



تقرير السكان والتنمية
العدد الثامن
الشيخوخة بكرامة
في المنطقة العربية



الأمم المتحدة

الاقتصاد

ESCWA

تقرير السكان والتنمية العدد الثامن

الشيخوخة بكرامة في المنطقة العربية



© 2018 الأمم المتحدة
جميع الحقوق محفوظة عالمياً

طلبات (إعادة) طبع مقتطفات من المطبوعة أو تصويرها توجّه إلى لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، بيت الأمم المتحدة، ساحة رياض الصلح، صندوق بريد: 11-8575، بيروت، لبنان.

جميع الطلبات الأخرى المتعلقة بالحقوق والتراخيص ولا سيما الحقوق الثانوية توجّه أيضاً إلى الإسكوا.

البريد الإلكتروني: publications-escwa@un.org; الموقع الإلكتروني: www.escwa.un.org

مطبوعة للأمم المتحدة صادرة عن الإسكوا.

ليس في التسميات المستخدمة في هذا المنشور، ولا في طريقة عرض مادته، ما يتضمن التعبير عن أي رأي كان للأمانة العامة للأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو بشأن سلطات أي منها، أو بشأن تعيين تخومها أو حدودها.

لا يعني ذكر أسماء ومنتجات تجارية أن الأمم المتحدة تدعمها.

جرى تدقيق المراجع حيثما أمكن.

المقصود بالدولار دولارات الولايات المتحدة الأمريكية، ما لم يُشر إلى خلاف ذلك.

تتألف رموز ووثائق الأمم المتحدة من حروف وأرقام باللغة الإنكليزية ويعني إيراد أحد هذه الرموز الإحالة إلى إحدى ووثائق الأمم المتحدة.

إن الآراء الواردة في هذه المادة الفنية هي آراء المؤلفين، وليست بالضرورة آراء الأمانة العامة للأمم المتحدة.

مصادر الصور:

الغلاف: © iStock.com/ozgurdonmaz

صفحة 19: © iStock.com/CasarsaGuru

صفحة 39: © iStock.com/kasto80

صفحة 61: © iStock.com/MartenBG

صفحة 73: © iStock.com/AlxeyPnferov

صفحة 87: © iStock.com/CasarsaGuru

كلمة شكر

حسين (من كينغز كوليذج في لندن)، ونجاة المكاوي (من جامعة باريس دوفين)، وزكي محشي وريبع نصر (المركز السوري لبحوث السياسات). ونحن نتقدم من جميع من ساهم في التقرير بالامتنان الشديد على التفاني وجودة العمل.

والشكر موصول للخبراء الذين استعرضوا البحوث الأولية وتحققوا من صحة نتائج التقرير، ومنهم أحمد عبد الناصر، وأن فاليا غوجون (من المعهد الدولي لتحليل النظم التطبيقية)، وماغي غانم كلاب (من منظمة Help Age International)، وزينب خضر (من المركز الديمغرافي بالقاهرة)، ورشا محمد (من جامعة القاهرة)، وهلا نوفل (من الجامعة اللبنانية). وختاماً، نعرب عن امتناننا العميق لندی دروزه واسماعيل لبد (من الإسكوا)، لمراجعتهما التقرير ولما قدّماه من مداخلات وملاحظات قيّمة.

هذا التقرير هو ثمرة الجهود القيادية والتوجيهية لمدير شعبة التنمية الاجتماعية في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، فريديريكو نيتو، والإشراف العام لرئيسة قسم السكان والتنمية الاجتماعية (الإسكوا)، كريمة القري، والتنسيق المباشر للمسؤولة عن شؤون السكان (الإسكوا)، سارة سلمان.

وهو نتاج عمل متضافر شارك فيه العديد من موظفي الإسكوا، ومنهم ربي عرجا، ونعيم المتوكل، ولارا الخوري، وآنا ليزا ليندساي، وباتريسيا دو نارفاييز كانو، وقد أسهمن معاً بالبحوث والصيغة والمراجعة.

ونتقدم بالشكر إلى الخبراء الذين ساهموا في دراسات الحالة والبحث والصيغة، ولا سيما عبد اللطيف الفراخ، وعبلا محيو سباعي ونور البخاري (من الجامعة الأميركية في بيروت)، وجوانا عبد الأحد، وشيرين

موجز تنفيذي

«الانتقال إلى الشيخوخة» الفترة الزمنية التي ترتفع خلالها نسبة كبار السن من 7 إلى 14 في المائة. ولهذه المرحلة آثار اقتصادية واجتماعية هامة على البلدان.

ومن المتوقع أن تبدأ مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة في أوقات مختلفة وبمعدلات متفاوتة بين البلدان العربية. ويصنّف هذا التقرير البلدان ضمن ثلاث فئات وفقاً للتاريخ المتوقع لبدء عملية الانتقال إلى الشيخوخة هي: البلدان التي تشهد شيخوخة سريعة ومعتدلة وبطيئة. فتونس، والجزائر، ولبنان، والمغرب تشهد شيخوخة سريعة، وستتخطى نسبة الأشخاص الذين تجاوزوا 65 سنة فيها 7 في المائة بحلول عام 2030؛ والأردن، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، وليبيا، ومصر، وبلدان مجلس التعاون الخليجي تشهد شيخوخة معتدلة، ما يعني أنّ عملية الانتقال إلى الشيخوخة ستبدأ قبل حلول عام 2050؛ وجزر القمر، والسودان، والصومال، والعراق، ودولة فلسطين، وموريتانيا، واليمن تشهد شيخوخة بطيئة، تبدأ بعد عام 2050. وتُستكمل في غالبية البلدان العربية عملية الانتقال إلى الشيخوخة في فترة تتراوح بين 13 و40 سنة، وهي مدة سريعة جداً مقارنةً بالمدة التي استغرقتها بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية وتراوح بين 50 و150 سنة. لذلك، لا بدّ للمنطقة العربية من سياسات فعالة تضعها وتطبقها في الوقت المناسب بما يحقق الاستفادة المثلى من هذه الهياكل السكانية الفريدة، ويحدّ من المخاطر الاجتماعية المحتملة.

والظروف الاجتماعية والاقتصادية الصعبة التي يعيشها غالبية كبار السن ومن يدعمهم تؤثر على قدرتهم على البقاء وعيش شيخوخة لائقة. فالحقاي الإنمائية المتداخلة تؤثر على رفاههم ومنعتهم، ومنها ضمان الحصول على دخل، والصحة، والتعليم، والعمل، والترتيبات المعيشية. وتُستخدم هذه المؤشرات لتقييم

اتسمت المنطقة العربية في الآونة الأخيرة بظاهرة ديمغرافية تمثّلت «بتضخم أعداد الشباب»، ومع ذلك، تشير التوقعات إلى تحول ديمغرافي نحو «شيخوخة السكان» في المستقبل القريب. وبعد أن واجهت البلدان العربية التحديات التي تنشأ عن تزايد أعداد الشباب، عليها أن تستعدّ اليوم للتكيّف مع تزايد أعداد كبار السن. وتعود شيخوخة السكان في المنطقة العربية لانخفاض معدلات الخصوبة وامتداد العمر، نتيجة ما تحقق من مكاسب في مجال التنمية والصحة. ولكبار السن (من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر)، احتياجات وقدرات فريدة: فارتفاع عدد كبار السن ونسبتهم يعني أن على بلدانهم ومجتمعاتهم الاستعداد لإعالجتهم وتوفير الرعاية الصحية لهم، وتمكينهم والاعتراف بدورهم الفاعل والمفيد في المجتمع.

وفي المنطقة العربية أسرع معدل نمو السكان في العالم، فقد ارتفع عدد سكانها من 123 مليون نسمة في عام 1970 إلى أكثر من 400 مليون نسمة في عام 2017، أي أكثر من ثلاثة أضعاف. ومن المتوقع أن تزداد نسبة كبار السن من مجموع السكان في المنطقة إلى 15 في المائة بحلول عام 2050، أكثر من نصفهم نساء. وتنتج من هذه التغيرات في الهيكل العمري تبعات اقتصادية واجتماعية على البلدان والمجتمعات. ويمكن أن تنطلق البلدان، في سعيها إلى فهم هذه التبعات، من النظر في مدى تقدم ظاهرة «شيخوخة السكان»، وفي النتائج المتوقعة من هذا التغير الديمغرافي.

و«شيخوخة السكان» هي عملية ديمغرافية يرتفع فيها عدد كبار السن ونسبتهم من مجموع السكان نتيجة تراجع الخصوبة وتحسّن متوسط العمر المتوقع. ويُعتبَر السكان «في طور الشيخوخة» عندما تتراوح نسبة الأشخاص الذين تجاوزوا 65 سنةً بين 7 و14 في المائة من مجموع السكان، و«في مرحلة الشيخوخة» عندما تتجاوز نسبتهم 14 في المائة. والمقصود بمرحلة

تتوفّر حالياً في المنطقة العربية. وسيزداد الطلب على المتخصصين في مجال الصحة، وبشكل خاص في علم طب الشيخوخة. إلا أن المنطقة العربية لا تعمل على تدريب أو توظيف عدد كافٍ من المتخصصين في علم طب الشيخوخة لرعاية العدد المتزايد من كبار السن. ويضاف إلى هذا الواقع ضعف التغطية الصحية في القطاع العام، وما يترتب على ذلك من نفقات عالية يتكبدها كبار السن من أموالهم الخاصة. وإذا حصل السكان الذين هم اليوم في سن العمل على خدمات طبية وقائية، وتغذية جيدة، وأنماط حياة صحية، قد تتحسن أحوال كبار السن الصحية مستقبلاً، ولكن ذلك لا يُغني عن استثمار الحكومات في الخدمات الصحية لكي يحافظ كبار السن على كامل قدراتهم في المراحل المتقدمة من حياتهم.

ويشكل مستوى التحصيل العلمي لدى كبار السن مؤشراً هاماً على قدراتهم. وسيكون كبار السن في المستقبل أكثر عدداً، ومن الذين حققوا مستويات أعلى في التحصيل العلمي مقارنة بمن سبقوهم. وكلما ارتفع مستوى التعليم، تحسنت فرص العمل والصحة، وقلّ احتمال التعرّض للمخاطر في سن الشيخوخة. وتتباين مستويات التحصيل العلمي لدى كبار السن في البلدان العربية، وتجدر الإشارة إلى أن 18 في المائة منهم، في المتوسط، قد أكملوا المرحلة الثانوية من التعليم، بينما لا تتجاوز نسبة الحاصلين على شهادات التعليم العالي 13.8 في المائة. ومع أن التوقعات تشير إلى تحسّن ملحوظ في متوسط مستوى التحصيل العلمي لدى كبار السن، سوف يكون عدد الذين يبلغون سن الشيخوخة من غير تحصيل علمي كبيراً، ولا سيما من النساء. وفي ظلّ هذا الواقع ستزيد الصعوبات المالية التي يتعرضون لها، وتقلّص فرص حصولهم على الخدمات الصحية والدعم الاجتماعي، فيتفاقم خطر تعرضهم للفقير.

ومن الضروري تأمين الحماية الاجتماعية والدعم لكبار السن لضمان شيخوخة لائقة لهم. ولا تزال الأسرة في المنطقة العربية المعيل الرئيسي لكبير السن، ولا سيما في ظل محدودية الحماية الاجتماعية العامة. ويحمي الدعم الأسري المسن من العزلة والإهمال والعوز، من خلال تأمين الدعم المالي والعملي والعاطفي له. لكنّ قدرة الأسرة على توفير الرعاية لكبير السن تضعف

واقع كبار السن، والتنبؤ بما سيكون وضع كبار السن في العقود القادمة. وقد وضعت معظم البلدان العربية برامج مختلفة للحماية الاجتماعية تشمل خدمات الصحة والتعليم ومعاشات التقاعد، لا بد منها لتحقيق رفاه كبار السن وسائر الأفراد. غير أنّ تدني الإنفاق على هذه القطاعات يحدّ من نطاق تغطيتها فلا تشمل سوى نسبة ضئيلة من السكان، ويعاني كبار السن بشكل متفاوت من نقص التغطية. وفي معظم البلدان التي تتوفّر بيانات عنها، تقتصر استحقاقات الضمان الاجتماعي على العسكريين والعاملين في القطاع العام وفي القطاع الخاص النظامي. لذلك على البلدان العربية أن تنظر في وضع كبار السن الحالي وتتخذ تدابير تضمن شيخوخة لائقة لسكانها الذين هم اليوم في سن العمل.

ولا بد من ضمان حصول كبار السن على دخل، لكنّ معاشات التقاعد النظامية قلما تتوفّر في المنطقة العربية، بالرغم من أهميتها في حمايتهم من الفقر، ولا سيما المتقاعدين منهم، أو العاجزين عن العمل، أو الذين لا يحظون بدعم الأسرة. ولا يصل متوسط نسبة الذين يستفيدون من معاشات التقاعد في المنطقة العربية إلى 30 في المائة من القوى العاملة، علماً أنّ هذه التغطية منخفضة أو معدومة، في بعض الأحيان للنساء، والعاملين لحسابهم الخاص، والعاملين في الزراعة، والمهاجرين، والعاملين في القطاع غير النظامي. لذلك يطال الفقر عدداً كبيراً من كبار السن في المنطقة العربية، ولا سيما النساء منهم. وبهدف حماية السكان الذين هم اليوم في سن العمل من مستقبل يشبه واقع من هم اليوم من كبار السن، على البلدان أن تغيّر برامجها التقاعدية وتشجع على اعتماد سبل أخرى للدّخار. كذلك لا بدّ من إصلاح نظم الحماية الاجتماعية باعتماد برامج الرعاية الصحية الشاملة وغيرها من التدابير التي تهدف إلى تغطية التكاليف التي تقع على عاتق كبار السن.

وفي ظلّ ارتفاع متوسط العمر المتوقع، تبرز الصحة همّاً أوّل لكبار السن لأنهم أكثر عرضة للمرض والعجز. والزيادة المتوقعة في عدد كبار السن ستقابلها زيادة في الطلب على الخدمات الصحية والرعاية الطويلة الأجل. غير أنّ هذه الخدمات، ولا سيما تلك التي تركز على الاحتياجات الصحية الخاصة بكبار السن، لا

فقدان المدخرات والأموال، وتقويض البيئة الداعمة لهم، وفقدان أفراد أسرهم ومقدمي الرعاية الرئيسيين، وارتفاع معدلات الأمراض والخسائر في الأرواح.

ولا بد من تحوّل جوهري في كيفية النظر إلى الشيخوخة وفهمها في جميع أنحاء المنطقة. وينبغي الإسراع في وضع استراتيجيات متماسكة وإجراءات شاملة حول الشيخوخة على مستوى السياسة العامة لتلبية الاحتياجات الصحية والاجتماعية لكبار السن والاستجابة للمطالب التي ستزيد مستقبلاً بفعل شيخوخة السكان. ويمكن لصانعي السياسات، بالرغم من النقص الكبير في المعارف، أن يباشروا العمل بالاستناد إلى ما هو متاح من بيانات وأدلة. وينبغي أن تشمل الاستجابة لشيخوخة السكان، سواء في المجتمع أم على مستوى السياسات، إصلاحات لمنظومة الخدمات الصحية والرعاية الاجتماعية، تستعيض عن النماذج التي تركز على معالجة الأمراض بسياسات تركز على الفرد وتقدم خدمات متكاملة وشاملة لمختلف مراحل الحياة. ويتطلب هذا التحول نظاماً شاملاً ومتعددة القطاعات في الحماية الاجتماعية والرعاية الطويلة الأجل بمشاركة الجهات الحكومية على جميع المستويات، للاعتراف بتنوع فئة كبار السن، والتصدي لأوجه عدم المساواة الصحية والاجتماعية. ولا بد من الاستفادة من العائد السكاني ورأس المال الاجتماعي وتأمين قنوات جديدة للتمويل المستدام.

لا يمكن تجاهل شيخوخة السكان. فكبار السن ثروة وقيمة مضافة للأسر والمجتمعات والبلدان، يستحقون العيش بكرامة، العيش الذي ينشده اليوم جميع الشباب والسكان في سن العمل عندما يتقدم بهم العمر. وفيما تعمل الحكومات مع سائر أصحاب المصلحة في إطار نهج شامل ومتكامل لوضع الخطط والسياسات الإنمائية بما يتوافق مع خطة التنمية المستدامة لعام 2030، لا بد لها من أن تحرص على عدم إهمال من هم اليوم ومن سيكونون غداً في سن الشيخوخة.

بفعل عوامل كتقلص حجم الأسرة نفسها، وتغيّر الترتيبات المعيشية، وتزايد مشاركة المرأة في سوق العمل النظامية، وتزايد حركات الهجرة، وانخفاض الخصوبة، وارتفاع معدلات بطالة الشباب. ولا بد من أن تنتبه البلدان لهذا التغيّر الهيكلي في المجتمع فتضع نظم حماية اجتماعية تستجيب لاحتياجات كبار السن الذين يحصلون على دعم أسري محدود أو يفتقرون كلياً إليه.

وكبيرات السن أكثر عرضةً للمرض والفقر نتيجة التفاوت بين الجنسين في متوسط العمر المتوقع، وفي الإلمام بالقراءة والكتابة، وفرص العمل، فضلاً عن المعايير الاجتماعية القائمة على التمييز بين الجنسين. وقلما تستفيد النساء من استحقاقات الضمان الاجتماعي لأن معظمهن يعملن في العادة في القطاع غير النظامي أو تزاوّل عملاً غير مدفوع الأجر، ما يعني أنها لا تحصل على معاش تقاعدي أو تأمين صحي عندما تتقدم في السن. وتعيش المرأة في معظم البلدان العربية حياة أطول، وتعاني أكثر من المشاكل الصحية في سن الشيخوخة، وهي أكثر عرضة للعجز، وتواجه المزيد من القيود في أنشطتها اليومية. ومعدلات الأمية أعلى بكثير لدى النساء، والمرأة في المناطق الريفية أكثر عرضةً للمخاطر بسبب ارتفاع معدلات الفقر ومحدودية الحصول على الرعاية الطبية المناسبة. وتظهر التوقعات أن الفجوة بين الجنسين ستضيق في فرص العمل واستحقاقات التقاعد والصحة والتعليم، ومع ذلك، لا بد من بذل مزيد من الجهود لسدّها.

وتزداد مهمة الاستجابة لاحتياجات كبار السن تعقيداً بفعل ما شهدته المنطقة وما زالت تشهده من نزاعات. فللنزاع آثار مدمرة على نسيج المجتمع، بسبب الهجرة القسرية، وزيادة الأعباء الصحية والاجتماعية، والتفكك الأسري، وتدمير البنى الأساسية. ويتضمّن هذا التقرير دراسة حالة حول آثار النزاع المسلح على كبار السن في الجمهورية العربية السورية، بما في ذلك

المحتويات

ص. 3	كلمة شكر
ص. 5	موجز تنفيذي
ص. 13	المصطلحات
ص. 15	مقدمة
ص. 19	1. لمحة ديمغرافية عامة عن الشيخوخة في المنطقة العربية: الاتجاهات والأنماط والآفاق
ص. 19	ألف. مقدمة
ص. 19	باء. التعاريف والمصادر والمنهجية
ص. 20	جيم. حجم السكان والنمو السكاني
ص. 27	دال. تغيّر الهيكل العمري للسكان
ص. 34	هاء. نسب الإعاقة
ص. 37	واو. استنتاجات وخلاصة
ص. 39	2. الوضع الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن في المنطقة العربية
ص. 39	ألف. مقدمة
ص. 39	باء. نظم الحماية الاجتماعية لكبار السن
ص. 41	جيم. الوضع الاجتماعي والاقتصادي في سن الشيخوخة
ص. 55	دال. أثر الأزمة على كبار السن في المنطقة: الجمهورية العربية السورية
ص. 58	هاء. استنتاجات وخلاصة
ص. 61	3. دعم متبادل بين الأجيال
ص. 61	ألف. مقدمة
ص. 61	باء. الدعم المتبادل بين الأجيال في المنطقة العربية
ص. 63	جيم. دراسة حالة عن الدعم المتبادل بين الأجيال في بيروت
ص. 70	هاء. استنتاجات وخلاصة
ص. 73	4. مستقبل الشيخوخة في المنطقة العربية
ص. 73	ألف. مقدمة
ص. 73	باء. ضمان الحصول على دخل
ص. 75	جيم. الوضع الصحي
ص. 81	دال. مستويات تعليم كبار السن بحلول عامي 2030 و2050
ص. 83	هاء. البيئة المؤازرة: عناية الأسرة بكبار السن
ص. 85	واو. استنتاجات وخلاصة

ص. 87 5. وضع سياسات للشيخوخة في المنطقة العربية: تلبية احتياجات كبار السن اليوم، وفي عام 2030، وما بعده

87	ص. ألف. مقدمة
88	ص. باء. وضع سياسات للشيخوخة في المنطقة العربية
90	ص. جيم. عوامل نجاح سياسات الشيخوخة
95	ص. دال. تمويل سياسات الشيخوخة
97	ص. هاء. تخطيط سياسات الشيخوخة وتنفيذها في المنطقة العربية
103	ص. واو. استنتاجات وخلاصة

ص. 105 المرفقات

ص. 143 الحواشي

ص. 147 المراجع

قائمة الجداول

28	ص. الجدول 1. نسبة السكان في المنطقة العربية، حسب الفئات العمرية، 1970-2050
29	ص. الجدول 2. نسبة السكان حسب البلد والفئة العمرية، 1970-2050
30	ص. الجدول 3. عدد السكان في المنطقة العربية حسب الفئة العمرية، 1970-2050
33	ص. الجدول 4. نسبة الكبار في السن حسب الفئة العمرية، عام 2015
36	ص. الجدول 5. نسب إعالة كبار السن، 1970-2050
44	ص. الجدول 6. الأسباب الرئيسية لوفيات كبار السن، 2011
45	ص. الجدول 7. نسبة كبار السن ذوي الإعاقة حسب العمر والجنس
49	ص. الجدول 8. مستوى التحصيل العلمي لكبار السن في الأردن وتونس ومصر
50	ص. الجدول 9. سن التقاعد القانونية في البلدان العربية
51	ص. الجدول 10. متوسط حجم الأسرة في عدد من البلدان العربية
52	ص. الجدول 11. النسبة المئوية لمعيلى الأسر من كبار السن
53	ص. الجدول 12. النسبة المئوية لكبار السن الذين يعيشون بمفردهم حسب الجنس
54	ص. الجدول 13. الوضع العائلي لكبار السن في الأردن وتونس ومصر
64	ص. الجدول 14. معلومات ديمغرافية عن كبار السن والأولاد البالغين
75	ص. الجدول 15. كبار السن المصابون بأمراض غير معدية في المنطقة العربية، 2015 و2030
77	ص. الجدول 16. تقدير العجز في الحماية الصحية في البلدان العربية
79	ص. الجدول 17. العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً مع إعاقة أو بدونها في عدد من البلدان العربية
80	ص. الجدول 18. السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر المصابون بإعاقة في عامي 2030 و2050 حسب ثلاثة سيناريوهات
82	ص. الجدول 19. التحصيل العلمي المتوقع لكبار السن في المنطقة العربية
89	ص. الجدول 20. الأطر القانونية والاستراتيجيات المتعلقة بكبار السن في بعض البلدان العربية
100	ص. الجدول 21. المرحلة الأولى: إجراءات الأجل القصير
101	ص. الجدول 22. المرحلة الثانية: إجراءات الأجل المتوسط
102	ص. الجدول 23. المرحلة الثالثة: إجراءات الأجل الطويل

قائمة الأشكال

- ص. 21 الشكل 1. حجم السكان في البلدان العربية، 1970، 2015، 2050
- ص. 23 الشكل 2. معدلات الخصوبة الكلية في البلدان العربية حسب معدل الشيخوخة
- ص. 26 الشكل 3. العمر المتوقع والعمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ ستين عاماً، حسب الجنس
- ص. 26 الشكل 4. المهاجرون الدوليون في المنطقة العربية حسب الفئة العمرية، 2015
- ص. 28 الشكل 5. التركيبة السكانية في المنطقة العربية حسب الفئة العمرية، 1970-2050
- ص. 32 الشكل 6. نسبة كبار السن الذكور إلى كبيرات السن في المنطقة العربية، 1970-2050
- ص. 34 الشكل 7. مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة في البلدان العربية
- ص. 35 الشكل 8. نسب الإعاقة في المنطقة العربية
- ص. 40 الشكل 9. الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية: معاشات التقاعد وغيرها من المستحقات، باستثناء الخدمات الصحية، للأشخاص الذين تجاوزوا سن التقاعد القانونية
- ص. 42 الشكل 10. السكان الذين تجاوزوا سن التقاعد القانونية ويحصلون على معاش للتقاعد
- ص. 46 الشكل 11. النفقات من الأموال الخاصة كنسبة مئوية من مجموع النفقات الصحية في البلدان العربية، 2014
- ص. 46 الشكل 12. التغير في الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي النفقات على الصحة، مقارنة بين عامي 1995 و2014
- ص. 47 الشكل 13. الإنفاق العام على الصحة في البلدان العربية في عام 2015
- ص. 48 الشكل 14. مستوى التحصيل العلمي لدى كبار السن، 2010
- ص. 50 الشكل 15. العاملون من مجموع السكان حسب الجنس في الفئة العمرية 65 سنة وأكثر
- ص. 55 الشكل 16. الاعتماد على المساعدة في متطلبات الحياة اليومية في عدد من البلدان العربية
- ص. 74 الشكل 17. نسبة تغطية معاشات التقاعد الفعلية حسب المنطقة مرجحة بمجموع السكان، 2014
- ص. 83 الشكل 18. الذكور والإناث من الفئة العمرية 60 سنة أو أكثر، حسب مستوى التعليم، في المنطقة العربية 2015
- ص. 84 الشكل 19. الذكور والإناث من الفئة العمرية 60 سنة أو أكثر، حسب مستوى التعليم، في المنطقة العربية، 2030
- ص. 84 الشكل 20. الذكور والإناث من الفئة العمرية 60 سنة أو أكثر، حسب مستوى التعليم، 2050
- ص. 101 الشكل 21. العملية المتكررة لوضع خدمات وسياسات الرعاية الطويلة الأجل

قائمة الأطر

- ص. 31 الإطار 1. الهرم السكاني حسب العمر والجنس في البلدان التي تشهد شيخوخة بطيئة وسريعة
- ص. 76 الإطار 2. إعداد المهنيين الصحيين لرعاية كبار السن في المستقبل: الممارسات الجيدة في المنطقة
- ص. 78 الإطار 3. دراسة عن الحالة الصحية للاجئين كبار السن السوريين في لبنان واحتياجاتهم
- ص. 99 الإطار 4. تخطيط العمل الموجه نحو الأهداف والنتائج الذكية

المصطلحات

الفئة العمرية 65 سنة وأكثر ستبلغ 7 في المائة من مجموع السكان، قبل عام 2030.

السكان النشطون الذين هم في سن العمل: الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و59 سنة.

البلدان التي تشهد شيخوخة معتدلة: البلدان التي ستبدأ بالانتقال إلى الشيخوخة، أي أنّ نسبة السكان من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر ستبلغ 7 في المائة من مجموع السكان بين عامي 2030 و2050.

توزُّع الأعمار: عدد السكان في الفئات العمرية المتتالية في بلد محدد. ويختلف توزُّع الأعمار بين البلدان مع اختلاف مستويات الخصوبة واتجاهاتها.

البلدان التي تشهد شيخوخة بطيئة: البلدان التي ستبدأ بالانتقال إلى الشيخوخة، أي أنّ نسبة السكان من الفئة العمرية 65 وأكثر ستبلغ 7 في المائة من مجموع السكان، بعد عام 2050.

السكان في مرحلة الشيخوخة: يعتبر سكان بلد ما في مرحلة الشيخوخة عندما تتجاوز نسبة كبار السن 14 في المائة من مجموع السكان.

السكان في طور الشيخوخة: يعتبر سكان بلد ما في طور الشيخوخة عندما تتراوح نسبة كبار السن بين 7 و14 في المائة من مجموع السكان.

معدل الخصوبة الكلي: عدد المواليد الأحياء لكل 1,000 امرأة من الفئة العمرية 15 إلى 44 سنة أو 15 إلى 49 سنة في سنة معيّنة.

الانتقال إلى الشيخوخة: الفترة الزمنية التي ترتفع خلالها نسبة كبار السن من 7 إلى 14 في المائة.

الأسرة: شخص أو أكثر في وحدة سكنية.

نسبة الإعالة: نسبة الإعالة الكلية هي نسبة السكان من الفئتين العمريتين صفر إلى 14 سنة و65 سنة وأكثر إلى عدد السكان من الفئة العمرية 15 إلى 64 سنة. ونسبة إعالة الأطفال هي نسبة السكان من الفئة العمرية صفر إلى 14 سنة إلى السكان من الفئة العمرية 15 إلى 64 سنة. ونسبة إعالة كبار السن هي نسبة السكان من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر إلى السكان من الفئة العمرية 15 إلى 64 سنة. وجميع النسب هي عدد المعالين لكل 100 شخص في سن العمل (15-64 سنة).

معدل الأمية: معدل الأمية في فئة عمرية محددة هو نسبة الأشخاص في هذه الفئة العاجزين عن القراءة وفهم المضمون وعن كتابة نص قصير بسيط في حياتهم اليومية.

الهجرة الوافدة: الداخلون إلى بلد غير البلد المنشأ للحصول على إقامة دائمة أو شبه دائمة.

الهجرة الخارجة: المغادرون من البلد المنشأ للحصول على إقامة دائمة أو شبه دائمة في بلد آخر.

الهجرة: حركة شخص أو مجموعة من الأشخاص، عبر الحدود الدولية أو داخل البلد. وهي تشمل أي نوع من الحركة، على اختلاف مدتها أو تكوينها أو مسبباتها؛ وتندرج فيها هجرة اللاجئين والنازحين والمهاجرين لأسباب اقتصادية، والأشخاص المتنقلين لأغراض أخرى، مثل لَم شمل الأسرة.

البلدان التي تشهد شيخوخة سريعة: البلدان التي ستبدأ بالانتقال إلى الشيخوخة، أي أنّ نسبة السكان من

المشاركة في القوى العاملة: نسبة السكان النشطين اقتصادياً في فئة عمرية محددة من مجموع السكان في نفس الفئة العمرية. والسكان النشطون (أو القوى العاملة) هم مجموع السكان العاملون وغير العاملين الباحثين عن فرصة عمل.

العمر المتوقع في سن معينة: متوسط عدد سنوات العمر المتوقع لدى مجموعة مفترضة من الأفراد الذين تطبق عليهم طوال حياتهم معدلات الوفيات في فترة معينة.

الوفيات: الوفيات باعتبارها عنصراً من عناصر التغير السكاني.

الخصوبة الطبيعية: غياب تنظيم الأسرة على أساس الجنس، أي أن الأهل لا يتحكمون بالخصوبة بالاستناد إلى تكافؤ الجنسين.

كبار السن: الأفراد من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر. وتستند بعض تحاليل هذا التقرير إلى بيانات تحدد كبار السن بمن هم من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر، وفي هذه الحالة، يشير التقرير بوضوح إلى الفئة العمرية المعتمدة.

عدد السكان: عدد السكان بحكم الأمر الواقع في بلد أو منطقة ما في السنة المشار إليها.

شيخوخة السكان: عملية ديمغرافية يزداد فيها عدد كبار السن ونسبتهم من السكان نتيجة لانخفاض في معدلات الخصوبة وتحسن في العمر المتوقع.

تغطية معاشات التقاعد: النسبة المئوية لكبار السن الذين تجاوزوا السن القانونية للتقاعد ويحصلون على استحقاقات نقدية دورية (معاشات الشيخوخة). وتغطية معاشات التقاعد هي مجموع تغطية الخطط القائمة على اشتراكات إلزامية وطوعية وغير القائمة على اشتراكات.

معدل النمو السكاني: متوسط معدل نمو السكان خلال فترة معينة.

الخصوبة لمستوى الإحلال: معدل الخصوبة الكلي (متوسط عدد المواليد لكل امرأة) الذي يتيح بلوغ مستوى الإحلال الكلي للسكان من جيل إلى آخر، من دون احتساب الهجرة.

نسبة الذكور إلى الإناث: عدد الذكور لكل مئة من الإناث. ويمكن احتساب هذه النسبة لمجموع السكان أو لفئة عمرية محددة.

معدل الخصوبة الكلي: متوسط عدد المواليد الأحياء لمجموعة مفترضة من النساء حتى نهاية حياتهن الإنجابية، إذا طبقت عليهن طوال حياتهن معدلات الخصوبة لفترة محددة، ولم تطبق عليهن معدلات الوفيات. ويُحسب المعدل بعدد المواليد الأحياء لكل امرأة.

السكان في سن العمل: الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و59 سنة. إلا أن بعض التحاليل في هذا التقرير تستند إلى بيانات تحدد السكان في سن العمل بالذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 سنة.

مقدمة

الدخل القومي. وتُحدث الموجة الثانية زيادة في عدد كبار السن القادرين على العمل بعد سن التقاعد ولديهم عدد أقل من المعالين والمزيد من المدخرات وخيارات الاستثمار، ما قد يعزز الدخل القومي. وللاستفادة من هذه العائدات الديمغرافية، ينبغي أن تضع الحكومات سياسات فعالة تلبّي احتياجات السكان ممن هم في سن العمل أو من كبار السن وتدعم حقوقهم.

وستشهد معظم البلدان العربية عملية الانتقال إلى الشيخوخة (التي تزداد خلالها نسبة الأشخاص في سن 65 سنة وأكثر من 7 في المائة إلى 14 في المائة) في فترة تتراوح بين 13 و40 سنة. وهذه فترة زمنية قصيرة جداً مقارنة بمناطق أخرى شهدت انتقالاً تدريجياً إلى الشيخوخة، ما أتاح للحكومات والمجتمعات متسعاً من الوقت لصياغة سياسات الشيخوخة وتنفيذها، وتكييف مواردها وسياساتها. فالبلدان الأوروبية على سبيل المثال شهدت هذا الانتقال في فترة تراوحت بين 50 و150 سنة. أما في المنطقة العربية، فقد أوجد الانتقال السريع إلى الشيخوخة حاجة ملحة وغير مسبوق لمعالجة آثار التغيرات الديمغرافية. وقد بدأت بعض البلدان العربية بوضع استراتيجيات واتخاذ تدابير على مستوى السياسات العامة لتحسين أحوال كبار السن. وستُضطرّ الحكومات والمجتمعات إلى التكيف مع ظاهرة الشيخوخة بوتيرة أسرع نظراً للفترة الزمنية القصيرة التي ستستغرقها عملية الانتقال. واحترام حقوق الإنسان لكبار السن هو مسؤولية من مسؤوليات المجتمع وواجب من واجبات الدولة. ونظراً لضعف نظم الحماية الاجتماعية القائمة، ينبغي أن تلجأ الحكومات إلى وضع استراتيجيات شاملة وتنفيذ سياسات وبرامج تضمن لكبار السن الرفاه الاجتماعي والاقتصادي والنفسي والصحي.

وستضيق آفاق الشيخوخة اللائقة في حال استمرّت الظروف الاجتماعية والاقتصادية والأمنية الراهنة

في المنطقة العربية أحد أسرع معدلات نمو السكان في العالم وارتفاع كبير في نسبة كبار السن (من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر). وقد ازداد عدد سكان المنطقة العربية أكثر من ثلاثة أضعاف، من 123 مليوناً في عام 1970 إلى ما يزيد عن 400 مليون في عام 2017، فأصبحوا يشكلون نحو 5.5 في المائة من مجموع سكان العالم اليوم. وفي الفترة نفسها، ازداد عدد كبار السن أكثر من أربعة أضعاف من نحو 7 ملايين في عام 1970 إلى 29 مليوناً في عام 2017. وتشير التقديرات إلى أن عدد كبار السن قد يبلغ 49.6 مليوناً بحلول عام 2030 ويتجاوز 100 مليون بحلول عام 2050، ليشكلوا 15 في المائة من مجموع سكان المنطقة، وأكثر من نصف هذه النسبة من النساء. ويؤدي تزايد عدد كبار السن ونسبتهم من مجموع السكان إلى تحول ديمغرافي جديد في المنطقة العربية يعرف بشيخوخة السكان.

وتنجم شيخوخة السكان إلى حد كبير عن مكاسب في التنمية والصحة، وكثيراً ما يشار إليها بالانتصار الديمغرافي للقرن العشرين. ومع انخفاض معدلات الخصوبة والوفيات وارتفاع متوسط العمر المتوقع، ازدادت نسبة السكان في سن العمل ونسبة كبار السن في معظم البلدان العربية. وتتفاوت معدلات شيخوخة السكان في المنطقة بسبب عدة عوامل، منها الاختلاف في أنماط الخصوبة والوفيات والهجرة، ما يُحدث اختلافاً في الأولويات الديمغرافية والاجتماعية والسياسية. ومع ذلك، تشهد معظم البلدان العربية ارتفاعاً عاماً في نسبة كبار السن.

ونتج من التغيرات الديمغرافية في المنطقة اتجاهان: تضخم في أعداد الشباب، ثم تحول ديمغرافي نحو شيخوخة السكان. ويمكن الاستفادة من هذه التركيبة السكانية المتغيرة في تحقيق عائدات ديمغرافية. وتؤدي الموجة الأولى من التغير الديمغرافي إلى تزايد عدد السكان في سن العمل، ما يرفع نصيب الفرد من

وبالإضافة إلى خطة عام 2030، يركّز إطاران آخران للسياسات العامة على الترابط بين حقوق كبار السن والتنمية، ويتضمنان توجيهات بشأن معالجة قضايا الشيخوخة، هما برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عُقد في القاهرة في عام 1994، وخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة الصادرة عن الجمعية العالمية الثانية للشيخوخة التي عُقدت في مدريد في عام 2002. وقد دأبت المنطقة العربية على التركيز على قضايا الشيخوخة منذ ما يقارب عقدين. ووُضعت خطة العمل العربية للشيخوخة في شباط/فبراير 2002 تحضيراً للجمعية العالمية الثانية للشيخوخة. ومنذ ذلك الحين، بُدلت جهود وطنية وإقليمية مكثفة لتسليط الضوء على قضايا كبار السن وأهميتها في المنطقة. وفي عام 2013، اعتمدت الدول العربية إعلان القاهرة الذي أعاد التأكيد على التزامها بتحقيق الأهداف غير المنجزة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

ويتضمن العدد الثامن من تقرير السكان والتنمية تحليلاً لآفاق الشيخوخة اللائقة في المنطقة العربية. وينطلق من نهج قائم على حقوق الإنسان، ليؤكد على مبدأ «عدم إهمال أحد»، ويدعم جميع الأطر العالمية والولايات الإقليمية لحماية حقوق الإنسان لكبار السن ولا سيما حقهم في الرفاه والتنمية. ويشدد التقرير، في ظل ظاهرة الشيخوخة المتسارعة في المنطقة، على الحاجة إلى تدخلات سريعة وخطط متوسطة وطويلة الأجل، لضمان شيخوخة لائقة لسكان المنطقة. ويستند أيضاً إلى منهجيات علمية مختلفة لدراسة الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية، يشمل تحليلاً إحصائياً كميّاً للتعدادات والمسوح الوطنية، وبيانات صادرة عن الأمم المتحدة، وتحليلاً نوعياً مفضلاً بالاعتماد على مصادر البيانات الأولية والثانوية.

ويعرض الفصل الأول الاتجاهات الديمغرافية التي تؤدي إلى تغيّرات في الهياكل العمرية في البلدان العربية. وبيّن الاتجاهات السابقة والمقبلة في حجم السكان ومعدلات النمو، وأنماط الخصوبة والوفيات والهجرة بوصفها محددات لتركيبية الهيكل العمري. ويكشف التحليل عن الاتجاه العام لشيخوخة السكان في المنطقة ككل وعلى مستوى كل بلد.

وبقي نظام الحماية الاجتماعية على حاله. والمرأة، التي كثيراً ما تعيش حياة أطول من الرجل، هي أكثر عرضة للمخاطر عندما تتقدم في السن نظراً لتدني ما تسجله من معدلات تعليم وعمل، وما تعاني منه من ضعف نظم الحماية الاجتماعية، وارتفاع معدل انتشار الأمراض الطويلة الأجل والمزمنة. ولا بد من تحوّل منهجي في نظرة الحكومات والمجتمعات إلى كبار السن في سبيل دعم حقهم في شيخوخة لائقة. والنظرة إلى كبار السن باعتبارهم عبئاً على الدولة والأسرة يجب أن تستبدل بنهج قائم على الحقوق لحمايتهم وتمكينهم وتقدير قيمتهم كمواطنين فاعلين يستطيعون المشاركة في مختلف الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية، والقيام بمساهمات قيّمة في أسرهم ومجتمعاتهم.

وتمهيداً لهذا التحوّل، ينبغي أن توفّر الحكومات الأمن المالي والاجتماعي والرعاية الصحية المناسبة، وأن تسهّل الحصول على السلع والخدمات العامة ذات الصلة، وتتيح منفراً للمشاركة الاجتماعية والاقتصادية المجدية. ولتحسين استجابة الحكومات لاحتياجات كبار السن، لا بد من توفير المزيد من البيانات المحددة المتعلقة بهذا التحول الديمغرافي، منها البيانات المفصلة حسب العمر والجنس والموقع الجغرافي (الأرياف أو المدن). وتقتصر معظم الإحصاءات والبيانات السكانية المفصلة حسب العمر حالياً على فئة عمرية واحدة، هي 60 سنة وأكثر، ولا تكشف عن الكثير من التفاصيل بشأن حياة الأفراد من المجموعات العمرية ضمن هذه الفئة. ولا بد من تحسين أساليب جمع البيانات وتبادلها لكي توضع لكبار السن استراتيجيات وسياسات وبرامج قائمة على الأدلة.

والحكومات مدعوة، اليوم أكثر من أي وقت مضى، إلى اتخاذ إجراءات في سبيل «عدم إهمال أحد» وفقاً لالتزامها بتحقيق خطة عام 2030. والشيخوخة اللائقة للجميع ليست مقتضى أخلاقياً فحسب بل هي شرط لازم لتحقيق التنمية المستدامة الشاملة. وتقتضي أهداف التنمية المستدامة، بحكم طابعها الشامل والمترايط، نهجاً شاملاً للشيخوخة يغطي مختلف أبعاد دورة الحياة. ويتطلب تحقيق أهداف التنمية المستدامة أيضاً مشاركة جميع أصحاب المصلحة، بما في ذلك المؤسسات الحكومية، والمجتمع المدني، والقطاع الخاص.

الأدلة لاحتياجات كبار السن بحلول عامي 2030 و2050. وي طرح تصورات لهذه الاحتياجات في ظل محدودية حصول بعضهم على التعليم، والرعاية الصحية، ومعاشات التقاعد، والدعم الأسري، مع استشراف التغيرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية في المستقبل.

ويتناول الفصل الخامس، في ظل ما يواجهه كبار السن من تحديات راهنة ومقبلة، ضرورة عمل الدول على وضع آلياتٍ للحماية الاجتماعية الشاملة ونُظم للرعاية المستدامة على المدى الطويل. ويعرض أيضاً العوامل التي تسهم في إنجاح صياغة السياسات وتنفيذها. وتحقيقاً للاستفادة المثلى من هذا التقرير، يحدد الفصل الخامس المبادئ الأساسية التي يمكن لصانعي السياسات الاسترشاد بها، بما في ذلك اعتماد نهج حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين في معالجة قضايا الشيخوخة، ونهج دورة الحياة في وضع السياسات السكانية وفقاً للأطر الدولية، ولا سيما خطة عام 2030. وي طرح هذا الفصل نهجاً تدريجياً لصنع سياسات تحقق أهدافاً قصيرة ومتوسطة وطويلة الأجل، وينتهي إلى اقتراح إجراءات عملية وقابلة للتنفيذ.

ويتناول الفصل الثاني الظروف الاجتماعية والاقتصادية لكبار السن في المنطقة العربية، بما في ذلك القضايا الإنمائية المترابطة التي تؤثر على رفاههم وتحميمهم من المخاطر مثل ضمان الحصول على دخل، والصحة، والتعليم، والعمل، والترتيبات المعيشية. ويهدف تحليل هذه الظروف إلى تقييم وضع كبار السن، والموارد ونُظم الحماية التي توفرها لهم الدولة والمنظمات المدنية والأسر، لتسليط الضوء على ما يتعرّضون له من تجارب وتحديات ومخاطر في الوقت الراهن وفي المستقبل.

ويتناول الفصل الثالث الترتيبات المعيشية لكبار السن والاتجاهات الحالية فيها، باعتبارها وسيلة هامة من وسائل الحماية الاجتماعية. ثم يركّز على الدعم المتبادل بين الأجيال من خلال دراسة حالة حول لبنان الذي يسجل أسرع معدل شيخوخة في المنطقة العربية. وتتضمن هذه الدراسة تحليلاً مفضلاً لدور هذا الدعم في الحد من المخاطر التي يتعرض لها كبار السن. ويسلط هذا الفصل الضوء أيضاً على ما يقدمه كبار السن لأسرهم ومجتمعاتهم من مساهمات مادية واجتماعية، كثيراً ما تُغفل ولا تحظى بالتقدير.

ويقدم الفصل الرابع، انطلاقاً من الاتجاهات الحالية لشيخوخة السكان في المنطقة، توقعات قائمة على



تتجه الدول العربية نحو شيخوخة السكان
وإن بسرعات متفاوتة. ويحث واقع كبار
السن اليوم واضعي السياسات على إيجاد
حلول ملحة لتحسين الظروف الاجتماعية
والاقتصادية لنحو 27 مليون من كبار السن،
وأكثر من 100 مليون منهم بحلول عام
2050.

1. لمحة ديمغرافية عامة عن الشيخوخة في المنطقة العربية: الاتجاهات والأنماط والآفاق

ألف. مقدمة

ومن المؤشرات الأخرى المستخدمة في تحليل اتجاهات شيخوخة السكان وأثرها نسبة الإعالة الكلية، وهي مجموع نسبة إعالة الأطفال ونسبة إعالة كبار السن: وتحسب نسبة إعالة الأطفال بعدد الأشخاص من الفئة العمرية صفر إلى 14 سنة من كل 100 شخص من الفئة العمرية 15 إلى 64 سنة؛ أما نسبة إعالة كبار السن فهي عدد الأشخاص من الفئة العمرية 64 سنة وأكثر من كل 100 شخص من الفئة العمرية 15 إلى 64 سنة.

وتحسب مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة بالاستناد إلى نسبة السكان من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر من مجموع السكان، وذلك وفقاً لمنهجيات البحث الديمغرافية بشأن إسقاطات السكان³. ويعتبر سكان بلد ما في «طور الشيخوخة» عندما تتراوح نسبة كبار السن منهم بين 7 و14 في المائة، وفي «مرحلة الشيخوخة» عندما تتجاوز نسبة كبار السن منهم 14 في المائة من مجموع السكان. فيما تشير «مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة» إلى الفترة الزمنية التي ترتفع خلالها نسبة كبار السن من 7 إلى 14 في المائة من مجموع السكان.

وقد استُمدت البيانات عن الاتجاهات الديمغرافية الواردة في هذا الفصل من تقرير «التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2017»⁴. وتشمل هذه البيانات تقديرات وتوقعات حول حجم السكان (مفصلة حسب العمر والجنس) ومحدّات النمو السكاني (أي الخصوبة، والوفيات، وصافي الهجرة)، تعدّها كل سنتين شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة. ويتضمن تقرير التوقعات السكانية في العالم مجموعة متنسقة من الأرقام المتعلقة بالسكان والمستخدم على نطاق منظومة الأمم المتحدة في إعداد الأنشطة التي تتطلب بيانات سكانية تُستمدّ بمعظمها من التعدادات والبيانات الوطنية⁵. ويكمل هذا التقرير تلك البيانات بإحصاءات من مصادر أخرى في الأمم المتحدة.

في المنطقة العربية تغيّر ديمغرافي شديد الأهمية من مجتمع يسجّل معدلات خصوبة ووفيات مرتفعة إلى مجتمع تنخفض فيه هذه المعدلات. ويؤدي هذا التغيّر إلى تحوّل تدريجي في الهيكل العمري للسكان، فترتفع نسبة كبار السن في ما يُعرف بـشيخوخة السكان.

وستبدأ عملية الانتقال إلى الشيخوخة في معظم البلدان العربية في العقود القليلة المقبلة، لكن بمعدلات متفاوتة. وقد بدأت هذه الظاهرة فعلياً في تونس ولبنان، لكنها لن تبدأ في الصومال وموريتانيا واليمن قبل عام 2050. ويعرض هذا الفصل أحدث الأدلة الديمغرافية حول الشيخوخة في المنطقة العربية، بما في ذلك الاتجاهات الديمغرافية في البلدان العربية البالغ عددها 22 بلداً¹ في الفترة 1970-2050، بهدف تحليل محدّات شيخوخة السكان الناجمة عن تغيّرات في حجم السكان، والنمو السكاني، والخصوبة، والوفيات، والهجرة. ثم يتناول التغيرات في الهياكل العمرية للسكان ونسب الإعالة في بلدان المنطقة، مع التركيز على ظاهرة الشيخوخة.

باء. التعاريف والمصادر والمنهجية

شيخوخة السكان هي عملية ديمغرافية يرتفع فيها عدد كبار السن ونسبتهم من السكان، نتيجة انخفاض معدل الخصوبة وتحسّن العمر المتوقع². ويعتمد هذا التقرير تعريف كبار السن لشعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، أي السكان الذين يتجاوز عمرهم 60 سنة. وتجدر الإشارة إلى أنّ بعض البيانات الواردة في هذا التقرير مستمدة من دراسات تعرّف كبار السن بأنهم من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر. ويشير التقرير في هذه الحالة إلى التعريف المعتمد في تحديد فئة كبار السن.

التي تشهد شيخوخة بطيئة، أي التي يبدأ فيها الانتقال بعد عام 2050، وهي جزر القمر، والسودان، والصومال، والعراق، ودولة فلسطين، وموريتانيا، واليمن.

جيم. حجم السكان والنمو السكاني

يُقصد بالنمو السكاني الزيادة في عدد سكان مكان معين. ويحتاج صانعو السياسات إلى معرفة الاتجاهات الإقليمية والوطنية للنمو السكاني استعداداً للتغير السكاني المرتقب وما ينتج عنه من آثار إنمائية متنوعة. وإدراك حجم الفئات العمرية المختلفة للسكان أمرٌ بالغ الأهمية في صنع السياسات.

ويطال التغير السكاني، بما في ذلك شيخوخة السكان والتحويلات في الهيكل العمري، جميع جوانب الحياة تقريباً. ويترك آثاراً عميقة على الاقتصاد، وسوق العمل، والتشغيل، ومعاشات التقاعد، ونظم الرعاية الصحية، والحماية الاجتماعية، والتعليم، والإسكان، والصرف الصحي، والمياه، والطاقة، والغذاء، والاستهلاك، والبيئة، والتنقل البشري. ويحدث النمو السكاني بمعدلات مختلفة وفقاً للتغيرات في معدلات الخصوبة، والوفيات، والهجرة، وتحدّد اتجاهات هذه العوامل السببية الثلاثة نطاق شيخوخة السكان.

ازداد حجم السكان في المنطقة العربية أكثر من ثلاثة أضعاف منذ عام 1970. ومن كل 20 فرداً في العالم اليوم، يعيش فرد في المنطقة العربية.

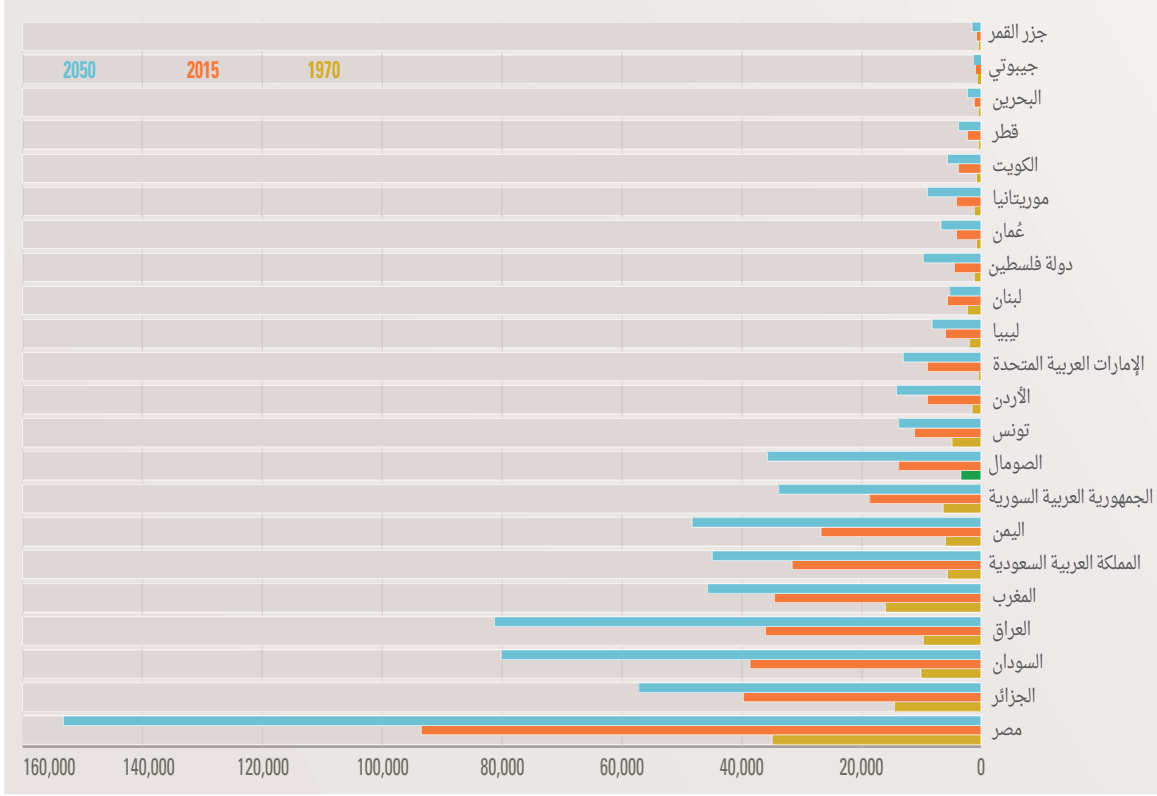
ويبيّن الشكل 1 أن حجم السكان في نمو سريع في المنطقة العربية، ولكن بمعدلات متفاوتة بين البلدان. فقد ازداد مجموع السكان في المنطقة أكثر من ثلاثة أضعاف من 123.5 مليوناً في عام 1970 إلى 284.1 مليوناً في عام 2000 و398.5 مليوناً في عام 2015. وضمت المنطقة العربية في عام 2015 حوالي 5.4 في المائة من مجموع سكان العالم، بعد أن كانت تضمّ 3.3 في المائة في عام 1970 و4.6 في المائة في عام 2000.

ويتناول هذا الفصل التوقعات السكانية حسب المتغير المتوسط حتى عام 2050، لأن هذا العام يمثّل متوسط الآلاف من المسارات المتوقعة للعناصر الديمغرافية المحددة لكل بلد. فاستخدام المتغير المتوسط، بدلاً من متغيّرات الخصوبة المنخفضة أو المرتفعة أو الثابتة، يؤدي إلى توقعات أكثر دقة وأقرب لتطوّر الهياكل السكانية في المنطقة (المرفق الأول).

ويستند المتغير المتوسط في التوقعات السكانية للأمم المتحدة إلى انخفاض متوقّع في معدلات الخصوبة في المنطقة العربية، كما في المناطق الأخرى. وتبيّن الأدلة أن بعض البلدان العربية قد تشهد اتجاهات عكسية في الخصوبة، ما يؤدّي إلى انحراف ملحوظ عن هذه التوقعات. ويزداد عدم اليقين مع الابتعاد عن سنة الأساس 2015، ولا سيما على مستوى البلدان⁶. ومع أن التوقعات الواردة في هذا التقرير تركّز على فرضيات مختلفة بشأن الخصوبة، من الممكن أن يكون للمحدّدن الديمغرافيين الأخرين (أي الوفيات والهجرة) اتجاهات مختلفة عن تلك المتوقعة، وأن يؤثّر انحرافهما عن التوقعات على نطاق شيخوخة السكان ووتيرتها (المرفق الثاني)⁷. وقد يتأثر التغير الديمغرافي باتجاهات الهجرة والنزاعات المستمرة في بعض بلدان المنطقة على نحو تعجز البيانات عن توقعه في الوقت الحاضر. فالاتجاهات المتوقعة لبعض البلدان العربية قد تنعكس بعد عام 2050، لا سيما وأن البيانات الحديثة تشير إلى ارتفاع في مستويات الخصوبة بعد فترات من انخفاضها في بعض البلدان مثل تونس والجزائر ومصر.

وجرى تحليل البيانات الديمغرافية لكل من البلدان العربية. ومن المتوقّع أن تبدأ بعض البلدان العربية عملية الانتقال إلى الشيخوخة في أوقات وبمعدلات مختلفة. ويصنّف التقرير البلدان في ثلاث فئات رئيسية حسب التاريخ المتوقع لبدء عملية الانتقال إلى الشيخوخة. وتضمّ الفئة الأولى البلدان التي تشهد شيخوخة سريعة، أي التي يبدأ فيها الانتقال قبل عام 2030، وهي تونس، والجزائر، ولبنان، والمغرب؛ والفئة الثانية البلدان التي تشهد شيخوخة معتدلة، أي التي يبدأ فيها الانتقال بين عامي 2030 و2050، وهي الأردن، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، وليبيا، ومصر، وبلدان مجلس التعاون الخليجي⁸؛ والفئة الثالثة البلدان

الشكل 1. حجم السكان في البلدان العربية (بالآلاف)، 1970، 2015، 2050



المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (New York, 2017), <https://esa.un.org/unpd/wpp/>, Publications.

ويصل إلى 676.4 مليوناً بحلول عام 2050. وسيحدث هذا النمو بنسبة تقارب 1.52 في المائة سنوياً، أي بوتيرة أبطأ من النمو السكاني في الفترة 1970-2015،

من المقدر أن يبلغ عدد كبار السن 49.6 مليون نسمة بحلول العام 2030، أي 9.5 في المائة من عدد السكان الإجمالي. ومن المتوقع أن يتجاوز هذا العدد 102 مليون نسمة بحلول العام 2050، أي 15.1 في المائة من عدد السكان الإجمالي، وهو مؤشر على ارتفاع كبير لنسبة كبار السن نتيجة لارتفاع معدلات الخصوبة في السبعينات.

وأُسرع من المتوسط العالمي الذي يُتوقع أن يبلغ 0.8 في المائة. ونتيجة لذلك، من المتوقع أن تبلغ نسبة سكان المنطقة من مجموع سكان العالم 6.9 في المائة بحلول عام 2050.

ورغم الازدياد الكبير في حجم السكان في المنطقة العربية، تباطأ المعدل السنوي للنمو السكاني مؤخراً من 2.82 في المائة في الفترة 1970-2000 إلى 2.28 في المائة في الفترة 2000-2015. غير أن هذا النمو بقي أسرع من المتوسط العالمي (1.7 في المائة في الفترة 1970-2000، و1.23 في المائة في الفترة 2000-2015) ومن متوسط المناطق الأقل نمواً⁹ (2.05 في المائة في الفترة 1970-2000، و1.43 في الفترة 2000-2015)¹⁰. وفي الفترة 1970-2015، ازداد عدد كبار السن في المنطقة العربية أربعة أضعاف تقريباً، من 7 ملايين إلى ما يقارب 27 مليوناً، كما ازدادت نسبة كبار السن من مجموع السكان في المنطقة العربية من 5.7 في المائة إلى 6.7 في المائة.

وبيّن تحليل البيانات المتوقعة للفترة 2015-2050 أن هذه الاتجاهات الديمغرافية مستمرة. وبحلول عام 2030، سيتجاوز عدد سكان المنطقة 520.7 مليوناً،

استخدام وسائل منع الحمل¹⁴. وانخفاض الخصوبة هو أحد الأسباب الرئيسية الدافعة نحو مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة في المنطقة العربية، ما عدا في بلدان مجلس التعاون الخليجي حيث للهجرة الدولية دور أساسي في التغير الديمغرافي.

ويرتبط العدد المتوقع لكبار السن بحلول عامي 2030 و2050 بمعدلات الخصوبة قبل عامي 1970 و1990، باعتبار أن الأشخاص المولودين قبل هذين العامين ستتجاوز أعمارهم 60 سنة بحلول عامي 2030 و2050 على التوالي. ولن تؤثر مستويات الخصوبة المتوقعة بعد عام 2015 على عدد كبار السن بحلول عامي 2030 أو 2050، بل سيكون لها تأثير على عددهم بعد عام 2050. كذلك لن تؤثر معدلات الخصوبة بين عامي 2015 و2050 على عدد كبار السن بحلول عامي 2030 أو 2050، لكنها ستؤثر على نسبتهم من مجموع السكان. وكلما تددت معدلات الخصوبة بسرعة وانخفضت معدلات الوفيات، ارتفعت نسبة السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر، ولا سيما في الأجل الطويل. وتشهد البلدان التي بدأت فيها عملية الانتقال إلى الشيخوخة، مثل تونس ولبنان، زيادة في نسبة كبار السن أسرع من البلدان التي لم تبدأ فيها هذه العملية بعد، مثل جزر القمر وجيبوتي. وقد ساهم انخفاض معدلات الخصوبة الكلية في تباطؤ معدلات النمو السكاني. وفي المستقبل، ستنخفض في معظم البلدان العربية معدلات الخصوبة إلى ما دون مستوى الإحلال¹⁵، أي أن عدد الولادات سينخفض، ما سيؤدي إلى انخفاض نسبة الأطفال والشباب وازدياد نسبة كبار السن.

ويبين الشكل 2 أن معدل الخصوبة الكلي في عام 1970 كان مرتفعاً جداً في جميع البلدان العربية، وتراوح بين 4.9 أطفال لكل امرأة في مصر و8 أطفال لكل امرأة في ليبيا. وشملت البلدان التي سجلت معدلات خصوبة شبه طبيعية¹⁶ في عام 1970 الأردن، والجزائر، وجزر القمر، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وعمان، والصومال، ودولة فلسطين، والكويت، وليبيا، والمملكة العربية السعودية. وقد تجاوز عدد الأطفال فيها 7 أطفال لكل امرأة.

ويقدّر أن يصل عدد كبار السن في المنطقة العربية إلى 49.6 مليوناً بحلول عام 2030 أي أن تصل نسبتهم إلى 9.5 في المائة من مجموع السكان. وبحلول عام 2050، سيتجاوز هذا العدد 102 مليون أو 15.1 في المائة من مجموع السكان، ما يشير إلى تضخم في أعداد كبار السن نتيجة ارتفاع معدلات الخصوبة في السبعينات.

ويُتوقع تباين كبير بين البلدان في حجم السكان (المرفق الثالث) ومعدل النمو (المرفق الرابع). وبحلول عام 2050 ستبقى مصر البلد حيث العدد الأكبر من السكان في المنطقة (153.4 مليوناً)، تليها البلدان التي يتوقع أن يزداد عدد سكانها أكثر من مرتين، ومن بينها العراق (81.5 مليوناً)، والسودان (80.4 مليوناً)، والجزائر (57.4 مليوناً)، واليمن (48.3 مليوناً) (الشكل 1). ويُعزى الاختلاف في معدلات النمو بين البلدان مع مرور الوقت إلى اختلاف ظروف التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وانعدام الاستقرار والنزاعات المسلحة، والهجرة الدولية واللجوء¹¹.

1. الخصوبة

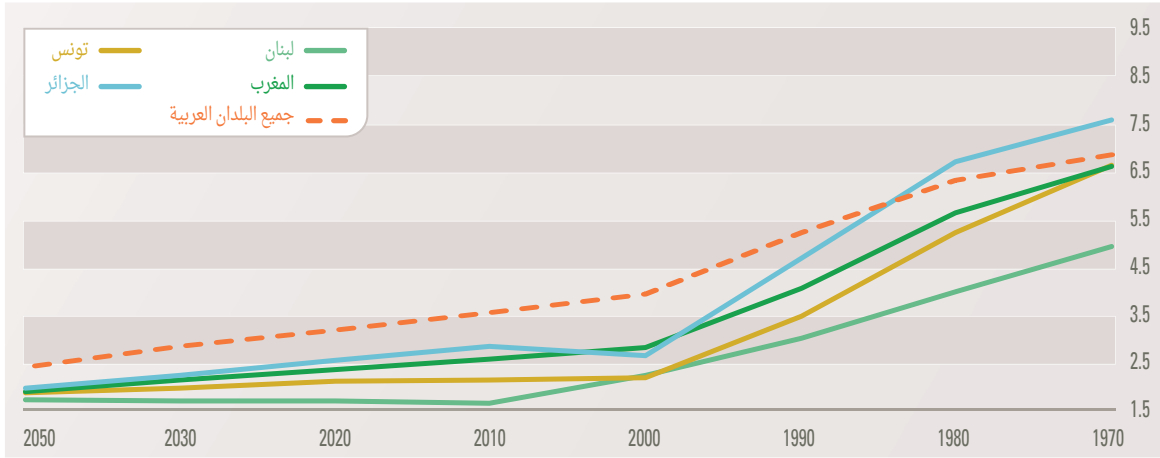
للخصوبة أثر كبير على النمو السكاني وشيخوخة السكان، لذلك، من المهم فهم محدّاتها وآثارها. وتقاس الخصوبة بمعدل الخصوبة الكلي الذي يقيس عدد المواليد الأحياء المُتوقع للمرأة خلال حياتها الإنجابية، حسب معدلات الخصوبة لكل عمر¹².

انخفاض الخصوبة هو الدافع الرئيسي لشيخوخة السكان في المنطقة العربية.

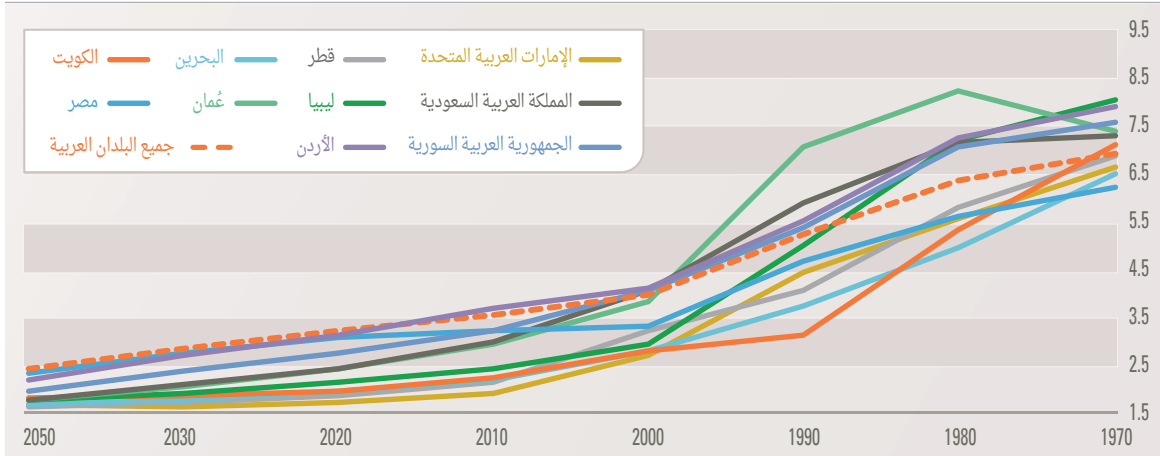
ويشكّل الزواج (السن عند الزواج ومدة الزواج) وتحديد النسل (وسائل منع الحمل) المحدّدين المباشرين والأساسيين للخصوبة في المنطقة العربية. وقد سجّلت في المنطقة العربية مستويات مرتفعة جداً للخصوبة في الماضي، لكنها في انخفاض مطرد منذ الثمانينات في جميع البلدان، ما عدا الصومال. ويشكل ارتفاع سن الزواج في العديد من بلدان المنطقة المحدّد الرئيسي لانخفاض الخصوبة¹³، بالإضافة إلى

الشكل 2. معدلات الخصوبة الكلية في البلدان العربية حسب معدل الشيخوخة

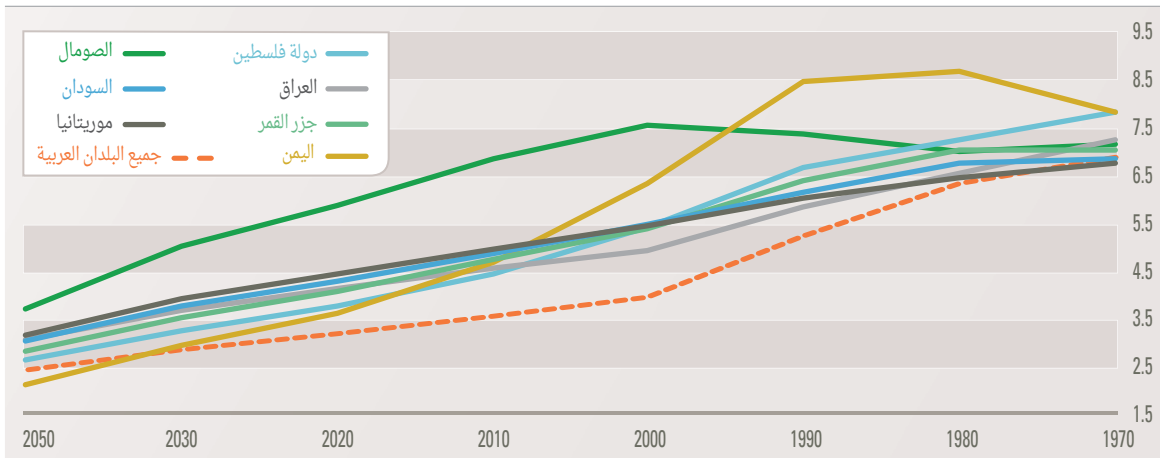
أ: معدلات الخصوبة الكلية في البلدان التي تشهد شيخوخة سريعة (عدد الأطفال لكل امرأة) 1950-1970



ب: معدلات الخصوبة الكلية في البلدان التي تشهد شيخوخة معتدلة (عدد الأطفال لكل امرأة) 2050-1970



ج: معدلات الخصوبة الكلية في البلدان التي تشهد شيخوخة بطيئة (عدد الأطفال لكل امرأة) 2050-1970



المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (New York, 2017).
ملاحظة: يُحسب معدل الخصوبة الكلي للمنطقة العربية باستخدام معدلات مرجحة بعدد السكان.

2. الوفيات

يشكل انخفاض معدل الوفيات، إلى جانب الخصوبة، عاملاً هاماً آخر يسهم في النمو السكاني والشيخوخة في المنطقة العربية. فسكان المنطقة يعيشون حياة أطول اليوم، ولا سيما النساء، ويزيد عمر معظمهم عن 80 سنة. ومن المتوقع أن يستمر هذا الاتجاه وأن يؤدي إلى تحولات ديمغرافية. ويعود تحسّن العمر المتوقع في العالم النامي بشكل أساسي إلى انخفاض معدلات وفيات الأطفال في العقود الأربعة الماضية. وساهمت في هذا الانخفاض وفي زيادة العمر المتوقع لدى كبار السن عوامل عدة مثل نمو الدخل، والإنفاق العام على الخدمات الصحية الأساسية، والتلقيح، وتحسّن النظافة الصحية والصرف الصحي، وتوسيع نطاق البنى التحتية، وزيادة الوعي، والتوسع الحضري، وتحسين التغذية²¹.

ولن تتأثر شيخوخة السكان بانخفاض معدلات الوفيات بين عامي 2015 و2030 بقدر ما تأثرت بارتفاع الخصوبة في الماضي. وحتى لو ظلّت معدلات الوفيات ثابتة، يُتوقّع أن يصل عدد الأشخاص من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر إلى 49.6 مليوناً بحلول عام 2030. لكن بحلول عام 2050، سيكون لانخفاض معدلات الوفيات أثر هام على معدلات الشيخوخة، ولا سيما للفئة العمرية 75 سنة وأكثر (المرفق السادس).

ويرتبط أثر انخفاض معدلات الوفيات بالسنّ، ما إذا كان مبكراً أم في الشيخوخة. وفي الموجة الأولى من التغير الديمغرافي، تنخفض الوفيات عادةً لدى السكان في سنّ مبكرة، ولا سيما الرضع والأطفال، ما يجعل السكان أصغر سنّاً إثر زيادة أعداد الشباب. وفي مرحلة لاحقة، تكون وفيات الأصغر سنّاً منخفضة أصلاً، ويسهم انخفاض معدلات الوفيات لدى البالغين وكبار السن في ارتفاع معدلات الشيخوخة، نتيجة زيادة عدد البالغين وكبار السن بالقيمة النسبية والمطلقة.

(أ) العمر المتوقع عند الولادة

شهدت المنطقة العربية بين عامي 1970 و2015 انخفاضاً كبيراً في معدلات الوفيات، مقاسةً بالعمر

وبدأت الخصوبة تنخفض بشكل مطّرد منذ عام 1980 في جميع البلدان العربية، ما عدا الصومال، حيث بدأ الانخفاض في عام 2000، والجزائر حيث ارتفعت في الفترة 2000-2010 قبل أن تعود فتتخفّف. وبحلول عام 2010، سجّلت ستة من أصل 22 بلداً عربياً مستويات خصوبة قريبة من مستوى الإحلال أو أدنى منه هي: لبنان (1.6 طفل لكل امرأة)؛ والإمارات العربية المتحدة (1.9 طفل لكل امرأة)؛ وتونس وقطر (2.1 طفل لكل امرأة)؛ والبحرين والكويت (2.2 طفل لكل امرأة).

وهذه الاتجاهات ليست خطية. فقد بدأت معدلات الخصوبة في المنطقة العربية تنخفض بسرعة في الثمانينات والتسعينات، لكنها تباطأت منذ عام 2000. وفي العقد الأخير، كانت معدلات الخصوبة أشدّ تباطؤاً في بعض بلدان المنطقة، بينما ارتفعت في بلدان أخرى. وهذا ما يُسمّى «الانتقال الديمغرافي العكسي»¹⁷. وتُظهر البيانات الوطنية المتاحة لثلاثة بلدان زيادة في معدل الخصوبة الكلي بين عامي 2008 و2014: من 3 إلى 3.5 أطفال لكل امرأة في مصر¹⁸، ومن 2.8 إلى 3 في الجزائر¹⁹، ومن 2.1 إلى 2.4 في تونس²⁰. وبقية معدلات الخصوبة مرتفعة في جزر القمر، والسودان، والصومال، والعراق، ودولة فلسطين، وموريتانيا، واليمن، تفوق 4 أطفال لكل امرأة في عام 2015 (المرفق الخامس).

واستناداً إلى فرضيات المتغيّر المتوسط للأمم المتحدة، من المرجح أن ينخفض معدل الخصوبة مستقبلاً في جميع البلدان العربية، كما هو مبين في الشكل 2. ويُتوقّع، بحلول عام 2050، أن يتراوح معدل الخصوبة الكلي بين 1.7 و2.9 طفل لكل امرأة في معظم البلدان، وأن تكون مستويات الخصوبة في العديد من البلدان دون مستويات الإحلال.

وتُبين هذه الأرقام أن في البلدان العربية انتقال إلى الشيخوخة بمعدلات متفاوتة. فقد أدّى ارتفاع معدلات الخصوبة والولادة في السبعينات، وما تلاه من انخفاض في معدلات الخصوبة ومن ارتفاع في متوسط العمر المتوقع في العقدين الماضيين، إلى زيادة العدد الإجمالي لكبار السن.

عدد كبيرات السن ونسبتهن، سواء في المرحلة الراهنة أم المقبلة. وتشهد الجمهورية العربية السورية منذ عام 2010 أوسع فجوة بين الجنسين من حيث العمر المتوقع (8.6 سنوات)، وتشير التوقعات إلى أنها ستتسع بحلول عام 2020 لتصل إلى 8.9 سنوات. وقد يؤثر النزاع الجاري على هذه الفوارق.

(ب) العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً

يتيح احتساب العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً تقديرات أكثر دقة لبقاء البالغين على قيد الحياة، ولا سيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل²². وقد ازداد العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً في المنطقة العربية بين عامي 1970 و2015 من 15.5 سنة إلى 18.9 سنة أي بنحو 3.4 سنوات أو 28 يوماً سنوياً (المرفق التاسع). ومن المتوقع أن يبلغ 20.2 سنة بحلول عام 2030 و22 سنة بحلول عام 2050.

تحسّن العمر المتوقع عند سن الستين في المنطقة العربية بما يقارب 28 يوماً سنوياً بين عامي 1970 و2015.

وتستمر في هذه الزيادة الفجوة بين الجنسين في العمر المتوقع في جميع البلدان العربية، إذ يُتوقع أن تعيش النساء حياة أطول بكثير من الرجال. ويُبين الشكل 3 الفوارق في العمر المتوقع وفي العمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ ستين عاماً بين الرجال والنساء في المنطقة العربية. وتراعي توقعات العمر المتوقع بصحة جيدة المشاكل الصحية التي يعاني منها كبار السن وتزيد من معدلات وفياتهم. وفي الفصل الثاني المزيد من المعلومات عن هذا الموضوع.

وفي حين بلغ أعلى متوسط للعمر المتوقع لدى الرجال والنساء عند بلوغ 60 عاماً 22 سنة تقريباً في عام 2015 (الجزائر)، ناهز أعلى متوسط للعمر المتوقع بصحة جيدة 16 سنة (الإمارات العربية المتحدة، والجزائر، وقطر). وفي حين بلغ متوسط العمر المتوقع لدى النساء عند بلوغ 60 عاماً في المنطقة حوالي 20 سنة، لم يبلغ متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة سوى 14 سنة.

المتوقع عند الولادة الذي ازداد بما يعادل 10 ساعات يومياً في المتوسط لدى الرجال والنساء (أو 0.4 سنة في العام). ومن المرجح أن يواصل العمر المتوقع عند الولادة هذا الاتجاه التصاعدي في المنطقة (المرفق السابع)، وأن يرتفع في المتوسط من 71 سنة في عام 2015 إلى 76.4 سنة في عام 2050. ومع أنه قُدّر في عام 1970 بأقل من 60 سنة في 16 بلداً، شهد تحسناً كبيراً وبلغ مستوى غير مسبوق هو 70 سنة أو أكثر في 15 بلداً في عام 2015. ومع ذلك، يثير العمر المتوقع في الصومال القلق حيث لا يزال متدنياً جداً دون 60 سنة.

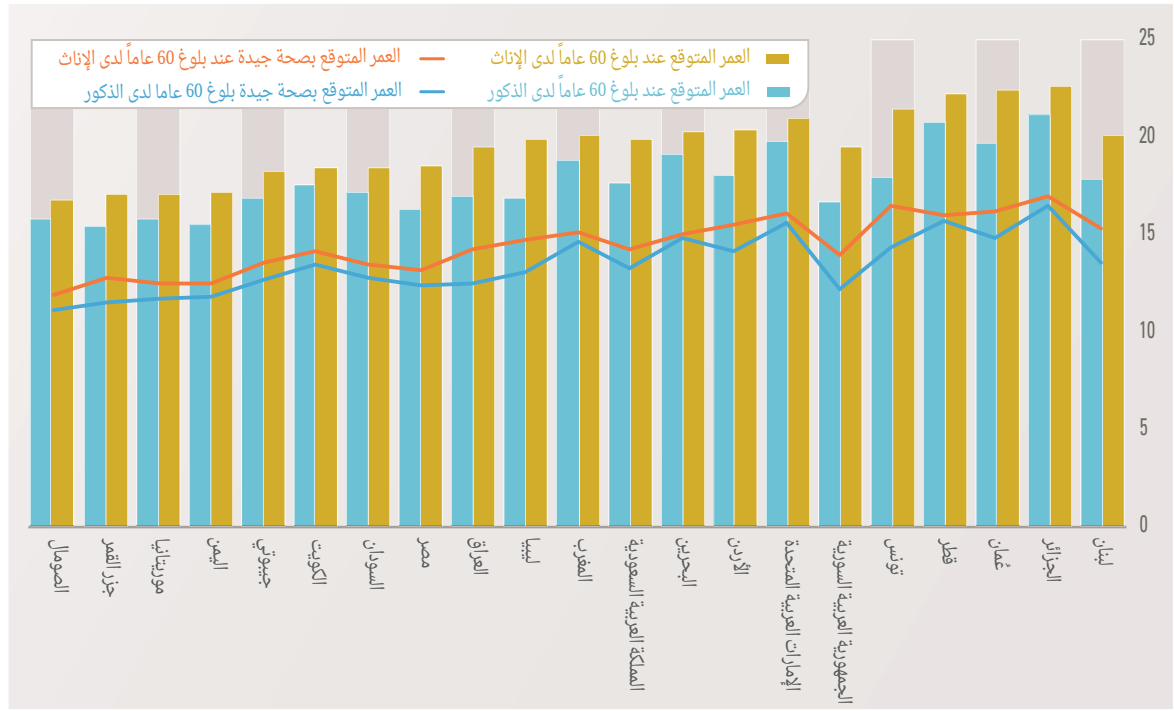
ازداد العمر المتوقع عند الولادة في المنطقة العربية 10 ساعات يومياً في المتوسط بين عامي 1970 و2015.

وكان لعوامل مثل الفقر، والنزاع، وعودة بعض الأمراض المعدية مثل الملاريا، والسل، والكوليرا، دور في انخفاض العمر المتوقع في بعض البلدان، مثل جزر القمر، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وموريتانيا، واليمن.

وحسب التوقعات، ستستمر الفوارق في العمر المتوقع عند الولادة شاسعةً بين البلدان العربية. ويُتوقع أن يتقلص الفارق بين الحد الأعلى والحد الأدنى للعمر المتوقع من 27.3 سنة في عام 1970 (وهو الفارق بين 40.9 سنة في الصومال و68.2 سنة في قطر) و23.5 سنة في عام 2015 (وهو الفارق بين 55.9 سنة في الصومال و79.4 سنة في لبنان) إلى 18.4 سنة في عام 2050 (وهو الفارق بين 66.8 سنة في الصومال و85.2 سنة في لبنان).

وعلى المستوى الإقليمي، العمر المتوقع للنساء هو أطول من العمر المتوقع للرجال، وقد ازداد من 2.5 سنة في عام 1970 إلى 3.9 سنوات في عام 2015، ويُتوقع أن يصل إلى 4.1 سنوات بحلول عام 2050. أما على مستوى كل بلد، فتشير التوقعات إلى أن هذه الفجوة بين كبار السن وكبيرات السن ستضيق في عدد قليل من البلدان بحلول عام 2050 (المرفق الثامن). ويؤدي هذا الفارق في العمر المتوقع حسب الجنس إلى زيادة

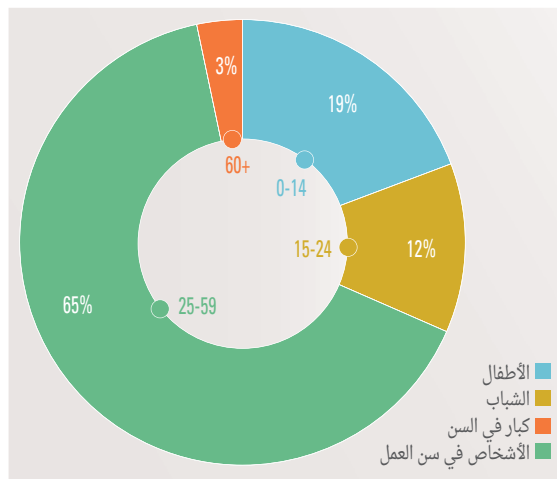
الشكل 3. العمر المتوقع والعمر المتوقع بصحة جيدة عند بلوغ ستين عاماً، حسب الجنس



المصدر: Global Health Observatory data ,“2015-World Health Organization, “Life expectancy and healthy life expectancy 2000 repository, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688> (استرجعت في 25 آذار/مارس 2018). ملاحظة: لا يتضمن تقرير «التوقعات السكانية في العالم» بيانات عن العمر المتوقع بصحة جيدة. لذلك، تُستخدم بيانات منظمة الصحة العالمية حول العمر المتوقع والعمر المتوقع بصحة جيدة لضمان الاتساق.

3. الهجرة

الشكل 4. المهاجرون الدوليون في المنطقة العربية حسب الفئة العمرية، 2015



المصدر: DESA, Population Division, “International migrant stock, the 2015 revision”, International Migration database, www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml (استرجعت في 15 كانون الأول/ديسمبر 2017).

تؤثر الهجرة كثيراً على الديناميات السكانية، لكن أثرها محدود في المنطقة العربية. ويرتبط أثر الهجرة على شيخوخة السكان إلى حد كبير بما إذا كانت الهجرة مؤقتة أم دائمة، وبسن المهاجرين. فارتفاع عدد المهاجرين في سن العمل، مثلاً، يبطئ شيخوخة السكان. وعندما تكون الهجرة مؤقتة، يمكن أن يعود المهاجرون كبار السن إلى بلدهم بعد تقاعدهم، ما يعني أن معظم المهاجرين هم أفراد في سن العمل. وفي هذه الحال، يمكن للهجرة أن تؤخر الشيخوخة، من دون أن تمنعها أو تساهم فيها. ومع ذلك، فإن درجة تأخر شيخوخة السكان بفعل الهجرة تعتمد على معدل نمو صافي الهجرة مع الوقت.

وارتفع عدد المهاجرين في المنطقة العربية بنسبة 150 في المائة، من أقل من 15 مليوناً في عام 1990 إلى ما يقارب 35 مليوناً في عام 2015. وارتفع عدد المهاجرين

مؤقتة. وفي المقابل، من المتوقع أن تسجل الجمهورية العربية السورية ارتفاعاً في معدلات الهجرة العائدة بعد عام 2020، بعد أن شهدت أعلى معدلات هجرة صافية سلبية منذ عام 2011. وكان لاتجاهات الهجرة في العراق نمطاً مماثل على مر الزمن، فقد تعاقبت الفترات التي سُجلت فيها معدلات هجرة صافية سلبية معتدلة (1980-1990 و2000-2010) مع فترات معدلات الهجرة الصافية الإيجابية (المرفق الحادي عشر). أما دولة فلسطين، فلا تزال تشهد معدلات هجرة صافية سلبية صارت تشكل اتجاهاً ثابتاً فيها.

ومنذ عام 2000، تشهد بلدان المغرب العربي²⁷، معدلات هجرة صافية سلبية. ويُتوقع أن يستمر هذا النمط في المستقبل ولكن على نطاق أصغر. وهذه هي الحال أيضاً في السودان، والصومال، ومصر، واليمن، وبدرجة أقل، في جزر القمر. وفي المقابل، شهد كل من جيبوتي وموريتانيا معدلات هجرة صافية إيجابية، يُتوقع أن تستمر بحلول عام 2050 (المرفق الحادي عشر). ويمكن الاستنتاج على ضوء ما تقدم أن ليس للهجرة دورٌ كبيرٌ في تحديد شيخوخة السكان في المنطقة العربية ككل.

دال. تغيّر الهيكل العمري للسكان

شهدت بعض البلدان العربية، بفعل العوامل التي تؤثر على نمو السكان في المنطقة، تغيّرات هامة في الهيكل العمري خلال العقود الثلاثة المنصرمة، يُتوقع أن تستمر في العقود الثلاثة القادمة. فقد انخفض الثقل الديمغرافي للأطفال وازداد الثقل الديمغرافي لكبار السن، ما يسهم في الدفع نحو مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة في المنطقة.

وتُقاس التغيّرات في الهيكل العمري حسب توزّع الأعمار لأربع فئات سكانية أساسية هي:

- الأطفال والمراهقون (صفر إلى 14 سنة)؛
- الشباب (15 إلى 24 سنة)؛
- الأشخاص في سن العمل (25 إلى 59 سنة)؛
- كبار السن (60 سنة وأكثر).

ويسعى القسم التالي إلى قياس وتيرة التغيّر الديمغرافي ودراسة اتجاهات نسبة الإعالة.

الدوليين في 17 بلداً عربياً في الفترة نفسها²³: فإزداد أكثر من ضعف ما كان عليه في سبعة بلدان، وأكثر من أربعة أضعاف في أربعة بلدان هي: الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وعمان، وقطر (المرفق العاشر)²⁴.

وتشير بيانات عام 2015 إلى أن 3 في المائة فقط من السكان المهاجرين في المنطقة العربية هم من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر، في حين أن 65 في المائة منهم كانوا في سن العمل (الشكل 4). ومع ذلك، تشهد البلدان العربية أنماطاً متفاوتة جداً في حركات الهجرة. وبلدان مجلس التعاون الخليجي من الوجيهات الرئيسية للمهاجرين الدوليين في جميع أنحاء العالم. بيد أن السياسات التي وضعتها هذه البلدان للهجرة الوافدة لا تسمح سوى بالهجرة المؤقتة، بمعنى أن المهاجرين الأصغر سناً يحلون محل المهاجرين الأكبر سناً، ولا يُسمح لهم بالتجنس أو مواصلة العيش في البلد عند بلوغهم سن الشيخوخة. ولذلك، يُستبعد أن تساهم الهجرة في الشيخوخة في تلك البلدان، بل قد تؤدي إلى تأجيلها، نظراً لانخفاض نسبة كبار السن من مجموع السكان.

تضاعف عدد المهاجرين الدوليين تقريباً في المنطقة العربية في فترة 20 عاماً، ما قد يؤثر على شيخوخة السكان.

وفي المقابل، ترتفع مستويات الهجرة الخارجية في بلدان المشرق العربي²⁵ نتيجة النزاعات الجارية. فبحلول عام 2017 مثلاً، غادر أكثر من 5.2 ملايين لاجئ سوري إلى البلدان المجاورة هرباً من النزاع²⁶. وتشير الأدلة إلى أن هذا النوع من التنقلات القسرية يؤثر على الهيكل العمري للسكان. ومع ذلك، لا تزال الحاجة ملحة إلى مزيد من البيانات لتقييم التبعات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للنزاع على كبار السن.

وقد يكون للهجرة أثر مؤقت على النمو السكاني في بلدان أخرى. ففي العقد المنصرم، شهد الأردن ولبنان معدلات هجرة صافية إيجابية، سببها الهجرة القسرية الناجمة عن النزاعات في البلدان المجاورة. ومع ذلك، قد يشهد هذان البلدان في المستقبل معدلات هجرة صافية سلبية لأن طبيعة النزوح والهجرة القسرية غالباً ما تكون

1. نسبة توزّع الأعمار

على «شيخوخة سريعة». وفي ليبيا ومصر اتجاه مماثل، ولو بنسبة أقل، وهما تشهدان، إلى جانب عدد من البلدان العربية الأخرى، شيخوخة معتدلة.

وسجلت نسبة كبار السن تراجعاً طفيفاً بين عامي 1970 و2015 في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي ما عدا الكويت، حيث سُجلت زيادة بنسبة 1.1 في المائة، والبحرين حيث بقيت على حالها. وسجلت نسبة الأطفال في جميع بلدان هذه المجموعة تراجعاً ملحوظاً بين 41 و61 في المائة. وفي الفترة نفسها، ارتفعت نسبة الأشخاص في سن العمل أكثر من 36 في المائة في المملكة العربية السعودية، وأكثر من 52 في المائة في عُمان، ويعزى معظم هذا الارتفاع إلى معدلات صافي الهجرة والتراجع في معدلات الخصوبة.

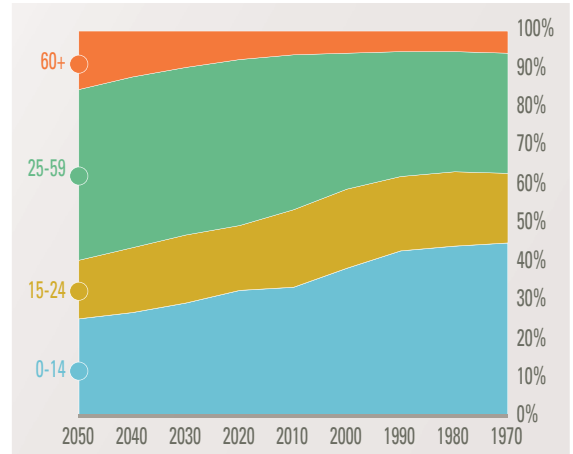
ومن المتوقع بحلول عام 2030 أن تتجاوز نسبة كبار السن 15 في المائة من مجموع السكان في ثلاثة بلدان هي: لبنان (19 في المائة)، وتونس (17.7 في المائة)، والمغرب (15.7 في المائة). ومن المتوقع بحلول عام 2050 أن يتخطى عدد كبار السن في هذه البلدان عدد الأفراد دون 15 سنة، وأن يشكلوا في الجزائر، وعُمان، والكويت، وليبيا، والمملكة العربية السعودية أكثر من خمس مجموع السكان.

وفي المقابل، يُتوقع أن يشكّل كبار السن، بحلول عام 2050، أقل من 11 في المائة من مجموع السكان في البلدان التي تغلب على سكانها نسبة الشباب وهي جزر القمر، والسودان، والصومال، والعراق، ودولة فلسطين، وموريتانيا، واليمن. ولم تشهد التركيبة السكانية في معظم هذه البلدان تحوُّلاً كبيراً منذ عام 1970، ولا يُتوقع أن تتغير بحلول عام 2030 أو 2050.

تشهد المنطقة العربية منذ عام 1970 تراجعاً في نسبة الأطفال والمراهقين (الفئة العمرية من صفر إلى 14 سنة) (الجدول 1 والشكل 5)، يسهم في تراجع الثقل الديمغرافي للشباب منذ عام 2000. وفي المقابل، تزداد نسبة السكان في سن العمل ونسبة كبار السن في جميع البلدان (الجدول 2).

ويبيّن الجدول 2 أن هذه التغيرات تختلف بين البلدان. فبين عامي 1970 و2015، ارتفعت نسبة كبار السن بأكثر من 50-100 في المائة في أربعة بلدان سجّلت انخفاضاً سريعاً في معدل الخصوبة (تونس، والجزائر، ولبنان، والمغرب)، في حين سجلت نسبة الأشخاص الذين لا يتجاوز عمرهم 15 سنة تراجعاً كبيراً تراوح بين 37 و48 في المائة. ويدلّ هذا التحول الديمغرافي

الشكل 5. التركيبة السكانية في المنطقة العربية حسب الفئة العمرية، 1970-2050



المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى بيانات من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (World Population Prospects: The 2017 Revision).

الجدول 1. نسبة السكان في المنطقة العربية، حسب الفئات العمرية (بالنسبة المئوية)، 1970-2050

السنة	2050	2040	2030	2020	2010	2000	1990	1980	1970	الفئة العمرية
25.2	26.8	29.4	32.6	33.7	38.4	42.9	44.3	44.9	0-14	
15.4	16.8	17.7	17	19.8	20.5	19.5	19.4	18.3	15-24	
44.3	44.3	43.4	43	40.2	35.2	32	30.8	31.1	25-59	
15.1	12.1	9.5	7.4	6.2	6	5.6	5.5	5.7	60 عاماً وأكثر	

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى بيانات من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (World Population Prospects: The 2017 Revision).

الجدول 2. نسبة السكان حسب البلد والفئة العمرية (بالنسبة المئوية)، 1970-2050

البلد	1970			2015			2030			2050		
	أكثر 60 عاماً	15-59	0-14	أكثر 60 عاماً	15-59	0-14	أكثر 60 عاماً	15-59	0-14	أكثر 60 عاماً	15-59	0-14
الأردن	4.9	49.1	46.0	5.5	58.4	36.0	8.7	61.5	29.8	15.4	60.8	23.9
الإمارات العربية المتحدة	2.3	62.6	35.1	2.0	84.3	13.8	8.1	79.8	12.1	18.7	69.3	12.0
البحرين	4.1	51.1	44.8	4.1	75.0	20.8	9.2	74.1	16.7	17.4	69.2	13.5
تونس	5.7	48.8	45.5	11.7	64.6	23.7	17.7	60.9	21.4	26.5	55.7	17.8
الجزائر	5.7	47.4	46.9	8.9	62.4	28.7	13.3	62.1	24.7	23.0	57.1	19.9
جزر القمر	5.1	50.3	44.6	4.7	55.1	40.1	6.1	58.3	35.6	9.1	60.8	30.1
الجمهورية العربية السورية	5.1	46.9	48.1	6.4	55.5	38.1	9.3	62.5	28.1	16.1	62.0	21.9
جيبوتي	4.0	50.6	45.4	6.2	61.8	32.0	9.1	64.4	26.5	15.6	63.7	20.7
السودان	4.8	48.9	46.3	5.4	53.1	41.5	6.5	56.8	36.7	8.3	60.2	31.5
الصومال	5.3	51.4	43.3	4.3	49.0	46.7	4.5	51.4	44.2	5.3	56.6	38.1
العراق	6.5	48.8	44.6	5.0	54.3	40.7	6.0	56.9	37.2	9.1	58.5	32.4
عمان	5.2	48.5	46.3	3.8	74.0	22.2	7.1	73.9	18.9	20.3	64.9	14.8
دولة فلسطين	4.3	46.3	49.4	4.5	55.3	40.1	6.3	58.2	35.5	10.5	61.0	28.5
قطر	3.2	60.7	36.1	2.3	83.8	13.8	8.6	78.2	13.2	18.2	70.4	11.4
الكويت	3.0	53.0	44.1	4.1	75.0	20.9	12.1	68.9	19.1	20.5	62.4	17.1
لبنان	7.5	50.6	41.9	11.5	64.5	24.0	19.0	62.1	18.9	31.2	55.0	13.8
ليبيا	4.8	48.9	46.2	6.5	64.9	28.6	11.0	66.5	22.5	22.8	59.1	18.2
مصر	6.6	51.4	42.0	7.7	59.2	33.1	9.9	60.7	29.5	15.4	59.1	25.4
المغرب	5.3	47.1	47.6	10.0	62.4	27.7	15.7	60.9	23.4	24.0	57.3	18.6
المملكة العربية السعودية	5.4	50.4	44.2	5.2	68.8	26.0	11.0	67.0	21.9	22.9	60.3	16.8
موريتانيا	4.3	49.7	46.0	4.9	54.8	40.2	6.2	57.2	36.6	8.8	59.5	31.7
اليمن	4.9	50.3	44.7	4.5	54.9	40.6	5.2	60.7	34.1	9.8	64.5	25.6
المنطقة العربية	5.7	49.4	44.9	6.7	60.0	33.3	9.5	61.1	29.4	15.1	59.7	25.2

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى بيانات من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (World Population Prospects: The 2017 Revision). ملاحظة: يتضمن المرفق الثاني عشر بيانات على مستوى البلد لأعوام إضافية.

في المائة. ويُتوقع أن يزداد عدد الأطفال والشباب في المستقبل بوتيرة أبطأ ليصل إلى 170 مليون طفل و104 ملايين شاب بحلول عام 2050.

وازداد عدد السكان في سن العمل إلى 167.5 مليوناً في عام 2015 بعد أن كان 38.4 مليوناً في عام 1970، ومن المتوقع أن يصل إلى 300 مليون تقريباً في عام 2050. ومن المرجح أن يتباطأ معدل نمو هذه الفئة العمرية وأن يتراجع من 3.3 في المائة في الفترة 1970-2015 إلى 1.7 في المائة في الفترة 2015-2050. وفي المقابل، يُتوقع أن يواصل عدد كبار السن في الارتفاع، مسجلاً معدل

وارتفع عدد الأشخاص في كل فئة من الفئات العمرية بالقيمة المطلقة، وسيواصل ارتفاعه في المستقبل (الجدول 3). أما عدد كبار السن، فسيرتفع حتى في البلدان التي لن تزيد فيها نسبة كبار السن من مجموع السكان في العقود القليلة المقبلة. وفي حين تنخفض نسبة الأفراد من الفئتين العمريتين صفر إلى 14 سنة و15 إلى 24 سنة، ارتفع عدد الأطفال دون 15 سنة من 55.4 مليوناً في عام 1970 إلى 132.6 مليوناً في عام 2015، بمتوسط نمو سنوي قدره 1.96 في المائة. وارتفع عدد الشباب من 22.6 مليوناً تقريباً إلى 71.6 مليوناً في الفترة نفسها، بمتوسط نمو سنوي قدره 0.72

الجدول 3. عدد السكان في المنطقة العربية حسب الفئة العمرية، 1970-2050

المجموع	60 عاماً وأكثر	25-59	15-24	0-14	
123 523 000	7 095 000	38 440 000	22 575 000	55 413 000	1970
398 546 000	26 826 000	167 560 000	71 598 000	132 562 000	2015
520 776 000	49 594 000	225 980 000	92 023 000	153 179 000	2030
676 350 000	102 087 000	299 715 000	104 144 000	170 404 000	2050

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى بيانات من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (World Population Prospects: The 2017 Revision). ملاحظة: يتضمن المرفق الثاني عشر بيانات على مستوى البلد.

في قطر. كذلك، سجل عدد السكان في سن العمل في هذين البلدين نمواً كبيراً، بنحو 67 ضعفاً في الإمارات العربية المتحدة و39 ضعفاً في قطر، في الفترة نفسها. ويفسر نمو عدد السكان في سن العمل بموازة نمو عدد السكان كبار السن، نسبياً عدم شيخوخة السكان في هذين البلدين في الفترة المذكورة.

2. توزّع كبار السن حسب العمر والجنس

تعيش المرأة في المنطقة العربية حياةً أطول من حياة الرجل، ومن المتوقع أن يستمر هذا الاتجاه في المستقبل. غير أن نسبة الرجال إلى النساء تتفاوت بين بلد وآخر. وعندما تعيش النساء أكثر من الرجال، يتجاوز عدد كبيرات السن عدد كبار السن الذكور. وتشير البيانات المتاحة إلى تفوق عدد الإناث على عدد الذكور بين كبار السن في 16 بلداً عربياً في عام 2015 (الشكل 6 والمرفق الخامس عشر). وتُستثنى من هذه القاعدة بلدان مجلس التعاون الخليجي حيث يتجاوز عدد كبار السن الذكور عدد كبيرات السن. ففي عام 2015 مثلاً، أحصت قطر 278 مسناً لكل 100 مسنة، والإمارات العربية المتحدة 236 مسناً لكل 100 مسنة. وسيتواصل انخفاض نسبة كبار السن الذكور إلى كبيرات السن بحلول عام 2030 و2050، حتى في بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي. ففي المملكة العربية السعودية، مثلاً، يُتوقع أن تصل النسبة إلى 166 مسناً لكل 100 مسنة في عام 2030، وأن تنخفض إلى 124 مسناً لكل 100 مسنة بحلول عام 2050. ومن المتوقع أن تتراوح نسبة كبار السن الذكور إلى كبيرات السن في بلدان خارج مجموعة مجلس التعاون الخليجي بين 79:100 في العراق، و96:100 في الجزائر في عام 2030، وبين 83:100 في تونس، والصومال والعراق وليبيا، و96:100 في لبنان في عام 2050.

نمو غير مسبوق، من 3 في المائة في الفترة 1970-2015 إلى 3.8 في المائة في الفترة 2015-2050 (المرفق الثالث عشر). ونتيجةً لذلك، سيرتفع عدد كبار السن في المنطقة بحلول عام 2050 ليتجاوز بقليل 102 مليون.

وبالاستناد إلى الاتجاهات الماضية والمقبلة، تسجل الفئة العمرية صفر إلى 14 سنة أدنى معدل نمو، تليها الفئة العمرية 15 إلى 24 سنة، بينما تسجل الفئة العمرية 60 سنة وأكثر أعلى معدل نمو تليها الفئة العمرية 25 إلى 59 سنة. وتعني هذه الاتجاهات أن عدد كبار السن سيزداد في جميع البلدان، حتى في تلك التي تشهد شيخوخة معتدلة وبطيئة، وإن لم تسجل نسبتهم من مجموع السكان ارتفاعاً كبيراً.

والبلدان التي يُرَجَّح أن تسجل أسرع نمو لفئة كبار السن بين عامي 2015 و2050 هي (بالترتيب التصاعدي): المملكة العربية السعودية، والبحرين، والكويت، وعمان، وقطر، والإمارات العربية المتحدة، وتتراوح معدلاتها بين 5.2 و7.5 في المائة (يتضمن المرفق الرابع عشر (الجدول AXIV.2) البيانات على مستوى كل بلد). أما عدد كبار السن في البلدان التي شهدت انخفاضاً مبكراً في معدلات الخصوبة، فيُتوقع أن يرتفع بوتيرة أبطأ وبمعدل نمو سنوي يتراوح بين 2.6 في المائة في لبنان و3.3 في المائة في المغرب. ومن المتوقع أيضاً أن يسجل عدد كبار السن في السودان والصومال نمواً بطيئاً بنسبة 3.3 في المائة بفعل ارتفاع معدلات الوفيات.

وكان للهجرة أيضاً أثر على نمو عدد كبار السن في بعض البلدان بين عامي 1970 و2015. فقد ازداد عددهم 36 ضعفاً في الإمارات العربية المتحدة، و19 ضعفاً تقريباً

الإطار 1. الهرم السكاني حسب العمر والجنس في البلدان التي تشهد شيخوخة بطيئة وسريعة

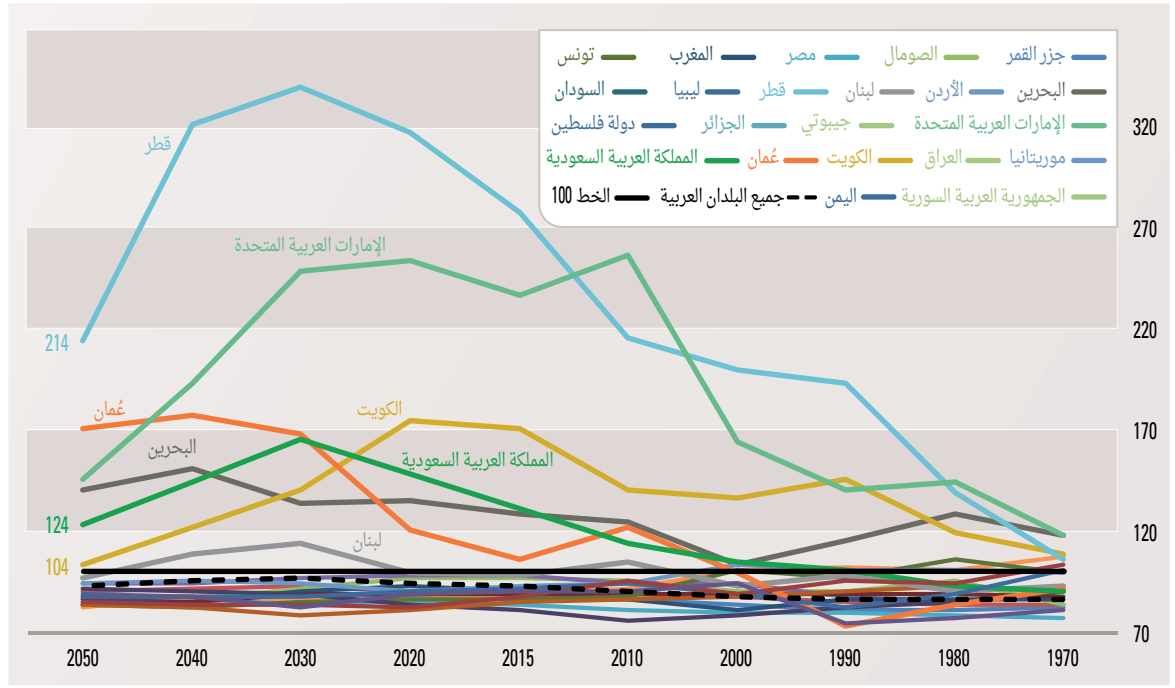
يبيّن الهرم السكاني في ما يلي مختلف السيناريوهات الديمغرافية حسب العمر والجنس في عام 2015 وعام 2030 في بلد يشهد شيخوخة بطيئة هو موريتانيا، وآخر يشهد شيخوخة سريعة هو المغرب. وتظهر المقارنة الثقل الديمغرافي النسبي لمختلف الفئات العمرية والفوارق الملحوظة بين البلدين في فئات الأطفال، والأشخاص في سن العمل، وكبار السن. ويتّسم هرم الهيكل العمري للبلدان التي تشهد شيخوخة بطيئة، مثل موريتانيا، بقاعدة واسعة تمثل العدد الكبير من السكان في الفئات الأصغر سناً، وبقمة ضيقة تمثل العدد القليل من كبار السن. ويشير هذا الهيكل العمري إلى ارتفاع معدلات الخصوبة والوفيات. ونتيجة للتغيّر الديمغرافي البطيء، لم يطرأ على الهرم تغييرٌ يذكر خلال الأعوام الفاصلة بين عامي 2015 و2030، كما بقيت نسب الأطفال والأشخاص في سن العمل وكبار السن ثابتة نسبياً. أما هرم الهيكل العمري للبلدان التي تشهد شيخوخة سريعة مثل المغرب، فالتوزيع فيه أكثر تكافؤاً بين الأطفال والأشخاص في سن العمل، ويظهر عدداً أكبر من كبار السن. ويشير هذا الهيكل العمري إلى معدل خصوبة منخفض وإلى عدد متزايد من كبار السن بالنسبة إلى الفئات العمرية الأخرى نتيجة لانخفاض معدلات الوفيات من كبار السن. وتظهر المقارنة بين عامي 2015 و2030 تغيّراً هاماً ولا سيما من حيث تدني نسبة الأطفال، وازدياد نسبة كبار السن، والارتفاع الطفيف في نسبة كبيرات السن إلى كبار السن.

مقارنة الهيكل العمري للسكان بين بلد يشهد شيخوخة بطيئة وآخر يشهد شيخوخة سريعة في المنطقة العربية، 2015 و2030



المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى تقرير (World Population Prospects: The 2017 Revision).

الشكل 6. نسبة كبار السن الذكور إلى كبيرات السن (عدد كبار السن الذكور لكل 100 من كبيرات السن) في المنطقة العربية، 1970-2050



المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى بيانات من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (World Population Prospects: The 2017 Revision).

3. التغيرات في توزع الأعمار

ازداد عدد كبار السن في المنطقة العربية أربعة أضعاف منذ عام 1970، من نحو 7 ملايين إلى 27 مليوناً في عام 2015. ورغم هذه الزيادة، لا يزال كبار السن أصغر نسبة من مجموع السكان، وقد ارتفعت من 5.7 في المائة في عام 1970 إلى 6.7 في المائة في عام 2015.

وفي عام 2015، لم تتجاوز نسبة الأشخاص الذين تجاوزوا 65 سنة 4.3 في المائة، ونسبة الأشخاص الذين تجاوزوا 75 سنة 1.5 في المائة (الجدول 4). ولا يزال كبار السن يشكلون فئة صغيرة من السكان مقارنة بمناطق أخرى في العالم. ففي عام 2010 مثلاً، تفاوتت نسب السكان من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر بين بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، وتراوح بين 15 و23 في المائة²⁸.

ويصح هذا الاستنتاج عند المقارنة بين بلدان المنطقة. ففي عام 2015، لم تسجل سوى في تونس ولبنان.

نسبة مرتفعة من السكان من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر (7.6 في المائة و8.1 في المائة)، في حين كانت نسبة السكان من الفئة العمرية 75 سنة وأكثر أقل بكثير (3.1 في المائة و3.2 في المائة). ومع ذلك، يتزايد عدد كبار السن بسرعة تستدعي اهتماماً عاجلاً بقضية الشيخوخة في المنطقة العربية، لما لها من تداعيات على المجتمعات والسياسات والموارد والخدمات، ولكون كبار السن من الفئات الأكثر عرضةً لمخاطر الفقر والمرض والتهميش والهشاشة كما سيُستعرض في الفصل الثاني من هذا التقرير.

ونتيجة الانخفاض الحاد في معدلات الخصوبة، بدأت تونس ولبنان والمغرب مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة: ففي عام 2015، بلغت نسبة كبار السن من مجموع السكان 10 في المائة في المغرب، و11.5 في المائة في لبنان، و11.7 في المائة في تونس. وبحلول عام 2020، يُتوقع أن تشكل هذه الفئة العمرية 11.9 في المائة من مجموع السكان في المغرب، و13.1 في المائة في لبنان، و13.4 في المائة في تونس.

الجدول 4. نسبة الكبار في السن حسب الفئة العمرية، عام 2015

النسبة المئوية من مجموع السكان			البلد	النسبة المئوية من مجموع السكان			البلد
75 عاماً وأكثر	65 عاماً وأكثر	60 عاماً وأكثر		75 عاماً وأكثر	65 عاماً وأكثر	60 عاماً وأكثر	
0.9	3.0	4.5	دولة فلسطين	1.3	3.8	5.5	الأردن
0.3	1.1	2.3	قطر	0.2	1.0	2.0	الإمارات العربية المتحدة
0.5	2.1	4.1	الكويت	0.7	2.3	4.1	البحرين
3.2	8.1	11.5	لبنان	3.1	7.6	11.7	تونس
1.6	4.3	6.5	ليبيا	2.3	5.9	8.9	الجزائر
1.6	5.1	7.7	مصر	0.9	2.9	4.7	جزر القمر
2.4	6.4	10.0	المغرب	1.5	4.0	6.4	الجمهورية العربية السورية
1.0	3.1	5.2	المملكة العربية السعودية	1.2	4.1	6.2	جيبوتي
0.9	3.1	4.9	موريتانيا	1.1	3.5	5.4	السودان
0.8	2.9	4.5	اليمن	0.7	2.7	4.3	الصومال
1.5	4.3	6.7	المنطقة العربية	1.0	3.1	5.0	العراق
				0.8	2.3	3.8	عمان

المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision.

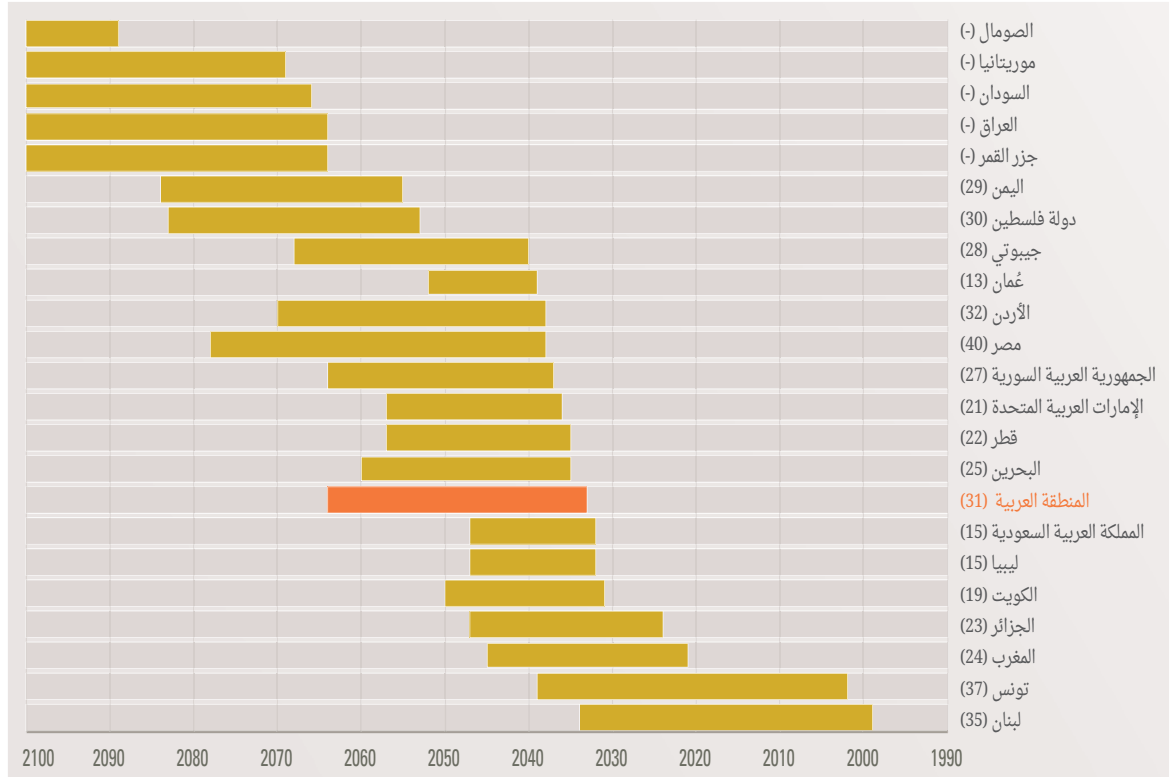
وتيرة التغير في توزع الأعمار

حصلت شيخوخة السكان في البلدان المتقدمة تدريجياً على مدى فترات طويلة، ومع ذلك، جلبت تحديات على صعيد البطالة واستدامة معاشات التقاعد. أما في المنطقة العربية، فلن يكون الاتجاه الديمغرافي نحو الشيخوخة تدريجياً، إذ تتراوح وتيرتها بين سريعة ومعتدلة في نصف البلدان، نتيجةً لانخفاض سريع في معدلات الخصوبة، وزيادة مطردة في متوسط العمر المتوقع. وليس أمام البلدان العربية وقت كافٍ للتكيف مع نتائج شيخوخة السكان، لاسيما في ظل انخفاض مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية في العديد منها.

وبيّن الشكل 7 اتجاهين هامين في ما يتعلّق بشيخوخة السكان في المنطقة العربية: أولاً، المدة الزمنية التي يُتوقّع أن تحصل فيها شيخوخة السكان

(أي عملية الانتقال إلى الشيخوخة)، وهي المدة التي تستغرقها نسبة كبار السن لتزداد من 7 إلى 14 في المائة من مجموع السكان. ومن المتوقع أن تتراوح مدة الانتقال إلى الشيخوخة في البلدان العربية بين 13 و40 سنة (كما هو مبين بين قوسين في الشكل 7)، أي أقصر بكثير من المدة التي استغرقها الانتقال إلى الشيخوخة في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (بين 50 و150 سنة)²⁹. ثانياً، يبيّن الشكل 7 السنة المتوقعة لتحوّل سكان كل بلد من «الانتقال إلى الشيخوخة» إلى «حالة الشيخوخة»، باستثناء جزر القمر، والسودان، والصومال، والعراق، وموريتانيا، لأن مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة في هذه البلدان ستستمر إلى ما بعد عام 2100³⁰. ولهذه السنوات المتوقعة أهمية بالغة لصانعي السياسات، إذ عليهم أن يدركوا أن الفترة التي تسبق بداية مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة هي فترة مفصلية للشروع في وضع وتنفيذ الخطط والسياسات التي تعالج احتياجات كبار السن.

الشكل 7. مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة في البلدان العربية



المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى بيانات من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية (World Population Prospects: The 2017 Revision).

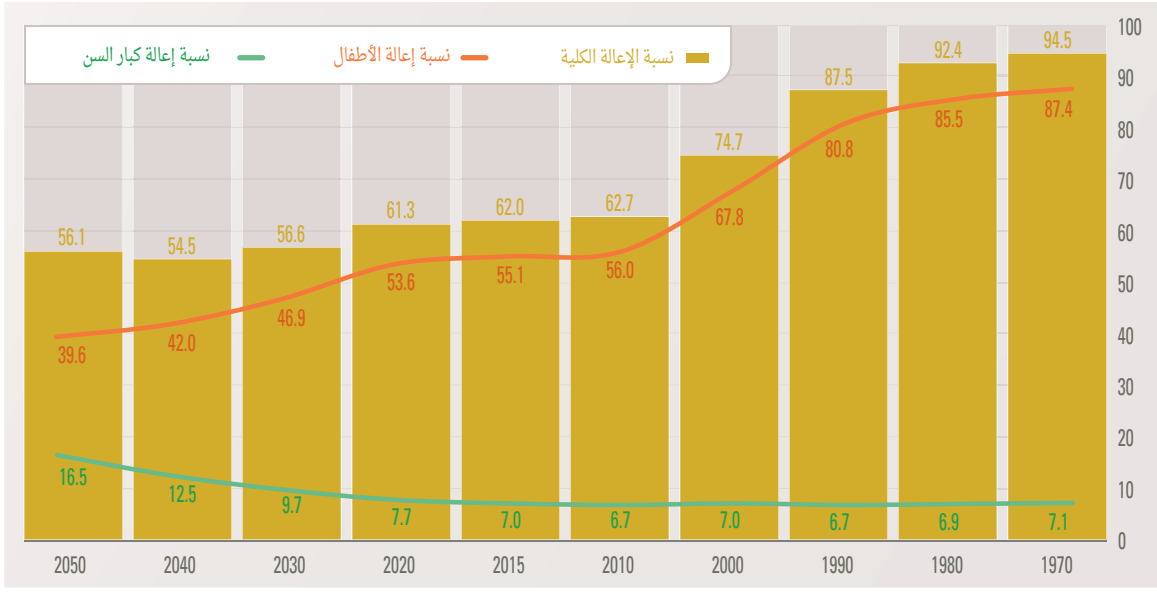
هاء. نسب الإعالة

يستخدم الديمغرافيون نسبة الإعالة لتقييم الأثر الاقتصادي للهيكلي العمري للسكان على موارد المجتمع. ولحساب هذه النسبة يُقسم عدد الأشخاص في «فئة عمرية مُعالة» (أي الأشخاص الذين يقل عمرهم عن 15 سنة أو يزيد عن 64 سنة) على عدد السكان في سن العمل (أي الأشخاص من الفئة العمرية 15 إلى 64 سنة)³¹.

وتُحسب نسبة الإعالة الكلية بجمع نسبتي إعالة الأطفال وكبار السن. وكثيراً ما يُفترض أن الأشخاص في سن العمل يعيلون كبار السن كما الأطفال بالطريقة نفسها، إلا أن طبيعة إعالة ورعاية الأطفال وكبار السن تختلف باختلاف احتياجاتهم. فقد يعتمد بعض كبار السن على غيرهم جسدياً نتيجة إعاقة أو تقدّم في السن وما يسببه من ضعف في القدرات، وإن كانوا مستقلين مادياً. أما الأطفال، فيعتمدون على الكبار من الناحيتين الجسدية والمالية. ويلفت الباحثون إلى

ويبيّن الشكل 7 أن غالبية البلدان العربية ستبدأ عملية الانتقال إلى الشيخوخة في العقدين المقبلين. ستبدأ عملية الانتقال إلى الشيخوخة في البلدان التي تشهد شيخوخة سريعة (أي تونس، والجزائر، ولبنان، والمغرب) قبل عام 2030. أما البلدان التي تشهد شيخوخة معتدلة (الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، وعمان، وقطر، والكويت، وليبيا، ومصر، والمملكة العربية السعودية)، فيُتوقع أن تبدأ عملية الانتقال إلى الشيخوخة بين عامي 2030 و2050، وأن يبلغ بعض منها مرحلة الشيخوخة بحلول عام 2047، كما هي الحال في ليبيا والمملكة العربية السعودية. وأما البلدان التي تشهد شيخوخة بطيئة (جزر القمر، والسودان، والصومال، والعراق، ودولة فلسطين، وموريتانيا، واليمن)، فمن المتوقع أن تبدأ عملية الانتقال إلى الشيخوخة في مرحلة لاحقة وأن تستغرق مدة أطول، فتبدأ بعد عام 2050 وتستمرّ إلى ما بعد عام 2100، باستثناء دولة فلسطين واليمن.

الشكل 8. نسب الإعاقة في المنطقة العربية (النسبة المئوية)



المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision.

ترتفع هذه النسبة بسرعة إلى 16.5 في المائة في عام 2050. وقد انخفضت نسبة الإعاقة الكلية بسرعة من 94.5 إلى 62 في المائة بين عامي 1970 و2015، ومن المتوقع أن تواصل انخفاضها في المستقبل، لتبلغ 56 في المائة بحلول عام 2050.

ووفقاً للبيانات المتاحة لعام 2015، كانت نسب الإعاقة الكلية مرتفعة نسبياً في البلدان العربية حيث الخصوبة مرتفعة، وهي جزر القمر، والسودان، والصومال، والعراق، ودولة فلسطين، وموريتانيا، واليمن (تراوحت بين 97.4 في المائة و75.5 في المائة). ويعود ارتفاع نسب الإعاقة في هذه البلدان إلى ارتفاع أعداد الشباب. أما في البلدان التي ترتفع فيها معدلات صافي الهجرة الإيجابية الناجمة أساساً عن هجرة اليد العاملة، فقد كانت نسب الإعاقة الكلية متدنية، وهي الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وعمان، وقطر، والكويت (المرفق السادس عشر).

وفي لبنان، وتونس، وإلى حد ما المغرب، نسب إعاقة كبار السن مرتفعة نسبياً بلغت 12 في المائة، و11.1 في المائة، و9.7 في المائة على التوالي في عام 2015 (الجدول 5)، وسببها الانخفاض المبكر في معدلات

ضرورة توخي الحذر في تفسير نسب الإعاقة، لأنها تخلط بين العمر والإعاقة، سواء لدى السكان من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر، أم لدى الأشخاص دون 15 سنة. ويمكن استخدام نسب الإعاقة الواردة في هذا القسم كمؤشر ومقياس للشيخوخة، مع توخي الحذر الواجب نظراً إلى محدوديتها.

تبيّن الاتجاهات المتغيرة في نسبة كبار السن مقارنة بنسبة الأفراد في سن العمل أن نسبة الإعاقة في المنطقة العربية تتحول تدريجياً إلى إعاقة متزايدة لكبار السن.

وبين الشكل 8 اتجاهات نسب إعاقة الأطفال وإعاقة كبار السن والإعاقة الكلية في المنطقة العربية بين عامي 1970 و2015، والتوقعات حتى عام 2050. فقد تراجعت نسبة إعاقة الأطفال من 87.4 في المائة في عام 1970 إلى 55.1 في المائة في عام 2015، ومن المتوقع أن يستمرّ هذا التراجع بشكل مطرد في المستقبل. ويُتوقع أن تسجل المنطقة حتى عام 2030 ارتفاعاً مطرداً في نسبة إعاقة كبار السن التي استقرت عند 7 في المائة تقريباً بين عامي 1970 و2015، وأن

الجدول 5. نسب إعالة كبار السن (بالنسبة المئوية)، 1970-2050

البلد	1970	1980	1990	2000	2010	2015	2020	2030	2040	2050
الأردن	6.4	6.7	6.3	5.3	6.2	6.2	6.4	8.3	12.5	16.9
الإمارات العربية المتحدة	2.3	2.0	1.8	1.5	0.9	1.2	1.6	5.3	12.2	18.5
البحرين	4.7	3.3	3.4	3.6	2.7	3.0	3.4	7.3	12.7	17.8
تونس	6.8	7.2	8.4	10.6	10.8	11.1	13.2	18.8	24.1	31.7
الجزائر	7.1	6.8	6.3	7.1	8.1	9.0	10.8	14.0	18.5	26.9
جزر القمر	5.8	6.2	6.2	5.7	5.3	5.1	5.4	6.3	7.3	9.0
الجمهورية العربية السورية	6.9	6.2	6.1	6.0	5.8	7.0	8.0	9.6	12.5	17.4
جيبوتي	4.6	4.6	4.9	5.4	5.9	6.4	6.7	8.7	11.1	14.6
السودان	5.9	5.9	5.7	5.8	6.1	6.3	6.5	7.1	7.9	8.8
الصومال	5.9	6.0	5.6	5.3	5.3	5.3	5.4	5.4	5.4	5.6
العراق	7.8	8.3	7.6	6.5	6.0	5.5	5.9	6.0	8.1	10.0
عمان	6.3	5.2	4.4	4.0	3.8	3.1	3.3	5.8	10.6	19.3
دولة فلسطين	6.0	4.7	4.3	4.6	5.0	5.2	5.4	6.6	8.5	10.9
قطر	3.2	2.4	1.8	2.3	1.2	1.3	2.1	5.6	12.0	16.6
الكويت	3.4	2.8	2.1	2.2	2.7	2.7	4.0	9.0	17.9	23.3
لبنان	9.5	9.7	9.9	11.1	12.4	12.0	13.3	20.6	27.1	37.1
ليبيا	6.0	5.6	5.6	6.0	6.2	6.4	6.8	9.1	16.5	25.5
مصر	7.9	8.1	8.3	8.4	7.6	8.2	8.7	10.3	12.4	16.5
المغرب	7.0	6.2	7.0	8.6	9.4	9.7	11.6	17.2	21.9	28.5
المملكة العربية السعودية	6.6	5.6	5.1	5.1	4.4	4.3	5.2	9.2	16.6	25.1
موريتانيا	4.8	5.5	6.0	5.9	5.6	5.5	5.6	6.5	7.7	9.1
اليمن	5.8	5.9	5.4	5.8	4.9	5.1	5.2	5.4	6.0	8.7
المنطقة العربية	7.1	6.9	6.7	7.0	6.7	7.0	7.7	9.7	12.5	16.5

المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision. ملاحظة: نسبة إعالة كبار السن (من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر والفئة العمرية 15 إلى 64 سنة) عدد السكان الحاضرين اعتباراً من الأول من تموز/يوليو من العام المذكور.

القمر، والسودان، والصومال، والعراق، ودولة فلسطين، وموريتانيا، واليمن.

والارتفاع الحاصل والمتوقع في نسب إعالة كبار السن يقابله عموماً تراجع سريع في نسب إعالة الأطفال. فقد انخفضت نسبة إعالة الأطفال بين عامي 1970 و2015 في البلدان العربية باستثناء الصومال حيث ارتفعت قبل أن تبدأ بالانخفاض بعد عام 2000. ومن المتوقع

الخصوبة. ومن المتوقع أن تصل نسبة الإعالة إلى 11 في المائة في الجزائر بحلول عام 2020. وفي عام 2030، يُرَجَّح أن ترتفع نسب إعالة كبار السن بشكل كبير في هذه البلدان، وأن تتراوح بين 14 في المائة في الجزائر و20.6 في المائة في لبنان. ومن المتوقع أن ترتفع نسب إعالة كبار السن في العديد من البلدان العربية في عام 2050، باستثناء البلدان التي سجّلت معدلات خصوبة مرتفعة في عام 2015، وهي جزر

الدول العربية لضغوط نتيجة هاتين الظاهرتين الديمغرافيتين، وسيتمّين عليها تخصيص الموارد لتلبية احتياجات الشباب وكبار السن معاً. ثانياً، بدأت عملية الانتقال إلى الشيخوخة في بضعة بلدان ولكن خلال الأعوام المقبلة سوف يعمّ هذا الانتقال معظم البلدان العربية، بوتيرة أسرع من المناطق الأخرى، مثل بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، نظراً للانخفاض السريع في معدلات الخصوبة في العقود الأربعة الماضية. ولا يترك هذا الانتقال السريع إلى الشيخوخة للبلدان العربية سوى فترة قصيرة من الزمن للتكيف مع تغير الهياكل العمرية. ثالثاً، تكشف الاتجاهات عن تفوق عدد كبيرات السن على عدد كبار السن الذكور، ويترتب على ذلك آثار مختلفة تتناولها الفصول التالية.


وفي ضوء هذه النتائج، ينبغي للبلدان العربية أن تعالج على نحو طارئ الآثار الناجمة عن تغير الهياكل العمرية لضمان شيخوخة لائقة لأجيال اليوم والغد. وتستند الفصول التالية إلى هذه النتائج لتقييم الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية الحالية لكبار السن في المنطقة والدعم المقدم لهم من سائر الأجيال، ولتوقع وضعهم في المستقبل واقتراح توصيات على مستوى السياسة العامة، تسترشد بها البلدان حسب معدلات ومراحل الشيخوخة فيها.

أن تسجّل البلدان التالية انخفاضاً كبيراً في نسبة إعالة الأطفال: البحرين، وتونس، والجزائر، والجمهورية العربية السورية، وعمان، وليبيا، والمغرب (المرفق السابع عشر).

واو. استنتاجات و خلاصة

تبيّن الاتجاهات والتوقعات الديمغرافية في هذا الفصل أن شيخوخة السكان تتسارع في المنطقة العربية. ويشكل تراجع معدلات الخصوبة والوفيات على المستوى الإقليمي العامل الأساسي في شيخوخة السكان، في حين أنّ أثر الهجرة على الشيخوخة أقل بكثير. وسيكون للانخفاض المتوقع في معدلات الخصوبة والوفيات أثر كبير على الهيكل العمري للسكان في المنطقة العربية، ولا سيما على عدد كبار السن ونسبتهم. وستبدأ البلدان العربية عملية الشيخوخة في مراحل مختلفة، وستشهد انتقالاً إلى الشيخوخة بمعدلات متباينة.

وتكشف التحاليل الواردة في هذا الفصل عن أبرز سمات الشيخوخة في المنطقة العربية. أولاً، تتزامن شيخوخة السكان في المنطقة مع بلوغ الجيل الناجم عن «تضخم أعداد الشباب» سن العمل. وتخضع



يواجه كبار السن ظروفًا صعبة جدًا في مختلف بلدان المنطقة العربية على الرغم من التفاوتات بين الدول وضمن البلد الواحد. وتترك نظم الحماية الاجتماعية الضعيفة وغير الشاملة، ذات التغطية المحدودة لمعاشات التقاعد والتأمين الصحي، العديد من كبار السن عرضةً للفقر والاعتلال.

2. الوضع الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن في المنطقة العربية

ألف. مقدمة

ويستعرض النتائج المستخلصة من مجموعة من المؤشرات المتعلقة بأوضاع كبار السن، ليخلص إلى بعض الاستنتاجات الرئيسية. ويستخدم هذا الفصل نهجاً كمياً لتحليل البيانات، ويعتمد على تقييم مجموعة من المؤشرات تشمل الأمن المالي (تغطية معاشات التقاعد والتوظيف) والصحة، والتعليم، والترتيبات المعيشية. وجمعت البيانات والمؤشرات المستخدمة لتقييم أوضاع كبار السن الاجتماعية والاقتصادية من مصادر مختلفة، بما في ذلك تعدادات السكان الوطنية والمسوح الأخيرة للأسر في بلدان مختارة، ومنتدى البحوث الاقتصادية، والمشروع العربي لصحة الأسرة، ومنظمات الأمم المتحدة، والوكالات المتخصصة التابعة لها، والبنك الدولي. ومع ذلك، تصطمم البحوث المتعلقة بكبار السن في المنطقة العربية بتحديات وعوائق كبيرة بسبب الافتقار إلى الوثائق المنشورة والبيانات المصنفة حسب السن والجنس.

باء. نظم الحماية الاجتماعية لكبار السن

تؤمّن غالبية البلدان العربية شكلاً من أشكال برامج الحماية الاجتماعية في الصحة والتعليم ومعاشات التقاعد؛ لكن تتباين من حيث مستوى التغطية والفعالية. فمستوى الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية للأشخاص الذين تجاوزوا سن التقاعد القانونية، ولاسيما على معاشات التقاعد والمستحقات الأخرى، منخفض في المنطقة العربية مقارنةً بما هو عليه في مناطق أخرى، باستثناء الخدمات الصحية، إذ لا تتجاوز نسبته 2,6 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في البلدان العربية، مقابل 5,1 في المائة في بلدان آسيا والمحيط الهادئ (الشكل 9)¹.

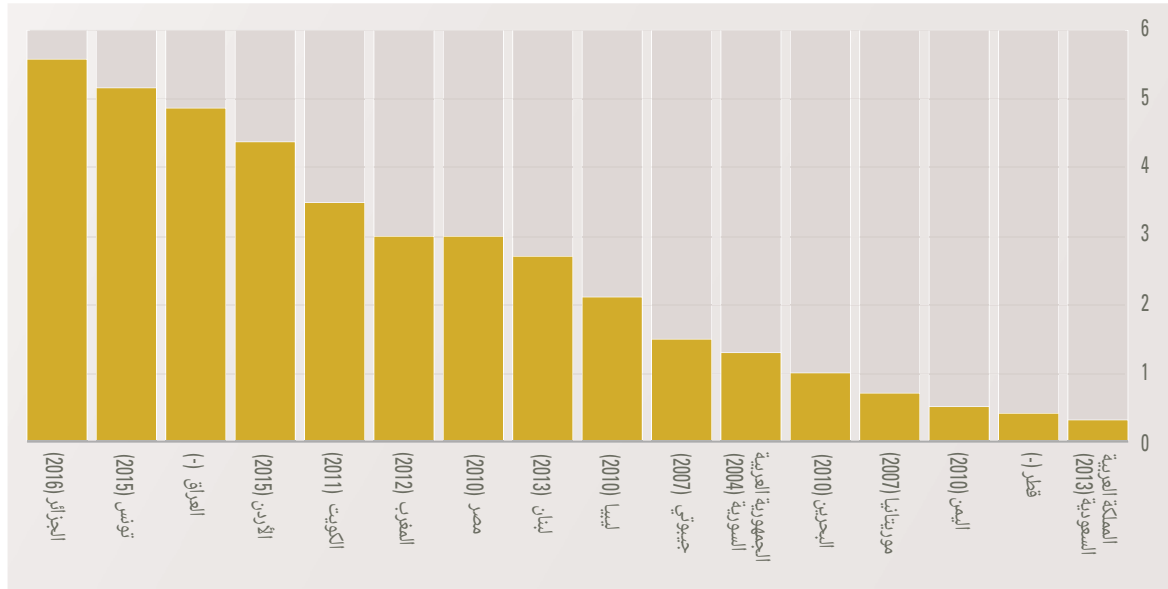
ورغم تخصيص حصة صغيرة من الناتج المحلي الإجمالي للحماية الاجتماعية لكبار السن، أطلقت بعض

تضمّن الفصل الأول أدلة على انتقال إلى الشيخوخة سريع الوتيرة في المنطقة العربية، حيث سيشكل كبار السن أكثر من 15 في المائة من مجموع السكان خلال العقود الثلاثة المقبلة. وحتى في البلدان التي تشهد شيخوخة بطيئة، مثل جزر القمر ودولة فلسطين والسودان والصومال والعراق وموريتانيا واليمن، حيث لا يُتوقع أن تسجّل نسبة كبار السن زيادةً كبيرة خلال العقود المقبلة بسبب تركيباتها العمرية الشابة، سيزداد عدد كبار السن أربعة أضعاف تقريباً بحلول عام 2050. فمن الواجب حماية كبار السن ورعايتهم وتمكينهم في المنطقة العربية. وقد تجلب شيخوخة السكان تحديات إنمائية، لكنها في الوقت نفسه تتيح فرصاً يمكن الاستفادة منها إذا ما اتُخذت التدابير اللازمة لفهم الآثار الاجتماعية والاقتصادية لعملية الانتقال إلى الشيخوخة. فالتنمية المستدامة تقوم على احتواء جميع أفراد المجتمع، ومنهم كبار السن، بتهيئة بيئة مؤازرة لتمكينهم ومشاركتهم في التنمية المستدامة.

ولطالما كانت رعاية المسن في المنطقة العربية مسؤولية الأسرة، تؤدي فيها الدولة دوراً ثانوياً، إلا أن التغييرات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية أضعفت قدرة الأسرة على تقديم الرعاية اللازمة لكبار السن. واتخذت دول من المنطقة، ومنها الأردن وتونس والسودان والعراق وعمان ودولة فلسطين والكويت ومصر، خطوات نحو وضع سياسات واستراتيجيات لضمان حقوق الإنسان لكبار السن. ومع ذلك، لا يزال كبار السن عرضةً لمخاطر جمة وظروف قاسية، تحتم إعطاء الأولوية لبحثها وتحديدها ومعالجتها.

ويسلط هذا الفصل الضوء على الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يعيش فيها كبار السن في المنطقة، ويتناول نظم الحماية الاجتماعية في البلدان العربية،

الشكل 9. الإنفاق العام على الحماية الاجتماعية: معاشات التقاعد وغيرها من المستحقات، باستثناء الخدمات الصحية، للأشخاص الذين تجاوزوا سن التقاعد القانونية (بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)



المصدر: International Labour Organization, World Social Protection Report 2017–19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals (Geneva, 2017), p. 86, www.socialprotection.org/gimi/RessourcePDF.action?ressource.-the .ressourcelid=54887

الخاص النظامي. وليس في المنطقة العربية من تغطية معقمة، حتى في البلدان التي تنفق الكثير في إطار الحماية الاجتماعية، أي على معاشات التقاعد وغيرها من المستحقات لكبار السن. والحماية الاجتماعية بعيدة عن تناول الكثير من الفئات الاجتماعية، كالعاملين في القطاع غير النظامي والزراعة، والعمال المنزليين والمؤقتين والمهاجرين. والنساء من أكثر هذه الفئات عرضةً للمخاطر، لأن إمكانات حصولهن على مستحقات الضمان الاجتماعي محدودة أو منعدمة. فمعظم النساء الناشطات اقتصادياً يعملن في القطاع غير النظامي أو في عمل غير مدفوع الأجر، حيث لا يحق لهن الحصول على مستحقات الضمان الاجتماعي (مثل معاشات التقاعد وبرامج التأمين الصحي) عند تقدمهن في السن فيما عدا استثناءات قليلة⁴.

وشهدت الفترة التي تلت الأزمة المالية العالمية (في عامي 2007-2008) زيادةً في شبكات الأمان الاجتماعي الموجهة إلى من يعاني من الفقر والأكثر عرضة لانعدام الأمن الغذائي من أفراد وأسر. ويتسق هذا مع اتجاهات الإنفاق الحكومي خلال فترات سابقة شهدت أزمات

البلدان مبادرات هامة في هذا المجال. فمصر، مثلاً، نفذت إصلاحات منها رفع معاشات التقاعد والعمل على تغطية كبار السن الذين لا يتقاضون أي معاشات تقاعد.

وفي منطقة حيث القطاع غير النظامي من أكبر القطاعات الاقتصادية، ومعدل البطالة من أعلى المعدلات في العالم (ولا سيما بين الشباب)^{2,3}، تعيش غالبية السكان في حالة فقر أو هي معرضة للفقر، وليس بإمكانها الحصول على الرعاية الصحية المستدامة. وباستثناء حالة بلدان مجلس التعاون الخليجي حيث نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي أعلى منه في بلدان عربية أخرى، تعتمد نظم الحماية الاجتماعية على الاشتراكات، وتغطي الشيخوخة والحد الأدنى من مقومات العيش والعجز والإعاقة الناجمة عن العمل.

ونظم الحماية الاجتماعية التي تغطي التأمين الاجتماعي، والصحة، والأمومة، ورعاية كبار السن، والبطالة، والمساعدة في حال المرض هي نظم غير متطورة كفاية في المنطقة، وتكاد خدماتها تقتصر على موظفي القطاع العام والمؤسسات العسكرية والقطاع

• الحالة الصحية

متوسط العمر المتوقع ومتوسط سنوات العمر المتوقعة بصحة جيدة عند بلوغ ستين عاماً: يُستخدم كمؤشر للدلالة على الحالة الصحية في سن الشيخوخة. فتحسين صحة كبار السن يعزز استقلاليتهم.

الإنفاق من قبل الدولة مقابل الإنفاق الفردي من الأموال الخاصة انتشار الأمراض غير المعدية والإعاقة

• التعليم

مستوى التعليم: يُستخدم لقياس التعليم الذي يؤثر على حالة رفاه كبار السن، بما في ذلك الصحة والقدرة على الوصول إلى تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

• العمل

العمل: هو بمثابة مؤشر للدلالة على توفر معاشات التقاعد والموارد للأفراد في سن الشيخوخة.

• البيئة المؤازرة

الترتيبات المعيشية والسكن: تُستخدم كمؤشرات للدلالة على البيئة المؤازرة، وتُبين العلاقة بين كبار السن وأسرهم والمجتمع.

1. ضمان الحصول على دخل

الحماية الاجتماعية الكافية، التي تشمل التغطية بمعاشات التقاعد، هي شرط مسبق لتحقيق الرفاه لكبار السن، وبدونها يصبحون عرضةً للفقر وغيره من المخاطر. ولدى جميع البلدان العربية شكل من أشكال المساهمة الإلزامية في الإيرادات، يرتبط بنظم الضمان الاجتماعي. إلا أن الإنفاق على معاشات التقاعد في المنطقة مرتفع نسبياً ونسبة السكان المشمولين بالتغطية متدنية. وتشوب نظم التقاعد شوائب هيكلية. ويعزى انخفاض نسبة السكان المشمولين بالتغطية إلى وجود أعداد كبيرة من العاملين في القطاع غير النظامي، وضمنه العمل الزراعي والعمل المنزلي، وكذلك إلى التهرب من الاشتراكات الإلزامية في معاشات التقاعد. كما أن العديد من نظم التقاعد قد يفتقر إلى مقومات الاستدامة، لتزايد عدد المستفيدين بحيث يفوق عدد المساهمين⁶، على أثر شيخوخة السكان،

مالية، وحدثت خلالها زيادة مطردة في متوسط الإنفاق على الضمان الاجتماعي على مر السنين قبل الأزمات المالية وخلالها وبعدها. فخلال أزمات مالية سابقة شهدتها بلدان عدة في المنطقة العربية في أواخر ثمانينات القرن الماضي وأوائل تسعيناته، ازداد متوسط الإنفاق على الضمان الاجتماعي من 10.1 في المائة إلى 12.5 في المائة⁵. وفي المنطقة نظم راسخة للتحويلات النقدية الاجتماعية عن طريق المؤسسات التقليدية، مثل تلك القائمة على الصدقة بدافع الواجب الديني، كالزكاة في الدين الإسلامي. وتختلف طريقة عمل هذه المؤسسات من بلد إلى آخر. فأموال الصدقات تودع في صناديق عامة في السودان، وفي صناديق اجتماعية في مصر واليمن، أو تعطى كهبات فردية من خلال صناديق خاصة في الأردن والجزائر ودولة فلسطين. ولطالما قدمت منظمات المجتمع المدني في البلدان العربية العديد من الخدمات لكبار السن الذين يواجهون الفقر، للتعويض عن عدم كفاية نظم الحماية الاجتماعية العامة.

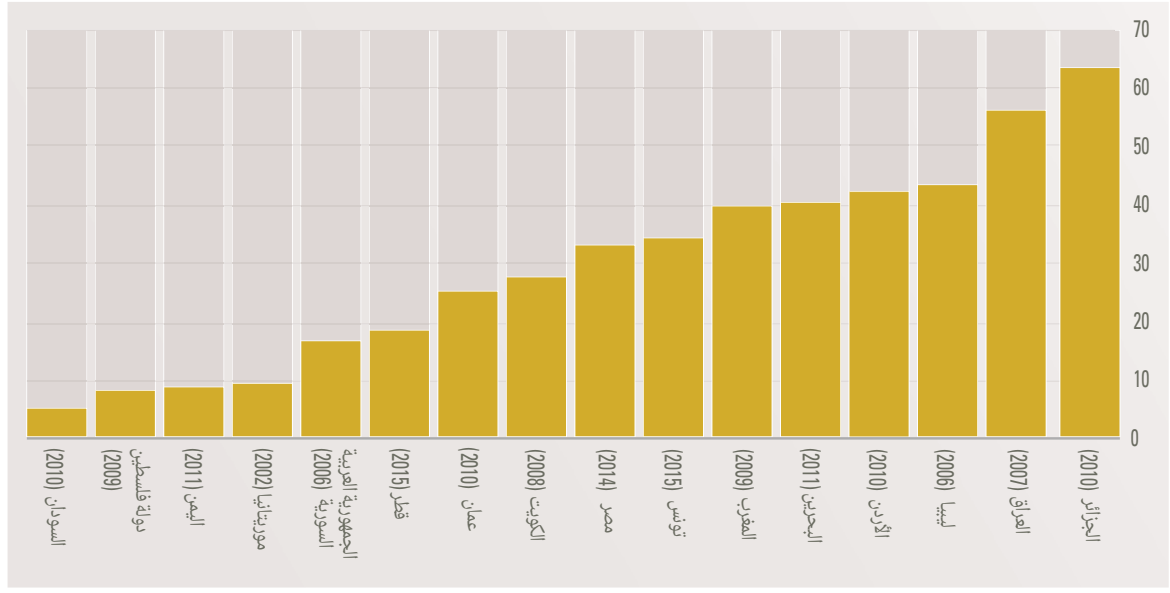
جيم. الوضع الاجتماعي والاقتصادي في سن الشيخوخة

يهدف هذا القسم إلى تقييم الوضع الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن في المنطقة العربية، ويقاس رفاه كبار السن في مجالات رئيسية خمسة، هي: ضمان الحصول على دخل، والحالة الصحية، والتعليم، والعمل، والبيئة المؤازرة. واستُخدمت المؤشرات التالية لتقييم الرفاه الاجتماعي والاقتصادي لكبار السن في المنطقة العربية لقياس التقدم المحرز في تلك المجالات، وحُللت، لكل مؤشر وحيثما أمكن، الاختلافات في الظروف التي يواجهها كبار السن من ذكور وإناث.

• ضمان الحصول على دخل

التغطية بمعاشات التقاعد: يُستخدم هذا كمؤشر للدلالة على ضمان الحصول على دخل. ويرتكز ضمان الحصول على دخل على مبدأ وجوب تأمين الحد الأدنى من الدخل الذي يسمح لكبار السن بالعيش الكريم.

الشكل 10. السكان الذين تجاوزوا سن التقاعد القانونية ويحصلون على معاش للتقاعد (بالنسبة المئوية)



المصدر: ILO, *World Social Protection Report 2017–19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. ملاحظة: تختلف السنوات من بلد إلى آخر: الجزائر، 2010؛ العراق، 2007؛ ليبيا، 2006؛ الأردن، 2010؛ البحرين، 2011؛ المغرب، 2009؛ تونس، 2015؛ مصر، 2014؛ الكويت، 2008؛ عمان، 2010؛ قطر، 2015؛ الجمهورية العربية السورية، 2006؛ موريتانيا، 2002؛ اليمن، 2011؛ دولة فلسطين، 2009؛ السودان، 2010.

المعونة الممولة أساساً من الاتحاد الأوروبي والبنك الدولي. بيد أن هذه البرامج محدودة النطاق، وتعتمد اعتماداً كلياً على الجهات المانحة الأجنبية، وبالتالي لا يمكن أن تكفل للمستفيدين الدخل المنتظم ولا المدفوعات المستدامة.

قد لا تكون الهجرة من العوامل الرئيسية المحددة لشيخوخة السكان، لكنها من العوامل التي تؤثر في ضمان الحصول على دخل والتغطية بمعاشات التقاعد. وفي البلدان العربية يهاجر عدد كبير من الأفراد في سن العمل بحثاً عن فرصة عمل، ويعود معظمهم في سن الشيخوخة. لذلك، من الأهمية بمكان تسهيل نقل المستحقات لتأمين استفادة المهاجرين العائدين من الضمان الاجتماعي وضمان حصولهم على دخل في سن الشيخوخة. وفي ما عدا قطر، يُستثنى جميع العمال الأجانب من التغطية بالضمان الاجتماعي في بلدان مجلس التعاون الخليجي، التي هي وجهة رئيسية للمهاجرين في المنطقة. ولا يُسمح لهم البقاء في تلك البلدان عند بلوغهم سن التقاعد، مما يحرمهم من التغطية بمعاشات التقاعد.

وانخفاض سن التقاعد، وسخاء مخصصات العيش في بعض البلدان⁷. وفي المحصلة، تبقى نسبة كبيرة من سكان المنطقة خارج مستحقات معاشات التقاعد، وخصوصاً من النساء، لأن غالبيةن يعملن في القطاع غير النظامي، أو في حالة بطالة.

ولا يتجاوز متوسط التغطية بمعاشات التقاعد في المنطقة نسبة 30 في المائة من القوى العاملة⁸. وكما يظهر في الشكل 10، تختلف نسبة السكان الذين يستفيدون من مستحقات الشيخوخة بين بلد وآخر، وتتراوح بين 5 في المائة في السودان و63 في المائة في الجزائر. ويستفيد أكثر من 40 في المائة من كبار السن في الأردن والعراق وليبيا من التغطية بمعاشات التقاعد. أما بلدان مجلس التعاون الخليجي، فتتراوح نسبة التغطية بمعاشات التقاعد فيها بين 40 في المائة في البحرين، و27 في المائة في الكويت و25 في المائة في عمان. وتتوفر المساعدات النظامية للشيخوخة في المنطقة العربية من خلال وزارات الشؤون الاجتماعية، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)، وبرامج

تحسناً كبيراً في متوسط العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً، شبيهاً بحال معظم البلدان المتقدمة. ومع هذا التحسّن، أصبحت قضايا جودة الحياة والصحة مصدر قلق متزايد لكبار السن، فطول العمر لا يعني بالضرورة صحة جيدة. ومتوسط عمر المرأة في البلدان العربية أطول من متوسط عمر الرجال، إلا أنها تعاني من ظروف صحية أسوأ في سن الشيخوخة¹⁰. ويؤدي ضعف الصحة إلى ارتفاع النفقات الطبية التي على كبار السن وأسرهم تحمّلها ما لم يكونوا مشمولين ببرامج الضمان الاجتماعي. وفي معظم البلدان العربية، يجب على الأفراد الذين ليس لديهم تأمين طبي دفع تكاليف العلاج من أموالهم الخاصة.

(ب) التحول الوبائي: الأمراض غير المعدية والصحة العقلية والإعاقة

تترافق عملية التحول إلى الشيخوخة في البلدان العربية مع زيادة سريعة للأمراض غير المعدية¹¹ ويلاحظ ارتفاع في معدلات الإصابة بعزل تحدّد من النشاط اليومي، مثل الخرف، بين الأشخاص من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر¹².

وتبيّن الإحصاءات المستندة إلى مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في تسعة بلدان عربية أنّ نسبة كبار السن الذين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل تتراوح بين 13.1 في المائة في جيبوتي و63.8 في المائة في لبنان، وتوفوق 45 في المائة في معظم البلدان¹³. أما انخفاض حالات المرض المزمن بين كبار السن الذي تفيد به بعض التقارير في بعض الدول، فيرجح أن يكون نتيجة لعدم الإبلاغ عن الحالات ومحدودية الوصول إلى الخدمات الصحية، ولا سيما في أقل البلدان العربية نمواً.

ويبيّن الجدول 6 أنّ نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية بين كبار السن مرتفعة جداً، تتراوح بين 97.4 في المائة في عمان و72.8 في المائة في موريتانيا. وأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان هي الأسباب الرئيسية للوفاة بين كبار السن، وتتراوح نسبة الوفيات من أمراض القلب والأوعية الدموية بين 34.4 في المائة في البحرين و60 في المائة في عمان،

ومن المؤسف أنّ البيانات عن الفقر بين كبار السن، المصنفة حسب الجنس ومكان الإقامة، لا تزال محدودة للغاية. ولكن ذلك لا يثني عن الافتراض بأن كبار السن أشد عرضة للفقر من سائر الفئات السكانية، لأسباب عدة منها محدودية مصادر الدخل وكثرة المخاطر الصحية. والنساء أكثر عرضة للفقر من الرجال، لأن نسبة أعلى منهن مستبعدة من نظم الضمان الاجتماعي، كما أنهن أكثر عرضة للترمل والمرض. وتشير بيانات البنك الدولي عن معدلات الفقر بين الأسر التي تعيلها النساء وتلك التي يعيلها الرجال، في مصر مثلاً، إلى ارتفاع معدلات الفقر بين الأسر في الأرياف مقارنةً بالمدن، وبين الأسر التي تعيلها نساء في المدن مقارنةً بالأسر التي يعيلها رجال⁹. ويلزم مزيد من البيانات لتقييم الفقر في البلدان العربية، وبخاصة الفقر بين كبار السن، ولا سيما بين النساء. وتعاين بلدان عدة في المنطقة من نزاعات، تعرّض أمنها المالي لمخاطر عدم الاستقرار والخسائر في الأصول المادية، بما في ذلك المنازل والأجور المحصّلة مدى الحياة. كما تتعرض صناديق معاشات التقاعد في تلك البلدان للخطر بفعل التقلبات الاقتصادية، بما في ذلك الانخفاض الحاد في قيمة العملة.

ويستفيد العديد من كبار السن في المنطقة العربية، ومنذ فترة طويلة، مالياً من التعاضد بين الأجيال. وقد كان للأسرة، سواء النواة أم الموسعة، دور رئيسي في تأمين الدعم المالي، وخصوصاً في رعاية الأقارب كبار السن أو ذوي الإعاقة. لكن الاتجاهات الديمغرافية الحالية والتغيرات المجتمعية تذر بتأثير سلبي على المنظومة التقليدية لتقديم الرعاية، التي يضطلع فيها كل من الأولاد البالغين والأسرة بدور محوري في تقديم المساعدة إلى كبار السن. وهذه التغيرات في أنماط التعاضد بين الأجيال تعني أن ضمان الحصول على دخل، بطرق منها تحسين التغطية بمعاشات التقاعد، يشكل أولوية ملحة لضمان رفاه كبار السن.

2. الصحة

(أ) طول العمر مقابل متوسط العمر المتوقع في صحة جيدة

يتزايد عدد كبار السن في البلدان العربية بسرعة منذ ثمانينات القرن الماضي. وتسجل المنطقة العربية

الجدول 6. الأسباب الرئيسية لوفيات كبار السن، 2011

الإصابات	الأمراض غير المعدية						الأمراض المعدية وظروف الولادة وقبل الولادة ونقص التغذية	البلد
	أمراض الجهاز الهضمي	أمراض الجهاز التنفسي	أمراض القلب والأوعية الدموية	داء السكري	الأورام الخبيثة	المجموع		
2.9	3.9	4.3	55.5	10.4	10.4	91.1	5.9	الأردن
3.3	2.8	4.0	50.1	6.1	11.9	82.6	14.1	الإمارات العربية المتحدة
1.2	3.8	8.3	34.4	17.7	13.1	90.4	8.4	البحرين
2.7	5.0	5.1	50.2	1.7	13.3	81.9	15.3	تونس
3.8	4.2	8.5	40.0	5.2	9.4	75.2	21.0	الجزائر
3.0	3.5	8.9	39.3	8.6	7.3	75.7	21.3	جزر القمر
3.1	3.6	6.0	58.4	3.2	6.7	91.9	5.0	الجمهورية العربية السورية
2.5	8.0	5.4	53.0	2.4	7.4	84.9	12.6	جيبوتي
3.1	7.2	7.0	53.4	3.8	5.7	86.8	10.0	السودان
4.9	6.7	6.3	47.7	3.5	7.2	80.1	14.9	الصومال
9.9	5.3	5.1	52.8	2.0	8.7	80.6	9.5	العراق
1.6	4.3	4.3	60.0	9.9	11.0	97.4	1.0	عمان
3.4	3.7	6.7	35.5	14.9	20.4	91.5	5.1	قطر
3.0	3.5	2.4	56.8	5.8	14.9	88.0	9.0	الكويت
5.0	5.2	5.6	54.9	1.9	16.4	91.0	4.0	لبنان
4.1	5.9	5.0	58.3	2.2	11.4	90.1	5.8	ليبيا
1.3	14.6	3.9	52.6	3.2	9.4	93.8	5.0	مصر
3.1	7.6	6.3	58.1	2.2	8.8	92.0	4.9	المغرب
2.2	4.1	4.1	55.5	9.2	9.0	89.3	8.6	المملكة العربية السعودية
3.3	4.6	8.6	38.3	5.8	8.0	72.8	23.9	موريتانيا
3.5	7.6	5.9	55.3	2.3	8.5	88.4	8.1	اليمن
3.2	8.3	5.6	52.3	3.7	8.9	87.8	9.0	المنطقة العربية

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى WHO, World Health Statistics 2011 (Geneva, 2011), and from WHO, "Projections of mortality estimates for 2008), www.who.int/whosis/whostat/2011/en; www.who.int/healthinfo/global_2030-and_burden_of_disease, 2004 (استرجعت في 15 أيار/مايو 2018).

متوسط نسبة البدانة 40 في المائة في المنطقة، وهو من أعلى المتوسطات في العالم¹⁴. ويُتوقع أن يؤدي تزايد معدلات البدانة والإصابة بمرض السكري، وما ينجم عنهما من مضاعفات، إلى ارتفاع كبير في تكاليف الرعاية الصحية في العقود المقبلة، لا سيما في بلدان مثل البحرين وعمان والكويت¹⁵.

ومن السرطان بين 5.7 في المائة في السودان و20.4 في المائة في قطر.

ويبلغ انتشار مرض السكري من النوع الثاني والبدانة في بلدان مجلس التعاون الخليجي من الارتفاع مستويات غير عادية مقارنةً بسائر مناطق العالم، ويبلغ

الجدول 7. نسبة كبار السن ذوي الإعاقة حسب العمر والجنس (بالنسبة المئوية)

السنة المرجعية	إناث			ذكور			الذكور والإناث			البلد
	70 عاماً وأكثر	60 عاماً وأكثر	60-69	70 عاماً وأكثر	60 عاماً وأكثر	60-69	70 عاماً وأكثر	60 عاماً وأكثر	60-69	
2015	18.4	13.3	9.1	14.2	10.4	7.2	16.3	11.9	8.2	الأردن
2010	19.3	14.1	10.1	20.6	14.1	10.7	19.9	14.1	10.4	البحرين
2013	16.3	10.8	6.6	14.4	9.7	8.6	15.4	10.3	9.5	العراق
2010	20.4	13.4	7.5	17.7	11.9	7.1	19.0	12.6	7.3	عمان
2007	24.1	17.1	10.7	21.9	14.9	9.1	23.2	16.1	10.0	دولة فلسطين
2010	9.1	4.9	2.8	7.3	2.3	0.9	8.1	3.2	1.5	قطر
2016	16.7	8.4	4.6	12.9	7.4	5.1	14.8	7.9	4.8	مصر
2014	39.4	27.2	16.9	33.8	22.6	14.3	36.8	25.0	15.6	المغرب
2016	12.8	7.4	3.7	11.0	6.4	3.4	11.9	6.9	3.6	المملكة العربية السعودية
2013	5.5	4.2	3.1	6.2	4.7	3.6	5.8	4.5	3.4	موريتانيا
2014	25.9	17.6	9.8	22.0	13.2	5.2	24.0	15.4	7.6	اليمن

المصدر: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، إحصاءات الإعاقة في الدول العربية 2017 (بيروت، 2017).

نسب الإعاقة في دولة فلسطين والمغرب. وعلى غرار الأمراض غير المعدية، تُعزى هذه الفوارق إلى إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية وتشخيص الحالات والتبليغ عنها. وتشير الإحصاءات إلى أنّ النساء، في جميع البلدان العربية، أكثر عرضة للإعاقة من الرجال.²¹ وينبغي أن تنبه هذه المؤشرات صانعي السياسات، حيث إنّ الأثر التراكمي للأمراض المزمنة طيلة العمر وتناقص القدرة الجسدية يسهمان في إضعاف الفرد ويؤديان به إلى العجز والاعتماد على الآخرين.²²

(ج) التمويل والإنفاق على الرعاية الصحية

يبلغ الإنفاق على الرعاية الصحية لدى الأفراد ذروته في سن الشيخوخة. وهذا الإنفاق يكون من الأموال الخاصة بما أن العديد من كبار السن ليس لديهم معاشات تقاعد. وعلى الرغم من عدم وجود بيانات عن النفقات الصحية مصنفة حسب العمر والجنس، ثمة ما يشير إلى أن عدداً كبيراً من كبار السن يتحملون أنفسهم تكاليف الرعاية الصحية، أو يعتمدون على أحد أفراد الأسرة في ذلك، أو يقعون بدون علاج ما لم يستطيعوا هم ولا أسرهم تحمل تغطية تكاليف الرعاية

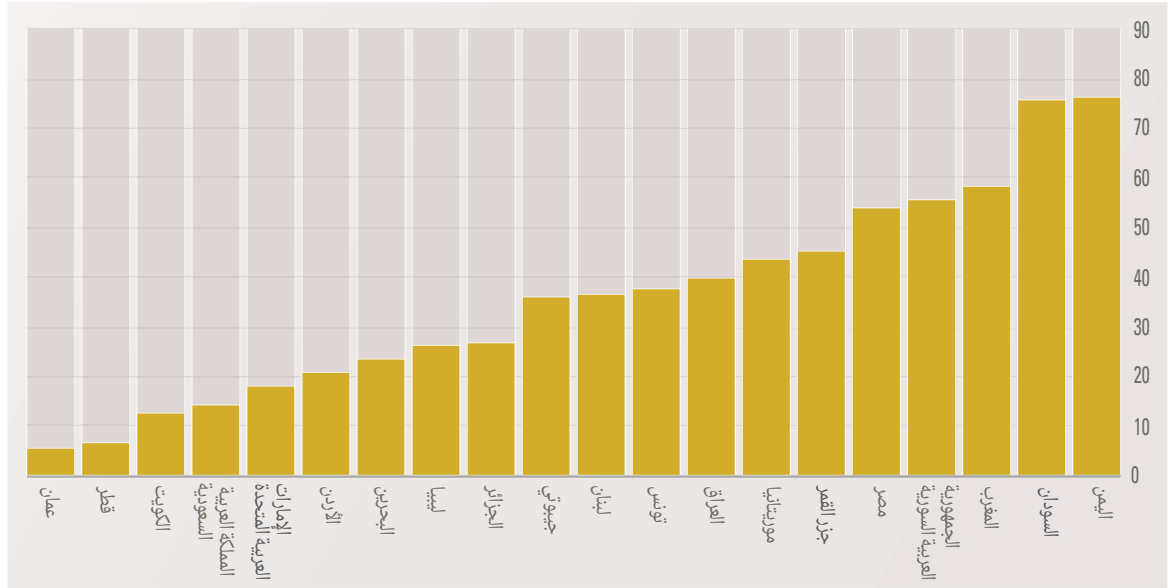
والصحة العقلية في سن الشيخوخة هي أيضاً مصدر قلق متزايد في جميع أنحاء المنطقة، للمصابين وأسرهم وأصدقائهم ومقدمي الرعاية لهم والمجتمع بأكمله. ورغم قلة البيانات عن الصحة العقلية لكبار السن في المنطقة العربية، تشير البحوث إلى أنّ الاكتئاب والخرف¹⁶ هما في طليعة الاهتمامات، ولا سيما في البلدان التي تشهد زيادة سريعة في عدد السكان كبار السن، مثل تونس ولبنان¹⁷. وتظل البحوث محدودة في هذا المجال، وعادةً ما تُستقرأ من دراسات محلية ضيقة، فمثلاً، تقدر دراسة صدرت في مصر أنّ نسبة انتشار الخرف بين كبار السن (من الفئة العمرية 60 سنة أو أكثر) تبلغ نحو 6 في المائة¹⁸. وتتوقع دراسة أخرى أنّ عدد الأشخاص المصابين بالخرف في المنطقة سيرتفع إلى نحو 4.7 مليون بحلول عام 2040¹⁹.

وتشيع الإعاقة في سن الشيخوخة، ولوحظ ذلك بين أشد السكان فقراً. ويتناول هذا القسم الإعاقة الوظيفية، التي تُعرّف من الناحية العملية بأنها الصعوبة في أداء واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية أو الأنشطة المساعدة في الحياة اليومية²⁰. ويبيّن الجدول 7 فوارق كبيرة بين البلدان، حيث سجلت أعلى

وفي جزر القمر، والجمهورية العربية السورية، ومصر، والمغرب، وموريتانيا أيضاً يدفع الأفراد من أموالهم الخاصة مقابل الرعاية الصحية بنسب يصل متوسطها

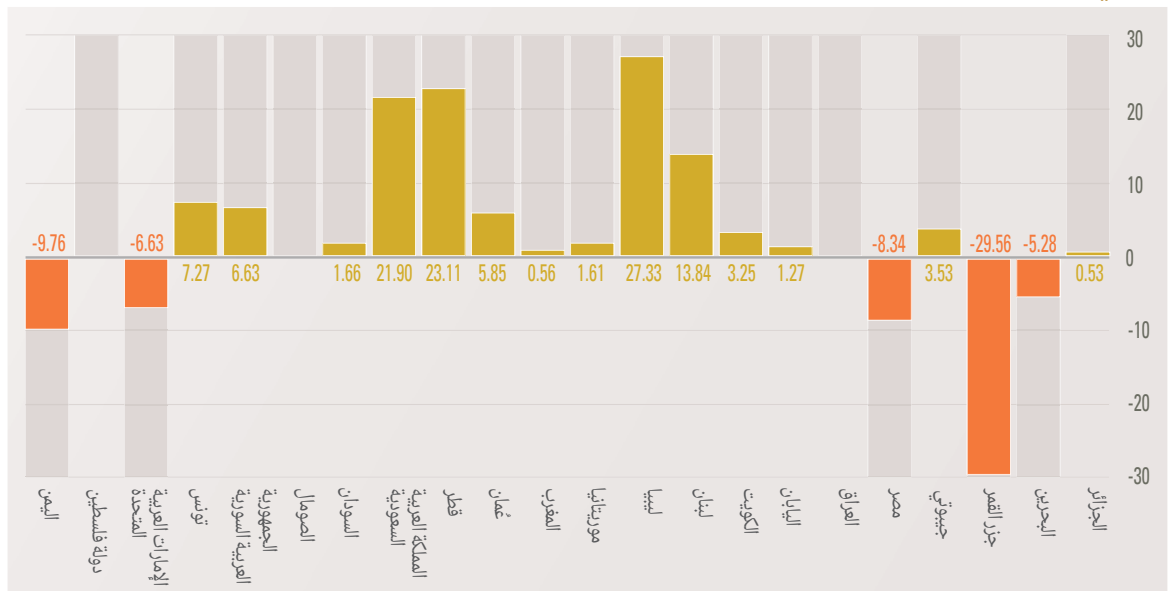
الطبية. ويشكل الإنفاق من الأموال الخاصة أكثر من 70 في المائة من مجموع النفقات الصحية في بعض أقل البلدان نمواً، مثل السودان واليمن (الشكل 11).

الشكل 11. النفقات من الأموال الخاصة كنسبة مئوية من مجموع النفقات الصحية في البلدان العربية، 2014



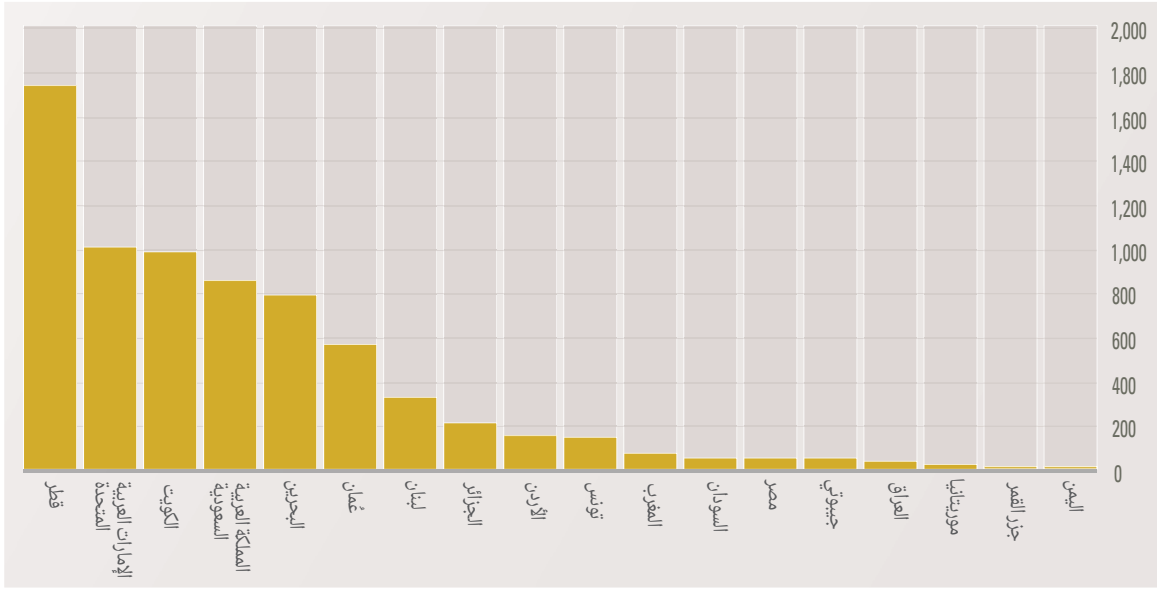
المصدر: البنك الدولي، «مؤشرات التنمية العالمية، 2014»، بنك البيانات، <http://databank.albankaldawli.org/data/reports.aspx?source=world> indicators-development (استرجعت في 20 شباط/فبراير 2018).

الشكل 12. التغير في الإنفاق العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي النفقات على الصحة، مقارنة بين عامي 1995 و2014



المصدر: (استرجعت في 20 آذار/مارس 2018) WHO, Global Health Expenditure database, <http://apps.who.int/nha/database>. ملاحظة: يتألف الإنفاق العام على الصحة من النفقات المتكررة والرأسمالية من ميزانيات الحكومة (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية)، وصناديق التأمين الصحية الاجتماعية (أو الإلزامية).

الشكل 13. الإنفاق العام على الصحة في البلدان العربية في عام 2015 (نصيب الفرد، بالسعر الجاري للدولار)



المصدر: (استرجعت في 3 أيار/مايو 2018) WHO, Global Health Expenditure database, <http://apps.who.int/nha/database> ملاحظة: لا تتوفر المعلومات للجمهورية العربية السورية، ودولة فلسطين، والصومال، وليبيا. تتطابق البيانات مع المؤشر المسمى: الإنفاق المحلي الحكومي العام على الصحة، في النسخ المحدث من قاعدة البيانات.

الذي تنفقه بلدان أخرى ذات المتوسط نفسه لنصيب الفرد من الدخل²³. ولم يشهد الإنفاق العام على الصحة زيادة كبيرة إلا في عدد قليل من البلدان خلال الفترة 1995-2014 (الشكل 12)، والتباينات كبيرة بين بلد وآخر. ففي عام 2015، لم يتجاوز نصيب الفرد من الإنفاق في اليمن وجزر القمر 10 دولارات، بينما وصل إلى أكثر من 1,700 دولار في قطر في السنة (الشكل 13).

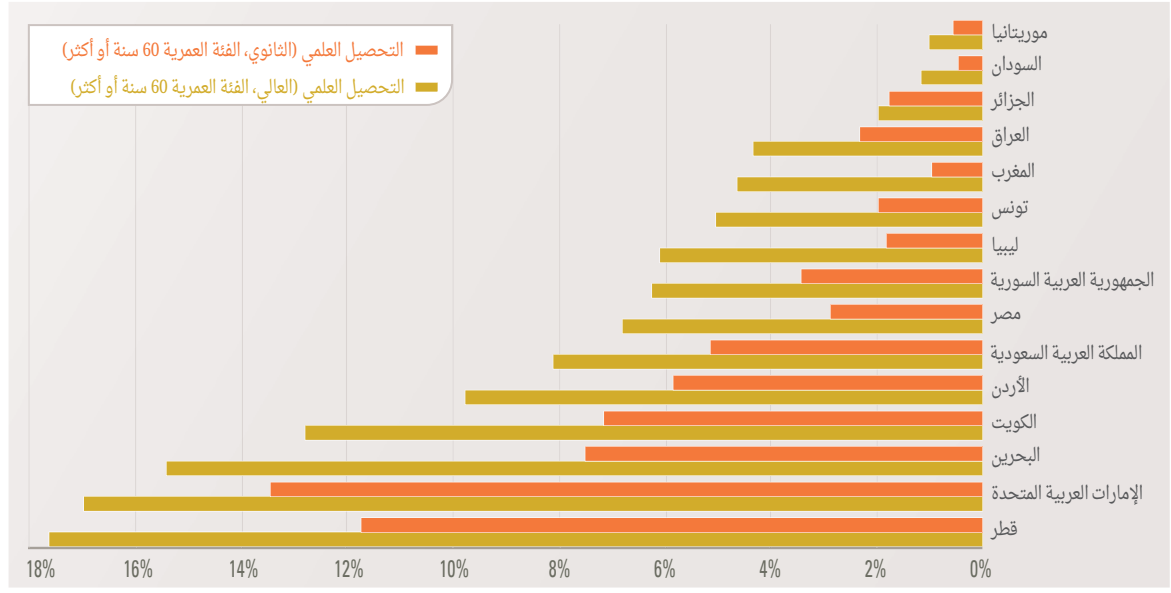
ووفقاً لما هو متوفر من بيانات، ليست التغطية الصحية الشاملة واقعاً متاحاً لجميع البلدان العربية. فلدى تونس ودولة فلسطين نظم للتأمين الصحي الاجتماعي ممولة من الإيرادات الضريبية وأقساط التأمين الصحي، ولكن الحق في الحصول على العلاج المجاني يقتصر على المؤمن عليهم فقط. وفي الأردن والعراق، تقتصر إمكانية الحصول على خدمات التأمين الصحي والاجتماعي على موظفي الخدمة المدنية والعسكريين. أما في الجمهورية العربية السورية والسودان وعمان واليمن، فالرعاية الصحية العامة مجانية ومتاحة لجميع السكان. وفي الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية، تمول خدمات

إلى 50 في المائة من مجموع النفقات الصحية. والنفقات من الأموال الخاصة كبيرة في تونس والعراق ولبنان أيضاً، تبلغ 40 في المائة من مجموع النفقات الصحية.

وتشير البحوث إلى أن النفقات الفعلية من الأموال الخاصة تبلغ نسباً أعلى من المذكورة سابقاً في الواقع، وذلك بسبب المدفوعات غير النظامية من الأسر لتغطية كلفة مختلف خدمات الرعاية الطبية لكبار السن، بما في ذلك الرعاية غير النظامية. ولا تزال الأسرة هي المصدر الرئيسي للرعاية غير النظامية لكبار السن؛ ومع ذلك، يلزم المزيد من البيانات لاحتساب عبء تكاليف الرعاية التي تتكبدها الأسر.

ونظراً لمحدودية التمويل العام، من المستبعد أن تشهد المنطقة العربية تحسينات سريعة في التغطية الصحية على المدى القصير. وفي الآونة الأخيرة، سجلت برامج الصحة العامة في معظم البلدان العربية انخفاضاً كبيراً في التمويل: ففي عام 2007، بلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام السنوي على الصحة في البلدان العربية 280 دولاراً (بمعادل القوة الشرائية)، ما يعادل ثلث المبلغ

الشكل 14. مستوى التحصيل العلمي لدى كبار السن، 2010



المصدر: (استرجعت في 15 كانون الثاني/يناير 2018) /Barro-Lee, "Educational attainment dataset, 2010". Available at <http://barrolee.com/>

ثانوي 18 في المائة، والحاصلين على تعليم عالٍ 14 في المائة (الشكل 14). وتتباين الأرقام بين البلدان، أعلاها في بلدان مجلس التعاون الخليجي وأدناها في أقل البلدان نمواً.

ومعدلات الأمية لدى النساء أعلى بكثير منها لدى الرجال في العديد من البلدان العربية. وينطبق هذا على وجه الخصوص على كيبيرات السن في المناطق الريفية. وتشير البيانات المصنفة حسب الجنس المتاحة في الأردن وتونس ومصر إلى أن معدلات الأمية تكاد تصل إلى 100 في المائة من كيبيرات السن في المناطق الريفية (الجدول 8). ولمعالجة ارتفاع هذه المعدلات، أنشأ العديد من البلدان العربية هيئات حكومية، ووضع استراتيجيات وسياسات لمكافحة الأمية لدى البالغين وكبار السن.²⁵

4. العمل

ينبغي أن يكون العمل خياراً متاحاً لكبار السن فيسهلون بخبراتهم ويوظفون ارتباطهم بالمجتمع. غير أن الأفراد في المنطقة العربية غالباً ما يضطرون إلى الاستمرار في العمل بعد سن التقاعد (الجدول 9) وحتى

الرعاية الصحية من إيرادات الموارد الطبيعية وهي متاحة للمواطنين حصراً ويمكن للمغتربين أن يسدوا رسوماً سنوية للحصول على خدمات الرعاية الصحية الوطنية. وفي عمان، يجب على أصحاب العمل في القطاع الخاص شمول جميع المغتربين العاملين لديهم بالتغطية. ولدى الجزائر وليبيا ومصر نظم للرعاية الصحية تمولها إيرادات الضرائب وأقساط التأمين؛ وتغطي النظم فيها المؤمنين وغير المؤمنين.

3. التعليم

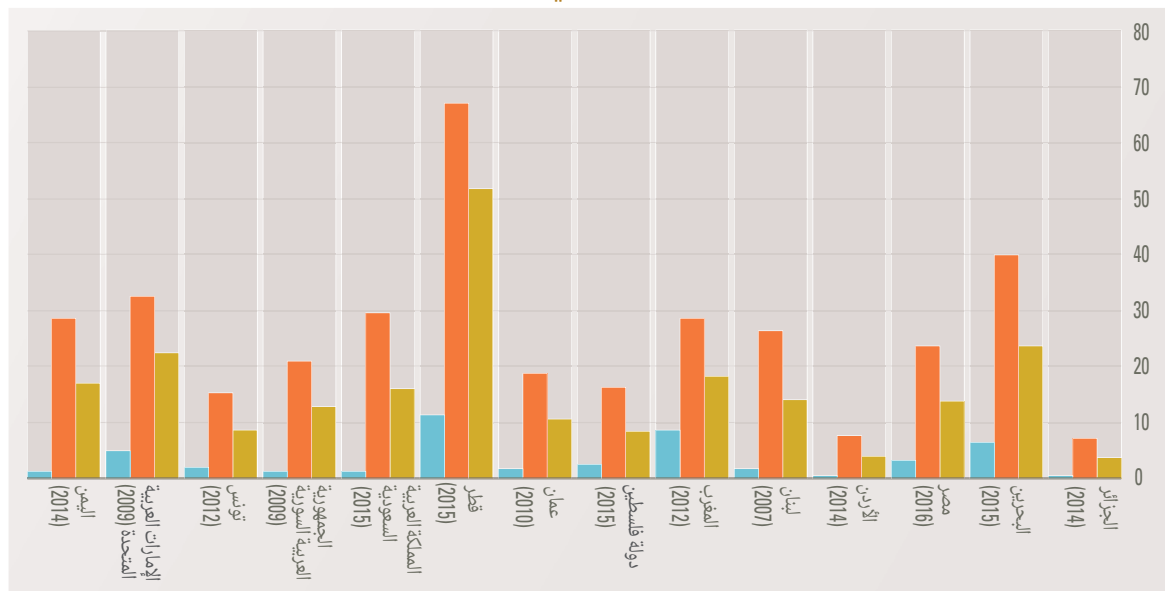
يترافق ارتفاع مستوى التحصيل العلمي عند كبار السن، عموماً، مع حالة صحية أفضل وشيء من المنعة إزاء المخاطر²⁴. فكبار السن من ذوي التحصيل العلمي يحظون بفرص عمل أفضل في سن العمل، تتيح لهم ادخار الأموال ليعيلوا بها أنفسهم بعد التقاعد. والتحصيل العلمي يعزز الاستقلالية لدى كبار السن، ويؤهلهم لإيجاد فرص عمل بأجور وظروف أفضل إذا ما رغبوا في مواصلة العمل في سن متقدمة. لكن غالبية كبار السن في المنطقة العربية، ولاسيما النساء، لا تزال ذات تحصيل علمي متدن. وفي جميع البلدان العربية، لا يتجاوز متوسط نسبة الحاصلين على تعليم

الجدول 8. مستوى التحصيل العلمي لكبار السن في الأردن وتونس ومصر (بالنسبة المئوية)

الأردن (2010)								العمر	مستوى التحصيل العلمي
إناث				ذكور					
60 عاماً وأكثر		59-50		60 عاماً وأكثر		59-50			
المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية		
91.6	67.2	50.9	28.0	41.1	23.6	17.9	5.8	أقبون	
4.9	15.5	31.1	24.2	37.2	30.4	34.5	25.4	يقرأون ويكتبون	
1.0	7.2	8.5	18.7	11.1	14.0	16.1	22.4	ابتدائي	
1.0	5.4	1.7	11.4	5.8	10.8	13.1	15.3	ثانوي	
1.5	2.6	7.3	11.6	1.0	4.3	6.6	10.2	ما بعد الثانوي	
0.0	1.4	0.6	5.3	2.9	11.2	11.3	16.6	جامعي	
0.0	0.7	0.0	0.8	1.0	5.7	0.6	4.4	دراسات جامعية عليا	
تونس (2014)								العمر	مستوى التحصيل العلمي
إناث				ذكور					
60 عاماً وأكثر		59-50		60 عاماً وأكثر		59-50			
المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية		
95.9	81.0	81.0	43.0	83.0	49.2	31.3	14.4	أقبون	
1.8	8.0	13.0	29.0	10.0	18.2	37.6	34.1	يقرأون ويكتبون	
1.8	3.0	4.0	13.0	3.0	8.0	17.0	20.0	ابتدائي	
0.0	5.0	2.0	5.0	2.0	8.9	7.3	12.8	متوسط	
0.3	2.0	0.0	6.0	2.0	9.5	5.6	12.7	ثانوي	
0.1	0.0	0.0	2.0	0.0	1.9	0.2	2.3	ما بعد الثانوي	
0.1	1.0	0.0	2.0	0.0	2.7	1.0	3.4	جامعي	
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	0.0	0.3	دراسات جامعية عليا	
مصر (2012)								العمر	مستوى التحصيل العلمي
إناث				ذكور					
60 عاماً وأكثر		59-50		60 عاماً وأكثر		59-50			
المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية		
92.6	58.9	85.9	42.5	66.7	25.1	48.0	20.2	أقبون	
2.5	5.7	3.0	6.0	11.9	11.2	9.3	6.7	يقرأون ويكتبون	
4.2	15.4	4.7	16.1	12.8	17.7	14.3	20.4	ابتدائي	
0.6	10.2	4.6	19.6	4.9	18.9	17.2	23.3	ثانوي	
0.0	1.5	0.7	2.4	0.6	3.7	1.7	5.6	ما بعد الثانوي	
0.1	7.7	1.1	12.8	3.1	21.5	9.4	21.4	جامعي	
0.0	0.6	0.0	0.7	0.0	1.9	0.1	2.4	دراسات جامعية عليا	

المصدر: Economic Research Forum, Jordan Labor Market Panel Survey, 2010; Egypt Labor Market Panel Survey, 2012; Tunisia Labor Market Panel Survey, 2014.

الشكل 15. العاملون من مجموع السكان حسب الجنس في الفئة العمرية 65 سنة وأكثر (بالنسبة المئوية)



المصدر: (استرجعت في 16 أيار/مايو 2018) ILOSTAT (n.d.), <http://ilo.org/ilostat/faces/home/statisticaldata>. ملاحظة: العاملون من مجموع السكان هو عدد الأشخاص العاملين كنسبة مئوية من مجموع السكان في سن العمل.

الجدول 9. سن التقاعد القانونية في البلدان العربية

البلد	الأردن	تونس	السودان	العراق	عمان	دولة فلسطين	الكويت	لبنان	مصر	المغرب
القطاع العام	ذكور 60 إناث 55	60	65	63	60	60	52	64	60	63
القطاع الخاص	ذكور 60 إناث 55	60	65	60	60	60	53-55	64	لا ينطبق	60

المصدر: خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، بالاستناد إلى نتائج مسح أجرته الإسكوا من أجل المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة 2017.

سوق العمل منخفض للغاية (الشكل 15). وتوقع نسبة العاملين من الرجال كبار السن نسبة التعاملات كبيرات السن بنحو 27 ضعفاً في المملكة العربية السعودية، وبنحو 23.9 ضعفاً في اليمن، و19.1 ضعفاً في الجمهورية العربية السورية. ويضيق الفارق بين كبار السن من الرجال وكبيرات السن في المغرب، حيث يبلغ معدّل التشغيل بين الرجال ثلاثة أضعاف ما هو عليه بين النساء.

في سن الشيخوخة غالباً لسد رمق العيش ولتعويض عن ضعف نظم الحماية الاجتماعية. ويعمل في القطاع غير النظامي في المنطقة نحو نصف العاملين، من غير تأمين صحي ولا معاش تقاعد.

وفي البلدان العربية، يتسبب ضيق الفرص المتاحة للنساء في سوق العمل في تعرضهن للعوز والفقير في سن الشيخوخة، إذ إن معدل مشاركة كبيرات السن في

الجدول 10. متوسط حجم الأسرة في عدد من البلدان العربية

نحو عام 2012	نحو عام 2000	نحو عام 1990	البلد
4.8 (2015)	6.0 (1997 ^د)		الأردن
6.3 (2016 ^{هـ})	5.25	7.4 (1987)	الإمارات العربية المتحدة
6.37	5.95	7.0 (1989)	البحرين
3.9 (2014 ^و)	5.48	5.4 (1995)	تونس
5.9 (2008 ^ز)	6.51 / 6.3 (2002 ^ح)	7.0 (1992)	الجزائر
4.1 (2010)	4.4 (2004 ^ط)	5.1 (1994 ^ي)	الجمهورية العربية السورية
5.7 (2008 ^ك)	5.8 (2002)	5.1 (1993 ^ل)	السودان
	7.7 (2002)		العراق
		6.3 (1989) / 8,4 (1995 ^م)	عمان
5.33	5.36	6.7 (1987)	قطر
8.36	7.59	8.8 (1987)	الكويت
4.4 (2011) / 4.16	4.6	4.9 (1996)	لبنان
6.1 (2007 ^ن)			ليبيا
6.0 (2001 ^س) / 6.2 (2013 ^ع)		5.2 (1990)	موريتانيا
4.35	5.19	5.3 (1991)	مصر
4.6 (2014)	5.2 (2004)	5.8 (1994)	المغرب ⁽¹⁾
5.8 (2010 ^ف) / 5.79	6.08	7.4 (1987)	المملكة العربية السعودية
	6.7 (2002)	6.7 (1991)	اليمن

أ. جامعة الدول العربية، 2001.

ب. Morocco, Haut-Commissariat au Plan, Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1994; 2004; 2014.

ج. Oman, Ministry of Health, 1995.

د. جامعة الدول العربية، 2008.

هـ. Mauritania, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2015.

و. Mauritania, Office National de la Statistique, 2001.

ز. الهيئة السورية لشؤون الأسرة والسكان، 2011.

ح. Algeria, National Office of Statistics and Ministry of Health, Population and Hospital Reform, 2008.

ط. Jordan, Department of Statistics and Macro International, 1998.

ي. السودان، المجلس القومي للسكان، 2011.

ك. دولة فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء، 2016.

5. الظروف المعيشية وترتيبات السكن لكبار السن

(أ) كبار السن الذين يعيشون مع الأسرة

عادةً ضمن أسر متعددة الأجيال، حيث الأسرة هي مصدر الرعاية والإعالة الرئيسي لهم. وقد أدى هذا الترابط الأسري إلى تصميم خطط التقاعد على أساس القرابة العائلية^{26،27}.

وتشير البيانات في البلدان العربية إلى أن غالبية كبار السن يعيشون مع أسرهم. وفي لبنان، لا تتجاوز نسبة كبار السن الذين يعيشون في دور الرعاية 1.3 في المائة، وهي أقل من 0.005 في المائة في البلدان

ليست الأسرة في البلدان العربية مصدرًا للعلاقات الاجتماعية فحسب، بل هي المصدر الثابت لإعالة كبار السن وتقديم الرعاية لهم. وتبيّن الأبحاث حول هذا الموضوع أن كبار السن في البلدان العربية يعيشون

الجدول 11. النسبة المئوية لمعيالي الأسر من كبار السن (من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر)

النسبة	السنة	البلد
22.56	2012	الأردن ^(ج)
31.55	2012	تونس ^(د)
24.22	2014	السودان ^(هـ)
17.88	2011	العراق ^(ب)
15.98	2014	دولة فلسطين ^(هـ)
21.56	2014	مصر ^(و)
23.88	2011	موريتانيا ^(د)
22.72	2013	اليمن ^(ز)

1. Egypt, Ministry of Health and Population, El-Zanaty and Associates and ICF International, 2015

ب. United Nations International Children's Fund, 2011

ج. Jordan, Department of Statistics and ICF International, 2013

د. Mauritania, Office National de la Statistique, 2011

هـ. State of Palestine, Central Bureau of Statistic, 2015b

و. Sudan, Ministry of the Cabinet, Central Bureau of Statistics, 2016

ز. Tunisia, Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, Institut National de la Statistique and

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2013

ح. Yemen, Ministry of Public Health and Population and others, 2015

أكثر³¹، ويفوق عدد الرجال في هذا الوضع عدد النساء، بنسبة 71.1 في المائة من الرجال مقابل 62.5 في المائة من النساء. إلا أن هذه النسبة هي حصيلة انخفاض تدريجي من 74.7 في المائة في عام 2004. ويتكرر هذا الاتجاه في مختلف أنحاء المنطقة، حيث انخفض متوسط حجم الأسرة من ستة أو سبعة أفراد إلى نحو خمسة أفراد خلال الفترة 1990-2012³². وتمثل بعض البلدان استثناءً لهذه القاعدة، فتظهر البيانات أن حجم الأسرة في الإمارات العربية المتحدة والبحرين والسودان وموريتانيا واليمن إما تقلب أو شهد زيادة طفيفة خلال الفترة نفسها.

وتبلغ نسبة الأسر النواة في كل من الأردن والبحرين ودولة فلسطين وقطر 66 في المائة من مجموع الأسر، وتنخفض هذه النسبة في المغرب إلى 35 في المائة. وثمة اتجاه متزايد نحو تحول الأسر إلى أسر نواة، ما يدل على تراجع في تعايش الأسر الموسعة مع بعضها. وتتناقص نسبة كبار السن الذين يعيشون مع أقاربهم. ولوحظ النمط نفسه في بلدان أخرى. ففي كل من الأردن والبحرين وقطر، 20 في المائة من الأسر لديها ترتيبات معيشية تشمل الأسرة الموسعة³³.

العربية الأخرى²⁸. وهذه الأرقام هي أقل بكثير مما هي عليه في بلدان الغرب لأسباب شتى، منها مدى توفر هذه المؤسسات ونوعية الخدمات التي تقدمها، بالإضافة إلى بنية الأسر العربية وقيمها وتقاليدها²⁹. ففي عام 2014 مثلاً وصلت نسبة الأفراد من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية إلى 5.3 في المائة في هولندا، و4.3 في المائة في فرنسا، و3.9 في المائة في كندا³⁰.

ويمكن استخدام حجم الأسرة كمؤشر للدلالة على وضع سكن كبار السن. ويمثل تقلص حجم الأسرة مصدر قلق بل إنذاراً للحاجة إلى التخطيط لتوفير الرعاية الصحية لكبار السن. ويبين الجدول 10 أن الأسر كبيرة الحجم في المنطقة العربية عموماً، ما يدل على أن انخفاض الخصوبة لم يؤثر كثيراً في انكماش حجم الأسر. وبين عامي 1990 و2012، لوحظ انخفاض في عدد الأشخاص لكل أسرة في معظم البلدان العربية، في دلالة على بداية تغير الأنماط الاجتماعية.

ووفقاً لأحدث البيانات من المغرب في عام 2015، يعيش ثلثا كبار السن في أسر تتكون من أربعة أفراد أو

الجدول 12. النسبة المئوية لكبار السن الذين يعيشون بمفردهم حسب الجنس

البلد	الجزائر	عمان	دولة فلسطين	لبنان	مصر	المغرب
العمر	60 عاماً وأكثر	60 عاماً وأكثر	60 عاماً وأكثر	65 عاماً وأكثر	60 عاماً وأكثر	60 عاماً وأكثر
السنة	2002	2003	2006	2004	2000	2006
ذكور	1	7.2	5	7.0	3.9	3.4
إناث	3	39.8	16	18.0	12.9	9.9

المصادر:

لعمان: United Nations Statistics Division, 2013.

للمغرب: Commissariat au Plan, 2014-Morocco, Haut.

للجزائر ودولة فلسطين ولبنان: United Nations Statistics Division, 2017.

لمصر: DESA, Population Division, 2005.

بالمقارنة مع بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، حيث تتراوح النسب بين 17 و45 في المائة³⁵.

ويبين الجدول 12 أيضاً أنّ عدد كبيرات السن اللواتي يعشن بمفردهن أكبر من عدد كبار السن، لأسباب منها أنّ النساء عموماً يعشن أطول من أزواجهن. كما يبين الجدول 13 أنّ نحو 60 في المائة من كبيرات السن في مصر هن أرامل، بالمقارنة مع 47 في المائة في الأردن و40 في المائة في تونس، مع وجود فوارق كبيرة بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية. ويزيد التمرل في الأسر الفقيرة من تعرض كبيرات السن للمخاطر. فكثيراً ما ينقصهن التحصيل العلمي وندراً ما يتمتعن بالاستقلالية المالية لأسباب عدة منها ضعف مشاركة النساء في سوق العمل النظامي وعدم توفر الحماية الاجتماعية الكافية في البلدان العربية. وفي البلدان المتأثرة بالنزاعات، ومنها الجمهورية العربية السورية والعراق ودولة فلسطين واليمن، معظم النساء اللواتي يعلن أسرهن هنّ من الأرامل³⁶.

وللترتيبات المعيشية أهمية خاصة لكبار السن الذين يعتمدون على المساعدة في متطلبات الحياة اليومية، بما في ذلك الرعاية الشخصية مثل الأكل والاستحمام وارتداء الملابس واستخدام المراض. وفي جميع البلدان العربية المختارة، تُظهر البيانات أنّ النساء أكثر اعتماداً على هذا النوع من المساعدة.

ويظهر الشكل 16 نسبة كبار السن الذين يعتمدون على المساعدة في متطلبات الحياة اليومية في بلدان عربية

والترتيبات المعيشية التي تشمل التعايش بين أفراد الأسرة لها دور حاسم في الراحة العاطفية والبدنية والمالية لكبار السن، ولا سيما في ضوء محدودية نظم الحماية الاجتماعية وقلة إمكانات الحصول على الخدمات الصحية والرعاية الطويلة الأجل. إلا أن البيانات تشير أيضاً إلى أنّ كبار السن لا يزالون هم أرباب العديد من الأسر، يتحملون المسؤولية الاجتماعية، وفي الكثير من الحالات المسؤولية المالية للأسرة. ويبين الجدول 11 أن النسبة المئوية لكبار السن الذين هم أرباب أسر تتراوح بين 16 في المائة في دولة فلسطين ونحو 32 في المائة في تونس. ويزيد عبء إعالة الأسر من المخاطر التي يتعرض لها كبار السن، ويفرض عليهم مواصلة العمل حتى في سن الشيخوخة.

(ب) كبار السن الذين يعيشون بمفردهم

من مؤشرات تكوين الأسرة نسبة كبار السن الذين يعيشون بمفردهم، وتُستخدم لتقييم تداعيات المخاطر على كبار السن. ويبين الجدول 12 أنّ نسبة كبار السن الذين يعيشون بمفردهم منخفضة في الجزائر والمغرب، لكنها مرتفعة نسبياً في دولة فلسطين وعمان ولبنان ومصر. ويقول المراقبون إن ارتفاع النسبي في معدلات الهجرة في صفوف الشباب في لبنان يساهم في ارتفاع معدلات كبار السن الذين يعيشون بمفردهم بالمقارنة مع البلدان العربية الأخرى. ويبدو أن كبار السن من الطبقات الثرية هم أكثر قابلية للعيش بمفردهم من كبار السن من الطبقات الفقيرة³⁴. وتظل نسبة كبار السن الذين يعيشون بمفردهم في المنطقة العربية منخفضة

الجدول 13. الوضع العائلي لكبار السن في الأردن وتونس ومصر (بالنسبة المئوية)

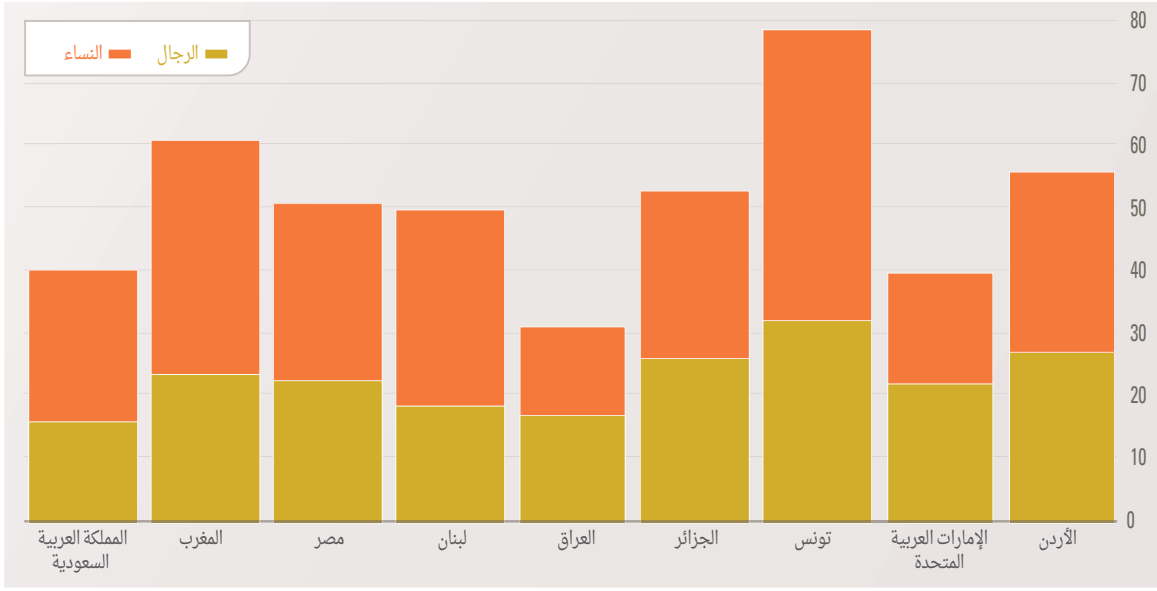
الأردن								العمر	الوضع العائلي
إناث				ذكور					
60 عاماً وأكثر		50-59		60 عاماً وأكثر		50-59			
المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية		
1.5	2.3	6.8	4.4	1.0	0.9	0.6	1.5	عازب(ة)	
54.9	44.5	75.1	73.9	93.7	91.1	98.8	96.9	متزوج(ة)	
0.5	2.3	0.6	2.5	1.0	0.7	0.0	1.3	مطلق(ة)	
43.2	51.0	17.5	19.2	4.3	7.3	0.6	0.2	أرمل(ة)	
تونس								العمر	الوضع العائلي
إناث				ذكور					
60 عاماً وأكثر		50-59		60 عاماً وأكثر		50-59			
المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية		
1.1	1.8	7.4	6.0	0.7	1.3	1.8	2.2	عازب(ة)	
61.6	50.5	82.4	82.6	91.0	88.5	97.1	95.1	متزوج(ة)	
0.9	2.0	0.8	2.6	0.8	0.9	0.7	1.5	مطلق(ة)	
36.4	45.7	9.4	8.9	7.6	9.2	0.5	1.2	أرمل(ة)	
مصر								العمر	الوضع العائلي
إناث				ذكور					
60 عاماً وأكثر		50-59		60 عاماً وأكثر		50-59			
المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية	المناطق الريفية	المناطق الحضرية		
1.1	2.0	1.3	2.7	0.1	1.0	0.4	2.5	عازب(ة)	
35.1	37.3	69.4	69.6	88.6	85.2	98.0	93.7	متزوج(ة)	
2.4	1.9	2.5	3.3	0.2	1.3	0.5	1.6	مطلق(ة)	
61.4	58.7	26.8	24.4	11.0	12.6	1.2	2.1	أرمل(ة)	

المصادر: Economic Research Forum, Jordan Labor Market Panel Survey, 2010; Egypt Labor Market Panel Survey, 2012; Tunisia Labor Market Panel Survey, 2014.

في الإمارات العربية المتحدة والعراق، فنسبة الرجال أعلى قليلاً من نسبة النساء، ولكن النسبة الإجمالية للمعتمدين على المساعدة أقل مما هي عليه في بلدان أخرى (ففي الإمارات العربية المتحدة، تبلغ هذه النسبة 17 في المائة للنساء و22 في المائة للرجال، وفي العراق 14.2 في المائة للنساء و17 في المائة للرجال).

مختارة. ولدى تونس أعلى نسبة من هذه الفئة، تبلغ 46.8 في المائة للنساء و32 في المائة للرجال. ويسجل لبنان نسبة مرتفعة أيضاً تبلغ 31.2 في المائة للنساء و18.5 في المائة للرجال. وثم يأتي كل من الأردن ومصر، حيث تبلغ النسبة 28 في المائة للنساء، و22.4 في المائة و27.1 في المائة للرجال في البلدين على الترتيب. أما

الشكل 16. الاعتماد على المساعدة في متطلبات الحياة اليومية في عدد من البلدان العربية (بالنسبة المئوية)



المصادر: Commissariat au Plan, 2006a; Saudi Arabia, General Authority for Statistics, 2017; Uhlenberg,-Kouaouci, 2005; Morocco, Haut; 2009; Yount and Sibai, 2009.

ويتسبب، من الناحية الديمغرافية، في انخفاض عدد السكان وتغيّر التركيبة العمرية ويزيد معدلات الاعتلال والوفيات، كما يضعف الشبكات الاجتماعية والتماسك الاجتماعي، ويؤثر على الصحة النفسية.

ومع أن البحوث غالباً ما تركز على أثر النزاع على بعض الفئات المعرضة للمخاطر، بما فيها الأطفال والنساء والشباب، الحاجة ملحة إلى تحسين فهم العواقب المترتبة على فئات أخرى، مثل كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة. فهذه الفئات تتأثر بالنزاعات أكثر من سائر الفئات، نتيجةً لضعف الروابط الاجتماعية وفقدان أفراد الأسرة المعيلين لهم، وفقدان الموارد الاقتصادية، وتدهور الظروف الصحية والنفسية، وصعوبة الوصول إلى المساعدات الإنسانية. ومع أنّ نسبة كبار السن تتزايد في العديد من البلدان، غالباً ما تغفلهم المساعدات والجهود الإنسانية. فلا يجري البحث في احتياجاتهم المحددة ولا التشاور بشأنها ولا أخذها في الحسبان، ولا يستهدفهم كفاءة معرضة للمخاطر إلا القليل من المشاريع. وعلاوة على ذلك، فإن كبار السن، ولا سيما النساء منهم، أكثر عرضة للإيذاء والإهمال³⁷.

ومع تقدّم شيخوخة السكان في المنطقة العربية، تزداد نسبة المرض والإعاقة واعتماد كبار السن على المساعدة في متطلبات الحياة اليومية، ولا سيما النساء منهم. وكما ذكر سابقاً، يطرح هذا الوضع صعوبات في الكثير من البلدان حيث تقل فرص النساء في الحصول على مستحقات في الشيخوخة، كمعاشات التقاعد والتأمين الصحي.

دال. أثر الأزمة على كبار السن في المنطقة: الجمهورية العربية السورية

تعاني بلدان عدة في المنطقة العربية، منها الجمهورية العربية السورية ودولة فلسطين والصومال والعراق واليمن، وليبيا والسودان، من أوضاع أمنية حادة مثل الاحتلال، والنزاعات المسلحة، والأزمات الإنسانية، والتهجير القسري، وعدم الاستقرار. ولهذه الحالات انعكاسات مباشرة وغير مباشرة على البلدان المجاورة وبلدان أخرى في المنطقة وخارجها. فالنزاع يستنفد الموارد المالية، ويدفع السكان إلى النزوح إلى أماكن أخرى داخل بلدانهم أو اللجوء إلى بلدان مجاورة،

المطلوب لتلبية احتياجات الفئات المعرّضة للمخاطر، ومنها كبار السن. وانتقص ضعف المساءلة، وغياب الشمول والشفافية، من قدرة النظام على تمكين الناس من الشيخوخة بكرامة³⁸. ومع بداية النزاع واتساعه، تفاقمت معاناة كبار السن من تدهور للظروف الاقتصادية والاجتماعية وتزايد التهميش.

ونتيجة للنزاع يواجه كبار السن عدداً من الصعوبات:

خسارة الموارد الاقتصادية والمالية، تحدّ من فرص

العمل أمام كبار السن وإمكانات التفاعل داخل مجتمعاتهم المحلية³⁹. وبحلول نهاية عام 2015، قُدّر مجموع الخسائر الاقتصادية في الجمهورية العربية السورية نتيجةً للنزاع بنحو 254.7 مليار دولار، أي ما يعادل 468 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2010⁴⁰.

وخسر العديد من كبار السن مواردهم المالية لعدة أسباب منها:

◀ تدمير المباني التجارية والسكنية، حيث استثمر

الكثير من كبار السن مدخراتهم على مدى العمر: فامتلاك منزل في الجمهورية العربية السورية، وفي أماكن أخرى في المنطقة العربية، يبعث على الشعور بالأمان. ولكن، حتى عام 2015، أصابت الحرب أكثر من ثلاثة ملايين مبنى، ودمّر نحو 1.2 مليون منزل و9,000 منشأة صناعية⁴¹.

◀ فقدان معيلي الأسر، ومنهم أبناء وبنات لكبار

السن، الذين يعتمد عليهم العديد من كبار السن، فتضاءلت مصادر الحماية الأولية وآليات الدعم. وفي أواخر عام 2015، كان أكثر من مليوني شخص (أي 11.5 في المائة من مجموع السكان) قد قُتلوا أو أصيبوا، ومنهم نسبة كبيرة من معيلي الأسر الذكور الذين هم في سن العمل⁴². ويظهر هذا التغيّر في ارتفاع نسبة الإعاقة من 5.8 في المائة في عام 2010 إلى 7 في المائة في عام 2015.

◀ فقدان سبل كسب الرزق لكبار السن و/أو

معيلهم من أفراد الأسرة، إذ خسر أكثر من 13.8 مليون سوري سبل كسب الرزق من العمل، ولا يزال 9.5 مليون منهم داخل البلد.

وفي عام 2015، بلغت نسبة كبار السن من مجموع السكان 6.4 في المائة في الجمهورية العربية السورية، أي نحو 1.2 مليون نسمة؛ و6.5 في المائة في ليبيا، أي نحو 400,000 نسمة؛ و4.5 في المائة في اليمن، أي 1.2 مليون نسمة. ومهما يكن عدد السكان من كبار السن، لا ينبغي إهمال احتياجاتهم. وتبيّن دراسة الحالة أنهم يعانون من النزاعات ما لا تعانیه فئات أخرى، ولكنهم أيضاً يؤدون دوراً في دعم بقاء أفراد الأسرة الأصغر سناً وفي نجاحهم.

تأثير النزاع في الجمهورية العربية السورية على كبار السن

تواجه الجمهورية العربية السورية، منذ عام 2011، نزاعاً حاداً، نتيجةً لأزمات اجتماعية وسياسية. وفي طول هذا النزاع دليل على ما يتصل به من تعقيدات سياسية واقتصادية واجتماعية. وكان أثر الأزمة مدمراً، إذ يخسر البلد أصوله وثرواته البشرية والمادية والبشرية والمالية والاجتماعية والطبيعية. وأثر النزاع على السوريين تجاوز كل حدود، ليشمل الرجال والنساء، في كل منطقة وفي كل عمر. والعديد من الأفراد من الفئات المعرضة للمخاطر، ومنها كبار السن، الذين كانوا عرضة للإقصاء قبل الأزمة، فقدوا الآن مصادر رزقهم، وباتوا يرزحون تحت أعباء مادية واجتماعية واقتصادية هائلة.

ومن الأهمية فهم آثار الأزمة السورية ودينامياتها لتحديد الاستراتيجيات والسياسات والبرامج التي تعزز الإدماج والتعمق لفهم طبيعة تأثير النزاعات على كبار السن، ومنهم من بقي في دياره، أو نزح داخلياً، أو غادر البلد لاجئاً أو مهاجراً لأسباب أخرى. ومن المهم النظر في آثار الأزمة المباشرة والمتوسطة والطويلة الأجل على كبار السن، وهذا الموضوع يلزمه المزيد من البحث. ويتناول هذا القسم الصعوبات التي يواجهها كبار السن أثناء النزاعات والظروف الإنسانية الصعبة، استناداً إلى ما هو متاح من تحاليل وتقارير حول تأثير الأزمة السورية.

قبل الأزمة كانت لدى الجمهورية العربية السورية نظم للحماية الاجتماعية تؤمّن تغطية صحية واسعة، ولكن تنفيذ الخدمات وتوفرها لم يكن بالمستوى

- أَنَّ 65 في المائة من اللاجئين السوريين كبار السن تظهر عليهم علامات الاضطراب النفسي (حالات التوتر الشديد)، أي بمعدل أعلى بثلاثة أضعاف من المعدل العام لمجموع اللاجئين السوريين⁴⁹.
- **تقليص الخدمات الصحية:** أثّرت الأزمة بشدة على قدرة السكان على الوصول إلى المرافق الصحية، ولا سيما في مناطق النزاع، بسبب الظروف غير الآمنة، وتدمير البنية الأساسية الصحية. كما تكبدت الجهوزية والكفاءة في الخدمات الصحية أضراراً جراً خسائر رأس المال البشري، والحد من النفقات والموارد الصحية، وتضرّر المعدات والأدوية، وصعوبة استيراد المواد والإمدادات الطبية اللازمة للرعاية الصحية⁵⁰. ويمثل هذا عبئاً آخر على كبار السن الذين يحتاجون إلى الحصول على خدمات صحية تتسم بالكفاءة، غالباً بسبب الأمراض المزمنة التي تصيب كبار السن، فضلاً عما يخلفه النزاع من إصابات وإعاقات.
 - **النزوح القسري داخل البلد وخارجه:** أدى إلى زيادة الأعباء الاقتصادية المباشرة على كبار السن. وقد غادر نحو نصف السكان السوريين ديارهم. وفي أواخر عام 2015، كان 6.3 مليون شخص، أو حوالي 60 في المائة من مجموع السكان النازحين من النازحين داخلياً؛ بينما بلغ عدد اللاجئين 3 ملايين، أو ما يعادل 29 في المائة؛ وأكثر من مليون منهم، أو نسبة 11 في المائة، كانوا لاجئين دوليين⁵¹. وتشير التقديرات إلى أَنَّ كبار السن يشكلون 5 في المائة تقريباً من مجموع السكان اللاجئين السوريين، سجل 3 في المائة منهم فقط لدى مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. ومن أسباب انخفاض معدّل التسجيل تزايد التحديات التي تواجه كبار السن في الوصول إلى نقاط التسجيل⁵². وعلاوةً على ذلك، ربما أثّرت الإعاقات أو الصعوبات في التنقل التي يعاني منها كبار السن عدداً منهم عن ترك أماكن إقامته في مناطق النزاع.
 - **الآثار النفسية الطويلة الأجل للنزوح:** رغم صعوبة التنبؤ بالمدة الزمنية لاستمرار نزوح السوريين، من المتوقع أن يترك النزوح أثراً نفسياً أكبر على كبار السن في المستقبل، خاصة إذا ما اعتمدنا متوسط فترة النزوح القسري المقدر بعشرين سنة للاجئين
- ◀ **تدهور الظروف المعيشية،** إذ يعيش 48 في المائة من النازحين داخلياً في منازل مستأجرة، تستنفد مدخراتهم من طول فترة النزاع. واستهلك خفض قيمة العملة وارتفاع أسعار جميع السلع والخدمات من مدخرات كبار السن، فقوّض قدرتها على التخفيف من أثر النزاع على حياتهم اليومية.
- **تزايد الفقر:** نتيجةً للصعوبات الاقتصادية، ارتفع المعدل العام للفقر في الجمهورية العربية السورية إلى 85 في المائة في أواخر عام 2015، ووصلت نسبة السكان الذين يعيشون في فقر شديد (أي الذين لا يستطيعون الحصول على الأغذية الأساسية والمواد غير الغذائية اللازمة للبقاء) إلى نحو 70 في المائة. وارتفعت نسبة السكان الذين يعيشون في فقر مدقع (أي الذين لا يفون حتى بالاحتياجات الغذائية الأساسية) من 0.07 في المائة في عام 2010 إلى 35 في المائة في عام 2015⁴³. ويُحصى 70 في المائة من اللاجئين السوريين في الأردن ولبنان في عداد الفقراء⁴⁴.
 - **معدل الوفيات:** تأثر كبار السن السوريون كثيراً بما سقط من ضحايا أثناء النزاع. فقد أدت الأزمة السورية إلى وفاة نحو نصف مليون شخص، معظمهم من الشباب⁴⁵. ومن المرجح أن يكون لفقدان أفراد الأسرة أثرٌ بالغ على كبار السن، ولا سيما على العلاقات بين الأفراد من مختلف الأجيال، والعزلة، وفقدان الدعم الاجتماعي، والأمل في المستقبل⁴⁶. وعلاوةً على ذلك، أوقع النزاع المسلح مليوني إصابة بين السكان السوريين، ليلقي على كاهل المصابين بعبء إعالة أفراد الأسرة.
 - **الإعاقة والمرض والاكْتئاب:** بالإضافة إلى صعوبات خسارة الدخل والمأوى واللوازم المنزلية الأساسية، أظهرت الدراسات أن 77 في المائة من كبار السن من اللاجئين السوريين في الأردن ولبنان يعانون من الإعاقة أو الإصابة أو المرض المزمن، و54 في المائة منهم يعانون من الأمراض المزمنة، و66 في المائة من العاهات، و33 من العاهات الشديدة. وعلاوةً على ذلك، يواجه 60 في المائة صعوبات في الحياة اليومية⁴⁷. وكثيراً ما يعاني اللاجئون السوريون كبار السن من الاكتئاب والعجز المعرفي، ويقلقون من المرض والعزلة وعدم الاستقرار⁴⁸. وتبين الدراسات

السن السوريين يمكنهم أن يؤديوا دوراً رئيسياً في بناء التماسك الاجتماعي بعد انتهاء الصراع، والمساهمة في الخبرات لدعم عملية إعادة إعمار شاملة للجميع.

وتوجد ثغرة في فهم احتياجات كبار السن وتحديد السياسات والمشاريع التي تعنيهم بالمقارنة مع الاهتمام المعطى للنساء والأطفال، على الرغم من أن كبار السن أضعف حتى من هذه الفئات بسبب التحديات الصحية التي يواجهونها والتهميش الذي يتعرضون له⁵⁸. والحاجة ملحة لإجراء تحليل شامل لأثر النزاع على كبار السن، وإنشاء قاعدة علمية يمكن صياغة استراتيجيات وسياسات ذات صلة على أساسها، وفي إطار خطة شاملة للتغلب على الأزمة. وفي الوقت نفسه، ينبغي تنفيذ برامج ذات أثر مباشر للتخفيف من آثار النزاع على كبار السن، والتكفل بتوافر الخدمات الصحية والإنسانية، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي، وتوفير ظروف معيشية أفضل، وإشراكهم في جهود المصالحة الوطنية وإعادة الإعمار والتنمية المستدامة.

هاء. استنتاجات وخلاصة

يقدم هذا الفصل أدلة على الظروف الصعبة جداً التي يعيشها كبار السن في مختلف بلدان المنطقة العربية وضمن البلد الواحد. وتترك نظم الحماية الاجتماعية الضعيفة وغير الشاملة، ذات التغطية المحدودة لمعاشات التقاعد والتأمين الصحي، العديد من كبار السن عرضة للفقر والاعتلال. وكبار السن في أقل البلدان نمواً، حيث تضعف الموارد، هم الأكثر عرضة للخطر. وتظهر الأبحاث، مثلاً، أن أقل من 10 في المائة فقط من كبار السن يحصلون على معاشات تقاعد في سن الشيخوخة، وأن الإنفاق من الأموال الخاصة على الصحة يبلغ أعلى معدلاته في المنطقة.

ويسلط هذا الفصل الضوء على المخاطر التي تواجهها كبريات السن، الفئة التي تعاني من التعليم المحدود أو الأمية وصعوبة الحصول على فرص العمل في القطاع النظامي، ولا تغطيها معاشات التقاعد. والنساء أيضاً أكثر عرضة للإعاقة. ويفتقر معظمهن إلى التغطية الصحية، والعديد منهن لا يمتلك إمكانات الوصول إلى

وأكثر من 10 سنوات للأشخاص النازحين داخلياً⁵³. ولذلك، يمكن للسكان النازحين الذين هم في سن العمل اليوم أن يصيروا من النازحين كبار السن في الغد، ومن المرجح أن يعاني العديد منهم من تزايد القلق، وضعف المنعة، وقلة الرضا عن الحياة، كما يتبين من وضع كبار السن الذين صاروا في حالات نزوح طويلة الأجل⁵⁴.

• **انخفاض رأس المال الاجتماعي:** يبين العديد من الدراسات أن لرأس المال الاجتماعي آثاراً إيجابية على أنماط السلوك الصحية، ولا سيما للأشخاص كبار السن⁵⁵. ورأس المال الاجتماعي هو مفهوم يصف رأس المال الاقتصادي والثقافي للفرد أو الجماعة أو السكان، ويؤدي إلى تشكيل شبكات وعلاقات اجتماعية تتسم بالندية والثقة والتعاون وحس العمل للصالح العام. وكثيراً ما تؤدي حالات النزاع إلى أضرار في رأس المال الاجتماعي، حيث تتفكك الشبكات، فتتجزأ المجتمعات المحلية، وتتوقف الخدمات والمعاملات. وقد انخفض مؤشر رأس المال الاجتماعي في الجمهورية العربية السورية بنسبة 30 في المائة منذ بداية الأزمة. ويعزى هذا الانخفاض إلى تراجع ملحوظ في العناصر الثلاثة للمؤشر، وإن بدرجات متفاوتة: فساهم انخفاض الثقة الاجتماعية بنسبة 58 في المائة من التراجع الإجمالي، وساهم تراجع القيم بنسبة 22 في المائة، والشبكات بنسبة 20 في المائة⁵⁶. وسيكون لاستمرار تدهور رأس المال الاجتماعي تأثير في الأجلين المتوسط والطويل على السكان كبار السن كما تبين الدراسات حول منعة كبار السن وتعرضهم للمخاطر في أعقاب النزاعات⁵⁷.

كان للأزمة في الجمهورية العربية السورية تأثير بالغ السلبية على كبار السن، وانعكس ذلك على عافيتهم النفسية والاجتماعية والاقتصادية. وبيّنت البحوث المتعلقة بأوضاع ما بعد النزاع الأخرى، أن النزاعات لها تأثير مباشر على كبار السن، ومن المحتمل أن تؤثر في الأجيال المقبلة منهم. ولذلك، من الضروري وضع سياسات قصيرة الأجل، في إطار رؤية استراتيجية تحمي وتحترم حقوق وكرامة جميع فئات السكان، بما فيها كبار السن. ومن المهم أيضاً الإقرار بأن كبار

نظم حماية اجتماعية محدودة، إلا أنّ التغيرات في ترتيبات معيشة الأسر، التي تتحول نسبة متزايدة منها من أسر موسعة إلى أسر نواة، يعني أنّ نظم الحماية الاجتماعية يجب أن تتكيف مع محدودية قدرة الأسر على إعالة كبار السن. ولذلك، هناك حاجة ملحة إلى وسائل أخرى ودور أكبر للدولة لدعم كبار السن.

وتبقى هذه الاستنتاجات مقيدة بدرجة البيانات عن كبار السن المصنفة حسب العمر والجنس ومكان الإقامة. وهذه البيانات ضرورية لتحسين القدرة على تحليل الظروف الاجتماعية والاقتصادية لكبار السن، وتوجيه السياسات نحو تحسين أوضاعهم، وإبعاد هاجس التعرض للحاجة والفقر عند بلوغ سن الشيخوخة وتحويل مسار هذا الاتجاه المخيف نحو مسار آخر فيه أمن أكثر وعافية أفضل وكرامة حقيقية لكبار السن في المنطقة العربية اليوم وفي المستقبل من خلال الاحترام الكامل لحقوقهم الأساسية في المجتمع وفي تحقيق التنمية المستدامة.

المرافق الصحية اللائقة. وتتفاقم هذه التحديات بسبب واقع أنّ النساء يعشن فترة أطول من الرجال، ولذلك يتزايد عدد كبيرات السن، بمن فيهن كبيرات السن من الفئة العمرية 80 سنة وأكثر، وتستمر معاناتهن من أمراض الشيخوخة، ومحدودية الأمن المالي، والوحدة في العيش.

كما انتشرت النزاعات الطويلة الأجل في العديد من البلدان العربية لتزيد من وطأة التحديات وتولّد مخاطر تهدد حياة وعافية كبار السن. وتتسبب النزاعات في مشاكل خطيرة لكبار السن، بما في ذلك فقدان الأسرة نفسها أو غياب الأبناء أو أفراد العائلة القائمين على رعايتهم والموارد الاقتصادية، وزيادة خطر الأمراض والإصابات، وتؤدي إلى تفاقم تعرض كبار السن لمخاطر الاعتلال والعزلة والفقر.

ورعاية كبار السن في المنطقة العربية هي في الأساس مسؤولية تقع على عاتق أفراد الأسرة، لا سيما في ظل



إنّ الدعم المتبادل بين الأجيال عملية ذات
اتجاهين يساهم كبار السن من خلالها بشكل
إيجابي في المجتمع. غير أنّ التغيرات في
الديناميات الاجتماعية تهدّد طبيعة هذا
الدعم ووجوده، وتزيد من ضعف كبار السن.

3. دعم متبادل بين الأجيال

ألف. مقدمة

تبيّن في الفصلين السابقين أنّ الأنماط والاتجاهات الديمغرافية الحالية تزيد من عدد كبار السن ومن نسبتهم من مجموع السكان في المنطقة العربية، وأنّ ضعف نظم الحماية الاجتماعية يُعرّضهم لمخاطر اجتماعية واقتصادية، ويزيد من اعتمادهم على أسرهم وعلى الشبكات الاجتماعية. كما أنّ للاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية المتغيرة وغياب نهج شامل لجميع مراحل الحياة في السياسات الإنمائية أثر سلبي على قدرة الأشخاص الذين هم في سن العمل على التوفيق بين إعالة أنفسهم وأسرهم الموسّعة من جهة، والتخطيط لشيخوختهم من جهة أخرى.

ويستكمل هذا الفصل ما ورد في الفصلين السابقين، ويتضمّن تحليلاً مفصلاً للأدوار المتغيرة للأسرة والشبكات الاجتماعية في المنطقة العربية، ويناقد دور الأسرة وتحديات دعم كبار السن. وهو يُبيّن أنّ الدعم ما بين الأجيال في المنطقة متبادل. وتدحض الأدلة المقدّمة تصوّر السائد والسلبي بأنّ كبار السن عالة على الآخرين، بل إنها تبيّن الدعم غير المنظور، المادي وغير المادي، الذي يقّمه كبار السن لأسرهم. ويتعمّق هذا الفصل في شرح الدعم بين الأجيال، تحديداً في ظلّ الاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية المتغيرة، للمساهمة في وضع سياسات مستنيرة للحماية الاجتماعية والعناية طويلة الأجل تراعي احتياجات كبار السن وأسرهم والتحديات التي يواجهونها.

ويركّز هذا الفصل على الأبعاد التالية للتبادل بين الأجيال: الترتيبات المعيشية، والدعم المالي والعاطفي والعملي. وهو يحلّل الأدبيات القائمة لتوفير منظور إقليمي مقارن، ويقدم دراسة حالة عن كبار السن في بيروت بهدف تقييم الدعم بين الأجيال في بيئة حضرية في لبنان.

باء. الدعم المتبادل بين الأجيال في المنطقة العربية

الدعم المتبادل بين الأجيال هو تبادل الموارد والمساعدة بين أفراد الأسرة من مختلف الأعمار، وهو من أهم القيم الاجتماعية في المنطقة العربية¹. ولهذه التبادلات أشكال عدّة، كالترتيبات المعيشية والدعم المالي والعاطفي والعملي، وهي تسهم في صون الروابط بين الأجيال وتؤدي دوراً رئيسياً في تأمين الموارد لكبار السن من أفراد الأسرة². الدعم الأسري ضروري إذا لرفاه كبار السن، ولا سيما في غياب نظم الدعم المجتمعية أو المؤسسية³. وتُعتبر هذه التبادلات عموماً بمثابة واجبات بنوية واجتماعية، إذ يُتوقّع من الأولاد، عندما يصبحون بالغين، أن يردّوا الجميل لأهلهم الذين استثمروا فيهم، بتقديم الدعم المالي والاجتماعي لهم عندما يكبرون في السن⁴. بيد أنّ كبار السن غالباً ما يسهمون في رفاه أولادهم البالغين من خلال تبادل المعارف، والخبرات، ودعم الأجيال الفتية⁵.

1. الترتيبات المعيشية

لم تجرّ سوى مؤخراً بحوث أكثر تفصيلاً عن الترتيبات المعيشية للأسر العربية، ولا سيما لكبار السن⁶. ولا تقتصر هذه الترتيبات على المسكن، بل تشمل أيضاً تقديم الموارد الاجتماعية والاقتصادية. والترتيبات المعيشية ضرورية لرفاه كبار السن، فتقاسم أفراد الأسرة للترتيبات المعيشية، سواء من خلال تشارك المسكن أم العيش على مسافة قريبة، يعزّز الدعم المتبادل بين الأجيال والعلاقات الأسرية الوثيقة ورفاه كبار السن بشكل عام⁷.

وأحد أبرز أشكال الترتيبات المعيشية في المنطقة العربية هو السكن المشترك أي أن يعيش مسن واحد على الأقل مع ولدٍ أو قريب آخر بالغ على الأقل⁸.

ما يعرّز الدعم العاطفي الهام¹⁷. وغالباً ما يُقيم أفراد الأسرة بالقرب من كبار السن المعرضين للمخاطر لكي يوفّروا لهم الرعاية. وقد عمدت بعض البلدان إلى تشجيع الأهل على العيش بالقرب من أهلهم كبار السن. فالحكومة القطرية مثلاً، تمنح إعانات سكن لأفراد الأسرة الذين يريدون العيش بالقرب من أهلهم كبار السن¹⁸، وفي الكويت، غالباً ما يعيش الأقارب على مسافة قريبة بالسيارة لتيسير الاتصال الدائم¹⁹.

2. التبادل والدعم المالي والعملي والعاطفي

الدعم بين كبار السن والأولاد البالغين في المنطقة العربية هو دعم متبادل²⁰، يمكن أن يكون مالياً مثل إعطاء الأموال والمساهمة في نفقات الأسرة، أو عملياً كالمساعدة في الأعمال المنزلية ورعاية الأحفاد، أو عاطفياً مثل الزيارات، والاتصالات الهاتفية، والتعبير عن العاطفة²¹. وتؤكد عدّة دراسات أنّ تبادل الدعم شائع بين كبار السن وأولادهم في المنطقة، بما فيها دراسات وطنية أجريت في الجزائر ودولة فلسطين ولبنان في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة، ومسح حول الصحة والشيخوخة والتقاعد في المملكة العربية السعودية، وعدد من الدراسات المتخصصة المحدودة النطاق في تونس ومصر²².

ويعاني العديد من كبار السن في المنطقة العربية من انعدام أمن الدخل، أو من اعتلال الصحة، أو من الإعاقة، ما يدفعهم إلى الاعتماد على أولادهم البالغين للدعم المالي. وتشير البيانات المستمدة من دراسة المشروع العربي لصحة الأسرة في لبنان إلى أنّ 54.1 في المائة من كبار السن و68.6 في المائة من كبريات السن يتلقون دعماً مالياً من أولادهم البالغين. وتزداد هذه النسبة مع العمر لتتناهز 72 في المائة في فئة 80 سنة وأكثر²³. وتبيّن دراسة حالة في مصر أنّ كبار السن يتوقعون الحصول على الدعم المالي من أولادهم البالغين، ولا سيما الذكور منهم. وأشارت البحوث إلى أنّ الأولاد البالغين، ذكوراً وإناثاً، يُرسلون التحويلات إلى أهلهم علماً أنّ هذه الممارسة أكثر شيوعاً لدى الذكور²⁴.

ويقدّم بعض كبار السن بدورهم الدعم المالي لأولادهم البالغين. وتؤكد دراسة المشروع العربي لصحة الأسرة

وقليلون هم كبار السن الذين يعيشون في دور رعاية كبار السن في المنطقة العربية⁹. ويبسّر السكن المشترك تبادل الدعم من خلال التواصل اليومي وتقاسم الموارد، وتزداد أهميته عندما يكون المسن عرضة لأوجه ضعف، مثل تراجع وضعه الصحي أو التمرق¹⁰. والدعم في السكن المشترك ليس باتجاه واحد. فحتى ولو لم يكن المسن بصحة جيدة واحتاج عناية شخصية، تبيّن أنّ السكن المشترك يعود بالفائدة على المسن كما على الولد البالغ. فالأولاد البالغون الذين يرفعون أهلهم كبار السن يشعرون بالرضى وبحس المكافأة لدى تقديم الرعاية. ويمكن لكبار السن الذين هم بصحة جيدة أن يقدّموا أشكالاً مختلفة من الدعم عندما يتشاركون المسكن مع أولادهم البالغين، فيساعدون في الأعمال المنزلية ويقدمون الرعاية لأحفادهم¹¹. وفي هذه المساهمة تبادل لدعم غير نظامي إنما قيم جداً.

والسكن المشترك هو أيضاً عندما يقيم الأولاد البالغون مع أهلهم كبار السن لأسباب اقتصادية، مثل ادخار بدل الإيجار¹². وفي العديد من البلدان العربية، يقيم الأولاد مع أهلهم إلى أن يتزوجوا، حتى أنّ بعض الأولاد البالغين يعيشون مع أهلهم بعد الزواج. ففي مصر مثلاً، غالباً ما يقيم المتزوجون الجدد مع والدي الزوج حتى ولادة طفلهم الأول¹³. ويتيح هذا الترتيب دعماً مالياً للمتزوجين الجدد ربّما يتمكنون من الاستقرار في مسكن خاص بهم. وأظهرت البحوث أنّ للثروة آثار متفاوتة على ترتيبات السكن المشترك، إذ يمكن أن تعرّز تقاسم المسكن، كما بيّنت البحوث في مصر والكويت¹⁴، كما يمكن أن يكون لها أثر معاكس فتمكّن كبار السن من العيش وحدهم لكونهم قادرين على إعالة أنفسهم (ما يُعرف بشراء الخصوصية)¹⁵.

وبيّنت البحوث أيضاً أنّه حتى عندما لا يقيم كبار السن مع أولادهم البالغين، غالباً ما يعيش هؤلاء بالقرب من أهلهم¹⁶. فالعيش على مسافة قريبة من الأهل كبار السن يسهّل تبادل الدعم العاطفي والعملي بين الأولاد البالغين وأهلهم. وعلى سبيل المثال، بيّنت دراسة حالة في مصر أنّ البنات المتزوجات غالباً ما يعشن في الحي أو القرية أو المبنى الذي يعيش فيه الأهل وذلك لزيارتهم باستمرار والحفاظ على علاقة وثيقة،

في المسائل المالية، وتسديد الفواتير³⁴. ويختلف الدور الأساسي لمقدم الدعم العملي حسب عدد من العناصر. فتشير دراسات المشروع العربي لصحة الأسرة إلى أنّ 34 إلى 40 في المائة من كبار السن في الجزائر، ودولة فلسطين، ولبنان يقدمون الدعم العملي لأولادهم البالغين بالقيام بالأعمال المنزلية والاهتمام بالأحفاد³⁵. في حين تشير دراسات في مصر إلى أنّ كبار السن يتوقعون الدعم العملي من أبنائهم البالغين، من خلال القيام بالأعمال المنزلية مثلاً³⁶. وغالباً ما تكون هذه التوقعات من البنت والكنة، إذ يُتوقع من الأم والزوجة والبنت بشكل عام القيام بالعمل المنزلي³⁷. والدعم العملي الذي تقدّمه الأجيال الشابة أساسي لرفاه كبار السن عند تراجع حالتهم الصحية. وتُبين الأدلة أنّ البنات والكنة غالباً ما تضطلع بمسؤولية الرعاية وتقدّم المساعدة لكبار السن³⁸. كما يمكن للأولاد البالغين أن يتعاقدوا مع مقدّم رعاية نظامي لمساعدة الأهل كبار السن في تلبية احتياجاتهم الأساسية³⁹. فلأولاد البالغين إذاً دور كبير في تقديم الدعم العملي لأهلهم لكي يحسّنوا من نوعية حياتهم ويساعدونهم على البقاء على قيد الحياة.

جيم. دراسة حالة عن الدعم المتبادل بين الأجيال في بيروت

1. المنهجية

أُجريت دراسة حالة في بيروت تساعد على فهم الدعم المتبادل بين كبار السن والأولاد البالغين في المنطقة العربية والعوامل التي تعزّزه. وتعتمد الدراسة على البحث النوعي لجمع بيانات حول آراء المشاركين بالدعم المتبادل بين الأجيال داخل أسرهم، بالتركيز خاصة على الترتيبات المعيشية وتبادل الدعم. ويستخدم في دراسة الحالة نهج استدلالي لتوليد المعرفة من خلال مقابلات مفصّلة مع المشاركين. وقد أُجريت مقابلات مفتوحة وشبه منظمة مع عدد من كبار السن، ومن الأولاد البالغين، ومن العاملين في دور رعاية كبار السن. وجرى تحليل بيانات المقابلات على أساس مواضيعي بهدف تحديد الأنماط وتقييمها وإعداد تقرير عنها. وامتد إعداد الدراسة من حزيران/يونيو إلى آب/أغسطس 2017.

أنّ كبار السن في المنطقة العربية يقدمون الدعم المالي لأولادهم ولأفراد الأسرة الموسّعة²⁵. فحسب التقاليد العربية، الأزواج والأبناء البالغون هم أكثر من يقدم الدعم المالي والمادي²⁶. وفي مصر، الأب كبير السن مُلزم بإرسال تحويلات مالية أو مادية لبناته البالغات في حال الطلاق أو الإهمال من جانب الزوج²⁷. وكشفت دراسات في الإسماعيلية في مصر أنّ كبار السن الذكور يوفّرون لأولادهم البالغين الأموال والسلع في كثيرٍ من الأحيان، في حين أنّ كبيرات السن غالباً ما يتلقين الأموال والسلع من أولادهن البالغين. وبيّنت الاختلاف في أنماط هذه التبادلات الاقتصادية أنّ الأمهات كبيرات السن لا يتلقين النسبة نفسها، ما قد يعني تعرضهن لمزيد من المخاطر مقارنة مع الآباء كبار السن²⁸.

ولذلك، يبقى لكبار السن، وتحديدًا الذكور، دور رئيسي كشبكة أمان مالية لأولادهم البالغين وأسرهم. وتدحض الأدلة على قيام كبار السن بدور المعيل التصورات الخاطئة الشائعة بأن كبار السن هم أشخاص مُعالون أو مجرّد متلقين للدعم والرعاية²⁹. وحفاظ كبار السن على دورهم كمساهمين ومعيّنين في الأسرة يعزز دينامية وبنية الأسرة العربية التي تقوم على أسس القرابة الوثيقة والدعم المتبادل.

ولا تقتصر التبادلات على الدعم المادي والمالي بل تشمل أيضاً الدعم العاطفي والعملي³⁰، انطلاقاً من المعايير الثقافية، وتوقعات التبادلات المادية، والفوائد الاقتصادية، وافتقار معظم البلدان العربية إلى برامج الرعاية الطويلة الأجل المناسبة³¹. ويقدم الدعم النفسي كلٌّ من كبار السن والأولاد البالغين من خلال تبادل العاطفة، وحسّ الواجب والاحترام³². ويتكرّس الدعم العاطفي أولاً بالزيارات والاتصال اليومي. وقد أظهرت البحوث أنّ كبار السن يحبّذون كثيراً الزيارات الدائمة من قبل أولادهم البالغين³³.

وتُبيّن الدراسات أن الدعم العملي كثيراً ما يكون متبادلاً أيضاً بين كبار السن والأولاد البالغين. وهو يشمل على سبيل المثال لا الحصر، الأشغال اليومية، والرعاية الشخصية، وشراء البقالة، ومعالجة أعراض المرض وتقديم العلاج، وتأمين الموارد، والتواصل مع الاختصاصيين في مجال الرعاية الصحية، والمساعدة

(أ) اختيار المشاركين

مطلقاً، ومسنّان أرملين، ومسنّان لم يتزوَّجا قط وليس لديهما أولاد. وتراوح عمر الأولاد البالغين في العيّنة السكانية بين 30 و35 سنة، نصفهم متزوَّجاً والنصف الآخر غير متزوَّج. وكان للمتزوجين من الأولاد البالغين ثلاثة أطفال كمتدّل متوسط. ويبين الجدول 14 توزيع العيّنة حسب الجنس، ومتوسط العمر، ومستوى التحصيل العلمي.

(د) الخصائص الرئيسية لممثلي دور رعاية كبار السن

يعمل المشاركون ممثلو دور الرعاية في مؤسسات متنوعة: مركز رعاية دائمة، وجمعية خيرية معتمدة، ومنظمة لا تبغي الربح. وتؤمن هذه المؤسسات الثلاث الترتيبات المعيشية الرئيسية لمسنين من خلفيات وخصائص مختلفة. وهي تقدّم خدمات الإقامة الكاملة، وتتضمن موظفين طبيين، بينهم أطباء وممرضات متخصصون في الشيخوخة. وتتراوح قدرات كبار السن المقيمين في هذه المؤسسات بين من هو مستقل (قادر على الاستحمام، والأكل، وارتداء الملابس والتنقل باستقلالية) ومن يحتاج إلى كثيرٍ من المساعدة في

شارك في دراسة الحالة 31 لبنانياً، 14 مسناً، و14 ولداً بالغاً، و3 ممثلين عن دور رعاية كبار السن، جميعهم يعيشون في بيروت. واختير المشاركون بطريقة غير عشوائية لغرض الدراسة من أجل مقابلة مشاركين مؤهلين، والتوصل إلى العدد اللازم. وكان العمر المطلوب لكبار السن 60 سنة أو أكثر، وللأولاد البالغين 25 سنة أو أكثر. ولم يتمّ اختيار أكثر من مشارك واحد من الأسرة نفسها.

أما الأفراد الثلاثة الذين يديرون دور رعاية كبار السن في بيروت الكبرى فاختيروا كمخبرين رئيسيين، من دور رعاية تعتمد معايير مختلفة في استضافة كبار السن، وتقدّم خدمات مختلفة، وتهتم بأوضاع اجتماعية واقتصادية وصحية مختلفة. وطُرحت عليهم أسئلة حول الخدمات التي تقدّمها دور الرعاية وظروف كبار السن المقيمين فيها.

(ب) جمع البيانات وتحليلها

ركّزت المقابلات مع كبار السن والأولاد البالغين على الأبعاد الأربعة للتبادل بين الأجيال وهي: الترتيبات المعيشية، والدعم المالي والعملي والعاطفي⁴⁰. وسبرت الأسئلة المحدودية في تقديم الدعم وتلقيه، ورضى المشاركين عن الدعم المتبادل بين الأجيال، ودور الحكومة ومواطن ضعفها في تقديم الخدمات لكبار السن أو للأولاد البالغين.

وهدفت المقابلات مع ممثلي دور الرعاية إلى الاطلاع على الخدمات المقدمة وعلى خصائص كبار السن المقيمين فيها. وركّزت أسئلة إضافية على دور الحكومة والتحديات التي تواجهها في دعم دور الرعاية.

(ج) الخصائص الرئيسية لكبار السن والأولاد البالغين المشاركين

تراوح متوسط عمر كبار السن في العيّنة السكانية المختارة بين 60 و70 سنة، معظمهم من المتقاعدين. ولدى إجراء المقابلة، كان معظمهم متزوَّجاً، وأحدهم

الجدول 14. معلومات ديمغرافية عن كبار السن والأولاد البالغين

الأولاد البالغون	كبار السن	
14	14	مجموع عدد المشاركين
57%	50%	إناث
43%	50%	ذكور
		متوسط العمر
38	69	إناث
36	68	ذكور
		مستوى التحصيل العلمي
-	43%	ابتدائي
-	7%	متوسط
21%	21%	ثانوي
79%	29%	جامعي

المصدر: دراسة حالة عن الدعم المتبادل بين الأجيال أعدتها الإسكوا في عام 2017.

وتشير هذه النتائج إلى أنّ السكن المشترك لا يزال شائعاً بالنسبة إلى الطبقة الوسطى الحضرية. ويمكن أن تسهم هذه النتائج في فهم أثر الطبقة الاجتماعية والاقتصادية على خيار الترتيبات المعيشية. ووفقاً لدراسة Tohme and others (2011)، يتبع لبنان النموذج الغربي، حيث يقيم أغلب كبار السن الأكثر ثراءً بمفردهم لكي يحافظوا على استقلاليتهم ويتمتعوا بقدر وافٍ من الخصوصية. لذلك لا بد من بحث أوسع نطاقاً حول الأثر المحتمل للعوامل الهيكلية والاجتماعية الاقتصادية على خيارات الترتيبات المعيشية.

”يرغب ابني بشراء منزل، وقد سألنا إذا كان بوسعنا أن يقيم معنا مع زوجته وابنه ريثما يتّخر ما يكفي من المال لشراء منزل خاص به.“
- مقابلة مع كبير سن، متزوج، عمره 66 سنة

وبالنسبة للأسر التي لا تتشارك السكن، العيش على مقربة من أفراد الأسرة بديل شائع. فقد أكد نصف كبار السن الذين شملتهم المقابلات تقريباً على أن نصف أولادهم البالغين تقريباً يعيشون على مقربة منهم. وبالمثل، أشار نصف الأولاد البالغين الذين تمّ استجوابهم تقريباً إلى أنهم يعيشون على مقربة من أهلهم. وذكر المشاركون أنّ هذا الخيار تدفعه إمكانية تبادل الدعم والتواصل اليومي بسهولة.

غير أنّ نصف كبار السن والأولاد البالغين الذين أُجريت معهم مقابلات لا يعيشون بالقرب من الأولاد البالغين ومن الأهل كبار السن. ومن الأسباب الرئيسية التي ذكرها المشاركون ارتفاع أسعار المساكن في بيروت، وإقامة الأولاد البالغين خارج لبنان. يتبيّن إذاً أنّ للتحرّز والهجرة أثر على القدرة على تشارك السكن أو العيش على مقربة من الأهل في بيروت. وفي حين يمكن أن تؤثر المسافة بين أفراد الأسرة سلباً على الدعم المتبادل بين الأجيال، لا يجد كبار السن ولا الأولاد البالغون في المسافة عائقاً، ولا سيما لتبادل الدعم العاطفي. وقد يعود ذلك حسب بعض المشاركين إلى زيادة الوصول إلى التكنولوجيا الجديدة ووسائل الاتصال، بما في ذلك الهواتف الخليوية، وشبكة الإنترنت، ووسائل التواصل الاجتماعي.

أنشطة الحياة اليومية بسبب العجز، أو الإعاقة البدنية، أو المرض. ويتجاوز متوسط عمر المقيمين في دور الرعاية الثلاثة 80 سنة.

(ه) نطاق دراسة الحالة

ركّزت دراسة الحالة حصراً على أشخاص يعيشون في منطقة حضرية واحدة هي بيروت. ولذلك، قد لا يصلح تعميم النتائج على الدعم المتبادل بين الأجيال في المناطق الريفية. واستندت الدراسة إلى مقابلات مفصلة مع عيّنة صغيرة نسبياً من المشاركين، معظمهم من الطبقة المتوسطة العليا. لذا، لا بدّ من بحث نوعي يتضمن عيّنة أوسع في المستقبل للتوصل إلى استنتاجات أكثر شمولية. غير أنّ نتائج هذه الدراسة تكمل الأدبيات القائمة بشأن الدعم المتبادل بين الأجيال في المنطقة.

2. مناقشة النتائج

(أ) الترتيبات المعيشية

معظم كبار السن يقيمون مع أبناء بالغين متزوجين أو غير متزوجين في أسر يعيلها الأهل. ويُقيم العديد من كبار السن أيضاً مع قريبٍ كبير في السن. وغالبية الأولاد البالغين الذين أُجريت معهم مقابلات يعيشون

”عدت من الخليج وبدأت العمل في لبنان واشترت منزلاً في منطقة راقية وسط العاصمة. قررت أن يقيم أهلي معي إذ قلت لنفسني إنهما يكبران في السن ولا بدّ من أن نمضي مزيداً من الوقت النوعي معاً.“ - مقابلة مع ابنة بالغة، غير متزوجة، عمرها 42 سنة

أيضاً مع أهلهم في أسر يعيلها الأهل. ومن الأسباب الرئيسية التي تدفع بالمشاركين إلى الإقامة مع ولدٍ بالغ أو مع قريب مسن: العوامل الاقتصادية (عجز الولد البالغ أو المسن عن تحمّل تكاليف أسرة منفصلة)، الولد البالغ غير متزوج، صحة المسن في تراجع، الرغبة في الحفاظ على علاقة أسرية وثيقة.

“أنا لا أعطي المال لابني المتزوج، لكن كلما ذهبت للتسوق أشتري الملابس والألعاب لأولاده. وفي المناسبات أبتاع له هدايا لمنزله.” - مقابلة مع كبيرة سن متزوجة، عمرها 65 سنة

أكدوا أنّ هذا الدعم في الغالب يتحمّله أحد الأبناء البالغين، لا سيما إذا كان عازباً، لأن الأشقاء الآخرين متزوجون ولديهم مسؤوليات مالية تجاه أسرهم.

وأفاد كبار السن الأرامل والمطلّون وذوو الإعاقة أنهم يعتمدون على أولادهم البالغين مالياً. وهذا الاعتماد يعلّل انعدام أمن الدخل الذي يعاني منه كبار السن. ورغم أنّ كبار السن كانوا يعملون سابقاً تبقى قدرتهم على إعالة أنفسهم في سن الشيخوخة محدودة، ولا سيما بالنسبة إلى كبيرات السن اللواتي أُجريت معهنّ المقابلة. ولفت الأبناء البالغون العاملون في القطاع النظامي إلى إمكانية إلحاق أهلهم بخطط التأمين في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ما يسهم بشكل كبير في الحد من إنفاقهم الشخصي على تكاليف أهلهم الطبية. غير أنّ ذلك لا ينطبق على الأبناء البالغين غير المسجلين في الصندوق.

وبالنسبة إلى تلقّي الدعم المالي من الأهل كبار السن، أشار نصف الأبناء البالغين المشاركين تقريباً إلى أنّ أهلهم ساعدوهم مالياً. وأفاد بعض المشاركين أنّ أهلهم يدفعون عنهم رسوم الجامعة، وآخرون أنّ أهلهم يقدمون إعانة شهرية لهم أو إلى لأحد أشقائهم. ومن أشكال المساعدة المالية الأخرى دفع رسوم التأمين الطبي أو شراء بيت لأحد الأبناء الذكور البالغين. كما أسّس بعض كبار السن مشروعاً تجارياً استلمه أولادهم، وهم يعتبرون أنّهم بذلك يدعمون أولادهم مالياً بطريقة غير مباشرة. وقال معظم الأبناء البالغين إنّهم تلقوا مع أشقائهم هدايا مادية أو مالا من أهلهم في المناسبات الخاصة.

“فتحت متجرّاً منذ 40 عاماً، والآن، يديره ولدائي. ولولا لي لما عملا في هذا المجال، وما زلت أنا أهتم بالشؤون المالية للمشروع.” - مقابلة مع كبير سن متزوج، عمره 70 سنة

لم يكن السكن المشترك أو العيش على مقربة من الأسرة خياراً بالنسبة إلى كبار السن الذين يعيشون في دور الرعاية، مع أنّ معظمهم متزوجون ولديهم أولاد. وفي مركز الرعاية الدائمة معظم كبار السن من الطبقة الغنية، اختاروا العيش فيها إما لأغراض عملية، أم لأن أولادهم يعيشون في الخارج، أم لأنهم يفتقرون إلى دعم الأسرة القريبة. ولكن في دارَي الرعاية الأخرين، اتخذ الأبناء البالغون قرار إلحاق أهلهم بدار الرعاية، وهم يتولّون أمرهم في حالة الطوارئ. ولاحظ الممثلون من دور الرعاية أنّ عدد الذين طلبوا الالتحاق بالمؤسسات قد ارتفع في السنوات الأخيرة، علماً أنّ عدد كبار السن المقيمين في دور الرعاية منخفض جداً في لبنان (أقل من 1.3 في المائة). غير أنّ النتائج الأولية لهذه الدراسة تشير إلى توجّه متزايد نحو دور الرعاية، لا سيما للأكثر سناً (من الفئة العمرية 80 سنة وأكثر). وقد يكون هذا التحوّل نتيجة الاتجاهات المتغيرة في الترتيبات المعيشية، لا سيما مع ابتعاد مكان سكن الأبناء البالغين عن الأهل كبار السن.

“أبي مريض جداً ويعيش في مبنى مجاور مع ممرضتين. قربي منه يسهّل عليّ الذهاب للاطمئنان عليه، وفي حال حدوث طارئ، أنا موجودة.” - مقابلة مع كبيرة في السن، متزوجة، عمرها 66 سنة

(ب) التبادلات المالية

يتبع الدعم المالي بشكل عام اتجاهات تصاعدياً أي من الأبناء البالغين إلى الكبار في السن ومن الكبار في السن إلى الأهل الأكبر سناً. فمعظم المشاركين كبار السن عاجزون عن إعالة أنفسهم، ويتلقّون المال شهرياً من أولادهم البالغين، ذكوراً وإناثاً، لتسديد تكاليف الإيجار، والخدمات العامة، والبقالة، والسلع الشخصية، والنفقات الطبية. وبالمثل، فإن غالبية المشاركين من الأبناء البالغين يعطون المال لأهلهم كبار السن على أساس شهري. وذكر الأبناء البالغون الذين يقيمون مع أهلهم في أسر يعيّلها الولد البالغ أنّهم يعطون المال لأهلهم كي يسدوا جميع مصاريف الأسرة. ويتقاسم الأشقاء في معظم الأحيان الدعم المالي لكبار السن، غير أنّ العديد من المشاركين

“عندما تخرج ابنتي مع زوجها في الليل، يحضران أحفادي إلى منزلي مع الخادمة، وأنا أعنتي بهم.” - مقابلة مع كبيرة سن متزوجة، عمرها 65 سنة

في ذلك إنجاز المعاملات الرسمية. كما أشار عدد من كبيرات السن إلى أنهنّ يقَدمن الدعم العملي لأهلن كبار السن. وأكد الأولاد البالغون العاملون على أنهم يعتمدون على أهلهم كبار السن نظراً لطول ساعات العمل، وقالوا إنهم يتلقون من الدعم أكثر مما يقَدمون.

ويقدم الأولاد البالغون بدورهم الدعم العملي لأهلهم، فيصطحبونهم لزيارة الأطباء وفي الزيارات الاجتماعية، ويتابعون أوضاعهم الصحية، ويؤمنون لهم وسائل النقل، ويساعدونهم في المهام الشخصية، وفي المعاملات الرسمية. وفي كثير من الأحيان، تساعد البنات البالغات في الأعمال المنزلية، ويستخدم العديد منهن عاملات منازل بوقت جزئي للاضطلاع بالأعمال المنزلية لدى الأهل. وأفاد الأولاد البالغون أنهم يتلقون المساعدة من أشقائهم في تقديم الدعم العملي لأهلهم، غير أن هذا الدعم يتوقف عندما يعيش الأشقاء في الخارج، لكنهم يرحبون بالدعم الإضافي الذي يقدمه هؤلاء الأشقاء عند زيارة الأهل. وأشار الأولاد البالغون المشاركون إلى أنهم يقدمون أيضاً الدعم لأشقائهم، من خلال رعاية الأطفال، ومساعدة الأشقاء المقيمين في الخارج في متابعة الخدمات المصرفية أو إنجاز المعاملات الرسمية.

“عندما سقط أبي وتضرر رأسه، أتت شقيقتي من الخارج وساعدتنا في الاعتناء به. لقد ساعدتنا كثيراً لأنني تمكنت مع شقيقتي الأخرى من الذهاب إلى العمل ولم نظطر إلى أخذ أيام عطلة لمساعدة أمنا.” - مقابلة مع ابن بالغ، لم يتزوج قط، عمره 33 سنة

ويتراجع دور الأولاد البالغين في تقديم الدعم العملي عندما يعيش الأهل كبار السن في دور الرعاية. فقد بيّنت المقابلات أنّ الأولاد البالغين يشعرون أنه من مسؤولية دار العناية تقديم هذا الدعم. وفي عدد قليل

ويشمل الدعم المتبادل بين الأجيال التحويلات المالية عبر أجيال مختلفة وليس فقط بين الأهل وأولادهم. وأشار أحد كبار السن مثلاً إلى أنّ الأموال التي يتلقاها من أولاده البالغين يستخدمها أساساً لتسييد البدلات الشهرية، والنفقات الطبية، والمساعدة التمريضية لأهله. ويتجاوز الدعم المالي أحياناً نطاق الأسرة النواة ليصل إلى العقات، والأعمام، والحمويين. ومثلاً أفاد عدّة مشاركين إنهم قدّموا أموالاً لأحد الحمويين أو تلقوا أموالاً من الصهر، ونصف الأولاد البالغين تقريباً أشاروا إلى أنهم يقَدمون الدعم المالي للخالات والعقات والأشقاء. وتؤكد هذه النتائج درجة الترابط العالية داخل الأسرة، حيث لا يقتصر تبادل الدعم على الأهل والأولاد بل يمتد أيضاً إلى الأشقاء وغيرهم من أفراد الأسرة⁴¹.

“ شقيق زوجتي، وهو أخ وحيد لتسع فتيات، لا يستطيع إعالة حماتي. لذلك، أنا أدفع بدل الإيجار المتوجب عليها.” - مقابلة مع كبير سن متزوج، عمره 65 سنة

أما بالنسبة إلى الدعم المالي لكبار السن الذين يعيشون في دور الرعاية، فقد أفاد جميع المشاركين أنّ رسوم إقامة غالبية كبار السن يدفعها كبار السن أنفسهم، أو وزارة الصحة العامة أو وزارة الشؤون الاجتماعية. وفي حالات قليلة يدفع الأولاد البالغون رسوم إقامة كبار السن. غير أنّ المشاركين قالوا إن الأولاد يقَدمون لأهلهم هدايا مادية مثل الملابس. كما أنّ العديد من الأولاد البالغين يستخدمون ممرضين أو مساعدين لمساعدة الأهل الذين يعيشون في دور الرعاية.

(ج) الدعم العملي

للدعم العملي بين كبار السن والأولاد البالغين أهمية كبرى. وغالباً ما تقدّم كبيرات السن الدعم العملي للأولاد البالغين أو لأزواجهم/زوجاتهم من خلال رعاية الأحفاد، وشراء البقالة، والقيام بالأعمال المنزلية، وإعداد وجبات الطعام. وأعرب كبار السن الذين أجريت معهم مقابلات عن مدى سرورهم برعاية أحفادهم وهم يعتبرون أنّ هذا جزء من دورهم كأجداد. ومعظم كبار السن من الذكور يساعدون أولادهم البالغين في مهام شتى، بما

”تزرني أمي كل يوم خميس مع شقيقتي وشقيقتي، ويوم السبت نقوم أنا وزوجتي وأشقائي بزيارتها.“ - مقابلة مع ابن بالغ متزوج، عمره 55 سنة

أنّ الوقت المثمر هو من أشكال التعبير عن الدعم العاطفي وذكروا أنهم يزورون أهلهم كبار السن وأجدادهم وأفراد الأسرة الموسّعة بشكل منتظم. وأكد الأهل كبار السن على أهمية الوقت المثمر وأعرّبوا عن حزنهم لعدم قدرتهم على تشاطره مع أولادهم البالغين. فعلى سبيل المثال، قالت إحدى الأمهات من كيبيرات السن إنها تشعر بالأسى عندما يدخل ابنها المقيم معها في المنزل مباشرةً إلى غرفته بعد عودته من العمل. وتخصيص وقت محدد ومنتظم للقاء الأسرة مهم للحفاظ على هذا الدعم، ولفت كبار السن والأولاد البالغون إلى أنّ عائلاتهم تحدّد أياماً معيّنة للاجتماع. ومثلاً، أشارت إحدى كيبيرات السن إلى أنّ أولادها وأحفادها يأتون لزيارتها كل يوم سبت لتناول الطعام وتمضية النهار معاً. وأفادت إحدى البنات البالغات أن والدتها تمضي كل يوم اثنين وسبت معها.

”أنا أخص وقتاً محدداً للاتصال عبر سكايب بابني وابنتي اللذين يعيشان في دبي. وأجد ذلك مثمراً جداً. بل هو أفضل من الوقت الذي نقضيه معاً عندما يكونان هنا، لأننا نلتزم عبر سكايب بوقت الاتصال؛ أما لو كانا يعيشان هنا، لكنت حظيت بخمس دقائق معهما إذ يتوجب عليهما الخروج أو التواجد في العمل طوال الوقت.“ - مقابلة مع كبيرة سن مطلقة، عمرها 65 سنة

وأفاد المشاركون أنّ التواصل الاجتماعي ييسّر الدعم العاطفي من خلال الاتصال المنتظم، لا سيما عندما لا يعيش أفراد الأسرة أو الأسرة الموسّعة على مقربة من بعض. وهم يستخدمون واتساب، وفايس تايم، وسكايب كوسائل رئيسية للتواصل اليومي. وقال عدد من كبار السن إنهم يستخدمون هذه المنصّات للتحدث مع الأولاد والأحفاد والأصدقاء، وأنّ أفضل ميزة في هذه

من الحالات يصطحب الأولاد البالغون أهلهم كبار السن من دور العناية في زيارات اجتماعية أو يدعمونهم من خلال متابعة أوضاعهم الصحية مع الأطباء المقيمين.

”يرى الأولاد أنّ أهلهم عبء عليهم. وعندما يأتون بهم إلى هنا، نخبرهم عن ضرورة مشاركتهم في حياة أهلهم، لكن نادراً ما يلتزمون. حتى عندما يتوجب علينا إدخال المسن إلى المستشفى، نتصل بأولاده ولكنهم لا يهتمون، وكأنّ المسنّ صار من مسؤوليتنا وحدنا.“ - مقابلة مع مخبر رئيسي في دار لرعاية كبار السن

(د) الدعم العاطفي

عبّر المشاركون عن الدعم العاطفي بين أفراد الأسرة باعتباره علاقة متبادلة. وبالنسبة إلى كبار السن الدعم العاطفي لا يُقدّر بثمن، بل هو أهم من الدعم المادي في بعض الأحيان. وغالباً ما يعبر الذكور عن الدعم العاطفي بطريقة مختلفة عن الإناث، وذلك في ضوء الأدوار المتباينة حسب الجنس. فمعظم كيبيرات السن يقدمن الدعم العاطفي بالتعبير عن عواطفهن بالقبلات والاحتضان؛ فيما ذكر كبار السن الذكور أنهم يقدّمون المشورة والتوجيه. ولقيت هذه الاتجاهات صدى مماثلاً لدى الأولاد البالغين من ذكور وإناث.

”والداهي يباركان لي دائماً، ويقولان لي: ليساعدك الله على النجاح في حياتك. يعجبني ذلك وقد تعلمت مباركتهما أيضاً فأقول لهما: ليحفظكما الله إلى جانبي.“ - مقابلة مع ابنة بالغة غير متزوجة، عمرها 31 سنة

وبالنسبة إلى تلقّي الدعم العاطفي من الأولاد البالغين، أشار معظم كبار السن إلى أنهم يحصلون من أولادهم على العاطفة، وعلى الاهتمام، وعلى النصائح بشأن صحتهم، إضافة إلى الاتصالات والزيارات المنتظمة (اليومية أو الأسبوعية). وحتى في الحالات التي يقيم فيها الأولاد البالغون في الخارج، يتصل أغلبيتهم ويتحدثون مع أهلهم وأشقائهم بانتظام. وأكد الأولاد

“إذا لم يرسل إخوتي المال في الوقت المناسب [لأهلي المسنين]، أضطر لإعطائهم مالاً إضافياً من راتبي. وهذا الأمر يفضيني لأن أخوتي لا يدركون حقيقة الوضع في المنزل، فهم لا يعيشونه يوماً بعد يوم.” - مقابلة مع ولد بالغ، متزوج، عمره 32 سنة

لكن الشعور يتحوّل إلى قلق عندما ينطوي على دعم مالي. كما أنّ كبار السن والأولاد البالغين يتفقون على أنه من واجب الأولاد دعم أهلهم، كعربون امتنان. ويرى بعض المشاركين أنّ للأعراف الاجتماعية والدينية دور في تعزيز هذا الشعور بالواجب. ونظراً لأهمية الدعم المتبادل بين الأجيال في رفاة كبار السن، عبّر الأولاد البالغون، ولا سيما النساء غير المتزوجات، عن قلقهم الكبير إزاء مستقبلهم بما أنّ إنجاب الأولاد هو مصدر الأمان الرئيسي في الشيخوخة، في ظل ضعف نظم الحماية الاجتماعية، وغياب الأمن المالي الذي يلوح في الأفق، وتدهور الوضع الصحي. لذلك يعمدون إلى بناء علاقات قوية مع أشقائهم وأولاد أشقائهم باعتبار أنهم سيضطرون للاعتماد عليهم في المستقبل.

من الصعب جداً ألا يكون للشخص أولاد عند بلوغه سن الشيخوخة. أنا أعلم أنّ أشقائي وأولادهم إلى جانبي، لكنني أرى كيف أتعامل مع أهلي وأرى كيف يتعامل أولاد أشقاء أمي وأبي معهما - الأمر مختلف. من واجبي أن أعتني بأهلي وأنا أحب ذلك، لكن في النهاية عندما أكبر في السن، لن تكون أسرتي الموسعة مضطرة للاعتناء بي. سيتوجب علي أن أعتني بنفسني.” - مقابلة مع ابنة كبيرة في السن، لم تتزوج قط، عمرها 60 سنة

3. التبادلات بين الأجيال: حاجة إلى دعم أقوى من قبل الدولة

أكدت المقابلات التي أجريت مع كبار السن والأولاد البالغين وممثلي دور الرعاية على الحاجة إلى دعم أقوى من الدولة لتحسين الرعاية بكبار السن وتلبية احتياجاتهم واحتياجات أسرهم. والدعم المطلوب

التكنولوجيا هي القدرة على رؤية أحبابهم. ويتفق هذا مع نتائج بحوث أخرى حول أثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، بما في ذلك التواصل الاجتماعي، على حياة كبار السن⁴².

وتفاوتت طرق التعبير عن الدعم العاطفي، إن كان شفهياً أو جسدياً، تجاه كبار السن الذين يعيشون في دور الرعاية. فقد أشار ممثلان عن دور الرعاية إلى أنّ الأولاد البالغين والأحفاد يتصلون ويزورون بانتظام. غير أنّ ممثل الجمعية الخيرية أشار إلى أنّ الزيارات والاتصالات من قبل الأولاد البالغين محدودة جداً، إذ أنّ ولد من أصل سبعة أولاد بالغين يزور أهله في دار الرعاية. وأفادت جميع دور الرعاية عن تنظيم أنشطة في المناسبات الخاصة، مثل عيد الأم، تدعو فيها الأولاد البالغين للحفاظ على مشاركتهم في حياة أهلهم ولتشجيع الدعم العاطفي.

“عندما يقوم الأولاد البالغون بزيارة أهلهم [في دار الرعاية]، عادةً ما يجلسون بجانبهم ويمسكون بيدهم. وفي بعض الأحيان، يطعم الولد والده أو والدته ويقشر له/لها الثمار.” - مقابلة مع ممثلة عن دار لرعاية كبار السن

(هـ) الرضى بالدعم المتبادل بين الأجيال

أعرب كبار السن والأولاد البالغون عن رضاهم بتبادل الدعم والعلاقات المتينة القائمة ضمن عائلاتهم. فالمسافة ومحدودية الوقت لم تحولا دون تبادل الدعم بين الأجيال، إلا أنّهما تسببتا بالحدّ من طرق تبادل الدعم بين أفراد الأسرة. وفي حين أنّ تكنولوجيا الاتصالات سهّلت الدعم العاطفي، لم يكن لها دور في تيسير تقديم الدعم العملي. وأشار الأولاد البالغون إلى أنّ وجود أشقاء لهم في الخارج يزيد من الضغط على الذين يعيشون على مقربة من الأهل كبار السن، إذ يُتوقع منهم تأمين كامل الدعم العملي، وأحياناً الدعم المالي أيضاً.

وغالباً ما يشعر الأهل بالرضا لدى تقديم الدعم للأولاد البالغين لا سيما حين يُوكل إليهم الاعتناء بالأحفاد؛

“اشترينا أنا وأشقائي لوحة سيارة أجرة لوالدي. ومع أنّ اللوحة باهظة الثمن، اشتريناها له كي يتمكن من العمل كسائق أجرة بعد تقاعده من الوظيفة. وبذلك يبقى ناشطاً ويتمكّن من كسب المال.” - مقابلة مع ابن بالغ، متزوج، عمره 32 سنة

“أبي يحب المطالعة لكن لا مكتبات عامة يمكنه الذهاب إليها، ووزارة السياحة لا تشجّع الأكبر سنّاً على حضور المسرحيات. كما أنّ لا تعريفات مخفضة على السينما للأكبر سنّاً.” - مقابلة مع ابنة بالغة، غير متزوجة، عمرها 42 سنة

وفيما يشعر الأولاد أنّ من واجبهم تقديم الدعم العملي لأهلهم، أكّدوا على الحاجة إلى الرعاية المنزلية، لاسيما عندما يعجزون عن السكن على مقربة منهم أو يضطرون للعمل لساعات طويلة، فيبقى أهلهم من دون رعاية. كما أشار المشاركون إلى أنّ دور العناية بكبار السن في لبنان باهظة الثمن أو تفتقر إلى الكفاءة المهنية، ما يثنيهم عن هذا الخيار، ولا سيما حين يتعلّق الأمر بالأكبر سنّاً. وشدّدوا على ضرورة تسهيل الوصول إلى دور رعاية كبار السن الجيدة، وتأمين خطط تقاعد لكبار السن الذين عملوا في قطاعات غير القطاع العام.

شامل بطبيعته، وينبغي أن يغطي جميع مراحل الحياة ولا يبدأ في سن الشيخوخة، بل يشمل مجموعة من الأبعاد مثل الرعاية الصحية، والرعاية المنزلية، والأمن المالي، والمشاركة في الحياة الاجتماعية.

“تساعدني منظمة محلية غير حكومية على شراء الدواء ودفع رسوم الفحوص الطبية. لكنها في بعض الأحيان تحيلني إلى طبيب خاص، غير أنني لا أذهب إليه أبداً، لأنني غير قادرة على تسديد كلفة الاستشارة ولا أريد أن أعرف ما إذا أصبت بمشاكل صحيّة جديدة. لا يمكنني أن أشتري المزيد من الأدوية، فأنا أدفع بالفعل 100,000 ليرة لبنانية (67 دولاراً) كل شهر لشراء أدويتي.” - مقابلة مع كبيرة سن، عمرها 70 سنة

“أبي كبير جداً في السن. أشعر بتوتر شديد لأنه عليّ أن أعتني به. فأنا أيضاً كبيرة في السن وأحتاج الى وقت للراحة. تتراوح كلفة الإقامة في دار رعاية لكبار السن في لبنان بين ألف وألفي دولار امريكي شهرياً. لو كانت الكلفة أقل لأدخلته دار رعاية، ولوجدت وقتاً للراحة ولرؤية عائلتي أكثر.” - مقابلة مع امرأة كبيرة في السن، متزوجة، عمرها 65 سنة

وأفاد الأولاد البالغون أنهم بذلوا جهوداً متعمّدة لإشراك أهلهم وإشغالهم بأمر مختلفة باستمرار، من خلال طلب مهمات معيّنة منهم مثلاً أو من خلال اصطحابهم في زيارات اجتماعية. غير أنهم أشاروا إلى النقص في الأنشطة والأماكن الترفيهية لكبار السن، ومحدودية البرامج التي تتيح لهم المشاركة في المجتمع.

هاء. استنتاجات وخلاصة


بحث هذا الفصل في الدعم المتبادل بين الأجيال لدى كبار السن والأولاد البالغين، بالتركيز على دراسة حالة في بيروت. وأوضح أنّ الدعم، على شكل ترتيبات معيشية، ودعم مالي وعملي وعاطفي، هو متبادل بين كبار السن والأولاد البالغين. وتضمن لمحة عن الطرق المختلفة التي يقدم فيها كبار السن الدعم لأسرهم، على أمل أن يساهم ذلك في تغيير الصورة السلبية عن كبار السن على أنهم مجرد أشخاص مُعالين. وتتوافق النتائج التي خلصت إليها دراسة الحالة في بيروت مع نتائج دراسات حالة نوعية أخرى أجريت في البلدان العربية.

ومن العقبات الرئيسية التي تحول دون تمتّع كبار السن بالاستقلالية الذاتية غياب التغطية الصحية الشاملة لكبار السن ومعاشات التقاعد⁴³. ونتيجة هذا النقص، يعتمد كبار السن بشكل كبير على عائلاتهم وعلى أي مدّخرات لديهم لتأمين الدعم المالي. واشتكى كبار السن والأولاد البالغون من ارتفاع أسعار الأدوية والتأمين الصحي لكبار السن، ما يسبب لهم عبئاً كبيراً ومصدر قلق. وشدّدوا على ضرورة تحسين نظم الحماية الاجتماعية وتوسيعها.

على الترتيبات المعيشية وعلى الدعم العملي، علماً أنّ الدعم العاطفي هو الأقل تأثيراً بفضل انتشار تكنولوجيا الاتصالات والمنصات الاجتماعية على شبكة الإنترنت.

وأكدت دراسة الحالة على تزايد الضغوط على كبار السن عند تقديم المساعدة المالية والدعم العملي في آن معاً لأهلهم الأكبر سناً ولأولادهم البالغين. ولذلك، يمكن لبحوث مقبلة أن تحدد فئات عمرية فرعية ضمن فئة كبار السن لمعرفة الاحتياجات والتحديات الخاصة بكلّ منها. وأخيراً، حدّدت دراسة الحالة مجالات رئيسية تتطلب تدخل الدولة، ولا سيما من حيث زيادة الحماية الاجتماعية، وتحسين خطط التقاعد، وتأمين الرعاية المنزلية والرعاية الطويلة الأجل.

وتعمّق الفصل أيضاً في نطاق الدعم المتبادل بين الأجيال، إذ يمكن أن يتجاوز العلاقة الثنائية بين الأهل والأولاد ليشمل الأشقاء وأفراد الأسرة الموسّعة، مثل الأجداد، والخالات والأخوال والعمّات والأعمام. وتبيّن من دراسة الحالة أنّ الإقامة مع الأسرة أو على مقربة منها لا تزال شائعة ضمن الطبقة المتوسطة المقيمة في مناطق حضرية. ومع ذلك، كشفت عن اتجاهات اجتماعية متغيّرة في الترتيبات المعيشية والتبادلات بين الأجيال، مثل ارتفاع متوسط العمر المتوقع، والهجرة، والتحصّر، وتزايد التحدّيات الاقتصادية، والبطالة والحدّات. ويبيّن الفصل القلق المتنامي لدى البالغين غير المتزوجين إزاء مستقبلهم ككبار سن لعدم وجود أولاد يهتمون بهم. وتلقي هذه التغيّرات بثقلها



الحكومات مدعوّة اليوم أكثر من أي وقتٍ
مضى إلى اتخاذ إجراءات في سبيل "عدم
إهمال أحد" وفقًا لالتزامها بتحقيق خطة عام
2030. والشيخوخة اللائقة للجميع ليست
مقتضى أخلاقيًا فحسب، بل هي شرط لازم
لتحقيق التنمية المستدامة الشاملة.

4. مستقبل الشيخوخة في المنطقة العربية

ألف. مقدمة

ويعالج هذا الفصل آفاق عيش الشيخوخة بكرامة بحلول عامي 2030 و2050، ويستند إلى الاتجاهات الديمغرافية الحالية والآفاق المستقبلية المستعرضة في الفصل الأول للتوصل إلى إسقاطات تستند إلى الأدلة حول احتياجات كبار السن في المنطقة العربية بحلول عامي 2030 و2050، باستخدام نهج كمية ونوعية. وتشير الإسقاطات إلى أنّ احتياجات كبار السن في المنطقة ستزداد إلحاحاً مع ارتفاع عددهم. وتقيم احتياجات كبار السن المستقبلية في مجالات التحليل الرئيسية التالية: التعليم، وضمان الحصول على دخل، والصحة، والقدرات، والبيئة المؤازرة.

تُشارف معظم البلدان العربية على الانتقال إلى الشيخوخة، ولذلك تتغير فيها نسبة الأطفال، والشباب، والسكان في سن العمل، وكبار السن. وبحلول عام 2050، تكون معظم البلدان قد سجلت زيادةً في عدد كبار السن ونسبتهم من السكان، بالتزامن مع ازدياد عدد السكان في سن العمل ونسبتهم، وانخفاض نسبة الأطفال.

وكما يظهر من البيانات في الفصل الأول، وفقاً للمتغير المتوسط في إسقاطات الأمم المتحدة¹، سيبلغ نحو 9.5 في المائة من سكان البلدان العربية 60 سنة وأكثر بحلول عام 2030، وترتفع هذه النسبة إلى 15.1 في المائة بحلول عام 2050، لتسجّل زيادةً كبيرة جداً بعد أن كانت 6.7 في المائة في عام 2015. وستزداد نسبة من هم من الفئة العمرية 75 سنة وأكثر، الذين يزداد خطر اعتمادهم على الآخرين، وأغليبتهم من كبريات السن، من 1.5 في المائة في عام 2015 إلى 2 في المائة في عام 2030 وإلى 4 في المائة بحلول عام 2050.

وبالأرقام المطلقة، من المتوقع أن يسجّل عدد كبار السن في المنطقة العربية زيادةً غير مسبوقه من نحو 27 مليوناً في عام 2015 إلى أكثر من 49 مليوناً في عام 2030 وصولاً إلى 102 مليون في عام 2050. أي أنّ عدد كبار السن سيزداد 3.8 أضعاف في 35 سنة، بزيادة سنوية تتجاوز بقليل المليونين في المتوسط.

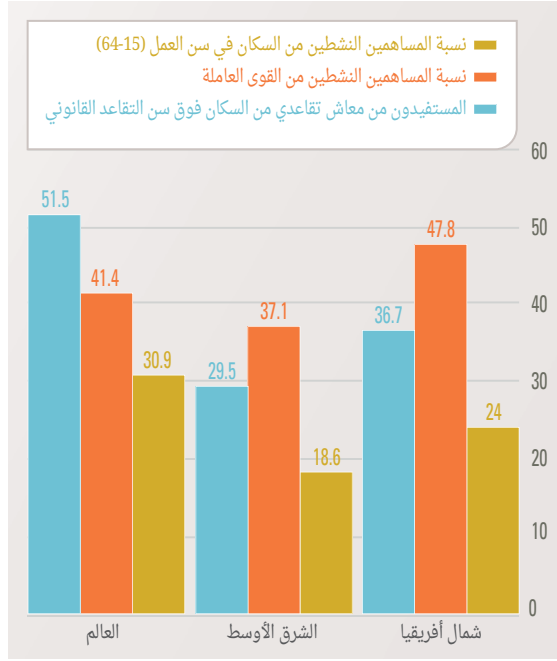
وسيطرح هذا النمو السريع تحدياتٍ تفرض على صانعي السياسات اهتمامهم الطارئ. ولن يُتاح للعائلات والمجتمعات في المنطقة العربية متسع من الوقت الذي كان للبلدان المتقدمة للتكيف، إذ أنّ وتيرة الانتقال إلى الشيخوخة فيها أسرع بكثير. وستختلف سرعة الانتقال إلى الشيخوخة بين بلدٍ عربي وآخر، وفقاً للتغيرات الديمغرافية (الخصوبة والوفيات والهجرة).

ولا بدّ من الإشارة إلى أنّ هذا التحليل يستند إلى فرضيات الإسقاطات السكانية، لكن عند حصول هذا الارتفاع المتوقع في عدد كبار السن، لا شك أنه سيتسبّب بضغط اجتماعية واقتصادية كبيرة. لذلك، ينبغي للحكومات أن تتخذ التدابير اللازمة لتلبية الاحتياجات المستقبلية لجميع شرائح السكان، وضمان عدم إهمال كبار السن في التخطيط الإنمائي المتكامل والشامل، ولدى صنع السياسات الهادفة إلى تحقيق التنمية المستدامة للجميع بحلول عام 2030.

باء. ضمان الحصول على دخل

كما ورد في الفصل الثاني وتبيّن من دراسة الحالة في بيروت في الفصل الثالث، لضمان الحصول على دخل (كمعاشات التقاعد أو غيرها من أشكال الادخار، أو الاستمرار في العمل في سن الشيخوخة، أو الدعم من جانب أفراد الأسرة أو الدولة) أهمية بالغة في تحقيق الرفاه والكرامة لكبار السن. وعلى الحكومات أن تدرّك التحديات التي تواجه حالياً السكان في سن العمل لتضمن لهم شيخوخة بكرامة.

الشكل 17. نسبة تغطية معاشات التقاعد الفعلية حسب المنطقة مرّجة بمجموع السكان، 2014 (بالنسبة المئوية)



المصدر: ILO, Social Protection Department, Old-age pension: beneficiaries as a proportion of the population above statutory pensionable age, 2014, www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=44420 (استرجعت في 15 أيار/مايو 2018).

ملاحظة: في هذا الشكل، تشمل منطقة شمال أفريقيا تونس والجزائر والسودان وليبيا ومصر والمغرب؛ ومنطقة الشرق الأوسط الأردن وإسرائيل وإيران والبحرين والجمهورية العربية السورية وعمان ودولة فلسطين وقطر والكويت ولبنان واليمن.

ولا تتجاوز نسبة كبار السن الذين يستفيدون من معاش تقاعدي من السكان فوق سن التقاعد القانوني 36.7 في المائة في شمال أفريقيا و29.5 في المائة في الشرق الأوسط، وهي نسب ضئيلة جداً مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 51.5 في المائة. وتشير نسبة المساهمين النشطين من السكان في سن العمل أو من السكان النشطين اقتصادياً، إلى أنّ أقل من نصف المساهمين النشطين اليوم يتوقع أن يستفيدوا من معاش تقاعدي عند بلوغهم سن الشيخوخة. ففي عام 2014 مثلاً، ساهم 24 في المائة فقط من السكان في سن العمل (64-15 سنة) في خطة تقاعدية للضمان الاجتماعي في شمال أفريقيا و18.6 في المائة فقط في الشرق الأوسط.

1. ارتفاع البطالة لدى الأفراد في سن العمل

من الشواغل الرئيسية لدى النظر إلى آفاق كبار السن في المنطقة ارتفاع معدلات البطالة حالياً في صفوف الشباب والبالغين. فالبطالة في صفوف السكان في سن 40 سنة وأكثر تعني أنهم لن يتمكنوا من الادّخار عند بلوغ 60 سنة، أي لن يتمكنوا بضمان الحصول على دخل فيما يتقدمون في السن. وتزداد حدة المشكلة مع تزايد عدد الأفراد في هذا الوضع وزيادة نسبتهم في المجتمع.

2. العديد من عمال اليوم هم من كبار السن المعرضين للمخاطر مستقبلاً

كما ورد في الفصل الثاني، يكثر عدد العاملين غير المؤهلين للمساهمة في خطط التقاعد، أي أنهم، في غياب وسائل أخرى تضمن حصولهم على دخل، مثل المدخرات أو الدعم الأسري، لن يتمكنوا من إعالة أنفسهم في سن الشيخوخة، أي بعد عقدين أو ثلاثة. ففي معظم البلدان العربية غياب خطط التقاعد الشاملة التي يسهل استيفاء شروط الأهلية للمساهمة فيها، والعديد من كبار السن والسكان في سن العمل مستقوصون منها². ولذلك، يواصل العديد من كبار السن العمل طالما يتمكنون بالقدرة الجسدية لإعالة أنفسهم وعائلاتهم. غير أنّ العديد من كبار السن يعملون في القطاع غير النظامي، فيعانون من ظروف عمل صعبة ويحصلون على راتب متدنٍ وضمان اجتماعي محدود جداً.

وفي تغطية معاشات التقاعد مؤشراً على ضمان حصول كبار السن على دخل في الحاضر وفي المستقبل. ويعرض الشكل 17 ثلاثة مقاييس للتغطية الفعالة؛ المقياسان الأول والثاني هما النسبة المئوية للمساهمين من سن العمل في خطط التقاعد (الخطط القائمة على الاشتراكات)، على أساس متغيّرين. وتتيح هذه الأرقام مؤشراً عن تغطية معاشات التقاعد لهؤلاء الأفراد في المستقبل عند بلوغهم سن التقاعد. ويميّز المتغيّران بين النشطين اقتصادياً (نسبة المساهمين النشطين من النشطين اقتصادياً)، والأفراد في سن العمل (نسبة المساهمين النشطين من مجموع السكان). ويبيّن المقياس الثالث النسبة المئوية الحالية لكبار السن الذين تجاوزوا سن التقاعد القانوني ويتلقون معاشات تقاعد قائمة أو غير قائمة على الاشتراكات.

جيم. الوضع الصحي

وجمعت البيانات عن فئتين عمريتين (50-69 و70 وأكثر) لعامي 2015 و2030. وتشمل الفئة العمرية الأصغر سناً أشخاصاً كانوا في سن الخمسين في عام 2015، لكونهم سيكونون في الفئة العمرية 60 سنة وأكثر بحلول عام 2025. ويقوم هذا التمرين على افتراضين رئيسيين هما: البلدان العربية متجانسة من حيث نسبة الأمراض غير المعدية، وانتشار الأمراض غير المعدية لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و69 سنة هو نفسه لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 60 و69 سنة. وتحسب إسقاطات عدد الأشخاص المصابين بأمراض غير معدية في المنطقة العربية من خلال إسقاط نسبة المصابين بأمراض غير معدية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام 2015 على الفئات العمرية الموازية في المنطقة العربية ككل في عام 2030، كما يُبين الجدول 15. وتعطي هذه الإسقاطات فكرة عن كيف يمكن أن تؤثر الشيخوخة على نظم الرعاية الصحية في المستقبل. ولا بدّ من تشجيع البلدان على جمع بيانات أفضل لوضع سياسات مصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات المستقبلية.

وانطلاقاً من هذه الحسابات، يتوقع أن يزداد عدد الأمراض غير المعدية لدى الأشخاص من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر في المنطقة العربية بنسبة 41.1 في المائة بين عامي 2015 و2030، أي من 880,000 حالة إلى 1,244,000 حالة. وتتفق هذه النتيجة مع النتائج التي توصلت إليها دراسات عدة حول هذا الموضوع. فعلى سبيل المثال، وحسب توقّعات (Khatib 2004) 47 في المائة من عبء المرض في المنطقة العربية في عام 2004 سببه أمراض غير معدية، وسترتفع النسبة

كما تبيّن من الفصل الثاني، ترتبط الشيخوخة بتزايد الأمراض غير المعدية والإعاقة. فالأمراض المزمنة، والحالات المرضية المتعددة، والسقم، والإعاقة، والضعف الإدراكي هي الأكثر شيوعاً في صفوف كبار السن، ولذلك تطرح الشيخوخة تحدياً في المنطقة العربية. فمع ازدياد عدد كبار السن، تزداد الضغوط الناجمة عن احتياجاتهم الصحية الخاصة على نظم الرعاية الصحية وعلى عائلاتهم. والمرأة هي عادةً من يقدّم الرعاية للكبير في السن، إلا أنّ مشاركتها في سوق العمل في ارتفاع. كما كان للنزاع في المنطقة أثرٌ خاص على صحة وقدرات السكان العاملين اليوم الذين سيتحوّلون إلى مسنّين في المستقبل. على الحكومات إذاً أن تكيف نظم الرعاية الصحية القائمة، وتؤمن الدعم لمقدمي الرعاية الذين لا يتقاضون أجراً، لتلبية الطلب المتزايد على الدعم المادي والمالي لكبار السن.

1. الأمراض غير المعدية

يبرز من انتشار الأمراض غير المعدية أثر الشيخوخة على نظم الرعاية الصحية، إذ تتزايد الحاجة إلى الرعاية الصحية مع تزايد عدد كبار السن. ونظراً إلى غياب البيانات عن البلدان العربية والمنطقة ككل، يستخدم هذا القسم بيانات عن الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية من أحدث مطبوعة صادرة عن منظمة الصحة العالمية حول عبء المرض³. وبالتالي، تستند إسقاطات عدد الأمراض غير المعدية إلى نهج كلي تقريبي، باستخدام النسب المئوية للسكان المصابين بهذه الأمراض حسب الفئة العمرية.

الجدول 15. كبار السن المصابون بأمراض غير معدية في المنطقة العربية، 2015 و2030

2030	2015		
0.8%	1%	**69-60	معدّل الأمراض غير المعدية*
5.9%	6.9%	70 عاماً وأكثر	
249 000	154 000	69-60	عدد الأشخاص المصابين بأمراض غير معدية
995 000	726 000	70 عاماً وأكثر	

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى بيانات منظمة الصحة العالمية، "Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030: global health estimates summary tables - projection of deaths by cause, age and sex", by World Bank Income Group, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en. (استرجعت في 19 شباط/فبراير 2018).

* تستند الحسابات إلى بيانات منظمة الصحة العالمية لبلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام 2015، وهي الأردن، وإيران، وتونس، والجزائر، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والعراق، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمغرب، واليمن. ** تتسق المعدلات مع الحسابات للأشخاص من الفئة العمرية 50-69 سنة.

2. برامج الرعاية الصحية

بيّنت عدّة دراسات النقص في عدد المهنيين في القطاع الصحي. فالزيادة المتوقعة مثلاً في عدد كبار السن المصابين بالسرطان في المنطقة العربية، تستدعي المزيد من التدريب المتخصّص للمهنيين، ولا سيما في الطب والتمريض على مستويات الخدمات الصحية الابتدائية، والثانوية، والجامعية. وينبغي أن يركّز التدريب أيضاً على الممارسة السريرية وعلى إنشاء فرق متعددة التخصصات، في مرافق الرعاية الصحية كما لتقديم الخدمات في المنازل.

والحاجة إلى المهن الطبية ملحة في المنطقة العربية، ولاسيما لكبار السن الذين يعانون من علل مصاحبة، فلطب الشيخوخة دور هام في هذا الصدد. ويستلزم الطلب في المستقبل على خدمات الرعاية الطويلة الأجل ذات الجودة العالية لكبار السن التركيز على تعليم وتدريب المتخصصين وشبه المتخصصين في مجال الشيخوخة باعتباره من أهم مجالات الرعاية لكبار السن.⁸

وتعاني معظم الدول العربية من نقص المتخصصين في أمراض الشيخوخة، وتبيّن الدراسات أنّ أعلى

إلى 60 في المائة بحلول عام 2020⁴، لتكون إحدى أكبر الزيادات في العالم من حيث العبء المطلق للأمراض غير المعدية والمخاطر المرتبطة بها. وتزيد نسبة الوفيات الناجمة عن أمراض غير معدية عن 66 في المائة لدى الأفراد الذين تجاوزوا 60 سنة⁵.

وهذا التحوّل في عبء المرض من وفيات ناجمة عن عدوى إلى وفيات ناجمة عن أمراض تنكسية أو مزمنة يُسمّى تحوّلًا وبائيًا، وستشهده البلدان العربية في فترة زمنية أقصر بكثير من البلدان المرتفعة الدخل⁶. ونتيجة لذلك، سيتوجب على البلدان العربية أن تعالج العبء الحالي للأمراض المعدية السائدة إضافة إلى العبء المتزايد للأمراض المزمنة.

وتتغير عوامل خطر الإصابة بالأمراض غير المعدية بتغيّر السلوك، مثل التدخين، والإفراط في شرب الكحول، والنظام الغذائي غير الصحي، وضعف النشاط البدني، والبدانة، وارتفاع ضغط الدم، والسكر في الدم والكوليسترول. ومن مسؤوليّة البلدان الحد من النمو السريع للأمراض غير المعدية من خلال مبادرات الوقاية والحد من المخاطر، التي غالباً ما تكون منخفضة الكلفة، وقد يكون لها أثر كبير على صحة السكان وطول عمرهم⁷.

الإطار 2. إعداد المهنيين الصحيين لرعاية كبار السن في المستقبل: الممارسات الجيدة في المنطقة

لبنان: مستشفى عين وزين، الجامعة الأميركية في بيروت والجامعة اللبنانية

اجتمعت في لبنان ثلاث مؤسسات ضمن برنامج تعاوني للمساعدة في بناء قدرات المهنيين الصحيين من أجل رعاية العدد المتزايد لكبار السن في البلد. ويربط هذا البرنامج مستشفى عين وزين، وهو مستشفى للرعاية الصحية المتقدمة في منطقة ريفية، ودار رعاية كبار السن التابع له، مع الجامعة الأميركية في بيروت والجامعة اللبنانية في شراكة هدفها توفير التدريب على طب الشيخوخة في الموقع شهرياً لثلاثة أطباء مقيمين، وزميلين يعملان في طب الشيخوخة، و12 طالب ماجستير من كل جامعة. ويقدم البرنامج برنامج ماجستير في علم الشيخوخة لطلاب أكملوا البكالوريوس في علوم التمريض.

مصر: جامعة عين شمس

في مصر برامج رئيسية لتشجيع التدريب في مجال طب الشيخوخة. ففي قسم طب المسنين وعلوم التعمّر في كلية الطب في جامعة عين شمس برنامج شهادة ماجستير وشهادة طب في طب الشيخوخة. وتشمل برامج التعليم التدريب النظري، وبرنامج إقامة متخصص ودورة تدريبية سريرية. وأدى هذا البرنامج إلى زيادة عدد المتخصصين والخبراء الاستشاريين المؤهلين في طب الشيخوخة في مصر وبلدان عربية أخرى، ويبلغ عدد المتخرّجين من هذا البرنامج سنوياً نحو 700-1,000 منذ عام 2002.

وقد بدأ يحظى مؤخراً بمزيد من الاهتمام في المنطقة. وتصدرت مصر مع لبنان في النهوض بالبحث والتدريب في هذا المجال¹⁰.

وإذا استمرّ النقص في المتخصصين في أمراض الشيخوخة والأطباء المدربين على طب الشيخوخة في معظم البلدان العربية، لن تكون المنطقة جاهزة لتلبية احتياجات كبار السن في المستقبل القريب، لأنّ دراسة الطب ذاتها تستغرق سنوات عديدة. ففي المغرب مثلاً، لو افترضنا أنّ نسبة كبار السن لكل متخصص في أمراض الشيخوخة في عام 2015 بقيت على حالها، ينبغي أن يتضاعف عدد المتخصصين تقريباً بحلول عام 2030 ليكون كافياً لخدمة كبار السن. ولو أرادت المغرب أن تضاهي فرنسا مثلاً في نسبة المتخصصين لكبار السن، ينبغي أن يزداد عدد المتخصصين لعام 2015 بنحو 22 مرّة، وأن يزداد العدد الحالي بنحو 40

نسبة من المتخصصين في أمراض الشيخوخة إلى مجموع كبار السن تسجلها البحرين (متخصص واحد لكل 8,250 شخصاً في الفئة العمرية 65 وأكثر)، يليها لبنان (متخصص واحد لكل 20 ألف شخص في الفئة العمرية 65 وأكثر). وتسجّل تونس، وهي من أسرع بلدان المنطقة في شيخوخة سكانها، أكبر عدد من المتخصصين في أمراض الشيخوخة (400 تقريباً)، فيما لا تتجاوز هذه النسبة متخصصاً واحداً لكل 100,000 مسن في معظم البلدان العربية الأخرى. وهذه النسب منخفضة إلى حدّ مخيف مقارنة مع البلدان غير العربية. ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً، متخصص واحد في أمراض الشيخوخة لكل 5,000-7,000 مسن⁹. ومع ذلك، فإن الجمعية الأمريكية لكبار السن تعتبر أنه لا بدّ من متخصص واحد في أمراض الشيخوخة لكل 700 مسن بلغوا 65 سنة وأكثر. ولا بدّ من الإشارة إلى أنّ طب الشيخوخة هو فرع جديد نسبياً في علم الطب

الجدول 16. تقدير العجز في الحماية الصحية في البلدان العربية

النسبة المئوية للسكان من دون تغطية قانونية	البلد
2006	الأردن
2010	الإمارات العربية المتحدة
2006	البحرين
2005	تونس
2005	الجزائر
...	جزر القمر
2008	الجمهورية العربية السورية
...	جيبوتي
2009	السودان
2006	الصومال
...	العراق
2005	عمان
2004	دولة فلسطين
2006	قطر
2006	الكويت
2007	لبنان
2004	ليبيا
2008	مصر
2007	المغرب
2010	المملكة العربية السعودية
2009	موريتانيا
2003	اليمن

المصدر: ILO, 2017, Statistical Annexes, Table B.13, Deficits in universal health protection by rural/urban areas

الرعاية الصحية الشاملة للجميع عقبة رئيسية تقوّض صحة السكان ورفاههم، ولا سيما كبار السن منهم.

ونسبة السكان الذين لا يستفيدون من التغطية الصحية مرتفعة جداً في جزر القمر، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والمملكة العربية السعودية، وموريتانيا، واليمن. ويبيّن الجدول 16 أحدث البيانات، ورغم التحسينات التي قد تكون تحققت منذ نشر تلك البيانات، يبقى النقص في الحماية الصحية كبيراً جداً. والإنفاق الفردي من الجيب مرتفع أيضاً (كما تبين في الفصل الثاني) يصل حتى 76 في المائة في اليمن. لذلك، على البلدان العربية أن تكثّف من الجهود الرامية إلى تلبية الاحتياجات الصحية للعدد المتزايد من كبار السن الذين

مرّة بحلول عام 2030¹¹. وهذا الوضع بعيد المنال في المستقبل القريب نظراً لعدد السنوات اللازمة لتدريب المتخصصين؛ ومع ذلك، ما زال من الممكن إحراز تقدم كبير إذا بُذلت الجهود اللازمة الآن. فمن الضروري إذاً النظر في حلول بديلة، مثل تدريب جميع المهنيين الصحيين على رعاية كبار السن، واجتذاب الأطباء المتخصصين من الخارج.

3. الرعاية الصحية الشاملة للجميع

الافتقار الشديد إلى متخصصين في طب الشيخوخة ليس العقبة الوحيدة أمام تأمين الرعاية الطبية اللازمة لكبار السن اليوم وفي المستقبل القريب، بل إن غياب

الإطار 3. دراسة عن الحالة الصحية للاجئين كبار السن السوريين في لبنان واحتياجاتهم

الهدف

تمييز الحالة الجسدية والعاطفية والعادات الغذائية، وممارسات التكيف، والظروف المعيشية لكبار السن الذين وصلوا إلى لبنان بين آذار/مارس 2011 وآذار/مارس 2013.

المنهجية

أخذت عيّنة من 210 لاجئين من قائمة من 1800 لاجئ تجاوز عمرهم 60 سنة يتلقون مساعدة من مركز اللاجئين في كاريتاس لبنان أو الجمعية الخيرية للمرأة الفلسطينية. وجمع الباحثون الاجتماعيون من المؤسسات معلومات نوعية وكمية خلال عام 2013.

النتائج

وصف ثلثا اللاجئين كبار السن حالتهم الصحية بالضعيفة أو الضعيفة جداً. وأفاد معظمهم عن إصابتهم بمرض واحد غير مُعدٍ على الأقل، ويعاني 60 في المائة منهم من ارتفاع ضغط الدم، و47 في المائة من داء السكري، و30 في المائة من أحد أمراض القلب. وأُعرب 87 في المائة من المستجوبين عن صعوبة في تحمّل كلفة الدواء. والعوائق الجسدية شائعة جداً، فقد أفاد 47 في المائة عن صعوبة في المشي و24 في المائة عن فقدان النظر. و10 في المائة منهم تقريباً غير قادرين على مغادرة المنزل و4 في المائة مقعدون في السرير. ومعظمهم بحاجة إلى معينات طبية مثل عصي للمشي ونظارات طبية. والغذاء أيضاً غير كاف، فقد أشار اللاجئون كبار السن إلى انخفاض مستمر في كمية الطعام، وعدم تناول جميع الوجبات الرئيسية، والحد من تناول الفواكه والخضروات واللحوم، وذلك بسبب حرص كبار السن على توفير مزيد من الغذاء لأفراد الأسرة الأصغر سناً في غالب الأحيان. وأفاد نحو 61 في المائة من اللاجئين عن شعورهم بالقلق، وأفادت نسبة كبيرة من كبار السن عن الشعور بالاكتمال والوحدة وبأنهم يشكّلون عبئاً على أسرهم. وأشار نحو 74 في المائة من اللاجئين كبار السن إلى الاعتماد على المساعدة الإنسانية بدرجات متفاوتة.

الخلاصة

خلصت الدراسة إلى أن اللاجئين كبار السن من الجمهورية العربية السورية معرّضون لمخاطر جمة، وهم بحاجة إلى متابعة صحية ومساعدة متخصصة. وقد ركّزت برامج مساعدة السكان المعرضين للمخاطر بشكل عام في خدماتها على النساء والأطفال، متجاهلة كبار السن.

المصدر: Strong and others, 2015.

وتتراوح الإعاقة بين العجز عن الحركة وفقدان النظر وضعف القدرات العقلية، وتتطلب جميعها سياسات اجتماعية وصحية مختلفة. وإذا كانت البلدان غير مستعدة، فستسبب هذه الظروف لا محال بظغوط كبيرة على الخدمات الصحية. ويمكن أن يكون للنفقات الطبية ولعبء الرعاية الطويلة الأجل أثر سلبي على اليد العاملة وعلى الإنتاجية. ويمكن التخفيف من هذه التكاليف عن طريق آليات الوقاية المناسبة، بما في ذلك حسن إدارة المشاكل المرتبطة بالأمراض المزمنة والصحة العقلية¹³. وتضمن الفصل الثاني لمحة موجزة عن الإعاقة في المنطقة العربية، وأظهر ترابطاً إيجابياً بين الإعاقة والفئات العمرية الأكبر سناً، وألقى الضوء على الاختلاف في معدلات الإعاقة لدى كبار السن بين البلدان العربية، كما أظهر تزايد مخاطر تعرّض المرأة خاصة للإعاقة في مختلف البلدان.

وتعتبر الإعاقة من أهم محدّدات الصحة في المستقبل¹⁴. ولاحتساب عدد السنوات التي يفقدها كبار السن من عمرهم المتوقع بسبب الإعاقة، تستخدم في هذا القسم تقديرات العمر المتوقع بدون إعاقة في عدد

هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض غير المعدية، وهم بذلك عرضةً لمزيد من المخاطر في غياب التغطية الصحية.

وتضعف الأزمات الإنسانية أيضاً قدرة كبار السن على الحصول على الخدمات الصحية، ما يزيد من خطر تعرضهم للمرض والإعاقة (الإطار 3). وتعاني البلدان التي تشهد نزاعات من شح الموارد وضعف القدرات المؤسسية، ما يؤدي إلى ضعف النظم الصحية التي كثيراً ما تعجز عن تلبية احتياجات السكان¹². وتتفاقم معاناة كبار السن في البلدان المتضررة من النزاعات من محدودية الخدمات الصحية بسبب قلة موارد الدولة وتضرر المرافق الطبية. لذلك، يحتاج كبار السن في تلك البلدان إلى اهتمام خاص من الدولة ومن المنظمات المشاركة في جهود إعادة الإعمار والتنمية في مرحلة ما بعد انتهاء الحرب.

4. الإعاقة

يؤثر تزايد الأمراض المزمنة على طبيعة الإعاقة وانتشارها، فتؤدي الشيخوخة في الكثير من الأحيان إلى زيادة عدد الأشخاص المعرضين للإصابة بإعاقة.

الجدول 17 . العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً مع إعاقة أو بدونها في عدد من البلدان العربية

البلد	السنة المرجعية للبيانات المتعلقة بالإعاقة	الفترة المرجعية المستخدمة في جدول الوفيات	ذكور			إناث		
			العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً بدون إعاقة	السنوات المفقودة بسبب الإعاقة	العمر المتوقع مع إعاقة	العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً بدون إعاقة	السنوات المفقودة بسبب الإعاقة	العمر المتوقع مع إعاقة
الأردن	2015	2015-2020	18.2	2	16.2	20.7	3	17.7
البحرين	2010	2010-2015	18.9	3	15.9	20	3.2	16.9
العراق	2013	2010-2015	16.2	1.6	14.6	18.6	2.1	16.5
عمان	2010	2010-2015	19.3	2.6	16.8	22	3.5	18.5
دولة فلسطين	2007	2005-2010	17.1	2.6	14.5	19.4	3.5	15.9
قطر	2010	2010-2015	20.1	1.1	19	21.6	1.6	20.1
مصر	2016	2015-2020	16.3	1.5	14.8	18.8	2.2	16.6
المغرب	2014	2010-2015	19.2	4.5	14.7	21	6.1	14.9
المملكة العربية السعودية	2016	2015-2020	17.9	1.2	16.7	20.3	1.8	18.5
موريتانيا	2013	2010-2015	15.8	0.7	15	17	0.7	16.3
اليمن	2014	2010-2015	15.4	1.8	13.6	17.1	2.9	14.2

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى The life table of the medium variant of the World Population Prospects: The 2017 Revision, إلى .projections and ESCWA data on disability

الجدول 18. السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر المصابون بإعاقة في عامي 2030 و2050 حسب ثلاثة سيناريوهات (بالآلاف)

السيناريو البلد	عام	انخفاض بنسبة 10 في المائة		المعدّل الثابت		ارتفاع بنسبة 10 في المائة	
		ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
الأردن	2015	—	—	25	35	—	—
	2030	44	60	49	67	54	73
	2050	89	121	110	150	133	181
البحرين	2010	—	—	3	3	—	—
	2030	13	10	15	11	16	12
	2050	27	19	33	24	40	29
العراق	2013	—	—	74	98	—	—
	2030	122	173	136	192	149	212
	2050	266	357	329	441	398	533
عمان	2010	—	—	8	7	—	—
	2030	28	19	31	21	35	23
	2050	83	55	103	68	125	82
دولة فلسطين	2007	—	—	12	14	—	—
	2030	27	35	30	38	32	42
	2050	58	75	72	92	87	112
قطر	2010	—	—	1	1	—	—
	2030	4	3	5	3	5	3
	2050	9	9	11	11	13	13
مصر	2016	—	—	280	372	—	—
	2030	363	480	403	534	444	587
	2050	660	859	815	1 061	986	1 284
المغرب	2014	—	—	357	478	—	—
	2030	623	828	693	920	762	1 012
	2050	931	1 303	1 149	1 608	1 390	1 946
المملكة العربية السعودية	2016	—	—	65	55	—	—
	2030	157	108	174	121	192	133
	2050	296	275	366	340	443	411
اليمن	2014	—	—	73	109	—	—
	2030	102	167	114	186	125	204
	2050	236	362	291	447	352	541

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى إحصاءات الإعاقة في الدول العربية 2017 وWorld Population Prospects: The 2017 Revision (medium variant). ملاحظة: تختلف سنوات البداية حسب توافر بيانات الإعاقة من آخر تعداد في كل بلد ووفقاً لبيانات الإسكوا على: www.unescwa.org/sites/www.3-unescwa.org/files/u593/arab_disability_in_numbers_2017.pdf

ويشير الجدول 17 إلى أنّ كيبيرات السن أكثر عرضةً من كبار السن لمخاطر الإعاقة، فباستثناء البحرين وموريتانيا، عدد السنوات المفقودة في العمر المتوقع بسبب الإعاقة أعلى لدى النساء منه لدى الرجال. ويبيّن أيضاً أنّ كيبيرات السن في المغرب، وعمان، ودولة فلسطين، واليمن يعانين أشدّ المعاناة من آثار الإعاقة، ويعشن فترة أطول من حياتهن ككيبيرات سن (بعد سن

من البلدان¹⁵. ويعرض الجدول 17 العمر المتوقع في الستين ومكوّناته، والعمر المتوقع بدون إعاقة، وعدد السنوات التي يُتوقع أن تُضيع بسبب الإعاقة. ويبيّن أنّ كبار السن وكيبيرات السن في قطر يتمتعون بأعلى عمرٍ متوقّع بدون إعاقة عند بلوغ ستين عاماً، وفي المغرب يفقد كبار السن وكيبيرات السن أعلى عدد من السنوات بسبب الإعاقة، أي 4.5 و6.1 سنة على التوالي.

تعميم مفهوم «الشيخوخة السليمة» وضمان حصول السكان عليها من خلال مبادرات مختلفة كحملات التوعية الوطنية التي تشجع على ممارسة الرياضة البدنية والحرص على التغذية الجيدة للوقاية من المخاطر الصحية المرتبطة بالبدانة والضعف الجسدي.

دال. مستويات تعليم كبار السن بحلول عامي 2030 و2050

التعليم ضروري لاندماج كبار السن في المجتمع، فهو يمكّنهم من تطوير مهارات جديدة، وتعزيز الشبكات الاجتماعية، والشعور بالقدرة على مواجهة تحديات الحياة¹⁷. وبعتماد نهج شامل لمختلف مراحل الحياة في السياسات المتعلقة بالسكان، ينبغي تزويد من هم في سن العمل اليوم (كبار السن في المستقبل) بمزيد من الفرص لتعلّم المهارات اللازمة واكتسابها من أجل تعزيز المنعة وبناء القدرات التي تساعد على الإسهام بشكل أفضل في مجتمعاتهم لدى بلوغهم سن الشيخوخة.

وحسب التوقعات السكانية الجديدة، المصنفة حسب العمر والجنس والتحصيل العلمي¹⁸، ستحلّ الشرائح الأصغر سناً والأفضل تعليماً محلّ الشرائح الأكبر سناً الأقل تعليماً خلال العقود المقبلة¹⁹. وتصنّف الفئات التعليمية في التحليل كالتالي:

- بدون تحصيل علمي: لم يذهبوا قط إلى المدرسة؛
- تعليم ابتدائي: حصلوا بعض التعليم الابتدائي، أو أتقوا التعليم الابتدائي، أو لم يستكملوا المراحل الأولى من التعليم الثانوي؛
- تعليم ثانوي: أتقوا المراحل الأولى من التعليم الثانوي، أو لم يتقوا المستوى الأول من التعليم الجامعي؛
- تعليم ما بعد الثانوي: أتقوا المستوى الأول من التعليم الجامعي أو العالي.

يبين الجدول 19 نتائج المتغير المتوسط للاتجاهات المستقبلية في مستويات تعليم السكان كبار السن في جميع البلدان العربية²⁰. ويستند السيناريو إلى

مع إعاقة مقارنة مع كبريات السن في البلدان الأخرى. ويزيد خطر تعرض المرأة للمخاطر بسبب عدد من العوامل، فهي تعيش أكثر من الرجل، ولكنها تحظى في العموم بخدمات صحية أقل وهي أكثر عرضةً لاعتلال الصحة بسبب الحمل وسوء التغذية. كما أنّ كبريات السن أكثر عرضة للإصابة بكسور بسبب هشاشة العظام، ما قد يؤدي إلى الإعاقة أو حتى إلى الوفاة.

تتفق هذه النتائج مع ما ورد في التقرير العالمي حول الإعاقة لعام 2011¹⁶ الذي يحذّر من تحوّل الإعاقة في السنوات المقبلة إلى مصدر قلق كبير بسبب تفشيها نتيجةً لشيخوخة السكان وارتفاع خطر إصابة كبار السن بالإعاقة، وازدياد الأمراض المزمنة في العالم، مثل داء السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان، واضطرابات الصحة العقلية.

ولا بدّ من الإشارة إلى أنّ حالة التنمية الاجتماعية والاقتصادية، والإنجازات الطبية المتطورة، والنزاعات القائمة جميعها عوامل تصعب في الحقيقة من إمكانية التنبؤ بمستقبل الإعاقة. ومع ذلك، تعطي الإسقاطات في الجدول 18 تقديراً عاماً لعدد كبار السن الذين قد يعانون من إعاقة في المستقبل. ويطبّق أحد النهج المعتمدة معدّل إعاقة كبار السن الحالي، الذي يُعدّ مقياساً للصحة والقدرات الوظيفية، على إسقاطات عدد الأشخاص الذين ستبلغ أعمارهم 60 سنة وأكثر في المستقبل بافتراض معدل ثابت للإعاقة، مقدّر حسب آخر البيانات المتاحة (سيناريو المعدل الثابت في الجدول 18). ويتضمن الجدول سيناريوهين آخرين، يفترض أولهما انخفاض المعدل بنسبة 10 في المائة، والثاني ارتفاع آخر معدّل ملاحظ بنسبة 10 في المائة.

وتبيّن جميع السيناريوهات أنّ عدد كبار السن الذين يعانون من إعاقة قد يرتفع بسرعة بحلول عام 2030. ومن المتوقع مثلاً أن يزداد العدد للذكور في المملكة العربية السعودية بين عامي 2016 و2030 بنسبة 167 في المائة في سيناريو المعدل الثابت، وبنسبة 195 في المائة إذا ارتفع المعدل بنسبة 10 في المائة، أو بنحو 142 في المائة إذا انخفض المعدل بنسبة 10 في المائة.

ومن سبل الحدّ من خطر تعرّض كبار السن للإعاقة

الجدول 19. التحصيل العلمي المتوقع لكبار السن في المنطقة العربية (بالنسبة المئوية)

السنة	ذكور				إناث			
	بدون تحصيل علمي	ابتدائي	ثانوي	ما بعد الثانوي	بدون تحصيل علمي	ابتدائي	ثانوي	ما بعد الثانوي
2015	44.5	25.1	19.2	11.2	74.1	13.9	8.2	3.8
2030	24.9	25.0	33.9	16.2	51.7	19.6	20.4	8.4
2050	11.3	20.4	46.6	21.6	22.8	19.3	38.2	19.7

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى Lutz, Butz and Samir K.C., 2014.

تعليمهم جداً في بلدان أخرى، كما يظهر في الأشكال 18 و19 و20 (ويمكن الاطلاع على المرفقين 18 و19 للبيانات على مستوى البلدان). وفي عام 2015، سُجّلت في جزر القمر والسودان والصومال والمغرب وموريتانيا أعلى نسب من كبار السن الذكور والإناث بدون تعليم؛ وبالمقابل سُجّلت في عمان وقطر والكويت واليمن أدنى نسب من الذكور كبار السن بدون تعليم؛ وفي الإمارات العربية المتحدة وقطر والكويت ولبنان أدنى نسب من كبيرات السن بدون تعليم. ولكن يتوقع أن تتغير هذه النتائج في المستقبل. ففي عام 2030، يتوقع أن تبقى في جزر القمر والسودان والصومال والمغرب وموريتانيا أعلى نسب من كبار السن بدون تعليم؛ في حين يرجح أن تسجّل في عمان ودولة فلسطين وقطر ولبنان أدنى نسب من الذكور كبار السن بدون تعليم؛ وفي الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر ولبنان أدنى نسب من كبيرات السن بدون تعليم. وفي عام 2050، يتوقع أن تسجّل في السودان والصومال وليبيا والمغرب وموريتانيا أعلى نسب من كبار السن بدون تعليم؛ وفي الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر ولبنان أدنى نسب من كبيرات السن بدون تعليم؛ وفي دولة فلسطين وقطر ولبنان والمملكة العربية السعودية أدنى نسب من الذكور كبار السن بدون تعليم.

ولإلمام بالقراءة والكتابة أثر جسيم على وضع كبار السن واحتياجاتهم وقدراتهم²¹. وإضافة إلى ذلك، فإن المستويات الأعلى من التعليم ترتبط بزيادة الفوائد الاجتماعية والاقتصادية لكبار السن. ومن المرجح أن تحقق بعض البلدان العربية تحسناً في هذه المجالات. إذ يتوقع أن يتحسن مستوى تعلّم الذكور كثيراً في الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين ولبنان والمملكة العربية السعودية، ومستوى تعلّم الإناث في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت ولبنان. ولكن، ما

الاتجاهات السابقة للتعليم، ويظهر جهوداً مطردة لزيادة التحصيل العلمي في مرحلتي الشباب وأوائل سن البلوغ، ويؤكد أنّ تحسين المستوى العلمي للسكان كبار السن مبرمج بالفعل في الهيكل العمري.

ويتوقع أن يتحسن مستوى التعليم لدى الرجال والنساء. وتشير البيانات إلى أنّ نسبة الذكور كبار السن الذين هم بدون تعليم بلغت 44.5 في المائة في عام 2015، ورغم ما يتوقع من تحسن، تشير التوقعات إلى أنّ ربع الذكور كبار السن (24.9 في المائة) سيظلون بدون تعليم بحلول عام 2030، وتنخفض هذه النسبة إلى 11.3 في المائة بحلول عام 2050. وستزداد نسبة الذكور كبار السن الحاصلين على التعليم الثانوي على الأقل من 30.4 في المائة في عام 2015 إلى 50 في المائة في عام 2030. ولكن بحلول عام 2050، سيظل نحو 30 في المائة من الذكور كبار السن دون المستوى الثانوي من التعليم.

ومن المرجح أن تستمر النساء من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر في بلوغ مستوى من التعليم أقل من نظرائهن من الرجال؛ فما يقارب ثلاثة أرباع النساء كبيرات السن كنّ بدون تعليم في عام 2015، ويتوقع أن تتحسن هذه النسبة بعض الشيء، إلا أنّ أكثر من نصف كبيرات السن سيكنّ بدون تعليم في عام 2030، وكذلك أكثر من خمسهنّ في عام 2050، وهذه النسب هي ضعف النسب لدى الرجال. ويتوقع أيضاً أن تبلغ نسبة النساء اللواتي لم يحصلن على تعليم ثانوي 71.3 في المائة بحلول عام 2030 (7 من كل 10 نساء)، و42.1 في المائة بحلول عام 2050 (4 من كل 10 نساء).

لكن خلف هذه الأرقام تفاوتات كبيرة بين البلدان العربية. ففي بعض البلدان، حصل السكان كبار السن مستويات متقدمة من التعليم، بينما تأخر مستوى

هاء. البيئة المؤازرة: عناية الأسرة بكبار السن

تبيّن في الفصول السابقة أنّ الأقارب هم أكثر من يُعنى بكبار السن في المنطقة العربية. إلا أنّ الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية تضعف الروابط والتعاقد بين أفراد الأسرة من مختلف الأجيال. وكثيراً ما تواجه العائلات تحديات في تلبية ما يحتاجه أفرادها كبار السن من عناية، فيعجز بعض كبار السن عن تلبية احتياجاتهم نظراً لمحدودية نظم الحماية الاجتماعية القائمة.

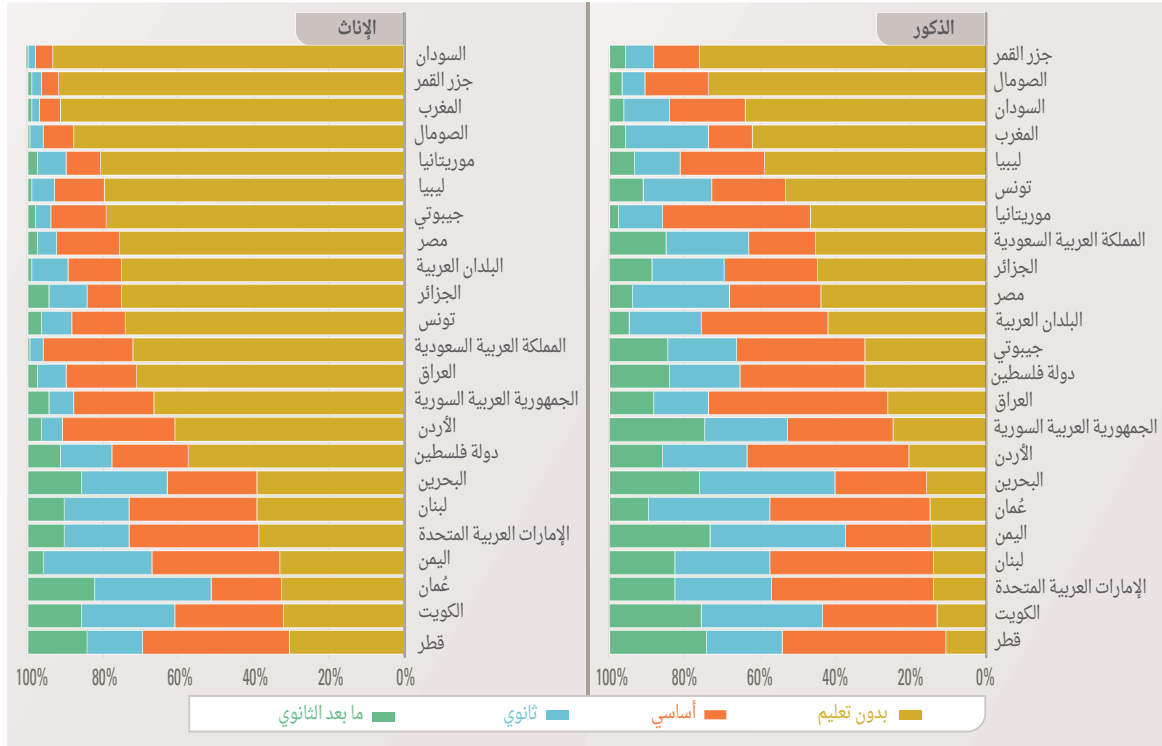
ومن ناحية أخرى من المرجح أن ينخفض عدد أفراد الأسرة القادرين على تأمين الرعاية لكبار السن بسبب عوامل عدة كتقلص حجم الأسرة، وتأخر سن الزواج، وتغيّر الترتيبات المعيشية، وازدياد مشاركة المرأة في سوق العمل، وزيادة حركات الهجرة، وانخفاض الخصوبة، والتوسع الحضري والبطالة لدى الشباب والبالغين.

ونظراً إلى تحسّن متوسط العمر المتوقع، وبما أن مستوى الإعالة يتغيّر مع العمر، من المتوقع أن ينمو

لم تُتخذ تدابير إضافية لزيادة مستوى تعلّم السكان الذين هم في سن العمل حالياً، من المرجح ألا يبلغ ما يقارب نصف عدد الرجال كبار السن و65 في المائة من كيبيرات السن المستوى الثانوي من التعليم بحلول عام 2030. ومن المرجح أيضاً أن تُسجّل في جزر القمر وجيبوتي والسودان والمغرب وموريتانيا أدنى نسب من كبار السن الرجال والنساء ذوي التعليم الثانوي على الأقل بحلول عام 2030. ويتوقع أن تبقى هذه النتائج بدون تغيّر يذكر بحلول عام 2050، كما يظهر من الشكلين 19 و20.

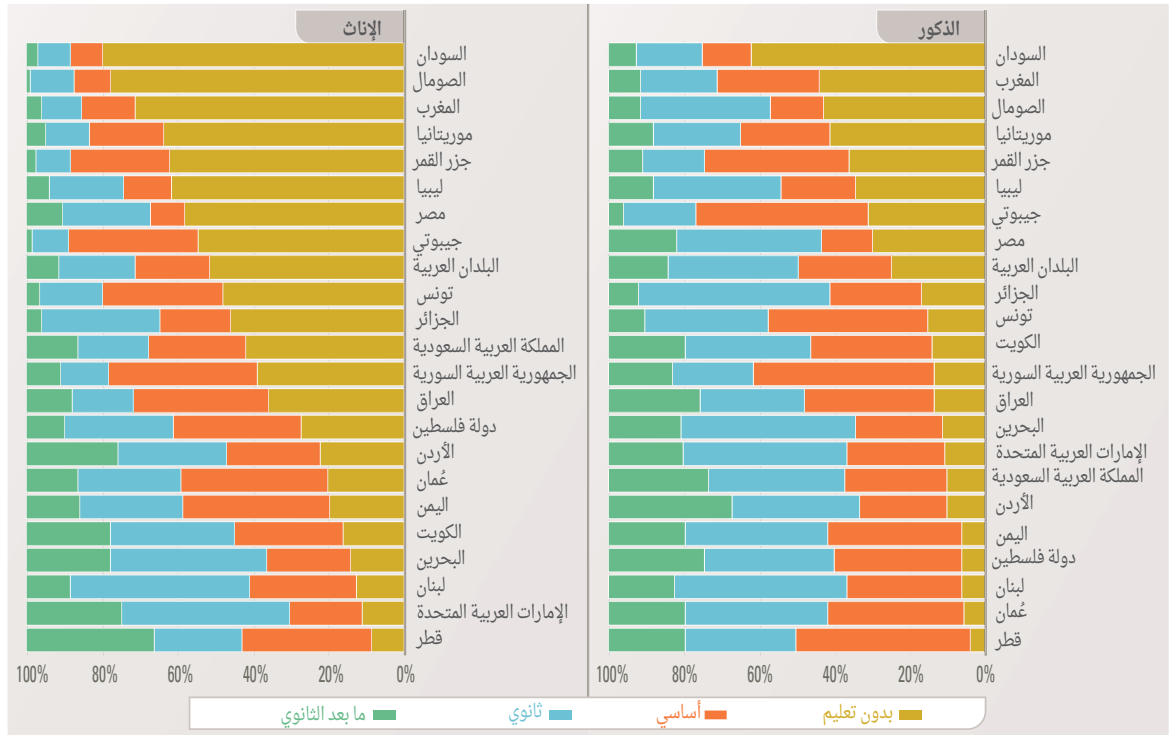
وييسّر التعليم والإلمام بالقراءة والكتابة لكبار السن الاستفادة من وسائل التقدم التكنولوجي. وكثيرة هي التكنولوجيات التي يمكنها أن تساعد كبار السن على العيش بكرامة ورصد صحتهم وسلامتهم (مثل الأجهزة المحمولة والأدوات الممكن ارتداؤها، والتكنولوجيات التي تتيحها شبكة الإنترنت، والتطبيب عن بعد، وزيارة الأطباء عبر مكالمات الفيديو، ورصد حالة المرضى عن بعد)، والتواصل مع الأصدقاء وأفراد الأسرة عبر المنصات الاجتماعية على الإنترنت²².

الشكل 18. الذكور والإناث من الفئة العمرية 60 سنة أو أكثر، حسب مستوى التعليم، في المنطقة العربية 2015



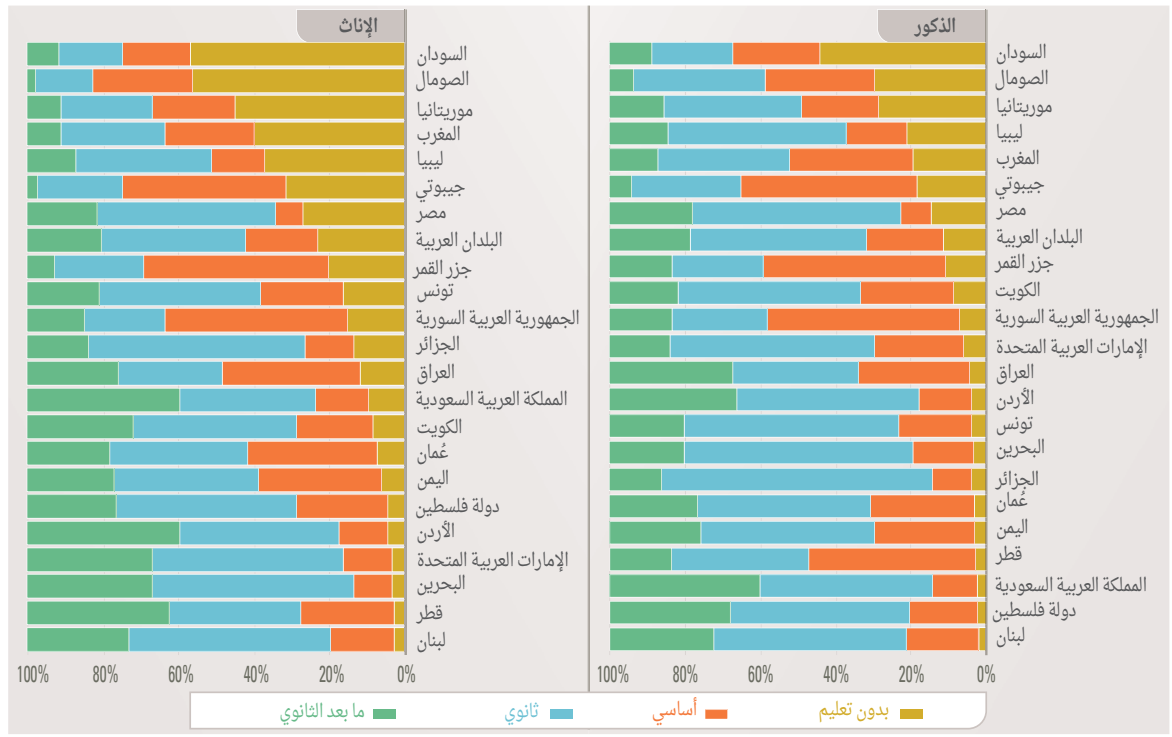
المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى Lutz, Butz and Samir K.C., 2014.

الشكل 19. الذكور والإناث من الفئة العمرية 60 سنة أو أكثر، حسب مستوى التعليم، في المنطقة العربية، 2030



المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى Lutz, Butz and Samir K.C., 2014.

الشكل 20. الذكور والإناث من الفئة العمرية 60 سنة أو أكثر، حسب مستوى التعليم، 2050



المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى Lutz, Butz and Samir K.C., 2014.

بالرعاية الصحية أولويةً لتأمين رفاههم. وينبغي أن تولي البلدان انتباهاً خاصاً للخدمات الطبية الخاصة بالأمراض غير المعدية التي يرجح أن تزداد مع تزايد عدد كبار السن. ومن الأبعاد المهمة للاستجابة لاحتياجات كبار السن الصحية زيادة أعداد الأطباء المتخصصين بالشيخوخة، وتطوير مؤسسات لرعاية كبار السن، وتكييف منظومة الرعاية الصحية بتطوير الأبعاد الوقائية والتثقيفية والعلاجية والتأهيلية.

وتتفاقم المخاطر التي يتعرض لها كبار السن بسبب الأمية التي تعاني غالبيتهم منها. وستحسن في العقود المقبلة مستويات تعلّم كبار السن، غير أنّ نسبة كبيرة منهم، ولا سيما النساء، ستظل بدون تعليم وبالتالي معرضة للمخاطر ولصعوبة اندماجها في المجتمع. من الضروري إذاً تعميم حملات التوعية لتشجيع الرجال والنساء، ولا سيما من هم في سن العمل، على الإلمام بالقراءة والكتابة.

في منطقة لطالما كانت فيها العناية بكبار السن مسؤولية أسرية، سيكون لانخفاض الخصوبة وتغير أدوار الجنسين والترتيبات المعيشية أثر كبير على رفاه كبار السن. وبالنسبة إلى العديد من الأسر، تتراقف التغيرات الاجتماعية والديمقراطية الحالية مع ارتفاع مستويات الفقر والبطالة، وزيادة الهجرة، والتوسع الحضري، واندلاع النزاعات المسلحة في بعض البلدان. وتقلص هذه العوامل من قدرة أفراد الأسرة على تأمين الرعاية لمن يعملون من كبار السن. ولذلك على البلدان أن تعطي الأولوية لوضع سياسات توّفر خدمات ميسورة الكلفة وعالية الجودة يسهل وصول كبار السن، ولا سيما كبيرات السن، إليها (مثل الرعاية النهارية والرعاية المنزلية التكميلية). وينبغي أن تدعم السياسات أيضاً الأسر التي توفر العناية لكبار السن، وتشجع التعاقد بين أفراد الأسرة من مختلف الأجيال وضمن الجيل الواحد، وتقدّم التدريب لمقدمي الرعاية الأسرية.

يتطلب صون حقوق الإنسان لكبار السن ورفاههم من البلدان أن تعتمد نهجاً متكاملاً يشمل جميع مراحل الحياة، تعكسه الاستراتيجيات والبرامج المنسقة، وتشارك فيه جميع الأطراف المعنية لضمان الرعاية الشاملة والمتكاملة لكبار السن. وجمع بيانات مصنفة ودقيقة وموحدة في غاية الأهمية أيضاً لوضع سياسات مستندة إلى الأدلة ومحددة الأهداف.

الطلب على العناية الطويلة الأجل، كما يتوقع أن تستمر في المستقبل الأسباب المؤدية إلى تقلص الأسرة لتقتصر على الأسرة النواة. ويتوقع أن تزداد صعوبة تقديم الرعاية الأسرية لكبار السن فتتفاقم الضغوط على الأسر الموسعة وعلى الموارد العامة. ولذلك ينبغي أن تضطلع البلدان بدور قيادي في تنسيق الجهود الرامية إلى تأمين الدعم لكبار السن وعائلاتهم، من خلال توسيع نطاق تغطية نظم الحماية الاجتماعية؛ وتحسين مهارات وقدرات أفراد الأسرة على العناية بكبار السن؛ وتعزيز التآزر بين مختلف الأطراف المعنية بتقديم الرعاية لكبار السن، بما فيها المؤسسات الصحية، ودور الرعاية، وغيرها من منظمات المجتمع المدني؛ وتعزيز نظم الرعاية الطويلة الأجل.

واو. استنتاجات وخلاصة

ترسم التوقعات في هذا الفصل صورة قاتمة عن مستقبل كبار السن وهي فئة تتنامى بسرعة وما لا شك فيه أنهم سيعانون من ظروف أكثر قساوة مما هي عليه اليوم ما لم تتخذ البلدان العربية خطوات فورية لتدارك الوضع الهش، فتمكّن كبار السن في مختلف أنحاء المنطقة من العيش بكرامة. وتزداد التحديات تعقيداً نتيجة الانتقال السريع إلى الشيخوخة. فبحلول عام 2050 ستسجل في تونس والجزائر والكويت ولبنان وليبيا والمغرب والمملكة العربية السعودية معدلات عالية جداً من كبار السن. وبالتالي، أمام هذه البلدان إطار زمني قصير للغاية لتعتمد تدابير تصون حقوق الإنسان لكبار السن التي تركزها أطر عالمية عدة، منها خطة عام 2030.

ولعيش حياة بكرامة لا بد من حد أدنى من الدخل، غير أنّ الإحصاءات المتوفرة تشير إلى أنّ قلة هم كبار السن الذين يتلقون معاشات تقاعد اليوم. كما أنّ غالبية الأشخاص في سن العمل اليوم يرجح بل يخشى ألا يحظوا بمعاشات تقاعد في المستقبل، ما لم تتخذ تدابير لتوسيع نطاق خطط التقاعد.

ويعاني كبار السن أيضاً، ولا سيما في أقل البلدان العربية نمواً، من ارتفاع الإنفاق من أموالهم الخاصة على الرعاية الصحية. ولذلك، في ظل تزايد أعداد كبار السن في المستقبل، لا بد من إيلاء التغطية الشاملة



لا بد من تحوّل منهجي في نظرة الحكومات والمجتمعات إلى كبار السن في سبيل دعم حقهم في شيخوخة لائقة. والنظرة إلى كبار السن باعتبارهم عبئاً على الدولة والأسرة يجب أن تُستبدل بنهج قائم على الحقوق لحمايتهم وتمكينهم وتقدير قيمتهم كمواطنين فاعلين كمواطنين فاعلين يستطيعون المشاركة في مختلف الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية، والقيام بمساهمات قيّمة في أسرهم ومجتمعاتهم.

5. وضع سياسات للشيخوخة في المنطقة العربية: تلبية احتياجات كبار السن اليوم، وفي عام 2030، وما بعده

ألف. مقدمة

2050. وبحلول عام 2030، سيصل عدد السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر إلى 49.6 مليون ومن الفئة العمرية 75 سنة وأكثر إلى 10.5 ملايين تقريباً.

ومن المهم الإقرار بقيمة كبار السن الاقتصادية والاجتماعية إلى جانب ضمان حمايتهم الاجتماعية وحصولهم على دخل آمن في سن الشيخوخة. فسيواصل كبار السن تقديم مساهمات كبيرة في النمو البشري والاقتصادي في المنطقة، من خلال المشاركة النظامية وغير النظامية في سوق العمل، ونقل الأصول والموارد إلى الأسر والمجتمعات، وتقديم الدعم إلى العائلة، والمشاركة في الحياة السياسية. ومع ذلك، يستعرض هذا التقرير تجارب مختلفة لكبار السن، ويبيّن أن كثيرين يواجهون صعوبات مرتبطة بالجنس، وغياب المشاركة في سوق العمل النظامية، وانخفاض مستوى التحصيل العلمي، وضعف الصحة، إلى جانب أمور أخرى. وتهدف نظم الحماية الاجتماعية الشاملة، بما في ذلك اعتماد حد أدنى للحماية الاجتماعية، إلى توفير الرعاية لجميع فئات المجتمع، والتخفيف من حدة الفقر ومن عدم المساواة في سن الشيخوخة.

ومع أنه ينبغي الاحتفاء بارتفاع العمر المتوقع والاستفادة من تجارب كبار السن واستخدامها، تؤدي شيخوخة السكان إلى تزايد الحاجة إلى الرعاية الطويلة الأجل، وهي في تعريفها مجموعة من الأنشطة والعلاقات المتداخلة بين الدولة والسوق والأسرة. تهدف إلى تلبية الاحتياجات الصحية والاجتماعية لكبار السن. وتتألف نظم الرعاية الصحية الطويلة الأجل من نظامين أساسيين (ومتوازيين في الكثير من الأحيان)، هما: الجهات غير المنظمة، مثل أفراد الأسرة الذين لا يتقاضون أجراً لقاء تقديم الرعاية ومقدمي الرعاية المنزلية الذين تستخدمهم الأسرة لقاء أجر؛ والجهات المنظمة، مثل مقدّمي خدمات التمريض والدعم الذين توظفهم هيئات رسمية. ويبيّن الفصل الثالث من هذا

تدعو خطة عام 2030 الحكومات إلى «عدم إهمال أحد». وقد وضعت أهداف التنمية المستدامة من أجل القضاء على الفقر الذي يطال الفئات المعرضة للمخاطر، وضمان النمو البشري، والحدّ من أوجه عدم المساواة في الدخل والأمن. ومع شيخوخة السكان، من الضروري أن تضع الحكومات نظم حماية اجتماعية ملائمة، تشمل خططاً للتقاعد ونظم رعاية أكثر شمولاً وتكاملاً لكبار السن. ولهذه التدابير المتوازية دور حاسم لضمان رفاه كبار السن، وحقوقهم، واندماجهم في المجتمع، وحصولهم على دخل. وترتبط تلبية احتياجات كبار السن أيضاً بتحقيق عدد من أهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك مكافحة الفقر وضمان المساواة بين الجنسين، والحدّ من أوجه عدم المساواة، وتحقيق النمو الاقتصادي، وتوفير العمل اللائق، وبناء مدن شاملة ومستدامة. واعتماد منظور شامل لمختلف مراحل الحياة من خلال وضع سياسات وخطط للحماية الاجتماعية تشمل جميع الفئات العمرية، يساعد على إتاحة فرص أفضل للأجيال المقبلة لتتمتع بحياة لائقة وبكرامة في سن الشيخوخة. ويتلزم هذا النهج الشامل لمسار الحياة مع أهداف التنمية المستدامة، ولا سيما الهدف 3 بشأن ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

وتبيّن التحليل الشاملة الواردة في هذا التقرير أن المنطقة العربية ستشهد تغيّرات ديمغرافية واجتماعية واقتصادية هامة في العقود المقبلة، بما في ذلك تغيّرات في هيكل الأسرة، وفي الهجرة، والتوسع الحضري، والقوى الاجتماعية، وشيخوخة السكان. وتطرّح شيخوخة السكان تحدياً كبيراً لصانعي السياسات في المنطقة: فيكاد عدد كبار السن (من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر) يبلغ حالياً 27 مليوناً، ومن المتوقع أن يتجاوز 100 مليون بحلول عام 2050، لتزيد نسبتهم من السكان عن 15 في المائة في عام

السياسات الوطنية والدولية، مثل أهداف التنمية المستدامة والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ويمكن لهذا العمل المتسق أن يحسّن ويوسّع نطاق الجهود المبذولة حالياً لوضع سياسات عالية الجودة لقضايا الشيخوخة في العديد من البلدان، ضمن هيكل متكامل.

وتدعو أهداف التنمية المستدامة الحكومات إلى تحقيق ثلاث مجموعات من الأهداف في الوقت نفسه، هي: النمو الاقتصادي والحدّ من الفقر؛ والدمج الاجتماعي؛ والاستدامة البيئية. ومن أهداف التنمية المستدامة المرتبطة باحتياجات كبار السن، الهدف 3 بشأن ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار؛ والهدف 5 بشأن تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات؛ والهدف 11 بشأن جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وآمنة وقادرة على الصمود ومستدامة. وللنجاح في بلوغ هذه الأهداف، لا بد من اعتماد نهج جديدة تتناسب مع ما يُتَّخذ من إجراءات متعددة القطاعات. وفي جميع المجالات، سيعتمد تحقيق النمو الاقتصادي والدمج الاجتماعي على تحويل الاقتصادات ووضع نماذج ونظم للقيم تركز عليها القطاعات الاجتماعية مثل التعليم، والصحة، والحماية الاجتماعية. ولا يمكن تحقيق أهداف التنمية المستدامة إلا باعتماد سياسات مخططة جيداً ومرتكزة على حقوق الإنسان، وبتأمين استثمارات طويلة الأجل في رأس المال الاقتصادي والبشري والبيئي.

ومن المهم أيضاً أن تأخذ الحكومات، عند اعتماد توصيات السياسة العامة الواردة في هذا التقرير، بالسياسات الدولية والأطر التشريعية ذات الصلة التي تكفل الإدماج الاجتماعي والرفاه لكبار السن. وتتناول السياسات الدولية الحماية الاجتماعية لكبار السن (الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948، والتوصية رقم 202 المتعلقة بالحدود الدنيا للحماية الاجتماعية لعام 2012)؛ والشيخوخة الفاعلة (خطة عمل مدريد الدولية المتعلقة بالشيخوخة لعام 2002، وإعلان فيينا الوزاري المعني بالشيخوخة لعام 2012)؛ والتمييز على أساس السن (المادة 21 من ميثاق الاتحاد الأوروبي للحقوق الأساسية)؛ والتمييز على أساس الجنس (اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة)؛ وإمكانية

التقرير أن غالبية الرعاية الطويلة الأجل المتاحة لكبار السن في المنطقة العربية يقدّمها أفراد الأسرة، ولا سيما النساء، أو غيرهم من مقدّمي الرعاية غير المنظمين وفقاً للتقاليد الأسرية وتقاليد الدعم بين الأجيال. ويُستوحى هذا الدعم المتبادل بين الأجيال من قواعد أخلاقية «غير معلنة» تشدّد على احترام كبار السن في الأسرة وتضع توقعات ومهامّ معيّنة لتبادل الرعاية، بما في ذلك الدعم المالي وغيره من أنواع الدعم للأجيال الأكبر سناً.

ولكنّ الديناميات الاجتماعية، مثل التغيرات في أنماط الزواج، والإقامة المشتركة مع أفراد العائلة، والهجرة، تهدّد استمرارية واستدامة هذا الدعم التقليدي بين الأجيال لكبار السن. لذلك، ينبغي أن يُوسّع نطاق مبادرات التنمية الاجتماعية في المنطقة وأن يُخصّص فيها لسياسات الشيخوخة حيزاً أكبر، بحيث تحسّن الحكومات من حماية جميع الفئات الاجتماعية، وتحقّق الأهداف الإنمائية الوطنية والدولية.

وفي المنطقة تطورات سياسية واقتصادية أخرى تزيد من التعقيدات التي يواجهها صانعو السياسات في تلبية احتياجات كبار السن وتوفير الرعاية الطويلة الأجل لهم، أهمها النزاعات المسلّحة التي تؤدي إلى تداعيات خطيرة على المجتمعات وكبار السن نتيجة الخسائر المالية، والدمار البيئي، وخسارة أفراد من الأسرة، من بينهم مقدّمو الرعاية. وتواجه المنطقة أيضاً تحديات اقتصادية تحدّ من مواردها. فحتى بلدان مجلس التعاون الخليجي الثرية تشهد تقلّبات اقتصادية نتيجة لتغيّرات في أسعار النفط وتوجّه عالمي نحو الطاقة المتجددة، ما يؤكّد الحاجة إلى التنوع الاقتصادي. وتتطلّب هذه التحديات، التي يتفاقم أثرها بفعل ارتفاع معدلات البطالة وعدم المساواة الاجتماعية والصحية، إصلاحات مرنة وقابلة للتكيف على مستوى السياسة العامة.

باء. وضع سياسات للشيخوخة في المنطقة العربية

في سبيل تلبية الطلب المرتبط بشيخوخة السكان، لا بدّ للمجتمعات العربية من تحديد أولويات الأهداف والخطط في السياسة العامة في إطار متسق يشمل

الجدول 20. الأطر القانونية والاستراتيجيات المتعلقة بكبار السن في بعض البلدان العربية

البلد	الأردن	تونس	السودان	العراق	عمان	دولة فلسطين	الكويت
الإطار القانوني أو الاستراتيجية	الاستراتيجية الوطنية الأردنية لكبار السن (2008)	السياسة الوطنية للعناية بكبار السن 2016-2020	الخطة الخمسية 2021-2016 والاستراتيجية الوطنية للرعاية الصحية لكبار السن	الاستراتيجية الوطنية للوقاية والسيطرة على الأمراض غير الانتقالية	استراتيجية العمل الاجتماعي (وزارة التنمية الاجتماعية) والاستراتيجية الخاصة بالكبار في السن (وزارة الصحة)	الاستراتيجية الوطنية لرعاية كبار السن في فلسطين 2020-2016	الخطة الخمسية 2021-2016 والاستراتيجية الوطنية للرعاية الصحية لكبار السن

المصدر: خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2017، بالاستناد إلى نتائج مسح أجرته الإسكوا من أجل المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2002.

هما: تأمين آليات ونظم حماية اجتماعية ملائمة لكبار السن؛ ووضع نظم مستدامة للرعاية الطويلة الأجل، بما في ذلك السياسات والخدمات الخاصة بكبار السن.

1. نُظْم حماية اجتماعية لكبار السن

للحماية الاجتماعية دور أساسي في ضمان حصول كبار السن على دخل وصون كرامتهم وتأمين رفاههم، على النحو المعترف به في التوصيات الصادرة عن المنظمات الدولية مثل التوصية رقم 202 بشأن الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية لعام 2012 وأهداف التنمية المستدامة. وتؤدي معاشات التقاعد دوراً أساسياً في ضمان الحصول على دخل في سن الشيخوخة. وقد كشف تحليل عن بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية عن رابط وثيق بين شمولية معاشات التقاعد والفقر لدى كبار السن في بلدان مختلفة¹.

ومن التوصيات الرئيسية لإصلاح نُظْم التقاعد ضمان تنوع هذه النُظْم. فينبغي اعتماد مزيج من نظم معاشات التقاعد (العامة، والخاصة، والقائمة على الاشتراكات وغير القائمة عليها) لمعالجة قضايا تغطية معاشات التقاعد في المنطقة العربية. ونظراً لانتشار العمل غير النظامي في المنطقة، لا بد من نظم تقاعدية تكميلية للعاملين في القطاعات غير النظامية. ونظراً لعدد العمال المهاجرين الكبير في المنطقة، ينبغي بذل جهود كبيرة لربطهم بنظم معاشات التقاعد في بلدهم الأم. وإلى

الوصول إلى وسائل النقل العام، والسلع، والخدمات (مبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بكبار السن، القرار 91/46، والاستراتيجية الأوروبية للإعاقة للفترة 2010-2020).

وقد وضعت بعض البلدان العربية استراتيجيات ونفذت تدابير على مستوى السياسة العامة لتحسين وضع كبار السن (الجدول 20). واعتماد هذه السياسات العامة هو خطوة أولى إيجابية، غير أنها لن تنجح في حماية حقوق كبار السن وتحسين حياتهم ما لم تكن شاملة وتنفذ بفعالية في إطار برامج ملموسة وقابلة للتطبيق.

وتشمل مبادرات السياسة العامة في دولة فلسطين، والكويت، ومصر، إنشاء مراكز للرعاية الصحية توفر الدعم الصحي والاجتماعي والنفسي لكبار السن. وقد أنشأت الأردن دور رعاية (معفاة من الضرائب) ومراكز رعاية نهارية لكبار السن، وأقامت الجمهورية العربية السورية عدة مراكز للرعاية الصحية توفر الرعاية الطبية لكبار السن. وتأتي مبادرات المجتمع المدني لتكتمل هذه المبادرات العامة. فقد عمدت كل من البحرين، وتونس، ودولة فلسطين، ومصر، والمغرب، مثلاً، إلى تطوير خدمات منزلية مثل الوحدات الصحية المتنقلة التي تؤمن الرعاية لكبار السن في منازلهم. وفي لبنان، يؤدي المجتمع المدني دوراً هاماً في رعاية كبار السن.

ويوصي هذا التقرير بأن تعتمد البلدان العربية مجموعة من سياسات الشيخوخة تتضمن عنصرين أساسيين،

أمراض غير معدية في المنطقة إلى 1.3 مليون في عام 2030، أي بنسبة 50 في المائة تقريباً مقارنةً بعام 2015. ولا تزال الوصمة، والنكران، والنقص في الموارد المالية من أبرز الحواجز التي تحول دون توفير العلاج والرعاية المناسبين للمصابين بأمراض مزمنة، منها داء الخرف الذي تُعتبر تكاليفه الاقتصادية المباشرة وغير المباشرة أعلى من تكاليف أي مرض رئيسي آخر.

ويبين الفصل الثاني أن كبيرات السن، وهن الأكثرية في فئة كبار السن بسبب الاختلاف في العمر المتوقع بين الجنسين، هنّ أشدّ معاناةً من المرض ويسجّلن معدلات أعلى من العجز في الشيخوخة مقارنة بالرجال. وتعتمد كبيرات السن في المنطقة اعتماداً كبيراً على التعااضد بين الأجيال، والإعانات والأعمال الخيرية كمصدر رئيسي للدعم. لذلك، ينبغي أن تركز سياسات الشيخوخة على مجموعة من الاحتياجات الصحية والاجتماعية غير المستجابة لدى كبار السن، بمراعاة الآثار المختلفة باختلاف الجنس، والإعاقة، والحالة الصحية والاجتماعية والاقتصادية. وينبغي أن تأخذ هذه السياسات أيضاً بالأدوار المتعددة للأولاد البالغين وكبار السن، لا سيما في ما يتعلق بتوفير الرعاية غير المنظمة للوالدين في سن الشيخوخة.

ومع أن بعض البلدان العربية تقدّم خدمات جيدة في مجال الرعاية الطويلة الأجل، لا تزال شواغل خطيرة تُطرح حول جودة هذه الخدمات، وإنصافها، واستدامتها في معظم البلدان، حتى عندما يكون لكبار السن وأسرهم ما يكفي من الأموال لشراء الخدمات الخاصة. والبلدان العربية بحاجة ماسة إلى وضع خطط وطنية تعالج هذه المسائل بطرق شاملة لإنشاء قاعدة قوية من مقدّمي خدمات الرعاية الطويلة الأجل من القطاعين العام والخاص، مزوّدة باليد العاملة المناسبة ومنظمة ومتاحة لجميع كبار السن ذوي الاحتياجات الاقتصادية والصحية والاجتماعية.

جيم. عوامل نجاح سياسات الشيخوخة

انطلاقاً من النهج الشامل لمختلف مراحل الحياة، ينبغي أن تشكّل المبادرات التي تعزز الحماية والأمن

جانب وضع مجموعة متنوعة من خطط معاشات التقاعد المرتكزة على الحقوق، لا بد من معايير مناسبة وآليات تنظيمية لتعزيز أمن الاستثمار في معاشات التقاعد وضمان المساواة بين الجنسين، وعدم التمييز، والإنصاف في تغطية معاشات التقاعد لجميع كبار السن.

ومن المجالات الرئيسية في وضع السياسات العامة ضمان الحصول على إيرادات نقدية من معاشات التقاعد، على أن تُراعى أوجه الضعف لدى فئات معينة من كبار السن. فبالنسبة إلى العديد من كبيرات السن اللواتي لم يصلن إلى مستوى علمي عالٍ أو إلى سوق العمل النظامية وسوق الائتمان، لا بد من آليات أخرى للحماية الاجتماعية (النقدية والعينية) الخاصة بالشيخوخة. ونظراً لمحدودية البيانات، لم يتناول هذا التقرير إمكانية حصول كبار السن على إعانات السكن والطاقة، وتغطية الرعاية الصحية والاجتماعية، وغيرها من منافع الرعاية المخصصة لكبار السن، ولكن لا بد من الأخذ بهذه المسائل أيضاً. وإضافة إلى الحصول على دخل، ينبغي أن تضمن الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية على المستوى الوطني أيضاً الوصول إلى مجموعة من السلع والخدمات المحددة وطنياً التي تشكل الرعاية الصحية الأساسية²: فالرعاية الصحية بكبار السن تحميهم من الفقر الناجم عن المشاكل الصحية.

2. نظم رعاية طويلة الأجل لكبار السن

مع زيادة العمر المتوقع، ينبغي التطرق إلى المحدّدات الاجتماعية والبيئية للصحة على مدى الحياة. وفي المنطقة العربية، تتحمّل المرأة العبء الأكبر من مسؤولية رعاية كبار السن. ويؤثر إذاً مدى توفر خدمات الرعاية العالية الجودة لكبار السن وبيئة داعمة في الأسرة والمجتمع على قدرة المرأة على الانخراط في سوق العمل. وتصبح الرعاية الطويلة الأجل، بما في ذلك الرعاية المنزلية ودور المتقاعدين، ضرورية لمساعدة كبار السن كما أفراد الأسرة الذين يتولّون رعايتهم.

وينجم عن النمو السكاني الذي ترافقه شيخوخة السكان في معظم البلدان العربية ضغوط هائلة على البنى الأساسية الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية. ويتوقع أن يرتفع عدد كبار السن الذين يعانون من

الأشخاص من تخطيط مستقبلهم والحصول على الخدمات التي يحتاجونها. وبدلاً من تقديم الخدمات التي تلبي مجموعة واسعة من الحاجات، تُقيّم الحاجات الفردية وتوضع خطة محددة تشمل عادةً فوائدها نقدية وعينية. ويكرّس هذا النهج مبادئ الاستقلالية، وحرية الاختيار، والدمج، والمساواة، والتمكين، كركائز في عملية تقديم الخدمات. وينبغي الاستمرار في توفير خدمات جديدة في هذا الإطار، ولا سيما تلك المتعلقة بالرعاية المنزلية والمجتمعية التي تتيح بقاء كبار السن في أماكنهم، وتعزز استقلاليتهم وتمكينهم⁴.

3. بقاء كبار السن في أماكنهم وتهيئة بيئة مؤازرة

من المهم الاعتراف بفوائد بقاء كبار السن في أماكنهم، ومراعاتها في سياسات الرعاية الطويلة الأجل في المنطقة. وفي سياق بقاء كبار السن في أماكنهم، تصبح الرعاية المنزلية محور خدمات الرعاية الطويلة الأجل، في إطار أنشطة أوسع نطاقاً تعزز شبكات الدعم المجتمعي والأنشطة الشاملة لكبار السن وللمقدمي الرعاية غير النظاميين. وتشجع هذه السياسات كبار السن على البقاء في المنزل ضمن مجتمعاتهم لأطول فترة ممكنة من خلال تأمين الدعم المناسب والمنصف لهم وللمقدمي الرعاية غير النظاميين. وفي المراحل المتقدمة من المرض، مثل المراحل التدريجية للخرف، يكون كبار السن بحاجة إلى خدمات الرعاية المؤسسية أو إلى رعاية مصممة تبعاً لاحتياجاتهم في بعض الحالات. ويمكن تقديم الرعاية المؤسسية في مرافق الرعاية الدائمة ودور رعاية كبار السن من بين أماكن أخرى. وتتيح النهج الجديدة للرعاية المؤسسية احترام كبار السن كأفراد، وتوفير لهم أماكن رعاية تصبح بمثابة «منزل» لهم وليس مجرد أماكن تعزلهم عن المجتمع. ويمهّد هذا النموذج لحياة لاثقة في المراحل المتقدمة من العمر عندما يكون الأفراد بحاجة إلى مستويات أعلى من الدعم والرعاية. ويقدم الفصل الثالث بعض الأمثلة على خدمات الرعاية المؤسسية في لبنان، إضافة إلى أمثلة ممتازة مستمدة من التجربة الأوروبية التي يمكن تكييفها مع السياق الثقافي العربي مثل البرنامج الهولندي لرعاية كبار السن في المؤسسات⁵؛ ودور الرعاية النرويجية (Blidensol) التي وضعت

الاجتماعيين، وتلك الخاصة بتحسين الوضع الصحي والاجتماعي للفئات الأصغر سناً، جزءاً لا يتجزأ من سياسات الشيخوخة. وينبغي أن تركز سياسات الشيخوخة على الأبعاد الرئيسية التالية: حقوق الإنسان والمساواة في سن الشيخوخة؛ التركيز على الفرد في توفير الرعاية والدعم؛ بقاء كبار السن في أماكنهم وتهيئة بيئة مؤازرة؛ دور رأس المال الاجتماعي والتقدم في السن بصحة جيدة؛ التصدي لعدم المساواة في الصحة والدخل في سن الشيخوخة. وتشمل السياسات العامة الأخرى التي تضمن الشيخوخة بكرامة: كفاءة الدور القيادي للحكومات المركزية والمحلية في وضع السياسات والبرامج المتعلقة برعاية كبار السن ودعمهم، وفي تحديد مزودي الرعاية لهم؛ وإعداد قوة عاملة مدربة في مجال الرعاية الطويلة الأجل؛ والاستفادة من التطورات في التكنولوجيا المبتكرة لدعم كبار السن؛ وتأمين البيانات والأدلة الموثوقة للاسترشاد بها في الممارسات والسياسات.

1. حقوق الإنسان والمساواة في سن الشيخوخة

شهد العالم في الأعوام الأخيرة اهتماماً متزايداً بنوعية حياة كبار السن وكرامتهم. واكتسب موضوع حقوق الإنسان لكبار السن أهمية بارزة في مناقشات المنظمات الإقليمية والدولية وتوصياتها، مثل الأمم المتحدة، ومجلس أوروبا³، بفعل التغيرات الديمغرافية التي يشهدها العالم اليوم. وتزايد الإدراك بأن الشيخوخة قد تفاقم التمييز وتزيد من خطر التعرّض لانتهاكات حقوق الإنسان. وفي أوساط المنظمات الدولية، والأكاديميين، وصانعي السياسات، ومنظمات المجتمع المدني، يتعالى الصوت الداعي إلى اتباع نهج قائم على حقوق الإنسان في الرعاية بهدف التأثير على صانعي السياسات ومزودي الرعاية الصحية لتوفير خدمات بنوعية أفضل. وتتزامن هذه الدعوة مع نقاش حول دور الشركات الخاصة كجهات فاعلة رئيسية في أسواق الرعاية الطويلة الأجل، وحول مسؤوليتها في احترام حقوق الإنسان الدولية.

2. التركيز على الفرد

تركّز التطورات الدولية الراهنة في الرعاية الطويلة الأجل على الخدمات الفردية التي تهدف إلى تمكين

المتقدمة نتيجة الإقرار بأن دعم المجتمعات المحلية يؤدي بشكل غير مباشر إلى توفير الرعاية الطويلة الأجل، ليس لكبار السن فحسب بل لمجموعة أوسع من الجهات المعنية؛ وبأن رأس المال الاجتماعي قد يشكل بديلاً عن رأس المال الاقتصادي والبشري عندما لا يكون التمويل الحكومي كافياً. وإذ تتميز المجتمعات في المنطقة العربية بتناسك المجتمع وتعاقد الأسرة، يسهل نسبياً تكييف نموذج للرعاية قائم على رأس المال الاجتماعي. ويتطلب مثل هذا النموذج من الحكومات الاستثمار في أنشطة تعزز رأس المال الاجتماعي وتؤثر إيجاباً على حياة الناس من خلال الحد من اعتمادهم على النظم العالية الكلفة في مجال الرعاية الاجتماعية والصحية، والتخطيط لوضع آليات دعم للحماية الاجتماعية والرعاية الصحية النظامية.

5. التصدي لعدم المساواة في الصحة والدخل لدى كبار السن

تتعدد أوجه عدم المساواة في الصحة وتتداخل لدى كبار السن، وهي تشمل الخصائص الجغرافية، والاجتماعية والاقتصادية، والعرقية، والثقافية، والجنسية. ومع أنّ العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً يتزايد في جميع البلدان العربية، لا يعني ذلك بالضرورة أن الحالة الصحية لكبار السن ونوعية حياتهم جيدة. وتشير البيانات المتوفرة إلى اختلافات كبيرة بين الجنسين في ما يتعلق بالصحة ونوعية الحياة في سن الشيخوخة، وإلى أن المرأة تعاني من عبء المرض أكثر من الرجل. ويتفاقم هذا الوضع في العديد من الحالات بسبب ارتفاع مستويات الفقر، وانعدام فرص العمل، وضعف تغطية الحماية الاجتماعية لدى النساء. ولا بد من أن تبادر الحكومات صراحةً إلى معالجة هذه الاختلافات بين الجنسين في المنطقة عند وضع سياساتها وبرامجها، لا سيما وأنّ ذلك ضروري لتحقيق الهدف 5 من أهداف التنمية المستدامة حول تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات. وقد أحدثت السياسات الرامية إلى إعادة توزيع الثروة والدخل تدريجياً وتوجيه الاستثمارات لصالح المحرومين والفئات المعرّضة للمخاطر، وما رافقها من أطر تنظيمية صارمة، الأثر الأكبر في الحد من عدم المساواة في مجال الصحة في بلدان مثل المملكة المتحدة⁸.

مبادئ توجيهية واضحة لتعزيز استقلالية كبار السن، بما في ذلك من هم في مراحل متقدمة من الخرف⁶؛ والمشاريع التي أطلقت في ألمانيا وبولندا والمملكة المتحدة تحت عنوان «تبتى جدّة»⁷.

وينبغي أن تضمن السياسات المتعلقة ببقاء كبار السن في أماكنهم أن يعيشوا في بيئة مؤازرة. وهذا عامل مهم في تحقيق الهدف 11 من أهداف التنمية المستدامة بشأن جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع، وأمنة، وقادرة على الصمود، ومستدامة. وإيجاد بيئة اجتماعية مترابطة لكبار السن في المنطقة أساسي لدعمهم ورعايتهم من الناحية العاطفية والمالية والعملية في مراحل لاحقة من حياتهم. وتتأثر صحة كبار السن ورفاههم بقدرتهم على الحصول على المسكن والنقل المناسبين، وبتوفر الخدمات المحلية في مجال الصحة والرعاية، والترفيه، وفرص التعلم مدى الحياة وفرص العمل. ويسلّط التحليل الوارد في الفصل الثاني الضوء على ندرة البيانات التي تحدد آثار البيئة على صحة كبار السن ورفاههم في المنطقة. لذلك، ينبغي أن تعمل الحكومات على جمع البيانات والأدلة لدعم البرامج الجديدة الرامية إلى تحسين البيئة المادية والاجتماعية التي يعيش فيها كبار السن.

4. دور رأس المال الاجتماعي في نظم الحماية الاجتماعية الشاملة

لرأس المال الاجتماعي أهمية في رعاية كبار السن في جميع أنحاء المنطقة وينبغي أن يكون استكمالاً لنظام شامل للحماية الاجتماعية وآليات الدعم. ويشمل رأس المال الاجتماعي مجموعة واسعة من الخدمات، بما في ذلك توفير الدعم الاجتماعي والخدمات المتخصصة مثل الرعاية المنزلية، والعيادات الصحية المتنقلة، والخدمات المتعلقة بالخرف. وبالاستناد إلى الأدلة المتوفرة، يتبين أن شبكات الدعم التي قوامها الأسر، والمجتمعات المحلية، والمنظمات الخيرية تشكّل النظام الأساسي لرعاية كبار السن في المنطقة العربية. وفي ما يتعلق بسياسات الشيخوخة، ينبغي أن تعتمد الحكومات في المنطقة نمودجاً يرتكز على هذه الموارد ويعززها. وقد أصبح النمودج المرتكز على رأس المال الاجتماعي في رعاية كبار السن أولويةً في العديد من البلدان

ضمان حقهم في اختيار طريقة تلبية حاجاتهم. وينبغي استخدام النتائج كمقياس أساسي لجودة الخدمات. ولا يُتوقع من الحكومات المركزية والمحلية جمع بيانات مفصلة عن المقاييس المالية والحسابات وخطط العمل لمقدمي الرعاية الطويلة الأجل، لكن ينبغي أن تحرص على أن تُتاح لسكانها مجموعة متنوعة من الخدمات العالية الجودة يمكنهم الاختيار منها. ولذلك من واجب الحكومات السعي إلى استدامة السوق ككل، ولا سيما الخطط التي تتيح تكييف نفقات كبار السن من أموالهم الخاصة حسب مستويات دخلهم.

وتقتضي الرعاية الشخصية أيضاً اتباع نهج مجتمعي متكامل في رعاية جميع كبار السن، بما في ذلك بناء قدرات المجتمع المحلي وتكليف جهات محلية استراتيجية بما يضمن لكبار السن خياراً متنوعاً من شبكات الدعم، بغض النظر عن عمرهم، أو إعاقته، أو هويتهم، أو ثروتهم. ويمكن تحقيق ذلك من خلال تحليل مواطن القوة والضعف لدى المجتمع المحلي وفئاته، والعمل في مختلف الإدارات الحكومية لضمان حصول كبار السن على خدمات مثل النقل، والترفيه، والتعليم، والسكن، والصحة، فضلاً عن فرص العمل. وينبغي أن تبادر الدولة إلى تحديد الأولويات لفئات المجتمع والمنظمات غير الحكومية. وتشمل الآليات المحددة التي يمكن أن تشكل جزءاً من الخطط الوطنية لرعاية كبار السن خفض الضرائب، وتوفير مساكن مدعومة للمنظمات التي تُقدّم الخدمات، مثل العيادات المتنقلة لكبار السن في المناطق النائية، والأنشطة الرياضية، ومراكز الرعاية النهارية.

7. قوة عاملة مستدامة ومدربة في مجال الرعاية الطويلة الأجل

لا بد من إعداد قوة عاملة قادرة على تقديم الرعاية الطويلة الأجل، بموازاة توسيع نطاق الخدمات. ولكن الطلب المتوقع يعتمد على تحليل مفصل لكل بلد عربي يراعي الطلب المتزايد، ومستويات توسيع الخدمات وتنوعها، والتعقيدات المتوقعة في الاحتياجات، والأنظمة المتعلقة بنسبة الموظفين إلى المستخدمين. ويمكن أن تحسّن المبادرات الدولية عملية التوظيف إذا ما كوّنت مع السياق العربي. ومن المبادرات الممكنة

ويتزايد الاهتمام العام بالشيخوخة النشطة وبالتعلم مدى الحياة كما تتزايد السياسات ذات الصلة الرامية إلى تحسين حياة كبار السن من خلال تحسين أوضاعهم الصحية، وضمان مشاركتهم في الحياة العامة، والحد من عزلتهم. ويشدد الإطار العام «للشيخوخة النشطة» لمنظمة الصحة العالمية على ضرورة اعتماد نهج متعدد القطاعات يضمن حفاظ كبار السن على دورهم كمورد مهم لأسرهم ومجتمعاتهم المحلية واقتصاداتهم⁹. ويوصي هذا الإطار بالعناصر الأربعة التالية: الوقاية من الإعاقة والوفيات والأمراض غير المعدية، والحد منها؛ والحد من عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض الكبرى؛ وتأمين خدمات عالية الجودة ومتاحة للجميع وميسورة الكلفة في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية؛ وتوفير المعلومات والتدريب لمقدمي الرعاية غير النظاميين.

ويثير انخفاض تغطية معاشات التقاعد والمساعدات الاجتماعية قلقاً بالغاً نظراً لأثره على الفئات المعرضة للفقر ولاعتلال الصحة. ولا بد من نهج منظم لإصلاح خطط التقاعد والمساعدات الاجتماعية، ومن استغلال العائد السكاني من خلال تعزيز المشاركة في سوق العمل ووضع أنظمة أكثر صرامة لضمان مساهمات عادلة ومنصفة. ولتحقيق ذلك، من المهم تنويع تغطية معاشات التقاعد من خلال إنشاء وسائل مختلفة للمساهمة في معاشات التقاعد، وتفعيل المساهلة وحسن إدارة الاستثمار.

6. دور الحكومات في التأثير على السوق

ينبغي أن تضطلع البلدان العربية بدور قيادي في إنشاء سوق مستدامة ومتنوعة وقادرة على الاستجابة للاحتياجات، تضمّ مقدمي الرعاية الطويلة الأجل القادرين على تقديم رعاية متخصصة عالية الجودة وعلى تلبية احتياجات كبار السن. ويُنتظر من الحكومات المركزية والمحلية تشكيل هذه السوق من خلال تدابير مختلفة أولها تكليف جهات محددة بتقديم خدمات عالية الجودة مرتكزة على النتائج، تهدف إلى تحقيق الرفاه. ويستلزم هذا النهج التشديد على الوقاية والتمكين، والحد من الوحدة والعزلة الاجتماعية، وتعزيز استقلالية كبار السن باعتبارها وسيلة لتحقيق النتائج المرجوة مع

يسهم في تحسين نوعية حياتهم. وتساعد أيضاً في إدارة المخاطر، ما يتيح لكبار السن العيش في بيوتهم لمدة أطول، ولمزوّدي الرعاية الدعم والاطمئنان¹³. وتسهّل أجهزة الاتصال مثل الهواتف الذكية واللوحات الإلكترونية الوصول إلى التكنولوجيا، وتيسّر وسائل التواصل الاجتماعي الحصول على الدعم العاطفي من أفراد الأسرة حتى وإن كانوا يعيشون بعيداً، كما هو مبين في الفصل الثالث.

وللتكنولوجيا المتقدمة والمساعدة فوائد كبيرة¹⁴، غير أنّ قدرتها على تلبية احتياجات كبار السن في مجال الرعاية الاجتماعية والصحية تعتمد على عدة عوامل منها البنى الأساسية، والقدرة على الوصول إلى التكنولوجيا وعلى تحمّل كلفتها، ومستوى إلمام الأفراد بالحاسوب، ووضعهم المالي، وقدرتهم على الحصول على التكنولوجيا الجديدة. وانطلاقاً من الأدلة الواردة في هذا التقرير، يبدو أن الحلول التكنولوجية في المنطقة لا تنطبق حالياً سوى على نسبة ضئيلة من كبار السن الذين يستطيعون تحمّل كلفتها ويلقون بطرق استخدامها. ونظراً لارتفاع معدل الوصول إلى الهواتف المحمولة والإنترنت لدى الفئات العمرية الأصغر في المنطقة¹⁵، تشكل التكنولوجيا المتقدمة خياراً واعداً لتقديم الرعاية للأجيال المقبلة من كبار السن. ولا بد من أن تتعاون الحكومات مع قطاع الأعمال لتحسين القدرة على تحمّل كلفة الأجهزة والنظم التكنولوجية المختلفة، وتسهيل الوصول إليها واستخدامها لصالح الأجيال الحالية والمقبلة من كبار السن وأسرههم ومقدّمي الرعاية غير المنظمين. ولا بد أيضاً من وضع خطط ترتقي بمستوى الإلمام بالحاسوب لدى كبار السن (والأشخاص الذين يناهزون سن الشيخوخة)، في ضوء السياسات الموصى بها في مجال الشيخوخة النشطة والتعلم مدى الحياة.

9. ضرورة تحسين البيانات والأدلة

البيانات الآنية والشاملة والموثوقة أساسية في عمليتي وضع السياسات وتقييمها. ويرتبط التقدم المحرز في المؤشرات الاجتماعية والرفاه بإيلاء اهتمام أكبر لدمج جميع الفئات في المجتمع وضمان مشاركتها الهادفة، ومن بينها النساء والأطفال، والشباب، وكبار السن.

توظيف الشباب العاطلين عن العمل، ولا سيما النساء، والاعتماد على المتطوعين، وكبار السن الأصحاء كعنصر أساسي في تقديم الرعاية الطويلة الأجل¹⁰؛ ووضع مسار مهني واضح للعاملين في هذا المجال يفضي إلى مراكز متخصصة؛ وتوظيف الشباب العاطلين عن العمل الذين يبحثون عن وظائف جديدة¹¹.

ومن المهم التأكد من أنّ مقدمي الرعاية الطويلة الأجل يملكون مهارات أولية في مجالي علم الشيخوخة وطب الشيخوخة إضافةً إلى كفاءات عامة للعمل في نظم متكاملة، ومنها مهارات التواصل، والعمل الجماعي، والإلمام بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات. وقد بين الفصل الرابع أن التدريب في مجال طب الشيخوخة لا يزال في مراحله الأولى في المنطقة، مع بعض التطورات الإيجابية في التدريب المتعلق بعلم الشيخوخة وطب الشيخوخة في لبنان ومصر. ولكنّ الطلب على الأطباء المتخصصين في علم الشيخوخة سيرتفع في ظلّ الزيادة المتوقعة في عدد كبار السن الذين سيحتاجون إلى هذه الخدمات بحلول عام 2030. ولذلك، ينبغي أن تضع الحكومات برامج تدريبية مماثلة في جميع البلدان العربية. وبالإضافة إلى تدريب الموظفين المحترفين ذوي المهارات العالية في مجال الطب، بما في ذلك الأطباء والممرضون المتخصصون في علم الشيخوخة، لا بد من إعداد كوادر جديدة قادرة على توفير الرعاية الطويلة الأجل بطريقة لائقة وحساسة ومحترمة. وينبغي تدريب الموظفين والإشراف عليهم بانتظام ليتملكوا المهارات اللازمة لتلبية احتياجات كبار السن. وينبغي أن يشعر كبار السن بالأمان والراحة في التعاطي مع مزوّدي الرعاية الطويلة الأجل بما أنّ الرعاية المنزلية تُقدّم لهم في بيئتهم الخاصة، لذلك ينبغي مراعاة اعتبارات الجنسين وغيرها عند توزيع العاملين في مجال الرعاية الطويلة الأجل.

8. دور التكنولوجيات المبتكرة في دعم كبار السن

تزداد أهمية التكنولوجيات المبتكرة في دعم كبار السن في جميع أنحاء العالم¹²، نظراً لدورها في خفض عبء تكاليف خدمات الرعاية الاجتماعية والصحية. وتعزز التكنولوجيا المساعدة استقلالية كبار السن، ما

تخطيط الخدمات والبرامج المناسبة. ويمكن الاستفادة من هذه الأدلة المركبة لفهم التفاعل بين تجارب كبار السن بالنظر في مشاركتهم الاقتصادية والاجتماعية، وصحتهم، وتأمين دخلهم، وبيئتهم، وقدراتهم.

دال. تمويل سياسات الشيخوخة

أوضح هذا التقرير أن المصدر الرئيسي لدعم كبار السن إنما هو المدخرات الشخصية أو المساعدة التي يقدمها أفراد الأسرة. ويفتقر هذا الوضع إلى مقومات الاستدامة نظراً إلى العدد المتزايد من كبار السن، ومحدودية نظم الحماية الاجتماعية، وارتفاع معدلات الأمراض المزمنة في سن الشيخوخة، والفوارق في الصحة بين كبار السن، والأنماط الاجتماعية المتغيرة. ولذلك، يتعين على البلدان العربية اعتماد منظور شامل لمختلف مراحل الحياة في السياسات الإنمائية، وزيادة الإنفاق على الصحة، والتعليم، والحماية الاجتماعية في العقود المقبلة لدعم تنمية رأس المال البشري المرتبطة بشيخوخة السكان وبالنمو.

وستلقي الشيخوخة بعبء مالي على البلدان إن لم تُتخذ التدابير المناسبة لتوقع تطورها والاستجابة لها. وستستفيد معظم البلدان العربية من عائد ديمغرافي وشيك، يمكن، إذا ما حُسن التخطيط له، أن يعود بالفائدة على الاقتصاد ويموّل سياسات الشيخوخة. وينبغي أن تعمل الحكومات على نحو فعّال من حيث الكلفة عند وضع السياسات المتعلقة بالشيخوخة وتنفيذها، من خلال تصميم برامج قائمة على الأدلة؛ والنظر في كيفية تقديم خدمات فعّالة عبر المؤسسات القائمة؛ وتطوير الموارد البشرية اللازمة. وينبغي أيضاً أن يعزز التمويل الفعّال من حيث الكلفة الشراكات بين الإدارات والهيئات الحكومية لتجميع مصادر التمويل والميزانيات أو تحقيق التكامل في استخدامها.

وتتعدد السبل التي يمكن للحكومات من خلالها تمويل الشيخوخة. فالإيرادات الضريبية هي الآلية الرئيسية المدرة للدخل، بما في ذلك ضريبة الدخل: كلما ازداد عدد النشطين اقتصادياً، ازدادت الضريبة المستخدمة لتمويل خطط الحماية الاجتماعية، ومنها سياسات

والبيانات والمؤشرات الشاملة، والمحدثة، والواسعة النطاق ضرورية لتحديد الثغرات في مجال تقديم الخدمات والحصول عليها؛ ولتحقيق أهداف السياسات العامة؛ ولرصد التغير والتقدم المحرز؛ ولتقييم البرامج والأنشطة؛ ولتحسين السياسات، والبرامج، والخدمات.

وتُستخدم في التحليل الشاملة الواردة في هذا التقرير أنسب البيانات المتوفرة في المنطقة، وقد تبيّنت عدة ثغرات في نطاق هذه البيانات ونوعيتها. فالفجوات واضحة في البيانات المفصلة حول الوضع الصحي، والاقتصادي، والاجتماعي لكبار السن، وينبغي سدها لفهم الاختلافات في نوعية الحياة وفقاً لخصائص مختلفة كالجنس، والموقع الجغرافي (حضري/ريفي)، والوضع الاجتماعي والاقتصادي. والمعلومات محدودة عن الحالة الصحية لكبار السن، كما أنّ البيانات حول نوع الخدمات المتاحة لكبار السن ونطاقها مجزأة تكاد تفتقر تماماً إلى مؤشرات حول نوعية الرعاية أو تركيبة القوى العاملة. والأمر سياتي بالنسبة إلى البيانات والمعلومات المتعلقة بنظم معاشات التقاعد وضمان الحصول على دخل في سن الشيخوخة. ولذلك فإنّ الحاجة ملحة إلى إجراء استعراضات خاصة بكل بلد حول موثوقية البيانات المتاحة لصنع السياسات ووضع الاستراتيجيات، ونوعيتها، وقابلية استخدامها.

ومن دون بيانات دقيقة، لا يمكن أن تتسم عمليات تخطيط السياسات والبرامج وتنفيذها بالكفاءة أو الشمولية. فالبيانات والمؤشرات تتيح للحكومات استعراض التقدم المحرز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة. ولا بد أيضاً من اعتماد مجموعة جديدة من المعايير لقياس التقدم المحرز في الرفاه وتحقيق التآزر بين السياسات الاجتماعية والاقتصادية. وتقدّم التطورات الدولية في البحوث المتعلقة بالشيخوخة دروساً قيّمة وأطراً محتملة لجمع البيانات واستخدامها. ويوصي كل من البنك الدولي¹⁶، والأمم المتحدة¹⁷، ومنظمة الصحة العالمية¹⁸ بعدد من المؤشرات. كما تقيس أدلة مركبة دولية عدة أحوال كبار السن، مثل دليل الحياة الأفضل لمنظمة التنمية والتعاون الاقتصادي¹⁹، والدليل العالمي لرصد أحوال كبار السن²⁰، ودليل الشيخوخة النشطة²¹، وهي توفّر أطراً مفيدة لتوجيه جمع البيانات وضمان اتساقها لاستخدامها في

لصالح الفقراء وقواعد الامتثال (مثل تحديد أقساط التأمين)، لضمان استفادة الجميع من هذه الخطط.

وتشير الأدلة الواردة في هذا التقرير إلى ثغرات كبيرة في مجال الرعاية المنزلية أكانت مقدّمة من القطاع العام أو الخاص أو المنظمات غير الحكومية في المنطقة العربية، وتتزايد أعداد دور التقاعد الخاصة التي تفرض أقساطاً باهظة ولا خيار للأسر سوى اللجوء إليها لرعاية كبار السن بسبب انعدام الخيارات الأخرى. أمّا في حال تأمين الرعاية، فتكون الحكومة مسؤولة عن تقديم الفوائد (العينية أو النقدية) للفقراء وعن الحفاظ على حد أدنى من الحماية الاجتماعية لتحقيق الأهداف الدولية ذات الصلة. وحسب خبرة البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، من المهم أيضاً أن تنظر الدولة في إمكانية تمويل خدمات الرعاية المقدّمة إلى من هم على شفير الفقر للحد من أوجه عدم المساواة المحتملة في سن الشيخوخة.

قد تتيح التركيبة السكانية الشابة نسبياً في البلدان العربية فرصاً أذخار لعدد من السنوات، فتدعم استحداث خطط تأمين للرعاية الطويلة الأجل. ويفترض ذلك ارتفاع معدلات العمل ليقف فوق الدخل من أقساط التأمين كلفة رعاية كبار السن²⁴. غير أنّ معدل العمل في المنطقة، ولا سيما لدى الشباب والنساء، متواضع نسبياً، ونسبة مشاركة المرأة في سوق العمل هي الأدنى في العالم. ولهذا، ينبغي للحكومات العمل على إيجاد فرص عمل وتصميم حلول مالية تشجع الشباب على الادّخار لسن الشيخوخة، مثل السندات وخطط معاشات التقاعد.

ونظراً إلى تنوّع البنى الاقتصادية والإيرادات في البلدان العربية، وإلى تفاوت معدلات العمل والشيخوخة، ينبغي تحديد الآثار المالية المحددة التي قد تترتب على اعتماد نظام تأمين للرعاية الطويلة الأجل. ومن المستحسن جداً أن تجري البلدان العربية دراسات معقّدة وخاصة بكل بلد لتحديد ما إذا كان تأمين الرعاية الطويلة الأجل خياراً جيداً، وإن كان كذلك فما هو الوقت الأنسب لاعتماده؛ وتحديد البنية «المثلى» لنظام التأمين الذي يراعي السياق الاقتصادي والاجتماعي، والديمقراطي، للاسترشاد بها في صنع القرارات.

الشيخوخة. وفي خطة عام 2030 ما يوحي بدور الضريبة التصاعدية على الدخل والثروة في ضمان التقاسم العادل للثروة وتمويل الحماية الاجتماعية الشاملة. ومن ثم، ينبغي للبلدان العربية إعادة التفكير في الإصلاحات المالية والسياسات الضريبية كأولوية لتحقيق تنمية مستدامة وشاملة. ويمكن أن تؤثر السياسات الرامية إلى تحسين الوصول إلى فرص العمل بشكل غير مباشر على عملية الانتقال إلى الشيخوخة عبر طريقتين رئيسيتين: مشاركة أكبر عدد ممكن من الناس في سوق العمل ومساهماتهم بذلك في ضريبة الدخل؛ تحسين التوازن بين الحياة العملية والخاصة لمقدمي الرعاية غير النظاميين، فيتمكنون من الاستمرار في وظائفهم بموازاة اضطلاعهم بمهام الرعاية. ويمكن كذلك استخدام الإعانات المالية لتوسيع نطاق خدمات الرعاية الطويلة الأجل، ما يعزّز بدوره دور المنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الخيرية، والقطاع الثالث في توفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل الميسورة الكلفة والمتاحة والعالية الجودة. ويمكن أن تتخذ الإعانات المالية أيضاً شكل حوافز ضريبية لمقدمي الرعاية الطويلة الأجل الذين يستوفون معايير معينة، أو يؤمّنون مسكناً لكبار السن الذين يعيشون على إيرادات متدنية جداً ويحق لهم الحصول على تمويل من الدولة عبر الخطط الوطنية للحماية الاجتماعية²².

ومن الخيارات الأخرى، استحداث نظام تأمين للرعاية الطويلة الأجل. وينبغي النظر في جوانب مختلفة عند اختيار نظام تأمين للرعاية يناسب خصائص البلد الاجتماعية، والديمقراطية، والاقتصادية. وتتطلب نظم تأمين الرعاية القائمة في بلدان أخرى سوقاً قوية لخدمات الرعاية تمكّن الأشخاص المشتركين في تأمين خاص من شراء خدمات الرعاية ضمن سوق منظمة، وموحدة، وتنافسية²³. ولنجاح مثل هذا النوع من النظم في البلدان العربية، ينبغي تطوير الخدمات الحالية للرعاية الطويلة الأجل كي تشمل منتجات أكثر تنوعاً قبل استحداث نظام تأمين للرعاية الطويلة الأجل. ودور الحكومات المركزية والمحلية بالغ الأهمية لضمان جودة الرعاية في البيت وفي أماكن أخرى عند إنشاء سوق مختلطة لمنتجات الرعاية الطويلة الأجل وخدماتها. لكن نهج السوق المختلطة يستدعي تحسين الأنظمة المالية لمراقبة سوق التأمين، ولا سيما تلك التي تتضمن أحكاماً

هاء. تخطيط سياسات الشيخوخة وتنفيذها في المنطقة العربية

استراتيجية مفاهيمية مقترحة على المدى القصير والمتوسط والبعيد. وقد بلغت بعض البلدان العربية مرحلة أكثر تقدماً في شيخوخة السكان، أو مستوى أعلى في قدرتها على توفير الخدمات الصحية والاجتماعية. ولذلك، قد ترى بعض البلدان أنّ عدد الأهداف المدرجة على المدى القصير التي ينبغي أن تعمل عليها أقل، وتستفيد أكثر بالعمل على مزيج من أهداف المديين القصير والمتوسط.

والأهداف الأساسية لسياسات الحماية الاجتماعية والرعاية الطويلة الأجل الموصى بها هي ضمان الحصول على دخل، وتلبية الحاجة إلى الرعاية الطويلة الأجل لدى الأجيال الحالية من كبار السن ولدى الأفراد الأصغر سناً الذين سيبلغون سنّ الشيخوخة في العقود المقبلة. ولذلك ينبغي أن تركز السياسات على نهج شامل لمختلف مراحل الحياة، وتتضمن سياسات استباقية ووقائية لتحسين رفاه ونوعية حياة الفئات الحالية والمقبلة من كبار السن في المنطقة. وينبغي أن تستفيد الحكومات من العائد السكاني الحالي، وأن تقوّم دور الأسر ومقدمي الرعاية غير النظاميين في دعم كبار السن. ولهذه الغاية، يوصي هذا التقرير بنموذج رأس مال اجتماعي للرعاية الطويلة الأجل يقوم على احترام حقوق الإنسان لكبار السن، ويشجع مبادئ الرعاية المركزة على الفرد والحرص على بقاء المسن في مكانه.

وانطلاقاً من خطة عام 2030 وغيرها من أطر السياسات العامة الدولية، تهدف السياسات الموصى بها في هذا الفصل إلى ما يلي:

1. وجود تشريعات تنص على نهج متعدد القطاعات للشيخوخة يضمن احترام حقوق الإنسان لكبار السن ودمجهم في المجتمع؛
2. تحسين خطط معاشات التقاعد والاستحقاقات والتحويلات النقدية على المستويين الوطني والمحلي من خلال:

أ. توسيع نطاق معاشات التقاعد لتشمل فئات مختلفة، بما في ذلك العاملون في القطاع غير النظامي؛

حققت المنطقة العربية في العقد الماضي بعض التطورات على مستوى السياسات العامة المتعلقة بالشيخوخة والرعاية الطويلة الأجل، مثل الدستور المصري (2014)؛ والاستراتيجية الوطنية الأردنية لكبار السن (2008) والخطة الخمسية (2016-2021)؛ والاستراتيجية الوطنية الكويتية للرعاية الصحية لكبار السن. غير أنّ الرعاية الطويلة الأجل، حتى ضمن هذه السياسات، تُعتبر مسألةً عائلية عوضاً عن مسؤولية مجتمعية أو حكومية. وتؤكد خطة العمل العربية لكبار السن (2002-2012)، مثلاً، على أهمية التضامن بين الأجيال لتحقيق التنمية الاجتماعية، وتحث البلدان على إطلاق مبادرات لتعزيز التبادل المستمر بين الأجيال، وتدريب الشباب على أنشطة تعود بالنفع على كبار السن، وتشجيع المعاملة بالمثل والتبادل بين الأجيال²⁵.

ولتحقيق خطة عام 2030، على الحكومات أن تعتبر خطط الشيخوخة جزءاً لا يتجزأ من استراتيجية وطنية أوسع، والنظر في سبل دمجها في تخطيط السياسات العامة الأخرى، مثل الاستراتيجيات الوطنية للصحة والعمل والتنمية الاجتماعية. لا بد إذاً من نهج نظامي تتحقّق فيه النتائج الاجتماعية على أساس التفاعل بين مختلف مكوّنات الحكومة ومدى مراعاتها للمسببات الأساسية الكامنة. وينبغي أن يشمل إطار الشيخوخة مجموعة من التدابير المنسقة، تشمل التأمين الاجتماعي، والمساعدة الاجتماعية، وتوفير الخدمات الأساسية وإمكانية الحصول عليها.

وإصلاح نظام قائم مهمّة ضخمة تستلزم استراتيجية واضحة في التخطيط وخطوات ومراحل قابلة للتحقيق على المدى القصير (في السنوات الخمس الأولى)، والمتوسط (بين 5 و10 سنوات) والبعيد (بين 10 و20 سنة). فالعديد من التوصيات المذكورة تستدعي تغييراً في الثقافة، وبناءً للقدرات، وعملاً متكاملًا، وبنية فعالة لرأس المال الاجتماعي، وكلها تستغرق وقتاً لبلورتها وتنفيذها. وفي ما يلي خطة

6. تحسين قياس وضع كبار السن ومقدمي الرعاية ورصده وفهمه من خلال:

- أ. تحديد الثغرات في البيانات والمؤشرات على المستويين الوطني والمحلي:
 - في ما يتعلق بصحة كبار السن ورفاههم، والحصول على الخدمات، والمشاركة المدنية، والإسكان والشيخوخة النشطة، وغيرها؛
 - في ما يتعلق بتغطية الضمان الاجتماعي والمالي لدى كبار السن؛

ب. الاتفاق على المقاييس والنهج التحليلية للرفاه، وضمان الحصول على دخل، والدمج الاجتماعي في سن الشيخوخة؛

- ج. وضع برامج جديدة لجمع البيانات:
 - بما في ذلك البيانات المتعلقة بالصحة والوضع الاقتصادي والاجتماعي لكبار السن والأشخاص من الفئة العمرية 40 سنة وأكثر، باعتبارهم الجيل المقبل من كبار السن؛

د. وضع نُظْم للرصد والتقييم تضمن تقدّم برامج الحماية الاجتماعية والرعاية الطويلة الأجل نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة؛

7. تهيئة قوة عاملة مستدامة ومدربة في مجال تقديم الرعاية الصحية والطويلة الأجل من خلال:

- أ. الاستثمار في برامج التدريب والتأهيل المهني للمتخصصين في الرعاية الطويلة الأجل، ولغيرهم من الموظفين الأقل كفاءة ولكن المدربين جيداً مثل العاملين في مجال الرعاية والمساعدة الشخصية والدعم والمساعدة التمريرية؛

ب. تنظيم حملات توظيف لجذب موظفين جدد إلى القطاع من مختلف فئات المجتمع؛

ج. ضمان مسارات وظيفية داخل القطاع؛

8. ضمان تمثيل كبار السن ومقدمي الرعاية غير النظاميين في عملية صنع القرار من خلال الآليات التالية:

أ. إرساء عمليات تشاورية لوضع السياسات؛

ب. مناصرة قضايا كبار السن من مختلف الفئات وإعلاء صوتهم؛

ب. التركيز على أوجه التفاوت حسب الموقع الجغرافي

والجنس والعرق والوضع الاجتماعي والاقتصادي؛

ج. تحسين إدارة صناديق معاشات التقاعد ونطاقها؛

د. تحسين استدامة نُظْم معاشات التقاعد، وإنصافها، وتيسر كلفتها؛

هـ. ضمان استفادة المهاجرين العائدين من

الاستحقاقات لتحسين الأمن الاجتماعي وضمان

الحصول على دخل؛

و. ضمان توفّر الاستحقاقات الاجتماعية النقدية

والعينية لكبار السن، بما في ذلك:

• دعم الإسكان؛

• خدمات المرافق العامة؛

• خدمات النقل؛

• الأنشطة الترفيهية وفرص التعلم مدى الحياة؛

3. وضع نُظْم لتوفير الرعاية الطويلة الأجل من خلال:

أ. إرساء الأسس اللازمة لنُظْم الرعاية الطويلة الأجل؛

ب. ضمان الحصول على مجموعة متنوعة من

الخدمات (مع التركيز على الرعاية المنزلية

الشخصية) التي تتيح رعاية متكاملة لكبار السن محوراً للفرد؛

ج. وضع خطط استراتيجية لتلبية احتياجات كبار

السن في المستقبل تشمل مختلف مراحل حياتهم؛

د. وضع أنظمة وآليات تقييم تضمن:

• مجموعة وافية من خدمات الرعاية الطويلة

الأجل، بما في ذلك الخدمات المنزلية

والمجتمعية والسكنية؛

• معايير تنظيمية لضمان جودة الخدمات

وشراكات فعالة بين مختلف الجهات الفاعلة

والقطاعات؛

• خدمات للرعاية الطويلة الأجل متنوعة وجيدة؛

4. تعزيز نُظْم دعم مقدمي الرعاية غير النظاميين

من خلال:

أ. وضع سياسات وطنية ومحلية ملائمة مثل سياسات

للتحويلات النقدية والكفاءة الضريبية وترتيبات

العمل المرن للموظفين المسؤولين عن الرعاية؛

5. جمع ما يكفي من التمويل وتخصيصه لتوسيع نُظْم

الحماية الاجتماعية وضمان الرعاية الصحية والطويلة

الأجل الشاملة؛

الإطار 4. تخطيط العمل الموجّه نحو الأهداف والنتائج الذكية

الهدف

تحديد الأهداف التي يمكن رصدها من خلال المراقبة، والمؤشرات الكمية والنوعية، والتقييم.

النتيجة

التفكير بهدف كل برنامج. ولمعرفة ما إذا حَقَّق البرنامج هدفه، من المهم تحديد النتائج المطلوبة. وينبغي تفادي النتائج المبهمة كتلك التي تفيد بأن كبار السن يجب أن يكونوا «سعداء». فكيف يمكن قياس ما إذا حَقَّق البرنامج هذه النتيجة؟ وهل هذه النتيجة واقعية علماً أنه لا يمكن لإنسان أن يشعر بالسعادة طوال الوقت؟ لذلك، ينبغي أن تكون النتائج «ذكية»، وأن تقدّم البرامج أدلة تفيد بأن النتيجة قد تحققت.

والنتائج الذكية (SMART) هي:

- محددة
- قابلة للقياس
- قابلة للتحقيق
- موثوقة
- محددة زمنياً

المساءلة

تحديد مسؤوليات جميع أصحاب المصلحة أو الجهات الفاعلة في تحقيق النتائج، وإنشاء آليات للرصد.

المصدر: Doran, 1981.

ج. إنشاء فرق استشارية وفرق عمل للبرامج المختلفة التي فيها تمثيل فاعل لكبار السن؛

9. تهيئة بيئة ملائمة لكبار السن من خلال:

- أ. مكافحة التمييز ضد كبار السن؛
- ب. تعزيز الاستقلالية؛

ج. دعم سياسات الشيخوخة المتعلقة بالصحة على المستويين المحلي والوطني.

1. الأهداف القصيرة الأجل لوضع سياسات الشيخوخة وتنفيذها

لا بد من أسس قوية لنهج جديد في السياسة العامة يضمن شيخوخةً كريمة لكبار السن. ولهذه الغاية، ينبغي أن تتعاون الحكومات مع القطاعات الاجتماعية الأخرى لتوثيق الترابط بين السياسات والاقتصاد وسائر الأهداف الأوسع نطاقاً مثل أهداف التنمية

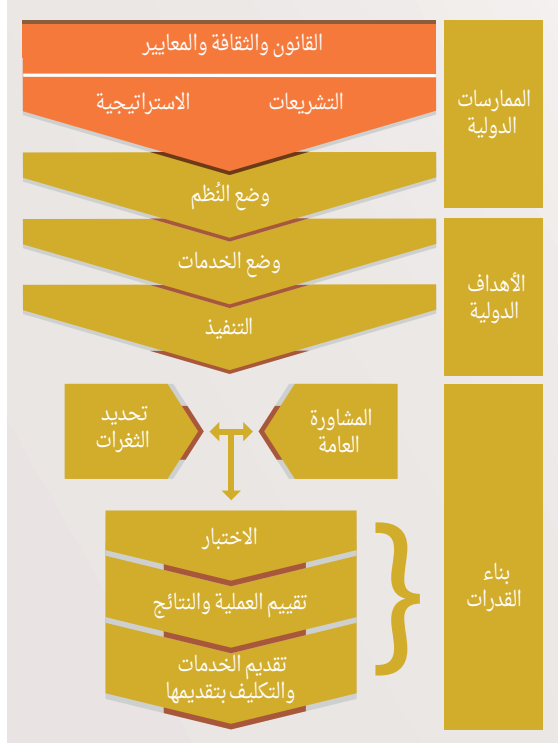
المستدامة، في سبيل إجراء تقييم شامل للثغرات في تغطية الحماية الاجتماعية والرعاية الطويلة الأجل على المستويين الوطني والمحلي، ووضع استراتيجيات وطنية للتنفيذ والمتابعة في المديين المتوسط والبعيد. ومن المهم وضع أهداف وخطط عمل «ذكية» أي محددة وقابلة للقياس وللتحقيق وموثوقة ومحددة زمنياً، لمواكبة الاستراتيجيات الوطنية للشيخوخة، من أجل تحقيق الأهداف المرجوة من خلال توجيه اهتمام مختلف أصحاب المصلحة نحو النتائج وفقاً للحدود الزمنية المقترحة لمختلف الأنشطة (الإطار 4). وينبغي أن تكون الأهداف القصيرة الأجل قابلةً للتحقيق في أقل من خمس سنوات، حسب ما يتّسم به عمل الحكومة من سرعة وفعالية.

وللأخذ بتوصيات السياسة العامة القصيرة الأجل، ينبغي للبلدان العربية اتخاذ الإجراءات المفصلة في الجدول 21:

الجدول 21. المرحلة الأولى: إجراءات الأجل القصير (على مدى السنوات الخمس الأولى)

الهدف	الغاية	الإجراء
حشد الدعم الحكومي	كسب تأييد الحكومة	<ul style="list-style-type: none"> ضمان الالتزام السياسي على أعلى مستويات الحكومة.
تقييم الحالة الراهنة	تقييم الإطار القانوني	<ul style="list-style-type: none"> تقييم التشريعات والسياسات القائمة المتعلقة بكبار السن من منظور الحقوق، بما في ذلك الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية، والحصول على استحقاقات الرعاية الصحية والرفاه. تقييم الخدمات الحالية للرعاية الصحية والطويلة الأجل في القطاعين العام والخاص.
	تقييم الرعاية الصحية والطويلة الأجل	<ul style="list-style-type: none"> تقييم خطط الحماية الاجتماعية الحالية، بما في ذلك تغطية معاشات التقاعد، بالتركيز على الشمولية والكفاءة والاستدامة.
	تطوير أساليب جمع البيانات	<ul style="list-style-type: none"> جمع البيانات حول تغطية نظم الحماية الاجتماعية وخدمات الرعاية الصحية والطويلة الأجل، وحول إمكانية الوصول إليها وأوجه عدم المساواة فيها؛ جمع البيانات حول احتياجات كبار السن على المستويين الوطني والمحلي؛ تصنيف البيانات حسب متغيرات منها السن والجنس والموقع الجغرافي والوضع العائلي والوضع الاقتصادي.
	تقييم القدرات	<ul style="list-style-type: none"> تقييم القدرات في القطاعين العام والخاص في مجال توفير الحماية الاجتماعية، وخدمات الرعاية الصحية والطويلة الأجل؛ إجراء عمليات تقييم مستندة إلى أدلة لما يلزم القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات لكبار السن.
بناء الشراكات	وضع نماذج للعمل التعاوني	<ul style="list-style-type: none"> اعتماد نهج شامل للقطاعات ولمختلف مكونات الحكومة في العمل على سياسات الشيخوخة من خلال نماذج للعمل قائمة على الشراكة؛ بناء الشراكات بين القطاعين العام والخاص، وتحديدًا بين الدولة وقطاعي الصحة والعمل الاجتماعي، والمجتمع المدني، والشركاء في المجتمع المحلي، ومقدمي الرعاية النظاميين وغير النظاميين، وقطاعي التكنولوجيا والأعمال.
	إجراء المشاورات	<ul style="list-style-type: none"> ضمان نهج تشاركي في العمل على سياسات الشيخوخة من خلال إنشاء آليات للتشاور مع جميع أصحاب المصلحة، بمن فيهم الحكومات والبرلمانات وكبار السن وأسرهم، ومقدمو الرعاية، ومنظمات المجتمع المدني، وقطاع التكنولوجيا والأعمال.
وضع استراتيجية وطنية للشيخوخة	وضع الاستراتيجية	<ul style="list-style-type: none"> ضمان نهج شامل ومتعدد القطاعات ومستند إلى الأدلة في وضع استراتيجية وطنية للشيخوخة؛ ضمان الاتساق بين استراتيجيات الشيخوخة والاستراتيجيات والبرامج الإنمائية القائمة؛ إسناد مسؤوليات واضحة إلى الهيئات الحكومية ذات الصلة؛ وضع خطة عمل لنماذج تقديم خدمات الحماية الاجتماعية والرعاية الطويلة الأجل؛ وضع نماذج مالية لتوفير الحماية الاجتماعية والرعاية الصحية والطويلة الأجل على نحو مستدام؛ وضع آليات للرصد والتقييم.
تنفيذ الاستراتيجية	إصلاح السياسات الحكومية	<ul style="list-style-type: none"> إجراء إصلاحات تشريعية لسد الثغرات في السياسات العامة؛ إجراء إصلاحات مالية لاستيفاء متطلبات الميزانية.
	دعم المجتمع المدني والقطاع الخاص	<ul style="list-style-type: none"> بناء قدرات منظمات المجتمع المدني لدعم مشاركتها، وتوسيع نطاق خدماتها؛ بناء قدرات الجهات النظامية وغير النظامية التي تقدم الرعاية إلى كبار السن.
	الرصد والتقييم	<ul style="list-style-type: none"> ضمان التعاون بين القطاعات من خلال إنشاء لجنة توجيهية معنية بشؤون الشيخوخة لرصد التقدم المحرز في تنفيذ استراتيجية الشيخوخة والسياسات ذات الصلة؛ إنشاء آليات لجمع البيانات على نحو دوري.

الشكل 21. العملية المتكررة لوضع خدمات وسياسات الرعاية الطويلة الأجل



المصدر: الإسكوا.

2. الأهداف المتوسطة الأجل لتنفيذ سياسات الشيخوخة

يفترض أن تتحقق الأهداف المتوسطة الأجل عموماً خلال 5 إلى 10 سنوات. ولا بد، في هذه الفترة، من تقديم خدمات مختلفة وتقييمها على نحو متزامن. فتنفيذ السياسات عملية متكررة من حيث رصد وتقييم وتحسين الخدمات والسياسات المتعلقة باللامح والبنية المتغيرة لكبار السن. ولا بد من اختبار الخدمات الجديدة قبل إطلاقها على المستوى الوطني لوضع النماذج الأكثر فعالية في توفير الخدمات، وتحقيق النتائج المرجوة على نحو فعال من حيث الكلفة (الشكل 21). وإلى جانب تنفيذ التدابير والبرامج القصيرة الأجل، ينبغي أن تستثمر الحكومة في بناء القدرات في القطاعين النظامي وغير النظامي للرعاية الطويلة الأجل، بما في ذلك المنظمات غير الحكومية والخيرية، والمجتمع المحلي، ورأس المال الاجتماعي. وينبغي أن تحدد الحكومة أيضاً خيارات التمويل الأكثر ملاءمةً حسب الاختلافات الإقليمية والوطنية.

وللأخذ بتوصيات السياسة العامة المتوسطة الأجل، ينبغي للبلدان العربية اتخاذ الإجراءات المفضلة في الجدول 22:

الجدول 22. المرحلة الثانية: إجراءات الأجل المتوسط (على مدى 5 إلى 10 سنوات التالية)

الهدف	الغاية	الإجراء
الاختبار والتنفيذ	سدّ الثغرات في تغطية الحماية الاجتماعية	<ul style="list-style-type: none"> تحسين إمكانية الحصول على معاشات التقاعد وتوسيع نطاق تغطيتها من خلال وضع مزيج من خطط التقاعد العامة والخاصة، تشمل العاملين في قطاعات مختلفة، بما فيها القطاع غير النظامي، ولا سيما النساء؛ تعزيز أمن صناديق معاشات التقاعد من خلال وضع الآليات التنظيمية؛ وضع آليات للحد من التهرب من دفع الاشتراكات في صناديق معاشات التقاعد؛ تعزيز التنسيق الثنائي والإقليمي لضمان استفادة المهاجرين العائدين من الاستحقاقات.
سدّ الثغرات في تقديم الرعاية الصحية والطويلة الأجل	سدّ الثغرات في تقديم الرعاية الصحية والطويلة الأجل	<ul style="list-style-type: none"> توسيع وتحسين البنى الأساسية للقطاع الصحي العام لتلبية احتياجات كبار السن المحددة في المرحلة الأولى، وتشجيع وتسهيل تطوير البنى الأساسية للقطاع الصحي الخاص؛ دعم تطوير سوق الرعاية الطويلة الأجل لضمان خدمات متنوعة وعالية الجودة وتأمين الدعم للعناية بالنفس، بما في ذلك دعم مقدمي الرعاية غير النظاميين؛ تشجيع نمط الحياة الصحي في الشيخوخة من خلال وضع البرامج الوقائية والاستباقية لكبار السن وللغئات الأصغر سناً، بما في ذلك الأشخاص من الفئة العمرية 40 سنة وأكثر؛ تشجيع الأفراد على التعامل مع ظروفهم الصحية من خلال إتاحة المعرفة والمهارات اللازمة لهم ولأسرهم وللمقدمي الرعاية؛ وضع الخدمات والخطط لإدارة الرعاية المتخصصة في أمراض محددة؛ إبطاء تدهور الصحة والوقاية من المضاعفات التي تستدعي الدخول إلى المستشفى أو مؤسسات الرعاية المكثفة؛ إنشاء المزيد من البرامج لمعالجة قضايا الرعاية المعقدة، بما في ذلك الرعاية في حالات الخرف المتقدمة؛ تنسيق الرعاية المتعددة التخصصات بين وكالات متعددة لضمان ظروف جيدة في نهاية العمر؛ تشجيع قطاعي التكنولوجيا والأعمال على تطوير التكنولوجيات المبتكرة لاستخدامها في رعاية كبار السن.

<ul style="list-style-type: none"> تحسين دور المجتمع المدني في تقديم الدعم لكبار السن ومقدمي الرعاية غير النظاميين؛ إتاحة الفرص المستدامة لكبار السن لكي يساهموا في المجتمع من خلال العمل التطوعي والمدفوع الأجر؛ وضع برامج لتقييم البيئة المبنية وضمان خدمات السكن والنقل والأماكن العامة الملائمة، التي يسهل وصول كبار السن إليها، والميسورة الكلفة. 	<p>دعم القدرات وتهئية بيئة مؤازرة</p>	<p>الاختبار والتنفيذ</p>
<ul style="list-style-type: none"> تنظيم حملات لمنع التمييز ضد كبار السن وإساءة معاملتهم؛ إطلاق حملات توعية لتوضيح مفهوم الشيخوخة النشطة ودمج كبار السن في المجتمع. 	<p>إطلاق حملات التوعية</p>	<p>إطلاق حملات التوعية</p>
<ul style="list-style-type: none"> الاستمرار في تعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص، وتحديدًا بين الدولة وقطاعي الصحة والعمل الاجتماعي، والمجتمع المدني، والشركاء في المجتمع المحلي، ومقدمي الرعاية النظاميين وغير النظاميين، وقطاعي التكنولوجيا والأعمال؛ مواصلة اعتماد النهج التشاركي من خلال إتاحة منبر دائم لإشراك جميع أصحاب المصلحة في سياسات وبرامج الشيخوخة. 	<p>تعزيز الشراكات</p>	<p>تعزيز الشراكات</p>
<ul style="list-style-type: none"> إنشاء مجموعة صلبة من أطر الرصد والتنظيم المراعية لقضايا الجنسين لتقييم التنفيذ؛ رصد عملية إعداد ميزانية سياسات الحماية الاجتماعية والصحة والرعاية وتنفيذها؛ تنقيح عملية تمويل الحماية الاجتماعية والرعاية بكبار السن بعد اختبارها وتنفيذ المرحلة الثانية. 	<p>ضمان الرصد المستمر</p>	<p>الرصد والتقييم</p>

3. الأهداف الطويلة الأجل لتنفيذ سياسات الشيخوخة

بالتالي عملية مستمرة من الرصد والتقييم والتحسين. وينبغي أن تسعى الحكومات إلى تأمين مصادر دخل وبرامج مستدامة لمواكبة البنية السكانية المتغيرة وما يرافقها من طلب على البنى الأساسية وأنظمة التعليم والصحة والمساعدة الاجتماعية.

وللأخذ بتوصيات السياسة العامة الطويلة الأجل، ينبغي للبلدان العربية اتخاذ الإجراءات المفضّلة في الجدول 23:

ينبغي أن تتحقق الأهداف الطويلة الأجل خلال 10 إلى 20 سنة. وهذه فترة زمنية حرجة لأنها تتزامن مع الانتقال إلى الشيخوخة في بعض البلدان العربية، ومع بدء مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة في بلدان أخرى. ويُفترض أن تُقدّم في هذه الفترة مجموعة من الخدمات والبرامج التي سبق أن أعدّت في الأجلين القصير والمتوسط، وتتطلب

الجدول 23. المرحلة الثالثة: إجراءات الأجل الطويل (على مدى 10 إلى 20 سنة، أو مع بدء الانتقال إلى الشيخوخة)

الإجراء	الغاية	الهدف
<ul style="list-style-type: none"> توسيع نُظم معاشات التقاعد لتشمل أسواق العمل النظامية وغير النظامية والعمال المهاجرين؛ تنقيح وتطوير آليات لزيادة تمويل الحماية الاجتماعية. 	<p>توسيع تغطية معاشات التقاعد</p>	<p>توسيع الأطر والنظم القائمة وتحسينها</p>
<ul style="list-style-type: none"> تنقيح وتطوير آليات لتحسين تمويل الرعاية الصحية والطويلة الأجل؛ التأكيد على نهج شامل لمختلف مراحل الحياة في القضايا الصحية على المستويين الوطني والمحلي من خلال تقديم خدمات وقائية متكاملة في المدارس والمراكز المجتمعية مثلًا، والعمل مع أصحاب المصلحة المعنيين لتوسيع نطاق العمل الوقائي؛ تشبيد البنى الأساسية الصحية للخدمات المتخصصة لمراعاة ظروف صحية محددة، بما في ذلك الأمراض غير المعدية؛ تقييم التكنولوجيا المساعدة وتوسيع نطاق استخدامها وتعزيزها باعتبارها جزءًا من خدمات الرعاية الصحية والطويلة الأجل؛ تشجيع الاستثمار في البحوث في مجال طب الشيخوخة والرعاية الطويلة الأجل. 	<p>تحسين تقديم الرعاية الصحية والطويلة الأجل</p>	<p>تحسين تقديم الرعاية الصحية والطويلة الأجل</p>
<ul style="list-style-type: none"> مواصلة الاستثمار في خدمات السكن والنقل والأماكن العامة الملائمة التي يسهل الوصول إليها والميسورة الكلفة لصالح كبار السن بالاستناد إلى التقييم الذي أجري في المرحلة الثانية؛ الاستمرار في مساعدة المجتمع المدني على دعم كبار السن ومقدمي الرعاية غير النظاميين. 	<p>دعم البيئة المؤازرة</p>	<p>دعم البيئة المؤازرة</p>
<ul style="list-style-type: none"> رصد عملية إعداد ميزانية سياسات الحماية الاجتماعية والصحة والرعاية الطويل الأجل وتنفيذها؛ تنقيح آليات جمع البيانات وضمان جمع البيانات على نحو دوري وإتاحتها للجميع؛ تحديد الثغرات في تغطية الحماية الاجتماعية والرعاية الطويلة الأجل ومعالجتها. 	<p>ضمان الرصد المستمر</p>	<p>الرصد والتقييم</p>

واو. استنتاجات وخلاصة

وركّز هذا التقرير على كشف المخاطر التي يواجهها الكثير من كبار السن في حياتهم اليومية. وبشكل انعدام ضمان الحصول على دخل، سواء بسبب عدم كفاية معاشات التقاعد أم غيابها، سبباً رئيسياً للقلق. والتغيير في معظم نظم الحماية الاجتماعية في المنطقة العربية محدود أو معدوم، وهي لا تزال قاصرة عن تلبية احتياجات كبار السن.

وفي ظل الزيادة المتوقعة للأمراض غير المعدية والشواغل الصحية الأخرى التي تطال كبار السن بحلول عام 2050، والنفقات الكبيرة من الأموال الخاصة، يشوب الصورة في المستقبل تدهور في صحة كبار السن ما لم يعتمد إلى تحسينات هامة في مجالي التغطية الصحية والتخصّص الطبي. فكبار السن الذين يعيشون في فقر وفي أقلّ البلدان نمواً يسجلون مستويات منخفضة من العمر المتوقع بسبب عدم كفاية الرعاية، كما يشهدون أدنى تغطية لمعاشات التقاعد. ويرتبط العجز أيضاً بالشيخوخة وهو واسع الانتشار في المنطقة العربية، ولا سيما لدى النساء.

ويستدعي طول عمر كبار السن ووضعهم الصحي رعاية طويلة الأجل، وتبقى الأسرة المؤسسة الرئيسية التي يُتوقع منها تقديم الدعم. ولكن مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية في العقود القادمة، من تحوّل في هيكلية الأسرة، وهجرة، وتوسع حضري، وشيخوخة السكان، لن تبقى شبكة الأمان هذه جديرة بالثقة.

ونظراً إلى العائد السكاني وشيخوخة السكان في معظم البلدان، لا يمكن إغفال أنّ المنظور الشامل لمختلف مراحل الحياة الذي يهدف إلى تحسين حياة السكان منذ سن مبكرة يتيح إطاراً واعداً للأجيال القادمة من كبار السن. ولدى الكثير من كبار السن اليوم مستويات منخفضة من التحصيل العلمي، ما يزيد من المخاطر التي سيتعرضون لها في سن الشيخوخة إذ قد يفتقرون إلى معاشات التقاعد أو غيرها من أشكال الأمان الاجتماعي والمالي.

وبما أنّه يُتوقع أن تحل أفواج أفضل تعليماً وصحةً محلّ أفواج كبار السن الحالية، ينبغي ألاّ يقتصر تركيز صانعي السياسات على تحسين وضع كبار السن

لا بد، في مختلف أنحاء المنطقة العربية، من تحوّل جذري في فهم الشيخوخة. ويلزم البدء عاجلاً بوضع استراتيجيات متماسكة والتخطيط لسياسات عامة شاملة لمعالجة الثغرات الحالية في الاحتياجات الصحية والاجتماعية لكبار السن، وتلبية المتطلبات المستقبلية المتزايدة بفعل شيخوخة السكان. ورغم ما في المعارف من ثغرات كبيرة، الأدلة كافية ليتمكّن صانعو السياسات من العمل بسرعة على معالجة الاحتياجات الحالية والمستقبلية لكبار السن. وتستدعي سرعة انتقال السكان إلى الشيخوخة في المنطقة تخطيطاً وعملاً فورياً من قبل الحكومات، بغضّ النظر عن خصائص كل بلد أو مستوى التنمية فيه. وتتطلب الاستجابة الفعالة على مستوى السياسات العامة كما المجتمع إصلاح نظم الرعاية الصحية والنظم الاجتماعية، بالتحوّل من النماذج العلاجية لأمراض محددة إلى سياسات وخدمات متكاملة محورها الفرد. وبالتالي، ينبغي وضع نظم شاملة ومتعددة القطاعات للحماية الاجتماعية والرعاية الطويلة الأجل تُشرك الحكومة على مستويات متعددة. وعلى هذه النماذج الجديدة أن تراعي التنوع في فئة كبار السن، وتستجيب للفوارق الصحية والاجتماعية، وتحدّد سبلاً أفضل لتقييم ورصد صحة كبار السن وإمكاناتهم. ومن الضروري الاستفادة مما في المنطقة اليوم من عائد سكاني ورأس مال اجتماعي، وإيجاد سبل تمويل مستدامة جديدة. ومن ثم، لا يمكن تجاهل شيخوخة السكان، وينبغي للحكومات أن تبدأ الآن بوضع سياسات تساهم في تحقيق أهداف التنمية الاجتماعية الوطنية والدولية.

جميع البلدان في المنطقة العربية في مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة وإن بمعدلات مختلفة. وتحتّ المخاطر التي يتعرض لها كبار السن واضعي السياسات على إيجاد حلول ملحة لتحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية لنحو 27 مليون من كبار السن اليوم، وأكثر من 100 مليون منهم بحلول عام 2050 (15 في المائة من مجموع السكان). وتنفرد المنطقة العربية بالوقت المحدود المتاح للتصدي لهذا التحدي الديمغرافي، بينما حظيت المناطق الأخرى في العالم بالمزيد من الوقت والموارد للاستعداد.

الاجتماعية والاقتصادية لكبار السن القادرين في الكثير من الأحيان على المساهمة بشكل كبير في النمو البشري والاقتصادي، من خلال المشاركة النظامية وغير النظامية في سوق العمل، ونقل الأصول والموارد إلى الأسر والمجتمعات المحلية، وتقديم الرعاية غير المدفوعة الأجر إلى الأحفاد، والمشاركة في الحياة السياسية. لكن يُبرز هذا التقرير أيضاً التجارب المختلفة لكبار السن، إذ يواجه الكثير منهم مخاطر متعددة الجوانب مرتبطة بالجنس، وغياب المشاركة السابقة في سوق العمل النظامية، وانخفاض مستوى التحصيل العلمي، وسوء الحالة الصحية.

وتهدف نظم الحماية الاجتماعية الشاملة، بما في ذلك الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية، إلى ضمان حصول جميع فئات المجتمع على الرعاية، ودورها حاسم في التخفيف من حدة الفقر والحد من أوجه عدم المساواة في سن الشيخوخة. وتسعى خطة عام 2030 إلى مكافحة الفقر الذي يطال مختلف الفئات المعرضة للمخاطر، وتحقيق النمو البشري، والحد من أوجه عدم المساواة في الدخل والأمن. ومع شيخوخة السكان، ينبغي أن تضع الحكومات نظماً مناسبة للحماية الاجتماعية، بما في ذلك خطط معاشات التقاعد، ونظماً للرعاية أكثر شمولاً وأوسع نطاقاً لكبار السن. ولهذا العمل المتزامن أهمية قصوى في ضمان رفاه كبار السن، وحقوقهم، ودمجهم في المجتمع، وحصولهم على دخل.

وباعتماد منظور شامل لمختلف مراحل الحياة وتنفيذ سياسات وخطط الحماية الاجتماعية لجميع الفئات العمرية تزداد فرص تمتع الأجيال المقبلة بشيخوخة مرضية وكريمة. ويتوافق المنظور الشامل لمختلف مراحل الحياة مع أهداف التنمية المستدامة، ولا سيما الهدف 3 حول ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار. والبلدان التي تعتمد هذا المنظور تضمن عدم إهمال كبار السن وتمتعهم بشيخوخة لائقة.

اليوم، بل أن يشمل أيضاً الاستثمار بحرص في قدرات الشباب والأشخاص في سن العمل. ولا بد من مراعاة العواقب الطويلة الأجل للتجارب في مرحلة الطفولة وأولى سنوات البلوغ، بما في ذلك التعليم النظامي والحياة الأسرية والمجتمعية، عند وضع سياسات ترمي إلى تعزيز الحياة الكريمة والحد من أوجه عدم المساواة في مختلف مراحل الحياة. ومن ثم، يعزز المجموع التراكمي للتعليم، والتخطيط الطويل الأجل، والاستثمار، والعادات الصحية في مختلف مراحل الحياة، قدرة الأجيال المقبلة من كبار السن على الحصول على شيخوخة كريمة.

وتواجه المنطقة العربية، في استعدادها لشيخوخة السكان ممن هم اليوم في سن العمل والشباب، تحدياً فريداً مقارنةً مع مناطق أخرى شهدت شيخوخة السكان مثل بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وتنفرد المنطقة بجانبين رئيسيين: أولاً، في عدّة بلدان أفواج كبيرة من الأطفال والمراهقين وكبار السن في آن، وتلقي هذه الأعداد الكبيرة من الفئات السكانية المختلفة بثقلها على من هم في سن العمل المسؤولين عن إعالة كلا الفئتين؛ ثانياً، في حين لا تزال بعض البلدان العربية في مرحلة مبكرة من شيخوخة السكان، ولكن في بلدان كثيرة ستكون شيخوخة السكان أسرع بكثير من معظم البلدان المتقدمة، أي لن يكون أمام صانعي السياسات متسع من الوقت للاستعداد.

ولذلك، من المهم دمج السياسات التي تستفيد مما في المنطقة حالياً من عائد سكاني ورأس مال بشري في الإعداد لشيخوخة السكان في المستقبل، بما أنّ عدد السكان الذين سيشيخون سيزداد في المستقبل القريب. وتستدعي هذه الحالة الإسراع إلى وضع سياسات تلبي المطالب الهائلة المتوقعة في العقود القليلة القادمة.

ويؤكد هذا التقرير على أهمية إنشاء نظم لضمان الحصول على دخل والحماية الاجتماعية من أجل شيخوخة كريمة، كما يقرّ بالقيمة والمساهمات

المرفق الأول

المنهجية: مقارنة التوقعات حسب المتغيرات المنخفضة والمتوسطة والمرتفعة

الجدول A1.1 السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر في المنطقة العربية (بالآلاف وبالنسبة المئوية)

2050		2030		2015		متغيرات التوقعات
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
15.1	102 087	9.5	49 594	6.7	26 826	المتغير المتوسط
13.6	102 087	9.5	49 594	6.7	26 826	المتغير المرتفع
16.8	102 087	9.5	49 594	6.7	26 826	المتغير المنخفض
	89 907		47 753		26 826	معدل الوفيات الثابت

المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision

الجدول A1.2 السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر و75 سنة وأكثر (بالآلاف)

75 سنة وأكثر			60 سنة وأكثر			المتغيرات	البلد
2050	2030	2015	2050	2030	2015		
595	180	115	2 178	970	506	المتغير المتوسط	الأردن
595	180	115	2 178	970	506	المتغير المرتفع	
595	180	115	2 178	970	506	المتغير المنخفض	
460	164	115	1 940	936	506	معدل الوفيات الثابت	
770	80	22	2 461	896	179	المتغير المتوسط	الإمارات العربية المتحدة
770	80	22	2 461	896	179	المتغير المرتفع	
770	80	22	2 461	896	179	المتغير المنخفض	
579	73	22	2 137	867	179	معدل الوفيات الثابت	
126	25	10	405	185	57	المتغير المتوسط	البحرين
126	25	10	405	185	57	المتغير المرتفع	
126	25	10	405	185	57	المتغير المنخفض	
93	22	10	353	179	57	معدل الوفيات الثابت	
1 217	556	355	3 675	2 273	1 316	المتغير المتوسط	تونس
1 217	556	355	3 675	2 273	1 316	المتغير المرتفع	
1 217	556	355	3 675	2 273	1 316	المتغير المنخفض	
867	497	355	3 142	2 165	1 316	معدل الوفيات الثابت	

75 سنة وأكثر			60 سنة وأكثر			المتغيرات	البلد
2050	2030	2015	2050	2030	2015		
4 062	1 718	926	13 222	6 478	3 564	المتغير المتوسط	الجزائر
4 062	1 718	926	13 222	6 478	3 564	المتغير المرتفع	
4 062	1 718	926	13 222	6 478	3 564	المتغير المنخفض	
3 217	1 592	926	11 819	6 254	3 564	معدل الوفيات الثابت	جزر القمر
24	11	7	133	64	37	المتغير المتوسط	
24	11	7	133	64	37	المتغير المرتفع	
24	11	7	133	64	37	المتغير المنخفض	
21	10	7	122	63	37	معدل الوفيات الثابت	الجمهورية العربية السورية
1 503	547	277	5 461	2 486	1 192	المتغير المتوسط	
1 503	547	277	5 461	2 486	1 192	المتغير المرتفع	
1 503	547	277	5 461	2 486	1 192	المتغير المنخفض	
1 046	488	277	4 517	2 339	1 192	معدل الوفيات الثابت	جيبوتي
43	19	11	203	103	57	المتغير المتوسط	
43	19	11	203	103	57	المتغير المرتفع	
43	19	11	203	103	57	المتغير المنخفض	
39	19	11	192	101	57	معدل الوفيات الثابت	السودان
1 465	718	410	6 700	3 544	2 078	المتغير المتوسط	
1 465	718	410	6 700	3 544	2 078	المتغير المرتفع	
1 465	718	410	6 700	3 544	2 078	المتغير المنخفض	
1 386	708	410	6 383	3 505	2 078	معدل الوفيات الثابت	الصومال
353	180	102	1 883	962	602	المتغير المتوسط	
353	180	102	1 883	962	602	المتغير المرتفع	
353	180	102	1 883	962	602	المتغير المنخفض	
309	173	102	1 696	937	602	معدل الوفيات الثابت	العراق
1 661	627	375	7 454	3 172	1 812	المتغير المتوسط	
1 661	627	375	7 454	3 172	1 812	المتغير المرتفع	
1 661	627	375	7 454	3 172	1 812	المتغير المنخفض	
1 355	594	375	6 775	3 096	1 812	معدل الوفيات الثابت	عمان
345	76	34	1 373	422	161	المتغير المتوسط	
345	76	34	1 373	422	161	المتغير المرتفع	
345	76	34	1 373	422	161	المتغير المنخفض	
243	68	34	1 175	401	161	معدل الوفيات الثابت	دولة فلسطين
244	82	41	1 022	423	211	المتغير المتوسط	
244	82	41	1 022	423	211	المتغير المرتفع	
244	82	41	1 022	423	211	المتغير المنخفض	
184	75	41	901	408	211	معدل الوفيات الثابت	

75 سنة وأكثر			60 سنة وأكثر			المتغيرات	البلد
2050	2030	2015	2050	2030	2015		
216	31	9	689	278	58	المتغير المتوسط	قطر
216	31	9	689	278	58	المتغير المرتفع	
216	31	9	689	278	58	المتغير المنخفض	
162	28	9	602	270	58	معدل الوفيات الثابت	الكويت
358	64	21	1 158	588	160	المتغير المتوسط	
358	64	21	1 158	588	160	المتغير المرتفع	
358	64	21	1 158	588	160	المتغير المنخفض	
259	57	21	1 009	571	160	معدل الوفيات الثابت	لبنان
601	299	188	1 688	1 022	671	المتغير المتوسط	
601	299	188	1 688	1 022	671	المتغير المرتفع	
601	299	188	1 688	1 022	671	المتغير المنخفض	
435	268	188	1 457	973	671	معدل الوفيات الثابت	ليبيا
491	144	98	1 848	806	402	المتغير المتوسط	
491	144	98	1 848	806	402	المتغير المرتفع	
491	144	98	1 848	806	402	المتغير المنخفض	
392	133	98	1 662	783	402	معدل الوفيات الثابت	مصر
5 612	2 499	1 518	23 689	11 831	7 226	المتغير المتوسط	
5 612	2 499	1 518	23 689	11 831	7 226	المتغير المرتفع	
5 612	2 499	1 518	23 689	11 831	7 226	المتغير المنخفض	
4 071	2 265	1 518	20 453	11 305	7 226	معدل الوفيات الثابت	المغرب
3 642	1 519	833	10 977	6 435	3 464	المتغير المتوسط	
3 642	1 519	833	10 977	6 435	3 464	المتغير المرتفع	
3 642	1 519	833	10 977	6 435	3 464	المتغير المنخفض	
2 493	1 345	833	9 405	6 154	3 464	معدل الوفيات الثابت	المملكة العربية السعودية
2 895	672	312	10 323	4 356	1 653	المتغير المتوسط	
2 895	672	312	10 323	4 356	1 653	المتغير المرتفع	
2 895	672	312	10 323	4 356	1 653	المتغير المنخفض	
2 130	604	312	9 000	4 192	1 653	معدل الوفيات الثابت	موريتانيا
147	61	37	789	377	206	المتغير المتوسط	
147	61	37	789	377	206	المتغير المرتفع	
147	61	37	789	377	206	المتغير المنخفض	
132	59	37	749	372	206	معدل الوفيات الثابت	اليمن
727	370	213	4 758	1 921	1 213	المتغير المتوسط	
727	370	213	4 758	1 921	1 213	المتغير المرتفع	
727	370	213	4 758	1 921	1 213	المتغير المنخفض	
635	358	213	4 417	1 882	1 213	معدل الوفيات الثابت	المنطقة العربية
27 096	10 477	5 915	10 2087	49 594	26 826	المتغير المتوسط	
27 096	10 477	5 915	102 087	49 594	26 826	المتغير المرتفع	
27 096	10 477	5 915	102 087	49 594	26 826	المتغير المنخفض	
20 508	9 601	5 915	89 907	47 753	26 826	معدل الوفيات الثابت	

الجدول A1.3 توقّعات الخصوبة، والوفيات، والهجرة في البلدان العربية

العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			عدد المهاجرين (بالآلاف)			معدل الخصوبة الكلي			المتغيّرات	البلد
2050	2030	2015	2050	2030	2015	2050	2030	2015		
79.0	76.3	74.2	-19.5	-295.0	487.6	4.3	2.7	3.4	المتغيّر المتوسط	الأردن
79.0	76.3	74.2	-19.5	-295.0	487.6	5.3	3.2	3.4	المتغيّر المرتفع	
79.0	76.3	74.2	-19.5	-295.0	487.6	1.7	2.2	3.4	المتغيّر المنخفض	
74.2	74.2	74.2	-19.5	-295.0	487.6	4.3	2.7	3.4	معدل الوفيات الثابت	الإمارات العربية المتحدة
82.5	79.4	77.1	243.8	275.0	390.5	3.3	1.6	1.8	المتغيّر المتوسط	
82.5	79.4	77.1	243.8	275.0	390.5	4.3	2.1	1.8	المتغيّر المرتفع	
82.5	79.4	77.1	243.8	275.0	390.5	1.1	1.1	1.8	المتغيّر المنخفض	
77.1	77.1	77.1	243.8	275.0	390.5	3.3	1.6	1.8	معدل الوفيات الثابت	البحرين
81.4	78.8	76.8	19.5	47.5	138.5	3.3	1.8	2.1	المتغيّر المتوسط	
81.4	78.8	76.8	19.5	47.5	138.5	4.3	2.3	2.1	المتغيّر المرتفع	
81.4	78.8	76.8	19.5	47.5	138.5	1.2	1.3	2.1	المتغيّر المنخفض	
76.8	76.8	76.8	19.5	47.5	138.5	3.3	1.8	2.1	معدل الوفيات الثابت	تونس
81.6	78.3	75.6	-19.5	-20.0	-43.0	3.7	2.0	2.2	المتغيّر المتوسط	
81.6	78.3	75.6	-19.5	-20.0	-43.0	4.7	2.5	2.2	المتغيّر المرتفع	
81.6	78.3	75.6	-19.5	-20.0	-43.0	1.4	1.5	2.2	المتغيّر المنخفض	
75.6	75.6	75.6	-19.5	-20.0	-43.0	3.7	2.0	2.2	معدل الوفيات الثابت	الجزائر
82.3	78.9	75.8	-48.8	-50.0	-96.6	3.9	2.2	2.8	المتغيّر المتوسط	
82.3	78.9	75.8	-48.8	-50.0	-96.6	4.9	2.7	2.8	المتغيّر المرتفع	
82.3	78.9	75.8	-48.8	-50.0	-96.6	1.5	1.7	2.8	المتغيّر المنخفض	
75.8	75.8	75.8	-48.8	-50.0	-96.6	3.9	2.2	2.8	معدل الوفيات الثابت	جزر القمر
69.1	66.3	63.4	-9.8	-10.0	-10.0	5.6	3.5	4.4	المتغيّر المتوسط	
69.1	66.3	63.4	-9.8	-10.0	-10.0	6.6	4.0	4.4	المتغيّر المرتفع	
69.1	66.3	63.4	-9.8	-10.0	-10.0	2.3	3.0	4.4	المتغيّر المنخفض	
63.4	63.4	63.4	-9.8	-10.0	-10.0	5.6	3.5	4.4	معدل الوفيات الثابت	الجمهورية العربية السورية
81.0	78.3	70.6	-48.7	715.0	-2 698.9	3.9	2.4	3.0	المتغيّر المتوسط	
81.0	78.3	70.6	-48.7	715.0	-2 698.9	4.9	2.9	3.0	المتغيّر المرتفع	
81.0	78.3	70.6	-48.7	715.0	-2 698.9	1.4	1.9	3.0	المتغيّر المنخفض	
70.6	70.6	70.6	-48.7	715.0	-2 698.9	3.9	2.4	3.0	معدل الوفيات الثابت	جيبوتي
68.0	65.0	62.1	4.4	4.5	5.3	3.8	2.3	2.9	المتغيّر المتوسط	
68.0	65.0	62.1	4.4	4.5	5.3	4.8	2.8	2.9	المتغيّر المرتفع	
68.0	65.0	62.1	4.4	4.5	5.3	1.4	1.8	2.9	المتغيّر المنخفض	
62.1	62.1	62.1	4.4	4.5	5.3	3.8	2.3	2.9	معدل الوفيات الثابت	السودان
70.5	67.3	64.2	-48.8	-50.0	-419.7	6.1	3.8	4.6	المتغيّر المتوسط	
70.5	67.3	64.2	-48.8	-50.0	-419.7	7.1	4.3	4.6	المتغيّر المرتفع	
70.5	67.3	64.2	-48.8	-50.0	-419.7	2.5	3.3	4.6	المتغيّر المنخفض	
64.2	64.2	64.2	-48.8	-50.0	-419.7	6.1	3.8	4.6	معدل الوفيات الثابت	

العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			عدد المهاجرين (بالآلاف)			معدل الخصوبة الكلي			المتغيرات	البلد
2050	2030	2015	2050	2030	2015	2050	2030	2015		
66.8	61.5	55.9	-146.1	-149.8	-213.3	7.4	5.0	6.4	المتغير المتوسط	الصومال
66.8	61.5	55.9	-146.1	-149.8	-213.3	8.4	5.5	6.4	المتغير المرتفع	
66.8	61.5	55.9	-146.1	-149.8	-213.3	3.2	4.5	6.4	المتغير المنخفض	
55.9	55.9	55.9	-146.1	-149.8	-213.3	7.4	5.0	6.4	معدل الوفيات الثابت	العراق
74.7	72.0	69.7	-29.3	-56.2	251.4	6.1	3.7	4.4	المتغير المتوسط	
74.7	72.0	69.7	-29.3	-56.2	251.4	7.1	4.2	4.4	المتغير المرتفع	
74.7	72.0	69.7	-29.3	-56.2	251.4	2.5	3.2	4.4	المتغير المنخفض	
69.7	69.7	69.7	-29.3	-56.2	251.4	6.1	3.7	4.4	معدل الوفيات الثابت	عمان
83.8	80.1	76.8	19.5	30.0	711.3	3.5	2.0	2.7	المتغير المتوسط	
83.8	80.1	76.8	19.5	30.0	711.3	4.5	2.5	2.7	المتغير المرتفع	
83.8	80.1	76.8	19.5	30.0	711.3	1.2	1.5	2.7	المتغير المنخفض	
76.8	76.8	76.8	19.5	30.0	711.3	3.5	2.0	2.7	معدل الوفيات الثابت	دولة فلسطين
78.7	75.8	73.3	-24.4	-25.0	-38.3	5.2	3.2	4.1	المتغير المتوسط	
78.7	75.8	73.3	-24.4	-25.0	-38.3	6.2	3.7	4.1	المتغير المرتفع	
78.7	75.8	73.3	-24.4	-25.0	-38.3	2.1	2.7	4.1	المتغير المنخفض	
73.3	73.3	73.3	-24.4	-25.0	-38.3	5.2	3.2	4.1	معدل الوفيات الثابت	قطر
83.3	80.3	78.0	58.5	95.0	401.0	3.3	1.7	1.9	المتغير المتوسط	
83.3	80.3	78.0	58.5	95.0	401.0	4.3	2.2	1.9	المتغير المرتفع	
83.3	80.3	78.0	58.5	95.0	401.0	1.1	1.2	1.9	المتغير المنخفض	
78.0	78.0	78.0	58.5	95.0	401.0	3.3	1.7	1.9	معدل الوفيات الثابت	الكويت
78.8	76.3	74.6	43.9	65.0	385.0	3.6	1.9	2.0	المتغير المتوسط	
78.8	76.3	74.6	43.9	65.0	385.0	4.6	2.4	2.0	المتغير المرتفع	
78.8	76.3	74.6	43.9	65.0	385.0	1.3	1.4	2.0	المتغير المنخفض	
74.6	74.6	74.6	43.9	65.0	385.0	3.6	1.9	2.0	معدل الوفيات الثابت	لبنان
85.2	82.0	79.4	-19.5	-310.0	550.0	3.4	1.7	1.7	المتغير المتوسط	
85.2	82.0	79.4	-19.5	-310.0	550.0	4.4	2.2	1.7	المتغير المرتفع	
85.2	82.0	79.4	-19.5	-310.0	550.0	1.2	1.2	1.7	المتغير المنخفض	
79.4	79.4	79.4	-19.5	-310.0	550.0	3.4	1.7	1.7	معدل الوفيات الثابت	ليبيا
76.8	74.1	71.9	-9.7	-10.0	-221.7	3.5	1.9	2.3	المتغير المتوسط	
76.8	74.1	71.9	-9.7	-10.0	-221.7	4.5	2.4	2.3	المتغير المرتفع	
76.8	74.1	71.9	-9.7	-10.0	-221.7	1.3	1.4	2.3	المتغير المنخفض	
71.9	71.9	71.9	-9.7	-10.0	-221.7	3.5	1.9	2.3	معدل الوفيات الثابت	مصر
76.7	73.8	71.3	-219.4	-225.0	-275.0	4.6	2.7	3.3	المتغير المتوسط	
76.7	73.8	71.3	-219.4	-225.0	-275.0	5.6	3.2	3.3	المتغير المرتفع	
76.7	73.8	71.3	-219.4	-225.0	-275.0	1.8	2.2	3.3	المتغير المنخفض	
71.3	71.3	71.3	-219.4	-225.0	-275.0	4.6	2.7	3.3	معدل الوفيات الثابت	

العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)			عدد المهاجرين (بالآلاف)			معدل الخصوبة الكلي			المتغيرات	البلد
2050	2030	2015	2050	2030	2015	2050	2030	2015		
82.6	78.9	75.5	-250.7	-257.1	-282.1	3.8	2.1	2.5	المتغير المتوسط	المغرب
82.6	78.9	75.5	-250.7	-257.1	-282.1	4.8	2.6	2.5	المتغير المرتفع	
82.6	78.9	75.5	-250.7	-257.1	-282.1	1.4	1.6	2.5	المتغير المنخفض	
75.5	75.5	75.5	-250.7	-257.1	-282.1	3.8	2.1	2.5	معدل الوفيات الثابت	
79.6	76.6	74.4	195.0	300.0	1 090.0	3.5	2.1	2.6	المتغير المتوسط	المملكة العربية السعودية
79.6	76.6	74.4	195.0	300.0	1 090.0	4.5	2.6	2.6	المتغير المرتفع	
79.6	76.6	74.4	195.0	300.0	1 090.0	1.3	1.6	2.6	المتغير المنخفض	
74.4	74.4	74.4	195.0	300.0	1 090.0	3.5	2.1	2.6	معدل الوفيات الثابت	
67.4	65.1	63.0	14.9	15.3	32.8	6.3	3.9	4.7	المتغير المتوسط	موريتانيا
67.4	65.1	63.0	14.9	15.3	32.8	7.3	4.4	4.7	المتغير المرتفع	
67.4	65.1	63.0	14.9	15.3	32.8	2.7	3.4	4.7	المتغير المنخفض	
63.0	63.0	63.0	14.9	15.3	32.8	6.3	3.9	4.7	معدل الوفيات الثابت	
70.4	67.5	64.7	-97.5	-135.0	-112.5	4.2	2.9	4.1	المتغير المتوسط	اليمن
70.4	67.5	64.7	-97.5	-135.0	-112.5	5.2	3.4	4.1	المتغير المرتفع	
70.4	67.5	64.7	-97.5	-135.0	-112.5	1.6	2.4	4.1	المتغير المنخفض	
64.7	64.7	64.7	-97.5	-135.0	-112.5	4.2	2.9	4.1	معدل الوفيات الثابت	

المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision

المرفق الثاني

نسبة السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر في عام 2050 حسب ثلاثة سيناريوهات متعلقة بالخصوبة والوفيات والهجرة

سيناريو التجزئة				سيناريو الاستمرارية				سيناريو الاستدامة				البلد
العدد الصافي للمهاجرين في الفترة 2045-2050 (بالآلاف)	العمر المتوقع عند الولادة للجنسين (بالسنوات)	معدل الخصوبة الكلي	نسبة السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر	العدد الصافي للمهاجرين في الفترة 2045-2050 (بالآلاف)	العمر المتوقع عند الولادة للجنسين (بالسنوات)	معدل الخصوبة الكلي	نسبة السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر	العدد الصافي للمهاجرين في الفترة 2045-2050 (بالآلاف)	العمر المتوقع عند الولادة للجنسين (بالسنوات)	معدل الخصوبة الكلي	نسبة السكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر	
104	77.4	2.5	14%	153	82.3	1.9	17%	123	86.6	1.4	20%	الأردن
551	79.9	2	32%	850	84.4	1.5	34%	920	88.7	1.1	35%	الإمارات العربية المتحدة
87	79.2	2.4	26%	135	83.8	1.8	28%	136	88.0	1.3	31%	البحرين
-4	77.2	2.2	25%	-8	82.1	1.6	30%	-7	86.3	1.2	35%	تونس
-43	76.4	2.5	21%	-84	81.5	1.8	26%	-76	85.9	1.3	30%	الجزائر
-7	60.7	3	8%	-13	66.8	2.1	10%	-11	71.3	1.5	13%	جزر القمر
-33	79.6	2.5	15%	-73	84.4	1.8	19%	-70	88.7	1.3	23%	الجمهورية العربية السورية
0	57.9	2.6	11%	0	67.4	2	13%	0	78.8	1.4	18%	جيبوتي
80	61.7	2.9	10%	124	67.5	2.1	12%	100	72.1	1.5	14%	السودان
-237	53.9	3.8	6%	-436	59.8	2.6	8%	-368	64.7	1.8	11%	الصومال
-125	75.7	3.1	9%	-234	81.4	2.1	13%	-210	85.8	1.6	16%	العراق
104	78.5	2.4	23%	126	82.7	1.7	27%	127	87.5	1.3	30%	عمان
-69	77.3	3	10%	-127	82.4	2.1	13%	-113	86.7	1.5	17%	دولة فلسطين
138	81.7	2.3	36%	200	86.3	1.8	38%	244	90.4	1.3	37%	قطر
113	79.1	2.3	22%	171	83.5	1.7	24%	151	87.8	1.3	28%	الكويت
18	76.3	2.2	23%	27	81.2	1.6	27%	22	85.5	1.2	32%	لبنان
-3	79.9	2.5	20%	-8	84.6	1.8	25%	-8	88.9	1.3	30%	ليبيا
-157	75.3	2.5	16%	-312	80.3	1.9	20%	-285	84.6	1.4	24%	مصر
-248	75.3	2.4	19%	-466	80.7	1.7	25%	-408	85.0	1.2	30%	المغرب
695	77.6	2.6	18%	1 044	82.4	1.9	21%	884	86.6	1.4	25%	المملكة العربية السعودية
5	59.5	2.9	9%	8	65.4	2.1	11%	6	69.9	1.5	14%	موريتانيا
-153	66	3.5	7%	-301	71.5	2.5	9%	-264	76.0	1.7	11%	اليمن
			14%				18%				22%	المنطقة العربية

المرفق الثالث

عدد السكان (بالآلاف)، 1970-2050

2050	2040	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	المنطقة أو مجموعة البلدان أو البلد
9 771 823	9 210 337	8 551 199	7 795 482	7 383 009	6 958 169	6 145 007	5 330 943	4 458 412	3 700 578	العالم
1 298 069	1 297 496	1 289 937	1 269 277	1 253 207	1 235 143	1 190 505	1 146 999	1 084 244	1 009 082	المناطق الأكثر نمواً
8 473 754	7 912 841	7 261 262	6 526 205	6 129 802	5 723 027	4 954 502	4 183 944	3 374 167	2 691 496	المناطق الأقل نمواً
1 916 742	1 618 985	1 334 196	1 073 984	9 566 31	848 792	664 805	510 828	393 279	308 486	أقل المناطق نمواً
1 287 798	1 275 679	1 249 896	1 207 775	1 180 061	1 148 592	1 070 130	1 000 109	929 939	851 319	البلدان المرتفعة الدخل
7 067 079	6 764 840	6 362 054	5 852 576	5 558 264	5 246 882	4 647 490	4 006 282	3 275 988	2 652 001	البلدان المتوسطة الدخل
1 413 034	1 166 159	935 905	732 133	641 859	560 007	425 130	322 686	250 969	195 911	البلدان المنخفضة الدخل
14 188	12 680	11 122	10 209	9 159	7 182	5 103	3 561	2 374	1 719	الأردن
13 164	12 207	11 055	9 813	9 154	8 271	3 155	1 860	1 042	235	الإمارات العربية المتحدة
2 327	2 205	2 013	1 698	1 372	1 241	665	496	360	213	البحرين
13 884	13 435	12 842	11 903	11 274	10 640	9 699	8 233	6 368	5 060	تونس
57 437	53 249	48 822	43 333	39 872	36 118	31 184	25 912	19 338	14 550	الجزائر
1 463	1 262	1 062	870	777	690	542	412	308	230	جزر القمر
34 021	30 799	26 608	18 924	18 735	21 019	16 411	12 446	8 931	6 351	الجمهورية العربية السورية
1 308	1 237	1 133	1 000	927	851	718	590	359	160	جيبوتي
80 386	67 357	54 842	43 541	38 648	34 386	27 251	20 148	14 507	10 282	السودان
35 852	28 146	21 535	16 105	13 908	12 053	9 011	7 397	6 359	3 445	الصومال
81 490	66 752	53 298	41 503	36 116	30 763	23 565	17 469	13 653	9 918	العراق
6 757	6 344	5 897	5 150	4 200	3 041	2 268	1 812	1 154	724	عمان
9 704	8 208	6 739	5 323	4 663	4 067	3 223	2 101	1 509	1 125	دولة فلسطين
3 773	3 537	3 232	2 792	2 482	1 780	592	476	224	110	قطر
5 644	5 324	4 874	4 303	3 936	2 998	2 051	2 100	1 372	747	الكويت
5 412	5 392	5 369	6 020	5 851	4 337	3 235	2 703	2 605	2 297	لبنان

2050	2040	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	المنطقة أو مجموعة البلدان أو البلد
8 124	7 825	7 342	6 662	6 235	6 169	5 356	4 437	3 219	2 134	ليبيا
153 433	137 066	119 746	102 941	93 778	84 108	69 906	57 412	44 099	35 046	مصر
45 660	43 714	40 874	37 071	34 803	32 410	28 850	24 879	20 020	16 000	المغرب
45 056	42 778	39 480	34 710	31 557	27 426	20 764	16 327	9 741	5 836	المملكة العربية السعودية
8 965	7 482	6 077	4 784	4 182	3 610	2 709	2 030	1 534	1 149	موريتانيا
48 304	42 986	36 815	30 245	26 916	23 607	17 875	12 057	8 120	6 194	اليمن
676 350	599 984	520 776	438 899	398 546	356 765	284 133	224 858	167 199	123 523	المنطقة العربية
6.9	6.5	6.1	5.6	5.4	5.1	4.6	4.2	3.8	3.3	المنطقة العربية/ العالم (بالنسبة المئوية)

المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (المتغير المتوسط).

المرفق الرابع

معدل النمو السكاني السنوي (بالنسبة المئوية)

2050-2040	2040-2030	2030-2020	2020-2015	2015-2010	2010-2000	2000-1999	1990-1980	1980-1970	المنطقة أو مجموعة البلدان أو البلد
0.59	0.75	0.93	1.09	1.19	1.25	1.43	1.80	1.88	العالم
0.00	0.06	0.16	0.26	0.29	0.37	0.37	0.56	0.72	المناطق الأكثر نمواً
0.69	0.86	1.07	1.26	1.38	1.45	1.70	2.17	2.29	المناطق الأقل نمواً
1.70	1.95	2.19	2.34	2.42	2.47	2.67	2.65	2.46	أقل المناطق نمواً
0.09	0.20	0.34	0.47	0.54	0.71	0.68	0.73	0.89	البلدان المرتفعة الدخل
0.44	0.62	0.84	1.04	1.16	1.22	1.50	2.03	2.14	البلدان المتوسطة الدخل
1.94	2.22	2.49	2.67	2.77	2.79	2.80	2.55	2.51	البلدان المنخفضة الدخل
1.13	1.32	0.86	2.19	4.98	3.48	3.66	4.13	3.28	الأردن
0.76	1.00	1.20	1.40	2.05	10.12	5.42	5.96	16.04	الإمارات العربية المتحدة
0.54	0.92	1.72	4.36	2.03	6.44	2.97	3.26	5.40	البحرين
0.33	0.45	0.76	1.09	1.16	0.93	1.65	2.60	2.33	تونس
0.76	0.87	1.20	1.68	2.00	1.48	1.87	2.97	2.89	الجزائر
1.49	1.74	2.02	2.27	2.42	2.43	2.80	2.95	2.96	جزر القمر
1.00	1.47	3.47	0.20	-2.27	2.51	2.80	3.37	3.47	الجمهورية العربية السورية
0.56	0.88	1.25	1.52	1.73	1.72	1.97	5.10	8.44	جيبوتي
1.78	2.08	2.33	2.41	2.36	2.35	3.07	3.34	3.50	السودان
2.45	2.71	2.95	2.98	2.90	2.95	1.99	1.52	6.32	الصومال
2.02	2.28	2.53	2.82	3.26	2.70	3.04	2.50	3.25	العراق
0.63	0.73	1.37	4.16	6.67	2.98	2.27	4.61	4.78	عمان
1.69	1.99	2.39	2.68	2.77	2.35	4.37	3.36	2.98	دولة فلسطين

2050-2040	2040-2030	2030-2020	2020-2015	2015-2010	2010-2000	2000-1990	1990-1980	1980-1970	المنطقة أو مجموعة البلدان أو البلد
0.65	0.91	1.47	2.38	6.87	11.63	2.20	7.85	7.41	قطر
0.58	0.89	1.25	1.80	5.59	3.87	-0.24	4.34	6.27	الكويت
0.04	0.04	-1.14	0.57	6.17	2.97	1.81	0.37	1.27	لبنان
0.37	0.64	0.98	1.33	0.21	1.42	1.90	3.26	4.20	ليبيا
1.13	1.36	1.52	1.88	2.20	1.87	1.99	2.67	2.32	مصر
0.44	0.67	0.98	1.27	1.44	1.17	1.49	2.20	2.27	المغرب
0.52	0.81	1.30	1.92	2.85	2.82	2.43	5.30	5.26	المملكة العربية السعودية
1.82	2.10	2.42	2.72	2.99	2.91	2.93	2.84	2.93	موريتانيا
1.17	1.56	1.99	2.36	2.66	2.82	4.02	4.03	2.75	اليمن
1.21	1.43	1.73	1.95	2.24	2.30	2.37	3.01	3.07	المنطقة العربية

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (المتغير المتوسط).

المرفق الخامس

معدل الخصوبة الكلي (عدد الأطفال لكل امرأة)

2050	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	المنطقة أو مجموعة البلدان أو البلد
2.2	2.4	2.5	2.5	2.5	2.7	3.2	3.7	4.7	العالم
1.8	1.8	1.7	1.7	1.7	1.6	1.7	1.9	2.3	المناطق الأكثر نمواً
2.3	2.4	2.6	2.6	2.7	2.9	3.6	4.4	5.7	المناطق الأقل نمواً
2.9	3.4	3.9	4.2	4.5	5.2	6.0	6.6	6.8	أقل المناطق نمواً
1.8	1.8	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	2.0	2.5	البلدان المرتفعة الدخل
2.1	2.2	2.3	2.4	2.4	2.6	3.4	4.1	5.3	البلدان المتوسطة الدخل
3.0	3.8	4.4	4.8	5.2	5.9	6.3	6.6	6.6	البلدان المنخفضة الدخل
2.2	2.7	3.1	3.4	3.7	4.1	5.5	7.2	7.9	الأردن
1.6	1.6	1.7	1.8	1.9	2.7	4.4	5.5	6.6	الإمارات العربية المتحدة
1.7	1.8	1.9	2.1	2.2	2.8	3.7	4.9	6.5	البحرين
1.9	2.0	2.1	2.2	2.1	2.2	3.5	5.2	6.7	تونس
2.0	2.2	2.5	2.8	2.8	2.6	4.7	6.7	7.6	الجزائر
2.8	3.5	4.1	4.4	4.8	5.4	6.4	7.1	7.1	جزر القمر
1.9	2.4	2.7	3.0	3.2	4.1	5.3	7.0	7.6	الجمهورية العربية السورية
1.9	2.3	2.6	2.9	3.3	4.5	6.0	6.5	6.8	جيبوتي
3.0	3.8	4.3	4.6	4.9	5.5	6.2	6.8	6.9	السودان
3.7	5.0	5.9	6.4	6.9	7.6	7.4	7.0	7.2	الصومال
3.0	3.7	4.1	4.4	4.6	4.9	5.9	6.6	7.3	العراق
1.7	2.0	2.4	2.7	2.9	3.8	7.1	8.2	7.4	عمان
2.6	3.2	3.8	4.1	4.4	5.4	6.7	7.3	7.8	دولة فلسطين
1.6	1.7	1.8	1.9	2.1	3.2	4.1	5.8	6.9	قطر
1.8	1.9	1.9	2.0	2.2	2.8	3.1	5.3	7.1	الكويت
1.7	1.7	1.7	1.7	1.6	2.2	3.0	4.0	4.9	لبنان
1.8	1.9	2.1	2.3	2.4	2.9	5.0	7.2	8.0	ليبيا
2.3	2.7	3.1	3.3	3.2	3.3	4.6	5.6	6.2	مصر
1.9	2.1	2.4	2.5	2.6	2.8	4.1	5.7	6.6	المغرب
1.8	2.1	2.4	2.6	3.0	4.0	5.9	7.1	7.3	المملكة العربية السعودية
3.2	3.9	4.4	4.7	5.0	5.5	6.0	6.5	6.8	موريتانيا
2.1	2.9	3.6	4.1	4.7	6.4	8.5	8.7	7.9	اليمن
2.4	2.8	3.2	3.4	3.5	3.9	5.2	6.3	6.9	المنطقة العربية

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (المتغير المتوسط).

المرفق السادس

السكان من الفئة العمرية 75 سنة وأكثر (بالنسبة المئوية)

2050	2030	2015	المتغيرات	البلد
4.2	1.6	1.3	المتغير المتوسط	الأردن
3.8	1.6	1.3	المتغير المرتفع	
4.7	1.7	1.3	المتغير المنخفض	
3.3	1.5	1.3	معدل الوفيات الثابت	
5.8	0.7	0.2	المتغير المتوسط	الإمارات العربية المتحدة
5.4	0.7	0.2	المتغير المرتفع	
6.3	0.7	0.2	المتغير المنخفض	
4.5	0.7	0.2	معدل الوفيات الثابت	
5.4	1.2	0.7	المتغير المتوسط	البحرين
4.9	1.2	0.7	المتغير المرتفع	
5.9	1.3	0.7	المتغير المنخفض	
4.1	1.1	0.7	معدل الوفيات الثابت	
8.8	4.3	3.1	المتغير المتوسط	تونس
7.9	4.2	3.1	المتغير المرتفع	
9.8	4.5	3.1	المتغير المنخفض	
6.6	3.9	3.1	معدل الوفيات الثابت	
7.1	3.5	2.3	المتغير المتوسط	الجزائر
6.4	3.4	2.3	المتغير المرتفع	
7.9	3.7	2.3	المتغير المنخفض	
5.8	3.3	2.3	معدل الوفيات الثابت	
1.6	1.0	0.9	المتغير المتوسط	جزر القمر
1.5	1.0	0.9	المتغير المرتفع	
1.8	1.1	0.9	المتغير المنخفض	
1.5	1.0	0.9	معدل الوفيات الثابت	
4.4	2.1	1.5	المتغير المتوسط	الجمهورية العربية السورية
4.0	2.0	1.5	المتغير المرتفع	
4.9	2.1	1.5	المتغير المنخفض	
3.3	1.9	1.5	معدل الوفيات الثابت	
3.3	1.7	1.2	المتغير المتوسط	جيبوتي
2.9	1.6	1.2	المتغير المرتفع	
3.7	1.8	1.2	المتغير المنخفض	
3.1	1.7	1.2	معدل الوفيات الثابت	

2050	2030	2015	المتغيرات	البلد
1.8	1.3	1.1	المتغير المتوسط	السودان
1.7	1.3	1.1	المتغير المرتفع	
2.0	1.4	1.1	المتغير المنخفض	
1.8	1.3	1.1	معدل الوفيات الثابت	
1.0	0.8	0.7	المتغير المتوسط	الصومال
0.9	0.8	0.7	المتغير المرتفع	
1.1	0.9	0.7	المتغير المنخفض	
1.0	0.8	0.7	معدل الوفيات الثابت	
2.0	1.2	1.0	المتغير المتوسط	العراق
1.8	1.1	1.0	المتغير المرتفع	
2.3	1.2	1.0	المتغير المنخفض	
1.7	1.1	1.0	معدل الوفيات الثابت	
5.1	1.3	0.8	المتغير المتوسط	عمان
4.7	1.3	0.8	المتغير المرتفع	
5.6	1.3	0.8	المتغير المنخفض	
3.8	1.2	0.8	معدل الوفيات الثابت	
2.5	1.2	0.9	المتغير المتوسط	دولة فلسطين
2.3	1.2	0.9	المتغير المرتفع	
2.8	1.3	0.9	المتغير المنخفض	
1.9	1.1	0.9	معدل الوفيات الثابت	
5.7	0.9	0.3	المتغير المتوسط	قطر
5.3	0.9	0.3	المتغير المرتفع	
6.2	1.0	0.3	المتغير المنخفض	
4.4	0.9	0.3	معدل الوفيات الثابت	
6.3	1.3	0.5	المتغير المتوسط	الكويت
5.7	1.3	0.5	المتغير المرتفع	
7.0	1.4	0.5	المتغير المنخفض	
4.7	1.2	0.5	معدل الوفيات الثابت	
11.1	5.6	3.2	المتغير المتوسط	لبنان
9.9	5.3	3.2	المتغير المرتفع	
12.6	5.9	3.2	المتغير المنخفض	
8.5	5.0	3.2	معدل الوفيات الثابت	
6.1	2.0	1.6	المتغير المتوسط	ليبيا
5.4	1.9	1.6	المتغير المرتفع	
6.8	2.0	1.6	المتغير المنخفض	
5.0	1.8	1.6	معدل الوفيات الثابت	
3.7	2.1	1.6	المتغير المتوسط	مصر
3.3	2.0	1.6	المتغير المرتفع	
4.1	2.2	1.6	المتغير المنخفض	
2.8	1.9	1.6	معدل الوفيات الثابت	

2050	2030	2015	المتغيرات	البلد
8.0	3.7	2.4	المتغير المتوسط	المغرب
7.2	3.6	2.4	المتغير المرتفع	
8.9	3.9	2.4	المتغير المنخفض	
5.7	3.3	2.4	معدل الوفيات الثابت	
6.4	1.7	1.0	المتغير المتوسط	المملكة العربية السعودية
5.8	1.6	1.0	المتغير المرتفع	
7.1	1.8	1.0	المتغير المنخفض	
4.9	1.5	1.0	معدل الوفيات الثابت	
1.6	1.0	0.9	المتغير المتوسط	موريتانيا
1.5	1.0	0.9	المتغير المرتفع	
1.8	1.0	0.9	المتغير المنخفض	
1.5	1.0	0.9	معدل الوفيات الثابت	
1.5	1.0	0.8	المتغير المتوسط	اليمن
1.4	1.0	0.8	المتغير المرتفع	
1.7	1.0	0.8	المتغير المنخفض	
1.4	1.0	0.8	معدل الوفيات الثابت	
4.0	2.0	1.5	المتغير المتوسط	المنطقة العربية
3.6	1.9	1.5	المتغير المرتفع	
4.5	2.1	1.5	المتغير المنخفض	
3.2	1.9	1.5	معدل الوفيات الثابت	

المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision

المرفق السابع

العمر المتوقع عند الولادة (للجنسين، بالسنوات)

2050	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	1960	المنطقة أو مجموعة البلدان أو البلد
77.3	74.3	72.4	71.4	69.9	66.4	64.1	61.2	56.8	50.3	العالم
84.2	81.3	79.7	78.9	77.7	75.2	74.1	72.4	70.7	68.6	المناطق الأكثر نمواً
76.1	72.8	70.9	69.7	68.2	64.6	61.9	58.5	53.2	45.1	المناطق الأقل نمواً
72.6	68.1	65.3	63.6	61.2	55.1	51.1	47.3	43.8	39.8	أقل المناطق نمواً
85.7	83.1	81.6	80.8	79.9	77.7	75.4	73.1	70.4	68.0	البلدان المرتفعة الدخل
76.7	73.5	71.6	70.5	69.1	65.8	63.3	60.0	54.9	46.9	البلدان المتوسطة الدخل
71.6	66.9	63.7	61.7	58.9	52.1	49.1	46.6	42.8	38.5	البلدان المنخفضة الدخل
79.0	76.3	74.9	74.2	73.4	71.7	69.8	66.1	60.1	52.6	الأردن
82.5	79.4	77.9	77.1	76.3	74.2	71.5	67.6	61.6	52.2	الإمارات العربية المتحدة
81.4	78.8	77.4	76.8	76.0	74.4	72.4	69.4	63.2	51.9	البحرين
81.6	78.3	76.5	75.6	74.8	73.1	68.7	61.8	51.2	42.2	تونس
82.3	78.9	76.9	75.8	74.6	70.3	66.5	58.3	50.5	46.1	الجزائر
69.1	66.3	64.5	63.4	61.9	59.4	56.6	50.7	45.7	41.5	جزر القمر
81.0	78.3	73.7	70.6	72.2	73.1	70.5	65.7	58.8	52.0	الجمهورية العربية السورية
68.0	65.0	63.2	62.1	60.3	57.2	56.6	53.6	49.1	44.1	جيبوتي
70.5	67.3	65.3	64.2	62.5	58.5	55.6	54.2	52.1	48.2	السودان
66.8	61.5	57.9	55.9	54.0	50.6	45.7	44.6	40.9	37.0	الصومال
74.7	72.0	70.5	69.7	68.6	69.0	65.9	60.4	57.9	47.9	العراق
83.8	80.1	77.9	76.8	75.6	72.1	67.1	59.7	50.4	42.6	عمان
78.7	75.8	74.2	73.3	72.4	70.7	68.0	62.7	55.8	49.5	دولة فلسطين
83.3	80.3	78.8	78.0	77.3	76.3	74.9	72.6	68.2	61.1	قطر
78.8	76.3	75.2	74.6	74.0	73.1	72.0	69.5	65.9	60.1	الكويت
85.2	82.0	80.3	79.4	78.3	74.4	70.3	68.0	66.0	63.2	لبنان
76.8	74.1	72.6	71.9	71.6	70.5	68.4	64.0	55.9	42.9	ليبيا
76.7	73.8	72.2	71.3	70.4	68.5	64.5	58.3	52.3	47.8	مصر
82.6	78.9	76.7	75.5	73.9	68.8	64.6	57.7	52.6	48.5	المغرب
79.6	76.6	75.2	74.4	73.6	72.3	68.9	62.9	52.9	45.7	المملكة العربية السعودية
67.4	65.1	63.8	63.0	62.0	60.1	58.3	54.2	49.1	43.5	موريتانيا
70.4	67.5	65.7	64.7	63.5	60.4	57.7	50.6	41.2	34.7	اليمن
76.4	73.7	72.0	71.0	70.0	67.6	64.2	58.5	52.5	46.8	المنطقة العربية

المرفق الثامن

العمر المتوقع عند الولادة (للذكور والإناث، بالسنوات)

2050		2040		2030		2020		2010		2000		1990		1980		1970		البلد
ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	الجنس
80.8	77.4	79.5	75.9	78.2	74.5	76.7	73.2	75.1	71.9	73.3	70.4	71.3	68.5	67.6	64.8	61.2	59.2	الأردن
83.5	81.9	82.2	80.3	80.8	78.7	79.4	77.2	77.8	75.6	75.6	73.4	73.0	70.6	69.6	66.4	63.9	59.8	الإمارات العربية المتحدة
82.4	80.7	81.2	79.3	79.9	77.9	78.6	76.6	77.1	75.3	75.4	73.6	73.6	71.4	71.2	68.2	65.8	61.3	البحرين
83.0	80.0	81.7	78.2	80.3	76.3	78.6	74.5	77.1	72.7	75.7	70.8	70.9	66.7	63.1	60.6	52.3	50.1	تونس
83.3	81.4	81.7	79.5	80.1	77.6	78.2	75.7	75.8	73.4	71.8	68.9	68.1	65.0	59.5	57.1	51.3	49.6	الجزائر
71.6	66.8	70.0	65.6	68.3	64.4	66.3	62.7	63.5	60.3	61.0	57.9	58.1	55.0	52.3	49.1	47.3	44.1	جزر القمر
83.1	79.0	81.7	77.5	80.3	76.1	78.4	69.5	76.8	68.2	75.2	71.0	72.0	69.0	67.0	64.5	60.2	57.5	الجمهورية العربية السورية
70.4	65.7	68.7	64.4	66.9	63.1	64.9	61.5	61.9	58.8	58.7	55.6	58.2	55.0	55.2	52.1	50.5	47.7	جيبوتي
72.9	68.2	71.1	66.8	69.2	65.4	67.0	63.6	64.2	60.9	60.3	56.7	57.1	54.1	55.7	52.8	53.6	50.7	السودان
69.1	64.5	66.3	62.1	63.4	59.7	59.7	56.2	55.7	52.5	52.3	49.1	47.2	44.2	46.2	43.1	42.5	39.4	الصومال
77.5	72.0	76.1	70.7	74.6	69.5	72.9	68.2	71.3	66.0	71.4	66.7	69.5	62.4	64.2	57.2	57.7	58.1	العراق
85.3	82.9	83.7	80.7	82.2	78.5	80.3	76.3	78.1	73.8	74.4	70.3	69.1	65.3	61.3	58.0	51.6	49.2	عمان
80.7	76.8	79.3	75.3	77.9	73.7	76.2	72.2	74.3	70.7	72.4	69.1	69.5	66.4	64.4	61.0	57.7	54.0	دولة فلسطين
84.3	83.0	83.1	81.3	81.8	79.7	80.5	78.0	79.0	76.4	77.7	75.3	76.1	74.1	73.7	71.7	69.8	67.0	قطر
80.3	77.6	79.1	76.4	77.9	75.2	76.6	74.2	75.1	73.2	74.3	72.4	73.3	71.3	71.1	68.5	67.7	64.8	الكويت
86.2	84.4	84.8	82.6	83.5	80.7	82.0	78.7	80.3	76.7	76.1	72.8	71.9	68.8	69.8	66.3	67.9	64.3	لبنان
79.7	74.0	78.4	72.6	77.1	71.1	75.6	69.8	74.4	69.2	72.4	68.9	70.3	66.9	66.0	62.3	57.6	54.3	ليبيا
79.3	74.3	77.8	72.8	76.3	71.4	74.6	69.9	72.6	68.2	70.9	66.1	66.9	62.2	60.5	56.2	54.0	50.5	مصر
83.5	81.6	81.8	79.6	80.1	77.6	77.9	75.5	75.2	72.5	70.3	67.2	66.2	63.0	58.9	56.4	53.6	51.6	المغرب
81.3	78.4	80.0	76.9	78.6	75.4	77.0	73.9	75.2	72.3	74.2	70.8	70.9	67.4	64.8	61.1	54.9	51.0	المملكة العربية السعودية
69.6	65.2	68.3	64.3	67.0	63.4	65.4	62.2	63.5	60.5	61.6	58.5	59.6	57.0	55.6	52.9	50.2	48.1	موريتانيا
72.6	68.2	70.9	67.0	69.3	65.7	67.3	64.2	64.9	62.1	61.9	59.1	59.1	56.1	52.0	49.0	42.6	39.9	اليمن
78.5	74.4	77.1	73.1	75.7	71.8	74.0	70.1	72.0	68.2	69.6	65.8	66.2	62.3	60.3	56.8	53.8	51.3	المنطقة العربية

المرفق التاسع

العمر المتوقع عند بلوغ ستين عاماً (للجنسين، بالسنوات)

2050	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	المنطقة أو مجموعة البلدان أو البلد
23.1	21.7	20.9	20.5	20.0	18.8	18.0	17.2	16.3	العالم
26.8	24.8	23.7	23.2	22.5	20.7	19.9	19.0	18.0	المناطق الأكثر نمواً
22.2	20.6	19.7	19.2	18.7	17.7	16.7	16.0	14.9	المناطق الأقل نمواً
20.3	18.7	18.0	17.6	17.1	16.0	15.0	14.3	13.6	أقل المناطق نمواً
27.8	25.8	24.8	24.2	23.6	22.0	20.5	19.2	18.0	البلدان المرتفعة الدخل
22.2	20.5	19.6	19.2	18.7	17.6	16.9	16.3	15.3	البلدان المتوسطة الدخل
19.5	18.1	17.4	17.1	16.6	15.5	15.0	14.4	13.6	البلدان المنخفضة الدخل
22.2	20.4	19.6	19.2	18.8	18.1	17.5	16.7	15.7	الأردن
24.3	21.8	20.6	20.1	19.6	18.5	17.5	16.4	15.5	الإمارات العربية المتحدة
23.3	21.1	20.2	19.7	19.2	18.3	17.4	16.3	15.3	البحرين
24.0	21.7	20.6	20.0	19.6	18.9	17.5	15.9	14.4	تونس
25.1	23.2	22.3	21.8	21.2	18.9	17.2	15.8	14.7	الجزائر
17.4	16.8	16.5	16.3	16.0	15.7	15.3	14.5	13.8	جزر القمر
23.6	21.6	20.0	19.3	19.3	18.8	17.8	16.8	15.8	الجمهورية العربية السورية
18.3	17.9	17.7	17.6	17.3	16.7	16.4	15.8	15.1	جيبوتي
18.4	18.0	17.9	17.8	17.5	16.8	16.3	16.0	15.6	السودان
17.2	16.7	16.4	16.2	16.0	15.5	14.6	14.4	13.6	الصومال
19.7	18.3	17.8	17.6	17.3	17.7	17.3	16.2	15.5	العراق
25.9	23.2	21.7	21.0	20.2	18.5	17.0	15.5	14.3	عمان
21.9	20.0	19.1	18.7	18.4	17.8	17.1	16.2	15.1	دولة فلسطين
25.0	22.6	21.4	20.9	20.3	19.8	19.5	18.9	17.9	قطر
21.0	19.0	18.2	17.8	17.5	17.0	16.6	16.3	15.9	الكويت
26.9	24.3	23.0	22.4	21.6	19.2	17.6	17.0	16.7	لبنان
20.9	19.4	18.7	18.4	18.2	17.6	17.1	16.2	14.9	ليبيا
20.6	18.8	17.8	17.4	17.2	17.1	17.0	16.8	16.5	مصر
24.8	22.1	21.0	20.4	19.8	17.6	16.8	15.7	15.0	المغرب
22.2	20.0	19.1	18.6	18.2	18.0	17.4	16.5	15.2	المملكة العربية السعودية
17.3	16.8	16.6	16.5	16.4	16.0	15.7	15.0	14.1	موريتانيا
17.5	16.8	16.5	16.3	16.2	15.9	15.7	14.9	13.7	اليمن
22.0	20.2	19.3	18.9	18.5	17.6	16.9	16.2	15.5	المنطقة العربية

المرفق المباشر

عدد المهاجرين حسب الفئة العمرية في البلدان العربية (الآلاف)، 1990-2017

عام	بلد المقصد	ذكور				من الجنسين				إجمالي					
		إناث				إناث									
		60 سنة وأكثر	59-25	24-15	14-صفر	60 سنة وأكثر	59-25	24-15	14-صفر						
1990	الأردن	36 884	199 212	102 004	221 776	586 473	38 123	209 731	107 083	231 536	1 146 349	75 007	408 943	209 087	453 312
1995	الأردن	49 837	272 046	130 288	300 201	784 725	50 734	294 976	134 132	304 883	1 537 097	100 571	567 022	264 420	605 084
2000	الأردن	62 788	344 870	158 591	378 619	982 977	63 345	379 488	161 798	378 346	1 927 845	126 133	724 358	320 389	756 965
2005	الأردن	75 809	419 338	192 391	454 231	1 183 645	76 341	454 398	194 069	458 837	2 325 414	152 150	873 736	386 460	913 068
2010	الأردن	88 796	493 793	226 082	529 999	1 384 313	89 371	529 321	226 449	539 172	2 722 983	178 167	1 023 114	452 531	1 069 171
2015	الأردن	119 012	570 449	234 025	621 363	1 567 177	117 849	598 321	230 269	620 738	3 112 026	236 861	1 168 770	464 294	1 242 101
2017	الأردن	131 188	575 296	248 909	649 783	1 628 377	129 937	604 216	244 921	649 303	3 233 553	261 125	1 179 512	493 830	1 299 086
1990	الإمارات المتحدة	4 257	181 694	65 309	123 268	932 046	7 801	663 173	121 489	139 583	1 306 574	12 058	844 867	186 798	262 851
1995	الإمارات المتحدة	5 812	250 819	89 191	168 344	1 309 952	11 026	928 702	171 599	198 625	1 824 118	16 838	1 179 521	260 790	366 969
2000	الإمارات المتحدة	7 153	362 547	124 254	195 577	1 757 144	14 824	1 296 657	224 669	220 994	2 446 675	21 977	1 659 204	348 923	416 571
2005	الإمارات المتحدة	8 599	496 301	162 115	225 743	2 388 278	19 627	1 814 883	292 453	261 315	3 281 036	28 226	2 311 184	454 568	487 058
2010	الإمارات المتحدة	1 031 838	333 053	467 860	5 463 515	4 411 343	47 485	652 045	352 642	7 316 611	67 830	5 443 181	985 098	820 502	
2015	الإمارات المتحدة	1 247 520	262 182	482 258	5 970 310	4 859 712	543 909	476 215	7 995 126	123 330	6 107 232	806 091	958 473		
2017	الإمارات المتحدة	1 305 186	273 495	492 242	6 207 324	4 936 792	620 159	547 913	8 312 524	136 737	6 241 978	893 654	1 040 155		
1990	البحرين	514	29 273	7 675	13 020	122 730	1 161	96 145	11 472	13 952	173 212	1 675	125 418	19 147	26 972
1995	البحرين	2 420	31 455	9 498	18 379	144 227	4 971	107 565	12 615	19 076	205 979	7 391	139 020	22 113	37 455
2000	البحرين	4 868	33 385	14 829	20 935	165 344	9 701	114 065	19 701	21 877	239 361	14 569	147 450	34 530	42 812
2005	البحرين	3 152	69 343	19 185	23 724	288 614	6 717	228 950	27 749	25 198	404 018	9 869	298 293	46 934	48 922
2010	البحرين	2 284	122 386	25 248	32 033	475 905	5 049	392 602	44 452	33 802	657 856	7 333	514 988	69 700	65 835
2015	البحرين	7 592	124 674	22 894	40 011	508 966	17 027	406 724	37 877	47 338	704 137	24 619	531 398	60 771	87 349
2017	البحرين	9 309	124 634	25 217	41 142	522 347	20 700	410 532	42 080	49 215	722 649	30 009	534 966	67 297	90 357

المجموع	إناث				ذكور				من الجنسين				بلد المقصد	عام		
	60 سنة وأكثر	59-25	24-15	14-صفر	المجموع	60 سنة وأكثر	59-25	24-15	14-صفر	المجموع	60 سنة وأكثر	59-25			24-15	14-صفر
19 084	1 852	11 270	2 889	3 073	18 900	1 549	11 089	3 147	3 115	37 984	3 401	22 559	6 036	6 188	تونس	1990
18 822	2 058	11 309	2 599	2 856	19 045	1 780	11 384	2 906	2 975	37 867	3 838	22 693	5 505	5 831	تونس	1995
17 923	1 844	11 171	2 307	2 601	18 523	1 635	11 477	2 638	2 773	36 446	3 479	22 648	4 945	5 374	تونس	2000
17 040	1 918	10 650	2 099	2 373	18 000	1 752	11 199	2 443	2 606	35 040	3 670	21 849	4 542	4 979	تونس	2005
20 936	2 064	13 255	2 674	2 943	22 236	1 898	13 979	3 110	3 249	43 172	3 962	27 234	5 784	6 192	تونس	2010
27 350	3 464	16 926	3 259	3 701	29 351	3 238	18 143	3 799	4 171	56 701	6 702	35 069	7 058	7 872	تونس	2015
27 814	3 972	16 914	3 122	3 806	29 849	3 724	18 172	3 652	4 301	57 663	7 696	35 086	6 774	8 107	تونس	2017
123 720	14 758	67 422	19 251	22 289	150 234	19 985	77 795	23 344	29 110	273 954	34 743	145 217	42 595	51 399	الجزائر	1990
118 336	17 534	60 543	18 204	22 055	143 696	16 307	80 951	20 756	25 682	262 032	33 841	141 494	38 960	47 737	الجزائر	1995
112 952	17 038	59 097	16 487	20 330	137 158	15 894	78 655	18 852	23 757	250 110	32 932	137 752	35 339	44 087	الجزائر	2000
89 156	13 709	47 771	12 249	15 427	108 266	12 831	63 282	14 053	18 100	197 422	26 540	111 053	26 302	33 527	الجزائر	2005
102 237	16 044	56 183	13 093	16 917	114 727	13 778	68 655	13 897	18 397	216 964	29 822	124 838	26 990	35 314	الجزائر	2010
112 951	17 000	63 392	14 178	18 381	126 522	14 617	77 192	14 900	19 813	239 473	31 617	140 584	29 078	38 194	الجزائر	2015
117 432	22 824	62 863	11 552	20 193	131 192	20 002	76 947	12 255	21 988	248 624	42 826	139 810	23 807	42 181	الجزائر	2017
7 362	375	4 232	1 303	1 452	6 717	416	4 163	1 093	1 045	14 079	791	8 395	2 396	2 497	جزر القمر	1990
7 325	384	4 239	1 309	1 393	6 614	422	4 091	1 070	1 031	13 939	806	8 330	2 379	2 424	جزر القمر	1995
7 288	374	4 255	1 319	1 340	6 511	427	4 021	1 047	1 016	13 799	801	8 276	2 366	2 356	جزر القمر	2000
6 923	579	4 240	1 157	947	6 286	634	3 992	926	734	13 209	1 213	8 232	2 083	1 681	جزر القمر	2005
6 558	597	4 115	1 020	826	6 060	660	3 897	840	663	12 618	1 257	8 012	1 860	1 489	جزر القمر	2010
6 484	598	4 053	1 030	803	6 071	678	3 869	861	663	12 555	1 276	7 922	1 891	1 466	جزر القمر	2015
6 484	664	4 087	968	765	6 071	745	3 891	806	629	12 555	1 409	7 978	1 774	1 394	جزر القمر	2017
350 063	3 521	251 042	43 096	52 404	364 077	2 913	267 658	40 060	53 446	714 140	6 434	518 700	83 156	105 850	الجمهورية العربية السورية	1990
407 495	6 346	298 127	38 157	64 865	423 115	5 108	318 297	34 853	64 857	830 610	11 454	616 424	73 010	129 722	الجمهورية العربية السورية	1995
405 640	10 067	295 033	33 720	66 820	426 633	8 239	320 224	31 466	66 704	832 273	18 306	615 257	65 186	133 524	الجمهورية العربية السورية	2000
426 940	16 411	304 385	35 180	70 964	449 470	13 819	331 740	33 289	70 622	876 410	30 230	636 125	68 469	141 586	الجمهورية العربية السورية	2005
873 359	14 326	610 256	119 286	129 491	911 756	12 399	654 032	115 104	130 221	1 785 115	26 725	1 264 288	234 390	259 712	الجمهورية العربية السورية	2010
486 280	12 096	337 285	64 310	72 589	507 660	10 605	361 448	62 681	72 926	993 940	22 701	698 733	126 991	145 515	الجمهورية العربية السورية	2015
496 005	20 267	340 392	61 045	74 301	517 813	17 768	365 845	59 530	74 670	1 013 818	38 035	706 237	120 575	148 971	الجمهورية العربية السورية	2017
57 979	2 029	25 980	19 951	10 019	64 242	2 891	29 359	17 605	14 387	122 221	4 920	55 339	37 556	24 406	جيبوتي	1990
47 298	1 862	23 266	14 426	7 744	52 476	2 602	26 398	12 456	11 020	99 774	4 464	49 664	26 882	18 764	جيبوتي	1995
47 587	2 106	25 734	12 437	7 310	52 920	2 886	29 303	10 433	10 298	100 507	4 992	55 037	22 870	17 608	جيبوتي	2000
40 776	2 025	21 557	10 506	6 688	51 315	2 991	27 743	10 432	10 149	92 091	5 016	49 300	20 938	16 837	جيبوتي	2005
48 280	2 660	24 924	12 260	8 436	53 295	3 338	28 232	10 818	10 907	101 575	5 998	53 156	23 078	19 343	جيبوتي	2010
53 270	3 045	28 467	12 912	8 846	59 081	3 846	31 724	11 567	11 944	112 351	6 891	60 191	24 479	20 790	جيبوتي	2015
55 064	3 619	31 347	12 212	7 886	61 025	4 506	34 922	10 855	10 742	116 089	8 125	66 289	23 067	18 628	جيبوتي	2017

706 511	58 999	250 826	130 924	265 762	696 385	62 145	239 192	124 674	270 374	1 402 896	121 144	490 018	255 598	536 136	السودان	1990
527 695	49 690	186 339	96 647	195 019	525 701	52 723	179 630	94 093	199 255	1 053 396	102 413	365 969	190 740	394 274	السودان	1995
398 835	41 310	141 747	75 315	140 463	403 048	44 013	139 057	75 166	144 812	801 883	85 323	280 804	150 481	285 275	السودان	2000
266 079	30 788	95 179	51 503	88 609	275 915	33 463	96 566	53 321	92 565	541 994	64 251	191 745	104 824	181 174	السودان	2005
283 581	34 133	104 099	55 709	89 640	294 782	36 806	106 171	58 010	93 795	578 363	70 939	210 270	113 719	183 435	السودان	2010
310 350	38 152	118 334	60 930	92 934	313 528	39 377	116 788	61 354	96 009	623 878	77 529	235 122	122 284	188 943	السودان	2015
367 439	40 487	163 285	70 247	93 420	368 382	41 605	160 319	70 370	96 088	735 821	82 092	323 604	140 617	189 508	السودان	2017
234 093	5 421	80 989	42 733	104 950	244 201	7 050	108 924	32 500	95 727	478 294	12 471	189 913	75 233	200 677	السودان	1990
9 245	229	3 221	1 687	4 108	10 282	301	4 595	1 383	4 003	19 527	530	7 816	3 070	8 111	السودان	1995
9 465	337	4 041	1 770	3 317	10 622	419	5 685	1 403	3 115	20 087	756	9 726	3 173	6 432	السودان	2000
9 623	358	4 223	1 697	3 345	11 047	466	5 944	1 441	3 196	20 670	824	10 167	3 138	6 541	السودان	2005
11 081	409	4 983	1 858	3 831	12 914	561	6 989	1 667	3 697	23 995	970	11 972	3 525	7 528	السودان	2010
19 674	795	8 728	3 236	6 915	21 904	1 097	11 753	2 772	6 282	41 578	1 892	20 481	6 008	13 197	السودان	2015
21 319	1 069	9 515	3 592	7 143	23 549	1 458	12 680	3 031	6 380	44 868	2 527	22 195	6 623	13 523	السودان	2017
27 887	1 806	11 698	7 694	6 689	55 751	2 731	27 882	14 064	11 074	83 638	4 537	39 580	21 758	17 763	السودان	1990
84 639	5 154	39 546	23 415	16 524	114 821	5 059	64 283	28 082	17 397	199 460	10 213	103 829	51 497	33 921	السودان	1995
90 061	5 284	44 708	24 952	15 117	120 464	5 081	70 612	29 179	15 592	210 525	10 365	115 320	54 131	30 709	السودان	2000
52 032	3 108	25 924	14 273	8 727	80 883	3 441	46 880	19 902	10 660	132 915	6 549	72 804	34 175	19 387	السودان	2005
44 424	2 672	22 268	11 678	7 806	72 965	3 118	42 028	18 504	9 315	117 389	5 790	64 296	30 182	17 121	السودان	2010
150 148	12 811	91 289	29 575	16 473	209 233	10 247	140 032	40 536	18 418	359 381	23 058	231 321	70 111	34 891	السودان	2015
153 150	15 277	96 787	25 781	15 305	213 418	12 218	148 655	35 415	17 130	366 568	27 495	245 442	61 196	32 435	السودان	2017
61 523	686	36 983	7 045	16 809	242 477	1 418	203 961	18 571	18 527	304 000	2 104	240 944	25 616	35 336	السودان	1990
122 199	1 360	73 457	13 994	33 388	417 444	2 376	354 248	31 479	29 341	539 643	3 736	427 705	45 473	62 729	السودان	1995
135 219	2 329	83 468	18 910	30 512	488 389	6 796	398 547	36 959	46 087	623 608	9 125	482 015	55 869	76 599	السودان	2000
138 318	2 382	85 353	19 366	31 217	527 842	7 242	437 130	37 891	45 579	666 160	9 624	522 483	57 257	76 796	السودان	2005
157 475	3 141	104 412	18 278	31 644	658 746	9 342	521 598	78 307	49 499	816 221	12 483	626 010	96 585	81 143	السودان	2010
313 969	5 266	235 264	29 145	44 294	1 500 622	20 068	1 318 740	115 129	46 685	1 814 591	25 334	1 554 004	144 274	90 979	السودان	2015
331 966	5 811	252 358	29 831	43 966	1 741 326	24 717	1 519 948	147 256	49 405	2 073 292	30 528	1 772 306	177 087	93 371	السودان	2017
156 231	22 575	66 469	32 158	35 029	132 101	20 013	45 699	29 036	37 353	288 332	42 588	112 168	61 194	72 382	السودان	1990
153 439	28 281	49 671	30 752	44 735	128 328	20 754	32 383	27 589	47 602	281 767	49 035	82 054	58 341	92 337	السودان	1995
150 647	25 738	61 129	33 571	30 209	124 555	18 565	42 108	31 065	32 817	275 202	44 303	103 237	64 636	63 026	السودان	2000
146 996	29 478	60 436	40 569	16 513	119 621	20 454	40 418	41 385	17 384	266 617	49 932	100 854	81 934	33 897	السودان	2005
143 344	27 927	64 573	35 198	15 646	114 688	18 939	44 440	34 767	16 542	258 032	46 866	109 013	69 965	32 188	السودان	2010
142 270	26 342	70 256	32 436	13 236	113 237	17 402	50 104	31 578	14 153	255 507	43 744	120 360	64 014	27 389	السودان	2015
141 283	24 097	78 763	27 796	10 627	112 452	16 252	57 055	27 540	11 605	253 735	40 349	135 818	55 336	22 232	السودان	2017
83 821	1 608	38 231	12 855	31 127	225 932	3 124	157 867	25 118	39 823	309 753	4 732	196 098	37 973	70 950	السودان	1990
91 701	1 789	43 762	14 070	32 080	269 972	4 832	182 095	31 038	52 007	361 673	6 621	225 857	45 108	84 087	السودان	1995
85 455	1 304	47 140	17 767	19 244	274 242	3 650	210 871	29 605	30 116	359 697	4 954	258 011	47 372	49 360	السودان	2000

المجموع	إناث				ذكور				من الخسین				بلد المقصد	عام		
	60 سنة وأكثر	59-25	24-15	14-صفر	المجموع	60 سنة وأكثر	59-25	24-15	14-صفر	المجموع	60 سنة وأكثر	59-25			24-15	14-صفر
147 598	2 637	82 464	24 365	38 132	498 428	9 030	345 641	64 563	79 194	646 026	11 667	428 105	88 928	117 326	قطر	2005
249 842	4 042	148 825	44 256	52 719	1 206 571	12 721	943 912	162 012	87 926	1 456 413	16 763	1 092 737	206 268	140 645	قطر	2010
271 279	2 249	187 135	34 597	47 298	1 416 361	14 266	1 072 409	172 877	156 809	1 687 640	16 515	1 259 544	207 474	204 107	قطر	2015
276 704	8 918	179 018	42 288	46 480	1 444 688	36 834	1 070 729	172 649	164 476	1 721 392	45 752	1 249 747	214 937	210 956	قطر	2017
419 513	10 348	134 737	82 921	191 507	654 878	18 689	328 883	99 518	207 788	1 074 391	29 037	463 620	182 439	399 295	الكويت	1990
330 502	10 078	124 601	63 770	132 053	591 452	19 264	329 324	87 869	154 995	921 954	29 342	453 925	151 639	287 048	الكويت	1995
366 128	12 152	167 829	67 604	118 543	761 512	25 405	462 141	112 185	161 781	1 127 640	37 557	629 970	179 789	280 324	الكويت	2000
414 747	11 977	198 196	75 346	129 228	918 580	28 235	575 392	132 560	182 393	1 333 327	40 212	773 588	207 906	311 621	الكويت	2005
561 723	10 686	316 133	89 230	145 674	1 309 814	39 055	797 398	198 842	274 519	1 871 537	49 741	1 113 531	288 072	420 193	الكويت	2010
977 916	23 261	668 183	113 606	172 866	1 888 220	74 646	1 397 717	164 349	251 508	2 866 136	97 907	2 065 900	277 955	424 374	الكويت	2015
1 000 139	24 049	750 242	109 749	116 099	2 123 292	91 995	1 427 509	222 150	381 638	3 123 431	116 044	2 177 751	331 899	497 737	الكويت	2017
255 771	14 594	98 352	53 535	89 290	267 922	13 632	105 138	56 638	92 514	523 693	28 226	203 490	110 173	181 804	لبنان	1990
297 690	17 113	123 990	53 787	102 800	310 613	15 833	132 432	56 548	105 800	608 303	32 946	256 422	110 335	208 600	لبنان	1995
339 608	19 637	149 775	53 905	116 291	353 305	18 033	159 830	56 369	119 073	692 913	37 670	309 605	110 274	235 364	لبنان	2000
366 453	21 015	159 878	57 204	128 356	390 331	20 133	178 264	63 233	128 701	756 784	41 148	338 142	120 437	257 057	لبنان	2005
393 297	26 089	172 894	51 562	142 752	427 358	24 613	191 468	57 047	154 230	820 655	50 702	364 362	108 609	296 982	لبنان	2010
1 024 779	58 805	406 975	158 756	400 243	948 425	50 945	387 990	144 917	364 573	1 973 204	109 750	794 965	303 673	764 816	لبنان	2015
1 006 763	66 047	415 230	160 968	364 518	932 449	57 282	395 982	146 951	332 234	1 939 212	123 329	811 212	307 919	696 752	لبنان	2017
214 368	7 920	81 272	63 060	62 116	242 707	8 753	164 520	39 061	30 373	457 075	16 673	245 792	102 121	92 489	لبنان	1990
207 135	8 952	80 895	56 992	60 296	300 906	12 193	200 228	46 609	41 876	508 041	21 145	281 123	103 601	102 172	لبنان	1995
198 486	9 599	79 394	51 477	58 016	368 950	16 405	241 842	55 178	55 525	567 436	26 004	321 236	106 655	113 541	لبنان	2000
179 615	9 874	75 864	43 873	50 004	445 597	22 260	287 726	67 665	67 946	625 212	32 134	363 590	111 538	117 950	لبنان	2005
194 261	10 637	83 658	46 321	53 645	489 737	24 525	314 115	75 704	75 393	683 998	35 162	397 773	122 025	129 038	لبنان	2010
221 993	11 146	96 848	52 657	61 142	549 153	28 502	351 602	84 714	84 335	771 146	39 648	448 450	137 571	145 477	لبنان	2015
226 965	14 995	99 075	47 700	65 195	561 454	36 909	362 143	74 455	87 947	788 419	51 904	461 218	122 155	153 142	لبنان	2017
81 780	6 316	29 024	17 753	28 687	91 928	5 266	37 627	21 488	27 547	173 708	11 582	66 651	39 241	56 234	مصر	1990
78 410	5 950	33 193	16 851	22 416	88 545	5 583	40 768	20 691	21 503	166 955	11 533	73 961	37 542	43 919	مصر	1995
81 247	5 845	45 478	16 732	13 192	92 205	6 805	50 378	21 724	13 298	173 452	12 650	95 856	38 456	26 490	مصر	2000
115 724	8 477	65 281	22 815	19 151	158 277	11 621	85 415	38 294	22 947	274 001	20 098	150 696	61 109	42 098	مصر	2005
129 643	11 541	83 213	15 366	19 523	166 071	14 912	104 629	24 319	22 211	295 714	26 453	187 842	39 685	41 734	مصر	2010

248 107	19 324	159 632	35 397	33 754	317 824	25 193	198 604	55 948	38 079	565 931	44 517	358 236	91 345	71 833		مصر	2015
220 649	18 949	143 689	28 267	29 744	257 661	22 483	163 581	41 119	30 478	478 310	41 432	307 270	69 386	60 222		مصر	2017
25 871	5 018	12 415	3 482	4 956	29 024	3 890	14 128	4 627	6 379	54 895	8 908	26 543	8 109	11 335		المغرب	1990
24 096	4 556	11 822	3 114	4 604	26 264	3 463	13 153	4 100	5 548	50 360	8 019	24 975	7 214	10 152		المغرب	1995
25 801	4 818	12 822	3 214	4 947	27 233	3 611	13 913	4 115	5 594	53 034	8 429	26 735	7 329	10 541		المغرب	2000
26 836	4 949	13 266	3 398	5 223	27 543	3 699	14 144	4 116	5 584	54 379	8 648	27 410	7 514	10 807		المغرب	2005
35 171	5 909	18 516	4 573	6 173	35 738	4 506	19 593	5 168	6 471	70 909	10 415	38 109	9 741	12 644		المغرب	2010
46 037	6 762	25 183	6 226	7 866	46 387	5 286	26 396	6 629	8 076	92 424	12 048	51 579	12 855	15 942		المغرب	2015
47 736	7 108	26 346	6 032	8 250	48 099	5 562	27 634	6 427	8 476	95 835	12 670	53 980	12 459	16 726		المغرب	2017
1 673 572	25 980	820 372	224 903	602 317	3 324 873	38 791	2 455 837	337 674	492 571	4 998 445	64 771	3 276 209	562 577	1 094 888		المملكة العربية السعودية	1990
1 706 217	29 226	863 873	251 378	561 740	3 416 485	50 815	2 527 470	353 081	485 119	5 122 702	80 041	3 391 343	604 459	1 046 859		المملكة العربية السعودية	1995
1 745 619	31 869	912 908	246 020	554 822	3 517 768	58 759	2 644 888	317 848	496 273	5 263 387	90 628	3 557 796	563 868	1 051 095		المملكة العربية السعودية	2000
2 032 014	38 218	1 050 822	320 261	622 713	4 469 805	79 629	3 283 608	473 231	633 337	6 501 819	117 847	4 334 430	793 492	1 256 050		المملكة العربية السعودية	2005
2 496 675	49 639	1 339 940	339 623	767 473	5 933 281	111 215	4 447 474	490 633	883 959	8 429 956	160 854	5 787 414	830 256	1 651 432		المملكة العربية السعودية	2010
3 309 864	67 888	1 832 713	464 520	944 743	7 461 502	141 744	5 709 912	617 538	992 308	10 771 366	209 632	7 542 625	1 082 058	1 937 051		المملكة العربية السعودية	2015
3 843 720	78 837	2 128 314	539 445	1 097 124	8 341 564	158 310	6 404 405	664 651	1 094 198	12 185 284	237 147	8 532 719	1 224 096	2 191 322		المملكة العربية السعودية	2017
54 081	2 018	21 497	12 987	17 579	57 569	1 640	27 680	11 394	16 855	111 650	3 658	49 177	24 381	34 434		موريتانيا	1990
42 547	1 514	17 723	8 568	14 742	47 015	1 543	24 295	7 729	13 448	89 562	3 057	42 018	16 297	28 190		موريتانيا	1995
26 203	980	11 187	4 799	9 237	31 163	1 233	16 518	4 577	8 835	57 366	2 213	27 705	9 376	18 072		موريتانيا	2000
25 531	1 032	10 982	4 529	8 988	32 588	1 551	17 389	4 626	9 022	58 119	2 583	28 371	9 155	18 010		موريتانيا	2005
36 074	1 817	13 730	6 563	13 964	48 605	2 183	21 006	8 999	16 417	84 679	4 000	34 736	15 562	30 381		موريتانيا	2010
72 482	3 713	25 675	13 789	29 305	94 070	4 299	38 127	18 348	33 296	166 552	8 012	63 802	32 137	62 601		موريتانيا	2015
73 302	4 131	30 538	13 354	25 279	95 136	4 739	44 665	17 502	28 230	168 438	8 870	75 203	30 856	53 509		موريتانيا	2017
51 853	2 092	16 431	9 354	23 976	67 010	1 805	28 469	13 612	23 124	118 863	3 897	44 900	22 966	47 100		اليمن	1990
58 683	3 362	21 261	9 294	24 766	77 832	2 989	37 035	13 655	24 153	136 515	6 351	58 296	22 949	48 919		اليمن	1995
63 820	2 581	28 367	13 305	19 567	79 675	2 797	37 810	16 791	22 277	143 495	5 378	66 177	30 096	41 844		اليمن	2000
72 694	4 171	35 634	11 382	21 507	98 379	4 932	51 746	15 383	26 318	171 073	9 103	87 380	26 765	47 825		اليمن	2005
131 127	10 490	67 504	17 997	35 136	154 710	9 841	85 925	20 985	37 959	285 837	20 331	153 429	38 982	73 095		اليمن	2010
180 500	15 693	92 305	24 266	48 236	199 399	13 644	110 529	26 523	48 703	379 899	29 337	202 834	50 789	96 939		اليمن	2015
182 601	17 358	92 030	22 686	50 527	201 720	15 105	110 631	24 823	51 161	384 321	32 463	202 661	47 509	101 888		اليمن	2017

المصدر: حسابات الإسكان بالاستناد إلى 2017 Revision (Geneva, 2017). POP/DB/MIG/Stock/Rev.2017

DESA, Population Division, Trends in International Migrant Stock: The 2017 Revision (Geneva, 2017).

المرفق الحادي عشر

أعداد المهاجرين (للجنسين، بالآلاف)

2050	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	المنطقة أو مجموعة البلدان أو البلد
11428	11718.7	11 629.9	11 560.5	13 790.4	14 529.9	9 148.6	6 269.9	5 120.9	المناطق الأكثر نمواً
-11428	-11718.7	-11 629.9	-11 560.5	-13 790.4	-14 529.9	-9 148.6	-6 269.9	-5 120.9	المناطق الأقل نمواً
-4149.5	-4278.4	-4 714.4	-5 548.7	-7 650.3	-3 976.3	-1 258.9	-4 965.3	-2 812.7	أقل المناطق نمواً
12412	12957.6	13 611.4	15 257.3	19 152.8	16 360.9	10 070.1	7 210.0	6 138.8	البلدان المرتفعة الدخل
-10247.8	-10749.7	-11 464.2	-13 079.9	-16 538.0	-14 984.2	-9 054.6	-3 115.2	-5 403.1	البلدان المتوسطة الدخل
-2187.9	-2231.5	-2 164.8	-2 167.1	-2 586.0	-1 446.3	-1 042.4	-4 104.3	-681.1	البلدان المنخفضة الدخل
-19.5	-295	-300.0	487.6	812.6	-122.0	291.5	0.4	112.3	الأردن
243.8	275	295.5	390.5	1 905.5	822.7	314.7	286.0	159.5	الإمارات العربية المتحدة
19.5	47.5	155.0	138.5	157.0	97.3	9.2	26.1	5.5	البحرين
-19.5	-20	-20.0	-43.0	-49.5	-87.9	94.7	6.8	-96.8	تونس
-48.8	-50	-50.0	-96.6	-250.3	-184.8	-111.0	-152.9	-184.6	الجزائر
-9.8	-10	-10.0	-10.0	-10.0	-8.0	-3.8	2.8	-5.5	جزر القمر
-48.7	715	770.0	-2 698.9	-1 893.9	-255.0	-108.3	-124.3	-48.8	الجمهورية العربية السورية
4.4	4.5	4.5	5.3	2.3	0.5	22.5	50.6	30.0	جيبوتي
-48.8	-50	-150.0	-419.7	-833.8	-589.5	401.7	200.0	10.0	السودان
-146.1	-149.8	-174.8	-213.3	-206.6	-142.4	-603.0	734.7	1.0	الصومال
-29.3	-56.2	-6.5	251.4	3.2	-142.1	-392.1	-123.9	-7.7	العراق
19.5	30	357.5	711.3	542.3	-89.2	57.9	79.0	10.2	عمان
-24.4	-25	-28.9	-38.3	-66.9	-60.0	-2.2	-72.6	-157.9	دولة فلسطين
58.5	95	165.0	401.0	721.7	121.7	23.7	65.2	27.7	قطر
43.9	65	85.0	385.0	574.8	134.3	-267.6	128.2	121.2	الكويت
-19.5	-310	-425.0	550.0	716.7	260.3	-69.0	-242.2	-40.0	لبنان
-9.7	-10	-10.0	-221.7	-276.0	-39.0	4.7	85.5	53.3	ليبيا
-219.4	-225	-275.0	-275.0	-279.3	-142.7	-336.3	-476.7	-393.2	مصر
-250.7	-257.1	-257.1	-282.1	-436.1	-607.1	-442.6	-307.0	-487.7	المغرب
195	300	445.0	1 090.0	1 292.5	190.0	310.0	1 106.5	339.4	المملكة العربية السعودية
14.9	15.3	22.9	32.8	25.0	10.0	-30.1	-12.9	-4.4	موريتانيا
-97.5	-135	-150.0	-112.5	-70.4	-106.1	282.5	-62.5	-299.3	اليمن
-392.1	-45.8	443.1	32.1	2 380.7	-938.9	-552.7	1 196.8	-855.7	المنطقة العربية

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (المتغير المتوسط).

المرفق الثاني عشر

التركيبة العمرية للسكان في المنطقة العربية حسب البلد والفئة العمرية (بالنسبة المئوية)

2050	2040	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	الفئة العمرية	البلد
23.9	26.4	29.8	34.4	36.0	37.0	39.4	45.8	49.0	46.0	0-14	الأردن
15.5	17.0	18.6	18.7	19.2	19.5	21.3	21.6	19.6	18.1	15-24	
45.3	44.5	42.9	40.8	39.3	38.1	34.4	27.8	26.7	31.0	25-59	
15.3	12.1	8.7	6.1	5.5	5.4	4.9	4.8	4.7	4.9	60+	
12.0	12.1	12.1	13.9	13.8	13.4	26.0	30.9	28.0	35.1	0-14	الإمارات العربية المتحدة
9.1	9.4	11.7	11.0	10.2	13.5	15.8	15.7	17.9	20.2	15-24	
60.2	64.1	68.1	71.9	74.0	71.6	56.4	51.4	52.1	42.4	25-59	
18.7	14.4	8.1	3.2	2.0	1.5	1.7	1.9	2.0	2.3	60+	
13.5	15.4	16.7	18.2	20.8	20.3	30.1	32.7	34.6	44.8	0-14	البحرين
10.6	11.4	12.2	11.0	13.2	15.0	16.6	16.4	22.1	17.9	15-24	
58.5	58.9	61.9	65.4	61.9	61.1	49.5	47.2	39.6	33.2	25-59	
17.4	14.3	9.2	5.4	4.1	3.6	3.8	3.7	3.7	4.1	60+	
17.8	18.1	21.4	24.1	23.7	23.3	29.5	37.2	41.7	45.5	0-14	تونس
11.6	14.1	14.5	13.5	15.5	18.7	20.3	19.7	20.9	17.6	15-24	
44.1	46.1	46.4	49.0	49.1	47.6	40.5	35.6	31.4	31.2	25-59	
26.5	21.7	17.7	13.4	11.7	10.4	9.7	7.5	6.0	5.7	60+	
20.0	20.5	24.7	29.7	28.7	27.2	34.3	43.3	46.3	46.8	0-14	الجزائر
12.5	15.6	17.2	13.6	16.6	20.7	22.7	20.6	20.2	18.5	15-24	
44.5	46.2	44.8	46.6	45.8	44.3	36.6	30.9	28.2	29.0	25-59	
23.0	17.7	13.3	10.1	8.9	7.8	6.4	5.2	5.3	5.7	60+	
30.1	32.5	35.6	39.0	40.1	41.0	44.0	46.0	44.8	44.6	0-14	جزر القمر
17.8	18.9	19.7	19.5	19.9	20.6	20.2	18.9	19.6	17.5	15-24	
43.0	41.4	38.6	36.4	35.3	33.9	31.1	30.2	30.4	32.8	25-59	
9.1	7.2	6.1	5.1	4.7	4.5	4.7	4.9	5.2	5.1	60+	
21.9	25.0	28.1	34.2	38.1	36.4	41.0	47.1	48.9	48.1	0-14	الجمهورية العربية السورية
14.9	16.1	19.2	22.6	19.8	20.9	22.3	20.5	19.8	18.8	15-24	
47.1	46.6	43.4	35.6	35.7	37.6	31.9	27.7	26.7	28.1	25-59	
16.1	12.3	9.3	7.6	6.4	5.1	4.8	4.7	4.6	5.0	60+	
20.7	23.3	26.5	29.7	32.0	34.8	41.0	45.0	46.5	45.4	0-14	جيبوتي
14.8	16.0	17.0	19.5	20.5	21.7	20.4	19.7	20.4	18.8	15-24	
48.9	48.9	47.4	43.9	41.3	37.7	33.8	31.1	29.2	31.8	25-59	
15.6	11.8	9.1	6.9	6.2	5.8	4.8	4.2	3.9	4.0	60+	

2050	2040	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	الفئة العمرية	البلد
31.5	34.2	36.7	39.7	41.5	43.0	43.8	45.5	47.1	46.3	0-14	السودان
18.3	18.8	19.7	20.5	20.1	19.3	19.9	20.0	18.8	18.6	15-24	
41.9	39.7	37.1	34.1	33.0	32.6	31.5	29.9	29.5	30.3	25-59	
8.3	7.3	6.5	5.7	5.4	5.1	4.8	4.6	4.6	4.8	60+	
38.1	41.2	44.2	46.0	46.7	47.6	47.1	44.1	43.8	43.3	0-14	الصومال
19.9	20.3	20.0	20.1	19.9	19.0	17.7	19.4	19.0	18.7	15-24	
36.7	33.8	31.3	29.5	29.1	29.1	30.9	31.8	32.1	32.7	25-59	
5.3	4.7	4.5	4.4	4.3	4.3	4.3	4.7	5.1	5.3	60+	
32.4	34.6	37.1	39.9	40.7	41.7	43.0	45.9	46.8	44.6	0-14	العراق
18.1	18.9	19.4	19.2	19.7	19.8	20.9	21.1	18.0	18.0	15-24	
40.4	38.9	37.5	35.9	34.6	33.7	30.9	27.5	29.0	30.9	25-59	
9.1	7.6	6.0	5.0	5.0	4.8	5.2	5.5	6.2	6.5	60+	
14.8	15.5	18.9	21.2	22.2	25.7	37.1	45.2	45.1	46.3	0-14	عمان
10.4	13.4	13.8	12.3	14.7	21.1	21.4	15.9	17.6	18.6	15-24	
54.5	58.5	60.2	62.3	59.3	49.3	37.5	35.3	33.0	29.9	25-59	
20.3	12.6	7.1	4.2	3.8	3.9	4.0	3.6	4.3	5.2	60+	
28.5	31.5	35.5	38.9	40.2	42.4	47.8	48.6	49.9	49.4	0-14	دولة فلسطين
17.3	18.7	19.1	20.2	21.7	21.6	19.5	20.0	19.1	18.5	15-24	
43.7	41.7	39.1	36.1	33.6	31.6	29.0	28.0	27.5	27.8	25-59	
10.5	8.1	6.3	4.8	4.5	4.4	3.7	3.4	3.5	4.3	60+	
11.4	11.9	13.2	14.0	13.8	13.1	25.7	28.3	33.7	36.1	0-14	قطر
9.6	10.6	11.6	12.4	14.6	14.5	13.8	13.8	20.1	20.8	15-24	
60.8	63.9	66.6	70.0	69.2	70.6	57.5	55.6	43.6	39.9	25-59	
18.2	13.6	8.6	3.6	2.4	1.8	3.0	2.3	2.6	3.2	60+	
17.1	17.2	19.1	21.3	20.9	23.2	28.4	34.9	40.3	44.0	0-14	الكويت
11.4	12.7	13.3	12.2	11.3	15.2	16.2	17.8	18.0	18.2	15-24	
51.0	51.9	55.5	60.3	63.7	58.2	52.4	45.1	39.2	34.8	25-59	
20.5	18.2	12.1	6.1	4.1	3.4	3.0	2.2	2.5	3.0	60+	
13.8	16.5	18.9	21.6	24.0	23.7	28.6	34.1	39.0	41.9	0-14	لبنان
11.5	11.6	11.2	17.1	19.5	20.0	19.1	19.2	20.6	18.4	15-24	
43.5	48.3	50.9	48.2	45.1	44.4	41.9	37.5	33.1	32.2	25-59	
31.2	23.6	19.0	13.1	11.4	11.9	10.4	9.2	7.3	7.5	60+	
18.2	19.2	22.5	27.2	28.6	28.4	33.8	41.7	47.9	46.2	0-15	ليبيا
12.3	14.4	16.5	16.3	17.3	20.0	22.6	21.4	17.5	16.6	15-25	
46.7	48.7	50.0	49.4	47.6	45.6	37.9	31.9	30.1	32.4	25-60	
22.8	17.7	11.0	7.1	6.5	6.0	5.7	5.0	4.5	4.8	60+	

2050	2040	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	الفئة العمرية	البلد
25.4	26.9	29.5	33.2	33.1	32.1	36.6	41.0	40.9	42.0	0-15	مصر
15.4	17.0	18.2	16.4	17.4	20.3	20.4	18.2	19.1	18.7	15-25	
43.8	43.9	42.4	42.2	41.8	40.1	35.8	33.8	33.2	32.7	25-60	
15.4	12.2	9.9	8.2	7.7	7.5	7.2	7.0	6.8	6.6	60+	
18.6	20.3	23.4	26.7	27.7	28.5	33.5	39.7	43.3	47.6	0-14	المغرب
12.6	14.4	15.6	15.8	17.4	19.2	20.9	20.6	21.8	16.7	15-24	
44.8	45.8	45.6	45.6	44.9	43.7	37.9	33.1	29.8	30.4	25-59	
24.0	19.5	15.7	11.9	10.0	8.6	7.7	6.6	5.1	5.3	60+	
16.8	18.1	21.9	24.3	26.0	29.8	38.2	42.0	43.6	44.2	0-14	المملكة العربية السعودية
11.7	14.0	13.9	13.2	15.5	18.5	18.2	18.4	17.8	18.4	15-24	
48.6	50.0	53.2	56.1	53.3	47.2	39.2	35.3	33.9	32.0	25-59	
22.9	17.9	11.0	6.4	5.2	4.5	4.4	4.3	4.7	5.4	60+	
31.7	33.9	36.5	39.3	40.3	41.2	43.1	44.7	45.3	46.0	0-14	موريتانيا
18.0	18.8	19.3	19.1	19.4	19.7	20.1	19.9	19.8	18.3	15-24	
41.5	39.8	38.0	36.3	35.4	34.3	31.9	30.4	30.1	31.4	25-59	
8.8	7.5	6.2	5.3	4.9	4.8	4.9	5.0	4.8	4.3	60+	
25.6	29.4	34.1	38.8	40.6	42.4	48.6	51.9	49.5	44.7	0-14	اليمن
17.2	19.0	20.1	20.5	22.0	22.9	20.2	18.5	18.1	19.4	15-24	
47.4	45.0	40.6	36.0	32.9	30.3	26.9	25.7	27.9	31.0	25-59	
9.8	6.6	5.2	4.7	4.5	4.4	4.3	3.9	4.5	4.9	60+	

المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (المتغير المتوسط).

المرفق الثالث عشر

عدد السكان حسب الفئة العمرية (الجنسين، بالآلاف)

البلد	2050				2030				2015				1970				صفر-14	14-24	25-59	60 سنة وأكثر
	صفر-14	14-24	25-59	60 سنة وأكثر	صفر-14	14-24	25-59	60 سنة وأكثر	صفر-14	14-24	25-59	60 سنة وأكثر	صفر-14	14-24	25-59	60 سنة وأكثر				
الأردن	791	310	533	85	3 300	1 758	3 596	506	3 317	1 336	2 064	4 771	970	3 387	2 197	6 426	2 178	2 178	2 178	
الإمارات العربية المتحدة	83	48	100	5	1 262	934	6 779	179	1 336	1 290	1 290	7 532	896	1 583	1 200	7 920	2 461	2 461	2 461	
البحرين	95	38	71	9	286	181	849	57	336	245	245	1 247	185	313	247	1 362	405	405	405	
تونس	2 302	892	1 577	290	2 671	1 753	5 534	1 316	2 753	1 862	1 862	5 953	2 273	2 470	1 617	6 122	3 675	3 675	3 675	
البحرين	6 818	2 688	4 215	829	11 424	6 615	18 268	3 564	12 049	8 423	8 423	21 872	6 478	11 444	7 195	25 576	13 222	13 222	13 222	
جزر القمر	103	40	76	12	312	154	274	37	378	209	209	410	64	440	260	630	133	133	133	
الجمهورية العربية السورية	3 053	1 193	1 783	321	7 136	3 712	6 695	1 192	7 488	5 099	5 099	11 536	2 486	7 456	5 084	16 021	5 461	5 461	5 461	
جيبوتي	72	30	51	6	297	191	383	57	300	193	193	537	103	271	194	640	203	203	203	
السودان	4 760	1 916	3 116	490	16 034	7 772	12 764	2 078	20 122	10 834	10 834	20 343	3 544	25 287	14 713	33 685	6 700	6 700	6 700	
الصومال	1 491	645	1 127	181	6 490	2 767	4 049	602	9 513	4 313	4 313	6 747	962	13 666	7 138	13 166	1 883	1 883	1 883	
العراق	4 424	1 784	3 060	650	14 685	7 103	12 515	1 812	19 800	10 331	10 331	19 994	3 172	26 385	14 724	32 927	7 454	7 454	7 454	
عمان	335	134	217	38	931	617	2 490	161	1 116	813	813	3 547	422	997	701	3 686	1 373	1 373	1 373	
دولة فلسطين	556	208	312	49	1 871	1 014	1 566	211	2 391	1 291	1 291	2 634	423	2 763	1 675	4 245	1 022	1 022	1 022	
قطر	40	23	44	3	343	363	1 718	58	427	376	376	2 151	278	428	360	2 296	689	689	689	
الكويت	329	136	260	22	822	447	2 506	160	929	651	651	2 707	588	964	646	2 876	1 158	1 158	1 158	
لبنان	963	422	739	173	1 404	1 140	2 637	671	1 013	603	603	2 731	1 022	746	622	2 356	1 688	1 688	1 688	
ليبيا	987	354	690	103	1 783	1 080	2 969	402	1 651	1 212	1 212	3 673	806	1 475	999	3 801	1 848	1 848	1 848	
مصر	14 717	6 569	11 449	2 311	31 075	16 343	39 134	7 226	35 282	21 817	21 817	50 817	11 831	39 047	23 637	67 061	23 689	23 689	23 689	
المغرب	7 614	2 666	4 871	849	9 626	6 045	15 668	3 464	9 549	6 370	6 370	18 519	6 435	8 503	5 774	20 406	10 977	10 977	10 977	
المملكة العربية السعودية	2 581	1 072	1 868	316	8 204	4 881	16 819	1 653	8 656	5 465	5 465	21 003	4 356	7 567	5 255	21 911	10 323	10 323	10 323	
موريتانيا	529	210	361	50	1 683	811	1 482	206	2 221	1 170	1 170	2 308	377	2 843	1 615	3 718	789	789	789	
اليمن	2 772	1 198	1 921	304	10 920	5 917	8 866	1 213	12 551	7 392	7 392	14 951	1 921	12 368	8 291	22 887	4 758	4 758	4 758	
المنطقة العربية	55 413	22 575	38 440	7 095	132 562	71 598	167 560	26 826	153 179	92 023	92 023	225 980	49 594	170 404	104 144	299 715	102 087	102 087	102 087	

المصدر: DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (المفتوح للتوسط).

المرفق الرابع عشر

معدل النمو السكاني في المنطقة العربية

الجدول AXIV.1 معدل النمو السنوي للسكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر (بالنسبة المئوية)، 2015-1970

2015-2010	2010-2000	2000-1990	1990-1980	1980-1970	2015- 1970	البلد
5.2	4.4	3.9	4.2	2.8	4.0	الأردن
6.8	8.6	4.1	5.6	13.2	7.7	الإمارات العربية المتحدة
5.0	5.5	3.2	3.2	4.3	4.2	البحرين
3.5	1.7	4.2	4.7	2.8	3.4	تونس
4.7	3.5	3.9	2.8	2.1	3.2	الجزائر
3.3	1.9	2.3	2.3	3.1	2.5	جزر القمر
2.1	3.1	2.9	3.6	2.4	2.9	الجمهورية العربية السورية
3.0	3.6	3.2	5.7	7.7	4.9	جيبوتي
3.4	3.0	3.4	3.2	3.1	3.2	السودان
3.1	2.9	1.1	0.5	5.9	2.7	الصومال
4.3	1.8	2.3	1.4	2.6	2.3	العراق
6.2	2.7	3.4	2.7	2.6	3.2	عُمان
3.6	3.8	5.2	3.0	0.8	3.3	دولة فلسطين
11.6	6.2	4.8	6.1	5.2	6.2	قطر
8.9	5.2	2.6	3.0	4.5	4.4	الكويت
5.3	4.3	3.0	2.7	1.0	3.0	لبنان
1.8	1.8	3.3	4.2	3.4	3.0	ليبيا
2.6	2.3	2.2	2.9	2.6	2.5	مصر
4.3	2.3	3.1	4.6	1.9	3.1	المغرب
5.9	2.9	2.7	4.3	3.7	3.7	المملكة العربية السعودية
3.4	2.7	2.8	3.3	3.8	3.2	موريتانيا
3.2	2.9	5.0	2.5	1.8	3.1	اليمن
3.5	2.8	2.9	3.2	2.6	3.0	المنطقة العربية

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (المتغير المتوسط).

الجدول AXIV.2 معدل النمو السنوي المتوقع للسكان من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر (بالنسبة المئوية)، 2015-2050

2050-2040	2040-2030	2030-2020	2020-2015	2050-2015	البلد
3.5	4.6	4.5	2.5	4.2	الأردن
3.4	6.7	10.5	11.2	7.5	الإمارات العربية المتحدة
2.5	5.3	7.1	9.0	5.6	البحرين
2.3	2.5	3.6	2.3	2.9	تونس
3.4	3.8	3.9	2.5	3.7	الجزائر
3.7	3.5	3.7	2.9	3.7	جزر القمر
3.7	4.2	5.5	2.4	4.3	الجمهورية العربية السورية
3.3	3.5	3.9	2.7	3.6	جيبوتي
3.1	3.3	3.6	2.4	3.3	السودان
3.6	3.1	3.1	2.2	3.3	الصومال
3.8	4.8	4.3	1.4	4.0	العراق
5.4	6.4	6.6	4.9	6.1	عمان
4.3	4.5	5.0	2.7	4.5	دولة فلسطين
3.6	5.5	10.1	10.7	7.1	قطر
1.8	5.0	8.0	9.8	5.7	الكويت
2.8	2.2	2.6	1.3	2.6	لبنان
2.9	5.4	5.4	1.7	4.4	ليبيا
3.5	3.5	3.3	2.1	3.4	مصر
2.5	2.8	3.8	3.4	3.3	المغرب
3.0	5.6	6.8	5.0	5.2	المملكة العربية السعودية
3.4	3.9	4.1	3.0	3.8	موريتانيا
5.1	4.0	3.0	2.2	3.9	اليمن
3.3	4.0	4.2	2.7	3.8	المنطقة العربية

المصدر: حسابات الإسكوا بالاستناد إلى DESA, Population Division, World Population Prospects: The 2017 Revision (المتغير المتوسط).

المرفق الخامس عشر

نسبة الذكور إلى الإناث في الفئة العمرية 60 سنة وأكثر (عدد الرجال لكل 100 امرأة)، 2050-1970

2050	2040	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	البلد
94	96	94	90	93	94	103	100	101	99	الأردن
145	193	249	254	236	257	163	141	144	118	الإمارات العربية المتحدة
140	151	134	136	128	124	103	116	128	118	البحرين
83	82	85	87	87	88	100	97	106	99	تونس
95	95	96	99	98	94	94	88	85	90	الجزائر
87	87	88	87	87	86	83	81	81	82	جزر القمر
84	83	83	83	87	95	89	95	94	103	الجمهورية العربية السورية
90	91	93	90	88	89	88	85	83	84	جيبوتي
84	85	88	89	89	89	89	89	89	88	السودان
83	86	91	97	97	95	90	90	95	83	الصومال
83	82	79	81	84	86	88	90	92	90	العراق
170	178	168	121	107	122	99	73	84	92	عمان
89	88	88	90	92	95	89	82	89	100	دولة فلسطين
214	321	340	317	278	216	200	193	139	106	قطر
104	122	141	174	170	140	137	145	119	108	الكويت
96	109	115	99	98	105	93	98	90	92	لبنان
83	87	86	86	89	92	100	102	101	107	ليبيا
86	86	85	85	84	81	80	79	78	77	مصر
86	85	91	92	90	87	81	86	86	86	المغرب
124	144	166	148	131	114	105	100	92	90	المملكة العربية السعودية
91	90	88	84	80	76	79	82	84	90	موريتانيا
87	87	82	88	90	91	94	74	77	81	اليمن
93	96	97	94	92	90	88	87	86	86	المنطقة العربية

المرفق السادس عشر

نسبة الإعالة الكلية (بالنسبة المئوية)

2050	2040	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	البلد
53.5	52.9	54.4	62.2	66.1	68.5	74.0	95.9	109.1	97.1	الأردن
34.7	27.7	19.8	18.0	17.4	16.5	37.1	47.3	41.7	57.4	الإمارات العربية المتحدة
36.1	33.2	28.8	26.4	30.2	28.9	48.4	53.5	57.8	89.8	البحرين
60.2	51.5	51.2	49.2	45.6	44.5	56.9	72.6	83.9	96.0	تونس
58.5	49.1	51.4	57.6	52.7	48.5	62.9	87.7	98.9	101.5	الجزائر
55.9	59.0	65.2	72.8	75.5	78.6	88.7	96.4	92.3	90.9	جزر القمر
50.4	49.9	52.6	64.2	72.8	66.2	79.7	100.4	108.0	105.8	الجمهورية العربية السورية
44.5	44.9	47.9	51.8	56.5	62.6	78.5	90.8	95.4	91.6	جيبوتي
58.8	64.0	69.1	76.8	81.6	86.2	88.2	93.9	100.1	97.2	السودان
70.7	79.4	88.7	95.3	97.4	101.2	99.2	89.0	88.5	86.8	الصومال
62.7	65.3	68.7	76.2	77.7	81.8	86.6	98.7	103.8	94.6	العراق
39.9	30.9	30.5	31.1	32.4	39.6	65.4	90.6	91.6	97.9	عمان
55.1	58.3	65.2	72.5	75.8	82.2	100.4	102.8	108.8	109.5	دولة فلسطين
31.6	27.1	21.7	18.7	17.5	16.5	37.8	42.0	54.4	61.5	قطر
48.7	42.3	34.6	32.1	29.8	33.7	42.8	56.8	72.3	84.9	الكويت
59.0	52.3	48.7	44.7	47.3	47.3	55.6	66.8	80.0	88.5	لبنان
53.3	44.1	40.8	46.8	49.1	48.4	60.2	81.4	102.6	97.1	ليبيا
56.3	53.8	56.3	62.6	61.8	58.4	70.8	83.5	82.9	86.0	مصر
57.9	52.8	52.9	52.3	51.6	53.0	63.4	77.3	87.2	104.2	المغرب
50.3	42.3	39.9	39.0	40.9	48.7	70.1	81.2	87.2	91.1	المملكة العربية السعودية
59.8	62.9	67.8	73.9	76.5	79.5	86.2	91.8	93.1	94.2	موريتانيا
46.1	50.1	60.0	71.9	76.8	82.4	105.9	119.1	109.8	91.6	اليمن
56.2	54.5	56.6	61.3	62.0	62.7	74.7	87.5	92.3	94.5	المنطقة العربية

المرفق السابع عشر

نسبة إعالة الأطفال (بالنسبة المئوية)

2050	2040	2030	2020	2015	2010	2000	1990	1980	1970	البلد
36.6	40.3	46.1	55.9	59.8	62.4	68.6	89.7	102.4	90.7	الأردن
16.2	15.5	14.5	16.4	16.2	15.6	35.6	45.6	39.7	55.2	الإمارات العربية المتحدة
18.3	20.5	21.5	23.1	27.1	26.2	44.7	50.2	54.6	85.0	البحرين
28.5	27.4	32.4	36.0	34.5	33.7	46.3	64.2	76.8	89.2	تونس
31.6	30.5	37.4	46.8	43.8	40.4	55.8	81.3	92.0	94.4	الجزائر
47.0	51.8	58.8	67.4	70.5	73.3	83.0	90.3	86.1	85.2	جزر القمر
33.0	37.4	42.9	56.2	65.8	60.4	73.7	94.3	101.8	98.9	الجمهورية العربية السورية
29.9	33.8	39.2	45.1	50.1	56.6	73.1	85.9	90.8	87.0	جيبوتي
49.9	56.1	62.1	70.3	75.4	80.1	82.5	88.3	94.2	91.3	السودان
65.1	74.0	83.4	89.9	92.1	95.9	93.9	83.4	82.5	80.9	الصومال
52.7	57.2	62.7	70.3	72.3	75.8	80.2	91.1	95.5	86.8	العراق
20.6	20.3	24.7	27.9	29.4	35.9	61.4	86.2	86.4	91.6	عمان
44.2	49.8	58.6	67.0	70.5	77.3	95.8	98.5	104.1	103.6	دولة فلسطين
14.9	15.1	16.1	16.6	16.3	15.2	35.4	40.2	52.0	58.3	قطر
25.4	24.4	25.7	28.2	27.1	31.0	40.5	54.7	69.5	81.4	الكويت
21.9	25.1	28.0	31.3	35.3	34.9	44.6	56.9	70.3	79.0	لبنان
27.8	27.6	31.7	40.0	42.6	42.2	54.2	75.7	97.0	91.2	ليبيا
39.8	41.4	46.1	53.9	53.6	50.8	62.4	75.3	74.8	78.1	مصر
29.4	31.0	35.7	40.7	41.9	43.6	54.8	70.4	81.0	97.2	المغرب
25.2	25.7	30.7	33.7	36.6	44.3	65.0	76.1	81.5	84.5	المملكة العربية السعودية
50.7	55.3	61.3	68.3	71.0	73.9	80.3	85.8	87.6	89.4	موريتانيا
37.4	44.1	54.5	66.7	71.7	77.4	100.1	113.7	103.9	85.7	اليمن
39.6	42.0	46.9	53.6	55.1	56.0	67.8	80.8	85.5	87.4	المنطقة العربية

المرفق الثامن عشر

مستوى التحصيل العلمي المتوقع لكبار السن في المنطقة العربية (بالنسبة المئوية)

إناث				ذكور				عام	البلد
ما بعد الثانوي	ثانوي	ابتدائي	بدون تحصيل علمي	ما بعد الثانوي	ثانوي	ابتدائي	بدون تحصيل علمي		
9.0	13.5	20.3	57.2	25.6	22.0	27.6	24.8	2015	الأردن
24.1	29.0	24.6	22.3	33.0	33.7	23.3	9.9	2030	
40.2	42.7	12.6	4.5	34.0	48.3	13.5	4.2	2050	
18.1	30.9	18.5	32.5	26.9	36.0	22.5	14.5	2015	الإمارات العربية المتحدة
25.4	44.5	18.8	11.3	19.7	43.4	26.3	10.6	2030	
32.9	51.2	12.5	3.4	16.2	53.9	23.5	6.4	2050	
14.4	22.7	23.8	39.2	23.8	36.2	24.2	15.8	2015	البحرين
21.9	41.6	22.4	14.1	19.4	45.9	23.5	11.1	2030	
33.1	53.4	10.3	3.1	19.7	61.0	15.6	3.7	2050	
1.2	6.2	13.1	79.5	5.5	18.9	33.9	41.7	2015	تونس
3.6	16.4	31.9	48.1	9.9	32.5	42.6	15.0	2030	
19.2	42.7	21.8	16.3	19.7	57.0	19.4	3.8	2050	
1.2	9.9	13.7	75.2	6.1	25.9	24.4	43.6	2015	الجزائر
4.1	31.2	18.8	46.0	8.1	50.6	24.6	16.7	2030	
16.4	57.6	12.5	13.6	14.2	72.1	10.4	3.4	2050	
0.4	1.7	4.9	93.1	3.3	6.1	17.0	73.6	2015	جزر القمر
2.4	9.1	26.2	62.3	9.3	16.2	38.2	36.3	2030	
7.0	23.6	49.4	20.0	16.8	24.1	48.4	10.7	2050	
3.7	5.4	30.3	60.6	12.0	14.3	47.7	26.0	2015	الجمهورية العربية السورية
9.0	12.5	39.5	39.0	16.9	21.6	47.9	13.6	2030	
15.2	21.4	48.2	15.1	16.5	25.2	51.2	7.0	2050	
0.7	3.7	23.6	72.0	2.4	11.6	39.5	46.5	2015	جيبوتي
1.5	9.6	34.3	54.6	4.3	19.2	45.7	30.7	2030	
2.9	22.2	43.5	31.4	5.7	29.2	46.8	18.3	2050	
1.0	2.4	5.6	91.1	4.3	7.6	12.3	75.7	2015	السودان
2.9	8.6	8.8	79.7	7.4	17.7	12.9	62.1	2030	
8.5	16.5	18.0	57.0	11.1	21.6	23.0	44.3	2050	
1.0	3.0	4.2	91.8	4.3	21.9	12.0	61.8	2015	الصومال
1.0	11.3	9.9	77.8	8.6	34.7	14.1	42.6	2030	
1.9	15.6	26.2	56.3	6.5	34.6	29.1	29.8	2050	

إناث				ذكور				عام	البلد
ما بعد الثانوي	ثانوي	ابتدائي	بدون تحصيل علمي	ما بعد الثانوي	ثانوي	ابتدائي	بدون تحصيل علمي		
5.9	6.7	21.1	66.3	16.0	18.8	33.3	31.9	2015	العراق
12.0	16.2	35.9	36.0	24.2	27.8	34.6	13.4	2030	
23.9	27.6	36.9	11.6	32.9	33.3	29.5	4.3	2050	
9.6	17.3	34.2	38.9	17.5	25.5	43.3	13.7	2015	عمان
13.7	27.1	38.7	20.4	20.2	38.1	35.8	5.8	2030	
21.7	36.6	34.4	7.3	23.6	45.5	27.8	3.1	2050	
3.0	7.3	18.8	71.0	14.2	22.3	43.1	20.3	2015	دولة فلسطين
10.2	28.4	34.3	27.1	25.5	34.2	34.2	6.1	2030	
23.7	47.8	23.9	4.6	32.4	47.1	18.8	1.7	2050	
15.7	14.9	38.9	30.5	26.0	20.0	43.3	10.7	2015	قطر
33.9	23.0	34.5	8.5	20.6	29.2	46.4	3.7	2030	
37.6	35.0	24.8	2.6	16.2	37.2	43.8	2.8	2050	
14.5	24.9	28.4	32.1	24.7	31.8	30.4	13.1	2015	الكويت
21.9	33.2	28.7	16.2	20.6	32.9	32.6	13.9	2030	
28.3	43.1	20.5	8.1	18.1	48.6	24.4	8.9	2050	
4.2	28.9	34.0	33.0	10.4	32.4	42.4	14.9	2015	لبنان
11.7	47.3	28.5	12.5	17.8	45.4	30.9	5.9	2030	
26.8	53.8	16.8	2.6	28.1	51.2	19.1	1.6	2050	
3.0	7.3	9.2	80.5	9.1	18.2	19.4	53.3	2015	ليبيا
5.9	19.6	13.0	61.5	12.2	33.6	19.6	34.6	2030	
12.6	36.3	14.1	37.0	15.5	47.1	16.4	20.9	2050	
5.7	10.2	9.3	74.8	15.0	22.0	17.8	45.3	2015	مصر
9.5	23.3	9.2	58.0	18.1	38.5	13.4	30.1	2030	
18.3	47.6	7.3	26.8	22.2	54.9	8.1	14.7	2050	
0.8	3.7	7.8	87.8	3.9	12.4	20.1	63.6	2015	المغرب
3.7	11.0	14.1	71.2	8.7	20.1	27.4	43.8	2030	
9.1	27.4	23.8	39.8	12.9	35.1	32.4	19.7	2050	
2.7	4.9	16.9	75.5	15.5	18.4	34.2	32.0	2015	المملكة العربية السعودية
13.7	18.6	25.6	42.1	26.5	36.2	27.4	9.9	2030	
40.3	36.0	14.1	9.6	40.3	45.3	12.5	1.9	2050	
2.1	4.2	14.8	78.9	6.9	11.9	22.6	58.5	2015	موريتانيا
5.0	11.3	19.8	63.9	12.2	22.9	23.8	41.1	2030	
9.1	24.1	21.6	45.2	14.4	36.3	20.9	28.4	2050	
9.7	17.4	34.5	38.4	17.3	25.2	43.5	14.0	2015	اليمن
13.9	27.6	38.6	19.9	20.4	37.6	35.9	6.1	2030	
23.2	38.0	32.7	6.0	24.5	46.2	26.5	2.8	2050	
3.8	8.2	13.9	74.1	11.2	19.2	25.1	44.5	2015	المنطقة العربية
8.4	20.4	19.6	51.7	16.2	33.9	25.0	24.9	2030	
19.7	38.2	19.3	22.8	21.6	46.6	20.4	11.3	2050	

المرفق التاسع عشر

مستوى التحصيل العلمي المتوقع لكار السن في المنطقة العربية (بالآلاف)

البلد	عام	ذكور					إناث				
		ما بعد الثانوي	ثانوي	ابتدائي	بدون تحصيل علمي	المجموع	ما بعد الثانوي	ثانوي	ابتدائي	بدون تحصيل علمي	المجموع
الأردن	2015	54	46	58	52	211	19	28	43	120	210
	2030	121	124	85	36	367	94	113	96	87	390
	2050	367	522	146	45	1 080	455	483	143	51	1 132
	2015	44	59	37	24	165	10	16	10	17	53
	2030	235	516	313	127	1 191	91	159	67	41	358
الإمارات العربية المتحدة	2050	685	2 288	998	270	4 241	519	809	198	53	1 579
	2015	10	16	11	7	44	4	7	7	11	29
	2030	38	89	46	22	194	22	42	23	14	101
	2050	114	353	90	22	579	93	151	29	9	282
	2015	32	111	201	247	591	8	40	84	513	645
تونس	2030	94	309	406	143	953	42	189	368	556	1 156
	2050	345	996	340	66	1 747	397	884	452	338	2 070
	2015	85	360	338	606	1 388	20	160	222	1 221	1 622
	2030	232	1 447	703	477	2 859	129	989	597	1 460	3 175
	2050	866	4 394	632	205	6 098	1 105	3 889	841	922	6 757
جزر القمر	2015	1	1	3	13	17	0	0	1	19	20
	2030	3	5	12	11	31	1	3	9	22	36
	2050	11	15	31	7	63	5	17	35	14	71
	2015	91	109	363	198	762	31	44	249	499	824
	2030	249	319	708	201	1 478	149	206	652	643	1 650
المرية السورية	2050	501	764	1 550	213	3 028	533	750	1 690	530	3 503

جنوبي	2015	26	12	10	3	1	31	22	7	1	0
	2030	43	13	20	8	2	51	28	17	5	1
	2050	87	16	41	25	5	99	31	43	22	3
السودان	2015	1 347	1 020	166	102	58	1 517	1 382	85	36	15
	2030	2 251	1 397	289	398	166	2 477	1 973	218	213	73
	2050	4 468	1 979	1 026	967	496	4 959	2 826	895	818	420
الصومال	2015	221	137	27	48	10	261	240	11	8	3
	2030	364	155	51	126	31	422	329	42	48	4
	2050	603	180	175	209	39	689	388	180	108	13
العراق	2015	780	249	260	146	125	1 087	721	229	72	64
	2030	1 444	193	500	402	349	2 013	725	722	325	241
	2050	4 042	172	1 193	1 346	1 331	4 692	545	1 731	1 297	1 119
عمان	2015	74	10	32	19	13	60	23	21	10	6
	2030	248	14	89	94	50	134	27	52	36	18
	2050	944	29	262	430	223	372	27	128	136	80
دولة فلسطين	2015	101	21	44	23	14	110	78	21	8	3
	2030	202	12	69	69	52	226	61	77	64	23
	2050	482	8	90	227	156	526	24	126	252	125
قطر	2015	55	6	24	11	14	18	5	7	3	3
	2030	363	13	169	106	75	77	7	27	18	26
	2050	1 250	35	548	465	203	260	7	64	91	98
الكويت	2015	86	11	26	27	21	53	17	15	13	8
	2030	316	44	103	104	65	178	29	51	59	39
	2050	854	76	209	415	154	531	43	109	229	151
لبنان	2015	228	34	97	74	24	282	93	96	81	12
	2030	354	21	109	161	63	483	60	137	229	57
	2050	633	10	121	324	178	790	21	133	425	212
لشيا	2015	248	132	48	45	23	260	209	24	19	8
	2030	484	167	95	163	59	553	340	72	108	32
	2050	1 109	232	182	523	172	1 317	488	186	477	166

البلد	عام	ذكور						إناث					
		المجموع	بدون تحصيل علمي	ابتدائي	ثانوي	ما بعد الثانوي	المجموع	بدون تحصيل علمي	ابتدائي	ثانوي	ما بعد الثانوي		
مصر	2015	3 596	1 628	640	791	538	4 240	3 172	393	434	241		
	2030	6 006	1 808	803	2 311	1 084	7 124	4 134	654	1 662	674		
	2050	11 304	1 662	919	6 211	2 512	13 449	3 604	986	6 395	2 463		
	2015	1 480	941	297	184	57	1 683	1 477	131	62	13		
	2030	2 485	1 087	681	500	215	3 098	2 206	438	339	115		
المغرب	2050	4 091	806	1 324	1 434	526	5 601	2 228	1 331	1 533	509		
	2015	936	299	320	172	145	771	582	130	38	21		
	2030	2 756	274	756	997	729	1 890	796	484	352	259		
	2050	6 334	120	791	2 868	2 555	5 228	504	735	1 883	2 105		
	2015	78	46	18	9	5	101	79	15	4	2		
موريتانيا	2030	150	61	36	34	18	176	112	35	20	9		
	2050	318	90	66	115	46	362	164	78	87	33		
	2015	525	73	228	133	91	630	242	217	109	61		
	2030	851	52	306	320	173	1 050	209	405	290	146		
	2050	2 258	64	598	1 044	553	2 600	156	851	988	604		
المنطقة العربية	2015	12 956	5 765	3 246	2 490	1 456	14 505	10 742	2 017	1 195	550		
	2030	25 389	6 331	6 349	8 604	4 105	26 817	13 857	5 246	5 470	2 244		
	2050	55 612	6 308	11 331	25 935	12 038	56 869	12 973	10 965	21 723	11 207		

المصدر: Lutz, Butz and Samir K.C., 2014.

الحواشي

الفصل 1

1. الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وتونس، والجزائر، وجزر القمر، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وعمان، وفلسطين، وقطر، والكويت، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية، وموريتانيا، واليمن.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017b.
3. Wan Ahmad, Astina and Budijanto, 2015; Mirkin and Weinberger, 2001; World Bank, 2016a; WHO, 2014a.
4. DESA, 2017c.
5. DESA, 2015b; DESA, 2017e.
6. يمكن الحصول على معلومات مفصلة عن حدود عدم اليقين لمختلف عناصر الاتجاهات الديمغرافية على مستوى كل بلد من الموقع التالي: www.un.org/en/development/desa/population.
7. توصل «مركز فيتغنشتاين للديمغرافيا ورأس المال البشري» إلى توقعات تظهر تبايناً محتملاً في الحقائق السكانية المقبلة. وتبين هذه النتائج اختلافاً بسيطاً جداً في نسبة كبار السن من الفئة العمرية 60 سنة وأكثر في البلدان العربية بحلول عام 2030، مقارنة بالتوقعات الواردة في تقرير «التوقعات السكانية في العالم» لعام 2017. ولكن توقعات المركز بشأن نسبة هذه الفئة العمرية بحلول عام 2050 اختلفت بشكل ملحوظ عما هو وارد في تقرير «التوقعات السكانية في العالم» (Lutz, Butz and Samir, 2014, K.C.).
8. بلدان مجلس التعاون الخليجي هي: الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وعمان، وقطر، والكويت، والمملكة العربية السعودية. وفقاً لشعبة السكان في الأمم المتحدة، تشمل «المناطق الأقل نمواً» جميع البلدان في أفريقيا، وآسيا (ما عدا اليابان)، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، إضافة إلى ميلانيزيا، وميكرونيزيا، وبولينيزيا. <https://esa.un.org/poppolicy/ExplanatoryNotes.aspx>.
9. يركز حساب معدلات النمو على بيانات مستمدة من "Data World Population, query" Prospects: The 2017 Revision. <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery>.
10. Saxena, 2009.
11. UNdata, Glossary, "Total fertility rate", <http://data.un.org/Glossary.aspx?q=total+fertility+rate> (استرجعت في 16 شباط/فبراير 2018).
12. Roudi-Fahimi and Kent, 2008; and Rashad, 2015.
13. Roudi-Fahimi and others, 2012.
14. الخصوبة لمستوى الإحلال هو مستوى الخصوبة الذي يتيح بلوغ مستوى الإحلال الكلي للسكان من جيل إلى آخر. ويتحقق هذا المستوى عندما يبلغ متوسط معدل الخصوبة الكلي 2.1 طفل لكل امرأة.
15. تشير الخصوبة الطبيعية إلى معدلات الخصوبة لدى السكان الذين لا يعتمدون أي وسيلة من وسائل تحديد النسل. وتشير التقديرات إلى أن المرأة التي تحافظ على حياة جنسية ناشطة في الفترة التي يتراوح فيها عمرها بين 15 و50 سنة ولا تمارس الرضاعة، ولا تعتمد أي وسيلة
- من وسائل تحديد النسل، تنجب 15 طفلاً في المتوسط. ويُقدَّر معدل الخصوبة شبه الطبيعية بستة أطفال أو أكثر لكل امرأة في المتوسط، وقلماً يعود إلى استخدام أساليب تحديد النسل، بل ينجم عن تأخر سن الزواج.
17. United Nations Commission on Population and Development, 2017.
18. Egypt, Ministry of Health and Population, El-Zanaty and Associates and ICF International, 2015.
19. Algeria, National Office of Statistics, 2015.
20. Tunisia, National Institute of Statistics, 2016.
21. Iqbal and Kiendrebeogo, 2014.
22. HelpAge International, 2015.
23. عدد المهاجرين هو عدد المهاجرين الدوليين المقيمين في بلد ما. الإسكوا، 2018.
24. يضم المشرق العربي: الأردن، والجمهورية العربية السورية، والعراق، ودولة فلسطين، ولبنان وجمهورية مصر العربية.
25. المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2017.
26. يضم المغرب العربي: تونس، والجزائر، وليبيا، والمغرب.
27. Le Portail de Statistiques. (Statista), "Pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans dans les pays de l'OCDE en 2015 et 2050", <https://fr.statista.com/de-statistiques/562594/part-plus-de-agee-population-la-ocde-ans-65-de> (استرجعت في 3 أيلول/سبتمبر 2017).
28. Le Portail de Statistiques (Statista), "Pourcentage de
29. Le Portail de Statistiques (Statista), "Pourcentage de

- في مهام محددة قابلة للقياس مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس، أو في المشاركة في أنشطة مثل العمل أو الذهاب إلى دور العبادة أو التسوق، لأن عمليات التكيف الضرورية أجريت على صعيدي الفرد والبيئة. ومع ذلك، يُعتبر هؤلاء الأشخاص أكثر عرضة من عامة السكان لقيود على الأنشطة و/أو المشاركة بسبب وجود قصور في أداء الأنشطة الأساسية، ولأن عدم توفر لوازم المعيشة الضرورية يهدد مستويات مشاركتهم الحالية. ولغايات الإبلاغ وتوليد البيانات القابلة للمقارنة دولياً، أوصى فريق واشنطن بأربع مجموعات من الاستجابات للأنشطة: (1) لا توجد صعوبات، (2) نعم، توجد بعض الصعوبات (3) نعم، توجد صعوبات كبيرة، و (4) لا يمكنني القيام بالنشاط أبداً. وأوصى فريق واشنطن باستخدام نقطة الفصل التالية لتعريف الأشخاص ذوي الإعاقة: الفئة الفرعية من الأشخاص ذوي الإعاقة تشمل جميع الذين يندرجون ضمن فئتي «توجد صعوبات كبيرة» و«لا يمكنني القيام بالنشاط أبداً».
21. الإسكوا وجامعة الدول العربية، 2014.
22. Kronfol, 2013.
23. Loewe, 2013.
24. Schröder-Butterfill and Marianti, 2006.
25. خطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة، 2017، استناداً إلى نتائج مسح أجرته الإسكوا من أجل المراجعة الإقليمية الثالثة لخطة عمل مدريد الدولية للشيخوخة 2002.
26. Yount and Sibai, 2009.
27. Sinunu, Yount and El Afify, 2009.
28. Sibai, Rizk and Kronfol, 2014.
29. Jacobzone, Cambois and Robine, 2000.
30. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2014.
31. Morocco, Observatoire National du Développement Humain, 2017.
- والسكري، www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/ar (استرجعت في 22 أيار/مايو 2018).
12. Grivna, Eid and Abu-Zidan, 2014.
13. Kronfol, 2013.
14. WHO, 2014b.
15. Khan, Hussein and Deane, 2017.
16. الخرف متلازمة -تتخذ، عادة، طابعاً مزمناً أو تدريجياً- تتسم بحدوث تدهور الوظيفة المعرفية (أي القدرة على التفكير) بوتيرة تتجاوز وتيرة التدهور المتوقعة في مرحلة الشيخوخة العادية. ويطلق هذا التدهور الذاكرة والتفكير والقدرة على التوجه والفهم والحساب والتعلم والحديث وتقدير الأمور. ولكنه لا يطل الواعي. وكثيراً ما يكون تدهور الوظيفة المعرفية مصحوباً، أو مسبوقاً في بعض الأحيان، بتدهور في القدرة على ضبط العاطفة أو في السلوك الاجتماعي أو الحماس. هناك الكثير من الأشكال، أو الأسباب، المختلفة للخرف. ويُعد مرض ألزهايمر أشيع أسباب الخرف ومن المحتمل أنه يسهم في حدوث 60 إلى 70 في المائة من الحالات. ومن الأشكال الرئيسية الأخرى الخرف الوعائي، والخرف الناجم عن أجسام ليوي. والخرف من أصعب التحديات في مجال الصحة وتوفير الرعاية في جميع أنحاء العالم.
17. Yount and Sibai, 2009.
18. Prince and others, 2013.
19. Cruz,-Rizzi, Rosset and Roriz, 2014.
20. تعرّف الإسكوا الأشخاص ذوي الإعاقة بأنهم المعرضون أكثر من غيرهم من عامة السكان لخطر المعاناة من قيود في أداء مهامهم المحددة أو المشاركة في الأنشطة التي يتطلبها دورهم الاجتماعي، بسبب القصور في أداء الأنشطة الأساسية، على غرار المشي أو الرؤية أو السمع أو الذاكرة، حتى وإن خففت من آثار هذه القيود الأجهزة المساعدة أو البيئة الداعمة أو الموارد الوفيرة. وقد لا يعاني هؤلاء الأشخاص من أوجه قصور
- la population âgée de plus de 65 ans dans les pays de l'OCDE en 2015 et 2050", <https://fr.statista.com/de-statistiques/562594/part-la-population-agee-de-plus-de-65-ans-ocde> (استرجعت في 3 أيلول/سبتمبر 2017).
30. لا تغطي بيانات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية ما بعد عام 2100.
31. يمكن أن تُقسّم نسبة إعالة كبار السن على نسبة إعالة الأطفال للحصول على مؤشر على شيخوخة السكان.

الفصل 2

1. International Labour Organization, 2017.
2. ILO, 2016b.
3. ILO, 2016a.
4. Economic Research Forum, 2010; ERF, 2012; ERF, 2014.
5. Prasad and Gerecke, 2010.
- حلل هذا المقال وحدد أنماط التقلبات في الإنفاق الحكومي على الحماية الاجتماعية خلال فترات الأزمات المالية السابقة. والبلدان العربية والسنوات التي عانت فيها من الأزمات المالية التي اشتمل عليها التحليل هي التالية: تونس، 1991؛ الجمهورية العربية السورية، 1988؛ الكويت، 1982؛ مصر، 1990؛ المغرب، 1983.
6. عدد المستفيدين بالنسبة إلى عدد المشتركين.
7. Price and others, 2017.
8. ILO, 2014b.
9. World Bank, 2012.
10. Al Hazzouri and others, 2011; Abdulrahim and others, 2012.
11. الأمراض غير المعدية، المعروفة أيضاً باسم الأمراض المزمنة، لا تنتقل بين البشر. وهي أمراض تدوم فترات طويلة وتتطور ببطء عموماً. وتنقسم هذه الأمراض إلى أنماط رئيسية أربعة هي أمراض القلب والأوعية الدموية (مثل النوبات القلبية والسكتة الدماغية) والسرطانات، والأمراض التنفسية المزمنة (مثل مرض الرئة الانسدادي المزمن والربو)

- 2013; Kronfol, Rizk and Sibai, 2015 .31
- Shah and others, 2002; Yount and others, 2012 .32
- Choi, 2003; Sibai, Rizk and Kronfol, 2014 .33
- Shah and others, 2002; Cunningham and others, 2013; Sibai, Rizk and Kronfol, 2014 .34
- Abyad, 2001; Walker, Pratt and Eddy, 1995; Abdelmoneium and Alharahsheh, 2016 .35
- Cunningham and others, 2013; Sibai and Yamout, 2012; Sibai, Rizk and Kronfol, 2014 .36
- Cunningham and others, 2013 .37
- Yount and others, 2012 .38
- Sibai and Yamout, 2012; Cunningham and others, 2013; Abdelmoneium and Alharahsheh, 2016; Hussein and Ismail, 2017 .39
- Boggatz and Dassen 2005; Sinunu, Yount and El Afify, 2009 .40
- جرت المقابلات مع المشاركين سواء باللغة العامية العربية أو بالإنكليزية، حسب الأفضلية لديهم. واستغرقت المقابلات التي أجريت مع كبار السن والأولاد البالغين حوالي 45 إلى 60 دقيقة. استغرقت المقابلات مع الممثلين عن دور رعاية كبار السن حوالي 20 إلى 30 دقيقة. .41
- Aarssen, 2005 .42
- Robnett and Walter, 2013 .43
- Kronfol, Rizk and Sibai, 2015 .4
- Khan, 2014; Kronfol, Rizk and Sibai, 2015 .5
- Sinunu, Yount and El Afify, 2009 .6
- Shah and others, 2002; Sibai, Beydoun and Tohme, 2009; Tohme and others, 2011; Kronfol, Rizk and Sibai, 2015 .7
- Lowenstein, 1999; Aykan and Wolf, 2000; Shah and others, 2002; Yount, 2009; Sibai, Beydoun and Tohme, 2009; Tohme and others, 2011; Kronfol, Rizk and Sibai, 2015 .8
- Sibai, Beydoun and Tohme, 2009; Tohme and others, 2011 .9
- Sibai and Yamout, 2012 .10
- Choi, 2003; Yount, 2005 .11
- Shah and others, 2002; Sibai and Yamout, 2012 .12
- Choi, 2003; Yount, 2005; Sibai and Yamout, 2012 .13
- Nawar, Lloyd and Ibrahim, Zanaty-1994; Khadr, 1997; El and Way, 2001 .14
- Khadr, 1997; Shah and others, 2002 .15
- Tohme and others, 2011; Sibai, Rizk and Kronfol, 2014 .16
- Shah and others, 2002; Yount and others, 2012; Cunningham and others, 2013 .17
- Yount and others, 2012; Sibai, Rizk and Kronfol, 2014 .18
- Kronfol, Rizk and Sibai, 2015 .19
- Shah and others, 2002 .20
- Kronfol, Rizk and Sibai, 2015 .21
- Cunningham and others, 2013 .22
- Sibai, Rizk and Kronfol, 2014 .23
- المرجع نفسه .24
- Cunningham and others, 2013 .25
- Sibai, Rizk and Kronfol, 2014 .26
- Yount and others, 2012 .27
- المرجع نفسه .28
- Yount and others, 2012; Sibai, Rizk and Kronfol, 2014 .29
- Sibai, Rizk and Kronfol, 2014 .30
- Cunningham and others, 2015 .32
- الإسكوا، 2015 .33
- المرجع نفسه .34
- Abdulrahim, Ajrouchand and Antonucci, 2015; Tohme and others, 2011 .35
- Eurostat, 2017 .36
- Abu-Ismaïl and others, 2011 .37
- HelpAge International, 2016 .38
- شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، 2014 .39
- Hobfoll, 2002 .40
- Syrian Center for Policy Research, 2016a .41
- Al Rifai and Haddad, 2015 .42
- Syrian Center for Policy Research, 2016a .43
- المرجع نفسه .44
- Verme and others, 2016 .45
- Syrian Center for Policy Research, 2016b .46
- Moss, Leshner and Moss, 1987 .47
- HelpAge International and Handicap International, 2014 .48
- Chemali and others, 2017 .49
- HelpAge International and Handicap International, 2014 .50
- WHO, 2015a .51
- Syrian Center for Policy Research, 2016a .52
- HelpAge International and Handicap International, 2014 .53
- European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations, 2017 .54
- Kuwert and others, 2009 .55
- Muckenhuber, Strongger and Freidl, 2012; Nilsson, Rana and Kabir, 2006 .56
- Syrian Center for Policy Research, 2017 .57
- Kimhi and others, 2012 .58
- Hutton, 2008
- ### الفصل 3
1. Kagitcibasi, Ataca and Diri, 2010; Abdulrahim and others, 2012; Kronfol, Rizk and Sibai, 2015 .2
- Allen, Blieszner and Roberto, 2000 .3
- Kagitcibasi, Ataca and Diri, 2010 .4
- ### الفصل 4
1. DESA, Population Division, 2017 .2
- ILO, 2014a .3
- مرجحة بنسبة السكان من الفئة العمرية 65 سنة وأكثر. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en .4
- Khatib, 2004 .5
- Motlagh, O'Donnell and Yusuf, 2009 .5

- .Hussein and Oglak, 2014a .10
- Baltruks, Hussein and .11
- .Montero, 2017
- www.aal-يرجى مراجعة .12
- europe.eu .Active and
- Assisted Living Programme.
- Alzheimer's Society, 2015 .13
- Buntin and others, 2011 .14
- United Nations International .15
- Children's Fund, 2014
- https://data.worldbank.org/ .16
- products/wdi
- DESA, Population Division,. .17
- .2001
- www.who.int/kobe_centre/. .18
- /ageing/en
- www.oecdbetterlifeindex. .19
- .org
- www.helpage.org/global- .20
- /agewatch
- https://statswiki.unece.org/ .21
- display/AAI
- .Goda, 2010 .22
- .Nadash and Shih, 2013 .23
- Costa-font, Courbage and .24
- .Swartz, 2015
- Sibai, Rizk and Kronfol, .25
- .2014
- These projections were done
- for 195 countries with a
- .time horizon of 2060
- .Lutz and Scherbov, 2004 .19
- هذا هو السيناريو المتوسط، الذي .20
- يعتبر التوقع الأرجح لكل بلد.
- ويجمع لكل بلد: متوسط معدلات
- الخصوبة مع متوسط معدلات
- الوفاة، ومتوسط معدلات الهجرة،
- وسيناريو الاتجاه العالمي في
- التعليم الذي يتوقع بأن الاتجاهات
- الحالية في التعليم سوف تستمر
- كما هي في المستقبل.
- DESA, Population Division, .21
- .2001
- Rogers, Stronge and Fisk, .22
- .2005
- الفصل 5**
- .ILO, 2014a .1
- . ILO, 2012 .2
- .HelpAge International, 2012 .3
- Begg, Mushövel and Niblett, .4
- .2015
- .AGE Platform Europe, 2017 .5
- .www.blidensol.no/hjem .6
- www.adopt-a-grandma. .7
- .co.uk/index.html
- .Smith and Eltanani, 2015 .8
- .WHO, 2002 .9
- .Omran, 1971 .6
- لمزيد من التفاصيل، يرجى النظر .7
- الى WHO, 2015c
- .Abyad, 2004, pp. 9-12 .8
- Yousufzai, 2007 as Cited .9
- in Sibai, Rizk and Kronfol,
- .2014, p. 41
- Sibai, Rizk and Kronfol, .10
- .2014
- حسابات الإسكوا بالاستناد إلى .11
- DESA, Population Division,
- World Population Prospects:
- The 2017 Revision
- (المتغير
- المتوسط). والمنذوبية السامية
- للتخطيط، المغرب، 2013.
- Maziak and others, 2007; .12
- Ben Taleb and others, 2015;
- Coutts and others, 2015 as
- cited in Blanchet, Fouad and
- .Pherali, 2016
- .Hakim and Jaganjac, 2005 .13
- .Murray and Lopez, 1997 .14
- يشير العمر المتوقع بدون إعاقة .15
- إلى طول الحياة المتوقع عيشها
- بدون عجز معيّن أو إعاقة ابتداءً
- من سن الستين.
- .WHO, 2011 .16
- Friebe and Schmidt-Hertha, .17
- .2013
- Lutz, Butz and K.C., 2014. .18

المراجع

بالعربية

- البنك الدولي (2016). نسبة الإعاقة العمرية، مسنون (% من السكان في سن العمل). <https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.POP.DPND.OL>. استرجعت في 5 آذار/مارس 2018.
- جامعة الدول العربية (2001). النتائج المجمعّة للمسح العربي لصحة الأم والطفل في الوطن العربي. القاهرة.
- _____ (2008). المسح الوطني الليبي لصحة الأسرة، التقرير الأولي، 2007. القاهرة.
- السودان، الجهاز المركزي للإحصاء (2013). السودان في أرقام 2008-2012. الخرطوم.
- السودان، المجلس القومي للسكان (2011). السياسة القومية للسكان: الوضع الراهن، المآلات، التحديات والآفاق، الجزء الأول. الخرطوم.
- شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (2014). الحماية الاجتماعية: الوجه الآخر لأزمة الدولة - راصد الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في البلدان العربية. بيروت، www.annd.org/data/item/cd/aw2014/pdf/arabic/report.pdf
- دولة فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء (2016). الفلسطينيين نهاية عام 2016. www.pcbs.gov.ps/postar.aspx?lang=ar&ItemID=1824 استرجعت في 16 أيار/مايو 2018.
- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) (2015).
- المجتمع العربي: مجموعة الإحصاءات الاجتماعية، العدد 12. بيروت، [E/ESCWA/SD/2015/4](http://ESCWA/SD/2015/4).
- _____ (2017). إحصاءات الإعاقة في الدول العربية 2017. بيروت. disability-site/arab-www.unescwa.org/sub-2017-statistics.
- _____ (2018). تقرير حالة الهجرة الدولية لعام 2017: الهجرة في المنطقة العربية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030: تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتصلة بالهجرة في المنطقة العربية. بيروت، [E/ESCWA/SDD/2017/1](http://ESCWA/SDD/2017/1).
- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، وجامعة الدول العربية (2014). الإعاقة في المنطقة العربية: لمحة عامة. بيروت. [E/ESCWA/SDD/2014/Technical Paper.1](http://ESCWA/SDD/2014/Technical%20Paper.1).
- المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (2017). حالة الطوارئ في سوريا. www.unhcr.org/ar/58fc758e10.html استرجعت في 15 تشرين الأول/أكتوبر.
- _____ (2017). الخطة الإقليمية للاجئين وتعزيز القدرة على مواجهة الأزمات 2018-2019، استجابة للأزمة السورية: الاستعراض الاستراتيجي الإقليمي. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/62322.pdf>
- الهيئة السورية لشؤون الأسرة والسكان (2011). التقرير الوطني الأول عن حالة سكان سورية 2008. دمشق.

بالإنكليزية

- Aarssen, Lonnie W. (2005). Why is fertility lower in wealthier countries? the role of relaxed fertility selection. *Population and Development Review*, vol. 31, No. 1 (March), pp. 113-126.
- Abdelmoneium, Azza O., and Sanaa T. Alharahsheh (2016). Family home caregivers for old persons in the Arab region: perceived challenges and policy implications. *Open Journal of Social Sciences*, vol. 4, No. 1 (January), pp. 151-164.
- Abdulrahim, Sawsan, Kristine J. Ajrouch, and Toni C. Antonucci (2015). Ageing in Lebanon: challenges and opportunities. *Gerontologist*, vol. 55, No. 4 (August), pp. 511-518.
- Abdulrahim, Sawsan, and others (2012). Survey methods and aging research in an Arab sociocultural context: A case study from Beirut, Lebanon. *The Journals of Gerontology: Series B*, vol. 67, No. 6 (November), pp. 775-782.
- Abudabbeh, N. (1996). Arab families. In *Ethnicity and Family Therapy*, Second edition. Monica McGoldrick, Joe Giordano and John W. Pearce, eds. New York: Guilford Press.
- Abu-Ismaïl, Khalid, and others (2011). The ADCR 2011: Employment, vulnerability, social protection and the crisis of Arab economic reforms. Arab Development Challenges, Background Paper 2011/05. New York: United Nations Development Program. Available

- at www.undp.org/content/dam/rbas/doc/poverty/BG_5_Employment.pdf.
- Abyad, Abdulrazzak (2001). Health care for older persons: A country profile – Lebanon. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, No. 10 (October), pp. 1366-1370.
- _____ (2004). From the editor: geriatrics in the Middle East. *Middle Eastern Journal of Age and Ageing*, vol. 1, No. 1 (July).
- AGE Platform Europe (2017). Intergenerational senior residence in the Netherlands. Available at www.age-platform.eu/good-practice/intergenerational-senior-residence-netherlands.
- Algeria, Ministry of Health, Population and Hospital Reform (n.d.). *Rapport final PAFAM*. Algeria. Available at www.sante.gov.dz/images/population/RAPPORT%20FINAL%20PAFAM.pdf.
- Algeria, National Office of Statistics (2015). Démographie. Available at www.ons.dz/-Demographie-.html. Accessed on 22 March 2018.
- Algeria, National Office of Statistics, and Ministry of Health, Population and Hospital Reform (2008). *Suivi de la Situation des Enfants et des Femmes, Enquête Nationale à Indicateurs Multiples, Rapport Principal*. Algeria. Available at https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS3/Middle%20East%20and%20North%20Africa/Algeria/2006/Final/Algeria%202006%20MICS_French.pdf.
- Allen, Katherine R., Rosemary Blieszner, and Karen A. Roberto (2000). Families in the middle and later years: A review and critique of research in the 1990s. *Journal of Marriage and Family*, vol. 62, No. 4 (November), pp. 911-926.
- Alzheimer's Society (2015). Assistive technology – devices to help with everyday living. Factsheet 437LP. London. Available at www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/1779/factsheet_assistive_technology_%E2%80%93_devices_to_help_with_everyday_living.pdf.
- Angeli, Aurora, and Marco Novelli (2017). Transitions in late-life living arrangements and socio-economic conditions of the elderly in Egypt, Jordan and Tunisia. Working Paper Series, No. 1083. Cairo: Economic Research Forum.
- Australian Human Rights Commission (2012). The aged care reforms and human rights. In *A Human Rights Approach for Ageing and Health: Respect and Choice*. Sydney. Available at www.humanrights.gov.au/sites/default/files/document/publication/human_rights_framework_for_ageing_and_health.pdf.
- Aykan, Hakan, and Douglas A. Wolf (2000). Traditionality, modernity, and household composition: Parent-child coresidence in contemporary Turkey. *Research on Aging*, vol. 22, No. 4 (July), pp. 395-421.
- Baltruks, Dorothea, Shereen Hussein, and Alfonso Lara Montero (2017). Investing in the Social Services' Workforce: A Study on How Local Public Social Services are Planning, Managing and Training the Social Services Workforce of the Future. Brighton: European Social Network.
- Begg, Iain, Fabian Mushövel, and Robin Niblett (2015). The welfare state in Europe: visions for reform. Research Paper, Europe Programme, September. London: Royal Institute of International Affairs. Available at www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/publications/research/20150917WelfareStateEuropeNiblettBeggMushovelFinal.pdf.
- Blanchet, Karl, Fouad M. Fouad, and Tejendra Pherali (2016). Syrian refugees in Lebanon: the search for universal health coverage, 1 June. Available at <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13031-016-0079-4?site=conflictandhealth.biomedcentral.com>.
- Boggatz, Thomas, and Theo Dassen (2005). Ageing, care dependency, and care for older people in Egypt: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 14, No. s2 (August), pp. 56-63.
- Buntin, Melinda Beeuwkes, and others (2011). The Benefits of Health Information Technology: A Review of the recent literature shows predominantly positive results. *Health Affairs*, vol. 30, No. 3, pp. 464-471.
- Chemali, Zeina, and others (2017). Needs assessment with elder Syrian refugees in Lebanon: Implications for services and interventions. *Global Public Health Journal* (12 September).
- Choi, Namkee G. (2003). Coresidence between unmarried aging parents and their adult children: Who moved in with whom and why? *Research on Aging*, vol. 25, No. 4, pp. 384-404.
- Cunningham, Solveig A., and others (2013). Returns on lifetime investments in children in Egypt. *Demography*, vol. 50, No. 2 (April), pp. 699-724.
- Coutts, Adam, and others (2015). Responding to the Syrian health crisis: the need for data and research. *The Lancet Respiratory Medicine*, vol. 3, No. 3 (March).
- Costa-font, Joan, Christophe Courbage, and Katherine Swartz (2015). Financing long-term care: ex ante, ex post or both? *Health Economics*, vol. 24, Issue No. S1 (March), pp. 45-57.

- Doran, George T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, vol. 70, No. 11, pp. 35-36.
- Economic Research Forum (ERF) (2010). *Jordan Labor Market Panel Survey, JLMPS*. Cairo. Available at www.erfdataportal.com/index.php/catalog/29.
- _____ (2012). *Egypt Labor Market Panel Survey, ELMPS*. Cairo. Available at www.erfdataportal.com/index.php/catalog/45.
- _____ (2014). *Tunisia Labor Market Panel Survey, TLMPS*. Cairo. Available at www.erfdataportal.com/index.php/catalog/105.
- Egypt, Ministry of Health and Population, El-Zanaty and Associates, and ICF International (2015). *Egypt Demographic and Health Survey 2014*. Cairo; Rockville. Available at <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR302/FR302.pdf>.
- European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations (2017). Forced displacement: refugees, asylum-seekers and internally displaced persons (IDPs). ECHO Factsheet, June. Available at http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/thematic/refugees_en.pdf.
- Eurostat (2017). A Look at the lives of the elderly in the EU today. Luxembourg. Available at <http://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html>.
- Fenney, Alison (2012). *The Human Rights Act and Older People: An Evidence Paper*. London: Age UK. Available at www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Equality-and-human-rights/Human_Rights_Policy_-_Evidence_Paper_Sep_2012.pdf?dtrk=true.
- France, Ministère des Solidarités et de la Santé (n.d.). Drees Database. Available at www.data.drees.sante.gouv.fr. Accessed on 16 February 2018.
- Friebe, Jens, and Bernhard Schmidt-Hertha (2013). Activities and barriers to education for elderly people. *Journal of Contemporary Educational Studies*, No. 1 (March), pp. 10-26.
- Gavrilov, Leonid A., and Patrick Heuveline (2003). Ageing of population. In *The Encyclopedia of Population*, Paul Demeny and Geoffrey McNicoll, eds. New York: Macmillan Reference.
- Ghobarah, Hazem Adam, Pal Huth, and Bruce Russett (2003). Civil wars kill and maim people: long after the shooting stops. *American Political Science Review*, vol. 97, No. 2, pp. 189-202.
- Goda, Gopi Shah (2010). The impact of state tax subsidies for private long-term care insurance on coverage and Medicaid expenditures. NBER Working Paper No. 16406. Massachusetts: National Bureau of Economic Research. Available at www.nber.org/papers/w16406.pdf.
- Grivna, Michal, Hani O. Eid, and Fikri M. Abu-Zidan (2014). Epidemiology, morbidity and mortality from fall-related injuries in the United Arab Emirates. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, vol. 22, No. 51 (September).
- Hajjar, R. R., and others (2013). Prevalence of aging population in the Middle East and its implications on cancer incidence and care. *Annals of Oncology*, vol. 24, Supplement 7, pp. vii11-vii24.
- Hakim, Guillermo, and Nedim Jaganjac (2005). *A note on Disability Issues in the Middle East and North Africa*. Washington, D.C.: World Bank.
- Al Hazzouri, Adina Zeki, and others (2011). Gender differences in physical disability among older adults in underprivileged communities in Lebanon. *Journal of Ageing and Health*, vol. 23, No. 2, pp. 367-82.
- HelpAge International (2012). *International Human Rights Law and Older People: Gaps, Fragments and Loopholes*. London. Available at <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/GapsinprotectionofolderpeoplesrightsAugust2012.pdf>.
- _____ (2013). *Global AgeWatch Index 2013: Methodology*. London. Available at www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2013-insight-report-summary-and-methodology/.
- _____ (2015). *The Global AgeWatch Index: Life Expectancy at 60*. Available at www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/life-expectancy-at-60/. Accessed on 25 August 2017.
- _____ (2016). *Older Voices in Humanitarian Crises: Calling for Change*. London. Available at www.ageinternational.org.uk/Documents/Older%20voices%20in%20humanitarian%20crises%20-%20Report.pdf.
- HelpAge International, and Handicap International (2014). *Hidden Victims of the Syrian Crisis: Disabled, Injured and Older Refugees*. London; Paris. Available at <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Hidden%20victims%20of%20the%20Syrian%20Crisis%20April%202014%20-%20Embargoed%2000.01%209April.pdf>.
- Hobfoll, Stevan (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, vol. 6, No. 4 (December), pp. 307-324.
- Hussein, Shereen, and Jill Manthorpe (2012). The

- dementia social care workforce in England: Secondary analysis of a national workforce data set. *Aging and Mental Health*, vol. 16, No. 1, pp. 110-118.
- _____ (2014). Volunteers supporting older people in formal care settings in England: personal and local factors influencing prevalence and type of participation. *Journal of Applied Gerontology*, vol. 33, No. 8.
- Hussein, Shereen, and Mohamed Ismail (2017). Ageing and elderly care in the Arab Region: Policy challenges and opportunities. *Ageing International*, vol. 42, No. 3 (September), pp 274-289.
- Hussein, Shereen, and Sema Oglak (2014a) Elderly people volunteering in long-term care facilities in Izmir, Turkey. *Industrial Relations and Human Resources Journal*, vol. 16, No. 3, pp. 94-105.
- _____ (2014b). Training unemployed women for adult day care in Izmir, Turkey: A program evaluation. *Gerontology & Geriatrics Education*, vol. 35, No. 2, pp. 152-170.
- Hutton, David (2008). *Older People in Emergencies: Considerations for Action and Policy Development*. Geneva: World Health Organization. Available at www.who.int/ageing/publications/Hutton_report_small.pdf?ua=1.
- Institut National de Santé Publique du Québec (2010). *Vieillesse de la Population, état Fonctionnel des Personnes Agées et Besoins Futurs en Soins de Longue Durée au Québec*. Québec. Available at www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessePop.pdf.
- Iqbal, Farrukh, and Youssouf Kiendrebeogo (2014). The reduction of child mortality in the Middle East and North Africa: A success story. Policy Research Working Paper 7023. Washington, D.C.: World Bank Group.
- International Labour Organization (ILO) (2009). Growth, employment and decent work in the Arab region: key policy issues, thematic background paper for the Arab Employment Forum, 19-21 October. Beirut. Available at www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/meetingdocument/wcms_208697.pdf.
- _____ (2012). *Text of the Recommendation Concerning National Floors of Social Protection*. Geneva. Available at www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_183326.pdf.
- _____ (2014a). Social protection for older persons: key policy trends and statistics. Social Protection Policy Paper No. 11. Geneva. Available at www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_310211.pdf.
- _____ (2014b). Social Security Inquiry, Indicator: Old age pension recipient ratio above retirement age. Available at www.ilo.org/dyn/iloosi/ssimain.home. Accessed on 16 January 2018.
- _____ (2014c). *World Social Protection Report 2014/15: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice*. Geneva: International Labour Office. Available at www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf.
- _____ (2015). Social Protection Database, Statistical Annexes. Available at www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.action?th.themeId=3985. Accessed on 18 February 2018.
- _____ (2016a). *Women at Work: Trends 2016*. Geneva. Available at www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_457317.pdf.
- _____ (2016b). *World Employment Social Outlook: Trends for Youth International*. Geneva. Available at www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_513739.pdf.
- _____ (2017). *World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. Geneva. Available at www.ilo.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=54887.
- Jacobzone, Stéphane, Emmanuelle Cambois, and Jean-Marie Robine (2000). Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? *OECD Economic Studies*, vol. 2000, No. 30, Issue 1.
- Jordan, Department of Statistics, and ICF International (2013). *Jordan Population and Family Health Survey, 2012*. Amman; Calverton. Available at <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr282/fr282.pdf>.
- Jordan, Department of Statistics, and Macro International (1998). *Jordan Population and Family Health Survey, 1997*. Amman; Calverton. Available at <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR96/FR96.pdf>.
- Khatib, Oussama (2004). Noncommunicable diseases: risk factors and regional strategies for prevention and care. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 10.
- Khatib, Oussama, and Mahmoud Aljurf (2008). Cancer prevention and control in the Eastern Mediterranean region: the need for a public health approach.

- Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy*, vol. 1, No. 1 (January-March), pp. 44-52.
- Kagiticbasi, Cigdem, Bilge Ataca, and Aysesim Diri (2010). Intergenerational relationships in the family: Ethnic, socioeconomic, and country variations in Germany, Israel, Palestine, and Turkey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 41, No. 5-6, pp. 652-670.
- Khadr, Zeinab Ali (1997). Living arrangements and social support systems of the older population in Egypt, PhD dissertation, University of Michigan.
- Khan, Hafiz T. A. (2014). Factors associated with intergenerational social support among older adults across the world. *Ageing International*, vol. 39, No. 4, pp. 289-326.
- Khan, Hafiz T. A., Shereen Hussein, and John Deane (2017). Nexus between demographic change and elderly care need in the Gulf Cooperation Council (GCC) Countries: some policy implications. *Ageing International*, vol. 42, No. 4, pp. 466-487.
- Kimhi, Shaul, and others (2012). Elderly people coping with the aftermath of war: resilience versus vulnerability. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 20, No. 5 (May), pp. 391-401.
- Kouaouci, Ali (2005). *Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille 2002: Analyse Approfondies*, Projet Pan Arabe pour la Santé de la Famille. Available at www.sante.gov.dz/images/population/Analyses%20approfondies.pdf.
- Kronfol, Nabil (2012). Access and barriers to health care delivery in Arab countries: a review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 18, No. 12.
- _____ (2013). Global health on ageing & non-communicable diseases. *Human & Health*, No. 24 (July). Available at www.syndicateofhospitals.org.lb/Content/uploads/SyndicateMagazinePdfs/1838_10-17%20Eng.pdf.
- Kronfol, Nabil, A. Rizk, and A. M. Sibai (2015). Ageing and intergenerational family ties in Arab countries. *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 21, No. 11, pp. 835-849.
- Kuwert, Philipp, and others (2009). Impact of forced displacement during world war II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *International Psychogeriatrics*, vol. 21, No. 4 (August), pp. 748-753.
- Loewe, Markus (2013). Social health protection in Arab countries. *Conference Proceedings of the International Conference "Health Related Issues and Islamic Normativity"*, J. Schreiber, T. Eich and M. Clarke, eds. Hamburg: Hamburg University.
- Lowenstein, Ariela (1999). Intergenerational family relations and social support. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 32, No. 6, pp. 398-406.
- Lutz, Wolfgang, and Sergei Scherbov (2004). Probabilistic population projections for India with explicit consideration of the education-fertility link. *International Statistical Review*, vol. 72, No. 1 (April), pp. 81-92.
- Lutz, Wolfgang, Warren C. Sanderson, and Stefanie Andruchowitz (2017). *Moving Frontiers in Population Forecasting and Aging Sergei Scherbov 65: Annotated Reprints of Key Publications*. Vienna: International Institute for Applied Systems Analysis; Wittgenstein Centre. Available at <http://pure.iiasa.ac.at/14782/1/Sergei-web-total.pdf>.
- Lutz, Wolfgang, William P. Butz, and Samir KC (2014). *World Population and Human Capital in the Twenty-First Century*. Vienna: International Institute for Applied Systems Analysis; Wittgenstein Centre.
- Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) (2017). Third Review. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Available at <http://mipaa.unescap.org/third-review>.
- Marcus, Rachel, and others (2011). Children and social protection in the Middle East and North Africa: A mapping exercise. Working Paper 335. London: Overseas Development Institute.
- Masri, Frederica (2017). Rent law set to go into effect after ruling, 31 March. Available at www.pressreader.com/lebanon/the-daily-star-lebanon/20170331/281539405796786.
- Mauritania, Office National de la Statistique (2001). *Enquête Démographique et de Santé Mauritanie, 2000-2001*. Nouakchott. Available at <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR127/FR127.pdf>.
- _____ (2011). *Mauritanie - Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2011*. Nouakchott. Available at https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/West%20and%20Central%20Africa/Mauritania/2011/Final/Mauritania%202011%20MICS_French.pdf.
- Mauritania, Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2015). *Caractéristiques des Ménages et des Chefs de Ménages, 2013*, Chapitre 10. Nouakchott. Available at www.ons.mr/images/RGPH2013/Chapitre10_Chefs_m%C3%A9nages_fr.pdf.
- Maziak, Wasim, and others (2007). Cardiovascular

- health among adults in Syria: a model from developing countries. *Ann Epidemiol*, vol. 17, No. 9 (September), pp. 713-720.
- Mégret, Frederic (2011). The Human rights of older persons: a growing challenge. *Human Rights Law Review*, vol. 11, No. 1, pp. 37-66.
- Mghari, Mohamed (2010). Migration de retour au Maroc. *Les Cahiers du Plan*, No. 29 (May-June), pp. 4-44.
- Mirkin, Barry, and Mary Beth Weinberger (2001). The demography of population ageing. *United Nations Population Bulletin*, Special Issue, Nos. 42/43.
- Moazzem, Hossain S. M., and others (2016). Nutritional situation among Syrian refugees hosted in Iraq, Jordan, and Lebanon: cross sectional surveys. *Conflict and Health*, vol. 10, No. 26.
- Morocco, Haut-Commissariat au Plan (1994). *Recensement General de la Population et de L'habitat de 1994*. Rabat.
- _____ (2004). *Recensement General de la Population et de L'habitat de 2004*. Available at www.hcp.ma/Recensement-general-de-la-population-et-de-l-habitat-2004_a633.html.
- _____ (2006a). *Enquête Nationale sur les Personnes Agées au Maroc, Rapport d'enquête*. Rabat.
- _____ (2006b). *Recensement General de la Population et de L'habitat de 2004: Caractéristiques Démographiques et Socio-Economiques de la Population*. Rabat.
- _____ (2009). *Les Personnes Agées au Maroc: Profil, Santé et Rapports Sociaux - Analyse des Résultats de l'Enquête Nationale sur les Personnes Agées (ENPA) 2006*. Rabat.
- _____ (2013). *Le Maroc des Régions, Annuaire Statistique du Maroc*. Rabat. Available at www.hcp.ma/file/172932/.
- _____ (2014). *Recensement General de la Population et de L'habitat de 2014*. Rabat. Available at https://rgph2014.hcp.ma/downloads/Publications-RGPH-2014_t18649.html.
- Morocco, Observatoire National du Développement Humain (ONDH) (2017). *Situation des Personnes Agées au Maroc*. Rabat. Available at www.ondh.ma/sites/default/files/documents/_rapport_personnes_agees_1.pdf.
- Moss, Miriam S., Emerson L. Leshner, and Sidney Z. Moss (1987). Impact of the death of an adult child on elderly parents: some observations. *Journal of Death and Dying*, vol. 17, No. 3.
- Muckenhuber, Johanna, Willibald J. Strongger, and Wolfgang Freidl (2012). Social capital affects the health of older people more strongly than that of younger people. *Ageing & Society Journal*, vol. 33, No. 5, pp. 853-870.
- Murray, Christopher J. L., and Alan D. Lopez (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *The Lancet*, vol. 349, No. 9064 (May).
- Nadash, Pamela, and Yao-Chi Shih (2013). Introducing social insurance for long-term care in Taiwan: Key issues. *International Journal of Social Welfare*, vol. 22, No. 1, pp. 69-79.
- Nawar, L., C. B. Lloyd, and B. Ibrahim (1994). Women's autonomy and gender roles in Egyptian families. Paper Presented at the Population Council Symposium on Family Gender and Population Policy: International Debates and Middle Eastern Realities. Cairo. February 7-9.
- Nilsson, Jan, A. K. M. Masud Rana, and Zarina Nahar Kabir (2006). Social capital and quality of life in old age: results from a cross-sectional study in rural Bangladesh. *Journal of Aging and Health*, vol. 18, No. 3.
- Oman, Ministry of Health (1995). *Gulf Family Health Survey, 1995*. Muscat.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2014). OECD Health Statistics Database. Available at <http://dx.doi.org/10.1787/data-00543-en>. Accessed on 4 January 2018.
- _____ (2017). OECD Data, Elderly Population. Available at <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>. Accessed on 25 October.
- State of Palestine, Central Bureau of Statistic (2015a). *Palestine in Figures 2014*. Ramallah. Available at www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2115.pdf.
- _____ (2015b). *Palestinian Multiple Indicator Cluster Survey 2014, Final Report*. Ramallah. Available at https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS5/Middle%20East%20and%20North%20Africa/State%20of%20Palestine/2014/Final/State%20of%20Palestine%202014%20MICS_English.pdf.
- Palloni, Alberto (2009). Family support networks and population ageing: A summary statement. In *Family Support Networks and Population Ageing*. Doha: Doha International Institute for Family Studies and Development; New York: United Nation Fund on Population.
- Prasad, Naren, and Megan Gerecke (2010). Social security spending in times of crisis. *Global Social Policy*, vol. 10, No. 2.

- Price, William Joseph, and others (2017). *Arab Pension Systems: Trends, Challenges and Options for Reforms*. Washington, D.C.: World Bank Group. Available at <http://documents.worldbank.org/curated/en/723511502980636435/pdf/118862-WP-PUBLIC-AUG-18-1AM-Pension-Book-Final-NET.pdf>.
- Prince, Martin, and others (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, vol. 9, No. 1.
- Rashad, Hoda (2015). The tempo and intensity of marriage in the Arab region: Key challenges and their implications. *DIFI Family Research and Proceedings*, vol. 2015, Issue No. 1, 2.
- Al Rifai, Diana, and Mohammed Haddad (2015). What's left in Syria? 17 March. Available at www.aljazeera.com/indepth/interactive/2015/03/left-syria-150317133753354.html.
- Rizzi, Liara, Idiane Rosset, and Matheus Roriz-Cruz (2014). Global epidemiology of dementia: alzheimer's and vascular types. *BioMed Research International*, vol. 2014.
- Robnett, Regula H., and Walter C. Chop (2013). *Gerontology for the Health Care Professional*, 3rd edition. Burlington.
- Rogers, Wendy A., Aideen J. Stronge, and Arthur D. Fisk (2005). Technology and aging. *Reviews of Human Factors and Ergonomics*, vol. 1, No. 1, pp. 130-171.
- Roudi-Fahimi, Farzaneh, and Mary Mederios Kent (2008). Fertility declining in the Middle East and North Africa, April. Available at www.prb.org/Publications/Articles/2008/menafertilitydecline.aspx.
- Roudi-Fahimi, Farzaneh, and others (2012). Women's need for family planning in Arab countries. New York: United Nations Population Fund; Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Available at <https://assets.prb.org/pdf12/family-planning-arab-countries.pdf>.
- Rossi, Alice S., and Peter H. Rossi (1990). *Of Human Bonding: Parent-Child Relations Across the Life Course*. New York: Aldine de Gruyter.
- Ruggles, Steven, and Misty Heggeness (2008). Intergenerational coresidence in developing countries. *Population and Development Review*, vol. 34, No. 2 (June), pp. 253-281.
- Sabbah, Ibtissam, and others (2007). Morbidity and associated factors in rural and urban populations of South Lebanon: a cross-sectional community-based study of self-reported health in 2000. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 12, No. 8 (August), pp. 907-919.
- Saudi Arabia, General Authority for Statistics (2017). *The Elderly Survey*. Riyadh. Available at www.stats.gov.sa/sites/default/files/elderly_survey_2017en.pdf.
- Saxena, Prem C. (2009). *Ageing and Age-Structural Transition in the Arab Countries: Estimated Period of Demographic Dividends and Economic Opportunity*. Paris: International Union for the Scientific Study of Population. Available at <http://iussp2009.princeton.edu/papers/91103>.
- Schröder-Butterfill, Elisabeth, and Ruly Marianti (2006). A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing and Society*, vol. 26, No. 1, pp. 9-35.
- Shah, Nasra M., and others (2002). Living arrangements of older women and men in Kuwait. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 17, No. 4, pp. 337-355.
- Sibai, Abla Mehio, Anthony Rizk, and Nabil M. Kronfol (2014). *Ageing in the Arab region: Trends, Implications and Policy Options*. Beirut: United Nations Population Fund; Economic and Social Commission of Western; and the Center for Studies on Aging. Available at www.csa.org.lb/cms/assets/csa%20publications/unfpa%20escwa%20regional%20ageing%20overview_full_reduced.pdf.
- Sibai, Abla Mehio, Maya A. Beydoun, and Rania A. Tohme (2009). Living arrangements of ever-married older Lebanese women: Is living with married children advantageous? *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 24, No. 1 (March), pp. 5-17.
- Sibai, Abla Mehio, and Rouham Yamout (2012). Family-based old-age care in Arab countries: between tradition and modernity. In *Population Dynamics in Muslim Countries: Assembling the Jigsaw*, Hans Groth and Alfonso Sousa-Poza, eds. Berlin: Springer.
- Sinunu, Michele, Kathryn M. Yount, and Nadia Abdel Whab El Afify (2009). Informal and formal long-term care for frail older adults in Cairo, Egypt: family caregiving decisions in a context of social change. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, vol. 24, No. 1, pp. 63-76.
- Smith, Katherine E., and Mor Kandlik Eltanani (2015). What kinds of policies to reduce health inequalities in the UK do researchers support? *Journal of Public Health*, vol. 37, No. 1 (March), pp. 6-17.
- Strong, Jonathan, and others (2015). Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon. *Conflict and Health*, vol. 9, No. 12.

- Sudan, Ministry of the Cabinet, Central Bureau of Statistics (2016). *Multiple Indicator Cluster Survey 2014, Final Report*. Khartoum. Available at https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS5/Middle%20East%20and%20North%20Africa/Sudan/2014/Final/Sudan%202014%20MICS_English.pdf.
- Syrian Center for Policy Research (SCPR) (2016a). *Confronting Fragmentation: Impact of Syrian Crisis Report – Quarterly based Report 2015*. Damascus.
- _____ (2016b). *Forced Dispersion: A Demographic Report on Human Status in Syria*. Damascus. Available at www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/forced-dispersion-scpr-2016-en.pdf.
- _____ (2017). *Social Degradation in Syria: The Conflict Impact on Social Capital*. Damascus.
- Ben Taleb, Ziyad, and others (2015). Syria: health in a country undergoing tragic transition. *International Journal of Public Health*, vol. 60, No. 1, pp. 63-72.
- Tohme, Rania A., and others (2011). Socioeconomic resources and living arrangements of older adults in Lebanon: who chooses to live alone? *Ageing and Society*, vol. 31, No. 1, pp. 1-17.
- Tunisia, Ministère du Développement et de la Coopération Internationale, Institut National de la Statistique, and Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (2013). *Suivi de la Situation des Enfants et des Femmes en Tunisie - Enquête par grappes à Indicateurs Multiples 2011-2012, Rapport Final*. Available at https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/Middle%20East%20and%20North%20Africa/Tunisia/2011-2012/Final/Tunisia%202011-12%20MICS_French.pdf.
- Tunisia, National Institute of Statistics (2016). Demographic indicators. Available at www.ins.tn/en/themes/population. Accessed on 25 March 2018.
- Tzannatos, Zafiris (2016). *Effects of Gender Inequality in Employment and Pay in Jordan, Lebanon and the Occupied Palestinian Territory: Three Questions Answered*. Geneva: International Labour Organization.
- Uhlenberg, Peter (2009). *International Handbook of Population Ageing*, vol. 1, chap. 13. Berlin: Springer Science-Business Media.
- United Nations International Children's Fund (UNICEF) (2011). Iraq – Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). Kurdistan Regional Statistics Office of Iraq. Available at <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/1989>.
- _____ (2014). The State of the World's Children Report 2015: Statistical Tables. Available at <https://data.unicef.org/resources/the-state-of-the-worlds-children-report-2015-statistical-tables/>.
- United Nations Commission on Population and Development (2017). Speakers discuss migration-driven demographic challenges, role of international assistance, as population and development commission continues session, Fiftieth session, 5th and 6th meetings, 5 April. POP/1058.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (DESA), Population Division (2001). *World Population Ageing: 1950-2050*. New York, ST/ESA/SER.A/207.
- _____ (2005). *Living Arrangements of Older Persons Around the World*. New York, ST/ESA/SER.A/240.
- _____ (2015a). *World Population Ageing 2015*. New York, ST/ESA/SER.A/390.
- _____ (2015b). *World Population Prospects: The 2015 Revision*. New York, ESA/P/WP.241.
- _____ (2017a). *World Population Ageing 2017*. New York, ST/ESA/SER.A/408.
- _____ (2017b). *World Population Ageing 2017: Highlights*. New York, ST/ESA/SER.A/397.
- _____ (2017c). *World Population Prospects: The 2017 Revision*. New York. Available at <https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/>.
- _____ (2017d). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Data Query*. New York. Available at <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>.
- _____ (2017e). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections*. ESA/P/WP.250. New York.
- United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA) (2017). *Age-Structural Transitions and Sustainable Development in the Arab Region*. Beirut, E/ESCWA/SDD/2017/Pamphlet.1.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2016). *Background Paper Prepared for the Global Education Monitoring Report 2016, Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for all*. Paris, ED/GEMR/MRT/2016/P1/32.
- United Nations High Commissioner for Refugees (2015). Refugees Operational Portal, Syria Regional Refugee Response. Available at <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>. Accessed on 20 February 2018.

- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2013). *Syrian Arab Republic Humanitarian Assistance Response Plan (SHARP)*, 2014. Available at https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2014_Syria_SHARP.pdf.
- United Nations Population Fund, and HelpAge International (2012). *Overview of Available Policies and Legislation, Data and Research, and Institutional Arrangements Relating to Older Persons - Progress Since Madrid*. New York. Available at https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Older_Persons_Report.pdf.
- United Nations Statistics Division (n.d.). Demographic Yearbook Dataset: Tabulations on Households' Characteristics – Data From 2000 and 2010 Rounds of Censuses. Available at https://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb_Household/dyb_household.htm. Accessed on 18 April 2018.
- _____ (2017). UNdata, population in households by relation to head of household or other reference member and by age and sex. Available at <http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a327>. Accessed 10 April 2018.
- Verme, Paolo, and others (2016). *The Welfare of Syrian Refugees: Evidence from Jordan and Lebanon*. Washington, D.C.: World Bank. Available at <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23228/9781464807701.pdf>.
- Walker, Alexis J., Clara C. Pratt, and Linda Eddy (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations*, vol. 44, No. 4.
- Wan Ahmad, Wan Ibrahim, I Komang Astina, and Budijanto (2015). Demographic transition and population ageing. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, vol. 6, No. 3 S2.
- Weil, David N. (1997). The economics of population ageing. In *Handbook of Population and Family Economics*, vol. 1, Part B, Mark Rosenzweig and Oded Stark, eds. Amsterdam: Elsevier.
- World Bank (2012). Female and male-headed households in Egypt, poverty rates: discussion. Available at <http://siteresources.worldbank.org/INTMENA/Resources/Presentationdiscussant.pdf>. Accessed on 5 March 2018.
- _____ (2016). *Live Long and Prosper: Aging in East Asia and Pacific*. World Bank East Asia And Pacific Regional Report. Washington, D.C.
- _____ (2017). The World Bank Data, Labor Force Participation Rate, Female. Available at <https://data.worldbank.org/indicator/SL.TLF.CACT.FE.NE.ZS>. Accessed on 5 March 2018.
- World Health Organization (WHO) (2002). *Active ageing: A Policy Framework*. WHO/NMH/NPH/02.8. Geneva.
- _____ (2011). *World Report on Disability*. Geneva.
- _____ (2014a). Ageing and life-course: Facts about ageing, 30 September. Available at www.who.int/ageing/about/facts/en/.
- _____ (2014b). *Noncommunicable Diseases: Country Profiles 2014*. Geneva. Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf;jsessionid=3EB8F640731D890932D158135CB391DD?sequence=1.
- _____ (2015a). *Developing Health Centers and Hospitals Indices for Syria: Based on HeRAMS Dataset 2014*. Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean. Available at <http://scpr-syria.org/publications/policy-reports/developing-health-centers-and-hospitals-indices-for-syria/>.
- _____ (2015b). *Ensuring a Human Rights-Based Approach for People Living with Dementia*. Geneva, WHO/MSD/MER/15.4.
- _____ (2015c). Global Health Observatory (GHO) Data. Available at www.who.int/gho/ncd/en/. Accessed on 10 March 2018.
- _____ (2016a). Global health estimates 2015: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva. Available at www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html.
- _____ (2016b). Health workforce for ageing populations. Geneva. Available at www.who.int/ageing/publications/health-workforce-ageing-populations.pdf.
- Yemen, Ministry of Public Health and Population, and others (2015). *Yemen National Health and Demographic Survey 2013*. Sana'a. Available at <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR296/FR296.pdf>.
- Yount, Kathryn M. (2005). The patriarchal bargain and intergenerational coresidence in Egypt. *The Sociological Quarterly*, vol. 46, No. 1, pp. 137-164.
- _____ (2009). Gender and intergenerational coresidence in Egypt and Tunisia. *Population Research and Policy Review*, vol. 28, No. 5, pp. 615-640.
- Yount, Kathryn M., and Abba M. Sibai (2009). Demography of aging in Arab countries. In: *International Handbook of Population Aging*, Peter Uhlenberg, eds. Berlin: Springer.
- Yount, Kathryn M., and others (2012). Gender and material transfers between older parents and

- children in Ismailia, Egypt. *Journal of Marriage and Family*, vol. 74, No. 1, pp. 116-131.
- Yount, Kathryn M., and Zeinab Khadr (2008). Gender, social change, and living arrangements among older Egyptians during the 1990s. *Population Research and Policy Review*, vol. 27, No. 2, pp. 201-225.
- Yousufzai, Sumrina (2007). The future of geriatric medicine: A pending healthcare crisis? *Issues Berkeley Medical Journal* (Fall).
- El-Zanaty, Fatma, and Ann A. Way (2001). Egypt Demographic and Health Survey 2000. Cairo: Ministry of Health and Population. Available at <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR117/00FrontMatter.pdf>.
- Zohry, Ayman (2013). Age-structural transition and the Arab family. Paper presented at the International Seminar, Impact of Changing Population Dynamics on the Arab Family, Doha, 2-3 December.

تشهد المنطقة العربية نمواً مطّرداً في أعداد ونسبة كبار السن، وذلك بوتيرة يُتَوَقَّعُ أن تتسارع خلال العقود المقبلة. ولا شك في أنّ التحوّل الديمغرافي نحو مجتمعاتٍ تنتشر فيها ظاهرة الشيخوخة، وهو تحوّل يُرتَقَّبُ أن يبدأ في معظم البلدان العربية قبل عام 2040، سوف تكون له تداعيات اقتصادية واجتماعية هامة، لا سيما وأنّ ضعف نظم الحماية الاجتماعية وعدم شمولها للجميع يؤديان إلى وقوع الكثير من كبار السن في براثن الفقر، والمرض، والعزلة.

ويعرض هذا التقرير لمحةً عامة عن الحالة الديمغرافية في البلدان العربية، وصورةً عن عملية شيخوخة السكان في المنطقة. وهو يتضمن تحليلاً للظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها الجيل الحالي من كبار السن، ويقيّم الأوضاع المتوقَّع أن تعيشها الأجيال المقبلة، على ضوء منها تغطية خدمات الرعاية الصحية والمعاشات التقاعدية. ويسلط التقرير الضوء أيضاً على الدعم الثنائي الاتجاه بين الأجيال المتعاقبة، أي بين المسنين وأسرهم، ويحدّر من التداعيات المحتملة لتغير الديناميات الاجتماعية. وهو يقدّم توصياتٍ شاملة وملموسة وقابلة للتنفيذ بهدف مساعدة الحكومات العربية على الشروع، الآن، في وضع خططٍ لصالح مُسنّي اليوم والغد. فكبار السن يستحقون أن يعيشوا شيخوختهم بكرامة. وفي الوقت الذي تسعى فيه الحكومات إلى وضع الخطط والسياسات الإنمائية اللازمة لتنفيذ خطة التنمية المستدامة لعام 2030 وأهدافها الشاملة، لا بدّ من العمل على ضمان عدم إهمال كبار السن، سواءً اليوم أو في المستقبل.

