



رصد معمق لأحوال كبار السن في العالم

الحق في الصحة لكبار السن والحق
في إحصائهم

HelpAge

International

AARP[®]
Real Possibilities

ملخص تنفيذي

الناشر: منظمة HelpAge العالمية

صندوق بريد 70156
لندن WC1A 9GB، المملكة المتحدة

info@helpage.org

www.helpage.org

مؤسسة خيرية مسجلة في إنجلترا وويلز، تحت الرقم 288180

حررها: غرين إنك (Green Ink (greenink.co.uk

صور الغلاف الأمامي:

- 1 2 ;Asociación Israelita Argentina AMIA; 2: Jonas Wresch/HelpAge International
- 3 4 ;CORDES; 4: Lydia Humphrey/Age International
- 5 6 ;Claire Catherinet/HelpAge International; 6: Zugomedia, Republic of Moldova
- 7 8 ;Hereward Holland/HelpAge International; 8: Oscar Franklin/HelpAge International
- 9 10 ;Red Cross Serbia/HelpAge International; Ben Small/HelpAge International
- 11 12 .Brayden Howie/HelpAge International; HelpAge International

تصميم: جرين إنك

حقوق الطبع والنشر © منظمة HelpAge العالمية، 2018. أعد هذا التقرير منظمة HelpAge العالمية، بتعاون وتمويل رابطة المتقاعدين الأمريكية aarp.org (AARP)

تم ترخيص هذا العمل كمشاع إبداعي غير تجاري 4.0

رخصة عالمية (CC BY-NC 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

ردمك 978-1-910743-44-7

شكر وتقدير:

تم دعم إصدار هذا التقرير بمنحة من رابطة المتقاعدين الأمريكية aarp.org (AARP).

المساهمون من منظمة HelpAge العالمية: راتشيل ألبون، باتريشيا كونبوي، مارك غورمان، كاتلين ليتلتون، مادلين ماك كيفرن، فيريتي ماك كيفرن، ألكس ميهنوفيتس، لاورا باريس، إيلي بارافاني وتانفي باتل.

المساهمون من رابطة المتقاعدين الأمريكية: نيك باراكا، إيمي كارتر، إيريكا دار، ميكائيل ابستاين، ميريديث هنتر، كارل ليفيسك، كيث ليند، هولي شولز والدكتورة ديبرا ويتمان. بحوث البيانات وإعداد وتطوير الموجزات القطرية: الدكتور بول كوال، جامعة شيانغ ماي، ومنظمة الصحة العالمية، والبروفيسور ناوي نج، جامعة أوميا.

الحق في الصحة – حق عالمي



مضى 70 عاما على الإعلان العالمي لحقوق الإنسان

كرس الاعلان حق كل فرد في الصحة دون تمييز على أساس السن أو الجنس أو العرق أو أي وضع آخر. ومع ذلك، لم يتم تطبيق الحق في الصحة بشكل محدد في سياق العمر المتقدم في القانون الدولي لحقوق الإنسان.

لكبار السن وحريرتهم الذاتية.⁵ كما تشمل الأحكام الأخرى تحديدا كبار السن، بما في ذلك توصية من اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة (CEDAW) لضمان حصول النساء كبيرات السن على الرعاية بأسعار معقولة وإمكانية الوصول إلى العاملين في مجال الصحة المدربين تدريباً خاصاً.⁶

وبالرغم من أوجه الحماية تلك، يظل التقدم في مجال الصحة لكبار السن غير متساوي إلى حد كبير وغالبا ما يكون محدودا. ولذلك لم يتحقق حق كبار السن في الصحة. في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على وجه الخصوص، لا يزال كبار السن يعانون من الاستبعاد والإقصاء ويواجهون تحديات متعددة في الوصول إلى الخدمات.

يتطلب النهج الذي يستند إلى الحقوق في تناول المسائل الصحية أن تعالج الأنظمة والخدمات الصحية عدم المساواة من خلال جعل أولئك الذين هم أكثر تخلفا عن الركب الأولوية الأولى. ويتردد هذا المبدأ في خطة الأمم المتحدة لعام 2030 للتنمية المستدامة وأهداف التنمية المستدامة، وفي الجهود الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة.⁷ ويوضح هذا التقرير مدى إهمال كبار السن، من خلال تحليل البيانات المتاحة عن صحة كبار السن وعن طريق تسليط الضوء على الفجوات - حيث وببساطة لا يتم احتساب كبار السن.

في صميم الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وفي صميم تأسيس منظمة الصحة العالمية (WHO) كان الالتزام العالمي بإقرار الحق في الصحة لجميع الناس في كل مكان. الآن ، وبعد مرور 70 عاماً، أصبح الوقت مناسباً لتقييم مدى شمول هذه الرؤية من الناحية العملية لكبار السن.

تم الاعتراف مرة أخرى بالحق في الصحة في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (ICESCR)، والذي ذهب إلى ما هو أبعد من مجرد الحصول على الخدمات الصحية ليشمل ” طائفة عريضة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تهيئ الظروف التي تسمح للناس بأن يعيشوا حياة صحية، وتمتد إلى المحددات الأساسية للصحة“.¹ وتضع لجنة الأمم المتحدة للحقوق الثقافية والاقتصادية والاجتماعية أربعة عناصر أساسية للحق في الصحة: التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، والجودة.² وقد أصبحت هذه الجوانب أساسية للتغطية الصحية الشاملة والنهج الذي يركز على الناس في مجال الصحة، وكلاهما سيكونان المفتاح لإعادة تنظيم النظم الصحية اللازمة لضمان إعمال الحق في الصحة لكبار السن.

حق كبار السن في الصحة

إن الحق في الصحة، مثل جميع حقوق الإنسان، هو حق عالمي وغير قابل للتصرف ويجب التمتع به دون تمييز على أساس السن أو العرق أو أي وضع آخر. وقد أشارت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إشارة محددة إلى حق كبار السن في الصحة، وذكرت أنه ”من الواضح أن كبار السن لهم الحق في التمتع بمجموعة كاملة من الحقوق“ المعترف بها في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.³ وتؤكد اللجنة على أهمية اتباع نهج متكامل يجمع بين عناصر الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل الصحي،⁴ مشيرة إلى أن هذا النهج يجب أن يحافظ على القدرة الوظيفية

العوائق التي تحول دون تمتع حق كبار السن في الصحة

يواجه كبار السن عدداً من العوائق التي تحول دون إدماجهم في الأنظمة والخدمات الصحية.

التمييز الذي يتخذ شكل التحيز ضد كبار السن شائع، بما في ذلك بين أوساط العاملين في مجال الصحة، الذين قد يخفقون في استشارة كبار السن بشأن رعايتهم وتقييم أو منع الوصول إلى التدخلات على أساس السن. وتشمل العوائق الأخرى ضعف الوصول المادي إلى الخدمات، والافتقار إلى التوعية في المجتمعات المحلية، والفقر والتكاليف الباهظة، وانخفاض معدل الإلمام بالصحة وقلة الوصول إلى المعلومات الصحية. في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، يكون العاملون الصحيون غير مستعدين بشكل كافٍ للاستجابة للتحديات الصحية الشائعة بين كبار السن، وهناك نقص في التدريب الطبي وعلم الشيخوخة في رعاية كبار السن.

تبنى العديد من النظم الصحية لإدارة الأمراض الحادة العرضية وهي أقل قدرة على الاستجابة لظروف صحية مزمنة على المدى الطويل. وهذا يعني أنها غالباً ما تكون غير قادرة على توفير الرعاية المتكاملة التي تركز على الناس والتي تعتبر مهمة في سن متقدمة، وتفشل في الاستجابة للاحتياجات الخاصة للمجموعات الأكبر سناً. بالإضافة إلى هذه العوائق، فشلت الأنظمة الصحية في مواكبة التحولات العالمية الكبرى والمترابطة: التحول الديموغرافي والتحول الوبائي.⁸

التحول الديموغرافي

أدى التقدم المحرز في مجال الصحة العالمية والتنمية إلى انخفاض معدلات الخصوبة والوفيات، وتسارع وتيرة شيخوخة سكان العالم. فيحلول عام 2020، من المتوقع أن يتجاوز عدد الأشخاص في العالم الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة وما فوق مليار نسمة،

التحولات الثلاثة

التحول الديمغرافي

- العالم يتشيخ بسرعة - بحلول عام 2020 ، سيكون هناك أكثر من مليار شخص في سن 60 فما فوق.
- البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل هي موطن 70% من كبار السن في العالم.
- المرأة تعمر أطول من الرجل في كل مكان في العالم بمعدل 4.7 سنوات.



التحول الوبائي

- يتحول النمط العالمي للمرض باتجاه الأمراض غير المعدية.
- تؤثر الأمراض غير المعدية تأثيراً غير متكافئاً على كبار السن - في عام 2011، كانت 75% من الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية في البلدان المنخفضة والمتوسطة بين من الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة أو أكثر.



تحول النظم الصحية

- يجب أن تتأقلم النظم الصحية لتشيخ سكان العالم وتزايد الأمراض غير المعدية لضمان تلبية حق كبار السن في الصحة.
- توفر أهداف التنمية المستدامة والدفع العالمي نحو التغطية الصحية الشاملة فرصاً لتوجيه هذا التحول.



ليصل إلى 2 مليار بحلول عام 2050.⁹ وتيرة هذا التغير الديموغرافي هي الأسرع في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث يعيش 70 في المائة من الناس الذين تبلغ أعمارهم 60 وما فوق .¹⁰

التحول الوبائي

لقد تحول النمط العالمي من المرض على مدى السنوات الأخيرة بعيداً عن الأمراض

تغطية صحية شاملة

تحدد خطة التنمية المستدامة لعام 2030 التي وافق عليها قادة العالم 17 هدفاً "لتحقيق حقوق الإنسان للجميع"¹³. تعهدتها المركزي هو عدم إهمال أي شخص والوصول إلى من هم أكثر تخلفاً عن الركب. لذلك، هناك فرصاً كبيرة قد فتحت في خطة عام 2030 للنهوض بإعمال حقوق الإنسان للناس من جميع الأعمار، بمن فيهم كبار السن. اكتسب الحق في الصحة طوال دورة الحياة اهتماماً متزايداً مع اعتماد أهداف التنمية المستدامة. ومن أجل ضمان حياة صحية وتعزيز رفاه الجميع في كل الأعمار، يوفر هدف التنمية المستدامة 3 فرصة حاسمة لتحقيق حق كبار السن في الصحة.

ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن الهدف الفرعي 4.3 المتعلق بالأمراض غير المعدية يعترف بتحول عبء المرض ويعد بتركيز متزايد في هذا المجال الذي يثير القلق بشكل خاص بالنسبة لكبار السن. في غضون ذلك، ولتحقيق التغطية الصحية الشاملة، يوفر الهدف 8.3 طريقاً محتملاً للتحويلات اللازمة لتلبية متطلبات التحويلات الديموغرافية والوبائية. ويواجه كبار السن حالياً عدداً من التحديات في تحقيق الحق في الصحة، بما في ذلك تلك المتعلقة بالتوافر، والجودة والقدرة على تحمل التكاليف – وهي المكونات الأساسية الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة. ونظراً إلى ارتفاع معدلات انعدام الأمن في الدخل عند كبار السن، سيكون عنصر الحماية من المخاطر المالية للتغطية الصحية الشاملة أساسياً. ومن أجل معالجة العوائق، ينبغي تحديد الآثار المتعلقة بالتوافر، والجودة والحماية المالية لكبار السن بوضوح في كل خطوة من خطوات تطوير أنظمة التغطية الصحية الشاملة. الأمور المتعلقة بالصحة لدى كبار السن معقدة، بما في ذلك انتشار حالات الأمراض المتعددة، والذي يعني أن تكييف النظم لتحقيق التغطية الصحية الشاملة يجب أن يضمن أن تركز الرعاية على الإنسان وأن تكون متكاملة.

تلتزم خطة عام 2030 بوضع مؤشرات لأهداف التنمية المستدامة مصنفة حسب الدخل والجنس والسن والعرق والإثنية والإعاقة والموقع الجغرافي ومركز الشخص فيما يتعلق

المعدية ونحو الأمراض غير المعدية. تؤثر الأمراض غير المعدية تأثيراً غير متناسب على الأشخاص في سن متقدمة. وتشير التقديرات إلى أن نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في عام 2011 بين الأشخاص في عمر 60 سنة وما فوق كانت 75 في المائة¹¹. بالإضافة إلى المعدلات العالية للأمراض غير المعدية في سن الشيخوخة، هناك أيضاً معدلات عالية من المراضة المتعددة. مع التقدم العمر، يزداد احتمال تعرض الأشخاص لأكثر من حالة مزمنة واحدة في نفس الوقت.

وكثيراً ما تصاحب التحديات المرتبطة بالصحة المتمثلة بمعدلات مرتفعة من الأمراض غير المعدية والمراضة المتعددة لدى كبار السن الحاجة إلى مزيد من الدعم في مهام الحياة اليومية من أجل الحفاظ على الاستقلالية والحرية الذاتية، مما يؤدي إلى جعل الرعاية الصحية والاجتماعية أكثر تعقيداً وترابطاً بشكل متزايد. ولقد فشلت الأنظمة الصحية، وأنظمة الرعاية والدعم، حتى الآن في معالجة هذا التعقيد. وتتطلب التحولات الديموغرافية والوبائية تكييف النظم الصحية مع واقع جديد، والابتعاد عن الهياكل الرأسية التي تعالج أمراضاً محددة نحو خدمات أكثر تكاملاً وتنسيقاً تستجيب بشكل شامل.

هناك وبشكل واضح بعد للتحويلات الديموغرافية يستند للنوع الاجتماعي، والذي يمتد أيضاً للتحويلات الوبائية. أوضح فرق بين الرجل والمرأة هو العمر المتوقع. ولا يزال متوسط عمر المرأة يفوق عمر الرجل في معظم بلدان العالم، وتعيش المرأة لمدة أطول تبلغ في المتوسط 4.7 سنوات¹². انتشار الظروف المختلفة يختلف حسب الجنس بالنسبة لكبار السن. ويواجه النساء والرجال الكبار في السن عواقب مختلفة للتمييز المبني على الجنس وعلى عوامل أخرى، بما فيها الحالة الاجتماعية الاقتصادية. وهناك حاجة إلى نظم وخدمات صحية تراعي الاعتبارات المتعلقة بالنوع الاجتماعي وعامل السن تكون قادرة على الاستجابة لدوافع الاختلافات الصحية المستندة للنوع الاجتماعي.



Older person from Buenaventura, Colombia

بالهجرة، بما في ذلك مؤشرات لقياس التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة. على الرغم من هذا الالتزام، لا يزال كبار السن مستبعدين من البيانات المجمعة حالياً للعديد من المؤشرات.

الرعاية المرتكزة على كبار السن

ما وراء التغطية الصحية الشاملة

مال المدافعون عن التغطية الصحية الشاملة إلى التركيز على الاستجابات مثل إزالة العوائق المالية، وإلغاء رسوم المستعملين لخدمات الصحة على وجه الخصوص.¹⁴ لكن يحتاج مجتمع الصحة العالمي أيضاً إلى معالجة العوائق الأخرى التي تعيق الوصول إلى الخدمات الصحية، مثل المسافة الجغرافية، والاختلافات الثقافية، والأعراف المرتبطة بالنوع الاجتماعي، والمواطنة والمحددات الاجتماعية للصحة. الهدف من التغطية الصحية الشاملة، الذي تم التأكيد عليه في هدف التنمية السمتدامة 3، هو الوصول إلى الفئات السكانية الضعيفة حتى لا يتخلف أحد عن الركب، وبالتالي "هناك حاجة إلى أساليب مبتكرة حتى تصل الخدمات الصحية إلى ما هو أبعد من هذه العوائق وحولها".¹⁵

الرعاية التي تركز على الشخص والرعاية التي تركز على الناس

في حين لم يتم بعد الاتفاق على تعريف واحد للرعاية التي تركز على الناس، إلا أن السمات الأساسية تشمل وضع الأشخاص والمجتمعات بدلاً من الأمراض في مركز الأنظمة الصحية، وتمكين الناس فيما يتعلق بصحتهم بدلاً من جعلهم متلقين سلبيين. لذلك ينبغي أن يكون توفير الخدمة متكاملًا لا مجزأً، وأن يكون النهج الذي يركز على الناس على مستوى السكان والنظم الصحية، في حين يجب أن تركز العلاقة بالنسبة لمقدمي الخدمات الصحية والمرضى على الشخص. ولتحقيق أفضل النتائج لكبار السن، فإن مبدأ تنظيم الرعاية حول اهتمامات وأولويات الناس أنفسهم هو هدف مركزي في الرعاية التي

تركز على الأشخاص وعلى الناس.

ومع ذلك، فإن قياس التقدم المحرز في إنشاء خدمات صحية متكاملة تركز على الناس أمر صعب. لا يتم تضمين قياس التكامل أو مركزية الناس، على سبيل المثال، في مرصد الصحة العالمية التابع لمنظمة الصحة العالمية، وفي أطر الرصد والتقييم الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة، أو القائمة المرجعية العالمية المؤلفة من 100 مؤشر صحي أساسي لمنظمة الصحة العالمية.¹⁶

تمثل الرعاية التي تركز على الشخص تحديًا خاصًا - وضروريًا - بالنسبة لكبار السن الأكثر ضعفاً جسدياً وذهنياً. بالنظر إلى أن نسبة عالية من أولئك الذين يحتاجون إلى رعاية ودعم في سن متقدمة يعيشون مع الخرف، فإن بناء قاعدة أدلة حول السمات الرئيسية للرعاية التي تركز على الشخص أمر مهم للغاية هنا. لا تقتصر الرعاية التي تركز على الشخص على العلاج في إطار مؤسسي - حيث يمكن للنهج الذي يركز على الشخص أن يعلم أيضاً الوقاية والإدارة في المجتمع. فقد أولت سنغافورة، على سبيل المثال، اهتماماً متزايداً في السنوات الأخيرة لمجموعة من التدخلات التي تعالج احتياجات الأشخاص الذين يعيشون مع الخرف كجزء من السكان الأكبر سناً، بما في ذلك السكن العام الملائم وخدمات النقل والعمالة وخدمات الدعم.¹⁷

الرعاية والدعم طويل الأمد

بينما يركز هذا التقرير على صحة كبار السن، يلعب الدعم الاجتماعي دوراً رئيسياً. بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من خسارة كبيرة في القدرات الأصلية، قد تكون هناك حاجة إلى رعاية ودعم على المدى الطويل. تُعرّف الرعاية طويلة الأجل على أنها الأنشطة التي يقوم بها الآخرون لضمان أن الأشخاص الذين هم في خطر أو المعرضين لخطر الخسارة المستمرة والكبيرة في القدرة الأصلية، يمكنهم الحفاظ على مستوى من القدرة الوظيفية بما يتماشى مع حقوقهم وحياتهم الأساسية وكرامتهم.¹⁸ ينقل هذا



نحتاج إلى بيانات جيدة مقدمة في أوانها ومصنفة حسب الجنس والسن والإعاقة وغيرها من الخصائص ذات الصلة لقياس الاحتياجات المتنوعة والمحددة لكبار السن من الرجال والنساء وفهمها والاستجابة لها، ورصد التقدم المحرز في الحق في الصحة للجميع.



فهم الصحة مع تقدم الناس في العمر وفي واقع الديناميكيات السكانية والاتجاهات في أنماط المرض.

لا يزال هناك عدد من القضايا تتعلق بجمع وتحليل وإعداد التقارير واستخدام البيانات حول الشيخوخة وكبار السن. هذه القضايا تتعلق بنظم البيانات بشكل عام وفي إنتاج الإحصاءات الصحية على وجه التحديد.

وكثيراً ما تُستبعد النساء والرجال الأكبر سناً من آليات جمع البيانات. جزء كبير من البيانات المعتمد عليها في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، بما في ذلك المتعلقة بالصحة، يأتي من الدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية. البعض لديها أسقف عمرية، وبالتالي لا تشمل كبار السن بشكل روتيني. وثمة قيد آخر هو أنها غالباً ما توفر البيانات والتحليلات على مستوى الأسرة بدلاً من المستوى الفردي، مما يخبرنا القليل عن الوضع الصحي لكبار السن أو مدى وصولهم إلى الخدمات.

عندما يتم جمع البيانات، لا يتم تفصيلها وتحليلها دائماً حسب العمر. فالبيانات التي يتم جمعها خلال الحالات الإنسانية وحالات الطوارئ، على سبيل المثال، غالباً ما تكون مصنفة حسب العمر في فئتين فقط، الأعمار حتى الخمس سنوات والأعمار ما فوق خمس سنوات.

التعريف الغرض من هذه الرعاية والدعم إلى ما وراء تلبية الاحتياجات الأساسية، معترفاً بوكالة (رغبات) كبار السن، بما في ذلك حقهم في اتخاذ القرارات بشأن حياتهم وترتيبات معيشتهم.

في معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، أهم مقدمي الرعاية هم الأقارب دون دعم مالي أو أي دعم آخر. ”وهذا يؤدي إلى وجود الملايين من الأشخاص كبار السن الضعفاء الذين لا تلبى احتياجاتهم الأساسية، أو في بعض الحالات الذين يعانون من انتهاكات صارخة لحقوقهم الأساسية. وهذه الرعاية تضع عبئاً غير ضروري على مقدمي الرعاية، الذين هم من الإناث بأغلبية ساحقة.“¹⁹

أحد العوامل المقيدة في بناء السياسة حول الرعاية والدعم طويل الأمد هو الغياب الواضح للبيانات الشاملة. لا يوجد جمع متنسق للبيانات حول الرعاية والدعم طويل الأمد على المستويين العالمي والإقليمي، وغالباً ما توجد فجوات على المستوى الوطني. تكشف الدراسات الموجودة أن نسبة كبيرة من كبار السن معتمدة على الرعاية، وهو انتشار يزداد مع التقدم بالعمر. هذا الانتشار هو أيضاً أعلى بشكل كبير في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث تكون البنى التحتية للرعاية أضعف مما هي عليه في البلدان عالية الدخل.²⁰

أنظمة البيانات تعيق حق كبار السن في الصحة

إن القدرة على تقييم ما إذا كان كبار السن يتمتعون بالحق العالمي في الصحة غير القابل للتصرف، دون تمييز وعلى نحو متساو مع الآخرين، يعتمد على وجود بيانات جيدة النوعية ومحدثة وبإمكانية الحصول عليها. وكذلك أيضاً القدرة على تحديد الثغرات فيما يتعلق بتوافر الخدمات الصحية المقدمة لكبار السن وإمكانية الوصول إليها ومقبوليته وجودتها. ولكن، لقد فشل نظام البيانات الدولي في مواكبة التحولات خطوة بخطوة في

إن التنبؤات المستندة إلى التقديرات العالمية لفهم الاتجاهات عبر البلدان والمجموعات السكانية والوقت، تحد من الجودة العامة لمصادر البيانات الأساسية، وافتراضات النماذج، والفروق الزمنية بين إجراء المسوحات الوطنية.

هناك حاجة ملحة لجمع البيانات على مدار الحياة ثم تصنيفها حسب العمر، ولكن أيضاً حسب المجموعة الاجتماعية والجنس والإعاقة والعرق والموقع، للفت الانتباه إلى التفاوتات في الصحة والعمر المتوقع في أوساط السكان كبار السن لنتمكن من التخطيط الفعال لتلبية احتياجاتهم .

ويشمل ذلك الحاجة إلى تحسين التغطية ونوعية التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية عبر البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لتوفير بيانات ديمغرافية وصحية مستمرة عن الولادات وأسباب الوفاة.

بالإضافة إلى ذلك، فإن الدراسات الطولية الموسعة التي تجرى في بيئات متعددة تلعب دوراً هاماً في تحسين بيئة البيانات. لدى هذه الدراسات القدرة على التقاط البيانات عن توزيع الصحة والإعاقة بين السكان الأكبر سناً وكذلك على مسارات المرض. إن المصادر الجديدة للبيانات (مثل الهواتف المحمولة، واستخدام الإنترنت ووسائل الإعلام الاجتماعية، وبطاقات الائتمان وبطاقات الخصم، وصور الأقمار الصناعية) تولد بيانات فورية بشكل أسرع، وبكمية أكبر وتغطي نطاق أوسع من الموضوعات أكثر من أي وقت مضى. ومع ذلك، ليس من الواضح إلى أي مدى يمكن لمصادر البيانات الجديدة أن تغلق الفجوات في الأدلة.

ومع ذلك، فقد كانت هناك ردود إيجابية على الفجوات في البيانات عن الشيخوخة وكبار السن، مثل إنشاء مجموعة مدينة تيتنشفيلد Titchfield City Group بشأن الإحصاءات المتعلقة بالشيخوخة والبيانات المصنفة حسب العمر،²¹ والتطور الناشئ للأطر المفاهيمية والتحليلية للإحصاءات المتعلقة بالشيخوخة التي تجمع خلال دورة الحياة.

يشمل القصور في البيانات تلك الخاصة بالأشخاص البالغين في الرعاية المؤسسية، والأفراد المقيمين في أماكن غير رسمية أو الذين لا مأوى لهم، والأشخاص الذين تكون ميولهم الجنسية أو هويتهم الجنسية مثلية ومثلي ومزدوجي الميل الجنسي والمتحولين جنسياً والشواذ والمتساثلين عن هويتهم الجنسية.

ولجعل التقرير مستثيراً ببحث تم إجراؤه، شرع الباحثون في جمع وتحليل البيانات الوطنية حول صحة كبار السن من 12 دولة. وكشفت هذه الممارسة في حد ذاتها القضايا المهمة التالية في إمكانية الوصول إلى البيانات المتعلقة بالصحة في سن متقدمة.

■ كان من الصعب تحديد موقع البيانات لعدة مؤشرات أو كانت غير موجودة في بعض البلدان.

■ لم يكن الوصول إلى البيانات سهلاً، واعتمد تحديد المصادر اعتماداً كبيراً على العلاقات المهنية الشخصية والشبكات، وكان يستغرق وقتاً طويلاً جداً.

■ حيث تمكن الباحثون من الوصول إلى البيانات، لم يكن من الممكن، في بعض الحالات، تضمينها في التحليل بسبب عوامل مثل نقص أو عدم اكتمال التسميات وعدم وجود توجيه لفهم كيفية تنظيم البيانات.

■ بالنسبة لبعض مجموعات البيانات، كانت البيانات الوصفية اللازمة لتقييم جودة البيانات مفقودة، في حين لم تكن البيانات الأخرى مرتبة حسب المتغيرات الرئيسية.

■ كانت قابلية مقارنة المتغيرات لمجموعات البيانات صعبة بشكل خاص حيث اختلفت صياغة الأسئلة والاستجابات المحتملة بدرجة كبيرة.

■ وشملت القضايا الأخرى عمر البيانات ومدى الانتظام في تحديثها، وأحجام العينات، وتحديات جمع البيانات النوعية والكمية.

ما تخبرنا به البيانات عن صحة كبار السن

العمر المتوقع

تظهر البيانات الواردة في موجزات البلدان الإثنا عشر المدرجة في هذا التقرير أن العمر المتوقع لكل من الرجال والنساء أخذ في الارتفاع. وتختلف معدلات الزيادة عبر البلدان، ما يظهر مراحل مختلفة من التحول الديموغرافي، وبالتالي تحول وبائي محتمل، فضلاً عن عدم المساواة الكبيرة في الصحة والرفاهية بين البلدان.

تشير نسبة العمر الصحي المتوقع إلى العمر المتوقع إلى نسبة الحياة المتوقع أن تكون فيها الصحة جيدة. على الصعيد العالمي، تزايد نسبة العمر الصحي المتوقع، ولكنها قد لا تتقدم بنفس تقدم معدل العمر المتوقع. فمن أجل زيادة نسبة العمر بصحة جيدة يجب أن تتجاوز مكاسب نسبة العمر الصحي المتوقع نسبة العمر المتوقع الأوسع. في كينيا ومولدوفا وصربيا، فإن الفجوة بين نسبة العمر الصحي المتوقع ونسبة العمر المتوقع تزايد بالنسبة للرجال، مما يعني نسبة أكبر من الحياة في حالة صحية أكثر سوءاً. على النقيض من ذلك، في باكستان وفرنسا وزيمبابوي، ترتفع نسبة العمر الصحي المتوقع بشكل أسرع من نسبة العمر المتوقع. على الصعيد العالمي، نسبة العمر الصحي المتوقع للنساء عند الولادة وفي سن الستين هي أعلى من الرجل، لكن يمكن للنساء أن يتوقعن أن يعيشن نسبة أكبر من حياتهن في حالة صحية أسوأ من الرجال.

التحول في عبء المرض

معظم العبء الذي يقلل من العمر الصحي المتوقع تنتجه الآن الأمراض غير المعدية. في حين تظل الأمراض المعدية مصدر قلق للناس من جميع الأعمار في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، تعد الأمراض غير المعدية والإصابات من العوامل الرئيسية التي تسهم في سوء الصحة والموت في معظم الحالات.

عادة ما يرتفع انتشار الأمراض غير المعدية مع تقدم العمر. المساهمون الرئيسيون في عبء الأمراض لدى كبار السن على مستوى العالم هي أمراض القلب والأوعية الدموية (الأمراض القلبية الوعائية، وتمثل 30.3 في المائة من إجمالي عبء المرض)، والسرطانات (15.1 في المائة)، والأمراض التنفسية المزمنة (9.5 في المائة)، وأمراض الجهاز الهيكلي العضلي (7.5 في المائة)، والاضطرابات العصبية والعقلية (6.6 في المائة).²² في حين أن الأمراض القلبية الوعائية تتناقص كسبب للوفاة بين كبار السن في العديد من البلدان المشمولة، تشير البيانات إلى أن السرطان يتزايد في 11 بلد من أصل 12. هناك أيضاً اتجاه عام نحو زيادة مساهمة مرض السكري كسبب للوفاة بين كبار السن. في البلدان الأفريقية، يظل فيروس نقص المناعة البشرية سبباً مهماً للوفاة في الفئة العمرية من 15 إلى 49 عاماً، ولكنه يساهم أيضاً، وإن كان بدرجة أقل، في الوفيات في الأعمار المتقدمة.

أمراض القلب والأوعية الدموية

تظهر البيانات الخاصة بالبلدان الإثنا عشر المشمولة أن انتشار الأزمات القلبية يزداد مع تقدم العمر.²³ في العديد منها، يميل انتشار الأزمات القلبية إلى أن يكون أقل لدى النساء من الرجال في سن الشيخوخة الأصغر، لكن ترتفع المعدلات بسرعة أكبر مع تقدم النساء في السن.

داء السكري

في جميع البلاد المشمولة، يتزايد انتشار مرض السكري بشكل عام مع التقدم في السن، حيث يبلغ ذروته في سن السبعين قبل أن يبدأ في التراجع. زيادة الانتشار مع التقدم في السن يمكن ربطها بمجموعة من القضايا الفردية والعامّة، بما في ذلك عوامل الانسولين في سن متقدمة، والمستويات الأعلى من بدانة البطن وغيرها من الحالات التي تزيد من خطر الإصابة بالسكري، وعدم كفاية الفحص وضعف فرص وصول كبار السن إلى



العلاج والدعم. بالنسبة لكبار السن من الرجال والنساء، فإن تأثيرات مرض السكري مرتفعة وتزداد مع تقدم العمر، كما هو موضح في البيانات الخاصة بمضاعفات المرض، مثل ضعف البصر.

الصحة في سن متقدمة موضوع شائك: ماذا نقيس؟

ولكي يتم تكييف الأنظمة الصحية بحيث تستجيب للسياقات المتغيرة للتحويلات الديمغرافية والوبائية، يلزم توافر بيانات أكثر تحديداً ودقة. وينبغي أن يسلط الضوء على الأمور الشائكة المتعلقة بالصحة في سن متقدمة، وكيف أن التحديات الصحية قد تترافق مع تراجع القدرة الوظيفية ما يتطلب رعاية صحية واجتماعية. يمكن أن توفر البيانات الخاصة بأنشطة الحياة اليومية والأنشطة المساعدة في الحياة اليومية معلومات أكثر فائدة، ومع ذلك لا تتوفر بيانات واسعة النطاق قابلة للمقارنة.

يظهر مثال واحد عن كيفية جمع بيانات أنشطة الحياة اليومية والأنشطة المساعدة في الحياة اليومية في مسح الشيخوخة في ميانمار لعام 2012.²⁵ شمل هذا المسح تحليلاً لحركة كبار السن، وهو عنصر أساسي في تقييم أنشطة الحياة اليومية. أظهرت النتائج أن تحديات الحركة تزداد مع التقدم في العمر عبر نطاق الأسئلة المطروحة. فعلى سبيل المثال، 16 في المائة من الرجال و 22 في المائة من النساء بين سن 60 و 69 سنة تحدثوا عن وجود قدر من الصعوبة في المشي مسافة تتراوح بين 200 و 300 متر، وارتفعت النسبة إلى 38 في المائة للرجال و 53 في المائة للنساء بعمر 70 سنة أو أكثر.

كما شملت دراسة الشيخوخة في ميانمار غيرها من أنشطة الحياة اليومية ركزت على قدرة كبار السن على الاعتناء بأنفسهم دون مساعدة يومية من الآخرين - وزادت التحديات مع التقدم بالسن بالنسبة للنساء والرجال على حد سواء. كما تم تضمين أنشطة الحياة اليومية والأنشطة المساعدة، مع سؤال كبار السن عن قدرتهم على القيام بالأعمال المنزلية، وإدارة الأموال، واستخدام وسائل النقل، وإجراء المكالمات الهاتفية وتذكر تناول الدواء. ازدادت الصعوبات مع أنشطة الحياة اليومية والأنشطة المساعدة مع العمر ولكنها

الصحة الإدراكية والعقلية - الخرف والاكتئاب والانتحار

تزايد مساهمة الخرف في الوفيات والسنوات المعاشة مع الإعاقة. يعيش حوالي 50 مليون شخص مع الخرف في جميع أنحاء العالم، غالبيتهم في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وهو رقم من المتوقع أن يرتفع إلى 82 مليون بحلول عام 2030.²⁴ يظل فهم الخرف محدوداً، والرعاية غير الكافية وتغطية التشخيص منخفضة.

يزداد انتشار الخرف مع التقدم في العمر في جميع الإثنا عشر بلداً المشمولة، ويرتفع باطراد حتى يبلغ منتصف عمر الشيخوخة حتى حوالي سن السبعين قبل أن يرتفع بسرعة أكبر ثم يستقر عند أكبر كبار السن (أكبر من 90 عاماً). انتشار الخرف عند النساء أعلى منه عند الرجال الذين يبلغون من العمر 70 سنة وأكثر في جميع البلدان المشمولة.

تظهر البيانات الخاصة بالاكتئاب في البلدان الإثنا عشر المشمولة اتجاهاً أقل ثباتاً إلى حد ما من اتجاه الظروف الصحية البدنية والعقلية الأخرى. ويعرض التحليل المستند للنوع الاجتماعي مزيداً من الاتساق: ففي جميع البلدان، معدل انتشار الاكتئاب أعلى لدى النساء كبيرات السن مقارنة بالرجال (باستثناء ميانمار، حيث الفرق صغير جداً، ولكن انتشاره أعلى لدى الرجال).

وفي سبعة من البلدان الإثنا عشر، معدلات الوفيات الناجمة عن إيذاء الذات هي الأعلى في المجموعة التي يبلغ عمرها 70 سنة وما فوق، تليها المجموعة التي تتراوح أعمارها بين 50 و 69 سنة، والأدنى بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 49 سنة. نسبة الوفيات نتيجة إيذاء الذات أو الانتحار أعلى بين الرجال مقارنة مع النساء عبر

كانت أكثر وضوحًا بين النساء كبيرات السن مقارنة بالرجال.

التغطية الصحية الشاملة

ولرصد فيما إذا كان كبار السن يتمتعون بحقهم في الصحة على الوجه المناسب، يلزم قياس المكونات الأساسية للحق في الصحة والتغطية الصحية الشاملة. ولكن استقاء البيانات لهذا التقرير قد أبرز غيابًا شبه تام للبيانات ذات الصلة، والبيانات التي يتم جمعها ضمن مجموعة سكانية أوسع نادرًا ما تكون مصنفة حسب العمر. لم يتم العثور على البيانات التي تغطي على وجه التحديد القضايا التي يواجهها كبار السن فيما يتعلق بمكونات الحق في الصحة من التوافر، وسهولة الوصول، والمقبولية والجودة. مرة أخرى، وفيما يتعلق بوصول كبار السن إلى الخدمات الصحية والدعم بشكل أوسع، لا تتوفر بيانات على نطاق واسع والمثلة والقابلة للمقارنة. بدلاً من ذلك، هناك اعتماد على مجموعات البيانات الأصغر حجمًا أو على بحوث فردية قليلة. وحيثما وجدت هذه البحوث، فإنها قد أظهرت أنه لا يتم إعمال حق كبار السن في الصحة وأن تحديات عدم الإنصاف، بما في ذلك حسب العمر والجنس، ما زالت مستمرة في العديد من البلدان.

بالنظر إلى المحددات الاجتماعية للصحة والربط مع مؤشرات أهداف التنمية المستدامة، حاول هذا المشروع البحث عن بيانات عن العنف والمياه والصرف الصحي والفقير. القضية الوحيدة التي تم العثور على بيانات خاصة بها بالنسبة لكبار السن هي العنف. كانت بعض البيانات حول انتشار العنف الجسدي والجنسي والنفسي متاحة في جميع البلدان الاثنا عشر للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 سنة وما فوق، مع مزيد من التفصيل حسب العمر.

لم تكن هناك بيانات حول إمكانية وصول كبار السن إلى المياه والصرف الصحي، ولا عن مؤشرات أهداف التنمية المستدامة الخاصة بالفقير حسبما أبلغت شعبة الأمم المتحدة الإحصائية. كان استقاء البيانات حول مكونات التغطية الصحية الشاملة تحديًا

لا يقل أهمية. يقاس مؤشر التنمية المستدامة المتعلق بتغطية الخدمات الصحية الأساسية باستخدام مؤشر يعتمد على بيانات الأمراض غير المعدية التي تديرها منظمة الصحة العالمية والتي تستثني في معظمها كبار السن، ولا تجعل التصنيف حسب العمر ممكنًا. مؤشر التنمية المستدامة الذي يراقب عنصر الحماية من المخاطر المالية المرتبطة بالتغطية الصحية الشاملة يقاس على مستوى الأسرة وليس على المستوى الفردي، وبالتالي لا يقدم أي دليل يتعلق بكبار السن. والمقاييس الأوسع للعنصر المالي في التغطية الصحية الشاملة، مثل الإنفاق الشخصي، عليها قيود مماثلة.

إذا أردنا رصد الجهود الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة على نحو فعال، هناك حاجة للقيام بعمل كبير لضمان إمكانية التصنيف بشكل مناسب.

الاستنتاجات

عبر المجتمعات المختلفة، لم تعد العديد من القواعد والممارسات والأنظمة الراسخة المتعلقة بالشيخوخة وكبار السن تفي بالغرض، ولا يتمتع كبار السن بحقهم في الصحة. تظهر البيانات التي تم مراجعتها لهذا التقرير أن كبار السن في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يعيشون فترة أطول ولكنهم غالباً ما يعانون من اعتلال صحي غير ضروري ومن العجز وفقدان الرفاه. وعبر غالبية البلدان الـ 12 التي تم مسحها، تشير البيانات إلى أن الفجوة بين العمر الصحي المتوقع والعمر المتوقع أخذت في التزايد. هناك اختلافات جلية في الأنماط الوطنية للعمر المتوقع، والعمر الصحي المتوقع، ومسارات الأمراض، وأسباب الوفاة. يمكن للمرأة أن تتوقع أن تعيش نسبة أكبر من حياتها في حالة صحية أسوأ من الرجال، على سبيل المثال. هذه الاختلافات تسلط الضوء على عدم المساواة في اختبار الناس للصحة والرفاهية في سن أكبر.

إذا كانت التحديات التي تواجه الأنظمة الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل هائلة، فالاحتمالات أيضاً هائلة في الأماكن التي لم تصبح فيها أنظمة الرعاية الصحية

الإجراءات الواجب إتخاذها

مع احتفالنا بالذكرى السنوية السبعين للإعلان العالمي لحقوق الإنسان وتأسيس منظمة الصحة العالمية، الآن هو الوقت الحاسم لإجراء التغييرات اللازمة لإعمال حق كبار السن في الصحة. هناك حاجة إلى الإجراءات التالية.

يجب أن يعمل أصحاب المصلحة بالشراكة مع كبار السن:

- العمل التعاوني لتصميم وتنفيذ أنظمة صحية متكاملة تتشكل حول أولويات وهموم كبار السن أنفسهم يجب أن يكون موجهاً ومستنيراً بأصوات كبار السن، ومعرفة وجهات نظرهم .

استجابةً للتحويلات الديمغرافية والوبائية الحالية، يجب على الحكومات:

- شمل الشيخوخة وكبار السن في سياسات الصحة الوطنية وفي تخطيطها وتنفيذها
- إقرار الحق في الصحة في التشريعات على المستوى الوطني
- إغلاق الفجوة في التعرف على الخرف والاكتئاب وغيرها من الظروف الصحية العقلية والادراكية في العمر المتقدم
- تنفيذ استجابات صحية مراعية للنوع الاجتماعي وشاملة، مع مراعاة احتياجات مجموعات محددة من كبار السن
- الاعتراف بالعنف وسوء المعاملة والإهمال الذي يواجهه كبار السن والاستجابة له
- تطوير نماذج للتغطية الصحية الشاملة تكون شاملة وتركز على الشخص ومتكاملة عبر الرعاية والصحة وأنظمة الدعم

والرعاية المؤسسية مترسخة كما هي عليه في البلدان ذات الدخل المرتفع. هناك فرصة لتشكيل استجابات شاملة ومتكاملة للاحتياجات الصحية للسكان كبار السن، وتوفير الرعاية التي تركز على الناس. توفر التغطية الصحية الشاملة فرصة للبلدان لتعزيز نظمها الصحية والتكيف مع التحويلات الديمغرافية والوبائية.

فشل نظام البيانات الدولي في مواكبة التغيرات في فهمنا للصحة مع تقدمنا في العمر وفي فهم واقع ديناميات السكان واتجاهات وأنماط المرض. هناك حاجة إلى بيانات أكثر تحديداً ودقة تبرز الأمور الشائكة المتعلقة بالصحة عند كبار السن والتحديات المرتبطة بانخفاض القدرة الوظيفية التي تتطلب استجابات رعاية صحية واجتماعية متكاملة. يمكن للبيانات المتعلقة بأنشطة الحياة اليومية والأنشطة المساعدة في الحياة اليومية في تطوير خدمات أكثر استهدافاً ودعماً لكبار السن.

وفيما يتعلق بالتوافر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة - مكونات الحق في الصحة - لم يتم العثور على أية بيانات خاصة بالقضايا التي يواجهها كبار السن. يؤدي التركيز على جمع البيانات الصحية عن الفئات العمرية الأصغر وطريقة جمع البيانات إلى هذا الاستبعاد.

وتوفر نتائج رسمنا لخرائط أنظمة البيانات أدلة ملموسة أخرى على الفجوات في البيانات المتاحة للتخطيط للشيخوخة ولصحة كبار السن ورفاههم على المستويات الوطنية. وهذه الفجوات ببساطة لا تسمح حتى الآن بقياس مؤشرات أهداف التنمية المستدامة التي لها صلة بكبار السن بشكل منهجي. وعلى الرغم من فجوات البيانات، فقد أظهرت مراجعة البيانات لهذا التقرير بوضوح أنه مع تقدم السكان في السن، فإن الانتقال من الأمراض المعدية الحادة إلى الأمراض غير المعدية يمثل تحدياً كبيراً.

- الشيخوخة والصحة والقدرة الوظيفية
- تصنيف البيانات حسب العمر والجنس والإعاقة والموقع، ونشر النتائج الخاصة بالعمر
- وقف استخدام مفهوم "الوفيات المبكرة" المنحاز ضد كبار السن
- دعم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل دعماً كافياً في تطوير نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية (CRVS) وبناء القدرات في مكاتبها الإحصائية الوطنية
- توسيع قياسات التغطية الصحية الشاملة لتشمل مؤشرات عن كبار السن
- جمع البيانات لفهم أفضل للعلاقة بين الفقر والصحة عبر مسار الحياة، وعلى وجه التحديد، في وقت لاحق من الحياة
- دعم مداولات ومخرجات مجموعة مدينة تيتشفيلد بشأن الإحصائيات المتعلقة بالشيخوخة والبيانات المصنفة حسب العمر بشكل استباقي ونشرها واستخدامها.

- تحديد خدمات لإدراجها في التغطية الصحية الشاملة تكون خاصة بالعمر وتستجيب لاحتياجات كبار السن

- دعم تطوير اختصاصات طب الشيخوخة وعلم الشيخوخة في جميع قطاعات القوى العاملة في مجال الصحة.

يجب على الوكالات المتعددة الأطراف والحكومات والمكاتب الإحصائية الوطنية ضمان ما يلي:

- أن يتم إحصاء كبار السن وأن يكونوا مشمولين في النظم الإحصائية وفي جميع مراحل جمع البيانات وتحليلها واستخدامها


- إزالة السقوف العمرية من المسوحات الدولية

- شمول أطر الإحصاءات نهجاً لدورة الحياة لتوفير بيانات أكثر دقة وفائدة عن

1. تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة ، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، عن دوراتها الثانية والعشرين والثالثة والعشرين والرابعة والعشرين، صفحة 129.
2. المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة
3. مكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 6 للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لكبار السن: اعتمدت في الدورة الثالثة عشرة للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، في 8 كانون الأول / ديسمبر 1995، www.refworld.org/docid/4538838f11.html، الفقرة 10 (18 أكتوبر 2018)
4. مكتب مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، الفقرتان 34 و 35
5. المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة، الفقرة 25
6. اتفاقية الأمم المتحدة للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (الآن اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة)، التوصية العامة رقم 27 بشأن المسنات وحماية حقوقهن الإنسانية، الفقرات 44-46، <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/472/53/PDF/G1047253.pdf?OpenElement> (18 تشرين أول/أكتوبر 2018)
7. الأمم المتحدة، تحويل عالمانا: جدول أعمال 2030 للتنمية المستدامة، <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> - (18 تشرين أول/أكتوبر 2018)
8. روبن ج وفيرانتي د، "التغطية الصحية الشاملة: الانتقال الصحي العالمي الثالث؟" ذا لانست (مجلة طبية) 2012، 380: 9845، ص 861-862.
9. الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، التوقعات السكانية الاحتمالية مبنية على "التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2017" <http://esa.un.org/unpd/wpp> - (18 أكتوبر 2018)
10. روبن ج وفيرانتي د
11. منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية 2008، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2008
12. روبن ج وفيرانتي د
13. الجمعية العامة للأمم المتحدة، الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها: تقرير الأمين العام (تقرير رقم 66 / A / 83)، نيويورك، الأمم المتحدة، 2011
14. اوترسن ت وآخرون، اتخاذ خيارات عادلة على الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة: التقرير النهائي للمجموعة الاستشارية لمنظمة الصحة العالمية حول الإنصاف والتغطية الصحية الشاملة، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2014، ص vii-viii.
15. وانغ ج "تحقيق التغطية الشاملة". نشرة منظمة الصحة العالمية 93، 2015، ص.663-664، doi: 10.2471 / BLT.14.149070
16. منظمة الصحة العالمية إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس (IPCHS): أسئلة وأجوبة، http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Framework_Q-A.pdf - 18 أكتوبر 2018
17. اللجنة الوزارية المعنية بالشيخوخة، أشعر أنني شاب في سنغافورة: خطة عمل للشيخوخة الناجحة، سنغافورة، وزارة الصحة، 2016، الصفحتين 11 و 23.
18. بريد ج وآخرون، التقرير العالمي حول الشيخوخة والصحة، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2005
19. أبوديرين أ وإيبنغ جوردان ج أ، نحو أنظمة رعاية طويلة الأجل في الصحارى الأفريقية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2017، ص. iv
20. هاروود ر ه وسابر أ، احتياجات مقدمي الرعاية الحالية والمستقبلية للأشخاص الذين يعانون من ظروف معوقة، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2002
21. لمعرفة المزيد عن مجموعة مدينة تيتشيلد الخاصة بالشيخوخة: <http://bit.ly/2Fy5ShY>
22. برنس م ج وآخرون، عبء الأمراض لدى كبار السن والآثار المترتبة على السياسة والممارسة الصحية، ذا لانست 2015، 385: 9967، pp.549-562، doi: 10.1016/S0140-6736(14)61347-7
23. معهد القياسات الصحية والتقييم، تبادل بيانات الصحة العالمية، <http://ghdx.healthdata.org> - 18 أكتوبر 2018
24. منظمة الصحة العالمية، الخرف، منظمة الصحة العالمية، 2017، <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia> - 18 أكتوبر 2018
25. نودل، أوضاع كبار السن في ميانمار: نتائج من مسح كبار السن لعام 2012، شيانغ ماي ويانغون، منظمة HeplAge الدولية، 2013



Visit the Global AgeWatch website:


 www.globalagewatch.org

 helpage.org

 @HelpAge

 HelpAgeInternational

 aarp.org

 @AARP

 AARP

AARP[®]
Real Possibilities

HelpAge
International