

# وضع المسنين في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

## 2018



منظمة التعاون الإسلامي  
مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية  
والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية





# وضع المسنين في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

الاستجابة لاحتياجات المسنين



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



© مارس 2018 | مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية  
(سيسرك)

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

الهاتف: +90-312-468 6172

الموقع الإلكتروني: [www.sesric.org](http://www.sesric.org)

البريد الإلكتروني: [pubs@sesric.org](mailto:pubs@sesric.org)

جميع الحقوق محفوظة

تخضع المادة المقدمة في هذه الطبعة لقانون حقوق الطبع و النشر. يعطي المؤلفون الإذن بعرض ونسخ وتحميل وطباعة المواد المعروضة، مع نسب حق سيسرك من الفضل، 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 لدائرة النشر بسيسرك.

كما ينبغي توجيه جميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص إلى دائرة النشر بسيسرك على العنوان المذكور أعلاه.

الرقم الدولي المعياري للكتاب: 9-69-6427-975-978

تصميم الغلاف: دائرة النشر، سيسرك.

تمت ترجمة هذا التقرير من الإنجليزية من قبل فريق وحدة الترجمة العربية والمكون من إحسان الخليع وأسماء أريجان ومحمد أمين عزاوي، دائرة النشر، سيسرك

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

## المحتويات

iv.....	المختصرات
v.....	توطئة
vi.....	شكر وتقدير
1.....	الملخص
4.....	الفصل الأول
4.....	1 مقدمة
6.....	2 الخصائص الديمغرافية للمسنين: الاتجاهات في الماضي, والحاضر والمستقبل
6.....	2.1 محددات الخصائص الديمغرافية للشيخوخة
11.....	2.2 تغيرات في التركيبة السكانية نحو تسجيل نسبة أعلى من المسنين
15.....	2.3 مشاركة الأشخاص المسنين في القوى العاملة
17.....	3 الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للمسنين
17.....	3.1 الترتيبات المعيشية للمسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي
19.....	3.2 صحة المسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي
23.....	3.3 الصحة النفسية
25.....	3.4 الضمان الاجتماعي للمسنين
29.....	4 المؤسسات المعنية بالأشخاص المسنين
29.....	4.1 الإدماج الاجتماعي لكبار السن ومشاركتهم
34.....	4.2 تحليل السياسات القائمة على المستوى الوطني للمسنين
37.....	4.3 صناديق المعاشات التقاعدية للمسنين

40	4.4 حقوق الإنسان الخاصة بكبار السن.....
42	5 البعد الثقافي للشيخوخة.....
43	5.1 الديناميكا الثقافية والمسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي.....
44	5.2 التحديات الناشئة: التغيرات الديموغرافية والثقافية.....
45	5.3 مواجهة التحديات الناشئة.....
48	6 ملاحظات ختامية وتوصيات متعلقة بالسياسات.....
51	الملحق 1: هيكل خطة عمل مدريد الدولية بشأن الشيخوخة.....
	الملحق 2: طريقة نظم المعاشات التقاعدية في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.....
52	الإسلامي.....
54	المراجع.....

﴿٢٤﴾ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَيَالُودَيْنِ إِحْسِنَا ۖ إِنَّمَا  
يَبْلُغُنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا  
تَهْرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا ﴿٢٣﴾ وَأَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ  
الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ أَرْحَمُهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا  
﴿٢٤﴾ (الإسراء، 24-23)



حَدَّثَنَا أَبُو بَكْرِ بْنُ أَبِي شَيْبَةَ، وَابْنُ السَّرْحِ، قَالََا حَدَّثَنَا  
سُفْيَانُ، عَنِ ابْنِ أَبِي نَجِيحٍ، عَنِ ابْنِ عَامِرٍ، عَنِ عَبْدِ اللَّهِ  
بْنِ عَمْرٍو، يَرْوِيهِ - قَالَ ابْنُ السَّرْحِ - عَنِ النَّبِيِّ صَلَّى اللهُ  
عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ "مَنْ لَمْ يَرْحَمْ صَغِيرَتَا وَيَعْرِفْ حَقَّ كَبِيرَتَا  
فَلَيْسَ مِنَّا" (سُنَنِ أَبِي دَاوُدَ، 4943)

## المختصرات

برامج المعاشات الأساسية	BPP
مقياس سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة	DALY
نظام المعاشات التقاعدية محددة الاستحقاقات	DB
خطط المعاشات التقاعدية المحددة	DC
مجلس التعاون الخليجي	GCC
الناتج المحلي الإجمالي	GDP
منظمة العمل الدولية	ILO
منظمة العمل الدولية - قاعدة بيانات إحصاءات العمل	ILOSTAT
المؤشرات الرئيسية لسوق العمل	KILM
معدل مشاركة القوى العاملة	LFPR
خطة عمل مدريد الدولية حول الشيخوخة من قبل الأمم المتحدة	MIPAA
جداول الاشتراكات المحددة	NDC
منظمة التعاون الإسلامي	OIC
صناديق المعاشات التقاعدية / مخططات المعاشات التقاعدية ذات المساهمة العامة المدارة	PF
المعاشات التقاعدية الموجهة	TPP
برامج المعاشات التقاعدية العالمية	UPP
إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة	UN DESA
منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة	UNESCO
صندوق الأمم المتحدة للسكان	UNFPA
منظمة الصحة العالمية	WHO

## توطئة

تعتبر الشيخوخة من الظواهر الطبيعية التي تعود على الاقتصاد والمجتمع بآثار جليلة، فهي تصير من الشواغل الديمغرافية حين تتراجع معدلات الخصوبة والوفيات بوتيرة مطردة على امتداد فترة طويلة من الزمن، وهو الأمر الذي يؤدي إلى خلق فوارق من حيث أعداد الأفراد المسنين بالمقارنة مع فئة الشباب. وخلال العقد الماضي وإلى الوقت الراهن، يشهد العالم تسجيل معدلات متسارعة لشيخوخة السكان، مما يجعل من الوضع قضية سياسات مهمة بالنسبة للدول المتقدمة والنامية على حد سواء.

وهذه القضية تكتسي أهمية خاصة بالنسبة للدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بالنظر إلى الأعداد المتزايدة لكبار السن ونسبتهم من بين السكان وطول عمرهم. إن أي إخفاق في التعامل بحكمة مع مثل هذا التغير الديموغرافي قد يؤدي إلى عواقب ذات آثار سلبية على رفاهية كبار السن، فضلاً عن التنمية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي على المدى الطويل. وفي سياق منظمة التعاون الإسلامي، لحسن الحظ أخذ عدد متزايد من الدول الأعضاء في تطوير مثل هذه السياسات للتصدي لمختلف التحديات التي يواجهها المسنون. لكن يبقى من المهم إجراء تحليل مقارن للموضوع قيد النظر لإزالة الغموض ولفهم الموضوع فهما تاما في ضوء البيانات المتعلقة بالأداء النسبي للبلدان الأعضاء في المنظمة.

يأتي هذا التقرير لسد هذه الفجوة المهمة في كل ما يتعلق بالواقع الاجتماعي والاقتصادي للشيخوخة في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي. ومن شأن نتائج هذا التقرير أن تقدم دعماً في سبيل تشكيل أساس للسياسات اللاحقة التي ستعود بالفائدة الكبيرة على عملية تحويل التحديات التي يشكها تقدم السكان في السن إلى فرص حقيقية لاستثمارها فيما يعود بالنفع. وبالإضافة إلى ذلك، هناك أيضاً حاجة إلى الممارسات التي توطن أواصر التضامن بين الأجيال لتعزيز مجتمعات شاملة اجتماعياً واقتصادياً تلبى متطلبات واحتياجات الفئات المسنة من السكان بشكل أفضل.

ولتحفيز مزيد من النقاشات حول هذه القضية، يبرز هذا التقرير الاتجاهات الرئيسية للشيخوخة في الدول الأعضاء في المنظمة، فهو يتطرق بالتحليل للاتجاهات الديموغرافية والرفاه الاجتماعي والاقتصادي للمسنين، والترتيبات المؤسسية المتعلقة بالمسنين، فضلاً عن الأبعاد الثقافية للشيخوخة. وذلك باستخدام مجموعات بيانات كمية ونوعية بأسلوب يقوم على المقارنة. ويختتم هذا التقرير بعرض توصيات سياسية موجّهة لواضعي السياسات قصد الاطلاع عليها والنظر فيها لتلبية الاحتياجات المتزايدة للمسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

السفير موسى كولاكليكايا

المدير العام

سيسرك



## شكر وتقدير

لقد تم إعداد هذا التقرير من قبل فريق من الباحثين في سيسرك برئاسة جم تن تن وبمشاركة تازين القرشي، وعائشة سناء كوشكر ونسلمهان تشيفيك. تم تنسيق عملية البحث والإشراف عليها من قبل كنان باغشي.

مساهمة المؤلفين في الأقسام المحددة من التقرير هي كما يلي: تم إعداد القسم 1 في المقدمة والقسم 6 بشأن الملاحظات الختامية وتوصيات السياسة من قبل جم تن تن. القسم 2 حول ديموغرافيا المسنين والقسم 4 حول مؤسسات المسنين قد تم إعدادهما من قبل تازين القرشي. ساهمت عائشة سينا كوسغر في إعداد القسم 3 حول الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للمسنين مع تازين قرشي. تم إعداد القسم 5 عن البعد الثقافي للشيخوخة من طرف نسلمهان تشيفيك.

## الملخص

إن التطورات التي يشهدها القرن العشرون في مجالات العلوم والطب تلعب دورا مهما في تغيير المشهد الديموغرافي في العالم. وارتفاع عدد المسنين في البلدان المتقدمة والنامية ما هو إلا واحد من بين مظاهر التغيير. والآثار الاجتماعية والاقتصادية لهذه الظاهرة عميقة وتمتد إلى ما هو أبعد من الحدود المحلية. ولشرح ظاهرة الشيخوخة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي شرحا وافيا، يقدم هذا التقرير استعراضا للاتجاهات المتعلقة بالخصائص الديموغرافية للمسنين ورفاههم الاجتماعي والاقتصادي والمؤسسات الخاصة بهم فضلا عن البعد الثقافي للشيخوخة.

### الخصائص الديمغرافية للمسنين: الاتجاهات في الماضي وفي الوقت الراهن ومستقبلا

إن معدل الخصوبة ومتوسط العمر المتوقع هما أبرز المحددات الديموغرافية للشيخوخة. ونجد أنه على الرغم من انخفاض معدلات الخصوبة في دول منظمة التعاون الإسلامي خلال العقود الأخيرة، إلا أن متوسطها يبقى أعلى من متوسطي البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. كما ارتفع معدل العمر المتوقع عند الـ 60 من العمر من 16.4 عاما إلى 18 عاما في الفترة بين 1990 و 2015، وبحلول عام 2030 من المتوقع أن يرتفع بمقدار 0.8 عاما كزيادة، لكن يبقى متوسط العمر المتوقع في بلدان المنظمة أقل من مقابله في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وفي البلدان المتقدمة.

ولوحظ أن وتيرة الشيخوخة في بلدان المنظمة بين عامي 1990 و 2015 قد اتسمت بالبطء بالمقارنة مع البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. إلا أنه من المتوقع أن تتسارع هذه الوتيرة في بلدان المنظمة بين عامي 2015 و 2030، وبالتالي ستسجل زيادة في نسبة السكان البالغة أعمارهم 60 عاما أو أكثر لتصل إلى 9.3% بحلول عام 2030.

ومن حيث معدل إعالة المسنين، نجد أن دول المنظمة تسجل متوسطات أقل نسبيا بالمقارنة مع الدول المتقدمة والدول النامية غير الأعضاء في المنظمة وهذه الميزة في المعدل سبقي منخفضة نسبيا حتى عام 2030، وهو الأمر الذي يشكل فرصة سانحة أمام دول المنظمة.

## الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للمسنين

تشكل الزيادة في أعداد كبار السن مقارنة بالفئات العمرية الأخرى تحديات بالنسبة للعلاقات العائلية القائمة وقدرة الخدمات الصحية وبرامج الضمان الاجتماعي. وفي هذا الصدد، هناك اختلافات كبيرة بين مختلف المجموعات القطرية فيما يتعلق بالترتيبات السكنية. ففي الوقت الذي نجد فيه أن نمط السكن المشتركة متعدد الأجيال أقل شيوعاً في الدول المتقدمة، نجد بالمقابل أن الأسر المعيشية المتقدمة للجيل الثاني والتي تتشكل من الأجداد والأحفاد أكثر شيوعاً في العديد من البلدان النامية بما في ذلك دول المنظمة.

ومن بين الجوانب الأخرى المهمة لرفاه المسنين هي الرعاية الصحية (الوفيات والأمراض). فمن بين ما تم التوصل إليه هو أن مرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية هما السببان الرئيسيين للوفاة على المستوى العالمي، يليهما كل من داء الانسداد الرئوي المزمن والتهابات الجهاز التنفسي السفلي ثم مرض الخرف (الزهايمر). وفي بلدان المنظمة، تعتبر الأمراض غير المعدية السبب الرئيسي للإعاقة المعتدلة والشديدة في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 سنة فما فوق.

ويعتبر الضمان الاجتماعي أداة من الأدوات السياساتية الرئيسة التي من شأنها تحسين مستوى الدعم المقدم للشيخوخة. والسن القانونية للتقاعد في دول منظمة التعاون الإسلامي هي 60 سنة، و 13 فقط من بين 37 دولة عضو في المنظمة يتراوح سن التقاعد فيها بين 55 و 60 سنة. كما يسجل أيضاً أن 87.5% من الدول الأعضاء تطبق مبدأ التقاعد الإلزامي الذي يقتضي من المستفيد أن يندسحب جميع أشكال الوظيفة انسحاباً تاماً كشرط للحصول على معاش التقاعد. ومع كل ذلك تسجل نسبة كبار السن من دول المنظمة الذين يحصلون على معاش الشيخوخة معدلاً يقل عن 50%.

## المؤسسات المعنية بالأشخاص المسنين

إن خلق مؤسسات تعنى بشؤون المسنين تعد بمثابة ضمانة لإندماجهم (وتمثيلتهم) في المجتمع وعمليات صنع السياسات. وهناك العديد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي وضعت وأنشأت فعلياً ترتيبات أو كيانات مؤسسية في إطار وزارة أو إدارة أو وكالة هدفها الوحيد هو الاهتمام بكل ما يخص المسنين.

فمن حيث الترتيبات المؤسسية المتعلقة بالتعليم، لا يزال أمام دول المنظمة طريق طويل بحيث يتعين عليها بذل مزيد من الجهود طالما أن معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة في صفوف المسنين هي الأدنى عند مقارنتها بالبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. وبما أن التعليم ومحو الأمية يلعبان دوراً أساسياً في الاندماج الاجتماعي لكبار السن في المجتمع ومشاركتهم فيه بفعالية، فإن الموضوع يعتبر من مجالات الاهتمام الرئيسية التي يجب مراعاتها في عملية صنع السياسات.

وهناك تباين كبير في مستويات الاهتمام بين الدول المتقدمة والدول النامية غير الأعضاء في المنظمة والدول الأعضاء بخصوص حجم السكان في سن العمل. فقطومن بين 52 دولة تتوفر حولها البيانات من بين باقي الدول الأعضاء، 12 منها هي التي تضع في عين الاعتبار مسألة النسبة المتزايدة

للمسنين وعواقبها على الصحة وأنظمة الرعاية الاجتماعية من الشواغل الرئيسية. أما من حيث ترتيبات الضمان الاجتماعي، تبرز البيانات أيضا أن 25 دولة من دول المنظمة لم تتخذ أي تدبير للتعامل مع موضوع شيخوخة السكان في عام 2015، وذلك استنادا إلى مسح إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة.

### البعد الثقافي للشيخوخة

رغم أن الشيخوخة عملية من العمليات البيولوجية، إلا أن لها أثر على الثقافة والقيم. فالتحول الديموغرافي والتغير السريع الذي يطرأ على الأعراف الاجتماعية والثقافية بدورهما يؤثران على القيم والعادات فيما يتعلق برعاية المسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي. وهذه الاتجاهات الناشئة، بما في ذلك التغير في التركيبة السكانية والقيم الثقافية، تتفاعل مع بعضها البعض وتشكل بذلك تحديات جديدة أمام صانعي السياسات. لهذا من الضروري أن تعمل دول المنظمة على وضع سياسات بمثابة حلول للتصدي لهذه التحديات من خلال، على سبيل المثال لا الحصر، اعتماد منظور شامل لمسار الحياة وتطبيق نظم متكاملة للرعاية الصحية فضلا عن الرعاية المنزلية.

\*

في ضوء المناقشات المذكورة أعلاه، من الواضح أن هناك حاجة إلى قيام دول منظمة التعاون الإسلامي لإتخاذ إجراءات السياسات في الوقت المناسب من أجل التصدي للتحديات التي يواجهها المسنون وتحسين رفاههم. ومن بين التوصيات السياساتية الرئيسية التي يطرحها التقرير على واضعي السياسات للنظر فيها هناك تحسين أنظمة الضمان الاجتماعي، وتطوير آليات للرعاية الصحية، ومراجعة سياسات التعليم، ومعالجة موضوع المشاركة في القوى العاملة في صفوف المسنين. وحين وضع السياسات الخاصة بالمسنين، من الضروري أيضا مراعاة تبعات الشيخوخة على القيم الثقافية والأعراف وكذلك تغير الأدوار الحيوية للأسرة في بلدان المنظمة.

## الفصل الأول

### مقدمة

تحظى مسألة شيخوخة السكان، والتي صارت مؤخرا من الشواغل ذات الأولوية بالنسبة للبلدان المتقدمة، بأهمية متزايدة في البلدان النامية في القرن الحادي والعشرين. وعلى الصعيد العالمي، تسجل نسبة المسنين معدلات متسارعة النمو بالمقارنة مع الفئات الأخرى من السكان، ولهذا التغير في التركيبة السكانية وحصصها آثار على المستويين المحلي والوطني يمكن إدارته من خلال استجابات السياسات المناسبة. وبالنسبة للبلدان النامية، بما فيها بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تشكل شيخوخة السكان تحديات من قبيل استدامة صناديق المعاشات، وفرض ضغط على توفير الخدمات الاجتماعية والصحية للمسنين، وفرص العمل المصممة لكبار السن وغيرها من التحديات.

وفي هذا السياق، شكلت خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة ((MIPAA، التي اعتمدت خلال فعاليات الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة عام 2002، نقطة تحول رئيسية في كيفية تناول العالم للتحدي المتمثل في "بناء مجتمع لجميع الأعمار". وتوفر خطة عمل مدريد إطارا لكل الجهات الحكومية وغير الحكومية والجهات الفاعلة الأخرى. مسلطة بذلك الضوء على الفرص المتاحة والتحديات التي تشكلها الشيخوخة في القرن الحادي والعشرين مع التركيز على ثلاثة مجالات ذات أولوية: (1) المسنون والتنمية، (2) توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة، (3) كفالة تهئية بيئات تمكينية وداعمة (راجع المرفق أ).

على الرغم من اعتماد خطة عمل مدريد، غالبا ما يتم استبعاد كبار السن من السياسات والبرامج والبحوث وجمع البيانات في مجالات مثل الفقر والصحة والأمن الغذائي والنوع الاجتماعي. ولضمان إدراج المسنين في مختلف مجالات السياسات، فإنه من الحتمي إعادة النظر في المجالات ذات الأولوية في جدول أعمال ما بعد عام 2015.

في معظم البلدان المتقدمة المسنون هم الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 65 سنة، وهذا هو السن الذي يمكن فيه للشخص الحصول على استحقاقات المعاش التقاعدي. بينما في العديد من البلدان النامية، يشمل المسنون الأشخاص البالغين من العمر 50 سنة أو حتى 60 سنة فما فوق. وينعكس هذا التباين جلياً حتى على مستوى البيانات والمؤشرات التي تستخدمها المؤسسات البحثية. فعلى سبيل المثال، تصنف الأمم المتحدة الأشخاص المسنين +60 سنة لغرض دراسات متوسط العمر المتوقع و+65 سنة لغرض دراسات إعالة المسنين.

بغض النظر عن هذه الاختلافات في وضع تعريف محدد، يتناول هذا التقرير وضع المسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي باستخدام مجموعات بيانات قابلة للمقارنة على الصعيد الدولي. فهو يتناول بالتحليل الخصائص الديمغرافية لكبار السن من السكان ورفاهيتهم الاجتماعية والاقتصادية، والمؤسسات المعنية بكبار السن، والإدماج الاجتماعي للسكان المسنين، ويعرض مناقشة حول الصلة بين الثقافة والشيخوخة. ويختتم التقرير بتقديم توصيات سياساتية يمكن أن تخدم صانعي السياسات في دول منظمة التعاون الإسلامي في تشكيل إجراءات سياساتية واستراتيجيات خاصة بكبار السن.

## الفصل الثاني

# الخصائص الديمغرافية للمسنين: الاتجاهات في الماضي, والحاضر والمستقبل

تسبب الشيخوخة في العقود الأخيرة في ارتفاع نسبة المسنين وتراجع في معدلات الفئات الشابة. وفي الوقت الذي تعتبر فيه الوتيرة المتسارعة للشيخوخة أمرا شائع الحدوث في البلدان المتقدمة لعدة عقود مضت، فهي لم تكتسب زخما يذكر في بلدان منظمة التعاون الإسلامي والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة إلا حديثا. وللشيخوخة السريعة آثار اجتماعية واقتصادية كبيرة تتطلب استجابات سياسية فورية. وواحد من أكثر متطلبات السياسة العامة نجاعة للاستجابة للمسألة يتمثل في ضمان الدول الأعضاء في المنظمة توفر ظروف الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للمسنين. وفي هذا الصدد، يقدم هذا القسم مقدمة عن الخصائص الديمغرافية للمسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي مقارنة بالبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. ويسلط الضوء على المحددات الديموغرافية للشيخوخة والتغيرات في التركيبة السكانية بين عامي 1990 و 2017 بالإضافة إلى مشاركة المسنين في القوى العاملة.

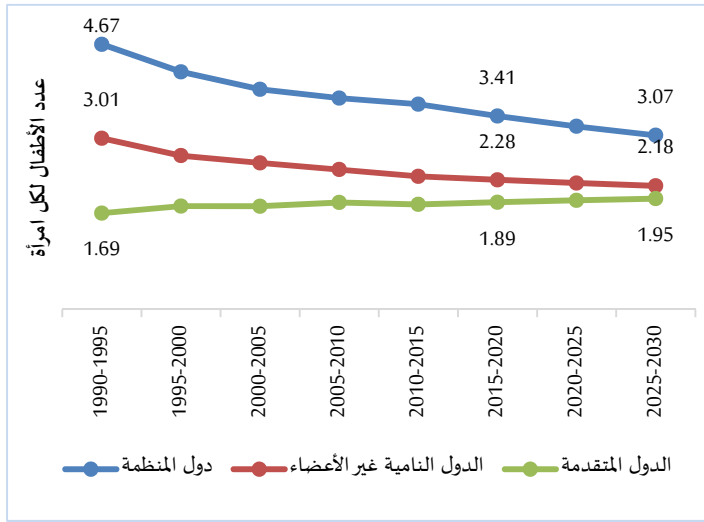
### 2.1 محددات الخصائص الديمغرافية للشيخوخة

شيخوخة السكان هي ظاهرة تحصل عندما يرتفع متوسط عمر السكان نتيجة لتراجع مستويات الخصوبة وارتفاع متوسط العمر المتوقع. وفيما يلي يناقش هذا القسم الفرعي مسألتي الخصوبة ومتوسط العمر المتوقع - المحددات الأولية للشيخوخة.

## 2.1.1 الخصوبة

تشير معدلات الخصوبة إلى عدد المواليد الأحياء لكل امرأة في بلد من البلدان. وللحفاظ على التوازن السكاني بشكل طبيعي، يعتبر معدل 2.1 طفل لكل امرأة كافيا لتعويض السكان. في حين أن معدلات الخصوبة فوق معدل التعويض تدل على وجود نمو سكاني، نجد أن معدلات الخصوبة المرتفعة جدا قد تؤدي إلى خلق صعوبات اجتماعية واقتصادية بالنسبة للأسر. وبالمقابل، تشير معدلات الخصوبة التي لا ترقى لمعدل التعويض إلى وجود منحنى نحو الشيخوخة السكانية وبالتالي حصول تراجع في عدد السكان. وكما هو الشأن بالنسبة لمعدلات التعويض السكاني المرتفعة جدا، يمكن أن ينجم عن معدلات التعويض المنخفضة عواقب اجتماعية واقتصادية تستلزم تدخلات سياساتية وتعديلات مؤسسية لمعالجتها. ويوضح الشكل 1.2 اتجاهات معدل الخصوبة في دول منظمة التعاون الإسلامي مقارنة بمجموعات البلدان الأخرى.

الشكل 1.2: معدلات الخصوبة



شهدت بلدان منظمة التعاون الإسلامي، كما هو مبين في الشكل، تسجيل تراجع في معدلات الخصوبة خلال العقود الثلاثة الماضية، إلا أنها تبقى في المتوسط أعلى من المعدلات المسجلة في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وأعلى بكثير من نظيرتها في البلدان المتقدمة. وفي المستقبل القريب سيظل متوسط معدل الخصوبة في دول المنظمة

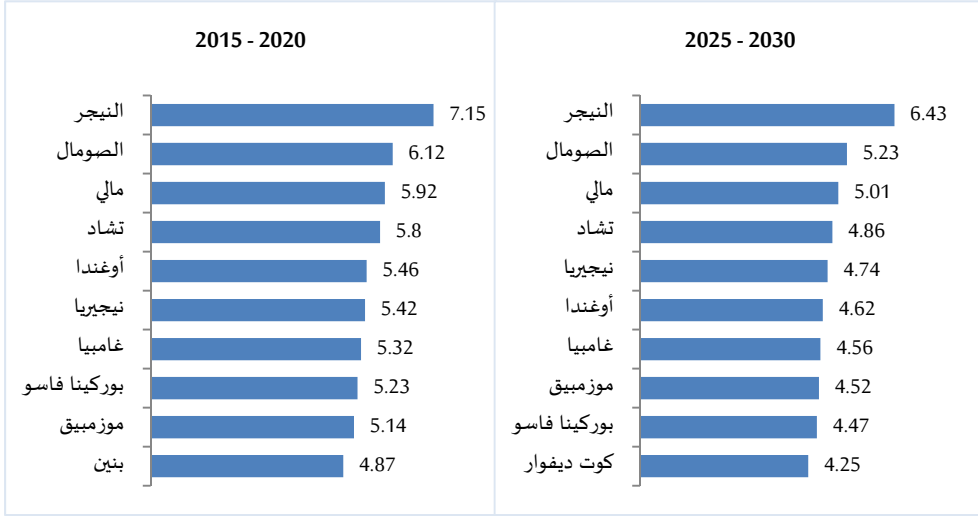
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة: تنقيح عام 2017. البيانات مرجحة حسب أعداد السكان بحيث تؤثر البلدان الأكثر كثافة على المتوسط أكثر مما تفعل البلدان الصغيرة.

يسجل معدلات فوق معدل التعويض، بينما من المتوقع أن يتراجع المعدل في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة حتى يضاوي معدل التعويض، أما في البلدان المتقدمة فسيستمر في تسجيل مستويات دون معدل التعويض.

وتجدر الإشارة هنا إلى وجود اختلافات شاسعة في معدلات الخصوبة في بلدان المنظمة. وبين الشكل 2.2 بلدان المنظمة ذات أعلى معدلات الخصوبة (يسار) خلال فترة 2015-2020 و 2020-2030. وحسب الشكل، تقع بلدان المنظمة ذات أعلى معدلات الخصوبة للفترتين المذكورتين في أفريقيا جنوب الصحراء.

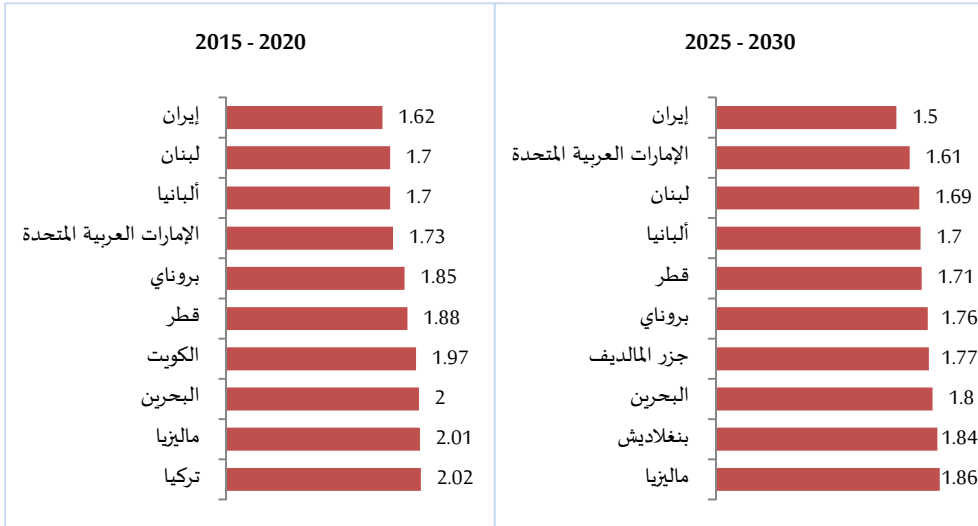


الشكل 2.2: دول منظمة التعاون الإسلامي العشر ذات أعلى معدلات الخصوبة



المصدر: تقرير الأمم المتحدة حول التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2017.

الشكل 3.2: دول منظمة التعاون الإسلامي العشر ذات أدنى معدلات الخصوبة

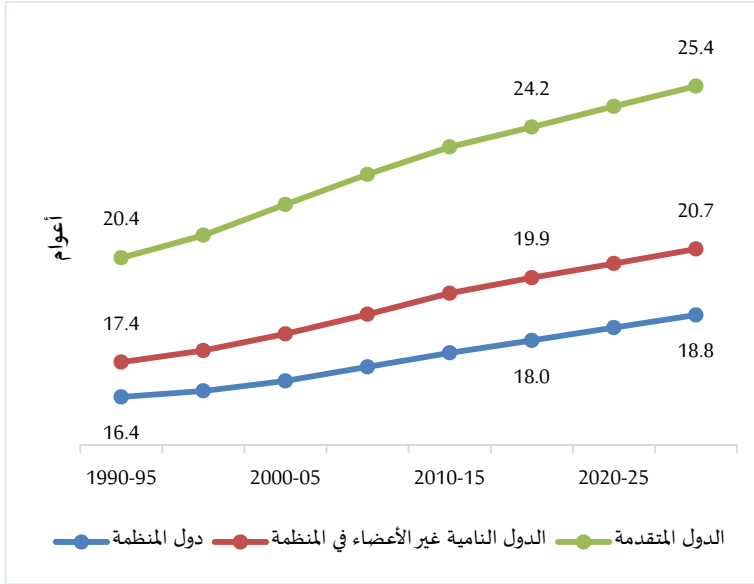


المصدر: تقرير الأمم المتحدة حول التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2017.

وعلى نفس الغرار، يعكس الشكل 3.2 قائمة دول المنظمة ذات أدنى معدلات الخصوبة. وكل هذه البلدان التي تظهر في الشكل تسجل معدلات خصوبة حدية أو دون مستوى معدل التعويض. وبمتوسط يبلغ 1.6 طفل لكل امرأة، تسجل إيران أدنى معدل للخصوبة خلال فترة 2015-2020 ويتوقع كذلك أن ينخفض ذات المعدل إلى 1.5 خلال فترة 2025-2030.

## 2.1.2 متوسط العمر المتوقع لدى المسنين

الشكل 4.2: متوسط العمر المتوقع عند سن ال 60



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة: تنقيح عام 2017. البيانات مرجحة حسب أعداد السكان بحيث تؤثر البلدان الأكثر كثافة على المتوسط أكثر مما تفعل البلدان الصغيرة.

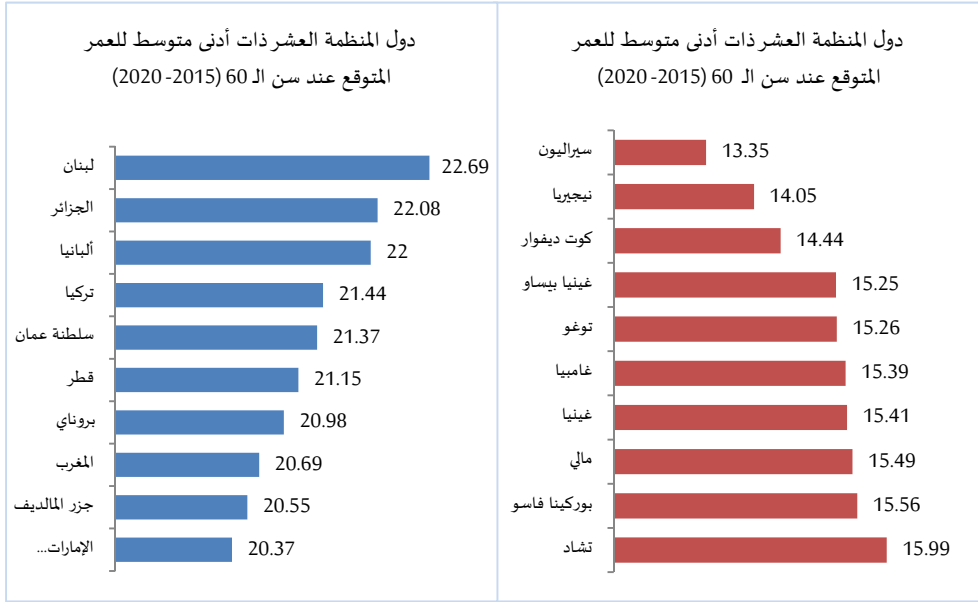
يتميز الناس في القرن الحادي والعشرين بالعيش لفترة أطول في جميع أنحاء العالم. وهذه الزيادة في متوسط العمر المتوقع هو دليل على التقدم في العلوم والطب مثل جودة التغذية والصرف الصحي والرعاية الصحية والتعليم والرفاه الاقتصادي. ويبرز الشكل 4.2 معدل العمر المتوقع لدى المسنين.

بالمقارنة مع العقدين

الماضيين، عاش كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي لفترة أطول في عام 2015. فقد ارتفع متوسط العمر المتوقع في السن 60 لدى المسنين في هذه البلدان من 16.4 سنة إلى 18 سنة بين عامي 1990 و 2020. وبحلول عام 2030، من المتوقع أن يزيد متوسط العمر المتوقع عند سن ال 60 من العمر ارتفاعا بمعدل 0.8 سنة في دول المنظمة. لكن يبقى معدل الزيادة في بلدان المنظمة أقل من مقابله في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة وفي البلدان المتقدمة بين عامي 1990 و 2030. وفي هذه الفترة، يتوقع أن يزداد متوسط العمر المتوقع عند سن ال 60 بمعدل 5 سنوات بالنسبة للبلدان المتقدمة، و3.3 سنوات بالنسبة للبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، و فقط بمعدل 2.4 سنوات بالنسبة لدول المنظمة.

وعلى غرار معدلات الخصوبة، فإن بلدان المنظمة ليست مجموعة متجانسة عندما يتعلق الأمر بمتوسط العمر المتوقع عند سن ال 60. ويظهر الشكل 5.2 دول المنظمة ذات أعلى (يسار) وأدنى (يمين) متوسط للعمر المتوقع عند سن ال 60 من العمر.

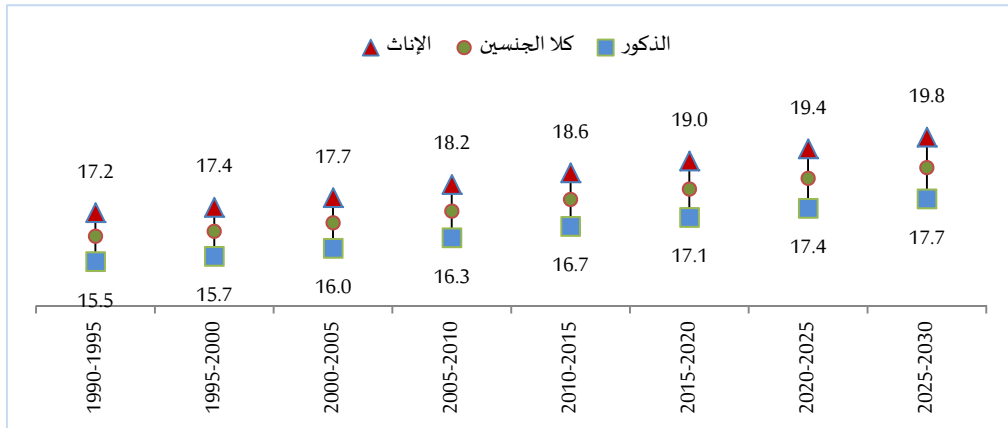
الشكل 5.2: متوسط العمر المتوقع عند سن الـ 60



المصدر: تقرير الأمم المتحدة حول التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2017.

ومن منطلق التفاوت بين الجنسين، يتوقع أن تعيش النساء أكثر من الرجال في بلدان منظمة التعاون الإسلامي وهذا ما لا يتعارض مع الاتجاهات العالمية. ويبين الشكل 6.2 توزيع متوسط العمر المتوقع عند سن الـ 60 عاما بالنسبة للمسنين من الرجال والنساء في بلدان المنظمة.

الشكل 6.2: متوسط العمر المتوقع عند سن الـ 60 حسب الجنس في دول المنظمة



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة: تنقيح عام 2017. البيانات مرجحة حسب أعداد السكان بحيث تؤثر البلدان الأكثر كثافة على المتوسط أكثر مما تفعل البلدان الصغيرة.

وعلى مدى العقدين الماضيين اتسعت فجوة متوسط العمر المتوقع عند سن الـ 60 بين الإناث والذكور. فبين عامي 1990 و 1995، كان من المتوقع أن تعيش النساء المسنات فترة أطول بـ 1.7 سنة مقارنة بالرجال، وارتفع هذا الرقم ليصل إلى 1.9 سنة بين عامي 2015 و 2020. ومن المنتظر أن تزداد هذه الفجوة توسعا لتسجل 2.1 سنة في عام 2030.

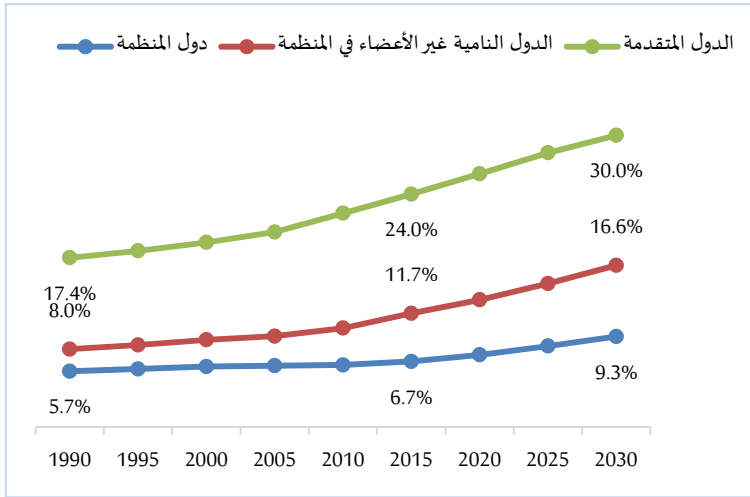
## 2.2 تغيرات في التركيبة السكانية نحو تسجيل نسبة أعلى من المسنين

بعد مناقشة انخفاض معدلات الخصوبة وارتفاع متوسط العمر المتوقع، يحدد هذا القسم التغيرات الطارئة على التركيبات السكانية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خلال التطرق إلى حصة المسنين من مجموع السكان ومعدل إعالة المسنين.

### 2.2.1 حصة الأشخاص المسنين من مجموع السكان

كلما عاش الأفراد لفترات أطول إلا وتطرأ تغيرات على التركيبة السكانية وهو الأمر الذي يؤدي حتما إلى الزيادة في حصة السكان المسنين (البالغة أعمارهم 60 / 65 سنة فما فوق) على حساب الفئات العمرية الأخرى مثل السكان الذين هم في سن العمل (المتراوح أعمارهم بين 15-59 / 15-64 سنة) والأطفال (الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة). ويبيّن الشكل 7.2 حصة المسنين من مجموع السكان في الدول الأعضاء في المنظمة مقارنة بمجموعات الدول الأخرى.

الشكل 7.2: حصة السكان البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر



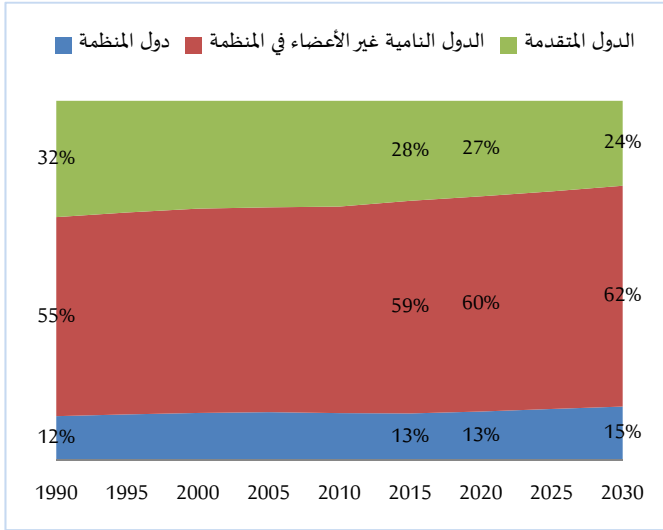
كما يوضح الشكل، تعتبر الشيخوخة ظاهرة عالمية. لكن يمر السكان بمراحل ووتيرة مختلفة للشيخوخة باختلاف مجموعات البلدان. ففي بلدان المنظمة، كانت حصة السكان البالغين من العمر 60 سنة أو أكثر مستقرة نوعا ما بين عامي 1990 و 2015، بحيث ارتفعت بشكل طفيف من نسبة 5.7% المسجلة عام 1990 إلى 6.7% في 2015. وخلال

المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة: تنقيح عام 2017. البيانات مرجحة حسب أعداد السكان بحيث تؤثر البلدان الأكثر كثافة على المتوسط أكثر مما تفعل البلدان الصغيرة.

ذات الفترة، ارتفعت حصة السكان البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر من 8% المسجلة عام 1990 إلى 11.7% عام 2015 في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة ومن 17.4% في عام 1990 إلى 24% عام 2015 في البلدان المتقدمة. وهذا ما يبرز جليا بأن وتيرة الشيخوخة في بلدان المنظمة بين عامي 1990 و2015 قد اتسمت بالبطء بالمقارنة مع البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة والبلدان المتقدمة. إلا أنه من المتوقع أن تصل هذه الوتيرة في بلدان المنظمة إلى 9.3% لتسجل بذلك زيادة في الوتيرة.

وفي عام 1990، كانت نسبة 32% من المسنين في العالم يعيشون في البلدان المتقدمة، و55% في البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة، فيما كانت تعيش فقط نسبة 12% في بلدان المنظمة (الشكل 8.2). لكن مع مرور الوقت اتسعت رقعة حصة المسنين في البلدان النامية. وفي 2015 بلغت الحصة من إجمالي المسنين في العالم الذين يعيشون في دول المنظمة 13% (زيادة من 12% المسجلة عام 1990). وتشير التقديرات إلى أن الحصة ستستمر في الارتفاع لتصل إلى 15% بحلول عام 2030. وقد تم تسجيل اتجاه

الشكل 8.2: التوزيع الجغرافي لمسنى العالم



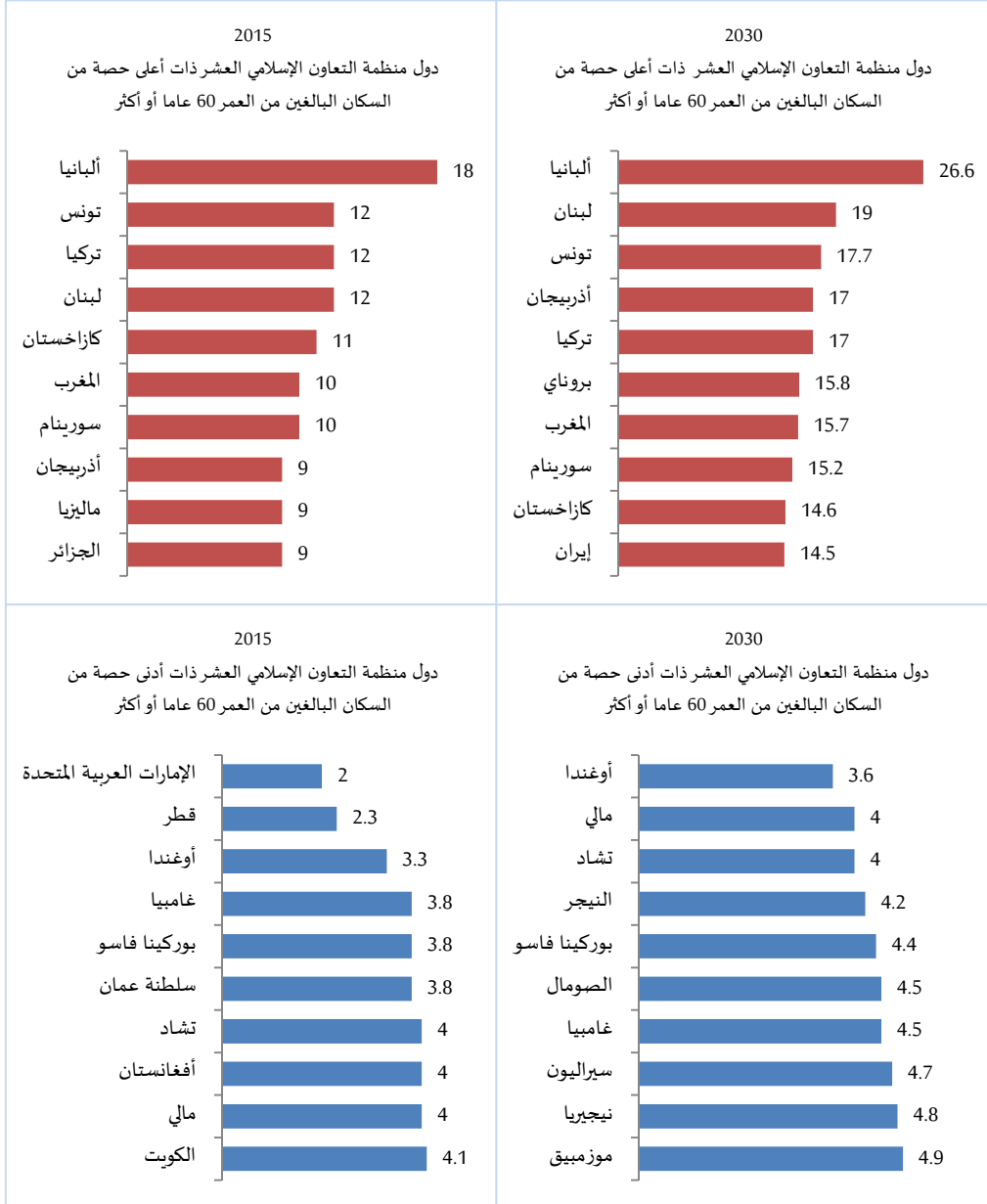
المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة: تنقيح عام 2017. البيانات مرجحة حسب أعداد السكان بحيث تؤثر البلدان الأكثر كثافة على المتوسط أكثر مما تفعل البلدان الصغيرة.

مماثل في البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، بحيث كانت محضنا لنسبة 55% من المسنين عام 1990، وهذا الرقم ارتفع إلى 60% عام 2015، ومن المقدر كذلك أن تصل إلى 62% في عام 2030. ومن ناحية أخرى، لوحظ تسجيل اتجاه معاكس في البلدان المتقدمة حيث مثلت حصة السكان المسنين الذين يعيشون فيها 32% من كبار السن في العالم، وهذا الرقم تراجع ليصل إلى نسبة 28% في 2015، ومن المنتظر أن يتراجع أكثر ليسجل 24% عام 2030.

وكما يوضح الشكل 9.2 فإن حصة المسنين من مجموع السكان غير متجانسة على صعيد الدول الأعضاء في المنظمة. ففي عام 2015، شملت دول المنظمة ذات أدنى حصة من السكان البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر دولا من آسيا والمنطقتين العربية والأفريقية. وبحلول عام 2030، ستكون جميع هذه الدول من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (الشكل 9.2، أسفل اليمين). وعلى النقيض من ذلك، سجلت ألبانيا عام 2015 أعلى نسبة من السكان البالغين من العمر 60 سنة أو أكثر، تلتها تونس بفارق

ضئيل. لذلك فإنه من الضروري أن تهتم دول منظمة التعاون الإسلامي ذات النسب المرتفعة نسبيا من كبار السن بوضع وتنفيذ سياسات لتوفير خدمات أفضل لهذه الفئة من السكان.

الشكل 9.2: بلدان المنظمة ذات أعلى وأدنى حصة من السكان البالغين من العمر 60 عاما أو أكثر، %



المصدر: تقرير الأمم المتحدة حول التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2017.

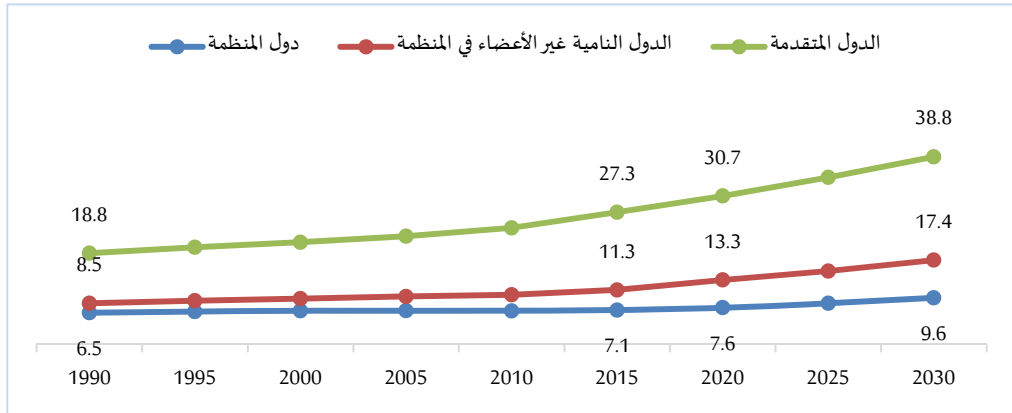
## 2.2.2 معدل إعالة المسنين

يدل معدل إعالة المسنين على وجود تغيرات في الهياكل السكانية، فهو يقيس عدد "المعالين المسنين" الذين هم بحاجة إلى دعم من قبل السكان في سن العمل. ويتم حسابه بقسمة عدد الأشخاص المسنين الذين تبلغ أعمارهم 65 عاما أو أكثر على الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 64 عاما، وذلك على النحو التالي:

$$\text{Old Age Dependency Ratio} = \frac{\text{Number of people aged 65 or over}}{\text{Number of people aged 15 to 64}} \times 100$$

ويُظهر الشكل 10.2 مقارنة بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي والمجموعات القطرية الأخرى فيما يخص معدل إعالة المسنين. وحسب الشكل فإن هذا المعدل في البلدان المتقدمة والبلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة أخذ في الارتفاع باستمرار منذ عام 1990، وسيستمر في ذلك حتى عام 2030. لكن بالمقابل، ظل المعدل ذاته في دول المنظمة على مستوى مستقر بين عامي 1990 و 2015، ومن المتوقع أن يتسارع معدل الزيادة بين عامي 2015 و 2030. ويوضح الشكل 10.2 أيضا أن هذه النسبة ستصل إلى 30.7 عام 2020 في البلدان المتقدمة، ثم من المنتظر أن ترتفع إلى 38.8 بحلول عام 2030. أما في الدول النامية غير الأعضاء في المنظمة فيبقى المعدل معتدلا نسبيا (13.3 في 2020 ومن المتوقع أن يرتفع إلى 17.4 بحلول عام 2030). وعلى العكس من ذلك، تتمتع دول المنظمة بوضع جيد يتمثل في تسجيلها لمستوى منخفض نسبيا كمعدل لإعالة المسنين (7.6 في عام 2020 ومن المتوقع أن ترتفع إلى 9.6 بحلول عام 2030). اعتبار هذه المعطيات فرصة في صالح دول المنظمة لمواءمة سياساتها المتعلقة بالمسنين مع أهدافها الإنمائية حتى عام 2030.

الشكل 10.2: معدل إعالة المسنين



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على التوقعات السكانية في العالم للأمم المتحدة: تنقيح عام 2017.

البيانات مرجحة حسب أعداد السكان بحيث تؤثر البلدان الأكثر كثافة على المتوسط أكثر مما تفعل البلدان الصغيرة.

ملحوظة: حسب التوقعات السكانية العالمية لعام 2017 للأمم المتحدة نسبة الإعالة العمرية بقسم عدد الأشخاص البالغة أعمارهم 65 سنة أو أكثر على عدد السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 64 عاما، بدلا من الطريقة السابقة لتقسيم الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة على السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 59 سنة.

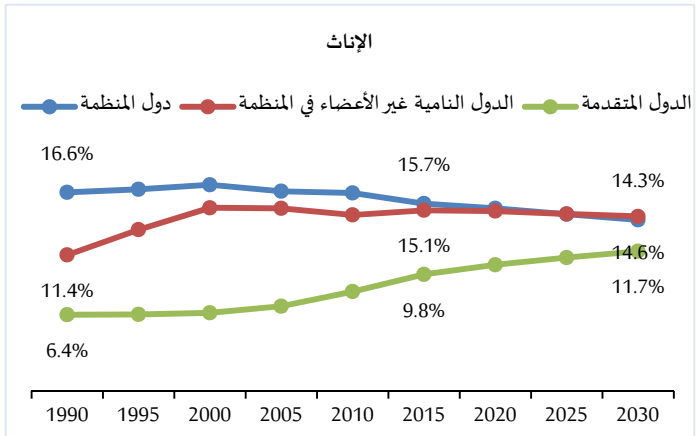
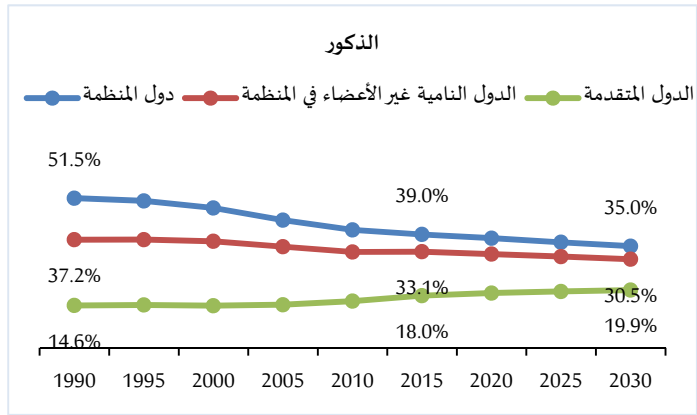
## 2.3 مشاركة الأشخاص المسنين في القوى العاملة

الأمر الطبيعي هو أن الأفراد المسنين يحالون على التقاعد عند بلوغهم سنا يتراوح بين الـ 60 و 65 عاما ثم الاستفادة من المزايا الاجتماعية في شكل معاشات وضممان اجتماعي... لكن كما يتضح من الشكل 11.2، يستمر جزء كبير من كبار السن من العالم النامي في مزاوله العمل حتى بعد السن المذكور (البلدان الأعضاء في المنظمة وغير الأعضاء فيها).

يستخدم معدل مشاركة المسنين في القوى العاملة لتحديد مشاركة المسنين في الأنشطة الاقتصادية عن طريق قياس انخراطهم في سوق العمل من خلال إنتاج السلع والخدمات.

يستمر كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي والبلدان النامية الأخرى غير الأعضاء فيها في العمل حتى بعد بلوغهم سن 60 أو 65 سنة، وذلك راجع إلى محدودية تغطية مخططات الضمان الاجتماعي وعدم كفاية المعاشات التي توفرها نظم الضمان الاجتماعي. لكن تراجع مستويات مشاركة كبار السن في سوق العمل في بلدان المنظمة قد يدل على وجود بعض التحسينات في مجال الحماية الاجتماعية للمسنين. وبالمثل، فإن زيادة مشاركة كبار السن في القوى

الشكل 11.2: معدل مشاركة الأشخاص المسنين في القوى العاملة (+65)



المصدر: حسابات موظفي سيسرك بناء على المؤشرات الرئيسية لسوق العمل لمنظمة العمل الدولية، الطبعة التاسعة. البيانات مرجحة حسب أعداد السكان بحيث تؤثر البلدان الأكثر كثافة على المتوسط أكثر مما تفعل البلدان الصغيرة.

العامله في البلدان المتقدمة قد يعكس تدهورا في كفاية مخططات الضمان الاجتماعي والمعاشات التقاعدية أو زيادة السن القانونية للتقاعد.



يوضح الشكل 11.2 التفاوتات المسجلة بين الرجال والنساء على مستوى مشاركة المسنين في القوى العاملة، بحيث يشير إلى أن معدل مشاركة النساء المسنات أقل بكثير عن معدل المسنين من الرجال. وقد سجل معدل مشاركة النساء المسنات في القوى العاملة انخفاضا من نسبة 16.6% المسجلة عام 1990 إلى 15.7% عام 2015، بينما تراجع المعدل في صفوف الرجال المسنين بشكل ملحوظ من 51.5% إلى 39%. وبعبارة أخرى، فإن نسبة مشاركة الرجال المسنين في القوى العاملة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أخذت في الانخفاض بشكل أسرع نسبيا بالمقارنة مع معدل النساء.

هناك عوامل عديدة تؤثر على المشاركة في القوى العاملة في صفوف كبار السن مثل الظروف الاقتصادية وسياسات التقاعد والتحديات المرتبطة بالصحة وتراجع القوة البدنية... فضلا عن ذلك، فإن العمال المتقدمين في السن غالبا ما ينشطون في القطاع الزراعي أو القطاعات غير الرسمية التي تسفر عن نقص في استحقاقات التقاعد وانخفاض في معدلات الأجور ومحدودية فرص التدريب. بالإضافة إلى ذلك، يواجه المسنون عوائق متعلقة بالتمييز في التوظيف والترقية والحصول على تدريب متعلق بالعمل. وهناك عدد متزايد من الدول التي تعتمد قوانين خاصة لمكافحة التمييز ضد العمال المسنين. ووفقاً لمنظمة العمل الدولية، فإن حوالي 50 دولة حول العالم هي التي تتوفر على شكل من أشكال التشريع ضد التمييز على أساس السن في التوظيف.

## الفصل الثالث

# الرفاه الاجتماعي والاقتصادي للمسنين

تشكل الزيادة في أعداد المسنين مقارنة بالفئات العمرية الأخرى تحديات أمام العلاقات العائلية والخدمات الصحية ونظم الضمان الاجتماعي. لذلك فإن فهم الإمكانيات التي يتوفر عليها المسنون لتقديم مساهماتهم لإعالة عائلاتهم والإسهام في مجتمعاتهم المحلية والمجتمع مهم لمعالجة أية تحديات بشكل أفضل. وفي هذا الصدد، يقدم القسم التالي لمحة عن فئة المسنين من السكان في بلدان منظمة التعاون الإسلامي فيما يتعلق بخصائصهم الاجتماعية والاقتصادية مثل الترتيبات المعيشية والصحة والضمان الاجتماعي.

### 3.1 الترتيبات المعيشية للمسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

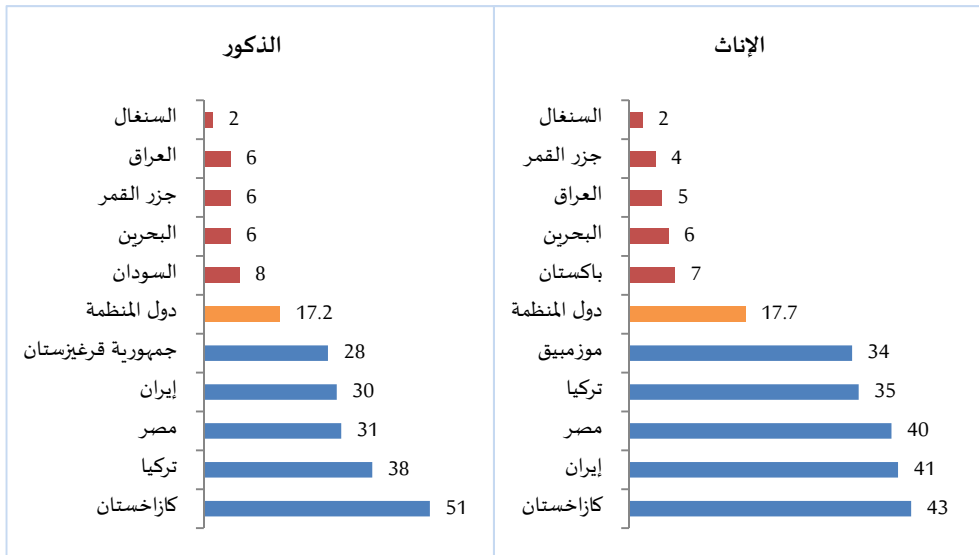
تتدخل الأعراف الثقافية والدعم الأسري في تحديد معالم الترتيبات المعيشية لكبار السن، ففي المجتمعات حيث ترتفع معدلات الشيخوخة، عادة ما يكون لكبار السن عدد قليل نسبياً من الأبناء والأحفاد. وكنتيجة لذلك، تقل احتمالية أن يعيش كبار السن في مثل هذه المجتمعات في أسر معيشية متعددة الأجيال، والأرجح في الغالب أن يعيشوا بشكل مستقل مع الزوج فقط.

وفي البلدان المتقدمة حيث يتمتع كبار السن بموارد اقتصادية كافية، بما في ذلك المعاشات التقاعدية ودخل الأصول، يعتبر العيش بشكل مستقل علامة على الاكتفاء الذاتي من الناحية الاقتصادية وجودة مستويات المعيشة. وبالمقابل قد يكون هذا النوع من الترتيبات المعيشية غير مرغوب فيه بالنسبة لكبار السن ذوي المصادر المحدودة للدخل أو المعتمدين بشكل كبير على أبنائهم.

وفي هذا السياق، هناك اختلافات كبيرة بين البلدان فيما يتعلق بالترتيبات السكنية لكبار السن. ففي الوقت الذي نجد فيه أن أنماط السكن المشتركة متعدد الأجيال أقل شيوعاً في الدول المتقدمة، نجد بالمقابل أن الأسر المعيشية المتقدمة للجيل الثاني والتي تتشكل من الأجداد والأحفاد شائعة الحضور نسبياً في العديد من البلدان النامية. وقد ظهرت هذه الترتيبات كنتيجة للعديد من التحديات. فقد يقيم الأطفال مع أجدادهم في حالة وفاة أحد الوالدين أو كليهما أو في حالة هجرتهما للعمل أو في حالة جعل الطلاق إمكانية تربية الوالدين لأبنائهما أمراً صعباً للغاية. لذلك، فإن النساء المسنات أكثر عرضة للعيش في الأسر المعيشية المتقدمة للجيل الثاني.

ويظهر الشكل 1.3 عشر دول من منظمة التعاون الإسلامي وفقاً لأعلى المعدلات من حيث نسبة الرجال والنساء الذين عاشوا بمفردهم خلال عام 2012. ففي كازاخستان، عاش 51% من الرجال المسنين و 43% من النساء المسنات بشكل انفرادي. بالمقابل، لم يعيش سوى 2% من المسنين من الرجال والنساء لوحدهم في السنغال.

الشكل 1.3: دول المنظمة العشر ذات أعلى وأدنى حصة من المسنين، 60 عاماً من العمر أو أكثر، الذين يعيشون بشكل مستقل، الرجال (يسار) والنساء (يمين)، (%، 2012

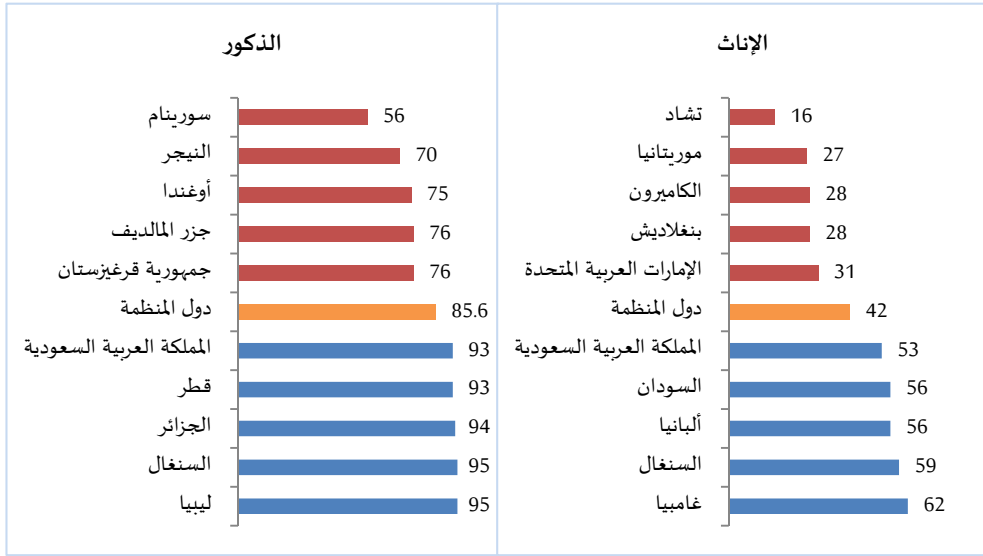


المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

وبدورها تشكل الحالة الزوجية تداعيات هامة على مستوى العديد من جوانب رفاهية كبار السن. فعلى سبيل المثال، يمكن للأزواج أن يكونوا المصادر الأساسية للدعم المادي والاجتماعي والعاطفي في أوقات المرض والمصاعب، لذلك فإن كبار السن الذين يعيشون بمفردهم غالباً ما يكونون عرضة للوحدة والاكنتاب أكثر من الذين يعيشون مع شريك. والنتيجة هي أن العيش مع زوج له مزايا عديدة بالنسبة لكبار السن.

وكما هو مبين في الشكل 2.3، فإن 52% من الرجال المسنين في سورينام كانوا متزوجين في 2012، بينما بلغت ذات النسبة 95% في ليبيا، ما جعلها الدولة التي تتمتع بأكبر نسبة من المسنين المتزوجين في دول المنظمة. ومن ناحية أخرى، تم تسجيل أقل نسبة من النساء المسنات المتزوجات في الوقت الراهن في تشاد بلغت 16%، في حين أن أعلى معدل عرفته غامبيا بلغ 62%. وبالتالي، فإن احتمال أن يكون المسنون من الرجال متزوجون أعلى منه بالنسبة للنساء المسنات في دول منظمة التعاون الإسلامي بمتوسط بلغ 85.6%.

الشكل 2.3: دول المنظمة العشر ذات أعلى وأدنى حصة من المسنين، 60 عاما من العمر أو أكثر، المتزوجين، الرجال (يسار) والنساء (يمين)، (%، 2012)



المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية

### 3.2 صحة المسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

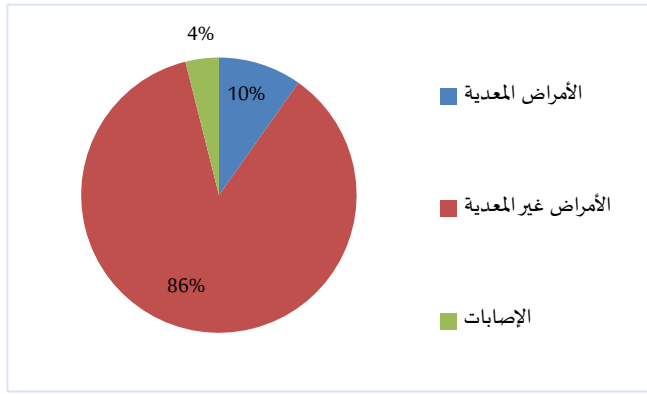
تصنف وثيقة خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة (MIPAA) الرائدة في هذا المجال توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة كواحدة من الأولويات، هذا لأن الأفراد المسنين الذين يتمتعون بصحة جيدة يتمتعون بمستوى أكبر من الرفاهية ويكونون قادرين على المشاركة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية بفعالية. ولفهم الأسباب الرئيسة وراء وفيات المسنين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي فهما مستنيرا، يتناول القسم التالي الأسباب الرئيسة للوفيات، والحالات المزمنة والإعاقات.

### 3.2.1 الأسباب الرئيسية للوفيات

سجل القرن العشرون تراجعاً مهماً في معدلات الوفيات، فبين عامي 1950 و 2015 تحسنت فرص البقاء على قيد الحياة حتى سن الشيخوخة بشكل ملحوظ في جميع المجموعات القطرية. وفي 2015 تبين أنه يمكن للأشخاص الذين ظلوا على قيد الحياة حتى بعد سن الـ 60 أن يتوقعوا العيش لفترة أطول. وكما جاء في الفصل السابق، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند سن الـ 60 من 16.4 سنة إلى 18.8 سنة بين 1990 و 2015. لكن يبقى هناك غموض بخصوص إلى أي مرحلة من العمر (بعد الـ 60) يتمتع فيها الفرد بصحة جيدة. أدى النجاح الذي تحقق على مستوى مكافحة الأمراض المعدية إلى تسجيل انخفاض في معدلات الوفيات وحدث تحول كبير في أسبابها الرئيسية.

وفي 2015 تسببت الأمراض المعدية في 10% من حالات الوفيات في صفوف المسنين، بينما كانت 86% منها بسبب الأمراض غير المعدية مثل الأمراض القلبية الوعائية والسكتة الدماغية والسرطان، فيما عادت نسبة 4% منها لسبب الإصابات (الشكل 3.3). تستأثر الأمراض غير المعدية بحصة كبيرة من الوفيات في صفوف كبار السن.

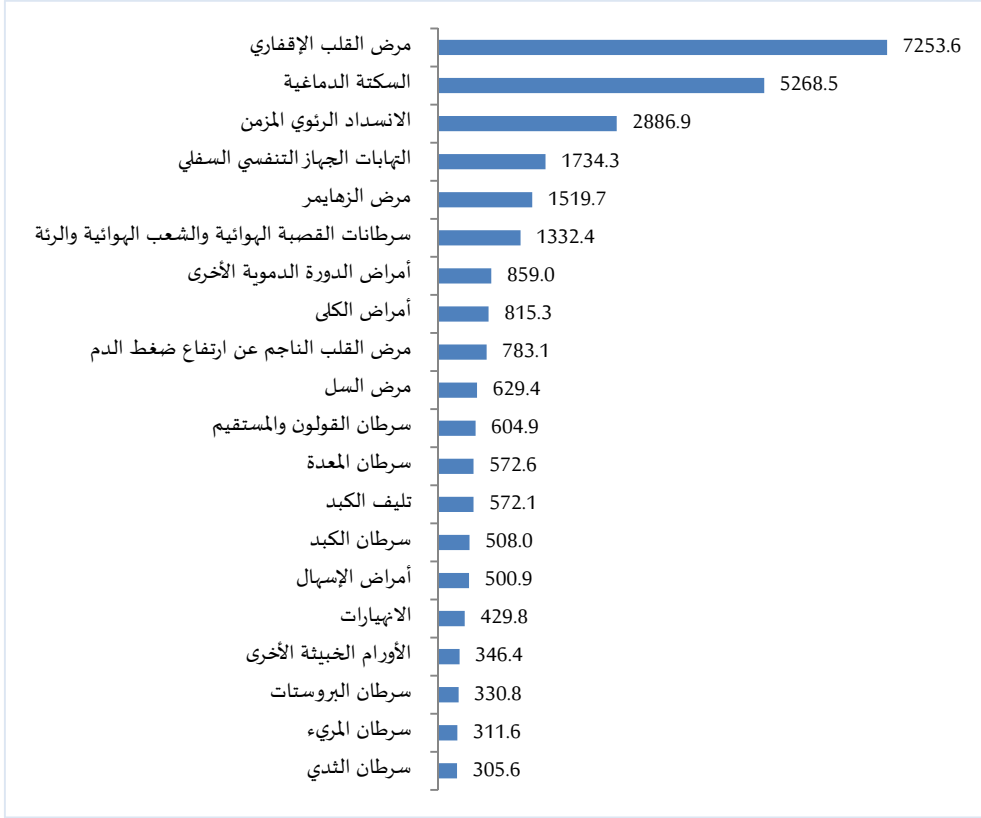
الشكل 3.3: أسباب الوفيات على الصعيد العالمي في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 سنة أو أكثر 2015



المصدر: توقعات الصحة العالمية

وفي هذا السياق، يبرز الشكل 4.3 الأسباب العشرين الأكثر فتكاً بالأشخاص البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر. فمرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية يعتبران السببين الرئيسيين للوفيات، يليهما كل من مرض الانسداد الرئوي المزمن والتهابات الجهاز التنفسي السفلي ومرض الزهايمر وسرطانات القصبة الهوائية والشعب الهوائية والرئة وأمراض أخرى مرتبطة بالدورة الدموية.

الشكل 4.3: الأسباب الرئيسية للوفيات على الصعيد العالمي في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 سنة أو أكثر، 2015 (آلاف)



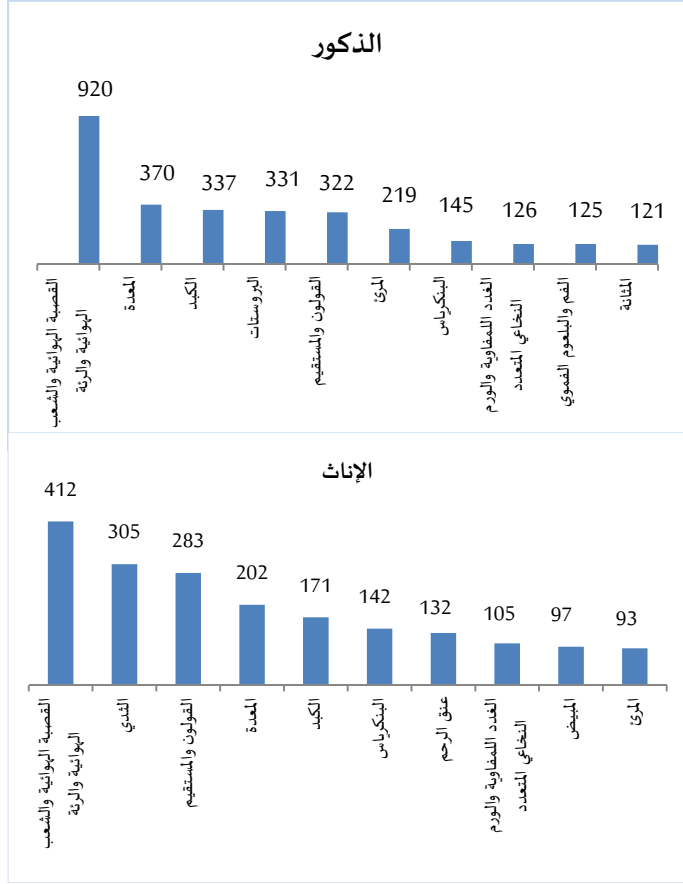
المصدر: توقعات الصحة العالمية

ويخص الشكل 5.3 أنواع السرطانات الأكثر شيوعاً من حيث أعداد الوفيات الناجمة عنها في صفوف الأشخاص البالغين من العمر 60 عاماً أو أكثر في العالم. فعلى الصعيد العالمي، تبقى سرطانات القصبة الهوائية والشعب الهوائية والرئة السبب الأكثر شيوعاً للوفيات في صفوف الرجال والنساء. وبالنسبة للرجال على وجه الخصوص، تعتبر سرطانات المعدة والكبد والبروستات والقولون والمستقيم من مسببات الوفيات الأكثر شيوعاً (الشكل 5.3). أما بالنسبة للنساء، فتمثل سرطانات الثدي والقولون والمستقيم والمعدة والكبد والبانكرياس الأسباب الرئيسية المؤدية للوفيات بسبب السرطان على المستوى العالمي (5.3).

### 3.2.2 الحالات المزمنة والإعاقات

يعتبر متوسط الانتشار العالمي للعاهات من المستوى المتوسط والحاد مضاعفاً بمقدار ثلاث مرات في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاماً أو أكثر عن معدل انتشارها في صفوف المتراوحة أعمارهم بين 15 و59 عاماً. ففي الدول المتقدمة والدول النامية على حد سواء يرافق ميزة تفوق المرأة في العمر

الشكل 5.3: الوفيات الناجمة عن السرطان على المستوى العالمي في صفوف الذكور والإناث البالغة أعمارهم 60 وأكثر في العالم (بالآلاف)، 2015



المصدر: توقعات الصحة العالمية

المتوقع عبنا أكبر من الأمراض المزمنة والعاهات في سن الشيخوخة. وبعبارة أخرى، النساء يعشن أطول من الرجال ولكنهن يعشن فترة الشيخوخة في حالة صحية سيئة.

يستخدم مقياس سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (DALY) لقياس عبء المرض العام، ويعبر عنه بعدد السنوات الضائعة بسبب اعتلال الصحة أو الإعاقة أو الموت المبكر. وقد تم تطوير هذا المقياس في التسعينيات باعتباره وسيلة للمقارنة بين الصحة والعمر المتوقع عموماً لبلدان مختلفة.

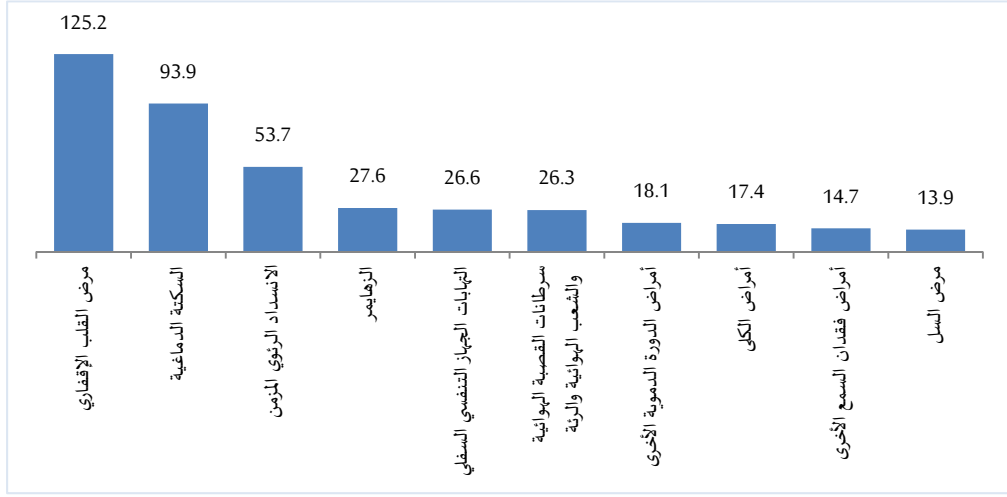
ويعتبر مرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية وأمراض الانسداد الرئوي المزمن من

أكثر الأسباب شيوعاً للإعاقة في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاماً أو أكثر (الشكل 6.3). كما أن الأمراض المزمنة مثل الزهايمر والتهابات الجهاز التنفسي السفلي وسرطانات الرئة شائعة بصفة خاصة عند التقدم أكثر في العمر.

غالباً ما تسجل الدول النامية معدلات عالية من الإصابة بالعاهات الناجمة عن أسباب يمكن الوقاية منها مثل الإصابات. وبالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يفتقر المسنون في هذه البلدان إلى الخدمات الصحية الأساسية مثل الحصول على النظارات الطبية وجراحة الكاتاركت وأجهزة المساعدة السمعية أو الأجهزة المساعدة التي من شأنها حماية وظائف الجسم من الإعاقة.

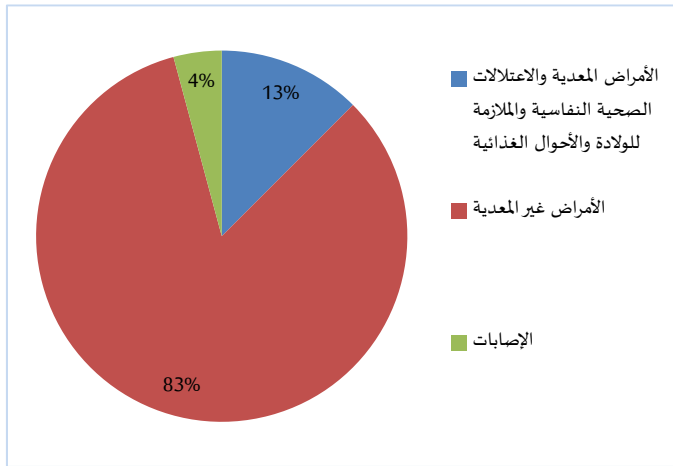
بنسبة تبلغ 83% تشكل الأمراض غير المعدية في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي السبب الرئيسي للإعاقة المعتدلة والشديدة في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاماً أو أكثر، تليها الأمراض المعدية والاعتلالات الصحية النفسانية والملازمة للولادة وتلك المتعلقة بالغذاء بنسبة 13%

الشكل 6.3: عشرة أسباب رئيسية للإعاقة المتوسطة والحادة في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 سنة أو أكثر في العالم، (بالآلاف)، 2015



المصدر: توقعات الصحة العالمية

الشكل 7.3: أسباب الإعاقة المتوسطة والحادة في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 سنة وأكثر في الدول الأعضاء في المنظمة، 2015



المصدر: توقعات الصحة العالمية

(الشكل 7.3) وعلاوة على ذلك، فإن ارتفاع مستويات السمنة وزيادة استهلاك التبغ والمشروبات الكحولية وظهور أمراض معدية جديدة مثل فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز وعودة الملاريا كلها أمور تقوض التقدم الحاصل في مجال الصحة الخاصة بالمسنين.

### 3.3 الصحة النفسية

تعاني نسبة كبيرة من كبار السن في الدول النامية من الاكتئاب

ومشاعر الوحدة والقلق. وتنشأ هذه المشاكل نتيجة تغييرات رئيسية في الحياة مثل وفاة أحد الزوجين أو التدهور المفاجئ للحالة الصحية. وغالبا ما تكون إصابة الفرد بالاكتئاب مصحوبة باضطرابات أخرى مثل الخرف أو أمراض القلب أو السكتة الدماغية أو مرض السكري أو السرطان. وعلى الرغم من أن الاكتئاب غالبا ما يتحسن مع العلاج، إلا أنه غالبا ما يتم تجاهله في حالة كبار السن بسبب نقص



المعرفة اللازمة في صفوف مقدمي الرعاية والعاملين في مجال الصحة. ففي الدول المتقدمة، يعاني ما يقدر بنحو 1-3% من الأشخاص البالغين أكثر من 65 سنة من اكتئاب حاد ويعاني 10-15% آخرون من أشكال معتدلة من الاكتئاب (الأمم المتحدة، 2011).

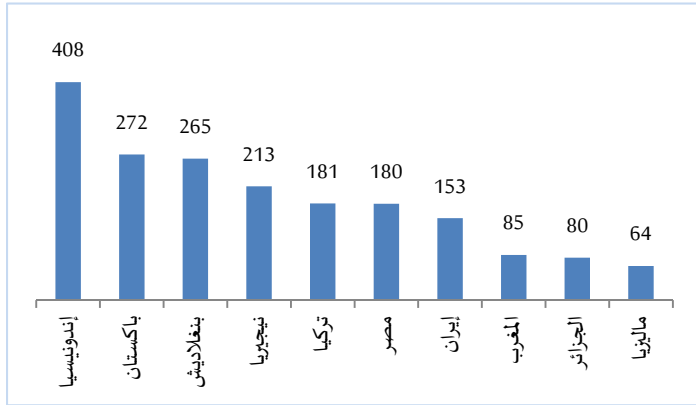
ويبين الشكل 8.3 عشر دول من منظمة التعاون الإسلامي ذات أكبر عدد من الاضطرابات السلوكية النفسية خلال 2015 في صفوف البالغين من العمر 60 سنة أو أكثر. ويلاحظ أن أكبر عدد لهذه الحالات

مسجلة في إندونيسيا بحيث بلغت 408.000 حالة في صفوف كبار السن، تلتها كل من باكستان وبنغلاديش.

وفي عام 2010، قدر عدد الأشخاص المصابين بالخرف حول العالم بحوالي 36 مليون شخص، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد كل عشرين سنة (الأمم المتحدة، 2011). وفي الغالب،

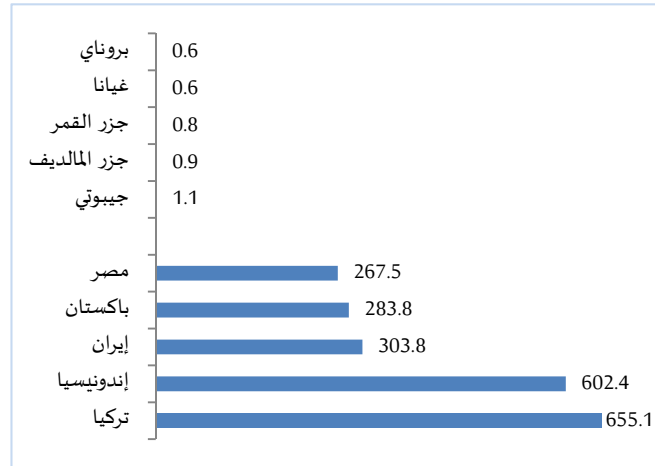
يستبعد الأشخاص المصابون بالخرف من الرعاية السكنية كما يجرمون أحيانا من ولوج المستشفيات. وضمن دول منظمة التعاون الإسلامي، يوجد أكبر عدد المصابين بالزهايمر وأشكال الخرف الأخرى في تركيا وإندونيسيا وإيران وباكستان ومصر (الشكل 9.3)، بينما تسجل كل من بروناي دار السلام وغيانا وجزر القمر وجزر المالديف وجيبوتي أقل عدد من الإصابات. وحسب ما هو متوفر

الشكل 8.3: دول المنظمة العشر ذات أكبر عدد من الاضطرابات السلوكية النفسية في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 عاما أو أكثر (بالآلاف)، 2015



المصدر: توقعات الصحة العالمية

الشكل 9.3: دول المنظمة العشر ذات أقل وأكبر عدد من حالات الإصابة بالزهايمر وأشكال الخرف (بالآلاف)، 2015



المصدر: توقعات الصحة العالمية

من بيانات، فإن أكثر حالات الإصابة بالزهايمر وأشكال الخرف الأخرى في دول المنظمة تنتشر بشكل واسع في أوساط الفئات المسنة البالغة من العمر 70 سنة فما فوق.

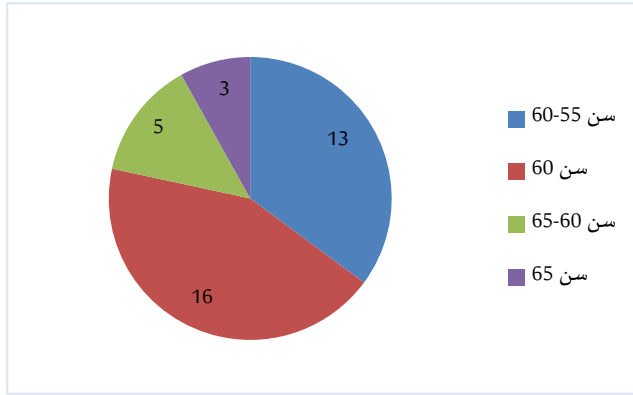
### 3.4 الضمان الاجتماعي للمسنين

إن استبعاد غالبية المسنين من الحصول على وظائف تدر عليهم دخلاً جيداً من الأمور الشائعة. وبالنسبة لهذه الفئة من الناس، فإن المدخرات الخاصة والتحويلات العائلية ليست كافية لضمان تأمين دخل قار حتى نهاية حياتهم. لذلك يبقى الملاذ الرئيسي لدعم المسنين هو معاشات التقاعد من الضمان الاجتماعي. ويستلزم استحقاق الاستفادة من معاشات التقاعد في معظم البلدان تسديد اشتراكات لفترة معينة كحد أدنى. بالإضافة إلى ذلك، يعتمد تأمين دخل الشيخوخة على الولوج إلى الخدمات الاجتماعية مثل الرعاية الصحية والرعاية طويلة الأجل. وعندما تكون الاستفادة من مثل هذه الخدمات غير مضمونة يصير كبار السن أكثر عرضة للفقر. وفي هذا الصدد، يتناول القسم التالي مسألتي السن القانونية للتقاعد والحماية الاجتماعية لكبار السن.

#### 3.4.1 السن القانونية للتقاعد

تعتمد معظم البلدان سناً قانونياً للتقاعد بحيث يحصل العمال الذين يشملهم نظام معين على معاش تقاعدي واستحقاقات أخرى ذات صلة بالتقاعد. وسن التقاعد القانونية الأكثر شيوعاً في دول منظمة التعاون الإسلامي هي سن الـ 60 من العمر (الشكل 10.3).

الشكل 10.3: السن القانونية للتقاعد في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (عدد البلدان)، 2015



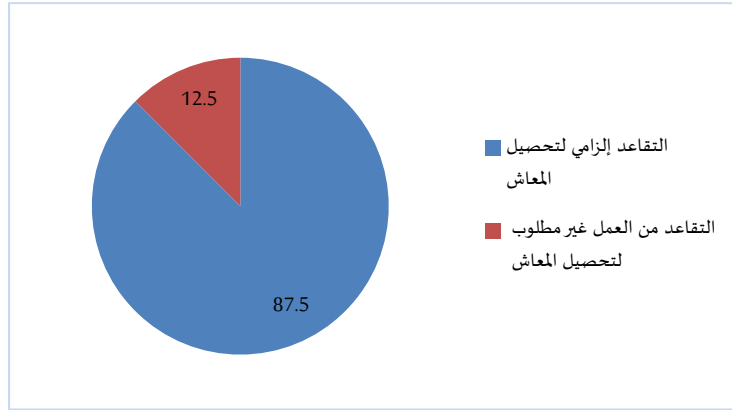
المصدر: منظمة العمل الدولية

وينحصر سن الاستفادة من المعاش والإحالة على التقاعد بين 55 و 60 سنة من العمر في 13 دولة من أصل 37 دولة عضواً في المنظمة. وفي كثير من الحالات يمكن للعمال الذين يتقاعدون في وقت سابق عن السن المحددة الاستفادة من استحقاقات مخفضة. وفي حالة عدم الاستفادة من أية مستحقات تقاعدية، يجد العديد من كبار السن أنفسهم مضطرين للخروج إلى سوق لعمل طالما تسعفهم قدراتهم البدنية.

ويكشف الفحص الدقيق للمتطلبات في دول منظمة التعاون الإسلامي أن 87.5% من هذه الدول تعمل بمبدأ التقاعد الإلزامي الذي يستلزم الانسحاب التام من كافة أشكال العمل كشرط لتلقي معاش التقاعد. ومن بين هذه الدول التي اعتمدت هذا الشرط خلال 2014 هناك الجزائر والبحرين وبنين ولبنان والنيجر وتركيا وأوزبكستان. وبالمقابل، لا تشترط 12.5% من دول المنظمة أي التزام كشرط للحصول على معاش التقاعد عند بلوغ السن القانونية للتقاعد.

على مستوى منظمة التعاون الإسلامي، يظهر الشكل 12.3 حصة السكان الذين تفوق أعمارهم السن القانونية للتقاعد والذين يتلقون معاش الشيخوخة بحكم الاشتراكات. وعلى الرغم من توسع رقعة تغطية المعاشات التقاعدية في العديد من البلدان، إن أنه لا تزال هناك تفاوتات

الشكل 11.3: التقاعد في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (%، 2015)

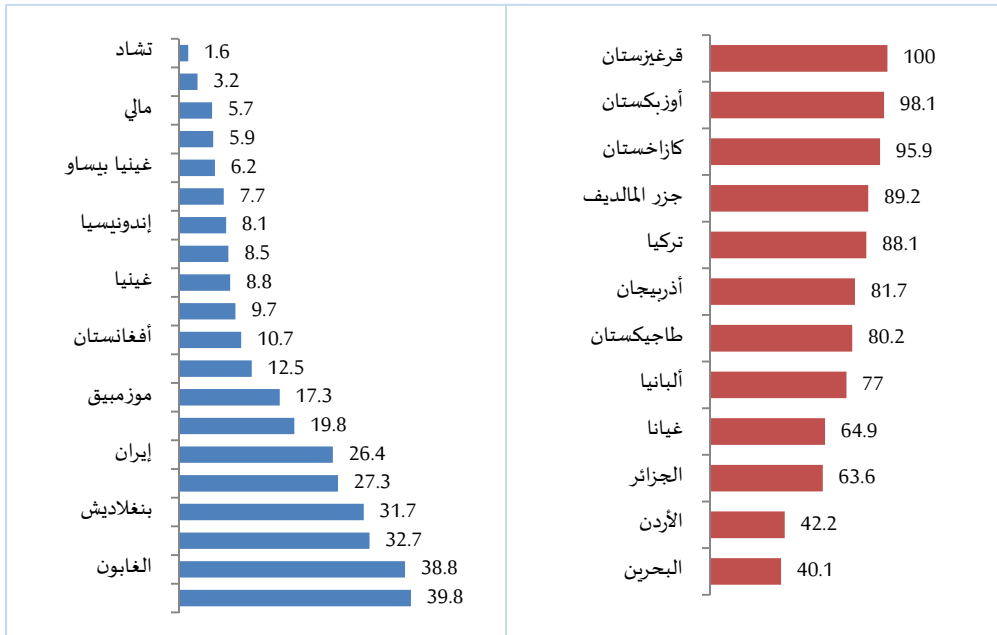


المصدر: منظمة العمل الدولية

كبيرة فيما بين المجموعات القطرية.

فعلى سبيل المثال، تبلغ نسبة كبار السن في دول المنظمة الذين يحصلون على معاش الشيخوخة الذي يضمن لهم أمنا في الدخل أقل من النصف. وفي هذه البلدان كذلك، هناك عدم توازن كبير في حصة

الشكل 12.3: حصة السكان الذين تفوق أعمارهم السن القانونية للتقاعد الذين يتلقون معاش الشيخوخة بحكم الاشتراكات (%، 2008-2012)

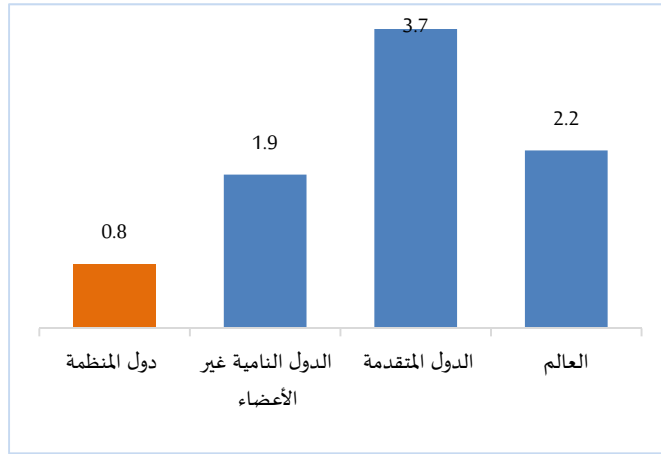


المصدر: قسم الإحصاءات التابع لمنظمة العمل الدولية

السكان الذين يتلقون معاشات الشيخوخة فعلى امتداد فترة 2008-2012، استفاد فقط 1.6% من السكان من معاش الشيخوخة في تشاد، بينما بالمقابل بلغت النسبة المستفيدة من هذا المعاش 100% في صفوف الأشخاص الذين تجاوزوا السن القانونية للتقاعد. وكل هذه الأرقام تبين أن تحقيق أمن في الدخل عند بلوغ سن الشيخوخة يرتبط ارتباطا وثيقا بالعوامل المحيطة بالسن القانونية للتقاعد ومظاهر عدم المساواة القائمة في سوق العمل وظروف العمل.

### 3.4.2 الحماية الاجتماعية

إن الهدف من نظام الحماية الاجتماعية هو مساعدة المسنين المحتاجين من خلال وسائل دعم مالية وغير مالية. فبين عامي 2008 و 2012، تم تخصيص 0.8% فقط من الناتج المحلي الإجمالي لنفقات الحماية الاجتماعية العامة لصالح كبار السن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 13.3). وفي المقابل، تنفق الدول المتقدمة ما يصل إلى 3.7% من ناتجها المحلي الإجمالي على الإنفاق العام المخصص للحماية الاجتماعية لصالح كبار السن، ما يمنحهم فرصة للاستفادة من تقاعد مريح والدخل مضمون. وتجدر



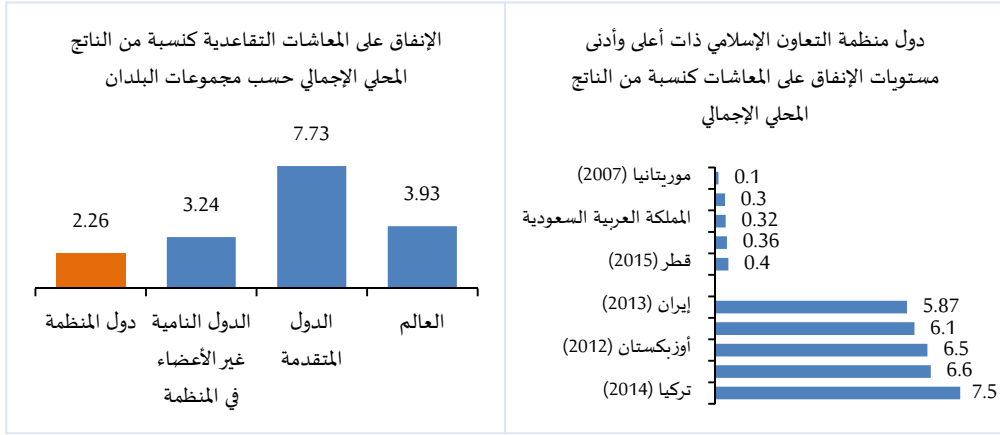
المصدر: قسم الإحصاءات التابع لمنظمة العمل الدولية

الإشارة إلى أن الاختلافات بين مجموعات البلدان تتأثر باختلافات التركيبة الديمغرافية للسكان وأيضا بالطرق المختلفة لتنظيم توفير المعاشات والخدمات الاجتماعية العامة والخاصة.

يعرض الشكل 14.3 مقارنة بخصوص الإنفاق المخصص لمعاشات التقاعد كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في مختلف المجموعات القطرية بين عامي 2006 و 2016. فقد سجل معدل الإنفاق المخصص للمعاشات كحصة من الناتج المحلي الإجمالي في دول منظمة التعاون الإسلامي (2.26%) مستوى يقل بكثير عن مستويات مجموعات الدول الأخرى والمتوسط العالمي (3.9%)، فيما أنفقت البلدان المتقدمة 7.7% من ناتجها المحلي الإجمالي، بينما أنفقت البلدان النامية حصة 3.2%.

كما هو مبين في الشكل 14.3 (يمين)، تعد موريتانيا أقل البلدان إنفاقا على المعاشات من حيث الحصة من الناتج المحلي الإجمالي بنسبة بمعدل بلغ 0.1%، بينما بلغ أعلى مستوى للإنفاق في تركيا بنسبة

الشكل 14.3: الإنفاق على المعاشات التقاعدية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (%). 2006-2016



المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي الخاصة بالمعاشات، أحدث البيانات منذ 2006

7.5% من المهم أيضا الإشارة إلى أنه منذ العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، عمدت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي إلى الرفع من عتبة تغطية المعاشات التقاعدية لكبار السن لتحسين ظروف معيشتهم. فعلى سبيل المثال، حسنت تونس الوضع في عام 2002 من خلال تغطية المعاشات التقاعدية للعاملين لحسابهم الخاص والعمال المنزليين والمزارعين والصيادين وغيرهم من الفئات ذات الدخل المنخفض. كما أنها زادت أيضا من نسبة المستفيدين من المعاش في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 60 سنة فما فوق من 33.9% المسجلة عام 2000 إلى 68.8% في عام 2006 (الأمم المتحدة، 2011).

## الفصل الرابع

# المؤسسات المعنية بالأشخاص

## المسنين

في كثير من البلدان، يتم استبعاد كبار السن من صياغة وتنفيذ السياسات والبرامج. وأهم طريقة لمنع حدوث ذلك هي تطوير المؤسسات والآليات التي تمثل مصالح المسنين.

ومن أجل جعل مسألة الشيخوخة في المقدمة، يتعين على الحكومات الاعتراف بأهمية التعامل مع هذه التحديات باستخدام سياسات التنمية الوطنية. فإن السياسات التي تستهدف المسنين ستؤثر قصداً على الأجيال المستقبلية. وفي هذا السياق، يسلط القسم التالي الضوء على قضايا التكامل الاجتماعي ومشاركة كبار السن، وتحليل السياسات على المستوى الوطني للمسنين، وحقوق الإنسان، وصناديق المعاشات التقاعدية لكبار السن.

### 4.1 الإدماج الاجتماعي لكبار السن ومشاركتهم

تبرز وثيقة خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة أهمية مشاركة كبار السن في عملية صنع القرار، بحيث أنها تُشجع على "إنشاء مؤسسات لكبار السن على جميع المستويات لتمثيلهم في صنع القرار". وتزداد احتمالية مشاركة المسنين في المجتمع عندما تتاح لهم الفرصة للمساهمة فيه. ولديهم القدرة على المساهمة في المجتمعات من خلال الأنشطة الاقتصادية، والأدوار العائلية مثل رؤساء الأسر، ومقدمي الرعاية، أو حتى الأدوار الاجتماعية مثل المتطوعين. وبالمقابل، يمكن أن تساعد المشاركة النشطة في المجتمع المسنين في مكافحة بعض الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب.

#### 4.1.1 الترتيبات المؤسسية

تنشط هذه المؤسسات التي تتعامل مع المسنين في معظم البلدان في إطار وزارات العمل والصحة والشؤون الاجتماعية. وهدفها هو تزويد الحكومات باستجابة متنسقة للشيخوخة. حيث يمكن أن تشمل هذه الترتيبات أيضا الهيئات المشتركة بين الإدارات والوكالات المشتركة بين الوزارات ونقاط الاتصال الوطنية المعنية بالشيخوخة والمجالس واللجان. ومع ذلك، تفتقد بعض البلدان إلى آلية مؤسسية لإدارة الشيخوخة ومعالجة التحديات التي يواجهها المسنون.

ولحسن الحظ، تمتلك جميع الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تقريباً شكلاً من أشكال الترتيبات المؤسسية داخل وزارة أو إدارة أو وكالة لإدارة الشيخوخة (الجدول 1.4). فعلى سبيل المثال، في تونس، "كبار السن" هم جزء من وزارة شؤون المرأة والأسرة والأطفال والمسنين (مكتب رعاية المسنين). إذ يكلف هذا المكتب لرعاية المسنين بوضع استراتيجية مشتركة بين الإدارات لتناول مسألة الشيخوخة.

وبالنسبة للبلدان التي لا تملك هيئة محددة معنية بالشيخوخة داخل الوزارة، فإن هيئة واحدة على الأقل تتعامل عادة مع الشيخوخة تحت إشراف وزارة معينة. فمثلاً في البحرين والكاميرون ولبنان، تقع الهيئة المتخصصة في الشيخوخة تحت إشراف وزارة الشؤون الاجتماعية.

وهناك دول مثل إندونيسيا التي أنشأت اللجان الوطنية للشيخوخة التي بدورها تعمل كهيئات استشارية للمؤسسات الحكومية. وتساعد هذه اللجان على ضمان مراعاة رفاه المسنين أثناء وضع السياسات. إن إنشاء مثل هذه المؤسسات يمكّن السكان الأصغر سناً من مشاهدة الأنشطة التي يقوم بها المسنون والتي تستفيد منها المجتمعات المحلية. وبعبارة أخرى، تساعد هذه العملية على تعزيز العلاقات بين الأجيال.

الجدول 1.4: الترتيبات المؤسسية الوطنية بشأن الشيخوخة

البلد	المؤسسات الوطنية
أفغانستان	هيئة متخصصة داخل وزارة العمل والشؤون الاجتماعية والشهداء والمعاقين (MOLSA)
ألبانيا	هيئة متخصصة داخل عدة وزارات (وزارة العمل والشؤون الاجتماعية وتكافؤ الفرص، وزارة الصحة، وزارة التعليم والعلوم، وزارة المالية)
الجزائر	هيئة متخصصة داخل وزارة التضامن الوطني والأسرة والمرأة
البحرين	هيئة متخصصة داخل عدة وزارات (وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية)
بنغلاديش	هيئة متخصصة داخل وزارة الرعاية الاجتماعية واللجنة الوطنية لكبار السن
بنين	وزارة الأسرة والشؤون الاجتماعية والتضامن الوطني والمعاقين والمواطنين الكبار
بروناي دار السلام	الهيئة المتخصصة، المجلس الوطني للقضايا الاجتماعية
بوركينافاسو	هيئة متخصصة، المجلس الوطني لكبار السن
الكاميرون	هيئة متخصصة داخل وزارة الشؤون الاجتماعية، مديرية الحماية الاجتماعية للمعاقين وكبار السن

كوت ديفوار	هيئة متخصصة في عدة وزارات (وزراء الدولة والشؤون الاجتماعية والعمالة والتدريب المهني)
مصر	هيئة متخصصة داخل وزارة التضامن الاجتماعي (اللجنة العليا للشيخوخة)
الغابون	اللجنة الوطنية لحقوق الإنسان والهيئة المتخصصة داخل وزارة الصحة
غامبيا	هيئة متخصصة داخل وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية
غيانا	هيئة متخصصة داخل وزارة العمل والخدمات الإنسانية والتضامن الاجتماعي ورفاه المسنين
إندونيسيا	هيئة متخصصة، اللجنة الوطنية لكبار السن
إيران	الهيئة المتخصصة، المجلس الوطني للمسنين ووزارة التعاونيات والهيئة المتخصصة في العمل والرعاية الاجتماعية (MoCLSW) ووزارة الصحة والتعليم الطبي (MoHME)
العراق	هيئة متخصصة داخل وزارة الصحة (قسم صحة المسنين) ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية (إدارة رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة)
الأردن	هيئة متخصصة داخل وزارة التنمية الاجتماعية، قسم رعاية صحة المسنين داخل وزارة الصحة ولجنة المتابعة الوطنية لتنفيذ الاستراتيجية الوطنية لكبار السن المواطنين في المجلس الوطني لشؤون الأسرة
كازاخستان	هيئة متخصصة داخل وزارة العمل والحماية الاجتماعية للسكان
الكويت	هيئة متخصصة داخل وزارة الصحة (اللجنة الوطنية لرعاية المسنين) ووزارة الشؤون الاجتماعية (إدارة رعاية المسنين التابعة لإدارة الرعاية الاجتماعية)
قرغيزستان	هيئة متخصصة داخل وزارة التنمية الاجتماعية
لبنان	هيئة متخصصة داخل وزارة الشؤون الاجتماعية (اللجنة الوطنية الدائمة لشؤون المسنين وإدارة شؤون الأسرة)
ليبيا	هيئة متخصصة داخل وزارة الشؤون الاجتماعية (إدارة المؤسسات الاجتماعية) واللجنة العلمية للإعاقة والمسنين بالمركز الوطني لمكافحة الأمراض
ماليزيا	هيئة متخصصة داخل وزارة المرأة (المجلس الاستشاري ومجلس الشورى الوطنيين لكبار السن، وإدارة الرعاية الاجتماعية)، وتنمية الأسرة والمجتمع، والمجلس الاستشاري الوطني للمسنين (NACCE)، وهيئة متخصصة داخل وزارة الصحة
جزر المالديف	هيئة متخصصة داخل وزارة الصحة والأسرة (MOHF) (الوكالة الوطنية للحماية الاجتماعية ((NSPA))
مالي	هيئة متخصصة داخل وزارة التنمية الاجتماعية والتضامن والمسنين
موريتانيا	هيئة متخصصة داخل وزارة الشؤون الاجتماعية والطفولة والأسرة (إدارة العمل الاجتماعي والتضامن الوطني)
المغرب	هيئة متخصصة داخل وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية (مكتب الأسرة والطفل والمسنين)
موزمبيق	هيئة متخصصة داخل وزارة شؤون المرأة والعمل الاجتماعي، إدارة كبار السن
سلطنة عمان	هيئة متخصصة داخل وزارة الصحة (قسم رعاية المسنين ووحدة دعم الرعاية الصحية الأولية) ووزارة الشؤون الاجتماعية (إدارة شؤون المسنين ولجنة شؤون المسنين)



باكستان	مجلس رعاية كبار السن (وزارة التنمية الريفية، وزارة الصحة ورعاية الأسرة، وزارة المالية، وزارة الشؤون الداخلية، وزارة السكك الحديدية، وزارة الطيران المدني، وزارة القانون والعدل وحقوق الإنسان (فدرالي)، وزارة الشؤون الاجتماعية الرعاية (محلي)، وزارة السكان (محلي)، وزارة حقوق الإنسان (محلي))
قطر	هيئة متخصصة داخل وزارة الداخلية (إدارة شؤون المسنين وذوي الاحتياجات الخاصة) ووزارة التنمية الاجتماعية (إدارة المسنين وذوي الإعاقات)
المملكة العربية السعودية	هيئة متخصصة داخل وزارة الشؤون الاجتماعية (مكتب رعاية المسنين تحت الإدارة العامة للرعاية الاجتماعية والتوجيه) واللجنة الوطنية لكبار السن في وزارة العمل والشؤون الاجتماعية
السنغال	هيئة متخصصة داخل وزارة الإجراءات الاجتماعية والتضامن الوطني، شعبة المسنين
سيراليون	هيئة متخصصة داخل وزارة الرعاية الاجتماعية وشؤون الجنسين وشؤون الأطفال
السودان	هيئة متخصصة داخل وزارة الرعاية الاجتماعية والضمان الاجتماعي (اللجنة الوطنية للمسنين)
سورينام	هيئة متخصصة داخل وزارة الشؤون الاجتماعية والإسكان ووزارة الصحة
فلسطين	هيئة متخصصة داخل وزارة الشؤون الاجتماعية (إدارة رعاية المسنين) واللجنة الوطنية لكبار السن
توغو	وزارة الشؤون الاجتماعية وشؤون المرأة وحماية الأطفال والمسنين
تونس	وزارة شؤون المرأة والأسرة والأطفال والمسنين (مكتب رعاية المسنين)
تركيا	هيئة متخصصة داخل وزارة الأسرة والسياسات الاجتماعية
أوغندا	هيئة متخصصة داخل وزارة الشؤون الجنسانية والعمل والتنمية الاجتماعية، إدارة الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن
الإمارات العربية المتحدة	هيئة متخصصة داخل وزارة تنمية المجتمع
أوزبكستان	هيئة متخصصة داخل عدة وزارات (وزارة الصحة، وزارة العمل)

المصدر: مصادر وطنية متعددة جمعها موظفو سيسرك

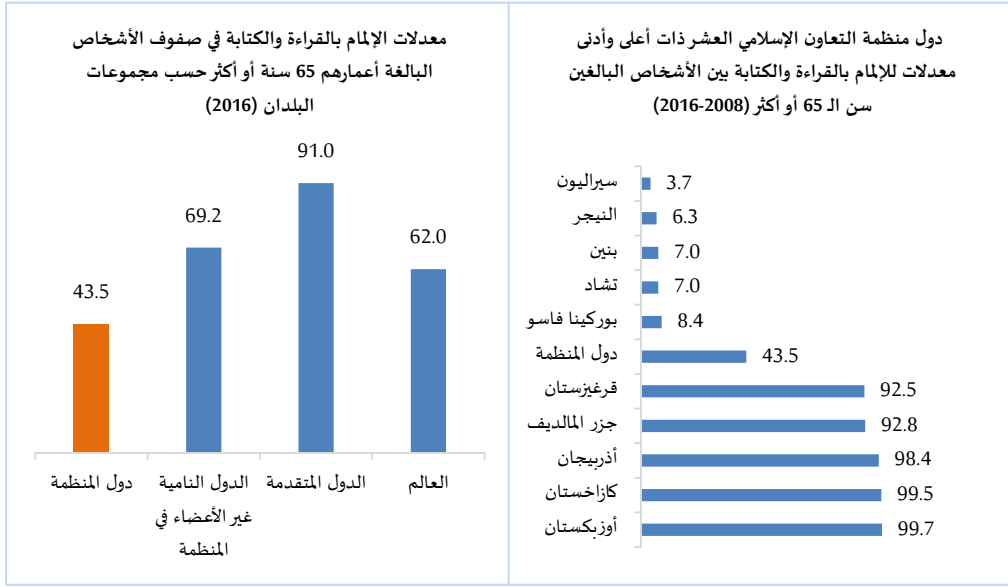
#### 4.1.2 الإلمام بالقراءة والكتابة والتعليم

يلعب التعليم ومحو الأمية دورا رئيسيا في الاندماج الاجتماعي للمسنين ومشاركتهم في المجتمع . على الرغم من أن المستويات العالمية للتعليم ومحو الأمية قد ارتفعت بشكل ملحوظ خلال القرن الماضي، إلا أنها تميل إلى أن تكون أقل بالنسبة لكبار السن مقارنة بصغارهم.

وكما هو مبين في الشكل 1.4 (يسار)، يختلف معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين كبار السن بشكل كبير بين مجموعات الدول. من ناحية، خلال الفترة 2008-2016، حصلت البلدان المتقدمة على أعلى معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الأشخاص الذين يبلغ عمرهم 65 عامًا أو أكثر (91%)، تليها البلدان النامية غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بنسبة 69.2%. ومن ناحية أخرى، فإن لدى الدول الأعضاء في المنظمة، كمجموعة، أدنى معدل لمحو الأمية بين المسنين، حيث أن 43.5% فقط من السكان المسنين يعرفون القراءة والكتابة.

وعلى المستوى القطري للمنظمة (الشكل 1.4، يمين)، لوحظ أعلى معدل للقراءة والكتابة بين المسنين في أوزبكستان (99.7%)، تليها كازاخستان (99.5%). وعلى الجانب الآخر، كانت لسيراليون أدنى نسبة معرفة بالقراءة والكتابة بين كبار السن بنسبة 3.7% فقط تليها النيجر (6.3%).

الشكل 1.4: معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة في صفوف الأشخاص البالغة أعمارهم 65 سنة أو أكثر (%).، 2016-2008



المصدر: اليونسكو

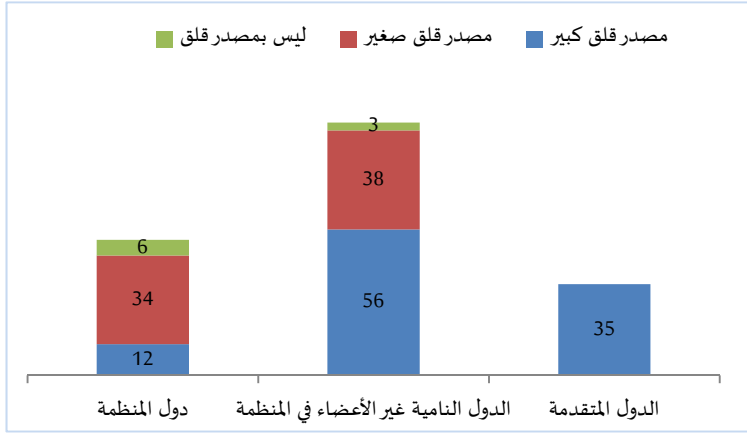
ومن الجدير بالذكر أن كبار السن المقيمين في المناطق الريفية هم أكثر عرضة للأمية مقارنة بالفئات الأخرى من السكان. فالناس في المناطق الريفية غير قادرين على الذهاب إلى المدرسة بسبب الحواجز الاقتصادية والثقافية. يرتفع معدل الأمية بين النساء المسنات لأتهن "لم يكن معرضات للفرص التعليمية في وقت كانت فيه التقاليد أكثر تحكماً في حياتهن، ما حرمنهن من الحق في التعليم" (الأمم المتحدة، 2013b).

فالأشخاص الأميون هم أكثر عرضة لإيجاد وظيفة منخفضة الأجر لا تقدم استحقاقات الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية في سن متأخرة. بالإضافة إلى ذلك، فإن عدم توفر الرعاية الصحية المناسبة وتدفق الدخل يزيد من احتمال وجود شخص يعاني من اعتلال الصحة والفقير خلال الشيخوخة. كما أن التعليم ومحو الأمية مهمان لتمكين كبار السن من ضمان درايتهم بحقوقهم ومنافعهم.

## 4.2 تحليل السياسات القائمة على المستوى الوطني للمسنين

منذ عام 2002، أدخلت بعض دول منظمة التعاون الإسلامي سياسات أو استراتيجيات تسمح بترجمة شواغل الشيخوخة إلى القوانين والسياسات والبرامج القائمة والجديدة. وتعكس معظم هذه السياسات والبرامج مستوى الحماية الاجتماعية والرفاهية المقدمة للمسنين. وفي العادة، تقدم البلدان المتقدمة

الشكل 2.4: مستوى القلق إزاء شيخوخة السكان (عدد البلدان)، 2015



المصدر: قاعدة بيانات السياسات السكانية - شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة

مخططات ومؤسسات دعم اجتماعي أفضل للمسنين مقارنة بالبلدان النامية. وفي هذا الصدد، تُبرز الأقسام التالية مستوى اهتمام الحكومات بالشيخوخة، وحجم السكان الذين هم في سن العمل، والتدابير المعتمدة لمعالجة شيخوخة السكان.

### 4.2.1 مستوى الاهتمام بشيخوخة السكان

يشير مستوى القلق بشأن شيخوخة السكان إلى مستوى قلق الحكومة إزاء النسبة المتزايدة من كبار السن ونتائجها على أحكام الرعاية الصحية والاجتماعية.

في عام 2015، اعتبرت غالبية البلدان الأعضاء في المنظمة أن نسبة كبار السن المتزايدة من السكان تشكل قلقاً ضئيلاً. ومن بين 52 دولة تتوفر حولها البيانات من بين باقي الدول الأعضاء، 12 منها فقط هي التي تضع في عين الاعتبار مسألة النسبة المتزايدة للمسنين وعواقبها على الصحة وأنظمة الرعاية الاجتماعية من الشواغل الرئيسية. أشارت ست دول من المنظمة، وهي الكاميرون وجيبوتي ومصر والنيجروعمان واليمن، إلى أنها ليس لديها أي قلق بشأن السكان المتقدمين في السن أو التحديات التي سيؤدي إليها حجم الشيخوخة المتزايد في المستقبل في مسح الأمم المتحدة الإنمائي الذي أجري في عام 2015.

وعلى العكس من ذلك، كانت شيخوخة السكان مصدر قلق رئيسي لجميع البلدان المتقدمة خلال الفترة نفسها. في عام 2015، نظرت 35 دولة متقدمة في القضية باعتبارها مصدر قلق كبير. من ناحية أخرى، فإن نسبة عالية من البلدان النامية غير الأعضاء في المنظمة تعتبر شيخوخة السكان قضية رئيسية. في عام 2015، وافقت حكومات 56 دولة نامية غير أعضاء في المنظمة على نمو حجم كبار السن في السكان

وما يترتب على ذلك من عواقب كأحد التحديات الرئيسية، واعتبرت 34 دولة القضية كتحدٍ ثانوي، و3 من الدول لم تكن قلقة على الإطلاق.

#### 4.2.2 مستوى القلق حول حجم السكان الذين هم في سن العمل

يمكن أن يؤثر التغيير في حصة السكان الذين هم في سن العمل (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 64 سنة) على اقتصاد البلد ورفاهية المسنين. فبالمقارنة مع المجموعات السكانية الأخرى، يؤثر عدد صغير من السكان الذين هم في سن العمل على النتيجة الاقتصادية للبلد. كما تؤثر النسبة القليلة من السكان في سن العمل على رفاهية المسنين لأن معاشات التقاعد والضمان الاجتماعي، إلخ، تعتمد جميعها على دخل السكان في سن العمل. فعلى سبيل المثال، ينفذ 45 بلداً في المنظمة خطط تحديد المخصصات حيث تأتي المعاشات التقاعدية من مساهمات العمال. لذلك، يمكن أن يؤثر انخفاض حصة السكان الذين هم في سن العمل سلباً على برامج رفاهية المسن بما في ذلك المعاشات (الشكل 6.4).

إن العوامل مثل الحد الأدنى للسن، وقضايا الصحة، وعدم الوعي بالتكنولوجيات الحديثة، والسلوك التمييزي، وما إلى ذلك، مسؤولة عن انخفاض مشاركة المسنين في القوى العاملة. وفي الوقت الذي يتقلص فيه عدد السكان الذين هم في سن العمل، فإن توظيف كبار السن يمكن أن يكون فعالاً في رفاهيتهم وفي الاقتصاد.

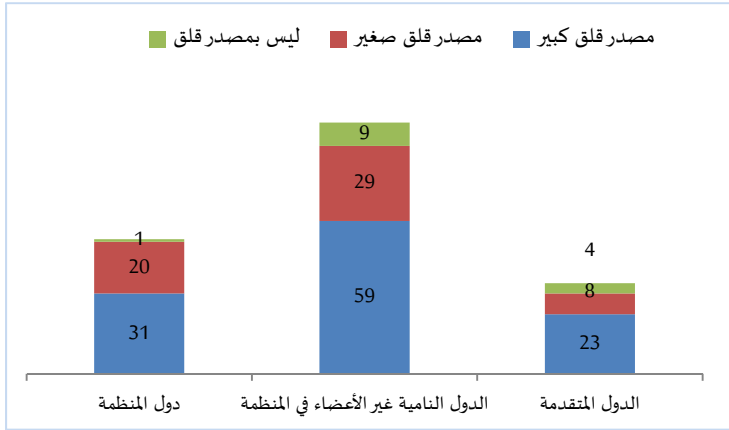
استناداً إلى مجموعات بيانات السياسات السكانية، شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، يشير مستوى القلق حول حجم السكان الذين هم في سن العمل إلى ارتفاع مستوى قلق الحكومة بالمقارنة مع سوق العمل المحلي أو حجم السكان المعالين.

وكما يظهر في الشكل 3.4، فإن مستوى القلق حول حجم السكان في سن العمل يختلف بشكل كبير عبر الدول المتقدمة، وغير الأعضاء في المنظمة، وبلدان منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2011، اعتبرت 59 دولة من الدول غير الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي أن حجم السكان في سن العمل هم مصدر قلق كبير مقارنة بـ 31 دولة من دول المنظمة، و23 دولة متقدمة. في غضون ذلك، أشارت 20 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي إلى أن حجم السكان في سن العمل هم أقل أهمية في عام 2011. فالمجموعات القطرية التي لديها حصة أكبر من السكان المسنين هي بطبيعة الحال أكثر قلقاً بشأن حجم السكان الذين هم في سن العمل.

#### 4.2.3 التدابير المتخذة لمعالجة شيخوخة السكان

في معظم البلدان، تعتمد التدابير والسياسات المعتمدة لمعالجة شيخوخة السكان على المحددات الاقتصادية والاستراتيجية الحكومية. على سبيل المثال، إذا كانت حصة السكان في سن العمل أعلى من نسبة السكان الأكبر سناً، فمن المنطقي تخفيض سن التقاعد القانوني للحفاظ على معدل توظيف أعلى. في هذه الحالة، فإن تخفيض سن التقاعد القانوني سوف يترجم إلى زيادة في الإنفاق على

الشكل 3.4: مستوى القلق إزاء حجم السكان في سن العمل في 2011. (عدد البلدان)



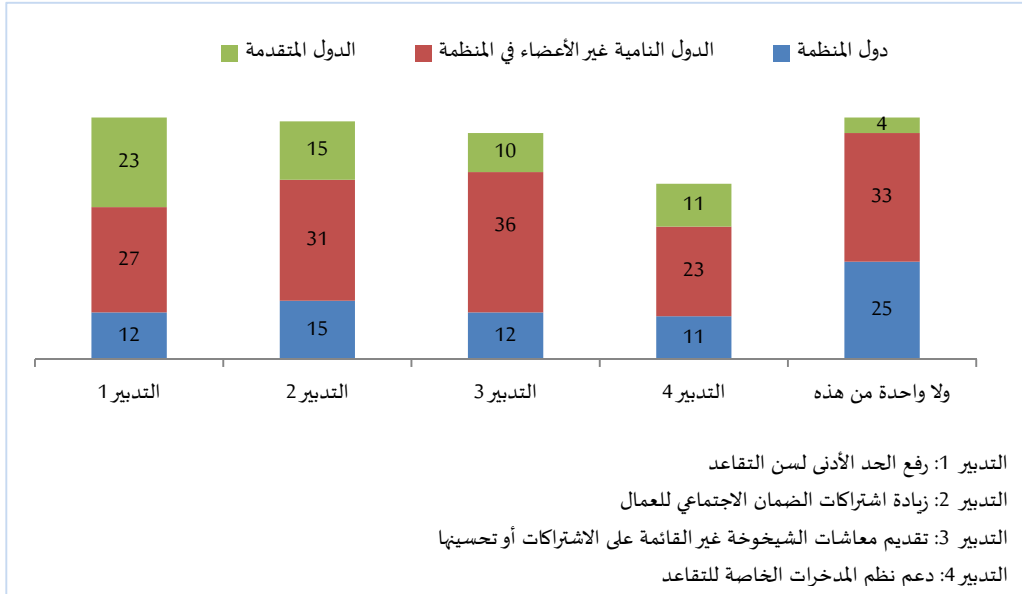
المصدر: قاعدة بيانات السياسات السكانية - شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة

المعاشات التقاعدية. ومن ناحية أخرى، فإن التقاعد المبكر ليس خياراً صالحاً لكبار السن عندما تكون خطط الدعم الاجتماعي غير شاملة مثل استحقاقات العمل. ولمواجهة مثل هذه المواقف، يتعين على الحكومات تنفيذ خطط مواتية لرفاهية المسنين.

ويبين الشكل 4.4 التدابير الشائعة التي

اعتمدها البلدان بين عامي 2008 و 2015 لمعالجة شيخوخة السكان في البلد. وتشمل هذه التدابير زيادة الحد الأدنى لسن التقاعد، وزيادة مساهمات الضمان الاجتماعي للعمال، وإدخال المعاشات التقاعدية غير القائمة على الاشتراكات، وتعزيز خطط الادخار الخاصة للتقاعد.

الشكل 4.4: التدابير المتخذة لمعالجة شيخوخة السكان (عدد البلدان)، 2015



المصدر: قاعدة بيانات السياسات السكانية - شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة

في عام 2015، لم تعتمد 25 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي أيّاً من التدابير الأربعة للتصدي لشيخوخة السكان. تبنت باقي الدول الأعضاء في المنظمة إجراءً واحداً أو أكثر لمعالجة شيخوخة السكان. ومن بين بلدان المنظمة، كان التدبير الأكثر اعتماداً هو زيادة مساهمات العمالة الاجتماعية. قامت 12 دولة من دول المنظمة برفع الحد الأدنى لسن التقاعد. كما تم تبني المقياس الثالث بإدخال الشيخوخة غير القائمة على الاشتراكات من قبل 12 دولة من دول المنظمة. وأخيراً، قررت 11 دولة من دول المنظمة تعزيز خطط الادخار الخاص بالتقاعد في عام 2015. ومن بين البلدان غير الأعضاء في المنظمة، كان التدبير الأكثر شيوعاً هو إدخال معاشات تقاعدية غير مشمولة بالمساهمات. وفي مجموعة البلدان المتقدمة، اختار 23 بلداً زيادة الحد الأدنى من سن التقاعد الذي يتزامن مع زيادة العمر المتوقع في هذه البلدان.

### 4.3 صناديق المعاشات التقاعدية للمسنين

أصبحت المعاشات حلولاً مؤسسية مهمة لضمان الدخل في سن الشيخوخة. تعتبر وفورات المعاشات التقاعدية إلزامية لجميع المشاركين في قوة العمل ويتم خصمها من أرباح الموظف. يصنف البنك الدولي أنظمة المعاشات الإلزامية تحت 3 ركائز: الركيزة 0. والركيزة 1 والركيزة 2 (الشكل 5.4). وكما هو مبين في الشكل 5.4، تقوم 12 من بين 48 دولة من المنظمة، حسب البيانات المتاحة، باستخدام مزيج من الركيزة المتعددة في نفس الوقت مثل الركيزة 1 والركيزة 2. فقط كازاخستان وقرغيزستان وطاجيكستان تطبق نظام التقاعد التطوعي بالإضافة إلى المخططات الإلزامية، كما هو موضح في الجدول 2.4.

ووفقاً للبنك الدولي، يطلق على الركيزة صفر نظام المعاشات الاجتماعية ويشمل المعاشات المخصصة للحد من الفقر بين كبار السن. لدى هذا المخطط معدل ثابت يهدف إلى استهداف السكان المسنين الذين لديهم أدنى دخل خاص بالمسنين. المستفيدون من هذا المخطط هم من كبار السن غير المؤهلين

الشكل 5.4: تصميم أنظمة المعاشات في دول منظمة التعاون الإسلامي (عدد البلدان)



المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي الخاصة بالمعاشات

ملاحظة: تتوفر البيانات عن 48 من الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، تستخدم 12 منها أنظمة معاشات على أساس الركائز المتعددة. (راجع الجدول 2.4)

للحصول على مخططات الركيزتين 1 و 2. وقدمت 12 دولة عضواً في منظمة التعاون الإسلامي هذا النظام بالإضافة إلى الركيزة 1 / أو الركيزة 2، باستثناء بنغلادش التي تستخدم الركيزة 0 فقط (الشكل 5.4).

يمكن تصنيف غالبية أنظمة المعاشات التقاعدية الإلزامية في العالم (حوالي 80٪) كمخططات الركيزة 1. يستخدم 45 بلداً من أصل 48 بلداً في منظمة التعاون الإسلامي نظام التقاعد في الركيزة 1 كطريقة أساسية لتوليد المعاشات التقاعدية (الشكل 5.4). في هذا النظام، تخصص الحكومات معاشات تقاعدية لجميع المواطنين ويتوقف مقدار المعاش الذي يتقاضاه الفرد على مساهمته الشخصية خلال فترة التوظيف. المسنونون الذين يصلون إلى سن معينة (60 سنة للنساء و65 سنة للرجال) وقد عملوا لعدد معين من السنوات (25-35) مؤهلين للحصول على معاشات تقاعدية بموجب نظام معاشات الركيزة 1.

نظام معاشات الركيزة 2 هو حيث يدفع الأفراد جزءاً من أرباحهم كمدخرات للمؤسسات المالية المدارة من القطاع الخاص. يمكن لمدير الصندوق أن يستثمر المدخرات الجماعية في حدود اللوائح والتشريعات. ومن أجل حماية المواطنين من الاستثمارات المحفوفة بالمخاطر، يراقب المنظمون صناديق المعاشات بصرامة من أجل الحد من حجم الاستثمارات. تنفذ خمسة بلدان من المنظمة، وهي كازاخستان وقرغيزستان وطاجيكستان وجزر المالديف والنيجر، الدعامة الثانية لكن هذه الدول تستخدمها مع الركيزتين صفر و/ أو الركيزة الأولى.

وكما هو مبين في الجدول 2.4، اعتمد ما مجموعه 12 بلداً من البلدان الأعضاء في المنظمة أنظمة معاشات متعددة. وكما ذكر أعلاه، فقط كازاخستان وقرغيزستان تستخدمان الركائز الثلاث (الجدول 2.4).

الجدول 2.4: الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي التي اعتمدت نظام المعاشات على أساس ركائز متعددة 2012-2007

الرقم	الدول	الركيزة 1	الركيزة 0	الركيزة 2	تطوعي
1	ألبانيا	✓	✓		
2	أذربيجان	✓	✓		
3	بروناي دارالسلام	✓	✓		
4	مصر	✓	✓		
5	كازاخستان	✓	✓	✓	✓
6	قرغيزستان	✓	✓	✓	✓
7	ماليزيا	✓	✓		
8	جزر المالديف		✓	✓	
9	نيجيريا		في دولتين	✓	
10	طاجيكستان	✓		✓	✓
11	تركمانستان	✓	✓		
12	أوزبكستان	✓	✓		

المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي الخاصة بالمعاشات ملاحظة: لمزيد من المعلومات، راجع الملحق II

كما يمكن تصنيف أنظمة المعاشات إلى مجموعات مختلفة بناءً على نوع الإدارة وآلية التمويل. وعموماً، تدير المؤسسات العامة نظم المعاشات التقاعدية، ولكن منذ أوائل عام 2000 زادت الحصة السوقية لصناديق المعاشات الخاصة زيادة كبيرة. وفقاً للبنك الدولي، فإن 82٪ من صناديق التقاعد في جميع أنحاء العالم تتم إدارتها بشكل علني و 18٪ تتم إدارتها بشكل خاص.

ووفقاً لتصنيف البنك الدولي، فإن نظام التقاعد في الركيزة 1 هو نظام إلزامي يتم إدارته علناً. استناداً إلى آلية التمويل، تعتمد خطط الاستحقاقات المحددة (DB) صيغة خاصة أو نقاطاً مختلفة أو آليات تقييم تساعد في تحديد معاش الفرد على أساس تاريخ توظيفه. كما تستفيد أنظمة المساهمة التعريفية الفردية من اعتماد الأفراد على مقدار المساهمات المقدمة ومعدل الفائدة النظري الذي يتوافق مع متوسط معدل نمو الأجور. تعتمد المنافع، من خلال صناديق الادخار/ خطط المساهمة المحددة التي تديرها الدولة (PF)، على مقدار المساهمات وعوائد الاستثمار التي يكسبها الأفراد. وتشير الركيزة 2 إلى المخططات الإلزامية المدارة من القطاع الخاص والتي توجد في شكلين مثل الاستحقاقات المحددة (DB) أو المساهمة المحددة (DC) التي يتم تمويلها بالكامل. وأخيراً، كما ذكر أعلاه، لا يعتمد الدعامة الصفرية على المساهمات الفردية والأرباح، وبالتالي لا توجد لديها آلية تمويل وتخصص المعاشات من خلال تقديرات معدلية لمداخل الفرد واحتياجاته.

تقوم 45 دولة من دول المنظمة بتنفيذ مخطط المساهمة المحددة. حيث أنه من بين هذه البلدان، خمسة فقط تستخدم أنظمة المساهمات المحددة نظرياً أو المساهمة المحددة (الشكل 6.4). إن مخططات معاشات المساهمة المحددة غير ممولة مما يعني أن المعاشات يتم دفعها من مساهمات العمال. وفقاً لـ Pallares-Miralles وآخرون (2012)، 48٪ من مجموع المعاشات في جميع أنحاء العالم غير ممولة.

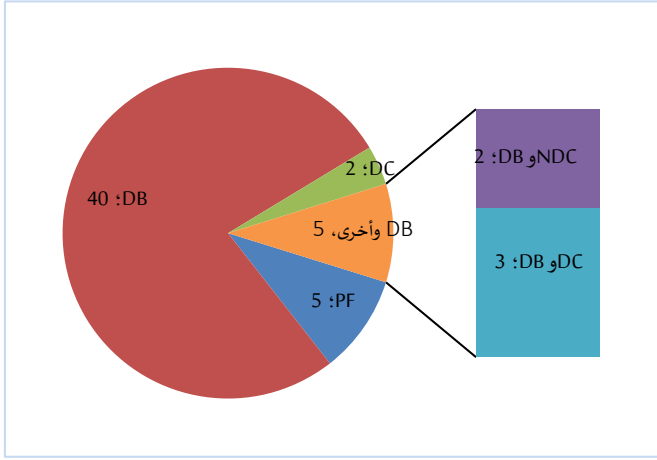
ينفذ بلدين فقط من دول المنظمة خطة ديناميكية حصرية بينما ينفذ ثلاثة بلدان مخطط المساهمة المحددة (الشكل 6.4). يمكن تمويل مخطط المساهمة المحددة بشكل كامل مما يعني أنه يتم دفع المعاشات من مساهمات الفرد من خلال تاريخ توظيفهم. فعلى المستوى العالمي، يتم تمويل 27٪ من برامج التقاعد بالكامل. يمكن تمويل مخطط المساهمة المحددة بشكل جزئي مما يعني أن جزءاً واحداً يتم دفعه من قبل الحكومة ويتم جمع الجزء الآخر من أرباح فردية خلال فترة عمل نشطة. تعتبر 25٪ من إجمالي برامج التقاعد في جميع أنحاء العالم ممولة جزئياً (Pallares-Miralles et al., 2012).



## 4.4 حقوق الإنسان

### الخاصة بكبار السن

الشكل 6.4: مخططات المعاشات في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي (عدد البلدان)



المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي الخاصة بالمعاشات  
ملاحظة: لمزيد من المعلومات، راجع الملحق 2، الجدول أ.2.4.

تنطبق المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان على كبار السن بالطريقة نفسها التي تنطبق بها على شرائح المجتمع الأخرى. هناك صك دولي رئيسي يحمي حقوق كبار السن في قرار الجمعية العامة 139/67، المعتمد في ديسمبر 2012، تحت عنوان: "نحو أداة قانونية دولية شاملة ومتكاملة لتعزيز وحماية حقوق كبار السن وكرامتهم في إطار الفريق العامل المفتوح العضوية

المعني بالشيخوخة (OEWGA). لم يتم بعد إقرار اتفاقية رسمية تقترحها وتقرها الجمعية العامة.

وبالإضافة إلى القرار 139/67، يتضمن صكين دوليين لحقوق الإنسان إشارات واضحة إلى الشيخوخة. أولاً، تشمل المادة 7 من اتفاقية الأمم المتحدة الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم "العمر" في قائمة الأسباب المحظورة للتمييز. ثانياً، تتضمن اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إشارات إلى السن في المواد 8 و 13 و 25 بشأن الحق في الصحة، وكذلك في المادة 28 المتعلقة بالحق في مستوى معيشي لائق والحماية الاجتماعية. تشترط المادة 25 من الاتفاقية أن "تصمم الخدمات الصحية لتقليل ومنع المزيد من الإعاقات، بما في ذلك بين كبار السن".

يتضمن العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية الأحكام ذات الصلة المتعلقة بحماية حقوق الإنسان لكبار السن، بما في ذلك حق جميع الأفراد في الصحة الجيدة، ومستوى معيشي لائق، والتحرر من التعذيب وأهليتهم القانونية والمساواة أمام القانون.

ويوصي العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بضرورة مراعاة السياسات الصحية لاحتياجات المسنين "التي تتراوح بين الوقاية وإعادة التأهيل إلى رعاية المرضى القاصرين"، وأبرزت أهمية "الفحوص الدورية". لكل من الجنسين، تدابير تأهيلية جسدية وكذلك نفسية تهدف إلى الحفاظ على وظائف كبار السن واستقلاليتهم، واهتمام ورعاية المرضى المصابين بأمراض مزمنة ونهائية، وتجنبهم آلام يمكن تجنبها وتمكينهم من الموت بكرامة".

كما تتضمن اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة والاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري أحكاماً تعزز حقوق الإنسان للمسنين وتحميها. وقد حددت آليات حقوق الإنسان كبار السن من الرجال والنساء على أنهم عرضة بشكل خاص لانتهاكات حقوق الإنسان وتتطلب اتخاذ تدابير محددة للحماية. فعلى سبيل المثال، فإن المخاطر التي يتعرض لها كبار السن معترف بها صراحة في المادة 16 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية (2008) إلى أن 4-6% من كبار السن يعانون من شكل من أشكال الإساءة في المنزل وفي مجتمعهم وهو ما يمثل انتهاكاً لحقوقهم.

ومن ناحية أخرى، يحتوي ميثاق منظمة التعاون الإسلامي على أحكام محددة لتعزيز وحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية بما في ذلك حقوق النساء والأطفال والشباب وكبار السن وذوي الاحتياجات الخاصة وكذلك الحفاظ على قيم الأسرة الإسلامية (الفصل الأول المادة 14.1).

## الفصل الخامس

# البعد الثقافي للشيخوخة

من المعترف به على نطاق واسع أن "النهج الطبي" الذي يرى العمر كمسألة معلومات طبية فقط يحدّ من فهمنا للشيخوخة، وبالتالي قدرتنا وفعاليتنا في إنتاج السياسات (Reid-Cunningham, 2009). وقد أدى هذا الإدراك إلى التحول صوب "النموذج الاجتماعي الثقافي". يعترف النموذج الاجتماعي والثقافي بأن العمر محدد بالمعايير الثقافية والمجتمعية حول الجسد والشخصية والمجتمع (Al-Aoufi, Al-Zyoud & Shahminan, 2012; Ingstad & Whyte, 1999)، وعلى هذا، يقترح نهجًا أوسع يضع الشيخوخة بشكل كامل في التفاعل الديناميكي للبنى الاجتماعية والوكالة البشرية المجسدة (Yuill, Crinson & Duncan, 2010). كما يلفت هذا النهج الأوسع الانتباه إلى التفاعل بين أوجه عدم المساواة القائمة والشيخوخة، مما يسلط الضوء على المسؤولية تجاه المجتمع والحكومات لإزالة الحواجز السياسية والقانونية والاجتماعية والفعالية التي تمنع نوعية الحياة لكبار السن.

بعد النموذج الاجتماعي، يدرك هذا القسم أن البيئة الاجتماعية المحيطة تُشكل وتوضح:

- كيف يحدد الناس ويفسرون ويصرون الأمور المتعلقة بالصحة، من الشيخوخة وكبار السن؛
- نوع الاستراتيجيات التي يطورها الأفراد والمجتمعات في التعامل مع كبار السن؛ و
- المواقف والسياسات السياسية المتعلقة بالصحة، وتخصيص الموارد للشيخوخة والمسائل المرتبطة بها.

كما أن الطبيعة الثقافية للشيخوخة واحدة من القضايا الرئيسية الأخرى. على الرغم من أن النموذج الاجتماعي يسلط الضوء على الجوانب الاجتماعية للعمر، إلا أن مفاهيم الشيخوخة لا تزال تهيمن على مقاربة تتمحور حول الغرب (Hasnain, Shaikh & Shanawani, 2008; Coleridge, 2009; Bywaters et al., 2008).

(al., 2003). في حين أن التقدم في السن هو أمر حيوي، فإن ما يعتبر صغيرا وكبيراً في السن، والمواقف الموجهة نحوه، سواء كانت إيجابية أو سلبية، تعتبر محددة ثقافياً (Löckenhoff et al., 2009). يجب أن تؤخذ هذه الاختلافات في الاعتبار عند تطوير سياسات الدولة مثل تشكيل نظام الرعاية الصحية.

يجب إبراز التعريف التالي للثقافة: "... المعرفة والمخططات المشتركة التي أنشأتها مجموعة من الناس لإدراك الحقائق الاجتماعية المحيطة بهم وتفسيرها والتعبير عنها والاستجابة لها" (Lederach, 1995, p. 9). من المهم تحسين التفاهم حول البعد الثقافي للشيخوخة حيث أن هناك فجوة بين السياسات وما يتم ممارسته بالفعل في الحياة اليومية سواء من قبل العائلات أو مقدمي الرعاية أو المتخصصين في الرعاية الصحية. وتعزى هذه الفجوة في جزء منها إلى عدم وجود فهم جاد للمواقف والمعتقدات الثقافية، التي قد تقوض السياسات أو تتعارض معها في بعض الأحيان. لكي يتم قبول السياسات واستيعابها من قبل الأفراد، يجب مراعاة القيم الثقافية وتغيير القيمة.

## 5.1 الديناميكا الثقافية والمسنين في دول منظمة التعاون الإسلامي

الأشخاص الذين يعيشون في مجتمعات المنظمة متنوعون بطرق عديدة. ومع ذلك، هناك قواسم مشتركة مثل الثقافة المجتمعية، حيث تُمنح احتياجات ومصالح المجتمع قيمة أخلاقية أعلى من مجرد المصلحة الذاتية والشخصية الفردية. فيما يتعلق بالأسرة، تكرم هذه البيئة الثقافية العلاقات والدعم بين الأجيال. وفيما يتعلق بكبار السن، فإن هذه البنية العائلية تخصص مكاناً خاصاً لكبار السن في المجتمع، وتبجل المودة تجاه المسنين وتؤكد دورهم البارز في إعادة تأكيد الهويات التقليدية (Kronfol, Sibai & Rizk, 2013). في التسلسل الهرمي للعائلة، يمتدح كبار السن لحكمتهم وتجاربهم الحياتية (Kronfol, Sibai & Rizk, 2013)، وعادة ما يكون الأطفال ملزمين بالخدمة وتقديم الرعاية والدعم المالي للوالدين والأجداد (Hoodfar, 1997; Sibai & Yamout, 2012; Yount & Rashad, 2008).

وبالفعل، بالنسبة لمجتمعات المنظمة التي تركز عليها الأسر، فإنه غالباً ما يعتبر أمراً مخزاً أن يرسل أحد الأبوين المسنين إلى دار المسنين، لأنه سيخالف المشاعر الاجتماعية والدينية للالتزام بالأسرة والمجتمع (Elsaman & Arafa, 2012). وعلى هذا النحو، كانت الإقامة المشتركة واحدة من الوسائل الرئيسية التي من خلالها تحصل الأسر على الدعم بسبب أقاربها الأكبر سناً الذين يحافظون على عدد كبار السن المؤسسين الذين هم في مستوى منخفض في معظم بلدان المنظمة (Khadr, 1997).

حيث أن هذا الإطار الثقافي يتم إنفاذه وتأكيدُه من خلال التعاليم الإسلامية. يحتوي المصدران الأساسيان للشريعة الإسلامية - القرآن والسنة - على مبادئ تحدد التزامات عائلية لتوفير الراحة الجسدية والعقلية والعاطفية والأمن للمسنين (Elsaman & Arafa, 2012). لا تقتصر مواقف الإسلام الإيجابية تجاه المسنين على حدود الأسرة النووية. في الواقع، "توفير الدعم المالي والعاطفي للمسنين هو أحد الأسباب التي تجعل الإسلام يمتد علاقات عائلية قريبة من العائلة النووية" (Kronfol, Sibai & Rizk, 2013).

(Rizk, 2013). بالإضافة إلى ذلك، يفرض الإسلام أيضاً على الدول والمجتمعات توفير التأمين الاجتماعي والممارسات الأمنية للمسنين، والمحرومين، كما يتضح من الممارسة التاريخية للأوقاف والالتزام الأخلاقي للركاة (Kronfol, Sibai & Rizk, 2013).

وبشكل عام وحتى الآن، في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، قادت اتجاهات السكان المسنين وانتشار الثقافة القائمة على الأسرة إلى نظام الرعاية الأسرية غير الرسمية ونظام دعم الأجيال للعمل كقناة رئيسية لإيواء احتياجات المسنين؛ وعلى هذا النحو، تولي مسؤوليات السياسة الاجتماعية للدولة إلى حد كبير.

ومع ذلك، فإن الاتجاهات السكانية والثقافية الناشئة منذ العقد الأول من القرن الحالي كانت تشير إلى حدوث تغييرات جذرية سوف تستمر بالفعل بطريقة مكثفة. بادئ ذي بدء، سيتحول المظهر الديموغرافي لبلدان المنظمة إلى مرحلة توليد احتياجات جديدة وكبيرة لرعاية المسنين، مما يعني أن تغييرات كبيرة ستحصل لهم. ولكن، حتى أكثر من ذلك، يتفاعل هذا التحول الديموغرافي مع تغييرات اجتماعية واقتصادية واجتماعية وسياسية هامة وكبيرة بنفس القدر (Hussein & Ismail, 2016). ومن المتوقع أن تهدد هذه التحولات معاً البنية الأسرية التقليدية، واستمرارية الرعاية غير الرسمية طويلة الأجل في وحدة الأسرة، والعلاقات العائلية المتقاربة بين الأجيال ((Hussein & Ismail, 2016)، وتدعو دول المنظمة إلى الاستجابة لظروف التشكيل الجديدة من خلال تنفيذ برامج الحماية الاجتماعية الأوسع والأعمق.

## 5.2 التحديات الناشئة: التغيرات الديموغرافية والثقافية

تميل الظروف الديموغرافية الناشئة إلى التفاعل مع مختلف التحولات الأخرى على الجبهة الثقافية. ومن المتوقع أن يعيش السكان الأكبر سناً بشكل متزايد، وأن التغييرات الاجتماعية التي تشكل تهديدات للعلاقات العائلية التقليدية قد تعيق الرعاية الأسرية إلى حد كبير.

أولاً، هياً التحديث والتحضر السريع بيئة اقتصادية جديدة تنسم بارتفاع معدل التضخم وعدم المساواة والبطالة، وزيادة تكاليف المعيشة، وتآكل البنية الأسرية التقليدية ونظام الدعم الاقتصادي. في السياق الحضري الحديث، أصبحت العائلات بالفعل مقيدة بالدخل، يمكن أن يكون الاهتمام بالوالدين مكلفاً تماماً لاستنزاف المدخرات العائلية، خاصة في ظل غياب أنظمة التأمين الاجتماعي والأموال التكميلية لدعم الرعاية المنزلية في معظم بلدان المنظمة (Sibai, Tohme & Yount, 2012). هذه السلالة الاقتصادية واضحة بالفعل في انخفاض معدلات الإقامة المشتركة لثلاثة أجيال أو أكثر في معظم بلدان المنظمة (Sibai, Tohme & Yount, 2012).

لقد غير التحضر والتحديث البنية الاجتماعية والأعراف بما يتجاوز الصعوبات الاقتصادية من خلال جلب أنماط حياة جديدة موجهة نحو الفرد والفردية، مما يشكل تحدياً لمعقولة القيم المتمحورة حول الأسرة.

ويرتبط تحد آخر قادم لرعاية الأسرة والقيم العائلية التقليدية بانخفاض معدلات الخصوبة وزيادة مشاركة المرأة في القوى العاملة. تقليدياً، في مجتمعات المنظمة القائمة على الأسرة، عادة ما يتم تصوير الإناث ويتوقع أن تكون المصدر الرئيسي للرعاية (Hussein & Ismail, 2016). غير أن التغييرات الديمغرافية الجارية ستزيد من الضغط على رفاه المرأة ووقتها وطاقتها من خلال مزيج من المطالب المتضاربة (Hussein & Ismail, 2016). ومن ناحية أخرى، من المرجح أن تقلل هذه التحولات من توافر مقدمي الرعاية من الإناث لإدارة احتياجات الأقارب المسنين (Hussein & Manthorpe, 2005; Hussein & Manthorpe, 2007).

زيادة العمر المتوقع من كبار السن يجلب معه تحديات جديدة أيضاً. العديد من مقدمي الرعاية غير الرسميين غير مؤهلين لنوع الرعاية المرتبطة بالشيخوخة. مع تزايد أعمار المسنين المعتمدين ومعدلات الأمراض غير المعدية بمعدل ينذر بالخطر ويتجاوز في بعض الأحيان معدلات النمو في البلدان المتقدمة (التقرير)، فإن الرعاية غير الرسمية التي يقدمها أفراد الأسرة ستكون أقل فعالية في تكثيف المخاطر المرتبطة بصحة المسنين، وسوف تتطلب الدعم والتدريب الموسعة (Hussein & Ismail, 2016).

تشير هذه التغييرات السكانية المقبلة، بشكل عام، إلى أن الممارسات السابقة لن تكون مستدامة حتى في المستقبل القريب. على الرغم من أن الدول الأعضاء في المنظمة كانت قادرة إلى حد ما على الاعتماد على الرعاية غير الرسمية من خلال الإصلاح والدعم المحدودين حتى الآن. بدأت التحولات الديموغرافية السريعة المصحوبة بالتحولات الثقافية تدعو بالفعل إلى إدخال تعديلات جديدة على الرفاهية العامة والسياسات أو الاستراتيجيات التي من شأنها مواجهة التحولات الناشئة (Sibai & Yamout, 2012; Yount, 2005).

## 5.3 مواجهة التحديات الناشئة

### 5.3.1 نظام الرعاية الصحية المتكامل والرعاية المنزلية

إحدى أكثر الشواغل المباشرة هي السعي إلى نظام رعاية صحية متكامل. يتطلب دمج الرعاية الصحية للمسنين، من ناحية، وضع أحكام رسمية مستدامة للرعاية طويلة الأجل وقنوات رعاية المضاعفة، من الرعاية الخاصة والأولية إلى الرعاية المتخصصة والمكلفة في المستشفيات ودور رعاية المسنين. من ناحية أخرى، يتطلب نظام الرعاية الصحية المتكامل التيسير الفعال والدعم المنتظم لمقدمي الرعاية غير الرسميين (Sinunu et al., 2009). وبعبارة أخرى، لا ينبغي اعتبار الرعاية الرسمية وغير الرسمية كبديل لبعضها البعض، بل كجوانب مجانية لرعاية كبار السن على نحو شامل وفعال. في الواقع، يشير التكامل إلى نهج "يد بيد" بين جميع مقدمي الرعاية، وخلق قوة عاملة مختلطة تعمل بكثافة متفاوتة، وتؤدي أدوارًا مجانية، وتشارك خدمات الرعاية نحو توفير الرعاية طويلة الأجل.

ومن شأن هذا النموذج المختلط أن يسمح لصانعي السياسة بالانتقال إلى ما هو أبعد من الاعتماد المفرط على الرعاية العائلية غير الرسمية، بينما لا يزالون قادرين على الاستفادة من دور الأسرة في رعاية الأقارب الأكبر سناً واحتضان مقدمي الرعاية غير الرسميين كمورد رعاية. توفر الرموز الثقافية المشتركة الموجودة في بلدان المنظمة للدول الأعضاء رأسمال اجتماعي فريد يسمح لصانعي السياسات ببناء نموذج متكامل فعال.

إن إحدى القنوات الرئيسية لتقديم الدعم بين الأجيال والتضامن الأسري هي تعزيز خدمات الرعاية المنزلية المنظمة والمنظمة بشكل جيد؛ قد يشمل الدعم لمثل هذا النظام الحوافز المالية، والتدريب، والرعاية الملطفة في المنزل، وبرامج رعاية الأسرة. يجب اعتبار توفر الرعاية الرسمية داخل البيئة المنزلية أو المجتمع من قبل جميع البلدان المنظمة تقريباً (Hussein & Ismail, 2016).

### 5.3.2 المرأة والنوع الاجتماعي في رعاية المسنين

يجب على صانعي السياسات أيضاً أن يتعاملوا مع العبء المتزايد الذي تتحمله النساء في رعاية المسنين بالنظر إلى قوانين الجنس التقليدية التي تتوقع من المرأة أن تكون مقدم الرعاية الرئيسي. نموذج مختلط يجمع بين الرعاية الرسمية وغير الرسمية من شأنه أن يساعد في تحسين المطالب المتنافسة على المرأة.

### 5.3.3 الخدمات والدراسة الطبية

إن الزيادة في عدد كبار السن في بلدان المنظمة وما يصاحب ذلك من ارتفاع في الأمراض التنكسية المزمنة تجعل من تعليم الشيخوخة حاجة ملحة. وفي مواجهة الظروف المتغيرة، ينبغي للدول الأعضاء أن تولي اهتماماً لتعليم وتدريب المحترفين، وخاصة الأطباء والممرضات، على مستوى الخدمات الصحية الأولية والثانوية والجامعية (Sibai, Tohme & Yount, 2012). من الضروري أن تشمل هذه المبادرات التدريبية الممارسة السريرية، مع إعطاء الأولوية لإنشاء فرق متعددة التخصصات في مراكز السرطان والخدمات المنزلية (Hajjar et al., 2013) وبشكل أوسع نطاقاً، يجب إدماج نهج الشيخوخة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية والصحية في دول المنظمة بشكل عام.

### 5.3.4 اعتماد منظور دورة الحياة

تعكس الصحة في فترة الشيخوخة الظروف المعيشية والإجراءات خلال فترة الحياة بأكملها. وبالتالي، فإن الرسالة الأساسية في تعزيز الصحة ورفاه المسنين تعتمد منظور دورة حياة خاصة بالوقاية والتحكم، واحتضان إطار "الشيخوخة النشطة" مع الاستثمار في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والفحص المبكر.

### 5.3.5 القيم الإيجابية والشيخوخة النشطة

على الرغم من أن التعاليم الثقافية والدينية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي تحثُّ على الثقافة الودية القديمة، تحت ضغط التغيرات الديموغرافية والثقافية الحديثة، بدأت الصور السلبية لكبار السن في الانتشار؛ مثل دلالة الشيخوخة مع انخفاضات الصحة البدنية والعقلية وانخفاض الموارد المالية وفقدان الاستقلالية. تحدث مثل هذه الصور النمطية السلبية على المستوى الشخصي والمؤسسي. تتمثل إحدى طرق مكافحة الصور السلبية في تعزيز المشاركة العامة للمسنين في الاقتصاد والحياة الاجتماعية والساحة السياسية. لتعزيز المشاركة الفعالة في المجتمع، قد تنظر الدول الأعضاء في الائتمانات والقروض الصغيرة لإنشاء مشاريع صغيرة بالإضافة إلى فرص العمل الطوعية والابتدائية في المنظمات غير الحكومية والتكوينات السياسية. الترويج للصور الإيجابية ليس مجرد تمرين أخلاقي؛ بل على العكس، كلما كان موقف المجتمع أكثر إيجابية، زاد احتمال تصويت صانعي السياسات لصالح الموارد المخصصة لكبار السن (UNFPA & HAI, 2012). يمكن للمنظمات غير الحكومية أيضاً أن تساعد في مكافحة الصور النمطية السلبية الناشئة فيما يتعلق بكبار السن.

وللتلخيص، فإن شيخوخة السكان إلى جانب الظروف الاجتماعية والاقتصادية المتغيرة، والحفاظ على الاستقلالية الصحية والتكامل الاجتماعي للمسنين سيصعب بشكل متزايد على البلدان الأعضاء في المنظمة. يفرض هذا التحدي على الحالات تبني نموذج ونهج جديد للشيخوخة وكبار السن. من الاهتمامات الأولية والفورية إنشاء نظام رعاية صحية متكامل حيث يتم الجمع بين قدرات الدولة ورأس المال الاجتماعي الفريد في مجتمعات المنظمة.

بالإضافة إلى أنظمة الرعاية الصحية المنسقة، ينبغي أن تشمل التدابير الأوسع أنظمة تقاعد وتأمين أقوى، وسن قوانين ولوائح جديدة تتناول الاحتياجات الناشئة للمسنين، وبناء المعرفة وفلسفة المسنين في خدمات الرعاية الطبية والصحية، وتعزيز منظور دورة الحياة في مجال الصحة وتسهيل المشاركة العامة لكبار السن.



## الفصل السادس

# ملاحظات ختامية وتوصيات متعلقة بالسياسات

ينظر هذا التقرير في وضع المسنين في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي من خلال التركيز على مجموعة من الأبعاد بما في ذلك التركيبة السكانية والرفاهية الاجتماعية والاقتصادية والمؤسسات المعنية بالمسنين والبعد الثقافي للشيخوخة.

ويلقي التغيير في اتجاهات الشيخوخة في دول المنظمة الضوء على القضايا التي قد تكون مهمة لصانعي السياسات. على سبيل المثال، منذ عام 2010، تسارعت شيخوخة السكان في بلدانها وبحلول عام 2030، تشير التقديرات إلى أن نسبة السكان الأكبر سناً ستصل إلى 9.6% من مجموع السكان. ومن المتوقع أن يؤدي ارتفاع معدلات الخصوبة على مدى العقود القليلة الماضية وزيادة متوسط العمر المتوقع عند الـ 60 إلى تحقيق مزيد من التحديات الاجتماعية والاقتصادية مثل زيادة معدلات إعالة المسنين وتخفيض مشاركة القوى العاملة. كما تؤثر هذه التغييرات في البنية العمرية للسكان على العلاقات الاجتماعية والثقافية إلى حد كبير. وللدرد على هذه التحديات، يتعين على دول المنظمة اتخاذ إجراءات في مجال السياسات في الوقت المناسب وبكفاءة.

تعتبر تغييرات الوضع الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن في بلدان المنظمة متغيرة ومعقدة. فعلى سبيل المثال، يكون احتمال أن يعيش الرجال المسنون في كنف مؤسسة الزواج أكبر بالمقارنة مع النساء المسنات، في حين أنهن يملن إلى العيش لفترة أطول وغالبا ما يكن أرامل. كما أن كبار السن في البلدان

النامية، بما في ذلك بلدان المنظمة، يميلون إلى العيش في أسر متعددة الأجيال، عكس نظرائهم في البلدان المتقدمة النمو الذين يميلون إلى العيش باستقلالية مع شريك أو لوحدهم.

ومن حيث الحالة الصحية للمسنين، تعتبر الأمراض غير المعدية مسؤولة عن نسبة أكبر من الوفيات بينهم في الدول الأعضاء في المنظمة. ويعد مرض القلب الإقفاري والسكتة الدماغية وأمراض الرئة الانسدادي المزمن من أكثر الأسباب شيوعاً للإصابة بالإعاقة بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً أو أكثر. ومع ذلك، فإن الحالة الصحية لكبار السن في جميع بلدان المنظمة تختلف اختلافاً كبيراً.

وفيما يتعلق بترتيبات سوق العمل، لا تزال القوالب النمطية المتعلقة بالشيخوخة ومستويات البطالة المرتفعة تقوّض وصول كبار السن إلى سوق العمل. ففي البلدان الأعضاء في المنظمة، غالباً ما يكون سن التقاعد القانوني 60 سنة؛ ومع ذلك، فإن أقل من نصف المتقاعدين يحصلون على معاش الشيخوخة المناسب.

يواجه كبار السن في دول منظمة التعاون الإسلامي عدداً من التحديات الاجتماعية والاقتصادية الكبرى. وكمجموعة، لدى بلدان المنظمة أدنى معدلات معرفة القراءة والكتابة بين كبار السن. وإن المستويات المنخفضة لمحو الأمية والإحراز التعليمي تعوق المشاركة المثلى لكبار السن في القوى العاملة وكذلك في الجهود الإنمائية لمجتمعاتهم. وعلاوة على ذلك، فإن غالبية البلدان الأعضاء في المنظمة تعتبر تزايد أعداد كبار السن كمخاوف بسيطة، ويُعتبر تغيير هذا الانطباع تجاه الشيخوخة أمراً ضرورياً لكي تصبح هذه الأخيرة بنداً سياسياً هاماً.

وبشكل عام، تعتمد أنظمة التقاعد في دول المنظمة على الأرباح الإيجارية للفرد. وقد وضع عدد قليل فقط من بلدان المنظمة استراتيجيات للانتقال من مؤسسات المعاشات التي ترعاها الدولة إلى صناديق المعاشات التقاعدية المدارة من القطاع الخاص.

تشكل شيخوخة السكان تحديات للحكومات والمجتمع، كما أن لها تداعيات على القيم والمعايير الثقافية للمجتمع. وبالنظر إلى التركيبة السكانية المتغيرة في بلدان المنظمة، فإن الأدوار التقليدية للعائلات والأطفال تشكل تحديات جديدة لرعاية المسنين في المجتمعات.

تعتبر شيخوخة السكان ظاهرة يمكن التنبؤ بها والتي تمكن الحكومات من فهم الآثار المترتبة على هذه الظاهرة ووضع السياسات في وقت مبكر. وتوفر الاعتبارات التالية إرشادات للسياسات والإجراءات المحددة المتعلقة بالمسنين في الدول الأعضاء في المنظمة.

إن إتاحة التعليم والعمالة والخدمات الاجتماعية الأساسية للمسنين يمكن أن يساعد في تحسين رفاههم بشكل ملحوظ. كما أن كبار السن بحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية. ولذلك، ينبغي للوكالات الوطنية أن تضمن الوصول إلى "مجموعة من السلع والخدمات محددة وطنياً، والتي تشكل الرعاية الصحية الأساسية". وهذا مهم بشكل خاص لحماية كبار السن بسبب الفقر المتعلق بالصحة. وبالنظر

إلى حقيقة أن الأمراض غير المعدية تمثل العنصر الرئيسي للإعاقة المتوسطة والحادة بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة أو أكثر في بلدان المنظمة، ينبغي إيلاء اهتمام خاص لمسألة تطوير التشخيص المبكر والتدابير الوقائية المناسبة وخدمات العلاج للمسنين بما في ذلك أولئك الذين لديهم مشاكل الصحة العقلية. وفي هذا الصدد، سيكون لإنشاء مجموعات عمل ولجان من الأكاديميين وصانعي السياسات، على المستويين المحلي والوطني، دوراً كبيراً في إنشاء منبر لوضع السياسات والتوصيات.

إن ضمان أمن الدخل وفرص العمل المرنة والوصول إلى الإسكان والنقل بأسعار معقولة والقضاء على التمييز والعنف وسوء المعاملة التي تستهدف كبار السن هي عوامل يمكن أن تساعد في التصدي للتحديات الكبرى التي يواجهها المسنون.

حيث أنه في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، من الضروري تحسين طرق البحث حول الشيخوخة. تحتاج بلدان المنظمة أيضاً إلى آليات مراقبة أفضل ومرنة تجاه اعتماد اللوائح والأدوات التي تخلق ظروفاً اجتماعية واقتصادية مواتية لكبار السن.

فمن منظور حقوق الإنسان، يوصى بأن تتخذ الدول الأعضاء في المنظمة إجراءات تشريعية وإدارية واجتماعية وتعليمية مناسبة لمكافحة إساءة معاملة المسنين في المجالات الخاصة والعامة من قبل العائلات أو الأقارب أو مقدمي الرعاية.

فعلى مستوى التعاون في منظمة التعاون الإسلامي، ينبغي بذل الجهود لتسهيل تبادل الخبرات وأفضل الممارسات في مجال الشيخوخة بين البلدان الأعضاء. وفي هذا السياق، سيكون تبادل المهارات والمعرفة والخبرة بين الدول الأعضاء في المنظمة شكلاً مفيداً للتعاون. فعلى سبيل المثال، يمكن اعتبار تجربة تركيا في إنشاء مؤسسات لكبار السن كنموذج ناجح يتم تحويله إلى بعض الدول الأعضاء الأخرى. أو تجربة إندونيسيا المتعلقة بإنشاء "اللجنة الوطنية لكبار السن" للتغلب على قضايا التنسيق والتي بدورها ستشكل مثلاً جيداً للعديد من بلدان المنظمة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن تنظيم اجتماعات فرق الخبراء والحلقات الدراسية المتعلقة بالمسائل ذات الصلة بالشيخوخة يمكن أن توفر فرصاً لتبادل المعارف والمعرفة فيما بين البلدان الأعضاء.

وستكون مشكلة تردي معدلات تبعية المسنين أكثر أهمية في المناطق الريفية، لا سيما في المناطق الزراعية الأقل إنتاجية في البلدان الأعضاء في المنظمة. لذلك، يمكن اعتبار سياسات التنمية الريفية ومشاريعها مساهمة كبيرة في التغلب على التحديات المتعلقة بالشيخوخة في البلدان الأعضاء في المنظمة، حيث أن برامج التقاعد في دول المنظمة غير كافية أو شاملة لتلبية الاحتياجات المتزايدة للمسنين. ولذلك، من الضروري بذل المزيد من الجهود من أجل تنفيذ برامج التقاعد التي يمكن أن تساعد في تعزيز الرفاه المادي والاجتماعي للمسنين في بلدان المنظمة.

## الملحق

## الملحق 1: هيكل خطة عمل مدريد الدولية بشأن الشيخوخة

خطة عمل مدريد الدولية
<b>كبار السن والتنمية</b>
القضية 1: المشاركة الفعالة في المجتمع والتنمية (هدفين، 13 إجراء)
القضية 2: العمل والقوة العاملة المُسنة (هدف واحد، 14 إجراء)
القضية 3: التنمية الريفية والهجرة والتحضر (3 أهداف و 20 إجراء)
القضية 4: الوصول إلى المعرفة والتعليم والتدريب (هدفان، 14 إجراء)
القضية 5: التضامن بين الأجيال (هدف واحد، 7 إجراءات)
القضية 6: القضاء على الفقر (هدف واحد، 8 إجراءات)
القضية 7: أمن الدخل والحماية الاجتماعية / الضمان الاجتماعي ومنع الفقر (هدفين، 13 إجراء)
القضية 8: حالات الطوارئ (هدفان، 18 إجراء)
<b>النهوض بالصحة والرفاهية في الشيخوخة</b>
القضية 1: تعزيز الصحة والرفاهية طوال الحياة (3 أهداف و 27 إجراء)
القضية 2: الوصول الشامل والمتساوي إلى خدمات الرعاية الصحية (4 أهداف، 22 إجراء)
القضية 3: كبار السن وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز (3 أهداف، 9 إجراءات)
القضية 4: تدريب مقدمي الرعاية والمهنيين الصحيين (هدف واحد، 3 إجراءات)
القضية 5: احتياجات الصحة النفسية لكبار السن (هدف واحد، 10 إجراءات)
القضية 6: كبار السن والإعاقات (هدف واحد، 10 إجراءات)
<b>ضمان توفير البيئات الداعمة</b>
القضية 1: السكن والبيئة المعيشية (3 أهداف، 17 إجراء)
القضية 2: الرعاية والدعم لمقدمي الرعاية (هدفان، 14 إجراء)
القضية 3: الإهمال وسوء المعاملة والعنف (هدفان، 12 إجراء)
القضية 4: صور الشيخوخة (هدف واحد، 8 إجراءات)

المصدر: UNFPA, Overview of Available Policies and Legislation, Data and Research, and Institutional Arrangements Relating To Older Persons - Progress Since Madrid, 2011

## الملحق 2: طريقة نظم المعاشات التقاعدية في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي

المخطط	الركيزة 2	المخطط	الركيزة 0	المخطط	الركيزة 1	البلد
		TPP	3	DB	3	ألبانيا
				DB	3	الجزائر
		TPP	3	DB, NDC	3	أذربيجان
				DB	3	البحرين
		TPP	3			بنغلاديش
				DB	3	بنين
		UPP	3	PF	3	بروناي دار السلام
				DB	3	بوركينافاسو
				DB	3	الكاميرون
				DB	3	تشاد
				DB	3	كوت ديفوار
				DB	3	جيبوتي
		UPP	3	DB	3	مصر
				DB	3	الغابون
				PF	3	غامبيا
				DB	3	غينيا
				DB	3	غيانا
				PF	3	إندونيسيا
				DB	3	إيران
				DB	3	العراق
				DB	3	الأردن
DC	3	UPP	3	DB	3	كازاخستان
				DB	3	الكويت
DC	3	برامج المعاشات الأساسية	3	DB, NDC	3	جمهورية قرغيزستان
				DB	3	ليبيا
		TPP	3	PF	3	ماليزيا
				DB	3	مالي
DC	3					جزر المالديف
				DB	3	موريتانيا
				DB	3	المغرب

				DB	3	النيجر
DC	3	UPP في حالتين	3			نيجيريا
				DB	3	سلطنة عمان
				DB	3	باكستان
				DB	3	المملكة العربية السعودية
				DB	3	السنغال
				DB	3	سيراليون
				DB	3	السودان
DC	3			DB	3	طاجيكستان
				DB	3	توغو
				DB	3	تونس
				DB	3	تركيا
		TPP	3	DB	3	تركمانستان
				PF	3	أوغندا
				DB	3	الإمارات العربية المتحدة
		TPP	3	DB	3	أوزبكستان
				DB	3	اليمن

/المصدر: قاعدة بيانات البنك الدولي الخاصة بالمعاشات

- BPP - تشير إلى المعاشات الأساسية أي إما سعر ثابت أو تعتمد على سنوات من العمل.
- TPP- البرامج المستهدفة التي تدفع فوائد فقط لأولئك الذين لديهم أدنى دخل للشيشوخة.
- UPP عالمي: المعاش التقاعدي الاجتماعي غير القائم على الاشتراكات وغير الربحي المرتبط بجميع السكان فوق سن معينة.
- DB- للبرامج المحددة للمخصصات صيغة لها علاقة مباشرة بالأرباح الفردية.
- NDC - تعتمد فوائد خطط المساهمة التعريفية المحددة على مقدار المساهمات المقدمة والفوائد النظرية المقيدة للحسابات الفردية.
- PF - من خلال صناديق الادخار/ تعتمد خطط المساهمات المحددة التي تديرها القطاع العام على مقدار المساهمات وعوائد الاستثمار التي يكسبها الأفراد.
- لدى طاجيكستان وقيرغيزستان وقازاخستان أيضا خطط معاشات تكميلية.

## المراجع

- Al-Aoufi, H., Al-Zyoued, N., & Shahminan, N. (2012). Islam and cultural conceptualizations of disability. *International Journal of Adolescence and Youth*, 17(4), 205-219
- Bywaters, P., Ali, Z., Fazil, Q., Wallace, L. M., & Singh, G. (2003). Attitudes towards disability amongst Pakistani and Bangladeshi parents of disabled children in the UK: considerations for service providers and the disability movement. *Health and Social Care in the Community*, 11(6), 502-509
- Coleridge, P. (1999). Cultural values and disability: The example of Afghanistan. In Stone E. Leeds (Eds.), *Disability and Development: Learning from Action and Research on Disability in the Majority World* (149-167). The Disability Press
- Elsaman, R. & Arafa, M. (2012). The rights of the elderly in the Arab Middle East: Islamic theory versus Arabic practice. *Marquette University Law School Elder's Advisor*, 13(2), 1-53
- Hajjar, R. R., Atli, T., Al Mandhari, Z., Oudrhiri, M., Balducci, L., & Silbermann, M. (2013). Prevalence of aging in the Middle East and its implications for cancer incidence and care. *Annals of Oncology*, 23, vii11-vii24
- Hasnain R, Shaikh L.C., & Shanawani, H. (2008) Disability and the Muslim perspective: an introduction for rehabilitation and health care providers. *Center for International Rehabilitation Research information and Exchange .Development*
- Hoodfar, H. (1997). *Between Marriage and the Market: Intimate Politics and Survival in Cairo*. Berkeley: University of California Press
- Hussein, S. & Ismail, M. (2016). Ageing and elderly care in the Arab region: Policy challenges and opportunities. *Ageing International*, 42(3), 274-289
- Hussein, S. & Manthorpe, J. (2005). An international review of long term care workforce: Policies and shortages. *Journal of Aging and Social Policy*, 17(4), 75-94
- Hussein, S. & Manthorpe, J. (2007). Women from the Middle East and North Africa in Europe: Understanding their marriage and family dynamics. *European Journal of Social Work*, 10(4), 465-480
- ILO (2008), Conditions of Work and Employment Program, Geneva
- ILO (2014a), World Social Protection Report 2014/2015, Geneva
- ILO (2014b), Social Protection for Older Persons: Key Policy Trends and Statistics, Geneva

- ILO (2016), Key Indicators of Labour Market (KILM), 9<sup>th</sup> edition, Geneva
- Ingstad, B. & Whyte, S. R. (1999). *Disability and Culture*. Berkeley, CA: University of California Press
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle: University of Washington
- Khadr, Z. A. (1997). *Living Arrangements And Social Support Systems Of The Older Population In Egypt* (Ph.D. dissertation). University of Michigan
- Knodel, J. & Chayovan, N. (2008). *Population Ageing and the Wellbeing of Older Persons in Thailand*. Ann Arbor: University of Michigan
- Kronfol, N., Sibai, A. M., & Rizk, A. (2013). Ageing in the Arab Region: Trends, Implications and Policy Options. *Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA)*
- Lederach, J. P. (1995). *Preparing for Peace: Conflict Transformation across Cultures*. Syracuse, NY: Syracuse University Press
- Lockenhoff, C.E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R.R., De Bolle, M., Costa, P.T., & Aguilar-Vafaie, et al. (2009). Perceptions of aging across 26 Cultures and their culture-level associates. *Psychology and Aging, 24(4)*, 941-954
- Pallares-Miralles, M., Romero, C., & Whitehouse, E. (2012). *International Patterns of Pension Provision II: A Worldwide Overview of Facts and Figures*. World Bank
- Reid-Cunningham, A. R. (2009). Anthropological theories of disability. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 10*, 99-111
- Sibai, A. & Yamout, R. (2012). Family-based old-age care in Arab countries: Between tradition and modernity. In: H. Groth & A. Sousa-Poza (eds), *Population Dynamics In Muslim Countries: Assembling The Jigsaw* (63-76). Switzerland: Springer
- Sibai, A.M., Tohme, R., & Yount, K. (2012). The older Arab – from veneration to vulnerability? In S. Jabbour, R. Giacaman, M. Khawaja and I. Nuwayhid (eds.), *Public Health in the Arab World* (264-275). Cambridge, UK: Cambridge
- Sinunu, M., Yount, K. M., & El Afify, N. A. W. (2009). Informal and formal long-term care for frail older adults in Cairo, Egypt: family caregiving decisions in a context of social change. *Journal of Cross Cultural Gerontology, 24(1)*, 63–76
- UN (2002), Political Declaration of the Second World Assembly on Ageing, New York
- UN (2007), Major Developments and Trends in Population Ageing, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York
- UN (2011), Current Status of the Social Situation, Wellbeing, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide, Department



- of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York
- UN (2011), Population Policies Dataset 2011, Department of Economic and Social Affairs, Population Division and Policy Section, New York
- UN (2013b), World Population Ageing 2013, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York
- UN (2013c), Neglect, Abuse, and Violence against Older Women, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York
- UN (2015), Population Policies Dataset 2015, Department of Economic and Social Affairs, Population Division and Policy Section, New York
- UN (2017), World Population Prospects: The 2017 Revision, Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development, New York
- UNFPA (2011), Overview of Available Policies and Legislation, Data and Research, and Institutional Arrangements Relating To Older Persons - Progress Since Madrid, New York
- UNFPA (2012), Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge, New York
- UNFPA and Help Age International. (2012). *Ageing in 21st Century: A Celebration and a Challenge*
- WHO (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva: World Health Organization
- Yount, K. (2005). The patriarchal bargain and inter-generational co-residence in Egypt. *The Sociological Quarterly*, 48, 137–164
- Yount, K. M. & Rashad, H. (2008). *Family In The Middle East: Ideational Change In Egypt, Iran And Tunisia*. London: Routledge
- Yuill, C., Crinson, I., & Duncan, E. (2010). *Key Concepts in Health Studies*. California: Sage Publications