

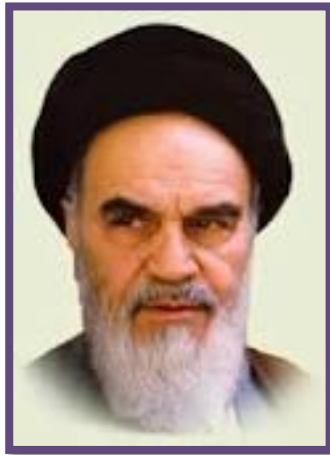


وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
سازمان بهزیستی کشور
دفترخانه شورای ملی سالمندان

سند ملی سالمندان کشور

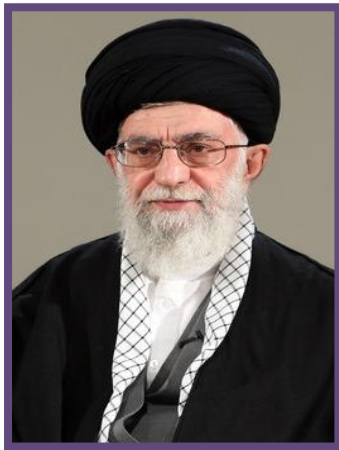
(سالمندی جمعیت ایران چالش و فرصتی برای همه)

دفترخانه شورای ملی سالمندان کشور
سال ۱۳۹۶



بیانات امام خمینی (ره):

وجود انسان هـی سال خورده در بین خانواده باعث افزایش رحمت خداوند است و هر کس به آن هـ
احترام بیشتری بگذارد؛ بیشتر مورد رحمت خداست.



هشدار، بر انقلاب دوباره پیری جمعیت کشور:

مسئله‌ی نای جوان برای کشور یک مسئله‌ی اساسی، مهم و تعیین کننده است و کشورهایی که در دنیا دچار پیری جمعیت شده اند به دشواری راه علاجی برای مشکلات ناشی از آن یافته اند که لازم است برای حل این مشکل کار علمی، عمیق و اساسی صورت پذیرد.

فهرست □

۷	پیشگفتار
۹	خلاصه مدیریتی
۱۳	چشم انداز سند ملی سالمندان کشور
۱۵	مقدمه
۱۵	(۱) تشریح وضع موجود و آسیب شناسی آن
۱۸	(۲) چارچوب نظری و اصول هدایت کننده سند ملی سالمندان کشور
۲۰	(۳) مراحل و نحوه تدوین سند ملی سالمندان کشور
۲۰	(۴) چهارچوب سند ملی سالمندان کشور
۲۰	(۵) ارزیابی و بازنگری سند ملی
۲۱	(۶) اجرای سند ملی سالمندان کشور
۲۳	برنامه ی راهبردی سند ملی سالمندان کشور سالمندان
۲۳	(۱) اهداف
۲۳	(۲) راهبردها
۲۳	(۳) سیاست های اجرایی
۲۹	برنامه عملیاتی سند ملی سالمندان کشور
۳۱	اسناد پشتیبان سند ملی سالمندان کشور
۳۱	تعاریف و مفاهیم
۳۷	مفاهیم و دیدگاه های مرتبط با سالمندی
۳۷	دیدگاه های جدید زیست شناختی سالمندی
۳۸	دیدگاه های اجتماعی نوین نسبت به جایگاه سالمندان
۳۹	سالمندی از دیدگاه های اسلام و احادیث
۴۰	قوانین، مقررات و اسناد بالادستی
۴۴	وضعیت سالمندان در ایران
۵۱	مسائل ویژه ی سالمندان در حوزه سلامت
۵۷	نهادهای پوشش دهنده خدمات سالمندی

بخش اول

پیشگفتار

آگاهی از تغییرات سنی جمعیت و برنامه ریزی سیاسی - اقتصادی مبتنی بر آن می تواند در موفقیت برنامه ها و سیاستگذاری ها بسیار اهمیت داشته باشد. در همین راستا سند ملی سالمندان کشور با هدف ایجاد یک پاسخ ملی به افزایش قابل ملاحظه جمعیت سالمندان و ایجاد سیاستگذاری های مناسب اقتصادی و اجتماعی در جهت پاسخگویی به نیازهای متنوع و خاص سالمندان می باشد. افزایش سریع جمعیت سالمندان کشور تأثیر قابل توجهی بر خود فرد سالمند، خانواده ها و جامعه دارد. در صورت برنامه ریزی و سیاستگذاری های صحیح افزایش جمعیت سالمندان ایران می تواند به فرصت مناسبی برای همه باشد ولی در غیر این صورت می تواند مشکلات جدی برای سالمندان، خانواده ها و جامعه ایجاد کند. به هر حال پدیده سالمندی جمعیت واقعی غیر قابل انکار است که با پذیرش آن به عنوان یک واقعیت و در یک حرکت هماهنگ و جمعی سعی کنیم تا با استفاده از فرصت طلایی پنجره جمعیتی شرایط رشد اقتصادی و توسعه کشور ایران را فراهم کنیم. در این راستا استفاده از تجربیات و خردمندی سالمندان کنونی در شرایط حاضر می تواند بسیار سودمند باشد و از طرف دیگر برنامه ریزی برای داشتن سالمندان توانمند، فعال و سالم در فاز جمعیتی آینده که فاز سالمندی جمعیت می باشد، می تواند سالمندی جمعیت را تبدیل به یک فرصت مناسب برای سالمندان و جامعه نماید و از بسیاری از مشکلات اجتماعی و اقتصادی که ممکن است با سالمندی جمعیت فراهم شود، جلوگیری نماید.

در حال حاضر نزدیک به هفتادویک٪ از کل جمعیت در گروه سنی ۶۴ تا ۱۵ سال قرار دارند که نشان دهنده ی وجود سرمایه انسانی قابل توجهی برای جهش اقتصادی است. کشور ایران در حال حاضر در فرصت طلایی "پنجره جمعیتی" می باشد، که جمعیت در سن کار و فعالیت اقتصادی در آن به حداکثر میزان خود و به بیان دیگر نسبت جمعیت مولد به بالاترین سطح خود در تاریخ تحولات جمعیتی می باشد که لازم است از فرصت و ظرفیت ها و منابع سرمایه ای حاصل از آن، برای توسعه همه جانبه و تضمین دوران بعد از گذار جمعیتی یعنی سالمندی جمعیت به نحو مطلوب استفاده کنند و رشد اقتصادی مناسب داشته باشد. تجربه بسیاری از کشورها نشان از جهش اقتصادی در دوران پنجره ای جمعیت دارد.

پنجره ی جمعیتی دوره زمانی موقتی است که باز شدن آن الزاماً نمی تواند باعث رشد و توسعه اقتصادی شود و لذا مستلزم تدبیر و تعجیل در سیاستگذاری مناسب کشور و بکارگیری بهینه جمعیت فعال کشور و نیازمند محیط و بستر مناسب اجتماعی و اقتصادی و برنامه ریزی مناسب در این فرصت طلایی می باشد. در غیر این صورت ضعف مدیریت و سیاستگذاری نادرست در این دوران می تواند منجر به ایجاد آسیب های اجتماعی و اقتصادی شود. لذا لازم است به جای ترس از سالخوردگی جمعیت، با بهره برداری از سود جمعیتی و تعداد زیاد جمعیت فعال و پایین بودن نسبت وابستگی در شرایط طلایی فعلی به سیاستگذاری و برنامه ریزی اقدام نمود. استفاده از تجربه سالمندان فعلی در فاز پنجره جمعیتی و سالم و فعال نگه داشتن سالمندان در فاز سالخوردگی جمعیت و استفاده از تجربیات آنان در هر دو فاز می تواند به بالندگی و توسعه کشور کمک شایانی نمایند.

خلاصه مدیریتی

خوشبختانه پس از مدت ها تلاش فراوان مدیران، سیاستگذاران، متخصصان و کارشناسان از بخش های مختلف سند ملی سالمندان کشور تهیه گردید. اولین سند ملی سالمندان ایران با هدف پاسخ هماهنگ به چالش ها و فرصت های ناشی سالمندی جمعیت ایران برای رسیدن به بهترین نتیجه برای همه ایرانیان علی رغم سنشان تهیه شده است. این سند برای هدایت سیاستگذاری ها، برنامه ها و فعالیت های آینده در امور سالمندان تهیه شده است. این سند شامل شش هدف اصلی شامل (۱) ارتقای سطح فرهنگی جامعه در خصوص پدیده سالمندی، (۲) توانمندسازی سالمندان، (۳) حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان، (۴) ارتقای سرمایه اجتماعی و حمایت های اجتماعی، (۵) توسعه زیرساخت های مورد نیاز در امور سالمندی و (۶) امنیت مالی نظام حمایت از سالمندان می باشد.

برای هر هدف راهبردها و سیاست های اجرایی تعیین شده اند و در نهایت برنامه عملیاتی این سند شامل: (۱) فعالیت ها، (۲) اعتبار مورد نیاز، (۳) تعیین متولیان فعالیت ها و (۴) زمان بندی تهیه خواهد شد. در این سند با هدایت دولت همکاری بین بخشی همه دستگاه ها و افراد جامعه می توانیم شرایط بهتری برای همه ی افراد جامعه علی رغم سن داشته باشیم و برنامه ها و سیاست ها را به عمل تبدیل کنیم. در واقع سند ملی سالمندان کشور یک چهارچوب استراتژیک طولانی مدت برای فعالیت ها متوسط و کوتاه مدت برای رسیدن به جامعه ای بهتر برای سالمندان و همه گروه های سنی جامعه است.

جمعیت سالمندان ایرانی با سرعتی حتی بیشتر از سرعت رشد آسیا و دنیا در حال افزایش است. اضافه شدن تعداد سالمندان فرصت بسیار مناسبی برای جامعه ما می باشد چون جامعه تعداد بیشتری افراد با تجربه و خردمند را خواهد داشت که می تواند هم تهدید و هم فرصت برای کشور باشد و باید به طور دقیق به آن پرداخته شود. اما از طرف دیگر اگر چه فرایند سالمندی مستقیماً منجر به بیماری نمی شود اما در افراد سالمند معمولاً در اثر گذشت زمان و سبک زندگی افراد، در این دوران خطر ابتلا به انواع بیماری ها و مرگ و میر افزایش می یابد. لذا لازم است که در یک همکاری بین بخشی و برنامه ریزی مناسب برای مشارکت، سلامت، استقلال، توانمند سازی سالمندان در سال های باقیمانده عمر در یک فرصت برابر با سایر پروژه های سنی تلاش کنیم.

تکریم و احترام به سالمند بخشی از فرهنگ ایرانی - اسلامی کشور ایران می باشد. بنابراین با توجه به تغییرات فرهنگی و اجتماعی جامعه لازم است که ارتقای سطح فرهنگی جامعه در خصوص پدیده سالمندی در اولویت قرار گیرد. در اینجا می توان با استفاده از ظرفیت های رسانه ها در راستای احیا و ارتقای منزلت سالمندان و بهره مندی از توان دستگاه های اجرایی و ظرفیت های بخش خصوصی، تعاونی و سازمان های مردم نهاد در راستای احیا و ارتقای منزلت سالمندان شاهد وجود دیدگاه مثبت به سالمندی در جامعه بود.

از دیگر اهداف مهم این سند توانمندسازی سالمندان می باشد که از طریق تأکید بر آموزش و یادگیری مادام العمر مهارت آموزی فرد و مراقبین سالمندان، ایجاد و توسعه محیط های توانمندساز و توسعه مشارکت اجتماعی سالمندان قابل دستیابی می باشد. ترویج تکنولوژی های جدید برای آموزش سالمندان، تلاش در جهت سوادآموزی سالمندان و آگاهسازی سالمندان از حقوق خود می تواند در توانمندسازی سالمندان ایرانی نقش مهمی داشته باشد به خصوص که بسیاری از سالمندان در حال حاضر بی سواد می باشند و با تکنولوژی های جدید آشنایی کافی ندارند که اینها می توانند منجر به جدایی سالمند از جامعه و تنهایی او شوند. ایجاد و توسعه محیط های توانمندساز از طریق ترویج و حمایت از سیاست های محیط دوستدار سالمند و افزایش دسترسی سالمندان به خدمات درمانی و توانبخشی می تواند نقش مهمی در توانمندسازی سالمندان داشته باشد. در راستای توسعه مشارکت اجتماعی سالمندان می توان از طریق مشارکت سالمندان در سیاستگذاری، برنامه ریزی و اجرای برنامه ها و تصمیم گیری های مربوط به سالمندان در امور خودشان، حمایت از تشکلهای سالمندان، آمایش فضای کسب و کار و فعالیت های داوطلبانه، تعیین ظرفیت های بالقوه سالمندان برای اشتغال، ایجاد دسترسی به مشاوره اشتغال سالمندان، تبیین برنامه های آمادگی بازنشستگی، بستر سازی برای ایجاد فضاهای کسب و

کار مبتنی بر مهارت بدون توجه به سن، تأکید بر مهارت آموزی سالمندان، تبیین برنامه‌های آمادگی بازنشستگی، بازنگری سن بازنشستگی، ایجاد هماهنگی و تعادل بین نسلی در محیط‌های کار، دسترسی به تسهیلات مالی، حمایت از فضای ارائه خدمات و محصولات تولیدی سالمندان، و ایمنی و امنیت محیط کار اقدام نمود.

با افزایش جمعیت سالمندان شاهد تغییر الگوی بیماری‌ها و ناتوانی‌ها باشیم. در این سند برای حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان می‌توان از طریق توسعه کمی و کیفی اقدامات پیشگیرانه، درمانی و توانبخشی برای سالمندان اقدام نمود. در خصوص برنامه‌های پیشگیری تأکید بر خودمراقبتی، ادغام خدمات پیشگیرانه در نظام شبکه، افزایش دسترسی سالمندان به اقدامات پیشگیرانه سلامت، ترویج سبک زندگی سالم در تمامی دوره‌های سنی و جلب مشارکت بخش غیردولتی در اقدامات پیشگیرانه می‌تواند نقش به‌سزایی داشته باشد. در راستای ارتقای خدمات درمانی تأکید بر ارائه خدمات درمانی در محل زندگی، جلب مشارکت بخش غیردولتی در ارائه خدمات درمانی، استفاده از فناوری‌های نوین برای بهبود ارائه خدمات، و غربالگری بیماری‌ها و مشکلات شایع سالمندی می‌تواند مؤثر باشد. برای جلب مشارکت بخش غیردولتی در ارائه خدمات توانبخشی می‌توان با تأکید بر ارائه خدمات توانبخشی در محل زندگی، توسعه کمی و کیفی مراکز ارائه خدمات توانبخشی و بهبود دسترسی به تجهیزات پزشکی و کمکی نوین در مراقبت از سالمندان به ارتقای خدمات توانبخشی در سالمندان کمک نمود.

ارتقای سرمایه اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی از دیگر اهداف این سند می‌باشد که از طریق تأمین معیشت و خدمات مالی به سالمندان و توسعه و تقویت خدمات نگهداری از سالمندان قابل دستیابی است. اگر چه در این سند در راستای حفظ و تقویت فرهنگ ایرانی اسلامی کشور ایران سعی بر زندگی سالمندان در خانه خود و در کنار خانواده و جامعه می‌باشد ولی لازم است انواع مدل‌های مراقبت برای سالمندان در جامعه فراهم باشد. برای سیاست‌گذاری در راستای تأمین معیشت و خدمات مالی به سالمندان می‌توان از طریق اولویت بندی گروه‌های مختلف جمعیت سالمند، برقراری یارانه برای سالمندان نیازمند، تأمین حداقل حقوق و دستمزد برای سالمندان، برقراری تخفیفات در برخورداری از خدمات عمومی و حمایت از خدمات مشاوره‌ای مالی سالمندان اقدام نمود. توسعه و تقویت خدمات نگهداری از سالمندان از راهبردهای این سند می‌باشد که نیاز به سیاست‌گذاری بر اساس تبیین انواع مدل‌های مراقبتی از سالمندان، اصلاح مدل‌های مراقبتی موجود از سالمندان، ایجاد و حمایت از مدل‌های کارآمد مراقبتی متناسب با نیاز سالمندان، ترویج و حمایت از مدل‌های مراقبت در منزل از سالمندان مبتنی بر خانواده و مراقبین غیررسمی، آموزش مراقبین رسمی و غیررسمی سالمندان و حمایت بیمه‌ای از انواع مدل‌های مراقبت سالمندان دارد.

توسعه زیرساخت‌های مورد نیاز در امور سالمندی از اهداف بسیار مهم سند ملی سالمندان کشور می‌باشد. این امر از طریق تأمین سرمایه انسانی مورد نیاز، توسعه فناوری در خدمات رسانی به سالمندان، مدیریت اطلاعات و آمار سالمندان و نهادسازی در حوزه سالمندی قابل دستیابی می‌باشد. برای تأمین سرمایه انسانی مورد نیاز می‌توان از طریق سیاست‌گذاری در راستای تربیت نیروی انسانی متخصص مبتنی بر نیاز سالمندان، حمایت از پژوهش‌های کاربردی در زمینه موضوعات سالمندی، جلب مشارکت سازمان‌های مردم نهاد و خیرین در امور سالمندی، نهادینه سازی همکاری بین بخشی در قالب کمیته‌های استانی و شهرستانی و تصمیم‌سازی مبتنی بر شواهد در قالب ساختار محیطی (از پایین به بالا) اقدام نمود. توسعه فناوری در خدمات رسانی به سالمندان از طریق حمایت از پژوهش‌های توسعه‌ای و ارزیابی فناوری در رابطه با سالمندان، توسعه استفاده از فناوری‌های نوین در مراقبت از سالمندان، استفاده از فناوری توسعه خدمات برای سالمندان، تبیین ساز و کارهای به کارگیری فناوری برای سالمندان حمایت از استفاده از فناوری در آموزش موضوعات سالمندی می‌تواند بسیار سودمند باشد. مدیریت اطلاعات و آمار سالمندان از زیرساخت‌های بسیار مهم می‌باشد که نیاز به سیاست‌گذاری‌های اجرایی در راستای تبیین ساز و کار تشکیل بانک‌های اطلاعاتی سالمندان مبتنی بر نیاز، تبیین مدل‌های تحلیل داده‌ها، تمرکز اطلاعات و آمار سالمندی و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد دارد. (نهادسازی در حوزه سالمندی از طریق بازنگری قوانین و مقررات از راهبردهای ضروری این سند می‌باشد).

آخرین هدف این سند که بسیار اهمیت دارد امنیت مالی نظام حمایت از سالمندان از طریق تأمین منابع مالی پایدار برای سالمندی، کاهش پرداخت از جیب مردم (OOP) در برخورداری سالمندان از خدمات درمانی و توان بخشی و تخصیص عادلانه و بهینه منابع مالی می باشد. برای تأمین منابع مالی پایدار برای سالمندی نیاز به سیاستگذاری در راستای اختصاص درصدی از مالیات بر ارزش افزوده به نظام سالمندی استفاده از منابع هدفمندی یارانه ها برای نظام سالمندی و استفاده از نظام بیمه ای دارد. کاهش پرداخت از جیب مردم (OOP) در برخورداری سالمندان از خدمات درمانی و توان بخشی از طریق افزایش کمی و کیفی خدمات بیمه پایه و تکمیلی سالمندان و افزایش کمی و کیفی خدمات تحت پوشش بیمه پایه و تکمیلی برای سالمندان قابل دستیابی است.

چشم انداز سند ملی سالمندان کشور

(کشور عزیزمان جامعه ای بدون تبعیض و برای همه گروه های سنی می باشد. حال که به واسطه زحمات شبانه روزی مدیران، سیاستگذاران، کارشناسان و همه ی اقشار کشور؛ جمعیت سالمندان ایران رو به افزایش است، مجدداً همه دست به دست هم دهیم و برای دو سطح "سالمندی فردی" و "سالمندی جمعیت" به طور مناسب آماده باشیم و برنامه ریزی مناسب داشته باشیم. این باعث می شود که همه افراد در همه گروه های سنی حمایت و کمک شوند و همه سالمندان با ارتقای بهروزی و کیفیت زندگی از نهایت ممکن از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود لذت ببرند. همچنین بدین وسیله ما شاهد افزایش مشارکت فعال سالمندان در خانواده، جامعه و کلیه امور اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و همچنین ارتباط بین نسلی بهتری خواهیم بود. در واقع در راستای قانون اساسی، سند چشم انداز ۱۴۰۴، سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت و سیاست های کلی «جمعیت» در چشم انداز آینده، ما به دنبال جامعه ای با نگاه مثبت و بر اساس برابری، استقلال، مشارکت، حمایت، امنیت، اهمیت دادن و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی توأم با منزلت همیشگی برای سالمندان باشیم. برای رسیدن به این اهداف لازم است که با مشارکت خود سالمندان، خانواده ها و مراقبین و همکاری های بین بخشی، ضمن تقویت امکانات موجود و تأکید بر فرهنگ ایرانی - اسلامی که همیشه احترام و توجه به سالمندان از ارزش های والای آن می باشد، جامعه ای امن، متناسب و پاسخگو برای نیازهای متفاوت و متنوع سالمندان فراهم کنیم، به طوری که آنان با داشتن حق انتخاب و آزادی به زندگی با حداکثر کیفیت و استقلال ادامه دهند. (دوره زمانی موقتی است الزاماً باز شدن پنجره جمعیتی نمی تواند باعث رشد و توسعه اقتصادی شود).

بخش دوم

مقدمه

۱. تشریح وضع موجود و آسیب شناسی آن:

سالخوردگی جمعیت یکی از پیامدهای بلندمدت کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری است. سالخوردگی جمعیت یک موفقیت جامعه بشری و پیامد توسعه فراگیر می باشد که در صورت مدیریت صحیح و آگاهی و شناخت لازم از وضعیت موجود، ظرفیت های بالقوه و بالفعل و نیازهای سالمندان از یکسو یک فرصت گسترده ای را در اختیار همه ی جامعه قرار می دهد که با طول عمر بیشتر، بتوانند به طور فعال در جامعه مشارکت نمایند. اما در صورت عدم برنامه ریزی و مدیریت و عدم شناخت علمی و کافی از روندهای سالخوردگی جمعیت و پیامدهای آن، و فقدان برنامه ها و مداخلات ملی صحیح می تواند به یک تهدید جدی برای اقتصاد، سیستم بهداشتی درمانی و ارائه مراقبت و تهدید رشد اقتصادی و توسعه پایدار منتهی شود.

محققین سیاست های مراقبت - سلامت بر سر این موضوع که، ایجاد تغییرات دموگرافیک به تنهایی مسئول افزایش هزینه ها نیستند، اتفاق نظر دارند. زیرا افزایش سن و سالمندی عامل اصلی افزایش هزینه های درمان نبوده، بلکه نبود اقدامات، برنامه ریزی و تغییرات لازم در زمینه بررسی مناسب افراد جامعه، از جمله نقاط ضعف سیستم مراقبت - سلامت است. بنابراین برنامه ریزی و پاسخ مناسب به سالمندی جمعیت نیازمند دیدگاه مناسب به سالمندی، توجه به سالمندی از سنین قبل از سالمندی و کل دوران زندگی^۱، مدیریت و رهبری قوی، سیاست های مادام العمر، و توجه به مسائلی مانند سلامت، مستمری، مراقبت طولانی مدت، مسایل مالی دارد. در تعریف دقیق سالمندی جمعیت باید به تمایز بین دو مفهوم سالمندی فردی و سالمندی جمعیت اشاره شود. در واقع سالمندی فردی فارغ از تغییرات باروری بر اثر افزایش امید به زندگی و احتمال بقا در سنین سالمندی اتفاق می افتد و در این وضعیت تعداد سالمندان افزایش پیدا کرده در حالیکه تعادل بین گروه های سنی در ساختار هرم سنی جمعیت بر هم نمی خورد. در مقابل، سالمندی جمعیت ابتدا بر اثر کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی در بدو تولد و دیگر گروه های سنی و از طرف دیگر با کاهش باروری که باعث کاهش سهم جمعیت زیر ۱۵ سال خواهد شد، پدیدار شده و سبب برهم خوردن تعادل گروه های سنی در کل جمعیت می شود، به طوری که نسبت جمعیت سنین ۶۰ سال و به بالا نسبت به دیگر گروه های سنی افزایش چشمگیر می یابد. آخرین پیش بینی های جمعیتی سازمان ملل متحد^۲ نشان می دهد که تعداد و نسبت جمعیت ۶۰ سال به بالا در جهان از حدود ۹۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵، به حدود ۱ میلیارد و ۳۰۰ میلیون در سال ۲۰۳۰ که معادل ۱۶٪ از کل جمعیت جهان، و سپس به کمی بیش از ۲ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید که معادل ۲۲٪ از جمعیت جهان خواهد بود.

جمعیت سالمندان جهان در سال ۲۰۱۵ بالغ بر ۹۰۱ میلیون نفر بود که این رقم حدود ۴/۵ برابر جمعیت ۲۰۲ میلیون نفری سال ۱۹۵۰ است. در همین سال از هر ۸ نفر یک نفر سن ۶۰ سال و به بالا داشته است. با این روند پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ از هر ۶ نفر یک نفر در دنیا، سالمند باشد و جمعیت سالمندی در اروپا و امریکای شمالی ۲۵٪، اقیانوسیه ۲۰٪، آسیا و امریکای لاتین ۱۷٪، آفریقا ۶٪، افزایش رشد داشته باشند^۱. همانند روند بسیاری از کشورهای دنیا جمعیت سالمندان ایران، حتی با سرعتی بیش از سرعت رشد جهانی، در حال افزایش است^۲. افزایش شمار سالمندان در دو دهه گذشته و رشد فزاینده این جمعیت ریشه در افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر و نرخ باروری، دارد. در ایران نیز با توجه به کاهش چشمگیر نرخ تولد برای هر زن با قابلیت باروری از رقم ۶.۷٪ در سال ۱۹۸۰ به رقم ۱.۸٪ در سال ۲۰۰۹ و ۱/۲۴٪ در سرشماری سال ۲۰۱۶ (۱۳۹۵) و افزایش امید به زندگی در

^۱ - life-course approach

^۲ - United Nations PESA population division, ۲۰۱۷

^۳ - Amini, Ingman, & Sahaf, ۲۰۱۳

همین بازه زمانی به ۷۴ سال^۱ و هم چنین رقم حدود ۹/۵٪ جمعیت بالای ۶۰ سال و ۶/۱٪ ۶۵ سال و به بالا در کشور در حال حاضر، با ادامه این روند، جمعیت بالای ۶۰ سال کشور در سال ۲۰۲۵ به رقم ۱۱٪ و در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۸٪ خواهد رسید. مقایسه هرم سنی جمعیت کشور در دو دهه اخیر نشان می دهد که ساختار هرم سنی در حال معکوس شدن است و تغییرات قابل ملاحظه ای در جمعیت سالمندی از سال ۸۵ (۲۰۰۶) تا ۷/۲۲ تا سال ۹۵ (۲۰۱۶) حدود ۹/۲۸٪ رخ داده است، سال ۶۵ از نرخ رشد ۳۰۹ به نرخ رشد ۴۰۱ رسیدیم و از نرخ باروری ۶۰۵ به نرخ باروری زیر ۲ رسیدیم. نرخ رشد جمعیت سالمندی چهار برابر نرخ رشد جمعیت کشور است و در دو دهه آینده، حدود ۱۶ برابر نرخ جمعیت کشور خواهد بود^۲.

بر اساس سرشماری ۱۳۹۰، کمی بیش از ۶ میلیون نفر از کل جمعیت ایران در سن ۶۰ سالگی و بالاتر قرار دارند که ۸۰۱٪ از جمعیت کل را تشکیل می دهند، این در حالی است که در سرشماری سال ۱۳۹۵، بیش از نیمی از این جمعیت را زنان سالمند تشکیل می دهند که با توجه به کاهش نسبت جنسی سالمندان و افزایش شمار سالمندان زن، پیش بینی می شود که کشور با پدیده زنانه شدن سالمندی روبرو خواهد شد. با توجه به نرخ رشد جمعیت سالمندان کشور (۳۰۴٪ سالانه) پیش بینی می شود که جمعیت ۶۰ سال و بالاتر به حدود ۲۸ میلیون نفر تا سال ۱۴۳۰ افزایش یابد که نزدیک به حدود ۳۰٪ از کل جمعیت خواهد بود. پیش بینی می شود تعداد سالمندان ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۱۴۰۴٪، در سال ۲۰۵۰ به ۳۱۰۲٪ نیز برسد در این سال متوسط جمعیت سالمندان جهان، ۲۱/۵٪ و آسیا ۲۴٪ خواهد بود به طوری که پیش بینی می شود تعداد سالمندان ایران از میانگین جهان و آسیا بیشتر شود، و این یعنی از هر سه نفر، در کشور یک نفر سالمند خواهد بود^۳.

در ایران نیز به مدد افزایش شاخص های بهداشتی و درمانی، اقتصادی و اجتماعی هم اینک شاخص امید به زندگی به ۷۴ سال رسیده و پیش بینی می شود جمعیت بالای ۶۰ سال ایران در سال ۲۰۲۱ به بیش از ۱۰٪ جمعیت کل کشور و در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۰٪ این جمعیت بالغ شود. نگاهی به روند افزایش جمعیت سالمندی در ایران در سالیان اخیر نشانگر این مطلب است که در سال ۱۳۳۵ که جمعیت بالای ۶۰ سال تنها ۳۰۲٪ جمعیت کشور را تشکیل می داد در آخرین سرشماری سال ۱۳۸۵ حدود ۷٪ جمعیت ۷۰ میلیون نفری را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند (حدود ۵ میلیون نفر) که پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ میلادی به حدود ۱۰ میلیون نفر برسد. برآوردهای سازمان ملل حاکی از آن است که تا سال ۲۰۵۰ میلادی جمعیت سالمندان کشور ایران به بیش از ۲۶ میلیون افزایش می یابد. شدت سالمندی جمعیت کشور ایران از سال ۱۴۱۵ به بعد خود نمایی خواهد کرد. در این مورد افزایش نسبت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر از حدود ۷٪ در حال حاضر، به ۱۴٪ در سال ۱۴۱۵ و ۲۲٪ در سال ۱۴۲۵ خواهد رسید. سازمان ملل برای جمعیت آینده ایران در سال ۱۴۸۰ سه سناریوی رشد بالا، متوسط و پایین را بر اساس نرخ باروری پیش بینی کرده است. بر اساس این پیش بینی ایران در نرخ بالای باروری تقریباً ۱۰۹ میلیون نفر جمعیت در این سال خواهد داشت که این میزان بالاترین نرخ رشد جمعیتی ایران است. در حالی که با رشد متوسط باروری ۶۱ میلیون و با رشد پایین به ۳۱ میلیون نفر جمعیت می رسد. در سناریوی پایین جمعیتی که ۳۱ میلیون نفر است تقریباً نزدیک به ۵۰٪ جمعیت ما بالای ۶۰ سال خواهند بود که این نیازمند برنامه ریزی جدی می باشد.

جمعیت ایران در سرشماری ۱۳۹۰، ۷۵ میلیون نفر بود و در سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۹۵، به ۸۰ میلیون نفر است که نسبت مرد به زن ۵۱ به ۴۹٪ است. تعداد سالمندان ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۱۴۰۴٪، در سال ۲۰۵۰ به ۳۱۰۲٪ برسد. در این سال جمعیت سالمند جهان، ۲۱۰۵٪ و آسیا ۲۴٪ خواهد بود که تعداد سالمندان ایران از میانگین جهان و آسیا بیشتر خواهد بود طوری که از هر سه نفر، یک نفر سالمند خواهند بود.

^۱ - United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, ۲۰۱۵

^۲ - Koosheshi, Khosravi, Alizadeh, Torkashvand, & Aghaee, ۱۳۹۱

^۳ - Koosheshi et al, ۱۳۹۱

کشورهایی که بین هفت تا ۱۴٪ از جمعیت آنها را سالمندان ها تشکیل دهند وارد مرحله اول سالمندی جمعیت شده اند. اگر جمعیت سالخورده بین ۱۴ تا ۲۱٪ جمعیت باشد آن کشور وارد مرحله دوم سالمندی و اگر این جمعیت بالای ۲۱٪ باشد وارد مرحله سوم سالمندی شده است. در حال حاضر در بین کشورهای جهان فقط ژاپن است که به مرحله سوم سالخوردگی رسیده است. کشورهای اسکاندیناوی که مرحله شروع سالمندی آنها خیلی زودتر از ژاپن شروع شد هنوز به مرحله سوم نرسیده اند و در مرحله دوم به سر می برند که پیش بینی می شود این کشورها در سال های بعد به این مرحله نیز برسند. سنگاپور، کره و ویتنام و ایران از جمله کشورهایی هستند که باروری آنها زودتر از سالخورده شدن جمعیت شروع به کاهش کرده است، اگر چه کاهش رشد باروری در ایران شتاب بیشتری از بسیاری از کشورها داشته است

به باور محققین انتقال جمعیتی شامل چهار مرحله می باشد که هر مرحله با افزایش تعداد جمعیت در یک رده سنی خاص مشخص می شود. این مراحل شامل (۱) مرحله کودکی یا افزایش درصد جمعیت زیر ۱۵ سال نسبت به سایر گروه های سنی، (۲) مرحله جوانی یا افزایش درصد جمعیت بین ۱۵-۲۹ ساله نسبت به سایر گروه های سنی، (۳) مرحله میان سالی یا افزایش درصد جمعیت بین ۳۰-۶۴ ساله نسبت به سایر گروه های سنی و (۴) مرحله سالمندی یا افزایش درصد جمعیت بالای ۶۵ سال نسبت به سایر گروه های سنی می باشد. با تجربه گذار جمعیت شناختی، انتقال سنی و نیز تجربه باروری در سطح یا زیر سطح جایگزینی، از سهم نسبی جمعیت زیر ۱۵ سال کاسته می شود و در مقابل به خاطر افزایش امید زندگی و کاهش مرگ و میر در سنین سالمندی، نسبت درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر افزایش می یابد که در صورت عدم برنامه ریزی مناسب می تواند بار زیادی را به اقتصاد کشور وارد نماید. در حد فاصل این دو وضعیت، دوره ای وجود دارد که در آن در پی کاهش نسبتاً سریع باروری و تغییرات کند در سطح مرگ و میر، ساختار جمعیت از جوانی فاصله می گیرد و نسبت افراد با سنین پایین در جمعیت به شدت کاهش می یابد که آن را پنجره جمعیتی^۱ می نامند که در آن سهم جمعیت در سنین میان ۱۵ تا ۶۴ سال که جمعیت شناسان آن را به نام سنین فعالیت نام گذاری می کنند و تعیین کننده ی حضور نیروی کار در آن جامعه است بیش تر از سایر گروه های سنی باشد. در واقع در پنجره جمعیتی نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال به کمتر از ۳۰٪ کل جمعیت می رسد و نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر هنوز کمتر از ۱۵٪ می باشد. در این دوره تغییر در نسبت سالمندان ناچیز و سهم آنها هنوز کمتر از ۱۵٪ کل جمعیت است و همچنین با کاهش سهم نسبی جمعیت زیر ۱۵ سال، نسبت جمعیت در سنین کار و فعالیت اقتصاد به طور چشمگیر و بی سابقه ای افزایش می یابد. علاوه بر آن در این شرایط، "نسبت وابستگی جمعیت" کل به کمتر از ۵ صدم می رسد که اینها می تواند پتانسیل شرایط بسیار مساعدی برای رشد و توسعه اقتصادی فراهم کند. "نسبت وابستگی جمعیت" نشان دهنده ی میزان وابستگی جمعیت غیرفعال به جمعیت فعال کشور می باشد (مجموع جمعیت ۱۴-۰ و جمعیت ۶۰ سال و بیشتر تقسیم بر جمعیت ۶۵-۱۵ سال ضرب در ۱۰۰) در بسیاری از کشورها در طول پنجره جمعیتی کاهش می یابد. به همین دلیل جمعیت شناسان انفجار جمعیت را نوعی موهبت خدادادی می دانند که امکان تبدیل آن به پاداش جمعیتی وجود دارد. لذا در صورتی که فرصت به وجود آمده توسط پنجره جمعیتی به درستی برنامه ریزی و مدیریت شود، می تواند به کمک قابل توجهی به توسعه کشور نماید و در غیر این صورت، به مانع بزرگی بر سر راه توسعه و بحران های اقتصادی و اجتماعی منفی برای جامعه تبدیل خواهد شد.

حال که خوشبختانه در حال حاضر کشور ما در فرصت طلایی پنجره جمعیتی قرار دارد یعنی بیش از ۷۰٪ جمعیت کشور بین ۱۵ تا ۶۴ سال قرار دارند و نزدیک به یک سوم جمعیت بین ۲۵ تا ۴۰ ساله هستند هستند که اگر توانمند شوند، همانند اتفاقی که در ژاپن، چین و کره جنوبی افتاد، می توانند یک جهش اقتصادی در ایران ایجاد کنند^۲. به باور بسیاری از دانشمندان جهش اقتصادی برخی کشورهای آسیای شرقی بیش از هر عاملی مرهون استفاده از فرصت پنجره جمعیتی بوده است. بر اساس گزارش سازمان ملل متحد حدود ۳۳٪ رشد آسیای جنوب شرقی در دهه های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ ناشی از بهره گیری از بهره گیری از پنجره جمعیتی بوده

^۱ - demographic window

^۲ - مشفق و محمود میرزایی، ۱۳۸۹

است.^۱ کشورهای اروپایی که در سال ۱۹۵۰ پنجره جمعیتی شده اند، در حل حاضر در حال خارج شدن از آن و ورود به دوره ی برجسته شدن توزیع سالمندان جامعه خود می باشند. در حالی که بسیاری از کشورهای آفریقایی تا قبل از سال ۲۰۴۵ وارد این مرحله نخواهند شد.^۲

پنجره جمعیتی یکی از مهم ترین مراحل در ساختار سنی یک جمعیت است. پنجره جمعیتی دوره نسبتاً کوتاهی از تحولات جمعیتی یک کشور است که به دلیل کاهش میزان باروری افزایش نسبت جمعیت در سنین فعالیت نسبت به جمعیت وابسته پتانسیل جمعیتی برای شتاب بخشیدن به رشد و توسعه اقتصادی بالا و کاهش بار وابستگی را دارند.

فاز پنجره جمعیتی ایران از سال ۱۳۸۵ با سهم ۲۵ درصدی جمعیت کمتر از ۱۵ سال و سهم ۵/۲ درصدی جمعیت بالای ۱۵ سال شروع شده است که بر اساس پیش بینی های سازمان ملل متحد حدود ۴۰ سال طول می کشد، بنابراین سال ۱۴۲۵ پایان پنجره جمعیتی ایران خواهد بود. کشورهای جمهوری کره و ایران به ترتیب کمترین میزان وابستگی جمعیت را در طول پنجره جمعیتی خواهند داشت که می تواند فرصت بسیار مغتنمی برای دستیابی به اهداف اقتصادی کشور باشد. پنجره ی جمعیتی دوره زمانی موقتی است که باز شدن آن الزاماً نمی تواند باعث رشد و توسعه اقتصادی شود. مستلزم تدبیر و تعجیل در سیاستگذاری کشور و به کار گیری بهینه جمعیت فعال کشور و نیازمند محیط و بستر مناسب اجتماعی و اقتصادی و برنامه ریزی مناسب می باشد. زیرا ضعف مدیریت و سیاستگذاری نادرست در این دوران می تواند منجر به ایجاد آسیب های اجتماعی و اقتصادی شود.

متأسفانه در حال حاضر بیشتر توجه مدیران به فاز بعدی که ساختار جمعیت است معطوف شده است. اما لازم است به جای ترس از سالخوردگی جمعیت، توجه به جای بهره برداری از سود جمعیتی و شرایط طلایی فعلی که از یک طرف جمعیت فعال زیاد است و از طرف دیگر نسبت وابستگی پایین می باشد را سرلوحه سیاستگذاری ها قرار داد. همچنین با استفاده از تجربه سالمندان فعلی در فاز پنجره جمعیتی و فعال نگه داشتن سالمندان در فاز سالخوردگی جمعیت و استفاده از تجربیات آنان در هر دو فاز به بالندگی و توسعه کشور کمک نمایند.

در واقع در فاز "پنجره جمعیتی" با برنامه ریزی مناسب از گروهی که در حال حاضر در "پنجره جمعیتی" هستند حداکثر استفاده برای توانمند آنها داشته باشیم تا بدین وسیله هم از فاز "سالخوردگی جمعیت" نگرانی نداشته و بهره دهی حداکثری از اقتصادی جهت توسعه داشته باشیم. در صورت عدم استفاده از این فرصت نه تنها بهره دهی اقتصادی نخواهیم داشت بلکه پنجره جمعیتی نیز بسته می شود.

۲. چارچوب نظری و اصول هدایت کننده سند ملی:

جمعیت سالمندان ایران به سرعت در حال افزایش است که می تواند تأثیر قابل توجهی بر جنبه های اقتصادی و اجتماعی کشور داشته باشد. سالمندی جمعیت در صورت عدم برنامه ریزی و مدیریت مناسب می تواند مشکلات بسیاری را ایجاد کند ولی در صورت برنامه ریزی فعال و مناسب، می تواند فرصتی برای جامعه و سالمندان در راستای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت سالمندان، هماهنگی و ارتباط بین نسلی و پیامدهای مثبت متعدد باشد. در گذشته دوران سالمندی به عنوان آخرین مرحله ی زندگی و دوران بیماری ها، ناتوانی گوشه نشینی در نظر گرفته می شد و در برنامه ریزی ها و سیاستگذاری ها معمولاً به نیازها و خواست های آنان کمتر توجه می شد. اما در نگاه نوین به جای توجه به سال های گذشته عمر، به سال های باقیمانده عمر توجه می شود و بنابراین در دوران سالمندی فرد باید مانند بقیه عمر از زندگی خود لذت ببرد. در برنامه سالمندی فعال تدوین شده در سند ملی تأکید بر سالمندی سالم، مشارکت و امنیت سالمندان می باشد.

^۱ - Bloom, Canning & Sevilla, ۲۰۰۳

بر اساس تأکید سازمان ملل همه افراد جامعه، جوانترها و سالمندان، در افزایش و بهبود ارتباط بین نسل ها، مبارزه علیه تبعض سنی و پیری ستیزی و در ساختن آینده ای با ثبات و امن، فرصت برابر برای همه و با منزلت نقش دارند^۱. بنابراین برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم لازم است همه سازمان ها، گروه ها، ائمه از دولتی و خصوصی در سطح ملی - منطقه ای، و اقشار جامعه مشارکت نمایند. با سالمند شدن جمعیت تغییرات متعدد و جدیدی در جامعه ایجاد می شود که باید به طور جدی به آنها بپردازیم: به طور روزافزون تعداد بیشتری از افراد با سنین بالا مشغول به فعالیت می باشند که در آینده نزدیک لازم است جهت ادامه رشد اقتصادی، نیروهای جایگزین جوان تر به جای آنان مشغول به کار شوند.

- نیاز به تأمین درآمد بازنشستگی کافی برای تعداد بیشتری از جمعیت بازنشستگان
 - نیاز به دیدگاه مناسب فرد و جامعه به سالمندی
 - نیاز به زیرساخت ها و جامعه دوستدار سالمند (مانند مسکن، حمل و نقل، ارتباطات) برای اینکه تعداد بیشتری از سالمندان در ارتباط با جامعه باشند و به جای رفتن به خانه سالمندان تعداد بیشتری از آنها در جامعه و در خانه خود و در ارتباط با خانواده و جامعه زندگی کنند
 - نیاز به اهمیت دادن به استقلال و سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سالمندان
 - نیاز به افزایش روزافزون خدمات قابل دسترس، مناسب و با کیفیت
- هدف اصلی سند ملی سالمندان کشور ایجاد جامعه ای بدون تبعیض سنی و رسیدن به بهترین پیامد و نتیجه برای همه سنین می باشد. در واقع هدف سند ملی سالمندان کشور یک چهارچوب برای پاسخ مناسب به چالش ها و فرصت های "سالمندی فردی" و "سالمندی جمعیت" در ایران می باشد. در واقع بر مبنای این سند دولت جمهوری اسلامی با فراهم کردن یک چهارچوب عملیاتی، هدایت هماهنگ کردن و حمایت همه سازمان ها و گروه ها و افراد جامعه برای پرداختن به این موضوع مهم و پیچیده به عهده خواهد داشت؛ در این راستا مهم است. در این سند لازم است ما به اصولی که مبنای دیدگاه ما به سالمندی و فعالیت های که در این زمینه انجام می دهیم، می باشند توجه داشته باشیم. در واقع در این سند علاوه بر توجه به استراتژی ها برای سالمندان، به فرصت هایی برای برطرف کردن موانع مشارکت سالمندان در اجتماع و دسترسی به همه خدمات در سراسر عمر توجه شده است.

اصول سند ملی سالمندان کشور عبارتند از:

- (۱) "سالمندی فردی" و "سالمندی جمعیت" در ایران نیاز به توجه دولت، جامعه و همه افراد دارد.
- (۲) همه ایرانیان، علی رغم سن، باید دسترسی برابر به خدمات مراقبتی و فرصت های مناسب استخدام، آموزش، یادگیری، مسکن، حمل و نقل، فرهنگی و تفریحات با توجه به نیازهای آنان جهت حفظ و ارتقای کیفیت زندگی در سراسر عمر داشته باشند.
- (۳) همه ایرانیان در سراسر عمر خود در جامعه و اقتصاد مشارکت فعال داشته باشند.
- (۴) هم بخش دولتی و هم بخش خصوصی مبنای برنامه ریزی، سیاستگزاری و فعالیت های خود را نظرات، نیازها و خواسته های افراد سالمند در راستای فرهنگ ایرانی - اسلامی قرار دهند.
- (۵) برنامه های دولتی کمک کننده و حمایت کننده افراد، خانواده ها و اجتماع باشد.
- (۶) برنامه ریزی و سیاستگزاری در امور سالمندان مبتنی بر مطالعات، مستندات و شواهد علمی باشد.
- (۷) حفظ و ارتقای کیفیت زندگی، سلامت و استقلال سالمندان و مشارکت فعال آنان در جامعه در برنامه ریزی ها لحاظ گردد.

۳. مراحل و نحوه تدوین سند ملی سالمندان کشور:

به منظور تدوین «سند ملی سالمندان کشور»، پس از مشورت های زیاد با گروه های تخصصی و بررسی اجمالی در مورد وضع موجود جمعیت کشور توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی کشور انجام شد. به منظور تکمیل سند در مرحله ی بعد از کلیه ذی نفعان درگیر در موضوع سالمندان برای مشارکت در امر تدوین سند سالمندان دعوت به عمل آمد که در این خصوص سازمان برنامه و بودجه، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، اساتید دانشگاه و سازمان برنامه و بودجه مشارکت فعال داشتند. شایان ذکر است در جلسات هماهنگی و اخذ نظرات سازمان ها و دستگاه های اجرایی، سازمان تأمین اجتماعی، صندوق بازنشستگی کشوری، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، وزارت کشور و شهرداری و سازمان های مردم نهاد مرتبط با امور سالمندی مشارکت داشتند.

برای تدوین "سند ملی سالمندان کشور" در ابتدا با توجه به اسناد بالادستی (قانون اساسی، سند چشم انداز ۱۴۰۴، سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت و سیاست های کلی جمعیت)، شرایط وضع موجود و شرایط مطلوب مورد نظر، "اهداف" احصاء گردیدند. در هر مورد تصمیم گیری بر مبنای اجماع جمع و به صورت اقتناعی برای موضوع مورد نظر انجام گرفت. در خصوص "راهبردها" و "سیاست های اجرایی" نیز به همین ترتیب عمل شد و در نهایت در چندین مرحله بر اساس اصول علمی مورد بازبینی قرار گرفت و نسخه نهایی تهیه گردید.

۴. چهارچوب سند ملی سالمندان کشور:

در تهیه و اجرای سند ملی سالمندان کشور سازمان ها و افراد زیادی مشارکت داشته و خواهند داشت. چهارچوب استراتژیک تهیه شده در این سند مبنای سیاست گذاری های آینده، برنامه ها و فعالیت های مرتبط با سالمندان در ایران خواهد بود. بر اساس نظر جمیع شرکت کنندگان، سند راهبردی سالمندان مشتمل بر سه بخش می باشد:

- ۱) پیشگفتار، خلاصه مدیریتی و چشم انداز سند ملی سالمندان کشور
 - ۲) مقدمه (شامل تشریح وضع موجود و آسیب شناسی آن، چارچوب نظری، اصول هدایت کننده سند ملی سالمندان کشور، مراحل و نحوه تدوین سند ملی سالمندان کشور، ارزیابی و بازنگری سند ملی، اجرای سند ملی سالمندان کشور)
 - ۳) سند ملی سالمندان ایرانی (شامل اهداف، راهبردها و سیاست های اجرایی)
 - ۴) برنامه عملیاتی (شامل فعالیت ها، اعتبار مورد نیاز و تعیین متولی فعالیت ها، زمان بندی)
 - ۵) اسناد پشتیبان سند ملی سالمندان کشور
- برنامه عملیاتی در مراحل بعدی به این مجموعه اضافه خواهد شد.

۵. ارزیابی و بازنگری سند ملی سالمندان کشور:

به منظور اطمینان از اینکه تمام نیازهای همه جانبه سالمندان و ترجیحات آنان در سال های آینده برآورده شود و تغییرات مورد نظر ایجاد شود، اجرای فعالیت های مشخص شده در سند ملی سالمندان کشور به طور مداوم ارزیابی و بازنگری می شود. امید بر این است که اجرای سند ملی سالمندان کشور به عنوان یکی از اولویت های دولت جمهوری اسلامی قرار گیرد. بر همین اساس در مراحل

تدوین سند ملی سالمندان کشور یک چهارچوب پیامدی^۱ تهیه خواهد شد که بر مبنای آن بتوان به طور دقیق پیشرفت و اجرای اهداف سند ملی سالمندان کشور را اندازه گیری کرد. بر همین اساس شاخص ها^۲ و نشانگرها^۳ برای اهداف اختصاصی و نحوه ی اندازه گیری آنها و یک الگوی جامع برای اندازه گیری و ارزیابی تدوین خواهد شد. به همین منظور در فواصل مشخص از قبل تعیین شده، اطلاعات مربوط به شاخص ها و نشانگرها و پیامدها در قالب یک پیمایش ملی جمع آوری و مورد تحلیل قرار می گیرد. بر اساس نتایج به دست آمده از این تحلیل ها، اجرا و پیشرفت سند ملی سالمندان کشور مورد مانیتورینگ و بازبینی قرار می گیرد تا اطمینان حاصل شود که فعالیت ها در راستای از پیش تعیین شده این سند باشد.

در تدوین اولین سند ملی سالمندان کشور به دلیل نبود پیمایش های دقیق علمی که نتایج آن قابلیت تعمیم در سطح ملی و منطقه ای باشد، در بسیاری از موارد به مطالعات خارجی، مطالعات داخلی با قابلیت تعمیم محدود یافته ها و نظرات متخصصین و مدیران با تجربه اکتفا شده است. به همین دلیل جهت تقویت بیشتر این سند لازم است که در آینده ی نزدیک پیمایش های دقیق علمی در زمینه ی سالمندان ایرانی انجام گردد. (با توجه به تغییرات دینامیک جمعیتی، لازم است که این سند بر اساس نتایج تحقیقات علمی توسط شورای ملی سالمندان کشور با همکاری کلیه ی دستگاه های ذیربط ذکر شده در سند ملی سالمندان کشور مورد بازبینی قرار گیرد). دستگاه های ذیربط مندرج در برنامه عملیاتی پیوست موظف هستند که گزارش عملکرد شاخص های معین شده در سند ملی سالمندان کشور را در حوزه مربوطه سالانه به دبیرخانه ی شورای ملی سالمندان ارائه نمایند. دبیرخانه ی مذکور بر اساس گزارش های دریافتی موظف به ارائه ی گزارش سالانه به سازمان برنامه و بودجه می باشد. سازمان برنامه و بودجه بر اساس گزارش دریافتی از دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور، عملکرد سند ملی سالمندان را به هیئت وزیران ارائه خواهد نمود. بر اساس نتایج پیمایش ملی سالمندان ایرانی و سرشماری انجام شده توسط مرکز آمار ایران، سند ملی سالمندان هر پنج سال توسط شورای ملی سالمندان کشور مورد بازنگری قرار خواهد گرفت.

۶. اجرای سند ملی سالمندان کشور:

با توجه به اینکه سالمندان گروه متنوعی با خواسته ها و نیازهای متفاوت و متنوعی می باشند به همین دلیل هیچ سازمان یا وزارت خانه ی خاصی به تنهایی نمی تواند پاسخگوی مسایل همه جانبه آنان باشد. به همین دلیل در اجرای سند ملی سالمندان کشور لازم است سازمان، وزارت خانه ها، انجمن ها و نهادهای غیردولتی، خانواده ها و حتی سالمندان در اجرای آن مشارکت فعال نمایند بر همین اساس این سند بستر و پایه مناسبی برای همکاری و مشارکت همه گروه ها برای رسیدن به سالمندی سالم و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان فراهم آورده است. به همین دلیل یک برنامه ی عملیاتی برای هماهنگی در اجرای دقیق سند تدوین شده، بر اساس راهبردها و اهداف که موارد ذیل در آن تبیین می گردد:

- ۱) ترجمه اهداف و راهبردها به برنامه های اجرایی^۴
- ۲) تعیین جزییات فعالیت ها بر اساس قوانین
- ۳) تهیه زمان بندی و نشانگرهای اجرایی
- ۴) تعیین دقیق افرادی که در اجرای سند در سطح دولت و اجتماع مسئولیت اجرای سند ملی سالمندان کشور را به عهده دارند.

^۱ - Outcome Framework
^۲ - Index
^۳ - Indicator
^۴ - Action on the Ground

بخش سوم

برنامه ی راهبردی سند ملی سالمندان کشور

هدف (۱) ارتقای سطح فرهنگی جامعه در خصوص پدیده ی سالمندی:

راهبرد ۱-۱:

- استفاده از ظرفیت های رسانه ها در راستای احیا و ارتقای منزلت سالمندان.

سیاست های اجرایی:

- استفاده برنامه های صدا و سیما برای معرفی موضوعات سالمندی
- جریان سازی و پایدارسازی موضوعات سالمندی در مباحث اجتماعی رسانه های جمعی
- استفاده از انجمن های علمی در راستای معرفی اهمیت موضوع سالمندی در رسانه های جمعی
- حمایت از برقراری و حفظ ارتباط سالمند با جامعه و جلوگیری از مجزا شدن سالمندان
- حمایت از ازدواج مناسب سالمندان
- پژوهش

راهبرد ۱-۲:

- بهره مندی از توان دستگاه های اجرایی و ظرفیت های بخش خصوصی، تعاونی و سازمان های مردم نهاد در راستای احیا و ارتقای منزلت سالمندان.

سیاست های اجرایی:

- استفاده از ظرفیت های شهری برای ارائه موضوعات سالمندی
- استفاده از ظرفیت های دینی، فرهنگی و هنری در خصوص سالمندی
- لحاظ نمودن موضوعات سالمندی در محتوای آموزشی
- استفاده از ظرفیت های صندوق های بازنشستگی
- استفاده از ظرفیت های مراجع دانشگاهی و حوزوی
- بهره مندی از ظرفیت سازمان های مردم نهاد و...
- شناسایی و معرفی معضلات سالمندی برای جامعه
- تبیین و ترویج سیاست ها و اقدامات پیشگیرانه و مقابله ای در خصوص تبعیض سنی در سطح فرد، خانواده و جامعه
- آموزش عموم جامعه به منظور حمایت و احترام سالمندان با تأکید بر حفظ استقلال و عزت نفس
- ایجاد فرصت های آموزش برای سالمندان
- جلوگیری از محروم سازی سالمندان از انواع خدمات
- تبیین و ترویج سیاست ها و اقدامات پیشگیرانه و مقابله ای در خصوص سالمند آزاری
- تبیین و ترویج سیاست ها و اقدامات پیشگیرانه و مقابله ای در خصوص پیری ستیزی
- حمایت از سیاست ها و اقدامات پیشگیری از شکاف نسلی
- پژوهش

هدف ۲) توانمندسازی سالمندان:

راهبرد ۱-۲:

- آموزش و مهارت آموزی فرد و مراقبین سالمندان.

سیاست های اجرایی:

- ترویج تکنولوژی های جدید آموزشی به منظور کسب دانش و مهارت های جدید
- ترویج مهارت آموزی برای مدرسین سالمندان
- تلاش در جهت سوادآموزی سالمندان
- آگاهسازی سالمندان از حقوق خود
- پژوهش

راهبرد ۲-۲:

- ایجاد و توسعه محیط های توانمندساز.

سیاست های اجرایی:

- ترویج و حمایت از سیاست های محیط دوستدار سالمند
- افزایش دسترسی سالمندان به خدمات درمانی و توانبخشی
- پژوهش

راهبرد ۳-۲:

- توسعه مشارکت اجتماعی سالمندان.

سیاست های اجرایی:

- مشارکت سالمندان در سیاستگذاری، برنامه ریزی و اجرای برنامه ها و تصمیم گیری های مربوط به سالمندان در امور خودشان
- حمایت از تشکلهای سالمندان
- آمایش فضای کسب و کار و فعالیت های داوطلبانه
- تعیین ظرفیت های بالقوه سالمندان برای اشتغال
- ایجاد دسترسی به مشاوره اشتغال سالمندان
- تبیین برنامه های آمادگی بازنشستگی
- بستر سازی برای ایجاد فضاهای کسب و کار مبتنی بر مهارت بدون توجه به سن
- تأکید بر مهارت آموزی سالمندان
- تبیین برنامه های آمادگی بازنشستگی
- بازنگری سن بازنشستگی
- ایجاد هماهنگی و تعادل بین نسلی در محیط های کار
- دسترسی به تسهیلات مالی

- حمایت از فضای ارائه خدمات و محصولات تولیدی سالمندان
- ایمنی و امنیت محیط کار
- پژوهش

هدف ۳) حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان:

راهبرد ۱-۳:

- توسعه کمی و کیفی اقدامات پیشگیرانه برای سالمندان.

سیاست های اجرایی:

- تأکید بر خودمراقبتی
- ادغام خدمات پیشگیرانه در نظام شبکه
- افزایش دسترسی سالمندان به اقدامات پیشگیرانه سلامت
- ترویج سبک زندگی سالم در تمامی دوره های سنی
- جلب مشارکت بخش غیردولتی در اقدامات پیشگیرانه
- پژوهش

راهبرد ۲-۳:

- توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی سالمندان.

سیاست های اجرایی:

- توسعه کمی و کیفی مراکز ارائه خدمات درمانی
- تأکید بر ارائه خدمات درمانی در محل زندگی
- جلب مشارکت بخش غیردولتی در ارائه خدمات درمانی
- استفاده از فناوریهای نوین برای بهبود ارائه خدمات
- بهبود دسترسی به داروبرای سالمندان
- غربالگری بیماری ها و مشکلات شایع سالمندی
- پژوهش

راهبرد ۳-۳:

- توسعه کمی و کیفی خدمات توانبخشی سالمندان.

سیاست های اجرایی:

- جلب مشارکت بخش غیردولتی در ارائه خدمات توانبخشی
- تأکید بر ارائه خدمات توانبخشی در محل زندگی
- توسعه کمی و کیفی مراکز ارائه خدمات توانبخشی
- بهبود دسترسی به تجهیزات پزشکی و کمکی نوین در مراقبت از سالمندان
- پژوهش

هدف ۴) ارتقای سرمایه اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی:

راهبرد ۴-۱:

- تأمین معیشت و خدمات مالی به سالمندان.

سیاست‌های اجرایی:

- اولویت بندی گروه‌های مختلف جمعیت سالمند
- برقراری یارانه برای سالمندان نیازمند
- تأمین حداقل حقوق و دستمزد برای سالمندان
- برقراری تخفیفات در برخورداری از خدمات عمومی
- حمایت از خدمات مشاوره‌ای مالی سالمندان
- پژوهش

راهبرد ۴-۲:

- توسعه و تقویت خدمات نگهداری از سالمندان.

سیاست‌های اجرایی:

- تبیین انواع مدل‌های مراقبتی از سالمندان
- اصلاح مدل‌های مراقبتی موجود از سالمندان
- ایجاد و حمایت از مدل‌های کارآمد مراقبتی متناسب با نیاز سالمندان
- ترویج و حمایت از مدل‌های مراقبت در منزل از سالمندان مبتنی بر خانواده و مراقبین غیررسمی
- آموزش مراقبین رسمی و غیررسمی سالمندان
- حمایت بیمه‌ای از انواع مدل‌های مراقبت سالمندان
- پژوهش

هدف ۵) توسعه زیرساخت‌های مورد نیاز در امور سالمندی:

راهبرد ۵-۱:

- تأمین سرمایه انسانی مورد نیاز.

سیاست‌های اجرایی:

- تربیت نیروی انسانی متخصص مبتنی بر نیاز سالمندان
- حمایت از پژوهش‌های کاربردی در زمینه موضوعات سالمندی
- جلب مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین در امور سالمندی
- نهادینه سازی همکاری بین بخشی در قالب کمیته‌های استانی و شهرستانی
- تصمیم‌سازی مبتنی بر شواهد در قالب ساختار محیطی (از پایین به بالا)
- پژوهش

راهبرد ۵-۲:

- توسعه فناوری در خدمات رسانی به سالمندان.

سیاست های اجرایی:

- حمایت از پژوهش های توسعه ای و ارزیابی فناوری در رابطه با سالمندان
- توسعه استفاده از فناوری های نوین در مراقبت از سالمندان
- استفاده از فناوری توسعه خدمات برای سالمندان
- تبیین سازو کارهای به کارگیری فناوری برای سالمندان
- حمایت از استفاده از فناوری در آموزش موضوعات سالمندی
- پژوهش

راهبرد ۵-۳:

- مدیریت اطلاعات و آمار سالمندان.

سیاست های اجرایی:

- تبیین سازو کار تشکیل بانک های اطلاعاتی سالمندان مبتنی بر نیاز
- تبیین مدل های تحلیل داده ها
- تمرکز اطلاعات و آمار سالمندی
- سیاستگذاری و برنامه ریزی مبتنی بر شواهد
- پژوهش

راهبرد ۵-۴:

- نهادسازی در حوزه سالمندی.

سیاست های اجرایی:

- بازنگری قوانین و مقررات

هدف ۶) امنیت مالی نظام حمایت از سالمندان:

راهبرد ۶-۱:

- تامین منابع مالی پایدار برای سالمندی.

سیاست های اجرایی:

- اختصاص درصدی از مالیات بر ارزش افزوده به نظام سالمندی
- استفاده از منابع هدفمندی یارانه ها برای نظام سالمندی
- استفاده از نظام بیمه ای
- پژوهش

راهبرد ۶-۲:

- کاهش پرداخت از جیب مردم (OOP) در برخورداری سالمندان از خدمات درمانی و توان بخشی.

سیاست های اجرایی:

- افزایش کمی و کیفی خدمات بیمه پایه و تکمیلی سالمندان
- افزایش کمی و کیفی خدمات تحت پوشش بیمه پایه و تکمیلی برای سالمندان

راهبرد ۶-۳:

- تخصیص عادلانه و بهینه منابع مالی.

سیاست های اجرایی:



بخش چهارم

برنامه عملیاتی سند ملی سالمندان کشور

(۱) فعالیت‌ها

(۲) اعتبار مورد نیاز

(۳) تعیین متولی فعالیت‌ها

(۴) زمان بندی

این بخش در مراحل بعدی تکمیل می گردد

بخش پنجم

اسناد پشتیبان سند ملی سالمندان کشور

تعاریف و مفاهیم

برخی مفاهیم تأثیرگذار مرتبط با سالمندان در سند حاضر:

شاخص سالمندی: به صورت شمار افراد بالای ۶۰ سال به نسبت هر یکصد نفر جمعیت زیر ۱۵ سال محاسبه می شود.

نسبت وابستگی کلی: نسبت وابستگی کلی عبارت است از مجموع نسبت افراد زیر ۱۵ سال و بالای ۶۵ سال به ازای هر یکصد نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال یعنی مجموع نسبت وابستگی سالمندان و وابستگی جوانان.

نسبت وابستگی جوانان: نسبت افراد ۰ تا ۱۴ سال به هر یکصد نفر جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ ساله.

نسبت وابستگی سالمندان: نسبت افراد بالای ۶۵ سال به هر یکصد نفر جمعیت زیر ۶۴ سال.

سالمندی کارآمد: به معنی ادغام نمودن سالمندان در فعالیت های محوری اجتماعی - اقتصادی می باشد عدم توجه به این مهم به معنی پشت کردن و غفلت نسبت به حقوق حقه سالمندان و هدر رفتن ذخیره مهارت ها، تجربیات و ذکاوت جمعی موجود در سالمندان می باشد.

سالمندی فعال: سالمندی فعال به عنوان فرایند بهسازی فرصت های لازم برای ایجاد سلامتی، مشارکت و تأمین همه جانبه سالمندان در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان می باشد. چه به صورت فردی و چه برای گروه های جمعیتی. سالمندی فعال به افراد امکان می دهد که پتانسیل های فیزیکی، اجتماعی و روانی خود را برای احساس بهباشی، شناسایی نمایند و در جامعه مشارکت نمایند، در عین این کار حفاظت، تأمین و مراقبت، تدارک نمایند. مفهوم واژه ی "فعال" تنها به منزله ی فعالیت فیزیکی و توانایی ملحق شدن به نیروی کار نمی باشد، بلکه به منزله ی مشارکت مداوم در تعاملات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی معنوی و مردمی می باشد.

مفهوم سالمندی موفق: امروزه تصویر سنتی از سالمندان به عنوان افرادی بیمار، از کارافتاده، وابسته و تنها کاملاً تغییر کرده است و در بسیاری از جوامع با گذر زمان و افزایش سن و در طی فرایندی که سالمندی موفق نامیده می شود، به شهروندان ارشد تبدیل می شوند. اهداف سالمندی موفق را می توان شامل موارد زیر دانست.

اهداف سالمندی موفق:

سالمندی سالم	اجتناب یا به تعویق انداختن بیماری در سالمندان
سالمندی با حفظ کارایی	اجتناب یا به تعویق انداختن معلولیت در سالمندان
سالمندی با حفظ استقلال	اجتناب یا به تعویق انداختن وابستگی در سالمندان
سالمندی با حفظ جایگاه و مشارکت اجتماعی	اجتناب از تنهایی و جدامانگی در سالمندان
سالمندی مولد	به تعویق انداختن بازنشستگی در سالمندان
سالمندی همراه با به فعل رساندن تمام استعدادها و توانایی های درونی	اجتناب از ناامیدی، بی انگیزگی و ایستایی در سالمندان
سالمندی با حفظ منزلت، کرامت و عزت نفس	اجتناب از تحقیر و تبعیض در سالمندان

مفهوم سلامت: بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت به احساس خوب بودن و بهباشی در زمینه های فیزیکی، روانی، اجتماعی و معنوی می باشد و نه تنها فقدان بیماری و صدمه.

مفهوم سالمندی همراه با سلامت: مفهوم سالمندی همراه با سلامت به معنی ایجاد و حفظ شرایط بهباشی و عملکرد کامل برای سالمندان می باشد. این مهم درشرایطی حاصل می شود که در جوامع امنیت برقرار بوده، فعالیت هایی مناسب برای ارتقای سلامت و بهباشی و بکارگیری خدمات سلامت محور و برنامه های اجتماع محور جهت پیشگیری و رفع بیماری ها، جاری شده باشد.

عملکرد: عملکرد به مجموعه فعالیت های انسانی گفته می شود که می تواند کارکرد بدن را تحت تأثیر داده و تغییر قابل توجهی را در ساختار بدن ایجاد نماید که به آن اختلال در عملکرد بدنی انسان گفته می شود. عملکرد بدنی بر اساس سیستم طبقه بندی (ICF) به ساختار و عملکرد بدن^۱ و فعالیت و مشارکت^۲ تقسیم بندی می شود. عملکرد ساختار و عملکرد بدن به تمامی ساختار ذهنی و عملکردی سیستم های بدن مثل قلب و عروق، اسکلتی - عضلانی و ... بر می گردد و فعالیت^۳ به فعالیت هایی مثل غذا خوردن، مدیریت منزل گفته می شود و مشارکت^۴ به مجموعه ای از فعالیت های که انسان با همکاری دیگران انجام می دهد، گفته می شود و کلیه این مجموعه عملکردی، وابسته به عوامل زمینه ای شخصی، انسانی و محیط فیزیکی است.

افت عملکرد: کاهش قابل ملاحظه در توانایی فرد در انجام فعالیت های روزانه و جاری زندگی.

فعالیت های روزانه و جاری: فعالیت هایی که برای زندگی روزمره لازم می باشند، از جمله مراقبت شخصی، تحرک، و ارتباطات.

مفهوم ذی نفع: یک فرد، گروه یا سازمانی که با یک موضوع، وضعیت خاص، عملکرد ویژه یا پروژه ای مورد بحث مرتبط بوده و بر آن تأثیرگذار، تأثیرپذیر و ... می باشد.

افزایش امید به زندگی: زمانی که باروری در پایان مرحله دوم گذار جمعیتی شروع به کاهش می کند، امید به زندگی قبلاً رو به افزایش کل جمعیت را، سالخوردگی فردی می نامند^۵.

امید به زندگی از کمتر از ۳۰ سال در ابتدای قرن بیستم، تا حدود ۷۱ سال در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است. به بیان دیگر با افزایش امید به زندگی، سطح مرگ و میر کاهش چشمگیری داشته که مسلماً گویای افزایش سن زنده مانده برای همه جمعیت و گروه های سنی و نسل های مختلفی است که در طول قرن بیستم متولد شده اند.

نظریه اریکسون در خصوص تحول روانی سالمندان: طبق نظریه اریکسون آخرین مرحله از مرحله تحول روانی - اجتماعی را مرحله شکفتگی و رشد یافتگی در مقابل نومیدی می داند. بررسی سالمندی توأم با موفقیت از جمله موضوعات مهم تحقیق متخصصان حوزه ی سالمندشناسی است. بسیاری از زنان و مردان سالمند از نظر اقتصادی غیر موارد مصرف کننده، از نظر اجتماعی تنها و منزوی و از نظر سلامتی مبتلا یا در معرض خطر ابتلا به بیماری های مزمن و عوارض آنها هستند.

^۱ - Body Functions and Structures

^۲ - Activities and Participation

^۳ - Activities

^۴ - Participation

^۵ - Individual aging

ارزیابی جامع سلامت سالمندان (CGA):^۱ یک ارزیابی چند بعدی به منظور تعیین سلامت فیزیکی، عملکردی، روانی، عاطفی و دارویی/درمانی، وضعیت اجتماعی، محیطی یک سالمند، در جهت برنامه ریزی اقدامات هماهنگ شده و منسجم برای درمان و پیگیری وضعیت سالمند.

نظریه ژنتیکی سالمند شدن: بر طبق این نظریه طول عمر به میزان بالایی بستگی به ارث ژن های مرتبط دارد، طبق این نظریه پتانسیل طول عمر توسط ژن های به ارث رفته تعیین می گردد و رفتارهای مرتبط با سلامتی، تا حدودی روی آن اثر می گذارد.

سالمند آسیب پذیر: هر چند تمام سالمندان نیازمند توجه خاص هستند اما برخی از سالمندان آسیب پذیرتر بوده و نیاز به توجه ویژه دارند از جمله:

- (۱) سالمندان بسیار پیر؛
- (۲) زنان سالمند؛
- (۳) افرادی که تنها زندگی می کنند؛
- (۴) زنان سالمند بیوه و مجرد؛
- (۵) سالمندانی که درآمد ناکافی دارند؛
- (۶) سالمندانی که در خانه ی سالمندان زندگی می کنند؛
- (۷) سالمندانی که از بیماری مزمن رنج می برند؛
- (۸) سالمندان حاشیه شهر؛
- (۹) سالمندان روستایی.

مفهوم حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی به عنوان منابع فراهم شده به وسیله شبکه ای از افراد و گروه های اجتماعی تعریف می شود. سودمندی روانشناختی حمایت اجتماعی ممکن است ناشی از اثر آن بر روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه های مؤثر سازگاری، احساس عزت نفس و مهارت های فردی باشد. بررسی ها نشان داده است افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش های میان فردی کمتری هستند در رویارویی با رخدادهای فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می کنند و به طور مؤثری مقابله می نمایند و نشانه های کمتری از افسردگی و آشفتگی روانی را نشان می دهند. به طور کلی می توان حمایت اجتماعی را عامل تأثیرگذار بر سلامت افراد دانست.

اجزای حمایت اجتماعی عبارتند از:

- (۱) **شبکه اجتماعی:**^۲ با تعمیم هویت افراد یا گروه هایی که در دسترس فرد هستند (مانند همسر و فرزندان) مشخص می شود.
- (۲) **روابط متقابل اجتماعی:**^۳ با تعیین فراوانی و روابط متقابل اجتماعی بین فرد و سایر اعضای شبکه مشخص می شود.
- (۳) **حمایت اجتماعی از طریق درک و اعتماد:**^۴ با تعیین ارزیابی های ذهنی فرد در مورد قابل اعتماد بودن شبکه ی اجتماعی، سهولت روابط متقابل با اعضای شبکه، احساس تعلق داشتن به شبکه و احساس صمیمیت با اعضای شبکه تعریف می شود.
- (۴) **حمایت فیزیکی و ابزاری:**^۱ با تعیین وسایل و سرویس هایی که به وسیله اعضای شبکه اجتماعی برای فرد فراهم می شود مشخص می گردد.

^۱ - Comprehensive Geriatric Assessment
^۲ - Social Network
^۳ - Social Interaction
^۴ - Perceived Social Support

شبکه های حمایت اجتماعی مرتبط با سالمندان: این شبکه را برحسب نوع عناصر (منابع) و یا کارگروه های آن به شیوه های مختلفی دسته بندی می کنند، اولین دسته بندی بزرگی که می توان در نظر گرفت تقسیم آن به دو گروه حمایت اجتماعی رسمی، غیررسمی می باشد، سیستم حمایت رسمی همان ساختارهای دولتی مرتبط با امور رفاهی و بهبود زندگی می باشند و سیستم های غیررسمی، به واسطه ی ماهیت فردگرایانه و غیراداری و این واقعیت که اعضای این شبکه از میان خویشاوندان، دوستان و همسایگان توسط سالمند انتخاب می شوند، متمایز می گردد.

مفهوم ترتیبات زندگی: مبین زندگی سالمند از نظر وضعیت اقامت می باشد. با اینکه ترتیبات زندگی معمولاً مترادف با مفهوم خانوار تلقی می شود، ولی باید دانست که فضای مفهومی آیند و واژه یکسان نیست. در حالی که در تعریف متداول خانوار هم اقامت و اشتراک در تهیه غذا به کار می رود، در تهیه ی ترتیبات زندگی تنها بر واژه ای هم سکنا^۲ تأکید می شود.

بازنشستگی: بازنشستگی وضعیتی است که طی آن فرد به دلیل شرایط سنی و سابقه خدمتی خود و بر مبنای قانون بازنشستگی مورد تأیید مراجع صلاحیت دار، از فعالیت شغلی رسمی خود بر پایه حقوق و مزایای مشخص کناره گیری می کند. بازنشستگی پدیده ای است که با توسعه اجتماعی - صنعتی عصر حاضر دارای اهمیت بیشتر شده است. در قرن اخیر به لحاظ پیشرفت های اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، درمانی و... هم از میزان مرگ و میر کاسته شده و هم بر طول عمر افراد افزوده شده و امید به زندگی را بهبود بخشیده در نتیجه شمار بازنشستگان و سالمندان در کشورهای مختلف جهان افزایش یافته است و سهم درخور توجهی در ترکیب جمعیتی کشوری مختلف پیدا کرده است.

سوءرفتار با سالمندان: خانواده بهترین مکان برای تضمین آسایش و آرامش روی فرد سالم به شمار می رود. اما گاه قبول مسئولیت به صورت اجباری همچنین تحول نقش خانواده بحران های موجود، فشارهای روانی زندگی مدرن، ضعف ایمان و نظایر آن پایگاه اجتماعی سالمند را سست نموده و سبب بروز رفتار سرد توسط اعضای خانواده نسبت به سالمند می گردد. اختلاف بین سالمندان و اعضای خانواده به عنوان یک مشکل در خانواده های ایرانی مطرح است. این سوء رفتار ممکن است به اشکال مختلف نظیر سهل انگاری و غفلت در تأمین نیازهای جسمانی، روان شناختی، بهره برداری مالی، نادیده گرفتن حقوق سالمند و حتی موارد ضرب و جرح یا هتک حرمت توسط اعضای خانواده تظاهر کند.

کیفیت زندگی: اگر چه تعاریف و استانداردهای متفاوتی برای ارزیابی کیفیت زندگی در جوامع مختلف وجود دارند، که آن هم به دلیل تنوع فرهنگی موجود در جوامع مورد ارزیابی است، گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را چنین تعریف می کند: دریافت های شخصی فرد از جایگاه زندگی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند که متأثر از اهداف، انتظارات و استانداردهای مورد نظر فرد است. با توجه به این تعریف، بیشتر متخصصین علوم پزشکی و توان بخشی بر این باورند که کیفیت زندگی مفهومی چند بُعدی، پویا و ذهنی است که تحت تأثیر عوامل متعددی هستند. مفهوم رضایت مندی از زندگی پایده اساسی کیفیت زندگی است. منظور از رضایت مندی زندگی احساس خوشنودی فرد از شرایط زندگی یا پذیرش آن، یا رسیدن وی به آن چیزی است که به طور کلی از زندگی می خواسته یا در زندگی به آن نیاز داشته است.

دسترسی^۳: توانایی یک سالمند برای دریافت خدمات مبتنی بر سلامت مورد نیازش - موانع دسترسی می تواند جغرافیایی، مالی، سازمانی و اجتماعی باشد. اقدامات مرتبط با پیشبرد دسترسی متمرکز بر فراهم نمودن و بهبود سطح پوشش خدمات سلامت خواهد بود.

^۱ - Instrumental Support

^۲ - Coresident

^۳ - ACCESS

مراقب^۱: فردی که خدمات توسط با فعالیت ها و نیازهای مختلف را به افراد خانواده، دوستان یا همسایه ها، ارائه می دهد، یک مراقب می تواند حمایت عاطفی یا مالی فراهم نماید و یا مستقیماً در فعالیت های مختلف مساعدت نماید، حتی این گونه خدمات می تواند از راه دور ارایه شود.

مفاهیم و دیدگاه های مرتبط با سالمندی

تعریف سالمندی از یک سو متناسب با سن بازنشستگی و از سوی دیگر در ارتباط با وضعیت عمومی سلامت جسمی و روانی مطرح می شود. سالمندی مرحله ای است که طی آن ظرفیت برای تقسیم سلولی و ظرفیت برای رشد و عملکرد در طول زمان از دست می رود و در نهایت منجر به مرگ می شود.^۱

در اغلب جوامع از جمله کشور ایران مرز قراردادی ۶۰ سال سن، یعنی زمانی که فرد از خدمت بازنشسته می شود، آغاز سالمندی منظور می شود و به همین دلیل افراد ۶۰ ساله و بالاتر به عنوان سالمندان کشور شناخته می شوند. اگر چه در بعضی منابع دیگر، ۶۵ سالگی به عنوان مرز مشخص کننده در نظر گرفته شده است.

شایان ذکر است که ابن سینا در کتاب قانون در طب، جرجانی در ذخیره خوارزمشاهی و مولوی در کتاب مثنوی، سن ۶۰ سالگی را مرز ورود به سالخوردگی قلمداد نموده اند.

در ایران طبق قانون تأمین اجتماعی، سن بازنشستگی برای مردان ۶۰ و برای زنان ۵۵ سالگی است و طبق قانون مدیریت خدمات کشوری برای مردان و زنان و برای مشاغل تخصصی و غیرتخصصی به ترتیب ۶۵ و ۶۰ سالگی تعیین شده است.

سازمان بهداشت جهانی افراد سالمند را بر اساس گروه های زیر طبقه بندی کرده است:

- افراد دارای سنین بین ۶۰ تا ۷۴ سال: سالمند جوان
- افراد دارای سنین بین ۷۵ تا ۸۹ سال: سالمند میانسال
- افراد دارای سنین بالای ۹۰ سال: سالمند پیر^۲

موضوع سلامتی و ارتباط آن با افزایش سال های زندگی در عصر حاضر چالش های فراوانی را به وجود آورده است. افزایش طول عمر انسان ها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن گذشته بوده و سالخوردگی جمعیت پدیده ای است که برخی از جوامع بشری با آن روبرو هستند و برخی دیگر در آینده ای نزدیک با آن روبرو خواهند شد. این پدیده ناشی از بهبود شرایط بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی، کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی و اعمال سیاست کنترل موالید می باشد؛ لذا باید آن را به حق، یک موفقیت به حساب آورد.

شاخص سالمندی: عبارت است از تعداد افراد ۶۰ ساله و بالاتر به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت زیر ۱۵ سال.

امنیت سالمند: ایجاد محیط زندگی امن در داخل و خارج از منزل.

تأمین سالمند: پاسخگویی به نیازهای مالی و امنیت اقتصادی و رفاهی سالمند.

دیدگاه های جدید زیست شناختی سالمندی:

نظریه های: اریکسون در خصوص تحول سالمندی - تداوم^۳ - فعالیت^۴ - عدم مشارکت^۵ - تعالی سالمندی^۶.

سالمندی کارآمد^۷: یعنی سالمندی که نشانه های مرتبط با رفتار و سطحی از رشد و تحول دارد که مرتبط با گروه سنی خاصی می باشد. که لزوماً ممکن است با سن تقویمی وی همسان نباشد؛ در واقع این مفهوم ترکیبی از سن تقویمی، سن فیزیولوژیک (زیستی)، روانی و عاطفی فرد می باشد.

^۱-Merck Sharp &Dome Corp, Merck Manual of Geriatric. section ۱, ۲۰۰۹

^۲ - مقصودنیا، شهربانو؛ مراقبت های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران؛ ۱۳۸۵.

^۳ - Continuity

^۴ - Activity

^۵ - Disengagements

^۶ - Gerotranscendence

^۷ -Functional Elderly

سالمندی موفق^۱: مفهوم سالمندی موفق به معنی فقدان یا نبود بیماری نمی باشد بلکه ترکیبی است از سلامت جسمی، قدرت تولید و مشارکت، استقلال، قدرت انطباق خوب با دیدگاه مثبت. سالمند موفق همواره خود را در امور مرتبط با افراد دیگر و فعالیت های جمعی، مشارکت داده سعی در رسیدن به نتایجی حمایتی و دارای مفهوم از عملیات خود دارد.

احساس بهباشی و خوب بودن^۲: احساس رضایت از زندگی و آرامش خاطر این مفهوم در ارتباط با سالمندی موفق بیان می شود که اغلب با مفهوم سلامت، مورد هم پوشانی قرار می گیرد. رضایت مندی و خوب بودن بیانگر تعادلی میان محیط، جنبه های عاطفی، معنوی، اجتماعی، جسمی و فرهنگی زندگی یک فرد می باشد.

منزلت و تکریم^۳: منزلت یک مفهوم چند لایه می باشد. منزلت در هویت (احترام/اعتماد به نفس)؛ در حقوق فردی (عدالت/حق انتخاب)؛ خودمحوری و خودکاربودن (داشتن استقلال و کنترل) نمود می یابد. تحقیر شدن، کنار گذاشته شدن از جایگاه های تصمیم گیری، برخورد با فرد مثل یک شی، از مصداق های از بین رفتن منزلت سالمندی است.

سالمندی مثبت^۴: مفهوم سالمندی مثبت واژه ای است که فرایند حفظ یک نگرش مثبت، بهباشی و احساس خوب بودن فرد نسبت به خود، تناسب فیزیکی، سلامت جسمی و مشارکت تمام و کمال در عرصه های زندگی در مسیر سالمند شدن را توصیف می نماید. سالمندی پاداش های نیکی به همراه دارد ولی در برخی مقاطع، تغییرات عمده ای نیز رخ می دهد نظیر اُفت کارکرد جسمی، ضعف ارتباطات اجتماعی، اشتغال و گوشه گیری، حفظ یک نگرش مثبت نسبت به سالمند شدن کمک به افزایش اعتماد به نفس و مواجه شدن با چرخه های مختلف زندگی با یک احساس خوشی می شود. برخی از مهم ترین راهکارهای سالمندی مثبت عبارتند از داشتن یک نگرش مثبت، حفظ ارتباطات بین فردی، مهارت و به کارگرفتن قوای فکری، مقابله با استرس، شغل تمام یا پاره وقت چه با حقوق و چه داوطلبانه، انجام فعالیت های بدنی، معاینات پزشکی دوره ای و تغذیه سالم.

دیدگاه های اجتماعی نوین نسبت به جایگاه سالمندان:

با توجه به شرایط و ویژگی های اجتماعی اقتصادی جمعیت در معرض سالمندی کشور در آینده های نه چندان دور سالمندانی خواهیم داشت با تجربیاتی متنوع، استعدادهای شکوفا شده در چند منظور و استادی در عین تداوم اراده یادگیری، بدین ترتیب دیگر جایی برای طرح سالمند به عنوان گروه آسیب پذیر اجتماع، سربار اجتماعی و بی فایده نیست بلکه نگرش به وی در قالب منبعی در جهت توسعه و رشد اجتماعی تغییر یافته است. می بایست اهمیت نقش مشارکتی مؤثر سالمندان از سوی خانواده، اجتماع و دولت پذیرفته شود تا در نهایت منجر به یک زندگی با ارزش، همراه با منزلت، با حفظ سلامت همه جانبه، کارآمد گردد و در نهایت سالمندی با احساس رضایت و بهباشی همراه باشد.

با عنایت به دیدگاه اجتماعی نوین می توان ابعاد یک زندگی استاندارد برای سالمندان را مطابق محورهای ذیل در نظر گرفت:

- برخورداری از سلامت جسمی و روانی
- برخورداری از خانواده شاد، حمایت اجتماعی، محیط دوستانه و پشتیبان و توانمندساز
- دسترسی به خدمات مکفی در زمینه ی بهباشی و رفاه اجتماعی
- امکان راهبرد یک زندگی همراه با منزلت، استقلال (عدم وابستگی)، خودمحوری و قرارگیری در جایگاه محوری و مرکزی مشارکت در افراد خانواده، اجتماع و فعالیت های اجتماعی
- تداوم به روز شدن اطلاعات سالمند از طریق ارتباط با داده های مفید، اطلاعات و اخبار روز.

^۱ - Successful Elderly

^۲ - Well Being

^۳ - Dignity

^۴ - Positive Ageing

سالمندی از دیدگاه های اسلام و احادیث:

اهمیت و جایگاه بسیار والای احسان به والدین و تکریم ایشان در دوره سالمندی در احادیث به کرات آمده و نمودی است از اینکه توجه به والدین سالمند مظهر لطف الهی می باشد. رسول خدا(ص) فرمود: «الْبِرْكَه مَعَ أَكَابِرُكُمْ»؛ «برکت و خیرماندگار، همراه بزرگ ترهای شماست». هم چنین مفهوم "بزرگسالی" و "سن بالا" در فرهنگ دینی ما معادل رعایت احترام می باشد.

پیامبر اکرم(ص) فرمودند: «پیران را بزرگ و محترم دارید زیرا احترام به آنها به منزله ی احترام به مقام الهی است». در قرآن کریم در خصوص رأفت، خیرخواهی و دعا در حق سالمندان آمده: «إِنَّمَا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَفٍّ وَلَا تَنْهَرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا (۲۳) وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا.^۱»

«ادب و احترام نسبت به پدر و مادر کهنسال، آن است که: آنان را به اسم، صدا نکنی، به احترامشان برخیزی، از آنان جلوتر راه نروی، با آنان بلند و پرخاشگرانه سخن نگویی، نیازهایشان را برآوری، خدمت گزاری به آنان را وظیفه‌ای بزرگ بدانی و از آنان در سن کهولت و پیری مراقبت کنی.»

در فرهنگ اسلامی وجود سالمندان و احسان به آنان به مثابه عاملی جهت نزول برکات و خیرات در زندگی و باعث رخ دادن اثرات مثبت و سازنده در زندگی اطرافیان قلمداد گردیده است. پیامبر اکرم(ص): «وجود سالمندان بین شما باعث برکت و نعمت های الهی می باشد.»

هم چنین در احادیث اشاره به حقوق سالمندان شده است. امام سجاده(ع) فرموده اند: «حق سالخورده این است که حرمت پیری اش را نگه داشته و در کارها او را مقدم بداری.» در اختلافات، [خصمانه] با او رو به رو نشوی. در راه رفتن، بر او سبقت نگیری و پیشاپیش او راه نروی. نادانش شماری و اگر رفتار جاهلانه ای کرد، تحمل کنی.»

اگر بعضی سالمندان از لحاظ کار و تأمین معاش ناتوان باشند وظیفه ی حکومت است که آنان را تأمین و سرپرستی نماید. با چنین تمهیدات روشن و اخلاقی در سابقه دینی، در جامعه ما که تعالیم اسلام سرمشق همگان از سنین پایین قرار می گیرد و افراد خانواده به سالمندان خود به دیده تکریم و عطوفت نگاه می کنند و آنان را مورد رأفت قرار می دهند، لازم است برای نسل جوانمان سازوکاری اندیشید آوردن به مضامین غرب، که سالمندان پیری خود را با تنهایی و غربت هم نشین هستند، به فرهنگ اصیل ایرانی و اسلامی برگردیم و جایگاه تکریم سالمندان مان حفظ گردد.

قوانین، مقررات و اسناد بالادستی

بررسی ها نشان می دهد که سالمندان تنها یک درصد از مجموع قوانین تصویب شده در کشور را دارا هستند که از این مقدار ۶۲٪ قوانین و مقررات اقتصادی، ۲۲٪ اجتماعی و ۱۶٪ رفاهی و بهداشتی است. دقت در همین سهم ناچیز نشان می دهد که اغلب این مصوبات نیز به صورت پراکنده و یا در قالب آیین نامه های اجرایی دولت و سازمان ها می باشد، همچنین نگاهی به مصوبات اجتماعی مرتبط، نشان می دهد که در سهم مربوطه ۲۲٪ نیز اعتنای خاصی به مسایل و ضرورت های خاص و عمیق سالمندان نشده است. مجموع مطالعات و بررسی ها نشان می دهد که سالمندان و سالمندی تعریف روشنی چه در نظام قانونگذاری و چه در فرهنگ عمومی نیافته است. البته شایان ذکر است برخی حقوقدانان معتقدند در کشوری که هنوز هم قوانین نانوشته احترام خاصی برای سالمندان قابل است. آیا لازم است این موضوعات در قانون آورده شود؟

این زمینه ها که ما آن را به طور عمومی ابهام در تعریف و جایگاه سالمندی و سالمندان در برنامه ریزی فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی می خوانیم، نوعی نیاز برای تهیه و تدوین محورها و سرفصل های مهم سالمندی را به همراه آورد. این سرفصل ها عبارتند از: "سالمندی و تغییرات جمعیتی، جایگاه و موقعیت فرهنگی - اجتماعی سالمندان، هویت سالمندی و انتقال فرهنگی، مشارکت اجتماعی، خانواده، اوقات فراغت و ورزش، مراقبت و حمایت عمومی، بهداشت و سلامت، وضعیت اقتصادی و معیشت سالمندان، بازنشستگی، فضاهای سالمندی، مصرف کالاهای فرهنگی و آموزش و توانبخشی قوانین حمایت از سالمندان در کشور"، متأسفانه به طور کلی جامع و کامل نبوده و بسیاری از مسایل و مشکلات سالمندان کشور با توجه به بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی نادیده گرفته شده اند.

قوانین و مقررات مرتبط با سالمندان:

قانون اساسی: در اصل (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی، اشاره مستقیمی به پدیده پیری و حقوق افراد سالمند شده است: "برخوردار از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند." بر این اساس کلیه سالمندان نیز به عنوان بخشی از افراد جامعه باید تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار گیرند. از خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیر بیمه برخوردار شوند.

البته سایر اصول قانون اساسی به خصوص فصل سوم آن تحت عنوان حقوق ملت نیز مجموعه ای از تسهیلات را برای آحاد ملت پیش بینی کرده که طبیعتاً سالمندان نیز باید از آنها برخوردار شوند.

سیاست های کلان جمعیت: بند (۷) سیاست های کلان جمعیت ابلاغی از مقام معظم رهبری (در تاریخ ۹۳/۲/۳۰) در خصوص سالمندان می باشد: "فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش بینی ساز و کار لازم برای بهره مندی از تجارب و توانمندی های سالمندان در عرصه های مناسب".

سیاست های کلی خانواده: اتخاذ روش های حمایتی و تشویقی مناسب برای تکریم سالمندان در خانواده و تقویت مراقبت های جسمی و روحی و عاطفی از آنان

قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳ - ۱۳۷۹): بر مبنای جزء (۵) بند (الف) ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه، "سازمان بهزیستی کشور مکلف است در جهت ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان در سال اول برنامه سوم نسبت به تهیه، تدوین و اجرای طرح ساماندهی بیماران یاد شده اقدام کند."

در ذیل ماده مذکور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف شد که با همکاری سازمان برنامه و بودجه آئین نامه اجرایی را تهیه و به تصویب هیئت وزیران برساند. براین اساس پس از تدوین و تصویب آئین نامه مذکور از ابتدای سال ۱۳۸۳ دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور با دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور و با عضویت وزارت خانه ها و سازمان های مختلف ذیربط تشکیل شد.

قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴): در سال های اجرای برنامه چهارم با توجه به تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، در واقع بخش عمده ی تکالیف مربوط به سالمندان باید در چارچوب قانون مذکور رفع و رجوع می شد. با وجود این، در بند(ط) ماده(۹۷) قانون برنامه چهارم توسعه، تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل ۲۵٪ جمعیت هدف تصریح شد. در واقع با تصویب این بند ادامه فعالیت دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور (موضوع آیین نامه اجرایی جزء(۵) بند(الف) ماده(۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه) مجوز قانونی یافت.

قانون برنامه پنجم توسعه(۱۳۹۳-۱۳۸۹): ماده های(۳۲) و (۳۶) و (۳۹) قانون برنامه پنجم توسعه (ماده واحده لایحه قانونی راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور).

قانون برنامه ششم توسعه(۱۳۹۸-۱۳۹۴): ماده های(۴۵-۴۰) قانون برنامه ششم توسعه (سرفصل امور اجتماعی).

ماده(۸۰) بند(ج)- حمایت از بیماران روانی مزمن و سالمندان

۱- تداوم اجرای طرح ساماندهی و توان بخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل ۷۵٪ جمعیت هدف در پایان اجرای قانون برنامه

۲- تداوم اجرای طرح ساماندهی و توان بخشی سالمندان با پوشش حداقل ۲۵٪ جمعیت هدف

ماده(۳۷) احکام دائمی: بند(الف) - ایجاد سازوکار و تأمین اعتبار لازم به منظور اجرایی شدن خط مشی حضرت امام خمینی(ره) و سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری(مدظله العالی).

ماده(۳۷) احکام دائمی: بند(پ)- دولت موظف است سند جامع سبک زندگی اسلامی - ایرانی را با لحاظ شاخص های کمی و کیفی نظیر الگوی مصرف، ترویج روحیه مشارکت و فرهنگ تعاون و رقابت سالم بین مردم، قناعت و صرفه جویی و احترام به کسب و کار حلال، احترام به قانون، تفریحات و اوقات فراغت سالم، ترویج سخت کوشی و ساده زیستی متناسب با آموزه های اسلامی تدوین و با رعایت موارد زیر اجراء نماید: ۱- حمایت، پشتیبانی و تأمین اعتبار و ایجاد سازوکار لازم در اجرای سند ۲- گفتمان سازی و ترویج فرهنگ سبک زندگی اسلامی - ایرانی و اجرای آن در تعامل با رسانه های دیداری، شنیداری و مکتوب ۳- پایش مستمر وضعیت سبک زندگی اسلامی - ایرانی بر اساس شاخص های مصوب و ارائه گزارش سالانه به هیأت وزیران ۴- واسپاری و حمایت از سازمان های مردم نهاد و تشکل های مردمی در اجرای سند ۵- رفع موانع ازدواج، کاهش سن ازدواج، پوشش بیمه ای زایمان و درمان ناباروری، آموزش و توانمندسازی خانواده ها.

ماده(۵۷) احکام دائمی: بند(الف) - به منظور بسط و گسترش هرچه بیشتر عدالت اجتماعی در جامعه، کاهش فقر و نابرابری، تحقق اقتصاد مقاومتی و عدالت بنیان کردن توسعه اقتصادی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است نسبت به رصد شاخص های رفاه و تأمین اجتماعی و تقویم و اثرسنجی برنامه ها و اقدامات اقتصادی بر وضعیت و کیفیت زندگی اقشار و گروه های هدف اقدام و نسبت به تهیه و تدوین و اجرای (بسته های سیاستی) زیر متناسب با فرآیندهای رشد، توسعه و پیشرفت مبادرت کند: ۱- بسته سیاستی (صیانت اجتماعی) مبتنی بر مصون سازی و پیشگیری از بروز مخاطرات و آسیب های اجتماعی و مداخله مؤثر برای کاهش و کنترل آسیب های اجتماعی و تحکیم و تقویت پیوندهای اجتماعی ۲- بسته سیاستی (حمایت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات اجتماعی متناسب با نیازهای جسمی و روانی اقشار و گروه های هدف جهت برابری فرصت ها و زمینه سازی بازگشت و حضور فعال افراد آسیب دیده در اجتماع ۳- بسته سیاستی (مساعادت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات جبرانی و ترمیمی متناسب با نیازهای معنوی و مادی اقشار و گروه های هدف از طریق توانمندسازی، کارگستری، مهارت آموزی و ایجاد زمینه های خوداتکائی آنها ۴- بسته سیاستی (بیمه های اجتماعی) مبتنی بر ایجاد زمینه جلب مشارکت بیشتر ذینفعان در تأمین مالی خدمات اجتماعی از طریق افزایش ضریب نفوذ بیمه های اجتماعی درمانی و بازنشستگی در کشور.

ماده (۵۷) احکام دائمی: بند (پ) - دولت مکلف است به منظور رفع فقر و نابرابری، بسط و ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی، ایجاد زمینه تضمین حداقل حمایت های اجتماعی، تأمین حداقل کیفیت زندگی و پیشگیری از بروز آسیب های اجتماعی، وفق تبصره ذیل ماده (۱۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۲/۲/۲۲، ضمن تجمیع و ساماندهی شوراهای مرتبط با امور سالمندان، کودکان، معلولان و نظایر آن در شورای راهبردی و تخصصی امور حمایتی در زیرمجموعه شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی نسبت به انجام امور زیر در قالب برنامه های اجتماع محور و خانواده محور و با استفاده حداکثری از مشارکت های مردمی و همکاری های جمعی اقدام کند: ۱- اجرای طرح های حمایت از کودکان در معرض آسیبهای اجتماعی و یا دارای معلولیت ها و نارسایی های جسمی، روانی و خانوادگی و یا مبتلا به فقر غذایی، آموزشی ۲- اجرای طرح های حمایت از زنان و دختران با اولویت زنان سرپرست خانوار و دختران دارای مشکلات جسمی، روانی و خانوادگی و در معرض آسیب های اجتماعی ۳- اجرای طرح های حمایت از سالمندان و برنامه های غنی سازی دوران سالمندی به منظور ایجاد زمینه حضور فعال و مؤثر آنان در عرصه اجتماع و خانواده ۴- ایجاد مرکز اطلاعات و مطالعات آسیب های اجتماعی به منظور پایش و پیمایش انواع آسیب های اجتماعی و شناسایی گروه ها و اقشار هدف ۵- اجرای طرح های غربالگری اجتماعی، امداد اجتماعی و توانمندسازی اقشار و گروه های نیازمند و آسیب پذیر مبتنی بر توانبخشی جسمی، روانی و خانوادگی و آموزش مهارت های زندگی و ارائه انواع مساعدت ها و حمایت های اجتماعی به افراد آسی بدیده و نیازمند واجد شرایط ۶- جلب مشارکت خیریه ها، واقفان، سازمان های مردم نهاد و نیز بنیادها و نهادهای زیر نظر مقام معظم رهبری در جهت پیشبرد برنامه های حمایت اجتماعی ۷- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است متناسب با شرایط و مقتضیات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی روز کشور، نسبت به طراحی و پیاده سازی (برنامه چتر ایمنی اجتماعی) ضمن شناسایی به موقع اقشار و گروه های هدف و در معرض آسیب های اجتماعی و نیازمند دریافت خدمات، حمایت ها و مساعدت های اجتماعی با رویکرد توانمندسازی، کارگستری و ایجاد زمینه بازگشت مجدد آنها به جامعه خانواده و بازار کار اقدام کند و الزامات قانونی، مقرراتی و منابع مالی و اعتباری مورد نیاز آن را حسب مصوبات شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و با همکاری سازمان برنامه و بودجه کشور در قالب بودجه سنواتی لحاظ کند. ۸ - سازمان بهزیستی کشور متولی سلامت اجتماعی با رویکرد پیشگیری از آسیب های اجتماعی و مداخله در بحران های اجتماعی، ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی به کلیه معلولان، مددجویان و گروه های آسیب پذیر از قبیل زنان، کودکان، سالمندان نیازمند جامعه می باشد. همچنین مرجع صدور پروانه تأسیس و فعالیت در امور زیر می باشد: مهدهای کودک، مراکز نگهداری شبانه روزی کودکان بی سرپرست و خیابانی، خانه سلامت دختران و زنان، مجتمع ها و مراکز خدمات بهزیستی، کلینیک ها و اورژانس های مددکاری اجتماعی و روان شناسی، مراکز خدمات مشاوره اجتماعی و روان شناختی اجتماعی، مراکز توانبخشی معلولان، مراکز حرفه آموزی معلولان، مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان، مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن، مراکز خدمات مشاوره ژنتیک، مراکز درمانی و بازتوانی معتادان و نیز انجمن ها و مؤسسات غیردولتی و خیریه که در راستای اهداف سازمان بهزیستی کشور فعالیت می کنند.

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی: قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که در اردیبهشت سال ۱۳۸۳ به تصویب نهایی مجلس شورای اسلامی رسید، حاوی قوانین جامعی در خصوص مسائل اجتماعی از جمله سالمندی بود. بندهای (الف)، (ج)، (ی) بند (۱) قانون مذکور به "بازنشستگی"، "از کارافتادگی"، "بیوه گان" و "زنان سالخورده" به عنوان کسانی که دولت باید از آنها در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن از طریق این قانون حمایت کند، اشاره دارد.

ماده (۳) قانون مورد بحث به اهداف و وظایف حوزه بیمه ای اشاره کرده و بر اساس بند (د) این ماده دولت موظف به تشکیل صندوق های بیمه ای مورد نیاز از قبیل بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده شده است. به علاوه در سایر مواد از جمله (۴) و (۵) که به اهداف و وظایف حوزه حمایتی، توانبخشی و امدادی اشاره دارد نیز سیاست ها و برنامه هایی برای جمعیت هدف برنامه پیش بینی شده، که شامل سالمندان هم می شود.

از دیگر نکات مهم در قانون مورد بحث ماده (۹) آن است که در آن اصول و سیاست های اجرایی نظام جامع روشن شده و این به معنای آن است که هر برنامه یا اقدامی در زمینه مسائل اجتماعی باید از این سیاست ها تبعیت کند. "پیشگیری"، "فراگیری"، "حمایتی"، "توانمندسازی" و "کارگستری" از جمله مهمترین این سیاست ها هستند که برنامه های مرتبط با سالمندی نیز باید در چارچوب این سیاست ها طراحی و اجرا شوند.

برنامه عمل بین المللی مادرید: اقدامات مثبت در جهت حمایت از سالمندی در سال ۲۰۰۲ ادامه یافت تا جایی که "دومین مجمع جهانی در مادرید با موضوع سالمندی" برگزار گردید. این مجمع با هدف طراحی سیاست های بین المللی در حوزه سالمندی برای قرن ۲۱ اقدام به تصویب یک اعلامیه سیاسی و "برنامه عمل بین المللی مادرید" در آن حوزه نمود. این برنامه عمل خواهان تغییراتی در نگرش ها، سیاست ها و اقدامات در کلیه سطوح در جهت عملی ساختن ظرفیت گسترده سالمندی در قرن ۲۱ بود و پیشنهادات خاص عملی آن، اولویت را به سالمندان و توسعه، ارتقای سلامت و رفاه برای سالمندی و تضمین وجود محیطی فعال و حمایتی می داد.

آئین نامه تشکیل دبیرخانه ملی سالمندان کشور: هیأت وزیران در فروردین ماه ۱۳۸۳ با تصویب آیین نامه اجرایی جزء (۵) بند (الف) ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه مقرر کرد به منظور ساماندهی سلامت و رفاه سالمندان، دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور به دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور تشکیل شود. از سوی دیگر، از آنجا که مستند قانونی تصویب این آیین نامه جزء (۵) بند (الف) ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه است، بر مبنای بند (ط) ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم توسعه، ساماندهی سالمندان مورد تأکید قرار گرفته است.

مأموریت دبیرخانه ملی سالمندان کشور: مأموریت شورا ایجاد فضای لازم جهت توانمندسازی سالمندان در راستای حفظ استقلال فردی، کرامت و منزلت ایشان در خانواده و جامعه می باشد. دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور با بسیج سازمان های مردم نهاد و دستگاه های عضو شورای ملی سالمندان کشور در امر خدمات رسانی به سالمندان می کوشد با سیاستگذاری و ایجاد سیستم یکپارچه و منسجم، خدمات جامع سالمندی را در کشور گسترش و تسری دهد و از این طریق به افزایش سطح کیفیت زندگی سالمندان و رعایت تکریم و جایگاه اجتماعی ایشان کمک نماید.

وضعیت سالمندان در ایران

۱. مشخصات جمعیتی شناختی:

حسب گزارش های مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۵ جمعیت بالای ۶۰ سال (۶/۶٪) بوده است و در سال ۱۳۸۵ جمعیت سالمندان کشور (۷/۲۶٪)؛ ۵۱۲۱۰۴۳ نفر بوده که از این تعداد (۶۴/۰۵٪) در شهر و (۳۵/۹۵٪) در روستا زندگی می کنند. در سال ۱۳۹۰ جمعیت سالمند ۶۱۵۹۶۷۶ نفر (۸/۱۹٪)؛ که ۴۲۳۱۹۰۹ نفر سالمند شهری (۶۸/۷٪) ساکن شهر؛ ۱۹۲۳۶۸۱ نفر سالمند روستایی (۳۱/۲۳٪) ساکن روستا می باشند.

از عوامل مؤثر بر سالمند شدن جمعیت کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی می باشد. پیشرفت هایی که در زمینه بهداشت و پزشکی به وجود آمده نیز به افزایش امید به زندگی و سالمند شدن جمعیت کمک کرده است. بعد از جنگ جهانی دوم با انجام واکسیناسیون های گسترده، توجه به بهداشت کودکان در مدارس، تلاش برای ریشه کنی برخی بیماری ها و نیز درمان انواعی از بیماری ها مانند سل، مالاریا و ... شانس زنده ماندن برای بسیاری از افراد جامعه افزایش یافت.

روند افزایش امید به زندگی که در جدول شماره ۱ آمده است گویای افزایش شانس زنده ماندن آحاد جمعیت و در نتیجه فزونی سالمندان کشور است. توجه گردد که امید به زندگی در بدو تولد در سال ۱۳۳۵ معادل ۳۷/۵ سال بوده که به حدود ۷۰ سال در سال ۱۳۸۵ رسیده است.

جدول شماره ۱) امید به زندگی در بدو تولد در ایران طی سال های ۱۳۹۵ - ۱۳۵۵:

سال	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
مرد	۵۷/۶	۵۸/۵	۶۷/۰	۷۱/۱	۷۲/۱	۷۲/۱
زن	۵۷/۴	۵۹/۳	۶۹/۸	۷۳/۱	۷۴/۶	۷۴/۶

* اقتباس از سرشماری های مرکز آمار ایران

کشور ایران بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ با از دست دادن جمعیت کمتر از ۱۵ سال خود و کاهش آن به میزان ۲۵/۱٪ از حالت جوانی جمعیت خارج شده است و همچنان که آمارها نشان می دهد با افزایش جمعیت بالای ۶۵ سال، از این پس در ایران شاهد روند جمعیتی به نام جمعیت سالمندی یا سالخوردگی می شود، که نتیجه کاهش میزان مولید، پیشرفت های علوم پزشکی و در نتیجه افزایش امید به زندگی می باشد.

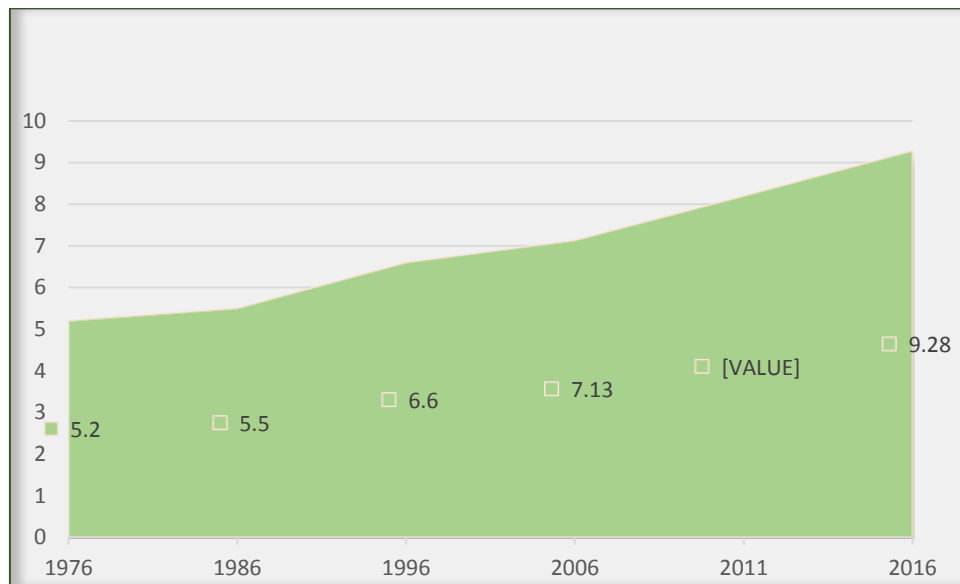
جدول شماره ۲) تغییرات جمعیت سالمندی در ایران طی سال های ۱۳۹۵ - ۱۳۵۵:

ایران	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
جمعیت بالای ۶۰ سال	۱۷۷۰۶۱۴	۲۶۸۶۳۵۰	۳۹۷۸۱۲۷	۵۱۲۱۰۴۳	۶۱۵۹۶۷۶	۷۴۱۴۰۹۱

* اقتباس از سرشماری های مرکز آمار ایران

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می شود، درصد جمعیت سالمندی کشور طی ۳۵ سال از ۵/۲ به ۸/۲٪ رسیده است. متوسط رشد سالیانه جمعیت سالمندی در بین سال های ۱۳۸۵-۱۳۹۵ حدود ۳/۹٪ می باشد، بر اساس پیش بینی مرکز آمار با فرض ثابت بودن نرخ باروری جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در سال ۱۴۲۰ به ۱۲۵۱۶۰۰۰ نفر می رسد. این ارقام کاملاً مستقل از هر افزایشی یا کاهشی است که در سطح باروری ایران رخ دهد و بنابراین برنامه ها باید جامعه را برای چنین جمعیتی آماده کنند و افق این برنامه ها باید سال ۲۰۵۰ باشد.

جدول شماره ۳) درصد تغییرات جمعیت سالمندی در ایران طی ۴۰ سال:



تعداد افراد بالای ۶۰ سال کشور که طبق تعریف در گروه سالمندان طبقه بندی می شوند ۷۴۱۴۰۹۱ نفر (۹/۲۸٪ جمعیت کشور) است. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، از کل جمعیت کشور ۴۰۴۹۸۴۴۲ نفر مرد (۵۰/۶۷٪) و ۳۹۴۲۷۸۲۸ نفر زن (۴۹/۳۳٪) هستند، که بین جمعیت مردان، ۳۶۵۸۴۰۵ نفر مرد سالمند (۹/۰۳٪) و جمعیت زنان، ۳۷۵۵۶۸۶ نفر زن سالمند (۹/۵۳٪) در قید حیات می باشند. آمار فوق نشان می دهد سالخوردگی جمعیت به مرور زنانه تر می شود.

جمعیت ۱۰۰ ساله و بیشتر ۶۵۶۸ نفر (۰/۰۹٪ جمعیت کشور) و شامل ۳۱۷۶ مرد (۴۸/۳۶٪) و ۳۳۹۲ زن (۵۱/۶۴٪) است. استان های گیلان با ۱۳/۲۵٪، مازندران با ۱۱/۴۱٪، مرکزی با ۱۰/۸۹٪، همدان با ۱۰/۸۰٪، آذربایجان شرقی با ۱۰/۷۳٪ و خراسان جنوبی با ۹/۵۲٪ از بالاترین درصد جمعیت سالمندان برخوردار بوده و کمترین درصد جمعیت سالمندان در استان های سیستان و بلوچستان با ۴/۸۹٪، هرمزگان با ۶/۰۵٪، بوشهر با ۶/۸۴٪، خوزستان با ۷/۰۵٪ و کهگیلویه و بویراحمد با ۷/۱۴٪ دیده می شوند. ۷/۸۸٪ از جمعیت شهرنشین و ۸/۹۷٪ از جمعیت ساکن روستاها در گروه سالمندان قرار دارند.

به بیان دیگر همان طور که در اواخر دهه ۱۳۶۰ و دهه ۱۳۷۰ نیازهای خاص گروه سنی کودک و نوجوان (تغذیه، ایمن سازی، بهداشت، مدرسه) وجه غالب را در برنامه ریزی کلان کشور داشته و در دهه ۱۳۸۰ نیز این جایگاه به نیازهای خاص جوانان (ازدواج، مسکن، شغل) اختصاص یافته است، برنامه ریزی برای دو دهه آینده باید به نیازهای خاص سالمندان و سالخوردگان متمرکز شود.^۱

^۱ - مرکز آمار ایران.

جدول ۴) تعداد و درصد سالمندان هر استان به ترتیب جمعیت سالمندی - سال ۱۳۹۵:

استان	رتبه استان	درصد جمعیت سالمند به جمعیت استان	جمعیت کشور	جمعیت کشور		
				کل	مرد	زن
			۷۹۹۲۶۲۷۰	۷۴۱۴۰۹۱	۳۶۵۸۴۰۵	۳۷۵۵۶۸۶
گیلان	۱	۱۳.۲۵	۲۵۳۰۶۹۶	۳۳۵۳۱۳	۱۶۳۴۳۸	۱۷۱۸۷۵
مرکزی	۲	۱۱.۴۱	۳۲۸۳۵۸۲	۳۷۴۸۰۱	۱۸۴۶۹۹	۱۹۰۱۰۲
مازندران	۳	۱۰.۸۹	۱۴۲۹۴۷۵	۱۵۵۶۹۵	۷۴۳۷۳	۸۱۳۲۲
آذربایجان شرقی	۴	۱۰.۸۰	۱۷۳۸۲۳۴	۱۸۷۷۴۹	۸۹۲۷۳	۹۸۴۷۶
خراسان جنوبی	۵	۱۰.۷۳	۳۹۰۹۶۵۲	۴۱۹۵۹۴	۲۰۸۰۱۴	۲۱۱۵۸۰
همدان	۶	۱۰.۶۴	۵۱۲۰۸۵۰	۵۴۴۹۹۸	۲۷۳۱۶۵	۲۷۱۸۳۳
اصفهان	۷	۱۰.۴۴	۱۳۲۶۷۶۳۷	۱۳۸۵۵۴۵	۶۹۰۱۳۹	۶۹۵۴۰۶
سمنان	۸	۱۰.۰۲	۱۹۵۲۴۳۴	۱۹۵۷۰۱	۹۵۳۳۲	۱۰۰۳۶۹
تهران	۹	۹.۹۸	۷۰۲۳۶۰	۷۰۰۷۸	۳۴۵۷۵	۳۵۵۰۳
زنجان	۱۰	۹.۷۸	۱۰۵۷۴۶۱	۱۰۳۴۵۱	۴۹۲۹۱	۵۴۱۶۰
اردبیل	۱۱	۹.۷۶	۷۶۸۸۹۸	۷۵۰۲۵	۳۷۱۲۴	۳۷۹۰۱
کرمانشاه	۱۲	۹.۴۶	۴۸۵۱۲۷۴	۴۵۸۷۵۶	۲۲۵۹۰۶	۲۳۲۸۵۰
یزد	۱۳	۹.۳۷	۱۲۷۰۴۲۰	۱۱۹۰۴۷	۵۸۱۶۰	۶۰۸۸۷
کردستان	۱۴	۹.۳۰	۱۶۰۳۰۱۱	۱۴۹۱۴۵	۷۴۰۷۲	۷۵۰۷۳
فارس	۱۵	۸.۹۲	۱۲۷۳۷۶۱	۱۱۳۶۷۹	۵۵۶۲۳	۵۸۰۵۶
قزوین	۱۶	۸.۹۱	۲۷۱۲۴۰۰	۲۴۱۷۷۵	۱۲۱۹۴۶	۱۱۹۸۲۹
خراسان رضوی	۱۷	۸.۸۳	۱۷۶۰۶۴۹	۱۵۵۴۷۱	۷۵۷۲۷	۷۹۷۴۴
آذربایجان غربی	۱۸	۸.۷۹	۱۱۳۸۵۳۳	۱۰۰۰۵۰	۴۹۷۸۷	۵۰۲۶۳
چهارمحال و بختیاری	۱۹	۸.۶۹	۹۴۷۷۶۳	۸۲۳۷۴	۴۰۴۳۱	۴۱۹۴۳
لرستان	۲۰	۸.۵۶	۳۲۶۵۲۱۹	۲۷۹۵۸۴	۱۳۵۰۰۹	۱۴۴۵۷۵
خراسان شمالی	۲۱	۸.۵۱	۵۸۰۱۵۸	۴۹۳۶۰	۲۵۲۱۶	۲۴۱۴۴
البرز	۲۲	۸.۵۰	۸۶۳۰۹۲	۷۳۳۶۳	۳۵۵۰۱	۳۷۸۶۲
ایلام	۲۳	۸.۴۸	۶۴۳۴۵۰۱	۵۴۵۵۲۱	۲۶۶۵۹۲	۲۷۸۹۲۹
کرمان	۲۴	۷.۸۱	۳۱۶۴۷۱۸	۲۴۷۲۰۶	۱۲۳۵۳۸	۱۲۳۶۶۸
گلستان	۲۵	۷.۸۰	۱۸۶۸۸۱۹	۱۴۵۶۹۴	۶۹۹۶۷	۷۵۷۲۷
قم	۲۶	۷.۷۰	۱۲۹۲۲۸۳	۹۹۴۵۴	۴۹۹۹۹	۴۹۴۵۵
کهگیلویه و بویراحمد	۲۷	۷.۱۴	۷۱۳۰۵۲	۵۰۹۰۲	۲۶۴۲۵	۲۴۴۷۷
خوزستان	۲۸	۷.۰۵	۴۷۱۰۵۰۹	۳۳۲۱۹۹	۱۶۴۱۱۲	۱۶۸۰۸۷
بوشهر	۲۹	۶.۸۴	۱۱۶۳۴۰۰	۷۹۵۸۶	۳۸۴۱۹	۴۱۱۶۷
هرمزگان	۳۰	۶.۰۵	۱۷۷۶۴۱۵	۱۰۷۳۹۴	۵۲۶۲۱	۵۴۷۷۳
سیستان و بلوچستان	۳۱	۴.۸۹	۲۷۷۵۰۱۴	۱۳۵۵۸۱	۶۹۹۳۱	۶۵۶۵۰

۲. ترکیب جنسی سالمندان:

روند نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر نشان می دهد که در سال ۱۳۳۵ در مقابل هر ۱۰۰ زن ۱۱۱ مرد بوده و این عدد طی دوره ۵۰ ساله در سال ۱۳۸۵ به ۱۰۴ نفر مرد و در سال ۱۳۹۰ به ۹۶ نفر مرد در برابر ۱۰۰ نفر زن رسیده است. طبق سرشماری سال ۱۳۹۵، ۹/۰۳٪ جمعیت مردان کشور، سالمندان مرد و ۹/۵۳٪ جمعیت زنان کشور را سالمندان زن تشکیل می دهند. ۳۶۵۸۴۰۵ سالمند مرد (۴۹/۳۴٪) و ۳۷۵۵۶۸۶ نفر سالمند زن (۵۰/۶۶٪). در استان های کشور، ترتیب جنسی جمعیت سالمندان متفاوت می باشد. تنها استان های سیستان و بلوچستان (۵۱/۵۷٪ سالمند مرد) و ایلام (۵۱/۰۹٪ سالمند مرد) و البرز (۵۰/۴۳٪ سالمند مرد) و اصفهان (۵۰/۱۲٪ سالمند مرد) بیشترین سالمند مرد نسبت به سالمند زن را دارا می باشند.

با توجه به این آمار امید به زندگی در مردان کمتر از زنان می باشد و سهم زنان از جمعیت سالمند کشور افزایش یافته است. افزایش امید به زندگی و افزایش تعداد زنان سرپرست خانوار از عواملی هستند که در بروز هر چه بیشتر زنانه شدن سالمندی مؤثرند، درصد تنهایی زنان سالمند در مقایسه با مردان، بیشتر است و این بیشتر بودن، واگذاری بیشتر آنان را به مراکز نگهداری سالمندان در پی دارد. در توجه به مشکلات سالمندی با حجم انبوهی از مشکلات زنان سالمند نسبت به مردان مواجه می شویم. وضعیت اقتصادی زنان نسبت به مردان، میزان دریافتی حقوق بازنستگی، سپرده ها، دارایی و عوایدی که نصیب شان می شود، نسبت به مردان در درجه پایین تری قرار دارد. بیماری های شایع در میان زنان و مردان چون پوکی استخوان به دلیل تفاوت در فیزیولوژی زنان و مردان، در زنان بیشتر دیده می شود که به تبع، شکستگی های استخوانی و انواع معلولیت را به همراه دارد، شکستگی هایی که به دنبال از دست دادن تعادل و سقوط در خانه یا در فضاهای شهری اتفاق می افتد. همچنین بروز بیماری های نوپدیدي چون آلزایمر (دمانس) بر ابعاد مشکلات سالمندان و خانواده ها و مراقبان آنان می افزاید.

جدول شماره ۵) نسبت جنسی مردان به زنان سالمندان کشور طی سال های ۱۳۹۵-۱۳۵۵:

سال	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
نسبت جنسی سالمندان	۱۰۶	۱۰۵	۱۰۳	۱۰۴	۹۶	۹۷

* اقتباس از سرشماری های مرکز آمار ایران

۳. وضعیت تأهل:

بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، تعداد ۵۳۶۶۰۸۵۴۳۱۹۸۰۵ از سالمندان کشور متأهل (۷۲/۳۸٪) سالمند مرد متأهل (۶۲/۰۲٪) و سالمند زن متأهل (۳۷/۸۱٪)؛ و (۰/۰۹٪) از سالمندان هرگز ازدواج نکرده اند و (۲۶/۵۸٪) بدون همسر بر اثر فوت، طلاق یا متارکه (۱۲٪) بر اثر طلاق و (۹۷٪) بر اثر فوت همسر هستند. البته نسبت زنان بیوه سالخورده، به طور قابل ملاحظه ای بیشتر از مردان می باشد و این نسبت ها ارتباطی به شهری یا روستایی بودن سالمندان کشور ندارد. در فاصله سرشماری های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۵ نسبت سالمندان بدون همسر کاهش یافته است، بررسی های انجام شده در ۲۷ کشور صنعتی، حاکی از آن است که اکثریت قریب به اتفاق مردان ۶۵ ساله و بالاتر، دارای همسر می باشند در حالی که فقط نیمی از کلیه ی زنان سالخورده، واجد همسر هستند و بقیه در تنهایی یا با سایر اعضاء خانواده خود زندگی می کنند.

بدیهی است که چندین عامل باعث این تفاوت ها می شود:

- بیشتر بودن طول عمر زنان نسبت به مردان
- بیشتر بودن احتمال ازدواج در مردانی که همسر خود را از دست داده اند نسبت به زنان مشابه

۴. وضعیت شهرنشینی:

تعداد ۵۳۶۵۷۱۱ نفر از جمعیت سالمندان کشور، ساکن شهر (۷۲/۳۷٪) و ۲۰۴۳۶۷۹ نفر ساکن روستا (۲۷/۵۶٪) می باشند. طی ۳۵ سال، افزایش جمعیت سالمند شهری بیش از ۳۲٪ بوده است. جدول شماره ۴ درصد سالمندان کشور را به تفکیک شهری و روستایی طی سال های ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۵ نشان می دهد.

جدول شماره ۶) درصد سالمندان کشور به تفکیک شهری و روستایی طی سال های ۱۳۹۵-۱۳۴۵:

سال	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
شهری	۳۶.۵۶	۴۴.۶۸	۵۱.۹۶	۵۶.۸۶	۶۴.۱۴	۶۸.۷۵	۷۲.۳۷
روستایی	۶۳.۴۴	۵۵.۳۲	۴۸.۰۴	۴۳.۱۴	۳۵.۸۶	۳۱.۲۵	۲۷.۵۶

* اقتباس از سرشماری های مرکز آمار ایران

۵. وضعیت سواد:

بر اساس آمارها در سال ۱۳۷۵ میزان باسوادی سالمندان در مقایسه با تعداد آن در سال ۱۳۶۵ با ۶٪ افزایش به حدود ۲۳٪ رسیده است و در سال ۱۳۹۵ رشد ۱۰/۷۶ نسبت به سال ۱۳۹۰ و بیش از ۲۳٪ نسبت به ۱۳۷۵ را شاهد بوده ایم. میزان باسوادی سالمندان مناطق شهری در سال ۱۳۷۵ بیش از سه برابر مناطق روستایی بوده است. بالاتر بودن امکانات آموزشی سال های قبل در نقاط شهری می تواند یکی از علل این افزایش باشد. در سال ۱۳۹۵ از بین جمعیت بالای ۶۰ سال ۸۷/۶۴٪ باسواد بوده اند. که در جامعه سالمندان، ۴۶/۳۹٪ سالمند باسواد هستند.

جدول شماره ۶) میزان باسوادی سالمندان کشور به تفکیک جنسیت طی سال های ۱۳۹۵ - ۱۳۵۵:

سال	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
جمع	۹۰/۱۲	۱۷/۱	۲۳/۰	۳۲/۴	۳۵/۷	۴۶/۳۹
مرد	۱۹/۷	۲۵/۱	۳۲/۶	۴۴/۰	۴۸/۲	۵۹/۱۵
زن	۵/۵	۸/۲	۱۱/۸	۱۹/۹	۲۳/۷	۳۳/۹۶

* اقتباس از سرشماری های مرکز آمار ایران

درصد سالمندان باسواد نقاط شهری و روستایی طی ۴۰ سال به ترتیب بیش از ۲ برابر و ۳ برابر افزایش را نشان می دهد. حسب گزارش سال ۱۳۹۵ میزان باسوادی دو جنس در نقاط شهری (حدود ۴۶٪) بیش از ۳ برابر بزرگ تر از میزان باسوادی مردان و زنان سالمند در نقاط روستایی (کمتر از ۱۴٪) است. نکته درخور توجه این است که با وجود افزایش میزان باسوادی این بخش از جمعیت نه تنها فاصله و تفاوت نقاط شهری و روستایی کشور کمتر نشده بلکه تفاوت بزرگ تر و نابرابری گسترده تر شده است که از عقب ماندن نقاط روستایی در بهبود وضعیت سواد سالمندان طی دوره ۴۰ ساله ۱۳۹۵-۱۳۵۵ حکایت می کند.

۶. وضعیت رفاهی:

براساس آمارها وضعیت پوشش دهی حمایتی و بیمه ای سالمندان کشور تا سال ۱۳۹۵ به قرار زیر است:

- افراد سالمند تحت پوشش کمیته امداد امام(ره) تا پایان سال ۱۳۹۲: ۱۵۰۰۰۰ نفر
 - افراد سالمند تحت پوشش سازمان بهزیستی تا پایان سال ۱۳۹۵: بیش از ۵۰۰۰۰ نفر
 - افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی، بازنشستگی کشوری و لشگری تا پایان سال ۱۳۹۱: بیش از ۲۵۰۰۰۰ نفر.
- روشن است که همسران بازنشستگان یاد شده نیز اغلب جزو سالمندانی هستند که از این حمایت ها برخوردارند ولی تعداد آنها در آمارها منعکس نشده است.

پوشش بیمه های درمانی و اجتماعی در کشور ما بیشتر تابع وضع شغلی افراد است و در مورد بیمه های حمایتی و نیمه حمایتی نیز اقشار معینی از جامعه زیرپوشش قرار گرفته اند. بر این مبنا، سالمندان «به عنوان سالمند» زیرپوشش هیچ یک از سازمان های بیمه ای نیستند مگر آنکه به عنوان شاغل، بازنشسته، نیازمند، معلول، روستایی یا بیمه شده باشند. به عنوان مثال، کلیه بازنشستگان و ازکارافتادگان زیرپوشش صندوق های بازنشستگی (که بخش عمده ی آنها و همین طور همسرانشان سالمند هستند) از مزایای مستمری و بیمه درمانی برخوردار هستند. همچنین تمامی روستاییان و عشایر از مزایای بیمه درمانی رایگان برخوردارند که این امتیاز سالمندان روستایی را نیز شامل می شود.

البته حمایت های یادشده در بسیاری از موارد ناقص بوده و بخش مهمی از نیازهای سالمندان مانند مراقبت در منزل، مراقبت و نگهداری (آسایشگاهی، مراقبت روزانه، تحت حاد)، خدمات توانبخشی (کاردرمانی، شنوایی شناسی، ارتوپد فنی، تهیه وسایل کمک توانبخشی) را پوشش نمی دهند.

اکثر سالمندان (۸۰٪) تحت پوشش بیمه درمانی بوده و از این تعداد ۳۵/۱٪ تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، ۶/۵٪ تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح و ۱۶/۷٪ تحت پوشش سایر بیمه های درمانی می باشند. از کل سالمندانی که تحت پوشش بیمه های پایه هستند، ۱۶/۲٪ آن ها تحت پوشش بیمه مکمل هستند و ۸۳/۱٪ آنها تحت پوشش بیمه مکمل نمی باشند.^۱

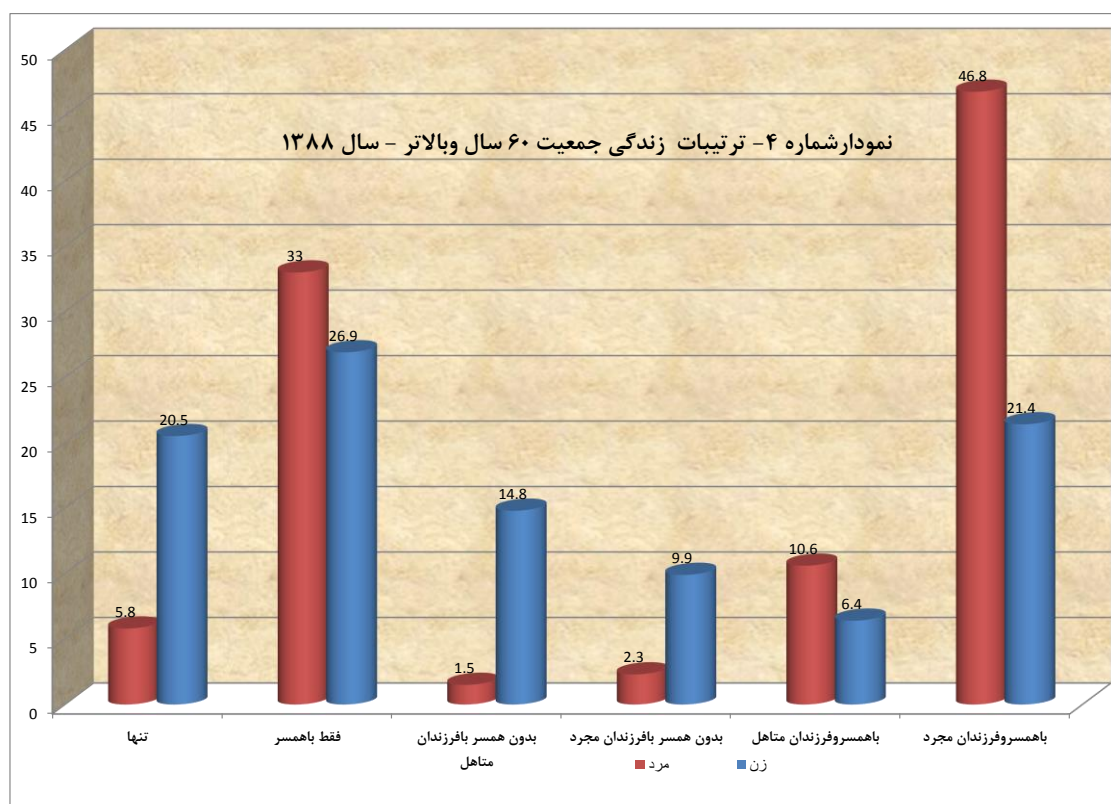
۷. وضعیت اشتغال:

حدود ۲۲٪ کل سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر کشور در یکی از مشاغل فهرست شده در سرشماری سال ۱۳۹۰ فعالیت داشته اند. در همین سال میزان مشارکت سالمندان شهرنشین ایران در نیروی کار، که اساساً شامل مردان است تا زنان به کمتر از ۱۶٪ می رسد که در مقایسه با سالمندان روستایی با میزان مشارکت حدود ۳۷٪ پایین است.

نکته مهم این است که در جریان تغییرات اجتماعی - اقتصادی ۳۵ سال گذشته میزان فعالیت روند نزولی داشته است. انتظار می رود با کاهش درجه توسعه یافتگی مناطق میزان مشارکت اقتصادی مردان و حتی زنان سالمند افزایش یابد. (سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران)

۸. ترتیبات زندگی:

همان گونه که در نمودار شماره ۴ دیده می شود سال ۱۳۸۸ در ایران، ۴۶/۸٪ مردان و ۲۱/۴٪ زنان سالمند با همسر و فرزندان مجرد، ۵/۸٪ مردان و ۲۰/۵٪ زنان سالمند تنها زندگی می کنند. نسبت سالمندان تنها در زنان، ۲۰٪ و در مردان سالخورده، ۵/۸٪ بود. (گزارش سالخوردگی جمعیت ایران سال ۱۳۹۲) و تنها عده بسیار کمی از آنان (بیش از ۲۱ هزار نفر) ساکن خانه سالمندان می باشند. (سازمان بهزیستی کشور سال ۱۳۹۲)



^۱ - مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران - پژوهش شناسایی جمعیت آشکار سازمان بهزیستی کشور - ۱۳۸۸.

۹. وضعیت مسکن:

در سال ۱۳۹۰، ۷۵/۰۹٪ از خانوارهای دارای سالمند مالک واحد مسکونی خود بوده اند. این در حالی است که ۱۱/۳٪ از خانوارهای دارای سالمند در واحد مسکونی استیجاری و ۶/۷۷٪ مالک بنا هستند. در مناطق روستایی درصد خانوارهای دارای سالمند که صاحب واحد مسکونی می باشند (۸۹/۰۸٪) که بیشتر از مناطق شهری (۶۸/۷۲٪) است. حدود ۲/۵۱٪ از خانوارهای دارای سالمند در مناطق روستایی و حدود ۱۵/۳٪ در مناطق شهری مستأجر بوده اند. نتایج بررسی در سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰، نشان می دهد که درصد خانوارهای دارای سالمند که مالک واحد مسکونی خود هستند، روند کاهشی داشته است به طوری که از ۸۲/۲۱٪ در سال ۱۳۸۵ به ۷۵/۰۹٪ در سال ۱۳۹۰ رسیده است. در مقابل در سال های اخیر با توجه به تورمی که در بخش مسکن به وجود آمده است، نسبت خانوارهای دارای واحد مسکونی استیجاری روند افزایشی داشته است.

۱۰. رضایت از زندگی:

از سالمندان سؤال شده است که : «آیا از زندگی خود رضایت دارید؟» ۸۲٪ اظهار کرده اند که از زندگی خود به طور کلی رضایت دارند و ۱۸/۳٪ نیز عنوان کرده اند که از زندگی خود رضایت ندارند. (سیمای سلامت) که این مورد همانا منطبق با احساس خوب بودن می باشد که در بخش مفاهیم آمده است.



مسائل ویژه ی سالمندان در حوزه سلامت

۱. وضعیت سلامت و بیماری سالمندان در ایران:

بر مبنای سرشماری سال ۱۳۹۰، وضعیت سلامت سالمندان بدین شرح است:

۱) از نظر معلولیت بارز، با توجه به گزارش سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰، ۲۰۱۲۲۰ نفر سالمند دارای حداقل یک نوع معلولیت (۳/۲۷٪ معلول سالمندان) در کشور وجود دارد که ۱۰۷۷۷۰ نفر مرد (۵۳/۵۶٪) و ۹۳۴۵۰ نفر زن (۴۶/۴۴٪) می باشند. با توجه به آمار فوق مشاهده می شود که درصد معلولیت بارز در کل کشور ۱/۳۵، و در سالمندان ۳/۲۷ است. اهمیت این آمار در این است که هزینه های توانبخشی به مراتب بالاتر از سایر هزینه های درمانی است ولی متأسفانه دستگاه های بیمه ای و حمایتی با توجه به مقررات خاص خود در این زمینه پوشش لازم را ندارند و در نهایت عمده هزینه های این بخش را سالمند و خانواده باید تقبل کند.

۲) مشکلات قلبی - عروقی، فشارخون، مشکلات اسکلتی، عضلانی، گوارشی، افسردگی، مشکلات دهان و دندان، اختلالات بینایی و شنوایی از مهمترین مشکلات سالمندی می باشد. ۳۶٪ افراد ۶۰ ساله و بالاتر مبتلا به مشکلات قلبی - عروقی هستند. ۲۴٪ افراد بالای ۶۰ سال مشکلات عضلانی و اسکلتی دارند. ۱۳٪ زنان و ۳۰٪ مردان ۶۰ ساله و بالاتر از دخانیات استفاده می کنند.

۳) از نظر در اختیار داشتن استفاده از وسایل کمکی نظیر عینک، عصا، چوب زیر بغل، واکر یا ویلچر، سمعک و دندان مصنوعی مردان به طور قابل ملاحظه ای بیش از زنان و شهرنشینان بیش از روستاییان وسایل کمکی مورد نیاز را در اختیار دارند.

۴) افزایش فشارخون در زنان سالمند اعم از شهری و روستایی به طور کلی دو برابر مردان است و میانگین سن در هنگام تشخیص در زنان بالاتر از مردان بوده است. (۶۲ و ۶۷ سالگی در زنان شهری و روستایی و ۶۱ و ۶۳ در مردان شهری و روستایی).

۵) از نظر ریوی وضعیت زنان و مردان سالمند شهری و روستایی تقریباً مشابه ولی میزان شیوع این بیماری در روستا بیشتر است.

در زمینه اختلالات بینایی، زنان سالمند به مراتب بیشتر از مردان تاری دید در هر دو چشم دارند و به طور کلی تاری دید در روستا بیشتر از شهر است. از نظر وضعیت گوش و شنوایی تقریباً تمامی سالمندان به نوعی از سنگینی گوش شکایت داشتند ولی فقط حدود ۲/۲٪ آنها از سمعک استفاده می کنند و میزان استفاده از سمعک در بین سالمندان شهری بیش از سالمندان روستایی است. از نظر وضعیت دفع ادرار، محسوس ترین مشکل سالمندان تکرر ادرار عنوان شده است و نزدیک به ۱۰/۹٪ به این مشکل مبتلا بوده اند.^۱ از نظر وضعیت حرکتی، بیش از ۵۰٪ سالمندان دارای اختلال حرکتی هستند.

از نظر وضعیت دندانی، حدود ۶۰/۶٪ پاسخگویان، به مشکل دهان و دندان دچارند. این در حالی است که ۳۸٪ از آنها فاقد این مشکل هستند.^۲ حدود ۱۸٪ زنان و مردان سالمند شهری و ۱۳/۸٪ سالمندان روستایی دارای دندان مصنوعی بوده و تنها ۵/۲٪ زنان و ۶٪ مردان سالمند دارای دندان طبیعی هستند و به طور کلی ۷-۱۰٪ سالمندان بدون دندان هستند.

منظور از ارائه آمار فوق این است که به موازات پدیده انتقال جمعیتی از جمعیت جوان به جمعیت سالمند، قوانین، سیاست ها و برنامه های بخش سلامت در این راستا باید خود را منطبق سازد چرا که همراه با این تغییر جمعیتی، الگوی بیماری ها نیز تغییر می کند و از بیماری های حاد به سمت بیماری های مزمن می رود که در این رابطه با توجه به وضعیت اقتصادی و معیشتی سالمندان ضرورت درگیر شدن بخش های بیمه ای و حمایتی بیش از پیش حس می شود.

^۱ - سیمای سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی سال ۱۳۹۲

^۲ - همان

۲. اقتصاد سلامت سالمندی:

هزینه های بخش بهداشت و درمان سالمندی از نوع هزینه های مستقیم و قابل اندازه گیری و شناخته شده این دوره از زندگی می باشد. به طور غیرمستقیم نیز سالمندی هزینه هایی را بر جامعه (نهایتاً) تحمیل می کند، پایین بودن سن بازنشستگی علیرغم افزایش امید به زندگی، اتخاذ برخی سیاست های ناظر به بازنشستگی اجباری و مشارکت زنان در بازار کار (عمدتاً به علت مطالبه دستمزد کمتر از سوی زنان در خیلی از موارد)؛ بار سنگینی را بر دوش صندوق های بازنشستگی می گذارد و از طرف دیگر با خارج کردن زودرس نیروی کار آزموده از بازار تولید و خدمات؛ سازمان ها را از تجربه سازمانی خالی می کند و مراقبت از سالمندان در منزل را که عمدتاً توسط زنان و بدون دریافت دستمزد (رایگان) صورت می گیرد، تحت تأثیر قرار داده و ساده ترین مراقبت های خانگی مورد نیاز را طبیب محور و دارو و درمان محور می نماید که صرفه هزینه های چشمگیری را می طلبد.^۱

جدول شماره ۷) متوسط هزینه کل و هزینه بهداشت و درمان سالمندان کشور از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰:

سال	میانگین هزینه کل (سالانه) ریال	سهم هزینه بهداشت و درمان از هزینه کل
۱۳۷۵	۸۰۹۴۸۲۹	۴.۱
۱۳۸۰	۱۹۵۵۰۰۲۰	۴.۸
۱۳۸۵	۴۳۲۰۲۸۸۴	۷.۸
۱۳۹۰	۹۸۱۸۹۶۰۰	۹.۲

* داده های طرح هزینه درآمد خانوار مرکز آمار ایران

در خوش بینانه ترین سناریو، جمعیت سالمند از بیش از ۶ میلیون نفر در سال ۱۳۹۰ به ۳۰ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت آنچه به عنوان روند افزایش جمعیت سالمندان در جهان و ایران عنوان گردید، به خودی خود مهم نیست، بلکه تبعاتی که این افزایش بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی از جمله بر منابع بخش بهداشت و درمان خواهد گذاشت، دارای اهمیت و نیازمند مطالعه جدی است. مطالعات گوناگونی بر این واقعیت تأکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه های درمانی در بخش ها و شکل های مختلف روند تصاعدی خواهند داشت به طوری که از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ سهم هزینه بهداشت و درمان سالمندان از کل هزینه های آنها از ۱/۴ به ۹/۲ رسیده است. یعنی بیش از ۶ برابر افزایش هزینه درمان برای سالمندان را مشاهده می کنیم.

این در شرایطی است که عواملی مانند: تورم، ارتقای تکنولوژی در ارائه خدمات، نوع بیماری ها و سطح انتظار استفاده کنندگان از خدمات و سایر عوامل هزینه ساز در نظر گرفته نشود. به عبارت دیگر بدون در نظر گرفتن فاکتورهای هزینه ساز، فقط تحت تأثیر خالص افزایش جمعیت سالمندی در ایران رقم ۱۳۱ دلار سرانه سلامت باید به بالغ بر ۳۲۵ دلار افزایش یابد. در درمان سالمندان هر چند پزشکان می توانند نقش بسیار اساسی و تعیین کننده ای ایفا کنند اما بی تردید بدون همکاری سایر رسته های خدمات مراقبتی و درمانی (نظیر روانشناسان، پرستاران، مددکاران اجتماعی، داروسازان، متخصصین تغذیه و رژیم غذایی، روان پزشکان و کاردرمان ها) تلاش های آنها بازده مورد انتظار را نخواهد داشت. علل این امر در سالمندی در مقایسه با سایر سنین عبارتند از: مصرف متوالی و به دفعات بیشتر از خدمات سلامت، طولانی تر شدن مدت استفاده از خدمات (مانند افزایش مدت اقامت و بستری در بیمارستان ها و اقامتگاه های سالمندی) و گرانی هزینه های دارویی، درمانی و توان بخشی در هر دوره از درمان در مقایسه با سایر گروه های سنی به جهت نوع بیماری و میزان پاسخ دهی به درمان ها.

در دهه گذشته، ایران با بار اقتصادی بیماری های واگیر و عفونی روبرو بوده و فعالیت های بخش سلامت به پیشگیری، درمان و بازتوانی عوارض ناشی از این گونه بیماری ها معطوف بوده است. در دهه حاضر با بروز پدیده گذار اپیدمیولوژیک بار اقتصادی بیماری ها به سمت بیماری های غیر واگیر و مزمن و ارائه خدمات درمانی و توان بخشی گرایش یافته است اما موج سومی در راه است و به زودی

بار اقتصادی بیماری ها بر سالمندی جمعیت ایران و عوارض ناشی از آن متمرکز خواهد شد. پیش بینی وضعیت آینده از منظر منابع مورد نیاز شرط لازم برنامه ریزی و مهار موج افزایش جمعیت سالمند است که سلامت جامعه را به مخاطره می اندازد.

۳. ابعاد تأثیرگذار بر سلامت سالمندان:

بهداشت؛ مداخلات بهداشتی شامل: پیشگیری مقدماتی که اقداماتی برای توانا کردن فرد جهت نظارت بر سلامتی خود و بهبود آن می باشد. این اقدامات شامل ورزش، تغذیه، عدم مصرف دخانیات و شیوه زندگی سالم در سالمندان می باشد. این بخش از پیشگیری کم هزینه و بسیار ثمربخش است ولی متأسفانه فعالیت هایی که در این رابطه انجام می شود اغلب بدون سازمان دهی و به صورت پراکنده می باشد و همین موضوع باعث کاهش اثربخشی آنمی شود. پیشگیری سطح یک شامل واکسیناسیون، درمان های هورمونی و آزمایشات دوره ای مرتبط با غربالگری و تشخیص زودهنگام اختلالات دوران سالمندی است.

مراقبت های بهداشتی: سالخوردگان یکی از گروه های آسیب پذیر هر جامعه را تشکیل می دهند و نیاز مبرمی به ارائه خدمات رفاهی اجتماعی و بهداشتی دارند. در کشورهایی که به جهت تعداد زیاد سالخوردگان و همچنین به علت وضع فرهنگی و اجتماعی خاص خودشان خدمات بالایی ارائه می دهند، درصد بالایی از بودجه عمومی دولت به سالمندان اختصاص می یابد و روز به روز در حال گسترش است.^۱

تجارب حاصله در اکثر کشورهای جهان مؤید این واقعیت است که مراقبت و پرستاری از افراد سالخورده یا از کارافتاده توسط اعضای خانواده، چه به لحاظ مادی و چه معنوی (انسانی) در مقایسه با نگهداری آنان در بیمارستان ها، آسایشگاه ها یا خانه های سالمندان از مزیت و ارجحیت بیشتری برخوردار است. در عین حال متأسفانه به دلیل ضرورت های زندگی مدرن به سرعت از حمایت سالمندان توسط خانواده ها کاسته می شود و این امر شرایط زندگی نامناسبی را برای سالمندان ایجاد می کند.^۲

تحقیقات اخیر نشان داده که بیش از ۳۰٪ سالمندان توانایی لازم برای انجام امور شخصی خود را ندارند که در اصطلاح به آنها سالمندان آسیب پذیر می گویند. همچنین گزارش آمار و اطلاعات کمیته امداد امام خمینی(ره) و سازمان بهزیستی کشور بیانگر است که از ۶۱۵۹۶۷۶ نفر سالمند بالای ۶۰ سال در کشور، حدود دو میلیون نفر (۳۲/۴۷٪) نیازمند حمایت بوده اند.^۳

در حال حاضر علت عمده نگرانی های عمومی عدم دسترسی به خدمات جامع سالمندی، کافی نبودن پوشش بیمه ای و حمایتی و هزینه های بی ثبات مراقبت های بهداشتی و پزشکی می باشد. عوامل زیادی در بالا رفتن این هزینه ها دخالت دارند. این عوامل شامل: تورم عمومی، افزایش هزینه های پزشکی، دارو، خدمات پاراکلینیک، هزینه های رو به افزایش مراقبت های بیمارستانی و افزایش استفاده از تکنولوژی جدید و پرخرج پزشکی و در مقابل کاهش سهم بیمه در پرداخت هزینه های این خدمات می باشد. از نظر سیاست های بهداشت عمومی می توان گروه های سالمند پرخطر را که نیاز به مراقبت های بیشتری دارند را شامل موارد زیر دانست:

- افراد بسیار پیر.
- افرادی که تنها زندگی می کنند.
- زنان سالمند بیوه و مجرد.
- سالمندانی که در خانه سالمندی زندگی می کنند.
- سالمندان بدون فرزند.
- سالمندانی که از بیماری مزمن رنج می برند.
- سالمندانی که درآمد ناکافی دارند.

^۱ - تاجور، مریم. "بهداشت سالمندان"، انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۲.

^۲ - پناهی، بهرام. "چالش های فراروی نظام تأمین اجتماعی در آغاز سده بیست و یکم میلادی"، فصلنامه ی تأمین اجتماعی، سال ششم، شماره ۱۶، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.

^۳ - برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۷.

در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به این گروه ها به ویژه دو گروه آخر باید توجه ویژه کرد. شایان ذکر است که حمایت از بهداشت روانی افراد سالمند نیز اهمیت ویژه ای دارد. در این رابطه سیاستگذاری برای ارائه خدمات بهداشت روانی مناسب برای سالمندان و حتی مراقبت کنندگان از آنها می بایست در کانون توجه قرار می گیرد. البته نکته بسیار مهم در ارائه مراقبت به سالمندان در دسترس بودن خدمات مورد نیاز است. در این رابطه لازم به ذکر است بسیاری از طرح های مراقبتی یا هنوز در کشور ما طراحی نشده و یا تعداد آن بسیار اندک است به طوری که حتی سالمندان متمکن نیز نمی توانند خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند. پاره ای از این خدمات بدین شرح است:

مراقبت در منزل: ارائه خدمات درمانی و توانبخشی مورد نیاز سالمند با کمک تیم تخصصی در منزل.

خدمات داخل خانه: ارائه خدمات عمومی مانند: تمیزکاری، پخت و پز، خرید و ...

خدمات مربوط به تعمیر خانه: تعمیر و بازسازی منزل سالمند.

مرکز روزانه: ارائه مراقبت های بهداشتی، تفریحی، فرهنگی، حفظ سطوح ارتباطی و سایر خدماتی که سالمندان با توجه به الگوی زندگی شان می توانند دریافت کنند.

درمان: هم اکنون دستورالعمل مراقبت های ادغام یافته سالمند در راستای قرار گرفتن در زمره مراقبت های بهداشتی اولیه به تفکیک گروه های پیراپزشکی و پزشکان در دست آمده سازی به منظور اجرای آزمایشی می باشد. در این راستا علاوه بر خانه ها و مراکز بهداشت، می توان به واحدهای خدمت رسانی طبقه بندی شده به شرح ذیل اشاره نمود:

کلینیک های سرپایی سالمندان: در این کلینیک ها متخصصین سالمندی به همراه سایر اعضاء تیم تخصصی خصوصاً تیم توانبخشی (فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتار درمانگر، شنوایی شناس، تغذیه، روانشناس و مددکار اجتماعی) که دوره های سالمندی را گذرانده اند به صورت کار تیمی مسائل درمانی و توانبخشی سالمند را حل می کنند. در حال حاضر تعداد اینگونه مراکز در کشور ما بسیار اندک است و پاسخگوی نیاز سالمندان کشور نیست.

بخش های بستری و ویژه: امروز در کشور ما و بسیاری از کشورهای در حال توسعه سالمندان بعد از ورود به بیمارستان با توجه به نوع بیماری معمولاً به بخش های مختلف مانند سی سی یو، آی سی یو، داخلی و دیگر بخش ها منتقل می شوند. متأسفانه در اغلب مراکز درمانی کشور بخش ویژه سالمندان وجود ندارد و ساختار درمانی ویژه چه برای درمان سرپایی و چه بستری (حاد و توانبخشی) در نظر گرفته نشده است و به طور معمول سالمندان به بخش هایی منتقل می شوند که کارکنان مراقبتی و پزشکان آن بخش ها برای مراقبت سالمندی آموزش ندیده اند.

مراکز درمان و توان بخشی سالمندان: به مراکزی اطلاق می شود که به سالمندان خدمات درمان، نگهداری، توانبخشی (پزشکی، اجتماعی، آموزشی و حرفه ای) را به صورت روزانه و شبانه روزی ارائه می دهند.

البته بهترین سیاست به منظور پوشش صحیح و مؤثر خدمات در مانی، توجه به امر مشتری مداری و ترجیح گروه هدف در انتخاب نوع خدمت می باشد که در همین راستا امروزه در کشورهای توسعه یافته گستره ای از انواع بسته های خدمت رسانی به سالمندان تعریف شده از جمله: استقلال به همراه مراقبت از راه دور در منزل، مراقبت روزانه، باشگاه پاره وقت بازنشستگان، خدمات درمانی در شرایط حاد و ویژه، مراقبت های تحت حاد، مراقبت های نگهدارنده و التیام بخش، خدمات حمایتی بیماری های لاعلاج، دی کلینیک، خانه سالمندان عادی، مرکز نگهداری سالمندان معلول.

آموزش پزشکی: لازم است معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با مشارکت اداره سلامت سالمندان، محتوای مرتبط به سلامت سالمندان را در کوریکولوم رشته های مرتبط (مانند: پزشک عمومی، پرستار، دندان پزشکی، داروسازی، بهورزی، توانبخشی، اپیدمیولوژی، روانشناسی، کاردرمانی، شنوایی شنجی، گفتاردرمانی، فیزیوتراپی، بهداشت خانواده، تخصص های بالینی و...) وارد سازد.

معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با مشارکت اداره سلامت سالمندان به راه اندازی برنامه های آموزشی منجر به مدرک ویژه سلامت سالمندان از قبیل (طب سالمندان، پرستاری سالمندان، مددکاری اجتماعی سالمندان، اپیدمیولوژی،

روانپزشکی، توانبخشی، شنوایی سنجی، طب تسکینی، داروشناسی، دندان پزشکی سالمندان اقدام نموده است و برنامه هایی برای روانشناسی و مددکاری ویژه ی سالمندی در دست اقدام می باشد.

از سال ۱۳۸۸ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی ایران اقدام به برگزاری دوره های ام.پی.اچ سالمندی و پی.اچ.دی سالمندشناسی نموده است.



نهادهای پوشش دهنده خدمات سالمندی

۱. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی:

وزارت رفاه به عنوان متولی اصلی نظام تأمین اجتماعی کشور مأموریت ارائه خدمات بیمه ای و حمایتی به کلیه اقشار جامعه از جمله سالمندان را به عهده دارد. بخش عمده ی سازمان ها و نهادهای خدمت دهنده به سالمندان زیر مجموعه این وزارتخانه و یا به نحوی مرتبط با آن هستند. در این بخش، به مهم ترین وظایف قانونی این سازمان ها و نهادها در ارتباط با سالمندان اشاره می شود.

۲. سازمان بهزیستی کشور:

سازمان بهزیستی کشور به موجب قانون لایحه قانونی تشکیل سازمان بهزیستی کشور (مصوب ۵۹/۳/۲۴) در کنار سایر وظایف خود، مسئولیت نگهداری از سالمندان نیازمند را به عهده دارد. این سازمان، خدمات خود به سالمندان را در قالب موارد ذیل ارائه می دهد:

۱) مراکز نگهداری از سالمندان: سازمان بهزیستی از طریق ارائه مجوز، اعطای یارانه و نظارت بر این بخش، به سالمندان ارائه خدمت می نماید. در این مراکز، پذیرش و ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی به سالمندان، خانواده یا بستگان آنها انجام می گیرد. خدمات این مراکز شامل نگهداری شبانه روزی، روزانه و مراقبت در منزل است و مراقبت هایی از قبیل: انجام امور تغذیه، نظافت، استحمام، پوشاندن لباس، مراقبت های بهداشتی درمانی، دارویی، امور توانبخشی و ایجاد زمینه های سرگرمی و بهره گیری از اوقات فراغت به سالمندان ارائه می شود.

۲) برنامه های آموزشی: در قالب برگزاری همایش ها، سمینارها، کارگاه های آموزشی، طرح ها، تهیه کتاب، بروشور و بسته های آموزشی جهت آموزش مسئولین مراکز، کارشناسان، کادر خدمت دهنده به سالمندان، میانسالان و خانواده سالمندان.

۳) انجام تحقیقات در زمینه سالمندان: به منظور شناسایی بهتر جامعه هدف و نیازهای آنها و ارائه پروتکل های لازم در این راستا.

۴) توانمندسازی سالمندان شهری و روستایی: از طریق آموزش شیوه زندگی سالم در تمامی ابعاد در جهت سازگارسازی سالمند با دوران سالمندی و دستیابی سالمند به یک زندگی سالم و موفق.

۵) مناسب سازی محیط شهری و مسکونی معلولان و سالمندان

۶) بیمه مکمل سالمندان معلول و نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی که دارای دفترچه بیمه پایه باشند.

۷) ارائه خدمات اجتماعی به خدمت گیرندگان تحت پوشش: شامل کمک های مستمر و غیرمستمر به خانواده های خدمت گیرندگان. بر اساس برآورد سازمان بهزیستی کشور بیشتر از ۴۲۰ هزار نفر از سالمندان معلول و نیازمند زیر پوشش خدمات مستمر این سازمان بوده اند.

۳. کمیته امداد امام خمینی:

یکی از وظایف کمیته امداد امام خمینی (ره)، بررسی و شناخت انواع محرومیت های مادی و معنوی نیازمندان و تأمین نیازهای حمایتی، معیشتی، فرهنگی و ارتقای سطح زندگی آنها است. سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) نیز یکی از اقشار مورد حمایت این نهاد هستند که در قالب طرح مددجویی یا طرح شهید رجایی از کمک های این نهاد استفاده می کنند. براساس گزارش کمیته امداد امام خمینی (ره)، در سال ۱۳۹۱، (۱۳۶۳۲۴۸ نفر) از افراد زیرپوشش طرح مددجویی و همچنین (۲۴۷۸۵۰۵ نفر) "۴۰/۲۴٪" سالمندان کشور از افراد سالمند زیر پوشش طرح شهید رجایی بوده اند.

۴. صندوق های بیمه و بازنشستگی:

صندوق های بیمه و بازنشستگی وظیفه تأمین سلامت (خدمات درمانی) و معیشت بیمه شده گان را در دوران سالمندی بر عهده دارند. طبق قوانین و مقررات بازنشستگی، هر فردی که شرایط بازنشستگی را کسب کند، از مزایای بیمه اجتماعی شامل مستمری بازنشستگی، بیمه درمان و سایر کمک ها و خدمات رفاهی معمولاً در حد گذران زندگی برخوردار می شود. هر چند که ممکن است افرادی به دلیل داشتن سابقه کار بیش از ۳۰ سال و یا استفاده از بازنشستگی پیش از موعد، قبل از رسیدن به سن ۶۰ سالگی هم بازنشسته شوند، اما بخش عمده بازنشستگان به دلیل رسیدن به سن قانونی بازنشستگی (۶۰ سال برای مردان و ۵۵ سال برای زنان) بازنشسته می شوند. به بیان دیگر، بخش قابل توجهی از بازنشستگان را سالمندان تشکیل می دهند که علاوه بر خودشان، همسرانشان هم از خدمات بیمه های بازنشستگی و درمان برخوردار هستند.

۵. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی:

این وزارتخانه متولی اصلی سلامت جامعه است و به لحاظ مسئولیتی که در قبال حفظ و سلامت شهروندان دارد، کلیه اقدامات لازم در زمینه ی سلامت جسمی و روانی سالمندان را عهده دار می باشد. با تأسیس اداره سالمندان در حوزه معاونت بهداشت این وزارتخانه، موضوع سلامت سالمندان بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفت.

۶. شهرداری:

شهرداری یکی از تأثیرگذارترین و مهمترین ارگان هایی است که اقداماتش بر سلامت سالمندان به ویژه سلامت اجتماعی و روانی آنها تأثیر می گذارد.

۷. نهادهای غیردولتی مرتبط با سالمندان:

علاوه بر دستگاه های دولتی و نهادهای سازمان های غیردولتی متعددی نیز به منظور حمایت از سالمندان و مراقبت و نگهداری آنان فعالیت می کنند. بر اساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و همچنین بند(۹) ماده(۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی صدور پروانه ایجاد و فعالیت مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان به عهده سازمان بهزیستی می باشد.

بر اساس دستورالعملی که این سازمان تصویب و ابلاغ کرده، مرکز توانبخشی، مراقبتی و نگهداری شبانه روزی سالمندان به مکانی گفته می شود که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس گردیده و تحت نظارت آن، به سالمندان واجد شرایط در تمام ساعات شبانه روز خدمات مراقبتی - توانبخشی را ارائه می دهد. نظارت بر فعالیت این مراکز برعهده سازمان بهزیستی است. در این مراکز، پذیرش و ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی به سالمندان، خانواده یا بستگان آنها انجام می گیرد. این خدمات شامل: نگهداری شبانه روزی سالمندان غیرقابل توانبخشی (ناتوان)، بی سرپرست، سرپرست بی بضاعت و ارائه خدمات مورد لزوم نظیر انجام امور تغذیه، نظافت، استحمام، پوشاندن لباس، مراقبت های بهداشتی درمانی، دارویی، انجام امور توان پزشکی، انجام زمینه های سرگرمی و بهره گیری از اوقات فراغت آنان است.

طی سال های اخیر، سازمان بهزیستی بخشی از خدمات خود را - به روش برون سپاری - به این گونه سازمان ها و نهادهای واگذار کرده است. بر اساس گزارش این سازمان، تعداد مراکز غیردولتی مراقبت و نگهداری سالمندان به ۳۲۹ در سال ۱۳۹۱ رسیده است. در کنار این گونه خدمات شمار محدودی سازمان های مردم نهاد در راستای حمایت های اجتماعی، فرهنگی، حقوقی و نظایر آن بعضاً در زمینه های تخصصی نظیر اختلالات شناختی و یا در قالب بنیادهای عمومی با مدیریت سالمندان در راستای خدمت به سالمندان دیگر در سطح کشور آغاز به فعالیت نموده اند از جمله سازمان های خیریه مرتبط با سالمندان، کانون و سرای سالمندان تحت حمایت شهرداری ها، انجمن الزایمر و اختلالات شناختی که شایسته است با حمایت های قانونی و راهبردی مناسب امکان گسترش این سازمان ها در جهت دستیابی به ارتقای منزلت سالمندان حاصل آید.