

بررسی نیازهای جمعیت سالمند ایران در مناطق و گروه‌های مختلف جمعیتی تا دو دهه آینده و نقش آن در توسعه اجتماعی

جواد دیندار فرکوش^۱، شهلا کاظمی پور ثابت^۲، حمید انصاری^۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۱۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۶

DOI: 10.30495/JISDS.2022.66492.11705

چکیده

هدف این تحقیق پیش بینی نیازهای جمعیت سالمند ایران در مناطق و گروه‌های مختلف جمعیتی تا سال ۱۴۲۰ و نقش آن در توسعه اجتماعی است. روش تحقیق ترکیبی از دو روش کمی (تحلیل ثانوی) و اسنادی بوده، در "بخش کمی پیش بینی روند سالمندی جمعیت با استفاده از نتایج سرشماری سال‌های ۹۵-۱۳۶۵ از طریق روش ترکیبی و با استفاده از جدول ضرایب بقاء سازمان ملل و برآوردهای انجام شده توسط مرکز آمار ایران و روش‌های جمعیت شناختی" محاسبه شده و برای "برآورد نیازهای مختلف جمعیت سالمندان از اسناد و مدارک معتبر آماری و سپس از روش‌های محاسباتی جمعیتی" استفاده شد. براساس نظریه‌های مطرح شده، توسعه اقتصادی و همچنین وارداتی بودن تجهیزات پزشکی در کشورهای در حال توسعه، موجب کاهش میزان مرگ و میر و باروری و افزایش امید زندگی و تغییرات اساسی در ساختار سنی جمعیت گردید و این امر در بدو تولد در مراحل اولیه گذار جمعیتی منجر به افزایش جمعیت و در مراحل پایانی باعث افزایش جمعیت سالخورده می‌گردد. در حوزه نیازهای سالمندان نیز نظریات مطرح شده مورد بررسی قرار گرفت که درآمد، بیمه درمانی، آموزش، حامی اجتماعی و مسکن به عنوان مهمترین نیازهای سالمندان در مناطق و گروه مختلف جمعیتی تا سال ۱۴۲۰ مورد پیش بینی قرار گرفته‌اند و از آن جهت که هدف اصلی توسعه اجتماعی ارتقاء سطح زندگی افراد و کیفیت زندگی مردم است، شناسایی نیازهای سالمندان تاثیر بسزایی در توسعه اجتماعی خواهد داشت.

واژگان کلیدی: سالمندی، رشد تعداد سالمندان، نیازهای سالمندان، توسعه اجتماعی

۱ گروه علوم اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
(Email: Javaddindar84@gmail.com)

۲ گروه علوم اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
(Email: Skazemipour@gmail.com)

۳ گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
(Email: H.ansari2253@yahoo.com)

مقدمه

سالمندی جمعیت یکی از بزرگترین موفقیت‌های بشری است که مرهون پیشرفت و رشد تکنولوژی، گسترش مراقبت‌های بهداشتی اولیه، پیدایش تکنولوژی‌های جدید در پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها، اجرای موفقیت آمیز برنامه تنظیم خانواده، بهبود شرایط اقتصادی - اجتماعی و به دنبال آن کاهش مرگ و میر، زاد و ولد و افزایش امید زندگی است (sanad melli salmandi keshvar, 2020, P4). اهمیت این موضوع زمانی مسجل تر است که افزایش تعداد سال‌های زندگی و به طبع آن امید زندگی با افزایش کیفیت زندگی در دوره سالمندی توأم باشد. منظور از کیفیت زندگی مطلوب در دوره سالمندی، حفظ سلامتی عمومی و روانی، حفظ توانایی‌های جسمی - حرکتی، حفظ ارتباطات اجتماعی و همچنین حفظ توانایی در انجام فعالیت‌های ورزشی و بدنی و حتی درآمدزایی می‌باشد.

در اوایل دهه هشتاد میلادی از منظر جمعیت سالمندی، یک پارادیم جدید با مفهوم پیری خوب یا پیری موفقیت آمیز آغاز گردید که در این پارادیم فقط افزایش طول عمر در سالمندان مطرح نبوده، بلکه افزایش جمعیت پویا، فعال و سالم در سن پیری مورد نظر بود که بعدها به سالمندی فعال تبدیل گردید. پنج دلیل عمده برای سیاستگذاران وجود دارد که مفهوم سالمندی فعال را با علاقه دنبال می‌کنند. این دلایل شامل پیر شدن نیروی کار، افزایش خروج زود هنگام نیروی کار، لزوم پایداری سیستم‌های حمایت اجتماعی و تغییر نیازهای تجاری و فشار سیاسی برای ارائه درمان و مراقبت برابر است (Gholipour, & Et all, 2019, P62). سرشماری‌های انجام شده در کشور نیز مبین روند رو به رشد جمعیت سالمند در ایران است. جمعیت سالمند در ایران طی حدود ۴۳ سال از ۵ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۱۰ درصد در سال ۱۳۹۸ رسیده است (دو برابر شدن جمعیت سالمند) و مجدداً طی حدود ۲۱ سال در سال ۱۴۲۰ به ۲۰ درصد خواهد رسید (۲ برابر شدن مجدد جمعیت سالمند)؛ این در حالی است که در بسیاری از کشورهای توسعه یافته جهان، دو برابر شدن جمعیت سالمند در طول بیشتر از صد سال اتفاق افتاده است و کشور ما از جمله کشورهای واجد بالاترین شیب و شتاب افزایش جمعیت سالمندی در جهان است (sanad melli salmandi keshvar, 2020, P4).

افزایش سریع جمعیت سالمندان کشور، واقعیتی غیرقابل انکار است و تاثیر قابل توجهی بر افراد سالمند، خانواده آنها و جامعه دارد. در صورت برنامه ریزی و سیاست گذاری‌های صحیح؛ این افزایش جمعیت می‌تواند فرصت مناسبی برای همه باشد؛ چراکه براساس گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، نزدیک به ۷۰ درصد از کل جمعیت کشور در گروه سنی کار و فعالیت اقتصادی (۶۴ - ۱۵ سال) قرار دارد و این بدان معنی است که ایران در فرصت طلایی "پنجره جمعیتی" می‌باشد. تجربه بسیاری از کشورها نشان از جهش اقتصادی در این دوران دارد. در این راستا برنامه ریزی برای داشتن سالمند توانمند، فعال و سالم در فاز جمعیتی آینده، می‌تواند سالمندی جمعیت را به یک فرصت مناسب برای سالمندان و جامعه تبدیل کرده و از بسیاری از مشکلات اجتماعی و اقتصادی که ممکن است با سالمندی جمعیت ایجاد شود، جلوگیری نماید. آگاهی یافتن از تغییرات سنی جمعیت و برنامه ریزی سیاسی - اقتصادی مبتنی بر آن، می‌تواند در موفقیت برنامه‌ها و سیاست گذاری‌ها، بسیار اهمیت داشته باشد. باید متناسب با ویژگی‌های همه جانبه این گروه سنی، سیاست گذاری و برنامه ریزی جامع انجام شود. به عبارت دیگر با توجه به افزایش وزن این گروه جمعیتی برای پاسخ به نیازهای آنان، نیاز به باز تعریف ماموریت‌های دستگاه‌های اجرایی وجود دارد (sanad melli salmandi keshvar, 2020, P5) و از آن جهت که توسعه اجتماعی، در پی بهبود وضع اجتماعی افراد جامعه است و برای تحقق این هدف، شناختن و روی آوردن به یک نگرش، آرمان و اعتقاد مطلوب تر که بتواند پاسخگوی مشکلات اجتماعی باشد ضروری است (Afshar kohan, & Et all, 2014, P59) از سویی دیگر در کشور ما سالمندی جمعیت ناشی از دو اثر کاهش نرخ باروری و افزایش امید زندگی است و بنابراین سالمندی جمعیت منجر به کاهش نرخ رشد اقتصادی و تولید ناخالص داخلی و کاهش درآمد طبقه بزرگی از جمعیت در سال‌های آتی خواهد شد که این شرایط بر پس اندازهای مولد هم تاثیر خواهد داشت. بعد دیگر پدیده نابرابری در گروه سالمندی، فقر گسترده تر است (Parvin & Et all, 2019, P103). بحران صندوق‌های بازنشستگی که از هم

اکنون آغاز شده، با گذار جمعیت تشدید خواهد شد زیرا که در کشور ما تامین مالی بازنشستگی به روش پرداخت جاری است و یکی از مشکلات اصلی این روش، تغییر نسبت جمعیت فعال به جمعیت بازنشسته است که البته در ایران به طور مداوم در حال کاهش خواهد بود. (Dehghani & ET all, 2020, P261) به طور کلی می‌توان گفت همان طور که در دهه‌های ۱۳۶۰ و ۱۳۷۰ نیازهای خاص گروه سنی کودک و نوجوان (تغذیه، ایمنی سازی، بهداشت، مدارس) وجه غالب را در برنامه ریزی کلان کشور داشته و در دهه ۱۳۸۰ نیز این جایگاه به نیازهای خاص جوانان (ازدواج، مسکن، شغل) اختصاص یافته است، برنامه ریزان برای دو دهه آینده باید بر نیازهای خاص سالمندان و سالخوردگان متمرکز گردند. (sanad melli salmandi keshvar, 2020, P49)

۱- مبانی و مفاهیم نظری

سالمندی بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، عبور از مرز ۶۰ یا ۶۵ سالگی است. سالمندی جمعیت از دیدگاه جمعیت‌شناسی عبارت است از افزایش نسبت سالمندان در جمعیت و به بیانی دیگر، عبارت است از کاهش نسبت افراد ۱۴-۰ ساله و افزایش نسبت افراد ۶۰ یا ۶۵ سال و بالاتر و مفهومی برای نشان دادن تغییرات توزیع سنی (ساختار سنی) جمعیت به سمت سنین بالاتر است. در مطالعات جمعیت‌شناختی؛ جمعیت رو به سوی سالمندی، جمعیتی است که بین ۷ تا ۱۴ درصد آن جمعیت را گروه‌های سنی ۶۵ ساله و بیش‌تر تشکیل دهند. در جامعه‌ی سالمند بین ۱۴ تا ۲۰ درصد و در جامعه‌ی سالخورده ۲۰ درصد و بیش‌تر آن جمعیت را گروه‌های سنی ۶۵ ساله و بیش‌تر تشکیل می‌دهند.

تعاریف متنوعی براساس دیدگاه‌های مختلف، از سالمندی ارائه شده است. چهار دیدگاه مطرح در این زمینه وجود دارد که عبارتند از: دیدگاه تقویمی، دیدگاه زیست‌شناختی، دیدگاه روان‌شناختی و دیدگاه جامعه‌شناختی. از دیدگاه تقویمی؛ سن تقویمی براساس سن شناسنامه‌ای فرد مشخص می‌شود که در کشورهای توسعه یافته سن ۶۵ سال و بیشتر را سن سالمندی در نظر گرفته‌اند، ولی براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه، افراد دارای سن ۶۰ سال و بیشتر به عنوان سالمند شناخته می‌شوند و تعیین سن سالمندی با شرایط توسعه در بازه‌های زمانی و در مناطق جغرافیایی مختلف می‌تواند تغییر کند. از دیدگاه زیست‌شناختی؛ سالمندی عبارت است از تغییرات بیولوژیک که در نحوه زیست ارگانیسم در طول حیات اتفاق می‌افتد. سالمندی از دیدگاه روان‌شناختی؛ براساس رشد احساسات، عواطف و هیجانات شخص تعیین می‌شود. فرآیند سالمندی روان‌شناختی شامل تغییر در شخصیت و عملکرد ذهنی است. بخشی از این تغییرات به عنوان روند طبیعی و نمو فرد در نظر گرفته می‌شود و برخی از تغییرات هم نتیجه تغییر در عملکرد مغز است. سالمندی از دیدگاه جامعه‌شناختی؛ براساس تغییر نقش پذیری فرد در ارتباط با سایر اعضای جامعه تعیین می‌شود و در دو سطح خرد و کلان مورد بررسی قرار می‌گیرد. تغییرات جسمی و روانی ناشی از پدیده پیری موجب بروز تغییراتی در تعاملات و کاهش فعالیت‌های اجتماعی در فرد می‌شود. در رویکردهای نوین جامعه‌شناسی، سالمندی به عنوان انباشت تجارب افراد در طول دوران زندگی در بستر خانواده، جامعه و زمان تاریخی در نظر گرفته می‌شود. برای گروه سنی سالمند طبقه بندی متعددی در منابع ذکر شده است. به طور مثال؛ افراد دارای سنین بین ۶۰ تا ۶۹ سال، سالمند جوان. افراد دارای سنین بین ۷۰ تا ۷۹ سال، سالمند میانسال و افراد دارای سنین بالای ۸۰ سال، سالمند پیر نامیده می‌شوند (sanad melli salmandi keshvar, 2020, P34).

درخصوص سالمندی جمعیت؛ براساس نظریه گذار جمعیتی، در نتیجه صنعتی شدن و مدرنیزاسیون، سطح ثابت و بالای مرگ و میر و باروری جوامع، به سطح ثابت و پایین مرگ و میر و باروری تغییر پیدا کرده و در نتیجه ی فاصله زمانی ایجادشده بین دو گذار، افزایش رشد طبیعی جمعیت رخ می‌دهد. کاهش مرگ و میر از یک طرف باعث افزایش شانس زنده ماندن فرزندان می‌گردد و از طرفی مادران این فرزندان به دلیل مرگ و میر پایین و بهداشت بهتر، دارای طول دوره بچه آوری بیشتری می‌شوند. این امر باعث می‌گردد که تعداد فرزندان و بعد خانوار افزایش یابد. با افزایش بعد خانوار و فشار بر سیستم اقتصادی و اجتماعی

خانواده، ارزش های مربوط به باروری بالا و همچنین گرایش به داشتن فرزندان بیشتر تغییر می یابد و کنترل مولید در خانواده مقبولیت اجتماعی می یابد که نتیجه آن کاهش باروری است. براساس نظریه گذار ساختار سنی نیز، کاهش در باروری و مرگ و میر که در بستر گذار جمعیتی رخ می دهد منجر به تغییرات اساسی در ساختار سنی جمعیت می شوند. افزایش امید زندگی در بدو تولد در مراحل اولیه گذار جمعیتی منجر به افزایش جمعیت کودکان شده و در مراحل پایانی گذار، افزایش آن منجر به افزایش جمعیت سالخورده می شود. از این رو، کاهش باروری منجر به تغییرات اساسی در ساختار سنی جمعیت در گذار از ساختاری جوان (به شکل هرم) به ساختاری سالخورده (به شکل استوانه) می گردد (Shiri, & Rostami, 2018, P12).

درخصوص نیازهای سالمندان؛ بر اساس نظریه "تئوری سلسله مراتب نیازها مازلو" برای افزایش رضایت مندی افراد باید سعی کرد نیازهای اولیه افراد مانند خوراک، پوشاک، مسکن و سایر نیازهای فیزیولوژیکی را تامین نموده و در مراحل بعدی مسئله امنیت شغلی، نیازهای ارتباطی در کار و نیاز به احترام مطرح می باشد. "کلارک و اندرسون نیز در نظریه تکامل پیری" عنوان نموده اند اگر سالخوردگان بتوانند با مشکلات خاص دوره سنی خویش هماهنگ شوند، با شرایط ویژه این دوره به گونه ای مثبت برخورد می کنند و از زندگی، همچون گذشته لذت می برند، اصطلاحاً گفته می شود که با مسائل سالخوردگی سازگاری دارند. نظریه آنها نشان می دهد از آن جایی که پیری دارای نتایج مثبت و منفی می باشد، افراد از طریق مکانیسم های تشخیص پیری و توصیف محدودیت ها، جانشینی مجدد منابع جایگزین جهت برآورده نمودن نیازها، بررسی مجدد معیارهای ارزیابی از خود، تغییر مجدد اهداف و ارزش های زندگی به تطابق و تعادل ادامه می دهند. "اوولین دو وال نیز در نظریه تکامل خانواده" عنوان نموده که عوامل استرس زایی که توسط افراد سالمند و زوج های پیر در این مرحله تجربه می شود شامل موارد اقتصادی، مسکن، اجتماعی، کاری و بهداشتی است. همچنین "گوبریوم در نظریه محیط اجتماعی" معتقد است، سه عامل مهم سلامتی، اوضاع مالی و پشتیبانی های اجتماعی بر سطح فعالیت فرد مسن تأثیر می گذارد و سلامتی عامل مهمی است (Shiri, & Rostami, 2018, P12). بنا بر نظریه حمایت اجتماعی بر گرفته از نظریه انسجام اجتماعی دورکهایم، هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد به گروهش قوی تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می یابد. به نظر وی مشکل اصلی جوامع جدید، رابطه فرد با جامعه است. مشکلی که به از هم پاشیدگی اجتماعی و ضعف پیوندهایی بر می گردد که فرد را به جامعه مربوط می کند. در مطالعات اجتماعی، این میزان از پیوند را حمایت اجتماعی به حساب می آورند (Nabavi & Et all, 2008, P5) برکمن و سیم (۱۹۷۹) به عنوان نظریه پردازان ایده تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، بر این نظر هستند که هرچه یگانگی فرد با اطرافیان بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می گیرد (Ebad elahi, 2002, P3, 4). "شاخص دیده بان سالخوردگی^۱ و سالخوردگی فعال^۲ نیز از شاخص هایی است که وضعیت رفاه اقتصادی و اجتماعی، وضعیت سلامت جسمانی و روانی، مشارکت اجتماعی و امنیت اجتماعی را در سطح بین المللی مورد ارزیابی قرار می دهد. شاخص دیده بان سالخوردگی به منظور مطالعه تطبیقی کشورها از نظر وضعیت سالخوردگان و امکان طبقه بندی و اولویت بندی کشورها فراهم شده است و شامل ۴ مولفه؛ تامین درآمد، وضعیت سلامت، اشتغال و آموزش و محیط توانمند ساز است. شاخص سالخوردگی فعال^۲ نیز ابزاری است که ظرفیت های بالقوه و استفاده نشده جمعیت سالخورده را با هدف نظارت بر پیشرفت همه جانبه سالخوردگی فعال و تعیین چالش های موجود را مورد ارزیابی قرار می دهد (Shiri & Rostami, 2018, P20).

درخصوص توسعه اجتماعی نیز براساس آخرین تعریف موسسه مطالعات توسعه اجتماعی سازمان ملل در سال ۲۰۱۷، فرآیندی از تغییرات است که منجر به بهبود در به زیستن و روابط اجتماعی می شود که منصف تر و سازگارتر با اصول حکومت دموکراتیک و عادلانه است. توسعه اجتماعی هم شامل دستاوردهای مادی و هم غیر مادی است (Dashtban faroji & Et all, 2020, P59).

^۱ Age watch index

^۲ Active ageing index

درخصوص تاثیر شناسایی و تأمین نیازهای سالمندان بر توسعه اجتماعی، نیز بایستی گفت توسعه اجتماعی برای اولین بار در سال ۱۹۹۵ در کنفرانس توسعه اجتماعی کپنهاک دانمارک مطرح شد و هدف آن تحقق رفاه و امنیت است. نظریه‌های توسعه را به دو دیدگاه عمده رفاه گرا و مارکسیستی می‌توان دسته بندی نمود. نظریه پردازان مارکسیستی مانند دونگ کیم، در بحث توسعه اجتماعی بر ارزش‌های برابر اجتماعی تاکید می‌کنند اما نظریه پردازان رفاه گرا مانند پایوا، مفهوم توسعه اجتماعی را در حرکت به سوی کیفیت بهتر زندگی می‌دانند. فصل مشترک رویکردها و نظریه‌ها بر این اساس است که توسعه اجتماعی را می‌توان بیانگر کیفیت سیستم اجتماعی در "نهاد سازی و تقسیم مجدد نقش‌های اجتماعی" برای حصول به "عدالت اجتماعی" و "یکپارچگی و وفاق اجتماعی" و بالابردن "سطح کیفیت زندگی" و ارتقاء "کیفیت افراد جامعه" و افزایش "ضرب امنیت اجتماعی" دانست (Hosseini & Et all, 2020, P70).

با جمع بندی نظریات مطرح شده می‌توان گفت براساس "تئوری سلسله مراتب نیازهای مازلو" مبنی بر تأمین نیازهای اولیه انسان و همچنین "نظریه تکامل خانواده اوولین دو وال" و "نظریه محیط اجتماعی گوبریوم"؛ درآمد، بیمه درمانی و مسکن و براساس نظریه "تکامل پیری کلارک و اندرسون"؛ آموزش و براساس "نظریه حمایت اجتماعی برگرفته از نظریه انسجام اجتماعی دورکهایم و همچنین نظریه تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی برکمن و سیم"؛ حامی اجتماعی به عنوان مهمترین نیازهای سالمندان می‌باشند و از آن جهت که هدف اصلی توسعه اجتماعی ارتقاء سطح زندگی افراد و کیفیت زندگی مردم است، شناسایی نیازهای سالمندان و برنامه ریزی برای تأمین آنها، تاثیر بسزایی در توسعه اجتماعی خواهد داشت.

۲- پیشینه پژوهش

۱. قلی پور و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه ای به بررسی "عوامل موثر بر ارائه خدمات سالمندی فعال در ایران" پرداختند. براساس روش ترکیبی (کمی و کیفی) و پرسشنامه‌های تکمیل شده از مدیران سالمندی در سازمان‌های مرتبط با سالمندی، پرداخت مستمری غیر مشارکتی به سالمندان، بیمه مراقبت بلند مدت، خدمات مراقبت سیار، کارت‌های تخفیف مراکز تفریحی و ورزشی، کارت‌های تخفیف حمل و نقل، چک آپ‌های سلامتی و خدمات سرپایی رایگان، تاسیس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مخصوص سالمندان و طرح تحصیل در دانشگاه‌ها در ارائه خدمات سالمندی فعال موثر می‌باشد. اگر دولت و ارگان‌های مذکور بر بهبود مولفه‌های موثر در ارائه خدمات سالمندی تمرکز نموده و موانع و مشکلات موجود را مرتفع نمایند، نتایج قابل ملاحظه ای در رابطه با بهبود کیفیت خدمات سالمندی فعال در بلند مدت متصور خواهد بود.

۲. غیایی و همکاران (تابستان ۱۳۹۸) در مقاله‌ای به بررسی "تحلیل عوامل موثر بر ارتقاء امید زندگی در سالمندان" پرداختند. هدف این پژوهش، تحلیل عوامل و ویژگی‌های تاثیرگذار بر شاخص امید و کیفیت زندگی و رسیدن به محیطی مطلوب و رضایت بخش برای سالمندان مقیم خانه سالمندان بود. برابر یافته‌های تحقیق، عوامل موثر در ارتقاء امید زندگی سالمندان شامل سهولت دسترسی، ایمنی و امنیت، پویایی و جذابیت، وحدت و یکپارچگی، آزادی، آسایش، ارتباط با طبیعت، مشارکت اجتماعی، انجام فعالیت‌های آموزشی و فرهنگی و تعلق مکانی هستند که در این بین، اثرگذارترین عوامل به ترتیب: ارتباط با طبیعت، مشارکت اجتماعی، آسایش، فعالیت‌های آموزشی و فرهنگی، ایمنی و امنیت شناسی شدند. برابر نتایج این تحقیق، شناخت و درک نیازهای سالمندان و تلاش در جهت پاسخگویی به این نیازها و احترام به ترجیحات آنها در طراحی فضاهای مختص سالمندان، می‌تواند در بهبود کیفیت و امید زندگی آنها و دستیابی به اهداف سالمندی موفق و موثر باشد.

۳. کاظمی و همکاران (اسفند ۱۳۹۷) در مقاله ای مروری به بررسی "عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی سالمندان" پرداختند. طبق مطالعات صورت گرفته در ایران در حوزه کیفیت زندگی سالمندی، تعیین کننده‌های کیفیت زندگی سالمندی به دو دسته تقسیم بندی شد. دسته اول تعیین کننده‌های منفی شامل: بیماری، جنسیت زن، افزایش سن، تحصیلات پایین، سکونت در

آسایشگاه، از دست دادن ناخواسته شغل، طبقه پایین اقتصادی و دسته دوم تعیین کنندگان مثبت شامل: جنسیت مرد، تحصیلات بالا، متأهل، ساکن منزل، جهت گیری مذهبی درونی، مشارکت اجتماعی، طبقه بالای اقتصادی می‌باشند.

۴. تیرگر و کفایی (۱۳۹۴) در مطالعه ای به "ارزیابی نیازهای سالمندان ایران" پرداختند. براساس یافته‌های این مطالعه که به صورت توصیفی مروری سیستماتیک صورت پذیرفت، از نظر رفاهی در مطالعه کشوری ۶۳ درصد سالمندان نیاز مالی داشتند و ۴۵ درصد در مدیریت امور مالی مشکل داشتند و نیازمند کمک بودند. ۸۹ درصد تخت‌های بیمارستانی و ۶۰ درصد هزینه‌های پزشکی توسط سالمندان استفاده می‌شد. ۳۰/۵ درصد سالمندان فعالیت اجتماعی کم و یا اصلاً نداشتند، ۳۶ درصد افراد ۶۰ ساله و بالاتر مبتلا به مشکلات قلبی و عروقی بودند. ۲۴ درصد از افراد بالای ۶۰ سال مشکلات اسکلتی عضلانی داشتند و بطور میانگین ۶۰ درصد سالمندان احساس تنهایی می‌کردند. با مرور مقالات انجام شده، مهمترین نیازهای سالمندان به ترتیب نیازهای مرتبط با رفاه و سپس نیازهای سلامت و نیاز به منزلت اعلام شده بود که با هرم تقسیم بندی نیازهای مازلو همخوانی دارد. بنابراین با توجه به رشد روزافزون سالمندی، ادارت و دستگاه‌های مرتبط به نیازهای سالمندان می‌بایست به همکاری بین بخشی جهت رفع نیازهای مذکور برنامه ریزی نمایند و سند سلامت و رفاه و منزلت سالمندان ایرانی در کشور اجرایی شود.

۵. جمعه پور و همکاران (۱۳۹۴) در مقاله ای به مطالعه "نیازها و مشکلات سالمندان در فضای شهری" پرداختند. محدوده مطالعه فوق خیابان‌های بخش مرکزی شهر قم بوده که در آن ۱۵۰ عابر پیاده سالمند به صورت انتخاب تصادفی مورد پرسشگری قرار گرفته اند و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه توام با مصاحبه است. یافته‌ها نشان داد خرج سالمندان از منزل و رفت آمد پیاده در خیابان به منظور پاسخگویی به نیاز معیشتی با ۳۲ درصد، نیاز عاطفی ۳۱/۳ درصد، نیاز به امنیت ۱۸ درصد، شرکت در زندگی اجتماعی ۱۰ درصد و نیاز به تفریح ۶۶/۸ درصد است که با ارئه راهکارهای برنامه ریزی حمل و نقل بر مبنای اصول (3E) (مهندسی+آموزش+اجرای مقررات) نیل با کاربست در طرح‌های مناسب سازی شهری نائل خواهد شد.

۶. شریعت و همکاران (پاییز ۱۳۹۴) در مقاله ای "به بررسی نیازهای فرهنگی واجتماعی و اقتصادی و رفاهی و ساختار شهری اعضای کانون سالمندان شهر تهران" پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین برخورداری سالمندان عضو کانون‌های سالمندان شهر تهران در تمام حیطه‌های هشتگانه (شهر دوستدار سالمند) کمتر از حد میانگین است. در این میان با کمی چشم پوشی، تنها حیطه «مشارکت اجتماعی» به مرز متوسط نزدیک شده و حیطه «مسکن» کمترین نمره را به دست آورده است. به عبارت دیگر برخورداری سالمندان از مسکن بیشترین نیاز در بین دیگر نیازها بوده است.

۷. افشار کهن و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله ای به بررسی " توسعه اجتماعی و سالمندی جمعیت: بحران یا فرصت بررسی ابعاد جهانی سالمندی جمعیت و توسعه اجتماعی" پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد توسعه اجتماعی، در پی بهبود وضع اجتماعی افراد جامعه است و برای تحقق این هدف، شناختن و روی آوردن به یک نگرش، آرمان و اعتقاد مطلوب تر که بتواند پاسخگوی مشکلات اجتماعی باشد، ضروری است صرفاً با بهره مندی از جمعیت جوان و آماده کار نمی‌توان به رشد اقتصادی رسید. بایستی به این نکته اشاره کرد که کشورهای توسعه یافته تنها ۲۰ درصد جمعیت دنیا را به خود اختصاص می‌دهند و عمده این کشورها نیز جمعیتی سالخورده دارند. بنابراین، نکته مهم مدیریت جمعیت است. اگر بتوانیم از جمعیت موجود و سرمایه‌های انسانی حال حاضر، بهره برده و زمینه‌های شکوفایی استعدادهای این جمعیت را فراهم کنیم، می‌توانیم به رشد اقتصادی بالا برسیم.

۸. عبدی و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیق خود تحت عنوان " درک نیازهای مراقبت و حمایت افراد مسن در بریتانیا"، به این نتیجه رسیدند که تعداد سالمندان با نیازهای مراقبتی و حمایتی برآورده نشده در حال افزایش هستند، و پرداختن به این نیازهای برآورده نشده به یکی از اولویت‌های بهداشت عمومی تبدیل شده است و برای برنامه ریزی بهتر، ابتدا باید نیازهای مراقبت و حمایت افراد مسن را درک کرد. این مطالعه از طریق جستجو در پنج پایگاه الکترونیکی و چک لیست مرجع‌ای انجام شده و

جمع‌بندی تحقیقات انجام شده نشان داد که سالمندان در سه حوزه: ۱- فعالیت‌ها و روابط اجتماعی ۲- سلامت روانی و ۳- فعالیت‌های مربوط به تحرک، به مراقبت و حمایت نیاز دارند.

۹. آن بولینگ و همکاران^۱ (2013) در تحقیقی تحت عنوان " یک اندازه‌گیری کوتاه از کیفیت زندگی سالمندان " پرسشنامه‌ای از کیفیت زندگی افراد سالمند را مورد بررسی قرار دادند. برابر یافته‌ها زیر عامل‌ها بدین صورت دسته‌بندی شده‌اند: کل زندگی، سلامت، روابط اجتماعی، خانه و همسایگی، استقلال و کنترل بر زندگی، آزادی و آسایش روانی و عاطفی (Zarghami, & Et all, 2015, P117).

۱۰. لترمه و تستوری^۲ (2012) در تحقیقی با عنوان " سلامتی در یک نگاه " به بررسی امید زندگی در شهرستان مرسر پرداختند. برابر یافته‌های آنها آموزش مستمر در حین سالمندی، عدم تشابه به بیمارستان، شبیه به خانه بودن، فضای زندگی طبیعت‌گرایانه از مهمترین عوامل موثر بر امید زندگی اعلام شدند (Zarghami, & Et all, 2015, P117).

۱۱. در دومین کنفرانس جهانی سالمندی سازمان ملل در سال ۲۰۰۲ تأکید شده که در سه محور سالمندان در نظر گرفته شوند: ۱- افراد سالمند و توسعه؛ ۲- بهبود بهداشت و شرایط زندگی سالمندان؛ ۳- دادن اعتماد و اطمینان به سالمندان و حمایت محیط اجتماعی از آنها (Afshar kohan & Et all, 2014, P64).

۳- روش پژوهش

نظر به اینکه این تحقیق درصدد مطالعه و برآورد نیازهای جمعیت سالخورده در کشور می‌باشد. از طریق "روش ترکیبی"^۳ و با استفاده از جدول ضرایب بقاء سازمان ملل و برآوردهای انجام شده توسط مرکز آمار ایران و روش‌های جمعیت‌شناختی " میزان جمعیت کل کشور و سالمندان بالای ۶۰ سال تا سال ۱۴۲۰ پیش‌بینی شد. روش گردآوری اطلاعات در حوزه نیازهای سالمندان مشاهده غیر مستقیم و مراجعه به اسناد و مدارک و تحلیل ثانوی است. ابزار گردآوری داده‌ها، فیش تحقیق است. برای توصیف و تحلیل داده‌ها از روش‌های جمعیتی و آماری استفاده شد.

۴- یافته‌های پژوهش

سالمندی جمعیت یکی از مهمترین مسائل جمعیتی است که کشور در سال‌های پیش رو با آن مواجه خواهد شد. از این رو برنامه ریزی و سیاست‌گذاری برای مواجهه با آن اهمیت دارد. گام اول در این امر، شناخت ابعاد ملی و منطقه‌ای نیازهای سالمندان است و برابر نظریات مطرح شده "درآمد، بیمه درمانی، آموزش، مسکن و حامی اجتماعی" از مهمترین نیازهای سالمندان می‌باشد، که در این مطالعه نیازهای سالمندان طی سال‌های ۱۴۲۰-۱۴۰۰ به تفکیک مناطق و گروه‌های جمعیتی مورد پیش‌بینی قرار گرفته است و از آن جهت که هدف اصلی توسعه اجتماعی به زیستی می‌باشد، شناسایی نیازهای سالمندان تأثیر بسزایی در توسعه اجتماعی خواهد داشت.

^۱ Anne bowling

^۲ Leterme & testori

^۳ توضیح روش ترکیبی: بخش جمعیت سازمان ملل متحد از مدل کوهورت (نسلی)، برای پیش‌بینی جمعیت یک کشور بر اساس سن و جنس در دوره‌های بعدی $t > 0$ استفاده می‌کند و به ورودی‌های زیر نیاز دارد: برآورد جمعیت مخصوص جنس و سن خاص در زمان اولیه $t = 0$ ، پیش‌بینی نرخ باروری کل (TFR)، یعنی تعداد کل تولد زنده برای هر زن در آینده، پیش‌بینی نسبت جنسی هنگام تولد، پیش‌بینی امید زندگی زنان و مردان، داده‌های تاریخی در مورد میزان مرگ و میر مخصوص جنس و سن (برای $t > 0$)، داده‌های تاریخی توزیع باروری بر اساس سن (برای $t > 0$)، و پیش‌بینی مهاجرت بین المللی خالص ویژه جنس و سن خاص در آینده. در ورودی‌های بالا، TFR به عنوان میانگین تعداد تولدهای زنده تعریف می‌شود که گروهی فرضی از زنان در پایان دوره باروری خود در صورتی که در تمام طول زندگی خود در معرض نرخ باروری یک دوره معین قرار بگیرند و اگر مشمول مرگ و میر نباشند. امید زندگی در بدو تولد به عنوان میانگین سال‌های زندگی است که توسط گروهی فرضی از افراد انتظار می‌رود که در طول زندگی خود در معرض نرخ مرگ و میر یک دوره معین قرار بگیرند و به عنوان سال بیان می‌شود. در این مطالعه با استفاده از روشهای جمعیتی، میزان باروری کل زنان و میزان‌های مرگ و میر مردان و زنان در گروه‌های سنی پنج‌ساله و میزانهای مهاجرت در بازه‌های پنج‌ساله از سال ۱۳۹۵ تا سال ۱۴۲۰ برآورد گردیده، سپس با استفاده از نرم افزار اکسپکتروم، جمعیت کشور مورد پیش‌بینی قرار گرفته است.

۱-۴- روند سالمندی جمعیت در ایران

حسب گزارش‌های مرکز آمار ایران، جمعیت سالمند در ایران از ۱ میلیون و ۶۳۸ هزار و ۴۲ نفر در سال ۱۳۴۵ به ۷ میلیون و ۴۱۴ هزار و ۹۱ نفر در سال ۱۳۹۵ رسیده است که از این تعداد، ۴۹/۳ درصد سالمند مرد و ۵۰/۷ درصد سالمند زن هستند و این افزایش در تعداد سالمندان از سال‌های ۱۳۶۵ به بعد بیشتر بوده که از دلایل آن می‌توان به افزایش سطح بهداشت عمومی و تغییرات اساسی در نگرش و سبک زندگی افراد، همزمان با کاهش سطح باروری و افزایش امید زندگی (از ۵۷ سال در سال ۱۳۵۵ به بیش از ۷۰ سال در سال ۱۳۹۵) اشاره کرد (markaz amar iran) برابر پیش‌بینی‌های انجام شده از طریق "روش ترکیبی و با استفاده از جداول ضرایب بقاء سازمان ملل و برآوردهای انجام شده توسط مرکز آمار ایران و روش‌های جمعیت‌شناختی" تعداد سالمندان بالای ۶۰ سال کشور تا سال ۱۴۲۰ با ۳ برابر رشد به ۱۸ میلیون نفر خواهد رسید و طی تمام سال‌های مورد بررسی تعداد زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند و میزان رشد سالمندی بیشتر از رشد جمعیت کل کشور خواهد بود.

جدول شماره ۱: پیش‌بینی تعداد سالمندان بالای ۶۰ سال به تفکیک جنس طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۴۲۰

میزان افزایش سالمندی طی ۱۳۹۵-۱۴۲۰	۱۴۲۰	۱۴۱۵	۱۴۱۰	۱۴۰۰	۱۴۰۰	۱۳۹۵	پیش‌بینی جمعیت ۶۰ سال به بالا
۳ برابر	18,641,145	15,302,169	12,540,733	10,298,550	8,606,125	7,414,091	کل
۳ برابر	9,248,297	7,615,419	6,085,131	4,978,754	4,176,275	3,658,405	مرد
۳ برابر	9,392,848	7,686,750	6,455,602	5,319,795	4,429,850	3,755,686	زن
۱ برابر	101,024,223	96,883,877	93,167,282	89,312,524	84,999,625	79,926,270	جمعیت کل کشور

منبع: مرکز آمار ایران و روش‌های ترکیبی پیش‌بینی جمعیت

۴-۲- نیازهای اقتصادی و مالی

سالمندی با خود افزایش ناتوانی‌ها و بیماری‌ها را به همراه دارد. لازمه کاهش ناتوانی‌ها و بیماری‌ها در سنین سالمندی برای ادامه حیات، درآمد و تمکن مالی است، لذا مهمترین مولفه قابل طرح درخصوص نیازمندی‌های سالمندان، توان مالی و کسب درآمد است. برابر داده‌های سرشماری ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران حدود ۲۲ درصد کل سالمندان (بالای ۶۰ ساله) کشور در یکی از مشاغل فهرست شده فعالیت داشته‌اند. در همین سال میزان مشارکت سالمندان شهرنشین ایران در نیروی کار، که اساساً شامل مردان است به کمتر از ۱۶ درصد می‌رسد، که در مقایسه با سالمندان روستایی با میزان مشارکت ۳۷ درصد پایین است. بررسی نرخ مشارکت نیروی کار سالمندان کشور در سال ۱۳۹۵ نشان می‌دهد حدود ۱۸/۲ درصد کل سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر کشور از نظر اقتصادی فعال می‌باشند. این نرخ در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری است. نکته قابل تامل این است که در جریان تغییرات اجتماعی - اقتصادی ۳۵ سال گذشته میزان فعالیت اقتصادی سالمندان روند نزولی داشته است (markaz amar iran).

در این مطالعه میزان حمایت‌های مالی سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) در سال ۱۳۹۵ از سازمان بازنشستگی کشوری، سازمان تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی و چند سازمان دیگر، که به عنوان سازمان‌هایی که خدمات مالی و حمایتی به اقشار مختلف جامعه ارائه می‌دهند، جمع‌آوری و مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت.

برابر داده‌های جمع‌آوری شده از سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات مالی در جدول شماره ۲، از کل سالمندان ۶۰ ساله بی‌الای کشور در سال ۱۳۹۵، حدود ۷۰ درصد تحت پوشش یکی از انواع صندوق‌های بازنشستگی و یا حمایتی بوده‌اند. این رقم در مورد مردان سالمند برابر ۸۱ درصد و در مورد زنان سالمند برابر ۵۷/۶ درصد بوده است. با توجه به این ارقام، می‌توان گفت که حدود ۲۰ درصد از مردان سالمند و ۴۲ درصد از زنان سالمند، تحت پوشش هیچ نوع بیمه‌های بازنشستگی و یا حمایتی نبوده‌اند. اگر فرض شود که نیمی از آنها دارای تمکن مالی نبوده باشند، می‌توان نتیجه گرفت که، حدود ۱۰ درصد از مردان سالمند و ۲۱ درصد از

بررسی نیازهای جمعیت سالمند ایران در مناطق و گروه های مختلف جمعیتی تا دو دهه آینده و نقش آن در توسعه اجتماعی / ۱۰۱

زنان سالمند، هیچ نوع ممر درآمدی نداشته اند. در ضمن می بایست متذکر شد که کمک های حمایتی کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی در حد بسیار نازل بوده و اکثراً تامین کننده نیازهای مالی سالمندان نیست.

جدول شماره ۲: تعداد و درصد سالمندان زیر پوشش سازمان های بازنشستگی و حمایتی در سال ۱۳۹۵ به تفکیک جنس و نوع سازمان

زن		مرد		کل		جنس
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	نام سازمان
100.0	3,755,686	100.0	3,658,405	100.0	7,414,091	کل سالمندان (۶۰ ساله به بالا)
12.6	473,802	20.1	736,845	16.3	1,210,647	صندوق بازنشستگی کشوری
2.0	73,527	33.3	1,218,387	17.4	1,291,914	سازمان تامین اجتماعی
21.1	792,507	13.6	498,577	17.4	1,291,084	کمیته امداد امام خمینی (ره)
8.2	308,007	8.2	300,643	8.2	610,215	سازمان بهزیستی کشور
1.9	69,745	5.6	203,912	3.7	273,657	سایر سازمان ها
4.8	181,540	0.07	2,661	2.5	184,201	صندوق بازنشستگی کشوری
5.1	190,568	0.05	1,782	2.6	192,350	سازمان تامین اجتماعی
2.0	74,361	0.03	973	1.0	75,334	سایر سازمان ها
57.6	2,164,057	81.0	2,963,780	69.2	5,129,402	جمع کل سالمندان تحت پوشش بازنشستگی

منبع: صندوق بازنشستگی کشوری، سازمان تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور

تعداد سالمندان تحت پوشش صندوق های بازنشستگی یا حمایتی برای سال های ۱۴۰۰، ۱۴۰۵، ۱۴۱۰، ۱۴۱۵ و ۱۴۲۰ بر اساس دو فرض، ادامه روند گذشته و افزایش تدریجی پوشش بیمه های بازنشستگی برای کل کشور و استان های مختلف مورد پیش بینی قرار گرفته که نتایج آن در دو جدول ۳ و ۴ ارائه شده است. بر اساس فرض ادامه روند گذشته یعنی اگر درصد سالمندان تحت پوشش انواع بیمه های بازنشستگی به همین روال ادامه داشته باشد، تعداد مردان و زنان سالمند تحت پوشش انواع صندوق های بازنشستگی در سال ۱۴۲۰ به ترتیب به ۷/۵ و ۵/۴ میلیون نفر خواهد رسید که در مقایسه با وضع موجود می توان گفت که تعداد سالمندان تحت پوشش انواع صندوق های بازنشستگی بیش از ۲/۵ برابر خواهد شد. در ضمن می بایست متذکر شده که تعداد زیادی از سالمندان، در حال حاضر، تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی هستند که در آینده می بایست تحت پوشش صندوق های بازنشستگی قرار گیرند.

جدول شماره ۳: پیش بینی تعداد سالمندان تحت پوشش صندوق های بازنشستگی یا حمایتی به تفکیک جنس تا سال ۱۴۲۰ بر اساس دو فرض ادامه روند فعلی و افزایش تدریجی پوشش بیمه های بازنشستگی و حمایتی

سال						جنس
۱۴۲۰	۱۴۱۵	۱۴۱۰	۱۴۰۵	۱۴۰۰	۱۳۹۵	
7,492,314	6,169,472	4,929,741	4,033,433	3,383,322	2,963,780	مرد
5,412,236	4,429,168	3,719,771	3,065,309	2,552,516	2,164,057	زن
12,904,550	10,598,640	8,649,512	7,098,742	5,935,837	5,129,402	کل
8,508,433	6,838,646	5,330,575	4,251,856	3,474,661	2,963,780	مرد
6,481,065	5,128,600	4,159,990	3,306,785	2,652,594	2,164,057	زن
14,989,498	11,967,246	9,490,565	7,558,640	6,127,255	5,129,402	کل

منبع داده ها: صندوق بازنشستگی کشوری، سازمان تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور

بر اساس فرض افزایش تدریجی ضریب پوشش انواع این صندوق‌های بازنشستگی برای کل کشور، تعداد سالمندان تحت پوشش انواع صندوق‌های بازنشستگی در سال ۱۴۲۰ برای مردان و زنان سالمند به ترتیب به ۸/۵ و ۶/۵ میلیون نفر خواهد رسید که در مقایسه با وضع موجود، حدود ۳ برابر خواهد شد.

در استان‌های مختلف کشور نیز، چنانکه در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود این افزایش وجود دارد و صندوق‌های بازنشستگی می‌بایست حدود ۲/۸ برابر سالمندان فعلی، در سال ۱۴۲۰ پوشش بیمه‌ای داشته باشند. برای محقق شدن پوشش بازنشستگی برای جمعیت سالمندان کشور در سال ۱۴۲۰ که تعداد آنها نزدیک به ۳ برابر خواهد شد، می‌بایست از همین حالا بتدریج کلیه افراد شاغل در سنین بالای ۴۰ سال تحت پوشش بیمه‌های بازنشستگی قرار گیرند. تا این هدف در افق برنامه محقق گردد. در ضمن می‌بایست بتدریج با عمومی شدن سطح بیمه‌های بازنشستگی برای کلیه آحاد جامعه، از سهم افراد تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی و سایر سازمان‌های حمایتی کاسته گردد. چون سهم بالای سالمندان تحت پوشش این سازمان‌ها دلالت بر فقر نسبی سالمندان دارد.

جدول شماره ۴: برآورد تعداد سالمندان بیمه شده سازمان‌های بازنشستگی در استان‌های کشور تا سال ۱۴۲۰ به تفکیک جنس براساس دو فرض ادامه روند فعلی و افزایش تدریجی پوشش بیمه‌های بازنشستگی

استان / جنسیت	تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های بازنشستگی در سال ۱۳۹۵		تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های بازنشستگی با فرض ادامه روند فعلی در سال ۱۴۲۰		تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های بازنشستگی با فرض افزایش تدریجی در سال ۱۴۲۰	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
آذربایجان شرقی	154,471	94,432	353,525	221,505	401,470	265,248
آذربایجان غربی	86,754	49,470	226,159	123,251	256,831	147,591
اردبیل	44,902	16,842	106,791	40,067	121,275	47,980
اصفهان	237,974	191,492	566,332	456,675	643,139	546,861
البرز	82,384	100,817	233,582	279,581	265,261	334,794
ایلام	22,742	6,633	57,259	17,320	65,025	20,741
بوشهر	31,791	14,731	108,442	39,644	123,149	47,473
تهران	633,128	575,005	1,668,343	1,515,452	1,894,607	1,814,729
چهار محال و بختیاری	33,305	16,547	83,344	39,249	94,647	47,000
خراسان جنوبی	27,984	15,591	54,136	31,377	61,478	37,574
خراسان رضوی	201,924	148,403	523,538	380,328	594,541	455,437
خراسان شمالی	19,324	12,590	45,786	29,847	51,996	35,742
خوزستان	161,025	90,839	453,936	249,285	515,500	298,515
زنجان	37,985	24,226	92,564	54,960	105,118	65,814
سمنان	5,849	25,303	13,754	57,965	15,620	69,412
سیستان و بلوچستان	45,543	20,290	124,977	56,652	141,927	67,840
فارس	183,900	138,011	451,569	339,956	512,811	407,092
قزوین	52,618	50,543	144,550	127,094	164,154	152,193
قم	33,199	20,522	103,967	60,586	118,068	72,551

استان / جنسیت	تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های بازنشستگی با فرض افزایش تدریجی در سال ۱۴۲۰		تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های بازنشستگی با فرض ادامه روند فعلی در سال ۱۴۲۰		تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های بازنشستگی در سال ۱۳۹۵	
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
کردستان	68,986	113,585	57,609	100,020	25,161	42,909
کرمان	261,233	277,321	218,152	244,202	82,584	91,511
کرمانشاه	105,677	169,997	88,249	149,695	38,335	66,082
کهگیلویه و بویراحمد	19,465	79,670	16,255	70,155	5,735	27,214
گلستان	89,498	185,575	74,738	163,413	26,578	57,687
گیلان	260,570	331,380	217,598	291,805	105,409	140,801
لرستان	95,428	168,515	79,690	148,390	32,229	59,548
مازندران	258,513	434,619	215,880	382,715	94,638	168,340
مرکزی	117,882	193,454	98,442	170,350	45,011	70,365
هرمزگان	69,784	108,626	58,276	95,653	20,049	31,684
همدان	97,956	152,340	81,801	134,146	40,248	60,443
یزد	101,486	146,739	84,749	129,215	35,791	50,396
کل کشور	6,481,065	8,508,433	5,412,236	7,492,314	2,164,057	2,963,780

منبع: محاسبات براساس گزارش‌های صندوق بازنشستگی کشوری، سازمان تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور

۳-۴- نیازهای بهداشتی

براساس داده‌های سازمان‌های ارائه دهنده خدمات درمانی به شرح جدول شماره ۵، ۷۶/۴ درصد از سالمندان کشور در سال ۱۳۹۵، تحت پوشش یکی از انواع بیمه‌های سلامت بوده‌اند. پوشش خدمات بیمه درمانی مردان و زنان سالمند به ترتیب برابر ۸۹ و ۶۴ درصد می‌باشد. در اینجا نیز باید متذکر شده که فرض بر این بوده که کلیه سالمندان تحت پوشش بیمه‌های بازنشستگی از خدمات بیمه درمانی هم استفاده می‌نمایند. ولی میزان پوشش خدمات درمانی کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی در حد بسیار کمی می‌باشد. همچنین خدمات درمانی بیمه سلامت ایرانیان نیز در حد محدود و مقطعی بوده و پاسخگوی هزینه‌های بهداشتی درمانی سالمندان نیست. بخصوص زنان سالمند که از یک طرف فاقد درآمد و مستمری بوده و از طرف دیگر از پوشش بیمه‌های خدمات درمانی محروم هستند. ضمناً پوشش بیمه‌های درمانی و اجتماعی در کشور ما، بیشتر تابع وضعیت شغلی افراد است و در مورد بیمه‌های حمایتی و نیمه حمایتی نیز، اقشار معینی از جامعه زیر پوشش قرار گرفته‌اند. بر این مبنای، سالمندان "به عنوان سالمند" زیر پوشش هیچ یک از سازمان‌های بیمه‌ای نیستند، مگر آنکه به عنوان شاغل، بازنشسته، نیازمند، معلول، روستایی یا ... بیمه شده باشند. به عنوان مثال کلیه بازنشستگان و از کارافتادگان زیر پوشش صندوق بازنشستگی (که بخش عمده‌ای از آنها و همین‌طور همسرانشان سالمند هستند) از مزایای مستمری و بیمه درمانی برخوردار هستند. همچنین تمامی روستاییان و عشایر از مزایای بیمه درمانی رایگان برخوردارند که این امتیاز، سالمندان روستایی را نیز شامل می‌شود. البته حمایت‌های یاد شده در بسیاری از موارد ناقص بوده و بخشی مهمی از نیاز سالمندان مانند: مراقبت در منزل، مراقبت و نگهداری (آسایشگاهی، مراقبت روزانه، تحت حاد)، خدمات توان بخشی (کادر درمانی، شنوایی سنجی، ارتوپد فنی، تهیه وسایل کمک توانبخشی) را پوشش نمی‌دهد (sanad melli, salmandi keshvar, 2020, P52).

جدول شماره ۵: تعداد و درصد سالمندان تحت پوشش انواع بیمه‌های سلامت در سال ۱۳۹۵ به تفکیک جنس و نوع بیمه

جنس		مرد		کل		نام سازمان	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
کل سالمندان (۶۰ ساله بالا)							
7,414,091	100.0	3,658,405	100.0	3,755,686	100.0		
بیمه سلامت ایران							
1,210,647	16.3	736,845	20.1	473,802	12.6		
بیمه سلامت سازمان تامین اجتماعی							
1,291,914	17.4	1,218,387	33.3	73,527	2.0		
کمیته امداد امام خمینی (ره)							
1,291,084	17.4	498,577	13.6	792,507	21.1		
سازمان بهزیستی کشور							
610,215	8.2	300,643	8.2	308,007	8.2		
بیمه سلامت سایر سازمان‌ها							
273,657	3.7	203,912	5.6	69,745	1.9		
بیمه سلامت ایران							
184,201	2.5	2,661	0.07	181,540	4.8	مستمری بگیران (۶۰ ساله به بالا)	
بیمه سلامت سازمان تامین اجتماعی							
192,350	2.6	1,782	0.05	190,568	5.1		
بیمه سلامت سایر سازمان‌ها							
75,334	1.0	973	0.03	74,361	2.0		
سازمان بیمه سلامت ایرانیان							
531,812	7.2	292,299	8.0	239,513	6.4		
جمع کل سالمندان تحت پوشش بیمه خدمات درمانی							
5,661,214	76.4	3,256,079	89.0	2,403,570	64.0		

تعداد سالمندان تحت پوشش انواع بیمه‌های سلامت در سالهای ۱۴۰۰، ۱۴۰۵، ۱۴۱۰، ۱۴۱۵ و ۱۴۲۰ با دو فرض ادامه روند فعلی و افزایش تدریجی انواع بیمه‌های سلامت، مورد پیش بینی قرار گرفته که نتایج آن در جداول ۶ و ۷ ارائه شده است. با مراجعه به این جداول مشاهده می‌شود که با فرض ادامه روند فعلی، تعداد سالمندان تحت پوشش انواع بیمه‌ها برای مردان و زنان سالمند به ترتیب به ۸/۲ و ۶ میلیون نفر و با فرض افزایش تدریجی انواع بیمه‌های سلامت به ترتیب به ۸/۹ و ۷/۳ میلیون نفر خواهد رسید، که در مقایسه با وضع موجود، تعداد افراد سالمند تحت پوشش انواع بیمه‌های سلامت در کل کشور و استان‌های مختلف با فرض ادامه روند فعلی، به حدود ۲/۷ برابر و با فرض افزایش تدریجی ضریب پوشش انواع بیمه‌های سلامت، حدود ۳ برابر خواهد شد.

جدول شماره ۶: پیش بینی تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های سلامت تا سال ۱۴۲۰ به تفکیک جنس براساس دو فرض ادامه روند فعلی و افزایش تدریجی پوشش بیمه‌های سلامت

سال						جنس
۱۴۲۰	۱۴۱۵	۱۴۱۰	۱۴۰۵	۱۴۰۰	۱۳۹۵	
8,231,233.5	6,777,928	5,415,930.5	4,431,225	3,716,997.3	3,256,079	مرد
6,011,250.1	4,919,379	4,131,466.6	3,404,571	2,835,022.6	2,403,570	زن
14,242,483.5	11,697,307	9,547,397.1	7,835,796	6,552,019.8	5,661,214	کل
ادامه روند فعلی						
8,878,365.1	7,204,186	5,671,342.1	4,570,496	3,775,352.6	3,256,079	مرد
7,326,421.4	5,780,436	4,673,855.8	3,702,577	2,959,139.8	2,403,570	زن
16,204,786.6	12,984,622	10,345,197.9	8,273,073	6,734,492.4	5,661,214	کل
افزایش تدریجی پوشش بیمه‌های سلامت						

با توجه به افزایش تعداد سالمندان کشور و فرض محقق شدن پوشش بیمه‌های سلامت و بهداشتی درمانی کشور تا سال ۱۴۲۰ می‌بایست برای افزایش پوشش پیشگیری از بیماری‌های مزمن در میان افراد جوان و میانسال، اقدامات لازم بعمل آمده و همچنین زیر بناهای افزایش طب سالمندان، مراکز بهداشتی درمانی، تولید و توسعه خدمات پیرایشکی برای سالمندان در کشور فراهم گردد تا بتوان پاسخگوی نیازهای بهداشتی درمانی ۱۸ میلیون سالمند در کشور در سال ۱۴۲۰ بود.

بررسی نیازهای جمعیت سالمند ایران در مناطق و گروه‌های مختلف جمعیتی تا دو دهه آینده و نقش آن در توسعه اجتماعی / ۱۰۵

جدول شماره ۷: برآورد تعداد سالمندان بیمه شده سلامت در استان‌های کشور در سال ۱۴۲۰ به تفکیک جنس براساس دو فرض ادامه روند فعلی و افزایش تدریجی پوشش بیمه‌های سلامت

تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های سلامت با فرض افزایش تدریجی در سال ۱۴۲۰		تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های سلامت با فرض ادامه روند فعلی در سال ۱۴۲۰		تعداد سالمندان تحت پوشش بیمه‌های سلامت در سال ۱۳۹۵		استان / جنسیت
زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	
299,846	418,926	246,020	388,391	104,884	169,705	آذربایجان شرقی
166,842	267,998	136,892	248,464	54,946	95,310	آذربایجان غربی
54,238	126,547	44,502	117,323	18,706	49,331	اردبیل
618,191	671,101	507,219	622,185	212,686	261,443	اصفهان
378,463	276,794	310,524	256,619	111,975	90,509	البرز
23,446	67,852	19,237	62,906	7,367	24,985	ایلام
53,665	128,503	44,032	119,136	16,362	34,927	بوشهر
2,051,433	1,976,981	1,683,179	1,832,882	638,646	695,569	تهران
53,130	98,762	43,593	91,564	18,378	36,590	چهارمحال و بختیاری
42,475	64,151	34,850	59,475	17,317	30,744	خراسان جنوبی
514,841	620,391	422,422	575,171	164,827	221,838	خراسان رضوی
40,404	54,256	33,151	50,302	13,983	21,229	خراسان شمالی
337,452	537,913	276,876	498,705	100,892	176,906	خوزستان
74,399	109,688	61,043	101,693	26,908	41,732	زنجان
78,466	16,299	64,380	15,111	28,103	6,426	سمنان
76,688	148,097	62,922	137,303	22,536	50,035	سیستان و بلوچستان
460,190	535,107	377,581	496,104	153,286	202,037	فارس
172,044	171,291	141,160	158,806	56,137	57,807	قزوین
82,014	123,201	67,292	114,221	22,794	36,473	قم
77,984	118,523	63,985	109,884	27,946	47,141	کردستان
295,307	289,379	242,296	268,286	91,724	100,536	کرمان
119,461	177,388	98,017	164,458	42,578	72,599	کرمانشاه
22,004	83,133	18,054	77,074	6,370	29,898	کهگیلویه و بویراحمد
101,172	193,644	83,010	179,529	29,519	63,376	گلستان
294,558	345,787	241,681	320,583	117,076	154,688	گیلان
107,875	175,842	88,510	163,025	35,796	65,421	لرستان
292,232	453,516	239,773	420,460	105,113	184,942	مازندران
133,258	201,865	109,337	187,151	49,993	77,305	مرکزی
78,887	113,349	64,726	105,087	22,268	34,808	هرمزگان
110,733	158,963	90,855	147,376	44,703	66,404	همدان
114,723	153,119	94,129	141,958	39,753	55,366	یزد
7,326,421	8,878,365	6,011,250	8,231,233	2,403,570	3,256,079	کل کشور

منبع: محاسبات براساس گزارش‌های صندوق بازنشستگی کشوری، سازمان تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور

۴-۴- آموزش

حسب آمارهای اقتصاسی از سرشماری‌های مرکز آمار ایران، درصد باسوادى سالمندان طى ۴۰ سال از ۱۲/۹ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۴۶/۴ درصد در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است و این میزان افزایش در سالمندان مرد بیشتر از زنان می‌باشد (۵۹/۲ درصد مرد و ۳۴ درصد زن) (markaz amar iran) در سال ۱۳۹۵ نزدیک به ۵۳/۵ درصد سالمندان کشور بی‌سواد بوده‌اند که در این میان تعداد سالمندان زن بی‌سواد بیشتر از سالمندان مرد بی‌سواد بوده و ۶۶ درصد سالمندان زن در این سال، بی‌سواد بوده‌اند و این در صورتی است که میزان بی‌سوادى سالمندان مرد ۴۰/۸ درصد بوده است. برابر داده‌های محاسبه شده، تا سال ۱۴۲۰ میزان سواد و تحصیلات در سالمندان کشور افزایش می‌یابد به گونه‌ای که میزان بی‌سوادى در سالمندان کشور به ۲۰/۲ درصد خواهد رسید و ۲۲/۱ درصد سالمندان کشور تا مقطع ابتدایی دارای تحصیلات می‌باشند و سال ۱۴۲۰، تعداد سالمندان مرد در تمامی مقاطع به جزء ابتدایی بیشتر از زنان خواهد بود.

همان طور که در جدول زیر ملاحظه می‌شود تا سال ۱۴۲۰ با ۸ درصد کاهش در مردان و ۳ درصد در زنان نسبت به سال ۱۳۹۵، ۱۴/۸ درصد از مردان سالمند و ۲۵/۵ درصد از زنان سالمند بی‌سواد و درصد بالایی نیز کم سواد خواهند بود و همچنین میزان رشد تحصیلات در مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند خواهد بود. لذا با توجه به تغییرات سریع تکنولوژی و بخصوص تکنولوژی‌های ارتباطی و لزوم استفاده سالمندان از این تکنولوژی‌ها، می‌بایست سالمندان آینده کشور باسواد و دارای مهارت‌های لازم برای استفاده از این تکنولوژی‌ها باشند. بنابراین باسواد بودن و با تحصیلات بالاتر بودن سالمندان به عنوان یک نیاز اساسی مطرح است که می‌بایست از هم اکنون برای ریشه کنی بی‌سوادى و توانمند سازی جمعیت میانسال فعلی اقدامات لازم بعمل آید.

جدول شماره ۸: پیش بینی وضعیت سواد و تحصیلات سالمندان کشور تا سال ۱۴۲۰ (تعداد به هزار نفر)

وضعیت سواد و تحصیلات	۱۳۹۵		۱۴۲۰		تغییرات ۱۳۹۵-۱۴۲۰		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کل کشور	جمع	7,414	100	18,641	100	11,227	151%
	ابتدایی	1,672	22/6	4,121	22/1	2,449	146%
	سیکل اول	413	5/6	2,668	14/3	2,255	546%
	سیکل دوم	167	2/3	950	5/1	783	469%
	دیپلم و پیش دانشگاهی	654	8/8	3,505	18/8	2,851	436%
	عالی	504	6/8	3,133	16/8	2,629	522%
	سایر دوره‌های تحصیلی	29	0/4	48	0/3	19	66%
	بی‌سواد	3,970	53/5	3,763	20/2	-207	-5%
	اظهار نشده	5	0/1	12	0/1	7	140%
م	جمع	3,658	100	9,248	100	5,590	153%
	ابتدایی	986	27	2,016	21/8	1,030	104%
	سیکل اول	262	7/2	1,583	17/1	1,321	504%
	سیکل دوم	108	3	568	6/1	460	426%
	دیپلم و پیش دانشگاهی	409	11/2	1,881	20/3	1,472	360%
	عالی	380	10/4	1,792	19/4	1,412	372%
	سایر دوره‌های تحصیلی	18	0/5	29	0/3	11	61%
	بی‌سواد	1,492	40/8	1,371	14/8	-121	-8%
	اظهار نشده	3	0/1	8	0/1	5	167%

تغییرات ۱۳۹۵-۱۴۲۰		۱۴۲۰		۱۳۹۵		وضعیت سواد و تحصیلات
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
150%	5,637	100	9,393	100	3,756	جمع
207%	1,419	22/4	2,105	18/3	686	ابتدایی
618%	933	11/5	1,084	4	151	سیکل اول
547%	323	4/1	382	1/6	59	سیکل دوم
562%	1,378	17/3	1,623	6/5	245	دیپلم و پیش دانشگاهی
981%	1,217	14/3	1,341	3/3	124	عالی
73%	8	0/2	19	0/3	11	سایر دوره های تحصیلی
-3%	-86	25/5	2,392	66	2,478	بیسواد
100%	2	0	4	0/1	2	اظهار نشده

۴-۵- مسکن

در سال ۱۳۹۰، ۷۵/۱ درصد از خانوارهای دارای فرد سالمند، مالک واحد مسکونی خود بوده اند. این در حالی است که در سال ۱۳۹۵، ۱۱/۳ از خانوارهای دارای فرد سالمند در واحد مسکونی استیجاری و ۷۷/۶ درصد از آنان مالک بنا هستند. در مناطق روستایی درصد خانوارهای دارای فرد سالمند، که صاحب واحد مسکونی می باشند بیشتر از مناطق شهری است (۸۹/۱ در مناطق روستایی و ۶۸/۷ درصد در مناطق شهری). نتایج بررسی در سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰، نشان می دهد که درصد خانوارهای دارای فرد سالمند که مالک واحد مسکونی خود هستند، روند کاهشی داشته است، به طوری که از ۸۲/۲ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۷۵/۱ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است. در مقابل در سال های اخیر با توجه به تورم و گران شدن قیمت مسکن، نسبت خانوارهای دارای واحد مسکونی استیجاری روند افزایشی داشته است (markaz amar iran) برابر جدول شماره ۹؛ طبق محاسبات بعمل آمده، در سال ۱۳۹۵ کل سالمندان کشور در ۲/۱۱ میلیون واحد مسکونی ساکن بودند که از بین آنها، حدود ۱/۶ میلیون متعلق به نقاط شهری و ۵۰۸ هزار متعلق به نقاط روستایی می باشد. بر اساس پیش بینی بعمل آمده، به همراه افزایش ۳ برابری تعداد سالمندان کشور تا سال ۱۴۲۰، تعداد واحدهای مسکونی مورد نیاز آنها نیز به ۳ برابر افزایش یافته و می بایست تا سال ۱۴۲۰ حدود ۴ میلیون واحد مسکونی جدید برای سالمندان ایجاد گردد. این رقم برای نقاط شهری و روستایی کشور به ترتیب برابر ۳/۸ میلیون و ۲۰۰ هزار می باشد. البته می بایست متذکر شده که برخی از سالمندان به دلیل نداشتن حمایت های خانوادگی و یا ناتوانی های جسمی و روانی، نیاز به سکونت در سراهای سالمندان دارند که با فرض ادامه روند کنونی، تعداد این آسایشگاه ها و سراهای سالمند می بایست به سه برابر افزایش یابد.

جدول ۹: پیش بینی تعداد جمعیت ۶۰ ساله بالا و تعداد مسکن مورد نیاز آنها تا سال ۱۴۲۰ به تفکیک نقاط شهری و روستایی

مناطق	جمعیت و مسکن	۱۳۹۵	۱۴۰۰	۱۴۰۵	۱۴۱۰	۱۴۱۵	۱۴۲۰
کل	کل جمعیت	7,414,091	8,632,645	10,339,854	12,585,803	15,045,957	18,411,627
	تعداد واحد مسکونی	2,117,748	2,516,772	3,095,560	3,940,567	4,830,913	6,081,643
مناطق شهری	کل جمعیت	5,365,711	6,396,591	7,956,654	9,934,254	12,421,053	15,495,972
	تعداد واحد مسکونی	1,609,285	1,958,113	2,501,178	3,265,896	4,137,522	5,374,485
مناطق روستایی	کل جمعیت	2,048,380	2,236,055	2,383,200	2,651,549	2,624,904	2,915,655
	تعداد واحد مسکونی	508,463	558,659	594,382	674,671	693,391	707,158

مأخذ: محاسبه شده براساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ و روش های پیش بینی جمعیت و مسکن

۴-۶- حامی اجتماعی :

در اثر تغییرات در نحوه زندگی و پیامد گسترش تکنولوژی، بعد خانواده کوچک شده و شکل آن از نوع خانواده گسترده که معمولاً تمام افراد باهم زندگی می‌کردند به خانواده هسته‌ای که متشکل از پدر و مادر و فرزندان است، تبدیل شده است. در اثر شهرنشینی و تغییر نحوه زندگی نیز بر تعداد آپارتمان‌ها افزوده شده است و در اثر مشکلات اقتصادی، هزینه زندگی بالا رفته است، به طوری که اکثر افرادی که وظیفه نگهداری از والدین سالمند، در منزل را برعهده داشتند، مجبور به کار در خارج از خانه شدند و از طرفی دیگر، به دلیل پیشرفت‌های تکنولوژیکی، سالمندان به دلیل بالا بودن سن برای انجام کارهای روزانه خود نیاز به مراقبت و نگهداری داشته و همچنین عدم برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، که در اغلب آنان یک عامل وابستگی به فرزندان و دیگران می‌باشند و پیوندهای عاطفی و وابستگی، کاهش نقش سنتی سالمندان، فاصله سنی و تفاوت نوع تربیت والدین و فرزندان، خانواده، استحکام خود را از دست داده است. بنابراین مهم و ضروری است که با اجرای برنامه‌های حمایتی در زمینه‌های پزشکی، بهداشتی، روانی، اقتصادی و اجتماعی و بها دادن به این سرمایه‌های پنهان که در گذشته موجب تحول و پویایی در کشور بوده اند، شرایط بازگشت سالمندان به متن جامعه فراهم گردد.

حمایت اجتماعی می‌تواند از منابع مختلف رسمی و غیر رسمی ناشی شود و فقدان حمایت، در زمینه یکی از این منابع می‌تواند از سوی سایر منابع جبران گردد. حمایت رسمی غالباً از سوی موسسات و نهادهای خصوصی و دولتی ارائه می‌شود اما حمایت‌های اجتماعی غیر رسمی ساختار یافتگی کمتری داشته و بصورت آزادانه انجام می‌گیرد. این نوع حمایت از روابط شخصی با خانواده، دوستان و یا در هنگام وقوع بحران یا نیاز ناشی می‌شود. بنابراین سالمندان در بیشتر موارد همچنان علاقمند به ادامه فعالیت‌های پیشین خود هستند، ولی کاهش تعامل اجتماعی در دوران سالمندی به این علت است که اجتماع از سالمندان برخلاف میل بیشتر آنها، از آنان دل می‌کند (Bazr afshan, 2016, P4).

بنابراین در فرآیندی تدیجی، انتظار می‌رود که تضعیف شبکه‌های حمایت اجتماعی غیر رسمی به وسیله توسعه سیستم‌های حمایت رسمی لااقل در مواردی که این نوع حمایت‌ها ممکن هستند، جبران شود. مهمترین سهم مفیدی که انتظار می‌رود دولت به واسطه خط و مشی‌ها و سیاست‌های اجتماعی خود ایفا کند، توسعه سیستم‌های حمایت مالی خود اندوخته برای سال‌های سالمندی است. نابرابری‌های جنسی خصوصاً نابرابری‌های اقتصادی بین زنان و مردان سالمند، چالش مهم دیگری است که ضرورت دارد در سیاست‌های اجتماعی و خط و مشی‌های رسمی در نظر گرفته شود. زنانه شدن و چالش جنسیتی سالمندی امروزه به عنوان مسئله جهانی شناخته می‌شود. اما با توجه به خصوصیات جامعه ایران، این مشکل در کشور ما پیچیده‌تر است. نه تنها زنان سالمند، بلکه در همه سنین، نسبت بزرگی از زنان، غیر شاغل و خانه دار بوده و بنابراین فاقد هرگونه منبع درآمد فردی هستند و در جامعه ما مالکین اموال غیرمنقول، خصوصاً مسکن، بیشتر امری مردانه است و از این تمایز جنسیتی یک نابرابری اقتصادی بزرگ به وجود آمده که زندگی سالمندان زن را تحت تاثیر قرار می‌دهد (Kosheshi, 2011, P109). در همین راستا، دولت در قانون برنامه پنجساله ششم توسعه، مکلف است در جهت تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به طراحي و اجرای برنامه‌های لازم برای افزایش حمایت از سالمندان فقیر از ۲ میلیون و ۶۵۷ هزار و ۷۰ نفر در پایان سال ۱۳۹۵ به ۴ میلیون و ۱۸۰ هزار نفر در سال ۱۴۲۰ خواهند رسید، و مکلف است اقدام و گزارش پیشرفت کار را هر شش ماه یک بار به مجلس ارائه نماید (sanad melli salmandi keshvar, 2020, P46). در خصوص تقویت حمایت‌های غیررسمی از سالمندان نیز بایستی به این نکته اشاره کرد که شبکه‌های اجتماعی در بین جوانان و خانواده‌ها گسترش بی سابقه داشته و محتوای شبکه‌های اجتماعی در ارتقای آگاهی کاربران در زمینه‌های گوناگون اجتماعی، فرهنگی و سیاسی نقش اساسی برعهده دارند و موجبات توسعه فرهنگی، تغییر ابعاد و مولفه‌های (همبستگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، تساهل اجتماعی، تعهد اجتماعی، تشکل اجتماعی) ارزش شده‌اند و با ارائه مطالب مختص تعامل و حمایت از سالمندان در این شبکه‌ها

می توان زمینه های افزایش حمایت های اجتماعی غیر رسمی را فراهم نمود (Navabakhsh, 2017, P56). به طور کلی شبکه های اجتماعی مرتبط با سالمندان، شامل موارد؛ توسعه اجتماع محور، شهر دوستدار سالمند، ترتیبات زندگی (روابط خانوادگی و غیر خانودگی)، بازنشستگی، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، به زیستن و احساس خوب بودن، معنویت در سالمندی، معناداری زندگی، تعالی سالمندی، منزلت و تکریم، دسترسی، مراقبت رسمی و غیر رسمی می باشد (sanad melli salmandi keshvar, 2020, P38, 39, 40).

۴-۲- توسعه اجتماعی

درخصوص نقش نیازهای سالمندان بر توسعه اجتماعی بایستی گفت بانک جهانی (۱۹۹۴) بیان می دارد که توجه به مسائل مربوط به پیری جمعیت می تواند منجر به کاهش فقر و بهبود توسعه اقتصادی و اجتماعی در جوامع گردد. چنان که، توجه به بهداشت و درمان، بهبود پروژه های حمایتی، گسترش پوشش سیستمی بازنشستگی، ترویج مداخلات بهداشتی و سلامتی برای سالمندان، بایستی در پروژه های حمایت اجتماعی مدنظر قرار گیرند. به جاست به گفته ای از فرانک نوتشتاین اشاره شود. وی در سال ۱۹۵۴ گفت: اگر با دید جامع نگر نگاه شود، باید گفت سالمندی اساساً یک مسئله نیست؛ بلکه امروز هم مشهود است، نشان دهنده یک نگرش بدبینانه نسبت به یک دستاورد مهم و پیروزی چشمگیر تمدن است. در برنامه ریزی توسعه اجتماعی الزاماً نباید همان الگویی که کشورهای توسعه یافته مد نظر قرار داده اند، در کشور ایران نیز پیاده شود؛ بلکه بایستی به ویژگی های بومی و منحصر بفرد کشورها توجه داشت و از محوری ترین این ویژگی ها، خصوصیات جمعیتی است که می تواند در روند توسعه نقش و جایگاه ویژه ای داشته باشد. چراکه، آنچه در مرحله برنامه ریزی از اهمیت ویژه ای برخوردار است، استفاده مطلوب از ظرفیت های جمعیتی است، تا بتوان با استفاده از این ظرفیت ها، توسعه اجتماعی را مهیا ساخت و از آن به عنوان فرصت یاد کرد و بهره گرفت، و نه عاملی بحرانی که موجب عقب ماندگی و کمبود می گردد. از سویی صرفاً با بهره مندی از جمعیت جوان و آماده کار نمی توان به توسعه رسید. بر مبنای آمارهای سال ۲۰۱۲، حدود ۹۵ درصد رشد جمعیت جهان توسط کشورهای کمتر توسعه یافته تامین می شود، در حالی که بیش از ۵۰ درصد سهم تولید ناخالص ملی دنیا مربوط به کشورهای توسعه یافته است. از سویی دیگر، کشورهای توسعه یافته تنها حدود ۲۰ درصد جمعیت دنیا را به خود اختصاص می دهند و عمده ای این کشورها نیز جمعیتی سالخورده دارند. بنابراین، نکته مهم در اینجا مدیریت جمعیت است. (Afshar kohan, 2014, P76)

۵- بحث و نتیجه گیری

براساس نظریات مطرح شده می توان گفت یافته های این مطالعه با نظریات سلسله نیازهای مازلو مبنی بر تامین نیازهای اولیه انسان، نظریه تکامل خانواده مبنی بر عوامل استرس زا پیری (اقتصاد، مسکن، اجتماعی، کاری و بهداشتی) نظریه تکامل پیری مبنی بر سازگاری با مسائل سالخوردگی، نظریه محیط اجتماعی گوبریوم مبنی بر سه عامل مهم بر سطح فعالیت فرد مسن شامل سلامتی، مالی و پشتیبانی و همچنین نظریه تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی برکمن و سیم مطابقت و همخوانی دارد. درحوزه نیازهای اقتصادی و مالی سالمندان؛ باتوجه به پوشش حدود ۷۰ درصدی صندوق های بازنشستگی و حمایتی از سالمندان کل کشور می بایست از همین حالا بتدریج کلیه افراد شاغل در سنین بالای ۴۰ سال تحت پوشش بیمه های بازنشستگی قرار گیرند. در حوزه نیازهای بهداشتی؛ در سال ۱۳۹۵، حدود ۷۶/۴ درصد از سالمندان کشور تحت پوشش یکی از انواع بیمه های سلامت بوده اند که می بایست برای افزایش پوشش پیشگیری از بیماری های مزمن در میان افراد جوان و میانسال، اقدامات لازم بعمل آمده و همچنین زیر بناهای افزایش طب سالمندان، مراکز بهداشتی درمانی، تولید و توسعه خدمات پیراپزشکی برای سالمندان در کشور فراهم گردد. در حوزه آموزش؛ برابر پیش بینی های بعمل آمده میزان با سوادی در سالمندان کشور تا سال ۱۴۲۰ افزایشی خواهد بود

ولیکن از این تعداد ۲۲/۱ درصد سالمندان کشور تا مقطع ابتدایی دارای تحصیلات می‌باشند و با توجه به تغییرات سریع تکنولوژی و بخصوص تکنولوژی‌های ارتباطی و لزوم استفاده سالمندان از این تکنولوژی‌ها، می‌بایست سالمندان آینده کشور باسواد و دارای مهارت‌های لازم برای استفاده از این تکنولوژی‌ها باشند. در حوزه مسکن؛ بر اساس پیش‌بینی بعمل آمده، به همراه افزایش ۳ برابری تعداد سالمندان کشور تا سال ۱۴۲۰، حدود ۴ میلیون واحد مسکونی جدید برای سالمندان بایستی ایجاد گردد و تعداد آسایشگاه‌ها و سراهای سالمند می‌بایست به سه برابر افزایش یابد. درخصوص حامی اجتماعی؛ با توجه به گسترش بی‌سابقه شبکه‌های اجتماعی در بین جوانان و خانواده‌ها و نقش آنها در ارتقای آگاهی کاربران در زمینه‌های گوناگون و تغییر ابعاد و مولفه‌ها ارزش‌های مدنی و اجتماعی می‌توان با ارائه مطالب مختص تعامل و حمایت از سالمندان در این شبکه‌ها زمینه‌های افزایش حمایت‌های اجتماعی غیر رسمی را فراهم نمود. از سویی دیگر دولت، ارگان رسمی و سمن‌ها نیز با افزایش پوشش‌های خدماتی حوزه سالمندی در زمینه‌های گوناگون مالی، بهداشتی، بیمه، آموزش و ... زمینه‌های توسعه حمایت‌های رسمی را فراهم نمایند.

در پایان گفتنی است به منظور توسعه خدمات اجتماعی، مالی، بهداشتی، مسکن، آموزش و بیمه سالمندان می‌توان با مشارکت سالمندان در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرای برنامه‌ها و تصمیم‌گیری‌های مرتبط، آمایش فضای کسب و کار و فعالیت‌های داوطلبانه، تعیین ظرفیت‌های بالقوه سالمندان برای اشتغال، ایجاد دسترسی به مشاوره اشتغال سالمندان، حمایت از فضای ارائه خدمات و محصولات تولیدی سالمندان، حمایت از برنامه‌های مشارکتی، اجتماع محور، فرهنگی، هنری، ادبی، فعالیت‌های ورزشی، گردشگری، زیارتی و سیاحتی مختص سالمندان و توسعه زیر ساخت‌ها (امکانات، فضاهای فیزیکی، تربیت نیروی انسانی متخصص و...) برای انجام خدمات حوزه سالمندی، توسعه سمن‌ها و خیریه‌های ارائه دهنده خدمات سالمندی، حمایت از ازدواج سالمندی، جریان سازی و پایدار سازی موضوعات سالمندی در مباحث اجتماعی رسانه‌های جمعی، لحاظ کردن موضوعات سالمندی در محتوای آموزشی، آموزش عموم جامعه به منظور حمایت و احترام سالمندان با تاکید بر حفظ استقلال و عزت نفس، ترویج مهارت آموزی برای مدرسین سالمندان، افزایش دسترسی سالمندان به اقدامات پیشگیرانه سلامت و تاکید بر خود مراقبتی، ترویج سبک زندگی سالم در تمامی دوره‌های سنی، جلب مشارکت بخش غیر دولتی در اقدامات پیشگیرانه، تاکید بر ارائه خدمات درمانی در محل زندگی و جلب مشارکت بخش غیر دولتی، غربالگری بیماری‌ها و مشکلات شایع سالمندی، مراقبت طولانی مدت مبتنی بر جامعه، برقراری تخفیفات در برخورداری از خدمات عمومی، ایجاد و حمایت از مدل‌های کارآمد نگهداری متناسب با نیاز سالمندان، آموزش مراقبین رسمی و غیررسمی، حمایت بیمه‌ای از انواع مدل‌های مراقبت سالمندان، توسعه کیفی و کمی خدمات بیمه پایه و تکمیلی سالمندان، افزایش کمی و کیفی خدمات تحت پوشش بیمه پایه و تکمیلی و حمایت از ایجاد نظام پرداخت هوشمند یارانه (مستمری) در خصوص ارتقاء کیفیت زندگی و منزلت سالمندان، اقدامات موثر و کارآمدی را برای آینده سالمندان پیش‌بینی می‌نماید.

References

1. Afshar kohan, j & Et all.(2014). Social development and population aging; Crisis or opportunity to explore the global dimensions of aging and social development. Proceedings of the Third Iranian Islamic Model of Progress Conference. P 59, 64, 76.(Persian)
2. Abdi, S & Et all. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF), *Canadian Geriatrics Journal*, vol. 19, nu 195.P61.
3. Bazrafshan, sh. (2016). Global conference on new horizons in humanities, future studies & empowerment, 2016 Januray 28, anzali, Iran. P4. (Persian)
4. Dehghani, B & Et all. (2020). The Impact of Population Aging on the Future of Iran's Pension System. *Journal Demographic studies*, Volume 6, nu 1, spring & summer 2020. P261. (Persian)
5. Dashtban farouji, M & Et all. (2020). *Iranian Journal of Economic Issues*, volume 7, nu 1, spring & summer 2020. P59.(Persian)
6. Dabirkhaneh shorayeh melli salmandan, (2020), sanad melli salmandan. (Persian)

7. Ebad elahi, H. (2002). Journal of Family Counseling, nu 21. P3, 4.(Persian)
8. Gholipour, Z & Et all. (2019). Factors affecting the provision of active geriatric services in Iran. journal Health management, Volume2, nu 2, Summer 2019. P 62.(Persian)
9. Hosseini, se & Et all. (2020). Designing a social development model influenced by the social capital of Arak metropolis with emphasis on Putnam theory. Journal Political Studies, issue 59, winter 2020. P70.(Persian)
10. Isa lou, sh & Et all. (2015). Needs and problems of the elderly in urban areas (streets of the central part of Qom). Journal Social work, vol 2,nu 6.P1,2.(Persian)
11. Kosheshi, M. (2011). Social support networks, living arrangements and health of the elderly in the context of population transition: A study in Tehran. Journal Social Science Month Book, nu 42. P109.(Persian)
12. Kazemi,N & Et all. (2019). Quality of life of Iranian elderly. Journal salmand, vol 3, nu 5.P۵۱۸.(Persian)
13. Miri,F & Et all.(2019). Analysis of factors affecting the promotion of life expectancy in the elderly. Journal social welfare quarterly, vol 19, nu 73, summer 2019.P301.(Persian)
14. Markaz amar Iran. (1956-2016) .(Persian)
15. Navabakhsh, M & Et all. (2017). The role of modern social networks in cultural development, a case study of Malekan city in summer 2017. Journal Social Development of Iran, winter 2017, volume 10, nu 1.P56.(Persian)
16. Nabavi, S & Et all. (2009). Investigating the effect of social support on the general health of the elderly. Journal Sociology of Iran, volume 10, nu 4. p5.(Persian)
17. Parvin, S & Et all. (2019). The effect of population aging on income distribution inequality in Iran. Journal Demographic studies, nu 9, spring & summer 2019. P 103. (Persian)
18. Shariat, F & Et all.(2015). Investigating the cultural, social, economic, welfare and urban needs of the members of the Tehran Elderly Center. Journal salmand, vol. 10, nu 3.P8. (Persian)
19. Shiri, m. rostami, E. (2018). Economic, social and demographic characteristics of the elderly based on the general population and housing census data 2016 , pazhohesh kadeh amar iran.(Persian)
20. Tirgar, H., kafeai, S. (2015). Assess the needs of the elderly. 5th international conference on Economics management & agricultural sciences. July, 22, 2015, anzali, Iran. P1. (Persian)
21. Zargami, E & Et all. (2015). Environmental features effective in increasing the quality of life of nursing home residents, Journal Iran's architecture, nu 7, spring & summer 2015. P117.(Persian)

Investigating the needs of the elderly population of Iran in different regions and population groups up to the next two decades and its role in social development

Javad Dindar Farkoush¹

Department of Social Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Shahla Kazemipour Sabet²

Department of Social Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, Corresponding Author)

Hamid Ansari³

Department of Sociology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract: *The purpose of this study is to predict the needs of the elderly population of Iran in different regions and population groups until 1420 and its role in social development. The research method is a combination of two methods: quantitative (secondary analysis) and documentary. "Calculated by the Statistics Center of Iran and demographic methods" and "statistically valid documents and then demographic calculation methods" were used to "estimate the different needs of the elderly population." According to the theories, economic development as well as the import of medical equipment in developing countries, reduced mortality and fertility and increased life expectancy and fundamental changes in the age structure of the population, and this at birth in the early stages. Demographic transition leads to population growth and in the final stages increases the elderly population. In the field of needs of the elderly, the theories were examined that income, health insurance, education, social support and housing are predicted as the most important needs of the elderly in different regions and population groups until 1420, and because the goal The main thing in social development is to improve people's living standards and quality of life, identifying the needs of the elderly will have a significant impact on social development.*

Key words: *aging, growth in the number of elderly, needs of the elderly, Social Development.*

¹ Email: Javaddindar84@gmail.com

² Email: Skazemipour@gmail.com (Corresponding Author)

³ Email: H.ansari2253@yahoo.com