout, 2012; Abdullah, 2016). وبهذا، يكون بوسع المسنين المساهمة بنشاط في خدمة أسرهم ومجتمعاتهم من خلال المشاركة في الأدوار الاجتماعية مثل رعاية أفراد الأسرة الأصغر سناً (Abdullah, 2016).

ونظراً للاتجاهات السائدة في الترتيبات المعيشية لكبار السن، فإن عدد المسنين المقيمين في مؤسسات الرعاية منخفض نسبياً في عدد من دول منظمة التعاون الإسلامي (SESRIC, 2018). وتستأثر مسألة تفضيل أنظمة الرعاية الأسرية بدعم المعتقدات الثقافية والتعاليم الدينية والاتجاهات الديموغرافية. ومع ذلك، على الرغم من أهميتها وقيمتها الثقافية، فإن أنظمة الرعاية الأسرية تتراجع عبر المجتمعات النامية بسبب عدد من العوامل مثل العيش المشترك المحدود، وانخفاض حجم الأسرة، والتوسع الحضري، وتغير المفاهيم حول فشة المسنين.

ويتوقع أن يعاني كبار السن الذين ينتمون إلى مجموعات الأقليات (بما في ذلك النساء والمهاجرين والأشخاص ذوي الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصة، وما إلى ذلك) من تدراج على مستوى أنظمة الرعاية الأسرية غير الرسمية (Abdullah, 2016). وتعتبر فئة الغناث من المسنين، على وجه الخصوص، أقرب إلى المعاناة من هذا التراجع بسبب التفاوتات بين الجنسين. على سبيل المثال، يكون لدى فئة الذكور من المسنين، مقارنة بالإناث، معدلات وفيات أعلى، مما ينطوي على قضاء المسنين سن الشيخوخة بمفردهم، بحيث يصبحن أرامل ويواجهن صعوبات مالية، ويعتمدن بشكل أكبر على المساعدة من الأقارب أو مقدمي الرعاية (UN DESA, 2020). كما تؤثر الحواجز الثقافية في الوصول إلى الموارد على المسنين بشكل متفاوت - خاصة في المجتمعات الذكورية (الأبوية) - حيث قد تواجه المسنات قيوداً على التنقل والمشاركة في المجتمع (Latham, Clarke, & Pavela, 2015). واعتماداً على الطبيعة الهرمية للوحدة الأسرية التي يقيمن فيها، قد تتعرض المسنات أيضاً للإهمال والعزلة بسبب العمر أو الحالة الاجتماعية.

### 6.3. دمج الثقافة في السياسات المتعلقة بالمسنين

يؤثر السياق الثقافي المتغير على التقاليد والأعراف في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي التي لها آثار على المسنين وجودة حياتهم. على سبيل المثال، تعد أنظمة الرعاية الأسرية ضرورية للتخفيف من المخاطر المحتملة على صحة المسنين ورفاههم النفسي والدعم الاجتماعي والاقتصادي الذي يتلقونه. ويمكن لشبكات الأسرة أو القرابة أن تتعامل بشكل أفضل مع عوامل الشعور بالوحدة والفقر والضييق النفسي (القلق والاكتئاب) التي تعاني منها فئة كبار السن الضعيفة (Pullum & Akyil, 2017). وفي غياب الرعاية غير الرسمية أو القائمة على الأسرة، تقع مسؤولية رعاية المسنين على عاتق الحكومات في دول منظمة التعاون الإسلامي. وبالتالي، من المهم للغاية أن لا تقتصر السياسات المتعلقة بالشيخوخة على توفير المساعدة الاجتماعية والاقتصادية لكبار السن فحسب، بل يجب أن تضمن أيضاً الحفاظ على استقلاليتهم، مع ضمان

اندماجهم الاجتماعي في نفس الوقت. كما يجب أيضا مراعاة القيم والمعايير الثقافية وهياكل الأسرة المتغيرة أثناء صياغة السياسات المقبولة اجتماعيا والتي يمكن للأفراد استيعابها.

ولدى عدد من دول منظمة التعاون الإسلامي برامج أو سياسات تراعي الأبعاد الثقافية للشيخوخة لتوفير الدعم المؤسسي للمسنين. ففي قطر، على سبيل المثال، يسعى مركز (إحسان) لتمكين ورعاية المسنين - التابع للمؤسسة القطرية للعمل الاجتماعي - إلى تمكين كبار السن من خلال تزويدهم بالخدمات الضرورية ونشر الوعي الاجتماعي بقضايا المسنين وحقوقهم، وتعزيز التضامن بين الأجيال من خلال الحوار (Vision & Mission: 2018, Ehsan).

وفي الجزائر، يضمن القانون الخاص بحماية المسنين إمكانية تلقي هذه الفئة للمساعدة الحكومية في المنزل والتي تشمل المساعدة الاجتماعية والصحية والدعم النفسي والأنشطة الثقافية (Saliba, 2016). أما بروناي دار السلام، فمراكز الأنشطة الاجتماعية المعنية بالمسنين فيها تركز على الحد من "متلازمة العيش الفارغ" التي تسبب الشعور بالوحدة والملل بين كبار السن، حيث يمكنهم التفاعل اجتماعيا مع الأشخاص الآخرين في سنهم. وتشجع هذه المراكز أيضا التطوع الشبابي لتسهيل تبادل المعرفة والحكمة بين الأجيال (الاجتماع الحادي عشر للمسؤولين رفيعي المستوى لرابطة أمم جنوب شرق آسيا واليابان حول المجتمعات الراحية، 2013). وفي المملكة العربية السعودية، أطلقت منظمة دعم كبار السن "وقار"، التي ترعاها مؤسسة الملك عبد الله العالمية للأعمال الإنسانية، حملة عام 2019 للتوعية بشأن إساءة معاملة المسنين. ناقشت مفهوم إساءة معاملة المسنين وأشكاله المختلفة وسبل حماية كبار السن من الإساءة (Arab News, 2019).

ويمكن لبعض هذه السياسات والمبادرات واسعة النطاق المستقاة من دول منظمة التعاون الإسلامي بشأن العلاقة بين الثقافة والمسنين أن توفر فرصا لتبادل الخبرات داخل المنظمة. كما يمكن أن يساعد هذا التبادل دول المنظمة في التنفيذ الفعال لاستراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بشأن المسنين ويمهد الطريق لنقل المعارف والموارد.

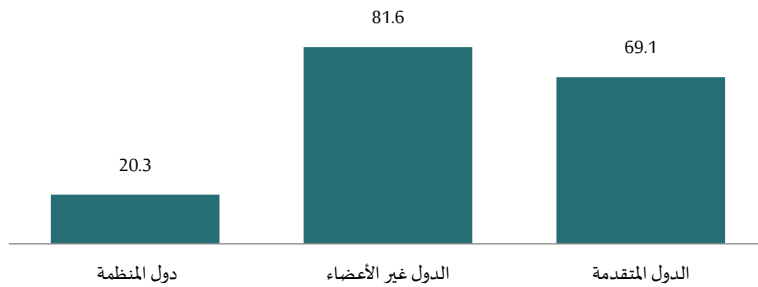
## 7. كوفيد-19 والمسنون

طلالت تداعيات جائحة كوفيد-19 كل مناحي حياة الأفراد في جميع أنحاء العالم. وحتى 31 مايو 2021، سُجّلت أكثر من 3.5 مليون حالة وفاة على مستوى العالم بسبب كوفيد-19. ولهذا العدد غير المسبوق من الوفيات تأثير متفاوت على بعض الفئات في التركيبة السكانية مقارنة بفئات أخرى. وبالخصوص، تعتبر الفئات الهشة والمحرومة، بما في ذلك كبار السن، الأشد تأثراً بهذه الجائحة. فوفقاً للأمم المتحدة (2020)، تعتبر الوفيات في صفوف المسنين أعلى بكثير من المتوسط العالمي. وبالنسبة لأولئك الذين يبلغون من العمر 80 عاماً أو أكثر، فإن معدلات الوفيات أعلى بخمس مرات من المتوسط العالمي. وهذا هو سبب احتياج المسنين إلى اهتمام خاص واستجابات سياسية محددة من أجل ضمان رفاههم الاجتماعي والاقتصادي. وعلى هذا الأساس، يقدم هذا القسم لمحة موجزة عن وضع كوفيد-19 وتداعياته على كبار السن في دول منظمة التعاون الإسلامي والعالم.

### 7.1 وضع كوفيد-19 في دول منظمة التعاون الإسلامي

منذ بداية الجائحة في ديسمبر 2019، تم تسجيل أكثر من 171 مليون حالة إصابة على مستوى العالم. وسجلت البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أعلى عدد من الحالات (81.6 مليون) تلتها 69.1 مليون حالة في البلدان المتقدمة، وذلك حتى 31 مايو 2021. وبناء على البيانات المتاحة، سجلت دول منظمة التعاون الإسلامي عدداً أقل نسبياً من الحالات (20.3 مليون) من حيث القيمة الإجمالية (الشكل 1.7). ومن الممكن أن تكون عوامل مثل القدرة المحدودة لإجراء اختبارات الكشف عن كوفيد-19 وعدم كفاية البيانات وأنظمة الرصد في بعض دول المنظمة قد أثرت على العدد الإجمالي للحالات المسجلة في مجموعة المنظمة، وبالتالي ينبغي توخي الحذر عند تفسير نتائج التحليل.

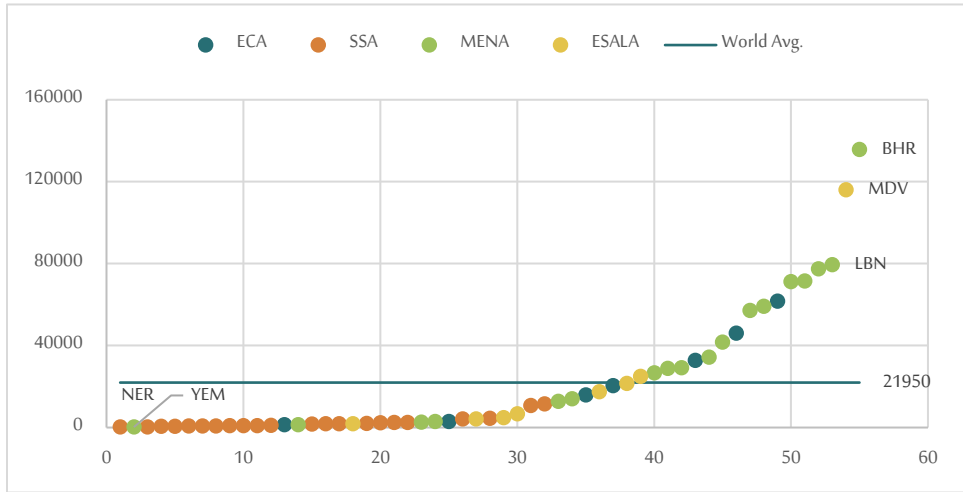
الشكل 1.7: إجمالي حالات كوفيد-19 (الملايين)



المصدر: قاعدة بيانات سيسرك حول الجائحة وقاعدة بيانات وورلد ميترز، حتى تاريخ 31 مايو 2021.

وعلى المستويين القطري والمناطق الفرعية في منظمة التعاون الإسلامي، يختلف إجمالي حالات كوفيد-19 المؤكدة بشكل كبير. ومن حيث إجمالي الحالات لكل مليون نسمة، تجاوزت 16 دولة عضو في المنظمة (معظمها من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا) المتوسط العالمي البالغ 21.950 حالة (الشكل 2.7). وكانت البحرين وجزر المالديف ولبنان هي الدول الثلاث الرائدة في منظمة التعاون الإسلامي بتسجيلها أكثر من 80 ألف حالة مؤكدة لكل مليون نسمة. بينما كان عدد الحالات المبلغ عنها لكل مليون نسمة أقل من 300 حالة في كل من النيجر واليمن وتشاد.

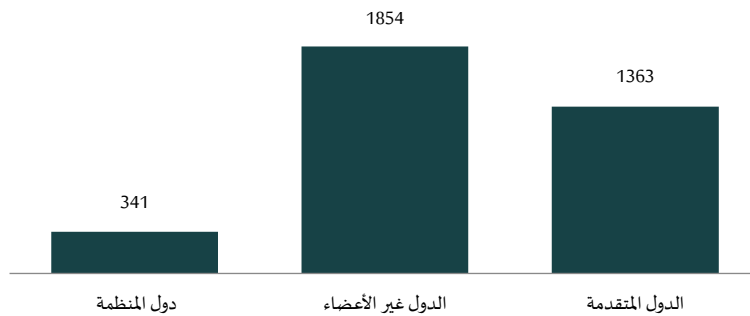
الشكل 2.7: إجمالي حالات كوفيد-19 (لكل مليون نسمة) في بلدان المنظمة



المصدر: قاعدة بيانات سيسرك حول الجائحة وقاعدة بيانات وورلد ميترز، حتى تاريخ 31 مايو 2021. ملاحظة: شمل التقرير 55 بلدا في منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر عنها البيانات.

وكما هو الحال فيما يتعلق بحالات كوفيد-19 المؤكدة، سجلت دول منظمة التعاون الإسلامي عددا محدودا من الوفيات بلغ 341 ألفا من حيث القيمة الإجمالية، بينما تجاوزت الدول المتقدمة (1.363 ألف) والدول النامية غير الأعضاء في المنظمة (1.854 ألف) عتبة مليون حالة وفاة بحلول نهاية مايو 2021 (الشكل 3.7).

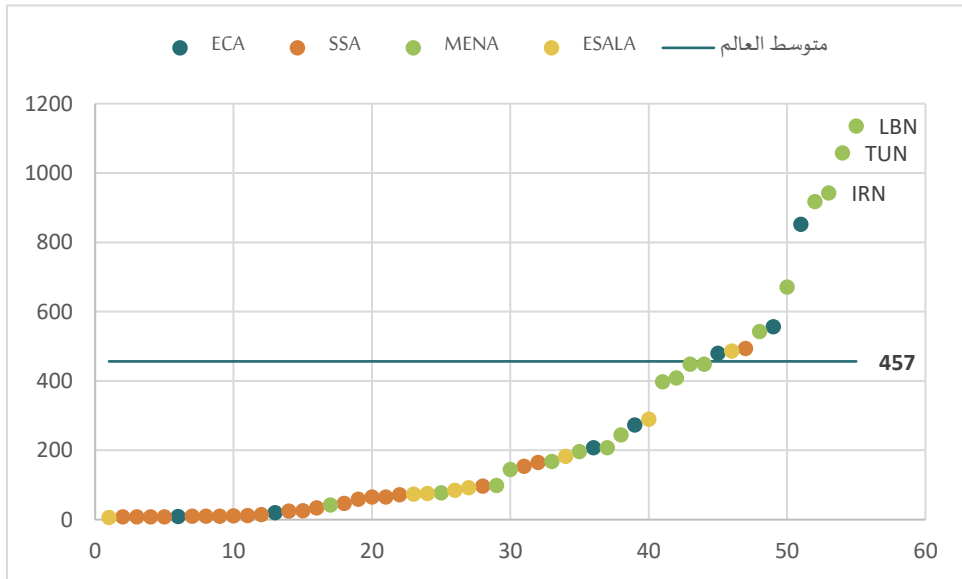
الشكل 3.7: عدد الوفيات جراء كوفيد-19 (الآلاف)



المصدر: قاعدة بيانات سيسرك حول الجائحة وقاعدة بيانات وورلد ميترز، حتى تاريخ 31 مايو 2021.

ويختلف توزيع حالات كوفيد-19 المسببة في الوفاة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي على المستوى القطري. ففي 31 مايو 2021، أبلغت دولة لبنان عن أعلى معدل للوفيات حيث بلغ 1136 حالة وفاة لكل مليون نسمة، تلتها تونس حيث بلغ معدل الوفيات 1058 حالة لكل مليون نسمة. وفي إحدى عشرة دولة عضو في المنظمة (لبنان وتونس وإيران والأردن وألبانيا وفلسطين وتركيا والبحرين)، كان متوسط معدل الوفيات لكل مليون نسمة أعلى من المتوسط العالمي البالغ 457 (الشكل 4.7). وعلى وجه الخصوص، فإن بلدان منظمة التعاون الإسلامي الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تستأثر بمعدل وفيات أقل لكل مليون نسمة، كما هو الحال في أوغندا وبنين وبوركينا فاسو والنيجر، حيث سجلت 8 وفيات فقط لكل مليون نسمة. وسجلت أعلى معدلات الوفيات في بلدان المنظمة ذات نسبة أعلى نسبياً من السكان المسنين. وهذا يثبت أن السكان المسنين أكثر تأثراً بكوفيد-19 بالنظر إلى ظروفهم الصحية القائمة المتصلة بالعمر.

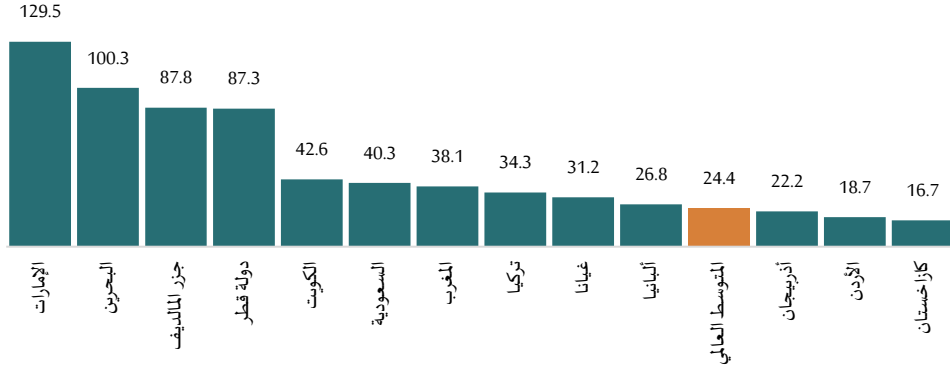
الشكل 4.7: إجمالي حالات الوفاة بسبب كوفيد-19 (لكل مليون نسمة) في بلدان المنظمة



المصدر: قاعدة بيانات سبسر ك حول الجائحة وقاعدة بيانات وورلد ميترز، حتى تاريخ 31 مايو 2021. ملاحظة: شمل التقرير 55 بلدا في منظمة التعاون الإسلامي التي تتوفر عنها البيانات.

وبدون عملية تلقيح فعالة، يستحيل تحقيق مناعة القطيع (المناعة الجماعية) والقضاء التام على كوفيد-19. وإن عمليات التلقيح الجارية في مختلف بلدان منظمة التعاون الإسلامي تلعب دورا حاسما في تحسين رفاه المسنين. ويختلف أداء بلدان المنظمة - من حيث العدد التراكمي لجرعات التلقيح ضد كوفيد-19 لكل 100 شخص - على المستوى القطري. وبعض بلدان المنظمة لم تبدأ بعد عملية التلقيح. ولكن 10 بلدان أعضاء بالمنظمة التي تتوفر عنها البيانات (الإمارات العربية المتحدة والبحرين والمالديف وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية والمغرب وتركيا وغيانا وألبانيا) تجاوزت أصلا المتوسط العالمي البالغ 24,4. وعلى وجه الخصوص، تجدر الإشارة إلى أداء الإمارات العربية المتحدة حيث يعتبر معدل الجرعات لكل 100 شخص الأعلى في العالم، حتى 30 مايو 2021 (الشكل 5.7).

الشكل 5.7: العدد التراكمي لجرعات التلقيح ضد كوفيد-19 لكل 100 شخص في بلدان مختارة من المنظمة

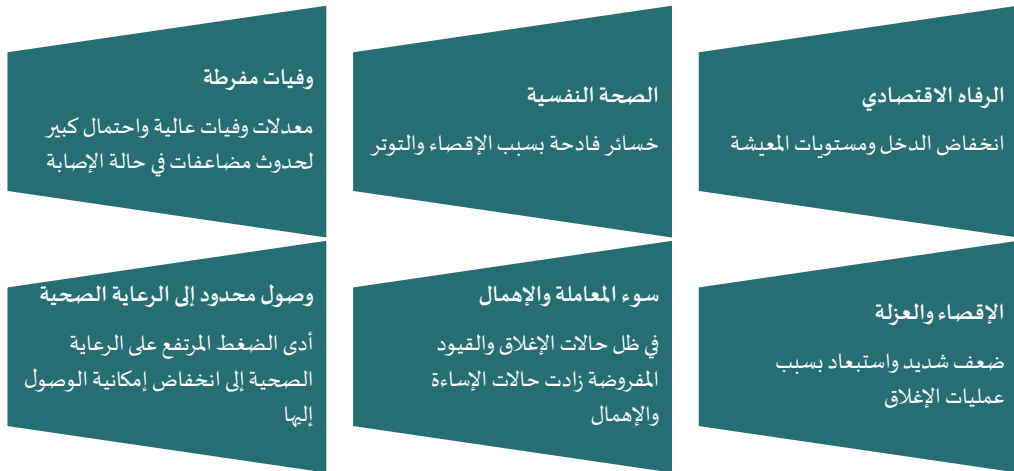


المصدر: عالمنا في بيانات، اعتباراً من 30 مايو 2021.

## 7.2. تأثير كوفيد-19 على المسنين

لاحتواء انتشار العدوى، فرضت غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي تدابير صارمة متعلقة بالصحة والسلامة العامة، ومن ذلك الالتزام بقواعد التباعد الاجتماعي وفرض الإغلاق الشامل وحظر التجول وإغلاق الحدود. وكانت هذه التدابير فعالة في الحد من عدد الحالات (لكل مليون نسمة) في عدد من بلدان المنظمة (SESRIC, 2020). ولكن هذه التدابير وتفشي كوفيد-19 يشكلان تحديات كبيرة أمام كبار السن. وتداعيات كوفيد-19 على المسنين متعددة الأبعاد ومتشابكة وتؤثر على رفاههم الاقتصادي والصحي والاجتماعي (OECD, 2020). والشكل 6.7 يوجز الآثار الرئيسية لكوفيد-19 على المسنين.

الشكل 6.7: تأثير كوفيد-19 على المسنين



المصدر: سيسرك (2020)، والأمم المتحدة (2020).

وفيما يتعلق بالرفاه البدني، فإن كبار السن يواجهون مخاطر أكبر لحدوث مضاعفات خطيرة في حالة الإصابة. ويقدر أن 66% من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 70 عاما أو أكثر يعانون من حالة مرضية كامنة واحدة على الأقل، مما يضعهم في خطر متزايد للتأثر الشديد من كوفيد-19 (SESRIC, 2020) فعلى سبيل المثال، سجلت نسبة 41% من الوفيات المرتبطة بكوفيد-19 في صفوف كبار السن في إندونيسيا (ERIA, 2020). وعلاوة على ذلك، من شأن تطور المرض أثناء الشيخوخة أن يؤدي إلى تدهور كبير في فعالية كبار السن وصحتهم. كما أن كوفيد-19 يسبب اضطرابا في الرعاية الصحية الروتينية لكثير من المسنين الذين يعانون من ظروف صحية مزمنة (OECD, 2020). فعلى سبيل المثال، وبسبب القيود المفروضة، لا يُسمح لكثير من كبار السن بزيارة مؤسسات الرعاية الصحية.

وفيما يتعلق بالرفاه العقلي للمسنين، فهو لا يتأثر بالعزلة والإقصاء فحسب، بل وأيضا بزيادة حالات العنف وسوء المعاملة التي سجلت أثناء الوباء (SESRIC, 2020). وفيما يتصل بالرفاه الاجتماعي والعقلي، يشكل كوفيد-19 مخاطر خاصة بالنسبة لكبار السن. وخاصة أولئك الذين يقيمون في مرافق الرعاية طويلة الأجل. فيما يتعلق بزيادة الوفيات وانخفاض مستوى الرفاه الذاتي بسبب العزلة وانخفاض وقت الرعاية (OECD, 2020). ولعدم التواصل مع أفراد الأسرة بسبب تدابير الحجر آثار سلبية على الرفاه النفسي، لا سيما في حالة تفشي المرض لفترات طويلة. ولقد ارتفع عدد حالات العنف والإساءة، وخاصة في دور رعاية المسنين، أثناء مثل هذه الأوقات العصيبة (UN, 2020). كما تدهور رفاه المسنين في حالات الطوارئ الإنسانية في مختلف بلدان منظمة التعاون الإسلامي أثناء الوباء، الأمر الذي يتطلب تدخلات خاصة (الإطار 1.7).

#### الإطار 1.7: كبار السن في حالات الطوارئ الإنسانية

أكثر من 60% من مجموع الصراعات الجارية في العالم تحصل في دول منظمة التعاون الإسلامي، ومعظمها صراعات داخلية. وهي مسؤولة بشكل مباشر عن النزوح الجماعي للاجئين والنازحين داخليا (IDPs)، ويتجلى ذلك في كون عدد النازحين داخليا في دول المنظمة قد زاد بأكثر من الضعف بين عامي 2010 (12.9 مليون) و 2019 (27.4 مليون). والمسنون غالبا ما يكونون ضحايا للإهمال في أنظمة الإغاثة في حالات الطوارئ، مما يؤدي إلى تدهور قدرتهم على الاستجابة للأزمات والتكيف معها. وتعزيز حقوق كبار السن في حالات الطوارئ ودعم مشاركتهم الفعالة في تصميم وتنفيذ الإجراءات الإنسانية ومواجهة التمييز على أساس السن أمر ضروري للاستجابة الإنسانية الشاملة. والاستجابة لحالات الطوارئ الشاملة لجميع الفئات العمرية تتطلب تمويلا كافيا وقاعدة معرفية متينة.

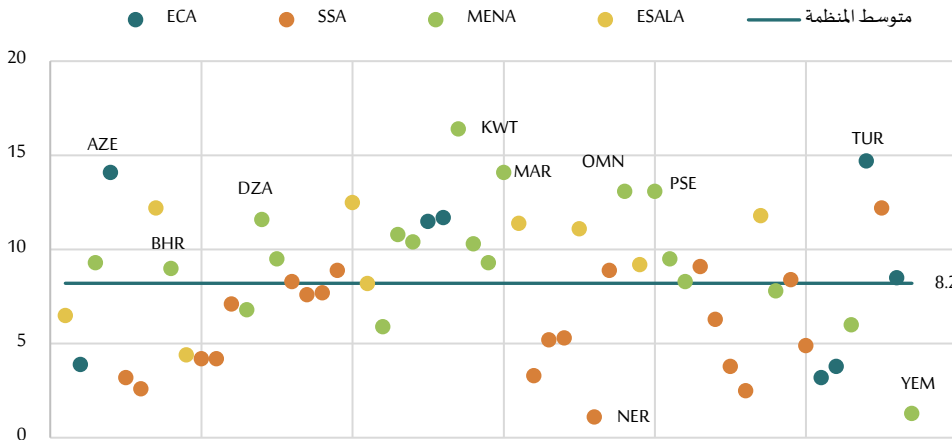
المصدر: هيئة الأمم المتحدة (b2020) وسيسرك (2020)

فيما يتعلق بالرفاهية الاقتصادية، لدى كوفيد-19 تأثيرا سلبيا مباشرا على الثروة تضرر منها أصحاب الأصول بما في ذلك المسنين بسبب التقلب في قيم أصول عديدة (OECD, 2020). وقد فقد العديد من المسنين دخلهم أو واجهوا انخفاضا فيه بسبب ساعات العمل الضائعة جراء عمليات الإغلاق المرتبطة بكوفيد-19. وبالمقارنة



مع أواخر عام 2019، ضاعت نسبة 8.8% من ساعات العمل العالمية عام 2020. وهذا يعادل 255 مليون وظيفة بدوام كامل (ILO, 2021). ولكي نرى الأمر من المنظور الصحيح، كانت ساعات العمل الضائعة المسجلة عام 2020 أكبر بأربعة أضعاف مما كانت عليه خلال الأزمة المالية العالمية عام 2009. وفي مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، تم قياس متوسط ساعات العمل الضائعة بسبب جائحة كوفيد-19 بنسبة 8.2%. وهو أقل قليلاً من المتوسط العالمي البالغ 8.8%. وعلى المستوى القطري، لوحظ أعلى معدل نسبي لساعات العمل الضائعة في الكويت (16.4%) (الشكل 7.7). وسجلت دول منظمة التعاون الإسلامي الواقعة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، متوسط ساعات عمل ضائعة أقل نسبياً (5.9%) بسبب الوباء بالمقارنة مع متوسط المنظمة (8.2%).

الشكل 7.7: ساعات العمل الضائعة بسبب أزمة كوفيد-19 في بلدان المنظمة (%) عام 2020



المصدر: التقديرات المنمذجة، قاعدة البيانات الإحصائية لمنظمة العمل الدولية. ملاحظة: ساعات العمل الضائعة المتعلقة بالفصول الأربعة لعام 2019.

بشكل عام، تعد جائحة كوفيد-19 أزمة نشطة ويتغير عدد حالات الإصابة والوفيات يوماً بعد يوم في جميع البلدان. ومن المحتمل أن تؤثر الطفرات الجديدة للفيروس والجهود المستمرة المبذولة بشأن التلقيح على مسارها. ومع ذلك، تظهر البيانات المتاحة أن الوضع في دول منظمة التعاون الإسلامي يتميز بالتنوع، بحيث توجد تباينات إقليمية وقطرية. ومن المرجح أن تكون العوامل الطبية الكامنة مثل العلامات الوراثية والتكيف القائم على أنواع العرق موضع تساؤلات دراسات الأبحاث الطبية المستقبلية. ومع ذلك، فمن الواضح أن الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للسكان المسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي يتعرض لضغوط شديدة، مما يتطلب تدخلات سياسية عاجلة للتخفيف من الآثار السلبية لكوفيد-19 على كبار السن.

ونظراً لحدة تداعيات كوفيد-19 وتميزها بتعدد الأبعاد، فإنه ينبغي أن تكون الاستجابات على مستوى السياسات في دول منظمة التعاون الإسلامي متعددة الأبعاد وشاملة بما يكفي للتخفيف من التحديات التي يواجهها المسنون أثناء الوباء وما بعده. وخلاف ذلك، من المرجح أن يكون للاستجابات السياسية غير المنسقة

عبر مختلف القطاعات مثل الاقتصاد والصحة تأثير محدود على الرفاهية العامة للمسنين في دول المنظمة وغيرها. وعلاوة على ذلك، ينبغي أن يكون لجهود التعافي التي تبذلها دول المنظمة منظورا طويلا للأجل لبناء القدرة على الصمود في مواجهة الصدمات المستقبلية.

ومن أجل الاستجابة لأزمة كوفيد-19 والتقليل من تأثيرها على الفئات الضعيفة (خاصة المسنين)، اعتمدت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي مجموعة متنوعة من التدابير التي تشمل تمديد صلاحية التحويلات النقدية غير المشروطة وتوفير الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية في المنزل من بين أمور أخرى. كما قامت حوالي 42 دولة عضو في منظمة التعاون الإسلامي بتصميم وتنفيذ حزم تحفيزية على النطاق المالي تشمل تدابير الدعم للفئات الضعيفة بما في ذلك المسنين (SESRIC, 2020). وأطلقت بعض بلدان المنظمة آليات للتبرع لدعم الفئات الضعيفة من خلال تشجيع التضامن في المجتمع. وشملت هذه دولاً مثل العراق والأردن ولبنان والمغرب والسنغال وتركيا وغيرها. بحيث قررت الأردن تعليق رسوم تأمين الشيخوخة للقطاع الخاص خلال الأزمة، ووسعت نطاق التغطية لتأمين الشيخوخة لصالح الأشخاص المستبعدين في السابق.

وقد سُمح لملايين العمال من الفئة العمرية المسنة بالعمل من المنزل أثناء الوباء في دول منظمة التعاون الإسلامي مثل المملكة العربية السعودية وتركيا لتقليل مخاطر الإصابة. وبدأت بعض دول المنظمة مثل تركيا في تقديم دعم الصحة العقلية للمسنين الذين تأثروا بإجراءات الإغلاق. وفي ماليزيا، تُقدم العديد من المستشفيات الحكومية والمستشفيات المخصصة لكوفيد-19 خدمات الصحة العامة عن بعد - خاصة للفئات السكانية الضعيفة بما في ذلك المسنين (Mustaffa et al., 2020).

ومع ذلك، نظرا لنطاق الوباء، لا يزال العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي في طور وضع تدخلات إضافية للتخفيف من الآثار السلبية للوباء على المسنين وتحسين رفاههم. وخلال هذه العملية، يمكن أن يكون تبادل الخبرات وأفضل الممارسات بين دول المنظمة مفيدا لتحديد المبادرات والسياسات الناجحة وكذلك تعزيز التعاون البيئي في المنظمة.

## 8. توصيات متعلقة بالسياسات

يعتبر المسنون فئة مهمة لتحقيق التنمية المستدامة. وبالنظر إلى إمكاناتهم ومهاراتهم وخبراتهم، فإنهم من شأنهم أن يشكلوا عوامل فعالة لتمكين التنمية. وعلاوة على ذلك، لديهم القدرة على تمثيل قدوة للأجيال المقبلة من خلال الإسهام في رفاه مجتمعاتهم. غير أن السياسات الفعالة المتعلقة بالشيخوخة تؤدي دورا حاسما من أجل الاستفادة من إمكاناتهم وعدم ترك المسنين وراء الركب خلال عملية التنمية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وقد أدت الزيادة في عدد المسنين على مدى العقود الماضية إلى تداول قضية الشيخوخة بوصفها شاغلا اجتماعيا بين صناعات السياسات، مما دعا إلى بذل جهود إضافية في عدد من بلدان المنظمة. كما أن الاتجاهات الحالية والمتوقعة بشأن الشيخوخة تتطلب من العديد من بلدان المنظمة تخصيص المزيد من الموارد لقضايا مثل عمالة المسنين، والتمييز على أساس السن، والادماج، والصحة والرعاية طويلة الأجل، والتحول الثقافي. ولذلك، يتعين استعراض أطر السياسات القائمة في عدد من بلدان المنظمة وتنقيحها لمواءمتها مع جداول الأعمال الإنمائية الوطنية والإقليمية والدولية.

وفي هذا السياق، تقترح المجموعة التالية من التوصيات السياسية لتكون بمثابة مبادئ توجيهية لتصميم تدابير فعالة قادرة على التصدي للتحديات المتعددة الأبعاد التي يواجهها المسنون في مختلف مناحي الحياة:

**تطوير نهج شامل للسياسات المتعلقة بالشيخوخة والمسنين:** تحتاج العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي إلى تعزيز جهودها وقدراتها الوطنية لتحسين رفاهية المسنين وتحقيق التنمية الشاملة على المستوى الوطني. ولكن بدون اتباع نهج شامل ومتعدد القطاعات فيما يتعلق بالسياسات المعنية بالمسنين، ستبوء هذه الجهود بالفشل. ونظرا لأن المشاكل والتحديات المتعلقة بالشيخوخة التي يواجهها المسنون متعددة الأبعاد وعادة ما تكون مرتبطة ببعضها البعض، فمن الأهمية بمكان أن يكون هناك نهج سياسة شامل بشأن الشيخوخة والمسنين بدلا من نهج سياسة أحادي البعد.

**تحسين توافر البيانات بشأن المسنين:** يعد توافر وجودة البيانات والإحصاءات المتعلقة بالمسنين والشيخوخة مجالا تحتاج فيه العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي إلى بذل المزيد من الجهود. وتعتبر مجموعات البيانات المصنفة حسب العمر حاسمة في تشكيل السياسات الخاصة بالمسنين. ولكن العديد من دول المنظمة تعاني صعوبات في جمع مجموعات البيانات في مختلف القطاعات مثل الاقتصاد والصحة المصنفين حسب العمر. فدول المنظمة تحتاج إلى الاستثمار في قدراتها الإحصائية في هذا المجال المهم. وفي هذا السياق، يقدم سيسرك، الذي يعد جهازا فرعيا لمنظمة التعاون الإسلامي، برامج تدريبية وبرامج بناء قدرات لصالح مكاتب الإحصاء الوطنية لدول المنظمة. وتوصى هذه الأخيرة بالاستفادة من مثل هذه البرامج التي يقدمها سيسرك والتي من شأنها أن تحسن قدراتها على جمع ومعالجة البيانات عالية الجودة عن المسنين.

إجراء المزيد من الدراسات البحثية بشأن المسنين: تحتاج دول منظمة التعاون الإسلامي إلى إجراء دراسات مرجعية مفصلة وموجهة من أجل تسليط الضوء على مختلف القضايا والمشاكل التي يواجهها كبار السن. فمثل هذه الدراسات من شأنها أن تنطوي على فائدة كبيرة في إعداد الاستراتيجيات والسياسات المعنية بالشيخوخة على المستوى الوطني حول مجموعة من المواضيع مثل الفقر في سن الشيخوخة والتميز على أساس السن. وفي هذا الصدد، يمكن لدول منظمة التعاون الإسلامي النظر في إنشاء مراكز بحث وطنية حول الشيخوخة وتعزيز قدرات المراكز القائمة.

وضع استراتيجيات وآليات توجيهية وطنية بشأن الشيخوخة والمسنين: يتطلب التصدي للتحديات التي يواجهها المسنون تنسيقاً فعالاً بين مختلف السلطات العامة مثل وزارات الشؤون الاجتماعية والنقل والصحة في إطار استراتيجية شاملة على الصعيد الوطني. ولذلك، من الضروري وضع استراتيجية وطنية بشأن الشيخوخة والمسنين. فقد غير مفهوم الشيخوخة الصحية الطريقة التقليدية التي ينطوي عليها فهم الشيخوخة. وهو يشجع على اتباع نهج يستعد فيه الناس للشيخوخة النشطة في المراحل الأولى من العمر بمساعدة سياسات داعمة مثل تشجيع اتباع نظم غذائية صحية وزيادة النشاط البدني. وفي هذه العملية، من الضروري زيادة مشاركة مختلف أصحاب المصلحة من خلال مختلف الآليات التوجيهية. على سبيل المثال، يمكن لوزارة الشؤون الدينية أن تكون جزءاً من لجنة توجيهية على الصعيد الوطني للرفع من مستوى الوعي بشأن حقوق المسنين وأهمية حماية الصحة. وعلى نفس المنوال، من الضروري إشراك ممثلين عن منظمات المجتمع المدني من أجل الوصول إلى المزيد من الأفراد من جميع شرائح المجتمع.

إصلاح أنظمة الضمان الاجتماعي وإعادة تصميمها: نظم الضمان الاجتماعي، بما في ذلك المعاشات التقاعدية وشبكات الأمان الاجتماعي التي تستهدف المسنين في عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، ليست كافية ولا شاملة بما يكفي لتلبية الاحتياجات المتزايدة للمسنين أو استيعاب فئة المسنين التي يتزايد عددها باستمرار. ويتعين على بلدان المنظمة إصلاح نظم الضمان الاجتماعي لزيادة فعاليتها وإمكانية الوصول إليها وتغطيتها واستدامتها. فهذه النظم من شأنها أن تساعد على النهوض بالرفاه المادي والاجتماعي للمسنين. وينبغي أن تكفل هذه الإصلاحات توفير خدمات اجتماعية ميسورة التكلفة وذات جودة عالية يتيسر الوصول إليها، بما في ذلك الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل، لجميع المسنين. وعلى وجه الخصوص، فإن توفير الحماية الاجتماعية الشاملة ذات المنافع الكافية أمر أساسي للحد من الفقر وعدم المساواة، فضلاً عن تعزيز الإدماج الاجتماعي للمسنين. وقد أبرزت جائحة كوفيد-19 أهمية توفير الحماية الاجتماعية للجميع. بحيث وسعت بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي أنظمة الضمان الاجتماعي لديها لتشمل جميع المسنين - حتى أولئك الذين لم يتمكنوا من دفع الأقساط أو الاشتراكات - كجزء من برامج الاستجابة لكوفيد-19.

مكافحة التحيز ضد المسنين والتميز على أساس السن: يتعين على عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن توفر تدابير قانونية إضافية لمكافحة التمييز على أساس السن في مختلف القطاعات. وفي هذا السياق، تُوصى بلدان المنظمة بسن تشريعات لتعزيز المساواة وعدم التمييز على أساس السن في سياسات وبرامج

الحماية الاجتماعية والعمالة (مثلا التصدي للتمييز في التوظيف والترقية والاستبقاء وضمان الحق في العمل والتقاعد)، وتوفير التأمين والخدمات المالية، وحق الملكية والتحكم في الممتلكات وغيرها من الأصول.

**تعزير تعليم وتدريب المسنين:** تبين اتجاهات المشاركة في القوى العاملة أن استبقاء العمال المسنين في قوى العمل في المستقبل القريب سيكون أمرا حاسما بالنسبة للبلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على السواء. ومن العناصر الهامة لضمان قابلية جميع العمال للتوظيف إتاحة فرص إعادة التدريب والرفع من مستوى المهارات على أساس مستمر. والاستثمار في التعليم، بما في ذلك التعلم مدى الحياة، من شأنه أن يساعد المسنين على اكتساب مهارات جديدة، وتحسين إنتاجيتهم، ومواءمة مهاراتهم مع احتياجات سوق العمل. ورغم ذلك، تشكل المعايير الثقافية والقوالب النمطية والوعي المحدود بأهمية تعليم المسنين عائقا يتعين على واضعي السياسات معالجته أثناء تصميم السياسات وتنفيذها. وفي هذا السياق، يمكن للتعاون مع منظمات المجتمع المدني أن يساعد واضعي السياسات على تغيير المفاهيم الخاطئة والتواصل مع عدد أكبر من المسنين.

**توفير الحوافز اللازمة لقابلية توظيف المسنين واندماجهم الاقتصادي:** تعاني أسواق العمل من القصور، ويواجه المسنون عددا من التحديات مثل القيود المفروضة على البحث عن العمل، والتمييز القائم على أساس السن، والتقاعد القانوني بسبب السن. وبغية التصدي لهذه التحديات المعقدة وزيادة الاندماج الاقتصادي للمسنين، تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى صياغة سياسات تهدف إلى تحفيز قدرة المسنين على العمل. وتمثل الإعانات الضريبية، وخطط حصص العمالة الطوعية، ودعم أقساط الضمان الاجتماعي بعض الأساليب التي يمكن أن تنظر فيها بلدان المنظمة في هذا الصدد. وعلاوة على ذلك، ينبغي إتاحة نُهج بديلة في خطط العمالة مثل خطط العمل المرنة والعمل عن بُعد، ولا سيما للعمال المسنين. وبهذا، يمكن تشجيعهم على البقاء نشطين ومنتجين في سن الشيخوخة. كما يمكن أيضا تصميم حوافز من أجل تهئية بيئات عمل أكثر ملاءمة للمسنين وإزالة الحواجز المادية التي تعيق طريق المسنين.

**الرفع من مستوى الوعي بقضايا المسنين وتوفير التدريب لمقدمي الخدمات:** لا يتلقى المهنيون في قطاعي التعليم والصحة تدريبا في طب الشيخوخة وعلم الشيخوخة إلا في عدد محدود من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وكثير منهم لا يفقهون شيئا عن الاحتياجات المحددة لهذه الفئة من السكان. وحتى مقدمي الرعاية المسؤولين عن تقديم الخدمات على وجه التحديد للمسنين ليسوا دائما على دراية باحتياجات المسنين. ويتعين على بلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تنظر في وضع وتنفيذ برامج تدريبية لمقدمي الخدمات من أجل زيادة معارفهم وقدراتهم في مجال صحة المسنين ورعايتهم الطويلة الأجل. وعلاوة على ذلك، يمكن لحملة النوعية العامة والموجّهة أن تكون مفيدة في وضع منظور على الصعيد الوطني بشأن الشيخوخة الصحية واحتياجات المسنين. وبوجه خاص، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تنظم عدة مناسبات وحملات إعلامية من شأنها أن تزيد من آثار المبادرات التي تركز على المسنين على المجتمع كل يوم 1 أكتوبر الذي أعلنته الأمم المتحدة يوما دوليا للمسنين.

**التخفيف من آثار كوفيد-19 على المسنين:** لقد تأثر السكان من فئة الضعفاء، بمن فيهم المسنون، تأثراً شديداً بجائحة كوفيد-19. وفي هذا الصدد، تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى بذل جهود حثيثة للتخفيف من هذه الآثار على المسنين ليس في مجال الصحة فحسب، بل أيضاً على مستوى الحياة الاقتصادية والاجتماعية. وينبغي أن تكون السياسات التي تعزز الرعاية الصحية وتوفر الرعاية للمسنين، إلى جانب تدابير التماسك الاجتماعي، جزءاً من السياسة الموضوعية للاستجابات. كما ينبغي أن تدرج في سياسات الاستجابة لكوفيد-19 شبكات أمان اجتماعي محددة ودعم مالي في شكل تحويلات نقدية أو تأجيلات ضريبية أو إعانات. وأثناء عملية تخطيط السياسات، ينبغي أن تؤخذ آراء المسنين واحتياجاتهم وتوقعاتهم في الاعتبار من أجل تحديد مجالات الاهتمام الرئيسية وضمان عملية تنفيذ فعالة. وينبغي أيضاً تمديد صلاحية معظم هذه التدابير أثناء مرحلة التعافي (أي ما بعد كوفيد-19) لأن المسنين لا يستطيعون تكييف أنفسهم مع الأوضاع المتغيرة بنفس سرعة السكان الآخرين الأصغر سناً ومن المرجح أن تستمر بعض آثار الجائحة على المسنين حتى في الفترة ما بعد كوفيد-19.

**تعزيز أواصر التعاون الدولي والإقليمي:** ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تبذل جهوداً لزيادة الشراكات على الصعيدين الدولي والإقليمي من أجل تحقيق التنمية المستدامة. كما أن ذلك سيساعدها على تحقيق الأهداف المتعلقة بالسكان المسنين المحددة في مختلف الوثائق الدولية والإقليمية مثل أهداف التنمية المستدامة وبرنامج عمل منظمة التعاون الإسلامي لعام 2025. وتعتبر زيادة الشراكات أيضاً عاملاً من شأنه أن يساعد بلدان منظمة التعاون الإسلامي على الاستفادة من مختلف التجارب الدولية والإقليمية وبرامج الدعم في مجال المسنين.

**تنفيذ استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين:** تعتبر استراتيجية منظمة التعاون الإسلامي بخصوص المسنين إحدى الوثائق الإرشادية الرئيسية لبلدان المنظمة. ويوصى صناع السياسات بالنظر في مراجعة بنود العمل السياساتية المحددة في إطار 19 هدفاً استراتيجياً في الاستراتيجية وتحديد أولويات تنفيذ هذه التدابير في بلدانهم بهدف تحسين رفاهية المسنين. كما تُوصى أيضاً لبلدان منظمة التعاون الإسلامي بالاستفادة من البرامج القائمة لمؤسسات المنظمة ذات الصلة المقدمة بأساليب مختلفة تشمل أنشطة بناء القدرات (مثل برامج سيسرك لبناء القدرات والتدريب) وآليات الدعم المالي (مثل آلية الكومسيك لتمويل المشاريع). كما يتم تشجيع تبادل الخبرات بين دول منظمة التعاون الإسلامي أثناء تنفيذ استراتيجية المنظمة بخصوص المسنين. بحيث من شأن هذا الإجراء أن يساعد بلدان المنظمة على التعلم من بعضها البعض فيما يتعلق بالسياسات الناجحة المعنية بالمسنين كما يحظى بالقدرة على الارتقاء بمستوى التعاون البيئي في المنظمة إلى مستويات أعلى.

## الملحقات

الملحق الأول: خطط المعاشات غير القائمة على الاشتراكات: الميزات والمؤشرات الرئيسية

البلد	اسم نظام معاشات غير المساهمين (السنة التي بدأ العمل به)	مستوى الاستفادة (\$) (\$)	المتطلبات القانونية
ألبانيا	المعاش الاجتماعي (2015)	54.4	IT, PT
الجزائر	بدل التضامن بمبلغ مقطوع (1994)	28.4	IT, PT
أذربيجان	استحقاق اجتماعي (الشيخوخة) (2006)	57.3	حق المواطنة، PT
بنغلاديش	استحقاق الشيخوخة (1998)	6.4	المواطنة، الإقامة، (PT)، (IT)
بروناي دارالسلام	معاش الشيخوخة (1984)	179.2	الإقامة
مصر	معاشات التكافل الاجتماعي، وزارة الضمان الاجتماعي (2008)	38.3	PT
غيانا	معاش الشيخوخة (1944)	83.7	المواطنة، الإقامة
إندونيسيا	المساعدة الاجتماعية للمسنين (Asistensi Sosial Usia) التي كانت تسمى سابقا التحويل النقدي الاجتماعي للمسنين (Jaminan Sosial Lanjut Usia (JSLU)) (2006)	14.9	IT
كازاخستان	المعاش الأساسي الشامل الحكومي (1991)	34.7	حق المواطنة
قرغيزستان	استحقاق المساعدة الاجتماعية (الشيخوخة) (1922)	14.5	PT
ماليزيا	Bantuan Orang Tua (مخطط مساعدة المسنين) (1982)	72.3	IT
المالديف	معاش الشيخوخة الأساسي (2010)	150.3	PT
موزمبيق	(Programa de Subsídio Social Basico (PSSB)) (1992) الدعم الاجتماعي الأساسي)	6.6	IT
سورينام	معاش الشيخوخة الحكومي (Algemene Oudedags Voorzieningsfonds (AOV)) (1973)	159.1	غير متاح
طاجيكستان	معاش الشيخوخة (1993)	8.4	PT
تركيا	معاش الشيخوخة الخاضع لتقصي الموارد (1976)	43.4	IT
تركمانستان	استحقاق	48.4	IT, PT
أوغندا	منح للمواطنين المسنين (2011)	6.8	IT, PT
أوزبكستان	معاش اجتماعي للشيخوخة	53.1	الإقامة، (IT)، (PT)

المصدر: حسابات موظفي سيسرك استنادا إلى مجموعة بيانات تقرير الحماية الاجتماعية العالمي 2017-2019 الصادر عن منظمة العمل ملاحظات: 1. PT (معاش خاضع لتقصي الموارد): تقدم المعاشات غير القائمة على الاشتراكات من هذا النوع للمسنين الذين لا يحصلون على معاش تقاعدي قائم على الاشتراكات، أو الذين يقل معاشهم التقاعدي عن حد أدنى معين؛ لا تؤخذ الأنواع الأخرى من المداخل بعين الاعتبار.

2. IT (اختبار الدخل): تقدم معاشات من هذا النوع للمسنين الذين يتوفرون على دخل دون مستوى محدد أو الذين تجاوزوا اختبار الدخل.

3. حق المواطنة: تقدم معاشات من هذا النوع للمسنين الذين يحملون جنسية البلد المعني.

4. الإقامة: تقدم معاشات من هذا النوع للمسنين الذين يتوفرون على إقامة قانونية في البلد المعني.

## الملحق الثاني: تصنيف مجموعات البلدان

## البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (57):

أفغانستان (AFG)	الجابون (GAB)	جزر المالديف (MDV)	السودان (SDN)
ألبانيا (ALB)	غامبيا (GMB)	مالي (MLI)	سورينام (SUR)
الجزائر (DZA)	غينيا (GIN)	موريتانيا (MRT)	سوريا* (SYR)
أذربيجان (AZE)	غينيا بيساو (GNB)	المغرب (MAR)	طاجيكستان (TJK)
البحرين (BHR)	غيانا (GUY)	موزمبيق (MOZ)	توغو (TGO)
بنغلاديش (BGD)	إندونيسيا (IDN)	النيجر (NER)	تونس (TUN)
بنين (BEN)	إيران (IRN)	نيجيريا (NGA)	تركيا (TUR)
بروناي دار السلام (BRN)	العراق (IRQ)	عمان (OMN)	تركمانستان (TKM)
بوركينافاسو (BFA)	الأردن (JOR)	باكستان (PAK)	أوغندا (UGA)
الكاميرون (CMR)	كازاخستان (KAZ)	فلسطين (PSE)	الإمارات ع. المتحدة (UAE)
تشاد (TCD)	الكويت (KWT)	قطر (QAT)	أوزبكستان (UZB)
جزر القمر (COM)	قرغيزستان (KGZ)	م. العربية السعودية (SAU)	اليمن (YEM)
كوت ديفوار (CIV)	لبنان (LBN)	السنغال (SEN)	
جيبوتي (DJI)	ليبيا (LBY)	سيراليون (SLE)	
مصر (EGY)	ماليزيا (MYS)	الصومال (SOM)	

\* سوريا معلقة حاليا من عضوية منظمة التعاون الإسلامي.

## البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (98):

أنغولا (AGO)	دومينيكا (DMA)	ملاوي (MWI)	صربيا (SRB)
أنتيغوا وبربودا (ATG)	ج. الدومينيكان (DOM)	جزر مارشال (MHL)	سيشيل (SYC)
الأرجنتين (ARG)	الإكوادور (ECU)	موريشيوس (MUS)	جزر سليمان (SLB)
أرمينيا (ARM)	السلفادور (SLV)	المكسيك (MEX)	جنوب إفريقيا (ZAF)
جزر الهاما (BHS)	غينيا الاستوائية (GNQ)	ميكرونيزيا (FSM)	جنوب السودان (SSD)
بربادوس (BRB)	إريتريا (ERI)	مولدوفا (MDA)	سري لانكا (LKA)
بيلاروسيا (BLR)	إثيوبيا (ETH)	منغوليا (MNG)	سانت كيتس ونيفيس (KNA)
بليز (BLZ)	فيجي (FJI)	الجيل الأسود (MNE)	سانت لوسيا (LCA)
بوتان (BTN)	جنوب السودان (2012)	ميانمار (MMR)	س. فنسنت وجزر غرينادين (VCT)
بوليفيا (BOL)	غانا (GHA)	ناميبيا (NAM)	سوازيلاند (SWZ)
البوسنة والهرسك (BIH)	غرينادا (GRD)	ناورو (NRU)	تنزانيا (TZA)
بوتسوانا (BWA)	غواتيمالا (GTM)	نيبال (NPL)	تايلاند (THA)
البرازيل (BRA)	هايتي (HTI)	نيكاراغوا (NIC)	تيمور الشرقية (TLS)
بلغاريا (BGR)	هندوراس (HND)	بالاو (PLW)	تونغا (TON)
بوروندي (BDI)	المجر (HUN)	بنما (PAN)	رينيداد وتوباغو (TTO)
كابو فيردي (CPV)	الهند (IND)	بابوا غينيا الجديدة (PNG)	توفالو (TUV)
كمبوديا (KHM)	جامايكا (JAM)	باراغواي (PRY)	أوكرانيا (UKR)
جمهورية إفريقيا الوسطى (CAF)	كينيا (KEN)	بيرو (PER)	أوروغواي (URY)
تشيلي (CHL)	كيريباتي (KIR)	الفلبين (PHL)	فانواتو (VUT)
الصين (CHN)	كوسوفو (Unassigned)	بولندا (POL)	فنزويلا (VEN)



فيتنام (VNM)	رومانيا (ROU)	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية (LAO)	كولومبيا (COL)
زامبيا (ZMB)	روسيا (RUS)	ليسوتو (LSO)	جمهورية الكونغو الديمقراطية (COD)
زيمبابوي (ZWE)	رواندا (RWA)	ليبيريا (LBR)	جمهورية الكونغو (COG)
	ساموا (WSM)	مقدونيا الشمالية (MKD)	كوستاريكا (CRI)
	ساو تومي وبرينسيبي (STP)	مدغشقر (MDG)	كرواتيا (HRV)
<b>البلدان المتقدمة * (39):</b>			
سنغافورة (SGP)	ليتوانيا (LTU)	ألمانيا (DEU)	أستراليا (AUS)
جمهورية سلوفاكيا (SVK)	لوكسمبورغ (LUX)	اليونان (GRC)	النمسا (AUT)
سلوفينيا (SVN)	ماكاو ريال سعودي (MAC)	هونغ كونغ (HKG)	بلجيكا (BEL)
إسبانيا (ESP)	مالطا (MLT)	أيسلندا (ISL)	كندا (CAN)
السويد (SWE)	هولندا (NLD)	أيرلندا (IRL)	قبرص (CYP)
سويسرا (CHE)	نيوزيلندا (NZL)	إسرائيل (ISR)	جمهورية التشيك (CZE)
تايوان (TWN)	النرويج (NOR)	إيطاليا (ITA)	الدنمارك (DNK)
المملكة المتحدة (GBR)	البرتغال (PRT)	اليابان (JPN)	إستونيا (EST)
الولايات المتحدة الأمريكية (USA)	بورتوريكو (PRI)	جمهورية كوريا الجنوبية (KOR)	فنلندا (FIN)
	سان مارينو (SMR)	لاتفيا (LVA)	فرنسا (FRA)

\* بناء على قائمة الدول المتقدمة المصنفة من قبل صندوق النقد الدولي.

## الملحق الثالث: التصنيف الجغرافي لدول منظمة التعاون الإسلامي

## أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (21): OIC-SSA

بنين	غامبيا	نيجيريا
بوركينافاسو	غينيا	السنغال
الكاميرون	غينيا بيساو	سيراليون
تشاد	مالي	الصومال
جزر القمر	موريتانيا	السودان
كوت ديفوار	موزمبيق	توغو
الغابون	النيجر	أوغندا

## الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (19): OIC-MENA

الجزائر	الكويت	المملكة العربية السعودية
البحرين	لبنان	سوريا*
جيبوتي	ليبيا	تونس
مصر	المغرب	الإمارات العربية المتحدة
العراق	عمان	اليمن
إيران	فلسطين	
الأردن	قطر	

\*عضوية سوريا في منظمة التعاون الإسلامي هي معلقة حاليا.

## شرق وجنوب آسيا وأمريكا اللاتينية (9): OIC-ESALA

أفغانستان	غيانا	المالديف
بنغلاديش	إندونيسيا	باكستان
بروناي دار السلام	ماليزيا	سورينام

## أوروبا وآسيا الوسطى (8): OIC-ECA

ألبانيا	قرغيزستان	تركمانستان
أذربيجان	طاجيكستان	أوزبكستان
كازاخستان	تركيا	

- Asian Development Bank Institute. (2019). Aging societies: Policies and perspectives. Japan: Asian Development Bank Institute. Retrieved from <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/543006/adbi-aging-societies-policies-and-perspectives.pdf>
- Bastagli, F. (2013). Feasibility of social protection schemes in developing countries. Brussels: European Union.
- Bloom, D. E., Jimenez, E., & Rosenberg, L. (2011). Social protection of older people. *PGDA Working Paper No. 83*.
- Celik, S. S., Celik, Y., Hikmet, N., & Khan, M. M. (2018). Factors affecting life satisfaction of older adults in Turkey. *International Journal Of Aging & Human Development*, 87(4), 392-414.
- CLYDECO. (2020). UAE and KSA introduce workplace anti-discrimination legislation. Available at: <https://www.clydeco.com/en/insights/2020/01/uae-and-ksa-introduce-workplace-anti-discriminatio>
- Committee on the Long-Run Macroeconomic Effects of the Aging U. S. Population – Phase II, Committee on Population, Division of Behavioral and Social Science and Education, Board on Mathematical Science and their Applications, Division on Engineering and Physical Sciences, The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015). The growing gap in life expectancy by income: Implications for federal programs and policy responses. Washington DC: National Academies Press. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321314/>
- Cox, E., Henderson, G., & Baker, R. (2014). Silver cities: Realising the potential of our growing older population. Manchester, UK: Institute for Public Policy Research. Retrieved from [https://www.ippr.org/files/publications/pdf/silver-cities\\_Dec2014.pdf](https://www.ippr.org/files/publications/pdf/silver-cities_Dec2014.pdf)
- ERIA. (2020). The New Normal: Elderly Life and Care Post COVID-19. Available at: <https://www.eria.org/news-and-views/the-new-normal-elderly-life-and-care-post-covid-19>
- Help Age International. (2018). Protection concerns of older women in Jordan [Policy Brief]. Amman: Help Age International.
- ILO. (2011). Combating prejudice and age discrimination against older workers. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/ILO.pdf>
- ILO. (2017). World social protection report: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals 2017-2019. Geneva: ILO.
- ILO. (2018). *What about seniors? A quick analysis of the situation of older persons in the labour market*. May 2018. Available at: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/pu>

[blic/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms\\_629567.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_629567.pdf)

ILO. (2021). ILO Monitor: COVID-19 and the World of Work. Seventh edition. Available at: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_767028.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_767028.pdf)

Kelly, P. L. (2007). *Integration and participation of older persons in development*. New York: UN DESA.

Kerr, J., Rosenberg, D., & Frank, L. (2012). The role of the built environment in healthy ageing: Community design, physical activity, and health among older adults. *Journal of Planning Literature*, 27(1), 43-60.

Levasseur, M., Dubois, M-F., Genereux, M., Menec, V., Raina, P., Roy, M., Gabaude, C., Couturier, Y., & St. Pierre, C. (2017). Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity: a study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians. *BMC Public Health*, 17(1), 502.

Mattson, J. (2011). Transportation, distance, and health care utilization for older adults in rural and small urban areas. *Transportation Research Record Journal of the Transportation Research Board*, 2265(1).

Mustaffa, N., Lee, S-Y., Nawi, S. N. M., Rahim, M. J. C., Chee, Y. C., Besari, A. M., & Lee, Y. Y. (2020). COVID-19 in the elderly: A Malaysian perspective. *Journal of Global Health*, 10. Available at:

[http://www.jogh.org/documents/issue202002/jogh-10-020370\\_AU.pdf](http://www.jogh.org/documents/issue202002/jogh-10-020370_AU.pdf)

Nangia, E. N., Margaret, N., & Emmanuel, Y. (2015). Care for older persons in Cameroon: Alternatives for social development. *Greener Journal of Social Scienceis*, 5(1), 001-012.

Newman, S. & Hatton-Yeo, A. (2008). Intergenerational learning and the contributions of older people. *Ageing Horizons*, 8, 31-39.

OECD. (2015). *OECD Pensions at a Glance: OECD and G20 indicators*. Paris: OECD.

OECD. (2019). *Working better with age, ageing and employment policies*. Paris: OECD. Available at: <https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>

OECD. (2020). *COVID-19: Protecting People and Societies*. Paris: OECD.

Office of the Prime Minister of Malaysia. (2015). *Eleventh Malaysia Plan 2016-2020: Anchoring growth on people*. Putrajaya: Economic Planning Unit of Prime Minister's Department of Malaysia.

OIC and SESRIC. (2019). OIC Strategy on the Elderly. Retrieved from <https://www.oic-oci.org/docdown/?docID=7607&refID=2251>

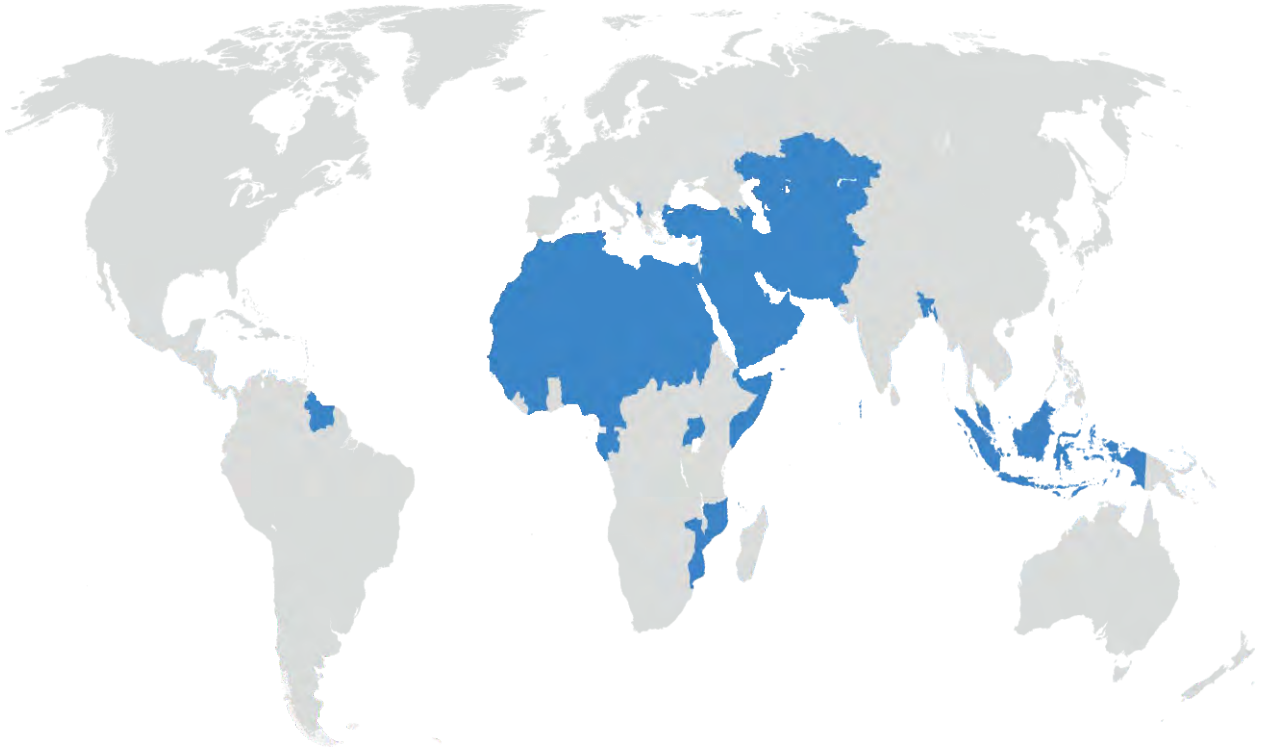
Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Geneva: WHO.

Samorodov, A. (1999). Ageing and labour markets for older workers. *ILO Employment and Training Papers*, No.33.

- Searchinger, T., Hanson, C., Waite, R., Lipinski, B., Leeson, G., & Harper, S. (2013). Achieving replacement level fertility [Working Paper]. Washington DC: World Resources Institute.
- SESRIC. (2018). *The State of Elderly in OIC Member Countries: Responding to the needs of elderly*. Ankara: SESRIC. Available at: <https://www.sesric.org/files/article/604.pdf>
- SESRIC. (2018b). *OIC Women and Development Report: Enhancing women entrepreneurship for development*. Ankara: SESRIC. Available at: <https://sesric.org/files/article/619.pdf>
- SESRIC. (2019). *OIC Health Report 2019*. Ankara: SESRIC. Available at: <https://www.sesric.org/files/article/699.pdf>
- SESRIC. (2020). *Socio-Economic impacts of COVID-19 Pandemic in OIC Member Countries*. Ankara: SESRIC. Available at: <https://www.sesric.org/files/article/724.pdf>
- Sharjah Government Media Bureau. (2019). Sharjah age-friendly initiative: 52% implementation of the 2017-2020 strategic plan. *Sharjah Government Media Bureau*. Retrieved from <https://www.sgmb.ae/en/media-centre/news/28/1/2019/sharjah-age-friendly-initiative-52-implementation-of-2017-20-strategic-plan.aspx#page=1>
- SME Malaysia. (2020). Hiring Incentive Programme. Available at: <https://smemalaysia.org/hiring-incentive-programme-penjanakerjaya/>
- Tomaszewski, W. (2013). Living environment, social participation and wellbeing in older age: The relevance of housing and local area disadvantage. *Journal of Population Ageing*, 6, 119-156.
- UN DESA. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. New York: UN DESA. Available at: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- UN DESA. (2019a). World Population Prospects (2019 Edition) [Database]. Retrieved from <https://population.un.org/wpp/>
- UN DESA. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons*. New York: UN DESA. Available at: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd-2020\\_world\\_population\\_ageing\\_highlights.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf)
- UN Women. (2015). *Progress of the World's Women 2015-2016: Transforming economies, realizing rights*. New York: UN Women.
- UN. (2017). Ageing, Older Persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development. Available at: <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2017/08/Ageing-Older-Persons-and-2030-Agenda-Issues-Brief-low-resolution.pdf>
- UN. (2018). *Health inequalities in old age*. UN DESA Briefing Paper Series

- on Ageing. Available at: <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2018/04/Health-Inequalities-in-Old-Age.pdf>
- UN. (2019). Ageing-related policies and priorities in voluntary national reviews (2016-2019).
- UN. (2019b). An inclusive response to older persons in humanitarian emergencies. Available at: <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2019/11/Ageing-Policy-Brief-An-inclusive-response-to-older-persons-in-humanitarian-emergencies.pdf>
- UN. (2020). Ageing. United Nations. Retrieved February 15, 2020, from <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>
- UN. (2020). The Impact of COVID-19 on Older Persons. Policy Brief. Available at: <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Older-persons.pdf>
- UNDP. (2017). Ageing, older persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UNDP.
- University of Waterloo. (n.d.) An enabling and supportive environment. *Age Friendly Communities*. Retrieved from <https://uwaterloo.ca/age-friendly-communities/building-blocks/enabling-and-supportive-environment>
- WHO. (2002). Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO.
- WHO. (2015). World Report on Health and Ageing. Geneva: WHO.
- WHO. (2018). Ageing and Health. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- WHO. (2020). Decade of Healthy Ageing 2021 – 2030. Available at: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- WHO. (2020). *Elder abuse* [Fact Sheet]. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- WHO. (2021). *Age-friendly environments*. Ageing and life-course. Retrieved from <https://www.who.int/ageing/projects/age-friendly-environments/en/>
- WHO. (n.d.). *Age-friendly practices archive*. Age-friendly world. Retrieved from <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/>





مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية  
والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية  
(سيسرك)

Kudüs Cad. No:9 Diplomatik Site 06450 ORAN-Ankara, Turkey  
Tel: (90-312) 468 61 72-76 Fax: (90-312) 468 57 26  
Email: cabinet@sesric.org Web: www.sesric.org