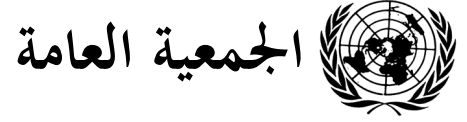


Distr.: General  
4 July 2011  
Arabic  
Original: English



## مجلس حقوق الإنسان

الدورة الثامنة عشرة

البند ٣ من جدول الأعمال

تعزيز وحماية جميع حقوق الإنسان، المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بما في ذلك الحق في التنمية

### دراسة مواضيعية بشأن أعمال حق المسنين في الصحة من إعداد آناند غروفر المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية

موجز

يبحث آناند غروفر، المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، في هذا التقرير المقدم وفقاً لقرار مجلس حقوق الإنسان ٢٢/١٥، مسألة أعمال حق المسنين في الصحة.

وتحت الدراسة، بعد أن لاحظت التسارع الهام في وتيرة شيخوخة السكان في العالم، على إحداث ثورة مفاهيمية في المجتمع بحيث تتجاوز مجرد محاولة تمتع المواطنين بمفهوم الصحة في خريف العمر والبدء بالعمل صوب تمتعهم بشيخوخة تحفظ لهم نشاطهم وكرامتهم في هذه المرحلة العمرية التي يتعين وضع الخطط الخاصة بها ودعم مقتضياتها تماماً كغيرها من المراحل في دورة حياة المرء. ويقتضي حفظ نشاط وكرامة المسنين إعادة صياغة مفهوم المجتمع لمسألة الشيخوخة بزيادة التركيز على استمرار مشاركة المسنين في الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمدنية فضلاً عن استمرارهم في الإسهام في المجتمع.

ويشدد التقرير على أن نهج أعمال الحق في الصحة أمر لا معدى عنه لوضع وتنفيذ ورصد وتقييم السياسات والبرامج ذات الصلة بالصحة والرامية إلى التخفيف من وطأة عواقب تشيخ المجتمع وكفالة تمتع المسنين بهذا الحق الإنساني. لذا ينبغي إتاحة التسهيلات والسلع والخدمات الصحية للمسنين والعمل على استفادتهم منها بتكلفة ميسورة ونوعية مقبولة وجيدة. كما يشير التقرير إلى أن تشجيع المسنين على أن يواصلوا ممارسة أنشطتهم البدنية والسياسية والاجتماعية والاقتصادية أطول مدة ممكنة من شأنه أن يعود بالفائدة لا على الفرد فحسب بل أيضاً على المجتمع ككل. وخلص كذلك إلى أن تعزيز وحماية حقوق المسنين الإنسانية أمران ينبغي أن يحظيا باهتمام كل الناس لأن الشيخوخة مرحلة ستطالهم جميعاً.

## المحتويات

الصفحة	الفقرات		
٣	٤-١	.....	أولاً - مقدمة
٤	١٨-٥	.....	ثانياً - الشيخوخة: تطوُّر المفاهيم
٨	٣٣-١٩	.....	ثالثاً - حقّ المسنين في الصحة
١٣	٧٠-٣٤	.....	رابعاً - قضايا وشواغل محددة
١٤	٤٣-٣٥	.....	ألف - الرعاية الصحية الأولية والأمراض المزمنة
١٧	٤٤-٥٣	.....	باء - الرعاية المديدة
٢٠	٦٠-٥٤	.....	جيم - الرعاية الملطّفة
٢٢	٦٩-٦١	.....	دال - الموافقة المستنيرة
٢٥	٧١-٧٠	.....	خامساً - استنتاجات وتوصيات

## أولاً - مقدمة

١- طلب مجلس حقوق الإنسان في قراره ٢٢/١٥ الصادر في دورته الخامسة عشرة، إلى المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، آناند غروفر، أن يعدّ دراسة مواضيعية بشأن أعمال حق المسنين في الصحة، بما شمل أهم التحديات القائمة وأفضل الممارسات وذلك بمساعدة مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان وبالتشاور مع الدول ووكالات الأمم المتحدة المعنية ومؤسسات حقوق الإنسان الوطنية، وغير ذلك من أصحاب المصلحة المعنيين.

٢- وفي شباط/فبراير ٢٠١١، دعا المقرر الخاص الدول ووكالات الأمم المتحدة المعنية ومؤسسات حقوق الإنسان الوطنية وسائر أصحاب المصلحة المعنيين إلى تزويده بما لديها من معلومات وملاحظات من شأنها إحاطته علماً بالتحديات الرئيسية القائمة والممارسات الجيدة فيما يتعلق بإعمال حق المسنين في الصحة<sup>(١)</sup>. ويعرب المقرر الخاص عن تقديره لارتفاع مستوى مشاركة الدول وسائر أصحاب المصلحة فيما يعتقد في كثير من الأحيان أنه مجال معقد وهامشي من مجالات حقوق الإنسان.

٣- وفي ٧ نيسان/أبريل ٢٠١١، دعا المقرر الخاص إلى عقد اجتماع للخبراء بشأن حق المسنين في الصحة في جنيف. وخلال الاجتماع ركز عدد من الخبراء المرموقين المتخصصين في مجالات الشيخوخة وصحة المسنين وحقوق الإنسان ذات الصلة بالصحة، مباحثاتهم على التحديات التي تطرحها ظاهرة التشيخ واستكشفوا التدابير الكفيلة بالتصدي لتلك التحديات من زاوية حقوق الإنسان. وكان للتوصيات الرئيسية التي جرى تدارسها أثناء المشاورات علاقة بالرعاية الصحية الأولية والأمراض المزمنة والأهلية القانونية والموافقة المستنيرة والرعاية الملتزمة والدعم المقدم في البيت والرعاية في المؤسسات الاستشفائية.

٤- وفي ٨ نيسان/أبريل ٢٠١١، عقد المقرر الخاص مشاوراً عمومية بشأن حق المسنين في الصحة في جنيف نظمتها مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان وحضرها ممثلون عن حوالي ٣٠ دولة ومنظمة دولية. وخلال المشاورة العمومية أدلى المقرر الخاص بملاحظاته الأولية وما استخلصه من دروس رئيسية من اجتماع الخبراء وتجاوز بصراحة مع الدول وسائر أصحاب المصلحة بشأن إعمال حق المسنين في الصحة.

(١) لزيادة نطاق التوعية وُزعت الدعوات عن طريق المذكرات الشفهية ووضع بلاغ عمومي على الصفحة الرئيسية للمقرر الخاص التابع لمفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان على الشبكة العنكبوتية مما سمح بطرح مداخلات مباشرة إلكترونياً.

## ثانياً - الشيخوخة: تطوُّر المفاهيم

٥- لقد بدأ سكان العالم يطعنون في السن بوتيرة ثابتة وهامة. فقد ارتفع العدد الكبير للأشخاص الذين يبلغون من العمر ٦٠ عاماً فما فوق من ٢٠٠ مليون نسمة في عام ١٩٥٠ إلى ٧٦٠ مليوناً في عام ٢٠١٠، ومن المتوقع أن يتجاوز ذلك العدد المليار نسمة بحلول نهاية العقد الحالي<sup>(٢)</sup>. ويتوقع أن يتجاوز خمس أعداد البشر سن الستين بحلول عام ٢٠٥٠<sup>(٣)</sup>. وبذا فإن شريحة كبار السن هي أسرع الفئات العمرية نمواً وأصبحت هذه السمة ظاهرة عالمية الأبعاد.

٦- وعلى الرغم من أن تزايد أعداد المسنين يؤثر في العالم أجمع فإن معظم الزيادة تتم في العالم النامي. إذ إن نصف عدد كبار السن (٤٠٠ مليون شخص) يعيشون في آسيا، وأوروبا هي ثاني المناطق التي تضم أكبر عدد من المسنين (حوالي ١٦١ مليون شخص) وبعدها أمريكا الشمالية (٦٥ مليوناً) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (٥٩ مليوناً)، وأفريقيا (٥٥ مليوناً) وأوقيانوسيا (٥ ملايين)<sup>(٤)</sup>. وتشير التقديرات إلى أنه سيضاف، في المتوسط، ٢٩ مليون نسمة من كبار السن إلى عدد سكان العالم، وذلك كل عام بين عامي ٢٠١٠ و٢٠٢٥، وسيضاف ما يربو على ٨٠ في المائة من هؤلاء في البلدان النامية<sup>(٥)</sup>. ومن المتوقع كذلك أن يعيش حوالي ٨٠ في المائة من كبار السن، بحلول عام ٢٠٥٠، في العالم النامي<sup>(٦)</sup>.

٧- ويرى المقرر الخاص في هذه الأرقام الدامغة نذيراً من نذر حدوث ثورة ديمغرافية هادئة. فهي تعود، في جزء كبير منها، إلى المكاسب الهامة التي تحققت في ميادين كثيرة أدت بشكل كبير إلى زيادة متوسط العمر المتوقع إلا أن عواقبها ستكون بعيدة الأثر وأمرلاً لا يمكن التكهن به بالنسبة إلى جميع البلدان المتقدمة والنامية على السواء. فالسكان الذين يطعنون في السن بسرعة يطرحون تحديات هامة على الأسرة الدولية في عالم يواجه فعلاً العديد من التحديات المختلفة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية. أما العواقب المباشرة الناجمة عن زيادة متوسط العمر المتوقع فتشمل تزايد معدلات انتشار الأمراض المزمنة والأمراض غير

(٢) *World Population Prospects: The 2008 Revision*, vol. II: Sex and Age Distribution of the World (Population (United Nations publication, Sales No. 10.XIII.3).

(٣) World Health Organization, *Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity?* (WHO, Geneva, 2000), p. 4.

(٤) متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة: استعراض شامل، تقرير الأمين العام (A/65/157)، ٢١ تموز/يوليه ٢٠١٠، الفقرة ٤.

(٥) متابعة الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة: استعراض شامل، تقرير الأمين العام (A/65/157)، ٢١ تموز/يوليه ٢٠١٠، الفقرة ٥.

(٦) 10 Facts on Ageing and the Life Course, WHO Fact File, available at WHO homepage <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>.

السارية وحالات العجز والإعاقة التي يمكنها، إن لم يجر التصدي لها، أن ترهق كاهل النظم الصحية وتتهك نظم المعاشات التقاعدية والضمان الاجتماعي، وتزيد من الطلب على خدمات الرعاية الصحية الأولية ومن الضغوط التي تمارس فيما يتعلق بتوافر خدمات الرعاية المديدة والقدرة على تحمل تكاليفها.

٨- وستتأثر البلدان النامية بشكل كبير نتيجة للتحوّل الوبائي عندما تزداد معدلات إصابة المسنين بالأمراض غير السارية. غير أن السكان، في مجملهم، سيستمرّون في محاربة الأمراض السارية ولا سيما الأمراض المعدية وما إلى ذلك من الاعتلالات ذات الصلة بالفقر. ومن شأن تطوير خدمات ومرافق تراعي المسنين وتعزيز خدمات الرعاية الصحية والطب الوقائي المقدمة لكبار السن تقوية الجهود التي تبذلها البلدان النامية للتصدي لمضاعفات الأمراض المزمنة والأمراض غير السارية التي لا يرجى شفاؤها. ولمواجهة التحديات المطروحة على النحو الوافي من الأساسي أن تعد الدول نفسها لتلبية احتياجات كبار السن وتدريب المهنيين الصحيين على تقديم خدمات الرعاية في مرحلة الشيخوخة وصياغة سياسات مستدامة لتقديم الرعاية المديدة.

٩- غير أن أهم التحديات التي يواجهها العالم الذي بدأ يطعن في السن يتمثل في ضمان تمتع المسنين بحقوقهم الإنسانية. ومن الأمور الحاسمة اتخاذ تدابير للقضاء على التمييز الذي يعانيه كبار السن ضدّهم وعلى تهميشهم وضمان استفادتهم من الخدمات وفقاً لاحتياجاتهم. وفي بيان ألقته مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان السيدة نافي بيلاي، احتفالاً باليوم الدولي للمسنين، أشارت إلى الحاجة الماسة لتحسين حماية المسنين من الناحية القانونية وهم قطاع متنام من قطاعات المجتمع كثيراً ما تعاني من الضعف والإهمال وأكدت أن "دوائر حقوق الإنسان قد تباطأت قبل أن تدرك أن المجال لم يعد يتسع لإهمال حقوق المسنين في إطار برنامج العمل العالمي وجهود الدعوة في هذا المجال على الصعيد الوطني"<sup>(٧)</sup>.

١٠- ويعتقد المقرر الخاص أن النهج القائم على إعمال الحق في الصحة أمر لا معدى عنه من أجل صياغة وتنفيذ ورصد وتقييم السياسات والبرامج ذات الصلة بالصحة والتي من شأنها التخفيف من الآثار الناجمة عن تشيخ المجتمع وكفالة تمتع المسنين بهذا الحق الإنساني. ويشمل هذا النهج حيال القضايا ذات العلاقة بالصحة صون كرامة الإنسان وتلبية احتياجات هذه الشريحة المستضعفة وصون حقوقها، كما أنه يؤكد على ضمان استفادة الجميع دون عائق من الخدمات التي تقدمها النظم الصحية وبتكلفة ميسورة. كما أن دمج عنصر حقوق الإنسان في النظم الصحية يعني ضمان مبادئ المساواة والتحرر من التمييز وتمكين الجميع. من فيهم الفقراء والسماح لهم بالمشاركة في عمليات صنع القرار وإدراج آليات للمحاسبة يمكنهم الاستفادة منها.

(٧) "Millions of older persons are denied their rights", Statement of the United Nations High Commissioner for Human Rights on 1 October 2010  
<http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=10402&LangID=E>

١١- ويعتقد المقرر الخاص أن تعزيز وحماية حقوق المسنين الإنسانية أمران لا يصبان فقط في مصلحة المسنين بل ينبغي أن يكونا أيضاً محط اهتمام كل الناس لأن الجميع سيهرم يوماً ما. ولن يكون الحق في الصحة حلاً سحرياً لهذه التحديات المتعددة الجوانب إلا أنه سيسمح بتغيير وجهة الخطاب المتعلق بالمسنين وصرفه عن النهج الذي يقوم على تلبية الاحتياجات إلى اتباع نهج يقوم على احترام الحقوق، وسيمكن من الإفصاح بمزيد من البيان عن حقوق كبار السن. ذلك أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان وهي أمر لا بد منه لإعمال الكثير من الحقوق الأخرى. وهي كذلك أمر ضروري حتى يعيش المرء حياة موفورة الكرامة. ويصدق ذلك، بالخصوص، على كبار السن الذين كثيراً ما يعدهم الناس فئة "مستهلكة" انتهت صلاحيتها من فئات المجتمع وهم شريحة مستضعفة "يتتهك" حقها في التمتع بالصحة بشكل خاص.

١٢- ويعترف المقرر الخاص بأنه إذا أريد نجاح النهج القائم على إعمال حق كبار السن في الصحة نجاحاً كاملاً فإنه ينبغي أن يتزامن بثورة في المفاهيم فيما يتعلق بالكيفية التي ينظر بها المجتمع إلى ظاهرة الشيخوخة وينظر بها إلى كبار السن، وتعرف منظمة الصحة العالمية الشيخوخة بأنه "عملية التغيير التدريجي الذي يطرأ على بنية الفرد البيولوجية والنفسية والاجتماعية"<sup>(٨)</sup>. والجدير بالذكر أن قدرة جسد الإنسان الوظيفية تتراجع، طوال حياة المرء، بداية من مطلع مرحلة الكهولة إلى مرحلة الشيخوخة. غير أن الزيادات المسجلة في متوسط العمر المتوقع تعني كذلك أن بوسع كبار السن أن يظلوا على نشاطهم لفترات أطول من أعمارهم من أي وقت مضى من حيث ممارستهم لأنشطتهم المهنية وغير المهنية سواء بسواء. وسيعود تشجيع كبار السن على أن يظلوا نشيطين بدنياً واجتماعياً واقتصادياً أطول فترة ممكنة بالفائدة لا على الفرد فحسب بل على المجتمع بأسره.

١٣- ويعتقد المقرر الخاص أن الرأي الغالب الذي يعتبر أن الشيخوخة مشكلة حيوية طبية يؤدي إلى الاعتقاد المؤسف بأن الشيخوخة ظاهرة شاذة أو مرضية لأنه يساوي بين التقدم في السن وبين المرض والسقم، وهذا الموقف لا يتناقض فحسب مع النهج الشمولي حيال صحة الإنسان ولكنه يؤدي كذلك إلى ترسيخ جذور النظرة التي ينظر بها الناس إلى كبار السن باعتبارهم عالة على غيرهم وذهياً للأسقام. ويرى المقرر الخاص، عند النظر في مسألة صحة كبار السن، أن الوقت قد حان وجوباً لإحداث ثورة في المفاهيم والابتعاد عن اعتبار المسنين "عبئاً اجتماعياً" والاتجاه نحو الأخذ بنهج يشدد على عملية "الشيخوخة مع ممارسة النشاط" مما سيعيد توجيه ما لدينا من أفكار حول الشيخوخة للتركيز على استمرار إسهام المسنين في المجتمع. وفي مصطلح منظمة الصحة العالمية<sup>(٩)</sup> فإن من الأهداف المتوخاة من مفهوم الشيخوخة

(٨) World Health Organization, *A life course perspective of maintaining independence in older age* (WHO, Geneva, 1999), p. 4.

(٩) "Active ageing: a policy framework", WHO, April 2002, WHO/NMH/NPH/02.8

مع ممارسة النشاط إتاحة أمثل الفرص لتمتع كبار السن بالصحة وتحقيق مشاركتهم وإرساء دعائم أمنهم من أجل تعزيز نوعية حياتهم. وعليه فإن عبارة "ممارسة النشاط" تشير إلى استمرار المشاركة في الشؤون الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والمدنية وليس فقط إمكانية ممارسة النشاط البدني أو الانخراط في سلك القوة العاملة.

١٤- وينبغي أن ينظر إلى مرحلة الشيخوخة على أنها سنام عُمر من التأثيرات والخيارات. وتقدم المرء في السن بعافية ونشاط إنما هو نتيجة تتحقق بفضل تعزيز الصحة واستفادة المرء طوال عمره وبشكل متسق من خدمات الرعاية الصحية الأولية. ولا يتوقف التمتع بالحق في الصحة على عمر المرء كما أنه لا ينتهي عندما يصل المرء إلى مرحلة عمرية معينة. وينبغي اعتبار كبار السن أصحاب حقوق كثيراً ما يحتاجون إلى دعم حتى يطالبوا بحقوقهم. ويقتضي ذلك أن تتخذ الدولة خطوات خاصة في إطار وضع وتنفيذ الخطط الصحية الشاملة التي يجب أن تشمل مختلف الاستراتيجيات الكفيلة بضمان استفادة كبار السن من رعاية صحية جيدة النوعية ومن السلع والخدمات المقدمة في المجال الصحي. وعلاوة على ذلك، يقتضي الحق في الصحة الاستفادة من الفرص الاقتصادية للتمكين من تحمل الأعباء والتكاليف المالية وذلك يقتضي من الدولة اتخاذ خطوات لتوفير الحماية الاجتماعية الملائمة للمسنين. ويستدعي تقدم سكان العالم في السن اتخاذ تدابير فورية لضمان عدم إقبال كاهل الدول على نحو لا تستطيع تحمله بتكاليف أنظمة المعاشات التقاعدية وما شابهها. وقد يؤدي الفشل في النظر إلى كبار السن على أنهم أصحاب حقوق إلى نشوء الأفكار المسبقة والتمييز ضد أفراد أو فئات وقد تكون له عواقب وخيمة على حصائلهم الصحية وعلى عافيتهم.

١٥- ومن الأمور غير الصحيحة اعتبار المسنين فئة متجانسة ولا بد من إعادة الأمور إلى نصابها. وعند وضع الأسس لنهج أكثر شمولية حيال تمتع كبار السن بالحق في الصحة من الأهمية بمكان جمع وتحليل البيانات المصنفة ووضع الاستراتيجيات الملائمة لمختلف الفئات.

١٦- وينبغي، عندما يكون ذلك مناسباً، إجراء تجارب سريرية بمشاركة كبار السن من أجل التعرف على ما لاختبار تلك الأدوية من آثار على تلك الشريحة السكانية نظراً لتواتر استخدام المسنين لتلك الأدوية على أكثر الاحتمالات. ونظراً لقلّة تمثيل المرضى من كبار السن المرتفعة في العينات المشمولة بالدراسات التي تجرى على مختلف الأمراض ينبغي تنويع العينات التي تجرى عليها التجارب السريرية بإدراج عدد من الاعتبارات بما فيها السن ونوع الجنس والعرق.

١٧- كما يجب الاعتراف بالفوارق بين الجنسين فيما يخص عملية التشيخ وذلك لأن متوسط العمر المتوقع عند الميلاد للنساء يبلغ في الوقت الحاضر ٧٠ عاماً وهو أعلى بكثير من متوسط العمر المتوقع للرجال الذي يبلغ ٦٦ عاماً<sup>(١)</sup>. وبالنظر إلى الفارق بين هذين

(١٠) WHO, *World Health Statistics* (WHO, Geneva, 2010), p. 56

المتوسطين فإن الرجال في غالب الأحيان هم أكثر اعتماداً على زوجاتهم في الحصول على الرعاية غير النظامية من النساء على أزواجهن. والنساء اللائي يتوفى أزواجهن كثيراً ما يظنن بدون الدعم الذي كان أزواجهن يقدمونه لهن حيث يعتمدن على الرعاية غير النظامية التي يقدمها سائر الأقرباء أو نظام الرعاية الرسمي<sup>(١١)</sup>. ومما يزيد الطين بلة أن النساء المسنات كثيراً ما يجري استبعادهن من التغطية التي توفرها مخططات الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي التي ترتبط بفرض العمالة النظامية والعمل لقاء أجر. كما أنهن أكثر تعرضاً بكثير من الرجال للوقوع في وهدة الفقر. فاحتمالات حيازة النساء المسنات في الكثير من البلدان لممتلكات قيّمة مسجلة باسمهن أقل من تلك الاحتمالات بالنسبة للرجال (الوثيقة A/HRC/14/31، الفقرات ١٩-٢١). وتحدّ هذه العوامل من قدرة النساء على سدّ احتياجاتهن ذات الصلة بالصحة في خريف العمر. وعلاوة على ذلك، فإن من المعلوم أن قلة فرص حصول النساء المسنات على خدمات الرعاية الصحية التي تقدم عند إصابتهن بأمراض موهنة مثل السرطان وارتفاع ضغط الدم أو الأمراض التي تصيب النساء على نحو غير متناسب دون الرجال مثل تخلخل العظام تحول دون تمتع المرأة المسنة بكامل حقوقها الإنسانية (الوثيقة CEDAW/C/GC/27).

١٨- ويعتقد المقرر الخاص أن الدول ينبغي أن تخصّص المزيد من الموارد لتوفير خدمات الرعاية الصحية الخاصة بالمسنين لضمان حصول كل عاملي الرعاية الصحية، بغض النظر عن تخصصاتهم أو مهنتهم، على التدريب اللازم الذي يمكنهم من علاج المشكلات الصحية المحددة المرتبطة بالتشيخ. كما ينبغي تدريبهم للتعاطي مع الحق في الصحة حتى يتسنى لهم التفاعل مع المرضى المسنين بطريقة ملائمة متفهمة ولا يشوبها أي تمييز.

### ثالثاً - حقّ المسنين في الصحة

١٩- يُعدّ الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة من حقوق الإنسان الأساسية وهو منصوص عليه في القوانين الدولية والإقليمية والوطنية. فالتمتع بالحق في الصحة معترف به في العديد من الصكوك الدولية المبرمة في مجال حقوق الإنسان. بما فيها الصكوك التي وضعت لحماية الحقوق الإنسانية لفئات محدّدة مثل الأطفال والنساء والأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص المعرضين للتمييز على أساس عنصري (الوثيقة E/CN.4/2003/58، الفقرات ١٠-٢١). وتشكل المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أهم صيغة من صيغ التمتع بالحق في الصحة حيث توفر الركن الأساسي لحماية الحق في الصحة في القانون الدولي.

(١١) WHO and The Institute for Alternative Futures, *A long-term care futures toolkit* (Geneva, WHO, 2002), p. 21.



٢٠- ومعايير ومبادئ حقوق الإنسان المعترف بها دولياً كما هو منصوص عليه في المعاهدات الدولية الجوهرية الخاصة بحقوق الإنسان، تشمل وتحمي المسنين وعلى الرغم من هذه الحماية الضمنية فقد كثر الجدل بشأن وجود فجوة في المنظومة الدولية لحقوق الإنسان وذلك لعدم وجود أي صك محدّد ذي صبغة عالمية من صكوك حقوق الإنسان يعالج حقوق المسنين. كما لا توجد أي أحكام محددة<sup>(١٢)</sup> تركز على كبار السن شبيهة بالأحكام الموجودة بالنسبة إلى بعض الفئات الأخرى من الأشخاص المستضعفين مثل النساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة والعمال المهاجرين.

٢١- ورغم ذلك، فإن مختلف هيئات رصد معاهدات حقوق الإنسان قد فسرت المعايير القائمة وطبقته على كبار السن بوصفهم إحدى فئات المجتمع وأقرت بمدى ضعفها حيال التمييز والتهميش. ففي عام ١٩٩٥، اعتمدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التعليق العام رقم ٦ الذي يعطي تفسيراً مفصلاً للالتزامات المحددة التي أخذتها الدول الأطراف على عاتقها فيما يخص كلاً من الحقوق المنصوص عليها في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية من ناحية انطباقها على كبار السن<sup>(١٣)</sup>. وفي عام ٢٠١٠، اعتمدت لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة التوصية العامة رقم ٢٧ بشأن النساء المسنات وحماية حقوقهن الإنسانية<sup>(١٤)</sup>، ويتناول التعليق العام رقم ١٤ للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بالتفصيل القضايا الموضوعية الناجمة عن إعمال الحق في الصحة ويتصدى للقضايا الخاصة المتعلقة بكبار السن بما فيها قضية "العلاج الصحي الوقائي والعلاجي والتأهيلي... المحافظة على القدرات الوظيفية لكبار السن واستقلاليتهم... [و] الاهتمام بالأشخاص المصابين بأمراض مزمنة وميؤوس من علاجها ورعايتهم لتخفيف آلامهم ولتجنيبهم المهانة عند الوفاة"<sup>(١٥)</sup>.

٢٢- وعلاوة على ذلك، هناك صكوك غير ملزمة أبرمتها الأمم المتحدة ووثائق دولية بشأن الشيخوخة وكبار السن مثل خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة (١٩٨٢)، ومبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن (١٩٩١) والأهداف العالمية في مجال الشيخوخة لسنة ١٩٩٢، وإعلان عام ١٩٩٢ بشأن الشيخوخة. أما أحدث تلك الصكوك فهو الإعلان السياسي

(١٢) "Human Rights of Older Persons: International human rights principles and standards", OHCHR Background Paper for Expert Group Meeting on 25-26 May 2010, p. 3, available on <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/OHCHRPaperHROlderPersons30062010.pdf>

(١٣) انظر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ٦ "الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لكبار السن" (الوثيقة E/1996/22، ٨ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٥).

(١٤) انظر لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة، التوصية العامة رقم ٢٧ "النساء المسنات وحماية حقوقهن الإنسانية" (الوثيقة CEDAW/C/GC/27، ١٦ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٠).

(١٥) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم ١٤ "الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه" (الوثيقة E/C.12/2000/4، الفقرة ٢٥، ١١ آب/أغسطس ٢٠٠٠).

وخطه عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة المعتمدين من قِبَل الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة في نيسان/أبريل ٢٠٠٢ وقد أقرتها الجمعية العامة في القرار ١٦٧/٥٧ الصادر في ١٨ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٢. ويؤكد الإعلان السياسي مجدداً الالتزام العالمي بتعزيز وحماية حقوق الإنسان والقضاء على التمييز والإهمال وسوء المعاملة والعنف بسبب السن (المادة ٥). كما يشير إلى الحق في الصحة (المادة ١٤) وفرص العمل ودوام الاستفادة من برامج التعليم والتدريب (المادة ١٢). وقد وجّه الإعلان عملية وضع التشريعات والسياسات على الصعيد الوطني وشكّل إطاراً للتعاون الدولي أدى إلى تحقيق حملة أمور منها إنشاء فريق عامل مفتوح العضوية معني بالحقوق الإنسانية لكبار السن في عام ٢٠١٠ عملاً بقرار الجمعية العامة ١٨٢/٦٥.

٢٣- ويفصّل التعليق العام رقم ١٤ الالتزامات القانونية للدول. وتتمثّل الالتزامات الثلاثة الرئيسية في احترام الحق في الصحة وحمايته وإنفاذه. ويشير الالتزام بالحماية إلى واجب الدول المتمثل في الامتناع عن عرقلة حق التمتع بالصحة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر. وفي حالات كثيرة يخضع كبار السن لسياسات الدولة التي قد تنتهك حقهم في الصحة. ومن الأمثلة في هذا الصدد التقييدات المفروضة على استقلالية كبار السن من حيث تعاريف الأهلية بدون تحديد فردي للمصطلح. ويتعلق الالتزام بالحماية بواجب الدول فيما يخص منع أطراف ثالثة مثل الشركات من عرقلة الحق في الصحة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر. وقد ينطبق هذا الأمر، مثلاً، عندما تساء معاملة المسنين بشكل منهجي في مرافق الرعاية المديدة في إطار القطاع الخاص. وأخيراً، فإن الالتزام بالإنفاذ يقتضي اتخاذ الدول للتدابير الملائمة التشريعية والإدارية والموازنية والقضائية والترويجية وما إلى ذلك من التدابير من أجل إعمال الحق في الصحة على النحو الكامل.

٢٤- وينص التعليق العام رقم ١٤ على أن الحق في الصحة ينطوي على جملة من الحريات والاستحقاقات. فالحريات تشمل الحق في اتخاذ المرء قرارات مستقلة بشأن صحته أي بدون تدخل من الدولة. والحريات، بالنسبة إلى كبار السن، تتعلق بمسائل مثل الموافقة المستنيرة والاستقلالية والوصاية. أما الاستحقاقات، التي تتعلق بالالتزامات الدولية الإيجابية فقد تشمل، مثلاً، توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية والحماية الاجتماعية والتي تقر وتراعي بعض العناصر المرتبطة بالسن، وينبغي للدول أن تقر بأن الشيخوخة هي عملية تدوم طوال العمر وينبغي أن تعكس سياسات وتشريعات الدولة هذه الحقيقة. وينبغي الاستثمار في الخدمات الصحية في مختلف مراحل العمر عندما تكون المخاطر التي تحيق بالعافية وتكون الفرص السانحة على أشدها<sup>(١٦)</sup>.

(١٦) *Women, ageing and health: a framework for action: Focus on gender*, Geneva, WHO, 2007.

.Accessed at: <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>

٢٥- وبموجب إطار الحق في الصحة ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية متاحة لكبار السن بطرق تمكنهم من الاستفادة منها بتكلفة ميسورة ومقبولة وأن تكون ذات نوعية جيدة. والمعنى المقصود من التوافر هو وجوب إتاحة مرافق للصحة العمومية والرعاية الصحية تعمل على ما يرام وإتاحة السلع والخدمات وكذلك البرامج الصحية بالكميات والأعداد الكافية. وفي حالات كثيرة يتأثر كبار السن نتيجة عدم توافر أشياء منتقاة بسبب تقنين الرعاية الطبية أي بسبب تخصيص الموارد الصحية وربطها بالأولويات مما يؤدي في غالب الأحيان إلى عدم إدراج المسنين في سلم الأولويات عندما يتعلق الأمر بالعلاج. أما فرص الاستفادة فإنها تشمل عناصر مادية ومالية وإعلامية. ذلك أن كبار السن قد لا يتمكنون من الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية بسبب الموقع الجغرافي للخدمات أو لمحدودية قدرتهم على الحركة. وقد يشكل الفقر أيضاً عنصراً يؤدي إلى تفاقم عجز كبار السن عن الوصول إلى الرعاية الصحية ولا سيما عندما تنعدم برامج الضمان الاجتماعي. وأخيراً فإن الوصول إلى المعلومة يعني الحق في البحث عن المعلومة وتلقيها وبثها فيما يخص المسائل الصحية. وفيما يتعلق بكبار السن، فإن ذلك يعني أن المعلومات ذات الصلة بالصحة ينبغي مواءمتها لتلائم احتياجاتهم كما ينبغي تعميمها عليهم بطريقة مناسبة ومفهومة مما يمكنهم من اتخاذ قرارات مستنيرة بالكامل بشأن أحوالهم الصحية وعلاجها.

٢٦- وينبغي للدول أن تتخذ تدابير لضمان تلقي كبار السن خدمات رعاية صحية تراعي سنهم وتكون بنفس نوعية الخدمات المقدمة لبقية الفئات العمرية. ومن الأمثلة على تزويد كبار السن بالسلع والخدمات والتسهيلات الصحية المحسنة النوعية توفير أعداد أكبر من الأطباء المتخصصين في مجال طب الشيخوخة وتحسين برامج التدريب المقدمة في مجال طب الشيخوخة بجميع فروعها وتخصصاته لضمان الاعتراف باحتياجات كبار السن وتلبيتها. وهناك أيضاً حاجة إلى تحسين التواصل فيما بين التخصصات بما في ذلك المهنة الصحية المتصلة بطب الشيخوخة كأطباء الأسنان والصيدلة وما إلى ذلك من أجل سدّ الاحتياجات العلاجية لكبار السن الذين يعانون عدة أمراض مزمنة على النحو الوافي.

٢٧- يشير التعليق العام رقم ١٤ إلى أن الحق في الصحة ينبغي أن يفهم بمعناه الأوسع أي بما يشمل محددات الصحة الأساسية مثل الوصول إلى المياه ووسائل الصرف الصحي والغذاء والتغذية والتعليم والإسكان. ومن الأمثلة في هذا الصدد انخفاض معدلات تغذية كبار السن دون المستوى الأمثل وهو غالباً ما يرتبط بالظروف التي يعيشها كبار السن من عزلة وقلّة حركة وعيش في ظل الفقر. والتعليم هو أيضاً مُحدّد آخر من محددات صحة كبار السن. وقد بيّنت دراسة أجريت في الآونة الأخيرة في الولايات المتحدة الأمريكية أن المسنين الذين ليس لديهم حظ وافر من الإلمام بالقراءة والكتابة معرضون أكثر من غيرهم ممّن لهم حظ كاف من الإلمام للموت<sup>(١٧)</sup>.

(١٧) Sudore et al. "Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging and body composition study", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, No. 8 (2006)

٢٨- ويحظر القانون الدولي لحقوق الإنسان التمييز ويكفل المساواة لعدد من الأسباب ولتشكيلة من الفئات من بينها كبار السن. كما أشار التعليق العام رقم ١٤ إلى المسنين على أنهم فئة معرضة للانتهاكات بشكل خاص. وقد حددت هيئات المعاهدات ومنها اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية كبار السن على أنهم شريحة مستضعفة أو مهمشة وهي فئة أكثر عرضة، في أكثر الاحتمالات، للتمييز والعنف<sup>(١٨)</sup>. ومن الأهمية بمكان، وفقاً للتعليق العام رقم ١٤، ضمان قدرات كبار السن الوظيفية وقدرتهم على الحركة (الوثيقة E/C.12/2000/4، الفقرة ٢٥). ويعني ذلك ضمناً تعزيز اختيارات الفرد فيما يتعلق بنماذج الرعاية قدر الإمكان.

٢٩- والنساء المسنات كثيراً ما يكن أكثر حرماناً من غيرهن لأنهن قد يعانين من التمييز على أساس نوع الجنس والتمييز على أساس العمر على حدّ السواء. فالنساء اللاتي يطعن في السن يشكلن نسبة ذات بال من سكان العالم حيث يعيش معظمهن في البلدان النامية، وهناك من الأحداث التي تطرأ عليهن خلال دورة حياتهن وتؤثر سلباً في صحتهم عندما يبلغن خريف العمر، ومن تلك الأحداث التمييز الممارس ضدها عندما تكون المرأة رضية وذلك من حيث توفير الطعام والرعاية لها والعقبات التي تحول دون حصولها على التعليم، وانخفاض الدخل وعدم تمكنها من الاستفادة من الفرص الجيدة للحصول على عمل محترم والمسؤوليات التي تتحملها فيما يخص تقديم الرعاية بوصفها أمّاً وزوجة، والعنف المنزلي الممارس ضدها (في مرحلة الطفولة والكهولة والإيذاء الموجه ضد المسنين)، والترمل، والتقاليد والمواقف الثقافية حيال الرعاية الصحية<sup>(١٩)</sup>. والجدير بالذكر أن انخفاض الدخل وانقطاع المرأة عن ممارسة العمل بسبب المسؤوليات التي تتحملها في إطار الأسرة والتمييز الذي يمارس ضدها عندما تريد الالتحاق بالقوة العاملة خلال حياتها العملية أمور تعني أن المرأة لا يتوافر لديها، في غالب الأحيان، ما يكفي من مدخرات التقاعد ولذا فإنها تكون في حالة أكبر من الاستضعاف المالي عندما تتقدم بها السن.

٣٠- ويقتضي الحق في الصحة مشاركة فعالة وعن علم في القرارات ذات الصلة بالسياسات العامة من جانب الشرائح السكانية التي تتأثر بتلك القرارات (الوثيقة E/CN.4/2006/48، الفقرة ٢٥). ولا يمكن ضمان توفير الخدمات الصحية بفعالية إلا إذا جرى تأمين مشاركة الشرائح السكانية المتأثرة من قبل الدولة (الوثيقة E/C.12/2000/4، الفقرة ٥٤). والجدير بالذكر

(١٨) انظر الوثيقتين E/C.12/2000/4 و E/1996/22. وللاطلاع على قائمة أشمل بالمجالات التي أقرّ فيها بأن التقدم في السن يُعدّ حالة من حالات الاستضعاف انظر: OHCHR, *Human Rights of Older Persons: International Human rights Principles and Standards: Background Paper Expert Group Meeting* (OHCHR, Geneva, 2010).

(١٩) WHO, *Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender* (Geneva, WHO, 2007). Accessed at: <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>

أن مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن تشجع مشاركة المسنين في صياغة وتنفيذ السياسات التي تؤثر فيهم.

٣١- ويشير المقرر الخاص إلى أهمية رصد التقدم المحرز فيما يتعلق بضمان إعمال حق المسنين في الصحة تدريجياً وذلك بالاستعانة بمؤشرات ومعايير كعنصر من عناصر إطار الحق في الصحة. ويجدد التعليق العام رقم ١٤ فشل الدول في رصد إعمال الحق في الصحة على الصعيد الوطني وكذلك ما ينجم عن ذلك من قلة الإنفاق أو وضع الإنفاق في غير محله كمثليين على عدم وفاء الدول بالتزاماتها (الوثيقة E/C.12/2004/4، الفقرة ٥٢).

٣٢- وتعد المساءلة إحدى السمات الأساسية للحق في الصحة. فهي تقتضي وجود آليات فعالة وشفافة يمكن الاستفادة منها في مجالي الرصد والمساءلة. وتقتضي المساءلة كذلك إدراج عنصر الرصد المتواصل في جميع جوانب وضع السياسات العامة وتنفيذها<sup>(٢٠)</sup>. وفي سياق الحق في الصحة فإن المساءلة هي العملية التي تتيح للأفراد والمجتمعات فرصة فهم الكيفية التي تقوم بها الحكومة فيما يتعلق بالوفاء بالتزاماتها فيما يخص إعمال الحق في الصحة، مع إتاحة الفرصة للحكومة لتعليل ما اتخذته من تدابير وأسباب ذلك (الوثيقة A/63/263، الفقرات ٨-١٨) وهناك كثير من الأنواع المختلفة من آليات المساءلة منها مؤسسات حقوق الإنسان الوطنية وموظفو الصحة والمجالس الصحية المحلية المنتخبة ديمقراطياً وجلسات الاستماع العلنية ولجان حماية المرضى وأجهزة تقييم الآثار الواقعة والإجراءات الوقائية وما إلى ذلك (انظر الوثيقة A/63/263، الفقرة). وعندما ترتكب الأخطاء فإن المساءلة تقتضي اللجوء إلى وسائل الانتصاف.

٣٣- وينبغي أن تتاح لكل فرد أو فئة ممن ينتهك حقه في التمتع بالصحة فرصة الاستفادة من وسائل الانتصاف القضائية الفعالة الملائمة أو غير ذلك من الوسائل سواء على الصعيد الوطني أو الدولي. وقد أكدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مجدداً على أهمية الانتصاف وذلك بأن أشارت إلى أن جميع ضحايا مثل هذه الانتهاكات ينبغي أن يحصلوا على التعويض الكافي الذي قد يأخذ شكل حق الاسترداد أو التعويض المالي أو الترضية أو الحصول على ضمانات بعدم التكرار (انظر الوثيقة E/CN.4/2003/58، الفقرة ٥٩).

## رابعاً - قضايا وشواغل محددة

٣٤- بالإضافة إلى القضايا العامة فيما يتعلق بإطار الحق في الصحة الذي جرى بيانه في الفرع السابق، هناك عدد من القضايا والشواغل المحددة ذات العلاقة بالمسنين والتي تتطلب تقييماً أكثر تفصيلاً. وسيتناول هذا الفرع بعضاً من تلك القضايا ومنها: الرعاية الصحية

(٢٠) Helen Potts, "Accountability and the right to the highest attainable standard of health", University of Essex, 2008, p. 13, and see report of the Special Rapporteur (الوثيقة E/CN.4/2003/58 الفقرة ٥٩).

الأولية والأمراض المزمنة؛ والرعاية المديدة؛ والرعاية الملطفة؛ والموافقة المستنيرة فيما يتعلق بكبار السن بما في ذلك مسائل الوصاية.

## ألف - الرعاية الصحية الأولية والأمراض المزمنة

٣٥- عرّفت منظمة الصحة العالمية الرعاية الصحية الأولية في عام ١٩٧٨ على أنها "الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة وبتكاليف يمكن للمجتمع والبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها بروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة"<sup>(٢١)</sup>. والسّمات التي تعرّف الرعاية الصحية الأولية، وهي الاستمرارية والتنسيق والشمولية، مناسبة كل المناسبة للتدبير العلاجي للأمراض المزمنة على الرغم من أنه ما زال هناك الكثير مما ينبغي فعله لضمان توفير رعاية ذات نوعية كافية<sup>(٢٢)</sup>. وقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أهمية إدراج التدخلات الوقائية الأولية والثانوية المسندة بالبيانات والعالية المردود في النظام الصحي بالتوكيد على الرعاية الصحية الأولية<sup>(٢٣)</sup> التي هي أنسب الأطر التي يمكن فيها تحقيق التكامل بين تلك العناصر.

٣٦- والأمراض المزمنة وحالات العجز والإعاقة يزداد انتشارها مع التقدم في السن. وحوالي نصف الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية إنما تحدث بين الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم ٧٠ عاماً<sup>(٢٤)</sup>. وتشير التقديرات إلى أن عدد الناس الذين كانوا في عام ٢٠١٠ يتعايشون مع الخرف بلغ ٣٥,٦ مليون نسمة في جميع أنحاء العالم وسيترفع ذلك العدد ليصل إلى ٦٥,٧ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٣٠ وإلى ١١٥,٤ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٥٠<sup>(٢٥)</sup>. وفي ضوء تزايد نسبة الفئة السكانية الطاعنة في السن يصبح من الحيوي تدبير تلك الاعتلالات علاجياً بطريقة عادلة وبتحقيق أكبر الفعالية من الموارد المستخدمة. والنظم الصحية في جميع أنحاء العالم معدّة، بشكل عام، لعلاج الحالات الطبية الحادة. وقد حاولت جهودها أن تعيد هيكلة برامجها للتكيف مع الواقع من أجل اتقاء أو تدبير الأعداد المتزايدة من الأمراض المزمنة.

(٢١) إعلان آلمآ آتآ، ١٩٧٨، الباب السادس.

(٢٢) Arlyss Anderson Rothman and Edward H. Wagner, "Chronic illness management: what is the role of primary care?", *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, No. 3 (February, 2003), p. 256

(٢٣) WHO, *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases* (Geneva, WHO, 2008), p. 16

(٢٤) WHO, *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases* (Geneva, WHO, 2008), p. 9

(٢٥) Alzheimer's Disease International, "World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia", p. 2

وينبغي أيضاً الإشارة إلى أهمية الاستعانة بالمبادئ التوجيهية المسندة بالبيانات ووضع المعايير الدنيا للرعاية الصحية فيما يتعلق بالاعتلالات المزمنة الشائعة ودمج تديرها العلاجي في إطار الرعاية الصحية الأولية.

٣٧- وأكدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مجدداً على أن الرعاية الصحية الأولية تدرج أساساً في إطار الالتزامات الجوهرية التي تتحملها الدول فيما يتعلق بإنفاذ الحق في الصحة الوثيقة (E/CN.12.2000/4، الفقرة ٤٣). ويشدد التعليق العام رقم ١٤ بشكل خاص على رعاية كبار السن بوصفهم فئة ضعيفة مما يتطلب "اتباع نهج متكامل يجمع بين عناصر العلاج الصحي الوقائي، والعلاجي، والتأهيلي" (الوثيقة ذاتها، الفقرة ٢٥). كما يشير تحديداً إلى أن هذه التدابير لا بد أن تشمل الفحوصات الدورية والتدابير الرامية إلى الحفاظ على الوظائف البدنية والنفسية. وبذا، فإن الحق في الصحة يتطلب جملة من الأنشطة والبرامج والتدخلات للتعاطي مع خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة لكبار السن كالتزام جوهري يندرج تحت ذلك الحق. ويُعدّ تحسين توافر الرعاية الصحية الأولية وفرص الوصول إلى خدماتها ومقبوليتها وجودتها من الأمور الأساسية ولا سيما عندما يتعلق الأمر بالتوصل إلى نتائج أفضل في مجال تدبير الأمراض المزمنة علاجياً.

٣٨- وقد تم التعرف على عدة عقبات تحول دون وصول كبار السن إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية وفيما يتعلق بجودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم. فالتمييز ضد كبار السن بسبب تقدمهم في العمر هو من العقبات الكبرى التي تحول دون استفادتهم من الرعاية الأولية ودون اتقاء الأمراض المزمنة. وهناك فكرة خبيثة متجذرة في النفوس تقول بأنه عندما يطعن المرء في السن فإنه يصبح سواءً كان رجلاً أو امرأة غير قادر على الإسهام في المجتمع كما يصبح فريسة للأمراض المزمنة و/أو يدركه الوهن بصفة دائمة. وكثيراً ما تؤدي هذه الأفكار المسبقة إلى الخلوص إلى أنه ليس هناك ما بالوسع فعله لمساعدته.

٣٩- ومن الأساسي الاعتراف بحالات الضعف الحقيقية التي تنتاب كبار السن والتصدي للأفكار والمواقف التي لا تخدم مصالحهم بحيث يتسنى تصميم السلع والخدمات بطريقة تمكن من تذليل العقبات الحقيقية، لا المتجذرة، التي تحول دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. وقد تؤدي المواقف التمييزية التي يتخذها العاملون في المجال الطبي ضد كبار السن إلى الإضرار بالتواصل بشكل ذي مغزى مع مرضاهم مع ما ينجم عن ذلك من عواقب مباشرة تؤثر في دقة التشخيص وجودة العلاج.

٤٠- وهناك أيضاً عراقيل مادية ومالية تحول دون الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية. ذلك أن مواقع مرافق الرعاية الصحية قد تكون بعيدة جداً عن مكان إقامة كبار السن وخاصة عندما تكون أسعار استخدام وسائل النقل مرتفعة للغاية أو عندما تكون تلك الوسائل غير مناسبة أو معدومة أصلاً. ومما يزيد الطين بلة قلة حركة كبار السن فقد يكونون غير قادرين على قيادة السيارة أو قد يعدمون وسيلة للنقل أو لعلهم يعانون من اعتلالات

بدنية تحد من حركتهم. ومما يزيد من تفاقم المضاعب المادية التي تحول دون وصول كبار السن إلى المرافق الصحية ضعفهم الاجتماعي الاقتصادي ولا سيما عندما تكون الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية مشروطة في كثير من الأحيان بتلقيهم معاشات تقاعدية أو عندما ترتبط بسداد رسوم العلاج من جيوبهم. كما أن العيش في ظل الفقر يمكن أن يكون سبباً دفيناً يكمن وراء تدهور أحوال كبار السن الصحية: ذلك أن قلة فرص حصولهم على مياه الشرب النقية أو الحصول على التغذية الكافية الملائمة من الأمور التي تجعلهم يواجهون مخاطر أكبر فيما يتعلق بالنقاط الأمراض. وحتى عندما يمتلك كبار السن إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية فإن تلك الخدمات كثيراً ما لا تكون ملائمة لاحتياجاتهم<sup>(٢٦)</sup>.

٤١- ويظل تحسين جودة الرعاية التي يقدمها الطبيب في مستوى الرعاية الأولية لكبار السن من المشكلات التي تتفاقم في المناطق الريفية التي لا تتاح فيها فرص كثيرة للأطباء العاميين للتعاون في إطار الشراكة مع الأطباء المتخصصين في طب الشيخوخة لتقديم الرعاية في المناطق التي يمارسون فيها نشاطهم. وينبغي تشجيع بث المعلومات من مجالات التخصص وتزويد مرافق الرعاية الصحية الأولية بها في جميع المناطق إلا أن ذلك يعد أمراً مهماً بشكل خاص عندما يتعلق الأمر بكبار السن نظراً لملاءمة ومردودية التدبير العلاجي للأمراض المزمنة في إطار الرعاية الأولية.

٤٢- ومن الأهمية بمكان، كذلك، العمل على الترويج للرعاية الأولية والوقاية من الأمراض المزمنة وتعزيز برامجها في العالم النامي. ومن الضروري إحداث ثورة في المفاهيم في هذا الصدد لاكتشاف الأمراض في مراحلها الأولى والتخفيف من آثارها بدلاً من الانتظار حتى تبدأ المشكلات الصحية في الظهور. ولا بدّ من اتخاذ المزيد من التدابير للتوكيد على أهمية جهود الوقاية والاتصال الدوري بالطبيب العام أو غيره من مقدمي خدمات الرعاية الصحية الأولية وأهمية التبكير بالتشخيص والعلاج. والوقاية من الأمور المهمة للغاية لأنها تمكن من الوصول إلى الفرد قبل أن يستفحل المرض فيه. ولا بد من التشديد على أن التبكير بالتشخيص والوقاية، قبل مدة طويلة من تقدم المرض في السن وحيداً لو كان ذلك في إطار مرافق الرعاية الصحية الأولية، من العناصر الأساسية في ضمان تمتع المسنين بصحة جيدة في خريف العمر.

٤٣- وبالنظر إلى شح الموارد وخاصة في البلدان النامية فإن خدمات الرعاية "المثلى" قد لا تكون من الأمور الممكنة دائماً. ولا ينبغي أن يردع ذلك الدول عن اتخاذ الخطوات اللازمة لتحقيق أفضل النتائج الممكنة لصالح المرضى من كبار السن في أي وضع كان. وعلاوة على ذلك، فقد تم الاعتراف بأن شخصنة الرعاية قد يتطلب، في بعض الأحيان، تحاشي تقديم خدمات أكثر تركيزاً وتقبّل النتائج السريرية التي هي أبعد من أن تكون أفضل

. World Health Organisation, "Towards age-friendly primary health care", 2004, p. v (٢٦)



الأوضاع الصحية والممكنة وأفضل طريقة لممارسة الوظائف العادية<sup>(٢٧)</sup> وعلى الرغم من أن التحوّل في التركيز من العلاج إلى الرعاية قد يبدو من الأمور البغيضة في نظر بعض المهنيين الطبيين، ولا سيما عندما يتعلق الأمر بكبار السن، فإنه قد يكون أمراً ضرورياً حتى يتمكن المريض من بلوغ أهدافه الشخصية على أفضل الوجوه. وينبغي أن يكون تزويد المرضى بشتى الخيارات وضمان تحقيق ما ينتغونه من نتائج عن طريق التعاون على اتخاذ القرار من الأمور ذات الأهمية القصوى في إطار العلاقة التي تربط المهنيين الطبيين بمرضاهم.

## باء - الرعاية المديدة

٤٤ - تشمل الرعاية المديدة مجموعة من الخدمات (الطبية وغيرها) التي تساعد على سد الاحتياجات الطبية وغير الطبية للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة أو حالات إعاقة والذين لا يستطيعون رعاية أنفسهم لفترات زمنية طويلة. وتظهر الرعاية المديدة في شكل مساعدة تقدم للقيام بأعمال يومية مثل الاستحمام وارتداء الملابس والطبخ وما إلى ذلك. والرعاية المديدة في مصطلح منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي يمكن تعريفها "كتشكيلة من الخدمات التي تقدم لأناس يعتمدون في ممارستهم لأنشطتهم في معيشتهم اليومية على مساعدة دائمة بسبب إصابتهم بأمراض مزمنة معقدة أو أمراض عقلية تعوقهم عن القيام بوظائفهم البدنية<sup>(٢٨)</sup>" وفي سياق الحق في الصحة يجب أيضاً فهم الرعاية المديدة على أنها تدخل الممارسين المتخصصين لتقديم المساعدة في التعامل مع المتلازمات المرتبطة بالأمراض المزمنة أو حالات الإعاقة التي تعرقل القدرات الشخصية. إلا أنها أيضاً اعتلالات تؤثر في كبار السن على نحو مفرط غير متناسب.

٤٥ - وتتخذ الرعاية المديدة عموماً شكلين اثنين: الرعاية المتزلية والرعاية في المؤسسات الاستشفائية. فالرعاية الاستشفائية عبارة عن إيواء المريض ورعايته في مؤسسة متخصصة في تقديم خدمات الرعاية ويكون كبار السن الذين يدخلون تلك المؤسسات، في غالب الأحيان، تحت سلطة مقدم خدمات الرعاية الذي يفترض فيه أن يساعدهم في الاضطلاع بأنشطتهم اليومية ويشمل ذلك إعطائهم الأدوية وتقديم الخدمات الصحية لهم. وبالنظر إلى تكاثر عدد هذه المؤسسات فإن من الأهمية بمكان دراسة ما لها من آثار على كبار السن وعلى حقهم في الصحة.

٤٦ - أما الرعاية المتزلية فتفهم، عادة، على أنها الخدمات الطبية التي يقدمها مهنيون في منزل المريض في مقابل الرعاية المقدمة في المؤسسات المتخصصة وهي توفر، في العادة، لكبار السن قدراً أكبر من الاستقلالية في تيسير شؤون حياتهم مما توفره الرعاية المقدمة في المؤسسات

(٢٧) David B. Reuben, "Better Care for Older People with Chronic Diseases" *JAMA* vol. 298, No. 22 (December, 2007), p. 2673.

(٢٨) OECD, *Long-term Care for Older People* (OECD, Paris, 2005), p.3

الاستشفائية. غير أن الرعاية المتزلية ينبغي فهمها على أنها الرعاية الطبية التي يقدمها مهنيو الصحة للمريض في البيت في مقابل الرعاية غير الرسمية التي يقدمها أفراد الأسرة أو غيرهم.

٤٧- ومن الأساسي الاعتراف على نحو ملائم بكل من يرضى المسنين في أطر غير رسمية وذلك له فوائد ومحاذير على حد سواء. فالرعاية غير الرسمية قد تمكن كبار السن من البقاء في بيوتهم ليرعاهم أقرباؤهم وهو خيار كثيراً ما يجنده المريض. كما أنها تقلل من الاعتماد على الرعاية غير الرسمية أو الرعاية في المؤسسات الاستشفائية وتقلل أيضاً من العبء الواقع على الموارد المحدودة. غير أن كبار السن كثيراً ما يوضعون في أماكن أو يجدون أنفسهم في أوضاع تقدم فيها الرعاية غير الرسمية بدون إجراء تقييم متعمق للظروف مما يعرضهم لاحتمالات الخطر. وهذه المخاطر تشمل تقديم الرعاية غير الكافية أو الملائمة من قبل أشخاص غير مؤهلين لتقديم الرعاية اللازمة، وكذلك مخاطر التعرض للإيذاء على أيدي مقدمي خدمات الرعاية. وقد اتخذت دول عديدة مبادرات لدعم مقدمي خدمات الرعاية كتقديم الدعم المالي للتعويض على فقدان الدخل وتقديم المساعدة لمن يتولى رعاية المرضى للاستراحة من العناء، وذلك مما يسمح لكبار السن بالبقاء في بيوتهم أطول مدة ممكنة مع تلقي رعاية جيدة النوعية<sup>(٢٩)</sup>.

٤٨- وتنتشر برامج الرعاية المديدة الرسمية من كلا النوعين في معظم العالم المتقدم. أما في العالم النامي فإن الأوضاع الاجتماعية التقليدية بدأت في التغير نتيجة لمختلف العوامل التي تدفع في اتجاه العولمة. فقد تضاعف الدور الذي تضطلع به الأسر باطراد باعتبارها الجهات الرئيسية القائمة على تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية لكبار السن في حين بدأت المؤسسات الحكومية وهيئات الأطباء في ممارسة أدوار أكبر في هذا المجال. وقد تفاقم الوضع في البلدان النامية نتيجة لانعدام الآليات المؤسسية الملائمة وغياب التدابير الرامية إلى حماية حقوق كبار السن في سياق الرعاية التي تقدمها جهات خارجية والرعاية التي يقدمها أناس من غير أسر المرضى. والبلدان المتقدمة التي تحدث فيها انتهاكات لحقوق كبار السن أيضاً ليست إلا في موقف أفضل نسبياً فيما يخص تطوير مثل هذه الآليات.

٤٩- ويؤكد المقرر الخاص على وقع إدخال المرضى إلى المؤسسات الاستشفائية على استقلالية كبار السن وعلى ما له من آثار كثيراً ما تحين كرامتهم. ومن شأن فقدان الاستقلال التام وتقييد حرية الحركة وقلة الاستفادة من الوظائف الأساسية أن يؤدي إلى شعور المرء بالإحباط والهوان الشديدين. وكبار السن ليسوا استثناء في هذا الصدد ومن الأساسي إنشاء آليات لمعالجة الشكاوى من أجل التصدي للممارسات التي تحدّ على نحو غير ضروري من حرية واستقلالية المسنين وتمكينهم من استعادة كرامتهم.

(٢٩) OECD, *Long-term Care for Older People* (OECD, Paris, 2005), p. 11-12

٥٠- ويشعر المقرر الخاص بقلق شديد بسبب عدم الإبلاغ عن العنف الممارس ضد كبار السن في مرافق تقديم الرعاية، وكما هو الشأن بالنسبة إلى بقية الفئات المستضعفة والمهمشة لا بد من إيلاء عناية خاصة لحماية المسنين من سوء المعاملة وضمن عدم انتهاك حقوقهم في الأماكن التي تتعرض فيها للانتهاك بشكل خاص. والأذى الذي يلحق بالمسنين يتمثل في أفعال تقع مرة واحدة أو عدید المرات، أو في عدم اتخاذ الإجراءات المناسبة في إطار أي علاقة يتوقع فيها قيام الثقة بين طرفين مما يلحق الضرر بالمسن أو يسبب له الكرب<sup>(٣٠)</sup>. ومن الأهمية بمكان ملاحظة أن الأذى الذي يلحق بكبار السن كثيراً ما يحدث بطرق مكررة ويؤدي إلى الحد من استقلاليتهم بكيفية يصعب التفتن إليها. ويمكن أن يأخذ أشكالاً شتى بما فيها إساءة المعاملة البدنية أو النفسية أو العاطفية أو الجنسية أو المالية أو التأثير نتيجة للإهمال.

٥١- وإساءة معاملة كبار السن يمكن أن تكون مسألة معقدة وذلك عندما يكون مقدم الرعاية الذي يتسبب في الإيذاء من الأقارب أو من أفراد الأسرة. وقدرت إحدى الدراسات التي أجريت أن إساءة معاملة كبار السن في إطار البيت والأسرة بما في ذلك إساءة المعاملة على أيدي أفراد الأسرة تحدث بتواتر يبلغ نسبة تتراوح بين ٢ و ١٠ في المائة من جميع الحالات. بل إن من العسير جداً التثبت من إطار المؤسسات الاستشفائية من حالات وقوع سوء المعاملة. وقد يأخذ سوء المعاملة شكل مواقف وأفعال مجحفة أو تمييزية ويظهر ذلك من خلال التعامل بطريقة أبوية مع المسنين الذين يتلقون خدمات الرعاية، مما يترك في نفوسهم شعوراً بالمدلة وبأنهم مثل الأطفال ويسلبهم الهوية التي لولا ذلك لا اعتزوا بها ككائنات بشرية.

٥٢- بل إن عاملي الرعاية الصحية أنفسهم قد لا يتفطنون، في بعض الحالات، إلى وجود حالات من إساءة المعاملة. وعليه ينبغي لهؤلاء أن يُدرّبوا ويُساعدوا على التعرف على حالات إساءة المعاملة الممكنة. وتستخدم نماذج هذا النوع من التدريب والتدخل في حالات إساءة المعاملة في البيت ويمكن أن تكون بمثابة نماذج عملية في مجال التعاطي مع مسألة التعرف على حالات إساءة معاملة كبار السن والتصدي لها. ويحتاج عاملو الرعاية الصحية إلى أن يدركوا إمكانية تعرّض المريض لسوء المعاملة وأن يتمكنوا من إدارة التفاعلات في المجالات ذات الصلة بالصحة، بما يجعل الفرد الذي يلحقه الأذى يشعر بالراحة عند مناقشة وضعه الخاص به.

٥٣- وقد اتخذت مبادرات شتى في ميدان العنف المتري ولا سيما فيما يتعلق بالعنف الممارس ضد المرأة وهذا أمر يمكن النسخ على منواله لإذكاء الوعي بسوء معاملة كبار السن على أيدي المهنيين الطبيين والمجتمع في مجمله. وبالإضافة إلى زيادة برامج التدريب لا بد من وضع إجراءات تكفل الإبلاغ عن حالات سوء المعاملة والتصدي لعواقبها. ومن الأمثلة في هذا الصدد، أن قانون المسنين الذي صدر في عام ٢٠٠٦ في جنوب أفريقيا يطالب الشخص الذي قد يشهد إساءة معاملة أي شخص كبير في السن سواء أكانت تلك المعاملة بدنية أو

(٣٠) WHO, *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse* (WHO, Geneva, 2002), p. 3

نفسية أو جنسية أو اقتصادية بجملة أمور من بينها الإبلاغ عن الانتهاك. كما أنشأ القانون نظاماً يتم في إطاره التحري عن ميسؤون معاملة كبار السن وتسجيل أسمائهم بغية منعهم من العمل أو الاستخدام في أي مرفق يستضيف كبار السن أو في مكان تقدم فيه الرعاية المجتمعية المرتكز لهؤلاء.

## جيم - الرعاية الملطفة

٥٤ - جاء في التعليق العام رقم ١٤ أنه ينبغي اتخاذ تدابير لضمان الاهتمام بالأشخاص المصابين بأمراض مزمنة وميؤوس من شفائها ورعايتهم لتخفيف آلامهم ولتجنيبهم المهانة عند الوفاة (الوثيقة E/C.12/2000/4، الفقرة ٢٥). وتعد الرعاية الملطفة النهج الأول الذي ينبغي اعتماده، من منظور صحي، للسعي إلى تحسين نوعية حياة المرضى الذين يثبت التشخيص أنهم مصابون بأمراض تهدد الحياة وذلك عن طريق الحيلولة دون شعورهم بالآلام وتسكينها<sup>(٣١)</sup>.

٥٥ - وقد تعاضم اللجوء إلى الرعاية الملطفة في السنوات الثلاثين الأخيرة كما بدأت النظم الصحية الوطنية تأخذ بها تدريجياً وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة. وتشير كثرة التدابير المتخذة في دول مختلفة إلى تزايد أهمية ضمان نوعية حياة كبار السن في نهاية حياتهم وتقديم الدعم لأسرهم. ولا يعترف بالرعاية الملطفة في بعض البلدان إلا في سياق الإصابة ببعض الأمراض المزمنة كالسرطان. وأدرجت دول أخرى الرعاية الملطفة في تشريعاتها وخطط عملها الوطنية في المجال الصحي وأنشأت مؤسسات مكرسة لها، في حين ألزمت بلدان أخرى المؤسسات الصحية باستخدام موظفين متخصصين في الرعاية الملطفة أو أنها أنشأت أفرقة للخبراء للتصدي لهذه المسألة.

٥٦ - وهناك عدة مسائل تطرح فيما يتعلق بتوفير خدمات الرعاية الملطفة لكبار السن وتخص إحداهن توافر تلك الخدمات ولا سيما الأدوية المستخدمة لتأمين تلك الرعاية. وتورث الأمراض التي تقتضي رعاية ملطفة، والتي توصف لها في العادة مسكنات للألم تحتوي على الأفيونيات، آلاماً تتراوح بين خفيفة ومبرحة<sup>(٣٢)</sup>. والدول الأطراف في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مطالبة، في إطار التزاماتها الجوهرية بموجب العهد، بضمان توفير الأدوية الأساسية التي يندب برنامج عمل منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية إلى استخدامها. وعلى الرغم من ذلك وأن المورفين الذي يؤخذ عن طريق الفم

(٣١) WHO, *WHO Definition of Palliative Care* (Geneva, 2010). Available from [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)

(٣٢) WHO, *Pain Relief Ladder* (Geneva, 2010). Available from [www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/)

وغير ذلك من المستحضرات المخدّرة من الأدوية الرخيصة الثمن ولا توجد صعوبة في الحصول عليها، فإن توافر هذه الأدوية المستخدمة في الرعاية الملطّفة كثيراً ما يكون محدوداً. ويعود ذلك إلى عدد من العوامل مثل وجود لوائح تقيّد استعمال الأدوية، والفشل في تنفيذ نظام للإمداد والتوزيع يعمل على ما يرام وعدم تمتع نظام الرعاية الصحية بالقدرات الكافية. ومن الأمور التي تدعو إلى القلق على نحو خاص الطابع المعقد للإطار الدولي لمراقبة المخدرات الذي يثبّط بصرامة مساعي الحصول على الأدوية التي ينظّمها الإطار<sup>(٣٣)</sup>. وحتى عندما تكون تلك الأدوية متاحة فإن هناك، في أغلب الأحيان، قلة فهم من جانب الممارسين الطبيين للرعاية الملطّفة واستخدام المخدرات في تسكين الألم. وتتمسّ الحاجة إلى إقامة برامج أكثر شمولاً للتدريب في مجال الرعاية الملطّفة واستخدام الأدوية المخدّرة. وهذه العقبات التي تحول دون توافر الرعاية الملطّفة الجيدة النوعية لا تنفرد بمواجهتها شريحة كبار السنّ كقفة إلا أنها تتأثر بذلك على نحو مفرط نظراً لتزايد حدوث الأمراض المزمنة والتي لا يُرجى شفاؤها في صفوفها.

٥٧- وقد تكون احتمالات حصول كبار السنّ على خدمات الرعاية الملطّفة أيضاً أقلّ من احتمالات حصول بقية الفئات العمرية الأصغر. وهناك حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث للتأكد مما إذا كان في هذا التوزيع نوع من الإجحاف بحقهم أو ما إذا كانت احتياجاتهم تلبّي عن طريق خدمات أخرى<sup>(٣٤)</sup>. والحق في الصحة يحظر بوضوح التمييز على أساس السنّ بما في ذلك في إطار خدمات الرعاية الصحية الملطّفة. والدول ملزمة بعدم منع أو تقييد إتاحة فرص متكافئة لجميع الأشخاص للحصول على الخدمات الصحية الملطّفة (الوثيقة E/C.12/2000/4، الفقرة ٣٤). ولا يمكن، تحت أي ظرف من الظروف، اعتبار التمييز القائم على السنّ، والذي يعاقب عليه على أساس التمييز بسبب المخاطر/المنافع، أمراً مناسباً في سياق الرعاية الملطّفة التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة لا إلى إطالتها<sup>(٣٥)</sup>.

٥٨- وقد أدّى اتباع النهج الحيوي الطّبي المتّبع حيال ظاهرة التّشيخ، بالإضافة إلى تزايد متوسط العمر المتوقع، إلى طرح المزيد من المعضلات الأخلاقية. واعتبرت المصاعب المتزايدة المواجهة فيما يخصّ رفض التدخلات الرامية إلى إطالة الحياة، أو استحالة القيام بذلك، من التحديات التي تجابه كلاً من المرضى والأطباء، وقد ارتبط ذلك بثلاثة عوامل هي: الابتعاد تدريجياً عن مسألة "الاختيار" فيما يتعلق بالتدخلات والتوجه نحو العلاج الروتيني؛ وربط

(٣٣) انظر الوثيقة A/65/255، الفرع خامساً: "الحصول على الأدوية الخاضعة للمراقبة".

(٣٤) Jenni Burt and Rosalind Raine, "The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review", *Age and Ageing*, vol. 35, No. 5 (September 2006), pp. 471 and 473.

(٣٥) Jenni Burt and Rosalind Raine, "The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review", *Age and Ageing*, vol. 35, No. 5 (September 2006), p. 469.

التدخلات السريية بمشاعر الإعراب عن العطف والرعاية، وتزايد توافر التدخلات التي تؤدي إلى تعاضم الآمال فيما يخصّ الحوائل الصحية، ومما يسفر عن طمس الحدود التي تفصل بين التدخلات العلاجية والتدخلات التي تؤدي فقط على إطالة الحياة<sup>(٣٦)</sup>.

٥٩- ويرى المقرر الخاص أن من الأمور التي ينبغي التصدي لها لدى اتباع نهج شموي حيال الصحة، عملية الاحتضار. وفي حين لا ينظر هذا التقرير في المسائل المرتبطة باستقلالية المرضى فيما يتعلق بقرار وضع حدّ للحياة، فإن من الضروري ضمان قدرة المرضى على اتخاذ قرارات مستقلة ومستنيرة فيما يخص جودة الحياة في مرحلة الاحتضار. ويشمل ذلك الخيارات المتعلقة بالاستفادة من التدخلات اللازمة بخصوص تسكين الألم وما إلى ذلك، وموقع حدوث الوفاة وإمكانية رفض العلاج الرامي إلى إطالة أمد الحياة عندما لا يكون المريض راغباً في ذلك. ويقتضي هذا الأمر مناقشة واضحة صريحة بدون إبداء أي حكم مع الممارسين الطبيين الذين ينبغي أن يتلقوا التدريب اللائم للتعاطي مع هذه المسائل الدقيقة حتى يتسنى لكبار السنّ "الموت في كنف الكرامة" كما تقتضيه مبادئ حقوق الإنسان.

٦٠- ويعتقد المقرر الخاص أن نهاية حياة المرء تشكل جزءاً لا يتجزأ من حياته. لذا فإنه يؤكد على وجوب علاج كبار السنّ بنفس القدر من الاحترام الذي يضمن لهم كرامتهم عندما يدخلون مرحلة الاحتضار تماماً كما في مراحل عمرهم السابقة. وتقتضي الرعاية المطلقة تمويلاً هاماً وتعبئة العديد من الأطراف الفاعلة وأصحاب المصلحة داخل القطاع الطبي وهي من الأمور الحاسمة على إطلاقها لإطالة أعمار كبار السنّ المصابين بأمراض مهددة للحياة ولضمان موتهم في كنف الكرامة.

## دال - الموافقة المستنيرة

٦١- إن ضمان الموافقة المستنيرة من السمات الجوهرية لاحتزام استقلالية المرء وتقريره لمصيره واحتفاظه بكرامته الإنسانية. وتضمّ الموافقة المستنيرة عدة من عناصر حقوق الإنسان غير القابلة للتجزئة والمتداخلة والمتراصة. فتلك العناصر تشمل، بالإضافة إلى الحق في الصحة، الحق في الاستقلالية والتحرر من التمييز وعدم الخضوع للتجارب بدون رضا، وأمن وكرامة الفرد، وحق الفرد بالاعتراف بشخصيته أمام القانون، وحرية التفكير والتعبير وحقه في تقرير مصيره الإنجابي. وتعد عناصر الاستقلالية والسلامة والعافية البدنية من الأمور الأساسية في إطار الحق في الصحة. وهذا الإطار يحدّد عناصر أساسية في ذلك الحق هي توافر المعلومات الصحية وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها وجودتها. وهذا الحق، من حيث التعريف، يتمثل

(٣٦) Sharon R. Kaufman, Janet K. Shim and Ann J. Russ, "Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges" *The Gerontologist*, Vol. 44, No. 6 (December 2004), p. 732.

في السعي إلى الحصول على المعلومات والأفكار المتعلقة بالمسائل الصحية وتلقيها وبثها. (الوثيقة E/C.12/2000/4، الفقرة ١٢). وفي التقرير الذي قدّمه المقرر الخاص إلى الجمعية العامة جاء تعريف الموافقة المستنيرة كالتالي: "قرار طوعي ومستنير على نحو كاف يحمي حق المريض في المشاركة في اتخاذ القرار الطبي وإلقاء ما يرتبط بذلك من واجبات والتزامات على عاتق مقدمي الرعاية الصحية" (الوثيقة A/64/272، الفقرة ٩).

٦٢ - ولا بدّ أن تكون المعلومات الصحية بأعلى مستويات الجودة وأن تتاح مجّاناً على أساس غير تمييزي وأن يتمكّن الفرد من الوصول إليها للاستفادة منها فيما يتعلق باحتياجاته الخاصة للتواصل مع غيره (ويشمل ذلك احتياجاته البدنية الخاصة أو من الأوضاع الثقافية)، وأن يتمّ عرضها بطريقة تحظى بقبول الشخص الموافق من الناحية الثقافية وغيرها من النواحي (الوثيقة ذاتها، الفقرة ٢٣). وتقتضي الموافقة المستنيرة أن يتمّ التواصل على عدة مستويات من الفهم وألاّ يكون مغرّقاً في الجوانب التقنية ولا معقّداً ولا منجزاً بعجلة أو بلغة وطريقة لا يفهمها المريض ولا يفهم السياق الذي وردت فيه. ويصحّ هذا، خاصة، على الشرائح السكانية المستضعفة مثل كبار السن الذين قد يتطلبون المزيد من الاهتمام أو الشروح أو المساعدة عند تلقي المعلومات الصحية، التي يتيحها مقدمو خدمات الرعاية للمرضى قبل العلاج لفهمها بالقدر الكافي، كما أنه أمر ضروري.

٦٣ - وقد تبين، بشكل متّسق، من التقييمات التي أجريت أن هناك عجزاً في المعلومات المقدمة لكبار السن لمساعدتهم على اتخاذ القرارات المستنيرة ولا سيما كبار السن الذين لا يملكون قسطاً وافراً من التعليم الرسمي<sup>(٣٧)</sup>. وقد يستخف بعض عاملي الرعاية الصحية بحالات الضعف الخاصة التي تتاب كبار السن ويفشلون في الحصول بشكل ملائم، على الموافقة المستنيرة لأن الحصول عليها قد يكون أمراً أكثر تعقيداً منه لو تمّ في ظروف عادية. وكثيراً ما لا يكون اتباع نهج صالح لكل الحالات أمراً مناسباً فيما يخص كبار السن. فيقتضي الأمر اتباع نهج أكثر ملاءمة يراعي خصائص الفرد وسنّه ومن أجل التصدي لاحتياجات هذه الشريحة بشكل أفضل. ويعني ذلك ضمناً الخروج من دائرة الإلمام بالمعلومات الصحية الأساسية، التي لا تؤمّن الحق في الصحة بالطريقة الملائمة والانتقال إلى إذكاء المزيد من الوعي والتثقيف في مجال المعلومات الصحية ربّما عن طريق إنشاء شبكات معلومات يديرها لأتراب.

٦٤ - وإضافة إلى اختلال موازين القوى والخبرة والثقة المتأصل في العلاقة التي تربط بين الطبيب والمريض فإن هناك عدداً من حالات اللامساواة البنيوية يمكن أن تسفر عن الإضرار بشكل هام بطبيعة الموافقة الطوعية أو المستنيرة (الوثيقة نفسها، الفقرة ٤٥). ولحماية حقوق كبار السن ينبغي للدول أن تنشئ آليات الدّعم المناسبة التي من شأنها أن تساعد على التغلّب

Sugarman et al., "Getting meaningful informed consent from older adults: a structured literature review of empirical research", *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 46, No. 4 (April 1998).

على المشكلات اللاحقة التي تعترض تحقيق الموافقة المستنيرة بما في ذلك إشراك المجتمعات المحلية وجهود التوعية الشاملة.

٦٥- والدور المنوط بمقدمي خدمات الرعاية الصحية أمرٌ حاسمٌ في تأمين الموافقة المستنيرة. فعاملو الرعاية الصحية كثيراً ما يعوزهم التدريب فيما يتعلق بتعميم المعلومات الصحية على كبار السنّ الذين قد تكون لديهم احتياجات خاصة كثيراً ما لا يتمّ التصدي لها. ويجب أن تدرج مؤسسات التعليم والتدريب في مناهجها برامج تثقيفية تركز على مسألة الموافقة المستنيرة في علاقتها بالشرائح السكانية المستضعفة واحتياجاتها الخاصة. كما أن المشكلات البنيوية تؤدي إلى إحباط الجهود المبذولة للحصول على الموافقة المستنيرة، ومن تلك المشكلات الوقت المتاح للأطباء وعاملو الرعاية الصحية للتشاور مع المرضى. وقد يحتاج كبار السنّ إلى المزيد من العناية والمساعدة حتى يستوعبوا الآثار المترتبة على المعلومات ذات العلاقة بالصحة التي تعرض عليهم والتي قد تؤدي إلى تأثرهم بشكل خاص نتيجة ضيق وقت التشاور المتاح لهم. وبشكل عام ينبغي لكل فرد أن يتلقى علاجاً مناسباً له كما ينبغي استعراض حالته الصحية سواء أكان رجلاً أم امرأة بانتظام واستعراض الأدوية التي يأخذها.

٦٦- ويمكن أن يكون التماذي في إنكار الحق في الموافقة المستنيرة شكلاً من أشكال إساءة معاملة كبار السنّ بدنياً ونفسياً علماً بأن المسنين أكثر نزوعاً إلى تلقي العلاج والرعاية بدون موافقة يديهم. ومما يزيد الطين بلّة التمييز الممارس ضد كبار السنّ الذين قد تعوزهم، في بعض الحالات، القدرة على الموافقة على العلاج. وقد سبق أن أشار المقرر الخاص إلى أن هناك من يستغل المسنين بسبب النظرة النمطية إليهم التي ترميهم بالجهل وقلة الحيلة وكذلك بسبب حالة الضعف الفعلي بدنياً وعقلياً، مثل تلك التي تنجم عن الأمراض التنكسية وتؤدي إلى تراجع في القدرة على إبداء الموافقة المستنيرة (الوثيقة A/64/272، الفقرة ٥١). وهم يواجهون في أحيان كثيرة حالات تكون فيها الموافقة المستنيرة أمراً ضرورياً لذا فإن احتمالات الانتهاك والإيذاء اللذين قد يجيقان بهم تكون أكبر.

٦٧- وكثيراً ما تفشل السلطات القضائية المحلية في سنّ تشريعات أو وضع سياسات بهدف معالجة أو حلّ المشكلات التي تتصل خاصة بالموافقة المستنيرة وكبار السنّ. وتكون مشكلة وضع القوانين الخاصة بكبار السنّ والحق في الصحة حادة بشكل خاص في البلدان النامية التي كثيراً ما لا يوجد فيها إطار قانوني ملائم فيما يتعلق بالوصاية أو الموافقة. ففي بعض البلدان يتمّ الالتفاف على الشرط القانوني الذي يقضي بالموافقة المستنيرة عن طريق اتباع إجراءات الوصاية حتى في حالة حدوث عجز جزئي مما يؤدي إلى الاستعاضة عن موافقة المريض بموافقة من يتحملّ أعباء الوصاية عليه. ويقتضي الحق في الصحة من الدولة احترام وحماية وإنفاذ الحق في الصحة، ومن الختم على الدولة أن تضع سياسات وأطراً يمكن عن طريقها التصديّ لمسألة حق المسنين في الصحة بهدف تلبية تلك الاحتياجات. ومن الأهمية



يمكن إيجاد ضمانات تكفل الموافقة المستنيرة لكبار السن في سياق الوصاية وبناء قدراتهم حتى يستوعبوا المعلومات الصحية بالكامل ويستفيدوا منها على النحو الأمثل<sup>(٣٨)</sup>.

٦٨- ويعتقد المقرر الخاص أن مسألة الموافقة المستنيرة لكبار السن تزايد أهميتها بالنظر إلى تقدم سكان العالم في السن والتحديات المجتمعية الناجمة عن هذه الظاهرة. كما يعتقد أنه ينبغي وضع مبادئ توجيهية دولية وإقامة نظم وطنية لتنظيم الممارسات وضمان تقديم الدعم لكبار السن عند اتخاذ قرارات واعية فيما يخص الرعاية الصحية. ومن المستصوب أيضاً إنشاء مجموعات أترابية لتزويد كبار السن بالمعلومات قبل زيارة الطبيب أو مقدم خدمات الرعاية لتلقي العلاج مما قد يساعد في حل المشكلات الفورية من قبيل انعدام التدريب.

٦٩- ويشير المقرر الخاص إلى أهمية إذكاء وعي كبار السن وتمكينهم لتعزيز مشاركتهم في عملية رسم السياسات الصحية وبناء شبكات تضم المسنين يمكن عن طريقها الوصول إلى المعلومات الصحية على نحو أيسر. ومن الأهمية بمكان أيضاً أن يكون المسنون في موقف يمكنهم من استيعاب المعلومات الصحية على النحو الكامل واتخاذ قرارات طوعية وواعية استناداً إلى تلك المعلومات. ومن واجب الدولة أن توجد وتنفذ أساليب جديدة وابتكارية للتواصل مع كبار السن والتعرف على الطرق اللازمة التي تراعي السن لثب المعلومات ذات الصلة بالصحة وتشجيع مشاركتهم.

## خامساً - استنتاجات وتوصيات

٧٠- من المستحيل، في تقرير بهذا الطول، التصدي لجميع القضايا المهمة غير أن المقرر الخاص يشير إلى أن التغييرات الديمغرافية الراهنة التي تؤدي إلى تزايد أعداد كبار السن بسرعة من الأمور التي تستدعي اتخاذ إجراءات عاجلة. فينبغي للمجتمع أن يتجاوز مجرد السعي إلى تمتع المواطنين بموфор الصحة في مرحلة الشيخوخة فحسب والبدء بالعمل على ممارسة المسنين لنشاطهم في كنف الكرامة. وينبغي وضع الخطط اللازمة الداعمة لهذه المرحلة كأى مرحلة أخرى من حياة المرء. ووضع الخطط الخاصة بالشيخوخة يعني ضمناً إقامة خدمات التشخيص والوقاية على مستوى الرعاية الصحية الأولية قبل حلول مرحلة الشيخوخة بوقت طويل. وتقتضي محاولات السعي إلى تمتع كبار السن بكامل نشاطهم في كنف الكرامة إعادة صياغة مفهوم المجتمع لظاهرة الشيخوخة والتركيز على استمرار مشاركة كبار السن في الشؤون الاجتماعية والثقافية والمدنية وكذلك استمرارهم في تقديم إسهاماتهم في المجتمع لفترات أطول في حياتهم. وينبغي أن يكون تعزيز وحماية الحقوق الإنسانية لكبار السن شغل كل فرد الشاغل لأن الشيخوخة عملية تطال كل إنسان.

(٣٨) اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المادتان ١٢(٣) و ١٢(٤).

وكبار السن فئة ضعيفة بشكل خاص بسبب النظرة النمطية إليها على أنها شريحة مستهلكة "انتهت صلاحيتها" من شرائح المجتمع. غير أن كبار السن يظلون على نشاطهم، مع ارتفاع متوسط العمر المتوقع وتحسن الطب، لفترات أطول من ذي قبل سواء من حيث اضطلاعهم بشتى الأنشطة المهنية منها وغيرها. ومن شأن تشجيع المسنين على أن يظلوا على نشاطهم بدنياً وسياسياً واجتماعياً واقتصادياً أطول مدة ممكنة أن يعود بالفائدة لا على الفرد فحسب بل على المجتمع بأسره أيضاً.

٧١- ويوصي المقرر الخاص بما يلي:

(أ) الاعتراف بالتشيخ كعملية تدوم العمر كله وهي حقيقة ينبغي أن تعكسها سياسات الدولة وتشريعاتها وأن تنعكس كذلك في تخصيص الموارد بما يمكن من إتاحة خدمات الرعاية الصحية بما فيها خدمات التشخيص والوقاية والعمل على استفادة الفرد منها قبل أن يطعن في السنّ بحيث يتسنى له بلوغ مرحلة الشيخوخة في أتمّ صحة؛

(ب) ضمان تشكيل الحق في بلوغ أعلى مستوى صحي يمكن الوصول إليه للسياسات الوطنية والدولية ذات الصلة بخصوص الشيخوخة وكبار السنّ وإدراج ذلك الحق في تلك السياسات. وينبغي إتاحة المرافق والسلع والخدمات الصحية لكبار السنّ والعمل على استفادتهم منها بتكلفة ميسورة وعلى نحو يحظى برضاهم وأن تكون ذات نوعية جيّدة؛

(ج) وضع إطار الحق في الصحة موضع التنفيذ من أجل ضمان نقل الخطاب الذي يتناول كبار السنّ من منظور يقوم على الاحتياجات إلى نهج يقوم على الحقوق مما يمكن من رفع مستوى أعمال حق كبار السنّ في الصحة؛

(د) التشجيع على إنشاء ودعم شبكات كبار السنّ لضمان مشاركتهم في تطوير وتحسين الحماية الاجتماعية والرعاية الصحية ويقتضي ذلك الاعتراف بالتمتع بالحق في الصحة وكفالتة؛

(هـ) إقامة نظام للحماية الاجتماعية يتيح لكبار السنّ فرصة الاستفادة من الرعاية المديدة سواء أكانت في إطار المؤسسات الاستشفائية أو داخل البيت مما يكفل عدم حدوث أي سوء معاملة أو انتهاك للحقوق؛

(و) وضع سياسات وإجراءات للإبلاغ عن إساءة معاملة كبار السنّ والتصدي لهذه الظاهرة ومنعها؛

(ز) إقامة آليات لإذكاء الوعي وتدريب المهنيين الطبيين ومقدمي خدمات الرعاية من غير الأطباء والمجتمع في مجمله بشأن علاج كبار السنّ ومنع إساءة معاملتهم والتصدي لذلك؛

(ح) وضع مبادئ توجيهية دولية ونظم وطنية لتنظيم ورصد الممارسات المتبعة في دور المسنين لضمان تقديم الدعم للمسنين فيما يخص اتخاذ القرارات الواعية في مجال الرعاية الصحية وعدم إهمال كرامتهم الإنسانية واستقلاليتهم بسبب ضعفهم؛

(ط) وضع وتنفيذ ضمانات تقضي بالمطالبة بالحصول على الموافقة المستنيرة دون قسر على الحصول على أي علاج و/أو تدخل طبي والعمل على ضمان ذلك لكل المرضى مهما كانت أعمارهم وحالتهم الصحية ومهما كان العلاج المقترح؛

(ي) وضع وتنفيذ آليات تكفل حماية حقوق كبار السن عندما/كلما رئي أنهم غير قادرين على تقديم موافقتهم المستنيرة على أي علاج و/أو تدخل طبي بسبب الإصابة أو المرض أو الإصابة باعتلالات مزمنة مثل الخرف.