

## پژوهش

مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، از بدو تأسیس خود در سال ۱۳۷۳، به فعالیتهای تحقیقاتی در زمینه‌های مختلف و متنوع تأمین اجتماعی مشغول بوده است. رسالت و نقش تأمین اجتماعی (Social Security) در زدودن فقر و درماندگی، ایجاد ثبات و امنیت ملی، و پیشبرد برنامه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، اکنون در سراسر جهان شناخته شده است و به‌ویژه در کشورهای رو به رشد، روز به روز اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. در ایران، چند اصل از قانون اساسی ناظر بر تکالیف و مسئولیتهای دولت در حوزه تأمین اجتماعی است؛ به‌ویژه اصل ۲۹، به صورتی جامع و فراگیر بر این امر تأکید می‌کند.

از حدود دو سال پیش، همزمان با تدارک مقدمات تدوین برنامه سوم اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی کشور از سوی تمام وزارتخانه‌ها و سازمانهای مملکتی، فعالیتهای تحقیقاتی «مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی» نیز حالت و ساختاری جدید به خود گرفت که هدف از آن، جهت دادن به این فعالیتهای در مسیری سازگار با برنامه سوم و تحقق هدفهای قانون اساسی است.

برای نیل به این هدف، تحت نظارت و با مباشرت شورای پژوهشی مؤسسه، طرح تحقیقاتی جامعی به اجرا درآمد که گروهی از برجسته‌ترین کارشناسان کشور در مراحل مختلف آن مشارکت داشتند. حاصل این تحقیق، که در نوع خود از دقیق‌ترین و جامع‌ترین پژوهشهای مرتبط با تأمین اجتماعی در ایران است، به صورت گزارشهای مفصلی آماده شد و خلاصه این گزارشها نیز در بهمن‌ماه ۱۳۷۸، در کتابی تحت عنوان **نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی**، به چاپ رسید تا به مسئولان مملکتی، برنامه‌ریزان و صاحب‌نظران تقدیم شود.

این کتاب، علاوه بر پیشگفتار و مقدمه، دارای هفت فصل تحت این عنوانهاست: طرح مسئله؛ مبانی و فرضهای مختلف در نگرش به نظام رفاه و تأمین اجتماعی؛ تصویر وضع موجود نظام تأمین اجتماعی در ایران؛ تأمین اجتماعی در سازمانهای بین‌المللی و یازده کشور منتخب؛ تأمین اجتماعی و چشم‌انداز اجتماعی و اقتصادی آن در ایران؛ انتخاب دیدگاه، مبانی، و فرضهای مناسب برای ایران؛ تصویر وضع مطلوب. از آغاز سال گذشته، به منظور روشن شدن زمینه‌های اجرایی «نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی» در ایران، بررسیها و مطالعات تخصصی و کاربردی گسترده‌ای در مؤسسه آغاز شد که همه حوزه‌های مرتبط با موضوع را در بر می‌گیرد. هدف از این مطالعات، روشن کردن شرایط و امکانات و نیازهای نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در ایران، در زمینه‌هایی گسترده مانند نظام مدیریت، برنامه‌ریزی، آمار و اطلاعات، محاسبات اکچوئری، شرایط و ویژگیهای جمعیتی، چرخه درآمد و هزینه، و مقررات و معیارهای اجرایی است، تا راه برای استقرار نظامی جامع و هماهنگ در همه سطوح برنامه‌ریزی و اجرایی هموار شود، و از موارد احتمالی تداخل وظایف، دوباره کاری، و هدر رفتن منابع و نیروی انسانی پیشگیری گردد.

همه این مطالعات، در چارچوب و قالبی صورت می‌گیرد که به تصویب شورای پژوهشی مؤسسه رسیده است و علاوه بر مقدمات و طرح مسئله، شامل بیان تاریخچه مختصر موضوع، سابقه و وضع موجود در ایران، تجربه سایر کشورهای جهان و سازمانهای بین‌المللی، طراحی وضع مطلوب و آرمانی، و تدوین برنامه لازم برای انتقال از وضع موجود به وضع مطلوب، همراه با پیشنهاد مبانی، معیارها، و نیازهای مالی و انسانی است.



به لحاظ اهمیت موضوع، و نیز برای آشنا شدن خوانندگان فصلنامه تأمین اجتماعی با فعالیتهای پژوهشی مؤسسه، از این شماره خلاصه‌ای از گزارشهای مربوط به مطالعات و طرحهای مرتبط با زمینه‌های اجرایی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، چاپ می‌شود. بدیهی است آنچه به صورت خلاصه به نظر خوانندگان می‌رسد، فقط کوتاه شده بخشهایی خاص از این گزارشهاست که جاذبه عمومی دارد و به هیچ وجه نمایانگر و معرف کل پژوهشهای صورت گرفته نیست. علاقه‌مندان می‌توانند برای دریافت و مطالعه متن کامل گزارشها، به روابط عمومی مؤسسه مراجعه فرمایند.

امیدواریم چاپ بخشهای خلاصه‌ای از این گزارشها مورد توجه و استقبال خوانندگان قرار گیرد و موجب برقراری ارتباطی وسیعتر، بین مؤسسه، کارشناسان، استادان و برنامه‌ریزان تأمین اجتماعی شود. فصلنامه از دریافت ملاحظات و نظریه‌های انتقادی تمام صاحب‌نظران استقبال می‌کند و در صورت امکان، به چاپ مقاله‌ها و نظریه‌های رسیده اقدام خواهد کرد.

# بررسی وضعیت سالمندان در ایران

دکتر علیرضا محسنی تبریزی

تلخیص دکتر هرمز همایون پور

از جمله بررسیهایی که در ارتباط با حوزه یاد شده صورت گرفته است، "طرح بررسی وضعیت گروههای جمعیتی تحت پوشش خدمات بهزیستی" است که شامل تحقیق درباره وضعیت سالمندان، معتادان، زنان بی سرپرست، و کودکان بی سرپرست است. مسئولیت این طرح، بر عهده آقای دکتر علیرضا محسنی تبریزی عضو هیئت علمی بود، و آقایان حسین آقاجانی، محسن صفابخش، و خانم لادن هویدا با ایشان همکاری داشتند.

بدیهی است مسئولان و متخصصان تأمین اجتماعی در سازمانها و نهادهای مختلف مملکت نیز، با طرح همکاری کردند و تجربه‌ها، و نظریه‌ها، و عملکردهای آنان باعث عمق و غنای تحقیق و گزارشهای آن شده است. در این شماره، گزارشی خلاصه از "بررسی وضعیت سالمندان در ایران" به نظر تان می‌رسد، و گزارش گروههای جمعیتی دیگر، در شماره بعد خواهد آمد.

## ۱. طرح مسئله

افزایش چشمگیر پیران و سالمندان در سراسر دنیا و از جمله در ایران، پدیده‌ای مربوط به قرن بیستم است. جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال جهان در سال ۱۹۷۰ میلادی، ۲۹۱ میلیون نفر بود که طبق پیش‌بینی، بعد از سال ۲۰۰۰ به ۵۸۵ میلیون نفر خواهد رسید. جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال در سرشماری سال ۱۳۵۵ خورشیدی ایران، ۱,۱۸۳,۹۸۹ نفر یا ۳ درصد جمعیت

کل کشور بود که در سال ۱۳۶۵، به ۲,۶۸۶,۳۴۰ نفر یا ۵/۲۵ درصد جمعیت افزایش یافت. طبق سرشماری سال ۱۳۷۵، حدود ۳,۹۳۶,۷۰۳ نفر سالمند بالای ۶۰ سال (۶/۲ درصد جمعیت کل کشور) در کشور زندگی می‌کردند.

بنا به مطالعاتی که در کشورهای صنعتی مانند امریکا انجام شده است، در آغاز قرن بیستم میلادی، شمار کسانی که در آن کشور بیش از ۶۵ سال داشتند، ۳ میلیون نفر یا ۴ درصد جمعیت آن زمان بود. این رقم در سال ۱۹۷۰، به ۲ میلیون نفر یا ۹/۵ درصد جمعیت رسید. شمار سالمندان ۶۰ سال به بالای جامعه امریکا را در سال ۲۰۰۰، بیش از ۲۸ میلیون نفر برآورد کرده‌اند. با توجه به شمار پیران در کل جمعیت ایران، جامعه ما با مشکل پیری جمعیت مواجه نیست، بلکه همواره از جوانی جمعیت برخوردار بوده است. البته نباید فراموش شود که موضوع فقدان مشکل پیری جمعیت، با تأمین رفاه پیران و ایجاد تسهیلات لازم برای آنان کاملاً متفاوت است. در ضمن، باید در نظر داشت که ما در آینده، به علت بهداشت بهتر، با مشکل پیری جمعیت مواجه خواهیم شد. در کشورهای جهان سوم، با افزایش سطح بهداشت و بالا رفتن امید زندگی، شمار سالمندان مرتب رو به افزایش است، و با کاهش زاد و ولد باید انتظار داشت که درصد آنها نیز در جمعیت جهان سوم افزایش یابد.

تعریفی که از سالخوردگی جمعیت ارائه کرده‌اند، این است که وقتی در جمعیتی نسبت سالمندان رو به افزایش بگذارد و نسبت کودکان و جوانان رو به کاهش، که نتیجه آن متورم شدن جمعیت میان سال است، این جمعیت را سالخورده می‌نامند. سالخوردگی جمعیت، از دو طریق به وجود می‌آید؛ یکی تغییر در پایه هرم سنی است که نتیجه کاهش باروریها و کم شدن نسبت جوانان در کل جمعیت است، و دیگری تغییر در نوک هرم سنی و متورم شدن آن است که بر اثر کاهش مرگ و میر سالخوردگان اتفاق می‌افتد.

از این رو، نه تنها شمار سالمندان به مرور افزایش می‌یابد، بلکه شمار آنها نسبت قابل ملاحظه‌ای از جمعیت را تشکیل می‌دهد. افزایش جمعیت سالمندان، چه از نظر شمار مطلق و چه در مقایسه با گروههای سنی دیگر، حداقل تا ۴۰ سال آینده ادامه خواهد داشت. از آنجا که میزان تولد کم می‌شود، هر شخص سالخورده اعقاب کمتری خواهد داشت که بتوانند مراقبت او را به عهده بگیرند.

اکثر پیران مستقل نیستند. آنها خانواده‌ای دارند که از آنها پرستاری می‌کند. در خانواده‌های طبقه متوسط، سالخوردگان به خاطر خدماتی که انجام می‌دهند، به همان اندازه که بهره می‌برند

سودمند نیز هستند. با این همه، تنشهایی وجود دارد. با توجه به مسایل واقعی که سالمندان از آنها رنج می‌برند، این حقیقت باقی است که اکثر اعضای خانواده، از جوان گرفته تا پیر، مایل اند که همانند اعضای یک خانواده، اما با فاصله رفتار کنند. به گفته روزنمایر و کوشی، آنها «انس با فاصله» را ترجیح می‌دهند. خانواده‌ها مایل اند تماس را حفظ کنند، اما الزاماً با سالمندان در یک خانواده زندگی نکنند. تحول نقش خانواده، بر روابط اعضای خانواده نیز تأثیر می‌گذارد. در واقع، وابستگی اعضای خانواده، به علت انتقال از خانواده‌ای که براساس تولید سازمان یافته بود به خانواده‌ای که با کار در خارج امرار معاش می‌کند، تغییر کرده است. تحول جمعیت نیز، سبب شده است که شمار کمتری از فرزندان در کارگاه خانوادگی کار کنند، تا بتوانند پرستاری از والدین پیر را به عهده بگیرند.

با تغییرات حاصل از تحول اجتماعی، و تغییر نهادهای اجتماعی مانند خانواده، از شکل سنتی به جدید که بسیاری از کارکردهای سنتی خود را از دست داده است، در جوامعی مثل کشور ما هم شاهد مشکلات خاص ناشی از این گونه تحولات، از جمله مشکلات مربوط به سالمندان، هستیم. به همین دلیل، ضرورت دارد که متفکران علوم انسانی و اجتماعی و دست‌اندرکاران رفاه اجتماعی، بخشی از مطالعات خود را به مشکل سالمندان اختصاص دهند. پیری، همانند دوران کودکی، جوانی، و میانسالی، یکی از مراحل زندگی است، با این تفاوت که در این مرحله، برعکس دوران کودکی و جوانی که سلول بدن جوان می‌ماند، سلول فرد سالمند حالت بسیار کندی دارد و این کندی کارکرد با کاهش انرژی و افت بافتهای سالمند توأم است، و در نتیجه نقشهای اجتماعی آنان نیز کاهش یافته یا به صفر می‌رسد.

## ۲. تعریفها

### سالمند، پیر، کهنسال، و سالمندی

اصطلاح سالمند، پیر، کهنسال، و سالخورده، معمولاً در مورد افرادی به کار می‌رود که متجاوز از ۶۰ سال عمر کرده باشند. اما به طور کلی، پیری امری نسبی، درونی، روانی، و اجتماعی است. زیرا یک شخص ممکن است در سن ۸۰ سالگی هم تحرک و جنب و جوش و فعالیت داشته باشد و سیمایش چنان باشد که آثار و علائم پیری در او غالب نباشد؛ در حالی که ممکن است فردی در سن ۵۰ سالگی احساس ضعف و سستی نموده و ناصیه او جلوه‌گاه پیری باشد. برخی از نویسندگان و جامعه‌شناسان، دوران پیری را «عمر سوم» نامیده‌اند.

پیری با توقف رشد شروع می‌شود. منظور از رشد، سه نوع رشد بیولوژیکی، روانی، و اجتماعی است. تعریف پیر در کشورهای مختلف، برحسب شاخص سنی متفاوت است. در برخی کشورها جمعیت پیر را به دو گروه سنی پیر جوان، یعنی ۵۵ الی ۷۴ سال، و خیلی پیر، یعنی ۷۵ سال به بالا، تقسیم می‌کنند.

در ایران، سن پیری تعیین نشده است، اما اگر آغاز دوره پیری را همزمان با بازنشستگی کامل به حساب آوریم، طبق قانون تأمین اجتماعی، سن پیری برای مردان ۶۰ و برای زنان ۵۵ سالگی است، و طبق قانون استخدام کشوری، سن بازنشستگی برای مردان و زنان ۶۵ سالگی تعیین شده است. در کل، می‌توان سن ۶۵ سالگی را آغاز دوره پیری مردان و زنان ایران محسوب کرد. دوره پیری، از نظر متخصصان پیری‌شناسی، با توجه به اختصاصات مشترک جسمی و روانی، به دو دوره قابل قسمت است:

۱. دوره ۶۵ تا ۷۴ سالگی؛ ۲. دوره ۷۵ سالگی به بالا.

### ناتوانی

فقدان یا محدود شدن (به علت معلولیت) توان انجام دادن امور را در حدی که برای انسان طبیعی به حساب آید، ناتوانی گویند. ناتوانی ممکن است موقت یا دائمی، درمان‌پذیر یا درمان‌ناپذیر، و در حال کاهش، یا افزایش باشد. ناتوانی می‌تواند زمینه‌ساز معلولیت نیز تلقی شود.

### ازکارافتادگی

عبارت است از کاهش قدرت کار فرد، به نحوی که نتواند با اشتغال به کار سابق یا کاری دیگر، بیش از یک سوم درآمد خود را به دست آورد. در صورتی که ازکارافتادگی کلی در حین کار و بر اثر حوادث ضمن کار پیش آید، بیمه شده مشمول مقررات مربوط به ازکارافتادگی کلی ناشی از کار خواهد بود؛ در غیر این صورت، از مقررات ازکارافتادگی کلی غیرناشی از کار استفاده خواهد کرد. ازکارافتادگی جزئی، عبارت است از کاهش قدرت کار فرد به نحوی که با اشتغال به کار سابق یا کار دیگر، فقط قسمتی از درآمد خود را به دست آورد؛ در صورتی که ازکارافتادگی جزئی فقط در ساعات کاری و بر اثر حوادث ضمن کار پیش آید، بیمه شده مشمول مقررات این نوع ازکارافتادگی خواهد بود.

خانه پیران، آسایشگاه پیران، سرای سالمندان

مؤسسه‌ای رفاهی است که معمولاً از طرف دولت یا افراد به صورت عام‌المنفعه برای اقامت

سالمندان ایجاد می‌شود، و در آنجا مجموعه‌ای از خدمات رفاهی، بهداشتی، و زیستی، برای افراد سالخورده (۶۰ یا ۶۵ سال به بالا) فراهم می‌شود. این خدمات مستقیم مراقبتی، شامل امور بهداشتی و درمانی، روانی، و تجهیز و توانبخشی انواع ناتوانیهای جسمی افراد سالخورده است. در این گونه مؤسسات، سالخوردگان یا به طور جمعی یا به صورت محدود (۲-۳ نفره) زندگی می‌کنند و همواره زیر نظارت کادرهای پزشکی، روانشناسی، و مددکاری هستند.

### بازنشستگی

بازنشستگی عبارت است از حالتی که کارمند رسمی، با داشتن شرایط معین سنی و دارا شدن سنوات معینی از خدمت، طبق قانون و به موجب حکم مقام صلاحیت‌دار احراز می‌کند، و ضمن خاتمه یافتن حالت اشتغال، مادام‌العمر مستحق دریافت حقوق بازنشستگی می‌گردد.

### ۳. مبانی نظری سالمندی

سالمندی معمولاً از سه دیدگاه مورد بررسی قرار می‌گیرد: نظریه‌های زیستی - پزشکی، نظریه‌های جامعه‌شناسی، و نظریه‌های روانشناختی. به موجب نظریه اول، سالخوردگی نتیجه فرایند زیستی - پزشکی است که به هر حال و در هر شرایط ایجاد خواهد شد. تاکنون، هیچ یک از نظریه‌های بیولوژیکی، شامل تمام واقعیت‌های موجود نبوده‌اند؛ ساخت و ترکیب ژنتیکی سلول، عاملی است که به میزان زیادی در سالخوردگی دخالت دارد و کیفیت آن در موجودات مختلف متفاوت است. نظریه‌های جامعه‌شناسی می‌کوشد تا تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی را بر پیری و سالمندی تبیین کنند. از این رو، این نظریه‌ها الگوهای گوناگونی از پیرشدن را فراهم آورده‌اند. مهمترین این نظریه‌ها عبارت‌اند از:

الف) نظریه عدم مشارکت یا عدم تعهد (Disengagement theory)

لیان کامینگ (E. Cumming) و ویلیام هنری (W. Henry) در سال ۱۹۶۱، این نظریه را مطرح نمودند. براساس این نظریه، غیرقابل اجتناب بودن مرگ، فرد را وادار می‌کند تا بخش‌های مهمی از نقش‌های اجتماعی خود را - مانند کارکردن، خدمات داوطلبانه، همسر بودن، و کارهای تفننی - به تدریج رها نموده و آنها را به افراد جوانتر واگذار کند. سالمند، نقش‌های خود را یکی پس از دیگری رها می‌سازد، در حالت عدم تعهد قرار می‌گیرد و خود را برای مرگ آماده می‌کند.

**ب) نظریه فعالیت**

هدف این نظریه، مورد توجه قرار دادن مسایل اجتماعی و علل وضعیتی است که در عدم سازگاری اشخاص سالخورده تأثیر دارند. اگر چه برخی از نقشها از سالمندان سلب می‌شود، نقشهایی که برای آنان باقی می‌ماند به درستی تعریف نشده است. ابهامی که از این امر ناشی می‌شود، فرد را به حالت بی‌نظمی طبیعی می‌کشاند. سالمند هویت و هدفهای خود را از دست می‌دهد و اگر نقشهای جدید جانشین نقشهای قدیمی نشود، این بی‌نظمی دایمی خواهد شد و فرد با موقعیت جدید و باخودش ناسازگار و بیگانه خواهد گردید.

**ج) نظریه مبادله**

این نظریه، در سال ۱۹۸۰ توسط جیمز داود (J. Dawd)، جامعه‌شناس آمریکایی، با استفاده از نظریه «جرج هومنز» (George Homans) در برابر دو نظریه پیشین مطرح شد. در نظریه مبادله، این گونه استدلال می‌شود که روابط و عمل متقابل اجتماعی میان افراد، وقتی کامل است که تمام شرکت‌کنندگان در آن احساس کنند که از روابط میان خود سود می‌برند. این سود، نه تنها از نظر مادی بلکه از جنبه‌های عشق و علاقه، تأیید و احترام و سایر پاداشهای غیرمادی مطرح است. نظریه مبادله، معتقد است که کنشهای متقابل میان مردم زمانی به حداکثر می‌رسد که احساس کنند از مناسبات حاصل، سود می‌برند. افراد و گروهها، نه فقط از طریق پاداشهای مالی می‌توانند سود ببرند، بلکه همچنین می‌توانند با دریافت عشق، تأیید، احترام، و سایر پاداشهای غیرمادی نیز، بهره‌مند شوند.

**د) نظریه محیط اجتماعی**

این نظریه معتقد است که رفتار دوران پیری، به برخی از شرایط بیولوژیکی و اجتماعی بستگی دارد. در واقع، محیطی که سالمند در آن زندگی می‌کند، نه تنها بافت اجتماعی (با هنجارهای خود) را در برمی‌گیرد، بلکه موانعی از نوع مادی و مشاغلی را که به افراد مسن عرضه می‌گردد نیز شامل می‌شود. براساس این نگرش، عواملی مهم بر سطح فعالیت فرد مسن تأثیر می‌گذارد، مانند سلامتی، اوضاع مالی، و پیشتیبانیهای اجتماعی. سلامتی عامل مهمی است، زیرا بسیاری از سالمندان به علت تأثیرات تراکمی بیماریهای مزمن، که فعالیتهای آنها را محدود می‌کند، معلول هستند. از سن بازنشستگی به بعد، یک چهارم مردم قادر به انجام فعالیتهای خود نیستند و ۱۰٪ از آنها، به‌طور کامل زمین‌گیر می‌شوند.



موقعیت اقتصادی، عامل محدودکننده دیگری است. در ایالات متحد آمریکا، به هنگام این تحقیق، ۱۳٪ سالمندان درآمدی پایین‌تر از آستانه «رسمی» فقر داشتند. ۱۸٪ کسانی که بیش از ۶۵ سال دارند، نزدیک این آستانه قرار می‌گیرند (درآمدی برابر با ۱۲۵٪ حد رسمی فقر). این امر، به آن معناست که یک پنجم افراد مسن، به خاطر کمبود درآمدهای اقتصادی، محدودیت زیادی دارند.

#### ه) نظریه تداوم

بنا به نظریه تداوم، عاداتها، سلیقه‌ها، و سبکهای شخصی که در جریان زندگی کسب و فراهم شده است، تا زمان پیری باقی می‌ماند. بهترین نشانه برای پیش‌بینی رفتارهای فرد در یک موقعیت معین، همیشه رفتار قبلی اوست. سازگاری اجتماعی با پیری، با بازنشستگی، و با رویدادهایی از این نوع، اصولاً توسط گذشته معین می‌شود. رویدادهای اجتماعی که در جریان آخرین سالهای زندگی رخ می‌دهد بی‌شک فشارهایی وارد می‌کند و پذیرش برخی رفتارها را به دنبال می‌آورد؛ اما این رفتار مسیری را دنبال می‌کند که قبلاً در زندگی انتخاب شده است.

#### و) نظریه سکونتگاه

بر طبق یک نظریه، سالمندان باید با سایر اعضای خانواده که از گروههای سنی و نسلهای مختلف هستند، زندگی کنند. طبق نظریه دیگر، سالمندان باید جداگانه زندگی کنند. بررسی آثار صاحب‌نظران نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از این دو نظریه افراطی نمی‌تواند راه‌حل مناسبی برای مسئله سکونتگاه سالمندان ارائه دهد.

#### ز) نظریه تضاد

نظریه تضاد، هم نظریه عدم تعهد و هم نظریه فعالیت را به خاطر عدم توجه به تأثیر ساختار اجتماعی بر الگوهای سالمندی، مورد انتقاد قرار می‌دهد. هیچ‌کدام از این دو نظریه، کوشش نکرده پرسش کند که چرا باید کنش متقابل اجتماعی در سن پیری تغییر نماید یا کاهش یابد. به علاوه، این دیدگاهها، اغلب تأثیر طبقه اجتماعی را در زندگی سالمندی نادیده گرفته‌اند. موقعیت ممتاز طبقه بالا، معمولاً منجر به این می‌گردد که سلامت و انرژی آنها بهتر باشد و علایم پیری دیرتر در آنها ظاهر گردد. ثروت نمی‌تواند به شکلی نامحدود مانع پیری گردد، اما می‌تواند فشار اقتصادی را که پیران در سالهای آخر با آن مواجه می‌شوند کاهش دهد.

دیدگاه تضاد معتقد است که رفتار سالمندان منعکس کننده بسیاری از اختلافها در جامعه است. از نظر تضادیون، پایگاه پایین سالمند، تعصب، تبعیض نسبت به سالمندان، تفکیک سنی، و نحوه عمل غیرمنصفانه در رابطه با شغل منعکس می‌شود، که هیچ‌کدام در نظریه‌های عدم تعهد و فعالیت مورد توجه قرار نگرفته‌اند.

در برابر نظریه‌های جامعه‌شناسی سالمندی، نظریه‌های روانشناسی سالمندی قرار دارند. بنا به این نظریه‌ها، به نسبت افزایش سن، کارکرد دستگاههای ادراکی مانند دیدن، شنیدن و سایر حواس، کارایی و کفایت خود را از دست می‌دهند و این دگرگونیها، در نهایت منجر به عزلت و گوشه‌گیری سالمند می‌شود.

سالمند، در جریان دگرگونی دو عضو مهم حواس، مانند بینایی و شنوایی، به شدت نسبت به اطرافیان خود احساس ناامنی کرده و تا حد ممکن، از جمع افراد دوری می‌نماید، و گوشه‌گیری را بر حضور در اجتماع ترجیح می‌دهد؛ همین گوشه‌گیری‌ها او را از مشارکت در زندگی اجتماعی باز می‌دارد.

مسئله دیگری که این حالت گوشه‌گیری و انزوا را در سالمندان تشدید می‌کند، کاهش نیروهای درونی حافظه و هوش، ضعف‌گیرنده‌ها، و عدم حفظ اطلاعات به دست آمده است. تمایل سالمند به حفظ خاطرات قدیمی، یک راه‌کار دفاعی است که سالمند را از روزگار بحرانی دوران سالخوردگی به روزگار مطلوب گذشته می‌کشاند. از عمده‌ترین تغییرات روانی که در دوران سالمندی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد، حالت‌هایی مانند افسردگی (depression)، نگرانی، بی‌تفاوتی، و خیالبافی است.

#### ۴. تاریخچه حمایت از سالمندان

##### الف) در جهان

مسئله کهنسالی، بی‌تردید، تاریخی به قدمت زندگی بشر دارد. برخلاف روزگار ما، در گذشته عمر دراز نعمت و افتخار بود؛ و پیری همواره با مفاهیم برکت، تجربه، و دانایی مترادف بوده است. اما واقعیت این است که روی دیگر سکه که مسایل و مشکلات دوران پیری است، همیشه وجود داشته و طی قرنهای متمادی به زبانهای مختلف و در ابعاد مختلف در منابع فرهنگی، مذهبی، ادبیات، پندنامه‌ها و ... مطرح شده است.

بقراط در کتاب سخنان موجز، مشاهدات دقیقی درباره کهنسالان دارد. کار بقراط در نگرش به مسئله کهنسالی بر تجربه و عمل استوار بوده است. ارسطو، بیشتر براساس نظریه و فرضیه در زمینه کهنسالی گفتگو دارد. از نظر او، حرارت داخلی بدن شرط لازم برای حیات است. کهنسال شدن با از دست دادن حرارت بدن برابر است؛ کاهش تدریجی این حرارت، کاهش حیات را به دنبال دارد.

جالینوس، در سده دوم پس از میلاد، در کتاب بهداشت کهنسالان، بحثی را به پیری و کهنسالی اختصاص داده است. او معتقد بود که کهنسالان باید حمام داغ بگیرند... و پیوسته خود را به فعالیت مشغول دارند.

در قرن سیزدهم، راجر بیکن که کهنسالی را نوعی بیماری می‌دانست، رساله‌ای در باب بهداشت کهنسالی برای پاپ کلمنت ششم تألیف کرد.

پیش از تحولات بنیادی در ارکان نظام اجتماعی جامعه جدید، به ویژه تحولات عمده در ساختارها و نهادهای جامعه صنعتی، سالخوردگان به اعتبار منزلت اجتماعی و نفوذ عوامل فرهنگی، اغلب زیر حمایت فرزندان و اولاد خود بودند. آنان از تعاونیهای خانوادگی و روستایی برخوردار می‌شدند و اخلاق عمومی ایجاب می‌کرد که گروه فعال و جوان، از سالخوردگان نگهداری و حمایت کند و شکل خانواده اجازه این کار را می‌داد.

با این همه، در جامعه سنتی، به ظاهر، سالمند تا زمانی احترام داشته که از نظر قوای ذهنی و جسمی قادر به مشارکت در امور فرهنگی، اقتصادی، و اجتماعی جامعه بوده است. به مرور که ورود بهداشت و درمان به جامعه سنتی موجب شد که افراد بیشتری به پیری برسند و شمار سالمندان از شمار موقعیتهای مهم فرهنگی بیشتر شد، تعدادی از سالمندان مجبور به پذیرش نقشهای کم اهمیت شدند. در جوامع صنعتی، وضع دگرگون شد، مهاجرت روستاییان به شهر آنها را از خانواده بزرگ جدا کرد و به زحمت می‌توانستند به پدر و مادر سالخورده‌ای که در روستا باقی مانده کمک کنند. تغییر شکل خانواده بزرگ به خانواده هسته‌ای، خانواده‌ای را تشکیل می‌داد که در آن جایی برای سالخوردگان موجود نبود.

به تدریج، با تغییر در ساختارهای جامعه صنعتی، و تحول در وظایف و نقشهای گروههای اجتماعی، شیوه‌های فرهنگی حمایت از سالخوردگان، همراه با کاهش نفوذ سیاسی، اقتصادی، و

فرهنگی آنان در جامعه، سالمندان به عنوان یکی از گروه‌های نیازمند به رسیدگی‌های خاص اعم از عاطفی، روحی، مالی، و بهداشتی، مورد توجه برخی از جوامع صنعتی قرار گرفتند. در این جوامع، سالمندی که به طور معمول، از ۶۰ سالگی آغاز می‌شود، به عنوان شروع‌گونه‌ای از رسیدگی‌های ویژه، تعریف گردید. در این جوامع، رفاه اجتماعی براساس قوانین مدون و با نظارت دولت فراهم می‌شود. در برخی از کشورهای صنعتی جهان، ۶۵ سالگی را آغاز بازنشستگی تعریف کرده‌اند؛ در کشورهای کم‌شماری نیز، سنین ۶۷ تا ۷۰ سالگی را مبنای بازنشستگی قرار داده‌اند. در اکثر کشورهای سوسیالیستی، مانند چین و کوبا، این مینا را ۶۰ سالگی قرار داده‌اند. در این جوامع، سالمندان کم و بیش تحت حمایت برنامه‌های بیمه‌های اجتماعی و تأمین اجتماعی قرار دارند

#### ب) در ایران

شواهد تاریخی، نشانگر حقایقی در باب شیوه حمایت و رفتار با سالمندان و سالخوردگان در ایران است. در ایران باستان و دوره‌های پیش از اسلام، سالمندان به اعتبار منزلت اجتماعی ویژه، از نوعی قداست، فراست، خرد، و قدرت نفوذ و تأثیرگذاری، و نیز قدر و اعتبار و احترام در بین گروه‌های دیگر، به‌ویژه نزد جوانان برخوردار بودند. به‌طورکلی، حمایت فرزندان و اولاد در دوران از کارافتادگی و کهولت، تنها حمایت اجتماعی بود که سالمندان از آن برخوردار بودند. با این حال، شواهد تاریخی نشان می‌دهد که در مناطقی از ایران، به‌ویژه در مناطق عشایری، زندگی کوچ‌روی و چادرنشینی ایجاب می‌کرد که در مواقعی که حمل سالخوردگان بیمار و ازکارافتاده همراه ایل مقدور نبود، سالخوردگان فرسوده را در قشلاق یا ییلاق رهاکنند یا در حین کوچ، آنان را در غارهای بین راه با مقداری آب و غذا تنها گذارند.

نخستین قانون به نسبت جامع برای حمایت از سالمندان بازنشسته و وظیفه‌گیر، متعلق به سال ۱۳۰۱ شمسی و تصویب نخستین قانون استخدام کشوری در ایران است. پیش از آن، در سال ۱۲۸۷ شمسی، "قانون وظایف" از تصویب مجلس شورای ملی گذشته بود؛ اما باید توجه داشت که در این قانون، برای بازنشستگان و ازکارافتادگان مقررات لازم پیش‌بینی نشده بود و تنها به بازماندگان کارمندان فوت شده دولت، حقوق وظیفه‌ای برابر نصف مقرری زمان اشتغال آنها،

از محل درآمد عمومی پرداخت می‌شد. قوانین مربوط به حمایت از بازنشستگان و ازکارافتادگان، در نیم قرن گذشته، در ایران دستخوش تغییرات و تحولات بسیاری گردیده و با تأسیس سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بهزیستی و قانون بازنشستگان، اقدامهای حمایتی و رفاهی، اعم از حمایتهای بیمه‌ای و غیربیمه‌ای، به شکل حقوق بازنشستگی، مستمری ازکارافتادگی، حوادث، بیماری، عائله‌مندی، نگهداری در سراهای سالمندان، و مانند آن، در مورد سالمندان در کشور صورت گرفته است.

### ۵. الگوهای جهانی حمایت‌های قانونی از سالمندان

امروزه، اکثر کشورها دارای نوعی برنامه تأمین اجتماعی برای حمایت در ایام سالمندی‌اند، که اگر نه همه جمعیت سالمند را، دست کم بخشی از آنان را در بر می‌گیرد. طرحهای مختلف زیادی وجود دارد که بر ساختهای گوناگون برنامه تأمین اجتماعی پایه دارند. این طرحها، شامل مستمریهای یکسان و مرتبط با شغل، مستمریهای غیر مشارکتی مبتنی بر بررسی استطاعت، و پرداخت در سنین خاص، از طریق صندوقهای احتیاط‌اند.

برنامه‌های مستمری بیمه خصوصی و مبتنی بر کارفرما نیز به طور فزاینده‌ای در حال پیوستن به نظامهای دولتی‌اند. میزان پوشش جمعیت، در واقع، به قدمت یا کمال نظام حمایت اجتماعی و چگونگی صنعتی شدن یک کشور بستگی دارد، اما قلمرو و پوشش آن مسلماً تحت تأثیر الگوهای تاریخی، فرهنگی و اجتماعی است.

در بسیاری از کشورهای جهان، به‌ویژه در کشورهای توسعه یافته و صنعتی که در امر حمایت از سالمندان و ازکارافتادگان از جهات کیفی و کمی موفق‌تر از جوامع دیگر عمل کرده‌اند، و تجربه‌های به نسبت مفیدی در زمینه برنامه‌های تأمین و رفاه اجتماعی دارند، برنامه‌های حمایت از سالمندان، حاصل مجموعه‌ای از قوانین، تشکیلات، و خدماتی است که از راههای مختلف و با سطوح خدماتی و حمایتی گوناگون، به سالمندان، ازکارافتادگان، و بازنشستگان عرضه می‌شود. براساس نظام بیمه اجتماعی در کشورهایی مانند آمریکا، انگلستان، فرانسه، آلمان، هلند، بلژیک، و نظایر آنها، سالمندان و بازنشستگان از مزایای سالمندی، مانند حقوق بازنشستگی، مقرری سالمندی، مقرری ناتوانی و ازکارافتادگی، مقرری بیماری، مستمری خانواده، مقرری بازماندگی، مقرری بیوه‌گی، و نظایر آن، بهره‌مند هستند.

## ۶. وضع موجود در ایران

روند رشد جمعیت ایران با توجه به سرشماری‌های صورت گرفته، نشان دهنده آن است که در طول ۳۰ سال، جمعیت کشور به طور تقریبی ۳ برابر شده است. میانگین رشد جمعیت در دهه‌های ۳۵ و ۴۵، برابر ۲/۹ درصد بوده است. صندوق جمعیت سازمان ملل (UNFPA)، در نشریه سال ۱۹۷۷ خود پیش‌بینی می‌کند که اگر نرخ رشد جمعیت ایران تا سال ۲۰۰۰ روی ۲/۲ درصد نگهداشته شود، جمعیت در سال ۲۰۲۵ به ۱۲۸/۳ میلیون خواهد رسید.

از نظر ساختار هرم سنی، نتایج سرشماری‌ها بیانگر این است که رشد بی‌رویه و پرشتاب جمعیت سبب گسترده‌گی قاعده هرم سنی (یعنی جمعیت جوان) در ایران شده است. جمعیت زیر ۲۵ سال در ایران، در فاصله سالهای ۳۵-۶۵، از ۱۰/۹ میلیون نفر در سال ۱۳۳۵، به ۳۲/۳ میلیون نفر در سال ۱۳۶۵ افزایش یافت. داده‌های سرشماری سال ۱۳۷۵، جمعیت زیر ۱۷ سال کشور را ۳۰ میلیون برآورده کرده است. با احتساب چندین میلیون جوان ۱۷-۲۶ ساله کنونی، در ۱۰-۱۵ سال آینده، ۱۵ میلیون زوج در سن باروری خواهیم داشت و با فرزندآوری آنها می‌توان پیش‌بینی نمود با چه رشدی از جمعیت روبه‌رو خواهیم بود که عوارض آن در خور نگرانی شدید است.

از آنجایی که سه نشانگر جمعیت‌شناسی - یعنی باروری، مرگ و میر، و مهاجرت - نقشی تعیین‌کننده در میزان رشد جمعیت و ساختار سنی و جنسی دارند، در هر لحظه از زمان، نمودار سنی - جنسی و مرحله انتقالی جمعیت، برتاریخچه باروری، مرگ و میر، و مهاجرت آن مبتنی است. اثر افت پیشین در مرگ و میر، با افزایش بی‌درنگ باروری آشکار نمی‌شود. بلکه عوارض آن را باید در چشم‌انداز دورتر بنگریم. یکی از عوارض درازمدت کاهش مرگ و میر و افزایش بی‌رویه و شتابان جمعیت، پدیده سالمندی است.

جمعیت سالمند جهان در سال ۱۹۷۰، حدود ۲۹۱ میلیون نفر بود که پیش‌بینی می‌شود در اوایل هزاره سوم، به ۵۸۵ میلیون (سازمان بهداشت جهانی) برسد. مرکز آمار آمریکا، در سال ۱۹۹۱، جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر را ۳۱ میلیون گزارش داده و پیش‌بینی نموده که تا سال ۲۰۰۵ شمار آنها به مرز ۳۳/۵ میلیون می‌رسد.

در ایران، نرخ رشد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر، که در سال ۱۳۳۵، معادل ۳ درصد کل

جمعیت را تشکیل می‌داد، در سال ۱۳۷۰، به ۵/۸۲ درصد کل جمعیت رسید (مرکز آمار ۷۵)؛ یعنی در مدت ۳۵ سال رشدی حدود دو برابر داشت. هر چند به علت سنتهای موجود در جامعه، هنوز سالمند در خانواده‌های ایرانی مورد احترام است و وجودش برکت خانواده دانسته می‌شود، و از سویی، بیشتر سالمندان به‌ویژه زنها کارهایی چون اداره خانه و کدبانویی و بچه داری را به عهده می‌گیرند، رویدادهای جمعیتی عمده و مشخصی پیش روی ماست که لزوم پیش‌بینی و برنامه‌ریزی برای بهداشت و رفاه سالمندان را در ۴۰ سال آینده هشدار می‌دهد.

در حال حاضر، ۳۸ مرکز خصوصی، ۱۱ مرکز دولتی، و ۶ آسایشگاه اقلیت مذهبی با عنوان سرای سالمندان در شهرهای کشور فعالیت دارند که از این شمار، ۱۷ مرکز، علاوه بر سالمندان، از معلولان نیز نگهداری می‌کنند. مجموع ظرفیت این واحدها ۳۶۰۴ نفر است. علاوه بر این، ۱۲ سرای خصوصی و ۳ سرای دولتی و ۶ سرای اقلیت دینی نیز در تهران فعالیت دارند. سرای سالمندان و معلولان غیرانتفاعی کهریزک، که توسط شورایی از افراد خیر اداره می‌شود، ظرفیت نگهداری ۶۰۰ مددجو را دارد. کل ظرفیت سراهای خصوصی در تهران، ۵۳۲ نفر است. با توجه به آمار بالا، درمی‌یابیم که در سراسر کشور کل ظرفیت مراکزی که به نگهداری سالمندان اختصاص یافته‌اند، ۳۶۰۴ نفر است که عموماً افراد مجهول‌الیه و گاهی هم معلول روانی هستند.

اما باید توجه داشته باشیم که شمار ۳۶۰۴ نفر، در برابر کل جمعیت سالمند کشور رقمی کوچک و بسیار ناچیز است. براساس آخرین آمار رسمی که کارشناسان بهزیستی کشور در سال ۱۳۷۸، منتشر کرده‌اند، حدود ۶/۲ درصد جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند.

## ۷. تهدیدها و تنگناها

تغییرات گسترده و تحولات عمیق اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی، اداری، و محیط زیستی در دو دهه اخیر، چه در ابعاد جهانی و منطقه‌ای و چه در ابعاد ملی، پی‌آمدها و تأثیرات مثبت و منفی انکارناپذیری بر ساختار، طیف، حجم جامعه سالمندان، سیاستها، و برنامه‌های ارائه دهنده خدمت به سالمندان داشته است.

با ارتقای سطح کیفی و کمی مراقبتهای بهداشتی و درمانی، امید به زندگی در سالمندان

افزایش یافته و در نتیجه جمعیت سالمندان زیاد شده است، به طوری که جمعیت آنان در یک دوره ده ساله (۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵) از ۲,۶۹۰,۰۰۰ نفر در سال ۶۵، به ۳,۹۷۰,۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۵ رسیده، و پیش‌بینی می‌شود که در نیمه اول سال ۱۳۸۰ به حدود ۵ میلیون نفر برسد. جمعیت سالمند تحت پوشش خدمات مختلف رفاه اجتماعی و بهداشتی، در پایان سال ۱۳۷۸، حدود ۱۱,۰۸۰,۰۰۰ نفر بود که ۲۷ درصد کل جمعیت سالمندان را تشکیل می‌دهد. پیچیدگی نفس جریان تغییر و تحول از یک‌سو، و عدم توسعه ساختاری و عملکرد نهادهای دست‌اندرکار، به موازات رشد فزاینده متقاضیان خدمت در بخش رفاه اجتماعی و بهداشتی سالمندان از سوی دیگر، موجب نگرانی‌هایی در این زمینه شده است، که در صورت استمرار شرایط حاکم، چشم‌انداز نامساعد و تشویش‌برانگیزی برای نهادهای مسئول این بخش ترسیم می‌کند. عوامل نامساعد و نگران‌کننده زیر در مقطع فعلی جامعه، و نیز در روند آینده، افقهای تیره‌ای در چشم‌انداز نه چندان بعید به ما نشان می‌دهد:

۱. رشد جمعیت و مهاجرت روستاییان به حاشیه شهرها، که پدیده آسیب‌های اجتماعی را در بطن خود پرورش داده و موجب افزایش این آسیب می‌شود.
  ۲. رکود اقتصادی به همراه تورم و افزایش خارج از کنترل قیمت‌ها، که بار عظیمی بر هزینه خدمات نهادها گذاشته و از سوی دیگر لایه‌های اجتماعی جدید را به نیازمندی تبدیل می‌نماید که باید، از طریق نهادهای مسئول، خدمات مختلف را دریافت کنند.
  ۳. کاهش شدید منابع درآمد کشور را در تأمین اعتبارات دچار مشکل کرده و از کمیت و کیفیت خدمات حمایتی فعلی خواهد کاست. لذا، تورهای حمایتی و شبکه‌های خدماتی موجود، ضعیف‌تر خواهند گردید.
  ۴. با ایجاد زمینه‌های مناسب برای ایجاد انگیزش اجتماعی و مشارکتهای مردمی، تقاضا برای دریافت خدمات رفاهی و اجتماعی افزایش خواهد یافت با توجه به محدودیتهای بالا، امکان پاسخگویی به این نیازها و تقاضاها وجود نخواهد داشت و امکان ایجاد تنشهای اجتماعی را افزایش خواهد داد.
- طبیعی است که ادامه روند کنونی و استمرار شرایط موجود، در چشم‌اندازی نه چندان دور، سازمانها و نهادهای رفاه اجتماعی را با بحران و دشواریهای پیچیده روبه‌رو خواهد کرد. به نظر



- می‌رسد که اولین و مبرم‌ترین هدف و وظیفه این بخش، برای پاسخگویی به مسایل بالا، عبارت باشد از تبیین و تعیین جایگاه خویش در چرخه توسعه و ساختار نظام اداری کشور.
۵. صنعتی شدن جامعه موجب افزایش سوانح و تصادفات، آلودگیهای زیست محیطی، و در نتیجه، ایجاد معلولیتها و آسیبهای جسمانی به‌ویژه در سالمندان و کودکان می‌شود.
۶. مراقبتهای بهداشتی و درمانی موجب افزایش امید زندگی و در نتیجه افزایش شمار سالمندان خواهد شد.
۷. تداوم معضلات و مشکلات پزشکی، اجتماعی، و اقتصادی ناشی از کهولت و ناتوانی در سالمندان و ازکارافتادگان، نیازمند رسیدگی خاص است.
۸. ساخت جمعیت، افزایش نرخ رشد جمعیت، توسعه شهرها، مهاجرت و حاشیه‌نشینی شهری، و اشتغال.
۹. افزایش انتظارات و تقاضای مردم از جمله سالمندان، با توجه به مبانی جدید سلامت و امنیت انسانی.
۱۰. بروز انواع بیماریهای روانی و ناهنجاریهای اجتماعی (خسونت، اعتیاد، طلاق، کودکان بی سرپرست و ...).
۱۱. کاهش قدرت خرید در بخش وسیع‌تری از جمعیت.
۱۲. پایین بودن کارایی و بهره‌وری در نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، و توانبخشی و بهزیستی.
۱۳. مشکلات مربوط به تربیت، توزیع، به‌کارگیری، نگهداری، و اشتغال نیروی انسانی.
۱۴. نداشتن الگوهای مناسب برای نظام ارائه خدمات اجتماعی و رفاهی و بهزیستی.
۱۵. تعدد در مراکز سیاستگذاری و نظارت، و ناهماهنگی در اجرا (ضعف همکاریها).
۱۶. ساختار (تشکیلات، قوانین و مقررات، روشها و شیوهها، نظام مدیریت و فرهنگ سازمانی).
۱۷. تجهیزات توانبخشی (طراحی، ساخت، وابستگی ارزی، قیمت‌گذاری، تکنولوژی، کیفیت، یارانه، عرضه، مصرف، صادرات، و رقابت).
۱۸. شیوع ناهنجاریهای اجتماعی و بیماریهای روانی در خانواده‌هایی که با افراد ازکارافتاده و آسیب‌دیده (سالمندان معلول، جانبازان، آزادگان و ...) ارتباط و وابستگی دارند.

۱۹. گسترش شکاف بین تواناییهای مقابله‌ای و ایمنی جامعه با شرایط و مشکلات اجتماعی، جسمانی، و روانی، به‌ویژه درگروههای سالمند به دلیل کم توجهی به سرمایه‌گذاری لازم برای تجهیز منابع انسانی.
۲۰. پوشش نامناسب خدمات بخش رفاهی به دلیل محدودیت منابع دولتی و توجه ناکافی به مشارکت مردم و بخش غیردولتی.
۲۱. عدم اطلاع کامل از حجم، وسعت، و عمق نیازهای جمعیت سالمندان.
۲۲. عدم تناسب ساختارها، برنامه‌ها، و مدیریت کلان کشور و تحولات اجتماعی.
۲۳. فقدان انتشارکتب و نشریات خاص در مورد سالمندان، یا برای استفاده آنان.
۲۴. فقدان بخش مطالعات پیری‌شناسی در دانشگاههای علوم پزشکی کشور.
۲۵. فقدان دوره‌های آموزشی و بازآموزی خاص در زمینه پزشکی سالمندان، به‌ویژه برای پزشکان عمومی، متخصصان داخلی، و روانپزشکی.
۲۶. فقدان برنامه‌های آموزشی کوتاه مدت و بلندمدت در زمینه خدمات بهداشتی - درمانی سالمندان (مانند مددکاری اجتماعی سالمندان و پرستاری از سالمندان)، و تربیت افرادی که به‌ویژه بتوانند این نوع خدمات را در منازل عرضه دارند.

## ۸. نیازها

- با عنایت به رشد روزافزون جمعیت سالمندان، نیازهای اساسی این قسمت از جمعیت کشور را در بخش رفاهی، می‌توان به شرح زیر برشمرد:
- نیاز به تهیه شناسنامه سالمندی در کل کشور به تفکیک شهر و روستا، تا بتوان برنامه‌ریزی دقیق برای آنها داشت.
- نیاز به خارج‌سازی حمایت سالمندان از مرحله ترحم و ترحم‌نمایی و تبدیل آن به صورت یک حق مسلم برنامه‌ای برای سالمند.
- نیاز به فراخوانی سالمندان در سطوح مختلف جامعه به فعالیتهای اجتماعی، اقتصادی، و فرهنگی همساز با تواناییهای آنان (به صورت خدمات داوطلبانه، خیریه، دولتی، تعاونی)، که می‌تواند دارای نقشهایی کارآمد باشد. این امر باید بر پایه برنامه‌ریزیهای اجرایی خاص صورت گیرد.

- ضروری است، به منظور شرکت دادن بیشتر سالمندان در امور اقتصادی - اجتماعی، مراکز خاص اشتغال سالمندان به صورت نیمه وقت، پاره وقت، یا تمام وقت، به عنوان واحدی از سازمانهای بزرگ دولتی و نیمه دولتی و خصوصی، یا به صورت مستقل، آغاز به کار نماید. اشتغال سالمندان را می توان به صورت انفرادی یا جمعی سازمان داد.

- با توجه به مشکلات مالی سالمندان، افزایش هزینه های مصرفی، و عدم افزایش سطح حقوق بازنشستگان به میزان لازم، ضروری است که دولت نسبت به همپرازای حقوق بازنشستگان با شاغلان اقدام کند.

- با توجه به اینکه از طریق سازمانهای مختلف و افراد، همه ماهه مبالغ قابل توجهی بابت حق بازنشستگی پرداخت می شود و این وجوه به حسابهای متفاوتی واریز می گردد که کمتر مورد بهره برداری قرار می گیرد، لازم است بخشی از این سرمایه ها به تأسیس بانک بازنشستگان تخصیص داده شود. سازمانهای بازنشستگی وابسته به بخشهای مختلف دولت، می توانند از جمله سهامداران اصلی این بانک باشند.

- نیاز به تأسیس مراکز فرهنگی خاص سالمندان برای گذران اوقات فراغت که نقش عمده ای در تقویت روحی سالمندان دارد. در این مراکز، می تواند امکانات مطالعه، تفریح، سرگرمی، کارهای دستی، و امور مشابه، تدارک دیده شود.

- از آنجا که گذران اوقات فراغت و به طور کلی تفریحات مستمر و غیرمستمر سالمندان دارای نارسایی بسیار است، ایجاد تورهای ارزان قیمت زیارتی و سیاحتی ویژه سالمندان، از جمله اقدامهای ضروری است.

- نیاز به ایجاد باشگاه مخصوص سالمندان، حداقل در شهرهای بزرگ و عرضه خدمات ویژه برای آنان.

- نیاز به برقراری تخفیفهای ویژه برای سالمندان (در مواردی مانند بلیت هواپیما، قطار، سینما، نمایشگاه، اتوبوس و ...)، یا اعطای امتیازهایی خاص، به خانواده هایی که دارای افراد سالمند هستند (مانند تخفیفهای مالیاتی، پرداخت کمک هزینه، و تخفیف در هزینه های خاص).

- نیاز به تعیین ضوابط معماری و شهرسازی برای سالمندان و علاوه بر آن، ایجاد تسهیلات خاص فنی ساختمانی مانند راهروها و پله های برقی برای آنان.

- بیمه درمانی سالمندان، صرف‌نظر از عضویت آنان در نظامهای تأمین اجتماعی موجود، یک ضرورت مسلم است. باید همانند بسیاری از کشورهای دنیا سالمندان با ورود به آستانه سنّ مشخص، صرف‌نظر از شرایط قبلی، تحت پوشش بیمه درمانی واحد قرار گیرند.

- ایجاد و توسعه مراکز خاص خدمات بهداشتی درمانی سالمندان. خدماتی مانند دندانپزشکی، چشم‌پزشکی، شنوایی‌سنجی، و مانند آن، از جمله ضرورت‌های دوران سالمندی است. ابزارهای کمکی متعددی مانند عصا، عینک، سمعک، دندان‌مصنوعی و ... باید در اختیار سالمندان قرار گیرد.

- نیاز به ایجاد درمانگاهها و بیمارستانهای خاص سالمندان، بویژه بیمارستانهای اقامت بلندمدت.

- نیاز به مراقبتهای پزشکی بلندمدت در مورد سالمندان.

- آسایشگاه سالمندی برای سالمندان یک امکان است، اما نباید جانشین خانه و خانواده شود، بلکه باید کمک خانواده باشد. در این زمینه، می‌توان از فعالیتهایی که اکنون در حوزه فعالیت "سازمانهای غیردولتی" (NGOs) در برخی کشورها صورت می‌گیرد، بهره گرفت. به این صورت که آسایشگاههای دولتی فقط خاص سالمندان فقیر، بی‌سرپرست، بی‌خانواده، و بی‌فرزند و به صورت رایگان باشد و آسایشگاههای غیردولتی بقیه افراد جامعه را با اخذ شهریه عادلانه بپذیرد. البته، تحقق این نیاز منوط به برنامه‌ریزی دقیق و سنجیده است به نحوی که هر دو نوع آسایشگاه پیشنهادی، به منزله خانه دومی برای سالمند باشد و نه سالن انتظار مرگ.

- نیاز به ایجاد آسایشگاه سالمندی روزانه برای سالمندانی که ساعات روز را در منزل تنها هستند و ممکن است در مسیر حوادثی مانند بیماری و ... قرار گیرند، تا طول روز را در کنار همسالان خود بگذارند. این گونه آسایشگاهها، نوعی پیشگیری از اختلالات روانی سالمندان نیز خواهد بود.

- نیاز به ارائه سرویسهای پرستاری و خدماتی به سالمند در خانواده و جامعه، به منظور امکان زیست بیشتر سالمند در جمع خانواده.

- نیاز به تربیت پرستاران ویژه در دو رده آموزشی کوتاه‌مدت و دانشگاهی، برای خانواده‌های دارای سالمند و مراجعه به آنها.