الأمم المتحدة

CRPD/CSP/2020/3

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

Distr.: General
29 September 2020
Arabic
Original: English

مؤتمر الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

الدورة الثالثة عشرة

نيويورك، كانون الأول/ديسمبر 2020*

البند 5 (ب) ’2‘ من جدول الأعمال المؤقت**

المسائل المتعلقة بتنفيذ الاتفاقية: مناقشات المائدة المستديرة

معالجة حقوق واحتياجات كبار السن ذوي الإعاقة: الشيخوخة والاتجاهات الديمغرافية

مذكرة من الأمانة العامة

أعدت الأمانة العامة هذه المذكرة بالتشاور مع كيانات الأمم المتحدة وممثلي المجتمع المدني وغيرهم من أصحاب المصلحة المعنيين لتيسير مناقشة المائدة المستديرة عن موضوع ”معالجة حقوق واحتياجات كبار السن ذوي الإعاقة: الشيخوخة والاتجاهات الديمغرافية“. وتحيل الأمانة العامة طيه المذكرة، على النحو الذي أقره مكتب المؤتمر، إلى مؤتمر الدول الأطراف في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في دورته الثالثة عشرة.

* لا يزال يُنتظر أن تؤكد لجنة المؤتمرات المواعيد نظراً لاستمرار الحالة الناجمة عن جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19).

** CRPD/CSP/2020/1.

231020 121020 20-12748 (A)

الرجاء إعادة استعمال الورق

أولا - مقدمة

1 - في عالم يضم حاليا أكثر من 901 مليون شخص في سن الستين فما فوق، تعتبر حقوق المسنين واحتياجاتهم مسألة حاسمة تهم 12 في المائة من سكان العالم، رغم أنها لا تنال قدرا كافيا من الانتباه[1]. وترتبط الشيخوخة والإعاقة ارتباطا وثيقا. وفي جميع أنحاء العالم، يعاني ما يقرب من نصف الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق من شكل من أشكال الإعاقة.

2 - ورغم ارتفاع معدل انتشار الإعاقة بين المسنين، فإن احتياجات كبار السن ذوي الإعاقة والمخاطر التي تعترضهم، والتحديات التي يواجهونها في الحصول على المساعدة التي يحتاجون إليها، لا تُفهم فهما جيدا، ولا تُعالج في كثير من الأحيان. وعلى سبيل المثال، تميل البرامج الحالية الموجهة نحو الإعاقة إلى التركيز على الأطفال أو البالغين الأصغر سنا، في حين أن البرامج الإنمائية الرئيسية، بما فيها البرامج التي تشمل كبار السن، لا تشمل منظور الإعاقة في كثير من الأحيان.

3 - ويمكن أن تؤدي التحيزات والأفكار المسبقة بشأن كبار السن إلى عدم الاعتراف بإعاقاتهم. ويُنظر بشكل خاطئ إلى الإعاقة الوظيفية على أنها نتيجة طبيعية للشيخوخة، وتعتبر المعايير المجتمعية الإعاقة في سن الشيخوخة أمرا عاديا. وبالتالي، يحتمل ألا يعتبر كبار السن أنفسهم من ذوي الإعاقة، رغم أنهم يواجهون في كثير من الأحيان صعوبات كبيرة تعيق سير حياتهم اليومية. والعمر الذي يعاني فيه المرء من الإعاقة لأول مرة يؤثر في كثير من الأحيان على إحساس المرء بهويته. ويواجه الأشخاص الذين يصابون بإعاقة قبل بلوغ الشيخوخة والأشخاص الذين يصابون بحالات عجز في سن الشيخوخة مجموعة واسعة من التحديات المشتركة، إلى جانب تحديات متميزة.

4 - وتبحث هذه المذكرة في كلتا الفئتين بوصفهما مجموعة واحدة من كبار السن ذوي الإعاقة، وتشير - عند الاقتضاء - إلى التحديات المحددة قد يواجهها الأشخاص المصنفون في كل فرع في ظروف معينة.

ثانيا - الأطر الدولية ذات الصلة بالموضوع

5 -- رغم أن معظم دول العالم تقريباً قد صدقت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ورغم الخطوات التي اتخذتها الدول الأطراف لتنفيذها، لا يزال العديد من كبار السن ذوي الإعاقة يواجهون عقبات تحول دون تمتعهم الكامل بحقوقهم.

6 - ولا يزال الإطار الدولي للشيخوخة والإعاقة يتطور مع تزايد اعتراف المجتمع الدولي بمنظور الشيخوخة وأهميته الكبيرة في جدول الأعمال العالمي.

7 - ولا يوجد صك دولي لحقوق الإنسان يتناول على وجه التحديد حقوق كبار السن ومجموعة التحديات التي يواجهونها. والاتفاقيات الدولية القائمة المتصلة بحقوق الإنسان تنطبق على الجميع سواسية، بمن فيهم كبار السن. وفي عام 1991، اعتمدت الجمعية العامة في قرارها 91/46 "مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن"، التي سلطت فيها الضوء على مبادئ الاستقلال والمشاركة والرعاية وتحقيق الذات والكرامة باعتبارها مبادئ حاسمة بالنسبة لظروف معيشة كبار السن وسياساتهم الاجتماعية. واتفاقية حقوق

(1) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Ageing 2015* (New York, 2015).

الأشخاص ذوي الإعاقة هي أحد الصكوك النادرة التي تشير إلى السن والمسنين. والصك الوحيد الآخر الذي يشير إلى السن هو الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم. ورغم عدم وجود مادة قائمة بذاتها مكرسة لكبار السن ذوي الإعاقة (على خلاف حال النساء والأطفال ذوي الإعاقة)، فإن الاتفاقية تبرز مسألة السن بوصفها شاغلاً شاملاً.

8 - ووجّهت المقررة الخاصة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الانتباه إلى ذلك الجانب من الاتفاقية في تقريرها لعام 2019 (A/74/186). وذكّرت بأن ديباجة الاتفاقية تبرز أشكال التمييز المتعددة والمتداخلة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة، بما في ذلك على أساس السن، وبأن المادة 8 (إذكاء الوعي) تشير إلى الالتزام بمكافحة القوالب النمطية وأشكال التحيز والممارسات الضارة المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك تلك القائمة على السن؛ وتشير المادة 13 (إمكانية اللجوء إلى القضاء) إلى توفير التيسيرات الإجرائية التي تتناسب مع أعمارهم؛ وتقرّ المادة 16 (عدم التعرض للاستغلال والعنف والاعتداء) بأهمية تقديم خدمات المساعدة والحماية بشكل يراعي أعمارهم؛ وتشير المادة 25 (الصحة) إلى كبار السن صراحة فيما يتعلق بالخدمات الصحية من أجل التقليل إلى أدنى حد من الإعاقات ومنع وقوع المزيد منها؛ وتدعو المادة 28 (مستوى المعيشة اللائق والحماية الاجتماعية) الدول إلى ضمان استفادة كبار السن ذوي الإعاقة من برامج الحماية الاجتماعية وبرامج الحد من الفقر.

9 - ويمثل الإعلان السياسي وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة (A/CONF.197/9، الفصل الأول، القرار 1) اللذان اعتُمدا في عام 2002، الوثيقة الرئيسية للسياسات الدولية المتعلقة بكبار السن. ولا تشير أي من المواد الـ 19 الواردة في الإعلان السياسي إلى كبار السن ذوي الإعاقة. وعلى الرغم من ذلك، فإن خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة تقدم جدول أعمال لمعالجة السياسات المتعلقة بالشيخوخة، وتقدم سلسلة من التوصيات وتعمل كمورد لوضع السياسات، وتشير تحديداً إلى كبار السن ذوي الإعاقة[2].وتتمحور خطة العمل حول ثلاثة توجّهات ذات أولوية:

(أ) التوجه الأول ذو الأولوية (كبار السن والتنمية) ينص على ضرورة معاملة كبار السن معاملة عادلة تحفظ كرامتهم، بصرف النظر عن حالة العوق أو أي حالة أخرى، وتقدير قيمتهم بمعزل عن إسهامهم الاقتصادي. ويؤكد أهمية اعتماد سياسات لتمديد إمكانية التشغيل من قبيل اتخاذ ترتيبات عمل جديدة تتيح التقاعد المرن، وتهيئة بيئة عمل متكيفة والتأهيل المهني لكبار السن ذوي الإعاقة. ويبرز أيضا أهمية ضمان الدخل وتدابير الحماية الاجتماعية/الضمان الاجتماعي، بما في ذلك التأمين ضد العجز.

(ب) التوجه الثاني ذو الأولوية (توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة) يدعو إلى وضع تدابير للتدخل المبكر للوقاية من المرض والعجز أو تأخيره. ويؤكد أن مشاكل الصحة العقلية هي الأسباب الرئيسية للإعاقة في العالم بأسره، ويحدد سلسلة من التدابير التي تدعم تطوير خدمات الرعاية الصحية العقلية الشاملة. وتتضمن خطة العمل دعوة إلى تركيز السياسات والبرمجة الوطنية على القضايا المتعلقة بكبار السن ذوي الإعاقة، ووضع سلسلة من التدابير لضمان تيسير الوصول إلى الرعاية الصحية، وخدمات إعادة التأهيل، والسكن الميسَّر، والأماكن العامة، والأماكن والخدمات التجارية، والتكنولوجيات المساعدة، من بين أمور أخرى.

(2) تختلف خطة العمل عن الاتفاقية من حيث أن مبادئها تشير إلى العيش في المجتمع "لأطول فترة ممكنة".

(ج) التوجه الثالث ذو الأولوية (كفالة تهيئة بيئة تمكينية وداعمة) يدعو إلى تحسين تصميم المساكن والبيئة المحيطة لتشجيع المعيشة المستقلة عن طريق مراعاة احتياجات كبار السن وخاصة المعاقين منهم. ويبرز ذلك ضرورة تحسين توافر وسائل النقل التي يسهل الوصول إليها بتكلفة معقولة، بما في ذلك تصميم طرق أكثر أمانا واستحداث أنواع جديدة من السيارات التي تلبي احتياجات كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. ويدعو إلى إعداد استراتيجيات لتلبية الاحتياجات الخاصة لمقدمي الرعاية المسنين للأشخاص ذوي الإعاقة المعرفية. ويدعو أيضا إلى اتخاذ تدابير لتشجيع وسائط الإعلام على نشر صور تبرز حكمة كبار السن من النساء والرجال ونقاط قوتهم وإسهاماتهم وشجاعتهم وسعة حيلتهم، بما في ذلك كبار السن ذوو الإعاقة.

10 - وخطة التنمية المستدامة لعام 2030 هي وثيقة أخرى تطالب بحماية حقوق كبار السن ذوي الإعاقة[3]. فباعتماد خطة عام 2030، تعهدت الدول الأعضاء بضمان عدم ترك أحد خلف الركب حين تنفيذ أهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك جميع الأشخاص ذوي الإعاقة، بصرف النظر عن أعمارهم. ويشار إلى الإعاقة مرات متعددة في أهداف التنمية المستدامة، وتحديداً في الأجزاء المتعلقة بالقضاء على الفقر (الهدف 1)، والتعليم وفرص التعلم مدى الحياة (الهدف 4)، والنمو والعمالة (الهدف 8)، والحد من أوجه عدم المساواة، بما يشمل تمكين وتعزيز الإدماج الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للجميع (الهدف 10)، وتوفير إمكانات الوصول في المستوطنات البشرية، بما في ذلك نظم النقل والأماكن العامة الآمنة التي يسهل الوصول إليها (الهدف 11)، وكذلك تعزيز الدعم لبناء القدرات في مجال جمع البيانات المصنفة حسب نوع الإعاقة ورصد أهداف التنمية المستدامة (الهدف 17). وجميع الأهداف مهمة لإدماج كل الأشخاص ذوي الإعاقة وتنمية قدراتهم.

11 - وفي إطار منظومة الأمم المتحدة، وضعت جمعية الصحة العالمية في قرارها 69-3 المؤرخ 29 أيار/مايو 2016 بعنوان "استراتيجية وخطة عمل عالميتان بشأن الشيخوخة والصحة للفترة 2016-2020: عالم يتسنى فيه لكل فرد أن يحيا حياة طويلة ويتمتع بالصحة"، إطاراً لتحقيق شيخوخة صحية للجميع، بمن فيهم كبار السن ذوو الإعاقة. وفي آب/أغسطس 2020، أطلقت منظمة الصحة العالمية عقد الشيخوخة الصحية 2020-2030، الذي يتضمن التزاماً بتهيئة بيئات مادية واجتماعية حضرية وريفية ملائمة بحسب السن، من خلال السياسات والنظم والخدمات والمنتجات والتكنولوجيات.

ثالثا - الشيخوخة والإعاقة: القضايا والتحديات

12 - إن نطاق وسرعة التغير الديمغرافي يقتضيان زيادة الاهتمام بالسكان المسنين، حيث يتوقع أن تصل نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق إلى 21 في المائة من سكان العالم بحلول عام 2050. ويعيش معظم هؤلاء السكان المسنين في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. ومن المتوقع أن يتضاعف عدد المسنين في العالم، بالأرقام المطلقة، ما بين عامي 2015 و 2050، ليصل إلى ما يقرب

(3) قرار الجمعية العامة 1/70.

من 2,1 بليون شخص في عام 2050. ولا يزال عدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 80 سنة فما فوق يتزايد بتسارع، ومن المتوقع أن يزداد بأكثر من ثلاثة أمثال بين عامي 2015 و 2050[4].

13 - وتكون الإعاقة أكثر شيوعا بين كبار السن. وعلى الصعيد العالمي، يعاني ما يقرب من نصف الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق (46 في المائة) شكلاً من أشكال الإعاقة[5]. ويتزايد انتشار الإعاقة مع التقدم في السن، وسيرتفع عدد الأشخاص ذوي الإعاقة مع تزايد أعمار السكان والمشاكل الصحية المزمنة التي تؤدي إلى العجز والإعاقة. وتكون معدلات الإعاقة مرتفعة بوجه خاص لدى الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 80 سنة فما فوق.

14 - كما أن جائحة مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) العالمية تزيد من تعرض كبار السن والأشخاص المصابين أصلاً باعتلالات صحية أخرى، وكثير منهم يعانون من إعاقات، لمزيد من خطر الإصابة بأمراض شديدة والوفاة. وفي أيار/مايو 2020، أصدر الأمين العام للأمم المتحدة موجزا سياساتيا عن تأثير جائحة كوفيد-19 على كبار السن[6]، وموجزا سياساتيا آخر عن مراعاة احتياجات ذوي الإعاقة في تدابير التصدي لجائحة كوفيد-19[7]، سلط فيهما الضوء على مجموعة من المخاطر والتحديات التي تواجه كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة بصفة خاصة، ودعا فيهما إلى التصدي للوباء باتخاذ تدابير أقوى تراعي احتياجات ذوي الإعاقة والفئات العمرية. وأبدى ما مجموعه 146 دولة من الدول الأعضاء تأييداً قوياً للنداء الموجه للتشجيع على التصدي للوباء باتخاذ تدابير تحترم حقوق وكرامة كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة من أجل بناء مجتمع أقوى يوفر إمكانية المشاركة وإمكانية الوصول والنمو المستدام للجميع.

15 - وتكشف الأدلة الناشئة أن الجائحة تؤثر في كبار السن بنسب أعلى من غيرهم، ويصل معدل الوفيات لدى المصابين البالغين سن الثمانين فما فوق إلى خمسة أمثال المعدل المتوسط العالمي[8]. فعلى سبيل المثال، وقعت نسبة 95 في المائة من الوفيات في أوروبا بين من تزيد أعمارهم عن 60 عاما[9]، و 80 في المائة من الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية بين من تبلغ أعمارهم 65 عاما فما فوق[10]، وتراوحت معدلات الوفيات بين كبار السن الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فما فوق في منطقة آسيا والمحيط الهادئ بين 20 و 40 ضعفاً مقارنة ببقية فئات السكان[11]. ولئن كانت عواقب المرض في الأجل الطويل لا تزال مجهولة، فإن من المحتمل

(4) Promoting Inclusion through Social Protection: Report on the World Social Situation 2018 (United Nations publication, Sales No E.17.IV.2), pp. 47 and 48.

(5) United Nations Population Fund (UNFPA) and HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge*, (New York, 2012), p. 61.

(6) الأمم المتحدة، "أثر كوفيد-19 على كبار السن"، موجز سياساتي، أيار/مايو 2020.

(7) الأمم المتحدة، "مراعاة احتياجات ذوي الإعاقة في تدابير التصدي لجائحة كوفيد-19"، موجز سياساتي، أيار/مايو 2020.

(8) World Health Organization (WHO), "COVID-19 strategy update", 14 April 2020.

(9) Hans Henri P. Kluge, "Statement: older people are at highest risk from COVID-19 , but all must act to prevent community spread", WHO, 2 April 2020.

(10) Centers for Disease Control and Prevention, "Your health: older adults". متاح على الرابط التالي: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html.

(11) Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, "The impact and policy responses for COVID-19 in Asia and the Pacific", 26 March 2020.

أن يزداد خطر إصابة الأشخاص بإعاقات جديدة بسبب معاناتهم أصلا من اعتلالات صحية أو افتقارهم إلى خدمات الرعاية الصحية. ويمكن أن يكون لفترات العزل المطولة أثر خطير على الصحة العقلية والرفاه، لا سيما عندما يقترن ذلك بعدم الحصول على الرعاية الكافية. وفعلا، تشير الأدلة الناشئة المتصلة بآثار تدابير الإغلاق في سياق الجائحة على الأشخاص المصابين بالخرف إلى تدهور الاستقلال الوظيفي والأعراض المعرفية، وزيادة الهياج، والخمول، والاكتئاب، وتراجع حالتهم الصحية[12].

16 - وتجدر الإشارة إلى أن معدلات الإعاقة لدى كبار السن تكون أعلى بين النساء مقارنة بالرجال. ففي الفترة 2002-2004، كانت الفروق بين معدلات الإعاقة بين من بلغوا 65 سنة فما فوق تزيد بعشر نقاط مئوية للنساء مقارنة بالرجال في 59 بلدا[13]. وتؤدي الحواجز الجنسانية التي تحول دون حصول المسنات ذوات الإعاقة على الرعاية الصحية والمشاركة السياسية والعدالة إلى العزلة والاستبعاد. ويزداد احتمال إيداع المسنات ذوات الإعاقة في مؤسسات رعاية، وتعرضهن للعنف وسوء المعاملة والإهمال، وهي حوادث لا يُبلّغ عن الكثير منها[14]. ويكمن في جوهر هذه الانتهاكات الماسة بحقوق الإنسان التمييز والوصم والقوالب النمطية عن المسنات ذوات الإعاقة[15].

17 - ولقد تفاقمت هذه التحديات خلال جائحة كوفيد-19. فعلى سبيل المثال، وردت خلال الأزمة تقارير عن زيادة خطر تعرض النساء للإيذاء والعنف، بمن فيهن المسنات ذوات الإعاقة، ولا سيما اللائي يعشن في مؤسسات ومنشآت رعاية طويلة الأجل[16]. وللعزلة الاجتماعية الناجمة عن تدابير التباعد البدني التي تؤثر عموماً على كبار السن ذوي الإعاقة تبعات أشد على المسنات ذوات الإعاقة نتيجة لأوجه عدم المساواة التي يعانين منها في مجالات أخرى. ففي المنطقة العربية على سبيل المثال، تبلغ نسبة النساء الأميات المسنات (68 في المائة) نحو مِثْلَيْ نسبة الرجال الأميين (36 في المائة)، وبالتالي تكون النساء في وضع ضعيف جدا فيما يخص الحصول على معلومات عن التدابير الوقائية أو استخدام التكنولوجيات للاتصال بأحبائهن[17].

18 - وتشمل الأسباب الرئيسية للعجز في سن الشيخوخة ضعف البصر وفقدان السمع والتهاب المفاصل[18]. ويعتبر الخرف، الذي يزداد انتشاره مع التقدم في السن، السبب الرئيسي لسنوات الحياة الصحية المفقودة بسبب الإعاقة في البلدان المتقدمة، وثاني أكبر سبب في العالم. وتتأثر النساء بالخرف بنسب أعلى بكثير من الرجال. وأدرجت منظمة الصحة العالمية الخرف في الدرجة الخامسة في قائمة أهم أسباب وفاة

(12) Aida Suárez-González, "Detrimental effects of confinement and isolation on the cognitive and psychological health of people living with dementia during COVID-19: emerging evidence", London School of Economics and Political Science, International Long-term Care Policy Network, 1 July 2020.

(13) World Health Organization and World Bank, *World Report on Disability* (Geneva, 2011), p. 35.

(14) Western University, Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children, "Violence against women who are older", in *Learning Network*, vol. 18 (London, Canada, 2016).

(15) انظر CEDAW/C/GC/27، الفقرة 13.

(16) World Health Organization, "Addressing violence against children, women and older people during the COVID-19 pandemic: key actions", 17 June 2020.

(17) انظر E/ESCWA/2020/POLICY BRIEF.12.

(18) UNFPA and HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century*, p.61.

النساء في جميع أنحاء العالم، وهو سبب رئيسي للوفاة والإعاقة بين كبار السن. وفي عام 2010، قُدّر عدد الأشخاص المصابين بالخرف بنحو 35,6 مليون شخص. ومن المتوقع أن يتضاعف هذا العدد تقريبا كل 20 عاما، ليصل إلى 65,7 مليون شخص في عام 2030 و 115,4 مليون شخص في عام 2050. وفي جميع أنحاء العالم، يصل عدد حالات الخرف الجديدة إلى نحو 7,7 مليون حالة، أي ما يعادل حالة واحدة جديدة كل أربع ثوان[19].

19 - ويواجه كبار السن ذوو الإعاقة مجموعة محددة من التحديات التي تعيق التمتع بحقوقهم؛ ويرد أدناه موجز عن العديد منها.

ألف - أشكال التمييز المتعددة والمتداخلة

20 - يمكن أن يواجه كبار السن ذوو الإعاقة أشكالاً متعددة ومتداخلة من التمييز على أساس بعض الخصائص مثل السن أو الجنس أو الإعاقة. وينبغي أن يؤخذ ذلك في الحسبان في الجهود المبذولة لضمان التمتع الكامل بجميع حقوقهم. فعلى سبيل المثال، إن ما يواجهه الأشخاص ذوو الإعاقة من تحيّز موثق جيداً يتفاقم بسبب التمييز المرتبط بالسن المعروف أيضا باسم التمييز ضد المسنين. ويستند التمييز ضد المسنين إلى قوالب نمطية سلبية عن كبار السن مثل بلوغهم نهاية عمرهم، أو اعتمادهم على الغير وعدم إنتاجهم أي شي، أو اعتمادهم على المساعدات الخيرية بدلا من إمساك زمام أمورهم بأيديهم، أو استفادتهم من امتيازات خاصة وبالتالي غير مستحقة[20]. وكشفت أزمة كوفيد-19 عن انتشار مواقف تنم عن التمييز ضد المسنين، حيث وردت تقارير عن تعليقات تمييزية وخطابات كراهية تستهدف كبار السن في الخطاب العام[21]. ويجب على الحكومات أن تكرس الجهود لتفنيد القوالب النمطية السلبية سعياً للقضاء على التمييز ضد المسنين في سياق الوباء، وأن تروّج لخطاب إيجابي يبرز المساهمات القيمة التي قدمها كبار السن خلال الجائحة، مثل العديد من الأطباء المتقاعدين والممرضات والعلماء والباحثين الذين استجابوا لدعوات الحكومات إلى العودة للعمل.

21 - ويندر أن توفر القوانين والسياسات والممارسات الوطنية حماية مناسبة من أشكال التمييز المتعددة والمتداخلة. ففي بعض البلدان، على سبيل المثال، قد يفقد الأشخاص ذوو الإعاقة بعض الحقوق عندما يبلغون سناً معينة. وغالباً ما تكون برامج الإعاقة والمِنح المتعلقة بالإعاقة - مثل المِنح التي تقدم لشراء مركبة معدّلة - مقترنة بشرط ألا يتجاوز عمر المستفيدين 70 عاماً. وبالمثل، فإن من يصابون بإعاقة لأول مرة في سن الشيخوخة يحتمل ألا يُمنحوا أبدا الحق في الحصول على استحقاقات أو خدمات الإعاقة، مثل المساعدة الشخصية وبدل التنقل. ويمكن أن يكون مثل هذا التمييز تراكمياً طوال حياة الفرد. فعلى سبيل المثال، قد يكون الشخص ذو الإعاقة الذي لا يستطيع العمل بسبب ما يواجهه من تمييز أكثر عرضة للفقر في وقت لاحق في حياته وقد يعجز أيضا عن الحصول على مساعدة تدعم سُبُل عيشه أو على خدمات مالية بسبب تجاوزه العمر المحدد. فمثل هذا التمييز بأشكاله المتعددة والمتداخلة، التي تتعارض مع المادة 5

(19) UNFPA and HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century*, p. 63. انظر أيضا World Health Organization and Alzheimer's Disease International, *Dementia: A Public Health Priority* (Geneva, 2012).

(20) Thomas Nicolaj Iversen, Lars Larsen and Per Erik Solem, "A conceptual analysis of ageism", in *Nordic Psychology*, vol. 61, No. 3 (2009), pp.4–22.; Frédéric Mégret, "The human rights of older persons: a growing challenge", in *Human Rights Law Review*, vol. 11, No. 1 (March 2011), pp. 37–66.

(21) الأمم المتحدة، "أثر كوفيد-19 على كبار السن".

من الاتفاقية (المساواة وعدم التمييز)، يؤدي بدوره إلى مزيد من انتهاكات حقوق الإنسان، مثل الافتقار إلى الخدمات وأنواع الدعم التي تتيح التمتع بالحق في العيش المستقل والإدماج في المجتمع (بموجب المادة 19 من الاتفاقية) والحرمان من الحق في الأهلية القانونية والمشاركة، من بين حقوق أخرى. ويلزم إيلاء مزيد من الاهتمام لكبار السن الذين يصابون بإعاقات في وقت لاحق من حياتهم وقد يواجهون حواجز لا مثيل لها تحول دون تمتعهم الكامل بحقوق الإنسان على قدم المساواة مع الآخرين، وذلك على سبيل المثال عندما لا يستطيعون الحصول على ما يلزم من خدمات ودعم لذوي الإعاقة أو حين يُوضعون تحت الوصاية.

باء - الأهلية القانونية والعيش المستقل: زيادة خطر التعرض للعنف وسوء المعاملة والإهمال

22 - يكون كبار السن ذوو الإعاقة معرّضين أكثر من غيرهم لفرض الوصاية عليهم وإيداعهم في مؤسسات الرعاية وحبسهم في المنازل وإجبارهم على العلاج القسري مقارنة بكبار السن غير المصابين بإعاقة[22]. وينتهك ذلك حقهم في الاستقلالية الشخصية، وكذلك مبدأ الأهلية القانونية الشاملة المنصوص عليه في المادة 12 من الاتفاقية التي تنص على تمتع جميع الأشخاص ذوي الإعاقة بأهلية قانونية على قدم المساواة مع غيرهم، بصرف النظر عن أعمارهم. وهناك عدة عوامل تسهم في حرمان كبار السن ذوي الإعاقة من استقلاليتهم وأهليتهم القانونية، بما في ذلك الافتراضات والتحيزات القائمة على التمييز لأسباب تتعلق بالسن والقدرات (مثل اعتبارهم ضعفاء أو مصابين بالخرف، أو قليلي أو معدومي الحيلة)، وفقدان الدخل، وتخلي الأسرة عنهم. ومن الناحية العملية، يمكن أن يؤثر هذا الحرمان من الاستقلالية والأهلية القانونية في كل جانب تقريباً من جوانب حياة شخص مسن ذي إعاقة تُنتهك حقوقه، بما يشمل على سبيل المثال تقديم العلاج الطبي والرعاية الاجتماعية دون موافقة مستنيرة، والقرارات المتصلة بالانتقال إلى خدمات دعم أخرى، والوصول إلى المال وإنفاقه، واختيار مكان العيش، واختيار من يعيش معه، والحق في الزواج، أو كتابة وصية، أو الحق في الميراث.

23 - وأدى انتشار جائحة كوفيد-19 في دور ومؤسسات الرعاية إلى نتائج مدمرة بالنسبة لكثيرين من كبار السن ذوي الإعاقة. ولئن كان معدل الإصابة في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، مثل دور رعاية المسنين ومراكز إعادة التأهيل، قد تباين تباينا كبيرا داخل البلدان ومن بلد لآخر بحسب الأدلة الأولية، فإن بعض الدراسات الأولية تبيّن أن نسبة الوفيات في هذه الفئة تراوحت بين 42 في المائة و 57 في المائة من جميع الوفيات المنسوبة إلى جائحة كوفيد-19[23]. وتشير الأدلة إلى صعوبة السيطرة على مرض كوفيد-19 بمجرد انتشاره داخل أي مرفق، لأن تقديم خدمات الرعاية الشخصية يقتضي التقارب البدني الشديد. وفي هذا السياق، يواجه أيضاً كبار السن ذوو الإعاقة مزيداً من خطر التعرض للإهمال والإيذاء والعنف. كما أن استقلاليتهم تكون مهددة بشكل أكبر بسبب خطر انقطاع استمرارية بعض الخدمات، مثل المساعدين الشخصيين، والوسطاء، والمترجمين بلغة الإشارة. وفرضت الجائحة إلقاء نظرة نقدية على بعض المشاكل المزمنة في نظم الرعاية الطويلة الأجل مثل نقص التمويل، وتبخيس جهود العاملين فيها، وضعف تنسيق

(22) انظر A/74/186، الفقرة 29.

(23) Adelina Comas-Herrera, Joseba Zalakain and others, “Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence”, London School of Economics and Political Science, International Long-term Care Policy Network (12 April 2020), p 5.

السياسات بين الرعاية الصحية وخدمات الرعاية الطويلة الأجل[24]. وقد يكون تعزيز الدعم والخدمات المجتمعية عاملاً أساسيا للتشجيع على توفير ظروف الشيخوخة الكريمة والمحترمة لكبار السن ذوي الإعاقة.

24 - غير أن كبار السن ذوي الإعاقة يحرمون في أحيان كثيرة من الحق في العيش المستقل والاندماج في المجتمع على النحو المنصوص عليه في المادة 19 من الاتفاقية. ويتمثل محور هذه المشكلة في الافتقار إلى خدمات دعم جيدة في المجتمع المحلي، فضلا عن أن برامج الحماية الاجتماعية لا تغطي عادة الرعاية الطويلة الأجل[25]. وتفرض بعض البلدان حداً أقصى لعمر من يستفيدون من إعادة التأهيل. وعلاوة على ذلك، يواجه المسنون مواقف مجتمعية تنطوي على تمييز ضد المسنين وتؤدي إلى إبداء استعداد أكبر لتقبُّل إرسالهم إلى مؤسسات رعاية بصرف النظر عن اختيارهم الشخصي. ونتيجة لذلك، لا يزال المسنون ذوو الإعاقة في كثير من البلدان يُرسَلون إلى مرافق رعاية طويلة الأجل مثل دور ومنشآت رعاية المسنين، حيث يرجّح أن يبقوا في عزلة عن مجتمعاتهم، وقلما يتحكمون في ترتيبات معيشتهم اليومية (بما في ذلك ما يأكلون ويلبسون، ومتى يأكلون ويذهبون إلى الفراش)، ويمكن أن يعانوا من الحرمان من الحرية وانتهاك الخصوصية. وبالمثل، يؤدي أيضاً هذا النقص في خدمات الدعم داخل المجتمع المحلي إلى الاعتماد المفرط على أنواع الدعم غير الرسمي التي تقدمها بشكل رئيسي الأسر وشبكات العلاقات الشخصية. وإن ضمان حصول كبار السن ذوي الإعاقة على خدمات الدعم كجزء من نظام الحماية الاجتماعية أمر أساسي لضمان إعمال حقهم في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، مع ضمان المشاركة والإدماج في المجتمع، على النحو المنصوص عليه في المادتين 25 و 26 من الاتفاقية.

25 - ويتعرض كبار السن ذوو الإعاقة لدرجة كبيرة من مخاطر العنف والإيذاء والإهمال. وبموجب المادة 16 من الاتفاقية، تُلزم الدول الأطراف باتخاذ جميع التدابير المناسبة لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة بصرف النظر عن أعمارهم من جميع أشكال الاستغلال والعنف والاعتداء، بما في ذلك جوانبها القائمة على نوع الجنس. وعلى الرغم من ذلك، تبين الدراسات أن الإعاقة عامل شديد من عوامل الخطورة فيما يتصل بسوء معاملة كبار السن[26]. وتتخذ أنواع العنف والإيذاء أشكالاً مختلفة تشمل العنف البدني والنفسي والمالي والعنف الجنسي والجنساني. وفي مؤسسات الرعاية، يتعرض كبار السن ذوو الإعاقة لخطر العنف والإيذاء على يد المهنيين المكلفين بتقديم الرعاية. وفي تلك البيئات، مثل المستشفيات ومرافق رعاية المسنين، ودور الإقامة التي تقدم المساعدة، تكون تقديرات انتهاكات الحقوق منخفضة بسبب ضعف آليات الإبلاغ والكشف[27]. وبالمثل، يقلّ الإبلاغ عن سوء المعاملة في المجتمعات المحلية، ولا سيما عندما يكون المعتدي

(24) World Health Organization, “Preventing and managing COVID-19 across long-term care services”, policy brief, 24 July 2020.

(25) Xenia Scheil-Adlung, “Long-term care protection for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries”, International Labour Organization, *Extension of Social Security*, working paper No. 50 (Geneva, 2015)

(26) World Health Organization, “Risk factors for elder abuse”, Violence Info. متاح على الرابط التالي: http://apps.who.int/violence-info/studies/?area=elder-abuse&aspect=risk-factors&risk-factorlevel=Individual&risk-factor-sub-levels=Victim.

(27) Elizabeth M. Bloemen and others, “Trends in reporting of abuse and neglect to long-term care ombudsmen: data from the National Ombudsman Reporting System from 2006 to 2013” in *Geriatric Nursing*, vol. 36, No. 4 (2015), pp. 281–283.

أحد أفراد الأسرة[28]. وقد يواجه الأشخاص المصابون بالخرف خطراً أكبر بسبب حاجتهم الشديدة إلى الدعم وبسبب الصعوبات التي يواجهها الآخرون في تفسير كلامهم أو إشاراتهم. وخلصت إحدى الدراسات إلى أن احتمال وقوع كبار السن المصابين بمرض فقدان الذاكرة (الزهايمر) أو غيره من أشكال الخرف ضحيةً للإيذاء يزيد بمعدل 4,8 مرات مقارنة بكبار السن غير المصابين بهذه الاعتلالات[29]. وعلاج كبار السن المصابين بالخرف داخل مرافق الرعاية الطويلة الأجل موضوعٌ يثير القلق بوجه خاص. ولقد تم توثيق قيام بعض دور رعاية المسنين بإعطاء كبار السن بشكل روتيني أدوية لمعالجة الخرف بهدف السيطرة على سلوكهم دون موافقتهم، وإجبارهم على النوم، والتسبب بانخفاض الوزن وضمور العضلات وصعوبة التحكم بالبول وزيادة خطر السقوط بل والوفاة[30].

26 - وبالمثل، فإن النساء ذوات الإعاقة أكثر عرضة للخطر بسبب الأشكال المتداخلة للعنف والاستغلال وسوء المعاملة على أساس نوع الجنس والإعاقة؛ ويعرضهن ذلك أكثر من غيرهن لخطر التدخلات الطبية والنفسية القسرية، فضلا عن العنف وسوء المعاملة التي يرتكبها في معظم الأحيان أقرب المقربين إليهن. ويقدر أن احتمال تعرض النساء ذوات الإعاقة للإيذاء البدني أو الجنسي على يد أحد أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية يزيد بمعدل يتراوح بين 1,5 و 10 أمثال على احتمال تعرض غيرهن من النساء له[31]. ولكي تكون خطط التصدي لمرض كوفيد-19 والتعافي منه مراعية لاحتياجات ذوي الإعاقة، ينبغي لها أن تمنح أولوية أعلى لحماية النساء ذوات الإعاقة، بمن فيهن المسنات ذوات الإعاقة، وذلك بتوفير خدمات شاملة للجميع وميسرة لمساعدة الضحايا خلال الجائحة وما بعدها[32].

جيم - تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، بما في ذلك الأجهزة المساعِدة

27 - تقتضي المادة 9 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة أن تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة التي تكفل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة، على قدم المساواة مع غيرهم، إلى تكنولوجيات ونظم المعلومات والاتصالات. وتخلق التطورات السريعة، مثل الرقمنة والروبوتات والأتمتة والذكاء الاصطناعي والتكنولوجيات الأخرى، فرصاً لتحقيق مزيد من الاستقلالية. وبالمثل، فإن توافر الأجهزة والتكنولوجيات المساعِدة، ومعرفتها واستخدامها، من حيث صلتها بالتأهيل وإعادة التأهيل، على النحو المذكور في المادة 26 من الاتفاقية، مهمة أيضا لتمكين كبار السن ذوي الإعاقة. ولكن، من الناحية العملية، يمكن أن يواجه كبار السن ذوي الإعاقة تحديات في الحصول على هذه التكنولوجيات. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يُحرموا من الحصول عليها بسبب التمييز ضد المسنين، وعدم توفرها، وارتفاع تكاليفها، وفرض معايير تقييدية بشأن المؤهلين للحصول عليها، وعدم دمجها في نظم الدعم القائمة، وانعدام إمكانية الوصول المادي بسبب خصائص التصميم، وعدم وجود معلومات كافية عن الخدمات، والافتقار إلى المهارات اللازمة

(28) Dinesh Selhi and others (eds.), *European Report on Preventing Elder Maltreatment*, World Health Organization, Regional Office for Europe (Copenhagen, 2011).

(29) Xin Qi Dong, "Elder abuse: systematic review and implications for practice", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 63, No. 6 (June 2015), pp. 1214–1238.

(30) انظر على سبيل المثال، Hannah Flamm, "Why are nursing homes drugging dementia patients without their consent?", *Washington Post,* 10 August 2018

(31) Human Rights Watch, "Human rights for women and children with disabilities" (2012), page 5.

(32) الأمم المتحدة، "أثر كوفيد-19 على كبار السن".

للاستفادة من الحلول التكنولوجية. وعلاوة على ذلك، فإن شرائح معينة من السكان ذوي الإعاقة تكون محرومة بنسب أعلى من غيرها من الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والأجهزة المساعِدة واستخدامها بسبب عوامل تشمل انخفاض مستوى التحصيل العلمي، والانتماء إلى أقليات عرقية أو إثنية، وانخفاض دخل الأسرة المعيشية، والإصابة بإعاقة في وقت لاحق، والإعاقة المتصلة بوظائف عقلية وليس بوظائف بدنية أو حسية[33].

28 - وخلال جائحة كوفيد-19، تفاقمت الفجوة الرقمية التي يواجهها كبار السن ذوو الإعاقة، وازدادت اتساعاً في كثير من الأحيان بسبب البعد الجنساني. ويتجلى ذلك بوجه خاص في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان النامية. وحتى في البلدان ذات الدخل الأعلى، يحتمل ألا تكون حلول التطبيب عن بُعد متاحة أو ميسرة الوصول لكبار السن ذوي الإعاقة. ولئن كانت إمكانية الاتصال بالإنترنت متاحة لنصف سكان العالم، فإن كبار السن لا يزالون يفتقرون إلى ذلك بنسب أعلى بكثير من غيرهم، ولا يستطيعون استخدام خدمات مثل التسوق والمعاملات المصرفية عبر الإنترنت والتطبيب عن بُعد[34]. ولا يستطيع الكثيرون الاطلاع على إعلانات الصحة العامة فور صدورها لأن الأجهزة المساعِدة التي يستخدمونها لا تسمح غالبا بالوصول إلى مواقع الإنترنت وغيرها من مصادر المعلومات الإلكترونية الرقمية أو لا تسمح باستخدامها بشكل مريح.

دال - خدمات الرعاية الصحية وأثر مرض فيروس كورونا

29 - لا يزال الوصول إلى مجموعة كاملة من الخدمات الصحية العالية الجودة يمثل تحديا لكبار السن ذوي الإعاقة نظرا للحواجز العديدة التي تعيق توافرها، وإمكانية الوصول إليها، وتقديمها بتكلفة معقولة، والقيود المفروضة على التأمين الصحي. وهم يواجهون أيضا حواجز قانونية ومؤسسية وسلوكية، فضلا عن وصم الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن في نظام الرعاية الصحية. وعلاوة على ذلك، يرجح أن يوجد كبار السن ذوو الإعاقة في أنواع مختلفة من البيئات المؤسسية الرسمية وغير الرسمية التي يكون فيها وصولهم إلى خدمات الرعاية الصحية العامة على أساس الاختيار الحر المستنير ضعيفا.

30 - وتعزى الفجوات في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية إلى الحواجز المادية والمالية والسلوكية والإعلامية والتواصلية التي يواجهها كبار السن ذوو الإعاقة. ويُذكر في كثير من الأحيان أن الحواجز المادية تمثل مصدر مشاكل لهم، وهي تشمل المباني التي يتعذر الوصول إليها والافتقار إلى سبل الوصول إلى معدات التشخيص والعلاج الطبية. وعلاوة على ذلك، في البيئة الأوسع نطاقا، يؤدي تعذر الوصول إلى وسائل النقل أو عدم تيسّر كلفة استخدامها وسوء تعبيد الطرق والافتقار إلى مرافق الرعاية الصحية في الأرياف إلى معوقات واضحة للأشخاص ذوي الإعاقات الحسية أو الحركية أو المعرفية[35]. وعندما لا تتاح إمكانية الاتصال بلغة الإشارة، تنشأ حواجز تعيق الاتصال بين المرضى الذين يعانون من ضعف السمع

(33) H. Stephen Kaye, Patricia Yeager and Myisha Reed., "Disparities in usage of assistive technology among people with disabilities", in *Assistive Technology*, vol. 20, No. 4 (2008), pp.194–203.

(34) UNFPA and HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century*.

(35) Jean-François Trani and others, "Assessment of progress towards universal health coverage for people with disabilities in Afghanistan: a multilevel analysis of repeated cross-sectional surveys", *Lancet Global Health*, vol. 5, No. 8 (August 2017).

والأطباء. وتبيَّن أيضا أن ذلك يؤدي إلى أثر سلبي على جودة الرعاية الصحية التي يحصل عليها المرضى، وكذلك على استخدام الخدمات الوقائية[36]. ولا تتوفر في معظم البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل أدوات الاتصال البديل أو المحسَّن أو غيرها من الحلول التيسيرية الرقمية والمعلوماتية اللازمة للحصول على الرعاية الصحية العامة أو المتخصصة أو المستعجلة. وفي بعض البلدان، يشير أكثر من 30 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى أن مرافق الرعاية الصحية ليست ميسَّرة الوصول[37].

31 - وبالمثل، فإن أشكال التمييز المتعددة والمتداخلة، بما في ذلك التمييز على أساس السن والجنس، تخلق حواجز هائلة. فنظم الرعاية الصحية أو فرادى الجهات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية قد تقرر ترشيد الرعاية الصحية باتباع نظام الحصص، وتحرم بذلك كبار السن ذوي الإعاقة من الحصول الخدمات على قدم المساواة مع الآخرين. وتبيّن أن احتمال سوء معاملة الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء تلقي الخدمات الطبية يزيد بأربعة أمثال مقارنة بغيرهم (14 في المائة مقابل 4 في المائة) وأن احتمال حرمانهم تماماً من الخدمات يزيد بثلاثة أمثال مقارنة بغيرهم (26 في المائة مقابل 3 في المائة)[38].

32 - وتمثل تكاليف الرعاية الصحية تحدياً كبيراً في العديد من البلدان. ورغم أن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية عنصر من عناصر الحق في الصحة، فإن 39 في المائة من كبار السن ذوي الإعاقة يفيدون بأنهم غير قادرين على تحمل تكاليف زيارة مقدمي الرعاية الصحية[39]. وتكلفة الخدمات الصحية تحول دون حصول كبار السن ذوي الإعاقة على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها. ويتفاقم ذلك بسبب انخفاض دخل العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة وقلة الأصول التي يملكونها مقارنة بالأشخاص غير المعوقين، وبسبب كون الأسر التي تضم أشخاصاً من ذوي الإعاقة تتحمل بصفة عامة نفقات طبية أعلى مقارنة بغيرها من الأسر.

33 - ويمثل الحصول على الرعاية المسكّنة للآلام مصدر تحديات خاصة لكبار السن ذوي الإعاقة. ونسبة الأشخاص ذوي الإعاقة منخفضة في مراكز تقديم الرعاية المسكّنة للآلام ودور رعاية المرضى الميؤوس من شفائهم، ويعزى ذلك إلى أن مراكز تقديم خدمات الرعاية في نهاية العمر لا تملك القدرات الكافية لتلبية الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة. وعلاوة على ذلك، فإن خيارات الأشخاص ذوي الإعاقة لا تُحترم في كثير من الأحيان فيما يخص اتخاذ القرارات في نهاية الحياة. وعلى وجه الخصوص، يُستهان في كثير من الأحيان بقدرة الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية على التعبير عما يرغبون به أو يفضّلونه. وثمة أدلة أخرى تشير إلى انخفاض احتمال حصول الأشخاص الذين يزيد عمرهم عن 85 سنة

(36) Neuma Chaveiro, Celmo Celeno Porto and Maria Alves Barbosa, "The relation between deaf patients and the doctor", *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, vol. 75, No. 1 (January–February 2009); Michael M. McKee and others, "Impact of communication on preventive services among deaf American sign language users", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, No. 1 (July 2011); Rachel E. Hommes and others, "American sign language interpreters' perceptions of barriers to healthcare communication in deaf and hard of hearing patients", *Journal of Community Health*, vol. 43, No. 5 (October 2018)

(37) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Disability and Development Report: Realizing the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities 2018 (New York, 2019)

(38) منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، التقرير العالمي حول الإعاقة، الصفحة 64.

(39) المرجع نفسه.

على الرعاية المسكنة للآلام مقارنة بالأفراد الأصغر سناً، وأن هذا الاحتمال مرتفع بشكل خاص بالنسبة لكبار السن الذين يعانون من الخرف[40].

34 - وكبار السن ذوو الإعاقة هم أكثر عرضة لخطر الإصابة بمرض كوفيد-19. فتدابير النظافة الصحية الوقائية، بما في ذلك النظافة الشخصية وتنظيف الأسطح بشكل متكرر، يمكن أن تشكل تحدياً بالنسبة لكبار السن ذوي الإعاقة بسبب الإعاقات البدنية أو انقطاع الخدمات أو الحواجز البيئية. وقد يكون البعض منهم مضطرا إلى الاعتماد على لمس الأسطح، مثل من يستخدمون الكراسي المتحركة أو نظام برايل للقراءة، وبالتالي يكونون أكثر عرضة لملامسة الأسطح غير المعقمة، في حين يعتمد البعض الآخر على مقدمي الرعاية وبالتالي يكون انعزالهم مستحيلا. وعلاوة على ذلك، فإن بعض كبار السن ذوي الإعاقة الذهنية أو الأمراض النفسية - الاجتماعية أو العقلية لا يستطيعون البقاء في منازلهم لفترة طويلة من الزمن.

35 - ويواجه كبار السن ذوي الإعاقة تمييزاً على أساس السن، بسبب الضغط الشديد على نظام الرعاية الصحية وقلة توفر الموارد. وفي بعض البلدان، وُضعت بروتوكولات ومبادئ توجيهية لتقييم حالة المرضى وتصنيفهم استنادا إلى خصائص تمييزية أو غير طبية، مثل العمر الزمني أو الافتراضات ذات الطابع التمييزي بشأن نوعية أو قيمة الحياة على أساس الإعاقة أو الوهن[41]. ومع ذلك، توجد أيضا بشائر واعدة تتمثل في إرشادات الممارسات الجيدة الناشئة، الموجهة للعاملين في الرعاية الصحية في مجالات مختلفة، مثل علاج الأشخاص المصابين بالخرف. ويمكن توسيع نطاق هذه الممارسات وتكييفها بحسب الظروف الأخرى[42]. ومن الأمور التي يكثر إغفالها أو تركها جانباً في خضم حالات الطوارئ الصحية ضرورة التدريب على توعية العاملين في الرعاية الصحية في مجالات مختلفة تشمل خدمات الطوارئ، لحماية حقوق كبار السن ذوي الإعاقة.

هاء - المشاركة في الحياة السياسية والعامة

36 - كثيراً ما يُستبعد كبار السن ذوو الإعاقة من المشاركة في الحياة السياسية والعامة والمجتمعية، رغم أنها حق مكرّس في المادة 29 من الاتفاقية. ويحتمل أن يواجه كبار السن ذوو الإعاقة حواجز تعيق حضورهم المناسبات السياسية مثل التجمعات أو أنشطة توعية الناخبين، أو الوصول إلى مراكز الاقتراع في يوم الانتخابات، أو ملء بطاقة الاقتراع ووضعها في صندوق الاقتراع بأنفسهم، أو اختيارهم للعمل في مركز اقتراع. ونتيجة لذلك، يمكن أن ينخفض احتمال تصويتهم جنباً إلى جنب مع أقرانهم. ونتيجة للتمييز والقوالب النمطية، قد يُثنى كبار السن ذوي الإعاقة عن الترشح لشغل مناصب انتخابية أو يُحرمون من الترتيبات التيسيرية المعقولة لأداء واجباتهم في الوظائف الانتخابية، وقد يؤدي ذلك إلى مطالبتهم بترك الوظيفة. ويتعرض كبار السن ذوي الإعاقة الذين يعانون من الخرف لخطر إلغاء حقهم في التصويت، خلافا للمادتين 12 و 29 من

(40) WHO, Better Palliative Care for Older People (Copenhagen, 2004).

(41) Samuel R. Bagenstos (2020), "May hospitals withhold ventilators from COVID-19 patients with pre-existing disabilities? Notes on the law and ethics of disability-based medical rationing", Public Law and Legal Theory Research Paper Series, paper No. 670 (University of Michigan, March 2020).

(42) Hannah Kuper and others, "Disability-inclusive COVID-19 response: what it is, why it is important and what we can learn from the United Kingdom's response", in *Wellcome Open Research*, vol. 5, No. 79 (2020).

الاتفاقية. وبالإضافة إلى ذلك، تقوم بلدان كثيرة بوضع وتنفيذ سياسات وقوانين في مجال الإعاقة تؤثر على كبار السن ذوي القدرات المختلفة دون التشاور بصورة منهجية مع المنظمات التي تمثلهم.

واو - العيش في فقر بسبب غياب تدابير الحماية الاجتماعية المناسبة

37 - إن كبار السن ذوي الإعاقة معرضون بدرجة أكبر لخطر العيش في فقر، مقارنة بأقرانهم من غير ذوي الإعاقة[43]. وتبين الأدلة أن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون معدلات فقر أعلى من نظرائهم من غير ذوي الإعاقة. وتتعرض المسنات ذوات الإعاقة لخطر العيش في فقر بشكل خاص بسبب الأدوار الجنسانية التي تجعلهن أكثر عرضة لخطر الفقر والتبعية الاقتصادية. وتتقاضى النساء في جميع أنحاء العالم طوال حياتهن أجرا أقل مما يتقاضاه الرجال، ومن الأرجح أن يعملن بدوام جزئي كي يتسنى لهن الوقت ليؤدين أيضا أعمال الرعاية غير المدفوعة الأجر. وبالتالي، فإن المسنات اللائي يعانين من الإعاقة بنسب أعلى من المسنين يكدسن عموما ثروة أقل في سن الشيخوخة مقارنة بالمسنين. وعلاوة على ذلك، يتعين عليهن الاعتماد لفترة أطول على أي ثروة يحتمل أنهن قد جمعنها، لأن أن متوسط العمر المتوقع بالنسبة للمرأة يكون بشكل عام أعلى مقارنة بما هو متوقع للرجل. وفي حالة نظم الحماية الاجتماعية القائمة على الاكتتاب، من الأرجح أن تحصل المسنات ذوات الإعاقة على معاش أدنى بسبب العوامل المحددة أعلاه[44]، وهن يواجهن حواجز متزايدة تعيق حصولهن بالوراثة على المسكن والأرض والممتلكات بسبب القوانين والممارسات التمييزية.

38 - وهذا الإجحاف في مواجهة الفقر يرجع إلى التقاء عدة عوامل. فاحتمال توظيف كبار السن ذوي الإعاقة يكون أقل من نظرائهم غير المعوقين. أما الأشخاص ذوو الإعاقة الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاماً فإن احتمال مشاركتهم في سوق العمل يقل عن نصف ما هو محتمل بالنسبة لنظرائهم غير المعوقين (10,4 في المائة و26,8 في المائة على التوالي)[45]. وعلاوة على ذلك، فإن كبار السن ذوي الإعاقة يتكبدون بسبب إعاقتهم مجموعة من التكاليف من مالهم الخاص للإنفاق على أمور منها الرعاية الصحية، والنقل، والمساعدة الشخصية، والمنتجات المساعِدة، والمساكن المعدلة لتلبية احتياجاتهم[46]. وتظهر بيانات واردة من سبعة بلدان أن الإصابة بإعاقة معتدلة تزيد من تكلفة معيشة الشخص بنحو ثلث الدخل المتوسط، وأن الإصابة بإعاقة شديدة تزيد من تكلفة المعيشة بأكثر من 40 في المائة من الدخل المتوسط[47].

39 - ويؤثر التراجع الاقتصادي الناجم عن جائحة كوفيد-19 بنسب أكبر على المسنات ذوات الإعاقة اللائي غالبا ما تكون فرص العمل المتاحة لهن محدودة والمعاشات التقاعدية والحماية الاجتماعية الممنوحة لهن غير كافية لتغطية التكاليف الإضافية المرتبطة بإعاقاتهن. وإن فرصة تسوية هذا التفاوت خلال أزمة كوفيد-19 متاحة للبلدان التي لديها نظم حماية اجتماعية شاملة وجامعة بشكل أكبر، بما في ذلك البلدان

(43) United Nations, Disability and Development Report.

(44) Women Enabled International, "Submission to the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities on older women with disabilities" (Washington, D.C., 15 April 2019), p. 5.

(45) منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، *التقرير العالمي حول الإعاقة* (2011)، الصفحة 238.

(46) Sophie Mitra and others, "Extra costs of living with a disability: a review and agenda for research", in *Disability and Health Journal*, vol. 10, No. 4 (2017).

(47) United Nations, Disability and Development Report.

التي لديها سجل شامل عن الإعاقة، والبلدان التي استطاعت توفير الدعم العاجل المطلوب[48]. ومن الضروري اتخاذ تدابير للحماية الاجتماعية تكون محددة الأهداف وتراعي الجوانب الجنسانية والعمر ومسائل الإعاقة من أجل تمكين كبار السن ذوي الإعاقة من مواصلة تلقي الرعاية خلال حالات الطوارئ. وعلى سبيل المثال، يمكن تقديم تعويض مباشر إلى المسنات ذوات الإعاقة العاملات في قطاع الاقتصاد غير الرسمي أو إلى المسنات اللائي يعتنين بأقارب ذوي إعاقة عن طريق إجراء تحويلات نقدية ومنحهن الأولوية في الحصول على الغذاء والسكن وأنواع الدعم الأخرى[49].

40 - وعلى الرغم من أن المادة 28 من الاتفاقية تعترف بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على الحماية الاجتماعية دون تمييز، فإن كبار السن ذوي الإعاقة لا يحصلون في كثير من الأحيان على خدمات أو استحقاقات الإعاقة بسبب افتراض أن المعاشات التقاعدية تمثل شكلاً كافياً من أشكال الدخل البديل. ولكن بسبب ارتفاع معدلات البطالة وعدم ممارسة النشاط المهني في أوساط الأشخاص ذوي الإعاقة، لا تتاح لكثيرين منهم طوال حياتهم فرصة المساهمة في نظم المعاشات التقاعدية لفترة كافية تؤهلهم للحصول على معاش تقاعدي. وبصورة أعم، توجد تفاوتات إقليمية كبيرة في مستويات الحصول على المعاشات التقاعدية: ففي بعض مناطق العالم يحصل أكثر من 95 في المائة من الأشخاص فوق سن التقاعد على معاش تقاعدي، بينما تبلغ هذه النسبة في مناطق أخرى 23 في المائة[50]. ووضعت بلدان كثيرة نظما للمعاشات التقاعدية غير قائمة على الاكتتاب لضمان حصول كبار السن على دخل أساسي، غير أن هذه النظم تقدم في كثير من الأحيان استحقاقات مالية أقل من تلك التي تقدمها النظم القائمة على الاكتتاب، وقد لا تغطي تكاليف معيشة كبار السن ذوي الإعاقة. ومما يفاقم هذا الوضع أن نظم الحماية الاجتماعية بشكل عام لا تغطي الرعاية المناسبة الطويلة الأجل.

زاي - حالات الخطر والطوارئ الإنسانية

41 - إن لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم كبار السن ذوو الإعاقة، الحق في تعزيز وحماية حقوقهم في حالات الخطر، بما في ذلك حالات النزاع المسلح، وحالات الطوارئ الإنسانية والكوارث الطبيعية، على النحو المبين في المادة 11 من الاتفاقية. ومع ذلك، تشير البحوث إلى أن كبار السن ذوي الإعاقة هم أسوأ حالاً من كبار السن غير المعوقين، ويواجهون عدداً من الحواجز التي تجعل من الصعب عليهم النجاة من الخطر وإعمال حقهم في الحصول على المساعدة الإنسانية. وتشير التقديرات إلى أن عدد كبار السن ذوي الإعاقة المتضررين من الكوارث الإنسانية يصل إلى 14 مليون شخص[51]. ومع ذلك، لا يُعرف سوى

(48) United Nations Partnership to Promote the Rights of Persons with Disabilities and Center for Inclusive Policy, "Initial overview of social protection measures for persons with disabilities in response to COVID 19 crisis", advance unedited draft (May 2020).

(49) الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، "عدم ترك أحد خلف الركب: أزمة جائحة كوفيد-19 من منظور الإعاقة ونوع الجنس"، موجز سياساتي، رقم 69، أيار/مايو 2020.

(50) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, *Promoting Inclusion through Social Protection: Report on the World Social Situation 2018* (United Nations publication, Sales No. E.17.IV.2), p. 47.

(51) Phillip Sheppard and Sarah Polack, Missing Millions: How Older People with Disabilities Are Excluded from Humanitarian Response (London, HelpAge International, 2018).

القليل عن معاناتهم، ويتم تجاهل حقوقهم واحتياجاتهم على نطاق واسع في الاستجابات الإنسانية. ويعاني كبار السن ذوو الإعاقة أكثر من أقرانهم غير المعوقين، وذلك بسبب الحواجز المادية والمؤسسية التي تجعل من الصعب عليهم ممارسة حقهم في المساعدة الإنسانية والمشاركة. وتشمل الحواجز المادية عادة مرافق الرعاية الصحية وغيرها من المباني التي يتعذر عليهم استخدامها، ووسائل النقل التي يتعذر عليهم استخدامها، والمسافات الطويلة التي يتعين قطعها للوصول إلى نقاط التوزيع. ويواجه كبار السن ذوي الإعاقة الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين والمستوطنات غير الرسمية والسجون حواجز إضافية في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، ومرافق المياه والصرف الصحي، والدعم الإنساني، ويحد ذلك من الحيز الشخصي المتاح لهم ويزيد بالتالي من خطر إصابتهم بمرض كوفيد-19.

حاء - البيانات المصنفة حسب الجنس والعمر والإعاقة

42 - يُستبعَد كبار السن ذوي الإعاقة من السياسات الاجتماعية الوطنية والدولية نتيجة لعدم وجود بيانات كافية عن الإعاقة مفصلة حسب العمر. وثمة صعوبة كبيرة في هذا المجال تتمثل في أن العديد من كبار السن قد لا يعتبرون أنفسهم من ذوي الإعاقة رغم أنهم يواجهون صعوبات كبيرة في الأداء والمشاركة. وبالمثل، تميل الاستقصاءات والبحوث المتعلقة بالإعاقة إلى استخدام مؤشرات ذات صلة بالأشخاص الذين هم في سن العمل، بحيث تتجاهل المسائل التي تنشأ في وقت لاحق من الحياة. وبالمثل، لا تشمل استقصاءات وطنية كثيرة كبار السن ذوي الإعاقة الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية. وعلاوة على ذلك، قد تقتصر الاستقصاءات على فئات عمرية محددة تستبعد المسنين تماما[52]. فالاستقصاء النموذجي حول الإعاقة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية وفريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة هو استقصاء عام بشأن الأسر المعيشية يمكن للبلدان استخدامه لتحديد التدخلات اللازمة لتحسين حياة الأشخاص ذوي الإعاقة. وتصنَّف بيانات الاستقصاء حسب خصائص اجتماعية - ديمغرافية مختلفة، مثل العمر، ولكنها لا تشمل الإعاقة. وثمة حاجة إلى بيانات محسّنة مصنفة حسب العمر تبيّن التقاطع بين المؤشرات، وإلى إجراء مزيد من البحوث، وكذلك إلى أنواع جديدة من التعاون والابتكار.

43 - وكشفت أزمة كوفيد-19 عن نقص البيانات المنهجية المصنفة حسب الجنس والسن والإعاقة. واتضح أن البيانات المتعلقة بكبار السن، حين توفّرها، قد جُمعت باعتبارهم مجموعة متجانسة من الأشخاص الذين يبلغون من العمر 60 عاماً فما فوق، ويحجب ذلك المخاطر المختلفة التي تواجهها شتى الفئات الفرعية[53]. والبيانات المصنفة حاسمة الأهمية لفهم تمايز تأثير جائحة كوفيد-19 على كبار السن ذوي الإعاقة، وللاستجابة عن طريق سياسات وممارسات قائمة على الأدلة، تشمل تخصيص موارد للتعافي. وسيتيح تجميع بيانات موثوقة وحسنة التوقيت وقابلة للمقارنة بشكل منهجي ومنتظم على المستويات الوطني والإقليمي والعالمي معالجة أوجه عدم المساواة التي يواجهها كبار السن ذوو الإعاقة. ويقتضي وضع خطة للتصدي لجائحة كوفيد-19 والتعافي منها، على نحو يراعي قضايا الشيخوخة والإعاقة، أن يكون في صميمها إجراء مشاورات مجدية مع كبار السن ذوي الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم ومشاركتهم النشطة في جميع مراحلها. وعندئذ فقط يمكن تحويل الأزمة إلى فرص للبناء بشكل أفضل في سبيل مجتمع يتيح إمكانية الوصول للجميع، بما في ذلك لكبار السن ذوي الإعاقة، ويكون أكثر استدامة وأكثر قدرة على الصمود.

(52) انظر A/HRC/45/14.

(53) الأمم المتحدة، "أثر كوفيد-19 على كبار السن".

رابعا – الخطوات المقبلة: التغلب على التحديات والاستفادة من الفرص

44 – من أجل المضي قدما في تعزيز حقوق كبار السن ذوي الإعاقة، يمكن النظر في النقاط التالية لاتخاذ إجراءات بشأنها:

(أ) تعزيز التشريعات والسياسات الوطنية بما يتماشى مع الاتفاقية وتنفيذ نهج قائم على حقوق الإنسان. ويستلزم ذلك إشراك جميع أصحاب المصلحة المعنيين – بما في ذلك منظمات الدفاع عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ومنظمات الدفاع عن حقوق كبار السن – في الوصول إلى صياغة وتنفيذ القوانين والسياسات ذات الصلة؛ وإلغاء التشريعات التي يمكن بموجبها حرمان كبار السن ذوي الإعاقة من أهليتهم القانونية أو حرمانهم من حريتهم أو وضعهم في مؤسسات أو إخضاعهم للعلاج القسري بسبب عجزهم و/أو سنهم؛ ومراعاة حقوق كبار السن ذوي الإعاقة في جميع السياسات والبرامج؛

(ب) حظر جميع أشكال التمييز ومكافحة وإزالة التحامل والوصم بسبب الإعاقة والعمر. ويشمل ذلك على سبيل المثال حماية الحق في الاعتراف أمام القانون على قدم المساواة مع الآخرين، والحق في العيش المستقل والإدماج في المجتمع، ويشمل أيضا إلغاء الأحكام التي تنطوي على تمييز ضد كبار السن ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى الوصول إلى الخدمات أو الاستحقاقات ذات الصلة، وتغيير بروتوكولات الفرز الموضوعة لمواجهة الأزمات الصحية؛

(ج) ضمان الوصول إلى مجموعة واسعة من خدمات وترتيبات الدعم المجتمعي التي يسهل الوصول إليها بتكلفة ميسورة. ويشمل ذلك المساعدة الشخصية، وإعادة التأهيل المجتمعي، وترتيبات المعيشة المساعِدة، والوسائل والأجهزة المعينة على الحركة، والأجهزة والتكنولوجيا المساعِدة، والرعاية المسكّنة للآلام، والخدمات المجتمعية، وضمان استمرارية تلك الخدمات في جميع الأوقات، بما في ذلك خلال حدوث جائحة؛

(د) ضمان اتساق مختلف أجزاء نظم الرعاية الصحية والنظم الاجتماعية لتلبية احتياجات كبار السن ذوي الإعاقة. فكبار السن ذوي الإعاقة يحتاجون إلى الوصول الميسّر، دون تمييز، إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية العالية الجودة، بما في ذلك الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة، فضلا عن الرعاية العلاجية والتأهيلية والمسكنة للآلام والرعاية في نهاية العمر والرعاية الطويلة الأجل لمن يحتاجون إليها؛

(هـ) ضمان إمكانية الوصول إلى البيئة المادية ووسائل النقل وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات وغيرها من المرافق والخدمات من أجل بناء مجتمعات شاملة يمكن فيها لكبار السن ذوي الإعاقة أن يعيشوا مستقلين ويشاركوا مشاركة كاملة في المجتمع؛

(و) ضمان الوصول فعليا إلى العدالة واتخاذ جميع التدابير المناسبة لمكافحة جميع أشكال العنف والإيذاء ضد كبار السن ذوي الإعاقة. وتيسير الوصول إلى الإجراءات القانونية يقتضي إزالة الحواجز، مثل الحرمان من الأهلية القانونية، والحواجز التي تعيق إمكانية الوصول. ويقتضي القضاء على جميع أشكال الاستغلال والعنف والإساءة اتخاذ إجراءات لمنع جميع هذه الأعمال

والتحقيق فيها، بما في ذلك من خلال الرصد المنتظم للمرافق السكنية، وتيسير آليات الإبلاغ، والتحقيق في الشكاوى؛

(ز) وضع تدابير وبرامج لتشجيع النظرة الإيجابية إلى كبار السن ذوي الإعاقة وإذكاء الوعي لحقوقهم في جميع شرائح المجتمع. ويستتبع ذلك القضاء على أي قوالب نمطية سلبية عن كبار السن، بما في ذلك الخطابات التي تصور كبار السن ذوي الإعاقة بوصفهم ضحايا، وتوعيتهم بحقوقهم، وإذكاء الوعي بهذه الحقوق بين أفراد أسرهم ومقدمي الرعاية والموظفين المهنيين العاملين معهم. وعلى سبيل المثال، أطلقت منظمة الصحة العالمية مؤخرا تطبيقا رقميا تفاعليا يعرف باسم "الرعاية المتكاملة لكبار السن" يهدف إلى التعجيل بتدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية والأخصائيين الاجتماعيين على خطط الرعاية التي تضع الشخص في مركز اهتمامها. ويقدم التطبيق الرقمي إرشادات عملية مفصلة خطوة بخطوة عن تلبية الشروط ذات الأولوية مثل الحركة، والمعوقات، وسوء التغذية، وفقدان البصر والسمع، والتدهور المعرفي، وأعراض الاكتئاب، والرعاية والدعم الاجتماعيين. وأخيرا، يقتضي هذا الإجراء العملي زيادة الوعي بالاتفاقية في أوساط المدافعين عن كبار السن، بهدف زيادة قدرة المدافعين عن كبار السن على المطالبة بحقوقهم ومشاركتهم في رصد تنفيذ الاتفاقية؛

(ح) تشجيع مشاركة كبار السن ذوي الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم في جميع عمليات صنع القرار المتصلة بإعمال حقوقهم، بوسائل تشمل تشجيع وتنفيذ خطة لمواجهة كوفيد-19 والتعافي منه على نحو يراعي الإعاقة والسن، وتعزيز دعم الأقران والتواصل بين الأشخاص ذوي الإعاقة من مختلف الأعمار؛

(ط) كفالة استفادة كبار السن ذوي الإعاقة من نظم حماية اجتماعية مناسبة ومستدامة يمكن أن يكون من بينها استفادة كبار السن من المعاشات التقاعدية الاجتماعية الشاملة للجميع (غير القائمة على الاكتتاب)، وتوسيع نطاق الحماية الاجتماعية الشاملة والمستهدفة لتقديم الدعم والإغاثة لكبار السن ذوي الإعاقة وأسرهم في أوقات الأزمات وحالات الطوارئ؛

(ي) ضمان إدماج إعادة التأهيل في نظم الرعاية الصحية. ويقتضي ذلك تعزيز وتوسيع نطاق حصول جميع الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات إعادة التأهيل بما يتماشى مع توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن إعادة التأهيل في نظم الرعاية الصحية؛ والنظر في موقع خدمات إعادة التأهيل ضمن سلسلة الرعاية في جميع مراحل الحياة ولمجموعة من الظروف الصحية؛ وتوسيع نطاق تقديم الخدمات وإضفاء طابع لامركزي عليه، لا سيما في المناطق النائية والريفية؛ والنظر في اتباع منهج ذي شقين يتيح تقديم خدمات إعادة التأهيل الأساسية من خلال الرعاية الصحية الأولية وكذلك من خلال برامج إعادة التأهيل المجتمعية المدعومة على نحو كاف؛

(ك) تحسين جمع بيانات مصنفة بحسب الإعاقة والسن بشكل يتيح مقارنتها ببعضها، لتحديد العقبات التي يواجهها كبار السن ذوو الإعاقة حين ممارسة حقوقهم، ومعالجتها على نحو أفضل، وإشراك كبار السن ذوي الإعاقة والمنظمات التي تمثلهم في جميع مراحل جمع البيانات وتحليلها واستخدامها.

خامسا - أسئلة مطروحة للنظر فيها

45 -الأسئلة التالية مطروحة للنظر فيها خلال مناقشة المائدة المستديرة:

(أ) ما هي التدابير القانونية والسياساتية والعملية التي يمكن اتخاذها للقضاء على أشكال التمييز المتعددة والمتداخلة ضد كبار السن ذوي الإعاقة؟ وما هي التدابير التي يمكن اتخاذها أو تعزيزها لتغيير الخطابات التي توصم كبار السن ذوي الإعاقة؟

(ب) كيف يمكن للحكومات إعمال حق كبار السن ذوي الإعاقة في العيش المستقل والإدماج في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين؟ وما هي السبل المبتكرة التي يمكن أن تسلكها الحكومات والمجتمع المدني وأصحاب المصلحة الآخرون لإعادة تصميم مستقبل نظم الرعاية الطويلة الأجل لخدمة كبار السن ذوي الإعاقة؟

(ج) كيف يمكن للحكومات والمجتمع المدني وأصحاب المصلحة الآخرين ضمان مشاركة كبار السن ذوي الإعاقة مشاركة كاملة في الحياة العامة وإشراكهم والتشاور معهم وتمثيلهم والإنصات إليهم بهدف المشاركة في صنع القرار على جميع المستويات؟

(د) ماذا يمكن أن تفعل الحكومات والمجتمع المدني وأصحاب المصلحة الآخرين لكفالة حصول كبار السن ذوي الإعاقة على الأجهزة التكنولوجية المساعِدة، وكفالة تطوير أنواع جديدة منها، لكي يستطيعوا أن يعيشوا حياة مستقلة وحرة وكريمة وأن يشاركوا مشاركة كاملة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين؟

(هـ) ما هي بعض أفضل الممارسات الناشئة في مجال تدابير الحماية الاجتماعية المعممة والمحددة الأهداف التي نُفذت أو يجري تنفيذها لحماية كبار السن ذوي الإعاقة في إطار جهود التخفيف من وطأة جائحة كوفيد-19 والتصدي لها والتعافي منها؟ وما هي الجهود التي يمكن أن تبذلها الحكومات لضمان عدم تكرار معدلات الوفيات المرتفعة التي حدثت أثناء الجائحة في أوساط كبار السن ذوو الإعاقة؟

(و) ما هي التدابير القانونية والسياساتية والعملية الضرورية لمعالجة التحديات التي يواجهها كبار السن ذوو الإعاقة في الحالات الإنسانية؟ وكيف يمكن تعزيز مساءلة جميع الجهات الفاعلة المشاركة في الاستجابة للأزمات الإنسانية والجائحات لضمان حقوق كبار السن ذوي الإعاقة، بما في ذلك في إطار تدابير التصدي لجائحة كوفيد-19 والتعافي منها؟

(ز) كيف يمكن للحكومات أن تفي بالتزامها بضمان أن تكون البيئة المادية ووسائل النقل وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات مصممة بشكل ييسر وصول كبار السن ذوي الإعاقة إليها؟

(ح) ما هي أنواع النهوج التربوية التي يلزم تطويرها من أجل تهيئة البشر والمجتمع ككل للشيخوخة بشكل أفضل، وتكييف بيئتهم لتمكينهم من العيش المستقل؟