



گزارش وضعیت سالمندی در ایران ۱۳۸۸-۱۳۹۸

سعید مدنی قهفرخی



به نام آنکه جان را فکرت آموخت



مؤسسه راهبردهای
بازنشستگی صبا

گزارش وضعیت سالمندی در ایران ۱۳۸۸-۱۳۹۸

مجری طرح:
سعید مدنی قهفرخی

به سفارش:

مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا
«نهاد پژوهشی صندوق بازنشستگی کشوری»

۱۴۰۰



مؤسسه راهبردهای
بازنشستگی صبا

گزارش وضعیت سالمندی در ایران ۱۳۸۸-۱۳۹۸

مجری طرح: سعید مدنی قهفرخی

طرح جلد و صفحه آرایی: احمد صدیقی

چاپ: اول - ۱۴۰۰

قیمت: ۱۲۰۰۰۰ تومان

چاپ و صحافی: گوتنبرگ

نشانی مؤسسه: تهران، خیابان شریعتی، نرسیده به میدان قدس، کوچه محوی، پلاک ۴، طبقه اول، واحد ۱۰۱

تلفن: ۲۲۷۰۳۴۶۵ پست الکترونیکی: info@saba-psi.ir

تمامی حقوق برای مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا محفوظ است.

همکاران

- | **سینا احمدی** |
دکترای سلامت و رفاه اجتماعی / دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- | **مهدی باسختا** |
دکترای اقتصاد سلامت / دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- | **گیتی بهرامی** |
دکترای سلامت و رفاه اجتماعی / دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- | **منصوره حمصیان اتفاق** |
کارشناس ارشد اقتصاد توسعه
- | **نسبیه زنجری** |
دکترای سلامت و رفاه اجتماعی / دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- | **حبیبه ستودن حق** |
کارشناس ارشد سلامت سالمندی
- | **مرضیه شیرازی خواه** |
دکترای تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت / دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- | **دنا شمسی زاده** |
کارشناس ارشد مطالعات معماری
- | **رسول صادقی** |
دکترای جمعیت‌شناسی / دانشگاه تهران
- | **آمنه فروزان** |
روانپزشک / دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- | **فاطمه قابل رحمت** |
دکترای جامعه‌شناسی سیاسی / دانشگاه آزاد اسلامی
- | **سیدحسین محقق کمال** |
دکترای سلامت و رفاه اجتماعی / دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- | **صبا مدنی قهفرخی** |
کارشناس ارشد مطالعات معماری

فهرست

۱۱	پیشگفتار مؤسسه
۱۳	مقدمه

بخش اول: سالمندی در جهان

فصل اول:

۱۷	جمعیت سالمندان در جهان
۲۱	افزایش جهانی سریع افراد ۸۰ ساله به بالا
۲۲	افزایش نسبت جمعیت سالمند به کل جمعیت
۲۳	بیش از یک سوم سالمندان در شرق و جنوب شرقی آسیا
۲۴	سرعت پیرشدن جمعیت در شرق و جنوب شرقی آسیا
۲۴	افزایش طول عمر از زمان تولد
۲۵	افزایش امکان حیات پس از ۶۵ سالگی در بیشتر نقاط جهان
۲۶	افزایش سهم زنان در جمعیت سالمند در مقایسه با مردان

فصل دوم:

۲۹	سلامت سالمندان در جهان
۳۴	۱-۲. سلامت جسمی

- ۵۰..... ۲-۲. سلامت روانی
- ۵۳..... ۳-۲. قابلیت‌های عملکردی

فصل سوم:

- ۶۵..... وضعیت اقتصادی- اجتماعی سالمندان در جهان
- ۶۷..... ۱-۳. نابرابری‌های اقتصادی- اجتماعی و سلامت
- ۸۱..... ۲-۳. چرخه عمر اقتصادی
- ۸۴..... ۳-۳. تأمین نیازهای مصرفی
- ۸۹..... ۴-۳. چشم‌انداز تأمین مالی هزینه‌های مصرفی در دهه‌های آینده

بخش دوم: سالمندی در ایران

فصل چهارم:

- ۹۳..... جمعیت سالمندان در ایران
- ۹۷..... ۱-۴. سالمندی جمعیت
- ۹۹..... ۲-۴. جمعیت
- ۱۰۱..... ۳-۴. ترکیب سنی
- ۱۰۳..... ۴-۴. ترکیب جنسی
- ۱۰۶..... ۶-۴. تحصیلات
- ۱۱۰..... ۷-۴. توزیع فضایی جمعیت
- ۱۱۲..... ۸-۴. چشم‌انداز جمعیتی سالمندان

فصل پنجم:

- ۱۱۳..... سلامت سالمندان در ایران
- ۱۱۳..... ۱-۵. سلامت و بیماری‌های جسمی
- ۱۳۵..... ۲-۵. سلامت و بیماری‌های روانی
- ۱۴۸..... ۳-۵. کیفیت زندگی

۴-۵. چشم‌انداز سلامت سالمندان ۱۶۰

فصل ششم:

وضعیت اقتصادی سالمندان در ایران ۱۶۵

۱-۶. هزینه و درآمد خانوار ۱۶۵

۲-۶. فقر و نابرابری ۱۶۹

۳-۶. اشتغال و بیکاری ۱۷۹

۴-۶. مسکن و فضای شهری ۲۰۲

۵-۶. چشم‌انداز وضعیت اقتصادی سالمندان ۲۱۶

فصل هفتم:

وضعیت اجتماعی سالمندان در ایران ۲۲۱

۱-۷. بازنشستگان ۲۲۱

۲-۷. خانواده و مسائل خانوادگی ۲۳۴

۳-۷. ارزش‌ها و نگرش‌ها ۲۵۰

۴-۷. سرمایه اجتماعی ۲۵۱

۵-۷. رضایت از زندگی ۲۵۴

۶-۷. جرم، اعتیاد و سوء‌مصرف مواد ۲۵۵

۷-۷. خشونت و سالمندآزاری ۲۶۸

۸-۷. چشم‌انداز وضعیت اجتماعی سالمندان ۲۷۶

فصل هشتم:

سازمان، سیاست‌ها و قوانین ۲۸۳

۱-۸. سیاست‌ها و قوانین ۲۸۳

۲-۸. دستگاه‌ها و سازمان‌های مسئول ۲۹۶

۳-۸. چشم‌انداز وضعیت سازمانی، سیاست‌ها و قوانین سالمندی ۳۱۹

۳۲۵ پیوست

۳۲۵ ۱. مفاهیم اصلی

۳۲۵ ۲. مفاهیم مرتبط

۳۳۹ فهرست منابع

پیشگفتار مؤسسه

پدیده‌ی سالمندی جمعیت یکی از ویژه‌ی مشخصه‌های دنیای مدرن است که جوامع در اعصار و قرون گذشته تجربه‌ی چنین پدیده‌ی اجتماعی را از سرنگذرانده‌اند. به عبارتی، پیشرفت علم و تکنولوژی در کنار تغییر شیوه‌ی سنتی زیست‌جوامع به سبک‌های سالم‌تر منجر به بروز تحولاتی در شاخص‌های بهداشتی حیات انسانی و افزایش طول عمر بشر شده است. این تحولات در حوزه‌ی تغییر ساختارهای جمعیتی، خود را به شکل افزایش جمعیت سالمند نشان داده‌اند. بدیهی است که این پدیده‌ی مهم جمعیتی و نحوه‌ی مواجهه با آن موضوعی است که توجه بسیاری از اندیشمندان، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران را در تمام کشورها، فارغ از سطح توسعه‌یافتگی آنها، به خود جلب کند. این پدیده چند سالی است که در بسیاری از محافل روشنفکری و سیاست‌گذاری کشور ما نیز به بحث و جدل گذاشته شده است. متأسفانه برونداد حاصل از اغلب این مباحث و مجادلات، نشان از تحمیل بار معنایی منفی به سالمندشدن جمعیت کشور دارد؛ غافل از اینکه سالمندی جمعیت مانند هر پدیده‌ی اجتماعی دیگر می‌تواند علاوه بر آثار منفی، اثرات مثبتی نیز با خود به همراه داشته باشد. در چنین فضایی بدون داشتن درکی از تصویر کلی وضعیت این پدیده در کشور همراه با نیم‌نگاهی به تجربه‌ی کشورهای که پیش و بیش از ما با آن درگیر شده‌اند، نمی‌توان به یک قضاوت ارزشی منفی یا مثبت صرف نسبت به آن دست یافت.

کتاب حاضر، به عنوان اولین تلاش جمعی از خبرگان و متخصصان حوزه‌ی سالمندی، در پی آن است که از طریق بررسی اسناد، کتب، مقالات و پایان‌نامه‌های دانشجویی تصویری کلی از وضعیت سالمندی در جهان و ایران ارائه دهد. این کتاب نتیجه کوشش جناب آقای سعید مدنی قهفرخی و همکاران ایشان است که در قالب طرحی پژوهشی در سال ۱۳۹۹ به سفارش مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا انجام شد. امید است که این تلاش ارزشمند، بسترهای مناسب ارتقای دانش و ایجاد تحول در نوع نگاه اندیشمندان، سیاست‌گذاران و تصمیم‌سازان کشور به پدیده‌ی سالمندی را فراهم آورد.

مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا

مقدمه

سالخوردگی جمعیت یکی از پیامدهای بلندمدت کاهش مرگومیر، افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری است. این مقوله از سویی باید موفقیت جامعه بشری باشد؛ زیرا در صورت مدیریت صحیح و آگاهی و شناخت لازم از وضع موجود، ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل سالمندان فرصت گسترده‌ای در اختیار همه افراد جامعه قرار می‌دهد. از سوی دیگر در صورت نبود برنامه‌ریزی و مدیریت و همچنین نبود شناخت علمی و کافی از روند سالخوردگی جمعیت و پیامدهای آن، این وضعیت می‌تواند به تهدید جدی برای اقتصاد، سیستم بهداشتی-درمانی و توسعه پایدار بینجامد.

باید توجه داشت که تنها تغییرات جمعیت‌شناختی عامل افزایش هزینه‌های سالمندی نیست؛ زیرا افزایش سن و سالمندی عامل اصلی افزایش هزینه‌های درمان به شمار نمی‌آید، بلکه به نبود اقدامات، برنامه‌ریزی و ایجاد تغییرات نیاز است که به فرسایش جمعیت و گرفتار شدن سالمندان در انواع مصائب منجر می‌شود؛ بنابراین برنامه‌ریزی و پاسخ مناسب به سالمندی جمعیت نیازمند شناخت سالمندی، دیدگاه مناسب به سالمندی و توجه به سالمندی از سنین پیش از آن است. جمعیت سالمندان جهان در سال ۲۰۱۵ بیش از ۹۰۱ میلیون نفر بود که این رقم حدود ۴.۵ برابر جمعیت ۲۰۲ میلیون نفری سالمندان در سال ۱۹۵۰ است. در همین سال، از هر ۸ نفر ۱ نفر ۶۰ ساله و بیشتر بود. با این روند پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ از هر ۶ نفر ۱ نفر در دنیا، سالمند باشد و جمعیت سالمندی در اروپا و آمریکای شمالی ۲۵ درصد، اقیانوسیه ۲۰ درصد، آسیا و آمریکای لاتین ۱۷ درصد و آفریقا ۶ درصد افزایش رشد داشته باشند. جمعیت سالمندان ایران حتی با سرعتی بیش از سرعت رشد جهانی در حال افزایش است. در حال حاضر، حدود ۹.۵ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال و ۶.۱ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال و بیشتر در کشور وجود دارد که با ادامه این روند، جمعیت بالای ۶۰ سال کشور در سال ۲۰۲۵ به ۱۱ درصد و در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۸ درصد خواهد رسید. براساس مقایسه هرم سنی جمعیت کشور در دو دهه اخیر، ساختار

هرم سنی در حال معکوس شدن است و تغییرات فراوانی در سهم جمعیت سالمند از سال ۱۳۸۵ (۷.۲۲ درصد) تا سال ۱۳۹۵ (۹.۲۸ درصد) رخ داده است.

برآوردهای سازمان ملل حاکی از آن است که تا سال ۲۰۵۰ میلادی جمعیت سالمندان کشور ایران به بیش از ۲۶ میلیون افزایش می‌یابد؛ بنابراین افزایش جمعیت سالمندی ایران از سال ۱۴۱۵ به بعد نمایان می‌شود. کشورهایی که بین ۷ تا ۱۴ درصد از جمعیت آن‌ها را سالمندان تشکیل دهند، وارد مرحله اول سالمندی جمعیت می‌شود. اگر جمعیت سالخورده بین ۱۴ تا ۲۱ درصد جمعیت باشد، آن کشور وارد مرحله دوم سالمندی و اگر این جمعیت بالای ۲۱ درصد باشد وارد مرحله سوم سالمندی می‌شود. در حال حاضر، تنها ژاپن به مرحله سوم سالخورده‌گی رسیده است. کشورهای اسکاندیناوی که مرحله شروع سالمندی آن‌ها بسیار سریع‌تر از ژاپن شروع شد، هنوز به مرحله سوم نرسیده‌اند و در مرحله دوم به سر می‌برند. پیش‌بینی می‌شود این کشورها در سال‌های بعد به این مرحله برسند. سنگاپور، کره، ویتنام و ایران از جمله کشورهایی هستند که کاهش باروری آن‌ها سریع‌تر از سالخورده‌شدن جمعیت آغاز شده است؛ اگرچه کاهش رشد باروری در ایران شتاب بیشتری از بیشتر کشورها داشته است.

گزارش وضعیت سالمندی در ایران با ارائه تصویری دقیق از وضعیت سالمندی و سالمندان در ایران مقدمات تفکر و برنامه‌ریزی را به‌منظور مواجهه با تغییرات جمعیتی در آینده فراهم کرده است. آگاهی‌یافتن از تغییرات سنی جمعیت و برنامه‌ریزی سیاسی-اقتصادی مبتنی بر آن می‌تواند اهمیت بسیاری در موفقیت برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌ها داشته باشد. سند ملی سالمندان کشور، با هدف ایجاد پاسخ ملی به افزایش فراوان جمعیت سالمندان و توسعه سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی مناسب به همین منظور تدوین شده که در این سند خدمات جامع و هماهنگ برای رفع نیازهای متنوع و خاص سالمندان پیش‌بینی شده است.

افزایش سریع جمعیت سالمندان کشور، تأثیر قابل توجهی بر سالمندان، خانواده آن‌ها و جامعه دارد. در صورت در پیش گرفتن سیاست‌های صحیح و تدوین برنامه‌های جامع با تأکید همکاری بین‌بخشی، افزایش جمعیت سالمندان ایران، نه تنها تهدیدی برای کشور نیست، بلکه می‌تواند فرصت مناسبی برای همه باشد. در مقابل عرضه پراکنده، بی‌برنامه و ناهماهنگ خدمات می‌تواند معضلاتی جدی را برای سالمندان، خانواده‌ها و جامعه ایجاد کند. از آنجا که پدیده سالمندی جمعیت واقعی‌انکارناپذیر است، باید در حرکتی هماهنگ و جمعی با استفاده از فرصت طلایی پنجره جمعیتی، شرایط رشد اقتصادی و توسعه ایران را فراهم کنیم. به این منظور، استفاده از تجربیات و خرد سالمندان کنونی- در شرایط حاضر- بسیار سودمند است. از سوی دیگر برنامه‌ریزی برای داشتن سالمندان توانمند، فعال و سالم در فاز جمعیتی آینده، که فاز سالمندی جمعیت است، می‌تواند سالمندی جمعیت را برای

سالمندان و جامعه به فرصتی مناسب تبدیل کند و از بیشتر مشکلات اجتماعی و اقتصادی که ممکن است با سالمندی جمعیت پدید آید، جلوگیری کند. گزارش حاضر با استفاده از مرور یافته‌های مطالعات درباره سالمندان و آمار و اسنادی تدوین شده که سازمان‌ها و دستگاه‌های مرتبط منتشر کرده‌اند. مطالعات و اسناد بررسی شده عبارت است از:

- پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و دکتری؛
- مقالات علمی - پژوهشی در پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی؛
- کتاب‌های منتشر شده؛
- گزارش‌های موجود در مرکز آمار ایران، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و مراکز مطالعاتی سالمندان یا مرتبط با سالمندی.

اگرچه رویکرد گزارش تلفیقی از توصیف‌گرایی (Descriptive) و تحلیل (Explanation) است، توصیف وضعیت سالمندان در اولویت قرار دارد؛ به این معنا که در عین توضیح وضعیت کنونی تا حدی علل و عوامل وضعیت موجود واکاوی شده است؛ بنابراین با حداقل مداخله، قضاوت را به خوانندگان واگذار کرده‌ایم. هدف توصیف‌گرایی توضیح شرایط و شاخص‌های آن برای افزایش آگاهی و درک اهمیت موضوع است؛ بنابراین نتیجه چنین تحقیقی پاسخی به این پرسش خواهد بود که «ما در کجا قرار داریم؟» و «شرایط یا وضعیت موجود چگونه است؟»

گزارش حاضر در سه بخش عرضه شده است. در بخش اول، تعریف مفاهیم مهم و مرتبط با جمعیت سالمندی و پیری و بازنشستگی آمده که در گزارش استفاده شده است. در بخش دوم، گزارشی جامع و حتی‌الامکان مختصر درباره وضعیت سالمندی در جهان و همچنین مسائل و مشکلات سالمندان در دیگر کشورها عرضه شده است. در بخش سوم، بر پایه گزارش‌ها و اسناد موجود تصویری جامع از سالمندی و مسائل سالمندان در ایران ترسیم یافته است. باید توجه داشت که تدوین این گزارش بدون همکاری جمعی از استادان، صاحب‌نظران و محققان در زمینه سالمندی ممکن نبود که از این‌رو از همه آن‌ها سپاسگزاریم. امید است تدوین این گزارش که در دوره‌ای فشرده و کوتاه به پایان رسید، زمینه تدوین گزارش‌های ادواری و جامع‌تری درباره سالمندان را فراهم کند. با تکیه بر چنین گزارش‌هایی نظام مدیریت و برنامه‌ریزی با بصیرت بیشتر و با اتکا بر اطلاعات دقیق‌تر می‌تواند زیست بهتری را برای سالمندان ایران رقم بزند.

بخش اول

سالمندی در جهان

فصل اول: جمعیت سالمندان در جهان

جمعیت سالمندان در جهان، هم از لحاظ مطلق و هم نسبی در حال رشد است. در سال ۲۰۱۹ در جهان، تعداد افراد ۶۵ ساله یا بالاتر ۷۰۳ میلیون نفر بود.^۱ بیشترین تعداد جمعیت سالمندان در منطقه شرق و جنوب شرقی آسیا زندگی می‌کنند (بیش از ۲۰۰ میلیون) (جدول ۱-۱). پیش‌بینی می‌شود در سه دهه آینده، تعداد سالمندان در جهان بیش از ۲ برابر شود و در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۱.۵ میلیارد نفر برسد. در همه مناطق، بین سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۵۰، افزایشی در تعداد جمعیت سالمندان مشاهده خواهد شد. برآورد شده است که بیشترین افزایش (۳۱۲ میلیون) در شرق و جنوب شرقی آسیا رخ دهد؛ به‌نحوی که از ۲۶۱ میلیون در سال ۲۰۱۹ به ۵۷۳ میلیون در سال ۲۰۵۰ برسد. در این میان، پیش‌بینی می‌شود سریع‌ترین افزایش در تعداد جمعیت سالمندان به آفریقای شمالی و آسیای غربی مربوط باشد که از ۲۹ میلیون در سال ۲۰۱۹ به ۹۶ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ برسد (رشد ۲۲۶ درصدی). تخمین زده شده است که دومین سرعت رشد در آفریقای سیاه باشد؛ یعنی مکانی که جمعیت افراد ۶۵ ساله یا بالاتر ممکن است از ۳۲ میلیون در سال ۲۰۱۹ به ۱۰۱ میلیون در سال ۲۰۵۰ برسد (رشد ۲۱۸ درصدی). برخلاف این موارد، به نظر می‌رسد این افزایش در استرالیا و نیوزیلند (۸۴ درصد) و در اروپا و آمریکای شمالی تا حدودی کم باشد؛ مناطقی که جمعیت آن‌ها هم‌اکنون نیز از دیگر نقاط جهان به‌شکلی قابل‌توجه پیرتر است.

۱. «سالمند» فردی با سن ۶۵ سال یا بالاتر تعریف شده است.

جدول ۱-۱. تعداد افراد ۶۵ ساله یا بالاتر، برحسب منطقه، ۲۰۱۹ و ۲۰۵۰

منطقه	تعداد افراد ۶۵ ساله به بالا در سال ۲۰۱۹ (میلیون)	تعداد افراد ۶۵ ساله به بالا در سال ۲۰۵۰ (میلیون)	تغییر درصد در بازه سال ۲۰۱۹ تا ۲۰۵۰
جهان	۷۰۲.۹	۱۵۴۸.۹	۱۲۰
آفریقای سیاه	۳۱.۹	۱۰۱.۴	۲۱۸
آفریقای شمالی و آسیای غربی	۲۹.۴	۹۵.۸	۲۲۶
آسیای مرکزی و جنوبی	۱۱۹۰.۰	۳۲۸.۱	۱۷۶
آسیای شرقی و جنوب شرقی	۲۶۰.۶	۵۷۲.۵	۱۲۰
آمریکای لاتین و کارائیب	۵۶.۴	۱۴۴.۶	۱۵۶
استرالیا و نیوزیلند	۴.۸	۸.۸	۸۴
اقیانوسیه به جز استرالیا و نیوزیلند	۰.۵	۱.۵	۱۹۰
اروپا و آمریکای شمالی	۲۰۰.۴	۲۹۶.۲	۴۸

Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019) World Population Prospects 2019

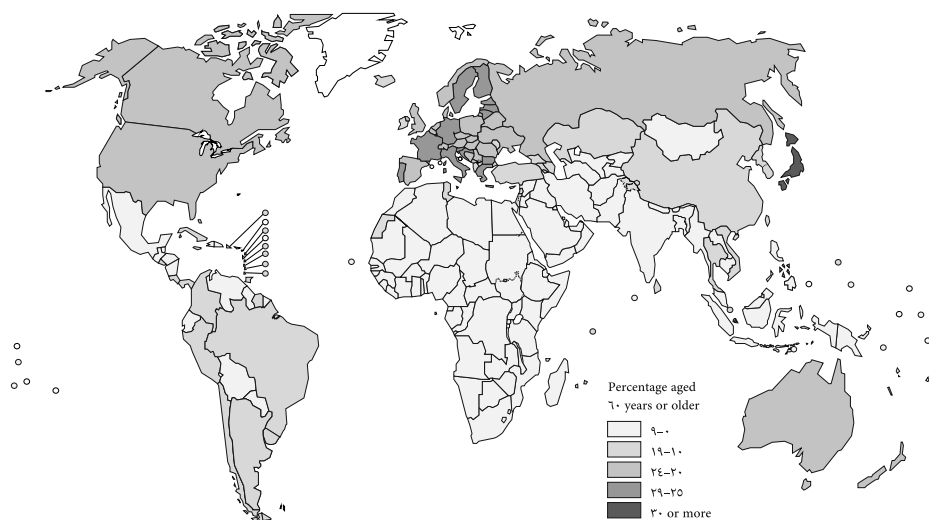
در دسته‌بندی کشورها براساس سطح توسعه، با توجه‌نکردن به کشورهایی که توسعه نیافته‌اند، کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته، در سال ۲۰۵۰ محل زندگی بیش از دوسو جمعیت سالمندان جهان خواهد بود (۱.۱ میلیارد). با وجود این، برآورد می‌شود سریع‌ترین افزایش در همان کشورهایی باشد که توسعه نیافته‌اند؛ یعنی جایی که تعداد افراد ۶۵ ساله به بالا ممکن است از ۳۷ میلیون در سال ۲۰۱۹ به ۱۲۰ میلیون در سال ۲۰۵۰ برسد (۲۲۵ درصد). نسبت و تعداد مطلق سالمندان در سراسر جهان به‌شدت در حال افزایش است. در شکل‌های ۱-۱ و ۱-۲ نسبت افراد ۶۰ ساله یا بیشتر به تفکیک کشور در سال ۲۰۱۵ و برآورد سال ۲۰۵۰ ترسیم شده است. در حال حاضر، تنها در ژاپن این نسبت بیشتر از ۳۰ درصد است. با وجود این، تا رسیدن به میانه قرن، بسیاری از کشورها سهمی مشابه ژاپن در سال ۲۰۱۲ از تعداد سالمندان خواهند داشت. به‌جز کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی، شیلی، چین، جمهوری اسلامی ایران، جمهوری کره، فدراسیون روسیه، تایلند و ویتنام نیز چنین وضعی دارند.

با توجه به شکل‌های ۱-۱ و ۱-۲ ممکن است نتیجه بگیریم که پیرشدن جمعیت در آفریقای سیاه^۱ کمتر مطرح است. اگرچه ساختار جمعیت در آفریقای سیاه، از لحاظ نسبی جوان خواهد ماند، این منطقه در حال حاضر دو برابر اروپای شمالی جمعیت سالمند دارد. همچنین پیش‌بینی می‌شود این منطقه از نظر جمعیت سالمندان

1. Sub-Saharan Africa

سریع‌تر از هر کشور دیگری رشد کند و از ۴۶ میلیون در سال ۲۰۱۵، به ۱۵۷ میلیون در سال ۲۰۵۰ برسد (Aboderin & Beard, 2015). همچنین متوسط طول عمر^۱ پس از ۶۰ سالگی در آفریقای سیاه، برای زنان ۱۶ و برای مردان ۱۴ سال است؛ بنابراین برای کسانی که از خطرات پیشین زندگی نجات یافته‌اند، داشتن پیری طولانی واقعی دست‌یافتنی است. باید توجه داشت که سالمندان در آفریقای سیاه، نقش‌های حیاتی برای استمرار توسعه اجتماعی-اقتصادی دارند (Aboderin & Beard, 2015). سرعت پیرشدن جمعیت در بسیاری از کشورها بسیار بیشتر از گذشته شده است (شکل ۱-۳)؛ برای نمونه در فرانسه حدود ۱۵۰ سال طول کشید که افزایش نسبت جمعیت پیرتر از ۶۰ سال، از ۱۰ درصد به ۲۰ درصد برسد، اما کشورهایی مانند برزیل، چین و هند کمی بیش از ۲۰ سال دیگر به این رقم دست خواهند یافت؛ از این‌رو کشورها باید با سرعت بیشتری آماده هماهنگی‌های لازم برای مواجهه با چنین شرایطی شوند.

شکل ۱-۱. درصد جمعیت ۶۰ ساله یا بالاتر، برحسب کشور، ۲۰۱۵



افزایش جهانی سریع افراد ۸۰ ساله به بالا

تعداد افراد ۸۰ ساله به بالا در جهان، سریع‌تر از تعداد افراد ۶۰ ساله به بالا در حال افزایش است. برآوردها نشان می‌دهد، تعداد افراد ۸۰ ساله به بالا، در طول سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۵۰، حدود سه برابر بیشتر خواهد شد و از ۱۴۳ میلیون به ۴۲۶ میلیون می‌رسد (جدول ۱-۲).

جدول ۱-۲. تعداد افراد ۸۰ ساله یا بالاتر، برحسب منطقه، ۲۰۱۹ و ۲۰۵۰

منطقه	تعداد افراد ۸۰ ساله به بالا در سال ۲۰۱۹ (میلیون)		تغییر (%)
	۲۰۱۹	۲۰۵۰	
جهان	۱۴۳.۱	۴۲۶.۴	۱۹۷.۹
آفریقای سیاه	۳.۷	۱۲.۴	۲۳۸.۱
آفریقای شمالی و آسیای غربی	۵.۲	۲۰.۳	۲۹۱.۰
آسیای مرکزی و جنوبی	۱۵.۸	۶۲.۶	۲۳۹.۰
آسیای شرقی و جنوب شرقی	۴۸.۶	۱۷۷.۰	۲۶۴.۱
آمریکای لاتین و کارائیب	۱۲.۰	۴۱.۴	۲۴۵.۲
استرالیا و نیوزیلند	۱.۲	۳.۳	۱۶۸.۴
اقیانوسیه به جز استرالیا و نیوزیلند	۰.۱	۰.۲	۲۶۹.۱
اروپا و آمریکای شمالی	۵۳.۹	۱۰۹.۱	۱۰۲.۶

Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019) World Population Prospects

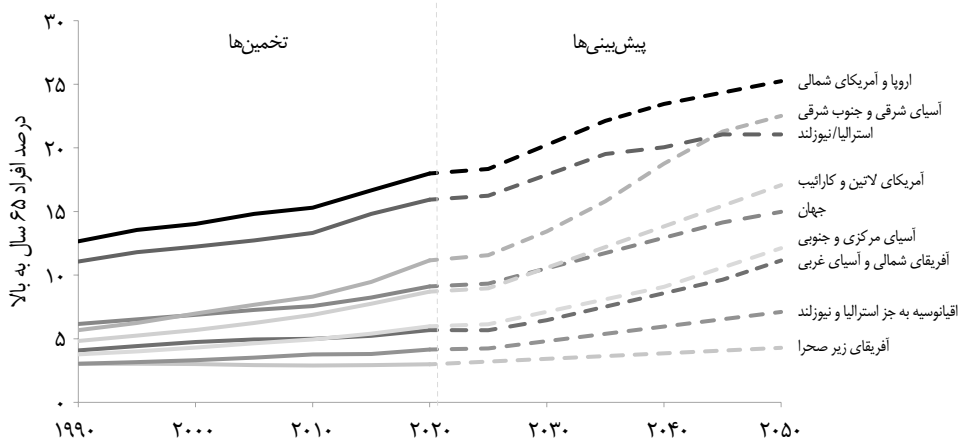
در همه مناطق جمعیت پیرترین گروه‌ها رشدی سریع داشته است. در سال ۲۰۱۹، بیشترین تعداد افراد ۸۰ ساله به بالا در اروپا و آمریکای شمالی (۵۳.۹ میلیون) و در شرق و جنوب شرقی آسیا (۴۸۶) بوده‌اند. تا سال ۲۰۵۰، بیش از نصف جمعیت ۸۰ ساله به بالا در آسیای شرقی و جنوب شرقی (۱۷۷ میلیون) و پس از آن، اروپا و آمریکای شمالی (۱۰۹ میلیون) خواهند بود. به نظر می‌رسد بیشترین میزان رشد جمعیت ۸۰ ساله به بالا- در همه موارد، با رشدی بالای ۲۵۰ درصد- به شمال آفریقا و غرب آسیا، اقیانوسیه و شرق و جنوب شرقی آسیا مربوط باشد.

افزایش نسبت جمعیت سالمند به کل جمعیت

تعداد مطلق سالمندان در سطح جهان افزایش یافته و سهم سالمندان از کل جمعیت نیز بیشتر شده است؛ از این رو به نظر می‌رسد در همه مناطق این رقم به همین ترتیب افزایش یابد. تعداد افراد ۶۵ ساله به بالا در جهان، از ۶ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۹ درصد در سال ۲۰۱۹ رسیده است که پیش‌بینی می‌شود با افزایش بیشتر در سال ۲۰۵۰ به ۱۶ درصد برسد. اگرچه تعداد افراد ۶۵ ساله به بالا در آفریقای سیاه طی ۳۰ سال آینده سه برابر خواهد شد، این مقدار در حکم سهمی از کل جمعیت، به نسبت کم خواهد ماند؛ آفریقای سیاه نسبتاً جوان است و نزدیک به نیمی از جمعیت آن، زیر ۲۰ سال دارند. سهم سالمندان در جمعیت این کشور از سال ۱۹۹۰ ثابت مانده است (حدود ۳ درصد) و انتظار می‌رود از اکنون تا سال ۲۰۵۰ رشد کمی داشته باشد (به ۵ درصد کل جمعیت برسد).

در برخی مناطق، از جمله استرالیا و نیوزیلند، شرق و جنوب شرقی آسیا، اروپا و آمریکای شمالی در ۳۰ سال گذشته سهم سالمندان از کل جمعیت افزایش یافته است که به نظر می‌رسد این سهم تا سال ۲۰۵۰ پیوسته بیشتر شود. این رشد به‌ویژه در شرق و جنوب شرقی آسیا، سریع‌تر خواهد بود. اگرچه در مناطق دیگر از سال ۱۹۹۰ افزایشی متعادل در سهم جمعیت ۶۵ ساله به بالا دیده شده است، انتظار می‌رود سهم سالمندان در این مناطق، تا سال ۲۰۵۰ دست کم دو برابر شود.

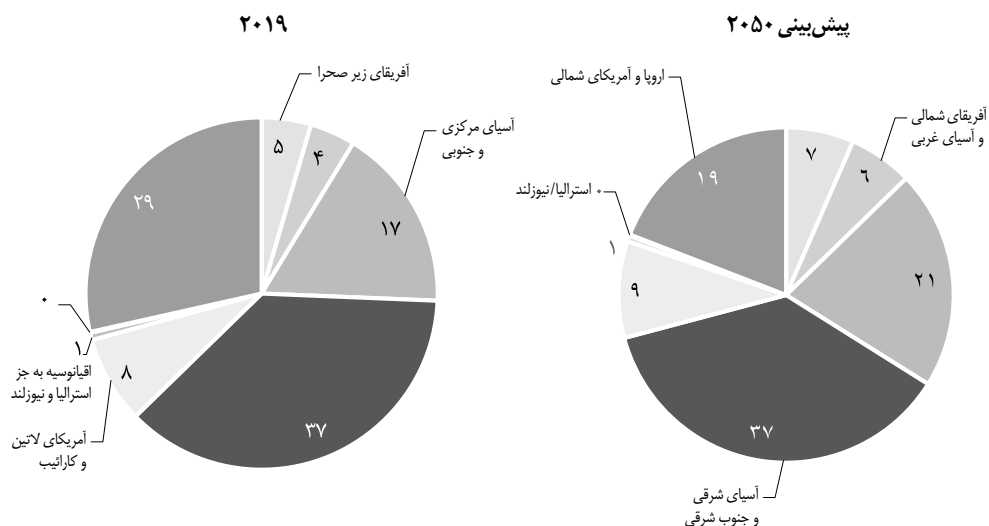
شکل ۱-۴. سهم جمعیت ۶۵ ساله به بالا از کل جمعیت، برحسب منطقه، ۱۹۹۰-۲۰۵۰



بیش از یک سوم سالمندان در شرق و جنوب شرقی آسیا

منطقه شرق و جنوب شرقی آسیا، در سال ۲۰۱۹، بیشترین سهم (۳۷ درصد) جمعیت سالمندان جهان را داشت که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، در همین جایگاه باقی بماند. رتبه دوم بیشترین سهم سالمندان در سال ۲۰۱۹، مربوط به اروپا و آمریکای شمالی بود (۲۸.۵ درصد)، اما به نظر می‌رسد در سال ۲۰۵۰، به ۱۹ درصد کاهش یابد. منطقه آسیای مرکزی و جنوبی در سال ۲۰۱۹، یک‌ششم جمعیت جهانی را دارا بود (۱۷ درصد) که برآورد می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به حدود یک‌پنجم (۲۱ درصد) افزایش یابد. احتمالاً در مناطق آفریقای سیاه، آفریقای شمالی و آسیای غربی، در طول سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۵۰، سهم سالمندان افزایش بیشتری داشته باشد؛ به این ترتیب که از ۵ درصد به ۷ درصد و از ۴ درصد به ۶ درصد افزایش یابد.

شکل ۱-۵. توزیع جهانی جمعیت ۶۵ ساله به بالا، برحسب منطقه، ۲۰۱۹ و ۲۰۵۰ (درصد)



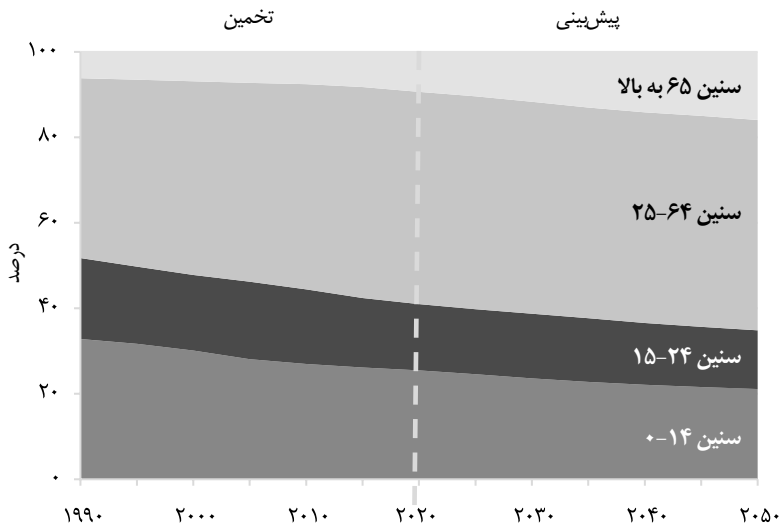
Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019

در سال ۱۹۹۰، جمعیت بزرگسالان در سنین کار (۲۵ تا ۶۴ ساله)^۱ بیشترین بخش جمعیت جهانی را شامل می‌شد (۴۲ درصد) و پس از آن جمعیت کودکان کمتر از ۱۴ سال (۳۳ درصد) بود. اگرچه جمعیت سالمندان (۶۵ ساله به بالا) تنها ۶ درصد جمعیت کل در سال ۱۹۹۰ را شامل می‌شد، برآورد می‌شود سهم آن در سال ۲۰۵۰،

۱. این گستره سنی در این بخش فقط به منظور سهولت به کار رفته است؛ طیف‌های سنی متعددی را می‌توان برای مرزبندی جمعیت افراد در سنین شاغلی به کار برد که وابسته به هدف تحلیل و ارائه است.

تا ۱۶ درصد افزایش یابد. همچنین پیش‌بینی می‌شود سهم بزرگسالان در سنین کار از ۴۲ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۴۹ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد؛ درحالی‌که برآورد می‌شود سهم جوانان (۱۵ تا ۲۴ ساله) در همان دوره، از ۱۹ درصد به ۱۴ درصد کاهش یابد و سهم کودکان از ۳۳ به ۲۱ درصد برسد.

شکل ۱-۶. توزیع جهانی جمعیت ۶۵ ساله به بالا، برحسب گروه سنی کلان، ۱۹۹۰-۲۰۵۰



Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019

سرعت پیرشدن جمعیت در شرق و جنوب شرقی آسیا

۹ کشور از ۱۰ کشوری که در بازه سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۵۰، بیشترین درصد پیش‌بینی شده افزایش در سهم سالمندان را خواهند داشت، در شرق و جنوب شرق آسیا قرار دارند. بالاترین میزان افزایش برای جمهوری کره (۲۳ درصد) و پس از آن سنگاپور (۲۱ درصد)، چین و تایوان (۲۰ درصد) پیش‌بینی شده است. اسپانیا تنها کشور اروپایی در میان ۱۰ کشور است که بیشترین درصد پیش‌بینی شده افزایش در سهم سالمندان تا سال ۲۰۵۰ را دارد.

افزایش طول عمر از زمان تولد

علاوه بر نقش مهم افت باروری، بهبود بقا در سنین پیری به‌نحوی چشمگیر در پیرشدن جمعیت دخیل بوده است (Lee and Zhou, 2017; Murphy, 2017; Preston and Stokes, 2012). در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ و ۲۰۱۵

تا ۲۰۲۰، طول عمر جهانی از زمان تولد تا ۷۰۷ سال (۱۲ درصد) افزایش یافته و برآورد می‌شود ۴۰۵ سال دیگر (۶ درصد) در بازه سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ و ۲۰۴۵ تا ۲۰۵۰ به آن افزوده شود. بیشترین افزایش (۱۱۰۴ سال) در آفریقای سیاه بوده که از ۴۹۰۱ سال در بازه سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵، به ۶۰۰۵ سال در بازه ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ رسیده است. پیش‌بینی می‌شود بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ و ۲۰۴۵ تا ۲۰۵۰، به میزان ۷۰۶ سال دیگر به آن اضافه شود.

افزایش امکان حیات پس از ۶۵ سالگی در بیشتر نقاط جهان

اگرچه افزایش امید به زندگی در بدو تولد وجود دارد، افزایش طول عمر پس از سنین سالمندی سریع‌تر شده است. طول عمر پس از ۶۵ سالگی بیانگر تعداد متوسط سال‌های افزوده به عمر است که یک سالمند ۶۵ ساله خواهد داشت؛ البته اگر در دوره‌ای خاص در باقی‌مانده زندگی‌اش، با عوارض کشنده ناشی از افزایش سن مواجه شود. در مقیاس جهانی، در بازه سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰، فردی که به سن ۶۵ سالگی می‌رسد می‌تواند انتظار داشته باشد ۱۷ سال دیگر عمر کند و این رقم ممکن است در بازه ۲۰۴۵ تا ۲۰۵۰ به ۱۹ سال افزایش یابد. سطح کنونی طول عمر پس از ۶۵ سالگی در استرالیا و نیوزیلند بیشتر از همه است که انتظار می‌رود از ۲۱۰۲ سال در بازه ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، به ۲۳۰۹ سال در بازه ۲۰۴۵ تا ۲۰۵۰ برسد. برخلاف آن، پیش‌بینی می‌شود در بازه ۲۰۴۵ تا ۲۰۵۰، افرادی که در اقیانوسیه و آفریقای سیاه به ۶۵ سالگی می‌رسند، به ترتیب، تنها ۱۴۰ سال و ۱۴۰۲ سال اضافه عمر کنند.

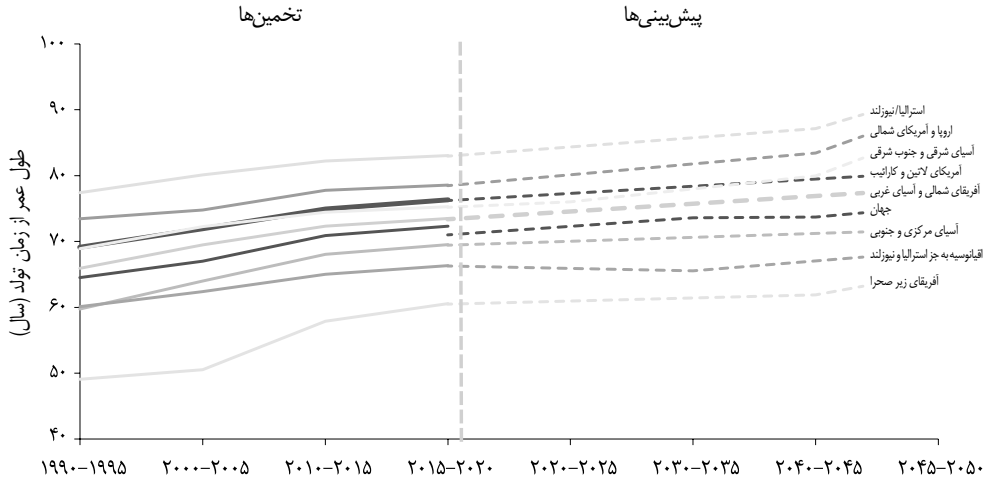
شکل ۱-۷. کشورها یا مناطقی با بیشترین افزایش برآوردی در سهم افراد ۶۵ ساله به بالا، ۲۰۱۹-۲۰۵۰ (درصد)



Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019.

*مکانو یک منطقه ویژه اداری در جمهوری خلق چین است.

شکل ۱-۸. طول عمر از زمان تولد برای هر دو جنسیت (زن و مرد)، برحسب منطقه، ۲۰۵۰-۱۹۹۰



Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019

افزایش سهم زنان در جمعیت سالمند در مقایسه با مردان

زنان اغلب بیشتر از مردان عمر می‌کنند. در بازه سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ در جهان، طول عمر زنان ۴٫۸ سال از مردان پیشی گرفته بود (جدول ۱-۳). برتری زنان در طول عمر در آمریکای لاتین و کارائیب (۶٫۵ سال)، در اروپا و آمریکای شمالی (۶٫۱ سال) و در شرق و جنوب شرقی آسیا (۵٫۳ سال) بیشتر بود، اما این برتری در آسیای مرکزی و جنوبی (۲٫۷ سال)، در اقیانوسیه (۳٫۰ سال) و در آفریقای سیاه (۳٫۵ سال) کمتر بوده است.

برتری بقای زنان در پیری نیز ادامه می‌یابد. در مقیاس جهانی، در بازه ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ پیش‌بینی می‌شد زنان ۶۵ ساله، ۱۸ سال دیگر عمر کنند؛ در حالی که مردان در همان سن می‌توانستند به‌طور متوسط، ۱۶ سال دیگر زنده بمانند. شکاف جنسیتی طول عمر پس از ۶۵ سالگی در مناطقی با بیشترین سطح طول عمر از زمان تولد بیشتر است؛ مانند شرق و جنوب شرقی آسیا (۳٫۴ سال)، اروپا و آمریکای شمالی (۳٫۱ سال) و آمریکای لاتین و کارائیب (۲٫۸ سال)، اما در مناطقی با سطح نسبتاً پایین‌تر طول عمر، شکاف جنسیتی کمتر است؛ مانند اقیانوسیه (۰٫۶ سال)، آسیای مرکزی و جنوبی (۱٫۱ سال) و آفریقای سیاه (۱٫۳ سال). برآوردها نشان می‌دهد در سال ۲۰۵۰، زنان ۵۴ درصد جمعیت جهانی افراد ۶۵ ساله به بالا را تشکیل می‌دهند. از آنجا که شکاف جنسیتی بقا میان زنان و مردان در حال کاهش است، تعادل جنسیتی در میان افراد ۸۰ ساله به بالا به تدریج

افزایش می‌یابد. برآورد می‌شود تعداد زنان ۸۰ ساله به بالا اندکی کاهش یابد و از ۶۱ درصد در سال ۲۰۱۹ به ۵۹ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد.

جدول ۱-۳. طول عمر از زمان تولد و از سن ۶۵ سالگی، برحسب جنسیت و منطقه، ۲۰۱۵-۲۰۲۰

طول عمر از ۶۵ سالگی				طول عمر از زمان تولد				منطقه
تفاوت میان زنان و مردان	مردان	زنان	هر دو جنسیت	تفاوت میان زنان و مردان	مردان	زنان	هر دو جنسیت	
۲.۳۷	۱۵.۶	۱۸.۳	۱۷.۰	۴.۸	۶۹.۹	۷۴.۷	۷۲.۳	جهان
۱.۳	۱۲.۱	۱۳.۴	۱۲.۸	۳.۵	۵۸.۸	۶۲.۳	۶۰.۵	آفریقای سیاه
۲.۳	۱۴.۸	۱۷.۱	۱۶.۰	۴.۴	۷۱.۳	۵۷.۷	۷۳.۵	آفریقای شمالی و آسیای غربی
۱.۱	۱۴.۱	۱۵.۲	۱۴.۷	۲.۷	۶۸.۲	۷۰.۹	۶۹.۵	آسیای مرکزی و جنوبی
۳.۴	۱۵.۵	۱۸.۹	۱۷.۲	۵.۳	۷۳.۷	۷۹.۰	۷۶.۳	آسیای شرقی و جنوب شرقی
۲.۸	۱۶.۷	۱۹.۵	۱۸.۲	۶.۵	۷۲.۰	۷۸.۵	۷۵.۲	آمریکای لاتین و کارائیب
۲.۷	۱۹.۹	۲۲.۶	۲۱.۲	۳.۹	۸۱.۱	۸۵.۰	۸۳.۰	استرالیا و نیوزیلند
۰.۶	۱۲.۳	۱۲.۹	۱۲.۶	۳.۰	۶۴.۹	۶۷.۸	۶۶.۳	اقیانوسیه به جز استرالیا و نیوزیلند
۳.۱	۱۷.۴	۲۰.۸	۱۹.۱	۶.۱	۷۵.۴	۸۱.۶	۷۸.۵	اروپا و آمریکای شمالی

Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019

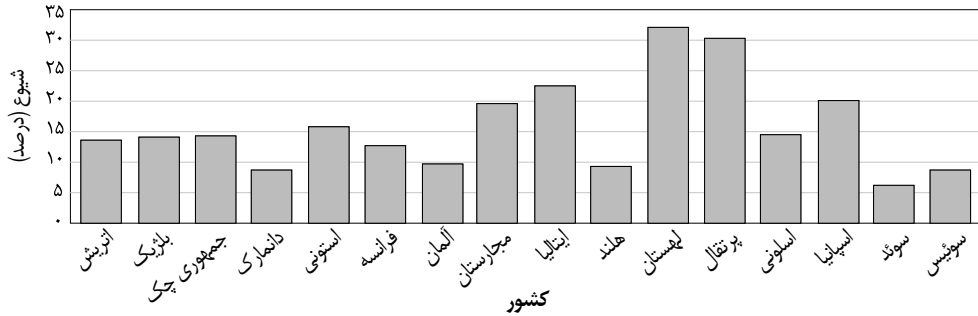
فصل دوم: سلامت سالمندان در جهان

بیماری‌های دوران سالمندی در بیشتر موارد از نوع بیماری‌های غیرواگیردار است؛ از این رو تعیین ریسک فاکتورهای این عارضه‌ها برای ارتقای سلامت سالمندان هدف مهمی است. با ترویج رفتارهای سالم و کنترل ریسک فاکتورهای متابولیسمی در سنین پیری می‌توان راهبردهایی برای کاهش فشار کم‌توانی و مرگ‌ومیر پیش از شروع سالمندی در نظر گرفت (Michel et al., 2008). خطرات ناشی از ریسک فاکتورهای متابولیسمی ناشی از رفتارها در سنین پیری ادامه می‌یابد (Haveman et al., 2002; Hrobonova et al., 2011; Gupta & Mehta, 2000). به‌کارگیری راهبردهایی برای کاهش این تأثیرات پیش از سالمندی، در دوران پیری، به‌ویژه در زمینه کاهش فشار خون (Musini et al., 2009)، بهبود تغذیه (Michel et al., 2008; Estruch et al., 2013) و ترک سیگار (Peto et al., 2000) مؤثر خواهد بود. به‌علاوه، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد کاهش مواجهه با ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی می‌تواند خطر ابتلا به برخی از انواع زوال عقل را کاهش دهد (Andrieu et al., 2011).

با وجود چنین شواهد روشنی مبنی بر اهمیت نیاز به تداوم تعدیل ریسک فاکتورها در دوران پیری، پیامش‌های صورت‌گرفته بر جمعیت سالمند نشان می‌دهد رفتارهایی که سالمندان را در خطر بیماری‌های قلبی-عروقی قرار می‌دهد فراوان است (شکل ۲-۱) (Lloyd-Sherlock et al., 2014). تفاوت فراوان شیوع این رفتارهای ناسالم در کشورها نشان می‌دهد فرصت‌های فراوانی برای مداخله وجود دارد. همچنین شواهد فزاینده‌ای در دست است مبنی بر اینکه رفتارهای مرتبط با سلامتی، مانند شرکت در فعالیت‌های جسمی و تغذیه مناسب ممکن است تأثیرات عمیقی بر توانایی درونی در سنین پیری داشته باشد. این تأثیرات کلان بر توانایی درونی، کمتر در تحقیقات مدنظر قرار گرفته است؛ درحالی‌که می‌تواند در راهبردهای مربوط به دگرگون کردن یا

به تأخیر انداختن افت توانایی و حتی عارضه‌هایی مانند ضعف در سالمندی مهم باشد.

شکل ۲-۱. شیوع تعدیل‌شده براساس سن از بی‌حرکی بدنی در افراد ۶۰ ساله یا بالاتر برحسب کشور



Source: Wave 4, release 1.1.1 (28 March 2013). In: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) website. Munich

فعالیت بدنی

شرکت در فعالیت‌های بدنی در طول زندگی فواید بسیاری مانند افزایش طول عمر دارد؛ برای مثال، براساس تحلیل نتایج مطالعات طولی بزرگ، افرادی که ۱۵۰ دقیقه در هفته در فعالیت بدنی شرکت می‌کردند، در مقایسه با کسانی که کمتر فعال بودند، ۳۱ درصد کمتر مرگ‌ومیر داشتند و فواید این عمل در میان افراد بالای ۶۰ سال بیشتر بود. فعالیت بدنی در پیری، چندین فایده دیگر دارد؛ مانند بهبود توانایی‌های جسمی و ذهنی (برای مثال با حفظ قدرت عضلانی و عملکرد ادراکی، کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عزت‌نفس)، جلوگیری از بیماری و کاهش خطر (مانند بیماری‌های قلبی، دیابت و سکته) و بهبود پیامدهای اجتماعی (برای مثال با افزایش مشارکت اجتماعی، حفظ شبکه‌های اجتماعی و روابط میان‌نسلی).

فواید فراوان دیگری نیز وجود دارد؛ برای نمونه براساس مطالعات مقطعی و مطالعات طولی مشخص شده است، در میان افرادی که میزان متعادلی از فعالیت بدنی را گزارش کرده‌اند، کاهش ۵۰ درصدی خطر ظهور محدودیت‌های عملکردی وجود دارد (Paterson & Warburton, 2010; Tak et al., 2013). آزمایش‌های کنترل‌شده تصادفی بیانگر فوایدی مشابه بوده است (Pahor et al., 2014; Tak et al., 2013) و تمرین‌های استقامتی پیشرفته نیز ممکن است منافع جداگانه‌ای داشته باشد (Liu & Latham, 2009). همچنین به نظر می‌رسد فعالیت بدنی عملکرد ادراکی افرادی را که زوال عقل ندارند حفظ کند و حتی بهبود ببخشد (Paterson & Warburton, 2010; Jak, 2012). همچنین در حدود یک‌سوم افراد، تنزل ادراکی را کاهش می‌دهد (Blondell et al., 2014).

افزون بر این، فعالیت بدنی در برابر برخی از مهم‌ترین عارضه‌های سلامتی در سنین پیری از فرد محافظت

می‌کند. ممکن است بی‌حرکی عامل ظهور حدود ۲۰ درصد خطرات منتسب به جمعیت در ابتلا به زوال عقل باشد و تخمین زده شده است که اگر بزرگسالان مسن‌تر به توصیه‌های مربوط به فعالیت بدنی عمل می‌کردند، از ابتدای ۱۰ میلیون از موارد جدید جهانی پیشگیری می‌شد (Norton et al., 2014). به‌شکلی مشابه، سکتی مسیب ایجاد برخی از شدیدترین فشارهای بیماری در سنین پیری است که در این میان، فعالیت بدنی ملایم می‌تواند این ریسک را ۱۱ تا ۱۵ درصد کاهش دهد. فعالیت بدنی قدرتی حتی فواید بیشتری دارد؛ به‌نحوی که این خطر را ۱۹ تا ۲۲ درصد کاهش می‌دهد (Diep et al., 2010).

با وجود فواید آشکار فعالیت بدنی، تعداد جمعیتی که به توصیه‌ها عمل می‌کنند با افزایش سن کم می‌شود. براساس تحلیل‌های صورت‌گرفته بر داده‌های مطالعه پروژه سیج^۱ (مطالعه جهانی سلامت سالمندان و بزرگسالان) و پیمایش سلامت جهانی سازمان بهداشت جهانی، حدود یک‌سوم افراد ۷۰ تا ۷۹ ساله و نیمی از افراد ۸۰ ساله یا بیشتر، به رهنمودهای اولیه سازمان بهداشت جهانی درباره فعالیت بدنی در سنین پیری توجه نمی‌کنند (Bauman et al., 2008). با وجود این، تفاوت فراوان شیوع بی‌حرکی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد عوامل فرهنگی و محیطی به احتمال زیاد عامل اصلی این الگوها هستند. همچنین به نظر می‌رسد مداخلات، هم در سطح برنامه‌ریزی و هم در سطح کلان جمعیتی، در بهبود میزان فعالیت بدنی مؤثر است (Saelens & Papadopoulos, 2008). ثابت شده است که مداخلات متمرکز بر ارتقای قدرت عضلانی و استقامت نیز تأثیرات مفیدی دارد (Liu & Latham, 2009).

همه فعالیت‌های آمادگی جسمانی - هوازی، قدرتی و عصبی حرکتی (تعادل) - برای جمعیت سالمند مهم است. با این حال باید توجه کرد که تمرینات قدرتی و تعادلی باید بر ورزش‌های هوازی مقدم باشد؛ زیرا براساس شواهد جدید، تمرینات استقامتی پیشرفته تأثیرات مطلوبی در قدرت عضلانی، توانایی جسمی و خطر زمین خوردن دارد (Liu & Latham, 2009). همچنین مشخص شده است که این فعالیت‌ها برای افراد دچار بیماری‌های قلبی - عروقی یا فاقد آن، تأثیرات مفیدی داشته و با عملکرد قلبی - عروقی، متابولیسم و کاهش ریسک فاکتورهای قلبی نیز ارتباط دارد. البته فواید فعالیت‌های بدنی هوازی، مانند پیاده‌روی، که حالت اصلی ورزش‌های هوازی در میان سالمندان است، نمی‌تواند به بهبود تعادل (Howe et al., 2001) بینجامد، در جلوگیری از زمین خوردن اثری ندارد (Sherrington et al., 2008; Voukelatos et al, 2015) و فایده مشخصی در ارتباط با قدرت بدنی ندارد؛ بنابراین منطقی و احتمالاً ایمن‌تر است بگوییم سالمندانی که حرکشان دچار اختلال شده است، پیش از اقدام به تمرینات هوازی، با افزایش قدرت و بهبود تعادلشان، ورزش را آغاز کنند.

تغذیه

پیرشدن توأم با دگرگونی‌های فیزیولوژیکی است که ممکن است تأثیری منفی در وضعیت تغذیه داشته باشد. اختلالات حسی، مانند کاهش حس چشایی یا بویایی یا هر دو، ممکن است سبب کاهش اشتها شود. سلامت دهانی ضعیف و مشکلات دندانی می‌تواند سبب مشکلاتی در جویدن، تورم لثه‌ها و رژیم غذایی یکنواخت با کیفیت نامطلوب شود که همه این موارد بر خطر سوءتغذیه می‌افزاید (Kshetrimayum et al., 2013). ترشح اسید معده ممکن است مختل شود که به کاهش جذب آهن و ویتامین B_{۱۲} می‌انجامد. تضعیف پیشرفته بینایی و شنوایی، به همراه پوکی استخوان می‌تواند تحرک را محدود کند و بر توانایی سالمندان برای خرید غذا و آماده کردن آن تأثیر گذار باشد. در کنار این تغییرات فیزیولوژیک، پیرشدن ممکن است با تغییرات شدید روانی و محیطی، مانند انزوای تنهایی، افسردگی، و وضعیت مالی نامناسب توأم باشد که اثرات چشمگیری بر رژیم غذایی دارد.

در مجموع، این روندها خطر سوءتغذیه در سنین پیری را افزایش می‌دهد؛ زیرا اگرچه نیاز به انرژی با افزایش سن کم می‌شود، نیاز به بیشتر مواد مغذی به نسبت بدون تغییر باقی می‌ماند. سوءتغذیه در سنین پیری با تغییرات مرتبط با سن، در بیشتر موارد به صورت کاهش عضلات و کاهش تراکم استخوان و افزایش خطر ضعف نمایان می‌شود. همچنین همراه با کاهش عملکرد ادراکی، کاهش توانایی مراقبت از خود و خطر بیشتر وابسته شدن به مراقبت همراه است. با وجود این‌ها، سوءتغذیه در سنین پیری اغلب بررسی نمی‌شود و برآوردهای جامع از شیوع جهانی اشکال گوناگون سوءتغذیه محدود است. براساس شواهد، سهم قابل توجهی از سالمندان در جهان، ممکن است دچار سوءتغذیه باشند. برآورد تغذیه‌ای جامع در سالمندان، مستلزم اجرای اندازه‌گیری‌های انسان‌سنجی^۱، زیست‌شیمی^۲ بالینی و سنجش‌های رژیمی است. در مطالعه‌ای در بریتانیا، از این رویکردهای جامع استفاده و مشخص شد که خطر سوءتغذیه پروتئین-انرژی بین ۱۱ تا ۱۹ درصد است که این مسئله با کمبود ویتامین C و D و سطح پایین کاروتنوئید همراه است (Elia & Stratton, 2005). براساس مطالعه‌ای در فیلیپین درباره سالمندان، انرژی دریافتی حدود ۶۵ درصد از کل انرژی مورد نیاز بود (Risonar et al., 2009). در مطالعه‌ای در بخش روستایی مالزی، معضلات مرتبط با کمبود تغذیه^۳ و بیش بود تغذیه^۴ و همچنین سطح پایین تیامین، ریوفلاوین (ویتامین B_۶) و کلسیم در میان سالمندان گزارش شد (Shahar et al., 2007). همچنین در بسیاری از کشورها، میزان بالای سوءتغذیه (۱۵ تا ۶۰ درصد) در میان بیماران سالمندی که در بیمارستان بستری یا در خانه

-
1. Anthropometric
 2. Biochemistry
 3. Undernutrition
 4. Overnutrition

سالمندان ساکن بودند یا تحت برنامه‌های مراقبتی قرار داشتند، گزارش شده است (Morley & Silver, 1995; Pérez Llamas et al., 2011; Rodríguez et al., 2005; Shabayek & Saleh, 2000). در بسیاری از مطالعات با به‌کارگیری پرسشنامه، برآوردهای اولیه از بیماران سالمند کلینیک‌های سرپایی، بیمارستان‌ها و خانه‌های سالمندان انجام شده است (Vellas et al., 1999). در مطالعه‌ای درباره سالمندان ساکن در مناطق روستایی جنوب هند مشخص شد که بیش از ۶۰ درصد سالمندان دچار میزان پایین دریافت پروتئین-انرژی بودند (Vellas et al., 1999). در مطالعه‌ای در جمهوری اسلامی ایران، آشکار شد شیوع سوءتغذیه در سالمندان ۱۲ درصد است و در میان گروه‌هایی با وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر، این شیوع بیشتر است (Aliabadi et al., 2008). مدیریت کنترل و کاهش سوءتغذیه در سنین پیری باید چندبعدی باشد. انواعی از مداخلات در تغییر این الگوهای سوءتغذیه مؤثر است و ثابت شده که وابستگی به مراقب را به تأخیر می‌اندازد، توانایی درونی را بهبود می‌بخشد و حالات ضعف را رفع می‌کند (Dorner et al., 2013). مقادیر ماده مغذی در غذا باید بیشتر شود، به‌ویژه مقدار ویتامین‌ها و مواد معدنی، اما دریافت انرژی و پروتئین نیز اهمیت دارد. مشاوره تغذیه‌ای فردی وضعیت تغذیه سالمندان را طی ۱۲ هفته بهبود می‌بخشد (Beck et al., 2013). در ادامه برخی مشخصه‌های مرتبط با سلامتی جسمی، روانی و عملکردی در نیمه دوم زندگی و تأثیر این مشخصه‌ها بر توانایی درونی و توانایی عملکردی بررسی می‌شود. با توجه به پیچیدگی این تغییرات، بر مسائل اصلی تمرکز شده است که چارچوبی برای درک روندهای سلامتی در سنین پیری به دست می‌دهد.

۲-۱. سلامت جسمی

در سطح زیست‌شناختی، پیرشدن به صورت انباشت تدریجی و دائمی آسیب‌های مولکولی و سلولی شناخته می‌شود که به تضعیف پیش‌رونده و فراگیر بسیاری از عملکردهای بدنی، افزایش آسیب‌پذیری در برابر مشکلات محیطی و خطر فزاینده بیماری و مرگ می‌انجامد (Kirkwood, 2008). در ادامه، برخی از تغییرات بنیادی که هم‌زمان با پیرشدن به اشکال گوناگون در همه انسان‌ها رخ می‌دهد، به‌طور خلاصه ارائه شده است. اگرچه تفاوت آشکاری در چگونگی تجربه این تغییرات در سطح فردی وجود دارد، روندهای عمومی با در نظر گرفتن جمعیت به‌مثابه یک کل، بررسی شده است (Sehl & Yates, 2001). این کاستی‌ها در توانایی درونی را می‌توان با سازگاری و کنارآمدن جبران کرد که در بیشتر موارد با کسب تجربه و دانش توأم است.

همچنین دشوار است تأثیر عملکردی این روندهای بنیادی را از تبعات بیماری‌هایی جدا کنیم که ممکن است افراد در طول زندگی خود با آن‌ها مواجه شوند؛ در نتیجه روندهای مربوط به طول زندگی برای عموم جمعیت، مثلاً درباره قدرت دست^۱ و سرعت راه‌رفتن^۲ نشان‌دهنده روندهای بنیادی در عملکرد ماهیچه‌ای-اسکلتی و همچنین تأثیرات افزوده الگوهای فعالیت و تغذیه و همچنین وضعیت سلامتی است.

عملکردهای حرکتی

پس از رسیدن به بیشینه‌ای در اوایل بزرگسالی، حجم عضلات با افزایش سن کاهش می‌یابد و این مسئله ممکن است با کم‌شدن قدرت و عملکرد ماهیچه‌ای-اسکلتی توأم باشد (Cruz-Jentoft et al., 2010). یکی از روش‌های اندازه‌گیری عملکرد ماهیچه‌ای، اندازه‌گیری قدرت فشردن دست است که نشانه‌ای قوی برای توانایی و مستقل از هر اثر وابسته بر بیماری است (Rantanen et al., 2003; Leong et al., 2015). کاهش میانگین قدرت دست منتسب به سن، در کشورهای مشمول در بررسی‌های «پروژه سیج»^۳ و پیمایش سلامتی، پیری و بازنشستگی در اروپا^۴ در شکل ۲-۲ ترسیم شده است. زنان در مقایسه با مردان قدرت دست ضعیف‌تری دارند و درباره هر دو جنس، قدرت دست با افزایش سن کاهش می‌یابد. میزان زوال قدرت دست، در بیشتر کشورهای مورد مطالعه مشابه بود. با وجود این، سطح بیشینه تفاوت چشمگیری داشت؛ به این صورت که مردم در هند و مکزیک، در همه سنین و جنسیت‌ها، قدرت دست کمتری داشتند. این تفاوت‌ها ممکن است نشانه ترکیبی از ژنتیک و عوامل مربوط به دوران اولیه زندگی مانند تغذیه باشد.

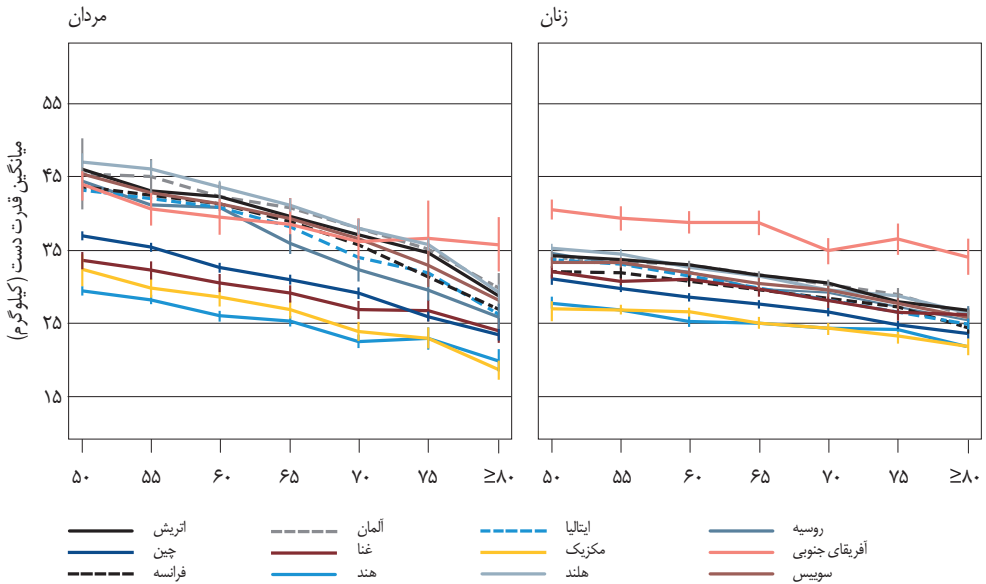
1. Grip Strength

2. Gait Speed

3. SAGE (Study on Global Ageing and Adult Health)

4. Survey of Health, Ageing and Retirement In Europe (SHARE)

شکل ۲-۱. قدرت دست مردان و زنان ۵۰ ساله و بالاتر

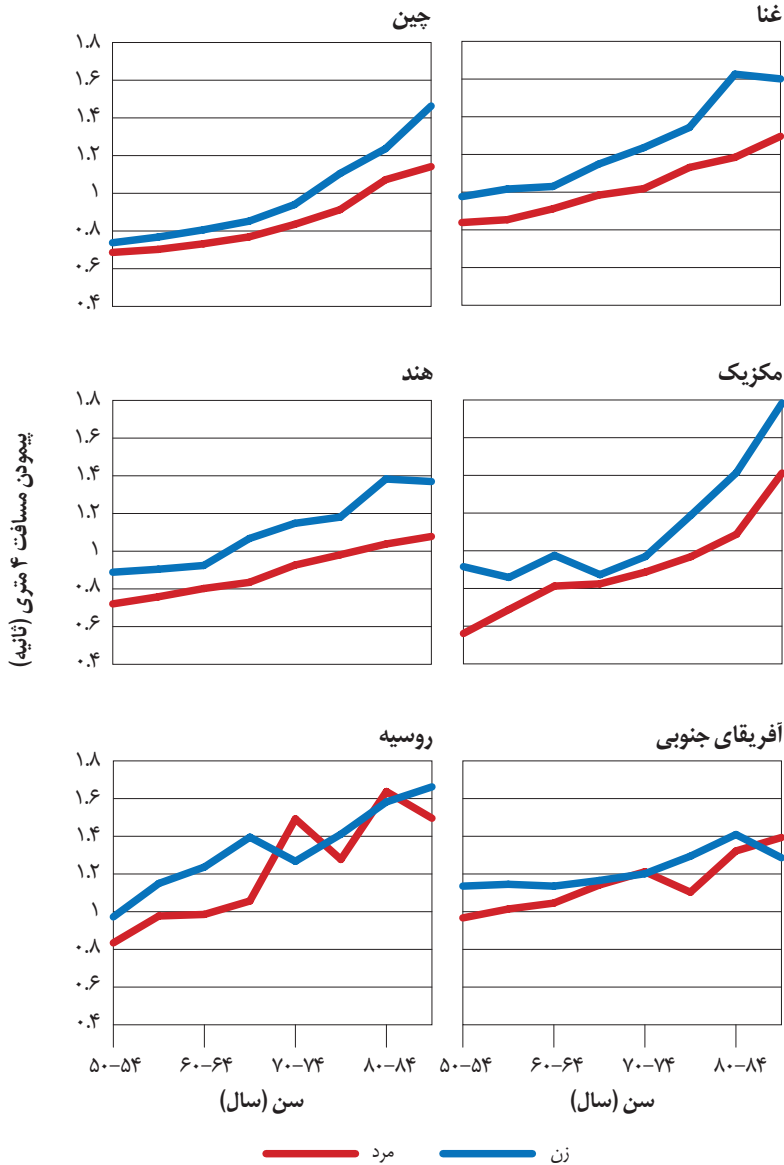


توجه: این شکل براساس چهارمین فاز مطالعه شیر (۲۰۱۰-۲۰۱۱) ترسیم شده است؛ زیرا زمان‌بندی اجرای پروژه تقریباً با اولین فاز مطالعه پروژه سیج (۲۰۰۷-۲۰۱۰) هم‌زمان شد. این داده‌ها از لحاظ قد و وزن تعدیل نشده‌اند.

Source: Wave 4, release 1.1.1 (28 March 2013). In: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) website. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (<http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>, accessed 27 July 2015). WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).

پیری همچنین با تغییرات چشمگیری در استخوان‌ها و مفاصل همراه است. با افزایش سن، توده استخوان یا تراکم به‌ویژه در میان زنان پس از یائسگی کاهش می‌یابد. این مسئله ممکن است به‌حدی پیش رود که خطر شکستگی به‌شدت افزایش یابد (ضایعه‌ای که پوکی استخوان نام دارد) و با پیامدهای جدی شامل کم‌توانی، تنزل کیفیت زندگی و مرگ همراه باشد؛ به‌ویژه شکستگی‌های لگن که شکل ویرانگری از شکستگی‌های ناشی از پوکی استخوان است و به‌دنبال پیرشدن جمعیت، رایج‌تر نیز می‌شود تا آنجا که تخمین زده‌اند در سال ۲۰۵۰، به میزان بروز^۱ سالیانه ۴.۵ میلیون می‌رسد (Gullberg et al., 1997). مقدار میانه استاندارد شده سن شکستگی‌های مرتبط با پوکی استخوان، از حیث جغرافیایی متفاوت است؛ بیشترین میزان آن در آمریکای شمالی و اروپا و پس از آن آسیا، خاورمیانه، اقیانوسیه، آمریکای لاتین و آفریقا قرار دارد (Cauley et al., 2014).

شکل ۲-۲. سرعت راه رفتن (زمان لازم برای پیمودن مسافت ۴ متری)
بر حسب سن، جنسیت، کشور



Source: WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).

با افزایش سن، غضروف مفصلی با تغییرات چشمگیری از حیث ساختاری، مولکولی، سلولی و حرکتی مواجه می‌شود که این امر به آسیب‌پذیری بیشتر بافت در برابر فرسایش^۱ می‌انجامد. با فرسایش غضروف و کاهش مایع پیرامون مفصل، مفاصل صلب‌تر و شکننده‌تر می‌شوند (Novelli, 2012). اگرچه نرم‌شدن غضروف با افزایش سن رخ می‌دهد، این مسئله همیشه به درد مفاصل یا فرسایش غضروفی، که مسبب پوکی استخوان است، منجر نمی‌شود؛ هرچند شیوع این اختلال به شدت به سن وابسته است (Martin & Buckwalter, 2002). همچنین ثابت شده است که فعالیت جسمی متعادل و منظم، مختصات زیستی و زیست‌مکانیکی غضروف مفصلی را بهبود می‌بخشد (Novelli, 2012). این موارد زوال مرتبط با سن و نمونه‌های دیگر، در نهایت در عملکرد کلان‌تر ماهیچه‌ای-اسکلتی و حرکت تأثیرگذار است و در کاهش سرعت راه‌رفتن منعکس می‌شود؛ یعنی زمانی که فرد برای راه‌رفتن در یک مسافت مشخص صرف می‌کند. سرعت راه‌رفتن تحت تأثیر قدرت ماهیچه‌ها، محدودیت‌های مفاصل و عواملی دیگر مانند هماهنگی حرکتی و ادراکات حسی است و یکی از قوی‌ترین نشانه‌های پیامدهای آتی سالمندی به شمار می‌آید (Studenski et al., 2011). در شکل ۲-۳، سرعت در سنین مختلف در میان شش مورد از کشورهای مطالعه سیچ ترسیم شده و نشان می‌دهد سرعت عمومی راه‌رفتن با افزایش سن کندتر می‌شود.

عملکردهای حسی

پیرشدن با افت بینایی و شنوایی همراه است و تفاوت چشمگیری در نحوه تجربه آن در سطح فردی وجود دارد. کم‌شنوایی مرتبط با پیری (که پیرگوشی^۲ نام دارد) امری دوسویه است و فراوانی بیشتری دارد و ناشی از موارد زیر است: پیری حلزون گوش^۳، مواجهه محیطی مانند همه‌مه، استعداد ژنتیکی و افزایش آسیب‌پذیری که به سبب محرک‌های فشارزای فیزیولوژیک یا اندام‌شناختی و رفتارهای قابل‌تعدیل مرتبط با سبک زندگی به وجود می‌آید (Yamasoba et al., 2013). در جهان، بیش از ۱۸۰ میلیون فرد بالای سن ۶۵ سال دچار کم‌شنوایی هستند؛ به‌گونه‌ای که بر اثر آن در فهم گفتارهای معمولی اختلال ایجاد می‌شود (Olusanya et al, 2014; WHO, 2015; Davis & Davis, 2010; Gates & Mills, 2005; Baltes & Lindenberger, 1997).

همچنین سن با تغییرات عملکردی چشم همراه است که به پیرچشمی می‌انجامد؛ یعنی تغییری که با تقلیل توانایی چشم‌دوختن صورت می‌گیرد و سبب تاری در دید نزدیک می‌شود که غالباً در میان‌سالی بروز می‌یابد

-
1. Degeneration
 2. Presbycusis
 3. Cochlear Ageing

(Hickenbotham et al., 2012). تغییر متداول دیگر وابسته به سن، افزایش کدری عدسی شفاف است که می‌تواند به آب‌مرورید منجر شود. سن شروع، میزان پیشرفت و سطح کاهش دید در میان افراد، بسیار متفاوت و بیانگر الگوهای ژنتیک و مواجهه‌های محیطی است (Stuck et al., 1999). همچنین پیش‌شدن به‌شدت با فرسودگی لکه زرد^۱ وابسته به سن همراه است که موجب آسیب شبکیه می‌شود و به‌سرعت به تضعیف حاد بینایی می‌انجامد. این مسئله در افراد بالای ۷۰ سال بسیار شایع بوده و مسبب اصلی کوری در کشورهای ثروتمند و کشورهای با درآمد متوسط است.

این تغییرات ممکن است پیامدهای مهمی در زندگی روزمره سالمندان داشته باشد؛ برای مثال اگر کم‌شنوایی درمان نشود، بر ایجاد ارتباط تأثیر می‌گذارد و ممکن است، با اضطراب، افسردگی و زوال ادراکی، به انزوای اجتماعی و از دست دادن استقلال بینجامد (Parham et al., 2011). افراد با شنوایی معمولی غالباً متوجه تأثیر کم‌شنوایی بر زندگی فردی نیستند و کندی در فهم صحبت‌ها معمولاً هم‌عرض نارسایی ذهنی تصور می‌شود که اغلب موجب کناره‌گیری سالمندان می‌شود تا از انگ «کند» یا «ناقص ذهنی» در امان بمانند (Ryan et al., 1986). ضعف بینایی نیز ممکن است تحرک را محدود کند، بر تعاملات میان افراد تأثیر گذارد، موجب افسردگی شود، مانعی برای دسترسی به اطلاعات و رسانه‌های اجتماعی باشد، خطر زمین‌خوردن و تصادف را افزایش دهد و رانندگی را خطرناک کند (Turano et al., 1994). همچنین با اینکه سالمندان می‌کوشند راهبردهایی برای جبران تنزل عملکردهای حسی بیابند، وجود این تحولات ممکن است نحوه انجام کارهای ادراکی دیگرشان را تغییر دهد و از کارایی آن بکاهد.

با وجود این، چنین محدودیت‌های مرسوم در توانایی درونی را می‌توان به نحوی مؤثر مدیریت کرد. نمونه ساده مداخله و انطباق با کم‌شنوایی اصلاحات محیطی مانند کاستن از همه‌های مختل‌کننده و انطباق‌های رفتاری افراد مبتلا به کم‌شنوایی و همراهان در ارتباط با یکدیگر است (برای مثال، استفاده از روش‌های ساده ارتباطی مانند واضح صحبت کردن). تشخیص به‌موقع، مراقبت کامل از چشم و بازتوان بخشی در کاهش آسیب بسیار مؤثر است. تغییرات محیطی مانند بهبود نور و علامت‌گذاری نیز مفید است. فناوری‌های کمکی، مانند افزارهای شنوایی و عدسی‌های انکساری، کاربرد بسیاری دارند و مؤثرند، مشروط به اینکه گران نباشند. اکنون در بسیاری از کشورها می‌توان سمعک‌های باکیفیت را با هزینه کمی نصب کرد. عینک‌های مطالعه نیز با قیمت مناسب در دسترس قرار دارند و در این میان، بهترین راه‌حل آب‌مرورید جراحی باکیفیت و ارزان است.

عملکردهای ادراکی

عملکردهای ادراکی در میان افراد، بسیار متنوع است و ارتباطی نزدیک با سال‌های تحصیل دارد. بسیاری از عملکردهای ادراکی در جوانی کاهش می‌یابد و عملکردهای گوناگون نیز به میزانی متفاوت کم می‌شود. به دنبال آن، عملکرد کلی با افزایش سن، به شکلی فزاینده نامتجانس می‌شود (Park, 2000). برخی از انواع اختلال در حافظه و سرعت پردازش اطلاعات رایج بوده و شکایت از آن بارها از سوی سالمندان گزارش شده است. پیری با کاهش توان انجام کارهای پیچیده‌ای همراه می‌شود که مستلزم توجه هم‌زمان است؛ از این رو به نظر می‌رسد تقویت توانایی حفظ تمرکز یا مقابله با حواس‌پرتی تأثیری در کاهش این موارد ندارد. به نحوی مشابه، پیری با کاهش در توانایی آموختن و خبره‌شدن در کارهایی توأم می‌شود که مستلزم دستکاری فعالانه، سازمان‌دهی مجدد، یکپارچه‌سازی یا پیش‌بینی است (Henry et al., 2004). با وجود این، همه عملکردهای ادراکی با افزایش سن زوال نمی‌یابد و توانایی‌های زبانی، مانند درک و خواندن واژگان، به‌طور خاص در طول زندگی ثابت باقی می‌مانند. تفاوت فردبه‌فرد درباره تنزل عملکردهای ادراکی وابسته به سن از عوامل متعددی، مانند وضع اجتماعی-اقتصادی، سبک زندگی، وجود بیماری‌های مزمن و مصرف دارو تأثیر می‌پذیرد و نشان می‌دهد فرصت‌هایی برای مداخلات مربوط به بهداشت همگانی در طول زندگی فراهم است. همچنین شواهد نشان می‌دهد تنزل معمول عملکردهای ادراکی وابسته به سن را می‌توان تا حدی با شایستگی عملی و تجربه‌ای که در طول زندگی به دست آمده است جبران کرد (Baltes et al., 2005) و با تربیت ذهنی و فعالیت جسمی کاهش داد (Muscari et al., 2010). مهم‌تر اینکه تغییرات اندک و نامتجانس در عملکردهای ادراکی در سالمندان تندرست، کاملاً از تغییرات مرتبط با زوال عقل مجزا است.

امیال جنسی

اگرچه داده‌های مربوط به فعالیت جنسی در سنین بالا، به‌ویژه درباره کشورهای کم‌درآمدتر، محدود است، پیمایش‌های جمعیتی نشان داده که افراد غالباً تا سنین بالا از نظر جنسی فعال می‌مانند؛ برای نمونه در یک مطالعه طولی، ۷۳ درصد شرکت‌کنندگان با سن ۵۷ تا ۶۴ سال، ۵۳ درصد با سن ۶۵ تا ۷۴ سال و ۲۶ درصد با سن ۷۵ تا ۸۵ سال از نظر جنسی فعال بودند. در گروه سنی بالاتر، ۲۳ درصد از شرکت‌کنندگان فعال از نظر جنسی گفتند که یک بار در هفته یا بیشتر نزدیکی جنسی دارند (Lindau et al., 2007). میل جنسی در سنین بالا از برخی تغییرات فیزیولوژیک یا اندام‌شناختی تأثیر می‌پذیرد که به‌عنوان بخشی از فرایند پیری، هم در زنان و هم مردان رخ می‌دهد. همچنین عوامل متعدد روان‌شناختی و اجتماعی-محیطی نیز بر این امر مؤثر است

(Lochlainn & Kenny, 2013). از آنجا که پیری دوره‌ای است که در آن خطر بیماری افزایش می‌یابد، این تغییرات بنیادی با دست‌وپنجه نرم کردن ناگزیر با بیماری‌هایی که ممکن است تأثیرات عینی در عملکرد جنسی داشته باشد، پیچیده‌تر می‌شود. این تأثیرات ممکن است مستقیم باشد، مانند بیماری‌های عروقی که به ناکارایی نعوظی منجر می‌شود، یا غیرمستقیم باشد، مانند مصرف داروهای لازم برای یک بیماری دیگر که ممکن است سبب کاهش میل جنسی شود، یا از پیامدهای روانی یک بیماری یا درمان آن ناشی شده باشد؛ برای مثال تغییر تصور از خود در میان زنان که ممکن است پس از برداشتن پستان رخ دهد. البته معضلات ناشی از بیماری‌ها احتمالاً پیوند بیشتری با پدید آمدن مشکلات جنسی دارد تا سن (Lindau et al., 2007).

همپای گرایش‌های مسلط اجتماعی- فرهنگی، در مطالعات مربوط به امیال جنسی در سنین پیری نیز به‌جای آنکه به جنبه‌های مثبت فعالیت جنسی پردازند، بارها بر این آسیب‌پذیری‌ها و نقوص عملکرد جنسی تمرکز شده است (Lusti-Narasimhan & Beard, 2004)؛ بنابراین در پیمایشی درباره افراد میانسال و سالمند، در ۲۹ کشور مشخص شد رایج‌ترین نقوص عملکرد در میان زنان، نداشتن میل جنسی (۲۱ درصد)، ناتوانی در رسیدن به اوج کامش (Orgasm) (۱۶ درصد) و مشکلات رطوبت (Lubrication Difficulties) (۱۶ درصد) است (Nicolosi et al., 2004). در میان مردان نیز رایج‌ترین نقوص عملکردی به‌ظاهر دشواری در رسیدن یا حفظ نعوظ (۳۷ درصد)، تمایل نداشتن به نزدیکی (۲۸ درصد)، ارضاشدن بسیار سریع (۲۸ درصد)، اضطراب از نحوه عملکرد (۲۷ درصد) و ناتوانی در ارضاشدن (۲۰ درصد) است.

با وجود این دشواری‌ها، یا به مدد درمان‌های پزشکی در دسترس، میل جنسی امری مهم در سن پیری باقی می‌ماند و به اشکال متعددی ظاهر می‌شود. برخلاف کلیشه‌های متعارف جنسی، براساس تحقیقات محدودی که در این حوزه انجام شده است، عملکرد جنسی بیشتر امری مهم در رضایت از رابطه برای مردان مسن است تا زنان (اگرچه این پیوند در جهت عکس نیز صحت دارد) و صمیمیت جسمی شامل بوسیدن و در آغوش گرفتن برای مردان مسن حتی مهم‌تر از زنان مسن است (Nicolosi et al- 2004). موضوع غالباً مغفول عملکرد جنسی سالمندانی است که در خانه سالمندان یا مراکزی از این دست زندگی می‌کنند. این مسئله پیچیده هم با حقوق این سالمندان برای ابراز امیال جنسی‌شان سروکار دارد و هم لزوم محافظت از افراد آسیب‌پذیر در برابر رفتارهای تجاوزکارانه را نشان می‌دهد. تنگناهای اخلاقی خاص درباره امیال جنسی و زوال عقل مطرح می‌شود (Brenoff, 2015). در این میان، نیاز مبرم به تحقیقات بیشتر و راهبردهای بهتر در باب چگونگی مدیریت این وضعیت حساس و پیچیده وجود دارد.

عملکرد ایمنی

عملکرد ایمنی، به‌ویژه فعالیت لنفوسیت تی^۱ با افزایش سن کاهش می‌یابد (McElhane et al., 2012); این تغییرات نشان می‌دهد که توانایی پاسخ به عفونت‌های جدید (و واکسیناسیون) در ادامه زندگی کم می‌شود؛ روندی که به زوال سیستم ایمنی^۲ شناخته می‌شود (Lang et al., 2012). همچنین براساس برخی شواهد، استرس مزمن (برای نمونه به‌دلیل لزوم تأمین درمان) ممکن است پاسخ ایمنی و کارایی واکسن در سالمندان را کاهش دهد. افزایش سطح سرم سیتوکین التهابی^۳، که التهاب پیری نام دارد، با پیامدهای گسترده‌ای، از جمله ضعف، سخت‌سرخرگی آترومی^۴ و کم‌ماه‌هیجگی^۵ همراه است (McElhane et al., 2013; Wong et al., 2013; Macaulay et al., 2013; Salvioli et al., 2013). اگرچه بحث رابطه دقیق این روندها با تغییرات کلان‌تر فیزیولوژیک مرتبط با سن هنوز ادامه دارد، عملکرد ایمنی آشکارا مهم بوده و ممکن است زمینه‌هایی برای مداخلات آینده فراهم کند. این امکان، با تحقیق روی موش‌ها تقویت شده است که نشان می‌دهد پاک‌سازی کارآمد سلول‌های پیر، که وظیفه دیگر سیستم ایمنی است، ممکن است بسیاری از اختلالات مرتبط با سن را به تأخیر بیندازد (Baker et al., 2011).

عملکرد پوست

با افزایش سن، پوست دچار ضایعات پیشرفته‌ای می‌شود که ناشی از آسیب‌های برآمده از سازوکار فیزیولوژیک، استعداد ژنتیکی و آسیب‌های خارجی به‌ویژه قرارگیری در معرض آفتاب است (White-Chu EF & Reddy, 2014; Lorencini et al., 2011). در این میان، ممکن است تغییرات منتسب به سن در سطح سلولی تأثیرات فراوانی داشته باشد؛ از جمله کاهش عملکرد پوست به‌مثابه یک عایق (Farage et al., 2009). همچنین از دست دادن کلاژن و فیبر الاستین^۶ در پوست حقیقی^۷ می‌تواند از قدرت کششی پوست بکاهد. کاهش عروقی پیشرفته^۸ نیز ممکن است بیماران را بیشتر مستعد ابتلا به درماتیت^۹، زخم بستر و جراحات پوستی کند. این تغییرات ممکن است سبب شود که سالمندان بیشتر مستعد ابتلا به بسیاری از اختلالات پوستی شوند (Patel & Yosipovitch, 2010). همچنین تأثیرات افزوده آسیب‌های محیطی، به‌ویژه قرارگیری در

1. T-Cell

2. Immunosenescence

3. Inflammatory Cytokine

4. Atherosclerosis

5. Sarcopenia

6. Elastin Fibre

7. Dermis

8. Progressive Vascular Atrophy

9. Dermatitis

معرض آفتاب، سبب افزایش چشمگیر خطر بیماری‌های نئوپلاستیک می‌شود. اثرات احتمالی این تغییرات تنها جسمی نیست، بلکه بسیاری از عارضه‌های پوستی ممکن است در سلامت احساسی افراد تأثیرگذار باشد یا به تغییر نحوه تلقی دیگران از آن‌ها بینجامد. همچنین این عارضه‌ها ممکن است سبب کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی شود که در نتیجه سبب پرهیز از مشارکت کامل در جماعت‌ها و محل کار می‌شود.

سلامت دهان و دندان‌ها

یکی از زمینه‌های مهم و معمولاً مغفول‌سالیم پیرشدن، سلامت دهانی است. این مسئله به‌ویژه درباره سالمندان محروم-فارغ از اینکه در کشورهای توسعه‌یافته ساکن هستند یا در کشورهای درحال توسعه-اهمیت دارد. سلامت نامناسب دهان می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت و تندرستی عمومی داشته باشد؛ برای مثال به‌دلیل تأثیری که در تغذیه می‌گذارد. همچنین تحمل درد و بروز مشکلاتی در غذاخوردن، جویدن، لبخندزدن و ارتباط بر اثر از دست دادن دندان‌ها، تغییر رنگ یا آسیب دندان‌ها نقشی بزرگ بر قابلیت عملکردی و زندگی روزمره سالمندان دارد.

نداشتن سلامت دهانی در سالمندان در چند مورد نمایان می‌شود: پوسیدگی پیشرفته دندان، شیوع بالای بیماری‌های پیرادندانی^۱ (بیماری‌های لثه)، از دست دادن دندان‌ها، خشکی دهان و احتمال بروز سرطان دهان. جلوگیری در از دست دادن دندان امری ضروری در سالم پیرشدن است؛ البته از دست دادن کامل دندان‌های طبیعی در میان سالمندان سراسر جهان، بسیار شایع است و معمولاً بر اثر پوسیدگی‌های شدید دندان و بیماری‌های پیرادندانی پیشرفته پدید می‌آید. افزون بر این، هرچند از دست دادن دندان‌ها در بسیاری از کشورهای ثروتمند روبه‌کاهش است و سالمندان توانسته‌اند به‌طور فزاینده، دندان‌هایشان را در وضعی کارآمد نگه دارند، ممکن است از دست دادن دندان‌ها در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط روبه‌افزایش باشد. این مسئله در شیوع مشکلات گزارش‌شده دهان و دندان در میان سالمندان نمود یافته که گستره‌ای از ۴۲ درصد در کشورهای کم‌درآمد تا ۲۹ درصد در کشورهای ثروتمند دارد.

بیماری‌های مزمن اصلی و بیماری‌های دهانی ریسک فاکتورهایی مشترک دارند. رژیم غذایی ناسالم سرشار از شکر دلیل ایجاد پوسیدگی دندان است. علاوه بر بهداشت دهانی نامناسب، بیماری‌های پیرادندانی با مصرف دخانیات، مصرف بیش از حد الکل، چاقی مفرط و دیابت نیز ارتباط دارد. مصرف دخانیات و الکل یا هر دو، ریسک فاکتورهای اصلی سرطان دهان است؛ بنابراین می‌توان پیشگیری از بیماری‌های مزمن و دهانی را با وارد کردن سلامت دهان در اقدامات مربوط به ارتقای بهداشت عمومی تقویت کرد. سالمندان محروم با خطر

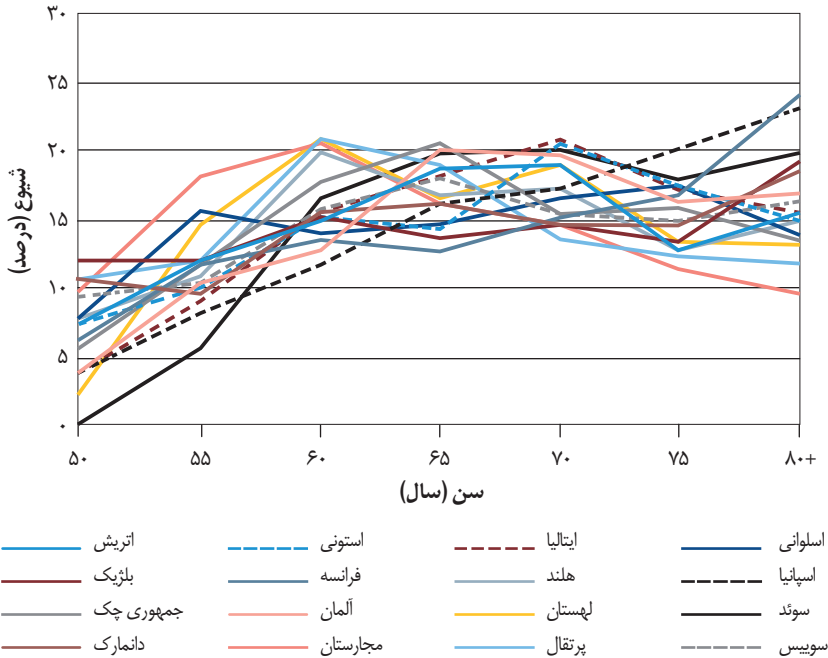
1. Periodontal Disease

بیشتر بیماری‌های دهانی مواجهه بوده و از لحاظ مراقبت دندان، به شدت محروم از خدمات هستند.

چند ابتلایی^۱

با افزایش سن، افراد بیشتر مستعد چندابتلایی یا وجود هم‌زمان چندین عارضه مزمن هستند. این مسئله ممکن است سبب برهم‌کنش میان عارضه‌ها، یا میان یک عارضه و توصیه‌های درمانی عارضه‌های دیگر، یا میان داروهای تجویز شده برای عارضه‌های دیگر شود؛ در نتیجه تأثیر چندابتلایی در عملکرد، کیفیت زندگی و خطر مرگ ممکن است به شدت بیشتر از مجموع اثرات منفردی باشد که می‌توان از این عارضه‌ها انتظار داشت (Marengoni et al., 2011). همان‌طور که پیش‌بینی می‌شود چندابتلایی، با مقادیر بالاتر نیاز به بهره‌مندی از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های بیشتر توأم است (Marengoni et al., 2011). اگرچه چندابتلایی به وجود دو یا چند عارضه مهم اشاره دارد، تعریف یا اجماع استانداردی درباره این موضوع وجود ندارد که کدام عارضه‌ها را باید مدنظر قرار داد. این مسئله مقایسه بین‌المللی شیوع و مقایسه مطالعات با یکدیگر یا درون هر یک را دشوار می‌کند. برآوردهای میزان شیوع نیز با توجه به روش‌های شناسایی به کاررفته (برای مثال خودگزارشی در برابر مدارک بالینی) و بستر مطالعه (برای نمونه در میان عموم جمعیت یا در یک مرکز مراقبت اولیه) متفاوت می‌شود. در یک مرور سیستماتیک بزرگ مطالعات انجام‌شده در هفت کشور ثروتمند، مشخص شد که بیش از نیمی از سالمندان متأثر از چندابتلایی هستند که شیوع آن به‌طور ناگهانی در سنین بسیار بالا افزایش می‌یابد (Marengoni et al., 2011). مطالعات دیگر در چین و اسپانیا، نتایج مشابهی داشت که براساس آن، بیش از نیمی از افراد بالاتر از ۷۰ سال در چین و یک‌دوم تا دوسوم بزرگسالان بالاتر از ۶۵ سال در اسپانیا، دو یا بیشتر از دو عارضه مزمن داشتند (Wang et al., 2014; Garin et al., 2012). در کشورهای ثروتمند، بیشترین افزایش شیوع چندابتلایی در دو دوره رخ می‌دهد: بین سنین ۵۰ تا ۶۰ سال و در دوران سالخوردگی. این مسئله در شکل ۲-۳ ترسیم شده است که بیانگر شیوع چندابتلایی در کشورهای گوناگون اروپایی در پیمایش سلامتی، پیری و بازنشستگی است (به دلیل حذف بسیاری از عارضه‌ها مانند اختلالات عاطفی، این مقادیر شیوع، از مقادیری که پیش‌تر بحث کردیم، کمتر است).

شکل ۲-۳. شیوع چندابتلایی در میان افراد ۵۰ ساله و بالاتر، ۲۰۱۰-۲۰۱۱



Source: Wave 4, release 1.1.1 (28 March 2013). In: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) [website]. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (<http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>, accessed 27 July 2015).

نکته: چندابتلایی عموماً به صورت داشتن دو یا بیشتر از دو عارضه مزمن تعریف می شود (Global health estimates 2013). عارضه های سلامتی درج شده در این مطالعه عبارتند از: بیماری قلبی ایسکمی، فشارخون بالا، سکنه، دیابت، بیماری مزمن انسداد ریه، آسم، پوکی استخوان، سرطان، پارکینسون، آلزایمر و انواع دیگر زوال عقل.

با وجود این، براساس مطالعه های گسترده در اسکاتلند مشخص شد که چندابتلایی در افرادی که در مناطقی بسیار محروم زندگی می کنند، در مقایسه با مناطق مرفه، ۱۰ تا ۱۵ سال زودتر رخ می دهد (Barnett et al., 2012). همچنین در میان افراد دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، شایع تر است (Marengoni et al., 2011; Wang et al., 2014; Uijen & van de Lisdonk, 2008). این مسئله موضوعی را که بارها در این گزارش بیان شده است، تقویت می کند؛ سلامتی مناسب در سنین پیری رابطه نزدیکی با موقعیت اجتماعی-اقتصادی بالاتر دارد؛ در نتیجه مهم است اطمینان یابیم که نظام ها به نحوی طرح ریزی شده اند که به کمک آن ها نیازهای سالمندان دچار چندابتلایی رفع می شود. اگرچه شیوع چندابتلایی در میان زنان مسن بیشتر از مردان است، مطالعات درباره میزان بروز حاکی از مقادیر یکسان در هر دو جنسیت است که نشان می دهد این تفاوت در شیوع، بر تفاوت در بقا

دلالت دارد نه خطر بروز (St Sauver et al., 2015). ریسک فاکتورهایی که از چند مطالعه اندک درباره میزان بروز به دست آمده عبارت است از وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، شمار بیشتر بیماری‌های قبلی، نژاد یا قومیت و سن. اگرچه براساس یک مطالعه تاریخی گسترده درباره گروه‌های همسان در ایالات متحده، مشخص شد سهم بزرگی از چندابتلائی پیش از سن ۶۵ سالگی آغاز می‌شود (Marengoni et al., 2011; St Sauver et al., 2015). شواهد از کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط محدود است. با وجود این، با توجه به فشار مضاعف بیماری‌های واگیردار و غیرواگیردار و فشار سنگین‌تر و زود هنگام‌تر اختلالات رایجی که پیش‌تر ذکر شد، چندابتلائی به احتمال زیاد شایع‌تر است. این موضوع رفع مشکل در این کشورها را که احتمالاً مشکلاتی در مواجهه با عارضه‌های دیگر نیز دارند، دشوارتر می‌کند (Beran, 2015). همچنین به نظر می‌رسد عفونت اچ‌آی‌وی خطر چندابتلائی را افزایش می‌دهد. با بهبود امکان بقا و تبدیل عفونت اچ‌آی‌وی به نوعی عارضه مزمن، جمعیتی که اچ‌آی‌وی دارند، در حال پیر شدن هستند. براساس مطالعات انجام‌شده در کشورهای ثروتمند، افراد دچار عفونت اچ‌آی‌وی، حتی آن‌ها که عفونتشان به‌خوبی درمان شده و تحت کنترل است، ممکن است تا پنج برابر با خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن، سندروم‌های سالمندی و چندابتلائی مواجه باشند (Deeks et al., 2015; Guaraldi et al., 2013). شاید این مسئله به‌دلیل اختلال ایمنی، التهاب یا مسمومیت یا ترکیبی از این‌ها باشد؛ در نتیجه در کشورهایی با شیوع بالای عفونت اچ‌آی‌وی، ممکن است با افزایش سن جمعیت، چالش‌های سلامتی پیچیده‌ای پدید آید.

چندابتلائی تأثیرات فراوانی در سنین پیری دارد. با افزایش شمار عارضه‌های مزمن، خطر افت توانایی‌ها نیز افزایش می‌یابد (Marengoni et al., 2011; Garin et al., 2014). با این حال تأثیر چندابتلائی بر عملکرد در سنین پیری تنها با شمار عارضه‌های هم‌زمان تعیین نمی‌شود، بلکه با توجه به بیماری‌های مطرح و چگونگی تأثیر متقابلشان مشخص می‌شود. افزون بر این با اینکه شواهد محدود است، به نظر می‌رسد چندابتلائی تصادفی نیست و احتمال اینکه عارضه‌های خاصی همراه هم رخ دهند، بسیار است (Sinnige et al., 2013). شاید این امر دست‌کم تا حدی با تغییرات ایمنی وابسته به سن مرتبط است (Fulop et al., 2010). ترکیب برخی بیماری‌ها به‌شکلی مشخص تأثیراتی عکس بر عملکرد دارد؛ برای نمونه افسردگی تأثیر منفی فزاینده‌ای در ترکیب با نارسایی قلبی، آرتروز و اختلال ادراکی دارد (Tinetti et al., 2011).

با وجود شمار فراوان سالمندانی که دچار چندابتلائی هستند، بیشتر نظام‌های بهداشتی به امکانات لازم برای تأمین مراقبت‌های جامع مجهز نیستند. دستورالعمل‌ها و رهنمودهای مراقبت‌های بالینی معمولاً بر یک عارضه خاص متمرکز هستند و به‌ندرت در آن‌ها اطلاعاتی در باب چندابتلائی‌های احتمالی گنجانده می‌شود و

بارها درمان‌های توصیه‌شده یا تغییرات سبک زندگی برای عارضه‌های دیگر را نفی می‌کنند (Sinnige et al., 2014; Guthrie et al., 2012; Uhlig et al., 2014). یکی از پیامدهای رایج این نقیصه تعدد دارویی^۱ است، یعنی ممکن است یک دارو درباره درمان یک عارضه مشخص مناسب باشد، اما بیمار را با خطر تداخل دارویی و عوارض جانبی مواجه کند (Guthrie et al., 2012)؛ بدین ترتیب خطر تداخل دارویی در سالمندان حساس بوده و ممکن است بهره‌مندی افرادی را که دچار چند بیماری هستند، از درمان‌های دارویی مفید احتمالی محدود کند (DuBeau et al., 2010).

باید توجه داشت که در آزمایش‌های بالینی، تأثیر چندابتلایی در نظر گرفته نمی‌شود و با وجود فیزیولوژی تغییر یافته سالمندان، عموماً این افراد به کلی کنار گذاشته می‌شوند (Gurwitz & Goldberg, 2011). این مسئله به شدت تأثیر آزمایش‌های بالینی را در عرضه رهنمون‌های مراقبتی و بهبود نتایج درمانی برای بیماران سالمند محدود می‌کند (Boyd et al., 2012)؛ در نتیجه رویکردهایی مبتکرانه لازم است تا بهترین درمان‌ها برای سالمندان دچار چندابتلایی مشخص شود.

دیگر معضلات پیچیده سلامتی در سنین پیری

مشخصه سالمندی ظهور چندین معضل سلامتی پیچیده است که تنها در سال‌های بعدی زندگی رخ می‌دهد و در دسته بیماری‌های جداگانه قرار نمی‌گیرد. این معضلات معمولاً با عنوان سندروم‌های سالمندی شناخته می‌شوند (Inouye et al., 2007) که این سندروم‌ها به دنبال عوامل چندگانه زمینه‌ای و مربوط به چندین دستگاه زیستی پدید می‌آیند. در این میان، عارضه بروز یافته ممکن است نشان‌دهنده وضعیت آسیب‌شناختی نهفته در آن نباشد (Fried et al., 1991)؛ برای مثال، ممکن است فرد سالمندی دچار زوال ادراکی حاد یا روان‌آشفتگی^۲ شود، اما این مسئله ممکن است پیامد علل زمینه‌ای مختلفی مانند عفونت یا اختلالات الکترولیتی باشد. به نحوی مشابه، زمین خوردن نیز ممکن است پیامد ویژگی‌های زمینه‌ای گوناگونی باشد؛ از جمله تداخل دارویی، عوامل محیطی و ضعف عضلات.

هنوز بحث و گفت‌وگو در باب اینکه چه عارضه‌هایی را می‌توان سندروم سالمندی به حساب آورد، ادامه دارد، اما به‌طور معمول به عارضه‌هایی شامل ضعف^۳، بی‌اختیاری ادراری^۴، زمین خوردن^۵، روان‌آشفتگی و زخم

-
1. Polypharmacy
 2. Delirium
 3. Frailty
 4. Urinary Incontinence
 5. Fall

بستر اشاره شده است (Inouye et al., 2007; Fernández-Garrido et al., 2014). به نظر می‌رسد این موارد، در مقایسه با وجود بیماری‌های خاص، نشانه‌های بهتری باشند (Lordos et al., 2008; Kane et al., 2012). با وجود این، عارضه‌های ذکر شده به دلیل ماهیت چندسیستمی و جنبه‌های متعدد، برای خدمات بهداشتی با ساختارهای مرسوم مشکلاتی پدید می‌آورند و در تحقیقات اپیدمیولوژیک نادیده گرفته می‌شوند. رویکردهای خلاقانه در اداره این چندابتلایی‌ها و سندروم‌های سالمندی باید در مرکز هر واکنش درباره مسئله پیری جمعیت قرار بگیرد.

- ضعف

تعریف ضعف دشوار است، اما می‌شود آن را فرسایش پیش‌رونده منتسب به سن در نظر گرفت که سبب کاهش قوای درونی می‌شود که در نتیجه فرد را به شدت در برابر محرک‌های فشارزا آسیب‌پذیر می‌کند و خطر ایجاد طیفی از پیامدهای نامساعد سلامت جسمی و روانی را افزایش می‌دهد (Cesari et al., 2016). ضعف با وابستگی به مراقب و چندابتلایی / اموری متفاوت، اما بسیار به هم وابسته‌اند؛ از این رو براساس یک مطالعه، مشخص شد چندابتلایی در ۵۷.۷ درصد موارد ضعف و وابستگی به مراقبت در ۲۷.۲ درصد موارد وجود دارد، در عین حال هیچ‌یک از این دو عارضه در ۲۱.۵ درصد موارد ضعف دیده نشده است (Fried et al., 2004).

در یک مطالعه در اروپا برآورد شد که شیوع ضعف در میان افراد ۶۵ سال به بالا ۴.۱ درصد بیشتر از میزان شیوع در ۵۰ تا ۶۴ سالگی بوده و مقدار آن ۱۷ درصد است (Santos-Eggimann et al., 2009). در همین مطالعه، شیوع ابتلا به ضعف حاد^۱ به ترتیب ۳۷.۴ درصد برای ۵۰ تا ۶۴ سال و ۴۲.۳ درصد برای سنین بالای ۶۵ سال گزارش شده است. ضعف و همچنین ضعف حاد، در کشورهای گوناگون به نحوی قابل ملاحظه متفاوت بود. در جنوب اروپا ضعف شایع‌تر از سایر مناطق است. این یافته با برآوردهای ژاپن و جمهوری کره هم‌خوان است؛ شیوع ضعف در هر دو کشور حدود ۱۰ درصد تخمین زده شده است (Han et al., 2014; Shimada et al., 2013). ضعف احتمالاً در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط شایع‌تر از دیگر کشورهاست (Alvarado et al., 2012; Rosero-Bixby & Dow, 2009; Llibre et al., 2014; Aguilari-Navarro et al., 2008). ضعف در میان زنان و افرادی با جایگاه پایین‌تر اجتماعی - اقتصادی رایج‌تر است (Fried et al., 2001; Newman et al., 2004; Shlipak et al., 2001). مسیر پیشرفت ضعف به نحوی چشمگیر در میان افراد متفاوت است و به نظر می‌رسد برگشت‌پذیر باشد؛ اگرچه تنها بخش اندکی از افرادی که ضعف دارند خودبه‌خود به قوای کامل بازمی‌گردند (Borrat-Besson et al., 2013; Gill et al., 2006). ضعف متضمن فرسایش‌های پیچیده در چندین

سیستم بدن است. باید توجه داشت که مداخلات فردمحور بالینی از ایجاد بسیاری از پیامدهای منفی اصلی آن بر سلامت جلوگیری می‌کند (Daniels et al., 2008; Stuck et al., 1993). همچنین مداخلاتی که با هدف افزایش فعالیت جسمی طرح‌ریزی می‌شود مؤثر بوده و ممکن است در مواد ضعف حاد، مؤثرترین نوع مداخله باشد (Cesari et al., 2015; Pahor et al., 2014). مداخلات متمرکز بر بهبود تغذیه نیز ممکن است مفید باشند، اما شواهد آن محدود است (Kelaiditi et al., 2014; Dorner et al., 2013).

- بی‌اختیاری ادرار

بی‌اختیاری ادرار (دفع غیرارادی ادرار که همراه با فوریت یا تقلا، کار بدنی، عطسه یا سرفه ایجاد می‌شود) معضلی مغفول در سالمندان و نشانه قوی نیاز به مراقبت است (Yuan et al., 2011; Abrams et al., 2002). بی‌اختیاری ادرار یکی از رایج‌ترین اختلالات در سنین پیری است که میزان شیوع آن با افزایش سن بالاتر می‌رود و در همه گروه‌های سنی، در میان زنان بسیار بیشتر از مردان است (Milsom et al., 2014). در مطالعه‌ای در مناطق روستایی چین، شیوع بی‌اختیاری ادرار، در میان افراد بالاتر از ۶۰ سال، ۳۳.۴ درصد بود (Yu et al., 2009). براساس در مطالعه جمعیتی دیگر، شیوع آن میان سالمندان دچار زوال عقل، در آمریکای لاتین ۱۹.۱ درصد، در هند ۱۵.۳ درصد و در چین ۳۶.۱ درصد است و مشخص شد بی‌اختیاری ادرار با کم‌توانی ارتباط دارد (Prince et al., 2011). تأثیر بی‌اختیاری ادرار ممکن است در کیفیت زندگی سالمندان و پرستاران آن‌ها عمیق باشد. بی‌اختیاری ادرار همیشه با افسردگی، وابستگی به مراقبت و خودبرازی سلامت سالمندان همراه است (Sims et al., 2011) و بر بار و فشار بر پرستاران می‌افزاید (Tamanini et al., 2011).

- زمین خوردن

زمین خوردن معضل سلامتی بزرگی برای سالمندان است (Perracini et al., 2016). براساس مرورها و فراتحلیل‌های گوناگون، ۳۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال (Chang et al., 2004; Gillespie et al., 2009; Hoops et al., 2012; Dhital et al., 2010; Karlsson et al., 2013; Lee et al., 2012; Mager, 2012; Shaw & Ungar et al., 2013) و ۵۰ درصد افراد بالای ۸۵ سال که در جماعت^۱ زندگی می‌کنند، دست‌کم یک‌بار در سال زمین می‌خورند. زمین خوردن حتی در مراکز نگهداری بلندمدت رایج‌تر است و سالیانه برای بیش از ۵۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال اتفاق می‌افتد (Karlsson et al., 2013).

در مجموع، در ۴ تا ۱۵ درصد زمین خوردن‌ها، آسیب‌های بدنی جدی رخ می‌دهد و ۲۳ تا ۴۰ درصد مرگ‌های مرتبط با آسیب بدنی در سالمندان به دلیل زمین خوردن است (Gillespie et al., 2009; Karlsson et al., 2013; Lee et al., 2012). سالمندانی که زمین می‌خورند، دچار آسیب‌های بدنی گستره‌ای از جمله کبودی‌های جزئی یا جراحی و شکستگی مچ دست یا لگن می‌شوند (Tinetti et al., 2012; Cameron et al., 2012; Ungar et al., 2013; & Kumar, 2010). در واقع زمین خوردن ریسک فاکتور اصلی شکستگی است و از کاهش تراکم استخوان یا پوکی استخوان بسیار مهم‌تر است؛ زیرا ۸۰ درصد شکستگی‌های کم‌تر حد در میان افرادی رخ می‌دهد که پوکی استخوان ندارند و ۹۵ درصد شکستگی‌های لگن ناشی از زمین خوردن است (Karlsson et al., 2013; Järvinen et al., 2008).

بر اساس مستندات بسیار، با توجه به گستره بزرگی از ریسک فاکتورها می‌توان از بسیاری زمین خوردن‌ها جلوگیری کرد. این عوامل عبارت‌اند از (Chang et al., 2004; Hoops et al., 2012; Dhital et al., 2010; Karlsson et al., 2013; Lee et al., 2012; Mager, 2012; Shaw & Claydon, 2014; Tinetti & Kumar, 2010; Ungar et al., 2013; Grundstrom et al., 2012; Low, 2008; Muraki et al., 2013; Patino et al., 2010; Reed-Jones et al., 2013):

- عوامل فردی مانند سن، جنسیت، قومیت، تحصیلات پایین و درآمد کم؛
- ویژگی‌های سلامتی مانند پایین بودن فشارخون بعد از ایستادن^۱، عارضه‌های مزمن، مصرف دارو، مصرف بیش از حد الکل، فعالیت بدنی کم، خواب ناکافی و افزایش نمایه توده بدن^۲؛
- توانایی درونی مانند فرسایش توانایی جسمی، عاطفی، و ادراکی و دشواری در دید، تعادل و حرکت؛
- عوامل محیطی مانند مسکن نامناسب (کف لغزنده، نور کم، موانع و خطرات سکندری خوردن)، راه‌پله‌های بد، خیابان‌ها و پیاده‌راه‌های غیرهم‌سطح، دسترسی نداشتن به خدمات بهداشتی و اجتماعی، استفاده نادرست از افزارهای کمکی، نداشتن تعاملات اجتماعی و حمایت جماعتی، کفش نامناسب.

1. Postural Hypotension

2. BMI

۲-۲. سلامت روانی

زوال عقل

در سال ۲۰۱۵، زوال عقل بر بیش از ۴۷ میلیون از مردم سراسر جهان تأثیرگذار بود. به نظر می‌رسد که تا سال ۲۰۳۰، بیش از ۷۵ میلیون افراد با زوال عقل زندگی خواهند کرد و انتظار می‌رود این رقم تا سال ۲۰۵۰ سه برابر شود. این مسئله یکی از چالش‌های سلامتی مهم در دوران ماست. در یک پژوهش در استرالیا، برآورد شده است که حدود ۱۰ درصد افزایش تخمینی هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی، در طول ۲۰ سال آینده، تنها هزینه درخواست مراقبت برای این بیماری خواهد بود (Vos et al., 2007). برخلاف باور عمومی، زوال عقل پیامد طبیعی یا ناگزیر پیری نیست، بلکه عارضه‌ای است که به عملکردهای ادراکی مغز از جمله حافظه، زبان، فهم و تفکر آسیب می‌رساند و به‌شدت در توانایی ادامه فعالیت‌های روزمره زندگی اختلال ایجاد می‌کند. شایع‌ترین انواع زوال عقل بیماری آلزایمر و زوال عقل عروقی است. شواهد حاکی از آن است که خطر ابتلا به انواع خاصی از زوال عقل ممکن است با کاستن از ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلبی-عروقی کاهش یابد. پیامدهای فردی، اجتماعی و اقتصادی زوال عقل فراوان است. این مقوله سبب افزایش هزینه‌های مراقبتی بلندمدت برای دولت‌ها، جوامع، خانواده‌ها و افراد و سبب افت بازدهی در اقتصاد می‌شود. هزینه جهانی مراقبت‌های مربوط به زوال عقل، در سال ۲۰۱۰، حدود ۶۰۴ میلیارد دلار آمریکا تخمین زده شد. هزینه مراقبت از افراد دچار زوال عقل در جهان ممکن است ۱.۲ هزار میلیارد دلار آمریکا یا بیشتر باشد که می‌تواند روند توسعه اجتماعی و اقتصادی در جهان را تضعیف کند. حدود ۶۰ درصد افراد دچار زوال عقل در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط زندگی می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود این نسبت در دهه آینده، به‌سرعت افزایش یابد که ممکن است موجب افزایش نابرابری‌ها در کشورها و جمعیت‌ها شود؛ بنابراین به تلاش جهانی پایدار نیاز است تا اقدامات مربوط به زوال عقل ارتقا یابد و به چالش‌های برآمده از آن پرداخته شود. هیچ کشور، بخش یا سازمانی به‌تنهایی نمی‌تواند این مسئله را رفع کند.

در فراخوان اقدام شرکت‌کنندگان در اولین همایش وزرای سازمان بهداشت جهانی در باب اقدام جهانی در مقابله با زوال عقل، که در مارس ۲۰۱۵ در ژنو برگزار شد، بسیاری از اصول و رویکردهای اصلی معین شد تا راهنمایی برای تلاش‌های جهانی باشد. این رویکردها عبارت بودند از تلاش برای ایجاد تعادل میان پیشگیری، کاهش خطر، مراقبت و درمان؛ به‌نحوی که با وجود تمرکز تلاش‌ها بر یافتن درمان‌های مؤثر، تجربیات و مداخلات مرتبط با کاهش خطر، اصلاحات پیوسته در زمینه مراقبت از افراد مبتلا به زوال عقل نیز انجام گیرد و حمایت‌های لازم برای پرستاران آن‌ها تأمین شود. در این همایش، به واردکردن جوانب پیشگیری از

زوال عقل، مراقبت و بازتوان بخشی در سیاست‌های مربوط به پیری اشاره شد. همچنین بر لزوم اشاعه درک بهتر از زوال عقل و ارتقای آگاهی عمومی، به‌منظور پروراندن شمول اجتماعی و هم‌بستگی با افراد دچار زوال عقل و خانواده‌هایشان، تأکید شد. به‌علاوه، تقاضایی برای تقویت اقدام‌ها و همکاری‌های چندبخشی و افزایش تلاش‌های جمعی در امر تحقیق شکل گرفت که سرعت‌بخش پاسخ‌ها به زوال عقل است. در گام بعدی، سازمان بهداشت جهانی بنا دارد دیده‌بان جهانی زوال عقل را بنیانگذاری کند تا بتوان اپیدمیولوژی زوال عقل، پاسخ‌های سیاست‌گذارانه، منابع موجود در کشورها و تلاش‌های تحقیقی را بهتر دریافت و بر آن نظارت کرد تا در نهایت تلاش‌های جهانی و ملی اشاعه یابد، حمایت شود، ارتقا یابد و فشارهای وابسته به زوال عقل کم شود. در پاسخ نظام سلامت عمومی به مسئله پیری جمعیت، زوال عقل اهمیت دارد. اطلاعات بیشتر درباره زوال عقل را می‌توان در گزارش‌هایی از سازمان بهداشت جهانی یافت که به‌ویژه بر این موضوع تمرکز دارند (<http://www.who.int/topics/dementia/en>).

افسردگی و اضطراب

در طول زندگی بخش‌های آسیب‌پذیر جمعیت، افراد بارها دچار اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب می‌شوند. پیش‌بینی می‌شود به‌دلیل افزایش خطر پیشامدهای بد زندگی در سنین پیری دوره‌های اختلال عاطفی شایع‌تر باشد. در عوض به نظر می‌رسد اختلالات افسردگی، در میان سالمندان در مقایسه با بزرگسالان جوان‌تر، اندکی کم‌تر شایع باشد؛ اگرچه همچنان بر ۲ تا ۳ درصد سالمندانی که در میان یک جماعت^۱ زندگی می‌کنند، تأثیرگذار است (Beekman et al., 1999). با وجود این، رواج افسردگی در میان حساس‌ترین و آسیب‌پذیرترین سالمندان، یعنی آن‌ها که در مراکز نگهداری بلندمدت زندگی می‌کنند، بسیار بیشتر و حدود ۱۰ درصد است (Seitz et al., 2010). همچنین، در مقایسه با بزرگسالان جوان‌تر، افراد پیرتر بیشتر مواقع از علائم افسردگی رنج می‌برند؛ بدون آنکه معیارهای اختلال افسردگی را داشته باشند. این عارضه را غالباً به‌عنوان افسردگی زیرآستانه^۲ می‌شناسند که حدود ۱ نفر در هر ۱۰ فرد سالمند را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Meeks et al., 2011). همچنین افسردگی زیرآستانه تأثیری فراوان بر کیفیت زندگی سالمندان دارد و ریسک فاکتوری مهم در ابتلا به اختلال افسردگی است.

شیوع تخمینی اختلالات اضطرابی در جمعیت سالمندان دامنه‌ای از ۶ درصد تا ۱۰ درصد دارد که اندکی کمتر از میزان شیوع تخمینی اختلالات اضطرابی در بزرگسالان جوان‌تر است؛ هرچند همچنان بیانگر دلیل

1. Community
2. Subthreshold Depression

مهم در پدیدآمدن ناتوانی است (Schuurmans & van Balkom, 2011). رواج اختلالات اضطرابی در مراکز نگهداری بلندمدت تا حدی کمتر است و حدود ۵.۷ تخمین زده شده است (Seitz et al., 2010). اختلالات اضطرابی و افسردگی غالباً با هم رخ می‌دهد. حدود ۱۳ درصد سالمندانی که اختلال اضطراب دارند، با اختلال افسردگی نیز مواجه هستند. همچنین ۳۶ درصد سالمندانی که افسردگی دارند، هم‌زمان نوعی اختلال اضطراب هم دارند (van Balkom et al., 2000). اگرچه اختلالات عاطفی در سنین پیری شایع است، درمان از جمله درمان شناختی رفتاری^۱ معمولاً مؤثر است (Jayasekara et al., 2015; Thorp et al., 2009).

۲-۳. قابلیت‌های عملکردی

با توجه به تغییرات فراوان اجتماعی و فرسایش، فردی که در طول نیمه دوم زندگی پیش می‌آید، انتظار می‌رود این دوره زمان زوال بی‌امان و رنج باشد، اما حقیقت این نیست. مطالعات متعدد درباره روند تصور از سعادت در طول زندگی نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورها، رضایت کلی از زندگی در سنین بالا افزایش می‌یابد (Blanchflower & Oswald, 2008; Steptoe et al., 2015). در این زمینه می‌توان به طیفی از توضیحات اشاره کرد، اما احتمالاً بخشی از آن، حاکی از امکان بهبودی، سازگاری و رشد روانی-اجتماعی در سنین بالاست؛ با وجود این، الگوهای مذکور جهانی نیست و در برخی کشورها، سالمندان در مقایسه با بزرگسالان جوان‌تر، رضایت کمتری از زندگی دارند. این امر مؤکد نقش مشخصه‌های محیطی در توانمندسازی افراد برای گذراندن دوران سالمندی همراه با رضایت را نشان می‌دهد. همچنین سنجش کلان عملکرد نشانه‌ای به مراتب بهتر در درک پیامدهای مثبت دوران پیری است تا یک بیماری خاص یا حتی درجه‌ای از چندابتلائی. دیدگاه کل‌نگر نقطه ورود بهتری برای پاسخ‌های بهداشت عمومی به مسئله پیرشدن جمعیت فراهم می‌کند.

سالم پیرشدن، از طریق مفهوم توانایی درونی و قابلیت عملکردی به این مسئله می‌پردازد. در نظارت و پژوهش‌های بیماری‌محور، معمولاً اطلاعات مفید درباره عملکرد گردآوری نمی‌شود و هیچ ابزاری که مورد توافق اکثریت باشد برای این مقصود در دست نیست. البته ابزارهایی برای اندازه‌گیری اجزای مشخصی از توانایی وجود دارد؛ از جمله برای اندازه‌گیری عملکرد ادراکی یا محدودیت شدید توانایی، مانند از دست دادن انجام فعالیت‌های روزانه.

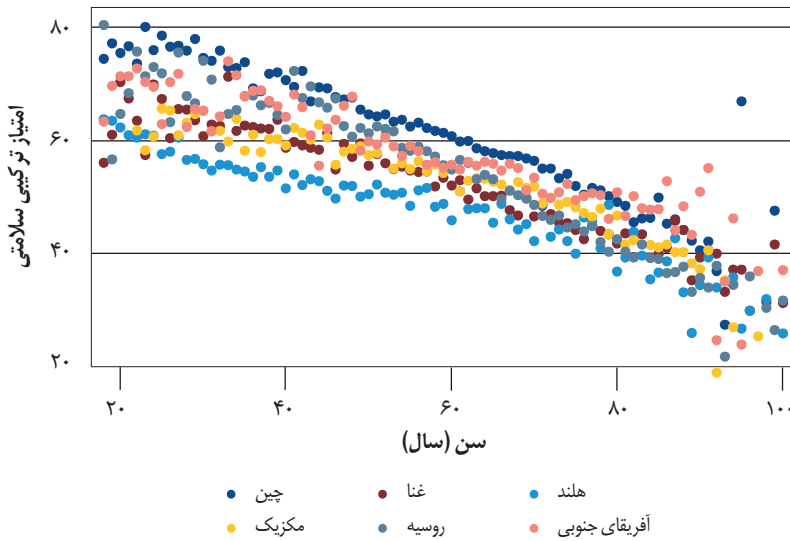
توانایی درونی در طول زندگی

مشخصه‌ها و روندهای سلامتی که پیش‌تر مطرح شد، با ترکیب و کنش بر یکدیگر، به تعیین توانایی درونی یک فرد سالمند می‌انجامند. در حال حاضر، بیشتر اطلاعات درباره توانایی درونی از تحقیق درباره دوره‌ای از زندگی برآمده که ضایعات چشمگیری در عملکرد دارد. این تحقیقات غالباً از طریق سنجش فعالیت‌های روزمره^۱ یا فعالیت‌های مفید روزمره^۲ یافته‌هایی به دست آورده‌اند. این برآوردها می‌توانند در تشخیص نیاز به مراقبت اجتماعی و در برخی مطالعات طولی، برای شناسایی و پیش‌بینی اهمیت عوامل فردی یا گروهی در کارایی بیشتر یا در وابستگی به مراقبت در آینده مفید باشند.

1. ADL
2. IADL

آنچه در این شواهد گسترده مغفول مانده، توجه به فرایندی است که شاید پیش‌تر از این ضایعات چشمگیر ایجاد کرده یا عاملی مؤثر در ایجاد فرسایش بوده است. در این زمینه، براساس داده‌های مطالعه سیچ، گستره‌ای از سنجه‌ها، از جمله برآوردهای جسمی، ادراکی و معیارهای زیست‌سنجی^۱ ترکیب شد تا بُرداری ترسیم شود که در آن، حوزه‌های اصلی توانایی درونی جمع‌بندی شده باشند (شکل ۲-۵) (WHO, 2015). براساس این تحلیل، در شش کشور بررسی‌شده، افت تدریجی توانایی متوسط بوده و در طول زندگی بزرگسالی ادامه یافته است. بی‌شک برای بیشتر افراد، این افت ملازم نخواهد بود، بلکه متضمن گستره‌ای از ضربات و خودیابی‌های متناوب است، اما برای جمعیت به‌منزله یک کل، متوسط افت توانایی تدریجی است؛ یعنی سن مشخصی وجود ندارد که در آن بیشتر افراد ناگهان توانایی کمتری داشته باشند و پیر شوند. مسئله مهم دیگر این است که الگوهای بررسی‌شده توانایی در هر کشور متفاوت است. اندازه‌گیری این برآوردهای پیچیده توانایی ما را با این پرسش روبه‌رو می‌کند که چرا؟

شکل ۲-۴. تغییرات توانایی درونی در طول زندگی



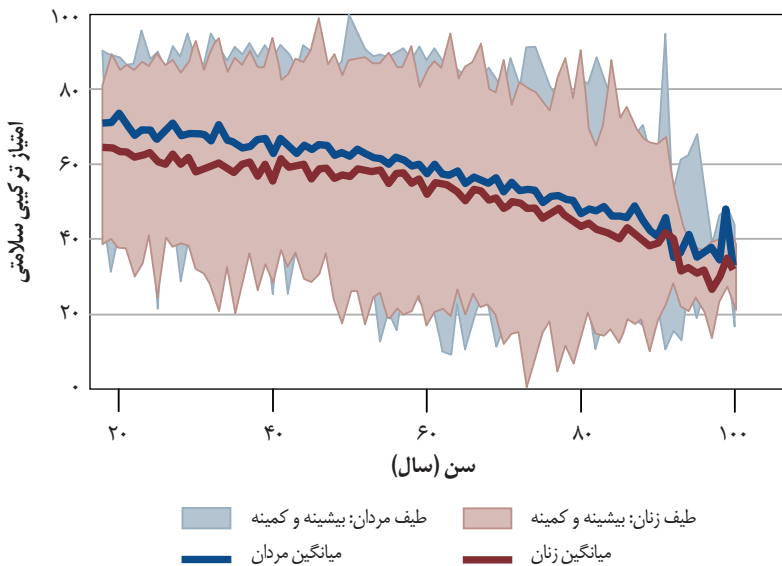
نکته: داده‌های مربوط به توانایی‌های جسمی و ذهنی از مطالعه سازمان بهداشت جهانی بر پیرشدن جهانی و سلامتی بزرگسالان (پروژه سیچ) در سال ۲۰۱۰-۲۰۰۷ (فاز اول) برگرفته شد و سپس بردار توانایی پدید آمد. امتیازهای بالاتر بیانگر توانایی درونی بالاتر است.

در شکل ۲-۴ میانگین توانایی درونی مردان و زنان در سنین مختلف در همه کشورهای مطالعه سیچ ترسیم شده است. سایه‌های اطراف خط میانگین، گستره توانایی در میان همه افراد این سن را نشان می‌دهد. اگرچه

روند مشخصی نشانگر رابطه افت توانایی درونی با افزایش سن است، افرادی استثنایی با ۸۰ سال یا بیشتر هستند که توانایی درونی خود را به میزان بسیار بیشتر از سطح میانگین مشاهده شده در بزرگسالان جوان حفظ کرده‌اند. همچنین در این شکل تأکید شده که اگرچه توانایی در اوایل بزرگسالی، به طور متوسط بیشتر است، افرادی با سطح بسیار پایین توانایی نیز در این سن وجود دارند. احتمالاً تعداد بسیار کمتری از این بزرگسالان جوان در کشورهای ثروتمند، با محدودیت‌های فراوان توانایی مواجه هستند.

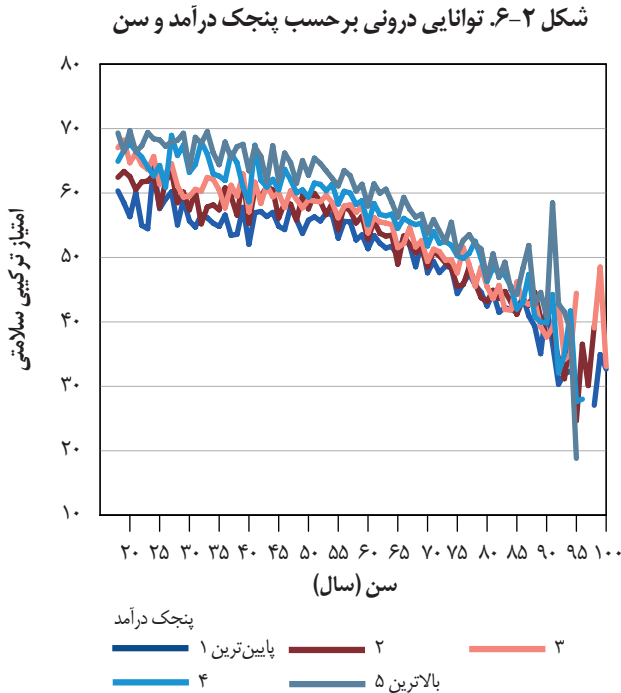
این پراکندگی گسترده توانایی درونی در طول زندگی تصادفی نیست. در شکل ۲-۵ مجموع داده‌های برگرفته از مطالعه سیچ به کاررفته تا رابطه میان بردار توانایی درونی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی بررسی شود. براساس این شکل، مقدار بیشینه توانایی درونی در فردی با موقعیت اقتصادی-اجتماعی بدتر، در مقایسه با بیشینه آن در شخصی با موقعیت اقتصادی-اجتماعی بهتر، به مراتب کمتر است و این تفاوت در طول زندگی ادامه می‌یابد (Lee et al., 2005).

شکل ۲-۵. میانگین و طیف توانایی درونی در میان زنان و مردان در همه کشورهای مطالعه سیچ



Source: WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).

نکته: داده‌های مربوط به توانایی‌های جسمی و ذهنی از مطالعه سیچ برگرفته شد و امتیاز ترکیبی سلامتی از آن استنتاج شد. امتیازهای بالاتر بیانگر سلامتی بهتر است.



Source: WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems[website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).

نکته: امتیازهای بالاتر بیانگر سلامتی بهتر است.

حدود ۲۵ درصد تفاوت در توانایی درونی در سنین پیری را می‌توان با عوامل ژنتیکی بیان کرد (Brooks Wilson, 2013). ۷۵ درصد دیگر این تفاوت، حاصل تأثیر روبه‌افزایش رفتارها و مواجهات در طول زندگی فرد است. بسیاری از این وقایع به‌شدت متأثر از عوامل فردی است؛ برای مثال موقعیت اجتماعی که فرد در آن زاده شده است (WHO, 2008). در شکل ۲-۶ تأثیر مهم این عوامل تعیین‌کننده اجتماعی در عملکرد در سنین پیری بیان شده است.

از دست دادن چشمگیر توانایی و وابستگی به مراقبت

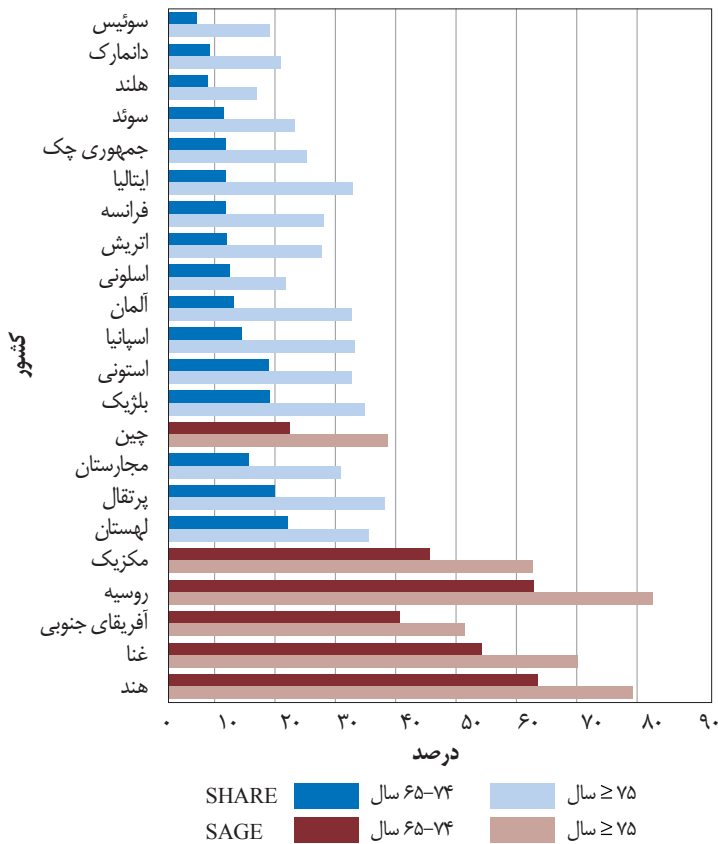
واژه وابستگی در رابطه با پیری بسیار به کار می‌رود، اما هیچ توافقی بر سر این موضوع وجود ندارد که این اصطلاح به چه معناست و اینکه آیا وابستگی وضعیتی مثبت است یا منفی (Plath, 2009). در نتیجه، اگرچه در مباحث اقتصادی، وابستگی در سنین پیری به معنای وضع منفی محسوب شده که سبب انتقال منابع از نسل

جوان تر و احتمالاً سودمندتر به نسل سالمندتر می‌شود، برخی دیگر گفته‌اند رابطه میان نسل جوان و پیر بهتر است به شکل یک وابستگی متقابل دوطرفه مفهوم‌سازی شود (Kendig et al., 1992; Aboderin, 2009; Kunkel et al., 2014). در بسیاری از فرهنگ‌های آسیایی یا سایر فرهنگ‌ها، این وابستگی نوعی خیر اجتماعی بنیادی به شمار می‌آید (Phillips & Cheng, 2012).

در اینجا استفاده از اصطلاح وابستگی به مفهوم «وابستگی مراقبتی» منحصر است و زمانی پدید می‌آید که قابلیت عملکردی به‌اندازه‌ای افت کرده باشد که فرد دیگر نتواند بدون کمک دیگران کارهای اولیه ضروری در زندگی روزمره را انجام دهد. این وابستگی مراقبتی حاکی از نزول توانایی‌هایی است که نمی‌شود آن‌ها را با جنبه‌های دیگر محیط زندگی سالمندان یا با بهره‌مندی از ابزارهای کمکی موجود جبران کرد. تأمین این مراقبت، توانایی عملکردی را تا آنجا افزایش می‌دهد که فرد بتواند این کارهای اولیه را انجام دهد. اساساً می‌توان با وجود وابستگی به مراقب استقلال را حفظ کرد؛ یعنی افراد بتوانند درباره مسائلی که متأثرشان می‌کند تصمیم بگیرند و انتخاب کنند. وابستگی به مراقبت را غالباً با ابزارهایی ارزیابی می‌کنند که نشان می‌دهد چه زمانی یک فرد برای فعالیت‌های روزمره به کمک نیاز دارد. این ابزارها طیفی از زمینه‌های عملکردی را اندازه می‌گیرند که عبارت‌اند از: بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، توانایی انجام اعمال مراقبتی اولیه به‌صورت مستقل (مانند مسواک‌زدن)، دستشویی‌رفتن، غذا خوردن، جابه‌جایی (برای مثال رفتن به سمت صندلی)، حرکت در مکان‌های مختلف خانه، لباس پوشیدن، رفتن به طبقه بالا و حمام کردن. شکل ۲-۷ جمع‌بندی اطلاعات برآمده از مطالعات درباره شیوع نیاز سالمندان به کمک دست‌کم یک مورد از پنج فعالیت روزمره (مانند خوردن، حمام‌رفتن، لباس پوشیدن، رفتن و بیرون آمدن از تخت و استفاده از دستشویی) است. براساس این شکل، تفاوت‌های چشمگیر در کشورها درباره درصد افرادی وجود دارد که نیازمند کمک در دست‌کم یک مورد از فعالیت‌های روزمره هستند. همچنین این شکل به‌وضوح بیانگر تأثیر سن است؛ به این صورت که افراد ۶۵ تا ۷۴ ساله، در مقایسه با افراد ۷۵ ساله یا بیشتر، به‌مراتب کمتری برای کمک نیاز دارند. تفاوت مشخص شده در میان کشورهای پایین فهرست (که مربوط به جاهایی است با درصد بالاتر جمعیت دچار محدودیت) و کشورهای بالاتر در فهرست، احتمالاً هم حاکی از تأثیر وضعیت اقتصادی در مناطق مختلف و هم تفاوت‌هایی در ابزارهای به‌کاررفته است (پنج کشور پایین فهرست همه از مطالعه سیچ آمده که آستانه پاسخ مثبت احتمالاً پایین‌تر بوده است). همچنین برخی تفاوت‌ها ممکن است به دلیل اختلاف در سطح توقع اجتماعی (و در نتیجه گزارش آن) در فرهنگ‌ها و مناطق درآمدی گوناگون باشد، اما محتمل است که سهم بزرگی از این روندها بیانگر تفاوت‌های بنیادی واقعی در توانایی درونی باشد. این امر از دو جهت اهمیت دارد. اول اینکه در بسیاری از مناطق، فعالیت‌های روزمره در حکم شاخصی تعیین‌کننده در صلاحیت افراد برای دریافت خدمات

مراقبتی به کار می‌رود و ممکن است این شاخص بیانگر نیازی شدید به مراقبت باشد. نیاز به کمک، در طیفی از حدود ۱۷ درصد در افراد ۷۵ ساله و بیشتر در سوئیس تا بیش از ۴۰ درصد در افراد همان سن در غنا، هند، مکزیک و روسیه قرار دارد. بسیاری از کشورها با بیشترین میزان نیاز، هم‌زمان کمترین زیرساخت‌ها و خدمات موجود برای پاسخ به این وابستگی مراقبتی را دارند و این قصور سبب تکیه بر خانواده‌ها در امر تأمین مراقبت شده است.

شکل ۲-۷. درصد جمعیت ۷۴-۶۵ ساله و ۷۵ ساله یا بالاتر که دچار محدودیت‌هایی در یک یا چند مورد از پنج فعالیت اولیه زندگی روزمره‌اند (بر حسب کشور)



Source: Wave 4, release 1.1.1 (28 March 2013). In: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) [website]. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (<http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>, accessed 27 July 2015).

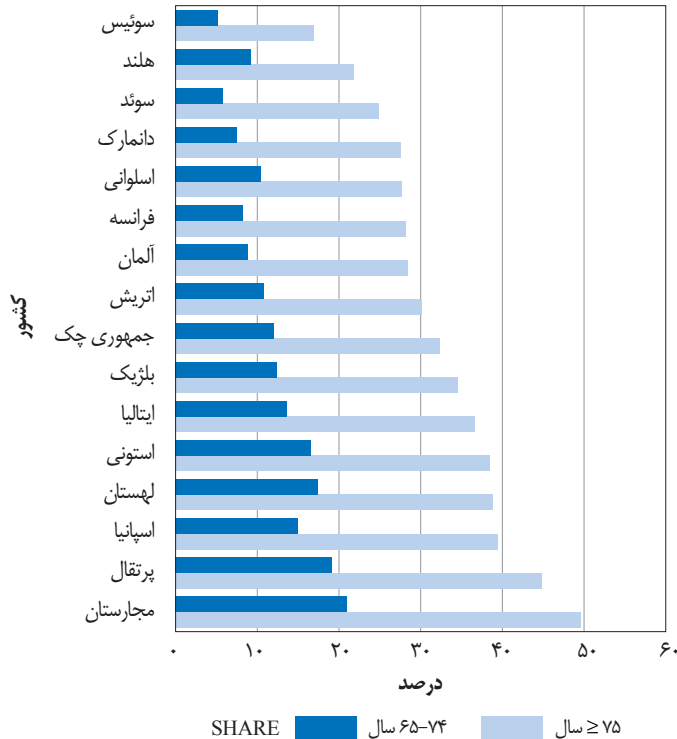
WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).

توجه: پنج فعالیت روزمره عبارت‌اند از: خوردن، حمام‌رفتن، لباس‌پوشیدن، رفتن و بیرون آمدن از تخت و استفاده از دستشویی

چنین تفاوت‌های برجسته‌ای این پرسش را مطرح می‌کند که چه عواملی سبب می‌شود فردی با سن میان ۶۵-۷۴ سال در چین سه برابر کمتر از فردی در هند نیاز به کمک داشته باشد؟ چرا فردی با سن میان ۶۵-۷۴ سال در بلژیک، در مقایسه با همان سن در کشور همسایه‌اش هلند، باید دو برابر بیشتر احتمال نیاز به کمک داشته باشد؟ با فرض اینکه برخی از این تفاوت‌ها حاکی از اختلاف‌های واقعی است، یافتن پاسخ می‌تواند به پاسخ‌های بهتر نظام‌های سلامت عمومی کمک کند.

در شکل ۲-۸ اطلاعات درباره فعالیت‌های مفید روزمره برآمده از مطالعه شیر خلاصه شده است (این زمینه‌ها در مطالعه سیج وارد نشده بود). هماهنگ با افزایش سن، شیوع محدودیت‌ها نیز بیشتر می‌شود و مقدار آن تا حدی بالاتر می‌رود. ممکن است افراد وابسته به مراقب نباشند، اما در خطر بالای وابستگی قرار دارند. از آنجا که وابستگی به مراقبت با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد، پیرشدن جمعیت به افزایش چشمگیر افرادی منجر می‌شود که در کشورها با هر سطح از توسعه، نیازمند مراقبت اجتماعی هستند. این مسئله هم‌زمان با کاهش جمعیت افراد جوان‌تری رخ می‌دهد که امکان تأمین این مراقبت را داشتند. همچنین افزایش نیاز به مراقب با تغییر نقش زنان که تاکنون تأمین‌کنندگان اصلی مراقبت بوده‌اند نیز مصادف شده است.

شکل ۲-۸. درصد جمعیت ۷۴-۶۵ ساله و ۷۵ ساله یا بالاتر که دچار محدودیت‌هایی در یک یا چند مورد از پنج فعالیت مفید زندگی روزمره‌اند، بر حسب کشور



Source: Wave 4, release 1.1.1 (28 March 2013). In: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) [website]. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (<http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>, accessed 27 July 2015).

توجه: این فعالیت‌ها عبارت است از: دشواری در استفاده از تلفن، مصرف دارو، مدیریت پول، خرید خواربار، آماده کردن غذا و استفاده از نقشه

شرایط اضطراری

قابلیت عملکردی براساس برهم‌کنش توانایی درونی فرد و مشخصه‌های مرتبط با محیط او تعیین می‌شود. تأثیر محیط به‌ویژه ممکن است در صورت پیشامد بلایای طبیعی یا تکنولوژیک و بحران‌های انسان‌ساخته بیشتر باشد. با وجود این، اگرچه پاسخ به این پیشامدها معمولاً مبتنی بر اولویت‌دادن به کمک به گروه‌های آسیب‌پذیر یا در حاشیه است، نیازهای سالمندان بارها مغفول می‌ماند. این مسئله با وجود خطر بسیار بالای مرگ، صدمه، بیماری و از دست دادن عملکرد در میان سالمندان رخ می‌دهد؛ معضلاتی که ممکن است مدت‌ها پس از آن حادثه نیز

ادامه یابد (Tomata et al., 2014; Hirai et al., 2015).

این سطح بالای خطرات در داده‌های حاصل از مطالعه پنج بلای طبیعی بزرگ نشان داده شده است. بیش از نیمی از مرگ‌های مرتبط با این حوادث در میان افراد ۶۰ سال و بالاتر رخ داده است؛ برای نمونه در زلزله بزرگ ژاپن در سال ۲۰۱۱، با وجود درگیر شدن تنها ۲۳ درصد از کل جمعیت، ۵۶ درصد از درگذشتگان ۶۵ ساله یا بیشتر بودند (Help Age International; 2013). همچنین بسیاری از این مرگ‌ها ممکن است پس از خود حادثه رخ داده باشد که بیانگر ناکارآمدی واکنش‌های اضطراری است.

آسیب‌پذیری سالمندان در شرایط اضطراری تا حدی ناشی از کاهش توانایی درونی متناسب به پیری و حاصل اتکای بیش از حد بر شرایط محیطی ثابت برای ادامه قابلیت‌های عملکردی است؛ در نتیجه کمبودهای مختصر در توانایی درونی، که ممکن است به انحای گوناگون در محیط عادی زندگی فرد سالمند جبران شود، پس از یک حادثه به سرعت به باری مضاعف تبدیل می‌شود. در مقیاس فیزیولوژیک، سالمندان احتمالاً بیشتر مستعد کم‌آبی، سرمازدگی و گرم‌زدگی هستند. محدودیت‌های توانایی درونی ممکن است با سوءتغذیه یا قطع مراقبت‌های بهداشتی تشدید شود. با توجه به شیوع بالای بیماری‌های مزمن و چندابتلایی در سالمندان، اختلال در مراقبت‌های بهداشتی و دسترسی نداشتن به داروهای ضروری می‌تواند پیامدهای شدید داشته باشد و زندگی سالمندان را با خطر مواجه کند. با وجود این، مدیریت بیماری‌های مزمن معمولاً جزء واکنش‌های مربوط به سلامت در هنگام شرایط اضطراری انسانی نیست.

همچنین ممکن است سالمندان بیشتر مستعد صدمات و بیماری‌های واگیردار باشند که خطراتی معمول در شرایط اضطراری به شمار می‌آید. اختلالات حرکتی ممکن است توانایی سالمندان برای تخلیه مکان یا دسترسی به آب و غذا، داروهای ضروری و خدمات بهداشتی، پس از یک بلا را با مشکل مواجه کند. اختلالات حسی ممکن است توانایی این افراد برای دسترسی به خدمات یا آگاهی از خدمات احتمالی موجود را محدود کند و بسیاری از افراد ممکن است در زمان آن حادثه، افزارهای کمکی ضروری‌شان، مثل عینک یا سمعک را گم کرده باشند. یکی از دلایل عدم اولویت‌بخشی به نیازهای سالمندان در شرایط اضطراری، ممکن است این باشد که آن‌ها معمولاً به دلیل محدودیت‌های حرکتی و انزوای اجتماعی، در معرض دید همگانی قرار ندارند. برای آنکه نیازهای سالمندان مشخص و رفع شود، مسئولان پاسخ‌گویی در شرایط اضطراری باید به‌نحوی فعالانه در جست‌وجوی سالمندان باشند و بنا را بر این نگذارند که خانواده‌ها از سالمندان مراقبت می‌کنند. مهم‌تر از آن، همه داده‌های گردآوری شده در شرایط اضطراری را باید از حیث سن و جنسیت تفکیک کرد. البته خطاست که تصور کنیم همه سالمندان آسیب‌پذیر و درمانده هستند. در زمان پیشامد بلایا، بسیاری از سالمندان حمایت‌های ارزنده‌ای از خانواده‌ها و جوامع می‌کنند. درحقیقت، بسیاری از کسانی که در زمان پاسخ به زلزله سال ۲۰۱۱ در ژاپن داوطلب شدند، سالمند بودند.

سالمندآزاری (Elder abuse)

سالمندان بارها به روش‌های گوناگون از سوی افراد معتمد خود، هدف بدرفتاری‌هایی با پیامدهای ماندگار قرار می‌گیرند. این کار سالمندآزاری است و به معنای «عمل، تکرار اعمال، یا واکنش نامناسب است که سبب آسیب یا پریشانی فرد سالمند در رابطه‌ای می‌شود که در آن انتظار اعتماد وجود دارد» (WHO, 2014). سالمندآزاری اشکال گوناگونی دارد؛ از جمله آزار جسمی، جنسی، روانی، عاطفی، مالی و مادی، غفلت، بی‌توجهی و بی‌احترامی. این مسئله هم درون و هم خارج از سیاق نگهداری رخ می‌دهد؛ برای مثال میان دو همسر با قابلیت‌های عملکردی بالا، یا از سوی فرزند بزرگسالی که از حیث امنیت مالی یا مسکن وابسته به فرد سالمند است (Krug et al., 2002). سالمندآزاری از خشونت میان افراد غیرمرتبط مانند جرائم خشونت‌آمیز موجود در جامعه تفکیک می‌شود و با پیامدهای جسمی شدیدی از جمله درد، آسیب و حتی مرگ همراه است. تأثیرات روانی مانند استرس و افسردگی از دیگر پیامدهای آزار محسوب می‌شود. این عوارض خطر انتقال سالمندان آزاردیده به خانه سالمندان و بستری شدن در بیمارستان را بیشتر می‌کند (Dong et al., 2009; Schofield et al., 2013; Dong & Simon, 2013; Dong et al., 2014; Lachs et al., 2002). این تأثیرات ممکن است به‌ویژه در میان سالمندانی بیشتر باشد که توانایی درونی کمتری دارند و کمتر در برابر صدمات جسمی و روانی حاصل از آزار منعطف هستند. اگرچه داده‌های موشکافانه در این زمینه محدود است، براساس مرور سوابق پژوهشی، شیوع سالمندآزاری در کشورهای ثروتمند یا با درآمد متوسط گستره‌ای از ۲.۲ درصد تا ۱۴ درصد دارد (Pillemer et al., 2016). بر مبنای این تحلیل، مرسوم‌ترین انواع سالمندآزاری عبارت‌اند از:

- آزار جسمی (شیوع ۰.۲ تا ۴.۹ درصد)؛
- آزار جنسی (شیوع ۰.۰۴ تا ۰.۸۲ درصد)؛
- آزار روانی، بالاتر از آستانه از حیث تکرار یا شدت (شیوع ۰.۷ تا ۶.۳ درصد)؛
- آزار مالی (شیوع ۱.۰ تا ۹.۲ درصد)؛
- بی‌توجهی (شیوع ۰.۲ تا ۵.۵ درصد).

در این مقادیر اساساً هم سالمندان با ضایعات ادراکی و هم آن‌ها که در خانه سالمندان یا مراکز نگهداری بلندمدت زندگی می‌کنند حذف شده‌اند؛ درحالی‌که این گروه‌ها ممکن است در معرض خطر آزار قرار داشته باشند. در تحقیق مروری مشخص شد که آزار روانی سالمندان مبتلا به زوال عقل طیفی از ۲۸ درصد تا ۶۲ درصد دارد و ۳.۵ درصد تا ۲۳ درصد سالمندان مبتلا به زوال عقل در معرض آزار جسمی قرار دارند (Dong et al., 2014). قربانیان سالمندآزاری بیشتر زنان، افراد دچار کم‌توانایی‌های جسمی، وابسته به مراقب، دچار وضعیت نامطلوب

سلامتی جسمی یا روانی یا هر دو با درآمد کم و بدون حمایت اجتماعی هستند (Pillemer et al., 2016; Johan-nesen & LoGiudice, 2013). اعضای خانواده‌ای که سالمندان را آزار می‌دهند، در مقایسه با اعضای خانواده یا پرستارانی که آزار نمی‌دهند، بیشتر ممکن است که دچار مشکلات سلامت روانی (مانند اختلالات شخصیتی) و اختلالات مربوط به مصرف مواد باشند. آزاردهندگان معمولاً خودشان به فرد آزار دیده متکی هستند (Krug et al., 2002; Johannesen & LoGiudice, 2013). در جدول ۱-۲ میزان شواهد تعیین ریسک فاکتورهای سالمندآزاری در سالمندان، آزاردهندگان، نوع رابطه آن‌ها با یکدیگر و عوامل اجتماعی و جماعتی آمده است.

جدول ۱-۲. ریسک فاکتورهای سالمندآزاری و قوت شواهد ریسک فاکتورها

سطح	ریسک فاکتور	قوت شواهد
فردی (قربانی)	جنسیت: زن	کم - متوسط
	سن: بالاتر از ۷۴ سال	کم - متوسط
	وابستگی: کم‌توانی چشمگیر	قوی
	سلامتی جسمی ضعیف	قوی
	اختلالات روانی: افسردگی	قوی
	درآمد و جایگاه اجتماعی - اقتصادی پایین	قوی
	وابستگی اقتصادی	قوی
	نژاد	کم - متوسط
	عارضه‌های ادراکی	قوی
	انزوای اجتماعی	قوی
فردی (آزارگر)	اختلالات روانی: افسردگی	قوی
	سوءمصرف مواد: الکل و سوءمصرف مواد مخدر	قوی
	اتکا به فرد آزار دیده: مالی، عاطفی، ارتباطی	قوی
رابطه	رابطه قربانی - آزار دیده	کم - متوسط
	نحوه توافق شده زندگی: قربانی تنها با آزارگر زندگی می‌کند.	قوی
جماعت	وضعیت تأهل	کم - متوسط
	مکان جغرافیایی: منزوی از لحاظ اجتماعی	کم - متوسط
مربوط به جامعه	کلیشه‌های منفی درباره پیری	داده ناکافی
	هنجارهای فرهنگی	داده ناکافی

فصل سوم: وضعیت اقتصادی - اجتماعی سالمندان در جهان

تعیین اینکه آیا افراد زندگی طولانی‌تر و سالم‌تری دارند یا اینکه سال‌های افزوده شده به سنین پیری با نداشتن سلامت و بیماری سپری می‌شود، در سیاست‌گذاری بسیار مهم است. اگر سال‌های افزوده به عمر افراد در سلامتی بگذرد، پیرشدن جمعیت به معنای برخورداری از منبع انسانی خواهد بود که می‌توان انتظار داشت از راه‌های مختلفی به جامعه خدمت کند (برای مثال از طریق زندگی کاری طولانی‌تر). گاهی گفته می‌شود: «۷۰ سالگی ۶۰ سالگی جدید است». با وجود این، ممکن است افراد طولانی‌تر عمر کنند و در عین حال از لحاظ قابلیت محدودیت‌هایی مشابه یا بیشتر از والدینشان در همان سن داشته باشند؛ در این صورت مطالبات برای مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی به شکل چشمگیری بیشتر خواهد بود و محدودیت سالمندان برای مشارکت اجتماعی بیشتر از توانایی‌شان می‌شود.

فهم اینکه کدام‌یک از این سناریوها رخ خواهد داد، امری ضروری برای تعیین اولویت‌ها در سیاست‌گذاری و اطمینان از واکنش مناسب خواهد بود؛ برای نمونه اگر همه مردم زندگی طولانی‌تر و سالم‌تری دارند، یکی از راه‌های اطمینان از پایداری مالی نظام‌های حمایت اجتماعی افزایش سن بازنشستگی خواهد بود. با این حال اگر سال‌های افزوده در بیماری و نداشتن سلامت سپری شود، این سیاست ممکن است به همین میزان نامناسب باشد؛ زیرا مستلزم آن است که افراد دچار محدودیت‌های چشمگیر در نیروی کار باقی بمانند. این امر ممکن است برای فرد غیرممکن و برای کارفرما نامطلوب باشد. همچنین ممکن است افرادی با جایگاه بالاتر اجتماعی - اقتصادی عمر طولانی‌تر و سالم‌تری داشته باشند؛ در حالی که افرادی با جایگاه اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر، عمر طولانی‌تر اما ناسالم دارند؛ در

این صورت تبعات منفی سیاست گذاری عمومی، مانند افزایش سن دریافت مستمری منصفانه نخواهد بود. یکی از وجوه اقتصادی-اجتماعی سالمندی که در دهه اخیر بیشتر مدنظر قرار گرفته است، بررسی تأثیرات تغییرات بنیادی توانایی درونی متناسب به سن در بازدهی در محیط کار است (Heidemeier & Moser, 2009). به طور کلی به نظر می رسد بازدهی با افزایش سن کاهش نمی یابد؛ اگرچه ممکن است با بیشتر شدن زمان ماندن در یک شغل خاص، یا با روزمرگی، که سبب کاهش انگیزه می شود، یا با کار مفرط، که آسیب جسمی به دنبال دارد، بازدهی کم شود (Staudinger & Bowen, 2011). براساس نتایج مطالعه‌ای در این باره، تعداد خطاهای صورت گرفته در تیم‌های خط موتناژ در یک کارخانه خودروسازی، با افزایش سن اندکی کاهش یافت. از این آمار پس از نظارت بر گزینش حذفی^۱ (بازنشستگی زودهنگام) و گزینش حفظی^۲ (ترفیع) کاسته شد. نویسندگان این مطالعه نتیجه گرفتند که «کارکنان سالمند قادرند شرایط دشوار را در یابند و سپس بر وظایف مهم تمرکز کنند» (Börsch-Supan & Weiss, 2013). این یافته بر این امر تأکید دارد که ضایعات مرتبط با پیری، مانند کندشدن سرعت پردازش اطلاعات یا تضعیف توانایی انجام هم‌زمان چند کار، لزوماً اثری منفی بر بازدهی کاری ندارد؛ زیرا این ضایعات را می توان با بهره‌وری از تجربه کاری افراد سالمند جبران کرد. همچنین برخی از انواع کاهش توانایی‌های جسمی ممکن است به فراخور شغل با تأخیر رخ دهد؛ برای نمونه، کاهش قدرت دست ممکن است در زیرمجموعه‌های جمعیتی که باید از دستان خود برای کار روزانه استفاده کنند، دیده نشود؛ هرچند ممکن است این تمایز بعدها در زندگی برعکس شود و در نتیجه، پس از ۸۰ سالگی، کارگران یدی در مقایسه با کارمندان اداری، قدرت جسمی کمتری داشته باشند (Russo et al., 2006) که این امر ممکن است در بروز آسیب جسمی در این مشاغل نیز مؤثر باشد.

نبود تجانس سنی در تیم‌های کاری نیز ممکن است تعیین کننده بازدهی باشد. میزان متوسطی از تنوع سنی رابطه مثبتی با بازدهی دارد که احتمالاً حاکی از این امر است که تنوع سنی از حیث ارتباط و یکپارچگی اجتماعی ضرر دارد و از حیث وجود گستره وسیع تر دانش برای یافتن راه حل‌ها مفید است. همچنین این تأثیر بر مبنای نوع وظایف رایج در یک شرکت تعدیل شده بود. شرکت‌هایی که بر کار خلاقانه تأکید داشتند، از تنوع سنی بهره بردند؛ در حالی که شرکت‌های متمرکز بر وظایف مستمر و تکراری، عملکرد بدتری هنگام وجود تنوع سنی داشتند (Backes Gellner & Veen, 2013). نکته مهم دیگر که در زندگی اقتصادی-اجتماعی سالمندان مدنظر قرار گرفته پاسخ به این پرسش است که چگونه سالمندان در کشورهای مختلف، از طریق دریافتی‌ها^۳، دارایی‌ها^۴ و کار، نیازهای معیشتی خود را تأمین می کنند و پیرشدن جمعیت چه تأثیرات

1. Downward Selectivity
2. Upward Selectivity
3. Transfers
4. Assets

احتمالی در دارایی‌ها، دریافتی‌ها و کار سالمندان دارد.

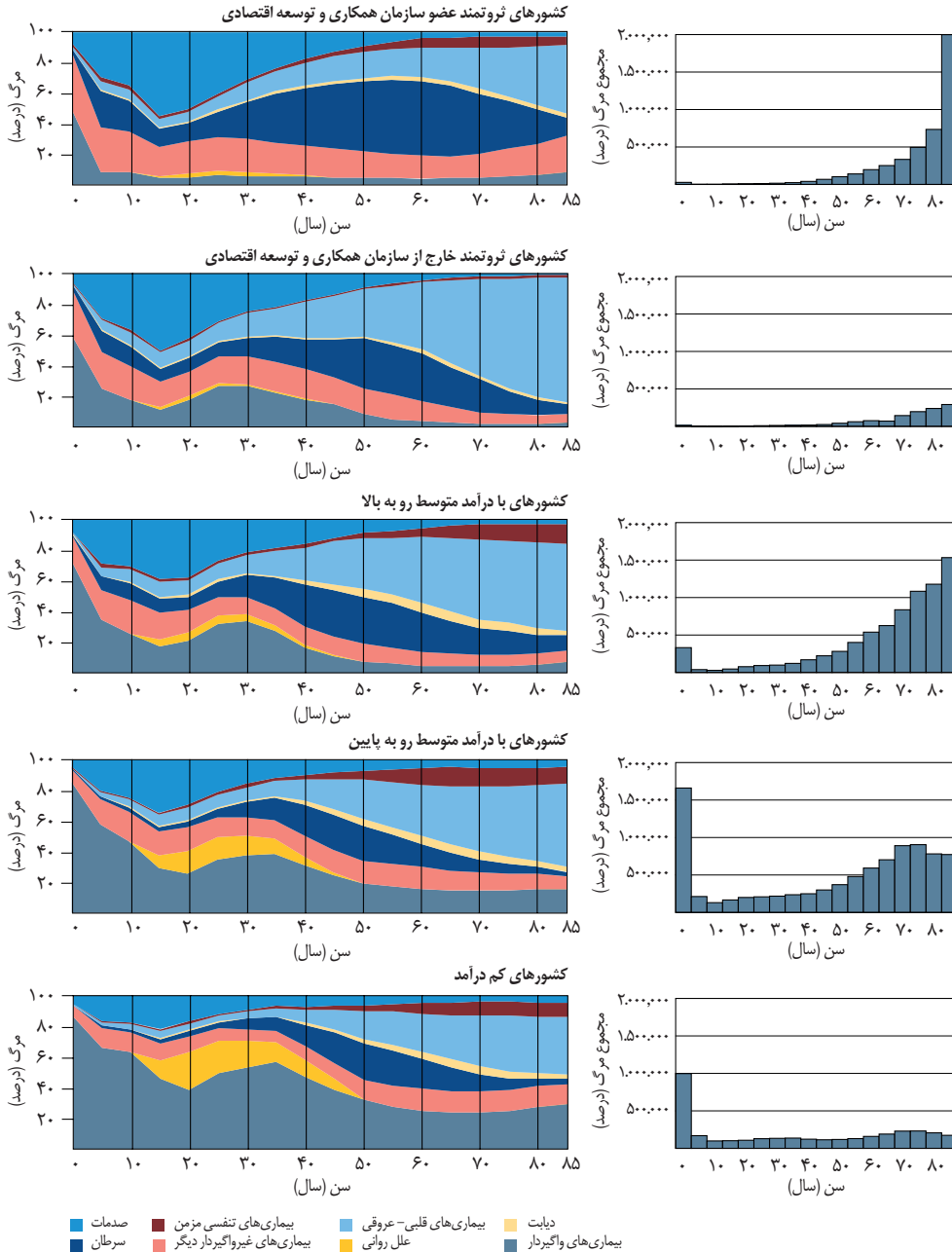
۳-۱. نابرابری‌های اقتصادی - اجتماعی و سلامت

نابرابری و طول عمر

به‌طور متوسط، مردم در سراسر جهان بیشتر عمر می‌کنند. اگرچه بخش کوچکی از افزایش جهانی جمعیت سالمند به دلیل بهبود بقای افراد در سنین بالا است، بخش اعظم آن نشان‌دهنده بهبود بقا در سنین پایین‌تر است. این عامل با توسعه بی‌سابقه اجتماعی - اقتصادی‌ای همراه شده که در طول ۵۰ سال گذشته در جهان رخ داده است. براساس شکل‌های ۱-۳ و ۲-۳، مشخص شده است که سطح توسعه اجتماعی - اقتصادی یک کشور چه پیوند محکمی با الگوهای مرگ‌ومیر در طول زندگی دارد. نمودار سمت راست نشان‌دهنده سن مرگ در کشورهای کم‌درآمد، با درآمد متوسط و ثروتمند است. در این نمودار مرگ‌ومیر در کشورهای ثروتمندی که عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۱ هستند، غیر از سایر کشورهای ثروتمند به نمایش درآمده است؛ زیرا اپیدمیولوژی آن‌ها کاملاً متفاوت است. در مناطقی با منابع کمتر، مرگ‌ومیر در اوایل کودکی عمومیت بیشتری دارد و پس از آن، به‌طور مساوی در طول باقی زندگی رخ می‌دهد. با توسعه کشورها، بهداشت همگانی بهتر به معنای آن است که افراد بیشتری از مرگ در کودکی نجات می‌یابند و الگوی مرگ‌ومیر به الگویی بدل می‌شود که در آن ممکن است افراد در بزرگسالی بمیرند. در مناطق ثروتمند، الگوی مرگ‌ومیر حتی بیشتر به مرگ‌ومیر در دوران پیری معطوف است و در نتیجه، بیشتر مرگ‌ومیرها در این مناطق در میان افراد پیرتر از ۷۰ سال رخ می‌دهد.

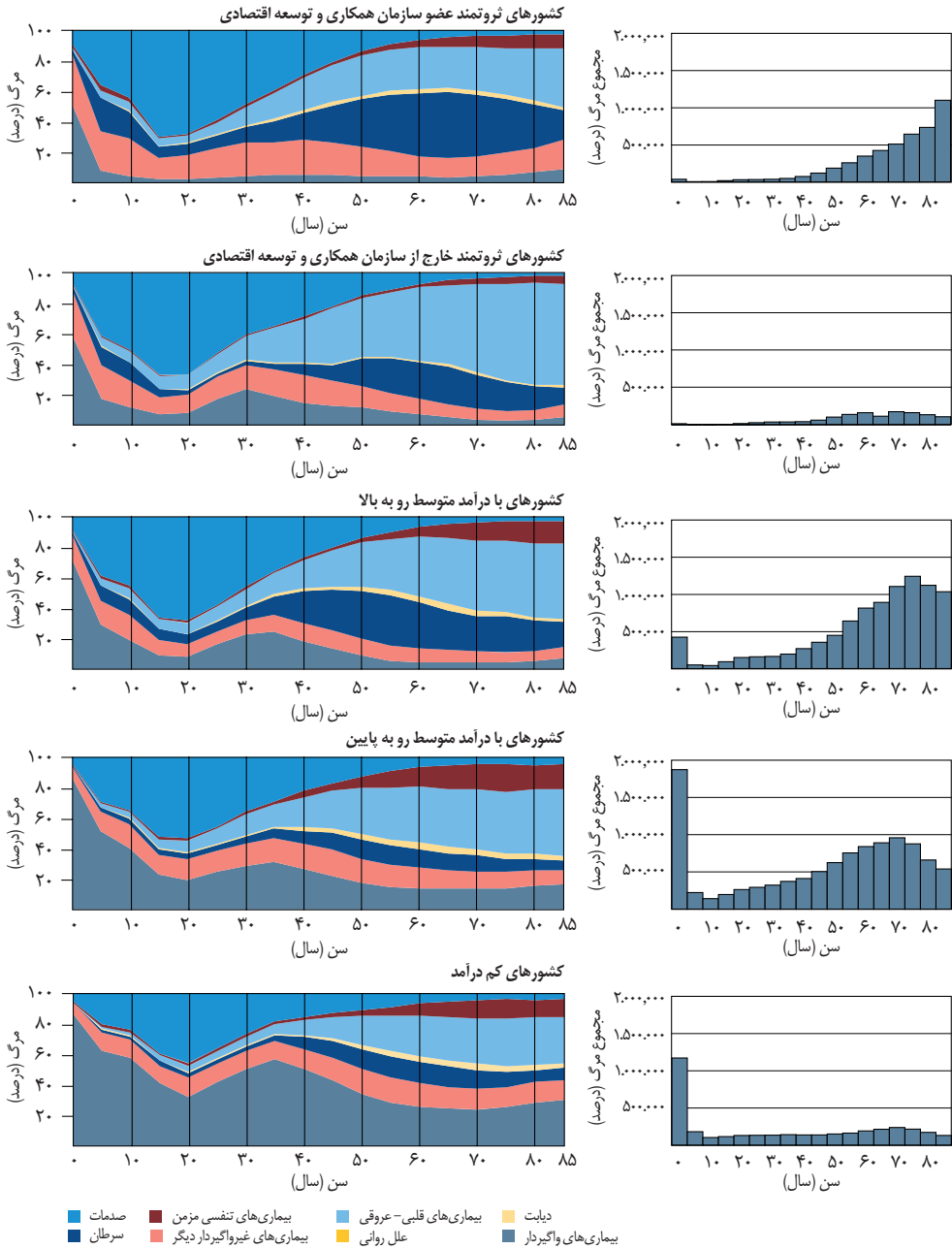
این تغییرات با تغییر عواملی که مردم بر اثر آن می‌میرند همراه می‌شود (که در نمودار سمت چپ شکل ۱-۳ و ۲-۳ مشاهده می‌شود). در همه‌جا علل عمده مرگ در سنین پیری بیماری‌های غیر واگیردار است؛ اگرچه مرگ‌ومیر بر اثر این عوامل در مقایسه با کشورهای ثروتمند در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط زودتر رخ می‌دهد. با وجود این، هم در مناطق کم‌درآمد و هم در مناطق با درآمد متوسط، بیماری‌های واگیردار در حکم عوامل مهم مرگ در طول زندگی باقی مانده‌اند. این تحولات به این معناست که با توسعه کشورها از لحاظ اقتصادی، افراد بیشتری به بزرگسالی می‌رسند و در نتیجه طول عمر افزایش می‌یابد. عمومیت افزایش طول عمری که در سراسر جهان در طول ۱۰۰ سال اخیر مشاهده می‌شود (شکل ۳-۳)، نشان‌دهنده کاهش مرگ‌ومیر در سنین جوانی است و نه زنده‌ماندن بیشتر سالمندان.

شکل ۳-۱. مرگ‌ومیر در میان زنان در سنین مختلف در کشورهای کم‌درآمد، با درآمد متوسط و ثروتمند، ۲۰۱۲



OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development. Source: (2).

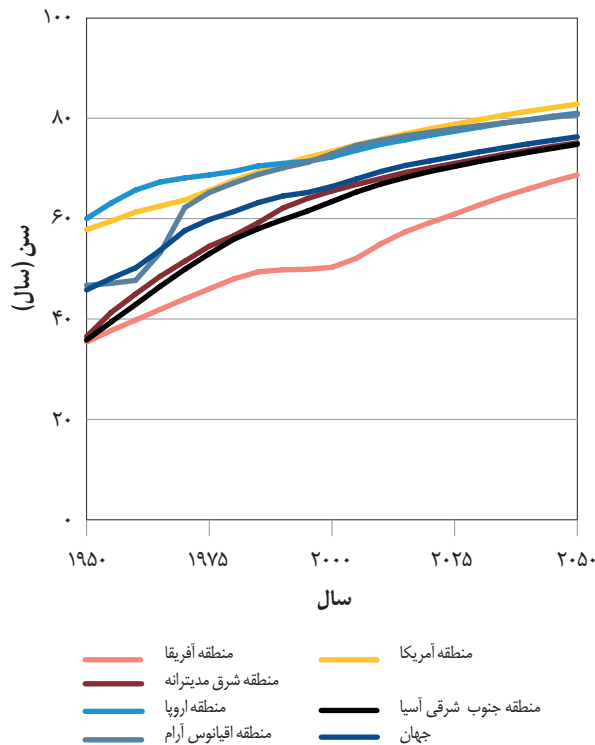
شکل ۳-۲ مرگ‌ومیر در میان مردان در سنین مختلف در کشورهای کم‌درآمد، با درآمد متوسط و ثروتمند، ۲۰۱۲



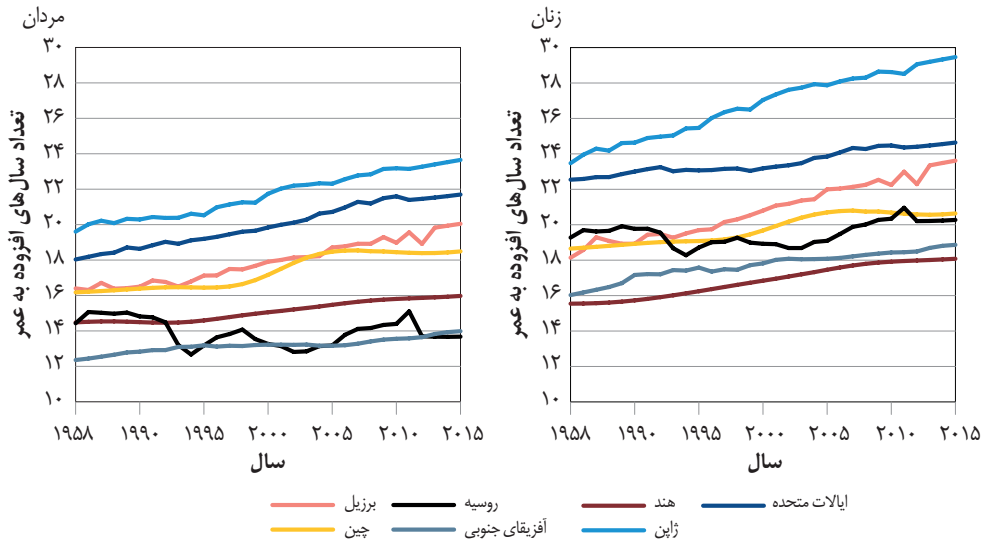
OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development. Source: (2).

به‌تازگی روندی دیگر به‌ویژه در مناطق ثروتمند به‌شکلی قابل‌ملاحظه در افزایش طول عمر مؤثر بوده است؛ یعنی افزایش بقا در سن پیری (Christensen et al., 2009). در سال ۱۹۸۵، یک زن ۶۰ ساله در ژاپن ممکن بود تا ۲۳ سال دیگر زنده بماند. تا سال ۲۰۱۵، این زمان تا حدود ۳۰ سال افزایش یافته بود که ممکن است این امر نشان‌دهنده ترکیبی از مراقبت‌های بهداشتی بهتر، خدمات سلامت عمومی و تفاوت زندگی با افرادی باشد که پیش‌تر زندگی می‌کرده‌اند. با وجود این، نرخ این افزایش طول عمر سالمندان در مناطق گوناگون جهان متفاوت است. طول عمر در سنین پیری در کشورهای ثروتمند در مقایسه با مناطقی با منابع کمتر با نرخی سریع‌تر در حال افزایش است؛ اگرچه این امر در کشورهای خاص و میان زنان و مردان نیز متفاوت است.

شکل ۳-۳. تغییرات در طول عمر از سال ۱۹۵۰ با برآوردهای سال ۲۰۵۰ برحسب منطقه‌بندی سازمان بهداشت جهانی و جهان



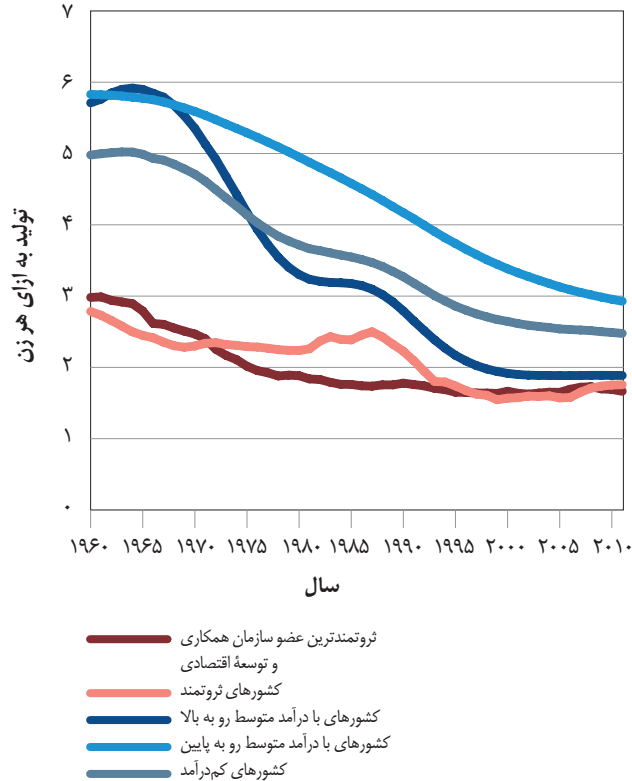
شکل ۳-۴. طول عمر زنان و مردان در سن ۶۰ سالگی، گزیده‌ای از کشورها، ۲۰۱۵-۱۹۸۵



Source: Global health estimates: life expectancy trends by country. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).

از دیگر علل عمده پیرشدن جمعیت‌ها کاهش نرخ باروری است (شکل ۳-۵) که ممکن است ناشی از این باشد که والدین دریافته‌اند فرزندانشان در عصر کنونی، در مقایسه با گذشته بیشتر امکان بقا دارند. در این زمینه، افزایش دسترسی به امکانات جلوگیری از بارداری و تحول معیارهای جنسیتی نیز مؤثر است. پیش از پیشرفت‌های اخیر در توسعه اجتماعی-اقتصادی، نرخ باروری در بسیاری از نقاط جهان، دامنه‌ای میان ۵ تا ۷ تولد به‌ازای هر زن داشته است (اگرچه بسیاری از این کودکان به بزرگسالی نرسیدند). در سال ۲۰۱۵، این نرخ به زیر سطح لازم برای حفظ جمعیت‌ها در اندازه فعلی افت کرد. استثنای مهم در این کاهش شگرف نرخ باروری، آفریقا است که کاهش کمتری در آن مشاهده شده و نرخ باروری عموماً در حد ۴ تولد به‌ازای هر زن باقی مانده است. در خاورمیانه نیز در مقایسه با نقاط دیگر جهان، کاهش کمتری مشاهده شده است. از آنجا که کاهش نرخ باروری از کاهش مرگ‌ومیر کودکان عقب می‌ماند، این امر بارها سبب افزایش ناگهانی جمعیت جوان‌تر می‌شود. در بسیاری از کشورهای ثروتمند، این افزایش ناگهانی اندکی پس از جنگ جهانی دوم رخ داد و این بخش از جمعیت با نام کودکان نسل انفجار شناخته شد. با پیرتر شدن افراد متعلق به دوران افزایش ناگهانی جمعیت، پیرشدن جمعیت به‌شکلی موقت سرعت یافت؛ به‌ویژه هنگامی که با مرگ‌ومیر کم بزرگسالان و استمرار باروری ترکیب شد (WHO, 2015).

شکل ۳-۵. نرخ باروری در کشورهای کم‌درآمد، با درآمد متوسط و ثروتمند، ۲۰۱۱-۱۹۶۰



Source: Fertility rates, total (births per woman). In: The World Bank website]. Washington (DC): World Bank; 2015 (<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>, accessed 12 March 2015).

نابرابری و بیماری

افزایش سن، خطر ابتلا به بسیاری از اختلالات سلامتی را بیشتر می‌کند؛ اختلالاتی که ممکن است فراتر از روندهایی که پیش از این معرفی شد، تأثیرات چشمگیری بر توانایی افراد داشته باشد؛ البته باید تأکید کرد که وجود بیماری در سن پیری به معنای آن نیست که فرد دیگر سالم نیست (Young et al., 2009). بسیاری از سالمندان توانایی عملکردی مناسبی دارند و با وجود یک یا چند بیماری، احساس خوب بودن می‌کنند. در شکل ۳-۶ بر مبنای داده‌های «پروژه جهانی بار بیماری»^۱ (WHO, 2015)، علل رایج از دست رفتن تندرستی بر

اثر کم‌توانی در افراد بالای ۶۰ سال مشخص شده است. این داده‌ها براساس سطح توسعه اقتصادی کشورها تفکیک شده‌اند. داده‌ها میزان بروز و شدت عارضه‌های مختلف و طول دورانی را نشان می‌دهند که هر فرد، به‌طور متوسط تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد.

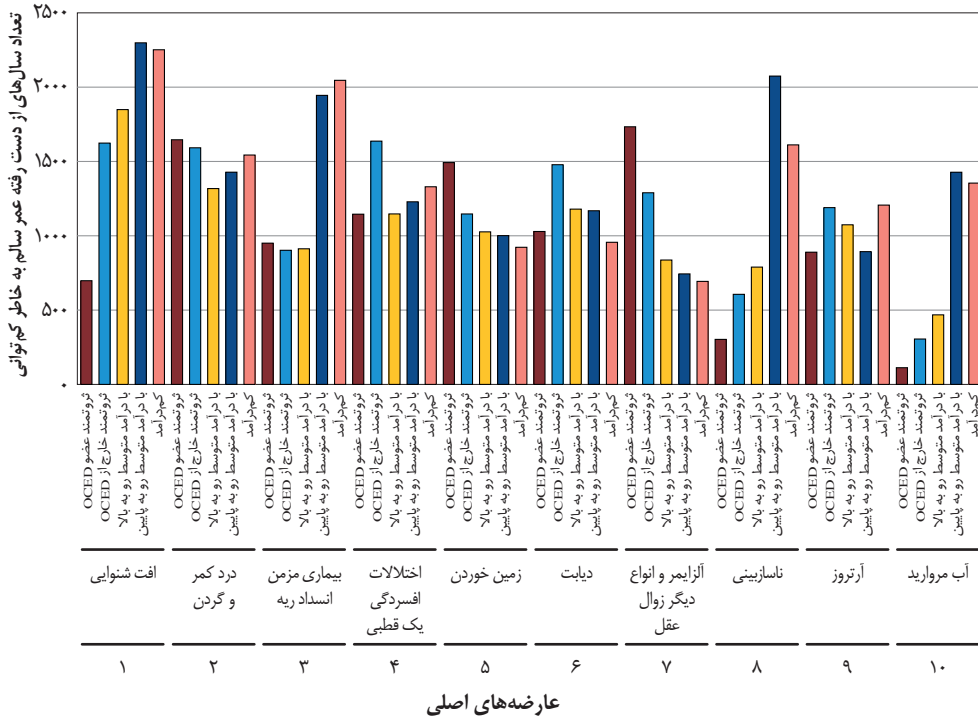
با استفاده از این داده‌ها، تخمین زده شده است که بیشترین ثقل کم‌توانی مربوط به صدمات حسی (به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد و کشورهایی با درآمد متوسط رو به پایین)، درد کمر و گردن، بیماری‌های مزمن انسداد ریه (به‌ویژه در کشورهای کم‌درآمد و کشورهایی با درآمد متوسط رو به پایین)، اختلالات افسردگی، زمین خوردن، دیابت، زوال عقل (به‌ویژه در کشورهای ثروتمند) و آرتروز است. ممکن است نرخ بالای زوال عقل در کشورهای ثروتمند دست‌کم تا حدی حاکی از بالاتر بودن میانگین سن در این کشورها و آگاهی و تشخیص بهتر این عارضه‌ها باشد. نرخ بیشتر صدمات حسی در کشورهای کم‌درآمد و کشورهایی با درآمد متوسط رو به پایین، بیانگر نکات فراوانی است؛ از جمله قرار گرفتن بیشتر در معرض سروصدا و آفتاب در طول زندگی. میزان بیشتر بیماری‌های مزمن انسداد ریه در کشورهای کم‌درآمد و کشورهایی با درآمد متوسط رو به پایین احتمالاً پیامد قرار گرفتن بیشتر در معرض آلودگی‌های فضای داخلی و خارجی در طول زندگی است.

همچنین باید توجه داشت که الگوهای مرگ‌ومیر درک بهتری از بیماری‌های مهم در سن پیری به دست می‌دهد. در شکل ۳-۷ از داده‌های پروژه جهانی بار بیماری استفاده شده تا به کمک داده‌های به‌دست‌آمده از کشورها، که براساس سطح توسعه اقتصادی تفکیک شده‌اند، سال‌های ازدست‌رفته زندگی در میان افراد بالای ۶۰ سال ترسیم شود. این نمودار برآوردی از اختلالاتی است که سبب مرگ سالمندان می‌شود و متوسط احتمالی سال‌هایی را نشان می‌دهد که سالمندان به دلیل این اختلالات از آن بی‌نصیب خواهند بود. بیشترین فشار مرگ‌ومیر در سالمندان، در همه جهان، نتیجه بیماری‌های قلبی ایسکمی^۱، سکته و بیماری‌های مزمن انسداد ریه است. فشار همه این عارضه‌ها در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط در مقایسه با کشورهای ثروتمند عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، بسیار بیشتر است. ثقل به‌شدت فراوان بیماری‌های قلبی-عروقی در کشورهای ثروتمندی که عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی نیستند، به‌شدت تحت تأثیر نرخ بالا در روسیه است.

با توجه به شکل‌های ۳-۶ و ۳-۷، فارغ از اینکه افراد کجا زندگی می‌کنند، فشار طاقت‌فرسای بیماری در سن پیری را تحمل می‌کنند که نتیجه بیماری‌های غیرواگیردار است. این بیماری‌ها را در بیشتر اوقات با ثروت مرتبط می‌پندارند که کشورهای فقیرتر همگام با توسعه خود باید به آن توجه کنند. این داده‌ها نشان می‌دهد

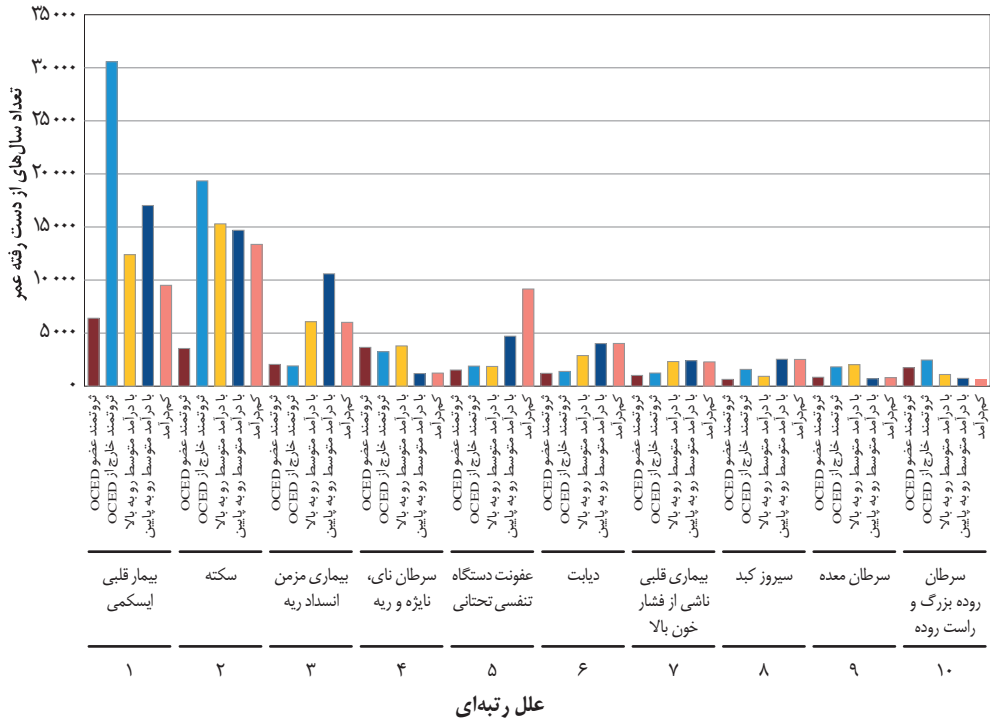
بیماری‌های غیرواگیردار هم‌اکنون نیز فشارهایی بی‌نهایت غیرمنصفانه را در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط بر سالمندان اعمال می‌کند.

شکل ۳-۶. تعداد سال‌های از دست‌رفته عمر سالم به دلیل کم‌توانی در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت و ۱۰ مورد از رایج‌ترین عارضه‌های سلامتی مرتبط با کم‌توانی در میان جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر، ۲۰۱۲



Source: Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000–2012. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).

شکل ۳-۷. تعداد سال‌های از دست‌رفته عمر به خاطر مرگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بر اثر ۱۰ مورد از رایج‌ترین علل از دست دادن عمر، در میان جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر، ۲۰۱۲



Source: Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000–2012. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).

نابرابری و کیفیت زندگی

اگرچه شواهد فراوانی بیان‌کننده عمر طولانی‌تر سالمندان، به‌ویژه در کشورهای ثروتمند است، متأسفانه وضعیت کیفیت زندگی در طول این سال‌های اضافی تقریباً مبهم است (Crimmins & Beltrán Sánchez, 2011) که این امر تنها به دلیل مطالعه نکردن در این حوزه نیست. در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط مطالعاتی صورت گرفته و در ایالات متحده و دیگر مناطق ثروتمند تحلیلی‌هایی قابل توجه بر داده‌های گردآوری شده در طول ۳۰ سال گذشته انجام شده است. با وجود این، یافته‌های به‌دست‌آمده از این مطالعات گسترده ناپایدار است؛ برخی مطالعات حاکی از کاهش سطح کم‌توانی‌های جدی در سالمندان پیرتر از ۶۵ سال است. مطالعات دیگر در همین گروه سنی بیان‌کننده افزایش نرخ بیماری‌های مزمن و چندابتلایی، اما نرخ ثابت کم‌توانی است. مطالعات دیگر نیز ادعای افزایش رواج کم‌توانی

در افراد ۶۰ تا ۷۰ ساله دارد (Manton & Lamb; Seeman et al., 2010; Liao et al., 2001; Hung et al., 2011). پژوهشی که در آن برآیند مجموعه‌های متعدد از داده‌ها عرضه شده است، حاکی از افزایش طول عمر باکیفیت است که البته در مواردی، بر اثر چاقی مفرط و افت توانایی، روند بهبود را کندتر نشان می‌دهد؛ در حالی که براساس پژوهشی دیگر، کاهش شیوع کم‌توانی در سطح گروه‌های همسان، پس از تعدیل ویژگی‌هایی مانند نژاد، تحصیلات، رتبه نظامی، وضعیت شغلی، درآمد و نمایه توده بدن (BMI) برعکس می‌شود (Lin et al., 2012; Stewart et al., 2013). این الگوها ممکن است از حیث جغرافیایی نیز تفاوت داشته باشند. براساس پژوهش‌های صورت گرفته در اروپا، امید به سلامت^۱ به شکل چشمگیری در کشورهای گوناگون متفاوت است (Jagger et al., 2008)؛ برای نمونه در سنچس چندکشوری الگوهای کم‌توانی‌های خفیف در سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، مشخص شد این الگوها در برخی کشورها کاهش و در برخی دیگر افزایش داشته و در باقی نیز یکسان مانده است (Bales & Lafortune, 2007). براساس تحلیل سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴ از مطالعات طولی گسترده، که در کشورهای ثروتمند انجام شده بود، شیوع کم‌توانی شدید (کم‌توانی‌ای که مستلزم کمک دیگران برای انجام فعالیت‌های اولیه مانند غذاخوردن و شست‌وشو باشد) ممکن است اندکی در حال کاهش باشد، اما در طول ۳۰ سال گذشته هیچ تغییر چشمگیری در کم‌توانی‌هایی با شدت کمتر مشاهده نشده است (Chatterji et al., 2015) (شکل‌های ۳-۸ و ۳-۹)؛ بنابراین شواهد کنونی از کشورهای ثروتمند با ابهام همراه است، اما نشان می‌دهد که شاید کاهش اندکی در برخی صورت‌های کم‌توانی در سنین خاص در جریان باشد؛ اگرچه بعید است این کاهش در همه سال‌های افزوده به عمر افراد باقی بماند.

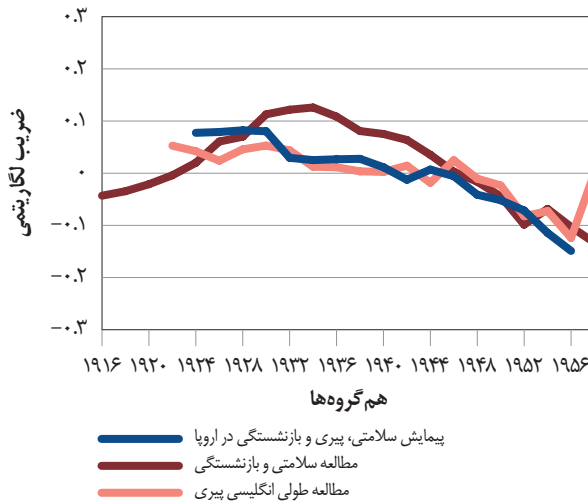
این نبود شفافیت، با چندین محدودیت پژوهشی مهم دوچندان شده است. نخست اینکه کم‌توانی در حکم وضعیتی است که هم از طریق مشخصه‌های اصلی افراد (که مشخصه‌های درونی است) نمایان می‌شود و هم به کمک محیطی که آن‌ها در آن زندگی می‌کنند (World Health Organization, 2001). تا زمانی که محققان به تغییرات این دو سطح توجه نکنند، نمی‌توانند میان آن‌ها تمایز قائل شوند؛ برای مثال در دهه ۱۹۵۰، افراد مبتلا به مفصل آماس لگن^۲ ممکن بود توانایی انجام اعمال لازم برای مطابقت با وضعیت خود را به دست بیاورند؛ زیرا کمبود امکانات حمل‌ونقل وجود داشت.

در سال ۲۰۱۵، ممکن بود همان افراد بتوانند از وسایل حمل‌ونقل عمومی‌ای بهره ببرند که در دسترس افراد دچار کم‌توانی است و در نتیجه، نتیجه بگیرند که قابلیت عملکردی‌شان، با وجود یکسان بودن توانایی درونی‌شان^۳ به مراتب بهتر است؛ بنابراین تمایز میان روندهای تغییر توانایی درونی و تغییرات محیطی، به منظور برآورد بهتر

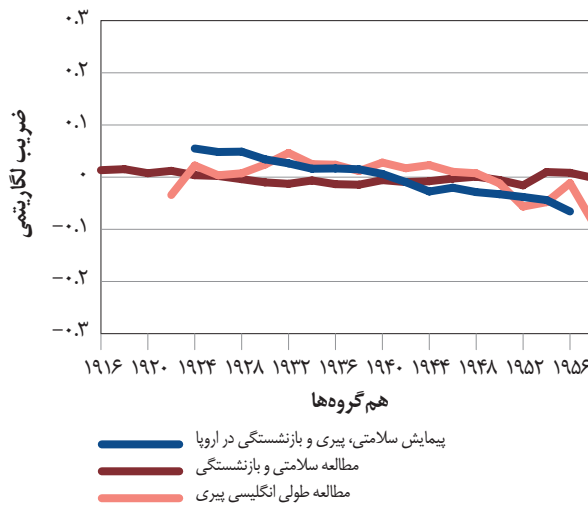
1. Health Expectancy
2. Arthritis of the Hip
3. Intrinsic Capacity

قابلیت‌های عملکردی، مستلزم پرسش‌هایی خاص است. با وجود این، ابزارهایی که به کار گرفته می‌شود، معمولاً چنین تمایزی را نشان نمی‌دهند.

شکل ۳-۸. شیوع محدودیت در فعالیت‌های روزمره برحسب سال تولد، ۱۹۱۶-۱۹۵۸ (پس از کنترل سنی و دوره‌ای) (SHARE, 2013)



شکل ۳-۹. شیوع محدودیت در فعالیت‌های اساسی روزانه برحسب سال تولد، ۱۹۱۶-۱۹۵۸ (پس از کنترل سنی و دوره‌ای) (SHARE, 2013)



همچنین در بیشتر داده‌ها، کم‌توانی تنها در بازه شدید طیف تعریف می‌شود که در سال‌های پایانی زندگی رخ می‌دهد. تنزل توانایی‌های درونی معمولاً بسیار زودتر آغاز می‌شود و در ابتدا بسیار کم است. اگرچه بیشتر سالمندان این تغییرات جزئی‌تر و کوچک را تحمل می‌کنند، اطلاعات درباره روندهای توانایی در طول این مرحله از زندگی بسیار محدود است. افزون بر این، در کشورهای ثروتمند، بیشتر مطالعات تنها مبتنی بر داده‌های نسبتاً جدید و محدود به دوره‌ای است که در آن گذار اپیدمیولوژیک^۱ ترسیم‌شده در شکل‌های ۳-۸ و ۳-۹ رخ داده بود. در حال حاضر، افزایش طول عمر در این مناطق ناشی از افزایش بقا در سنین پیری است که ممکن است نتیجه طولانی‌شدن مرحله پایانی زندگی به مدد درمان‌های پزشکی باشد و نه نتیجه پیشرفت‌های بیشتر خدمات سلامت عمومی که به احتمال زیاد بر عامل تغییرات اپیدمیولوژیک متأخر بوده است. این نتایج، مقایسه‌ای منصفانه میان سلامت ما و سلامت والدینمان نشان می‌دهد، اما ممکن است روندهای این مقایسه به کلی متفاوت باشد. یک پژوهش که روندهای این دوره متقدم‌تر را ضبط کرده، بر پایه این فرض است که سلامت سالمندان به شکل چشمگیری، بهتر از سلامت پدربزرگ‌ها، مادربزرگ‌هایشان و والدین ایشان است (Fogel, 2003). این یافته میزان کمتر شیوع اختصاصی- سنی برخی بیماری‌های مزمن مشخص در میان سربازان ارتش ایالات متحده در طول سده بیستم در مقایسه با سربازان زمان جنگ داخلی آمریکا را نشان می‌دهد (Fogel, 2003).

در پایان، جمعیت سالمندان با توجه به گوناگونی‌هایی فراوان توصیف می‌شود. روندهای موجود در زیرمجموعه‌های هر گروه جمعیتی ممکن است کاملاً متفاوت باشد؛ برای نمونه در ایالات متحده، طول عمر بزرگسالان آفریقایی-آمریکایی با تحصیلات پایین ممکن است از دهه ۱۹۵۰ اندکی تغییر کرده باشد (Cheng & Kindig, 2012; Olshansky et al., 2011). اگرچه شواهد کشورهای ثروتمند با ابهام همراه است، داده‌های کشورهای کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط ناموجود است، اما در این میان چین استثناست که در آن مقایسه‌ای میان پیمایش‌های نمونه گسترده سال ۱۹۸۷ با سال ۲۰۰۶، نشان دهنده افزایش چشمگیر محدودیت‌های جسمی و روانی در طول دو دهه اخیر و در مقابل کاهش چشمگیر محدودیت‌های بینایی، شنوایی، گفتاری و هوشی بود (Zheng et al., 2011).

در حال حاضر، کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط گذار اپیدمیولوژیک ترسیم‌شده در شکل‌های ۳-۸ و ۳-۹ را از سر می‌گذرانند. کشورهایی مانند چین در حال نزدیک‌شدن به پایان این گذارند. همچنین میزان استاندارد شده سن کم‌توانی در حال تغییر که در این مطالعه عرضه شده، بیانگر همین مسئله است. این

تغییرات شامل کاهش کم‌توانی‌های مرتبط با بیماری‌های عفونی و افزایش آشکار کم‌توانی‌های مرتبط با بیماری‌های مغزی-عروقی و مفصل آماس است (که در دسته کم‌توانی‌های جسمی قرار گرفته‌اند) (Zheng et al., 2011). تنوع جمعیتی نیز در این یافته‌ها آشکار است که با کاهش کم‌توانی‌ها در مناطق شهری مشخص شده بود. گفتنی است کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط که در مراحل متقدم‌تر این گذار قرار دارند، همچنان متحمل فشار دوچندان بیماری‌ها هستند. در این کشورها، نرخ بیماری‌های واگیردار و غیرواگیردار بالاست و بسیاری از مردم، در مقایسه با افراد کشورهای ثروتمند، در معرض بسیار بیشتر مسمومیت‌های^۱ محیطی و منتسب به شغل و محرک‌های استرس‌زا^۲ هستند. ممکن است این ترکیب از بیماری‌ها و محرک‌های استرس‌زای محیطی، به‌نحوی غیرمنتظره، در میزان ابتلای بزرگسالان مسن‌تر اثرگذار باشد. برای مثال تأثیرات نیز ممکن است در صورتی پدید آید که این عوامل سبب افزایش «التهاب پیری»^۳ شود که گفته شده یکی از عوامل ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی است (Macaulay et al., 2013; McElhane et al., 2012)؛ بنابراین خطای بزرگی است اگر روند میزان ابتلای ثبت‌شده در کشورهای ثروتمند، ملاک کشورهای کم‌درآمدتر باشد.

نابرابری و عملکردهای حرکتی

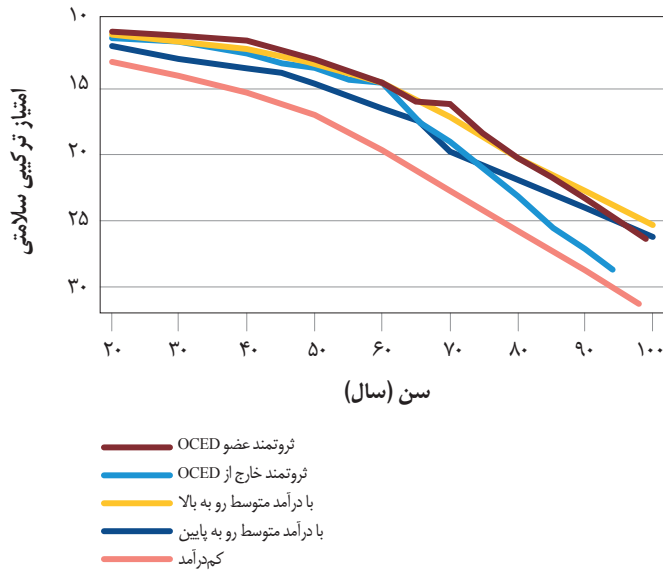
در پیمایش سلامت جهانی سازمان بهداشت جهانی که در سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ انجام گرفت، در هر کشور مجموعه‌ای از پرسش‌ها از هشت حوزه استفاده شد تا وضعیت سلامتی تخمین زده شود (شکل ۳-۱۰) (WHO, 2015). در طرح مذکور این موارد اندازه‌گیری شد: دشواری‌های شرکت در فعالیت‌های کاری یا خانگی، حرکت کردن، شرکت در فعالیت‌های سخت، شست‌وشو یا لباس پوشیدن، حفظ ظاهر کلی، تمرکز یا به خاطر آوردن چیزها، یادگیری کارهای جدید، حفظ روابط فردی یا شرکت در جماعت و مواجهه با درگیری‌ها. بر این اساس امتیاز وضعیت سلامتی نیز بیان‌کننده جنبه‌هایی از توانایی درونی است و قابلیت عملکردی نیز محسوب می‌شود.

در شکل ۳-۱۰ کاهش دیر هنگام غیرمنتظره‌ای در کشورهای ثروتمند عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا دیده می‌شود. شاید این مسئله حاکی از غیاب بیشتر کشورهای توسعه‌یافته مانند آلمان، بریتانیا و ایالات متحده در این تحلیل است؛ چراکه همه پرسش‌ها در همه

1. Toxin
2. Stressor
3. Inflammageing

کشورها مطرح نشده بود. افت سریع‌تر امتیازها در کشورهای ثروتمندی که عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی نیستند، ممکن است بیانگر الگوهای خاص اپیدمیولوژیک در روسیه باشد.

شکل ۳-۱۰. وضعیت سلامتی بر حسب سن، ۲۰۰۲-۲۰۰۴



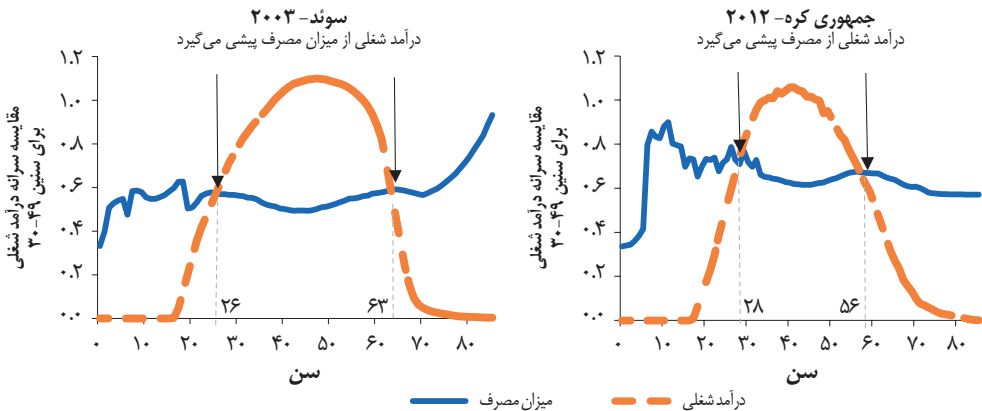
Source: WHO World Health Survey. In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 23 June 2015).

نکته: متغیرهای به کاررفته در این تحلیل عبارت است از: دشواری‌های شرکت در فعالیتهای خانگی یا کاری، حرکت کردن، شرکت در فعالیتهای سخت، شست‌وشو یا لباس پوشیدن، حفظ ظاهر کلی، تمرکز یا به خاطر آوردن چیزها، یادگیری کارهای جدید، حفظ روابط فردی یا شرکت در جماعت و مواجهه با درگیری‌ها. امتیاز بالاتر دلالت بر کم‌توانی بیشتر دارد.

۳-۲. چرخه عمر اقتصادی

در جوامع معاصر افراد به طور معمول چرخه عمر اقتصادی مشخصی دارند. در آغاز و پایان عمر، به دلیل کار نکردن افراد، معمولاً مصرف از درآمد پیشی می‌گیرد؛ در حالی که در سال‌های میانی، درآمد از مصرف پیشی می‌گیرد. در شکل ۳-۱۱ سرانه مصرف و درآمد شغلی در سوئد و جمهوری کره با هم مقایسه شده است. نمودار سنی درآمد شغلی، که به شکل U برعکس است، در این دو کشور بسیار به هم شباهت دارد؛ به این صورت که درآمد شغلی افرادی که در دهه دوم زندگی هستند با شتاب در حال صعود است و حدود ۴۰ سالگی به بیشینه‌اش می‌رسد و در نهایت نزول می‌کند. بیشترین اختلاف میان دو کشور در زمینه درآمد شغلی مرتبط با سن، در سنین پیری رخ می‌دهد. در سوئد، درآمد شغلی در سال‌های متأخرتر میانی، یعنی بین ۴۰-۶۰ سالگی، متمرکز شده؛ در حالی که در جمهوری کره، تمرکز این درآمد در سنین نسبتاً جوان‌تر، یعنی بین ۳۰-۵۰ سالگی است.

شکل ۳-۱۱. سرانه مصرف و درآمد شغلی در طول چرخه عمر، سوئد (۲۰۰۳) و جمهوری کره (۲۰۱۲)



Source: NTA Database. Available from www.ntaccounts.org. Accessed on 3 June 2019.

نکته: در پروژه حساب‌های انتقالی ملی، درآمد شغلی به نحوی فراگیر تعریف شده تا متضمن ارزش بخش غالب کارزایا باشد: درآمد شاغلان، مزایای تأمین شده از سوی شاغلان، مالیات‌های پرداختی به دولت از سوی کارفرماها به جانشینی از شاغلان، بخشی از سهم درآمد کارآفرینی که سودی برای نیروی کار است و بهای برآوردی کار خانوادگی بدون درآمد. میزان مصرف در پروژه حساب‌های انتقالی ملی کالاها و خدمات مرتبط با هر دو منابع عمومی و خصوصی است.

الگوهای مصرف نیز تفاوت چشمگیری دارد. در سوئد در سنین پیری، به دلیل هزینه‌های فراوان مراقبت بهداشتی، مصرف افزایش می‌یابد، اما در جمهوری کره در سنین پیری، میزان مصرف ثابت باقی می‌ماند و به حدود ۶۰ درصد درآمد شغلی یک فرد در آغاز سن شغلی‌اش می‌رسد. در مقابل، میزان مصرف در میان کودکان در جمهوری کره، در مقایسه با سوئد، سهم بیشتری از درآمد شغلی را دارد؛ یعنی حدود ۸۰ درصد در جمهوری کره، در مقایسه با حدود ۶۰ درصد در سوئد. استقلال اقتصادی در سنینی به دست می‌آید که درآمد از مصرف پیشی می‌گیرد. براساس شکل ۳-۱۱،

استقلال اقتصادی در سوئد در ۲۶-۶۳ سالگی وجود دارد؛ در حالی که در جمهوری کره بین ۲۸-۵۶ سالگی رخ می‌دهد.

تأمین کسری‌های چرخه عمر

در چارچوب پروژه حساب‌های انتقالی ملی «کسری چرخه عمر»^۱ زمانی رخ می‌دهد که مخارج مصرفی از درآمد شغلی فراتر رود. این مسئله معمولاً در گروه‌های سنی جوان‌تر و پیرتر یافت می‌شود (شکل ۳-۱۱). برای تأمین مالی کسری‌های چرخه عمر در مراحل مختلف زندگی، سازوکارهای گوناگون اقتصادی و اجتماعی وجود دارد که منابع را در میان گروه‌های سنی توزیع می‌کند. سازوکارهای اصلی عبارت است از سهمیه‌های دارایی‌محور^۲، دریافتی‌های عمومی^۳ و دریافتی‌های خصوصی^۴. سهمیه‌های دارایی‌محور متضمن دو منبع درآمدی، یعنی درآمد مربوط به دارایی و پس‌انداز است. یک نمونه آن صندوق‌های بازنشستگی خصوصی یا پس‌اندازهای شخصی است که در طول سال‌های کاری، یعنی زمانی که درآمد از مصرف بیشتر بوده، به دست آمده است و می‌توان در دوران بازنشستگی به آن تکیه کرد. نوع دیگر سهمیه‌های دارایی‌محور وام‌ها (صورتی از پس‌انداز منفی) است که مبالغی را در اختیار گیرنده وام می‌گذارد که با پیش‌بینی درآمدهای آینده، می‌تواند از آن استفاده کند.

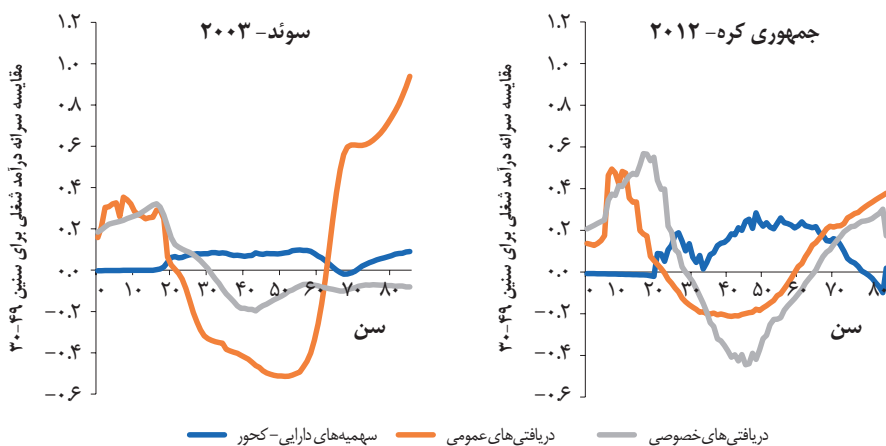
دریافتی‌های عمومی سازوکار دیگری برای توزیع مبالغ است که در آن دولت درآمدهای مالیاتی را از جمعیت شغال یا در سن اشتغال جمع‌آوری می‌کند (مانند مالیات درآمد و املاک). این مبالغ برای تأمین مالی برنامه‌هایی مصرف می‌شود که به یاری گروه‌های سنی دچار کسری‌های چرخه عمر، از جمله کودکان (تحصیل همگانی)، سالمندان (مستمری‌های همگانی) و سایر گروه‌های سنی در صورت نیازشان یا درخواستشان (اقدامات بهداشت همگانی، ایمنی و امنیت) می‌رسد. دریافتی‌های خصوصی شامل گردش‌های میان‌نسلی منابع اقتصادی، در بیشتر موارد درون خانواده‌هاست؛ از جمله حمایت مالی والدین از فرزندشان به صورت تأمین مسکن، غذا، مراقبت بهداشتی و تحصیلات. در برخی کشورها، مرسوم است که فرزندان بزرگسال کسری‌های چرخه عمر والدین سالمندشان را تأمین کنند. البته در برخی کشورها، سالمندان به کمک دریافتی‌های مالی، از فرزندان و نوه‌هایشان حمایت مالی می‌کنند.

سوئد نمونه‌ای است که در آن، دریافتی‌های عمومی بیشترین منبع اختصاص از یک گروه سنی به گروه سنی دیگر است. فرزندان سوئدی تا ۲۰ سالگی، مبلغ یکسانی از دریافتی‌های عمومی و خصوصی دریافت می‌کنند که هر یک تا حدودی معادل یک‌سوم درآمد شغلی سالانه یک فرد بزرگسال در سن اشتغال است (شکل ۳-۱۲).

1. Life Cycle Deficit
2. Asset-Based Reallocations
3. Public Transfers
4. Private Transfers

بزرگسالان ۳۰ تا ۶۰ ساله مالیات‌های عمومی بسیار بالایی پرداخت می‌کنند که معادل ۳۰ تا ۵۰ درصد درآمد شغلی یک فرد بزرگسال در سن اشتغال است. در عوض در دوران سالمندی، مزایای عمومی سخاوتمندانه‌ای دریافت می‌کنند. در این سیاق، سهمیه‌های دارایی‌محور (درآمد دارایی و پس‌انداز منفی) نقش کمتری در تأمین هزینه‌های سالمندان دارد؛ یعنی چیزی معادل کمتر از ۱۰ درصد درآمد شغلی یک فرد بزرگسال در سن اشتغال. برخلاف سوئد، در جمهوری کره، اتکای بیشتری بر سهمیه‌های دارایی‌محور و دریافتی‌های خصوصی در همه سنین وجود دارد (شکل ۳-۱۲). فرزندان بیشتر دریافتی‌های خصوصی دریافت می‌کنند تا عمومی. سرمایه‌گذاری خصوصی در تحصیلات یک فرزند در سال‌های دبیرستان و دانشگاه بسیار بالاست که به‌طور متوسط، به بیش از نصف درآمد شغلی سالانه یک فرد بزرگسال در ابتدای سن اشتغال می‌رسد. بزرگسالان دارایی جمع می‌کنند و برای تأمین مالی نیازهای مصرفی در سنین پیری، یعنی زمانی که درآمد شغلی کافی نیست، بر درآمد حاصل از این دارایی‌ها تکیه می‌کنند. سهم پس‌انداز منفی در دوران سالمندی چندان قابل توجه نیست؛ در نتیجه بیشتر دارایی‌های ذخیره‌شده، به‌جای آنکه در سنین پیری صرف شود، به نسل بعدی به ارث می‌رسد. دریافتی‌های عمومی در جمهوری کره نقش کمتری در توزیع منابع میان گروه‌های سنی دارد و میزان مالیات عمومی که بزرگسالان در سن اشتغال می‌پردازند، به‌اندازه ۲۰ درصد درآمد شغلی آن‌هاست؛ یعنی تا حدودی برابر آنچه در سال‌های آتی به‌صورت مزایای عمومی دریافت خواهند کرد.

شکل ۳-۱۲. سرانه تأمین مالی کسری‌های چرخه عمر، سوئد (۲۰۰۳) و جمهوری کره (۲۰۱۲)



Source: NTA Database. Available from www.ntaccounts.org. Accessed on 3 June 2019.

نکته: دریافتی‌های عمومی و دریافتی‌های خصوصی مقادیر خالص است (برون‌زیر منهای درون‌ریز)

۳-۳- تأمین نیازهای مصرفی

نیاز مصرفی سالمندان در سراسر جهان از چهار منبع گوناگون تأمین می‌شود: ۱. برنامه‌های عمومی مانند دریافت مستمری، مراقبت بهداشتی و سایر برنامه‌های رفاه اجتماعی، ۲. دریافتی‌ها از سوی اعضای خانواده یا منابع خصوصی، ۳. دارایی‌ها و ثروت جمع‌شده، ۴. درآمد شغلی. در شکل ۳-۱۳ مجموع سهم مصرفی سالمندان ۶۵ ساله به بالا از چهار منبع تأمین مالی، که در بند قبل اشاره شد، مشخص شده است. براساس این اطلاعات، کشورها به چهار گروه تقسیم شده‌اند:

۱. با غلبه دریافتی‌های عمومی که در آن تأمین مالی برای سنین پیری بر دریافتی‌های عمومی متکی است و بیشتر در اروپا و آمریکای لاتین یافت می‌شود.
 ۲. با غلبه دارایی‌ها که در آن تأمین مالی برای سنین پیری عمدتاً به درآمدهای حاصل از دارایی‌ها وابسته است و رواج بیشتری در کشورهای آسیای جنوبی و آسیای جنوب شرقی دارد.
 ۳. با توازن دوگانه که در آن تأمین مالی برای سنین پیری بر دارایی‌ها و دریافتی‌های عمومی یا خصوصی مبتنی است و در استرالیا، جامائیکا، مکزیک، سنگاپور، اسپانیا، بریتانیا و ایالات متحده رایج است.
 ۴. متوازن که نیاز مصرفی در سنین پیری با اتکا به هر چهار منبع تأمین می‌شود؛ یعنی دارایی‌ها، درآمد شغلی و دریافتی‌های عمومی و خصوصی و به‌شکلی عمده در کشورهای آسیای شرقی دیده می‌شود.
- سالمندان در اروپا و آمریکای لاتین برای تأمین مالی بیش از دوسوم نیاز مصرفی خود بر دریافتی‌های عمومی متکی هستند. در کشورهایی با غلبه دریافتی‌های عمومی (شکل ۳-۱۳)، نقش این دریافتی‌ها در تأمین مالی در سنین پیری طیفی از اندکی بیش از ۵۰ درصد در شیلی و اروگوئه تا تقریباً ۱۰۰ درصد در سوئد دارد. دریافتی‌های عمومی خالص در بسیاری از کشورهای اروپایی، هزینه ۷۰ درصد یا بیشتر نیاز مصرفی در سنین پیری را تأمین می‌کند (اتریش، آلمان، فرانسه، فنلاند، مجارستان، ایتالیا و سوئد). در برخی کشورهای آمریکای لاتین، دریافتی‌های عمومی خالص حدود دوسوم نیاز مصرفی در سنین پیری را تأمین می‌کند (کاستاریکا، اکوادور، پرو). در این میان، برزیل استثناست که در آن سیستم‌های سخاوتمندانه دریافتی‌های حمایت اجتماعی و دیگر مصادیق رفاه عمومی حدود ۹۰ درصد نیاز مصرفی در سن پیری را تأمین می‌کند. با وجود این، سیستم نسبتاً سخاوتمندانه دریافتی‌های عمومی در برزیل ممکن است به‌زودی تغییر کند که دلیل آن اصلاحات در قوانین بازنشستگی (ماده الحاقی پیشنهادی به قانون اساسی) است که در اکتبر ۲۰۱۹ از سوی دولت برزیل تصویب شد (Senado Federal, 2019). براساس این اصلاحات سن بازنشستگی برای بازنشستگان آینده بیشتر می‌شود که پیشنهاد شده است برای زنان از ۶۲ سالگی به ۶۵ سالگی افزایش یابد.

همچنین بر مبنای این اصلاحات مستمری کارگران افزایش می‌یابد و سازوکاری بازنگری شده برای محاسبه مزایا معرفی می‌شود.

باید توجه داشت که دارایی‌ها منبع اصلی حمایتی از سالمندان در کشورهایی است که دریافتی‌ها در آن‌ها کم است؛ مانند آسیای جنوبی و آسیای جنوب شرقی. کشورهای متعلق به گروه کشورهای با غلبه دارایی‌ها، نه‌میزان اندکی بر دریافتی‌ها اتکا دارند و در نتیجه دارایی به منبع اصلی حمایت مالی در سنین پیری بدل می‌شود. وقتی سیستم‌های دریافتی عمومی کمتر جافتاده بوده و دریافتی‌های خصوصی نیز محدود باشد، افراد نیازمند ذخیره و جمع‌آوری دارایی برای دوران بازنشستگی هستند. این پدیده در چندین کشور در آسیای جنوبی و آسیای جنوب شرقی از جمله کامبوج، هند، اندونزی، فیلیپین، و تایلند دیده می‌شود. در السالوادور و آفریقای جنوبی نیز الگوهای مشابهی وجود دارد.

دارایی‌ها و دریافتی‌های عمومی تأمین‌کننده بخش عمده نیازهای مصرفی در برخی کشورهای ثروتمند هستند. در بعضی از کشورهای ثروتمند متعلق به گروه کشورهای با توازن دوگانه، دارایی‌ها نقش مهمی دارند؛ در حالی که نقش دریافتی‌های عمومی برای تأمین مالی در سنین پیری ضعیف‌تر است. به‌طور مشخص، دارایی‌ها تأمین‌کننده حدود نیمی از نیازهای مصرفی سالمندان در استرالیا، مکزیک، اسپانیا، بریتانیا و ایالات متحده است (شکل ۳-۱۳). علاوه بر دریافتی‌های عمومی و دارایی، درآمد شغلی سازوکاری مهم در کشورهای این گروه به شمار می‌آید.^۱ دریافتی‌های خصوصی تأمین‌کننده یک‌چهارم نیازهای مصرفی سنین پیری در آسیای شرقی است؛ در حالی که این دریافتی‌ها در مناطق دیگر عمدتاً اندک یا منفی است. در گروه کشورهای متوازن، دریافتی‌های خصوصی خانوادگی نقش ثانویه و مهمی دارد. این الگو در آسیای شرقی رایج است که در آن، وظیفه فرزندی حمایت مالی از والدین سالمند همچنان برقرار است. به‌طور متوسط، در جمهوری کره و تایوان حدود یک‌چهارم (۲۵ درصد) نیاز مصرفی سالمندان از طریق خانواده‌هایشان تأمین می‌شود؛ در حالی که این مقدار در چین حدود ۱۴ درصد است (شکل ۳-۱۴). دریافتی‌های خصوصی در آسیای جنوب شرقی نیز مهم است و عامل تأمین مالی حدود یک‌پنجم نیاز مصرفی در کامبوج و فیلیپین به شمار می‌آید. در جامائیکا و سنگاپور نیز دریافتی‌های خصوصی منبع اصلی درآمد سالمندان است.

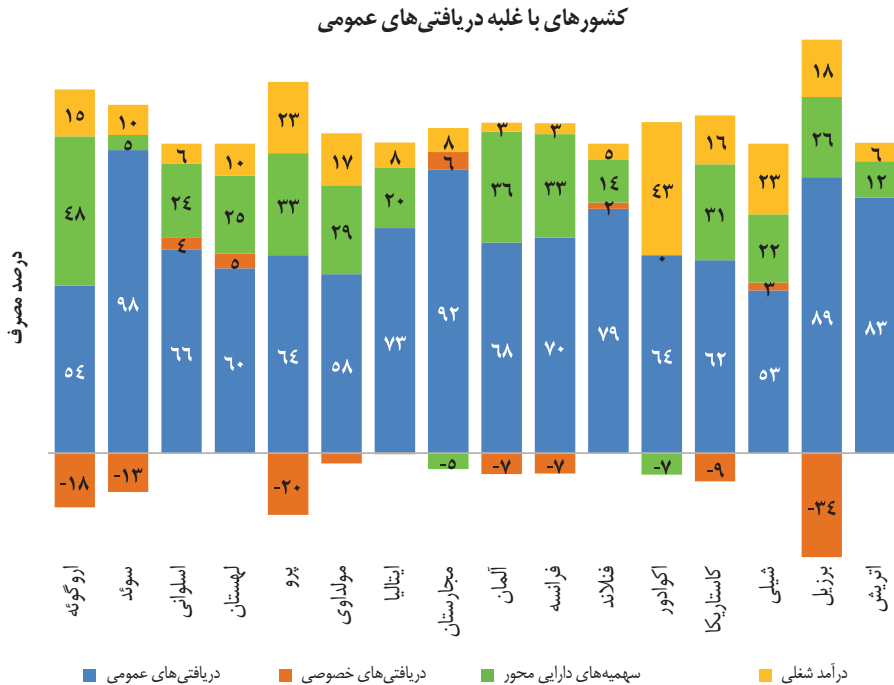
در مناطق دیگر مانند اروپا، آمریکای شمالی، آمریکای لاتین و کارائیب، دریافتی‌های خصوصی نقشی حداقلی در حمایت مالی از نیاز مصرفی سالمندان دارند.^۲ در حقیقت در بسیاری از کشورها، سالمندان کمک ویژه‌ای به تأمین

۱. سنگاپور مورد خاصی است که در آن به‌علت پایین بودن سطح دریافتی‌های عمومی و دارایی‌های انباشته، دریافتی‌های خصوصی و درآمد شغلی دو سازوکار اصلی تأمین مالی هستند.

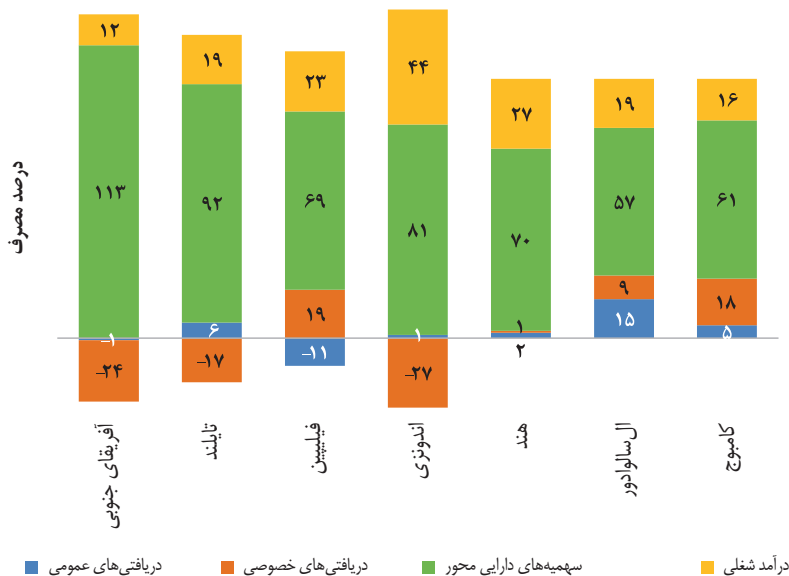
۲. استثنای آن آل سالوادور و جامائیکا است که دریافتی‌های خصوصی اهمیت دارد.

نیازهای مصرفی نسل‌های جوان‌تر می‌کنند. در این زمینه می‌توان به برزیل، کوستاریکا، آلمان، اندونزی، فرانسه، مکزیک، جمهوری مولداوی، پرو، آفریقای جنوبی، اسپانیا، سوئد، تایلند و ایالات متحده اشاره کرد (شکل‌های ۳-۱۳ و ۳-۱۴). گفتنی است درآمد شغلی سومین یا چهارمین منبع مهمی به شمار می‌آید که در بیشتر کشورها و مناطق جز اروپا، حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد نیاز مصرفی سالمندان را تأمین می‌کند. مشارکت در نیروی کار معمولاً با پیر شدن افراد کاهش می‌یابد. با وجود این، در اروپا در مقایسه با مناطق دیگر، به‌دلیل سیستم‌های فراگیرتر و سخاوتمندانه‌تر امنیت اجتماعی، جمعیت سالمندان حتی به ماندن در نیروی کار کمتر تمایل دارند (World Bank, 2014)؛ بنابراین عجیب نیست که درآمد شغلی تأثیر کمتری دارد و ۱۰ درصد یا کمتر از نیاز مصرفی در سنین پیری را تأمین می‌کند (شکل ۳-۱۳)، اما در مناطق دیگر درآمد شغلی تأثیری کاملاً اساسی در کشورهای متعلق به همه گروه‌ها دارد. برخی از نمونه‌های درآمد شغلی نسبتاً بالا در سنین پیری مربوط به اکوادور، هند و سنگاپور است که در آن تقریباً یک‌سوم نیاز مصرفی از طریق کار خود فرد سالمند تأمین می‌شود.

شکل ۳-۱۳. منابع درآمدی به کاررفته برای تأمین مالی نیاز مصرفی در ۶۵ سالگی به بالا، گروه‌های کشورهایی با غلبه دریافتی‌های عمومی و دارایی‌ها، حوالی سال ۲۰۰۵



کشورهای با غلبه دارایی‌ها



Source: Computed using data obtained from the NTA database. Available from www.ntaccounts.org. Accessed on 3 June 2019.

نکته: هم دریافتی‌های عمومی و هم دریافتی‌های خصوصی مقادیر خالص از برون‌زیر و درون‌ریز هستند. دریافتی‌های خصوصی شامل دریافتی‌های درون‌خانوادگی و برون‌خانوادگی است. داده‌ها براساس متأخرترین سال در دسترس، یعنی از ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۵ است.

شکل ۳-۱۴. سرانه تأمین مالی کسری‌های چرخه عمر سوئد (۲۰۰۳) و جمهوری کره (۲۰۱۲)

کشورهای متوازن



کشورهای با توازن دوگانه



Source: computed using data obtained from the NTA database. Available from www.ntaccounts.org. Accessed on 3 June 2019.

نکته: هم دریافتی‌های عمومی و هم دریافتی‌های خصوصی مقادیر خالص از برون‌زیر و درون‌ریز است. دریافتی‌های خصوصی شامل دریافتی‌های درون‌خانوادگی و برون‌خانوادگی است. داده‌ها براساس متاخرترین سال در دسترس، یعنی از ۱۹۹۸ تا ۲۰۱۵ است. دریافتی‌های خصوصی منفی زمانی رخ می‌دهد که دریافتی‌های خصوصی‌ای که افراد به دیگران می‌دهند، بیشتر از مقدار دریافتی‌هایی باشد که وصول می‌کنند.

۳-۴. چشم‌انداز تأمین مالی هزینه‌های مصرفی در دهه‌های آینده

در کشورهایی با سطح پایین دریافتی‌های میان‌نسلی، پیرشدن جمعیت فشار عظیمی بر سالمندان وارد می‌کند تا متکی به خود باشند. با ادامه پیرشدن جمعیت، در کشورهای متعلق به گروه کشورهای با غلبه دارایی (کامبوج، السالوادور، هند، اندونزی، فیلیپین، آفریقای جنوبی و تایلند) بیشتر ممکن است که برای تأمین مالی نیاز مصرفی در سنین پیری، افزایش سهمیه‌های درآمدی مدنظر قرار بگیرد (شکل ۳-۱۵). در مقایسه با درآمد شغلی در همه سنین، برآورد می‌شود سهمیه درآمدی اختصاص داده‌شده به افراد ۶۵ ساله به بالا، از حدود ۸ درصد مجموع درآمد شغلی در سال ۲۰۱۹، به ۱۷ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد. به‌علاوه، درآمد شغلی در حکم منبعی برای تأمین مالی نیازهای مصرفی در سنین پیری، اهمیت بیشتری خواهد یافت؛ درحالی‌که پیش‌بینی می‌شود افزایش دریافتی‌های عمومی و خصوصی کاهش پیدا کند.

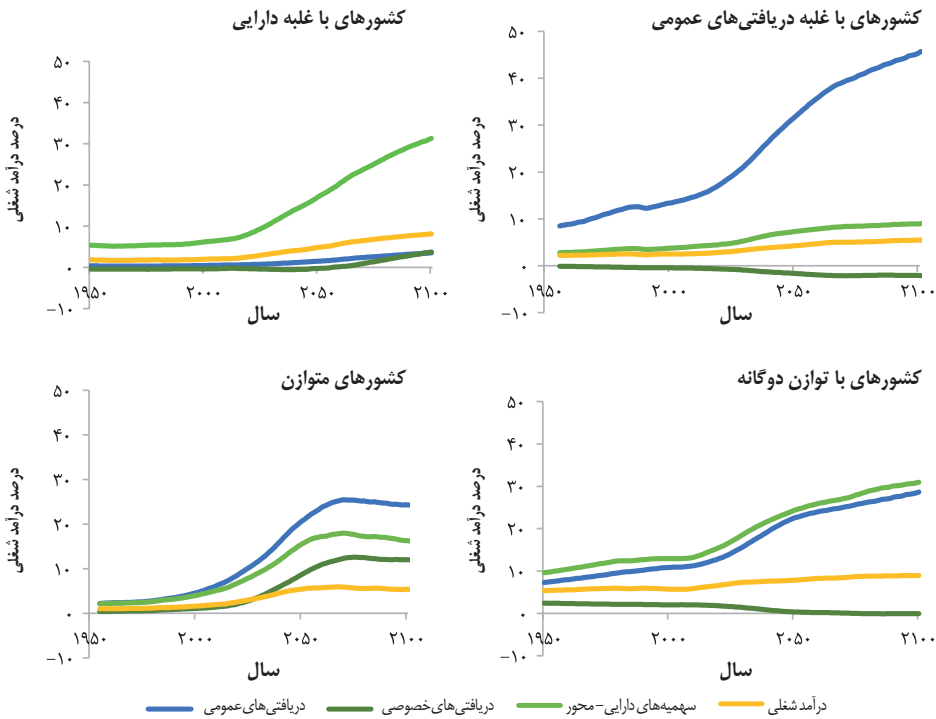
در اروپا و آمریکای لاتین، پیرشدن جمعیت در بلندمدت، ثبات مالی سیستم‌های دریافتی عمومی را در معرض چالش قرار می‌دهد. سیستم‌های دریافتی عمومی در کشورهای متعلق به گروه کشورهای با غلبه

دریافتی‌های عمومی (اتریش، برزیل، کوستاریکا، اکوادور، فنلاند، فرانسه، آلمان، مجارستان، ایتالیا، پرو، اسلوانی، سوئد و اروگوئه) در زمینه استفاده از دریافتی‌های عمومی برای تأمین مالی نیازهای مصرفی در سنین پیری، با فشار فزاینده‌ای مواجه خواهند شد. با توجه به شکل ۳-۱۵، برآورد می‌شود دریافتی‌های عمومی پرداختی به جمعیت سالمند، در مقایسه با مجموع درآمد شغلی، حدود دو برابر شود و از ۱۸ درصد در سال ۲۰۱۹ به ۳۴ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد. مبالغ حاصل از دارایی‌ها و دریافتی‌های خصوصی نسبتاً اندک یا حتی منفی خواهد ماند و به ترتیب حدود ۷ درصد و ۳- درصد در مقایسه با ۱۲ درصد سال ۲۰۱۹ خواهد بود. اقدامات سیاست‌گذارانه برای افزایش مالیات‌ها یا سایر درآمدهای عمومی (غیرمالیاتی) و یا تعدیل مزایا (برای مثال با افزایش سن بازنشستگی مؤثر) ممکن است بر تعادل بودجه مالی و کاهش تأثیرات اقتصاد کلان سالمندشدن جمعیت مؤثر باشد.

در آسیای شرقی، که دریافتی‌های خصوصی اهمیت دارد، پیرشدن جمعیت سبب افزایش فشارها بر بودجه خانواده‌ها می‌شود. کشورها یا مناطق متعلق به گروه متوازن (چین، جمهوری کره و استان تایوان چین) همچنان برای تأمین مالی نیاز مصرفی در سنین پیری متکی بر همه منابع خواهند ماند. در این میان، دریافتی‌های عمومی بیشترین سهم را خواهند داشت و پس از آن دارایی‌ها، دریافتی‌های خصوصی و درآمد شغلی قرار می‌گیرند. برآورد شده است که دریافتی‌های عمومی در مقایسه با مجموع درآمد شغلی در همه سنین، بین سال‌های ۲۰۱۹ و ۲۰۵۰ بیش از دو برابر شود و از ۱۰ درصد به ۲۲ درصد برسد؛ البته مبالغ حاصل از دارایی‌ها نیز در مقایسه با مجموع درآمد شغلی دو برابر خواهد شد و از ۸ درصد به ۱۷ درصد خواهد رسید (شکل ۳-۱۵). پیش‌بینی می‌شود مبالغ حاصل از دریافتی‌های خصوصی برای نیازهای مصرفی در سنین پیری در همان بازه زمانی بیش از سه برابر شود و از ۳ درصد به ۱۰ درصد مجموع درآمد شغلی برسد.

برآورد می‌شود در کشورهایی که دریافتی‌های عمومی متعادل است، این دریافتی‌ها و همچنین دارایی‌ها منبع اصلی تأمین مالی برای مصرف در سنین پیری باقی بماند. در کشورهای متعلق به گروه با توازن دوگانه (استرالیا، مکزیک، اسپانیا، بریتانیا و ایالات متحده) دارایی‌ها و دریافتی‌های عمومی در حکم منابع اصلی حمایت مالی برای نیازهای مصرفی در سنین پیری است. برآورد می‌شود در این کشورها، سطح مصرف در میان سالمندانی که به کمک دارایی‌ها و دریافتی‌های عمومی تأمین می‌شوند، بین سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۵۰ تقریباً دو برابر شود و به ترتیب از ۱۲ درصد به ۲۱ درصد و از ۱۰ درصد به ۱۹ درصد افزایش یابد که درصدی از درآمد شغلی در همه سنین خواهد بود (شکل ۳-۱۵).

شکل ۳-۱۵. سطح و منابع تأمین مالی نیاز مصرفی افراد ۶۵ ساله با بالا به صورت درصدی از مجموع درآمد شغلی در همه سنین، ۱۹۵۰-۲۱۰۰



Source: Calculations by Andrew Mason and Ronald Lee using the population estimates and medium-variant projections of World Population Prospects 2019 and the latest available age profiles from the National Transfers Accounts. The method is outlined in Mason and Lee (2018), Intergenerational transfers and the older population.

نکته: گروه وابسته به دارایی: کامبوج، السالوادور، هند، اندونزی، فیلیپین، آفریقای جنوبی و تایلند. گروه وابسته به دریافتی‌های عمومی: اتریش، برزیل، کوستاریکا، اکوادور، فنلاند، فرانسه، آلمان، مجارستان، ایتالیا، پرو، اسلوانی، سوئد، و اروگوئه. گروه با توازن دوگانه: استرالیا، مکزیک، اسپانیا، بریتانیا و ایالات متحده. گروه متوازن: چین، ژاپن، جمهوری کره و استان تایوان چین

با وجود این، نمودار سنی فعلی مالیات و مزایا برای برنامه‌های دریافتی عمومی ممکن است به دلیل اصلاحات مستمری، از جمله افزایش سن بازنشستگی و سایر تعدیل‌های مزایای مستمری که در بسیاری از کشورهای اروپا و آمریکا لاتین در جریان است، در سال‌های آینده متحول شود (European Union 2018; ECLAC 2016). این اصلاحات ممکن است به تحولی چشمگیر در تأمین مالی نیازهای مصرفی در سنین پیری بینجامد، از برنامه‌های عمومی فاصله بگیرد و به سوی اتکای بیشتر بر درآمد شغلی فردی، پس‌انداز شخصی و منابع خانوادگی برود. به علاوه، نمودارهای سنی مراقبت‌های بهداشتی و تحصیلات نیز ممکن است با پیرشدن جمعیت، به دلیل سرمایه‌گذاری‌های بیشتر در برخی کشورها تحول یابد.

بخش دوم

سالمندی در ایران

فصل چهارم: جمعیت سالمندان در ایران

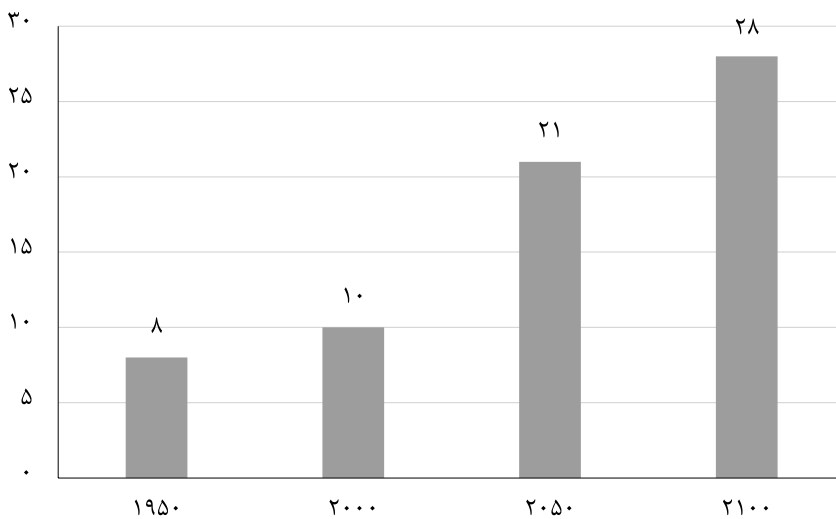
تغییرات در ساختار سنی جمعیت را باید انقلابی خاموش دانست که سیمای جوامع سراسر جهان را دگرگون خواهد کرد (رولاند، ۱۳۹۶). در این فرایند، سالخوردگی جمعیت یکی از عناصر اصلی و تعیین کننده تغییرات اجتماعی در نیمه اول قرن بیست و یکم و پس از آن باقی خواهد ماند. روند فزاینده سالخوردگی جمعیت به مراتب شدیدتر و فراتر از آن است که پیش از این حتی برای پیشرفته ترین کشورهای جهان پیش بینی شده بود. اگرچه سالمندی جمعیت از دستاوردها و موفقیت های بزرگ بشری است، افزایش جمعیت سالمندان هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه دغدغه ای اساسی محسوب می شود؛ از این رو شناخت و آگاهی از تحولات جمعیت و ویژگی ها و جایگاهی کلیدی در برنامه ریزی ها و سیاست گذاری های جمعیت جهان به سرعت در حال سالمند شدن بوده^۱ و تعداد سالمندان در تمام کشورها در حال افزایش چشمگیری است. بر این اساس، برخی پژوهشگران مسائل جمعیتی بر این باورند که موضوع سالمندی جمعیت های انسانی، مهم ترین چالش جمعیتی پیش روی جوامع بشری در قرن ۲۱ خواهد بود (صندوق جمعیت ملل متحد، ۱۳۹۸).

در مقایسه با گذشته، احتمال زنده ماندن افراد واقع در دهه ۶۰ و ۷۰ زندگی تا دهه ۸۰ و ۹۰ و حتی یکصدمین سال زندگی شان بیشتر شده است؛ از این رو جمعیت آینده به مراتب سالخورده تر از گذشته و تجارب فعلی خواهد بود و نیمه اول قرن بیست و یکم مهم ترین دوره تاریخ تحولات سالخوردگی محسوب خواهد شد. در سال ۲۰۱۸ برای اولین بار در تاریخ، تعداد افراد بالای ۶۵ سال بیشتر از کودکان زیر ۵ سال بود. با توجه به گزارش

۱. در بخش اول این گزارش به تفصیل توضیحاتی درباره روند سالمندی جمعیت در جهان داده شد که از تکرار آن در این بخش خودداری شده است و در اینجا تنها به اختصار نکات مهم دیگری درباره جمعیت سالمندان در جهان ارائه شده است.

سازمان ملل در سال ۲۰۱۹، در حال حاضر حدود ۱۳ درصد جمعیت جهان بالای ۶۰ سال هستند که پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ حدود ۲۰ درصد جمعیت جهان سالمند باشد. البته این نسبت برای کشورهای شمال و غرب آسیا و کشورهای مرکزی و جنوبی آسیا در سال ۲۰۵۰ در مقایسه با سال ۲۰۱۹ دو برابر پیش‌بینی شده است (UN, 2019). با توجه به شکل ۴-۱، نسبت جمعیت سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر جهان که در سال ۱۹۵۰، برابر ۸ درصد بود، در سال ۲۰۰۰ به ۱۰ درصد رسیده است و پیش‌بینی می‌شود این نسبت در سال ۲۰۵۰ به ۲۱ درصد و در سال ۲۱۰۰ به ۲۸ درصد افزایش یابد؛ از این‌رو در دوره زمانی مورد بررسی نسبت جمعیت سالمندان بیش از سه برابری افزایش خواهد داشت.

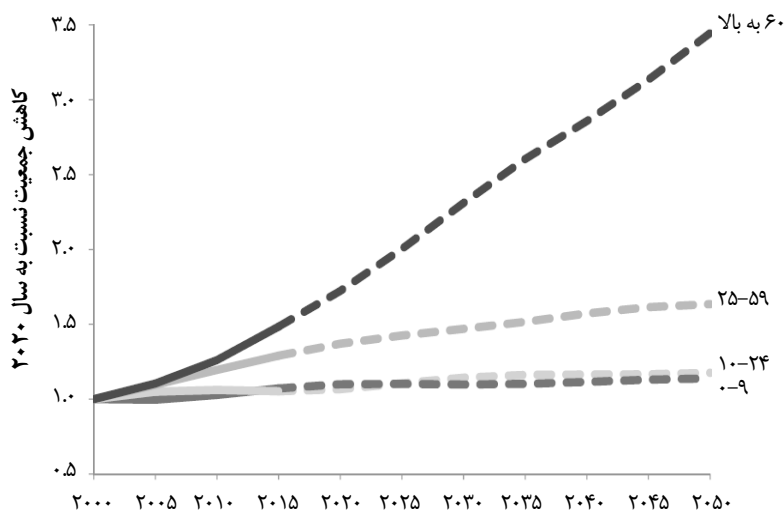
شکل ۴-۱. روند تحولات نسبت جمعیت سالمندان (+۶۰) در جهان، ۱۹۵۰-۲۱۰۰



منبع: گزارش سازمان ملل از سالمندی جمعیت ۲۰۱۹

افزون بر این با توجه به شکل ۴-۲، در مقایسه با سال ۲۰۰۰، بیشترین افزایش جمعیت در گروه‌های مختلف سنی مربوط به گروه سالمندان است. بر این اساس، تعداد جمعیت سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر در سال ۲۰۵۰ در مقایسه با سال ۲۰۰۰، حدود ۳.۵ برابر افزایش می‌یابد.

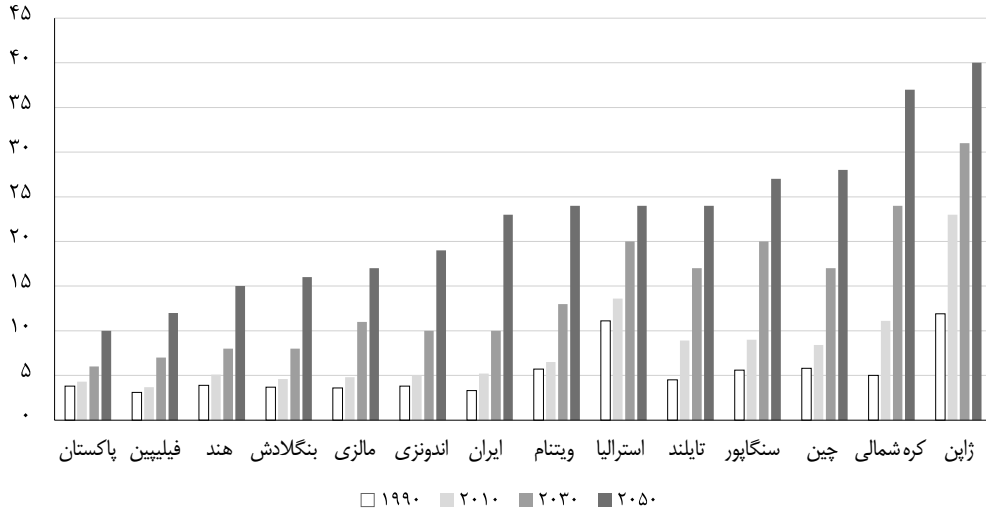
شکل ۴-۲. افزایش جمعیت در گروه‌های سنی مختلف در مقایسه با سال ۲۰۰۰ برای دوره زمانی ۲۰۰۰-۲۰۵۰



منبع: سازمان ملل (۲۰۱۵). چشم‌انداز جمعیتی جهان، نسخه ۲۰۱۵

با توجه به شکل ۴-۳، کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه قرن بیست‌ویکم را با افزایش نسبت و نرخ سالمندی جمعیت آغاز کردند. بر این اساس، بیشترین نسبت جمعیت سالمند در کشورهای ژاپن و کره جنوبی و کمترین در پاکستان بوده است که این رتبه‌بندی فعلاً به همین صورت باقی خواهد ماند. در ایران نیز نسبت جمعیت سالمندی در دوره ۲۰۳۰ تا ۲۰۵۰ افزایش قابل توجهی خواهد داشت. با توجه به رشد سریع جمعیت سالمند، بسیاری از دولت‌های آسیایی درباره حفظ کیفیت زندگی شهروندان در دوران سالمندی ابراز نگرانی کرده‌اند (صندوق جمعیت ملل متحد، ۱۳۹۸). همچنین بسیاری از دولت‌های آسیایی از جمله ایران نگران تأمین نیازهای جمعیت در حال رشد سالمندان خود هستند.

شکل ۴-۳. درصد جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر در ایران و مقایسه آن با کشورهای منتخب (۱۹۵۰-۲۰۵۰)



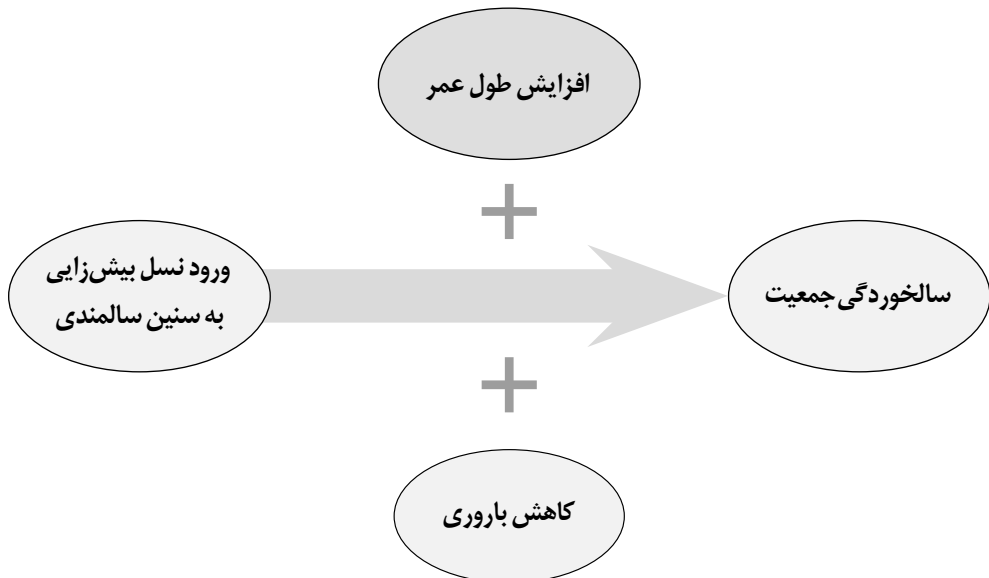
منبع: سازمان ملل، ۲۰۱۵؛ چشم‌انداز جمعیتی جهان، نسخه ۲۰۱۵

بدین ترتیب، سالمندی جمعیت پدیده‌ای نوظهور، جهانی و قرن بیست‌ویکمی محسوب می‌شود؛ به همین دلیل مسائل مرتبط با سالمندی در دهه‌های اخیر در کانون توجه دولت‌ها قرار گرفته است.

۴-۱. سالمندی جمعیت

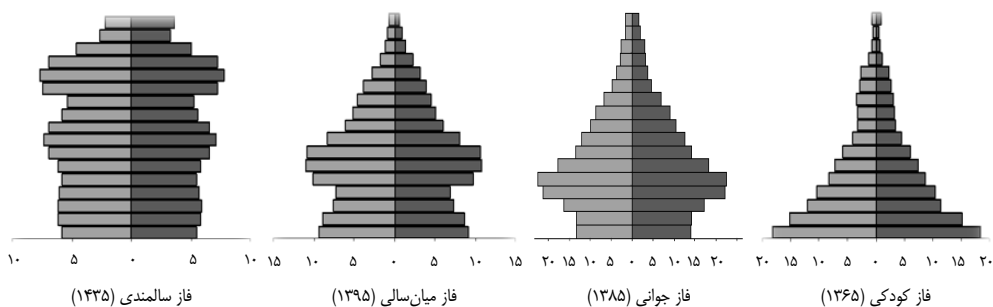
کاهش‌ها در باروری و مرگ‌ومیر که در بستر گذار جمعیتی رخ می‌دهد، سبب تغییرات اساسی در ساختار سنی جمعیت می‌شود. افزایش امید به زندگی در بدو تولد در مراحل اولیه گذار جمعیتی سبب افزایش جمعیت کودکان می‌شود و در مراحل پایانی گذار، افزایش آن به افزایش جمعیت سالمند می‌انجامد. بر این اساس، با توجه به شکل ۴-۴، سالمندی جمعیت حاصل کاهش باروری، افزایش طول عمر و ورود نسل بیش‌زایی به سنین سالمندی است. سالخوردگی جمعیت به معنی جانشینی نسل‌های کم‌جمعیت سالمندان توسط نسل‌های جوان‌تری است که چون در دوره باروری بالا به دنیا آمده‌اند و در مراحل اول زندگی (کودکی، جوانی و بزرگسالی قبل از سالمندی) شانس بیشتری برای زنده‌ماندن داشته‌اند، نسلی پرجمعیت هستند که نتیجه این جانشینی افزایش جمعیت سالمندان است؛ بنابراین سالخوردگی جمعیت از نظر تعداد سالمندان، حاصل باروری بالا در گذشته است، نه کاهش جاری باروری. در عین حال کاهش جاری سطح باروری با کاهش شمار و نسبت کودکان، توزیع نسبی ترکیب سنی جمعیت را به نفع سنین بالا تغییر می‌دهد (کوششی و همکاران، ۱۳۹۶).

شکل ۴-۴. نیروهای مؤثر بر سالخوردگی جمعیت



گذار ساختار سنی جمعیت شامل چهار فاز یا مرحله متمایز است که هر کدام از آن‌ها با افزایش چشمگیر جمعیت در یکی از گروه‌های سنی خاص متمایز می‌شوند؛ ابتدا، فاز کودکی^۱، سپس فاز جوانی^۲، بعد از آن فاز میان‌سالی یا بلوغ جمعیت^۳ و در نهایت فاز سالمندی^۴ (مالبورگ و همکاران، ۲۰۰۰). فاز کودکی زمانی رخ می‌دهد که کاهش میزان مرگ، به‌ویژه مرگ‌ومیر کودکان در طول مرحله اول گذار جمعیتی، تعداد کودکان را افزایش دهد. در این شرایط، هرم سنی جمعیت مقعرشکل می‌شود که مخصوص کشورهای با میزان بالای رشد جمعیتی است (مانند هرم سنی سال ۱۳۶۵)، اما پس از مدتی کاهش میزان باروری نیز آغاز می‌شود و در نتیجه تغییرات اساسی در ساختار سنی جمعیت شکل می‌گیرد. در این شرایط در اثر جمعیت نسل‌هایی که پیش از مرحله کاهش باروری متولد شده بودند (نسل دوران بیش‌زایی)^۵ در ساختار سنی جمعیت تورم و برآمدگی ایجاد می‌شود. سپس پایه‌های هرم سنی به تدریج باریک‌تر شده و جمعیت دوره بیش‌زایی وارد سنین جوانی می‌شود؛ در نتیجه هرم سنی به‌طور فزاینده‌ای محدب‌شکل می‌شود. سپس ابتدا فاز جوانی (مانند هرم سنی سال ۱۳۸۵) و به دنبال آن بعد از دو دهه، فاز میان‌سالی یا بلوغ جمعیت شکل می‌گیرد (مانند هرم سنی سال ۱۳۹۵). بعد از آن، یعنی حدود بیش از ۶۰ سال از آغاز کاهش باروری، تورم جمعیت (نسل بیش‌زایی) وارد سنین سالمندی می‌شود و فاز سالخورده‌گی جمعیت شکل می‌گیرد (مانند هرم سنی سال ۱۴۳۵)؛ بنابراین در بستر گذار تغییرات ساختار سنی جمعیت، فازهای گوناگونی وجود دارد که در هر کدام از آن‌ها، فرصت‌ها و چالش‌های متعددی ظهور می‌کنند.

شکل ۴-۵. فازهای گوناگون تغییرات ساختار سنی جمعیت ایران، ۱۴۳۵-۱۳۶۵



منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری‌های جمعیتی (۱۳۶۵-۱۳۹۵) و برآوردهای جمعیتی تا سال ۱۴۳۵

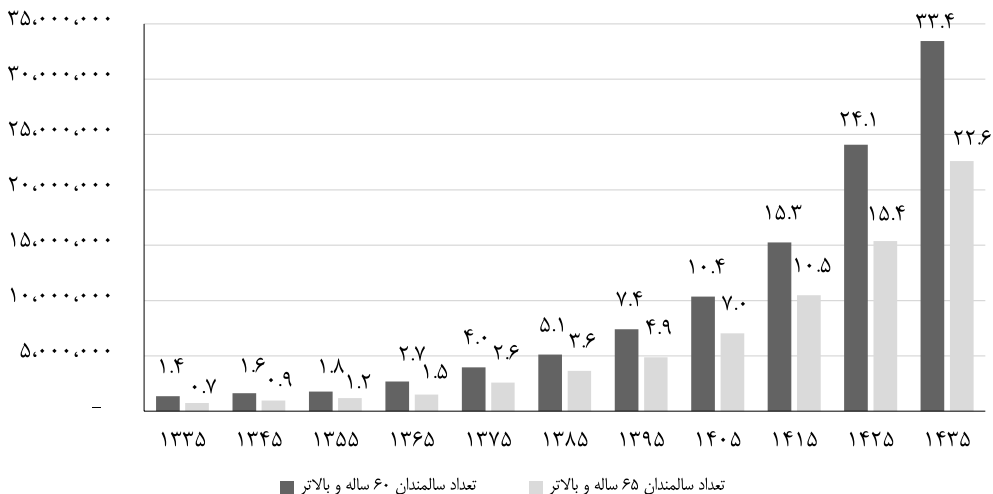
1. Child Phase
2. Young Adult Phase
3. Phase of Population Maturity
4. Old Age Phase
5. Baby Boom
6. Convex Shape

در هر یک از مراحل گذار ساختار سنی، با توجه به اینکه کدام یک از گروه‌های سنی فزونی داشته باشند، نوع و کم و کیف نیازهای اجتماعی و جمعیتی تغییر می‌کند؛ بنابراین در فازهای مختلف گذار ساختار سنی جمعیت یکی از گروه‌های عمده سنی، نه تنها به لحاظ جمعیتی، بلکه به لحاظ اقتصادی، اجتماعی و سیاستی اهمیت و وزن بیشتری می‌یابد.

۴-۲. جمعیت

با توجه به شکل ۴-۶، تعداد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر در مدت ۶۰ سال اخیر (از ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵) از ۱.۴ به ۷.۴ میلیون نفر رسیده است. در این مدت تعداد سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر نیز از ۷۰۰ هزار نفر به حدود ۵ میلیون نفر افزایش داشته است. تعداد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر در دهه اخیر (۱۳۸۵-۱۳۹۵) از ۵.۱ میلیون نفر به ۷.۴ میلیون نفر افزایش یافته است. طی شش دهه گذشته، افزایش جمعیت سالمندان روندی آرام داشته است که در سال‌ها و دهه‌های آینده سرعت بیشتری خواهد گرفت؛ به طوری که براساس پیش‌بینی‌های جمعیتی تعداد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر از ۷.۴ میلیون در سال ۱۳۹۵ به ۳۳.۴ میلیون نفر در ۱۴۳۵ خواهد رسید و تعداد سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر نیز از ۵ میلیون نفر به حدود ۲۳ میلیون نفر افزایش خواهد داشت. به طور کلی، در مدت یک قرن از ۱۳۳۵ تا ۱۴۳۵ تعداد سالمندان در کشور حدود ۲۴ برابر افزایش خواهد یافت.

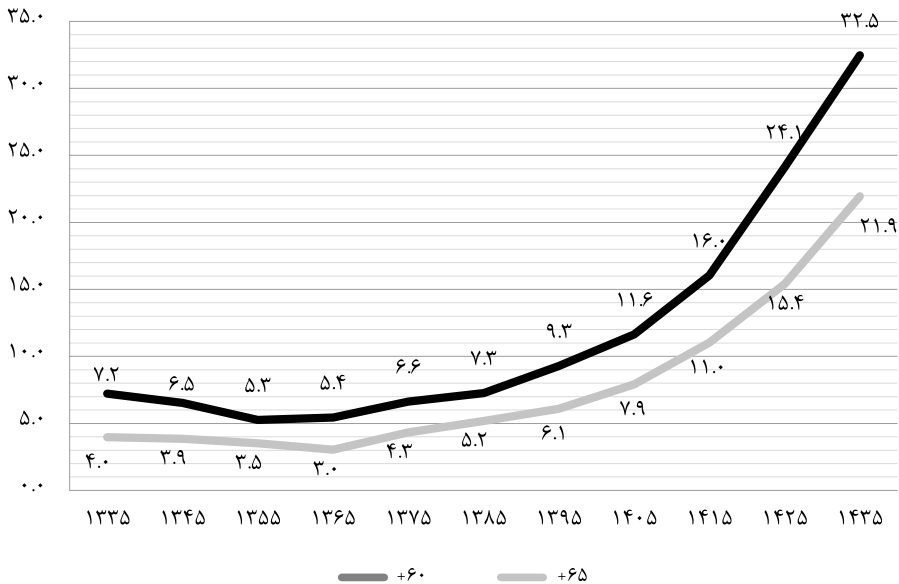
شکل ۴-۶. روند افزایش جمعیت سالمندان در ایران طی یک قرن، ۱۳۳۵-۱۴۳۵ (میلیون نفر)



منبع: نتایج سرشماری ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵، مرکز آمار ایران؛ پیش‌بینی‌های مرکز آمار ایران (۱۳۹۷) و سازمان ملل (۲۰۱۵)

همچنین با توجه به شکل ۴-۷، سالمندان بخش قابل توجهی از جمعیت ایران را در دهه‌های پیش رو تشکیل خواهند داد. در سال ۱۳۹۵، کمتر از ۱۰ درصد جمعیت ایران را سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل داده‌اند، اما این نسبت در سال ۱۴۳۵ به ۳۲ درصد می‌رسد. برای جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر نیز این نسبت از ۶ به ۲۲ درصد طی دوره ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۵ افزایش خواهد یافت. به این ترتیب بر مبنای اینکه سن سالمندی را ۶۰ یا ۶۵ سال در نظر بگیریم، حدود یک‌چهارم تا یک‌سوم جمعیت ایران در سال ۱۴۳۵ سالمند خواهند بود. نکته مهم این است که تعداد و نسبت جمعیت سالمندان در کشور تا سال ۱۴۱۵ با شیئی آرام رو به افزایش است، اما از این زمان به بعد با رسیدن متولدان پرشمار دهه ۱۳۶۰ به سنین سالمندی با سرعت بیشتری افزایش خواهد یافت.

شکل ۴-۷. نسبت جمعیت سالمندان از کل جمعیت کشور طی یک قرن، ۱۴۳۵-۱۳۳۵ (درصد)



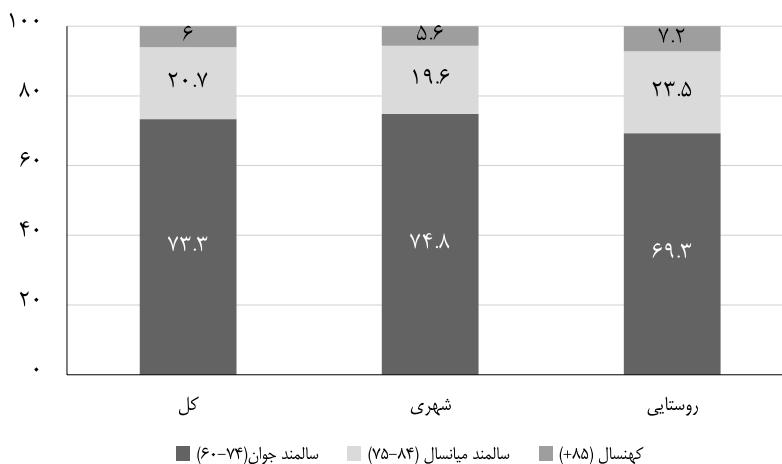
منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵، مرکز آمار ایران؛ پیش‌بینی‌های مرکز آمار ایران (۱۳۹۷) و سازمان ملل (۲۰۱۵)

بدین ترتیب، ایران درحالی وارد قرن پانزدهم هجری شمسی می‌شود که ساختار جمعیتی آن از جوانی به سالخوردگی تغییر می‌یابد و سالخوردگی جمعیت به پدیده‌ای فراگیر و اجتناب‌ناپذیر تبدیل خواهد شد. در این شرایط نوپدید جمعیتی، بررسی و رصد وضعیت سالمندان ایرانی اهمیت پژوهشی و سیاستی فراوانی دارد.

۳-۴. ترکیب سنی

سن یکی از مؤلفه‌های مهم و کلیدی در برنامه‌ریزی و توسعه است. بررسی توزیع و ساختار سنی جمعیت سالمندان برای پی‌بردن به نیازمندی‌های خاص گروه‌های مختلف سنی سالمند و برنامه و پیش‌بینی‌های بهداشتی، درمانی و تأمین اجتماعی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است؛ زیرا نیازهای افراد سالمند در هر گروه سنی تفاوت دارد. براساس بررسی ترکیب سنی سالمندان برحسب گروه‌های بزرگ سنی در سال ۱۳۹۵، حدود ۷۳ درصد سالمندان را سالمندان جوان (افراد ۶۰-۷۴ ساله)، ۲۱ درصد را سالمندان میان‌سال (۷۵-۸۴ ساله) و ۶ درصد را سالمندان کهن‌سال (۸۵ ساله و بالاتر) تشکیل می‌دهند که سهم جمعیتی سالمندان کهن‌سال در نقاط روستایی بیشتر از نقاط شهری است. بر این اساس، حدود سه‌چهارم جمعیت سالمندان ایرانی در ابتدای سنین سالمندی قرار دارند یا به بیان دیگر سالمند جوان محسوب می‌شوند (شکل ۴-۸).

شکل ۴-۸. ترکیب سنی سالمندان برحسب گروه‌های بزرگ سنی (درصد) در سال ۱۳۹۵

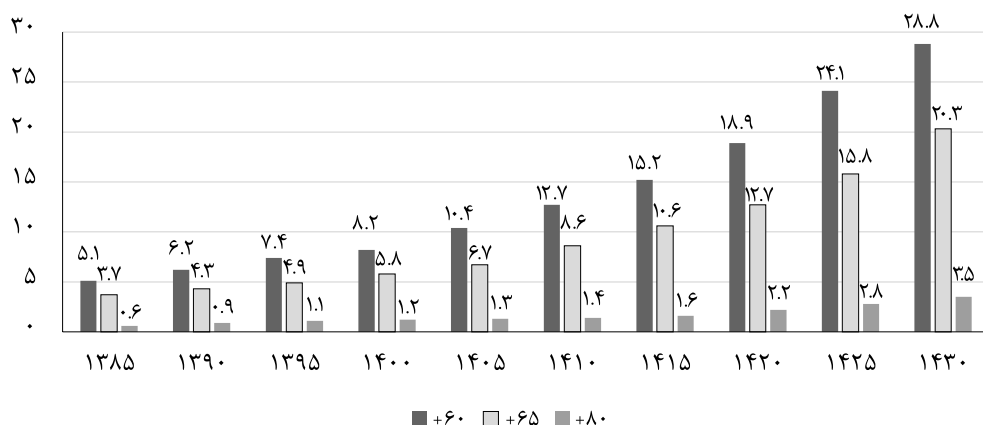


منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵

شکل ۴-۹ تحولات تعداد جمعیت سالمندان را براساس سه برش سنی ۶۰ ساله و بالاتر، ۶۵ ساله و بالاتر و ۸۰ ساله و بالاتر نشان می‌دهد. بر این اساس، تعداد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر که در سال ۱۳۸۵ برابر با ۵.۱ میلیون نفر بود، در سال ۱۳۹۵ به ۷.۴ میلیون نفر افزایش یافت و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۱۴۳۰ حدود چهار برابر شود و به ۲۹ میلیون نفر برسد. سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر که تعدادشان در سال ۱۳۸۵ برابر با ۳.۷ میلیون نفر بود، در سال ۱۳۹۵ به حدود ۵ میلیون نفر افزایش یافتند که این تعداد تا سال ۱۴۳۰ به ۲۰ میلیون

نفر خواهد رسید. در نهایت، تعداد سالمندان ۸۰ ساله و بالاتر که در سال ۱۳۸۵ حدود ۶۰۰ هزار نفر بوده، در سال ۱۳۹۵ به ۱.۱ میلیون نفر افزایش یافته و در واقع طی یک دهه تعداد آن‌ها دو برابر شده است که پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۱۴۳۰ به ۳.۵ میلیون نفر افزایش یابد.

شکل ۴-۹. شمار جمعیت سالمندان در برش‌های سنی، ۱۳۸۵-۱۴۳۰

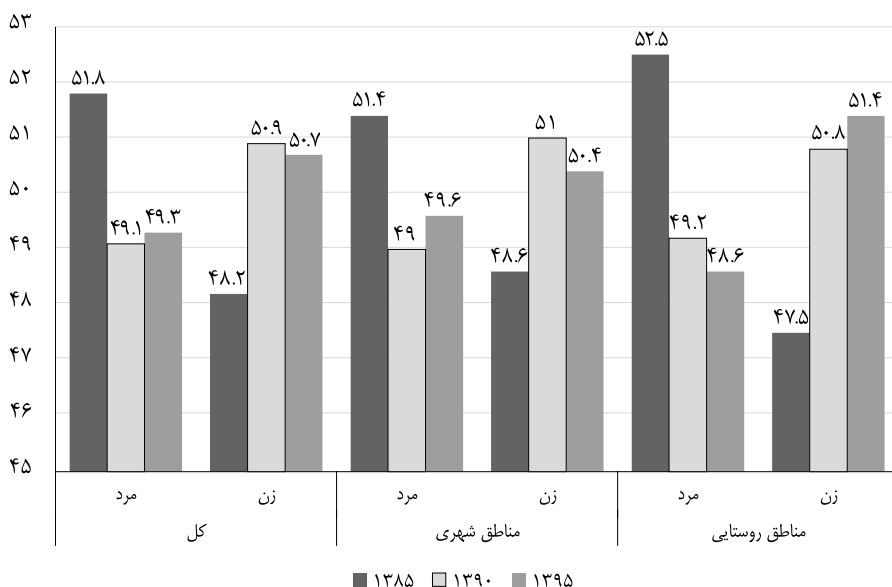


منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵؛ پیش‌بینی‌های جمعیتی چشم‌انداز جمعیت جهان، نسخه ۲۰۱۵

۴-۴. ترکیب جنسی

ترکیب جنسیتی جمعیت به منظور اطلاع از شمار مردان و زنان در جامعه و تعیین شاخص نسبت جنسیتی یکی از ابعاد مهم مطالعه تحولات جمعیتی و توسعه‌ای از دو جنس است که نیازمندی‌ها را بررسی ترکیب جنسیتی سالمندان در کشور در دوره ۱۳۸۵-۱۳۹۵ بیانگر کاهش نسبت مردان سالمند و درمقابل، افزایش نسبت سالمندان زن است. با توجه به شکل ۴-۱۰ در سال ۱۳۸۵، تعداد ۵۲ درصد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر را مردان و ۴۸ درصد را زنان سالمند تشکیل می‌دادند، اما این نسبت در سال ۱۳۹۵ برای مردان به ۴۹ درصد کاهش و برای زنان به ۵۱ درصد افزایش یافته است.

شکل ۴-۱۰. ترکیب جنسیتی سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک مناطق شهری و روستایی (درصد)، ۱۳۸۵-۱۳۹۵

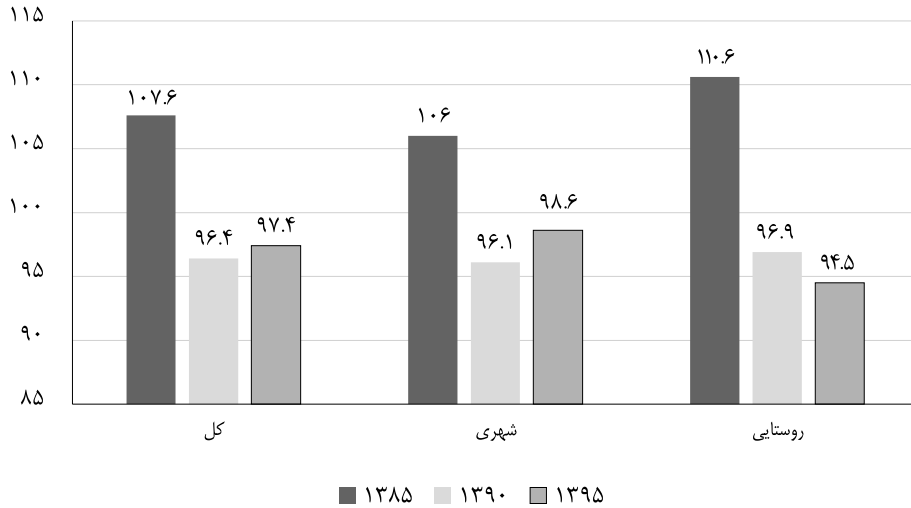


منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

همچنین با توجه به شکل ۴-۱۱، نسبت جنسیتی (تعداد مردان به ازای هر ۱۰۰ زن) در دوران سالمندی از ۱۰۸ به ۹۷ نفر کاهش یافته که این امر برای مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری است. افزون بر این، بررسی نسبت جنسیتی جمعیت سالمند در استان‌های مختلف کشور بیان‌کننده نوسانات و تفاوت‌های استانی قابل توجهی است؛ از این‌رو همان‌طور با توجه به شکل ۴-۱۲، نسبت جنسیتی سالمندان از ۱۰۸ در استان کهگیلویه و بویراحمد تا ۹۴ در استان همدان در نوسان است؛ با این حال در بیشتر استان‌های کشور نسبت جنسیتی کمتر از

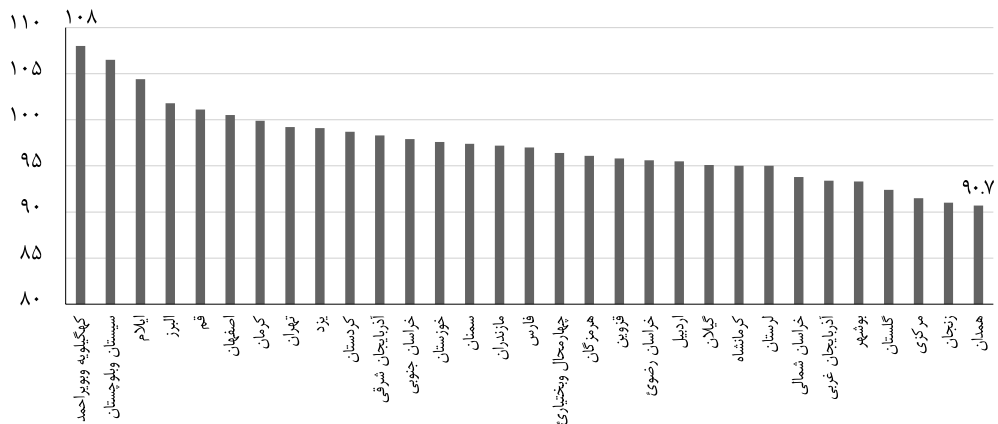
۱۰۰، یعنی نسبت زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند است. افزایش سهم زنان سالمند به دلیل بیشتر بودن امید به زندگی زنان است و بیان‌کننده زنانه‌شدن سالمندی جمعیت در ایران است.

شکل ۴-۱۱. نسبت جنسی سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک مناطق شهری و روستایی (درصد)، ۱۳۸۵-۱۳۹۵



منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

شکل ۴-۱۲. نسبت جنسی سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر در استان‌های کشور، ۱۳۹۵

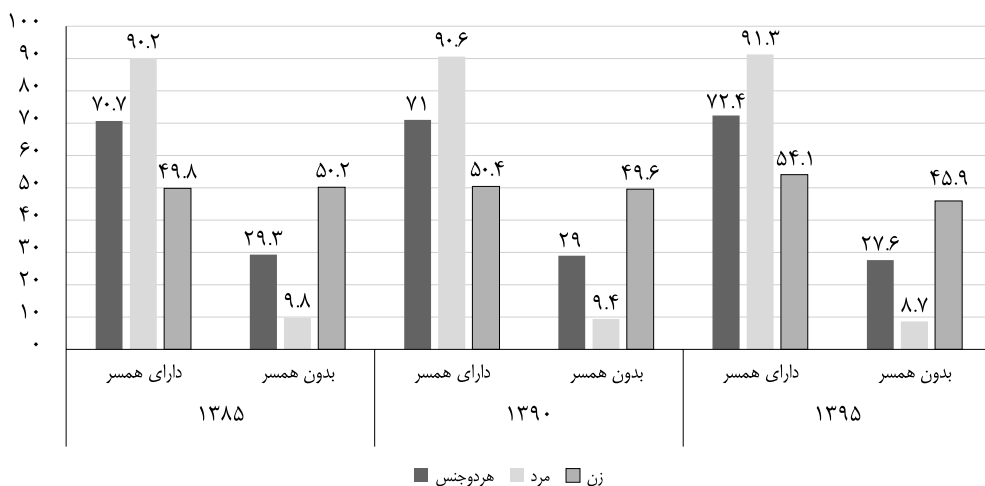


منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵

۴-۵. ترکیب تأهل

وضعیت زناشویی سالمندان در دو وضعیت دارای همسر و بدون همسر برای سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ بررسی شد که نتایج آن در شکل ۴-۱۳ آمده است. بر این اساس، حدود ۷۰ درصد سالمندان دارای همسر و ۳۰ درصد بدون همسر هستند؛ البته در یک دهه اخیر، به مرور زمان سهم سالمندان دارای همسر اندکی افزایش و در مقابل، سهم سالمندان بدون همسر اندکی کاهش یافته است. همچنین با توجه به شکل ۴-۱۳، تفاوت‌های جنسیتی قابل توجهی در وضعیت زناشویی وجود دارد. وضعیت بدون همسر در میان زنان حدود دو برابر مردان است. در این میان، حدود نیمی از زنان سالمند بدون همسر هستند؛ در حالی که این رقم برای مردان کمتر از ۱۰ درصد است؛ از این رو زنان سالمند بدون همسر یکی از چالش‌های اجتماعی-سیاسی محسوب می‌شوند که نیازمند توجهی خاص در سیاست‌ها و برنامه‌های رفاهی هستند.

شکل ۴-۱۳. وضعیت زناشویی سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر به تفکیک جنسیت (درصد)، ۱۳۸۵-۱۳۹۵

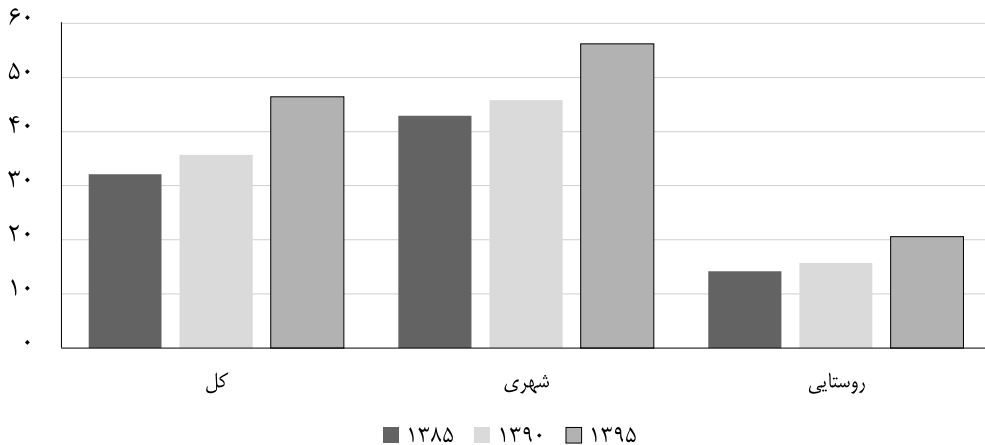


منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

۴-۶. تحصیلات

تحصیلات نشان‌دهنده انباشت مهارت و شایستگی‌ها در طول عمر است که ظرفیت طبیعی سرمایه انسانی و اجتماعی سالمندان را نشان می‌دهد. شاخص‌های سواد و تحصیلات از اجزای اصلی شاخص توسعه انسانی محسوب می‌شوند. بررسی میزان باسوادی سالمندان در شکل ۴-۱۴ نشان‌دهنده افزایش میزان باسوادی سالمندان از ۳۲ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۴۶ درصد در سال ۱۳۹۵ است. همچنین، میزان باسوادی سالمندان در مناطق شهری بیش از سه برابر مناطق روستایی است؛ به طوری که در سال ۱۳۹۵، تعداد ۵۶ درصد سالمندان مناطق شهری در مقایسه با ۲۱ درصد مناطق روستایی باسواد بوده‌اند.

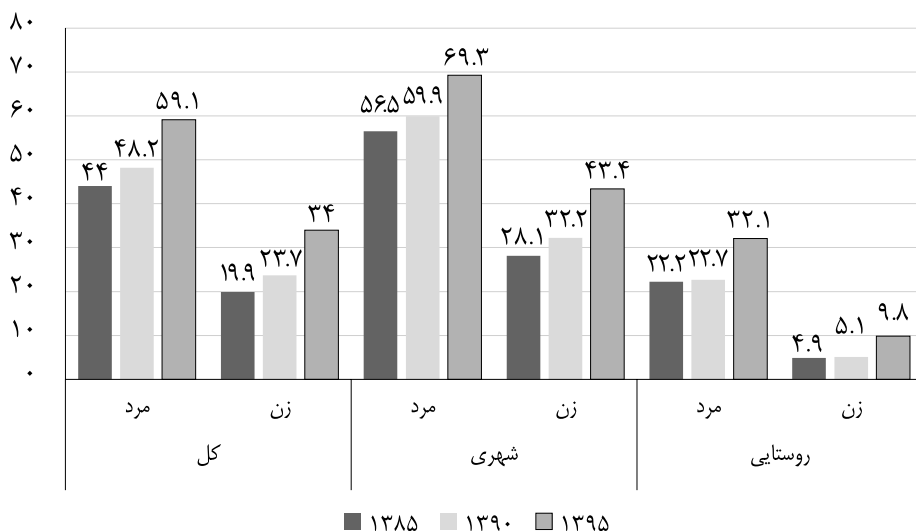
شکل ۴-۱۴. میزان باسوادی سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ۱۳۸۵-۱۳۹۵



منبع: پردازش بر مبنای نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

همچنین براساس شکل ۴-۱۵ میزان باسوادی مردان سالمند حدود دو برابر بیشتر از زنان سالمند است؛ البته تفاوت‌های جنسیتی در میزان باسوادی در طول دوره ۱۳۸۵-۱۳۹۵ کمتر شده است. باید توجه داشت که تفاوت‌های جنسیتی در میزان باسوادی سالمندان در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری است. در سال ۱۳۹۵، حدود ۷۰ درصد مردان سالمند در مقایسه با ۴۳ درصد زنان سالمند مناطق شهری و در مناطق روستایی ۳۲ درصد مردان سالمند در مقایسه با ۱۰ درصد زنان سالمند باسواد بوده‌اند.

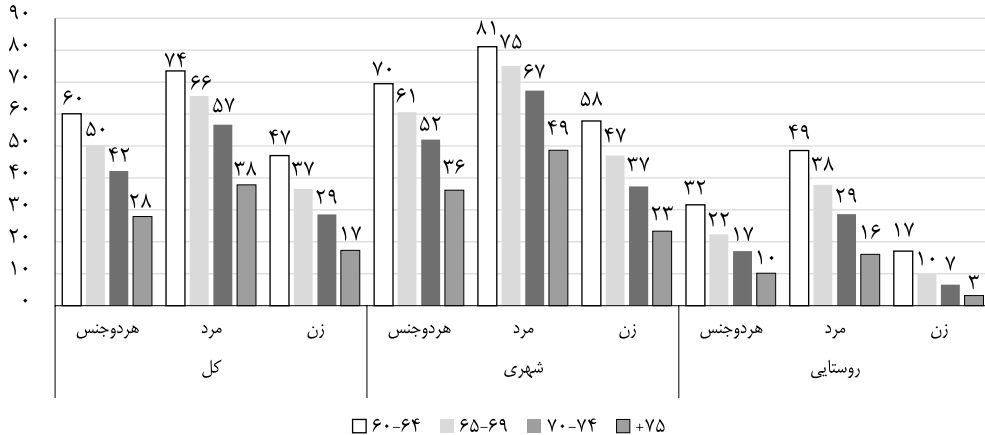
شکل ۴-۱۵. میزان باسوادی سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک جنسیت و محل سکونت، ۱۳۸۵-۱۳۹۵



منبع: پردازش بر مبنای نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

افزون بر این، بررسی میزان باسوادی در سنین گوناگون سالمندی، بیشتر بودن میزان باسوادی برای سالمندان گروه سنی ۶۰-۶۴ ساله را در مقایسه با سایر گروه‌های سالمند به‌ویژه سالمندان ۷۵ ساله و بالاتر نشان می‌دهد. با توجه به شکل ۴-۱۶ تعداد ۶۰ درصد سالمندان ۶۴-۶۰ ساله در مقایسه با ۲۸ درصد سالمندان ۷۵ ساله و بالاتر باسواد هستند؛ از این رو با افزایش سن سالمندان میزان باسوادی به‌شدت کاهش می‌یابد.

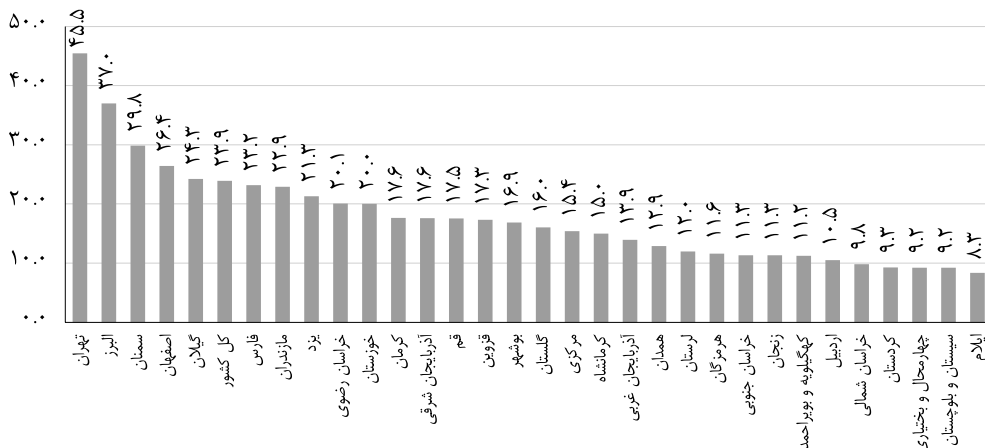
شکل ۴-۱۶. میزان باسوادی سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک جنسیت و گروه‌های سنی، ۱۳۹۵



منبع: پردازش بر مبنای نتایج سرشماری جمعیتی ۱۳۹۵

میزان سواد و تحصیلات سالمندان ایرانی، به‌ویژه زنان سالمند روستایی کم است. براساس گزارش شاخص دیده‌بان سالمندی، بر مبنای ملاک نسبت جمعیت سالمندان (۶۰ ساله و بالاتر) دارای تحصیلات راهنمایی و بیشتر، ایران در میان ۹۷ کشور در جایگاه ۶۸ در کنار کشورهایی مانند بنگلادش، بولیوی، مکزیک و کاستاریکا قرار داشته است. براساس این گزارش، ۲۴ درصد سالمندان ایرانی تحصیلات راهنمایی و بالاتر دارند (زنجرى و صادقى، ۱۳۹۹) که این نسبت برای کشورهای چک، نروژ و آلمان حدود ۱۰۰ درصد است و در موزامبیک و رواندا حدود ۲ درصد (گزارش شاخص جهانی دیده‌بان سالمندی، ۲۰۱۵). همچنین با توجه به شکل ۴-۱۷، تفاوت‌های استانی محسوسى در سطح تحصیلات سالمندان وجود دارد. حدود نیمی از سالمندان استان تهران تحصیلات راهنمایی و بالاتر دارند، درحالی‌که این نسبت برای سالمندان استان ایلام ۸ درصد است.

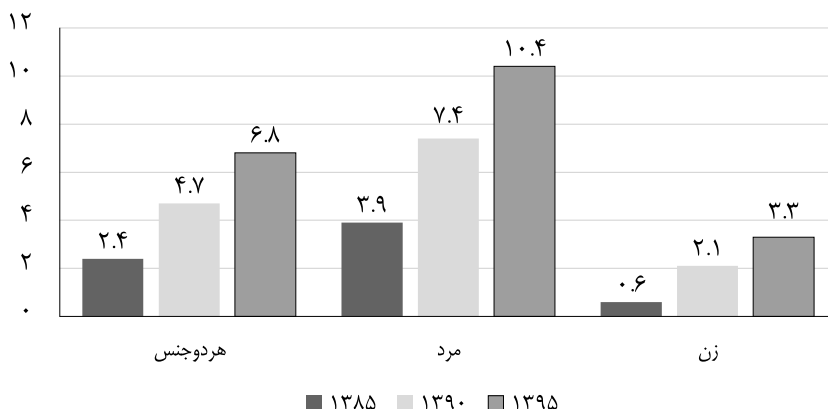
شکل ۴-۱۷. نسبت سالمندان با تحصیلات راهنمایی و بالاتر در استان‌های مختلف کشور، ۱۳۹۵



منبع: پردازش بر مبنای نتایج سرشماری جمعیتی ۱۳۹۵

با توجه به شکل ۴-۱۸، در طول دوره ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ نسبت سالمندان با تحصیلات دانشگاهی سه برابر افزایش یافته و از ۲.۴ درصد به ۶.۸ درصد رسیده است. همچنین این نسبت برای مردان سه برابر بیشتر از زنان بوده است؛ برای مثال در سال ۱۳۹۵، تعداد ۱۰.۴ درصد سالمندان مرد در مقایسه با ۳.۳ درصد سالمندان زن تحصیلات دانشگاهی داشتند.

شکل ۴-۱۸. نسبت سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر دارای تحصیلات دانشگاهی به تفکیک جنسیت، ۱۳۸۵-۱۳۹۵



منبع: پردازش بر مبنای نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

۴-۷. توزیع فضایی جمعیت

توزیع فضایی جمعیت سالمندان با توجه به نحوه اسکان آن‌ها در مناطق شهری و روستایی و در سطح استان‌های کشور بررسی شد. با توجه به شکل ۴-۱۹، در طول دهه اخیر، نسبت شهرنشینی سالمندان از ۶۴ درصد به ۷۲ درصد افزایش یافته است. در سال ۱۳۹۵ حدود ۷۲ درصد سالمندان در مناطق شهری و ۲۸ درصد در مناطق روستایی ساکن بوده‌اند.

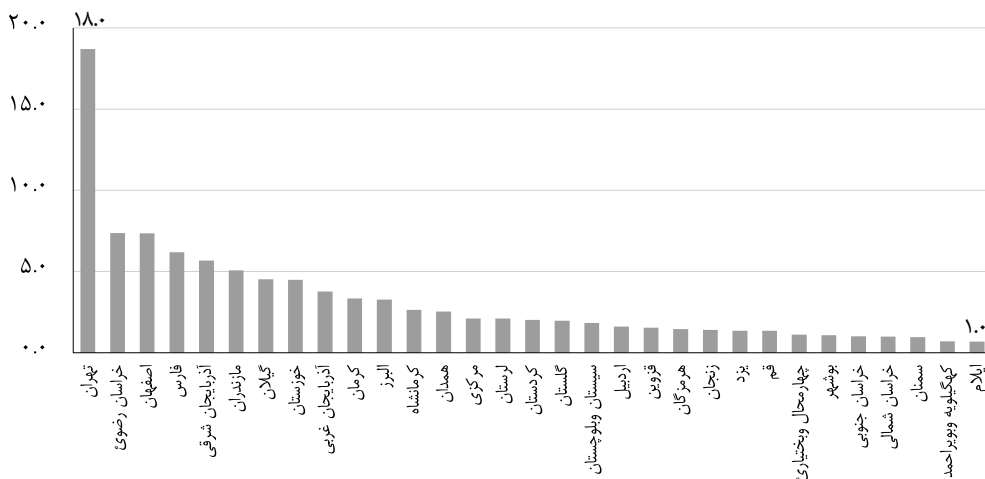
شکل ۴-۱۹. نسبت‌های روستا/شهرنشینی سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر، ۱۳۸۵-۱۳۹۵



منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

همچنین براساس توزیع استانی جمعیت سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر در سال ۱۳۹۵، حدود یک‌پنجم سالمندان کشور در استان تهران و کمتر از ۱ درصد سالمندان کشور در استان ایلام ساکن هستند (شکل ۴-۲۰).

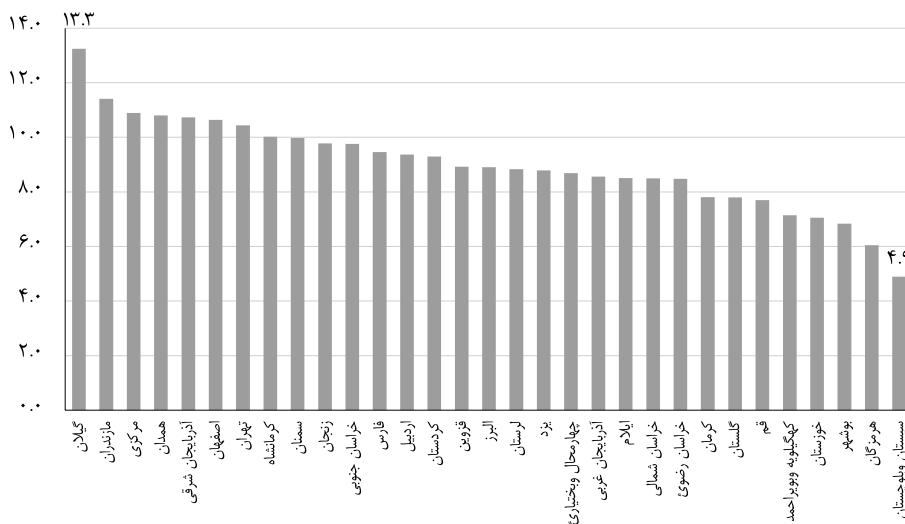
شکل ۴-۲۰. توزیع استانی سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر (درصد)، ۱۳۹۵



منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵

همچنین نسبت سالمندی جمعیت در استان‌های کشور متفاوت است؛ به طوری که بیشترین نسبت سالمندی جمعیت مربوط به استان گیلان با ۱۳ درصد و کمترین آن مربوط به استان سیستان و بلوچستان با ۵ درصد است. استان‌های گیلان، مازندران، مرکزی و همدان نیز بیشترین نسبت سالمندی را دارند (شکل ۴-۲۱).

شکل ۴-۲۱. نسبت سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر از کل جمعیت در استان‌های کشور (درصد)، ۱۳۹۵



منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵

۴-۸. چشم‌انداز جمعیتی سالمندان

سالمندی جمعیت، مهم‌ترین چالش جمعیتی پیش روی ایران در قرن پانزدهم هجری شمسی خواهد بود. در سال ۱۳۹۵ از هر ۱۰ نفر یک نفر سالمند بود که این رقم در سال ۱۴۳۰ به سه نفر از ۱۰ نفر می‌رسد. در سال‌های اخیر، گروه سنی سالمندان سریع‌ترین و بیشترین رشد جمعیتی را در مقایسه با سایر گروه‌های سنی داشته و در سال‌های آتی نیز خواهد داشت. نکته مهم این است که تعداد و نسبت جمعیت سالمندان در کشور تا سال ۱۴۲۰ با شیبی آرام رو به افزایش است، اما از این زمان به بعد با ورود متولدان دهه ۱۳۶۰ به سنین سالمندی با سرعت بیشتری افزایش خواهد یافت. سرعت و شدت سالخوردگی جمعیت تابع سابقه تغییرات باروری و سطوح کنونی آن است؛ البته امید به زندگی طولانی‌تر نیز در سالخوردگی جمعیت نقش دارد؛ به همین دلیل نیمه اول قرن پانزدهم هجری شمسی مهم‌ترین دوره تاریخ تحولات سالخوردگی جمعیت در ایران، مانند بسیاری از مناطق دیگر جهان خواهد بود.

اگرچه سالمندی جمعیت از دستاوردها و موفقیت‌های بزرگ بشری است، افزایش تعداد جمعیت سالمندان دغدغه‌های اساسی به شمار می‌آید. در این میان، کاهش سهم جمعیت در سنین کار، فشارهای مالی و ورشکستگی سیستم‌های پرداخت بازنشستگی و مراقبت بهداشتی و سلامت که از منابع عمومی تأمین می‌شوند، کاهش رشد اقتصادی و سقوط بازارهای مالی از جمله نگرانی‌های مرتبط با سالمندی جمعیت است. افزایش سرعت سالمندی در بازه زمانی کوتاه، زاننه‌شدن سالمندی، افزایش نسبت جمعیت سالمندان کهن‌سال (۸۰ ساله و بالاتر) و شیوع بیشتر سالمندی در مناطق روستایی و استان‌های شمالی کشور از ابعاد مسئله‌آفرین سالمندی جمعیت در ایران به شمار می‌آید که نیازمند برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری است؛ البته باید توجه داشت که مسائل و چالش‌های سالمندی جمعیت به ساختار نهادی کشور، برنامه‌های بازنشستگی عمومی، نظام مراقبت سلامت، نحوه تخصیص بودجه عمومی یا سایر برنامه‌های انتقالات نقدی و غیرنقدی، بسترهای محیطی دوستدار سالمند و حتی توانمندی‌ها و قابلیت‌های سالمندان بسیار وابسته است. با بهره‌گیری از فرصت پنجره جمعیتی، امنیت شغلی برای جوانان امروز و راهبردهای سالمندی فعال و موفق می‌توان مسائل و چالش‌های سالمندی را تا حد زیادی کاهش داد.

فصل پنجم: سلامت سالمندان در ایران

۵-۱. سلامت و بیماری‌های جسمی

سالمندی یعنی محدودیت پیش‌رونده ذخیره هموستاتیک سیستم‌های بدن (Harrison, 2001). با وجود اینکه این امر فرآیندی طبیعی است، به شکل متجانس روی نمی‌دهد و برای هر شخص منحصر به فرد است (NCCDP, 2009). از نظر بیولوژیک، سالمندی ناشی از تأثیر طیف گسترده‌ای از آسیب‌های سلولی و مولکولی در طول زمان است که این امر به کاهش تدریجی ظرفیت جسمی و ذهنی، افزایش خطر ابتلا به بیماری و در نهایت مرگ می‌انجامد، اما این تغییرات به صورت خطی و متداوم نیست و تنها با سن افراد ارتباط ندارد. برخی از سالمندان، سلامت و عملکرد بسیار خوبی دارند؛ در حالی که بعضی از آن‌ها در این سن ضعیف هستند و به کمک و مراقبت قابل توجهی نیاز دارند.

فراتر از تغییرات بیولوژیک، سالمندی با تغییرات دیگری در روند زندگی، مانند بازنشستگی، نقل مکان به خانه‌های مناسب‌تر و مرگ دوستان و همسر همراه است. در پاسخ به توسعه سلامت عمومی در سالمندان، تنها در نظر گرفتن رویکردهایی اهمیت ندارد که سبب از بین رفتن تلفات مربوط به افزایش سن می‌شوند، بلکه باید روش‌هایی را تقویت کرد که می‌تواند به بهبود، تطابق و رشد روانی-اجتماعی بینجامد. در این میان، بیماری‌های رایج در سالمندی شامل کاهش شنوایی، آب‌مروارید و عیوب انکساری، درد پشت و گردن و آرتروز، بیماری انسدادی مزمن ریوی، دیابت، افسردگی و زوال عقل است. همچنین با افزایش سن افراد هم‌زمان با چندین بیماری مواجه می‌شوند. سالمندی با ظهور بیماری‌های مختلف و پیچیده نیز می‌تواند همراه باشد که در طبقه‌بندی به صورت مجزا از بیماری‌های دیگر قرار نمی‌گیرد. این موارد معمولاً سندرم سالمندی نام دارد که در

بیشتر موارد نتیجه چندین عامل زمینه‌ای یا بیماری و شامل ضعف، بی‌اختیاری ادرار، افتادن، هذیان و زخم‌های فشاری است. به نظر می‌رسد به کمک سندرم‌های سالمندان می‌توان پیش‌بینی بهتری از مرگ سالمندان در مقایسه با نسبت یا تعداد بیماری‌های خاص داشت. با وجود این، در کشورهایی که طب سالمندی را به‌منزله یک تخصص خاص توسعه داده‌اند، این سندرم‌ها اغلب در خدمات بهداشتی و درمانی سنتی و در تحقیقات اپیدمیولوژیک نادیده می‌ماند.

اگرچه برخی تغییرات در سلامت افراد سالمند ناشی از عوامل ژنتیکی است، به‌طور کلی سلامت سالمندان بیشتر از فاکتورهای فیزیکی، محیطی و اجتماعی، مانند محل زندگی، همسایگان و اجتماعات آن‌ها و همچنین ویژگی‌های شخصی آن‌ها از جمله جنسیت، قومیت یا وضعیت اقتصادی-اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. از دیگر عوامل مؤثر در مراحل اولیه سالمندی محیط‌هایی است که افراد در کودکی یا حتی دوران جنینی در آن‌ها زندگی می‌کنند که تأثیرات طولانی مدت به جا می‌گذارد. محیط، تأثیر مهمی در ایجاد و حفظ رفتارهای سالم دارد. حفظ رفتارهای سالم در طول زندگی، به‌ویژه داشتن رژیم غذایی متعادل، فعالیت بدنی منظم و پرهیز از مصرف دخانیات، در کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر و بهبود توانایی جسمی و ذهنی مؤثر است. تمرینات قدرتی برای حفظ توده عضلانی و تغذیه خوب می‌تواند به حفظ عملکرد شناختی، تعویق در وابستگی به مراقبت و کاهش ضعف کمک کند.

افراد به کمک محیط‌های حمایتی می‌توانند با وجود از دست دادن ظرفیتشان، آنچه را که برایشان مهم است انجام دهند. در دسترس بودن ساختمان‌ها و وسایل حمل‌ونقل عمومی ایمن و محیط‌هایی برای پیاده‌روی که به راحتی بتوان از آن استفاده کرد، نمونه‌هایی از محیط‌های حمایتی هستند (WHO, 2018). جمعیت سالمندی فرصت‌ها و چالش‌هایی از جمله نیاز به مراقبت‌های اولیه سلامتی را به وجود می‌آورد و خدمات دیگر را افزایش می‌دهد. در این میان، به دلیل افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، مانند دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی در سالمندان، این افراد بیش از دیگر شهروندان جامعه به مراقبت‌های سلامتی و اجتماعی نیاز دارند (Beard, 2015).

سلامت و بیماری جسمی در دیگر کشورها

امروزه در کشورهای غربی ۳۲ درصد سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن و ۵۲ درصد آنان حداقل به دو بیماری مزمن مبتلا هستند (Rocha, 2009). افزایش بیماری‌های مزمن از قبیل فشارخون (۵۱ درصد در زنان، ۴۵ درصد در مردان)، بیماری‌های قلبی (۳۳ درصد در مردان، ۲۷ درصد در زنان)، سرطان‌ها (۲۳ درصد در

مردان، ۱۳ درصد در زنان)، آرتریت (۵۱ درصد در زنان، ۴۲ درصد در مردان)، آسم (۱۱ درصد در زنان، ۵ درصد در مردان)، برونشیت مزمن (۷ درصد در زنان، ۵ درصد در مردان) و دیابت (۱۶ درصد در مردان، ۱۵ درصد در زنان) از مشکلات مهم سلامت جسمی در سالمندان به شمار می‌آید (Temple, 2012, Harrison, 2001). براساس گزارش‌های موجود، ۸۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال حداقل یک اختلال یا بیماری مزمن دارند (Haber, 2013). به‌طور کلی ۲۳ درصد از کل بار بیماری‌ها به اختلالات افراد ۶۰ ساله و مسن‌تر مربوط می‌شود (Prince, 2015).

پس از بیانیه مادرید^۱ کشورها متعهد شدند خدمات و مراقبت‌های دوران سالمندی را به شکل دامنه‌ای از خدمات رایگان تا نیمه‌بها براساس نیازسنجی و وضعیت شاخص‌های سلامت جسمی و روانی سالمندان خود برحسب نیاز آن‌ها و نیز ویژگی‌های گروه‌های مختلف سنی سالمندان، از ۶۵ سالگی در کشورها ارائه دهند (WHO, 2012). با وجود این، در بسیاری از کشورها نیازهای بهداشتی و اجتماعی این قشر، مانند دیگر بزرگسالان در نظر گرفته می‌ود (کمال، ۲۰۰۸). آگاهی و شناخت جامع از مشکلات سلامتی این قشر آسیب‌پذیر، برنامه‌ریزان را برای انجام مداخلات مؤثر یاری خواهد کرد. شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در سالمندان در مطالعات کشورهای گوناگون با شباهت‌ها و تفاوت‌هایی همراه است؛ برای مثال در آمریکا به‌ترتیب، آرتریت، پُرفشاری خون، بیماری قلبی و دیابت (Hung, 2011)، در اسکاتلند و هند، بیماری‌های اسکلتی - عضلانی، قلبی - عروقی و بیماری‌های آندوکراین و متابولیک (Manson, 2008)، در چین پُرفشاری خون و آرتریت (Wu, 2013) و در آلمان پُرفشاری خون و بالابودن چربی خون (Jacob, 2016) شایع‌ترین بیماری‌های سالمندان بودند.

هزینه و بیمه سلامت یکی از مهم‌ترین مسائل سلامت سالمندان است. براساس مطالعه‌ای در مکزیک، با وجود اینکه بیشتر سالمندان ۶۰ ساله و مسن‌تر تحت پوشش بیمه قرار دارند، هزینه‌های بیمارستانی بیشتری از دیگر گروه‌های سنی می‌پردازند (Gonzalez, 2011). در کشورهای توسعه‌یافته مانند آمریکا و ژاپن، هزینه‌های خدمات درمانی براساس نیازسنجی از طرف بیمه ویژه سالمندان پوشش داده می‌شود (علیزاده ۱۳۹۲).

۱. در سال ۲۰۰۲ دومین اجلاس سران با موضوع سالمندی در مادرید برگزار شد که طی آن برنامه عملیاتی بین‌المللی و بیانیه سیاسی اجلاس تدوین و به تصویب رسید. بیانیه سیاسی از این جهت که در بر دارنده نکته‌های محوری برنامه عملیاتی بین‌المللی سالمندان و نیز بازگوکننده تعهد مجدد کشورها از جمله جمهوری اسلامی ایران در مورد مفاد آن است، اهمیت ویژه‌ای دارد. از جمله تعهدات اجلاس مادرید از بین رفتن تبعیض سنی، ایجاد جامعه‌ای برای تمامی سنین، ارتقای عزت اجتماعی سالمندان، افزایش دسترسی به خدمات اجتماعی، قرار دادن موضوع سالمندی در دستور کار توسعه، استفاده از تجربیات سالمندان برای آینده بهتر، ایجاد دیدگاه جنسیتی در همه برنامه‌ها و تداوم کار است (سازمان ملل متحد، ۱۳۷۸).

سلامت و بیماری جسمی در ایران

سالمندان هر جامعه ذخایر ارزشمندی هستند که باید اقدامات لازم برای برخورداری بهینه از خردمندی و کاردانی آنان در خانواده و جامعه صورت بگیرد. از سوی دیگر، فراهم کردن بستر مشارکت سالمندان در فرایند توسعه و ترویج ارتباط میان نسل‌ها و توجه به وضعیت سلامت سالمندان بسیار ضروری است. با افزایش سن، احتمال آسیب‌پذیری افراد نیز بیشتر می‌شود. همچنین شرایط زیستی سالمندان، آن‌ها را بیشتر در معرض خطر عواملی قرار می‌دهد که تأثیری منفی بر تندرستی آن‌ها دارد که البته تا حد زیادی می‌شود آن‌ها را کنترل کرد.

یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های وضعیت سلامت شاخص امید به زندگی در ۶۰ سالگی است. در ایران، براساس برآوردهایی در سال ۱۳۹۵ این شاخص برای استان‌های کشور از ۲۶.۱ سال در استان تهران (بیشترین) تا ۱۲.۵ سال در استان خراسان جنوبی (کمترین) نوسان داشته است. به‌طور کلی سالمندان استان‌های تهران، اصفهان و البرز از بیشترین و سالمندان استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد، ایلام و خراسان جنوبی کمترین میزان امید به زندگی را در ۶۰ سالگی دارند. این وضعیت بیان‌کننده نابرابری استانی محسوس در وضعیت سلامت سالمندان است. با توجه به نمرات و رتبه‌های استان‌ها، این وضعیت از سطح نابرابر در برخورداری از امکانات بهداشتی و توسعه اقتصادی-اجتماعی در کشور تأثیر می‌پذیرد (زنجری، ۱۳۹۹).

بیماری‌های سالمندان

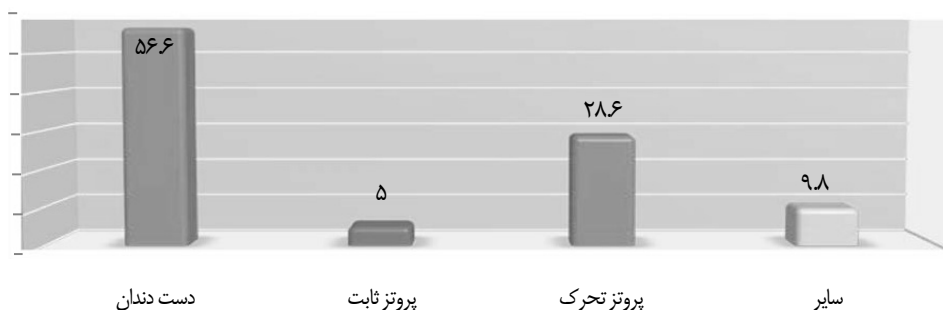
یکی از مهم‌ترین هدف‌های سیستم سلامت، پیشگیری و ارتقای سلامت در سالمندان است که مانع وقوع زود هنگام مرگ‌ومیر می‌شود و از عملکرد جسمی و ذهنی محافظت می‌کند. گام‌های قابل توجه برای دستیابی به چنین اهدافی عبارت است از: پیشگیری، تشخیص زود هنگام و درمان بیماری‌ها و کاهش پیامدهای منفی خطراتی از جمله چاقی، کنار گذاشتن عادات مضر از قبیل سیگار کشیدن، زندگی کم‌فعالیت، رژیم غنی از چربی اشباع‌شده، الکل یا مواد مخدر، پیشگیری از بیماری‌های ذهنی و روانی، رعایت بهداشت دهان و دندان و پرفشاری خون شریانی. دلیل ۸۶ درصد بار عوامل خطر بیماری‌ها و ۱۱ درصد بار کل بیماری‌ها در سالمندان است. این عوامل معادل ۱۶ میلیون سال عمر همراه با ناتوانی در ایران است (Asgari, 2009).

نتایج مطالعه‌ای ملی نشان می‌دهد که ۵.۵ درصد سالمندان دچار سوءتغذیه و ۴۳.۳ درصد در معرض سوءتغذیه بودند. شیوع چاقی در ۸۲.۹ درصد مردان و ۶۵.۹ درصد زنان گزارش شده بود. زنان در مقایسه با مردان زمان بیشتری را بیرون از خانه می‌گذرانند و در این میان، ۲۲.۵ درصد سالمندان در هیچ فعالیت ورزشی شرکت نمی‌کنند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین ۷.۹ درصد سالمندان سیگار مصرف می‌کنند، ۵.۵ درصد سالمندان

سابقه مصرف قلیان، ۵ درصد سابقه مصرف تریاک و ۰.۱ درصد سابقه مصرف الکل داشتند. ۸۳ درصد نیز هیچ کدام از این مواد را مصرف نکرده‌اند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

براساس یافته‌های مطالعه‌ای دیگر، ۱۳.۲ درصد از سالمندان حداقل یکی از فرآورده‌های دخانی را مصرف می‌کردند. مصرف مواد دخانی ۴.۹ درصد در میان زنان سالمند و ۲۲.۶ درصد در میان مردان سالمند، بیانگر تفاوت معنادار میان زنان و مردان از نظر انجام رفتارهای پرخطر است (شیری، ۱۳۹۵). همچنین براساس یافته‌های همین مطالعه، ۵۶.۷ درصد سالمندان دچار احساس خستگی بوده‌اند. ۴.۲ درصد سالمندان نیز یک سال پیش از اجرای پژوهش برای ماموگرافی به پزشک مراجعه کرده بودند و ۴۵.۴ درصد هیچ مراجعه‌ای نداشته‌اند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین ۶۰.۶ درصد پاسخ‌گویان، با مشکل دهان و دندان مواجه بودند و ۳۸ درصد آن‌ها این مشکل را نداشتند. ۳۲.۲ درصد از پاسخ‌گویان دارای ست دندان، ۲.۸ درصد دارای پروتز ثابت و ۱۶.۴ درصد دارای پروتز متحرک بودند و ۵.۶ درصد نیز از سایر دندان‌های مصنوعی استفاده می‌کردند. ۲۰ درصد پاسخ‌گویان یک سال بود که دندان مصنوعی داشتند. همچنین ۲۰ درصد دو سال، ۶.۰ درصد سه سال، ۱۰ درصد بیش از پنج سال و ۳۳ درصد بیش از ده سال بود که نوعی دندان مصنوعی در دهان داشتند. ۷.۵ درصد نیز اظهار کرده بودند که در ۷ روز هفته در خوردن غذا با دندان مصنوعی مشکل دارند، ۱۰.۵ درصد بیشتر اوقات، ۲۳.۸ درصد گاهی اوقات و ۱۶.۱ درصد هم به‌ندرت در این مسئله با مشکل مواجه بودند؛ به بیان دیگر ۵۷.۹ درصد از کسانی که از دندان مصنوعی استفاده می‌کردند، در غذا خوردن مشکل داشتند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

شکل ۵-۱. درصد فراوانی وضعیت دندان‌های مصنوعی پاسخ‌گویان



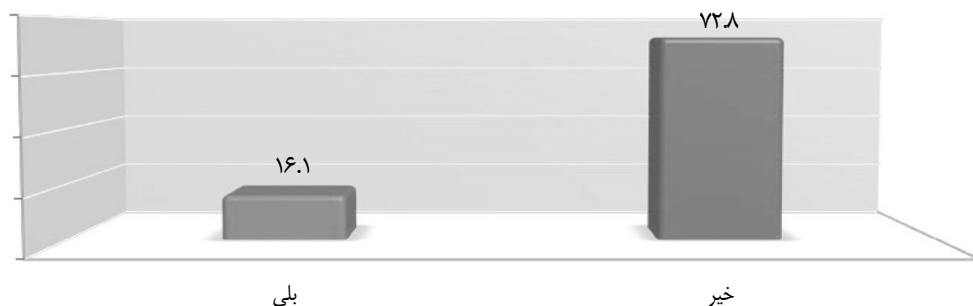
واکسیناسیون در سالمندان شدت و فراوانی برخی بیماری‌های واگیردار مانند آنفلوآنزا را کاهش می‌دهد؛ بنابراین بررسی وضعیت سلامت سالمندان از این نظر بسیار مهم است. در بررسی کشوری، ۸۵ درصد پاسخ‌گویان در یک سال گذشته واکسن آنفلوآنزا تزریق نکرده بودند و تنها ۹.۸ درصد از آن‌ها این واکسن را زده بودند. ۸۷

درصد پاسخ‌گویان تاکنون واکسن پنوموکوک تزریق نکرده و تنها ۵ درصد آن‌ها این واکسن را تزریق کرده بودند. ۷۰ درصد پاسخ‌گویان، در ده سال گذشته واکسن کزاز تزریق نکرده و حدود ۲۰ درصد از ایشان این واکسن را در ۱۰ سال گذشته تزریق کرده بودند. حدود ۷۳ درصد پاسخ‌گویان در ده سال گذشته واکسن دیفتری تزریق نکرده و حدود ۱۶ درصد این واکسن را تزریق کرده بودند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

جدول ۵-۱. توزیع پاسخ‌گویان برحسب تزریق واکسن آنفولانزا در یک سال گذشته

درصد معتبر	درصد فراوانی	فراوانی	
۱۰.۴	۹.۸	۱۳۲	بله
۸۹.۶	۸۴.۶	۱۱۴۲	خیر
-	۰.۳	۴	بی‌پاسخ
-	۵.۳	۷۲	نمی‌دانم
-	۱۰۰.۰	۱۳۵۰	جمع

شکل ۵-۲. توزیع پاسخ‌گویان برحسب تزریق واکسن دیفتری در ده سال اخیر



نتایج مطالعه‌ای که در یاسوج انجام شد، بیان‌کننده شیوع بالایی بعضی از عوامل خطر است؛ مانند مصرف دخانیات (۳۳.۹ درصد کل جمعیت، ۳۸.۹ درصد مردان و ۲۹.۱ درصد زنان)، چاقی با توجه به شاخص BMI (۴۳.۱ درصد کل جمعیت، ۲۷.۸ درصد مردان و ۵۸.۲ درصد زنان) و چاقی با توجه به شاخص WHR (۶۱ درصد کل جمعیت، ۲۰.۴ درصد مردان و ۱۰۰ درصد زنان) بود. همچنین ۱۰۰ درصد افراد برنامه منظم ورزشی یا فعالیت بدنی نداشتند (احمدی، ۱۳۷۹). در مجموع درباره توزیع نسبی ابتلا به بیماری‌ها در میان سالمندان می‌توان گفت آن‌ها در بیشتر موارد با بیماری‌های ناتوان‌کننده و مزمن مواجهند که این امر در مطالعات مختلف تأیید شده است. در

اغلب موارد فاصله‌ای معنادار میان مردان و زنان سالمند در مواجهه با بیماری‌های ناتوان‌کننده، از جمله بیماری‌های مفصلی، دیابت، قلبی-عروقی و... وجود دارد که باید در برنامه‌ریزی‌های آتی در این زمینه مدنظر قرار بگیرد.

بیماری‌های قلبی-عروقی / فشارخون بالا

بیماری‌های قلبی-عروقی شایع‌ترین دلیل مرگ‌ومیر در ایران است. این بیماری‌ها شامل بیماری عروق کرونر قلب، بیماری عروق مغز، فشارخون بالا و بیماری عروق محیطی است. بسیاری از بیماری‌های قلبی-عروقی از آترواسکلروز در عروق اصلی ناشی می‌شود که در نهایت به اختلال در خون‌رسانی می‌انجامد و سبب ایسکمی یا آسیب ارگان می‌شود. فشارخون بالا که ریسک فاکتور شایع و قابل کنترل و درمان برای بیماری‌های قلبی-عروقی است، ریسک مرگ‌ومیر و ناتوانی را بسیار افزایش می‌دهد. براساس پژوهش‌های بالینی اخیر در سالمندان، درمان فشارخون میزان ناخوشی و مرگ‌ومیر ناشی از اختلالات قلبی-عروقی را کاهش می‌دهد (مقصودنیا، ۱۳۸۵). در ایران شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی در مردان ۲۰ درصد و در زنان ۲۵.۴ درصد شایع است. فشارخون در مردان ۲۹.۲ و در زنان ۵۱.۳ درصد، سکته قلبی در مردان ۳.۳ درصد و در زنان ۲.۱ درصد و سکته مغزی ۱.۹ درصد در مردان و ۱.۸ درصد در زنان است (شیری، ۱۳۹۵). در مطالعه مطلق و همکاران (۱۳۹۲) این پرسش که آیا در یک سال گذشته حداقل یک بار پزشک فشارخون افراد را اندازه گرفته است یا نه، نشان داد که از ۱۳۵۰ پاسخ‌گو، ۵۵.۳ درصد پاسخشان مثبت بود و همچنین فشارخون طبیعی داشتند. ۳۷.۹ درصد نیز اگرچه فشارخونشان را اندازه گرفته بودند، میزان آن غیرطبیعی و بالا گزارش شد. همچنین ۶۸ نفر یا حدود ۵ درصد سابقه اندازه‌گیری فشارخون نداشتند. براساس یافته‌های این مطالعه، ۳۵.۷ درصد از سالمندان براساس توصیه پزشک از دارو برای درمان مصرف می‌کردند، اما ۲.۲ درصد بدون این توصیه اقدام به مصرف دارو کرده بودند. حدود ۳۵ درصد سالمندان در صورت ابتلا به فشارخون بالا، از رژیم غذایی کم‌نمک و کم‌چربی استفاده می‌کردند. ۸.۵ درصد نیز رژیم غذایی کم‌نمک و کم‌چرب نداشتند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲). یکی دیگر از مشکلات عروقی در سالمندی، افت فشارخون وضعیتی است. ۱۸.۹ درصد از سالمندان با افت فشارخون وضعیتی مواجه بودند و ۷۶.۴ درصد چنین مشکلی نداشتند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج مطالعه‌ای که در پاسخ انجام شد، حاکی از شیوع بالای فشارخون سیستولیک^۱ افزایش یافته (۲۰.۶

۱. فشارخون نرمال در انسان در حال استراحت در محدوده ۹۰-۱۲۰ میلی‌متر جیوه (سیستولیک) و ۶۰ الی ۸۰ مم/ج (دیاستولیک) قرار دارد و فشارخون ۱۲۹-۱۲۰ میلی‌متر جیوه سیستول و زیر ۸۰ دیاستول مرحله پیش فشار خونی نامیده می‌شود. به‌طور معمول اگر فشارخون به‌صورت پایدار بالاتر از ۱۳۰ سیستول و ۸۰ دیاستول قرار گیرد، پاتولوژی و بیماری محسوب می‌گردد. به عارضه افزایش فشارخون بیش از حد طبیعی، هایپرتنسیون و فشارخون بالا یا پرفشاری خون گفته می‌شود. همچنین کاهش فشارخون را هیپوتانسیون می‌نامند.

درصد کل جمعیت، ۲۵ درصد مردان و ۱۶ درصد زنان) و فشارخون دیاستولیک افزایش یافته (۲۰.۶ درصد کل جمعیت، ۲۱.۲ درصد مردان و ۲۰ درصد زنان) بودند. شیوع CHD^۱ نیز بیش از حد انتظار بود و ۱۷.۷ درصد جمعیت مورد بررسی (۱۷.۳ درصد مردان و ۱۸ درصد زنان) براساس معاینات بالینی یا غیر آن، به CHD مبتلا بودند (احمدی، ۱۳۷۹). براساس نتایج مطالعه حیدری و همکاران در شهرستان قم مشخص شد، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سالمندان، بیماری‌های قلبی-عروقی (۱۵ درصد) است (حیدری، ۱۳۹۰). نتایج مطالعات برای بررسی وضعیت سلامت جسمانی سالمندان در مناطق گوناگون کشور اختلال افزایش فشارخون را حدود ۳۲.۷ درصد نشان می‌دهد (دانشکده پزشکی گلستان، ۱۳۹۱).

کلسترول بالا و آتروسکلروز

سطوح کلسترول توتال و کلسترول HDL به‌شدت با بروز بیماری قلبی-عروقی مرتبط است. کلسترول HDL ارتباط معکوس و محکمی با بروز بیماری قلبی-عروقی دارد؛ بنابراین سطح کلسترول HDL پیش‌بینی‌کننده مطمئن‌تری درباره مرگ‌ومیر بیماری‌های قلبی-عروقی است. در برنامه‌ریزی دوره‌های غربالگری باید پروفایل چربی خون را آزمایش داد (Total Cholesterol, HDL, TG). آتروسکلروز که به‌شکلی مستقیم با بیماری عروق کرونر قلب ارتباط دارد، باید مدنظر قرار بگیرد. همچنین ریسک فاکتورهای متعددی دارد که عبارت‌اند از: بالا بودن کلسترول، مصرف سیگار، کمبود استروژن و کمبود Vit B6 (مقصودنیا، ۱۳۸۵). براساس مطالعه ملی در ایران، ۲۹.۵ درصد سالمندان دچار چربی خون بالا هستند، اما ۶۰.۳ درصد چنین مشکلی ندارند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

بی‌اختیاری ادراری

با افزایش سن، ظرفیت مثانه و قدرت انقباض آن افت می‌کند و انقباض‌های کنترل‌نشده^۲ مثانه افزایش می‌یابد. همچنین حجم ادرار بعد از دفع کمی بیشتر می‌شود (حدود ۱۰۰ میلی‌لیتر). براساس مطالعات، ۳۴-۸ درصد افراد سالمند غیربستری با بی‌اختیاری ادرار مواجه هستند که این امر در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود. همچنین بیش از ۵۰ درصد افراد سالمند بستری در بیمارستان‌ها یا سراهای سالمندان به بی‌اختیاری ادرار مبتلا هستند. اگرچه بی‌اختیاری ادرار قابل‌پیشگیری و درمان است، نمی‌توان آن را اختلال طبیعی وابسته به افزایش سن

۱. Coronary Artery Disease بیماری‌های قلبی-عروقی

دانست. متأسفانه هنوز در جامعه پزشکی توجه چندانی به این اختلال نمی‌شود (مقصودنیا، ۱۳۸۵). نتایج مطالعه‌ای کشوری در ایران نشان می‌دهد که ۱۰.۹ درصد سالمندان دچار بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع هستند (۸۸.۱ درصد دچار عارضه مذکور نیستند). ۱۵.۸ درصد سالمندان تجربه بی‌اختیاری ادرار اورژانسی داشته‌اند (۸۲.۷ درصد چنین تجربه‌ای نداشته‌اند). ۱۵.۴ درصد دچار عارضه بی‌اختیاری ادرار استرسی بودند و ۲۲.۱ درصد هنگام ادرار دچار احساس تخلیه ناقص ادرار بوده‌اند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

اختلالات خواب

اختلالات خواب بر توانایی خوابیدن یا خواب‌ماندن اثر می‌گذارد و سبب رفتار غیرطبیعی در خواب افراد می‌شود. حدود ۵۰ درصد سالمندان از خواب خود گله‌مند هستند؛ به‌ویژه اختلال در خوابیدن و خواب‌ماندن؛ از این رو مصرف خواب‌آورها در سالمندان شایع‌تر از افراد جوان‌تر است. تغییرات وابسته به سن در خواب وجود دارد. با وجود این اختلالات خواب در سالمندان ممکن است به دلیل استرس‌ورهای روانی (غصه‌خوردن، بازنشستگی اجباری، انزوای اجتماعی و...)، بیماری‌ها، اختلالات روانی (مانند اضطراب، دمانس، افسردگی) یا عوارض جانبی داروها باشد. بسیاری از این حالات ممکن است هم‌زمان بروز کنند (مقصودنیا، ۱۳۸۵؛ Merck, 2019). براساس نتایج مطالعات در ایران، ۴۴.۶ درصد از سالمندان ایرانی با مشکل بی‌خوابی و کم‌خوابی مواجه هستند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

دمانس

دمانس^۱ که زوال مغزی یا عقلی نیز نامیده می‌شود، افت عملکردی شناختی پیش‌رونده است که توانایی فرد را در ادامه زندگی اجتماعی و فعال دشوار می‌کند. در بیماران مبتلا به دمانس اختلالات رفتاری نیز دیده می‌شود. یکی از شایع‌ترین انواع دمانس آلزایمر است. سندرم تیبیک آلزایمر شامل آمنزی (فراموشی)، اختلال در یادگیری و نام‌بردن اطلاعات جدید، اختلالات گفتاری پیش‌رونده و اختلالات عملکردی است (Merck, 2019). در ایران براساس مطالعه مطلق و همکاران، ۳۶ درصد سالمندان با مشکل فراموشی مواجه هستند؛ درحالی‌که حدود ۶۳ درصد آن‌ها این مشکل را ندارند. ۱۴.۱ درصد کسانی که از اختلال حافظه شکایت داشتند، برای بررسی بیشتر به پزشک مراجعه کرده‌اند. ۷۹ درصد نیز یا مشکلی نداشتند، یا برای بررسی مشکل خود به پزشک مراجعه نکردند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

استئوآرتروز

این بیماری عبارت است از اختلال غضروف هیالین و استخوان ساب کوندرال که عمدتاً بر مفاصل دست، مهربها و مفاصل اندام تحتانی تأثیر می‌گذارد. استئوآرتروز شایع‌ترین بیماری مفصلی و عامل اصلی ناتوانی در افراد بالای ۶۵ سال است. اگرچه سالمندی سبب استئوآرتروز نمی‌شود، تغییرات وابسته به سن در سلول‌ها و ماتریکس غضروف احتمالاً سالمندان را مستعد این بیماری می‌کند. سایر عوامل مستعدکننده احتمالی عبارت‌اند از: چاقی، ضربه‌ها، ناهنجاری‌های مادرزادی (مانند دیسپلازی لگن) و بیماری‌های اولیه مفصل مانند آرتروز التهابی (مقصودنیا، ۱۳۸۵). در ایران بیماری‌های مفصلی در ۲۸.۲ درصد مردان و ۵۴.۸ درصد زنان شایع است (شیری، ۱۳۹۵). یکی از مهم‌ترین علائم سالمندان دچار استئوآرتروز، درد است. براساس مطالعه مطلق و همکاران (۱۳۹۲) ۶۳.۱ درصد سالمندان دچار درد هستند (۳۶.۱ درصد از آنان احساس درد نداشته‌اند).

دیابت نوع ۱

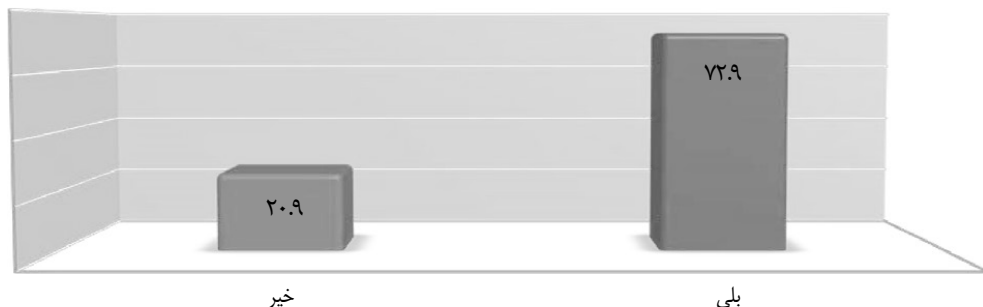
دیابت ناشی از ناهنجاری متابولیسم کربوهیدرات‌ها به دلیل اختلال نسبی یا کامل ترشح انسولین یا عملکرد انسولین (کم‌شدن حساسیت سلول‌های هدف به انسولین) است. در سالمندان، دیابت نوع ۲ (غیروابسته به انسولین) بسیار شایع‌تر از نوع ۱ (وابسته به انسولین) است. شیوع دیابت نوع ۲ با افزایش سن بیشتر می‌شود (از ۳-۵ درصد در دهه چهارم و پنجم زندگی تا حدود ۱۰-۲ درصد در دهه هفتم و هشتم زندگی). این نوع دیابت آرام‌تر از نوع اول پیشرفت می‌کند و اساساً در افرادی که اضافه‌وزن دارند، رخ می‌دهد. همچنین طی یک آزمایش مرسوم پزشکی مشخص می‌شود (مقصودنیا، ۱۳۸۵). براساس مطالعه حیدری و همکاران در شهرستان قم (۱۳۹۰) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در میان سالمندان، بیماری دیابت (۱۳.۶ درصد) است (حیدری ۱۳۹۰). براساس مطالعه مطلق و همکاران (۱۳۹۲) نیز ۲۰.۶ درصد سالمندان با تشخیص پزشک مبتلا به دیابت هستند یا در معرض ابتلا به آن قرار دارند. از مجموع افرادی که مبتلا به دیابت یا در معرض دیابت هستند، ۱۸.۷ درصد رژیم غذایی خود را رعایت می‌کنند و معادل ۲.۵ درصد نیز رژیم غذایی مناسب با بیماری خود ندارند. از مجموع کسانی که مبتلا به دیابت هستند، یا در معرض دیابت قرار دارند، ۶.۷ درصد تمرینات بدنی مناسب دارند و ۱۴.۱ درصد از این تمرینات بی‌بهره هستند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین براساس مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۵ در ایران، شیوع این بیماری در مردان ۱۶.۷ درصد و در زنان ۲۶.۵ درصد بود (شیری، ۱۳۹۵)، اما در این مطالعه وضع سالمندان به‌شکلی جداگانه مشخص نشده است.

سقوط یا زمین خوردن

زمین خوردن حادثه‌ای است که نتیجه آن افتادن ناخواسته فرد روی زمین، به همراه از دست دادن هوشیاری یا بدون آن و همراه با آسیب یا بدون آن است (مقصودنیا، ۱۳۸۵). به‌طور معمول، حوادث ناشی از اختلالات حاد (مانند سکنه مغزی و تشنج) یا خطرات طاقت‌فرسای محیطی (مانند ضربه‌خوردن با یک جسم متحرک) زمین خوردن محسوب نمی‌شود. سالانه ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد مسن در جامعه و ۵۰ درصد ساکنان خانه‌های سالمندان زمین می‌خورند. در سال ۲۰۱۷ تعداد ۳۱،۱۹۰ مرگ ناشی از زمین خوردن در افراد ۶۵ سال و بالاتر و در مقابل ۵۱۴۸ در افراد جوان گزارش شد؛ بنابراین ۸۵ درصد مرگ‌های ناشی از زمین خوردن در ۱۳ درصد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر رخ می‌دهد (Merck, 2019). زمین خوردن دلایل گوناگونی دارد و معمولاً ترکیبی از علل داخلی (مانند تعادل ضعیف، اختلالات بینایی یا شناختی)، علل خارجی (مانند مصرف چند دارو) و علل محیطی (مانند روشنایی ضعیف، نبود امکانات ایمنی، وجود قالیچه‌های لغزنده روی سنگ) سبب زمین خوردن سالمندان می‌شود. باید توجه داشت که زمین خوردن نشانه بسیاری از بیماری‌های حاد در سالمندان است (مقصودنیا، ۱۳۸۵).

براساس مطالعه مطلق و همکاران (۱۳۹۲)، از پاسخ افراد به این پرسش که آیا در یک سال گذشته زمین خورده‌اند یا نه، نتیجه می‌گیریم که ۲۶ درصد آن‌ها در یک سال گذشته زمین خوردن را تجربه کرده‌اند و ۷۲٫۹ درصد این تجربه را نداشته‌اند. در میان آن دسته از پاسخ‌گویانی که در یک سال گذشته زمین خورده‌اند، در حدود ۸۰ درصد این تجربه سبب شکستگی نشده و تنها در ۲۰٫۹ درصد، به شکستگی انجامیده است. از میان پاسخ‌گویانی که زمین خوردن آن‌ها در یک سال گذشته به شکستگی منجر شده است، ۸۰ درصد به این دلیل در بیمارستان بستری شده‌اند و ۲۰٫۸ درصد در بیمارستان بستری نشدند. در این میان، یکی از دلایل سقوط سنکوب است. در همین مطالعه مشخص شد که ۳٫۳ درصد سالمندان سابقه سنکوب داشته‌اند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

شکل ۵-۳. توزیع پاسخ‌گویان برحسب زمین خوردن در یک سال گذشته



نقایص حسی و عصبی شایع

انسان موجودی اجتماعی است که برای برقراری ارتباط، نیازمند تبادل اطلاعات با دیگر هم‌نوعان خود است و از سوی دیگر در تعامل با محیط به‌منظور تصمیم‌گیری به‌موقع و به‌هنگام نیاز دارد محرک‌های محیطی را درک کند. راه‌های ورود اطلاعات و درک تغییرات محیط در درجه اول حواس پنج‌گانه هستند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها بینایی و شنوایی است (مقصودنیا، ۱۳۸۵). نقایص عصبی از قبیل اختلالات شنوایی و بینایی در میان سالمندان شیوع دارد. از موارد شایع مشکلات بینایی در سنین سالمندی ماکولوپاتی وابسته به سن است؛ یعنی مجموعه‌ای از تغییرات پاتولوژیک در ماکولا^۱ که با کاهش دقت بینایی همراه است (Merck, 2019).

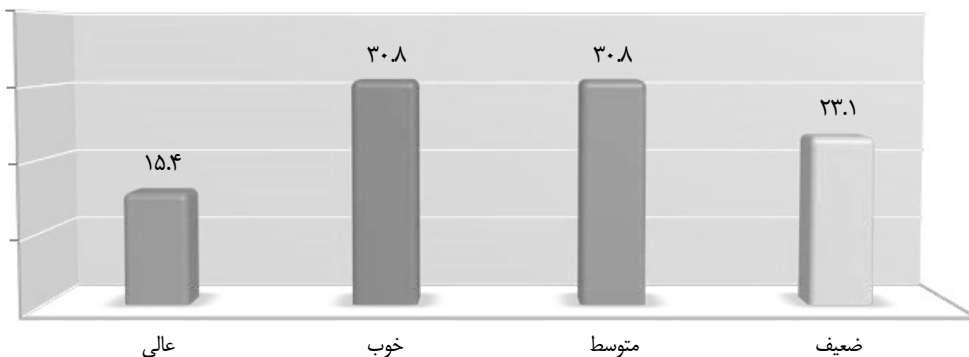
نتایج مطالعات درباره بررسی وضعیت سلامت جسمانی سالمندان در مناطق گوناگون کشور بیان‌کننده مشکلات بینایی (۴۷.۵ درصد) و شنوایی (۲۵.۳ درصد) است (دانشکده پزشکی گلستان، ۱۳۹۱). براساس مطالعه سیمای سلامت سالمندان ایران، ۵۳ درصد پاسخ‌گویان با مشکل بینایی مواجه هستند و ۴۵.۸ درصد آن‌ها این مشکل را ندارند. همچنین ۳۹ درصد از عینک طبی استفاده می‌کنند و ۵۴.۱ درصد عینک نمی‌زنند. در این مطالعه از سالمندان پرسیده شد با وجود اینکه به چشم‌پزشک مراجعه نکرده‌اند، آیا به عینک نیاز دارند یا نه که ۱۲ درصد آن‌ها اظهار داشتند که به عینک نیاز دارند و ۳۱.۶ درصد نیازمند استفاده از عینک نبودند. ۱۲.۸ درصد نیز اظهار داشته‌اند که در سال تحقیق نمره چشم خود را تعیین کرده‌اند. همچنین ۱۱.۹ درصد سال قبل از آن، ۶.۹ درصد دو سال قبل و ۱۱.۹ درصد نیز سه سال قبل یا بیشتر از این مدت برای تعیین نمره چشم به پزشک مراجعه کرده‌اند. ۲۲.۶ درصد نیز عمل جراحی کاتاراکت^۲ انجام داده‌اند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

براساس مطالعه مطلق و همکاران ۳۱.۵ درصد جمعیت مطالعه، با مشکل شنوایی مواجه بودند و ۶۸.۵ درصد آن‌ها این مشکل را نداشتند. از این تعداد ۲.۴ درصد پاسخ‌گویان از سمک استفاده می‌کردند و ۹۷.۶ سمک نداشتند. در استفاده‌کنندگان از سمک ۸.۱ درصد وضعیت شنوایی خود را عالی، ۱۱.۳ درصد خوب، ۲۵.۶ درصد متوسط و ۱۷.۴ درصد ضعیف دانسته‌اند. همچنین ۳۷.۶ درصد به این سؤال پاسخ نداده‌اند. در کسانی که از سمک استفاده نمی‌کردند، ۱۰.۵ درصد اظهار داشته‌اند که به سمک نیاز دارند، ۸۹.۵ درصد نیز به سمک نیاز نداشتند (مطلق و همکاران، ۱۳۹۲).

۱. لکه زرد یا ماکولا (Macula) بخشی از شبکیه است که بیشترین حساسیت به نور را دارد و موجب دید مستقیم و واضح می‌شود. لکه زرد برای کارهای دقیق مثل خواندن و رانندگی لازم است.

۲- آب‌مروارید یا کاتاراکت (Cataract): نوعی بیماری چشم با دلایل مختلف است که با تارشدن عدسی چشم آغاز شده و با افزایش تیرگی و کدر شدن عدسی، بینایی چشم مختل می‌شود.

شکل ۵-۴. درصد فراوانی وضعیت شنوایی پاسخ‌گو در صورت استفاده از سمعک



دسترسی به خدمات سلامت جسمی

در قلب بیانیه جهانی حقوق بشر^۱ و سازمان بهداشت جهانی، تعهدی همگانی برای برپایی سلامت همه افراد وجود دارد. بیش از ۷۰ سال از این تعهد گذشته و اکنون زمان مناسبی است که پوشش سلامتی گروه سالمندان در عمل بررسی شود. حق سلامت در معاهده جهانی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۲ نیز در نظر گرفته شده است. در این میان، عوامل متعدد اقتصادی-اجتماعی بر دسترسی به خدمات سلامت تأثیر گذارند. کمیته اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، چهار مؤلفه را برای حق سلامت بیان کرده است: فراهم بودن، قابلیت دسترسی، مقبولیت و کیفیت. این کیفیات خدمات سلامت برای پوشش جهانی سلامت ضروری است. همچنین توجه به فردمحور بودن سلامت برای اطمینان از رسیدن به حق سلامتی سالمندان ضرورت دارد.

افزون بر این، حق سلامت باید بدون تبعیض سنی و قومیتی برای همه فراهم باشد. در این بیانیه تأکید ویژه‌ای بر گروه سالمندان شده است که باید به طیف وسیعی از خدمات دسترسی کامل داشته باشند. همچنین بر رویکردی منسجم تأکید شده است که پیشگیری، درمان و توان‌بخشی در کنار هم برای سالمندان وجود داشته باشد تا بتوانند استقلال خود را حفظ کنند. با وجود تأکید فراوان بر حق سلامتی سالمندان، هنوز نابرابری‌های بسیاری از این حیث در جهان مشاهده می‌شود. (Help, 2013). دسترسی به خدمات سلامت یکی از مهم‌ترین وظایف نظام سلامت شناخته می‌شود. برای دستیابی به این هدف نیاز است که ساختارها و منابع لازم موجود باشد و قابلیت دسترسی و مقبولیت این خدمات نیز فراهم شود. در ادامه، به منظور ارزیابی میزان تحقق این هدف، برخی شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بررسی شده است.

1. Universal Declaration of Human Rights

2. International Convention on Economic, Social and Cultural Rights

استفاده سالمندان از رسانه‌های گروهی

رسانه‌های گروهی از مهم‌ترین منابع اطلاعات سالمندان به شمار می‌آید. دسترسی اطلاعاتی نیز یکی از فاکتورهای مهم دستیابی به خدمات و اطلاعات مورد نیاز است. مطالعه شیری درباره میزان استفاده سالمندان از رسانه‌های گروهی نشان می‌دهد، تلویزیون و رادیو به ترتیب مهم‌ترین ابزار رسانه‌ای در میان سالمندان است. سالمندان مرد در مقایسه با سالمندان زن بیشتر از رسانه‌های گروهی استفاده می‌کنند. همچنین سالمندان روستایی در مقایسه با سالمندان شهری و سالمندان کم‌درآمد در مقایسه با سالمندان پردرآمد از رسانه‌های گروهی، به‌ویژه روزنامه و مجله کمتر استفاده می‌کنند. درصد کمی از سالمندان نیز از اینترنت استفاده می‌کنند. با وجود این تفاوت معناداری بین سالمندان در گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی وجود دارد. سالمندان شهری، پردرآمد هستند و مردان سالمند بیشتر از اینترنت و رایانه استفاده می‌کنند. افزون بر علل میزان استفاده از وسایل ارتباط جمعی و فضای مجازی در میان سالمندان، به نظر می‌رسد بالابودن بهره‌گیری از این ابزارها بستر توانمندی سالمندان را فراهم می‌کند (شیری، ۱۳۹۵).

بهره‌مندی از بیمه

به‌منظور افزایش دسترسی به خدمات مقرون‌به‌صرفه بودن، یا تمکن مالی^۱ و کاهش پرداخت از جیب بسیار مهم است. براساس نتایج یک مطالعه، بیشترین هزینه‌های درمانی مربوط به گروه سنی بالای ۶۵ سال است و این افراد بار مراجعات بیشتری را برای دریافت خدمات درمانی دارند و همچنین هزینه عرضه خدمات به آن‌ها میانگین بیشتری دارد؛ بنابراین پوشش بیمه برای این افراد به‌شکلی ویژه مهم است (شجاعی، ۱۳۹۰). براساس مطالعه‌ای دیگر درباره وضعیت بیمه پایه و تکمیلی سالمندان، بخش قابل‌توجهی از سالمندان (۹۴.۳۷ درصد) از بیمه پایه برخوردارند. پوشش بیمه مکمل در سالمندان یکی از بزرگ‌ترین و مهم‌ترین اقدامات حمایتی در بین سالمندان، ۳۱.۳۴ درصد بوده است. اگرچه این رقم در مقایسه با کل جمعیت در سطح بالاتری قرار دارد، ضرورت توجه بیشتر به این حوزه حمایتی را نمایان می‌کند. ضرورت توجه به این حوزه با شناخت تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی سالمندان در برخورداری از بیمه مکمل، سیاست‌گذاران را به‌سوی تمرکز بر سالمندان آسیب‌پذیر سوق می‌دهد. سالمندان روستایی (۱۲ درصد) در مقایسه با سالمندان شهری (۳۹ درصد) در سطح بسیار پایینی از برخورداری از بیمه مکمل قرار دارند. اگرچه از نظر درصد پوشش بیمه مکمل، شکاف فراوانی میان زنان و مردان وجود ندارد، سطح پوشش بیمه مکمل زنان در مقایسه با

مردان پایین تر است. زنان با ۲۹.۳۶ درصد در مقایسه با مردان (۳۲.۸۴ درصد) در سطح پایین تری از پوشش بیمه مکمل قرار دارند.

سالمندان دارای همسر در مقایسه با سالمندان بدون همسر وضعیت مطلوب تری دارند؛ بنابراین از این حیث شکاف فراوانی میان سالمندان بدون همسر (با ۲۵.۲۶ درصد) و سالمندان دارای همسر (۳۳.۳۱ درصد) وجود دارد. تفاوت بیشتر درصد پوشش بیمه مکمل بین سالمندانی که خویش سرپرست‌اند و به تنهایی زندگی می‌کنند و سایر سالمندان نشان می‌دهد سالمندان خویش سرپرست در مقایسه با سایر سالمندان در مواجهه با هزینه‌های بیماری آسیب پذیرترند. سالمندانی که در قالب خانواده‌های زن و شوهری بدون فرزند زندگی می‌کنند، در مقایسه با سایر سالمندان سطح پوشش بیمه مکمل بالاتری دارند (شیری، ۱۳۹۵). در حال حاضر در ایران از لحاظ سهم سالمندان در هزینه‌های سلامت، شاخص هزینه‌های عمومی در دو دهه گذشته در کشور ۳۰ برابر افزایش داشته، اما هزینه‌های بخش‌های مراقبت و سلامت تا ۷۱ برابر رشد کرده است. مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌های مراقبت از سلامت و هزینه‌های پزشکی بی‌نهایت بالاست. در واقع ۳.۵ میلیون بیمار هر ساله به دلیل هزینه‌های مراقبت سلامت و درمان زیر خط فقر قرار می‌گیرند که بخشی از آنان سالمندان هستند (توفیقی، ۱۳۹۴).

بهره‌مندی افراد از خدمات سرپایی

براساس نتایج پژوهش درباره بهره‌مندی افراد از خدمات سرپایی سلامت، ۲۳.۵۳ درصد از جمعیت به خدمات سرپایی سلامت نیاز داشته‌اند؛ در حالی که حدود ۳۷ درصد سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) به خدمات سرپایی سلامت احساس نیاز کرده‌اند؛ به عبارت دیگر سالمندان در مقایسه با سایر اقشار جامعه احساس نیاز بیشتری به خدمت سرپایی داشته‌اند. اگرچه این امر به دلیل وضعیت فیزیولوژیک و سلامت سالمندان بدیهی است، می‌تواند سیاست‌گذاران را بر لزوم توسعه زیرساخت‌های خدمات سرپایی سلامت برای سالمندان مجاب کند. با وجود این تفاوت‌های اقتصادی و اجتماعی در احساس نیاز سالمندان به خدمات سرپایی قابل توجه است. سالمندان روستایی با ۴۲.۷۳ درصد در مقایسه با سالمندان شهری (۳۴.۸۲) احساس نیاز بیشتری دارند. این امر اولویت سالمندان روستایی را برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی به خوبی نشان می‌دهد. با این حال سالمندان روستایی برای حدود ۵۵ درصد نیازهایشان مراجعه می‌کنند که این مقدار در مقایسه با ۶۲ درصد در مناطق شهری در سطح پایین تری قرار دارد؛ به عبارت دیگر سالمندان روستایی با وجود احساس نیاز بیشتر در مقایسه با سالمندان ساکن مناطق شهری، کمتر برای دریافت خدمات سرپایی مراجعه می‌کنند. همچنین زنان سالمند با ۴۳.۲۶ درصد در مقایسه با مردان (۳۱.۶۴ درصد) احساس نیاز بیشتری دارند.

خدماتی برای ۶۳۸ درصد نیازهایی که کل جمعیت کشور برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی ابراز کرده‌اند، عرضه شده است که این میزان در میان سالمندان ۵۸ درصد است؛ به عبارت دیگر ۴۲ درصد نیازهای سرپایی سالمندان به دریافت خدمات سلامت سرپایی منجر نمی‌شود. بخشی از این نیازها با دلایل مراجعه‌نکردن و برخی نیز به دلایل بهره‌مندنبودن از خدمات پس از مراجعه مرتبط است. عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و ساختاری نیز در این امر تأثیرگذار بوده است (شیری، ۱۳۹۵). باید توجه داشت که متوسط دفعات مراجعه به هریک از عرضه‌کنندگان خدمت سرپایی در میان سالمندان بیشتر بوده است. این امر در بین پزشک متخصص، داروخانه غیردولتی، پزشک عمومی، داروخانه دولتی و آزمایشگاه غیردولتی خارج از مطب یا مرکز درمانی به مراتب بیشتر است. دفعات مراجعه سالمندان به‌ازای ۱۰۰ سالمند به پزشک متخصص حدود ۱۸ بار بوده است که در مقایسه با ۸.۲۸ بار مراجعه جمعیت کل کشور، در سطح بسیار بالاتری قرار دارد. همچنین دفعات مراجعه سالمندان به پزشک عمومی، ۱۳.۶ بار بوده است؛ درحالی که جمعیت کل کشور به‌طور متوسط ۹.۵۳ بار به پزشک متخصص مراجعه کرده‌اند. برای سایر عرضه‌کنندگان خدمات سرپایی نیز این تفاوت به‌وضوح به چشم می‌آید. تفاوت قابل‌ملاحظه میان جمعیت کل کشور و سالمندان در دفعات مراجعه این واقعیت را نشان می‌دهد که سالمندان به‌دلیل شرایط سلامت خود در مقایسه با سایر جمعیت کشور باید بیشتر از خدمات سرپایی بهره‌مند باشند. از آنجا که بیشترین مراجعه سالمندان در قالب خدمات سرپایی به پزشکان و داروخانه‌ها بوده است، لزوم برنامه‌ریزی برای فراهم کردن امکانات و زیرساخت‌های خدمات سرپایی سلامت، به‌ویژه پزشک متخصص سالمندی روشن است. متوسط هزینه‌های خدمات سرپایی در طول یک سال برای کل جمعیت کشور حدود ۹۰ هزار تومان بوده که این مقدار برای سالمندان بالای ۶۰ سال حدود ۱۰۶ هزار تومان بوده است؛ بر این اساس سالمندان برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی به‌شکلی مستقیم هزینه بیشتری پرداخت می‌کنند. این تفاوت متوسط هزینه‌ها میان سالمندان و کل اقشار جامعه به تفکیک نوع خدمات سرپایی نیز قابل‌مشاهده است. بیشترین تفاوت میان این دو گروه مربوط به متوسط هزینه‌های اقدامات درمانی است که در میان سالمندان حدود ۶۰ درصد بیشتر است؛ به عبارت دیگر متوسط هزینه‌های اقدامات درمانی در میان سالمندان حدود ۴۶ هزار تومان است که در مقایسه با حدود ۲۸ هزار تومان متوسط هزینه‌های کل جامعه در سطح بسیار بالاتری قرار دارد. بدیهی است تعداد مراجعه سالمندان برای اقدامات درمانی به نسبت جمعیت آنان بیشتر است. براساس نتایج، حدود ۲۰.۴ درصد سالمندان پس از مراجعه و دریافت خدمات سرپایی سلامت مشکلشان رفع شده است. در ۴۵ درصد موارد نیز روند درمان تاووم داشته و ۸.۵ درصد نیز مشکلشان حل نشده است (شیری، ۱۳۹۵).

بهره‌مندی از خدمات بستری

۷۳٫۸ درصد از کل جمعیت کشور نیازمند بهره‌مندی از خدمات بستری هستند. در این میان، ۱۶٫۴۸ درصد سالمندان (۶۰ سال و بالاتر) به بهره‌مندی از خدمات بستری نیاز دارند؛ بنابراین سالمندان بیش از دو برابر کل افراد جامعه نیاز دارند تا از خدمات بستری بهره‌مند شوند. این امر به دلیل شرایط جسمی سالمندان بدهی است و ضرورت فراهم‌سازی ساختارهای سلامت بستری خاص سالمندان را نشان می‌دهد. افزون بر این، احساس نیاز برای بهره‌مندی از خدمات بستری در میان گروه‌های مختلف اجتماعی و جمعیتی سالمندان تفاوتی نسبی دارد. سالمندان روستایی (۱۸ درصد)، سالمندان بدون همسر (۱۷٫۶۷ درصد)، سالمندان خویش‌سپرست (۱۷٫۵۵ درصد)، سالمندان غیرشاغل (۱۷٫۱۵ درصد) و سالمندان ۷۵ ساله و بالاتر (۲۰٫۳۳ درصد) از متوسط کل سالمندان (۱۶٫۴۸ درصد) بیشتر در معرض نیازهای بستری قرار دارند که بر این اساس شاید بتوان بر بالابودن سطح بیماری این سالمندان اذعان داشت. در مقابل، سالمندان شاغل و سالمندان ۶۴-۶۰ ساله با حدود ۱۳ درصد کمترین درصد نیازمندی به بستری را در میان سالمندان داشته‌اند. شاخص میانگین دفعات بستری نشان می‌دهد سالمندان (۰٫۱۵ دفعه) با تفاوت قابل توجهی از جمعیت کل کشور (۰٫۰۷ دفعه) بیشتر در معرض بستری بوده‌اند. این امر نشان‌دهنده آسیب‌پذیری سالمندان در مقابله با بیماری‌ها و همچنین لزوم توجه برای فراهم‌آوردن زیرساخت پزشکی و سلامت برای سالمندان است (شیری، ۱۳۹۵).

متوسط هزینه یک بار بستری برای سالمندان بستری‌شده، ۱,۶۷۲,۴۲۰ تومان بوده که در مقایسه با سطح ملی یک بار هزینه بستری (۱,۴۴۶,۲۱۴ تومان) بیشتر است. براساس نتایج پژوهش شیری، متوسط هزینه یک بار بستری سالمندان روستایی با رقم ۱,۴۳۷,۵۵۱ تومان پایین‌تر از هزینه سالمندان شهری (متوسط ۱,۷۷۳,۹۱۳ تومان) است. شاید از مهم‌ترین دلایل این تفاوت، مراجعه بیشتر سالمندان روستایی به بیمارستان‌های دولتی در مقایسه با سالمندان شهری به دلیل دسترسی کمتر به بیمارستان‌های خصوصی و برخورداری کمتر از پوشش بیمه مکمل است. ممکن است بالابودن متوسط هزینه یک بار بستری در میان مردان در مقایسه با زنان سالمند نشان‌دهنده سطح بیماری شدیدتر مردان در مقایسه با زنان باشد. زنان در مقایسه با مردان بیشتر با بیماری‌های مزمن و توانکاه مواجهند و ناتوانی‌های بیشتری از مردان سالمند دارند. در مقابل، مردان با بیماری‌های حاد مواجه می‌شوند که برای درمان به تعداد روزهای بستری و در نتیجه هزینه‌های بیشتری نیاز پیدا می‌کنند (شیری، ۱۳۹۵).

متوسط هزینه‌های یک بار بستری سالمندان دارای همسر (۱,۷۶۱,۷۲۵ تومان) در مقایسه با سالمندان بدون همسر (۱,۳۹۹,۶۷۳ تومان) بیشتر است. این امر با متوسط تعداد روزهای بستری هم‌بستگی دارد و طبیعی است با افزایش متوسط تعداد روزهای بستری، متوسط هزینه‌های بستری بیشتر شود. سالمندانی که در قالب خانواده

زن و شوهری زندگی می‌کنند، با ۱,۹۴۸,۹۲۱ تومان در مقایسه با سالمندان دیگر با متوسط هزینه بیشتری مواجه بوده‌اند. این امر با متوسط روزهای بستری تناسب داشته است؛ به گونه‌ای که سالمندانی که در قالب خانواده زن و شوهری زندگی می‌کنند، با متوسط ۵.۷۶ روز در مقایسه با سایر سالمندان، زمان بیشتری بستری بوده‌اند. سالمندان غیرشاغل که بخشی از سالمندان بازنشسته و مستمری‌بگیر را شامل می‌شوند، متناسب با متوسط روزهای بستری به طور متوسط ۱,۷۱۹,۶۱۰ تومان را برای یک بار بستری پرداخت کرده‌اند. متوسط هزینه‌های یک بار بستری در میان سالمندان شاغل ۱,۳۹۰,۳۵۴ تومان بوده است (شیری، ۱۳۹۵).

۲۸ درصد سالمندانی که برای بستری مراجعه و خدمات دریافت کرده‌اند، به بهبودی کامل دست یافته‌اند که البته این درصد در مقایسه با ۴۸.۸ درصد کل کشور در سطح پایین‌تری قرار دارد. شاید بتوان دلیل این تفاوت را وجود بیماری‌های مزمن سالمندان و زمان بر بودن فرایند بهبودی در سالمندان دانست (شیری، ۱۳۹۵). به طور کلی نتایج پژوهش شیری و همکاران (۱۳۹۵) نشان می‌دهد، در کنار شرایط اقتصادی و اجتماعی که سالمندان با آن مواجه هستند، شیوع بیماری‌های مزمن و توانکاه در میان سالمندان در مقایسه با سایر افراد جامعه در سطح بالاتری قرار دارد. افزون بر این، سالمندان در مقایسه با سایر افراد جامعه بیشتر به خدمات سلامت در قالب سرپایی و بستری نیاز دارند و به تبع آن، میزان مراجعه برای بهره‌مندی و همچنین هزینه‌ای که سالمندان برای این بهره‌مندی پرداخت می‌کنند، در سطح بالاتری قرار دارد. گروه‌های مختلف اجتماعی سالمندان نیز در الگوی نیازهای سرپایی و بستری و بهره‌مندی از این خدمات متفاوت‌اند. با توجه به اینکه کشور ایران در سال‌های آتی با انتقال نسل بیش‌زایی مولید به سنین سالمندی با سالمندی جمعیت مواجه خواهد بود، لزوم برنامه‌ریزی برای تأمین زیرساخت‌های درمانی بیشتر برای مواجهه با نیازهای سرپایی و بستری سالمندان اهمیت فراوانی دارد (شیری، ۱۳۹۵).

سیاست‌ها و برنامه‌ها

در حوزه سالمندان خدمات متنوع و در ساختارهای متفاوتی عرضه می‌شود که در ادامه مهم‌ترین آن‌ها بیان شده است.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

یکی از نهادهایی که در قالب‌ها و سطوح متنوع خدماتی به سالمندان عرضه می‌کند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. در ادامه این خدمات‌دهندگان به اختصار معرفی می‌شوند.

– پایگاه‌های بهداشت و مراکز جامع سلامت شهری

در این پایگاه‌ها سالمندان برای اینکه تحت مراقبت قرار بگیرند، ابتدا باید به پایگاه‌های بهداشت مراجعه کنند و در آنجا برای آن‌ها پرونده الکترونیک تشکیل می‌شود. براساس بسته خدمات تعریف شده از وزارت بهداشت، سالمندان خدماتی مانند غربالگری فشارخون، قند خون و چربی خون، غربالگری از نظر وضعیت تعادل و احتمال زمین خوردن، غربالگری از نظر وضعیت تغذیه‌ای، غربالگری از نظر سرطان‌های شایع (سرطان روده بزرگ و سینه) و همچنین بررسی وضعیت سلامت روان و افسردگی دریافت می‌کنند. همچنین در صورت نیاز، برای ویزیت پزشک و درمان به مراکز جامع سلامت، کارشناس بهداشت روان و کارشناس تغذیه ارجاع داده می‌شوند. مراقبان سلامت به پیگیری مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر می‌پردازند. در پایگاه‌ها، سالمندان برای پیشگیری از برخی بیماری‌ها از جمله پوکی استخوان، مکمل‌های کلسیم و ویتامین دریافت می‌کنند.

همچنین مراقبان سلامت، با هدف توانمندسازی سالمندان، آموزش‌های مرتبط با شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی، بیماری‌های غیرواگیر، افزایش سطح سواد سلامت و آمادگی در برابر حوادث و بلایا را به آن‌ها عرضه می‌کنند. همچنین مراقبان سلامت با جذب رابطان (سفیران سلامت) و برگزاری کلاس‌های آموزش گروهی و انفرادی، آموزش خودمراقبتی و استفاده از سایر روش‌های آموزش غیرحضوری سلامت برای افزایش سطح سلامت در جامعه تحت پوشش برنامه‌ریزی می‌کنند (اداره کل سلامت، ۱۳۹۸).

– کلینیک‌ها و بیمارستان‌های تخصصی سالمندان

در این کلینیک‌ها علاوه بر ارزیابی جامع سالمندان از سوی متخصصان طب سالمندی، ارزیابی، درمان و توان بخشی حافظه نیز صورت می‌گیرد. همچنین در برخی بیمارستان‌ها علاوه بر ارزیابی سرپایی جامع سالمندان، کلینیک ارزیابی سقوط، بخش بستری برای بازتوانی، کلینیک چندتخصصی متشکل از متخصص سالمندی، متخصص نورولوژی و متخصص تغذیه، آموزش همگانی پیشگیری از فشارخون بالا و سرطان‌ها نیز داده‌هایی عرضه می‌شود (اداره کل سلامت، ۱۳۹۸).

– مراکز خدمات پرستاری در منزل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مراکز مشاوره و عرضه مراقبت‌های پرستاری در منزل به منظور دستیابی به اهداف زیر فعالیت می‌کنند: تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مددجویان، بیماران و سالمندان به صورت مستقیم و غیرمستقیم با عرضه مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر نیاز جامعه در زمینه‌های مراقبتی، مشاوره‌ای، آموزشی، درمانی، توان بخشی و تأمین نیروی

انسانی کارآمد با تأکید بر افزایش سلامتی و کاهش تأثیر ناتوانی به‌ویژه در بیماری‌های مزمن (صعب‌العلاج، سرطانی‌ها، خاص و...) و افراد سالمند (اداره کل سلامت، ۱۳۹۸).

سازمان بهزیستی

نهاد دیگری که خدماتی را در قالب‌ها و سطوح متنوع به سالمندان عرضه می‌کند، سازمان بهزیستی کشور است. در ادامه این خدمات‌دهندگان به‌اختصار معرفی می‌شوند.

– مراکز توان‌بخشی روزانه سالمندان

سازمان بهزیستی برای عرضه خدمات آموزشی و توان‌بخشی به سالمندان با همکاری بخش غیردولتی مراکز روزانه آموزشی توان‌بخشی را راه‌اندازی کرده است. هدف این مراکز رساندن گروه هدف به حداکثر سطح استقلال و عملکرد است. در این مراکز علاوه بر خدمات توان‌بخشی، آموزش‌های مورد نیاز سالمندان با هدف حفظ و بازتوانی (تقویت) سطح بهینه رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی آن‌ها صورت می‌گیرد. در مراکز روزانه توان‌بخشی سالمندان، فرد به مرکز مراجعه کرده و از بسته خدمات تخصصی استفاده می‌کند و خانواده وی نیز از آموزش‌های لازم بهره‌مند می‌شود. متخصصان مرکز به‌صورت تیمی به ارزیابی، هدف‌گذاری فردی، طراحی برنامه درمانی و توان‌بخشی و اجرای آن، برای خدمت‌گیرندگان مراکز اقدام می‌کنند. در این مراکز، بیشتر تجهیزات کامل توان‌بخشی موجود بوده و فضا برای دسترسی گروه هدف به خدمات، مناسب‌سازی شده است. سازمان بهزیستی به‌صورت مستمر براساس چک‌لیست‌های ارزشیابی به فضا، کارکنان و خدمات مراکز نظارت دارد. براساس درجه ارزشیابی، مراکز بابت هر فرد خدمت‌گیرنده نیازمند یارانه دریافت می‌کنند که متناسب با قیمت تمام‌شده خدمات است. بخشی از هزینه‌ها را نیز فرد یا خانواده تقبل می‌کند (اداره کل سلامت، ۱۳۹۸).

– مراکز توان‌بخشی در منزل سازمان بهزیستی

این مراکز فعالیت خود را از نیمه دوم دهه ۸۰ در حوزه توان‌بخشی به‌عنوان سیاستی جدید برای کاهش روند مراجعه جامعه هدف به مراکز شبانه‌روزی و تسهیل در روند عرضه خدمت به سالمندان آغاز کردند. در این مراکز خدمات پزشکی، پرستاری، توان‌بخشی و روان‌شناسی با توجه به نیاز جامعه هدف به آن‌ها عرضه می‌شود. خدمات این مرکز با هدف ارتقای سطح سلامت و رسیدن به حداکثر استقلال نسبی در عملکرد سالمندان است و در

تیم توان بخشی در محل اقامت آن‌ها (خارج از مرکز توان بخشی) به صورت گروهی یا انفرادی خدمت می‌رساند (اداره کل سلامت، ۱۳۹۸).

– مراکز مراقبت در منزل سازمان بهزیستی

فعالیت این مراکز با هدف تقویت رویکرد توان بخشی و مراقبتی سالمندانی است که با خانواده زندگی می‌کنند. این مراکز از سال ۱۳۹۲ به صورت غیردولتی ایجاد شده‌اند و مراقبان آموزش دیده آن‌ها زیر نظر کارشناس متخصص و با مشارکت اعضای خانواده به سالمندان خدمات مراقبتی توان بخشی در منزل عرضه می‌کنند. خدمات توان بخشی و مراقبتی شامل خدمات مختلف مراقبت‌های بهداشتی و خدمات توان بخشی براساس برنامه‌ای است که کارشناسان علوم توان بخشی تدوین کرده‌اند و مراقبت، آموزش به سالمندان و خانواده آن‌ها درباره مسائل بهداشتی، استفاده صحیح از وسایل کمک توان بخشی، مناسب‌سازی، تطبیقات فضای فیزیکی و وسایل به منظور ارتقای مهارت‌ها و کسب استقلال فردی و افزایش توانمندی خانواده است (اداره کل سلامت، ۱۳۹۸).

– مراکز نگهداری شبانه‌روزی سالمندان

این مراکز از بدو تأسیس سازمان بهزیستی یکی از مراکز همراه سازمان بوده است و تمامی خدمات آن‌ها (مراقبت، نگهداری، توان بخشی، پزشکی و...) در مراکز دولتی عرضه می‌شود. این مراکز از اواخر نیمه دوم دهه ۱۳۶۰ به بخش غیردولتی واگذار شد (اداره کل سلامت، ۱۳۹۸). این مراکز را اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی کشور تأسیس می‌کنند و تحت نظارت و مطابق دستورالعمل‌های این سازمان به سالمندان واجد شرایط به‌طور شبانه‌روزی، خدمات توان بخشی-مراقبتی عرضه می‌کنند. این خدمات شامل اقدامات پزشکی و پرستاری، خدمات توان بخشی پزشکی (توان پزشکی)، توان بخشی اجتماعی، توان بخشی حرفه‌ای، توان بخشی آموزشی (آموزش به منظور انجام فعالیت‌های روزمره) و برنامه‌های اوقات فراغت است.

– بنیادهای فرزاتگان (تحت نظارت دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور)

سازمان‌های مردم‌نهاد غیردولتی، غیرسیاسی و غیرانتفاعی، حلقه ارتباطی میان سیاست‌گذاری حوزه سالمندی در کشور با جامعه هدف سالمندی هستند. به این منظور با جذب منابع مورد نیاز برای خدمت‌رسانی به سالمندان و بهره‌مندی از امکانات دستگاه‌های گوناگون، به سازمان‌های مردم‌نهاد برای نیل به اهداف سند

ملی تدوین سالمندی کشور اقدام می‌کنند. خدمات عرضه‌شده این بنیادها به سالمندان در حوزه‌های فرهنگی، ورزشی، سلامت، پیشگیری، آموزشی، پژوهشی، مذهبی، زیارتی و سیاحتی، هنری، اشتغال و کارآفرینی، تفریحی، اجتماع‌محور، مشارکتی، حقوقی و قانونی، مشاوره‌ای، محله‌محور صورت می‌گیرد. همچنین این بنیادها در اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی، مداخله در بحران، ایجاد محیط دوستدار سالمند و توانمندسازی سالمندان نیز فعالیت می‌کنند.

خانه سلامت و کانون‌های سالمندان شهرداری تهران

اداره کل سلامت با راه‌اندازی اولین خانه سلامت در سال ۱۳۸۵ نخستین اداره کل در حوزه معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران بود که به‌شکلی سازمان‌یافته در کوچک‌ترین واحد تقسیمات شهری، یعنی محله‌ها حضور یافت. خانه سلامت به‌منظور تحقق اهداف شهر سالم فعالیت‌های سلامت‌محور را به‌کمک تشکیل کانون‌های اجتماعی، شبکه سلامت‌یاران و شوراهای سلامت محله به شهروندان دنبال می‌کند. در حال حاضر، خانه‌های سلامت به‌منزله یکی از خانه‌های سرای محله‌ها در ۳۵۲ محله شهر تهران فعال هستند. کانون سالمندان محله‌های شهر تهران یکی از کانون‌های ده‌گانه اجتماع‌محور سلامت است که از سال ۱۳۸۸ با حضور سالمندان داوطلب فعال و مشارکت‌جو در سطح خانه‌های سلامت شروع به فعالیت کرده است. این کانون با هدف ارتقای سطح سلامت، افزایش حضور و مشارکت اجتماعی سالمندان و ساماندهی فعالیت‌های داوطلبانه آنان در سطح محله‌ها تشکیل شده است (اداره کل سلامت، ۱۳۹۸).

۵-۲. سلامت و بیماری‌های روانی

عوامل خطرناک مؤثر در بیماری‌ها در حال تغییر هستند. همچنین بیماری‌های عفونی که در گذشته بار اصلی بیماری‌ها را ایجاد می‌کردند، جایگزین بیماری‌های غیرواگیر، از جمله اختلالات قلب و عروق، بیماری‌های مزمن، صدمات جاده‌ای و اختلالات سلامت روان شده است. از سوی دیگر، مشکلات سلامت روان از سوی متخصصان مراقبت‌های سلامت و خود افراد سالمند کمتر تشخیص داده می‌شود؛ در نتیجه انگ ناشی از مشکلات سلامت روان سبب می‌شود افراد تمایلی به درخواست کمک نداشته باشند. اختلالات روانی و عصبی در میان افراد سالمند ۶۶ درصد از کل سال‌های زندگی با ناتوانی تعدیل شده^۱ (DALY) را برای این گروه سنی تشکیل می‌دهد و تقریباً ۱۵ درصد از بزرگسالان ۶۰ ساله و بالاتر حداقل از یک اختلال روانی رنج می‌برند (WHO, 2017).

اختلالات روان‌شناختی در سالمندان به دلیل محرومیت‌های مختلف اجتماعی، پایین بودن کیفیت زندگی، اختلالات شناختی، ناتوانی و افزایش خطر اختلالات جسمی متداول است (Moretti et al., 2011). براساس مطالعات، حدود ۱۰ درصد سالمندان دچار افسردگی هستند (Fitzpatrick et al., 2019) که این میزان در سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان به بیش از ۳۱ درصد می‌رسد (Benjenk et al., 2019). اضطراب از جمله دیگر اختلالات سلامت روان است که براساس مطالعات شیوع و علائم آن در سالمندان با افراد جوان‌تر متفاوت است (Barua et al., 2011). اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی دوران پیری است و این ارتباط ناشی از نقص اجتماعی و عملکردی افراد در سن پیری، مشکلات خواب و کاهش کیفیت زندگی است (Pachana et al., 2019). خودکشی یکی دیگر از مشکلات سلامت روان در سالمندان و یکی از دلایل مراجعه آنان به مراکز درمانی در کشورهای در حال توسعه است که کمتر به آن توجه شده است. مصرف بیش‌ازحد دارو یا مواد شیمیایی یکی از روش‌های اقدام به خودکشی در سالمندان است که این امر در شهرهای بزرگ و جوامع روبه‌رشد در حال افزایش است (Iliffe et al., 2005). اگرچه وضعیت سلامت روان در سالمندان ایرانی به صورت محدود بررسی شده است، نیمی از سالمندان ایرانی با مشکلات سلامت روان مواجه هستند (نبوی و همکاران، ۲۰۱۴).

براساس «برنامه اقدام سلامت روان ۲۰۱۳-۲۰۲۰»، سلامت روان بخش جدایی‌ناپذیر سلامتی و رفاه است که ویژگی‌های فردی و عوامل اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و محیطی را شامل می‌شود. بسته به زمینه، گروه‌های خاصی مانند سالمندان در معرض خطر بیشتری در مواجهه با مشکلات سلامت روانی و در نتیجه میزان بالاتر معلولیت و مرگ‌ومیر قرار دارند. ارزیابی وضعیت سلامت، به‌ویژه در گروه‌هایی که بیشتر نیازمند مراقبت سلامت

هستند، برای تعیین و پیش‌بینی نیازها و مداخلات سلامت بسیار مهم است. به دلیل روند روبه‌افزایش جمعیت سالمند در کشور و ضرورت توجه بیشتر به وضعیت سلامت این گروه جمعیتی، شناخت وضعیت سلامت روان سالمندان ایرانی بسیار مهم است.

سلامت روان در دیگر کشورها

براساس مطالعات، شایع‌ترین اختلالات روانی و عصبی در سالمندان، دمانس و افسردگی است که به ترتیب حدود ۵ درصد و ۷ درصد جمعیت سالمند جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین اختلالات اضطرابی ۳۸ درصد و مشکلات مصرف مواد حدود ۱ درصد سالمندان جهان را متأثر می‌کند. همچنین حدود یک‌چهارم مرگ‌ومیر ناشی از آسیب به خود در دنیا در میان افراد ۶۰ ساله یا بالاتر مشاهده شده است. البته در بیشتر موارد مشکلات سوء‌مصرف مواد در سالمندان نادیده گرفته می‌شود یا به‌درستی تشخیص داده نمی‌شود. هرچند خودکشی در کشورهای جهان در همه سنین اتفاق می‌افتد، این احتمال در گروه میان‌سالان و گروه‌های سالمندان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی بیشتر است (WHO, 2017).

براساس مطالعه کانول^۱ و همکاران (۲۰۰۸)، افسردگی در کمتر از نیمی از افراد سالمند مبتلا به اختلالات خلقی در مراکز عرضه خدمات سلامت تشخیص داده می‌شود و از این تعداد، تنها تعداد کمی از آن‌ها درمان می‌شوند (Conwell et al., 2008). در میان کسانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، تعداد کمی مداخله را با دوز و مدت‌زمان کافی، به‌نحوی که مؤثر واقع شود، دریافت می‌کنند (US Preventive Services Task Force, 2002). یکی از دلایل این امر این است که بسیاری از عرضه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه، تشخیص بیماری روانی برای سالمندان یا ارجاع برای مراقبت‌های بهداشت روان را نوعی انگ‌زنی می‌دانند و به همین دلیل از این مسئله به کلی اجتناب می‌کنند. زیربنای بسیاری از این موانع، تعصبات غلط در برابر سالمندی، بیماری‌های روانی و انتشار این نگرش است که چنین احساساتی در میان افراد سالمند که دچار اختلالات متعدد و بیماری‌های جسمی و افت عملکرد می‌شوند «عادی» است (US Preventive Services Task Force, 2002).

خودکشی یکی از نگرانی‌های مهم در حوزه سلامت عمومی در افراد سالمند است. براساس مطالعات خارجی، سالمندان بیش از هر گروه سنی دیگر در بیشتر کشورهای جهان خودکشی موفقی دارند. اپیدمیولوژی خودکشی در سالمندان در هر زمینه فرهنگی منحصر به فرد است (Conwell et al., 2008). در بیشتر کشورها، با وجود میزان بالای اقدام به خودکشی در میان نوجوانان و جوانان، میزان مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در سالمندان

بیشتر از سایر گروه‌های سنی است؛ از این رو خودکشی سالمندان از مهم‌ترین نگرانی‌های سلامت روان در هر کشور است (Heithoff et al., 1995). در میان سالمندان، نسبت فراوانی از اقدام به خودکشی، یعنی تقریباً از هر ۲ تا ۴ مورد اقدام به خودکشی، یک مورد سبب مرگ می‌شود (Conwell et al., 2008). در ایالات متحده، مانند بسیاری از کشورهای جهان، افراد مسن بیشتر از سایر گروه‌های سنی در معرض خودکشی قرار دارند (Ibid) همچنین مطالعات اخیر نشان می‌دهند که در کشورهای آسیایی، مرگ به دلیل خودکشی در میان سالمندان یکی از ۱۵ دلیل اصلی مرگ بوده است (Tandon et al., 2018).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ خودکشی در میان سالمندان را به تفکیک کشورهای با درآمد بالا و پایین و متوسط به صورت جهانی گزارش کرده است. براساس این گزارش بیشترین نرخ خودکشی افراد با سن بیشتر از ۶۰ سال به کشورهای با درآمد پایین و متوسط مربوط است. همچنین گروه سنی ۶۰ سال بیشترین تعداد خودکشی را داشتند. براساس پژوهش مروری نظام‌دار با بررسی مطالعات مربوط به خودکشی سالمندان بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۳، نتایج جدول ۵-۲ به دست آمد. براساس یافته‌های این مطالعه، میانگین سالیانه خودکشی در سالمندان در فنلاند، ایالات متحده (بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ و ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴)، ایرلند، ترکیه و ایتالیا به ترتیب ۹، ۱۱۸.۱، ۵۱، ۹۲، ۳.۵ و ۱۷۳ نفر است. همچنین نرخ خودکشی به جز کشور فنلاند در مردان بیشتر از زنان سالمند گزارش شده است (Alves et al., 2014). براساس گزارش آژانس تحقیقاتی ایرلند شمالی^۱ در سال ۲۰۱۸، تعداد خودکشی‌های ثبت شده در میان مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند و تعداد خودکشی در میان افراد ۶۰ سال به بالا ۳۴ نفر بوده است که در مقایسه با تعداد خودکشی در افراد ۱۵ تا ۶۰ سال رقم بسیار کمتری است (شکل ۵-۵). براساس نتایج مطالعه ژنگ^۲ و همکاران، سال‌های ۲۰۱۴-۱۹۸۷ در چین خودکشی در میان سالمندان به صورت کلی روند کاهشی داشته، اما همچنان در بین زنان و مردان روستایی بیشتر از زنان و مردان شهری بوده است (Zhong et al., 2014) (شکل ۵-۶).

1. Northern Ireland Statistics and Research Agency (NISRA)

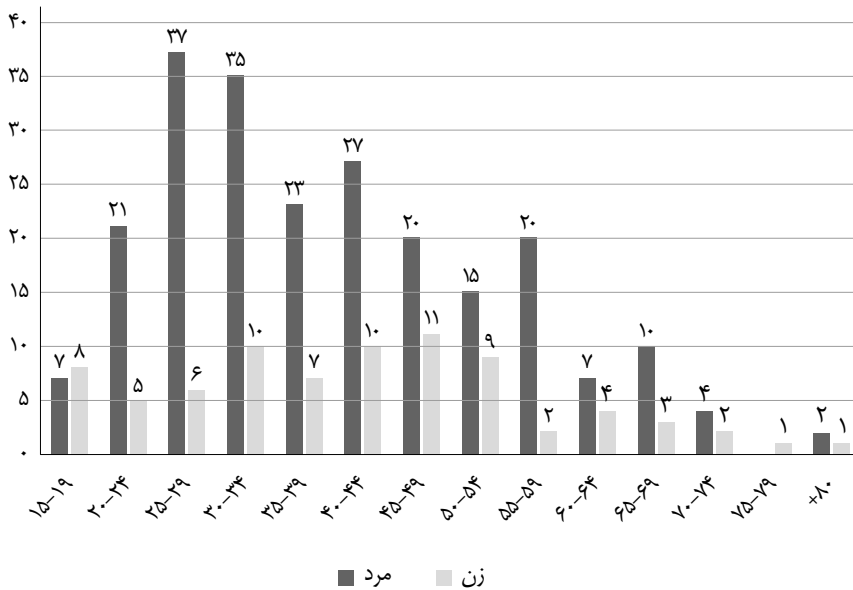
2. Zhong

جدول ۵-۲. فراوانی خودکشی در سالمندان به تفکیک مکان و جنسیت

مکان	میانگین سن	دوره زمانی	میانگین سالانه	تعداد کل	مردان	زنان
فنلاند	>۶۵	۲۰۰۳-۱۹۸۸	۱۲.۹	۱۹۴	۱۴۶	۴۸
نیویورک	>۶۰	۲۰۰۵-۱۹۹۰	۱۱۸.۱	۱۷۷۱	۱۲۳۱	۴۹۳
نیویورک	>۶۵	۲۰۰۴-۲۰۰۰	۵۱	۲۵۵	۱۸۳	۷۲
ایرلند	>۵۵	۲۰۰۶-۱۹۹۷	۹۲	۹۲۱	۶۹۱	۲۳۰
ترکیه	>۶۵	۲۰۰۷-۲۰۰۳	۳.۵	۱۷	۱۴	۳
ایتالیا	>۶۵	۲۰۱۰-۲۰۰۵	۱۷۳	۱۰۳۸	۸۱۲	۲۲۶

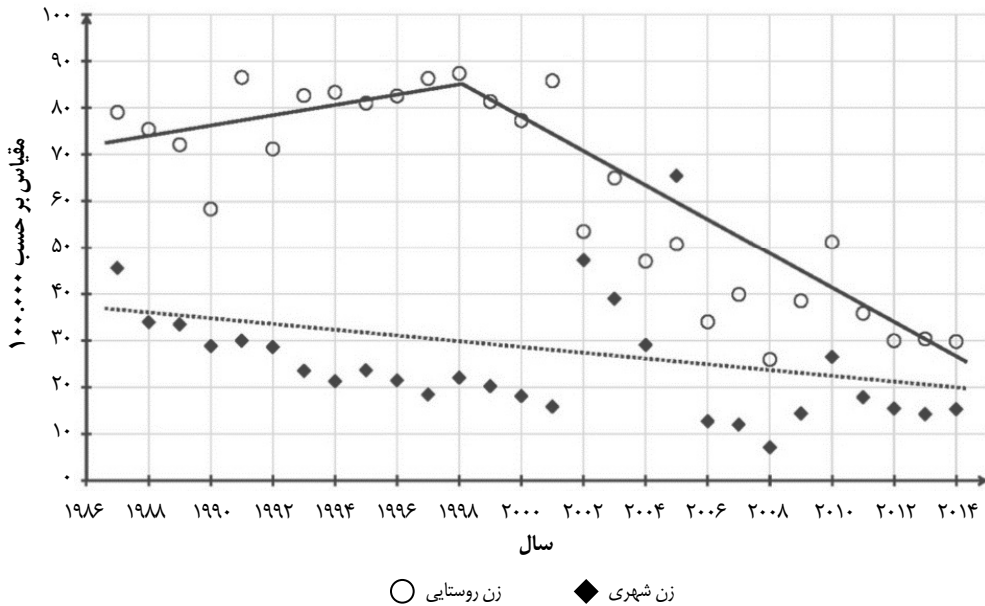
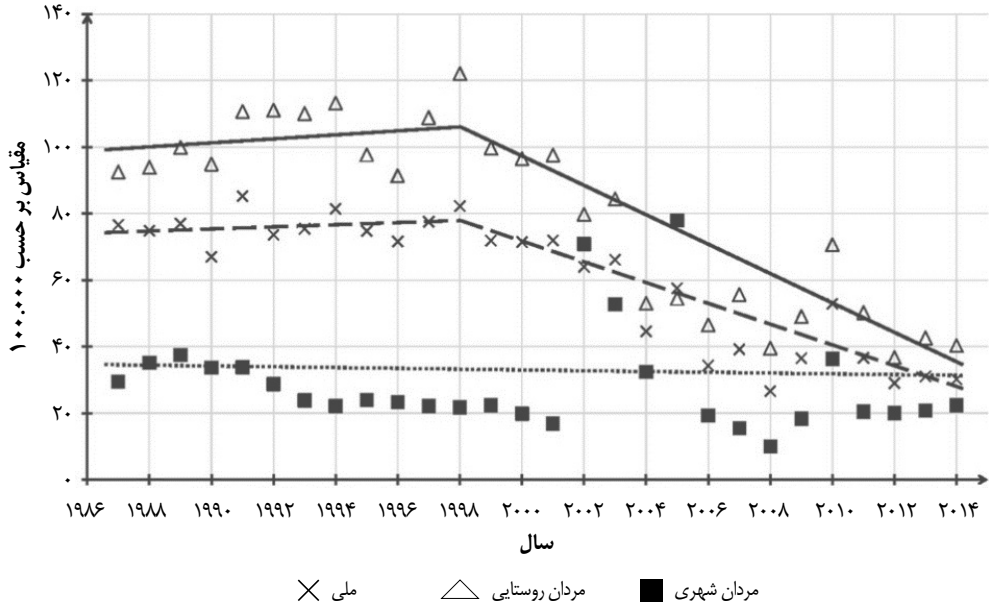
Source: Alves et al, 2014

شکل ۵-۵. تعداد خودکشی ثبت شده در ایرلند شمالی به تفکیک سن



Source: NISRA, 2018

شکل ۵-۶. روند خودکشی در میان سالمندان چین ۱۹۸۷-۲۰۱۴



Source: Zhong et al, 2014

وضعیت کنونی و روند

در مطالعه «سیمای سلامت سالمندان در ایران» که در سال ۱۳۹۷ منتشر شد، در بعد سلامت روانی ۳۳ درصد سالمندان احساس کسالت و بی‌حوصلگی داشتند و ۵۲ درصد نیز بیان کردند که بیشتر اوقات شاد نیستند. همچنین ۲۱ درصد اظهار کردند که احساس ناامیدی می‌کنند (سلیمانی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۸). در این مطالعه، افسردگی، اختلال خواب و سایر بیماری‌های روان‌شناختی، چهارمین اولویت بهداشتی در سالمندان دانسته شد. براساس این مطالعه، میزان شیوع افسردگی در سالمندان ایرانی ۳۵.۷ درصد بوده که این میزان در زنان سالمند ۴۲.۳ درصد و در مردان سالمند ۲۸.۵ درصد گزارش شده است. در مطالعه دیگری که در نمونه‌ای صد نفری از سالمندان منطقه ۲ تهران صورت گرفته، میزان افسردگی در سالمندان ۴۰ درصد گزارش شده است (Alipour et al., 2009). براساس مطالعه دیگری درباره سالمندان شهر تهران در دوره زمانی ۱۳۹۴-۱۳۹۳، میانگین نمره سلامت روان سالمندان حاضر در مطالعه 11.37 ± 21.82 بود (Alavi et al., 2018).

اگرچه مطالعات درباره خودکشی در سالمندان ایرانی و عوامل مرتبط با آن بسیار محدود است، نتایج مطالعه‌ای که با هدف تعیین عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در میان سالان مراجعه‌کننده به مرکز مسمومان بیمارستان لقمان در تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد، نشان می‌دهد میانگین نمرات افسردگی و داشتن افکار خودکشی در سالمندان بیش از افراد میان‌سال بوده است (Khodabandeh et al., 2012).

براساس مطالعه رضایی و همکاران (۲۰۲۰) درباره نرخ خودکشی در جمعیت سالمند ایران، نرخ خودکشی در میان سالمندان افزایش یافته و از ۳.۷ در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۸۷ به ۴.۳ در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۳ رسیده است. همچنین به‌صورت کلی نرخ خودکشی در میان مردان (۷۶ درصد) بیشتر از زنان است (۲۴ درصد). براساس گزارش این مطالعه می‌توان گفت بیشترین نرخ خودکشی منجر به مرگ در میان سالمندان در گروه سنی ۷۴-۶۰، در مردان و به روش دازدن است (جدول ۵-۳) (Razai et al., 2020).

جدول ۳-۵. تعداد خودکشی ثبت شده در جمعیت سالمند ایران به تفکیک سن و جنس ۲۰۰۸-۲۰۱۴

سال	۲۰۰۸	۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲	۲۰۱۳	۲۰۱۴
تعداد خودکشی	۲۰۲	۱۹۶	۲۰۹	۱۹۴	۲۳۶	۲۶۴	۳۰۰
سن (سال)							
۶۰-۷۴	۱۳۹	۷۰	۶۹	۴۷	۶۲	۶۳	۶۳
۷۵-۸۴	۵۲	۴۹	۴۴	۵۶	۶۹	۷۲	۶۰
>۸۵	۱۱	۶	۱۱	۱۲	۱۶	۲۶	۱۸
جنس							
مرد	۱۴۸	۱۴۷	۱۶۲	۱۵۲	۱۸۰	۱۹۶	۲۳۲
زن	۵۴	۴۹	۴۷	۴۲	۵۶	۶۸	۶۸
روش خودکشی							
دارزدن	۱۱۱	۹۷	۱۲۱	۱۱۱	۱۱۶	۱۱۳	۱۵۵
خودسوزی	۴۱	۳۱	۳۲	۱۵	۲۷	۴۰	۲۸
مسمومیت	۳۰	۳۶	۳۳	۴۱	۵۴	۶۲	۵۲
موارد دیگر	۱۷	۲۹	۲۰	۲۴	۳۹	۴۸	۶۵
ناشناخته	۳	۳	۳	۳	۰	۱	۰

Source: Razai et al, 2020

علل و عوامل مرتبط

در هر مرحله از زندگی ممکن است سلامت روان افراد با عوامل خطر ساز گوناگونی مواجه شود. در این میان، سالمندان با عوامل استرس زای شایع زندگی در سایر گروه های سنی دیگر روبه رو می شوند، اما عوامل استرس زا مانند از دست دادن قابل توجه ظرفیت کار و فعالیت و کاهش عملکرد در دوره سالمندی بیشتر مشاهده می شوند؛ برای مثال ممکن است سالمندان با کاهش تحرک، درد مزمن، ضعف یا سایر مشکلات سلامتی مواجه شده و برای مشکلات سلامتی جسمی به نوعی مراقبت طولانی مدت نیاز داشته باشند. همچنین بیشتر احتمال دارد که بازنشستگی، حوادثی مانند سوگواری یا افت وضعیت اقتصادی-اجتماعی را تجربه کنند. همه این عوامل استرس زا می تواند سبب انزوا، تنهایی یا پریشانی روانی در افراد سالمند شود که به این دلیل ممکن

است به مراقبت طولانی مدت نیاز داشته باشند. عوامل مرتبط با سلامت روان سالمندان را می توان به عوامل جمعیت‌شناختی، عوامل محیطی و بیماری‌های مرتبط با سلامت روان و خودکشی دسته‌بندی کرد.

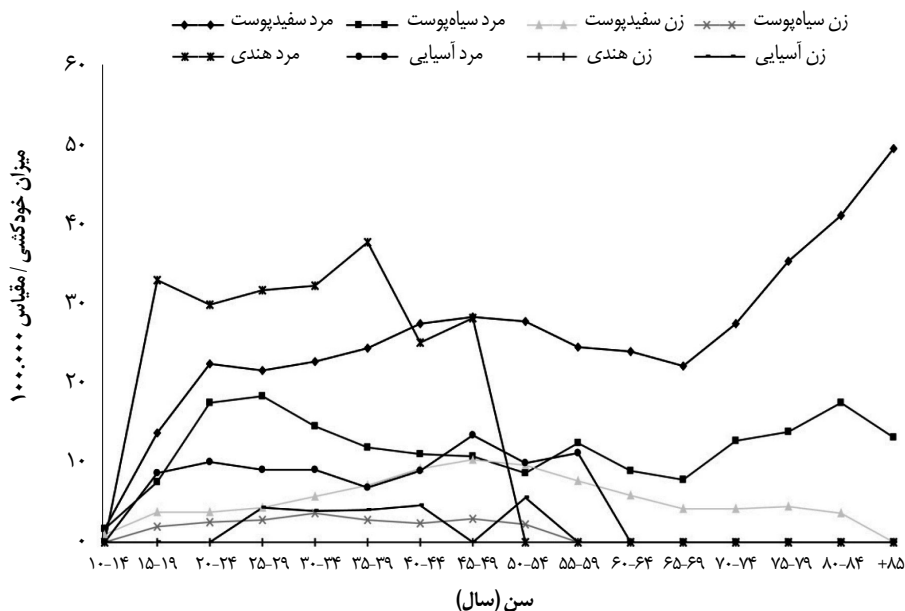
عوامل جمعیت‌شناختی

پژوهشگران حوزه سالمندی متغیرهای فردی را که به‌شکلی خاص با وضعیت سلامت روان سالمندان ارتباط دارند، شامل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و جنسیت دانسته‌اند (Najafi et al., 2013; Baratei et al., 2012). نتایج یک مطالعه درباره سلامت روان زنان و مردان سالمند شهر تهران نشان می‌دهد، تأهل سالمندان با سلامت روان آن‌ها ارتباط دارد (نوابی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین نتایج فراتحلیل مطالعات درباره سلامت روان سالمندان در ایران، با هدف ترکیب کمی نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه سلامت روان سالمندان نشان می‌دهد که میان سلامت روان با تأهل و جنسیت سالمندان ارتباط وجود دارد (عرب‌زاده، ۱۳۹۵). همچنین براساس مطالعه‌ای درباره وضعیت سلامت روان سالمندان در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ در شهر تهران، جنسیت یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان سالمندان است؛ یعنی زنان در مقایسه با مردان سطح سلامت روان پایین‌تری دارند. همچنین براساس یافته‌های همین مطالعه، سن رابطه مستقیمی با سلامت روان دارد؛ یعنی با افزایش سن سلامت روان سالمندان ضعیف‌تر می‌شود (نجفی و همکاران، ۱۳۹۲). یکی دیگر از عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با سلامت روان سالمندان تحصیلات است. براساس نتایج مطالعه‌ای درباره وضعیت سلامت روان سالمندان در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ در شهر تهران، مشخص شد که تحصیلات نیز جزء عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان سالمندان مورد مطالعه بود؛ به‌طوری که سطح میانگین سلامت روان افراد دارای سطح تحصیلات پایین‌تر، کمتر است (Alavi et al., 2018).

خودکشی جزء خطرات تهدیدکننده جان سالمندان است. مطالعات مربوط نشان می‌دهد این مسئله می‌تواند با متغیرهایی از جمله جنس و نژاد مرتبط باشد. براساس مطالعاتی که در مکان‌های گوناگون جهان صورت گرفته است، مردان مسن بیشتر در معرض خطر خودکشی هستند و خودکشی مرگ‌بار در آن‌ها در مقایسه با زنان شیوع بیشتری دارد، اما در زنان افکار خودکشی و خودکشی غیرکشنده شایع‌تر است (Conwell et al., 2008). نتایج مطالعات محدود درباره ارتباط جنسیت و خودکشی در ایران کمی با یافته‌های جهانی متفاوت است. در کشورهای دیگر که آمار خودکشی را به سازمان بهداشت جهانی گزارش داده‌اند، تفاوت قابل توجهی میان تأثیر عواملی مانند سن و جنسیت در خطر خودکشی وجود دارد. این تفاوت‌ها ممکن است نشان‌دهنده تفاوت در نحوه گزارش در میان کشورها یا حاکی از این باشد که عوامل فرهنگی به‌وضوح نقش مهمی در ارتباط میان سن و جنسیت و

خودکشی دارد. براساس مطالعه سلامت روان در ایران در سال ۲۰۱۱، تعداد ۷.۷ درصد زنان در سنین ۶۴-۱۵ سال افکار خودکشی بالا داشتند که ۶.۱ بار شیوع بیشتری از مردان داشت. همچنین ۱.۸ درصد زنان در یک سال پیش از مطالعه اقدام به خودکشی کرده بودند که ۲ برابر از مردان بیشتر بود. در شکل ۵-۷، روابط پیچیده میان خطر خودکشی، سن، جنسیت و نژاد در ایالات متحده آمریکا نشان داده شده است. در هر مقطع از زندگی، میزان خودکشی در مردان بیشتر از زنان و در سفیدپوستان در مقایسه با غیر سفیدپوستان بیشتر است. همچنین بالاترین نرخ خودکشی در میان مردان سفیدپوست ۸۵ ساله مشاهده شد (Conwell et al., 2008).

شکل ۵-۷. خودکشی به تفکیک سن، جنسیت و نژاد در آمریکا



Source: Conwell et al, 2008

عوامل محیطی

پژوهشگران حوزه سالمندی متغیرهای محیطی متعدد و متنوعی را بررسی کرده‌اند که به‌طور خاص با وضعیت سلامت روان سالمندان ارتباط دارد؛ از جمله بهزیستی و رفاه اجتماعی، سرمایه اجتماعی، سکونت در سرای سالمندان و وضعیت اقتصادی (Baratei et al., 2012; Najafi et al., 2013). افسردگی از جمله اختلالات روان‌شناختی است که در سالمندان به دلایل مختلفی از جمله تنها زندگی کردن، مشکلات مالی و از دست دادن عزیزان می‌تواند بروز کند. همچنین آن‌ها به دلیل بازنشستگی و کاهش منابع درآمد، بیش از سایر افراد جامعه در

معرض مشکلات مالی هستند که این مشکلات هم موجب محدودیت دسترسی سالمندان به خدمات درمان و مراقبت می‌شود و هم اثرات سوء دیگری بر سلامت روان آن‌ها دارد. سوء رفتار با سالمندان از دیگر عواملی است که می‌تواند موجب مشکلات سلامت روان در سالمندان شود. حداقل یک مطالعه نشان داده است که شیوع افسردگی در سالمندانی که با سوء رفتار مواجه شده بودند، تا سه برابر بیشتر بود (Thomson et al., 2018).

نتایج یک مطالعه درباره سلامت روان زنان و مردان سالمند شهر تهران نشان می‌دهد که میان حمایت خانوادگی، پایگاه اقتصادی و اجتماعی و حضور فرزندان سالمندان با سلامت روان آن‌ها رابطه وجود دارد (نوابی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین نتایج فراتحلیل مطالعات در زمینه سلامت روان سالمندان در ایران، با هدف ترکیب کمی نتایج پژوهش‌های قبلی درباره وضع سلامت روان سالمندان نشان می‌دهد که میان سلامت روان و متغیرهای سرمایه اجتماعی، فعالیت‌های جسمی و ورزشی / تفریحی، سکونت‌نداشتن در سرای سالمندی، بهزیستی، وضعیت اقتصادی و شیوه‌های مختلف درمانی با سلامت روان سالمندان رابطه وجود دارد (عرب‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). براساس مطالعه‌ای دیگر، خودکارآمدی ادراک‌شده در سالمندان نقش بسیار مهمی در پیش‌بینی سلامت روان آنان دارد (Depp et al., 2006).

عوامل جسمی و بیماری‌ها

محدودیت جسمی - حرکتی و همچنین استفاده از وسایل کمکی بازتوانی مانند عصا، واکر و صندلی چرخ‌دار به‌طور معناداری با سلامت روان رابطه دارد (Alavi et al., 2018). خودکشی یکی از مصادیق نداشتن سلامت روان است که از دیگر خطرات تهدیدکننده جان سالمندان به‌شمار می‌آید. این اختلال می‌تواند با متغیرهایی از جمله بیماری‌های هم‌زمان جسمی و روانی و ویژگی‌های فردی مرتبط باشد. براساس مطالعات جهانی، از دیگر عوامل مهم مرتبط با ابتلا به خودکشی در دوره سالمندی، داشتن احساس تنهایی، داشتن افکار خودکشی، انزوا، ابتلا به افسردگی، مشکلات اقتصادی و مالی، بیماری‌های جسمانی مزمن و ناتوانی جسمانی و شناختی است (Conwell et al., 2008).

محققان مدت‌هاست به ارتباط میان خودکشی در اواخر عمر و صفاتی از قبیل منزوی و خجالتی بودن (Batchelor et al., 1953)، عصبیت و انعطاف‌ناپذیری اشاره کرده‌اند (Clark et al., 1993; Batchelor et al., 1953). همچنین براساس مطالعه بک^۱ و همکاران، ناامیدی^۲، به‌ویژه در سالمندان، عامل پیش‌بینی‌کننده قوی اقدام به خودکشی است (Beck et al., 1999). مطالعات نشان می‌دهد بیماری‌های روان‌پریشی اولیه، از جمله

1. Beck
2. Hopelessness

اسکیزوفرنی، بیماری اسکیزوافکتیو و اختلال هذیانی در مقایسه با اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات روانی نقش کمتری در خودکشی در زندگی دارد. به‌طور کلی، ۷۱-۹۵ درصد سالمندان که اقدام به خودکشی می‌کنند، دارای بیماری روانی قابل تشخیص بوده‌اند (Conwell et al., 2008). همچنین با توجه به مطالعات بین‌المللی، وجود سابقه اقدام به خودکشی یا افکار خودکشی، خطر رفتارهای بعدی خودکشی و خودکشی موفق را در سالمندان افزایش می‌دهد؛ دقیقاً مانند وضعیتی که در سایر مراحل زندگی وجود دارد (Conwell et al., 2000). (Beck et al., 1999).

همچنین مطالعات جهانی نشان می‌دهد از میان اختلالات هم‌زمان با خودکشی در سالمندان، اختلالات خلقی شایع‌ترین اختلال است که در ۸۷-۵۴ درصد موارد وجود دارد. نتایج درباره شیوع هم‌زمان اختلالات مصرف مواد در سالمندانی که اقدام به خودکشی داشتند، به‌طور گسترده‌ای از ۴۶-۳ درصد متفاوت است که این تفاوت می‌تواند به‌دلیل تفاوت در گروه‌های سنی مطالعه‌شده، مکان‌ها و تاریخ مطالعات باشد. مطالعاتی که در دهه ۲۰۰۰ و در کشورهای غربی انجام شده بیشتر اوقات نرخ بیشتری از همراهی اختلال مصرف مواد و خودکشی در سالمندان را نشان می‌دهد (Conwell et al., 2008).

مطالعات انجام شده درباره جمعیت‌های محدود در ایران دلالت بر این دارند که بیماری‌های جسمی و ترس از آن، سوگ، احساس طردشدگی، احساس گناه، دردهای مزمن، ناامیدی و درماندگی و به‌ویژه از دست دادن همسر از عوامل خطر آفرین اقدام به خودکشی در سالمندان است (ملکی و همکاران، ۱۳۷۸؛ ظهور و همکاران، ۱۳۸۱؛ مهران و همکاران، ۱۳۸۳). براساس مطالعه‌ای در بیمارستان لقمان شهر تهران، ۵۱ درصد افراد مورد مطالعه سابقه بیماری جسمی و ۶۱ درصد سابقه بیماری روانی داشته‌اند. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که بین افسردگی و اقدام به خودکشی در سالمندان رابطه وجود دارد. افسردگی و افکار خودکشی ناشی از این اختلال، از جمله عوامل خطر آفرین مهم در خودکشی افراد سالمند است (Conwell et al., 2008).

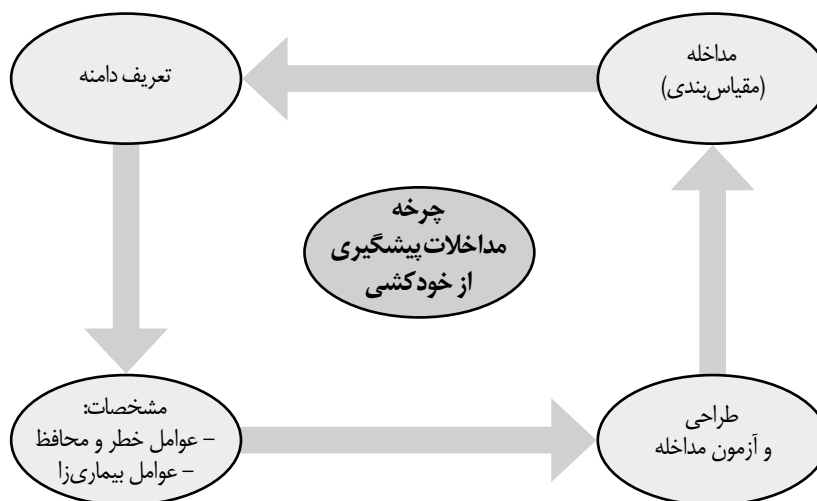
برنامه‌ها و سیاست‌ها

کاهش عوارض و مرگ‌ومیر مربوط به خودکشی در گروه سنی سالمندان به مطالعه نظام‌دار، مداخله و پیشگیری از خودکشی بستگی دارد. توسعه راهبردهای پیشگیری از خودکشی در افراد سالمند، به‌ویژه به‌دلیل طیف وسیعی از عوامل مؤثر بر آن در سطح فردی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بسیار چالش‌برانگیز است. در حال حاضر، سلامت روانی سالمندان به‌ویژه شیوع فزاینده خودکشی آن‌ها تحت تأثیر موانع متعددی است که در ادامه به برخی از مهم‌ترین آن‌ها اشاره شده است:

- تا آنجا که پیشگیری از خودکشی به کشف و درمان به موقع و مؤثر اختلالات روانی متکی است، افراد سالمند با موانع متعددی برای دستیابی به خدمات مراقبت و پیشگیری از خودکشی روبه‌رو هستند (Wells et al., 2002). در سطح سیستم خدمات، هنوز موانع تبعیض آمیز در دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان وجود دارد. دریافت‌کنندگان کمک‌های مالی برای مراقبت سلامت به‌جای پرداخت هزینه ۲۰ درصد برای خدمات سلامت جسمی، باید ۵۰ درصد هزینه خدمات مراقبت روانی را پرداخت کنند.
- افراد سالمند تمایل ندارند از خدمات سلامت روان استفاده کنند، بلکه بیشتر به دنبال دریافت خدمات و مراقبت‌های اولیه سلامت جسمی هستند. شواهد نشان می‌دهد سالمندان مبتلا به اختلالات هیجانی که علائم خفیف‌تری دارند، بیشتر با شکایات جسمی به مراقبان اولیه سلامت مراجعه می‌کنند (Heithoff et al., 1995). تظاهرات بالینی آن‌ها بیشتر با بیماری پزشکی همراه است و اغلب داروهای متعدد برای درمان اختلال جسمی برای آن‌ها تجویز می‌شود که درمان اختلالات روانی را در آن‌ها پیچیده‌تر می‌کند. همچنین افراد مسن تمایلی به گفت‌وگو درباره مشکلات خلقی و هیجانی خود ندارند و کمتر احتمال دارد افسردگی و خودکشی را به دیگران بگویند (Duberstein et al., 1999; Gallo et al., 1994).
- اگرچه پزشکان بسیاری از افراد سالمند را در معاینات معمول در مراکز مراقبت‌های اولیه سلامت می‌بینند، مطالعات نشان می‌دهد بیشتر آن‌ها آموزش تخصصی لازم در زمینه مراقبت از سالمندان را ندارند. در نتیجه اطلاعات و پشتیبانی لازم برای تصمیم‌گیری درباره بهینه‌سازی کیفیت مراقبت و زمان لازم برای تشخیص اختلالات خلقی و ارزیابی خطر خودکشی در سالمندان در اختیار آن‌ها نیست (Nutting et al., 2000).
- اجرای راهبردهای مؤثر پیشگیری از خودکشی و کاهش مرگ‌های ناشی از خودکشی توسط افراد سالمند، چنان‌که در شکل ۵-۸ آمده، به اطلاعات به‌دست آمده در هر چهار مرحله چرخه تحقیق مداخله پیشگیرانه بستگی دارد (Conwell et al., 2008). گام اول این چرخه، تعریف دامنه مسئله است، موضوعاتی از قبیل میزان خودکشی در سالمندان و الگوهای آن‌ها و تغییرات این الگو در طول زمان و مکان. گام دوم توصیف خودکشی در سالمندان با اشاره خاص به عوامل خطر و محافظ است. این اطلاعات مکانیسم‌های بالقوه بیماری‌زایی را نشان می‌دهند و بیان می‌کنند که در کجا می‌توان بهترین دسترسی را به سالمندان در معرض خطر پیدا کرد، یا چه کسانی لازم است هدف مداخلات پیشگیرانه باشند.

دامنه فعالیت‌ها و سیاست‌گذاری‌ها در زمینه سلامت روانی سالمندان، به‌ویژه پیشگیری از خودکشی آنان چندان قابل‌توجه نیست. در برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰) که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر کرده است، در قسمت پیشگیری سطح اول، بازطراحی برنامه‌های سلامت روان در قالب استاندارد «برنامه‌های سلامت» و شروع اجرای کشوری آن‌ها در هشت حیطه اولویت‌دار، مهارت‌های زندگی (براساس آموزه‌های فرهنگ ایرانی و اسلامی)، فرزندپروری و روابط خانوادگی، حمایت روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی، خشونت (کودک‌آزاری، همسر‌آزاری و سالمند‌آزاری) و انگ‌زدایی را به‌منزله مداخلات اساسی این برنامه در نظر گرفته‌اند.

شکل ۵-۸. چرخه تحقیق مداخله پیشگیری از خودکشی



همچنین یکی از اهداف برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران که در سال ۱۳۹۱ منتشر شده است، روزآمد کردن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۱).

۵-۳. کیفیت زندگی

یکی از شاخص‌هایی که به‌خوبی وضعیت سالمندان را بیان می‌کند، شاخص کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی هدف غایی عرضه خدمات مختلف اجتماعی و رفاهی به گروه‌های مختلف سنی و اجتماعی است که فراتر از عملکرد سازمان و نهاد خاصی است (Farajzadeh et al., 2017; Netuveli et al., 2008). کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی، نسبی و متأثر از زمان و مکان است که ضمن وابستگی به شرایط عینی و بیرونی، امری ذهنی و درونی به شمار می‌آید و به تصورات و ادراک فرد از موقعیت زندگی‌اش بستگی دارد (Jing et al., 2016).

کیفیت زندگی سالمندان در دیگر کشورها

کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی است و برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان ابزارهای عمومی و اختصاصی متعددی کاربرد دارد (نیک‌خواه و همکاران، ۱۳۹۶). تاکنون مطالعه‌ای منتشر نشده است که کیفیت زندگی سالمندان را در کل کشورها با یک ابزار واحد سنجیده و با یکدیگر مقایسه کرده باشد؛ به همین دلیل رتبه‌بندی حمایت کشورها از سالمندان که در تنظیم آن از شاخص‌هایی مشابه با ابعاد کیفیت زندگی استفاده می‌شود، جایگزینی برای ارزیابی کیفیت زندگی سالمندان در کشورهای مختلف است. هر ساله گزارشی از رده‌بندی کشورها بر مبنای شاخص مراقبت‌های سلامت^۱، شاخص امنیت^۲، شادکامی^۳ و هزینه‌های زندگی^۴، قیمت ملک^۵ و شروع سن بازنشستگی عرضه می‌شود. براساس گزارشی در مجله سنووردز^۶ در سال ۲۰۲۰، بهترین کشورها از جهت زندگی سالمندان به‌ترتیب فنلاند، دانمارک و هلند و بدترین کشورها به‌ترتیب عراق، کنیا و اوکراین بوده‌اند. رتبه ایران نیز در میان ۱۰۵ کشور ۹۹ است. جدول ۴-۵ وضعیت این شاخص را در کشورهای مختلف نشان می‌دهد.

-
1. Health Care Index
 2. Safety Index
 3. Happiness
 4. Cost of Living
 5. Property Prices
 6. CEOWORLD

جدول ۵-۴. رتبه‌بندی برخی کشورها براساس حمایت از سالمندان در سال ۲۰۲۰

رتبه	نام کشور	امید به زندگی ^۱	شاخص مراقبت‌های سلامت	شاخص امنیت	شادکامی	هزینه‌های زندگی	قیمت ملک	شروع سن بازنشستگی
۱	فنلاند	۸۱.۹	۷۵.۲۷	۱.۴۲	۷.۷۷	۷۲.۲	۲.۲	۶۵
۱۱	جمهوری چک	۷۹.۴	۷۴.۴۷	۱.۶۱	۶.۸۵	۴۵.۷	۱۰.۷	۶۳
۲۱	مالت	۸۲.۵	-	-	۶.۷۳	۶۵.۴	۱.۲۷	۶۰
۳۱	لیتوانی	۷۵.۹	۶۸.۷۹	۱.۹۹	۶.۱۵	۴۵.۴	۱.۴۷	۶۲
۴۱	مکزیک	۷۵.۱	۶۹.۴	۳.۱۶	۶.۶	۴۳.۳	۰.۸	۶۵
۵۱	اروگوئه	۷۷.۹	۳۳.۱۵	۲.۳۱	۶.۲۹	۵۴.۹	۰.۶۲	۷۰
۶۱	بوسنی و هرزگوین	۷۷.۴	۵۲.۳۵	۲.۴۲	۵.۳۹	۳۶.۲	۰.۹۹	۶۵
۷۱	مراکش	۷۶.۷	۳۹.۳۵	۲.۳۴	۵.۲۱	۳۴.۶	۰.۸۴	۶۰
۸۱	برزیل	۷۵.۹	۵۵.۵۹	۳.۱۴	۶.۳	۴۲.۶	۰.۵۱	۶۵
۹۱	نپال	۷۰.۸	۵۶.۲۷	۲.۴۵	۴.۹۱	۳۰.۷	۰.۲۹	۷۰
۹۹	ایران	۷۶.۷	۵۱.۸۶	۲.۸۸	۴.۵۵	۴۱.۴	۰.۲	۵۸
۱۰۰	نیجریه	۵۴.۷	۵۳.۴۹	۳.۳	۵.۲۷	۳۱.۸	-	-
۱۰۱	کلمبیا	۶۹.۸	-	۲.۵۵	۴.۷	۴۷.۸	۰.۱۹	۵۵
۱۰۲	ونزوئلا	۷۲.۱	۴۰.۱۷	۳.۶۸	۴.۷۱	۲۷.۲	۰.۰۳	۵۷.۵
۱۰۳	اوکراین	۷۲.۱	۵۱.۱۳	۳.۲۶	۴.۲۳	۳۰.۹	۰.۳۷	۶۱
۱۰۴	کنیا	۶۶.۷	۵۴.۹۸	۲.۶۹	۴.۵۱	۳۹.۳	-	۶۵
۱۰۵	عراق	۷۰.۶	۴۱.۳۲	۴.۰۵	۴.۴۴	۳۹.۸	-	۵۷.۵

Source: CEOWORLD, 2020

رتبه‌بندی‌ها نشان می‌دهد در بیشتر این سال‌ها، کشورهای صنعتی به‌ویژه اقتصادهای توسعه‌یافته اروپای غربی و آمریکای شمالی در ابتدای فهرست قرار می‌گیرند. به نظر می‌رسد یکی از دلایل این امر این باشد که اتحادیه‌های کارگری در این کشورها مطالبات خود را به سرعت به مقامات ارجاع می‌دهند و رسیدگی‌های قانونی هم در بدنه اجرایی کشور انجام می‌شود، اما در کشورهای فقیر و کشورهای کم‌درآمد خبری از مطالبات قانونی

1. Life Expectancy (Years)

و عملکرد فعال اتحادیه‌های کاری نیست و از این رو افراد بازنشسته با مشکل تأمین معیشت روبه‌رو هستند.

کیفیت زندگی سالمندان در ایران

در چند دهه اخیر، تحقیقات فراوانی پیرامونی کیفیت زندگی سالمندان صورت گرفته است (Netuveli et al., 2008). براساس مطالعه مروری فرج‌زاده و همکاران (۲۰۱۷)، کیفیت زندگی سالمندان ایرانی در سطح متوسط است (Farajzadeh et al., 2017). همچنین براساس مرور نظام‌مند کاظمی و همکاران (۱۳۹۷) ۷ درصد مطالعات کیفیت زندگی سالمندان را بالا، ۴۲ درصد پایین و ۵۰ درصد کیفیت زندگی سالمندان را متوسط گزارش کرده‌اند (کاظمی و دیگران، ۱۳۹۷).

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در مطالعه یوشنی و همکاران (۱۳۹۸) در سال ۱۳۹۷ درباره سالمندان تحت پوشش کانون بازنشستگان شهر یزد معادل 93.7 ± 62.295 بود که نشان‌دهنده سطح متوسط کیفیت زندگی سالمندان در شهر یزد است. همچنین در مطالعه‌ای درباره سالمندان زاهدان کیفیت زندگی آن‌ها پایین برآورد شد و این نتیجه به دست آمد که یک‌پنجم سالمندان برای انجام کارهای روزانه خود نیازمند کمک هستند (Mesgar et al., 2013). براساس مطالعات، کیفیت زندگی در آسایشگاه‌های نگهداری سالمندان پایین‌تر از سالمندان ساکن در خانه است. همچنین کیفیت زندگی در حیطه‌های ایفای نقش عاطفی، عملکرد فیزیکی و در مجموع سلامت عمومی پایین است (Salari et al., 2011). براساس مطالعه سعید و همکاران (۱۳۹۸) کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران به ترتیب در حد ضعیف و متوسط بود. براساس یافته‌ها، اقامت در آسایشگاه‌های سالمندی تأثیر معناداری بر سطح سلامت اجتماعی سالمندان ندارد، اما همین موضوع به‌طور معناداری بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار است (سعید و دیگران، ۱۳۹۸). در این میان با توجه به نتایج برخی مطالعات، کیفیت زندگی سالمندان ساکن روستا بالاتر است؛ زیرا فعالیت‌های روزمره زندگی سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی آنان می‌شود. سالمندان روستایی در مقایسه با سالمندان ساکن شهرها فعالیت بدنی بیشتری دارند (Salari et al., 2011) (جدول ۵-۵).

جدول ۵-۵. وضعیت کیفیت زندگی سالمندان ایرانی به تفکیک مکان

مطالعه	مکان	وضعیت کیفیت زندگی
احمدی و همکاران (۱۳۸۳)	زاهدان	نامطلوب
جدیدی و همکاران (۱۳۹۴)	سرای سالمندان کهریزک	نامطلوب
خزایی جلیل و همکاران (۱۳۹۴)	شاهرود	نامطلوب
مسگر و همکاران (۱۳۹۴)	سالمندان روستایی بیرجند	مطلوب
افتخار اردبیلی و همکاران (۱۳۹۳)	سالمندان جنوب تهران	متوسط
جعفرزاده و همکاران (۱۳۸۹)	سبزوار	نامطلوب
نبوی و همکاران (۱۳۹۳)	بجنورد	متوسط
حکمت‌پور و همکاران (۱۳۹۳)	اراک	متوسط
سالاری لک و همکاران (۱۳۹۲)	روستاهای کامیاران	متوسط
فرهادی و همکاران (۱۳۹۰)	روستای پوشهر	نامطلوب
آقائوری و همکاران (۱۳۹۰)	مرکزی	متوسط
جعفرزاده و همکاران (۱۳۸۹)	سبزوار	نامطلوب
نجاتی و همکاران (۱۳۸۷)	کاشان	متوسط
بابایی و همکاران (۱۳۸۴)	کرمانشاه	متوسط
یوشنی و همکاران (۱۳۹۸)	یزد	متوسط

عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان

براساس مطالعات، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، آموزش، فعالیت بدنی، بیماری و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان ارتباط دارد. در ادامه نقش و سهم هریک از این عوامل بررسی شده است.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

ویژگی‌هایی مانند جنسیت، سطح تحصیلات و مذهب ارتباط معناداری با کیفیت زندگی سالمندان دارد. در مطالعات گوناگون، تأثیر این عوامل بر کیفیت زندگی سالمندان بررسی شده است. جنسیت یکی از عوامل تعیین‌کننده در کیفیت زندگی است. در بیشتر مطالعات کیفیت زندگی در زنان سالمند پایین‌تر از مردان گزارش

شده است (Asgharzadeh et al., 2014; Habibi et al., 2012; Hasani et al., 2011; Jadidi et al., 2011); Khaje Bishak et al., 2014; Moradi et al., 2013; Naseh et al., 2014; Naseh et al., 2015; Orouji et al., 2014; Rakhshani et al., 2011). مطالعات نشان می‌دهد که سن، جنسیت و وضعیت سلامتی و عوامل فرهنگی از عوامل مهم تأثیرگذار بر درک افراد از کیفیت زندگی است. اگرچه افزایش سن سبب افت کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود، سایر عوامل زمینه‌ای نیز در این کاهش اثرگذارند (Salehi et al., 2009); البته براساس نتایج مطالعه خواجه و همکاران، کیفیت زندگی رابطه‌ای معنادار با جنس ندارد (به نقل از: Matlabi et al., 2011). سطح تحصیلات بالا، سبب افزایش کیفیت زندگی می‌شود. وضعیت تأهل نیز بر کیفیت زندگی تأثیر دارد؛ به طوری که افراد متأهل سلامت جسمی و روحی بیشتری دارند.

ویژگی‌های اجتماعی و محیطی

نتایج مطالعه مروری ونبو و همکاران (۲۰۱۶) درباره کیفیت زندگی سالمندان، شناسایی تأثیر فاکتورهایی مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، فیزیکی، روانی و مذهبی بر کیفیت زندگی سالمندان بود. براساس این مطالعه، ویژگی‌های محیطی و کیفیت مراقبت از سالمندان تعیین‌کننده‌های مهمی در کیفیت زندگی سالمندانی است که در مراکز سالمندان نگهداری می‌شوند. در این میان، مذهب تنها بر کیفیت زندگی سالمندانی است که می‌کنند تأثیرگذار است (به نقل از: Jing et al., 2016). نتایج مطالعات داخلی نیز نشان می‌دهد که حدود ۴۲ درصد سالمندان مقیم خانه‌های سالمندان استان تهران علائم افسردگی دارند که می‌تواند بر کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر باشد (Sadeghi et al., 2004).

همچنین کیفیت زندگی سالمندانی که در خانه زندگی می‌کنند، از سالمندان ساکن آسایشگاه سالمندان بیشتر است. همچنین مجهز کردن خانه‌های سالمندان به وسایل تکنولوژیک، مانند ماشین ظرف‌شویی و حمام‌های هوشمند کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (Ghaderi et al., 2014). براساس نتایج مطالعه توصیفی-تحلیلی یوشنی و همکاران (۱۳۹۸)، ارتباط مستقیمی بین استفاده از تلفن همراه و زمینه و مدت‌زمان استفاده از آن با کیفیت زندگی وجود دارد. این تأثیر متقابل با کاربرد تلفن همراه در زمینه‌های افزایش آگاهی، برقراری ارتباط یا سرگرمی یا ایجاد روابط اجتماعی بیشتر با خانواده، اقوام و هم‌سالان جریان می‌یابد (یوشنی و همکاران، ۱۳۹۸). براساس مطالعه دیگری، اشتغال و محیط کار نیز عوامل تعیین‌کننده دیگری در کیفیت زندگی سالمندان هستند؛ برای مثال کیفیت زندگی کارمندان به‌طور معنادار بهتر از کارگران است. بازنشستگان شاغل کیفیت زندگی بهتری دارند و اشتغال مجدد تأثیر مثبتی در ارتقای کیفیت زندگی دارد. کارگران سالمند که به‌طور

ناخواسته شغل خود را از دست داده بودند، از نظر عملکرد جسمانی و سلامت روانی در وضعیت نامطلوبی قرار داشتند (Mohammadbeigi et al., 2013).

سبک زندگی

نتایج پژوهشی توصیفی-تحلیلی درباره سالمندان ساکن مراکز مراقبت سالمندی شهر اصفهان نشان می‌دهد ارتباط معناداری میان ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی وجود دارد (شهنازی و همکاران، ۱۳۹۷). براساس مطالعه قادری و همکاران (۱۳۹۳) درباره سالمندان شهر تبریز مشخص شد که جهت‌گیری مذهبی درونی به‌عنوان عاملی اثرگذار در سبک زندگی، رابطه مثبت و معناداری با کیفیت زندگی دارد (Ghaderi et al., 2014). براساس نتایج مطالعه‌ای دیگر، تمام جنبه‌های کیفیت زندگی به‌جز حیطه سلامت و سلامت فیزیکی با سلامت معنوی رابطه معناداری دارد (Heydari Far et al., 2012)؛ البته در مطالعه جدیدی و همکاران (۱۳۹۰) که کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاه کهریزک را بررسی کردند، نتایج حاکی از آن بود که سلامت معنوی رابطه‌ای با کیفیت زندگی ندارد (Jadidi et al., 2011). همچنین نتایج حاصل از یک مطالعه درباره سالمندان زن و مرد ساکن شهر خرم‌آباد که یا ساکن خانه شخصی، یا مقیم سرای سالمندان بودند و به روش تصادفی نظام‌دار (براساس شماره پرونده) انتخاب شدند، نشان داد که متغیرهای معنای زندگی و عزت‌نفس ۲۵ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند (قدمپور و همکاران، ۱۳۹۷). این تفاوت در نتایج را می‌توان تا حدودی به تفاوت روش مطالعه و همچنین جامعه آماری مطالعات نسبت داد. در هر حال جریان اصلی در مطالعات درباره رابطه سبک زندگی و کیفیت زندگی دایر بر تأیید این رابطه است.

آموزش سلامت

براساس نتایج مطالعه مداخله‌ای درباره کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش فرهنگسرای سالمندان تهران، آموزش به اشکال مختلف اعم از مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده بر رفتار تأثیرگذار است و سبب رفتارهای سالم می‌شود. این رفتارها نیز در افزایش سطح سلامت و به‌تبع آن افزایش سطح کیفیت زندگی مؤثر است (Farhadi et al., 2013; Rastgarimehr et al., 2014). نوع دیگر مداخلات می‌تواند آموزش تمرینات ذهنی باشد که سبب بهبود بعد فیزیکی کیفیت زندگی سالمندان می‌شود؛ در نتیجه بهبود وضع فیزیکی نیز به حضور بیشتر سالمندان در اجتماع و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها می‌انجامد (Karami et al., 2014).

براساس مطالعات انجام‌شده، مداخلات آموزشی مانند خودمراقبتی نیز کیفیت زندگی را افزایش می‌دهند

(Farzianpour et al., 2009) و آموزش به صورت مهارت‌های کیفیت زندگی که شیوه‌های درمان رفتاری-شناختی را با روش‌های روان‌شناسی مثبت درآمیخته است، شادکامی و سرزندگی سالمندان و در نتیجه کیفیت زندگی سالمندان را افزایش داده است (Vatankhah et al., 2013). حیدری و همکاران (۱۳۹۱) با مطالعه درباره آموزش خودمراقبتی، نتیجه گرفتند که اطلاع صحیح سالمندان از شیوه‌های صحیح تغذیه، ورزش، خواب و استراحت و مصرف صحیح داروها می‌تواند از مشکلات فراوان آن‌ها پیشگیری کند (Heidari et al., 2012). اگر سالمندان بیاموزند که چگونه باقی‌مانده عمر خود را در آرامش و آسایش بگذرانند، می‌توانند تأثیر عوامل کاهش‌دهنده کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب‌تری متعادل کنند.

برگزاری کلاس‌های آموزشی برای تدریس کتاب‌هایی درباره شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی، جلسات خاطره‌گویی، برگزاری کلاس‌های مذهبی، برگزاری کلاس‌های نقاشی با موضوع آزاد، تمرینات ورزشی و عرضه خدمات مراقبتی سبب افزایش کیفیت زندگی سالمندان می‌شود (Nasiri et al., 2016). از سوی دیگر، اگر مداخلات آموزشی از سوی یک سالمند باشد، تأثیر بهتری در ارتقای کیفیت زندگی سالمندان خواهد داشت. در مطالعه خوش‌رفتار و همکاران (۱۳۹۴)، بررسی تأثیر آموزش هم‌تایان سالمند بر سالمندان نشان می‌دهد که آموزش گروهی از سوی هم‌تایان که در آن بیماران تجارب و اطلاعات خودشان را با دیگر افراد گروه به اشتراک می‌گذارند که هر کدام با شرایط متفاوتی برای سازگاری با بیماری مواجه بوده‌اند، نتایج مطلوب‌تری به دست آمده است (Khoshraftar et al., 2015).

همچنین عبدالله‌پور و همکاران (۱۳۹۸) اثربخشی رمان‌های روایتی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب وجودی سالمندان را با استفاده از یک تحقیق تجربی بررسی کردند و نتیجه گرفتند، خواندن رمان‌های روایت‌مدار و مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب وجودی سالمندان می‌شود و به صورت معنادار بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار است. همچنین معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب افزایش بهبود کیفیت زندگی سالمندان می‌شود که آثار این بهبود در دوره پیگیری تحقیق هنوز قابل مشاهده بود. روش مداخله معنویت‌درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأثیر بیشتری بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان داشته است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۸).

خاطره‌گویی یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان است و اگر به صورت گروهی انجام شود، سبب افزایش نمره در برخی از زیرمجموعه‌های کیفیت زندگی (ابعاد عاطفی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و بهبود محدودیت‌های ایفای نقش به دلایل روانی) می‌شود، اما در دیگر زیرمجموعه‌های کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی، درد بدنی، محدودیت‌های ایفای نقش به دلایل جسمانی و خستگی) تفاوت معناداری ایجاد

نمی‌کند. به عبارت دیگر خاطره‌گویی گروهی تنها باعث ارتقای ابعاد روانی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان می‌شود (بوجاری و همکاران، ۱۳۹۷).

بیماری‌ها

سالمندان در معرض بیماری‌های مختلفی قرار دارند که در صورت مبتلاشدن به آن‌ها، عوارض فراوانی زندگی آن‌ها را مختل می‌کند؛ به همین دلیل سیاست‌های پیشگیرانه در این زمینه می‌تواند تأثیر فراوانی داشته باشد. با مرور مطالعات انجام‌شده در حوزه کیفیت زندگی سالمندان می‌توان گفت کیفیت زندگی سالمندان بیمار در مقایسه با سالمندانی که سالم هستند، پایین‌تر است؛ درحالی‌که ۹۲.۲ درصد سالمندان حداقل از یک بیماری مزمن رنج می‌برند (Ghassemzadeh et al., 2013). باید توجه داشت که بیماری و مصرف دارو کیفیت زندگی را در سالمندان کاهش می‌دهد (Maghsoudi, 2016; Saeidimehr et al., 2016). همچنین عوارض ناشی از بیماری‌ها، از طریق بار مالی، بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (Bikdeli et al., 2016). همچنین کیفیت زندگی در بعد اجتماعی و فیزیکی برای بیمارانی که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند، نمره بیشتری دارد. همچنین از جنبه روانی سالمندان ساکن در خانه، نمره کیفیت زندگی بالاتری گرفته‌اند (Ahangari et al., 2014).

در مطالعه‌ای درباره کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پارکینسون، ادراک بیماری را با کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون حائز رابطه مستقیم تشخیص دادند و به این نتیجه رسیدند که عوامل روان‌شناختی نیز بر کیفیت زندگی تأثیرگذار است (Irani et al., 2014). بعضی از بیماری‌ها تنها به‌اندازه یک عامل خطر در ایجاد بیماری‌های دیگر عمل می‌کنند، اما برای مثال فشارخون در افراد سالمند نه‌تنها عامل کاهش ظرفیت‌های فیزیولوژیک و جسمی است، بلکه عامل خطر در ایجاد عوارض قلبی-عروقی و مغزی و ایجاد مشکلات روحی و کاهش توانایی‌های دیگر مانند توانایی‌های شناختی، وابستگی‌های شدید دارویی و هزینه‌های اقتصادی در زندگی سالمندان به شمار می‌آید (Dehi et al., 2014). در میان سالمندان زن یائسگی تأثیری منفی بر کیفیت زندگی دارد. یائسگی کیفیت زندگی را در بعد فیزیکی کاهش می‌دهد. البته زنانی که تحصیلات بالاتر، فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸.۵ دارند و متأهل و شاغل هستند وضعیت بهتری دارند (Hassanpour et al., 2016).

فعالیت‌های بدنی

براساس مطالعات، فعالیت بدنی مانند ورزش، کار و تحرک بر کیفیت زندگی تأثیرگذار است. همچنین نوع ورزش می‌تواند تأثیرات متفاوتی بر کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد. در میان مداخلات، تمرینات ورزشی

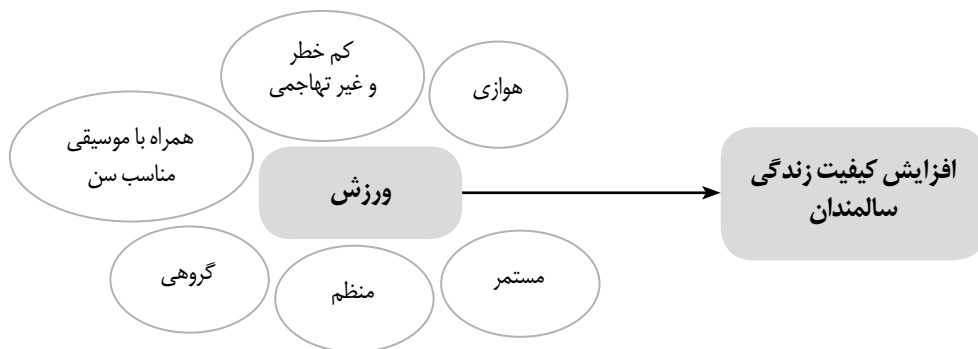
منظم و مستمر، کیفیت زندگی را افزایش داده است (Mokhtari et al., 2013; Sanaee et al., 2014). افزون بر این، ورزش‌هایی مانند ریلکسیشن، یوگا و پیلاتس که آثار سوء فعالیت‌های فیزیکی در آن‌ها کمتر است، تأثیر بیشتری در افزایش کیفیت زندگی سالمندان دارند (HABIBI et al., 2008). براساس یک پژوهش، برنامه تمرینی پیلاتس بر عوامل روانی و اجتماعی مرتبط با افتادن بر زمین در زنان سالمند مؤثر است و این ورزش ممکن است ابزاری مفید برای کمک به افراد سالمند به منظور کاهش اثرات منفی زمین خوردن آن‌ها باشد. این ورزش، کم‌هزینه، کم‌خطر و غیرتهاجمی است و با تکرار آن پیامدهای منفی افتادن سالمندان کاهش می‌یابد (Sohbatih et al., 2010). ورزش‌های هوازی مانند پیاده‌روی و همچنین رژیم غذایی سالم مانند مصرف شیر و محصولات لبنی، گوشت، سبزیجات و میوه‌جات و غذاهای کم‌نمک کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (Hashemi et al., 2012).

براساس نتایج تحقیق احمدی (۱۳۹۶) در شهرستان بندرگز، پرداختن به فعالیت‌های جسمی و ورزشی می‌تواند اثرات مفیدی بر ابعاد مختلف زندگی افراد داشته باشد؛ به طوری که زنان سالمندی که از نظر بدنی فعال بودند و فعالیت‌های بدنی منظم داشتند، کیفیت زندگی بالاتری در مقایسه با سالمندان غیرفعال داشتند. گفتنی است ورزش در آب نیز در افزایش کیفیت زندگی مؤثر است (Hasankhani et al., 2014)؛ زیرا افسردگی و استرس را کاهش می‌دهد، بر عوامل جسمی و روانی تأثیر قرامی‌گذار و کیفیت زندگی را بهبود می‌دهد. این‌گونه فعالیت‌ها سبب بهبود عملکرد قلب و عروق، مانع کاهش توده عضلانی و قدرت در اثر فرایند پیری می‌شود. همچنین به بهبود تعادل و افزایش انعطاف‌پذیری می‌انجامد. فعالیت ورزشی در آب نشاط را افزایش می‌دهد و سبب ارتقای امید به زندگی می‌شود (Aghdasi et al., 2013).

اوقات فراغت در بازنشستگی و ناتوانی در پرکردن آن سبب افسردگی و اضطراب می‌شود، اما با شرکت در فعالیت‌های ورزشی و فعالیت بدنی بخشی از اوقات فراغت سالمندان پر شده و از تنهایی آن‌ها کاسته می‌شود. محیط آب با توجه به ویژگی‌هایی که دارد، موجب آرامش روحی و روانی آن‌ها می‌شود. ورزش گروهی رفتار اجتماعی را ارتقا می‌دهد و افراد گروه را به برقراری ارتباط فعال با یکدیگر تشویق می‌کند و در نتیجه از انزوای سالمندان می‌کاهد (همان). یکی از مشکلاتی که کیفیت زندگی را در دوران سالمندی پایین می‌آورد، ترس از زمین خوردن در میان سالمندان است. مداخلات آموزشی برای بهبود در وضعیت راه رفتن و از بین بردن این ترس روانی نیز سبب بهتر شدن عملکرد جسمی در میان سالمندان خواهد شد. همچنین به دلیل از بین رفتن ترس در میان سالمندان حضور آن‌ها را در جامعه تسهیل می‌کند و بعد اجتماعی کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. براساس مطالعه حسن‌خانی و همکاران (۱۳۹۳) در کانون بازنشستگان شهر

تیریز، ترس از زمین خوردن مانع حضور سالمندان در جامعه و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود (Hasankhani et al., 2014). پژوهش‌های دیگر نیز تأیید می‌کند که ورزش به صورت دسته‌جمعی و به همراه موسیقی مناسب کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (Alipour et al., 2009; Executive et al., 2012) (شکل ۵-۹).

شکل ۵-۹. ویژگی‌های ورزش ارتقا دهنده کیفیت زندگی سالمندان



حمایت اجتماعی

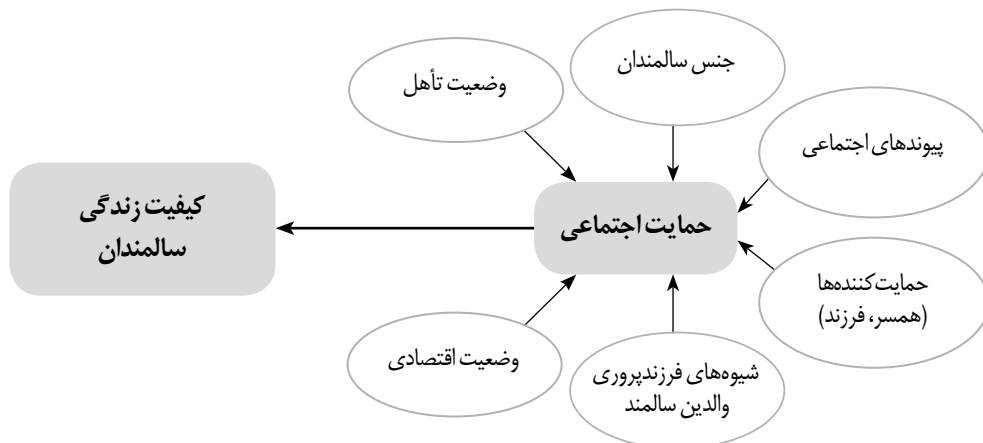
با توجه به یافته‌های پژوهش حکمتی‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، رابطه مستقیم و معناداری میان انواع حمایت اجتماعی اعم از عاطفی، ساختاری، کارکردی و مادی و کیفیت زندگی وجود دارد. مطابق این تحقیق ۵۹ درصد از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان مربوط به حمایت اجتماعی است که بیشتر در بعد روانی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد و در بعد جسمی و اجتماعی تأثیری ندارد. در این میان، حمایت عاطفی پیش‌بینی‌کننده معنادارتری است و بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی دارد. در نتیجه افزایش انواع حمایت اجتماعی، به‌ویژه حمایت عاطفی، تأثیر فراوانی بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان دارد (Samadian et al., 2013). مطالعه مداخله‌ای آژ و همکاران (۱۳۹۰) در سرای سالمندان قزوین بیانگر وجود رابطه میان حمایت اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان است؛ به طوری که پس از مداخله، نمره کیفیت زندگی سالمندان در دو بعد روانی و جسمی افزایش یافت، اما در بعد درد تأثیری نداشت (Ajl et al., 2010).

با توجه به مطالعات، مهم‌ترین حمایت‌کننده‌ها در درجه اول همسر و سپس فرزند پسر و در درجه سوم فرزند دختر هستند. نگرش به این حمایت‌ها و مدت رابطه با کیفیت زندگی ارتباط دارد. کیفیت زندگی سالمندانی که بیشتر در فعالیتهای جمعیتی در گروه‌های اولیه و ثانویه حضور دارند، بیشتر است (Saber et al., 2010).

al., 2014)، اما براساس مطالعه دیگری، رابطه‌ای ضعیف میان کیفیت زندگی و رضایت از حمایت اجتماعی وجود دارد و حتی دریافت حمایت ابزاری گاه تأثیر منفی بر کیفیت زندگی سالمندان دارد و می‌تواند سبب کاهش آن شود (Kasani et al., 2014). تفاوت آثار حمایت بر کیفیت زندگی تأثیر فراوانی از کیفیت و چگونگی حمایت می‌پذیرد.

همچنین مؤلفه‌های اجتماعی مانند مشارکت اجتماعی، میزان تعلق سالمند به خانواده و میزان احترام خانواده به فرد سالمند در کیفیت زندگی مؤثر است (Salimzadeh et al., 2007). عوامل اجتماعی محلی مانند روابط صمیمانه با همسایگان، رضایت از شرایط محل سکونت، مشارکت در گروه‌های دوستی و رضایت از ارتباط با سایر افراد نقش مؤثری در کیفیت زندگی دارد (Esmaili Shahmirzadi et al., 2012). براساس نتایج مطالعه احمدی و همکاران (۲۰۰۴) مردان در مقایسه با زنان بیشتر در شبکه‌های اجتماعی عضو هستند، اما حمایت عاطفی میان زنان بیشتر از مردان است (Ahmadi et al., 2004). با توجه به پژوهشی دیگر، نمره کیفیت زندگی در مردان سالمند بیشتر از زنان است، اما زنان سالمند نمره بالاتری در حمایت اجتماعی دارند. وضعیت تأهل نیز با هم‌بستگی و حمایت اجتماعی رابطه دارد و افراد متأهل سرمایه اجتماعی بیشتری دارند. همچنین میان شیوه‌های فرزندپروری و روابط بین والدین در خانه و حمایت اجتماعی که والدین سالمند دریافت می‌کنند، ارتباط وجود دارد؛ هرچه این روابط سالم‌تر باشد، وضعیت بهزیستی والدین بیشتر ارتقا می‌یابد (Jadidi et al., 2011). همچنین وضعیت رفاه افراد بر حمایت اجتماعی از آن‌ها تأثیرگذار است. سالمندانی که فعالیت اقتصادی دارند، مالک منزل مسکونی و تحت پوشش بیمه هستند، امنیت اقتصادی و اجتماعی بیشتری دارند و میزان اعتماد فردی و هم‌بستگی اجتماعی در آن‌ها بیشتر می‌شود که این امر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار است (همان) (شکل ۵-۱۰).

شکل ۵-۱. عوامل مرتبط با حمایت اجتماعی ارتقادهنده کیفیت زندگی سالمندان



برنامه‌ها و سیاست‌ها

برنامه‌ها و سیاست‌های ملی به منظور ارتقای کیفیت زندگی سالمندان به صورت مستقل وجود ندارد، اما سند ملی سالمندان کشور با هدف حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سالمندان، تقویت حمایت‌های اجتماعی، ارتقای سرمایه اجتماعی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی سالمندان را هدف قرار داده است (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۹).

۵-۴. چشم‌انداز سلامت سالمندان

مواجهه تمام کشورها از جمله ایران با وضع سلامت سالمندان، درحالی که جمعیت این گروه همواره در حال افزایش است، امری اجتناب‌ناپذیر به شمار می‌آید و کیفیت آن شاخصی برای موفقیت نظام‌های سلامت است. در صورت بی‌توجهی به سلامت سالمندان در آینده نزدیک، کشور و به‌ویژه نظام سلامت با چالش‌های جدی مواجه خواهد شد. فاصله کشور ما از نظر سلامت سالمندان تا وضعیت مطلوب بسیار است و ادامه این وضعیت می‌تواند هزینه‌های روزافزونی بر جامعه، خانواده‌ها و افراد تحمیل کند. یکی از چالش‌های اساسی پیش رو در این باره، افزایش هزینه مراقبت از سالمندان است که شامل هزینه‌های درمان سرپایی، بستری، دارو، آزمایش‌های تشخیصی و مراقبت‌های نگهداری در بیمارستان، منزل یا مراکز نگهداری شبانه‌روزی سالمندان است. با توجه به پیش‌بینی‌های موجود درباره رشد جمعیت سالمندان (۲۰ درصد تا سال ۲۰۵۰) و با فرض پنج برابر بودن هزینه‌های درمانی سالمندان (براساس برآوردهای انجام‌شده)، ضروری است برای پاسخ‌گویی به هزینه‌های سلامت، سرانه هر نفر از منابع مالی بخش سلامت ۲.۵ برابر افزایش یابد. این برآورد در شرایطی است که عواملی مانند تورم افسارگسیخته کنونی، ارتقای فناوری در عرضه خدمات، نوع بیماری‌ها و سطح انتظار استفاده‌کنندگان از خدمات و سایر عوامل هزینه‌ساز در نظر گرفته نشود.

ایجاد بسترهای لازم برای دسترسی به اطلاعات درباره خدمات نظام سلامت، افزایش حمایت مالی و کاهش پرداخت از جیب سالمندان و همچنین توجه به کیفیت خدمات از دیگر مسائل مهمی است که باید در بازبینی سیاست‌ها و برنامه‌های نظام سلامت در نظر گرفته شود. بر این اساس تحقق هدف پوشش همگانی خدمات سلامتی سالمندان بدون برنامه‌ریزی جدی و متمرکز نظام سلامت ممکن نخواهد شد. براساس یافته‌ها، پیش‌بینی شده است که بار جهانی بیماری‌های منتسب به اختلالات روانی از ۱۰.۵ درصد در سال ۱۹۹۶ به ۱۵ درصد در سال ۲۰۲۰ افزایش یابد. بر همین اساس سازمان بهداشت جهانی بهبودبخشیدن سلامت روان را از جمله اولویت‌های کشورهای با درآمد کم و متوسط معرفی کرده است. با بررسی شواهد موجود نتیجه می‌گیریم که اختلالات روانی با نشانه‌های جدی مانند افسردگی، اضطراب، کاهش حافظه، تغییر الگوی خواب، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی، ۱۵ تا ۲۵ درصد از افراد بالای ۶۵ سال را در جمعیت ایرانی مبتلا می‌کند. شواهد نیز بیان می‌کند، شیوع مشکلات سلامت روان در سالمندان ساکن پایتخت ایران به مراتب بیشتر از سایر کشورهاست. همچنین زنان بیش از مردان در معرض اختلالات سلامت روان هستند و با افزایش سن از ۶۵ سال اختلالات سلامت روان افزایش می‌یابد. همچنین با توجه به گزارش‌های علمی، بیش از یک‌سوم سالمندان ایرانی دارای علائم بیماری‌های روانی هستند: ۳۳ درصد از سالمندان ایرانی احساس کسالت و بی‌حوصلگی را

گزارش می‌دهند، ۵۲ درصد اظهار کرده‌اند که بیشتر اوقات شاد نیستند و ۲۱ درصد نیز احساس ناامیدی می‌کنند. افزون بر این، نرخ خودکشی سالمندان در ایران رو به افزایش بوده و شیوع آن در مردان بیشتر از زنان است؛ از این رو برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه و درمانی برای تأمین و ارتقای سلامت روانی و اجتماعی سالمندان و افراد میان‌سال جامعه ضروری به نظر می‌رسد.

از سوی دیگر، عملکرد برنامه‌های کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت روان سالمندان منتشر نمی‌شود و مستندات از مداخلات ملی به‌منظور کاهش نرخ ابتلا به بیماری‌های جدی روانی و همچنین خودکشی در میان سالمندان نیز وجود ندارد. باید توجه داشت که تدوین برنامه‌های ملی ارتقایی، پیشگیرانه و مراقبتی سلامت روان برای سالمندان نیازمند داشتن اطلاعات جامع، صحیح و روزآمد است. این امر با انتخاب شاخص‌های مناسب ارزیابی و مقایسه آن با استانداردها، تحلیل و تفسیر و اعلام ارزیابی به برنامه‌ریزان میسر خواهد شد؛ بنابراین به‌منظور کاهش آثار مشکلات سلامت روان در این دوره مهم زندگی، بررسی مستمر وضعیت سلامت روان، تعیین روند تغییرات و استفاده از آن در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای این گروه سنی ضروری است؛ به‌ویژه آنکه ادبیات علمی درباره سلامت روان سالمندی در ایران محدود است و مطالعات حاضر نیز بیشتر بر وضعیت عمومی سالمندی، مانند وضع و مشکلات جسمانی متمرکز بوده است؛ تهیه داده‌های مرتبط با سلامت روان سالمندان و استفاده از این داده‌ها به‌منزله شواهد تدوین و بازنگری سیاست‌های کلان نظام سلامت کشور ضرورت دارد.

افزایش تعداد سالمندان ایرانی و کفایت‌نداشتن برنامه‌های موجود در زمینه کیفیت زندگی سالمندان، ضرورت توجه به ارتقای عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و سیاست‌گذاری در سطوح مختلف را نشان می‌دهد. با توجه به مرور مطالعات در حوزه کیفیت زندگی سالمندان، ۹۲ درصد مطالعات مربوط به این حوزه وضعیت کیفیت زندگی سالمندان ایرانی را کم و متوسط گزارش کرده‌اند. با توجه به ارتباط موجود میان حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان، باید به برنامه‌ریزی برای سلامت اجتماعی و حضور سالمندان در جامعه بیشتر توجه شود. همچنین با توجه به نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند جنسیت و سن در کیفیت زندگی سالمندان، در صورتی که در برنامه‌ریزی برای بهبود کیفیت سالمندان به تفاوت‌های جنسیتی و سنی توجه نشود، ممکن است گروه خاصی از سالمندان خدمات مناسب را دریافت نکنند و در نتیجه عدالت در دسترسی آنان به خدمات سلامت برقرار نشود. در این میان، آموزش نقشی تعیین‌کننده در کیفیت زندگی سالمندان ایران دارد؛ از این رو تدارک برنامه‌هایی برای آموزش در دوران سالمندی می‌تواند تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی سالمندان داشته باشد. اگر سالمندان بیاموزند که چگونه باقی‌مانده عمر خود را در آرامش و آسایش بگذرانند، می‌توانند عوامل کاهش‌دهنده کیفیت زندگی

خود را به شکل مطلوب تری مدیریت کنند. همچنین به منظور ارتقای کیفیت زندگی در سالمندان بیمار، باید توجه ویژه و برنامه‌های خاصی در زمینه‌های حمایتی و ارتقادهنده در نظر گرفته شود. بهره‌مندی از خدمات مراقبتی در سالمندان نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها دارد که البته وابسته به آموزش‌های جدی به مراقبان است. برنامه‌ریزی به منظور افزایش خدمات سلامت مخصوص سالمندان و همچنین افزایش مراکز تفریحی و ورزشی مخصوص سالمندان افزون بر بهبود سطح سلامت جسمانی و روانی آن‌ها، تأثیر بسزایی در کیفیت زندگی آن‌ها دارد. متأسفانه در حال حاضر معدودی مراکز تفریحی خاص سالمندان و متناسب با محدودیت‌های آنان دایر است و سالمندان به همین تعداد محدود نیز دسترسی کمی دارند. انتظار می‌رود با احداث مراکز بیشتر، به‌ویژه در مناطقی که جمعیت سالمندان آن رو به افزایش است، گام مؤثری به سوی بهبود وضع موجود برداشته شود. حمایت‌های اجتماعی و کمک‌های اقتصادی دولتی به سالمندان، افزایش حقوق بازنشستگان و حمایت معنوی و مادی از سالمندان از دیگر مواردی است که باید در برنامه‌ریزی‌های مربوط به ارتقای کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفته شود. فراگیر شدن بیمه‌های اجتماعی و بازنشستگی برای همه افراد بالای ۶۰ سال می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را تا حد قابل قبولی افزایش دهد. این امر به‌ویژه از این جهت بسیار مهم است که زنان جمعیت بیشتر سالمندان را تشکیل می‌دهند؛ زیرا زنان سالمند هزینه‌های مراقبتی خود را از فرزندان دریافت می‌کنند. به کمک این مداخلات می‌توان بستری را فراهم کرد که کیفیت زندگی سالمندان کل کشور در حدی قابل قبول و به‌صورتی پایدار افزایش یابد.

همه کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی ملزم‌اند سیاست‌های ملی را در زمینه سلامت سالمندان اجرا کنند. در صورت تأخیر در توجه به این موضوع در نظام سلامت ایران ممکن است نظام سلامت، تحت فشار ناشی از نیازهای سلامتی این گروه سنی در حال افزایش در جامعه سالمندان، با چالش‌های جدی مواجه شود؛ بنابراین ضروری است ایجاد نظام مراقبت سلامت با کیفیت و مقرون به‌صرفه برای سالمندان در کانون توجه قرار بگیرد. در این زمینه مقتضی است به خط‌مشی‌های راهبردی پیشنهاد شده برای کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت نیز توجه شود که بر پایه مشارکت سالمندان در روند توسعه و تقویت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان و تأمین محیط‌های حامی و توانمندکننده برای آنان تدوین شده است.

نظام سلامت در دهه‌های قبل با موج اول و دوم بیماری‌ها، یعنی شیوع بیماری‌های واگیر و غیرواگیر روبه‌رو بود، اما هم‌اکنون با موج سومی مواجه شده که ترکیبی است از بار اقتصادی بیماری‌ها بر سالمندی جمعیت ایران و نیز هزینه‌های مواجهه با اپیدمی کووید-۱۹ و احتمالاً سایر اپیدمی‌های نوظهور که بیشتر سالمندان را هدف قرار می‌دهد؛ که در صورت غفلت، سالمندان، خانواده‌ها، جامعه و نظام سلامت با آسیب‌های جبران‌ناپذیری روبه‌رو

خواهند شد؛ از این رو به منظور فرصت‌سازی در این حوزه باید عزمی ملی برای پوشش همگانی خدمات سلامت سالمندان صورت بگیرد. باید توجه داشت که سلامت و کیفیت زندگی، از علل و عوامل اجتماعی، محیطی، اقتصادی و... تأثیر می‌پذیرد؛ به همین دلیل بینشی جامع‌نگر در این باره ضروری است و همچنین باید برنامه‌ها، اقدامات و مداخلات به صورت یکپارچه طراحی و عرضه شود.

با در نظر گرفتن تغییرات دموگرافیک، اپیدمیولوژیک و توسعه فناوری در مقوله سالمندی ضروری است تدارکات لازم برای مواجهه با چالش‌های آینده پیش‌بینی شود؛ در غیر این صورت بحران نظام سلامت در حوزه سالمندی در آینده نزدیک دور از انتظار نیست. اگرچه توسعه منابع به‌منزله اولین گام برای بهبود دسترسی سالمندان به خدمات سلامت مطرح می‌شود و شرطی ضروری است، تنها توسعه منابع کافی نیست. در توسعه بخش سلامت سالمندی باید توجه ویژه‌ای به افزایش قابلیت دسترسی به امکانات سلامتی با رویکرد توزیع عادلانه خدمات سلامت و کیفیت زندگی و اولویت‌دادن به مناطق کم‌برخوردار صورت بگیرد.

فصل ششم: وضعیت اقتصادی سالمندان در ایران

یکی از مهم‌ترین مسائل سنین سالمندی به‌ویژه برای کشورهای درحال توسعه، امنیت اقتصادی است؛ زیرا در کشورهای درحال توسعه همه سالمندان تحت پوشش مستمری بازنشستگی قرار ندارند و میزان مستمری دریافتی بیشتر بازنشستگان نیز کفاف زندگی آن‌ها را نمی‌دهد. از سوی دیگر، چشم‌اندازهای اشتغال برای سالمندان محدود است؛ زیرا بسیاری از کشورها همچنان با بیکاری قابل توجه جوانان مواجه خواهند بود (صندوق جمعیت ملل متحد، ۱۳۹۸). سالمندان همیشه در کانون توجه سیاست‌های اجتماعی و رفاه بوده‌اند (الکاک و همکاران، ۱۳۹۱). بر این اساس شناخت و رصد وضعیت رفاه سالمندان از لحاظ نظری و همچنین در سیاست‌گذاری، بسیار مهم است. در این گزارش، وضعیت رفاهی سالمندان در ابعاد گوناگون، مانند هزینه-درآمد خانوار، فقر، نابرابری، اشتغال و مسکن بررسی شده است.

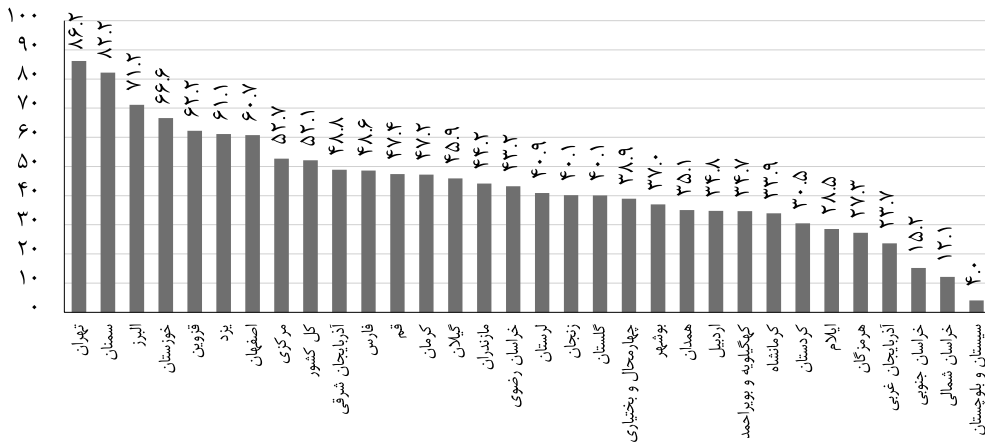
۶-۱. هزینه و درآمد خانوار

ماهیت دوران سالمندی مقتضی وجود نیازهای ویژه‌ای است که با توجه به کاهش توانمندی‌های فیزیکی برای کار و کسب درآمد و افزایش هزینه‌ها، به‌ویژه هزینه خدمات بهداشتی-درمانی، بستری‌های طولانی‌مدت، خدمات بازتوانی دوره‌ای و امثال آن به افزایش شکاف درآمد-هزینه سالمندان و خانوارهای آن‌ها منجر می‌شود؛ از این‌رو پایش مستمر هزینه-درآمد سالمندان یا خانوارهای سالمند سرپرست بسیار مهم است.

درآمد

امنیت درآمدی براساس چهار مؤلفه میزان پوشش مستمری بازنشستگی، خط فقر سالمندی، رفاه نسبی افراد سالمند و سرانه درآمد ناخالص داخلی، سنجش و اندازه‌گیری شده است. براساس نتایج شکل ۶-۱ دامنه نمرات نرمال شده امنیت درآمدی سالمندان از ۴ درصد در استان سیستان و بلوچستان تا ۸۶ درصد در استان تهران نوسان داشته است.

شکل ۶-۱. رتبه‌بندی استان‌های کشور براساس نمره/امتیاز بعد امنیت درآمدی سالمندان، ۱۳۹۵



منبع: زنجری و همکاران، ۱۳۹۹

در بعد امنیت درآمدی سالمندان، استان تهران رتبه نخست و استان سیستان و بلوچستان رتبه آخر را دارند. در این میان، وضعیت امنیت درآمدی سالمندان در استان‌های تهران، سمنان و البرز بهتر از سایر استان‌ها بوده است، در مقابل، کمترین امنیت درآمدی سالمندان به استان‌های خراسان جنوبی، خراسان شمالی و سیستان و بلوچستان مربوط است؛ از این رو سالمندان ساکن در استان تهران و دو استان هم‌جوار آن، بیشترین امنیت درآمدی را داشته‌اند. از سوی دیگر، پایین‌ترین امنیت درآمدی سالمندان به استان‌های شرقی کشور مربوط بوده است.

براساس گزارش وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (۱۳۹۹)، متوسط درآمد خانوارهای دارای سرپرست سالمند در سال ۱۳۹۸، برابر با ۵۴۰ میلیون و ۳۱۵ هزار ریال برای خانوارهای شهری و ۲۳۲ میلیون و ۱۹۸ هزار ریال برای خانوارهای روستایی بوده است. اگر نسبت درآمد این خانوارها به متوسط درآمد کل خانوارهای شهری و روستایی ایران در این سال در نظر گرفته شود، مشاهده می‌شود خانوارهای شهری با سرپرست سالمند به‌طور

میانگین درآمدی معادل کل خانوارهای شهری داشته‌اند؛ درحالی که این نسبت برای خانوارهای با سرپرست سالمند در روستاها تنها ۷۸.۲ درصد بوده است.

براساس گزارش مرکز آمار ایران حدود ۶۲.۵ درصد سالمندان ایرانی در پنج دهک کم‌درآمد قرار دارند. دهک اول با سهم ۱۶.۴ درصد بیشترین سالمندان را در میان دهک‌های درآمدی در خود جای داده است. پس از آن هر کدام از دهک‌های دوم، سوم، چهارم با سهم حدود ۹.۵ درصدی بیشترین سالمندان را دارند. همچنین نسبت خانوارهای دارای سالمند در دهک اول حدود ۳۷ درصد، در دهک‌های دوم تا چهارم حدود ۲۱ درصد، در دهک‌های پنجم و ششم حدود ۱۸ درصد، در دهک هفتم حدود ۲۱، در دهک هشتم حدود ۱۹ درصد، در دهک نهم ۲۲ درصد و در دهک دهم نیز ۲۵ درصد است.

هزینه

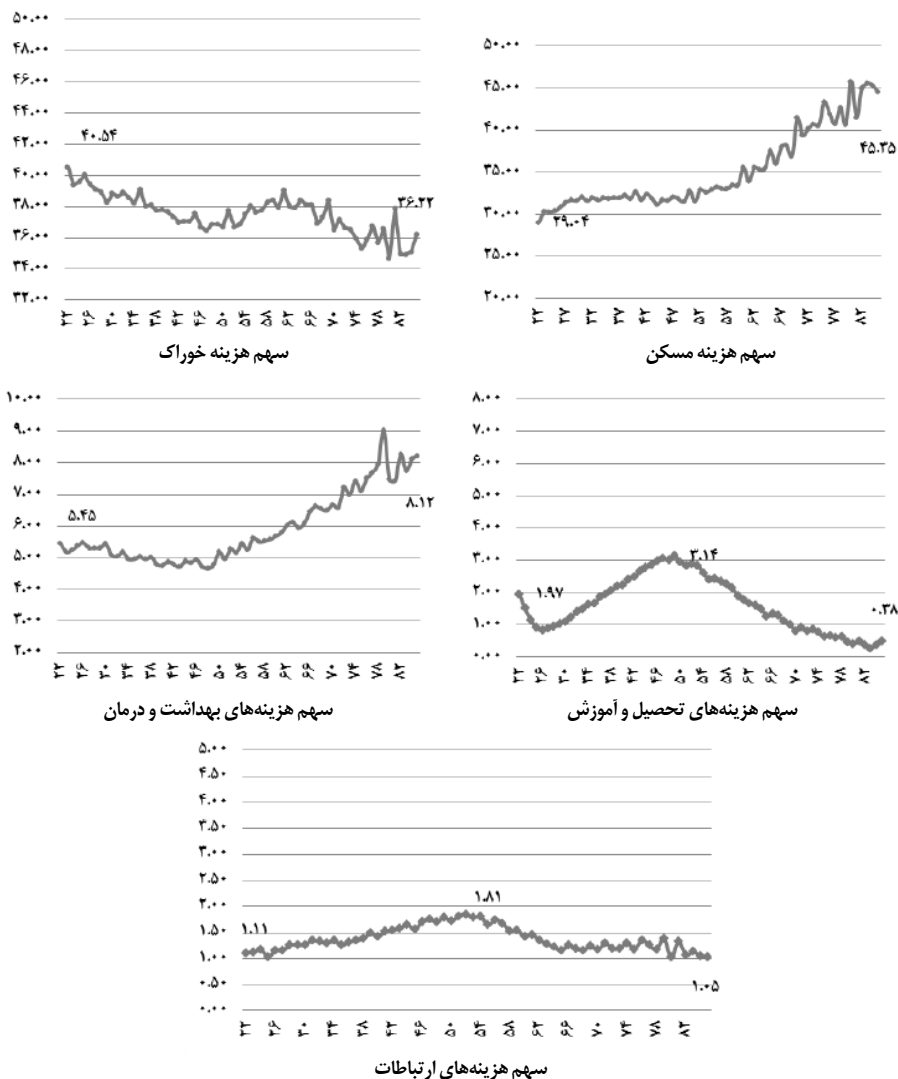
سن سرپرست خانوار از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده الگوی مصرفی و هزینه‌های خانوار است. براساس پژوهش شیرینی (۱۳۹۴) که مبتنی بر تحلیل داده‌های سری زمانی هزینه و درآمد خانوار از سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۹۴ است، رابطه خطی معکوسی میان سن سرپرست خانوار با سهم هزینه‌های مصرفی خوراک و پوشاک وجود دارد. درواقع با افزایش سن، هزینه‌های خانوار کاهش می‌یابد که این کاهش ناشی از جداشدن اعضای وابسته خانوار و کاهش بُعد خانوار در خانوارهای سالمندسرپرست است. درمقابل، رابطه خطی افزایشی میان سن سرپرست خانوار با سهم هزینه‌های مصرفی مسکن و بهداشت و درمان وجود دارد؛ به بیان دیگر، سهم هزینه‌های مصرفی مسکن (احتمالاً به دلیل فرسودگی واحدهای مسکونی سالمندان)، و به‌ویژه بهداشت و درمان در سنین سالمندی بیشتر است. هزینه‌های مصرفی آموزش و ارتباطات رابطه غیرخطی با سن دارد و برای گروه سنی جوان و میانسال بیشتر از سایر گروه‌های سنی است.

از این‌رو همان‌طور که در شکل ۶-۲ مشخص است، در سنین سالمندی هزینه‌های بهداشت و درمان به‌شدت افزایش می‌یابد که این وضعیت منعکس‌کننده شیوع بیماری‌های مزمن در میان سالمندان است. براساس مطالعه رضایی قهرودی (۱۳۹۰) که در آن به نقش ساختار سنی در الگوی مصرف خانوار پرداخته شده است، بیشترین هزینه درمانی به خانوارهای سالمندسرپرست تعلق دارد. با توجه به مطالعه حیوی و همکاران (۱۳۹۸) نیز، وجود سالمند در خانوار به‌طور معناداری موجب افزایش کل هزینه‌های سلامت و هزینه‌های درمانی خانوار می‌شود.

بدین ترتیب سالمندان با توجه به بدترشدن وضعیت سلامت و همچنین داشتن چند بیماری، ناچارند از

مراقبت‌های درمانی بیشتر استفاده کرده و به مراکز مراقبتی مراجعه کنند؛ از این رو هزینه‌های سلامت هم‌راستا با افزایش جمعیت سالمندان در حال افزایش است.

شکل ۶-۲. سهم هزینه‌های مصرفی خانوار به تفکیک سن سرپرست خانوار، ۱۳۹۴-۱۳۶۳



۶-۲. فقر و نابرابری

با توجه به تجربه موفق جهان در رشد اقتصادی و بهبود شاخص‌های مرتبط با استاندارد زندگی که در چهار دهه گذشته رخ داده است، فقر همچنان یکی از مهم‌ترین معضلات اقتصادی کشورهای مختلف به شمار می‌رود. تا آنجا که حدود ۹.۲ درصد مردم جهان در سال ۲۰۱۷ در فقر شدید با درآمد سرانه کمتر از ۱.۹ دلار در روز قرار داشته‌اند (World Bank, 2020). مفهوم فقر شدید بیشتر به ابعاد اقتصادی و بیولوژیکی فقر می‌پردازد، اما پژوهشگران حوزه علوم اجتماعی در کنار این نوع فقر به دنبال انواع دیگری از آن هستند که قابلیت تحلیل در ابعاد اجتماعی را داشته باشد. فقر نسبی این قابلیت را دارد و مفهوم فقر را در ارتباط با گروه‌ها و طبقات اجتماعی تجزیه و تحلیل می‌کند (Menchini et al., 2012). براساس مطالعات گوناگون، نابرابری اقتصادی در انواع شدید آن مانع مهمی در برابر رشد اقتصادی است (Stiglitz, 2009; Temple, 1999). این موضوع در کشورهای در حال توسعه اهمیت بسیار بیشتری دارد. همچنین نتایج تجربی نشان می‌دهد که نابرابری در کشورهای در حال توسعه، رشد اقتصادی را به تعویق می‌اندازد؛ درحالی که این متغیر در کشورهای توسعه‌یافته تأثیری بر رشد اقتصادی ندارد (Barro, 2000).

فقر قدمت فراوانی در ادبیات اقتصاد دارد و بیشتر به صورت شکست در ارضای نیازها تعریف می‌شود (Robinson et al., 2006; Jackson, 1972). هر فرد (در مقیاس کلی‌تر هر خانوار) در سه بعد اقتصادی دارایی‌ها، درآمد و مصرف (هزینه‌ها) باید توان پاسخ‌گویی به نیازهای خویش را داشته باشد. هنگامی که افراد نتوانند در یکی از این ابعاد (به‌ویژه بعد مصرف که اهمیت فراوانی برای سالمندان دارد) به نیازهای خویش پاسخ مناسبی دهند، موجودیت آن‌ها با خطر مواجه خواهد شد. رفع نیازهای این سه حوزه نیز همراه با شادکامی، طول عمر بیشتر، مشارکت در فعالیت‌های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی همراه است و درنهایت رضایت بیشتر از زندگی را برای افراد و جامعه به دنبال خواهد داشت (Sen, 1992, 1997; Wolfensohn, 2005).

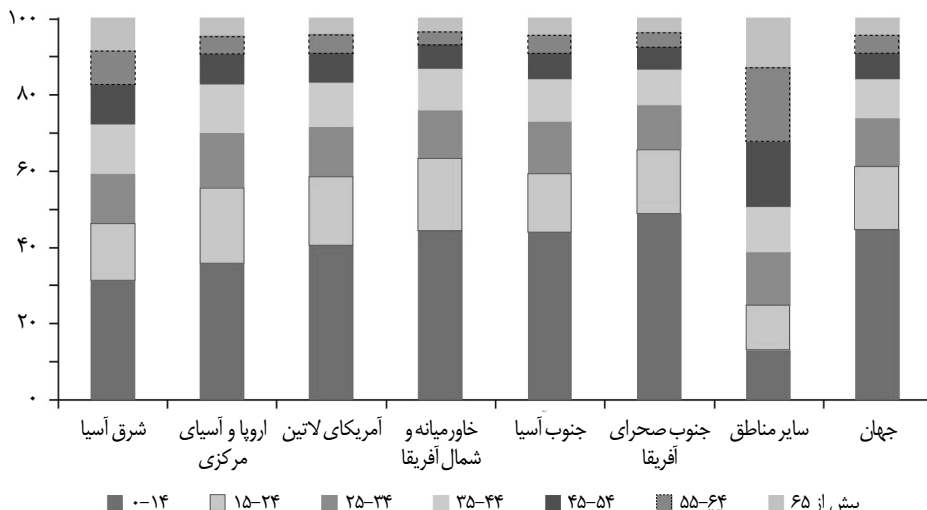
یکی از موضوعاتی که با رشد جمعیت سالمندان در کشورهای مختلف و از جمله کشورهای در حال توسعه حساسیت سیاست‌گذاران را برانگیخته است، فقر در دوره سالمندی است. افراد مسن از آسیب‌پذیرترین زیرگروه‌های جمعیت در کشورهایی به شمار می‌آیند که نظام حمایتی و تأمین اجتماعی قابل‌اتکایی ندارند (Berthoud, Blekesaune et al., 2009, Gasparini, Alejo et al., 2010, United Nations, 2019). انتظار می‌رود فقر در میان افراد مسن در کشورهایی که جمعیت آن‌ها با سرعت به سمت سالمندی در حرکت است، افزایش بیابد و در دهه‌های آتی به مشکلی بزرگ‌تر از شکل کنونی تبدیل شود (Smeeding, 2001, Ku and Kim, 2020). تحقیقات مختلف نشان داده است که افراد مسن یکی از بزرگ‌ترین گروه‌هایی هستند که در ایران

در فقر زندگی می‌کنند (راغفر و همکاران، ۱۳۹۱). علاوه بر آنکه جمعیت سالمند در مقایسه با سایر گروه‌های سنی با خطر فقر بیشتری روبه‌رو هستند، احتمال خروج آن‌ها از ورطه فقر نیز بسیار اندک است. فقر در میان افراد مسن با ضعف در سلامتی، محدودیت‌های فیزیکی و عملکردی، مستلزم هزینه بخش بالایی از درآمد برای دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و نیز سایر هزینه‌های مختلف نگهداری است (Chou and Lee, 2018). در چند دهه گذشته، ادبیات مربوط به فقر تمرکز فراوانی بر محرومیت چندبعدی داشته است. این تأکید بر جامعه سالمندان نیز با توجه به ویژگی‌های خاص و ماهیت نیازهای آنان بیشتر بوده است (Dhongde 2017; Yun and Ko 2018; Chen and Leu 2020). این رویکرد با توجه به این نکته اهمیت بیشتری یافته است که رفاه و در نتیجه محرومیت و فقر یک فرد سالخورده تنها به محرومیت از درآمد محدود نمی‌شود: محرومیت از سلامتی، مسکن، تحصیلات، عزت، محرومیت سیاسی و اجتماعی از انواع محرومیت‌هاست که هریک از جنبه‌ای در زندگی افراد مهم است (راغفر و محمدی‌فرد، ۱۳۹۲؛ Dhongde, 2017; Tsui, 2002, McKay, 2008). هرچند این موضوع در ادبیات اقتصادی ایران بدیع است، جز در نمونه عمومی، محاسبه فقر چندبعدی در ایران بسیار محدود بوده است (Mohaqqei, Basakha and Alkire, 2020).

فقر و نابرابری سالمندان در جهان

سالمندان، در کنار زنان و کودکان یکی از گروه‌های مستعد فقر شناخته می‌شوند (Help Age International, 2019). حتی در کشورهای توسعه‌یافته مانند ایالات متحده از هر سه نفر سالمند بیش از یک نفر در خانواده فقیر یا در آستانه فقر زندگی می‌کند. بسیاری از سالمندان به فقیرترین قشر جامعه تعلق دارند و به مراقبت‌های اطرافیان یا حمایت‌های رفاهی دولت‌ها وابسته‌اند. در بیشتر کشورهای در حال توسعه، افراد با مشاغل غیررسمی (به دلیل آنکه در طی سال‌های فعالیت خود در محیط‌های روستایی و شهری دستمزد خوبی دریافت نکرده‌اند) در دوران سالمندی در معرض خطر فقر هستند. بانک جهانی (۲۰۲۰) در یکی از آخرین گزارش‌های خود از فقر و کامیابی در جهان، نشان داده است که با توجه به سهم ۹.۲ درصدی افراد بالای ۶۵ سال در جمعیت جهان، فقر در میان این گروه جمعیتی در سال ۲۰۱۸ حدود ۳.۴ درصد بوده است. مشاهده می‌شود که سالمندان شرق آسیا و سایر مناطق طبقه‌بندی‌نشده از نرخ‌های بالاتر فقر در رنج بوده‌اند.

شکل ۶-۳. سهم گروه‌های مختلف جمعیتی از فقر (درآمد کمتر از ۳.۲۰ دلار در روز) در مناطق مختلف جهان



Source: World Bank, 2020

خطای بزرگی است که تصور شود پایین بودن نرخ فقر در میان سالمندان به این دلیل است که فقر در میان سالمندان از سایر گروه‌های جمعیتی کمتر است. برخی مطالعات نشان داده است که با توجه به بالاتر بودن نرخ مرگومیر در میان فقرا، احتمال رسیدن آنان به مرحله سالمندی در مقایسه با افراد غیرفقر کمتر است؛ بنابراین از سهم سالمندان فقیر در میان سالمندان کاسته شده است (Lefebvre et al., 2011; Tanaka et al., 2018). کارشناسان بانک جهانی براساس سنجه‌های مختلف فقر، مطالعه‌ای درباره گروه‌های مختلف جمعیتی در کشورهای درحال توسعه انجام داده‌اند. براساس این مطالعه مشاهده می‌شود که نرخ فقر در میان افراد بالای ۶۵ سال براساس سنجه‌های درآمد سرانه، معیار فقر سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه و حداقل کالری مورد نیاز، به ترتیب ۲۲، ۴۶ و ۱۰.۴ درصد بوده است. درحالی که میانگین این نرخ‌ها برای کل جمعیت به ترتیب ۳۱.۴، ۴.۹ و ۱۳ درصد بوده است؛ بنابراین می‌توان مشاهده کرد که به‌طور میانگین نرخ فقر در میان سالمندان کشورهای درحال توسعه کمتر از کل بوده است. البته مقایسه فقر در گروه‌های جمعیتی نشان می‌دهد فقر در گروه‌های سنی کمتر از ۱۸ سال بسیار بالا برآورد شده و این موضوع میانگین کل را به شدت افزایش داده است (Batana et al., 2013).

موضوع بسیار جالب در ادبیات فقر سالمندی، توجه ویژه کشورهای شرق آسیا به این موضوع است. در میان مطالعاتی که درباره این موضوع انجام شده، مطالعات پژوهشگران این کشورها به‌طور محسوسی بیشتر از سایر مناطق جهان است. لی و همکاران (۲۰۱۵) با بررسی فقر سالمندی در هنگ کنگ نتیجه گرفتند که ریسک فقر سالمندی

و همچنین تعداد سالمندان فقیر در این کشور در دو دهه گذشته افزایش چشمگیری داشته است. بر این اساس فقر در میان سالمندان این کشور از ۲۷.۷ درصد در سال ۱۹۹۱ به ۳۸.۷ درصد در سال ۲۰۰۱ و ۴۱.۴ درصد در سال ۲۰۱۱ افزایش یافته است. بررسی وضعیت فقر در میان سالمندان در مالزی نیز در سال‌های اخیر بسیار مدنظر بوده است. پژوهشی براساس داده‌های هزینه-درآمد خانوارهایی مالزیایی توسط محد و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد، میزان فقر در میان خانوارهای با سرپرست سالمند نسبتاً کم است. براساس تعریف فقر، ۱.۲۵ دلار در روز، نسبت خانوارهای فقیری که سرپرست آن‌ها سالمند است، از ۳.۸ درصد در سال ۲۰۰۹ به ۱.۷ درصد در سال ۲۰۱۳ کاهش یافته است. این مطالعه با بررسی فقر سالمندی در گروه‌های مختلف مشخص کرده است که فقر سالمندان در میان زنان سرپرست خانوار سالمند، سالمندان ساکن مناطق روستایی، سالمندان بدون تحصیلات، سالمندان بدون شغل و سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند بسیار است. مسعود و همکاران^۱ (۲۰۱۵) نیز با استفاده از داده‌های ۱۶,۳۲۵ سالمند مالزیایی فقر مطلق و فقر نسبی در میان آنان را محاسبه کرده‌اند. آنان سالمندان را به دو گروه تقسیم و هر گروه را جداگانه بررسی کرده‌اند: سالمندانی که به همراه فرزندان بزرگسالشان زندگی می‌کنند و سالمندانی که سرپرست خانوار هستند. با وجود اینکه ۸۲ درصد سالمندانی که به همراه فرزندانشان زندگی می‌کردند، درآمد نداشتند، فقر در میان آنان تنها ۲.۹ درصد گزارش شد. از نظر فقر نسبی نیز وضعیت سالمندان سرپرست خانوار در مقایسه با گروه دیگر سالمندان نامطلوب‌تر ارزیابی شده است. تنها ۱۵.۹ درصد سالمندانی که به همراه فرزندانشان زندگی می‌کردند، درآمدی کمتر از میانه درآمدی داشته‌اند که این نرخ برای سالمندان سرپرست خانوار ۶۷.۸ درصد بوده است؛ بنابراین مشاهده می‌شود که زندگی به همراه فرزندان عاملی بسیار قوی در کاهش احتمال فقر مطلق و فقر نسبی برای سالمندان بوده است. در سال‌های اخیر، نگرش به پدیده فقر به‌ویژه در گروه و جمعیت ویژه‌ای مانند سالمندان، تغییرات قابل توجهی داشته است. در مطالعات متأخر، نگرش تک‌بعدی و مطلق به فقر جای خود را به نگاه چندوجهی و نسبی داده است. دهنوگه^۲ (۲۰۱۷) فقر چندبعدی را با چهار بعد بهداشت (معلولیت)، تحصیلات، مسکن و استانداردهای زندگی در میان افراد مسن بالای ۶۵ سال در ایالات متحده محاسبه کرده و نتیجه گرفته است که ۳۸ درصد افراد مسن آمریکایی حداقل در یکی از ابعاد این شاخص فقیر هستند. براساس توزیع مشترک فقر در میان سالمندان، ۱۲ درصد سالمندان در دو بعد، ۳ درصد در بیش از دو بعد و ۰.۴ درصد در هر چهار بعد زیر آستانه فقر بوده‌اند. یون و کو^۳ (۲۰۱۸) نیز برای سالمندان کره‌ای یک شاخص فقر سالمندان چندبعدی طراحی کردند. شاخص آن‌ها از سه بعد درآمد، دارایی و مسکن تشکیل شده است. آن‌ها دریافتند که ۵.۵ درصد از جمعیت عمومی

1. Masud et al
2. Dhongde
3. Yun & Ko

کره جنوبی با فقر چندبعدی مواجه هستند؛ درحالی که این نرخ برای سالمندان ۱۴.۳ درصد است. همچنین فقر چندبعدی در میان سالمندان زن بیشتر از سالمندان مرد بوده است (۷۰ درصد در مقایسه با ۳۰ درصد). کیم^۱ (۲۰۱۹) با دسته‌بندی ۶۳۶۱ خانوار سالمند براساس دوره تاریخی تولد آن‌ها به گروه‌های مختلف، نشان داد که فقر چندبعدی در میان خانوارهایی که در دوران استعمار ژاپن متولد شده‌اند (۵۰.۱ درصد) تقریباً دو برابر سالمندانی است که پس از استقلال کره (۲۸.۸ درصد) متولد شده‌اند. مهم‌ترین دلیل بالابودن فقر چندبعدی در میان این سالمندان نیز بیشتربودن فقر سلامت در این گروه بیان شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، همانند فقر تک‌بعدی، توجه به فقر چندبعدی سالمندان نیز در کشورهای شرق آسیا بسیار بیشتر از سایر مناطق بوده است. براساس مطالعه مشابه دیگری که چن و لو^۲ (۲۰۲۰) انجام داده‌اند، پویایی فقر و نابرابری چندبعدی در میان سالمندان تایوان ارزیابی شد. آن‌ها دریافتند سالمندان مسن با فقر چندبعدی بیشتری روبه‌رو هستند. به‌علاوه، برجسته‌ترین عوامل نابرابری در میان فقرا متغیرهای جنسیت و تحصیلات بودند. محاسبه فقر چندبعدی براساس گروه‌های اجتماعی نیز در مطالعات درباره فقر سالمندان وجود دارد؛ برای مثال محاسبه فقر چندبعدی در نیکاراگوئه نشان می‌دهد این نوع از فقر در میان سالمندان زن بسیار بیشتر از سالمندان مرد است (Spinoza and Klasen, 2018). شاخص استفاده‌شده در این مطالعه، براساس سه بعد آموزش، سلامت و استاندارد زندگی است و نشان می‌دهد در این کشور زنان در ابعاد سلامت و آموزش به‌صورت نسبی فقر بیشتری در مقایسه با مردان داشته‌اند. همچنین مقایسه سالمندان با سایر گروه‌های جمعیتی نشان می‌دهد، ۹۱.۶ درصد سالمندان مرد و ۹۱.۴ درصد از سالمندان زن حداقل در یکی از ابعاد سه‌گانه دچار فقر بوده‌اند؛ درحالی که این نرخ برای کل جامعه پژوهش به‌ترتیب ۵۸.۹ و ۵۶.۵ بوده است.

در کنار فقر، پرداختن به نابرابری نیز سهم فراوانی از پژوهش‌های مرتبط با سالمندی را شامل می‌شود. سالمندان در کشورهای در حال توسعه به‌دلیل الگوهای متمایز کار و مزایای ناچیز تأمین اجتماعی، با نابرابری درآمد بیشتری در مقایسه با سایر گروه‌های سنی روبه‌رو هستند. شاید بررسی نابرابری سالمندان موضوع چندان پیچیده‌ای نباشد، اما دقت در این زمینه دشواری‌های همراه با آن را بیشتر نمایان می‌کند. بیشتر مطالعات صورت گرفته درباره نابرابری درآمد بر نابرابری در کل جمعیت متمرکز است و در آن‌ها تمایزی میان گروه‌های سنی مختلف در نظر نگرفته‌اند. مطالعات پیرامون نابرابری بر مقایسه مقطعی گروه‌های سنی مختلف متکی بوده است؛ بنابراین نابرابری درآمدی بیشتر در میان سالمندان را می‌توان تحت تأثیر اثر کوهورت^۳ یا اثر سنی^۴ در نظر گرفت. اگر این موضوع

1. Kim
2. Chen and Leu
3. Cohort Effect
4. Age Effect

را یک اثر کوهورت در نظر بگیریم، به این معناست که نابرابری بیشتر در میان سالمندان به دلیل توزیع نابرابر درآمد در میان سالمندان فعلی رخ داده است، اما اگر این موضوع را اثری سنی بدانیم، نابرابری درآمد برای سالمندان باید به دلیل توزیع درآمد نامناسب در طول زندگی آن‌ها در نظر گرفته شود؛ بنابراین به دلیل این دشواری مشخص نیست که با افزایش سن در یک جمعیت آیا نابرابری درآمد افزایش یا کاهش می‌یابد یا ثابت خواهد بود.

ژاپن نابرابری در دوران سالمندی را یکی از مشکلات عدیده اجتماعی خود می‌داند. در این کشور نیز سالمندان بالای ۶۵ سال بیش از دوسوم درآمد خود را با پرداخت‌های مستمری بازنشستگی به دست می‌آورند (Seiyama, 2016). براساس مطالعه‌ای درباره سالمندان مرد این کشور، نابرابری درآمد میان سالمندان بسیار بالاست. همچنین دو عامل موقعیت شغلی و ویژگی محل کار سابق بازنشستگان پیش از بازنشستگی عوامل تعیین کننده درآمدهای بالای بازنشستگی بوده‌اند. این پژوهش بر نقش غیرمستقیم، اما بسیار تأثیرگذار تحصیلات بر نابرابری درآمد بازنشستگی نیز تأکید دارد (Seiyama, 2016)؛ بنابراین نابرابری در دوره سالمندی، یکی از چالش‌های سیاست‌گذاران در کشورهای جهان به شمار می‌رود. مثال دیگر کره جنوبی است که در آن با وجود برنامه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی، ضریب جینی برای سالمندان بسیار بالاتر از جمعیت عمومی گزارش شده است؛ درحالی که ضریب جینی برای افراد ۴۵-۴۱ سال ۰.۳۳۷ است که این ضریب برای افراد ۶۵-۶۱ سال بیش از ۰.۴۱۶ برآورد شده است (Hong and Kim, 2012).

در بسیاری از کشورهای جهان که پرداخت‌های بازنشستگی در تأمین درآمد سالمندان وزن بیشتری دارد، تغییرات صندوق‌های بازنشستگی می‌تواند تأثیر بسیار قابل توجهی بر نابرابری درآمد میان سالمندان و سایر گروه‌های جمعیتی ایفا کند. مطالعه‌ای درباره خانوارهای چینی در سال‌های ۱۹۹۸-۲۰۱۳ نشان می‌دهد که افزایش ۱ درصدی در منابع انتقالی بازنشستگی ضریب جینی در این کشور را ۰.۸ درصد کاهش داده است. با وجود اینکه توزیع منابع بازنشستگی در این کشور بسیار نابرابر است (ضریب جینی این پرداخت‌ها ۰.۷۴ بوده است)، این پرداخت‌ها نقش اساسی در تأمین نیازهای خانوارهای با عضو سالمند در این کشور داشته است (Wang, Xu and Yuan, 2020).

فقر و نابرابری سالمندان در ایران

سالمندان ممکن است از جهات متفاوتی در معرض طرد اجتماعی قرار بگیرند. طرد اقتصادی مانند ناتوانی برای مشارکت در بازار کار و دسترسی نداشتن به استاندارد قابل قبول زندگی، طرد نهادی مثل دسترسی به نهادهای عمومی، طرد فرهنگی مانند انتظارات از گروه‌های خاص در جامعه، طرد اجتماعی مانند نبود ارتباطات اجتماعی

و طرد فضایی مثل جدایی محلی، حوزه زندگی ابعاد گوناگون پردشدگی هستند. در این میان فقر و نابرابری را می‌توان یکی از مهم‌ترین عوامل پردشدگی سالمندان محسوب کرد که آثاری جدی بر زندگی آنان دارد و بستر مناسبی را برای دیگر اشکال پردشدگی فراهم می‌کند.

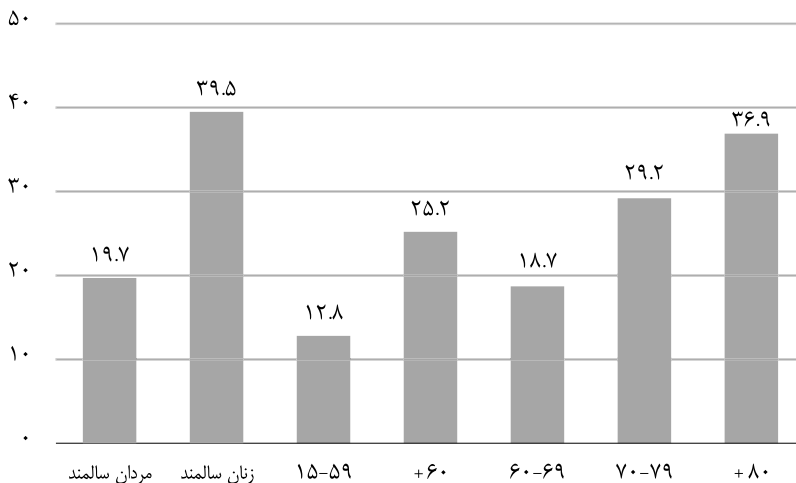
نابرابری و فقر نسبی

میزان فقر نسبی سالمندان، یا به بیان دیگر درصد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر که در فقر درآمدی نسبی زندگی می‌کنند، وضعیتی تعریف و اندازه‌گیری شده است که در آن درآمد خانوار ترازشده کمتر از ۵۰ درصد میانه درآمد خانوار ترازشده کل کشور باشد؛ بر این اساس، ۲۵ درصد خانوارهای سالمند سرپرست ۶۰ ساله و بالاتر یا به بیان دیگر یک‌چهارم خانوارهای سالمند سرپرست در فقر درآمدی نسبی زندگی می‌کنند؛ از این رو و با توجه به شکل ۴-۶، سالمندان حدود دو برابر بیشتر از سایر گروه‌های سنی (۱۳ درصد) در معرض خطر فقر قرار دارند. در درون گروه سالمندان نیز زنان سالمند (۳۹.۵ درصد) بیشتر از مردان سالمند (۱۹.۲ درصد) و سالمندان مسن‌تر (۸۰ ساله و بیشتر) با ۳۶.۹ درصد بیشتر از سالمندان جوان‌تر (۶۹-۶۰ ساله) با ۱۸.۷ درصد در معرض فقر قرار دارند (بر مبنای تحلیل داده‌های هزینه و درآمد خانوار، مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵).

افزون بر این و با توجه به شکل ۶-۵، تفاوت‌های استانی فراوانی در میزان فقر سالمندان وجود دارد؛ به طوری که نرخ فقر برای سالمندان در استان سیستان و بلوچستان حدود ۷۰ درصد است؛ در حالی که برای سالمندان استان‌های تهران و البرز کمتر از ۱۰ درصد است؛ از این رو سالمندی جمعیت با افزایش فقر همراه است. همچنین سالمندی جمعیت نابرابری در توزیع درآمد را افزایش می‌دهد. براساس نتایج مطالعه پروین و همکاران (۱۳۹۸) با افزایش سن سرپرست خانوار، نابرابری درآمد میان گروه‌های سنی و نیز در گروه سالمند (خانوارهای دارای سرپرست بالای ۶۵ سال) افزایش می‌یابد. با توجه به شکل ۶-۶، براساس ضریب جینی، نابرابری درآمد در گروه سنی ۶۵ سال به بالا بالاتر از میانگین نابرابری درآمد سایر گروه‌های سنی است.

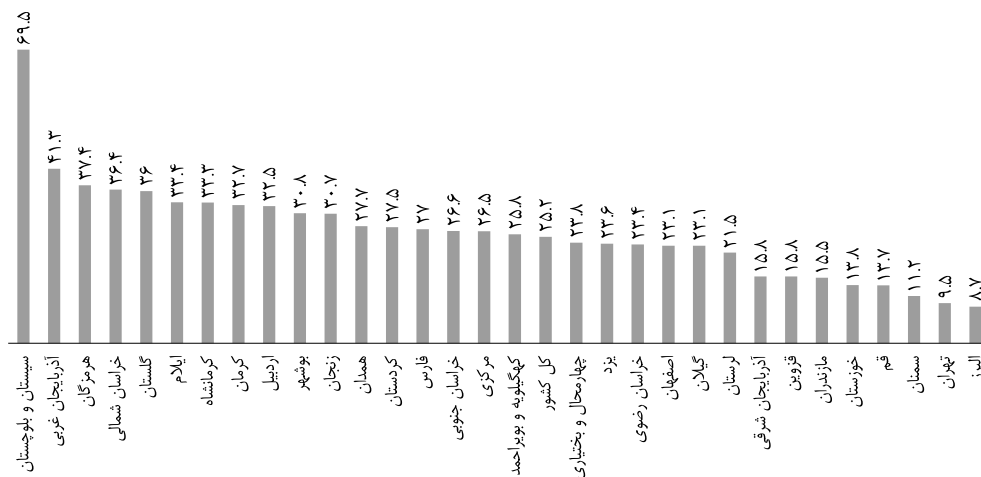
در واقع، با ورود سرپرست خانوار به دوره سالمندی، فشار بر توزیع درآمد بیشتر می‌شود. به طور معمول، با شروع دوره بازنشستگی، درآمد ناشی از کار سرپرست خانوار با افت بیشتری مواجه می‌شود که ممکن است این افت به بدتر شدن وضعیت رفاهی خانوارهای سالمند سرپرست بینجامد؛ بنابراین با توجه به اینکه در توضیح نابرابری توزیع درآمدها، سن دومین عامل فقر در ایران است و جمعیت سالمند در دهه‌های آینده گسترش خواهد یافت، احتمال پیوستن سالمندان به گروه‌های فقیر بسیار است.

شکل ۶-۴. نرخ فقر در سنین سالمندی به تفکیک سن و جنسیت، ۱۳۹۵



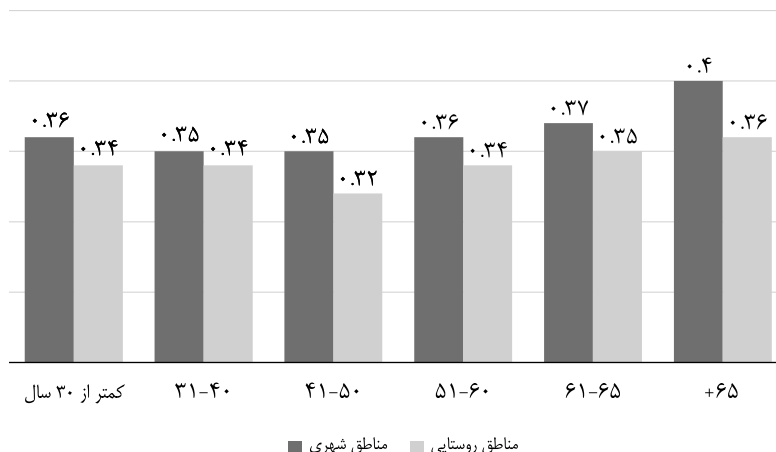
منبع: پردازش براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار، مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵

شکل ۶-۵. نرخ فقر سالمندان در استان‌های کشور، ۱۳۹۵



منبع: پردازش براساس داده‌های هزینه و درآمد خانوار، مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵

شکل ۶-۶. ضریب جینی خانوار به تفکیک گروه سنی در مناطق شهری و روستایی کشور، ۱۳۹۴-۱۳۹۰



منبع: پروین و همکاران، ۱۳۹۸

نظام‌های بازنشستگی نقشی اساسی در کاهش فقر و نابرابری دارند و می‌توانند خانواده‌ها و جوامع را با تغییر ماهیت زندگی اجتماعی و اقتصادی در سنین سالمندی سازگار کنند. با توجه به اینکه تقریباً در همه کشورها نوعی از سیستم بازنشستگی وجود دارد، پوشش و مزایای این سیستم‌ها در بیشتر موارد بسیار متفاوت است و در نتیجه سالمندان منتفع از آن نیز با درجات گوناگونی از امنیت درآمدی مواجه می‌شوند. این موضوع در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط که تنها از هر چهار نفر بالای ۶۵ سال یک نفر مستمری دریافت می‌کند، بسیار قابل تأمل است. براساس یافته‌های پژوهش دیده‌بان سالمندی در ایران (زنجری و همکاران، ۱۳۹۹)، پوشش بازنشستگی در ایران ۴۵.۵ درصد است که نشان می‌دهد کمتر از نیمی از سالمندان، مستمری بازنشستگی دریافت می‌کنند. براساس این گزارش، بیش از ۲۴.۹ درصد سالمندان در خانوارهایی زندگی می‌کنند که زیر خط فقر (۵۰ درصد میانه درآمدی) قرار دارند.

یکی دیگر از عوامل بیان‌کننده امنیت درآمد شاخص رفاه نسبی سالمندان است که براساس آن، حدود یک‌چهارم افراد بالای ۶۰ سال در ایران در فقر نسبی قرار دارند. مقایسه این درصد با فقر نسبی کل جامعه (۱۳ درصد) نشان می‌دهد که سالمندان دو برابر سایر گروه‌های سنی جامعه در فقر به سر می‌برند. براساس جایگاه کلی بُعد «امنیت درآمدی» در شاخص دیده‌بان سالمندی، ایران در میان ۹۷ کشور بررسی شده، جایگاه ۶۴ را کسب کرده است. این وضعیت برای بازنشستگان سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح نیز صادق است؛ به عبارت دیگر نتایج به‌دست‌آمده از بررسی سالمندان عضو این صندوق نیز یافته‌های پژوهش پیشین را

تأیید می‌کند. نتایج پژوهش درباره بازنشستگان نیروهای مسلح نشان می‌دهد اگر نرخ تورم براساس میانگین تورم سال‌های گذشته افزایش یابد، بیش از ۹۰ درصد بازنشستگان این گروه تا سال ۱۴۰۴ در زیر خط فقر قرار می‌گیرند (رسولیان، ۱۳۹۶). در سناریوهای بدتر (که شاید به وضعیت فعلی نزدیک‌تر باشد) وضعیت بسیار بدتر از این خواهد شد.

فقر مطلق و شدید

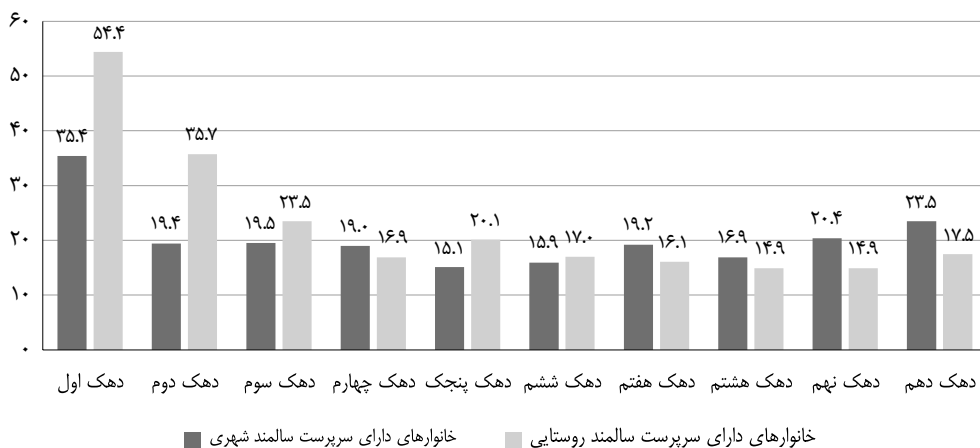
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (۱۳۹۹) در گزارشی به تحلیل وضعیت رفاه سالمندان در ابعاد گوناگون زندگی ایشان پرداخته است. با توجه به اینکه اطلاعات گسترده‌ای از وضعیت سالمندان به صورت خاص وجود ندارد، تحلیل‌های کلان در این حوزه با استفاده از داده‌های هزینه-درآمد خانوارهای ایرانی بررسی شده است. در این گزارش، اطلاعات خانوارهای با سرپرست سالمند (دارای سن بالاتر از ۶۵ سال) یا خانوارهایی که عضو سالمند دارند، براساس داده‌های سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ تحلیل شده است، که براساس آن ۳۵.۴ درصد از خانوارهای شهری که در دهک اول درآمدی (نابرخوردارترین دهک) قرار داشته‌اند، دارای سرپرست سالمند و ۲۳.۵ درصد از خانوارهای دهک دهم (برخوردارترین دهک) نیز دارای سرپرست سالمند بودند. در این میان، تنها ۲۳.۱ درصد خانوارهای کشور دارای سرپرست سالمند بودند. اگر خانوارهای سه دهک اول را در گروه خانوارهای فقیر جامعه (خانوارهای دچار فقر مطلق) طبقه‌بندی کنیم^۱ (ارشدی و کریمی، ۱۳۹۲)، نتیجه می‌گیریم که بیش از ۱ میلیون و ۴۵۴ هزار خانوار دارای سرپرست سالمند (۲۴.۸ درصد کل خانوارهای شهری) در این سه دهک جای داشته‌اند. این موضوع نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از افراد کم‌درآمد در ایران را خانوارهایی تشکیل می‌دهند که سرپرستی آن‌ها بر عهده افراد بالای ۶۵ سال است.

باید توجه داشت که وضعیت فقر در خانوارهای با سرپرست سالمندان در مناطق روستایی به مراتب نامطلوب‌تر است. بیش از ۵۴ درصد کل خانوارهای دهک اول ساکن در روستاها (نابرخوردارترین خانوارهای روستایی)، سرپرستانی با سن بیش از ۶۵ سال داشته‌اند. اگر خانوارهای سه دهک اول را در گروه خانوارهای فقیر طبقه‌بندی کنیم، ۶۹۴ هزار و ۸۰۸ خانوار روستایی دارای سرپرست سالمند (۳۷.۸ درصد کل خانوارهای روستایی ایران) در این سه دهک جای داشته‌اند. این موضوع را می‌توان در قالب سالمندان تحت پوشش نهادهای حمایتی نیز مشاهده کرد. براساس گزارش سازمان بهزیستی کشور، تعداد سالمندان تحت پوشش این سازمان از حدود

۱. البته این معیار یک انتخاب نسبی است و در هر سال به تغییراتی که در هزینه‌ها و درآمد خانوارها رخ می‌دهد، می‌تواند دهک‌های بیشتر یا کمتری را دچار فقر مطلق نماید.

۴۹۷ هزار در سال ۱۳۹۲ به بیش از ۷۸۸ هزار نفر در سال ۱۳۹۸ افزایش یافته است.

شکل ۶-۷. سهم خانوارهای دارای سرپرست سالمند از کل خانوارهای با دهک‌های درآمدی مختلف (درصد)



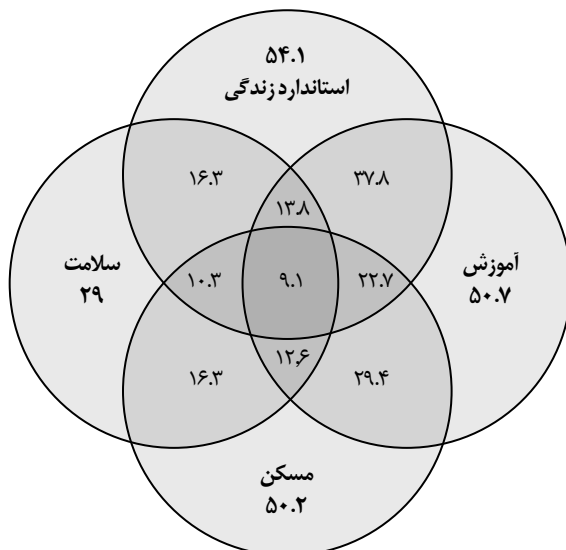
قوامی و همکاران (۱۳۹۸) براساس اطلاعات هزینه-درآمد مرکز آمار ایران، وضعیت خانوارهایی را که سرپرست آن‌ها سالمند بودند، بررسی کردند. براساس یافته‌های آنان، بیش از ۳۹.۹ درصد خانوارهای دارای سرپرست سالمند بدون حقوق بازنشستگی در دهک اول درآمدی قرار دارند که این رقم برای سه دهک اول (۳۰ درصد از نابرخوردارترین خانوارها) ۶۱.۳ درصد است؛ به عبارت دیگر بیش از ۶۱ درصد این خانوارها در گروه خانوارهای فقیر و بسیار فقیر دسته‌بندی می‌شوند و تنها ۱۱.۶ درصد خانوارهایی که سرپرست آن‌ها حقوق بازنشستگی ندارند، در دو دهک بالای درآمدی قرار دارند. وضعیت برای خانوارهایی که سرپرست سالمند آن‌ها حقوق بازنشستگی می‌گیرد، کاملاً متفاوت است؛ یعنی تنها ۲.۷ درصد این خانوارها در دهک درآمدی اول قرار دارند و جزء خانوارهای بسیار فقیر محسوب می‌شوند. با تجمیع سه دهک اول مشاهده می‌شود که تنها ۲۳.۵ درصد خانوارهای این گروه فقیر هستند. درمقابل ۲۵.۳ درصد این خانوارها از نظر درآمدی در دهک نهم و دهم (برخوردارترین دو دهک جامعه) قرار دارند. در این گزارش، به سهم هزینه‌های خوراک از کل هزینه‌های خانوار نیز اشاره شده است که ارتباط مستقیمی با فقر خانوار دارد (Smith and Subandoro, 2003). بر این اساس، سهم هزینه‌های خوراک از کل هزینه‌های خانوار با سرپرست سالمند دارای حقوق بازنشستگی و بدون حقوق بازنشستگی به ترتیب ۲۲ و ۲۴ درصد در مناطق شهری است. این نسبت در مناطق روستایی اختلاف بیشتری دارد و برای سالمندان دارای حقوق بازنشستگی، ۳۶ درصد و برای خانوارهای با سرپرست سالمند بدون حقوق بازنشستگی، ۴۱ درصد است. با این اوصاف نقش برخورداری از حقوق بازنشستگی در کاهش فقر در میان

سالمندان به‌وضوح قابل مشاهده است.

فقر چندبعدی

در کنار نگاه تک‌بعدی به فقر، در مطالعات جدیدتر در ایران به فقر چندبعدی نیز توجه شده است. البته با توجه به بدیع‌بودن این رویکرد، بیشتر مطالعات مربوط به فقر چندبعدی بر جمعیت عمومی کشور متمرکز است. محققان کمال و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی تازه به‌صورت جامع به وضعیت رفاهی سالمندان پرداخته‌اند و موضوعات گوناگون تأثیرگذار بر رفاه سالمندان را بررسی کرده‌اند. در این مطالعه، براساس چهار بُعد استاندارد زندگی، سلامت (ناتوانی)، آموزش و مسکن و بیانگرهای متفاوت برای هر بعد فقر تک‌بعدی و چندبعدی را در میان سالمندان محاسبه کرده‌اند. با توجه به نتایج این مطالعه، بیش از ۳۲.۸ درصد سالمندان درآمدی کمتر از ۳۰ میلیون ریال در ماه داشته و تنها ۱۷.۷ درصد آنان درآمدی بیش از ۵۰ میلیون ریال در ماه دارند. نتایج این مطالعه تا حدودی با نتایج بررسی وضعیت بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری منطبق است. براساس یافته‌های این پژوهش از نظر فقر در هر کدام از ابعاد مذکور، بیشترین درصد محرومیت مربوط به استاندارد زندگی (۵۴.۱ درصد) است. کمی بیش از نیمی از افراد مسن (۵۰.۷ درصد) تحصیلاتی بالاتر از دبیرستان (فقر آموزش) دارند و ۵۰.۲ درصد سالمندان با فقر مسکن مواجه هستند. همچنین ۲۹ درصد سالمندان دو یا چند ناتوانی و تقریباً از هر سه سالمند، یک نفر معلولیت چندگانه (فقر سلامت) دارد. در بررسی فقر چندبعدی مشخص شد، ۸۴ درصد سالمندان حداقل در یک بعد فقیرند. با افزایش ابعاد محرومیت به حداقل ۲ و ۳ بعد، نسبت سالمندان فقیر به‌ترتیب به ۵۹ درصد و ۳۱.۷ درصد از جمعیت نمونه کاهش می‌یابد. براساس نتایج این مطالعه حدود ۹.۱ درصد سالمندان به‌صورت هم‌زمان در هر چهار بعد فقیرند.

شکل ۶-۸. فقر تکبعدی و هم‌پوشانی ابعاد گوناگون فقر در میان سالمندان



منبع: محقق کمال و همکاران، ۱۳۹۹

موضوع فقر چندبعدی در مطالعات دیگری نیز با توجه ویژه به گروه‌های خاص بررسی شده است. بررسی وضعیت فقر چندبعدی در میان خانوارهای با سرپرست زن نشان می‌دهد که احتمال فقیربودن خانوارهایی که سرپرستشان بیش از ۶۰ سال دارد، در مقایسه با خانوارهای با سن سرپرست بین ۲۵ تا ۶۰ سال، بیش از ۵.۴۳ برابر است (فطرس، قدسی، ۱۳۹۷) که دلایل این موضوع را می‌توان در کاهش توانایی کار و کسب درآمد در سرپرستان سالمند دانست.

عوامل مؤثر بر فقر و نابرابری سالمندان

مطالعات درباره فقر سالمندان به دو گروه تقسیم می‌شود. دسته‌ای از این مطالعات تأثیرات فقر بر حیات و زندگی سالمندان را بررسی کرده‌اند و دسته دیگر به مطالعه عوامل پدیدآورنده فقر و نابرابری در سالمندان پرداخته‌اند. از منظر پژوهش‌های دسته اول فقر مشکلی است که بر همه شئون زندگی و حتی مرگ افراد تأثیرگذار است. با توجه به مطالعات گوناگون، رابطه معناداری میان فقر و مرگومیر در میان سالمندان وجود دارد (Tanaka et al., 2018). این موضوع حتی در کشورهای توسعه‌یافته نیز که شاخص‌های توسعه انسانی بیشتری دارند، صادق است. نتایج مطالعه‌ای در بلژیک، رابطه‌ای مثبت و معنادار میان فقر و نابرابری درآمدی و مرگومیر سالمندان نشان می‌دهد

(Lefebvre et al., 2011). مطالعات در برخی کشورها نیز نشان می‌دهد که نرخ فقر در میان سالمندان از میانگین فقر کمتر است. گزارش بانک جهانی (۲۰۲۰) نیز تا حدودی این موضوع را تأیید می‌کند، اما شاید دلیل این موضوع مرگ زودهنگام فقرا و پایین بودن امید به زندگی آنان باشد که از اساس احتمال زنده‌بودن فقرا در این سنین را کاهش می‌دهد؛ بنابراین فقر از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های مرگ زودهنگام است (Banerjee and Duflo, 2007)؛ امری که تحلیل‌های مربوط به فقر و نابرابری در دوران سالمندی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. براساس مطالعه‌ای در هند نیز رابطه معناداری میان هزینه‌های خانوار (فقر هزینه‌ای) و مرگ‌ومیر وجود دارد؛ از این‌رو مرگ فقرا بیشتر در سنین پایین‌تر رخ داده و جمعیت فقرا در گروه‌های سنی بالاتر کاهش یافته است (Pal and Palacios, 2010). این تأثیرپذیری تنها از فقر نیست، بلکه نابرابری نیز در آن نقش دارد. کوندو و همکاران^۱ (۲۰۰۹) تخمین زدند که اگر هر کشور ضریب جینی خود را به زیر ۰.۳ کاهش دهد، می‌تواند مانع بیش از ۱.۵ میلیون مرگ (۹.۶ درصد از کل مرگ‌ومیر بزرگسالان) در ۳۰ کشور عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه باشد. فقر و نابرابری آثار منفی اجتماعی بر سالمندان دارد (World Economic Forum, 2014). یکی از این آثار کاهش شاخص‌های سلامت سالمندان است. براساس مطالعات مختلف، نابرابری درآمدی با افزایش بیماری‌های روانی مرتبط است (Wilkinson and Pickett, 2010). تعدادی از مطالعات نیز نشان داده‌اند، میزان مرگ‌ومیر در میان سالمندان رابطه ضعیفی با نابرابری درآمد دارد (Torre and Myrskylä, 2014). با این حال مطالعات مختلف مؤید این نکته است که سلامتی سالمندان از وضعیت اقتصادی-اجتماعی آنان در سه برهه مختلف از زندگی (جینی، کودکی و سالمندی) متأثر خواهد بود (Hoynes et al., 2012; Johnson and Schoeni, 2011).

براساس مطالعه پیکت و ویلکینسون^۲ (۲۰۱۵) نابرابری درآمدی بر سلامت و همچنین طیف گسترده‌ای از متغیرهای اجتماعی تأثیرگذار خواهد بود. حیدرنیا و همکاران (۱۳۹۰) نیز با بررسی وضعیت دو گروه سالمندان تحت حمایت نهادهای حمایتی و یک گروه مستقل از سالمندان نتیجه گرفتند که افراد فقیر در تمام خرده‌سنج‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، از میانگین پایین‌تری در مقایسه با گروه غیر فقیر برخوردار بوده‌اند، اما همچنان که پیش از این اشاره شد، گروه دوم مطالعات در توضیح عوامل زمینه‌ساز و تشدیدکننده فقر سالمندان به متغیرهای مختلف اشاره کرده‌اند. اگرچه اهمیت این عوامل با توجه به زمینه‌های اقتصادی، سیاسی، جمعیتی و فرهنگی هر کشور می‌تواند متفاوت باشد، زمینه‌های اصلی فقر سالمندی در مطالعات مختلف بسیار مشابه است. با توجه به اینکه مطالعات بسیار محدودی در زمینه فقر اقتصادی سالمندی در ایران انجام شده است، استخراج عوامل زمینه‌ساز و تشدیدکننده فقر در ایران بسیار دشوار است؛ از این‌رو در ترکیب یافته‌های مطالعات

1. Kondo et al

2. Pickett & Wilkinson

در ایران و دیگر کشورها تلاش شده است تا مهم‌ترین عوامل مؤثر بیان شود.

الف) ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی

زیدی و همکاران^۱ (۲۰۰۸) تصریح کرده‌اند که سابقه اشتغال در طول زندگی کاری در بسیاری از زمینه‌ها حیاتی است؛ زیرا حقوق بازنشستگی در بیشتر برنامه‌های حمایتی دولت‌ها با کمک‌هزینه‌های بیمه اجتماعی کسر شده از دستمزد جمع می‌شود. مردم در طول زندگی کاری خود ثروت انباشت می‌کنند تا پس از بازنشستگی صرف آن دوران کنند؛ بنابراین دوره اشتغال طولانی‌تر، پس‌انداز بازنشستگی آن‌ها را افزایش می‌دهد. نوع شغل و جایگاه شغلی افراد نیز در این میان مهم است؛ زیرا هم بر سطح درآمد و هم بر احتمال پوشش حقوق بازنشستگی تأثیر می‌گذارد (محقق کیما و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین ممکن است به دلایل گوناگونی بعد از یک سن خاص، درآمد بالقوه کاهش و احتمال فقر افزایش یابد. میزان فقر در سالمندان تنها به درآمد آنان وابسته نیست. فقر اقتصادی و درآمد به عواملی مانند وضعیت تأهل، جنسیت، تحصیلات، بهداشت، آموزش و فرصت‌های بازار کار بستگی دارند. جیانگ و فائو^۲ (۲۰۰۹) در مطالعه خانوارهای ویتنام در بررسی عوامل مؤثر بر فقر سالمندان در این کشور نتیجه گرفتند که سکونت در روستا، افزایش بیشتر سن، زن بودن، نداشتن شغل و بهره‌مند نبودن از تأمین اجتماعی، مهم‌ترین عوامل تقویت‌کننده فقر در میان سالمندان است. این عوامل را می‌توان در زمره عوامل اقتصادی-جمعیتی طبقه‌بندی کرد.

سطح تحصیلات پایین‌تر سبب کاهش فرصت‌های اقتصادی افراد می‌شود و این موضوع در نهایت توانایی سالمندان با تحصیلات پایین را برای ادامه کار، کسب درآمد، پس‌انداز و ثروت تحت تأثیر قرار می‌دهد (Jarrah and Sharifah, 2008). یافته‌ها نشان می‌دهد وضعیت تأهل رابطه معناداری با درآمد سالمندان دارد. زنانی که صاحب فرزند هستند یا طلاق گرفته و دوباره ازدواج نکرده‌اند، در دوران سالمندی درآمد بسیار کمتری دارند (Rake et al., 2006; Walker and Ginn, 2003). همچنین براساس مطالعه جانسون و فاو^۳ (۲۰۰۴) زنان دارای فرزند و اختلافات زناشویی، بخش قابل توجهی از درآمد سالمندی خود را از دست می‌دهند؛ البته نتایج متضادی نیز در این میان وجود دارد؛ برای مثال سفتون و همکاران^۴ (۲۰۰۸) تفاوت معناداری در درآمد بازنشستگی در سنین پیری افراد با سوابق متفاوت زناشویی در بریتانیا نیافتند که به نظر می‌رسد دلیل این موضوع بنیان‌های مستحکم تأمین اجتماعی در کشورهای توسعه‌یافته است. در کشورهای کمتر توسعه‌یافته،

1. Zaidi & De Vos

2. Giang & Pfau

3. Johnson & Favreault

4. Sefton et al

بیشتر به دلیل نقصان در نظام تأمین اجتماعی و اشتغال زنان در بخش غیررسمی، وضعیت اقتصادی آنان در سنین سالمندی به مقرری ناشی از تأمین اجتماعی همسرانشان وابسته است؛ از این رو وضعیت زناشویی آنان می‌تواند به متغیری تأثیرگذار تبدیل شود؛ بنابراین اخلاص در زندگی زناشویی در طول زندگی ممکن است عواقب نامطلوبی برای حمایت اجتماعی و پیوند در سنین بالاتر داشته باشد (محقق کی‌کمال و همکاران، ۱۳۹۹: Emmerson and Muriel, 2008)؛ از این رو بیوه‌شدن، حتی در کشورهای توسعه‌یافته، یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز فقر در دوران سالمندی برای زنان است؛ البته این موضوع برای مردان کاملاً متفاوت است و مطالعات تجربی براساس تغییرات مصرف و رفاه نشان می‌دهد، مردان پس از بیوه‌شدن از نظر رفاه مالی وضعیت بهتری از قبل دارند (Cherchye et al., 2012)؛ زیرا در دوران سالمندی، مخارج خانوار به سمت هزینه‌های معطوف به زنان حرکت می‌کند (Browning et al., 2010)؛ بنابراین بیوه‌شدن و از دست دادن مزیت‌های ناشی از زندگی مشترک برای زنان بسیار مخاطره‌آمیز خواهد بود.

افزون بر این، جنسیت نیز به‌طور قابل‌توجهی با خطر فقر در سالمندی ارتباط دارد. مطالعات نشان می‌دهد، زنان مسن بیشتر در معرض خطر فقر در مقایسه با مردان هستند؛ زیرا آن‌ها در طول زندگی کاری خود درآمد کمتری از مردان دارند، زمان کمتری را در بازارهای رسمی کار می‌گذرانند و بیشتر عمر می‌کنند که این امر خطر بیوه‌شدن آنان را افزایش می‌دهد (Zaidi, 2012; Rupp et al., 2003). این موضوع در مطالعات صورت‌گرفته در ایران نیز مورد تأکید قرار گرفته و زن بودن و افزایش بیشتر سن در میان سالمندان، از جمله مهم‌ترین عوامل خطر برای داشتن فقر چندبعدی قلمداد شده است (محقق کی‌کمال و همکاران، ۱۳۹۹). براساس شاخص دیده‌بان سلامت نیز مشاهده می‌شود که زنان سالمند، استعداد بالایی در ابتلا به فقر دارند؛ چنان‌که حدود ۴۰ درصد زنان سالمند ایران در فقر زندگی می‌کنند؛ در حالی که این نرخ برای مردان حدود ۲۰ درصد است (زنجری و همکاران، ۱۳۹۹).

دمی و همکاران^۱ (۲۰۱۳) نیز نقش تحصیلات بر فقر را بررسی کردند و نتیجه گرفتند مردان میان‌سالی که مدارک تحصیلی ندارند، از نظر اقتصادی فعال نیستند و همچنین در خانه‌های اجاره‌ای زندگی می‌کنند، احتمالاً در معرض خطر نیاز به شبکه تأمین اجتماعی و اقتصادی در سنین پیری هستند. نرخ فقر با افزایش سن بیشتر می‌شود. مسن‌ترین بازنشستگان در مقایسه با بازنشستگان کم‌سن‌تر دچار فقر بیشتری هستند (Lee and Chou, 2015). بررسی وضعیت فقر چندبعدی در میان خانوارهای با سرپرست زن ایران نشان می‌دهد، احتمال فقیربودن خانوارهایی که سن سرپرستشان بیشتر از ۶۰ سال است، در مقایسه با خانوارهای با سن سرپرست بین ۲۵ تا ۶۰ سال، بیش از ۵۴۳ برابر است (فطرس و همکاران، ۱۳۹۷). دلیل این موضوع را می‌توان در کاهش توانایی کار در

سرپرستان سالمند و کسب درآمد توسط آنان دانست. در این میان، برخی مطالعات نیز فقر سالمندان را با سکونت در مناطق روستایی مرتبط دانسته‌اند (Masud and Haron, 2014).

ب) حمایت عمومی

یکی از مهم‌ترین عوامل مرتبط با فقر در دوران سالمندی میزان حمایت دولت و بخش عمومی از سالمندان است. نبود نظام جامع رفاه اجتماعی در بیشتر کشورهای در حال توسعه آسیب‌پذیری سالمندان را در برابر فقر، به‌ویژه در میان سالمندانی که خوداشتغالی داشته‌اند، افزایش می‌دهد (Caraher, 2003). نبود کفایت درآمد بازنشستگی به دلیل ناکافی بودن مزایای تأمین اجتماعی و تطابق نداشتن هزینه‌ها و درآمدهای افراد در دوران سالمندی، از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز فقر در این دوره به شمار می‌رود. اگرچه برخی دولت‌ها در برهه‌هایی از زمان مزایای تأمین اجتماعی را افزایش می‌دهند، بیشتر شدن برخی اقلام هزینه‌ای برای سالمندان (از جمله هزینه بالای مراقبت‌های پزشکی و درمانی) می‌تواند درآمد موجود را برای تأمین سایر نیازهای این قشر به میزان فراوانی کاهش دهد (Cawthorne, 2008). اچنبرگ^۱ (۲۰۰۹) چهار روش برای کاهش فقر سالمندان شناسایی کرده که دو مورد مهم آن عبارت است از: پرداخت‌های انتقالی دولت، حمایت و مزایای غیرپولی مانند بهره‌مندی از مسکن اجتماعی. فقر سالمندان تأثیر بسزایی بر سیاست‌گذاری و رفاه عمومی دارد. با محدودیت فرصت‌های شغلی برای سالمندان، درآمد این افراد عمدتاً به مقرری‌های بازنشستگی محدود است. همچنین افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، امکان مصرف سایر کالاها و خدمات را کاهش می‌دهد. این موضوع سبب می‌شود تا بیشتر افراد سالمند با فقر مواجه شوند. در کشورهایی که نظام تأمین اجتماعی مناسبی دارند، تفاوت معناداری میان فقر سالمندی و نرخ فقر کلی وجود ندارد، اما برای کشورهایی که از خدمات چنین نظامی بی‌بهره‌اند، میزان فقر در میان افراد مسن بیشتر از کل جمعیت است (Mohd et al., 2016).

بررسی نظام حمایت‌های دولتی در کشورهای توسعه‌یافته بیان‌کننده تنوع بالای این سیاست‌ها دارد. برخلاف نظام ایالات متحده که در آن سالمندان در دوره بازنشستگی بر درآمد خود متکی هستند، نظام بازنشستگی کانادا بدون توجه به مشارکت قبلی افراد به‌منزله نیروی کار، درآمدی تضمینی را در «قالب تأمین دوره سالمندی»^۲ (OAS) عرضه می‌کند؛ بنابراین، دولت کانادا صندوق بازنشستگی مؤثری را برای شهروندان خود طراحی کرده است (The Convention Board of Canada, 2016)، اما در مقابل در استرالیا نرخ فقر سالمندان بالاست و حدود ۴۰ درصد از سالمندان استرالیایی دچار فقر نسبی هستند. براساس گزارش سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه

1. Echenberg
2. Security Old Age

(۲۰۰۹)، افزایش فقر سالمندان در استرالیا به دلیل ناکارآمد بودن برنامه پرداخت درآمد حمایتی دولت است.

در کره جنوبی که خانواده‌ها و اقوام نزدیک بیشترین حمایت مالی را از سالخوردگان دارند، دولت از این مزیت استفاده کرده و اقدامات اضافی برای تأمین حقوق بازنشستگی برای سالمندان تدارک ندیده است (Cook and Kim, 2010)، اما با تغییرات فرهنگی و اجتماعی، ممکن است تنش و شکاف‌های بین‌نسلی بیشتر شود که این امر می‌تواند به مسئولیت‌پذیری کمتر نسل‌های جوان در حمایت از سالمندان بینجامد؛ بنابراین یک دلیل مهم نرخ بالاتر فقر سالمندان در کره جنوبی در مقایسه با سایر کشورهای توسعه‌یافته آماده‌سازی دیر هنگام نظام مناسب بازنشستگی برای شهروندان، حمایت ناکافی خانواده‌ها، پس‌انداز ناکافی افراد سالمند و حمایت گسترده آنان از فرزندان (به قیمت فقر بیشتر برای خود) است (Lee, 2014).

پیش‌بینی شده است که در سنگاپور طی دو دهه آینده، رشد سالمندی در جمعیت نرخ بالایی پیدا کند؛ بنابراین در این کشور امنیت درآمد سالخوردگی به‌شکلی فزاینده به یک موضوع مهم اقتصادی، اجتماعی و سیاسی تبدیل شده است. نگرانی‌های شهروندان در طیف وسیعی از موضوعات اجتماعی در این کشور در حال افزایش است؛ از جمله نابرابری، دسترسی و مقرون‌به‌صرفه بودن مراقبت‌های بهداشتی و تأمین درآمد در دوران بازنشستگی. البته این موضوع در تمام کشورهایی که در آن‌ها تأمین اجتماعی به پس‌انداز شخصی و شبکه‌های حمایت خانوادگی متکی است و دولت تنها بخشی از خدمات سلامت و آموزش را برای سالمندان تأمین می‌کند، صادق است (Cook and Pincus, 2014).

در مطالعه محققان کمال و همکاران (۱۳۹۹) رابطه مثبت و معناداری میان عدم پوشش تأمین اجتماعی و فقر چندبعدی سالمندی گزارش شده است. به‌علاوه با توجه به هزینه‌های بهداشتی و درمانی سنگین در دوره سالمندی، داشتن بیمه خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین بیمه‌های تکمیلی رابطه معناداری با مواجه شدن سالمندان با دام فقر یا رهایی از آن دارد (محققان کمال و همکاران، ۱۳۹۹). یکی از مهم‌ترین جنبه‌های حمایت اجتماعی، حمایت مالی فرزندان از والدین سالمند است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد، دریافت مستمری بازنشستگی برای تأمین نیازهای والدین کافی نیست و والدین بازنشسته، دریافت‌کننده کمک از فرزندان خود هستند (کوشی و همکاران، ۱۳۹۷). براساس گزارش سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری که بیش از ۸۰ درصد بازنشستگان کشور را پوشش می‌دهند، میانگین مستمری پرداخت‌شده به بازنشستگان در سال ۱۳۹۵ به ترتیب ۱۳,۲۰۰ و ۱۸,۰۰۰ هزار ریال بوده است، اما این رقم کفاف هزینه‌های خانوارهای بازنشستگان را نمی‌دهد و آنان را به انتقالات فرزندان وابسته کرده است. با وجود افزایش نیاز به حمایت اجتماعی از سالمندان، شواهدی وجود دارد که با افزایش سن و در نتیجه از دست دادن دوستان نزدیک و اعضای خانواده اندازه شبکه‌های اجتماعی افراد

به‌طور کلی کاهش می‌یابد (Wrzus et al., 2013). این موضوع با کاهش تعداد فرزندان و تغییرات نرخ باروری زنان نیز تشدید می‌شود (Lakey & Cronin, 2008). از این‌رو باید جایگاه و نقش حمایتی دولت از سالمندان را، چه در قالب تأمین منابع لازم برای پوشش بیمه‌ای و چه داشتن راهبردی جامع پیرامون رفاه و تأمین اجتماعی در دوران سالمندی، یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر فقر در این دوران دانست.

ج) برنامه‌ریزی مالی

برخی تحلیلگران، فقر را نتیجه تصمیم‌گیری‌های شخصی، مانند ترک تحصیل، داشتن فرزند در سنین پایین، اعتیاد به مواد مخدر یا الکل یا امتناع از مهاجرت برای یافتن شغل بهتر می‌دانند، اما برخی دیگر، فقر را محصول بی‌برنامگی و ساختار نامناسب دولت‌ها قلمداد می‌کنند (Khan et al., 2017). در هر حال، منابع مالی محدود به همراه ناتوانایی در مدیریت منابع مالی، مشکلات مالی دوران سالمندی افراد را تشدید می‌کند (Suwanrada, 2009). بسیاری از سالمندان امروز، به‌دلیل بازنشستگی اجباری، نداشتن پس‌انداز در سال‌های جوانی، پوشش محدود امنیت اجتماعی و تغییر ساختار خانواده و سبک زندگی، در ورطه فقر گرفتار هستند (Masud and Haron, 2014)؛ از این‌رو برنامه‌ریزی و اقدامات مالی مناسب طی سال‌های جوانی می‌تواند عاملی برای اطمینان از امنیت مالی در سنین پیری باشد؛ زیرا یکی از اهداف مالی که بسیار توصیه می‌شود، پس‌انداز برای دوران پیری است (Garman and Fougue, 2004). برداسی و همکاران^۱ (۲۰۰۲) درآمد در سنین اشتغال را بر درآمد پایین و فقر در سنین پیری مؤثر دانسته‌اند. در نظام‌های اقتصادی توسعه‌یافته، کسانی که درآمد بیشتری دارند، اغلب خود و کارفرمایان خود را مهم‌ترین منابع تأمین درآمد در دوران بازنشستگی می‌دانند؛ درحالی‌که خانوارهایی که درآمد کمتری دارند تصور می‌کنند مهم‌ترین منابع مالی دوران سالمندی دولت و سایر اعضای خانواده هستند (HSBC, 2008). همچنین آمادگی برای بازنشستگی در میان افراد شاغل تأثیر معناداری بر درآمد در دوران سالمندی دارد. براساس نتایج مطالعه مون و همکاران^۲ (۲۰۰۶) نحوه تصمیم‌گیری زوج‌های شاغل پیرامون بازنشستگی، بر میزان فقر آنان در سنین سالمندی تأثیر دارد؛ بنابراین ریشه بسیاری از عوامل فقر در دوره سالمندی در تصمیم‌گیری‌های گوناگون افراد در طول دوران اشتغال و همچنین تصمیم‌های مرتبط با بازنشستگی است.

1. Bardasi et al

2. Moen et al

برنامه‌ها و سیاست‌ها

متأسفانه سیاست یا برنامه مشخصی درباره فقر و نابرابری سالمندان وجود ندارد. نیازهای اقتصادی دوره سالمندی طیف وسیعی از امکانات و برنامه‌ها را می‌طلبد که تأمین آن در جامعه بدون مشارکت نهادهای مختلف (اعم از دولت، نهادهای عمومی و اجتماعی و حتی خانواده‌ها) ممکن نخواهد بود. هر اقدام یا برنامه‌ای که بتواند بخشی از نیازهای سالمندان را تحت پوشش قرار دهد، نقش مهمی در وضعیت اقتصادی آنان دارد و می‌تواند بر فقر و نابرابری این گروه تأثیرگذار باشد. مهم‌ترین کاستی‌های موجود درباره مبارزه با فقر و نابرابری در سالمندان به اختصار عبارت است از:

- نبود مبنای نظری و استفاده نکردن از مطالعات تجربی در تبیین و تعریف فقر و نابرابری به‌طور کلی و به‌طور خاص در دوران سالمندی و روش‌های مواجهه با این مشکلات.
- سیاست‌گذاری‌های کلان کشور با نگاه تک‌بعدی، مطلق و توجه به حداقل‌ها: در بخش قبلی به عوامل مرتبط با فقر و نابرابری سالمندان پرداختیم. عوامل مذکور در چهار دسته (حمایت‌های عمومی، برنامه‌ریزی مالی، ویژگی‌های جمعیتی-اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی) طبقه‌بندی شدند. بخش عمده برنامه‌ها و اقدامات نهادهای دست‌اندرکار در امور سالمندان متوجه موضوعاتی است که به‌نوعی در طبقه‌بندی حمایت‌های عمومی قرار می‌گیرد؛ البته می‌توان اهداف و برنامه‌های شهرداری‌ها را به حمایت‌های اجتماعی معطوف دانست که امری بسیار مبارک بوده است.
- نبود دانش مالی یا ضعف در آن و همچنین اطلاع‌نداشتن از آثار انواع تصمیم‌گیری‌های افراد در طول زندگی درباره پس‌انداز، سرمایه‌گذاری، بازنشستگی، بیمه و غیره: بخشی از اقدامات مبارزه با فقر و نابرابری در دوران سالمندی را باید سال‌ها پیش از سالمندی آغاز کرد؛ زیرا عموم جامعه از آن کم‌اطلاع هستند و جای آن در سیاست‌ها و برنامه‌ها در ایران خالی است.
- بی‌توجهی به اهمیت متغیرهای جمعیتی-اجتماعی سالمندان در فقر و نابرابری درآمدی: به تفاوت‌های فردی و اجتماعی و منطقه‌ای در برنامه‌ها توجه کافی نمی‌شود. با توجه به اهمیت این متغیرها لازم است در برنامه‌ها و سیاست‌های مرتبط با امور سالمندان توجه ویژه‌ای به این تفاوت‌ها شود. بر همین اساس تمرکززدایی از برنامه‌ها و تفویض امور به نهادها و سازمان‌های محلی در هر منطقه بسیار مهم است. مهم‌ترین دلیل تأکید بر تمرکززدایی تفاوت ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی سالمندان در مناطق گوناگون و در نتیجه نیازهای متنوع و متفاوت آنان است. سازمان‌های محلی با توجه به اینکه از نزدیک با ویژگی‌ها و نیازهای هر منطقه تماس دارند، می‌توانند و باید نقش راهبردی در تبیین سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با اقتصاد سالمندان داشته باشند.

۶-۳. اشتغال و بیکاری

امروزه با توجه به وضعیت اقتصادی و دشواری معیشت، حتی افراد بازنشسته به دلیل مستمری یا حقوق بازنشستگی ناچیز به دنبال اشتغال در سنین پیری هستند (نظری، ۱۳۹۰). یکی از شاخص‌های بسیار مهم در بررسی وضعیت رفاه جامعه، بررسی وضعیت اشتغال افراد در آن جامعه است و هرچه میزان اشتغال بالاتر باشد، احتمالاً رفاه خانوار نیز بالاتر است، اما شاخص اشتغال بالاتر در میان سالمندان نشان‌دهنده وضعیت مطلوب نیست. از آنجا که هدف نظام‌های رفاه اجتماعی ایجاد حداقلی از درآمد برای گذران زندگی بدون کاهش چشمگیر مصرف در سالمندان است، هرچه تعداد سالمندان شاغل بیشتر باشد بدان معناست که تعداد کمتری از سالمندان تحت پوشش نظام تأمین اجتماعی هستند، تعداد کمتری دریافتی حقوق بازنشستگی دارند و حقوق و مستمری بازنشستگی برای تعداد بیشتری کفاف زندگی آنان نمی‌دهد؛ بنابراین سالمندان بیشتری مجبورند در بازار کار بمانند (غلامی و همکاران، ۱۳۹۸). شرایط نامطلوب اقتصادی، نبود نظام جامع تأمین اجتماعی، نواقص سازمان‌های بازنشستگی و... به‌ویژه در مناطق روستایی موجب شده است که بسیاری از سالمندان پس از رسیدن به سن بازنشستگی به دنبال شغل جدید باشند. از سوی دیگر، جوانان سالمندان را به چشم اشغال‌کنندگان فرصت‌های شغلی می‌بینند؛ امری که تبعات اجتماعی، روانی و فرهنگی برای جامعه به همراه دارد. در عین حال چشم‌اندازهای اشتغال برای سالمندان محدود است؛ زیرا بسیاری از کشورها همچنان با بیکاری قابل توجه جوانان مواجهند (زنجری و همکاران، ۱۳۹۹). در دهه اخیر، شاغل بودن سالمندان در سنین بالا و همچنین اشتغال دوباره بازنشستگان در برخی بخش‌ها سبب شده است که جوانان درصدی از موقعیت‌های شغلی را به‌ناچار به سالمندان واگذار کنند. در گذشته بازنشستگی به معنای پایان زندگی کاری بود و معمولاً افراد فعالیت کاری خود را با آغاز سالمندی بسیار محدود می‌کردند، اما امروزه افراد بسیاری در سراسر دنیا پس از بازنشستگی به دنبال کار هستند. بازنشسته‌ها در مقایسه با جوانان دست‌کم این امتیاز را برای کارفرمایان دارند که علاوه بر تجربه کاری، نیازی به بیمه ندارند و ممکن است با حقوق و مزایای کمتری نیز مشغول به کار شوند. یکی از پیامدهای این مسئله تضاد میان نسل جوان و سالمند در زمینه اشتغال است، اما در مجموع سهم بسیار پایین بازنشسته‌ها و سالمندان حقوق‌بگیر نشان می‌دهد خروج آن‌ها از بازار کار، تأثیر چندانی بر نرخ بیکاری جوانان نخواهد داشت.

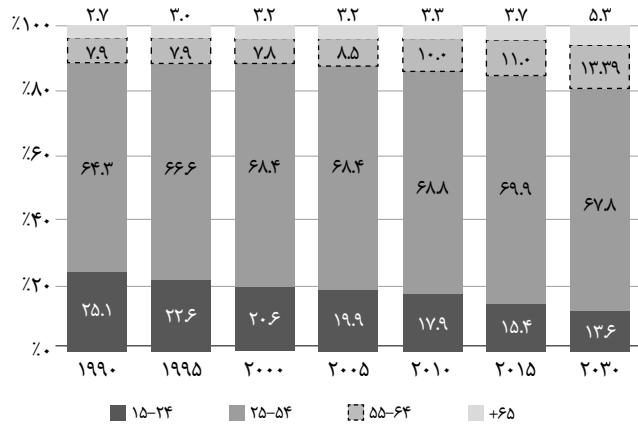
بیکاری و اشتغال سالمندان موضوعی چندوجهی و پیچیده است. زمانی می‌توان میزان بیکاری سالمندان در یک جامعه را تفسیر کرد که گزارشی براساس افراد سالمند جویای شغل صورت بگیرد. در این زمینه باید توجه داشت که در آن کشور چقدر فرصت اشتغال برای افراد سالمند وجود دارد و آیا همه سالمندانی که نیاز به کار دارند، برای کار درخواست داده‌اند. براساس مطالعه سازمان بین‌المللی کار، در ۸۲ درصد از کشورهای دارای

اطلاعات و داده، سهم افراد ۶۵ سال به بالا از بیکاران در جست‌وجوی کار طولانی‌مدت (یک سال یا بیشتر بیکار) بیش از سهم آن‌ها در میان همه گروه‌های سنی بیکار است (ILO, 2017). از سوی دیگر، برخی بر این باورند که بیکاری در سالمندی و حتی بازنشستگی به‌منزله جداشدن فرد از نقشی که سال‌ها در آن بوده است، از لحاظ روحی و جسمی بر او تأثیر منفی می‌گذارد و کیفیت زندگی سالمندان و متعاقب آن رفاه اجتماعی را در جامعه کاهش می‌دهد (سلیم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۶). از این منظر، اشتغال سالمندان در جامعه می‌تواند پیامدهای مثبتی داشته باشد. سلیم‌زاده و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه خود نشان دادند اشتغال سالمندان می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی آن‌ها به‌طور معناداری تأثیر مثبت داشته باشد. وار^۱ و همکاران در مطالعه‌ای در چین نشان دادند بازنشستگی که به‌صورت داوطلبانه به‌طور متوسط چهار ساعت در هفته کار می‌کردند، سلامت جسمی و روانی بهتری داشتند (Warr, 2004). مطالعات دیگر نیز این یافته را تأیید می‌کند (Magnavita, 2017; Pattani et al., 2004; Schulte et al., 2018; Giatti, & Barreto, 2003).

اشتغال و بیکاری سالمندان در جهان

در بیشتر مناطق جهان، نیروی کار به سمت پیر شدن می‌رود؛ بدین‌معنا که سالمندان بیشتری مشغول به کار هستند. براساس آمار سازمان بین‌المللی کار طی دوره‌ای ۴۰ ساله (از ۱۹۹۰ تا ۲۰۳۰) انتظار می‌رود سهم گروه سنی بالای ۵۵ سال از ۱۰۶ درصد نیروی کار به ۱۸۶ درصد در سال ۲۰۳۰ برسد (ILO, 2017). همچنین پیش‌بینی می‌شود در این مدت سهم گروه سنی بالای ۶۵ سال از ۲۰۷ به ۵۳ درصد در سال ۲۰۳۰ برسد. براساس نتایج مطالعه سازمان بین‌المللی کار، از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ سهم سالمندان از نیروی کار تقریباً ثابت بوده است، اما از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ سهم سالمندان از نیروی کار افزایش یافته است (شکل ۶-۹).

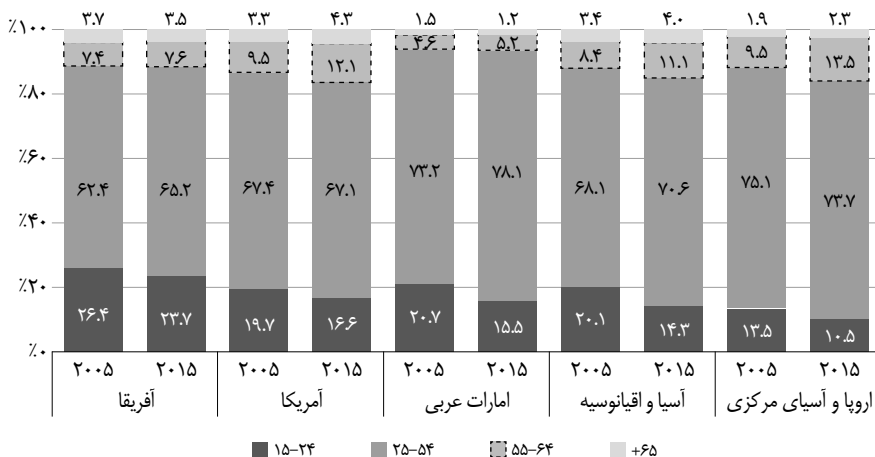
شکل ۶-۹. توزیع نیروی کار براساس گروه‌های سنی (۱۹۹۰-۲۰۳۰)



Source: ILOSTAT, ILO Labour Force Estimates and Projections, November 2017

همچنین نتایج مطالعه به تفکیک مناطق جهان نشان می‌دهد که اگرچه از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ سهم سالمندان از نیروی کار در تمام مناطق جهان تقریباً ثابت بوده است، از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ به جز در آفریقا در سایر مناطق جهان سهم سالمندان از نیروی کار افزایش یافته است (شکل ۶-۱۰).

شکل ۶-۱۰. توزیع نیروی کار براساس گروه‌های سنی در مناطق مختلف جهان



Source: ILOSTAT, ILO Labour Force Estimates and Projections, November 2017

براساس داده‌های سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی (OECD)، بالاترین نرخ اشتغال افرادی که بیش از ۶۵ سال دارند، در آسیا دیده می‌شود. کشور اندونزی با آمار ۵۶ درصد مشارکت اقتصادی یا فعالیت کاری در میان افراد گروه سنی ۶۵-۶۹ سال از این حیث در صدر کشورهای عضو این سازمان قرار دارد. این رقم در کشورهای دیگر آسیا نیز بالاست؛ کره جنوبی و ژاپن با ۴۷.۶ درصد نرخ اشتغال افراد ۶۵ تا ۶۹ سال پس از اندونزی در رده دوم قرار دارند. در نیوزلند که از جمله کشورهای توسعه‌یافته با رفاه بالاست و سن بازنشستگی اجباری ندارد، میزان مشارکت نیروی کار سنین ۶۹-۶۵ سال در آن بالا و تقریباً ۴۵ درصد است. این نرخ در استرالیا با ۲۹ درصد اشتغال سالمندان و در ایالات متحده با ۳۳ درصد، پایین‌تر از نیوزلند است. در بریتانیا نیز میزان مشارکت نیروی کار برای افراد ۶۵-۶۹ ساله ۲۱.۷ درصد و در فرانسه و اسپانیا به ترتیب ۶.۷ و ۶.۴ درصد است. همچنین براساس مطالعات نرخ بیکاری در اسپانیا در سال ۲۰۱۹ در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال ۱۲.۶۳ درصد، در گروه سنی ۶۹-۶۵ سال ۷.۰۱ درصد و در گروه سنی بالای ۷۰ سال ۰.۷ درصد بوده است (information station, 2020).

پس از تصویب برنامه اقدام بین‌المللی مادرید درباره سالمندان، پوشش بازنشستگی به صورت معناداری در بسیاری از کشورها گسترش یافت است. براساس گزارش کمک بین‌المللی به سالمندان، مهم‌ترین عامل افزایش پوشش بازنشستگی معرفی یا توسعه بازنشستگی غیرمشارکتی^۱ یا بازنشستگی اجتماعی است. در سطح جهان از سال ۱۹۹۰ میلادی، شمار کشورهایی که به پرداخت مستمری‌های بازنشستگی^۲ روی آورده‌اند، از ۵۰ به ۱۰۰ کشور افزایش یافته است. پس از سال ۲۰۰۰ میلادی، بیش از ۳۰ کشور این نظام را فعال کرده‌اند. بسیاری از کشورها در آسیا نیز چنین طرح‌هایی را از سال ۲۰۰۲ میلادی اجرا کرده‌اند که از مهم‌ترین این کشورها چین، فیلیپین، جزایر تیمور و ویتنام هستند. کشور میانمار نیز پرداخت مستمری بازنشستگی ملی خود را در سال ۲۰۱۷ آغاز کرده است (جباری و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنین برنامه اقدام ملی میانمار از سال ۲۰۱۴ میلادی مشوق‌هایی را برای استخدام افراد سالمند توسط کارفرمایان در نظر گرفته است. در فیلیپین، به منظور ارتقای مهارت‌های توسعه، آموزش برای گذران معیشت، افزایش رفاه و حمایت از معیشت و برنامه‌های آموزشی دولتی‌ای برای شهروندان سالمند وجود دارد. همچنین به سازمان‌هایی که افراد سالمند را به کار می‌گیرند، یارانه‌های دولتی اعطا می‌شود (WHO, 2019). ماده ۱۳ قانون رفاه سالمندان اندونزی بر رعایت حقوق سالمندان برای دستیابی به اشتغال و آموزش تأکید کرده است (Rusdi, 2019). در این کشور، برنامه تأمین اجتماعی سالمندان^۳ برای افراد ۷۰ ساله و بیشتر و همچنین افراد ۶۰ ساله و بیشتر که دچار بیماری شدید هستند مستمری‌های آزمایشی برقرار کرده است.

1. Non-Contributory Pensions
2. Social Pensions
3. Elderly Social Security Program

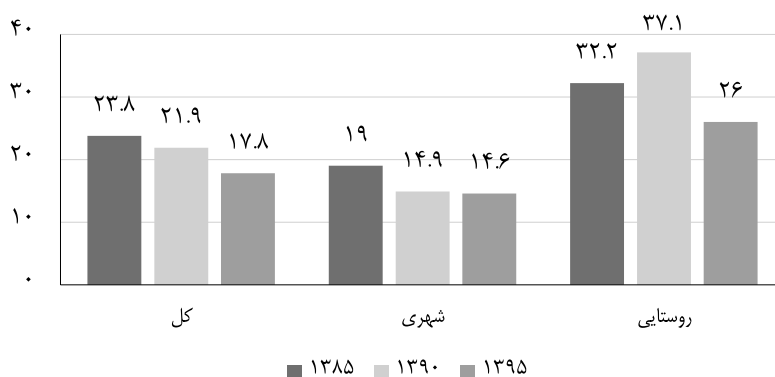
اشتغال و بیکاری سالمندان در ایران

مشارکت سالمندان در فعالیتهای اقتصادی ممکن است اختیاری و از بابت تمایلات روانی و اجتماعی، یا براساس نیازهای مادی باشد. مشارکت داوطلبانه سالمندان در فعالیتهای اقتصادی موجب سرپارنودن سالمندان می شود و نشاط و پویایی آنان را به دنبال خواهد داشت، اما مشارکت آنان در فعالیتهای اقتصادی ممکن است نارضایتی آنان را در پی داشته باشد.

وضعیت اشتغال

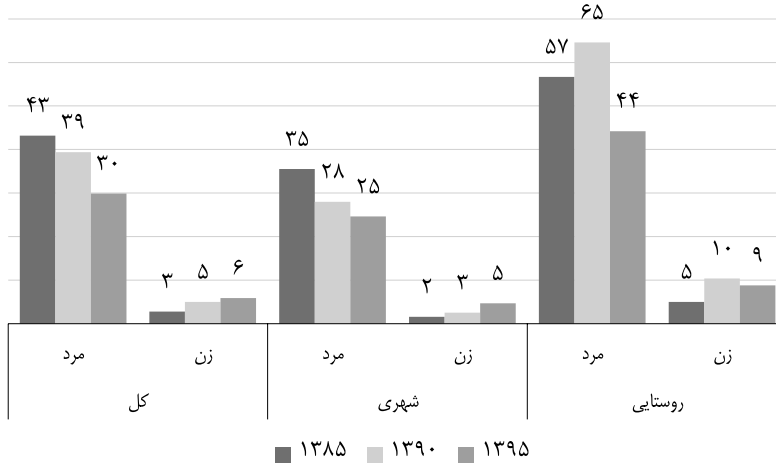
توانمندی سالمندان که از طریق میزان تحصیلات و مشارکت در بازار کار سنجیده می شود، یکی از ابعاد مهم رفاه اجتماعی سالمندان است. براساس شکل ۶-۱۱، در طول سالهای ۱۳۸۵-۱۳۹۵، نسبت سالمندان شاغل از ۲۴ درصد به ۱۸ درصد کاهش یافته است. همچنین نسبت اشتغال سالمندان در مناطق روستایی حدود دو برابر سالمندان شهری است. در سال ۱۳۹۵، تعداد ۲۶ درصد سالمندان روستایی در مقایسه با ۱۵ درصد سالمندان شهری شاغل بوده اند. نسبت اشتغال در میان سالمندان مرد به مراتب بیشتر از سالمندان زن است. با توجه به شکل ۶-۱۲، نسبت مردان سالمند شاغل در سال ۱۳۹۵ برابر با ۳۰ درصد بوده که این نسبت برای زنان سالمند حدود ۶ درصد بوده است. در طول دوره مورد بررسی، نسبت اشتغال برای مردان سالمند روندی کاهشی، اما برای زنان سالمند روندی افزایشی داشته است.

شکل ۶-۱۱. نسبت سالمندان شاغل ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ۱۳۸۵-۱۳۹۵



منبع: پردازش بر مبنای نتایج سرشماریهای جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

شکل ۶-۱۲. نسبت سالمندان شاغل ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک جنسیت، ۱۳۸۵-۱۳۹۵



منبع: پردازش بر مبنای نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ از مجموع حدود ۲۰.۵ میلیون نفر فرد شاغل در کشور حدود ۱ میلیون و ۳۵۰ هزار نفر افراد بالای ۶۵ سال بودند که بیش از ۶.۵ درصد کل شاغلان را شامل می‌شدند. بررسی سهم نیروهای شاغل به تفکیک وضعیت شغلی نشان می‌دهد، کارکنان سالمند بخش خصوصی در مقایسه با سایر بخش‌ها درصد بیشتری از کل شاغلان آن حوزه را تشکیل می‌دهند (ضرغامی و همکاران، ۱۳۹۴). میزان اشتغال جمعیت ۶۴-۵۵ سال از ۴۴.۳ درصد در استان سیستان و بلوچستان، تا ۲۸.۳ درصد در استان قزوین در نوسان بوده است. نرخ اشتغال سالمندان در استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، خراسان شمالی، کهگیلویه و بویراحمد و آذربایجان غربی در بالاترین سطح قرار داشته و در مقابل، کمترین میزان آن به سالمندان استان‌های سمنان، تهران، یزد، البرز، مرکزی، اصفهان و قزوین مربوط بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). همچنین بر اساس نتایج مطالعه شاخص دیده‌بان سالمندی استان‌های کشور، ۳۵.۸ درصد سالمندان در سال ۱۳۹۵ در فعالیت‌های اقتصادی مشارکت داشتند یا خواهان مشارکت بودند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵).

جدول ۶-۱. مؤلفه میزان اشتغال سالمندان در شاخص دیده‌بان سالمندی ایران، ۱۳۹۵

تعداد استان	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین حسابی بدون وزن	میزان اشتغال سالمندان (درصد)
۳۱	۴۴.۳	۲۸.۳	۴.۴	۳۵.۸	

منبع: زنجری و همکاران، ۱۳۹۹

همچنین براساس نتایج مطالعه غلامی و همکاران (۱۳۹۸)، در سال ۱۳۹۸ حدود ۲.۳ درصد از جمعیت فعال اقتصادی و ۱۳.۴ درصد از جمعیت غیرفعال اقتصادی افراد سالمند (۶۵ ساله و بیشتر) بوده‌اند. همچنین ۲.۵ درصد از افراد شاغل سالمند بودند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد ۲۵ درصد از مستمری‌بگیران ۸۰ ساله و بالاتر، حدود ۴۴ درصد از گروه سنی ۷۰ ساله، ۵۰ درصد از گروه سنی ۶۰ ساله و ۶۴ درصد از افراد گروه سنی ۵۰ ساله، به‌صورت تمام‌وقت، نیمه‌وقت یا گاهی اوقات در مشاغل مختلف فعالیت داشته و حقوق دریافت می‌کرده‌اند. بدین ترتیب به‌طور کلی حدود ۵۰ درصد بازنشستگان مورد بررسی، علاوه‌بر دریافت مستمری، به‌نوعی مشارکت اقتصادی (در قبال دریافت پول) نیز اشتغال داشته‌اند. کمتر از نیمی از آنان (۲۳ درصد از کل) به‌صورت گاه‌به‌گاه اشتغال دارند، ۲۰.۴ درصد به اشتغال پاره‌وقت مشغول بودند و ۵.۲ درصد از آنان نیز هم‌زمان با دریافت مستمری اشتغال تمام‌وقت داشته‌اند (باقری، ۱۳۹۸).

اگرچه به نظر می‌رسد سالمندی زمان بازنشستگی و استراحت است، نتایج نشان می‌دهد نرخ مشارکت اقتصادی کشور در سال ۱۳۹۰ برای سالمندان در کل کشور ۱۴ و در مناطق شهری و روستایی به‌ترتیب ۹.۵۵ و ۲۳.۰۱ درصد بوده است (زمانی، ۱۳۹۰). همچنین براساس نتایج سرشماری، نسبت سالمندان شهری و روستایی شاغل در بخش کشاورزی در زنان بالاتر از مردان و نسبت سالمندان شهری و روستایی شاغل در بخش صنعت و خدمات در مردان بیشتر از زنان بوده است. حدود ۲۲ درصد کل سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر کشور در یکی از مشاغل فهرست‌شده در سرشماری سال ۱۳۹۰ فعالیت داشته‌اند. نکته مهم این است که در جریان تغییرات اجتماعی - اقتصادی ۳۵ سال گذشته، میزان فعالیت روند نزولی داشته است. با کاهش درجه توسعه‌یافتگی مناطق، میزان مشارکت اقتصادی مردان و حتی زنان سالمند افزایش می‌یابد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰).

براساس گزارش مرکز آمار و اطلاعات راهبردی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (۱۳۹۹)، در سال ۱۳۹۸ نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان ۱۱.۷ درصد است که این نرخ برای مردان و زنان سالمند به‌ترتیب، ۲۱.۴ درصد و ۲.۷ درصد است. همچنین این نرخ در میان سالمندان ساکن روستا بیشتر از مناطق شهری است؛ یعنی نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان در مناطق شهری ۸.۲ درصد و برای مردان و زنان سالمند شهری به‌ترتیب، ۱۵.۷ و ۱.۱ درصد است؛ درحالی‌که نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان مناطق روستایی ۲۰.۹ درصد است، برای مردان و زنان سالمند این مناطق به‌ترتیب، ۳۶.۵ درصد و ۶.۸ درصد. به‌طور کلی نرخ مشارکت اقتصادی افراد بالای ۶۵ ساله در ایران در مقایسه با کشورهای دارای نظام تأمین اجتماعی و بازنشستگی قابل‌اتکا تا ۱۰ برابر بالاتر است که دلیلی بر بازگشت سالمندان ایرانی به بازار کار است.

جدول ۶-۲. جمعیت سالمند (۶۵ ساله و بیشتر)
برحسب وضعیت فعالیت، جنس و فعالیت روستایی و شهری: ۱۳۹۰-۱۳۹۰

سال	شرح	کل کشور			شهری			روستایی		
		مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن
۱۳۹۰	جمع کل	۱,۸۸۴,۱۴۶	۱,۸۷۴,۹۸۹	۲,۵۱۴,۰۷۹	۱,۲۶۰,۳۲۱	۱,۲۵۳,۷۵۷	۲,۵۱۴,۰۷۹	۶۲۳,۸۲۴	۶۲۱,۳۳۲	۱,۲۴۵,۰۵۶
	جمع	۴۷۹,۴۹۲	۴۶,۴۶۹	۲۴۰,۰۸۹	۲۳۱,۲۵۵	۸,۸۳۴	۲۴۰,۰۸۹	۲۴۸,۲۳۷	۲۷,۵۲۵	۲۸۵,۷۷۲
	شاغل	۴۷۱,۱۰۶	۴۵,۷۴۱	۲۳۳,۲۲۴	۲۲۴,۹۴۳	۸,۲۸۰	۲۳۳,۲۲۴	۲۴۶,۱۶۲	۲۷,۴۶۰	۲۸۳,۶۲۳
	بیکار	۸,۳۸۶	۶۲۸	۶,۸۶۵	۶,۳۱۱	۵۵۳	۶,۳۱۱	۲,۰۷۵	۷۴	۲,۱۴۹
	جمعیت غیر فعال	۱,۴۰۴,۶۵۳	۱,۴۲۸,۶۲۰	۲,۲۷۳,۹۸۹	۱,۰۲۹,۰۶۶	۱,۲۴۴,۹۳۳	۲,۲۷۳,۹۸۹	۳۷۵,۵۸۷	۵۸۳,۶۹۶	۹۵۹,۳۸۳
۱۳۹۱	جمع کل	۲,۱۲۰,۶۶۲	۲,۱۳۴,۰۰۶	۲,۹۱۸,۶۰۷	۱,۴۲۵,۶۸۳	۱,۴۲۹,۹۳۳	۲,۹۱۸,۶۰۷	۶۹۴,۹۷۹	۶۸۱,۰۸۲	۱,۳۷۶,۰۶۱
	جمع	۵۲۷,۷۴۰	۵۵,۵۵۰	۲۶۸,۲۵۸	۲۵۴,۰۱۰	۱۴,۲۴۷	۲۶۸,۲۵۸	۲۷۳,۷۲۹	۲۷,۳۰۳	۳۱۵,۰۳۳
	شاغل	۵۲۴,۲۴۵	۵۵,۴۸۲	۲۶۵,۱۱۰	۲۵۰,۸۶۳	۱۴,۲۴۷	۲۶۵,۱۱۰	۲۷۳,۳۸۱	۲۷,۳۲۵	۳۱۴,۶۱۷
	بیکار	۳,۴۹۵	۶۸	۳,۱۴۷	۳,۱۴۷	-	۳,۱۴۷	۴۷	۶۸	۳۷
	جمعیت غیر فعال	۱,۵۹۲,۹۲۲	۱,۵۷۸,۴۵۵	۲,۶۵۰,۳۴۹	۱,۰۰۱,۶۷۲	۱,۴۱۵,۶۸۶	۲,۶۵۰,۳۴۹	۴۲۱,۲۹۹	۴۲۹,۷۷۹	۱,۰۶۱,۰۲۸
۱۳۹۲	جمع کل	۲,۳۱۸,۲۵۹	۲,۳۱۰,۴۱۰	۲,۹۵۳,۸۵۷	۱,۴۲۸,۲۲۹	۱,۴۲۵,۶۲۸	۲,۹۵۳,۸۵۷	۶۸۰,۰۳۰	۶۸۴,۷۸۲	۱,۳۶۴,۸۱۲
	جمع	۵۱۴,۷۶۲	۴۷,۹۴۴	۲۶۷,۳۴۴	۲۵۵,۱۹۷	۱۲,۰۸۶	۲۶۷,۳۴۴	۲۵۹,۵۶۴	۲۵,۸۵۸	۲۹۵,۴۲۲
	شاغل	۵۰۷,۹۵۹	۴۷,۸۵۳	۲۶۱,۴۵۹	۲۴۹,۴۴۴	۱۱,۹۹۵	۲۶۱,۴۵۹	۲۵۸,۴۹۵	۲۵,۸۵۸	۲۹۴,۳۵۳
	بیکار	۶,۸۰۳	۹۰	۵,۸۸۵	۵,۷۴۳	۹۰	۵,۸۸۵	۱,۰۶۹	-	۱,۰۶۹
	جمعیت غیر فعال	۱,۵۹۳,۴۹۶	۱,۵۶۲,۴۶۶	۲,۶۸۶,۵۷۳	۱,۱۷۳,۰۳۱	۱,۵۱۳,۵۴۲	۲,۶۸۶,۵۷۳	۴۲۰,۴۶۵	۴۲۸,۹۲۴	۱,۰۶۹,۳۸۹
۱۳۹۳	جمع کل	۲,۱۰۷,۹۱۷	۲,۲۵۷,۵۰۵	۳,۰۰۷,۲۱۰	۱,۴۳۹,۶۹۱	۱,۵۶۷,۵۱۹	۳,۰۰۷,۲۱۰	۶۶۸,۲۲۵	۶۸۹,۹۸۶	۱,۳۵۸,۲۱۱
	جمع	۴۴۳,۰۸۴	۴۲,۴۲۱	۲۲۵,۷۷۰	۲۲۵,۹۷۰	۹,۸۰۰	۲۲۵,۷۷۰	۲۳۷,۱۱۳	۲۲,۶۲۱	۲۶۹,۷۳۵
	شاغل	۴۵۷,۹۰۳	۴۲,۴۲۱	۲۳۱,۸۷۱	۲۲۲,۰۷۱	۹,۸۰۰	۲۳۱,۸۷۱	۲۳۵,۸۳۲	۲۲,۶۲۱	۲۶۸,۴۵۳
	بیکار	۵۱۸۰	-	۳,۸۹۸	۳,۸۹۸	-	۳,۸۹۸	۱,۲۸۱	-	۱,۲۸۱
	جمعیت غیر فعال	۱,۶۴۴,۸۳۳	۱,۶۱۵,۰۸۳	۲,۷۷۱,۴۴۰	۱,۲۱۳,۷۲۰	۱,۵۵۷,۷۱۹	۲,۷۷۱,۴۴۰	۴۳۱,۱۱۲	۴۵۷,۳۶۴	۱,۰۸۸,۴۷۶
۱۳۹۴	جمع کل	۲,۱۲۱,۹۹۳	۲,۳۱۵,۴۷۸	۳,۰۷۷,۵۵۱	۱,۴۶۰,۷۱۲	۱,۶۱۶,۸۳۸	۳,۰۷۷,۵۵۱	۶۶۱,۲۸۰	۶۹۸,۶۴۰	۱,۳۵۹,۹۲۰
	جمع	۴۷۵,۷۶۱	۴۵,۷۳۲	۲۴۵,۴۹۷	۲۳۶,۹۲۴	۸,۵۷۰	۲۴۵,۴۹۷	۲۴۸,۸۳۴	۲۷,۴۶۱	۲۷۶,۹۶۶
	شاغل	۴۷۱,۱۷۷	۴۵,۷۳۲	۲۴۲,۲۵۲	۲۳۳,۷۸۲	۸,۴۷۰	۲۴۲,۲۵۲	۲۴۷,۳۹۵	۲۷,۴۶۱	۲۷۶,۶۵۷
	بیکار	۴,۵۸۳	-	۳,۲۴۵	۳,۱۴۴	-	۳,۱۴۴	۱,۴۶۹	-	۱,۴۶۹
	جمعیت غیر فعال	۱,۶۴۶,۲۳۲	۱,۶۶۹,۷۴۶	۲,۷۳۲,۰۵۴	۱,۲۲۳,۷۸۶	۱,۶۰۸,۳۶۷	۲,۷۳۲,۰۵۴	۴۳۲,۴۴۵	۴۶۱,۳۷۸	۱,۰۸۴,۸۳۴

منبع: مرکز آمار و اطلاعات راهبردی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۳۹۹

جدول ۳-۶. جمعیت سالمند (۶۵ ساله و بیشتر)
بر حسب وضعیت فعالیت، جنس و فعالیت روستایی و شهری: ۱۳۹۵-۱۳۹۸

جمع کل	جمع		شاغل		بیکار		جمعیت غیر فعال	جمع کل	جمع		شاغل		بیکار		جمعیت غیر فعال
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن			مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	
۴,۵۳۶,۸۲۰	۲,۱۵۲,۱۲۷	۲,۳۸۴,۶۹۲	۳,۱۶۸,۲۷۲	۱,۴۹۳,۲۴۳	۱,۶۷۵,۰۲۹	۱,۳۶۸,۵۴۷	۶۵۸,۸۸۴	۲,۸۶۹,۶۹۲	۱,۳۶۸,۵۴۷	۱,۵۰۱,۱۴۵	۱,۴۹۳,۲۴۳	۱,۶۷۵,۰۲۹	۱,۳۶۸,۵۴۷	۶۵۸,۸۸۴	۲,۸۶۹,۶۹۲
۵۴۵,۷۵۸	۴۹۰,۵۶۴	۵۵,۱۹۴	۲۷۴,۴۹۷	۲۵۹,۱۲۵	۱۵,۳۷۱	۲۷۱,۳۶۱	۲۹,۸۲۲	۲۶۶,۷۰۱	۲۵۱,۳۴۷	۱۵,۳۵۴	۲۵۱,۳۴۷	۱۵,۳۵۴	۲۵۱,۳۴۷	۲۹,۸۲۲	۲۶۶,۷۰۱
۸,۶۵۲	۸,۴۸۴	۱۶۹	۷,۷۹۵	۷,۷۷۸	۱۷	۷,۷۷۸	۱۵۲	۷,۷۹۵	۷,۷۷۸	۱۷	۷,۷۷۸	۱۷	۷,۷۷۸	۱۵۲	۷,۷۹۵
۲,۹۹۱,۰۶۱	۱,۶۶۱,۵۶۳	۲,۳۲۹,۴۹۸	۲,۸۹۳,۷۷۵	۱,۲۳۴,۱۱۸	۱,۶۵۹,۶۵۷	۱,۰۹۷,۲۸۶	۶۶۹,۸۴۰	۲,۳۲۹,۴۹۸	۱,۲۳۴,۱۱۸	۱,۰۹۷,۲۸۶	۱,۶۵۹,۶۵۷	۱,۰۹۷,۲۸۶	۶۶۹,۸۴۰	۲,۳۲۹,۴۹۸	
۴,۹۶۴,۸۲۴	۲,۴۵۲,۳۱۳	۲,۵۱۲,۵۱۱	۳,۵۳۷,۱۳۳	۱,۷۵۱,۸۴۸	۱,۷۸۵,۲۸۴	۱,۴۱۷,۶۹۰	۷۱۶,۹۲۸	۲,۵۱۲,۵۱۱	۱,۷۵۱,۸۴۸	۱,۷۸۵,۲۸۴	۱,۴۱۷,۶۹۰	۷۱۶,۹۲۸	۲,۵۱۲,۵۱۱	۲,۴۵۲,۳۱۳	
۶۱۱,۱۵۵	۵۵۰,۵۴۵	۶۰,۶۱۰	۳۱۶,۰۹۹	۲۹۸,۵۱۰	۱۷,۵۸۹	۲۹۵,۰۵۵	۴۲,۰۲۰	۳۱۶,۰۹۹	۲۹۸,۵۱۰	۱۷,۵۸۹	۲۹۵,۰۵۵	۱۷,۵۸۹	۲۹۵,۰۵۵	۴۲,۰۲۰	۳۱۶,۰۹۹
۱۱,۴۰۶	۱۰,۷۰۳	۷۰۳	۱۰,۴۳۵	۹,۸۸۶	۵۴۹	۹,۸۸۶	۱۵۳	۱۰,۴۳۵	۹,۸۸۶	۵۴۹	۹,۸۸۶	۵۴۹	۹,۸۸۶	۱۵۳	۱۰,۴۳۵
۴,۳۵۳,۶۶۸	۱,۹۰۲,۰۶۶	۲,۴۵۱,۶۰۲	۲,۲۲۱,۰۳۳	۱,۳۵۳,۳۲۸	۱,۷۷۷,۶۹۵	۱,۱۲۲,۶۳۵	۶۷۲,۹۰۷	۲,۴۵۱,۶۰۲	۱,۳۵۳,۳۲۸	۱,۷۷۷,۶۹۵	۱,۱۲۲,۶۳۵	۶۷۲,۹۰۷	۲,۴۵۱,۶۰۲		
۵,۰۸۴,۱۶۴	۲,۶۶۴,۸۶۷	۲,۴۱۹,۲۹۷	۳,۶۵۷,۵۵۹	۱,۷۸۱,۹۷۰	۱,۸۷۵,۵۸۹	۱,۴۲۶,۶۰۵	۷۴۲,۹۰۷	۲,۴۱۹,۲۹۷	۱,۷۸۱,۹۷۰	۱,۸۷۵,۵۸۹	۱,۴۲۶,۶۰۵	۷۴۲,۹۰۷	۲,۴۱۹,۲۹۷		
۶۳۵,۹۴۶	۵۶۶,۹۴۹	۶۸,۹۹۷	۳۲۹,۰۱۰	۳۱۱,۹۳۵	۱۷,۰۷۵	۳۰۶,۹۳۶	۵۱,۹۲۲	۳۲۹,۰۱۰	۳۱۱,۹۳۵	۱۷,۰۷۵	۳۰۶,۹۳۶	۱۷,۰۷۵	۳۰۶,۹۳۶	۵۱,۹۲۲	۳۲۹,۰۱۰
۱۰,۰۲۶	۹,۴۵۹	۵۷۷	۸,۴۲۰	۸,۰۲۲	۳۹۷	۱,۶۱۶	۱۷۹	۸,۴۲۰	۸,۰۲۲	۳۹۷	۱,۶۱۶	۳۹۷	۸,۴۲۰	۱۷۹	۸,۴۲۰
۴,۴۴۸,۲۱۸	۱,۸۹۷,۹۱۸	۲,۵۵۰,۲۹۹	۳,۳۲۸,۵۴۹	۱,۴۷۰,۰۲۴	۱,۸۵۸,۵۱۴	۱,۱۱۹,۶۶۹	۶۹۱,۷۸۴	۲,۵۵۰,۲۹۹	۱,۴۷۰,۰۲۴	۱,۸۵۸,۵۱۴	۱,۱۱۹,۶۶۹	۶۹۱,۷۸۴	۲,۵۵۰,۲۹۹		
۵,۲۴۶,۹۹۰	۲,۵۲۴,۹۹۷	۲,۷۲۱,۹۹۳	۳,۸۰۲,۴۶۰	۱,۸۴۰,۵۲۳	۱,۹۶۱,۹۳۷	۱,۴۴۴,۵۳۰	۷۶۰,۰۵۵	۲,۷۲۱,۹۹۳	۱,۸۴۰,۵۲۳	۱,۹۶۱,۹۳۷	۱,۴۴۴,۵۳۰	۷۶۰,۰۵۵	۲,۷۲۱,۹۹۳		
۶۱۲,۰۷۸	۵۳۹,۴۶۵	۷۲,۶۱۳	۳۱۰,۳۹۶	۲۸۹,۵۱۱	۲۰,۷۸۵	۲۸۹,۹۵۴	۵۱,۸۲۹	۷۲,۶۱۳	۳۱۰,۳۹۶	۲۸۹,۵۱۱	۲۰,۷۸۵	۲۸۹,۹۵۴	۵۱,۸۲۹	۷۲,۶۱۳	۳۱۰,۳۹۶
۶۰۴,۱۲۳	۵۳۲,۱۵۸	۷۱,۹۶۵	۳۰۴,۰۸۹	۲۸۳,۸۷۹	۲۰,۲۱۰	۲۸۳,۲۷۸	۵۱,۷۵۶	۳۰۴,۰۸۹	۲۸۳,۸۷۹	۲۰,۲۱۰	۲۸۳,۲۷۸	۲۰,۲۱۰	۲۸۳,۲۷۸	۵۱,۷۵۶	۳۰۴,۰۸۹
۷,۹۵۴	۷,۳۰۷	۶۴۷	۶,۲۰۷	۵,۶۳۱	۵۷۵	۱,۷۴۸	۷۲	۶,۲۰۷	۵,۶۳۱	۵۷۵	۱,۷۴۸	۵۷۵	۵,۶۳۱	۷۲	۶,۲۰۷
۴,۶۳۴,۹۱۲	۱,۹۸۵,۵۳۳	۲,۶۴۹,۳۷۹	۳,۴۹۲,۱۶۴	۱,۵۵۱,۰۱۲	۱,۹۴۱,۱۵۲	۱,۱۴۲,۷۴۸	۷۰۸,۲۲۷	۲,۶۴۹,۳۷۹	۱,۵۵۱,۰۱۲	۱,۹۴۱,۱۵۲	۱,۱۴۲,۷۴۸	۷۰۸,۲۲۷	۲,۶۴۹,۳۷۹		

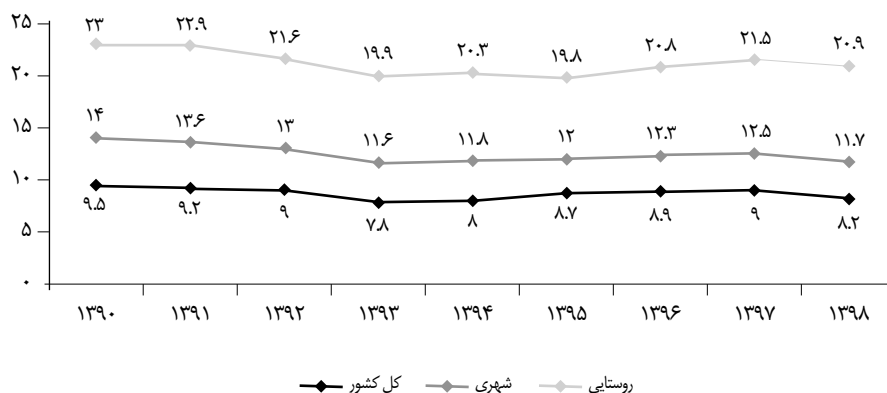
منبع: مرکز آمار و اطلاعات راهبردی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۳۹۹

جدول ۶-۴. نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان (۶۵ سال و بالاتر) بر حسب نقاط شهری و روستایی و جنسیت: ۱۳۹۸-۱۳۹۰

سال	شرح	کل کشور			شهری			روستایی		
		مردوزن	مرد	زن	مردوزن	مرد	زن	مردوزن	مرد	زن
۱۳۹۰		۱۴.۰	۲۵.۴	۲.۵	۹.۵	۱۸.۳	-۰.۷	۲۲.۰	۲۹.۸	۶.۰
۱۳۹۱		۱۳.۶	۲۴.۹	۲.۶	۹.۲	۱۷.۸	۱.۰	۲۲.۹	۲۹.۴	۶.۱
۱۳۹۲		۱۳.۰	۲۴.۴	۲.۲	۹.۰	۱۷.۹	-۰.۸	۲۱.۶	۲۸.۲	۵.۲
۱۳۹۳		۱۱.۶	۲۲.۰	۱.۹	۷.۸	۱۵.۷	-۰.۶	۱۹.۹	۲۵.۵	۴.۷
۱۳۹۴	نرخ مشارکت اقتصادی	۱۱.۸	۲۲.۴	۲.۰	۸.۰	۱۶.۲	-۰.۵	۲۰.۳	۲۶.۱	۵.۳
۱۳۹۵		۱۲.۰	۲۲.۸	۲.۳	۸.۷	۱۷.۴	-۰.۹	۱۹.۸	۲۵.۱	۵.۶
۱۳۹۶		۱۲.۳	۲۲.۴	۲.۴	۸.۹	۱۷.۰	۱.۰	۲۰.۸	۲۶.۰	۶.۰
۱۳۹۷		۱۲.۵	۲۳.۰	۲.۶	۹.۰	۱۷.۵	-۰.۹	۲۱.۵	۲۷.۳	۷.۰
۱۳۹۸		۱۱.۷	۲۱.۴	۲.۷	۸.۲	۱۵.۷	۱.۱	۲۰.۹	۲۶.۵	۶.۸

منبع: مرکز آمار و اطلاعات راهبردی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۳۹۹

شکل ۶-۱۳. نرخ مشارکت اقتصادی سالمندان بر حسب نقاط شهری و روستایی، ۱۳۹۸-۱۳۹۰



منبع: مرکز آمار و اطلاعات راهبردی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۳۹۹

وضعیت بیکاری

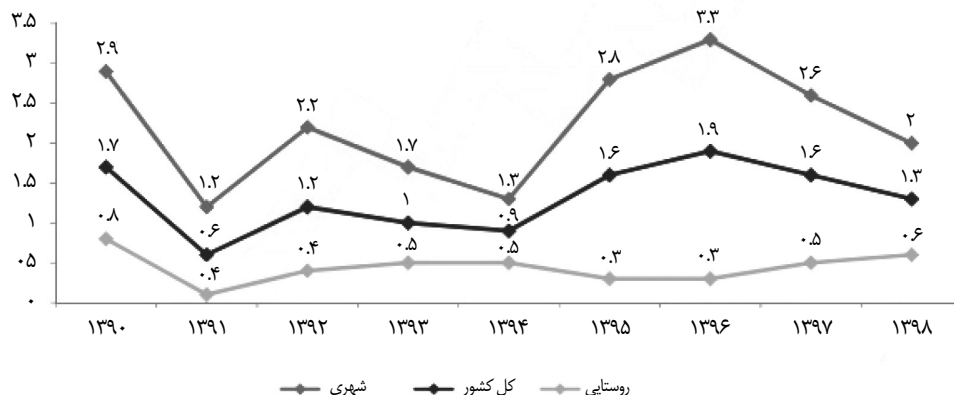
براساس گزارش مرکز آمار و اطلاعات راهبردی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۶۰۴ هزار و ۱۳۳ سالمند زن و مرد در سال ۱۳۹۸ در ایران اشتغال به کار دارند. در این گزارش سالمند به افراد ۶۵ ساله و بیشتر اطلاق شده است. براساس

این گزارش، ۵۱۶ هزار و ۸۴۷ نفر از سالمندان در سال ۱۳۹۰ مشغول به کار بوده‌اند و روند جمعیت سالمندان شاغل از سال ۱۳۹۰ تا سال ۱۳۹۸ به غیر از سال ۱۳۹۲ افزایش داشته است. همچنین در همین دوره، تعداد سالمندان بیکار در جست‌وجوی کار از ۹۰۱۵ نفر در سال ۱۳۹۰ به ۷۹۵۴ نفر در سال ۱۳۹۸ رسیده است. نکته مهم درباره تعداد افراد بیکار در جست‌وجوی کار سالمند در این مدت متغیر بودن تعداد افراد طی این سال‌ها بوده است؛ به گونه‌ای که در سال ۱۳۹۱ تقریباً به نصف تعداد این افراد در سال ۱۳۹۰ رسیده و در سال‌های بعد از آن نیز در برخی سال‌ها افزایش و در برخی از سال‌ها کاهش داشته است. این تغییرات را می‌توان به شرایط اجتماعی-اقتصادی و سیاست‌های اعمال شده نسبت داد. در این دوره، بیشترین تعداد سالمندان بیکار در جست‌وجوی کار مربوط به سال ۱۳۹۶ با تعداد ۱۱,۴۰۶ است. همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهد نرخ بیکاری سالمندان در سال ۱۳۹۸ برای کل کشور ۱.۳ درصد است؛ برای مردان ۱.۴ درصد و در زنان سالمند ۰.۹ درصد (زمانی، ۱۳۹۹). نرخ بیکاری سالمندان مناطق شهری در سال ۱۳۹۸ نیز برابر ۲.۰ درصد و در مناطق روستایی ۰.۶ درصد است. مطالعه روند نرخ بیکاری در دهه گذشته نشان می‌دهد نرخ بیکاری سالمندان در سال ۱۳۹۱ در بالاترین میزان (۱.۹ درصد) قرار داشته است. اگرچه در سال ۱۳۹۰ نیز این میزان بالا بوده است، روند تقریباً یکنواختی داشته و از ۱.۷ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۱.۳ درصد در سال ۱۳۹۸ رسیده است. نرخ پایین بیکاری سالمندان نشان می‌دهد بیشتر آن‌ها در سن بازنشستگی هنوز کار می‌کنند. نرخ مشارکت اقتصادی آن‌ها نیز نشان می‌دهد اگر بازنشسته یا سالمندی کار نمی‌کند، احتمال دارد که کار پیدا نکرده یا از کار افتاده باشد.

جدول ۶-۵. نرخ بیکاری سالمندان (۶۵ سال و بالاتر) بر حسب نقاط شهری و روستایی و جنسیت، ۱۳۹۸-۱۳۹۰

سال	شرح	کل کشور			شهری			روستایی		
		مردوزن	مرد	زن	مردوزن	مرد	زن	مردوزن	مرد	زن
۱۳۹۰		۱.۷	۱.۷	۱.۴	۲.۹	۲.۷	۶.۳	۰.۸	۰.۸	۰.۲
۱۳۹۱		۰.۶	۰.۷	۰.۱	۱.۲	۱.۲	۰.۰	۰.۱	۰.۱	۰.۲
۱۳۹۲		۱.۲	۱.۳	۰.۲	۲.۲	۲.۲	۰.۷	۰.۴	۰.۴	۰.۰
۱۳۹۳		۱.۰	۱.۱	۰.۰	۱.۷	۱.۷	۰.۰	۰.۵	۰.۵	۰.۰
۱۳۹۴	نرخ بیکاری	۰.۹	۱.۰	۰.۰	۱.۳	۱.۳	۰.۰	۰.۵	۰.۵	۰.۰
۱۳۹۵		۱.۶	۱.۷	۰.۳	۲.۸	۲.۰	۰.۱	۰.۳	۰.۳	۰.۴
۱۳۹۶		۱.۹	۱.۹	۱.۳	۲.۳	۲.۳	۲.۱	۰.۳	۰.۳	۰.۴
۱۳۹۷		۱.۶	۱.۷	۰.۸	۲.۶	۲.۶	۲.۳	۰.۵	۰.۶	۰.۳
۱۳۹۸		۱.۳	۱.۴	۰.۹	۲.۰	۱.۹	۲.۸	۰.۶	۰.۷	۰.۱

شکل ۶-۱۴. نرخ بیکاری سالمندان برحسب نقاط شهری و روستایی، ۱۳۹۸-۱۳۹۰



منبع: زمانی، ۱۳۹۹

علل و عوامل مرتبط

رویکرد سالمندی موفق بر سه عامل سلامت جسمی (اجتناب از بیماری و ناتوانی)، سلامت روانی (حفظ عملکرد شناختی و فیزیکی در سطح بالا) و تعاملات اجتماعی (اشتغال مداوم به فعالیت‌های اجتماعی) تأکید می‌کند (Rowe & Kahn, 1998). این رویکرد تحت تأثیر نظریه فعالیت است که براساس آن افراد در صورتی با موفقیت سالمند می‌شوند که فعال بوده و کاملاً در نقش‌های اجتماعی خود مشارکت داشته باشند (Hiller & Barrow, 2011). محصول این نظریه بازنشستگی فعال و موفق است. نظریه فعالیت یکی از نظریه‌های غالب در مطالعات سالمندی است و تأکید می‌کند که فعالیت اجتماعی ماهیت زندگی برای تمام سنین است. مطابق این نظریه، سالمند سالم فعالیت‌های اجتماعی و ذهنی خود را تا زمانی که ممکن است ادامه می‌دهد و هر فعالیت و نقشی را که ناچار است از آن خارج شود با فعالیت دیگر جایگزین می‌کند (Victor, 2005). همچنین براساس این نظریه فعالیت در دوران بازنشستگی برای مثال در شکل اشتغال مجدد و مشارکت در زندگی اجتماعی و شرکت در فعالیت‌های داوطلبانه سلامت فرد را افزایش می‌دهد. ایده اصلی زندگی موفقیت‌آمیز در دوران بازنشستگی است که به کمک الگوهای فعالیت و ارزش‌های میان‌سالی ایجاد می‌شود. در این نظریه، ارتباط خطی میان از دست دادن شغل و کاهش رضایت از زندگی وجود دارد (بوند و همکاران، ۱۳۸۹). باید توجه داشت که نوع فعالیت بازنشستگان در رضایت تأثیرگذار است؛ برای مثال اجبار در فعالیت‌های اقتصادی بازنشستگان می‌تواند ناراضی‌تری از زندگی را به دنبال داشته باشد و حتی برای بازنشستگان سالمند مفید نباشد و پیامدهای منفی در زندگی روزمره آن‌ها داشته باشد.

بسیاری از سالمندان همچنان درگیر فعالیت‌های اقتصادی و غالباً تولیدی هستند و در برخی بخش‌ها نقش مؤثر اقتصادی دارند. از سوی دیگر، نظام تأمین اجتماعی در کشور در حمایت از سالمندان کارایی ندارد؛ به‌گونه‌ای که بسیاری از سالمندان خلاف میل و تمایلشان برای تأمین هزینه‌های زندگی خود باید درگیر فعالیت‌های اقتصادی باشند (ضرغامی و همکاران، ۱۳۹۴). بر این اساس، شرایط اقتصادی کلان جامعه نقش مؤثری در اشتغال سالمندان دارد. شرایط نامطلوب اقتصادی، نبود نظام جامع تأمین اجتماعی، نواقص سازمان‌های بازنشستگی و... موجب شده است که بسیاری از سالمندان برخلاف میل خود بعد از رسیدن به سن بازنشستگی به دنبال شغل جدید باشند.

برنامه‌ها و سیاست‌ها

سالمندان دغدغه‌های بسیاری درباره امنیت مالی دارند و از فرورفتن به دامن فقر در دوران پیری، دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت و مراقبت‌های پزشکی، مسکن مناسب، تبعیض سنی، تنهایی و احساس بهبودی بودن می‌ترسند؛ به همین دلیل، تدوین سیاست‌های مبتنی بر اطلاعات موثق برای مقابله با مشکلات سالمندی و بهبود کیفیت زندگی آنان در سراسر منطقه آسیا و اقیانوسیه ضروری است. دولت‌ها به‌تنهایی نمی‌توانند پاسخ‌گوی مسائل و مشکلات مرتبط با سالمندی باشند؛ از این رو باید بخش خصوصی، سازمان‌های غیردولتی، سازمان‌های جامعه‌محور (CBOs)^۱، کارفرمایان و اتحادیه‌های کارگری و از همه مهم‌تر سالمندان برای رویارویی با این مشکلات گام‌هایی بردارند. دو عنصر کلیدی در این زمینه، یعنی داده‌ها و اطلاعات افراد سالمند برای اولویت‌بندی مسائل و مشکلات و نیز داده‌هایی برای درک و شناخت عمیق از مسائل و مشکلات افراد سالمند، بسیار حیاتی است (جباری و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنان که پیش از این بیان شد، در ایران رویکرد غالب به اشتغال سالمندان مبتنی بر این است که با توجه به نرخ بیکاری بالای جوانان، سالمندان باید مشاغل خود را به سود گروه‌های سنی جوان رها کنند. این دیدگاه از نیازهای سالمندان به کسب درآمد برای جبران درآمد ناکافی برای اداره زندگی و معیشت خانواده‌شان غافل است و هرگونه برنامه‌ریزی در زمینه اشتغال سالمندان را به حاشیه می‌راند. از این گذشته، نرخ بالای بیکاری در کل جمعیت و به‌ویژه بیکاری فزاینده تحصیل‌کردگان آموزش عالی اجازه اولویت به اشتغال سالمندان را نمی‌دهد. با توجه به اینکه بسیاری از سالمندان شاغل در بخش غیررسمی اقتصاد فعال هستند، امکان سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در این زمینه با موانع جدی روبه‌روست.

۴-۶. مسکن و فضای شهری

با افزایش روزافزون جمعیت سالمندان و کناره‌گیری آنان از جامعه و همچنین با تغییر دیدگاه به مقوله عدالت اجتماعی در بهره‌مندی شهروندان از فضاهای شهری و عرصه‌های عمومی، تلاش بر آن است که با استفاده از سیاست‌های برنامه‌ریزان و با تکیه بر مفهوم «طراحی برای همه»، امکان حضور سالمندان در مکان‌های عمومی و شرکت آن‌ها در فعالیت‌های جمعی افزایش یابد. علاوه بر موضوع فضاهای بیرونی، طراحی فضاهای داخلی و مسکن مورد نیاز سالمندان نیز برای این گروه مهم است.

فضای شهری به همان میزان محل سکونت در تعیین کیفیت زندگی اهمیت دارد. یکی از معیارهای ارزیابی کیفی سنجش فضا، حضور گروه‌های اجتماعی ویژه از جمله سالمندان است. این گروه‌ها با حضور خود می‌توانند موجب پایداری و سرزندگی فضای شهری و در نتیجه ارتقای کیفیت شوند (علی‌الحسابی، ۱۳۹۴). سالمندان به دلیل موقعیت سنی و اجتماعی و برخورداری از فراغت بیشتر و همچنین لزوم فعالیت‌های جسمانی منظم و مداوم مانند پیاده‌روی، زمان بیشتری از اوقات خود را در فضاهای شهری سپری می‌کنند. فضاهای عمومی در مجتمع‌های مسکونی بخشی از محیط‌زیست شناخته شده است که سبب تسهیل ایجاد حس اجتماعی از طریق افزایش احتمال مواجهه همسایگان با یکدیگر می‌شود (عیسی‌لو، ۱۳۹۴).

فضای باز عمومی برای تعامل اجتماعی، آرامش، ارتباط با طبیعت و ایجاد فرصت برای فعالیت‌های اوقات فراغت سالمندان بسیار مهم است و بهبود این فضاها، بستر استفاده تمام گروه‌های سنی، جنسیتی و حرفه‌ای را فراهم می‌کند و به ارتقای کیفیت زندگی استفاده‌کنندگان می‌انجامد (Zandieh, Sonmez Turel et al., 2007). مناسب‌سازی مکان‌های عمومی با توجه به نیازها و خواسته‌های سالمندان، نه تنها سبب ارتقای کیفیت محیط مسکونی می‌شود، بلکه حس استقلال، کنترل زندگی و حس ارزشمند بودن را به سالمندان بازمی‌گرداند. اگر فضاهای عمومی پاسخ‌گوی نیازهای فردی و اجتماعی ساکنان در سنین مختلف باشد، می‌توان بخشی از فعالیت‌های زندگی را از فضای داخلی به فضاهای باز منتقل کرد که در نتیجه کمبودهای زندگی در واحدهای مسکونی با مساحت کم تا حدودی جبران می‌شود (Dorato, 2019). براساس مطالعات مختلف، بیشتر سالمندان وقتی در فضاهای عمومی حضور می‌یابند که مطمئن باشند فضا پاسخ‌گوی نیازهای مختلف جسمی، روحی و روانی آنان است. تأمین ایمنی و امنیت سالمندان در محیط موجب اعتماد به نفس و استقلال آن‌ها می‌شود و می‌تواند سبب حضور بیشتر آن‌ها در این فضاها شود (علی‌الحسابی، ۱۳۹۴).

باید توجه داشت که سالمندان وابستگی بیشتری به وسایل حمل‌ونقل عمومی و پیاده‌روی دارند. از آنجا که سرعت کندتر، دید ضعیف‌تر و عدم تعادل، تردد آن‌ها را با مشکل روبه‌رو می‌کند، فضاهای شهری باید با

منظور کردن کم‌توانی آنان طراحی شود (خوارزمی، ۱۳۹۵). براساس یک تحقیق در ایران مشکلات عمده فضاهای شهری از دید سالمندان عبارت است از: عرض کم پیاده‌روها، لغزنده‌بودن کف‌سازی‌ها، کف‌های خاکی یا پوشیده از سنگ‌ریزه، عرض کم سواره‌رو و کوچه‌ها، انباشتن مصالح ساختمانی و زباله در معابر، پارک اتومبیل‌ها در پیاده‌رو، وجود دریچه‌های ناامن تأسیسات در معابر، دفع نامناسب آب‌های سطحی در معابر و تغییر سطح‌های نامناسب در پیاده‌روها (علی‌الحسائی، ۱۳۹۴). علاوه‌بر فضاهای بیرونی، طراحی فضاهای داخلی و مسکن مورد نیاز سالمندان از مسائل و دغدغه‌های بسیار مهم است؛ زیرا یکی از ابعاد وضعیت رفاهی سالمندان، وضعیت محل سکونت آن‌هاست. مسکن و سرپناه از جمله نیازهای اولیه هر خانوار شمرده می‌شود و شکل‌گیری و افزایش تعداد خانوارها در جمعیت، به معنای تقاضای بیشتر برای واحدهای مسکونی است. داشتن خانه و مسکن مستقل جزء اولویت‌ها و اهداف مهم در چرخه زندگی افراد و خانوارهاست که معمولاً به تناسب شرایط و ویژگی‌های خود تمایل دارند که مالک خانه خود باشند. گاه مسکن بزرگ‌ترین سرمایه خانواده‌هاست.

در ارتباط با معنی و مفهوم مسکن برای سالمندان صرف‌نظر از نیازهای زیستی خاص این قشر، بر اهمیت محیط طراحی‌شده برای شکل‌دهی و ایجاد هویت شخصی و ارتباط اجتماعی آن‌ها تأکید می‌شود؛ بنابراین مسکن و محیط مسکونی سالمندان باید فرصتی برای خلوت‌کردن و تنها‌بودن در قلمروی شخصی خویش را در اختیار آن‌ها بگذارد و بستریایی برای داشتن فعالیت اجتماعی و قبول مسئولیت‌هایی درخور شخص سالمند را به وجود بیاورد و همچنین موجبات انزواداشتن آن‌ها را فراهم کند؛ بنابراین هدف‌نهایی طراحی و مناسب‌سازی محیط را می‌توان یاری‌رساندن به سالمندان برای «گذران زندگی در محیطی شایسته و انسانی در کنار سایر نسل‌ها» تعیین کرد (Yan, 2018).

با افزایش جمعیت سالمندان، تعداد افراد دارای معلولیت، به‌ویژه در گروه‌هایی که شیوع معلولیت بیشتری در مقایسه با جمعیت عمومی دارند، مانند خانوارهای کم‌درآمد، اقلیت‌ها و خانواده‌های مستأجر افزایش می‌یابد. بسیاری از افراد مسن، به‌ویژه افرادی که دیگر توانایی رانندگی ندارند، از نظر اجتماعی منزوی شده و در دسترسی به خدمات بهداشتی و خدمات و امکانات اجتماعی با مشکل روبه‌رو می‌شوند (Goldberg, Lang & Barrington, 2016). با افزایش سن، برخی از سالمندان ممکن است ترجیح دهند که اندازه خانه را کوچک کنند؛ یعنی خانه بزرگ‌تر خود را بفروشند و به یک خانه کوچک‌تر نقل مکان کنند، اما بسیاری از افراد سالخورده ترجیح می‌دهند در همان خانه‌ای بمانند که قبلاً در آن زندگی می‌کردند؛ به این عمل «سالمندی در مکان»^۱ می‌گویند (Callahan Jr, 2019). همه این نکات نشان‌دهنده اهمیت مسکن و محیط زندگی در سلامت سالمندان دارد.

در این میان، سالمندان با چالش‌های متعددی در تأمین مسکن مناسب، ایمن و مقرون‌به‌صرفه روبه‌رو هستند؛ به‌طوری‌که افراد مسن بیشتر از هر زمان در تاریخ معاصر در معرض خطر بی‌خانمانی هستند. هزینه‌های مسکن به‌سختی قابل پرداخت است و سایر هزینه‌ها مانند مراقبت‌های بهداشتی در حال افزایش است. مجموع این اوضاع افراد مسن را در معرض خطر فقر و بی‌خانمانی قرار می‌دهد (Goldberg et al., 2016).

رویکردهای مختلف به مسکن و محیط مسکونی سالمندان

تاکنون مطالعات بسیار گسترده‌ای در سطح جهان پیرامون طراحی مسکن مناسب سالمندان و معلولان از لحاظ استانداردها و میزان دسترسی صورت گرفته است. تحقق این استانداردها را کارشناسان و صاحب‌نظران با پیشنهاد سه گونه مسکن با سه رویکرد متفاوت ممکن دانسته‌اند (سالاری، ۱۳۹۸).

مسکن قابل دسترسی

در دسترس بودن در مقوله مسکن به معنای تعیین ضوابط و استانداردهای خاص برای سهولت دسترسی و استفاده از فضاهای مسکونی است. ویژگی‌های این‌گونه مسکن دربرگیرنده استانداردهایی مشخص و کلی با ابعاد و اندازه‌های تعریف‌شده مانند درگاه و ورودی نسبتاً عریض، فضای بی‌مانع و کافی برای گردش ویلچر و طراحی مسیرهای کوتاه برای دسترسی، استفاده نکردن از سطوح شیب‌دار طولانی و غیرمستقیم و مواردی از این قبیل است (Demirkan, 1991).

مسکن انعطاف‌پذیر

مسکن انعطاف‌پذیر یعنی «قابلیت کم و زیاد کردن اجزا یا فضاها براساس نیازهای جاری به‌صورت سریع و آسان»؛ به عبارت دیگر انعطاف‌پذیری در مسکن با میزان امکان انطباق یک فضا برای تأمین هدف دسترسی آسان برای افراد سالمند و معلول تعریف می‌شود (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009).

مسکن فراگیر

رویکرد طراحی فراگیر رویکردی خاص با هدف طراحی برای تمامی اشخاص در همه سنین است. درواقع مسکن فراگیر با طراحی اصولی و مناسب پاسخ‌گوی نیازهای افراد ناتوان است، استقلال فیزیکی آنان را افزایش می‌دهد و از نیازمندی آن‌ها به دیگران می‌کاهد (Mace, 1991). مشخصه‌های محیط مسکونی سالمندان با

رویکرد فراگیر به منظور همزیستی نسل‌ها را چنین برمی‌شمرند: قابلیت دسترسی مناسب برای سالمندان، تحریکات حسی لازم برای جبران قابلیت‌های محدودشده سالمند، محیط قابل درک و بامعنا برای سالمند، فراهم کردن شرایط لازم برای اجتماعی‌ترشدن سالمند و برقراری پیوندهای اجتماعی با محیط و اشخاص پیرامون، ایجاد احساس امنیت کافی در سالمند، ایجاد قلمروهای موقت و دائم برای سالمند و فراهم کردن زیبایی محیط برای سالمند (نوذری، ۱۳۸۳).

ویژگی‌های محیطی مؤثر بر بهبود محیط زندگی سالمندان

برخی عوامل محیطی در بهبود فضای زندگی و محل سکونت سالمندان اهمیت دارد. تعدادی از عوامل مهم‌تر عبارت است از: آسایش و امنیت، قابلیت فردیت‌بخشیدن و امکان اجتماعی شدن.

آسایش و امنیت

بارزترین مشخصه محیطی برای سالمندان سطح آسایش است. در محیط طراحی شده آسایش کیفیتی نظری است که سهولت فیزیکی انجام کارهای مختلف و بودن در مکان را فراهم می‌کند. بسیاری از جنبه‌های آسایش براساس تناسب‌داشتن محیط و تجهیزات آن با نیازهای حسی و فیزیکی شکل می‌یابد. گفتنی است هنگام طراحی برای سالمندان بهتر است به جای میزان آسایش به میانگین آسایش اندیشید.

فردیت‌بخشیدن

ایجاد تسهیلات و فراهم کردن امکاناتی که به ایجاد فردیت در فضاها و مکان‌های خاص درون و بیرون محل سکونت کمک کند، سبب تحکیم احساس ایمنی و آرامش خاطر بیشتر در سالمندان می‌شود. این مشخصه محیط به فرد اجازه می‌دهد تا مالکیت فردی خود را بر یک فضا اعمال کند. در طراحی مسکن سالمندان، همیشه باید به علایق آنان توجه کرد. فضاهای اجتماعی - اشتراکی با انعطاف و فضاهای خصوصی باید به گونه‌ای مکمل برای فعالیت‌های جمعی و انفرادی مهیا باشد.

اجتماعی شدن

با دگرگونی‌های حسی ناشی از سالمندی، مهارت‌های ادراکی در ایجاد ارتباطات اجتماعی نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. تمهیدات محیطی که به جبران کاستی این گونه مهارت‌ها کمک می‌کند، سبب ارتقای عملکرد سالمندان

می‌شود و می‌تواند فرایند اجتماعی شدن را نیز بهبود بخشد. فراهم‌سازی فضاهایی برای سالمندان برای تماشا و تعامل با دیگران در محیط به ایجاد حس پیوند با اجتماع منجر می‌شود. اجتماعی شدن در چنین فضاهایی از راه ایجاد امکانات نشستن مطابق با مشخصات ویژه طراحی برای سالمندان و با به حداکثر رساندن ارتباطات بصری تسهیل می‌شود (سالاری، ۱۳۹۸؛ نوذری، ۱۳۸۳).

مسکن و فضای شهری سالمندان در دیگر کشورها

در آمریکا بیشتر سالمندان صاحب خانه‌های خود هستند، اما انتظار می‌رود درصد افراد مسن که خانه اجاره می‌کنند، از ۲۱ درصد در سال ۲۰۱۵ به ۲۳ درصد در سال ۲۰۳۵ افزایش یابد. در این کشور از هر سه خانوار دارای سالمند، یک خانوار (۳۸ درصد یا ۸.۷ میلیون خانوار) با بار هزینه‌های بالای مسکن مواجه می‌شوند و از هر ۵ خانوار (۲۱ درصد یا ۴.۸ میلیون نفر) یک خانوار بار هزینه سنگین مسکن را تجربه می‌کند. کمتر از ۴ درصد از واحدهای مسکونی ایالات متحده برای افراد دارای معلولیت حرکتی متوسط مناسب است و تنها حدود ۱ درصد از واحدها قابلیت دسترسی با صندلی چرخ‌دار دارند. برآورد می‌شود ۴۴ درصد خانوارها برای استفاده بدون مشکل از خانه‌های خود به نوعی اصلاح در قابلیت دسترسی نیاز دارند. مستأجرانی که با معلولیت بیشتری مواجه هستند، در مقایسه با صاحبان خانه کنترل کمتری بر تغییرات احتمالی در خانه خود دارند؛ بنابراین ممکن است برای تطبیق با مشکلات بیشتری روبه‌رو شوند. دونه (۲۰۱۷) فقر چندبعدی سالمندان بالای ۶۵ سال کشور ایالات متحده را بررسی کرده است. در این مطالعه نسبت هزینه‌های مسکن (رهن، وام و اجاره) به کل هزینه‌های خانوار مبنای محرومیت و فقر مسکن در نظر گرفته شد. اگر هزینه‌های مسکن سالمندی (هزینه‌های مالک یا هزینه‌های ناخالص اجاره) در سال بیش از ۵۰ درصد از کل درآمد خانوار را شامل می‌شد، آن فرد در بعد مسکن محروم در نظر گرفته شد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ۱۳.۴ درصد در بعد مسکن دچار فقر و محرومیت هستند (Dhongde, 2017).

در استرالیا، ۷۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال صاحب خانه شخصی هستند و ۱۸ درصد آن‌ها نیز خانه‌های دارای مالکیت خصوصی یا دولتی را در اجاره خود دارند. دولت استرالیا مساعدت‌های گوناگونی را در زمینه مسکن در اختیار افراد سالمند این کشور قرار می‌دهد. مراجع دولتی در سطوح منطقه‌ای و ملی در زمینه تأمین مسکن دولتی، پرداخت کمک‌هزینه‌های رهن و اجاره و پرداخت وام‌های خرید مسکن خدمات تسهیلاتی عرضه می‌کنند. بخش فراوانی از کمک‌های دولتی در این باره از نوع غیرمستقیم و در قالب بخشودگی‌های مالیاتی و همچنین کاهش سود وام‌های مسکن سالمندان از سوی دولت است. همچنین برنامه کمک به مراقبت و مسکن

سالمندان^۱ (ACHA) توسط وزارت بهداشت و سالمندان دولت استرالیا شامل تسهیلات رایگانی است که به افراد مسن فقیر کمک می‌کند نیازهای اسکان و پشتیبانی مسکن خود را تأمین کنند. این برنامه در زمینه‌های زیر خدمات عرضه می‌کند:

- کمک و مشاوره برای خدمات مسکن، مالی و حقوقی مرتبط
- کمک در زمینه اقدامات مربوط به اقامت یا مذاکره برای بهبود وضعیت اسکان
- سازمان دادن خدمات برای کمک به زندگی روزمره و نیازهای بهداشتی
- پیوند با جامعه محلی برای بهبود کیفیت زندگی
- پشتیبانی با کمک ادارات دولتی (Kopans, 2013).

بخشی از سیاست‌گذاری اجتماعی در مالزی، تأمین مسکن برای سالمندان است. با توجه به این موضوع مسئولیت تأمین مسکن در مالزی بر عهده وزارت مسکن و شهرداری قرار دارد؛ درحالی‌که مسئولیت تأمین خانه‌های سالمندان بر عهده وزارت زنان، خانواده و توسعه اجتماعی است. در این کشور، تأمین مسکن برای سالمندان تحت قانون مصوب مراقبت استاندارد ۱۹۹۳ است. این قانون مسکن سالمندان را مرکز مراقبت درمانی و یک مرکز مراقبت روزانه تعریف می‌کند. همچنین کمیسیون حقوق بشر مالزی سازمانی غیردولتی و متمرکز بر نیازهای سالمندان از جمله سرپناه و مسکن است (Thio, 2008؛ فلاحی، ۱۳۹۶).

در کره جنوبی نسبت افراد بالای ۶۵ سال در سال ۲۰۱۸ به ۱۴ درصد رسید و این کشور را به جامعه‌ای سالمند تبدیل کرد. برآورد می‌شود تا سال ۲۰۲۶ نسبت افراد بالای ۶۵ سال در این کشور به ۲۰٫۸ درصد برسد. در این کشور سیاست اتحاد خانواده، یعنی زندگی سالمندان با فرزندان توصیه می‌شود. مزایای این سیاست عبارت است از: کاهش مالیات بر درآمد، معافیت مالیاتی و امتیاز ترجیحی صندوق‌های مسکن. در قانون مالیات بر درآمد در این کشور نیز امتیاز تخفیفی برای سالمندان وجود دارد. این قانون در سال ۱۹۹۸ تصویب شد و براساس آن اگر سالمندان بیش از ۶۵ سال داشته باشند، فرزندان که با آن‌ها زندگی می‌کنند یک میلیون وون (۱۰۰۸۲ دلار) تخفیف مالیاتی می‌گیرند. اگر افراد سالمند بیش از ۷۰ سال داشته باشند و با فرزندان زندگی کنند ۱٫۵ میلیون وون (۱۶۲۳ دلار) تخفیف به آن‌ها تعلق می‌گیرد. همچنین اگر پدر و مادر و فرزندان بزرگسال با هم زندگی کنند، از مالیات بر درآمد معاف می‌شوند. خانواری که با سالمند بالای ۶۵ سال زندگی می‌کند نیز به وام بیشتری دسترسی دارد. در موارد اجاره خانه، ساخت خانه، خرید و بازسازی، خانوارها می‌توانند تا ۵ میلیون وون وام دریافت کنند. همچنین از سال ۲۰۰۴ دپارتمان ترافیک ساختمانی این کشور نصب تسهیلات برای سالمندان ضعیف

و ناتوان را برعهده گرفت؛ برای مثال برای سالمندان در حمام امکاناتی برای جلوگیری از لغزش و نیز امکانات نشسته حمام کردن نصب می‌شود (Kim et al., 2018).

در ژاپن، بعضی از سیاست‌ها مانند امتیاز مسکن عمومی و وام برای بازسازی یا ساخت خانه اجرا می‌شود. این سیاست‌ها برای کمک به زندگی با سالمندان و در نزدیکی با افراد سالمند طراحی شده است. هنگامی که خانواده‌ها خانه را برای همسوسدن و زندگی با سالمندان بازسازی می‌کنند، مؤسسه سرمایه‌گذاری مسکن و دولت محلی از اعطای وام حمایت می‌کند. قانون رفاه سالمندان این کشور در سال ۱۹۶۸ به تصویب رسید. سپس در این کشور پروژه مسکن نقره‌ای در سال ۱۹۸۷ با همکاری وزارت بهداشت و کار و وزارت امور زیربنایی و حمل‌ونقل اجرا شد. خانه‌هایی که در این طرح ساخته شدند، به‌منظور مراقبت‌های عمومی برای افراد سالخورده مجرد و متأهل تدارک دیده شده بود. این خانه‌ها برای افراد مجرد ۳۵٫۵ متر و برای متأهلان ۴۸٫۸ متر در نظر گرفته است. ویژگی‌های خاص این خانه‌ها شامل حذف موانع برای نرده‌ها، پله‌ها، درها و غیره، فضای مناسب برای صندلی چرخ‌دار است. همچنین برنامه‌ریزی شده بود که یک پرستار در شرایط اضطراری از طریق تماس در دسترس خانواده‌ها باشد (Campbell, 2014).

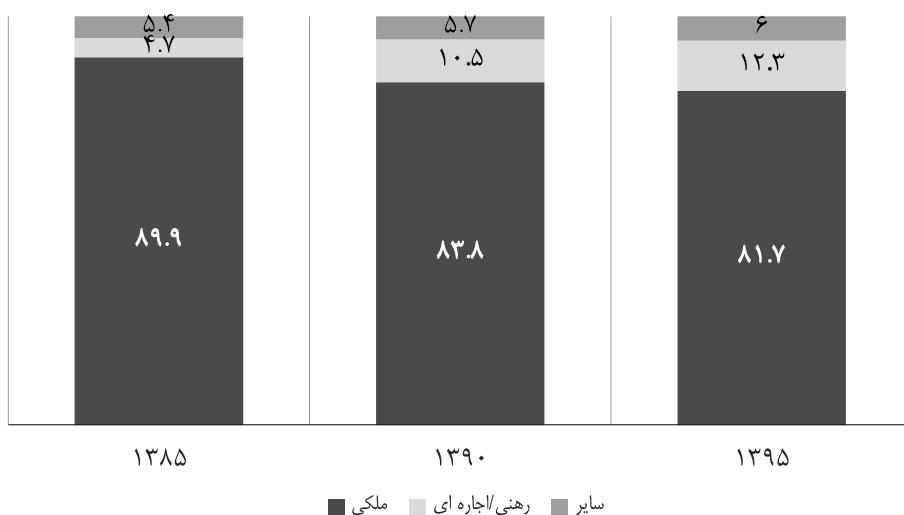
تورل و همکاران در سال ۲۰۰۷ در ترکیه، در تحقیقی وضعیت زندگی سالمندان منطقه ازمیر را از لحاظ دسترس به فضاهای باز مطالعه کردند. هدف آن‌ها بازشناسی مشکلات و نیازهای سالمندان در فضاهای عمومی شهری بود. براساس نتایج تحقیق آن‌ها، آلودگی، امنیت، دسترسی معابر، نارسایی نگهداری و مدیریت، مشکلات ترافیکی و شلوغی شهرها و مشکلات فرهنگی اجتماعی از مشکلات اصلی سالمندان در فضاهای عمومی شهری است (Sonmez Turel et al., 2007).

در آلمان، فوبکر و همکاران (۲۰۰۵) طی مطالعه‌ای تحرک روزمره افراد سالمند در طبقات مختلف شهر بن را بررسی کردند و نتیجه گرفتند که محیط مسکونی مناسب برای افراد سالخورده باید این امکان را فراهم کند که افراد بدون استفاده از ماشین و سایر وسایل حمل‌ونقل بتوانند نیازهای خود را پیرامون محله مدیریت کنند و این همان یکپارچگی اجتماعی است. از دیگر مسائل مهم برای شرکت‌کنندگان در مطالعه، امنیت پیاده‌روها، ساختمان‌ها و آپارتمان‌های مجهز به آسانسور و نزدیک‌بودن مراکز خرید برای کاهش رفت‌وآمد بود (Fobker & Grotz, 2006).

مسکن و فضای شهری سالمندان در ایران مالکیت مسکن

بررسی وضعیت نحوه مالکیت مسکن خانوارهای سالمندسرپرست (۶۰ ساله و بالاتر) بر مبنای تحلیل داده‌های خرد سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ بیانگر کاهش میزان مالکیت مسکن در میان سالمندان در یک دهه اخیر است. با توجه به شکل ۶-۱۵، در سال ۱۳۸۵ حدود ۹۰ درصد سالمندان مالک منزل مسکونی محل سکونت بوده‌اند، اما این میزان مالکیت در سال ۱۳۹۵ به ۸۲ درصد کاهش یافت و در مقابل بر سهم سالمندان ساکن در خانه‌های رهنی-اجاره‌ای افزوده شد.

شکل ۶-۱۵. نحوه مالکیت منزل مسکونی در خانوارهای سالمندسرپرست، ۱۳۸۵-۱۳۹۵



منبع: پردازش بر مبنای داده‌های سطح خرد سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

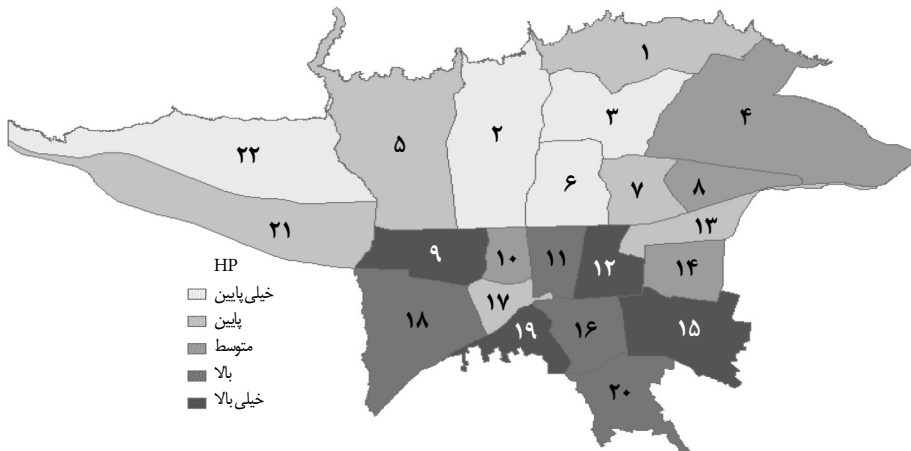
در مقابل در سال‌های اخیر با توجه به تورم در بخش مسکن، نسبت خانوارهای دارای واحد مسکونی استیجاری روند افزایشی داشته است. در سال ۱۳۹۰ حدود ۱۱.۳ درصد خانوارهای دارای سالمند در واحد مسکونی استیجاری ساکن و ۶.۷۷ درصد مالک بوده‌اند. در مناطق روستایی، درصد خانوارهای دارای سالمند که صاحب واحد مسکونی هستند (۸۹.۰۸ درصد) بیشتر از مناطق شهری (۶۸.۷۲ درصد) است. حدود ۲.۵۱ درصد از خانوارهای دارای سالمند در مناطق روستایی و حدود ۱۵.۳ درصد در مناطق شهری مستأجر بوده‌اند. نتایج بررسی در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۰ نشان می‌دهد سهم خانوارهای دارای سالمند که مالک واحد مسکونی خود هستند،

روند کاهشی داشته است؛ به طوری که از ۸۲.۲۱ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۷۵.۰۹ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است. در مقابل در سال‌های اخیر با توجه به تورمی که در بخش مسکن به وجود آمده است، نسبت خانوارهای دارای واحد مسکونی استیجاری روند افزایشی داشته است (صادقی، ۱۳۹۴).

فقر مسکن

محققان کمال و همکاران (۱۳۹۸) وضعیت فقر چندبعدی در سالمندان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران را برآورد کردند. معیار فقر مسکن در این مطالعه زندگی سالمندان در خانه‌ای با کمتر از ۳۹ مترمربع در نظر گرفته شد. براساس نتایج این مطالعه، سالمندان مناطق ۲ و ۶ و ۲۲ کمترین و سالمندان مناطق ۱۲ و ۱۹ و ۹ بالاترین میزان فقر مسکن را دارند. همچنین ۵۰.۲ درصد سالمندان مورد بررسی با فقر مسکن مواجه هستند. شکل ۶-۱۶ گروه‌بندی فقر مسکن سالمندان در میان مناطق شهر تهران را نشان می‌دهد (محققان کمال و همکاران، ۱۳۹۸).

شکل ۶-۱۶. گروه‌بندی فقر مسکن سالمندان در بین مناطق ۲۲ گانه شهر تهران



منبع: محققان کمال و همکاران، ۱۳۹۸

مناسب‌سازی محیط

در شاخص دیده‌بان سالمندی بعد مناسب‌سازی محیط به کمک چهار مؤلفه ارتباطات اجتماعی، امنیت فیزیکی، آزادی مدنی و میزان دسترسی به حمل‌ونقل عمومی سنجش و اندازه‌گیری می‌شود. براساس تحلیل داده‌های

شاخص دیده‌بان سالمندی در ایران، ۷۲ درصد سالمندان از سیستم حمل‌ونقل عمومی در شهر یا محله خود احساس رضایت دارند. همچنین با توجه به بررسی استانی بُعد مناسب‌سازی محیط، استان‌های سمنان، بوشهر و قم به ترتیب بهترین عملکرد و استان‌های خوزستان، کرمانشاه و سیستان و بلوچستان ضعیف‌ترین عملکرد را در این بعد داشته‌اند. بررسی مؤلفه‌های چهارگانه بعد مناسب‌سازی محیط یعنی ارتباطات اجتماعی، امنیت فیزیکی، آزادی مدنی و میزان دسترسی به حمل‌ونقل عمومی نشان می‌دهد، ارتباطات اجتماعی سالمندان از ۷۴ درصد در استان سمنان تا ۳۶ درصد در استان مرکزی، امنیت فیزیکی سالمندان از ۸۹ درصد در استان بوشهر تا ۴۸ درصد در استان سیستان و بلوچستان، آزادی مدنی از ۸۴ درصد در استان اردبیل تا ۴۹ درصد در استان کردستان و میزان دسترسی به حمل‌ونقل عمومی از ۸۹ درصد در استان مرکزی تا ۵۷ درصد در استان‌های زنجان و کرمانشاه در نوسان بوده است (زنجری و همکاران، ۱۳۹۹).

ایرانلو و همکاران (۱۳۹۷) نابرابری فضایی شهر تهران از منظر شاخص‌های شهر دوستدار سالمند را بررسی کردند و نتیجه گرفتند که بالاترین میانگین (۵۶.۷۸) مربوط به بعد حمل‌ونقل است و در رتبه‌های بعدی زیرشاخص فضاهای باز و ساختمان‌ها و خدمات محلی و سلامتی قرار دارند. پایین‌ترین میانگین مربوط به زیرشاخص مسکن با میانگین ۱۲.۵۳ مشارکت شهروندی و استخدام با میانگین ۱۲.۷۹ است. همچنین مناطق لویزان، عباس‌آباد و قصر فیروزه وضعیت مطلوب‌تری دارند و در مقابل به لحاظ شاخص شهر دوستدار سالمند مناطق مهرآباد، شهرری و راه‌آهن در مقایسه با سایر مناطق شرایط نامطلوب‌تری دارند. معیارهای حمل‌ونقل و فضاهای باز ساختمان‌ها وضعیت مناسب‌تری از سایر ابعاد داشته‌اند. در مقابل معیار مسکن و همچنین مشارکت شهروندی و استخدام، نامطلوب‌ترین معیارها از دیدگاه سالمندان بودند. نتایج شاخص‌های نابرابری (اتکینسون، آنتروپی تعمیم‌یافته و ضریب جینی) نیز نشان می‌دهد، نابرابری قابل ملاحظه‌ای در زیرشاخص‌های مسکن و استخدام در مقایسه با سایر ابعاد وجود دارد.

کلانتر کهدمی (۱۳۹۵) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود، طراحی واحدهای مسکونی متناسب سالمند در رشت را بررسی کرده و نتیجه گرفته است که طراحی مسکن مناسب با نیازهای سالمند و بدون جداسازی او از دیگر افراد جامعه می‌تواند در بالابردن کیفیت زندگی سالمند و رسیدن به سالمندی موفق تأثیرگذار باشد؛ از این رو توصیه می‌شود فضای زندگی سالمند ایزوله یا فقط در کنار هم‌سالان خود نباشد، بلکه با تفکیک نسبی فضاهای زندگی او از دیگر اعضای خانواده و مناسب‌سازی فضای خانه، استقلال سالمند حفظ شود.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند مناسب‌سازی محیط متناسب با نیازها و شرایط جسمی و روانی سالمندان سهم بسیاری در سلامت آنان دارد؛ برای مثال پارک‌ها از نظر سالمندان دارای مشکلاتی مانند شلوغی معابر و ترافیک،

ناهمواری مسیرها، زیادبودن فاصله دسترسی تا امکانات و تسهیلات عمومی، مبلمان شهری نامناسب، عبور موتورسیکلت‌ها و کمبود فضای سبز هستند (علی‌الحسابی و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین مسیرهای شهری با توجه به نیازهای سالمندان و اختلالات بینایی و شناختی آن‌ها باید اصلاح شوند و مثلاً تابلوهای شهر، ساختمان‌های شاخص، فضاها و کاربری‌های فعال از این منظر مورد بازنگری قرار بگیرند (زندیه، ۱۳۹۱).

پیامدهای فقر مسکن و نامناسب بودن فضای شهری

کیفیت مسکن و فضاهای شهری می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی سالمندان تأثیر بگذارد. در ادامه به عوامل مرتبط با مسکن و فضاهای عمومی سالمندان که بر سلامتی و کیفیت زندگی سالمندان اثر دارد پرداخته‌ایم. این عوامل در سه دسته کلی سلامت فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی جای می‌گیرند.

الف) سلامت فیزیکی

بی‌خانمانی می‌تواند فرد را دچار پیری زودرس کند و امید به زندگی وی را در مقایسه با به جمعیت عمومی کاهش دهد. افراد بی‌خانمان بالای ۵۰ سال معمولاً با بیماری‌های مزمن و حوادث حاصل از سالمندی (از جمله سقوط و از دست دادن حافظه) مواجه هستند. خوابیدن در فضای باز حتی برای افراد جوان و سالم می‌تواند استرس‌زا باشد، اما برای سالمندان و افرادی که از پیش مشکلات مزمن یا معلولیت دارند بسیار مضر است. مدیریت بیماری‌هایی مانند دیابت که برای نگهداری دارو به یخچال نیاز دارند، در شرایط بی‌خانمانی ناممکن یا بسیار دشوار است. پیروی از یک رژیم غذایی تجویز شده نیز برای سالمندان بی‌خانمان امکان‌پذیر نیست. همچنین ناتوانی در گرم‌ماندن و استراحت کافی می‌تواند سبب بدتر شدن سلامت آنان شود (Da Silva, Gutierrez, 2013; Schaffer et al., 2020). پیشگیری از سقوط مکرر، از دست دادن توانایی و تحرک و سایر شرایط معمول سالمندی که بر توانایی تحرک تأثیر می‌گذارند، در خیابان و در پناهگاه‌های افراد بی‌خانمان بسیار دشوارتر است. سالمندان بی‌خانمان بسیار زودتر از جمعیت عمومی در فعالیت‌های زندگی روزمره مانند استحمام و لباس‌پوشیدن دچار مشکل می‌شوند. این نوع اختلالات عملکردی در ۳۰ درصد افراد بی‌خانمان در دهه ۵۰ و اوایل ۶۰ سالگی رخ می‌دهد (Goldberg et al., 2016).

ب) سلامت روان‌شناختی

سالمندان با توجه به رویدادهایی مانند پایان دوران اشتغال و بازنشستگی احساس تنهایی و طردشدگی می‌کنند.

همچنین به‌طور کلی در اثر فشار ناشی از صنعتی شدن جوامع که به جدایی عاطفی و روانی افراد منجر می‌شود، سالمندان در معرض خطرهای فزاینده‌ای قرار می‌گیرند؛ از این‌رو کیفیت فضاهای عمومی و محله، به‌ویژه واحدهای همسایگی تأثیر فراوانی بر سلامت سالمندان دارد. این مکان‌ها فرصت‌هایی را برای فعال‌بودن و ارتباط بیشتر با طبیعت برای آن‌ها ایجاد می‌کند و درنهایت سبب افزایش احساس سعادت و رضایت روحی سالمندان می‌شود (علوی‌زاده، ۱۳۹۴).

سالمندان بی‌خانمان در کنار سالمندان دارای سرپناه نامناسب، در معرض اختلالات روانی از جمله افسردگی هستند و اضطراب را در جامعه مشاهده‌گر افزایش خواهند داد (Schaffer et al., 2020; Da Silva & Gutierrez, 2013). همچنین نتایج براساس پژوهش صفری‌نیا (۲۰۱۱) افراد مورد مطالعه در آپارتمان‌های بدون طراحی مناسب میانگین سلامت روان، شادکامی و بهزیستی شخصی کمتری از ساکنان خانه‌های ویلایی و آپارتمان‌های دارای طراحی داخلی دارند (Safarinia, 2011).

ج) سلامت اجتماعی

در ارتباط با معنا و مفهوم مسکن برای سالمندان صرف‌نظر از تأمین نیازهای زیستی آن‌ها، بر اهمیت محیط طراحی‌شده برای شکل‌دهی و ایجاد هویت شخصی و ارتباط اجتماعی تأکید می‌شود (سالاری، ۱۳۹۸). محیط بیرونی مناسب و امن می‌تواند شرایط را برای حضور سالمندان در جامعه فراهم کند. این حضور به افزایش تعاملات اجتماعی و ادغام اجتماعی بیشتر کمک می‌کند (Lee et al., 2012). سالمندانی که با توجه به سن بالا در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند و از روابط اجتماعی کافی برخوردار هستند، کمتر به بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های روانی مبتلا می‌شوند؛ از این‌رو ضروری است محیط مناسب و امن‌تری برای آن‌ها در فضاهای بیرونی، به‌ویژه محیط‌های همسایگی مهیا شود (عیسی‌لو، ۱۳۹۴).

برنامه‌ها و سیاست‌ها

سیاست‌های کشورهای پیشرو در زمینه فضاهای شهری و مسکن مناسب سالمندان در جدول ۶-۶ خلاصه شده است. به‌طور کلی، هرگونه طراحی سیاست مسکن مرتبط با سالمندان باید سه عامل کلان را مدنظر داشته باشد:

۱. وضعیت سلامت،
۲. میزان دقیق توانایی مالی،
۳. وضعیت خانوار (سطح حمایت خانوار از سالمند و...) (Shin, 2018).

براساس اصل دوم سند ملی سالمندان کشور، همه ایرانیان، فارغ از سن، باید دسترسی برابر به خدمات مراقبتی و فرصت‌های مناسب استخدام، آموزش، یادگیری، مسکن، حمل‌ونقل، فرهنگی و تفریحات و... برای حفظ و ارتقای کیفیت زندگی در سراسر عمر داشته باشند. با این حال در کشور ما نهادهای تصمیم‌ساز تاکنون برنامه خود را برای مواجهه با موج سالمندی در حوزه مسکن اعلام نکرده‌اند. با توجه به محدودبودن ضریب بیمه‌ای در کشور و نوسان بالای متغیرهای اقتصادی، آماده‌نبودن برای این وضعیت می‌تواند چهره سکونتگاه‌های معمول کشور را دستخوش تغییرات اساسی کند.

خانه‌های مناسب زندگی در دوره سالمندی باید به‌حدی کوچک باشد که سالمندان بتوانند از نظر هزینه و نیروی انسانی فردی آن‌ها را اداره کنند. همچنین باید بتوانند با کمترین هزینه و کمترین زمان، دما و شرایط آسایش را فراهم کنند، اما شواهد موجود حاکی از آن است که هم‌اکنون ساختار واحدهای مسکونی ما برای سالمندان نامناسب است و طراحان و مهندسان نیز تاکنون به‌صورت جدی به این موضوع نیندیشیده و توجه نکرده‌اند. با وجود این اقدامات محدودی در کلان‌شهرهایی مانند تهران انجام شده است که به‌اختصار بیان می‌شود.

تصویب لایحه شهر دوستدار سالمند در شورای شهر تهران با هدف ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، رفع نیازها، بسترسازی برای افزایش حضور و مشارکت اجتماعی آنان در شهر و همچنین تسهیل شرایط و امکانات مناسب برای این گروه از جامعه بوده است. لایحه شهر دوستدار سالمند در سال ۱۳۹۱ توسط شهرداری تهران به شورای اسلامی شهر تقدیم و به تصویب آن شورا رسید. از آن پس، دبیرخانه شهر دوستدار سالمند با عضویت نمایندگان همه معاونت‌های شهرداری در معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران تشکیل شد. پیرو این اقدام، در سال ۱۳۹۲ تهران به مدت ۳ سال عضو جوامع دوستدار سالمند شد. از آن پس یکی از ۱۳ شهر آزمایشی است که به‌منظور تهیه شاخص‌های شهر دوستدار سالمند با سازمان بهداشت جهانی همکاری می‌کند. همچنین عرضه کارت منزلت به سالمندان از سوی سازمان فرهنگی هنری شهرداری تهران که به افراد بالای ۶۵ سال تعلق می‌گیرد، تسهیلاتی را برای حضور سالمندان در فضای شهری و تحرک آن‌ها فراهم کرده است. با استفاده از این کارت سالمندان می‌توانند از تخفیف ۹۰ درصدی کارت‌های الکترونیک مدت‌دار مترو و اتوبوس و نیز سایر خدمات آموزشی و رفاهی در نظر گرفته‌شده بهره‌مند شوند. تشکیل کانون سالمندان با هدف افزایش حضور و مشارکت اجتماعی سالمندان در شهر، آموزش‌های تخصصی و مورد نیاز به شهروندان سالمند و خانواده‌های آن‌ها و استفاده از توانمندی‌های سالمندان در مدیریت شهری از دیگر اقداماتی به شمار می‌آید که ممکن است در شهر تهران به بهبود فضای شهری به سود سالمندان کمک کند (فلاحی، ۱۳۹۶).

جدول ۶-۶. سیاست‌های کشورهای مختلف در زمینه فضاهاى شهری و مسکن مناسب سالمندان

اهداف	سیاست و برنامه	کشور
<ul style="list-style-type: none"> - ارتقای سلامت روانی - افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان 	<ul style="list-style-type: none"> - گسترش فضای سبز و پارک‌های مجهز به تسهیلات استاندارد برای سالمندان - توسعه مسکن با تسهیلات مناسب برای سالمندان 	استرالیا
<ul style="list-style-type: none"> - کاهش نابرابری و تکریم سالمندان - افزایش فعالیت سالمندان 	<ul style="list-style-type: none"> - اولویت‌داشتن سالمندان برای دریافت مسکن اجتماعی - گسترش فضای سبز 	انگلستان
<ul style="list-style-type: none"> - ارتقای ایمنی و امنیت معابر - توسعه مسکن مناسب برای سالمندان 	<ul style="list-style-type: none"> - ایجاد امنیت در معابر با غیرلغزنده کردن برای تردد آسان و روشنایی کافی - ساخت خانه‌های مناسب برای سالمندان - ایجاد مناطق شهری دوستدار سالمند 	ایالات متحده
<ul style="list-style-type: none"> - دریافت خدمات سلامت از راه دور - ایجاد امنیت و راحتی سالمندان - کاهش نابرابری 	<ul style="list-style-type: none"> - توسعه و گسترش ساخت مسکن مجهز به فناوری اطلاعات و ارتباطات و سیستم هشدار خودکار - حذف موانع معماری - دسترسی آسان به سیستم حمل‌ونقل - حس آشنایی و صمیمیت با محیط پیرامون و فضای شهری 	ایتالیا
<ul style="list-style-type: none"> - سالمندی در مکان - افزایش فعالیت سالمندان - افزایش آسایش سالمندان 	<ul style="list-style-type: none"> - تأکید بر نگهداری سالمندان در منزل تا حد ممکن - ایجاد امکانات حمل‌ونقل سالمندان با مسئولیت شهرداری‌ها - فراهم کردن امکانات ورزشی و فضای سبز - تسهیلات خدمات درمانی و پزشکی 	سوئد
<ul style="list-style-type: none"> - دریافت خدمات سلامت از راه دور - توسعه مسکن مناسب برای سالمندان - ایجاد امنیت و راحتی سالمندان 	<ul style="list-style-type: none"> - حذف موانع برای نرده‌ها، پله‌ها، درها و تعبیه فضای مناسب برای صندلی چرخ‌دار در خانه سالمند - وجود پرستار که در شرایط اضطراری بتوان با او تماس گرفت. - تعبیه سیستم عیب‌یابی خودکار در منزل سالمند 	ژاپن
<ul style="list-style-type: none"> - توسعه خدمات مسکن سالمندان 	<ul style="list-style-type: none"> - ساخت خانه‌های مناسب سالمندان که مجهز به سطح شیب‌دار و آسانسور است. - ساخت سریع خانه برای سالمندان 	کانادا
<ul style="list-style-type: none"> - توسعه مسکن مناسب برای سالمندان - ایجاد امنیت و راحتی سالمندان 	<ul style="list-style-type: none"> - تسهیلات ویژه مانند وام برای فرزندان که با والدین سالمند خود زندگی می‌کنند. - مشوق‌های مالیاتی برای سازندگان مسکن سالمندان - نصب تسهیلات کمکی در منزل سالمندان ضعیف و ناتوان 	کره جنوبی

۶-۵. چشم‌انداز وضعیت اقتصادی سالمندان

چالش‌های ناشی از سالخوردگی جمعیت در ایران به تدریج به مشکلی مهم برای سیاست‌گذاران اجتماعی بدل شده است. یکی از موضوعات بسیار اساسی در زندگی سالمندی فقر فراگیر است؛ بنابراین تدارک هرگونه سیاست رفاهی برای مواجهه با آثار اقتصادی و اجتماعی سالمندی نیازمند شناخت عوامل زمینه‌ساز فقر برای سالمندان و خانواده‌های آن‌هاست. فقر و نابرابری سالمندان در برخی از گروه‌های اجتماعی، جمعیتی، سکونت و اقتصادی، بالاتر از متوسط این طبقات است. یقیناً باید در نظر داشت که اگر اقدامات سیاستی مناسبی برای کاهش فاصله گروه‌های سالمندان در خطر فقر در نظر گرفته نشود، این شکاف ادامه می‌یابد و با افزایش تعداد سالمندان با شدت بیشتری در جامعه احساس خواهد شد.

با وجود پیش‌بینی‌های موجود از افزایش تعداد مطلق و نسبی سالمندان، ساختار کنونی جمعیت ایران که ساختاری میان‌سال است فرصت کوتاهی ایجاد می‌کند تا بتوان با طراحی یک نظام رفاه اجتماعی جامع و مشارکت بالای نیروی کار، سالمندان را از ابتلا به فقر اقتصادی و تشدید نابرابری حفظ کرد. این امر مستلزم در نظر گرفتن نکاتی است که در ادامه به مهم‌ترین آن‌ها اشاره شده است:

- سالمندان مسن باید در طراحی هرگونه سیاست رفاه اجتماعی در اولویت قرار داشته باشند. سالمندانی که در سنین بالاتر هستند، آسیب‌پذیری بیشتری به فقر دارند. شهرنشینی سریع، مهاجرت‌ها و تغییرات فناوری می‌تواند این گروه از سالمندان را به شدت متأثر کند.
- زنان به صورت عام و زنان بیوه به طور خاص و زنان بیوه روستایی به طور اخص، از جمله مهم‌ترین گروه‌های سالمند آسیب‌پذیر در برابر فقر هستند و شیوع فقر در میان آنان به طور معناداری بالاتر است؛ بنابراین سالمندان در هر کدام از گروه‌های جمعیتی-جغرافیایی مذکور باید در همه برنامه‌های رفاهی مرتبط با فقر در اولویت قرار بگیرند. با توجه به بالاتر بودن امید به زندگی در میان زنان (و بنابراین بیوه‌شدن)، سطح تحصیلات پایین‌تر، نداشتن پوشش تأمین اجتماعی برای آنان و اشتغال نداشتن در بخش رسمی، زنان مهم‌ترین گروه سالمندان نیازمند حمایت هستند. تدارک حمایت‌های خاص برای سالمندان بیوه در سیاست‌های رفاه سالمندی بسیار مهم است.
- اشتغال سالمندان یا سایر اعضای خانواده آن‌ها نقش مهمی در توسعه و امنیت اقتصادی، بهبود شاخص‌های کلان اقتصاد و کاهش فقر آن‌ها دارد. بدون اشتغال پایدار، رشد اقتصادی و تداوم آن نمی‌توان انتظار زندگی بدون فقر را برای سالمندان و خانواده‌شان داشت. زندگی سالمندان به همراه فرزندان احتمال فقر سالمندی را کاهش می‌دهد؛ بنابراین تسهیل اشتغال برای نیروی کار خانوار

سالمندان ضروری به نظر می‌رسد.

- یکی از منابع درآمد سالمندان در کشورهای در حال توسعه وجوه ارسالی از فرزندان آنان است که در شهر یا کشور دیگر مشغول به کار هستند؛ بنابراین باید فرایند مهاجرت (چه داخلی و چه خارجی) مدیریت شده و زمینه‌های مناسب برای جریان مستمر و پایدار این وجوه ارسالی تقویت و تسهیل شود.
- سیاست‌گذاران باید فقر را موضوعی چندبعدی در نظر بگیرند و سیاست‌های خود را بر این فهم استوار کنند. توجه به توزیع محرومیت‌ها را باید به‌طور مشترک در نظر گرفت تا سیاست‌های مقرون‌به‌صرفه‌تری طراحی شود. اشتغال (پیش از سالمندی)، سرمایه‌گذاری، سلامت و آموزش، مهم‌ترین ابعاد تشکیل‌دهنده فقر چندبعدی است و می‌توان هم‌افزایی میان این ابعاد را مستمسک طراحی و اجرای سیاست‌های مقرون‌به‌صرفه برای مواجهه با فقر و نابرابری قرار داد.
- در بحث نابرابری‌های دوران سالمندی، باید بستر نابرابری‌های درآمدی در میان گروه‌های مختلف (جوانان و میانسالان فعلی) کنترل شود؛ زیرا نابرابری فعلی در گروه‌های غیرسالمند در نهایت به نابرابری‌های شدیدتر در آینده می‌انجامد؛ بنابراین در پیش گرفتن سیاست‌های مالیاتی و یارانه‌ای می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری از نابرابری‌های احتمالی آتی در دوران سالمندی داشته باشد.
- با توجه به اینکه حقوق بازنشستگان قدیمی‌تر در مقایسه با بازنشستگان جدید بسیار کمتر است، باید همسان‌سازی حقوق بازنشستگان اجرا شود و زمینه کاهش این تبعیض فراهم گردد.
- از آنجا که رابطه مالی سالمندان (به‌عنوان والدین) و فرزندان رابطه‌ای پویاست، تقویت وضعیت اقتصادی فرزندان می‌تواند تأثیر مثبت و مضاعفی بر بهبود وضعیت سالمندان داشته باشد. نیاز مالی فرزندان (اغلب به دلیل بیکاربودن فرزندان) به انتقالات مالی از سوی والدین می‌انجامد، سبب کاهش توان مالی سالمندان می‌شود و احتمال فقر سالمندان را افزایش می‌دهد. در مقابل، انتقال‌های مالی از طرف فرزندان نقش فراوانی در بهبود وضعیت اقتصادی والدین سالمند دارد؛ از این‌رو بهبود وضعیت اشتغال فرزندان و افزایش قدرت اقتصادی آنان، افزون بر اینکه نیاز به دریافت منابع از والدین را کاهش می‌دهد، می‌تواند با افزایش انتقال مالی از سمت فرزندان به والدین، نقش مؤثری در کاهش فقر در میان سالمندان داشته باشد.
- با توجه به اینکه روند سالمندی در ایران پیش می‌رود و در دهه‌های آتی بخش مهمی از جمعیت را این گروه از افراد تشکیل خواهند داد، نیاز است از اکنون سازمان‌های آماری کشور در گردآوری اطلاعات ملی به‌ویژه هزینه-درآمد خانوار، نگاه ویژه‌ای به سالمندان داشته باشند. این موضوع امکان پژوهش‌های

- بیشتر در این حوزه (به‌منزله پیش‌نیاز سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری) را تسهیل خواهد کرد.
- با توجه به محدودبودن پژوهش‌های اقتصادی مربوط به سالمندان، به نظر می‌رسد فقر سیاست‌گذاری در این حوزه ریشه در قلت ادبیات نظری و تجربی دارد؛ بنابراین حمایت از انجام پژوهش‌های مرتبط می‌تواند گامی مهم در شناخت ویژگی‌ها و پیش‌شرط‌های لازم برای تضمین رفاه این گروه از جمعیت در آینده ایران باشد.
 - توجه به تفاوت‌های منطقه‌ای در برنامه‌های کاهش فقر و نابرابری از اهمیت فراوان برخوردار است. نمی‌توان فقر و نابرابری سالمندی را بدون توجه به ویژگی‌های متفاوت آن در گروه‌ها و مناطق مختلف از میان برداشت؛ بنابراین تمرکززدایی از تصمیم‌سازی در امور سالمندان و واگذاری این امور به تصمیم‌های منطقه‌ای را می‌توان یکی از اقدامات کم‌هزینه و پرفایده در این حوزه قلمداد کرد.
- در بحث درباره وضعیت اقتصادی سالمندان، اشتغال پدیده‌ای بحث‌برانگیز و چالشی است. سالمندی و اشتغال در کنار هم ابعاد پیچیده‌ای دارند؛ از این‌رو، اشتغال سالمندان موضوعی چندوجهی است. از یک سو جمعیت جهان به سمت سالمندی می‌رود و کشورها و سازمان‌ها در حال برنامه‌ریزی و اقدامات مناسب در این حوزه هستند؛ زیرا سالمندی به معضلی با اولویت بالا در جوامع تبدیل شده است و بی‌توجهی به مسائل مربوط به سالمندان بر تمام جوانب اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، و فرهنگی جوامع تأثیرگذار است. از سوی دیگر در دنیای جدید و با ظهور جهانی‌شدن، فناوری‌های نوین و ناپدیدشدن برخی از مشاغل، اشتغال و بیکاری نیز با پیچیدگی‌ها و دشواری‌های جدیدی مواجه شده است.
- باید توجه داشت یکی از شاخص‌های بسیار مهم در بررسی وضعیت رفاه جامعه بررسی وضعیت اشتغال افراد در آن جامعه است؛ به‌طوری‌که هرچه میزان اشتغال بالاتر باشد احتمالاً رفاه خانوارها نیز بیشتر است، اما در میان سالمندان شاخص اشتغال بالاتر لزوماً نشان‌دهنده وضع مطلوب نیست. با توجه به هرم جمعیتی ایران، طی سال‌های آتی بر تعداد سالمندان افزوده خواهد شد که یکی از پیامدهای آن تشدید نابسامانی حاصل از وضعیت اشتغال و بیکاری است. پیش‌بینی شده است که طی بیست سال آینده جمعیت سالمندان به ۲۰ درصد کل جمعیت برسد و در سال ۱۴۳۵ از ۳۳ درصد عبور کند. به این ترتیب جمعیت فعال کشور کاهش می‌یابد و توان صندوق‌های بازنشستگی نیز برای تأمین مستمری به حداقل می‌رسد؛ بنابراین به نظر می‌رسد تمایل سالمندان به اشتغال افزایش یابد و در نتیجه نبود سیاست‌های روشن در قبال سالمندان، آن‌ها را با مشکلات جدی مواجه کند. سناریوی بدبینانه در این باره تمایل‌نداشتن سالمندان به بازنشستگی به‌دلیل مشکلات اقتصادی است. شرایط نامطلوب اقتصادی، نبود نظام جامع تأمین اجتماعی، نواقص سازمان‌های بازنشستگی و... سبب می‌شود

که بسیاری از سالمندان، در سن پیری نیز همچنان شاغل بمانند یا به دنبال شغل جدید باشند. به دلیل اینکه بازنشسته‌ها علاوه بر داشتن تجربه کاری بسیار، در بیشتر موارد نیازی به بیمه ندارند و ممکن است با حقوق و مزایای کمتری مشغول به کار شوند، چالش میان اشتغال سالمندان و جوانان عمیق‌تر خواهد شد. در این وضعیت و با وجود تمایل سالمندان به اشتغال، فرصت‌های اشتغال برای جوانان کاهش می‌یابد و نرخ بیکاری آن‌ها بیشتر می‌شود که نتیجه آن بروز مجموعه‌ای از مشکلات اجتماعی خواهد بود. در عین حال اگر سالمندان شاغل از اشتغال خود رضایت نداشته باشند، اشتغال آن‌ها تأثیری منفی بر کیفیت زندگی‌شان خواهد داشت. این سناریو یک دور باطل میان اشتغال سالمندان و بیکاری جوانان ایجاد می‌کند؛ به طوری که سالمندان ادامه فعالیت خود را به بیکاری فرزندانشان نسبت می‌دهند؛ در حالی که بیکاری فرزندانشان نتیجه اشتغال آن‌هاست. بر این اساس بهتر است برنامه‌ها و سیاست‌ها به گونه‌ای طراحی شود که هم به سلامت سالمندان آسیبی وارد نشود و هم فرصت‌های اشتغال جوانان از بین نرود.

در حوزه‌های غیردرآمدی فقر مانند فقر مسکن، به‌ویژه درباره گروه‌های خاص مانند سالمندان، آمار، گزارش و مطالعات مستند بسیار محدودی تهیه شده است. مطالعات معتبر در این حوزه و پرکردن خلأ اطلاعاتی موجود ضرورتی انکارناپذیر است (محققی کمال و همکاران، ۱۳۹۸). با توجه به سالمندی جمعیت در سال‌های پیش‌رو، سیاست‌گذاران و متولیان بخش مسکن باید با در نظر گرفتن ملاحظات جمعیتی برنامه‌های این حوزه را مدیریت و بازتعریف کنند. به نظر می‌رسد سالمندشدن جمعیت در سال‌های آتی در گام نخست در کاهش تقاضای مسکن انعکاس می‌یابد؛ زیرا متأثر از کاهش باروری و فرزندآوری، شاهد روند نزولی تقاضای بالقوه مسکن در آینده خواهیم بود. از سوی دیگر، استمرار کاهش بعد خانوار به معنای افزایش تقاضا برای مسکن با مساحت کم در سال‌های پیش‌رو خواهد بود و نیاز به واحدهای مسکونی کوچک‌تر از حد فعلی بسیار بیشتر خواهد شد.

همچنین لازم است بخش قابل توجهی از واحدهای مسکونی با نگاه به نیازهای سالمندان طراحی و ساخته شود. «الگوی مسکن سالمندان» باید ویژگی‌های به‌خصوصی داشته باشد. مساحت مناسب سکونت سالمندان، واحدهای کمتر از ۶۰ مترمربع است و هرچه مساحت واحد کوچک‌تر باشد، هزینه‌های نگهداری و سکونت کمتر خواهد بود. در این واحدها باید تأسیساتی مانند شوئینگ زباله تعبیه شود تا سالمندان به تردد غیرضروری نیاز نداشته باشند. ساخت مجتمع‌های مسکونی با در نظر گرفتن فضاهای مناسب برای استفاده سالمندان خارج از واحد سکونت مانند فضای سبز از دیگر ضرورت‌هاست. با توجه به حساسیت بیشتر سالمندان در مواجهه با فصول گرم و سرد سال، باید تأسیسات و مساحت واحدها به گونه‌ای باشد که با صرف کمترین انرژی، زمان و هزینه گرمایش و سرمایش مطلوب فراهم شود. اهمیت آسانسورها در واحدهای سالمندان بیش از سایر مجتمع‌هاست؛

به این صورت که باید تعداد بیشتر، مطمئن تر و بزرگ‌تری از آن‌ها در ساختمان‌ها تعبیه شود. تعداد طبقات و تراکم واحدها در الگوی مسکن سالمندان باید کاهش یابد تا در صورت اختلال آسانسورها تردد سالمندان دچار مشکل اساسی نشود. لازم است مسیر تردد در واحد مسکونی برای سالمندان به کمک نصب میله‌های محافظ روی دیوار بهسازی شود. پنجره‌ها نیز باید طوری طراحی شوند که ضمن تأمین نور بهینه، افق دید بهتری برای سالمند ایجاد کنند. استفاده از رنگ‌های ملایم، مات و روشن برای دیوارها و استفاده از کفپوش‌های گرم نیز از دیگر ضرورت‌هاست.

سهم هزینه‌های مسکن در سبد هزینه‌های خانوار، به‌ویژه در کلان‌شهرها و شهرهای بزرگ قابل توجه است. همچنین وضعیت اقتصادی- اجتماعی سال‌های اخیر و سرعت شتابان سالمندی کشور، تأمین و تدارک مسکن همه گروه‌های اجتماعی جامعه، به‌ویژه سالمندان را که نیازهای ویژه‌ای دارند با مشکلات بسیاری روبه‌رو کرده است. بی‌توجهی و نبود برنامه‌ریزی مناسب برای تدارک مسکن سالمندان در سال‌های آتی، بحران دیگری به بحران‌های اجتماعی و اقتصادی کشور در زمینه سالمندی می‌افزاید.

فصل هفتم:

وضعیت اجتماعی سالمندان در ایران

۷-۱. بازنشستگان

در بیشتر کشورهای جهان، با رشد و توسعه صنعتی، مقوله کار نه ابزاری برای زیستن، بلکه هدفی برای زیستن و یکی از ارزش‌های اساسی به شمار می‌آید. بر همین اساس، بازنشستگی با این مفهوم مترادف شده است که فرد بخش عمده‌ای از منزلت اجتماعی و وظایف روزمره‌اش را از دست می‌دهد و از صحنه زندگی حذف می‌شود و آینده‌ای در انتظار او نخواهد بود. از سوی دیگر، الگوی خانواده سنتی که در گذشته به‌جای دولت، نقش نگهداری و حمایت اقتصادی از سالمندان را به عهده داشت، در ۵۰ سال گذشته تغییر کرده و روابط خویشاوندی کاملاً دگرگون شده است. تغییر ساختارهای اجتماعی، الگوهای جمعیتی و ایدئولوژی‌های رواج‌دهنده مسئولیت فردی نیز به تضعیف هرچه بیشتر این روابط منجر شده و مسئولیت و بار مالی دولت‌ها را در این باره افزایش داده است. علاوه بر تحول در بعد روانی که ناشی از تغییر نقش اجتماعی فرد بازنشسته است، نیازهای مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی افراد که پیش از این با حضور در محل کار برآورده می‌شد، پس از بازنشستگی مطابق قبل تأمین نمی‌شود؛ در نتیجه روابط اجتماعی فرد بازنشسته شکل دیگری می‌یابد و حتی خانواده موضوعی متفاوت در برابر فرد دارد. با افزایش سن درحالی که توانایی کسب درآمد در شخص کاهش می‌یابد یا متوقف می‌شود، هزینه‌های فرد مانند قبل ادامه پیدا می‌کند یا حتی به دلیل نیازهای متفاوت جسمی افزایش می‌یابد. با وجود اینکه برخی افراد سعی می‌کنند با پس‌انداز یا سرمایه‌گذاری‌های درازمدت در دوران کاری نوعی حاشیه امن برای خود ایجاد کنند، به دلایل اقتصادی، مانند منظم نبودن درآمد، تورم و کاهش قدرت خرید، پس‌انداز آن‌ها تأثیر چندانی ندارد. همچنین درآمد بسیاری از افراد در دوران کار به اندازه‌ای نیست که بتوانند بخشی از آن را صرف پس‌انداز

یا سرمایه‌گذاری کنند.

پس‌انداز دسته‌جمعی در قالب سازوکار تأمین اجتماعی، راهکاری است که دولت‌ها و نهادهای مختلف برای حل مشکل مالی افراد در سالمندی در دستور کار قرار می‌دهند. در این حالت، چون همه اعضای گروه بیمه‌شده هم‌زمان به سن سالمندی نمی‌رسند، پیوسته قدرت پرداخت مستمری از طریق برنامه‌ریزی دقیق پس‌اندازها همراه با سرمایه‌گذاری مطمئن وجود دارد. این سازوکار حمایتی دولت‌ها در بیشتر کشورها در قالب برنامه‌های تأمین اجتماعی برای تسهیل دسترسی به امکانات و تأمین زندگی افراد در دوران سالمندی عرضه می‌شود. برنامه‌های متنوعی در جهان با عنوان طرح‌های بیمه‌ای مطرح شده‌اند که در دو ویژگی مهم مشترک‌اند:

- برنامه‌های بیمه‌ای دولتی که پشتیبانی هستند تا شهروندان را در مقابل رویدادهایی با تأثیر منفی بر توانایی جامعه حمایت می‌کنند (مانند از دست دادن درآمد یا سلامت).
- برنامه‌هایی که هنگام ریسک به‌جای فرد کل جمعیت را در نظر می‌گیرند و برخلاف سایر اشکال حمایت اجتماعی برای تشخیص استحقاق و شرایط احراز بیمه‌شده از آزمون وسیع (حد بیشینه درآمد) استفاده نمی‌کنند. ایده‌آل‌ترین برنامه‌های بیمه اجتماعی را همه افراد تأمین مالی می‌کنند و به همه مزایایی یکسان تعلق می‌گیرد (روبن و همکاران، ۱۳۹۸).

در ایران، اولین قانون‌گذاری در زمینه تأمین اجتماعی کارکنان دولت در سال ۱۳۰۱ به‌منزله قسمتی از حقوق استخدامی و به‌منظور حمایت از آنان و وراثشان در مقابل پیری و فوت و از کارافتادگی وضع شد. پیش از آن در روابط استخدامی دولت و مستخدم، حالتی وجود نداشت که مستخدم بدون انجام‌دادن کار از حقوق یا مقرری بهره‌مند شود. در سال ۱۳۰۹ شرط سنی حذف شد و کارمند می‌توانست با داشتن ۲۰ سال سابقه خدمت متوالی یا ۲۵ سال خدمت متناوب، مشروط بر اینکه ۲۰ سال متصدی آن بوده باشد، بدون توجه به سن بازنشسته شود. این قانون یک بار در سال ۱۳۰۸ و بار دیگر در سال ۱۳۲۴ و سپس در سال ۱۳۳۷ تغییراتی بنیادی و اساسی کرد و درنهایت در ۳۱ خرداد ماه ۱۳۴۵ قانون استخدام کشوری فعلی جایگزین قانون گذشته شد (فصل هشتم این قانون که به مقررات بازنشستگی و وظیفه اختصاص دارد، از سال ۱۳۴۵ تاکنون چند بار تغییر کرده است). در عین حال برخی دستگاه‌های دولتی نیز بنا بر شرایط خاص خود در این زمینه، مقررات خاصی برای کارکنان خود دارند (تاریخچه بازنشستگی در ایران، تاریخ بازدید ۱۳۹۹/۸/۱).

طرح بازنشستگی موجود در نظام تأمین اجتماعی در ایران تحت مدیریت دولت است. مستمری بازنشستگی براساس حقوق دوران اشتغال فرد و با در نظر گرفتن سال‌های پرداخت کسر بازنشستگی محاسبه می‌شود و

تأمین مالی آن به صورت پرداخت جاری است. در این حالت، افراد به منظور بهره‌برداری از مزایای بازنشستگی به موجب قرارداد به عضویت یک صندوق بازنشستگی درمی‌آیند و مبلغی را به منزله حق بیمه سهم شاغل به صندوق می‌پردازند تا پس از بازنشستگی از مزایای آن استفاده کنند. پرداخت حق بیمه سهم شاغل، حق مکتسبی را برای آنان ایجاد می‌کند که به رسمیت شناختن آن در گرو عملکرد مطلوب صندوق‌های بازنشستگی است، اما منبع درآمد برخی بازنشستگان تنها به حقوق بازنشستگی محدود نمی‌شود. خانوارهای بازنشسته به طور کلی از هفت منبع (دو منبع درآمد از طریق مشارکت در تولید و چهار منبع درآمد از دریافتی از سایر نهادها و دریافتی از دنیای خارج) کسب درآمد می‌کنند. بر این اساس، بیش از ۶۵ درصد منابع درآمدی خانوارهای بازنشسته حقوق و مزایای بازنشستگی و حدود ۲۹ درصد آن از طریق مشارکت در تولید (درآمد سرمایه و خویش‌فرمایی) به دست آمده است. به همین ترتیب ۷۷ درصد درآمد خانوارهای شاغل از محل جبران خدمات (حقوق و مزایای ماهیانه) تأمین می‌شود و مابقی از سایر منابع درآمدی مانند درآمد سرمایه (۱۶ درصد) و دریافتی از سایر نهادها (حدود ۶ درصد) به دست می‌آید (جهانفر، ۱۳۹۹).

مطابق آخرین آمار، تعداد کل بازنشستگان و مستمری‌بگیران کشوری ۱,۴۷۴,۹۳۱ نفر تا پایان شهریور ۱۳۹۹ (نشریه آماری صندوق بازنشستگی کشوری، ۱۳۹۹) و تعداد کل بازنشستگان و مستمری‌بگیران تأمین اجتماعی ۳,۹۸۱,۶۰۴ نفر تا پایان سال ۱۳۹۸ بوده است (سالنامه آماری، ۱۳۹۸). براساس آمار سازمان بازنشستگی کشوری در سال ۱۳۹۵ میانگین حقوق بازنشستگان این سازمان ۱۴,۷۶۴,۱۶۵ ریال بوده است که در سال ۱۳۹۹ برای بازنشستگان کشوری با ۳۰ سال سابقه به ۳,۵۰۰,۰۰۰ تومان و برای بازنشستگان لشکری به ۴,۵۰۰,۰۰۰ تومان افزایش یافته است. نکته مهم این است که به طور متوسط ۹۱ درصد حقوق مشمول کسر زمان اشتغال مشترکان به منزله حقوق بازنشستگی به این گروه پرداخت می‌شود (گزارش سازمان بازنشستگی، ۱۳۹۵)؛ یعنی کسی که بازنشسته می‌شود، به طور متوسط حدود ۱۰ درصد حقوقش کاهش می‌یابد که البته با گذشت زمان این تناسب کمتر می‌شود، اما گاهی این رقم به ۳۰ درصد می‌رسد؛ یعنی اگر حقوق فرد هنگام اشتغال ۳ میلیون تومان بوده باشد، تنها ۷۰ درصد آن مشمول کسر بیمه‌ای شده است (۲ میلیون و ۱۰۰ هزار تومان آن) و هنگام بازنشستگی حدود ۱ میلیون ۹۰۰ هزار تومان دریافت خواهد کرد (۹۱ درصد دریافتی که مشمول کسر شده است)؛ یعنی دریافتی فرد هنگام بازنشستگی معادل ۷۰ درصد دوره اشتغال است؛ به بیان دیگر فرد بازنشسته هنگام بازنشستگی چیزی حدود یک‌سوم درآمد خود را از دست می‌دهد (نصرتی‌نژاد، ۱۳۹۷).

بازنشستگی در دیگر کشورها

تعریف، دامنه سنی و حقوق سالمندان در کشورهای مختلف بسیار متفاوت است و البته تا حدود زیادی از نظام اقتصادی و ساختار نظام رفاهی کشورها تأثیر می‌پذیرد؛ از این رو شاخص‌های وضعیت سالمندان و کیفیت زندگی آن‌ها در جوامع مختلف تفاوت‌های مهم و اساسی دارد. شناخت این تفاوت‌ها و مزیت‌ها و معایب آن‌ها می‌تواند در انتخاب سیاست‌های مرتبط با سالمندی بسیار راهگشا باشد.

ایالات متحده آمریکا

بیمه اجتماعی در ایالات متحده هفت دهه پیش با تصویب برنامه تأمین اجتماعی در سال ۱۹۳۵ شکل گرفت. چهار سال بعد اصلاحیه‌هایی پیشنهاد شد که دامنه و ساختار این برنامه را تغییر داد و از برنامه‌ای که در آن تنها کارگران واجد شرایط دریافت مزایایی بودند که تقریباً با میزان آورده آنان (مشارکتشان در برنامه) یکسان بود، به برنامه‌ای تبدیل شد که در آن کارگران و خانواده‌هایشان در رویارویی با بسیاری از مخاطرات زندگی، حق دسترسی به مزایا را به دست آورده بودند. قانون ۱۹۵۳ طراحی اصلی برنامه تأمین اجتماعی را ایجاد کرد و قوانین براساس آن بنا شد. این قوانین عبارت‌اند از: گسترش پوشش به کارگران بیشتر، بهبود سطح حمایت، افزایش پوشش در مقابل کاهش درآمد ناشی از از کارافتادگی بلندمدت یا دائم، حمایت از سالخوردگان و از کارافتادگان در مقابل هزینه‌های فزاینده و مدیریت‌ناپذیر مراقبت‌های پزشکی، حمایت در مقابل کاهش درآمد به دلیل تورم و از میان بردن تمامی تفاوت‌های قانونی در برخورد با زنان و مردان. این موارد در چند اصل مطرح شدند: فراگیری، حق مکتسب، تناسب دستمزد، مشارکتی بودن و استقلال مالی، بازتوزیعی بودن، مبتنی نبودن بر آزمون وسیع، تعدیل شده براساس سطح دستمزدها، حفاظت شده در مقابل تورم و اجباری بودن. در دهه ۱۹۶۰، یعنی سه دهه پس از تصویب قانون تأثیرگذاری، برنامه تأمین اجتماعی آغاز شد. پس از اصلاح قانون در ۱۹۷۲ مزایا افزایش یافت و در مقابل تورم از سالخوردگان حمایت کرد. همچنین برنامه تأمین اجتماعی نقشی را که برای ایفای آن طراحی شده بود، کاملاً بر عهده گرفت؛ یعنی نقش بیمه پایه در نظام بازنشستگی چندلایه که در آن بازنشستگی‌های خصوصی و پس‌انداز فردی به حمایت‌های معین برنامه تأمین اجتماعی افزوده شد (روبن و همکاران، ۱۳۹۸).

در حال حاضر ایالات متحده یک نظام بازنشستگی چندلایه دارد و بازنشستگان افزون بر اینکه از مزایای تأمین اجتماعی برخوردار می‌شوند، به شکل گسترده‌ای از طرح‌های بازنشستگی خصوصی و پس‌اندازی برای تکمیل درآمد دوران بازنشستگی خود استفاده می‌کنند. طرح‌های بازنشستگی خصوصی در ایالات متحده در بیشتر موارد اختیاری است، با حمایت کارفرما تشکیل می‌شود، مشمول معافیت مالیاتی است و از اقبال مناسبی، هم

در میان شاغلان و هم در میان کارفرمایان برخوردار است. دارایی‌های طرح‌های بازنشستگی خصوصی در این کشور در سال ۲۰۰۷ بیش از ۶۱۰۰ میلیارد دلار بود که حدود ۴۵ درصد تولید ناخالص داخلی این کشور را در همین سال تشکیل می‌داد (جلیلی، ۱۳۸۹).

اروپای غربی

در اروپای غربی، طرح‌های اولیه بیمه اجتماعی در اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰ مطرح شد. پوشش این طرح‌ها در زمینه مخاطرات در مراکز صنعتی از جمله بیماری، از کارافتادگی و سالمندی بسیار محدود بود و در ابتدا اتحادیه‌های کارگری با آن مخالف بودند؛ زیرا به نظر می‌رسید به تضعیف طرح‌های حمایت از کارگران منجر شود، اما از منظر محافظه‌کاران، لیبرال‌ها و سوسیال‌دموکرات‌های اصلاح‌طلب، این طرح‌ها بر ادغام طبقه کارگر در نظم اقتصادی موجود مؤثر بوده است. در دهه ۱۳۹۰ پس از فراگیری لیبرالیسم بیمه اجتماعی هدف اصلی اصلاحات دولت شد. برنامه‌های حمایت اجتماعی شامل برنامه حفظ درآمد و خدمات درمانی و دیگر خدماتی است که دولت نقش عمده‌ای در تأمین هزینه یا عرضه آن‌ها دارد؛ به همین منظور سه رویکرد حمایتی مطرح شده که شامل بیمه اجتماعی، مساعدت اجتماعی و مزایای فراگیر است. هر سه مورد به دلیل مرکزی بودن نقش دولت در آن‌ها با الگوهای حمایت اجتماعی بیمه‌های خصوصی تفاوت دارد.

بازنشستگان در ایران

بازنشستگان زیرمجموعه‌ای از جامعه سالمندان هستند که از جهات مختلف از دیگر سالمندان متمایز می‌شوند. شاید متمایزترین ویژگی بازنشستگان از دیگر سالمندان سازمان آن‌ها باشد. بازنشستگان تحت پوشش مجموعه‌ای از سازمان‌های بیمه‌ای هستند و از همین رو اطلاعات درباره آن‌ها اغلب در دسترس‌تر از دیگر هم‌تایانشان است. بر این اساس در ادامه ویژگی‌های جامعه بازنشستگان ارائه شده است.

الف) ویژگی‌های جمعیتی

نظام بازنشستگی ایران را نهادهای گوناگونی مدیریت می‌کنند. دو صندوق بازنشستگی کشوری و تأمین اجتماعی در مجموع ۵,۴۵۶,۵۳۵ نفر را تا آخر سال ۱۳۹۸ تحت پوشش قرار داده‌اند. در جدول‌های ۱ و ۲ تعداد بازنشستگان این صندوق‌ها به تفکیک استان آمده است.

جدول ۷-۱. حقوق‌بگیران صندوق بازنشستگی به تفکیک استان در پایان شهریور ۱۳۹۹

استان	جمع کل	بازنشسته	ازکارافتاده	شاغل متوفی	بازنشسته متوفی
آذربایجان شرقی	۷۵,۳۵۶	۶۰,۹۰۰	۴۳۰	۳,۱۶۹	۱۰,۸۵۷
آذربایجان غربی	۴۹,۳۲۴	۴۰,۵۸۷	۴۷۱	۲,۲۸۳	۵,۹۸۳
اردبیل	۲۰,۷۱۲	۱۷,۳۷۷	۲۱۲	۱,۰۲۰	۲,۲۰۳
اصفهان	۱۰۱,۳۳۸	۸۴,۴۱۸	۱,۱۰۰	۳,۳۲۲	۱۲,۳۹۸
گیل و گلبخ	۳۴,۳۰۶	۲۸,۴۳۶	۴۴۶	۱,۰۷۸	۴,۳۴۶
ایلام	۱۱,۷۴۰	۹,۷۶۸	۲۵۳	۶۸۰	۱,۰۳۹
بوشهر	۱۶,۱۰۸	۱۳,۵۰۵	۱۳۴	۷۸۹	۱,۶۸۰
تهران	۳۰۸,۸۰۶	۲۳۶,۴۹۲	۲,۹۲۷	۱۰,۶۰۴	۵۸,۷۸۳
چهارمحال و بختیاری	۱۶,۴۷۳	۱۴,۴۶۱	۱۵۹	۷۲۵	۱,۱۲۸
خراسان جنوبی	۱۶,۱۰۴	۱۳,۷۶۹	۲۴۷	۶۳۸	۱,۴۵۰
خراسان رضوی	۱۱۳,۱۶۸	۹۳,۰۴۲	۹۴۳	۴,۵۳۳	۱۴,۶۵۰
خراسان شمالی	۱۱,۷۳۷	۱۰,۰۱۱	۱۵۶	۵۴۹	۱,۰۱۱
خوزستان	۶۳,۶۶۲	۵۰,۵۳۹	۴۷۱	۳,۳۰۳	۹,۳۴۹
زنجان	۱۸,۴۷۹	۱۵,۰۰۹	۲۷۰	۷۳۰	۲,۴۷۰
سمنان	۱۹,۷۳۹	۱۵,۵۰۳	۱۵۰	۸۴۴	۳,۲۴۲
سیستان و بلوچستان	۳۶,۳۸۹	۲۰,۷۱۷	۱۹۶	۲,۰۳۲	۳,۴۴۴
فارس	۱۰۰,۴۸۵	۸۴,۱۱۴	۱,۱۱۶	۳,۹۲۴	۱۱,۳۳۱
قزوین	۱۸,۲۳۸	۱۵,۳۸۸	۱۵۰	۶۱۰	۲,۰۸۰
قم	۱۴,۳۳۳	۱۱,۵۹۸	۱۸۸	۶۱۴	۱,۹۲۳
کردستان	۲۴,۱۴۷	۲۰,۰۵۹	۳۰۲	۱,۱۲۷	۲,۶۵۹
کرمان	۵۵,۵۶۸	۴۶,۱۵۳	۴۱۶	۲,۸۷۸	۶,۱۲۱
کرمانشاه	۳۶,۶۴۴	۲۹,۸۹۰	۲۴۰	۱,۹۱۰	۴,۶۰۴
کهگیلویه و بویراحمد	۱۳,۴۱۰	۱۱,۶۵۶	۹۹	۶۸۴	۹۷۱
گلستان	۳۰,۶۲۰	۲۴,۹۹۸	۲۲۷	۱,۶۱۴	۳,۷۸۱
گیلان	۶۸,۲۶۹	۵۶,۷۱۱	۳۲۶	۲,۵۷۵	۸,۶۵۷
لرستان	۲۹,۹۸۴	۲۴,۱۱۷	۴۱۶	۱,۶۳۳	۳,۸۱۹
مازندران	۷۶,۳۵۶	۶۲,۸۶۷	۴۲۲	۳,۰۲۳	۱۰,۰۴۴
مرکزی	۲۷,۵۰۷	۲۲,۳۴۱	۲۰۸	۱,۱۱۰	۳,۸۴۸
هرمزگان	۱۶,۲۷۲	۱۳,۳۵۳	۱۲۷	۹۴۲	۱,۸۵۰
همدان	۳۴,۵۴۵	۲۸,۷۷۷	۴۷۹	۱,۳۹۵	۳,۸۹۴
یزد	۲۵,۲۴۲	۲۱,۵۸۸	۱۸۷	۸۴۸	۲,۶۱۹
کل کشور	۱,۴۷۴,۹۳۱	۱,۱۹۸,۰۴۴	۱۳,۴۶۸	۶۱,۱۸۵	۲۰,۳۳۴

منبع: نشریه آماری صندوق بازنشستگی کشوری، تابستان ۱۳۹۹

جدول ۷-۲. تعداد بیمه شدگان و مستمری بگیران سازمان تأمین اجتماعی

تحت پوشش	مستمری بگیران			بیمه شدگان			سال / اداره کل
	جمع	تنوعی	اصلی	جمع	تنوعی	اصلی	
۴۰۲۹۱۶۶۴	۵۱۴۰۸۰۶	۲۳۴۹۰۰۴	۲۷۹۱۸۰۲	۳۵۱۵۰۸۵۸	۲۱۸۰۶۳۶۰	۱۳۳۴۴۴۹۸	۱۳۹۳
۴۱۳۸۰۷۹۹	۵۳۸۴۷۸۵	۲۳۷۳۴۳۶	۳۰۱۱۳۴۹	۳۵۹۹۶۰۱۴	۲۲۲۸۴۲۸۸	۱۳۷۱۱۷۲۶	۱۳۹۴
۴۱۴۳۳۱۵۱	۵۷۱۹۹۳۵	۲۴۸۲۹۵۲	۳۲۳۶۹۸۳	۳۵۷۱۳۲۱۶	۲۱۹۳۳۵۹۶	۱۳۷۷۹۶۲۰	۱۳۹۵
۴۲۳۷۹۶۲۹	۶۰۷۷۳۵۴	۲۶۰۵۰۲۲	۳۴۷۲۳۳۲	۳۶۳۰۲۲۷۵	۲۲۳۱۹۳۲۱	۱۳۹۸۲۹۵۴	۱۳۹۶
۴۲۹۶۰۷۷۷	۶۵۱۵۷۹۹	۲۷۸۶۶۹۸	۳۷۲۹۱۰۱	۳۶۴۴۴۹۷۸	۲۲۴۱۵۷۸۵	۱۴۰۲۹۱۹۳	۱۳۹۷
۴۴۲۴۹۲۳۶	۶۹۳۵۴۵۳	۲۹۵۳۸۴۹	۳۹۸۱۶۰۴	۳۷۳۱۳۷۷۳	۲۲۹۴۰۵۱۳	۱۴۳۷۳۲۶۰	۱۳۹۸
۲۱۲۲۸۲۱	۳۳۰۰۶۱	۱۳۷۹۵۳	۱۹۲۱۰۸	۱۷۹۲۷۶۰	۱۰۹۸۰۳۴	۶۹۴۷۲۶	آذربایجان شرقی
۱۲۳۴۶۶۰	۱۳۹۷۴۴	۵۵۸۳۵	۸۳۹۰۹	۱۰۹۴۸۹۶	۷۰۹۶۶۴	۳۸۵۳۳۰	آذربایجان غربی
۶۰۴۹۷۹	۸۷۱۳۴	۳۵۸۹۶	۵۱۳۳۸	۵۱۷۸۴۵	۳۳۲۱۷۴	۱۸۵۶۷۱	اردبیل
۳۵۲۰۹۲۱	۶۲۲۹۷۸	۲۷۴۲۳۳	۳۴۸۷۵۵	۲۸۹۷۹۴۳	۱۷۵۵۷۴۴	۱۱۴۲۱۹۹	اصفهان
۱۴۵۸۳۹۰	۳۱۰۸۳۰	۱۳۳۹۸۵	۱۷۶۸۳۵	۱۱۴۷۵۶۰	۶۸۷۷۲۵	۴۵۹۸۳۵	البرز
۲۹۵۸۳۷	۳۸۶۶۷	۱۷۳۸۹	۲۱۱۷۸	۲۵۷۳۷۰	۱۵۵۳۹۹	۱۰۲۰۷۱	ایلام
۹۷۷۸۶۱	۷۳۸۹۸	۳۰۷۳۴	۴۳۱۶۴	۹۰۳۹۶۳	۵۷۹۳۱۲	۳۳۴۶۵۱	بوشهر
۴۸۶۳۳۵	۷۱۰۲۵	۳۸۴۰۴	۴۴۶۲۱	۴۱۵۳۱۰	۲۶۱۳۹۴	۱۵۲۹۱۶	چهارمحال و بختیاری
۳۷۷۰۳۴	۴۵۷۷۴	۲۱۰۷۰	۳۴۷۰۴	۳۳۱۲۶۰	۲۱۳۰۱۷	۱۱۸۲۴۳	خراسان جنوبی
۲۹۰۱۴۲۲	۴۱۴۴۶۹	۱۷۸۱۱۶	۲۳۶۳۵۳	۲۴۸۶۹۵۳	۱۵۶۹۳۵۹	۹۱۷۵۹۴	خراسان رضوی
۳۳۹۱۵۲	۴۲۳۶۳	۱۸۵۷۵	۳۳۷۸۸	۲۹۶۷۸۹	۱۹۲۷۴۱	۱۰۴۰۴۸	خراسان شمالی
۳۰۵۳۲۱۷	۵۰۹۱۱۰	۳۱۸۲۳۲	۲۹۰۸۸۸	۲۵۴۴۱۰۷	۱۶۷۵۹۴۳	۸۶۸۱۶۴	خوزستان
۵۵۲۴۰۷	۸۸۹۸۳	۴۰۵۱۹	۴۸۴۶۴	۴۶۳۴۲۴	۳۷۷۴۹۳	۱۸۵۹۳۱	زنجان
۵۰۵۶۸۴	۸۵۱۱۹	۳۷۴۵۴	۴۷۶۶۵	۴۲۰۵۶۵	۳۵۵۰۳۹	۱۶۵۵۲۶	سمنان
۷۸۸۸۱۱	۸۸۴۲۱	۳۹۶۴۴	۴۸۷۷۷	۷۰۰۳۹۰	۴۹۱۹۹۲	۲۰۸۳۹۸	سیستان و بلوچستان
۳۷۱۴۸۶۵	۵۸۶۶۱۵	۲۳۲۴۴۰	۳۵۲۱۷۵	۳۱۳۰۲۵۰	۱۷۶۷۷۰۵	۱۳۶۲۵۴۵	شرق تهران بزرگ
۲۱۳۵۸۲۰	۳۴۶۳۴۲	۱۴۸۰۳۲	۱۹۸۲۱۰	۱۷۸۹۴۷۸	۱۱۲۵۳۶۱	۶۶۴۱۱۷	شهرستانهای تهران
۳۶۰۰۶۳۲	۵۹۶۶۲۰	۲۴۷۰۰۷	۳۳۹۶۱۳	۳۰۰۴۰۱۲	۱۶۸۱۷۸۴	۱۳۲۲۲۲۸	غرب تهران بزرگ
۲۲۷۵۴۵۷	۳۶۷۴۵۵	۱۵۵۰۳۴	۲۱۲۴۲۱	۱۹۰۸۰۰۲	۱۱۴۷۹۹۵	۷۶۰۰۰۷	فارس
۸۲۹۱۳۲	۱۷۶۶۷۳	۸۳۹۸۸	۹۳۶۸۵	۶۵۲۴۵۹	۴۰۸۳۹۶	۲۴۴۰۶۳	قزوین
۷۸۵۷۵۴	۹۲۵۰۹	۴۰۴۳۱	۵۲۰۷۸	۶۹۳۲۴۵	۴۵۷۳۳۳	۲۳۵۹۰۲	قم
۶۴۴۷۸۶	۸۶۸۳۹	۳۶۵۲۷	۵۰۳۱۲	۵۵۷۹۴۷	۳۵۰۷۲۶	۲۰۷۲۳۱	کردستان
۱۴۹۶۲۷۰	۲۰۷۳۱۱	۸۵۵۴۰	۱۲۱۷۷۱	۱۲۸۸۹۵۹	۸۰۷۲۰۴	۴۸۱۷۵۵	کرمان
۷۷۳۷۲۷	۱۲۴۸۲۳	۵۰۸۷۵	۷۳۹۴۸	۶۴۸۹۰۴	۴۰۰۳۲۸	۳۴۸۵۷۶	کرمانشاه
۳۱۶۹۱۴	۳۸۰۲۶	۱۵۸۸۰	۲۲۱۴۶	۲۷۸۸۸۸	۱۸۰۸۱۳	۹۸۰۷۵	کهگیلویه و بویر احمد
۸۰۶۲۵۴	۱۰۱۳۹۴	۴۰۳۴۸	۶۱۰۴۶	۷۰۴۸۶۰	۴۴۶۲۴۰	۳۵۸۶۲۰	گلستان
۱۲۴۵۸۱۱	۲۷۰۷۰۰	۱۱۰۷۱۶	۱۵۹۹۸۴	۹۷۵۱۱۱	۵۵۳۴۰۶	۴۲۱۷۰۵	گیلان
۷۵۸۲۸۷	۱۳۹۷۲۲	۶۰۷۸۹	۷۸۹۳۳	۶۱۸۵۶۵	۳۹۷۱۴۶	۳۲۱۴۱۹	لرستان
۱۹۴۲۱۳۵	۳۱۵۲۰۵	۱۳۲۸۴۷	۱۸۳۳۵۸	۱۶۲۶۹۳۰	۹۷۶۹۰۲	۶۵۰۰۲۸	مازندران
۹۷۴۹۲۳	۱۸۰۶۴۴	۸۶۹۲۷	۹۳۷۱۹	۷۹۴۲۷۷	۴۸۵۸۶۶	۳۰۸۴۱۱	مرکزی
۹۹۲۶۶۹	۸۹۳۵۸	۳۸۱۵۷	۵۱۱۰۱	۹۰۳۴۱۱	۵۷۶۴۳۳	۳۳۶۹۷۸	هرمزگان
۷۷۰۵۷۸	۱۱۲۱۴۸	۴۳۴۷۵	۶۸۶۷۳	۶۵۸۴۳۰	۴۱۱۶۹۲	۲۴۶۷۳۸	همدان
۹۶۵۷۰۱	۱۵۶۷۹۱	۷۶۹۱۷	۷۹۸۷۴	۸۰۸۹۱۰	۵۱۰۳۴۱	۳۹۸۶۶۹	یزد

منبع: سالنامه آماری سازمان تأمین اجتماعی سال ۱۳۹۸

ب) کیفیت زندگی

بین سلامتی، اشتغال به کار مجدد پس از بازنشستگی، داشتن وضع مالی مناسب و احساس سودمندی پس از بازنشستگی، همبستگی مثبت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر این موارد همگی رضایت از بازنشستگی را افزایش می‌دهد (کیانپور و همکاران، ۱۳۹۰). وضعیت مالی بازنشستگان هم بر آرامش روانی و هم بر کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر است؛ به عبارت دیگر کیفیت زندگی و میزان رفاه بازنشستگان ماحصل ترجیحات و انتخاب‌های فردی نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، اقتصادی و حتی فرهنگی در کیفیت زندگی بازنشستگان مؤثر است. این شرایط برای فرد بازنشسته برآیندی از سه عامل ویژگی‌های نظام خدمات بازنشستگی، ویژگی‌های نظام اقتصادی و ویژگی‌های سرمایه‌ای بازنشستگان است.

بازنشستگان در دوره سنی بازنشستگی یا سالمندی از سویی با کاهش درآمدها، افزایش بیماری‌ها و نیاز به مراقبت و هزینه‌های بالای سلامت و درمان و همچنین بار مسئولیت‌های خانوادگی که بر دوش سالمندان خانواده است زیست می‌کنند و از سوی دیگر با محدودیت بودجه و سیاست کوچک‌سازی دولت و کاستن از خدمات و حمایت‌های دولتی مواجهند. در بیشتر موارد مضمینی مانند کفایت‌نداشتن حقوق بازنشستگی، کفایت‌نداشتن خدمات درمانی و کفایت‌نداشتن خدمات تفریحی فراغتی از زبان بیشتر بازنشستگان شنیده می‌شود. ویژگی‌های نظام اقتصادی در ایران به نحوی است که ارزش مالی حقوق ثابت یک فرد بازنشسته در وضعیت بی‌ثبات اقتصادی و تغییرات نرخ ارز و افزایش نرخ تورم سال به سال کاهش می‌یابد و او را وادار می‌کند از سبک زندگی پیشین خود به تدریج عقب‌نشینی کند تا بتواند با حقوق ثابت در اقتصاد بی‌ثبات زندگی کند. اقتصاد تورمی ایرانی کاهش مستمر قدرت خرید بازنشستگان را به همراه دارد و تورم به شدت بر ساختار و ترکیب هزینه‌ها و مصارف خانوارهای بازنشسته تأثیر گذار است (پروایی، ۱۳۹۸).

همه بازنشستگان در دو عامل ویژگی‌های نظام بازنشستگی جامعه ایرانی و ویژگی‌های نظام اقتصادی ایران با یکدیگر اشتراک دارند؛ با این حال بازنشستگان سرمایه‌های متفاوتی دارند که ممکن است کیفیت زندگی آنان را از یکدیگر متمایز کند. ویژگی‌های سرمایه‌ای بازنشستگان در شکل سرمایه اقتصادی (منابع درآمدی مختلف)، سرمایه فرهنگی (نوع شغل، سطح تحصیلات، سواد سلامت، سواد تغذیه‌ای و برخورداری از انواع مهارت‌ها، مصرف محصولات فرهنگی و هنری)، سرمایه اجتماعی (برخورداری از شبکه حمایتی دوستان، آشنایان و همکاران)، سرمایه خانوادگی (برخورداری از شبکه حمایتی خانوادگی، شبکه حمایتی فرزندمحور و خویشاوندمحور) و سرمایه سلامت (برخورداری از سلامت، فعالیت و توانمندی، استقلال و نداشتن وابستگی) در رفتار مصرفی بازنشستگان تعیین‌کننده است و بازنشستگان را از یکدیگر متمایز می‌کند (همان).

به‌طور کلی کیفیت زندگی بازنشستگان تأمین اجتماعی بیشتر از بازنشستگان کشوری است. همچنین میانگین نمره‌های کسب‌شده از کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در بازنشستگان کشوری و تأمین اجتماعی، غیر از بعد ذهنی تفاوت معناداری دارد. جدول ۷-۳ توزیع مشکلات سلامتی سالمندان را به تفکیک صندوق‌های بازنشستگی نشان می‌دهد (محقق و همکاران، ۱۳۸۷).

ج) از کارافتادگی

تغییرات دوران سالمندی شامل کاهش توانایی‌های فیزیکی، تغییر پاسخ بدن به داروها، تجربه وقایع مهم زندگی مانند مرگ همسر و دوستان هم‌نسل، اقامت در خانه سالمندان، کاهش درآمد، کاهش تماس‌های اجتماعی و افزایش حس تنهایی است که بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار است. این تغییرات گاهی به نارسایی‌های جسمی و روانی و از کارافتادگی و معلولیت می‌انجامد. در قوانین استخدامی، به‌صراحت به موضوع از کارافتادگی اشاره شده است؛ از جمله در ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری که مطابق آن «هرگاه مستخدم رسمی علیل یا به‌علت حادثه‌ای ناقص شود؛ به‌نحوی که از کار کردن بازماند، حقوق و وظیفه‌ای برابر با یک‌سوم متوسط حقوق ضرب در سنوات خدمت دریافت خواهد کرد؛ مشروط بر اینکه از متوسط حقوق او تجاوز نکند».

مطابق تبصره ۱ همین ماده، در صورتی که سنوات خدمت مستخدم موضوع این ماده از پانزده سال کمتر باشد، مدت خدمت او پانزده سال منظور می‌شود. همچنین مطابق تبصره ۲ همین ماده، در صورتی که مستخدم مذکور در این ماده فوت شود، نصف حقوق و وظیفه او با رعایت شرایط قانونی به وراثت وی تعلق می‌گیرد. بر همین اساس بررسی وضعیت از کارافتادگان مشمول ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری در سه بعد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ویژگی‌های شغلی و نوع بیماری منجر به از کارافتادگی نشان می‌دهد که ۳۶.۵ درصد از مشمولان ماده ۷۹ طی سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۳ در بازه سنی ۵۰-۴۵ سال قرار داشته‌اند. همچنین میانگین و میانه سنی آن‌ها حدود ۴۸ سال بوده است و ۶۰ درصد مشمولان را زنان تشکیل داده‌اند. از منظر پراکندگی استانی، ۱۶ درصد مشمولان در استان تهران، ۱۰ درصد در استان اصفهان، ۸ درصد در استان فارس و ۷ درصد در استان خراسان رضوی بوده‌اند. حدود ۷۴ درصد از کارافتادگان شاغلان آموزش و پرورش بوده‌اند و سمت شغلی نزدیک به ۵۰ درصد آن‌ها آموزگار یا دبیر بوده است (۲۹.۴ درصد آموزگار و ۱۹.۲ درصد دبیر). میانگین، میانه و نمای مدت خدمت مشمولان حدود ۲۴ سال و مدت خدمت ۳۳.۹ درصد آن‌ها بین ۲۶-۲۳ سال و ۲۹.۵ درصد بین ۲۹-۲۶ سال بوده است. نوع بیماری منجر به از کارافتادگی مشمولان بیش از همه بیماری‌های روانی (۲۱.۹ درصد)، بیماری‌های ارتوپدی (۱۶.۴ درصد) و بیماری‌های مغز و اعصاب (۱۳.۷ درصد) بوده است.

درباره نوع بیماری منجر به ازکارافتادگی برحسب سن، بیش از ۸.۳ درصد در بازه ۵۰-۴۵ و ۶.۶ درصد در بازه سنی ۴۵-۴۰ سال به دلیل ابتلا به بیماری‌های روانی مشمول ماده ۷۹ شده‌اند. سهم بیماری‌های روانی در مقایسه با سایر بیماری‌ها (به‌ویژه بیماری‌های اسکلتی) با افزایش سن کاهش می‌یابد. درباره پراکندگی بیماری‌های منجر به ازکارافتادگی برحسب جنس، بیش از همه مردان با ۱۲.۲ درصد به دلیل بیماری‌های روانی و زنان با ۱۱.۳ درصد به دلیل بیماری‌های ارتوپدی، ۹.۷ درصد بیماری‌های روانی و ۹.۴ درصد به دلیل سرطان پستان دچار ازکارافتادگی شده‌اند. درباره پراکندگی بیماری منجر به ازکارافتادگی برحسب استان، مشمولان ماده ۷۹ بیش از همه در استان اصفهان به دلیل ابتلا به بیمارهای روانی (۲.۶ درصد از کل) و در استان تهران به دلیل بیماری‌های ارتوپدی و بیماری‌های روانی (هریک ۲.۵ درصد از کل) در رتبه بعد قرار گرفته‌اند.

درباره نوع بیماری منجر به ازکارافتادگی برحسب دستگاه، آموزش و پرورش با ۱۵.۵ درصد بیماری‌های روانی و ۱۱.۷ درصد بیماری‌های ارتوپدی بیشترین سهم را در شمول این ماده دارد. در میان کارکنان این سازمان، ۲۱ درصد به دلیل بیماری‌های روانی، ۱۵.۹ درصد به علت بیماری‌های ارتوپدی و ۱۳.۸ درصد به دلیل بیماری‌های مغز و اعصاب ازکارافتاده شده‌اند. به دنبال این، سهم بیشتر آموزش و پرورش درباره پراکندگی نوع بیماری برحسب سمت شغلی، بیش از همه آموزگاران به دلیل ابتلا به بیماری‌های روانی (۶.۶ درصد)، بیماری‌های ارتوپدی (۵.۲ درصد) و بیماری‌های مغز و اعصاب (۴.۲ درصد) مشمول ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری شده‌اند. سهم بیماری‌های روانی در میان مشاغل گوناگون بیش از همه در میان مشاغل امور اداری (۳۷.۵ درصد)، انباردار (۳۶.۴ درصد)، امور دفتری (۳۴ درصد)، مراقب امور تأمینی (۳۳.۳ درصد) و بهیار (۳۱.۳ درصد) به چشم می‌خورد (قوامی، ۱۳۹۸).

جدول ۳-۷. توزیع مشکلات سلامتی سالمندان به تفکیک صندوق بازنشستگی کشوری و تأمین اجتماعی

p-value	درجه آزادی	آماره χ^2	جمع		تأمین اجتماعی		بازنشستگی کشوری		گروه پژوهش مشکلات سلامتی
			درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۳۷۲	۱	۰/۲۴۲	۴۶	۶۹	۴۲	۳۳	۴۸	۳۶	قلبی عروقی و فشار خون
۰/۰۲۸	۱	۴/۳۲۰	۳۳/۳	۵۰	۴۱/۳	۳۱	۲۵/۳	۱۹	عضلانی - اسکلتی
۰/۳۴۰	۱	۰/۳۸۵	۱۹/۳	۲۹	۲۱/۳	۱۶	۱۷/۳	۱۳	شنوایی و بینایی
۰/۳۸۲	۱	۰/۳۶۲	۸	۱۲	۹/۳	۷	۶/۷	۵	ریوی و آسم
۰/۰۲	۱	۴/۹۱۲	۷/۴	۱۱	۱۲/۲	۹	۲/۷	۲	روانی - ذهنی
۰/۱۳۸	۱	۲/۱۱	۵/۳	۸	۲/۷	۲	۸	۶	مشکلات متابولیکی
۰/۵۰	۱	۰/۹۸	۷/۳	۱۱	۸	۶	۶/۷	۵	سیستم عصب مرکزی
۰/۳۱۹	۱	۰/۴۹۸	۱۴	۲۱	۱۶	۱۲	۱۲	۹	گوارشی
۰/۵۰۷	۱	۰/۱۳۶	۴/۷	۷	۴/۱	۳	۵/۳	۴	سرطان
۰/۵۰	۱	۰/۲۰۷	۳/۳	۵	۴/۱	۳	۲/۷	۲	کلیدی - ادراری

منبع: محققى کمال و همکاران، ۱۳۸۷

(د) فقر و نابرابری

جهانفر (۱۳۹۹) براساس ارزیابی وضعیت درآمد، هزینه و پس‌انداز بازنشستگان تحت پوشش صندوق بازنشستگی کشوری نتیجه گرفته است که متوسط دریافتی ماهانه هر بازنشسته تحت پوشش صندوق بازنشستگی کشوری، ۲۵ میلیون ریال است که از این مبلغ ۱۹ میلیون ریال آن ماهانه مصرف و ۶ میلیون ریال پس‌انداز شده است؛ به عبارت دیگر میل متوسط به پس‌انداز خانوارهای بازنشسته عضو این صندوق ۲۲.۸ درصد بوده که در مقایسه با خانوارهای شاغل عضو این صندوق (با ۸.۷ درصد میل متوسط به پس‌انداز) نسبت بسیار بالایی محسوب می‌شود. بررسی جزئی‌تر منابع درآمدی این بازنشستگان نشان می‌دهد، ۶۵.۳ درصد کل درآمدهای آنان از صندوق بازنشستگی، ۱۵.۳ درصد از طریق درآمد سرمایه بازنشستگان، ۱۳.۵ درصد درآمد خویش‌فرمایی، ۴.۶ درصد از منابع دولت، ۱.۲ درصد از طریق شرکت‌ها و ۰.۱ درصد نیز از طریق منابع خارجی تأمین می‌شود.

نابرابری درآمدی در میان بازنشستگان را می‌توان از دو جنبه بررسی کرد. جنبه اول به نابرابری درون‌گروهی مربوط است که به میزان برابری توزیع درآمد در میان بازنشستگان توجه دارد. جنبه دوم که شاید اهمیت بیشتری داشته باشد، بررسی نابرابری یا تبعیض درآمدی ناشی از تفاوت سنی میان افراد است؛ بنابراین نابرابری

درون گروهی میان بازنشستگان می‌تواند به دلایل گوناگون از جمله شرایط کار، شرایط بازنشستگی، جایگاه شغلی قبلی و همچنین تصمیم‌های سرمایه‌گذاری افراد در طول زندگی ایجاد شود. ریشه این نابرابری را باید در تفاوت‌ها و توانمندی‌های افراد در طول زندگی پیش از سالمندی دانست، اما آنچه مهم‌تر است نابرابری‌هایی است که افراد به دلیل ورود به مرحله سالمندی با آن مواجه می‌شوند. با توجه به محدودیت اطلاعات خاص بازنشستگان، دانسته‌ها پیرامون وضعیت نابرابری درآمدی این گروه از جمعیت محدود به مطالعات درباره همین گروه (با استفاده از حجم نمونه محدود) یا مطالعاتی است که با استفاده از اطلاعات صندوق‌های بازنشستگی به دست آمده است؛ برای مثال با توجه به مطالعه‌ای درباره بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشور، متوسط حقوق دریافتی بازنشستگان حدود ۲۸ میلیون و ۶۸۰ هزار ریال در ماه و حقوق دریافتی بیش از ۹۰ درصد آنان کمتر از ۳۵ میلیون ریال در ماه بوده است. اکثریت مطلق بازنشستگان این صندوق که حقوقی بیشتر از ۶۰ میلیون ریال در ماه دریافت می‌کنند، در دو رسته قضات و اعضای هیئت‌علمی قرار دارند.

همان‌طور که بیان شد، نابرابری درآمدی درون گروهی در بیشتر موارد ریشه در وضعیت پیش از بازنشستگی دارد. بخش دیگری از نابرابری درون گروهی درآمد بازنشستگان، به نابرابری جنسیتی مربوط است. براساس بررسی داده‌های موجود در صندوق بازنشستگی کشوری، میانگین حقوق بازنشستگی ۲۹ میلیون ریال برای مردان و ۲۷ میلیون و ۷۵۰ هزار ریال برای زنان است؛ از این‌رو می‌توان این بعد از نابرابری درون گروهی را نیز بسیار ناچیز در نظر گرفت، اما یکی از مهم‌ترین جنبه‌های نابرابری درون گروهی در میان بازنشستگان نابرابری زمانی است. داده‌ها نشان می‌دهد بیشترین تجمع بازنشستگان سال‌های ۱۳۰۰-۱۳۷۵ در دهک اول درآمدی و تجمع بازنشستگان دهه ۱۳۹۰ در دهک دهم درآمدی این صندوق قرار دارد؛ بنابراین نوعی نابرابری در میان بازنشستگان پیشین (یا همان سالمندان مسن‌تر) و بازنشستگان جدید (سالمندان جوان‌تر) مشاهده می‌شود. محاسبه نابرابری درآمدی با استفاده از شاخص‌های مختلف همواره در کانون توجه پژوهشگران بوده است. قوامی و همکاران (۱۳۹۸) شاخص ضریب جینی و نسبت‌های درآمد ۲۰ درصد و ۱۰ درصد بالای درآمدی به ۲۰ و ۱۰ درصد پایین درآمدی را برای مستمری‌بگیران صندوق بازنشستگی کشوری محاسبه کرده‌اند. ضریب جینی به دست‌آمده برای بازنشستگان (بیش از ۱ میلیون و ۴۳۰ هزار و ۹۶۸ بازنشسته) برابر با ۰.۱۱۹۹ بوده است که مقایسه آن با ضریب جینی کل کشور در سال ۱۳۸۹ (۰.۳۹۹۲) نشان می‌دهد نابرابری درآمدی میان بازنشستگان مستمری‌بگیر از این صندوق بسیار کمتر از متوسط کشوری است و می‌توان نتیجه گرفت که نابرابری درون گروهی برای بازنشستگان بسیار ناچیز است. نسبت درآمد پردرآمدترین بیستک به کم‌درآمدترین بیستک در میان بازنشستگان این صندوق نیز ۱.۸۶ بوده است. متوسط این نسبت برای کشور ۸.۰۲ بوده است.

نسبت درآمد دهک دهم به دهک اول نیز ۱.۵۶ و متوسط کشوری آن ۱۳.۶۱ بوده است (مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا، ۱۳۸۹)؛ بنابراین واضح است که با توجه به نظام‌مندبودن پرداخت در صندوق بازنشستگی و رعایت نسبی سقف و کف‌های قانونی، توزیع درآمد در میان سالمندان از برابری بسیار بیشتری در مقایسه با کل جامعه برخوردار است.

جدول ۷-۴. مقایسه نابرابری درآمد میان جمعیت عمومی کشور و بازنشستگان صندوق بازنشستگی کشوری

نسبت دهک دهم به دهک اول	نسبت بیستک پنجم به بیستک اول	ضریب جینی	گروه
۱۳.۶۱	۸.۰۲	۰.۳۹۹۲	کل جمعیت
۱.۵۶	۱.۸۶	۰.۱۱۹۹	بازنشستگان صندوق

منبع: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا (۱۳۹۸)

۷-۲. خانواده و مسائل خانوادگی

در سال‌های اخیر، با توجه به افزایش امید به زندگی و تغییر ساختار خانواده از هسته‌ای به گسترده خانواده و سالمندان به یکی از موضوعات مهم تحقیقاتی تبدیل شده و به تعاملات بین‌نسلی و حمایت اجتماعی توجه فراوانی شده است (Silverstein & Giarrusso, 2010). همچنین ظهور پدیده‌هایی مانند کاهش فرزندآوری، افزایش نرخ طلاق، ازدواج مجدد و کاهش احساس مسئولیت فرزندی، می‌تواند در آینده تغییرات مهمی را در ویژگی‌های جمعیتی سالمندان، نهاد خانواده و تعاملات بین‌نسلی ایجاد کند، اما با تمام تحولات جمعیت‌شناختی، زندگی خانوادگی سنگ‌بنای سرمایه اجتماعی در جوامع است. خانواده به‌مثابه مجموعه‌ای از سرمایه اجتماعی انباشته‌شده، بازتولیدشده و توزیع‌شده است که در آن اعضا مانند بازیگران مهم در تولید و بازتولید سرمایه اجتماعی نقش دارند و والدین در این رویکرد ظرفیت عظیمی برای توسعه و تحقق اهداف جامعه در دسترس قرار می‌دهند. سرمایه اجتماعی درون خانواده حاصل روابط میان والدین و فرزندان و سایر اعضای خانواده مانند سالمندان است (صدافت‌زادگان و همکاران، ۱۳۹۷).

گفتنی است تحول خانواده در چند دهه اخیر موجب شده است که خانواده‌ها با مشکلات جدی مواجه شوند که به نظر می‌رسد شکل سنتی خانواده را تغییر می‌دهد و سبب کاهش ارتباط فرزندان با والدین سالمند و کاهش حمایت از آنان در خانواده می‌شود (Williams & Nussbaum, 2013). در مطالعه‌ای مروری که در تحقیقات حیطه سالمندی و خانواده در سال ۲۰۲۰ صورت گرفته، چهار موضوع چالش‌برانگیز در این حوزه مطرح شده که شامل پیچیدگی روابط عاطفی، تنوع در ساختار خانواده و خانوار، نقش‌ها و عملکردهای خانوادگی وابسته به هم و الگوها و پیامدهای مراقبت است (Silverstein & Giarrusso, 2010). این مشکلات در سال‌های آتی نیز در ایران با ورود نسل بیش‌زایی انقلاب به دوران سالمندی از نگرانی‌های حوزه سیاست‌گذاری خانواده خواهد بود. ارتباط عاطفی میان فرزندان و والدین سالمند از انواع ارتباطات ارزشمند است و برای هر دو طرف به‌ویژه والدین سالمند، اثرات مطلوبی مانند افزایش عزت‌نفس، کیفیت زندگی و احساس خوب‌بودن^۱ به همراه خواهد داشت، اما در این میان عوامل و رخدادهایی وجود دارد که زمینه‌های تغییر کمیت و حتی کیفیت روابط را از وضعیت آرمانی یا قابل‌قبول عدول می‌دهد (ضرغامی و همکاران، ۱۳۹۵؛ Aggarwal et al., Lawton et al., 1994; 2017). در سال‌های اخیر، تفاوت قابل‌توجهی در کیفیت ارتباط فرزندان با والدین سالمندان مشاهده شده است. از مظاهر مهم این اختلاف، تغییر موقعیت اجتماعی والدین سالمند و فرزندانشان است. کاهش روزافزون تأثیر سنت، میراث و اقتدار جامعه سالمندان بر نسل‌های جوان‌تر در اثر افزایش آگاهی، مهارت و توانایی نسل جدید در مواجهه با زندگی در جهان مدرن در مقابل ناتوانی و مهارت‌نداشتن نسل‌های سالمند و ناکارآمدی نهادهای

سنتی مانند خانواده، نظام آموزشی و نهادهای فرهنگی دیگر در انطباق خود با تحولات پرشتاب و پیچیده عصر جدید، از علل مهم تغییر موقعیت نسل‌های معاصر است (Williams et al., 2013).

جامعه‌شناسان خانواده، تئوری انسجام/هم‌بستگی بین‌نسلی را بنیاد گذاشتند که طرحی جامع برای توصیف عواطف، رفتار و نگرش‌ها میان والدین سالمند و فرزندان در روابط خانوادگی است. همچنین تئوری هم‌بستگی تلاش می‌کند توضیح صحیحی برای پیوندهای طولانی‌مدت فرزندان و والدین و اینکه چرا خانواده‌ها بدون هم‌بستگی نمی‌توانند وجود داشته باشند بیان کند. این مدل شامل شش بعد اساسی انسجام عاطفی، عملکردی، ساختاری، دوطرفه، هنجاری و جمعی است (Williams & Nussbaum, 2013). پژوهش‌های دیگر عملکرد ابعاد هم‌بستگی بین‌نسلی را به‌منزله عامل حفظ رابطه فرزندان و والدین سالمند توضیح می‌دهد. مطابق این پژوهش‌ها، هم‌بستگی مفهومی نسبتاً پایدار و پیچیده است و کیفیت و شکل آن در طول زمان تغییر می‌کند. همچنین در این پژوهش‌ها به تنش در هم‌بستگی میان نسل‌ها درون خانواده می‌پردازند: اگر والدین سالخورده به سطح بالایی از حمایت نیاز داشته باشند، این تنش بیشتر برجسته می‌شود. مذاکره در این باره، برای فرزند بالغ که خواهان استقلال خود و ارتباط و هم‌بستگی با والدین سالخورده است کار دشواری است (Martin, 1988; Johnson et al., 2005).

در این صورت فرزندان ممکن است دچار دوگانگی شوند؛ اگر بیش‌ازحد به والدین خود کمک کنند، استقلال خود را از دست می‌دهند، اما اگر از استقلال خود محافظت کنند، احساس می‌کنند که از والدین خود حمایت نمی‌کنند. والدین سالمند هم ممکن است به‌صورت مشابهی از سوی فرزندان احساس کشیدن و پس خوردن داشته باشند که این احساسات می‌تواند موجب تضاد بین‌نسلی شود. این تضاد مربوط به وجود تنش و نبود توافق میان اعضای خانواده است که حتی اگر به‌صورت شفاهی بیان نشود، واقعیتی است که وجود دارد. اضافه‌شدن تضاد به الگوی انسجام یا هم‌بستگی بنگستون، سبب به وجود آمدن مدل انسجام-تضاد^۱ شد که جنبه‌های منفی روابط بین‌نسلی را نشان می‌دهد که دوگانگی‌هایی در خود دارد (Williams & Nussbaum, 2013).

به‌دلیل وجود هم‌زمان تضاد و هم‌بستگی در روابط بین‌نسلی، لاسچر و همکاران^۲ در اواخر دهه ۱۹۹۰ مفهوم نظری دوگانگی^۳ را معرفی کردند که هم‌زمانی عناصر مثبت و منفی را در روابط بین‌نسلی توضیح می‌دهد. عامل اصلی ایجاد دوگانگی در روابط والدین سالمند و فرزندان، تراز نبودن تضادها با انسجام یا هم‌بستگی در روابط است یا به تعبیر دیگر، دوگانگی به معنای وجود تعارض در روابط میان والدین سالمند و فرزندان بزرگسال است که نتواند به صلح و توافق منجر شود (Lüscher & Pillemer, 1998). با توجه به مطالعات گوناگون، هرچه سن

1. Solidarity-Conflict Theory

2. Lusher & Pillemer

3. Ambivalence

والدین افزایش یابد، دوگانگی در روابط آنان با فرزندان بیشتر می‌شود. علل متعددی در توضیح این پدیده مطرح شده است؛ مانند افزایش بیماری و ناتوانی و وابسته‌شدن والدین سالمند به فرزندان بزرگشان. به‌طور کلی با افزایش سن والدین تمایل آن‌ها به نزدیک‌تر شدن به فرزندان بیشتر می‌شود و حتی دوست دارند نزدیک فرزندان بزرگ‌تر خود زندگی کنند (Williams & Nussbaum, 2013).

خانواده و سالمندی در جهان

در کشورهای توسعه‌یافته نظام تأمین اجتماعی، مستمری ماهیانه و سلامت عمومی برای حمایت از سالمندان گسترش یافته و مکمل منابع فردی و خانوادگی شده است، اما در کشورهای در حال توسعه آسیایی و آفریقایی و آمریکای جنوبی حمایت دولتی کامل و سازمان‌یافته‌ای وجود ندارد و بیشتر سالمندانی که به حمایت جسمانی، اقتصادی و اجتماعی نیاز دارند، به خانواده خود تکیه می‌کنند؛ به همین دلیل در این کشورها اندازه خانوار، ترتیب زندگی و روابط بین‌نسلی اهمیت بیشتری یافته است. اغلب سالمندان با همسر یا همسر و فرزندان بالغ خود زندگی می‌کنند و اندازه خانواده حدود ۵.۵ نفر است. براساس مطالعه‌ای در کشورهای در حال توسعه که در سال ۲۰۰۲ انجام شده است، حدود ۸.۸ درصد سالمندان تنها زندگی می‌کردند. این میزان برای کشورهای آسیایی (شامل ترکیه، هند، اندونزی، قزاقستان، نپال، پاکستان، فیلیپین، یمن، ازبکستان و بنگلادش) کمتر بود. به‌علاوه درصد زنان سالمندی که تنها زندگی می‌کردند، بیشتر از مردان سالمند بود (Bongaarts et al., 2002).

یکی از مهم‌ترین مطالعات درباره نوع ارتباط میان والدین سالمند با فرزندان «بررسی هم‌بستگی بین‌نسلی و ساختار رابطه بین فرزندان و والدین سالمند در بین خانواده‌های آمریکایی» از سیلور آستین و همکاران^۱ (۱۹۹۷) است. نمونه‌های این مطالعه شامل افراد ۱۸ تا ۹۰ ساله از خانوارهای ایالت کالیفرنیا بودند که در سال ۱۹۹۰ به‌طور تصادفی وارد مطالعه شدند. یافته‌ها حاکی از عوامل نهفته مؤثری بر ارتباطات بین‌نسلی مانند سن و جنسیت بود؛ هرچه سن والدین بیشتر بود، هم‌بستگی فرزندان با آنان نیز بیشتر شده بود. همچنین هم‌بستگی فرزندان با مادر سالمند بیشتر بوده است. همچنین نتایج نشان داد که ناهمگن بودن روابط بین‌نسلی ممکن است حاصل روندهای تاریخی در طول قرن گذشته، مانند تحرک جغرافیایی و اقتصادی نسل‌ها و افزایش نرخ طلاق باشد. در مطالعه‌ای دیگر، بنگستون و همکاران^۲ (۲۰۰۷) نشان دادند که هم‌بستگی بین نسل‌ها در حال تغییر است، اما همچنان تداوم در هم‌بستگی نه‌فقط در خانواده، بلکه در سطح عمومی جامعه و سیاست‌ها نیز وجود

1. Silverstein & Bengtson
2. Bengtson & Oyama

دارد. در سراسر جهان، با وجود تنش‌هایی که در اثر مراقبت از والدین سالمند در خانواده‌های سالمندان، از جمله در کشورهای در حال توسعه وجود دارد، هم‌بستگی بین‌نسلی همچنان برقرار بوده، اما میزان آن رو به کاهش است. در همین باره، پیلمر و همکاران^۱ (۲۰۰۲) در کشور آمریکا مطالعه‌ای در مورد نوع دیگری از ارتباطات والدین سالمند با فرزندانشان با عنوان «بررسی ارتباط از نوع دوگانگی بین مادران سالمند و دختران بزرگشان» انجام دادند. نتایج نشان می‌دهد در سالمندی به دلیل ناتوانی‌های ناشی از ایام سالمندی مادران و نیاز آنان به دختران بزرگشان برای حمایت و در نتیجه به خطر افتادن استقلال دختران، ناخواسته احساس تنش و هم‌بستگی هم‌زمانی در رابطه مادر-فرزند به وجود می‌آید که همان دوگانگی است. یکی دیگر از مطالعات مهم روابط بین‌نسلی در این زمینه، پژوهش لونستین^۲ (۲۰۰۷)، در کشورهای انگلستان، نروژ، آلمان و اسپانیاست. براساس نتایج این پژوهش، میزان هم‌بستگی در ارتباطات والدین سالمند با فرزندانشان در این پنج کشور شبیه یکدیگر و نسبتاً بالا و در اسپانیا در مقایسه با کشورهای دیگر بالاتر بود. همچنین هرچه تضاد و دوگانگی در ارتباط میان والدین و فرزندانشان بیشتر باشد، کیفیت زندگی آنان پایین‌تر است. به این ترتیب برخلاف تصور رایج مبنی بر افزایش تضاد روابط بین والدین سالمند و فرزندان نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد، هم‌بستگی در روابط بیشتر از تضاد است و صمیمیت میان والدین سالمند و فرزندان، به‌ویژه بین مادر و فرزندان بیشتر است.

خانواده و سالمندی در ایران

در ایران نیز خانواده یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی است، اما ساختار آن و ترتیب زندگی حتی در دوران سالمندی تحولاتی دارد. در ادامه مهم‌ترین مسائل خانوادگی مرتبط با سالمندان بیان شده است.

شکاف بین‌نسلی

در ایران تغییرات اجتماعی سریع از طریق مهاجرت، انقلاب، جنگ و تحریم، اصلاحات و صنعتی شدن، با شتاب فراوانی در طی چند دهه اخیر، به‌ویژه پس از انقلاب، سبب به وجود آمدن نسل‌های متفاوت و منحصربه‌فردی شده است (کریمیان و همکاران، ۱۳۹۶). بر اثر این تغییرات، ساختار جامعه ایران با شتاب زیادی از جامعه سنتی به جامعه مدرن تغییر کرده است. خانواده‌های شهری در بیشتر موارد کارکردهای تولیدی پیشین را از دست داده‌اند و به نهادی مصرف‌کننده تبدیل شده‌اند. در نتیجه تربیت فرزندان پس از سال‌های اولیه زندگی را به نهادهای آموزشی بیرون از خانواده می‌سپارند. به‌علاوه، با گسترش آموزش عالی اکنون جوانان بسیاری تحصیلات عالی

1. Pillemer & Suitor
2. Lowenstein

دارند؛ درحالی که والدین سالمندشان از چنین تحصیلاتی بی بهره بوده‌اند. همه این عوامل به ایجاد تضاد و دوگانگی میان فرزندان و والدین سالمند دامن می‌زند (دانش و همکاران، ۱۳۹۳).

در مطالعات صورت گرفته در ایران، بیشتر به انواع روابط و شکاف بین نسلی بین فرزندان و والدین غیرسالمند پرداخته‌اند و کمتر بر این مسئله در رابطه با والدین سالمند تمرکز کرده‌اند. نتایج مطالعه دانش و همکاران (۱۳۹۳) درباره سه گروه نسلی جوان، میان سال و سالمند نشان می‌دهد گرایش جوانان به ارزش‌های مدرن و احساس بحران هویت ناشی از جدافتادگی جوانان از نسل‌های پیشین به مرور افزایش یافته است. همچنین شکاف نسلی در حال گسترش است و در صورت مدیریت غلط دولت و رسانه‌ها فرایندهای فرهنگ‌پذیری نوجوانان و بازتولید فرهنگی جوانان، تعارضات نسلی و در نهایت گسست نسلی آینده، مسیر توسعه جامعه به مخاطره می‌افتد.

چنان که گذشت شکاف بین نسلی با افزایش سن بیشتر می‌شود. براساس مطالعه‌ای در شهر سمنجان، ترجیح ارزشی افراد جوان و میان سال تفاوت معناداری با هم ندارد، اما ترجیح ارزشی افراد جوان و میان سال با سالمندان تفاوت معناداری دارد. با توجه به نتایج این مطالعه تعامل بین نسلی پدر / مادر بزرگ‌ها با نوه‌های خود سخت‌تر شده و شکاف بین نسلی در ابعاد مختلف سبک زندگی افزایش یافته است (ادهمی و همکاران، ۱۳۹۶). براساس مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۹ در شهر تهران، هر چند میانگین انسجام در خانواده‌ها زیاد است، والدین سالمند احساس دوگانه و متضادی (گاهی خوب و گاهی بد) به فرزندان خود دارند. این تعارض و دوگانگی در خانواده نیاز به مداخله و مشاوره دارد تا سبب تعارض‌های بیشتر خانوادگی و کاهش سلامت روان سالمندان نشود (تراپیان، ۱۳۹۹).

جدول ۷-۵. روابط والدین سالمند با فرزندان در شهر تهران (از دیدگاه سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر)، ۱۳۹۸

روابط والدین سالمند و فرزندان	یافته
بیشترین هم‌بستگی والدین سالمند و فرزندان	در هم‌بستگی هنجاری / عاطفی (تفکرات و عقاید)
کمترین هم‌بستگی والدین سالمند و فرزندان	در هم‌بستگی جغرافیایی / ساختاری (محل زندگی و کمک در امور منزل)
بیشترین اختلاف میان سالمندان و فرزندان به ترتیب	سبک زندگی: ازدواج یا تنه‌ایستن نوع پوشش، لباس و مو مصرف دخانیات تنبیه یا کنترل در تربیت فرزندان مناسک و رفتار مذهبی
بیشترین حمایت دریافتی و ارائه‌دهنده میان والدین سالمند و فرزندان	حمایت عاطفی مراقبت به موقع بیماری

مسائل و مشکلات مراقبان در خانواده

در اولین مجمع جهانی سازمان ملل درباره سالمندی^۱ در وین در سال ۱۹۸۲ که نخستین برنامه اقدامی بین‌المللی پیرامون سالمندی بود، یکی از مهم‌ترین نگرانی‌ها درباره سالمندان، مراقبت از آنان در خانواده بود (Cowgill & Holmes, 1972; Barker, 1982). چنان‌که در فصل‌های پیش بیان شد، با افزایش سن و آغاز سالمندی، افراد به تدریج برخی از کارکردهای فیزیولوژیک و روانی-اجتماعی خود را از دست می‌دهند. همچنین با افزایش سن سلامتی کاهش می‌یابد. نتیجه این امر افزایش تقاضای سالمندان برای دریافت مراقبت است و انتظار می‌رود در آینده رشد بیشتری داشته باشد. به این ترتیب مراقبت و حمایت از سالمندان مسئله‌ای مهم برای نظام سلامت کشورهاست.

از دیرباز مراقبت از والدین سالخورده به‌طور طبیعی بر عهده فرزندان بوده است. در گذشته خانواده گسترده رواج داشت و سالمندی دوره‌ای طولانی از زندگی نبود؛ بنابراین فشار مراقبت چندان با مشکل همراه نبود. تعداد سالمندان کم و تعداد مراقبان نیز زیاد بود، اما امروزه با تغییرات جمعیتی، مراقبت از سالمندان به مسئله‌ای مهم تبدیل شده است. هم‌اکنون به مراقبت خانوادگی مانند یک دغدغه بهداشتی عمومی توجه می‌شود. مراقبان خانوادگی، بیماران پنهان توصیف می‌شوند و گفته می‌شود برای مقابله با تأثیر منفی بیماری یا ناتوانی نزدیکانشان نیاز به حمایت و مراقبت دارند. در این میان، فرزندان بزرگ‌سال بیشترین منبع مراقبت از سالمندان هستند و ممکن است به همین دلیل امید به زندگی‌شان کمتر و طلاق و پیری زودرس در آن‌ها بیشتر باشد. البته احساس مسئولیت فرزندی و بار مراقبت می‌تواند با تغییر دیدگاه درباره مراقبت تغییر کند، اما در مجموع فشار مراقبت از والدین سالخورده می‌تواند سنگین باشد. میان سالان امروز، هم‌زمان با فشار والدین سالمند و بیمار، با فشار فرزندان خود و اشتغال مواجهند؛ بنابراین به آن‌ها نسل ساندویچی می‌گویند؛ چون بین نیازهای والدین و فرزندان فشرده شده‌اند. تعارض نقش حدی از فشار یک نقش تعریف می‌شود که با فشار ناشی از نقش دیگر ناسازگار است و از جمله مشکلات شایعی است که مراقبان تجربه می‌کنند (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۷).

بنابراین مراقبت از سالمندان فرایندی مزمن و استرس‌زاست که پیامدهای منفی بر سلامت جسمی و روانی مراقبان، به‌ویژه مراقبت‌کنندگان غیررسمی^۲ دارد (Clark and Diamond, 2010)، تا آنجا که بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله سلامتی، اشتغال و درآمد مراقبان تأثیر می‌گذارد (del-Pino-Casado et al., 2017). مراقبت طولانی‌مدت به موازات ایفای نقش‌های اجتماعی با افزایش خطرات ابتلا به بیماری‌های متعدد جسمی و روانی

1. International Plan of Action on Ageing (IPAA) (United Nations, 1982)
2. Informal Caregivers

برای مراقبان همراه است و کیفیت زندگی مراقبان را مختل می‌کند (Kuzu et al., 2005). از سوی دیگر نیز مراقب و حال و هوای روحی و خلقی آن‌ها نقش مهمی در کمک به بزرگسالان سالخورده ایفا می‌کند؛ زیرا آن‌ها شرایطی را که موجب آسیب‌پذیری سالمند می‌شود، بهتر ارزیابی می‌کنند و تشخیص می‌دهند (Valer et al., 2015) که این امر می‌تواند در حفظ سلامت سالمندان سهم فراوانی داشته باشد. مراقبان در کنار چالش‌های مرتبط با مراقبت، وظایف مربوط به زندگی روزمره و زناشویی را نیز به عهده دارند که این امر سبب تجربه استرس بالا، افسردگی، خودکارآمدی پایین و به‌دنبال آن خطر ابتلا به اختلالات مزمن جسمی و روانی می‌شود (Mohammadi et al., 2006)؛ از این‌رو اثر مراقبت از سالمندان بیمار بر سلامت مراقبان خانوادگی مشکلی جهانی است (Abe et al., 2003). شواهد موجود در مطالعات در کشورهای مختلف در دنیا پیرامون وضعیت مراقبان سالمندان بیان‌کننده وجود بار مسئولیت، افسردگی و استرس بالا، درد فیزیکی و بدنی و همچنین کاهش کیفیت زندگی در این افراد است (Xie et al., 2016; Givens et al., 2014). کاهش کیفیت زندگی در مراقبان سالمندان دارای بیماری‌های مزمن مانند دمانس و آلزایمر بیشتر مشاهده می‌شود.

سوءرفتار مراقبان با سالمندان

بار مراقبت علاوه بر کاهش کیفیت زندگی مراقبان، سبب سوءرفتار مراقبان خانوادگی به سالمندانی می‌شود که از آن‌ها مراقبت می‌کنند. براساس مطالعه‌ای مروری، در کشورهای آسیایی به‌صورت کلی سوءرفتار مراقبان خانوادگی با افراد مبتلا به آلزایمر بین ۱۶-۶۲.۳ درصد، سوءرفتار روانی بین ۹.۷-۶۲.۳ درصد و سوءرفتار جسمی بین ۱.۶-۱۸ درصد است. در کشورهای غربی سوءرفتار کلی بین ۵.۴-۵۱ درصد، سوءرفتار روانی بین ۳.۵-۵۱ درصد و سوءرفتار فیزیکی بین ۱.۵-۲۰ درصد گزارش شده است. در ایجاد سوءرفتار عوامل متفاوتی از سوی مراقب (افزایش بار مراقبتی، افسردگی، اضطراب، وضعیت اجتماعی و افزایش زمان مراقبت) و نیز عواملی از سوی فرد مراقبت‌شونده (اختلال روانی، اختلال حافظه و افزایش نیاز در ADL) تأثیرگذار هستند (پورملا میرزا و همکاران، ۱۳۹۹).

دشواری‌های مراقبان در نگهداری سالمندان دچار دمانس

یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مراقبت از سالمندان، مراقبت از سالمندان مبتلا به دمانس است که مشکلات خاص خود را برای مراقبان به همراه دارد. با رشد جمعیت سالمندی در کل دنیا انتظار شیوع بالاتر این بیماری ناتوان‌کننده مرتبط با سن، قابل پیش‌بینی است. دمانس نوعی اختلال مغزی مزمن و پیش‌رونده است که بر

فرد، خانواده و نظام سلامت جامعه تأثیر می‌گذارد. براساس آمار رسمی در سال ۲۰۱۰ بیش از ۳۵٫۶ میلیون نفر در سراسر دنیا مبتلا به دمانس بودند که ۵۸ درصد آن‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کردند. این نسبت در سال ۲۰۳۰ به ۶۳ درصد و در سال ۲۰۵۰، به ۷۱ درصد خواهد رسید؛ به طوری که به دو برابر شدن آمار مبتلایان به دمانس طی هر ۲۰ سال اشاره دارد. این روند در کشورهای آسیایی بسیار سریع‌تر است. در حال حاضر دوسوم مبتلایان در کشورهای با درآمد متوسط و کم زندگی می‌کنند که این امر اهمیت مراقبت را چند برابر می‌کند (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۷). پس توجه به وضعیت و مشکلات مراقبان خانوادگی سالمندان براساس نوع بیماری سالمندان و وضعیت آنان یکی از مهم‌ترین مسائل سیاست‌گذاری اجتماعی است.

تخصیص وقت سالمندان برای مراقبت

در حوزه مراقبت خانوادگی (غیررسمی) زنان مسئولیت بیشتری برای کارهای مراقبتی دارند که این امر تأثیری منفی بر خروجی دریافت کار دستمزدی آنان دارد. درباره زنان سالمند نیز کار خانگی و مراقبتی تأثیری منفی بر طول دوران زندگی و حقوق بازنشستگی دارد؛ از این‌رو امنیت اقتصادی در دوران سالمندی نقش مهمی در میان زنان سالمند مجرد، مطلقه و بیوه دارد. همچنین کارهای جنسیتی و نقش‌های خانوادگی مراقبتی، دسترسی زنان به اوقات فراغت، سلامت و مشارکت اجتماعی را کاهش می‌دهد (Sayer, 2015). برخلاف مردان، زنان در دوران سالمندی، حتی زمانی که برای دستمزد کار می‌کنند، محور مراقبت از دیگران باقی می‌مانند.

بجوریکلوند^۱ و همکاران (۲۰۱۳) الگوهای کارهای روزمره سالمندان ۷۰ ساله و بیشتر سوئدی را براساس بافتار، مقطع و گذران وقت بررسی کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهد نیاز سالمندان شب‌ها با روزها متفاوت است. به جز مراقبت سالمندان از فرد بیمار (همسر) مطالعاتی نیز درباره زمان صرف‌شده سالمندان برای مراقبت از نوه‌ها صورت گرفته است. در تمام دنیا سالمندان منبع مراقبت و حمایت از فرزندان، خانواده و دوستان هستند. این موضوع نه تنها ارزش حمایتی و اقتصادی دارد، بلکه جنبه مهمی از سالمندی مولد به شمار می‌آید. براساس مطالعه سون^۲ (۲۰۱۲) به دلیل اینکه نیروی کار جوان چینی برای کار از روستاها به شهر می‌رود، بسیاری از «فرزندان برجای مانده»^۳ با پدر بزرگ و مادر بزرگ‌هایشان زندگی می‌کنند. یک‌چهارم از خانوارهای روستایی را خانواده‌های بین‌نسلی تشکیل می‌دهند. در خانواده‌های بین‌نسلی نقش مراقبان نوه‌ها به پدر بزرگ و مادر بزرگ‌ها گسترش یافته و بار مراقبت روی دوش آنان قرار گرفته است. براساس یافته‌ها، مردان بیش از زنان و گروه سنی ۶۵-۶۹

1. Bejoriklund

2. Sun

3. Left-Behind Children

بیش از سایر گروه‌های سنی از نوه‌ها مراقبت می‌کنند.

مطالعه دیگر در این زمینه را گری^۱ (۲۰۰۵) در انگلستان انجام داده است. براساس این مطالعه نیز پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها در قامت مراقبان فرزندان نقش مهمی در کمک به ورود مادران به بازار کار دارند. مدل‌سازی جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد احتمال اینکه فرزندان جوان‌تر مادربزرگی با نقش مادرانه و زیر ۷۰ سال داشته باشند، از سال ۱۹۸۱ افزایش یافته است. یافته‌های جدید از پیمایش گذران وقت انگلستان این نقش مؤثر را برای مادران شاغل، به‌ویژه آن‌هایی که توانایی کمتری دارند تأیید می‌کند. همچنین مادر و پدربزرگ‌ها کمک می‌کنند مادران ساعات طولانی‌تری کار کنند و حقوق بیشتری دریافت کنند. البته زنان سالمند شاغل نقش کمتری در نگهداری نوه‌ها در برابر سالمندان بدون شغل دارند.

همچنین زنان عمر طولانی‌تری از مردان دارند، اما بیشتر بیمار می‌شوند. تفاوت جنسی در بیماری براساس مدل استرس-بیماری نشان می‌دهد که زنان نرخ بالاتری از استرس‌های روانی، تنش و افسردگی و تضعیف روحیه را تجربه می‌کنند. جامعه‌شناسان این تنش‌ها و نگرانی‌ها را در اثر استرس نقش، تضاد نقش و درجه تعهد به نقش جنسیتی می‌دانند؛ البته سازوکار زیست پزشکی این موضوع که افسردگی به بیماری جسمانی تبدیل می‌شود، هنوز مشخص نیست. اما باور بعضی متخصصان این است که افسردگی سبب تضعیف نظام ایمنی بدن می‌شود و بدن را برای بیمار شدن مستعد می‌کند. میزان افسردگی زنان شاغل به ترجیح همسر آنان و همچنین میزان کمک همسران در کارهای خانه بستگی دارد.

تحلیل ثانویه داده‌های طرح ملی گذران وقت سال ۱۳۹۴ در میان سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر ساکن در نقاط شهری ایران نشان می‌دهد که به‌طور متوسط سالمندان ایرانی در طول روز ۳ ساعت مشغول فعالیت‌های غیردستمزدی (خدمات و مراقبت به اعضای خانوار) بوده‌اند. در این میان، زنان بیشتر از مردان برای مراقبت از دیگران وقت اختصاص داده‌اند. اشتغال و فعالیت‌های غیردستمزدی شامل فعالیت‌ها و خدمات غیردستمزدی^۲ و مراقبتی^۳ به اعضای خانوار است.

با توجه به شکل ۷-۱، نرخ مشارکت مردان سالمند در فعالیت‌ها و خدمات غیردستمزدی به اعضای خانوار ۶۷ درصد و برای زنان سالمند ۹۲ درصد است. همچنین نرخ مشارکت مردان سالمند در خدمات مراقبتی غیردستمزدی به اعضای خانوار ۹ درصد و برای زنان سالمند ۱۱ درصد است؛ از این‌رو حضور و مشارکت زنان سالمند در اشتغال و فعالیت‌های غیردستمزدی بیشتر از مردان سالمند است.

1. Gray

2. Unpaid Services to Family

3. Unpaid Care Giving to Family

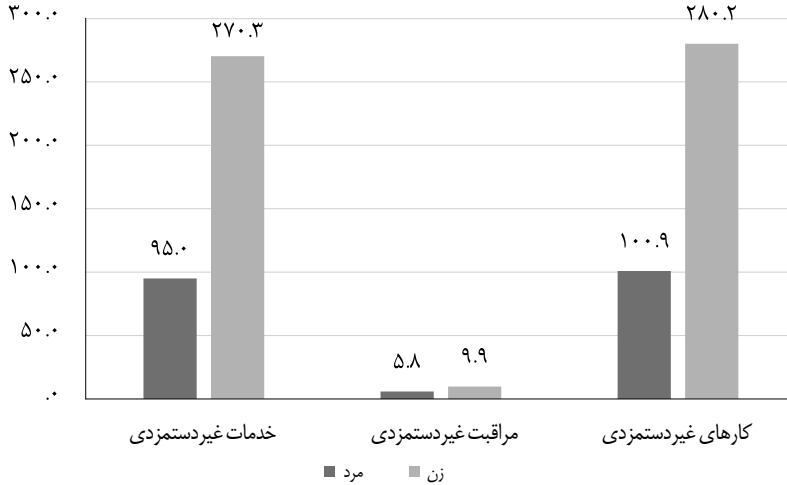
شکل ۷-۱. نرخ مشارکت زنان و مردان سالمند در خدمات و مراقبت غیردستمزدی به اعضای خانواده (درصد)



منبع: زنجری و همکاران، ۱۳۹۸

البته تفاوت جنسیتی در زمان صرف شده برای مراقبت بسیار بیشتر است. بررسی میانگین زمان صرف شده (دقیقه) به فعالیت‌های غیردستمزدی به تفکیک جنسیت در شکل ۷-۲ نشان می‌دهد میانگین زمان صرف شده مردان سالمند به خدمات غیردستمزدی به اعضای خانوار حدود ۹۵ دقیقه در شبانه‌روز و برای زنان سالمند حدود سه برابر، یعنی ۲۷۰ دقیقه در شبانه‌روز است. میانگین زمان صرف شده مردان سالمند به مراقبت بدون دستمزد ۶ دقیقه و برای زنان سالمند ۱۰ دقیقه است. به‌طور کلی، میانگین زمان صرف شده در فعالیت‌ها و خدمات غیردستمزدی برای مردان سالمند ۱۰۰ دقیقه و برای زنان سالمند ۲۸۰ دقیقه است؛ بنابراین تفاوت معنادار آماری میان مردان و زنان در زمان روزانه صرف شده به فعالیت‌ها و خدمات غیردستمزدی به اعضای خانوار ($t=-41.7$ sig=0.001) و مراقبت غیردستمزدی از اعضای خانوار ($t=-4.1$ sig=0.001) و به‌طور کلی در اشتغال و فعالیت‌های غیردستمزدی ($t=-41.8$ sig=0.001) وجود دارد.

شکل ۷-۲. میانگین زمان صرف‌شده (دقیقه) به فعالیت‌های غیردستمزدی به تفکیک جنسیت



منبع: زنجری و همکاران، ۱۳۹۸

مسائل و مشکلات مراقبان

مروری بر پیشینه مطالعات در ایران درباره مراقبان خانوادگی در پایگاه‌های اطلاعاتی از سال ۱۳۸۹ تا سال ۱۳۹۸ نشان می‌دهد، مشکلات مراقبان سالمندان در ایران شامل پریشانی‌های روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی، فشار و بار مراقبتی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی پایین، تعارض میان نقش مراقب و سایر نقش‌های زندگی و نبود شبکه حمایتی مالی یا آگاهی‌دهنده است.

جدول ۶-۷. مشکلات مراقبان غیررسمی سالمندان ایرانی

مشکلات مراقبان	یافته‌ها
اضطراب، افسردگی	<p>- ۱۹.۴ درصد و ۱.۳ درصد از مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس دارای اضطراب خفیف و شدید و ۲۱.۳ و ۱۴.۷ درصد افسردگی متوسط و شدید در شهر تهران (گودرزی و همکاران، ۱۳۹۷)</p> <p>- ۶۹.۸ درصد مراقبان در محدوده افسردگی و ۲۸.۱ درصد در محدوده اضطراب در شهر اصفهان (عمرانی فرد و همکاران، ۱۳۹۷)</p> <p>- ۵۲.۸ درصد شیوع افسردگی در میان مراقبان سالمند جانباز سردشت (زنجری و همکاران، ۱۳۹۸)</p>
بار مراقبتی	<p>- ۳۳.۳ درصد افراد در محدوده متوسط تا بالای بار مراقبتی در شهر اصفهان (عمرانی فرد و همکاران، ۱۳۹۷)</p> <p>- ۶۵.۹ درصد بار مراقبتی شدید تا متوسط در سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر تهران (شفیع‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸)</p> <p>- ۱۱.۵ درصد متوسط و ۱۸.۵ درصد زیاد تجربه بار مراقبتی در میان مراقبان سالمندان کانون‌های بازنشستگی شهر تهران (روحانی و همکاران، ۱۳۹۳)</p> <p>- ۶۲ درصد تجربه فشار مراقبتی بالا در میان زنان مراقب سالمندان دارای آلزایمر در شهر تهران (حسینی و همکاران، ۱۳۹۳)</p>
کیفیت زندگی و سلامت عمومی	<p>- ۱۷.۳ درصد دارای سلامت عمومی نامطلوب در میان مراقبان سالمندان دارای آلزایمر در شهر تهران (باستانی و همکاران، ۱۳۸۹)</p> <p>- دارای سطح کیفیت زندگی پایین در میان زنان مراقب سالمندان مبتلا به شکستگی لگن در شهر تهران (باستانی و همکاران، ۱۳۹۸)</p>
تعارض نقش	<p>- در مطالعات کیفی فرزندان مراقب سالمند در شهر قم به تعارض نقش اشاره شده است (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۷)</p>
نبود شبکه حمایت از مراقبان	<p>- در مطالعه کیفی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر شهر تهران (محمدی و همکاران، ۱۳۸۸)</p>

طلاق سالمندان

خانواده مهم‌ترین نهاد اجتماعی است و همواره در همه جوامع و در طول تاریخ جایگاه و اهمیت ممتازی داشته است. با این حال، تغییرات قابل توجهی در نهاد خانواده رخ داده است. یکی از مهم‌ترین ابعاد و جنبه‌های جهانی تغییر خانواده افزایش میزان طلاق است. در سطح جهانی، میزان طلاق در طول نیم‌قرن گذشته روند افزایشی داشته است. این روند افزایشی به‌ویژه از دهه ۱۹۶۰ میلادی در بسیاری از کشورهای اروپایی سریع و شتابان بوده است و جزئی از تغییرات بزرگ‌تر و گسترده‌تر خانواده به شمار می‌رود که در چارچوب نظریه گذار دوم جمعیتی

به آن پرداخته شد (صادقی و همکاران، ۱۳۹۵).

البته به دلیل تفاوت‌های توسعه‌ای و میان فرهنگی، تغییرات خانواده و افزایش طلاق در مناطق مختلف جهان شدت و ضعف و ماهیت نسبتاً متفاوتی دارد. در جامعه ایران از دیرباز تشکیل، انسجام و استحکام بنای خانواده از نقطه نظر اجتماعی و مذهبی تشویق و تأکید می‌شد و در فرهنگ ایرانیان بی‌ثباتی در کانون خانواده مقبولیت اجتماعی و فرهنگی چندانی نداشت. با این حال، نرخ طلاق از دهه ۱۳۸۰ به بعد همواره رو به افزایش بوده است. بیشتر طلاق‌ها در ایران در دوره جوانی اتفاق می‌افتد: حدود ۴۰ درصد مردان مطلقه و ۶۰ درصد زنان مطلقه در دوره جوانی یعنی سنین زیر ۳۰ سال طلاق گرفته‌اند (صادقی و همکاران، ۱۳۹۵).

مطالعات نشان می‌دهد طلاق در میان سالمندان رو به افزایش است و این امر تأثیر نامطلوبی بر وضعیت سلامتی و اقتصادی سالمندان دارد. براساس آمار جهانی، نرخ طلاق در میان میان‌سالان و سالمندان از سال ۱۹۹۹ تا سال ۲۰۱۰ دو برابر شده است. یک مورد از چهار مورد طلاق در سال ۲۰۱۰ مربوط به افراد ۵۰ ساله و بیشتر بوده است. خصوصیات جمعیت‌شناختی، وضعیت اقتصادی و بیوگرافی ازدواج فرد با طلاق رابطه معناداری دارد و نرخ طلاق در افرادی که ازدواج مجدد دارند، ۲.۵ برابر بیشتر از افرادی است که بار اول ازدواج کرده‌اند (brown & lin, 2012).

با توجه به جدول ۷-۷، شمار سالمندان در وضعیت طلاق گرفته در دهه ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵ از ۳۸ هزار نفر به ۸۶ هزار نفر افزایش یافته است؛ یعنی افزایشی حدود ۲.۳ برابر. همچنین با توجه به پایین بودن احتمال ازدواج زنان مطلقه در ایران، بیشتر سالمندان مطلقه زنان هستند. همان‌طور که در جدول مشخص است، حدود دوسوم جمعیت سالمندان مطلقه را زنان سالمند تشکیل می‌دهند.

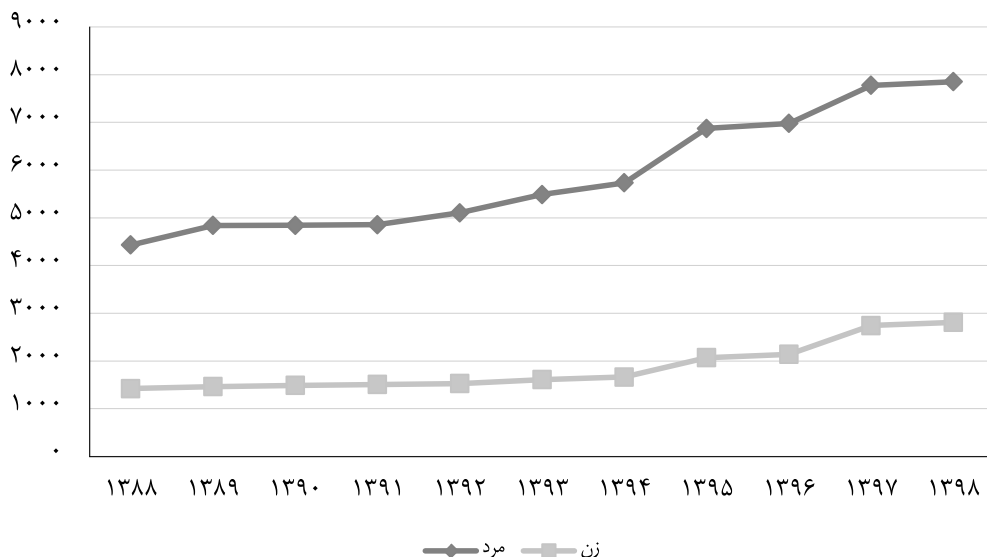
جدول ۷-۷. تعداد سالمندان دارای وضعیت بدون همسر بر اثر طلاق در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۵

نسبت افزایش (۹۵ به ۸۵ درصد)	۱۳۹۵	۱۳۹۰	۱۳۸۵	
۱۲۷	۸۶,۳۵۳	۵۳,۲۱۳	۳۸,۰۶۸	هر دو جنس
۱۲۶	۳۱,۹۷۷	۲۰,۰۴۰	۱۴,۱۰۳	مرد
۱۲۸	۵۴,۳۷۶	۳۳,۱۷۳	۲۳,۹۶۵	زن
-	۶۳.۰	۶۲.۳	۶۳.۰	ترکیب زنانه جمعیت مطلقه (درصد)

منبع: پردازش براساس نتایج سرشماری‌های جمعیتی ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵

همچنین با توجه به شکل ۷-۳، تعداد طلاق‌های ثبت‌شده سالمندان در دوره زمانی ۱۳۸۸-۱۳۹۹ حدود دو برابر افزایش یافته است؛ از این‌رو در سال‌های اخیر حدود ۸ هزار طلاق برای مردان و ۳ هزار طلاق برای زنان سالمند ثبت شده است. تعداد طلاق سالمندان مرد بیشتر از سالمندان زن بوده است که این موضوع به تفاوت‌های سنی زنان و شوهران مربوط است که در آن زنان به‌طور معمول چندسالی از مردان کوچک‌تر هستند.

شکل ۷-۳. تعداد طلاق‌های ثبت‌شده برای سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک جنسیت، ۱۳۸۸-۱۳۹۸



منبع: پردازش براساس داده‌های ثبتی ۱۳۸۸-۱۳۹۸

برنامه‌ها و سیاست‌ها

در حال حاضر، سیاست مشخص یا برنامه معینی در زمینه مسائل خانوادگی سالمندان وجود ندارد و خلأ جدی در این زمینه انکارناپذیر است. بر این اساس توصیه‌های زیر به‌منظور کنترل وضعیت موجود و بهبود شاخص‌ها در زمینه مسائل خانوادگی سالمندان مطرح می‌شود:

- در کشورهای کمتر توسعه‌یافته بار مراقبتی سالمندان بیشتر از نظام مراقبت رسمی بر دوش مراقبان غیررسمی (خانوادگی) است. یکی از مهم‌ترین برنامه‌های سیاستی در حوزه مشکلات خانوادگی سالمندان حمایت اجتماعی است. نقش حمایت اجتماعی از سالمندان در بسیاری از جنبه‌های زندگی آن‌ها شناخته و در مطالعات گوناگون اثبات شده است. تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت فیزیکی و

جسمی، رضایت از زندگی، کاهش افسردگی و اضطراب، احساس خودارزشی، کاهش احساس تنهایی و انزوا، کیفیت زندگی و مجموعه آنچه سالخوردگی موفقیت‌آمیز نامیده می‌شود به اثبات رسیده است (محمودیان و همکاران، ۱۳۹۴). حمایت اجتماعی به‌ویژه از مراقبان سالمندان بسیار مهم است و در سطح کلان حمایت‌های مالی، شکل‌گیری بیمه‌های مراقبتی و ارتقای ساختار مناسب مراقبت رسمی و مراکز مراقبت روزانه و شبانه و در سطح خرد، ایجاد شبکه‌های ارتباطی بین مراقبان برای انتقال تجارب می‌تواند مؤثر باشد.

- مراقبت از سالمندان به‌ویژه سالمندان دارای دمانس و آلزایمر پر از تنش و استرس‌زاست و بار مراقبتی دارد، اما براساس بعضی پژوهش‌های کیفی، برای همه مراقبان نقش مراقب نقشی پراسترس نیست و برخی ارزیابی‌های مثبتی نیز از نقش خود دارند، پیامدهای روان‌شناختی حاصل از مراقبت را در خود بهبود می‌دهند و به‌عنوان ضربه‌گیر در برابر نتایج منفی مراقبت عمل می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهد ۷۳ درصد مراقبان از یکی از پیامدهای مثبت مراقبت برخوردار شده‌اند (فرهادی و همکاران، ۱۳۹۶)؛ از این‌رو انتقال این تجارب تعالی‌بخش و مثبت به سایر مراقبان خانوادگی می‌تواند به کاهش استرس و بار مراقبتی کمک کند.

- یکی از متغیرهایی که در مطالعات درباره مراقبان اهمیت دارد، خودکارآمدی است. منظور از خودکارآمدی، احساس شایستگی، کفایت و قابلیت کنارآمدن با زندگی است. همچنین خودکارآمدی را قضاوت‌هایی تعریف کرده‌اند که شخص درباره توانایی‌های خود برای انجام‌دادن کاری دارد. این قضاوت‌ها با بسیاری از جنبه‌های رفتار انسان و پافشاری در عمل مرتبط هستند (Kamali et al., 2006).

- توجه تحقیقاتی و سیاست‌گذاری برای افزایش فعالیت‌های فراغتی سالمندانی که وظیفه مراقبت بر عهده دارند، به‌ویژه ورزش و پیاده‌روی و مسافرت و امثال آن از اهمیت برخوردار است. اوقات فراغت زمانی است که افراد فرصت تمدید روحیه از فشارهای کاری و تعهدات مراقبتی به دست می‌آورند و به‌دنبال علایق خود می‌روند.

- در مراقبت از سالمندان و فعالیت‌های خانگی مرتبط با آن الگوهای مبتنی بر تبعیض جنسیتی وجود دارد. آموزش و دوری از نگرش‌های سنتی جنسیتی و برابری در مسئولیت برای مردان و زنان ضروری است. زنان ۶۰ درصد مراقبان عضو خانواده مبتلایان به آلزایمر و دیگر انواع دمانس را تشکیل می‌دهند (باستانی و همکاران، ۱۳۹۱). زنان مراقب، در کنار مشکلات مرتبط با مراقبت عهده‌دار مسئولیت‌هایی مانند نقش‌های مربوط به خانواده، شغل و وظایف خانه‌داری هستند و این وظایف علاوه بر مسئولیت مراقبت

سبب تجربه استرس بالا، افسردگی، خودکارآمدی پایین و ب دنبال آن خطر ابتلا به اختلالات مزمن جسمی و روانی می‌شود.

- تحقیقات جاری از یک سو نشان‌دهنده پایداری روابط خانوادگی در میان اکثریت افراد سالخورده در زندگی خانوادگی با دو یا چند نسل از جوانان و حفظ روابط نزدیک با آنان است و از سوی دیگر، برخی شواهد به وضوح روند فزاینده حمایت ناکافی در خانواده‌ها از افراد سالخورده را در بسیاری از کشورها نشان می‌دهد که سبب آسیب‌پذیری و نیاز مراقبتی بیشتر سالمندان خواهد شد (Aboderin, 2004). با توجه به اینکه تحقیقات اندکی در این باره در ایران انجام شده است، تصویر روشنی از تحول ارتباطات خانوادگی میان والدین سالمند و فرزندان وجود ندارد. به‌منظور بهبود سیاست‌ها در این زمینه ضروری است تحقیقات آتی به این خلاً مطالعاتی توجه کنند.

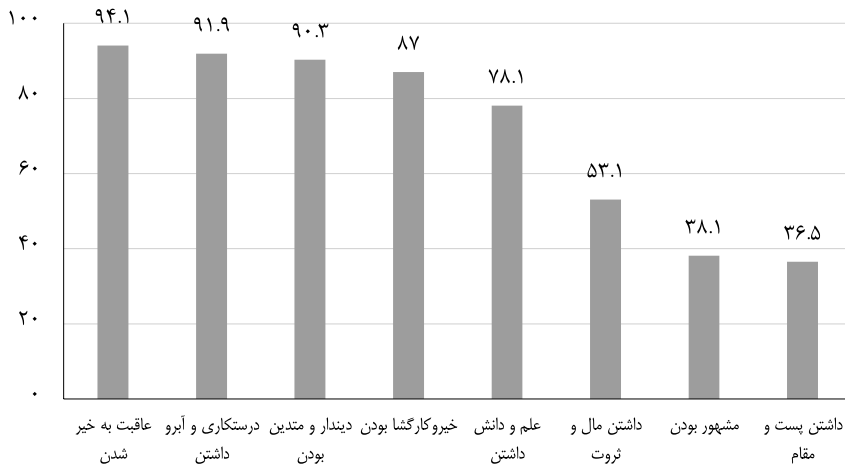
- علاوه‌بر روابط فرزندان و والدین سالمند به روابط پدربزرگ‌ها/ مادربزرگ‌ها و نوه‌ها نیز در روابط بین‌نسلی باید توجه کرد. در شرایطی که بسیاری از مادران خارج از خانه کار می‌کنند، سالمندان می‌توانند کمک فراوانی به سلامت و رفاه نسل سوم بکنند. همچنین سالمندان (پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها) برای نوه‌های خود منبع مهم دانش و تجربه محسوب می‌شوند. در مطالعات کشورهای دیگر نیز رابطه میان نوه‌ها و پدربزرگ‌ها مثبت است و رابطه دختران با پدر/ مادربزرگ‌ها نیز مثبت و مبتنی بر دلسوزی و حمایت است، اما همان‌طور که پیش‌تر مطرح شد، یکی از ابعاد روابط خانوادگی دوگانگی است، این دوگانگی در روابط میان نوه‌ها و پدر/ مادربزرگ نیز دیده می‌شود. نوه‌ها رابطه دوگانه مهربانی و دلسوزی با پدربزرگ و مادربزرگ خود دارند که شامل محبت بی‌دریغ و از طرف دیگر رنجش و دلخوری (شامل رک‌گویی و دخالت) است (چهره‌گشا و همکاران، ۱۳۹۵).

- برخی سالمندان با تغییرات ناشی از فرایند سالمندی به‌طور سازنده برخورد می‌کنند. گروهی دیگر حالت دفاعی به خود می‌گیرند و با مشکلات سخت و بی‌انعطاف رفتار کرده و برخی نیز با فرایند سالمندی با پرخاشگری برخورد می‌کنند (نوابی و همکاران، ۱۳۹۲). گروهی دیگر نیز حس خودانتقادی داشته و احساس نفرت به خود دارند. شناخت نوع واکنش سالمندان به تغییرات این دوران می‌تواند در ارتقای هم‌بستگی بین‌نسلی مؤثر باشد.

۷-۳. ارزش‌ها و نگرش‌ها

ارزش‌ها ریشه در اعتقادات، باورها و مناسبات اجتماعی دارد. از مهم‌ترین اجزای نظام فرهنگی در سطح کلان و نظام شخصیت در سطح خرد است و تأثیر بسیاری بر الگوهای رفتاری و فکری افراد دارد. جوامع مختلف ارزش‌های گوناگونی دارند و وجه تمایز جوامع از یکدیگر همین ارزش‌ها، نگرش‌ها و آمال و آرزوهای مردم آن جامعه است. داده‌های پیمایش ملی وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی جامعه ایران نشان می‌دهد در میان سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر ساکن در مرکز شهرستان‌های کشور، مهم‌ترین اولویت «عاقبت‌به‌خیر شدن» است (۹۴ درصد). بعد از آن «درستکاری و آبروداشتن»، «دین‌دار و متدین بودن» اولویت و اهمیت بیشتر و درمقابل، داشتن پست و مقام و شهرت اولویت کمتری در میان سالمندان دارد (شورای اجتماعی کشور، ۱۳۹۴).

شکل ۷-۴. رجحان‌های زندگی سالمندان ایرانی، ۱۳۹۴



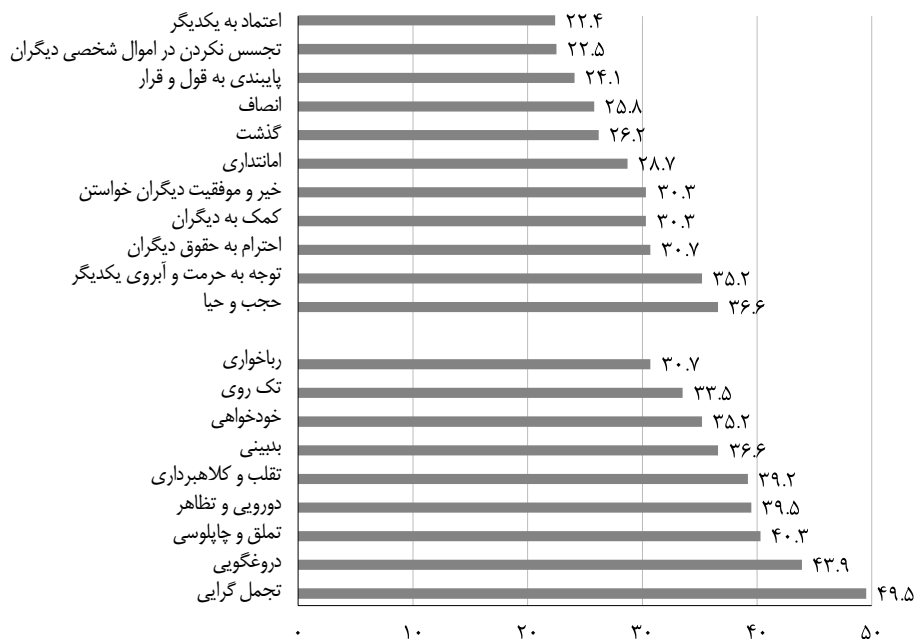
منبع: پردازش بر مبنای داده‌های پیمایش ملی وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی جامعه ایران، ۱۳۹۴

سالمندان بر این باورند که رداییل اخلاقی شیوع بیشتری از ارزش‌های اخلاقی در جامعه ایرانی دارد. از نظر آن‌ها مهم‌ترین رداییل اخلاقی عبارت است از: تجمل‌گرایی، دروغ‌گویی، تملق و چاپلوسی، دورویی و تظاهر، تقلب و کلاهبرداری. درمقابل، معتقدند ارزش‌های اخلاقی مانند حجب و حیا، توجه به حرمت و آبروی یکدیگر بیشتر از سایر ارزش‌های اخلاقی و اعتماد به یکدیگر و تجسس نکردن در اموال شخصی دیگران کمتر در جامعه ایرانی شایع است.

۷-۴. سرمایه اجتماعی

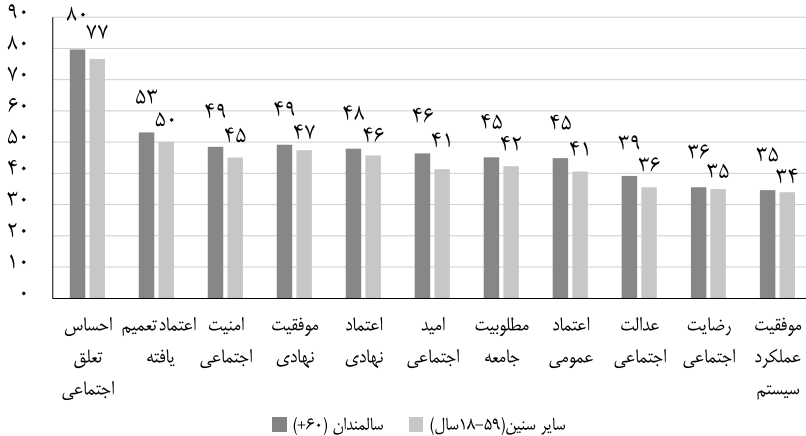
پیمایش ملی سرمایه اجتماعی (شورای اجتماعی کشور، ۱۳۹۴) به بررسی میزان سرمایه اجتماعی و ابعاد گوناگون آن در سنین سالمندی (۶۰ ساله و بالاتر) پرداخته است. بررسی مقایسه‌ای میانگین نمره (بین ۰ تا ۱۰۰) ابعاد مختلف سرمایه اجتماعی در میان سالمندان با میانگین آن برای افراد غیر سالمند در شکل ۷-۵ بیان‌کننده دو نکته است: ۱. سالمندان در همه ابعاد سرمایه اجتماعی میانگین نمره بالاتری در مقایسه با افراد غیر سالمند دارند. ۲. بالاترین نمره به تعلق اجتماعی و پایین‌ترین آن به موفقیت عملکرد نظام مربوط است.

شکل ۷-۵. نگرش سالمندان به شیوع بالای ارزش‌ها و ردایل اخلاقی در جامعه ایرانی



منبع: پردازش بر مبنای داده‌های پیمایش ملی وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی جامعه ایران، ۱۳۹۴

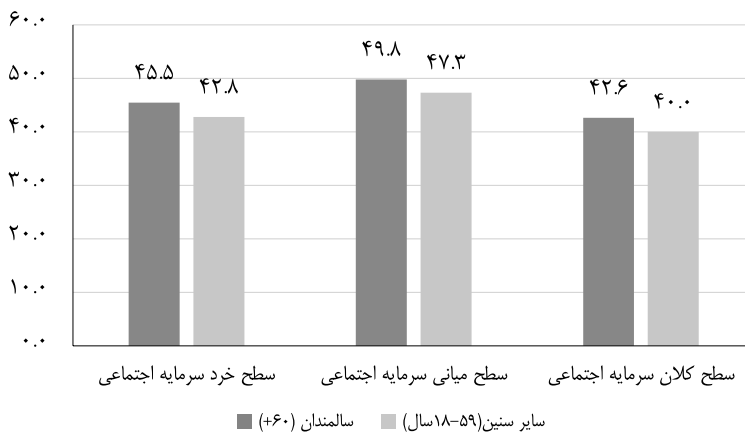
شکل ۶-۷. میانگین نمره ابعاد سرمایه اجتماعی در میان سالمندان و مقایسه آن با افراد غیر سالمند



منبع: پردازش بر مبنای داده‌های پیمایش ملی سرمایه اجتماعی، ۱۳۹۴

بررسی سطوح مختلف سرمایه اجتماعی بیانگر آن است که در تمام سطوح، سرمایه اجتماعی سالمندان بیشتر از افراد غیر سالمند است. همچنین، در میان سطوح مختلف، بالاترین نمره به سرمایه اجتماعی سطح میانی و پایین‌ترین نمره به سرمایه اجتماعی سطح خرد مربوط است (شکل ۷-۷).

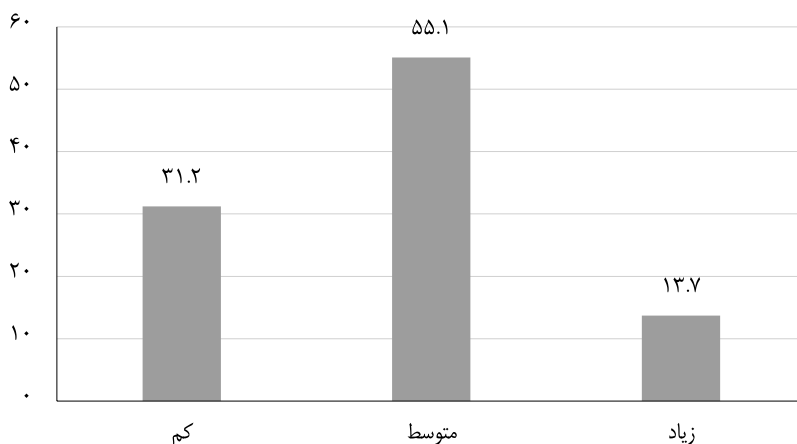
شکل ۷-۷. میانگین نمره سطوح سرمایه اجتماعی در میان سالمندان و مقایسه آن با افراد غیر سالمند



منبع: پردازش بر مبنای داده‌های پیمایش ملی سرمایه اجتماعی، ۱۳۹۴

درنهایت، بررسی میزان سرمایه اجتماعی سالمندان ایرانی در شکل ۷-۸ نشان می‌دهد ۳۱ درصد سالمندان سرمایه اجتماعی پایین، ۵۵ درصد سرمایه اجتماعی متوسط و حدود ۱۴ درصد سرمایه اجتماعی بالایی دارند.

شکل ۷-۸. میزان سرمایه اجتماعی سالمندان ایرانی، ۱۳۹۳

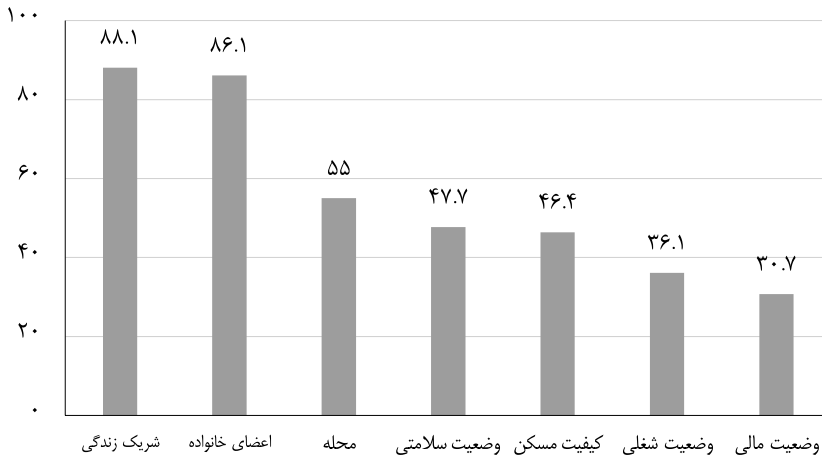


منبع: پردازش بر مبنای داده‌های پیمایش ملی سرمایه اجتماعی، ۱۳۹۴

۷-۵. رضایت از زندگی

رضایت از زندگی نماد بارز سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با تغییر موقعیت‌های گوناگون زندگی است (باقری‌نسami و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین این مقوله بازتابی از دنیای پیرامون و احساسات فرد درباره گذشته، حال یا آینده‌اش است؛ بنابراین احساس رضایت از زندگی، یکی از ابعاد کیفیت زندگی و بهزیستی اجتماعی، ارزیابی فرد از تناسب دنیای پیرامون و شرایط زندگی با آرزوها و خواسته‌هایش را نشان می‌دهد. سالمندان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی هستند که مسئله رضایت از زندگی در آن‌ها به دلیل کاهش توانایی‌های جسمانی و روانی از اهمیت فراوانی برخوردار است. بر این اساس، آنچه امروزه سیاست‌گذاری اجتماعی به دنبال آن است، تنها طولانی‌تر کردن دوران زندگی نیست، بلکه بیشتر هدف رضایت‌بخش بودن عمر به‌ویژه در سال‌های پایانی زندگی است. بر مبنای تحلیل داده‌های پیمایش ملی وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی جامعه ایران (شورای اجتماعی کشور، ۱۳۹۴)، میزان رضایت از زندگی سالمندان از اطرافیان و شرایط زندگی بررسی شده است (شکل ۷-۹)؛ از این‌رو بیشترین رضایت سالمندان از همسر و اعضای خانواده و کمترین میزان رضایت از وضعیت مالی است.

شکل ۷-۹. میزان رضایت از زندگی سالمندان از اطرافیان و شرایط زندگی، ۱۳۹۴



منبع: پردازش بر مبنای داده‌های پیمایش ملی وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی جامعه ایران، ۱۳۹۴

۷-۶. جرم، اعتیاد و سوءمصرف مواد

بحث درباره جرم و سالمندی دوسویه متفاوت دارد. از سویی سالمندان ممکن است هدف عمل مجرمانه و خشونت قرار بگیرند و بزهدیده محسوب شوند و از سوی دیگر ممکن است خود مجرم باشند و در ردیف بزهکاران قلمداد شوند. بحث درباره سوپیه اول، یعنی بزهدیدگی سالمندان عموماً و به‌ویژه در دهه‌های اخیر و متناسب با افزایش جمعیت سالمندان جریان داشته است. همچنین اصطلاح سالمندآزاری به‌منزله پدیده‌ای که روزبه‌روز رواج بیشتری یافته در گزارش‌ها درباره سالمندان به کار رفته است. در این گزارش نیز بحث خاصی به گزارش سالمندآزاری اختصاص یافته است. در این بخش، به سوپیه دوم می‌پردازیم که امری غریب و نادر محسوب می‌شود و در گزارش‌ها درباره سالمندان کمتر درباره آن بحث شده است. در گزارش‌های رسمی درباره جرم و جنایت یا دستگیرشدگان فعالیت مجرمانه نیز به مجرمان بالای حدود ۳۵ سال اشاره شده است.

اعتیاد و سوءمصرف مواد در میان سالمندان نیز دچار همین خلأ پژوهشی و تحقیقاتی و نبود داده است. سوءمصرف مواد، به‌ویژه مواد افیونی و داروهای تجویز شده توسط پزشکان به‌سرعت در حال گسترش میان سالمندان است؛ درحالی‌که چنین مشکل بزرگی در زمره اختلالات مدنظر نیست؛ در مباحث سوءمصرف مواد به آن اشاره‌ای نمی‌شود و در مباحث سالمندشناسی بحث و بررسی شایان توجهی درباره آن صورت نگرفته است. دانش کم و فقر داده‌های تحقیقی موجب می‌شوند که متصدیان امور سلامت و بهداشت مانند پزشکان و روان‌پزشکان این پدیده را نادیده بگیرند. از سوی دیگر علائم سوءمصرف مواد در سالمندان شبیه به دیگر اختلالات جسمی و رفتاری در این سنین است و این امر سبب می‌شود تشخیص سخت باشد. احساس خجالت سالمند، اطرافیان، مراقبان او و تلاش آن‌ها برای مخفی نگه‌داشتن مصرف مواد از دیگر عوامل مهمی است که به پیچیدگی مسئله می‌افزاید و سبب می‌شود تعداد افراد مبتلا کمتر از حد تخمین زده شود. اطرافیان و فرزندان سالمندان گرایش آن‌ها را به مصرف مواد به افزایش سن نسبت می‌دهند و بر مبنای یک فرض بیان نشده، اما استوار فکر می‌کنند اگر سوءمصرف مواد سالمند را شاد نگه می‌دارد، بهتر است چند باقی‌مانده عمر را به همین ترتیب سپری کند؛ زیرا چندان از عمر او باقی نمانده که سختی کنارگذاشتن مواد را تحمل کند، اما مبنای چنین دیدگاهی پیش‌فرض‌هایی کاملاً غلط است. براساس تحقیقات، سالمندانی که سعی دارند با مصرف مواد خوددرمانی کنند، از تنهایی شکایت دارند و رضایت از زندگی در آن‌ها کمتر است (Hendricks et al., 1991). از سوی دیگر، مصرف مواد سبب می‌شود افت کارکردهای بدنی سریع‌تر اتفاق بیفتد و خطر بیماری و جراحت افزایش یابد.

نکته مهم دیگر افزایش سریع تعداد مبتلایان به سوءمصرف مواد افیونی در سنین زیر ۲۰ است. حدود ۲۰

سال پیش تخمین زده شد که در جمعیت غیرسالمند کشور تا ۴ میلیون نفر مبتلا به سوءمصرف مواد باشند. اهمیت این موضوع زمانی روشن می‌شود که به یافته‌های تحقیقات در کشورهای دیگر توجه کنیم. براساس این مطالعات، کسانی که در سنین جوانی معتاد به مواد افیونی بودند، در سالمندی نیز به این مواد روی می‌آورند (Jinik et al., 1990)؛ بنابراین با در نظر گرفتن افزایش تعداد سالمندان در سال‌های آتی مشخص می‌شود که به‌زودی مشکل سوءمصرف مواد افیونی در این گروه سنی به یک بحران تبدیل خواهد شد. علاوه بر مواد افیونی داروهایی که برای سالمندان تجویز می‌شود نیز گاه سالمندان را به سوءمصرف می‌کشاند؛ به‌ویژه بنزودیازپین‌ها و خواب‌آورها (Gamberg, 1994). خطرات مصرف بی‌رویه این گروه‌های دارویی برای سالمندان بسیار است؛ به‌خصوص خطر ناشی از تغییرات متابولیسم دارو و تأثیر تداخل دارویی سوءمصرف مواد به‌طور ویژه‌ای برای سالمندان خطرناک است (جزایری و مشتاق ۱۳۸۵). دسترسی آسان سالمندان به انواع دارو نیز زمینه مساعدی برای ایجاد وابستگی و احیاناً سوءمصرف دارو در این افراد فراهم می‌کند؛ بنابراین به دست آوردن تصویری از وضعیت این مشکل در سالمندان، گنجاندن توجه ویژه به آن‌ها در پیمایش‌های ملی در زمینه اعتیاد و سوءمصرف مواد و به تبع آن، برنامه‌ریزی برای پیشگیری، شناسایی و درمان ضروری است.

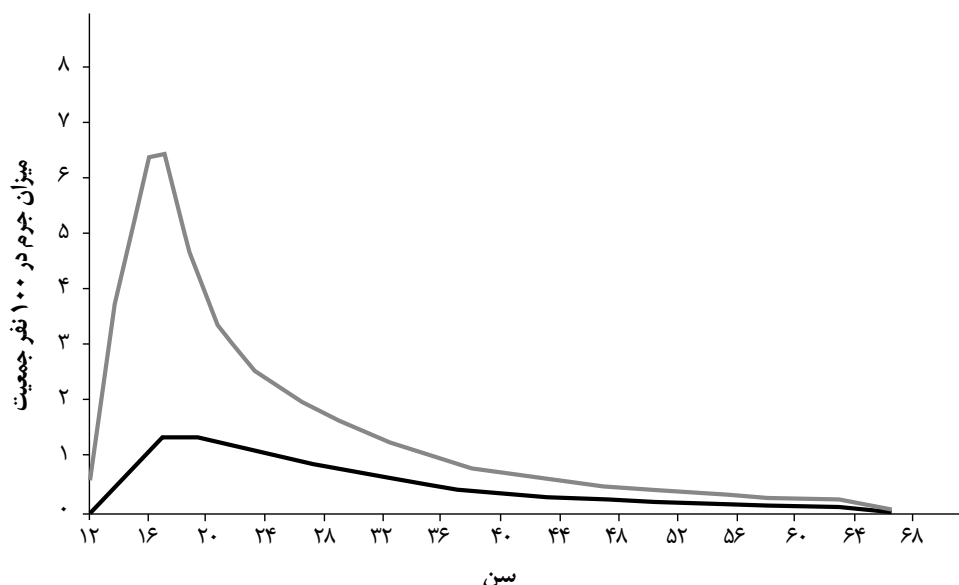
جرم، اعتیاد و سوءمصرف مواد سالمندان در دیگر کشورها

نمودارهای جرم شناختی به‌ویژه منحنی «سن-جرم» نشان می‌دهد افراد در سنین آخر دوران نوجوانی بیش از سایر دوره‌های سنی مرتکب جرائم خشونت‌آمیز می‌شوند (Siegel, 2016)؛ درواقع از یک سو تبعات ذاتی جرائم و از سوی دیگر ضعف‌ها و شرایط جسمی و روحی دوران سالمندی، امکان وقوع جرم را در سنین ۶۵ به بالا بسیار کاهش داده است. امروزه در جرم‌شناسی شناخت الگوهای جرم بسیار اهمیت دارد. در ترسیم الگوهای جرم به عوامل متعددی توجه می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها عبارت است از: جنسیت، سن، نژاد و طبقه اجتماعی. به‌طور کلی جرم‌شناسان با پژوهش‌های متعدد درباره الگوهای جرم به‌دنبال دستیابی به دو هدف کلان و خرد هستند. هدف کلان الگوهای جرم «تصویرنگاری جنایی» است. تصویرنگاری جنایی از «ترکیب الگوهای مختلف جرم و کشف ارتباط آن‌ها با یکدیگر» به دست می‌آید؛ به عبارت دیگر، در هدف کلان، آنچه مهم است، بیان ارتباط میان الگوهای مختلف و دستیابی به تصویری روشن از افرادی است که بیشتر احتمال دارد مرتکب جرم بشوند. هدف خردالگوهای جرم «بررسی مستقل هر الگو و کشف ارتباط آن با وقوع جرائم مختلف است، بدون آنکه به چگونگی ارتباط میان الگوهای مختلف جرم با یکدیگر توجهی داشته باشد». یک مثال الگوی سن و جرم است. یک جرم‌شناس بدون آنکه به‌دنبال درک چگونگی ارتباط میان الگوی سن با دیگر الگوها مانند الگوی جنسیت،

قومیت و طبقه اجتماعی باشد، رابطه میان سن و جرم را بررسی می‌کند. اینکه الگوی سن و جرم در توضیح جرائم چه دستاوردهایی داشته است؟ آیا منحنی «سن-جرم» درباره همه مجرمان، خواه مجرمان اتفاقی و خواه مزمن، به یک شکل است؟ اگر بله، چرا و اگر خیر، به چه دلیل؟ در همین زمینه، یکی از پرسش‌های مهم این است که با توجه به دستاوردهای جرم‌شناسی و با استفاده از منحنی «سن-جرم» کدام گروه سنی بیش از سایر گروه‌ها مرتکب جرائم خشونت‌آمیز می‌شوند.

شکل ۷-۱۰ نشان می‌دهد که در جرائم خشونت‌آمیز تعداد بزه‌کاران زیر ۱۱ سال بسیار اندک است. از این زمان به بعد، این منحنی سیر صعودی پیدا می‌کند تا اینکه در ۱۸ سالگی به نقطه اوج می‌رسد. از این نقطه، منحنی قوس نزولی پیدا می‌کند (مارش و همکاران، ۱۳۸۹: ۶۴). امروزه در جرم‌شناسی آمریکا، به این سیر نزولی «پدیده خروج از دنیای بزه‌کاری با افزایش سن» گفته می‌شود. بر مبنای این پدیده، جرم‌شناسان بر این باورند که ارتباط میان سن و جرم ارتباطی معکوس است؛ بدین معنا که بیشتر اطفال و نوجوانان بزه‌کار با گذر از این دوره سنی، در اوایل دوران جوانی از دنیای بزه‌کاری خارج و به شهروندان مطیع قانون تبدیل می‌شوند. بر این اساس افراد در سنین سالمندی کمتر به بزه‌کاری و جرم نشان تمایل می‌دهند.

شکل ۷-۱۰. منحنی سن-جرم



Source: Siegel et al., 2011

منحنی بالا براساس اطلاعات جرم و بزه در ایالات متحده آمریکا ترسیم شده، اما در تحقیقات مشابه در سال ۲۰۰۳ در کشورهای انگلستان و ولز نیز نموداری نسبتاً مشابه با نمودار فوق به دست آمده است؛ یعنی با تحلیل آمار جنایی موجود، مشخص شد که دوره ۱۷-۱۵ سال، حساس‌ترین دوره سنی است که اشخاص در آن مرتکب جرم (خواه جرم خشونت‌آمیز، خواه جرم غیرخشونت‌آمیز) می‌شوند و بعد از آن در اوایل دوران جوانی سیر نزولی نمودار آغاز می‌شود (McVie, 2005). برخلاف این دیدگاه عده‌ای از جرم‌شناسان معتقدند در میان گروه‌های سنی، ۱۸-۲۵ سالگی حساس‌ترین دوران گرایش به جرم و بزه است؛ زیرا در ابتدای این دوره سنی، سیر صعودی منحنی «سن-جرم» شدت می‌گیرد و در ۲۵ سالگی به اوج می‌رسد (گسن، ۱۳۸۵: ۹۲). بر این اساس سالمندان اصولاً در ردیف گروه‌های سنی در معرض اقدام به جرائم خشن و آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی قرار نمی‌گیرند. الگوی اعتیاد و سوءمصرف مواد سالمندان در کشورهایی که اعتیاد و سوءمصرف، جرم محسوب می‌شود کاملاً با کشورهایی که در آن‌ها از اعتیاد جرم‌زدایی شده است فرق دارد.

تغییرات جمعیت‌شناختی در سراسر جهان سبب افزایش تعداد و سهم افراد سالخورده از معتادان در بسیاری از مناطق جهان شده است. براساس شواهد موجود، در برخی کشورها، مصرف مواد مخدر در میان جمعیت سالخورده رو به گسترش است؛ هرچند شیوع آن نرخ کمی دارد، طی دهه گذشته روند صعودی داشته و در مقایسه با گروه سنی جوانان، در سالمندان با شیب تندتری افزایش یافته است. در ایالات متحده، داده‌های مصرف مواد مخدر نشان می‌دهد، بین سال‌های ۱۹۹۶ و ۲۰۱۶، تغییرات چندانی درباره نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در میان جمعیت نوجوانان ۱۲-۱۷ سال مشاهده نشده است، اما درباره مصرف مواد مخدر در میان افراد ۵۰ ساله و بیشتر، طی همین دوره زمانی افزایشی از حدود ۱.۳ درصد تا ۹.۸ درصد مشاهده می‌شود؛ یعنی حدود هفت برابر بیشتر (UNODC, 2018).

یکی از بررسی‌هایی که سالانه در آمریکا و با حمایت مالی اداره کل مصرف مواد و بهداشت روان صورت می‌گیرد، زمینه‌یابی ملی مصرف دارو و سلامت است. گزارش این بررسی سالانه نشان می‌دهد، بین سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۴ میزان شیوع مصرف مواد غیرقانونی در میان شاغلان در سنین ۶۴-۵۰ سال ۲.۶ درصد و مصرف بیش‌ازحد الکل در میان افراد شاغل در سنین ۶۴-۵۰ سال ۴.۷ درصد بوده است (دماری، ۱۳۹۳). تعداد مصرف‌کنندگان سالخورده مواد مخدر، همراه با رشد جمعیت افراد ۵۰ ساله و بالاتر افزایش بیشتری نیز خواهد داشت. تعداد کل افراد بالای ۵۰ سال در ایالات متحده که مواد مخدر مصرف کرده‌اند، از حدود ۹۰۰ هزار نفر در سال ۱۹۹۶ به بیش از ۱۰.۸ میلیون نفر در سال ۲۰۱۶ رسیده که حدود ۱۲ برابر افزایش یافته است. شدت این افزایش، به‌ویژه در فاصله سال‌های ۲۰۱۶-۲۰۰۶ چشمگیر است. طی این مدت، تعداد مصرف‌کنندگان سالانه

۵۰ ساله و بالاتر مواد مخدر سه برابر شده و از ۳.۶ میلیون نفر به ۱۰.۸ میلیون نفر رسیده است. نرخ شیوع سالانه مصرف مواد مخدر در میان مصرف‌کنندگان بالای ۵۰ سال، با دو برابر افزایش از ۴.۱ درصد به ۹.۸ درصد رسیده است. افزایش نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در افراد ۶۰ سال به بالا چشمگیرتر است و طی دهه گذشته تقریباً چهار برابر شده است؛ درحالی‌که نرخ مصرف سالانه مواد مخدر میان افراد گروه سنی ۶۴-۶۰ سال، چهار برابر شده و این میزان در افراد ۶۵ سال به بالا، شش برابر رشد داشته است (UNODC, 2018).

طی بازه سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۰۶ در آلمان، در یک سال گذشته منتهی به تحقیق مصرف تمام انواع مخدر در جمعیت ۴۰ سال به بالا بیش از میانگین آن در افراد جوان‌تر افزایش داشته است. مصرف مواد مخدر در جوانان ۲۴-۱۸ سال در همین بازه زمانی افزایش متعادل تری (۲۲ درصد) داشته است. طی دوره ۲۰۱۶-۲۰۰۷، در استرالیا، نرخ شیوع مصرف سالانه مواد مخدر میان گروه سنی ۱۹-۱۴ سال، اندکی کاهش داشته است، اما نرخ شیوع مصرف در گروه‌های سنی ۵۹-۵۰ سال و نیز ۶۰ سال و بیشتر، بین ۷۰-۶۰ درصد افزایش داشته است. در برخی کشورهای پرجمعیت اروپای غربی، مصرف شاهدانه (علف) هنوز هم در میان گروه سنی ۶۴-۵۵ سال رو به افزایش است. داده‌های مربوط به نرخ شیوع مصرف سالانه فرانسه، آلمان، ایتالیا، اسپانیا و بریتانیا نشان می‌دهد، مصرف این ماده در افراد این گروه سنی با نرخی بیش از هر گروه سنی دیگر افزایش داشته است. افزایش نرخ مصرف سالانه شاهدانه در گروه‌های سنی ۲۴-۱۵ سال و نیز ۳۴-۲۵ در کشورهای یادشده، بسیار کمتر است و حتی در برخی موارد نرخ شیوع نزولی بوده است. در شیلی، مصرف شاهدانه در جمعیت ۶۴-۴۵ سال، طی یک سال منتهی به ۲۰۱۶ چهار برابر افزایش یافته است که این میزان، در فاصله سال‌های ۲۰۱۶-۱۹۹۶، حدود ۳۰ برابر بیشتر شده است. افزایش نرخ شیوع سالانه مصرف شاهدانه در گروه‌های سنی جوان‌تر کمتر از این میزان است. درباره مصرف کوکائین نیز الگوی مشابهی مشاهده می‌شود: از سال ۱۹۹۶ تا سال ۲۰۱۶، نرخ شیوع مصرف سالانه در گروه‌های سنی ۱۸-۱۲ سال و نیز گروه سنی ۱۹-۲۵ سال کاهش یافته، اما در همین بازه زمانی، در گروه سنی ۴۴-۳۵ سال ۱۴ برابر شده است (همان).

جرم، اعتیاد و سوءمصرف مواد سالمندان در ایران

درباره چگونگی ترسیم منحنی «سن-جرم» در ایران به دلیل دسترسی دشوار به آمار جنایی رسمی اطلاعات دقیقی در دست نیست، اما با توجه به ترکیب سنی بازداشت‌شدگان و جمعیت کیفری زندانیان ایران، بعید به نظر می‌رسد که مانند کشور آمریکا، نقطه اوج ارتکاب جرائم خشونت‌آمیز، ۱۸ سالگی باشد و به احتمال فراوان اوج ارتکاب جرائم خشونت‌آمیز سنی بیش از این سن است. مطابق آمار ورودی زندانیان برحسب گروه‌های سنی به

زندان‌های کشور از سال ۱۳۷۵-۱۳۸۰ مشخص شد که بیشترین ورودی از گروه سنی ۲۵-۱۹ سال بوده است (نجفی توانا، ۱۳۸۸)؛ بنابراین به نظر می‌رسد حساس‌ترین گروه سنی در ایران، مانند کشورهای هم‌چون فرانسه، ۲۵-۱۸ سال است؛ از این رو شواهد موجود نشان می‌دهد هنوز نباید ارتکاب جرم در میان سالمندان را به‌منزله مشکل یا مسئله سالمندی در ایران محسوب کرد. با وجود این، گزارش‌هایی درباره افزایش وقوع جرم در میان سالمندان ایرانی منتشر شده است که لزوم پایش و دیده‌بانی دقیق‌تر را نشان می‌دهد. چند خبر در این زمینه شایان توجه است:

- به گزارش شهرآرانیوز، پیرمرد ۸۰ ساله اهل روستای چهارمحل بخش خورگام، همسر دوم و ۲۲ ساله خود را به بهانه وجین نکردن مزرعه عدس با سیخ داغ مورد ضرب و شتم قرار داده است. رئیس اداره بهزیستی رودبار گفت: با همکاری فرمانده انتظامی بخش خورگام، این زن مجروح و بچه خردسالش پس از مرخصی از بیمارستان تحویل خانواده پدری‌اش شد. گفته شده زن جوان پس از مجروح شدن و درحالی که وضعیت جسمی مناسبی نداشت، به همراه پسر ۵ ساله‌اش توسط همسایه‌ها فراری و به اهالی منطقه پناه برد (شهرآرانیوز، ۱۳۹۹/۳/۳۰).
- به گزارش ساعدنیوز، پیرمرد ۶۷ ساله‌ای که به اتهام تجاوز به دختر ۱۴ ساله دستگیر و با حکم قاطع دیگری از سوی دستگاه قضایی خراسان رضوی به اعدام محکوم شده بود، در زندان مرکزی مشهد به دار مجازات آویخته شد (ساعدنیوز، ۱۳۹۹/۹/۶).
- پیرمردی که همسر جوانش را مورد ضرب و شتم قرار داده بود، از سوی پلیس بازداشت شد. این شوهر ۸۳ ساله در اقدامی خشن زن جوان ۲۸ ساله‌اش را با چوب به باد کتک گرفته بود. شدت جراحات واردشده به این زن جوان به‌حدی بود که برای مداوا و درمان در بیمارستان بستری شد. زن از بیمارستان مرخص شده و از سوی دیگر پلیس هم از دستگیری شوهر خشن با حکم قضایی و انتقال او به زندان خبر داده است. علت این درگیری اختلافات خانوادگی و مشاجره‌ای بوده که بین این زن و شوهر در گرفته است، اما خانواده این زن جوان می‌گویند پیش از این هم بارها از همسرش کتک خورده و حتی چند بار هم از سوی شوهرش در خانه زندانی شده است (ایسنا، ۱۳۹۹/۴/۲).
- در گزارشی از یک قتل به ۳۰ ضربه ساطور به پیکر پیرزنی ۷۶ ساله توسط شوهر ۹۶ ساله‌اش اشاره شده است که به قتل زن انجامید. شوهر ۹۶ ساله کهن‌سال‌ترین قاتل تاریخ جنایی ایران لقب گرفت. طی سال‌های اخیر، خبر وقوع قتل و جنایت میان سالمندان بخش زیادی از صفحه حوادث روزنامه‌ها را به خود اختصاص داده است. از آن جمله خبر پیرمرد ۷۰ ساله که همسر ۶۰ ساله‌اش را کشت و پیرمرد

۷۸ ساله که همسر دوم و جوان خود را به قتل رساند. سالمند قاتل اخیر پنج فرزند داشت و در برابر «بازپرس شهرداری» ضمن اعتراف به قتل گفت: «زنم ناسپاس بود، نافرمانی می کرد. ناسزا می گفت و موقع حرف زدن توهین بود که از دهانش بیرون می آمد» (ویستا نیوز، ۱۳۹۹/۹/۶).

از سوی دیگر برخی جرائم مانند سوءمصرف مواد که از گذشته مصرف آن در میان سالمندان ایرانی شایع بوده است، احتمال وقوع دیگر جرائم را در این گروه سنی افزایش می دهد. افزون بر این، سوءاستفاده از وضعیت خاص ذهنی و روانی سالمندان موجب شده است تا در مواردی آن ها ناخواسته در موضع مجرم قرار بگیرند؛ برای مثال زن چهل ساله ای که سال هاست شغلش نگهداری از کودک و سالمند در منازل است، در مصاحبه با یک خبرنگاری گفته است: «بارها و بارها در مؤسسات ارائه خدمات به سالمندان با افراد معتاد و سابقه داری مواجه شدم که به دنبال یافتن جایی برای خوابیدن وارد منازل افراد می شوند و با دیدن مال و اموال نقشه های پلیدی برای صاحب خانه می کشند». وی ادامه داد: «برای مثال سال گذشته یک قاچاقچی مواد مخدر با جازدن خودش به عنوان نظافتچی و رفتن به منزل زن و مرد سالمندی که هر دو به آلزایمر مبتلا بودند، از فراموشی این افراد استفاده و در خانه آن ها مقادیر زیادی مواد مخدر جاسازی کرد. بعد از اینکه این مرد به شکلی اتفاقی دستگیر شد، پیرزن و پیرمرد بیچاره هم به عنوان همدستان او دستگیر شدند» (ایران هشدار، ۱۳۹۵/۵/۱۰).

با توجه به آنچه بیان شد، متأسفانه هر دو گروه جرائم نسبت به سالمندان و جرائم توسط سالمندان پیچیده و مطالعات در این زمینه بسیار محدود است. نگرانی از وضعیت موجود در شیوع مصرف مواد و اعتیاد در میان سالمندان و همچنین بازنشستگان، بخش دیگر وقوع جرم در میان سالمندان است که در ادامه به آن پرداخته شده است.

براساس نتایج مطالعه ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در سال ۱۳۷۷ (رزاقی و همکاران، ۱۳۸۲) ۷.۹ درصد معتادان در گروه سنی ۵۰ سال به بالا قرار دارند و ۴.۶ درصد آنان بیش از ۵۵ سال داشته اند. براساس این مطالعه، معتادان بیشتر از ۵۵ سال در گروه خودمعرف (۳۹.۷ درصد) بیش از دو گروه معتادان خیابانی (۳۵.۲ درصد) و معتادان زندانی (۲۵ درصد) بوده است. مقایسه سهم معتادان بالای ۵۰ سال در این مطالعه (۷.۹ درصد) با سهم معتادان در همین گروه سنی پذیرش شده در واحدهای پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف (۷.۴ درصد) و معتادان پذیرش شده در مراکز بازپروری سازمان بهزیستی (۶.۲ درصد) نشان داد حدود ۶-۷ درصد معتادان کشور را جمعیت بالای ۵۰ سال تشکیل می دهند. در این مطالعه سهم معتادان بازنشسته از کل معتادان کشور ۱.۹ درصد برآورد شده است.

شش سال بعد نتایج حاصل از مطالعه مشابه با عنوان «ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به

مواد در ایران» (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۳) نیز نتایج مشابهی را نشان داد. براساس این مطالعه ۶.۷ درصد معتادان کشور در گروه سنی ۵۰ سال و بالاتر قرار داشتند. نکته مهم در این مطالعه در مقایسه با مطالعه پیشین افزایش سهم معتادان ۵۰ سال و بالاتر خیابانی (۷.۱ درصد) در مقایسه با معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی (۶ درصد) و معتادان زندان (۴.۶ درصد) بود. مطابق نتایج این مطالعه ۴.۱ درصد معتادان در سال ۱۳۸۳ بازنشسته و ۰.۷ درصد مستمری‌بگیر بودند. به‌علاوه سهم معتادان خیابانی بازنشسته در گروه سنی بالاتر از ۵۰ سال ۱.۵ درصد و بیش از دو گروه معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و زندان بود.

سه سال بعد بار دیگر پژوهش «ارزیابی سریع وضعیت سوء‌مصرف و وابستگی به مواد در ایران» (نارنجی‌ها و همکاران، ۱۳۸۶) اجرا و مطابق یافته‌های آن سهم جمعیت معتادان در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال ۶.۲ درصد برآورد شد. در این پژوهش نیز دوباره سهم معتادان خیابانی در گروه سنی مورد بحث معادل ۶.۹ درصد و بالاتر از دو گروه معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی (۴.۲ درصد) و معتادان زندان (۲.۹ درصد) بود. براساس یافته‌ها، ۱ درصد معتادان کشور را بازنشسته‌ها و ۰.۴ درصد را مستمری‌بگیران تشکیل می‌دادند.

ده سال پس از مطالعه پیشین، نتایج پژوهش رفیعی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان «ارزیابی سریع وضعیت اختلال مصرف مواد در ایران» نشان داد که ۵.۶ درصد معتادان در گروه سنی ۵۵ تا ۶۵ سال هستند و ۱ درصد آن‌ها بیشتر از ۶۵ سال سن دارند. در این مطالعه، سهم معتادان در گروه سنی بالای ۵۵ سال در مراکز سرپایی و بستری (۸.۹ درصد) بیشتر از معتادان خانگی (۶.۷ درصد)، سرپناه، گذری و پاتوق ماده ۱۶ (۵.۳ درصد) و زندانی (۴.۷ درصد) بود. نکته مهم در نتایج این مطالعه افزایش سهم معتادان بازنشسته در مقایسه با مطالعات پیشین بود که ۳.۳ درصد کل معتادان برآورد شده است. براساس یافته‌های پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان موج سوم (وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ۱۳۹۵)، ۴ درصد جمعیت بالاتر از ۵۰ سال به سؤال درباره سابقه مصرف مواد مخدر پاسخ مثبت داده‌اند. در میان بازنشستگان با کمی افزایش ۴.۶ درصد به همان سؤال پاسخ مثبت داده‌اند. همچنین ۷.۳ درصد همین گروه سنی تأیید کرده‌اند که در خانواده‌شان فرد معتاد دارند که به معنای درگیربودن آن‌ها با مشکل اعتیاد و سوء‌مصرف مواد است. گفتنی است که ۲۰.۸ درصد جمعیت در گروه سنی ۵۰ سال به بالا تأیید کرده‌اند که در میان دوستانشان افراد معتاد هم وجود دارند. پاسخ ۲۳ درصد بازنشستگان به این سؤال نیز مثبت بوده است.

به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که سالمندان به‌طور معمول سهم نسبتاً ثابت در دامنه ۶-۷ درصد معتادان کشور را تشکیل می‌دهند. همچنین به نظر می‌رسد به‌تدریج بر سهم معتادان بالای ۵۰ سال خیابانی یا گذری و پاتوق افزوده شده است که بر نگرانی نسبت به سلامت آن‌ها می‌افزاید. در سال ۱۳۸۵ یکی از

معدود پژوهش‌ها درباره درمان سوءمصرف مواد در سالمندان منتشر شد (جزایری و مشتاق ۱۳۸۵). طی ۱۴ سالی که از انتشار این مقاله می‌گذرد، به این مشکل اجتماعی در سالمندان توجه ویژه‌ای نشده است و پژوهش‌های منتشرشده طی این مدت درباره اعتیاد سالمندان در مقایسه با بدنه دانش موجود درباره اعتیاد بسیار محدود است. در پیمایش‌های متعددی که به سفارش نهادهای مختلف پژوهشی و اجرایی در این حوزه طی این سال‌ها صورت گرفته، با وجود گردآوری داده‌های فراوان، نتایج و تحلیل‌ها به‌ندرت به تفکیک سن عرضه شده است، یا اگر چنین شده، تمرکز بر گروه‌های سنی غیر از سالمندان است.

علاوه‌بر مطالعات پیشین پژوهشگران برخی دیگر از ابعاد الگوی مصرف مواد معتادان را بررسی کرده‌اند. مطالعه توکلی و همکاران (۱۳۹۰) درباره معتادان بالای ۴۰ سالی که به انجمن خیریه احیای انسانی برای سم‌زدایی و درمان مراجعه کرده بودند، نشان داد ماده سوءمصرفی آن‌ها شامل تریاک (۳۶.۴ درصد) و کراک و هروئین (۴۲.۲ درصد) بود. میانگین ماهیانه هزینه مواد این سالمندان ۱۵۹ هزار تومان گزارش شد. اسداللهی و همکاران (۲۰۱۱) درباره مصرف مواد استنشاقی^۱ در سالمندان اهوازی مطالعه کرده‌اند. نمونه ۷۴ نفره این مطالعه، افراد ۵۵ ساله و مسن تری بودند که به درمانگاه‌ها و مراکز مراقبتی شهر اهواز مراجعه کرده‌اند و در سوابق و پرونده‌های درمانی آنان شواهد مصرف استنشاقی مواد وجود داشت. ۶۷ درصد از افراد نمونه مرد و باقی زن بودند. سن ۶۴ درصد افراد نمونه بین ۵۵-۶۵ بود و باقی ۶۶ سال و بالاتر داشتند. همچنین ۷۱ درصد بی‌سواد و باقی سطحی از سواد داشتند. ۸۳ درصد بازنشسته و ۷ درصد همچنان در بخش‌های دولتی یا خصوصی شاغل بودند. بیشتر افراد فقیر بودند و درآمدشان کمتر از ۳۰۰ دلار در ماه بود. ۳۲ درصد از افراد نوعی اعتیاد داشتند. ۲۱ درصد مواد استنشاقی و ۱۱ درصد انواع دیگری از مواد را مصرف می‌کردند. در مواردی که دچار اختلال مصرف مواد استنشاقی بودند، شدت اختلال در ۵۷ درصد موارد کم، در ۳۲ درصد متوسط، ۸ درصد شدید و ۲ درصد خیلی شدید بوده است. شیوع‌شناسی سوءمصرف مواد نشان می‌دهد در میان اقسام مواد با مصرف استنشاقی، سوءمصرف حلال‌ها بیش از بقیه است (۵۲ درصد) (Asadollahi et al., 2011).

پژوهش نبوی و همکاران (۱۳۹۴) درباره شیوع سقوط در سالمندان ۶۵ سال و بیشتر بستری در بیمارستان که با خانواده در شهر بجنورد زندگی می‌کردند، نشان داد ۴۵ درصد آنان مصرف‌کننده مواد بودند، اما هیچ‌یک الکل مصرف نمی‌کردند. پژوهش دیگری که در سال ۲۰۱۸ منتشر شد، به مطالعه سالمندانی اختصاص دارد که در سال ۲۰۱۷ (۱۳۹۷-۱۳۹۶) به مراکز ترک اعتیاد آمل مراجعه کرده بودند. در نمونه ۲۰۰ نفره این مطالعه ۸۱.۵ درصد مرد بودند. میانگین سن مردان در نمونه ۶۴.۳۶ و در زنان ۶۲.۴۸ بود. ۳۶ درصد تحصیلات ابتدایی داشتند،

۶۸.۵ درصد متأهل، ۳۴.۵ درصد هنوز شاغل و ۳۳.۵ درصد بازنشسته بودند. درآمد ۴۹ درصد از آن‌ها کمتر از کف هزینه‌های زندگی^۱ بود و ۶۵.۵ درصد افراد صاحب خانه بودند. میانگین سنی آغاز سوءمصرف ۳۶.۳۳ سال (کمترین ۲۰ و بیشترین سن آغاز مصرف ۶۰ سال) بود؛ درحالی‌که میانگین سن آغاز وابستگی ۳۹.۴۴ سال بود (کمترین ۲۵ و بیشترین ۶۳ سال). میانگین مدت وابستگی مطابق این مطالعه و در این نمونه ۲۴.۴۴ سال بود (کمترین ۲ و بیشترین ۵۵ سال). ۵۶ درصد در گذشته تجربه سم‌زدایی داشتند و ۱۹۷ نفر از ۲۰۰ نفر هیچ‌وقت مواد را به‌صورت تزریقی مصرف نکرده بودند. همه افراد نمونه (۲۰۰ نفر/ ۱۰۰ درصد) مواد افیونی مصرف می‌کردند. باقی مواد مصرفی شامل مشتقات توتون (۱۳۰ نفر/ ۶۵ درصد)، نوشیدنی‌های الکلی (۶۲ نفر/ ۳۱ درصد)، شاهدانه (۴۱ نفر/ ۲۰.۵ درصد)، اقسام آمفتامین (۶ نفر/ ۳ درصد)، مواد استنشاقی (۲۵ نفر/ ۱۲.۵ درصد)، داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (۵۳ نفر/ ۲۶.۵ درصد) و مواد توهم‌زا (۹ نفر/ ۴.۵ درصد) بود (Saberi et al., 2018).

هاشمی نظری و همکاران (۲۰۱۹) موارد مرگ سالمندانی (۶۰ ساله یا مسن‌تر) را مطالعه کرده‌اند که در اثر عوارض ناشی از سوءمصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان بوده و در سال‌های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ به پزشکی قانونی تهران ارجاع شده است. طی این مدت، ۲۲۷ مورد مرگ سالمندان به‌دلیل سوءمصرف مواد مخدر یا داروهای روان‌گردان در پزشکی قانونی بررسی شده است. بیش از نیمی از این تعداد یعنی ۶۱.۷ درصد را کالبدشکافی کرده بودند، در ۴۹.۸ درصد از آن‌ها آزمایش‌های سم‌شناسی صورت گرفته بود و در ۲۳.۸ درصد موارد آزمایش آسیب‌شناسی (پاتولوژی) اجرا کرده بودند. شیوع مرگ در اثر سوءمصرف مواد و داروها طی سال‌های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ در سالمندان به‌ترتیب ۲.۲۰ و ۱.۹۱ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت بود. این رقم در زنان سالمند ۰.۳۵ و ۰.۵۱ و در مردان ۴.۵۰ و ۳.۳۵ بود. رایج‌ترین مخدر مصرفی سالمندان تریاک (۵۵.۵ درصد/ ۱۲۶ نفر) بود. میانگین سن این سالمندان ۶۶.۹ سال (۶۰-۹۰ ساله) و میانگین سن شروع مصرف ۴۰.۳ سال (۱۴-۸۵ سال) بود. بیشتر فوت‌شدگان (۳۸ درصد) از تهران و پس از آن از خراسان رضوی (۱۱ درصد) و همدان (۹ درصد) بودند. نیمی از آن‌ها (۵۲.۹ درصد) مسکن داشتند و بیشتر آن‌ها متأهل بودند (۵۵ درصد). ۲۶.۹ درصد شغل آزاد داشتند، ۱۴.۵ درصد بازنشسته و ۱۱ درصد بیکار بودند. از لحاظ تحصیلات، ۳۴.۴ درصد زیر دیپلم و ۲۷.۷ درصد بی‌سواد بودند. تعداد اندکی از این افراد سابقه بستری از بابت بیماری‌های اعصاب و روان داشتند و سابقه اقدام به خودکشی در این افراد ۲.۲ درصد بوده است (Hashemi Nazari et al., 2019).

در پژوهشی که در سال ۱۳۹۸ درباره شیوع سوءمصرف مواد در سالمندان (۶۰-۹۷ سال) بستری در بیمارستان حضرت رسول (ص) در تهران منتشر شد، ۲۲.۷ درصد در سطحی دچار سوءمصرف مواد بودند.

وضعیت سوء مصرف ۲۲ درصد از این نمونه «پایین» و وضعیت ۰.۷ درصد شدید بوده است. یک مورد سوء مصرف هروئین و باقی افراد به تریاک به شکل خوراکی و استنشاقی اعتیاد داشتند (نصراللهی و همکاران، ۱۳۹۸).

علل و عوامل

عوامل بسیاری در گرایش به مصرف مواد در میان سالمندان نقش دارد. تغییرات در باور عمومی به خطرات ناشی از مصرف مواد مخدر، دسترسی بیشتر و آسان تر به مخدرها، تغییرات در پذیرش اجتماعی در خصوص مصرف مواد مخدر و خوددرمانی به منظور سازگاری با درد یا اضطراب یا چالش‌های پس از بازنشستگی می‌تواند به شروع مصرف مواد مخدر یا بازگشت دوباره به مصرف مواد مخدر در میان سالمندان منجر شوند. عاملی دیگری که ممکن است نقش مؤثری داشته باشد، نفوذ گروه هم‌سالان است؛ زیرا این افراد معمولاً در دوره‌های زمانی یکسانی متولد شده‌اند و تجربه‌های فرهنگی و اجتماعی مشترکی دارند که البته این تجربه‌ها می‌تواند با گروه‌های هم‌سن و سال قبلی متفاوت باشد.

افزایش میزان مصرف مواد مخدر مشاهده شده در میان جمعیت سالخورده، می‌تواند پیامد پیری جمعیت در گروه‌های هم‌سن و سال با نرخ شیوع مصرف بالاتر در مقایسه با گروه‌های سنی دیگر باشد؛ برای مثال در نسل متولدشده در سال‌های ۱۹۴۶ و ۱۹۶۴ در کشورهای غربی که به آن نسل انفجار جمعیتی گفته می‌شود، مصرف مواد مخدر به مراتب از متولدان دوره‌های پیشین بیشتر بوده است. بسیاری از افراد متولد شده در این دوره، اکنون در سال‌های سالخوردگی به سر می‌برند که این موضوع خود را به شکل افزایش نرخ رشد مصرف مواد مخدر در میان گروه‌های سنی کهن سال بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته نشان می‌دهد (UNODC, 2018). ایالات متحده، در یک سال منتهی به تحقیق شاهد رشد فراوان مصرف شاهدانه در میان افراد بالای ۵۰ سال بوده است. بخشی از این رشد مدلول پا به سن گذاشتن متولدان دوره انفجار جمعیتی است که به‌طور کلی نرخ مصرف مواد مخدر در آن‌ها در مقایسه با نسل‌های قبلی بیشتر است. از میان آن‌هایی که ۵۰-۵۹ سال دارند، دوره یک‌ساله شاهدانه، از ۳.۱ درصد در سال ۲۰۰۲ به ۵.۷ درصد در سال ۲۰۰۷ و همچنین نرخ مصرف داروهای تجویزی برای مصارف غیرپزشکی نیز از ۲.۲ درصد به ۴.۴ درصد افزایش یافته است. ویژگی‌های مشترک مصرف‌کنندگان مواد مخدر در این گروه سنی شامل جنسیت مذکر، مجرد بودن، مصرف مواد مخدر در کودکی، سطح تحصیلات پایین، درآمد کم، بیکاری به دلیل ناتوانی یا معلولیت، مصرف الکل یا تنباکو و تجربه شرایط افسردگی شدید در سال‌های قبل است.

افزون بر تأثیر و نفوذ گروه هم‌سن و سال بر ادامه مصرف شاهدانه در متولدان دوره انفجار جمعیتی می‌توان

به تغییر نگرش به شاهدانه نیز اشاره کرد که احتمالاً در افزایش مصرف آن نقش داشته است. طی دهه گذشته، کمتر شدن آسیب‌ها و قبح مصرف شاهدانه در اذهان عمومی و ادامه یافتن بحث‌ها درباره قانونی شدن مصرف مواد ممکن است بر میزان مصرف شاهدانه تأثیر گذاشته باشد. در میان کشورهای اروپایی که بیشترین نرخ شیوع مصرف شاهدانه در میان جمعیت سالخورده را دارند، روند صعودی افزایش مصرف شاهدانه مشابه دیگر گروه‌های سنی بوده است. بررسی و آنالیز داده‌ها نشان می‌دهد دلیل اصلی این پدیده ادامه مصرف در گروه‌های سنی جوانی بوده که اکنون در سنین سالمندی هستند.

البته سطح بالاتر مصرف مواد مخدر در میان سالمندان را شاید بتوان با آغاز دیر هنگام مصرف یا تغییرات شرایط پیرامونی نیز توجیه کرد، اما در هر صورت عموماً دوران نوجوانی (۱۷-۱۲ سالگی) را دوره پرخطر مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در نظر می‌گیرند. پژوهشی درباره مصرف‌کنندگان ۵۹-۵۰ ساله نشان می‌دهد در ایالات متحده تعداد بسیار کمی از افراد، مصرف مواد مخدر را در سنین پیری آغاز کردند. تقریباً ۹۰ درصد افراد، در ۳۰ سالگی مصرف مواد را آغاز کرده بودند و حدود ۷۲ درصد نیز از همان سنین مصرف داروهای تجویزی را برای مقاصد غیر پزشکی شروع کرده‌اند. در این میان، تنها ۳ درصد افراد مصرف مواد مخدر و ۹ درصد مصرف غیر پزشکی داروهای تجویزی را در ۵۰ سالگی و بالاتر آغاز کردند (همان).

یکی از دلایل شروع دیر هنگام مصرف مواد مخدر در سنین پیری، خوددردمانی در شرایط بالینی دردناک است. افراد سالخورده شرایط جسمانی و روحی آسیب‌پذیرتری دارند که از جمله این آسیب‌پذیری‌ها افسردگی و نرخ بالای عوامل اجتماعی بالابرنده خطر شروع مصرف مواد مانند محرومیت، گوشه‌گیری از اجتماع، مشکلات مالی و نداشتن حمایت اجتماعی است. بازنشستگی از کار یکی از حوادثی که زندگی سالمندان را دچار تحول اساسی می‌کند. براساس شواهد، تأثیر بازنشستگی بر مصرف مواد مخدر بسیار محدود است. با این حال مطالعات درباره ۹۷۸ نفر در ایالات متحده نشان می‌دهد بازنشستگی به اشکال مختلف بر مصرف مواد مخدر تأثیر داشته است (همان). بازنشستگی کامل و قطع هرگونه ارتباط با نیروی کار در مقایسه با سایر اشکال بازنشستگی که فرد کماکان با موقعیت شغلی و نیروی کار ارتباط دارد، تمایل به مصرف مواد مخدر را افزایش می‌دهد. با این حال این موضوع به سن بازنشستگی کامل نیز بستگی دارد. شواهد نشان می‌دهد افرادی که در سنین پایین‌تر بازنشسته می‌شوند، بیش از افرادی که در سنین بالاتر بازنشسته می‌شوند، با مشکلات مربوط به مصرف مواد مخدر مواجه می‌شوند. این رابطه درباره کسانی که بازنشستگی معلق دارند و کماکان شاغل محسوب می‌شوند برعکس است. درباره افرادی که جوان‌تر هستند و دچار بازنشستگی ضمن اشتغال می‌شوند نیز مشکلات کمتری در مقایسه با هم‌تایان سالمندان گزارش شده است (همان).

برنامه‌ها و سیاست‌ها

چنان‌که در مقدمه این بخش از گزارش بیان شد، به عللی از جمله سهم پایین جرم و اعتیاد و سوءمصرف مواد در میان سالمندان و تصور عمومی مبنی بر دشواری تغییر رفتارها، نگرش‌ها و به‌طور کلی سبک زندگی سالمندان در هیچ‌یک از اسناد یا سیاست‌ها کمترین اشاره‌ای به جرم یا اعتیاد و سوءمصرف مواد در میان سالمندان نشده و به این ترتیب سیاست مشخص یا خاصی در ارتباط با این گروه در نظر نگرفته شده است.

۷-۷. خشونت و سالمندآزاری

سالمندآزاری تهدیدی جدی علیه افراد بالاتر از ۶۰ سال و یکی از اشکال جدی و خطرناک خشونت خانگی است که پیشینه‌ای بسیار قدیمی دارد، اما در دو دهه اخیر بیشتر در جوامع و نزد متخصصان مراقبت‌های بهداشتی به آن توجه شده است. بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف با این پدیده مواجه می‌شوند که با پیامدهای ماندگار بر سلامت ذهنی و روانی قربانیان همراه است (Brown, 2002). سالمندآزاری به دلیل ارتباط آن با اضطراب روانی (Comijs, 1998; Mears, 2003; et al., 2003)، افزایش ضرورت استفاده از خدمات بهداشتی (Walsh & Yon, 2012) و خطر بالای مرگومیر در سالمندان مسئله‌ای جدی به شمار می‌رود (Lachs, et al., 1998; Mouton, 2003).

قدمت بدرفتاری با سالمند مانند بدرفتاری با زنان و کودکان به اندازه قدمت بشریت است، اما اولین بار در سال ۱۹۷۵ این مقوله با عنوان واژه مستقل^۱ توصیف شد (Baker, 1975). در داستان‌های اساطیری و باستانی یونانی، قتل والدین به دست فرزند و به‌ویژه قتل پدر به دست پسر مضمونی تکرارشونده است. درباره شکلی از قتل والدین در جشن‌ها و مراسم شاه‌کشی گزارش‌هایی وجود دارد و به قتل حاکمی به دلیل پیری اشاره شده است؛ زیرا ممکن بود مجنون شود و در نتیجه برای زبردستانش خطرناک باشد. گفتنی است در دوران پیشاصنعتی، حرص جوانان در تصاحب زمین و ترس سالمندان از اینکه در دوران پیری از آن‌ها غفلت شود، عامل وجود اختلافات خانوادگی بوده است. در اروپا نیز گزارش‌های تاریخی مبنی بر این وجودی دارد که زنان سالمند را بعد از یائسگی به‌عنوان جادوگر آتش می‌زدند. همچنین شواهد دیگری مبنی بر خشونت جسمی علیه مردان سالمند وجود دارد (Quinn & Tomita, 1997).

نظریه‌ها درباره سالمندآزاری

نظریه‌ها درباره سالمندآزاری سابقه طولانی در مباحث سالمندی ندارند. همچنین با توجه به اینکه سالمندی پدیده‌ای زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است، نظریه‌ها درباره سالمندآزاری تا حد زیادی بین‌رشته‌ای و حاصل مطالعات درباره خشونت هستند.

نظریه تبادل اجتماعی^۲

نظریه تبادل اجتماعی را جورج کاسپار هومنز، جامعه‌شناس، در دهه ۱۹۵۰ مطرح کرد. به اعتقاد طرفداران نظریه تبادل اجتماعی، سالمندان در عوض دریافت حمایت از دیگران نمی‌توانند پاداش‌های مادی یا نامحسوسی

1. Granny Battering
2. Social Exchange Theory

بدهند و این امر ممکن است به روابطی مبتنی بر سوءاستفاده منجر شود. براساس این نظریه آسیب ممکن است به دلیل وابستگی قربانی به آزاردهنده و برعکس صورت بگیرد. فرض اول بر این است که سالمندآزاری در نتیجه افزایش وابستگی سالمند به مراقبت کننده است؛ زیرا مراقب از اینکه سالمند به او وابسته باشد، خشمگین می شود (Abolfathi Momtaz, Hamid, & Ibrahim, 2013).

نظریه فمینیسم^۱

این نظریه بر آزار همسر سالمند به عنوان یکی از ابعاد مهم سالمندآزاری تمرکز دارد. زنان به دلیل داشتن قدرت کمتر از مردان، آسیب پذیری بیشتری در مقابل آزار همسر دارند. براساس این نظریه مردان منابع اجتماعی و مالی بیشتری در مقایسه با زنان دارند و همین امر موجبات آزار آنان را فراهم می کند (Abolfathi Momtaz et al., 2013).

نظریه اقتصادی سیاسی^۲

براساس این نظریه، افراد سالمند به تدریج از اجتماع و خانواده خود به حاشیه رانده می شوند، نقش خود را از دست می دهند و به دیگران وابسته می شوند. تغییر نقش سالمندان و حذف آنها از نیروی کار و کاهش استقلال آنها ممکن است به آزار و غفلت منجر شود (Abolfathi Momtaz et al., 2013). علیزاده خوبی در مطالعه‌ای در شهر اهواز به این نتیجه رسید که وابستگی مالی به فرزندان یکی از قوی ترین عوامل پیشگویی کننده آزار محسوب می شود (Alizadeh Khoei, et al., 2014).

نظریه آسیب شناسی روانی مراقبان^۳

این دسته از نظریه‌ها بر اختلالات روان شناختی مراقبان به منزله عامل اصلی در بدرفتاری تمرکز دارند. افرادی که به این قسم بیماری‌ها مبتلا هستند، گاهی ویژگی‌های غیراخلاقی عمیقی دارند که منجر به سوءرفتار به سالمندان می شود (دادخواه، ۱۳۸۶).

1. Feminist Theory

2. Political Economic Theory

3. Psychopathology of the Abuser

نظریه نقش تجمعی^۱

مطابق این نظریه سالمندان ممکن است از اعضای خانواده مانند همسر، فرزندان یا فرزندخواندگان آزار ببینند. افراد خانواده وقتی نقش‌های متضاد پیدا کنند، قادر به کنترل و مدیریت استرس زندگی خود نیستند و هرکدام از اعضای خانواده که دارای استرس باشد، ممکن است به منزله یک راه کنار آمدن با استرس، سالمند را آزار دهد (Abolfathi Momtaz et al., 2013).

نظریه موقعیتی^۲

این نظریه بر شرایطی تأکید می‌کند که موجب بروز سوءرفتار با سالخوردگان می‌شود. براساس این نظریه خواسته‌های بیش از حد سالمند و مراقبت‌های بلندمدت از یک سالمند ممکن است سبب ایجاد فشار بیش از حد و شدید به مراقبت‌کننده شود که در نهایت می‌تواند محیطی برای سوءاستفاده فراهم کند (Abolfathi Momtaz et al., 2013)؛ بنابراین نظریه موقعیتی بروز سالمندآزاری را عمدتاً به تجمع موقعیت‌های استرس‌زای مراقبان نسبت می‌دهد (Kivelä, 1995).

نظریه یادگیری اجتماعی^۳

این دیدگاه را نظریه نسل نیز می‌نامند. براساس این نظریه خشونت رفتاری یادگیری شده است که از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. هنگامی که در مشاهدات کودک پاسخ استرس خشونت باشد، این رفتار برایش درونی و قابل قبول می‌شود و احتمال بیشتری دارد که در آینده والدین خود را آزار بدهد (Abolfathi Momtaz et al., 2013).

نظریه سطح‌بندی^۴

براساس این نظریه، افرادی که شغل‌هایی با رده پایین دارند، به دلیل دستمزد پایین شغل را مطلوب نمی‌دانند و از آن ناراضی‌اند، اما برای گذران زندگی در هر حال به درآمد نیاز دارند و در آن شغل می‌مانند. مراقبان نیز گاه چنین وضعیتی دارند؛ یعنی درآمد آن‌ها کم و جایگاه اجتماعی‌شان نیز پایین است؛ بنابراین انتظار می‌رود آزار

-
1. Role Accumulation Theory
 2. Situational Theory
 3. Social Learning Theory
 4. Stratification Theory

سالمند زمانی اتفاق بیفتد که مراقب با وجود دستمزد پایین، ناچار است نیروی زیادی را صرف کنترل سالمند کند (Abolfathi Momtaz et al., 2013).

نظریه اجتماعی اکولوژیکی^۱

مدل اجتماعی و اکولوژیکی بر نقش فیزیکی و اجتماعی محیط در روند شکل‌گیری رفتار انسان تأکید دارد (Batistich, 2004). نظریه اکولوژیک بر اثرات باورهای فرهنگی و اجتماعی، ارزش‌ها و هنجارها، ساختار اجتماعی، سن و نابرابری جنسیتی، محیط اقتصادی، فردی، خانوادگی و ویژگی‌های جامعه در آزار سالمندان تأکید دارد (Burnight Mosqueda, 2011; Manstead et al., 1995; Kassa, 2014).

سالمندآزاری در دیگر کشورها

مطالعات بین‌المللی تخمین می‌زند که ۵-۱ درصد سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر در معرض آزار هستند یا با آن مواجه می‌شوند (Pavlik et al., 2001). براساس مطالعات کوپر^۲ و همکاران، میزان شیوع سالمندآزاری در سراسر جهان به‌طور کل بین ۳.۲ تا ۲۷.۵ درصد جمعیت است (Cooper, Selwood & Livingston, 2008). دونگ^۳ در بررسی خود در سطح پنج قاره، میزان شیوع سالمندآزاری را ۲.۲-۶۱.۱ درصد برآورد کرده است (X.Q. Dong, 2015). سازمان جهانی بهداشت نیز در گزارش سالانه سال ۲۰۱۷، شیوع سالمندآزاری در کشورهای توسعه‌یافته را از ۱ تا ۱۰ درصد اعلام کرده است (Massey Stokes & Quezada, 2017). یان^۴ در سال ۲۰۱۵، به ۵۲ مطالعه در ۲۸ کشور، از جمله ۱۲ کشور با درآمد پایین و متوسط پرداخت و نتیجه گرفت که ۱۵.۷ درصد از افراد ۶۰ سال به بالا با یکی از اشکال سالمندآزاری مواجه شده‌اند (Yon et al., 2017). در یکی از مطالعات اخیر که در ۴ کشور آسیایی (چین، ژاپن، هند و سنگاپور) انجام گرفت، شیوع سالمندآزاری در هند ۵۵ درصد، در ژاپن ۱۷.۹ درصد، در چین ۳۶.۲-۲۷.۵ درصد و در کره ۶.۳ درصد بود (Yan, Chan & Tiwari, 2015). در مکزیک سالمندآزاری با شیوع ۱.۷ درصد در هر دو جنس مرد و زن یکسان است. پرخاشگری‌های کلامی نیز شایع‌ترین نوع سالمندآزاری گزارش شده است و ۳۸ درصد موارد خشونت در داخل خانه رخ می‌دهد (Ruelas-González et al., 2016).

1. Socio-Ecological Model

2. Cooper C

3. Dong XQ

4. Yongjie Yon

سالمندآوری در ایران

مولایی براساس مطالعه سیستماتیک داده‌های مربوط به سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۸۴ در ایران برآورد کرده است که میزان شیوع کلی سالمندآوری در ایران ۵۶.۴ درصد و بیشتر از کشورهای دیگر است. در همین مطالعه، بدرفتاری عاطفی و طردشدگی به ترتیب بیشترین و کمترین فراوانی را داشتند (مولایی، و همکاران، ۱۳۹۶). براساس مطالعه‌ای دیگر در سال ۱۳۹۳ در شهر کاشان، ۸۰ درصد سالمندان طی یک سال حداقل با یک نوع آزار مواجه شده بودند که بالاترین میزان شیوع در کشور محسوب می‌شود. در همین مطالعه، سوءرفتار مالی بیشترین و طردشدگی کمترین میزان شیوع را داشت (خلیلی و همکاران، ۱۳۹۳).

نتایج مطالعات ده سال گذشته در شهرهای مختلف کشور حاکی از آن است که ۷۷.۹ درصد در تهران (روحانی و همکاران، ۱۳۹۶)، ۶۳.۳ درصد در گرگان (نصیری و همکاران، ۱۳۹۲)، ۶۰.۵ درصد در دزفول (محبی و همکاران، ۱۳۹۵)، ۵۶.۸ درصد در نیشاپور (دهنوعلیان و همکاران، ۱۳۹۸)، ۵۲.۶ درصد در تبریز (ستودن حق و همکاران، ۱۳۹۹) و ۲۶.۷ درصد در کلاله (نوری و همکاران، ۱۳۹۳) با سالمندآوری مواجه شده‌اند. در تمام مطالعات فوق، سوءرفتار روانی، غفلت مراقبتی و غفلت عاطفی بیشترین و سوءرفتار جسمی و جنسی کمترین میزان شیوع را داشت. همچنین براساس مطالعه دیگری در آبادان، ۶۲.۹ درصد سالمندان در طول یک سال حداقل یک مورد سوءرفتار از نوع غفلت مراقبتی داشتند و کمترین نوع شایع آزار غفلت عاطفی بوده است (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵).

با وجود اینکه پدیده سالمندآوری مشکلی جهانی است و در تمام کشورهای دنیا وجود دارد، با مقایسه نتایج مطالعات در ایران با سایر کشورها به نظر می‌رسد این پدیده در کشور ما فراوانی بیشتری دارد؛ به طوری که شیوع سالمندآوری از ۲۶.۷ درصد در شهر کلاله تا ۸۰ درصد در شهر کاشان متغیر است. دونگ در سال ۲۰۱۵ در مطالعه‌ای در سطح پنج قاره، حداکثر شیوع سالمندآوری را ۶۱.۱ درصد گزارش کرد. مطالعه مشابهی^۱ در سال ۲۰۱۵ در ۲۸ کشور نشان می‌دهد ۱۵.۷ درصد از افراد ۶۰ ساله و بالاتر با یکی از اشکال سالمندآوری مواجه شده بودند. بالا بودن میزان شیوع سوءرفتار با سالمندان در ایران را نباید تنها به وخامت این پدیده نسبت داد؛ زیرا این مسئله یکی از معضلات اجتماعی موجود در جامعه است که بی‌شک از عوامل مختلف و متنوعی تأثیر می‌پذیرد. تفاوت در برآوردهای میزان شیوع سالمندآوری می‌تواند ناشی از تفاوت در روش مطالعه، نحوه نمونه‌گیری و استفاده از ابزارهای متفاوت و گاه نامناسب باشد. از سوی دیگر، تفاوت در تعاریف سالمندآوری و برخی عوامل اجتماعی و فرهنگی تأثیرگذار بر پدیده سالمندآوری نیز می‌تواند این

تفاوت برآوردها را توضیح دهد.

شایع‌ترین نوع آزار سالمندان در ایران به غفلت، سالمندآزاری روانی و سوءرفتار مالی و کمترین میزان به سوءرفتار جسمی و جنسی مربوط است. در مطالعه سیستماتیک کارل پیلمر^۱ و همکاران در کشورهایی مانند چین، نیجریه، هند، اروپا، مکزیک، ایالات متحده و کانادا، بیشترین نوع سالمندآزاری غفلت بود؛ بنابراین افزون بر فرهنگ و آداب و رسوم، غفلت شایع‌ترین نوع آزار است، اما به‌وضوح درصد گزارش آن در کشوری مانند ایران بیشتر از کشورهای اروپایی است. فراوانی بالای غفلت از سالمندان ایرانی ممکن است بیانگر پررنگ‌تر شدن مشکلات فردی فرزندان در زندگی مدرن امروزی و در نتیجه کمبود وقت و تمرکز فکری لازم آنان برای رسیدگی به نیازهای والدین سالمندشان باشد. در جوامع شهری، چندپیشگی و پیچیدگی روابط محیط کار و تعاملات متعدد افراد، همچنین وجود مشکلات مرتبط با شهرنشینی مانند ترافیک و فشارهای روانی ناشی از آن، ممکن است رمقی برای رسیدگی به امور والدین باقی نگذارد. در عین حال، معضلات اقتصادی و رشد نرخ تورم در سال‌های اخیر نه تنها قدرت حمایت‌های مالی را از فرزندان سلب کرده است، بلکه در صورت وجود فشارهای اقتصادی بسیار شدید بر فرزندان ممکن است موجب بروز سوءرفتارهای مالی از سوی آنان شود (نوروزی، ۱۳۸۸). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که تنها ۴ درصد سوءرفتارها گزارش می‌شوند (WHO, 2017) و در واقع موارد گزارش شده ۱ مورد از هر ۶ مورد برآورد شده است (Boylen et al., 2005). همچنین گزارش‌ها نشان می‌دهد ۹۰ درصد موارد سوءرفتار به سالمندان در منازل رخ می‌دهد.

پیامدهای سالمندآزاری

رضایی قهرودی (۱۳۹۰) در مطالعه خود بیان کرد که وضعیت سلامت عمومی در سالمندانی که با سالمندآزاری مواجه شدند، نامطلوب‌تر از کسانی بود که این تجربه را نداشتند. همچنین براساس این مطالعه، زیرمقیاس‌های سالمندآزاری به میزان ۱۷.۲ درصد سبب تغییرات در سلامت عمومی می‌شود. یکه‌فلاح و همکاران (۱۳۹۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند میانگین سلامت عمومی در سالمندان آزرادیده کمتر و میانگین افسردگی بیشتر از سالمندان بدون سابقه سالمندآزاری است.

سازمان جهانی بهداشت سوءرفتار با سالمندان را یکی از مصادیق تجاوز به حقوق و شئون انسانی می‌داند (XQ Dong et al., 2011) که می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند افسردگی و اضطراب، فشارخون و مشکلات قلبی را در مقایسه با افراد بالای ۶۵ سال که این تجربه را نداشته‌اند، افزایش دهد.

همچنین در سالمندان آزرده اختلالات عملکردی در سطح بالاتر مشاهده می‌شود (Comijs et al., 1999). درد مزمن، تنهایی، خشم، از دست دادن عزت و اعتماد، ناامیدی، غم، ترس، سوءمصرف الکل، از دست دادن مال و اموال، آسیب جسمانی و معلولیت از دیگر عوارض سالمندآوری است (XinQi Dong et al., 2013). در برخی موارد اختلالات خواب و حتی افکار خودکشی هم در قربانیان سوءرفتار گزارش شده است (Yunus et al., 2019).

دونگ^۱ و همکاران دریافته‌اند که میزان مرگ‌ومیر در میان سالمندان آزرده بیشتر از سالمندان دیگر است (Dong et al., 2019). موتون و همکاران نیز نتیجه گرفتند که سالمندان آزرده به احتمال بیشتری (سه تا چهار برابر) به خانه سالمندان یا سایر مراکز مراقبتی انتقال می‌یابند. این نتایج نشان می‌دهد بستری‌شدن در مراکز مراقبتی طولانی‌مدت ممکن است نتیجه سالمندآوری باشد (Mouton et al., 2009).

برنامه‌ها و سیاست‌ها

با وجود تأکید سازمان جهانی بهداشت مبنی بر لزوم تشخیص و پیشگیری از اعمال سوءرفتار برای سالمندان، متأسفانه در کشورهای در حال توسعه هنوز اقدام خاصی برای جمع‌آوری نظام‌مند اطلاعات آماری صورت نگرفته، اما شواهد بسیاری مبنی بر وجود قربانیان سوءرفتار در این کشورها ثبت شده است. صاحب‌نظران دلایل موفق نبودن برنامه‌ها و سیاست‌های کنترل سوءرفتار در سالمندان را نبود سازمان‌هایی برای گزارش موارد سوءرفتار و قضاوت درباره سوءرفتار با سالمندان و همچنین نبود دانش عمومی درباره فرایند سالمندی می‌دانند. تعجیل دولت در اجرای ماده ۵۷ قانون برنامه ششم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۹۸) مبنی بر تبیین و ترویج سیاست‌ها و اقدامات پیشگیرانه و مقابله‌ای درباره سالمندآوری بسیار مهم است. براساس همین ماده سازمان بهزیستی کشور متولی سلامت اجتماعی با رویکرد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و مداخله در بحران‌های اجتماعی، از قبیل سالمندآوری و همچنین مرجع صدور پروانه تأسیس و فعالیت در کلینیک‌ها و اورژانس‌های مددکاری اجتماعی است.

با وجود تصویب نامه هیئت وزیران به شماره ۳۴۷۸ ت ۵۲۷۳۳۰ مورخ ۱۳۸۳/۱/۲۶ مبنی بر اقدامات لازم دستگاه‌های مربوط به منظور پیشگیری از اعمال خشونت علیه افراد سالمند در خانواده و جامعه، متأسفانه تاکنون هیچ اقدامی برای تعیین میزان این مشکل در سطح جامعه و مؤسسات نگهداری سالمندان صورت نگرفته است (هروی کریموی، ۱۳۹۹). با وجود این، برنامه‌ریزی‌های اساسی و همه‌جانبه درباره حساس کردن افراد به موضوع و

آموزش نحوه برخورد صحیح سالمندان و تکریم آن‌ها در سطح جامعه، به‌ویژه در خانواده‌ها و مدارس و همچنین آشناکردن سالمند با حقوق انسانی خویش و مهم‌تر از همه قانون‌گذاری و اجرای قوانین حمایت از سالمندان در کشور ما ضروری است.

همچنین آموزش‌های لازم به سالمندان و مراقبان درباره نحوه برقراری ارتباط با یکدیگر و مهارت‌های حل مشکل و همچنین حساس‌سازی سیاست‌گذاران جامعه به موضوع سالمندآزاری و جلب حمایت سازمان‌های ذی‌ربط برای طراحی و اجرای مداخلات لازم می‌تواند به کاهش این مشکل اجتماعی منجر شود.

۷-۸. چشم‌انداز وضعیت اجتماعی سالمندان

با وجود اینکه افزایش جمعیت سالمندان نشان‌دهنده موفقیت نسبی تلاش‌ها در زمینه ارتقای سلامت و توسعه انسانی است، هم‌زمان این مسئله نگرانی‌هایی در پی داشته است. این نگرانی‌ها در بیشتر موارد ابعاد اقتصادی دارد و ناشی از افزایش نسبت جمعیت مصرف‌کننده در مقایسه با جمعیت تولیدکننده و نیاز روزافزون جمعیت بازنشستگان به خدمات بهداشتی و درمانی، حمایت‌های روانی، اقتصادی و... است؛ از این رو تقویت نظام‌های تأمین اجتماعی و بازنشستگی از مهم‌ترین سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی دولت‌ها برای پاسخ‌گویی به مسئولیت تأمین و تضمین اقتصادی و اجتماعی زندگی سالمندان است.

بازنشستگان

یکی از گروه‌های سالمندان که دسترسی به آن آسان‌تر است، بازنشستگان هستند که بیشتر در سازمان‌های بیمه‌ای تجمیع شده‌اند و تابع قوانین و مقررات خاص هستند. سیاست‌ها درباره بازنشستگی و بازنشستگان اغلب حاوی نگرش‌های مثبت و منفی جامعه به مقوله بازنشستگی است. افراد دارای نگرش منفی به بازنشستگی آن را پایان شغل تمام‌وقت و فعالیت سودمند خود می‌دانند و بازنشستگی را مترادف با آغاز سالمندی و ناتوانی و نیازمندی به حمایت‌های دولت و سایر نهادها و افراد حمایتگر. بازنشستگی به‌ویژه در افرادی که برای نقش شغلی خود ارزش فراوانی قائل هستند، نوعی بحران هویت را به دنبال دارد. همچنین افراد بازنشسته با مسائل اقتصادی، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی نیز مواجه می‌شوند که باید با آن سازگار شوند (یوسف‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸).

براساس پیش‌بینی‌های جمعیتی، با تغییرات هرم جمعیتی در دهه‌های پیش رو، ایران با جمعیت روزافزون بازنشستگان مواجه خواهد بود. این موضوع در کنار تحولات اجتماعی و اقتصادی بازنشستگی را به یکی از بحران‌های پیش روی دولت در ایران تبدیل کرده است. از منظر اقتصادی، حل مسئله معیشت و میزان دریافتی بازنشستگان یکی از مشکلات اصلی این گروه است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد مستمری بیشتر بازنشستگان کمتر از ۵۰ درصد هزینه‌های سالیانه آن‌ها را پوشش می‌دهد (جعفری، ۱۳۹۶). به دلیل مشکلات اقتصادی، کاهش درآمد و هزینه‌های روزافزون و همچنین تورم شدید، بازنشستگی در ایران به سخت‌ترین دوران حیات فرد تبدیل شده است و درصد بالایی از بازنشستگان در پی یافتن منبع درآمد جایگزین و یا شغل جدید هستند. ایران برنامه‌های فراگیر اقتصادی و اجتماعی مختص بازنشستگان ندارد. همچنین عمده سازمان‌ها توجهی به وضعیت بازنشستگان ندارند و خود بازنشستگان هم از سلامت جسمی و روانی خود چندان آگاه نیستند (یوسف‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸).

با توجه به وضعیت بازنشستگان، در سبک زندگی این گروه نوعی عقب‌نشینی از سبک‌های زندگی پیش از

دوره بازنشستگی روی می‌دهد. بازنشستگان طبقات پایین و میانی جامعه ایرانی بیشتر تحت فشار هستند و میزان عقب‌نشینی از سبک زندگی پیشین در این طبقات بالاست. از سوی دیگر، میزان پوشش نظام بازنشستگی، یکی از فاکتورهای ارزیابی آن در مقایسه با کشورهای نمونه بسیار محدود است. همچنین سخاوتمندی مزایا در ایران بر مبنای شاخص متوسط مستمری به متوسط تولید سرانه نوسان دارد و روند غالب آن کاهش بوده است. اگرچه شاخص نرخ جایگزینی را که در توصیف کفایت مزایا به کار می‌رود، شاخص سخاوتمندی نیز معرفی می‌کنند، کفایت مزایا یک بعد هزینه‌ای نیز دارد که مشخص می‌کند مستمری بازنشستگی چه میزان از هزینه خانوارها را جبران می‌کند. نسبت متوسط مستمری به متوسط مخارج خانوار نشان می‌دهد کفایت بازنشستگی برای صندوق بازنشستگی کشوری در سطح متوسط (بین کشورهای مورد بررسی) و برای سازمان تأمین اجتماعی کمتر از متوسط است. با این حال کفایت دستمزد برای اعضای تحت پوشش تأمین اجتماعی و صندوق کشوری بسیار پایین‌تر از کشورهای دیگر است که نشان می‌دهد شاغلان در ایران امکان پس‌انداز کمتری برای دوران سالمندی خود دارند و از این رو می‌توان انتظار داشت اتکای آن‌ها به حقوق بازنشستگی برای پوشش مخارج بیشتر باشد (گلاب، ۱۳۹۸).

صندوق‌های بازنشستگی در ایران نهاد مالی اصلی مرتبط با بازنشستگان هستند، اما شرایط مناسب و مطمئنی ندارند. همچنین از هدف اصلی خود که حمایت از قشر آسیب‌پذیر بازنشستگان است دور شده و به نگاه‌داری مشغول شده‌اند. سطح پایین درآمد افراد پس از بازنشستگی یکی از نتایج ناکارآمدی نهادهای مربوط است که تبعات منفی فراوانی برای این قشر به وجود آورده است، آن‌ها را در تأمین هزینه‌های جاری مانند تغذیه، بهداشت و درمان و رفاه ناتوان کرده و مشکلات زیادی برای آن‌ها به دنبال داشته است. از سوی دیگر بسیاری از بازنشستگان که سرپرست خانوار هستند، به دلیل ناتوانی در یافتن شغل متناسب با شرایط جسمی و برای جبران کمبود درآمد به استقراض و دریافت وام روی آورده‌اند که آن‌ها را در چرخه معیوب پرداخت بدهی گرفتار می‌کند. در حوزه سلامت و درمان نیز نبود پوشش کامل هزینه‌های درمان توسط بیمه‌های سلامت، بازنشستگان را که توانایی مالی کمی دارند با مشکلات فراوانی مواجه کرده است؛ چنان‌که بسیاری از سالمندان بازنشسته از مراجعه به مراکز درمانی اجتناب می‌کنند و ترجیح می‌دهند از شیوه‌های کم‌هزینه درمان و نه درمان قطعی تا زمان مرگ استفاده کنند. در مجموع به نظر می‌رسد با افزایش مشکلات اقتصادی در جامعه، قشر بازنشسته بیش از اقبال دیگر در معرض آسیب هستند و با افزایش تبعیض و نابرابری فزاینده، صدمات جبران‌ناپذیری به آنان وارد خواهد شد. این موضوع می‌تواند عاملی برای شکل‌گیری اعتراضات اجتماعی و حتی شورش‌های معیشتی شود، همان‌طور که در سال‌های اخیر شاهد اعتراضات بازنشستگان آموزش و پرورش و مانند آن‌ها بودیم.

در یک تقسیم‌بندی کلی می‌توان راهکارهای بهبود وضعیت بازنشستگان را برحسب میزان پوشش و قدرت سیاست‌گذاری و اجرایی کارگزار اجرای آن به سه سطح کلان، میانه و خرد تقسیم کرد. هر سطح نیازمند نهادی با اختیارات و توان اجرایی متناسب با آن است. سطح کلان سیاست‌ها و برنامه‌هایی را در بر می‌گیرد که در رده حاکمیت یا دولت و برای نیل به توسعه تعیین و اجرا می‌شود. سطح میانه آن دسته از اقداماتی است که در سطح وزارتخانه‌ها یا دستگاه‌های دولتی و عمومی از جمله صندوق بازنشستگی کشوری قابلیت عملی شدن دارد. سطح خرد، سطح اجرایی نهادهای محلی، مردمی و اقدامات نوآورانه و خلاقانه در مقیاس کوچک است. اگر اصلاحات در هر سه سطح آغاز نشود، به نظر می‌رسد جامعه بازنشستگان ایران در مقایسه با وضعیت فعلی با انبوهی از مسائل و مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیشتر مواجه خواهد شد. علاوه بر پیچیدگی‌های بسیار چنین شرایطی فائق آمدن بر آن نیازمند منابع قابل توجه و خارج از دسترس صندوق‌ها و دولت است. این وضعیت کیفیت زندگی بازنشستگان را به سرعت کاهش خواهد داد.

خانواده

تغییرات جمعیتی و تحول خانواده در چند دهه اخیر در جهان و ایران موجب شده است که خانواده‌ها در معرض مسائل و مشکلات جدیدی قرار بگیرند، که به نظر می‌رسد شکل سنتی خانواده را تغییر داده است. یکی از مهم‌ترین پیامدهای این مشکلات تغییر روابط فرزندان با والدین سالمند و تغییر تبادل حمایت در خانواده شده است. ارتباط عاطفی میان فرزندان و والدین از انواع ارتباطات است که ارزش فراوانی در جامعه دارد و برای هر دو طرف به‌ویژه والدین سالمند، اثرات مطلوبی مانند افزایش عزت‌نفس، کیفیت زندگی و بهزیستن به همراه خواهد داشت.

در دهه‌های اخیر تغییرات قابل توجهی در رابطه میان والدین و فرزندان ایجاد شده است. کاهش روزافزون تأثیر سنت، میراث و اقتدار جامعه سالمندان بر نسل‌های جوان‌تر به دلیل افزایش آگاهی، مهارت و توانایی نسل جدید در مواجهه با زندگی در جهان مدرن و استفاده از فناوری یکی از مهم‌ترین این تغییرات است که شکاف بین نسل جوان و سالمند را عمیق‌تر کرده است. تربیت جوانان امروز در شغل‌های گوناگونی که مستلزم آشنایی با فناوری است، موجب می‌شود خروج آن‌ها از بازار کار دیرتر باشد و حتی شاید بازنشستگی در بسیاری از مشاغل در آینده بی‌معنا باشد؛ از این رو تضاد بین نسلی در آینده صورت‌های دیگری خواهد داشت. تحولات دیگر مانند جدایی جغرافیایی، نهادینه شدن تنوع فرهنگی، گرایش افراد به تعامل با همسالان خود و دوستان به جای خانواده، ممکن است نشانه‌هایی از تفاوت مسائل نسل‌های آینده سالمندان در مقایسه با نسل کنونی سالمندان در خانواده

و بیرون از آن باشد.

اگرچه در یک ارزیابی نهایی در حال حاضر درون خانواده‌ها انسجام بیشتر از تضاد است، نکته قابل توجه بالا بودن احساس دوگانگی میان والدین سالمند نسبت به فرزندان است. در صورت ادامه و تعمیق احساس‌های دوگانه بین والدین و فرزندان که ترکیبی از احساس خوب و بد است، در آینده تضاد بین نسلی تعمیق می‌شود و شکاف والدین سالمند و فرزندان در سطح جامعه نمود بیشتری می‌یابد. تعدیل این احساس دوگانه و متضاد والدین سالمند نسبت به فرزندان به مداخلات جدی فردی و اجتماعی و مشاوره خانواده نیاز دارد. نکته مهم دیگر درباره تغییرات ساختار جمعیت و خانواده افزایش نقش و سهم مراقبان سالمندان است. در گذشته تعداد سالمندان کم و تعداد مراقبان زیاد بود، اما امروز و در آینده با تغییرات جمعیتی مراقبت از سالمندان به یک مسئله تبدیل می‌شود. هم‌اکنون به مراقبت خانوادگی به‌منزله یک دغدغه بهداشتی عمومی نگریسته می‌شود. خود مراقبان خانوادگی را گاه بیماران پنهان توصیف می‌کنند که برای مقابله با تأثیر منفی بیماری یا ناتوانی نزدیکانشان، نیاز به حمایت و مراقبت دارند. فشار مراقبت از والدین سالخورده می‌تواند سنگین باشد. میان سالان امروز، هم‌زمان با فشار والدین سالمند و بیمار، با فشار فرزندان خود و اشتغال نیز مواجهند. تعارض نقش از جمله مشکلات شایعی است که مراقبان با آن‌ها مواجه هستند. از سوی دیگر علاوه بر مشکلات مراقبان خانوادگی، این تغییرات برای سالمندان نیز در آینده چالش برانگیز می‌شود. با کاهش تعداد فرزندان، بی‌فرزندگی یا داشتن فرزندان با دوری مکان، نیاز به مراقبان رسمی و سازمان‌های مراقبتی بیشتر خواهد شد، که در نتیجه هزینه‌های دوران سالمندی را افزایش خواهد داد؛ از این‌رو از امروز نیازمند تغییراتی در حمایت‌های بیمه‌ای و آموزش مراقبان رسمی هستیم. البته در کنار گسترش مراقبان رسمی آموزش‌دیده و سازمان‌های مراقبتی نیاز است بر پیشگیری از کاهش احساس مسئولیت فرزندی نسبت به مراقبت و گسترش شبکه حمایتی از مراقبان نیز فرهنگ‌سازی شود.

در تغییرات جمعیتی و خانواده، زنده‌شدن جمعیت سالمندان و مشکلات مربوط به آن نیز در آینده مشکلاتی پدید خواهد آورد. زندگی بدون همسر در میان زنان نزدیک به دو برابر مردان است. حدود نیمی از زنان سالمند بدون همسر زندگی می‌کنند که این امر سبب افزایش تعداد زنان تنها در آینده خواهد شد. از این‌رو زنان سالمندان بدون همسر یکی از گروه‌هایی خواهند بود که نیازمند توجه خاص در سیاست‌ها و برنامه‌های رفاهی آینده هستند. البته تفاوت‌های جنسیتی در بیماری و مرگ‌ومیر و دریافت مراقبت نیز وجود دارد. زنان عمر طولانی‌تری دارند، ولی بیشتر بیمار می‌شوند؛ بنابراین زنده‌شدن سالمندی جمعیت با بار بیماری و مراجعات پزشکی بیشتر همراه خواهد بود و نیازمند توجه به برنامه‌ریزی بهداشتی و درمانی از منظر جنسیتی است.

در مجموع، تغییرات ساختار جمعیتی، کاهش باروری (کاهش تعداد فرزندان یا بی‌فرزندگی)، افزایش نرخ طلاق

(شکل‌گیری خانواده‌های ترکیبی یا تک‌والد)، مهاجرت و جابه‌جایی مکانی (کاهش انسجام جغرافیایی فرزندان با والدین سالمند) و تغییر روابط بین‌نسلی در آینده، زمینه‌های تغییر کمی و کیفی روابط خانوادگی را به همراه خواهد داشت که تأثیر نامطلوبی بر زندگی سالمندان دارد و از همین رو نیازمند برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری است.

جرم و اعتیاد

هنوز شواهد روشن و قابل‌اتکایی درباره سهم سالمندان از مجرمان کشور در دست نیست و دامنه مطالعات در این زمینه نیز بسیار اندک است. با وجود این به نظر می‌رسد الگوی جرم در سالمندان جامعه ایران از الگوی جهانی پیروی می‌کند؛ به‌ویژه آنکه سن در همه جوامع عاملی مهم و تأثیرگذار در تمایل به جرم یا دوری از آن است و انتظار می‌رود الگوی سن-جرم در ایران نیز در آینده تغییر قابل‌توجهی نداشته باشد. از سوی دیگر شواهد بسیار نشان می‌دهد روند شیوع مصرف مواد در ایران طی سه دهه اخیر افزایشی بوده است. اگرچه طی همین دوره میانگین سن شروع مصرف مواد کاهش یافته، میزان پایداری در تداوم مصرف و شیفت از مصرف تفریحی به مصرف مستمر و اعتیاد انکارناپذیر است. از این گذشته نرخ عود نیز در میان آن دسته از معتادان که ترک و درمان کرده‌اند بسیار بالا و بیش از ۹۰ درصد است. به این ترتیب پیش‌بینی می‌شود سیل جوانان مصرف‌کننده مواد در دو یا سه دهه قبل که به تدریج وارد میان‌سالی یا سالمندی می‌شوند، در آینده سهم معتادان میان‌سال و سالمند را افزایش دهند. به این ترتیب پیشنهاد می‌شود در سیاست‌ها و برنامه‌های سالمندی سهم و جایگاه معینی برای اعتیاد و سوءمصرف مواد در نظر گرفته شود.

سالمندآزاری

سالمندآزاری را نمی‌توان انکار کرد، بلکه باید آن را پذیرفت و درباره آن اقدامی انجام داد. آگاهی از تعاریف متعدد سالمندآزاری و انواع آن به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت کمک خواهد کرد تا در سیاست‌گذاری و خط‌مشی‌های خود به موضوع سالمندآزاری به‌منزله موضوعی تخصصی توجه ویژه داشته باشند و باور کنند که گام اول و اصلی برای مقابله با خطر سالمندآزاری آشنایی با مفاهیم سالمندآزاری و شاخص‌های آن است (استبصاری و همکاران، ۱۳۹۶).

افزایش جمعیت سالمندان و به‌دنبال آن افزایش بیماری‌های مزمن، اغلب سبب افزایش وابستگی و ناتوانی آنان می‌شود. این عوامل همراه با عوامل خطرزایی مانند اختلالات شناختی، بهداشت ضعیف، اختلالات عملکردی و وابستگی آنان به مراقبان، سالمندان را در برابر سوءرفتار آسیب‌پذیرتر می‌کند. از سوی دیگر،

سوءرفتار با سالمندان پیامدهای متفاوت جسمی و روان‌شناختی به دنبال دارد. دگرگونی‌ها و تحولات اجتماعی، اقتصادی، فناورانه و پیشرفت‌های علمی از طرفی موجب رشد سریع سالمندی و از سوی دیگر سبب دگرگونی در ارزش‌ها و سنت‌های دیرین و جایگزینی ارزش‌های جدید خواهد شد. این تحولات، تغییرات کیفی روابط بین افراد و خانواده‌ها را به‌طور فزاینده‌ای بیشتر می‌کند و در مراقبت، نگهداری و تأمین سالمندان و تهیه مایحتاج آن‌ها در فضا و محیط خانواده مشکلاتی را به وجود می‌آورد. با توجه به تغییر خانواده ایرانی از گسترده به هسته‌ای و افزایش میزان اشتغال در بین زنان، بار سنگین نگهداری و مراقبت از سالمندان از خانواده‌ها به نهادهای عمومی و دولتی محول می‌شود؛ از این‌رو موضوع سالمندآوری با توجه به وضعیت رفاهی، روانی، معیشتی و اقتصادی سالمندان در ایران بسیار چالش‌برانگیز است و اگر به‌منظور کنترل و کاهش آن برنامه‌ریزی نشود، جامعه با عوارض و پیامدهای منفی بسیار مواجه خواهد شد.

فصل هشتم: سازمان، سیاست‌ها و قوانین

۸-۱. سیاست‌ها و قوانین

سیاست‌گذاری به‌ویژه در ابعاد اجتماعی فرایندی پیچیده و از کارکردهای دولت مدرن به شمار می‌آید. این فرایند بر مجموعه اقداماتی متمرکز است که دولت‌ها برای روبه‌روشدن با مشکلات و مسائل اجتماعی در حوزه‌های گوناگون مانند آموزش، رفاه و تأمین اجتماعی، بهداشت، مسکن، گروه‌های آسیب‌پذیر مانند کودکان و سالمندان و... در دستور کار قرار می‌دهند. گفتنی است سیاست‌ها برای اجرا باید به قانون تبدیل شوند. سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی یکی از وظایف دولت در جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه است؛ به‌ویژه آنکه جمعیت‌شناسان پیش‌بینی کرده‌اند تا سال ۲۰۴۰ حدود ۲۰ درصد جمعیت جهان را سالمندان تشکیل خواهند داد. سالمندی جمعیت یک فرایند انتقال جمعیت‌شناختی است؛ به عبارت دیگر این پدیده نوعی گذار جمعیتی است که تأثیر فراوانی بر توسعه اجتماعی و اقتصادی دارد. امور مربوط به سالمندان مانند پرداخت هزینه‌ها و نگهداری در گذشته در بیشتر موارد وظیفه خانواده سالمند بود و نهاد مشخصی در این زمینه مسئولیت نداشت. تحولات سریع در جوامع از جمله افزایش شهرنشینی و دگرگونی ساختار خانواده، دولت‌ها به‌ویژه دولت‌های رفاهی را بر آن داشت تا برای حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر، از جمله سالمندان سیاست‌ها و قوانین مختلفی وضع کنند. در این میان، به تدریج به دلیل پیرتر شدن جمعیت کشورها و تضعیف هرچه بیشتر روابط خویشاوندی دولت‌ها با حجم عظیمی از مشکلات مربوط به سالمندان و هزینه‌های ناشی از آن مواجه شدند.

دولت‌ها در بیشتر موارد، سیاست‌ها و قوانین مربوط به سالمندان را در سه حوزه وضع می‌کنند: تعیین سن سالمندی، ویژگی‌های آن و پیرشدگی فردی که رابطه فرد با جامعه را در سنین سالمندی تنظیم می‌کند. قوانین

در دولت‌هایی با خطمشی‌های تنظیمی بیشتر بر سن سالمندی و قوانین مرتبط با از کارافتادگی و بیمه متمرکز است؛ بنابراین به ویژگی‌ها و مسائل سالمندان در جایگاه یک گروه اجتماعی پرداخته نمی‌شود و از این‌رو در سیاست‌ها و قوانین مرتبط به تعامل سالمند با جامعه توجه نمی‌شود. باید توجه داشت که بعد اقتصادی سالمندی و سیاست‌های اقتصادی مربوط به آن مهم‌ترین مسئله سالمندان است. برخی دولت‌ها سالمندی را بار اقتصادی مضاعفی می‌دانند و استدلال می‌کنند که فرد سالمند با خروج از چرخه فعالیت اقتصادی و تولید به یک انسان مصرف‌کننده تبدیل می‌شود؛ از این‌رو دیگر سهمی در تولید ندارد و در نتیجه نرخ سرباری را افزایش خواهد داد. در بعد سیاسی نیز ساختار سنی از مهم‌ترین متغیرهایی است که بر تصمیم‌سازی‌های سیاست‌مداران و نهادهای مرتبط با آن در جامعه مؤثر است؛ به عبارت دیگر جوانی یا سالمندی جمعیت تأثیر مستقیمی بر تعیین خطمشی‌ها و اعلام برنامه‌های اجتماعی و اقتصادی سیاست‌مداران دارد.

رابطه سیاست‌ها و مسائل گروه‌های اجتماعی از جمله سالمندان رابطه‌ای دوسویه است؛ یعنی همان‌گونه که سیاست‌ها می‌توانند بر حل و بهبود شرایط گروه‌های اجتماعی اثرگذار باشند، روند تغییرات در ویژگی‌های گروه‌های اجتماعی نیز بر توسعه و خطمشی‌های دولت مؤثر است؛ برای مثال متغیرهای جمعیتی نقش مهمی در رشد اقتصادی کشورها دارند. همچنین نیروی کار فعال اثر مثبت و نیروی بازنشسته تأثیری منفی بر رشد اقتصادی دارند. اگر رشد سالمندی ۱ درصد افزایش یابد، به‌طور متوسط رشد اقتصادی ۰.۱ درصد کاهش می‌یابد (راغفر و همکاران، ۱۳۹۱). از سوی دیگر میزان رشد اقتصادی بر نرخ باروری تأثیرگذار بوده و به‌منزله عاملی کاهنده یا افزایش‌دهنده در متغیرهای جمعیتی است.

در ایران، سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی مبحثی جدید به شمار می‌آید، اما گام‌هایی در این راه برداشته شده است. در بعد جمعیتی، ایران در چهار دهه اخیر با تغییرات چشمگیری متأثر از دو عامل مهم مواجه شده است: کاهش میزان باروری از ۶.۵۳ درصد در سال‌های ابتدای جنگ به ۱.۲۹ درصد در ۱۳۹۰ و افزایش امید به زندگی از ۶۷-۵۴ سال در ۱۳۵۸ به ۷۵.۵ سال در ۱۳۹۵. این تغییرات شکل توزیع جمعیت در گروه‌های سنی مختلف و هرم سنی را به‌شدت تغییر داده است (Manoochehri & Rasouli, 2017).

روند سالخوردگی در ایران ویژگی دیگری دارد؛ شدت و سرعت روی‌دادن این پدیده. پس از انقلاب ۱۳۵۷ سیاست‌های دولت که به‌شدت از ازدواج در سنین پایین و باروری بالا حمایت می‌کرد، به انفجار جمعیتی در دهه ۱۳۶۰ منجر شد. این روند طولانی نبود و از سال ۱۳۶۸ سیاست‌های تعدیل جمعیت و تنظیم خانواده اجرا شد که توانست نرخ باروری را از ۶.۵ به ۲.۵ کاهش دهد. از دهه ۱۳۷۰ نیز به‌تدریج از نسبت افراد کمتر از ۱۵ سال کاسته و بر نسبت بزرگسالان و میانسالان افزوده شد (راغفر و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین مهاجرت بی‌رویه جوانان

در سن باروری به خارج از کشور، افزایش تعداد زنان جوان شاغل، افزایش شدید مهاجرت داخلی و تبدیل شدن جامعه ایران از جامعه عمدتاً عشایری و روستایی به شهری، از عوامل دیگری است که به شکل‌های گوناگون بر ساختار جمعیتی ایران مؤثر بوده و جمعیت را به‌سوی میان‌سالی و کهن‌سالی برده است. نسبت جمعیت سالمندان در ایران از ۷.۲۷ درصد در ۱۳۸۵ به ۸.۲ درصد در سال ۱۳۹۰ و ۸.۵۶ درصد در ۱۳۹۵ افزایش یافته است که پیش‌بینی می‌شود این میزان در سال ۱۴۰۴ به ۱۰.۵ درصد و در سال ۱۴۲۹ به ۲۱.۷ درصد برسد. اگرچه پیری جمعیت پیامدهای جبران‌ناپذیری دارد و علاوه بر آثار اجتماعی و اقتصادی گسترده، در سال‌های آتی کشور را با کمبود منابع انسانی توانمند روبه‌رو می‌کند، خطای بزرگی است اگر تصور شود که این مشکل را می‌توان تنها با تشویق جمعیت به افزایش نرخ باروری از بین برد.

سیاست‌های سالمندی در دیگر کشورها

تمایل به فرزندآوری عمده‌ترین عامل حیات در شکل‌گیری باروری در جهان است. این روند در پایان قرن بیستم و آغاز قرن بیست‌ویکم موجب بی‌تعادلی در قالب رشد منفی در برخی کشورها شده است. بین سال‌های ۱۹۷۵-۱۹۷۰ نرخ باروری کلی در حدود ۱۹ کشور، به زیر حد جایگزینی رسیده بود که این رقم در فاصله سال‌های ۲۰۰۵-۲۰۰۰ به ۶۵ رسید. در میان کشورهای درحال توسعه نیز طی سه دهه تا سال ۲۰۰۵، تعداد کشورهایی که نرخ باروری آن‌ها به زیر حد جایگزینی رسیده، از صفر به ۱۹ افزایش یافته است. بستر تاریخی سالمندی در قرن بیستم را بیشتر باید در کشورهای صنعتی جست‌وجو کرد. نسبت جمعیت ۶۵ سال به بالا در اروپا پیش از سال ۱۹۶۰ به حدود ۵ درصد، در دهه ۱۹۶۰ به ۱۰ درصد، در دهه ۱۹۹۰ به ۱۵ درصد و در سال ۲۰۰۵ به ۲۰ درصد رسیده است. همچنین براساس پیش‌بینی سازمان ملل در نیمه اول قرن بیست‌ویکم به ۳۰ درصد افزایش خواهد یافت. سالمندی تجربه‌ای جهانی به شمار می‌آید، اما اختلافات جغرافیایی که تا حدی بر خورداری از تحولات و پیشرفت‌های اجتماعی و اقتصادی، که آثار آن در رفتارهای فردی مشاهده می‌شود نیز در فرایند سالمندی تأثیرگذارند (میرزایی، ۱۳۸۶).

در کشورهایی مانند ژاپن که اکنون جمعیت قابل توجهی از آن‌ها سالمند هستند، کاهش نرخ باروری از سال‌های ۱۹۶۰-۱۹۴۵ موجب رشد اقتصادی فراوانی شد، اما با تحول در ازدواج و تشکیل خانواده این روند کاهش ادامه یافت؛ تا آنجا که در ابتدای قرن بیست‌ویکم به ۱.۲۹ فرزند به‌ازای یک زن رسید. از سوی دیگر، با بهبود برنامه‌ها و خدمات مراقبتی پزشکی و تسهیل دسترسی به آن‌ها سن امید به زندگی در زنان و مردان افزایش یافت که

پیش‌بینی می‌شود جمعیت بالای ۶۵ سال در ژاپن تا سال ۲۰۲۵ به ۳۱ درصد کل جمعیت برسد و به این ترتیب ژاپن سالمندترین جمعیت جهان را خواهد داشت. همچنین پیش‌بینی می‌شود نسبت ارشدیت، یعنی نسبت جمعیت ۸۰ سال به بالا به کل جمعیت ۶۵ سال به بالا نیز تا ۲۰۲۵ به ۵۹٫۶ درصد برسد. براساس گزارش دولت ژاپن، مجموع هزینه‌های درمانی هر فرد ژاپنی بالای ۷۰ سال حدود ۷۵۵ هزار یین است. همچنین مطابق قانون، هر ژاپنی معادل ۱۸۸۰ دلار مستمری دریافت می‌کند که در مقایسه با کشوری مانند آمریکا با مستمری ۶۰۰ دلار بسیار بالاست. ژاپن در زمینه‌های گوناگون سعی کرده است با پدیده سالمندی مواجه شود. افزایش سن بازنشستگی و سرمایه‌گذاری خارجی از جمله اقداماتی هستند که دولت ژاپن برای مواجهه با افزایش جمعیت سالمند به کار گرفته است. همچنین این کشور یکی از پیشگامان استفاده بهینه از جمعیت فعال سالمند برای رسیدن به رشد اقتصادی پایدار است؛ به این صورت که دولت در قبال افزایش هزینه‌های تأمین اجتماعی سقف سنی بازنشستگی را به ۶۵ رساند و مؤسسات اقتصادی را مکلف کرد که سن بازنشستگی اجباری را بالا ببرند تا ادامه فعالیت برای سالمندان میسر شود. با این حال بنگاه‌های اقتصادی با ایجاد تغییراتی در ساختار پرداخت حقوق، توانمندی فرد را ملاک خود قرار دادند و در مقابل افزایش سن بازنشستگی مقاومت کرده‌اند. همچنین دولت با تسهیل سرمایه‌گذاری خارجی در مناطقی با نیروی کار ارزان سعی کرد به مشکلات اقتصادی ناشی از رشد جمعیت سالمند غلبه کند. همچنین دولت تلاش کرده است با افزایش توانمندی‌ها و بازآموزی متناسب با سالمندان ادامه فعالیت اقتصادی آنان را امکان‌پذیر کند (میرزایی، ۱۳۸۶). در سال ۱۹۸۹، ژاپن راهبردی ده‌ساله برای ارتقای مراقبت‌های بهداشتی و رفاه سالمندان تدوین کرد که این طرح شامل ۷ پروژه مهم برای اتخاذ سیاست‌های رفاهی مبتنی بر خانواده در شهرها، کاهش تعداد افراد مسن خانه‌نشین و ایجاد تسهیلاتی بود که برای دوره ۱۰ ساله در نظر گرفته شده بود. در سال ۱۹۹۴، پس از گذشت ۵ سال، طرح دیگری با عنوان طرح طلایی برای ادغام در طرح اول و افزایش کارایی و اثربخشی آن تهیه شد که هدف آن ایجاد ساختاری ضروری به‌منظور عرضه خدمات مراقبتی برای افراد مسن و چارچوبی اساسی برای سیاست‌هایی در آینده بود. همچنین طرحی با عنوان طرح فرشتگان برای ارتقای میزان زاد و ولد به مجلس ژاپن تقدیم شد.

پیش‌بینی می‌شود در کشورهای دیگر از جمله آمریکا، تا سال ۲۰۳۰ حدود ۲۰ درصد جمعیت را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل بدهند. طی دو دهه اخیر مشارکت نیروهای کارگری سالمند در آمریکا به شدت کاهش و اشتغال به کار نیمه‌وقت و غیررسمی آنان افزایش یافته است. در آمریکا حقوق بازنشستگی مردان بیشتر از زنان است و سیستم تأمین اجتماعی بیشترین منابع درآمد سالمندان را تأمین می‌کند. منبع اصلی تأمین مالی طرح ادغام بیمه بازنشستگی بازمندگان و از کارافتادگی و طرح بیمه خدمات بیمارستانی، درآمدهای مالیاتی متعلق به حقوق کارکنان و کارفرمایان آن‌ها و صاحبان حرفه‌ها و مشاغل آزاد است. آمریکا از معدود کشورهایی است که به

تدوین برنامه جامع خدمات سالمندی پرداخته است که هر ۵ سال یکبار در آن تجدیدنظر می‌شود (دادخواه، ۱۳۸۶).

سیاست‌ها و قوانین سالمندی در ایران

مروری اجمالی بر قوانین نظام جمهوری اسلامی نشان می‌دهد که در سطح کلان و خرد، برنامه‌ها و قوانین متعددی درباره سالمندان وضع شده است و سازمان‌ها و نهادهای گوناگونی در اجرای این برنامه‌ها و قوانین دخیل هستند. سالمندان در این برنامه‌ها و قوانین به سه دسته عمده تقسیم شده‌اند:

الف) سالمندانی که در خانه یا کنار خانواده خود در حال گذران زندگی هستند و به خدمات حمایتی خاصی جز حقوق مستمری و بیمه نیاز ندارند؛ این گروه بیشترین تعداد سالمندان در کشور را شامل می‌شود.

ب) سالمندانی که خانواده از آن‌ها مراقبت می‌کند و تحت پوشش سازمان بهزیستی، کمیته امداد یا دیگر سازمان‌های دولتی هستند.

ج) سالمندانی که از حضور و حمایت کانون خانواده بهره‌مند نیستند و در آسایشگاه‌ها زندگی می‌کنند. با توجه به این دسته‌بندی، دولت سیاست‌ها و قوانین گوناگونی را برای حمایت از سالمندان وضع کرده است.

الف) سیاست‌های کلی ابلاغی

کلی‌ترین برنامه در ایران که مبنای تدوین سایر برنامه‌هاست، سیاست‌های کلی ابلاغی رهبری است. یکی از موارد اصلی در این سیاست‌ها ذیل عنوان کلی سیاست‌های جمعیتی است. در بند هفتم سیاست‌های جمعیتی، به فرهنگ‌سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و همچنین پیش‌بینی سازوکار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب توجه شده است (سیاست‌های کلی جمعیت، ۱۳۹۳).

ب) قانون اساسی

در قانون اساسی در اصولی کلی سالمندان مدنظر قرار گرفته‌اند.

- اصل بیست‌ویکم (بند چهارم): ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست
- اصل بیست‌ونهم: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است براساس قوانین از محل درآمدهای

عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای تک‌تک افراد کشور تأمین کند.

ج) برنامه‌های توسعه

در برنامه‌های توسعه هر پنج سال یک‌بار خط‌مشی‌های کلی کشور براساس سیاست‌های کلی تدوین و پس از تصویب مجلس اجرا می‌شود. این برنامه‌ها غالباً متمرکز بر رشد اقتصادی هستند و در آن‌ها کمتر به سایر حوزه‌ها پرداخته شده است.

- **برنامه اول توسعه:** در این برنامه که با شعار «اول توزیع بعد رشد» تدوین شده است، با وجود تأکید بر عدالت اجتماعی، اشاره مشخصی به سالمندان نشد. با وجود اشاره به نظام تأمین اجتماعی در اصل ۲۹ قانون اساسی، در این برنامه توجهی به تأمین اجتماعی و بیمه‌های از کارافتادگی، سالمندان و بازنشستگی نشده است (قانون برنامه اول توسعه، ۱۳۶۸).

- **برنامه دوم توسعه:** این برنامه که با شعار «اول رشد بعد توسعه» تدوین شد، اشاره مستقیمی به سالمندان نداشت، اما در برخی قسمت‌های آن به بازنشستگی توجه شده است؛ از جمله در تبصره ۴۳ این برنامه آمده است، به منظور رفاه حال بازنشستگان و حفظ حقوق آنان و امکان سرمایه‌گذاری و حفظ ارزش سرمایه صندوق بازنشستگی کشوری، دولت مکلف است ضمن پرداخت کسور بازنشستگی سهم دولت به‌طور سالانه و پیش‌بینی آن در بودجه دستگاه‌های اجرایی، همه‌ساله در طول برنامه دوم حداقل ۱۰ درصد از دیون خود را به صندوق مزبور پرداخت کند؛ به‌نحوی که در پایان برنامه حداقل ۵۰ درصد دیون مزبور تأدیه شود. همچنین در تبصره ۶۳ این برنامه آمده است که وزارت آموزش و پرورش موظف است سهم‌الشرکه فرهنگیان را هنگام بازنشستگی و از کارافتادگی از محل صندوق ذخیره فرهنگیان مسترد کند (قانون برنامه دوم توسعه، ۱۳۷۳). در مجموع به نظر می‌رسد با توجه به جوان بودن جمعیت کشور در زمان تدوین برنامه دوم، موضوع سالمندان از اولویت برای برنامه‌ریزان برخوردار نبوده و در حاشیه قرار داشته است.

- **برنامه سوم توسعه:** از برنامه سوم به‌تدریج موضوع افزایش جمعیت سالمندان مطرح شد و مدنظر قرار گرفت. برنامه سوم توسعه در رابطه با بازنشستگان مواردی از جمله برقراری نظام جامع تأمین اجتماعی، پرداخت دیون دولت به بازنشستگان، حل بحران مالی و تقویت بنیه مالی صندوق‌های بازنشستگی را در کانون توجه قرار داد. همچنین در این برنامه سازمان بهزیستی موظف شد درباره تهیه و تدوین و اجرای طرح ساماندهی بیماران روانی مزمن و سالمندان اقدام کند. افزون بر این، مطابق آیین‌نامه

اجرائی جزء ۵ بند الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه دولت موظف شد شورای عالی سالمندان را تشکیل دهد (قانون برنامه سوم توسعه، ۱۳۷۹).

براساس ماده ۳ آیین نامه اجرایی ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه به منظور ساماندهی سلامت و رفاه سالمندان شورای ملی سالمندان به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور و با حضور اعضای ذیل یا معاونان آنان تشکیل شد: وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزیر مسکن و شهرسازی، وزیر امور اقتصادی و دارایی، وزیر آموزش و پرورش، وزیر کشور، وزیر بازرگانی، وزیر جهاد کشاورزی، رئیس سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، رئیس سازمان صداوسیما، رئیس سازمان تربیت بدنی، رئیس سازمان بازنشستگی کشوری، رئیس سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی، سرپرست کمیته امداد امام و سه متخصص دانشگاهی صاحب نظر در امر سلامت سالمندان به انتخاب رئیس شورا.

- **برنامه چهارم توسعه:** در این برنامه نیز به موضوع سالمندی و بازنشستگی پرداخته شد؛ از جمله در ماده ۹۷ بند ط، دولت موظف شد به منظور پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی با تأکید بر تداوم اجرای طرح ساماندهی و توان بخشی سالمندان با پوشش حداقل ۲۵ درصد جمعیت هدف اقدام کند. همچنین در ماده ۱۵۰ موظف شد حقوق همه کارکنان و بازنشستگان دولت را طی برنامه چهارم و در ابتدای هر سال متناسب با نرخ تورم افزایش دهد. ماده ۱۴۷ و ۱۴۸ نیز نکاتی را در اصلاح قوانین مربوط به صندوق های بازنشستگی ذکر کرده است (قانون برنامه چهارم توسعه، ۱۳۸۳).

- **برنامه پنجم توسعه:** یکی از موارد اصلی که در برنامه پنجم به آن پرداخته شده، اصلاح قوانین مربوط به صندوق های بازنشستگی است؛ از جمله در ماده ۲۶ آمده است که دولت اجازه دارد به منظور ایجاد ثبات، پایداری و تعادل میان منابع و مصارف صندوق های بازنشستگی، برای اصلاح ساختار این صندوق ها براساس اصول زیر اقدام قانونی کند:

- کاهش وابستگی این صندوق ها به محل بودجه عمومی دولت؛
- ممنوعیت هرگونه فعالیت بنگاه داری برای صندوق های بازنشستگی؛
- استفاده از روش های نوین در اداره صندوق ها، مانند تجدیدنظر در ساختار بیمه اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق های تابع صندوق بازنشستگی کشوری.

همچنین در ماده ۸۸ در بخش مربوط به وظایف اجتماعی دولت و براساس اصل ۲۹ و ۳۰ قانون

اساسی، به منظور منطقی کردن حجم و اندازه دولت و کاهش تدریجی اعتبارات و بهبود عرضه خدمات به مردم و جلب مشارکت بخش غیردولتی و توسعه اشتغال و صرف بودجه و درآمدهای عمومی، دولت مجاز شده است در حوزه‌های مختلف، از جمله نگهداری سالمندان برای توسعه کمی و کیفی خدمات خود و کاهش تصدی دولت، از ظرفیت‌های بخش خصوصی استفاده کند. همچنین در بخش مربوط به بیمه‌های اجتماعی بند د ماده ۲، بر تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز برای سالخوردگان اشاره شده است (قانون برنامه پنجم توسعه، ۱۳۸۸).

- **برنامه ششم توسعه:** در این برنامه اشاره محدودی به سالمندان شده است. یکی از این موارد در شاخص‌ها و اهداف کمی موجود و مطلوب حوزه اجتماعی ماده ۷۸ است که در بند ۷ به افزایش حمایت از سالمندان و وضعیت مطلوب در سال ۱۴۰۰ اشاره شده است. همچنین بند ج ماده ۸۰ بر حمایت از بیماران روانی و مزمن و سالمندان تأکید کرده و ذیل آن دولت مکلف شده است در تداوم اجرای طرح ساماندهی و توان‌بخشی سالمندان با پوشش حداقل ۲۵ درصد جمعیت هدف در پایان اجرای قانون برنامه اقدام کند (قانون برنامه ششم توسعه، ۱۳۹۵).

هـ) سند ملی سالمندی

سند ملی سالمندی سندی است که در شورای عالی سلامت به تصویب رسید و دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور موظف به هماهنگی‌ها و حسن اجرای اهداف و سیاست‌های آن شد. در این سند، سازمان‌های مختلف از جمله سازمان برنامه و بودجه کشور، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، صداوسیما، وزارت کشور، وزارت فرهنگ و ارشاد، وزارت ورزش و جوانان، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت صنعت و معدن و تجارت، وزارت راه و شهرسازی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت اقتصاد و دارایی، سازمان بازنشستگی کشوری، سازمان تأمین اجتماعی و کمیته امداد امام خمینی مسئولیت‌هایی را در قبال سالمندان عهده‌دار شدند. این سند شامل شش هدف اصلی است:

- ارتقای سطح فرهنگی جامعه درباره پدیده سالمندی
- توانمندی سالمندان
- حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سالمندان
- تقویت حمایت‌های اجتماعی برای ارتقای سرمایه اجتماعی
- توسعه زیرساخت‌های مورد نیاز در امور سالمندی

- تأمین منابع مالی پایدار برای نظام حمایتی از سالمندان (سند ملی سالمندان کشور، ۱۳۹۹).
- گفتنی است پس از انتشار پیش‌نویس این سند نقدهای بسیاری متوجه آن شد.

و) سایر قوانین

- در قوانین دیگر نیز به موضوع سالمندان پرداخته شده که در ادامه به مهم‌ترین آن‌ها اشاره شده است:
- **لایحه قانونی درباره تشکیل سازمان بهزیستی:** در ماده‌واحد لایحه قانونی درباره تشکیل سازمان بهزیستی کشور مصوب ۱۳۵۹ و اصلاحات و الحاقات آن، یکی از وظایف سازمان حمایت و نگهداری از سالمندان است.
 - **قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی:** در این قانون مصوب سال ۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی نیز احکامی درباره افراد سالخورده لحاظ شده است. در بندهای «الف»، «ج» و «د» ماده ۱ قانون مزبور به «بازنشستگی» و «ازکارافتادگی»، «زنان بیوه» و «زنان سالخورده» به‌منزله کسانی که در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی و طبیعی و پیامدهای آن باید حمایت شوند، اشاره شده است.
 - **قوانین مدنی و جزایی:** در قوانین مدنی، ماده مشخصی که مستقیم به سالمندان پرداخته شود، وجود ندارد، بلکه در مواردی که لازم بوده برای شفافیت در اجرای قانون، شرایط فرد ذکر شود، به سالمندی به‌منزله یکی از شرایط فردی اشاره شده است. قوانین مدنی تمرکزی بر قوانین خاص سالمندان ندارد و سالمندان را مانند سایر گروه‌های اجتماعی در نظر گرفته است. به‌دلیل شرایط خاص جسمی و اجتماعی و حتی مالی سالمندان، به نظر می‌رسد قانون‌گذار باید به این قشر به‌طور ویژه توجه کند. در مواردی که سالمندی یکی از ویژگی‌های فرد مورد نظر بوده، از اصطلاحات فقهی برای توصیف وی استفاده شده است، مواردی مانند اهلیت، حجر و... اگرچه این اصطلاحات از نظر فقهی گویاست، چون در تشخیص آن‌ها معیاری سنجش‌پذیر پیش‌بینی نشده و تشخیص بر عهده قاضی است، گاه مبهم و ناکارآمد هستند.^۱ در قانون مدنی در کتاب پنجم (در غایب مفقودالاثرا)، کتاب نهم (خانواده)،

۱. اهلیت: در ترمینولوژی حقوق به معنای الف) صفت کسی که دارای جنون، سفه، صغر، ورشکستگی و سایر موانع محرومیت از حقوق نباشد. ب) صلاحیت شخصی برای دارا شدن حق و تحمل تکلیف و به کار بردن حقوق که به موجب قانون دارا شده است. اهلیت تمتع: نوعی از اهلیت در جهت دارا شدن یا استحقاق و به‌طور کلی به معنای صلاحیت شخصی برای دارا شدن حقوق به‌عنوان یک حق بنیادین اهلیت استیفاء: به معنای اهلیت اجرای حق است. به این معنا که شخص صلاحیت قانونی برای کاربرد حقی را که دارد مستقیماً داشته باشد و نیازی به نماینده قانونی مانند ولی، قیم و وصی نداشته باشد. محرومیت از اهلیت و سلب آن: براساس این مفهوم هیچ‌کس نمیتواند به‌طور کلی حق تمتع و یا حق اجرا تمام یا قسمتی از حقوق مدنی را سلب کند. (ماده ۹۵۹ قانون مدنی)

حجر: عبارت است از منع شخص از تصرف در اموال و حقوق مالی و انجام آن به حکم قانون.

- کتاب دهم (در حجر و قیمومیت) و در موادی از قانون اجرای احکام مدنی مانند ماده ۹۶ و ماده ۱۵ به شکلی مستقیم و غیرمستقیم به سالمندان پرداخته شده است. در قوانین جزایی نیز در ماده ۸۴، ۲۰۶، ۲۷۱، ۶۳۳ و در قانون استخدام کشوری ماده ۹۰، ماده ۱۰۱ به سالمندان اشاره شده یا شرایط آنان در اجرای قانون در نظر گرفته شده است. همچنین موارد، قوانین حمایتی و تأمین اجتماعی و آیین‌نامه‌ها و مصوبات اداری نیز به تفضیل به سالمندان پرداخته‌اند (غلامی و یزدی، ۱۳۹۰).
- در بررسی تطبیقی سیاست‌ها و قوانین سالمندی با استانداردهای جهانی، رویکردهایی که سازمان بهداشت جهانی در برنامه سلامت و سالخوردگی در حوزه سالمندان پیشنهاد کرده است، با بعضی از سیاست‌های وضع شده در ایران مقایسه کرده‌ایم. رویکردهای پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی عبارت است از:
- رویکرد چرخه زندگی: به جای جداسازی مراقبت‌های بهداشتی از کارافتادگان بر چرخه زندگی متمرکز بر سالمندی تأکید می‌شود.
 - رویکرد ترویج و گسترش بهداشت با تمرکز بر سالخوردگی فعال: از لحاظ فیزیکی، اجتماعی و روانی از آغاز تا پایان عمر، باید فرصت‌ها و زمینه‌های متعددی برای بهبود و تقویت وضع سلامت افراد در مسیر مسن‌تر شدن ایجاد شده و به‌نحوی شایسته از افراد سالمند حمایت محیطی (فیزیکی و اجتماعی) شود.
 - رویکرد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی: توجه کافی به این واقعیت که زمینه‌هایی که افراد در آن‌ها زندگی می‌کنند، نقش کلیدی در بهداشت و رفاه حال آنان دارد.
 - رویکرد جنسیتی: تشخیص تفاوت‌های مهم و اساسی در بهداشت زنان و مردان و شیوه‌های زندگی آنان و اینکه در اواخر عمر باید از آنان بیشتر حمایت شود، ضروری است.
 - رویکرد بین‌نسلی با تأکید بر راهبردهایی برای حفظ انسجام و پیوستگی میان نسل‌ها: فرهنگ سالمندی، ایجاد انسجام و هم‌بستگی میان جوانان و سالمندان است.
 - رویکرد اخلاقی: تقویت درک و فهم مسائل اخلاقی مانند حقوق انسانی، تسریع یا تأخیر ناشایسته و غیراخلاقی در مرگ.
 - رویکرد جامعه‌محور: در همه کشورها اعم از فقیر و ثروتمند، مهم‌ترین مسائل سالمندان ناشی از چگونگی برقراری ارتباط با اجتماعشان است (مطیع حق‌شناس، ۱۳۹۱).
- با توجه به آثار و پیامدهای اجرای سیاست‌های سالمندی در ایران، عمده سیاست‌گذاری‌های اجتماعی از پدیده‌ها و رویدادهای اجتماعی عقب مانده‌اند. قانون اساسی که حدود ۴۰ سال پیش تدوین شده، عمده اولویت‌های

خود را براساس ویژگی‌های جامعه آن روز تعریف کرده است. بدیهی است در آن زمان سالمندان و سالمندی در اولویت مسائل و مشکلات نبود. در سایر سیاست‌های کلان از جمله برنامه‌های توسعه نیز عمدتاً تا زمانی که موضوعی به مسئله فراگیری تبدیل نشود، سیاست‌گذاری مناسب در آن زمینه در نظر گرفته نمی‌شود؛ همان‌طور که در برنامه‌های توسعه اول و دوم به سالمندان به شکل جدی پرداخته نشده است. براساس تحلیل محتوای برنامه‌های توسعه، سالمندی جز در برنامه سوم، به میزان زیادی نادیده گرفته شده و در سپهر سیاست‌گذاری در ایران از این حیث پروبلماتیک نشده است.

در سال‌های اخیر با گسترش ارزش‌های سرمایه‌دارانه، سالمندان به‌ویژه سالمندان نیازمند و بدون درآمد، که مولد نیستند و به حمایت نیاز دارند، به دلیل مشارکت‌نکردن در نظام انباشت سرمایه و هزینه‌داشتن برای نظام رفاهی، به حاشیه رانده یا حذف شده‌اند یا در موردشان سکوت شده است. دلیل دیگر حذف سالمندان، سیاست‌های جمعیتی اوایل دهه ۱۳۶۰ و افزایش جمعیت جوان کشور بوده که عمده توجه سیاست‌گذاران را معطوف به مسائل این گروه یعنی تحصیل، اشتغال، ازدواج، طلاق، اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی آن‌ها کرد و سالمندی از دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاران کنار گذاشته شد (پروائی، موسایی، ۱۳۹۸).

همچنین با توجه به تحلیل محتوای کمی برنامه‌های توسعه، واژه سالمندی و سالخوردگی در این برنامه‌ها بسیار کم به کار رفته و عمدتاً از مفاهیمی مانند بازنشستگی استفاده شده است؛ موضوعی که نشان می‌دهد مفهوم سالمندی و سالخوردگی به سطح بازنشستگی تقلیل یافته است. گروه‌هایی مانند سالمندان بدون درآمد، معلول، دارای بیماری‌های خاص، سالمندان بدون بیمه، زنان سالمند و سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، در این برنامه‌ها یا به‌هیچ‌عنوان مورد توجه نبوده‌اند یا فقط اشاراتی کلی به آن‌ها شده است؛ درحالی‌که این گروه‌ها باید در اولویت سیاست‌گذاری‌های اجتماعی باشند. باید توجه داشت، مواجهه با برنامه‌های توسعه و سیاست‌های منتج از آن، تفاوت بسیاری با مواجهه قانون مدنی و جزایی در قبال سالمندان دارد؛ زیرا مبنای برنامه‌های توسعه، سیاست‌های توسعه‌ای و کلان و مبنای قانون مدنی و جزایی، بیشتر فقهی است؛ برای مثال چنان‌که گذشت در قوانین مدنی از اصطلاحاتی مانند اهلیت، اهلیت تمتع، اهلیت استیفاء، محرومیت از اهلیت و حجر استفاده شده، اما در سیاست‌ها این ادبیات مبنایی برای تعریف سالمندی و مقتضیات آن مدنظر قرار نگرفته است.

نکته دیگر تغییر در مبانی فکری و نظری برنامه‌ها و قوانین در مقاطع گوناگون است. سیاست‌ها و قوانین گاهی نشان از مبانی فکری بازار دارد و گاه به رویکرد دولت‌های رفاهی نزدیک می‌شود. شیفت الگویی که در تدوین برنامه‌های توسعه در دولت‌های مختلف شکل گرفته است، موضوعی محصور به حوزه سالمندان یا سیاست‌های اجتماعی نیست. به نظر می‌رسد سیاست‌گذاران و تدوین‌کنندگان برنامه در دولت‌های مختلف در ایران متأثر از

مبنای فکری و نظری متفاوت و گاه مغایر با یکدیگر، در هر دوره در یک سر طیف مداخله دولت در همه امور تا دولت کوچک و تنها ناظر قرار داشتند. دولت تنها بین سال‌های ۱۳۶۸-۱۳۶۰ توانسته بود از الگوی نهادگرا برای تدوین سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی بهره‌بردار و تعادلی نسبی در وظایف دولت و بازار ایجاد کند. با این حال عملکرد این دولت با توجه به اینکه کشور در شرایط جنگی قرار داشت، آن‌چنان که باید ارزیابی نمی‌شود.

علاوه بر نبود چارچوب فکری واحد، تعدد مراکز سیاست‌گذاری در حوزه سالمندان و نبود رویه‌ای واحد در تدوین این سیاست‌ها مزید بر علت شده است تا امور سالمندان متولی مشخصی نداشته باشد؛ در حالی که براساس قوانین بسیاری از نهادها متولی حداقل بخشی از این مسئله هستند. شورای عالی سالمندان تا حد زیادی سعی کرده است این نقیصه را جبران کند، اما به دلیل وجود نهادهای موازی هنوز هزینه‌های فراوان و بدون نتیجه‌ای در این حوزه صرف می‌شود؛ به عبارت دیگر لازمه استقلال شورای عالی سالمندان حذف فعالیت‌های حوزه سالمندان در نهادهای موازی یا محدودیت و شفاف‌سازی وظایف آنان است. در مجموع به نظر می‌رسد در حوزه سالمندی، در موارد ذیل یا سیاست مشخصی وجود ندارد یا اگر سیاست‌گذاری شده، خلأ قانونی وجود دارد و باید در آن بازنگری شود:

- نبود آیین‌نامه‌های مراقبت از سالمندان: با وجود اشاره به الزام نگهداری از سالمندان در مراجع ذی‌ربط، آیین‌نامه‌های اجرایی در این باره در دسترس نیست. نبود آیین‌نامه و دستورالعمل در مورد نگهداری سالمندان و ابلاغ آن به مجریان ممکن است در حین مراقبت و نگهداری از سالمندان، موجب آسیب‌های جبران‌ناپذیری به آن‌ها شود.
- بی‌توجهی به جنسیت در سیاست‌های اجتماعی حوزه سالمندان: در سیاست‌ها تنها در موارد محدود به سالمندان زن اشاره شده که لازم است این سیاست‌ها بازنگری شوند.
- نبود سیاست‌های سالمندی فعال و شهر دوستدار سالمندان: شهر دوستدار سالمند شهری دسترس‌پذیر است که امنیت و ایمنی حضور در فضای شهری را در به جامعه سالمندی اعطا می‌کند. در صورت فراهم شدن این الزامات اولیه، جنبه‌های دیگر شهر دوستدار سالمند از جمله احترام به کرامت انسانی سالمندان محقق می‌شود. با وجود اشاره به این موضوع در شهرداری‌ها و برخی دیگر از سازمان‌های مسئول، به نظر می‌رسد بیشتر برنامه‌ها در این مورد تک‌بعدی است و تدوین این سیاست‌ها نیازمند تیمی چند تخصصی متشکل از جامعه‌شناسان، روان‌شناسان، روان‌کاوان و متخصصان حوزه محیط‌زیست در کنار سیاست‌گذاران است.
- حاشیه‌ای بودن سالمندان روستایی: در بیشتر سیاست‌هایی که درباره سالمندان وضع شده، تنها به

واژه سالمند اشاره شده است و تأکیدی بر سالمندان روستایی نیست. در بخشی از سیاست‌های مربوط به روستاییان نیز اشاره‌ای به سالمندان روستایی نیست؛ از این رو وضع سیاست‌های خاص، با توجه به سبک زندگی متفاوت سالمندان روستایی، لازم به نظر می‌رسد.

– **بی‌توجهی به تفاوت‌های سالمندان:** در قوانین گوناگون عنوان کلی سالمند به کار می‌رود و به ویژگی‌های دیگری توجه نشده است که گروه‌های مختلف سالمندان را از یکدیگر تفکیک می‌کند. گروه سالمندان طیف وسیعی از افراد با مشخصات گوناگون هستند که به طبقات مختلف اقتصادی و اجتماعی تعلق دارند. همچنین ویژگی‌هایی مانند محل سکونت سالمند در نقاط شهری یا روستایی، جنسیت سالمند و امثال آن می‌تواند بر نیازها و مطالبات سالمندان اثرگذار باشد. توجه به این ویژگی‌ها در سیاست‌گذاری درباره سالمندان آثار و پیامدهای مثبت سیاست‌های وضع‌شده را بیشتر می‌کند و امکان تحقق اهداف آن را افزایش می‌دهد.

– **نبود رویکرد یکسان نهادهای قانون‌گذار و اجرایی در قبال سالمندان:** همان‌طور که در بخش بررسی قوانین بیان شد، رویکرد سیاست‌گذار درباره سالمندان در بعضی موارد توسعه‌ای و در موارد دیگر فقهی است. به نظر می‌رسد وجود رویکرد یکسان می‌تواند در کاهش دوگانگی و بلا تکلیفی سالمندان در بخش‌های مختلف بسیار تأثیرگذار باشد.

– **نبود راهبرد مشخص در روش پرداخت یارانه و کمک‌های نقدی به گروه‌های متفاوت سالمندان:** به‌جز گروه سالمندان بسیار آسیب‌پذیر که تحت پوشش کمیته امداد و سایر نهادهای حمایتی هستند، قانون مشخصی برای جداکردن سالمندان از سایر یارانه‌بگیران وجود ندارد. این موضوع به این دلیل مهم است که بعضی شرایط خاص سالمندان موجب می‌شود یارانه آن‌ها را افراد خانواده یا اطرافیان آنان استفاده کنند یا تنها بخشی از آن را در اختیار سالمند قرار دهند. همچنین سبک زندگی و روستایی یا شهری بودن سالمند نوع نیاز او را به یارانه تغییر می‌دهد. چه‌بسا یک سالمند روستایی یارانه را برای مصارف روزمره استفاده کند، اما یک سالمند شهری ترجیح دهد آن را به اوقات فراغت و نیازهای فرهنگی اختصاص دهد. به نظر می‌رسد راهبردهای متفاوت درباره پرداخت یارانه و حضور یک سیستم نظارتی در این مورد می‌تواند اثربخشی پرداخت یارانه به این گروه را افزایش دهد.

۸-۲. دستگاه‌ها و سازمان‌های مسئول

برنامه‌ها و اقدامات حمایتی سالمندان به ساختار اجرایی و اداری مشخصی نیاز دارد تا با بیشترین کارایی ممکن اجرا شود. یکی از ضعف‌های اصلی که سبب ناکارآمدی سیاست‌های حمایتی از سالمندان می‌شود، نبود سازمان اجرایی مناسب است. بی‌شک تبیین جایگاه نهادهای کشور، اعم از وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و صندوق‌های متولی امور بازنشستگی و شهرداری‌ها و همچنین سازمان‌های مردم‌نهاد و خصوصی کشور در امر سالمندی می‌تواند به برنامه‌ریزی بهینه در این امور کمک شایان توجهی کند و با حذف موازی کاری‌ها، کارایی اقدامات و تأثیرگذاری آن‌ها را افزایش دهد. همچنین سازمان‌های داوطلبی و غیردولتی غالباً فعالیت‌های چشمگیری برای سالمندان دارند. انجمن‌های سالمندی یکی از ابزارهای مؤثر و کاربردی دولت‌ها برای برقراری ارتباط دوسویه با سالمندان (اعمال سیاست‌های حمایتی و بهره‌مندی از توانایی‌های آنان) هستند.

در ایران اجرای سیاست‌ها و قوانین در زمینه سالمندی بر عهده سازمان‌ها و نهادهای گوناگونی است. این سازمان‌ها عبارت‌اند از: وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام خمینی، صندوق‌های بیمه و بازنشستگی، شهرداری‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد که از این میان، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی و مراکز خیریه و مردم‌نهاد متولیان اصلی عرضه خدمات به سالمندان هستند.

دستگاه‌ها و سازمان‌های سالمندی در دیگر کشورها

تنوع ساختار سازمانی کشورها برای ارائه خدمات سالمندی از تنوع و گوناگونی فراوانی برخوردار است. شرح و توصیف همه این دستگاه‌ها در این مختصر ممکن نیست؛ از این رو به‌اختصار برخی از موفق‌ترین ساختارهای مرتبط با سالمندی در کشورها بیان شده است. در این میان، بعضی کشورها در چارچوب سازمان‌های دولتی خدمات به سالمندان را سازمان‌دهی کرده‌اند؛ برای مثال دولت چین انجمن‌های سالمندی را ایجاد کرده است؛ چنان‌که تا سال ۲۰۱۰، بیش از ۴۰۰ هزار انجمن سالمندی در چین فعال شده که حدود ۴۴ میلیون نفر را تحت پوشش قرار داده است (کسرابی‌نژاد، ۱۳۹۷). در مقابل در برخی دیگر از کشورها نقش سازمان‌های مردم‌نهاد و جامعه مدنی در ارائه خدمت به سالمندان برجسته شده است.

کره جنوبی

در سال ۱۹۸۷، واحد هلپ‌ایج کره برنامه مراقبت خانگی داوطلبانه‌ای را به‌صورت آزمایشی اجرا کرد. دولت کره

این برنامه را در سطح ملی گسترش داد و در سال ۱۹۸۹ آن را به قانون رفاه سالمندان مبدل کرد. در سال ۱۹۹۸، برنامه پیشرفت و توسعه ملل متحد^۱ این برنامه را یک پروژه ملی خواند. در سال ۲۰۱۱، این برنامه با همکاری ۱۱۸۰ سازمان مردم‌نهاد در کره اجرا شد تا حدود ۴۰ هزار سالمند آسیب‌پذیر را با کمک منابع دولتی تحت پوشش قرار دهد.

برنامه مراقبت خانگی کره با همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد پایه‌گذاری شد و وزارت‌خانه‌ها، داوطلبان جامعه، خانواده‌ها و سالمندان برای فراهم‌کردن پایه‌های مراقبت خانگی برای سالمندان همراه شدند. سازمان‌های مردم‌نهاد مسئول مدیریت موردی داوطلبان مراقبت از سالمندان هستند. همچنین دولت با استفاده از نفوذ خود می‌تواند خطوط راهنما را تعیین و سیاست‌گذاری کرده و منابع مالی فراهم می‌کند و بر عملکرد سازمان‌ها نظارت و ارزیابی دارد؛ بنابراین سازمان‌های مردم‌نهاد علاوه بر اجرای پروژه باید گزارش‌هایی به دولت بدهند. پس از تأسیس هر سازمان مردم‌نهاد جدید، دولت به لحاظ مالی و فنی از آن حمایت می‌کند. سایر سازمان‌ها نیز با همکاری و اشتراک تجربیات به سازمان جدید یاد می‌دهند چگونه مدل مراقبت خانگی را اجرا کند.

اسپانیا

در شهرهای مختلف اسپانیا شورای سالمندان تأسیس شده است که اعضای آن نمایندگان سطوح مختلف مدیریتی در کشور و همچنین نمایندگان جامعه مدنی هستند. هدف این شورا توجه به کیفیت زندگی سالمندان و مشارکت آن‌ها در فرایندهای تصمیم‌گیری در مسائل مختلف عمومی است. از برنامه‌های مهم در اسپانیا پروژه گنت^۲ است که شرکت لاکایکسا^۳، وابسته به مؤسسه بانکی در اسپانیا، آن را اجرا می‌کند. هدف از اجرای پروژه، ارتقای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان، کمک به حفظ توانایی‌های جسمی و روانی آنان، تشویق به مشارکت اجتماعی و تقویت استقلال شخصی آنان است. در اسپانیا ۶۰۲ مکان برای این پروژه به‌عنوان مرکز سالمندان وجود دارد که ۶۷ مورد از این مراکز وابسته به خود شرکت و بقیه به سایر نهادهای همکار مربوط است.

به‌موازات این فعالیت‌ها، این بنیاد به شکل‌گیری هفده انجمن داوطلبانه در مناطق مختلف اسپانیا کمک کرده است که مراکز اصلی اجرای پروژه‌های داوطلبانه برای سالمندان به شمار می‌آیند. در گام بعدی، بنیاد از افراد آموزش‌دیده در حوزه فناوری اطلاعات برای انجام پروژه‌های داوطلبانه استفاده می‌کند. در نتیجه گروهی از سالمندان شکل گرفتند که وظیفه اصلی آنان آموزش فناوری به گروه‌های آسیب‌پذیر مانند مهاجران، زندانیان

1. UNDP
2. Gent (People)
3. La Caixa

یا معلولان است. این برنامه از یک سو به بهبود زندگی افراد تحت آموزش انجامید و از سوی دیگر به انسجام اجتماعی منجر شد (<http://goo.gl/BIO29j>).

ولز

در ولز، شورای سالمندان عموم مردم را در مدیریت حل مسائل محلی دخیل می‌کند. این شورا نهاد دوازده نفره مستقلی متشکل از افراد بالای پنجاه سال است که با فرایندی عمومی به این سمت منصوب می‌شوند. آموزش‌های لازم به این نمایندگان داده می‌شود تا نقش فعالی در فرایند سیاست‌گذاری در منطقه داشته باشند. آن‌ها درباره سیاست‌های مطرح‌شده گفت‌وگو می‌کنند و از گروه‌های همکار خود برای تبادل نظر کمک می‌گیرند. همچنین تمرکز آنان بر مسائل محلی و ملی تأثیرگذار بر زندگی سالمندان است. اعضای این شورا هر سال دو جلسه با مقامات محلی برگزار می‌کنند و مسائل سالمندان را با آنان در میان می‌گذارند و می‌کوشند نگاه سالمندان را وارد حیطه سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری کنند.

آمریکا

در آمریکا سازمان‌های متعددی مسئولیت عرضه خدمات به سالمندان را بر عهده دارند. برای مثال مؤسسه AARP^۱ بزرگ‌ترین سازمان سالمندان آمریکایی است که بر مسائل بهداشت و سلامت سالمندان، امنیت اقتصادی و اشتغال آنان متمرکز است و خدمات مختلفی در این حوزه‌ها عرضه می‌کند؛ از جمله یک پایگاه داده آنلاین با عنوان آگلین^۲ ایجاد کرده است که خلاصه تفصیلی نشریات سالمندی را در اختیار سالمندان قرار می‌دهد. همچنین مؤسسه مدیریت سالمندی (AOA)^۳ یک آژانس فدرال است که به برنامه‌ریزی و توسعه امور سالمندان و عرضه خدمات به آنان و مراقبان‌شان می‌پردازد. این آژانس به دنبال توسعه سیاست‌گذاری‌ها برای حمایت از سالمندان و عرضه خدمات مؤثر به آنان است و از طریق شبکه ملی سالمندان در سازمان‌های منطقه‌ای، ایالتی، قبیله‌ای و بومی فعالیت می‌کند. خدمات آژانس عبارت است از مراکز مراقبت از سالمندان، مراقبان و داوطلبان. بنیاد اولویت تنظیم مقررات مسائل بازنشستگی^۴ نیز نهادی غیرانتفاعی است که در سال ۱۹۹۱ در واشنگتن تأسیس شد. مأموریت این بنیاد کمک به افراد سالمند برای ساختن آینده‌ای سالم‌تر و داشتن امنیت مالی است. این بنیاد براساس تحقیقاتی که انجام داده، برنامه‌های آموزشی گوناگونی را تنظیم کرده است

1. <http://www.aarp.com/>

2. Agline

3. The Administration on Aging

4. The SPRY (Setting Priorities for Retirement Years) Foundation

و برای پاسخ‌گویی به نیازهای سالمندان آنان را اجرا می‌کند (<http://www.spry.org>). آمریکا را کشور داوطلب‌ها می‌خوانند و انجام فعالیت‌های داوطلبانه در این کشور سنتی قدیمی است. در دهه‌های گذشته نیز سالمندان آمریکایی این نوع فعالیت‌ها را افزایش داده‌اند. با افزایش جمعیت سالمندان، بهبود وضعیت سلامت و افزایش امید به زندگی، چگونگی گذران عمر در دوران بازنشستگی به مسئله‌ای مهم برای سالمندان تبدیل شده است و بخشی از آنان برای پاسخ به این مسئله به فعالیت‌های داوطلبانه و خیرخواهانه روی آورده‌اند.

سوئد

در سوئد مسئولیت رفاه افراد سالمند. در میان سه لایه حکمرانی تقسیم شده است:

- در سطح ملی، پارلمان و دولت سیاست‌ها و خطوط اصلی را از طریق قانون‌گذاری مشخص می‌کنند.
- در سطح محلی، شوراهای منطقه (۲۱ شورا) مسئول عرضه خدمات درمانی و بهداشتی هستند.
- در سطح محلی نیز شهرداری‌ها (۲۹۰ شهرداری) از نظر قانونی مسئول تأمین نیازهای خدمات اجتماعی، پرستاری و مسکن افراد سالمند هستند.

شوراهای منطقه‌ای و شهرداری‌ها در برابر دولت مرکزی، اختیار و استقلال بسیاری دارند. در هر دو سطح شوراهای منتخب مردم وجود دارد و حق وضع مالیات برای تأمین هزینه‌ها را دارند. شوراهای منطقه و شهرداری‌ها حق دارند در چارچوب اختیارات قانونی خاص خود در عرضه خدمات به سالمندان اولویت‌های خاص خود را اعمال کنند. هزینه مراقبت از سالمندان تقریباً به‌طور کامل از مالیات تأمین می‌شود. فرد سالمند معمولاً حدود ۵ درصد از هزینه‌ها را می‌پردازد. براساس قانون خدمات اجتماعی سوئد شهرداری‌ها موظف‌اند شرایط زیر را برای سالمندان تأمین کنند:

۱. زندگی فعال داشته باشد و بر جامعه و زندگی روزمره خود تأثیر بگذارد.
 ۲. امنیت و استقلال خود را در فرایند پیرشدن حفظ کند.
 ۳. با احترام با او رفتار شود.
 ۴. به خدمات باکیفیت دسترسی داشته باشد.
- وظیفه سیاست‌گذاری و کنترل عرضه خدمات سالمندی در سوئد بر عهده پنج سازمان بازنشستگی ملی این کشور است که ارتباط تنگاتنگی با شهرداری‌ها دارند. همچنین در سوئد سازمان‌های داوطلبانه غیرانتفاعی جایگاه ویژه‌ای دارند، سوئد جامعه فعالی است و موانع قانونی چندانی بر سر مشارکت اجتماعی شهروندان آن وجود ندارد. در میان گروه‌های سنی فعال، سالمندان بخش قابل توجهی از داوطلبان را تشکیل می‌دهند.

ژاپن

کلوپ‌های سالمندان با نام رُجین^۱ نقش مهمی در ارتقای مشارکت اجتماعی سالمندان ژاپنی دارند. این کلوپ‌ها برای رویارویی با پدیده سالخوردگی تأسیس نشده‌اند و ایده آن‌ها از گذشته در ژاپن وجود داشته است. در سال ۲۰۱۰ حدود ۱۱۷ هزار کلوپ سالمندان در سراسر ژاپن فعالیت می‌کرد که بیش از ۷ میلیون نفر عضو داشت. در کلوپ‌های سالمندان دو دسته فعالیت انجام می‌شود: یکی از فعالیت‌های اصلی کلوپ برگزاری رویدادهای اجتماعی مختلف برای ارتقای سلامت و تندرستی اعضا مانند تمرینات ورزشی، پیاده‌روی، رقص، شنا و برنامه‌های سرگرمی و تفریحی مانند باغبانی، شطرنج و خوانندگی است. بخش دوم فعالیت‌ها فراهم کردن زمینه‌ها و فرصت مشارکت اعضا در فعالیت‌های محلی است. اعضای این کلوپ‌ها داوطلبانه به مهدکودک‌ها سر می‌زنند، در مراکز خدمات اجتماعی هنر و صنایع دستی درس می‌دهند یا پارک و خیابان‌ها را تمیز می‌کنند. این کلوپ‌ها معمولاً برنامه بیمه گروهی خاص خود را دارند که هرگونه خسارت یا صدمه ناشی از فعالیت‌های کلوپ را برای اعضا پوشش می‌دهد.

در ژاپن سازمان‌های داوطلبانه‌ای در زمینه سالمندی فعالیت دارند؛ برای مثال انجمن دوستان فدراسیون بین‌المللی سالمندی (ژاپن)^۲ سازمان غیرانتفاعی مستقلی است که با همکاری فدراسیون بین‌المللی سالمندی و برخی سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه چالش‌های جمعیت و سالمندی فعالیت می‌کند و در شهرهای مختلف ژاپن شعبه دارد. این انجمن در زمینه مشکلات ناشی از سالمندی و مبارزه با تبعیض سنی، سوءاستفاده، نابرابری جنسیتی و نژادی و بهبود وضع اقتصادی سالمندان فعالیت دارد. هدف این انجمن اطمینان‌بخشی به سالمندان است تا زندگی سالم و فعالی داشته باشند، شأن و منزلت آنان حفظ شود و حق طبیعی آنان یعنی مشارکت در جامعه به‌صورت بنیادین رعایت شود.

یکی از ابتکارات سازمان‌های جامعه مدنی در ژاپن در زمینه سالمندی سازمان استخدام سالمندان، افراد کم‌توان و افراد جویای شغل است که در سال ۱۹۷۱ تأسیس شد. این انجمن سه سال بعد یک انجمن ملی شناخته شد که در طول سال‌های گذشته با تغییراتی در نام و ساختار به فعالیت خود ادامه داده است. این انجمن سه هدف کلی دارد: حمایت شغلی از سالمندان با عرضه خدمات مشاوره توسط سالمندان مشاور استخدام‌شده، تأمین منابع مالی از دولت برای ارتقای سطح اشتغال سالمندان و فعالیت‌های تبلیغاتی برای تحقق اشتغال مادام‌العمر. همچنین این انجمن از افراد معلول با پرداخت کمک‌های مالی حمایت شغلی می‌کند، به این گروه‌ها

1. Rojin

2. Friends of IFA Japan (FOIFA)

حمایت‌های مشاوره‌ای و آموزش می‌دهد و با آموزش حرفه‌ای به افراد شاغل برای تقویت امنیت شغلی افراد تلاش می‌کند و در عین حال به کارفرمایان مشاوره می‌دهد و از آنان حمایت می‌کند.

آلمان

اتحادیه ملی سازمان شهروندان سالمند در آلمان از نمونه‌های موفق تجربه مشارکت اجتماعی سالمندان در سطح ملی به شمار می‌آید. این اتحادیه سازمانی فراگیر است که حدود ۱۱۰ انجمن مدنی ملی زیر نظر آن فعالیت می‌کنند و نماینده حدود ۱۳ میلیون سالمند است. اتحادیه خود را یک گروه لابی برای نسل سالمند می‌داند و از منافع این گروه در سیاست‌گذاری‌ها دفاع می‌کند. یکی از اهداف سازمان کمک به ایجاد تغییرات پارادایمی درباره سالمندان است که بر این اساس، سازمان از دانش تخصصی، تجربه و توانایی سالمندان دفاع می‌کند.

مرکز سالمندشناسی آلمان^۱ نیز مؤسسه‌ای تحقیقاتی در زمینه اجتماعی و رفتاری سالمندان است. هدف این مؤسسه جمع‌آوری و افزایش داده‌ها، پردازش و ارزیابی آنان و انتشار دانش به‌دست‌آمده در حوزه روش‌های سالمندی خوب است. از این دانش برای مشاوره مستقل علمی درباره چالش‌های جمعیتی و سلامتی سالمندان برای جوامع استفاده می‌شود. تأمین مالی این مؤسسه نیز بر عهده وزارت امور خانواده و شهروندان آلمان است. همچنین مؤسسه از محل انجام طرح‌های تحقیقاتی برای سایر مؤسسات منابعی را برای خود فراهم می‌آورد.^۲

دستگاه‌ها و سازمان‌های سالمندی در ایران

در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و سیاست‌های کلی «جمعیت» در چشم‌انداز آینده براساس قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر برابری، استقلال، مشارکت، حمایت، امنیت، اهمیت‌دادن و سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی همه شهروندان از جمله سالمندان سالم و فعال توأم با منزلت همیشگی تأکید شده است. برای رسیدن به این اهداف ضروری است با مشارکت سالمندان، خانواده‌ها، مراقبان، داوطلبان، سازمان‌های مردم‌نهاد، خیرین و همکاری بین‌بخشی، هم‌امکانات موجود تقویت شود و هم با تأکید بر فرهنگ ایرانی-اسلامی که همیشه احترام و توجه به سالمندان را جزء ارزش‌های والای خود قرار داده است، دستگاه‌های ذی‌ربط اقدامات لازم را صورت دهند. در چنین جامعه‌ای، به نیازهای متفاوت و متنوع سالمندان پاسخ مناسب داده خواهد شد تا آنان با داشتن حق انتخاب به زندگی با کیفیت مناسب و استقلال ادامه دهند. براساس این هدف کلان دستگاه‌های مختلف

1. The German Centre of Gerontology

2. <https://www.dza.de>

وظایفی را عهده‌دار هستند که در ادامه به آن‌ها پرداخته شده است.

شورای ملی سالمندان

با توجه به اینکه سالمندان گروه متنوعی با خواسته‌ها و نیازهای متفاوت هستند، هیچ سازمان یا وزارتخانه خاصی به تنهایی نمی‌تواند پاسخ‌گوی مسائل همه‌جانبه آنان باشد؛ به همین دلیل شورای ملی سالمندان کشور و دبیرخانه آن، با مشارکت همه وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های مرتبط و برخی انجمن‌ها، نهادهای غیردولتی و شهرداری‌ها فعالیت می‌کند. از ابتدای سال ۱۳۸۳ شورای ملی سالمندان کشور با دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور و با عضویت تمامی وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مختلف ذی‌ربط و نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد فعال سالمندی تشکیل شد. براساس سند ملی سالمندان وظایف شورای ملی سالمندی به شرح زیر است:

۱. سیاست‌گذاری برای تأمین سلامت و رفاه سالمندان کشور،
۲. تصویب برنامه‌های مربوط به سالمندان در دستگاه‌های اجرایی،
۳. هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی برای سازمان‌دهی امور سالمندان و اجرای برنامه‌های مصوب شورا.

وظایف دبیرخانه شورای سالمندان کشور نیز عبارت است از:

۱. تعیین سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت و رفاه سالمندان،
۲. تعیین دستور جلسات شورا و برگزاری جلسات و دعوت از اعضا،
۳. پیگیری اجرای تصمیمات شورا و دریافت گزارش عملکرد از دستگاه‌های ذی‌ربط،
۴. تهیه گزارش پیشرفت برنامه‌ها و تخلفات دستگاه‌ها از اجرای تصمیم‌ها،
۵. تهیه بانک اطلاعات سالمندان کشور با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط.

شورای ملی سالمندان با هدف فراهم کردن امکان تداوم حضور سالمندان در جامعه، تأکید بر حفظ موقعیت و جایگاه سالمند در خانواده، تأمین حداقل نیازهای اساسی سالمندان و تأکید بر حفظ احترام و امکان مشارکت مردم در این حوزه تشکیل شده است. رئیس این شورا وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و دبیر آن رئیس سازمان بهزیستی کشور است. این شورا در مدت فعالیت برنامه‌هایی از جمله مکلف‌شدن وزارت مسکن برای کمک به تأمین مسکن سالمندان، تأمین امنیت غذایی سالمندان با همکاری سایر نهادهای مرتبط، عرضه امکان و تسهیلات مناسب برای ورزش دوران سالمندی توسط سازمان تربیت‌بدنی و تسهیل استفاده از برنامه‌های فرهنگی و هنری با مساعدت وزارت ارشاد را تصویب کرده است. پس از جدایی سازمان بهزیستی کشور از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پیوستن به وزارت تعاون و رفاه اجتماعی، ریاست شورای

ملی سالمندان بر عهده وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی است و جلسات این شورا باید هر شش ماه با حضور رئیس‌جمهور تشکیل شود.

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

وزارت رفاه متولی اصلی نظام تأمین اجتماعی کشور است که مأموریت عرضه خدمات بیمه‌ای و حمایتی به همه اقشار جامعه از جمله سالمندان را بر عهده دارد. بخش عمده سازمان‌ها و نهادهای خدمت‌دهنده به سالمندان از جمله سازمان بهزیستی زیرمجموعه این وزارتخانه یا به نحوی مرتبط با آن هستند.

سازمان بهزیستی کشور

سازمان بهزیستی زیرمجموعه وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی است و مسئولیت دارد خدمات حمایتی به افراد آسیب‌پذیر عرضه کند. این سازمان به حدود ۶۸۰ هزار سالمند ۶۰ سال به بالا در دو معاونت اجتماعی و توان‌بخشی خدمات می‌دهد (جدول ۸-۱) (سازمان بهزیستی، ۱۳۹۷؛ مرکز ملی راهبری و توسعه سلامت روان معاونت مشاوره و امور روان‌شناختی، ۱۳۹۵). سازمان بهزیستی کشور به‌موجب قانون لایحه قانونی تشکیل سازمان بهزیستی کشور مصوب ۱۳۵۹/۳/۲۴ در کنار سایر وظایف خود، مسئولیت نگهداری از سالمندان نیازمند را به عهده دارد. در ادامه مهم‌ترین فعالیت‌های سازمان بهزیستی بیان شده است.

جدول ۸-۱. خدمات و برنامه‌های سازمان بهزیستی برای سالمندان (۱۳۹۷)

● کمک‌های مالی به افراد سالمند
● وجود اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی (شماره ۱۲۳) برای رسیدگی به موارد خشونت اجتماعی از جمله سالمندآزاری، (حدود ۱۰۰ مرکز پایگاه خدمات اجتماعی در کشور و با هدف کنترل و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دارای چهار بخش مرکز مداخله در بحران، خودرو و تیم خدمات سیار و پایگاه خدمات اجتماعی)
● حمایت از ۶۰ هزار سالمند زن تحت پوشش برای حمایت‌های مستمر و غیرمستمر در زمینه کمک‌هزینه ماهیانه (مستمری)، تأمین مسکن، تغذیه، بهداشت، درمان، خدمات فرهنگی، آموزشی از قبیل اردوهای زیارتی-تفریحی، آموزش مهارت‌های زندگی و خدمات مددکاری اجتماعی و روان‌شناختی به آنان
● ۲۹۳ مرکز فعال در کل کشور برای ارائه خدمات مراقبتی و توان‌بخشی سالمندان (ظرفیت هر مرکز بالای ۳۵ نفر)
● ۱۶۴ هزار نفر سالمند تحت خدمات توان‌بخشی (۶۳.۷ درصد مردان و ۳۶.۳ درصد زنان) ^۱ با عرضه ۷۲ نوع فعالیت توان‌بخشی
● خدمات مراکز شبانه‌روزی، افراد تحت پوشش: ۵۱,۷۶۹ نفر سالمند ۶۰ ساله و بیشتر (خالی بودن ۲۰ درصد ظرفیت اسمی مراکز)
● ۳۷۰ مرکز ویزیت در منزل در کشور (پوشش ۱۷,۳۰۰ نفر)
● راه‌اندازی خدمات مراقبت در منزل در پنج سال اخیر (۱۰۱ مرکز فعال با پوشش حدود ۶۸۲۰ نفر و ظرفیت کل حدود ۱۱ هزار نفر)
● عرضه طرح حمایت از مراقبان غیررسمی با پرداخت دستمزد و آموزش در ۴ سال گذشته (عرضه خدمات به ۳۶۵۸ نفر سالمند و افراد دارای ناتوانی و با حدود ۱۱ هزار نفر ظرفیت خالی)
● ۱۲۴ مرکز روزانه سالمندان در کشور (پوشش ۵۸۰۲ سالمند و ظرفیت حدود ۷۱۰۰ نفر)
● طرح توانمندسازی سالمندان با عرضه همه خدمات آموزشی و توان‌بخشی و پیداکردن شغل پاره‌وقت براساس نیاز فرد و همچنین مناسب‌سازی منازل
● عرضه وسایل کمکی مانند واکر، سمعک، و یا در موارد ضایعات نخاعی، دریافت حق پرستاری و تشک موج و پروتز دندان و ویلچر ^۲

۱. البته این اعداد به دلیل ورود و خروج سالمندان به سیستم ثابت نیست. معیار ورود برای دریافت خدمات داشتن پرونده دیجیتال و دریافت حداقل یک خدمت از سازمان است. سالمندان برای دریافت خدمات باید حداقل ۶۰ سال و بیشتر داشته باشند. برای دریافت بعضی از انواع خدمت نیز باید براساس طبقه‌بندی ICF دارای ناتوانی بوده و از طبقه‌بندی خفیف براساس کمیسیون پزشکی بالاتر باشند، اما برای دریافت خدمات مراکز روزانه حتماً نیاز به ناتوانی ندارند بلکه می‌توانند تنها با معیار سن ۶۰ ساله به بالا از خدمات استفاده کنند. و برای سایر موارد مانند دریافت مستمری باید حداقل درآمد زندگی را نداشته باشند تا بتوانند مشمول خدمات مستمری بشوند. معیار ورود برای دریافت خدمات توسط مددکار اجتماعی بررسی می‌شوند.

۲. مصاحبه حضوری با معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی، ۹۷/۳/۲۸ سازمان بهزیستی.

الف) مراکز نگهداری از سالمندان: سازمان بهزیستی با اعطای مجوز، اعطای یارانه و نظارت بر این بخش، به سالمندان خدمت می‌دهد. براساس دستورالعملی که این سازمان تصویب و ابلاغ کرده، مرکز توان‌بخشی، مراقبتی و نگهداری شبانه‌روزی سالمندان به مکانی گفته می‌شود که اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس می‌کنند و تحت نظارت آن، به سالمندان واجد شرایط در تمام ساعات شبانه‌روز خدمات مراقبتی-توان‌بخشی می‌دهند. براساس آمار مندرج در سند ملی سالمندان کشور (۱۳۹۹) در سال ۱۳۹۸ تعداد ۲۷,۶۴۵ نفر سالمند از این خدمات بهره‌مند شده‌اند (۱۲,۴۹۷ نفر از مراکز روزانه و ۱۵,۱۴۸ نفر از مراکز شبانه‌روزی).

ب) پرداخت یارانه: سازمان بهزیستی موظف است مبالغی یارانه برای حق مراقبت و نگهداری سالمندان در مراکز توان‌بخشی، نگهداری و منازل به صاحبان مراکز غیردولتی و خانواده‌های آنان پرداخت کند.

پ) برنامه‌های آموزشی: سازمان بهزیستی برنامه‌های آموزشی در قالب برگزاری همایش، سمینار، کارگاه آموزشی، طرح، تهیه کتاب و بروشور و بسته‌های آموزشی عرضه می‌کند. مخاطب این آموزش‌ها مسئولان مراکز، کارشناسان، کادر خدمت‌دهنده به سالمندان، میانسالان و خانواده سالمندان هستند.

ت) تأمین وسایل کمکی به سالمندان: سازمان بهزیستی موظف است پاره‌ای از وسایل کمکی مورد نیاز سالمندان از قبیل سمعک، عینک، صندلی چرخ‌دار، واکر و... را تهیه کند.

ث) تحقیقات در زمینه سالمندان: به‌منظور شناسایی بهتر سالمندان و نیازهای آن‌ها و تدوین دستورالعمل‌های لازم، سازمان بهزیستی عهده‌دار تحقیقات لازم درباره سالمندان است.

ج) عرضه تسهیلات مالی: سازمان بهزیستی موظف است به کمک دستگاه‌های ذی‌ربط تسهیلات اعتبار قرض‌الحسنه برای احداث، خرید یا اجاره ساختمان، تجهیز و راه‌اندازی مراکز نگهداری را به متقاضیان ایجاد مراکز مذکور فراهم کند.

چ) توانمندسازی سالمندان شهری و روستایی: سازمان بهزیستی به کمک آموزش شیوه زندگی سالم در تمامی ابعاد در جهت سازگاری سالمند با دوران سالمندی و دستیابی سالمند به یک زندگی سالم و موفق تلاش می‌کند.

ح) مناسب‌سازی محیط شهری و مسکونی معلولان و سالمندان

خ) بیمه مکمل سالمندان معلول و نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی: سازمان بهزیستی موظف است ملزوماتی فراهم کند تا سالمندانی که دفترچه بیمه پایه دارند، تحت پوشش بیمه مکمل قرار بگیرند.

د) عرضه خدمات اجتماعی به خدمت‌گیرندگان تحت پوشش: خدمات اجتماعی سازمان بهزیستی شامل

کمک‌های مستمر و غیرمستمر به خانواده‌های خدمت‌گیرندگان است. براساس آمار سازمان بهزیستی کشور به نقل از سند ملی سالمندان کشور (۱۳۹۹) در سال ۱۳۹۸ از بین ۳۴۶,۰۰۰ نفر از سالمندان تحت پوشش این سازمان، ۱۴۵,۴۶۹ نفر مستمری‌بگیر و بقیه از سایر خدمات بهره‌مند می‌شدند.

مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی

سازمان بهزیستی به‌منظور اجرای وظایف، مؤسساتی را تحت مدیریت دارد که عبارت‌اند از:

۱. مراکز توان‌بخشی مراقبتی و نگهداری شبانه‌روزی سالمندان: در این مراکز خدمات مراقبت توان‌بخشی شامل خدمات پزشکی، فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی در تمام ساعات شبانه‌روز به سالمندان عرضه می‌شود.
۲. مراکز توان‌بخشی و آموزشی روزانه سالمندان: عرضه خدمات آموزشی و اجتماعی و حرفه‌ای در پاره‌ای از اوقات، امکان فعالیت‌های مختلف چون فعالیت‌های هنری و... با حضور در این مراکز به‌صورت گروهی، دریافت خدمات روان‌شناسی و کمک به تقویت حافظه به سالمندان، بهره‌مندی از فضایی شاد در این مراکز، انتقال تجربیات سالمندی، کاهش استرس و اضطراب.
۳. مرکز خدمات توان‌بخشی و مراقبتی سالمندان در منزل: عرضه خدمات مراقبتی و توان‌بخشی شامل خدمات پزشکی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و مشاوره، روان‌شناسی و مددکاری اجتماعی به سالمندان واجد شرایط در منزل به‌صورت روزانه یا شبانه‌روزی.
۴. مرکز جامع خدمات توان‌بخشی سالمندان: عرضه خدمات توان‌بخشی شامل خدمات پزشکی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و مشاوره، روان‌شناسی و مددکاری اجتماعی به سالمندان در منزل به انضمام حداقل یکی از دو مرکز روزانه یا شبانه‌روزی. براساس آمار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ تعداد مراکز شبانه‌روزی خدمات‌رسانی به سالمندان ۲۲۸ واحد بوده که ۱۳,۳۷۳ نفر را تحت پوشش قرار می‌داده است (خدمات‌رسانی در منزل انجام نمی‌شده است). در سال ۱۳۹۷ تعداد مراکز شبانه‌روزی به ۳۰۴ واحد و خدمات‌رسانی در منزل به ۱۰۵ مرکز رسیده است.

جدول ۸-۲. مراکز شبانه‌روزی و خدمت در منزل دولتی و غیردولتی سالمندان تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور

سالمندان				سال
خدمت در منزل		شبانه‌روزی		
تعداد افراد	تعداد مرکز	تعداد افراد	تعداد مرکز	
*	*	۱۳,۳۷۳	۲۲۸	۱۳۹۰
۴۴۲۸	۱۰۰	۱۳,۸۷۸	۲۵۰	۱۳۹۳
۴۹۹۴	۱۲۰	۱۴,۸۵۳	۲۷۱	۱۳۹۴
۴۷۴۹	۱۰۶	۱۴,۴۱۱	۲۸۱	۱۳۹۵
۴۵۹۹	۱۰۵	۱۵,۶۷۷	۲۹۳	۱۳۹۶
۴۴۱۸	۱۰۵	۱۵,۲۹۱	۳۰۴	۱۳۹۷

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۸

کمیته امداد امام خمینی

از وظایف کمیته امداد امام خمینی، بررسی و شناخت انواع محرومیت‌های مادی و معنوی نیازمندان و تأمین نیازهای حمایتی، معیشتی، فرهنگی و ارتقای سطح زندگی آن‌هاست. افراد سالمند ۶۰ سال به بالا یکی از اقشار مورد حمایت این نهاد هستند که در قالب طرح مددجویی یا طرح شهید رجایی، از کمک‌های این نهاد استفاده می‌کنند. براساس گزارش کمیته امداد امام خمینی تعداد سالمندان تحت پوشش این نهاد در سال ۱۳۹۶ حدود ۱,۷۵۹,۹۱۷ نفر، در سال ۱۳۹۷ حدود ۱,۴۵۶,۹۰۱ نفر و ۱,۷۳۱,۹۷۸ نفر در سال ۱۳۹۸ بوده است.

جدول ۸-۳. تعداد سالمندان تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی

سال	سالمندان تحت پوشش
۱۳۸۰	۱,۹۱۵,۶۲۰
۱۳۸۵	۲,۹۰۸,۲۰۱
۱۳۹۰	۱,۶۹۰,۴۴۷
۱۳۹۳	۱,۴۱۴,۳۲۷
۱۳۹۴	-
۱۳۹۵	۱,۶۲۰,۷۵۱
۱۳۹۶	۱,۷۵۹,۹۱۷
۱۳۹۷	۱,۴۵۶,۹۰۱

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۸

صندوق‌های بازنشستگی

صندوق‌های بیمه و بازنشستگی وظیفه تأمین سلامت (خدمات درمانی و توان‌بخشی) و معیشت بیمه‌شدگان 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 کمک‌ها و خدمات رفاهی در حد گذران زندگی برخوردار می‌شود. اگرچه ممکن است افرادی به دلیل داشتن سابقه کار بیش از ۳۰ سال یا استفاده از بازنشستگی پیش از موعد قبل از رسیدن به ۶۰ سالگی هم بازنشسته شوند، بخش عمده بازنشستگان به دلیل رسیدن به سن قانونی بازنشستگی (۶۰ سال برای مردان و ۵۵ سال برای زنان) بازنشسته می‌شوند. به بیان دیگر، بخش قابل توجهی از بازنشستگان را سالمندان تشکیل می‌دهند که علاوه بر خودشان، همسرانشان نیز از خدمات بیمه‌های بازنشستگی و درمان برخوردار هستند.

بیمه و تأمین اجتماعی از مصادیق محافظت اجتماعی برای سالمندان از طریق تأمین امنیت مالی آن‌هاست. امنیت مالی تضمین‌کننده کرامت و حق انسانی سالمندان است. پوشش بیمه و تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف به روش‌های گوناگونی اجرا می‌شود؛ برای مثال در آمریکا نظام مدیکر^۱ به سالمندان ۶۵ سال به بالا

1. Medicare

خدمات رایگان سلامت می‌دهد. همچنین در بیشتر کشورهای دنیا تلاش شده است پوشش ۱۰۰ یا ۹۰ درصدی مستمری و حمایت از افراد در دوران سالمندی فراهم شود (ILO, 2014).

صندوق بازنشستگی یک نهاد اقتصادی و تأمین مالی غیربانکی و از مهم‌ترین ابزارهای نظام‌های تأمین اجتماعی برای بهبود توزیع درآمد است. این سازمان، نهادی مالی یا شخصیتی حقوقی است که به منظور سازمان‌دهی سرمایه‌های تأمین‌شده از کارکنان و کارفرمایان تشکیل شده و هدف آن ایجاد رشد پایدار و بلندمدت در ارزش دارایی‌هاست تا پس از رسیدن کارکنان به پایان سنوات کاری طبق رویه مشخصی به آنان مستمری بازنشستگی پرداخت کند (اسکندری و همکاران، ۱۳۹۴). سازمان‌دهی مناسب سرمایه صندوق‌های بازنشستگی و راکد ماندن آن از وظایف اصلی این صندوق‌هاست. برای جلوگیری از رکود ارزش حق بیمه‌ها، سرمایه‌گذاری آن‌ها ضروری است؛ به طوری که هم نرخ تورم واقعی را پوشش دهد و هم برای جبران تعهدات زودرس مانند از کارافتادگی مازاد داشته باشد (اسدی، ۱۳۸۰).

صندوق‌های بازنشستگی در ایران در سه بخش صندوق‌های دولتی، بخش عمومی و بخش خصوصی فعال هستند. صندوق‌های بازنشستگی کشوری و صندوق سازمان تأمین اجتماعی در بخش دولتی و صندوق‌های بازنشستگی شهرداری، صداوسیما و بانک‌ها در بخش عمومی فعالیت می‌کنند (حیدری، ۱۳۹۸). با توجه به جدول ۴-۸، بخش قابل توجهی از سالمندان ایرانی (۹۴.۳۷ درصد) پوشش پایه دارند. بررسی تفاوت مناطق شهری و روستایی از نظر درصد جمعیت سالمند تحت پوشش بیمه پایه نشان‌دهنده بالا بودن آن در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری است. در حالی که بیمه‌های مکمل یکی از مهم‌ترین ابزارهای حمایتی سالمندان هستند، تنها ۳۱.۳۴ درصد سالمندان بیمه مکمل دارند و فقط ۱۲.۲۰ درصد سالمندان روستایی تحت پوشش بیمه مکمل هستند (شیری و همکاران، ۱۳۹۵).

جدول ۸-۴. توزیع نسبی پوشش بیمه پایه و مکمل جمعیت سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر

درصد جمعیت تحت پوشش بیمه مکمل	وضعیت بیمه پایه								درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه
	نوع بیمه پایه							درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه	
	بیمه ندارد	نمی‌داند	سایر بیمه‌ها	نیروهای مسلح	تأمین اجتماعی	خدمات درمانی (بیمه روستایی)	خدمات درمانی (غیر از بیمه روستایی)		
۳۹.۰۴	۶.۲۴	۰.۵۶	۱۲.۸۴	۶.۳۹	۴۵.۲۷	۶.۱۴	۲۲.۵۶	۹۳.۲	شهری
۱۲.۲۰	۲.۳۹	۰.۲۱	۵.۵۷	۲.۰۱	۲۱.۹۷	۵۸.۳۸	۸.۹۷	۹۷.۴	روستایی
۳۱.۳۴	۵.۱۶	۰.۴۶	۱۰.۸۰	۵.۳۱	۳۸.۷۶	۲۰.۷۳	۱۸.۷۷	۹۴.۳۷	کل سالمندان

منبع: شیری و همکاران، ۱۳۹۵

در سال‌های اخیر، صندوق‌های بازنشستگی با بحران‌های مالی روبه‌رو شده و تعادل تراز مالی بیشتر آن‌ها بر هم خورده است؛ به همین دلیل این صندوق‌ها علاوه بر ناتوانی بر تأثیر در تأمین مالی سرمایه‌گذاری‌ها، با تأمین مالی از بودجه دولت، بخشی از توان مالی دولت را نیز کاهش داده‌اند. در حال حاضر، هجده صندوق بازنشستگی در کشور وجود دارد که چهار صندوق اصلی تأمین اجتماعی، بازنشستگی کشوری، فولاد و روستاییان و عشایر در زیرمجموعه وزارت تعاون فعالیت می‌کنند. این چهار صندوق بخش بزرگی از بازارهای مالی کشور را در اختیار دارند که شامل ۳۳ درصد در بخش سیمان، ۳۳ درصد فولاد، ۲۳ درصد بازار سنگ آهن، ۱۰ درصد پتروشیمی و ۴۰ درصد دارویی و گردشگری است. باید توجه داشت که سرمایه‌گذاری مشکل اصلی صندوق‌های بازنشستگی در ایران محسوب می‌شود که دلیل آن سرمایه‌گذاری‌های کم‌بازده، محدودیت بازار سرمایه در ایران، مداخله‌های دولت و بنگاه‌داری است.

- الف) سرمایه‌گذاری نامناسب و غیراقتصادی در کنار سرمایه‌گذاری با سود بسیار کمتر از نرخ تورم، یکی از دلایل پیدایش بحران مالی کنونی صندوق‌هاست که این موضوع به عوامل مختلفی مرتبط است:
- برخی صندوق‌ها مانند صندوق حمایت و کالا و کارگشایان دادگستری براساس قوانین مربوط، از هر گونه فعالیت اقتصادی و سرمایه‌گذاری منع شده‌اند.
 - در ابتدای تأسیس، برخی صندوق‌ها تصور روشنی از انتظارات اقتصادی فعالیت‌های خود نداشتند؛ زیرا صندوق‌ها در ابتدا بازنشسته‌ای نداشتند و تصور می‌شد ضرورتی به کسب درآمد اقتصادی وجود ندارد؛ در نتیجه سرمایه‌گذاری به سپرده‌گذاری نزد بانک‌ها محدود بود؛ برای مثال بخش سرمایه‌گذاری

سازمان تأمین اجتماعی از سال ۱۳۶۵ و با تأسیس شرکت سرمایه‌گذاری تأمین اجتماعی عملیاتی شد، اما پیش از آن عمده سرمایه‌گذاری‌ها به صورت سپرده‌گذاری بود (ریاضی، ۱۳۹۴).

- صندوق‌های بازنشستگی پس از ۱۳۵۷ به دلیل شرایط جنگ و برخی تحریم‌ها امکان سرمایه‌گذاری مؤثر نداشتند.

- صندوق‌هایی مانند صندوق بازنشستگی کشوری تا سال ۱۳۷۹ به دلیل پایین بودن نرخ حق بیمه مازاد ذخایر نداشتند تا بتوانند سرمایه‌گذاری کنند. این صندوق به علت تمرکز وجوه آن در خزانه و ممنوعیت‌های قانونی در تصرف آن تا ۱۳۷۶ امکان مدیریت وجوه و ذخایر خود را نداشت (سازمان بازنشستگی کشوری، ۱۳۸۴).

(ب) سرمایه‌گذاری‌های کم‌بازده: به دلیل ممنوعیت سرمایه‌گذاری، بعضی از صندوق‌ها تنها مجاز بودند نزد بانک‌های دولتی و جوهی تودیع کنند یا اوراق مشارکت بخرند. گاه اصلاً ضوابطی برای سرمایه‌گذاری آن‌ها وضع نشده است. صندوق حمایت از وکلا و کارگشایان دادگستری و صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر از این جمله است (ورمزیری، ۱۳۹۲). این موضوع موجب شد صندوق‌ها در سال‌های گذشته در زمینه‌های کم‌بازده سرمایه‌گذاری کنند. از سوی دیگر سرمایه‌گذاری‌ها گاه با اهداف ناموجه و هدف نامشخص بوده است.

(ج) محدودیت بازار سرمایه: بازار سرمایه در ایران کم‌عمق است و تنوع کافی ندارد. صندوق‌های بازنشستگی در بسیاری از کشورها مانند ایران که بازار سرمایه مناسب ندارند، به سرمایه‌گذاری خارجی در سهام شرکت‌های بین‌المللی حاضر در بورس جهانی سوق می‌یابند. کشورهای توسعه‌یافته نیز این امکان را فرصتی برای متنوع‌سازی سبد سرمایه‌گذاری می‌دانند. این نوع تنوع‌بخشی حتی اگر به تغییر در بازده منجر نشود، مخاطرات سرمایه‌گذاری را بسیار کاهش می‌دهد (هالزمن، ۱۳۸۰). چنین راهکاری در صندوق‌های بازنشستگی در ایران به دلایل زیر وجود ندارد:

۱. کشورهای در حال توسعه مانند ایران با خروج سرمایه از کشور به شکل رسمی موافق نیستند و عمدتاً خروج سرمایه از این کشورها به صورت غیررسمی و برای منافع شخصی صورت می‌گیرد.

۲. سرمایه‌گذاری بنگاه‌های اقتصادی ایران در خارج از کشور با محدودیت بازگشایی حساب بانکی در بانک‌های بین‌المللی و نقل و انتقال سرمایه و امکان مسدود شدن دارایی‌های ایران در برخی کشورها به دلیل تحریم‌ها و عدم عضویت در نهادهای اقتصادی شفاف مانند FATF است.

در مجموع تنوع سبد سرمایه‌گذاری صندوق‌های سرمایه‌گذاری بسیار محدود است و محدودیت بازار

نیز بر سودآوری این صندوق‌ها تأثیر می‌گذارد.

(د) در ایران، دولت به عناوین مختلف در امور صندوق‌های بازنشستگی دخالت می‌کند. مداخله‌های سیاسی دولت و دخالت مقامات دولتی و شخصیت‌های سیاسی گاهی به تغییر سیاست‌های کلان این صندوق‌ها منجر می‌شود و بر استقلال این نهادها تأثیر می‌گذارد. انتصاب مدیران خودی و حامی منافع دولت در رأس و بدنه سازمان تأمین اجتماعی و سایر نهادهای مشابه موجب می‌شود با تغییر دولت، مدیران و سیاست‌های کلان تغییر کنند. تغییر این مدیران که گاه وارد مناسبات غیرقانونی اقتصادی نیز می‌شوند، بر تصمیم‌گیری درباره نحوه سرمایه‌گذاری و رویکرد کلان صندوق‌ها تأثیر می‌گذارد.

(ه) بنگاهداری: بنگاهداری صندوق‌های بازنشستگی از منظر علوم اجتماعی، یکی از آسیب‌های مهم محسوب می‌شود؛ زیرا صندوق‌ها را به شدت بر مسائل اقتصادی متمرکز می‌کند و از رسالت اجتماعی آنان، یعنی عرضه حمایت‌های بیمه‌ای مناسب به بیمه‌شدگان بازمی‌دارد. بنگاهداری^۱ صندوق‌ها در برنامه پنجم توسعه ممنوع شده است (بند الف ماده ۲۶)؛ با این حال بخش فراوانی از سرمایه صندوق با هدف کسب سود به سهام شرکت‌ها اختصاص می‌یابد که نتیجه آن نداشتن تعهدات کامل صندوق‌ها در برابر بیمه‌شدگان با رعایت اصول حاکم بر تأمین اجتماعی است. از سوی دیگر بسیاری از صندوق‌های بازنشستگی علاوه بر این کار را س‌ا شرکت‌های سرمایه‌گذاری و هلدینگ‌های تخصصی تشکیل می‌دهند، به بنگاهدار تبدیل می‌شوند و سرمایه صندوق را با خطر مواجه می‌کنند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۶).

با توجه به بررسی سبد سرمایه‌گذاری صندوق‌های بازنشستگی، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری در زمینه بنگاهداری پیشروتر از بقیه هستند؛ با این حال این شیوه سرمایه‌گذاری در صندوق‌های کوچک وابسته به سازمان‌های خصوصی و شرکت‌های دولتی نیز انجام می‌شود (رستمی و بادینی، ۱۳۹۸: ۶۳). در مجموع به نظر می‌رسد توجه بیش از اندازه به سودآوری و کم‌توجهی به مخاطرات سرمایه‌گذاری به دلایلی مانند زیاده‌خواهی یا خروج از بحران مالی، به شدت بر عملکرد صندوق‌های بازنشستگی تأثیر گذاشته و آن‌ها را به نهادهای مالی ورشکسته تبدیل کرده است. مرور پژوهش‌های صورت گرفته درباره نظام بازنشستگی در ایران نشان‌دهنده وجود بحران و مشکلات گوناگونی است که نظام بازنشستگی و به تبع آن بیمه‌گذار با آن مواجه است. بعضی از این مشکلات عبارت‌اند از:

۱. به موجب سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، بنگاه واحد اقتصادی است که در تولید کالا یا خدمت فعالیت می‌کند اعم از آنکه دارای شخصیت حقوقی یا حقیقی باشد. (بند ۴ ماده ۱) بنگاهداری وضعیتی است که بیشتر ناظر بر مدیریت شرکت است تا برخورداری از سهام فراوان شرکت‌های تجاری. در تعریف بنگاهداری می‌توان گفت داشتن آن میزان از سهام یک شرکت تجاری که با آن بتوان در مدیریت و کنترل شرکت نقش مؤثری داشت.

- توازن نداشتن آشکار در روند مصارف و منابع صندوق‌های بازنشستگی
- فاصله زیاد شاخص‌های اساسی نظام بازنشستگی از سطح استاندارد
- نرخ جایگزینی^۱ بسیار بالا (بیش از ۱۰۰ درصد) برای همه سطوح درآمد که قابل تأمین و قابل تحمل نیست.
- کاهش شدید «نسبت پوشش حمایتی»^۲ به‌ویژه در صندوق‌های بازنشستگی دولتی
- وابسته‌بودن مستمری به سال‌های آخر خدمت
- اعطای بازنشستگی‌های زودرس و تأمین نکردن کسری‌های پرداخت‌نشده برای این مدت
- تحمیل هزینه‌های اجتماعی به صندوق‌ها
- افزایش حقوق بازنشستگان متناسب با نرخ تورم بدون آینده‌نگری در چگونگی تأمین مالی مورد نیاز
- تأمین نکردن کسری‌های پرداخت‌نشده از محل دیگر برای پرداخت مزایای از کارافتادگان و شاغلان فوتی
- تصمیم‌گیری براساس معیارهای سیاسی و برون‌سیستمی
- پرداخت مزایای اضافی بر اثر الزام قانون
- ناآگاهی تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران از مبانی نظری نوین در تأمین اجتماعی
- بهره‌برداری نامناسب از وجوه و سرمایه‌گذاری‌های غیربهرینه
- پایین بودن سنوات پرداخت کسره‌های بازنشستگی و سن بازنشستگی در مقایسه با سایر کشورها (روغنی‌زاده، ۱۳۸۴).

الف) سازمان بازنشستگی کشوری

صندوق بازنشستگی کشوری دومین صندوق بزرگ بازنشستگی از نظر میزان دارایی‌ها و تعداد بازنشستگان تحت پوشش است (احمدی امویی، ۱۳۹۶). با توجه به آمارهای مالی، بیشتر صندوق‌های بازنشستگی از جمله صندوق بازنشستگی کشوری ورشکسته‌اند و از نقطه سر به سر خود عبور کرده‌اند. صندوق بازنشستگی کشوری در بدترین وضعیت سال‌های اخیر قرار گرفته است؛ به طوری که کسری بودجه‌ای حدود ۷۶-۷۰ درصد برای آن ثبت شده است و به‌طور میانگین سالیانه ۲-۳ درصد به این کسری اضافه می‌شود (گزارش بودجه صندوق بازنشستگی کشوری، ۱۳۹۴). این صندوق همواره وابستگی بودجه‌ای شدید به دولت دارد و حجم بالایی از بودجه خود را به کمک بودجه

۱. حقوق بازنشستگی تقسیم بر حقوق نهایی دوران اشتغال
۲. نسبت پوشش حمایتی عبارت است از نسبت افراد شاغل به افراد بازنشسته

دولتی تأمین می کند. جدول ۸-۵ این سهم را بین سال های ۱۳۸۷ و ۱۳۹۴ نشان می دهد.

جدول ۸-۵. سهم بودجه صندوق بازنشستگی کشوری از سرفصل بودجه رفاه و تأمین اجتماعی

نام صندوق	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶
صندوق بازنشستگی کشوری	۱۵.۷	۱۸.۴	۲۷.۶	۲۷.۱	۲۶.۴	۲۹.۳	۲۹.۹	۲۱.۲	۲۰.۱۸	۲۱.۱۲

منبع: برنامه بودجه صندوق بازنشستگی ۱۳۸۷-۱۳۹۴

براساس گزارش های مالی صندوق بازنشستگی کشوری، بین سال های ۱۳۹۶-۱۳۹۰ با وجودی که سود کسب شده صندوق بازنشستگی ۵۰ درصد افزایش یافته، هنوز نسبت مناسب میان سود و بودجه مورد نیاز تأمین نشده بود که این نسبت وضعیت مالی مناسبی را نشان نمی دهد. ضریب پشتیبانی صندوق در سال ۱۳۹۴ به ازای هر نفر بازنشسته ۰.۹۴ شاغل است (نسبت یک به ۰.۹۴)؛ به عبارت دیگر در بازه ای ۳۰ ساله نسبت پشتیبانی صندوق بازنشستگی کشوری از ۶۶۸ در دهه ۱۳۶۰ در یک سیر نزولی در سال ۱۳۹۴ به کمتر از ۱ کاهش یافته است که به منزله عبور منفی صندوق از نقطه سر به سری و ورود آن به مرحله نداشتن ثبات مالی است. این شاخص ها نشان می دهد صندوق عملاً هویت بیمه ای اش را از دست داده است (ریبی و همکاران، ۱۳۹۸).

به منظور بهبود وضعیت این صندوق راهکارهایی در نظر گرفته شده است. در سال ۱۳۹۹ برای اجرای برنامه عملیاتی با هدف ساماندهی شرکت های تابع صندوق در قالب سیاست های جدید مقرر شد شرکت های صوری یا غیرمولد وابسته به این صندوق منحل و ۱۵ شرکت از زیرمجموعه های این صندوق برای ورود به بورس آماده شوند. هدف این سیاست ها، انتقال دارایی های غیرمولد در شرکت های تابع به منظور استفاده از منابع حاصل از آن برای سرمایه گذاری در بخش های سودآورتر و پربازده تر است. پیش بینی می شود از محل هزینه های مدیریتی شرکت های منحل شده سالانه حداقل ۲۰۰ میلیارد ریال صرفه جویی شود. صندوق بازنشستگی کشوری تلاش می کند این برنامه را با هدف جلوگیری از بنگاه داری و هدایت سرمایه های بازنشستگان به سمت سرمایه گذاری های بلندمدت با بازده مناسب، شفافیت بیشتر و سودآوری و بازدهی بالاتر اجرا کند. از دیگر سیاست های جدید برای بهره مندی صندوق بازنشستگی از ظرفیت های پولی و مالی ایجاد شده ناشی از سهام صندوق در بورس، بهینه کردن ترکیب دارایی های صندوق در سهام صنایع بالادستی

و تسویه دیون و تعهدات شرکت‌هایی است که امکان عرضه‌شدن در بازار سرمایه را پس از اصلاح ساختار مالی دارند.

ب) سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی، بزرگ‌ترین سازمان دربرگیرنده هر دو بخش عمومی و خصوصی کشور، در حال حاضر افزون بر ۶۵ میلیون مشترک و ۱۲ میلیون بازنشسته و مستمری‌بگیر دارد. مشمولان سازمان تأمین اجتماعی همه نیروهای کارگری تحت پوشش قانون کار هستند. نرخ حق بیمه در قانون تأمین اجتماعی ۳۰ درصد حقوق و مزایای بیمه‌شده (۷ درصد بر عهده بیمه‌شده، ۲۰ درصد کارفرما و ۳ درصد بر عهده دولت) است. بیمه‌شده با پرداخت ۷ درصد حقوق و مزایای خود، از همه حمایت‌های پیش‌بینی‌شده در قانون تأمین اجتماعی برخوردار می‌شود (بیمه بیماری، حوادث ناشی از کار، مستمری بازنشستگی، کمک‌هزینه عائله‌مندی و غیره). سازمان تأمین اجتماعی ایران متولی اصلی برنامه‌های بازنشستگی به شمار می‌آید و در این سازمان تلاش‌های بسیاری در حوزه سالمندی انجام شده است. وضعیت صندوق تأمین اجتماعی چندان تفاوتی با صندوق بازنشستگی کشوری ندارد و حتی از جنبه‌هایی وخیم‌تر است. عوامل مؤثر بر وضعیت فعلی صندوق تأمین اجتماعی به دو دسته عوامل درون‌سازمانی و برون‌سازمانی تقسیم می‌شود. عوامل بیرونی شامل دیدگاه‌های دولت و مجلس و فشارهای امنیتی و دولتی است. فشارهای امنیتی و دولتی شامل فشار برای منافع شخصی و فشار برای سکوت است. این فشارها در جهت قدرت‌طلبی، منفعت‌خواهی و رضایت عمومی، نبود شفافیت، پاسخ‌گویی و جلوگیری از عمل براساس تفکر کارشناسانه است. عوامل درونی نیز عوامل مدیریتی و ساختاری را شامل می‌شود (احمدی امویی، ۱۳۹۹).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

این وزارتخانه متولی اصلی سلامت جامعه در تمام سطوح آن از جمله پیشگیری، درمان و توان‌بخشی است و به لحاظ وظایفی که در قبال حفظ و ارتقای سلامت شهروندان دارد، مسئولیت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها و اقدامات لازم در زمینه سلامت جسمی و روانی سالمندان و سایر گروه‌های سنی را عهده‌دار است. وزارت بهداشت با تأسیس واحد «اداره سلامت زنان و توسعه جوانان و سالمندان» در حوزه معاونت سلامت این وزارتخانه در سال ۱۳۷۵ موضوع سلامت سالمندان را در کانون توجه قرار داده است. مهم‌ترین فعالیت‌های این اداره در زمینه آموزش و عرضه خدمات بهداشتی-درمانی است. همچنین اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت

برنامه عملیاتی ترویج سالمندی فعال را در ایران تدوین کرده است که در آن اهداف زیر را در نظر گرفته است: بررسی وضعیت موجود سالمندی فعال در ایران، شناسایی نیازها و شکاف‌ها، تعیین و ارزیابی شاخص‌های بررسی وضعیت سلامت سالمندی فعال در ایران، شناسایی مشکلات سالمندی در ایران، شناسایی سیاست‌های مربوط به سالمندی در ایران و شناسایی فرصت‌ها و قابلیت‌های موجود برای مشارکت سالمندان. در ادامه، مهم‌ترین وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آمده است.

۱. **عرضه خدمات سلامت:** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در وسعتی به پهنای همه روستاها و شهرهای کشور در قالب واحدهای خدمات‌دهنده مانند خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشتی، مراکز جامع سلامت، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مراکز توان‌بخشی مختلف سازمان‌دهی شده است. در این میان، مراقبان سلامت و پزشکان با عرضه مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت سالمندی مشکلات شایع جسمی و روانی سالمندان را ارزیابی، پیشگیری و درمان می‌کنند. اداره سلامت سالمندان و دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشت وزارت بهداشت، مسئولیت دارند درباره همه اقدامات مرتبط با سالمندان در بخش‌های مختلف و مرتبط این وزارتخانه به سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و هماهنگی درون‌بخشی و برون‌بخشی بپردازند.

۲. **آموزش سالمندان:** وزارت بهداشت به‌منظور آموزش سالمندان از طریق اجرای برنامه ترویج «شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی» اداره سلامت سالمندان، چهار جلد مجموعه کتب آموزش شیوه زندگی سالم به افراد سالمند را تدوین کرده است. این آموزش‌ها در مراکز بهداشتی-درمانی کشور از طریق برگزاری کلاس و تنها در زمینه آموزش تغذیه برای سالمندان برگزار می‌شود. همچنین در چارچوب برنامه مراقبتی، اداره سلامت این وزارتخانه راهنمای دوجلدی برنامه مراقبت‌های ادغام‌یافته سالمندی را برای کارکنان پزشک و غیرپزشک نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور منتشر کرده است. در حال حاضر، اداره سلامت سالمندان ریاست شورای ملی سالمندان را عهده‌دار است. جلسات این شورا نیز هر شش ماه یک‌بار در حضور رئیس‌جمهور تشکیل می‌شود.

همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تحقق اهداف آموزشی و پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی دوره‌های آموزش سالمندی را در مقاطع کارشناسی ارشد، پرستاری سالمندی، دوره آموزش تخصصی سالمندی و دکتری سالمندی و همچنین مراکز تحقیقات سالمندی در بعضی از دانشگاه‌های کشور از جمله در دانشگاه علوم پزشکی تهران تأسیس کرده است. همچنین کلینیک و بخش طب سالمندان در برخی بیمارستان‌ها به سالمندان خدمات می‌دهند.

شهرداری‌ها

شهرداری از مهم‌ترین ارگان‌هایی است که اقداماتش بر سلامت سالمندان به‌ویژه سلامت اجتماعی و روانی آن‌ها تأثیرگذار است. شهرداری‌ها مسئولیت مدیریت زیرساخت‌های شهری را در اختیار دارند و از این بابت یکی از دستگاه‌های مهم مرتبط با سلامت سالمندان هستند. آموزش و ترویج فرهنگ سالمندی، مناسب‌سازی معابر، اماکن و وسایل حمل‌ونقل عمومی (شامل بوستان‌ها، سرویس‌های بهداشتی، ایستگاه‌ها، پایانه‌ها و ناوگان حمل‌ونقل عمومی، ساختمان‌ها و مراکز اجتماعی، فرهنگی، ورزشی و خدماتی)، حمایت از ایجاد و راه‌اندازی مراکز و مجتمع‌های فرهنگی، ورزشی و اجتماعی ویژه سالمندان، تشکل‌های غیردولتی و طرح‌های توانمندسازی حوزه سالمندی از وظایف اصلی شهرداری‌هاست.

راه‌اندازی فرهنگسراهای سالمندی، کانون‌های سالمندی، افزایش تعداد بوستان‌ها و پارک‌های محله‌ای و برگزاری برنامه‌های ویژه سالمندان در خانه‌های فرهنگ و پارک‌های محله‌ای با هدف افزایش حضور سالمندان در این مراکز موجب افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان می‌شود. خدمات شهرداری به سالمندان علاوه بر موارد ذکر شده، موارد زیر را نیز شامل می‌شود:

- پیشبرد ایده «شهر دوستدار سالمند» که براساس مفاد آن شهرداری موظف است با هماهنگی و همکاری سایر دستگاه‌های ذی‌ربط و نیز مشارکت شهروندان، وسایل حمل‌ونقل عمومی را مناسب‌سازی کند، برای استفاده سالمندان مکان اختصاصی استاندارد تعبیه کند، بر حسن اجرای استانداردها و ارتقای آن‌ها برای مناسب‌سازی معابر و اماکن عمومی و خصوصی، به‌ویژه در کالبد و مبلمان شهری مانند ایستگاه‌های اتوبوس، مترو، پایانه‌های شهری، بوستان‌ها، سرویس‌های بهداشتی و ساختمان‌های مسکونی و تجاری نظارت داشته باشد، خدمات و تسهیلات ویژه رفاهی، فرهنگی، ورزشی و تفریحی به سالمندان عرضه کند و استفاده آنان از سامانه حمل‌ونقل عمومی را در دستور کار قرار دهد.
- تهیه و توزیع کارت هوشمند منزلت سالمند که برای افراد بالای ۶۵ سال صادر می‌شود و مزایای محدودی از قبیل استفاده رایگان از اتوبوس، مترو، استخر و... را داراست. در حال حاضر این طرح توسط شهرداری تهران در دست اجراست.

نهادهای غیردولتی مرتبط با سالمندان

در ایران توجه به سالمندی به‌صورت جدی در اوایل دهه ۱۳۴۰ در قانون چهارم برنامه عمرانی کشور مطرح شد و در آن برنامه اعتباری به‌منظور گرد هم آوردن سالمندان در خانه‌های مخصوص و نگهداری از آنان پیش‌بینی

شده بود. همچنین براساس آن دو آسایشگاه خیریه در سال ۱۳۴۲ در تهران تأسیس و در سال‌های بعد بر تعداد آن افزوده شد. تا پیش از سال ۱۳۴۸ سیاست تعیین‌کننده در نگهداری از سالمندان تنها از نظر سنی بود، اما از این سال به بعد سرای سالمندان یهود (اولین مرکز) در ایران، براساس استاندارد و بهداشت جهانی، سیاست نگهداری را همراه با توان‌بخشی انجام داد. به هر حال علاوه بر دستگاه‌های دولتی و نهادهای سازمان‌های غیردولتی متعددی به‌منظور حمایت از سالمندان و مراقبت و نگهداری آنان فعالیت می‌کنند. براساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و بند ۹ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی، صدور پروانه فعالیت برای ایجاد مراکز توان‌بخشی و نگهداری سالمندان بر عهده سازمان بهزیستی کشور است. این آیین‌نامه برای اجرای قانون مذکور و ماده ۳ از آیین‌نامه نحوه صدور پروانه‌های بهزیستی، مصوب ۱۳۸۱/۴/۴ را معاونت توان‌بخشی سازمان تهیه کرد که به تصویب شورای معاونان سازمان بهزیستی کشور رسیده است.

در مراکز غیردولتی فعالیت‌هایی شامل پذیرش و عرضه خدمات در حوزه‌های فرهنگی و معنوی، ورزشی، سلامت، پیشگیری، آموزشی، پژوهشی، هنری، تفریحی، سیاحتی و زیارتی، توانمندسازی، محیط دوستدار سالمند، مشاوره‌ای، مداخله در بحران، مشارکتی، اجتماع‌محور، محله‌ای و اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی به سالمندان، خانواده یا بستگان آن‌ها صورت می‌گیرد. در سال‌های اخیر، سازمان بهزیستی بخشی از خدمات را با برون‌سپاری به این‌گونه سازمان‌ها و نهادهای واگذار کرده است. در کنار این خدمات شمار محدودی از سازمان‌های مردم‌نهاد در زمینه حمایت‌های اجتماعی، فرهنگی، حقوقی و مانند آن و گاهی در زمینه‌های تخصصی‌تر از قبیل درمان اختلالات شناختی فعالیت می‌کنند. فعالیت بعضی از این نهادها نیز در قالب بنیادهای عمومی با مدیریت سالمندان برای خدمت به سالمندان دیگر در سطح کشور است.

از جمله سازمان‌های خیریه مرتبط با سالمندان بنیادهای فرزندان تحت حمایت سازمان بهزیستی، کانون و سرای سالمندان تحت حمایت شهرداری‌ها، انجمن آلازیم و اختلالات شناختی، انجمن حامیان سلامت سالمندان ایران هستند. آسایشگاه خیریه کهریزک یکی از بزرگ‌ترین و فعال‌ترین سازمان‌های مردم‌نهاد است که به سالمندان خدمات می‌دهد. این آسایشگاه در سال ۱۳۵۲ در زمین اولیه آسایشگاه فعلی تأسیس شد و شامل آسایشگاه‌های مردان و زنان برای معلولان و سالمندان، کارگاه، فیزیوتراپی، ساختمان بیماران ام‌اس، سالن ورزشی و فضای سبز است. در این مجموعه‌ها، واحدهای درمانی، مراقبت‌های ویژه، قرنطینه و واحدهای توان‌بخشی نیز وجود دارد.

۸-۳. چشم‌انداز وضعیت سازمانی، سیاست‌ها و قوانین سالمندی

پیش‌روی برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار، رابطه‌ای نزدیک با روندهای جمعیت‌شناختی دارد. کشورها یا مناطقی در سراسر جهان به مراحل مختلفی از پیرشدن جمعیت رسیده‌اند. در این میان، سیاست‌ها و برنامه‌های آینده‌نگرانه‌ای نیاز است که در آن به پویایی کنونی و آینده جمعیت توجه شود تا به اهداف دستور کار توسعه پایدار ۲۰۳۰ دست یابیم؛ از جمله اینکه هیچ‌کس به حال خود رها نخواهد شد. بر این اساس سیاست‌هایی به قرار زیر پیشنهاد شده است:

- پیرشدن جمعیت می‌تواند در عین حفظ ثبات مالی، رشد اقتصادی را شتاب دهد، اما سیاست‌ها و رفتارها نقشی حیاتی دارند. هیچ پاسخ سیاست‌گذارانه یگانه‌ای برای مسئله پیرشدن جمعیت در همه مناطق وجود ندارد. اینکه کشورها چگونه به مسئله پیرشدن جمعیت می‌پردازند، به عوامل زیر بستگی دارد: فضای اقتصادی موجود برای اجرای برنامه‌های مالیاتی و امثال آن، میزان توافق جوامع بر سر ارزش‌های بازتوزیع و برابری میان‌نسلی و جایگاهی که به دولت، خانواده، و افراد منتسب داده می‌شود که تأمین مالی معیشت را، به‌ویژه در سنین پیری بر عهده گیرند.
- ترویج برابری جنسیتی در استخدام و در پیش گرفتن سیاست‌های خانواده‌پسند می‌تواند مشارکت نیروی کار را بهبود بخشد و به رشد اقتصادی سریع‌تر بینامد (اهداف توسعه پایدار ۸ و ۵). افزایش مشارکت زنان در بازار کار رسمی می‌تواند دست‌کم تا حدی، افت برآوردی نسبی نیروی کار را که بر اثر پیرشدن جمعیت رخ می‌دهد، جبران کند. در بسیاری از کشورها موانع فرهنگی، حقوقی و ساختاری زنان را از ورود و ادامه فعالیت هم‌سطح با مردان در نیروی کار رسمی بازمی‌دارد. سیاست‌های افزایش مشارکت زنان در نیروی کار عبارت است از اجرای برنامه‌های خانواده‌پسند مانند امکانات قابل پرداخت نگهداری از کودکان، مرخصی مادری و پدری و فرصت‌های شغلی پاره‌وقت و منعطف برای زنان و مردان.
- حذف تبعیض مرتبط با سن، مانند موانع سنی در استخدام می‌تواند نابرابری را کاهش دهد، بازدهی را زیاد کند و رشد اقتصادی را ترویج دهد (اهداف توسعه پایدار ۸ و ۱۰). اگر سالمندان تحت پوشش برنامه‌های حمایت اجتماعی باشند، اطمینان از دسترسی به فرصت‌های شغلی برای سالمندانی که می‌خواهند کار کنند، اولویت سیاست‌گذارانه مهمی در ترویج و حمایت از حقوق و عزت‌نفس سالمندان است. سیاست‌های این زمینه عبارت است از: سیاست‌هایی با هدف حذف موانع سنی در بازار کار رسمی، ترویج استخدام دوباره و فرصت‌های شغلی منعطف برای کارکنان، تسهیل

- دسترسی به اعتبار خرد^۱ و فراهم کردن مشوق‌های دیگر برای مشاغل آزاد.
- سرمایه‌گذاری در تحصیل، سلامت و آسایش برای همه از جمله یادگیری مادام‌العمر^۲، می‌تواند بازدهی را بهبود بخشد و رشد اقتصادی را حفظ کند؛ حتی هنگامی که میزان جمعیت شاغلان افت می‌کند (اهداف توسعه پایدار ۳ و ۴). سرمایه‌گذاری‌های عمومی برای کودکان و جوانان باید ادامه یا افزایش یابد؛ از جمله در کشورهایی که در مراحل متأخر گذار جمعیت‌شناختی هستند؛ به‌ویژه به این دلیل که دولت‌ها بیشتر برای مراقبت‌های بهداشتی و نظام‌های حمایت اجتماعی با افزایش فشار مالی برای تأمین مالی جمعیت سالمندان مواجهند. سرمایه‌گذاری بر سرمایه انسانی در همه نسل‌ها، از جمله کودکان و جوانان، برای حفظ و تقویت حال و آینده شکوفایی اقتصادی و آسایش همگانی ضروری است. با تحول اشتغال به‌سوی مشاغلی که مستلزم مهارت‌های بالای ادراکی در عصر دیجیتال است، تأکید بیشتری بر یادگیری مادام‌العمر خواهد بود تا شاغلان بتوانند پایه‌پای تحولات فناوری حرکت کنند و در مهارت‌هایشان منعطف باقی بمانند.
 - ترویج پس‌انداز بازنشستگی می‌تواند وابستگی مالی افراد را بهبود بخشد و مجموع انباشت سرمایه را افزایش دهد (اهداف توسعه پایدار ۳ و ۸). در بسیاری از کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، افراد آسایش مالی خود در سنین پیری را به‌کمک پس‌اندازهای انباشته‌شده و دریافتی‌های خانوادگی تضمین می‌کنند. برای برانگیختن پس‌اندازهای چرخه عمر، دولت‌ها باید اطمینان یابند که همه افراد، از آغاز سنین جوانی، امکان دسترسی به محصولات مالی ایمن، مناسب و منصفانه را دارند. بهبود سواد مالی، فراهم کردن انگیزه برای پس‌انداز کردن و طرح‌های نام‌نویسی آسان یا غیرحضور می‌تواند پس‌اندازهای بازنشستگی را بسیار افزایش دهد.
 - حمایت اجتماعی، که پاسخ‌گوی شکاف گسترده حاصل از طول عمر بر مبنای جایگاه اجتماعی اقتصادی باشد، می‌تواند به کاهش نابرابری کمک کند (اهداف توسعه پایدار ۱۰). با افزایش طول عمر، بالا بردن سن بازنشستگی ابزاری شناخته‌شده برای ارتقای ثبات مالی نظام‌های مستمری است. سن بازنشستگی بالاتر همچنین می‌تواند پشتوانه مشارکت شاغلان مسن‌تر در نیروی کار باشد. با وجود این، هنگام اصلاح نظام‌های حمایت اجتماعی، مهم است به پیامدهای رفاهی ایجادشده به تبع شکاف گسترده طول عمر توجه کنیم که بر اثر جایگاه اجتماعی-اقتصادی پدید آمده است. جایی که

شواهد روشن افزایش نابرابری در زمینه میزان بقا در سنین پیری وجود دارد، دولت‌ها بهتر است سن قانونی بازنشستگی را برحسب جایگاه اجتماعی-اقتصادی تفکیک کنند؛ به این ترتیب گروه‌هایی با تحصیلات بهتر و درآمد بالاتر که طول عمر بیشتری دارند، در مقایسه با کسانی که تحصیلات و درآمد کمتری دارند، باید برای مدت بیشتری مشارکت کرده و مزایای کامل را دیرتر دریافت کنند.

- تثبیت حمایت اجتماعی همگانی با مزایای کافی در کاهش فقر و نابرابری و ترویج شمول اجتماعی آن امری حیاتی است (اهداف توسعه پایدار ۸ و ۱۰). اگرچه تثبیت نظام‌های حمایت اجتماعی جامع مستلزم سرمایه‌گذاری‌های قابل توجه است، در بسیاری از کشورها، منابع لازم برای تأمین حداقل حمایت‌های اجتماعی اولیه در دسترس است. پوشش همگانی ممکن است به کمک طرح‌های مشارکتی یا غیرمشارکتی باشد یا از طریق ترکیبی از این دو به همراه مجموعه‌ای حداقلی از منابع مالیاتی که در چرخه عمر حاصل می‌شود. اقدامات ویژه‌ای که برای نیازهای گروه‌های محروم خاص برنامه‌ریزی شده، ممکن است برای اطمینان‌یابی از پوشش مؤثر و مزایای کافی برای همه لازم باشد.

- ترویج سلامتی مادام‌العمر و مراقبت‌های پیشگیرانه برای حفظ بیشینه توانایی عملکردی افراد می‌تواند سلامتی و آسایش را بهبود بخشد (اهداف توسعه پایدار ۳). با پیرشدن جمعیت، اطمینان از دسترسی پیوسته و برابر به خدمات پیشگیری از بیماری‌ها، درمان، و بازتوان بخشی در طول همه مراحل زندگی امری ضروری است. سالم پیرشدن چیزی بیشتر از نبود بیماری و همچنین مستلزم حفظ توانایی عملکردی در طول زندگی است. نظام‌های سلامتی و مراقبتی بلندمدت باید هم‌راستا باشند تا با مراقبت‌های متناسب سن و با تأکید بر حفظ توانایی درونی سالمندان، پاسخ‌گوی نیازهای این گروه از جمعیت باشد.^۱

- پرورش رویکرد متوازن برای تأمین مالی هزینه‌ها در سنین پیری می‌تواند برابری نسلی و ثبات مالی را تضمین کند (اهداف توسعه پایدار ۸ و ۱۰). سیاست‌های عمومی هم بر نسل حاضر و هم آینده اثرگذار است. نسل حاضر ثروتی از دارایی‌های ملموس و دانش برای نسل آینده به ارث می‌گذارد. هم‌زمان نیز مسئولیت دارد به نسل بعد ادای دین کند. رویکردهای متوازن برای تأمین مالی نیازهای

۱. توانایی عملکردی شامل داشتن قابلیت‌هایی است که افراد را قادر می‌سازد آنچه می‌خواهند باشند و انجام دهند. این [توانایی عبارت است از قابلیت فرد در رفع نیازهای اولیه یادگیری، رشد، تصمیم‌گیری؛ حرکت، ایجاد و حفظ روابط و مشارکت در جامعه. توانایی درونی شامل همه توانایی‌های جسمی و ذهنی است که یک فرد می‌تواند بر آن تکیه کند و عبارت است از: توانایی راه‌رفتن، فکر کردن، دیدن، شنیدن و به خاطر آوردن. سطح توانایی درونی متأثر از عوامل متعددی همچون وجود بیماری، صدمات و تغییرات مرتبط با سن است (World Health Organization, 2015).

مصرفی در سنین پیری شامل ترکیبی از دریافتی‌های عمومی، دریافتی‌های خصوصی، کار و پس‌انداز است تا فشار مالی مربوط به پیرشدن جمعیت را در زمان و در میان نهادها تقسیم کند.

- **بهبود گردآوری اطلاعات و تحلیل‌ها درباره روابط میان جمعیت و اقتصاد می‌تواند شواهد جدید مهمی برای سیاست‌گذاری در اختیار بگذارد (اهداف توسعه پایدار ۱۷).** از آنجا که فعالیت اقتصادی با توجه به سن تغییر می‌کند، این فرایند در توزیع سنی جمعیت اثرات اقتصادی چشمگیری دارد. برای دستیابی به توسعه پایدار و فراگیر، هم‌گام با پدیدآمدن تحولات جمعیت‌شناختی بنیادی در جوامع، باید گونه‌های جدیدی از داده گردآوری و تحلیل شود. داده‌های اقتصادی ملی، از جمله آن‌هایی که به‌صورت دوره‌ای در نظام‌های محاسباتی ملی جمع‌آوری می‌شوند، باید از حیث سن، جنسیت، جایگاه اقتصادی-اجتماعی تفکیک شوند تا مبنای سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر مدارک در پاسخ‌گویی به معضلات پیرشدن جمعیت قرار بگیرند.

همکاری سازمان‌ها و تشکیلات رسمی برای حمایت از سالمندان در جهت بهبود کیفیت زندگی سالمندان رکن اصلی در برنامه سالمندان است. بر این اساس با توجه به وضعیت کنونی مهم‌ترین مسائل سازمان و مدیریت سالمندان در آینده در ادامه آمده است:

- در ایران سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی و مراکز خیریه از متولیان در ارائه خدمت به سالمندان هستند. سازمان بهزیستی با پرداخت مقداری معین به‌منزله یارانه به مراکز نگهداری خصوصی یا خیریه (که‌ریزک) کمک می‌کند، اما در صورت نیاز سالمندان آسیب‌پذیر یا تحت مراقبت‌های حاد، منابع بیشتری برای کمک در اختیار ندارد. این امر کیفیت خدمات و مراقبت‌های سالمندی در کشور ایران را در معرض مشکلات اساسی قرار می‌دهد. از طرفی معیار و استاندارد مشخصی در نحوه و میزان پرداخت کمک و توسعه مراکز مراقبتی وجود ندارد. در نظر نگرفتن مبنای محاسبه به‌روز نرخ خدمات و مراقبت‌ها و تعیین منبع پرداخت هزینه این نوع مراقبت‌ها تنها به ایجاد و گسترش انواع مراکز نگهداری کمک نمی‌کند، بلکه موجب افت شدید کیفیت خدمات در آینده می‌شود.

- افزایش فقر و مشکلات مالی و ناتوانی در تأمین هزینه‌های زندگی که گاه مراجعه سالمندان برای درمان را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، بار مسئولیت مراقبت در میان جمعیت میانسال کشور را که غالباً مراقبان اعضای خانواده سالمندان هستند صدچندان می‌کند و می‌تواند مشکلات تازه‌ای را در خانواده‌ها ایجاد کند.

- حل مسائل سالمندی تنها از عهده یک سازمان و نهاد بر نمی آید و ترکیب توانمندی‌ها و دخالت همه بخش‌ها اعم از دولتی و خصوصی و نهادهای غیردولتی را می‌طلبد. هماهنگی سازمان‌های مرتبط برای برنامه‌ریزی و ارتقای سلامت سالمندی بسیار مهم و مؤثر است. ایجاد تشکیلات هماهنگ برای برنامه‌ریزی و هدایت فعالیت‌های مرتبط با سالمندان راهکار مناسبی برای بهبود خدمات حمایتی از سالمندان است. شورای عالی سالمندان قرار بود وظیفه این هماهنگی را عهده‌دار شود، اما به نظر می‌رسد هنوز توفیق لازم را در این زمینه به دست نیاورده است. در صورت ادامه این وضعیت منابع زیادی هدر خواهد شد و کشمکش میان دستگاه‌ها بیش از پیش می‌شود.
- برنامه‌ریزی در قالب نظام شبکه سلامت (خانه بهداشت) برای خدمات‌رسانی بهداشتی و درمانی اولیه به‌منظور رفع مشکلات و مسائل سالمندان صورت می‌گیرد. اگرچه اقدامات اولیه در این زمینه صورت گرفته است، در صورت تسریع‌نشدن این فرایند در آینده نزدیک شاهد ناتوانی مراکز در خدمات‌رسانی خواهیم بود.
- تدوین قوانین حمایت از سالمندان از سوی سازمان‌های رفاهی مانند وزارت تعاون، رفاه و تأمین اجتماعی و دیگر سازمان‌های متولی ضروری است. اگرچه در حال حاضر از نظر قانونی خلأ خاصی گزارش نشده است، با توجه به روند فزاینده جمعیت سالمندان و پیچیدگی‌های مدیریت آن‌ها در آینده پیچیدگی‌ها و مشکلات قانونی جدی در این زمینه ایجاد خواهد شد.
- هنوز درباره بسیاری از مسائل سالمندان ایرانی اطلاعات کافی در دسترس نیست؛ از این‌رو دولت باید از طرح‌ها و تحقیقات در حوزه سالمندی حمایت کند تا برنامه‌ها و دستورالعمل‌ها با توجه به شواهد پژوهشی تدوین شود، در غیر این صورت در آینده برنامه‌های تدوین‌شده در زمینه سالمندی پشتوانه مطالعاتی جدی نخواهد داشت.
- عدم نگاه علمی و صحیح به نظام پرداخت بیمه‌های پایه و مکمل سالمندی خود مشکلی جدی در ایجاد و گسترش برنامه‌های حمایتی و مراقبتی سالمندی در کشور است. امروزه در بیشتر کشورهای دنیا هزینه انواع خدمات، مراقبت‌های دارویی، آزمایش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی مورد نیاز افراد سالمند براساس پروتکل ارزیابی جامع سالمندی در طی دهه‌های طول زندگی آن‌ها محاسبه و برآورد شده است و سازمان‌های مسئول مکلف به اجرای آن پس از سن بازنشستگی برای شهروندان خود از سنین ۶۰ یا ۶۵ سال به بالا هستند. متأسفانه هنوز این اتفاق در کشور ما رخ نداده است، امری که یکی از معضلات اصلی خدمات‌رسانی به سالمندان در آینده به شمار می‌آید.

- بسیاری از کشورهای دنیا برای بهره‌مندی از توانایی‌های سالمندان در دوره پیری، حضور فعالانه آن‌ها در اجتماع و احساس رضایتمندی از زندگی، برای آن‌ها برنامه‌ریزی‌های ویژه‌ای دارند. با توجه به نبود چنین برنامه‌هایی به‌زودی شاهد افزایش بحران‌های روحی در میان سالمندان خواهیم بود.
- هنوز سازمان‌های متولی که مسئولیت نگهداری از سالمندان کشور را از طریق ایجاد مراکز نگهداری از سالمندان دارند، برای استانداردسازی خدمات و مراقبت‌های سالمندی در مراکز اقدامات لازم و کافی گسترده‌ای صورت نداده‌اند. برای انجام این مهم ایجاد خدمات متنوع سالمندی براساس نیازسنجی از سالمندان کشور مبتنی بر پروتکل‌های استاندارد جهانی لازم است. رفع این نقص سبب کاهش مشکلات ایجادشده برای سالمندان کشور و مراقبان آنان می‌شود، به‌ویژه با توجه به سطح بازار عرضه و تقاضای خدمات و مراقبت‌های سالمندی در کشور در آینده.
- اجرای پروژه اصلاح زیرساخت خدمات بیمه‌های سالمندی و هزینه‌های دارویی، درمانی و مراقبتی و مراکز نگهداری سالمندان ضروری است؛ همچنین اجرای پروژه ایجاد بانک اطلاعاتی داده‌های جمعیتی، دموگرافیک، بیماریابی و غربالگری، بیماری‌های مزمن شایع و سرطان‌ها، هزینه‌ها، خدمات بیمه‌ای، مراکز نگهداری، مراقبان رسمی و غیررسمی، خدمات و سرویس‌های سالمندی، استانداردهای فضاهای مسکونی، مراکز نگهداری و شهری ضرورت دارد. پروژه ضروری دیگر بررسی وضعیت سالمندان در همه استان‌های کشور برای برنامه‌ریزی بلندمدت و کوتاه‌مدت هدفمند برای آینده است. هنوز تا دستیابی به بانک اطلاعاتی، تعیین شاخص‌های سلامت جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی و نیز آگاهی از میزان بروز و شیوع بیماری‌ها و اختلالات دوران سالمندی، میزان استفاده از خدمات و مراقبت‌های سالمندی و... راه درازی در پیش است. تأخیر در اجرای این پروژه‌ها امکان برنامه‌ریزی میان‌مدت و بلندمدت را با موانع جدی روبه‌رو می‌کند.

پیوست

۱. مفاهیم اصلی

سالمند

پیری یک روند طبیعی در زندگی عادی است و هیچ کس نمی‌تواند از آن جلوگیری کند، اما ممکن است بتوان نقصان تدریجی در وضعیت جسمی، معنوی، عاطفی و شناختی افراد را به تعویق انداخت. در تعریف دقیق سالمندی، باید به تمایز بین دو مفهوم سالمندی فردی و سالمندی جمعیت اشاره شود. سالمندی فردی فارغ از تغییرات باروری بر اثر افزایش امید به زندگی و احتمال بقا در سنین سالمندی اتفاق می‌افتد و در این وضعیت تعداد سالمندان افزایش پیدا می‌کند؛ درحالی‌که تعادل میان گروه‌های سنی در ساختار هرم سنی جمعیت بر هم نمی‌خورد. در مقابل، سالمندی جمعیت بر اثر کاهش مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی در بدو تولد و در میان دیگر گروه‌های سنی از یک‌سو و کاهش باروری (که سبب کاهش سهم جمعیت زیر ۱۵ سال خواهد شد) از سوی دیگر پدیدار می‌شود. سالمندی جمعیت سبب بر هم خوردن تعادل گروه‌های سنی در کل جمعیت می‌شود؛ به طوری که نسبت جمعیت سنین ۶۰ سال و بالاتر نسبت به دیگر گروه‌های سنی افزایش چشمگیر می‌یابد.

سالمندی از یک‌سو متناسب با سن بازنشستگی و از سوی دیگر در ارتباط با وضعیت عمومی سلامت جسمی و روانی تعریف می‌شود. سالمندی مرحله‌ای است که طی آن ظرفیت برای تقسیم سلولی و رشد از دست می‌رود و عملکرد افراد افت پیدا می‌کند و در نهایت منجر به مرگ می‌شود (Sharp et al., 2009). در بیشتر جوامع از جمله کشور ایران مرز قراردادی ۶۰ سال سن، یعنی زمانی که فرد از خدمت بازنشسته می‌شود، آغاز سالمندی منظور می‌شود. به همین دلیل افراد ۶۰ ساله و بالاتر به عنوان سالمندان کشور شناخته می‌شوند، اگرچه در بعضی منابع دیگر، ۶۵ سالگی را مرز مشخص‌کننده سالمندی در نظر گرفته‌اند. 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 براساس گروه‌های زیر طبقه‌بندی کرده است:

- افراد دارای سنین بین ۷۴-۶۰ سال: سالمند جوان؛
- افراد دارای سنین بین ۸۹-۷۵ سال: سالمند میان سال؛
- افراد دارای سنین بالای ۹۰ سال: سالمند پیر (مقصودنیا، ۱۳۸۵).

سالمندی فعال

سالمندی پویا و فعال به معنای گذراندن سالمندی با تجربیات مثبت و زندگی طولانی‌تر به همراه فرصت‌های مستمر برای لذت‌بردن و مولد بودن است. به عبارتی سالمندی پویا فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامتی، مشارکت و امنیت به‌منظور افزایش کیفیت زندگی سالمند است. تحقق سالمندی فعال باید در همه سیاست‌های ملی و انفرادی مربوط با سالمندان لحاظ شود. تأمین نیازهای روزافزون سالمندان به مراقبت‌ها و درمان‌های دوران سالمندی نیازمند پیش‌بینی و تخصیص منابع کافی است. ایجاد محیط‌های حمایت‌کننده از سالمند نیاز به مداخله و هماهنگی‌های بین‌بخشی متعددی علاوه بر بخش سلامت از قبیل آموزش، مسکن، اشتغال، امنیت، حمل‌ونقل و... دارد. سازمان بهداشت جهانی، سالمندی فعال را به‌منزله هدف دست‌یافتنی برای سالمندان پذیرفته است.

سالمندی تقویمی

سن تقویمی براساس سن شناسنامه‌ای فرد مشخص می‌شود. تعیین سن سالمندی با شرایط توسعه در بازه‌های زمانی و در مناطق جغرافیایی مختلف می‌تواند متفاوت باشد. در کشورهای توسعه‌یافته سن ۶۵ سال و بیشتر را سن سالمندی در نظر گرفته‌اند. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت در کشورهای درحال توسعه افراد دارای سن ۶۰ سال و بیشتر سالمند شناخته می‌شوند. البته محدودکردن تعریف سالمندی به سن تقویمی در بسیاری از موارد تحدیدهایی دارد، برای تعریف کامل سالمندی باید این پدیده را از ابعاد و جنبه‌های گوناگون مورد توجه قرار داد (عامری، ۱۳۸۱).

سالمندی زیست‌شناختی

سالمندی از این دیدگاه عبارت است از تغییرات بیولوژیک که در نحوه زیست ارگانسیم در طول حیات اتفاق می‌افتد. این تغییر با کاهش نیروی حیات و کاهش نیروی انطباق فرد با وقایع ناگهانی و ناتوانی در ایجاد تعادل

مجدد همراه است و به تدریج دگرگونی‌هایی را در ساختار و اعضای مختلف بدن به وجود می‌آورد (عامری، ۱۳۸۱).

سالمندی روان‌شناختی

سالمندی از دیدگاه روان‌شناختی براساس تغییرات احساسات، عواطف و هیجانات شخص تعیین می‌شود. فرایند سالمندی روان‌شناختی شامل تغییر در شخصیت و عملکرد شناختی است. بخشی از این تغییرات حاصل روند طبیعی افزایش سن فرد و تغییر در عملکرد مغز است. البته بین این تغییرات طبیعی و بیماری‌هایی نظیر آلزایمر و دمانس باید تفاوت قائل شد (عامری، ۱۳۸۱).

سالمندی جامعه‌شناختی

سالمندی از این دیدگاه براساس تغییر نقش‌پذیری فرد در ارتباط با سایر اعضای جامعه تعیین می‌شود. تغییرات جسمی و روانی ناشی از سالمندی موجب بروز تغییراتی در تعاملات و کاهش فعالیت‌های اجتماعی در فرد می‌شود. در رویکردهای نوین جامعه‌شناسی سالمندی را معادل افزایش تجارب افراد در طول زندگی در بستر خانواده، جامعه و زمان تاریخی در نظر می‌گیرند (عامری، ۱۳۸۱).

سالمند آسیب‌پذیر

اگرچه تمام سالمندان نیازمند توجه خاص هستند، برخی از سالمندان آسیب‌پذیرترند و نیاز به توجه ویژه دارند؛ از جمله سالمندان بسیار پیر، زنان سالمند، افرادی که تنها زندگی می‌کنند، زنان سالمند بیوه و مجرد، سالمندانی که درآمد ناکافی دارند، سالمندانی که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند، سالمندانی که از بیماری مزمن رنج می‌برند، سالمندان ساکن حاشیه شهر، سالمندان ساکن روستا.

بازنشستگی

بازنشستگی وضعیتی است که طی آن فرد به دلیل شرایط سنی و سابقه خدمتی خود و بر مبنای قانون بازنشستگی با تأیید مراجع صلاحیت‌دار از فعالیت شغلی رسمی خود بر پایه حقوق و مزایای مشخص کناره‌گیری می‌کند. بازنشستگی پدیده‌ای است که با توسعه اجتماعی - صنعتی عصر حاضر دارای اهمیت بیشتر شده است. در قرن اخیر به لحاظ پیشرفت‌های اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، درمانی و... هم از میزان مرگ‌ومیر کاسته شده و هم بر طول عمر افراد افزوده شده، نیز امید به زندگی بهبود پیدا کرده است؛ در نتیجه شمار بازنشستگان و سالمندان در کشورهای

مختلف جهان افزایش یافته و سهم درخور توجهی در ترکیب جمعیتی کشورهای مختلف پیدا کرده است.

سالمند آزاری

هروی کریموی به نقل از کیمبل^۱ و بونی^۲ می‌گوید اولین و مهم‌ترین مشکل در زمینه شناسایی موارد سوءرفتار، فقدان تعریف واضح و روشن از این واژه است. با وجود اینکه پدیده سوءرفتار نسبت به سالمندان از اواسط دهه ۱۹۷۰ میلادی به‌منزله مشکلی جدی مطرح شده است، هنوز تعریف استاندارد نداری ندارد که مورد قبول همگان باشد؛ زیرا مفهومی پیچیده و دارای ابعاد فرهنگی است که به‌دلیل وجود ارزش‌ها و هنجارهای رفتاری متنوع از جامعه‌ای به جامعه دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت است (هروی کریموی و همکاران، ۲۰۲۰) سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴، سالمند آزاری را این‌گونه تعریف کرد: یک عبارت عمومی است که شامل انجام یا عدم انجام یک رفتار منفرد یا تکرار شونده است و سبب اذیت یا آسیب و صدمه رساندن به فرد سالمند می‌شود و از جانب فردی است که مورد اعتماد او است، مثل خانواده و فرزندان و... (Biggs & Haapala, 2010).

طبق تعریف مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC)^۳ سوءرفتار با سالمند عبارت است از: انجام دادن یا انجام ندادن رفتاری خاص به‌صورت عمدی یا غیرعمدی توسط مراقبت‌کننده یا فرد قابل اعتماد دیگر که سبب افزایش خطر و صدمه یا تجاوز به حقوق انسانی و کاهش کیفیت زندگی در فرد سالمند (بالا تر از ۶۰ سال) می‌شود. این سوءرفتار شامل سوءاستفاده فیزیکی، جنسی، روانی عاطفی، غفلت، ترک کردن و بهره‌برداری مالی است (کیقبادی و همکاران، ۱۳۹۳). براساس جدیدترین طبقه‌بندی و برحسب نظر متخصصان و صاحب‌نظران رشته‌های مختلف، سالمند آزاری^۴ به انواع زیر تقسیم شده است که هر کدام از انواع آن با علائم اختصاصی قابل شناسایی است:

– سالمند آزاری جسمی^۵

به صدمات و آسیب‌های جسمی گفته می‌شود که فرد مراقبت‌کننده آن را در برابر فرد سالمند اعمال می‌کند و دامنه آن از کبودی و خراشیدگی تا مرگ گسترده است، از جمله این رفتارها سیلی زدن، سوزاندن، پرت کردن، انداختن، کتک زدن، محرومیت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای (Farzanegan, Fadaye) (Vatan, Mobasheri, Seraj, & Mansourian, 2012; Quinn & Tomita, 1997) چنگ زدن،

1. Kimbell
2. Bonnie
3. Center of Disease Control
4. Elder Abuse
5. Physical Elder Abuse

ضربه‌زدن و حمله با سلاح است. از نشانه‌های بدرفتاری جسمی کبودی ناشناخته، تورم، پارگی، خراش، زخم، درد ناشناخته فیزیکی، سوختگی (Salman, Tolma, Chun, Sigodo, & Al-Hunayan, 2020) کوفتگی، بریدگی، آثار فشار با طناب، جراحات وارده به جمجمه، آثار فشار بر گردن، رگ‌به‌رگ شدگی، جراحات و بیماری مزمن، التهاب در آلت جنسی، ترک برداشتن و دررفتگی استخوان‌ها، آسیب‌های متقارن، فلج، معلولیت و جراحات حاصل از اقدام به قتل، قتل و درنهایت مرگ است (Farzanegan et al., 2020; Quinn & Tomita, 1997).

- سالمندآزاری روانی^۱

این نوع از سوءرفتار در قالب اقداماتی مثل ترساندن، اخم کردن، ناسزاگویی، تمسخر و استهزای سالمند، نادیده گرفتن او در جمع، بی‌توجهی به نیاز عاطفی، تهدید و سرزنش، از بین بردن اعتماد به نفس و بی‌احترامی لفظی مداوم انجام می‌گیرد (قدوسی و همکاران، ۱۳۹۲).

- سالمندآزاری مالی^۲

استفاده از اموال نقدی و غیرنقدی سالمند برای استفاده شخصی و نیز بی‌توجهی اعضای خانواده به سالمند، زمانی که او به دلیل فقر قادر به خرید غذا، دارو، لباس یا سایر مایحتاج ضروری زندگی نباشد، سوءرفتار مالی محسوب می‌شود (Jackson & Hafemeister, 2011). ناپدیدشدن غیرقابل توجیه اموال، دروغ گفتن درباره خرج پول سالمند، جعل امضاء اسناد و مدارک و اعمال فشار در تغییر اراده سالمند نیز نمونه‌های دیگر سوءرفتار مالی محسوب می‌شود (Johannesen & LoGiudice, 2013).

- سالمندآزاری جنسی^۳

تماس ناخواسته جنسی با فرد که شامل لمس کردن، نوازش، گفت‌وگوی جنسی، تجاوز و لمس بدن بدون درخواست سالمند است (Fani, Zandi & Karami Horestani, 2018).

- غفلت^۴

نوعی از سالمندآزاری است که به موقعیتی اطلاق می‌شود که فرد سالمند دچار بی‌توجهی و فراموشی می‌شود؛ به عبارت دیگر غفلت شامل مشکل در دستیابی، ادامه دادن و اداره کردن ضروریات یک زندگی مستقل است. در تعاریف دیگر آمده است که غفلت عبارت است از کوتاهی کردن خواسته یا ناخواسته

1. Psychological Abuse

2. Financial Abuse

3. Sexual Abuse

4. Neglect

فرد مراقب در برآورده کردن نیازهای سالمند که شامل نیازهای فیزیکی، مایحتاج زندگی و نیازهای جسمی و عاطفی است. غفلت را به دو صورت غفلت فعال و غیرفعال دسته‌بندی کرده‌اند. غفلت فعال^۱ شامل شکستن و سرپیچی عمدی از تعهدات، اعمال استرس جسمانی یا عاطفی، آسیب و رهاکردن سالمند، محرومیت از غذا، دارو و بهداشت شخصی سالمند است. غفلت غیرفعال^۲ به ناتوانی غیرعمدی مراقب در انجام تعهدات و اعمال استرس بدون قصد آگاهانه یا عمدی اطلاق می‌شود (قدوسی و همکاران، ۱۳۹۲).

– خودغفلتی^۳

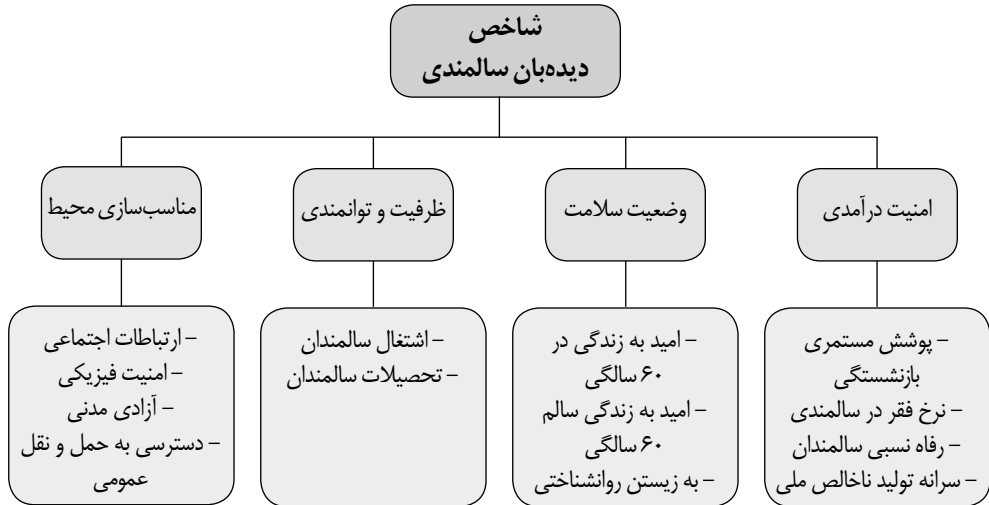
در این حالت فعالیت‌های اساسی و عمومی زندگی از جانب خود سالمند دچار غفلت و کوتاهی می‌شود و سلامت شخصی و ایمنی وی را تهدید می‌کند، ممکن است این غفلت در بهداشت، تغذیه، لباس و ملافه، سرپناه و محیط زندگی، امور مالی، مراقبت بهداشتی و... باشد (Wolf, 2018).

شاخص جهانی دیده‌بان سالمندی

شاخص جهانی دیده‌بان سالمندی^۴ (GAWI) برگرفته از دو شاخص سالمندی فعال و شاخص توسعه انسانی است که برای اندازه‌گیری بهزیستی سالمندان در سطح کلان پیشنهاد شده است. با این شاخص وضعیت سالمندان را براساس داده‌های ملی و بین‌المللی می‌سنجند. همچنین این شاخص پشتوانه نظری قوی برگرفته از نظریه آمارتیاسن دارد و در آن به ابعاد چندگانه امنیت اقتصادی و وضعیت سلامت، فرصت برای کار و تحصیل، توسعه و توانمندسازی محیط برای سالمندان توجه می‌شود (زنجر و همکاران، ۱۳۹۹). شاخص دیده‌بان سالمندی براساس چهار بعد کلیدی پوشش مهم‌ترین بخش‌های رفاهی، تجربیات و فرصت‌های سالمندان را اندازه‌گیری می‌کند. این ابعاد عبارت‌اند از: امنیت درآمدی، وضعیت سلامت، قابلیت/ توانمندی و مناسب‌سازی جوامع و محیط (گزارش‌های شاخص جهانی دیده‌بان سالمندی، ۲۰۱۵). همان‌طور که در شکل ۱-۱ آمده است، هر کدام از این ابعاد مؤلفه‌هایی دارند.

-
1. Active
 2. Positive
 3. Self Neglect
 4. Global Age Watch Index

شکل ۱-۱. ابعاد و مؤلفه‌های شاخص دیده‌بان سالمندی برای سنجش به‌زیستن سالمندان



منبع: گزارش شاخص جهانی دیده‌بان سالمندی، ۲۰۱۳؛ زیدی، ۲۰۱۵

پایگاه‌های بهداشت و مراکز جامع سلامت شهری

پایگاه بهداشت اولین واحد عرضه خدمات به جمعیت شهری در نظام شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور است. پایگاه‌ها واحدهایی بهداشتی هستند که بیشتر در محدوده شهرها واقع شده‌اند و جمعیتی حداکثر معادل ۱۲,۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارند و به این جمعیت خدمات بهداشتی عرضه می‌کنند (اداره کل سلامت سالمندان، ۱۳۹۸).

مراکز خدمات پرستاری در منزل سالمندان

این مراکز طبق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با شرح وظایف و اختیارات تعیین شده، پس از اخذ مجوز از معاونت‌های درمان دانشگاه‌ها، توسط افراد واجد شرایط- پرستاران دارای مدرک کارشناسی و بالاتر و حداقل ۵ سال سابقه خدمت- تأسیس و اداره می‌شود. در این مراکز خدمات غربالگری، مراقبتی، توان‌بخشی، مشاوره‌ای و آموزش‌های خودمراقبتی عرضه می‌شود (اداره کل سلامت سالمندان، ۱۳۹۸).

مراکز توان‌بخشی روزانه سالمندان

مرکز توان‌بخشی روزانه سالمندان مرکزی است که از طرف سازمان بهزیستی کشور مجوز آن به شخص حقیقی

یا حقوقی اعطا می‌شود و تحت نظارت این سازمان و به‌صورت روزانه و با هدف افزایش عملکرد و سطح مشارکت در زندگی اجتماعی فعالیت می‌کند. در چنین مراکزی مجموعه کاملی از خدمات توان‌بخشی و آموزشی شامل روان‌شناسی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، مراقبت عرضه می‌شود. نیز برای افراد با ناتوانی جسمی امکان فعالیت‌های هنری و آموزشی فراهم می‌شود. به خانواده این گروه‌ها نیز خدمات آموزشی و مشاوره‌ای عرضه می‌شود. (اداره کل سلامت سالمندان، ۱۳۹۸).

مراکز توان‌بخشی در منزل سالمندان

مرکز توان‌بخشی در منزل مرکزی است که شخص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی کشور تأسیس می‌کند و با اعزام اعضای تیم توان‌بخشی به منزل سالمند واجد شرایط مندرج در دستورالعمل مربوط، خدمات توان‌بخشی و مراقبتی را مطابق دستورالعمل‌های این سازمان به وی عرضه می‌کند. این خدمات با هدف ارتقای سطح سلامت و رسیدن به حداکثر استقلال نسبی در عملکرد سالمند است و تیم توان‌بخشی به‌صورت گروهی یا انفرادی در محل اقامت سالمند (خارج از مرکز توان‌بخشی) خدمات را عرضه می‌کنند (اداره کل سلامت سالمندان، ۱۳۹۸).

مراکز مراقبت در منزل سالمندان سازمان بهزیستی

مرکز ارائه خدمات مراقبت‌های بالینی در منازل مرکزی است که به‌منظور عرضه خدمات بالینی و بهداشتی شامل انجام دستورات پزشکی و پیراپزشکی و بهداشتی در منزل با حداقل مراجعه مستقیم بیمار به مراکز کلینیکی و پاراکلینیکی تأسیس می‌شود. افراد همکار در این مرکز به سه گروه تقسیم می‌شوند: ۱. گروه پزشکی؛ پزشک عمومی و متخصصان رشته‌های مختلف بالینی؛ ۲. گروه پیراپزشکی؛ پرستار، ماما، فیزیوتراپیست، کاردرمانگر؛ ۳. کلیه واجدان حرف پیراپزشکی که به نحوی در پیشگیری، تشخیص، درمان و توان‌بخشی دخالت دارند (اداره کل سلامت سالمندان، ۱۳۹۸).

مراکز نگهداری شبانه‌روزی سالمندان

مراکز نگهداری شبانه‌روزی را شخص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی کشور تأسیس می‌کند و تحت نظارت و مطابق دستورالعمل‌های این سازمان به سالمندان و معلولان واجد شرایط مندرج در دستورالعمل مربوط به‌طور شبانه‌روزی خدمات توان‌بخشی-مراقبتی عرضه می‌کند. این خدمات شامل اقدامات پزشکی و پرستاری، خدمات توان‌بخشی، پزشکی، توان‌پزشکی، توان‌بخشی اجتماعی، توان‌بخشی حرفه‌ای، توان‌بخشی

آموزشی، اقدامات مراقبتی غیرمهارت، آموزش به منظور انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و برنامه‌های اوقات فراغت است (اداره کل سلامت سالمندان، ۱۳۹۸).

خانه سلامت و کانون‌های سالمندان

خانه سلامت به منزله یک واحد هماهنگ‌کننده در سطح محلی با جلب مشارکت شهروندان و استفاده از توان و ظرفیت سازمان‌های دولتی و غیردولتی تلاش می‌کند تا فرهنگ سلامت را در تمامی ابعاد آن (اجتماعی، روانی، جسمی و معنوی) بسط و گسترش دهد، مادامی که هر محله از شهر به یک محله سالم تبدیل شود (اداره کل سلامت سالمندان، ۱۳۹۸).

شهر دوستدار سالمند

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷ *راهنمای جهانی شهرهای دوستدار سالمند* را منتشر کرد. این گزارش ۸ حیطه (شامل ساختمان‌ها و فضای بیرونی، حمل‌ونقل، مسکن، مشارکت اجتماعی، احترام و شمول اجتماعی، مشارکت شهروندی و اشتغال، ارتباطات و اطلاعات، خدمات اجتماعی و بهداشتی) را برای شهرهای دوستدار سالمند در نظر گرفته که هر کدام نیز دارای نشان‌گرهایی هستند. موضوعاتی که ویژگی‌های سازه‌ای، محیطی، خدمات و سیاست‌های شهر را پوشش می‌دهند در عوامل مؤثر بر سالمندی فعال تأثیرگذار است. سه موضوع اول، فضاها و ساختمان‌ها، حمل‌ونقل و مسکن هستند. ویژگی‌های کلیدی محیط فیزیکی یک شهر تأثیر بسیار زیادی بر تحرک شخصی، ایمنی در برابر صدمات، امنیت در برابر جرائم، رفتار سالم و مشارکت اجتماعی دارد. از این ۸ حیطه، دو حیطه مسکن و ساختمان‌ها و فضاهای بیرونی مربوط به ویژگی‌های سازه‌ای، محیطی، خدمات و سیاست‌های سالمندان است.

- **حیطه مسکن:** بناشدن مسکن سالمندان در مناطقی امن و عرضه خدماتی مقرون‌به‌صرفه در منزل به طوری که سالمندان از این اقدامات مطلع بشوند و بتوانند در منزل بمانند (Plouffe & Kalache, 2010).
 - **حیطه ساختمان‌ها و فضاهای بیرونی:** فضایی برای هم‌زیستی مسالمت‌آمیز و به دور از سروصدا و دود و ترافیک، دارای فضایی سبز و مسیرهایی ایمن جهت پیاده‌روی مناسب است (Fitzgerald & Caro, 2014).
- براساس نتایج تحقیقات انجام شده در انگلستان شش شاخص مناسب‌سازی فضاهای شهری دوستدار سالمندان به این شرح است:

الف) آشنایی: سالمندان و به‌ویژه کسانی که دارای زوال عقل هستند از مشکلات حافظه کوتاه‌مدت رنج

- می‌برند؛ بنابراین تکرار مناظر آشنا در شهر به آن‌ها در مسیریابی کمک می‌کند.
- ب) خوانایی:** در خیابان‌های خوانا فهمیدن شبکه معابر و مسیرها راحت است. مردم معمولاً یک نقشه ذهنی از مسیری که می‌خواهند در طی آن پیاده‌روی کنند، تجسم می‌کنند، اما سالمندان علائمی را که در مسیر با آن روبه‌رو می‌شوند نیز در ذهنشان مرور می‌کنند.
- ج) قابل تشخیص بودن:** سالمندان با سبک‌های ساده و گویا ارتباط برقرار می‌کنند و برای مثال ساختمان‌های مدرن که ممکن است ورودی و نمای واضح و آسانی نداشته باشند، برای آن‌ها دشوار تلقی می‌شود.
- د) در دسترس بودن:** در سطح کلان برنامه‌ریزی شهری، سالمندان با شهرسازی کارکردگرا مشکلات زیادی دارند؛ زیرا در این نگرش، فعالیت‌ها از طریق منطقه‌بندی جدا می‌شوند و متعاقباً پراکندگی فیزیکی، پراکندگی اجتماعی را در پی خواهد داشت.
- ه) راحتی:** وجود فضاهایی برای نشستن و رفع خستگی، وجود توالت‌های تمیز و در سطح زمین، هم‌سطح کردن سطوح و استفاده از شیب‌های ملایم و رمپ به جای پله، پله‌های برقی در پل‌های عابر هوایی یا مسیرهای زیرگذر، ایجاد فضاهای پناهگاه و نظایر این موارد می‌تواند راحتی سالمندان و در سطح وسیع تمامی اقشار آسیب‌پذیر را به‌عنوان شهروند تأمین کند.
- و) امنیت:** امنیت فضا به احساس لذت از محیط بدون ترس بازمی‌گردد. اختلالات دید و راه رفتن لرزان موجب بروز زمین‌خوردن سالمندان می‌شود (Burton et al., 2006).

سلامت روان

روان‌شناسان و روان‌پزشکان فردی را از نظر روانی سالم می‌دانند که تعادلی بین رفتارها و قدرت کنترل او در مواجهه با مشکلات اجتماعی وجود داشته باشد، حالتی که در آن فرد از توانایی‌های خود آگاه است و می‌تواند از عهده تنیدگی‌های طبیعی زندگی‌اش برآید و با کارکردی مناسب، با جامعه خود ارتباط برقرار کند (Wainberg et al., 2017). سلامت روانی به‌منزله یکی از ابعاد سلامت، شاخص مهمی در ارزیابی وضعیت سلامت افراد سالمند است و اهمیت بسیاری در دستیابی به سالمندی خوب دارد.

نرخ مشارکت نیروی کار سالمندان

نرخ مشارکت نیروی کار سالمندان عبارت است از درصد افراد سالمند فعال از نظر اقتصادی. منظور از افراد سالمند فعال از نظر اقتصادی مجموع تعداد افراد سالمند شاغل و بیکار جویای کار است (زمانی، ۱۳۹۹).

۲. مفاهیم مرتبط

کیفیت زندگی

منظور از کیفیت زندگی، هدف غایی در عرضه خدمات مختلف اجتماعی و رفاهی به گروه‌های مختلف سنی و اجتماعی است و فراتر از عملکرد سازمان و نهاد خاصی است (Farajzadeh et al., 2017; Netuveli et al., 2008). کیفیت زندگی مفهومی است چندوجهی، نسبی و متأثر از زمان و مکان که ضمن وابستگی به شرایط عینی و بیرونی، امری است ذهنی و درونی و به تصورات و ادراک فرد از موقعیت زندگی‌اش بستگی دارد (Jing et al., 2016).

فقر و نابرابری

برای تبیین فقر در گروه‌های سنی مختلف (از جمله سالمندان) بیانگرهای متنوعی وجود دارد، اما رویکردهای نوین به فقر تعریفی نسبی از این مفهوم دارند که قابل‌تعمیم در همه زمان‌ها و مکان‌هاست. اگرچه مطالعات اولیه فقر را با کمبود منابع مورد نیاز برای حفظ حداقل سطح زندگی برابر دانسته‌اند، تاونسند^۱ (1954, 1970, 1979) و سن^۲ (1987, 1999) نشان دادند که فقر را نمی‌توان تنها عدم توانایی در تأمین تغذیه خود و خانواده دانست. تعریف‌های رسمی از فقر در اروپا نیز مدت‌هاست که بر نسبی بودن آن تأکید دارد. در سال ۱۹۷۵، شورای اروپا فقر را چنین تعریف کرده است: افراد یا خانواده‌هایی که منابع آن‌ها بسیار اندک است و آن‌ها را از رسیدن به استاندارد زندگی قابل قبول در کشور محروم می‌کند (EEC, 1975). این تعریف در سال ۱۹۸۵ به روزرسانی شد، و منظور از «منابع» را که قبلاً صرف منابع مادی بود، به منابع «مادی، فرهنگی و اجتماعی» بسط دادند. در تعریفی که از طرف ۱۱۷ کشور در «اجلاس جهانی توسعه اجتماعی»^۳ به تصویب رسیده است، فقر عبارت است از: «کمبود درآمد و منابع تولیدی برای تأمین معیشت پایدار، گرسنگی و سوءتغذیه، محدودیت یا دسترسی نداشتن به آموزش و سایر خدمات اساسی، افزایش عوارض و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری، بی‌خانمانی و مسکن ناکافی، محیط‌های ناامن تبعیض و محرومیت اجتماعی، مشارکت نداشتن در تصمیم‌گیری‌های مدنی، اجتماعی و فرهنگی» (United Nations, 1995).

در بسیاری از مطالعات و معیارهای رسمی فقر در کشورهای کم‌درآمد همچنان بر معیارهای «حداقلی» یا «مطلق» متکی است (Hall & Midgely, 2004). خطوط رسمی فقر در این کشورها براساس درک قرن نوزدهمی از حداقل نیازهای تغذیه‌ای مردم تعریف و بنابراین ابعاد مهم غیرمادی آن (مانند ابعاد اجتماعی یا

1. Townsend

2. Amartya Sen

3. World Summit on Social Development

مشارکتی یا حتی نیاز به یک رژیم غذایی کافی و متعادل) را منعکس نمی‌کند (Jerven, 2013). از سال ۲۰۰۰ تلاش‌های چشمگیری برای گسترش تعریف و اندازه‌گیری فقر در کشورهای کم‌درآمد صورت گرفته است. گزارش «صدای فقیر»^۱ جهانی (Narayan et al., 2000) ماهیت پیچیده فقر را برجسته کرد تا مطالعات بعدی در کشورهای کم‌درآمد با استفاده معیارهای نسبی و غیر پولی انجام شود (Kingdon & Knight 2006; Nandy & Pomati 2015; Alkire & Santos 2014)؛ بنابراین مشاهده می‌شود که استفاده از سنجه‌هایی که نشان‌دهنده کیفیت مسکن، تراکم جمعیت، دسترسی به خدمات اساسی مانند آب، بهداشت و درمان و آموزش است، در مطالعات فقر در کشورهای در حال توسعه جایگاه مهمی پیدا کرده است. به همین ترتیب، شاخص فقر چندبعدی^۲ (MPI) که توسط مؤسسه فقر و توسعه انسانی آکسفورد^۳ تهیه شده است، از داده‌های سطح خانوار و فردی در مورد سلامت افراد (مرگ‌ومیر کودکان و تغذیه)، تحصیلات (سال‌های تحصیل و حضور در مدرسه) و مالکیت دارایی‌های خانوار برای تعریف فقر و مقایسه کشورها استفاده می‌کند (Alkire & Santos, 2010). فقر درآمدی در بسیاری از مطالعات به معنای داشتن درآمد قابل تصرف در دسترس، زیر درصد معینی از درآمد قابل استفاده است. آستانه استاندارد فقر ۵۰ درصد میانگین درآمد بسیار مرسوم است.

فضاهای شهری

فضاهای شهری شامل عناصری از فضای سخت و فضای نرم شهری است. منظور از فضای سخت، فضاهایی است که کاملاً با بدنه‌های معماری محصور شده‌اند. این فضاها محل گردهمایی و مکان فعالیت‌های اجتماعی شهر است. فضای نرم، فضاهایی است که محیط و عناصر طبیعی در شکل دادن به آن‌ها غلبه دارند، مانند باغ‌ها و پارک‌ها. سه شاخص اصلی فضاهای شهری در عرصه عمومی شهر عبارت است از: عمومی بودن فضا، بازبودن آن و برقراری تعاملات اجتماعی در فضا. در تعریفی دیگر، فضاهای شهری شامل خیابان‌ها، میدان‌ها، کوچه‌ها، حاشیه آب و در کل همه مکان‌هایی است که مردم به آن دسترسی فیزیکی و بصری دارند (علوی‌زاده، ۱۳۹۴).

در تئوری‌های مختلف طراحی شهری، اندیشمندان مختلف تحت عناوینی چون محیط پاسخ‌گو، شهرسازی شهروندگرا و غیره به بررسی و ارائه معیارهای کلیدی جهت دستیابی به مکان‌های مطلوب پرداخته‌اند. با بررسی این نظریه‌ها می‌توان دریافت که یکی از ویژگی‌های فضاهای شهری موفق، پاسخ‌گو

-
1. Voices of The Poor
 2. Multidimensional Poverty Index
 3. Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI)

بودن فضا به نیازهای تمامی اقشار جامعه از جمله سالمندان است؛ به نحوی که هر فرد بتواند به راحتی و ایمن در فضا حضور یابد و با دیگران تعاملات اجتماعی برقرار کند.

اشتغال

منظور از اشتغال وضعیت مشارکت فرد در ارتباط با فعالیت‌های اقتصادی است (زمانی، ۱۳۹۹).

بی‌کاری

بی‌کاری به توقف طولانی کار به علل گوناگون اطلاق می‌شود. در زبان محاوره بی‌کاری به فقدان اجباری کار گفته می‌شود، خواه به جهت نیافتن کار، خواه به دلیل از دست دادن کار (فدایی و علی‌بیگی، ۱۳۹۰).

نرخ بی‌کاری

نرخ بی‌کاری عبارت است از نسبت جمعیت بی‌کار به جمعیت فعال (شاغل و بیکار)، ضرب در ۱۰۰ (سالنامه آماری، ۱۳۹۸).

مواد

مواد شامل همه ترکیباتی است که سبب تغییر کارکرد جسمی و ذهنی افراد به صورت هیجان، افسردگی، رفتار نابهنجار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور می‌شود (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۹).

اعتیاد

مطابق تعریف فیزیولوژیک، اعتیاد حالتی متعارض از استعمال متوالی یا متناوب ماده‌ای مخدر است که تحریک‌پذیری سلول‌ها و دستگاه عصبی را افزایش می‌دهد و بازگشت به تعادل را مستلزم مصرف دارو می‌کند. سازمان جهانی بهداشت اعتیاد را مسمومیت حاد یا مزمنی تعریف کرده است که متأثر از مصرف داروی طبیعی یا صنعتی پدید می‌آید و به حال فرد و جامعه مضر است. مطابق این تعریف اعتیاد چنین خصوصیتی دارد: ۱. تمایل و احتیاج به ادامه مصرف دارو یا دسترس به آن به هر طریق، ۲. علاقه شدید به مصرف یا گرایش به افزایش مصرف دارو، ۳. وابستگی روانی یا جسمی به داروهای اعتیادآور به معنی ظهور علائم پس از توقف مصرف (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۹).

وابستگی^۱

سازمان جهانی بهداشت در طبقه‌بندی بیماری‌ها و مشکلات مرتبط با سلامت وابستگی را دسته‌ای پدیده‌های جسمی، رفتاری و شناختی تعریف کرده است که در آن‌ها مصرف نوعی ماده یا اقسامی از مواد برای فرد اولویتی بالاتر از ارزش‌های رفتاری سابقش پیدا می‌کند. از ویژگی‌های این پدیده میل شدید به مصرف مواد روان‌گردان و ادامه مصرف آن است که منجر به افزایش تدریجی مقدار ماده مصرف (تحمل) برای رسیدن به نشئگی، بی‌تفاوتی به آداب و مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی و ناتوانی در ترک می‌شود (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۹، به نقل از: UNODC 2018).

سوءمصرف مواد^۲

الگوی غیرانطباقی مصرف مواد با پیامدهای مضر و عودکننده مرتبط با مواد است، اما بدون بروز تحمل و محرومیت (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۹).

فهرست منابع

منابع فارسی

- آفاجانی، احمد، نظری، علی محمد، زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۷). بررسی پریشانی‌های روان‌شناختی در فرزندان متأهل مراقب والد (بین) سالمند (مطالعه کیفی). سالمند، ۵۰ (۱۳).
- احمدی مجتبی، نودهی محمدعلی، اسمعیلی محسن، صدرالهی علی (۱۳۹۶). مقایسه کیفیت زندگی زنان سالمند فعال و غیرفعال با تأکید بر فعالیت‌های بدنی. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۲ (۳).
- احمدی افسانه، کریم زاده شیرازی کامبیز، فرارویی محمد، کامگار مجید (۱۳۷۹). بررسی شیوع عوامل خطر بیماری‌های قلب و عروق در سالمندان شهر یاسوج. ارمغان دانش، ۵ (۱۹).
- احمدی امویی، بهمن (۱۳۹۶). اصلاح ساختار شرکت‌ها و هلدینگ‌سازی (تجربه صندوق بازنشستگی کشوری). موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا. نشر طرح نقد.
- احمدی امویی، بهمن (۱۳۹۹). فلکی برای روز مبادا. ماهنامه مشق فردا. شماره ۵.
- اداره کل سلامت شهرداری تهران، اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، دبیرخانه شورای ملی سالمندان (۱۳۹۸). راهنمای ارائه خدمات به سالمندان در استان تهران، چاپ همشهری.
- ادهمی، جمال، احمدی، یعقوب، جعفری و ابراهیم (۱۳۹۶). بررسی ترجیحات ارزشی بین‌نسلی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در شهر سنج. فصلنامه علوم اجتماعی، ۲۴ (۷۸).
- ارشدی، علی و عبدالعلی کریمی. (۱۳۹۲) بررسی وضعیت فقر مطلق در ایران در مهر و موم‌های برنامه اول تا چهارم توسعه، فصلنامه سیاست‌های راهبردی و کلان، مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱ (۱).
- استبصاری، فاطمه، مصطفایی، داود، رحیمی، زهرا، استبصاری، کیمیا و تقدیسی، محمدحسین (۱۳۹۶)، مفاهیم و شاخص‌های سالمندآوری: چارچوب مفهومی برای مطالعات کاربردی در زمینه سالمند آزاری. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دوره ۵، شماره (۱).
- اسداللهی، عبدالرحیم، براتوند، محمود، ولیزاده، شاهرخ و هواسی، علی (۱۳۸۶)، سوء مصرف دارو و حلال‌های شیمیایی در سالمندان اهوازی، سالمند، ۲ (۵).
- اسدی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی نظام حاکم بر بازنشستگی در حقوق ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.

- اسکندری، حمید و همکاران (۱۳۹۴). مطالعه سازوکار صندوق‌های بازنشستگی اختیاری. زیر نظر بورس اوراق بهادار: مدیریت تحقیق و توسعه.
- اصول بهداشت روانی از صفحه ۳۱ تا صفحه ۳۸. ظهور علیرضا و افلاطونیان محمدرضا. همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس جیرفت (کرمان ۱۳۸۰). ۱۳۸۱، ۴، ۱۴-۱۳.
- ایران، م. آ (۱۳۹۰). گزارش وضعیت سالمندی. تهران: مرکز آمار ایران.
- ایزانلو، م. باساخت، م. و محقق، ح. (۱۳۹۷). بررسی نابرابری فضایی شهر تهران از منظر شاخص‌های شهر دوستدار سالمند در سال ۱۳۹۷. (کارشناسی ارشد) تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- باستانی فریده، قاسمی الهام، نگارنده، رضا و حقانی حمید (۱۳۹۱). خودکارآمدی عمومی زنان مراقب عضو خانواده سالمند مبتلا به آلزایمر. مجله حیات، ۱۸ (۲).
- باقری نسائی، معصومه، مریم سهرابی، محمدجواد ابراهیمی، جبار حیدری فرد، جواد پنج، سمیرا گلچین مهر (۱۳۹۲). بررسی رابطه رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در سالمندان ساکن منازل شهرستان ساری در سال ۱۳۹۱، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۳، شماره ۱۰۱.
- باقری، یاسر (۱۳۹۸). در سایه سرمایه اجتماعی؛ بررسی وضعیت بازنشستگان و مطالبات آنان.
- بوجاری، سپیده، جواد نیازی خاتون، ریحانه طالع‌زاده شیرازی و قنبری سحر (۱۳۹۷). بررسی تأثیر خاطره‌گویی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان شهر شیراز. فصلنامه علمی - پژوهشی طب توان‌بخشی، ۷ (۴).
- بوند، جان و لین کورنر (۱۳۸۹). کیفیت زندگی و سالمندان، ترجمه حسین محقق کمال، چاپ اول، تهران: دانژه.
- پتربیک، تونی (۱۳۸۱). نظریه رفاه (ترجمه هرمز همایون پور)، تهران، نشر گام نو.
- پروایی، شیوا (۱۳۹۸). شناسایی رفتار نصرفی بازنشستگان صندوق بازنشستگی در شهر تهران. مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- پروائی، شیوا و موسایی، میثم (۱۳۹۸). طردشدگی سالمندی در ساحت سیاست‌گذاری اجتماعی، تحلیلی بر برنامه‌های توسعه پس از انقلاب. فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، ۱۰ (۲).
- پروین، سهیلا، شعله باقری پرهمر و پاگرد علیشاهی، فاطمه (۱۳۹۸). تأثیر سالخوردگی جمعیت بر نابرابری توزیع درآمد در ایران، نشریه مطالعات جمعیتی، ۵ (۱).
- پوراصغر سنگاچین، فرزام و جباری، حبیب (۱۳۹۸). چشم‌اندازهای جمعیت درحال سالمندشدن در آسیا و اقیانوسیه. تهران: مؤسسه راهبردی بازنشستگی صبا.
- پوراملیرزا افسانه، شریفی فرشاد، اعتصام فرناز و الهام نواب (۱۳۹۹). سوءرفتار مراقبان خانوادگی با افراد مبتلا به آلزایمر: یک مطالعه مروری. مجله پژوهش پرستاری ایران، ۱۵ (۲).
- تاریخچه بازنشستگی در ایران. تاریخ بازدید ۱/۸/۱۳۹۹، www.cspf.ir
- ترابیان، مریم (۱۳۹۹). بررسی الگوهای روابط بین سالمندان و فرزندان از دیدگاه سالمندان، پایان‌نامه دکتری سالمندشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی (در حال اجرا).
- جزایری، علیرضا و مشتاق، نهاله (۱۳۸۵). سوءصرف مواد در سالمندان، سالمند، ۱ (۱).
- جعفری، هدی (۱۳۹۶). مروری بر کیفیت مستمری‌ها در صندوق بازنشستگی کشوری، مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- جعفری، هدی و همکاران (۱۳۹۷). آثار کلان اقتصادی اصلاحات ساختاری در نظام بازنشستگی ایران. فصلنامه مدل‌سازی اقتصادی، ۱۲ (۴۴).
- جلیلی، طیبه (۱۳۸۹). طرح‌های بازنشستگی خصوصی (چرایی، چگونگی، پاسخ به سؤالات اساسی). واحد مطالعات و تحقیقات

- بیمه‌های مؤسسه حسابرسی صندوق بازنشستگی کشوری.
- جلیلی، طیبه و مسلمی، رضا (۱۳۹۳). شناسایی و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر تسهیل اجرای سیستم بازنشستگی چندلایه. پژوهشنامه بیمه، ۲۹ (۱۱۴).
- جهانفر، نیلوفر (۱۳۹۹). منابع درآمدی و پس‌انداز خانوارهای بازنشسته و شاغل تحت پوشش صندوق بازنشستگی کشوری. تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- چهره‌گشا مریم، جویباری لیلا، عنایت فریبا، ثناگو اکرم و بهزاد تقوی کیش (۱۳۹۵). بررسی دیدگاه و تجربیات دانشجویان از زندگی با پدربزرگ و مادربزرگ سالمند. نشریه علمی پژوهشی سالمند، ۱۱ (۳).
- حبیب‌پور، کرم (۱۳۹۶). سیاست اجتماعی به‌عنوان متن و گفتمان. فصلنامه مطالعاتی جامعه‌شناختی. ۵۰: ۲۲۷-۲۰۵.
- حسین زرغامی و فریمان محمود (۱۳۹۴). بررسی تحلیلی ویژگی‌های جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی سالمندان کشور. بررسی‌های آمار رسمی ایران.
- حقیقتیان، منصور و فتوحی، مهتاب (۲۰۱۳). بررسی عوامل اجتماعی-فرهنگی مؤثر بر سالمندآزاری در شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۸ (۷).
- حیدری سعیده، محمدقلی زاده لیلا، اسداللهی، فرزانه و عابدینی زهرا (۱۳۹۲). بررسی وضعیت سلامت سالمندان شهر قم، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم.
- حیدری، فرشاد (۱۳۹۸). میزگرد صندوق‌های بازنشستگی، چالش‌ها و فرصت‌ها. دومانه تازه‌های اقتصاد، ۱۵۶.
- خوارزمی، ا.ع. (۱۳۹۵). ارزیابی فضاهای باز شهری و حمل‌ونقل درون‌شهری در مشهد براساس شاخص‌های شهر دوستدار سالمند. Paper presented at the ۳rd Shoshimin Conference and Program on Urban Services.
- دادخواه، اصغر (۱۳۸۶). سیستم خدمات ویژه سالمندی در کشورهای آمریکا و ژاپن و ارائه شاخص‌هایی جهت تدوین برنامه راهبردی خدمات سالمندی در ایران. نشریه سالمند، ۲ (۳).
- دانش، پروانه، ذاکری نصرآبادی عبداللهی، سادات عظیمه (۱۳۹۳). تحلیل جامعه‌شناختی شکاف نسلی در ایران. جامعه‌پژوهی فرهنگی (۳)۵.
- دانشکده پزشکی گلستان، (۱۳۹۱) گزارش سالانه سلامت
- دفتر طرح‌های ملی وزارت ارشاد و فرهنگ اسلامی (۱۳۹۵) یافته‌های پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان موج سوم (۱۳۹۴)، پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- دهنوعلیان، عاطفه، سعادت، معصومه، جعفریانی، سمیه، بکائیان، مهدی و سعادت، اقدس (۲۰۱۹). اپیدمیولوژی سوءرفتار با سالمندان شهر نیشابور، مجله فارسی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، ۱۶ (۴).
- راغفر، حسین، موسوی، میرحسین و کاشانیان، زهرا (۱۳۹۱). اثر پدیده سالمندی بر رشد اقتصادی. فصلنامه معرفت فرهنگی اجتماعی، ۴ (۱).
- راغفر، حسین، کاشانیان، زهرا و موسوی، میرحسین (۱۳۹۸). پیامدهای اقتصادی سالمندی جمعیت بر اقتصاد ایران (مدل تعادل عمومی نسل‌های هم‌پوش). فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران، ۲۴ (۷۸).
- ربعی، علی و عسگریان، علیرضا (۱۳۹۸). ارائه الگوی راهبردی اداره امور بازنشستگان کشوری. فصلنامه علمی مطالعات مدیریت راهبردی دفاع ملی.
- رحیمی، ویدا، حیدری، مریم، نظارت، شهرزاد، زاهدی، عاطفه، مجدم، میثم و دریس، سارا (۱۳۹۵). سوءرفتار با سالمند در خانواده و عوامل مرتبط با آن، فصلنامه پرستاری سالمندان، ۳ (۱).
- رستمی، مسعود، رسولی، کسائی، و عبدالرحیم (۲۰۱۹). مقایسه تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان. مشاوره کاربردی، ۹ (۱).

- رستمی، مرتضی و بادینی، حسن (۱۳۹۸). بنگاهداری صندوق‌های بازنشستگی در نظام تأمین اجتماعی ایران. فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، ۲۱، ۶۳.
- رستمی، مرتضی و حبیب‌نژاد، احمد (۱۳۹۶). بررسی سرمایه‌گذاری صندوق‌های بازنشستگی ایران در پرتو اصول سرمایه‌گذاری. نشریه حقوق خصوصی، ۱۴(۱).
- رستمی، ولی و همکاران (۱۳۸۸). نظارت مالی بر مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی. فصلنامه حقوق، ۴.
- رضائی قهرودی، زهرا (۱۳۹۰). تحلیل الگوی مصرف در چرخه خانوار، تهران: انتشارات پژوهشکده آمار.
- رفیعی، حسن (۱۳۹۶). ارزیابی سریع وضعیت اختلال مصرف مواد در ایران در سال ۱۳۹۶، تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر تحقیقات و آموزش.
- رفیعی، حسن (۱۳۹۷). ارزیابی سریع وضعیت اختلال مصرف مواد در ایران در سال ۱۳۹۷، تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر تحقیقات و آموزش.
- روحانی، مرضیه، دهداری، طاهره، حسینی‌راد، مریم، علایی جنت مکان، ماهرخ (۲۰۱۸). بررسی موارد سوء رفتار خانگی با سالمندان در شهر تهران، مجله سالمندی ایران، ۱۴ (۳).
- روغنی‌زاده، مصطفی (۱۳۸۴). تحلیل ریاضی بر وضعیت صندوق‌های بازنشستگی ایران و طراحی سیستم بهینه برای صندوق‌های یادشده: طراحی سیستم بهینه برای صندوق‌های بازنشستگی کشور، قم: نشر صفی.
- رول‌اند، دونالد (۱۳۹۶). سالخوردگی جمعیت، زمینه‌ها، پیامدها و سیاست‌ها، ترجمه یعقوب فروتن، تهران: انتشارات مؤسسه مطالعات جمعیتی کشور.
- روبین و همکاران (۱۳۹۸). بیمه اجتماعی و عدالت اجتماعی. ترجمه سید وحید میره بیگی و بهادر سهرابی. تهران: انتشارات مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- ریاضی، محسن (۱۳۹۴). پله پله تا سرمایه‌گذاری. قلمرو رفاه، ۶.
- زاده، ر. (۲۰۱۴). طراحی معماری مناسب برای سالمندان. تهران: صفا.
- زرقانی، هادی، س.، خوارزمی، علی، ا.، جوهری. (۲۰۱۵). ارزیابی شاخص‌های شهر دوستدار سالمند در شهر مشهد با تأکید بر شاخص‌های فرهنگی-اجتماعی. پژوهش‌های جغرافیای انسانی، ۴۷ (۴).
- زمانی، سمیرا (۱۳۹۹). بررسی آماری ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی سالمندان در ایران: ۱۳۹۰-۱۳۹۸. مرکز آمار و اطلاعات راهبردی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.
- زنجری نسبی، صادقی رسول، دلبری احمد (۱۳۹۸). تحلیل تفاوت‌های جنسیتی در الگوهای گذران وقت سالمندان ایرانی. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۳ (۵).
- زنجری، ن و صادقی، ر (۱۳۹۹). محاسبه شاخص دیده‌بان سالمندی در ایران ۱۳۹۵. تهران: مؤسسه راهبردی بازنشستگی صبا.
- زنجری، نسبی، علی اکبرزاده، زهرا، بهرامی، گیتی و مهسا نوری (۱۳۹۹). عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان در خاورمیانه، مجله آموزش و سلامت جامعه، (پذیرش).
- زنجری، نسبی و صادقی، رسول (۱۳۹۹). محاسبه شاخص دیده‌بان سالمندی در ایران ۱۳۹۵. تهران: مؤسسه راهبردی بازنشستگی صبا.
- زنجری، نسبی (۱۳۹۷). سالمندی خوب، مروری بر مفاهیم و ابعاد خوب پیرشدن. تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- زیرمجموعه صندوق بازنشستگی کشوری آماده عرضه اولیه شدند (۱۳۹۹). بورس پرس، تاریخ انتشار ۲۵ خرداد،

- معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۹). قابل دسترس در. <http://www.behzisti.ir/news/21038> (25 Octobr 2020).
- سازمان بهزیستی (۱۳۹۷). مصاحبه رئیس ستاد اورژانس سازمان بهزیستی کشور با رادیو گفت‌وگو، ۹۷/۰۱/۲۲، قابل دسترس در سایت: <http://radiogoftogoo.ir/NewsDetails/?m=176612&n=226469>
- سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۸). سالنامه آماری.
- سالاری، م. (۱۳۹۸). راهکارهای طراحی مجتمع مسکونی جهت ارتقا کیفیت سکونت سالمندان با رویکرد مسکن فراگیر به‌منظور هم‌زیستی نسل‌ها. Paper presented at the کنگراس ملی معماری و شهرسازی معاصر ایران. <https://civilica.com/doc/981283>.
- سالمندی قانون چابک می‌خواهد (۱۳۹۴). ایران آنلاین، تاریخ انتشار ۷ مهر، www.ion.ir.
- سعید، مژگان، مکارم، اصغر، خاتجانی، محمدسعید و بختیاری وحید (۱۳۹۸). مقایسه سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی تهران. نشریه علمی پژوهشی سالمند، ۱۴(۲).
- سعیدی، علی‌اصغر (۱۳۹۴). مسئله نظام تأمین اجتماعی در ایران. هفته‌نامه تجارت فردا. تاریخ انتشار ۳ مرداد. www.tejaratfarda.com
- سلیم‌زاده، حمیده، افتخار، حسن، پوررضا، ابوالقاسم و مقیم‌بیگی، عباس (۱۳۸۶). اشتغال مجدد بانزستگان و شاخص‌های کیفیت زندگی. رفاه اجتماعی، ۷(۲۶).
- سلیمانی‌نژاد، علی، طاهری تنجانی، ابوالفتحی ممتاز و خداکریم (۲۰۲۰). بررسی ارتباط بین سوء‌تغذیه و افسردگی در سالمندان ایرانی. کومش، ۲۲(۳).
- سند ملی سالمندان نیازمند بازنگری جدی است (۱۳۹۸). خبرگزاری دانشجویان ایران (ایرنا). تاریخ انتشار: ۱۰ مهر، www.isna.ir.
- سیاست‌های کلی جمعیت (۱۳۹۳). پایگاه اطلاع‌رسانی دفتر مقام معظم رهبری. تاریخ به‌روزرسانی ۱۳۹۸/۰۲/۲۹.
- سید میرزایی، سید محمد (۱۳۸۶). ملاحظاتی پیرامون ابعاد سالمندی با نگاهی به تجربه ژاپن. پژوهشنامه علوم انسانی، ۵۳.
- سیفی، غلامعلی و زینالی، امیرحمزه (۱۳۸۶). جایگاه سالمندی در نظام حقوق مدنی ایران. فصلنامه پژوهشی رفاه اجتماعی، ۷(۲۶).
- شجاعی علی، اکبری کامرانی احمدعلی، فدای وطن رضا، عظیمیان مجتبی، غفاری شهرام و جمالی محمدرضا (۱۳۹۰). هزینه‌های درمانی و بیماری‌ها در سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی استان تهران ۱۳۸۶-۸۷. مجله سالمندی ایران، ۶(۴).
- شریفیان ثانی، مریم و نسیمه زنجری (۱۳۹۳). به‌زیستن به‌عنوان مفهومی چندبعدی: واکاوی مفاهیم و تعاریف، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۴(۵۲).
- شکوری، علی (۱۳۸۷). تبیین عوامل مؤثر بر اشتغال مجدد بانزستگان تأمین اجتماعی، نامه انجمن جمعیت‌شناسی، ۳(۶).
- شورای اجتماعی وزارت کشور (۱۳۹۴). گزارش کشوری سرمایه اجتماعی در ایران، شورای اجتماعی وزارت کشور.
- شورای اجتماعی وزارت کشور (۱۳۹۶). گزارش کشوری وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اخلاقی جامعه ایران، شورای اجتماعی وزارت کشور و دانشگاه تهران.
- شورای ملی سالمندان (۱۳۹۹). سند ملی سالمندان کشور، انتشارات دبیرخانه شورای ملی سالمندان.
- شهنازی، حسین، سبحانی، چرکزی و عبدالرحمن (۲۰۱۸). بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف سبک زندگی با کیفیت زندگی سالمندان. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۵(۳).
- شیرینی، محمدرضا، قهرودی، زهرا، علی‌اکبری صبا، روشنگر و رستمی، الهام (۱۳۹۵). مطالعه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی سلامت سالمندان و الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت. تهران، پژوهشکده آمار.
- شیرینی، محمد (۱۳۹۴). مطالعه تأثیر ساختار جمعیت و تحولات جمعیتی- اجتماعی خانوار بر تغییرات الگوی مصرف در ایران طی

- دوره زمانی ۱۳۶۳-۹۲، رساله دکتری جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران.
- شیرینی، محمد، رضایی، زهرا، علی‌اکبری، روشنک، صفاکیش محدثه و رستمی الهام (۱۳۹۵). مطالعه ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی و سلامت سالمندان و الگوی بهره‌مندی سالمندان از خدمات سلامت، پژوهشکده آمار.
 - صادقی، رسول (۱۳۹۴). جمعیت و خانوارهای کشور از منظر اقتصاد براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰. مجله اقتصادی-ماهنامه بررسی مسائل و سیاست‌های اقتصادی، ۱۳(۵).
 - صادقی، رسول (۱۳۹۵). عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر طلاق جوانان در ایران، فصلنامه مطالعات راهبردی ورزش و جوانان، ۳۲.
 - صداقت‌زادگان شهناز، دانش، پروانه و باقری حسین (۱۳۹۷). مقایسه سرمایه اجتماعی خانواده‌های دارای سالمند و بدون سالمند قم، نشریه علمی-پژوهشی سالمند، ۱۳(۲).
 - صندوق بازنشستگی کشوری (۱۳۹۴). گزارش وضعیت صندوق بازنشستگی کشوری. تهران. دفتر برنامه‌ریزی و توسعه سیستم‌ها.
 - صندوق جمعیت ملل متحد (۱۳۹۸). چشم‌اندازهای جمعیت در حال سالمند شدن در آسیا و اقیانوسیه، ترجمه فرزام پوراصغر سنگاچین و حبیب جباری، تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
 - صندوق جمعیت ملل متحد (۱۳۹۸). چشم‌اندازهای جمعیت در حال سالمندشدن در آسیا و اقیانوسیه، ترجمه فرزام پوراصغر سنگاچین و حبیب جباری، تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
 - ضرغامی و محمودیان (۱۳۹۵). اثرات مهاجرت فرزندان بر حمایت اجتماعی والدین سالمند روستایی. پژوهش‌های روستایی ۷(۱).
 - عامری، گلناز فروغ، گواری فاطمه، نظری طاهره، رشیدی‌نژاد، معصومه و افشارزاده، پوران (۱۳۸۱). تعاریف و نظریه‌های سالمندی. مجله حیات، ۸(۱).
 - عباسی شاد، هومن (۲۰۰۰). بررسی خصوصیات دموگرافیک و روانی-اجتماعی و علل و روش‌های شایع خودکشی در بیماران ارجاع داده‌شده به بیمارستان شهید محمدی بندرعباس از مهرماه ۷۹ تا خردادماه ۸۰. پایان‌نامه دکتری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان.
 - عباسی شوازی، محمدجلال، رسول صادقی و حسینی چاوشی میمنت (۱۳۹۷). پنجره جمعیتی و بازار کار در ایران: فرصت‌ها و چالش‌ها، انتشارات وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.
 - عبدالله‌پور، حافظی، احتشام‌زاده، پروین، نادری، فرح، پاشا (۲۰۱۹). مقایسه اثربخشی درمان روایت‌مدار و ACT، بر کیفیت زندگی و اضطراب وجودی سالمندان. پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱۰(۳).
 - عرب‌زاده مهدی (۱۳۹۵). فراتحلیل عوامل مؤثر در سلامت روان سالمندان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۰(۲).
 - عرفانی خانقاهی، عبادی فرد آذر و فرید (۱۳۹۶). مرور نظام‌مند و متاآنالیز کیفیت زندگی در سالمندان ایرانی با استفاده از پرسشنامه لیباید. مجله پی‌اورد سلامت، ۱۱(۵).
 - عصمت ساعتلو، مرضیه، حسینی، فاطمه و ساکنی، زهرا (۱۳۹۴). بررسی وضعیت سالمندآزاری در سالمندان تحت پوشش برنامه Day Care. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۲(۱).
 - علوی‌زاده، ا. م (۱۳۹۴). سالمندان و فضای شهری. مجله جمعیت، ۲۰(۸۳).
 - علی‌الحسائی، م (۱۳۹۴). ارزیابی نیازمندی‌های سالمندان در فضاهای شهری، مطالعه موردی: پارک خلد برین شیراز. معماری و شهرسازی آرمان شهر، ۵(۹).
 - علی‌زاده، مهتاب، فخرزاده، حسین، شریفی، فرشاد، محمدی، مریم آذر، ندا نظری (۱۳۹۲). تحلیل مروری عملکرد سازمان‌های متولی در برنامه سالمندی کشور، مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳(۱).
 - عیسی‌لو، ش. ا. (۱۳۹۴). نیازها و مشکلات سالمندان در فضای شهری. موردشناسی: (خیابان‌های بخش مرکزی شهر قم). پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۲(۶).

- غلامی، سمیرا، و گلاب، سمانه (۱۳۹۸). خانوارهای سالمند چگونه هزینه می‌کنند؟ بررسی ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی خانوارهای دارای سرپرست سالمند در ایران. تهران: موسسه راهبردی بازنشستگی صبا.
- غلامی، علی، یزدی، خدیجه (۱۳۹۰). مجموعه قوانین و مقررات مرتبط با سالمندان. نشر فکر سازان.
- فدایی، فرید و علی بیگی، ندا (۱۳۹۰). مقایسه میزان و شدت آسیب‌های روانی بین مردان جوان شاغل و بیکار. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴.
- فرهادی اکرم، نوروزیان مریم، محمدی فرحناز، فروغان مهشید، رسولی مریم، صادق مقدم لیلا، شیما نظری (۱۳۹۷). تجارب مثبت مراقبت از سالمند مبتلا به دمانس از دیدگاه مراقبین خانوادگی: تحلیل محتوای کیفی. طب جنوب، ۴۱(۴).
- فلاحی، ب. (۱۳۹۶). مشکلات سالمندان در فضای شهری تهران. <http://www.npps.ir/ArticlePreview.aspx?id=182098>
- قاسمی وانانی، زهرا، جلیلی، طیبه (۱۳۸۹). صندوق‌های ضمانت مزایای بازنشستگی. موسسه حسابرسی صندوق بازنشستگی کشوری
- قانون استخدام کشوری (۱۳۴۵). مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۳۶۸). انتشارات سازمان برنامه‌بودجه.
- قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۳۸۸). انتشارات سازمان برنامه‌بودجه.
- قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۳۸۳). انتشارات سازمان برنامه‌بودجه.
- قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۳۷۳). انتشارات سازمان برنامه‌بودجه.
- قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۳۷۹). انتشارات سازمان برنامه‌بودجه.
- قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۳۹۵). انتشارات سازمان برنامه‌بودجه.
- قدم‌پور، عزت‌اله، حیدریانی، رادمهر و فرناز (۲۰۱۸). بررسی رابطه معنای زندگی و عزت‌نفس با کیفیت زندگی سالمندان ساکن منزل و مقیم سرای سالمندان. دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۶ (۵).
- قدوسی، آرش، یخدانی، ف و عابدی، حیدرعلی (۱۳۹۲). بررسی مصادیق سالمند آزاری و ارتباط آن با سن و جنس در سالمندان بستری در بیمارستان، مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۹ (۱).
- قوامی، نسرين (۱۳۹۸). از افتادگی در صندوق بازنشستگی کشوری. بررسی ویژگی‌های مستخدمین ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری.
- قیصریان، اسحاق (۱۳۸۸). بررسی ابعاد اجتماعی، اقتصادی پدیده سالمندی در ایران. فصلنامه جمعیت، ۶۹ و ۷۰.
- کارداک، ونسان (۱۳۹۱). جامعه‌شناسی پیری و پیرشدگی (ترجمه: سوسن کباری)، تهران، انتشارات جامعه‌شناسان.
- کاظمی، نیلوفر، سجادی، حمیرا و بهرامی، گیتی (۲۰۱۹). کیفیت زندگی سالمندان ایرانی: یک مطالعه مروری. نشریه علمی پژوهشی سالمند، ۱۳(۵).
- الکاکی، پیت، مارگارت می و کارن راولینگسون (۱۳۹۱). کتاب مرجع سیاست‌گذاری اجتماعی، جلد‌های اول و دوم، تهران: انتشارات دانشگاه امام صادق.
- کدهمی، ک (۱۳۹۵). طراحی واحدهای مسکونی متناسب سالمند در رشت. (کارشناسی ارشد). دانشکده هنر، اصفهان.
- کریمیان، حبیب‌الله، نوابخش (۲۰۱۷). تحلیل جامعه‌شناختی شکاف نسلی فرزندان و والدین در انتظار از نقش یکدیگر در خانواده شهری ایران (مطالعه موردی: شهر تهران). مطالعات توسعه اجتماعی ایران ۹(۳).
- کسرائی‌نژاد، مسعود. (گردآوری و ترجمه)، (۱۳۹۷) سالمندی دل‌نشین اقدامات حمایتی و ساختار اجرایی آنان در کشورها، گروه مطالعاتی رفاه و تأمین اجتماعی.
- کوششی، مجید و صادقی، رسول (۱۳۹۶). تغییرات ساختار سنی جمعیت، پیامدها و الزامات سیاستی آن، فصل هفتم گزارش بررسی وضعیت و تحولات جمعیت در جمهوری اسلامی ایران. تهران: مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری و مؤسسه مطالعات

- جمعیتی کشور.
- کیانپور، فاطمه و همکاران (۱۳۹۰). رابطه بین ویژگی‌های جمعیت شناختی و رضایت از بازنشستگی در سالمندان بازنشسته. فصلنامه سالمند، ۶ (۲۱).
- گزارش بودجه صندوق بازنشستگی کشوری (۱۳۹۴). واحد مطالعات و تحقیقات بیمه‌ای موسسه حسابرسی صندوق بازنشستگی کشوری
- گزارش رسمی بودجه ده‌ساله صندوق به انضمام بودجه (۱۳۹۳). دبیرخانه صندوق بازنشستگی کشوری.
- گزارش صندوق بازنشستگی کشوری (۱۳۹۴). دبیرخانه صندوق بازنشستگی کشوری.
- گسن، ریموند (۱۳۸۵). جرم‌شناسی نظری، ترجمه مهدی کی‌نیا، چاپ دوم، تهران: انتشارات مجد.
- گلاب، سمانه (۱۳۹۸). آیا مزایای بازنشستگی در ایران سخاوتمندانه است؟ تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- محبی، لیلا، زاهدنژاد، شهلا، جوادی پور، شیدا و ساکی، آزاده (۲۰۱۶). سوه‌رفتنار خانگی با سالمندان روستایی شهرستان دزفول و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنان، مجله سالمندی ایران، ۱۰ (۴).
- محقق، سید حسین و باسرخ، م. (۱۳۹۸). بررسی وضعیت فقر چندبعدی در بین سالمندان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- محقق، کمال، سید حسین و همکاران (۱۳۸۷). بررسی نیازهای سلامتی سالمندان مستمری بگیر سازمان تأمین اجتماعی و بازنشستگی کشوری. فصلنامه سالمند، ۳ (۷).
- محمدی، مژگان کیایی، فاطمه کاظمی (۱۳۹۴). خانه‌های سالمندان و مراکز نگهداری روزانه سالمندان.
- مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۹). جامعه‌شناسی اعتیاد، تهران، پارسه (در دست انتشار).
- مرتضی پورآذر، محمود شیخ، محمد صحبتی‌ها و سمیرا محمدنیا. مقایسه سلامت روانی در مردان سالمند دارای سطوح متفاوت فعالیت ورزشی هفتگی. مجله پژوهش در علوم توان‌بخشی، ۹ (۵).
- مرکز آمار ایران (۱۳۶۵). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور ۱۳۶۵.
- مرکز آمار ایران (۱۳۷۵). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور ۱۳۷۵.
- مرکز آمار ایران (۱۳۸۵). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور ۱۳۸۵.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور ۱۳۹۰.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). داده‌های طرح هزینه و درآمد خانوار ۱۳۹۵.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور ۱۳۹۵.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۷). سالنامه آماری کشور.
- مرکز ملی راهبری و توسعه سلامت روان معاونت مشاوره و امور روان‌شناختی (۱۳۹۵). اخبار آسیب‌های اجتماعی، ۴/۲۳/۱۳۹۵ قابل دسترس در سایت: <http://www.rahbari-behzi.com/?p=2768>.
- مطلق، محمادسامعیل، یزدانی، شهرام و طاهری تنجانی، پریسا (۱۳۹۲). سیمای سلامت سالمندان ایران، تهران: فوژان گرافیک.
- مطیع حق‌شناس، نادر (۱۳۹۱). ارزیابی سیاست‌های اجتماعی - جمعیتی سالمندی فعال در ایران و چالش‌های فرارو. فصلنامه معرفت فرهنگی اجتماعی، ۴ (۱).
- معروف‌خانی، ولی‌الله، عسگریان، نداء، دکتر محمدی (۱۳۹۴). خدمات سازمان‌های مختلف (بهزیستی، تأمین اجتماعی، حوزه معاونت اجتماعی شهرداری و...) و مسئولیت در قبال سالمندان.
- مقصودنیا، شهربانو (۱۳۸۵). مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- ملکی، حسن و حیدری پهلویان، احمد (۱۳۷۸). بررسی متغیرهای روانی اجتماعی مؤثر بر ۱۰۲۹ مورد اقدام به خودکشی در مراجعین

- به مرکز آموزشی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۷۳-۱۳۷۴. مجله پزشکی بالینی ابن سینا (مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان)، ۴، ۶ (مسلسل ۱۴).
- مولایی، مازیار، اعتماد، کورش، طاهری تنجانی، پریسا (۲۰۱۷). بررسی میزان شیوع سوءقنار با سالمندان در ایران از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ با استفاده از مرور ساختاریافته و متاآنالیز، مجله سالمندی ایران، ۱۲ (۲).
- مهران، ناهید، بوالهروی، جعفر، اصغرنژاد، فرید، میری، علی اصغر، محمدرضا (۱۳۸۳). ویژگی‌های روانی- اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۱ (۳).
- مؤمنی، خدامراد، کرمی و مجذوبی. مقایسه سبک زندگی، حرمت خود و سلامت روانی سالمندان تنها، غیرتنها و مقیم سرای سالمندان. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۰ (۳۸).
- میر، سید جواد و همکاران (۱۳۹۳). چالش‌ها و راهکارهای صندوق بازنشستگی در ایران مطالعه موردی صندوق‌های بازنشستگی جهاد کشاورزی. فصلنامه سیاست‌های راهبردی و کلان، ۲ (۷).
- میرزایی، محمد و همکاران (۱۳۸۲). بررسی و تحلیل مسائل و چالش‌های جمعیتی ایران و پیامدهای آن، گزارش طرح پژوهشی کمیسیون جمعیت و چالش‌های اجتماعی، شورای عالی انقلاب فرهنگی.
- نارنجی‌ها، هومان، رفیعی، حسن، باغستانی، احمدرضا، نوری، رؤیا، غفوری، بهاره، سلیمانی‌نیا، لیلا، شیرین‌بیان، پیمان‌ها (۱۳۸۶) ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران (نیمه دوم سال ۱۳۸۳)، سازمان بهزیستی کشور.
- نارنجی‌ها، هومان، رفیعی، حسن، باغستانی، احمدرضا، نوری، رؤیا، شیرین‌بیان، پیمان‌ها، وجدانی روشن، افشین، فرهادی، محمدحسن، اعتمادی، حسین (۱۳۸۳). ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران (نیمه دوم سال ۱۳۸۳)، سازمان بهزیستی کشور.
- نارنجی‌ها، هومان (۱۳۸۶). ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد (با همکاری معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور).
- نبوی، سید حمید، علیپور، فردین، حجازی، علی و وحید. (۲۰۱۴). بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۷ (۷).
- نجفی بهارک، ارزاقی، مسعود، فخرزاده، حسین، شریفی فرشاد، شعاعی شروان، علیزاده مهتاب و همکاران... (۱۳۹۲). وضعیت سلامت روانی سالمندان شهر تهران و عوامل مرتبط با آن (مطالعه سنجش عدالت در سلامت و عوامل مرتبط با آن). مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳ (۱).
- نجفی توانا، علی، (۱۳۸۸)، نابهنجاری و بزهدکاری کودکان و نوجوانان از منظر جرم‌شناسی، مقررات داخلی و اسناد بین‌المللی، چاپ سوم، تهران: نشر آموزش و سنجش.
- نشریه آماری (۱۳۹۹). صندوق بازنشستگی کشوری.
- نصراللهی، قاسم، راشد، وحید، خداندوله، نیلوفر، حبیبی، محتبی و شریعتی بهنام (۱۳۹۸)، بررسی شیوع سوءمصرف مواد، سلامت روان و آسیب‌پذیری در سالمندان بستری در بیمارستان حضرت رسول (ع)، سالمندشناسی، ۴ (۳).
- نصرتی‌نژاد، فرهاد (۱۳۹۷). کابوس بازنشستگی تأملی بر تجربه بازنشستگی در ایران، صندوق بازنشستگی کشوری.
- نصیری، حسین، هروی کریموی، مجیده، جویباری، لیلا، ثناگو، اکرم و چهره‌گشا، مریم (۱۳۹۲)، بررسی شیوع سوءقنار با سالمندان شهرستان‌های گرگان و آق‌قلا در سال ۱۳۹۲، مجله سالمندی ایران، ۱۰ (۴).
- نظری یامچلو، پروانه (۱۳۹۰). بررسی اثر اشتغال مجدد بر میزان کیفیت زندگی بازنشستگان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی. تهران.
- نوابی‌نژاد، شکوه، دوکانه‌ای، فریده و شیرزادی، شاداب (۱۳۹۲). بررسی تأثیر عوامل خانوادگی مؤثر بر سلامت روان زنان و مردان

- سالمند در منطقه ۱۳ شهرداری تهران. تحقیقات مدیریت آموزشی، ۵ (۱۷).
- نودزی، ش. (۱۳۸۳). رهنمودهای طراحی فضاهای باز مسکونی. صفة، ۱۴ (۳۹).
 - نوروزی، س (۲۰۰۹). ارزیابی سالمندآوری در تهران، مجله علمی دانشگاه بهزیستی و علوم توانبخشی تهران.
 - نوری، عابد، رجبی، عبدالحمید و اسماعیل زاده، فیروز (۱۳۹۳)، سوء رفتار نسبت به سالمندان در شهرستان کلاله، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۱۶ (۴).
 - نیک خواه، مریم، مجیده هروی کریموی، ناهید رژه، حمید شریف نیا، علی منتظری (۱۳۹۶). سنجش کیفیت زندگی سالمندان: مروری بر ابزارهای اندازه گیری. پایش ۱۶ (۳).
 - نیلی، مسعود و همکاران (۱۳۹۱). تحلیل اقتصادی رابطه مستمری بازنشستگی و تصمیم درمورد زمان بازنشستگی. فصلنامه پژوهشنامه اقتصادی (رویکرد اسلامی- ایرانی). ۱۲ (۴۷).
 - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۱). برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران.
 - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور (۱۳۹۴-۱۳۹۰). مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران.
 - هالزمن، رابرت (۱۳۸۰). رویکرد بانک جهانی در مورد اصلاح نظام بازنشستگی. ترجمه محمدرضا صالح پور. نشریه تأمین اجتماعی، ۸.
 - هروی کریموی، م. انوشه، م. فروغان، م. شبخی، م و حاجی زاده، ا. (۲۰۲۰). مفاهیم سالمندآوری در خانواده. دانشور پزشکی نشریه پژوهشی و بالینی، ۱۷ (۶).
 - هروی محبوبه، حاتمی محمد و احدی حسن (۱۳۹۹). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری حاد کرونری قلب، پایش، ۱۹ (۳).
 - یحیوی دیزج، جعفر، تاجور، مریم و محمدزاده، یوسف (۱۳۹۸). رابطه وجود سالمند در خانوار با هزینه های سلامت خانوارهای ایرانی با استفاده از داده های ملی هزینه و درآمد خانوار سال ۱۳۹۵، مجله سالمند، ۱۴ (۴).
 - یکه فلاح، مریم، ایمانی، سعید، برجی، میترا، صدیق پور، مریم، قیطرانی، بهرام، خردمند، مهدی و قهاری، شهریانو (۱۳۹۷). مقایسه افسردگی و سلامت عمومی در سالمندان عادی و سالمندان قربانی انواع خشونت خانگی شهرستان ساوجبلاغ- ایران، مجله سلامت اجتماعی، ۵ (۲).
 - یوشنی نوشین، سید خامشی سمیه السادات، رضایی محمد، باقیان زاچی نجمه و کریمیان کاکلکی زهره (۱۳۹۸). ارتباط کیفیت زندگی و استفاده از تلفن همراه هوشمند در سالمندان. مجله آموزش و سلامت جامعه. ۶ (۴).
 - یزدی زاده، بهاره و همکاران (۱۳۹۵). بررسی چالش های برنامه عملیاتی چندبخشی ترویج سالمندی فعال در ایران و زیرساخت های مورد نیاز آن. به سفارش اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نشر اندیشه ماندگار.

منابع انگلیسی

- Abe, K., Kashiwagi, T., & Tsuneto, S. (2003). Coping strategies and its effects on depression among caregivers of impaired elders in Japan. *Aging & mental health*, 7(3), 207-211.
- Aboderin I. (2009). Intergenerational support and old age in Africa. New Brunswick (New Jersey): Transaction Publishers; 2009.
- Aboderin, I. A., & Beard, J. R. (2015). Older people's health in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 385(9968), e9-e11. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0) PMID: 25468150.
- Aboderin, I. (2004). Modernisation and ageing theory revisited: current explanations of recent developing world and historical Western shifts in material family support for older people. *Ageing & Society*, 24(1), 29-50.
- Abolfathi Momtaz, Y., Hamid, T. A., & Ibrahim, R. (2013). Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics*, 13(3), 182-188.
- Abrams, P. (2002). Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol. Urodyn.*, 21, 167-178. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.10052> PMID: 11857671.
- Aggarwal, M., Rawat, M. S., Singh, S., Srivastava, S., & Gauba, P. (2017). Generation Gap: An Emerging Issue of Society. *International Journal of Engineering Technology Science and Research, IJETSR*, 4(9).
- Aghdasi, M. T., Vazini Taher, A., PakZamir, F., & Rahmani, M. J. S. P. R. (2013). Improvement in the quality of life between older adult men with dementia through multi-sensory stimulation and group yoga exercise. 2(4), 1-12.
- Aguilar-Navarro, S., Gutiérrez-Robledo, L. M., García-Lara, J. M., Payette, H., Amieva, H., & Avila-Funes, J. A. (2012). The Phenotype of Frailty Predicts Disability and Mortality among Mexican Community-Dwelling Elderly. *The Journal of frailty & aging*, 1(3), 111-117. ([http:// www.jfrailtyaging.com/all-issues.html?article=60](http://www.jfrailtyaging.com/all-issues.html?article=60), accessed August 17 2015).
- Ahangari, M., Kamali, M., & Arjmand Hesabi, M. (2008). The study of quality of life in the elderly with hypertension who are member of Tehran Senile Culture House Clubs. *Iranian Journal of Ageing*, 3(1), 26-32.

- Ahmadi, F., Salar, A., & Faghihzadeh, S. J. J. o. h. (2004). Quality of life in Zahedan elderly population. 10(3), 61-67.
- Alavi, M., Jorjoran Shushtari, Z., Noroozi, M., & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2018). Mental health and related factors in old population in Tehran 2014-2015. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27(158), 112-122.
- Aliabadi, M., Kimiagar, M., Ghayour-Mobarhan, M., Shaker, M. T., Nematy, M., Ilaty, A. A., ... & Lanham-New, S. (2008). Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 17(2), 285-289.. PMID: 18586650.
- Alipour, F., Sajadi, H., Forouzan, A., Nabavi, H., & Khedmati, E. (2009). The role of social support in the anxiety and depression of elderly. *Iranian Journal of Ageing*, 4(1), 0-0.
- Alizadeh M, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. (2013), Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran (Persian), *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 13(1):74-81.
- Alizadeh-Khoei, M., Sharifi, F., Hossain, S. Z., Fakhrzadeh, H., & Salimi, Z. (2014). Elder abuse: risk factors of abuse in elderly community-dwelling Iranians. *Educational gerontology*, 40(7), 543-554.
- Alvarado, B. E., Zunzunegui, M. V., Béland, F., & Bamvita, J. M. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(12), 1399-1406.. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/63.12.1399> PMID: 19126855.
- Alves, Verônica de Medeiros, Maia, Ana Claudia C. de Ornelas, & Nardi, Antonio Egidio. (2014). Suicide among elderly: a systematic review. *MedicalExpress*, 1(1), 9-13. <https://doi.org/10.5935/MedicalExpress.2014.01.03>.
- Andrieu S, Aboderin I, Baeyens JP, Beard J, Benetos A, Berrut G, et al. (2011). IAGG workshop: health promotion program on prevention of late onset dementia. *J Nutr Health Aging*. 15(7):562–75. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-011-0142-1> PMID: 21808935.
- Anme, T., McCall, M., & Tatara, T. (2006). An exploratory study of abuse among frail elders using services in a small village in Japan. *Journal of elder abuse & neglect*, 17(2), 1-20.
- Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, et al. (2015). Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the

- dose-response relationship. *JAMA Intern Med*; 175(6):959–67. PMID: 25844730.
- Asadollahi, Abdolrahim, Nobaya Ahmad, Ali- Hosein Hosein-Zadeh, Nasrin Faraji. (2011). Volatile Substance Use Within Aged Population of Ahwaz City/ Iran, *Epidemiologic View, Middle-East Journal of Scientific Research*, 8 (1): 244- 252.
 - Asgari F, Aghajani H, Haghazali M, Heidarian H. (2009). Non-commu-nicable diseases risk factors surveillance in Iran. *Iranian Journal of Public Health*; 38(Supple 1):119-22.
 - Asgharzadeh, S., Zaeri, M., Holakouie Naeni, K., & Rahimi Foroushani, A. J. I. J. o. E. (2014). The Quality of Life and Its Effective Factors in the Elderly Living Population of Azerbaijan District, Tehran, Iran. 9(4), 66-74.
 - Backes, Gellner, U., & Veen, S. (2013). Positive effects of ageing and age diversity in innovative companies—large, scale empirical evidence on company productivity. *Human Resource Management Journal*, 23(3), 279-295. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1748-8583.12011>.
 - Baker, D. J., Wijshake, T., Tchkonina, T., LeBrasseur, N. K., Childs, B. G., Van De Sluis, B., ... & Van Deursen, J. M. (2011). Clearance of p16 Ink4a-positive senescent cells delays ageing-associated disorders. *Nature*, 479(7372), 232-236. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nature10600> PMID: 22048312.
 - Baker, M. W., LaCroix, A. Z., Wu, C., Cochrane, B. B., Wallace, R., & Woods, N. F. (2009). Mortality risk associated with physical and verbal abuse in women aged 50 to 79. *Journal of the American geriatrics Society*, 57(10), 1799-1809.
 - Balestat G, Lafortune G. (2007). Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; (OECD Health Working Papers No. 26). doi: [http://dx.doi.org/http:// dx.doi.org/10.1787/217072070078](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/217072070078) doi: <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>.
 - Baltes P, Freund A, Li S-C. (2005). The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press: 47–71.
 - Baltes, P. B., & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: a new window to the study of cognitive aging?. *Psychology and aging*, 12(1), 12. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.12> PMID: 9100264.
 - Baratei, M., Fathi, Y. E., Soltaneyan, A. L., & Moeini, B. (2012). The mental health status and health promoting behaviors in older adults Hamedan. *Scientific Journal of*

Hamadan Nursing & Midwifery, Twentieth period, 20, 12-22.

- Barker, R. (1982). Report on the World Assembly on Aging--Vienna July/August 1982. *New Zealand hospital* 34(10): 14-15.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*; 380(9836):37-43. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2) PMID: 22579043.
- Barnett, O., Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (2005). *Family violence across the lifespan: An introduction*: Sage Publications, Inc.
- Barua, A., Ghosh, M. K., Kar, N., & Basilio, M. A. (2011). Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Annals of Saudi medicine*, 31(6), 620-624.
- Batchelor, I. R. C., & Napier, M. B. (1953). Attempted suicide in old age. *British Medical Journal*, 2(4847), 1186.
- Batistich, C. (2004). *Breaking the silence: a critical analysis of integrating a community level intervention model within a domestic violence public awareness campaign in New Zealand*. Auckland University of Technology.
- Bauman, A., Merom, D., Bull, F. C., Buchner, D. M., & Fiatarone Singh, M. A. (2016). Updating the evidence for physical activity: summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote “active aging”. *The gerontologist*, 56(Suppl_2), S268-S280.
- Beard HP, Bloom DE. (2015). Towards a comprehensive public health response to population ageing, *Lancet*, 385(9968):658-61.
- Beck, A. M., Kjær, S., Hansen, B. S., Storm, R. L., Thal-Jantzen, K., & Bitz, C. (2013). Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 27(6), 483-493. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215512469384> PMID: 23258932.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Dahlsgaard, K. K., & Grisham, J. R. (1999). Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life, Threatening Behavior*, 29(1), 1-9.
- Beekman, A. T., Copeland, J., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 307-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.174.4.307> PMID: 10533549.
- Bengtson, V. L., & Oyama, P. S. (2007). *Intergenerational solidarity: Strengthening*

- economic and social ties. *New York: United Nations Headquarters.*
- Benjenk, I., Buchongo, P., Amaize, A., Martinez, G. S., & Chen, J. (2019). Overcoming the dual stigma of mental illness and aging: preparing new nurses to care for the mental health needs of older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 27*(7), 664-674.
 - Beran D. (2015). Difficulties facing the provision of care for multimorbidity in low-income countries. In: Sartorius N, Holt R, Maj M, editors. *Comorbidity of mental and physical disorders: key issues in mental health.* Basel: 33–41.
 - Bergeron, L. R. (2001). An elder abuse case study: Caregiver stress or domestic violence? You decide. *Journal of Gerontological Social Work, 34*(4), 47-63.
 - Bhandari, R. (2015). Revisiting Civil Service Retirement in Nepal.
 - Biggs, S., & Haapala, I. (2010). Theoretical development and elder mistreatment: spreading awareness and conceptual complexity in examining the management of socio-emotional boundaries. *Ageing International, 35*(3), 171-184.
 - Bikdeli, M., Ghadimi, N., Ghiasvand, F. R., Samin, B. G. J. E. J. o. P. E., & Science, S. (2016). THE IMPACT OF STABILITY RANGE EXERCISES ON GAIT PARAMETER AND QUALITY OF LIFE AMONG ACTIVE ELDER WOMEN. 1(2).
 - Bishop-Fitzpatrick, L., & Rubenstein, E. (2019). The physical and mental health of middle aged and older adults on the autism spectrum and the impact of intellectual disability. *Research in autism spectrum disorders, 63*, 34-41.
 - Björklund, C., Gard, G., Lilja, M., & Erlandsson, L. K. (2014). Temporal Patterns of Daily Occupations among Older Adults in Northern Sweden. *Journal of Occupational Science, 21*(2): 143-160.
 - Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle?. *Social science & medicine, 66*(8), 1733-1749. doi: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030](http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030) PMID: 18316146.
 - Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health; 14*(1):510. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-510> PMID: 24885250.
 - Boldy, D., Horner, B., Crouchley, K., Davey, M., & Boylen, S. (2005). Addressing elder abuse: Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing, 24*(1), 3-8.
 - Bongaarts, J., & Zimmer, Z. (2002). Living arrangements of older adults in the developing world: an analysis of demographic and health survey household surveys.

The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57(3), S145-S157.

- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. J. J. o. c. e. (2000). Validation of the United States' version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. 53(1), 1-12.
- Borrat-Besson C, Ryser V-A, Wernli B. (2013). Transitions between frailty states – a European comparison. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber GW, editors. Active ageing and solidarity between generations in Europe: first results from SHARE after the economic crisis. Berlin: De Gruyter; 175–86.
- Börsch-Supan A, Weiss M. (2013). Productivity and age: evidence from work teams at the assembly line. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; (MEA discussion papers).
- Boyd CM, Vollenweider D, Puhan MA. (2012). Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. PLoS One; 7(8):e41601. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041601> PMID: 22870234.
- Brenoff A. (2015). Dementia and sex: what was really on trial with Henry Rayhons. Huffington Post. 23 April 2015 (http://www.huffingtonpost.com/ann-brenoff/dementia-and-sex-henry-rayhons_b_7122460.html, accessed 5 June 2015).
- Brooks-Wilson AR. (2013). Genetics of healthy aging and longevity. Hum Genet; 132(12):1323–38. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00439-013-1342-z> PMID: 23925498.
- Brown, T. (2002). Charging and Prosecution Policies in Cases Of Spousal Assault: A Synthesis Of Research, Academic, And Judicial Responses Rr2001-5e.
- Burnight, K., & Mosqueda, L. (2011). Theoretical model development in elder mistreatment. Retrieved from.
- Burton, E., Mitchell, L., & Lynne Mitchell, M. (2006). Inclusive urban design: Streets for life: Elsevier.
- Callahan Jr, J. J. (2019). Aging in place: Routledge.
- Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. (2012). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev; 12(12):CD005465. PMID: 23235623.
- Campbell, J. C. (2014). How policies change: The Japanese government and the aging society: Princeton University Press.
- Capps, D. (2004). The decades of life: relocating Ericson's stages. pastoral psychology.

No. 53, 3-32.

- Caprara GV, Barbaranelli C, Pastorelli C, Cervone D. The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: Predicting beyond global dispositional tendencies. *PERS INDIV DIFFER*. 2004; 37(4):751-63.
- Castelo-Branco C, Soveral I. The immune system and aging: a review. *Gynecol Endocrinol*. 2014 Jan; 30(1):16–22. Doi: [http:// dx.doi.org/10.3109/09513590.2013.852531](http://dx.doi.org/10.3109/09513590.2013.852531) PMID: 24219599.
- Cauley JA, Chalhoub D, Kassem AM, Fuleihan Gel-H. (2014). Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nat Rev Endocrinol*; 10(6):338–51. doi: [http:// dx.doi.org/10.1038/nrendo.2014.51](http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2014.51) PMID: 24751883.
- Cesari M, Prince M, Bernabei R, Chan P, Gutierrez-Robledo LM, Michel JP, et al. (2016). Frailty – an emerging public health priority. *Gerontologist*. 2016. (In press.)
- Cesari M, Vellas B, Hsu FC, Newman AB, Doss H, King AC, et al. (2015). LIFE Study Group. A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons—results from the LIFE-P study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 70(2):216–22. doi: [http:// dx.doi.org/10.1093/gerona/glu099](http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glu099) PMID: 25387728.
- Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*;328(7441):680. doi: <http:// dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7441.680> PMID: 15031239.
- Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*; 385(9967):563–75. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID: 25468158.
- Cheng ER, Kindig DA. (2012). Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis*; 9:E75. PMID: 22440549.
- Chokkanathan, S., & Lee, A. E. (2006). Elder mistreatment in urban India: A community based study. *Journal of elder abuse & neglect*, 17(2), 45-61.
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* ;374(9696):1196–208. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4) PMID: 19801098.
- Clark MC, Diamond PM. (2010). Depression in family caregivers of elders: A theoretical model of caregiver burden, sociotropy, and autonomy. *RES NURS HEALTH*; 33(1):20-34.
- Clark, D. C. (1993). Narcissistic crises of aging and suicidal despair. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(1), 21-26.

- Clarke, P., & Nieuwenhuijsen, E. R. (2009). Environments for healthy ageing: A critical review. *Maturitas*, 64(1), 14-19.
- Comijs, H. C., Penninx, B. W., Knipscheer, K. P., & Van Tilburg, W. (1999). Psychological distress in victims of elder mistreatment: The effects of social support and coping. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(4), P240-P245.
- Comijs, H. C., Pot, A. M., Smit, J. H., Bouter, L. M., & Jonker, C. (1998). Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American geriatrics Society*, 46(7), 885-888.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 5 June 2015).
- Conejero, I., Navucet, S., Keller, J., Olié, E., Courtet, P., & Gabelle, A. (2018). A complex relationship between suicide, dementia, and amyloid: a narrative review. *Frontiers in neuroscience*, 12, 371.
- Conwell Y, Thompson C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am*; 31(2):333-56. doi: 10.1016/j.psc.2008.01.004. PMID: 18439452; PMCID: PMC2735830.
- Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., & Caine, E. D. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(1), 23-29.
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and ageing*, 37(2), 151-160.
- Cowgill, D. O. and L. D. Holmes (1972). *Aging and modernization*, Appleton-Century-Crofts and Fleschner Publishing Company.
- Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. (2011). Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B PsycholSci Soc Sci*; 66(1):75-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070.
- Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. (2010). European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*; 39(4):412-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/>

- ageing/afq034 PMID: 20392703.
- Da Silva, H. S., & Gutierrez, B. A. O. (2013). Quality of life dimensions of homeless elderly in São Paulo. *Saude e Sociedade*, 22(1), 148-159. doi: 10.1590/S0104-12902013000100014.
 - Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res*; 8(1):278. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-278> PMID: 19115992.
 - Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. (2010). Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people. *Research in Medicine*; 33(3):162-73.
 - Das, S., Naskar, S., & Das, D. (2019). Abuse among Elderly in a Rural Area of Purba-Bardhaman District: a Cross-sectional Study. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics*, 15(1).
 - Davis A, Davis KA. (2010). Epidemiology of aging and hearing loss related to other chronic illnesses. *Hearing care for adults – the challenge of aging*. Chicago: Phonak; 23–32. (http://www.phonak.com/content/dam/phonak/b2b/Events/conference_proceedings/chicago_2009/proceedings/09_P69344_Ph0_Kapitel_2_S23_32.pdf, accessed 5 June 2015).
 - Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*; 382(9903):1525–33. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7) PMID: 24152939.
 - Dehi, M., Aghajari, P., Shahshahani, M., Takfallah, L., & Jahangiri, L. J. J. o. c. s. (2014). The effect of stationary walking on the quality of life of the elderly women: a randomized controlled trial. 3(2), 103.
 - Del-Pino-Casado R, Palomino-Moral PA, del Mar Pastor-Bravo M, Frías-Osuna A. (2017). Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: a path analysis. *BMC geriatrics*;17(1):274.
 - Demirkan, H. (1991). Some criteria for designing interiors for the turkish disabled and elderly. Paper presented at the 3rd Ergonomics Congress Proceedings, MPM, Ankara.
 - Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20.
 - Dhital A, Pey T, Stanford MR. (2010). Visual loss and falls: a review. *Eye (Lond)*.

- 24(9):1437-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2010.60> PMID: 20448666.
- Dhongde, S. (2017). Assessing Multidimensional Deprivation Among the Elderly in the USA Measuring Multidimensional Poverty and Deprivation (pp. 255-270): Springer.
 - Diep L, Kwagyan J, Kurantsin-Mills J, Weir R, Jayam-Trouth A. (2010). Association of physical activity level and stroke outcomes in men and women: a meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)*; 19(10):1815-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1708> PMID: 20929415.
 - Displacement and older people: the case of the Great East Japan Earthquake and Tsunami of 2011. Chiang Mai, Thailand: Help Age International; 2013 (<http://www.helpage.org/silo/files/displacement-and-older-people-the-case-of-the-greateast-japan-earthquake-and-tsunami-of-2011.pdf>, accessed 5 June 2015).
 - Dong X, Chen R, Simon MA. (2014). Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. *Health Aff (Millwood)*; 33(4):642-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1261> PMID: 24711326.
 - Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*; 302(5):517-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1109> PMID: 19654386.
 - Dong X, Simon MA. (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Intern Med*; 173(10):911-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.238> PMID: 23567991.
 - Dong, X. (2015). Elder abuse in Chinese populations: A global review. *Journal of elder abuse & neglect*, 27(3), 196-232.
 - Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: systematic review and implications for practice. *Journal of the American geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238.
 - Dong, X., Chen, R., Chang, E.-S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
 - Dong, X., Simon, M., Beck, T., Farran, C., McCann, J., De Leon, C. M.,... Evans, D. (2011). Elder abuse and mortality: The role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57(6), 549-558.
 - Dong, X., Simon, M., De Leon, C. M., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L.,... Evans, D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Jama*, 302(5), 517-526.
 - Dorato, E. (2019). The elderly and the city: Urban planning and design for new senior

- dwellers. The pilot experience of Bologna and Reggio Emilia. *Archivio di Studi Urbani e Regionali*(126), 53-76. doi: 10.3280/ASUR2019-126004.
- Dorner TE, Lackinger C, Haider S, Luger E, Kapan A, Luger M, et al. (2013). Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay “buddies”: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*; 13(1):1232. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1232> PMID: 24369785.
 - DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T 2nd, Palmer MH, Wagg A; (2010). Fourth International Consultation on Incontinence. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*; 29(1):165–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nau.20842> PMID: 20025027.
 - Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Lyness, J. M., Cox, C., & Caine, E. D. (1999). Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(4), 289-296.
 - Ebrahimi, A. J. J. o. R. i. M. S. (2003). *The Relationship Between Depression And Religious Attitude And Performances In Adults Isfahan 1998*. 8(1).
 - Elia M, Stratton RJ. (2005). Geographical inequalities in nutrient status and risk of malnutrition among English people aged 65 y and older. *Nutrition*; 21(11-12):1100–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2005.03.005> PMID: 16308132.
 - Ergin, F., Evci-Kiraz, E., Saruhan, G., Benli, C., Okyay, P., & Beser, E. (2012). Prevalence and risk factors of elder abuse and neglect in a western city of Turkey: a community based study. *Bulletin of the Transilvania University of Brasov. Medical Sciences. Series VI*, 5(2), 33.
 - Erlingsson, C. L., Carlson, S. L., & Saveman, B. I. (2006). Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden—an exploratory study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(2), 151-159.
 - Esmaili Shahmirzadi, S., Shojaeizadeh, D., Azam, K., Salehi, L., Tol, A., & Moradian Sorkhkolaei, M. J. J. o. P. S. (2012). The impact of chronic diseases on the quality of life among the elderly people in the east of Tehran. 6(3), 225-235.
 - Esmat Saatlou, M., Hossaini, F., & Sakeni, Z. (2015). Assessment of elder abuse in adult day care centers. *Journal of Geriatric Nursing*, 2(1), 91-103.
 - Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. (2013). PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*; 368(14):1279–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/>

NEJMoa1200303 PMID: 23432189.

- Executive, A., Azar, M. C., Daneshfaraz, R., Shirdel, M., Haghghi, K. Z., Armaghani, A.,... Momtazi, A. S. J. O. J. C. E. U. (2012). Online Journal of Civil Engineering and Urbanism (OJCEU). 2, 1.
- Fani, B., Zandi, F., & Karami-Horestani, A. (2018). An enhanced decentralized reactive power sharing strategy for inverter-based microgrid. *International Journal of Electrical Power & Energy Systems*, 98, 531-542.
- Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. (2009). Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol*; 10(2):73–86. doi: <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200910020-00001> PMID: 19222248.
- Farajzadeh M, Gheshlagh R, Sayehmiri K. (2017). Health Related Quality of Life in Iranian Elderly Citizens: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of community based nursing and midwifery*; 5(2):100-111.
- Farajzadeh, M., Gheshlagh, R. G., Sayehmiri, K. J. I. j. o. c. b. n., & midwifery. (2017). Health related quality of life in Iranian elderly citizens: a systematic review and meta-analysis. 5(2), 100.
- Farhadi, A., Foroughan, M., Mohammadi, F., & Sahranavard, M. J. I. J. o. A. (2013). The effect of healthy lifestyle educational program on rural elderly's quality of life in Dashti district of Boushehr province. 8(3), 35-43.
- Farzanegan, S., Fadaye Vatan, R., Mobasheri, M., Seraj, R., & Mansourian, Y. (2012). Explanation people and their family care explanation of them. *Iranian Journal of Ageing*, 6, 52-57.
- Fernández-Garrido J, Ruiz-Ros V, Buigues C, Navarro-Martinez R, Cauli O. (2014). Clinical features of prefrail older individuals and emerging peripheral biomarkers: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*; 59(1):7–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.02.008> PMID: 24679669.
- Fertility rates, total (births per woman). (2015). In: The World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; (<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>, accessed 12 March 2015).
- Fitzgerald, K. G., & Caro, F. G. (2014). An overview of age-friendly cities and communities around the world. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 1-18.
- Fobker, S., & Grotz, R. (2006). Everyday mobility of elderly people in different urban settings: The example of the city of Bonn, Germany. *Urban Studies*, 43(1), 99-118.
- Fogel RW. (2003). Changes in the process of aging during the twentieth century:

- findings and procedures of the early indicators project. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 59(3):255–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255> PMID: 15031310.
 - Fried LP, Storer DJ, King DE, Lodder F. (1991). Diagnosis of illness presentation in the elderly. *JAm Geriatr Soc*; 39(2):117–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01612.x> PMID: 1991942.
 - Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. (2001). Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 56(3):M146–56. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146> PMID: 11253156.
 - Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. (2010). Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*; 11(5):547–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10522-010-9287-2> PMID: 20559726.
 - Gallo, J. J., Anthony, J. C., & Muthén, B. O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *Journal of Gerontology*, 49(6), P251-P264.
 - Gamberg, E.S.L. (1994) Risk Factors for Drinking over a Women Life Span, *Alcohol Health and Research World*, 18.
 - Garin N, Olaya B, Moneta MV, Miret M, Lobo A, Ayuso-Mateos JL, et al. (2014). Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. *PLoS One*; 9(11):e111498. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0111498> PMID: 25375890.
 - Garin N, Olaya B, Perales J, Moneta MV, Miret M, Ayuso-Mateos JL, et al. (2014). Multimorbidity patterns in a national representative sample of the Spanish adult population. *PLoS One*; 9(1):e84794. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0084794> PMID: 24465433.
 - Gates GA, Mills JH. (2005). Presbycusis. *Lancet*; 366(9491):1111–20. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67423-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67423-5) PMID: 16182900.
 - Ghaderi D, Mostafae A. (2014). A Study on the Relationship Between Religious Orientations and Quality of Life Among Elderly Men Living in Nursing Homes and Those Living With Their Families in Tabriz. *Salmand*; 9 (1):14-21. (persian).
 - Ghassemzadeh, R., Nasseh, H., Arastoo, A. A., Kamali, M., Foroushani, A. R., &

- Arzaghi, M. J. A. M. I. (2013). Quality of life in elderly diabetic: comparison between home and nursing home. 51(4), 254-259.
- Giatti, L., & Barreto, S. M. (2003). Health, work, and aging in Brazil. *Cadernos de saude publica*, 19(3), 759-771.
 - Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. (2006). Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med*; 166(4):418–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.4.418> PMID: 16505261
 - Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*; (2):CD007146. PMID: 19370674.
 - Gilliam CM, Steffen AM. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging Ment Health*; 10(2):79-86.
 - Givens JL, Mezzacappa C, Heeren T, Yaffe K, Fredman L. (2014). Depressive symptoms among dementia caregivers: Role of mediating factors. *Am J Geriatr Psychiatry*; 22(5):481-8.
 - Glick MD. (2013). *Social work in the 21st century: An introduction to social welfare, social issues, and the profession*: Sage; 2010. Translated: Yazdani A, Mohammadi E. Tehran: Socialogists. (Persian).
 - Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000–2012. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).
 - Global health estimates: life expectancy trends by country. (2015). In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).
 - Goldberg, J., Lang, K., & Barrington, V. (2016). *How to prevent and end homelessness among older adults*: Washington, DC: Justice in Aging.
 - González-González C, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, García-Pe-a C. (2011). Health care utilization in the elderly Mexican population: Expenditures and determinants, *BMC Public Health*, 11:192.
 - Grano C, Lucidi F, Violani C. (2017). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in family caregivers of patients with Alzheimer disease: a longitudinal study. *Int Psychogeriatr*; 29(7):1095-103.

- Gray, A. (2005). The changing availability of grandparents as carers and its implications for childcare policy in the UK. *Journal of Social Policy*, 34(04): 557-577.
- Grundstrom AC, Guse CE, Layde PM. (2012). Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. *Arch Gerontol Geriatr*; 54(3):421–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.008> PMID: 21862143.
- Guaraldi G, Zona S, Brothers TD, Carli F, Stentarelli C, Dolci G, et al. (2015). Aging with HIV vs. HIV seroconversion at older age: a diverse population with distinct comorbidity profiles. *PLoS One*; 10(4):e0118531. Doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0118531> PMID: 25874806.
- Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. (1997). World-wide projections for hip fracture. *Osteoporos Int*; 7(5):407–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/PL00004148> PMID: 9425497.
- Gupta PC, Mehta HC. (2020). Cohort study of all-cause mortality among tobacco users in Mumbai, India. *Bull World Health Organ*; 78(7):877–83. PMID: 10994260.
- Gupta, R., & Chaudhuri, A. (2008). Elder abuse in a cross-cultural context: Assessment, policy and practice. *Policy and Practice. Indian Journal of Gerontology*, 22(3), 148-171.
- Gurwitz JH, Goldberg RJ. (2011). Age-based exclusions from cardiovascular clinical trials: implications for elderly individuals (and for all of us): comment on “the persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure”. *Arch Intern Med*; 171(6):557–8. PMID: 21444845.
- Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. (2012). Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*; 345 oct04 1:e6341. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6341> PMID: 23036829.
- Haber D. (2013), *Health promotion and aging: Practical applications for health professionals*, New York: Springer.
- Habibi A, Nikpour S, Sohbat-zadeh R, Haghani H. (2008). Quality Of Life in elderly people of west of Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research*; 2(7):29-35.
- Habibi, A., Nemadi-Vosoughi, M., Habibi, S., & Mohammadi, M. J. j. o. h. (2012). Quality of life and prevalence of chronic illnesses among elderly people: A cross-sectional survey. 3(1), 58-66.
- HABIBI, S. A., Nikpour, S., SEYED, A. M., & Haghani, H. (2008). Health promotion behaviours and quality of life among elderly people: a cross sectional survey 2006.
- Han ES, Lee Y, Kim J. (2014). Association of cognitive impairment with frailty in community-dwelling older adults. *Int Psychogeriatr*; 26(1):155–63. PMID: 24153029.

- Hasani, F., Kamali, M., Akbarfahimi, M., Davatgaran, K., حسنئی، ف.، کمالی، م.،... دواتگران، ک. (2011) Factors affecting quality of life of the elderly in the residential homes of Tehran (2009).
- Hasankhani, H., Malek, M., Asghari Jafarabadi, M., & Darvishpur Kakhki, A. J. I. J. o. G. N. (2014). Investigating the relationship between fear of falling and quality of life in community dwelling elders. 1(1), 9-19.
- Hashemi Javaheri, S. A. A., Mohammad Rahimi, N., Rashidlamir, A., Alikhajeh, Y. J. G. J. o. G., & Counselling. (2012). The effects of water and land exercise programs in static and dynamic balance among elderly men. 2.
- Hashemi Nazari, Seyed Saeed, Mohammad Reza Ghadirzadeh, Zahra Fotokian, Forough Fallah-Noudehi. (2019), Epidemiological Investigation of the Elderly Deaths Caused by Narcotic and Psychedelic Drug Abuse Complications Referred to the Legal Medicine Organization of Tehran, Iran During 2013 and 2014, Addictive Disorders & Their Treatment, 18 (2): 113- 120.
- Hassanpour-Dehkordi, A., & Jalali, A. J. A. M. I. (2016). Effect of progressive muscle relaxation on the fatigue and quality of life among Iranian aging persons. 54(7), 430-436.
- Haveman-Nies A, de Groot L, Burema J, Cruz JA, Osler M, van Staveren WA. (2002). SENECA Investigators. Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans: the SENECA study. *Am J Epidemiol*; 156(10):962-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwfl44> PMID: 12419769.
- Heidari, M., & Shahbazi, S. J. I. J. o. N. (2012). Effect of self-care training program on quality of life of elders. 25(75), 1-8.
- Heidemeier H, Moser K. (2009). Self-other agreement in job performance ratings: a meta-analytic test of a process model. *J App Psychol*; 94(2):353-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.94.2.353> PMID: 19271795.
- Heithoff, K. (1995). Does the ECA underestimate the prevalence of late, life depression?. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(1), 2-6.
- Help Age International. (2013). Global Age Watch Index 2013: Purpose, Methodology and Results. Retrieved from <http://www.helpage.org/download/54130249503f9>
- Help Age International. (2015b). Global Age Watch Index 2015: Methodology Update. Retrieved from <http://www.helpage.org/download/55ef26b17da48>.
- HelpAge International. (2013). Global AgeWatch Index 2013: Purpose, Methodology and Results. Retrieved from <http://www.helpage.org/download/54130249503f9>.

- Hendricks, J., Johnson, T.P., Sheahan, S.L. (1991), Medication use among older persons in congregate living facilities, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 6 (1): 47- 61.
- Henry JD, MacLeod MS, Phillips LH, Crawford JR. (2004). A meta-analytic review of prospective memory and aging. *Psychol Aging*; 19(1):27–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.27> PMID: 15065929.
- Heravi Karimoi, M., Jadid Milani, M., & Faghihzadeh, S. (2005). The effect of family counseling programs on prevention of psychological abuse of elderly women. *Journal of hayat*, 11(2), 79-86.
- Heydari-Fard, J.Bagheri-Nesami, M. Mohammadpour, R. A. (2012). Association between Quality of Life and Spiritual Well-Being in Community Dwelling Elderly. *Life Science Journal-Acta Zhengzhou University Overseas Edition*.
- Hickenbotham A, Roorda A, Steinmaus C, Glasser A. (2012). Meta-analysis of sex differences in presbyopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci*; 53(6):3215–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1167/iovs.12-9791> PMID: 22531698.
- Hillier, S., & Barrow, G. M. (2011). *Aging, the Individual, and Society*. Wadworth.
- Hirai H, Kondo N, Sasaki R, Iwamuro S, Masuno K, Ohtsuka R, et al. (2015). Distance to retail stores and risk of being homebound among older adults in a city severely affected by the 2011 Great East Japan Earthquake. *Age Ageing*; 44(3):478– 84. PMID: 25315229.
- Hogstel, M. O. (1996). Elder Abuse: International and Cross-Cultural Perspectives. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(7), 43-43.
- Hoops ML, Rosenblatt NJ, Hurt CP, Crenshaw J, Grabiner MD. (2012). Does lower extremity osteoarthritis exacerbate risk factors for falls in older adults? *Womens Health (Lond Engl)*; 8(6):685–96, quiz 697–8. doi: <http://dx.doi.org/10.2217/whe.12.53> PMID: 23181533.
- Howe TE, Rochester L, Neil F, Skelton DA, Ballinger C. (2011). Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev*; (11):CD004963. PMID: 22071817.
- Hrobonova E, Breeze E, Fletcher AE. (2011). Higher levels and intensity of physical activity are associated with reduced mortality among community dwelling older people. *J Aging Res*; 2011:651931. doi: <http://dx.doi.org/10.4061/2011/651931> PMID: 21437004.
- <https://www.statista.com/statistics/455191/unemployment-rate-in-spain-by-age-group/> (29October 2020).

- <https://www.statista.com/statistics/455191/unemployment-rate-in-spain-by-age-group/> (29October 2020).
- Huang S-S, Lee M-C, Liao Y-C, Wang W-F, Lai T-J. (2012). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. *ARCH GERONTOL GERIAT*; 55(1):55-9.
- Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. (2011). Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*; 11(1):47. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47> PMID: 21851629.
- Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. (2011), Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States, *BMC Geriatrics*, 11: 47.
- Iliffe, S., & Manthorpe, J. (2005). "The prevention of suicide in later life: a task for GPs?." (2005): 261-262.
- ILOSTAT, ILO Labour Force Estimates and Projections, November 2017 and UN, World Population Prospects: 2017 Revision.
- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. (2007). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*; 55(5):780-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x> PMID: 17493201.
- International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Irani et al. (2014). The causal relationship perception of disease, drug compliance and quality of life in elderly patients with Parkinson's Scientific-Research Journal Of Shahed University; 21(10). (Persian).
- Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2011). Financial abuse of elderly people vs. other forms of elder abuse: Assessing their dynamics, risk factors, and society's response. Final Report Presented to the National Institute of Justice.
- Jacob L, Breuer J, Kostev K. (2016). Prevalence of chronic diseases among older patients in German general practices, *GMS German Medical Science*,14:1-7.
- Jacobs, A., & Appleyard, D. (1987). Toward an urban design manifesto. *Journal of the American Planning Association*, 53(1), 112-120.
- Jadidi, A., Farahaninia, M., Janmohammadi, S., & Haghani, H. J. I. J. o. N. (2011). The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Elderly People Residing in Kahrizak Senior House. 24(72).

- Jak AJ. The impact of physical and mental activity on cognitive aging. *Curr Top Behav Neurosci*. 2012;10:273–91. PMID: 21818703.
- Järvinen TL, Sievänen H, Khan KM, Heinonen A, Kannus P. (2008). Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ*; 336(7636):124–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39428.470752.AD> PMID: 18202065.
- Jayasekara R, Procter N, Harrison J, Skelton K, Hampel S, Draper R, et al. (2015). Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *J Ment Health*; 24(3):168–71. PMID: 25358075.
- Jenabi E, Shobeiri F, Hazavehei S, Roshanaei G. (2015). Assessment of questionnaire measuring quality of life in menopausal women: a systematic review. *Oman medical journal*; 30(3):151-6.
- Jing, W., Willis, R., Feng, Z. J. A. o. G., & Geriatrics. (2016). Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. 66, 23-41.
- Jink, M. J.; and Raschko, R.R. (1990), A profile of alcohol and prescription drug abuse in high-risk community based elderly population, *Drug intelligence and clinical pharmacy*, (24): 971- 975.
- Jink,MJ. Raschko,P.R. (1990). A Profile of Alcohol and Prescription Drug Abuse in a High Risk Community based Elderly Population.*Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*.
- Johannesen M, LoGiudice D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*; 42(3):292–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs195>.
- Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and ageing*, 42(3), 292-298.
- Johnson, M. L., Bengtson, V. L., Coleman, P. G., & Kirkwood, T. B. (Eds.). (2005). *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge University Press.
- Joseph, A. (2006). *Health promotion by design in long-term care settings*: Center for Health Design Concord, CA.
- Kamal M, Hossein S, Sajadi H, Zare H, Biglarian A. (2008), Need assessment among the elders of social security organization & national retirement fund (Persian), *Iranian Journal of Ageing*, 3(1):8-15.
- Kamali Zm, Kadivar P, Ghazi Tm, Kiamanesh A. (2006). The Role Of Informational Sources Of Self-Efficacy And Personal Qualities On Mathematics Self-Efficacy And

Mathematics Performance. American Conference on Mathematics.

- Kane RL, Shamliyan T, Talley K, Pacala J. (2012). The association between geriatric syndromes and survival. *J Am Geriatr Soc*; 60(5):896–904. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03942.x> PMID: 22568483.
- Karami, M., Hadian, M. R., Abdolvahab, M., Raji, P., Yekaninejad, S., & Montazeri, A. J. M. R. (2014). Effects of mental practices on quality of life in elderly men (60-80yrs). 8(3).
- Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelow T, Rosengren BE. (2013). Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporos Int*; 24(3):747–62. PMID: 23296743
- Kasani et al. (2014). Factors affecting social capital and its relationship with quality of life of older people living in Ilam; 2(3),235-244 (persian).
- Kelaiditi E, van Kan GA, Cesari M. (2014). Frailty: role of nutrition and exercise. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*;17(1):32–9. PMID: 24281373.
- Kendig H, Hashimoto A, Coppard L. (1992). Family support for the elderly: the international experience. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Khaje-Bishak, Y., Payahoo, L., Pourghasem, B., & Jafarabadi, M. A. J. J. o. c. s. (2014). Assessing the quality of life in elderly people and related factors in tabriz, iran. 3(4), 257.
- Khalili, P., Vazirinejad, R., Jamalizadeh, A., Nakhaee, P., Fatehi, F., Fallah, A. J. J. o. O. H., & Epidemiology. (2014). The impact of healthy lifestyle education and integrated care on the quality of life of the elderly. 3(2), 81-87.
- Khodabandeh, F., Noorbala, A. A., Kahani, S., & Bagheri, A. (2012). A Study on the Factors That Associated With Attempting Suicide In Middle and Old Age Patients Referriry To Poison Center Loghman Hospital In Year-1388.
- KHOSHRAFTAR, R. E., Ildarabadi, E., BEHNAM, V. H., & EMAMI, M. Z. (2015). The effect of peer education on the mental aspect of quality of life of elderly patients with hypertension.
- Kim, S., Kim, M., & Won, C. W. (2018). Validation of the Korean version of the SARC-F questionnaire to assess sarcopenia: Korean frailty and aging cohort study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(1), 40-45. e41.
- Kinsella K, Phillips D. (2005). Global aging: The challenge of success. *Population Bulletin*; 60(1):3-40.
- Kirkwood TB. (2008). A systematic look at an old problem. *Nature*; 451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658.

- Kivelä, S. L. (1995). Chapter 3: Elder Abuse in Finland. *Journal of elder abuse & neglect*, 6(3-4), 31-44.
- Kopans, L. (2013). Better housing outcomes: Assistance with care and housing for the aged (ACHA) program. *Parity*, 26(7), 33.
- Krug E, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi AB, Lozano R, editors. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1, accessed 5 June 2015).
- Kshetrimayum N, Reddy CV, Siddhana S, Manjunath M, Rudraswamy S, Sulavai S. (2013). Oral health-related quality of life and nutritional status of institutionalized elderly population aged 60 years and above in Mysore City, India. *Gerodontology*; 30(2):119–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00651.x> PMID: 22364560.
- Kulakçı Altıntaş, H., & Korkmaz Aslan, G. (2020). Prevalence of elder abuse among community, dwelling older adults in Turkey and its associated factors. *Psychogeriatrics*, 20(1), 3-10.
- Kunkel SR, Brown JS, Whittington FJ. (2014). *Global aging: comparative perspectives on aging and the life course*. New York: (<http://USYD.ebib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=1611870>, accessed 5 June 2015).
- Kuzu N, Beşer N, Zencir M, Şahiner T, Nesrin E, Ahmet E, et al. (2005). Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. *GERIATR NURS*; 26(6):378-86.
- Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA. (2002). Adult protective service use and nursing home placement. *Gerontologist*; 42(6):734–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/42.6.734> PMID: 12451154.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332(7), 437-443.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280(5), 428-432.
- Lang PO, Govind S, Aspinall R. (2013). Reversing T cell immunosenescence: why, who, and how. *Age (Dordr)*; 35(3):609–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9393-y> PMID: 22367580.
- Lang PO, Mendes A, Socquet J, Assir N, Govind S, Aspinall R. (2012). Effectiveness of influenza vaccine in aging and older adults: comprehensive analysis of the evidence. *Clin Interv Aging*; 7:55–64. PMID: 22393283.
- Lawton, L., Silverstein, M., & Bengtson, V. L. (1994). Solidarity between generations

in families. In V. L. Bengtson & R. A. Harootyan (Eds.), *Intergenerational linkages: Hidden connections in American society* (p. 19–42). Springer Publishing Co.

- Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. (2005). Cohort Profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol*; 34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID:15894591 PMID: 15894591.
- Lee WK, Kong KA, Park H. (2012). Effect of preexisting musculoskeletal diseases on the 1-year incidence of fall-related injuries. *J Prev Med Public Health*; 45(5):283–90. PMID: 23091653.
- Lee, Y., Yoon, H., Lim, S., An, S., & Hwang, J. (2012). Housing alternatives to promote holistic health of the fragile aged. *Indoor and Built Environment*, 21(1), 191-204.
- Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Lopez-Jaramillo P, Avezum A Jr, Orlandini A, et al. (2015). Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study investigators. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *Lancet*; 386(9990):266–73. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62000-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62000-6) PMID: 25982160.
- Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. (2001). Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *J Am Geriatr Soc*; 49(4):443–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x> PMID: 11347789.
- Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. (2012). Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*; 102(11):2157–63. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID: 22994192.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*; 357(8):762–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa067423> PMID: 17715410.
- Liu CJ, Latham NK. (2009). Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev*; (3):CD002759. PMID: 19588334.
- Llibre JdeJ, López AM, Valhuerdi A, Guerra M, Llibre-Guerra JJ, Sánchez YY, et al. (2014). Frailty, dependency and mortality predictors in a cohort of Cuban older adults, 2003–2011. *MEDICC Rev*; 16(1):24–30. PMID: 24487672.
- Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. (2014). Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and

- control. *Int J Epidemiol*; 43(1):116–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215> PMID: 24505082.
- Lochlainn MN, Kenny RA. (2013). Sexual activity and aging. *J Am Med Dir Assoc*; 14(8):565–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.022> PMID: 23540950
 - Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczky M, Giannelli SV, Gold G, et al. (2008). Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*; 11(4):829–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
 - Lorencini M, Brohem CA, Dieamant GC, Zanchin NI, Maibach HI. (2014). Active ingredients against human epidermal aging. *Ageing Res Rev*; 15:100–15. PMID: 24675046.
 - Low PA. (2008). Prevalence of orthostatic hypotension. *Clin Auton Res*; 18 Suppl 1:8–13. PMID: 18368301.
 - Lowenstein, A. (2007). Intergenerational solidarity: Strengthening economic and social ties. Background paper, Department of Economic and Social Affairs Division for Social Policy and Development. New York: United Nations Headquarters.
 - Lüscher, K., & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 413-425.
 - Lusti-Narasimhan M, Beard JR. (2013). Sexual health in older women. *Bull World Health Organ.*; 91(9):707–9. PMID: 24101788.
 - Lynch, K. (1995). *City sense and city design: writings and projects of Kevin Lynch*: MIT press.
 - Macaulay R, Akbar AN, Henson SM. (2013). The role of the T cell in age-related inflammation. *Age (Dordr)*; 35(3):563–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9381-2> PMID: 22252437.
 - Macaulay R, Akbar AN, Henson SM. (2013). The role of the T cell in age-related inflammation. *Age (Dordr)*; 35(3):563–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9449-z> PMID: 22252437.
 - Mace, R. (1991). *Accessible environments: Toward universal design. Design interventions: Toward a more humane architecture.*
 - Mager DR. (2012). Orthostatic hypotension: pathophysiology, problems, and prevention. *Home Healthc Nurse*; 30(9):525–30, quiz 530–2. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NHH.0b013e31826a6805> PMID: 23026987.

- Maghsoudi, A. J. N. N. (2016). The study of prevalence of chronic diseases and its association with quality of life in the elderly of Ewaz (South of Fars province), 2014. 18(61), 35-42.
- Magnavita, N. (2017). Productive aging, work engagement and participation of older workers. A triadic approach to health and safety in the workplace. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 14(2).
- Malcolm, L., V. L. Bengtson, P. G. Coleman and T. B. Kirkwood (2005). *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge, Cam.
- Malmberg, B., and Sommestad, L. (2000). Four Phases in the Demographic Transition: Implications for Economic and Social Development in Sweden, 1820-2000, Paper to be presented at the SSHA meeting, Pittsburgh, October 2000.
- Manoochehri, Sh., Rasouli, H. R. (2017).iranian population policy and aging: new health concern. *International journal of travel medicine and global health*, 5(2), 70-71.
- Manson-Siddle C, Johnson A, Cullum P, Akester H. (2008), *Older people-assessing health and social needs in North East Lincolnshire*. Manama, Bahrain: Public Health Directorate.
- Manstead, A. S., Hewstone, M. E., Fiske, S. T., Hogg, M. A., Reis, H. T., & Semin, G. R. (1995). *The Blackwell encyclopedia of social psychology*: Blackwell Reference/Blackwell Publishers.
- Manton KG, Gu X, Lamb VL. (2006). Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci U S A*; 103(48):18374–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963.
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*; 10(4):430-9. http://www.goldcopd.it/gruppi_lavoro/2013/ageingmultimorbidityreview2011.pdf Available from: accessed August 17 2015). PMID: 21402176
- Martin JA, Buckwalter JA. Aging, articular cartilage chondrocyte senescence and osteoarthritis. *Biogerontology*. 2002; 3(5):257–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1020185404126> PMID: 12237562.
- Martin, P., Halverson, C. F., Wampler, K. S., & Hollett-Wright, N. (1991). Intergenerational differences in parenting styles and goals. *International Journal of Behavioral Development*, 14(2), 195-207.
- Massey-Stokes, M., & Quezada, A. (2017). *Critical Issues in Adolescent Nutrition*:

Needs and Recommendations International Handbook on Adolescent Health and Development (pp. 207-239): Springer.

- Matlabi, H., Parker, S. G., & McKee, K. J. B. g. (2011). The contribution of home-based technology to older people's quality of life in extra care housing. 11(1), 68.
- McClennen, J., Keys, A. M., & Day, M. (2016). Social work and family violence: theories, assessment, and intervention: Springer Publishing Company.
- McElhaney JE, Zhou X, Talbot HK, Soethout E, Bleackley RC, Granville DJ, et al. (2012). The unmet need in the elderly: how immunosenescence, CMV infection, comorbidities and frailty are a challenge for the development of more effective influenza vaccines. *Vaccine*; 30(12): 2060–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.01.015> PMID: 22289511.
- McVie, S. (2005), Patterns of deviance underlying the age-crime curve: the long term evidence, *Journal of criminology and criminal justice*, 7.
- Mears, J. (2003). Survival is not enough: Violence against older women in Australia. *Violence against women*, 9(12), 1478-1489.
- Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*; 129(1-3):126– doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015> PMID: 20926139.
- Merluzzi TV, Philip EJ, Vachon DO, Heitzmann CA. (2011). Assessment of self-efficacy for caregiving: The critical role of self-care in caregiver stress and burden. *Palliat Support Care*; 9(1):15-24.
- Michel JP, Newton JL, Kirkwood TB. (2008). Medical challenges of improving the quality of a longer life. *JAMA*; 299(6):688–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.299.6.688> PMID: 18270358.
- Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. (2014). Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol*; 65(1):79–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031> PMID: 24007713.
- Mohammadbeigi, A., Hassanzadeh, J., Mohammadsalehi, N., Nasimi, B., & Ranjbar-Omrani, G. J. C. D. J. (2013). Impacts of osteoporosis on quality of life in elderly women. 1(1), 13-17.
- Mohammadi F, Kaldi A. (2006). Self-efficacy and caregiver strain in Alzheimer's caregivers in the city of Tehran. *ME-JAA*; 3(3):8-12.

- Mokhtari, F., & Ghasemi, N. (2010). Comparison of quality of life and mental health of elderly residents/non-residents of nursing homes. *Iranian Journal of Ageing*, 5(18), 53-63.
- Mokhtari, M., Bahram, M. E., Pourvaghar, M. J., & Akasheh, G. J. F. J. o. K. U. o. M. S. (2013). Effect of Pilates training on some psychological and social factors related to falling in elderly women. 17(5).
- Moradi, S., Fekrazad, H., Mousavi, M. T., & Arshi, M. J. I. J. o. A. (2013). The study of relationship between Social Participation and quality of life of old people who are member of senior association of Tehran City in 2011. 7(4), 41-46.
- Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C & Atti, A. R. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 11(2), 125-129.
- Morley JE, Silver AJ. (1995). Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med*;123(11):850-9. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-123-11-199512010-00008> PMID: 7486469.
- Mortazavi, S. S., EftekharArdebili, H., & Darali, R. (2011). Mental health of elderly and its relation to demographic and social factors. *Payesh*, 10(4), 485-92.
- Mortazavi, S. S., EftekharArdebili, H., & Darali, R. (2011). Mental health of elderly and its relation to demographic and social factors. *Payesh*, 10(4), 485-92.
- Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence against women*, 9(12), 1465-1477.
- Mouton, C. P., Larme, A. C., Alford, C. L., Talamantes, M. A., McCorkle, R. J., & Burge, S. K. (2006). Multiethnic perspectives on elder mistreatment. *Journal of elder abuse & neglect*, 17(2), 21-44.
- Muraki S, Akune T, Ishimoto Y, Nagata K, Yoshida M, Tanaka S, et al. (2013). Risk factors for falls in a longitudinal population-based cohort study of Japanese men and women: the ROAD Study. *Bone*; 52(1):516-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2012.10.020> PMID: 23103329.
- Muscari A, Giannoni C, Pierpaoli L, Berzigotti A, Maietta P, Foschi E, et al. (2010). Chronic endurance exercise training prevents aging-related cognitive decline in healthy older adults: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*; 25(10):1055-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2462> PMID: 20033904.
- Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. (2009). Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*; (4):CD000028. PMID:

19821263

- Mustaquim, M. M. (2015). A study of Universal Design in everyday life of elderly adults. *Procedia Computer Science*, 67, 57-66.
- Najafi, B., Arzaghi, S. M., Fakhrzadeh, H., & Sharifi, F. (2013). Mental health status of the elderly in Tehran and its related factors to measure equity in health and related factors. *Journal of Diabetes and Metabolism*, 13(1), 62-73.
- Naseh, L., & Heidari, M. J. I. J. o. A. (2015). Relationship between general self-efficacy and quality of life among elderly living in Chaharmahal Bakhtiari nursing homes. 10(1), 62-71.
- Naseh, L., Ali Sheikhi, R., & Rafii, F. J. I. J. o. N. (2014). Quality of life and its related factors among elderlies living in nursing homes. 27(87).
- Nasiri, M., Foroughan, M., Rashedi, V., & Shahbazi, M. R. J. I. J. o. A. (2016). The Impact of Rehabilitation Module of Iran Welfare Organization among Older Adults. 11(4), 110-117.
- Navabinejad, S. H., Dowkaneh, F., & Shirzadi, S. (???). The effect of family factors on the mental health of elderly men and women. *Research of Educational Management*, 2113(5), 1.
- NCCDP. (2009). Improving and Extending Quality of Life Among Older Americans Healthy Aging, At A Glance.
- Netuveli, G., & Blane, D. J. B. m. b. (2008). Quality of life in older ages. 85(1), 113-126.
- Newman AB, Gottdiener JS, Mcburnie MA, Hirsch CH, Kop WJ, Tracy R, et al. (2001). Cardiovascular Health Study Research Group. Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 56(3):M158–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M158> PMID: 11253157.
- Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C; (2004). Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators' Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*; 64(5):991–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055> PMID: 15533492.
- Nilsson J, Parker M, Kabir Z. (2004). Assessing health-related quality of life among older people in rural Bangladesh. *Journal of Transcultural Nursing*; 15(4):298-307.
- Northern Ireland Statistics and Research Agency, 2019 قابل دسترس در <https://www.assemblyresearchmatters.org/2019/11/28/suicide-statistics-and-strategy-in-northern-ireland-update/>.

- Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol*; 13(8):788–94. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X) PMID: 25030513.
- Novelli C. (2012). Effects of aging and physical activity on articular cartilage: a literature review. *J Morphol Sci*; 29(1):1–7. (<http://jms.org.br/PDF/v29n1a01.pdf>, accessed August 17 2015).
- NR. Geriatric Medicine. (2001), Harrison's Principle of Internal Medicine 15th ed, New York: Mc Graw;. p. 36-46.
- Nutting, P. A., Rost, K., Smith, J., Werner, J. J., & Elliot, C. (2000). Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months. *Archives of family medicine*, 9(10), 1059.
- Oh, J., Kim, H. S., Martins, D., & Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International journal of nursing studies*, 43(2), 203-214.
- Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. (2012). Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*; 31(8):1803–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
- Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. (2014). The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. *Bull World Health Organ*; 92(5):367–73. PMID: 24839326.
- O'malley, T. A., Everitt, D. E., O'malley, H. C., & Champion, E. W. (1983). Identifying and preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 98(6), 998-1005.
- Orouji, M., Charkazi, A., Yazdanpoor, F., & Naemi, M. J. J. o. G. B. (2011). The attitude of Motorcycle Drivers about Helmet Use Based on Health Belief Model (HBM) in Khomein City, 2010. 8(20), 14-23.
- Pachana, N., & FAPS, F. (2019). *Clinical Geropsychology News*.
- Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al. (2014). LIFE study investigators. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*; 311(23):2387–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.5616> PMID: 24866862.
- Panaghi L, Abarashi Z, Mansoori N, Dehghani M. (2009). [Quality of Life and Related demographic factor of the elderly in Tehran (Per sian)]. *Iranian Journal of Ageing*;

4(12):77-87.

- Parham K, McKinnon BJ, Eibling D, Gates GA. (2011). Challenges and opportunities in presbycusis. *Otolaryngol Head Neck Surg*; 144(4):491–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0194599810395079> PMID: 21493222.
- Park DC. (2000). The basic mechanism accounting for age-related decline in cognitive function. In: Park DC, Schwarz N, editors. *Cognitive aging: a primer*. New York: Psychology Press; 3–21.
- Patel T, Yosipovitch G. (2010). The management of chronic pruritus in the elderly. *Skin Therapy Lett*; 15(8):5–9. PMID: 20844849.
- Paterson DH, Warburton DE. (2010). Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada’s Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act*; 7(1):38. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-7-38> PMID: 20459782.
- Patino CM, McKean-Cowdin R, Azen SP, Allison JC, Choudhury F, Varma R, (2010). Los Angeles Latino Eye Study Group. Central and peripheral visual impairment and the risk of falls and falls with injury. *Ophthalmology*; 117(2):199–206.e1. PMID: 20031225.
- Pattani, S,; Constantinovici, N. & Williams, S. (2004), Predictors of Re employment and Quality of Life in NHS Staff One Year after Early Retirement Because of Ill Health; A National Prospective Study. *Occup Environ Med*, 61.
- Pavlik, V. N., Hyman, D. J., Festa, N. A., & Dyer, C. B. (2001). Quantifying the problem of abuse and neglect in adults—analysis of a statewide database. *Journal of the American geriatrics Society*, 49(1), 45-48.
- Pérez Llamas F, Moregó A, Tóbaruela M, García MD, Santo E, Zamora S. (2011). Prevalencia de desnutrición e influencia de la suplementación nutricional oral sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados [Prevalence of malnutrition and influence of oral nutritional supplementation on nutritional status in institutionalized elderly]. *Nutr Hosp*; 26(5):1134–40. PMID: 22072365.
- Pérez-Cárceles, M., Rubio, L., Pereniguez, J., Pérez-Flores, D., Osuna, E., & Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: the extent and risk factors. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(1), 132-137.
- Perracini M, Clemson L, Tiedmann A, Kalula S, Scott V, Sherrington C. (2016). Falls in older adults: current evidence, gaps and priorities. *Gerontologist*. (In press).
- Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. (2010). Global oral health of older

people-call for public health action. *Community Dent Health*; 27(4) Suppl 2:257-67. PMID: 21313969.

- Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. (2000). Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* ;321(7257):323-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7257.323> PMID: 10926586.
- Phillips D, Cheng K. (2012). The impact of changing value systems on social inclusion: an Asia-Pacific perspective. In: Scharf T, Keating N, editors. *From exclusion to inclusion in old age*. Bristol: Policy Press; 109-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781847427731.003.0007>.
- Pillemer KA, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse. (2016). *Gerontologist*. Forthcoming. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=3342992&dopt=Abstract PMID: 3342992.
- Pillemer, K. and Sutor, J. J. (2002). Explaining mothers' ambivalence toward their adult children. *Journal of Marriage and Family* 64(3): 602-613.
- Plath D. (2009). International policy perspectives on independence in old age. *J Aging Soc Policy*; 21(2):209-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420902733173> PMID: 19333843.
- Plouffe, L., & Kalache, A. (2010). Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. *Journal of urban health*, 87(5), 733-739.
- Pollock ML, Franklin BA, Balady GJ, Chaitman BL, Fleg JL, Fletcher B, et al. (2000). AHA Science Advisory. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association; Position paper endorsed by the American College of Sports Medicine. *Circulation*; 101(7):828-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.101.7.828> PMID: 10683360.
- Prevention of blindness and deafness: estimates. In: World Health Organization, *Prevention of blindness and deafness* [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en/>, accessed 5 June 2015).
- Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. (2011). The association between common physical impairments and dementia in low and middle income countries, and, among people with dementia, their association with cognitive function and disability. A 10/66 Dementia Research Group population-based study.

- Int J Geriatr Psychiatry; 26(5):511–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2558> PMID: 20669334.
- Prince MJ, Wu F, Guo Y, Robledo LMG, O'Donnell M, Sullivan R, et al. (2015), The burden of disease in older people and implications for health policy and practice, *The Lancet*, 385(9967):549-62.
 - Puchkov, P. V. (2006). Elder abuse: current research in the Russian Federation (2004-2006). *The Journal of Adult Protection*, 8(4), 4-12.
 - Quinn, M. J., & Tomita, S. K. (1997). *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and interventional strategies* (Vol. 8): Springer Publishing Company.
 - Rajeshwar D, Pankaj M, Meena D. (2008), Needs assessment study among urban elderly a rapid assessment. Mumbai: TNS India..
 - Rakhshani, T., Shojaiezadeh, D., Lankarani, K. B., Rakhshani, F., Kaveh, M. H., & Zare, N. J. I. R. C. M. J. (2014). The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the Iranian elderly. 16(9).
 - Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. (2003). Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. *J Am Geriatr Soc*; 51(5):636–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00207.x> PMID: 12752838.
 - Rastgarimehr, B., Afkari, M. E., Solhi, M., Taghdisi, M. H., Mansourian, M., Shafieyan, Z.,... Metabolism. (2014). Relationship Between the educational stage of PRECEDE MODEL and quality of life improvement in the elderly affiliated with Tehran Culture House for the aged. 13(6), 469-478.
 - Razai D, Ghadirzadeh MR, Mahdavi SA, Hasani J, Hashemi Nazari SS. (2020). The Suicide Rate in the Elderly Population of Iran, Pubmed, at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7585756/>.
 - Reay, A. C., & Browne, K. D. (2001). Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging & mental health*, 5(1), 56-62.
 - Reed-Jones RJ, Solis GR, Lawson KA, Loya AM, Cude-Islas D, Berger CS. (2013). Vision and falls: a multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas*; 75(1):22–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.019> PMID: 23434262.
 - Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.
 - Ribot, V. C., Rousseaux, E., García, T. C., Arteaga, E., Ramos, M. E., & Alfonso,

- M. (2015). Psychological the most common elder abuse in a Havana neighborhood. *MEDICC review*, 17, 39-43.
- Risonar MG, Rayco-Solon P, Ribaya-Mercado JD, Solon JA, Cabalda AB, Tengco LW, et al. (2009). Physical activity, energy requirements, and adequacy of dietary intakes of older persons in a rural Filipino community. *Nutr J*; 8(1):19. doi: [http:// dx.doi.org/10.1186/1475-2891-8-19](http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-8-19) PMID: 19409110.
 - Rocha SM, Nogueira ML, Cesario M. (2009), Social support and networks in health promotion of older people: a case study in Brazil, *International journal of older people nursing*, 4(4):288-98.
 - Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J, Hernández-Valera Y. (2005). Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. [Nutritional status of institutionalized Venezuelan elderly.] *Invest Clin*; 46(3):219–28. PMID: 16152778 191. Shabayek MM, Saleh SI. Nutritional status of institutionalized and free-living elderly in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc.* 2000;75(5-6):437–59. PMID: 17219883.
 - Rosero-Bixby L, Dow WH. (2009). Surprising SES Gradients in mortality, health, and biomarkers in a Latin American population of adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*; 64(1):105–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn004> PMID: 19196695.
 - Ross, R. K., Bernstein, L., Trent, L., Henderson, B. E., & Paganini-Hill, A. (1990). A prospective study of risk factors for traumatic deaths in a retirement community. *Preventive medicine*, 19(3), 323-334.
 - Rostami, M., Baraz, P. S., Farzianpour, F., & Rasekh, A. (2009). Effect of Orem Self Care Model on Ederies' quality of Life In Health Care Centers of Masjed Solaiman In 2007-2008.
 - Rovi, S., Chen, P. H., Vega, M., Johnson, M. S., & Mouton, C. P. (2009). Mapping the elder mistreatment iceberg: US hospitalizations with elder abuse and neglect diagnoses. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(4), 346-359.
 - Rudnick Jr, J. D., & Teaster, P. B. (2013). Elder abuse and neglect: a survey of clergy awareness, knowledge, and intervention preferences. *Journal of elder abuse & neglect*, 25(4), 323-338.
 - Ruelas-González, M. G., Duarte-Gómez, M. B., Flores-Hernández, S., Ortega-Altamirano, D. V., Cortés-Gil, J. D., Taboada, A., & Ruano, A. L. (2016). Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 35.
 - Rusdi, I. (2019). Health and Social Problems in Indonesian Elderly. How Can Health

- Care System To Overcome?. *Caring: Indonesian Journal of Nursing Science*, 1(2), 86-89.
- Russo A, Onder G, Cesari M, Zamboni V, Barillaro C, Capoluongo E, et al. (2006). Lifetime occupation and physical function: a prospective cohort study on persons aged 80 years and older living in a community. *Occup Environ Med*; 63(7):438-42. PMID: 16782827.
 - Ryan EB, Giles H, Bartolucci G, Henwood K. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Lang Commun*; 6(1):1-24. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0271-5309\(86\)90002](http://dx.doi.org/10.1016/0271-5309(86)90002).
 - Saber M, Nosratabadi M. (2014). Social protection and health-related quality of life in elderly welfare Kerman city. *Journal of Health and Development*; 3(3), 189-19(Persian).
 - Saber M, Nosratabadi M. (2014). Social protection and health-related quality of life in elderly welfare Kerman city. *Journal of Health and Development* 3, 3.
 - Saberi, M., FaniSaberi, L., Mousavinasab, N., Zarghami, M., Taraghi, Z. (2018), Substance use disorders in the elderly people referring to Addiction Treatment Clinics, *Iranian Journal of Health Sciences*, 6 (2): 31- 40.
 - Sadeghi, M., Kazemi, H. J. I. j. o. p., & psychology, c. (2004). Prevalence of dementia and depression among residents of elderly nursing homes in Tehran province. 9(4), 49-55.
 - Sadeghi, R. (2012). Dynamics trend of Iran's population: Past, Present and future: Iran institute of statistic: Tehran, Iran.
 - Sadeghi, R. and Agadjanian V. (2019). Attitude and Propensity to Divorce in Iran: Structural and Ideational Determinants, *Journal of Divorce & Remarriage* 60(6): 479-500. doi: <https://doi.org/10.1080/10502556.2019.1586228>.
 - Saeidimehr, S., Geravandi, S., Izadmehr, A., & Mohammadi, M. J. J. I. J. o. A. (2016). Relationship between the "Quality of Life" and symptoms of depression among older adults. 11(1), 90-99.
 - Saelens BE, Papadopoulos C. (2008). The importance of the built environment in older adults' physical activity: a review of the literature. *Wash State J Public Health Pract*; 1(1):13-21.
 - Safarinia. (2011). Effect of Different Residential Areas (Villa Houses or Apartment Types) on Mental Health, Happiness and Personal Well-being of Adolescent Girls. *Social Psychology Research Quarterly*, 1(1), 60-73.
 - Sajjadi M, Akbari A, Kianmehr M, Atarodi A. (2008). The relationship between self-care and depression in patients undergoing hemodialysis. *HMS*; 14(1):13-7. [Persian].

- Salari, S. (2011). Elder mistreatment Handbook of sociology of aging (pp. 415-430): Springer.
- Salehi L, Selki S, Alizade L. (???). Quality of life related to health in the elderly, members of the elderly in Tehran in 2009.
- Salimzadeh, H., Eftekhari, H., Pourreza, A. G., & MOGHIM, B. A. (2007). Postretirement employment and quality of life (QOL) indicators.
- Salman, A., Tolma, E., Chun, S., Sigodo, K. O., & Al-Hunayan, A. (2020). Health Promotion Programs to Reduce Noncommunicable Diseases: A Call for Action in Kuwait. Paper presented at the Healthcare.
- Salvioli S, Monti D, Lanzarini C, Conte M, Pirazzini C, Bacalini MG, et al. (2013). Immune system, cell senescence, aging and longevity– inflamm-aging reappraised. *Curr Pharm Des*; 19(9):1675–9. PMID: 23589904.
- Samadian F, garoosi S. (2013). Social protection and quality of life of the elderly (the case of the elderly in Kerman), 189-20.. (Persian).
- Sanaee, M., Zdshtyan, N., & Seyyed Hossein Norouzi, B. J. J. o. S. M. S. (2014). The effect of physical activity on quality of life and life expectancy in the elderly Mazandaran province. 17, 137-158.
- Santos, C. M. d., Marchi, R. J. D., Martins, A. B., Hugo, F. N., Padilha, D. M. P., & Hilgert, J. B. (2013). The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. *Brazilian oral research*, 27(3), 197-202.
- Santos, F. d. S., de Lima Saintrain, M. V., de Souza Vieira, L. J. E., & Gomes Marques Sampaio, E. (2018). Characterization and prevalence of elder abuse in Brazil. *Journal of interpersonal violence*, 0886260518781806.
- Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 64(6):675–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glp012> PMID: 19276189.
- Sayer, L. C., Freedman, V. A., & Bianchi, S. M. (2016). Gender, Time Use, and Aging Handbook of Aging and the Social Sciences (Eighth Edition) (pp. 163-180): Elsevier.
- Schaffer, K. B., Wang, J., Nasrallah, F. S., Bayat, D., Dandan, T., Ferkich, A., & Biffi, W. L. (2020). Disparities in triage and management of the homeless and the elderly trauma patient. *Injury Epidemiology*, 7(1). doi: 10.1186/s40621-020-00262-1.
- Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. *J Am Geriatr Soc*. 2013

- May;61(5):679–85. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12212> PMID: 23590291.
- Schulte, P. A., Grosch, J., Scholl, J. C., & Tamers, S. L. (2018). Framework for considering productive aging and work. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(5), 440.
 - Schuurmans J, van Balkom A. (2011). Late-life anxiety disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep*; 13(4):267–73. doi: [http:// dx.doi.org/10.1007/s11920-011-0204-4](http://dx.doi.org/10.1007/s11920-011-0204-4) PMID: 21538031.
 - Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. (2010). Disability trends among older Americans: National Health and Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *Am J Public Health*; 100(1):100–7. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388> PMID: 19910350.
 - Sehl ME, Yates FE. (2001). Kinetics of human aging: I. Rates of senescence between ages 30 and 70 years in healthy people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 May;56(5):B198–208. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.5.B198> PMID: 11320100.
 - Seitz D, Purandare N, Conn D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2010 Nov; 22(7):1025–39. PMID: 20522279.
 - Shahar S, Ibrahim Z, Fatah AR, Rahman SA, Yusoff NA, Arshad F, et al. (2007). A multidimensional assessment of nutritional and health status of rural elderly Malays. *Asia Pac J Clin Nutr*; 16(2):346–53. PMID: 17468093.
 - Sharp, Merck & Dome C. (2009). *Merck Manual of Geriatric*. section 1,
 - Shaw BH, Claydon VE. (2014). The relationship between orthostatic hypotension and falling in older adults. *Clin Auton Res*; 24(1):3–13. PMID: 2425389.
 - Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. (2008). Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*; 56(12):2234–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02014.x> PMID: 19093923.
 - Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Tsutsumimoto K, Anan Y, et al. (2013). Combined prevalence of frailty and mild cognitive impairment in a population of elderly Japanese people. *J Am Med Dir Assoc*; 14(7):518–24. PMID: 23669054.
 - Shin, J. H. (2018). Listen to the Elders: Design Guidelines for Affordable Multifamily Housing for the Elderly Based on Their Experiences. *Journal of Housing for the Elderly*, 32(2), 211-240. doi: 10.1080/02763893.2018.1431585.

- Shirbeigi, M., Esmaili, Z., Sarmadi, M. R., & Moradi, A. (2016). Study and comparing 3 groups of active, passive, and ecotourist old age people on their mental health and happiness living in Illam City, Iran. *Iranian Journal of Ageing*, 10(4), 40-49.
- Shlipak MG, Stehman-Breen C, Fried LF, Song X, Siscovick D, Fried LP, et al. (2004). The presence of frailty in elderly persons with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis*; 43(5):861-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2003.12.049> PMID: 15112177
- Shoja, M., Nabavi, S. H., & Kassani, A. (2012). Factor analysis of social capital and its relations with mental health of older people in 9 districts of Tehran. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 3(5), 81-90.
- Siegel, J Larry & Welsh, Brandon C. (2011), *Juvenile Delinquency, the Core*, Fourth Edition, Wadsworth Cengage Learning.
- Siegel, Larry J. (2016), *Criminology, the core*, Sixth Edition, Wadsworth Cengage Learning.
- Silverstein, M., & Giarrusso, R. (2010). Aging and family life: A decade review. *Journal of marriage and family*, 72(5), 1039-1058.
- Silverstein, M., Gans, D., Lowenstein, A., Giarrusso R., and Bengtson, V. L. (2010). Older parent-child relationships in six developed nations: Comparisons at the intersection of affection and conflict. *Journal of Marriage and Family* 72(4): 1006-1021.
- Sims J, Browning C, Lundgren-Lindquist B, Kendig H. (2011). Urinary incontinence in a community sample of older adults: prevalence and impact on quality of life. *Disabil Rehabil*; 33(15-16):1389-98. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.532284> PMID: 21692622.
- Sinnige J., Braspenning J., Schellevis F., Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. (2013). The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases—a systematic literature review. *PLoS One*; 8(11):e79641. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0079641> PMID: 24244534.
- Sohbatih, M., Rostamkhani, H., Abbasi, A., & Gharaei, E. (2010). The effect of an aquatic exercise program on the quality of life of healthy elderly males: A comparative study.
- Sonmez Turel, H., Malkoc Yigit, E., & Altug, I. (2007). Evaluation of elderly people's requirements in public open spaces: A case study in Bornova District (Izmir, Turkey). *Building and Environment*, 42(5), 2035-2045. doi: <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2006.03.004>.
- St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Finney Rutten LJ, Roger VL, et al. (2015). Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort

- study: differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*; 5(2):e006413. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006413> PMID: 25649210.
- Statistical Centre of Iran, 2020.
 - Statistics Center of Iran (2011). Implementation of the 2011 Iranian population and housing census in autumn (Persian), at: <http://www.amar.org.ir> (20 February 2018).
 - Staudinger U, Bowen C. (2011). A systemic approach to aging in the work context. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*; 44(4):295–306. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12651-011-0086-2>.
 - Steptoe A, Deaton A, Stone AA. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*; 385(9968):640–8. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0) PMID: 25468152.
 - Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. (2013). US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *Am J Public Health*; 103(11):e78–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250> PMID: 24028235
 - Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al. (2008). EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*; 372(9656):2124–31. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID: 19010526.
 - Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*; 342(8878):1032–6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92884-V](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-V) PMID: 8105269.
 - Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. (1999). Risk factors for functional status decline in communityliving elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*; 48(4):445–69. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00370-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00370-0) PMID: 10075171.
 - Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. (2011). Gait speed and survival in older adults. *JAMA*, 5; 305(1):50–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1923> PMID: 21205966.
 - Sun, J. (2013). Chinese older adults taking care of grandchildren: practices and policies for productive aging. *Ageing International*, 38(1): 58-70.
 - Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC public health*, 8(1), 323.
 - Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. (2013). Prevention of onset and

progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*; 12(1):329–38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.10.001> PMID: 23063488.

- Tamanini JT, Santos JL, Lebrão ML, Duarte YA, Laurenti R. (2011). Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. *Neurourol Urodyn*; 30(7):1281–5. PMID: 21560151.
- Tandon, R., & Nathani, M. K. (2018). Increasing suicide rates across Asia-a public health crisis.
- Tanjani PT, Motlagh ME, Nazar MM, Najafi F. (2015). The health status of the elderly population of Iran in 2012. *Archives of Ger-ontology and Geriatrics*; 60(2):281-7. [DOI:10.1016/j.arch-ger.2015.01.004] [PMID].
- Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, Ameral VE, Nelson JC, Papakostas GI. (2011). Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* ;72(12):1660–8. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.10r06531> PMID: 22244025.
- Temple P, Province Thailand UR. (2012). The health-care challenges posed by population ageing, *Bull World Health Organ*, 90:82-3.
- The merck manual of geriatrics (third edition) (2019). Published By Merck Research Laboratories.
- Thio, L.A. (2008). Panacea, Placebo, or Pawn-The Teething Problems of the Human Rights Commission of Malaysia (Suhakam). *Geo. Wash. Int'l L. Rev.*, 40, 1271.
- Thomson, R. M., & Katikireddi, S. V. (2018). Mental health and the jilted generation: Using age-period-cohort analysis to assess differential trends in young people's mental health following the Great Recession and austerity in England. *Social Science & Medicine*, 214, 133-143.
- Thorp SR, Ayers CR, Nuevo R, Stoddard JA, Sorrell JT, Wetherell JL. (2009). Meta-analysis comparing different behaviora treatments for late-life anxiety. *Am J Geriatr Psychiatry*; 17(2):105–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818b3f7e> PMID: 19155744.
- Tinetti ME, Kumar C. (2010). The patient who falls: “It’s always a trade-off”. *JAMA*; 303(3):258–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.2024> PMID: 20085954.
- Tinetti ME, McAvay GJ, Chang SS, Newman AB, Fitzpatrick AL, Fried TR, et al. (2011). Contribution of multiple chronicconditions to universal health outcomes. *J Am*

- Geriatr Soc; 59(9):1686–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03573.x> PMID: 21883118.
- Tofighi S, Zaboli R, Mahdavi MRV, Moradi M, Rezapoor A, Golmakani MM, et al. (2015), The healthcare costs in the aging based on data from the Urban Health Equity Assessment and Response Tool project in Tehran, Iran (UHEART-2), *International Journal of Medical Reviews*, 2(1).
 - Tomata Y, Kakizaki M, Suzuki Y, Hashimoto S, Kawado M, Tsuji I. (2014). Impact of the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami on functional disability among older people: a longitudinal comparison of disability prevalence among Japanese municipalities. *J Epidemiol Community Health*; 68(6):530–3. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-203541> PMID: 24570399.
 - Turano K, Rubin GS, Herdman SJ, Chee E, Fried LP. (1994). Visual stabilization of posture in the elderly: fallers vs. nonfallers. *Optom Vis Sci*; 71(12):761–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00006324-199412000-00006> PMID: 7898883.
 - Uhlig K, Leff B, Kent D, Dy S, Brunnhuber K, Burgers JS, et al. (2014). A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. *J Gen Intern Med*; 29(4):670–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2659-y> PMID: 24442332.
 - Uijen AA, van de Lisdonk EH. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract*; 14 Suppl 1:28–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13814780802436093> PMID: 18949641.
 - Ungar A, Rafanelli M, Iacomelli I, Brunetti MA, Ceccofiglio A, Tesi F, et al. (2013). Fall prevention in the elderly. *Clin Cases Miner Bone Metab*; 10(2):91–5. PMID: 24133524.
 - United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights*.
 - UNODC (2018). *Global overview of drug demand and supply, World Drug Report*.
 - US Preventive Services Task Force. (2002). Screening for depression: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 136(10), 760.
 - Valer DB, Aires M, Fengler FL, Paskulin LMG. (2015). Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory for use with caregivers of elderly individuals. *Revista latino-americana de enfermagem*; 23(1):130-8.
 - van Balkom AJ, Beekman AT, de Beurs E, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in

- The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*; 101(1):37–45. doi: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001037.x> PMID: 10674949.
- Vatankhah M, Mehrabizadehonarmand M. (2013). The effectiveness of group life skills training bag of happiness and vitality of the elderly man in Ahwaz; 24(10):800-11.
 - Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*; 15(2):116–22. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007\(98\)00171-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007(98)00171-3) PMID: 9990575.
 - Victor, C. (2005). *The Social Context of Ageing: A Textbook of Gerontology*. London: Routledge.
 - Vos T, Goss J, Begg S, Mann N. (2007). *Projection of health care expenditure by disease: a case study from Australia*. New York: United Nations; (Background paper for the United Nations).
 - Voukelatos A, Merom D, Sherrington C, Rissel C, Cumming RG, Lord SR. (2015). The impact of a home-based walking programme on falls in older people: the Easy Steps randomised controlled trial. *Age Ageing*; 44(3):377–83. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu186> PMID: 25572426.
 - Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A. & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. *Current psychiatry reports*, 19(5), 28.
 - Walsh, C. A., & Yon, Y. (2012). Developing an empirical profile for elder abuse research in Canada. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(2), 104-119.
 - Wang HH, Wang JJ, Wong SY, Wong MC, Li FJ, Wang PX, et al. (2014). Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162, 464 community household residents in southern China. *BMC Med*;12(1):188. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0188-0> PMID: 25338506
 - Wang, J. J. (2006). Psychological abuse and its characteristic correlates among elderly Taiwanese. *Archives of gerontology and geriatrics*, 42(3), 307-318.
 - Warr, P., Butcher, V., Robertson, I. & Callinan M. (2004), Older People's Well-being as a Function of Employment, Retirement, Environmental Characteristics and Role Preference, *Br J Psychol*, 95.
 - Wave 4, release 1.1.1 (2013). In: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* [website]. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (<http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>, accessed 27 July 2015).

- Wells, K. B., Miranda, J., Bauer, M. S., Bruce, M. L., Durham, M., Escobar, J & Lawson, W. (2002). Overcoming barriers to reducing the burden of affective disorders. *Biological psychiatry*, 52(6), 655-675.
- Wheeler LA, Collins SK. (2003). The influence of concept mapping on critical thinking in baccalaureate nursing students. *J PROF NURS*; 19(6):339-46.
- White-Chu EF, Reddy M. (2011). Dry skin in the elderly: complexities of a common problem. *Clin Dermatol*; 29(1):37-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.07.05> PMID: 21146730.
- WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).
- WHO World Health Survey. In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 23 June 2015).
- WHO, W. H. O. (2007). Ageing and life course: family and community health. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva, Switzerland: WHO, 3-4.
- Williams, A., and Nussbaum, J. F. (2013). *Intergenerational communication across the life span*, Routledge.
- Wolf, R. S. (1988). Elder abuse: Ten years later. *Journal of the American geriatrics Society*.
- Wolf, R. S. (2000). Introduction: The nature and scope of elder abuse. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 24(2), 6-12.
- Wong SY, Wong CK, Chan FW, Chan PK, Ngai K, Mercer S, et al. (2013). Chronic psychosocial stress: does it modulate immunity to the influenza vaccine in Hong Kong Chinese elderly caregivers? *Age (Dordr)*; 35(4):1479-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9449-z> PMID: 22772580.
- World Health Organizatio (2014). Fact about ageing, at: <https://www.who.int/ageing/about/facts/en/> (30 September 2014).
- World Health Organizatio (2018), Aging and health, at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (5 February 2018).
- World Health Organization (2012), *Knowledge translation on ageing and health: A framework for policy development*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, 2016 قابل دسترس https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

- World Health Organization, 2017. قابل دسترس. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization. (2014). Definition of an older or elderly person.
- World Health Organization. (2019). National Action Plan for Health Security (NAPHS).
- World Health Organization; 2014. Elder abuse. Geneva: (Fact Sheet No. 357; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>, accessed 5 June 2015).
- World Population Prospects, 2019.
- Wu F, Guo Y, Kowal P, Jiang Y, Yu M, Li X, et al. (2013), Prevalence of major chronic conditions among older Chinese adults: The Study on Global AGEing and adult health (SAGE) wave 1, PLOS One, 8(9):e74176.
- Xie H, Cheng C, Tao Y, Zhang J, Robert D, Jia J, et al. (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. Health Qual Life Outcomes; 14(1):99.
- Yamasoba T, Lin FR, Someya S, Kashio A, Sakamoto T, Kondo K. (2013). Current concepts in age-related hearing loss: epidemiology and mechanistic pathways. Hear Res; 303:30–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.heares.2013.01.021> PMID: 23422312.
- Yan, E., Chan, K.-L., & Tiwari, A. (2015). A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse in Asia. Trauma, Violence, & Abuse, 16(2), 199-219.
- Yan, W. (2018). Intelligent perception and design of transportation tools for elderly people in the context of smart city. Journal of Advanced Oxidation Technologies, 21(2). doi: 10.26802/jaots.2018.07238.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health, 5(2), e147-e156.
- Young Y, Frick KD, Phelan EA. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. J Am Med Dir Assoc; 10(2):87–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003> PMID: 19187875.
- Yu PL, Shi J, Liu XR, Xia CW, Liu DF, Wu ZL, et al. (2009). [Study on the prevalence of urinary incontinence and its related factors among elderly in rural areas, Jixian county, Tianjin]. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi; 30(8):766–71. PMID: 20193194.
- Yuan HB, Williams BA, Liu M. (2011). Attitudes toward urinary incontinence among community nurses and community-dwelling older people. J Wound Ostomy Continence

Nurs; 38(2):184–9. PMID: 21326113.

- Yunus, R. M., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Consequences of elder abuse and neglect: a systematic review of observational studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 197-213.
- Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M.M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., Schmidt, A., Vanhuyse, P. and Zolyomi, E. (2013), 'Active Ageing Index 2012: Concept, Methodology and Final Results'. EC/UNECE, Active Ageing Index Project, UNECE Grant ECE/GC/2012/003, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.
- Zandieh, M. (2012). Tailoring of Cityscape for the Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 7(2), 7-18.
- Zanjiran et al. (2015). Effectiveness of group therapy on quality of life and general health of women living in nursing homes; 21(127):39-51.
- Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. (2011). Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*; 89(11):788–97. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730> PMID: 22084524.
- Zhong, B., Chiu, H. & Conwell, Y. (2016). Elderly suicide trends in the context of transforming China, 1987–2014. *Sci Rep* 6, 37724 (2016). <https://doi.org/10.1038/srep37724>.

پدیده سالمندی جمعیت واقعی انکارناپذیر است که می‌توان با برنامه‌ریزی برای داشتن سالمندان توانمند، فعال و سالم در فاز جمعیتی آینده، این پدیده را برای سالمندان و جامعه به فرصتی مناسب تبدیل کرد و مانع بروز بیشتر مشکلات اجتماعی و اقتصادی شد که ممکن است با سالمندی جمعیت پدید آید. در این کتاب سعی بر آن است با ارائه تصویری دقیق از وضعیت سالمندی و سالمندان در ایران مقدمات برنامه‌ریزی به‌منظور مواجهه با تغییرات جمعیتی در آینده فراهم شود. اگرچه رویکرد نویسنده تلفیقی از «توصیف‌گرایی» و «تحلیل» است، توصیف وضعیت سالمندان در اولویت قرار دارد؛ بنابراین با حداقل مداخله، قضاوت به خوانندگان واگذار شده است.

قیمت: ۱۲۰,۰۰۰ تومان