

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# سند ملی سالمندان



ریاست جمهوری  
سازمان برنامه و بودجه

مهرماه ۱۳۹۶

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَ بِالْوَالِدَيْنِ  
إِحْسَانًا أَمَا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا  
فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا  
كَرِيمًا وَ اخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَ ...

و خدای تو حکم فرموده که جز او هیچکس  
را نپرستید و در حق پدر و مادر، نیکی کنید و  
چنانکه هر دو یا یکی از آنها پیر و سالخورده  
شوند و موجب رنج و زحمت شما باشند مواظب  
باشید کلمه‌ای مگویید که رنجیده خاطر شوند و  
کمترین آزار به آنها مرسانید و با ایشان به اکرام  
و احترام سخن گوید و همیشه پر و بال تواضع  
و تکریم را با کمال مهربانی نزدشان بگسترانید  
و ..... (قرآن کریم، سوره مبارکه اسراء، آیه ۲۳-۲۴)



## فهرست

مقدمه.....	۹
چارچوب نظری و اصول هدایت کننده سند ملی.....	۱۴
مراحل و نحوه تدوین سند ملی سالمندان ایرانی.....	۱۶
چارچوب سند ملی سالمندان ایرانی.....	۱۷
اهداف، راهبردها و سیاست‌های اجرایی.....	۱۹
مفاهیم و نظریه‌ها.....	۲۷
قوانین، مقررات و اسناد بالادستی.....	۳۷
قوانین و مقررات مرتبط با سالمندان.....	۳۸
وضعیت کنونی سالمندان در ایران.....	۴۳
مسائل ویژه سالمندان در حوزه سلامت.....	۵۷





# سند ملی سالمندان

مقدمه

## الف- سالمندی از دیدگاه اسلام و احادیث

اهمیت و جایگاه والای والدین و احسان و تکریم ایشان در دوره سالمندی در آیات و روایات و احادیث به کرات آمده و نمودی است از اینکه توجه به والدین سالمند مظهر لطف الهی است؛ در قرآن کریم در خصوص رأفت، خیرخواهی و ادای حق سالمندان آمده:

﴿إِنَّمَا يَبْتَلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَوْ وَ لَا تَنْهَرْهُمَا وَ قُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا﴾<sup>۲۳</sup> وَ اخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذَّلَّةِ مِنَ الرَّحْمَةِ وَ قُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا<sup>۱</sup>﴾

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

مفهوم «بزرگسالی» و «سن بالا» در فرهنگ دینی ما معادل رعایت احترام می‌باشد. پیامبر اکرم(ص) فرموده اند: **من إجلال الله إجلالُ ذي الشَّيْبَةِ الْمُسْلِمِ**: «احترام به مسلمان سالخورده از مصادیق احترام به خدای متعال است.»

حضرت امام صادق(ع) نیز در دو حدیث در مورد لزوم احترام گذاشتن به سالمندان فرموده اند: **«لَيْسَ مِنَّا مَنْ لَمْ يُوقِّرْ كَبِيرَنَا وَ يَرْحَمْ صَغِيرَنَا**: کسی که به سالمندان ما احترام نکند و با خردسالانمان مهربان نباشد، از ما نیست» و **«عَظُّمُوا كِبَارَكُمْ وَصَلُّوا أَرْحَامَكُمْ**: سالمندان خود را احترام کنید و بزرگ بدارید و صله رحم به جای آورید.»

در فرهنگ اسلامی وجود سالمندان و احسان به آنان به مثابه عاملی جهت نزول برکات و خیرات در زندگی و باعث رخ دادن اثرات مثبت و سازنده در زندگی اطرافیان قلمداد شده است. با چنین تمهیدات روشن و اخلاقی که در این فرهنگ وجود دارد و تعالیم ارزشمندی که سرمشق همگان از سنین کودکی تا پایان عمر قرار می‌گیرد، نگاه به سالمندان با دیده تکریم و عطف و مورد رأفت قرار دادن ایشان ارزش محسوب

۱. سوره مبارکه اسراء، آیه ۲۴.

می‌شود. در چنین جامعه ای لازم است برای نسل جوان ساز و کاری اندیشید تا به جای روی آوردن به مضامین غرب، با تاسی به فرهنگ اصیل و غنی ایرانی و اسلامی ضمن حفظ جایگاه سالمندانمان و تکریم شان ایشان از هم نشینی ناگزیر این گروه سنی با تنهایی و غربت و معضلات جسمی روانی اجتماعی در این دوره از زندگی جلوگیری شود.

## ب- بیان مسئله

در تعریف دقیق سالمندی جمعیت باید به تمایز بین دو مفهوم سالمندی فردی و سالمندی جمعیت اشاره شود. در واقع سالمندی فردی فارغ از تغییرات باروری بر اثر افزایش امید به زندگی و احتمال بقا در سنین سالمندی اتفاق می‌افتد و در این وضعیت تعداد سالمندان افزایش پیدا کرده، در حالی که تعادل بین گروه‌های سنی در ساختار هرم سنی جمعیت بر هم نمی‌خورد. در مقابل، چنانچه ذکر شد، سالمندی جمعیت ابتدا بر اثر کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی در بدو تولد و دیگر گروه‌های سنی و از طرف دیگر با کاهش باروری، که باعث کاهش سهم جمعیت زیر ۱۵ سال خواهد شد، پدیدار شده و سبب برهم خوردن تعادل گروه‌های سنی در کل جمعیت می‌شود، به طوری که نسبت جمعیت سنین ۶۰ سال و به بالا نسبت به دیگر گروه‌های سنی افزایش چشمگیر می‌یابد. آخرین پیش‌بینی‌های جمعیتی حد متوسط سازمان ملل متحد (World Population Prospect 2012) نشان می‌دهد که تعداد و نسبت جمعیت ۶۰ سال به بالا در جهان از حدود ۹۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵، به حدود ۱ میلیارد و ۳۰۰ میلیون در سال ۲۰۳۰، که معادل ۱۶ درصد از کل جمعیت جهان است، و سپس به کمی بیش از ۲ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید، که معادل ۲۲ درصد از جمعیت جهان خواهد بود.

جمعیت سالمندان جهان در سال ۲۰۱۵ بالغ بر ۹۰۱ میلیون نفر بود که این رقم حدود ۴/۵ برابر جمعیت ۲۰۲ میلیون نفری سال ۱۹۵۰ است. در همین سال از هر ۸ نفر یک نفر سن ۶۰ سال و به بالا داشته است. با این روند پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ از هر ۶ نفر یک نفر در دنیا سالمند باشد و جمعیت سالمندی در اروپا و امریکای شمالی ۲۵٪، اقیانوسیه ۲۰٪، آسیا و امریکای لاتین ۱۷٪، آفریقا ۶٪، افزایش رشد داشته باشند. (۱) همانند روند بسیاری از کشورهای دنیا جمعیت سالمندان ایران، حتی با

سرعتی بیش از سرعت رشد جهانی، در حال افزایش است. افزایش شمار سالمندان در دو دهه گذشته و رشد فزاینده این جمعیت ریشه در افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر و نرخ باروری دارد. در ایران نیز با توجه به کاهش چشمگیر نرخ تولد برای هر زن، با قابلیت باروری، از رقم ۶/۷٪ در سال ۱۹۸۰ به رقم ۱/۸٪ در سال ۲۰۰۹ و ۱/۲۴٪ در سرشماری سال ۲۰۱۶ (۱۳۹۵) و افزایش امید به زندگی در همین بازه زمانی به ۷۴ سال (۲،۳،۴)؛ و همچنین رقم حدود ۹/۵٪ درصدی جمعیت بالای ۶۰ سال و ۶/۱٪ درصدی ۶۵ سال و به بالا در کشور در حال حاضر، با ادامه این روند، جمعیت بالای ۶۰ سال کشور در سال ۲۰۲۵ به رقم ۱۱٪ و در سال ۲۰۵۰ به رقم ۲۸٪ خواهد رسید. مقایسه هرم سنی جمعیت کشور در دو دهه اخیر نشان می‌دهد که ساختار هرم سنی در حال معکوس شدن است و تغییرات قابل ملاحظه‌ای در جمعیت سالمندی از سال ۸۵ (۲۰۰۶) تا ۷/۲۲ تا سال ۹۵ (۲۰۱۶) حدود ۹/۲۸٪ رخ داده است، سال ۶۵ از نرخ رشد ۳/۹ به نرخ رشد ۱/۴ رسیدیم و از نرخ باروری ۶/۵ به نرخ باروری زیر ۲ رسیدیم. نرخ رشد جمعیت سالمندی چهار برابر نرخ رشد جمعیت کشور است و در دو دهه آینده، حدود ۱۶ برابر نرخ جمعیت کشور خواهد بود.

بر اساس سرشماری ۱۳۹۰، کمی بیش از ۶ میلیون نفر از کل جمعیت ایران در سن ۶۰ سالگی و بالاتر قرار دارند که ۸/۱ درصد از جمعیت کل را تشکیل می‌دهند، این در حالی است که در سرشماری سال ۱۳۹۵ بیش از نیمی از این جمعیت را زنان سالمند تشکیل می‌دهند که با توجه به کاهش نسبت جنسی سالمندان و افزایش شمار سالمندان زن، پیش‌بینی می‌شود که کشور با پدیده زنان سالمندی روبه‌رو خواهد شد. با توجه به نرخ رشد جمعیت سالمندان کشور (۳/۴ درصد سالانه) پیش‌بینی می‌شود که جمعیت ۶۰ سال و بالاتر به حدود ۲۸ میلیون نفر تا سال ۱۴۳۰ افزایش یابد که نزدیک به حدود ۳۰ درصد از کل جمعیت خواهد بود. پیش‌بینی می‌شود تعداد سالمندان ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۱۴/۴ درصد، در سال ۲۰۵۰ به ۳۱/۲ درصد نیز برسد در این سال متوسط جمعیت سالمندان جهان، ۲۱/۵ درصد و آسیا ۲۴ درصد خواهد بود به طوری که پیش‌بینی می‌شود تعداد سالمندان ایران از میانگین جهان و آسیا بیشتر خواهد شد و این یعنی از هر سه نفر، در کشور، یک نفر سالمند خواهد بود. (۴)

در ایران نیز به مدد افزایش شاخص‌های بهداشتی و درمانی، اقتصادی و

اجتماعی هم اینک شاخص امید به زندگی به ۷۴ سال رسیده و پیش‌بینی می‌شود جمعیت بالای ۶۰ سال ایران در سال ۲۰۲۱ به بیش از ۱۰٪ جمعیت کل کشور و در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۰٪ این جمعیت بالغ شود. نگاهی به روند افزایش جمعیت سالمندی در ایران در سالیان اخیر نشانگر این مطلب است که در سال ۱۳۳۵ که جمعیت بالای ۶۰ سال تنها ۳/۲٪ جمعیت کشور را تشکیل می‌داد در آخرین سرشماری سال ۱۳۸۵ حدود ۷٪ جمعیت ۷۰ میلیون نفری را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (حدود ۵ میلیون نفر) که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ میلادی به حدود ۱۰ میلیون نفر برسد. برآوردهای سازمان ملل حاکی از آن است که تا سال ۲۰۵۰ میلادی جمعیت سالمندان کشور ایران به بیش از ۲۶ میلیون افزایش می‌یابد. شدت سالمندی جمعیت کشور ایران از سال ۱۴۱۵ به بعد خودنمایی خواهد کرد. در این مورد افزایش نسبت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر از حدود ۷ درصد در حال حاضر، به ۱۴٪ در سال ۱۴۱۵ و ۲۲٪ در سال ۱۴۲۵ خواهد رسید.

جمعیت ایران در سرشماری ۱۳۹۰، ۷۵ میلیون نفر بود و در سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۹۵، ۸۰ میلیون نفر است که نسبت مرد به زن ۵۱ به ۴۹ درصد است. پیش‌بینی می‌شود تعداد سالمندان ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۱۴/۴ درصد و در سال ۲۰۵۰ به ۳۱/۲ درصد برسد. در این سال جمعیت سالمند جهان، ۲۱/۵ درصد و آسیا ۲۴ درصد خواهد بود که تعداد سالمندان ایران از میانگین جهان و آسیا بیشتر خواهد بود طوری که از هر سه نفر، یک نفر سالمند خواهد بود.

سالخوردگی جمعیت یکی از پیامدهای بلندمدت کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ باروری است. سالخوردگی جمعیت یک موفقیت جامعه بشری و پیامد توسعه فراگیر است که در صورت مدیریت صحیح و آگاهی و شناخت لازم از وضعیت موجود، ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل و نیازهای سالمندان از یکسو یک فرصت گسترده‌ای را در اختیار همه جامعه قرار می‌دهد که با طول عمر بیشتر، بتوانند به‌طور فعال در جامعه مشارکت کنند؛ اما در صورت عدم برنامه‌ریزی و مدیریت و عدم شناخت علمی و کافی از روندهای سالخوردگی جمعیت و پیامدهای آن و فقدان برنامه‌ها و مداخلات ملی صحیح می‌تواند به یک تهدید جدی برای اقتصاد، سیستم بهداشتی درمانی و ارائه مراقبت و تهدید رشد اقتصادی و توسعه پایدار منتهی شود. محققین سیاست‌های مراقبت-سلامت بر سر این موضوع که ایجاد تغییرات

دموگرافیک به تنهایی مسئول افزایش هزینه‌ها نیستند، اتفاق نظر دارند؛ زیرا افزایش سن و سالمندی عامل اصلی افزایش هزینه‌های درمان نبوده، بلکه نبود اقدامات، برنامه‌ریزی و تغییرات لازم در زمینه بررسی مناسب افراد جامعه، از جمله نقاط ضعف سیستم مراقبت-سلامت است؛ بنابراین برنامه‌ریزی و پاسخ مناسب به سالمندی جمعیت نیاز به دیدگاه مناسب به سالمندی، توجه به سالمندی از سنین قبل از سالمندی و کل دوران زندگی life-course approach، مدیریت و رهبری قوی، سیاست‌های مادام‌العمر و توجه به مسائلی مانند سلامت، مستمری، مراقبت طولانی مدت، مسائل مالی و ..... دارد.

### چارچوب نظری و اصول هدایت کننده سند ملی

جمعیت سالمندان ایران به سرعت در حال افزایش است که می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر وضعیت کشور از نقطه نظر اقتصادی و اجتماعی داشته باشد. سالمندی جمعیت در صورت عدم برنامه‌ریزی و مدیریت مناسب می‌تواند مشکلات بسیاری را ایجاد کند در حالی که این واقعیت در صورت برنامه‌ریزی فعال و مناسب، می‌تواند فرصتی برای جامعه و سالمندان در راستای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت سالمندان، هماهنگی و ارتباط بین نسلی و پیامدهای مثبت متعدد دیگر باشد. در گذشته دوران سالمندی به عنوان آخرین مرحله زندگی و دوران بیماری‌ها، ناتوانی و گوشه‌نشینی در نظر گرفته می‌شد و در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها معمولاً به نیازها و خواست‌های آنان کمتر توجه می‌شد؛ اما در نگاه نوین به جای توجه به سال‌های گذشته عمر، به سال‌های باقیمانده عمر توجه می‌شود و بنابراین در دوران سالمندی فرد باید مانند بقیه عمر از زندگی خود لذت ببرد. در برنامه سالمندی فعال تدوین شده در سند ملی تأکید بر سالمندی سالم، مشارکت و امنیت سالمندان می‌باشد. بر اساس تأکید سازمان ملل همه افراد جامعه، جوان‌ترها و سالمندان، در افزایش و بهبود ارتباط بین نسل‌ها، مبارزه علیه تبعض سنی و پیری ستیزی و در ساختن آینده‌ای با ثبات و امن، فرصت برابر برای همه و با منزلت نقش دارند (Nations, 2008)؛ بنابراین برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم لازم است همه سازمان‌ها، گروه‌ها، اعم از دولتی و خصوصی در سطح ملی و منطقه‌ای و اقشار جامعه مشارکت

کنند. با سالمند شدن جمعیت تغییرات متعدد و جدیدی در جامعه ایجاد می‌شود که باید به طور جدی به آن‌ها بپردازیم:

۱. به طور روزافزون تعداد بیشتری از افراد با سنین بالا مشغول به فعالیت می‌باشند که در آینده نزدیک لازم است جهت ادامه رشد اقتصادی، نیروهای جایگزین جوان‌تر به جای آنان مشغول به کار شوند.
۲. نیاز به تأمین درآمد بازنشستگی کافی برای تعداد بیشتری از جمعیت بازنشستگان
۳. نیاز به دیدگاه مناسب فرد و جامعه به سالمندی
۴. نیاز به زیرساخت‌ها و جامعه دوستدار سالمند (مانند مسکن، حمل و نقل، ارتباطات) برای اینکه تعداد بیشتری از سالمندان در ارتباط با جامعه باشند و به جای رفتن به خانه سالمندان تعداد بیشتری از آن‌ها در جامعه و در خانه خود و در ارتباط با خانواده و جامعه زندگی کنند.
۵. نیاز به اهمیت دادن به استقلال و سلامت سالمندان
۶. نیاز به افزایش روزافزون خدمات قابل دسترس، مناسب و با کیفیت

هدف اصلی سند ملی سالمندان ایرانی ایجاد جامعه‌ای بدون تبعیض سنی و رسیدن به بهترین پیامد و نتیجه برای همه سنین است. در واقع هدف سند ملی سالمندان ایرانی یک چهارچوب برای پاسخ مناسب به چالش‌ها و فرصت‌های «سالمندی فردی» و «سالمندی جمعیت» در ایران است. در واقع بر مبنای این سند دولت جمهوری اسلامی با فراهم کردن یک چهارچوب عملیاتی، هدایت و هماهنگی و همچنین حمایت همه سازمان‌ها و گروه‌ها و افراد جامعه را برای پرداختن به این موضوع پیچیده و مهم به عهده خواهد داشت. در این راستا مهم است ما به اصولی که مبنای دیدگاه ما به سالمندی بوده و فعالیت‌هایی که در این زمینه انجام می‌دهیم، توجه داشته باشیم. در واقع در این سند علاوه بر توجه به استراتژی‌ها برای سالمندان، به فرصت‌هایی برای برطرف کردن موانع مشارکت سالمندان در اجتماع و دسترسی به همه خدمات در سراسر عمر توجه شده است. اصول سند ملی سالمندان ایرانی عبارتند از:



تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، شهرداری تهران و سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط با امور سالمندی مشارکت داشتند.

در ابتدا با توجه به اسناد بالادستی، شرایط وضع موجود و شرایط مطلوب مورد نظر، «اهداف» احصاء شدند و در هر مورد تصمیم‌گیری بر مبنای اجماع جمع و به صورت اقناعی برای موضوع مورد نظر انجام گرفت. در خصوص «راهبردها» و «سیاست‌های اجرایی» نیز به همین ترتیب عمل شد و در نهایت مقرر شد مشارکت‌کنندگان در تدوین سند ضمن مطالعه نسخه اولیه سند، نظرات خود را در خصوص ادغام، حذف و یا تغییر عبارت هر یک از اهداف، راهبردها و سیاست‌های اجرایی اعلام کنند. روش نهایی‌سازی برای اهداف، راهبردها و سیاست‌های اجرایی بر اساس روش دلفی می‌باشد.

### چهارچوب سند ملی سالمندان ایرانی

در تهیه و اجرای سند ملی سالمندان ایرانی سازمان‌ها و افراد زیادی مشارکت داشته و خواهند داشت. چهارچوب استراتژیک تهیه شده در این سند مبنای سیاست‌گذاری‌های آینده، برنامه‌ها و فعالیت‌های مرتبط با سالمندان در ایران خواهد بود. براساس نظر جمیع شرکت‌کنندگان، سند راهبردی سالمندان مشتمل بر سه بخش می‌باشد:

- ۱- مقدمه
- ۲- سند راهبردی سالمندان (اهداف، راهبردها و سیاست‌های اجرایی)
- ۳- پیوست شماره ۱ (مفاهیم و نظریه‌ها)
- ۴- پیوست شماره ۲ (قوانین، مقررات و اسناد بالادستی)
- ۵- پیوست شماره ۳ (وضعیت کنونی سالمندان در ایران)

۱. «سالمندی فردی» و «سالمندی جمعیت» در ایران نیاز به توجه دولت، جامعه و همه افراد دارد.
۲. همه ایرانیان، علی‌رغم سن، باید دسترسی برابر به خدمات مراقبتی و فرصت‌های مناسب استخدام، آموزش، یادگیری، مسکن، حمل و نقل، فرهنگی و تفریحات، با توجه به نیازهای آنان، جهت حفظ و ارتقای کیفیت زندگی، در سراسر عمر داشته باشند.
۳. همه ایرانیان در سراسر عمر خود در جامعه و اقتصاد مشارکت فعال داشته باشند.
۴. هم‌بخش دولتی و هم‌بخش خصوصی مبنای برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و فعالیت‌های خود را نظرات، نیازها و خواسته‌های افراد سالمند، در راستای فرهنگ ایرانی-اسلامی، قرار دهند.
۵. برنامه‌های دولتی کمک‌کننده و حمایت‌کننده افراد، خانواده‌ها و اجتماع باشد.
۶. برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در امور سالمندان مبتنی بر مطالعات، مستندات و شواهد علمی باشد.
۷. حفظ و ارتقای کیفیت زندگی، سلامت و استقلال سالمندان و مشارکت فعال آنان در جامعه در برنامه‌ریزی‌ها لحاظ شود.

### مراحل و نحوه تدوین سند ملی سالمندان ایرانی

به منظور تدوین به‌روز و کارآمد «سند ملی سالمندان ایرانی»، مشورت‌های زیادی با گروه‌های تخصصی و همچنین بررسی اجمالی در مورد وضع موجود جمعیت کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی کشور انجام شد. هر چند این بررسی در برگیرنده کلیه ابعاد موضوعات مرتبط با سالمندان نبود. بر اساس بررسی‌های انجام شده از کلیه ذی‌نفعان درگیر در موضوع سالمندان برای مشارکت در امر تدوین سند سالمندان دعوت شد که در این خصوص سازمان بهزیستی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و سازمان برنامه و بودجه مشارکت فعال داشتند. شایان ذکر است در جلسات هماهنگی و اخذ نظرات سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی، سازمان تأمین اجتماعی، صندوق بازنشستگی کشوری، سازمان



## سند ملی سالمندان

اهداف، راهبردها و سیاست‌های اجرایی



هدف: ارتقای سطح فرهنگی جامعه در خصوص پدیده سالمندی

سیاست‌های اجرایی	راهبردها
ایجاد هماهنگی در معرفی برنامه‌ها و موضوعات سالمندی با تشکیل کمیته اطلاع‌رسانی موضوعات سالمندی	استفاده از ظرفیت‌های رسانه‌ها در راستای احیا و ارتقای منزلت سالمندان (با تأکید بر محورهای شکاف نسلی، پیری ستیزی، تبعیض سنی، سالمند آزاری و محروم‌سازی)
استفاده برنامه‌های صدا و سیما برای معرفی موضوعات سالمندی	
جریان سازی و پایدارسازی موضوعات سالمندی در مباحث اجتماعی رسانه‌های جمعی	
استفاده از انجمن‌های علمی و گروه‌های تخصصی در راستای معرفی اهمیت موضوع سالمندی در رسانه‌های جمعی	
حمایت از برقراری و حفظ ارتباط سالمند با جامعه و جلوگیری از مجزا شدن سالمندان	استفاده از ظرفیت‌های دستگاه‌های اجرایی برای ارائه موضوعات سالمندی
پژوهش در حیطه مرتبط	
استفاده از ظرفیت‌های دینی، فرهنگی و هنری در خصوص سالمندی	
لحاظ نمودن موضوعات سالمندی در محتوای آموزشی	
استفاده از ظرفیت‌های صندوق‌های بازنشستگی	بهره‌مندی از توان دستگاه‌های اجرایی و ظرفیت‌های بخش خصوصی، تعاونی و سازمان‌های مردم‌نهاد در راستای احیا و ارتقای منزلت سالمندان (با تأکید بر محورهای شکاف نسلی، پیری ستیزی، تبعیض سنی، سالمند آزاری و محروم‌سازی)
استفاده از ظرفیت‌های مراجع دانشگاهی و حوزوی	
بهره‌مندی از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد، خیرین و ...	
پژوهش در حیطه مرتبط	

هدف: توانمندسازی سالمندان



سیاست‌های اجرایی	راهبردها
ترویج تکنولوژی‌های جدید آموزشی به منظور کسب دانش و مهارت‌های مورد نیاز	آموزش و مهارت آموزی فرد و مراقبین سالمندان
توسعه فرصت‌های آموزشی برای سالمندان	
ترجمان و انتقال دانش در حوزه سالمندی	
پژوهش در حیطه مرتبط	
مشارکت سالمندان در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها و تصمیم‌گیری‌های مربوط به سالمندان در امور خودشان	توسعه مشارکت اجتماعی سالمندان
ترویج و حمایت از سیاست‌های محیط دوستدار سالمند	
حمایت از تشکل‌های سالمندان	
آمایش فضای کسب و کار و فعالیت‌های داوطلبانه	
تعیین و حمایت از ظرفیت‌های بالقوه سالمندان برای اشتغال	
بسترسازی برای ایجاد فضاهای کسب و کار مبتنی بر مهارت بدون توجه به سن	
ایجاد هماهنگی و تعادل بین نسلی در محیط‌های کار	
دسترسی به تسهیلات مالی	
حمایت از فضای ارائه خدمات و محصولات تولیدی سالمندان	
پژوهش در حیطه مرتبط	



سیاست‌های اجرایی	راهبردها
تأکید بر خود مراقبتی	توسعه کمی و کیفی اقدامات پیشگیرانه برای سالمندان
ادغام خدمات پیشگیرانه در نظام شبکه	
افزایش دسترسی سالمندان به اقدامات پیشگیرانه سلامت	
غربالگری بیماری‌ها و مشکلات شایع سالمندی	
ترویج سبک زندگی سالم در تمامی گروه‌های سنی	
جلب مشارکت بخش غیردولتی و خیرین در اقدامات پیشگیرانه	
پژوهش در حیطه مرتبط	توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی سالمندان
توسعه کمی و کیفی مراکز ارایه خدمات درمانی	
جلب مشارکت بخش غیردولتی و خیرین در ارایه خدمات درمانی	
استفاده از فناوری‌های نوین برای بهبود ارایه خدمات	
بهبود دسترسی به دارو و تجهیزات برای سالمندان	
مراقبت طولانی مدت مبتنی بر جامعه	
پژوهش در حیطه مرتبط	توسعه کمی و کیفی خدمات توانبخشی سالمندان
جلب مشارکت بخش غیردولتی و خیرین در ارایه خدمات توانبخشی	
مراقبت طولانی مدت مبتنی بر جامعه	
توسعه کمی و کیفی مراکز ارایه خدمات توانبخشی	
بهبود دسترسی به تجهیزات پزشکی و کمکی نوین در مراقبت از سالمندان	
پژوهش در حیطه مرتبط	



سیاست‌های اجرایی	راهبردها
اولویت‌بندی گروه‌های مختلف جمعیت سالمند	تأمین معیشت و خدمات مالی به سالمندان
برقراری یارانه برای سالمندان نیازمند	
تأمین حداقل حقوق و دستمزد برای سالمندان	
برقراری تخفیفات در برخورداری از خدمات عمومی	
حمایت از خدمات مشاوره‌ای مالی سالمندان	
پژوهش در حیطه مرتبط	
ایجاد و حمایت از مدل‌های کارآمد نگهداری متناسب با نیاز سالمندان	توسعه و تقویت خدمات نگهداری از سالمندان
ترویج و حمایت از مدل‌های نگهداری در منزل از سالمندان مبتنی بر خانواده و مراقبین غیررسمی	
آموزش مراقبین رسمی و غیررسمی سالمندان	
حمایت بیمه‌ای از انواع مدل‌های مراقبت سالمندان	
پژوهش در حیطه مرتبط	
تبیین و ترویج سیاست‌ها و اقدامات پیشگیرانه و مقابله‌ای در خصوص سالمند آزاری، پیری ستیزی، شکاف نسلی، محروم‌سازی و تبعیض سنی در سطح فرد، خانواده و جامعه	
جلب مشارکت سازمان‌های مردم نهاد و خیرین در امور سالمندی	توسعه سرمایه اجتماعی در حیطه سالمندی
نهادینه‌سازی همکاری بین بخشی در قالب کمیته‌های استانی و شهرستانی	
تصمیم‌سازی مبتنی بر شواهد در قالب ساختار محیطی (از پایین به بالا)	
حمایت از ازدواج مناسب سالمندان	
پژوهش در حیطه مرتبط	



هدف: توسعه زیرساختهای مورد نیاز در امور سالمندی

سیاست‌های اجرایی	راهبردها
تربیت نیروی انسانی متخصص مبتنی بر نیاز سالمندان	تأمین سرمایه انسانی مورد نیاز
حمایت از پژوهش‌های کاربردی در زمینه موضوعات سالمندی	
تبیین ساز و کارهای به کارگیری فناوری برای سالمندان (مراقبت، خدمات، آموزش و...)	توسعه فناوری در خدمات‌رسانی به سالمندان
حمایت از پژوهش‌های توسعه‌ای و ارزیابی فناوری در رابطه با سالمندان	
تبیین ساز و کار تشکیل بانک‌های اطلاعاتی سالمندان مبتنی بر نیاز	مدیریت اطلاعات و آمار سالمندان
تبیین مدل‌های تحلیل داده‌ها	
تجمیع اطلاعات و آمار سالمندی	
سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد	
پژوهش در حیطه مرتبط	نهادسازی در حوزه سالمندی
بازنگری قوانین و مقررات	
بازنگری ساختارها	
بازنگری فرآیندها	
پژوهش در حیطه مرتبط	



هدف: امنیت مالی نظام حمایت از سالمندان

سیاست‌های اجرایی	راهبردها
اختصاص درصدی از مالیات بر ارزش افزوده به نظام سالمندی	تأمین منابع مالی پایدار برای سالمندی
استفاده از منابع هدفمندی پارانه‌ها برای نظام سالمندی	
استفاده از ظرفیت‌های سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین	
مدیریت بهینه منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی	
استفاده از انواع نظام بیمه‌ای	
تخصیص عادلانه و بهینه منابع مالی	کاهش پرداخت از جیب مردم (OOP) در برخورداری سالمندان از خدمات درمانی و توان‌بخشی و کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن
پژوهش در حیطه مرتبط	
توسعه کمی خدمات بیمه پایه و تکمیلی سالمندان	
توسعه کیفی خدمات بیمه پایه و تکمیلی سالمندان	
افزایش کمی و کیفی خدمات تحت پوشش بیمه پایه و تکمیلی برای سالمندان	
پژوهش در حیطه مرتبط	



## پیوست شماره ۱

مفاهیم و نظریه ها

## سالمند

در این سند هر فرد بالای ۶۰ سال در ایران، سالمند تلقی می‌شود.

### تقسیم‌بندی افراد سالمند از نظر سازمان بهداشت جهانی:

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

### شاخص سالمندی

شمار افراد بالای ۶۰ سال به نسبت هر یکصد نفر جمعیت زیر ۱۵ سال.

### نسبت وابستگی کلی

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

### نسبت وابستگی جوانان

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

### نسبت وابستگی سالمندان

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

### سالمندی فعال

سالمندی فعال نتیجه فرایند بهسازی فرصت‌های لازم برای ایجاد سلامتی، مشارکت و تأمین همه جانبه سالمندان در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان، چه به صورت فردی و چه برای گروه‌های جمعیتی می‌باشد. سالمندی فعال به افراد امکان

۱- مقصودنیا، شهربانو؛ مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران؛ ۱۳۸۵.

می‌دهد که پتانسیل‌های فیزیکی، اجتماعی و روانی خود را برای احساس به باشی، شناسایی و در جامعه مشارکت نمایند، در عین کار حفاظت، تأمین و مراقبت، تدارک نمایند. مفهوم واژه «فعال» تنها به منزله فعالیت فیزیکی و توانایی ملحق شدن به نیروی کار نیست، بلکه به منزله‌ی مشارکت مداوم در تعاملات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی معنوی و مردمی است.

## سالمندی موفق

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

### اهداف سالمندی موفق

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



## سلامت

بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت به احساس خوب بودن و به باشی در زمینه‌های فیزیکی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد و نه تنها فقدان بیماری و صدمه.

## سالمندی همراه با سلامت

مفهوم سالمندی همراه با سلامت به معنی ایجاد و حفظ شرایط به باشی و عملکرد کامل برای سالمندان می‌باشد. این مهم در شرایطی حاصل می‌شود که در جوامع امنیت برقرار بوده، فعالیت‌هایی مناسب برای ارتقای سلامت و به باشی و به‌کارگیری خدمات سلامت محور و برنامه‌های اجتماع محور جهت پیشگیری و رفع بیماری‌ها، جاری شده باشد.

## تأمین سالمند

پاسخگویی به نیازهای مالی و امنیت اقتصادی و رفاهی سالمند.

## سالمندی کارآمد<sup>۱</sup>

یعنی سالمندی که نشانه‌های مرتبط با رفتار و سطحی از رشد و تحول دارد که مرتبط با گروه سنی خاصی می‌باشد که لزوماً ممکن است با سن تقویمی وی همسان نباشد؛ در واقع این مفهوم ترکیبی از سن تقویمی، سن فیزیولوژیک (زیستی)، روانی و عاطفی فرد می‌باشد. نتیجه‌ی **سالمندی کارآمد امکان** ادغام نمودن سالمندان در فعالیت‌های محوری اجتماعی - اقتصادی می‌باشد. عدم توجه به این مهم به معنی غفلت نسبت به حقوق حقه سالمندان و هدر رفتن ذخیره مهارت‌ها، تجربیات و ذکاوت جمعی موجود در سالمندان می‌باشد.

1. Functional Elderly

## احساس به باشی و خوب بودن<sup>۱</sup>

احساس رضایت از زندگی و آرامش خاطر این مفهوم در ارتباط با سالمندی موفق بیان می‌شود که اغلب با مفهوم سلامت، مورد هم پوشانی قرار می‌گیرد. رضایت‌مندی و خوب بودن بیانگر تعادلی میان محیط، جنبه‌های عاطفی، معنوی، اجتماعی، جسمی و فرهنگی زندگی یک فرد می‌باشد.

## منزلت و تکریم<sup>۲</sup>

منزلت یک مفهوم چند لایه می‌باشد. منزلت در هویت (احترام/اعتماد به نفس)؛ در حقوق فردی (عدالت/حق انتخاب)؛ خودمحوری و خودکار بودن (داشتن استقلال و کنترل) نمود می‌یابد. تحقیرشدن، کنار گذاشته شدن از جایگاه‌های تصمیم‌گیری، برخورد با فرد مثل یک شیء، از مصداق‌های از بین رفتن منزلت سالمندی است.

## سالمندی مثبت<sup>۳</sup>

مفهوم سالمندی مثبت واژه‌ای است که فرایند حفظ یک نگرش مثبت، به باشی و احساس خوب بودن فرد نسبت به خود، تناسب فیزیکی، سلامت جسمی و مشارکت تمام و کمال در عرصه‌های زندگی در مسیر سالمند شدن را توصیف می‌نماید. سالمندی پاداش‌های نیکی به همراه دارد ولی در برخی مقاطع، تغییرات عمده‌ای نیز رخ می‌دهد نظیر اُفت کارکرد جسمی، ضعف ارتباطات اجتماعی، اشتغال و گوشه‌گیری، حفظ یک نگرش مثبت نسبت به سالمند شدن کمک به افزایش اعتماد به نفس و مواجه‌شدن با چرخه‌های مختلف زندگی با یک احساس خوشی می‌شود. برخی از مهم‌ترین راهکارهای سالمندی مثبت عبارتند از داشتن یک نگرش مثبت، حفظ ارتباطات بین فردی، مهارت و به کار گرفتن قوای فکری، مقابله با استرس، شغل تمام یا پاره وقت چه با حقوق و چه داوطلبانه، انجام فعالیت‌های بدنی، معاینات پزشکی دوره‌ای و تغذیه سالم.

1. Well Being  
2. Dignity  
3. Positive Ageing



## افت عملکرد

یک کاهش قابل ملاحظه در توانایی فرد در انجام فعالیت‌های روزانه و جاری زندگی.

## فعالیت‌های روزانه و جاری

فعالیت‌هایی که برای زندگی روزمره لازم می‌باشند، از جمله مراقبت شخصی، تحرک، و ارتباطات.

## ذی نفع

فرد، گروه یا سازمانی که با یک موضوع، وضعیت خاص، عملکرد ویژه یا پروژه‌ای مورد بحث مرتبط بوده و بر آن تأثیرگذار، تأثیرپذیر و ... می‌باشد.

## افزایش امید به زندگی

زمانی که باروری در پایان مرحله دوم گذار جمعیتی شروع به کاهش می‌کند، امید به زندگی قبلاً رو به افزایش کل جمعیت را، سالخوردگی فردی می‌نامند. (Individual aging). امید به زندگی از کمتر از ۳۰ سال در ابتدای قرن بیستم تا حدود ۷۱ سال در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است. به بیان دیگر با افزایش امید به زندگی، سطح مرگ و میر کاهش چشمگیری داشته که مسلماً گویای افزایش سن زنده مانده برای همه جمعیت و گروه‌های سنی و نسل‌های مختلفی است که در طول قرن بیستم متولد شده‌اند.

## نظریه اریکسون در خصوص تحول روانی سالمندان

طبق نظریه اریکسون آخرین مرحله از مرحله تحول روانی - اجتماعی را مرحله شکفتگی و رشد یافتگی در مقابل نومیدی می‌داند. بررسی سالمندی توأم با موفقیت از جمله موضوعات مهم تحقیق متخصصان حوزه‌ی سالمند شناسی است. بسیاری از زنان و مردان سالمند از نظر اقتصادی غیر موارد مصرف کننده، از نظر اجتماعی تنها و منزوی و از نظر سلامتی مبتلا یا در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن و عوارض آن‌ها هستند.

## خدمات انسجام یافته ارزیابی جامع سلامت سالمندان (CGA)

یک ارزیابی چند بعدی به منظور تعیین سلامت فیزیکی، عملکردی، روانی، عاطفی و دارویی/درمانی، وضعیت اجتماعی، محیطی یک سالمند، در جهت برنامه‌ریزی اقدامات هماهنگ شده و منسجم برای درمان و پیگیری وضعیت سالمند.

## نظریه ژنتیکی سالمند شدن

بر طبق این نظریه طول عمر به میزان بالایی بستگی به ارث ژن‌های مرتبط دارد، طبق این نظریه پتانسیل طول عمر توسط ژن‌های به ارث رفته تعیین می‌گردد و رفتارهای مرتبط با سلامتی تا حدودی روی آن اثر می‌گذارد.

## سالمند آسیب‌پذیر

هرچند تمام سالمندان نیازمند توجه خاص هستند اما برخی از سالمندان آسیب‌پذیرتر بوده و نیاز به توجه ویژه دارند از جمله:

- ۱- سالمندان بسیار پیر؛
- ۲- زنان سالمند؛
- ۳- افرادی که تنها زندگی می‌کنند؛
- ۴- زنان سالمند بیوه و مجرد؛
- ۵- سالمندانی که درآمد ناکافی دارند؛
- ۶- سالمندانی که در خانه‌ی سالمندان زندگی می‌کنند؛
- ۷- سالمندانی که از بیماری مزمن رنج می‌برند؛
- ۸- سالمندان حاشیه شهر؛
- ۹- سالمندان روستایی.

## حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی به عنوان منابع فراهم شده به وسیله شبکه‌ای از افراد و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌شود. سودمندی روان‌شناختی حمایت اجتماعی ممکن

است ناشی از اثر آن بر روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه‌های مؤثر سازگاری، احساس عزت نفس و مهارت‌های فردی باشد. بررسی‌ها نشان داده است افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان فردی کمتری هستند در رویارویی با رخدادهای فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند و به‌طور مؤثری مقابله می‌نمایند و نشانه‌های کمتری از افسردگی و آشفتگی روانی را نشان می‌دهند. به‌طور کلی می‌توان حمایت اجتماعی را عامل تأثیرگذار بر سلامت افراد دانست.

### اجزای حمایت اجتماعی عبارتند از:

۱. **شبکه اجتماعی (Social Network):** با تعمیم هویت افراد یا گروه‌هایی که در دسترس فرد هستند (مانند همسر و فرزندان) مشخص می‌شود.
۲. **روابط متقابل اجتماعی (Social Interaction):** با تعیین فراوانی و روابط متقابل اجتماعی بین فرد و سایر اعضای شبکه مشخص می‌شود.
۳. **حمایت اجتماعی از طریق درک و اعتماد (Perceived Social Support):** با تعیین ارزیابی‌های ذهنی فرد در مورد قابل‌اعتماد بودن شبکه‌ی اجتماعی، سهولت روابط متقابل با اعضای شبکه، احساس تعلق داشتن به شبکه و احساس صمیمیت با اعضای شبکه تعریف می‌شود.
۴. **حمایت فیزیکی و ابزاری (Instrumental Support):** با تعیین وسایل و سرویس‌هایی که به وسیله اعضای شبکه اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود مشخص می‌گردد.

### شبکه‌های حمایت اجتماعی مرتبط با سالمندان

این شبکه را برحسب نوع عناصر (منابع) و یا کارگروه‌های آن به شیوه‌های مختلفی دسته‌بندی می‌کنند، اولین دسته‌بندی بزرگی که می‌توان در نظر گرفت تقسیم آن به دو گروه حمایت اجتماعی رسمی، غیررسمی می‌باشد، سیستم حمایت رسمی همان ساختارهای دولتی مرتبط با امور رفاهی و بهبود زندگی می‌باشند و سیستم‌های غیر رسمی، به واسطه‌ی ماهیت فردگرایانه و غیر اداری و این واقعیت که اعضای این شبکه از میان خویشاوندان، دوستان و همسایگان توسط سالمند انتخاب می‌شوند، متمایز می‌گردد.

### ترتیبیات زندگی

مبین زندگی سالمند از نظر وضعیت اقامت می‌باشد. با اینکه ترتیبیات زندگی معمولاً مترادف با مفهوم خانوار تلقی می‌شود، ولی باید دانست که فضای مفهومی این دو واژه یکسان نیست. در حالیکه در تعریف متداول خانوار هم اقامت و اشتراک در تهیه غذا به کار می‌رود، در تهیه‌ی ترتیبیات زندگی تنها بر واژه‌ای هم سکنا (Co-resident) تأکید می‌شود.

### بازنشستگی

بازنشستگی وضعیتی است که طی آن فرد به دلیل شرایط سنی و سابقه خدمتی خود و بر مبنای قانون بازنشستگی مورد تأیید مراجع صلاحیت دار، از فعالیت شغلی رسمی خود بر پایه حقوق و مزایای مشخص 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 مرگ و میر کاسته شده و هم بر طول عمر افراد افزوده شده و امید به زندگی را بهبود بخشیده در نتیجه شمار بازنشستگان و سالمندان در کشورهای مختلف جهان افزایش یافته است و سهم درخور توجهی در ترکیب جمعیتی کشوری مختلف پیدا کرده است.

### سوء رفتار با سالمندان

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

حرمت توسط اعضای خانواده تظاهر کند.

## کیفیت زندگی

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

## دسترسی (ACCESS)

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

## مراقب (CAREGIVER)

فردی که خدمات توسط با فعالیت‌ها و نیازهای مختلف را به افراد خانواده، دوستان یا همسایه‌ها، ارائه می‌دهد، یک مراقب می‌تواند حمایت عاطفی یا مالی فراهم نماید و یا مستقیماً در فعالیت‌های مختلف مساعدت نماید، حتی اینگونه خدمات می‌تواند از راه دور ارائه شود.

## پیوست شماره ۲

قوانین، مقررات و اسناد بالادستی



بررسی‌ها نشان می‌دهد که سالمندان تنها یک درصد از مجموع قوانین تصویب شده در کشور را دارا هستند که از این مقدار ۶۲ درصد قوانین و مقررات اقتصادی، ۲۲ درصد اجتماعی و ۱۶ درصد رفاهی و بهداشتی است. دقت در همین سهم ناچیز نشان می‌دهد که اغلب این مصوبات نیز به صورت پراکنده و یا در قالب آیین‌نامه‌های اجرایی دولت و سازمان‌ها می‌باشد، همچنین نگاهی به مصوبات اجتماعی مرتبط، نشان می‌دهد که در سهم مربوطه (۲۲ درصد) نیز اعتنای خاصی به مسائل و ضرورت‌های خاص و عمیق سالمندان نشده است. مجموع مطالعات و بررسی‌ها نشان می‌دهد که سالمندان و سالمندی تعریف روشنی چه در نظام قانون‌گذاری و چه در فرهنگ عمومی نیافته است. البته شایان ذکر است برخی حقوقدانان معتقدند در کشوری که هنوز هم قوانین نانوشته احترام خاصی برای سالمندان قائل است. آیا لازم است این موضوعات در قانون آورده شود؟

این زمینه‌ها که ما آن را به طور عمومی ابهام در تعریف و جایگاه سالمندی و سالمندان در برنامه‌ریزی فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی می‌خوانیم، نوعی نیاز برای تهیه و تدوین محورها و سرفصل‌های مهم سالمندی را به همراه آورد. این سرفصل‌ها عبارتند از: سالمندی و تغییرات جمعیتی، جایگاه و موقعیت فرهنگی-اجتماعی سالمندان، هویت سالمندی و انتقال فرهنگی، مشارکت اجتماعی، خانواده، اوقات فراغت و ورزش، مراقبت و حمایت عمومی، بهداشت و سلامت، وضعیت اقتصادی و معیشت سالمندان، بازنشستگی، فضاهای سالمندی، مصرف کالاهای فرهنگی و آموزش و توانبخشی قوانین حمایت از سالمندان در کشور، متأسفانه به طور کلی جامع و کامل نبوده و بسیاری از مسائل و مشکلات سالمندان کشور با توجه به بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی نادیده گرفته شده‌اند.

## قوانین و مقررات مرتبط با سالمندان

### قانون اساسی

در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی، اشاره مستقیمی به پدیده پیری و حقوق افراد سالمند شده است: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی،

بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای يك يك افراد کشور تأمین کند. «براین اساس کلیه سالمندان نیز به عنوان بخشی از افراد جامعه باید تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار گیرند. از خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیر بیمه برخوردار شوند.»

البته سایر اصول قانون اساسی به‌خصوص فصل سوم آن تحت عنوان حقوق ملت نیز مجموعه‌ای از تسهیلات را برای آحاد ملت پیش‌بینی کرده که طبیعتاً سالمندان نیز باید از آن‌ها برخوردار شوند.

### سیاست‌های کلان جمعیت

بند ۷ سیاست‌های کلان جمعیت ابلاغی از مقام معظم رهبری (در تاریخ ۹۳/۲/۳۰) در خصوص سالمندانی باشد: «فرهنگ‌سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی ساز و کار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب.»

### سیاست‌های کلی خانواده

اتخاذ روش‌های حمایتی و تشویقی مناسب برای تکریم سالمندان در خانواده و تقویت مراقبت‌های جسمی و روحی و عاطفی از آنان

### قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹)

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

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

### قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴-۱۳۸۸)

در سال‌های اجرای برنامه چهارم با توجه به تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، در واقع بخش عمده‌ی تکالیف مربوط به سالمندان باید در چارچوب قانون مذکور رفع و رجوع می‌شد. با وجود این، در بند «ط» ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه، تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست و پنج درصد جمعیت هدف تصریح شد. در واقع با تصویب این بند ادامه فعالیت دبیرخانه ملی سالمندان کشور (موضوع آیین‌نامه اجرایی جزء «ه» بند الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم) مجوز قانونی یافت.

### قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۸۹-۱۳۹۳)

ماده‌های «۳۲» و «۳۶» و «۳۹» قانون برنامه پنجم توسعه (ماده واحده لایحه قانونی راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور).

### قانون برنامه ششم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۹۸)

ماده‌های «۴۰-۴۵» قانون برنامه ششم توسعه (سرفصل امور اجتماعی)

### قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که در اردیبهشت سال ۱۳۸۳ به تصویب نهایی مجلس شورای اسلامی رسید، حاوی قوانین جامعی در خصوص مسائل اجتماعی از جمله سالمندی بود. بندهای «الف»، «ج»، «ی» بند ۱ قانون مذکور به «بازنشستگی»، «از کارافتادگی»، «بیوگان» و «زنان سالخورده» به عنوان کسانی که دولت باید از آن‌ها در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی،

طبیعی و پیامدهای آن از طریق این قانون حمایت کند، اشاره دارد. ماده ۳ قانون مورد بحث به اهداف و وظایف حوزه بیمه‌ای اشاره کرده و بر اساس بند «د» این ماده دولت موظف به تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز از قبیل بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده شده است. به علاوه در سایر مواد از جمله ۴ و ۵ که به اهداف و وظایف حوزه حمایتی، توانبخشی و امدادی اشاره دارد نیز سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای جمعیت هدف برنامه پیش‌بینی شده، که شامل سالمندان هم می‌شود.

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





## پیوست شماره ۳

وضعیت کنونی سالمندان در ایران

## مشخصات جمعیت شناختی

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

از عوامل مؤثر بر سالمند شدن جمعیت کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی است. پیشرفت‌هایی که در زمینه بهداشت و پزشکی به وجود آمده نیز به افزایش امید به زندگی و سالمند شدن جمعیت کمک کرده است. بعد از جنگ جهانی دوم با انجام واکسیناسیون‌های گسترده، توجه به بهداشت کودکان در مدارس، تلاش برای ریشه‌کنی برخی بیماری‌ها و نیز درمان انواعی از بیماری‌ها، مانند سل، مالاریا و ... شانس زنده ماندن برای بسیاری از افراد جامعه افزایش یافت. روند افزایش امید به زندگی که در جدول شماره ۱ آمده است گویای افزایش شانس زنده ماندن آحاد جمعیت و در نتیجه فزونی سالمندان کشور است. توجه شود که امید به زندگی در بدو تولد در سال ۱۳۳۵ معادل ۳۷/۵ سال بوده که به حدود ۷۰ سال در سال ۱۳۸۵ رسیده است.

(جدول شماره ۱) امید به زندگی در بدو تولد در ایران طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۵۵

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

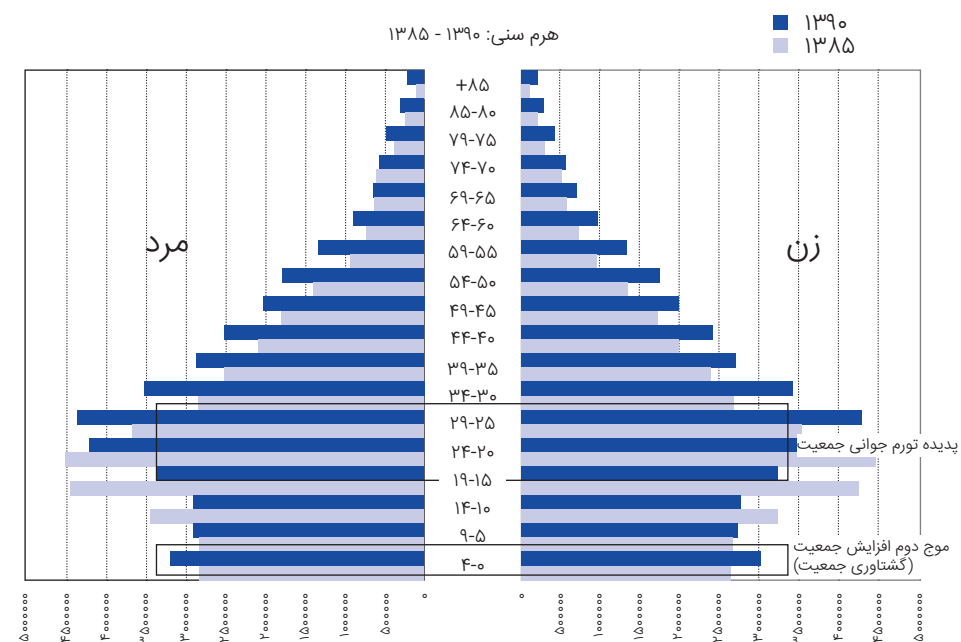
\* اقتباس از سرشماری‌های مرکز آمار ایران

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

(جدول شماره ۲) تغییرات جمعیت سالمندی در ایران طی سال‌های ۱۳۹۵ - ۱۳۵۵

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

\* اقتباس از سرشماری‌های مرکز آمار ایران



هرم سنی جمعیت کشور طی سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰

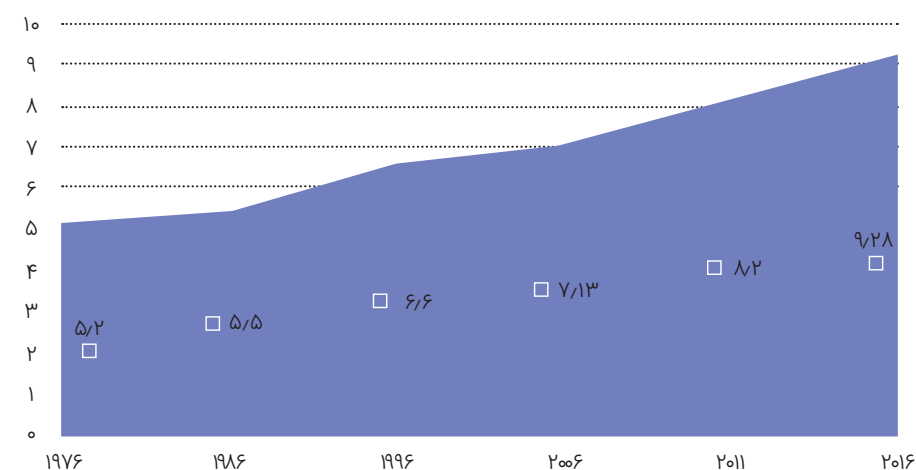


تعداد افراد بالای ۶۰ سال کشور که طبق تعریف در گروه سالمندان طبقه‌بندی می‌شوند ۶۱۵۹۶۷۶ نفر (۸/۱۹ درصد جمعیت کشور) است. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، از کل جمعیت کشور ۳۷۹۰۵۶۶۹ نفر مرد (۵۰/۴۴ درصد) و ۳۷۲۴۴۰۰۰ نفر زن (۴۹/۵۶ درصد) هستند که بین جمعیت مردان، ۳۰۲۲۷۲۲ نفر مرد سالمند (۷/۹۷ درصد) و جمعیت زنان، ۳۱۳۶۹۵۴ نفر زن سالمند (۸/۴۲ درصد) در قید حیات می‌باشند. آمار فوق نشان می‌دهد سالخوردگی جمعیت به مرور زمانه‌تر می‌شود. جمعیت ۱۰۰ ساله و بیشتر ۱۱۷۲۲ نفر (۰/۱۵ درصد جمعیت کشور) و شامل ۵۴۲۴ مرد (۴۶/۲۷ درصد) و ۶۲۹۸ زن (۵۳/۷۳ درصد) است.

استان‌های گیلان با ۱۱/۵۵ درصد، مرکزی با ۹/۹۷ درصد، مازندران با ۹/۸۱ درصد، آذربایجان شرقی با ۹/۷۸ درصد و خراسان جنوبی با ۹/۵۲ درصد از بالاترین درصد جمعیت سالمندان برخوردار بوده و کمترین درصد جمعیت سالمندان در استان‌های سیستان و بلوچستان با ۴/۷۲ درصد، هرمزگان با ۵/۶۲ درصد، بوشهر با ۵/۹۴ درصد، خوزستان با ۶/۰۹ درصد و کهگیلویه و بویراحمد با ۶/۲۷ درصد دیده می‌شوند. ۷/۸۸ درصد از جمعیت شهرنشین و ۸/۹۷ درصد از جمعیت ساکن روستاها در گروه سالمندان قرار دارند.

به بیان دیگر همان‌طور که در اواخر دهه ۱۳۶۰ و دهه ۱۳۷۰ نیازهای خاص گروه سنی کودک و نوجوان (تغذیه، ایمن‌سازی، بهداشت، مدرسه) وجه غالب را در برنامه‌ریزی کلان کشور داشته و در دهه ۱۳۸۰ نیز این جایگاه به نیازهای خاص جوانان (ازدواج، مسکن، شغل) اختصاص یافته است، برنامه‌ریزی برای دو دهه آینده باید به نیازهای خاص سالمندان و سالخوردگان متمرکز شود.<sup>۱</sup>

همان‌گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، درصد جمعیت سالمندی کشور طی ۳۵ سال از ۵/۲ به ۸/۲ درصد رسیده است. متوسط رشد سالیانه جمعیت سالمندی در بین سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۵ حدود ۳/۹ درصد می‌باشد، بر اساس پیش‌بینی مرکز آمار با فرض ثابت بودن نرخ باروری جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در سال ۱۴۲۰ به ۱۲۵۱۶۰۰۰ نفر می‌رسد. این ارقام کاملاً مستقل از هر افزایش یا کاهش است که در سطح باروری ایران رخ دهد و بنابراین برنامه‌ها باید جامعه را برای چنین جمعیتی آماده کنند و وفق این برنامه‌ها باید سال ۲۰۵۰ باشد.



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

۱. مرکز آمار ایران.



۵۸۰۵۶	۵۵۶۲۳	۱۱۳۶۷۹	۱۲۷۳۷۶۱	۸.۹۲	۱۵	فارس
۱۱۹۸۲۹	۱۲۱۹۴۶	۲۴۱۷۷۵	۲۷۱۲۴۰۰	۸.۹۱	۱۶	قزوین
۷۹۷۴۴	۷۵۷۲۷	۱۵۵۴۷۱	۱۷۶۰۶۴۹	۸.۸۳	۱۷	خراسان رضوی
۵۰۲۶۳	۴۹۷۸۷	۱۰۰۰۵۰	۱۱۳۸۵۳۳	۸.۷۹	۱۸	آذربایجان غربی
۴۱۹۴۳	۴۰۴۳۱	۸۲۳۷۴	۹۴۷۷۶۳	۸.۶۹	۱۹	چهارمحال و بختیاری
۱۴۴۵۷۵	۱۳۵۰۰۹	۲۷۹۵۸۴	۳۲۶۵۲۱۹	۸.۵۶	۲۰	لرستان
۲۴۱۴۴	۲۵۲۱۶	۴۹۳۶۰	۵۸۰۱۵۸	۸.۵۱	۲۱	خراسان شمالی
۳۷۸۶۲	۳۵۵۰۱	۷۳۳۶۳	۸۶۳۰۹۲	۸.۵۰	۲۲	البرز
۲۷۸۹۲۹	۲۶۶۵۹۲	۵۴۵۵۲۱	۶۴۳۴۵۰۱	۸.۴۸	۲۳	ایلام
۱۲۳۶۶۸	۱۲۳۵۳۸	۲۴۷۲۰۶	۳۱۶۴۷۱۸	۷.۸۱	۲۴	کرمان
۷۵۷۲۷	۶۹۹۶۷	۱۴۵۶۹۴	۱۸۶۸۸۱۹	۷.۸۰	۲۵	گلستان
۴۹۴۵۵	۴۹۹۹۹	۹۹۴۵۴	۱۲۹۲۲۸۳	۷.۷۰	۲۶	قم
۲۴۴۷۷	۲۶۴۲۵	۵۰۹۰۲	۷۱۳۰۵۲	۷.۱۴	۲۷	کهگیلویه و بویراحمد
۱۶۸۰۸۷	۱۶۴۱۱۲	۳۳۲۱۹۹	۴۷۱۰۵۰۹	۷.۰۵	۲۸	خوزستان
۴۱۱۶۷	۳۸۴۱۹	۷۹۵۸۶	۱۱۶۳۴۰۰	۶.۸۴	۲۹	بوشهر
۵۴۷۷۳	۵۲۶۲۱	۱۰۷۳۹۴	۱۷۷۶۴۱۵	۶.۰۵	۳۰	هرمزگان
۶۵۶۵۰	۶۹۹۳۱	۱۳۵۵۸۱	۲۷۷۵۰۱۴	۴.۸۹	۳۱	سیستان و بلوچستان

(جدول ۴) درصد جمعیت سالمندان استان‌های کشور - سال ۱۳۹۵

استان	رتبه استان	درصد جمعیت سالمند به جمعیت استان	جمعیت کشور	جمعیت کشور		
				کل	مرد	زن
			۷۹۹۲۶۲۷۰	۷۴۱۴۰۹۱	۳۶۵۸۴۰۵	۳۷۵۵۶۸۶
گیلان	۱	۱۳.۲۵	۲۵۳۰۶۹۶	۳۳۵۳۱۳	۱۶۳۴۳۸	۱۷۱۸۷۵
مرکزی	۲	۱۱.۴۱	۳۲۸۳۵۸۲	۳۷۴۸۰۱	۱۸۴۶۹۹	۱۹۰۱۰۲
مازندران	۳	۱۰.۸۹	۱۴۲۹۴۷۵	۱۵۵۶۹۵	۷۴۳۷۳	۸۱۳۲۲
آذربایجان شرقی	۴	۱۰.۸۰	۱۷۳۸۲۳۴	۱۸۷۷۴۹	۸۹۲۷۳	۹۸۴۷۶
خراسان جنوبی	۵	۱۰.۷۳	۳۹۰۹۶۵۲	۴۱۹۵۹۴	۲۰۸۰۱۴	۲۱۱۵۸۰
همدان	۶	۱۰.۶۴	۵۱۲۰۸۵۰	۵۴۴۹۹۸	۲۷۳۱۶۵	۲۷۱۸۳۳
اصفهان	۷	۱۰.۴۴	۱۳۲۶۷۶۳۷	۱۳۸۵۵۴۵	۶۹۰۱۳۹	۶۹۵۴۰۶
سمنان	۸	۱۰.۰۲	۱۹۵۲۴۳۴	۱۹۵۷۰۱	۹۵۳۳۲	۱۰۰۳۶۹
تهران	۹	۹.۹۸	۷۰۲۳۶۰	۷۰۰۷۸	۳۴۵۷۵	۳۵۵۰۳
زنجان	۱۰	۹.۷۸	۱۰۵۷۴۶۱	۱۰۳۴۵۱	۴۹۲۹۱	۵۴۱۶۰
اردبیل	۱۱	۹.۷۶	۷۶۸۸۹۸	۷۵۰۲۵	۳۷۱۲۴	۳۷۹۰۱
کرمانشاه	۱۲	۹.۴۶	۴۸۵۱۲۷۴	۴۵۸۷۵۶	۲۲۵۹۰۶	۲۳۲۸۵۰
یزد	۱۳	۹.۳۷	۱۲۷۰۴۲۰	۱۱۹۰۴۷	۵۸۱۶۰	۶۰۸۸۷
کردستان	۱۴	۹.۳۰	۱۶۰۳۰۱۱	۱۴۹۱۴۵	۷۴۰۷۲	۷۵۰۷۳

## ترکیب جنسی سالمندان

روند نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر نشان می‌دهد که در سال ۱۳۳۵ در مقابل هر ۱۰۰ زن ۱۱۱ مرد بوده و این عدد طی دوره ۵۰ ساله در سال ۱۳۸۵ به ۱۰۴ نفر مرد و در سال ۱۳۹۰ به ۹۶ نفر مرد در برابر ۱۰۰ نفر زن رسیده است. طبق سرشماری سال ۱۳۹۰، ۷/۹۷ درصد جمعیت مردان کشور، سالمندان مرد و ۸/۴۲ درصد جمعیت زنان کشور را سالمندان زن تشکیل می‌دهند. ۳۰۲۲۷۲۲ سالمند مرد (۴۹/۰۷ درصد) و ۳۱۳۶۹۵۴ نفر سالمند زن (۵۰/۹۳ درصد). در سال ۱۳۹۲ طبق پیش‌بینی مرکز آمار ایران از ۶۴۳۸۶۵۱ نفر سالمند آن کشور ۳۱۲۰۹۴۴ نفر مرد (۴۸/۴۷ درصد) و ۳۳۱۷۷۰۷ نفر زن (۵۱/۵۳ درصد) بوده‌اند. اما در استان‌های کشور، ترتیب جنسی جمعیت سالمندان متفاوت است. تنها استان‌های ایلام (۵۱/۵۱ درصد سالمند مرد)، سیستان و بلوچستان (۵۱/۳۳ درصد سالمند مرد) و البرز (۵۰/۹۶ درصد سالمند مرد) بیشترین سالمند مرد نسبت به سالمند زن را دارا می‌باشند.

با توجه به این آمار امید به زندگی در مردان کمتر از زنان است و سهم زنان از جمعیت سالمند کشور افزایش یافته است. افزایش امید به زندگی و افزایش تعداد زنان سرپرست خانوار از عواملی هستند که در بروز هر چه بیشتر زنانه شدن سالمندی مؤثرند، درصد تنهایی زنان سالمند در مقایسه با مردان، بیشتر است و این بیشتر بودن، واگذاری بیشتر آنان را به مراکز نگهداری سالمندان در پی دارد. در توجه به مشکلات سالمندی با حجم انبوهی از مشکلات زنان سالمند نسبت به مردان مواجه می‌شویم. وضعیت اقتصادی زنان نسبت به مردان، میزان دریافتی حقوق بازنشستگی، سپرده‌ها، دارایی و عوایدی که نصیبشان می‌شود، نسبت به مردان در درجه پایین‌تری قرار دارد. بیماری‌های شایع در میان زنان و مردان چون پوکی استخوان به دلیل تفاوت در فیزیولوژی زنان و مردان، در زنان بیشتر دیده می‌شود که به تبع، شکستگی‌های استخوانی و انواع معلولیت را به همراه دارد، شکستگی‌هایی که به دنبال از دست دادن تعادل و سقوط در خانه یا در فضاهای شهری اتفاق می‌افتد. همچنین بروز بیماری‌های نو پدید می‌آید چون آلزایمر (دمانس) بر ابعاد مشکلات سالمندان و خانواده‌ها و مراقبان آنان می‌افزاید.

(جدول شماره ۵) نسبت جنسی مردان به زنان سالمندان کشور طی سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۹۵

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

\* اقتباس از سرشماری‌های مرکز آمار ایران

## وضعیت تأهل

بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، تعداد ۴۳۱۹۸۰۵ از سالمندان کشور متأهل (۷۰/۱۳ درصد) سالمند مرد متأهل (۶۳/۴۱ درصد) و سالمند زن متأهل (۳۶/۵۹ درصد)؛ و ۰/۸۴ درصد از سالمندان هرگز ازدواج نکرده‌اند و (۲۸/۹۸ درصد) بدون همسر بر اثر فوت، طلاق یا متارکه (۳ درصد) بر اثر طلاق و (۹۷ درصد) بر اثر فوت همسر هستند. البته نسبت زنان بیوه سالخورده، به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از مردان است و این نسبت‌ها ارتباطی به شهری یا روستایی بودن سالمندان کشور ندارد. در فاصله سرشماری‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ نسبت سالمندان بدون همسر کاهش یافته است، بررسی‌های انجام شده در ۲۷ کشور صنعتی، حاکی از آن است که اکثریت قریب به اتفاق مردان ۶۵ ساله و بالاتر، دارای همسر می‌باشند در حالی که فقط نیمی از کلیه زنان سالخورده، واجد همسر هستند و بقیه در تنهایی یا با سایر اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند.

بدیهی است که چندین عامل باعث این تفاوت‌ها می‌شود

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

## وضعیت شهرنشینی

تعداد ۴۲۳۱۹۰۹ نفر از جمعیت سالمندان کشور، ساکن شهر (۶۸/۷۵ درصد) و ۱۹۲۳۶۸۱ نفر ساکن روستا (۳۱/۲۵ درصد) می‌باشند. طی ۳۵ سال، افزایش جمعیت سالمند شهری بیش از ۳۲ درصد بوده است. جدول شماره ۴ درصد سالمندان کشور را به تفکیک شهری و روستایی طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۴۵ نشان می‌دهد.

(جدول شماره ۶) درصد سالمندان کشور به تفکیک شهری و روستایی طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۴۵

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

\* اقتباس از سرشماری‌های مرکز آمار ایران

## وضعیت سواد

بر اساس آمارها در سال ۱۳۷۵ میزان باسوادی سالمندان در مقایسه با تعداد آن در سال ۱۳۶۵ با ۶ درصد افزایش به حدود ۲۳ درصد رسیده است و در سال ۱۳۹۰ رشد بیش از ۱۲ درصد را نسبت به ۱۳۷۵ شاهد بوده‌ایم. میزان باسوادی سالمندان مناطق شهری در سال ۱۳۷۵ بیش از سه برابر مناطق روستایی بوده است. بالاتر بودن امکانات آموزشی سال‌های قبل در نقاط شهری می‌تواند یکی از علل این افزایش باشد. همچنین میزان باسوادی در بین مردان سالمند حدود ۲/۸ برابر زنان سالمند است. در سال ۱۳۹۰ از بین جمعیت بالای ۶ سال ۸۴/۷۵ درصد باسواد بوده‌اند و در جامعه سالمندان، ۳۵/۷۴ درصد سالمند باسواد هستند.

(جدول شماره ۶) میزان باسوادی سالمندان کشور به تفکیک جنسیت طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۵۵

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

\* اقتباس از سرشماری‌های مرکز آمار ایران

درصد سالمندان باسواد نقاط شهری و روستایی طی ۳۵ سال به ترتیب بیش از ۲ برابر و ۳ برابر افزایش را نشان می‌دهد. حسب گزارش سال ۱۳۹۰ میزان باسوادی دو جنس در نقاط شهری (حدود ۴۶ درصد) بیش از ۳ برابر بزرگ‌تر از میزان باسوادی مردان و زنان سالمند در نقاط روستایی (کمتر از ۱۴ درصد) است. نکته درخور توجه این است که با وجود افزایش میزان باسوادی این بخش از جمعیت نه تنها فاصله و تفاوت نقاط شهری و روستایی کشور کمتر نشده بلکه تفاوت بزرگ‌تر و نابرابری گسترده‌تر شده است که از عقب ماندن نقاط روستایی در بهبود وضعیت سواد سالمندان، طی دوره ۳۵ ساله ۱۳۹۰-۱۳۵۵ حکایت می‌کند.

## وضعیت رفاهی

بر اساس آمارها وضعیت پوشش‌دهی حمایتی و بیمه‌ای سالمندان کشور تا سال ۱۳۹۱ به قرار زیر است:

- افراد سالمند تحت پوشش کمیته امداد امام (ره) تا پایان سال ۱۳۹۱: ۱۵۰۰۰۰۰ نفر
- افراد سالمند تحت پوشش سازمان بهزیستی تا پایان سال ۱۳۹۱: بیش از ۴۲۰۰۰۰ نفر
- افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی، بازنشستگی کشوری و لشگری تا پایان سال ۱۳۹۱: بیش از ۲۵۰۰۰۰۰ نفر

روشن است که همسران بازنشستگان یاد شده نیز اغلب جزو سالمندانی هستند که از این حمایت‌ها برخوردارند ولی تعداد آن‌ها در آمارها منعکس نشده است. پوشش بیمه‌های درمانی و اجتماعی در کشور ما بیشتر تابع وضع شغلی افراد است و در مورد بیمه‌های حمایتی و نیمه حمایتی نیز اقشار معینی از جامعه زیر پوشش قرار گرفته‌اند. بر این مبنا، سالمندان «به عنوان سالمند» زیر پوشش هیچ یک از سازمان‌های بیمه‌ای نیستند مگر آنکه به عنوان شاغل، بازنشسته، نیازمند، معلول، روستایی یا بیمه شده باشند. به عنوان مثال، کلیه بازنشستگان و ازکارافتادگان زیر پوشش صندوق‌های بازنشستگی (که بخش عمده آن‌ها و همین‌طور همسرانشان سالمند هستند) از مزایای مستمری و بیمه درمانی برخوردار هستند. همچنین تمامی روستاییان و عشایر از مزایای بیمه درمانی رایگان برخوردارند که این امتیاز سالمندان روستایی را نیز شامل می‌شود.

البته حمایت‌های یاد شده در بسیاری از موارد ناقص بوده و بخش مهمی از

نیازهای سالمندان، مانند مراقبت در منزل، مراقبت و نگهداری (آسایشگاهی، مراقبت روزانه، تحت حاد)، خدمات توان بخشی (کاردرمانی، شنوایی‌شناسی، ارتوپد فنی، تهیه وسایل کمک توان بخشی) را پوشش نمی‌دهند.

اکثر سالمندان (۸۰ درصد) تحت پوشش بیمه درمانی بوده و از این تعداد ۳۵/۱ درصد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، ۶/۵ درصد تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح و ۱۶/۷ درصد تحت پوشش سایر بیمه‌های درمانی می‌باشند. از کل سالمندانی که تحت پوشش بیمه‌های پایه هستند، ۱۶/۲ درصد آن‌ها تحت پوشش بیمه مکمل هستند و ۸۳/۱ درصد آن‌ها تحت پوشش بیمه مکمل نمی‌باشند.<sup>۱</sup>

### وضعیت اشتغال

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

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

### ترتیبات زندگی

همان‌گونه که در نمودار شماره ۴ دیده می‌شود سال ۱۳۸۸ در ایران، ۴۶/۸ درصد مردان و ۲۱/۴ درصد زنان سالمند با همسر و فرزندان مجرد، ۵/۸ درصد مردان و ۲۰/۵ درصد زنان سالمند تنها زندگی می‌کنند. نسبت سالمندان تنها در زنان، ۲۰ درصد و در مردان سالخورده، ۵/۸ درصد بود. (گزارش سالخورده‌گی جمعیت ایران سال ۱۳۹۲) و

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

تنها عده بسیار کمی از آنان (بیش از ۲۱ هزار نفر) ساکن خانه سالمندان می‌باشند. (سازمان بهزیستی کشور، سال ۱۳۹۲)

### وضعیت مسکن

در سال ۷۵/۱۳۹۰،۰۹ درصد از خانوارهای دارای سالمند مالک واحد مسکونی خود بوده‌اند. این در حالی است که ۱۱/۳ درصد از خانوارهای دارای سالمند در واحد مسکونی استیجاری و ۶/۷۷ درصد مالک بنا هستند. در مناطق روستایی درصد خانوارهای دارای سالمند که صاحب واحد مسکونی می‌باشند (۸۹/۰۸ درصد) که 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 تا ۱۳۹۰، نشان می‌دهد که درصد 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.



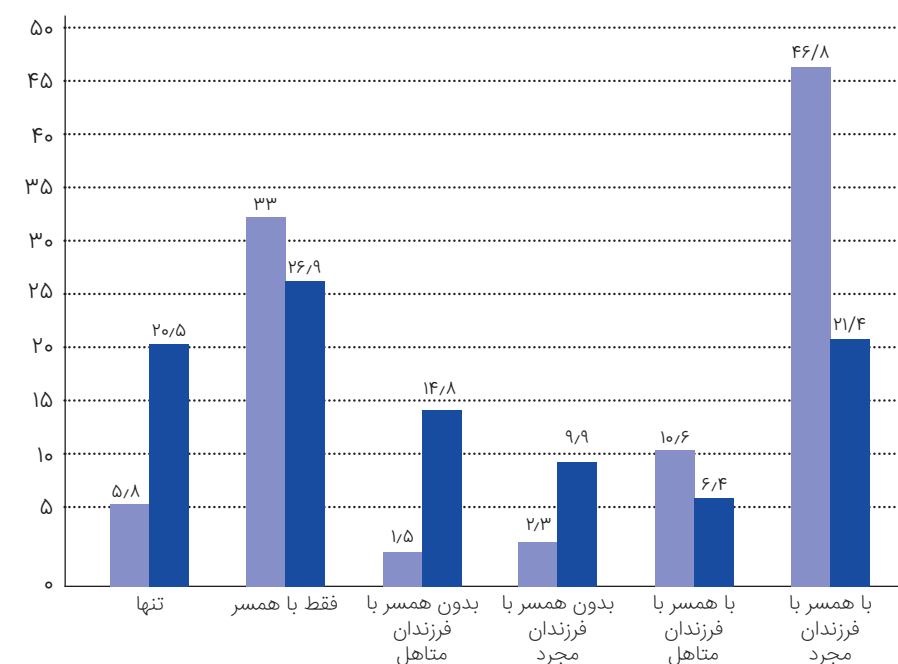
## رضایت از زندگی

از سالمندان سؤال شده است که: «آیا از زندگی خود رضایت دارید؟»

**۸۲ درصد** اظهار کرده‌اند که از زندگی خود به طور کلی رضایت دارند و **۱۸/۳**

**درصد** نیز عنوان کرده‌اند که از زندگی خود رضایت ندارند.

(سیمای سلامت) که این مورد همانا منطبق با احساس خوب بودن است که در بخش مفاهیم آمده است.



نمودار ۴. ترتیبات زندگی جمعیت ۶۰ سال و بالاتر - سال ۱۳۸۸

## مسائل ویژه سالمندان در حوزه سلامت

## وضعیت سلامت و بیماری سالمندان در ایران

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

- ۱- از نظر معلولیت بارز، با توجه به گزارش سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰، ۲۰۱۲۲۰ نفر سالمند، دارای حداقل یک نوع معلولیت (۳/۲۷ درصد معلول سالمندان) در کشور وجود دارد که ۱۰۷۷۷۰ نفر مرد (۵۳/۵۶ درصد) و ۹۳۴۵۰ نفر زن (۴۶/۴۴ درصد) می‌باشند. با توجه به آمار فوق مشاهده می‌شود که درصد معلولیت بارز در کل کشور ۱/۳۵ و در سالمندان ۳/۲۷ است. اهمیت این آمار در این است که هزینه‌های توان بخشی به مراتب بالاتر از سایر هزینه‌های درمانی است ولی متأسفانه دستگاه‌های بیمه‌ای و حمایتی با توجه به مقررات خاص خود در این زمینه پوشش لازم را ندارند و در نهایت عمده هزینه‌های این بخش را سالمند و خانواده باید تقبل کند.
- ۲- مشکلات قلبی - عروقی و فشارخون و مشکلات اسکلتی و عضلانی، گوارشی، افسردگی، مشکلات دهان و دندان و اختلالات بینایی و شنوایی از مهم‌ترین مشکلات سالمندی می‌باشد. ۳۶٪ افراد ۶۰ ساله و بالاتر مبتلا به مشکلات قلبی - عروقی هستند. ۲۴٪ افراد بالای ۶۰ سال مشکلات عضلانی و اسکلتی دارند. ۱۳٪ زنان و ۳۰٪ مردان ۶۰ ساله و بالاتر از دخانیات استفاده می‌کنند.
- ۳- از نظر در اختیار داشتن استفاده از وسایل کمکی، نظیر عینک، عصا، چوب زیر بغل، واکر یا ویلچر، سمعک و دندان مصنوعی مردان به طور قابل ملاحظه‌ای بیش از زنان و شهرنشینان بیش از روستاییان وسایل کمکی مورد نیاز را در اختیار دارند.
- ۴- افزایش فشارخون در زنان سالمند اعم از شهری و روستایی به طور کلی دو برابر مردان است و میانگین سن در هنگام تشخیص در زنان بالاتر از مردان بوده است. (۶۲ و ۶۷ سالگی در زنان شهری و روستایی و ۶۱ و ۶۳ در مردان شهری و روستایی).
- ۵- از نظر ریوی وضعیت زنان و مردان سالمند شهری و روستایی تقریباً مشابه ولی میزان شیوع این بیماری در روستا بیشتر است.

بار سنگینی را بر دوش صندوق‌های بازنشستگی می‌گذارد و از طرف دیگر با خارج کردن زودرس نیروی کار آزموده از بازار تولید و خدمات؛ سازمان‌ها را از تجربه سازمانی خالی می‌کند و مراقبت از سالمندان در منزل را که عمدتاً توسط زنان و بدون دریافت دستمزد (رایگان) صورت می‌گیرد، تحت تأثیر قرار داده و ساده‌ترین مراقبت‌های خانگی مورد نیاز را طبیب محور و دارو و درمان محور می‌کند که صرف هزینه‌های چشمگیری را می‌طلبد. (مقاله اقتصاد و بهداشت و سالمندی، دکتر پور رضا)

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

سال	میانگین هزینه کل (سالانه) ریال	سهم هزینه بهداشت و درمان از هزینه کل
۱۳۷۵	۸۰۹۴۸۲۹	۴/۱
۱۳۸۰	۱۹۵۵۰۰۲۰	۴/۸
۱۳۸۵	۴۳۲۰۲۸۸۴	۷/۸
۱۳۹۰	۹۸۱۸۹۶۰۰	۹/۲

### داده‌های طرح هزینه درآمد خانوار مرکز آمار ایران

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

در زمینه اختلالات بینایی، زنان سالمند به مراتب بیشتر از مردان تاری دید در هر دو چشم دارند و به طور کلی تاری دید در روستا بیشتر از شهر است. از نظر وضعیت گوش و شنوایی تقریباً تمامی سالمندان به نوعی از سنگینی گوش شکایت داشتند ولی فقط حدود ۲/۲ درصد آن‌ها از سمعک استفاده می‌کنند و میزان استفاده از سمعک در بین سالمندان شهری بیش از سالمندان روستایی است. از نظر وضعیت دفع ادرار، محسوس‌ترین مشکل سالمندان تکرر ادرار عنوان شده است و نزدیک به ۱۰/۹ درصد به این مشکل مبتلا بوده‌اند. (سیمای سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی سال ۱۳۹۲) از نظر وضعیت حرکتی، بیش از ۵۰ درصد سالمندان دارای اختلال حرکتی هستند.

از نظر وضعیت دندان‌دانی، حدود ۶۰/۶ درصد پاسخگویان، به مشکل دهان و دندان دچارند. این در حالی است که ۳۸ درصد از آن‌ها فاقد این مشکل هستند. (سیمای سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی سال ۱۳۹۲) حدود ۱۸ درصد زنان و مردان سالمند شهری و ۱۳/۸ درصد سالمندان روستایی دارای دندان مصنوعی بوده و تنها ۵/۲ درصد زنان و ۶ درصد مردان سالمند دارای دندان طبیعی هستند و به طور کلی ۱۰-۷ درصد سالمندان بدون دندان هستند.

منظور از ارائه آمار فوق این است که به موازات پدیده انتقال جمعیتی از جمعیت جوان به جمعیت سالمند، قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های بخش سلامت در این راستا باید خود را منطبق سازد چرا که همراه با این تغییر جمعیتی، الگوی بیماری‌ها نیز تغییر می‌کند و از بیماری‌های حاد به سمت بیماری‌های مزمن می‌رود که در این رابطه با توجه به وضعیت اقتصادی و معیشتی سالمندان ضرورت درگیر شدن بخش‌های بیمه‌ای و حمایتی بیش از پیش حس می‌شود.

### اقتصاد سلامت سالمندی

هزینه‌های بخش بهداشت و درمان سالمندی از نوع هزینه‌های مستقیم و قابل اندازه‌گیری و شناخته شده این دوره از زندگی می‌باشد. به طور غیرمستقیم نیز سالمندی هزینه‌هایی را بر جامعه (نهایتاً) تحمیل می‌کند، پایین بودن سن بازنشستگی علی‌رغم افزایش امید به زندگی، اتخاذ برخی سیاست‌های ناظر به بازنشستگی اجباری و مشارکت زنان در بازار کار (عمدتاً به علت مطالبه دستمزد کمتر از سوی زنان در خیلی از موارد)؛



این در شرایطی است که عواملی مانند تورم، ارتقای تکنولوژی در ارائه خدمات، نوع بیماری‌ها و سطح انتظار استفاده‌کنندگان از خدمات و سایر عوامل هزینه ساز در نظر گرفته نشود. به عبارت دیگر بدون در نظر گرفتن فاکتورهای هزینه ساز، فقط تحت تأثیر خالص افزایش جمعیت سالمندی در ایران رقم ۱۳۱ دلار سرانه سلامت باید به بالغ بر ۳۲۵ دلار افزایش یابد. در درمان سالمندان هر چند پزشکان می‌توانند نقش بسیار اساسی و تعیین‌کننده‌ای ایفا کنند اما بی‌تردید بدون همکاری سایر رشته‌های خدمات مراقبتی و درمانی (نظیر روانشناسان، پرستاران، مددکاران اجتماعی، داروسازان، متخصصین تغذیه و رژیم غذایی، روانپزشکان و کاردرمان‌ها) تلاش‌های آن‌ها بازده مورد انتظار را نخواهد داشت. علل این امر در سالمندی در مقایسه با سایر سنین عبارتند از: مصرف متوالی و به دفعات بیشتر از خدمات سلامت، طولانی‌تر شدن مدت استفاده از خدمات (مانند افزایش مدت اقامت و بستری در بیمارستان‌ها و اقامتگاه‌های سالمندی) و گرانی هزینه‌های دارویی، درمانی و توان‌بخشی در هر دوره از درمان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، به جهت نوع بیماری و میزان پاسخ‌دهی به درمان‌ها.



در دهه گذشته، ایران با بار اقتصادی بیماری‌های واگیر و عفونی روبه‌رو بوده و فعالیت‌های بخش سلامت به پیشگیری، درمان و بازتوانی عوارض ناشی از این‌گونه بیماری‌ها معطوف بوده است. در دهه حاضر با بروز پدیده گذار اپیدمیولوژیک بار اقتصادی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیر واگیر و مزمن و ارائه خدمات درمانی و توان‌بخشی گرایش یافته است اما موج سومی در راه است و به زودی بار اقتصادی بیماری‌ها بر سالمندی جمعیت ایران و عوارض ناشی از آن متمرکز خواهد شد. پیش‌بینی وضعیت آینده از منظر منابع مورد نیاز شرط لازم برنامه‌ریزی و مهار موج افزایش جمعیت سالمند است که سلامت جامعه را به مخاطره می‌اندازد.