



الجند والصحة، و كبار السن

في إقليم شرق المتوسط

سوف يحتاج معظم الأشخاص من كبار السن، في آخر حياهم، إلى رعاية أكثر مما كانوا يحتاجونه في وقت مبكر من حياهم. وإن السبل التي تنجح فيها المجتمعات أو تفشل في توفير هذه الرعاية يمكن أن يكون لها تأثيرات على نوعية حياة كبار السن، وإن تحليل الاحتياجات الخاصة لكل من الذكور والإناث من كبار السن من شأنه أن يحسن من نوعية حصائل حياتهم.

كما أنه لا يزال معدل الجنسين يزيد على المئة، بالنسبة للسكان الذين هم فوق الشمانيين في الإقليم، في خمسة من البلدان (الجدول

معلومات أساسية

إن معدلات الخصوبة الآلية في الانخفاض، والتحسن الحاصل في مأمول الحياة، في إقليم شرق المتوسط، أدى إلى زيادة نسبة كبار السن ضمن السكان. وتبلغ النسبة الحالية لمن تزيد أعمارهم على 60 عاماً في الإقليم 5.8%. وبحلول عام 2025 ستزيد هذه النسبة إلى 8.7%， وفي عام 2050 سوف ترتفع إلى حوالي 15% من إجمالي عدد السكان. وفي لبنان، من المتوقع أن تصل نسبة السكان الذين تتجاوز أعمارهم 65 عاماً إلى 10.2% بحلول عام 2025 بينما تبلغ النسبة حالياً 7.1% [1].

وإن للتراكيبة المتغيرة للسكان تأثيرات على كبار السن حيث تقل نسبة الشباب في الإقليم، وكلما اقترب هيكل الأسرة من شكل الأسرة التنوية، سوف يقل عدد الشباب الذين يمكنهم إعالة كبار السن وتقدم الدعم لهم في المستقبل. وسوف تشكل النساء العدد الأكبر ضمن فئة السكان الأكبر عمراً وذلك في ظل المعدل الأعلى لمأمول الحياة وأنماط المرض لديهن. إلا أنه من المرجح أن تواجه النساء عدد سنوات عجز أكبر من الرجال، حتى معأخذ معدل مأمول الحياة المرتفع لديهن في الحسبان.

وفي معظم بلدان الإقليم، فإن معدل مأمول الحياة عند الولادة أعلى لدى الإناث منه لدى الذكور، ويتراوح بين سنة واحدة في أفغانستان وجيبيتو وأربع سنوات في تونس والبحرين. وفي باكستان فقط، يزيد معدل مأمول الحياة لدى الرجال على مثيله لدى النساء على الرغم من أن الفرق لا يتجاوز أربعة أشهر كما أن منصب كبار السن الحالي في إقليم شرق المتوسط (معدل الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً أو أكثر، إلى الأطفال الذين تبلغ أعمارهم <15 عاماً) هو حوالي 13.9 لكل مئة، إلا أنه من المتوقع أن يصل هذا المعدل إلى 26.9 بحلول العام 2025. ولقد كان متوسط معدل الجنس لدى سكان الإقليم بالنسبة لمن تبلغ أعمارهم 60 عاماً أو أكثر لكل 100 امرأة، في عام 2000، 86 ذكرًا لكل 100 أنثى. وكان هناك رجال أكثر من النساء (المعدل فوق المئة) في تسعة بلدان: البحرين 117، الأردن 103، الكويت 202، ليبيا 118.6، عمان 107، باكستان 100.3، قطر 245، المملكة العربية السعودية 115، والإمارات العربية المتحدة 246.

وإن معدلات حدوث حالات الخرف لا يبدو أنها تختلف بين الرجال والنساء، ولكن بالنظر إلى أن النساء، وفقاً للمعدل، يعيشن أكثر من الرجال، فإن هناك عدداً أكبر من النساء المسنات أكثر من الرجال المسنين يعيشن مصابات بوظائف جهازية أضعفتها الإصابة بالخرف.

الاختلالات الحسية

تفيد دراسة تحليلية أجريت مؤخراً أن نحو ثلثي الأربعين مليوناً المصابين بالعمى فيسائر أنحاء العالم قد يكونون من النساء. ومن الواضح أن النساء يستفنون بشكل أقل من خدمات الرعاية الصحية لأمراض العيون، خاصة فيما يتعلق بمحارات الساد (الكتاراكت). كذلك، فإن الدور الذي يقمن به كفائدات أوليات برعاية أطفالهن، يعني أنهن معرضات بشكل أكبر لأمراض التراخوما، وهي علىوى يمكن أن تؤدي، عمور الزمن، إلى فقد البصر.

السلس

يصيب سلس البول كلا الجنسين. ويبدو أن معدل انتشار هذا المرض أعلى بمرتين أو ثلاث مرات عند النساء المسنات منه عند الرجال المسنين، وجاء من السبب في ذلك يرجع، على الأقل، إلى ضعف علاج المضاعفات التي تحدث نتيجة للحمل.

أسلوب حياة المسنين

نوعية الحياة

لأيصال النمط الذي تسير عليه حياة معظم الرجال المسنين في هذا الإقليم، هو العيش مع الأرلاد. وتقل العيالات المصدر الرئيسي لإعالة كبار السن وذلك في كل من تونس ومصر، إلا أن النساء قد يحصلن على قدر أكبر من الرعاية من عائلاتهن نظراً لأنهن يعمرن أكثر من الرجال، كما أن صلامهن بالعائلة تكون بشكل أفضل [6]. وتظهر مقارنة تمت حول المشاركة في قرارات العائلة بين الرجال المسنين والنساء المسنات في مصر، والتي هي ((آبائية)) أكثر، وفي تونس، والتي هي ((مساوية)) أكبر، أظهرت هذه الدراسة أن النساء يشاركن بدرجة أقل في القرارات الأسرية في مصر، عنها في تونس. علامة على ذلك، تشارك النساء في مصر بدرجة أقل مع التقدم في السن وضعف الصحة، وبالنسبة للرجال فإنهم يشاركون في هذه القرارات بشكل أكبر من النساء في جميع الحالات باستثناء مشاركتهم في القرارات المتعلقة بإعداد الطعام اليومي. وتستمر مشاركة النساء في النشاط الاجتماعي حتى سن متاخرة في تونس.

وتغير دراسة قصيرة أجريت عن الرجال والنساء المصريين الذين يعيشون في دور مسنين، وأولئك الذين يعيشون بصورة مستقلة أو مع عائالتهم [7] أن النساء المسنات كن أكثر إصابة بالقلق والاكتئاب، بينما كان الرجال المسنون الذين يعيشون في دور للمسنين يعانون من القلق والاكتئاب أكثر من أولئك الذين يعيشون مع عائالتهم. وبالنسبة للنساء المسنات، وبصرف النظر عن مكان الإقامة، فقد كن يدخنن بدرجة أقل لكنهن كن أقل قدرة على أداء وظائفهن من الرجال، وكان هناك عدد أكبر من النساء المسنات لا يتمتعن بتعطية تأميمية للصحة، مقارنة بالرجال [8].

والنساء أكثر عرضة للقرف في عمرهن المتقدم، وذلك يرجع في جزء منه، إلى انعدام وجود معاش تقاعدي أو تدابير خاصة بالأرامل من غير العاملات. فعلى سبيل المثال، في لبنان 94% من النساء المسنات لم يعملن قط، وبالتالي فإن خطط التقاعد الوطنية، المركبة على التوظيف، كانت قليلة القيمة بالنسبة إليهن.

يستعن بعولدات أقل مهارة، وبالتالي فإنهن يواجهن مخاطر إنجابية أكبر وبالمقارنة مع البلدان الأخرى، فإن لدى مصر وتونس نسبة أكبر من كبار السن الذين يعانون من عجز وظيفي. ففي تونس، هناك نسبة كبيرة للأرامل المسنات اللائي يعاني من مشكلات حرارية، وفي مصر هناك نسبة كبيرة من المصابين بالضعف الوظيفي لدى الفئات العمرية الكبيرة [5]. وفي البحرين، التي يوجد بها أعلى نسبة ناتج محلي ضمن البلدان العشرة التي شملتها البحث، وأعلى نسبة مخصصة للرعاية الصحية، ومعدل مأمول حياة يبلغ 67 سنة، لديها معدل مرتفع نسبياً في الفئة الخامسة والسادسة من نموذج العجز الانتقالية، والذي يشير إلى أشد أنواع العجز حدة [5]

تأثير الأمراض الكبرى على الرجال والنساء المسنين

الأمراض القلبية الوعائية

إن معدلات الوفيات الناتجة عن الأمراض القلبية الوعائية، بين الرجال والنساء الذين تبلغ أعمارهم 60 عاماً أو أكثر، هي نفسها. إلا أنه بسبب زيادة عدد النساء المسنات عن الرجال المسنين، فإن الأمراض القلبية الوعائية تقتل عدداً أكبر من النساء المسنات كل عام.

السرطان

ترى معدلات وفيات الرجال من حراء الإصابة بمرض السرطان بنحو 50% عن النساء، ويعزى الكثير (وليس كل) من هذا الفرق إلى زيادة نسبة الإصابة بسرطان الرئة بين الرجال. وهذه المعدلات يمكنها أن تقلل أو تزيد أعداد النساء اللائي يتخدن عادة التدخين. ويعتبر سرطان عنق الرحم هو أكثر أنواع السرطان قتلاً للنساء في العالم النامي، حيث إن طرق التحرّي، مثل لطاحة بايانيكولاو والخدمات العلاجية ذات الصلة، لم تصبح بعد متوفرة بشكل روبي. ومع ذلك، فإن النساء صغيرات السن، في البلدان النامية، هن اللاتي، على الأرجح، يتلقينفحوصات لطاحة بايانيكولاو، رغم أن فحوصات التحرّي المنتظمة للنساء المسنات قد تُظهر عدد وفيات أقل بسبب السرطان.

المشاكل العضلية الهيكيلية

إن مرض الفصال العظمي، وهو أكثر الأمراض العضلية الهيكيلية شيوعاً بين كبار السن، يحدث بنسبة أكبر لدى النساء المسنات عنه لدى الرجال المسنين. كما أن مرض تخالخ العظم، أو الفقدان المفرط لأنسجة العظم، هو أكثر شيوعاً لدى النساء. ويبدو أن ذلك مرتبطة بالتغييرات الهرمونية لدى النساء، في مرحلة الإياس، إلا أنه قد يكون راجعاً كذلك في جزء منه إلى أسلوب الحياة الذي تقل فيه الحركة وكذلك التغذية الأضعف التي تناهيا النساء، مقارنة بالرجال.

ومن المرجح أن تكون الحالات المصابة بالعجز، راجعة إلى العمل البدني المضني وبيئات العمل غير الآمنة. وإن تقليل عدد الحوادث الموقعة فيما بين الأشخاص في جميع الأعمار، خاصة الشباب الذين يتعرّبون إلى التورط في سلوكيات تكتنفها المخاطر، يمكن أن يؤدي أيضاً إلى خفض معدلات الإصابة بالعجز في المراحل اللاحقة من العمر.

الصحة النفسية

إن أكثر مشاكل الصحة النفسية شيوعاً، تحدث بنسبة أكبر بين النساء المسنات، عنها بين الرجال، إلا أنه، وعلى الرغم من المعدلات المرتفعة لحالات الاكتئاب لدى النساء المسنات، فإن أرجحية الاتجار لدى الرجال أعلى منها لدى النساء.

وبالنسبة للنساء العاملات في القطاعات غير الرسمية، وهو قطاع يضم عدداً كبيراً من هؤلاء النساء، فليس لهن غطاء تأميني أو مزايا توفر الدعم لهن في سنهن المتقدمة [8]. وفي إقليم شرق المتوسط، فإن النساء يتزوجن رجلاً أكبر عمراً منها، وتكون أرجحية الزواج مرة أخرى عند وفاة الزوج، أقل. لذلك، فإن عدد الأرامل من النساء أكبر بكثير من الرجال الأرامل. وفي الحقيقة، فإن معدل ترمل النساء أو طلاقهن يبلغ 54% مقابل 12.8% للرجال. ويفوق عدد النساء (الجدول 1). اللائق يعيشن بمفردهن عدد الرجال، حيث يبلغ المعدل 15.2% للنساء و 0.9% للرجال [8]. وفي مصر، يكون الترمل مرتبطة بالزيادة النسبية في مشاركة النساء في الأنشطة المجتمعية والأمور الأسرية بينما تظل مشاركة الرجال دون تغيير بعد الترمل. ويكون تأثير الترمل أقل لدى كل من الرجال والنساء في تونس وذلك فيما يتعلق بالتغييرات التي تحدث في مشاركتهم في الأنشطة المجتمعية

وإذا كان مأمول الحياة الصحي، يعني عدد السنوات الافتراضي الذي ينعم فيه الإنسان بصحة كاملة، هو محور هذا البحث، وليس مأمول الحياة بصورة عامة، فإن ميزة النساء التي يتغوفن بها على الرجال، تتلاشى (جدول 1). ونتيجة أخرى، لمأمول الحياة التفريقي، هي، ببساطة، أن عدد النساء المسنات الموجودات في العالم، أكبر من عدد الرجال المسنين (الجدول 2). وقد أظهرت دراسة أجريت في لبنان عن الكسور الراجعة للإصابة بتحلل العظام لدى المواطنين اللبنانيين البالغين من العمر خمسين عاماً أو أكثر، أن عوامل الاختصار للإصابة بهذه الكسور أعلى عند النساء بنسبة 13%， منها عند الرجال 8.6% [10]. وتشير التقديرات الخاصة بمأمول الحياة الصحيح وفقاً لحالات العجز الجسدي عند الولادة، هي أقل عند النساء في كلٍ من مصر وتونس [6]. وبالنظر إلى أن معدلات العجز الجسدي تزيد بزيادة العمر، فإن عدد النساء المسنات اللاتي يعيشن بحالات عجز جسدي أكبر بكثير من الرجال في هذه الفئة.

الجدول 1. معدل الجنس * 60+ في بلدان إقليم شرق المتوسط (لكل 100 امرأة)

البلد	1950	1975	2000	2025	2050
الأردن	93.2	97.4	103.2	94.8	116.2
أفغانستان	94.3	96.7	98.2	99.4	100.6
الإمارات العربية المتحدة	150.8	295.8	246.7	137.7	92.7
باكستان	89.8	99.7	100.3	119.1	134.1
البحرين	109.1	166.6	117.1	116.1	94.4
تونس	87.1	87.7	98.6	126.2	76.1
الجماهيرية العربية الليبية	86.1	95.6	118.6	104.0	152.4
جمهورية إيران الإسلامية	89.0	93.2	93.7	95.8	109.0
الجمهورية العربية السورية	89.8	90.5	90.4	96.5	122.0
الجمهورية اليمنية	89.8	71.8	78.6	91.5	88.2
جيبوتي	79.0	42.7	67.4	81.6	82.3
السودان	91.9	90.6	87.5	85.9	91.9
الصومال	88.9	86.1	85.9	84.0	77.3
العراق	90.6	90.8	90.6	89.6	94.4
عمان	92.5	137.1	107.0	88.8	99.0
فلسطين	91.2	91.7	75.0	94.7	116.2
قطر	128.4	252.7	245.4	143.1	92.9
الكويت	113.9	208.6	202.6	102.8	103.0
لبنان	84.5	71.1	84.9	89.0	95.0
مصر	86.7	85.9	81.6	86.5	82.7
المغرب	85.5	85.0	81.6	105.1	92.1
المملكة العربية السعودية	93.5	139.8	115.4	92.9	93.5
متوسط إقليم شرق المتوسط	89.9	76.8	86.0	98.5	108.4

المصدر (غير منقح): كبار السن في العالم، نيوبارك، شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الأمم المتحدة [15]

* معدل الجنس محسوب على أساس عدد الذكور لكل 100 أنثى في السكان. ويمكن حساب المعدل لإجمالي السكان أو لعنة عمرية محددة

الجدول 1. معدل الجنس * 60+ في بلدان إقليم شرق المتوسط (لكل 100 امرأة)

البلد	1950	1975	2000	2025	2050
الأردن	75.7	81.3	91.6	80.1	116.2
أفغانستان	78.1	86.2	90.8	97.3	100.6
الإمارات العربية المتحدة	196.3	278.5	126.6	93.7	92.7
باكستان	81.9	94.8	112.5	130.6	134.1
البحرين	92.8	94.8	101.1	84.7	94.4
تونس	57.7	65.9	101.4	108.1	76.1
الجماهيرية العربية الليبية	58.6	77.8	71.2	90.0	152.4
جمهورية إيران الإسلامية	63.9	76.1	83.7	96.0	109.0
الجمهورية العربية السورية	64.8	63.0	82.1	90.5	122.0
الجمهورية اليمنية	64.5	54.4	73.1	82.7	88.2
جيبوتي	32.6	47.9	62.7	75.4	82.3
السودان	80.5	78.1	73.2	70.4	91.9
الصومال	76.2	71.7	70.4	62.9	77.3
العراق	74.7	76.8	82.1	75.2	94.4
عمان	74.3	90.1	79.3	81.4	99.0
فلسطين	63.1	54.5	76.8	80.9	116.2
قطر	159.8	223.9	151.9	101.7	92.9
الكويت	116.4	161.9	62.8	93.1	103.0
لبنان	56.8	53.4	70.9	73.0	95.0
مصر	57.2	62.9	69.2	71.5	82.7
المغرب	55.5	58.8	85.8	116.2	92.1
المملكة العربية السعودية	72.4	97.6	81.7	79.8	93.5
متوسط إقليم شرق المتوسط	69.5	81.2	89.7	98.1	108.4

المصدر (غير منقح): كبار السن في العالم، نيوبارك، شعبة السكان، إدارة الشؤون

الاقتصادية والاجتماعية، الأمم المتحدة [15]

التأثير غير المناسب للأزمات على كبار السن

ترتعد الأزمات، مثل الحروب، المحرقة القسرية، المجاعات، ووباء الإصابة

بمرض الإيدز والعدوى بفيروسه، إلى إحداث اضطراب أو حلل في نسيخ المجتمع بصفة عامة، وإنما التسبب في قتل أو تشريد البالغين في أوج أعمارهم

ال الحاجة إلى المزيد من البحوث

إن العلاقة المعقّدة للجندل وإمكانية الوصول إلى الرعاية ونوعية هذه الرعاية، ونوع المرض، لا يزال فهمها محدوداً. ولا بد من البدء في إجراء البحوث اللازمة في هذا الإقليم حتى يمكن فهم هذه العلاقات المتشابكة بشكل أفضل و حتى يمكن صياغة نظم تقديم الرعاية الصحية تبعاً لذلك. وينبغي إجراء دراسات طولانية أكثر عن كبر السن والصحة وذلك لتوضيح أن ضعف الصحة والوفيات المرتبطة بكبر السن تتبع غالباً من الأحداث وما يقع في الفترات المبكرة جداً من الحياة.

كما أن الحاجة أيضاً قائمة لدراسات تحديد مدى الرعاية المقدمة لكتاب السن في المنازل في هذا الإقليم وأية ترتيبات يمكن أن تتخذ بالنسبة للقطاع الصحي لدعم الرعاية المنزلية الفعالة. وهناك أيضاً حاجة لإجراء بحوث حول توفير الخدمات ذات الحساسية لنوع الجنس بالنسبة لكتاب السن. وسوف يكون مفيداً توفير دليل إرشادي للرعاية الصحية على مدى الحياة يكون مرتكراً على بحوث أجريت في هذا المجال، حيث إن وجوده يسهل من تناول دورة الحياة، وهناك كذلك حاجة لإجراء بحوث حول مشاكل كبر السن المتعلقة بالجندل تحديداً، مثل البدانة عند النساء أو تأثير الخصوبة العالية على كثافة العظام.

الإنتاجية. ومثل هذه المواقف يمكن أن تؤثّر بشكل سلي على كتاب السن على الأقل بطرقتين: (1) زوال صغار العمال ومكتسي الأجر، وهم ركائز الدعم الذين يعتمد عليهم كتاب السن لإعالتهم، في ظل غياب أنظمة الضمان الاجتماعي العام و(2) ترك ورعاها، أياماً ومرضى وعاجزين الذين ينبغي أن يتلقوا الرعاية المطلوبة لهم.

ولقد أظهر تقييم أجرته مؤسسة ((هلب إيدج)) الدولية، في دارفور حول الجوانب الصحية والغذائية، أنه كان يتم استبعاد الجزء الأكبر من كتاب السن من جهود الإغاثة، وأن نصف أعداد المسنين كانوا يعيشون بمفردهم، وكان معظم هؤلاء أرامل ليس لديهم مصادر إعالة أسرية. وكان 30% من أجريت معهم مقابلات يعولون أطفالاً أياماً ولم يكونوا يتلقون مساعدات غذائية تكميلية [12]. كما أظهرت دراسة أخرى في لبنان أن كتاب السن كانوا يُتركون في الجنوب، وتذهب الأجيال الأصغر إلى بيروت بحثاً عن عمل وذلك نتيجة للضغط الاقتصادي الذي خلفتها الحرب، وأن ربع النساء المسنات تقريباً كان يعيشن بمفردهن [8]. كذلك، أبرزت دراسة أجراها عبد الرزاق [13] مدى الحاجة إلى تقديم الخدمات لأعداد السكان المتزايدة من كتاب السن في لبنان، خاصة وأن الحرب الأهلية أعادت تطوير السياسات والأنظمة المتعلقة برعاية المسنين والتي لاتزال عوائقها باقية حتى اليوم. وتترع الإجراءات المجتمعية المعاصرة إلى جعل النساء أقل قوة من الرجال وأقل قدرة على الدفاع عن الحقوق المتعلقة بصحتهم.

المراجع

- [1] Sibai A. Ageing in Lebanon: *Current status, future prospects and implications for policy*. *World Health*, 1997, 50(4), 36.
- [2] Health care of the elderly in the Eastern Mediterranean Region: challenges and perspectives. *World Health Organization*, June 2003 (Technical Paper EM/RC50/6).
- [3] Yount KM. Excess mortality of girls in the Middle East in the 1970s and 1980s: *patterns, correlates and gaps in research*. *Population Studies*, 2001;55:291-308.
- [4] Lamb VL. Gender differences in correlates of disablement among the elderly in Egypt. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(1):127-136.
- [5] Lamb VL. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. *Social Science and Medicine*, 1996, 42(3), 363-77.
- [6] Yount KM, Agree EM, Rebellon C. Gender and use of health care among older adults in Egypt and Tunisia. *Social Science and Medicine*, 2004, 59(12):2479-2497.
- [7] Youssef GS. Determinants of physical and psychological health and style of life of the elderly in different cultural sectors in Egypt. Partnership in Development Research, Research Brief No 28. *Social Research Center, American University in Cairo*.
- [8] Sibai AM, Sen K, Baydoun M, Saxena P. Population ageing in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy. *Bulletin World Health Organization*, 2004, 82(3), 219-225.
- [9] Yount KM, Agree EM. The power of older women and men in Egyptian and Tunisian families. *Journal of Marriage and the Family*, 2004, 66, 126-146.
- [10] Baddoura R, Okais J, Awada H. Incidence of fractures after the age of 50 years in the Lebanese population and implications in terms of osteoporosis [article in French] *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2001, 49 (1), 27-32.
- [11] Andrews G. (1998). World Health Organization collaborative study on social and health aspects of ageing in Bahrain, Egypt, Jordan and Tunisia, 1991. ICPSR version. Alexandria, Egypt: *World Health Organization*, 1993.
- [12] Health and nutrition assessment of older people-West Darfur. (http://www.helpage.org/news/darfur_research/darfur_researchmiddle.html, accessed 18 April 2005).
- [13] Abyad A. Health care for older persons: A country profile-Lebanon. *Journal of the American Geriatric Society*, 2001, 49,1366-1370.

منظمة الصحة العالمية

المكتب الأقليمي لشرق المتوسط
ص.ب. 7608، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر
تلفون: +2(02) 2765088
فاكس: +2(02) 6702492 / 4
e-mail: WHO@emro.who.int
postmaster@emro.who.int
Inernet://www.emro.who.int/whd