

تصویر سلامت

دوره ۶ شماره ۱ سال ۱۳۹۴ صفحه ۶۴ - ۵۴

پیامدهای سالمندی جمعیت در ایران با تأکید بر چالش روزافزون نظام سلامت (مطالعه مروری)

اکبر عزیزی زین‌الحاجلو^{۱*}، ابوالقاسم امینی^۲، جعفر صادق تبریزی^۳

چکیده

رشد فزاینده جمعیت سالمند و پیامدهای آن باعث شده است که در اکثر جوامع، سالمندی جمعیت به عنوان مسئله‌ای اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. هر چند مواجهه کشورهای مختلف با پدیده سالمندی جمعیت به نسبت توسعه یافتگی، با تقدم و تأخر زمانی همراه است ولی افق‌های آتی حکایت از رویارویی جوامع مختلف با این پدیده دارد. بر اساس نتایج سرشماری‌ها، نسبت جمعیت ۶۰ سال و بالاتر کشور از ۶/۶٪ در سال ۱۳۷۵ به ۸/۲٪ در ۱۳۹۰ رسیده و طبق پیش‌بینی در سال ۱۴۲۵ به ۲۲٪ خواهد رسید. این مطالعه با هدف برجسته نمودن اهمیت توجه به پدیده قریب‌الوقوع سالمندی جمعیت و چالش‌های فراروی نظام سلامت ایران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک بررسی متون است که در آن از داده‌ها و نتایج سرشماری‌های مرکز آمار ایران، پایگاه داده‌های جمعیتی سازمان ملل متحد، وبسایت سازمان بهداشت جهانی، پایگاه داده‌های مرتبط انگلیسی و فارسی شامل ISI، Medline، Pubmed، SID، گزارش سازمان‌های فعال در زمینه سالمندان، کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها، مجلات و نشریات مرتبط با سیاست‌های بهداشتی ایران استفاده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: سالمندی جمعیت در ایران با شیب تندی در حال وقوع است؛ لیکن هنوز برنامه‌ریزی و تمرکز کافی در این زمینه صورت نگرفته و ساماندهی امور سالمندان از پشتوانه قانونی کافی برخوردار نمی‌باشد. تحلیل وضعیت فعلی و دورنمای آینده حاکی از وجود چالش‌ها و مشکلات فراوان در حال حاضر و پیچیده‌تر شدن و گسترش یافتن چالش‌ها و مشکلات در آینده نه چندان دور است. لذا توجه جدی به ساماندهی، حمایت و ارتقاء سلامت سالمندان، گرچه دیر هنگام ولی امری اجتناب‌ناپذیر است.

کلیدواژه‌ها: سالمندی جمعیت، برنامه‌ریزی، پیامدها، نیازها، بار بیماری، هزینه سلامت

۱. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران (Email: akbar.azizi1355@yahoo.com)

۲. گروه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی و سایر پایگاه داده‌های مرتبط انگلیسی و فارسی شامل ISI, Medline, Pubmed, SID, گزارش سازمان‌های فعال در زمینه سالمندان، کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها، مجلات و نشریات مرتبط با سیاست‌های بهداشتی ایران جهت به دست آوردن اطلاعات در مورد جمعیت سالمند ایران، مسائل و نیازهای آنان استفاده گردیده است.

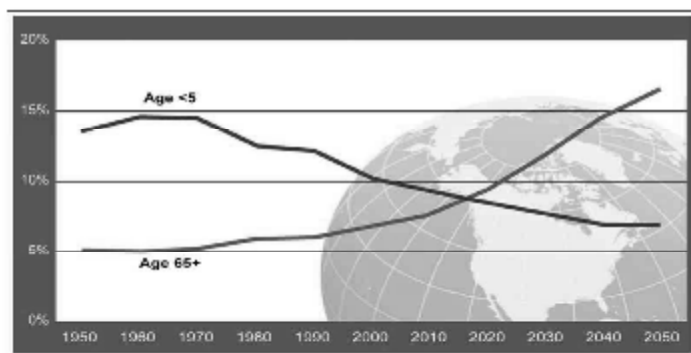
تحولات جمعیتی جهان

بهبود شرایط زندگی و ارتقای شاخص‌های بهداشتی در قرن گذشته موجب دستیابی بشر به موفقیت بزرگ افزایش امید به زندگی گردید. ارتقای بهداشت، کاهش مرگ و میر، افزایش طول عمر و کاهش باروری در قرن بیستم، موجب انتقال جمعیتی با سرعت بی‌سابقه‌ای شده است (۲). در سال‌های اخیر نرخ رشد جمعیت سالمند جهان با ۱/۹٪ به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از نرخ رشد کل جمعیت جهان با ۱/۲٪ بوده و پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد؛ در دوره زمانی ۲۰۲۵-۲۰۳۰، جمعیت سالمند رشدی معادل ۳/۵ برابر رشد کل جمعیت (۲/۸ در مقابل ۰/۸٪) خواهد داشت (۳). از ابتدای ثبت تاریخ، تعداد کودکان خردسال از سالمندان بیشتر بوده است. ولی تا سال ۲۰۲۰ میلادی، تعداد افراد بالای ۶۵ سال جهان از تعداد کودکان زیر ۵ سال (۴) و در سال ۲۰۵۰ از جمعیت زیر ۱۴ پیشی خواهد گرفت (۵).

تحولات جمعیتی از جمله متغیرهایی است که در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی مبنای محاسبات قرار می‌گیرد. از آنجایی که برنامه‌ریزی برای رفع نیازهای جمعیت صورت می‌گیرد؛ لازم است ساختار جمعیت، ویژگی‌های آن و از جمله ترکیب سنی جمعیت مورد توجه برنامه‌ریزان قرار گیرد. روند کنونی تغییرات جمعیتی جهان حرکت به سمت سال‌خوردگی است. همزمان با افزایش جهانی روزافزون جمعیت سالمند، در کشور ما نیز جمعیت سالمند در حال افزایش بوده و در سال‌های آینده، ایران یکی از کشورهای دارای بیشترین سرعت رشد جمعیت سالمند خواهد بود. تغییر در ترکیب جمعیت، همراه با افزایش نسبت افراد سالمند با طول عمر بیشتر، تأثیرات عمیقی بر جامعه خواهد داشت که مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز و هزینه مراقبت‌ها از جمله آن‌ها می‌باشد (۱). پدیده سالمندی جمعیت، در آینده‌ای نزدیک یکی از چالش‌های فراوری جامعه ایران، به صورت عام و نظام سلامت، به صورت خاص خواهد بود که در صورت عدم مدیریت و برنامه‌ریزی می‌تواند تهدیدی جدی برای جامعه باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک بررسی متون است که در آن از داده‌ها و نتایج سرشماری‌های مرکز آمار ایران، پایگاه داده‌های جمعیتی سازمان ملل متحد، اداره مدارک جمعیت (POPULATION REFERENCE BUREAU)، وب‌سایت



شکل ۱. کودکان و سالمندان به عنوان درصدی از کل جمعیت جهانی ۱۹۵۰-۲۰۵۰ (۴)

شاید بتوان قرن ۲۱ را قرن سال‌خوردگی جمعیت جهان دانست (۸).

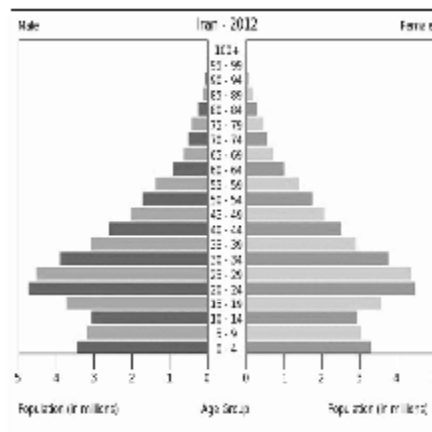
ساختار و تحولات جمعیتی ایران

سالمندی جمعیت یکی از مسایل عمده جمعیتی است که امروزه در جهان صنعتی شکل گرفته، به تدریج در جهان سوم نیز در حال تکوین بوده و در حال جهانی شدن می‌باشد (۹).

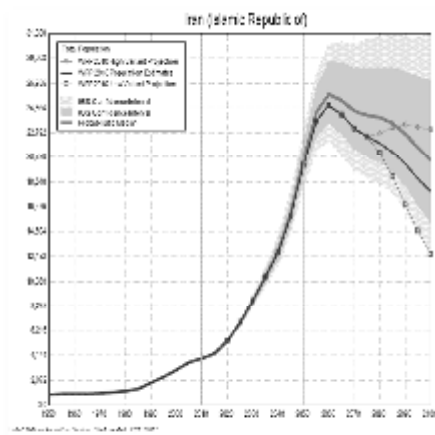
پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰، جمعیت بالای ۶۰ سال جهان به دو میلیارد (۶) و جمعیت بالای ۶۵ سال به حدود ۱/۵ میلیارد نفر برسد. در این سال‌ها هر چند کشورهای توسعه یافته پیرترین جمعیت‌ها را خواهند داشت ولی بیشترین سرعت سالمندی جمعیت در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته اتفاق خواهد افتاد (۷). از این رو

شامل می‌شود (۱۳). با توجه به آهنگ پرشتاب کاهش باروری در ایران از ۵/۷ در سال ۱۳۶۵ به ۱/۸ در سال ۱۳۹۰ پیش‌بینی می‌شود حرکت به سمت سال‌خوردگی جمعیت تسریع شده و شروع قرن پانزدهم شمسی سرآغاز روند رو به افزایش جمعیت سالخورده در ایران باشد (۱۴). به گونه‌ای که پیش‌بینی می‌شود نسبت افراد دارای ۶۰ سال و بالاتر به ۱۴/۵٪ در سال ۱۴۱۵ و ۲۲٪ در سال ۱۴۲۵ رسیده و در آینده‌ای نزدیک شاهد «انفجار سالمندی» باشیم (۱۵). شکل ۳ که مربوط به پیش‌بینی‌های جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر ایران می‌باشد، گویای رشد سریع جمعیت سالمند ایران در دهه‌های آتی می‌باشد. بر این اساس جمعیت بالای ۶۵ سال ایران تا سال ۲۰۵۰ میلادی به حدود ۲۱ میلیون نفر بالغ می‌شود (۱۶). این تعداد تقریباً معادل مجموع جمعیت کنونی سه کشور اروپایی سوئیس، نروژ و اتریش می‌باشد که بنا به گزارش بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول، هر کدام به تنهایی تولید ناخالص داخلی بیشتری نسبت به ایران دارند (۱۷ و ۱۸).

ایران در دهه‌های اخیر تغییرات گسترده‌ای را در مسایل جمعیتی تجربه کرده است. افزایش سریع جمعیت به واسطه افزایش نرخ زاد و ولد در دهه ۱۳۶۰، موجب پیدایش موج عظیمی از جمعیت کودکان شده است. با گذشت زمان موج مذکور با بالا آمدن در هرم جمعیتی کشور به گروه‌های نوجوان و جوان منتقل شده و در حال حاضر گروه‌های سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بیشترین سهم را در هرم جمعیتی کشور دارا هستند (شکل ۲). نسل مذکور، بعد از حدود سه دهه وارد دوره سالمندی خواهد شد و تا سال ۲۰۵۵ میلادی بیشترین نسبت جمعیتی کشور مربوط به گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال خواهد بود (۱۰). بر پایه نتایج سرشماری سال ۱۳۷۵ نزدیک به ۶/۶٪ جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌داد (۱۱). در حالی که نسبت فوق در سال ۱۳۸۵، به ۷/۳٪ افزایش یافته است (۱۲). روند افزایش جمعیت سالمند در ایران ادامه یافته و طبق سرشماری سال ۱۳۹۰ این نسبت به ۸/۲٪ رسیده و جمعیتی بالغ بر ۶ میلیون نفر را



شکل ۲. هرم جمعیتی ایران در سال ۲۰۱۲

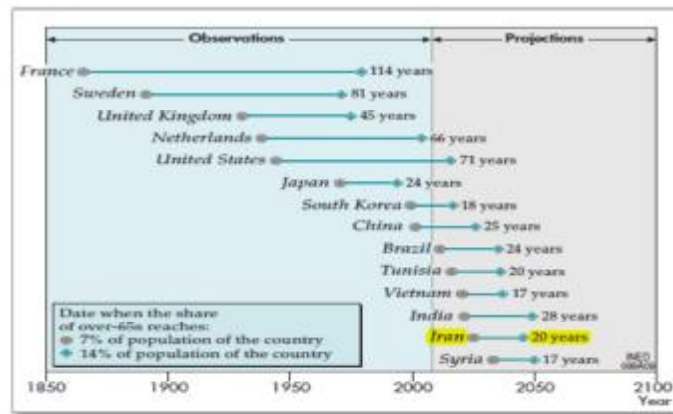


شکل ۳. پیش‌بینی‌های احتمالی از جمعیت بالای ۶۵ سال ایران (هزار)

با تأخیر شروع شده است، ولی به دلیل انفجار جمعیتی دهه ۱۳۶۰ و کاهش چشمگیر نرخ باروری در دهه‌های بعدی، سرعت بسیار بالای سالمندی جمعیت را تجربه نموده (شکل ۴) و یکی از کشورهای دارای بیشترین سرعت سالمندی جمعیت در جهان خواهد بود.

شیب سالمندی در ایران و کشورهای دیگر

اگر چه در حال حاضر جامعه ایران با دارا بودن ۵٪ جمعیت بالای ۶۵ سال (۱۹) یکی از کشورهای جوان به شمار می‌رود؛ ولی مقایسه سرعت سالمند شدن جمعیت ایران با کشورهای دیگر (۲۰)، نشان می‌دهد که هر چند روند سالمندی جمعیت ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته

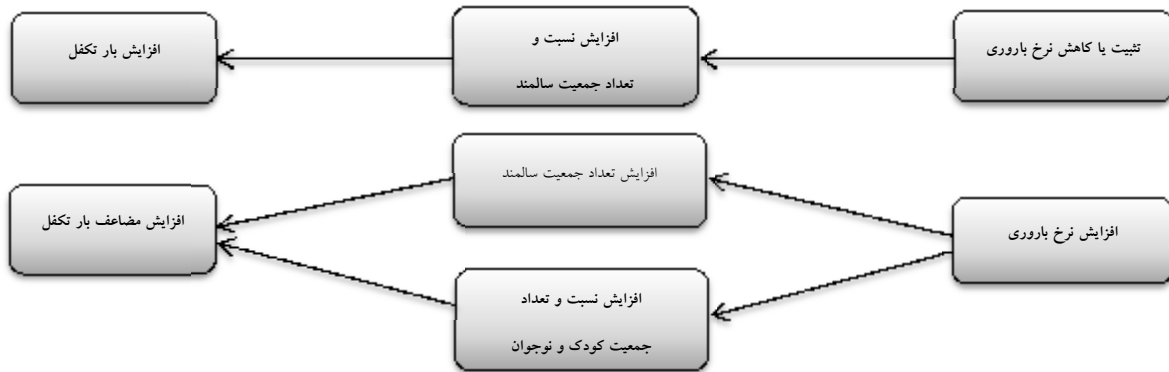


شکل ۴. سرعت سالمند شدن جمعیت در کشورهای منتخب: زمان لازم برای افزایش نسبت جمعیت بالای ۶۵ سال از ۷٪ به ۱۴٪

افزایش نرخ باروری) اجتناب ناپذیر می‌باشد (۲۱). تثبیت یا کاهش نرخ باروری، افزایش تعداد و نسبت جمعیت سالمند را در پی خواهد داشت؛ ولی در صورت افزایش نرخ باروری هر چند سرعت افزایش نسبت جمعیت سالمند تا حدودی تعدیل می‌گردد؛ ولی تأثیری بر افزایش تعداد سالمندان نخواهد داشت. مضافاً این که در صورت افزایش نرخ باروری، در کنار افزایش تعداد سالمندان، تعداد و نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال نیز افزایش یافته و حداقل به مدت پانزده سال متمادی به دلیل افزایش همزمان جمعیت گروه‌های سنی زیر ۱۵ سال و بالای ۶۴ سال، شاهد افزایش مضاعف بار تکفل (بار تکفل یا نسبت وابستگی از تقسیم مجموع جمعیت کمتر از ۱۵ ساله و بالای ۶۴ ساله به جمعیت ۶۴-۱۵ ساله به دست می‌آید) خواهیم بود (با گذشت ۱۵ سال از افزایش نرخ باروری، با توجه به ورود اولین نسل متولدین مربوطه به گروه سنی ۶۴-۱۵ سال امکان تعدیل بار تکفل وجود دارد) و این امر، فشار اقتصادی بیشتری را متوجه جمعیت فعال کشور می‌نماید. پیامد سیاست‌های سه‌گانه جمعیتی کشور به صورت شکل ۵ قابل تخلیص می‌باشد.

در شکل ۴، دو نکته برجسته وجود دارد. تقدم زمانی برخی کشورها در مواجهه با پدیده سالمندی جمعیت و اختلاف قابل توجه در سرعت سالمند شدن (شیب سالمندی) جمعیت کشورها. برخی از کشورهای توسعه یافته بیش از ۱۵۰ سال پیش با پدیده سالمندی جمعیت مواجه بوده‌اند؛ ولی سالمند شدن جمعیت این کشورها از شیب ملایمی برخوردار بوده است و در یک دوره زمانی طولانی مدت شاهد افزایش نسبت جمعیت سالمند بوده‌اند. برای نمونه مواجهه کشور فرانسه با پدیده سالمندی جمعیت به بیش از یکصد سال پیش بر می‌گردد. این کشور تغییر نسبت جمعیت بالای ۶۵ سال از ۷٪ به ۱۴٪ را در یک دوره زمانی ۱۱۴ ساله تجربه کرده است. طبیعتاً کشورهای دارای سرعت پایین سالمندی جمعیت، فرصت لازم و کافی برای ایجاد زیرساخت‌ها و تأمین منابع لازم جهت رویارویی با این تغییر جمعیتی را داشته‌اند؛ در صورتی که بر اساس پیش‌بینی‌های به عمل آمده، ایران برای رویارویی با تغییرات جمعیتی مشابه، فقط ۲۰ سال زمان خواهد داشت و سالمندی جمعیت در ایران با شیب تندی اتفاق خواهد افتاد.

افزایش جمعیت سالمند با توجه به علل موجه آن با فرض هر یک از سیاست‌های جمعیتی (کاهش، تثبیت و



شکل ۵. تأثیر سیاست‌های جمعیتی بر ساختار جمعیت کشور

ورود به دوران سال‌خوردگی باید جنبه تفکیک ناپذیری از سیاست‌های کلان کشوری و مبنای توسعه اجتماعی و اقتصادی باشد.

پیامد و نیازهای سالمندی جمعیت

افزایش جمعیت سالمند، از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم بوده (۲۶) و تبعات بسیاری به دنبال خواهد داشت. بنابراین لازم است سالمندان به عنوان یکی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه مورد توجه قرار گیرند. اهمیت تغییرات جمعیتی اخیر، تا حدی است که از سالمندی جمعیت به عنوان یک فوریت جهانی (Global Emergency) نام برده می‌شود (۲۷). افزایش جمعیت سالمند به خودی خود مهم نبوده، بلکه تبعات آن بر ابعاد مختلف اجتماعی اقتصادی، بهداشتی و درمانی، اهمیت آن را دو چندان می‌کند.

مسائل اجتماعی سالمندان

در جوامع سنتی، سال‌خوردگان از احترام زیادی برخوردار بودند و اقتدار افراد با بالا رفتن سن افزایش می‌یافت. ولی در جوامع صنعتی، پیران معمولاً در خانواده و جامعه بزرگتر فاقد اقتدار بوده و ممکن است پس از بازنشستگی فقیرتر از هر زمان دیگر باشند (۲۸). امروزه سالمندان به دلیل پایان دوران اشتغال، جدایی عاطفی و روانی ناشی از صنعتی شدن جوامع، تغییر در ساختار خانواده‌ها و فراموشی سنت‌ها، بیش از پیش احساس تنهایی و طرد شدگی کرده و در معرض خطرات روحی و روانی فزاینده‌ای قرار دارند (۲۹). سازگاری با شرایط بازنشستگی برای افراد سالخورده رنج آور بوده و باعث مشکلات روانی می‌شود (۳۰). بازنشستگی نه تنها به معنی از دست دادن شغل، بلکه به معنای از دست دادن تعاملات اجتماعی در محیط کار نیز می‌باشد (۲۸). شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از افراد سال‌خورده پس از بازنشستگی، نوعی احساس از دست دادن اقتدار، افسردگی، انزوا، تنهایی و بی‌هدفی می‌کنند. مسأله انزوای فکری سال‌خوردگان در برخی کشورهای صنعتی

تحولات جمعیتی و برنامه‌ریزی اجتماعی

یکی از مهم‌ترین متغیرهایی که در برنامه‌ریزی‌های اجتماعی مبنای محاسبات قرار می‌گیرد، حجم و خصوصیات جمعیت و روند دگرگونی‌های آن در گذشته، حال و آینده است. در واقع از آنجایی که برنامه‌ریزی برای رفع نیازهای جمعیت صورت می‌گیرد، مهم‌ترین متغیری که در برنامه‌ریزی باید به آن توجه داشت، جمعیت و ویژگی‌های آن می‌باشد و یکی از ویژگی‌های مهم جمعیت، ترکیب سنی آن می‌باشد. چرا که توانایی و نیازهای افراد بر حسب سن متفاوت است (۲۲). در اغلب برنامه‌ریزی‌ها ضمن توجه به رقم کل جمعیت، گروه‌بندی‌های خاصی نیز ضرورت می‌یابد. بنابراین علاوه بر آگاهی از حجم و نرخ رشد جمعیت در حال و آینده، وقوف بر ساختار سنی و جنسی جمعیت نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. پویایی جمعیت مانع از آن می‌شود که بتوان برای مدتی طولانی برنامه‌ریزی ثابتی ارائه داد. معمولاً با تغییر اندازه و ترکیب سنی جمعیت نیازهای جمعیت هم تغییر می‌کند (۲۳). طی دو دهه اخیر به فراخور ساختار جمعیت کشور و سهم قابل توجه گروه‌های کودک، نوجوان و جوان، عمده توجه مسئولان تقنینی، اجرایی، صاحب‌نظران اجتماعی، مراکز علمی و پژوهشی و اربابان جراید و رسانه‌ها، به نیازها و مسائل خاص گروه‌های جمعیتی مذکور معطوف بوده است. این عطف توجه، مؤید آن است که ساختار و تحولات جمعیتی از متغیرهای اساسی در تعیین اولویت گروه‌های در معرض خطر و یا جمعیت‌های تحت پوشش نظام‌های حمایتی هستند و سیاست‌های اجتماعی نیز تا حدود زیادی تحت تأثیر ترکیب جمعیت قرار می‌گیرند (۲۴). هر چند در دهه‌های گذشته مشکلات مربوط به کودکان، نوجوانان و جوانان حایز اهمیت بود؛ هم اکنون مسائل سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و سال‌خوردگی جمعیت باید به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش‌روی کشور در نظر گرفته شود (۲۵) و آماده ساختن جمعیت برای

تبعات اقتصادی سالمندی جمعیت

پدیده سال‌خوردگی بر اندازه و ترکیب نیروی کار که نقش مهمی در رشد اقتصادی دارد، تأثیر می‌گذارد (۳۰). تداوم روند افزایش جمعیت سالمند، کاهش نیروی کار و نسبت جمعیت واقع در سن فعالیت را در پی دارد و کاهش تعداد شاغلان، تأثیر منفی بر رشد اقتصادی و تأمین رفاه همگانی در سطح کلان کشور دارد. سالمندی جمعیت در کوتاه مدت اثرات منفی بر رشد اقتصادی کشورها داشته (۳۸) و باعث افزایش هزینه‌ها می‌شود عمده‌ترین قسمت افزایش هزینه‌ها مربوط به هزینه‌های درمانی و مراقبتی می‌باشد (۸). با سال‌خورده شدن جمعیت، دولت‌ها باید بخش زیادی از سرمایه‌ای را که می‌تواند برای فعالیت‌های تولیدی به کار گرفته شود، در حوزه تأمین اجتماعی صرف کنند (۲۲). به عنوان مثال به دنبال تغییر ساختار جمعیتی، کل هزینه‌های تأمین اجتماعی و Medicare ایالات متحده، از ۴٪ تولید ناخالص داخلی در سال ۱۹۷۰ به بیش از ۹٪ در سال ۲۰۱۰ رسیده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به ۱۵٪ تولید ناخالص داخلی برسد (۳۹).

سالمندی جمعیت و طراحی شهری

دوران سالمندی اغلب با از دست دادن توانایی‌ها همراه بوده و سالمندان با خارج شدن از خانه برای انجام امور هرچند کوچک، احساس مفید بودن می‌کنند. به علاوه پیاده‌روی، ورزش، تعامل با دیگران و ارتباط با طبیعت سلامت سالمندان را نیز ارتقا می‌بخشد. اما فضاهای شهری اغلب متناسب با نیازهای خاص سالمندان طراحی نشده‌اند (۴۰). با طراحی مناسب محیط شهری، حس استقلال، اعتماد به نفس و انگیزه حضور سالمندان در فضاهای عمومی بالا رفته و توانایی، کارایی و کیفیت زندگی آن‌ها ارتقا می‌یابد (۴۱). پژوهش صورت گرفته در انگلستان حکایت از آن دارد که سالمندان از بیرون رفتن لذت می‌برند ولی برای بیرون رفتن نگرانی‌هایی از قبیل ترس از زمین خوردن، تصادف با دوچرخه در پیاده‌رو، شیب‌های تند و خدمات اتوبوسرانی ضعیف دارند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد؛ سالمندانی که در محله‌های مجهز و مناسب زندگی می‌کنند تمایل بیشتری برای قدم زدن و پیاده‌روی داشته و افرادی که بیشتر پیاده‌روی می‌کنند به احتمال زیاد از وضعیت سلامت مناسب‌تری نیز برخوردارند (۴۲). یافته‌های پژوهش دلاور و همکاران (۱۳۷۹) در مناطق روستایی و شهری ایران نشان می‌دهد؛ ۱۹ تا ۲۰٪ مردان سالمند و ۲۴ تا ۲۶٪ زنان سالمند، طی یک سال دچار حادثه شده‌اند که مهم‌ترین آن زمین خوردن بوده است (۴۳). حوادثی از این دست، افراد سالمند را دچار صدمات شدید نموده و هزینه زیادی را متوجه خانواده‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر و نظام سلامت می‌نماید. به موازات افزایش جمعیت سالمند، توجه به مسایل این قشر و تلاش برای رفع نیازهای

آنچنان اهمیت یافته است که از سالمندان تحت عنوان انبوه منزوی (Isolated Crowd) نام برده می‌شود (۳۱). به طوری که سلامت روانی سالمندان فاقد حمایت اجتماعی، کمتر از سایر سالمندان است (۳۲). با توجه به این که نقش شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی بر کاهش مرگ و میر سالمندان به اثبات رسیده و تغییرات اجتماعی سبب سست شدن حمایت اجتماعی از سالمندان شده است، لزوم یافتن راهکارهایی برای ارتقای روابط سالمندان با همتایانشان و مشارکت بیشتر آنان در فعالیت‌های اجتماعی، در کشور ما به شدت احساس می‌شود (۲۹).

نگهداری و مراقبت از سالمندان

یکی دیگر از مسائل مربوط به تغییرات جمعیتی پیش‌رو، مسأله نگهداری و مراقبت از سالمندان می‌باشد. خانواده به لحاظ سنتی مسئول نگهداری از معلولان و تأمین معیشت سالمندان بوده (۳۳) و خانواده گسترده به عنوان یک نظام اولیه برای حمایت از سال‌خوردگان قلمداد می‌شده است (۳۴)؛ ولی امروزه در خانواده هسته‌ای که نزدیک به ۷۳٪ خانواده‌های ایرانی را تشکیل می‌دهد (۳۵)، بسیاری از وظایف و کارکردهای قدیم، از جمله نگهداری سالمندان، به دولت واگذار شده و وظایف دولت‌ها بسیار گسترده‌تر شده است (۳۶). در فرایند توسعه شهرنشینی و هسته‌ای شدن خانواده‌ها، حمایت نسبی از سال‌خوردگان کاهش یافته (۲۲) و افزایش اشتغال بیرون از خانه زنان، از علل معلق ماندن مراقبت از سالمندان می‌باشد. امروزه نگرش خانواده‌ها در خصوص سالمندان و نگهداری آنها تغییر یافته و به کارگیری مراکز نگهداری سالمندان، به عنوان یک جایگزین مسلم مطرح شده است (۳۶). هر چند در ایران با توجه به فرهنگ و باورهای ملی و دینی، ظرفیت نگهداری سالمندان در خانواده نسبت به کشورهای غربی بیشتر است و می‌توان به شرط اعمال سیاست‌های حمایتی دولتی از خانواده‌ها، ضمن حفظ حرمت و جایگاه سالمندان تا حدودی نیاز به مراکز نگهداری را کاهش داد (۸)؛ ولی نیاز به توسعه کمی و کیفی مراکز نگهداری نیمه وقت و تمام وقت سالمندان انکارناپذیر است. شواهد نشان می‌دهد که توسعه مراکز مذکور، هزینه زیادی برای دولت‌ها داشته و نگهداری از سالمندان در خانواده و حمایت دولت از خانواده‌های نگهداری‌کننده، از نظر اجتماعی و اقتصادی بسیار به صرفه می‌باشد. برای مثال در آمریکا به رغم وجود مراکز نگهداری، نزدیک به ۷۹٪ از سالمندان نیازمند مراقبت‌های طولانی مدت، توسط خانواده‌ها مراقبت می‌شوند و با وجود بهره‌مندی این خانواده‌ها از انواع کمک‌های حمایتی، مقایسه هزینه مراقبت از سالمندان در منزل با هزینه مراقبت در مراکز نگهداری، نمایانگر صرفه‌جویی اقتصادی بسیار زیاد و شرایط بهتر سالمند در خانواده می‌باشد (۳۷).

سالمندی و اقتصاد سلامت

سالمندان به دلیل بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن از پرهزینه‌ترین افراد برای نظام سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر هستند (۵۴). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی روند تصاعدی داشته و گاه هزینه سلامت و درمان دو سال آخر عمر با هزینه مابقی زندگی برابری می‌کند (۲۷). طبق پیش‌بینی‌ها، ایران ظرف سی سال آینده با افزایش ناگهانی جمعیت سالمند مواجه خواهد شد که این امر سبب افزایش ناگهانی هزینه‌های خدمات سلامت می‌گردد. با افزایش امید به زندگی، دوره سپری شده همراه با ناتوانی و بیماری نیز طولانی‌تر شده و هزینه‌های سلامت سالمندان و نیاز آن‌ها به خدمات بیمارستانی به مراتب بیشتر خواهد شد (۱۴). طبق برآوردها حدود ۴۰٪ کل هزینه‌های بهداشتی درمانی در جوامع صنعتی صرف افراد ۶۵ ساله و بیشتر می‌شود و به طور متوسط برای دولت‌ها هزینه‌های بهداشتی یک فرد ۷۵ سال به بالا، ۶ برابر هزینه‌های بهداشتی یک فرد در سن کار و تولید است (۵۵). بر اساس گزارش‌های موجود، سرانه خدمات سلامت، برای افراد بالای ۶۵ سال در آمریکا و کشورهای توسعه یافته سه تا پنج برابر بیشتر از افراد با سنین کمتر از ۶۵ سال می‌باشد. طبق برآوردها به دلیل تغییرات جمعیتی، هزینه‌های ملی سلامت آمریکا تا سال ۲۰۳۰ میلادی بدون در نظر گرفتن تورم و هزینه تکنولوژی‌های نوین، به میزان ۲۵٪ افزایش خواهد یافت (۴۸). علل اصلی افزایش هزینه‌های سلامت در دوره سالمندی مربوط به افزایش دفعات استفاده از خدمات سلامت، طولانی‌تر شدن مدت استفاده از خدمات (مانند افزایش مدت اقامت در بیمارستان‌ها) و هزینه بالای دارو، درمان و توانبخشی در مقایسه با سایر گروه‌های سنی به جهت نوع بیماری و میزان پاسخگویی به درمان می‌باشد (۵۶). معلولیت در سالمندان بیشتر بوده و این امر منجر به افزایش هزینه‌های سلامت می‌شود. بنا به گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۵، حدود ۲۱۷ هزار نفر سالمند (۴/۲٪ جمعیت سالمند کشور) معلولیت بارز داشته‌اند (۵۷). مقایسه نسبت معلولیت سالمندان با نسبت معلولیت جمعیت کل (۱/۶٪) نشان می‌دهد که میزان معلولیت و به تبع آن هزینه‌های توانبخشی در سالمندان به مراتب بالاتر از گروه‌های سنی دیگر است (۵۸). در مطالعه انجام شده بر روی سالمندان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی تهران؛ در حالی که حدود ۴٪ از کل بیمه شدگان تأمین اجتماعی سالمندان بودند، بیش از ۳۷٪ از کل هزینه‌های خدمات درمانی انجام شده به این گروه تعلق داشت (۵۹). مطالعه‌ای دیگر در دامغان نشان می‌دهد که حدود یک سوم هزینه‌های بستری، صرف سالمندان می‌شود که تقریباً یک پنجم جمعیت بستری را شامل می‌شود (۶۰). بر اساس یک برآورد و با

آن‌ها به ویژه در زمینه برخورداری از رفاه اجتماعی، نه تنها از ضروریات، بلکه تضمین کننده فردایی بی‌دغدغه‌تر و سالم‌تر برای جامعه است (۴۴).

وضعیت سلامت و بار بیماری‌ها در دوره سالمندی

در حال حاضر در بسیاری از کشورهای ثروتمند جهان و در تعداد فزاینده‌ای از کشورهای فقیر، پیر شدن جمعیت، مسئله غالب جمعیتی می‌باشد (۴۵). اگر چه سالمند شدن جمعیت تا حدی بیانگر موفقیت در مداخلات بهداشتی درمانی اولیه می‌باشد، اما برنامه‌های سلامت عمومی بایستی نسبت به این پدیده اجتناب ناپذیر پاسخگو باشند (۴۶). تغییر در ترکیب جمعیت، همراه با افزایش نسبت افراد سالمند، تأثیر عمیقی بر جامعه خواهد داشت که مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز و هزینه‌های مرتبط از آن جمله می‌باشد (۱). با افزایش سن، سلامت افراد رو به افول می‌گذارد. مطالعه SAGE (Study on global AGEing and adult health) سازمان بهداشت جهانی، کاهش قابل توجه نمره سلامت افراد با افزایش سن را در کشورهای منتخب به‌وضوح نشان می‌دهد (۷). بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، پرفشاری خون، بی‌اختیاری ادراری، کاهش قدرت شنوایی، ضعف استخوانی عضلانی و اختلالات روانی، شیوع بالایی در بین سالمندان دارند (۲۷). حدود ۶۰٪ از کل سرطان‌ها در افراد بالای ۶۵ سال دیده می‌شود (۴۷). طبق گزارش «وضعیت سالمندی و سلامت در آمریکا-۲۰۰۷» (The State of Aging and Health in America 2007)، حدود ۸۰٪ سالمندان آمریکا حداقل یک و ۵۰٪ سالمندان حداقل دو بیماری مزمن دارند (۴۸). تقریباً ۷۰٪ سالمندان بالای ۶۵ سال آمریکایی به پرفشاری خون مبتلا بوده (۴۹) و بیماری‌های قلبی عروقی، از مهم‌ترین بیماری‌های دوران سالمندی می‌باشد (۵۰). با افزایش سن سالمندان، بار بیماری‌ها و میزان مرگ و میر افزایش قابل ملاحظه‌ای می‌یابد. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰، جمعیت بالای ۷۰ سال با دارا بودن حدود ۷/۶٪ کل جمعیت جهان، ۶۲٪ مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، ۶۱٪ مرگ و میرهای ناشی از جراحات (Injuries) و ۳۰٪ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر را به خود اختصاص دهد (۵۱). مطالعات انجام شده در مناطق مختلف ایران نیز حاکی از شیوع بالای مشکلات جسمی و روانی در سالمندان می‌باشد (۵۲). مطالعه خمرنیا و باغبانیان (۱۳۹۲) در سالمندان شهری و روستایی زاهدان نشان داد که ۴۴٪ سالمندان ساکن شهر بیماری‌های قلبی عروقی، ۷۱٪ سالمندان ساکن روستا مشکلات چشمی داشته و ۵۰٪ سالمندان در هر دو گروه مشکلات شنوایی داشته‌اند (۵۳). در مطالعات دیگر نیز شیوع بالای بیماری‌های قلبی عروقی، عضلانی، اسکلتی، دیابت، افسردگی، بی‌اختیاری ادراری و ... گزارش شده است.

بیش از پیش توسعه یافته و شرایطی فراهم گردد تا همه سالمندان بتوانند از پوشش بیمه‌ای مناسب بهره‌مند گردند.

سلامت سالمندان مستلزم نیروی متخصص

همگام با افزایش جمعیت سالمند از یک سو و آسیب‌پذیری بیشتر سالمندان در برابر بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی، درمانی، توانبخشی و مراقبتی آن‌ها از سوی دیگر، لازم است نسبت به تربیت نیروی انسانی متخصص در بهداشت، درمان و مراقبت سالمندان به قدر کفایت اقدام گردد. هر چند اخیراً رشته‌های سالمندشناسی، بهداشت سالمندان و دوره MPH سالمندی در کشور راه‌اندازی شده است؛ ولی ظرفیت پذیرش این رشته‌ها با نیاز واقعی کشور بسیار فاصله داشته و همچنین آموزش در زمینه طب سالمندان به پزشکان خانواده یا متخصصین طب سالمندی دارای کاستی‌های چشم‌گیر است و نیروی متخصص لازم و کافی برای سلامت سالمندان در کشور وجود ندارد.

قوانین حمایت از سالمندان

به رغم پیش‌بینی رشد بسیار سریع جمعیت سالمند طی دهه‌های آتی در ایران، ساماندهی امور سالمندان پشتوانه قانونی کافی ندارد (۱۵). بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دولت مکلف است خدمات و حمایت‌های مالی لازم برای برخورداری بازنشستگان و سالمندان از تأمین اجتماعی و خدمات بهداشتی و درمانی را فراهم آورد (۶۵). بررسی قوانین توسعه ۵ ساله کشور نشان می‌دهد؛ تنها مورد احکام قانونی که دولت را به ساماندهی سالمندان مکلف ساخته، جزء «۵» بند «الف» ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه است (۶۶). در این راستا، شورای ملی سالمندان در سال ۱۳۸۳ تأسیس شده ولی بر اساس گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، فعالیت این شورا چندان محسوس نبوده است (۱۵). قانون مذکور، طبق بند «ط» ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه، با هدف پوشش حداقل ۲۵٪ جمعیت هدف ادامه یافته (۶۷) ولی متأسفانه علی‌رغم نزدیک شدن به پدیده انفجار جمعیت سالمند در کشور و لزوم توجه بیش از پیش قانون‌گذاران به تحولات جمعیتی، قانون ساماندهی و حمایت از سالمندان در قانون برنامه پنجم توسعه گنجانده نشده (۶۸) و لذا در حال حاضر مستند قانونی الزام‌آوری برای ساماندهی امور سالمندان و حمایت جامع از آنان وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحولات جمعیتی حکایت از آن دارد که ایران در دهه‌های آتی رشد بسیار سریع جمعیت سالمند را تجربه خواهد کرد. در حال حاضر، سالمندان در ایران بنا به دلایل گوناگون از قبیل؛ خلأ قانونی در حمایت و ساماندهی سالمندان، فراهم نبودن زیرساخت‌های تأمین اجتماعی،

توجه به تغییرات جمعیتی پیش رو، بودجه سرانه سلامت در ایران تا سال ۲۰۵۰ میلادی باید حدود ۲/۵ برابر افزایش یابد (۵۸). سالمندی جمعیت با افزایش تعداد بازنشستگان مستمری بگیر، نظام تأمین اجتماعی را به چالش کشیده (۲۴) و به دو صورت بر افزایش هزینه‌ها و کاهش درآمد سازمان‌های بیمه‌گر تأثیر می‌گذارد. از طرفی با سالمند شدن جمعیت، تعداد افراد شاغل و درآمد حاصل از وصول حق بیمه شاغلین کاهش یافته و از طرف دیگر پرداخت مستمری بازنشستگی توسط سازمان‌های بازنشستگی افزایش می‌یابد. همچنین به دلیل بالا بودن هزینه درمانی سالمندان، هزینه‌های سازمان‌های بیمه افزایش قابل توجهی خواهد داشت. از این رو سازمان‌های بیمه‌گر باید برنامه‌ریزی لازم جهت مواجهه با پدیده فوق و مدیریت بهینه منابع را داشته باشند (۶۱).

پوشش بیمه‌ای سالمندان

با وجود اهمیت بیمه‌های بازنشستگی، به عنوان مطمئن‌ترین ساز و کار حمایت از سالمندان، هنوز در کشور ما نزدیک به ۹ میلیون شاغل از پوشش این نوع بیمه‌ها برخوردار نیستند. بنابراین خود آن‌ها و همسرانشان در دوره سالمندی نیازمند کمک دولت خواهند بود. این در حالی است که بیمه‌های بازنشستگی نیز صرفاً حداقل‌های ضروری زندگی را تأمین می‌کند (۱۵). تعداد قابل توجهی از سالمندان نیازمند خدمات و مراقبت‌های بلند مدت می‌باشند (۶۱). این امر منجر به افزایش هزینه سلامت سالمندان می‌گردد. با وجود افزایش تصاعدی هزینه‌های سلامت در دوره سالمندی، از طرفی پوشش بیمه درمانی پایه و تکمیلی سالمندان فراگیر نبوده (۶۲) و از طرف دیگر در حالی که طبق نتایج تحقیقات، علت اصلی افزایش هزینه‌های سلامت سالمندان، نه مراقبت حاد، بلکه مراقبت‌های بلند مدت و پرستاری در منزل اعلام شده است (۶۳). این خدمات پر هزینه و بسیاری از خدمات مورد نیاز سالمندان، به دلیل مقررات خاص سازمان‌های بیمه‌گر، نوعاً در چارچوب بیماری‌های مرسوم و نظام پرداخت بیمه‌ها نمی‌گنجد و عمده هزینه‌ها را باید شخص سالمند یا خانواده وی تقبل نماید (۶۲).

شواهد به دست آمده از پژوهش‌های انجام شده در تهران نشان می‌دهد که ۷۰٪ سالمندان درآمد پایینی داشته (۳۶) و منابع مالی مهم‌ترین آن‌ها بوده است (۶۴). به گونه‌ای که درآمد آن‌ها کفاف معاش روزمره را نمی‌کند؛ چه رسد به هزینه‌های بالای سلامت (۵۵). از این رو افزایش هزینه سلامت در دوره سالمندی، فراگیر نبودن بیمه سالمندان و عدم پوشش بیمه‌ای خدمات مورد نیاز سالمندان، زمانی که با یک واقعیت دیگر، به نام کاهش درآمد و عدم تمکن مالی سالمندان توأم می‌شود، موضوع بسیار پیچیده‌تر می‌گردد؛ لذا لازم است نظام تأمین اجتماعی در جمهوری اسلامی ایران،

§ تربیت نیروی انسانی کارآمد در حوزه‌های پیشگیری، درمان، مراقبت، توانبخشی و ارتقای سلامت سالمندان.

§ تشکیل و گسترش سازمان‌های مردم نهاد و شبکه‌های اجتماعی با هدف افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان.

§ تقویت همکاری‌های بین‌بخشی به دلیل چند بخشی بودن سلامت.

§ تدوین برنامه حمایت از خانواده‌های مراقبت کننده از سالمندان.

§ گسترش مراکز نگهداری و مراقبت روزانه و تمام وقت سالمندان به دلیل تغییر ساختار خانواده و عدم امکان مراقبت از سالمندان.

§ تشویق و جلب همکاری‌های مردمی و تأسیس مراکز خیریه برای تأمین نیازهای سالمندان به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر جامعه.

§ بهسازی و مناسب‌سازی معابر عمومی و ناوگان حمل و نقل عمومی برای استفاده سالمندان. توجه به ایجاد و گسترش فضاهای با کاربری مناسب برای فعالیت‌های اجتماعی، ورزشی و گذران اوقات فراغت سالمندان.

هزینه‌های رو به تزاید سلامت سالمندان، نبود پوشش فراگیر بیمه‌ای، کمبود نیروی انسانی متخصص و متناسب نبودن زیرساخت‌های شهری، معابر، ناوگان حمل و نقل عمومی با شرایط و نیازهای آن‌ها، بدون چتر حمایتی مناسب در نوعی بلا تکلیفی بسر می‌برند و در صورت نگهداری توسط خانواده، فشار ناشی از کمبودها و هزینه‌های بالا بر دوش خانواده‌های نگهداری کننده سنگینی می‌کند. تحلیل وضعیت فعلی و دورنمای آتی جمعیت سالمند کشور، حاکی از وجود چالش‌ها و مشکلات در حال حاضر و پیچیده‌تر شدن و گسترش یافتن معضلات در آینده بوده و پیش‌بینی می‌شود که سالمندی جمعیت، از بزرگترین چالش‌های فراروی نظام سلامت ایران خواهد بود. برای مقابله با این چالش‌ها، لازم است تحولات جمعیتی به صورت جدی مورد توجه قانون‌گذاران، سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مسئولان قرار گیرد. در این راستا پیشنهادات زیر به عنوان اقدامات حداقلی از سوی مسئولین ذیربط، امری اجتناب ناپذیر به نظر می‌رسد.

§ وضع و اصلاح قوانین برای حمایت، ساماندهی، مراقبت و توانبخشی سالمندان و افزودن بند الحاقی به برنامه پنجم توسعه.

§ اصلاح نظام سلامت با توجه به نیازهای جمعیت سالمند در سطوح اول، دوم و سوم.

§ بازنگری، اصلاح و فراگیر نمودن پوشش بیمه‌های سلامت و توسعه تعهدات بیمه‌ای جهت پوشش خدمات مورد نیاز سالمندان.

References

- Kirchengast S, Haslinger B. Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged austria: Cross-sectional analysis. *Gender Medicine*. 2008;5(3):270-8.
- PAHO, WHO. Health of Older Persons. *Aging and Health: A Shift in the Paradigm* 1998. Available from: http://www1.paho.org/english/gov/csp/csp25_12.pdf.
- Nations U. *World Population Aging: 1950-2050*. 2002.
- Nations U. *World Population Prospects*. 2010.
- Clemen-Stone S, Eigsti DG, McGuire SL. *Comprehensive community health nursing: Family, aggregate, & community practice*: Mosby; 1995.
- WHO. *10 facts on ageing and the life course*. 2012.
- WHO, Aging UNIo. *Global health and ageing* 2011. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/.
- معیذفر سعید. مسائل اجتماعی ایران (جامعه‌شناسی اقبال و گروه‌های آسیب‌پذیر). چاپ اول، نشر علم. تهران. ۱۳۸۹: ۲۸۴
- سید میرزایی سید محمد. ملاحظات پیرامون ابعاد سالمندی با نگاهی به تجربه ژاپن. پژوهشنامه علوم انسانی. ۱۳۸۶: ۱۳: ۲۲۲-۲۰۱.
- Kiani S, Bayanzadeh M, Tavallaee M, Hogg RS. The Iranian population is graying: are we ready? *Archives of Iranian medicine*. 2010;13(4):333-9.
- مرکز آمار ایران. سرشماری عمومی نفوس و مسکن - ۱۳۷۵. تهران: مرکز آمار ایران; ۱۳۷۶.
- مرکز آمار ایران. سرشماری عمومی نفوس و مسکن - ۱۳۸۵. تهران: مرکز آمار ایران; ۱۳۸۶.
- مرکز آمار ایران. سرشماری عمومی نفوس و مسکن - ۱۳۹۰. تهران: مرکز آمار ایران; ۱۳۹۱.
- میرزایی محمد، شمس قهفرخی مهری. بررسی عوامل مؤثر بر سلامت خود ادراک سالمندان ایران. *مجله سالمندی ایران*. ۱۳۸۷: ۳(۲): ۵۴۶-۵۳۹.
- کریمی مظفر، شیرازی خواه مرضیه. راهبردهای حمایت از سالمندان در ایران. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی; ۱۳۸۹.

16. Nations U. Probabilistic Projections: Population age 65 and over (thousands). 2012 27/11/2012. Report No.
17. Gross domestic product 2010 [Internet]. 2011. available from: <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf>
18. World Economic Outlook Database [Internet]. 2010. Available from: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/02/weodata/index.aspx>.
19. Bureau PR. 2013 World Population Data Sheet. The 2013 World Population Data Sheet. 2013:20.
20. Pison G. Population ageing will be faster in the South than in the North. *Population and Societies*. 2009;457: 1-4
۲۱. قائمی ذبیح الله. راهبردهای سیاستهای جمعیت. مرکز آمار ایران، ۱۳۹۱
22. Kinsella KG, Phillips DR. Global aging: The challenge of success: Population Reference Bureau; 2005;60(1):5-43
۲۳. قیصریان اسحاق. بررسی ابعاد اجتماعی، اقتصادی پدیده سالمندی در ایران. جمعیت. ۱۳۸۸؛۱(۱۶):۱-۲۸.
۲۴. پناهی بهرام. چالش های فراروی نظام تامین اجتماعی در آغاز سده بیست و یکم میلادی. تامین اجتماعی. ۱۳۸۳؛۶(۱۶):۸۱-۱۰۴
۲۵. معصومه ص، فریبا م. وضعیت آگاهی رابطان بهداشت شهرستان شیراز در خصوص شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی. مجله سالمندی ایران. ۱۳۸۵؛۱(۱):۵-۲۲.
26. Kalache A, Aboderin I, Hoskins I. Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(3):243-4.
۲۷. پوررضا ابوالقاسم، خبیری نعمتی رقیه. اقتصاد بهداشت و سالمندی. مجله سالمندی ایران. ۱۳۸۵؛۱(۲):۸۰-۷.
۲۸. گیدنز آنتونی. جامعه شناسی. ویرایش اول. نشر نی. تهران: ۱۳۹۲: ۶۳۱-۶۵۸
۲۹. مداح سیدباقر. وضعیت فعالیت های اجتماعی و نحوه گذران اوقات فراغت در سالمندان ایران و سوئد. مجله سالمندی ایران. ۱۳۸۷؛۳(۲):۵۹۷-۶۰۶.
۳۰. دارابی سعدالله، ترکاشوند محمد، لطیفی غلامرضا. پیامدهای اقتصادی - اجتماعی سالخوردگی جمعیت در ایران (۱۴۳۰-۱۳۳۰) کتاب ماه علوم اجتماعی. ۱۳۹۱؛۱۶(۱):۱۷-۲۸.
۳۱. تقوی نعمت الله. سالخوردگان در جامعه. جمعیت. ۱۳۷۳؛۱(۱۱ و ۱۲).
۳۲. سیف‌زاده علی. مشخصه های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت روانی در کهنسالی (مورد شناسی شهر آذرشهر). جمعیت. ۱۳۸۷؛۱(۱۵):۱۲۷-۶۲.
۳۳. کوئن بروس. مبانی جامعه شناسی. ترجمه غلامعباس توسلی و رضا فاضل، ویرایش اول، انتشارات سمت. تهران ۱۳۷۸: ۱۸۰
34. Mason A, Lee S-H. Population aging and the extended family in Taiwan: A new model for analyzing and projecting living arrangements. *Demographic Research*. 2004;10(8):197-230.
35. Roshd D. The Nuclear Family. Available from: <http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/mavara-index.php>
۳۶. شیخی محمد تقی. امنیت اجتماعی و آسیب شناسی سالمندان در شهر تهران: پژوهشی از دیدگاه جامعه شناسی. مجله سالمندی ایران. ۱۳۸۶؛۲(۶):۵۴-۶۱.
۳۷. شعاعی فاطمه، نجاتی، وحید. خدمات مراقبتی سالمندی در ایالات متحده آمریکا با نگاهی اجمالی به ایران. مجله سالمندی ایران. ۱۳۸۷؛۳(۱):۶۸-۷۷.
38. Bloom DE, Canning D, Finlay JE. Population aging and economic growth in Asia. The Economic Consequences of Demographic Change in East Asia, NBER-EASE Volume 19: University of Chicago Press; 2010. p. 61-89.
39. CARL H, JAMES G, AND LINDA J. World Population Data Sheet, Fewer and Fewer Workers to Support Aging Population. 2010, available from: http://www.prb.org/presentations/10worlddata-sheet_presentation.pdf
۴۰. ضابطیان الهام، تقوایی علی اکبر. شاخص های مناسب سازی فضاهای شهری دوستدار سالمندان با استفاده از رویکرد مشارکتی. فصلنامه مسکن و محیط روستا. ۱۳۸۸؛۲۸(۱۲۸):۷۱-۶۰.
۴۱. علی الحسابی مهران، رحیمی فرخنده. رهنمودهایی در طراحی محیط برای افراد مبتلا به آلزایمر. فصلنامه مسکن و محیط روستا. ۱۳۸۸؛۲۸(۱۲۸):۷۲-۸۳.
42. Sugiyama T, Ward Thompson C. Older people's health, outdoor activity and supportiveness of neighbourhood environments. *Landscape and Urban Planning*. 2007;83(2):1675-8
۴۳. دلاور بهرام. بررسی سلامت سالمندان کشور. اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران؛ تهران: آسایشگاه معلولین و سالمندان کهریزک، گروه بانوان نیکوکار؛ ۱۳۷۸.
۴۴. بهبهانی سروناز. شهر مناسب شهری برای همه (جامعه ایران در حال پیر شدن). گزارش. ۱۳۸۷؛۱۸(۱):۳۶-۷.
45. Grundy E. Population Ageing: Causes and Consequences. *Interdisciplinary Communications*. 2006:87.
46. Goulding M, Rogers M, Smith S. Public health and aging: trends in aging—United States and worldwide. *JAMA*. 2003;289(11):1371-3.
47. Yancik R. Cancer burden in the aged. *Cancer*. 1997;80(7):1273-83.

48. Anderson L. The state of aging and health in America 2007. *Aging Health*. 2007;3(2):139-41.
49. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127(1):e6.
۵۰. یکتامرام سید علی محمد. راهنمای سلامت سالمندان (بالای ۵۰ سال). تهران: سازمان بهزیستی کشور; ۱۳۸۸.
51. WHO. Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. 2013.
۵۲. شریف زاده غلامرضا، مودی میترا، اخباری هادی. وضعیت سلامت سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی. *مجله سالمندی ایران*. ۱۳۸۹;۵(۱۷):۹-۵۲.
۵۳. خمرنیا محمد، باغبانان، عبدالوهاب. بیماریهای مزمن سالمندان در جامعه شهری و روستایی شهرستان زاهدان ۱۳۹۰. *مجله علوم پزشکی صدا*. ۱۳۹۲;۱(۳):۴۸-۱۳۹.
۵۴. سلطانی محمد حسین، صحاف رباب، محمدی فرحناز، غفاری شهرام، خسروی اردشیر، گوهری محمود رضا. سالمندی، طول مدت اقامت و هزینه های بیمارستانی بیمارستان مطالعه موردی در بیمارستان میلاد تهران سال ۱۳۸۷ (مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی). *مجله سالمندی ایران*. ۱۳۹۰;۶(۲۳):۵۸-۶۵.
۵۵. شیخی محمد تقی. جامعه شناسی سالمندی. ویرایش اول، تهران: حریر; ۱۳۸۹.
56. Jenson J. Health care spending and the aging of the population. *Congressional Research Service (CRS) Reports and Issue Briefs*. 2007:43.
۵۷. مرکز آمار ایران. گزیده نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵. تهران: مرکز آمار ایران; ۱۳۸۶.
۵۸. راسل مهدی، اردلان علی. آینده سالمندی و هزینه های خدمات سلامت: هشدار برای نظام سلامت کشور (مقاله مروری). *مجله سالمندی ایران*. ۱۳۸۶;۲(۴):۵-۳۰.
۵۹. حاج علی افضل حسین. شناسایی ترکیب بیماریها، متوسط اقامت و برآورد هزینه درمان سالمندان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی در زمینه خدمات بستری در تهران بزرگ. *تامین اجتماعی*; ۱۳۸۱; ۱۷۹-۲۰۶.
۶۰. پوررضا ابوالقاسم، میر محمد خانی مجید، پورآقا بهروز. الگوی هزینه و بیماری در خدمات بستری سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی شهرستان دامغان طی سال ۱۳۸۴ (مقاله پژوهشی). *مجله سالمندی ایران*. ۱۳۸۶;۲(۴):۵۲-۲۶۲.
۶۱. شجاعی علی و همکاران. هزینه های درمانی و بیماریها در سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی استان تهران (۸۷-۱۳۸۶). *مجله سالمندی ایران*. ۱۳۹۰;۶(۲۲):۶۵-۷۴.
62. Elderly SNCoT. The national strategic plan document of the elderly 2013. Available from: http://shoramelislamandan.com/?page_id=703.
63. Spillman BC, Lubitz J. The Effect of Longevity on Spending for Acute and Long-Term Care. *New England Journal of Medicine*. 2000;342(19):1409-15.
۶۴. محقق کمال سید حسن، سجادیان حمیرا، زارع حسین، بیگلریان اکبر. بررسی نیازهای سلامت سالمندان مستمري بگير سازمان تامین اجتماعی و بازنشتنگی کشوری (مقاله پژوهشی). *مجله سالمندی ایران*. ۱۳۸۷;۳(۷):۸-۱۵.
۶۵. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی; ۱۳۵۸.
۶۶. قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۷۹ تا سال ۱۳۸۳. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی; ۱۳۷۹.
۶۷. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی; ۱۳۸۳.
۶۸. قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی; ۱۳۸۹.