الأمم المتحدة
الاسكوا
ESCWA

ازدهارُ البلدان كرامةُ الإنسان

وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل

# دُور رعاية كبار السن في اليمن: التحديات والفرص

الأمم المتحدة
الاسكوا
ESCWA

ازدهارُ البلدان **كرامةُ الإنسان**

**رؤيتنا**

طاقاتٌ وابتكار، ومنطقتُنا استقرارٌ وعدلٌ وازدهار

**رسالتنا**

بشغَف وعزْم وعَمَل: نبتكِر، ننتج المعرفة، نقدِّمُ المشورة،
نبني التوافق، نواكب المنطقة العربية على مسار خطة عام 2030.
يداً بيد، نبني غداً مشرقاً لكلِّ إنسان.

# دُور رعاية كبار السن في اليمن:
# التحديات والفرص

# تمهيد

يسرّني أن أضع بين أيديكم دراسة بعنوان "**دُور رعاية كبار السن في اليمن: التحديات والفرص**"، وهي الأولى من نوعها التي تُعِدّها وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل في الجمهورية اليمنية، بالتعاون مع لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). وتهدف هذه الدراسة إلى تحليل واقع دُور رعاية كبار السن القائمة في اليمن، وتسليط الضوء على أبرز التحديات التي تواجهها، واستكشاف الفرص الممكنة لتطويرها وتحسين جودة خدماتها واستخدام نتائجها لإنشاء دار نموذجية للرعاية الإيوائية لكبار السن، قابلة للتعميم في المناطق التي تحتاجها، وتراعي الحد الأدنى من معايير إدارة الجودة في هذه المؤسسات.

تأتي هذه الدراسة استكمالاً للجهود التي بذلتها حكومة الجمهورية اليمنية في إعداد وتنفيذ الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن (2022-2028)، وتعبيراً عن التزامها بالاتفاقيات والمواثيق الدولية التي صادقت عليها، واستناداً إلى مبادئ خطة مدريد الدولية للشيخوخة، وأهداف التنمية المستدامة لعام 2030، ووفاءً لما قدّمه كبار وكبيرات السن من خبرات وإسهامات في تنمية المجتمع اليمني.

وتنطلق أهمية هذه الدراسة من واقع ملموس تعيشه مؤسسات رعاية كبار السن في اليمن، حيث تعاني من قصور واضح في جودة الخدمات المقدّمة. ويُعزى هذا القصور بالدرجة الأولى إلى غياب معايير واضحة ومتكاملة للرعاية المتخصّصة بكبار السن، الأمر الذي يستدعي تبنّي منظومة معايير للجودة، تستند إلى مرجعيات دولية وتجارب ناجحة، لا سيّما في ما يتعلق بنُظُم ومعايير الإدارة الرشيدة، ووجود كوادر بشرية مؤهلة ومتخصّصة، وتعزيز القدرات، وتوفير الرعاية الصحية والعناية الشخصية النوعية، إضافة إلى توفير بيئة آمنة ومناسبة تلبّي احتياجات كبار السن، وتشمل وسائل السلامة والخدمات العامة الأساسية.

وتكتسب هذه الدراسة أهمية مضاعفة في ضوء التحديات الجسيمة التي يواجهها كبار السن في اليمن، لا سيّما الآثار السلبية التي خلّفها النزاع المسلح منذ عام 2014، وما ترتب عليه من خسائر بشرية وتهجير السكان، وتدمير للبنية التحتية، وانهيار اقتصادي، وتدهور في الخدمات الصحية والاجتماعية، وتراجع في مستويات معيشة السكان وبخاصة الفئات الأكثر عرضة للمخاطر ومن بينهم كبار السن. ومن هنا، فإن تحسين أوضاع كبار السن في اليمن يتطلب تعزيز إمكانات مؤسسات الرعاية القائمة، وإعادة تأهيل الدُور المتضررة، وإنشاء مراكز جديدة تستجيب للتحوّلات الديمغرافية، مع إعطاء الأولوية للفئات الأكثر ضعفاً.

ومن الضروري أيضاً أن تُصاغ السياسات العامة وخطط التنمية الاقتصادية في اليمن برؤية شمولية تركّز على نهج "دورة الحياة" يأخذ في الاعتبار جميع مراحل حياة الفرد من الطفولة مروراً بمرحلة الشباب والبلوغ ووصولاً إلى الشيخوخة، بهدف ضمان سياسات وبرامج وخدمات شاملة ومتكاملة لجميع الأعمار. ومن هنا، تترتب على الحكومة مسؤولية توفير خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الشاملة لكبار السن، وضمان تمتّعهم بكافة حقوقهم الاقتصادية والاجتماعية والصحية والثقافية. وستُستخدم نتائج هذه الدراسة كأرضية عمل لوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل في جهودها لتطوير معايير الجودة بدُور رعاية كبار السن، وبالشراكة الفاعلة مع جميع المعنيّين من المؤسسات الحكومية والمنظمات الإقليمية والمجتمع المدني، بالإضافة إلى الجهات المانحة.

وفي الختام، تؤكد وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل التزامها بمواصلة إعداد الدراسات والبرامج التي من شأنها تحسين أوضاع كبار السن في اليمن بما يليق بمكانتهم ودَورهم في المجتمع، وذلك من خلال تنفيذ الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن (2022-2028). ولا يفوتني في هذه المناسبة أن أعرب عن خالص الشكر والتقدير للإسكوا على دعمها الفني القيِّم لإنجاز هذه الدراسة، ولكل من ساهم في إعدادها وإخراجها بهذه الصورة المشرّفة.

**د. محمد سعيد الزعوري**
**وزير الشؤون الاجتماعية والعمل**

# شكر وتقدير

تندرج دراسة "**دُور رعاية كبار السن في اليمن: التحديات والفرص**" ضمن إطار الدعم الفني الذي تقدّمه الإسكوا لوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل في اليمن. وتهدف الدراسة إلى تقييم الفجوات وأوجه القوة في خدمات الرعاية المقدّمة في "دار رعاية العجزة والمسنين – عدن" واستخدام نتائج التقييم للخروج بتوصيات عملية يمكن اعتمادها لتعزيز أداء دُور رعاية كبار السن القائمة في اليمن تراعي الحد الأدنى من معايير إدارة الجودة في هذه المؤسسات.

تم تطوير هذه الدراسة تحت الإشراف العام لمعالي الدكتور محمد سعيد الزعوري، وزير الشؤون الاجتماعية والعمل في اليمن. وتتوجّه الوزارة بخالص الشكر والتقدير للأستاذ غازي عبد الله عبد الرب، مستشار الوزير، الذي أعدّ الدراسة، وكان لالتزامه ومهنيته العالية بالغ الأثر في ضمان جودة النتائج ومصداقيتها. كما تعرب الوزارة عن جزيل شكرها للإسكوا على دعمها الفني، وبشكل خاص للفريق العامل على قضايا كبار السن الذي ساهم في تصميم الدراسة وتنفيذها ومراجعتها. وقد ضمّ هذا الفريق مسؤولة الشؤون السكانية السيدة سارة سلمان، ومسؤولة الشؤون الاجتماعية السيدة دينا تنير، والخبيرة في قضايا كبار السن السيدة منال سعيد.

وقد أُنجزت هذه الدراسة بفضل التعاون والدعم المقدَّم من جميع الجهات المعنيّة. وفي هذا السياق، تتوجَّه الوزارة بالشكر إلى نقاط الاتصال من الوزارات والمؤسسات الحكومية الأخرى على شراكتهم المستمرة ومساهماتهم القيِّمة في جميع مراحل إعداد الدراسة. كما تتقدّم بالامتنان لإدارة "دار رعاية العجزة والمسنين في عدن" والعاملين فيها على تعاونهم الفعّال وملاحظاتهم المهمة خلال فترة العمل الميداني. وأخيراً، تتوجَّه الوزارة بالشكر الخاص إلى كبار وكبيرات السن المقيمين في الدار الذين شاركوا في هذه الدراسة وقدّموا آراءهم القيِّمة، وقد كان لمشاركتهم الأثر الكبير في إغناء هذه الدراسة ومنحها تجربة واقعية ينبغي مراعاتها في وضع السياسات والبرامج المستقبلية ذات الصلة.

وتأمل الوزارة أن تُشكِّل هذه الدراسة مرجعاً عملياً لصانعي السياسات وللباحثين والمعنيّين بقضايا الشيخوخة والرعاية طويلة الأمد وجميع الجهات المعنيّة لتحسين جودة حياة كبار السن في مؤسسات الرعاية، وضمان أن تعكس الخدمات المقدّمة احتياجاتهم الحقيقية وتعزِّز الإنصاف والعدالة والتقدير لهذه الفئة العمرية الكريمة.

# المحتويات


تمهيد iii
شكر وتقدير v
مقدمة 1
منهجية الدراسة 3
1. السكان وكبار السن في اليمن: لمحة عامة 5
ألف. التركيب العمري لكبار السن بحسب الجنس 5
باء. اتجاهات التركيبة العمرية للسكان في اليمن، 2004-2050 6
2. الإطار الدستوري والتشريعي لحقوق كبار السن في اليمن 9
ألف. الإطار الدستوري 9
باء. التشريعات والقوانين 9
3. دُور رعاية المسنين في اليمن: السياسات والتحديات 11
ألف. السياسات الحكومية المتعلقة بدُور رعاية كبار السن 11
باء. واقع دُور رعاية كبار السن في اليمن 12
جيم. التحديات التي تواجه رعاية كبار السن في اليمن 12
4. أوضاع كبار السن المقيمين في "دار رعاية العجزة والمسنين" في عدن 15
ألف. التركيبة العمرية لكبار السن 15
باء. الحالة الاجتماعية 16
جيم. الحالة التعليمية 17
دال. العلاقات الأسرية 18
هاء. مدة وأسباب الالتحاق بدار الرعاية 18
واو. الحالة الصحية والنفسية لكبار السن 19
زاي. الحالة الاقتصادية 22
حاء. خدمات الاتصال 23
طاء. ممارسات وأنشطة كبار السن 23
5. مستوى رضا كبار السن عن الخدمات والفرص المتاحة لهم في دار الرعاية 25
ألف. جودة خدمات الرعاية 25
باء. النظافة والتغذية 26
جيم. الخصوصية والتفاعل 26
دال. المشاكل والمخاوف التي يعاني منها كبار السن في الدار 27
6. نتائج التقييم الميداني في دار رعاية كبار السن 29
ألف. لمحة عن المعايير الدولية الخاصة بمؤسسات رعاية كبار السن 29
باء. تحليل نتائج التقييم: أوجه القوة ومجالات التحسين في دار رعاية كبار السن 30

7. الثغرات وأولويات التدخل لتحسين نظام الرعاية في "دار رعاية المسنين والعجزة" في عدن 37
ألف. الثغرات وأولويات التدخل 37
باء. التكلفة التقديرية الإجمالية لتنفيذ هذه التدخلات 40
8. توصيات لتحسين نُظُم الرعاية والخدمات في مؤسسات رعاية كبار السن في اليمن 41
ألف. تطوير السياسات والنُّظُم المتعلقة بالرعاية الإيوائية 41
باء. الرعاية الصحية 41
جيم. الرعاية الاجتماعية والترفيهية 42
دال. إدارة المخاطر والسلامة 42
هاء. الاتصال الأسري والوعي المجتمعي 42
واو. الوقاية من العنف والإساءة 42
زاي. التمويل والاستدامة 42
حاء. التنسيق والشراكة 43
طاء. تعزيز النُّظُم الوطنية لجمع وتحليل البيانات المتعلقة بكبار السن 43
ياء. الحوكمة وإدارة الجودة 43

## قائمة الجداول

الجدول 1. توزيع السكان وكبار السن (60 سنة فأكثر)، 2004-2024 5
الجدول 2. التركيب العمري لكبار السن (60 سنة فأكثر) بحسب الجنس عام 2024 6
الجدول 3. توزيع كبار السن بحسب الفئات العمرية والجنس 15
الجدول 4. توزيع كبار السن بحسب الحالة الاجتماعية والجنس 16
الجدول 5. توزيع كبار السن بحسب الجنس وأسباب الالتحاق بالدار 19
الجدول 6. توزيع كبار السن بحسب نوع المساعدة والجنس 20
الجدول 7. توزيع كبار السن بحسب نوع الأمراض والجنس 21
الجدول 8. توزيع كبار السن بحسب نوع قطاع العمل السابق 23
الجدول 9. توزيع كبار السن بحسب الجنس والعادات والأنشطة التي يمارسونها 24
الجدول 10. توزيع القضايا الأكثر شيوعاً وتأثيراً لدى كبار السن من الذكور 27
الجدول 11. الموارد البشرية في "دار رعاية العجزة والمسنين" 31
الجدول 12. أبرز الثغرات في نظام الرعاية والخدمات في الدار والتدخلات ذات الأولوية 37

## قائمة الأشكال

الشكل 1. توزيع السكان بحسب الفئات العمرية العريضة، 2000-2050 7
الشكل 2. توزيع كبار السن بحسب الفئات العمرية 16
الشكل 3. توزيع كبار السن بحسب الحالة التعليمية لكلا الجنسين 17
الشكل 4. التوزيع النسبي لكبار السن بحسب أنواع العجز لدى كلا الجنسين 19
الشكل 5. توزيع كبار السن بحسب أنواع الأمراض النفسية لدى كلا الجنسين 22
الشكل 6. جودة الرعاية في "دار المسنين – عدن" بحسب مستويات التقييم من وجهة نظر المستفيدين 25

# مقدمة

تُعَدُّ رعاية كبار السن إحدى الركائز الأساسية للمجتمع المتماسك والشامل لجميع الأعمار. ومع تقدّم السكان في السن، يصبح ضمان كرامة كبار السن وصحتهم ورفاههم ضرورة أخلاقية واجتماعية واقتصادية في آنٍ واحد. فكبار السن يحملون معهم ثروة من المعرفة والخبرة والإرث الثقافي الذي يُغني الأسر والمجتمعات. ومن هنا أهمية توفير رعاية نوعية تُعزِّز مشاركتهم المستمرة في الحياة الاجتماعية، وتكفل حقوقهم كأعضاء ذوي قيمة في المجتمع.

وتسهم رعاية كبار السن الفعّالة في تقليل العبء الملقى على عاتق الأسر ونُظُم الرعاية الصحية، من خلال الاستجابة لاحتياجات التقدّم في السن عبر تقديم خدمات وقائية وطويلة الأجل ومجتمعية. كما تعزِّز رعايتهم الفعّالة التماسك الاجتماعي، من خلال توطيد التضامن بين الأجيال وترسيخ احترام كبار السن. وفي المجتمعات التي تمر بمرحلة انتقال ديمغرافي نحو الشيخوخة، يُعَدُّ الاستثمار في نُظُم رعاية كبار السن الصحية والاجتماعية أساسياً لتحقيق النمو الاجتماعي والاقتصادي والتنمية المستدامة وإعمال حقوق الإنسان الشاملة.

وفي هذا الإطار، تكتسب مؤسسات رعاية كبار السن أهمية خاصة، حيث تتولى مسؤولية تقديم خدمات متكاملة تشمل الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية، وتنظيم الأنشطة الترفيهية والثقافية التي تسهم في الحدّ من شعور كبار السن بالعزلة والاكتئاب وفي تعزيز تواصلهم مع المجتمع. ومن مسؤوليات دُور رعاية كبار السن أيضاً توفير بيئة آمنة ومريحة تراعي احتياجات كبار السن، مع ضمان وجود وسائل الحماية والسلامة والوقاية من المخاطر، والالتزام بالحد الأدنى المعقول من المعايير والإرشادات لتوفير الخدمات النوعية لهذه الفئة وتعزيز شعورهم بالأمان. كما ينبغي أن تخضع هذه الخدمات لمتابعة وتحسين مستمرّين بما يتماشى مع احتياجات كبار السن وتطلّعاتهم.

وتُعتبر الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الصعبة التي يمرّ بها اليمن من أبرز التحديات التي تؤثر سلباً على مستوى خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية بشكل عام، وعلى خدمات دُور رعاية كبار السن بشكل خاص. وفي هذا الإطار، وانسجاماً مع خطة عمل مدريد للشيخوخة لعام 2002 وخطة التنمية المستدامة لعام 2030، والحاجة الملحّة للإسراع في تنفيذ الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن للأعوام 2022-2028، ترمي هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تحليل الوضع الصحي والاجتماعي لكبار السن المقيمين في دُور الرعاية.
2. وصف الوضع الحالي لدُور الرعاية والخدمات التي تقدّمها.
3. تقييم كمية الخدمات المتوفرة في الدُور ونوعيتها.
4. تحديد أبرز التحديات التي تواجه دُور الرعاية والاحتياجات ذات الأولوية للارتقاء بجودة الخدمات المتاحة.
5. تقديم توصيات عمليّة لتحسين أداء مؤسسات رعاية كبار السن القائمة والمستقبلية في اليمن، بما يتماشى مع احتياجات كبار السن وتطلّعاتهم.

# منهجية الدراسة

نُفِّذت الدراسة على ثلاث مراحل رئيسية، وذلك كالتالي:

## المرحلة الأولى: المراجعة المكتبية

1. مراجعة مكتبية شاملة للمعلومات المتاحة ذات الصلة بموضوع الدراسة.
2. استعراض القوانين والسياسات والتدابير والبرامج الحكومية المتعلقة بمؤسسات رعاية كبار السن.
3. جمع بيانات تفصيلية حول مؤسسات رعاية كبار السن والمستفيدين من خدماتها.

## المرحلة الثانية: البحث الميداني والمقابلات

1. تصميم استبيان لتقييم أوضاع دُور رعاية كبار السن.
2. تصميم استبيان لإجراء مقابلات مع كبار السن بهدف التعرّف على أوضاعهم الصحية والاجتماعية ومستوى رضاهم عن الخدمات المقدّمة لهم.
3. العمل الميداني لجمع البيانات والمعلومات من خلال المقابلات الشخصية والذي شمل:
   - إجراء مقابلات مع كبار السن في "دار رعاية العجزة والمسنين في عدن". وقد تم اختيار بعض الشهادات الحية من هذه المقابلات لاستخلاص ملاحظات كبار السن وتجاربهم منها.
   - إجراء مقابلات مع المسؤولين في دار الرعاية ومع نقاط الاتصال الحكوميين، ومنهم ممثلون عن وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، ووزارة الصحة العامة والسكان، ووزارة التخطيط والتعاون الدولي، إضافة إلى منظمات المجتمع المدني، حيث تم التركيز على تقييم أوضاع دُور رعاية كبار السن وسُبُل تحسين خدماتها ضمن إطار الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن (2022-2028).
   - إعداد جداول المخرجات لتحليل البيانات.

## المرحلة الثالثة: إعداد مسودة الدراسة

1. تحليل البيانات التي تم جمعها ومقارنتها ببعض المعايير الدولية المعتمدة في مؤسسات رعاية كبار السن.
2. عرض النتائج المستخلَصة.
3. اقتراح توصيات عملية لتحسين الخدمات المقدّمة في دُور الرعاية باليمن.

## التحديات التي واجهت تنفيذ الدراسة

واجه فريق الدراسة عدداً من الصعوبات الميدانية والبحثية، من أبرزها:

1. **حصر الدراسة في "دار رعاية العجزة والمسنين في مدينة عدن"،** وذلك لعدة أسباب، من أهمّها: الانقسام الجغرافي والإداري الناجم عن النزاع في البلد؛ وعدم توفُّر بيانات كافية حول كبار السن المقيمين في دُور رعاية كبار السن في صنعاء والحديدة، بما في ذلك الخدمات المقدّمة لهم؛ وإغلاق "دار رعاية المسنين في مدينة تعز" بسبب تداعيات النزاع المسلح.

2. **اقتصار الدراسة على عينة محدودة من كبار السن المقيمين في دار العجزة والمسنين بعدن،** نتيجة لعدم أهلية العديد من النزلاء لإجراء المقابلات، ولا سيّما أولئك الذين يعانون من حالات صحية وعقلية حرجة مثل الألزهايمر. ويبلغ عدد كبار السن المقيمون في الدار 68 نزيلاً، بينهم 20 امرأة و48 رجلاً. وقد بلغ عدد كبار السن الذين تمت مقابلتهم فعلياً وجُمعت منهم البيانات المطلوبة 26 شخصاً فقط، أي ما يمثل 38.2 في المائة من إجمالي النزلاء في الدار. وشكل الذكور الذين تمت مقابلتهم 54.1 في المائة من إجمالي الذكور بينما شكلت الإناث 25 في المائة من إجمالي الإناث. ويُعزى هذا التفاوت إلى الوضع الصحي والعقلي الحرج الذي تعاني منه العديد من النساء النزيلات، مما حال دون مشاركتهنّ في المقابلات.
3. **انعكس ضعف تمثيل كبيرات السن ضمن العيّنة المُختارة على النتائج الإحصائية والرسوم البيانية.** وقد أثّر هذا الضعف بشكل ملحوظ على تحليل النتائج، ولا سيّما عند مقارنة الخصائص والتجارب بين الذكور والإناث. وبالتالي، أدى هذا التحدي إلى الحد من قدرة الدراسة على رصد تجارب وآراء النساء وتحليلها وعلى بناء الاستنتاجات بشكل شامل. وعليه، لا ينبغي تعميم نتائج الدراسة على جميع كبيرات السن المقيمات في الدار أو في مؤسسات مشابهة في اليمن.
4. **عدم وجود معايير محددة ومعتمدة لتقييم جودة الخدمات المقدّمة في الدُور،** مما يحد من إمكانية إجراء مقارنات واضحة وإبراز الفجوات بشكل موضوعي.
5. **غياب البيانات الرسمية المتعلقة بالتوقعات السكانية طويلة الأمد في اليمن.** بدلاً من ذلك، استعان المؤلفون بتوقّعات السكان الصادرة عن إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة لعام 2024، لوصف الاتجاهات السكانية خلال الفترة 2024-2050 في القسم الأول من الدراسة.

## محتويات الدراسة

تتكون الدراسة من تسعة فصول، على النحو التالي:

يقدّم الفصل الأول لمحة عامة عن الوضع السكاني وكبار السن في اليمن، ويناقش الفصل الثاني التشريعات الوطنية الخاصة بحقوق كبار السن، بينما يستعرض الفصل الثالث السياسات الحكومية المتعلقة بمؤسسات رعاية كبار السن وأبرز العقبات التي تواجه تنفيذها.

أمّا الفصول من الرابع حتى الثامن، فتتناول نتائج الدراسة الميدانية وفق تسلسل يعكس الترابط بين الجوانب الفردية والاجتماعية والمؤسسية المتعلقة بكبار السن المقيمين في دار رعاية العجزة والمسنين بعدن. ويبدأ الفصل الرابع بتحليل الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمقيمين وأوضاعهم الصحية والنفسية ونشاطاتهم في الدار، في حين يركّز الفصل الخامس على تقييم مستوى رضا كبار السن عن الخدمات والفرص المتاحة لهم في دار الرعاية، ويستعرض المشاكل والمخاوف التي يعانون منها.

ويناقش الفصل السادس نتائج التقييم الميداني الذي أُجري في دار رعاية العجزة والمسنين في عدن، استناداً إلى مقابلات مع العاملين في الدار وممثلين عن الجهات الحكومية المعنيّة، ومقارنة أوضاعها ببعض المعايير الدولية المعتمدة في مجال الخدمات المقدّمة في مؤسسات رعاية كبار السن. أمّا الفصل السابع، فيوجز الثغرات وأولويات التدخل لتحسين نظام الرعاية والخدمات المقدّمة في الدار، بينما يقدّم القسم الثامن توصيات استراتيجية وعملية لتحسين فعالية دُور رعاية كبار السن في اليمن واستدامتها وتعزيز قدرتها على تلبية احتياجات كبار السن وتوقّعاتهم.

# 1. السكان وكبار السن في اليمن: لمحة عامة

ارتفع عدد سكان اليمن من 19,685 مليون نسمة في عام 2004 إلى 25,955 مليون نسمة في عام 2014، ويُقدر عددهم بحوالي 33,338 مليون نسمة في عام 2024. وارتفعت أعداد كبار السن (60 سنة فأكثر)[1] من 998,000 إلى 1,593,000 نسمة خلال الفترة 2004-2024، في حين شهدت نسبتهم من إجمالي السكان تذبذبات طفيفة، حيث تراوحت بين 5.1 في المائة في عام 2004 و4.3 في المائة في عام 2024، ثم ارتفعت إلى 4.7 في المائة في عام 2024 (الجدول 1).

**الجدول 1.** توزيع السكان وكبار السن (60 سنة فأكثر)، 2004-2024

| العام | عدد السكان (بالآلاف) | عدد كبار السن (60+) (بالآلاف) | نسبة كبار السن (60+) (في المائة) |
|---|---|---|---|
| 2004 | 19,685 | 998 | 5.1 |
| 2014 | 25,955 | 1,129 | 4.3 |
| 2024 | 33,338 | 1,593 | 4.7 |

**المصدر:** الجهاز المركزي للإحصاء، الإسقاطات السكانية للفترة 2005-2025.

## ألف. التركيب العمري لكبار السن بحسب الجنس

بلغ عدد كبار السن (60 سنة فأكثر) في اليمن في عام 2024 نحو 1,539,000 نسمة. ومن بينهم، بلغت نسبة الذكور 46.8 في المائة ونسبة الإناث 53.2 في المائة. وتقع غالبية كبار السن ضمن الفئة العمرية 60-64 عاماً (الجدول 2).

1. يُعرَّف كبير السن، وفقاً للأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية، بأنه الشخص الذي بلغ سن الستين من عمره. وتشير بعض الدراسات إلى أن الشيخوخة تبدأ من سن الخامسة والستين. وفي اليمن، لا يوجد تعريف موحّد لكبار السن، إلا أن التشريعات الوطنية المتعلقة بالتأمينات والمعاشات قد حدّدت سن الستين كحد أقصى للتقاعد. وبناءً عليه، يُعتبر تعريف الأمم المتحدة لكبار السن هو الأنسب لاعتماده في السياق اليمني.

**الجدول 2.** التركيب العمري لكبار السن (60 سنة فأكثر) بحسب الجنس عام 2024 (بالآلاف)

| الفئة العمرية | الذكور | | الإناث | | الإجمالي | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | العدد | بالنسبة المئوية | العدد | بالنسبة المئوية | العدد | بالنسبة المئوية |
| 64-60 | 271 | 36.3 | 309 | 36.4 | 580 | 36.4 |
| 69-65 | 195 | 26.3 | 224 | 26.4 | 419 | 26.3 |
| 74-70 | 127 | 17 | 140 | 16.5 | 267 | 16.8 |
| 79-75 | 79 | 10.6 | 89 | 10.5 | 168 | 10.6 |
| 80 | 73 | 9.8 | 86 | 10.1 | 159 | 10.0 |
| الإجمالي | 745 | 100 | 848 | 100 | 1,593 | 100.0 |

**المصدر:** الجهاز المركزي للإحصاء، الإسقاطات السكانية للفترة 2005-2025.

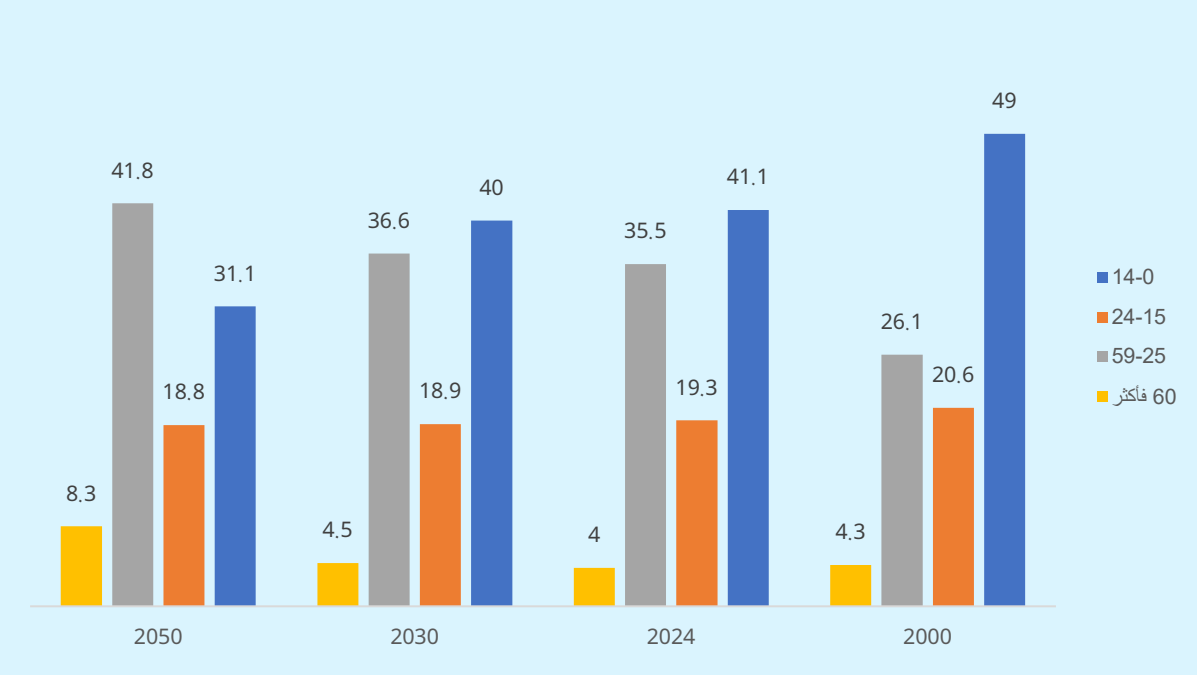
## باء. اتجاهات التركيبة العمرية للسكان في اليمن، 2004-2050

تشير توقّعات السكان في العالم، الصادرة عن إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة لعام 2024، إلى أن النمو السكاني المتسارع في اليمن سيؤدي إلى ارتفاع العدد الإجمالي للسكان إلى حوالي 71 مليون نسمة بحلول عام 2050، مع حدوث تغيُّرات ملحوظة في التركيبة العمرية للسكان. ومن المتوقع أن تنخفض نسبة السكان دون سن 15 سنة وفي فئة الشباب تدريجياً، مقابل ارتفاع نسبة كبار السن في الفئة العمرية 60 سنة فأكثر من 4 في المائة في عام 2024 إلى 8.3 في المائة في عام 2050 (الشكل 1).

بالتالي، يُتوقّع أن يدخل اليمن مرحلة التحوّل الديمغرافي نحو الشيخوخة[2] في حدود عام 2059. ومن المرتقب أن يفضي هذا التحوّل إلى زيادة ملحوظة في أعداد كبار السن. ونتيجة لذلك، من المتوقّع أن يرتفع الطلب على دُور رعاية كبار السن وخدمات الدعم المرتبطة بهم بشكل مطّرد. وهذا الأمر يتطلّب من الحكومة أن تولي اهتماماً استباقياً لهذه المتغيّرات الديمغرافية، من خلال تعزيز السياسات السكانية والصحية والاجتماعية، وتوسيع نطاق دُور رعاية كبار السن، مع تحسين نوعية الخدمات المقدّمة لتلبية الاحتياجات الفريدة والمتزايدة لهذه الفئة.

2. المرحلة التي ترتفع فيها نسبة كبار السن في الفئة العمرية 65 فأكثر من 7 في المائة إلى 14 في المائة.

**الشكل 1.** توزيع السكان بحسب الفئات العمرية العريضة، 2000-2050 (بالنسبة المئوية)




**المصدر:** الأمم المتحدة، آفاق السكان في العالم (2024).

# 2. الإطار الدستوري والتشريعي لحقوق كبار السن في اليمن

## ألف. الإطار الدستوري

يؤكّد الدستور اليمني لعام 1994، في المادة (6) منه، على الالتزام بميثاق الأمم المتحدة والإعلان العالمي لحقوق الإنسان. كما تنص المادة (7) على مبادئ العدالة الاجتماعية، وتحقيق التكافل الاجتماعي، وتكافؤ الفرص، ورفع مستوى معيشة المجتمع. أما المادتان (25) و(26)، فتؤكدان على أن المجتمع اليمني يقوم على أساس التضامن الاجتماعي، وأن الأسرة هي أساس المجتمع. ويفصّل الباب الثاني من الدستور حقوق المواطنين وواجباتهم، حيث تنص المادتان (55) و(56) على حق جميع المواطنين في الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية، ويشمل ذلك بطبيعة الحال مرحلة الشيخوخة. كما يقرُّ الدستور في المادتين (4) و(42) حق المواطن في ممارسة الشؤون العامة، وفي المادتين (28) و(29) الحق في الخدمة العامة والعمل في المهنة التي يختارها ضمن حدود القانون.

في المحصّلة، تؤكد كل هذه النصوص أن كبار السن يتمتّعون بالحقوق نفسها كغيرهم من الفئات العمرية، ولا توجد أية مواد تحول دون ممارستهم لحقوقهم في التنظيم، والانضمام، والترشُّح، والمشاركة في الشأن العام.

## باء. التشريعات والقوانين

رغم عدم وجود قانون خاص بحماية حقوق كبار السن، فإن عدداً من القوانين يتضمن أحكاماً ذات صلة، منها:

1. **قانون الرعاية الاجتماعية رقم (39) لسنة 2008:**
تنص المادة (5) على تقديم المساعدات الاجتماعية لخمس فئات، من بينها كبار السن، مع تحديد الشروط والضوابط للحصول على تلك المساعدات.

2. **القانون رقم (4) لسنة 2009 بشأن الصحة العامة:**
تنص المادة (4) على تنفيذ برامج صحية خاصة بدُور رعاية كبار السن، و"ذوي الاحتياجات الخاصة"، واللاجئين، والنازحين، والأيتام، والأحداث ونزلاء السجون، مع الإشراف على المنشآت الصحية المخصَّصة لهم.

3. **قانون الأحوال الشخصية رقم (20) لسنة 1992 وتعديلاته:**
تنص المادة (161) على أنّ للأب (وإن علا) وللأم (وإن علت) المعسرين الحق في النفقة، حتى لو كانا قادرين على الكسب. وتنصّ المادة نفسها على أن النفقة تُقسَّم على الأبناء الموسرين من الطبقة ذاتها حسب الإرث.

4. **قوانين التأمينات الاجتماعية والمعاشات:**
- حدّد قانون التأمينات والمعاشات رقم (25) لسنة 1991 وتعديلاته (رقم 17 لسنة 2008) سن التقاعد الإلزامي بـ 60 عاماً للرجال والنساء، مع خيار التقاعد للنساء في سن 55، بعد إتمام 35 سنة خدمة وإكمال المشمولين بهذا القانون خدمة فعلية قدرها 35 عاماً.
- يؤكد قانون التأمينات الاجتماعية رقم (26) لسنة 1991 وتعديلاته (رقم 16 لسنة 2008) الأحكام ذاتها، مع توضيح حالات استحقاق المعاش قبل السن القانونية.

- يحدد قانون الخدمة في القوات المسلحة والأمن رقم (67) لسنة 1991 سن التقاعد كالتالي: 50 سنة لضباط الصف والأفراد؛ 58 سنة من رتبة رائد إلى عقيد؛ و60 سنة للضباط من رتبة عميد فأعلى.

5. **قانون الجرائم والعقوبات رقم (12) لسنة** 1994**:** يتضمّن هذا القانون عقوبات على الاعتداءات الجسدية المختلفة، بما يشمل العنف ضد كبار السن، مثل:
   - الاعتداء على سلامة الغير ولم يُقصد من ذلك القتل، ولكن الاعتداء أدى إلى الموت: الدية المغلّظة أو الحبس حتى خمس سنوات.
   - العاهة المستديمة أو الجرح المتعمد: القصاص، الدية، الأرش، أو الحبس لفترة تتراوح بين ثلاث وسبع سنوات.
   - الإيذاء الخفيف العمدي: الأرش، أو الحبس من 20 يوماً إلى ثلاث سنوات.

   وفي ما يتعلق بالإبلاغ عن حالات العنف، تنص المادة (13) من قانون الإجراءات الجزائية لسنة 1994 على أن الإبلاغ يتم عن طريق أقرب مركز شرطة أو أي من مأموري الضبط القضائي أو أمام النيابة العامة.

# 3. دُور رعاية المسنين في اليمن: السياسات والتحديات

## ألف. السياسات الحكومية المتعلقة بدُور رعاية كبار السن

لا توجد سياسات أو برامج حكومية محددة تُعنى بمؤسسات رعاية كبار السن في اليمن. ومع ذلك، وضعت الحكومة استراتيجية وطنية لرعاية كبار السن (2022-2028). وقد صادقت الحكومة على هذه الاستراتيجية بموجب قرار مجلس الوزراء رقم (1) لسنة 2022. وتضمنت الاستراتيجية خطة تنفيذية تشمل الأهداف الاستراتيجية، والسياسات، والتدخلات المطلوبة، إلى جانب مؤشرات القياس، والنتائج المتوقعة، والجهات المعنيّة بالتنفيذ، والإطار الزمني اللازم.

وتستند هذه الاستراتيجية إلى الأُطر العالمية ذات الصلة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وعلى رأسها خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (2002)، وإلى أهداف التنمية المستدامة. وتهدف الاستراتيجية إلى التصدي للتحديات والصعوبات المرتبطة برعاية كبار السن، وتمكينهم من حياة كريمة ضمن المجتمع. ويشتمل كل هدف من أهدافها على أولويات محدّدة للتدخل تهدف إلى تحسين جودة حياة كبار السن، وضمان تزويدهم برعاية صحية واجتماعية متكاملة تستجيب للتحديات المتزايدة المرتبطة بالشيخوخة في اليمن.

### 1. الأهداف الرئيسية للاستراتيجية الوطنية

1. الهدف الأول: تقديم خدمات رعاية نوعية لكبار السن، وتشمل الأنشطة التالية المتعلقة بدُور رعاية كبار السن:
   - إنشاء مراكز لإيواء كبار السن وتزويدها بكافة التجهيزات والخدمات الأساسية.
   - إعادة تأهيل مراكز رعاية كبار السن الحالية وتحسين بنيتها التحتية وخدماتها.
   - اعتماد نظام لمراقبة سير تنفيذ الخدمات المقدّمة في هذه المراكز.
   - توفير خدمات الرعاية الصحية والنفسية الشاملة لكبار السن في مراكز الإيواء.
2. الهدف الثاني: تحسين نظرة المجتمع تجاه كبار السن وتسخير الطاقات لخدمة قضاياهم.
3. الهدف الثالث: تفعيل وتنشيط دور كبار السن في المجتمع.
4. الهدف الرابع: تطوير التشريعات لضمان حقوق كبار السن وتعزيز مشاركتهم وعيشهم الكريم.
5. الهدف الخامس: إجراء الدراسات وتوفير البيانات والمعلومات المتعلقة بكبار السن.
6. الهدف السادس: تأمين موارد مالية مستقرة لدعم برامج رعاية كبار السن.

### 2. آلية المتابعة والتقييم

نصّ قرار مجلس الوزراء المتعلق بالمصادقة على الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن على تشكيل لجنة وطنية برئاسة وزير الشؤون الاجتماعية والعمل، تتولى مسؤولية متابعة وتقييم مستوى تنفيذ الاستراتيجية والعمل على تطويرها بشكل دوري. وتتكون اللجنة من ممثلين عن الجهات الحكومية التالية:

- وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.
- وزارة العدل.

- وزارة الشؤون القانونية وحقوق الإنسان.
- وزارة الإعلام والثقافة والسياحة.
- وزارة التخطيط والتعاون الدولي.
- وزارة الصحة العامة والسكان.
- وزارة الداخلية.
- وزارة الخدمة المدنية والتأمينات.
- وزارة المالية.
- الأمانة العامة لمجلس الوزراء.
- ممثّلان عن منظمات المجتمع المدني يختارهما وزير الشؤون الاجتماعية والعمل.

## باء. واقع دُور رعاية كبار السن في اليمن

يضمّ اليمن أربع دُور لرعاية كبار السن، وهي موزّعة على المحافظات الرئيسية الأربع التالية: عدن، وصنعاء، وتعز، والحديدة. وتختص هذه الدُور برعاية وتأهيل كبار السن ممن تجاوزوا سن الستين، وباتوا غير قادرين على رعاية أنفسهم، ولا تتوفر لهم رعاية أسرية، ويعيشون في أوضاع اقتصادية صعبة.

وعلى الرغم من أهمية هذه الدُور، لا تتوفر بيانات تفصيلية حديثة حول عدد كبار السن المقيمين فيها، وذلك نتيجة لظروف الحرب والانقسام الجغرافي الناجم عن النزاع في اليمن. غير أنّ التقديرات الأولية تشير إلى أن القدرة الاستيعابية الإجمالية لهذه الدُور تقارب 200 شخص. وتقدّم معظم هذه الدُور خدمات الإيواء والرعاية الصحية والاجتماعية، باستثناء "دار المسنين" في محافظة تعز، التي توقفت خدماتها منذ اندلاع الحرب في عام 2015. وقد أدى توقفها إلى تفاقم معاناة كبار السن من طالبي الرعاية في محافظة تُعَدُّ من أكثر المحافظات سكاناً.

وتعمل دُور رعاية كبار السن القائمة بدعمٍ حكومي وخاص محدود. ففي عام 2021، نُفِّذ مشروع إعادة تأهيل مباني "دار المسنّين" في الحديدة، بما في ذلك المطبخ المركزي، بدعم من مجموعة شركات "هائل سعيد أنعم" (قطاع خاص). ورغم الجهود المبذولة، لا يزال عدد دُور رعاية كبار السن محدوداً جداً مقارنة بالحاجة الفعلية، ما يبرز الحاجة الماسة إلى زيادة عدد هذه الدُور، وخاصة لاستيعاب كبار السن الذين فقدوا مصادر دخلهم ولا معيل لهم، فأصبحوا غير قادرين على تلبية احتياجاتهم الصحية والمعيشية، ما يعرِّضهم لخطر الجوع والموت.

وعلى مستوى التمويل، لم تُخصَّص ميزانيات مركزية من وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل لتنفيذ برامج رعاية كبار السن، ما عدا في "دار العجزة والمسنين" في عدن التي تحسَّنت مخصَّصاتها، بتوجيه من رئيس مجلس الوزراء، لتتلاءم مع احتياجات الدار. ورغم ذلك، لا يزال نقص التمويل يشكّل أحد أكبر التحديات التي تواجه دُور رعاية كبار السن، مما يحول دون تنفيذ السياسات والبرامج الموجَّهة لهذه الفئة الهامة.

## جيم. التحديات التي تواجه رعاية كبار السن في اليمن

تواجه رعاية كبار السن في اليمن مجموعة من التحديات المتشابكة، من أبرزها:

### 1. الانهيار الاقتصادي وتضاؤل القدرة الاقتصادية للأسر

أدى الانهيار الاقتصادي الناتج عن الحرب إلى تفاقم الاحتياجات المعيشية والصحية والنفسية

والاجتماعية والترفيهية لكبار السن. ووفقاً لمؤشر الفقر المتعدد الأبعاد لعام 2021، يعيش 82.7 في المائة من السكان تحت خط الفقر، أي أن أكثر من ثمانية من كل عشرة أشخاص يعانون من الفقر[3]. كما ارتفعت معدلات البطالة العامة إلى 13.5 في المائة في عام 2013، وبلغت 24.5 في المائة بين الشباب[4]، واستمرّ تفاقمها لاحقاً. وفي ظل غياب شبكة أمان اجتماعي فعّالة، أدى ذلك إلى تدهور القدرة الاقتصادية للأسر، وعجزها عن تلبية احتياجات الرعاية الأساسية لكبار السن.

## 2. تدني خدمات الرعاية الصحية وارتفاع تكلفتها

تشير تقارير منظمة الصحة العالمية لعام 2018 إلى أن 39 في المائة فقط من السكان كانوا مشمولين بالتغطية الصحية في عام 2015. وقد تراجعت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من 3.8 في المائة إلى 2.2 في المائة من إجمالي الإنفاق الحكومي خلال الفترة 2010-2015[5]. ونتيجة لذلك، ارتفعت تكلفة الرعاية الصحية بشكل كبير، وبلغت نسبة الإنفاق الشخصي المباشر للحصول على الرعاية الصحية نحو 80 في المائة[6]. ولا يستفيد غالبية السكان، بمن فيهم كبار السن، من أي نوع من أنواع التأمين الصحي أو الاجتماعي، على الرغم من صدور قانون التأمين الصحي والاجتماعي رقم (9) لسنة 2011، الذي لم يُنفَّذ فعلياً، وإنشاء هيئة للتأمين الصحي في عام 2012. ويُعَدُّ عدم توفير رعاية صحية شاملة ومتخصِّصة لكبار السن من أبرز العقبات التي تؤثر على صحتهم ورفاههم، ولا سيّما في ظل الأزمة الإنسانية التي يعاني منها البلد.

## 3. انخفاض نسبة التغطية في برامج التأمينات الاجتماعية

تراجعت نسبة التغطية في برامج التقاعد المتاحة للسكان في سن العمل من 6.4 في المائة إلى 5.9 في المائة خلال الفترة 2015-2019[7]. ويشير ذلك إلى أنّ فئات واسعة من العاملين لا تزال خارج نطاق الحماية الاجتماعية. ومن أهم هذه الفئات العاملون في القطاع غير المنظَّم، بما في ذلك القطاع الزراعي، الذي يستقطب نسبة كبيرة من القوى العاملة.

كذلك، يعاني كبار السن من تدني مستوى المعاشات التقاعدية، حيث يبلغ المعاش التقاعدي بين 47,700 ريال لمتقاعدي الجهاز الحكومي. ويتطلب هذا الواقع اتخاذ تدابير عاجلة لتحسين المستوى المعيشي للمتقاعدين، وربط المعاشات التقاعدية بمؤشرات الفقر والمعيشة، مع ضرورة مراجعة هذه المؤشرات وتحديثها دورياً.

إضافة إلى التحديات الاقتصادية والاجتماعية والصحية، تواجه رعاية كبار السن في اليمن عدة عقبات تؤثر على جودة الرعاية المقدّمة وفعاليتها، ومن أهمها:

## 4. شحّ الموارد المالية اللازمة لتنفيذ برامج الرعاية الصحية والاجتماعية

أدّى تقليص النفقات التشغيلية لمرافق الخدمات الاجتماعية الأساسية وبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية، بفعل الحرب المستمرة منذ أكثر

---

3. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، قياس الفقر متعدد الأبعاد في اليمن، 2023.
4. الجهاز المركزي للإحصاء في اليمن ومنظمة العمل الدولية، مسح القوى العاملة في الجمهورية اليمنية 2013-2014.
5. منظمة الصحة العالمية، النهوض بالتغطية الصحية الشاملة، 2018.
6. البنك الدولي، قطاع الصحة في اليمن: مذكرة سياسات، 2021.
7. وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن للأعوام 2022-2028.

من ثماني سنوات والانهيار الاقتصادي وتدهور قيمة العملة، إلى شحّ كبير في الموارد المالية، ممّا تسبّب في مزيد من التدهور في تقديم الخدمات العامة. كما لا تحصل برامج رعاية كبار السن على تمويل من الجهات المانحة الدولية، إذ إنها لا تحظى بالأولوية ضمن خطط وبرامج المساعدات التي تتركز في الأساس على الاستجابة الإنسانية الطارئة، دون التوجُّه نحو المشاريع التنموية المستدامة التي تعزِّز الحماية الاجتماعية للسكان، بما في ذلك كبار السن.

### 5. قصور التشريعات الوطنية المتعلقة برعاية كبار السن وحمايتهم

لا تزال البيئة التشريعية في اليمن غير مهيّأة لتوفير الحماية والرعاية الشاملة لكبار السن، في ظل غياب أي قانون وطني خاص بحقوق كبار السن يضمن تمتّعهم بكافة حقوقهم الاجتماعية والصحية والثقافية والترفيهية ويحميهم من كافة أشكال العنف والإهمال. كما أن غياب هذا الإطار القانوني يُضعف إمكانية تنفيذ السياسات الوطنية، بما في ذلك الأهداف والحقوق التي نصّت عليها الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن 2022-2028.

### 6. غياب دَور منظمات المجتمع المدني في مجال رعاية كبار السن

رغم تعدّد منظمات المجتمع المدني العاملة في اليمن، لا يزال دَورها في مجال رعاية كبار السن محدوداً جداً أو شبه غائب. فالعديد من هذه المنظمات تنشط في مجالات متعددة مثل الصحة والتعليم والإغاثة ورعاية الأشخاص ذوي الإعاقة ورعاية الطفولة، في حين لا توجد منظمات أو جمعيات أهلية متخصّصة في قضايا كبار السن أو معنيّة بتنفيذ برامج موجَّهة لهم، وإن كانت لا توجد أي قيود قانونية تحول دون إنشاء مثل هذه المؤسسات أو تنفيذ مثل هذه البرامج. ويمكن لمنظمات المجتمع المدني أن تؤدي دَوراً تكميلياً فاعلاً إلى جانب وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، من خلال تقديم مساعدات غذائية أو نقدية طارئة، وخدمات صحية، وخدمات الإيواء والرعاية النهارية.

# 4. أوضاع كبار السن المقيمين في "دار رعاية العجزة والمسنين" في عدن

تتضمّن الفقرات التالية نتائج البحث الميداني الذي أُجري في "دار رعاية العجزة والمسنين" في محافظة عدن، وهي الدار الوحيدة التي تسنّى الحصول على معلومات عنها. وتتناول هذه الفقرات الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية لكبار السن الذين شملتهم العيّنة من إجمالي المقيمين في الدار وأوضاعهم الصحية والنفسية.

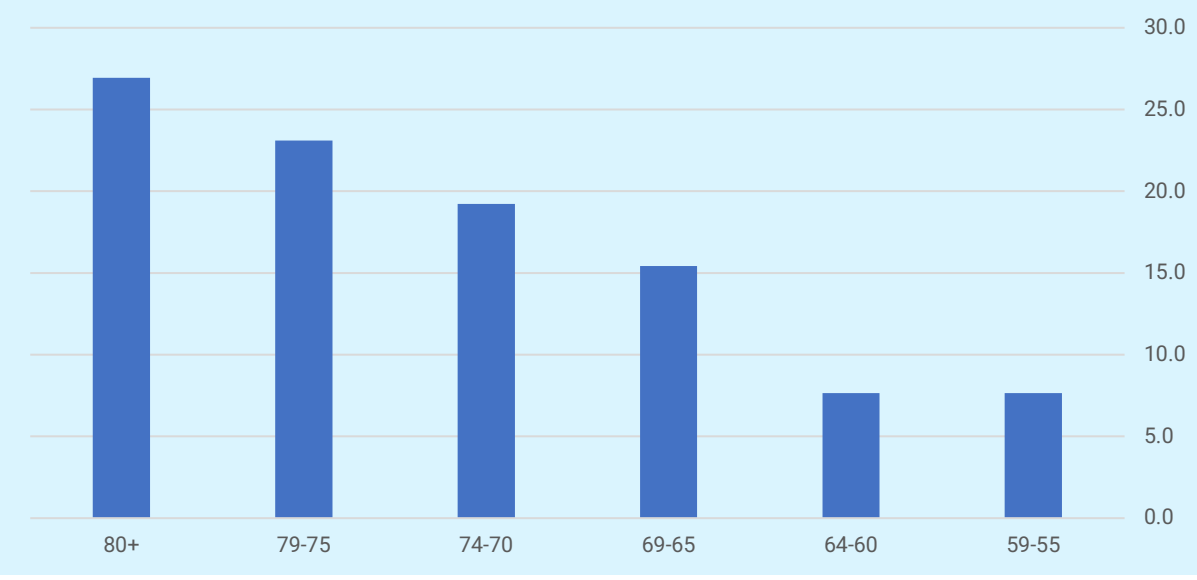
## ألف. التركيبة العمرية لكبار السن

أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة كبار السن المشمولين في العيّنة في الفئات العمرية 59-55 سنة و64-60 سنة تبلغ 7.7 في المائة. في المقابل، ترتفع النسبة إلى 15.4 في المائة في الفئة العمرية 69-65 سنة. أما النسبة الأعلى من كبار السن، فتتركز في الفئة العمرية 80 سنة فأكثر، حيث بلغت نسبتهم 27 في المائة، ما يعكس تلقائياً ارتفاع عدد كبار السن المحتاجين إلى الرعاية الصحية والاجتماعية داخل المؤسسات الايوائية مع تقدّمهم في العمر (الجدول 3، الشكل 2).

**الجدول 3.** توزيع كبار السن بحسب الفئات العمرية والجنس

| الفئات العمرية | الذكور (بالنسبة المئوية) | الإناث (بالنسبة المئوية) | كلا الجنسين (بالنسبة المئوية) |
|---|---|---|---|
| 59-55 | 4.7 | 20.0 | 7.7 |
| 64-60 | 4.7 | 20.0 | 7.7 |
| 69-65 | 14.3 | 20.0 | 15.4 |
| 74-70 | 19.0 | 20.0 | 19.2 |
| 79-75 | 23.8 | 20.0 | 23.1 |
| +80 | 33.3 | 0.0 | 27 |

**الشكل 2.** توزيع كبار السن بحسب الفئات العمرية (بالنسبة المئوية)




## باء. الحالة الاجتماعية

تشير النتائج الواردة في الجدول 4 إلى أنّ نسبة كبار السن غير المتزوجين من إجمالي كبار السن تبلغ 19.2 في المائة. وترتفع نسبة الترمّل إلى 34.6 في المائة، ولا سيّما بين النساء اللواتي شاركن في الدراسة، بينما يشكّل المطلّقون الغالبية، وذلك بنسبة 38.5 في المائة. وتنتمي هذه الفئات (غير المتزوجين، المطلقون، الأرامل) إلى الشريحة الأكثر هشاشة اجتماعياً، إذ تعاني من غياب الدعم الأسري والمادي والمعنوي، ما يجعلها أكثر عرضة للمخاطر الصحية والاجتماعية والنفسية، وأكثر حاجة إلى دعم المؤسسات الرعائية وحمايتها.

**الجدول 4.** توزيع كبار السن بحسب الحالة الاجتماعية والجنس

| الحالة الاجتماعية | الذكور (بالنسبة المئوية) | الإناث (بالنسبة المئوية) | كلا الجنسين (بالنسبة المئوية) |
|---|---|---|---|
| متزوج | 9.5 | 0.0 | 7.7 |
| مطلق | 47.6 | 0.0 | 38.5 |
| أرمل | 28.6 | 60.0 | 34.6 |
| أعزب | 14.3 | 40.0 | 19.2 |

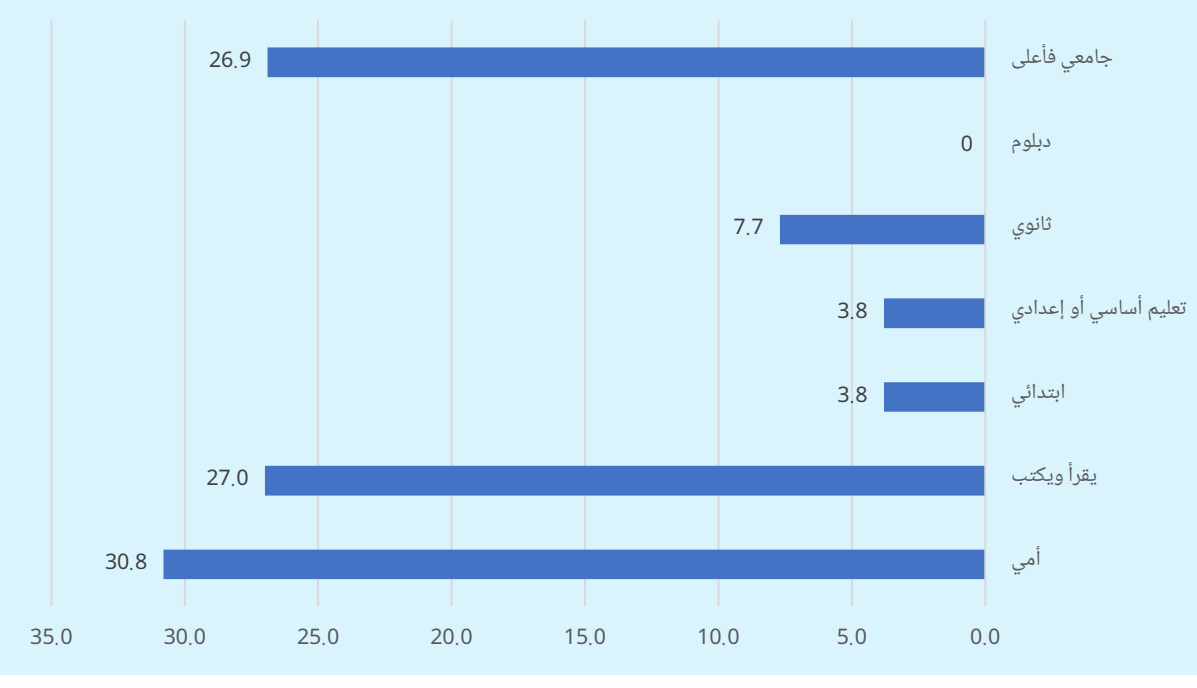
## جيم. الحالة التعليمية

تشير نتائج الدراسة إلى أنّ نسبة مرتفعة من كبار السن تعاني من الأميّة (30.8 في المائة). كما تُظْهِرُ البيانات أن 27 في المائة من كبار السن من كلا الجنسين يجيدون القراءة والكتابة فقط، وهو ما يعكس الواقع التعليمي العام لفئة كبار السن في المجتمع اليمني (الشكل 3). ومن الطبيعي أن يؤدي ذلك إلى عدم إلمام كبار السن بالتكنولوجيا الحديثة، وإلى انخفاض فرص مشاركتهم واندماجهم في المجتمع. وتشير الدراسة إلى عدم حصول أي من النساء على أي شهادات تعليمية، وذلك، على الأغلب، بفعل صغر حجم عيّنة النساء المشمولات بالدراسة.

غير أن ذلك قد يعكس أيضاً أوجه القصور في تنفيذ البرامج الرامية إلى محو الأمية وتعليم المهارات لدى النساء. وتشير هذه الأوضاع، مجموعةً، إلى أن ضعف مستوى التعليم وانتشار الأمية من العوامل التي قد تدفع كبار السن إلى اللجوء إلى دُور الرعاية، بسبب محدودية فرص العمل أمامهم.

في المقابل، تُلاحظ الدراسة ارتفاع نسبة حمَلة المؤهّلات الجامعية بين الذكور، حيث بلغت نسبتهم 33.3 في المائة، مما قد يعني أنهم أكثر تقبّلاً لفكرة التوجُّه إلى مؤسسات الرعاية، نظراً لوعيهم بأهمية الحصول على دعم منظَّم ومؤسسي، مقارنةً بمن يعانون من ضعف المستوى التعليمي أو من الأمية.

**الشكل 3.** توزيع كبار السن بحسب الحالة التعليمية لكلا الجنسين (بالنسبة المئوية)



## دال. العلاقات الأسرية

تشير نتائج الدراسة إلى أن 57.7 في المائة من كبار السن المشاركين في الدراسة، أي نصفهم، لديهم أبناء، وأن 88.5 منهم لديهم أخوة وأخوات. غير أنّ 53.8 في المائة فقط لا يزالون يتواصلون مع أسرهم، مما يؤدي إلى معاناة نصفهم الآخر من العزلة وعرضتهم للاضطرابات النفسية، مما ينعكس سلباً على جودة حياتهم داخل دُور الرعاية. ويُبرز هذا الواقع الحاجة إلى تعزيز التواصل الأسري مع كبار السن المقيمين في دُور الرعاية، وإلى تصميم برامج دعم نفسي واجتماعي لهم، وتوعية المجتمع بأهمية دَور الأسرة في الحفاظ على جودة حياة كبار السن.

## هاء. مدة وأسباب الالتحاق بدار الرعاية

### 1. مدة الالتحاق بالدار

تتفاوت المدة الزمنية لبقاء كبار السن داخل "دار رعاية العجزة والمسنين في عدن" بحسب الأعداد التي تلتحق بالدار سنوياً. وتشير نتائج الدراسة إن أعلى نسبة لكبار السن المقيمين هي نسبة الذين مضى على وجودهم بين سنة واحدة وأربع سنوات (42.3 في المائة) من إجمالي كبار السن في الدار، تيليها نسبة الذين مضى على وجودهم أكثر من أربع سنوات (30.4 في المائة) بينما يشكل المقيمون في الدار منذ أقل من سنة حوالي 27 في المائة.

### 2. أسباب الالتحاق بدار الرعاية

تتباين دوافع وأسباب التحاق كبار السن بدار المسنين. وتشير النتائج في الجدول 5 إلى أن 50 في المائة من إجمالي كبار السن، أفادوا بأن السبب الرئيسي لانضمامهم إلى الدار هو عدم توفُّر مكان آخر للإقامة. وتعكس هذه النتائج تداعيات قصور أنظمة الضمان الاجتماعي وشبكات الأمان الاجتماعي، مما يؤدي إلى حرمان كبار السن من خيارات بديلة تؤمّن لهم إقامة كريمة، ويدفعهم إلى الاعتماد الكامل على مؤسسات الرعاية في حال غياب أو فقدان الدعم الأسري. إضافة إلى ذلك، تسلِّط هذه النتائج الضوء على الأثر التراكمي لعدم تمكين النساء اقتصادياً خلال مراحل حياتهنّ، حيث تؤدي محدودية فرصهنّ في العمل إلى هشاشة أوضاعهنّ الاجتماعية والاقتصادية مع تقدّمهن في السن.

ولم تُبيّن الدراسة أي أسباب أخرى لدخول النساء إلى الدار. وتُعزى هذه النتائج، على الأغلب، إلى صغر حجم عيّنة النساء المشاركات في الدراسة، كما ورد في المنهجية. في المقابل، حدّد عدد من الذكور أسباباً أخرى للالتحاق بالدار. وشكّلت الإعاقة والمرض ما نسبته 28.6 في المائة من أسباب إقامتهم، والظروف المعيشية الصعبة 23.8 في المائة، بينما أشار 4.8 في المائة منهم فقط إلى أنهم التحقوا بالدار بسبب تخلي الأبناء أو الأقارب عنهم. ويُعَدُّ هذا السبب مؤشراً إيجابياً، لأنه يعني إلى حد ما استمرار مبادئ الترابط الأسري وأهمية بقاء كبار السن في حضن أسرهم.

**الجدول 5.** توزيع كبار السن بحسب الجنس وأسباب الالتحاق بالدار

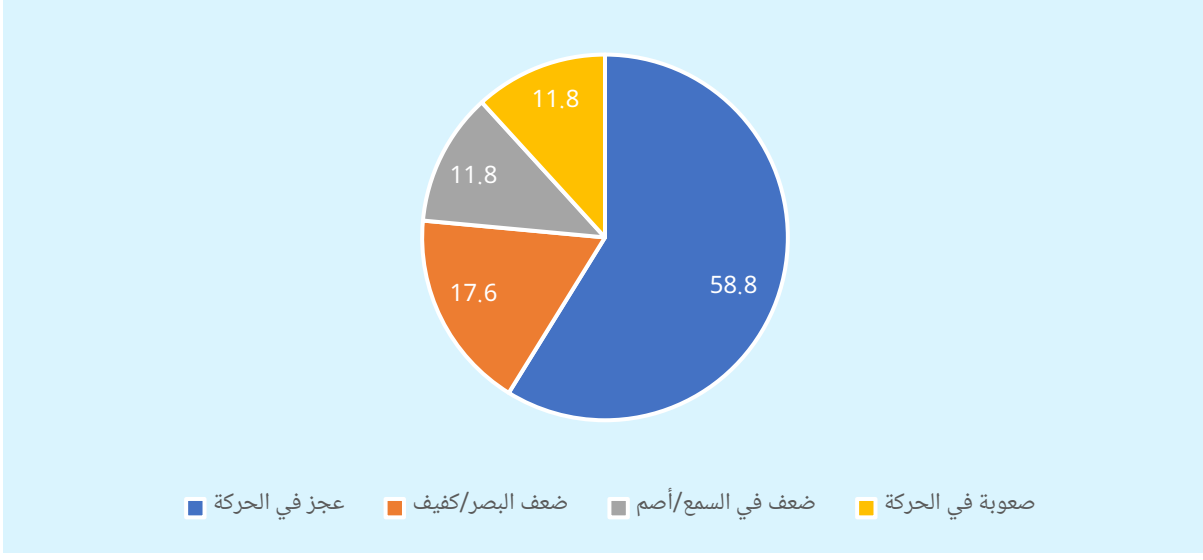
| أسباب الالتحاق بالدار | الذكور (بالنسبة المئوية) | الإناث (بالنسبة المئوية) | كلا الجنسين (بالنسبة المئوية) |
|---|---|---|---|
| ظروف المعيشة الصعبة | 23.8 | 0.0 | 19.2 |
| تخلي الأبناء والأقارب عن رعاية كبير السن | 4.8 | 0.0 | 3.8 |
| لا يوجد مكان للإقامة | 38.1 | 100.0 | 50.0 |
| وفاة الزوج/الزوجة | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| لا يستطيع الأبناء والأقارب العناية بكبير السن بسبب أعمالهم أو وجودهم خارج البلد | 4.7 | 0.0 | 3.8 |
| الإعاقة والمرض | 28.6 | 0.0 | 23.1 |

## واو. الحالة الصحية والنفسية لكبار السن

### 1. العجز والصعوبات البدنية

مع التقدّم في السن، يعاني كثير من كبار السن من صعوبات جسدية ووظيفية تؤثر على قدرتهم على ممارسة حياتهم اليومية بصورة طبيعية. وتُظْهِرُ نتائج الدراسة أن 58.9 في المائة من كبار السن المشمولين بالدراسة يعانون من عجز في الحركة، من بينهم جميع النساء في العينة، بينما توزّعت النسب المتبقّية على أنواع أخرى، كما هو مبيّن في الشكل 4.

**الشكل 4.** التوزيع النسبي لكبار السن بحسب أنواع العجز لدى كلا الجنسين



**الجدول 6.** توزيع كبار السن بحسب نوع المساعدة والجنس

| نوع المساعدة | الذكور (بالنسبة المئوية) | الإناث (بالنسبة المئوية) | كلا الجنسين (بالنسبة المئوية) |
|---|---|---|---|
| تناول الطعام | 0 | 0 | 0 |
| التنقّل والحركة | 33.3 | 100 | 37.5 |
| ارتداء الملابس | 6.7 | 0 | 6.3 |
| الاستحمام ودخول دورة المياه | 40 | 0 | 37.5 |
| تناول الدواء | 20 | 0 | 18.7 |

إزاء هذه الصعوبات، يحصل كبار السن المقيمون في الدار على مساعدة لأداء أنشطة الحياة اليومية، وهي أنشطة ضرورية تُمكّنهم من الحفاظ على نظافتهم وصحتهم وكرامتهم. على سبيل المثال، يحصل 40 في المائة من الذكور على مساعدة في الاستحمام ودخول دورة المياه؛ و33.3 في المائة منهم يتلقون مساعدة في التنقّل والحركة؛ و20 في المائة يحصلون على مساعدة لتناول الأدوية (الجدول 6). أما الإناث، فيبدو أنهنّ بحاجة أكبر للمساعدة في التنقّل والحركة. بالمقابل، لا يحتاج أحد من كبار السن الذين تمت مقابلتهم إلى مساعدة في تناول الطعام، وهو ما يعكس حداً أدنى من الاستقلالية لدى عدد كبير من النزلاء. والجدير بالإشارة إلى أن عدداً من كبار السن لا يتلقون أي نوع من المساعدة، وذلك ليس بسبب غياب المساعدة، بل لأنهم قادرون على الاعتماد على أنفسهم لتلبية احتياجاتهم اليومية.

## 2. الأمراض المزمنة

تزداد احتمالات الإصابة بالأمراض المزمنة بين كبار السن. ويعاني بعضهم من أكثر من مرض واحد في الوقت نفسه، وهو ما يُعرف بـ "تعدّد الأمراض المزمنة". ويشير الجدول 7 إلى أن داء السكري هو الأكثر انتشاراً بين النزلاء، حيث بلغت نسبته 32.4 في المائة، غالبيتهم من الذكور، يليه ارتفاع ضغط الدم، وأمراض الجهاز الهضمي. في المقابل، ترتفع نسبة الإصابة بضغط الدم المرتفع أكثر بين الإناث، لتصل إلى 50 في المائة.

ولا تقتصر الإصابة بالأمراض المزمنة على الأبعاد الصحية فقط، بل تشمل أيضاً تأثيرات نفسية واجتماعية، إذ تزيد من فقدان الاستقلالية، والاعتماد على الآخرين، والتعرّض للاكتئاب، واحتمال تفاقم المضاعفات الصحية التي قد تهدد الحياة. وتؤكد هذه النتائج على الحاجة إلى تطوير برامج رعاية صحية متخصّصة داخل دُور الرعاية، وأن تركّز هذه البرامج على إدارة الأمراض المزمنة وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي. من هذا المنطلق، تبرز الحاجة إلى اعتماد التقييم الشامل لكبار السن (Comprehensive Geriatric Assessment) كنهج أساسي في التعامل الطبي والصحي، لما يتّسم به من شمولية وفعالية مثبتة في تحسين نوعية الحياة وتعزيز الاستجابة الصحية المتكاملة لكبار السن.

**الجدول 7.** توزيع كبار السن بحسب نوع الأمراض والجنس

| أنواع الأمراض | الذكور (بالنسبة المئوية) | الإناث (بالنسبة المئوية) | كلا الجنسين (بالنسبة المئوية) |
|---|---|---|---|
| السكري | 33.3 | 25 | 32.4 |
| القلب | 6.7 | 0 | 5.9 |
| ارتفاع ضغط الدم | 16.7 | 50 | 20.6 |
| ارتفاع الكوليسترول | 6.7 | 0 | 5.9 |
| الربو | 3.3 | 0 | 2.9 |
| المفاصل والعضلات | 13.3 | 0 | 11.8 |
| أمراض الجهاز الهضمي | 16.7 | 25 | 17.6 |
| هشاشة العظام | 3.3 | 0 | 2.9 |

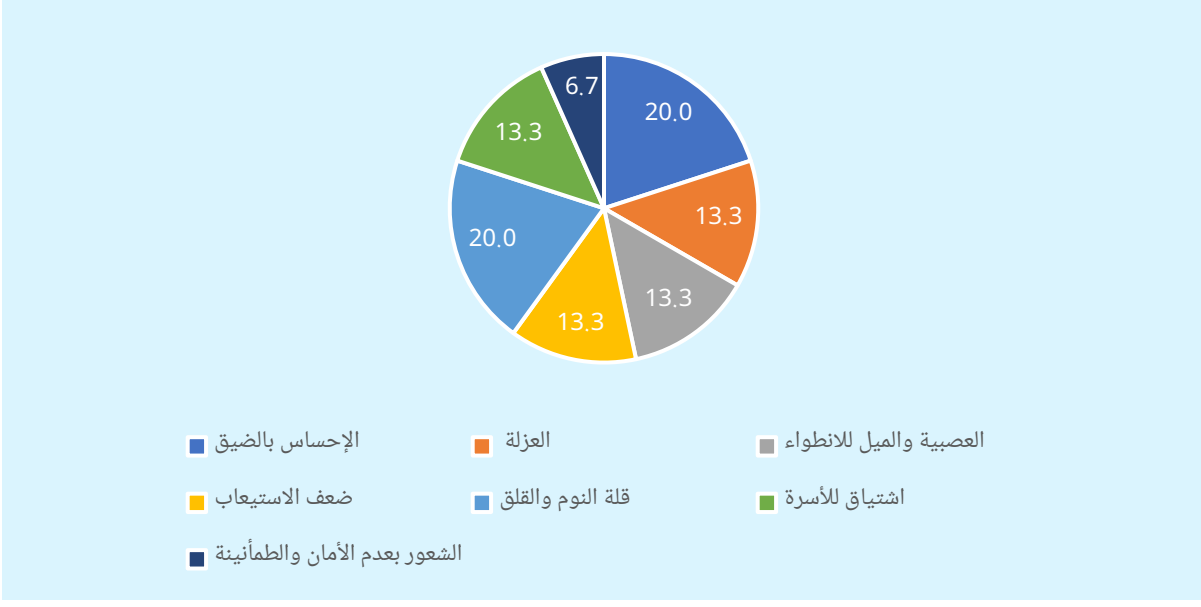
في هذا السياق، يتلقى كبار السن المصابون بالأمراض في دار الرعاية خدمات صحية مجانية تشمل توفير العلاج الطبي بشكل مستمر، وإجراء العمليات الجراحية عند الحاجة، سواء في المستشفيات الحكومية أو الخاصة. كما تتكفل الدار بكافة تكاليف العلاج، وتوفِّر طبيباً أخصائياً في الأمراض الباطنية وآخر في الجراحة العامة لمعاينة المرضى والإشراف على حالتهم الصحية بانتظام.

وقد أسهمت هذه الخدمات المجانية والمتكاملة في زيادة إقبال كبار السن المصابين بالأمراض المزمنة على طلب الالتحاق بالدار، نظراً لعدم قدرتهم على تحمُّل تكاليف الرعاية الصحية خارجها. وتشير نتائج الدراسة إلى أن جميع كبار السن من كلا الجنسين يتلقون زيارة دورية من الأطباء داخل الدار، ويحصلون على أدويتهم بانتظام. ويُقدَّم الطعام بالجودة والكمية المناسبتَين، ويُراعى توقيت الوجبات، والحالة الصحية لكلّ نزيل وتفضيلاته الغذائية.

### 3. الصحة النفسية لكبار السن

يعاني العديد من كبار السن من اضطرابات نفسية نتيجة التقدّم في العمر وضعف التواصل مع أسرهم ومحيطهم الاجتماعي، مما يزيد من حاجتهم إلى رعاية نفسية متخصِّصة تسهم في تحسين جودة حياتهم. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود تفاوت في أنواع الاضطرابات النفسية بين النزلاء، فقد تبيّن أن معظمهم يعانون من الشعور بالضيق، وقلة النوم، والقلق، إلا أنهم في المقابل يشعرون بالطمأنينة والأمان. أما الإناث، فيعانين بشكل لافت من قلة النوم، والقلق، والعصبية، والميل إلى العزلة، دون تسجيل أية أعراض أخرى. وتشير هذه الأرقام إلى وجود هشاشة نفسية خاصة لدى كبيرات السن المقيمات في الدار، مما يبرز الحاجة إلى تدخلات نفسية واجتماعية متخصِّصة. في المقابل، كانت أكثر الأعراض شيوعاً لدى الذكور الشعور بالضيق (23 في المائة)، وقلة النوم والقلق (15.4 في المائة)، وضعف الاستيعاب (15.4 في المائة). كما سُجِّلت أعراض العصبية، والميل إلى الانطواء، والاشتياق إلى الأسرة بنسب متساوية بلغت 7.7 في المائة لكل منها. ويعرض الشكل 5 توزيع المصابين بمختلف أنواع الاضطرابات النفسية بين نزلاء دار الرعاية من كلا الجنسين.

**الشكل 5.** توزيع كبار السن بحسب أنواع الأمراض النفسية لدى كلا الجنسين




وفي هذا المجال، توفِّر الدار دعماً نفسياً للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات، بهدف مساعدتهم على التعامل مع المشاكل النفسية التي يواجهونها. إلا أن نسبة المستفيدين من هذه الخدمات لا تزال محدودة. وقد يُعزى ذلك إلى وجود معالج نفسي واحد فقط في الدار، مما يحدّ من القدرة على تغطية جميع الحالات، فضلاً عن عدم كفاية الموارد أو البرامج المخصَّصة للدعم النفسي.

## زاي. الحالة الاقتصادية

تشير نتائج الدراسة إلى أن 84.6 في المائة من إجمالي كبار السن كانوا يعملون سابقاً قبل التحاقهم بها، وجميعهم من الذكور، إذ لم تسجل سوى حالة واحدة بين الإناث. وكان أغلب الذكور يعملون في القطاع الحكومي، وذلك بنسبة 61.9 في المائة، فيما بلغت نسبة العاملين سابقاً في القطاع الخاص 33.3 في المائة، وبلغت نسبة أصحاب الأعمال أو من يعملون لحسابهم الخاص 4.8 في المائة (الجدول 8). ومع التقدّم في العمر وتراجع القدرة على الكسب، يجد العديد من كبار السن أنفسهم دون مصادر دخل كافية، في ظل ضعف الحماية الاجتماعية. لذلك، يمثّل اللجوء إلى دار رعاية كبار السن خياراً اضطرارياً للحصول على الرعاية الأساسية. وتُظْهِرُ هذه المعطيات الحاجة إلى تطوير سياسات دعم أكثر شمولاً، خاصة لأولئك الذين لا يحصلون على تغطية تقاعدية كافية، وفي مقدّمتهم النساء اللواتي غالباً ما يُحرمن من دخل مستقل في مرحلة الشيخوخة.

**الجدول 8.** توزيع كبار السن بحسب نوع قطاع العمل السابق

| قطاع العمل | الذكور (بالنسبة المئوية) | الإناث (بالنسبة المئوية) | كلا الجنسين (بالنسبة المئوية) |
|---|---|---|---|
| عمل في القطاع الحكومي | 61.9 | 20 | 63.6 |
| عمل في القطاع العام | 0 | 0 | 0.0 |
| عمل في القطاع المختلط | 0 | 0 | 0.0 |
| عمل في القطاع الخاص | 33.3 | 0 | 31.8 |
| صاحب عمل/يعمل لحسابه | 4.8 | 0 | 4.5 |

## حاء. خدمات الاتصال

تُعَدُّ وسائل الاتصال الحديثة، مثل الهاتف النقّال والإنترنت، أدوات هامة تسهم في تعزيز الروابط الأسرية والاجتماعية لكبار السن، وتساعدهم على التواصل مع أسرهم وأقاربهم، مما يقلّل من مشاعر العزلة لديهم. وتُظْهِرُ نتائج الدراسة أن 42.3 في المائة فقط من كبار السن يملكون هاتفاً جوالاً، وأنّ 34.6 في المائة يستخدمون الإنترنت. ويعود عدم استخدام الهاتف الجوال بين كبار السن إلى عدم إلمامهم بكيفية استخدامه والظروف الاقتصادية الصعبة التي تحول دون اقتنائهم له. وتُعزى أسباب عدم استخدام الإنترنت إلى عدم المعرفة بكيفية الاستخدام، وعدم توفُّر خدمة الإنترنت داخل دار الرعاية، مما يُشكّل حاجزاً أمام استخدام هذه الوسيلة بانتظام.

## طاء. ممارسات وأنشطة كبار السن

تُعَدُّ ممارسة الأنشطة اليومية المتنوّعة وسيلة فعّالة تساعد كبار السن على قضاء أوقات فراغهم بشكل إيجابي، وتقلّل من شعورهم بالملل والعزلة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن مشاهدة التلفزيون هي أكثر الأنشطة شيوعاً، خاصة بين كبيرات السن (83.3 في المائة)، بينما فضّل الذكور الاستماع إلى المذياع وممارسة الرياضة.

وفيما يتعلق بالبرامج التلفزيونية المفضلة لدى كبار السن في الدار، أظهرت النتائج أن مشاهدة نشرات الأخبار شكّلت الخيار المفضل لدى 38.1 في المائة من الذكور و16.7 في المائة من الإناث. في المقابل، لوحظ ارتفاع ملحوظ في نسبة الإناث اللواتي فضّلن مشاهدة الأفلام والمسلسلات، حيث بلغت نسبتهن 83.3 في المائة.

وتنظِّم دار الرعاية رحلات ترفيهية محدودة لكبار السن، الهدف منها كسر الروتين اليومي وتعزيز التواصل الاجتماعي والنفسي لدى النزلاء. وأظهرت نتائج الدراسة أن الأكثرية شاركوا في رحلات لزيارة الأماكن السياحية، بينما شاركت نسبة أقل في رحلات للعمرة والحج (16.7 في المائة)، ربما بفعل عدم قدرة النزلاء على تحمُّل تكاليف الرحلات الدينية. وتسلِّط هذه النتائج الضوء على أهمية توفير أنشطة ترفيهية واجتماعية متنوّعة في دُور الرعاية، تستجيب لتفضيلات النزلاء وقدراتهم وتنوُّع احتياجاتهم النفسية والمعرفية.

من جهة أخرى، تُظْهِرُ البيانات في الجدول 9 أن بعض العادات السلبية لا تزال موجودة بين الذكور. فقد تبيّن أن 17.9 في المائة من الذكور يدخنون السجائر، بينما يتناول 14.2 في المائة القات. وتؤكد هذه النسب على ضرورة توعية كبار السن بمخاطر هذه العادات الضارة، خاصة في ظل التقدّم في العمر وارتفاع خطر التعرّض للمضاعفات الصحية.

**الجدول 9.** توزيع كبار السن بحسب الجنس والعادات والأنشطة التي يمارسونها

| نوع العادات والأنشطة | الذكور (بالنسبة المئوية) | الإناث (بالنسبة المئوية) | كلا الجنسين (بالنسبة المئوية) |
|---|---|---|---|
| التدخين | 17.9 | 0.0 | 14.7 |
| ممارسة الرياضة | 14.3 | 0.0 | 11.8 |
| القراءة | 7.1 | 0.0 | 5.8 |
| الاستماع للمذياع | 21.4 | 16.7 | 20.6 |
| مشاهدة التلفزيون | 25.0 | 83.3 | 35.3 |
| تناول القات | 14.3 | 0.0 | 11.8 |

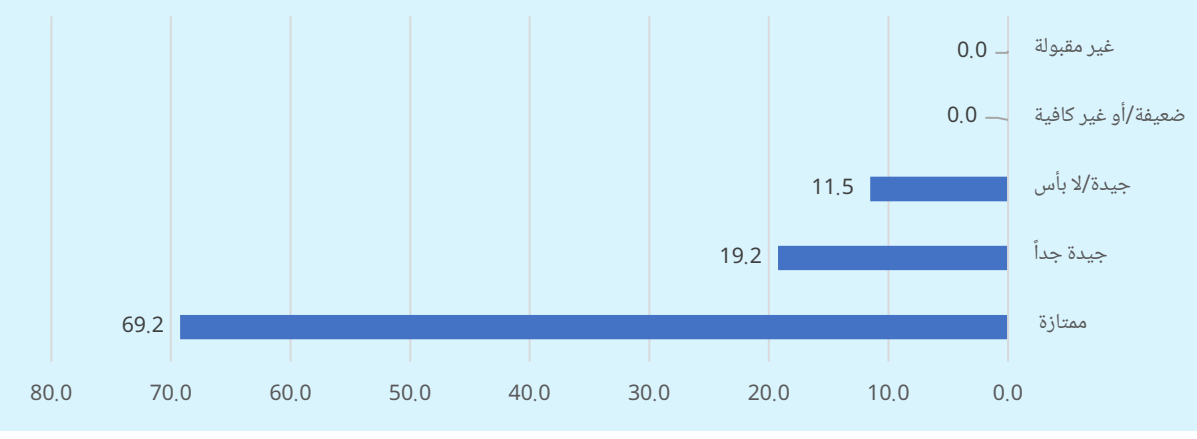
# 5. مستوى رضا كبار السن عن الخدمات والفرص المتاحة لهم في دار الرعاية

يستعرض هذا الفصل مستوى رضا النزلاء عن جودة الخدمات والرعاية المقدّمة في الدار، بالإضافة إلى مدى توفُّر الفرص التي تضمن راحتهم واستقلاليتهم. كما يتناول القضايا والمخاوف التي عبَّر عنها كبار السن. ويتضمن هذا الفصل أيضاً بعض الشهادات الحيّة التي أدلى بها عدد من كبار السن في الدار، والتي تعبِّر عن مشاعرهم وآرائهم وتصوراتهم حول الحياة اليومية داخل الدار، ومدى رضاهم عن الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والعلاجية المقدّمة لهم، إضافة إلى تطلعاتهم لتحسين هذه الخدمات وتلبيتها لاحتياجاتهم الفعلية. وتُعَدُّ هذه الشهادات أداة محورية لفهم الاحتياجات الحقيقية لكبار السن، وتعزيز الثقة والشفافية بين كبار السن ومقدّمي الرعاية؛ وتحسين جودة الخدمات.

## ألف. جودة خدمات الرعاية

يمكن تعريف جودة الرعاية في مؤسسات رعاية كبار السن بأنها عملية مستمرة تهدف إلى تحقيق رفاه كبار السن وضمان استقلاليتهم، من خلال منحهم رعاية شاملة تتماشى مع حالتهم البدنية والعقلية، وتلبي احتياجاتهم وتوقعاتهم وتطلعاتهم ورغباتهم، وتراعي القيود والتحديات التي تفرضها البيئة المحيطة[8]. وتُظهِرُ نتائج الدراسة أن انطباعات النزلاء المشاركين في الدراسة حول مستوى الخدمات المقدّمة والفرص المتاحة في الدار هي في **معظمها إيجابية، وتحديداً الإناث.** ويشير الشكل 6 إلى أن **مستوى جودة الرعاية في "دار العجزة والمسنين – عدن" مرتفعٌ بشكل عام،** إذ قيَّم أكثر من ثلثي كبار السن جودة الرعاية بأنها "ممتازة" مقابل 19.2 في المائة وجدوها "جيدة جداً"، وهو ما يُعتبر مؤشراً إيجابياً يعكس مدى استجابة خدمات الرّعاية المقدَّمة لاحتياجات كبار السن وتوقّعاتهم.

**الشكل 6.** جودة الرعاية في "دار المسنين - عدن" بحسب مستويات التقييم من وجهة نظر المستفيدين




8. وزارة الشؤون الاجتماعية في لبنان، معايير الجودة الخاصة بمؤسّسات كبار السن في لبنان، 2017.

شهادات كبار السن

"التحقتُ بدار رعاية المسنين في عدن منذ عام لعدم توفُّر مكان للإقامة ولأنها الجهة الوحيدة التي تقدّم خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية المجانية للمسنين. وتتوفر قاعات للإيواء لكنني لاحظتُ أن الخصوصية معدومة لأنها عامة بعكس الغرف الفردية."

**أحد النزلاء في الدار، 70 سنة**

شهادات كبار السن

"التحقتُ بدار المسنين في عدن منذ اكثر من أربع سنوات ولاحظتُ توفُّر جميع الخدمات في الدار بشكل مناسب، ولا توجد أي قيود من الدار للتفاعل مع الزوار سواء الذين يزورونهم أسرهم أو الذين يقومون بزيارات من جهات أخرى."

**أحد النزلاء في الدار، 80 سنة**

## باء. النظافة والتغذية

أعطى **جميع النزلاء من كلا الجنسين تقييماً ممتازاً لمستوى النظافة** في قاعات الإيواء، ودورات المياه، والمرافق المحيطة. كما تتوفّر خدمة مجانية لغسل الملابس تضمن الحفاظ على نظافة ملابس النزلاء. وأعرب جميع النزلاء عن رضاهم عن الطعام، من حيث الكمية والجودة ومواعيد التقديم ومراعاة الاحتياجات الصحية والتفضيلات الغذائية لكل نزيل.

"أنا أُقيم في دار المسنين – عدن منذ أكثر من أربع سنوات. وخلال إقامتي لاحظتُ توفُّر النظافة بشكل مستمر في قاعات الإيواء التي نقيم فيه والحمامات وجميع المرافق المحيطة بالدار. وتقوم الدار بغسل ملابسنا وتقديمها لنا نظيفة دون أي مقابل. وتوفر الدار الغذاء بشكل مستمر وتراعي احتياجاتنا من الغذاء والعصائر الطازجة. لكننا نخاف مع ارتفاع أسعار الخدمات أن تتأثر ميزانية الدار ويؤثر ذلك على الرعاية التي نحصل عليها، ونطلب من الحكومة توفير المتطلبات اللازمة للرعاية."

**أحد النزلاء في الدار – 90 سنة**

## جيم. الخصوصية والتفاعل

لاحظت الدراسة **عدم توفُّر غرف نوم منفصلة لكل نزيل،** إذ تُستخدم ثلاث قاعات للإيواء الجماعي، مما يؤثر على مستوى الخصوصية. وبالفعل، ذكر 42.9 في المائة من الذكور بأن القاعات لا توفِّر الخصوصية اللازمة، وأنّ القاعة الواحدة تضمّ 20 شخصاً أو أكثر، بينما لم تعترض الإناث على هذا الأمر. وعلى الرغم من ذلك، قد لا تعكس هذه النتيجة مستوى رضا كافة النزيلات، وذلك بسبب صغر العيّنة. كما **أكد جميع** النزلاء من كلا الجنسين **أنّ الفرص متاحة لهم** في الدار للتفاعل مع الزوار، وأنّ أيّ قيود لا تُفرض على الزيارات أو على مشاركة كبار السن في الأنشطة خارج الدار. وكل هذه، بمجملها، هي مؤشرات إيجابية عن رضا النزلاء في هذا المجال.

## دال. المشاكل والمخاوف التي يعاني منها كبار السن في الدار

في مقابل الآراء الإيجابية، أشارت نتائج الدراسة إلى بعض القضايا التي تزعج كبار السن، وخاصة الذكور منهم، والتي تؤثر سلباً على راحتهم وصحتهم. أما في ما يتعلق بالإناث، فقد أظهرت الدراسة أنهنّ لا يواجهن هذه المشاكل. فمن وجهة نظرهن، مستوى الرعاية في الدار كافٍ ويلبي احتياجاتهن، مما يشكّل مؤشراً إيجابياً يعكس وجود بيئة آمنة للنساء في الدار. وعلى الرغم من ذلك، فإنّ صغر عيّنة الإناث قد يحجب الصورة الأوسع نطاقاً لاحتياجاتهم، والتي يمكن أن تختلف في طبيعتها عن احتياجات الذكور وتتطلب معالجة خاصة تراعي الأبعاد النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على جودة حياة كبيرات السن. ويعرض الجدول 10 توزيع القضايا الأكثر شيوعاً وتأثيراً التي عبَّر عنها كبار السن من الذكور داخل الدار، وفقاً لنتائج المقابلات معهم.

تعكس المشاكل التي يواجهها كبار السن داخل دار الرعاية بوضوح التحديات الوطنية الأوسع المرتبطة برعاية كبار السن، ولا سيّما في ظل استمرار ارتفاع معدلات الفقر وتكاليف المعيشة والعلاج، وغياب أنظمة التأمين الصحي والاجتماعي، وتدني جودة خدمات الرعاية الصحية العامة، وضعف شبكات الحماية الاجتماعية. وقد أسهمت هذه العوامل، مجتمعة، في دفع العديد من كبار السن إلى اللجوء إلى دُور الرعاية. ويؤدي استمرار هذه التحديات البنيوية دون معالجة إلى جعل دُور الرعاية أماكن للإيواء فقط، لا للعيش الكريم، وإلى تراجع نوعية حياة كبار السن على كافة المستويات.

**الجدول 10.** توزيع القضايا الأكثر شيوعاً وتأثيراً لدى كبار السن من الذكور

| التحديات | النسبة المئوية |
|---|---|
| العجز عن الحركة بسبب المرض والتقدّم في العمر وعدم القدرة على ممارسة الأنشطة | 8.3 |
| عدم توفُّر الخصوصية في قاعة الايواء لأنها عامة | 16.7 |
| نقص الأنشطة الترفيهية والزيارات للأماكن السياحية وللحج والعمرة | 8.3 |
| نقص الرعاية النفسية في الدار | 8.3 |
| عدم وجود حديقة تابعة للدار | 8.3 |
| قلّة الزيارات الأسرية لبعض كبار السن | 8.3 |
| الاكتئاب والقلق | 25 |
| ارتفاع تكاليف العلاج والخوف من انقطاع توفيرها في الدار | 16.7 |

# 6. نتائج التقييم الميداني في دار رعاية كبار السن

يستعرض هذا الفصل نتائج التقييم الميداني الذي أُجري في "دار رعاية العجزة والمسنين" في عدن، استناداً إلى مقابلات مع العاملين في الدار، وذلك بهدف تقييم جودة الرعاية والخدمات المقدّمة، وتحليل أوجه القوة، ورصد الثغرات، وتحديد مجالات التحسين. ويقدّم الفصل بدايةً لمحة عن المعايير الدولية الخاصة بمؤسسات رعاية كبار السن، ثم يعرض نتائج التقييم المتعلقة بشروط قبول النزلاء، والطاقة الاستيعابية، والموارد البشرية، وجودة الخدمات الصحية والاجتماعية، والبنية التحتية، وإدارة البيانات، والشراكات، والتمويل، والحوكمة وغيرها، وذلك بالمقارنة مع هذه المعايير.

## ألف. لمحة عن المعايير الدولية الخاصة بمؤسسات رعاية كبار السن

ينبغي أن يستند التقييم الموضوعي والدقيق لوضع دار الرعاية وجودة الخدمات المقدّمة فيها إلى المقاربات ومعايير الجودة المعتمدة لمؤسسات رعاية كبار السن والتي أثبتت فعاليتها في دول أخرى، مع التأكيد على ضرورة استيفاء الدار للحد الأدنى المقبول من هذه المعايير.

وتستند المعايير الدولية الخاصة بمؤسسات رعاية كبار السن إلى مبدأ توفير رعاية شاملة ومتكاملة تراعي مختلف أبعاد حياة كبار السن، بما يضمن لهم العيش بكرامة واستقلالية وجودة حياة عالية. وعلى الرغم من أن هذه المعايير قد تختلف من بلد إلى آخر في طريقة عرضها وتفصيلها، فهي تتقاطع في مضمونها حول مجموعة من المحاور الأساسية التي تشكّل نواة الممارسات الفضلى على المستوى العالمي. ويمكن تصنيفها ضمن أربع مجموعات رئيسية، كما يلي:

**أولاً: نُظُم الإدارة والتوظيف والتنمية المؤسسية:** تركّز هذه المجموعة على ضمان الحوكمة الجيدة والاستدامة في تقديم الخدمات، وتشمل:

- التحسين المستمر وضمان الجودة.
- التعليم المستمر وتطوير مهارات الكوادر العاملة.
- آليات التعامل مع الشكاوى والملاحظات وتعزيز المشاركة.
- التخطيط الاستراتيجي والقيادة الفعّالة.
- إدارة الموارد البشرية، بما في ذلك التوظيف العادل والتحفيز.
- إدارة المواد والمعدات والتجهيزات بشكل فعّال.
- استخدام نُظُم المعلومات لأغراض الرصد والمتابعة واتخاذ القرار.
- توفير خدمات خارجية عند الحاجة بالتنسيق مع جهات مختصة.

**ثانياً: الصحة والعناية الشخصية:** تشكّل هذه المجموعة نواة الخدمات الصحية التي تُقدَّم لكبار السن، وتتضمن:

- الرعاية السريرية والطبية المتخصّصة.
- خدمات التمريض والرعاية اليومية.
- إدارة الأدوية بشكل آمن وفعّال.
- الرعاية الملطّفة وإدارة الألم.

- التغذية السليمة والترطيب ومتابعة العناية بالبشرة وصحة الفم والأسنان.
- التعامل مع فقدان الحواس، مشاكل النوم، وإدارة سلس البول.
- دعم الصحة النفسية والسلوكية، وخدمات إعادة التأهيل المتكاملة.

**ثالثاً: نوعية الحياة والرفاه الاجتماعي والنفسي:** تُعنى هذه المعايير بالجوانب غير الطبية من حياة كبار السن، لضمان رفاههم، وتشمل:

- تعزيز الاستقلالية واحترام الخصوصية والكرامة.
- تقديم الدعم العاطفي والنفسي.
- تمكين كبار السن من المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم.
- توفير أنشطة ترفيهية وثقافية تلائم اهتماماتهم وقدراتهم.
- احترام المعتقدات الروحية والثقافية للمقيمين.
- تأمين السلامة الشخصية والبيئية لهم ضمن بيئة داعمة.

**رابعاً: البيئة المحيطة وسلامة كبار السن:** تشمل المعايير المتعلقة بالبنية التحتية والوقاية من المخاطر، وهي:

- توفير بيئة عمرانية مناسبة لحركة المسنّين واحتياجاتهم الجسدية.
- الالتزام بمعايير الصحة والسلامة المهنية للعاملين والمقيمين.
- وجود خطط طوارئ ومكافحة حرائق، واتخاذ إجراءات أمنية واضحة.
- تطبيق إجراءات فعّالة لمكافحة العدوى والأوبئة.
- تنظيم تقديم خدمات المعيشة مثل الطعام والتنظيف والغسيل بما يراعي الكرامة والخصوصية.

## باء. تحليل نتائج التقييم: أوجه القوة ومجالات التحسين في دار رعاية كبار السن

### 1. شروط استقبال النزلاء في الدار

أظهرت نتائج الدراسة أن "دار رعاية المسنين في عدن" تعتمد على مجموعة من المعايير المرنة والإنسانية في استقبال النزلاء. ومن أبرز هذه المعايير:

- استقبال كبار السن غير القادرين على الإنفاق.
- قبول من لا يمتلكون وثائق ثبوتية مكتملة، لأسباب إنسانية.
- استقبال كبار السن من كلا الجنسين.
- استقبال الأشخاص العاجزين جسدياً.

ولا يُشترط في المتقدّمين أن تكون لديهم القدرة على القيام بأنشطة الحياة اليومية، إذ تُعَدُّ هذه من الخدمات الأساسية التي تقدّمها الدار للنزلاء. في المقابل، ترفض الدار بعض طلبات الالتحاق في حالات محددة، من بينها عدم استيفاء شروط القبول، مثل أن يكون المتقدّم دون سن الـ 60 أو مصاباً بمرض مُعدٍ يُشكّل خطراً على النزلاء الآخرين، إلى حين معالجته من قِبل أسرته في مؤسسة صحية متخصّصة، أو عدم توفُّر القدرة الاستيعابية في الدار.

وفيما يخص القدرة الاستيعابية، يبلغ عدد كبار السن المقيمين حالياً في "دار العجزة والمسنين" 68 نزيلاً، من بينهم 20 امرأة و48 رجلاً، وهو ما يعكس زيادة الطلب على خدمات الإيواء والرعاية. ويبرز هذا الوضع الحاجة إلى توسعة الطاقة الاستيعابية للدار، أو إنشاء فروع إضافية في محافظات أخرى.

## 2. الموارد البشرية والتدريب

يُعتبَر وجود كوادر بشرية مؤهّلة وموزّعة بشكل متوازن من الركائز الأساسية لتحقيق جودة الرعاية في دُور رعاية المسنين. وتشمل معايير هذا المجال ما يلي:

- توفير عدد كافٍ من الموظفين المؤهلين.
- تحديد المؤهلات المطلوبة لكل وظيفة.
- إشراك العاملين في برامج تدريبية وفي التعليم المستمر.
- التأكد من كفاءة الموظفين في أداء مهامهم.
- إجراء تقييم دوري لأداء الموظفين.

**الجدول 11.** الموارد البشرية في "دار رعاية العجزة والمسنين"

| نوع الوظيفة | ذكور | إناث | الإجمالي | |
|---|---|---|---|---|
| | عدد | عدد | عدد | بالنسبة المئوية |
| الوظائف الإدارية والخدماتية العامة | | | | |
| المدراء | 2 | 0 | 2 | 4.9 |
| مشرف إداري | 1 | 0 | 1 | 2.4 |
| علاقات عامة | 1 | 0 | 1 | 2.4 |
| محاسب | 1 | 0 | 1 | 2.4 |
| مشتريات | 1 | 0 | 1 | 2.4 |
| أمين مخازن | 1 | 0 | 1 | 2.4 |
| طباخ | 1 | 3 | 4 | 9.8 |
| عامل غسيل وكي | 2 | | 2 | 4.9 |
| عامل نظافة | 8 | 6 | 14 | 34.1 |
| مزارع | 2 | 0 | 2 | 4.9 |
| سائق | 2 | 0 | 2 | 4.9 |
| صيانة | 2 | 0 | 2 | 4.9 |
| حراسة | 8 | 0 | 8 | 19.5 |
| المجموع | 32 | 9 | 41 | 100 |
| الوظائف التخصّصية | | | | |
| طبيب | 0 | 2 | 2 | 15.4 |
| ممرض | 4 | 4 | 8 | 61.5 |
| معالج نفسي | 0 | 1 | 1 | 7.7 |
| معالج فيزيائي | 1 | 0 | 1 | 7.7 |
| مشرف اجتماعي | 0 | 1 | 1 | 7.7 |
| اختصاصي تغذية | 0 | 0 | 0 | 0 |
| المجموع | 5 | 8 | 13 | 100 |
| **الإجمالي** | **37** | **17** | **54** | **100** |

يبلغ عدد العاملين في دار المسنين 54 موظفاً، من بينهم 37 رجلاً و17 امرأة، وهم موزّعون على وظائف إدارية وخدماتية (41 موظفاً) ووظائف تخصُّصية في مجالي الرعاية الصحية والاجتماعية (13 اختصاصياً). ويعرض الجدول 11 توزيع الموارد البشرية في الدار بحسب الجنس ونوع الوظيفة.

في المقابل، بيّن التقييم وجود نقص في بعض التخصُّصات المهمة، مثل اختصاص طب الشيخوخة، وفي عدد الممرضين المتخصِّصين بعلم الشيخوخة وعدد اختصاصيي التغذية والمعالجين الانشغاليين، مع أنّ دَورهم أساسي في بيئة كبار السن. وتعمل الدارعلى توفير الكوادر في عدد من التخصُّصات الأساسية، وهي تحتاج إلى طبيب، وأربعة ممرّضين، ومعالج نفسي، ومشرف صحي، ومشرف ديني/اجتماعي، واختصاصي تغذية. كما لوحظ وجود نقص في الموارد البشرية من مختلف المستويات التعليمية (ثانوي، دبلوم، جامعي)، وأن برامج التدريب المقدَّمة بانتظام وفق احتياجات العمل لا تزال غائبة.

### 3. خدمات الرعاية

**تُظْهِرُ نتائج الدراسة توافقاً جزئياً مع المعايير الأساسية المعتمدة في مؤسسات رعاية كبار السن،** إذ توفِّر "دار رعاية المسنين والعجزة في عدن" مجموعة من الخدمات المجانية، منها:

- **الرعاية الطبية:** تتكفل الدار بتوفير الرعاية الطبية، بما في ذلك تكاليف التشخيص والعلاج في المستشفيات الحكومية والخاصة، إضافة إلى خدمات الوقاية من الأمراض.
- **الرعاية التمريضية:** يتوفر طبيبان لزيارة النزلاء مرة أسبوعياً. كذلك، يوجد طاقم تمريض مكوّن من ثمانية ممرّضين يعملون بنظام المناوبات. يتولى الفريق الصحي الكشف الدوري على النزلاء ومتابعة حالاتهم. كما تتوفر سيارة إسعاف لنقل الحالات الطارئة إلى المستشفيات.
- **الرعاية الصيدلانية:** يتم توفير الأدوية اللازمة في مواعيدها المنتظمة لجميع النزلاء.
- **الرعاية النفسية:** يوجد معالج نفسي يتابع الحالات التي تعاني من اضطرابات نفسية.
- **الرعاية الاجتماعية:** تُركِّز على تعزيز تواصل كبار السن مع أسرهم ومجتمعهم الخارجي.
- **الرعاية الدينية:** يتوفر مصلى داخل الدار لتمكين النزلاء من أداء شعائرهم الدينية.
- **الخدمة الغذائية:** تُقدَّم ثلاث وجبات يومياً، وهي كافية من وجهة نظر النزلاء وتأخذ في الاعتبار بعض الحالات الصحية، مثل السكري.
- **الرعاية الترفيهية والدينية:** تُنظِّم الدار رحلات للعمرة والحج، وإن كان ذلك بشكل غير منتظم. كما تُنظِّم نشاطاً لتحفيظ القرآن الكريم وحضور محاضرات دينية، وزيارات محدودة إلى أماكن سياحية.
- **المساعدة في النظافة الشخصية:** تُقدِّم الدار المساعدة في الاستحمام والتنظيف الشخصي لكبار السن غير القادرين على خدمة أنفسهم.
- **خدمة غسل الملابس مجاناً:** توفِّر الدار خدمة غسل الملابس للنزلاء بشكل مجاني ومنتظم.

**في المقابل، ترصد الدراسة بعض الثغرات المهمة:**

- عدم وجود أخصائية تغذية ضمن فريق العمل، مما يصعِّب ضمان الالتزام التام بالنظام الغذائي المقدَّم وفقاً للمعايير الصحية المطلوبة، ويصعِّب تحقيق التوازن الغذائي ومراعاة الحالات الصحية المزمنة المتعددة. كما يتم استخدام أوانٍ معدنية لتقديم الطعام، وهي مسألة يجب تداركها عبر استبدالها بأوانٍ صحية أكثر ملاءمة.
- غياب غرفة مخصَّصة لعزل الحالات المصابة بأمراض معدية، على الرغم من اتخاذ إجراءات للتنظيف والتعقيم المنتظم. ويقلّل ذلك من قدرة الدار على الاستجابة الفعّالة في حال ظهور حالات صحية طارئة.

- لا تدلّ أي إشارات على أي عمل لتوعية النزلاء بأنواع الإساءة والإهمال والعنف وأهمية التبليغ عنها، أو على وجود آلية معتمدة للإبلاغ عن هذه الحالات ورفعها إلى الجهات المختصة ومتابعة التأثيرات النفسية على الضحايا.
- عدم تنظيم الدار للمحاضرات الدينية والبرامج الترفيهية والاجتماعية بشكل كاف ومنتظم، رغم أهميتها ودَورها على الصعيد الروحي وفي تجديد النشاط الجسدي والنفسي والحد من مشاعر العزلة والوحدة.

## 4. البيئة المادية والبنية التحتية

ينبغي لمؤسسات رعاية كبار السن توفير بيئة مادية آمنة ومناسبة تراعي احتياجات كبار السن وسلامتهم. ومن أهم هذه المتطلبات: العمل على أن تكون المرافق العامة مثل المصاعد ودورات المياه والممرات مناسبة لحركة المسنين واحتياجاتهم الجسدية؛ ووضع خطة موثّقة للصيانة الدورية للمباني والتجهيزات. وقد أظهر التقييم أن جميع الخدمات العامة تتوافق مع حد أدنى من معايير الجودة، تماماً كما أفاد به النزلاء. ولوحظ أن جميع مباني الدار تقع في الطابق الأرضي، مما يسهِّل حركة كبار السن وتنقّلهم دون عوائق. كذلك، تنفِّذ الدار بانتظام خطة لصيانة المباني والتجهيزات دورياً. وتبقى الحاجة ملحّة إلى توسعة الطاقة الاستيعابية للدار، لمواكبة الزيادة المستمرّة في أعداد النزلاء.

ومن ناحية خدمات البنية التحتية، تُوفِّر الدار الخدمات العامة الأساسية كخدمات الكهرباء والمياه الصالحة للشرب والصرف الصحي وتصريف النفايات بانتظام. كما تؤمِّن الدار تكييف الهواء دون انقطاع داخل غرف الإيواء والمرافق العامة، فضلاً عن خدمات الإنترنت والاتصال وخدمات الأمن والحراسة.

## 5. إدارة المخاطر والسلامة

يُعَدُّ كبار السن من الفئات الأكثر عرضة للمخاطر داخل مؤسسات الرعاية، نظراً لما يرافق التقدّم في العمر من ضعف في القدرة الحركية أو الحسية. ومن أهم هذه المخاطر السقوط وما ينجم عنه من كسور وإصابات؛ والحرائق الناتجة عن أعطال كهربائية أو عن الإهمال في إجراءات الوقاية؛ والتغيُّرات الحرارية مثل ارتفاع درجات الحرارة أو انخفاضها وتأثير ذلك على كبار السن؛ وسوء التهوية، الذي قد يؤدي إلى مشاكل تنفسية ومضاعفات صحية. وتوصي المعايير الدولية بضرورة اعتماد خطة متكاملة لإدارة المخاطر في هذه المؤسسات لا تشمل المقيمين فحسب، بل تمتد أيضاً إلى العاملين في المؤسسة. وفي ما يلي بعض ما تنصّ عليه الخطة:

- تركيب نظام إنذار للحريق في كافة أقسام الدار.
- وضع خطة إخلاء واضحة ومعلّقة في أماكن ظاهرة.
- تنظيم تدريبات دورية لموظفي الدار حول الاستجابة للطوارئ.
- مراجعة معدات السلامة بشكل منتظم والتأكد من جهوزيتها.

**وتُظْهِرُ نتائج الدراسة أن الدار توفِّر عدداً من عناصر السلامة والحماية من المخاطر،** مثل:

- مسارات أرضية مناسبة وآمنة لحركة كبار السن.
- كراسٍ متحركة لتسهيل التنقّل.
- مغاسل ودورات مياه مصمّمة بطريقة تراعي احتياجات كبار السن.
- وجود وسائل لإطفاء الحرائق ومخارج للطوارئ.

**إلا أن الدراسة رصدت قصوراً مهماً** يتمثل في غياب نظام إنذار مبكر للحرائق، وعدم تنظيم تدريبات دورية للتعامل مع الكوارث والطوارئ، وهو ما يُعَدُّ خللاً في

منظومة السلامة العامة ويستوجب المعالجة الفورية. كما لم تُسجَّل مؤشرات واضحة تدلّ على وجود نظام شامل لإدارة النفايات والمواد الخطرة، أو تدابير صارمة للحد من التدخين، مما من شأنه أن يعزِّز الوقاية من المخاطر البيئية والصحية داخل المؤسسة.

## 6. التعاون مع المراكز والمستشفيات الصحية

تعتمد "دار رعاية العجزة والمسنين – عدن" على التعاون القائم مع المراكز والمستشفيات الصحية الحكومية لتقديم العلاج للحالات المرضية من بين النزلاء عند الحاجة، وذلك بناءً على طلب رسمي من الدار. مع ذلك، فإن هذا التعاون لا يشمل إجراء الفحوصات الطبية الدورية، وهو جانب أساسي لمتابعة الحالة الصحية للنزلاء بشكل وقائي.

وتحت وطأة الضغوط المتزايدة على المستشفيات والمرافق الصحية الحكومية، تضطر الدار أحياناً إلى إحالة الحالات الحرجة إلى مستشفيات خاصة، مما يؤدي إلى ارتفاع التكاليف مقارنة بالرعاية الحكومية. وتتحمّل الدار كافة تكاليف علاج النزلاء وأدويتهم.

## 7. التنسيق والشراكة

يتمّ حالياً التنسيق بين الدار والجهات الحكومية وغير الحكومية، إلا أن هذا التنسيق محدود وغير كافٍ ولا يُحقّق متطلبات التعاون الفعّال لدعم كبار السن. ويُعَدُّ ذلك قصوراً يجب معالجته من خلال توطيد الشراكات مع القطاعات غير الحكومية والجهات المانحة، وتفعيل قنوات التنسيق الرسمي، والانفتاح على منظمات المجتمع المدني والمبادرات المجتمعية.

## 8. التمويل والتحديات المالية

تُقدَّر التكلفة السنوية الإجمالية لخدمات الرعاية الصحية والاجتماعية والترفيهية في الدار بحوالي 192,000 دولار. غير أنّ كلاً من الانهيار الاقتصادي وانخفاض قيمة العملة وارتفاع الأسعار أدى إلى تراجع قيمة المخصَّصات الفعلية إلى نحو 84,000 دولار فقط. وأدى هذا الفارق المالي إلى تفاقم المديونية وزيادة الالتزامات غير المسدّدة، وإلى تهديد استمرارية تقديم بعض الخدمات بالجودة المطلوبة.

وتتحمّل "دار رعاية العجزة والمسنين" تكاليف العلاج والأدوية للنزلاء وقد بلغت التكلفة الإجمالية 94,000,000 ريال، أي ما يعادل 54,432 دولاراً أمريكياً خلال عامَي 2023 و2024. وتعتمد الدار في تغطية نفقاتها وتشغيل خدماتها على مصدرَين رئيسيين فقط، هما التمويل الحكومي (88.2 في المائة) ومساهمات الأفراد والمؤسسات المحلية (11.8 في المائة). وقد بلغ إجمالي الميزانية الشهرية للدار نحو 17 مليون ريال يمني، أي ما يعادل 6,708 دولار أمريكي شهرياً و80,496 دولار سنوياً[9]. ويُظْهِرُ ذلك عبء التمويل المتزايد الذي تتحمله إدارة الدار لضمان استمرار توفير الرعاية الصحية، في ظل غياب آليات دعم منتظمة. على الرغم من ذلك، فإن هذه الموارد غير كافية لتغطية التكاليف الفعلية للدار، خصوصاً في ظل ارتفاع أسعار الخدمات وتزايد الطلب والضغط المالي المستمر على موازنة التشغيل. ويُعَدُّ الاعتماد على مصدَرين فقط للتمويل أحد جوانب القصور الأساسية التي تنعكس سلباً على تحسين الخدمات، إلى جانب الغياب التام لمساهمة السلطة المحلية، وعدم الحصول على أي تمويل من أي منظمات دولية أو مانحة.

9. تم احتساب سعر الصرف على أساس 2,534 ريالاً يمنياً للدولار الواحد، حسب الأسعار في 26 أيار/مايو 2025، علماً أن الأسعار تتغيّر بشكل يومي.

## 9. الحوكمة وإدارة الجودة والتحسين المستمر

توصي معايير مؤسسات رعاية كبار السن بضرورة تبني نظام حوكمة فعّال وإجراءات مستدامة لإدارة الجودة والاستدامة في تقديم الخدمات، بما يشمل اتخاذ التدابير الرئيسية التالية:

- تحديد بنية قيادية واضحة داخل المؤسسة.
- تحديد رؤية وأهداف ورسالة للمؤسسة.
- استخدام مؤشرات لقياس الأداء ومراقبة نواتج الرعاية والخدمات.
- جمع البيانات المتعلقة بالخدمات المقدّمة وتحليلها.
- تخصيص ميزانية سنوية مستقلة.
- اتخاذ إجراءات تحسين مستمرة بناءً على نتائج التقييم والمتابعة.

في المقابل، تبيّن أنه لا توجد معايير معتمدة للجودة، كما تغيب إجراءات تحسين الأداء المؤسسي حيث لا يتم تحديد أهداف واضحة، ولا تُستخدم مؤشرات أداء لمراقبة التقدّم. وهناك حاجة ملحة إلى زيادة الموارد المالية المخصَّصة، وسدّ الثغرات في عدد وتخصُّصات الكادر الوظيفي وتحسين أداءه، وزيادة تنوّع الخدمات الصحية والاجتماعية والترفيهية وجودتها.

وفيما يختص بإدارة البيانات، يُفترض أن تلتزم مؤسسات الرعاية بالاحتفاظ بسجلات كاملة ودقيقة لجميع النزلاء، وبتدقيق السجلات ومراجعتها بشكل دوري، وتوثيق كافة أشكال الرعاية المقدّمة لكبار السن. وأظهرت النتائج أن "دار رعاية المسنين والعجزة في عدن" تحتفظ بعدد من الملفات الأساسية لكل نزيل، تتضمن ملفاً اجتماعياً وملفاً صحياً لمتابعة حالة كل نزيل. كذلك، تحتفظ الدار ببيانات إجمالية حول النزلاء، يتم مشاركتها مع وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وتُستخدم في إعداد التقارير الرسمية. غير أن هناك قصوراً واضحاً يتمثل في عدم شمولية البيانات، مثل غياب الخصائص الديمغرافية، والاقتصادية، والاجتماعية، والصحية، وغيرها؛ وعدم تحليل البيانات أو إصدار تقارير مفصّلة. وتحدّ أوجه القصور هذه من إمكانية تتبُّع مدى استفادة النزلاء من الخدمات الصحية والاجتماعية بشكل منهجي. وفي خطوة إيجابية، تقوم الدار بجمع آراء النزلاء حول مستوى الخدمات، ولكن ذلك يتم شفهياً فقط، ولا توجد معايير معتمدة لتحليل هذه الآراء ولا تُستخدم استبيانات مكتوبة أو أدوات منهجية، مما يجعل ملاحظات واقتراحات كبار السن غير كافية لاتخاذ قرارات دقيقة للتحسين والمتابعة. وبالتالي، لا يتم تفعيل حلقة التحسين المستمر.

# 7. الثغرات وأولويات التدخل لتحسين نظام الرعاية في "دار رعاية المسنين والعجزة" في عدن

استناداً إلى نتائج الرصد الميداني والتقييم الشامل لنظام الرعاية والخدمات المقدَّمة في "دار رعاية العجزة والمسنين" في عدن، كشفت الدراسة عن عدد من الثغرات الهيكلية ومَواطن القصور التي تؤثر بشكل مباشر على جودة واستمرارية الخدمات الصحية والاجتماعية والرعائية في الدار. وتُبرز هذه النتائج الحاجة إلى تحديد أولويات التدخل بشكل منهجي يستجيب للاحتياجات العاجلة، واقتراح تدابير عملية وقابلة للتنفيذ لتحسين جودة الرعاية وضمان استدامتها في مواجهة التحديات المالية والتشغيلية المتزايدة.

## ألف. الثغرات وأولويات التدخل

يعرض الجدول 12 ملخّصاً لأبرز الثغرات وأوجه القصور التي تشوب نظام الرعاية والخدمات المقدمة في "دار العجزة والمسنّين". كما يقترح الجدول أولويات التدخل العاجلة والإجراءات التصحيحية اللازمة لتعزيز جودة الخدمات وتوفير بيئة رعائية متكاملة وإنسانية. **وتُمثّل هذه النتائج قاعدة مرجعية لتطوير معايير جودة وطنية لمؤسسات رعاية كبار السن، بما يعزِّز من فعالية الأداء ويرتقي بمستوى الاستجابة لاحتياجاتهم وتطلّعاتهم.**

**الجدول 12.** أبرز الثغرات في نظام الرعاية والخدمات في الدار والتدخلات ذات الأولوية

| المجالات | الثغرات وأوجه القصور | التدخلات ذات الأولوية |
|---|---|---|
| الرعاية الصحية والنفسية | غياب معايير جودة لخدمات الرعاية المتكاملة | • تطوير بروتوكولات جودة للرعاية الصحية في الدار بما يشمل الطب العام والعلاج التلطيفي.<br>• اعتماد التقييم الشامل لكبار السن.<br>• إعداد دليل إجراءات لاستقبال كبار السن يشمل التنسيق المسبق مع الأسر والتقييم الطبي. |
| | نقص في الرعاية الطبية المتخصِّصة وارتفاع التكاليف | • التعاقد مع طبيب صحة عامة في حال لم يتوفر طبيب شيخوخة أو طبيب أسرة بشكل منتظم، وإجراء زيارات دورية. |
| | افتقار الدار إلى مختبر طبي يُمكّن من إجراء الفحوصات اللازمة | • إنشاء مختبر أساسي للفحوصات الأولية أو التعاقد مع مختبر خارجي أو مستشفى. |
| | عدم تخصيص غرفة لعزل المرضى المصابين بأمراض معدية | • إنشاء غرفة تمريض مجهّزة لرعاية المصابين بأمراض معدية. |
| | نقص في توفير الدعم والخدمات النفسية المتخصِّصة | • إدراج خدمات الصحة النفسية، من خلال زيارات دورية لأخصائي نفسي.<br>• تدريب الموظفين على الدعم النفسي الأساسي. |

| المجالات | الثغرات وأوجه القصور | التدخلات ذات الأولوية |
|---|---|---|
| | عدم توفر تدابير للحد من التدخين | • إصدار سياسة داخلية بمنع التدخين في جميع مرافق الدار.<br>• تخصيص مساحات خارجية محددة للمدخنين إذا لزم الأمر.<br>• إدراج مكافحة التدخين ضمن برامج التوعية الصحية للنزلاء والعاملين. |
| الروابط الأسرية | فجوة في التواصل الأسري بين كبار السن وأسرهم | • تطوير برامج لتعزيز تواصل كبار السن مع أسرهم (مكالمات دورية؛ أيام مخصّصة لتشجيع أفراد الأسرة على زيارة ذويهم؛ فعاليات مشتركة؛ تواصل افتراضي). |
| الموارد البشرية والتدريب | نقص في الكوادر البشرية المؤهلة في عدد من التخصُّصات الرعائية | • التعاقد الجزئي أو التطوعي مع اختصاصيي تغذية، وعلاج طبيعي وانشغالي وطب الشيخوخة وغيرها من التخصُّصات اللازمة لتقديم رعاية متكاملة لكبار السن. |
| | غياب برامج تدريبية متخصِّصة لتنمية مهارات العاملين | • إعداد خطة تدريب سنوية تشمل مهارات رعاية كبار السن، الصحة النفسية، والإسعافات الأولية، والتعامل مع حالات العجز والإعاقة. |
| | عدم توفُّر آلية منتظمة لتقييم أداء الكادر الوظيفي | • اعتماد نظام تقييم أداء سنوي ومؤشرات متابعة مهنية. |
| الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والدينية | نقص في البرامج الاجتماعية والترفيهية | • تنظيم برنامج ترفيهي دوري (ألعاب جماعية، برامج للموسيقى والفن، وأفلام، والرياضة المناسبة لكبار السن).<br>• تنظيم أنشطة ثقافية منتظمة (ورش عمل، ومحاضرات، وأمسيات ثقافية، ...).<br>• إشراك المجتمع المحلي من طلاب، ومتطوعين، ومؤسسات خيرية لتنظيم زيارات ودعم النزلاء.<br>• إنشاء برامج تدريب بسيطة على استخدام وسائل الإنترنت والتواصل الاجتماعي.<br>• تسهيل مشاركة النزلاء في الشعائر الدينية والتخطيط لرحلات موسمية وفق قدراتهم. |
| الوقاية من الإهمال والإساءة والعنف | غياب آلية معتمدة للإبلاغ عن حالات الإساءة أو العنف ومتابعتها | • إنشاء آلية موثّقة لاستقبال شكاوى النزلاء والعاملين والزوار بسرية وأمان، مع تخصيص صندوق شكاوى أو نقطة اتصال مباشرة مع الإدارة أو لجنة مستقلة.<br>• تدريب فريق الرعاية للتعرّف على مؤشرات العنف والإهمال وكيفية التعامل معها.<br>• توفير مواد تثقيفية للنزلاء حول حقوقهم بوسائل مبسّطة وسهلة الاستخدام. |

| المجالات | الثغرات وأوجه القصور | التدخلات ذات الأولوية |
|---|---|---|
| البيئة المعيشية والمبنية | اكتظاظ القاعات المخصَّصة للإيواء | • بناء قاعات إضافية لإيواء كبار السن وزيادة الطاقة الاستيعابية. |
| | عدم تأهيل حديقة الدار | • إعادة تأهيل الحديقة كمساحة آمنة للنشاط البدني والتأمل. |
| إدارة المخاطر والسلامة | عدم توفُّر نظام إنذار للحريق، مما يشكّل خطراً على سلامة المقيمين والعاملين | • تركيب نظام إنذار للحرائق وتدريب الطاقم بانتظام على كيفية الاستجابة للحرائق والطوارئ.<br>• توفير إضاءة كافية، ومنحدرات، ولوحات إرشادية، ووسائل لدعم الحركة داخل الدار في حالة نشوب حريق.<br>• وضع خطة مكتوبة لإدارة الأزمات وتنظيم تدريبات إخلاء دورية. |
| | عدم توفُّر نظام شامل لإدارة النفايات والمواد الخطرة | • إعداد دليل يتضمن إجراءات واضحة لفرز النفايات (طبية، ومنزلية، وخطرة).<br>• إلزام جميع العاملين باتباع هذه التعليمات بدقة.<br>• توفير حاويات مغلقة ومخصَّصة للنفايات الطبية. |
| إدارة البيانات | قلّة البيانات المفصّلة والشاملة حول كبار السن | • إنشاء قاعدة بيانات محدّثة تشمل كل النزلاء وتتضمن معلومات طبية ونفسية واجتماعية أساسية.<br>• تحليل البيانات وإصدارها ضمن تقارير دورية. |
| التعاون والتنسيق والشراكات | محدودية التنسيق والشراكات مع الجهات الحكومية وغير الحكومية | • تفعيل شراكات رسمية مع المؤسسات الصحية والتعليمية ومنظمات المجتمع المدني والمانحين.<br>• إعداد تقارير ربع سنوية لتقييم الأداء وتشاركها مع الشركاء المعنيّين.<br>• التعاون مع منظمات المجتمع المدني والجهات المحلية لتنظيم فعاليات مشتركة داخل الدار وخارجها. |
| التمويل | محدودية الموارد المالية المتوفرة وضعف تنويع مصادر التمويل | • إعداد استراتيجية لتنويع الموارد المالية تشمل التبرعات، والشراكات، وأنشطة المناصرة الحكومية. |
| الحوكمة وإدارة الجودة والتحسين المستمر | غياب أنظمة أو إجراءات واضحة ومعتمدة تهدف إلى ضمان الجودة أو تطوير الخدمات المقدّمة | • تطوير سياسات وإجراءات مكتوبة تحدد معايير تقديم الخدمات، ومؤشرات الأداء، ومسؤوليات العاملين في مختلف المجالات الصحية والاجتماعية والإدارية.<br>• تأسيس لجنة جودة داخلية تضم ممثلين عن الإدارة والكوادر الصحية والاجتماعية وكبار السن، لضمان الشفافية وجودة الأداء.<br>• إجراء استطلاعات دورية (شفهية أو مكتوبة) لقياس رضا النزلاء عن الخدمات المقدّمة.<br>• تشكيل لجنة تمثيلية من كبار السن داخل الدار تسهم في اقتراح الأنشطة وتقييمها. |

## باء. التكلفة التقديرية الإجمالية لتنفيذ هذه التدخلات

يُعَدُّ تقدير التكلفة المالية اللازمة لتنفيذ التدخلات ذات الأولوية شرطاً جوهرياً لضمان التخطيط السليم وتعبئة الموارد، بما يتماشى مع الطلب المتزايد على خدمات الرعاية وارتفاع تكاليف التشغيل ومواءمة جودة الخدمات مع المعايير الدولية بشأن مؤسسات رعاية كبار السن، ولو بالحد الأدنى. **وتُقدَّر التكلفة الإجمالية لتنفيذ هذه التدخلات العاجلة في الدار بحوالي 300,000 دولار،** وهي تشمل تكاليف الإنشاءات الجديدة، والتجهيزات الطبية والفنية، والتدريب والتأهيل.

# 8. توصيات لتحسين نُظُم الرعاية والخدمات في مؤسسات رعاية كبار السن في اليمن

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم نظام الرعاية والخدمات المقدّمة في "دار رعاية العجزة والمسنين في عدن" من خلال وجهات نظر كبار السن المقيمين في الدار والمقابلات مع العاملين والمسؤولين فيها. كما تم إجراء مقابلات مع نقاط الاتصال المسؤولة عن الدور شملت ممثلي الجهات الحكومة في وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، ووزارة الصحة العامة والسكان، ووزارة التخطيط والتعاون الدولي، ومنظمات المجتمع المدني. وتركزت المقابلات حول تقييم دور رعاية المسنين والبحث في كيفية تحسين خدماتها في إطار الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن. وفي ضوء نتائج التقييم والثغرات التي أبرزتها ومجموعة المقابلات، تقترح هذه الدراسة مجموعة من التوصيات الاستراتيجية والعملية لتحسين أداء وفعالية دُور رعاية المسنين القائمة والمستقبلية في اليمن وتعزيز قدرتها على استيعاب الأعداد المتزايدة من كبار السن الذين يحتاجون للرعاية الإيوائية. ويمكن ترتيب هذه التوصيات بحسب المحاور التالية:

## ألف. تطوير السياسات والنُّظُم المتعلقة بالرعاية الإيوائية

- تطوير سياسة أو برامج حكومية محددة لمؤسسات رعاية كبار السن تتماشى مع أهداف الاستراتيجية الوطنية لكبار السن.
- دمج خدمات الرعاية المتكاملة لكبار السن ضمن الاستراتيجيات الصحية والاجتماعية، باعتماد نهج قائم على الحقوق، وتوفير رعاية طويلة الأمد تحت مظلّة التغطية الصحية الشاملة.
- اعتماد الشروط المعيارية الدولية للجودة بحسب السياق الوطني والإمكانات المتاحة ولو بالحد الأدنى، بما فيها معايير نُظُم الإدارة والتوظيف والصحة والعناية الشخصية والبيئة المحيطة والسلامة ومعايير الجودة وغيرها.
- وضع آليات لتنظيم عمل مؤسسات الرعاية ومتابعتها بشكل دوري، وتفعيل آليات التفتيش والرقابة عليها.

## باء. الرعاية الصحية

- تطوير برامج رعاية صحية متخصّصة داخل دُور الرعاية، تركّز على إدارة الأمراض المزمنة والدعم النفسي والاجتماعي، مع التأكيد على اعتماد التقييم الشامل لكبار السن (Comprehensive Geriatric Assessment) كنهج أساسي في التعامل الطبي والصحي.
- تدريب وتأهيل كوادر صحية متخصّصة في رعاية كبار السن وطب الشيخوخة في المنشآت الصحية ومراكز الإيواء.
- إدراج اختصاص طب ورعاية الشيخوخة في الجامعات ومعاهد التمريض، وتدريب وتوظيف المتخرجين منها داخل مؤسسات الرعاية، بمن فيهم أخصائيو التغذية والعلاج الطبيعي والدعم النفسي والرعاية التلطيفية.
- إدخال خدمات الرعاية الصحية لكبار السن في مراكز الصحة الأولية، وإنشاء صيدليات مجانية ضمن دُور كبار السن.

- تعزيز خدمات الرعاية النفسية داخل الدار، من خلال زيادة عدد الأخصائيين النفسيين؛ وتوفير برامج دعم نفسي جماعية وفردية؛ بالإضافة إلى تشجيع المسنين على طلب الدعم وكسر حاجز الوصمة المرتبطة بالأمراض النفسية.

## جيم. الرعاية الاجتماعية والترفيهية

- إنشاء مراكز رعاية نهارية لتخفيف الضغط على الدُور الإيوائية.
- إعادة تأهيل دُور رعاية كبار السن المتضررة من الحرب وتزويدها بالاحتياجات الأساسية.
- توسيع الطاقة الاستيعابية للدُور القائمة وتحسين جودة الخدمات المقدّمة والبيئة المبنية.
- إنشاء دُور جديدة لرعاية كبار السن في المحافظات الأخرى مثل حضرموت ولحج والضالع وأبين وشبوة.
- تدريب وتأهيل الكوادر العاملة في دُور الرعاية للتعامل مع كبار السن واستقطاب كوادر متخصِّصة أو التعاقد معها.
- إدراج الأنشطة الترفيهية ضمن الخدمات التي تقدّمها دُور المسنين، وتفعيل برامج الرحلات لزيارة الأماكن السياحية والرياضية المناسبة لقدرات كبار السن.
- تفعيل مشاركة النزلاء في الشعائر الدينية والتخطيط لرحلات موسمية وفق قدراتهم، لما لذلك من أهمية على الصعيد المعنوي والروحي.

## دال. إدارة المخاطر والسلامة

- اعتماد وسائل وقاية لحماية كبار السن وضمان الأمن والسلامة العامة في دُور رعاية كبار السن.
- تنظيم تدريبات دورية للموظفين للتعامل مع الحرائق والطوارئ.

## هاء. الاتصال الأسري والوعي المجتمعي

- تنظيم لقاءات دَورية مع أسر وأقارب النزلاء في دُور الرعاية لتعزيز الاتصال الأسري وتقليل الشعور بالعزلة والاكتئاب.
- إطلاق برامج توعية أسرية حول أهمية رعاية كبار السن داخل الأسرة لتخفيف الاعتماد على الرعاية المؤسسية.
- نشر ثقافة العمل التطوعي بين الشباب لخدمة كبار السن في دُور الرعاية وتعزيز التكافل بين الأجيال.

## واو. الوقاية من العنف والإساءة

- استكمال إصدار قانون خاص بحقوق كبار السن وحمايتهم من كافة أشكال التمييز والإساءة والاستغلال والعنف أيّاً كان مكان إقامتهم.
- وضع آلية رسمية للتبليغ عن حالات العنف والإساءة التي قد يتعرّض لها كبار السن في دُور الرعاية والتعاون مع السلطات القضائية والأمنية لملاحقة مرتكبيها.
- وضع برامج توعوية لكبار السن في دُور الرعاية لكسر حاجز الخوف والصمت لديهم، وحثّهم على التبليغ عن حالات الإساءة والعنف.
- تشجيع دُور الرعاية على استقبال الحالات المعرَّضة للإساءة وتوفير الحماية لها.

## زاي. التمويل والاستدامة

- زيادة المخصَّصات المالية لدُور الرعاية، وإنشاء صندوق وطني لدعم خدمات الرعاية في المؤسسات.
- إجراء دراسة شاملة عن التكلفة الفعلية لإقامة كبار السن في دُور الرعاية لتحديد مساهمة الحكومة فيها وأخذ تقلّبات الأسعار في الحسبان.

- تطوير استراتيجية متكاملة تهدف إلى تنويع مصادر التمويل واستحداث آليات لجذب دعم إضافي، سواء من القطاع الخاص أو منظمات المجتمع المدني أوالمنظمات الإنسانية والدولية.

## حاء. التنسيق والشراكة

- تشجيع بناء شراكات فعّالة بين دُور الرعاية والجهات الحكومية وغير الحكومية والمنظمات الإقليمية والدولية من خلال اتفاقيات تعاون واضحة.
- تفعيل دَور منظمات المجتمع المدني في تقديم خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن في دُور الرعاية.
- الطلب من المنظمات الإقليمية العاملة في مجال الشيخوخة وكبار السن تطوير أدلة حول معايير الجودة في دُور الرعاية يمكن تكييفها لتتناسب مع السياق الوطني.
- الطلب من المنظمات الإقليمية العاملة في مجال الشيخوخة وكبار السن إنشاء منصة إقليمية لتبادل الخبرات وأفضل الممارسات في مجال رعاية كبار السن المقيمين في المؤسسات.

## طاء. تعزيز النُّظُم الوطنية لجمع وتحليل البيانات المتعلقة بكبار السن

- جمع بيانات مفصّلة عن كبار السن المقيمين في الدُور حسب الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، والإعاقة، وغيرها.
- إدراج مؤشرات خاصة بكبار السن بشكل عام، وفي دُور الرعاية بشكل خاص، ضمن المسوحات الوطنية الدَورية، وإعداد الدراسات بشأنهم.
- نشر البيانات والأبحاث بشفافية وانتظام بهدف دعم اتخاذ القرار القائم على الأدلة واستقطاب الدعم التقني والمالي.

## ياء. الحوكمة وإدارة الجودة

- تبنّي الشروط المعيارية لنُظُم الإدارة الجيدة والتوظيف وتقديم الخدمات ومؤشرات الأداء ومسؤوليات العاملين.
- اعتماد دليل جودة شامل للمؤسسة والعاملين يَسهُل استخدامه.
- تصميم نماذج تقييم دَورية لقياس رضا النزلاء وأداء الكوادر بشكل دَوري، على أن يتم التقييم باستخدام وسائل تشخيصية مناسبة تُسهم في التخطيط الأمثل للرعاية.
- تأسيس لجان جودة داخلية تضم ممثلين عن الإدارة والكوادر الصحية والاجتماعية وممثلين عن كبار السن، لمتابعة تنفيذ خطط تحسين الأداء والتأكّد من الالتزام بالمعايير.

تندرج هذه الدراسة في إطار الجهود التي تبذلها الجمهورية اليمنية في تنفيذ الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن (2022-2028). وهي تتناول واقع مؤسسات رعاية كبار السن في اليمن، والتي تعاني من قصور في جودة بعض الخدمات المقدّمة، بفعل التحديات الجسيمة التي تعيق مسار التنمية في البلد، وغياب معايير وطنية واضحة ومتكاملة لضمان جودة الرعاية المخصَّصة لهذه الفئة السكانية.

وتهدف الدراسة إلى تحليل واقع دُور رعاية كبار السن في اليمن وأبرز التحديات التي تواجهها، وإلى استكشاف الفرص المتاحة لتطويرها. وهي ترمي إلى تحديد أولويات كبار السن المقيمين في هذه المؤسسات، وتقديم توصيات عملية للارتقاء بمستوى الخدمات المقدّمة لهم، لا سيّما من خلال توفير الكوادر البشرية المؤهلة والمتخصِّصة، وتقديم الرعاية الصحية المتكاملة، وتوفير البيئة المناسبة.

2500443A