

سالخوردگی جمعیت در ایران

(ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی-اقتصادی و چالش‌های پیش‌رو)



۱۳۹۲



سالخوردگی جمعیت در ایران

(ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی-اقتصادی و چالش‌های پیش‌رو)

مجری:

دکتر مجید کوششی (عضو هیات علمی گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران)

همکاران اصلی:

دکتر اردشیر خسروی (عضو هیات علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

دکتر مهتاب علیزاده (عضو هیات علمی مرکز مطالعات سالمندی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

محمد ترکاشوند (دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی)

نازنین آقایی (کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی)



پژوهشکده‌ی آمار



دانشکده علوم اجتماعی

در طول سه دهه اخیر جمهوری اسلامی ایران تغییرات سریع جمعیتی-اجتماعی و اقتصادی را تجربه نموده است. این تغییرات اثر متقابلی بر الگوهای توسعه و نیز وضعیت اقتصادی-اجتماعی و ساختار جمعیتی کشور داشته و خود از آن ها تاثیر پذیرفته است. رشد شهرنشینی، الگوهای جدید مهاجرت داخلی، کاهش نرخ باروری، تورم جمعیت جوان، سالخوردگی جمعیت و همچنین افزایش تعداد خانوارهای زن سرپرست، از جمله مسایل نوظهور جمعیتی است که متاثر از تغییرات اقتصادی-اجتماعی کلان بوده، و قابلیت تاثیرگذاری بر روند توسعه کشور را نیز دارند. در نتیجه، کسب اطلاعات و دانش جامع و همچنین تولید شواهد علمی در زمینه مسایل نوظهور جمعیتی فوق الذکر، میبایست در اولویت برنامه سازمان های ذیربط دولتی و نهادهای جامعه مدنی قرارگیرد. چنین دانش و شواهدی می تواند ظرفیت تصمیم گیری، طراحی و برنامه ریزی و تدوین خط مشی ها و سیاست های مبتنی بر شواهد را در کشور تقویت نماید.

با توجه به اهمیت مسایل نوظهور جمعیتی و نیازهای موجود، برنامه پنجم صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در جمهوری اسلامی ایران (۲۰۱۶-۲۰۱۲) بر تحلیل و بکارگیری شواهد به روز، علمی و مرتبط، جهت تصمیم گیری متمرکز است. همچنین، مشارکت در فرایند سیاست گذاری با شرکای ملی و ترویج و برنامه ریزی در زمینه مسایل جمعیت و توسعه، از دیگر اهداف این برنامه است. در این راستا، صندوق جمعیت سازمان ملل همکاری های تنگاتنگی با شرکای ملی خود از جمله مرکز آمار ایران، دانشگاه تهران و پژوهشکده آمار در جهت تولید و انتشار اطلاعات و داده های جامع جمعیتی و همچنین ارزیابی تحلیل های عمقی از مسایل نوظهور جمعیتی شامل مهاجرت داخلی/شهرنشینی، جوانان، سالمندی و خانوارهای زن سرپرست، داشته است.

گزارش حاضر، تحلیل جامعی از وضعیت سالمندی در ایران است که توسط گروه جمعیت شناسی دانشگاه تهران و با همکاری وزارت بهداشت و آموزش پزشکی تهیه گردیده است. لازم میدانم مراتب قدردانی خود را نسبت به تمامی محققان و متخصصان در این دو سازمان که سهم بسزایی در تهیه این گزارش ارزشمند داشته اند، ابراز دارم. همچنین لازم است تشکر ویژه ای از جناب آقای دکتر مجید کوششی و جناب آقای دکتر اردشیر خسروی و همکارانشان بخاطر تلاش های گرانبهانشان و تهیه این گزارش داشته باشم. از همکار خود، آقای کامبیز کبیری، مدیر برنامه جمعیت و توسعه در صندوق جمعیت ملل متحد که در تهیه این گزارش نقش ارزنده ای داشته است، نیز تشکر میکنم.

اینجانب اطمینان دارم که گزارش حاضر، شواهد و پیشنهادات ارزشمندی را در راستای تدوین خط مشی ها و تصمیم گیری در ارتباط با مسایل سالمندی در کشور ارائه می دهد.

محمت هولکی اوز

نماینده صندوق جمعیت

سازمان ملل متحد

پیشگفتار

جمعیت جهان به سرعت در حال سالموردده شدن است و براساس پیش‌بینی‌های جمعیتی سازمان ملل متحد سهم جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر در کل دنیا، که در حال حاضر حدود ۱۲ درصد (بیش از ۸۴۰ میلیون نفر) است تا میانه قرن بیست‌ویکم به بیش از ۲۱ درصد (حدود ۲ میلیارد نفر) خواهد رسید. همه کشورهای دنیا در حال سالموردده شدن هستند و هیچ استثنایی در آینده وجود نخواهد داشت. نکته مهم این‌که سهم مهمی از این افزایش به کشورهای در حال توسعه اختصاص دارد. به‌طوری‌که تا سال ۲۰۵۰ از هر ۱۰ نفر سالمند حدود ۸ نفر در این کشورها زندگی خواهند کرد. خود جمعیت سالمندان هم در حال سالموردده شدن است. سهم سالمندان ۸۰ ساله و بالاتر (سالمندان پیر) که در حال حاضر حدود ۱۴ درصد از کل جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر است تا سال ۲۰۵۰ به ۱۹ درصد خواهد رسید و زمان کمی برای انطباق تسهیلات لازم برای ارتقای کیفیت زندگی این گروه باقی است. برای نمونه سهم زیادی از این سالمندان به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه نیازمند مراقبت‌های طولانی مدت هستند و لازم است که کشورها برنامه‌ها و اقداماتی جدی برای مقابله با این شرایط در پیش بگیرند. روی مثبت این‌که شرایط بهتری برای گروه‌های جوان‌تر پیش‌بینی می‌شود و این‌که با پیشرفت‌هایی که در شرایط زندگی و خصوصیات اقتصادی-اجتماعی دنیا پیش‌بینی می‌شود، احتمالاً سهم بزرگی از سالمندان در آینده می‌توانند مستقل زندگی کنند (سازمان ملل متحد، گزارش سالموردگی جمعیت دنیا ۲۰۱۳).

سخن کوتاه و به چکیده گزارش سازمان ملل متحد بسنده کنیم که در گزارش "سالموردگی جمعیت دنیا" چنین نتیجه گرفته است که سالموردگی جمعیت پدیده‌ای است:

- بی‌سابقه، به این معنی که در طول تاریخ جمعیت دنیا مشابهی برای آن نمی‌توان یافت؛
- فرگیر، یعنی جهانی است که البته کشورهای مختلف دنیا در مراحل متفاوتی از این فرایند هستند و زندگی هر انسانی اعم از مرد و زن و کودک را تحت تأثیر قرار خواهد داد. کشورهایی که این فرایند را دیرتر آغاز کنند زمان کمی برای انطباق با شرایط جمعیت سالموردده خواهند داشت؛
- سرسخت و بازگشت‌ناپذیر، به این معنی که جهانی با جمعیت سالموردده به جمعیتی جوان باز نخواهد گشت؛ و

- با دلالت‌های عمیق برای بسیاری از جنبه‌های زندگی انسان.

چنانچه گزارش "سالموردگی جمعیت دنیا" که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است را نگاهی بیافکنیم، ملاحظه خواهد شد که سالموردگی جمعیت ایران دارای وجوه مشترک فراوانی (به‌ویژه از نظر دموگرافیک) با سالموردگی جمعیت دنیا است. در عین حال زمینه‌های جمعیتی و بنیان‌های اجتماعی-فرهنگی متفاوت

ایران با دیگر کشورها، به‌ویژه از نظر سرعت و گستره سالخوردگی، چهره‌ای متفاوت از این پدیده را هم در حال حاضر و هم در آینده نشان می‌دهد. گزارش پیش‌رو به شرحی که در فصول هفت‌گانه دیده می‌شود، در تلاش است تا تصویری هرچند موجز از این خصوصیات متشابه و متفاوت از سالخوردگی ایران را نشان دهد. این گزارش حاصل تلاش‌ها و همکاری‌های ارزنده همه اعضای گروه پژوهشی است که در این تحقیق شرکت داشتند. از همکاری اعضای تحقیق که نامشان بر روی صفحه اصلی گزارش نیز درج شده، صمیمانه سپاسگزارم. از آقای دکتر خسروی، مدیر گروه آمار و اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سرکار خانم دکتر علیزاده، عضو هیأت علمی مرکز مطالعات سالمندی دانشگاه علوم پزشکی تهران، همچنین سرکار خانم فاطمه امیری، و نازنین آقایی فارغ‌التحصیلان کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، و آقای محمد ترکشوند دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران که همکاری او در این پروژه خصوصاً در گردآوری داده‌ها و تهیه جداول و نمودارها بسیار باارزش بود، صمیمانه سپاسگزارم. همچنین لازم است از کمک‌های اداری و سازمانی دانشکده علوم اجتماعی و به همان اندازه گروه جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران قدردانی شود. این برنامه پژوهشی با حمایت دفتر صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در تهران در سال ۲۰۱۲ آغاز و انجام شد. بر خود لازم می‌دانم از مدیر پروژه دکتر حسین محمودیان، نماینده صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در ایران، دکتر هولکی اوز و مدیر برنامه صندوق، آقای کامبیز کبیری به خاطر حمایت بی‌دریغ و ارزشمندشان و همچنین نقطه‌نظرات مفیدی که طی اجرای پروژه ارائه دادند، سپاسگزاری و قدردانی شود. مسلماً امتیازات و نقاط قوت این پژوهش نتیجه همکاری افراد نامبرده و البته کاستی‌های آن بر عهده مجری طرح است. مجری طرح از هرگونه نقد و پیشنهادی که به بهبود کیفیت علمی این پژوهش کمک کند، به گرمی استقبال خواهد کرد.

مجید کوششی

مجری طرح

خلاصه مدیریتی

تغییرات جمعیتی گسترده و سریع، ایران را در گروه کشورهای قرار داده است که تا میانه قرن بیست و یکم میلادی ساختار سنی سالخورده خواهند داشت. طبق گزارش‌های سازمان ملل متحد، سالخوردگی جمعیت پدیده‌ای بی سابقه، فراگیر، عظیم و ماندنی است که در حال شکل‌گیری به صورت پدیده‌ای جهانی است. افزایش جمعیت سالمندان از رشد جمعیت دیگر گروه‌های سنی متفاوت بوده و شواهد اخیر مبتنی بر سرشماری ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که آهنگ رشد بیشتری در پیش گرفته است. با وجودی که باروری از اوج خود در اوایل دهه ۱۳۶۰ به سطح پایین و در حد جانشینی در دهه ۱۳۸۰ سقوط کرده و رشد جمعیت را به کمتر از ۱/۷ درصد در سال‌های ۹۰-۱۳۶۵ کاهش داده است، جمعیت سالمند ۶۰ ساله و بیشتر به نرخ رشدی سالانه بیش از ۵ درصد در همان دوره رسیده است. در واقع کاهش باروری، که هنوز اثر آن بر تغییر جمعیت سنین بزرگسال و سالمند آشکار نشده و سال‌ها به تعویق می‌افتد، هیچ نقشی در تغییر تعداد جمعیت سالمندان نداشته، بلکه این رشد چشمگیر ناشی از افزایش شانس زنده ماندن تا سنین سالمندی است. چنین پدیده‌ای را جمعیت‌شناسان سالخوردگی فردی نامیده‌اند. ظهور اثرات سالخوردگی فردی اولین مرحله از سالخوردگی جمعیت ایران را شکل می‌دهد.

تغییرات جمعیتی تنها تغییری نیست که در این کشور و برای سالمندان رخ داده است. طی نیمه دوم قرن بیستم میلادی (دهه‌های ۱۳۳۰ و بعد از آن) و به موازات نوسانات در شاخص‌های جمعیتی، زندگی سالمندان متأثر از تغییرات گسترده اجتماعی-اقتصادی شده است. وقوع بزرگترین جریان‌های مهاجرتی، خصوصاً روستا-شهری، که به جدا شدن اعضای خانواده و گسترش شهری انجامیده است، ورود به مرحله چهارم گذار اپیدمیولوژیک یعنی مرحله افزایش سهم بیماری‌های مزمن و غیرمسمری، تغییرات اجتماعی که روابط بین‌نسلی و خانوادگی را تغییر داده و بیشتر تضعیف کرده است، ظهور و گسترش تفاوت‌ها و در مواردی نابرابری‌های اجتماعی و نابرابری‌های جنسیتی در میان سالمندان، تنها نمونه‌هایی از این تغییرات گسترده است که اثر چشمگیری بر زندگی سالمندان گذاشته و آنان را به میان گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه کشانده است.

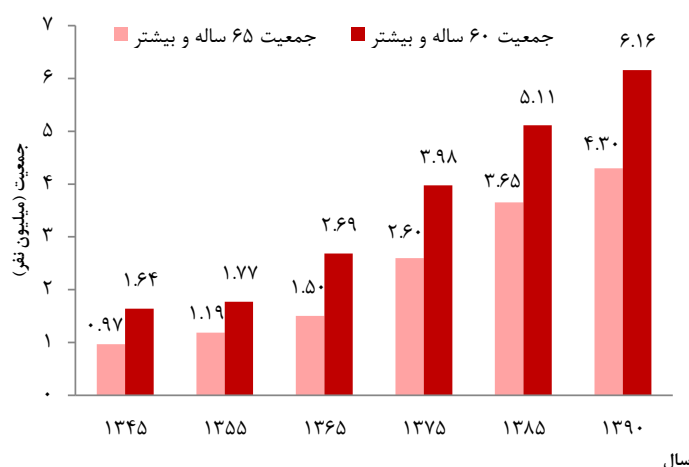
تغییرات گفته شده چنان سریع رخ داده‌اند که نهادهای اجتماعی قادر به همراهی با این تغییرات و کسب ظرفیت‌ها و توانایی‌های حل چنین مشکلاتی نبوده‌اند. تنها طی چند سال اخیر است که توجه نهادهای رسمی معطوف به این مسایل نوظهور شده است. با این حال بنیان‌ها و ظرفیت‌های لازم برای فائق آمدن بر چنین مشکلاتی وجود ندارد. پوشش ضعیف صندوق‌های بازنشستگی و بیمه‌های اصلی و تکمیلی و حمایت مالی ناکافی از یک سو و ضعیف شدن حمایت‌های غیررسمی و خانوادگی در اثر تغییر شرایط زندگی در

جوامع جدید، جدا و دور شدن فرزندان از خانواده والدین (در اثر مهاجرت گسترده فرزندان) و گسترش ایده‌آل‌ها در جامعه مدرن، از سوی دیگر جلوه‌هایی از تغییرات نامتوازن جمعیتی- اجتماعی در جامعه در حال گذار ایران است. همان طور که نودل (۱۹۹۹) شرح داده است، آنچه برای جوامع شرقی از جمله ایران قابل پیش‌بینی است این که احتمالاً توسعه بهبودهایی، همچون توسعه سیستم‌های حمایت رسمی، در زندگی سالمندان آینده به وجود خواهد آورد و در مقابل تغییرات جمعیتی ممکن است به تضعیف حمایت‌های غیررسمی منجر شود، مجموعه‌ای متناقض از اثرات توسعه بر زندگی خانوادگی و اجتماعی سالمندان (نودل، ۱۹۹۹).

در قسمت مربوط به وضعیت جمعیتی و سالخوردگی، این گزارش سالخوردگی جمعیتی در ایران و خصوصیات اجتماعی- اقتصادی سالمندان ایرانی را توصیف می‌کند. در بخش نهادها و سازمان‌های مسئول و مرتبط با برنامه ریزی سالمندان، این گزارش فعالیت‌های این مؤسسات را مرور خواهد کرد و در بخش وضعیت سلامت سالمندان برخی مسایل و وجوه سلامت در میان سالمندان ایرانی تعریف می‌شود. نکات کلیدی حاصل از یافته‌های این پژوهش در مورد وضعیت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران را می‌توان در موارد زیر خلاصه کرد:

۱- افزایش امید زندگی در بدو تولد از کمتر از ۳۰ سال تا قبل از شروع قرن چهاردهم هجری شمسی به بیش از ۷۰ سال در پایان دهه ۱۳۸۰ به افزایش شانس زنده ماندن تا سنین سالمندی و در نتیجه افزایش شتاب رشد جمعیت سالمندان و پدیدار شدن اثرات نیرومحرکه تغییرات مرگ که بر این شتاب افزوده است. بیشترین اثر نیرومحرکه مرگ را می‌توان برای دوره ۹۰-۱۳۶۰ مشاهده کرد. آشکارترین پی‌آمد اثرات نیرومحرکه مرگ افزایش تعداد سالمندان به شرح شکل I دیده می‌شود.

شکل I شمار جمعیت ۶۰+ و ۶۵+ کشور در سال‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰

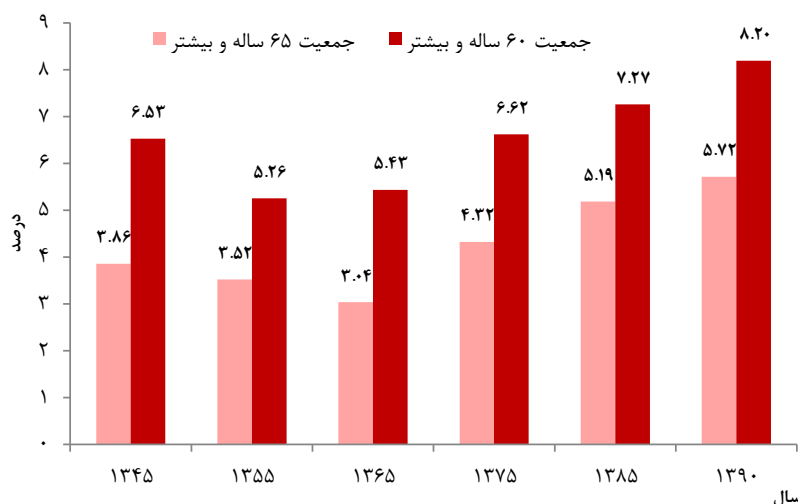


۲- بزرگترین اثر نیرومحركه تغییرات مرگ بر اندازه جمعیت سالمندان ۶۰ و ۶۵ ساله و بیشتر را می‌توان برای سال‌های دوره ۹۰-۱۳۶۵ مشاهده کرد. براساس نتایج سرشماری ۱۳۶۵ و برآوردهای جمعیت‌شناسان (زنجان ۱۳۷۰) از جمعیت کشور در آستانه ۱۳۰۰ هجری خورشیدی، جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در سال ۱۳۶۵ حدود ۵ برابر بیشتر از تعداد جمعیت این سنین در سال‌های قبل از شروع کاهش مرگ و میر (قبل از ۱۳۰۰) شده است. این ضریب برای گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر و ۸۰ ساله و بالاتر به ترتیب حدود ۶ برابر و ۲۲ برابر بوده است. به این معنی که اگر جمعیت این دو گروه در سال ۱۳۰۰ یک نفر بوده باشد، این تعداد در سال ۱۳۸۵ برای سنین ۶۵ ساله و بیشتر حدود ۶ و برای جمعیت ۸۰ ساله و بیشتر حدود ۲۲ نفر است. براساس یافته‌های این پژوهش بزرگترین اثر نیرومحركه به سال ۱۳۸۵ تعلق دارد. یعنی بیشترین آهنگ افزایش جمعیت سالمندان در اثر این پدیده تا سال ۱۳۸۵ دیده می‌شود و پس از این سال این تأثیر کاهش می‌یابد.

۳- اگرچه ایران در سال‌های ۸۰-۱۳۶۵ کاهش سریعی در باروری خود تجربه کرده است، افزایش جمعیت سالمندان از این تأثیر مبرا است. در واقع رشد جمعیت سالمند با کاهش باروری در افق‌های دورتر کاهش می‌یابد و بنابراین کاهش باروری خود به کاهش آهنگ رشد جمعیت سالمندان کمک می‌کند. در هر حال اثر این متغیر بر تغییر جمعیت سالمندان مستلزم لااقل گذشت حدود ۶۰ سال از اولین تغییر در سطح باروری است. حتی اگر باروری گذشته ثابت می‌ماند (مثلاً در سطحی حدود ۷ فرزند در آغاز دهه ۱۳۶۰)، همان‌طور که در این گزارش مورد اشاره قرار گرفته است، جمعیت سالمند بازهم ۵ تا ۶ برابر بزرگتر از آغاز گذار جمعیتی و کاهش مرگ‌ومیر می‌بود.

۴- به‌عنوان اثر کاهش باروری، کاهش نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال از ۱۳۶۵ به بعد موجب شده تا سهم جمعیت سالمند ۶۵ ساله و بیشتر به ۵/۷ درصد تا سال ۱۳۹۰ افزایش یابد. این تغییر نشانه تغییر در ساختار سنی است ولی جمعیت سالمند مستقل از کاهش باروری، افزایش داشته است (شکل II).

شکل II نسبت جمعیت ۶۰+ و ۶۵+ کشور در سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰



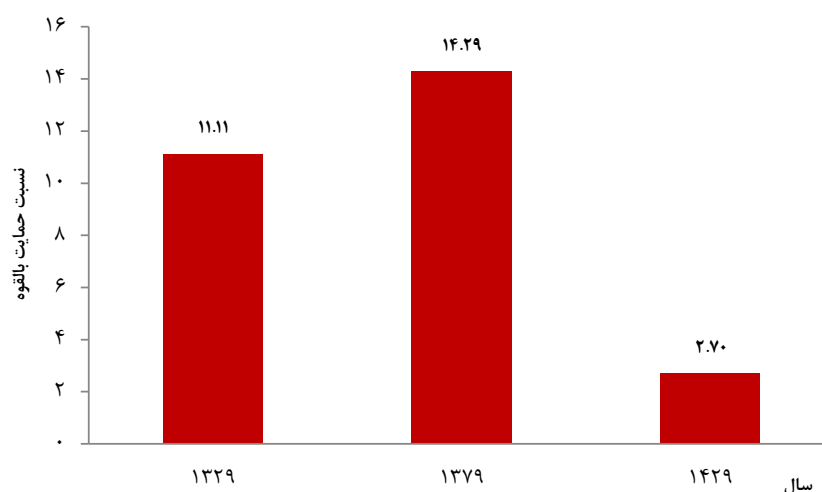
۵- افزایش جمعیت سالمند ۶۰ و ۶۵ ساله و بیشتر در مناطق روستایی کشور بیشتر و چشمگیرتر بوده است. به‌طوری‌که نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در نقاط روستایی کشور تا ۷/۷ درصد در سال ۱۳۹۰ (در مقایسه با رقم ۵/۷ درصد در کل و ۵/۶ درصد در نقاط شهری) افزایش می‌یابد. براساس نتایج سرشماری‌های گذشته کشور، تفاوت‌های شهری- روستایی از نظر نسبت جمعیت سالمند طی دو دهه اخیر بیشتر شده است. مهاجرت روستا- شهری از طریق مهاجرت جمعیت جوان‌تر از نقاط روستایی به نقاط شهری و بنابراین اثری که بر ساختار سنی جمعیت شهری و روستایی می‌گذارد، عامل مهمی است که افزایش این نسبت در نقاط روستایی و کاهش آن در نقاط شهری را موجب شده است.

۶- چالش اصلی سالخوردگی جمعیت، تفاوت‌های قابل‌توجه استانی و منطقه‌ای در نسبت جمعیت سالمند است. در استان‌های کمتر توسعه‌یافته که آسیب‌پذیرتر هستند، نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در مقایسه با استان‌های برخوردارتر شمالی و مرکزی ایران، پایین‌تر است. در استان‌های واقع در جنوب، جنوب شرق، و جنوب غربی ایران مثل سیستان و بلوچستان، ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، هرمزگان و بوشهر، خوزستان و استان‌های واقع در بخش شمال شرقی و غربی مثل آذربایجان غربی و گلستان نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در کمترین مقدار خود قرار دارد. در مقابل استان‌های گیلان، مازندران و تهران بالاترین نسبت را دارند. تفاوت‌های استانی در سالخوردگی جمعیت عمدتاً ناشی از تفاوت‌های باروری و جریان‌های مهاجرتی طی دهه‌های اخیر می‌باشد.

۷- نسبت وابستگی سالمندان طی دو دهه گذشته افزایش یافته است. پیش‌بینی سازمان ملل متحد نشان می‌دهد که این شاخص بعد از سال ۱۳۹۰ افزایش بیشتری خواهد یافت. نتایج سرشماری‌های ۱۳۶۵ و

۱۳۷۵ نشان می‌دهد که نسبت حمایت بالقوه^۲ (PSR) طی دهه‌های ۱۳۶۰ و ۱۳۷۰ کاهش یافته و انتظار می‌رود روند کاهش این نسبت تا کمتر از ۳ نفر در حدود سال ۱۴۳۰ برای هر فرد سالمند کاهش یابد (شکل III).

شکل III نسبت حمایت بالقوه از سالمندان (PSR)، ایران



۸- یکی از ویژگی‌های جمعیتی منحصر بفرد سالمندان ایران تا دهه ۱۳۹۰ این بوده است که علی‌رغم افزایش امید زندگی در جریان مرحله دوم تا سوم گذار اپیدمیولوژیک، نسبت جنسی سالمندان بالا و به نفع تعداد مردان بود. اخیراً نتایج سرشماری‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ و تحلیل گذشته‌نگر نسل‌های فرضی نشان می‌دهند که سالخوردگی جمعیت به مرور زنانه‌تر می‌شود. این نتایج مشخص می‌کند که نسبت مردان سالمند به یک‌صد زن کاهش و سهم زنان از جمعیت سالمند کشور افزایش یافته است. اما در استان‌های کشور، ترکیب جنسی جمعیت سالمندان متفاوت است.

۹- علی‌رغم اجرای برنامه‌های سوادآموزی، میزان باسوادی سالمندان در ایران هنوز پایین است. در کل در سال ۱۳۹۰ کمی بیشتر از یک‌سوم از سالمندان (دو جنس) باسواد بوده‌اند. در حالی‌که در همین سال نزدیک به نیمی از مردان باسواد محسوب شده‌اند، میزان باسوادی زنان به ۲۴ درصد نمی‌رسد. ضمن این‌که تفاوت‌های شهری- روستایی نشان از یکی از بزرگ‌ترین نابرابری‌های جنسیتی دارد. بر اساس اطلاعات سرشماری ۱۳۹۰ حدود ۳۲ درصد از زنان سالمند شهری سواد خواندن و نوشتن داشته‌اند، در حالی‌که این نسبت برای زنان سالمند روستایی به حدود ۵ درصد می‌رسد. به عبارت دیگر با همین تعریف کلی، ۹۵ درصد از زنان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر روستایی در این سال بی‌سواد بوده‌اند. نتایج این تحقیق نشان

² potential support ratio

می‌دهد که عملکرد آموزشی گذشته و فعالیت‌های سه دهه بعد از انقلاب شکاف جنسیتی در میزان باسوادی را افزایش داده است. ضمن این‌که برآوردهای مبتنی بر گروه‌های هم‌دوره فرضی نشان می‌دهد که نسل‌های آینده نسبت به نسل‌های کنونی سالمندان، هم از نظر میزان باسوادی و هم تفاوت‌های جنسیتی وضعیت بسیار مطلوب‌تری خواهند داشت.

۱۰- این مطالعه نشان می‌دهد که تفاوت‌ها و شکاف استان‌ها در میزان باسوادی نیز صورت دیگری از نابرابری‌های اجتماعی سالمندان ایرانی است. در حالی‌که در استان‌های لرستان، خراسان شمالی، هرمزگان، ایلام، کردستان، کهگیلویه و بویراحمد و سیستان و بلوچستان کمتر از یک‌سوم از مردان سالمند در آخرین سرشماری باسواد بوده‌اند، این نسبت در استان‌های برخوردار مثل تهران و البرز به ۶۵ درصد، و در استان‌های اصفهان، سمنان و یزد به بیش از ۵۰ درصد می‌رسد. برای زنان، شرایط حاکی از نابرابری‌های بیشتری است. میزان باسوادی زنان سالمند ۶۰ ساله و بالاتر در استان‌های لرستان، خراسان شمالی، اردبیل، چهارمحال و بختیاری، کردستان، سیستان و بلوچستان، ایلام و کهگیلویه به کمتر از ۱۰ درصد می‌رسد، حال آن‌که در تهران بیش از نیمی از زنان و در استان البرز بیش از ۴۰ درصد از زنان سالمند باسواد بوده‌اند.

۱۱- نسبت سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند در حال افزایش است و تفاوت‌های استانی از این نظر قابل توجه می‌باشد. جدیدترین آمار از ترتیبات زندگی سالمندان ایران نشان می‌دهد که نسبت سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند در کل کشور حدود ۱۳ درصد است و تفاوت جنسیتی در این مورد قابل توجه و قابل بحث است. مردان سالمندی که تنها زندگی می‌کنند کمتر از ۶ درصد از سالمندان مرد و زنان سالمند در این شکل از ترتیبات زندگی بیش از ۲۰ درصد از کل زنان سالمند کشور را در سال ۱۳۸۸ تشکیل می‌دهند. با توجه به احتمال بالای افزایش بیشتر در این نسبت و با توجه به درجه آسیب‌پذیری بالای این گروه از سالمندان، لازم است در طرح‌های کمک و برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی سالمندان به این گروه خصوصاً زنان سالمندی که تنها زندگی می‌کنند توجه بیشتری شود.

۱۲- یکی از بزرگترین نابرابری‌هایی که ریشه در سنت اجتماعی به‌ویژه در محدودیت اجتماعی برای ازدواج مجدد زنان به‌ویژه در سنین بالا دارد، در نسبت سالمندانی است که در این دوره پراهمیت زندگی از عضو مهم شبکه اجتماعی محروم هستند. همسر، به‌ویژه به‌عنوان مهمترین تکیه‌گاه در برآوردن نیازهای مالی و حتی سرپناه، مهمترین عضو خانواده سالمندان زن است و یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نسبت سالمندان زن بدون همسر به مراتب بالاتر از سالمندان مرد است. در سال سرشماری ۱۳۹۰ کمتر از ۹ درصد از مردان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر بدون همسر گزارش شده‌اند، در حالی‌که این نسبت برای زنان به ۴۹ درصد می‌رسد. اگرچه روند تغییرات این نسبت نشان‌دهنده کاهش است، اما تفاوت جنسیتی در همراه بودن یا نبودن همسر همچنان یکی از بزرگ‌ترین نابرابری‌ها است. این تفاوت، اما با نابرابری‌های بزرگ مکانی

همراه نیست. به عبارت دیگر تفاوت استان‌ها در نسبت سالمندان بدون همسر قابل چشم‌پوشی است. سالمندان بدون همسر (شامل هرگز ازدواج نکرده، طلاق گرفته و برای زنان به‌ویژه بیوه) و بدون فرزند گروه آسیب‌پذیر مهمی هستند که اگرچه در سند ملی سالمندان مورد اشاره قرار گرفته‌اند ولی حفظ استاندارد و کیفیت زندگی آن‌ها نیازمند برنامه‌ای جداگانه و جامع می‌باشد.

۱۳- میزان فعالیت و اشتغال مردان سالمند، خصوصاً مردان سالمند روستایی، همچنان بالا است و تفاوت‌های دو جنس مشابه تفاوت‌های آنان در طول سنینی است که به سنین سالمندی ختم می‌شود. میزان فعالیت یا مشارکت مردان سالمند در فعالیت‌های اقتصادی در استان‌های خراسان جنوبی و شمالی بسیار بالا است. در استان‌های اردبیل، مازندران، زنجان، آذربایجان غربی، همدان، گیلان، ایلام، کردستان و کهگیلویه و بویراحمد برابر یا بالاتر از ۵۰ درصد است. در حالی که این رقم برای مردان سالمندانی که در استان‌های تهران، البرز، خوزستان، و قم زندگی می‌کنند، در پایین‌ترین سطح (حدود یا کمتر از ۳۰ درصد) قرار دارد. میزان فعالیت سالمندان زن به همان اندازه که در سنین کار پایین‌تر از مردان است، در سنین سالمندی نیز کمتر از سالمندان مرد است. با این حال در استان‌های توسعه‌نیافته‌تر کشور مانند خراسان جنوبی و شمالی، و ایلام یا استان‌هایی که نرخ شهرنشینی در آن‌ها پایین است، مثل گیلان و مازندران نرخ مشارکت زنان بالاتر از استان‌های دیگر است. در استان‌های برخوردارتر یا شهرنشین‌تر مثل استان تهران، قم، البرز و خوزستان میزان مشارکت زنان سالمند در نیروی کار در پایین‌ترین حد خود به ۳ درصد یا کمتر می‌رسد.

۱۴- شیوع ناتوانی ناشی از بیماری‌های مزمن در میان سالمندان بیش از هر گروه سنی دیگر است. بنابراین هر افزایشی در تعداد جمعیت سالمندان موجب افزایش شمار سالمندان ناتوانی که به مراقبت‌های معمول و مستمر نیازمندند خواهد شد. افزایش جمعیت سالمندان، مستقل از این‌که آیا میزان شیوع این بیماری‌ها افزایش یافته است یا خیر، مستلزم توجه برنامه‌های آموزش طب سالمندی است که در "سند ملی برنامه راهبردی سالمندان کشور" در فعالیت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دیده شده است.

۱۵- سهم قابل‌توجهی از مشکلات سلامت درمیان سالمندان، بیماری‌های غیرعفونی و مزمن است که خدمات مراقبت بهداشتی و سلامت را بیش از پیش ضروری می‌سازد. بنابراین سیاست‌های پیشگیری، ارتقای سلامت و درمان‌های به موقع برای سالمندان بسیار پراهمیت و مفید و عدم توجه به این اقدامات و اهمیت آن می‌تواند در آینده مشکلات زیاد و متعددی برای سالمندان به‌وجود آورد. در حال حاضر برنامه غربالگری و ارتقای سلامت به صورت محدود برای سالمندان اجراء می‌شود. اما ضمن این‌که اجرای فراگیر آن ضروری است، لازم است با استفاده از اطلاعات حاصله سالمندان از نظر بیماری‌های خاص طبقه‌بندی و جدای از سایر گروه‌های سنی در برنامه‌های کمک به این گروه مورد توجه قرار گیرند.

۱۶- آمادگی و اجرای برنامه جامع سلامت سالمندان یکی از ضروریات کشور است که برای کاهش بار بیماری‌ها و هزینه‌های سلامت در آینده مستلزم توجه ویژه از سوی سیاستگذاران و محققین است. به صورت پایلوت در ۱۷ شهرستان با پوشش ۵۵ هزار نفر اجرا می‌شود و طبق برنامه، پوشش این طرح باید تا سال ۱۳۹۴ کامل شود.

۱۷- از دیگر چالش‌های عملکردی سازمان‌های متولی سالمندان می‌توان به عدم ایجاد زیرساخت پرداخت هزینه‌های بیمه سالمندی (پایه و مکمل) اشاره کرد که امکان ایجاد و گسترش انواع خدمات و مراقبت‌های سالمندی مثل مراقبت در منزل، ویزیت در منزل، مراکز نگهداری روزانه، خانه‌های سالمندان و آسایشگاه‌های نگهداری را با مشکل مواجه کرده است. این بخش از فعالیت‌های مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی سالمندان فاقد برنامه راهبردی در سند ملی سالمندی کشور است و آنچه به عنوان برنامه سازمان بهزیستی در این چارچوب دیده شده محدود به سالمندان معلول و نیازمندی است که دارای بیمه پایه باشند. چنین محدودیت‌هایی در پوشش بیمه تکمیلی، یعنی تنگ شدن دایره بهره‌مندی سالمندان کشور. در حالی که با توجه به افزایش چشمگیر هزینه‌های درمانی، پوشش کامل بیمه‌ای نیازی است که برای همه سالمندان احساس می‌شود.

۱۸- بسیاری از برنامه‌های حمایت رسمی از سالمندان اجرا نمی‌شوند. برنامه‌های اجرا شده‌ای همچون حمایت‌های مالی، مستمری و کمک‌های نقدی و غیرنقدی نیز از نظر میزان و نحوه پرداخت، قادر به حل آسیب‌های اجتماعی-اقتصادی در شرایط اقتصادی کنونی نیستند. افزون بر این قوانین حمایت از سالمندان ایران یک رویه ملی است، در حالی که با توجه به تفاوت‌های جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی و نیز نیازهای متنوع و متفاوت سالمندان لازم است دوایری با تشکیلات هماهنگ و بر مبنای مطالعات سالمندی بر عملکرد سازمان‌های رسمی نظارت داشته باشند. برای مثل عملکرد شهرداری‌ها و میزان سرمایه گذاری آن‌ها در مناطق مختلف کشور همسو و هماهنگ با قوانین ملی و کشوری نیست.

۱۹- تحلیل مروری عملکرد سازمان‌های مرتبط با سالمندان نشان‌دهنده مراکز رسمی متعددی است که به نحوی به کمک‌های رسمی عمدتاً مالی به سالمندان فعالیت دارند. کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی و وزارت رفاه سه تشکیلات رسمی در انجام این امور هستند که یا در تأمین نیازها و یا در راستای قوانین موجود اقدام به حمایت از سالمندان می‌کنند. علاوه بر این تعدادی از سازمان‌های رسمی نیز خدمات بهداشت و سلامت و یا رفاهی-فرهنگی ارائه می‌کنند. سوای ارزیابی عملکرد این سازمان‌ها، آنچه ضرورت دارد هماهنگی بین‌سازمانی در جهت کارآمد کردن مداخلات رسمی در حفظ و ارتقای کیفیت و استانداردهای زندگی سالمندان است. امری که مستلزم اراده‌ای فرابخشی و فرا سازمانی و خود چالشی در

بهبود عملکرد تشکیلات در این زمینه است. بنابراین لازم است تشکیلاتی هماهنگ و یا هماهنگ کننده برای اجرای برنامه‌های سالمندی در قوانین دیده شود.

۲۰- مرور عملکرد سازمان بهزیستی نشان می‌دهد که یکی از فعالیت‌های این سازمان پرداخت یارانه کمک به مراکز نگهداری از سالمند است (لایحه قانونی). این کمک به‌طور یکسان و بدون توجه به تفاوت‌های نیاز سالمندان و بدون توجه به تناسب کمک با وضعیت آنان عمل می‌کند. این کمک بدون هرگونه استنادی برای نحوه و میزان پرداخت‌ها انجام می‌شود. افزون بر این خدمات مورد اشاره بدون محاسبه نرخ روز و تغییرات زمانی هزینه‌ها انجام می‌شود.

۲۱- مطالعات نشان می‌دهد که در بخش حمایت‌های خویشاوندی، سالمندان عمدتاً وابسته به فرزندان هستند. در میان سالمندان، چه در اثر مرگ و چه طلاق، زنان بیشتر از مردان بدون همسر باقی می‌مانند و بیشتر از مردان به فرزندان خود وابسته هستند. در حالی که بیش از ۹۰ درصد از مردان سالمند با همسر خود زندگی می‌کنند و از کمک فرزندان و همسران خود بهره‌مند هستند.

۲۲- مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که نقش همسر و فرزندان برای مردان و نقش فرزندان برای زنان دارای همسر و بدون همسر در ارائه حمایت‌های ابزاری و مراقبتی بسیار تعیین‌کننده است. وضعیت سالمندان در حال حاضر نشان می‌دهد که به علت پراولاد بودن، دریافت حمایت‌های مراقبتی از فرزندان ممکن و در موارد زیادی غیرقابل‌جایگزین است. بنابراین، ضمن تأکید بر نیاز توسعه مطالعات و تحقیقات جمعیتی در سطح ملی، پیشنهاد می‌شود این بخش مهم از وضعیت زندگی اجتماعی و خانوادگی سالمندان نیز به قدر کافی در سند ملی سالمندان کشور و در مرحله تجدید نظر گنجانده شود. در این سند، هیچ برنامه و سمت و سوی مشخصی برای این بخش از امور مرتبط با سالمندان موجود نیست.

۲۳- هرچند اطلاعات ارائه شده در مورد هزینه‌های خانوار سالمند سرپرست به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات هزینه خانوار، محدود و ناکافی است، اما همین اطلاعات نیز نشان می‌دهد که با افزایش جمعیت سالمندان بار هزینه‌ای خانوار و در نهایت جامعه نیز افزایش خواهد یافت. در واقع سالمندان فقیر یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در جمعیت سالمندان هستند که نیازمند توجه بیشتر در برنامه‌های ملی می‌باشند.

۲۴- لازمه هرگونه برنامه‌ریزی در مورد سالمندان، انجام تحقیقات سالمندی در همه ابعاد زندگی خانوادگی، اجتماعی، سلامت و کیفیت زندگی است. متأسفانه تنها داده‌های آمارگیری از وضعیت سالمندان که محدود به بررسی‌های وضعیت سلامت آنان است، برای دو سال ۱۳۷۷ و ۱۳۸۱ موجود و در دسترس است. ضمن این‌که این تحقیقات ناکافی و حاوی اطلاعات قدیمی است، از آنجا که اجرای آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد، فاقد جامعیت اطلاعات و ابعاد غیرپزشکی است. گذشته از این

اطلاعات گردآوری شده در امواج بعدی این مطالعات که در سال ۱۳۹۱ انجام شده است، همچون داده‌های گردآوری شده در طرح آمارگیری جمعیتی و بهداشتی در اختیار و دسترس محققان قرار نگرفته است. همچنین دسترسی محققان به اطلاعات هزینه‌های خانوار بسیار محدود است. در حال حاضر مهمترین چالش و محدودیت جدی در انجام مطالعات سالمندی که ضرورت آن در برنامه‌ریزی‌های سالمندی و تدوین و تکمیل و به‌روزرسانی برنامه‌ها کاملاً محسوس است، عدم دسترسی به همین اندازه از اطلاعات اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی است. این در حالی است که در سند ملی برنامه راهبردی سالمندان کشور، انجام تحقیقات در زمینه سالمندان به منظور شناسایی بهتر جامعه هدف و نیازهای آنها و ارائه پروتکل‌های لازم در این راستا به‌عنوان یکی از خدمات سازمان بهزیستی کشور دیده شده است. روشن است با فقر موجود اطلاعات سالمندان که حتی در چارچوب فعالیت‌های ثبتی تشکیلاتی مثل صندوق‌های بیمه در دسترس محققان و حتی سازمان‌های دولتی قرار نمی‌گیرد، انجام این وظیفه و دستیابی به اهداف برنامه ناممکن است.

اهم پیشنهادات و الزامات سیاستی

تند شدن آهنگ افزایش جمعیت سالمند، به خودی خود هشدار برای برنامه‌ریزان و سیاستگذاران اجتماعی است و عموماً توجه زیادی را به اهمیت وجود برنامه‌ها و خط‌ومشی‌های اجتماعی-اقتصادی معطوف می‌کند. ضمن این‌که نباید چنین تصور شود که افزایش تعداد این گروه یک فاجعه اجتماعی است. نسبت زیادی از سالمندان، این دوره از زندگی خود را بدون هرگونه ناتوانی، وابستگی و بیماری سپری می‌کنند. با این حال تدوین برنامه‌هایی جامع، منسجم، هدفمند، و مبتنی بر یافته‌های علمی و شناخت همه جانبه که با دقت و جدیت به اجرا درآیند، ضروری و تضمین کننده ارتقای کمی و کیفی زندگی افرادی است که به سنین سالمندی می‌رسند. اهم پیشنهاداتی که می‌توان در این چارچوب و در محدوده و قلمرو یافته‌های این پژوهش ارائه کرد، در موارد زیر قابل عرضه است:

۱- جمعیت ایران در دوره‌ای بالنسبه کوتاه، بزرگترین تحولات و گذارهای جمعیتی-اجتماعی را تجربه کرده است و در چنین شرایطی سرعت سالخوردگی شدن جمعیت مجال چندانی برای انطباق شرایط با رشد رو به افزایش جمعیت سالمندان در اختیار سیاستگذاران قرار نمی‌دهد. بنابراین لازم است سیاستگذاران بی‌درنگ از فرصت کوتاهی که تا سالخوردگی شدن جمعیت باقی مانده است، بیشترین استفاده را کنند. در این راه گام نخست تدوین یک سند راهبردی واحد و منطبق بر شرایط جدید است که در آن به صراحت وظایف سازمان‌ها مشخص شده باشد.

۲- همان‌گونه که از یافته‌های این پژوهش و دیگر گزارش‌های پژوهشی و کارشناسی در مورد سالمندان بر می‌آید، لازم است سیستم حمایت رسمی از سالمندان آسیب‌پذیر توسعه یابد و منابع بیشتری در اختیار این سیستم‌های حمایتی قرار گیرد. از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر سالمند می‌توان به سالمندان پیر یا کهنسال خصوصاً با توجه به نیاز بیشتر آنان به مراقبت‌های طویل‌المدت، زنان سالمند، سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، سالمندان فقیر به‌ویژه آنان که بدون همسر و یا دارای همسر ولی بی‌فرزند هستند، سالمندان مبتلا به بیماری‌های خاص و پرهزینه به‌ویژه آنان که فاقد هر نوع بیمه مناسب هستند، اشاره کرد. توجه ویژه به این گروه‌ها از الزامات سیاستی برنامه‌های رفاه سالمندان است.

۳- تفاوت‌های منطقه‌ای قابل‌توجهی هم در اندازه و هم ترکیب جمعیتی-اجتماعی-اقتصادی سالمندان و نیازهای آنان به چشم می‌خورد. بنابراین، سیاستگذاری‌ها و برنامه‌های اجتماعی باید به‌طور غیرمتمرکز و منطقه‌ای طرح و اجرا شوند.

۴- مطالعات انجام شده در مورد خصوصیات سالمندان نشان می‌دهد که نه تنها نسل‌های کنونی سالمند نیازمند توسعه سیستم‌های حمایت اجتماعی هستند، بلکه اعضای شبکه‌های اجتماعی غیررسمی حمایت از

آنان خصوصاً شبکه‌های خویشاوندی (مؤکداً خویشاوندان نزدیک و فرزندان)، نیز نیازمند توجه بیشتر و حمایت گسترده‌تر است. به نظر می‌رسد که حمایت مالی دولت از سالمندان فقیر انگیزه فرزندان برای ارائه خدمات بیشتر و حمایت‌های عاطفی و مراقبتی را افزایش می‌دهد.

۵- فقدان اطلاعات تفصیلی با جزئیات مربوط به زندگی فردی و اجتماعی سالمندان به‌نحوی که انجام مطالعات پشتیبان برای برنامه‌ریزی‌ها و سیاستگذاری‌های اجتماعی را ممکن کند، یک ضرورت جدی است. در این مورد می‌توان به لاقلاً دو چالش جدی اشاره کرد. اول این که به‌طور کلی مطالعات و پژوهش‌ها در این زمینه کم‌شمار است. همین تعداد کم مطالعات و یا آمارگیری‌های نمونه‌ای، مثل پیمایش وضعیت سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران که در چند سال به‌طور آزمایشی و یا نهایی عملیاتی شده است، پراکنده و ناهم‌ساز هستند. در حالی که انجام مطالعات مستمر در مورد سالمندان و پایش وضعیت آنان مستلزم دسترسی به اطلاعات و آمارهای قابل اعتماد است که در حال حاضر دست‌کم به‌طور جامع توسط هیچ نهادی پی‌گیری نمی‌شود. دوم این که دامنه و گستره متغیرهایی که در این محدود تحقیقات اندازه‌گیری می‌شوند، بسیار محدود و در بیشتر موارد محدود به اطلاعات سلامت است. در چنین تحقیقاتی کمتر به ابعاد اجتماعی زندگی سالمندان توجه می‌شود و یا در یک طرح پژوهشی جدی (مثل تحقیق مورد اشاره توسط وزارت بهداشت) به جمع‌آوری چنین اطلاعاتی همت نمی‌شود. در حالی که خصوصیات و شرایط اجتماعی زندگی سالمندان کم‌اهمیت‌تر از سلامت جسمانی نیست.

۶- یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که حدود نیمی از مطالعات و تحقیقات جمعیتی در مورد سالمندان به سه محور سلامت (روانی)، پی‌آمدهای اقتصادی و کیفیت زندگی پرداخته‌اند. در حالی که بخش عمده‌ای از موضوعات مهم زندگی فردی و اجتماعی سالمندان مورد غفلت قرار گرفته است. در این مورد لازم است، حمایت‌های هدفمندی از مطالعات سالمندی در مواردی با اهمیت که مورد اقبال عموم نیست، صورت بگیرد.

۷- لازم است با استفاده از یافته‌های تحقیقات علمی و تجارب ارزشمند کشورهای که برنامه متری برای ارتقای کیفیت زندگی و رفاه سالمندان دارند، برنامه‌های آموزشی و آگاه‌سازی سالمندان، برنامه‌های خودمراقبتی و توانمندسازی سالمندان، برنامه پایش سلامت و غربالگری سالمندان، توسعه درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های طب سالمندی تدوین و به‌طور جدی اجرا شوند.

فهرست مطالب

فصل اول: تعیین‌کننده‌های جمعیتی سالخوردگی

۱-۱. مقدمه	۲
۱-۲. افزایش امید زندگی و کاهش مرگ‌ومیر	۲
۱-۳. تغییرات جمعیت سالمندان	۶
۱-۴. تغییرات سطح باروری و سالخوردگی جمعیت	۱۰

فصل دوم: اندازه و سرعت سالخوردگی جمعیت

۲-۱. مقدمه	۱۴
۲-۲. اندازه سالخوردگی	۱۴
۲-۳. نسبت بستگی سالمندی	۱۸
۲-۴. ضریب جانشینی	۲۱

فصل سوم: خصوصیات اقتصادی و اجتماعی سالمندان

۳-۱. مقدمه	۲۴
۳-۲. ترکیب جنسی	۲۴
۳-۳. وضعیت سواد	۲۶
۳-۴. وضعیت ازدواج و زناشویی	۳۲
۳-۵. وضعیت فعالیت و اشتغال	۳۶
۳-۶. هزینه خانوارهای سالمند سرپرست	۴۲

فصل چهارم: ترتیبات زندگی و حمایت اجتماعی

۴-۱. مقدمه	۴۶
۴-۲. چارچوب مفهومی	۴۶
۴-۳. تغییرات جمعیتی، ترتیبات زندگی و حمایت‌های اجتماعی	۴۹
۴-۴. نیاز به مراقبت	۵۱
۴-۵. ترتیبات زندگی	۵۴
۴-۶. فرزندان و روابط بین‌نسلی	۵۸
۴-۷. حمایت اجتماعی و خویشاوندی	۵۹

فصل پنجم: مسائل سلامتی، مرگ و میر و ناتوانی

۵- ۱. مقدمه	۶۸
۵- ۲. علل مرگ	۷۰
۵- ۳. بهره‌مندی از خدمات سلامت	۷۵

فصل ششم: تحلیل مروری عملکرد برنامه‌های سالمندی

۶- ۱. مقدمه	۸۰
۶- ۲. وزارت رفاه و تامین اجتماعی	۸۰
۶- ۳. سازمان بهزیستی کشور	۸۴
۶- ۴. کمیته امداد امام خمینی	۸۶
۶- ۵. صندوق‌های بیمه و بازنشستگی	۸۸
۶- ۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۸۹
۶- ۷. دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی	۹۲
۶- ۸. شهرداری	۹۳
۶- ۹. مؤسسه خیریه کهریزک	۹۴

فصل هفتم: مروری بر سوابق پژوهشی مطالعات سالخوردگی در ایران

۷- ۱. مقدمه	۹۶
۷- ۲. مطالعات انجام گرفته در حوزه سالخوردگی در ایران	۹۶

نتیجه‌گیری و پیشنهادات	۱۰۰
پیوست	۱۰۸
منابع	۱۱۱

فهرست جداول

عنوان.....	صفحه
جدول ۱: جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ایران، ۱۳۴۵-۱۳۹۰.....	۶
جدول ۲: نرخ رشد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ایران، ۱۳۴۵-۱۳۶۵ و ۱۳۹۰-۱۳۶۵.....	۶
جدول ۳: تعداد و سهم جمعیت سالمند برحسب سن در گروه‌های سالمندی، ایران، ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰.....	۷
جدول ۴: درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر و شاخص سالخوردگی به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ایران، ۱۳۳۵-۱۳۹۰.....	۱۵
جدول ۵: نسبت جنسی بزرگسالان و سالمندان، ایران، ۱۳۳۵-۱۳۹۰.....	۲۵
جدول ۶: میزان باسوادی سالمندان ۶۰+ به تفکیک جنس در نقاط شهری و روستایی، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۹۰.....	۲۷
جدول ۷: نسبت سالمندان ۶۰+ حداقل یک‌بار ازدواج کرده و بدون همسر به تفکیک جنس در نقاط شهری و روستایی، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۹۰.....	۳۳
جدول ۸: میزان فعالیت و بیکاری سالمندان ۶۰+ در نقاط شهری و روستایی، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۹۰.....	۳۸
جدول ۹: درصد سالمندان ۶۰ ساله و بیشتری که تنها زندگی می‌کنند از ۱۰۰ سالمند کشور، ۱۳۸۸-۱۳۵۵.....	۵۵
جدول ۱۰: میانگین تعداد کل فرزندان، فرزندان جدا شده از خانوار و فرزندان کارکردی سالمندان به تفکیک جنس و گروه سنی، تهران، ۱۳۸۶.....	۵۹
جدول ۱۱: نیاز به بستری شدن، HSUS، ایران، ۲۰۰۲.....	۷۷
جدول ۱۲: فراوانی و درصد مطالعات بر حسب موضوع در دو سطح خرد و کلان.....	۹۷
جدول ۱۳: توزیع بر حسب ویژگی‌های انتشار و سطوح مورد بررسی.....	۹۹

فهرست شکل‌ها

عنوان.....	صفحه
شکل ۱: امید زندگی در بدو تولد، ایران، ۱۳۹۰-۱۲۸۵.....	۳
شکل ۲: سال‌های عمر شده نسلی برای مردان، ایران، ۱۳۹۰-۱۲۸۵.....	۴
شکل ۳: سال‌های عمر شده نسلی برای زنان، ایران، ۱۳۹۰-۱۲۸۵.....	۴
شکل ۴: ضرایب جمعیت مردان بر اثر کاهش مرگ‌ومیر ۱۴۶۰-۱۳۰۰.....	۵
شکل ۵: ضرایب جمعیت زنان بر اثر کاهش مرگ‌ومیر ۱۴۶۰-۱۳۰۰.....	۵
شکل ۶: نرخ رشد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر، ایران،.....	۹
شکل ۷: نرخ رشد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر، مناطق شهری ایران،.....	۹
شکل ۸: نرخ رشد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر، مناطق روستایی ایران،.....	۹
شکل ۹: پیش‌بینی میزان باروری کل و امید زندگی در بدو تولد، ایران، ۱۴۸۰-۱۳۳۰.....	۱۱
شکل ۱۰: میزان‌های مولید و مرگ در دوره گذار و پس از گذار جمعیتی ایران، ۱۴۸۰-۱۳۳۰.....	۱۱
شکل ۱۱: درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۹۰-۱۳۳۵.....	۱۵
شکل ۱۲: تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به ازای ۱۰۰ کودک زیر ۱۵ سال، ایران، ۱۳۹۰-۱۳۳۵.....	۱۷
شکل ۱۳: تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به ازای ۱۰۰ نفر جمعیت ۶۴-۱۵ ساله، ایران ۱۴۸۰-۱۳۳۰.....	۱۹
شکل ۱۴: نسبت وابستگی سالمند به تفکیک سناریوهای پیش‌بینی سازمان ملل، ایران، ۱۴۸۰-۱۳۳۵.....	۲۰
شکل ۱۵: جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به تفکیک سناریوهای پیش‌بینی سازمان ملل، ایران، ۱۴۸۰-۱۳۳۵.....	۲۰
شکل ۱۶: ضریب جانشینی جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر براساس گزینه متوسط.....	۲۱
شکل ۱۷: نسبت باسوادی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر کشور، دوجنس به تفکیک نقاط شهری و روستایی.....	۲۸
شکل ۱۸: نسبت باسوادی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر کشور، مردان به تفکیک نقاط شهری و روستایی.....	۲۸
شکل ۱۹: نسبت باسوادی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر کشور، زنان به تفکیک نقاط شهری و روستایی.....	۲۸
شکل ۲۰: درصد باسوادی بر حسب سن و جنس، ایران، ۱۳۹۰.....	۲۹
شکل ۲۱: درصد باسوادی مردان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر، ایران، ۱۳۹۰.....	۳۱
شکل ۲۲: درصد باسوادی زنان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر، ایران، ۱۳۹۰.....	۳۲
شکل ۲۳: درصد افراد بدون همسر از جمعیت مردان سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر ایران ۱۳۹۰-۱۳۵۵.....	۳۴
شکل ۲۴: درصد افراد بدون همسر از جمعیت زنان سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر ایران ۱۳۹۰-۱۳۵۵.....	۳۴
شکل ۲۵: تعداد مردان بدون همسر به ۱۰۰ نفر جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۹۰.....	۳۵
شکل ۲۶: تعداد زنان بدون همسر به ۱۰۰ نفر جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۹۰.....	۳۶

- شکل ۲۷: میزان فعالیت و بیکاری مردان ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۹۰ ۳۹
- شکل ۲۸: نرخ فعالیت و بیکاری زنان ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۹۰ ۴۰
- شکل ۲۹: هزینه خانوارهای سالمند سرپرست ۴۳
- شکل ۳۰: نسبت سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند از جمعیت ۶۰+ به تفکیک جنس، ایران، ۱۳۸۸-۱۳۵۵ ۵۶
- شکل ۳۱: ترتیبات زندگی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۸۸ ۵۷
- شکل ۳۲: ترتیبات زندگی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک استان، ایران، ۱۳۸۸ ۵۸
- شکل ۳۳: درصد حمایت عاطفی از کل حمایت دریافت شده مردان متأهل برحسب منابع ۶۱
- شکل ۳۴: درصد حمایت پرستاری از کل حمایت دریافت شده مردان متأهل برحسب منابع ۶۱
- شکل ۳۵: درصد حمایت حمل‌ونقل از کل حمایت دریافت شده مردان متأهل برحسب منابع ۶۱
- شکل ۳۶: درصد حمایت مالی از کل حمایت دریافت شده مردان متأهل برحسب منابع ۶۱
- شکل ۳۷: درصد حمایت عاطفی از کل حمایت دریافت شده زنان متأهل برحسب منابع ۶۳
- شکل ۳۸: درصد حمایت پرستاری از کل حمایت دریافت شده زنان متأهل برحسب منابع ۶۳
- شکل ۳۹: درصد حمایت حمل‌ونقل از کل حمایت دریافت شده زنان متأهل برحسب منابع ۶۳
- شکل ۴۰: درصد حمایت مالی از کل حمایت دریافت شده زنان متأهل برحسب منابع ۶۳
- شکل ۴۱: درصد حمایت عاطفی از کل حمایت دریافت شده زنان غیرمتأهل برحسب منابع ۶۵
- شکل ۴۲: درصد حمایت پرستاری از کل حمایت دریافت شده زنان غیرمتأهل برحسب منابع ۶۵
- شکل ۴۳: درصد حمایت حمل‌ونقل از کل حمایت دریافت شده زنان غیرمتأهل برحسب منابع ۶۵
- شکل ۴۴: درصد حمایت مالی از کل حمایت دریافت شده زنان غیرمتأهل برحسب منابع ۶۵
- شکل ۴۵: توزیع نسبت ۱۰ علت مرگ از مجموع علل مزبور در زنان به تفکیک گروه‌های سنی - پس از تصحیح کدهای پوچ دربرنامه ثبت مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۹ ۷۰
- شکل ۴۶: توزیع نسبت ۱۰ علت مرگ از مجموع علل مزبور در مردان به تفکیک گروه‌های سنی - پس از تصحیح کدهای پوچ دربرنامه ثبت مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۹ ۷۱
- شکل ۴۷: سال‌های عمر همراه با ناتوانی بر حسب فرد، ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ در همه گروه‌های سنی، به تفکیک جنس، کل جهان ۷۱
- شکل ۴۸: شاخص DALY برای سن ۶۰ تا ۶۴ ساله بر اساس مطالعه جهانی بار بیماری‌ها، ایران ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ ۷۲
- شکل ۴۹: شاخص DALY برای سن ۶۵ تا ۶۹ ساله بر اساس مطالعه جهانی بار بیماری‌ها، ایران ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ ۷۳

- شکل ۵۰: شاخص DALY برای سن ۷۰ ساله و بیشتر بر اساس مطالعه جهانی بار بیماری ها، ایران ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ ۷۴
- شکل ۵۱: در صد مهمترین عوامل خطرمنتسب به سالهای از دست رفته عمر (DALY) بر حسب گروه سنی بر اساس مطالعه جهانی بار بیماری ها، ایران سال ۲۰۱۰ ۷۵
- شکل ۵۲: متوسط زمان انتظار برای بستری شدن در روز، به تفکیک گروه‌های سنی، HSUS، ایران ۲۰۰۲ ۷۶
- شکل ۵۳: درصد افرادی که در طی دو هفته قبل نیاز به خدمات سرپایی داشته‌اند، به تفکیک گروه‌های سنی، ایران ۲۰۰۲ ۷۷
- شکل ۵۴: درصد مطالعات بر حسب حوزه موضوعی ۹۸
- شکل ۵۵: درصد مطالعات بر حسب موضوع در سطح خرد ۹۸
- شکل ۵۶: درصد مطالعات بر حسب موضوع در سطح کلان ۹۹

فهرست نقشه‌ها

عنوان	صفحه
نقشه ۱: درصد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر از کل جمعیت به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰	۱۶
نقشه ۲: درصد سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر از کل جمعیت به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰	۱۶
نقشه ۳: تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به ازای ۱۰۰ کودک زیر ۱۵ سال به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰	۱۸
نقشه ۴: نسبت جنسی جمعیت سالمند به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰	۲۶
نقشه ۵: درصد مردان ۶۰ ساله و بالاتر شاغل به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰	۴۱
نقشه ۶: درصد زنان ۶۰ ساله و بالاتر شاغل به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰	۴۱
نقشه ۷: درصد مردان ۶۰ ساله و بالاتر نیازمند مراقبت، ایران، ۱۳۸۸	۵۳
نقشه ۸: درصد زنان ۶۰ ساله و بالاتر نیازمند مراقبت، ایران، ۱۳۸۸	۵۴

مقدمه

سالموردگی جمعیت ایران در سال‌های اخیر به یک گفتگوی سیاستی مهم عمدتاً توسط کارشناسان غیرجمعیت‌شناس، که عموماً آن را به‌عنوان پی‌آمد منفی کاهش باروری مورد بحث قرار می‌دهند، تبدیل شده است. در حالی که براساس اسنادی که در این گزارش مورد اشاره قرار می‌گیرند، مرحله اول افزایش جمعیت سالمندان از افزایش امید زندگی طی دهه‌های گذشته ریشه می‌گیرد. افزایش امید زندگی از آغاز گذار مرگ‌ومیر در ایران که به سال‌های آغازین قرن حاضر هجری شمسی باز می‌گردد، تدریجاً شانس زنده ماندن تا سنین سالمندی را افزایش داده است و از این طریق جمعیت سالمندان را طی دو دهه اخیر با آهنگ پرشتابی افزایش می‌دهد. در حقیقت، سالموردگی جمعیت به معنی جانشینی نسل‌های کم‌جمعیت سالمندان توسط نسل‌های جوان‌تری است که چون در دوره باروری بالا به دنیا آمده و شانس زنده ماندن بالاتری نسبت به نسل‌های ماقبل خود داشته‌اند، پرجمعیت بوده و در نتیجه جمعیت سالمندان در سال‌های اخیر را افزایش داده است. بنابراین سالموردگی جمعیت از نظر تعداد سالمندان، اساساً حاصل باروری بالا در گذشته است نه کاهش باروری. کاهش باروری تنها توزیع نسبی جمعیت در ترکیب سنی را به نفع سنین بالا تغییر می‌دهد.

گذشته از این که سالموردگی جمعیت حاصل گذار مرگ‌ومیر و گذار جمعیتی است، نباید از اثرات مثبت توسعه، که این گذارها در بستر آن شکل می‌گیرند، غافل بود. سال‌های نسبتاً دوری که تعداد و نسبت بالاتر جمعیت سالمندان به شکل ساختار سنی سالخورده پدیدار می‌شود، سالمندان از نرخ‌های باسوادی بالاتر، و احتمالاً از حمایت‌های رسمی و تأمین اجتماعی بیشتری نسبت به سالمندان کنونی بهره‌مند خواهند بود، اگرچه کاهش باروری تعداد فرزندان والدین را کاهش خواهد داد و مهاجرت ممکن است آن‌ها را از دسترس والدین سالمند دور کند. در واقع از نگاه جمعیت‌شناس اگر کاهش باروری کیفیت زندگی سالمندان را تهدید کند از طریق کوچک شدن شبکه‌های خویشاوندی بر رفاه و به‌زیستی آن‌ها اثر خواهد گذاشت.

با وجودی که انتظار می‌رود توسعه اثرات مطلوب و مثبتی بر زندگی سالمندان داشته باشد، اما خصوصاً در جوامع در حال‌گذاری مثل ایران لازم است آمادگی مواجهه با سالموردگی جمعیت افزایش یابد. افزایش سال‌های دوره سالمندی نتیجه اجتناب‌ناپذیر افزایش امید زندگی است. با توجه به رابطه مثبت و مستقیم بین تعداد و پیچیدگی مشکلات سالمندان و سن، افزایش طول دوره سالمندی در کنار سالموردگی جمعیت، جامعه را با مسایلی همچون ناتوانی و سلامت جسمانی ضعیف‌تر، فراوان‌تر شدن بیماری‌های مزمن سالمندی و بنابراین نیاز بیشتر به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مواجه خواهد کرد و این شرایط بار اجتماعی-اقتصادی سالموردگی را افزایش خواهد داد. معرف‌هایی که این اوضاع و احوال را نمایان می‌کنند، مثل

افزایش نسبت مادر به دختر، کاهش حمایت بالقوه و نسبت بارتکفل سالمندان به‌خوبی بیانی از افزایش بار اقتصادی- اجتماعی سالمندان است.

بخشی از تغییرات و مسایل نوظهور سالخوردگی جمعیت ایران که در این گزارش از آن‌ها بحث خواهد شد، عبارت است از وجود نشانه‌هایی از زنانه شدن سالمندی، تنوع جغرافیایی و بروز تفاوت‌ها و نابرابری‌های اجتماعی در میان سالمندان. با وجودی که سالخوردگی جمعیت به‌طور نظری و خصوصاً در مقیاس ملی تحت مفروضات مدل جمعیت ثابت که در آن جمعیت بسته فرض می‌شود، مورد مطالعه قرار می‌گیرد، اما مهاجرت به تغییراتی در ساختار سنی می‌انجامد که نتیجتاً سطوح متفاوتی از سالخوردگی جمعیت استان‌ها را در پی خواهد داشت. این تفاوت تدوین برنامه‌های حمایتی متفاوتی را برای مناطق جغرافیایی و تقسیمات کشوری ضروری می‌سازد. به همین سان لازم است قوانین و مقررات مربوط به برنامه مداخله برای ارتقای سطح رفاه سالمندان نیز مورد توجه قرار گیرند، هرچند قوانین محدود کنونی هم به‌طور کامل اجرا نمی‌شوند. به عبارت دیگر نظام کنونی تأمین اجتماعی و حمایت رسمی برای ارتقای استانداردهای زندگی سالمندان ناکافی است. نکته در خور توجه و مهمی که این مطالعه بر آن صحنه گذارده است، این که شرایط نسل‌های کنونی سالمندان از وضعیت و شرایط نسل‌های آتی سالمندان نگران‌کننده‌تر است و با توجه به نرخ رشد بالای جمعیت این گروه در سال‌های اخیر شایسته است تلاش‌های بیشتری برای پاسخگویی به نیازهای آنان صورت گیرد.

فصل اوّل

تعیین‌کننده‌های جمعیتی سالخوردگی

۱-۱. مقدمه

سالخوردگی جمعیت عبارت است از برهم خوردن تناسب سنی جمعیت به نحوی که سهم جمعیت جوان از کل جمعیت کاهش می‌یابد در حالی که سهم جمعیت سالمند رو به افزایش می‌رود. با این وجود رشد جمعیت سالمند از افزایش نسبی سهم جمعیت سالمند متمایز و متفاوت است. ممکن است جمعیت سالمند به سرعت رو به افزایش باشد، در حالی که سهم جمعیت سنین مختلف ثابت بماند. بنابراین سالخوردگی از دو مسیر متفاوت به پدیدار شدن سالخوردگی جمعیت منجر می‌شود. اول وقتی امید زندگی افزایش می‌یابد و به همین علت افراد با شانس بیشتری در تعداد بیشتری به سنین سالمندی می‌رسند و دوم کاهش باروری که بلادرنگ به کاهش سهم جمعیت جوان زیر ۱۵ سال و به تدریج افزایش نسبی جمعیت سنین بالاتر می‌انجامد. روشن است که بدون کاهش باروری تناسب جمعیت بر هم نخواهد خورد، در عین حال که افزایش جمعیت سالمندان ربطی به کاهش مقطعی باروری ندارد. این فصل چنین زمینه‌های جمعیتی، که شمار و نرخ رشد جمعیت سالمندان را تعیین می‌کند، مورد بحث قرار می‌دهد. داده‌های این فصل از منابع متعددی اخذ شده است. غیر از سرشماری‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰، در این فصل از برآوردهای مختلفی برای برآورد اثر کاهش مرگ‌ومیر و باروری بر سالخوردگی، استفاده شده است.

۱-۲. افزایش امید زندگی و کاهش مرگ‌ومیر

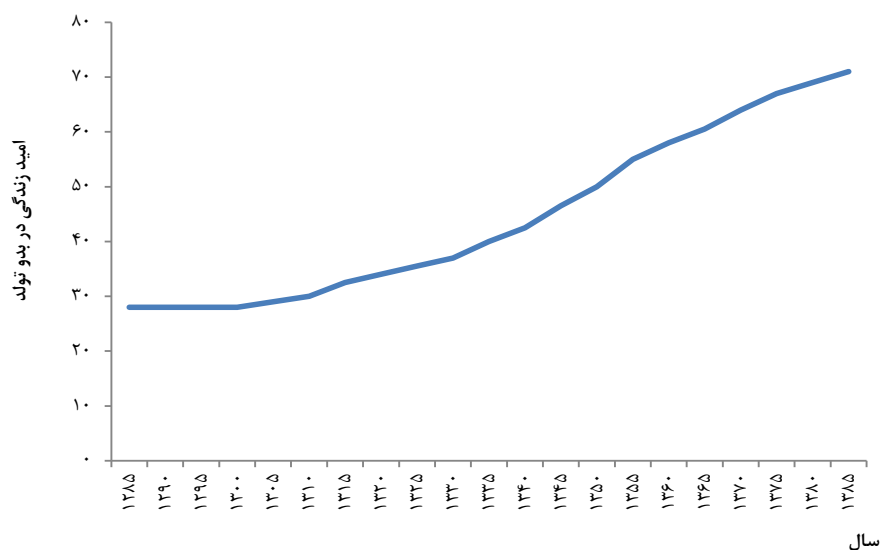
زمانی که باروری در پایان مرحله دوم گذار جمعیتی شروع به کاهش می‌کند، امید زندگی قبلاً رو به افزایش گذاشته و احتمال بقاء تا سنین بالاتر رو به افزایش بوده و حجم جمعیت سالخورده افزایش می‌یابد. این پدیده جمعیتی را سالخوردگی فردی^۳ می‌نامند (لی، ۱۹۹۴). شکل ۱ روند تغییرات امید زندگی دو جنس کشور از آغاز دوره گذار جمعیتی تا سال ۱۳۸۵ را نشان می‌دهد. تغییرات این شاخص نشان می‌دهد که امید 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 زندگی، سطح مرگ‌ومیر کاهش چشمگیری داشته که مسلماً گویای افزایش شانس زنده ماندن برای همه جمعیت و گروه‌های سنی و نسل‌های مختلفی است که در طول قرن بیستم متولد شده‌اند. این که افزایش امید زندگی یا کاهش سطح مرگ‌ومیر تا چه اندازه شانس زنده ماندن افراد در چه سنی را افزایش داده است، نیازمند این است که برای هر سطح از مرگ‌ومیر سال‌های عمر سپری شده^۴ محاسبه و تحلیل شود. این مؤلفه در جداول عمر وجود دارد^۵ و می‌توان بر اساس آن تغییرات نسلی در شانس زنده ماندن را تحلیل کرد.

^۳ individual ageing

^۴ person-years lived

^۵ عبارت nLx مجموع سال‌های عمر شده توسط کسانی است که تا پایان دامنه سنی زنده مانده و کسانی که تا پایان دامنه سنی فوت کرده‌اند.

شکل ۱: امید زندگی در بدو تولد، ایران، ۱۳۸۵-۱۳۹۰



شکل ۲ نفر-سال‌های عمر شده توسط هر نسل از مردان و شکل ۳ این مقدار را برای زنان، که در سال ۱۳۸۵ در سن x بوده‌اند، نشان می‌دهد. اولین نکته مهم در این مورد این است که تغییرات نسلی سال‌های عمر شده در سال‌های آغازین گذار مرگ‌ومیر هم برای مردان و هم برای زنان در فاز اول در سنین کودکی رخ داده است. این واقعه ابتداء شانس زنده ماندن جمعیت این گروه‌ها را افزایش داده و سپس برای سنین میانسالی و در فاز سوم و در دهه‌های منتهی به قرن بیست و یکم برای سنین سالمندی به وقوع پیوسته است. همین الگو را می‌توان برای زنان ایرانی در شکل ۳ مشاهده کرد. این دو شکل بیان‌کننده اثر متفاوت کاهش مرگ‌ومیر بر شانس زنده ماندن نسل‌های مختلف است و اولین تغییر جمعیتی را به سمت سالخوردگی جمعیت نشان می‌دهند، اگرچه در نهایت افزایش شانس زنده ماندن اندازه جمعیت گروه‌های سنی و نسل‌هایی را افزایش می‌دهد که در جریان گذار سنی به سنین سالمندی نزدیک می‌شوند. نتیجه این تأثیر بزرگ شدن جمعیت در سنین سالمندی است.

اثر افزایش شانس زنده ماندن را می‌توان در ضریبی نشان داد که به‌عنوان نیرو محرکه تغییرات مرگ‌ومیر^۶ شناخته می‌شود. این نظریه بر پایه نظریه جمعیت ثابت^۷ و برای اولین بار در کار گیو^۸ در سال ۲۰۰۵ معرفی شد. ضریبی که نیرو محرکه تغییرات مرگ‌ومیر را می‌کند به ما می‌گوید که تغییرات نسلی ناشی از کاهش سطح مرگ‌ومیر مستقل از اثر تغییرات باروری تعداد یک جمعیت را چقدر افزایش می‌دهد. اگر این ضریب

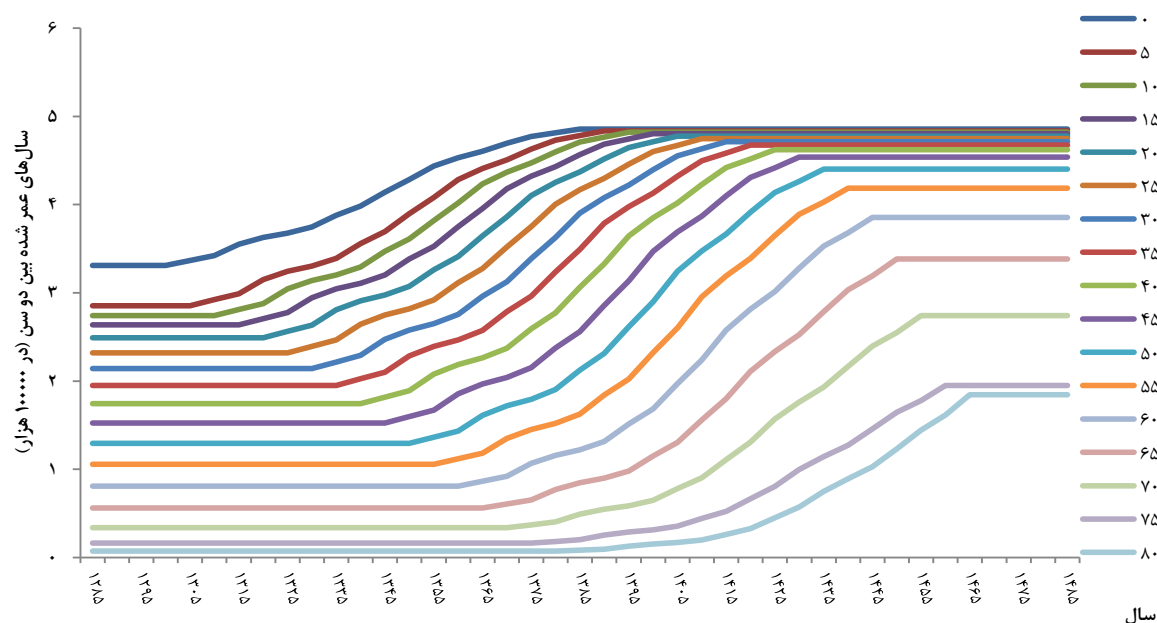
^۶ momentum of mortality change

^۷ stable population theory

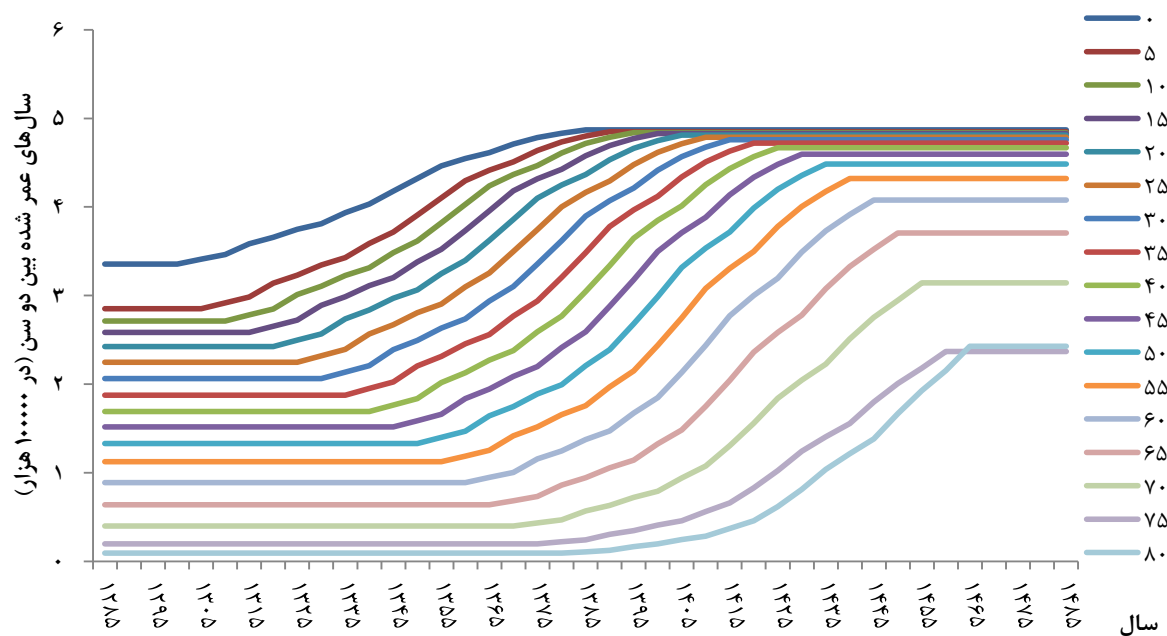
^۸ Michel Guilot

برای سنین مختلف محاسبه شود، می‌توان نشان داد که تغییرات مرگ‌ومیر چقدر جمعیت هر سن و در اینجا تا چه اندازه جمعیت سنین سالمندی را افزایش داده است.

شکل ۲: سال‌های عمر شده نسلی برای مردان، ایران، ۱۳۸۵-۱۳۹۰



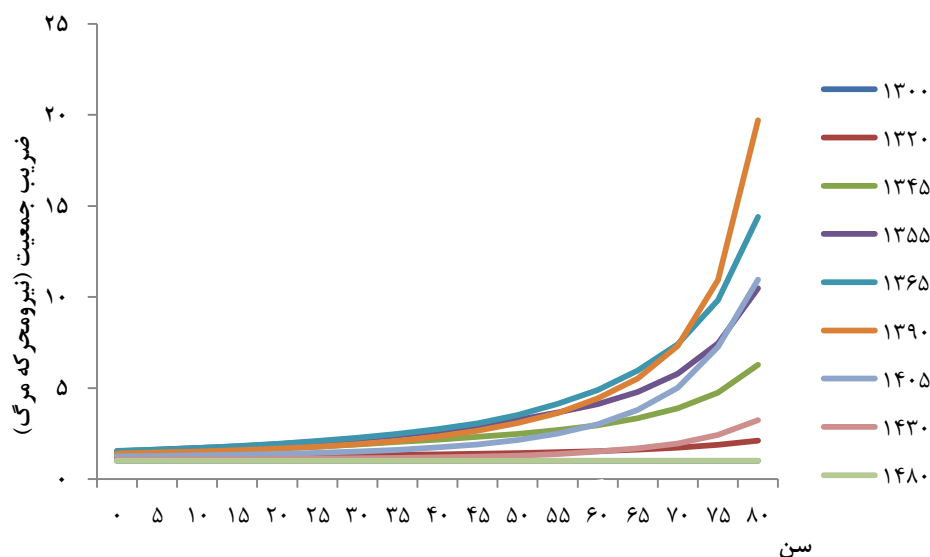
شکل ۳: سال‌های عمر شده نسلی برای زنان، ایران، ۱۳۸۵-۱۳۹۰



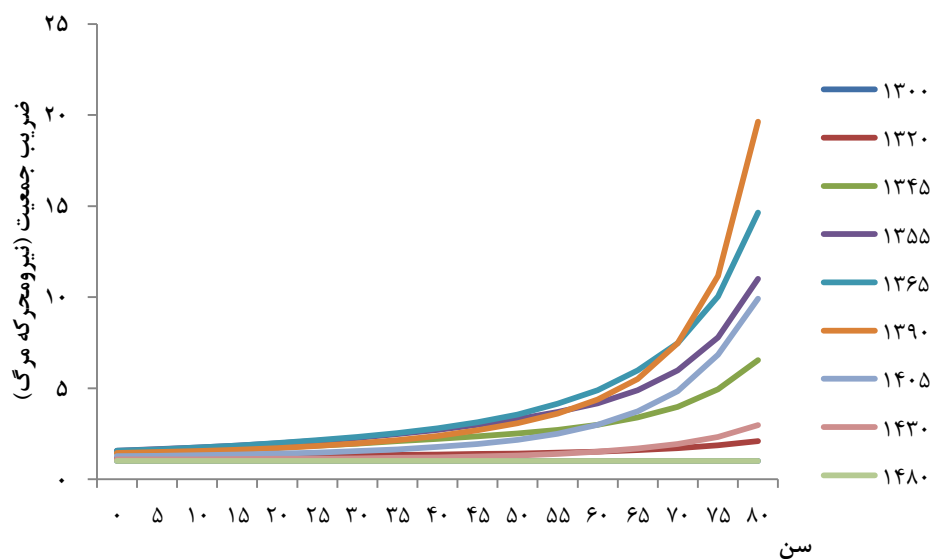
شکل ۴ و ۵ نیرومحرکه مرگ را برای سنین مختلف و در جریان تغییرات مرگ‌ومیر مردان و زنان ایرانی نشان می‌دهد. همان‌طور که در این شکل مشاهده می‌شود، تندترین شیب مقدار نیرومحرکه مربوط به سنین

بالا و سالمندی است و بزرگترین اثر تغییرات مرگ که به سالخوردگی فردی منجر می‌شود، هم برای مردان و هم برای زنان به دهه‌های ۱۳۵۰ تا ۱۴۱۰ تعلق دارد. به عبارت دیگر بزرگترین افزایش در جمعیت سالمندان در اثر کاهش مرگ‌ومیر و افزایش شانس زنده ماندن در این سال‌ها رخ داده که اگر با دقت بیشتری مورد مشاهده قرار گیرد، به‌ویژه در سال‌های دهه ۱۳۹۰، دهه ۱۳۶۰ و دهه ۱۴۰۰ قابل مشاهده است. روشن است که اولین فاز از فرایند سالخورده شدن جمعیت ایران در این سال‌ها و با افزایش شانس زنده ماندن و سالخوردگی فردی رقم می‌خورد. نتیجه این تأثیر به روشنی در جدول ۱ نشان داده شده است.

شکل ۴: ضرایب جمعیت مردان بر اثر کاهش مرگ‌ومیر ۱۳۰۰-۱۴۸۰



شکل ۵: ضرایب جمعیت زنان بر اثر کاهش مرگ‌ومیر ۱۳۰۰-۱۴۸۰



۳-۱. تغییرات جمعیت سالمندان

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در سال ۱۳۹۰ جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر کشور بیش از ۶/۱ میلیون نفر بوده که حدود ۴/۲ میلیون نفر از آنان در نقاط شهری و ۱/۹ میلیون نفر در نقاط روستایی ساکن بوده‌اند. به همین ترتیب در سال ۱۳۹۰، ۴/۳ میلیون نفر از کل جمعیت کشور در سنین ۶۵ سال و بیشتر بوده‌اند که حدود ۲/۹ میلیون نفر و ۱/۴ میلیون نفر از آنان به ترتیب در نقاط شهری و روستایی زندگی می‌کنند.

جدول ۱: جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ایران، ۱۳۴۵-۱۳۹۰

سال	جمعیت کل			جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر			جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر		
	جمع	جمعیت شهری	جمعیت روستایی	جمع	جمعیت شهری	جمعیت روستایی	جمع	جمعیت شهری	جمعیت روستایی
۱۳۴۵	۲۵,۰۷۸,۹۲۳	۹,۷۹۴,۲۴۶	۱۵,۲۸۴,۶۷۷	۱,۶۳۸,۰۴۲	۵۹۸,۸۳۴	۱,۰۳۹,۲۰۸	۹۶۸,۱۰۵	۳۴۴,۱۸۸	۶۲۳,۹۱۷
۱۳۵۵	۳۳,۷۰۸,۷۴۴	۱۵,۸۵۴,۶۸۰	۱۷,۸۵۴,۰۶۴	۱,۷۷۱,۶۱۴	۷۹۱,۱۲۶	۹۷۹,۴۸۸	۱,۱۸۶,۴۷۰	۵۲۸,۹۱۲	۶۵۷,۵۵۸
۱۳۶۵	۴۹,۴۴۵,۰۱۰	۲۶,۸۴۴,۵۶۱	۲۲,۳۴۹,۳۵۱	۲,۶۸۶,۳۵۰	۱,۳۸۸,۳۶۱	۱,۲۸۳,۷۵۴	۱,۵۰۱,۷۱۸	۷۹۳,۴۵۱	۷۰۰,۹۳۱
۱۳۷۵	۶۰,۰۵۵,۴۸۸	۳۶,۸۱۷,۷۸۹	۲۳,۰۲۶,۲۹۳	۳,۹۷۸,۱۲۷	۲,۲۵۴,۲۱۱	۱,۷۱۰,۶۶۲	۲,۵۹۵,۱۸۱	۱,۴۷۰,۷۰۰	۱,۱۱۶,۷۳۷
۱۳۸۵	۷۰,۳۹۱,۰۷۵	۴۸,۲۵۹,۹۷۴	۲۲,۱۳۱,۱۰۱	۵,۱۱۴,۱۰۰	۳,۲۷۹,۹۳۷	۱,۸۳۴,۱۷۳	۳,۶۵۲,۰۴۵	۲,۳۰۰,۱۲۸	۱,۳۵۱,۹۱۷
۱۳۹۰	۷۵,۱۴۹,۶۶۹	۵۳,۶۴۶,۶۶۱	۲۱,۴۴۶,۷۸۳	۶,۱۵۹,۶۷۶	۴,۲۳۱,۹۰۹	۱,۹۲۳,۶۸۱	۴,۲۹۶,۷۶۹	۲,۸۹۷,۴۲۰	۱,۳۹۶,۶۶۷

از آنجایی که هیچ اطلاعاتی از جمعیت برحسب سن برای سال‌های اوایل قرن بیستم موجود نیست، بنابراین نشان دادن روند تغییرات جمعیت سالمندان ایرانی از شروع گذار جمعیتی تا کنون ممکن نیست. بنابراین تغییرات جمعیت سالمند براساس سرشماری‌های ۱۳۴۵ به بعد که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ارائه شده است.

جدول ۲: نرخ رشد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ایران، دوره‌های ۱۳۴۵-۱۳۶۵ و ۱۳۶۵-۱۳۹۰

منطقه	دوره	جمع	مناطق شهری	مناطق روستایی
کل جمعیت	۱۳۴۵-۶۵	۳,۵	۵,۲	۱,۹
	۱۳۶۵-۹۰	۱,۷	۲,۸	-۰,۲
جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر	۱۳۴۵-۶۵	۲,۲	۴,۳	۰,۶
	۱۳۶۵-۹۰	۴,۳	۵,۳	۲,۸
جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر	۱۳۴۵-۶۵	۲,۵	۴,۳	۱,۱
	۱۳۶۵-۹۰	۳,۴	۴,۶	۱,۶

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در دوره‌ای که به خاطر کاهش باروری، رشد جمعیت در کل از بیش از ۳ درصد طی ۸۶-۱۳۴۵ به کمتر از ۱/۷ درصد طی ۱۳۹۰-۱۳۶۵ کاهش یافته است، این نرخ برای

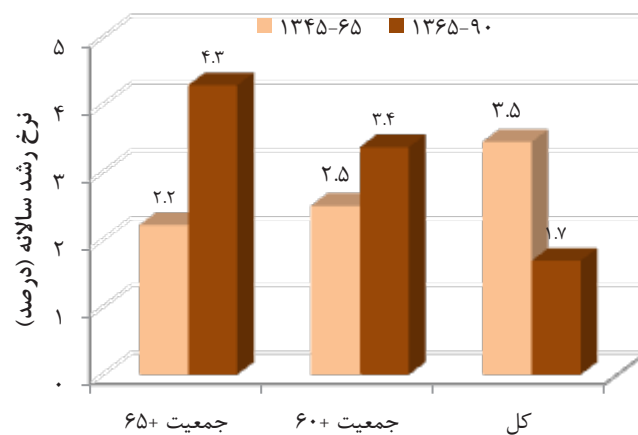
جمعیت سنین ۶۰ سال و بیشتر از ۲/۲ درصد به ۴/۳ درصد و رشد جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر از ۲/۵ درصد به ۳/۴ درصد افزایش داشته است. شکل‌های ۶ و ۷ و ۸ به‌خوبی تفاوت رشد جمعیت سالمند و کل جمعیت و تغییرات دو دوره ۶۵-۱۳۴۵ و ۹۰-۱۳۶۵ و تفاوت‌های شهری و روستایی را نشان می‌دهند. همه این تغییرات نشان می‌دهند که در دهه‌های اخیر بخش مهمی از افزایش جمعیت در سنین بالا و نه کودکان و جوانان رخ داده است. کاملاً روشن است که این افزایش متأثر از کاهش سطح مرگ‌ومیر، یعنی افزایش شانس زنده ماندن و نیرومحرکه مرگ‌ومیر است. نسل‌های کنونی سالمندان متولدین سال‌هایی هستند که هر زن بیش از ۶ فرزند به دنیا آورده است و با توجه به نکات گفته شده در بالا نسبت زیادی از آن‌ها تا سنین سالمندی زنده مانده‌اند. تغییر تعداد و نسبت جمعیت سالمندان مسن‌تر (۸۰ ساله و بیشتر) به‌خوبی اهمیت این تغییر بزرگ را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، در دو سال ۱۳۴۵ و ۱۳۶۵ که ساختار سنی جمعیت ایران در کل جوان بوده است، توزیع سنی جمعیت سالمند ۶۰ سال و بیشتر نیز به معنای جمعیتی آن جوان است. به‌طوری که در این دو مقطع زمانی نزدیک به دو سوم از کل جمعیت سالمند در سنین اوان سالمندی قرار داشته‌اند. ویژگی همه جمعیت‌های جوان این است که هر بخشی از جمعیت که در نظر گرفته شود، مثلاً جمعیت در سن کار، جمعیت زنان در سن باروری و یا جمعیت کودکان، قانون جمعیت جوان این است که با بالا رفتن سن جمعیت کاهش می‌یابد. برعکس در جمعیت سالخورده، در هر زیرجمعیتی مثل گروه‌های بالا، با افزایش سن تعداد جمعیت نیز افزایش می‌یابد. این بدان معنی است که در چنین جمعیت‌هایی، جمعیت سنین بالاتر در زیرجمعیت سالمندان پرشماتر از جمعیت سنین اوان سالمندی است. البته باید به این نکته کلیدی توجه کرد که در جمعیتی که ساختار سنی رو به گذار دارد، مثل ایران، تا قبل از انتقال تأثیر کاهش سطح باروری (یعنی قبل از برهم خوردن توازن جمعیت گروه‌های سنی بزرگ) سهم افزایش شانس زنده ماندن در این شرایط بیشتر از باروری است، اگرچه همواره سطح باروری گذشته عامل تعیین‌کننده بزرگی گروه‌های هم‌سن در بزرگسالی و سالمندی است. براساس سرشماری سال ۱۳۹۰ سهم سالمندان کم‌سن‌تر ۶۰ تا ۶۹ سال کاهش قابل‌بحثی داشته و به همین خاطر سهم جمعیت سنین سالمندی میان ۶۰ و کهنسالی کم‌وبیش افزایش یافته است.

جدول ۳: تعداد و سهم جمعیت سالمند برحسب سن در گروه‌های سالمندی، ایران، ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۰

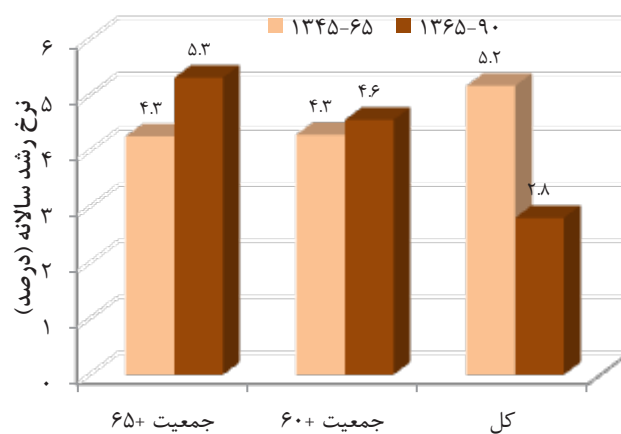
سهم (درصد) جمعیت سالمند از کل			جمعیت (نفر)			گروه‌ها	سن
۱۳۹۰	۱۳۶۵	۱۳۴۵	۱۳۹۰	۱۳۶۵	۱۳۴۵		
۵۲,۱	۶۵,۵	۶۲,۰	۳,۲۰۶,۶۳۸	۱,۷۵۹,۲۷۱	۱۰,۱۵۹,۵۵۹	اوان سالمندی	۶۰-۶۹
۳۳,۰	۲۰,۵	۲۷,۲	۲,۰۳۳,۴۹۹	۵۵۱,۸۱۵	۴۴۴,۹۳۲	سالمندی میانی	۷۰-۷۹
۱۴,۹	۱۴,۰	۱۰,۸	۹۱۹,۵۳۹	۳۷۶,۵۵۳	۱۷۷,۱۵۱	کهنسالی	۸۰+
۱۰۰,۰	۱۰۰,۰	۱۰۰,۰	۶,۱۵۹,۶۷۶	۲,۶۸۷,۶۳۸	۱,۶۳۸,۰۴۲	کل	

همان طور که در بالا مقایسه شد، طی دو دهه گذشته نرخ رشد جمعیت سالمند کل کشور از رشد کل جمعیت پیشی گرفته است، حال آن که در دهه‌های قبل از دهه ۱۳۶۰ کل جمعیت رشدی بیش از رشد جمعیت سالمندان داشته است. نمودار ۷ این نرخ را برای مقایسه روند مشابه در مناطق شهری کشور و نمودار ۸ برای مناطق روستایی کشور نشان می‌دهد. آنچه این دو نمودار نشان می‌دهد، با واقعیت منعکس در نمودار شماره ۶ قابل مقایسه نیست. چراکه اثر مهاجرت بر تغییر ساختار سنی و سالخوردگی جمعیت کل کشور را می‌توان در مقایسه با مجموع مناطق شهری و روستایی کشور ناچیز دانست. همان طور که در نمودار ۷ مشاهده می‌شود، رشد جمعیت شهری کشور در سال‌های ۶۵-۱۳۴۵ به بیش از ۵ درصد و علی‌رغم کاهش رشد جمعیت در سال‌های ۹۰-۱۳۶۵ این نرخ در نقاط شهری به اندازه ۲/۸ درصد رخ داده است. در واقع جهت تغییرات جمعیت کشور و شهرنشینی، موجب شده تا سهم مهمی از افزایش جمعیت ایران به جمعیت مناطق شهری کشور اختصاص یابد. در مقابل و همان گونه که در نمودار ۸ ملاحظه می‌شود، افزایش جمعیت روستایی کندتر و حتی در سال‌های ۹۰-۱۳۶۵ منفی بوده است. با این وجود هم در نقاط شهری و هم در نقاط روستایی آهنگ افزایش جمعیت سالمند کم و بیش سرعت بیشتری نسبت به رشد کل جمعیت داشته است. با این تفاوت که اثر مهاجرت بر ساختار سنی و افزایش سالخوردگی جمعیت مناطق شهری و روستایی دو سوی متفاوت را نشان می‌دهد. این متغیر از طریق جذب بخشی از جمعیت جوانتر کشور رشد و سهم جمعیت نقاط شهری را کندتر کرده و برعکس در نقاط روستایی رشد تعداد سالمندان خصوصاً سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر نسبت به کل جمعیت بزرگ‌تر بوده است.

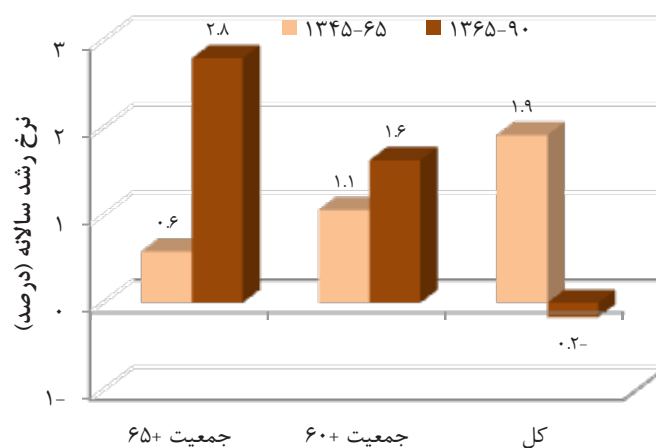
شکل ۶: نرخ رشد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۴۵-۶۵ و ۱۳۶۵-۹۰



شکل ۷: نرخ رشد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر، مناطق شهری ایران، ۱۳۴۵-۶۵ و ۱۳۶۵-۹۰



شکل ۸: نرخ رشد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر و ۶۵ ساله و بالاتر، مناطق روستایی ایران، ۱۳۴۵-۶۵ و ۱۳۶۵-۹۰



۱-۴. تغییرات سطح باروری و سالخوردگی جمعیت

اگرچه بدون شک سالخوردگی جمعیت پی‌آمد اجتناب‌ناپذیر کاهش سطح باروری است، اما بسیاری از برنامه‌ریزی‌های مربوط به سالمندان به تعداد جمعیت و تغییرات آن نیاز دارند نه نسبت آنان. ضمن این‌که بنابر تعریف جمعیت‌شناختی این پدیده، انتظار می‌رود که کاهش سطح باروری به کاهش شدت و سرعت سالخوردگی جمعیت بیانجامد. تعداد جمعیت سالمند، در واقع از اندازه نسل‌ها که تابع سطح باروری از یک‌سو و احتمال زنده ماندن افراد از سنی به سنی، به‌ویژه از کودکی به بزرگسالی و سالمندی، از سوی دیگر تأثیر می‌گیرد. در حالی که همان‌طور که در شکل ۹ نشان داده شده است، برآوردهای باروری کشور ایران برای سال‌های گذشته به خوبی نشان می‌دهد که میزان باروری کل در سال‌های مختوم به دهه ۱۳۶۰ هرگز کمتر از ۶ فرزند نبوده و بنابر برآوردهای جمعیت‌شناسان در برخی استان‌های کشور مثل سیستان و بلوچستان حتی به بیش از ۸ فرزند می‌رسیده است (میرزایی و دیگران ۱۳۷۵). باروری ۶ فرزند و بیشتر در رژیم‌های مرگ‌ومیر بالا هم ساختار سنی جوان را پدید می‌آورد ولی در سطح پایین مرگ‌ومیر مبین پتانسیل بالای سالخوردگی خواهد بود. به عبارت روشن‌تر، در شرایطی که امید زندگی افزایش یابد، چنانچه سهم زیادی از موالید دوره باروری بالا، بتوانند به سنین بزرگسالی و در نهایت سنین سالمندی برسند، حرمت به سمت سالخوردگی به سرعت صورت خواهد گرفت.

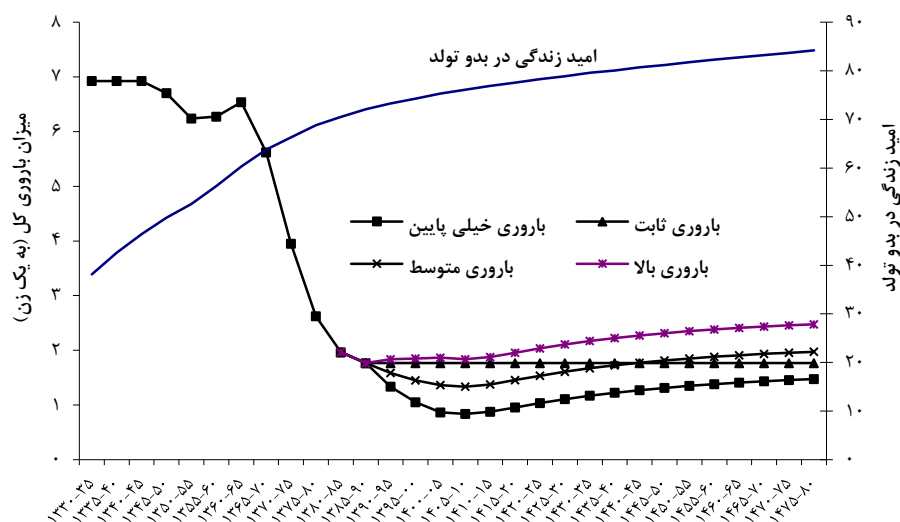
مطالعات انجام شده برای این گزارش نشان می‌دهد که بالا ماندن باروری تنها به ثابت ماندن نسبت جمعیت سالمندان و شاخص سالخوردگی منجر می‌شود و آنچه بسیار مهم است این که جمعیت سالمند در یک رژیم باروری بالا در شرایطی که امید زندگی افزایش یافته باشد، به سرعت افزایش یافته و بزرگ و بزرگ‌تر خواهد شد. همان‌طور که در شکل ۹ مشاهده می‌شود، تا دهه ۱۳۵۰ که سطح باروری بالا و تقریباً ثابت بوده است، امید زندگی روند رو به افزایش خود را ادامه داده و ترکیب این تغییرات ظرفیت جمعیتی شتاب‌دهنده‌ای برای سالخوردگی جمعیت پدید آورده است. سرعت سالخوردگی جمعیت در دهه‌های آینده و تا میانه قرن بیست و یکم از همین ترکیب تأثیر خواهد پذیرفت و نه کاهش سطح باروری.

اثر سطح بالای باروری فقط به بزرگی اندازه جمعیت نسل‌های قبل و افزایش جمعیت سالمندان در آینده ختم نمی‌شود. همان‌طور که در شکل ۱۰ نشان داده‌ایم، در جریان گذار جمعیتی ایران، پدیده‌ی جمعیتی دیگری در حال وقوع است که جمعیت‌شناسان از آن نیرومحرکه جمعیت^۹ نامیده‌اند. نیرومحرکه جمعیت جز اثر تشدید یافته باروری بالا که به افزایش بیشتر جمعیت در سنین سالمندی منجر می‌شود، نیست و امواج جدیدی در روند افزایش جمعیت سالمند ایجاد می‌کند. توقف و سپس کند شدن روند رو به کاهش میزان

^۹ population momentum

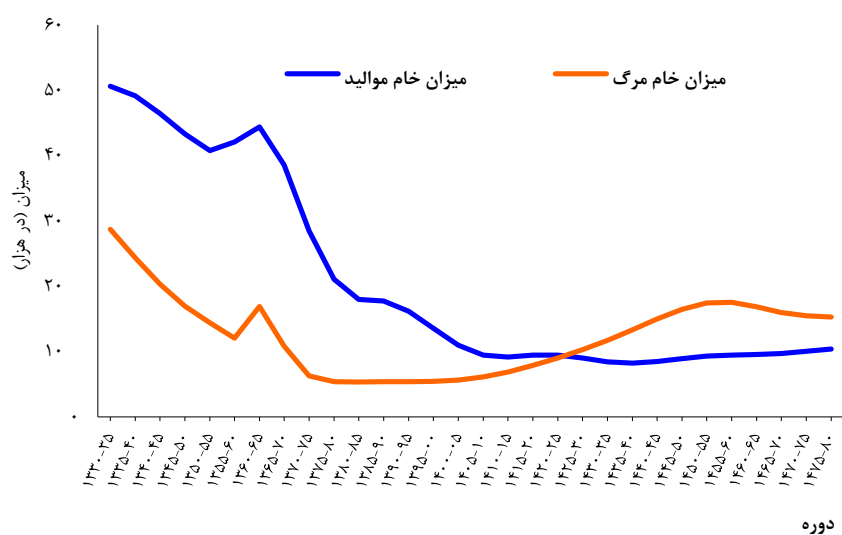
خام موالید در اولین و دومین دهه قرن بیست و یکم، که در شکل ۱۰ نشان داده شده است، به خوبی اثر باروری بالای گذشته و اثر این پدیده را بر تندتر شدن آهنگ افزایش جمعیت سالمند در آینده نشان می دهد.

شکل ۹: پیش بینی میزان باروری کل و امید زندگی در بدو تولد، ایران، ۱۳۳۰-۱۴۸۰



منبع: پیش بینی های جمعیتی سازمان ملل متحد World Population Prospects, Rev. 2012

شکل ۱۰: میزان های موالید و مرگ در دوره گذار و پس از گذار جمعیتی ایران، ۱۳۳۰-۱۴۸۰



منبع: گزینه متوسط پیش بینی های جمعیتی سازمان ملل متحد World Population Prospects, Rev. 2012



فصل دوّم

اندازه و سرعت سالخوردگی جمعیت

۲-۱. مقدمه

وقتی مرگومیر رو به کاهش است، مادام که سطح باروری جمعیت ثابت باشد تغییر در نسبت جمعیت سالمندان تابع افزایش شانس زنده ماندن از سنین کودکی، نوجوانی، و جوانی به میانسالی و سپس سالمندی است. این واقعیت مبین روند تغییرات شاخص سالمندی جمعیت ایران در طول مراحل اول و دوره دوم از مرحله دوم گذار جمعیتی ایران است. در این دوره نه تنها نسبت جمعیت جوان و شاخص سالخوردگی افزایش نمی یابد، بلکه ممکن است در مراحل اولیه و به دلیل افزایش جمعیت کودکان و جوانان، این دو شاخص با کاهش نیز همراه شوند. براین تأثیر باید اثر پدیده هایی همچون خیز زادوولد و نیرومحرکه جمعیت را افزود. برای مثال همراه با افزایش شانس زنده ماندن کودکان، افزایش نسبی باروری به کاهش نسبت جمعیت سالمندان و شاخص سالخوردگی جمعیت در دهه ۱۳۶۰ منجر شده است. زمانی که میانه سنی جمعیت ایران به کمتر از ۱۶ سال نیز رسید. فصل پیش رو تلاشی برای بحث در این مورد است و با این هدف از منابع رسمی داده های جمعیتی خصوصاً نتایج سرشماری های نفوس و مسکن استفاده شده است.

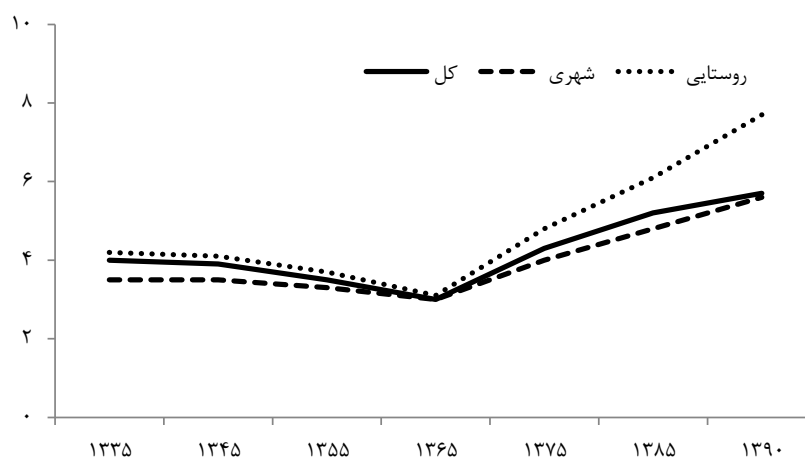
۲-۲. اندازه سالخوردگی

در حالی که در دو دهه اخیر بزرگترین رشد جمعیت متعلق به سنین سالمندی است، اما به زبان نسبت ها تغییر چندانی در سهم جمعیت سنین سالمندی رخ نداده و با این معیار جمعیت ایران هنوز جمعیتی جوان به حساب می آید. همان طور که در جدول ۴ دیده می شود، سهم جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ حدود ۴ تا کمتر از ۶ درصد بوده است، که نشانه ای از روند رو به افزایش و گذار سنی است ولی هنوز برای سالخوردگی جمعیت کافی نیست. البته از آغاز قرن بیست و یکم، با افزایش فاصله نقاط شهری و روستایی این نسبت در نقاط روستایی به حدود ۸ درصد نزدیک شده و نشان می دهد که زمینه سالخوردگی جمعیت در نقاط روستایی بیش از شهری است. ضمن این که باید به خاطر سپرد که معیار تعریف و تحلیل سالخوردگی جمعیت برگرفته از جمعیت های بسته و ثابت است و اگرچه مهاجرت عامل مهمی در تغییرات ساختار سنی جمعیت است ولی برای قضاوت در مورد سالخوردگی جمعیت معیار مناسبی نیست. در هر حال ترکیبی از سه عامل باروری، مرگومیر، و مهاجرت در نقاط روستایی تصویر این نقاط را سالخورده تر از نقاط شهری کرده است (شکل ۱۱).

جدول ۴: درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر و شاخص سالخوردگی به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ایران، ۱۳۳۵-۱۳۹۰

سال	درصد جمعیت در سنین (۶۵ ساله و بالاتر)			شاخص سالخوردگی		
	جمع	شهری	روستایی	جمع	شهری	روستایی
۱۳۳۵	۴,۰	۳,۵	۴,۲	۹,۴	۸,۷	۹,۷
۱۳۴۵	۳,۹	۳,۵	۴,۱	۸,۴	۸,۰	۸,۶
۱۳۵۵	۳,۵	۳,۳	۳,۷	۷,۹	۸,۱	۷,۷
۱۳۶۵	۳,۰	۳,۰	۳,۱	۶,۷	۶,۹	۶,۵
۱۳۷۵	۴,۳	۳,۰	۴,۸	۱۰,۹	۱۰,۶	۱۱,۴
۱۳۸۵	۵,۲	۴,۸	۶,۱	۲۰,۷	۲۰,۱	۲۱,۸
۱۳۹۰	۵,۷	۵,۶	۷,۷	۲۴,۵	۲۵,۱	۲۹,۶

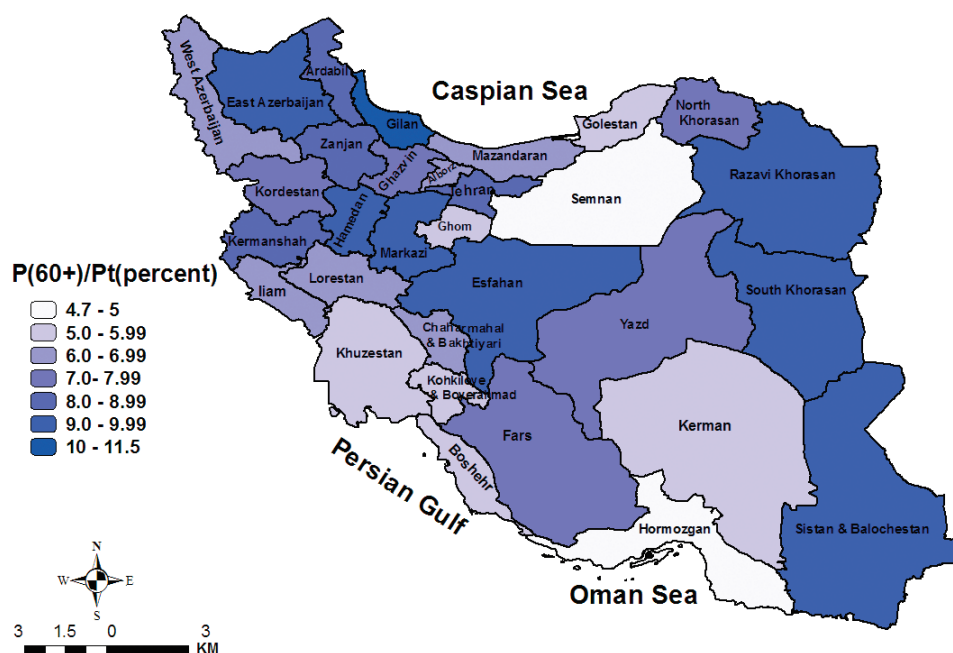
شکل ۱۱: درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۳۵-۱۳۹۰



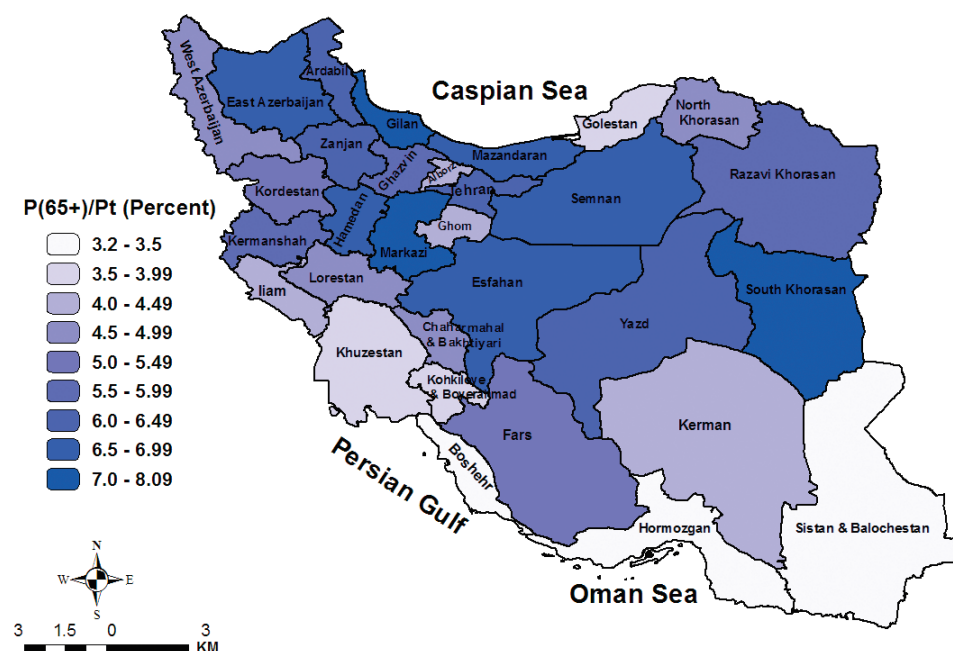
با قبول مهاجرت به عنوان یک عامل جمعیتی مهم در تغییرات ساختار سنی، می توان معرف های به کار برده شده در تحلیل سالخوردگی جمعیت را برای مشاهده تفاوت های منطقه ای و استانی، که در آن ها مهاجرت نقشی مهم تر بازی می کند، به کار برد. نقشه شماره ۱ نسبت جمعیت +۶۰ و نقشه شماره ۲ نسبت جمعیت +۶۵ ساله را در استان های مختلف کشور نشان می دهد. این دو نقشه تفاوت های مهمی را نشان می دهند. نقشه شماره ۲ نشان می دهد که در استان هایی که باروری نسبتاً بالاتری دارند و بنابراین سهم کودکان از کل جمعیت بیشتر از سایر نقاط کشور است، در جنوب و جنوب شرق و جنوب غرب، شامل استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، بوشهر، خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد، ایلام و لرستان نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر به ۵ درصد نمی رسد. در حالی که این نسبت در

استان‌های شمالی کشور و در مرکز کشور، مثل گیلان و مازندران و تهران، بالاتر است. در این مورد البته باید استان خراسان جنوبی را به خاطر اثر بیشتر مهاجرت بر ساختار سنی استثنا دانست.

نقشه ۱: درصد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر از کل جمعیت به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰



نقشه ۲: درصد سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر از کل جمعیت به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰



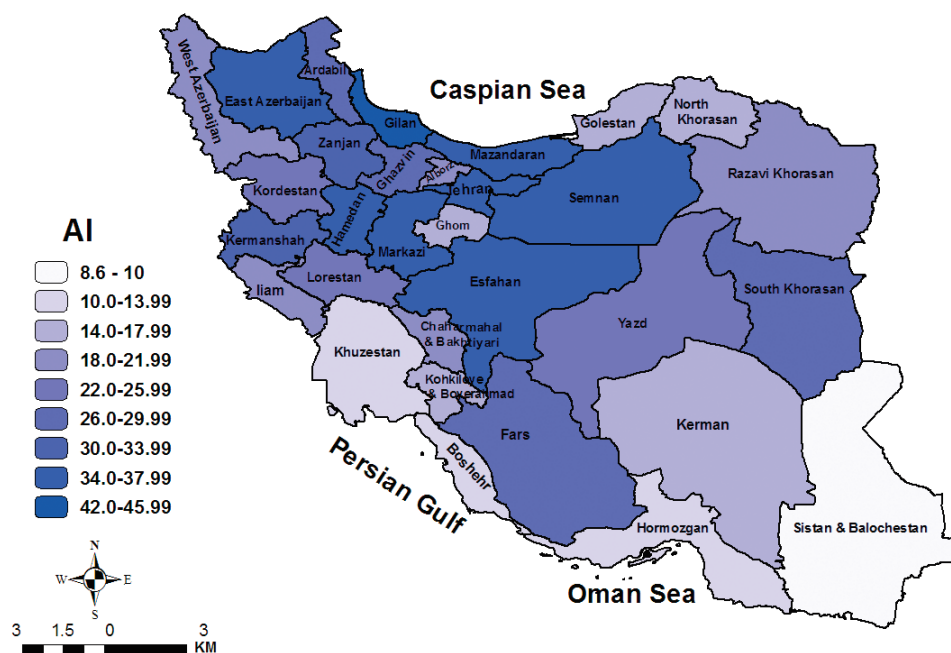
شکل ۱۲ نیز نمایه دیگری از شاخص‌های سالخوردگی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این شکل مشخص است، AI در مقاطع ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ از مرز ۱۵ سالمند +۶۵ سال به ۱۰۰ کودک زیر ۱۵ سال گذشته و نوید فرایندی را می‌دهد که در آن ساختار سنی از شکلی جوان به شکلی سالخورده تغییر خواهد کرد. مطابق پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد، این شاخص ممکن است در محتمل‌ترین حالات به بیش از ۲۰۰ سالمند به ۱۰۰ فرد زیر ۱۵ سال و در شرایطی که باروری در سطح خیلی پایین (در دوره‌ای کمتر از یک فرزند) قرار گیرد، به بیش از ۵۰۰ سالمند به ۱۰۰ کودک زیر ۱۵ سال تا میانه قرن بیست و یکم افزایش یابد. نقشه شماره ۳ این شاخص را در سطوح جغرافیای استانی نشان می‌دهد که براساس آن همان تفاوت‌های مشخص شده در نقشه شماره ۲ ظاهر می‌شود. به این معنی که در استان‌های جنوب شرق، جنوب و جنوب غرب و استان‌های گلستان و خراسان شمالی به علت پرچم بودن جمعیت کودکان در اثر باروری بالاتر و در استان قم به علت مهاجرت گسترده جوانان به قطب جمعیتی آن (شهر قم)، شاخص سالخوردگی در پایین‌ترین سطح قرار دارد و وضعیت متفاوت سالخوردگی جمعیت استان‌ها را نشان می‌دهد.

شکل ۱۲: تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به ازای ۱۰۰ کودک زیر ۱۵ سال، ایران، ۱۳۳۵-۱۳۹۰



منبع داده‌ها: سرشماری‌های کشور در سال‌های ۱۳۳۵-۱۳۹۰

نقشه ۳: تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به ازای ۱۰۰ کودک زیر ۱۵ سال به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰



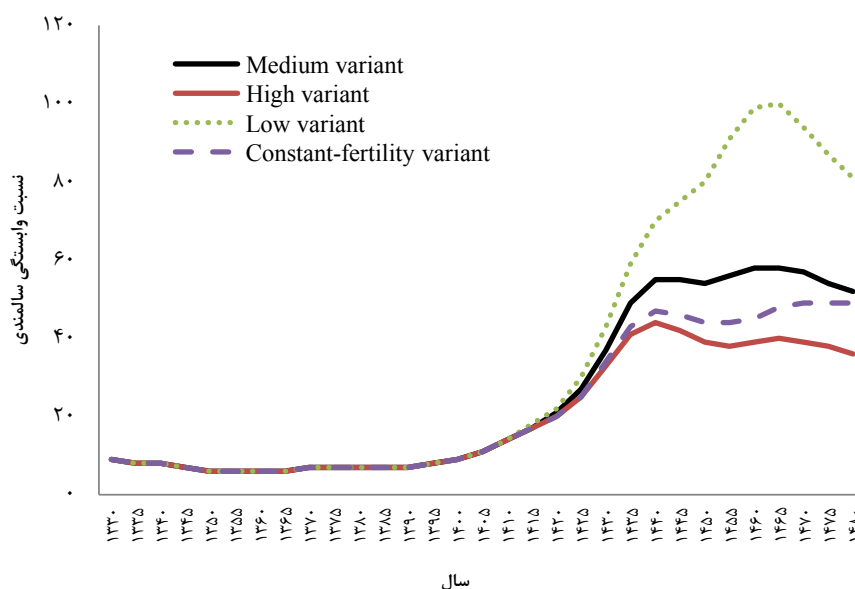
۲-۳. نسبت بستگی سالمندی

شکل ۱۳ روند تغییرات نسبت وابستگی سالمندان^{۱۰} را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این نمودار دیده می‌شود، افزایش اندک جمعیت سالمند ۶۵ ساله و بالاتر تا سال ۱۳۶۵ و رشد چشمگیر جمعیت در سن فعالیت طی سال‌های ۷۵-۱۳۶۵، نسبت وابستگی را در سطحی پایین نگه داشته و در مقاطعی حتی کاهش داده است. در ادامه این تغییرات، رشد جمعیت سالمند و کند شدن روند افزایش جمعیت در سن فعالیت طی ۱۳۷۵-۱۳۹۰ موجب افزایش این نسبت در سال ۱۳۸۵ و تثبیت آن در همین سطح در سال ۱۳۹۰ شده است. مطابق پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد، نسبت بستگی سالمندان ایران تا سال ۱۳۹۰ در اندازه نسبتاً ثابتی قرار خواهد داشت و از این سال در هر چهار سناریوی پیش‌بینی این سازمان رو به افزایش خواهد گذاشت. مسلماً هرچه سطح باروری پایین‌تر باشد، به علت کاهش سریعتر حجم جمعیت ۱۵-۶۴ ساله، مقدار این نسبت افزایش بیشتری خواهد داشت. اثر کاهش سطح باروری بر نسبت وابستگی به زمانی حدود ۲۵ تا ۳۰ سال نیاز خواهد داشت و در سناریوهای مختلف چندان متفاوت نخواهد بود. شکل ۱۳ به خوبی نشان می‌دهد که تفاوت‌ها در سطح باروری در سناریوهای چهارگانه پیش‌بینی جمعیت سازمان ملل و سرعت افزایش نسبت وابستگی از دهه ۱۴۲۰ آغاز خواهد شد. اگر تغییرات جمعیتی همان‌گونه که در

¹⁰ old dependency ratio

پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد مفروض شده است، رخ بدهد، پیش‌بینی می‌شود که در سناریوهای واقع‌بینانه‌تر، این نسبت تا دهه ۱۴۴۰ به سرعت به ۶۰ سالمند به ازای یک‌صد فرد ۶۴-۱۵ ساله افزایش و تا کمتر از ۴۰ در دهه پایانی قرن بیست و یکم کاهش خواهد یافت. نکته قابل‌توجه این که کاهش این نسبت در سناریوی باروری پایین بیشتر از سناریوهای دیگر خواهد بود.

شکل ۱۳: تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به ازای ۱۰۰ نفر جمعیت ۶۴-۱۵ ساله، ایران ۱۳۳۰-۱۴۸۰



منبع داده‌ها: گزینه‌های چهارگانه پیش‌بینی‌های جمعیتی سازمان ملل متحد در World Population Prospects, Rev. 2012

پرسشی که در اینجا مطرح می‌شود این است که اگر سطح باروری کاهش نمی‌یافت چه تغییری در نسبت بار تکفل سالمندان ایجاد می‌شد. برای پاسخ به این پرسش در کنار چهار سناریوی ملل متحد، با این فرض که باروری در همان سطحی ثابت باشد که در میانه دهه ۱۳۶۰ مشاهده شده است، جمعیت کشور از سال ۱۳۶۵ و با روش ترکیبی پیش‌بینی شده است. شکل ۱۴ نشان می‌دهد که با ثبات سطح باروری این نسبت در همان سطحی باقی می‌ماند که در سال ۱۳۶۵ بود. یعنی حدود ۶ سالمند به ازای هر یک‌صد نفر جمعیت سنین ۶۴-۱۵ ساله. فرض ثبات باروری در سطحی بیش از ۶ فرزند برای هر زن، سناریویی از پیش‌بینی جمعیت ایران را به نمایش می‌گذارد که در آن تنها چیزی از شاخص‌های سالمندی که ثابت می‌ماند، نسبت جمعیت ۶۵ ساله یا بیشتر و نسبت وابستگی سالمندان است. در حالی که جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر در اواخر قرن بیست و یکم در سناریوی باروری پایین^{۱۱} سازمان ملل به ۱۳ میلیون، در سناریوی متوسط^{۱۲} به ۱۸ میلیون و در باروری بالا^{۱۳} به حدود ۲۳ میلیون نفر خواهد رسید، چنانچه باروری در سطح

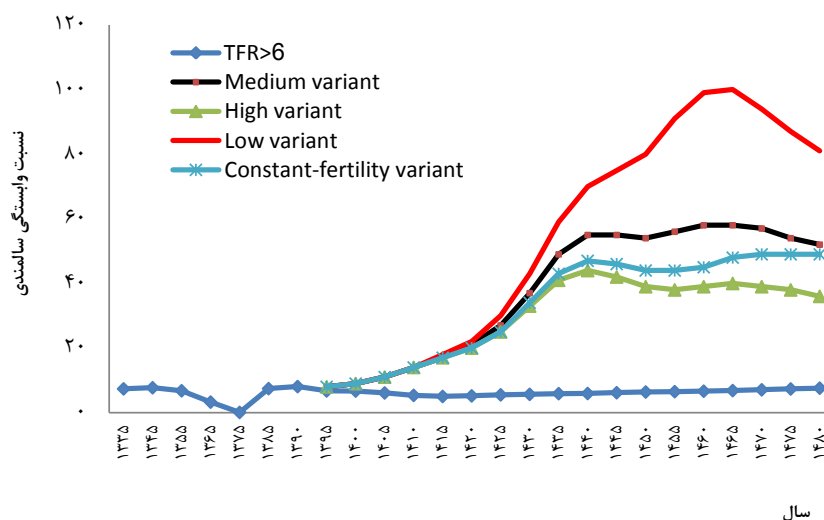
^{۱۱} low variant

^{۱۲} medium variant

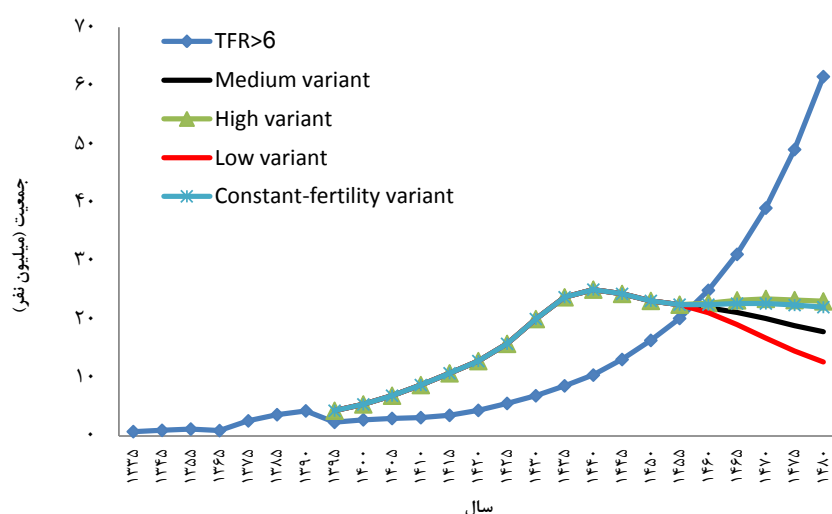
^{۱۳} high variant

مشاهده شده در اواسط دهه ۱۳۶۰ باقی می‌ماند، این تعداد به بیش از ۶۱ میلیون نفر افزایش می‌یافت (شکل ۱۴). بنابراین با توجه به اهمیت سطح باروری و نوسانات آن در حجم و رشد جمعیت سالمند در آینده، بدون شک کاهش باروری از اثرات رشد و تعداد زیاد جمعیت سالمند، که مبنای برنامه‌ریزی‌ها است، خواهد کاست. اگرچه در سطح باروری بالا نسبت جمعیت +۶۵ به کل جمعیت تا اواخر قرن حاضر بین ۳ تا ۴ درصد خواهد بود.

شکل ۱۴: نسبت وابستگی سالمند به تفکیک سناریوهای پیش‌بینی سازمان ملل، ایران، ۱۳۳۵-۱۴۸۰



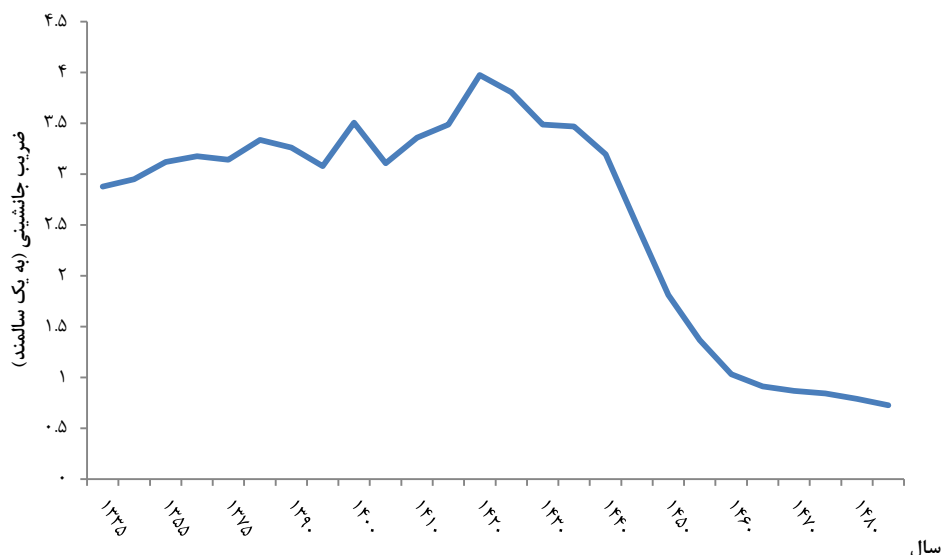
شکل ۱۵: جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به تفکیک سناریوهای پیش‌بینی سازمان ملل، ایران، ۱۳۳۵-۱۴۸۰



۲-۴. ضریب جانشینی

همان طور که در قسمت قبل مورد اشاره قرار گرفت، سرعت سالخوردگی جمعیت را جانشینی سالمندان توسط بازماندگان نسل‌هایی تعیین می‌کند که در دوره باروری بالا به دنیا آمده و در مقایسه با نسل‌های پیش از خود شانس بیشتری برای زنده ماندن داشته‌اند. اگر طبق تعریف جمعیت‌شناختی (پرسا ۱۹۸۵)، میانگین طول نسل را معادل میانگین سن فرزندآوری برابر ۲۵ تا ۳۰ در نظر بگیریم، مجموع سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر توسط مجموعه بزرگسالانی جانشین می‌شوند که حداقل ۲۵ سال جوان‌تر از هر گروه سنی از سالمندان در هر زمان هستند. به این ترتیب سالمندان (جوان‌ترین از گروه ۶۹-۶۵ ساله به مسن‌ترین ۸۰ ساله و بیشتر) با اختلاف سنی برابر ۲۵ سال (جوان‌ترین ۴۰-۴۴ ساله تا ۶۴-۶۰ ساله) توسط بزرگسالان جانشین می‌شوند. در عمل این رابطه عکس "نسبت مادر- دختر" برای دو جنس یعنی "نسبت سالمند- فرزند بزرگسال" است. این مقدار چنین بیان می‌کند که هر سالمند ۶۵ ساله و بالاتر در طول هر نسل توسط چند بزرگسال جانشین می‌شود. با استفاده از اطلاعات سرشماری‌های ایران و نتایج پیش‌بینی جمعیت در سناریوی میانه سازمان ملل متحد می‌توان این نسبت را محاسبه کرد. این محاسبات برای سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰ انجام و برای سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۸۰ پیش‌بینی و در نمودار ۱۵ نشان داده شده است.

شکل ۱۶: ضریب جانشینی جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر براساس گزینه متوسط پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد، ایران، ۱۳۳۵-۱۴۸۰



منبع داده‌ها: برای سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰، نتایج سرشماری‌های کشور و پیش‌بینی: World Population Prospects, Rev. 2012

براساس مقدار و روند نشان داده شده در نمودار ۱۵ جمعیت سالمند ۶۵ ساله و بیشتر بیش از ۵ دهه گذشته را با نرخ جانشینی حدود ۳ و در دو دهه اخیر با نرخ بیش از ۳ جانشین برای هر سالمند تجربه

فاصله‌ای به طول ۲۵ سال به جمعیت سالمند اضافه شود. این شاخص طی دهه‌های ۱۳۹۰ به بعد نیز افزایش یافته و تا اواسط دهه ۱۴۲۰ به ضریبی حدود ۴ خواهد رسید. طبق پیش‌بینی سازمان ملل متحد از اواسط دهه ۱۴۲۰ به طول دو دهه ضریب جانشینی سالمندان با شیئی ملایم کاهش یافته و در دهه ۱۴۶۰ به رقم یک خواهد رسید. در حالی که به نظر می‌رسد که براساس پیش‌بینی‌ها ضریب جانشینی در دهه ۱۴۶۰ معادل یک و نویدبخش توقف و پایایی جمعیت سالمندان خواهد بود، شتاب زیاد کاهش سطح باروری در دهه‌های پایانی قرن چهارم هجری خورشیدی، موجب خواهد شد تا این ضریب بازهم کاهش یافته و تا قبل از دهه ۱۴۸۰ به رقمی کمتر از یک برسد. چنانچه در آن سال‌ها جانشینی در همین رقم تثبیت شود، جمعیت سالمندان نیز رشدی منفی خواهد دید و پابه‌پای دیگر بخش‌های جمعیت کم خواهد شد.

فصل سوم

خصوصیات اقتصادی و اجتماعی سالمندان

۳-۱. مقدمه

در کنار تغییر در اندازه جمعیت سالمندان که ریشه در دو مرحله سالخوردگی، یکی فردی و دیگری جمعیتی دارد و در بستر جمعیتی ایران در رژیمی با باروری بالا و مرگومیر پایین تفسیر می‌شود، خصوصیات جمعیتی- اجتماعی و اقتصادی سالمندان و زندگی اجتماعی آنان، یا به عبارتی کلی ترکیب جمعیتی سالمندان دومین مقوله مهم در برنامه‌ریزی برای این بخش از جمعیت و سیاستگذاری‌های جمعیتی کشور است. این فصل تلاش می‌کند تا به تحلیل این ویژگی‌های سالمندان به‌ویژه با اشاره به ترکیب‌های جمعیتی، اجتماعی، و اقتصادی آنان بپردازد. این تحلیل عموماً بر داده‌های کلی حاصل از اجرای سرشماری‌های کشور استوار است. روش‌های و فنون تحلیل در این فصل فنون معمول در تحلیل‌های جمعیتی شامل نسبت‌ها و توزیع‌های درصدی است و جز در تحلیل حضور سالمندان در بازار کار از نرخ یا میزان استفاده نشده، آنچه نرخ بیکاری خود از جنس نسبت درصدها در توزیع‌های نسبی است.

۳-۲. ترکیب جنسی

با در نظر گرفتن تفاوت‌های مهم و جدی بین مردان و زنان سالمند از نقطه‌نظرهای گوناگون جمعیتی، اجتماعی و اقتصادی، ترکیب جنسی این بخش از جمعیت چه در نظریه‌ها و چه در مطالعات و تحقیقات جمعیتی اهمیت فوق‌العاده‌ای داشته است. افزون بر این، ترکیب جنسی سالمندان ایرانی یکی از خصوصیات منحصر بفرد کشور در مقایسه با جوامعی است که شرایط جمعیتی (باروری پایین و امید زندگی بالاتر از ۷۰ سال) مشابه دارند. با وجود امید زندگی بالا و در سطحی منطبق بر فاز سوم گذار اپیدمیولوژیک، سهم سالمندان زن از کل جمعیت سالمندان پایین‌تر از مقدار مورد انتظار است. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ غیر از سال ۱۳۶۵، نسبت جنسی جمعیت سالمند ۶۵ ساله و بیشتر بیش از ۱۱۰ مرد به ۱۰۰ زن را نشان می‌دهد. در حالی که براساس سرشماری ۱۳۹۰ نسبت جنسی سالمندان به رقمی کاهش یافته که بیان‌کننده برابری تعداد مردان و زنان است. تحلیل تغییرات نسبت جنسی با استفاده از داده‌های نسل‌های فرضی^{۱۴} که در جدول ۵ آمده است، نشان می‌دهد که تغییر در ترکیب جنسی یکباره رخ نداده بلکه به طور نسلی و در بیشتر موارد، تدریجاً از مقطعی به مقطع دیگر کاهش یافته است. مثلاً نسبت جنسی سالمندان ۷۴-۷۰ ساله، در سال ۱۳۹۰ حدود ۱۰۰ مرد به ۱۰۰ زن را نشان می‌دهد، و این نسبت برای کوهورت فرضی ۵ سال جوانتر در سال ۱۳۸۵ حدود ۱۰۸ و ۱۵ سال جوانتر در سرشماری ۱۳۷۵ حدود ۱۱۰ مرد به ۱۰۰ زن بوده است. بنابراین طی دهه‌های اخیر سالمندی مردانه در ایران به برابری جمعیت سالمندان از نظر جنس تغییر یافته و پیش‌بینی می‌شود که همچون سایر کشورهای دنیا سالخوردگی جمعیت ایران در آینده زنانه شود. از جمله علل اصلی این تغییر می‌توان به

¹⁴ hypothetical cohort

کاهش مرگومیر مادران^{۱۵}، تغییر در الگوی باروری (بالا به پایین) و سبک زندگی سالم‌تر زنان نسبت به مردان در نسل‌های جدیدتر اشاره کرد.

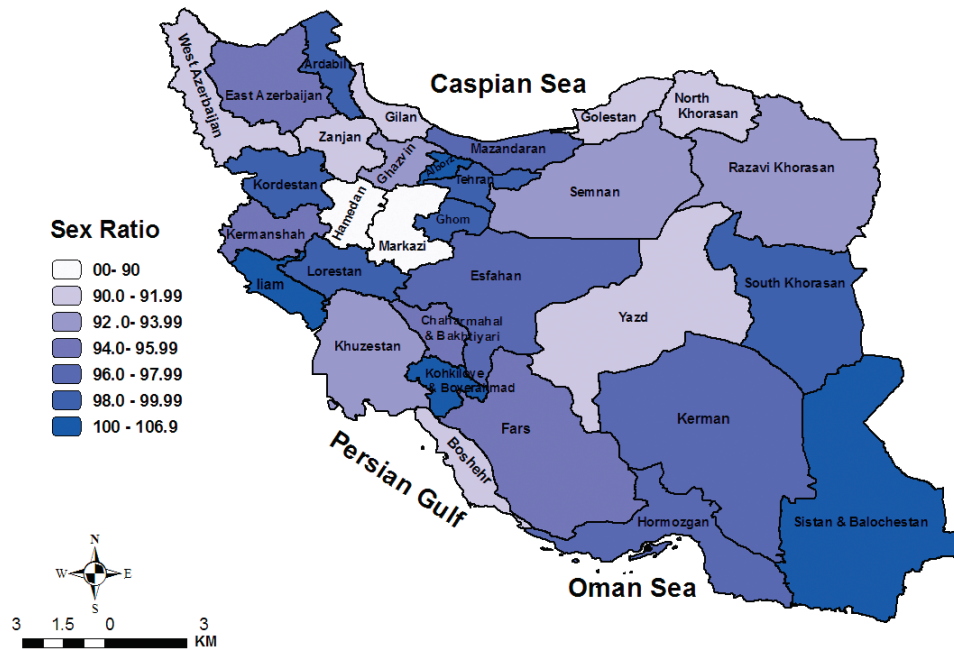
جدول ۵: نسبت جنسی بزرگسالان و سالمندان، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۹۰

سن	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
۵۰-۵۴					۱۰۱,۱		
۵۵-۵۹					۱۱۰,۴		
۶۰-۶۴					۱۱۹,۷	۹۸,۴	
۶۵-۶۹		۱۲۰,۳	۱۰۹,۶	۱۰۴,۵	۱۱۵,۶	۱۰۸,۲	۹۱,۹
۷۰-۷۴		۱۰۹,۳	۱۰۳,۲	۹۵,۲	۱۲۰,۷	۱۱۴,۷	۱۰۰,۴
۷۵-۷۹		۱۲۴,۹	۱۲۷,۳	۸۸,۰	۱۱۲,۷	۱۱۵,۸	۱۰۹,۵
۸۰+		۱۰۴,۴	۱۱۳,۳	۹۸,۳	۹۴,۰	۱۰۷,۹	۱۰۰,۰
۶۵+	۱۰۹,۱	۱۱۳,۷	۱۱۱,۱	۹۷,۷	۱۱۴,۰	۱۱۱,۵	۹۹,۴

با وجود تغییراتی که در نسبت جنسی و تمایل این نسبت به کاهش سهم مردان و یا زنانه شدن سالمندی رخ داده است، مطالعات نشان می‌دهد که تفاوت و تنوع استانی چشمگیری در ترکیب جنسی جمعیت سالمندان وجود دارد. همان‌طور که در نقشه ۴ دیده می‌شود، در استان‌های کمتر توسعه‌یافته‌ای چون سیستان و بلوچستان، ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، و تا حدودی کردستان و اردبیل، نسبت جنسی سالمندان بالاتر از استان‌های دیگر است. در استان‌های مرکزی کشور، شامل تعدادی استان از شمال شرق تا جنوب و برخی استان‌های غربی مثل مرکزی و همدان، نسبت جنسی به نفع زنان است. در این تفاوت‌های استانی، مهاجرت نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای دارد و نسبت جنسی حتی ممکن است از جریان‌های مهاجرتی دهه‌ها قبل نیز تأثیر پذیرد.

^{۱۵} maternal mortality

نقشه ۴: نسبت جنسی جمعیت سالمند به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰



۳-۳. وضعیت سواد

سالمندان ایرانی از نظر وضعیت سواد و آموزش دو ویژگی مهم دارند. اول این که میزان باسوادی در کل در میان سالمندان پایین است و دوم اینکه تفاوت جنسیتی آشکارا قابل توجه است. همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، در سال ۱۳۹۰ حدود ۳۶ درصد از سالمندان مرد و زن کشور باسواد بوده اند، که در مقایسه با سایر گروه ها که نرخ باسوادی به بیش از ۹۵ درصد می رسد، بسیار پایین است. در عین حال این میزان در سرشماری های قبل حتی کمتر بوده است. جدول ۶ نشان می دهد که میزان باسوادی سالمندان در کل کشور در سال ۱۳۵۵ به سختی به ۱۳ درصد می رسیده و در میان زنان سالمند رقم ناچیز حدوداً ۴ درصد مشاهده شده است. این بدان معنی است که بیش از ۹۵ درصد از زنان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر در این سال حتی توانایی خواندن و نوشتن نداشته اند. تغییر این نرخ در فاصله سال های ۹۰-۱۳۵۵ نشان می دهد که حدود ۲۳ درصد به میزان باسوادی سالمندان افزوده شده است. این افزایش از دو عامل ریشه گرفته است. اول این که با جانشینی سالمندان توسط نسل های جوان تر که میزان باسوادی بالاتر دارند، این میزان افزایش می یابد. دوم این که تشویق بزرگسالان به فراگیری خواندن و نوشتن در چارچوب آموزش اکابر و پس از پیروزی انقلاب اسلامی توسط سازمان نهضت سوادآموزی نیز میزان باسوادی نسل های موجود را کم و بیش افزایش داده است. به طوری که میزان باسوادی سالمندان در دوره ۳۵ ساله ۹۰-۱۳۵۵ مستمراً افزایش یافته است.

جدول ۶: میزان باسوادی سالمندان ۶۰+ به تفکیک جنس در نقاط شهری و روستایی، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۹۰

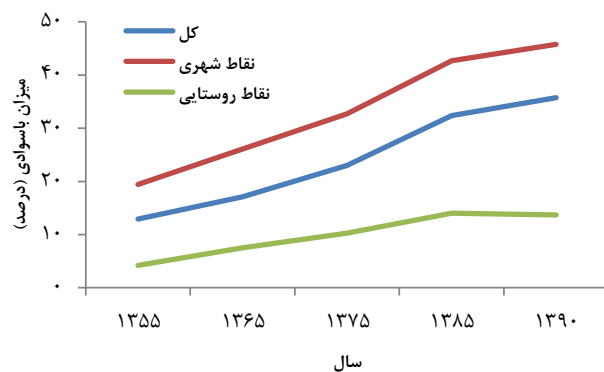
جنس	محدوده	سال سرشماری				
		۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
دو جنس	کل	۱۲,۹	۱۷,۱	۲۳	۳۲,۴	۳۵,۷
	نقاط شهری	۱۹,۵	۲۶,۱	۳۲,۷	۴۲,۷	۴۵,۸
	نقاط روستایی	۴,۲	۷,۵	۱۰,۳	۱۴,۰	۱۳,۷
مرد	کل	۱۹,۷	۲۵,۱	۳۲,۶	۴۴,۰	۴۸,۲
	نقاط شهری	۳۱,۰	۳۸,۱	۴۵,۳	۵۶,۵	۵۹,۹
	نقاط روستایی	۷,۳	۱۲,۱	۱۶,۸	۲۲,۲	۲۲,۷
زن	کل	۵,۵	۸,۲	۱۱,۸	۱۹,۹	۲۳,۷
	نقاط شهری	۷,۸	۱۳,۶	۱۸,۷	۲۸,۱	۳۲,۲
	نقاط روستایی	۰,۵	۱,۷	۲,۳	۴,۹	۵,۰

منبع: نتایج تفصیلی سرشماری‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰

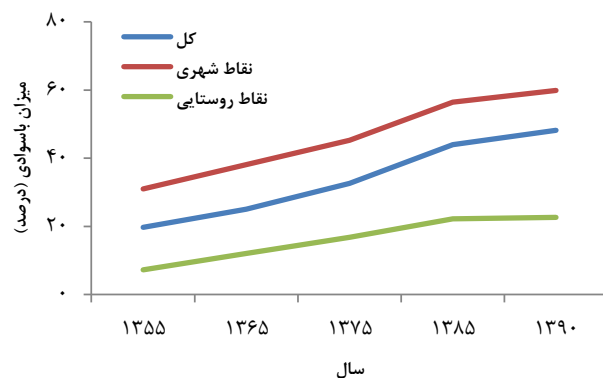
با وجود بهبود نسبی میزان باسوادی سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر کشور چه در نقاط شهری و چه در نقاط روستایی، همچنان دو ویژگی وضعیت سواد سالمندان وضعیت اجتماعی سالمندان کشور را شکننده کرده است. اول فاصله زیاد نقاط شهری و روستایی و دوم تفاوت جنسیتی چشمگیری که در این وضعیت همچنان وجود دارد. همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، بالاترین نسبت باسوادی در میان مردان سالمند شهری به میزان حدود ۶۰ درصد و پایین‌ترین آن در میان زنان روستایی به میزان ۵ درصد مبین ترکیبی از نابرابری شهری-روستایی و جنسیتی است. شکل شماره ۱۶ نشان می‌دهد که صرف نظر از نابرابری جنسیتی در وضعیت سواد سالمندان، تفاوت شهری-روستایی در این وضعیت قابل توجه است. 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 در خور توجه در این مورد 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 این تفاوت بزرگ‌تر و نابرابری گسترده‌تر شده است که حکایت از عقب ماندن نقاط روستایی در بهبود وضعیت سواد سالمندان طی دوره ۳۵ ساله ۹۰-۱۳۵۵ دارد.

نکته مهم دیگر این که افزایش میزان باسوادی سالمندان طی سه دهه گذشته موفق به کاهش نابرابری جنسیتی نشده، بلکه این نابرابری به‌ویژه در نقاط روستایی افزایش نیز یافته است. این واقعیت را به خوبی می‌توان در دو شکل ۱۷ و ۱۸ مشاهده کرد. عقب ماندن برنامه افزایش میزان باسوادی سالمندان زن در طول این سال‌ها و برعکس افزایش بیشتر میزان باسوادی مردان سالمند موجب شده است که فاصله دو جنس از نظر میزان باسوادی به‌طور خیره‌کننده‌ای خصوصاً در نقاط روستایی بیشتر شود. گسترش این نابرابری در دو نمودار مورد اشاره به وضوح دیده می‌شود.

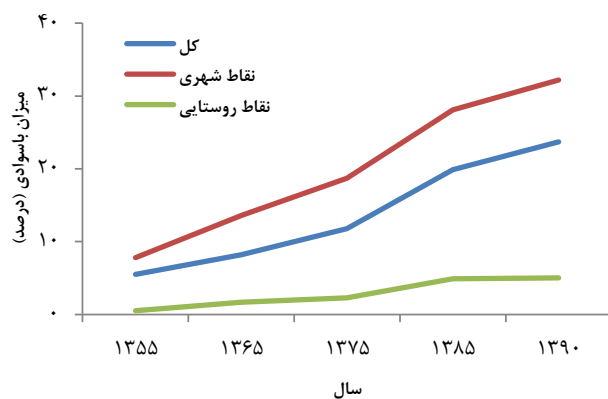
شکل ۱۷: نسبت باسوادی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر کشور،
دو جنس به تفکیک نقاط شهری و روستایی طی سال‌های ۹۰-۱۳۵۵



شکل ۱۸: نسبت باسوادی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر کشور،
مردان به تفکیک نقاط شهری و روستایی طی سال‌های ۹۰-۱۳۵۵

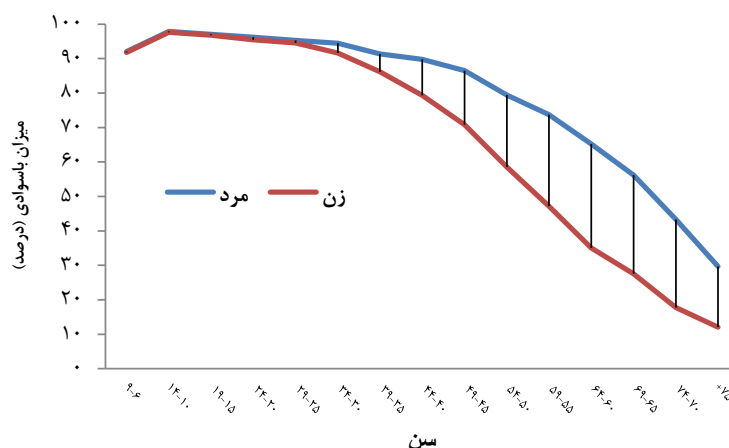


شکل ۱۹: نسبت باسوادی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر کشور،
زنان به تفکیک نقاط شهری و روستایی طی سال‌های ۹۰-۱۳۵۵



مطالعه جزئیات سنی - جنسی وضعیت سواد جمعیت و کنار هم قرار دادن نسبت باسوادی گروه‌های سنی به شرحی که در نمودار ۱۹ دیده می‌شود، آینده امیدوار کننده‌ای را هم در شکاف بین نقاط شهری و روستایی و هم شکاف بین دو جنس نشان می‌دهد.

شکل ۲۰: درصد باسوادی بر حسب سن و جنس، ایران، ۱۳۹۰



همان‌طور که در شکل ۱۹ نشان داده شده است، با پایین آمدن سن نسبت باسوادان از جمعیت هر سن افزایش یافته و فاصله دو جنس از این نظر کمتر می‌شود. در کل، حدود ۳۵ درصد از سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر ایران باسواد هستند و این نرخ برای مردان حدود ۴۸ درصد و برای زنان حدود ۲۴ درصد است. به عبارت دیگر همان‌طور که گفته شد تفاوت جنسیتی^{۱۶} در میزان باسوادی سالمندان ۶۰ ساله یا بالاتر حدود ۲۴ درصد است. یعنی میزان باسوادی سالمندان پایین‌تر و تفاوت جنسیتی در میان آنان بیشتر از هر گروه سنی جوان‌تر است. از شکل ۱۹ نکته مهم دیگری نیز می‌توان استنباط کرد و آن این‌که سالمندان آینده کشور متشکل از نسل‌هایی خواهند بود که میزان باسوادی بالاتر و تفاوت جنسیتی پایین‌تری دارند. این تغییر چشمگیر که یکی از آثار مثبت توسعه است، آینده امیدوارکننده‌ای برای سالمندان کشور ترسیم می‌کند. آنچه مهم است این‌که اگر رابطه‌ای بین وضعیت سواد و کیفیت زندگی سالمندان وجود دارد، که مطالعات وجود این رابطه را تأیید می‌کنند، بنابراین همه سیاست‌گذاری‌ها، تلاش‌ها و برنامه‌های سالمندی کشور باید معطوف به نسل‌های کنونی سالمندان باشد. اگرچه آینده نگر سالخوردگی جمعیت کشور در برنامه‌هی رفاهی ضروری است، اما با توجه به اثر مثبت سواد و تحصیلات بر کیفیت زندگی ضرورت پرداختن بیشتر به سالمندان کنونی منطقی‌تر از ابراز نگرانی در مورد آینده است. آینده‌ای که وضعیت روشن‌تر و امیدوارکننده‌تری نسبت به سالمندان کنونی را نشان می‌دهد.

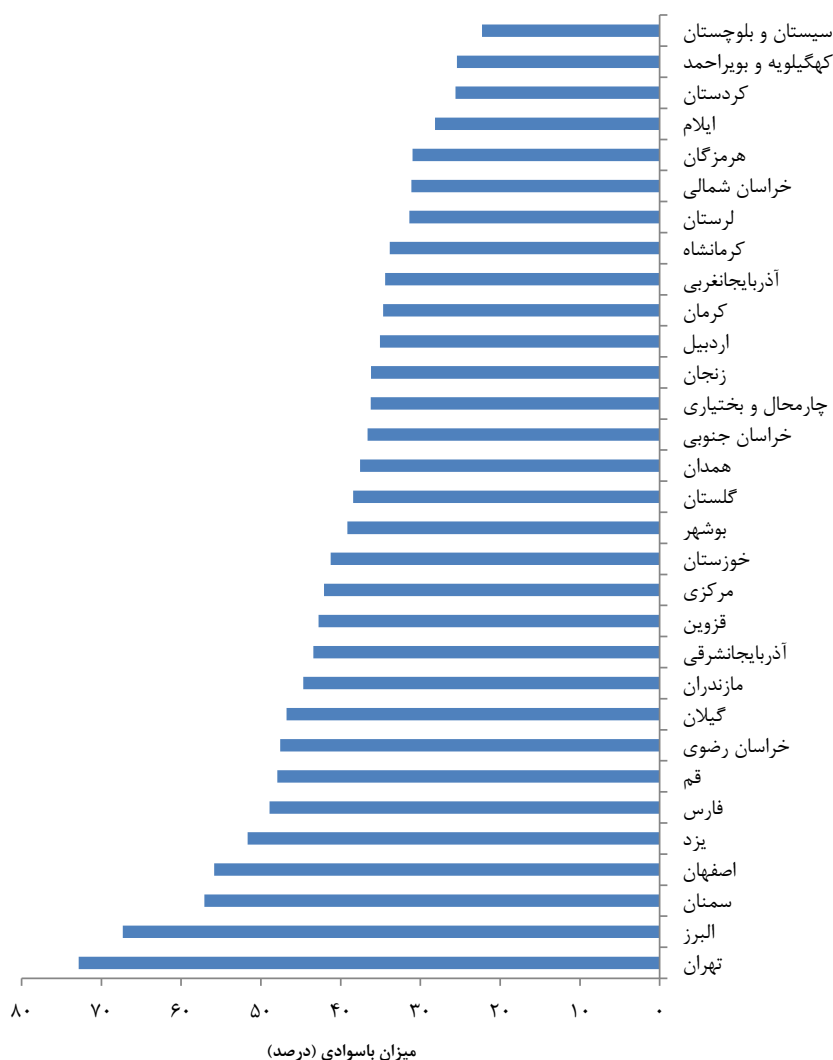
^{۱۶} gender difference

وضعیت سواد سالمندان استان‌ها مشابه و یکسان نیست و تفاوت‌های محسوسی در حد نابرابری اجتماعی را می‌توان بین استان‌های کشور مشاهده کرد. با توجه به این که نسبت باسوادان یکی از سه مؤلفه اصلی شاخص توسعه انسانی است، انتظار نمی‌رود که این نسبت در استان‌هایی با شاخص توسعه نیافته بالا باشد و برعکس. همان‌طور که در نمودار شماره ۲۰ مشاهده می‌شود، استان‌های کشور را از نظر وضعیت سواد مردان سالمند می‌توان به چهار گروه تقسیم کرد. اولین گروه استان‌هایی هستند که نسبت بالاتری (بیش از ۵۰ درصد) از سالمندان مرد ۶۰ ساله و بیشتر باسواد هستند و در رأس این فهرست می‌توان به استان تهران اشاره کرد. استان‌های البرز، سمنان، اصفهان و یزد چهار استان دیگر هستند که بعد از تهران به ترتیب بالاترین نسبت باسوادان از سالمندان مرد را در سال ۱۳۹۰ داشته‌اند. در گروه دوم شامل استان‌های فارس، قم، خراسان رضوی، گیلان، مازندران، آذربایجان شرقی، قزوین، مرکزی، و خوزستان بین ۴۰ تا ۵۰ درصد (دامنه‌ای حول و حوش متوسط مردان کل کشور) از سالمندان مرد ۶۰ ساله و بیشتر در سال ۱۳۹۰ باسواد بوده‌اند. گروه سوم با فاصله بیشتر از متوسط مردان سالمند کل کشور در بر دارنده سالمندانی است که بین ۳۰ تا ۴۰ درصد از آنان در سال ۱۳۹۰ سواد خواندن و نوشتن داشته‌اند. در فهرست این استان‌ها بوشهر در بالاترین نسبت نزدیک به ۴۰ درصد سالمند مرد باسواد داشته است و پس از آن به ترتیب استان‌های گلستان، همدان، خراسان جنوبی، چارمحال و بختیاری، زنجان، اردبیل، کرمان، آذربایجان غربی، کرمانشاه، لرستان، خراسان شمالی و هرمزگان قرار دارند. استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویر احمد، کردستان و ایلام گروه چهارم را با به ترتیب پایین‌ترین نسبت باسوادی در میان سالمندان مرد را تشکیل می‌دهند.

فهرست استان‌ها در گروه‌های چهارگانه بالا به خوبی نشان می‌دهد که استان‌هایی که در آن‌ها نسبت پائینی از سالمندان مرد باسواد هستند، استان‌هایی با شاخص توسعه انسانی پایین‌تر می‌باشند. برعکس بالاترین نسبت مردان سالمند باسواد در سال ۱۳۹۰ استان‌هایی سکونت دارند که شاخص توسعه انسانی بالاتری داشته‌اند (محمودیان و دیگران ۱۳۹۲).

همان‌طور که در شکل ۲۱ با ترتیب نزولی نشان داده شده است، تفاوت‌های استانی از نظر وضعیت سواد زنان سالمند نیز، با کمی تغییر در ترتیب استان‌ها، مشابه تفاوت‌هایی است که برای مردان سالمند استان‌ها دیده شد. با این تفاوت که نسبت زنان سالمند باسواد در سطحی پایین‌تر از نسبت سالمندان مرد باسواد مشاهده می‌شود. همان‌گونه که انتظار می‌رود، این تفاوت‌ها مشابه باسوادی مردان سالمند همبستگی قابل توجهی با شاخص توسعه انسانی دارد. متناسب با نسبت باسوادی زنان که به‌طور قابل توجهی از نسبت مردان سالمند باسواد پایین‌تر است، استان‌های کشور به پنج گروه تقسیم شده‌اند. براساس اطلاعات سرشماری کشور در سال ۱۳۹۰، دامنه این نسبت در گروه اول مقادیر بالاتر از ۴۰ درصد، در گروه دوم ۲۰ تا ۳۰ درصد، در گروه سوم ۱۵ تا ۲۰ درصد، در گروه چهارم ۱۰ تا ۱۵ درصد و در گروه پنجم کمتر از ۱۰ درصد بوده است.

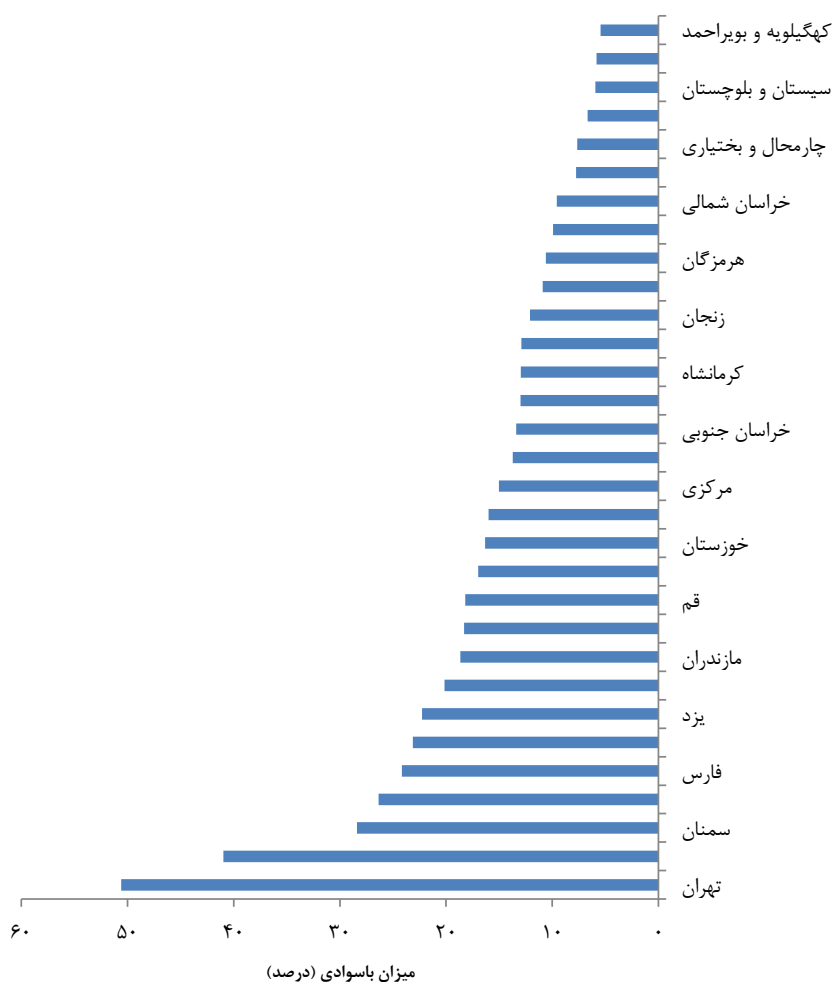
شکل ۲۱: درصد باسوادی مردان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر، ایران، ۱۳۹۰



شکل ۲۲ به خوبی نشان می‌دهد که نسبت زنان سالمند باسواد فقط در دو استان تهران و البرز در سال ۱۳۹۰ بالاتر از ۴۰ درصد بوده است که البته با استان هایی که بلافاصله پس از این دو استان قرار دارند، تفاوت قابل توجهی دارند، ضمن این که نسبت زنان باسواد سالمند در استان تهران به بیش از ۵۰ درصد می‌رسد. در گروه دوم استان‌های سمنان، اصفهان، فارس، خراسان رضوی، یزد و گیلان شش استانی هستند که به ترتیب بیشترین نسبت زنان سالمند باسواد را در دامنه ۲۰ تا ۳۰ درصد دارند. گروه سوم به ترتیب شامل استان‌های مازندران، قزوین، قم، کرمان، خوزستان، آذربایجان شرقی و مرکزی است که بین ۱۵ تا ۲۰ درصد از زنان سالمند آن‌ها باسواد هستند. در فهرست گروه چهارم استان‌های همدان، خراسان جنوبی، بوشهر، کرمانشاه، گلستان، زنجان، آذربایجان غربی، و هرمزگان در دامنه‌ای از ۱۵ تا حداقل ۱۰ درصد

به ترتیب بیشترین نسبت سالمندان زن باسواد را دارند. با نسبت باسوادی کمتر از ۱۰ درصد در کمترین مقدار برای این نسبت، به ترتیب استان‌های کهگیلویه و بویراحمد، ایلام، سیستان و بلوچستان، کردستان، چارمحال و بختیاری، اردبیل، خراسان شمالی، و لرستان پنجمین گروه را تشکیل می‌دهند.

شکل ۲۲: درصد باسوادی زنان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر، ایران، ۱۳۹۰



۳-۴. وضعیت ازدواج و زناشویی

روابط بین‌نسلی و خانوادگی سالمندان عموماً تحت تأثیر زمان‌بندی و میزان شیوع و فراگیری ازدواج و تعداد فرزندان که از سطح باروری تبعیت می‌کند دارد. در جوامع سنتی زنان زودتر از مردان ازدواج می‌کنند و نسبت بیشتری از آنان تا سن ۵۰ سالگی حداقل یک‌بار ازدواج کرده هستند. با این وجود با توجه به تفاوت سنی زن و شوهر از یک‌طرف و تفاوت امید زندگی دو جنس از طرف دیگر، همواره نسبت بیشتری از زنان در

سنین سالمندی بدون همسر هستند. نه فقط به این خاطر که زنان همسر خود را از دست می دهند بلکه به دلیل تفاوت مرد و زن از نظر ازدواج مجدد. بنابراین بخشی از تفاوت‌ها و گاه نابرابری‌ها در زندگی سالمندان خصوصاً در جوامعی که تفاوت محسوسی بین سالمندان مرد و زن به چشم می‌خورد ناشی از تفاوت وضعیت ازدواج مردان و زنان سالمند است. برای نمونه در جامعه‌ای مثل ایران که عرفاً مرد مالک اصلی ثروت و دارایی است، وجود همسر برای زنان در دوره سالمندی نقشی حیاتی در دسترسی به منابع و در نتیجه در کیفیت زندگی سالمندان ایفا می‌کند.

با در نظر گرفتن زمینه‌های اجتماعی بالا، دور از انتظار نیست که با وجود ازدواج در سنین پایین‌تر و عمومیت و فراگیری بالاتر آن، سهم قابل‌توجهی از زنان در سنین سالمندی بدون همسر هستند. همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، در همه مقطع از ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ تقریباً ۹۹ درصد از زنان سالمند تا رسیدن به این سنین حداقل یک‌بار ازدواج کرده‌اند، اگرچه عمومیت ازدواج مردان سالمند نیز تقریباً در سطح مشابهی قرار داشته است. با این حال، فاصله بسیار زیادی بین مردان و زنان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر در نسبت درصد افراد ازدواج نکرده دیده می‌شود. برای نمونه در سال ۱۳۹۰ نسبت سالمندان ازدواج کرده در هر دو جنس به رقم بالایی حدود ۹۹ درصد می‌رسد، حال آنکه در همین سال بیش از ۵۲ درصد از زنان سالمند بدون همسر بوده‌اند و در مقابل این نسبت برای مردان سالمند به‌سختی به ۱۰ درصد می‌رسد. بر این اساس زنانی که زودتر ازدواج می‌کنند و ازدواج آنان فراگیر است، بیشتر از مردان در معرض از دست دادن همسر قرار دارند ولی چون معمولاً کمتر احتمال دارد که مجدداً ازدواج کنند بیشتر از مردان بقیه عمر خود را پس از از دست دادن همسر خود تنها خواهند بود.

جدول ۷: نسبت سالمندان ۶۰+ حداقل یک‌بار ازدواج کرده و بدون همسر به تفکیک جنس در نقاط شهری و

روستایی، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۹۰

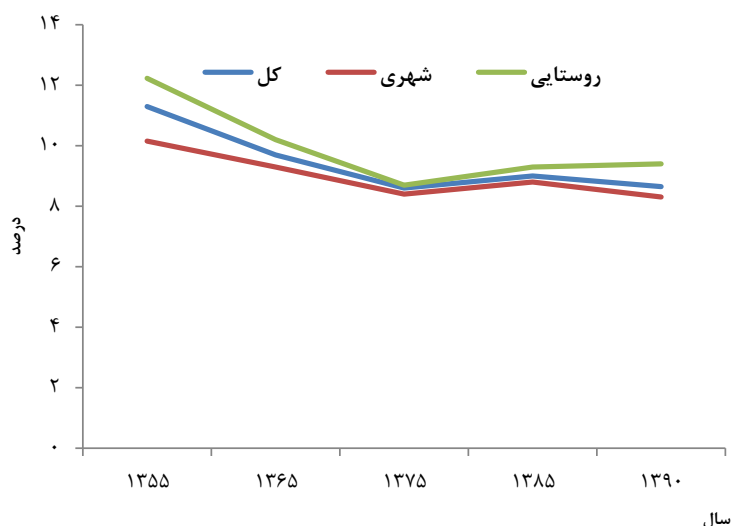
نسبت (درصد)		محدوده		۱۳۵۵		۱۳۶۵		۱۳۷۵		۱۳۸۵		۱۳۹۰	
حداقل یک‌بار ازدواج کرده	کل	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
	شهری	۹۸٫۶	۹۸٫۱	۹۷٫۷	۹۷٫۶	۹۹٫۲	۹۸٫۹	۹۹٫۲	۹۹٫۱	۹۹٫۲	۹۹٫۱	۹۹٫۲	۹۹٫۰
	روستایی	۹۹٫۴	۹۸٫۹	۹۸٫۵	۹۸٫۳	۹۹٫۴	۹۹٫۳	۹۹٫۳۲	۹۹٫۳	۹۹٫۴	۹۹٫۳	۹۹٫۴	۹۹٫۳
	کل	۱۱٫۳	۶۰٫۹	۹٫۷	۵۲٫۶	۸٫۶	۴۷٫۷	۹٫۰	۴۹٫۶	۸٫۶	۴۹٫۱	۸٫۶	۴۹٫۱
بدون همسر	شهری	۱۰٫۱	۶۴٫۳	۹٫۳	۵۵٫۹	۸٫۴	۵۰٫۸	۸٫۸	۵۱٫۵	۸٫۳	۵۰٫۴	۸٫۳	۵۰٫۴
	روستایی	۱۲٫۲	۵۷٫۷	۱۰٫۲	۴۸٫۷	۸٫۷	۴۳٫۵	۹٫۳	۴۶	۹٫۴	۴۶٫۳	۹٫۴	۴۶٫۳

البته در نسبت سالمندان بدون همسر تفاوتی بین نقاط شهری و روستایی دیده می‌شود. برای نسل‌های کنونی سالمندان حدود ۵۰ درصد از زنان سالمند شهری و در مقایسه حدود ۴۶ درصد از زنان سالمند

روستایی بدون همسر هستند. برعکس این نسبت برای مردان شهری کمی پایین‌تر از مردان روستایی است که با توجه به احتمال کمتر طلاق در میان زنان روستایی، می‌توان گفت که تا حدود زیادی به مرگ‌ومیر بیشتر زنان روستایی نسبت به زنان شهری مربوط است.

روند تغییرات نسبت مردان بدون همسر به شرح نشان داده شده در شکل ۲۳، نشان می‌دهد که در فاصله سرشماری‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ نسبت سالمندان بدون همسر کاهش یافته است. این کاهش در نقاط روستایی بیش از نقاط شهری بوده، اگرچه در نقاط روستایی در سال ۱۳۹۰ همچنان نسبت سالمندان مرد بدون همسر بالاتر از نقاط شهری است.

شکل ۲۳: درصد افراد بدون همسر از جمعیت مردان
سالمند ۶۰ ساله و بیشتر، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۹۰



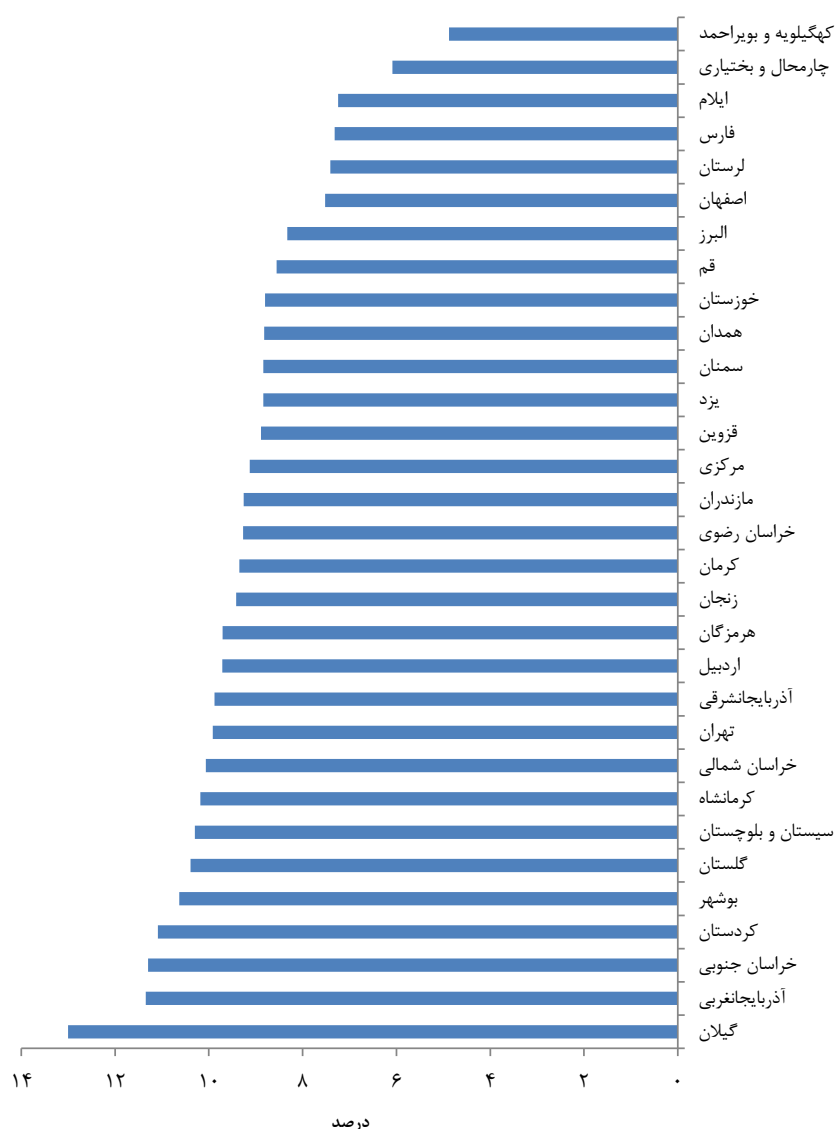
همان‌طور که می‌توان در شکل ۲۴ مشاهده کرد، کاهش نسبت سالمندان زن بدون همسر در نقاط شهری و در نقاط روستایی مشابه بوده و این کاهش به کاهش تفاوت زنان در این دو مقوله از سکونتگاه منجر شده است.

شکل ۲۴: درصد افراد بدون همسر از جمعیت زنان
سالمند ۶۰ ساله و بیشتر، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۹۰



حساس بودن نسبت سالمندان بدون همسر به متغیرهای اجتماعی و تفاوت اثری که این عوامل بر ازدواج مجدد سالمندان مرد و زن دارند، موجب شده تا دو الگوی متفاوت در تفاوت‌های جنسیتی در وضعیت ازدواج سالمندان ایرانی بروز کند. به این ترتیب که در استانی که شاخص توسعه انسانی پایین‌تر دارد، علی‌رغم سطح بالاتر مرگ‌ومیر زنان نسبت کمتری از مردان بدون همسر باقی می‌مانند و برعکس نسبت زنان سالمند بدون همسر در چنین استانی بالاتر است چراکه محدودیت بیشتری برای ازدواج زنان پس از طلاق و بیوگی ظاهر خواهد شد. شکل ۲۵ و ۲۶ ضمن این که تفاوت‌های استان‌های مختلف کشور را از نظر نسبت مردان و زنان بدون همسر نشان می‌دهند، نکته ذکر شده به خوبی از مقایسه این دو شکل پدیدار می‌شود.

شکل ۲۵: تعداد مردان بدون همسر به ۱۰۰ نفر جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۹۰



شکل ۲۶: تعداد زنان بدون همسر به ۱۰۰ نفر جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۹۰



۳-۵. وضعیت فعالیت و اشتغال

در بازار کاری راکد که از نرخ بیکاری بالای جوانان رنج می‌برد، محدودیت‌های زیادی برای مشارکت سالمندان در فعالیتهای اقتصادی به‌ویژه وقتی افراد عرضه‌کننده کار غیرماهر و نیمه ماهر هستند، وجود دارد. بنابراین حتی در شرایطی که به هر دلیل، سالمندان به مشارکت در فعالیتهای اقتصادی تمایل داشته باشند، نرخ فعالیت و اشتغال آنان بالاتر از سنین جوانی نخواهد بود. با وجودی که عوامل تعیین‌کننده سهم و حجم جمعیت در سن کار و سنین سالمندی و از این طریق تعیین‌کننده اندازه نیروی کار سه عامل جمعیتی باروری، مرگ‌ومیر و مهاجرت هستند، اما عوامل تعیین‌کننده ضریب مشارکت اقتصادی تنها عوامل جمعیتی نیستند. ضمن این‌که ازدواج و باروری خصوصاً در تابع فعالیت اقتصادی زنان نقش مهمی بازی می‌کنند،

عوامل اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی زیادی در تعیین ضرایب فعالیت مردان و زنان در یک جمعیت نقش دارند. ضریب مشارکت اقتصادی (میزان فعالیت) تعیین‌کننده دیگر حجم نیروی کار است و هر عاملی که مستقیم یا غیرمستقیم بر این ضریب اثر گذارد، به‌عنوان تعیین‌کننده مهم میزان مشارکت اقتصادی زنان و مردان اهمیت پیدا می‌کند.

در کتاب «تعیین‌کننده‌ها و پی‌آمدهای تغییرات جمعیتی» سازمان ملل متحد (۱۹۷۳) بحث مبسوطی در مورد عوامل تعیین‌کننده مشارکت مردان و زنان در نیروی کار ارائه شده است. البته بخش‌های کمی از این مباحث به‌طور مشخص به بزرگسالان و سالمندان اختصاص دارد، چرا که به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌نیافته مشکل اصلی فعالیت این گروه از افراد نیست. شرایط اقتصادی، ساختار اجتماعی- فرهنگی، موقعیت دو جنس (شامل انتظارات و تقسیم کار جنسیتی) به شیوه‌های مختلفی بر میزان‌های مشارکت مردان و زنان تأثیر می‌گذارند. در عین حال تأثیر برخی عوامل تعیین‌کننده میزان مشارکت برای زنان و مردان متفاوت است. مثلاً در حالی که مهاجرت مردان ممکن است موقعیت آنان در یافتن شغل را بهبود ببخشد و حتی ممکن است این موقعیت را از زنان بگیرد، اگرچه این تأثیر بر میزان مشارکت زنان برحسب سن، وضعیت سواد و تحصیلات و توانایی‌های حرفه‌ای متفاوت است. مردان در اکثر مناطق و کشورها، سهمی عمده (بیش از ۶۰ درصد) و فعالیت اقتصادی زنان سهمی کمتر (کمتر از ۴۰ درصد) از نیروی کار را تشکیل می‌دهد.

در جریان توسعه اقتصادی- اجتماعی و به ویژه حاکم شدن سیستم‌های بازنشستگی بر روابط و بازار کار، انتظار می‌رود میزان فعالیت در سنین بالا و سالمندی کاهش یابد. تفاوت بین الگوهای میزان فعالیت مردان به تفکیک سن در کشورها و زمان‌های مختلف نمایانگر تفاوت در سن شروع کار و سن بازنشستگی است. میزان فعالیت مردان در گروه سنی ۲۵ تا ۵۴ سالگی، که اکثراً بیش از ۹۰ درصد است، در همه‌ی کشورها عمومیت دارد. این میزان‌ها در کشورهای توسعه‌یافته‌تر برای گروه سنی زیر بیست سال و بالای ۵۵ سال کمتر از کشورهای توسعه‌نیافته و در حال توسعه است. این تفاوت‌ها بیانگر این است که در کشورهای توسعه‌یافته‌تر مردان دیرتر وارد بازار کار و زودتر خارج می‌شوند. علاوه بر این، ساعات کار هفتگی در کشورهای صنعتی کمتر است، ضمن این‌که در گروه‌های سنی پایین‌تر و بالاتر تعداد و نسبت کارگران پاره‌وقت بیشتر از گروه میانسال است. مردان روستایی عموماً زودتر از مردان شهری وارد بازار کار می‌شوند و تا سنین بالاتری در بازار کار می‌مانند. این تشابهی است که در مقایسه‌ی کشورهای توسعه‌نیافته و توسعه‌یافته می‌توان نشان داد. با این وجود به علت مهاجرت افراد در سن کار و جویای کار میزان عمومی و حتی واقعی فعالیت در شهرها بالاتر از روستاها است.

روند نزولی میزان فعالیت مردان بالای ۶۵ سال، منحصر به جوامع صنعتی نیست. در کشورهای غیرصنعتی و کشاورزی، روند غالب برای گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر، روندی کاهشی است. با توجه به اطلاعات نیمه دوم قرن بیستم برای کشورهای صنعتی و غیرصنعتی، کاهش روند مزبور تابع تغییرات مربوط به نسبت اشتغال در بخشهای سه گانه اقتصادی است.

همان‌طور که در جدول شماره ۸ ملاحظه می‌شود، حدود ۲۲ درصد از کل سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر کشور در یکی از مشاغل فهرست شده در سرشماری 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، این میزان روندی نزولی داشته است. البته این کاهش اساساً برای سالمندان شهری بارز بوده و میزان مشارکت سالمندان در نقاط روستایی مقاومت قابل ذکری در مقابل این تغییرات داشته است. روند نسبتاً ثابت میزان مشارکت اقتصادی سالمندان روستایی کشور، به روشنی حاکی از تأخیر زیاد سالمندان در خروج از نیروی کار است که با توجه به نرخ بیکاری ناچیزی که برای این گروه در نقاط روستایی مشاهده می‌شود، بیان‌کننده اشتغال تقریباً کامل سالمندان روستایی ایران است. به‌عنوان یکی از عوامل لازم است به مهاجرت گسترده جوانان به نقاط شهری و بنابراین نیاز بخش کشاورزی و دامداری روستایی به نیروی کار جمعیت مسن و سالمند اشاره شود. در عین حال نباید از خاطر دور داشت که سیستم تأمین اجتماعی هنوز جلوه پررنگی در نقاط روستایی کشور ندارد و این ویژگی می‌تواند مانع دیگری برای خروج نیروی کار از بازار کار در این سنین باشد.

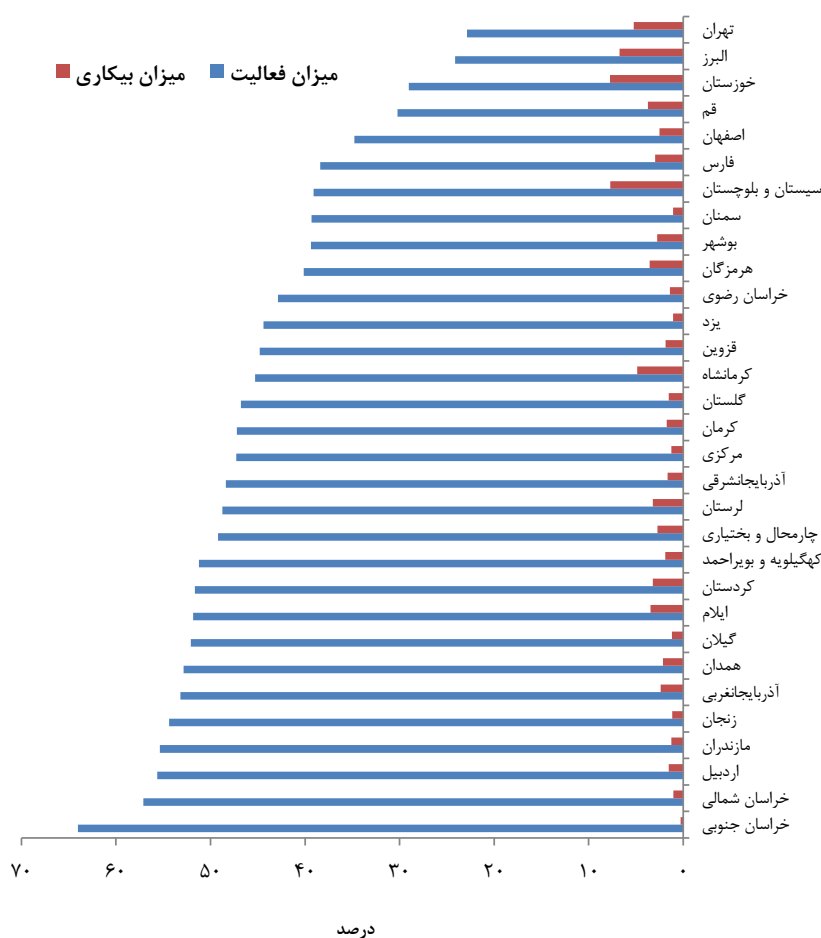
جدول ۸: میزان فعالیت و بیکاری سالمندان ۶۰+ در نقاط شهری و روستایی، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۹۰

شاخص	محدوده	سال				
		۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
میزان فعالیت	کل	۳۵،۵	۳۵،۳	۳۴،۳	۲۴،۶	۲۲،۴
	نقاط شهری	۲۸،۲	۲۸،۵	۲۷،۹	۱۹،۸	۱۵،۶
	نقاط روستایی	۴۱،۳	۴۲،۵	۴۲،۵	۳۳،۰	۳۷،۵
میزان بیکاری	کل	-	۱۳	۸،۴	۳،۲	۲،۵
	نقاط شهری	-	۲۰،۳	۱۳	۴،۰	۳،۹
	نقاط روستایی	-	۷،۸	۴،۵	۲،۵	۱،۲

با در نظر گرفتن چارچوب بالا که از جمع‌بندی یافته‌های پژوهشی کشورهای مختلف در کتاب «تعیین‌کننده‌ها و پی‌آمدهای تغییرات جمعیتی» سازمان ملل متحد استخراج شده است، انتظار می‌رود با کاهش درجه توسعه‌یافتگی مناطق میزان مشارکت اقتصادی مردان و حتی زنان سالمند افزایش یابد. شکل شماره ۲۷ و ۲۸ نشان می‌دهد که تفاوت‌های استان‌های کشور در میزان مشارکت اقتصادی مردان و زنان

سالمند از این رابطه تبعیت می کند. براساس تفاوت های نشان داده شده در شکل شماره ۲۷ بالاترین میزان های مشارکت مردان سالمند در استان هایی مشاهده می شود که یا از درجه توسعه یافتگی پایین تری برخوردارند، مانند استان خراسان شمالی و جنوبی و یا در استان هایی که همچنان نسبت زیادی از جمعیت در نقاط روستایی زندگی می کنند، مانند استان های گیلان و مازندران. در انتهای این طیف پایین ترین میزان مشارکت مردان سالمند را می توان در استان هایی سراغ گرفت که به دلیل سابقه بیشتر در نشانه های توسعه و نوگرایی و در نتیجه سیستم های تأمین اجتماعی و بازنشستگی، سطوح پایینی از این شاخص ارائه می کنند.

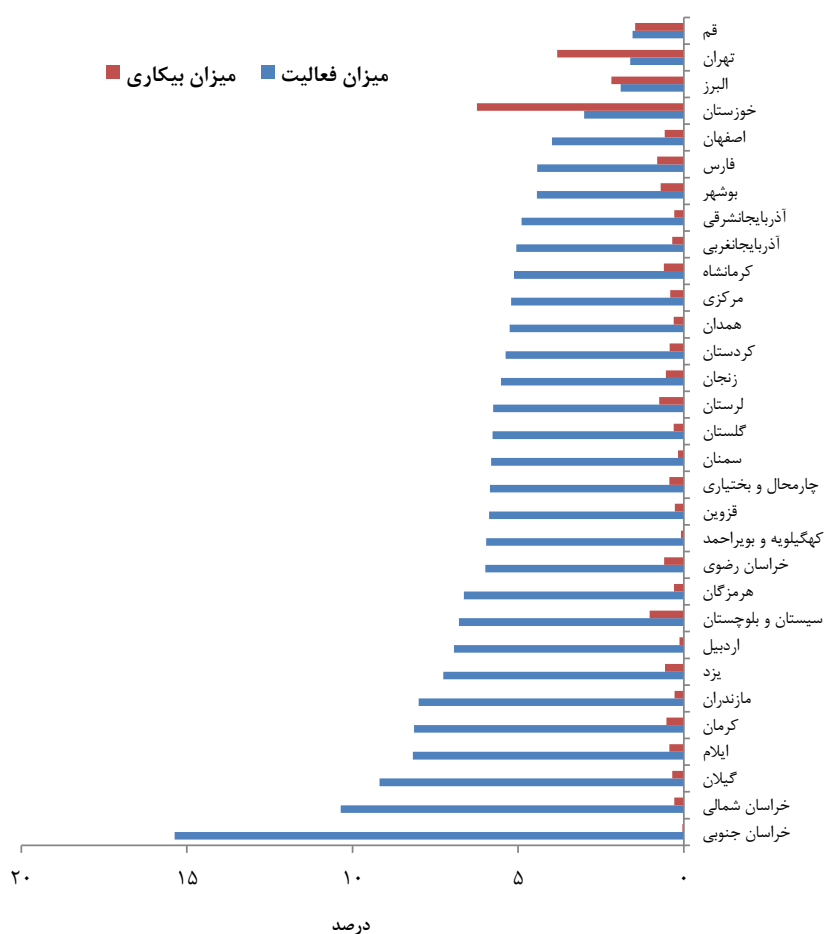
شکل ۲۷: میزان فعالیت و بیکاری مردان ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۹۰



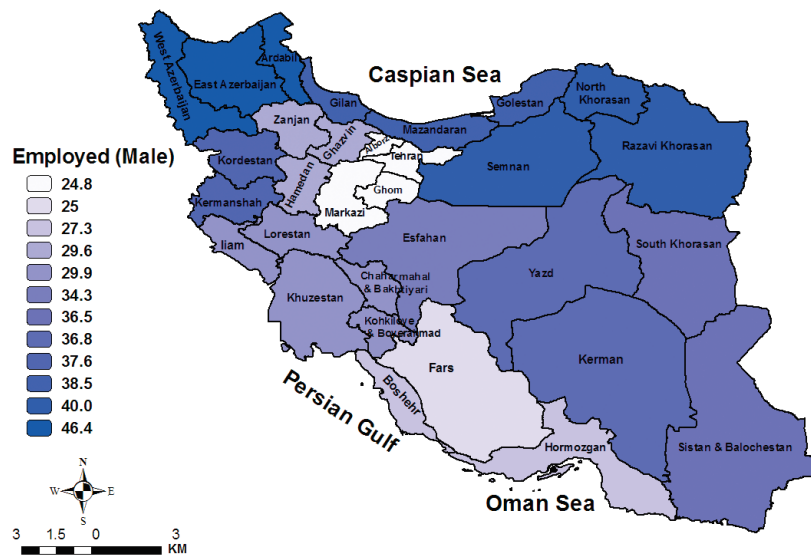
برای زنان که در اوج سنین فعالیت، مشارکت پایینی در فعالیت های اقتصادی داشته اند، میزان مشارکت پایین در سنین سالمندی کاملاً مورد انتظار و مسلم است. با این حال و چنان که در نمودار ۲۸ ملاحظه می شود، میزان فعالیت سالمندان زن در استان ها در دامنه بزرگی از تغییرات از ۱/۵ درصد در استان قم و تا

۱۵ درصد در استان خراسان جنوبی متفاوت است. برعکس برخی ویژگی های اجتماعی مثل سواد و یا جمعیتی مثل امید زندگی و یا باروری، میزان مشارکت زنان سالمند در استان های کمتر برخوردار یا کمتر توسعه یافته کشور، بالاتر است. غیر از این دو حد پایین و بالای میزان مشارکت، در مابقی موارد میزان فعالیت زنان سالمند مقداری بین ۵ تا ۱۰ درصد است. غیر از استان های گیلان و مازندران که در بخش کشاورزی تقاضای زیادی برای کار زنان وجود دارد، بیشتر استان هایی که میزان مشارکت زنان سالمند رو به حد بالای این شاخص است، مانند خراسان شمالی، ایلام، سیستان و بلوچستان، در گروه استان های کمتر توسعه یافته قرار دارند.

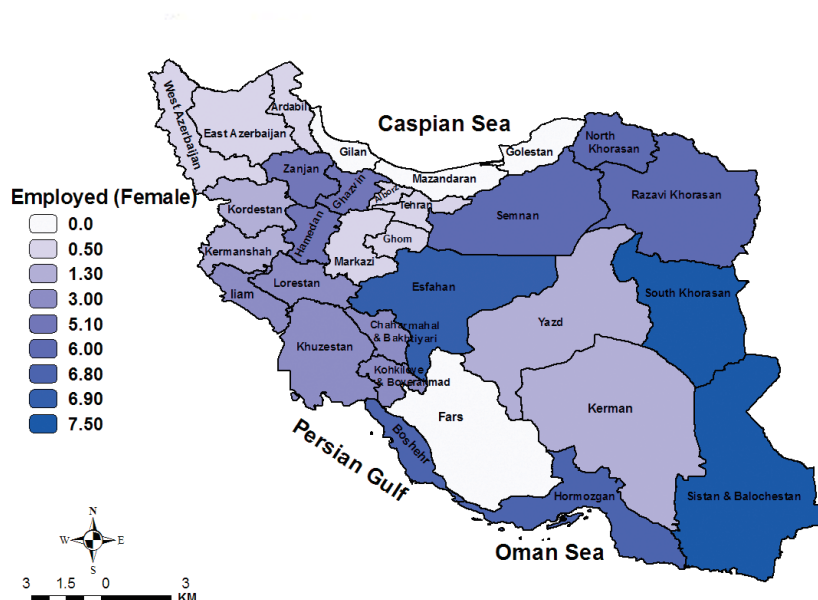
شکل ۲۸: نرخ فعالیت و بیکاری زنان ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۹۰



نقشه ۵: درصد مردان ۶۰ ساله و بالاتر شاغل به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰



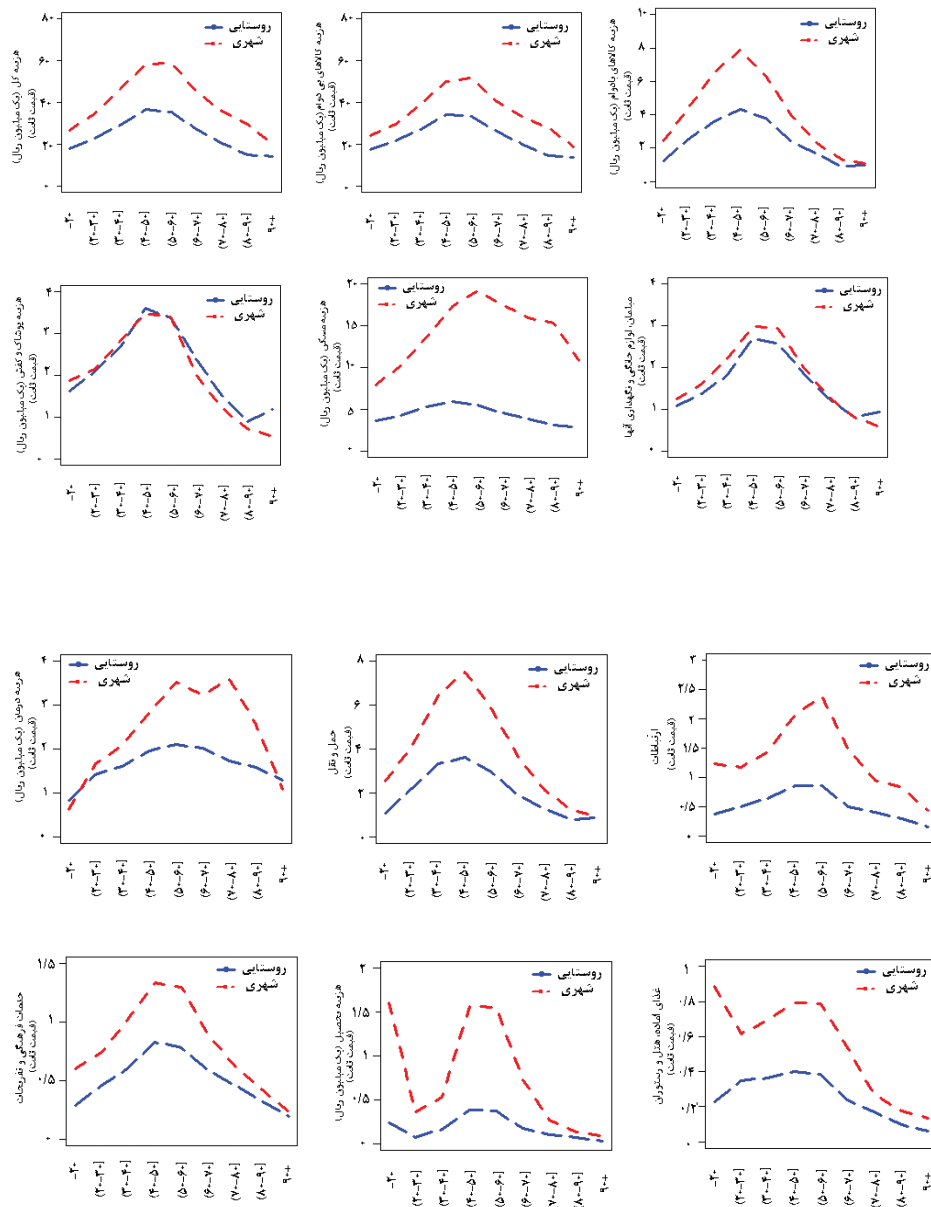
نقشه ۶: درصد زنان ۶۰ ساله و بالاتر شاغل به تفکیک استان، ایران، ۱۳۹۰



۳-۶. هزینه خانوارهای سالمند سرپرست

داده‌های طرح آمارگیری درآمد- هزینه خانوارهای شهری و روستایی کشور که توسط مرکز آمار ایران اجرا می‌شود، منبع مهمی از اطلاعات اقتصادی برای مطالعات مختلف جمعیتی و اجتماعی محسوب می‌شود. با این حال اطلاعات منتشر شده هرگز کاربردی برای مطالعات خاص مانند مطالعات سالخورده‌گی ندارد. داده‌های جمعی منتشر شده در این نشریات به‌هیچ وجه امکان تحلیل وضعیت برای گروه‌های سنی خاص را فراهم نکرده و با استفاده از آن تنها می‌توان هزینه‌ها را بر حسب اقلام مصرفی و گروه‌بندی‌های غیر از گروه‌بندی سنی انجام داد. در هر حال با توجه به اهمیت این موضوع تلاش شد تا از این اطلاعات استفاده شود. تنها امکان موجود نمودارهایی است که در شکل ۲۹ نشان داده شده است. همان‌طور که در این نمودار مشاهده می‌شود، همه اقلام مصرفی و هزینه‌های خانوار با افزایش سن سرپرست خانوار کاهش می‌یابد. این بدان معنی نیست که هزینه خانوارهای سالمند سرپرست کمتر از سنین دیگر است. در واقع این کاهش با قویاً با جدا شدن اعضای وابسته خانوار و کاهش بعد خانوار همراه می‌شود. در حالی که به نظر می‌رسد هزینه سرانه اعضا نه تنها کاهش نمی‌یابد، بلکه با افزایش نسبی نیز مواجه خواهد شد.

شکل ۲۹: هزینه خانوارهای سالمند سرپرست



فصل چهارم

ترتیبات زندگی و حمایت اجتماعی

۴-۱. مقدمه

توجه به اقامت مشترک والدین و فرزندان از این مهم ریشه می‌گیرد که ترتیبات زندگی مشترک حاوی امتیازاتی همچون فراهم شدن زمینه تبادل خدمات متقابل والدین و فرزندان است. اهمیت دیگر این موضوع به این امر باز می‌گردد که اغلب سالمندان زندگی با عضوی از خانواده خود را ترجیح می‌دهند و از زندگی در مؤسسات نگهداری از سالمندان پرهیز دارند. گذشته از این بار اقتصادی و اداری زندگی در خانه سالمندان برای دولت‌ها قابل تحمل نیست و بیشتر دولت‌ها نیز از افزایش نسبت سالمندانی که در خانوار زندگی نمی‌کنند بیم دارند. این اهمیت موجب شده است تا مطالعه ترتیبات زندگی و حمایت خانوادگی سالمندان به یکی از مهمترین موضوعات جمعیت‌شناسی سالخورده‌گی مبدل شده و طی سال‌های اخیر تحقیقات زیادی در این مورد انجام شود. اطلاعات مورد تحلیل در این فصل از منابع مختلفی استخراج شده است. توصیف و تحلیل ترتیبات زندگی سالمندان با استفاده از داده‌های آمارگیری "صرف وقت" و منابع دیگر از جمله کتاب ترتیبات زندگی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۵ انجام شده است. با توجه به این که هیچ آمارگیری در مورد شبکه‌ها و حمایت اجتماعی سالمندان در ایران گردآوری نمی‌شود، بنابراین منبع اصلی و تنها منبع داده‌ها برای توصیف و تحلیل شبکه‌های حمایت اجتماعی سالمندان، اطلاعاتی است که تحت حمایت مالی پروژه مشترک صندوق جمعیت ملل متحد و دانشگاه تهران یا پروژه جمعیت و توسعه انجام شده است. در این تحقیق ۵۲۷ نفر از سالمندان تهرانی به شیوه خوشه‌ای از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران انتخاب و پرسشنامه اعضای خانوار و سالمندان تکمیل شد. هرچند نمونه مورد مطالعه در این تحقیق محدود به سالمندان تهرانی است، اما با توجه به گستره جغرافیایی محل تولد سالمندان و این که بیشتر آنان نسل اول مهاجران به تهران بوده‌اند، این داده‌ها با شرایط سالمندان کل کشور فاصله چندانی، که بتواند وضعیت وارونه‌ای از سالمندان ایرانی را به تصویر بکشد، ندارد. لاقلاً برآوردهای برخی ویژگی‌ها مثل ترتیبات زندگی بر این شباهت کلی صحنه می‌گذارد.

۴-۲. چارچوب مفهومی

مسلماً این دو موضوع به تعداد و پیوند بین اعضای شبکه‌های اجتماعی و عضو سالمند وابسته است. شبکه اجتماعی یک گروه اجتماعی است که از گره‌هایی که معمولاً افراد یا نهادها هستند تشکیل می‌شود. به عبارت دیگر شبکه‌ی اجتماعی متشکل از روابطی است که کنش‌گران اجتماعی را به هم پیوند می‌دهد. این اصطلاح اول بار بوسیله‌ی بارنز (۱۹۵۴) در مورد مجموعه‌ای از روابط اجتماعی موجود به‌کار برده شد. بنابراین شبکه اجتماعی از گروهی تشکیل می‌شود که پیوندهای بین آنان ساختاری از روابط را شکل می‌دهد و فرد در تعامل با آن‌ها دیده می‌شود. هدف ما از ارائه مطالب این قسمت معرفی یافته‌هایی در مورد اشکال

اجتماعی زندگی خانوادگی سالمندان و چگونگی حمایت شبکه‌های مختلف خصوصاً حمایت اعضای خانواده سالمندان از آنان است.

مفهوم ترتیبات زندگی^{۱۷} که در مدل‌ها و نظریه‌های مورد بحث مکرراً استفاده می‌شود، مبین زندگی سالمند از نظر وضعیت اقامت است. با این‌که ترتیبات زندگی معمولاً مترادف با مفهوم خانوار تلقی می‌شود ولی باید دانست که فضای مفهومی این دو واژه یکسان نیست. در حالی که هم‌اقامت‌گاهی و اشتراک در تهیه غذا در تعریف متداول خانوار به کار برده می‌شود، در تعریف ترتیبات زندگی تنها بر واژه‌ی هم‌سکنایی^{۱۸} تأکید می‌شود. علاوه بر این ما از مفهوم نزدیکی مکانی^{۱۹} فرزندان برای اشاره به فاصله مکانی آنهایی که با سالمند اقامت مشترک ندارند استفاده می‌کنیم.

مقوله‌ی «تنها زیستن»^{۲۰} در مطالعه ترتیبات زندگی سالمندان اهمیت خاصی دارد. تنها زیستن در مطالعات پیری‌شناسی اجتماعی معمولاً با دو مفهوم دیگر همراه می‌شود که اگرچه ممکن است بین آن‌ها رابطه وجود داشته باشد ولی مفاهیم متفاوتی هستند. اول مفهوم تنهایی^{۲۱} است که اصولاً به بیان احساسات منفی مناسبات از دست رفته‌ای مربوط می‌شود که ممکن است در افراد همه سنین و حتی کسانی که با خویشاوندان خود زندگی می‌کنند، مشاهده شود. «احساس در جمع بودن» مقابل این مفهوم قرار دارد. به بیان دیگر تنهایی تجربه ناخوشایندی است که آن هنگام اتفاق می‌افتد که شبکه روابط اجتماعی فرد تا اندازه مهمی ناقص باشد. مفهوم دوم «انزوای اجتماعی»^{۲۲} است که ممکن است در بین سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، شایع‌تر باشد ولی لزوماً کسانی که تنها زندگی می‌کنند به چنین مشکلی مبتلا نمی‌شوند. انزوای اجتماعی برعکس احساس تنهایی باید با خصوصیات عینی یک موقعیت تعریف شود و معمولاً به غیاب روابط و مناسبات اجتماعی با افراد دیگر اشاره می‌کند.

جنبه‌ی کارکردی شبکه‌های اجتماعی، که از همه ویژگی‌های کلی و انفرادی شبکه‌های اجتماعی تأثیر می‌پذیرد، پررنگ‌ترین نتیجه درگیری فرد در روابط شبکه‌های اجتماعی است. مهم‌تر این‌که شبکه‌های حمایت اجتماعی دارای تمامی خواص تعریف شده برای شبکه‌های اجتماعی هستند. برای مثال ساختار شبکه‌های حمایت اجتماعی نیز از ویژگی‌های اندازه، ترکیب و قرابت فیزیکی و مکانی گره‌ها برخوردارند و یا نوع روابط آن‌ها مشابه دسته‌بندی روابطی است که در کل برای شبکه‌های اجتماعی ذکر شده است. با این وجود همانگونه که انتظار می‌رود، در تعریف شبکه‌های حمایت اجتماعی، بر بعد کارکردی تأکید بیشتری

¹⁷ living arrangement

¹⁸ co-residence

¹⁹ proximity

²⁰ living alone

²¹ loneliness

²² social isolation

می‌شود. در عین حال ممکن است شبکه اجتماعی افراد گسترده‌تر از شبکه حمایت اجتماعی آنان باشد، چرا که با تأکید بر بعد کارکردی شبکه اجتماعی، ممکن است شبکه حمایت اجتماعی بخش کوچتری از شبکه اجتماعی افراد را شامل شود. برای مثال ممکن است یک فرد برای حل مشکلات خود هرگز به برخی اعضا یا گروه‌هایی که در شبکه اجتماعی او حاضر هستند مراجعه نکند و یا از همه‌ی این اعضا انتظار ارائه حمایت نداشته باشد.

شبکه حمایت اجتماعی را برحسب نوع، عناصر (منابع) و یا کارکردهای آن به شیوه‌های مختلفی دسته‌بندی می‌کنند. این دسته‌بندی اغلب با مبتنی بر اهداف مطالعات هستند. اولین گروه‌بندی بزرگی که می‌توان برای شبکه‌های حمایت اجتماعی ذکر کرد، تقسیم آن به دو دسته حمایت اجتماعی رسمی و حمایت اجتماعی غیررسمی است که تاحدودی مبتنی بر منابع یا عناصر شبکه صورت گرفته و به این جنبه شبکه اشاره دارد که آیا عضو شبکه فرد است یا نهاد (سازمان)؟ «سیستم حمایت غیررسمی از رسمی یا سازمانی به‌واسطه ماهیت فردگرایانه و غیراداری آن و این واقعیت که اعضای این شبکه از میان خویشاوندان، دوستان و همسایگان توسط سالمند انتخاب می‌شوند، متمایز می‌شود.» (کنتر^{۲۳}، ۱۹۷۹: ۴۴۷). کلی و هار سیستم‌های غیررسمی حمایت اجتماعی را در دو دسته سیستم عمودی (روابط بین‌نسلی) و سیستم افقی (روابط درون نسلی) تفکیک کرده‌اند (کلی و هار^{۲۴}، ۱۹۹۳).

جنبه‌های کارکردی حمایت را نیز به طرق مختلف، طبقه‌بندی می‌کنند. این جنبه شامل نوع حمایت‌هایی می‌شود که از طرف گروه‌های مختلف شبکه‌های اجتماعی ارائه می‌شود. برخی محققین جنبه‌های کارکردی حمایت را به اشکال/بزرگی شامل انواع عملی یا ملموس حمایت، مثل کمک در مراقبت فردی، در امور روزمره خانوار و کمک مالی، و عاطفی که به تبادل صمیمیت، اعتماد و اطمینان به دیگران اطلاق می‌شود، طبقه‌بندی کرده‌اند (چن و سیلورستن، ۲۰۰۰؛ آلن^{۲۵} و دیگران، ۲۰۰۰؛ پیترز^{۲۶} و دیگران، ۱۹۸۷؛ توماکا، تامسون و پالاسیوس^{۲۷}، ۲۰۰۶؛ اسلندر و لیتوین^{۲۸}، ۱۹۹۱؛ لی^{۲۹} و دیگران؛ ۲۰۰۴). در تحقیقات دیگر حمایت اطلاعاتی و همراهی اجتماعی به طبقات حمایت اجتماعی افزوده شده است (کوگفسک، ۲۰۰۲؛ کروزر^{۳۰}، ۱۹۹۹؛ لو و سیه^{۳۱}، ۱۹۹۷؛ اگنسز و دیگران، ۲۰۰۶).

²³ Marjorie H. Cantor

²⁴ D. C. Clay and J. E. Vander Haar

²⁵ Susan M. Allen

²⁶ G. Peters

²⁷ J. Tomaka, S. Thompson and R. Palacios

²⁸ G. K. Auslander and H. Litwin

²⁹ Shuzhuo Li

³⁰ Neal Krause

³¹ L. Lu and Y. H. Hsieh

۴-۳. تغییرات جمعیتی، ترتیبات زندگی و حمایت‌های اجتماعی

رویکردی که طی دهه‌ی اخیر بر جمعیت‌شناسی کشورهای توسعه نیافته و بویژه آسیا سلطه یافته و یک رویه نظری در مطالعات سالخوردگی کشورهای پیشرو بوده است، گمان می‌کند که فرایند نوسازی جامعه به زیان سالمندان عمل می‌کند. برای نمونه نودل (۱۹۹۹) به اثرات منفی توسعه‌ی اقتصادی بر سطح باروری و محدودیتی که این تأثیر در ابعاد شبکه حمایت خانوادگی ایجاد می‌کند، اشاره کرده است. چن و سیلورستن^{۳۲} نشان داده‌اند که توسعه و رشد اقتصادی در چین هم از طریق تغییرات دموگرافیک یعنی محدود شدن بعد خانواده، به‌ویژه در نقاط شهری که در آن‌ها سیاست تک فرزندی بطور جدی‌تری اعمال می‌شود، و گسترش مهاجرت‌ها و هم از طریق تغییرات ساختار خانواده و روابط بین‌نسلی دسترسی سالمندان به فرزندان و حمایت از آنان را محدود کرده است. آنان تأکید کرده‌اند که صنعتی شدن و نوسازی اهمیت ارزش‌های سنتی در چین را کاهش داده و هنجار تعهد خانوادگی را ضعیف کرده است.

باوجودی که محققین نگاه متفاوتی به اثر توسعه‌ی اقتصادی- اجتماعی بر ترتیبات زندگی و حمایت خویشاوندی دارند، چنین تفاوت و تنوعی در مورد اثر تغییرات جمعیتی بر ساختار خانواده و خانوار به چشم نمی‌خورد. تا کنون هیچ جامعه‌ای دیده نشده است که به مراحل بالاتر رشد و توسعه‌ی اقتصادی رسیده ولی رفتارهای اصلی جمعیتی آن (مرگ‌ومیر، ازدواج، باروری و مهاجرت) ثابت و بلا تغییر مانده باشد. ترتیبات زندگی به شکل "اقامت مشترک با فرزندان یا بستگان" در واقع انعکاسی از وقایع جمعیتی گذشته مثل رفتار نکاحی و فرزندان‌آوری است. نتیجه مطالعات این حوزه را می‌توان در این نکته جمع‌بندی کرد که داشتن فرزندان بیشتر اقامت مشترک سالمندان با آنان را محتمل‌تر می‌کند. فراهمی فرزندان^{۳۳} به‌عنوان مشخصه مهمترین شبکه حمایت اجتماعی یعنی شبکه خویشاوندی، از سابقه‌ی باروری و رفتار فرزندان‌آوری سالمندان اثر می‌پذیرد (ماچلر و بار^{۳۴}، ۱۹۹۱؛ کریمینز و آینری^{۳۵}، ۱۹۹۰؛ ولف^{۳۶}، ۱۹۹۴؛ آربر و جین^{۳۷}، ۱۹۹۵؛ هارپر، ۲۰۰۶).

نقش تعیین‌کننده عوامل جمعیتی در تغییر ترتیبات زندگی از تنها زیستن به هم‌سکنایی، به اثر الگوهای مرگ‌ومیر، ازدواج و باروری ختم نمی‌شود. مهاجرت سومین نیروی جمعیتی مهمی است که چنین نقشی را در این مجموعه بازی می‌کند. اثر مهاجرت فرزندان بر ترتیبات زندگی و اقامت مشترک بدون شک منفی است. حتی در جوامعی که به‌خاطر الگوی فرزندان‌آوری، فراهمی فرزندان بستر مناسبی برای احتمال

³² Xuan Chen and Merrill Silverstein

³³ children availability

³⁴ Jan E. Mutchler and Jeffrey A. Burr

³⁵ Eileen M. Crimmins and D. G. Ingegneri

³⁶ Douglas A. Wolf

³⁷ Sara Arber and J. Ginn

هم‌سکنایی سالمند - فرزندان به وجود می‌آورد، مهاجرت آنان می‌تواند سطح دسترسی^{۳۸} به فرزندان و امکان اقامت مشترک با آنان را کاهش دهد. محدود تحقیقاتی که در مورد مهاجرت سالمندان و فرزندان آنان در چارچوب شبکه‌های حمایت اجتماعی انجام شده نشان می‌دهد که مهاجرت اثری منفی بر دسترسی والدین-فرزندان در جوامعی دارد که سابقاً اشکال سنتی خانواده‌های گسترده زمینه حمایت سالمندان را فراهم می‌کرد (شنگ وستلز^{۳۹}، ۲۰۰۶).

در حال حاضر دو رویکرد مختلف در مورد میزان و نوع حمایت‌های خویشاوندی در مطالعات سالخوردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اولین مدل منبعث از نظریه کارکردهای مشترک لیتواک (۱۹۷۰) است که با عنوان مدل "حمایت در امر خاص" شناخته می‌شود. این مدل بر ماهیت امر (وظیفه) و ویژگی‌های عناصر گوناگون و ساختار گروه‌های حمایت‌کننده تأکید می‌کند. در این مدل «نظام خانوادگی به عنوان مناسب‌ترین منبع کمک در انجام امور اولیه خانواده، که مستلزم صمیمیت و سابقه درازمدت است، در نظر گرفته می‌شود. درحالی‌که با درنظر گرفتن پراکندگی جغرافیایی، برخی فرزندان که دور از والدین خود زندگی می‌کنند تنها برای حمایت در اموری که مستلزم نزدیکی مکانی نیستند، مناسب خواهند بود. برعکس انتظار می‌رود همسایگان در اموری کمک کنند که مستلزم سرعت پاسخ و کسب اطلاع و حضور در محدوده واحد اقامت است. دوستان به‌طور منحصر بفرد قادر به دخالت در مشکلاتی هستند که حل آن‌ها مستلزم درک وضعیت گروه همالان و مشابهت تجربه و سابقه است.» (کنتر، ۱۹۷۹: ۴۵۳). این مدل فرض می‌کند که عامل مهم، تفاوت‌ها در ساختار گروه‌های اولیه است. بنابراین ساختار گروه‌ها تعیین‌کننده انتخاب حمایت‌گر برحسب امر مورد حمایت است. طبق این نظریه امور باید با ماهیت ساختارهای گروه اولیه هماهنگ باشد.

تعهد طولانی مدت از خصوصیات منحصر بفرد روابط خویشاوندی است که برای مثال با ماهیت مراقبت‌های درازمدت (از سالمند)، تناسب دارد. بنابراین ارائه این نوع حمایت توسط بستگان خصوصاً بستگان نزدیک محتمل‌تر است. دسترسی سریع‌تر، ویژگی منحصر بفرد روابط همسایگان است که انجام اموری مثل مراقبت از خانه یا قرض گرفتن مثلاً یک قرص نان را ممکن می‌کند. این در حالی است که دوستان منبع اصلی آرامش روحی هستند. «برخی عناصر حمایت اجتماعی مثل همسر ممکن است برای چند امر، انتخاب شوند. همسران معمولاً هم برای حمایت عاطفی و هم برای حمایت ابزاری سودمند هستند.» (پیترز و دیگران، ۱۹۸۷: ۳۹۲). برای برخی سالمندان بسته به نوع روابط، نزدیکی مکانی و ویژگی‌های فردی، ممکن است فرزندان نیز نقش‌های متعددی برعهده بگیرند.

³⁸ accessibility

³⁹ X. Sheng and B. H. Settles

نظمی که نظریه کارکردهای مشترک در شبکه حمایت اجتماعی سالمندان کشف کرده بود بر تناسب بین منبع حمایت (براساس ساختار روابط) و امر (وظیفه) محوله، استوار بود. کنتز (۱۹۷۹) با اصالت دادن به رابطه حمایت‌کننده با سالمند دریافت‌کننده، نظریه‌ای را طرح و پیشنهاد کرد که به یکی از مدل‌های معتبر تحلیل شبکه‌ی حمایت اجتماعی غیررسمی مبدل شده است. این مدل را "مدل جبران سلسله‌مراتبی"^{۴۰} نامیده‌اند. به عقیده‌ی او «کارکرد حمایتی که معمولاً ارائه می‌شود، بیشتر از ماهیت امر براساس اولویت رابطه حمایت‌کننده و سالمند دریافت‌کننده نظم می‌یابد. این مدل انتخاب عنصر حمایت را تابع ترتیبی از ترجیحات فرض می‌کند.» (کنتز، ۱۹۷۹: ۴۵۳). صرف نظر از نوع ویژه کمکی که تقاضا می‌شود، اولین انتخاب سالمند عناصر شبکه خویشاوندی است و بعد از آن دوستان و همسایگان و در نهایت سازمان‌های رسمی انتخاب می‌شوند. وقتی مرجح‌ترین عنصر وجود ندارد، حمایت به شیوه جبرانی از طرف دیگر گروه‌ها ارائه می‌شود (کنتز، ۱۹۷۹؛ پیترز و دیگران، ۱۹۸۷).

بنابر آنچه گفته شد، حمایت اجتماعی ماهیتاً متکی به نوع روابط موجود در شبکه اجتماعی سالمندان است. این دو مدل دو نظریه رقیب در مورد الگوهای حمایت اجتماعی غیررسمی برای افراد سالمند هستند. مدل‌هایی که دو تا سه دهه تئوری‌های حمایت اجتماعی و تحقیقات انجام شده در مورد شبکه‌های حمایت اجتماعی را هدایت کرده‌اند.

۴-۴. نیاز به مراقبت

افزایش سن خصوصاً از سنین میانسالی تا به‌طور مورد انتظار با کاهش منابع در دسترس و از نظر فعالیت‌های زندگی روزمره با کم‌توانی و ناتوانی برای بخشی از سالمندان همراه است. نیازها ممکن است متنوع و در مقایسه با سنین پایین‌تر پیچیده‌تر باشند. کاهش منابع در دسترس یا محدودیت منابع درآمدی برای برآوردن نیازهای مادی اولین تغییری است که برای جمعیت سالمندان باید به‌عنوان یک معیار متوسط مورد پایش قرار داد. این بدان معنی است که اگرچه فرد یا افرادی ممکن است کاهش منابع مادی را در این سنین تجربه نکنند ولی به عنوان یک معیار جمعیتی در مقایسه با سایر گروه‌های هم‌دوره^{۴۱} جوان‌تر مشهود است. درجه آسیب‌پذیری سالمندان از این نقطه‌نظر وقتی قابل‌اندازه‌گیری و مشهود می‌شود که سایر نیازها و ناتوانی‌ها نیز در نظر گرفته شود. ترکیب وابستگی‌های مادی، ناتوانی‌های جسمانی، ذهنی، اجتماعی و گاه اختلالات روانی به‌ویژه درجات مختلفی از افسردگی و احساس تنهایی (اجتماعی و عاطفی) می‌تواند سالمند را در حدنهایت درجات آسیب‌پذیری قرار دهد. در همین سوی پیوستار آسیب‌پذیری است که اهمیت حمایت‌های اجتماعی و خویشاوندی در دوره سالمندی اهمیت پیدا می‌کند.

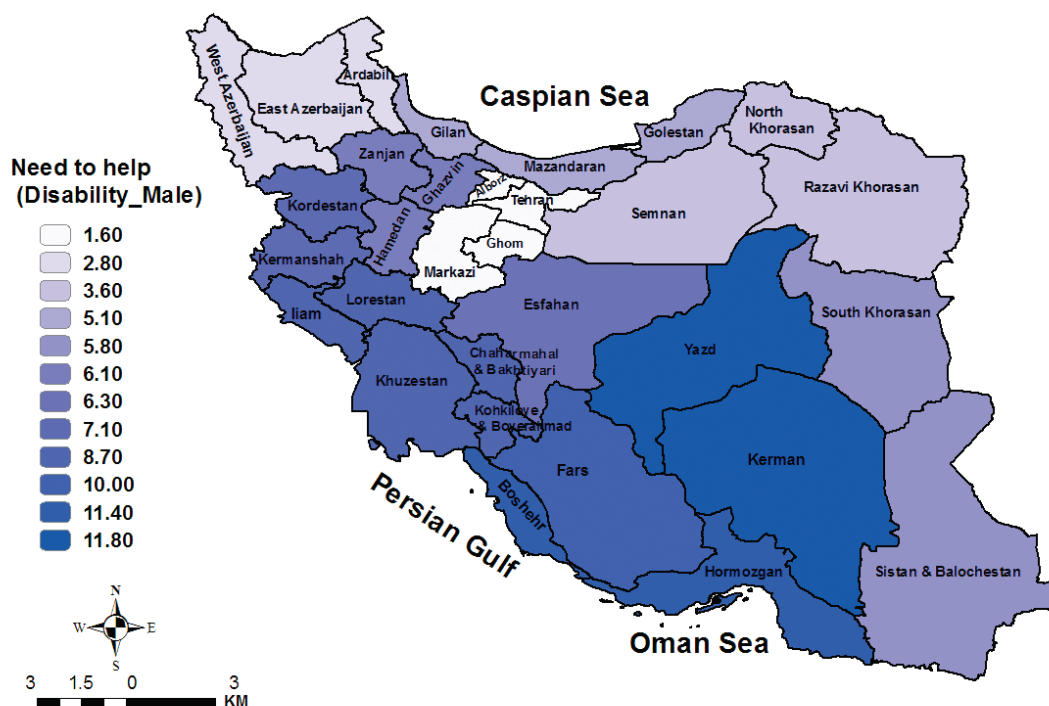
^{۴۰} hierarchical compensatory model

^{۴۱} cohort

بنابر آنچه گفته شد، ناتوانی و نیاز به کمک در امور روزمره زندگی در سنین سالمندی قویاً تابع سن و بدون کنترل آماری این ویژگی تابع جنس است. بنابراین چون سالمندی دامنه سنی بزرگی را شامل می‌شود، قاعتهً نباید نسبت زیادی از سالمندان نیازمند کمک باشند. برای نمونه با به‌کار بردن مقیاس ای. دی. ال.^{۴۲} این نسبت برای سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر ساکن تهران حدود ۱۰ درصد برآورد شده است (کوششی ۱۳۸۷). با وجود تفاوت در اندازه‌گیری، تقریباً همین نسبت از برآورد مبتنی بر داده‌های آمارگیری "صرف وقت" در سال ۱۳۸۸ برای کل سالمندان این سنین در کشور به‌دست آمده است. در عین حال در داده‌های "صرف وقت" دامنه متفاوتی از این نسبت را برای استان‌های مختلف کشور مشاهده شده است. نقشه شماره ۷ نشان می‌دهد که در مناطق مرکزی، شامل کرمان و یزد، در مناطق غربی، کردستان، کرمانشاه، لرستان و ایلام، در منطقه جنوب غربی شامل خوزستان، چارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویر احمد، و در منطقه جنوب سه استان فارس، هرمزگان و بوشهر نسبت مردان سالمندی که نیاز به مراقبت دارند، به کمی بیش از ۱۰ درصد می‌رسد. در حالی که منطقه تهران که سه استان تهران، البرز، مرکزی و قم را در بر می‌گیرد، پایین‌ترین نسبت (کمتر از ۳ درصد) سالمندان مرد ۶۰ ساله و بیشتر نیاز به کمک دارند.

⁴² ADL: activities of daily living

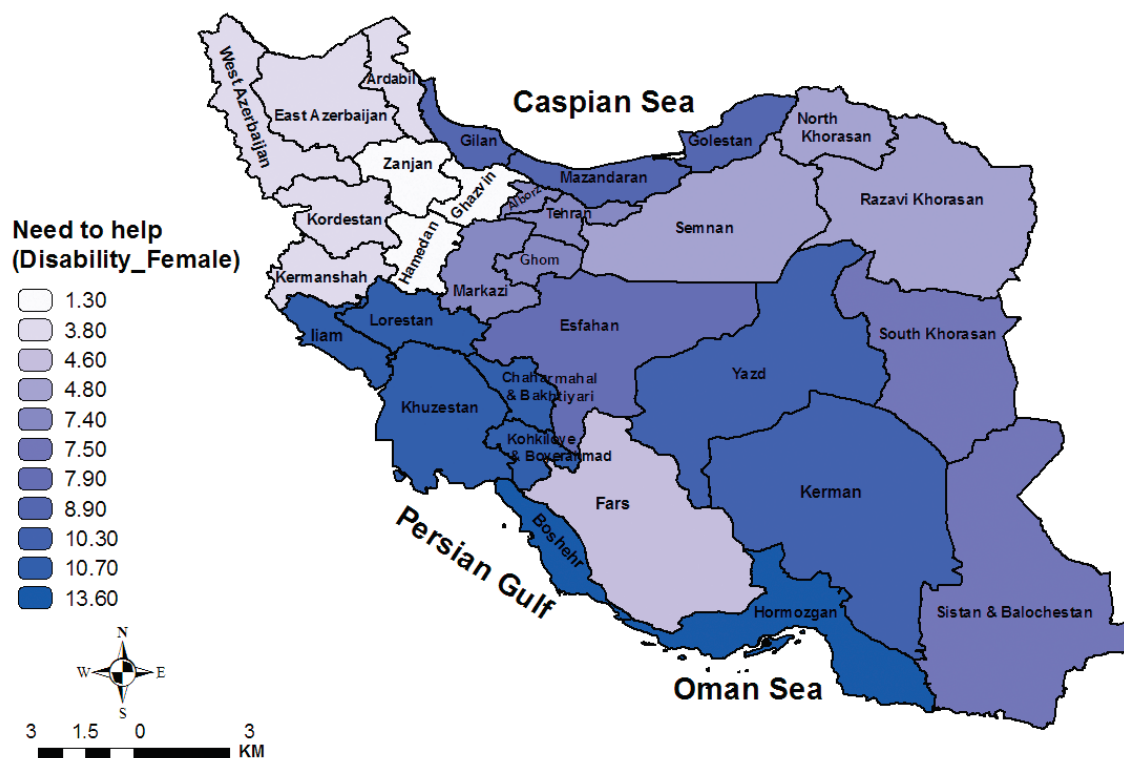
نقشه ۷: درصد مردان ۶۰ ساله و بالاتر نیازمند مراقبت، ایران، ۱۳۸۸



در استان‌های شمال غرب کشور یا منطقه آذربایجان، برآورد می‌شود که حدود ۳ تا ۵ درصد از مردان سالمند نیازمند کمک هستند. در منطقه شمال شرق کشور یا منطقه خراسان شمالی و رضوی و سمنان، حدود ۵ تا ۶ درصد و در شرق و جنوب شرق کشور در استان‌های سیستان و بلوچستان و خراسان جنوبی حدود ۵ تا ۶ درصد از سالمندان مرد به کمک نیاز دارند.

نقشه شماره ۸ نیاز به کمک را در زنان سالمند نشان می‌دهد. دامنه تغییرات نسبت زنان سالمند در مقایسه با مردان سالمند بیشتر است، با این حال، همان‌طور که در این نقشه دیده می‌شود، در پراکنش جغرافیایی این نسبت برای زنان در مقایسه با نقشه شماره ۷ تغییراتی به چشم می‌خورد. نسبت زنان سالمند تا حدی وابسته در منطقه تهران در مقایسه با مردان سالمند این منطقه بیستر است. به همین صورت در استان فارس، و در محدوده استان‌های زنجان، همدان و قزوین و نیز استان‌های کرمانشاه و کردستان شرایط زنان بهتر از مردان دیده می‌شود و این نسبت برای سالمندان زن این استان‌ها پایین‌تر از این شاخص برای مردان است. برعکس نسبت زنان سالمند نیازمند کمک در استان‌های گیلان، مازندران و گلستان در مقایسه با مردان سالمند بالاتر است و این نسبت در این استان‌ها به ۸ درصد از زنان سالمند می‌رسد.

نقشه ۸: درصد زنان ۶۰ ساله و بالاتر نیازمند مراقبت، ایران، ۱۳۸۸



۴-۵. ترتیبات زندگی

همان‌طور که در ابتدای این قسمت آمد، مفهوم ترتیبات زندگی به اشکال مختلف هم‌سکنایی سالمندان اطلاق می‌شود. اگر این صفت را در دو مقوله هم‌سکنا و غیرهم‌سکنا یا تنها زیستن تقسیم کنیم، به شرحی که این نسبت‌های دو مقوله مکمل باشند، نسبت سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند سهمی از سالمندان را شامل می‌شود که هم‌سکنا نیستند. به عبارت دیگر تنها زیستن یعنی عدم وجود هیچ عضو دیگری که با سالمند زیر یک سقف زندگی کند، تعریف می‌شود. نکته مهم این که با توجه به تفاوت زندگی اجتماعی و خانوادگی سالمندان مرد و زن تفکیک جنس در مطالعه این ویژگی ضروری است. با این توضیح این نسبت براساس داده‌ها و در منابع مختلف محاسبه شده و در جدول شماره ۹ آمده است. براساس نسبت‌های نشان داده شده در این جدول، آخرین آمارگیری کشور در سال ۱۳۸۸ نشان می‌دهد که تقریباً از هر ۱۰۰ نفر سالمند کشور ۱۳ نفر تنها زندگی می‌کنند. این تعداد برای سالمندان مرد کمتر از ۶ نفر و برای سالمندان زن ۲۱ سالمند است.

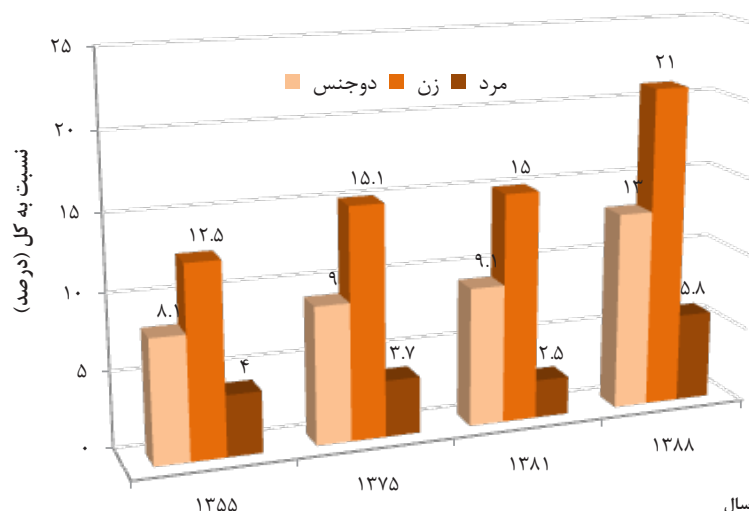
جدول ۹: درصد سالمندان ۶۰ ساله و بیشتری که تنها زندگی می کنند از ۱۰۰ سالمند کشور، ۱۳۵۵-۱۳۸۸

منبع	درصد سالمندانی که تنها زندگی می کنند				سال
	دوجنس	زن	مرد	تفاوت دو جنس	
UN, ۲۰۰۵	۸,۱	۱۲,۵	۴,۰	۸,۵	۱۳۵۵
UN, ۲۰۰۵	۹,۰	۱۵,۱	۳,۷	۱۱,۴	۱۳۷۵
MoH, ۲۰۰۲*	۹,۱	۱۵,۰	۲,۵	۱۲,۵	۱۳۸۱
TimeUse۲۰۰۷	۱۳,۰	۲۱,۰	۵,۸	۱۵,۲	۱۳۸۸

* بدون احتساب سالمندان استان تهران

جدول ۹ و نمودار ۳۰ به خوبی نشان می دهند که نسبت سالمندانی که تنها زندگی می کنند روندی رو به افزایش داشته و در سال های قبل از ۱۳۸۸ تا حدود ۸ سالمند از هر ۱۰۰ سالمند در سال ۱۳۵۵ پایین تر بوده است. مقایسه وضعیت مردان و زنان کشور نیز نشان می دهد که افزایش نسبت سالمندانی که تنها زندگی می کنند عمدتاً ناشی از افزایشی بوده که برای زنان رخ داده است. در این مورد سه نکته مهم گفتنی است. اول این که در همه سال ها زنانی که تنها زندگی می کنند نسبت به مردان پرشمارتر بوده است. این تفاوت اساساً از تفاوت رفتارهای نکاحی و تفاوت مهم در نسبت ازدواج های مجدد پس از فوت یا طلاق همسر ریشه می گیرد. نکته دوم این که نسبت زنانی که تنها زندگی می کنند در طول سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۸ افزایش تندی داشته است. حتی بدون در نظر گرفتن آمارگیری وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، افزایش این نسبت از حدود ۱۲ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۲۱ درصد در سال ۱۳۸۸ برای زنان در مقایسه با مردان، که نسبت تنها زیستن در میان آنان از حدود ۴ درصد در سال ۱۳۵۵ به حدود ۶ درصد در سال ۱۳۸۸ رسیده است، به واقع مبین تفاوت مهمی است. این بدان معنی است که علی رغم کاهش نسبت زنانی که طی سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ همسر خود را از دست داده اند، اکنون نسبت بیشتری از آنان تنها زندگی می کنند. بنابراین عامل دیگری غیر از عوامل جمعیتی می تواند بر ترتیبات زندگی سالمندان زن اثرگذار باشد. مهمترین عامل اجتماعی تمایل بیشتر فرزندان به داشتن فاصله مکانی و زندگی مستقل از والدین سالمند، حتی پس از مرگ پدران شان، است. سومین نکته که به نکته اول و دوم نیز مربوط می شود، این که همان طور که انتظار می رود، در جریان این تغییرات تفاوت جنسیتی سالمندان از نظر ترتیبات زندگی بیشتر شده است. جدول ۹ نشان می دهد که این فاصله از حدود ۸ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۱۵ درصد در سال ۱۳۸۸ رسیده است. بنابراین می توان گفت که ویژگی مهم ترتیبات زندگی سالمندان ایرانی، افزایش نسبت تنها زیستن و زنانه تر شدن این شکل از ترتیبات زندگی است که در صورت تداوم می تواند شرایط دشوارتری برای زنان در آینده ایجاد کند. با توجه به تغییرات جمعیتی- اجتماعی پیش رو انتظار می رود که این پدیده در آینده گسترش بیشتری داشته باشد.

شکل ۳۰: نسبت سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند از جمعیت ۶۰+ به تفکیک جنس، ایران، ۱۳۵۵-۱۳۸۸



نمودار ۳۱ همه اشکال ترتیبات زندگی سالمندان کشور را به تفکیک برای زنان و مردان سالمند نشان می‌دهد. گذشته از مقوله تنها زیستن که در میان زنان سالمند بیشتر مشاهده می‌شود، براساس نمودار ۲۹ هر شکل از ترتیبات زندگی هم‌سکنا، که در آن همسر حضور ندارد، نسبت سالمندان زن بالاتر و برعکس در هر کدام از مقوله‌هایی از هم‌سکنایی که همسر حضور دارد، نسبت سالمندان زن کمتر از مردان سالمند است. حتی در معمول ترین شکل از ترتیبات زندگی هم‌سکنایی که خانوارهای خانوادگی هسته‌ای^{۴۳} را شکل می‌دهند، تفاوت زیادی در نسبت سالمندان مرد و زن دیده می‌شود. همان‌طور که در نمودار ۳۱ دیده می‌شود، در این مقوله حدود ۴۸ درصد از سالمندان مرد و در مقابل ۲۱ درصد از زنان سالمند با همسر و فرزندان مجرد زندگی می‌کنند. در سایر مقوله‌ها نیز همین تفاوت جنسیتی بسته به این‌که همسر در خانوار حاضر باشد یا خیر، تفاوت قابل توجهی بین زنان و مردان سالمند می‌توان مشاهده کرد.

نمودار ۳۲ مقوله‌های هم‌سکنایی و غیرهم‌سکنایی در سالمندان استان‌های کشور را نشان می‌دهد. با توجه به کم‌شمار بودن نمونه در آمارگیری "صرف وقت" در سال ۱۳۸۸، تفکیک سالمندان مرد و زن ممکن نبود. اما تفاوت استان‌ها را می‌توان از نظر ترتیبات زندگی سالمندان دو جنس در این نمودار مشاهده کرد. بر این اساس استان‌هایی که در آن‌ها ترتیبات زندگی تنها زیستن پراهمیت‌تر از استان‌های دیگر است در مرکز

⁴³ nuclear family household

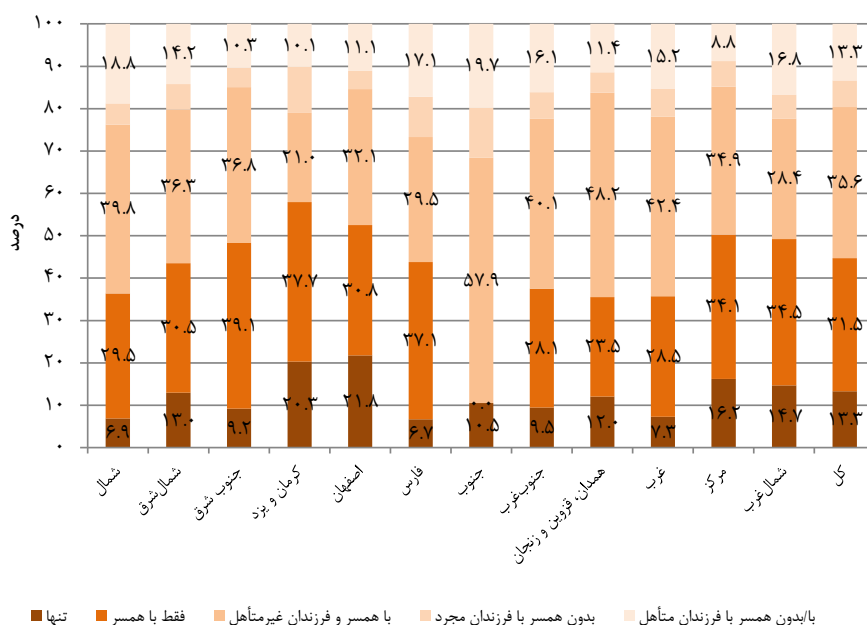
جغرافیایی کشور شامل استان‌های اصفهان، کرمان و یزد می‌باشد. در حالی که در غرب و شما کشور و استان فارس نسبت سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند از استان‌های دیگر پایین‌تر است.

شکل ۳۱: ترتیبات زندگی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر، ایران، ۱۳۸۸



با توجه به نمودار ۳۲، می‌توان اشکال مختلف هم‌سکنایی سالمندان را نیز مقایسه کرد. همان‌گونه که در این نمودار ملاحظه می‌شود، معمول‌ترین مقوله ترتیبات هم‌سکنایی در استان‌های منطقه همدان، قزوین، زنجان و استان‌های غربی شامل کرمانشاه و کردستان، و در جنوب غرب شامل خوزستان و چارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویر احمد با ۴۰ تا ۵۰ درصد از سالمندان، زندگی با همسر و فرزندان مجرد/بدون همسر است. در سال ۱۳۸۸ و مطابق داده‌های صرف وقت، در استان‌های منطقه جنوب‌شرق، کرمان و یزد، نسبتی حدود ۴۰ درصد از سالمندان فقط با همسر زندگی می‌کنند. در استان‌های شمال‌غرب و تهران، قم، مرکزی و البرز، سهمی حدود ۳۴ درصد از سالمندان در همین مقوله از هم‌سکنایی زندگی می‌کنند.

شکل ۳۲: ترتیبات زندگی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر به تفکیک استان، ایران، ۱۳۸۸



۴-۶. فرزندان و روابط بین نسلی

اگرچه بین سطح باروری سالمندان و فراهمی فرزندان و نیز بین فراهمی فرزندان و شمار فرزندانی که با والدین سالمند پیوند حمایتی دارند، رابطه قوی وجود دارد (ضریب پیرسون به ترتیب $0/839$ و $0/526$ است)، ولی همان طور که مقایسه این دو ضریب نشان می‌دهد همه فرزندان موجود برای سالمندان کارکرد حمایتی ندارند. حتی نزدیکی فرزندان، هرچند یکی از متغیرهای مهم در شبکه خویشاوندی است، نیز احتمال وجود فرزندانی که با والدین سالمند پیوند حمایتی دارند را افزایش نمی‌دهد. ضریب همبستگی پیرسون برای فرزندان حمایت‌گر و نزدیکی مکانی $0/569$ (کمی بیشتر از همبستگی این متغیر با کل فرزندان موجود) است که باز هم از همبستگی قوی متوسط شماره زنده‌زایی و فراهمی فرزندان بطور معنی‌داری کوچکتر است.

از متوسط $5/6$ فرزند زنده بدنیا آمده سالمندان نمونه این تحقیق، حدود $4/7$ فرزند برای هر سالمند زنده مانده است که از این متوسط حدود $2/4$ فرزند پسر و حدود $2/3$ فرزند دختر هستند. بنابراین همان طور که در قسمت قبل مورد بحث قرار گرفت، وجود هر دو جنس در ترکیب فرزندان اکثریت سالمندان یکی از اثرات باروری بالای آنان بوده است. از متوسط فرزندان زنده مانده برای سالمندان حدود 4 فرزند ($3/9$) در کل

سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر، از خانوار سالمند جدا شده و بطور مستقل در خانوار خود زندگی می‌کنند که تقریباً نیمی از آنان پسر و نیمی دختر هستند. براساس اطلاعات این تحقیق (جدول ۱۰) از میانگین ۳/۹ فرزند جدا شده از خانواده سالمند، شمار فرزندان حمایت‌گر به‌طور متوسط ۲/۵ فرزند (شامل ۱/۲ پسر و ۱/۴ دختر) است. درنتیجه همان‌طور که گفته شد تقریباً نیمی از میانگین فرزندان زنده سالمندان شرایط طرح شده برای فرزندان حمایت‌گر را دارند. این یافته به روشنی نشان می‌دهد که باروری بالای سالمندان نقش مهمی در بهره‌مندی از کمک فرزندان دارد.

جدول ۱۰: میانگین تعداد کل فرزندان، فرزندان جدا شده از خانوار و فرزندان کارکردی سالمندان به تفکیک جنس

و گروه سنی، تهران، ۱۳۸۶

متغیر	کل فرزندان			فرزندان پسر			فرزندان دختر		
	شمار زنده‌زایی	زنده‌مانده	جدا شده از سالمند	کارکردی	زنده مانده	جدا شده از سالمند	کارکردی	زنده مانده	جدا شده از سالمند
جنس:									
مرد	۵/۱	۴/۵	۳/۴	۲/۳	۲/۲	۱/۵	۱/۰	۲/۳	۱/۸
زن	۶/۰	۴/۹	۴/۳	۲/۷	۲/۶	۲/۲	۱/۳	۲/۴	۲/۱
سن:									
۶۰-۶۴	۵/۲	۴/۵	۳/۳	۲/۳	۲/۴	۱/۶	۱/۱	۲/۲	۱/۷
۶۵-۷۴	۵/۴	۴/۷	۳/۹	۲/۶	۲/۴	۱/۹	۱/۲	۲/۳	۲/۰
۷۵+	۶/۳	۵/۰	۴/۳	۲/۶	۲/۴	۲/۰	۱/۱	۲/۶	۲/۳
کل	۵/۶	۴/۷	۳/۹	۲/۵	۲/۴	۱/۹	۱/۲	۲/۳	۲/۰

۴-۷. حمایت اجتماعی و خویشاوندی

برخی خصوصیات شبکه‌های اجتماعی حمایت (غیر رسمی) را در قسمت قبل این نوشته بیان کردیم. یافته‌های پژوهشی ما در مورد سالمندان تهرانی نشان داد که روابط درون شبکه‌های حمایت اجتماعی چه در شکل ترتیبات زندگی سالمندان و چه حمایت دریافت شده، ویژه جنس سالمند و فرزندان است. مطالعه عوامل تعیین‌کننده ترتیبات زندگی در قسمت اول همین فصل نیز نشان داد که تحت تأثیر شرایط نوسازی و شهرنشینی، سالمندان و فرزندان آنان گرایش معنی‌داری به زندگی مستقل دارند و در واقع روابط اجتماعی سالمندان بر اصل استقلال والدین - فرزندان استوار است. خصوصیت مهم دیگر به وجود و عدم وجود همسر در شبکه روابط اجتماعی مربوط می‌شود. این عامل نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در اندازه و منابع دریافت حمایت اجتماعی دارد.

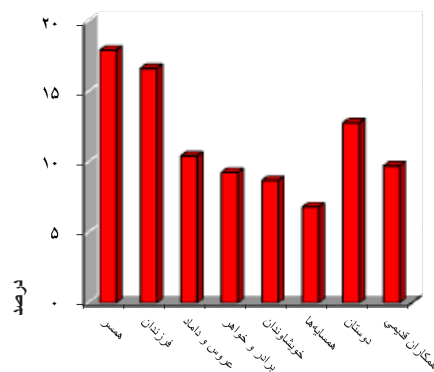
قبل از پرداختن به الگوی حمایت اجتماعی بر حسب منابع حمایت، ذکر یک نکته مهم ضروری به نظر می‌رسد. همان‌طور که مکرراً در بخش‌های مختلف این پژوهش یادآوری شده است، فراهمی فرزندان بدلیل

محیط جمعیتی غالب (الگوی باروری پر اولاد) برای نسل‌های کنونی سالمندان شهر تهران، متغیر یک سویه و کم تغییری است که هم روابط اجتماعی درون شبکه‌های خویشاوندی را غیرتقارنی کرده و هم از طریق متغیرهای دیگری مثل ترکیب جنسی تحلیل شبکه‌های حمایت اجتماعی سالمندان را محدود کرده است. تنها برای کمتر از ۳٪ از سالمندانی که در این تحقیق مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، شامل سالمندانی که هرگز ازدواج نکرده و یا ازدواج کرده ولی بی‌فرزند هستند، فراهمی فرزندان صفر است. از طرفی بدلیل الگوی باروری پراولاد، سالمندان کم‌اولاد (تا اندازه‌ای که روابط والدین-فرزندان را تحت تأثیر قرار دهد) کم تعداد هستند و این موجب می‌شود که فراهمی فرزندان بصورت متغیر دو وجهی بدون فرزند و یا یک فرزند، دارای حداقل واریانس باشد که برای تحلیل آماری ما قابل استفاده نیست. همین شرایط موجب شده است تا عناصر دیگر شبکه حمایت اجتماعی خویشاوندی نیز تحت تأثیر قرار بگیرد. برای مثال وجود و عدم وجود عروس و داماد و نوه‌ها تابع الگوی باروری پراولاد سالمندان است و تعداد و ترکیب جنسی خواهران و برادران نیز از الگوی باروری پراولاد والدین سالمندان تبعیت می‌کند. بنابراین تنها متغیر قابل استفاده در تحلیل منابع، وجود و عدم وجود همسر و جنس است که در این قسمت مورد استفاده قرار می‌گیرد.

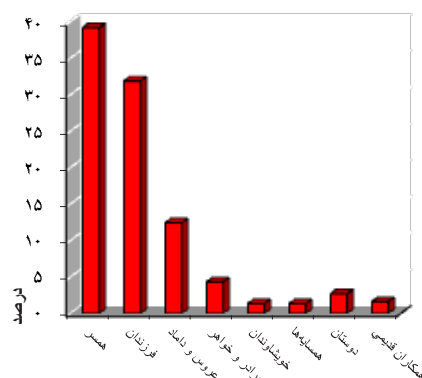
منابع حمایت اجتماعی غیررسمی خویشاوندی و غیرخویشاوندی در این تحقیق ۱۰ منبع و امر مورد حمایت ۴ مورد است. چون تعداد سالمندانی که والدین زنده داشته‌اند بسیار اندک و برای زنان غیر قابل توجه بود و نیز نوه‌ها غالباً فاقد توانایی لازم برای ارایه حمایت اجتماعی بودند، این دو عنصر حمایت از شبکه حمایت خویشاوندی حذف شدند. بنابراین تحلیل نهایی در شبکه‌های خویشاوندی در مورد همسر، فرزندان، عروس و داماد، خواهر و برادر و خویشاوندان گسترده و در شبکه اجتماعی غیرخویشاوندی در مورد دوستان، همسایه‌ها و همکاران انجام می‌شود. در این قسمت هدف اصلی ما تعیین الگوی حمایت اجتماعی سالمندان برحسب منبع و نوع حمایت دریافت شده از شبکه‌های خویشاوندی و غیرخویشاوندی است. چون به دلایلی که در توصیف وضعیت ازدواج سالمندان گفته شد، مردان بدون همسر شمار کوچکی از سالمندان نمونه بود، در نتیجه این گروه از تحلیل الگوهای حمایت اجتماعی سالمندان حذف شد.

مردان دارای همسر: با این که حمایت عاطفی الگویی توزیع شده و چند منبعی نشان می‌دهد و دوباره بر فراگیری نیاز عاطفی و خصوصیت چند منبعی این نوع حمایت تأکید می‌کند، اما همسر، عضو کاملاً تعیین‌کننده‌ای در حمایت اجتماعی مردان سالمند، حتی در حمایت عاطفی است.

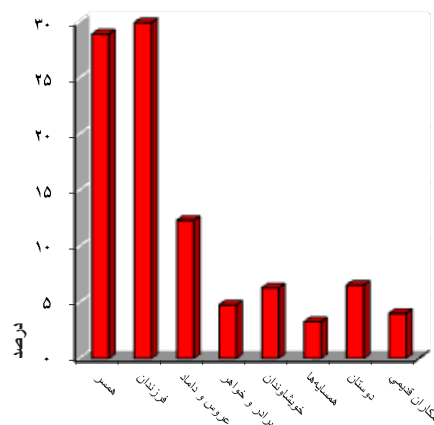
شکل ۳۳: درصد حمایت عاطفی از کل حمایت دریافت شده مردان متأهل برحسب منابع



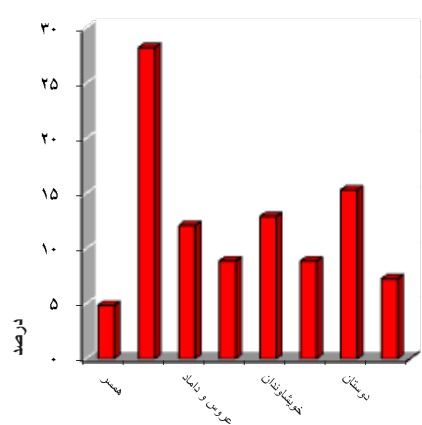
شکل ۳۴: درصد حمایت پرستاری از کل حمایت دریافت شده مردان متأهل برحسب منابع



شکل ۳۵: درصد حمایت حمل و نقل از کل حمایت دریافت شده مردان متأهل برحسب منابع



شکل ۳۶: درصد حمایت مالی از کل حمایت دریافت شده مردان متأهل برحسب منابع

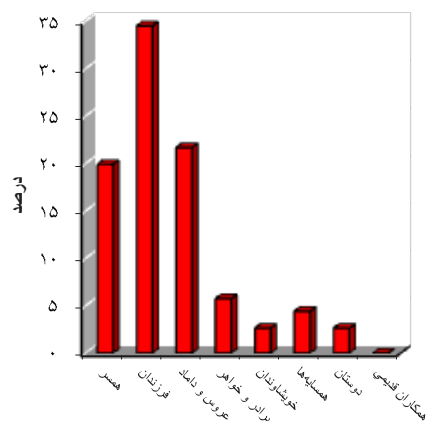


همان‌طور که نمودارهای ۳۳، ۳۴، ۳۵، نشان می‌دهند حمایت اجتماعی مردان سالمند در انواع عاطفی و ابزاری کاملاً سلسله مراتبی با جایگزینی عناصر شبکه‌های خویشاوندی و غیرخویشاوندی است. تنها تغییری که در این الگو به چشم می‌آید پیشی گرفتن فرزندان (با اختلاف ناچیز) از همسر سالمند مرد در حمایت حمل و نقل است (نمودار ۳۵). این در حالی است که در حمایت مالی، همسر در مرتبه آخر سلسله مراتب حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد. روشن است که همسر نسل‌های فعلی سالمندان مرد به خاطر جنسیت عموماً توان حمایت مالی از آنان را در شرایط نیاز به کمک مالی ندارند.

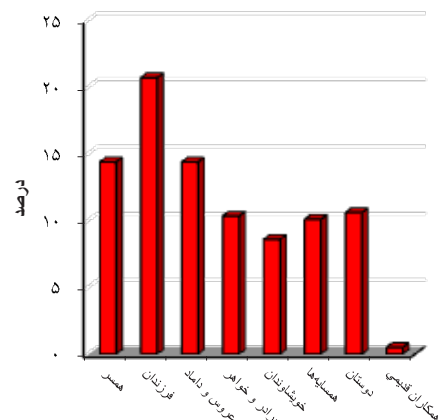
زنان دایر همسر: با تغییر جنس سالمند از مرد به زن الگوی حمایت اجتماعی به کلی تغییر می‌کند. اما در ورای تغییر مشاهده شده در الگوی حمایت اجتماعی سالمندان مرد و زن نکته بسیار مهمی نهفته است.

الگوی باروری پراولاد به سالمندان نسل‌های کنونی موهبتی بزرگ بخشیده است. برای سالمندانی که بطور متوسط نزدیک به ۵ فرزند زنده دارند، دور از انتظار نیست که فرزندان منبع مسلط در همه انواع حمایت‌های اجتماعی زنان سالمند باشند. این الگو را در نمودارهای ۳۷ تا ۳۹ نشان داده‌ایم. الگوهای نشان داده شده در نمودارهای مذکور به خوبی نشان می‌دهند که فرزندان حتی در حمایت عاطفی سالمندان زن (مادران)، که متفاوت از حمایت‌های دیگر الگویی توزیع شده دارد، تا چه اندازه نقش دارند. براساس ادعای مدل جبران سلسله مراتبی وقتی همسر زنده است، اصولاً باید اولین منبع مرجح حمایت باشد و تئوری لیتواک رابطه زناشویی را امتیازی برای این عنصر می‌داند که می‌تواند همه انواع حمایت‌ها را تحت پوشش قرار دهد. در حالی که زنان همسر دار هرگز از این الگو تبعیت نمی‌کنند.

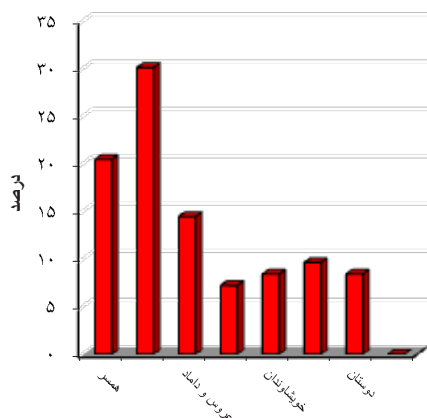
شکل ۳۸: درصد حمایت پرستاری از کل حمایت دریافت شده زنان متأهل برحسب منابع



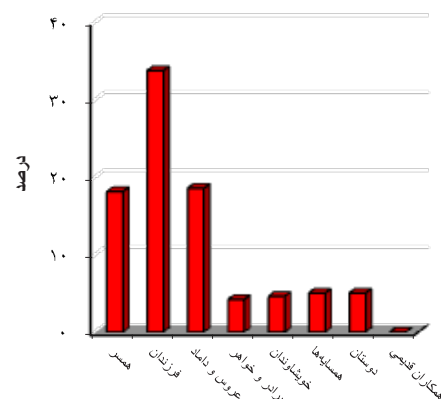
شکل ۳۷: درصد حمایت عاطفی از کل حمایت دریافت شده زنان متأهل برحسب منابع



شکل ۴۰: درصد حمایت مالی از کل حمایت دریافت شده زنان متأهل برحسب منابع



شکل ۳۹: درصد حمایت حمل‌ونقل از کل حمایت دریافت شده زنان متأهل برحسب منابع



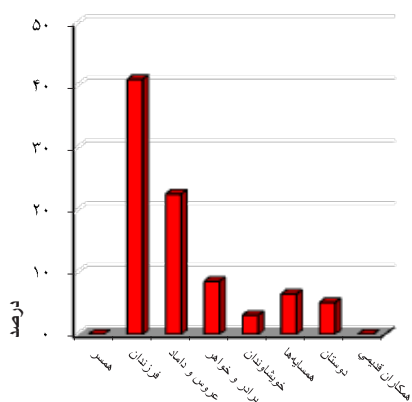
در الگوی حمایت عاطفی (نمودار ۳۷) همسر سومین منبع حمایت و پس از عروس و داماد، تنها در رقابت با دوستان زنان سالمند نقش‌آفرینی می‌کند. در حمایت پرستاری هنگام بیماری، نیز همسر زنان سالمند همین مقام را دارد (نمودار ۳۹) ولی در شکل کمک در حمل‌ونقل و هنگام مواجهه با مشکل مالی بر حمایت دریافت شده از عروس و داماد پیشی گرفته و به مرتبه دوم می‌رسد (نمودار ۳۸).

زنان بدون همسر: همان‌طور که در مطالعه الگوی حمایت اجتماعی زنان دارای همسر نتیجه شد، حتی حضور همسر مانعی برای حمایت هم‌جانبه فرزندان نیست. برای این گروه از سالمندان، فرزندان منبع بلامنازع حمایت اجتماعی هستند و پرواضح است که عدم حضور همسر اصولاً نباید تغییر محسوسی و مهمی

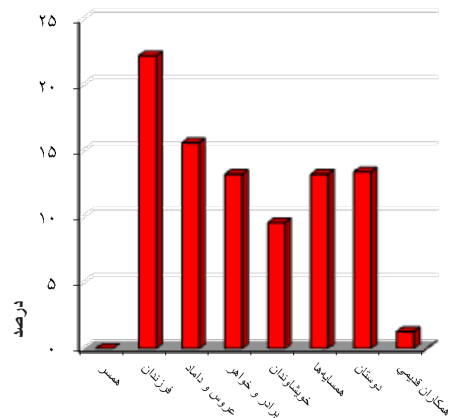
در الگوی حمایت اجتماعی آنان پدید آورد. یافته‌های ما همین وضعیت را برای سالمندان زن بدون همسر نشان می‌دهد. ما این یافته‌ها را در نمودارهای ۴۱ تا ۴۴ نشان داده‌ایم. برای حمایت عاطفی همچنان الگویی توزیع شده ولی با ترجیح فرزندان به گونه‌ای که تنها سهم همکاران اندک است، روابطی که بیشتر زنان سالمند تجربه نکرده‌اند، مشاهده می‌شود (نمودار ۴۱). در این الگو دوستان و همسایه‌ها نقشی مهم‌تر از خویشاوندان گسترده بر عهده دارند که از ماهیت امر و خصوصیت اجتماعی این گروه پیروی می‌کند. اما همان گونه که در نمودار ۴۲ و ۴۳ مشاهده می‌شود، در حمایت پرستاری و حمل‌ونقل، فرزندان و همسران آنان، یعنی عروس و داماد، منبع انحصاری هستند. در این الگوها فرزندان تنها در حمایت حمل‌ونقل به وسیله همسران آنان قابل جایگزینی هستند و نقشی که گروه‌های اولیه غیرخویشاوند بر عهده دارند چندان محسوس نیست. در حمایت مالی برای عروس و داماد شرکای اجتماعی دیگری از شبکه خویشاوندی و غیرخویشاوندی نیز یافت می‌شود. همان‌طور که در نمودار ۴۴ ملاحظه می‌شود، سالمندان برای رفع نیاز مالی خود نیز اساساً وابسته به فرزندان هستند ولی برخلاف حمایت ابزاری و حتی عاطفی، عروس و داماد گزینه‌ای ممتاز و متفاوت از دیگر اعضای شبکه اجتماعی آنان محسوب نمی‌شوند.

براساس نتایج حاصل از مقایسه الگوهای حمایت اجتماعی سالمندان در نمودارهای بالا، گمان ما این است که حتی وقتی جبران سلسله‌مراتبی منابع حمایت اجتماعی بر الگوی حمایت حاکم است (مردان همسردار)، مواردی را می‌توان مشاهده کرد که نشان از این دارند که ماهیت امر مورد حمایت و خصوصیات گروه‌های اولیه در انتخاب منابع حمایت دخیل هستند. این که همسران که در الگوی حمایت عاطفی و پرستاری غالب ولی در الگوی حمایت مالی سالمندان مرد از منابع کمتر دیده شده هستند و حتی در حمایت حمل‌ونقل مرتبه آنان بوسیله فرزندان جایگزین می‌شود؛ این که دوستان و برای مردان سالمند همکاران قدیمی، عضو متغیر شبکه حمایت اجتماعی هستند و بسته به امر مورد حمایت در مراتب مختلف از سومین منبع تا آخرین منبع جابه‌جا می‌شوند؛ همه این موارد نشان می‌دهد که احتمالاً قواعدی متفاوت از یافته‌های محققین در دیگر کشورها بر الگوی حمایت اجتماعی سالمندان در ایران و تهران حاکم است.

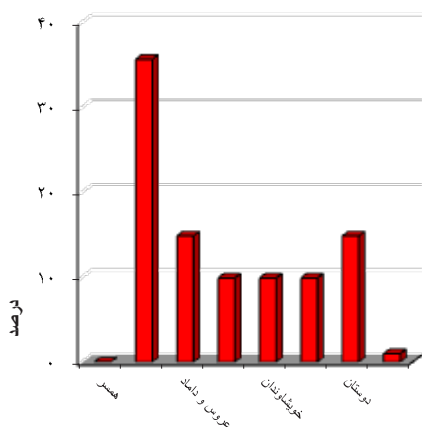
شکل ۴۲: درصد حمایت پرستاری از کل حمایت دریافت شده زنان غیرمتاهل برحسب منابع



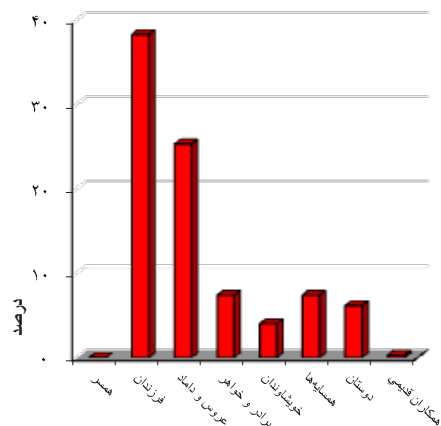
شکل ۴۱: درصد حمایت عاطفی از کل حمایت دریافت شده زنان غیرمتاهل برحسب منابع



شکل ۴۴: درصد حمایت مالی از کل حمایت دریافت شده زنان غیرمتاهل برحسب منابع



شکل ۴۳: درصد حمایت حمل و نقل از کل حمایت دریافت شده زنان غیرمتاهل برحسب منابع





فصل پنجم

مسائل سلامتی، مرگ و میر و ناتوانی

۵- ۱. مقدمه

سالمندی از دوره‌های ویژه زندگی فرد می‌باشد. افراد در این دوره ناتوان تر شده، در مقابل بیماری‌ها آسیب‌پذیرتر هستند، بیماری‌های مزمن در این دوره شایع تر می‌باشد و در نتیجه نیاز به مراقبت‌های بیشتری را خواهند داشت (هیث و شوفیلد ۱۹۹۹، اوکرینسوا و یاشین ۲۰۰۳^{۴۴}). بنابراین در عصر حاضر شاهد سالخوردگی ساختار سنی، و لذا رشد تعداد سالمندان در جمعیت و شیوع بیماری‌های مزمن و هزینه‌های بهداشتی بالای آنها، همراه با رشد هزینه‌ها در تأمین اجتماعی (کینسلا و فیلیپس ۲۰۰۵^{۴۵}) و افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی (دفتر مرجع جمعیت ۲۰۱۰) برای بسیاری از دولت‌ها بوده است.

از آنجایی که بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های دوران سالمندی اکثراً قابلیت درمانی و دارویی قطعی ندارند (کاکرام ۲۰۰۰) و اگر هم درمان وجود داشته باشد با هزینه‌های بالایی همراه است، لذا بهترین راه‌حل در برابر بیماری‌های دوره سالمندی پیشگیری و یا درمان آنها در مراحل اولیه آنهاست. در واقع وجود برنامه‌های پیشگیری می‌تواند راه حل اصلی دولت‌ها برای کاهش هزینه‌های بهداشتی دوران سالمندی باشد.

در جهان امروزی، گذار اپیدمیولوژیک و شیوع بیماری‌های دوران سالمندی به همراه گذار ساختار سنی و افزایش نسبت افراد سالخورده در جمعیت باعث افزایش شیوع بیماری‌ها و ناتوانی در جمعیت‌ها شده است. این وضعیت ضرورت مطالعه افراد سالمند، و وضعیت سلامت آنها در جهت شناخت راه‌های پیشگیری از بروز ناتوانی در آنها را بیش تر از هر دوره ای کرده است.

کشور ایران نیز گذار جمعیتی را طی کرده و در نتیجه آن وارد گذار ساختار سنی شده است. رشد جمعیت سالمند در کشور افزایش یافته و بالاتر از رشد کل جمعیت است (میرفلاح نصیری ۱۳۸۶) و نسبت حمایت سالخوردگی نیز در کشور در حال کاهش می‌باشد و بر اساس گزارش اداره مرجع جمعیت (PRB^{۴۶}) پیش‌بینی می‌شود که این میزان از ۱۵ در سال ۲۰۱۰ به ۳ در سال ۲۰۵۰ برسد (دفتر مرجع جمعیت، ۲۰۱۰).

در کنار اینها افزایش تعداد جمعیت سالمند در کشور ما شاهد افزایش جمعیت ناتوان و شیوع بیماری‌های مزمن خواهد بود. همچنانکه مطالعات نشان از وقوع گذار اپیدمیولوژیک در کشور دارند و نتایج بیان‌کننده این است که بیماری‌های غیر واگیر و مزمن در کشور در حال رشد می‌باشند و درصد مرگ‌های ناشی از این بیماری‌ها در حال افزایش است (قیاسی و دیگران ۲۰۰۰، نقوی ۱۳۸۵).

⁴⁴ - Svetlana V. Ukraintseva And Anatoli I. Yashin

⁴⁵ - Kevin Kinsella and David R. Phillips

⁴⁶ - Population Reference Bureau

این شرایط می‌تواند هزینه‌های اقتصادی بالایی را برای کشور به دنبال داشته باشد. این موضوع مطالعه جمعیت سالمند کشور، وضعیت سلامت آنها، و شناخت راهکارهای پیشگیری از شیوع ناتوانی و بیماری در جهت اجرای برنامه‌های پیشگیری در کشور را ضرورت می‌بخشد. چرا که بهترین راه حل در مقابل ناتوانی‌ها و بیماری‌های دوران سالمندی و جبران هزینه‌های آنها پیشگیری و یا درمان به موقع آنها است.

هدف از این قسمت از گزارش حاضر مروری بر شاخص‌های سلامت در دوران سالمندی با محوریت الگوی علل مرگ در این دوران می‌باشد. برای انجام این بررسی، از روش تحلیل ثانویه داده‌های موجود به شرح زیر استفاده گردید:

- ^{۴۷}Report of Global burden of diseases 2010
- Report of mortality profile Iran 2010
- Report of national burden of diseases Iran, 2003
- Report of national utilization of health services survey in Iran, 2002

براساس گزارشات فوق برای بررسی وضعیت سلامت سالمندان شاخص‌های زیر که عمدتاً شاخص‌های نتایج (Outcome indicators) هستند استفاده گردید:

- Summary measure of Population health
- in elderly Patterns of Causes of Death
- Burden of Diseases
- Health services utilization in elderly

در طی سال‌های اخیر برای اینکه وضعیت سلامت جامعه را اندازه‌گیری نمایند از شاخص‌های جدید استفاده می‌کنند که ترکیبی از شاخص‌های مرگ و ناتوانی است و در قابل یک شاخص خلاصه می‌شوند این گونه شاخص‌ها شاخص خلاصه می‌گویند که تعریف آنها به شرح زیر است:

"Measures that combine information on mortality and non-fatal health outcomes to represent the health of a particular population as a single number"

یکی از شاخص مهم در این گروه سال‌های زندگی با ناتوانی تعدیل شده است (DALY) که از ترکیب دو شاخص YLL^{۴۸} و YLD^{۴۹} محاسبه می‌شود. YLL معادل سالهای از دست رفته عمر در اثر مرگ زودهنگام و YLD سالهای سپری شده با ناتوانی ناشی از بیماری‌ها و یا آسیب‌ها است.

^{۴۷} <http://www.healthmetricsandevaluation.org/>

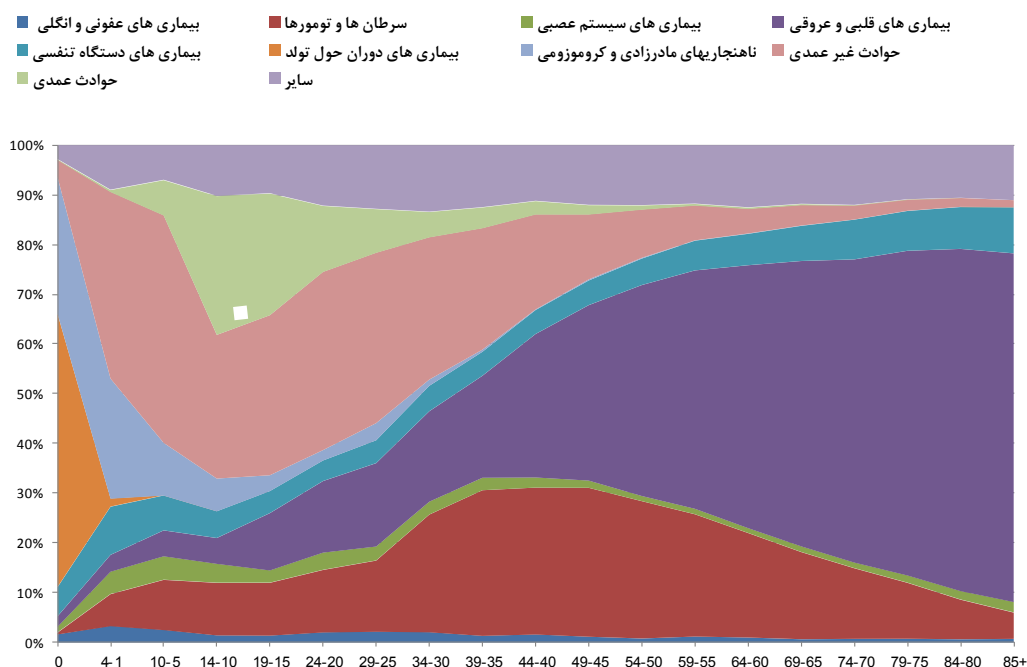
^{۴۸} Years of life lost due to premature death

^{۴۹} Years lived with disability

۵-۲. علل مرگ

در شکل‌های ۴۵ و ۴۶ الگوی‌های علت مرگ برای زنان و مردان کشور در سال ۲۰۱۰ بر حسب گروه‌های سنی نشان داده شده است. همانگونه که نتایج نشان می‌دهد در سنین سالمندی (۶۰ ساله ها و بالاتر) هم در بین زنان و هم در بین مردان بیشترین علت مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد و در حدود ۵۰ درصد از علل مرگ ناشی از این بیماری است. به دنبال آن بیماری‌های ناشی از سرطان و بیماری‌های مزمن دستگاه تنفسی قرار دارند. معمولاً این گروه از بیماری‌ها بیمار را به مدت‌های طولانی مبتلا می‌سازد و در نتیجه نیاز به درمان و مراقبت‌های طولانی و در بسیاری از مواقع پرهزینه دارند.

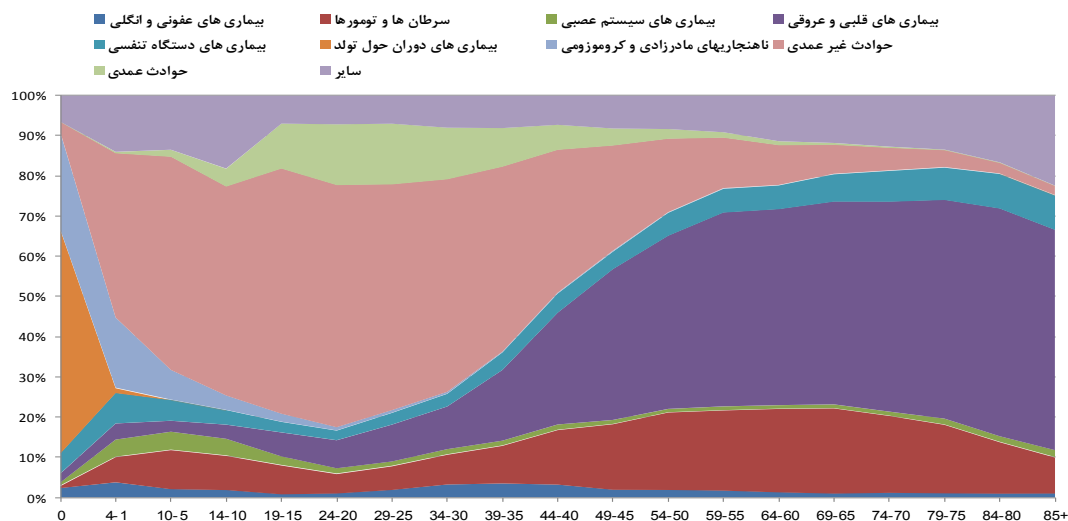
شکل ۴۵: توزیع نسبت ۱۰ علت مرگ از مجموع علل مزبور در زنان به تفکیک گروه‌های سنی - پس از تصحیح کدهای پوچ در برنامه ثبت مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۹



⁴⁹ Years lived with disability

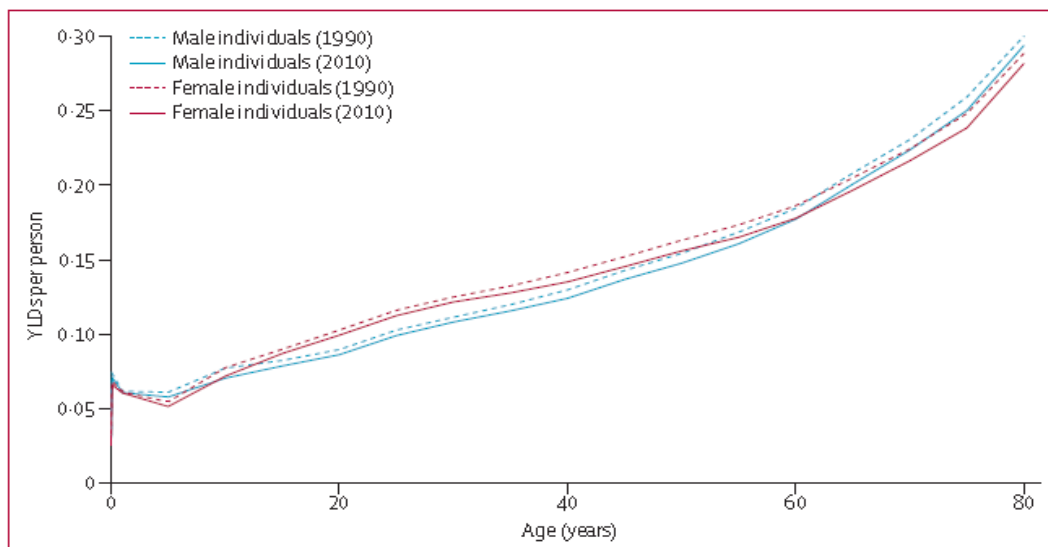
شکل ۴۶: توزیع نسبت ۱۰ علت مرگ از مجموع علل مزبور در مردان به تفکیک گروههای سنی - پس از تصحیح کدهای پوچ در برنامه

ثبت مرگ در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۹



شکل ۴۷ نشان دهنده الگوی سالهای زندگی همراه ناتوانی (YLDs) بر حسب سن و جنس را در سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می شود با افزایش سن به میزانهای سالهای زندگی همراه با ناتوانی افزوده می شود و به سرعت این افزایش به ویژه در سنین بالای ۶۰ سالگی افزوده می شود. شکل ۴۷: سالهای عمر همراه با ناتوانی بر حسب فرد، ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ در همه گروههای سنی، به تفکیک جنس، کل

جهان



Source: Institute for Health Metrics and Evaluation

شکل شماره ۴۸ مقایسه تغییرات ۲۰ علت اصلی سال‌های از دست رفته عمر جمعیت بین سنین ۶۰ تا ۶۵ ساله ایرانی بر اساس مطالعه بین المللی بار جهانی بیماری‌های در سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ میلادی را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود بیماری‌های قلبی (سکته قلبی) بیشترین سالهای از دست رفته به علت مرگ‌های زود رس و ناتوانی را در این گروه سنی را به خود اختصاص داده است و کمر درد (که بار ناتوانی زیادی دارد) به رتبه دوم رسیده و بعد از آن سکته مغزی قرار دارد. نکته قابل توجه افزایش فزاینده بیماری دیابت بوده است که افزایشی حدود ۷۹ درصد در طی بیست سال داشته است که نشانه از تغییرات الگوی غذایی و شیوه زندگی در این گروه سنی بوده است.

شکل ۴۸: شاخص DALY برای سن ۶۰ تا ۶۴ ساله بر اساس مطالعه جهانی بار بیماری‌ها، ایران ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

1990 Mean rank (95% UI)		2010 Mean rank (95% UI)		Median % change (95% UI)	
1.0 (1-1)	1 Ischemic heart disease	1 Ischemic heart disease	1.0 (1-1)	5%	(-21 to 40)
2.6 (2-4)	2 Forces of nature	2 Low back pain	2.4 (2-4)	36%	(12 to 63)
2.7 (2-4)	3 Stroke	3 Stroke	2.9 (2-5)	-6%	(-34 to 34)
3.9 (2-5)	4 Low back pain	4 Diabetes	4.8 (3-7)	79%	(42 to 125)
5.5 (4-9)	5 Other cardio & circulatory	5 Road injury	5.5 (3-8)	44%	(-11 to 135)
7.1 (5-11)	6 Road injury	6 Other cardio & circulatory	6.4 (4-9)	2%	(-42 to 82)
8.6 (5-13)	7 Osteoarthritis	7 Osteoarthritis	6.5 (4-9)	44%	(12 to 85)
8.7 (5-12)	8 Stomach cancer	8 Major depressive disorder	7.6 (4-11)	41%	(-15 to 139)
9.0 (6-12)	9 Diabetes	9 COPD	9.3 (6-12)	16%	(-15 to 66)
9.2 (5-13)	10 Hypertensive heart disease	10 Stomach cancer	10.4 (7-14)	-12%	(-43 to 30)
10.2 (5-15)	11 Major depressive disorder	11 Hypertensive heart disease	10.5 (8-14)	-11%	(-41 to 41)
10.5 (6-14)	12 COPD	12 Falls	11.9 (9-15)	30%	(6 to 57)
13.0 (10-18)	13 Lung cancer	13 Other musculoskeletal	13.5 (12-16)	46%	(24 to 73)
14.7 (12-18)	14 Falls	14 Lung cancer	14.1 (11-18)	-18%	(-43 to 34)
15.3 (13-19)	15 Rheumatic heart disease	15 Asthma	16.7 (13-21)	-10%	(-41 to 42)
16.1 (13-21)	16 Asthma	16 Neck pain	16.9 (14-22)	47%	(27 to 72)
18.0 (15-21)	17 Other musculoskeletal	17 Rheumatic heart disease	19.7 (14-30)	-29%	(-62 to 27)
18.1 (14-25)	18 Esophageal cancer	18 Anxiety disorders	19.8 (10-37)	36%	(-53 to 318)
20.5 (14-30)	19 Edentulism	19 Esophageal cancer	20.9 (14-30)	-21%	(-57 to 63)
22.2 (17-28)	20 Cirrhosis	20 Other hearing loss	21.1 (14-32)	22%	(-8 to 63)
23.1 (19-29)	22 Neck pain	23 Cirrhosis	24.2 (17-32)	-11%	(-44 to 52)
24.6 (13-42)	24 Anxiety disorders	29 Edentulism	30.3 (20-41)	-38%	(-47 to -27)
24.7 (17-35)	25 Other hearing loss				

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation

شکل شماره ۴۹ مقایسه تغییرات ۲۰ علت اصلی سال‌های از دست رفته عمر جمعیت بین سنین ۶۵ تا ۶۹ ساله ایرانی بر اساس مطالعه بین المللی بار جهانی بیماری‌های در سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ میلادی را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود بیماری‌های قلبی (سکته قلبی) بیشترین سالهای از دست رفته به علت مرگ‌های زود رس و ناتوانی را در این گروه سنی را به خود اختصاص داده است و بعد از آن سکته مغزی و کمر درد (۲۶ درصد افزایش) قرار دارند. بیماری‌های دیابت (۶۵ درصد)، حوادث ترافیکی (۲۵ درصد) بیماری‌های التهاب مفاصل (۳۴ درصد) و بیماری‌های شدید روانی (۳۴ درصد) در این گروه سنی روند افزایشی در طی بیست سال داشته اند که نشانه از تغییرات الگوی غذایی و شیوه زندگی در این گروه سنی بوده است.

شکل ۴۹: شاخص DALY برای سن ۶۵ تا ۶۹ ساله بر اساس مطالعه جهانی بار بیماری ها ، ایران ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

1990 Mean rank (95% UI)		2010 Mean rank (95% UI)		Median % change (95% UI)	
1.0 (1-1)	1 Ischemic heart disease	1 Ischemic heart disease	1.0 (1-1)	1%	(-22 to 27)
2.1 (2-3)	2 Stroke	2 Stroke	2.2 (2-3)	-10%	(-32 to 16)
3.2 (2-5)	3 Forces of nature	3 Low back pain	3.0 (2-5)	26%	(5 to 53)
4.1 (3-6)	4 Low back pain	4 Diabetes	4.2 (3-6)	65%	(28 to 107)
5.5 (3-10)	5 Other cardio & circulatory	5 Other cardio & circulatory	5.7 (3-10)	1%	(-45 to 91)
7.1 (4-12)	6 Hypertensive heart disease	6 Road injury	6.5 (4-10)	25%	(-21 to 114)
7.7 (5-11)	7 Stomach cancer	7 Osteoarthritis	7.5 (5-11)	34%	(4 to 71)
7.9 (5-11)	8 Diabetes	8 COPD	8.5 (5-12)	12%	(-18 to 57)
8.6 (5-12)	9 Road injury	9 Hypertensive heart disease	8.6 (5-12)	-12%	(-45 to 39)
9.7 (6-13)	10 COPD	10 Stomach cancer	9.2 (6-12)	-12%	(-39 to 26)
10.6 (6-14)	11 Osteoarthritis	11 Major depressive disorder	10.2 (6-14)	31%	(-21 to 124)
12.2 (9-18)	12 Lung cancer	12 Falls	12.4 (10-16)	18%	(-1 to 43)
13.5 (8-19)	13 Major depressive disorder	13 Other musculoskeletal	14.0 (12-17)	36%	(13 to 63)
14.4 (11-18)	14 Rheumatic heart disease	14 Lung cancer	14.0 (11-18)	-27%	(-47 to 21)
15.0 (12-19)	15 Falls	15 Asthma	15.7 (12-19)	-5%	(-41 to 52)
16.2 (12-21)	16 Asthma	16 Other hearing loss	17.2 (12-25)	16%	(-4 to 44)
17.7 (13-24)	17 Edentulism	17 Rheumatic heart disease	17.8 (13-26)	-31%	(-58 to 12)
18.6 (14-24)	18 Esophageal cancer	18 Lower respiratory infections	18.1 (13-25)	8%	(-35 to 106)
18.8 (16-22)	19 Other musculoskeletal	19 Neck pain	20.5 (16-27)	37%	(17 to 60)
20.4 (14-28)	20 Other hearing loss	20 Esophageal cancer	21.5 (14-29)	-23%	(-58 to 51)
20.4 (15-26)	21 Lower respiratory infections	26 Edentulism	25.7 (18-35)	-43%	(-51 to -33)
26.7 (21-35)	23 Neck pain				

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation

شکل شماره ۵۰ مقایسه تغییرات ۲۰ علت اصلی سال‌های از دست رفته عمر جمعیت بین سنین ۷۰ ساله و بیشتر ایرانی بر اساس مطالعه بین المللی بار جهانی بیماری‌های در سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰ میلادی را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود بیماری‌های قلبی (سکته قلبی) بیشترین سالهای از دست رفته به علت مرگ‌های زود رس و ناتوانی را در این گروه سنی را به خود اختصاص داده است و بعد از آن سکته مغزی، کمر درد (۱۸۲ درصد افزایش) قرار دارند. بیماری‌های دیابت (۲۵۴ درصد)، آلزایمر (۳۶۰ درصد) بیماری‌های مزمن کلیوی (۲۴۰ درصد) و بیماری‌های مزمن تنفسی (۱۷۰ درصد) حوادث ترافیکی (۱۶۸ درصد)، بیماری‌های التهاب مفاصل (۳۴ درصد) و بیماری‌های شدید روانی (۱۷۴ درصد) در این گروه سنی روند افزایشی مشهودی در طی بیست سال داشته اند که نشانه از تغییرات الگوی غذایی و شیوه زندگی در این گروه سنی بوده است.

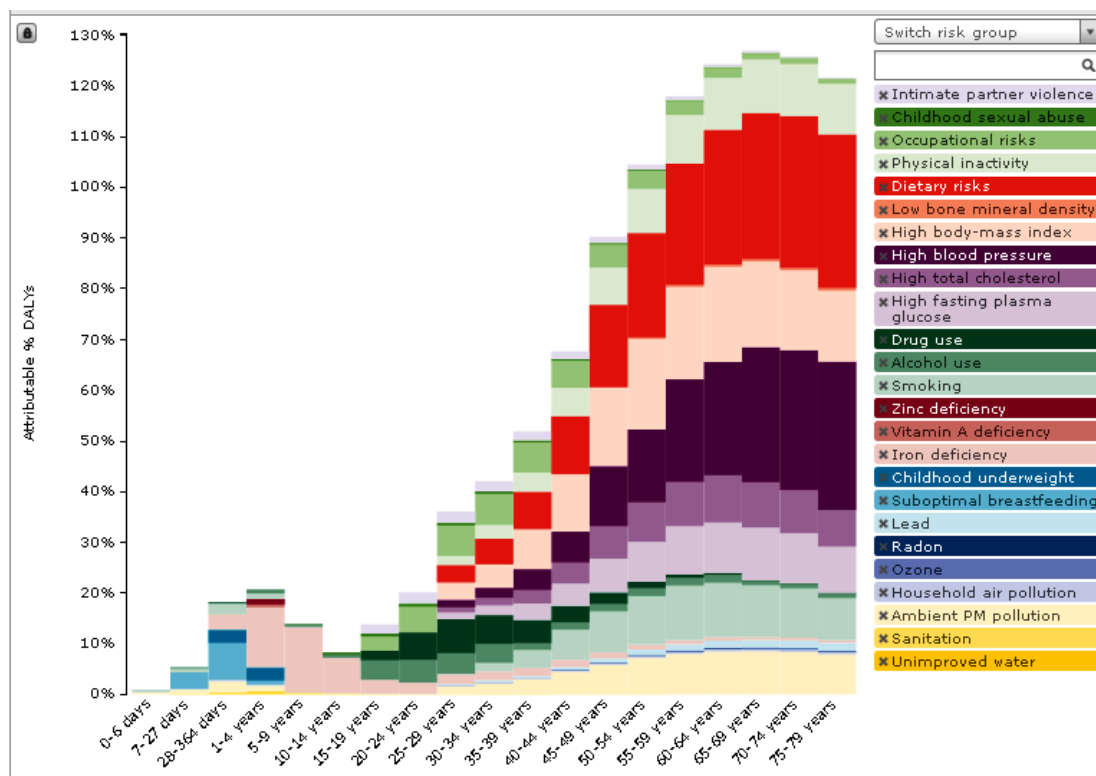
شکل ۵۰: شاخص DALY برای سن ۷۰ ساله و بیشتر بر اساس مطالعه جهانی بار بیماری ها، ایران ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

1990 Mean rank (95% UI)		2010 Mean rank (95% UI)		Median % change (95% UI)	
1.0 (1-1)	1 Ischemic heart disease	1 Ischemic heart disease	1.0 (1-1)	144%	(108 to 174)
2.0 (2-2)	2 Stroke	2 Stroke	2.0 (2-2)	129%	(86 to 169)
3.6 (3-6)	3 Other cardio & circulatory	3 Low back pain	3.6 (3-6)	182%	(142 to 235)
4.5 (3-6)	4 Hypertensive heart disease	4 Other cardio & circulatory	4.0 (3-6)	131%	(68 to 219)
4.6 (3-7)	5 Low back pain	5 Diabetes	5.0 (3-7)	254%	(195 to 328)
6.3 (3-11)	6 Forces of nature	6 Hypertensive heart disease	5.8 (4-7)	114%	(66 to 171)
7.5 (6-9)	7 Diabetes	7 COPD	7.2 (5-10)	170%	(114 to 247)
7.9 (6-10)	8 COPD	8 Alzheimer's disease	8.9 (7-12)	360%	(206 to 610)
8.3 (6-11)	9 Stomach cancer	9 Road injury	9.9 (7-13)	168%	(95 to 301)
11.0 (8-15)	10 Road injury	10 Stomach cancer	10.3 (8-14)	101%	(62 to 150)
12.3 (8-18)	11 Osteoarthritis	11 Osteoarthritis	10.5 (7-14)	177%	(116 to 257)
13.2 (10-17)	12 Rheumatic heart disease	12 Lower respiratory infections	12.0 (8-15)	169%	(89 to 285)
13.9 (10-18)	13 Falls	13 Falls	12.0 (9-15)	173%	(133 to 221)
13.9 (10-18)	14 Lower respiratory infections	14 Major depressive disorder	14.2 (9-18)	174%	(70 to 348)
14.3 (10-21)	15 Lung cancer	15 Asthma	15.2 (13-17)	117%	(60 to 200)
15.5 (11-19)	16 Asthma	16 Lung cancer	16.6 (14-20)	76%	(36 to 157)
17.1 (10-22)	17 Major depressive disorder	17 Other hearing loss	16.8 (12-22)	155%	(111 to 215)
17.6 (12-21)	18 Alzheimer's disease	18 Rheumatic heart disease	17.4 (14-22)	56%	(3 to 110)
17.8 (11-23)	19 Edentulism	19 Other musculoskeletal	19.8 (17-23)	173%	(132 to 222)
19.3 (13-24)	20 Other hearing loss	20 Chronic kidney disease	20.2 (18-23)	240%	(181 to 311)
22.8 (20-27)	22 Other musculoskeletal	22 Edentulism	23.4 (18-34)	32%	(15 to 52)
27.8 (23-35)	25 Chronic kidney disease				

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation

شکل شماره ۵۱ نسبت مهمترین عوامل خطر که بیشترین بار بیماری ها را باعث می‌شوند برای کشورمان در سال ۲۰۱۰ بر اساس مطالعه بار بیماری ها را نشان می‌دهد. برای اساس این نتایج، در سنین سالمندی بیشترین بار عوامل خطر مربوط به خطرات تغذیه ای (حدود ۳۰ درصد) پرفشاری خون (بین ۲۷ تا ۳۰ درصد) چاقی (بین ۱۲ تا ۱۷ درصد) و کم تحرکی (بین ۸ تا ۱۱ درصد) که حاکی از شیوه زندگی نا سالم در این دوران می‌باشد. بنابر این لازم برای تغییر سبک زندگی سالمندان از جمله تغییر رژیم غذایی، ورزش و خود مراقبتی برای کنترل چربی و فشار خون مداخلاتی از طریق سازمان ذی ربط طراحی و اجرا شوند.

شکل ۵۱: در صد مهمترین عوامل خطرمنتسب به سالهای از دست رفته عمر (DALY) بر حسب گروه سنی بر اساس مطالعه جهانی بار بیماری ها، ایران سال ۲۰۱۰



Source: Institute for Health Metrics and Evaluation

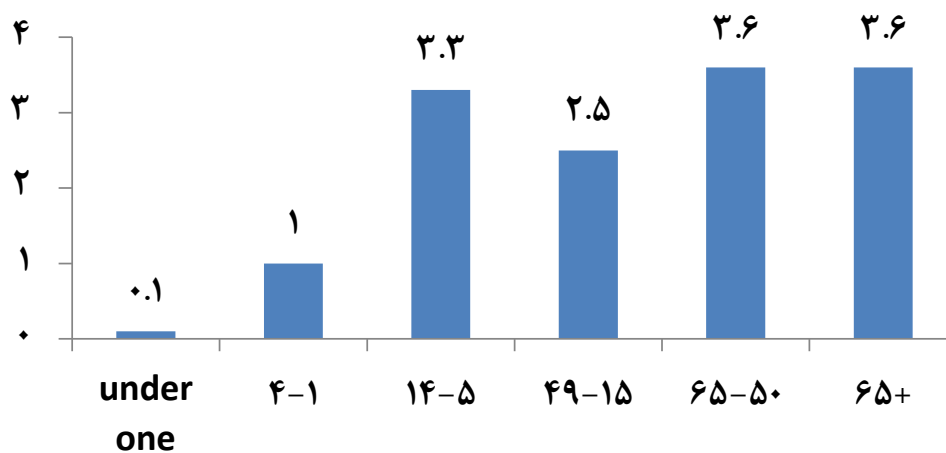
۵-۳. بهره‌مندی از خدمات سلامت

در این قسمت بهره‌مندی از خدمات بهداشتی در قالب سه شاخص؛ لیست انتظار برای بستری شدن، درصد افراد نیازمند به خدمات بهداشتی سرپایی، و نیاز به بستری شدن در بین سالمندان شرح داده می‌شود.

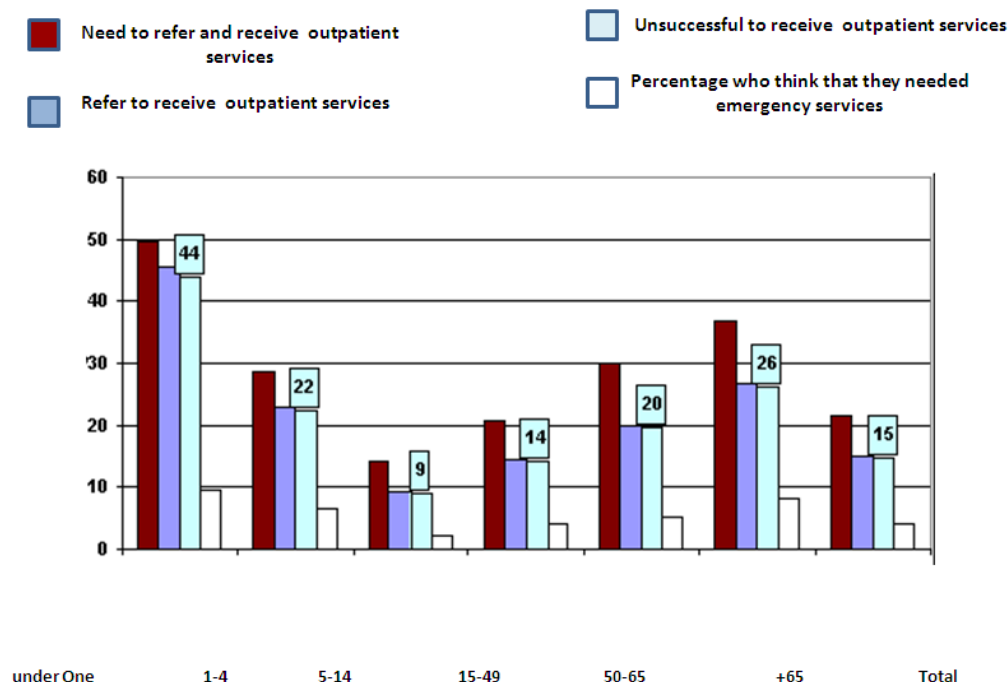
در شکل ۵۲ متوسط لیست انتظار برای بستری شدن در روز بر حسب گروه‌های سنی در ایران در سال ۲۰۰۲ آمده است. نتایج نشان می‌دهد که سنین ۵۰ تا ۶۵ سالگی و ۶۵ ساله ها و بالاتر، بیشترین سهم را در بین گروه‌های سنی از لیست انتظار برای بستری شدن تشکیل می‌دهند که نشان از شیوع بیماری‌های مرتبط با سالخوردگی در کشور می‌باشد. در جدول ۱۱ نیز احساس نیاز به بستری شدن و وضعیت اورژانسی در بین سالمندان آمده است. همانگونه که نتایج نشان می‌دهد بیشترین درصد نیاز به بستری شدن و وضعیت‌های اورژانسی در بین سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر است. این نتایج می‌تواند نشانگر شیوع ناتوانی در بین سالمندان نشان باشد.

در شکل ۵۳ نیز درصد افراد نیازمند به خدمات سرپایی کشور در سال ۲۰۰۲ آورده شده است. اگرچه بیشترین درصد مربوط به ۴-۱ ساله ها است ولی از سنین ۱۵ سالگی به بعد با افزایش سن بر درصد افراد نیازمند به خدمات سرپایی افزوده می‌شود و در بین ۶۵ ساله ها و بالاتر به بیشترین مقدار خود می‌رسد.

شکل ۵۲: متوسط زمان انتظار برای بستری شدن در روز، به تفکیک گروه‌های سنی، HSUS، ایران ۲۰۰۲



شکل ۵۳: درصد افرادی که در طی دو هفته قبل نیاز به خدمات سرپایی داشته‌اند، به تفکیک گروه‌های سنی، ایران، ۲۰۰۲



جدول ۱۱: نیاز به بستری شدن، HSUS، ایران، ۲۰۰۲

درصد احساس نیاز به خدمات اورژانسی	درصد احساس نیاز به بستری شدن	
۱۳,۴	۱۳,۸	کمتر از یک ساله
۵,۶	۶,۸	۱-۴
۱,۹	۲,۵	۵-۱۴
۴,۴	۵,۸	۱۵-۴۹
۶,۹	۱۰,۰	۵۰-۶۴
۱۲,۱	۱۶,۹	۶۵+
۵,۵	۶,۶	جمع

با توجه به روند میزان‌های مرگ و میر بیماری در دوران سالخوردگی در کشورمان، روند بیماری‌های غیر واگیر و مزمن افزایشی بوده است که عمده بار ناشی از مرگ و میر و ناتوانی در این گروه جمعیتی را به خود اختصاص می‌دهند. درمان این گروه از بیماری‌ها بخصوص در سالخوردگی بسیار بالا است و در صورتی که افراد نتوانند از عهده هزینه‌ای درمانی خود برآیند مشکلات زیادی را برای فرد و خانواده‌هایشان فراهم می‌سازد. بنابر این، برای کاهش بار ناشی از این گروه بیماری، اجرای برنامه‌های پیشگیری از جمله بهبود

شیوه‌های زندگی مثل بهبود شیوه‌های تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی و جلوگیری از افزایش وزن پیشگیری و کنترل بیماری‌های فشار خون، چربی خون و دیابت می‌تواند بسیار موثر باشد. لذا لازم است مسئولین نظام سلامت با همکاری سایر سازمان نسبت به طراحی مداخلاتی برای ارتقای سلامت سالخوردگان اقدامات لازم را انجام دهند.

فصل ششم

تحلیل مروری عملکرد برنامه‌های سالمندی

۶-۱. مقدمه

اگرچه کاهش باروری طی سه دهه گذشته ایران، نشانه‌ی کافی و خوبی از قرار گرفتن جمعیت کشور در مسیر سالخوردگی است، اما همان‌طور که در قسمت زمینه‌های جمعیتی سالخوردگی در ایران بحث شد، مطالعات و برنامه‌ریزی‌های سالمندی منوط به سالخورده شدن جمعیت نیست. براساس اطلاعات سرشماری سال ۱۳۹۰، حدود ۸ درصد از جمعیت کشور در سنین ۶۰ سال و بیشتر قرار دارند و حتی اگر این نسبت به اندازه‌ای که بتوان جمعیت را سالخورده نامید، بزرگ نیست ولی نمی‌توان از جمعیت حدوداً ۶ میلیونی این سنین چشم پوشید. نیازهای متنوع و متفاوت و نیز آسیب‌پذیری این گروه از جمعیت ضرورت توجه به سالمندان را در برنامه‌ریزی‌های کشور دو چندان می‌کند. ضمن اینکه با توجه به تفاوت‌ها و پیچیدگی‌های زندگی اجتماعی سالمندان لازم است برنامه‌ریزی خاص و ویژه‌ای برای این قشر از افراد جامعه انجام گیرد. مقدمات و زمینه‌های انجام چنین برنامه‌هایی در کشور موجود است. نهادهای مختلفی وظیفه برنامه‌ریزی برای این گروه را برعهده دارند که از آن جمله می‌توان به نهادهایی که ذیل به بررسی آن خواهیم پرداخت مثل سازمان بهزیستی، شهرداری، وزارت بهداشت، کمیته امداد، دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی، سازمان‌های بازنشستگی، نهادهای غیردولتی - خیریه‌ای (کهریزک) و... اشاره کرد.

۶-۲. وزارت رفاه و تامین اجتماعی

وزارت رفاه به عنوان متولی اصلی نظام تامین اجتماعی کشور مأموریت ارائه خدمات بیمه‌ای و حمایتی به کلیه اقشار جامعه از جمله سالمندان را به عهده دارد.

در "قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی" این وزارتخانه در خصوص اهداف، قلمرو و وظایف این دستگاه این موارد در راستای سلامت سالمندان به چشم می‌خورد: در اجرای اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین بندهای «۲» و «۴» اصل بیست و یکم (۲۱) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاست‌های رفاهی که به منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، نظام جامع تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار میگردد.

ماده ۱:

الف - بازنشستگی، ازکارافتادگی و فوت.

ب - بیکاری.

پ - پیری.

ت - در راه ماندگی، بی‌سرپرستی و آسیب‌های اجتماعی و ...

ث - ایجاد بیمه خاص زنان بیوه، زنان سالخورده و خودسرپرست.

ج - کاهش نابرابری و فقر.

بخش عمده سازمان‌ها و نهادهای خدمت‌دهنده به سالمندان زیر مجموعه این وزارتخانه و یا به نحوی مرتبط با آن هستند. در این بخش، با مهم‌ترین وظایف قانونی این سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با سالمندان اشاره می‌شود:

- شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی

به منظور هماهنگی سیاست‌های اجتماعی در حوزه‌های اشتغال، آموزش و پرورش، تربیت بدنی، مسکن، بهداشت و درمان و سایر بخش‌های مرتبط با حوزه تأمین اجتماعی شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به ریاست رئیس‌جمهور و دبیری وزیر رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل می‌شود. دبیرخانه شورا در وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مستقر می‌باشد و تصمیمات شورای عالی با تصویب وزرای عضو شورای مزبور و تأیید رئیس‌جمهور، معتبر خواهد بود.

ترکیب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به شرح زیر می‌باشد:

الف - رئیس‌جمهور (رئیس شورا).

ب - وزیر رفاه و تأمین اجتماعی (دبیر شورا).

پ - رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.

ت - وزیر کشور.

ث - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ج - وزیر آموزش و پرورش.

چ - وزیر مسکن و شهرسازی.

ح - وزیر کار و امور اجتماعی.

خ - وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح.

د - وزیر امور اقتصادی و دارایی.

ذ - سه نفر نماینده مجلس شورای اسلامی از کمیسیون‌های بهداشت و درمان، اجتماعی و برنامه و بودجه و محاسبات به انتخاب مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر.

وظایف شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به شرح زیر می‌باشد:

الف - هماهنگی سیاست‌های اجتماعی.

ب - تعامل با شورای اقتصاد و سایر شوراهای فرابخشی برای حل مسائل اجتماعی.

پ - بررسی، اصلاح و تأیید سیاست‌های رفاه و تأمین اجتماعی و پیشنهاد آن به هیأت وزیران با رعایت سیاست‌های کلی نظام.

ت - بررسی، اصلاح و تأیید بودجه سالانه رفاه و تأمین اجتماعی در قالب سیاست‌های عمومی و بودجه‌ای کشور و پیشنهاد آن به هیأت وزیران.

ث - پیشنهاد ضوابط کلی نحوه مدیریت وجوه، ذخائر و سرمایه‌گذاری‌های دستگاه‌های اجرایی، دولتی و عمومی، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی با تصویب هیأت وزیران.

تبصره - آئین نامه مربوط به نحوه تشکیل و اداره جلسات، حد نصاب تصمیمات و سایر امور مربوط به شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

- شورای ملی سالمندان:

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۸۳/۱/۲۶ بنا به پیشنهاد مشترک شماره ۱۰۷۳۶ مورخ ۸۱/۷/۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و به استناد جزو (۵) بند (الف) ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، آیین‌نامه اجرایی جزء یاد شده را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- منظور از سالمند در این آیین‌نامه کلیه افراد ۶۰ ساله و بیشتر می‌باشند.

ماده ۲- منظور از ساماندهی، بهبود روش زندگی و ارتقاء کیفیت آن و ایجاد رضایت از زندگی در سالمندان از طریق ارائه خدمات رفاهی، بهداشتی، در مانی و توانبخشی می‌باشد که با رعایت سیاست‌ها و خط‌ومشی‌های زیر انجام می‌پذیرد:

الف- فراهم ساختن امکان حضور سالمند در جامعه

ب- تأکید بر حفظ موقعیت و جایگاه سالمند در خانواده

پ- تأمین حداقل نیازهای اساسی سالمندان نیازمند در کشور

ت- تأکید بر حفظ احترام، شأن و حرمت سالمند

ث- فراهم ساختن امکان مشارکت مردم در انجمن‌ها و مؤسسات غیردولتی

ماده ۳- 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 تشکیل می‌گردد:

وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی یا یکی از معاونان وی، وزیر مسکن و شهرسازی یا یکی از معاونان وی، وزیر امور اقتصادی و دارایی یا یکی از معاونان وی، وزیر آموزش و پرورش یا یکی از معاونان وی، وزیر کشور یا یکی از معاونان وی، وزیر بازرگانی یا یکی از معاونان وی، وزیر جهاد کشاورزی یا یکی از معاونان وی، رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور یا یکی از معاونان وی، رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، رئیس سازمان تربیت بدنی یا یکی از معاونان وی، رئیس سازمان بازنشستگی کشوری، رئیس سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی، سرپرست کمیته امداد امام خمینی، ۳ نفر متخصص دانشگاهی صاحب نظر در امر سلامت سالمندان به انتخاب رئیس شورا (در حال حاضر ریاست شورای ملی سالمندان با وزیر رفاه است و دبیری آن با سازمان بهزیستی) در استان‌ها شورای مذکور با نام کمیته ساماندهی سالمندان، با ریاست استاندار و اعضای مشابه و با دبیری سازمان بهزیستی تشکیل جلسه می‌دهد.

۶-۳. سازمان بهزیستی کشور

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

- ۱- مراکز نگهداری از سالمندان: از طریق ارائه مجوز، اعطای یارانه و نظارت بر این بخش،
 - ۲- برنامه‌های آموزشی: در قالب همایش، سمینار، کارگاه‌های آموزشی، تهیه کتاب، بروشور و بسته‌های آموزشی جهت آموزش مسئولین مراکز، کارشناسان، کادر خدمت دهنده به سالمندان، سالمندان و خانواده‌های آنها
 - ۳- انجام تحقیقات در زمینه سالمندان به منظور شناسایی بهتر جامعه هدف و نیازهای آن
 - ۴- بیمه مکمل سالمندان معلول و نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی که دارای دفترچه بیمه پایه باشند.
 - ۵- ارائه خدمات اجتماعی به خدمت گیرندگان تحت پوشش شامل کمک‌های مستمر و غیرمستمر به خانواده‌های خدمت گیرندگان. (براساس برآورد سازمان بهزیستی کشور ۱۵۰ هزار نفر از سالمندان معلول و نیازمند زیر پوشش خدمات مستمر این سازمان بوده اند).
- بر این اساس و در راستای اهداف خود فعالیت‌های قابل تقدیری را در این راه انجام داده است که با توجه به موضوع مورد بحث در این گزارش به فعالیت‌هایی که در زمینه سالمندی انجام گرفته است خواهیم پرداخت.
- ۱- راه اندازی دبیرخانه شورای ملی سالمندان با هدف هماهنگی امور اجرایی این شورا در مقوله سیاست‌گذاری، تصویب و اجرای برنامه‌های مربوطه در جهت تأمین سلامت و رفاه سالمندان کشور به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور به منظور ساماندهی سلامت و رفاه سالمندان که جلسات آن هر شش ماه یک بار در حضور رئیس جمهور تشکیل خواهد شد. شورای ملی سالمندان در سال ۱۳۸۳ تشکیل شد.
 - ۲- پی‌گیری طرح‌هایی نظیر شهر دوستدار سالمند، بیمه مراقبتی سالمندان، بنیاد فرزندان و مدیریت سایت اطلاع رسانی و آموزشی سالمندان به آدرس: www.sncc.ir از جمله فعالیت‌های دبیرخانه شورای ملی سالمندان می باشد.

- ۳- پرداخت مبالغی به عنوان یارانه حق مراقبت و نگهداری سالمند در مراکز توانبخشی و نگهداری و منازل به صاحبان مراکز مذکور در بخش غیردولتی و خانواده‌ها و دیگر افراد مراقبت کننده؛
- ۴- تأمین وسایل کمکی از قبیل سمعک، عینک، صندلی چرخدار، واکر و مانند آن؛
- ۵- تسهیلات اعتبار قرض الحسنه جهت احداث یا خرید یا تأمین ودیعه اجاره ساختمان، تجهیز و راه اندازی مرکز تا میزان ۹۰ درصد هزینه‌های مورد نیاز به متقاضیان ایجاد مراکز مذکور.
- ۶- تحت پوشش و حمایت قرار دادن کلیه سالمندان زیر خط فقر با همکاری کمیته امداد امام خمینی؛
- ۷- سازمان بیمه خدمات درمانی مکلف است کلیه افراد سالمند قانون پوشش بیمه خدمات درمانی از محل اعتباراتی که در لوایح بودجه سنواتی برای آنان منظور می‌گردد، تحت پوشش بیمه درمان درآورد. مجری و قانونگذار بیمه سالمندی از سوی ۲ سازمان بهزیستی و سازمان‌های بیمه‌گر تحقق نیافته است؛
- ۸- تأمین مسکن سالمندان نیازمند فاقد مسکن و تمهیدات لازم برای تخصیص یارانه تعمیر و بازسازی مسکن برای سالمندان نیازمند به کمک وزارت مسکن و شهرسازی؛
- ۹- تأمین امنیت غذایی سالمندان، به کمک وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی، بازرگانی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور؛
- ۱۰- تأمین امکانات و تسهیلات مناسب جهت ورزش دوران سالمندی به کمک وزارت ورزش و جوانان. علاوه بر موارد فوق سازمان بهزیستی در زمینه آموزش و پژوهش نیز فعال بوده و علاوه بر انجام طرح‌های تحقیقاتی در زمینه‌های سالمندی سالم اقدام به چاپ کتب، کتابچه، پوستر و پمفلت‌های آموزشی با موضوعیت سالمندی نیز داشته است.
- ۱۱- توجه به این نکته بسیار حائز اهمیت است که آیا این قوانین توافقی، در حال حاضر اجرا می‌شود یا خیر و آیا سالمندان از این قوانین که در جهت رفاه حال آنان تدوین شده اطلاعی دارند یا خیر و آیا این اقدامات برای جامعه‌ای که در حال گذار و رو به سالمندی است کفایت می‌کند یا خیر و پرسش‌هایی از این قبیل که آیا سازمان بهزیستی تا چه حد توانسته در این مهم موفقیت کسب نماید.

(<http://www.behzisti.ir/Pages/?id=16>)

۴-۶. کمیته امداد امام خمینی

یکی از وظایف کمیته امداد امام خمینی (ره)، بررسی و شناخت انواع محرومیت‌های مادی و معنوی نیازمندان و تأمین نیازهای حمایتی، معیشتی، فرهنگی و ارتقای سطح زندگی آنها در حد امکان است.^{۵۰} سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) نیز 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 (ره)^{۵۱}، در سال ۱۳۸۷ حدود ۵۷۰ هزار نفر (۱۸/۷ درصد) از افراد زیرپوشش طرح مددجویی و همچنین حدود ۸۹۰ هزار نفر (۴۶/۷ درصد) از افراد زیرپوشش طرح شهید رجایی سالمند بوده‌اند. به بیان دیگر، تعداد کل سالمندان زیر پوشش این نهاد یک میلیون و ۴۶۰ هزار نفر بوده که حدود ۳۲ درصد از جمعیت زیرپوشش این نهاد است.

نظام جامع تأمین اجتماعی

نظام جامع تأمین اجتماعی شامل سه حوزه می‌باشد:

الف - حوزه بیمه‌ای: شامل بخش بیمه‌های اجتماعی از جمله بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، از کارافتادگی و بازماندگان و بخش بیمه‌های درمانی (بهداشت و درمان) می‌باشد.

تبصره - خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می‌شوند بطوری‌که:

۱- حدود خدمات بیمه‌ای همگانی را قانون تعیین می‌کند.

۲- بیمه‌های تکمیلی به آن دسته از خدمات بیمه‌ای گفته می‌شود که علاوه بر سطح خدمات بیمه‌های همگانی، با انعقاد قرار دادهای انفرادی یا گروهی فی‌مابین بیمه شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه شده انجام می‌پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی نداشته، اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم از این گونه بیمه‌ها می‌باشد.

ب - حوزه حمایتی و توانبخشی: شامل ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمک‌های مالی به افراد و خانواده‌های نیازمندی است که به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی‌کند.

ج - حوزه امدادی: شامل امداد، نجات در حوادث غیرمترقبه.

به منظور کاهش آثار سوء احتمالی سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی و توسعه‌ای بر وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی مردم و جلوگیری از وارد آمدن هرگونه شوک و ضربه ناشی از سیاست‌های فوق، متولی نظام جامع تأمین اجتماعی در تصمیمات اقتصادی خصوصاً در مذاکرات مربوط به تعیین حداقل دستمزدها مشارکت و در شورای اقتصاد، شورای عالی اشتغال، شورای عالی کار، شورای پول و اعتبار، شورای عالی بیمه خدمات درمانی، شورای عالی سلامت و شورای عالی خانواده با حق رأی شرکت خواهد کرد.

اصول و سیاست‌های اجرایی نظام جامع تأمین اجتماعی به شرح زیر می‌باشد:

الف - سیاست جامعیت: جامعیت به معنای ارائه کلیه خدمات متنوع و مصرح در این قانون است.

ب - سیاست کفایت: که بر اساس آن در مرحله اول حداقل نیازهای اساسی آحاد جامعه تأمین و در مرحله دوم کمیت و کیفیت خدمات ارتقاء می‌یابد.

پ - سیاست فراگیری: که بر اساس آن خدمات نظام تأمین اجتماعی باید برای کلیه آحاد ملت تأمین و تضمین شود.

ت - سیاست پیشگیری: اعمال این سیاست شامل هر سه حوزه بیمه‌ای، حمایتی و امدادی می‌باشد و مطابق آن بر ضرورت هماهنگی با سایر دستگاه‌های موثر تاکید می‌شود به نحوی که تلاش برای پیشگیری از ظهور یا گسترش انحرافات و مشکلات اجتماعی به عنوان یک سیاست هماهنگی فرابخشی مبنای عمل قرار گیرد.

ث - سیاست توانمندسازی: سیاست توانمندسازی به معنای کاهش روش‌های مبتنی بر تأمین مستقیم نیاز و متقابلاً افزایش توانایی‌های فردی و جمعی به منظور تأمین نیازها توسط خود افراد وابسته می‌باشد.

ج - سیاست کارگستری: سیاست کارگستری، سازوکاری غیرحمایتی است و با ایجاد زمینه‌های اشتغال فرد، امکان تأمین نیاز توسط خود او فراهم می‌شود و به معنای ارائه خدمات رفاهی به شرط انجام تعهدات معین است.

چ - سیاست نیازمندیابی فعال: رسیدگی به حقوق افراد با استفاده از سیستم جامع آماری و اطلاعاتی و تاکید بر کرامت انسانی و نفی روشهای تحقیر آمیز.

ح - حقوق افراد عضو و تحت پوشش در قبال تعهدات قانونی سازمانها، موسسات و صندوق‌های بیمه ای این نظام تحت ضمانت دولت خواهد بود و دولت مکلف است تمهیدات مالی، اعتباری و ساختاری لازم در این زمینه را اتخاذ نماید.

خ - ارائه تعهدات بیمه ای صندوق ها در قبال افراد عضو و تحت پوشش بر اساس قاعده عدالت و به تناسب میزان مشارکت (سنوات و میزان پرداخت حق بیمه) و با تنظیم ورودی ها و خروجی ها طبق محاسبات بیمه ای صورت می پذیرد.

د - سازمان ها، موسسات و صندوقهای بیمه ای نظام تأمین اجتماعی ماهیت تعهدی داشته و حق بیمه شدگان نسبت به صندوق ها، منحصر به دریافت تعهدات قانونی است.

تبصره - با توجه به محدودیت منابع دولت در هر سه سیاست (کفایت، جامعیت و فراگیری)، دولت موظف است سیاستهای مراحل خود را در ضمن برنامه های توسعه کشور منظور نماید.

۶-۵. صندوق های بیمه و بازنشستگی

صندوق های بیمه و بازنشستگی وظیفه تأمین سلامت (خدمات درمانی) و معیشت بیمه شدگان را در دوران سالمندی برعهده دارند. طبق قوانین و مقررات بازنشستگی، هر فردی که شرایط بازنشستگی را کسب کند، از مزایای بیمه اجتماعی شامل مستمری بازنشستگی، بیمه درمان و سایر کمک ها و خدمات رفاهی - معمولاً در حد گذران زندگی - برخوردار می شود.

هرچند که ممکن است افرادی به دلیل داشتن سابقه کار بیش از ۳۰ سال و یا استفاده از بازنشستگی پیش از موعد، قبل از رسیدن به سن ۶۰ سالگی هم بازنشسته شوند، اما بخش عمده بازنشستگان به دلیل رسیدن به سن قانونی بازنشستگی (۶۰ سال برای مردان و ۵۵ سال برای زنان) بازنشسته می شوند. به بیان دیگر، بخش قابل توجهی از بازنشستگان را سالمندان تشکیل می دهند که علاوه بر خودشان، همسرانشان هم از خدمات بیمه های بازنشستگی و درمان برخوردار هستند.

براساس گزارش صندوق های بازنشستگی، در پایان سال ۱۳۸۷ تعداد بازنشستگان زیرپوشش سازمان تأمین اجتماعی حدود ۸۴۵ هزار نفر بوده و تعداد بازنشستگان زیرپوشش صندوق بازنشستگی کشوری که بالای ۶۰ سال سن داشته اند، حدود ۳۵۰ هزار نفر بوده است. البته به این آمار باید تعداد همسران این افراد را نیز که اغلب سالمند هستند (و آمار دقیقی از آن در دسترس نیست) باید اضافه کرد.

علاوه براین دو سازمان بیمه ای، حدود ۲۰ صندوق بازنشستگی وابسته به سازمان ها و دستگاه های اجرایی کشور نیز هرکدام بخشی از جمعیت را زیرپوشش دارند که آمار مستندی از تعداد سالمندان برخوردار از خدمات این بیمه ها در دسترس نیست

۶-۶. وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

این وزارت متولی اصلی سلامت جامعه است و به لحاظ مسئولیتی که در قبال حفظ و سلامت شهروندان دارد، اقداماتی را نیز در زمینه سلامت سالمندان انجام می‌دهد. با تأسیس اداره سالمندان در حوزه معاونت سلامت این وزارتخانه، موضوع سلامت سالمندان بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفت. علاوه بر ارائه انواع خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به سالمندان، طرح‌ها و خدمات ویژه‌ای نیز از سوی این وزارت برای سالمندان به اجرا درآمده که مهم‌ترین آنها به این شرح است:^{۵۲}

• اجرای برنامه ترویج «شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی» و ارائه آموزش استاندارد مبتنی بر نیاز سالمندان.

این برنامه از سال ۱۳۸۲ بدنبال بررسی‌های کشوری وضعیت سالمندان در سال‌های ۷۷ و ۸۱ شروع گردید. متعاقب این بررسی‌ها مجموعه ۴ جلدی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی توسط تیم تخصصی و بر اساس نیازهای اساسی در سلامت سالمندان تدوین گردید و پس از برگزاری دو دوره تربیت مربی برای کارشناسان ستادی دانشگاه‌ها در راستای تشکیل هسته آموزشی در اختیار دانشگاه‌ها قرار داده شد تا به آموزش سالمندان بر اساس این مجموعه بپردازند. اهداف این برنامه در سال‌های گذشته صرفاً آموزش سالمندان بود و تا سال ۱۳۸۵ حدود ۳۰٪ سالمندان تحت آموزش قرار گرفتند. البته در مرحله اول این برنامه با چالش‌هایی مواجه بود که در مراحل بعدی مورد اصلاح قرار گرفتند، از جمله این چالش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:

- مشخص نبودن این که یک سالمند کدام یک از مجموعه ۴ جلدی را آموزش دیده است.
- نبود شاخص روشن و بیانگر در خصوص سالمند آموزش دیده.
- نبود نگاه مستقل به این آموزش به عنوان یک برنامه.
- کمبود منابع آموزشی که باید در دسترس سالمند قرار می‌گرفت.

با توجه به مسائل موجود ، اداره سلامت سالمندان با جمع‌آوری نظرات دست‌اندرکاران اجرایی برنامه در دانشگاه‌ها به این نتیجه رسیدند که برای انجام این آموزش‌ها و مقبولیت آن از طرف سالمندان می‌بایست بر اساس مشکلات موجود سالمندان و نیاز آنان آموزش‌ها انجام شود و تا ایجاد تغییر رفتار پیگیری شود و با توجه به این موارد برنامه فوق تغییرات رفتاری حاصل از اهداف آموزشی برنامه ترویج شیوه زندگی سالمند را در راستای نیل به اصلاح شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی دنبال کرد .

۲۰- گزارش اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۸۹

لذا استانداردهای آموزش شیوه زندگی سالم و ابزار لازم جهت بررسی فرد آموزش دیده ، سالمند دارای اطلاعات ماندگار و سالمند دارای تغییر رفتار ، پایش برنامه تنظیم و مورد بهره برداری قرار گرفت. این استاندارد سازی طی ۳ برنامه آموزشی برای کارشناسان ستادی سالمندان دانشگاه ها برگزار گردید.

برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی از اواخر سال ۱۳۸۶ با تکمیل فرم‌های ۱۶ سئوالی مربوط به مشکل شایع در گروه سنی ۶۹-۶۰ سال آغاز شد. پس از جمع بندی سئوالات مشکل شایع سلامتی منطقه شناسایی و موضوع آموزشی تعیین شد و از ابتدای سال ۱۳۸۷ کلاس ها برگزار شد. بیشترین مشکل شایع شناسایی شده در ۷۲ شهرستان منتخب، مشکل درد مفاصل و دهان و دندان بوده است.

بر اساس برآورد کشوری می‌بایست تا پایان سال ۱۳۸۷ حدود ۱۰۰٪ سالمندان شناسایی شده با مشکل شایع آموزش می‌دیدند که حدود نیمی از آنان آموزش دیدند. از کل سالمندان آموزش دیده ۳۹/۱٪ مرد و ۶۰/۷٪ زن بودند. از کل سالمندان آموزش دیده ۱۹/۴٪ با سواد و ۸۰/۴٪ بی سواد بودند. از کل سالمندان آموزش دیده ۱۰/۹٪ تنها زندگی میکردند و ۸۹/۳٪ با فرد همراه زندگی میکردند. از کل سالمندان آموزش دیده ۴۹/۷٪ در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال و ۵۱/۱٪ در گروه سنی ۶۹-۶۵ سال بودند.

پایش کلاس‌های شیوه زندگی سالم در سالمندی در مراحل بعدی

اهداف: افزایش درصد سالمندان دارای بهبود رفتار در راستای آموزش ها و آگاهی‌های شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی، افزایش درصد دانشگاه‌های دارای هسته آموزشی متشکل از مربیان دوره دیده و تربیت شده در زمینه انتقال مفاهیم شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی به گروه‌های هدف و همچنین افزایش درصد خانواده‌های آگاه در زمینه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی، تکریم سالمند، اهمیت سالمندی سالم و مستقل بوده است.

بر اساس برنامه می‌بایست تعداد ۲۱۶۰ خانه بهداشت (۳۰ خانه بهداشت از هر شهرستان) و ۷۲۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری (۱۰ مرکز از هر شهرستان) پایش شوند که از این تعداد ۹۰۲ خانه بهداشت و ۲۵۳ مرکز پایش شدند. نتایج حاصل از جمع بندی اطلاعات چک لیست پایش در مورد میزان رعایت استانداردهای برنامه در کلاس‌های آموزشی شیوه زندگی سالم نشان داد که پایین ترین درصد در روستا مربوط به شاخص وسایل و تجهیزات موجود در کلاس بود که به علت نبود تخته سیاه/ وایت برد، ماژیک و کتاب بوده است. همچنین پایین بودن درصد شاخص رعایت نکات ایمنی در روستا به علت کمبود وسایل نوری، گرمایی و سرمایی مناسب بوده است. لازم به ذکر است که شاخص‌های برون داد کلاس در این برنامه شامل (عوامل فیزیکی رعایت شده، وسایل و تجهیزات موجود، رعایت نکات ایمنی، فراگیران با ویژگی‌های

استاندارد، انجام نیاز سنجی، انجام پیش آزمون، اجرای طرح درس، مسئولیت پذیری مربی و انجام آزمون نهایی در مراکز شهری و خانه‌های بهداشت بوده است.

• اجرای طرح «مراقبت‌های ادغام یافته و جامع سالمندی» :

در سال‌های ۷۷ و ۸۱ دو تحقیق کشوری در خصوص وضعیت سالمندان و مطالعه ای که در سال ۱۳۸۲ در مورد ۲۵۰ بیماری شایع در کشور به تفکیک گروه سنی و جنس انجام شد و بار بیماری ها در هر گروه سنی از آن استخراج گردید، که مبنای ورود بیماری‌های اولویت دار به برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سالمند گردید. این طرح از سال ۱۳۸۴ در دستور کار قرار گرفت و از سال ۱۳۸۵ به صورت پایلوت در ۴ شهرستان آغاز شد و در سال ۱۳۸۶ به ۱۷ شهرستان تسری یافت. از جمله اهداف این طرح شامل ۱- تعیین مشکلات اجرایی برنامه و اصلاح آن و ۲- میزان کارآیی برنامه حداقل ۱۲ و حداکثر ۳۶ ماه پس از اجرای و اصلاح آن، بودند.

در نتیجه اجرای این طرح، تا نیمه اول سال ۱۳۸۷ حدود ۵۵ هزار سالمند تحت پوشش این خدمات قرار گرفتند. بر اساس نتایج اجرای برنامه تا پایان نیمه اول سال ۱۳۸۷، بیشترین میزان شیوع بیماری ها در سالمندان مراقبت شده شامل : احتمال خطر ابتلا به بیماریهای قلب و عروق (۲۵٪)، آرتروز (۲۱٫۵٪) و فشارخون بالا (۱۸٫۵٪) بوده و کمترین آن مربوط به سل و سرطان کولورکتال (۱٪) و دمانس (۴٪) بوده است. قرار است این برنامه به طور تدریجی اجرا و تا سال ۱۳۹۴ در سراسر کشور گسترش یابد.

• اجراء طرح‌های غربالگری مرتبط با سلامت سالمندان

• آموزش طب و مراقبت‌های بهداشتی دوران سالمندی به کلیه رده‌های نیروی انسانی پزشک

تا بهورز(سند ملی برنامه راهبردی)

از جمله وزارتخانه‌هایی که در زمینه سالمندی فعالیت می‌کنند وزارت بهداشت می‌باشد این سازمان ریاست شورای ملی سالمندان را عهده دار است اداره سلامت سالمندی در قالب دفتر سلامت خانواده در این وزارتخانه به فعالیت مشغول می‌باشد در دفتر سلامت خانواده و جمعیت اقدام‌های زیر درحال اجرا است:

الف) ایجاد حساسیت و ارتقاء آگاهی عموم در زمینه اهمیت سالخوردگی جمعیت، تقویت تکریم و احترام به سالمندان و تحکیم ارتباط بین نسلی از طریق:

۱- توجیه شورای سیاستگزاری سازمان صدا و سیما در مورد اولویتهای برنامه سلامت سالمندان

۲- برگزاری مراسم روز جهانی سالمندان

۳- برگزاری گردهمایی و سمینار

ب) آموزش شیوه زندگی سالم:

براساس بررسی سیمای مرگ در چهار استان کشور در سال ۱۳۷۸ و در ده استان کشور در سال ۱۳۷۹ شایعترین علل مرگ در گروه سنی بالای ۵۰ سال بیماریهای قلبی عروقی، سرطانها، بیماریهای دستگاه تنفسی و حوادث میباشند. براساس بررسی کشوری وضعیت سالمندان شایعترین اختلالات شایع دوران سالمندی عبارت از اختلال حرکتی، سرگیجه، فشارخون، آنژین صدری، مشکلات بینایی و شنوایی، مشکلات ادراری، دیابت و ... میباشند. پس از بررسی سیر بیماری در موارد فوق نوع مداخلهها در سطوح مختلف پیشگیری تعیین شد. در سطح اول، آموزش شیوه زندگی سالم در طول عمر از جمله در دوره سالمندی، از اهمیت بالایی برخوردار است. به همین منظور توصیههای مذکور در یک مجموعه آموزشی چهارجلدی مشتمل بر توصیههای تغذیه و ورزش سالمندان، برخورد صحیح با مشکلات شایع دوران سالمندی از جمله مشکلات استخوانها و مفاصل، نفخ و یبوست، بهداشت دهان و دندان، کنترل ادرار، یائسگی، کاهش قدرت حافظه، بازنشستگی و ... گردآوری شده است. مجموعه به شکل خودآموز تهیه شده و گروه هدف آن سالمندان میباشند مدیران بهداشت خانواده کل کشور در این زمینه آموزش دیدهاند و این آموزش به تدریج به سالمندان منتقل می‌شود

ج) تدوین پروتکل استاندارد ارائه خدمات سطح اول و دوم به سالمندان:

برخورد مناسب با مشکلات و بیماریهای اولویتدار سالمندان کشور فقط محدود به آموزش شیوه زندگی سالم نمیشود و نیازمند طراحی مداخلههای تشخیصی و درمانی است. این طراحی شامل تعیین نوع مداخله، استانداردهای علمی مداخله، تناوب ارائه خدمت، تعیین فرد واجد شرایط ارائه خدمت، سطحبندی و میباشد که در دست تهیه است. پس از تکمیل و تأیید نهایی این پروتکل و انجام آزمایشی آن، برنامه جهت اجرای کشوری اعلام خواهد شد

۵) پیگیری تربیت نیروی انسانی مجرب با تخصص طب سالمندان و گنجاندن مطالب مرتبط با سلامت سالمندان در فهرست درسی سایر رشته ها که در حال حاضر در برنامههای بازآموزی مداوم پزشکان لحاظ شده است

۶- ۷. دانشگاههای علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی:

اقداماتی که دانشگاههای علوم پزشکی انجام دادهاند شامل موارد ذیل می‌باشد:

- ایجاد دوره‌های تحصیلات تکمیلی نظیر پرستاری سالمندی ، MPH سالمندی و PhD سالمندی.

- برپایی کلینیک‌های تخصصی سالمندی که در این زمینه ارائه خدمات می‌نمایند نظیر کلینیک سالمندان بیمارستان ایت ا. طالقانی ، بیمارستان سینا و رسول اکرم ، بیمارستان روزبه و کلینیک طب سالمندی زاهدان ، شیراز و ...

۸-۶. شهرداری

در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای توسعه یافته جمعیت به نسبت بیشتری پیر می‌شود ؛ یعنی در طول ۵ دهه تقریباً بیش از ۸۰ درصد سالمندان جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد که این رقم با ۶۰ درصد در سال ۲۰۰۵ قابل مقایسه است (شریعت ، ۱۳۹۱ ص ۱۳)

- پیشنهاد لایحه شهر «دوستدار سالمند»

بر اساس مفاد این لایحه، شهرداری تهران موظف است با هماهنگی و همکاری سایر دستگاه‌های ذیربط و نیز مشارکت شهروندان، اقداماتی همچون توجه ویژه به مناسب‌سازی وسایل حمل و نقل عمومی و تعبیه مکان اختصاصی استاندارد برای استفاده سالمندان، تدوین، ابلاغ و نظارت بر حسن اجرای استانداردها و ارتقای آنها جهت مناسب‌سازی معابر و اماکن عمومی و خصوصی، به ویژه در کالبد و مبلمان شهری همچون ایستگاه‌های اتوبوس، مترو، پایانه‌های شهری، بوستان‌ها، سرویس‌های بهداشتی و ساختمان‌های مسکونی و تجاری و در نهایت ارائه خدمات و تسهیلات ویژه رفاهی، فرهنگی، ورزشی و تفریحی به سالمندان و استفاده آنان از سامانه حمل و نقل عمومی در اجرای طرح منزلت شهرداری تهران در دستور کار خود قرار دهد.

- نصب وسایل ورزشی مخصوص برای استفاده سالمندان و کم توانان جسمی و حرکتی در سطح شهر

- تاسیس ۳۷۴ کانون جهاندیدگان در محلات شهر تهران با عضویت ۷۵ هزار نفر (گزارش عملکرد اداره کل سلامت شهرداری تهران ، سال ۱۳۹۰ ص ۱۸). اعضای جهاندیده در کانون‌های جهاندیدگان که شامل کمیته‌های مذهبی ، گردشگری، تفریحی، فرهنگی، آموزشی، علمی، هنری و... هستند، به صورت مشارکتی به انجام فعالیت‌های مختلف اجتماعی می‌پردازند(مهدی امیری معاون اداره کل اداره سلامت شهرداری تهران)

- فرهنگسرای سالمند

- تهیه و توزیع کارت منزلت سالمند این کارت هوشمند که برای افراد بالاتر از ۶۵ سال صادر میشود دارای مزایای محدودی از قبیل ارائه در اتوبوس ، مترو ، استخر و.. دارد

۶-۹. مؤسسه خیریه کهریزک

تنها یک مؤسسه خیریه در ارتباط با سالمندان در کشور وجود دارد. در تاریخ ۱۳۵۲/۵/۲ در زمین اولیه آسایشگاه فعلی با مساحت ۲۸۰۰۰ مترمربع در روز ولادت حضرت فاطمه زهرا(س)، آسایشگاه سالمندان کار ساخت و ساز را به همت دکتر حکیم زاده شروع کرد و به گونه ای که امروزه این محل با وسعت حدود ۴۲۰،۰۰۰ متر مربع زمین و احداث بناهای زیبا با کاربری‌های مختلف آسایشگاه‌های مردان و زنان برای عزیزان معلول و سالمند کارگاه‌ها، فیزیوتراپی، ساختمان بیماران ام.اس، سالن ورزشی، فضای سبز مطلوب و آب نما، و... در خدمت مددجویان عزیز می‌باشد. بسیاری از بناهای موجود با نام و تأمین هزینه بانیان آن اتمام بنا گردیده است.

فصل هفتم

مروری بر سوابق پژوهشی مطالعات سالخوردگی در ایران

۷-۱. مقدمه

منابع مرور شده در این قسمت شامل مقالات، پایان‌نامه‌ها، و پژوهش‌هایی است که در قالب کتاب به چاپ رسیده‌اند. محل مراجعه به این منابع متنوع و شامل سایت‌ها، کتابخانه‌ها، سازمان‌ها و سایر مراجع مرتبط می‌باشد. مجموع تعداد منابع مورد مراجعه ۱۸۹ مورد است که عمدتاً به‌طور مستقیم به حوزه مطالعات سالخوردگی در ایران پرداخته‌اند.

۷-۲. مطالعات انجام گرفته در حوزه سالخوردگی در ایران

منابع مورد مراجعه از نظر محتوایی در دو گروه مطالعات سطح خرد و مطالعات سطح کلان تقسیم شده‌اند. مطالعات انجام شده در سطح خرد شامل مطالعاتی است که معمولاً با استفاده از پیمایش‌های نمونه‌ای و تحلیل داده‌های فردی که در آن افراد سالمند واحد تحلیل بوده‌اند، صورت گرفته است و سطح کلان مطالعاتی را در بر می‌گیرد که نه بر روی افراد بلکه با مطالعه ساختار سنی جمعیت به جنبه‌های جمعیتی-اقتصادی و اجتماعی سالخوردگی پرداخته، داده‌های جمعی (aggregate data) که عمدتاً از اطلاعات سرشماری کسب شده است را به کار برده‌اند.

مطالعات سطح فردی شامل ۱۲۸ مورد بوده، یعنی حدود ۶۷ درصد، و مطالعات سطح کلان شامل ۶۱ مورد یا حدود ۳۳ درصد از کل مطالعات بوده‌اند. هر یک از این دو سطح در گروه‌بندی‌های موضوعی نیز مرور شده‌اند. در جدول شماره ۱۲ توزیع مطالعات در هر یک از این دو سطح و زیرگروه‌های آنها نشان داده شده است. در سطح خرد بیشترین سهم به مطالعات حوزه سلامت روانی و افسردگی (۲۸ درصد)، و بعد از آن کیفیت زندگی (۱۸ درصد) اختصاص دارد. کمترین درصد مطالعات نیز مربوط به اوقات فراغت سالمندان و نابرابری‌های جنسی در سالمندان (۱،۶ درصد)، و سوءرفتار با سالمندان (۲،۲ درصد) می‌باشد (شکل ۳۱). در سطح کلان نیز اکثر مطالعات بر روی پیامدهای اقتصادی سالخوردگی جمعیت (۴۹،۲ درصد) و روند تغییرات ساختار سنی جمعیت (۲۳ درصد) انجام شده است. کمترین درصد مطالعات نیز بر روی عوامل مؤثر بر تغییرات ساختار سنی جمعیت (۶،۶ درصد) و سالخوردگی جمعیت و سیاست‌های مرتبط (۸،۲ درصد) انجام گرفته است (شکل ۵۴).

صرف نظر از سطح مورد بررسی، مطالعات مرتبط با سلامت روانی و افسردگی با ۱۹،۶ درصد، مطالعات مرتبط با پیامدهای اقتصادی تغییرات ساختار سنی جمعیت با ۱۵،۹ درصد، مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی در سالمندان با ۱۲،۷ درصد، و مطالعات مرتبط با روند تغییرات ساختار سنی جمعیت با ۷،۵ درصد، سهم بیشتری در مطالعات سالخوردگی ایران داشته‌اند (شکل ۵۴).

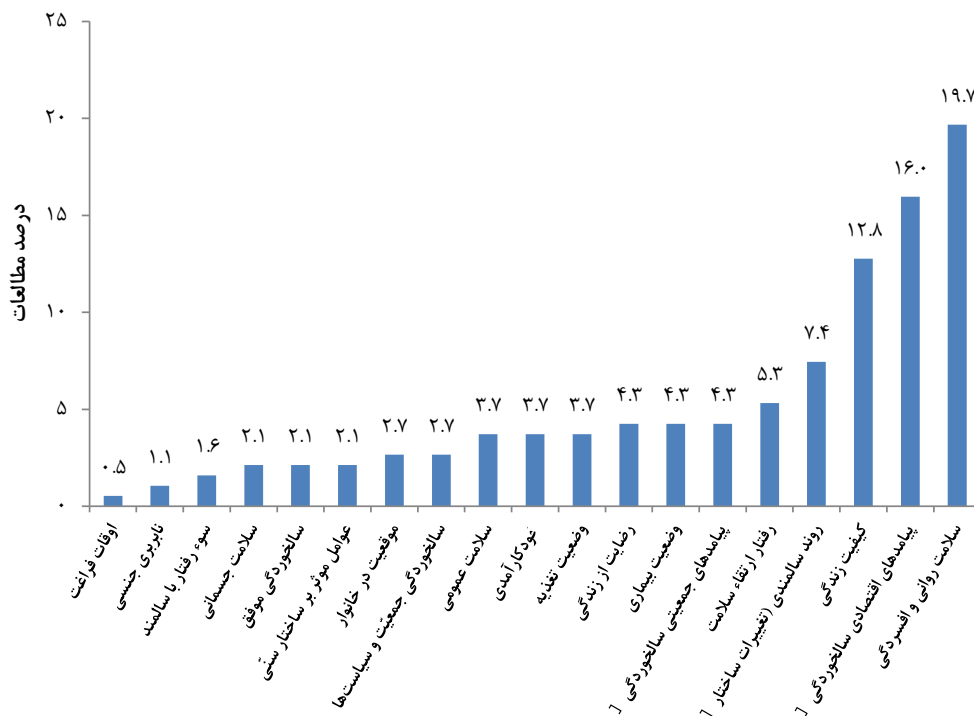
جدول ۱۲: فراوانی و درصد مطالعات بر حسب موضوع در دو سطح خرد و کلان

درصد به کل	درصد به هر سطح	تعداد مطالعه	موضوع	
۱,۱	۱,۶	۲	اوقات فراغت	سطح خرد
۱,۱	۱,۶	۲	نابرابری جنسی	
۱,۶	۲,۳	۳	سوء رفتار با سالمند	
۲,۱	۳,۱	۴	سلامت جسمانی	
۲,۱	۳,۱	۴	سالخوردگی موفق	
۲,۶	۳,۹	۵	موقعیت در خانوار	
۳,۷	۵,۵	۷	سلامت عمومی	
۳,۷	۵,۵	۷	خودکارآمدی	
۳,۷	۵,۵	۷	وضعیت تغذیه	
۴,۲	۶,۳	۸	رضایت از زندگی	
۴,۲	۶,۳	۸	وضعیت بیماری	
۵,۳	۷,۸	۱۰	رفتار ارتقاء سلامت	
۱۲,۷	۱۸,۸	۲۴	کیفیت زندگی	
۱۹,۶	۲۸,۹	۳۷	سلامت روانی و افسردگی	
۶۷,۷	۱۰۰	۱۲۸	جمع	
۲,۱	۶,۶	۴	عوامل موثر بر ساختار سنی	سطح کلان
۲,۶	۸,۲	۵	سالخوردگی جمعیت و سیاست‌ها	
			پیامدهای جمعیتی سالخوردگی	
۴,۲	۱۳,۱	۸	جمعیت	
۷,۴	۲۳	۱۴	روند تغییرات ساختار سنی	
۱۵,۹	۴۹,۲	۳۰	پیامدهای اقتصادی سالخوردگی	
۳۲,۳	۱۰۰	۶۱	جمع	

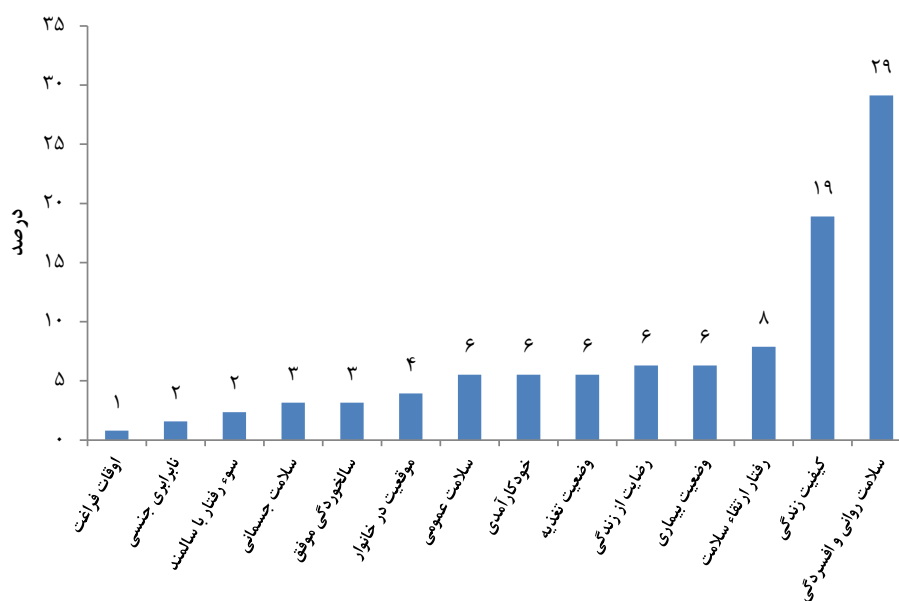
در جدول شماره ۱۳ توزیع مطالعات در ارتباط با سایر ویژگی‌ها آمده است. بر حسب جنس تفاوتی در بین مطالعات وجود ندارد و اکثر آنها بر روی هر دو جنس صورت گرفته اند. در مطالعات سطح کلان از آنجایی که ساختار سنی کل جمعیت و تغییرات و پیامدهای آن مد نظر بوده است، لذا به مطالعه کل جمعیت پرداخته شده است و بحثی از تفاوت جنسی نشده است. همچنین اینکه این مطالعات اکثراً بر روی کل کشور صورت گرفته در حالی که در مطالعات سطح خرد از آنجایی که نیاز به پیمایش از طرف محقق بوده است،

اکثر مطالعات در سطوح استانی صورت گرفته است. نکته دیگر اینکه بیشتر مطالعات سطح خرد در مناطق شهری انجام گرفته اند و تعداد خیلی اندکی از آنها در سطح روستایی انجام شده‌اند.

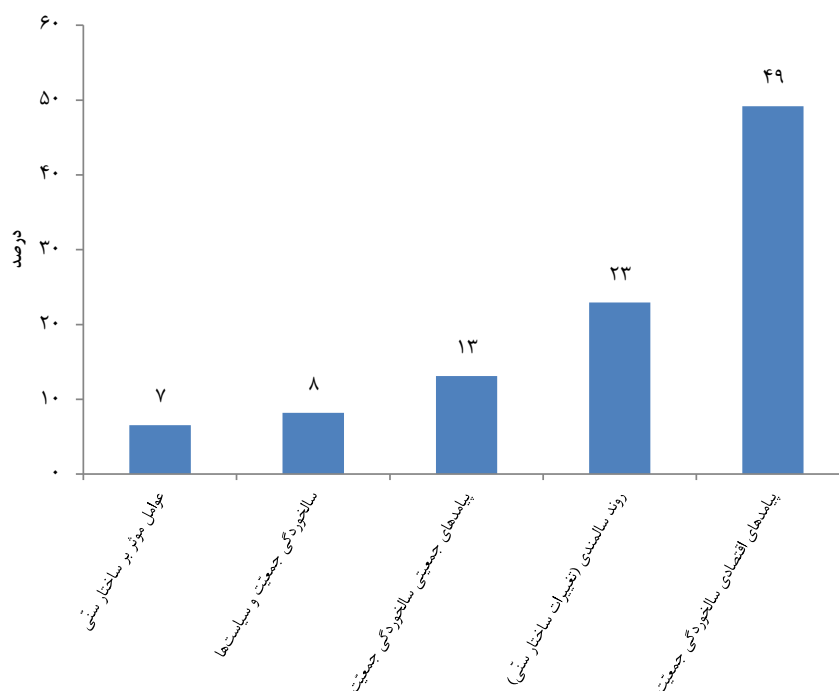
شکل ۵۴: درصد مطالعات بر حسب حوزه موضوعی



شکل ۵۵: درصد مطالعات بر حسب موضوع در سطح خرد



شکل ۵۶: درصد مطالعات بر حسب موضوع در سطح کلان



جدول ۱۳: توزیع بر حسب ویژگی‌های انتشار و سطوح مورد بررسی

تعداد مطالعه		جنس افراد مورد بررسی			نوع انتشار مطالعه			سطح مطالعه	
		مرد	زن	هر دو	مقاله	کتاب	پایان نامه	کشور	استان
۱۲۸	سطح خرد	۴	۵	۱۱۹	۱۱۳	۱	۱۴	۱	۱۲۶
۶۱	سطح کلان	۰	۰	۶۱	۵۹	۰	۲	۶۱	۰
۱۸۹	جمع	۴	۵	۱۷۹	۱۷۱	۱	۱۶	۶۲	۱۲۶
تعداد مطالعه		زمان انتشار			منطقه مطالعه				
		قبل از ۷۰	دهه ۷۰	دهه ۸۰	بعد از ۹۰	شهری	روستایی	هر دو	
۱۲۸	سطح خرد	۰	۱	۹۱	۳۶	۱۱۳	۶	۹	
۶۱	سطح کلان	۰	۰	۲۹	۳۲	۰	۰	۶۱	
۱۸۹	جمع	۰	۱	۱۱۹	۶۸	۱۱۲	۶	۷۰	

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

در خلاصه اجرایی همین گزارش، مواردی از خصوصیات و چالش‌های سالخوردگی جمعیت ایران ذکر شده است. مورد به مورد می‌توان از این یافته‌ها نتیجه‌گیری و بر آن مبنا پیشنهاداتی برای برنامه‌ریزی‌های سالمندی ارائه کرد. مهمترین این موارد به عبارت زیر انتخاب شده و ارائه می‌شوند.

۱- قبل از هرگونه ملاحظات جمعیتی- اجتماعی در برنامه‌ریزی‌ها، پیشنهاد می‌شود تعاریف نادرست در مورد سالخوردگی جمعیت، چه از طریق سخنرانی و سمینارهای علمی، چه بولتن‌های اطلاع‌رسانی و یا برگزاری کارگاه برای مدیران و سیاست‌گذارانی که در تدوین و اجرای سیاست‌های جمعیتی دخیل هستند، اصلاح شود. همان‌طور که در این گزارش به‌طور مبسوط بحث شده است، سالخوردگی فردی و سالخوردگی جمعیت دو پدیده جمعیتی مرتبط ولی اساساً متمایز هستند. باید به‌درستی به خاطر داشت که برنامه‌ریزی‌های مربوط به ارتقای سطح زندگی و رفاه و به‌زیستی سالمندان بر شمار جمعیت و ویژگی‌های جمعیتی و اقتصادی- اجتماعی استوار می‌شوند، که از پدیده اول ریشه می‌گیرد. در حالی که جنبه مرتبط با کاهش سطح باروری، آن‌گونه که در سیاست‌های جمعیتی از آن بحث می‌شود، به تأثیر این رفتار جمعیتی بر ساختار سنی و بر هم خوردن تناسب جمعیت گروه‌های مختلف سنی و یا سالخوردگی جمعیت باز می‌گردد. سالخوردگی فردی حاصل افزایش شانس زنده ماندن و سالخوردگی جمعیت نتیجه گذار جمعیتی جوامع است و از هر دو این جهات همان‌طور که در بولتن‌ها و گزارش‌های سازمان ملل متحد آمده است، این پدیده اجتناب‌ناپذیر، فراگیر، نوظهور و بازگشت‌ناپذیر است.

۲- از آنجا که سالخوردگی فردی نتیجه اجتناب‌ناپذیر افزایش شانس زنده ماندن بوده که به‌نوبه خود ناشی از به ثمر رسیدن تلاش ملل برای افزایش امید زندگی و طول عمر مردمان است، خواه ناخواه جمعیت سالمند ایران تا دهه ۲۰۶۰ رو به افزایش خواهد بود. مضمون سیاستی این واقعیت این است که روند فزاینده تعداد سالمندان غیرقابل‌تغییر است. براساس پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد، جمعیت سالمند ۶۰ ساله و بالاتر که در سال ۲۰۱۱ حدود ۶/۲ میلیون نفر است در سال ۲۰۲۵ به حدود ۱۱ میلیون و در سال ۲۰۵۰ به حدود ۳۰ میلیون نفر خواهد رسید. این ارقام کاملاً مستقل از هر افزایشی یا کاهشی است که در سطح باروری ایران رخ دهد و بنابراین برنامه‌ها باید جامعه را برای چنین جمعیتی آماده کنند و افق این برنامه‌ها باید سال ۲۰۵۰ باشد.

۳- جمعیت پیر یا کهنسال که سنین ۸۰ سال و بیشتر را دربر دارد، طبق آخرین سرشماری ایران (۲۰۱۱) بیش از ۹۱۹ هزار نفر بوده و پیش‌بینی‌های ملل متحد نشان می‌دهد که مستقل از تغییرات باروری این تعداد به حدود ۵ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید. این افزایش بدین معنی است که نرخ رشد این

جمعیت که در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۴۵ حول و حوش ۳/۵ درصد بوده و تا سال ۲۰۲۵ به بیش از ۴ درصد می‌رسد، در دو دهه منتهی به وسط قرن بیست‌ویکم بیش از ۶ درصد خواهد شد. از آنجا که بار جمعیتی، اجتماعی و با بیماری‌ها، ناتوانایی‌ها و سلامت برای این گروه از جمعیت سالمندان بسیار بالاتر از دیگر گروه‌های جمعیت است، لازم است در برنامه‌ریزی‌ها مورد توجه ویژه قرار گیرد.

۴- جمعیت ایران در آستانه ورود به دوره گذار ساختار سنی و سالخوردگی است. نسبت جمعیت سالمند و شاخص سالخوردگی چنین واقعیتی را نشان می‌دهند. اگرچه نقاط روستایی کشور پیشتر از نقاط شهری و در اثر مهاجرت جوانان زودهنگام پا به این دوره گذاشته است. اگر نسبت جمعیت سالمند را معیار قضاوت بدانیم، در استان‌هایی که باروری پایین‌تری دارند، مثل گیلان، و تا حدودی مازندران، سمنان و اصفهان و استان‌های مهاجرفرست مثل آذربایجان شرقی، همدان و خراسان جنوبی این نسبت بالاتر و در برخی استان‌های با باروری پایین ولی مهاجرپذیر مثل تهران این نسبت پایین‌تر است.

۵- در شاخص‌های سالخوردگی جمعیت تفاوت‌های مهمی در استان‌های کشور دیده می‌شود که شایسته توجه در برنامه‌ریزی‌ها است. این شاخص‌ها علاوه بر سطح باروری و مرگ‌ومیر، از عامل سوم یعنی مهاجرت‌های منطقه‌ای نیز تبعیت می‌کنند که برای استان‌های مهاجرفرست به افزایش و در استان‌های مهاجرپذیر به کاهش سهم سالمندان و شاخص سالخوردگی می‌انجامد. اما از نظر برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و سیاست‌گذاری‌های سالمندی، نکته مهم این است که گروه‌های هدف در این برنامه‌ها باید مستقل از این شاخص‌های جمعیتی دیده شوند. مسلماً پرجمعیت‌ترین استان‌ها پرجمعیت‌ترین از نظر شمار سالمندان نیز هستند، اما جزئیات مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ممکن است چنین استان‌هایی بیشترین تعداد سالمند آسیب‌پذیر را نداشته باشند. استان تهران دارای بیشترین جمعیت سالمند است، اما سطح و کیفیت زندگی این سالمندان به‌طور نسبی از وضعیت سالمندان استان‌های کمتر توسعه‌یافته بهتر است. این تفاوت یک معیار مهم در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های منطقه‌ای در مورد سالمندان است.

۶- کاهش نسبت جنسی سالمندان نسل به نسل طی دهه‌های اخیر و در ادامه در آینده کاهش یافته و پدیده سالخوردگی را زنانه خواهد کرد. بنابراین با توجه به اهمیتی که جنس سالمند در وضعیت و کیفیت زندگی سالمندان ایرانی دارد، لازم است برنامه‌ها به تفکیک و ویژه جنس تدوین شوند. مثلاً توانایی اقتصادی سالمندان مرد و زن در ایران کاملاً متفاوت است و زنان معمولاً با از دست دادن همسر خود در شرایط سختی از نظر اقتصادی قرار می‌گیرند، چراکه ۸۰ تا ۹۰ درصد از آنان در دوره‌های قبلی زندگی خود شاغل نبوده و فاقد استقلال اقتصادی و به همین دلیل و تا حدودی به‌خاطر زمینه‌ها و محدودیت‌های اجتماعی اکثر آن‌ها فاقد هرگونه مایملکی هستند و این شرایط آن‌ها را بیش از مردان آسیب‌پذیر می‌کند. به این عوامل آسیب‌زا می‌توان تفاوت در وضعیت سلامت به‌ویژه سلامت روانی، الگوهای بیماری و ... را افزود.

۷- با توجه به رابطه تأیید شده سواد و تحصیلات (یا به‌طور کلی آموزش) با کیفیت زندگی و رفاه در میان سالمندان، نسبت بالای زنان بی‌سواد و با توجه به اهمیت حضور همسر، نسبت بالای زنان بدون همسر که با توجه به طول عمر بیشتر آنان اهمیت دوره بیوگی آنان دو چندان می‌شود؛ یک چالش بسیار جدی هم برای حال حاضر و هم برای آینده خواهد بود. هرگونه برنامه رفاه و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان باید متوجه این دو گروه آسیب‌پذیر باشد. افزون بر این تفاوت‌های استانی در میزان باسوادی سالمندان بسیار خیره‌کننده است. به‌طوری که براساس نتایج این تحقیق، در حالی که این میزان در زنان سالمند استان ایلام حدود ۵ درصد است، در استان تهران حدود ۵۰ درصد و در استان البرز بیش از ۴۰ درصد است. این وضعیت و دیگر متغیرهای اجتماعی سالمندان بر لزوم برنامه‌ریزی‌های منطقه‌ای برای سالمندان تأکید می‌کنند. البته چنین تمایزاتی را در وضعیت ازدواج زنان استان‌های کشور نمی‌توان دید. به این معنی که در همه استان‌ها کمابیش حدود ۵۰ درصد از زنان فاقد همسر هستند.

۸- غیر از سالمندان زن که همواره امیدی به یافتن شغل در بازار راکد کار ندارند، سالمندان مرد همچنان تمایل بالایی به حضور در بازار کار دارند. این ویژگی ضمن این که منعکس‌کننده نیاز این جمعیت به دستمزد حاصل از فعالیت اقتصادی در این دوره است، به نقص و کم‌پوشی سیستم‌های بازنشستگی و حمایت‌های رسمی از سالمندان نیازمند باز می‌گردد. از آنجا که پوشش صندوق‌های بازنشستگی بر اندوخته دوره اشتغال افراد متکی است، گسترش سیستم بازنشستگی برای نسل‌های کنونی خصوصاً زنان ممکن نیست، اما لازم است در برنامه‌های جبران درآمد و جلوگیری از افزایش شمار سالمندان زیر خط فقر به چنین زیرجمعیت‌هایی از سالمندان در سیستم حمایت رسمی توجه ویژه شود. افزون بر این تفاوت‌های استانی قابل‌توجهی در میزان مشارکت اقتصادی سالمندان وجود دارد که بخشی از این تفاوت‌ها به تفاوت ساختارهای اقتصادی و اشتغال در این مناطق بازمی‌گردد. مثلاً در استان نسبتاً برخورداری مثل گیلان یا مازندران، که سهم فعالیت‌های کشاورزی چشمگیرتر از بخش شهری است، میزان مشارکت بالای سالمندان به خاطر نیاز این استان‌ها به کار سالمندان خصوصاً برای جبران مهاجرت جوانان به شهر است.

۹- ترتیبات زندگی سالمندان در دهه‌های گذشته تغییرات مهمی داشته است و با توجه به تحولات اخیر و آینده جمعیت ایران خصوصاً باروری زیر سطح جانشینی و تأخیر در ازدواج، احتمالاً نسبت سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، رو به افزایش خواهد بود. در حال حاضر حدوداً ۶ درصد از مردان سالمند و بیش از ۲۰ درصد از زنان سالمند تنها زندگی می‌کنند. افزایش سهم این گروه از سالمندان در همه کشورهای جهان، به‌ویژه جوامعی که در آن اکثر سالمندان تحت پوشش حمایت‌های اجتماعی غیررسمی و شبکه‌های خویشاوندی هستند، یکی از چالش‌های جدی در برنامه‌ریزی‌های رفاه اجتماعی و به‌زیستی تلقی می‌شود. برای ارتقای کیفیت زندگی این گروه از سالمندان توسعه سیستم‌های حمایت اجتماعی رسمی و نهادها و

مؤسسات نگهداری از سالمندان با توجه به تجارب کشورهای پیشرو، ضروری است. با توجه به این‌که سالمندان کنونی از ظرفیت‌های خانوادگی خوبی برای مراقبت برخوردارند، لازم است در برنامه‌ها و حمایت‌های دولتی بیش از پیش به حمایت از فرزندان و خویشاوندان برای این نوع مراقبت‌ها توجه شود.

۱۰- مقایسه انواع حمایت‌های دریافت شده توسط سالمندان نشان می‌دهد که شبکه خویشاوندی نسبت به شبکه‌های همسایگی، دوستان و همکاران نقش برجسته‌تری ایفا می‌کند. غیر از حمایت عاطفی دریافت شده که در آن سالمندان رفع نیازهای خود را در میان شبکه‌های غیرخویشاوند نیز جستجو می‌کنند، در همه انواع حمایت‌ها، به‌ویژه حمایت‌هایی که مستلزم صمیمیت و نزدیکی است مثل مراقبت و پرستاری درازمدت، خویشاوندان خصوصاً فرزندان گروه مسلط در شبکه حمایت اجتماعی از سالمندان است. مطالعه شبکه‌های اجتماعی حمایت از سالمندان در ایران نشان می‌دهد که نسل‌های فعلی سالمندان از ظرفیت‌های بالای حمایت اجتماعی غیررسمی و خویشاوندی برخوردارند. به‌طوری که به دلیل باروری پراولاد با شانس بالای زنده ماندن، حتی در استان‌هایی که جریان مهاجرت فرزندان شدت دارد، سالمندان به حداقل یک پسر و یک دختر برای دریافت کمک دسترسی دارند. معنای ضمنی این شرایط برای سیاست‌های اجتماعی این است که در برنامه‌های رفاهی برای نسل‌های کنونی سالمندان باید تلاش‌ها معطوف به به‌فعل درآوردن این ظرفیت‌ها باشد. در حالی که با کاهش شمار فرزندان، احتمالاً این ظرفیت برای نسل‌های آینده محدود خواهد شد و این محدودیت بر ضرورت تلاش دولت برای پوشش چنین نقشی تأکید دارد.

۱۱- اگر شبکه خویشاوندی حمایت از سالمندان را به منابع و اعضای آن تفکیک کنیم، مطالعات که نتایج آن در این گزارش آمده است، نشان می‌دهد که همسر برای مردان و سپس فرزندان و همسر فرزندان برای سالمندان مرد و زن در نسل‌های کنونی نقش غیرقابل جایگزینی در کمک به والدین سالمند ایفا می‌کنند. در حال حاضر که سیستم حمایت اجتماعی رسمی و مؤسسات و نهادها به‌قدر کافی و متناسب با افزایش جمعیت سالمندان توسعه نیافته‌اند، لازم است دولت‌ها از طریق کمک به فرزندان از آنان برای حمایت از والدین سالمندشان حمایت کنند. برای مثال برای سالمندانی که از نظر اقتصادی ناتوان هستند، احتمالاً کمک مالی دولت‌ها به سالمندان و توجه بیشتر به نیازهای مراقبت‌کنندگان می‌تواند انگیزه آنان را برای ارائه حمایت‌های ابزاری افزایش داده و نیاز به مؤسسات مراقبت از سالمندان را کاهش دهد. ضمن این‌که این برنامه‌ها در مورد سالمندان نسل‌های بعدی احتمالاً از نظر ظرفیت شبکه‌های حمایت خویشاوندی با محدودیت‌های بیشتری مواجه خواهند شد و مزیت کنونی یک چالش جدی در آینده خواهد بود.

۱۲- تمایز جنسیتی سالمندان در شبکه‌های موجود حمایت اجتماعی چالش دیگری برای برنامه‌های رفاه اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان کنونی است. یافته‌های ارائه شده در این گزارش نشان می‌دهد که مردانی که حدوداً ۹۰ درصد از آن‌ها دارای همسر هستند، از یک منبع مهم حمایت در دوره سالمندی،

یعنی همسران، بهره‌مندند. همسرانی که عموماً توان بالایی برای ارائه هر نوع حمایت عاطفی، مراقبتی و حمل‌ونقل دارند. در حالی که همسر در شبکه حمایت اجتماعی حدوداً نیمی از سالمندان زن حضور ندارد و تقریباً همه این گروه از سالمندان متکی به فرزندان خود هستند. فرزندانی که با کاهش باروری، برای نسل‌های آتی سالمندان به شدت کم‌شمار خواهند شد. پیشنهاد این مطالعه این است که گروه‌های سالمندان در برنامه‌های رفاه اجتماعی براساس اولویت‌های اجتماعی به‌علاوه اولویت‌های سلامت در نظر گرفته شوند. مثلاً سالمندان زنی که بی‌سواد هستند، دوره جوانی خود را از نظر اقتصادی غیرفعال بوده‌اند و احتمالاً فاقد هرگونه توانایی اقتصادی‌اند، ازدواج نکرده و یا همسر خود را به‌نجوی از دست داده‌اند و یا به هر حال بی‌فرزند هستند، به‌ویژه اگر دچار بیماری یا نوعی نقص سلامتی هستند، مسلماً اولویت اول حمایت اجتماعی رسمی و برنامه‌های به‌زیستی می‌باشند.

۱۳- غیر از جنس سالمند، جنس فرزندان هم در برنامه‌های رفاهی سالمندان لاقلاً از بعد اجتماعی اهمیت فراوانی دارد. گذشته از برخی ویژگی‌های فرهنگی خاص ایران که بیشتر در خانواده‌های ستاکی از گذشته باقی مانده است، مثل اهمیت فرزند پسر و اهمیت فرزند ارشد، به خاطر توانایی و تمایزات جنسیتی، معمولاً از فرزند پسر انتظار می‌رود که در مواقع نیاز مالی به کمک والدین سالمند بشتابد، در حالی که دختران منبع حمایتی خوبی برای پرستاری و مراقبت از والدین به‌هنگام بیماری هستند. کاهش باروری احتمال داشتن فرزندان از دو جنس را کاهش می‌دهد و بنابراین برای برخی گروه‌ها از سالمندان آینده، یکی از دو جنس در شبکه خانوادگی حاضر نخواهد بود. نکته‌ای که نباید از آن در برنامه‌های رفاه اجتماعی سالمندان آینده غفلت کرد.

۱۴- سازمان بهزیستی که مسئولیت نگهداری از سالمندان کشور را از طریق ایجاد مراکز نگهداری از سالمندان دارد، تاکنون اقدامی در جهت استانداردسازی خدمات و مراقبت‌های سالمندی ارائه شده در مراکز خود انجام نداده است. همچنین ایجاد خدمات متنوع سالمندی بر اساس نیازهای سالمندان کشور مبتنی بر پروتکل‌های استاندارد جهانی نیز انجام نشده است که بنظر می‌رسد این خود سالمندان کشور و مراقبین آنان را با توجه به سطح بازار عرضه و تقاضای خدمات و مراقبت‌های سالمندی در کشور با مشکلاتی روبرو کرده است که به نوبه خود از کاستی‌ها و نقایص جدی این سازمان در آینده‌ای نزدیک به‌شمار می‌رود.

۱۵- اگرچه ممکن است در قوانین و برنامه‌های مرتبط با سالمندی دیده شده باشد، اما در حال حاضر خدمات متنوع مراقبتی متناسب با نیاز سالمندان ارائه نمی‌شود.

۱۶- با توجه به اینکه استانداردسازی خدمات موجود سازمان بهزیستی تاکنون بر اساس استانداردهای جهانی انجام نشده، لذا امکان ایجاد و گسترش خدمات جدیدتر و تنوع خدمات را در کشور میسر نمی‌سازد.

۱۷- از دیگر چالش‌های پیش روی سازمان بهزیستی پرداخت یارانه نقدی به مراکز نگهداری از سالمندان است که مبنای محاسبه به روز از نرخ قیمت خدمات و مراقبت‌ها و تعریف پرداخت هزینه این نوع مراقبت‌ها را ندارد که این امر تنها به ایجاد و گسترش انواع مراکز نگهداری کمک نمی‌کند بلکه موجب افت شدید کیفیت بسیار پایین خدمات ارایه شده نیز می‌شود که این امر این سازمان را در آینده‌ای نزدیک با چالش‌های عظیمی در این زمینه مواجه خواهد کرد.

۱۸- یکی دیگر از چالش‌های پیش‌رو در سازمان بهزیستی، عدم ایجاد زیرساخت پرداخت هزینه‌های بیمه سالمندی (بیمه‌های پایه و مکمل سالمندی) است که امکان ایجاد و گسترش انواع خدمات و مراقبت‌های سالمندی از جمله مراقبت در منزل، ویزیت در منزل، مراکز نگهداری روزانه، خانه‌های سالمندان و آسایشگاه‌های نگهداری را با مشکل روبرو کرده است. البته این امر فعالیتی برون بخشی است که به هماهنگی حداقل دو نهاد وزارت رفاه و سازمان‌های بیمه‌گر نیازمند است.

۱۹- مشکل جدی دیگر که مانع بزرگ ایجاد و گسترش برنامه خدمات و مراقبت‌های سالمندی در کشور است، عدم نگاه علمی و صحیح به نظام پرداخت بیمه‌های (پایه و مکمل) سالمندی است. کتب و مستندات علمی سالمندی و طب سالمندی نشان می‌دهند که امروزه در کلیه کشورهای دنیا هزینه انواع خدمات، مراقبت‌ها، داروها، وسایل کمکی و آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی مورد نیاز افراد سالمند بر اساس پروتکل ارزیابی جامع سالمندی (سی جی ای) مورد نیاز افراد سالمند در طی دهه‌های طول زندگی آن‌ها محاسبه و برآورد شده و کشورها مکلف به اجرای آن پس از سن بازنشستگی شهروندان خود از سنین ۶۵ سال به بالا هستند. درحالی‌که هنوز این اتفاق در کشور ما نیافتاده که این خود معضل اصلی ارایه برنامه سالمندان در کشور ایران است.

۲۰- از دیگر مشکلات جدی برنامه سالمندی در کشور عدم توجه به ایجاد و رعایت استانداردهای فیزیکی، فضاها، اماکن، منازل مسکونی و مراکز نگهداری از سالمندان (شهر دوستدار سالمند) است که امکان سرویس دهی به سالمندان و نیز امکان مشارکت‌های اجتماعی از سالمندان را کاهش داده و با مشکل برای مراقبین آنان روبرو کرده است.

۲۱- در حال حاضر نتایج محدود مطالعات در مورد سلامت سالمندان که در نمونه‌ای معرف ملی انجام شده باشد، آن هم نه داده‌های به‌هنگام (مثلاً داده‌های غیرمعرف سال ۲۰۰۲) در دسترس پژوهشگران است. در مورد جمع‌آوری و در دسترس قرار دادن داده‌ها پیشنهاد می‌شود:

الف- داده‌های موجود با هر کیفیتی به‌صورت به‌هنگام در اختیار دانشگاهیان و پژوهشگران قرار گیرد و برنامه‌های جامع و جدی برای جمع‌آوری داده‌های سالمندی تدوین شود. به‌نحوی که همه ابعاد زندگی سالمندان را پوشش دهد.

ب- آمارگیری‌ها پراکنده است و در موارد زیادی پژوهشگران از موجود بودن اطلاعات در هر بعد از زندگی سالمندان بی‌اطلاع هستند. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا قبل از این که تعداد مطالعات پرشمارتر شود، با تلاش‌های بین سازمانی جمع‌شده و به اطلاع پژوهشگران رسانده شود.

۲۱- با توجه به مشکلات و نقایص وضعیت موجود برنامه سالمندی در کشور انجام پروژه‌های پایلوت سالمندی در کشور در ابتدا در قالب‌های زیر ضروری است:

الف- پروژه اصلاح زیر ساخت نظام خدمات بیمه‌های سالمندی و هزینه‌های دارویی، درمانی و مراقبتی و مراکز نگهداری سالمندان،

ب- پروژه ایجاد بانک اطلاعاتی شامل داده‌های (جمعیتی، دموگرافیک)،

پ- انجام بررسی ملی -کشوری سلامت سالمندان شامل داده‌های (بیماریابی و غربالگری، بیماری‌های مزمن شایع و سرطان‌ها، دارویی، هزینه‌ها، خدمات بیمه‌ای، مراکز نگهداری، مراقبین رسمی و غیررسمی، خدمات و سرویس‌های سالمندی، استانداردهای فضاهای مسکونی، مراکز نگهداری و شهری)،

و پس از آن

ت- احداث یک نمونه شهر دوستدار سالمند در کشور، ایجاد یک مجتمع مسکونی بازنشستگان سالمند در کشور، ایجاد و راه‌اندازی حداقل یک مجموعه یا مجتمع از انواع خدمات و مراقبت‌های سالمندی در کشور، ایجاد حداقل یک بیمارستان سالمندی و احداث یک مرکز مراقبت از سالمندان مبتلا به دمانس در کشور بر اساس استانداردهای جهانی این رشته تخصصی توصیه می‌شود تا نمونه‌ای جهت ایجاد و گسترش آنها و نیز تشویق بخش خصوصی و یا خیریه در کشور باشد.

۲۲- درصد زیادی از بیماری‌ها و مشکلات سلامت سالمندان مربوطه به بیماری‌های مزمن و غیرواگیر می‌باشد. اصولاً این گروه از بیماری‌ها نیازمند درمان‌های طولانی‌مدت هزینه‌بر می‌باشند. بنابراین برای کاهش عوارض ناشی از این قبیل بیماری‌ها در جامعه سالمند، ارائه خدمات مراقبتی یکی از اولویت‌های مهم می‌باشند. لذا طراحی و ارائه برنامه‌های سلامت سالمند و تهیه بسته خدمات برای پیشگیری و مراقبت دوران سالمندی که از حمایت‌های بیمه‌ای برخوردار باشند باید به عنوان یکی از حقوق پایه سالمندان مورد توجه سیاستگذاران بخش سلامت قرار گیرد و منابع مورد نیاز در این خصوص تأمین شود.

۲۳- طراحی برنامه‌ها و آموزش خود-مراقبتی برای ارتقای سلامت سالمند باید از اجزای مهم نظام ارائه خدمت در سطوح مختلف شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور (که گسترش مناسبی در کشور دارد) باشد. بنابراین لازم است از روش‌های نوین و اثربخش آموزش سالمندان و یا افراد خانوار آنها برای اقدامات خود-مراقبتی استفاده شود.

۲۴- از آنجایی که بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات سلامت دوران سالمند از سال‌های قبل شروع می‌شوند، طراحی مداخلات و برنامه‌هایی برای پیشگیری و مراقبت از بیماری‌های سالمندی باید از سال‌ها قبل مورد

توجه قرار گیرند. لذا ترویج شیوه سالم زندگی از جمله تغذیه مناسب و صحیح (مثل کاهش مصرف روغن، شکر و نمک) فعالیت فیزیکی کافی، نکشیدن سیگار و بهداشت فردی باید در برنامه‌های سلامت دوران سالمندی مورد توجه قرار گیرد.

۲۵- از آنجایی که از دیگر مشکلات مهم سلامت در دوران سالمندی، مشکلات روانی و اجتماعی است، ارتقای سلامت روانی و اجتماعی سالمند از دیگر حیطه‌های مهمی است که باید به صورت ادغام یافته در برنامه سلامت سالمند لحاظ گردد. به‌خصوص سیاست‌ها و برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی مورد نیاز در گروه‌های آسیب‌پذیر مثل زنان، روستاییان و حاشیه‌نشینان از جمله اولویت‌های مهم برای ارتقای سطح سلامت سالمندان و کاهش بی‌عدالتی در این گروه است.

۲۶- طراحی یک برنامه جامع و هدفمند برای توانمندسازی سالمندان جهت مراقبت از خود، از دیگر راهکارهایی است که باید در برنامه‌های ارایه خدمات سالمندان مورد توجه قرار گیرد.

پیوست: تعریف مفاهیم و شاخص‌ها

سن و سالمندی

تعیین سنی که شروع آن، شروع دوره سالمندی را نشان می‌دهد، معمولاً به عنوان تابعی از سطح مرگ و میر و متوسط امید زندگی یک جمعیت، که می‌تواند هم در طول زمان تغییر کند و هم در میان جمعیت‌ها و مردان و زنان متفاوت و متغیر باشد، در نظر گرفته می‌شود. برای پاسخ به این پرسش که سن سالمندی چندسالگی است؟ به طور متداول دو معیار وجود دارد. اول درصد جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در سرشماری و دوم این که سن بازنشستگی چقدر است. هر دو معیار شاخص‌های ضعیف و برای جمعیتی که مرگ و میر آن در حال تغییر و میزان فعالیت اقتصادی سالمندان به ویژه در مردان رو به کاهش است، غیرقابل قبول تلقی می‌شود. دنتون و اسپنسر (۱۹۹۶) با استفاده از جداول عمر سال‌های ۱۹۵۱ و ۱۹۹۱، سنی را که می‌تواند شرح دهد که سالمند چند ساله است؟ برآورد کردند و نتیجه گرفتند که در صورتی که لازم است یک سن بخصوص در نظر گرفته شود و اگر معمولاً با هدف تحلیل‌های آماری لازم است سنین با فواصل یکسان ۵ ساله تعیین شوند، برش سنی ۷۰ سال برای دهه ۱۹۹۰ انتخاب بهتری است. آن‌ها همچنین اشاره کرده‌اند که «در تحلیل سالخوردگی جمعیت باید تصریح شود که یک تعریف ثابت از "سالمند" برای مقایسه در طول دوره‌های بلند غیرواقعی است و با هر تعریفی که برای حدپایین سن این جمعیت حداقل باید توزیع سنی-جنسی سالمندان در نظر گرفته شود. (دنتون و اسپنسر ۱۹۹۶: ۱۲).

با وجودی که طبق نظر دنتون و اسپنسر، بسیاری از ملاحظات برای تعریف سن پیری ضروری است، اما لازم به ذکر است که به هر حال توافق بر یک تعریف سنی مشخص برای مقایسه میزان و سرعت سالخوردگی جمعیت بین ملل ضرورت دارد. براساس برآوردهای سازمان ملل متحد در بازنگری سال ۲۰۱۲، امید زندگی در بدو تولد برای مردان از کمتر از ۵۰ سال در ۱۸ کشور تا بیش از ۷۸ سال در ۱۳ کشور، و برای زنان از کمتر از ۵۰ سال در ۱۱ کشور تا بیش از ۸۰ سال در ۴۴ کشور متغیر است (پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد در پایگاه اطلاعات بازنگری ۲۰۱۲). با در نظر گرفتن این سطوح مختلف مرگ و میر، استفاده از یک برش سنی یکسان اجتناب‌ناپذیر است. همان‌گونه که توسط سازمان جهانی بهداشت تصریح شده است "اکثر کشورهای توسعه‌یافته سن ۶۵ سالگی را برای تعریف سالمندی پذیرفته‌اند، اما مثل همه مفاهیم غربی انطباق خوبی با وضعیت افریقا ندارد. در حالی که این تعریف تا حدودی اختیاری است، اما عمدتاً با سنی که دریافت مستمری آغاز می‌شود مرتبط می‌باشد. در حال حاضر سازمان ملل متحد با برش سنی ۶۰ سال و بالاتر برای جمعیت سالمند موافق است، گرچه این سن معیار استاندارد این سازمان نیست." در عین حال باید در نظر داشت که تفسیر نسبت جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر به کلی با نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر متفاوت است.

همچنین باید سالخوردگی جمعیت را از سالخوردگی فردی یا پیری و افزایش مدت زندگی انسان یا طول عمر افزوده شده، که نتیجه بهبود استاندارد زندگی و پیشرفت‌های پزشکی است متفاوت دانست.

میزان باروری کل (TFR)

این میزان از مجموع میزان‌های باروری ویژه سن در دامنه سنین تجدید نسل (۱۵ تا ۴۹ سالگی زنان) در یک دوره معین (معمولاً یک سال) به دست می‌آید. میزان باروری کل را می‌توان متوسط شمار فرزندان زنده آمده زنان در طول عمر باروری‌شان معنی کرد، چنانچه میزان‌های باروری جار را تجربه کرده باشند.

امید زندگی در بدو تولد

عبارت است از تعداد متوسط سال‌هایی که انتظار می‌رود یک مولود به شرط ثبات میزان‌های مرگ‌ومیر جاری، عمر کند.

شاخص سالخوردگی

تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به یک‌صد نفر جمعیت زیر ۱۵ سال است.

نسبت وابستگی سالمندی

تعداد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر به یک‌صد نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله را نشان می‌دهد.

میزان خام موالید

نسبت موالید زنده متولد شده در یک دوره مشخص (معمولاً یک‌سال) به میانگین کل جمعیت در وسط همان دوره (یا سال) است. مقدار این نسبت موالید زنده را به هزار نفر جمعیت نشان می‌دهد.

میزان خام مرگ

نسبت تعداد فوت‌ها در یک دوره مشخص (معمولاً یک‌سال) به میانگین کل جمعیت در وسط همان دوره (یا سال) است. مقدار این نسبت تعداد مرگ‌ها را به هزار نفر جمعیت نشان می‌دهد.

میزان رشد جمعیت

میزان رشد جمعیت افزایش یا کاهش جمعیت به تعداد افراد جمعیت طی یک دوره مشخص زمانی به صورت درصدی از جمعیت آغاز همان دوره را به صورت سالانه بیان می‌کند. میزان رشد جمعیت به همان صورت که برای کل جمعیت قابل محاسبه است، برای جمعیت سالمند و هر گروه دیگر سنی نیز محاسبه می‌شود.

میزان باسواد

میزان باسواد یک گروه سنی مشخص سهم افرادی را که توانایی خواندن و نوشتن دارند به جمعیت همان سن بیان می‌کند.

درصد سالمندان شاغل

درصد افراد ۶۵ ساله و بیشتری است که حداقل یک ساعت در هفته گذشته کار کرده‌اند.

نسبت حمایت بالقوه

تعداد افراد واقع در سن ۱۵ تا ۶۴ سال به یک نفر سالمند ۶۵ ساله و بیشتر است.

نسبت مادر به دختر

این شاخص به عنوان معرفی به کار می‌رود که بیان‌کننده بار جمعیت سالمند (مادران) به یک مراقب بالقوه (دختران بزرگسال) است و متوسط تعداد مادران سالمند به یک دختر ۴۰ تا ۶۴ سال را نشان می‌دهد. مفروض اصلی برای فاصله سنی بین مادر و دختر حدود ۲۵ سال و برابر میانگین طول نسل است. این نسبت با رابطه زیر محاسبه می‌شود:

$$\left[\frac{n_{65-70}}{n_{40-45}} \times \frac{n_{65-70}}{n_{65+}} \right] + \left[\frac{n_{70-75}}{n_{45-50}} \times \frac{n_{70-75}}{n_{65+}} \right] + \left[\frac{n_{75-80}}{n_{50-55}} \times \frac{n_{75-80}}{n_{65+}} \right] + \left[\frac{n_{80+}}{n_{55-60}} \times \frac{n_{80+}}{n_{65+}} \right]$$

که در آن N_x تعداد زنان در گروه سنی مشخص و N_{65+} تعداد کل زنان ۶۵ ساله و بیشتر است. به این معنی که در هر چهار گروه سنی مادران، نسبت آن گروه به زنان در هر گروه سنی ۵ ساله ۲۵ سال جوان‌تر محاسبه می‌شود. سپس مجموع وزنی این چهار نسبت به دست می‌آید (لی، ۱۹۹۴).

نسبت جنسی

تعداد مردان به یک‌صد زن است که برای هر گروه سنی از جمله سالمندان محاسبه می‌شود. نسبت جنسی سالمندان ۶۵ ساله و بیشتر تعداد مردان سالمند را به یک‌صد زن سالمند نشان می‌دهد.

نفر-سال‌های عمر شده

تعداد کل سال‌های عمر شده توسط کسانی که در فاصله سنین x تا $x+n$ زنده مانده یا فوت کرده‌اند. این مقدار در جدول عمر معادل nL_x است.

منابع و مآخذ

آرام سام،

۱۳۷۰، مسائل سالمندان در ایران، فصلنامه علوم اجتماعی، ۱۳۷۰: ۲۰۱.

اداره دفتر سلامت. اداره سلامت زنان و سالمندان،

رسالت برنامه سلامت سالمندان [cited 1391]; Available from:

<http://www.fhp.hbi.ir/fhppages/WomenEldOffice/WomenELdOfficeMainPage.htm>

زارع مژگان، پژمان شادپور، حسین آزادی،

۱۳۹۱، اصول و شیوه های تعیین بسته خدمات سلامت. واژه پرداز ۱۳۹۱.

سازمان بهزیستی کشور، [cited 1391]; Available from: <http://www.behzisti.ir/>

شهرداری شهر تهران،

۱۳۹۰، گزارش عملکرد اداره کل سلامت شهرداری تهران، صفحه ۱۸.

کمیته امداد امام خمینی ره، [cited 1391]; Available from: www.emdad.ir

کوششی مجید،

۱۳۸۷، ترتیبات زندگی، شبکه حمایت خانوادگی و وضعیت سلامت سالمندان در شهر تهران، رساله دکتری

تخصصی، دانشگاه تهران.

محمودیان حسین، مجید کوششی، محمد ترکاشوند و مرجان رشوند،

۱۳۹۲، مطالعه تطبیقی ویژگی های اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی استان های کشور با تأکید بر شاخص های

جمعیتی، تهران، سازمان ثبت احوال ایران.

مرکز آمار ایران، سرشماری های عمومی نفوس و مسکن ۱۳۳۵-۱۳۹۰. Available from:

<http://www.amar.org.ir/>

میرزایی، محمد، مجید کوششی و محمدباقر ناصری،

۱۳۷۵، برآورد و تحلیل شاخص های حیاتی - جمعیتی کشور در سرشماری های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۰،

مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی، دانشگاه تهران.

نقوی محسن،

۱۳۸۵، دگرگونی سیمای سلامت در ایران، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۱، شماره: ۳، صص ۱۳ تا

۲۵.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،

۱۳۷۹، سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران، اداره کل بهداشت خانواده، اداره ی زنان و

سالمندان.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،

۱۳۸۱، گزارش پیمایش وضعیت سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران.

- Agneessens F., H. Waeghe and J. Lievens,
2006, Diversity in Social Support by Role Relations: A typology, *Social Networks* 28, 427-441.
- Arber S. and J. Ginn,
1995, **Connecting Gender and aging**, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Auslander Gail K., and H. Litwin,
1991, Social Network, Social Support and Self-Rating of Health among the Elderly, *Journal of Aging and Health*, Vol. 3, No. 4, 493-510.
- Cantor Marjorie H.,
1979, Neighbors and Friends: An Overlooked Resource in the Informal Support System, *Research on Aging*, Vol. 1, No. 4, 434-463.
- Chen Xuan, and Merrill Silverstein,
2000, Intergenerational Social Support and the Psychological Well-Being of Older Parents in China, *Research on Aging*, Vol. 22, No. 1, 43-65.
- Clay Daniel C., Jane E. Vander Haar,
1993, Patterns of Intergenerational Support and Childbearing in the Third World, *Population Studies*, Vol. 47, No. 1, pp. 67-83.
- Cockerham, William C.,
2000, Health Lifestyles in Russia, *Social Science and Medicine* 51:13, 13-24.
- Crimmins Eileen M. and Dominique G. Ingegneri,
1990, Interaction and Living Arrangements of Older Parents and their Children: Past Trends, Present Determinants, Future Implications, *Research on Aging*, Vol. 12, No. 1, 3-35.
- Denton Frank and Byron Spencer,
1999, **How old is old? Revising the definition based on life table criteria**, *Mathematical Population Studies*, Taylor & Francis Journals, vol. 7(2), Pp. 147-159.
- Harper Sara,
2004, **Ageing Societies: myths, challenges and opportunities**, Oxford University Press.
- Kinsella, Kevin and David R. Phillips,
2005, Global Aging: The Challenge of Success, *Population Bulletin*, Vol. 60, No. 1 2005.
- Knodel John,
1999, The Demography of Asian Ageing: Past Accomplishment and Future Challenges, *Asia-Pacific Population Journal*, Vol. 14 No. 4, 39-56.
- Kogovsek Tina, A. ferligoj, G. Coenders, W. E. Saris,
2001, Estimating the Reliability and Validity of personal Support Measures: full information ML estimation with planned incomplete data, *Social Networks*, 24: 1-20.

- Krause Neal,
1999, Assessing Change in Social Support During Late Life, *Research on Aging*, Vol. 21, No. 4, 539-569.
- Lee Ronald D.,
1994, The formal demography of population ageing, transfers and the economic life cycle, in L. G. Martin and S. H. Preston, **Demography of Aging**, National Academy Press, Washington D.C, Pp. 146-194.
- Li Shuzhuo, Marcus W. Feldman and Xiaoyi Jin,
2004, Children, Marriage Form, and Family Support for the Elderly in Contemporary Rural China: The Case of Songzi, *Research on Aging*, Vol. 26, No. 3, 352-384.
- Mutchler Jan E., Jeffrey A. Burr,
1991, A Longitudinal Analysis of Household and Non-household Living Arrangements in Later Life, *Demography*, Vol. 28, No. 3, pp. 375-390.
- Peters G., D. R. Hoyt, N. Babchuk, M. Kaiser and Y. Ijima,
1987, Primary-Group Support Systems of the Aged, *Research on Aging*, Vol. 9, No. 3, 392-416.
- Population Reference Bureau,
2010, World Population Data Sheet, *Population Reference Bureau*; available at: <http://www.prb.org>.
- Pressat R.,
1985, The dictionary of Demography, Edited by C. Wilson, Blackwell Reference.
- Report of Global burden of diseases, 2010.
- Report of nation utilization of health services survey in Iran, 2002.
- Report of national burden of diseases Iran, 2003.
- Sheng Xuewen, and Barbara H. Settles,
2006, Intergenerational Relationships and Elderly Care in China: A Global Perspective, *Current Sociology*, Vol. 54 (2): 293-313.
- Tomaka Joe , Sharon Thompson and Rebecca Palacios,
2006, The Relation of Social Isolation, Loneliness, and Social Support to Disease Outcomes Among the Elderly, *Journal of Aging and Health*, Vol. 18, No. 3, 359-384.
- Ukrantseva, Svetlana V. And Anatoli I. Yashin,
2003, Individual Aging And Cancer Risk: How Are They Related?; *Demographic Research*, Vol. 9, Article 8, Pages 163-196, Published 30 October 2003, available at: <http://www.Demographic-Research.Org>.
- United Nations,
۲۰۱۳, **World populatin ageing**, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, .
- United Nations,
2005, **Living Arrangements of Older Persons Around the World**, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

United Nations,

2004, **World Population Prospects: the 2004 Revision Population Data Base**, United Nations, <http://esa.un.org/unpp/>.

United Nations,

2000, **World Population Ageing: 1950-2050**, New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division .

United Nations,

1973, **The determinants and consequences of population trends**: new summary of findings of interaction of demographic, economic and social factors, Department of Social Affairs, *Issue 50 of Population studies*.

WHO, Global burden of diseases, 2000.

WHO, **Definition of an older or elderly person**, available at: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.

Wolf Douglas A.,

1994, Living Arrangement and Household of Older People, in L. G. Martin and S. H. Preston, **Demography of Aging**, National Academy Press, Washington D.C, Pp. 146-194.

نتایج و یافته های ارایه شده در این گزارش توسط نهاد های پژوهشی - آموزشی جمهوری اسلامی ایران تهیه گردیده و لزوماً بازتاب نقطه نظرات صندوق جمعیت سازمان ملل متحد نمی باشد.



دانشکده علوم اجتماعی

تهران، بزرگراه جلال آل احمد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران،

گروه جمعیت شناسی، صندوق پستی: ۱۴۱۳۷

<http://social.ut.ac.ir>



<http://iran.unfpa.org>



پژوهشکده‌ی آمار

<http://www.srtc.ac.ir>