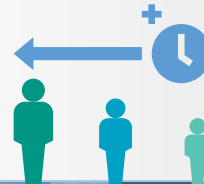


تؤدي زيادة متوسط العمر المتوقع إلى جانب
تغير الأعراف الاجتماعية إلى تزايد الطلب على
إنشاء خدمات الرعاية طويلة الأجل المنصفة
والتي يمكن الوصول إليها.



عندما تُقدّم خدمات الرعاية طويلة الأجل
العالية الجودة والمراعية للاعتبارات الثقافية،
يجري تقاسم وتخفيف العبء الذي تتحمّله
الأسرة، وتزداد قدرة كبار السن على الشيخوخة
في مكان إقامتهم.



بالإضافة إلى التغيرات الاجتماعية والديمقراطية
المستمرة في المنطقة، أثرت جائحة كوفيد-19
تأثيراً كبيراً على نظم الرعاية الطويل الأجل.



في سياق المنطقة العربية، يبدو أن الرعاية طويلة
الأجل في المنزل هي الطريقة المفضلة لدعم كبار
السن والسماح لهم بمواصلة العيش على نحو مستقل
قدر الإمكان داخل منازلهم وأسرهم ومجتمعاتهم.
ومع ذلك، قد تكون الرعاية المؤسسية والتمريضية
بديلاً أكثر ملاءمة لمجموعة صغيرة من الأشخاص ذوي
الاحتياجات المتقدمة والمعقدة.



تتخذ نظم الرعاية طويلة الأجل بإمكانات كبيرة
لتوفير فرص عمل جديدة.



الشيخوخة واقتصاد الرعاية الطويلة الأجل في المنطقة العربية

ألف. معلومات أساسية

تحدث شيخوخة السكان بسرعة كبيرة في جميع أنحاء المنطقة العربية. ويتناول الفصل 1 من هذا التقرير عمليات شيخوخة السكان بالتفصيل ويقدم أدلة على سرعتها، ويلفت الانتباه إلى الحاجة إلى استجابات سريعة على مستوى السياسات والممارسة. وقد بدأت بلدان كثيرة في المنطقة تشهد انتقالاً ديمغرافياً إلى الشيخوخة أو هي على وشك البدء بهذه العملية خلال العقود القليلة المقبلة. إلا أن عملية الانتقال إلى الشيخوخة في المنطقة العربية ستحدث في فترة قصيرة نسبياً خلافاً للتجارب التاريخية في أوروبا وأمريكا الشمالية.

وفي حين ينطوي طول العمر على الكثير من الأمور الإيجابية، فمن الضروري الإدراك أن السنوات الإضافية التي يتيحها طول العمر ليست جميعها مفعمة بالصحة. وتؤدي زيادة متوسط العمر المتوقع وزيادة البطيئة لمتوسط العمر المتوقع مع التمتع بالصحة إلى جانب تغيير المعايير والاتجاهات الاجتماعية إلى زيادة الطلب على خدمات الرعاية الطويلة الأجل المُنصفة والتي يمكن الوصول إليها.

وقد غيّرت جائحة كوفيد-19 حياة الجميع على هذا الكوكب. إلا أن كبار السن هم من أكثر الفئات تضرراً. ويكتسي التأثير على كبار السن أبعاداً مختلفة تغطي جميع نواحي حياتهم، من التفاعلات الاجتماعية إلى النتائج الصحية والوفيات. وتجلّت هذه الآثار خصوصاً في نُظم الرعاية الطويلة الأجل وفي ضعفها ومدى قدرتها على تخفيف أو موازنة المخاطر المرتبطة بالجائحة وتلك المتعلقة باحتياجات كبار السن. على سبيل المثال، يسرد تقرير من الأردن⁶⁵ آثار القيود المتعلقة بالجائحة على مرافق الرعاية الطويلة الأجل والتي تشمل حظر معظم الزيارات العائلية إلى مرافق الرعاية المقدمة في المؤسسات، وزيادة العبء على العاملين في مجال الرعاية الطويلة الأجل، بما في ذلك البقاء في الموقع لعدة أيام، وزيادة عبء العمل بسبب إجراء اختبارات الكشف عن العدوى يومياً وتنفيذ الأنشطة ذات الصلة، مع زيادة محتملة في الكلفة المرتبطة بشراء معدات الحماية الشخصية وغيرها من منتجات النظافة. وبالتالي، كان للجائحة تأثير هائل على نُظم الرعاية الطويلة الأجل وعلى كبار السن في العالم، وستترتب عنها تداعيات كبيرة لعدة سنوات⁶⁶.

وبالإضافة إلى التغييرات الاجتماعية والديمغرافية المستمرة في المنطقة، أثرت جائحة كوفيد-19 تأثيراً كبيراً على نُظم الرعاية الطويلة الأجل في العالم، كما هو مبين في الشكل 33. وقد كان الأثر على كبار السن واضحاً إذ انخفضت قدرتهم على الوصول إلى الخدمات الصحية وخدمات الرعاية بانتظام. وأدت التدابير الوطنية والمحلية لمكافحة العدوى، مثل أساليب الوقاية والإغلاق وحظر التجول، إلى الحد بشكل كبير من التفاعلات الاجتماعية وزيادة مستويات العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة بين كبار السن⁶⁷، مما أثر سلباً على قدراتهم المعرفية بسبب نقص التحفيز⁶⁸ وزاد من مستويات القلق وأعراض الاكتئاب.

وعلى الصعيد العالمي، فرضت جائحة كوفيد-19 التقدم في تكييف التكنولوجيا الرقمية في الأنشطة اليومية، بما في ذلك توفير خدمات الصحة والرعاية على نحو افتراضي، وجرى التوقع فجأة أن يكون

ما هي الرعاية الطويلة الأجل؟

قدّم الرعاية الطويلة الأجل من خلال اقتصادات و نُظم الرعاية التي تضم مختلف الجهات الفاعلة بدءاً بالمحيط القريب من الشخص وصولاً إلى الخدمات النظامية وآليات الدعم المجتمعي. ويمكن توفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل في منازل الأشخاص أو مجتمعاتهم أو مرافق الرعاية المؤسسية والتربضية. ويسترشد اقتصاد الرعاية الطويلة الأجل بالمعايير والتفضيلات والظروف الثقافية والاجتماعية.

الشكل 33. بعض آثار جائحة كوفيد-19 على نُظُم الرعاية الطويلة الأجل



المصدر: إعداد الإسكوا.

على مدار الساعة. وقد أدت الرعاية المعقدة إلى زيادة الطلب على مزودي الرعاية المقيمين مع المريض، حيث يعيش الشخص الذي يعمل في قطاع الرعاية النظامية مع العميل من أجل توفير الرعاية لعدة أسابيع مع فترات راحة منتظمة يغطيها عمال بديلون.

ومن المسلم به أنّ الرعاية الطويلة الأجل مهمة لضمان صحة ورفاه الأفراد الذين هم بحاجة إلى الدعم، مثل كبار السن أو الأشخاص ذوي الإعاقة. وعندما تكون خدمات الرعاية الطويلة الأجل وآليات الدعم مصممة على نحو مناسب، تكون فعالة من حيث الكلفة وتكمل تدخلات أخرى أعلى كلفة في مجال الرعاية الصحية مثل الإقامة في المستشفى. وفي العديد من البلدان المرتفعة الدخل، جرى الاعتراف على مستوى السياسات العامة بأهمية الرعاية الطويلة الأجل في توفير الدعم على نحو فردي وشخصي، مما يعزز الاستقلال العام والرفاه ونوعية الحياة لمتلقي هذه الخدمات. وعلى الرغم من زيادة الوعي بأهمية الرعاية الطويلة الأجل، لا يزال من الصعب تحديدها. وتُعتبر في أوروبا أشبه بخطة غير منظورة للرعاية الاجتماعية⁷⁴.

وقد أصبح وضع تدابير كافية، بما في ذلك خيارات الرعاية الطويلة الأجل وأسواقها، أكثر إلحاحاً اليوم في ظل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى مثل تغيير الهياكل الأسرية، والهجرة، وأنماط الإقامة، وأوجه عدم المساواة القائمة. وبعد أن كانت الأسرة تمثل الوحدة الاجتماعية والاقتصادية المحورية لتوفير الرعاية والدعم في المنطقة، تجلب التغيرات الديمغرافية

المرضى والمستخدمون قادرين على الوصول إلى هذه التكنولوجيا واستخدامها⁶⁹. وأدى هذا الاعتماد المفاجئ على التكنولوجيا إلى زيادة أوجه عدم المساواة في المجال الصحي بسبب التباين في تفضيلات مختلف الفئات وقدرتها على الوصول إلى التقنيات المختلفة وعلى استخدامها، مما يسلط الضوء على الدور الحاسم لإلزام كبار السن بالتكنولوجيا الرقمية⁷⁰. وقد كان كبار السن الذين يعيشون بمفردهم أو يفتقرون إلى أقرباء أو أصدقاء مقربين لمساعدتهم في استخدام التكنولوجيا أكثر عرضة للعزلة والحرمان. وحلت التكنولوجيا الرقمية محل الزيارات التي تقوم بها العائلات شخصياً للقاء الأشخاص الذين يعيشون في دور الرعاية. وقد واجهت مجموعات معينة من المقيمين في دور الرعاية، مثل المصابين بالخرف أو بإعاقات إدراكية، صعوبة أكثر من غيرها. وبالنسبة لهذه المجموعة من كبار السن، أدى عدم رؤيتهم لأقاربهم لفترات طويلة إلى فقدان كامل للذاكرة⁷¹. وقد أدى الاعتماد على زيارات الرعاية الصحية الافتراضية إلى زيادة عبء العمل بالنسبة للعاملين في جميع بيئات الرعاية الصحية الطويلة الأجل، بما في ذلك العاملون في دور الرعاية، وأدى أيضاً إلى زيادة تبديل الموظفين⁷².

ولعلّ أحد الآثار الأكثر وضوحاً على نُظُم الرعاية الطويلة الأجل هو التغيير في الأساليب المفضلة لتوفير الرعاية. وبما أن معدلات الوفيات كانت أعلى بكثير بين المستفيدين من الرعاية المؤسسية⁷³، فهناك بعض المؤشرات على حدوث تحوّل عالمي في الأساليب المفضلة لتوفير الرعاية الطويلة الأجل نحو الرعاية المنزلية حتى في الحالات التي تستدعي رعاية معقدة

باء. اقتصاد الرعاية الطويلة الأجل

لم تعد السياسات الاجتماعية المتصلة بالرعاية الطويلة الأجل تقتصر على توفير شبكات الأمان، مثل آليات الحماية الاجتماعية، بل أصبحت أداة رئيسية تُستخدم جنباً إلى جنب مع السياسات الاقتصادية لضمان تنمية مستدامة اجتماعياً على نحو منصف للجميع. وعندما تتاح خدمات الرعاية الطويلة الأجل المراعية للاعتبارات الثقافية والعالية الجودة، يجري تقاسم العبء الذي تتحمله الأسرة وتخفيفه، ويصبح أفراد الأسرة قادرين على المساهمة بشكل أكبر في سوق العمل، مما يعود بالنفع عليهم وعلى الاقتصاد ككل.

وعلى الصعيد العالمي، تأثرت نُظم الرعاية الطويلة الأجل بالهجوم القائمة على الحقوق وبمفاهيم استقلال كبار السن وبقائهم في أماكن إقامتهم. ويحاول النهج القائم على الحقوق والمتّبع في مجال الرعاية الطويلة الأجل أن يرسى جميع السياسات والخدمات على أساس المبادئ المستمدة من المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان. ويولي النهج القائم على حقوق الإنسان في السياسة الاجتماعية اهتماماً خاصاً إلى نوع الجنس وأصوات الفئات المستبعدة مثل الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن الذين يعيشون في الفقر. وبقاء كبار السن في أماكن إقامتهم هو مفهوم أساسي اعتمدته جميع البلدان الأوروبية في سياساتها المتعلقة بالرعاية الطويلة الأجل والرعاية الاجتماعية. وهو مفهوم عرّفه غريمير وآخرون (2015) بأنه الفرصة المتاحة لكبار السن للبقاء في منازلهم لأطول فترة ممكنة من دون الحاجة إلى الانتقال إلى مرفق للرعاية الطويلة الأجل. ويعتبر آخرون أن بقاء كبار السن في أماكن إقامتهم هو نهج إيجابي لتلبية احتياجات كبار السن، ودعمهم للعيش على نحو مستقل أو مع بعض المساعدة لأطول فترة ممكنة. وقد حدد استعراض منهجي أجري مؤخراً 59 مادة تبحث في مفهوم بقاء كبار السن في أماكن إقامتهم. ووفقاً لهذه المواد، يُحدّد هذا المفهوم بخمسة مواضيع: المكان، والشبكات الاجتماعية، والدعم، والتكنولوجيا، والخصائص الشخصية لكبار السن⁷⁵. وتبرز هذه المواضيع أهمية البيئة المباشرة والمحيط التي يعيش فيها كبار السن، ودور شبكاتهم الاجتماعية وآليات الدعم الخاصة بهم، والدور المتزايد للتكنولوجيا من أجل استمرار كبار السن في البقاء في أماكن إقامتهم أثناء الشيخوخة.

وتقدّم الرعاية والدعم عادةً في إطار علاقات الرعاية التي تربط مقدمي الرعاية بالحاصلين عليها، إلا أنّ هذه العملية متبادلة، مما يجعل العلاقات ثنائية الاتجاه. ويمكن تنظيم الرعاية الطويلة الأجل ضمن ترتيبات نظامية بين

والتوسّع الحضري السريع والتنقل اليوم أشكالاً جديدة من الهياكل الأسرية التي تهدد استدامة نموذج الرعاية التقليدية الأسرية وفعاليتها. وبقدر ما يشكل هذا تحدياً، فإنه يمهّد الطريق أيضاً لأشكال جديدة من تقاسم الأعباء داخل المجتمع حيث يتمحور وضع السياسات حول تعزيز منعة الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية وتمكينهم وزيادة تماسكهم.

وقد أكدت خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة على ضمان حقوق كبار السن في شيخوخة لائقة، والحفاظ على صحتهم ورفاههم، وتهيئة بيئة تمكينية وداعمة لهم. وفي المنطقة العربية، يعيش معظم كبار السن في منازلهم أو في مجتمعاتهم، وتقيم أقلية صغيرة منهم في المؤسسات. وقد وُضعت سلسلة من السياسات والاستراتيجيات الوطنية وخطط العمل في المنطقة العربية لمعالجة مختلف نواحي شيخوخة السكان ورعاية كبار السن. وتستند هذه السياسات والاستراتيجيات على نحو رئيسي إلى القيمة والاحترام اللذين يكتنهما المجتمع لكبار السن. وتدعو هذه الديناميات إلى إنشاء أسواق واقتصادات فعالة ومستدامة للرعاية الطويلة الأجل من أجل تلبية الطلب المتزايد على هذه الرعاية بطرق آمنة ولائقة محوراً الأشخاص. وستتيح هذه الأسواق أيضاً أدوات قوية لتوفير فرص العمل وتعزيز معدلات المشاركة في القوى العاملة. ومن شأن وضع سياسات اجتماعية استراتيجية للمنطقة أن يعزز نُظم الرعاية الطويلة الأجل التي تزيد من التضامن الأسري والمجتمعي وتشجّع التحولات في أنماط التفكير وسلوكيات التماس الرعاية.

يبحث هذا الفصل في آثار شيخوخة السكان على احتياجات الرعاية الطويلة الأجل. ويتناول النُظم الناشئة للرعاية الطويلة الأجل في المنطقة العربية، ويبحث في خدمات الرعاية الطويلة الأجل المتاحة في بعض بلدان المنطقة. ويحلّل أيضاً الكلفة الاقتصادية للرعاية الطويلة الأجل في بلدان مختارة في المنطقة.

ويتّبع هذا الفصل منهجية مختلطة تعتمد على البحوث النوعية بما في ذلك التحليل السردى والمقابلات مع أصحاب المصلحة في البلدان الثلاثة التي جرى اختيارها كدراسات حالة، وهي الجمهورية العربية السورية ومصر والمملكة العربية السعودية، فضلاً عن التحليل الكمي لتقدير التكاليف الجارية للرعاية الطويلة الأجل في دراسات الحالة الثلاث (لمزيد من التفاصيل عن المنهجية المستخدمة، يمكن الاطلاع على المرفق الثاني).

وتلبي احتياجات كبار السن، مما يعني أنها الحل الأمثل إذا تغيرت احتياجات كبار السن بمرور الوقت.

وتشمل الرعاية المنزلية العديد من الخدمات وتختلف وفقاً لاحتياجات كبار السن. وفي كثير من الحالات، يساعد العاملون في مجال الرعاية المنزلية في أنشطة الحياة اليومية مثل ارتداء الملابس أو الاستحمام أو تناول الطعام. وتشمل خدماتهم أيضاً مرافقة كبار السن ومصادقتهم أو نقلهم إلى الأنشطة الطبية أو الترفيهية. ويبين الشكل 35 مختلف أنواع الرعاية المنزلية التي تشمل الرعاية المتخصصة والمقدمة إلى الأشخاص ذوي الاحتياجات المعقدة أو الذين يعانون من مشاكل صحية معينة مثل الخرف، والرعاية القائمة على المرافقة حيث الرعاية المطلوبة محدودة. وخدمات الرعاية النهارية هي أماكن يرتادها كبار السن الذين يعيشون في بيئتهم المنزلية أو مع أسرهم من أجل تلقي الرعاية خلال النهار. وهي مفيدة خصوصاً للأفراد ذوي احتياجات الرعاية المحددة لأنها تتيح تنفيذ أنشطة مختلفة لمساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات النفسية والاجتماعية والصحية من أجل تحسين نوعية حياتهم والمساهمة في أوقات فراغهم. ويمكن أن يستفيد العديد من كبار السن من مزيج من خدمات الرعاية المنزلية والنهارية باعتبارها بديلاً مستداماً للرعاية التمريضية المقدمة في المؤسسات، مما يزيل الأعباء المالية والاجتماعية مثل وصمة العار المرتبطة بدور الرعاية في المنطقة⁷⁷.

وتعدّ الرعاية المقدمة في المؤسسات من أكثر أشكال الرعاية كلفةً وهي مصمّمة لتلبية احتياجات كبار السن الذين هم بحاجة إلى مستوى أعلى من الرعاية ولا يستطيعون الاستمرار في العيش في المنزل أو في المجتمع. وقد توفر دور الرعاية لكبار السن رعاية شخصية أو تمريضية. ويؤثر مستوى الموارد المتاحة لدفع تكاليف الرعاية المقدمة في المؤسسات تأثيراً كبيراً على نوعية ونطاق وفعالية الخدمات المقدمة في هذا القطاع. وينطوي توفير الموارد لخدمات الرعاية على العديد من المشاكل، بما في ذلك تحقيق التوازن بين مساهمات الأفراد والدولة في تغطية تكاليف الرعاية. وتؤثر التكاليف على قدرة القطاع على توظيف أشخاص جيدين وتدريبهم واستبقائهم، وتحديث المرافق، وتطوير نماذج جديدة للرعاية، وتقديم رعاية عالية الجودة.

وفي معظم الحالات، يقدم القطاع الخاص والمنظمات غير الربحية خدمات الرعاية الطويلة الأجل التي تعتمد على النظم الفعالة للرعاية الطويلة الأجل التي تقدم خيارات متنوعة يمكن أن تلبي احتياجات مجموعات مختلفة من كبار السن وأسرهم. ومع ذلك، تضطلع الحكومات بدور حاسم في التأثير على نظم هذه الخدمات وضمان عملها

العمال المنزليين أو مقدمي الرعاية في المنزل (بوصفهم موظفين) وكبار السن (بوصفهم عملاء) أو على نحو غير نظامي من خلال الشبكات الاجتماعية القائمة مثل الأسرة والجيران والمجتمع على نطاق أوسع. وتنطوي الترتيبات النظامية على اتفاق على مهام محددة أو أهداف قائمة على النتائج ينبغي أن يحققها العامل النظامي وتترتب عليها آثار إيجابية منشودة على العميل. وتستند الرعاية المقدمة على نحو غير نظامي إلى ترتيبات غير نظامية وتعتمد على الحدس والشعور بالالتزام بتلبية بعض احتياجات الشخص. ولذلك يُرجّح أن يكون التركيز على علاقات الرعاية غير النظامية مختلفاً عن روابط الرعاية النظامية ولكنه يتداخل معها. فعلى سبيل المثال، قد تركز الرعاية غير النظامية بشكل أكبر على الرعاية الحاضنة والعلائقية مثل الرفاه العاطفي للشخص المتلقي للرعاية في حين تركز الرعاية النظامية على الاحتياجات الشخصية واحتياجات الرعاية الصحية. وتُعدّ الرعاية غير النظامية مهمة لتلبية حاجات كبار السن إلى الرعاية الطويلة الأجل. وتقرّر معظم السياسات الاجتماعية الأوروبية بأهمية إنشاء آليات دعم اجتماعي واقتصادي لتعزيز قدرة الأسر على الاستمرار في رعاية كبار السن⁷⁶. ومن بين هذه السياسات تلك الموجهة نحو التوفيق بين العمل والأسرة، والعمل المرن، وتأمين حقوق العمل بشكل أكبر للعمال الذين يقدمون الرعاية غير النظامية.

وتتضمن نُظم الرعاية الطويلة الأجل الوظائف والهياكل التي تلبي الاحتياجات الصحية واحتياجات الرعاية المتزايدة لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة والذين يعانون من مشاكل طويلة الأجل. ويقدم الشكل 34 تصنيفاً مقترحاً لخدمات الرعاية الطويلة الأجل استناداً إلى نوع احتياجات كبار السن ومدى تعقيدها. وتكتسي خدمات الرعاية الطويلة الأجل أهمية في دعم كبار السن خلال حياتهم ومع تغير حاجتهم إلى الرعاية بمرور الوقت. وهي تشمل توفير الخدمات الوقائية، وتنفيذ الأنشطة الرامية إلى توجيه المساعدة إلى فئات محددة، وإتاحة الفرص لكبار السن وتعزيز قدرتهم على المشاركة في المجتمعات على الصعيدين الاجتماعي والاقتصادي، وتوفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل المتخصصة لأشخاص يعانون من ظروف صحية ورعاية معقدة. على سبيل المثال، تُنظم خدمات الرعاية المنزلية عادةً لتلبية احتياجات الفرد وتوفير تدابير الحماية والوقاية. وتهدف هذه الخدمات إلى دعم كبار السن للعيش بنشاط واستقلال بطريقة يسهل الوصول إليها وبأسعار معقولة، مما يكفل كرامة كبار السن ونوعية حياتهم. والميزة الأكثر أهمية للرعاية المنزلية هي أنها تتيح لكبار السن الحفاظ على استقلالهم على الرغم من احتياجاتهم. والرعاية المنزلية بطبيعتها مرنة

الشكل 34. أمثلة على خدمات الرعاية الطويلة الأجل وفقاً لاحتياجات كبار السن



المصدر: إعداد الإسكوا.

الشكل 35. أمثلة على أنواع خدمات الرعاية الطويلة الأجل المنزلية



المصدر: إعداد الإسكوا.

نوعية حياة كبار السن وشعورهم بالرضا، كمقياس أساسي لضمان جودة الخدمات.

وتصدر معظم الحكومات تكليفاً بتوفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل وتموّلها بالاستناد إلى الحاجة إلى الرعاية ونتائج التقييم المالي. وعندما لا تقدم الحكومة على نحو مباشر الرعاية الطويلة الأجل من خلال استحقاقات

وفقاً لمعايير عالية من خلال التنظيم. والحكومات المركزية والبلديات المحلية هي في أفضل موقع يمكنها من تشكيل هذه النظم من خلال التكليف بتقديم خدمات عالية الجودة وقائمة على النتائج تركز على الوقاية والتمكين للحد من شعور كبار السن بالوحدة والعزلة الاجتماعية وتعزيز استقلالهم. وينبغي استخدام نتائج الرعاية الطويلة الأجل، مثل

تقريباً على عاتق المرأة في الأسرة، التي عادة ما تكون في سن العمل، ولديها مسؤوليات رعاية الأطفال والاعتناء بأسرتها وبرفاهها⁸³. وقد تؤدي هذه المطالب المتنافسة التي تواجهها المرأة إلى العديد من النتائج السلبية، ومنها الخسائر الاقتصادية بسبب الخروج القسري من سوق العمل لتوفير الرعاية الطويلة الأجل، والنتائج الصحية السلبية، والإجهاد النفسي، والإرهاق. وينطوي الاعتماد على الأسرة أيضاً على تداعيات من حيث المساواة بين الجنسين والتأثير على اتجاهات مشاركة المرأة في القوى العاملة، مع ما يترتب على ذلك من آثار على دخل النساء والفتيات وما يرتبط بذلك من آثار على الاقتصاد الكلي.

وبالإضافة إلى العبء العاطفي والتكاليف المترتبة على توفير الرعاية الطويلة الأجل غير النظامية، ولا سيما بالنسبة للنساء الأصغر سناً، تهدد العديد من العوامل الأخرى استدامة هذا النموذج وجدواه. وأحد العوامل الحاسمة هو تغيّر التفضيلات والتوقعات في سن الشيخوخة، مما يتطلب إعادة التفكير في معنى الهدف في الحياة والعيش مع التمتع بالصحة في المراحل اللاحقة من الحياة. وتتعلق الشواغل الأخرى بنوعية الرعاية الطويلة الأجل التي تُقدّم داخل الأسرة من دون الحصول على دعم ومعلومات بشأن معايير الرعاية "الجيدة"، ولا سيما عندما يكون لدى كبار السن احتياجات معقدة أو يعانون من ظروف معينة مثل الإعاقة الإدراكية. ويجري الاعتراف بأن الرعاية الطويلة الأجل التي تقدمها الأسرة لا تكفي لأسباب مختلفة، في ظل تغيّر الهياكل الاجتماعية وأهمية إنشاء آليات تكفل نوعية حياة كبار السن.

وتُعَدُّ نُظُم الرعاية الفعالة والمستدامة أيضاً أدوات قوية لتوفير فرص العمل وتعزيز معدلات المشاركة في القوى العاملة. والآليات المتبعة لتحقيق نتائج إيجابية والحد من الثغرات بين الجنسين في العمل من خلال اقتصادات الرعاية تعمل على بُعْدَيْن. أولاً، يخفف بناء اقتصاد قوي في مجال الرعاية الطويلة الأجل من عبء الرعاية غير النظامية على المرأة، مما يعزز دخولها واستبقائها في سوق العمل. ثانياً، يؤدي تطوير خدمات ومرافق الرعاية إلى توفير فرص العمل والتدريب والمهارات التي تتيح التقدم الوظيفي في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية.

وعلى الرغم من الاعتماد على الأسر للحصول على الرعاية والدعم، تشير الأدلة إلى أن نُظُم الرعاية الطويلة الأجل النظامية بدأت تظهر في المنطقة العربية. وقد أدى تزايد عدد كبار السن وتطوّر الترتيبات المعيشية إلى زيادة الطلب على خدمات الرعاية الطويلة الأجل النظامية. ومع ذلك، تفتقر المنطقة إلى الهياكل والأنظمة اللازمة في

محددة مثل ميزانية الرعاية الشخصية أو الصحية، يمكن أن يستخدم الأفراد الذين هم بحاجة إلى الرعاية وأسرهم الاستحقاقات النقدية الأخرى التي تقدمها الدولة لشراء الرعاية المناسبة. وفي معظم البلدان الأوروبية، لكي يتمكن الأفراد من اتخاذ قرارات مستنيرة، تقود الدولة (من خلال البلديات المحلية أو فرق الرعاية الشخصية والصحية المتكاملة) عملية تقييم حاجة كبار السن إلى الرعاية وتقديم المشورة بشأن الخدمات المناسبة وفقاً لاحتياجاتهم الصحية والاجتماعية ورغباتهم وقدراتهم فضلاً عن رغبات أسرهم وقدراتها⁷⁸. وما إن يجري تقييم أهلية الشخص لتلقي الرعاية المنزلية، يحق له عادة الحصول على خطة رعاية. ويركز النهج الذي محوره الشخص على ما يمكن أن يقوم به الفرد أو ما يرغب في القيام به للحفاظ على استقلاله من خلال هذه العملية. ويحرص جميع المهنيين العاملين مع كبار السن على مواءمة الرعاية المقدمة لهم مع خطة الرعاية التي وُضعت لكل فرد منهم.

جيم. النُظُم الناشئة للرعاية الطويلة الأجل في المنطقة العربية

في المنطقة العربية، تقدّم الرعاية الطويلة الأجل بالكامل تقريباً من خلال الدعم غير النظامي الذي يقدمه أفراد العائلة والجيران والأصدقاء⁷⁹. وتشير الأدلة الحالية إلى أن كبار السن في المنطقة العربية يفضلون بوضوح الحفاظ على استقلالهم والبقاء في منازلهم⁸⁰. ويُنظر إلى الرعاية المنزلية أيضاً على أنها خيار أكثر فعالية من حيث الكلفة ويحسن رفاه كبار السن ومساهماتهم المستمرة في أسرهم ومجتمعاتهم المحلية والمجتمع ككل⁸¹. ومع ذلك، فإن إنشاء مرافق الرعاية الطويلة الأجل المتخصصة، بما في ذلك دور الرعاية التمرضية في المؤسسات، هو جزء لا يتجزأ من نُظُم الرعاية الطويلة الأجل على نطاق أوسع. فهي تتيح دعم نسبة صغيرة من كبار السن الذين لديهم احتياجات معقدة لا يمكن تلبيتها في المنزل أو الذين قد تكون ظروفهم وتفضيلاتهم مختلفة.

وتسلّط الدراسات الحديثة الضوء على أنّ كبار السن وغيرهم ممن يحتاجون الرعاية في المنطقة العربية يعتمدون في المقام الأول على أسرهم وأشكال الرعاية والدعم غير النظامية التي تقدّم لهم بفضل ما يكسبونه من احترام في المجتمع وبفضل التزامات أبنائهم تجاههم⁸². وتتولى الأسرة مسؤولية رعاية كبار السن في المنطقة وتحترمه. إلا أنّ عبء الرعاية غير النظامية يقع دائماً

البيانات الإحصائية بشأن تقديم الرعاية الطويلة الأجل التي كانت تاريخياً قطاعاً متخصصاً يديره عدد متفرّق من مقدمي الخدمات، ولا سيما الهيئات الحكومية التي تُقدّم خدمات قائمة على اختبار مستوى الدخل، والمنظمات الخيرية⁸⁷، وعدد متزايد من الوكالات الخاصة غير المنظمة وعمل المنازل⁸⁸.

1. دراسات حالة

نظراً لندرة المعلومات والإحصاءات عن خدمات الرعاية الطويلة الأجل النظامية في المنطقة العربية، يستند هذا الفصل إلى منهجية دراسات الحالة من أجل تكوين فهم معمّق بشأن نُظُم الرعاية الطويلة الأجل الآخذة في التطور، وذلك في سياق محدد. وتمثل دراسات الحالة الثلاث بلداناً تمرّ بمراحل مختلفة من عملية الانتقال إلى الشيخوخة، ومستويات مختلفة من الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي، ومجموعات متميزة على المستوى دون الإقليمي، وغيرها من الخصائص (المزيد من التفاصيل عن اختيار الحالات، يمكن الاطلاع على المرفق الثاني).

الاقتصاد الحالي للرعاية الطويلة الأجل، مما ينطوي على مخاطر كبيرة تتعلق بجودة الرعاية والوظائف. وعندما تُصمّم نُظُم الرعاية الطويلة الأجل على نحو جيد من خلال سياسات ونماذج واضحة لتقديم الخدمات، فمن المرجح أن تُحدث تغييراً إيجابياً كبيراً لكبار السن وأسرهم والعاملين معهم والاقتصاد ككل⁸⁴.

ويرتبط الطلب على خدمات الرعاية الطويلة الأجل بمعدل الاعتلال. ويشير الانتشار المرتفع للأمراض غير المُعدية في المنطقة، بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، إلى زيادة الحاجة إلى هذه الخدمات⁸⁵. وتمثل أنماط الحياة السائدة، بما فيها الخمول البدني وعادات الأكل السيئة والتدخين، مسببات إضافية للنتائج الصحية الضارة، مثل السكري وارتفاع ضغط الدم والشيخوخة المتسارعة، مع ما يرتبط بذلك من احتياجات صحية ورعاية⁸⁶. وعلى سبيل المثال، يشير الإتحاد الدولي لمرضى السكري إلى أنّ 12 في المائة من مرضى السكري في العالم كانوا من المنطقة العربية في عام 2019. وفي المنطقة العربية القليل من

دراسة الحالة الأولى: تطور نظام الرعاية الطويلة الأجل في الجمهورية العربية السورية

في عام 2019، بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 73 عاماً (68 عاماً للذكور و78 عاماً للإناث)⁸⁹. وحسب تقديرات الأمم المتحدة، بلغت نسبة الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر في الجمهورية العربية السورية 4.9 في المائة⁹⁰، وبلغت نسبة إعالة كبار السن 7.6 في عام 2020⁹¹. ومن المتوقع أن يدخل البلد في مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة في عام 2035 (عندما تبلغ نسبة سكانه البالغين من العمر أكثر من 65 عاماً 7 في المائة)، وأن يستغرق حوالي 17 عاماً لإكمال هذه المرحلة (عندما تصل النسبة نفسها إلى 14 في المائة)⁹².

وفي الفترة 2020-2021، صنّف البنك الدولي الجمهورية العربية السورية في فئة البلدان المنخفضة الدخل، ولا يزال البلد يشهد اضطرابات سياسية ونزاعاً منذ عام 2011. وكان للنزاع تداعيات كبيرة على صحة جميع السكان السوريين ورفاههم، مع ارتفاع معدل الوفيات وتعرّض السلامة العامة للخطر. وبرزت آثار النزاع بوضوح بسبب تفكك الروابط الاجتماعية التي كانت مهمة سابقاً لضمان رفاه السكان، ولا سيما كبار السن.

وقد أثر هذا التراجع في مستويات الصحة والرفاه على جميع الفئات العمرية، وكان له تأثير مباشر على متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجمهورية العربية السورية. وتشير بيانات من البنك الدولي إلى أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة في الجمهورية العربية السورية قد ارتفع على نحو مطرد منذ عام 1960 من 52 عاماً إلى 73 عاماً في عام 2010. واعتباراً من عام 2011، بدأ متوسط العمر المتوقع عند الولادة ينخفض ليصل إلى 69.9 عاماً في عام 2015. ومنذ عام 2016، عندما بدأ البلد ينتقل إلى مرحلة ما بعد النزاع، لوحظ تحسّن في المؤشر نفسه، حيث أظهرت أحدث البيانات أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة بلغ 72.7 عاماً في عام 2019⁹³. وقد بيّن إسماعيل وحسين (2019) أنّ نتائج الجمهورية العربية السورية مماثلة نسبياً لنتائج بلدان أخرى في المنطقة، مثل مصر والمغرب، في

مؤشر نصيب الفرد من الإنفاق الصحي ومؤشر متوسط العمر المتوقع، حسب البيانات المتاحة عن هذين المؤشرين في عام 2013.

وتولي الحكومة اهتماماً لهذه التركيبة السكانية المتغيرة مع الاعتراف بالتحديات المقبلة. وفي عام 2019، أجرت الهيئة السورية لشؤون الأسرة والسكان دراسةً فريدة لتقييم احتياجات كبار السن بين عامي 2011 و2019 بالاستناد إلى بيانات أولية من 94 مناقشة أجرتها مجموعات تركيز (10 مناقشات في كل محافظة) وأربع ورش عمل حضرها ما مجموعه 950 مشاركاً. وتقدم هذه الدراسة أفكاراً مفصلة عن احتياجات كبار السن ووجهات نظرهم في الجمهورية العربية السورية، وتسد فجوة كبيرة في قاعدة المعارف الحالية.

واعترفت الهيئة السورية بالحاجة إلى وضع آليات فعالة لتوفير الحماية الاجتماعية لفئات مختلفة من السكان الذين قد يكونون معرضين للمخاطر، بمن فيهم كبار السن. وفي ضوء التحول الاجتماعي والديمقراطي الذي يؤثر على بنية المجتمع السوري، تقر الدراسة بالحاجة إلى البدء في تطوير خدمات الرعاية الطويلة الأجل النظامية التي تكمل الرعاية الأسرية المقدمة إلى كبار السن. ويسلط التقرير الضوء على التحول الكبير في بنية الأسرة السورية مع الاتجاه نحو الأسر النووية والانخفاض في عدد الأسر المتعددة الأجيال، لا سيما في المناطق الحضرية. وتمثل هذه التحولات تحدياً لاستدامة الرعاية التقليدية التي تقدمها الأسرة إلى كبار السن، مما يستلزم تطوير خدمات بديلة من الرعاية الطويلة الأجل لتلبية احتياجات كبار السن على نحو لائق ومراعٍ للثقافة.

وتشير الدراسة إلى أن خدمات الرعاية الطويلة الأجل اقتصر على عدد قليل من خدمات الرعاية المؤسسية التي تقدمها مؤسسات حكومية وخيرية. وتشدد الدراسة في الختام على ضرورة تطوير مجموعة من الخدمات الموجهة لدعم كبار السن على نحو مباشر أو غير مباشر من خلال تمكين الأسر من رعاية كبار السن. وتدعو إلى إنشاء نُظُم للرعاية الطويلة الأجل تعترف بروابط التضامن والقرابة وتشجعها، وإلى وضع آليات مصممة لإعلام كبار السن وجمع آرائهم بوصفهم شركاء رئيسيين في عمليات صنع القرار. ويسلط التقرير الضوء أيضاً على أوجه عدم المساواة بين كبار السن، لا سيما من حيث الدخل المنخفض والإلمام بالقراءة والكتابة ومكان الإقامة. ولا تقتصر الرعاية الطويلة الأجل على توفير الرعاية الشخصية عندما تقترن بأشكال أخرى من استحقاقات الرعاية الاجتماعية ومنها المساعدات المالية، والإعفاءات الضريبية، والمساعدة المنزلية، والتدريب المجاني للأسر المنخفضة الدخل بشأن كيفية توفير أفضل رعاية لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة.

وقد أبرزت الدراسة عدة أمراض شائعة بين كبار السن، بما في ذلك مرض السكري وارتفاع ضغط الدم والتهاب المفاصل وأمراض القلب التاجية ومشاكل الصحة العقلية. وافتقر العديد من كبار السن إلى التأمين الصحي أو إلى السبل الكافية للحصول على الرعاية الصحية، ولا سيما في المناطق الريفية. وأشار المشاركون إلى أن الحالة الصحية لكبار السن قد تدهورت تدهوراً كبيراً مقارنة بفترة ما قبل النزاع بسبب مجموعة من العوامل منها نقص المتخصصين في الرعاية الصحية، وارتفاع أسعار الأدوية، وصعوبة الحصول على الرعاية الصحية وتشتت الأسر، والنزوح، وفقدان المنزل، وفقدان المعيلين الأساسيين للأسرة خلال الحرب. وقد ارتبطت حالة الصحة البدنية ارتباطاً مباشراً بالصحة العقلية لكبار السن ورفاههم، بما في ذلك الاكتئاب والقلق.

وكانت الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الطويلة الأجل محدودة في بعض المناطق حتى في الحالات التي تتيح فيها الجمعيات الخيرية وغير الحكومية فرصاً أفضل للحصول على رعاية الطفل والأمومة (كما في ريف حمص). وقد يعكس ذلك محدودية الموارد المتاحة داخل النظام الصحي السوري والحاجة إلى إعطاء الأولوية إلى فئات معينة من السكان

تلقي الرعاية. وسلط المشاركون الضوء على عدم وجود صلة مباشرة بين العمر الزمني واحتياجات الرعاية، وعلى استمرار تفضيل الأسرة والشبكات الاجتماعية المغلقة لتوفير الرعاية الطويلة الأجل. واعتبر المشاركون أن المكونات الرئيسية للرعاية الطويلة الأجل تشمل الكرامة والاحترام وتكريس الوقت للتحدث إلى الشخص الأكبر سناً. وشددوا على الصلات القائمة بين الرعاية الطويلة الأجل والصحة، واعتبروا أن قدرة مقدمي الرعاية الطويلة الأجل على مساعدة كبار السن في الحصول على الرعاية الصحية هي أمر أساسي. ورأى المشاركون أن ضمان كرامة كبار السن ورفاههم يتطلب توفير بيئة منزلية مناسبة تتيح لهم معيشة مستقلة ونظاماً غذائياً متوازناً. وفي حين فضل المشاركون أن تُقدّم الرعاية الطويلة الأجل من خلال الأسرة، اعترفوا بأن هذه الرعاية لا تكون دوماً متاحة وعبروا عن رغبتهم في أن تُوفّر خدمات الرعاية الطويلة الأجل على المستوى المحلي.

واعتبرت المشاركة في المجتمع المحلي، بما في ذلك من خلال العمل المدفوع الأجر والأنشطة الاجتماعية والترفيهية، جزءاً من نظام شامل لتوفير الرعاية الطويلة الأجل. ويمكن تيسير الأنشطة الاجتماعية وفرص التطوّع أو تعلم مهارة جديدة أو المشاركة في المشاريع المجتمعية من خلال مراكز الرعاية المجتمعية والنهارية لكبار السن. وأقر المشاركون بأن مستويات وأنواع الاحتياجات إلى الرعاية الطويلة الأجل تختلف حسب عوامل فردية ومحلية (مثل الاختلاف بين المناطق الريفية والحضرية، وبين المناطق التي تشهد مستوى مرتفعاً من النزاع والمناطق الأكثر استقراراً).

وفي ما يتعلق بتوفر خدمات الرعاية الطويلة الأجل، سلّطت الدراسة الضوء على أن معظم أعباء الرعاية الطويلة الأجل يتحملها أفراد الأسرة. ومع ذلك، يقدم الجيران والمجتمع المحلي الأوسع أيضاً رعاية منتظمة، بما في ذلك الغذاء والرفقة، لا سيما في المجتمعات الريفية (مثل محافظة اللاذقية). وقد استفاد كبار السن النازحون ذوو الاحتياجات الجسدية والنفسية من بعض خدمات الرعاية المؤسسية التي ينظمها المجتمع المدني في دمشق. ودُكرت دور العبادة الدينية والمنظمات الخيرية والمنظمات المعنية بشؤون المهاجرين باعتبارها جهات تقدم الرعاية الطويلة الأجل والدعم النظامي وغير النظامي. ففي دمشق وجرمانا مثلاً، قدمت العديد من المنظمات الخيرية خدمات منتظمة إلى كبار السن، بما في ذلك الوجبات الساخنة والملابس والدعم المالي. وفي السويداء أيضاً، قدمت بعض المنظمات الخيرية أدوية مع أن تغطيتها كانت محدودة. ورأى المشاركون أن هذه الخدمات تراجعت منذ بداية النزاع على الرغم من الحاجة الماسة إليها، وأنها لم تستطع تلبية الطلب.

واتفق جميع المشاركين في الدراسة على أن خدمات الرعاية الطويلة الأجل المتخصصة غير متاحة، بما في ذلك رعاية حالات الخرف، وأن عدداً قليلاً من المنظمات الخيرية مثل جمعية الصليب الأحمر تقدم خدمات الرعاية الطويلة الأجل العامة ولكن ليس للأشخاص ذوي الاحتياجات المعقدة. وفي بعض المناطق، وظّف كبار السن أفراداً غير مدربين على توفير الرعاية الطويلة الأجل، وذلك على نحو غير نظامي من أجل الحصول على الرعاية والدعم (كما في طرطوس والحسكة). وفي معظم الحالات، اعتمد كبار السن على التبرعات الخيرية من أفراد أثرياء يستطيعون توفير الدعم المالي لتمكين كبار السن من الحصول على خدمات صحية ورعاية (كما في محافظة السويداء). وقدم العديد من كبار السن الدعم المالي والاجتماعي إلى أفراد الأسرة الآخرين، خاصة إذا عانى بعض أفراد الأسرة من إصابات خلال الحرب. وكان بعضهم مسؤولاً أيضاً عن غيرهم من كبار السن في مجتمعاتهم المحلية. وبالنسبة لكبار السن النازحين الذين لم يستطيعوا دوماً الوصول إلى هذه الشبكات، فقد كانت احتياجاتهم كبيرة.

وأجري مسح بشأن الدور الحالي لخدمات دور الرعاية من خلال استبيان مستقل شمل 14 من أصل 20 دار رعاية مؤسسية تم تحديدها كجزء من هذه الدراسة في الجمهورية العربية السورية. وكانت دور الرعاية هذه تابعة لجمعيات أهلية مختلفة في ثماني محافظات سورية، هي: دمشق وريف دمشق وحلب وحمص واللاذقية وحماة والحسكة والسويداء.

وكان عدد قليل من دور الرعاية المرخصة رسمياً يعمل في المحافظات، وافتقرت بعض المحافظات إلى دور الرعاية، مثل الرقة ودير الزور في المنطقة الشرقية، ودرعا والقنيطرة في المنطقة الجنوبية. ولم تشمل مناطق أخرى، مثل محافظة طرطوس، سوى دار رعاية واحدة مرخصة رسمياً ولكنها لم تكن تعمل حتى تاريخ إعداد هذه الدراسة.

وبلغ عدد كبار السن المقيمين في دور الرعاية البالغ عددها 20 دوراً 334 شخصاً، وشملت بعض دور الرعاية أيضاً بالغين أصغر سناً من الأشخاص ذوي الإعاقة. وكان أقل من سبعة في المائة من كبار السن المقيمين متزوجين في تاريخ إعداد الدراسة، وكانت نسبة كبار السن الذين لم يتزوجوا أبداً أو الأرمال أو المطلّقين كبيرة، وكان حوالي ثلث المقيمين أميين. وبلغ متوسط العمر الذي دخل فيه كبار السن إلى دور الرعاية 60 عاماً (وكان العمر الأدنى في السويداء، وهو 59 عاماً، والعمر الأعلى في الحسكة، وهو 77 عاماً). وقد سعى أكثر من ثلثهم إلى الدخول إلى دور الرعاية بأنفسهم، وبلغت نسبة كبار السن المقيمين الذين أدخلتهم أسرهم إلى دور الرعاية 43 في المائة. ويعرض الجدول 1 الأسباب الرئيسية لدخول كبار السن إلى دور الرعاية: في 61 في المائة من الحالات، ارتبطت أسباب الدخول بظروف صحية تطلبت توفير الرعاية الطويلة الأجل بما يتجاوز قدرة الأسرة على توفيرها. وفي 38 في المائة من الحالات، لم يكن لكبار السن أطفال أو أفراد في الأسرة يمكنهم الاعتناء بهم. وفي 25 في المائة من الحالات، لم يكن لنسل كبار السن ما يكفي من الوقت لرعايتهم بسبب العمل. وكان 22 في المائة من كبار السن مقيمين في دور الرعاية بسبب الهجرة الدولية لمقدم الرعاية غير النظامي الرئيسي. وكان 14 في المائة من كبار السن مقيمين في دور الرعاية بسبب عدم توفر مكان لهم في منازل ذريتهم، وتواجدت نسبة مماثلة في دور الرعاية لأن أفراد أسرهم رفضوا الاعتناء بهم.

وأشارت الزيارات الميدانية والتحليل الوثائقي إلى أنّ حوالي ثلثي دور الرعاية المشمولة في هذه الدراسة (وعددها 9) قد شيدت في مشاريع سكنية جديدة، وأنّ أربع دور إضافية بُنيت في مناطق سكنية قديمة، وواحدة معزولة إلى حد كبير عن المجتمعات المجاورة. وتباين حجم دور الرعاية وطاقاتها الاستيعابية تبايناً ملحوظاً، حيث خصّص العديد منها لكبار السنّ مساحات خارجية مثل الحدائق والساحات. وتضمنت معظم دور الرعاية في هذه الدراسة (وعددها 13) صالة مخصصة لاستقبال الزوار، في حين لم تتوفر أي مساحة لذلك في دار رعاية واحدة.

الجدول 1. الأسباب الرئيسية لدخول كبار السن إلى دور الرعاية (يمكن أن تتعدّد الأسباب)

النسبة المئوية	سبب الدخول إلى دور الرعاية (يمكن أن تتعدّد الأسباب)
61	الظروف الصحية وعدم توفر الرعاية الطويلة الأجل في المنزل
38	ليس لكبار السن نسل
25	انشغال نسل كبار السن عن توفير الرعاية لهم
22	هجرة نسل كبار السن
14	عدم توفر مساحة في منازل النسل
14	رفض أفراد الأسرة الاعتناء بكبار السن

المصدر: Syrian Commission for Family and Population Affairs, 2019.

ومن حيث الطاقة الاستيعابية، تراوح عدد كبار السن المقيمين بين خمسة وعشرة أشخاص في دارين للرعاية؛ وبين 11 و30 شخصاً في سبع دور رعاية؛ وبين 31 و50 شخصاً في دار رعاية واحدة؛ وبلغ عددهم أكثر من 50 شخصاً في أربع دور رعاية. واختلفت أشكال إيواء كبار السن في هذه الدور حسب الرسوم المدفوعة وتفضيلات كبار السن. وفقاً للطاقة الاستيعابية لدار الرعاية. على سبيل المثال، من بين دور الرعاية التي توفر خدمات مجانية، قدم اثنان غرفاً مفردة لكل مقيم،

وقدمت ثلاث دور غراً مزدوجة، وكانت أربع دور رعاية تحتوي على غرف بسعة أربعة مقيمين. ولا تحترم العديد من دور الرعاية خصوصية المقيمين بغض النظر عن احتياجاتهم الصحية والرعاية. وأشار مؤلفو الدراسة إلى أنّ مسألة الخصوصية مثيرة للقلق خصوصاً عندما يكون لدى كبار السن احتياجات معقدة ومنها الإعاقات الإدراكية والخرف.

وفي ما يتعلق بالموظفين في دور الرعاية، وجدت الدراسة ثغرات كبيرة بين المستويات والمؤهلات الفعلية للموظفين وما هو مطلوب من الناحية القانونية. وكشفت الدراسة عن نقص كبير في العاملين والمتطوعين في مجال الرعاية الطويلة الأجل، حيث لم يتجاوزوا نصف العدد المطلوب للعمل بفعالية. ولوحظ هذا النقص في جميع الإدارات والأدوار الوظيفية. وقد أظهرت الدراسة على وجه الخصوص نقصاً زمنياً في عدد العاملين المؤهلين والمتخصصين في المجالات الاجتماعية والصحية والطبية وفي عدد الأطباء النفسيين. ووجدت الدراسة من خلال تحليل نسبة المقيمين إلى العاملين في تخصصات مختلفة أنّ طبيباً مقيماً واحداً في المتوسط يعمل في دور الرعاية لكل 145 كبيراً في السن، وطبيباً زائراً واحداً يعمل في مختلف التخصصات الطبية لكل 44 كبيراً في السن، وممرضة واحدة لكل 22 كبيراً في السن، وأخصائياً اجتماعياً واحداً لكل 145 كبيراً في السن، وأخصائياً نفسياً واحداً لكل 300 كبير في السن، ومراقباً ليلياً واحداً لكل 21 كبيراً في السن. ومن ناحية أخرى، كان هناك عدد كاف من العاملين المساعدين في مجال الرعاية لأن هذه الوظائف لا تتطلب تحصيلاً تعليمياً عالياً أو مهارات محددة أو تدريباً مستمراً. وكان كل عامل تنظيف يدعم تسعة من كبار السن، وكان لكل عشرين كبيراً في السن طبّاخ واحد.

وقد واجه مقدمو الرعاية المؤسسية العديد من التحديات في تزويد كبار السن المقيمين برعاية فعالة ومراعاة لاحتياجاتهم، ومنها عدم كفاية تدريب الموظفين ومعارفهم ومهاراتهم لتوفير الرعاية الكافية التي تناسب الاحتياجات الطبية والاجتماعية والثقافية للمقيمين. وبالنسبة لدور الرعاية التي تنظمها الجمعيات الخيرية، كان التمويل عائقاً كبيراً بالإضافة إلى القوانين المعقدة والمتطلبات التنظيمية. عندما سئلت عينة من الإداريين عن أهم تحديات العمل في دور الرعاية، تمثل التحدي الأكبر في تحديد أنسب الطرق للاستجابة لاحتياجات المقيمين، ولا سيما أولئك الذين يعانون من صعوبات في التواصل. وتبين أنّ نقص الموظفين، ولا سيما الموظفين المؤهلين، ونقص الموارد المالية في دور الرعاية، وتقدم المباني وعدم ملائمتها لاحتياجات المقيمين هي كلها حواجز أمام قدرة العاملين على توفير الرعاية الكافية إلى المقيمين.

وتسلط نتائج هذه الدراسة الهامة الضوء على بعض أوجه التشابه والاختلاف في وضع كبار السن في الجمهورية العربية السورية مقارنة ببلدان أخرى في المنطقة. ويتعلق أحد الاختلافات الرئيسية بالتحديات الفريدة المرتبطة بالنزاع، بما في ذلك النزوح وفقدان المنزل والأسرة والشبكات الاجتماعية والثروة المادية مع ما يترتب على ذلك من آثار سلبية شديدة على الصحة الجسدية والعقلية لكبار السن. وفي المقابل، تُلاحظ أوجه التشابه في تجارب البلدان، بما في ذلك أهمية الأسرة في توفير الرعاية الطويلة الأجل، والنظرة إلى العمر والشيخوخة، والأعراف الاجتماعية التي تشجّع الدعم والتبادل بين الأجيال وفي المجتمع. وتبرز الدراسة الاحتياجات الصحية والرعاية المتزايدة لكبار السن في الجمهورية العربية السورية ونقص خدمات الرعاية النظامية الكافية والتي يمكن الوصول إليها، ولا سيما في المجتمعات الريفية. وتختتم الدراسة بالدعوة إلى إنشاء نموذج للرعاية يدمج كبار السن في المجتمع ويضمن توفر خدمات الرعاية الطويلة الأجل وإمكانية الوصول إليها. وتؤكد على دور رأس المال الاجتماعي والتماسك المجتمعي والجمعيات الخيرية في سدّ بعض هذه الثغرات، وتدعو إلى وضع سياسات اجتماعية وآليات للحماية الاجتماعية تناسب احتياجات كبار السن.

وتتيح الأعراف الاجتماعية الراسخة التي تشجّع تقدير كبار السن وتعزيز احترامهم دوراً هاماً للعمل الاجتماعي والتطوعي في تلبية احتياجات كبار السن. ولا يقتصر هذا العمل على توفير الرعاية الطويلة الأجل إلى كبار السن بل يشمل أيضاً إتاحة فرص شاملة لهم للمشاركة في مجتمعاتهم المحلية من أجل تحسين وضعهم الصحي عموماً. وتتطلب تعبئة رأس المال الاجتماعي على نحو منظم ومتناسك بعض التوجيه على مستوى السياسات لسدّ الثغرات في مجال الرعاية الطويلة الأجل لدى فئات مختلفة من كبار السن مع مراعاة الاختلافات المحلية والإقليمية.

دراسة الحالة الثانية: تطوّر نظام الرعاية الطويلة الأجل في المملكة العربية السعودية

في المملكة العربية السعودية، تبلغ نسبة الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر، حسب التقديرات، 3.5 في المائة من السكان⁹⁴. ويبين الفصل الأول من هذا التقرير أن هذه النسبة ستصل إلى 7 في المائة بحلول عام 2033 (مما يمثل بداية الانتقال إلى الشيخوخة في البلد). ويشير التحليل أيضاً إلى أن المملكة العربية السعودية ستشهد انتقالاً سريعاً إلى الشيخوخة، حيث لن تستغرق سوى 12 عاماً لتصل النسبة نفسها إلى 14 في المائة، فتكون قد أنهت مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة مثل دول مجلس التعاون الخليجي الأخرى⁹⁵.

وفي عام 2019، بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 75 عاماً (74 عاماً للذكور و77 عاماً للإناث)⁹⁶. وبلغت نسبة إعاقة كبار السن، حسب التقديرات، 4.9 في عام 2020⁹⁷. وتضع هذه التركيبة السكانية المتغيرة طلباً كبيراً على نماذج جديدة لتوفير الخدمات الصحية والرعاية الطويلة الأجل. ويتوقع أن تشهد نُظُم الرعاية الطويلة الأجل نمواً كبيراً في المملكة العربية السعودية (وغيرها من دول مجلس التعاون الخليجي). وتشير شركة كوليرز إنترناشونال (Colliers International) إلى أهمية خدمات الرعاية الطويلة الأجل، بما في ذلك إعادة التأهيل والرعاية المنزلية، لتتبع نظام الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية وغيرها من دول مجلس التعاون الخليجي. وحسب أبحاث السوق نفسها، ستحتاج المملكة العربية السعودية بحلول عام 2030 عدداً إضافياً من الأسرة الخاصة بإعادة التأهيل والرعاية الطويلة الأجل يتراوح عددها بين 20,000 و22,000 سرير لتلبية الطلبات المتوقعة.

وتعمل الحكومة السعودية منذ عدة عقود لتحويل سياسة الرعاية الصحية وآلية تقديم الخدمات. وتقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية على ثلاثة مستويات هي الرعاية الأولية والمتخصصة والعالية التخصص. وتقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية خدمات الرعاية الوقائية والعلاجية، وتحيل الحالات التي تحتاج رعاية متقدمة إلى المستشفيات العامة أو مراكز الرعاية المتخصصة. ويُنقل المرضى الذين يحتاجون مستوى أكثر تعقيداً من الرعاية عادةً إلى المستشفيات المتخصصة أو المركزية ومراكز الرعاية المتقدمة.

وتدرك المملكة العربية السعودية أهمية وضع سياسات وممارسات لمعالجة هذه الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية. وكان هدف السياسات الاستراتيجية تحديداً إتاحة الرعاية المنزلية لكبار السن، التي يُعترف بها على أنها مقبولة ثقافياً وفعالة من حيث الكلفة على الصعيد الاقتصادي. ويشهد قطاع الرعاية الصحية السعودي تحولاً كجزء من «رؤية السعودية 2030»، ويهدف هذا التحول إلى تحسين نوع خدمات الرعاية الصحية ونوعيتها وتوسيع نطاق خصصة الخدمات الحكومية⁹⁸. وفي عام 2016، أطلق برنامج التحول الوطني من أجل إنشاء الهياكل الأساسية اللازمة لتحقيق رؤية السعودية 2030. ويهدف هذا البرنامج إلى تقديم مجموعة من خدمات الرعاية الطويلة الأجل (بما في ذلك إعادة التأهيل ومرافق الرعاية الموسعة ومراكز الطب النفسي والرعاية الصحية المنزلية) من خلال شراء الخدمات من القطاع الخاص.

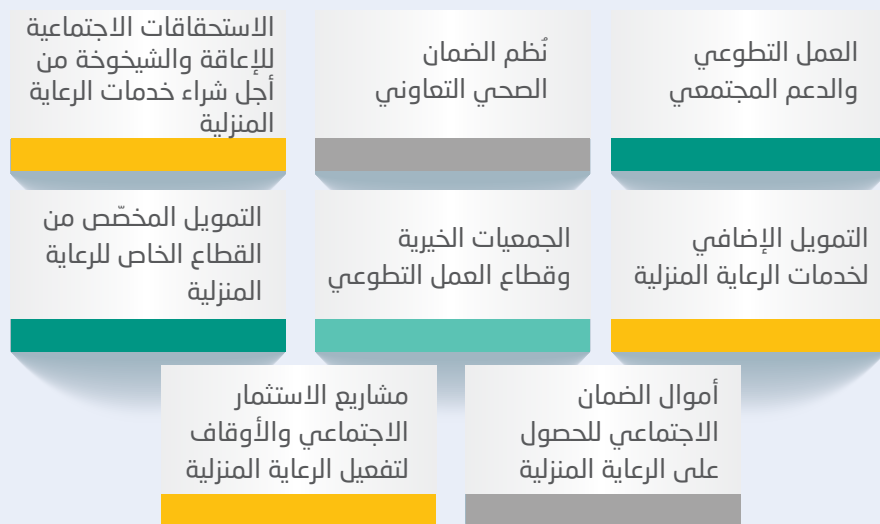
وقد أجرينا من أجل هذا التقرير مقابلات ومناقشات جماعية مركزة مع أصحاب المصلحة الرئيسيين من مجلس شؤون الأسرة ووزارة الصحة ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية ووزارة التعليم. وقدمت البيانات النوعية الأولية أفكاراً مفضلة عن التطورات الأخيرة والحالية المتعلقة بكبار السن في المملكة العربية السعودية. وقد زوّد أصحاب المصلحة الفريق بوثائق رئيسية على مستوى السياسات بشأن الجهود التي تبذلها المملكة العربية السعودية لتلبية الاحتياجات الاجتماعية والصحية والاقتصادية لكبار السن. وحدد تقرير عن أنشطة الرعاية المنزلية لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة كتيبه طلعت حمزة الوزنة (غير مؤرخ) ثماني آليات محتملة لدعم التوسع في تقديم الرعاية الطويلة الأجل في المنزل في جميع أنحاء المملكة العربية السعودية. ويبين الشكل 36 هذه الآليات على النحو التالي: (1) تفعيل العمل التطوعي في تقديم الرعاية المنزلية داخل المجتمع المحلي من خلال برامج التدريب ونشر الوعي وتعزيز الكفاءة من حيث الكلفة؛ (2) تغطية خدمات الرعاية المنزلية بَنُظُم الضمان الصحي التعاوني؛ (3) الاستفادة من بعض الاستحقاقات الاجتماعية للإعاقة والشيخوخة لشراء

الرعاية المنزلية؛ (4) تأمين تمويل إضافي لخدمات الرعاية المنزلية؛ (5) تعبئة الجمعيات الخيرية وقطاع العمل التطوعي للمساهمة في تقديم الرعاية المنزلية؛ (6) الحصول على تمويل جزئي من القطاع الخاص من خلال مساهمات مخصصة لبرنامج الرعاية المنزلية؛ (7) تخصيص نسبة من أموال الضمان الاجتماعي الموجهة للأشخاص ذوي الإعاقة والمرضى لبرنامج الرعاية المنزلية؛ (8) إقامة مشاريع الاستثمار الاجتماعي والأوقاف لتشغيل برنامج الرعاية المنزلية.

وفي هذا التقرير، تُقسم برامج الرعاية المنزلية إلى قسمين: برامج الرعاية في المستشفى والبرامج المركزة على الرعاية المجتمعية. يُوَجَّه القسم الأول من البرامج إلى الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم للاستمرار في توفير الرعاية الصحية لهم في المنزل والحد من الزيارات المتكررة إلى المستشفى. وتهدف إعادة التأهيل المجتمعي إلى دعم الاستقلالية والقدرات الوظيفية للأفراد الذين يحتاجون الرعاية طويلة الأجل. ويشير التقرير نفسه إلى أنَّ المملكة العربية السعودية بدأت في مطلع تسعينات القرن الماضي في إنشاء مراكز للرعاية النهارية لتقديم خدمات إعادة التأهيل إلى الأشخاص ذوي الإعاقة ومن هم بحاجة إلى الرعاية طويلة الأجل، والسماح لمقدمي الرعاية الأسرية بالمشاركة في القوى العاملة والأنشطة الاجتماعية الأخرى. وجرى تصميم الأنشطة في هذه المراكز النهارية لتلبية احتياجات الأفراد السلوكية والاجتماعية والنفسية وتحسين مهاراتهم وقدرتهم على القيام بأنشطة الحياة اليومية.

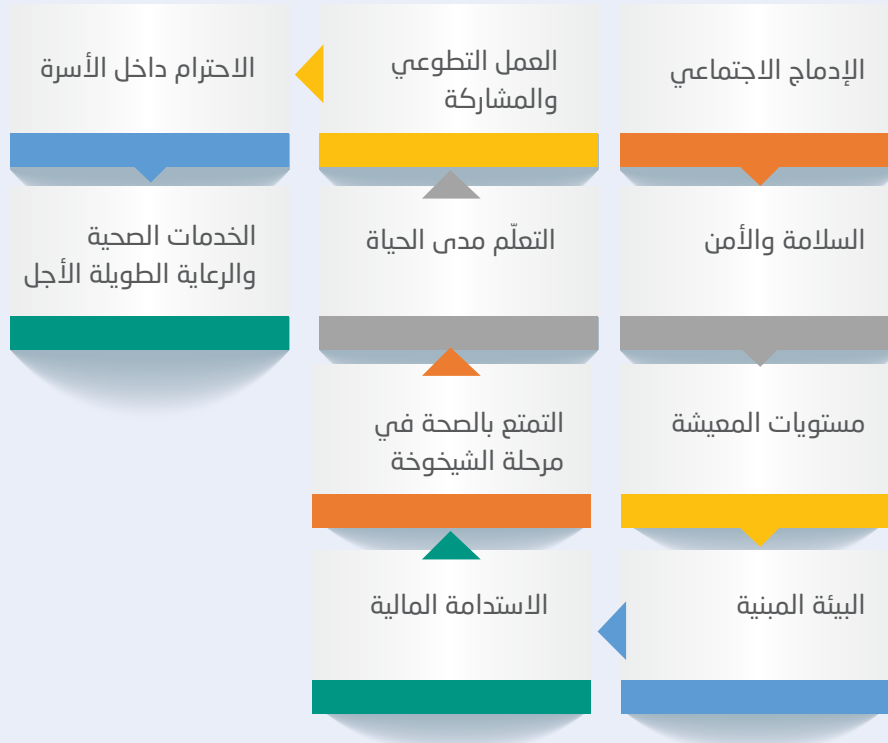
وتُعَد المملكة العربية السعودية «استراتيجية وطنية للأسرة» من أجل تلبية احتياجات الأسرة بوصفها وحدة اجتماعية مع إيلاء اهتمام خاص لحقوق كبار السن واحتياجاتهم. واستناداً إلى التقرير الوطني السعودي لمراجعة خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة⁹⁹، تحدد الاستراتيجية الوطنية للأسرة عشرة أهداف استراتيجية تتعلق بكبار السن في المملكة العربية السعودية (الشكل 37). وتتضمن إقراراً بالحاجة إلى تعزيز سلامة كبار السن وأمنهم من خلال حمايتهم من سوء المعاملة والإهمال في المنزل، وتوفير الرعاية طويلة الأجل والعالية الجودة لهم عند الحاجة، وتزويدهم أيضاً ببيئة مبنية آمنة وبمبان حكومية يسهل الوصول إليها. ولا بد من دعم الاستدامة المالية لكبار السن من خلال توفير أدوات ومعلومات تتيح أسلوب عيش نشيط وصحي، وتشجيع التعلم مدى الحياة من خلال توفير الفرص والمرافق التعليمية المناسبة، وإتاحة فرصة للمشاركة في المجتمع الأوسع عن طريق العمل التطوعي وغيره من الأنشطة القائمة على الاستفادة من معارفهم وخبراتهم¹⁰⁰.

الشكل 36. معايير النجاح الرئيسية لبرامج الرعاية المنزلية طويلة الأجل في المملكة العربية السعودية



المصدر: إعداد الإسكوا استناداً إلى تقرير الوزن (غير مؤرخ)

الشكل 37. استراتيجية الوطنية للأسرة السعودية وأهدافها الاستراتيجية المتعلقة بكبار السن



المصدر: إعداد الإسكوا استناداً إلى التقرير السعودي لمراجعة خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2021.

ويتم تبادل الخدمات والتدخلات الخاصة بكبار السن في المملكة العربية السعودية بين مختلف الوزارات والمنظمات. وتعمل وزارة التعليم بنشاط للقضاء على الأمية اللغوية والرقمية بين كبار السن. وقد اعتُبر التعليم والوصول إلى المعلومات كعاملين اجتماعيين مهمين لضمان صحة كبار السن في المملكة العربية السعودية¹⁰¹. ووضعت وزارة التعليم برامج خاصة لتعليم الكبار مثل برنامج «نظام تعليم الكبار ومحو الأمية في المملكة العربية السعودية»، بموجب قرار مجلس الوزراء رقم 523، مع التركيز على الإلمام بالتكنولوجيا الرقمية. وهي مبادرة أطلقت في إطار برنامج التحول الوطني انطلاقاً من رؤية السعودية 2030، وهي موجهة إلى البالغين من الجنسين الحاصلين على شهادة تعليم ثانوي أو شهادة أقل مستوى، والذين هم خارج مجال التعليم لتمكينهم من مواصلة تدريبهم وتطويرهم المهني من أجل الانخراط في سوق العمل. وباستخدام التكنولوجيا الرقمية، طوّرت وزارة الصحة العديد من التطبيقات الصحية للوصول إلى المعلومات وتنظيم مواعيد الرعاية الصحية الافتراضية وإجرائها. وقدّمت وزارات أخرى أيضاً خدمات رقمية، مثل وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية.

وتقدم وزارات سعودية مختلفة خدمات محددة إلى كبار السن. على سبيل المثال، صمّمت وزارة التعليم برنامجاً لتنفيذ حملات صيفية لزيادة الوعي وتوفير التدريب من أجل محو الأمية الرقمية واللغوية. وهو برنامجٌ موجهٌ أساساً للبالغين وكبار السن الذين يعيشون في المناطق النائية والريفية، ويُنفَّذ بالشراكة مع هيئات حكومية أخرى ومع المجتمع المدني. ونفذت الوزارة أيضاً تدخلات مجانية مصمّمة خصيصاً لكبار السن بالتعاون مع البوابة الوطنية للتعليم الإلكتروني «عين».

وتواصل الحكومة السعودية تركيزها على الرعاية الصحية، وقد اعتبرت أنّ الرعاية الطويلة الأجل وإعادة التأهيل هما تدخلان مهمّان في استراتيجية التحوّل الصحي. وأشارت هذه الاستراتيجية إلى «عدم وجود القدرة الكافية في خدمات الرعاية الممتدة مثل إعادة التأهيل والرعاية طويلة الأجل والرعاية المنزلية». وتمثل خدمات الرعاية المنزلية إحدى المبادرات الرئيسية التي تقدمها وزارة الصحة في مجال الرعاية الطويلة الأجل. وقد جاءت هذه المبادرة استجابةً لارتفاع معدلات إشغال أسرّة المستشفيات من أشخاص يحتاجون الرعاية الطويلة الأجل. فالأفراد المؤهلون للحصول على خدمات الرعاية الطويلة الأجل لا يحتاجون عادةً رعاية شديدة بل خدمات صحية ورعاية محدودة تناسب ظروفهم. ونظراً لغياب مثل هذه المرافق، يشغل الأفراد الذين يحتاجون الرعاية الطويلة الأجل أسرّة المستشفيات على نحو غير ضروري، مما يسبّب مزيداً من الضغوط في النظام الصحي العام. ففي عام 2017، شغل مرضى الرعاية الطويلة الأجل حوالي 14 في المائة من أسرّة المستشفيات التابعة لوزارة الصحة السعودية، حسب التقديرات، مقارنة بنسبة 7 في المائة فقط في عام 2016.¹⁰² وتشير التقديرات إلى أنّ التغطية السنوية للمستفيدين من الرعاية المنزلية شملت 32,000 شخص في عام 2018، ويُتوقع أن تصل إلى 90,000 مستفيداً بحلول عام 2022.¹⁰³

وقدمت وزارة الصحة مجموعة من الخدمات إلى كبار السن، كما هو مبين في التقرير السعودي لمراجعة خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2021). وأطلقت الوزارة برنامجاً لدعم لتوفير الخدمات اللوجستية والرعاية المنزلية إلى الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن. وفي عام 2017، بلغ العدد الإجمالي للمستفيدين 5,280 شخصاً تمكنوا من الوصول إلى 8,028 نشاطاً لتوفير الخدمات. وكانت هذه الخدمات متوفرة في ست مناطق تدعمها عشرة مستشفيات: ثلاثة منها في جدة، واثنان في كل من الحدود الشمالية وحفر الباطن، وواحد في بقية المناطق. وعموماً، استفاد من هذه الخدمات 2,563 شخصاً من ذوي الإعاقة و2,243 شخصاً من كبار السن، وبلغ عدد الخدمات التي حصلوا عليها 4,157 و3,295 خدمة على التوالي. وبلغ عدد الأشخاص الذين تلقوا الرعاية المنزلية 474 شخصاً وحصلوا على 576 خدمة. وارتبط العدد الأكبر من الأنشطة بالمساعدة على التنقل (2,730 نشاطاً) وتحديد المواعيد (2,728 نشاطاً)، في حين كانت الترجمة بلغة الإشارة أقل الخدمات استخداماً (46 نشاطاً).

وأطلقت وزارة الصحة برنامج الرعاية الصحية المنزلية في عام 2009 لتوفير خدمات الرعاية الطبية المنزلية. وتقدّم هذه الخدمات حالياً في 22 منطقة صحية في جميع أنحاء البلد عن طريق 505 فرق طبية مدربة على توفير الرعاية المنزلية. ويتألف كل فريق من أطباء وممرضين وأخصائيي علاج طبيعي وأخصائيين اجتماعيين وسائقين وأخصائيي تغذية. وتقدّم الخدمات باستخدام أسطول وزارة الصحة المكوّن من 483 سيارة، وتلقى أكثر من 40,000 مريض خدمات منزلية في 235 مستشفى، وأجريت 726,000 زيارة منزلية في عام 2021. وكجزء من الاستجابة الوطنية لجائحة كوفيد-19، كانت الرعاية المنزلية محورية في البرنامج الوطني للتطعيم في المنزل والبرنامج الذي يعطي الأولوية في الحصول على التطعيم في المنزل للبالغين الأكبر سناً. ولا تقتصر خدمات الرعاية الصحية المنزلية على كبار السن بل تشمل أيضاً الفئات العمرية الأخرى حسب احتياجاتها.¹⁰⁴

وتقدم وزارة الصحة برنامجاً للإعانة المالية من أجل توفير الأجهزة الطبية لكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة بالاستناد إلى معايير الأهلية. وتوفّر أيضاً مساعدات مالية وعينية لكبار السن ذوي الدخل المنخفض وأسرهم من خلال وكالة الضمان الاجتماعي التابعة لوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية. وتنفذ وزارة الصحة في إطار برنامج التحوّل الوطني مبادرات لتحسين نوعية حياة كبار السن ورفع مستوى الخدمات المقدمة لهم بما يتماشى مع أعلى المعايير من خلال إنشاء واحات لكبار السن في مختلف المناطق وتوسيع مساهمة القطاع الخاص وغير الربحي في مراكز الرعاية الطويلة الأجل برسوم رمزية.

وتنشط في المملكة العربية السعودية العديد من المنظمات غير الحكومية التي تهدف أساساً إلى دعم كبار السن. فعلى سبيل المثال، الجمعية السعودية لمساندة كبار السن «وقار» هي جمعية خيرية غير ربحية تساعد في تقديم خدمات الرعاية الطويلة الأجل إلى كبار السن وتدافع عن حقوقهم. وتؤدي دوراً نشطاً في إذكاء الوعي العام من خلال إنتاج كتب ومنشورات إعلامية مختلفة يمكن الوصول إليها. وقد أطلقت جمعية وقار أيضاً العديد من المبادرات، مثل حملات التوعية وورش العمل بالتعاون مع مراكز أخرى لتحفيز تبادل المعارف بين أصحاب المصلحة المتعددين وكبار السن. ومن بين المؤسسات الأخرى الجمعية السعودية الخيرية لمرض الزهايمر، التي تركز على دعم الأشخاص المصابين بالخرف وأسرهم. ومن أكثر الخدمات قيمةً هو التدريب الإلكتروني لتمكين مقدمي الرعاية النظاميين وغير النظاميين من توفير الدعم الفعال للأشخاص المصابين بالخرف باتباع نهج محوره الشخص. وقد أنشأت الجمعية سجلاً وطنياً وقاعدة بيانات لمرض الزهايمر حيث يعمل أكثر من 30 مركزاً متخصصاً في شراكة مع مستشفى الملك فيصل التخصصي. وأطلقت الجمعية أيضاً خمس مبادرات: (1) «إيراق» لتقدير أفراد بارزين على عملهم الخيري المتعلق بمرض ألزهايمر من خلال توزيع جوائز خاصة لهم؛ (2) «معين» للتدريب من أجل تمكين مقدمي الرعاية إلى الأشخاص المصابين بالخرف من توفير الرعاية المناسبة لهم؛ (3) «ترياق» لتوفير الرعاية الطبية المتخصصة والمعدات والأدوية الموصوفة طبياً على نحو مجاني؛ (4) «مبادر» لتعزيز قدرات العمل التطوعي وتعبئة المجتمع المحلي وجمع التبرعات؛ (5) «واعٍ وراعٍ» لتوفير التمثيل الدولي وتدريب موظفي الرعاية الصحية المحترفين.

وترتبط الجهود الحيوية الأخرى بالحد من إهمال وإساءة معاملة كبار السن في منازلهم. وبالشراكة مع مختلف المؤسسات الحكومية وغير الحكومية، أطلق البرنامج الوطني لسلامة الأسرة برنامج «إحسان» لتوعية الناس والمهنيين العاملين مع كبار السن بشأن إساءة معاملة كبار السن. وكجزء من هذا العمل، أصدر البرنامج توصيات بشأن آليات الإبلاغ عن الشواغل أو حالات سوء المعاملة.

وأفادت التقارير بأن أزمة كوفيد-19 في المملكة العربية السعودية قد تمت إدارتها من خلال نهج تكاملي عبر الإدارات الحكومية والمنظمات المدنية والتطوعية. ففي كانون الثاني/يناير 2020، شُكِّلت لجنة عليا تضم أعضاء من 24 هيئة حكومية بالشراكة مع 494 مستشفى لتقديم إرشادات عن تدابير الوقاية من الفيروس ومكافحته. وتستند هذه اللجنة إلى الخبرة التراكمية في إدارة مخاطر الأوبئة والحشود البشرية خلال موسمي الحج والعمرة وإلى الخبرة المكتسبة خلال تفشي متلازمة الشرق الأوسط التنفسية في عام 2012.

وللتخفيف من الأثر السلبي للجائحة على السكان، ضمنت الحكومة 60 في المائة من رواتب المواطنين المتضررين والعاملين في القطاع الخاص وسمحت لأصحاب الأعمال التجارية بتأجيل دفع الضرائب على القيمة المضافة والإنتاج والإيرادات لمدة ثلاثة أشهر. وقدم علاج مجاني إلى جميع المصابين وأجريت اختبارات عشوائية للسكان على نطاق واسع. وأعلنت وزارة الصحة عن معدل تطعيم ملفت بلغ 98 في المائة بين كبار السن من الفئة العمرية 60 عاماً وأكثر.

وقد اتخذت وزارات مختلفة تدابير خاصة للحد من الآثار السلبية على كبار السن. فعلى سبيل المثال، روجت وزارة الصحة للعديد من تطبيقات الهاتف المحمول من أجل تسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية أثناء تدابير التباعد الاجتماعي والإغلاق. وسمحت هذه التطبيقات للأفراد بحجز مواعيد الرعاية الصحية أو تعديلها أو إلغائها. وحجز المواعيد لإجراء اختبارات كوفيد-19، وتوفير المعلومات المتعلقة بالسلامة؛ وضمان توصيل الأدوية من خلال ربط المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية بالصيدليات المجتمعية حتى يتمكن المرضى من استلام أدويتهم من أقرب صيدلية أو توصيلها إلى منازلهم على نحو مباشر ومجاني. وقد أُعطيت الأولوية إلى كبار السن لتلقي لقاحات كوفيد-19 في المنزل.

دراسة الحالة الثالثة: تطوّر نُظُم الرعاية الطويلة الأجل في مصر

يُصنّف البنك الدولي مصر في فئة البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى (إلى جانب تونس والجزائر وجزر القمر وجيبوتي ودولة فلسطين والمغرب وموريتانيا). وفي عام 2020، بلغت نسبة الأشخاص من الفئة العمرية 65 عاماً أو أكثر 5.3 في المائة حسب تقديرات الأمم المتحدة، ومن المتوقع أن تصل هذه النسبة إلى 7 في المائة في عام 2036 (مما يمثل بداية الانتقال إلى الشيخوخة في البلد). وتشير التقديرات إلى أن مصر ستستغرق إلى حد ما وقتاً أطول من البلدان الأخرى لإكمال مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة (عندما تبلغ نسبة السكان من الفئة العمرية 65 عاماً أو أكثر 14 في المائة).

وفي عام 2019، بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة في مصر 72 عاماً (70 عاماً للذكور و74 عاماً للإناث)¹⁰⁵. وخلافاً للجمهورية العربية السورية والمملكة العربية السعودية، اللتين من المتوقع أن تستغرقا 17 عاماً و12 عاماً على التوالي لإكمال مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة، من المتوقع أن تستغرق مصر 42 عاماً لإكمال هذه المرحلة، مما يتيح بعض الوقت للاستفادة من عائدها الديمغرافي. وينطوي العدد الكبير لسكان مصر، الذي يتجاوز 100 مليون نسمة بالإضافة إلى 10 ملايين آخرين يعيشون في الخارج، على تحديات وفرص في إدارة الانتقال إلى الشيخوخة¹⁰⁶. وفي عام 1960، بلغ إجمالي عدد السكان الذين تجاوز عمرهم 65 عاماً ما يزيد قليلاً عن مليون شخص، ولكن في عام 2020 بلغ عددهم 5.4 مليون نسمة ومن المقدر أن يصل عددهم إلى 15 مليوناً بحلول عام 2050¹⁰⁷. ولذلك، يتزايد بشكل كبير الطلب على الخدمات المتصلة بالشيخوخة، بما في ذلك خدمات الرعاية الطويلة الأجل.

وفي عام 2018، أنشئ نظام للتأمين الصحي الشامل لإصلاح نظام الرعاية الصحية المجزأ في مصر. ويهدف هذا النظام الذي يوفر رعاية صحية شاملة إلى تغطية جميع المحافظات بحلول عام 2032، ويطبق تدريجياً على ست مراحل، يركز كل منها على منطقة جغرافية مختلفة. واستناداً إلى تقديرات شركة كوليرز إنترناشونال (2021) (Colliers International)، ستحتاج مصر بحلول عام 2030 إلى عدد إضافي من الأطباء (88,000) والممرضات (73,000) والصيدلة (18,000) لتلبية الطلب الحالي والمتوقع. ويتوقع التقرير نفسه أن مصر ستحتاج ما يقرب من 62,000 سرير من الأسرة المخصصة للرعاية الطويلة الأجل بحلول عام 2050. ويقرّ هذا البحث بالطلب المتزايد على خدمات الرعاية الطويلة الأجل، لكنه لا يقدر الموارد البشرية اللازمة لتلبية هذا الطلب.

وفي ما يتعلق بالحماية الاجتماعية لكبار السن، وضعت مصر برنامجي «تكافل» و«كرامة»، اللذين أُطلقا في عام 2015 من خلال وزارة التضامن الاجتماعي بدعم مالي من البنك الدولي. ويؤمّن برنامج تكافل إلى الأسر ذات الدخل المنخفض التي تضم أفراداً معالين يقلّ عمرهم عن 18 عاماً، في حين يُؤمّن برنامج كرامة إلى كبار السن ذوي الدخل المنخفض والأيتام والأشخاص ذوي الإعاقة. ويُنفذ هذان البرنامجان في 27 محافظة مصرية (وتشمل تغطيتهما 5,630 قرية)، ويستفيد منهما تسعة ملايين فرد¹⁰⁸. ومعظم المستفيدين هم من النساء (85.6 في المائة) إضافة إلى 6.7 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة و2.1 في المائة من كبار السن. وحسب طلعت (2020) (Talaat)، يرتبط انخفاض مستوى التغطية بين كبار السن بمعايير الأهلية في هذين البرنامجين، لأن كبار السن الذين يتلقون معاشات تقاعدية من الدولة غير مؤهلين للاستفادة من هذين البرنامجين عموماً. ولذلك، يستفيد منهما كبار السن ذوو الدخل المنخفض جداً.

وقد شهدت مصر مؤخراً العديد من التطورات على مستوى السياسات، مثل قانون حقوق كبار السن لعام 2021¹⁰⁹، الذي صاغته وزارة التضامن الاجتماعي وأقرّه مجلس الوزراء في أيلول/سبتمبر 2021، وكان قيد النظر في مجلس النواب عند إعداد هذا التقرير¹¹⁰. وتضع المادة 22 من القانون مسؤولية توفير الرعاية الطويلة الأجل لكبار السن على الأسرة المباشرة، وتنصّ على المسؤولية القانونية للأزواج والزوجات في رعاية الشريك/الشريكة إذا كان/كانت بحاجة إلى الرعاية الطويلة الأجل في سن الشيخوخة. وإذا لم يكن لكبار السن شريك/شريكة (في حالة الترمّل مثلاً)، ينبغي لأحد أقاربهم المقيمين

في مصر والراغبين في رعايتهم والقادرين على ذلك أن يوقّر لهم رعاية غير نظامية وفقاً للترتيب التالي: الأطفال والأحفاد ثم الأشقاء، وإذا كانت الأسرة تضمّ العديد من الأفراد، يختارون الشخص الذي سيتولّى الاعتناء بكبار السن. وينص القانون على معاقبة مقدمي الرعاية الذين يثبت أنهم أساءوا معاملة شخص كبير في السن أو أهملوه. ويحظر القانون التمييز ضد كبار السن وأي شكل من أشكال التمييز على أساس السن أو الدين. ويشير مقال إخباري حديث إلى أنّ مجلس الشيوخ ناقش إنشاء المزيد من دور الرعاية المجانية لكبار السن المؤهلين.¹¹¹

وفي عام 2017، أنشأت وزارة التضامن الاجتماعي لجنة عليا لرعاية كبار السن (القرار رقم 432) يرأسها وزير التضامن الاجتماعي وتضمّ ممثلين عن الأطراف المعنية. وتفيد معلومات قدمتها وزارة التضامن الاجتماعي بأن اللجنة تهدف إلى: وضع خطة متكاملة لرعاية كبار السن؛ ووضع تشريعات تنظّم حالة كبار السن والخدمات المقدمة لهم؛ وتنظيم وتنسيق برامج الرعاية الطويلة الأجل التي أطلقتها الوزارات والوكالات الأخرى؛ واقتراح برامج وأنشطة لزيادة وعي كبار السن ومشاركتهم في المجتمع الأوسع؛ وإنشاء وتحديث قاعدة بيانات لخدمات الرعاية الطويلة الأجل.

وفي عام 2021، أكدت وزارة التضامن الاجتماعي مبادرة جديدة مقترحة، هي «البطاقة الذهبية»، لتسهيل المشاركة الاجتماعية بين كبار السن وتقليل تكاليف السفر. وتعفي هذه الميزة المجانية جميع كبار السن (الذين تزيد أعمارهم عن 70 عاماً) من تكاليف النقل العام، وتقدم خصماً بنسبة 50 في المائة للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 65 و 70 عاماً¹¹². وتشرف وزارة التضامن الاجتماعي على 194 نادياً ومركزاً لتوفير خدمات الرعاية النهارية يستفيد منها حوالي 37,000 شخص من كبار السن. ومن بين هذه النوادي والمراكز، تشمل 18 منظمة وحدات تقدم الفحوص الصحية والخدمات الطبية مقابل رسوم مخفّضة.

وتوثّق الأدبيات الجهود المستمرة للقطاعات الخيرية والمجتمعية وغير الربحية في تلبية بعض احتياجات كبار السن في مصر (وبلدان أخرى في المنطقة العربية)¹¹³. ويعود تاريخ مشاركة المنظمات الخيرية في دعم كبار السن وأسرههم إلى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين. وقد أسست الجالية اليونانية في الإسكندرية داراً للمسنين، وهي إحدى أقدم دور الرعاية لكبار السن¹¹⁴. وتأسست منظمة كيميت في عام 2014، وهي جمعية خيرية حالية تُعنى برعاية كبار السن في مصر. وفي ورشة عمل نظمها شبكة أبحاث الشيخوخة الصحية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام 2019¹¹⁵، قدم مدير المنظمة لمحة تاريخية عن الرعاية المؤسسية لكبار السن في مصر يعود تاريخها إلى عام 1890، وقد كانت المرافق الأولى الممولة من الدولة قد أُنشئت في عام 1961¹¹⁶. وفي عام 2017، أعدت منظمة كيميت ورقة حول حقوق كبار السن في مصر تضمنت عدة توصيات مثل وضع استراتيجية وطنية مصرية لكبار السن؛ وإنشاء صندوق مخصّص لمساعدة كبار السن؛ وتطوير خدمات متخصصة لأولئك الذين يعانون من الخرف ومن حالات مزمنة أخرى؛ وإطلاق حملة إعلامية لزيادة الوعي العام بشأن حقوق كبار السن واحتياجاتهم وإجراء مسح وطني لفهم الوضع الحالي والتحديات والثغرات في الرعاية الطويلة الأجل المقدمة إلى كبار السن في مصر.

وقد ركّز استطلاع للرأي العام أجراه مؤخراً المركز المصري لبحوث الرأي العام «بصيرة»¹¹⁷ على تصوّرات المصريين بشأن اقتصاد الرعاية الطويلة الأجل وتأثيره على المشاركة الاقتصادية للمرأة. واستندت الدراسة إلى مقابلات هاتفية أجريت مع عدد من المصريين بلغ 2,016 شخصاً، وذلك من 22 آذار/مارس إلى 4 نيسان/أبريل 2020¹¹⁸. وبلغت نسبة المشاركين الذين أشاروا إلى وجود شخص كبير في السن داخل أسرهم 19 في المائة (أو 383 شخصاً). وكان معظم المجيبين في هذه المجموعة (96 في المائة) هم الأشخاص الأساسيين الذين يقدمون الرعاية غير النظامية إلى كبار السن (الذين هم عادةً آباؤهم أو حمواتهم). وبلغت نسبة الذكور بين المجيبين الذين أشاروا إلى أنهم يقدمون رعاية غير نظامية إلى كبار السن 52 في المائة أي أكثر من نصفهم، وبلغت نسبة الإناث 48 في المائة. إلا أنّ كثافة تقديم الرعاية اختلفت حسب نوع الجنس، حيث أشارت 84 في المائة من النساء إلى أنهنّ يقدمن رعاية غير نظامية طوال اليوم مقارنة بنسبة 43 في المائة فقط

من الرجال (وبلغ متوسط ساعات الرعاية التي قدمتها النساء 7.5 ساعات يومياً مقارنة بخمس ساعات للرجال)، ولم يختلف متوسط عدد ساعات الرعاية بين النساء العاملات وغير العاملات، ولكن أوقات الرعاية المقدمة خلال النهار اختلفت.

ويخلص الجدول 2 بعض نتائج المسح ويعرض مستوى موافقة المشاركين على تصاريح مختلفة. وقد ذكر أكثر من نصف المجيبين أنه من الضروري إتاحة خيارات الرعاية الطويلة الأجل النظامية لكبار السن (58 في المائة من الإناث و 45 في المائة من الذكور). وفُضِّل المشاركون خدمات الرعاية الطويلة الأجل المقدمة في المنزل على دور الرعاية المؤسسية. فقد وافق 68 في المائة منهم على توظيف عاملين في مجال الرعاية المنزلية إن لم تتمكن الأسر من رعاية كبار السن مقارنة بنسبة 28 في المائة فقط من المجيبين الذين وافقوا على إدخال كبار السن إلى دور الرعاية المؤسسية في ظروف مماثلة.

الجدول 2. موافقة المشاركين المصريين على تصاريح مختلفة في استطلاع للرأي حول الرعاية الطويلة الأجل

التصريح	الجواب (النسبة المئوية)			
	أوافق تماماً	أوافق	محايد	لا أوافق تماماً
إذا كان شخص ما غير قادر على رعاية والديه، يجوز أن يدخلهما إلى دار لرعاية كبار السن.	6.2	21.3	3.0	56.8
إذا كان شخص ما غير قادر على رعاية والديه، يجوز أن يوظف شخصاً يقدم الرعاية الطويلة الأجل النظامية.	18.9	48.5	2.2	19.7
يمكن ترك العاملين في مجال الرعاية المنزلية النظامية بمفردهم مع كبار السن.	10.1	34.1	5.0	30.1
من الضروري إتاحة خدمات الرعاية الطويلة الأجل النظامية لكبار السن.	20.0	31.4	4.1	19.6
يفتقر معظم العاملين في مجال الرعاية الطويلة الأجل النظامية إلى تدريب متخصص.	15.8	27.2	37.4	5.4
لا بد من أن تكون خدمات الرعاية الطويلة الأجل النظامية متخصصة.	66.1	19.3	3.2	10.4

المصدر: Baseera, 2021.
ملاحظة: حجم العينة هو 2,016 شخصاً؛ إعداد الإسكوا.

ومن النتائج المثيرة للاهتمام لهذه الدراسة هي انخفاض الرغبة في توظيف عمال الرعاية النظاميين للاعتناء بأقاربهم الكبار في السن إذا كان هذا الخيار متاحاً. فقد أشار 3 في المائة فقط من المجيبين في المتوسط إلى أنهم يقبلون بهذا الخيار (1 في المائة بين النساء و 5 في المائة بين الرجال). وكانت هذه النسبة أعلى بين المجيبين ذوي التحصيل العلمي العالي، ولكن لم تلاحظ أي اختلافات حسب المنطقة الجغرافية. ويرتبط القبول المحدود لتوظيف عمال الرعاية الطويلة الأجل النظاميين بالعديد من المخاوف والتصورات بشأن جودة خدمات الرعاية الطويلة الأجل في مصر. فعلى سبيل المثال، يطلب مقدمو الرعاية غير النظاميين أن يكون العمال النظاميون في مجال الرعاية الطويلة الأجل قد تلقوا تدريباً متخصصاً في رعاية كبار السن. وفي الوقت نفسه، اعتبرت الأغلبية أن خدمات الرعاية الطويلة الأجل النظامية في مصر ليست متخصصة، وأن العمال لا يحصلون على التدريب اللازم. وتتعلق الشواغل الأخرى للمجيبين بعدم ثقتهم في ترك كبار السن وحدهم مع عمال الرعاية الطويلة الأجل غير النظاميين.

ومن بين المجيبين الذين عبّروا عن استعدادهم لتوظيف عمال الرعاية الطويلة الأجل النظاميين، فضّل جميعهم تقريباً توظيف إناث. وبالتالي، فإن جميع فرص العمل الجديدة تقريباً في نُظُم الرعاية الطويلة الأجل في مصر ستجذب الإناث. وهذا يشير إلى أن فرص العمل في مجال الرعاية الطويلة الأجل النظامية ستزيد من مشاركة المرأة في القوى العاملة في مصر، حتى لو كان الطلب الأولي محدوداً للغاية. وعلى الرغم من نسبة الطلب المتدنية، بلغ عدد وظائف الرعاية الطويلة الأجل التي كانت مطلوبة لتلبية هذا المستوى من الطلب 107,000 وظيفة حسب التقديرات الواردة في التقرير.

وتقدم الدراسة أفكاراً جديدة عن التفضيلات المصرية في ما يتعلق بخدمات الرعاية الطويلة الأجل النظامية. وفي حين لم يكن توظيف عمال الرعاية الطويلة الأجل النظاميين شائعاً في مصر، ارتبط هذا الأمر بمخاوف بشأن جودة خدمات الرعاية الطويلة الأجل المتاحة في مصر ومستوى تدريب العمال. ومع ذلك، جرى الاعتراف بالحاجة إلى تطوير نُظُم الرعاية الطويلة الأجل وضمان توفر هذه الخيارات للعائلات غير القادرة على رعاية أفرادها الكبار في السن. وعبر المجيبون عن تفضيلهم الكبير لخدمات الرعاية المنزلية على الرعاية المؤسسية، مما يتفق مع بحوث أخرى في المنطقة. وذكروا الدور الذي يمكن أن يؤديه توفر نظم ذات معايير محددة لتوفير الرعاية الطويلة الأجل من حيث إتاحة خيار آمن للرعاية وتوفير عدد كبير من فرص العمل الجديدة للنساء لدخول سوق العمل.

وقد نفذت وزارة التضامن الاجتماعي مؤخراً مبادرة تجريبية اسمها «التضامن» لتطوير نُظُم الرعاية الطويلة الأجل النظامية. ومنذ عام 2019، ركزت الوزارة على تدريب الباحثين عن عمل ذوي التحصيل العلمي المتوسط على الأقل ليصبحوا عاملين نظاميين في مجال الرعاية الطويلة الأجل. وهذا البرنامج هو جزء من مبادرة أوسع لدعم «رفاق كبار السن». ويشير مقالان إخباريان (صدر الأول في 19 آذار/مارس 2021¹¹⁹ والثاني في 9 أيلول/سبتمبر 2019¹²⁰) إلى أن 51 فرداً أتموا دورات تدريبية سابقة، وتهدف دورات جديدة إلى توظيف 150 باحثاً عن عمل براتب شهري قدره 4,000 جنيه مصري. وجرى التأكيد على معلومات عن هذا البرنامج التجريبي خلال ورشة عمل نُظمت مع أصحاب المصلحة من وزارة التضامن الاجتماعي في تشرين الثاني/نوفمبر 2021. وأشارت معلومات إضافية من الوزارة إلى أن البرنامج سيُنقذ في البداية على نحو تجريبي في أربع محافظات، هي القاهرة والجيزة والقليوبية والإسكندرية. ويهدف هذا البرنامج إلى توظيف 150 عاطلاً عن العمل من الذكور والإناث (من الفئة العمرية 45-20 عاماً) ليتلقوا تدريباً كعاملين في مجال الرعاية المنزلية. وبلغ مجموع الأفراد الذين أكملوا التدريب 51 فرداً، ويُعزى هذا العدد إلى سوء فهم الغرض من التدريب في البداية، حيث اعتقد بعض الموظفين أنهم ينضمون إلى وظائف الخدمة العامة، ورفض البعض العمل مع جمعيات خيرية، في حين كان للبعض الآخر وظائف أخرى¹²¹. ونفذ هذا البرنامج في إطار شراكة بين الوزارة، والمعهد القومي لعلوم المسنين، وجامعة بني سويف، والعديد من الجمعيات الخيرية.

وأشار المشاركون في ورشة العمل إلى حصول تطورات لتوسيع نطاق هذه المبادرة، ومنها وضع معايير وأنظمة لتنظيم هذه الخدمات، ووضع معايير الأهلية والوصول، وتنفيذ حملة توظيف مع وزارة القوى العاملة. وتهدف المرحلة التالية من البرنامج إلى توسيع نطاق الشركاء بين مؤسسات التعليم العالي والمنظمات غير الحكومية الداعمة له¹²². وأشارت البيانات التي تم جمعها من مقابلات مع الوزارة إلى وجود 164 داراً للرعاية المؤسسية في 22 محافظة في مصر، وهي مسجلة لدى الوزارة وتقدم خدمات إلى حوالي 3,000 شخص من كبار السن. وقد أعادت الوزارة أيضاً تطوير ثلاث دور للرعاية السكنية، هي أم كلثوم في حلوان، ودار السعادة في طنطا، ودار الأمل في السويس. وشملت هذه الجهود التي بُذلت مؤخراً تدريب 141 شخصاً من أخصائيي الرعاية العاملين في 72 داراً للرعاية المؤسسية في 10 محافظات¹²³.

وأشارت المعلومات التي جُمعت من ورش العمل مع وزارة التضامن الاجتماعي إلى أنّ ما مجموعه 856 شخصاً من كبار السن المقيمين في دور الرعاية و174 شخصاً من المقيمين في المنازل المخصصة لكبار السن المشردين قد تلقوا لقاءً ضد كوفيد-19. وأصدرت الوزارة أيضاً إرشادات لمكافحة العدوى وقدمت معدات الحماية الشخصية إلى دور الرعاية المؤسسية والتمريضية وغيرها من المنظمات الداعمة لكبار السن.

المقدمة في مجال الرعاية الطويلة الأجل. يعرض هذا القسم تقديرات التكاليف الجارية للرعاية الطويلة الأجل كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي لثلاثة بلدان شملتها دراسات الحالة استناداً إلى تقنية جديدة للنمذجة تناولها المرفق الثاني¹²⁶. ومن المرجح أن تقلل هذه التقديرات من الكلفة الفعلية المطلوبة لإنشاء نُظم للرعاية الطويلة الأجل من الصفر تقريباً، لأنها لا تأخذ في الاعتبار كلفة الهياكل الأساسية والخدمات اللوجستية اللازمة لإنشاء خدمات جديدة وتعزيزها. ويقدم هذا النموذج أيضاً تقديرات عن الإنفاق استناداً إلى مؤشرات عام 2019، وبالتالي لا يقدم كلفة متوقعة بناء على الاتجاهات المستقبلية. ونظراً لسرعة الانتقال إلى الشيخوخة كما هو مبين في هذا التقرير، من المتوقع أن ترتفع هذه الأرقام ارتفاعاً كبيراً في العقود المقبلة. ويستند النموذج إلى مؤشرات على المستوى الكلي، وهي الناتج المحلي الإجمالي، ونسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر، وبطالة الإناث. ويؤدي هذا النقص في البيانات التفصيلية إلى استخدام مؤشرات بديلة على المستوى القطري لتقدير التكاليف بالاستناد إلى افتراضات مختلفة. قد لا تمثل تماماً التكلفة الفعلية للرعاية الطويلة الأجل.

وبين الشكل 38 تقديرات النموذج للبلدان الثلاثة التي تناولها دراسات الحالة بالإضافة إلى تركيا وبلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية مقابل الإنفاق المرصود على الرعاية الطويلة الأجل كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وكلما اقتربت التقديرات من الخط المائل البالغ 45 درجة، تحسنت قدرة النموذج على تقدير التكاليف الفعلية لمختلف البلدان. وترد جميع القيم الخاصة بالجمهورية العربية السورية وتركيا ومصر والمملكة العربية السعودية على الخط لأنها مقدرة جميعها من دون قيم مرصودة.

وبين الشكل 38 أن الإنفاق الجاري المتوقع للبلدان الثلاثة هو أقل بكثير مما هو عليه في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية¹²⁷، مما يدل على أن هذه البلدان الثلاثة لديها شعوبٌ فتية وأن نسبة سكانها الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاماً هي أقل من السكان من الفئة العمرية نفسها في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وتتناقض المعدلات المنخفضة لعمالة الإناث أيضاً مع المعدلات التي لوحظت في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية لأن النموذج يعترف بدور الرعاية غير النظامية ويفترض أن العمالة النظامية هي العامل الرئيسي المنافس للرعاية غير النظامية. وما يؤكد على صحة هذا الافتراض هو ما يُلاحظ على نحو شائع في العديد من بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، وهو أن معظم

2. تقدير التكاليف الجارية للرعاية الطويلة الأجل

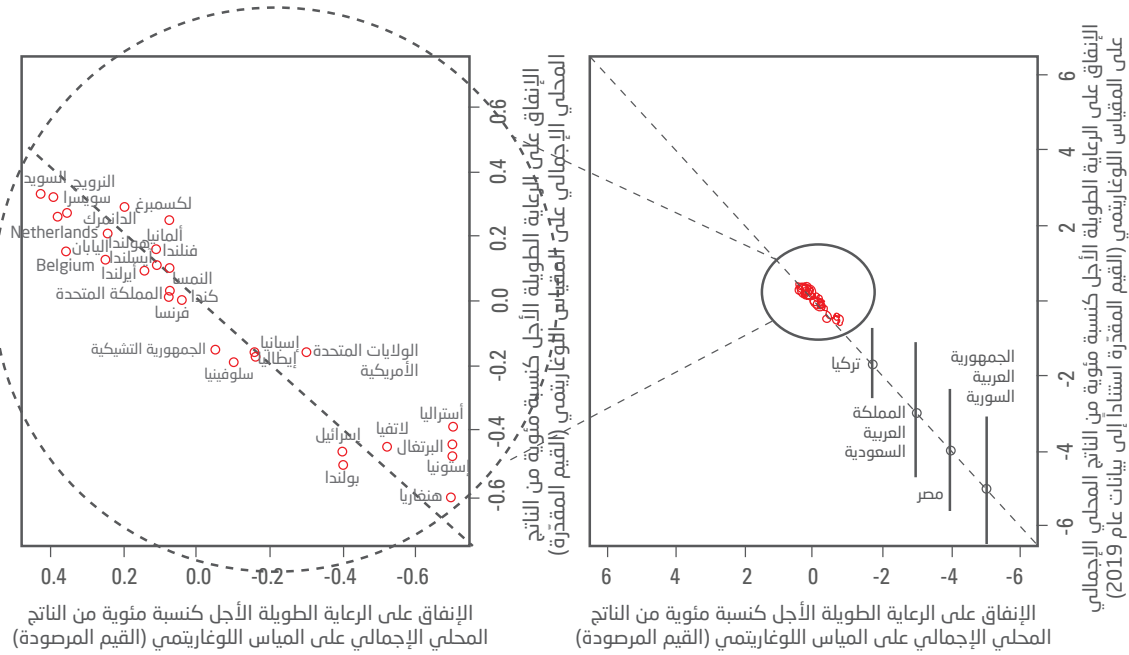
تتمثل الكلفة الأساسية للرعاية المنزلية لكبار السن في كلفة عمالة الفنيين وغيرهم من موظفي الرعاية. وتُضاف إليها التكاليف المرتبطة بتقييم الاحتياجات، الذي يجريه مهنيون مدربون مثل الأخصائيين الاجتماعيين ومقدمي الخدمات الصحية. ومن المرجح أن يتم تقاسم بعض هذه التكاليف بين وزارات وإدارات حكومية مختلفة. وأخيراً، هناك الحد الأدنى من كلفة الهياكل الأساسية والمباني والمعدات. وتبين الأبحاث أن الرعاية المرنة والشخصية قد لا تكون أكثر كلفةً بكثير من الرعاية المؤسسية التقليدية. وينبغي أن تكون الرعاية المنزلية لكبار السن وقائية للحد من حالات الدخول إلى المستشفى على نحو مفاجئ والحوادث غير الضرورية والزيارات الطارئة. ومن الضروري توفير خدمات متكاملة وقائمة على الاتصال والعمل الجماعي على نحو فعال ومتعدد التخصصات من أجل توفير رعاية منزلية أكثر فعالية من حيث الكلفة¹²⁴.

وفي المقابل، تُعدّ الرعاية المؤسسية من أكثر خدمات الرعاية كلفةً في العالم. وفي المملكة المتحدة، لا تكون الرعاية المؤسسية فعالة من حيث الكلفة إلا إذا كان كبير السن بحاجة إلى الرعاية من عدة مهنيين على مدار الساعة. فعلى سبيل المثال، تساوي كلفة تلقي ما يصل إلى 14 ساعة من الرعاية أسبوعياً في المنزل نصف المبلغ المدفوع لقاء خدمات الرعاية المؤسسية. وتُعدّ التكاليف الأساسية لدور الرعاية المؤسسية أعلى بثلاثة أضعاف إذ تشمل أجور الموظفين والتكاليف الأخرى غير المتعلقة بالموظفين والتكاليف الرأسمالية. وفي المملكة المتحدة، تمثل أجور الممثلين 45 إلى 60 في المائة من رسوم دور الرعاية. وتشمل التكاليف غير المتعلقة بالموظفين المرافق واللوازم ورسوم التسجيل والصيانة الخارجية للمباني والنفقات الرأسمالية للصيانة (بدلاً من الاستهلاك)، وتتراوح نسبتها بين 12 و16 في المائة من رسوم دور الرعاية¹²⁵. وأخيراً، تمثل التكاليف الرأسمالية رصيد رسوم دور الرعاية.

ألف-1 تقدير كلفة الرعاية الطويلة الأجل كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في الجمهورية العربية السورية ومصر والمملكة العربية السعودية

لا تتوفر معلومات أو بيانات عن الكلفة الفعلية للرعاية الطويلة الأجل في دراسات الحالة الثلاث. ويرجع ذلك أساساً إلى ندرة خدمات الرعاية الطويلة الأجل النظامية التي تقدمها الدولة حيث تقدم الأسر أو الجمعيات الخيرية معظم الرعاية والدعم على نحو غير نظامي. وتموّل العديد من الوزارات والهيئات الحكومية عادةً الخدمات القليلة

الشكل 38. الإنفاق على الرعاية الطويلة الأجل كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي حسب نموذج اسماعيل وحسين لتقدير التكاليف بالنسبة لبلدان مختارة بالمقارنة مع القيم المرصودة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية على المقياس اللوغاريتمي



المصدر: حسابات الإسكوا.

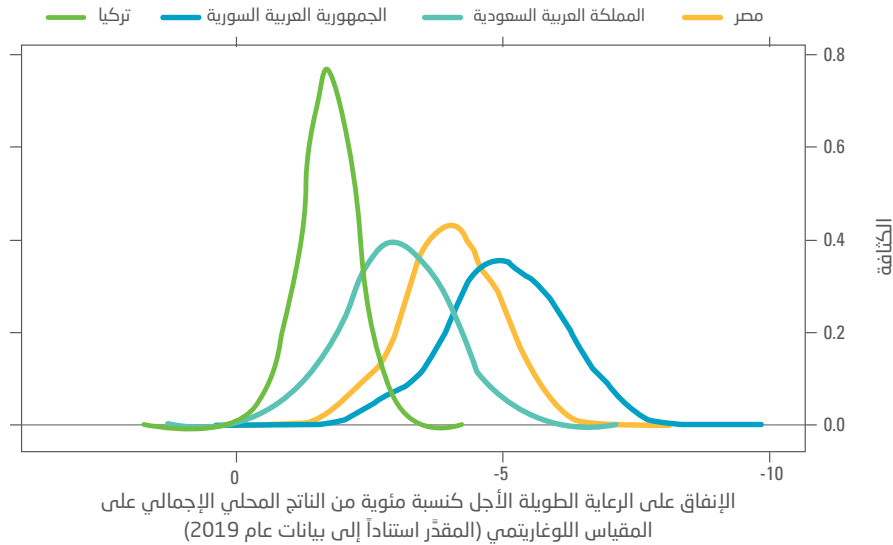
ملاحظة: يبين المربع على اليسار القيم المتوسطة لنسب الإنفاق على الرعاية الطويلة الأجل كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، حسب نموذج اسماعيل وحسين لتقدير التكاليف بالمقارنة مع القيم المرصودة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية على المقياس اللوغاريتمي. ويعرض المربع على اليمين المعلومات نفسها مع التركيز على بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. ويتضمن المرفق الثاني لهذا التقرير شرحاً عن تقنية النمذجة التي وضعها اسماعيل وحسين.

السعودية. ولذلك، فإن مشاركة المرأة في القوى العاملة تُستخدم في النموذج كبديل لتوفر الرعاية غير النظامية. وكلما ارتفع معدل مشاركة المرأة في القوى العاملة، انخفض عدد النساء غير العاملات والقدرات على توفير الرعاية غير النظامية، وزاد الإنفاق المتوقع على الرعاية الطويلة الأجل. ولزيادة المقارنة بين هذه القيم، يمكن أن تستند التقديرات أيضاً إلى نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، وهو أعلى في هنغاريا منه في المملكة العربية السعودية. غير أن الفرق الرئيسي يعتمد على المؤشرين السابقين. وإذا زادت مشاركة الإناث في القوى العاملة أو نسبة كبار السن في المستقبل في أي من البلدان قيد الدراسة، فسيؤدي ذلك إلى تقديرات أعلى للإنفاق على الرعاية الطويلة الأجل كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي. وفي وقت إجراء الدراسة، تراوح الإنفاق على الرعاية الطويلة الأجل في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي بين 0.2 في المائة (أستراليا وإستونيا وهنغاريا) و2.7 في المائة (السويد).

خدمات الرعاية النظامية وغير النظامية تقدمها إناث يعملن في مجال توفير الرعاية. إلا أن النموذج لا يأخذ في الحسبان المطالب المتنافسة الأخرى مثل المسؤوليات الأسرية الأخرى أو العمل غير النظامي أو الهجرة أو في بعض الحالات، عدم الرغبة في توفير الرعاية الطويلة الأجل لكبار السن. ويتطلب هذا المستوى من التفصيل الوصول إلى بيانات المسوح التي تتوخى مزيداً من الدقة.

ويوضح الشكل 38 (المربع على اليمين) أن هنغاريا هي أقرب بلد أوروبي إلى دراسات الحالة التي أجريناها من حيث نسبة إنفاقها على الرعاية الطويلة الأجل. ومع ذلك، تبلغ نسبة السكان الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاماً في هنغاريا 17.8 في المائة من مجموع السكان، مقارنة بنسبة 3.4 في المائة في المملكة العربية السعودية. وما يزيد من الفرق في النسبة المقدرة للإنفاق على الرعاية الطويلة الأجل هو النسبة الأعلى لمشاركة الإناث في القوى العاملة في هنغاريا، وهي 62.2 في المائة، مقارنة بنسبة 15.8 في المائة في المملكة العربية

الشكل 39. مخططات الكثافة لتقدير الإنفاق على الرعاية الطويلة الأجل كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي باستخدام النموذج البايزي الهرمي حسب اسماعيل وحسين (2021)



المصدر: حسابات الإسكوا.

ويشير نموذج تقدير التكاليف إلى أن بلدان المنطقة ستحتاج إلى تخصيص أموال كبيرة للاستجابة للتغيرات في هيكلها السكانية. وقد تبدو هذه التقديرات منخفضة إلا أنها تمثل عنصراً جديداً من عناصر الكلفة التي لا تؤخذ حالياً في الاعتبار في الميزانيات الحكومية. ومن المرجح أن تكون هذه التقديرات أقل من الكلفة الفعلية المطلوبة لتصميم وتنفيذ وتقييم وتوسيع نطاق خدمات ونماذج جديدة للرعاية الطويلة الأجل تراعي احتياجات كبار السن. فقد وُضعت التقديرات على أساس الإنفاق الجاري لبلدان مختلفة في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وسبق لهذه البلدان أن أنشأت هياكل أساسية قوية لخدمات نظم الرعاية الطويلة الأجل، وأنفقت أموالاً طائلة لإنشاء الخدمات والترويج لها وتعزيزها. أما البلدان في المنطقة العربية، فستحتاج إلى تمويل إضافي لإنشاء خدمات وأسواق جديدة للرعاية الطويلة الأجل وتجريبها وتوسيعها. وتستند تقديرات الكلفة الجارية للرعاية الطويلة الأجل إلى افتراضات متعلقة بالمسؤوليات الأسرية وبتوفر الرعاية غير النظامية. وبالتالي، من المرجح أن يكون الطلب على خدمات الرعاية الطويلة الأجل النظامية والتكاليف المرتبطة بها أعلى بكثير من التقديرات. وأخيراً، تعرض هذه التقديرات تجارب سابقة (استناداً إلى بيانات عام 2019) ولا تعكس الزيادات المتوقعة في نسبة كبار السن وما يرتبط بذلك من احتياجات في مجال الرعاية الطويلة الأجل. ويلزم وضع نماذج كاملة لتوقعات العرض والطلب لكل بلد من أجل تقدير تكاليف الرعاية الطويلة الأجل مع مراعاة المرحلة المحددة لكل بلد وسرعة التغيير فيه خلال مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة

ويعكس الشكل 39 تقاطعاً متبادلاً بين الفواصل الزمنية الموثوقة لتقديرات الإنفاق على الرعاية الطويلة الأجل، على المقياس اللوغاريتمي، بين دراسات الحالة الثلاث ودراسة الحالة الخاصة بتركيا، مما يعني أن التقديرات متقاربة نسبياً بين البلدان الأربعة. وعندما تعالج القيم خارج المقياس اللوغاريتمي، يشير النموذج إلى أن الإنفاق الجاري المقدّر على الرعاية الطويلة الأجل كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي ضئيل في دراسات الحالة الثلاث. فعلى سبيل المثال، تشير التقديرات إلى أن المملكة العربية السعودية تنفق حالياً ما بين 0.001 في المائة و0.06 في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي على الرعاية الطويلة الأجل (أو 50 في المائة و95 في المائة من الفاصل الزمني الموثوق، على التوالي)، في حين تتراوح نسبة الإنفاق بين 0.0001 في المائة و0.004 في المائة في مصر، وبين 0.00001 في المائة و0.0008 في المائة في الجمهورية العربية السورية. قد تبدو هذه الأرقام صغيرة إلا أنها تشير إلى انخفاض الناتج المحلي الإجمالي الجاري في الجمهورية العربية السورية وتدني معدل مشاركة المرأة في القوى العاملة، والنسبة الضئيلة للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر. ومع ذلك، تشير التقديرات المستندة إلى بيانات البنك الدولي¹²⁸ بشأن الناتج المحلي الإجمالي الجاري لهذه البلدان إلى أن الإنفاق الجاري على الرعاية الطويلة الأجل بلغ 319,200 دولار في الجمهورية العربية السورية، و14,450,156 دولار في مصر، و441,774,378 دولار في المملكة العربية السعودية لتلبية الطلب على الرعاية الطويلة الأجل حتى عام 2019.

فضلاً عن العوامل الثقافية والاجتماعية والديمقراطية والاقتصادية الأخرى.

دال. فرص العمل في نُظُم الرعاية الطويلة الأجل

تتيح التركيبة الديمغرافية المتغيرة، بما في ذلك شيخوخة السكان وارتفاع معدلات البطالة، ولا سيما بين الشباب والنساء، فرصاً لنُظُم الرعاية الطويلة الأجل الناشئة¹²⁹ التي ستظل تعتمد على العمالة البشرية، بالرغم من التحوّلات التي سيشهدتها سوق العمل نتيجة للتطوّرات التكنولوجية، وذلك نظراً لأهمية التفاعلات والعلاقات الإنسانية فيها. وتكتسب التكنولوجيا المساعدة أيضاً أهمية متزايدة في خدمات الرعاية الطويلة الأجل، لكنّ اللمسة البشرية تبقى ضرورية¹³⁰. ويفضل كبار السن أنفسهم التفاعل الشخصي وقد عبّروا عن مخاوفهم بشأن الاعتماد المفرط على التكنولوجيا الرقمية في تقديم الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الطويلة الأجل¹³¹.

وعلى الصعيد العالمي، تشير التقديرات إلى أن ما يقرب من 40 في المائة من فرص العمل المتوقعة في السنوات الثلاث المقبلة ستكون في اقتصاد الرعاية¹³². وتضمّ نُظُم الرعاية (رعاية الأطفال وكبار السن على السواء)، حسب تقديرات منظمة العمل الدولية، 215 مليون عامل في قطاعات الرعاية (في الصحة والعمل الاجتماعي والتعليم) و70.1 مليون عامل منزلي في العالم، وتمثل النساء 65 في المائة من هذه القوى العاملة الهائلة¹³³. وتقدم النساء نسبة أكبر من الرعاية إلى كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. ففي المملكة المتحدة مثلاً، تبلغ نسبة النساء 80 في المائة من القوى العاملة في

مجال الرعاية الطويلة الأجل¹³⁴. وبالتالي، تنطوي نُظُم الرعاية الطويلة الأجل على إمكانات كبيرة في توفير فرص عمل جديدة، ولا سيما للنساء، إلا أنه من الضروري إضفاء الطابع النظامي على هذه الوظائف وتحديد أجور كافية لها.

ويؤدي العاملون في قطاع الرعاية الطويلة الأجل وظائف مختلفة، ولديهم مستويات متباينة من حيث التدريب والمؤهلات والمهارات والأجور. وتشمل هذه الوظائف الممرّضين المتخصّصين، ومديري الرعاية، والأخصائيين الاجتماعيين، والمعالجين المهنيين، وعلماء النفس، والمساعدين الطبيين، والعاملين في مجال الرعاية، والموظفين المساعدين مثل الطهاة والسائقين وعمال النظافة، الذين يدعمهم المهنيون الإداريون والعاملون في مجال تكنولوجيا المعلومات. ويشمل عمال الرعاية الطويلة الأجل أيضاً عمال المنازل باعتبارهم المقدّمين الأساسيين للخدمات الشخصية والأسرية في المنازل الخاصة¹³⁵. ويتأثر حجم هذه القوى العاملة ومزيج مهاراتها بالحاجة إلى الرعاية الطويلة الأجل والطلب عليها في وقت ومكان معينين. ويعتمدان أيضاً على النظام وتصميم الخدمات وتقديمها وتوريد القوى العاملة والأنظمة الحكومية.

وتختلف الاحتياجات التدريبية لعمال الرعاية الطويلة الأجل حسب المجموعة والسياق. ففي الرعاية المنزلية مثلاً، ينبغي أن يشدّد التدريب على أهمية أن يشعر كبار السن بالأمان والراحة. وفي دور الرعاية المؤسسية، يتولى إعطاء جميع الأدوية، بما في ذلك الأدوية الخاضعة للمراقبة، موظفون تلقوا تدريباً مناسباً، ويساندهم موظف آخر يشهد على عملهم. وينبغي أن يتلقى الموظفون المسؤولون عن إعطاء الأدوية تدريباً رسمياً بما في ذلك معرفة كيفية إعطاء الأدوية وكيفية الاستجابة للمشاكل المحتملة.

الشكل 40. الدور التفاعلي للقوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل مع الآخرين في اقتصاد الرعاية الطويلة الأجل



المصدر: حسابات الإسكوا.

منازلهم وأسرهم ومجتمعاتهم. ومع ذلك، قد تكون الرعاية المؤسسية والتمريضية بديلاً أكثر ملاءمة لمجموعة صغيرة من الأشخاص ذوي الاحتياجات المتقدمة والمعقدة.

وتُعدُّ نُظُم الرعاية الطويلة الأجل معقدة وتشمل جهات مختلفة، بما في ذلك الدولة ومنظمات متعددة وأفراد وأسر ومجتمعات. وتعمل نُظُم الرعاية الطويلة الأجل داخل هياكل ونظم أخرى، مثل الرعاية الصحية والتوظيف والهجرة، وتتفاعل معها. وتتسم نُظُم الرعاية الطويلة الأجل بديناميتها، وتوجُّهها الأطر الهيكلية والتفاعلية للمواقف الأيديولوجية والموارد والقيود المالية. وعلى عكس رعاية الأطفال، لا يمكن التنبؤ بالتوقيت الدقيق لظهور الحاجة إلى الرعاية الطويلة الأجل، ويختلف هذا التوقيت من ظرف إلى آخر. ومع ذلك، فإن التوقيت النموذجي الذي قد يحتاج فيه كبار السن إلى الرعاية الطويلة الأجل هو عندما تكون ذريتهم، ولا سيما النساء في معظم الحالات، في الأربعينات والخمسينات من العمر، أي في ذروة المسؤوليات الخارجية في هذه المرحلة من الحياة ومنها مسؤولية العمل وتربية الأبناء المراهقين.

وأخيراً، قدم الفصل لمحة عامة عن عناصر كلفة خدمات الرعاية المنزلية والمؤسسية، وعرض تقديرات للإنفاق على الرعاية الطويلة الأجل كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في دراسات الحالة الثلاث. واستناداً إلى بيانات عام 2019، تشير التقديرات إلى أن الإنفاق الجاري على الرعاية الطويلة الأجل يبلغ 319,200 دولار في الجمهورية العربية السورية و14,450,156 دولار في مصر و441,774,378 دولار في المملكة العربية السعودية. وفي حين أن التقديرات الحالية للإنفاق على الرعاية الطويلة الأجل قد تبدو منخفضة بالمقارنة مع الإنفاق في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، من المرجح أن يرتفع الإنفاق ارتفاعاً كبيراً في ظل شيخوخة البلدان التي يُتَوَقَّع حدوثها بسرعة ملحوظة في المنطقة. وهناك حاجة إلى مزيد من التمويل لبدء العمل في نُظُم الرعاية الطويلة الأجل وتأسيسها. ويوصى بإجراء مزيد من النمذجة والتحليل المفضلين، استناداً إلى الطلب والعرض المحليين والوطنيين في مجال الرعاية الطويلة الأجل، لتخطيط الإنفاق المستقبلي في سياق الانتقال السريع والمتوقع إلى الشيخوخة. وهذا يتطلب جمع بيانات أولية مفضلة وآراء الخبراء لتوفير بارامترات موثوقة للنماذج. ويُعدُّ تقدير الإنفاق الجاري على الرعاية الطويلة الأجل مجدياً في التخطيط الذي يهدف إلى توسيع نُظُم الرعاية الطويلة الأجل وتطويرها في المستقبل، ويتم تشجيعه حالياً لتحديد وحماية الميزانيات الخاصة بخدمات ونُظُم الرعاية الطويلة الأجل.

ويعرض الشكل 40 رسماً يوضح الأدوار المهنية المختلفة للقوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل وكيفية تفاعلها ودعمها للمجموعات الأخرى في اقتصاد الرعاية الطويلة الأجل. وتتألف القوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل النظامية، كما هو موضح، من مجموعة من العمال ذوي المؤهلات والمهارات المختلفة مثل الموظفين الفنيين الذين لديهم هيئات مسجلة كالممرضين والأخصائيين الاجتماعيين؛ وعمال الرعاية المباشرة بما في ذلك عمال الدعم والمساعدات الشخصية؛ والمديرين والمشرفين والعاملين في مجال تكنولوجيا المعلومات والإداريين والعمال المساعدين كالسائقين وعمال النظافة والطهارة. وتدعم هذه المجموعات كبار السن على نحو مباشر من خلال مرافق وتدخلات مختلفة في مجال الرعاية الطويلة الأجل. وتدعم أيضاً مقدمي الرعاية غير النظاميين، ومن المحتمل أن تدعم مقدمي الرعاية شبه النظاميين، مثل عمال المنازل، من خلال توفير خدمات الدعم، والرعاية المؤقتة والتدريب، والتقييم والمعلومات. وترتبط القوى العاملة النظامية أيضاً كبار السن وأسرهم بمجموعة أوسع من الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية.

هـ. خلاصة

يسلط هذا الفصل الضوء على بعض التحديات والفرص المرتبطة بالانتقال السريع إلى الشيخوخة الذي تشهده المنطقة العربية حالياً. وقد ركزت الأهداف والتحليلات على الحاجة الملحة إلى إنشاء نُظُم عالية الجودة للرعاية الطويلة الأجل لتلبية الاحتياجات المتزايدة لكبار السن، وتخفيف عبء الرعاية الذي يتحمّله مقدمو الرعاية غير النظاميين، وتوفير فرص عمل. ولكي تكون هذه النُظُم فعالة، لا بد من أن تسترشد بنهج قائمة على الحقوق ومحورها الإنسان، وأن يكون كبار السن عناصر فاعلة فيها. ويحدد الإطار المقترح نُظُم الرعاية الطويلة الأجل من منظور شامل حيث لا تقتصر خدمات الرعاية الطويلة الأجل على تلبية الاحتياجات الطبية المرتبطة باعتلال الصحة والمرضاة المشتركة بل تشمل توفير الوسائل اللازمة لكبار السن لكي يستمرّوا في المشاركة في المجالات الاجتماعية والاقتصادية والعامة.

وتوفر دراسات الحالة الثلاث المعمّقة التي عرضها هذا الفصل أفكاراً غنية ومفصلة عن نُظُم الرعاية الطويلة الأجل التي تتطور في المنطقة، ومواطن القوة والضعف فيها، والفرص التي يمكن أن تتيحها. ومن الواضح في سياق المنطقة العربية أن الرعاية الطويلة الأجل في المنزل هي الطريقة المفضلة لدعم كبار السن والسماح لهم بمواصلة العيش على نحو مستقل قدر الإمكان داخل