

سیستم خدمات ویژه سالمندی در کشورهای آمریکا و ژاپن و ارائه شاخص هایی

جهت تدوین برنامه راهبردی خدمات سالمندی در ایران

دکتر اصغر دادخواه

چکیده

سالمندی می تواند دوران سرزندگی، نشاط، عزم، اراده، بزرگی، عزت و شکوه باشد. از بارزترین تغییرات جمعیت شناسی قرن بیست و یکم سالخوردگی جمعیت است که تمامی کشورهای جهان منجمله ایران را درگیر کرده است. کشورهای پیشرفته در راستای حل پیامدهای سالخوردگی چاره ای اندیشیده اند اما اگر کشورهای جهان سوم منجمله ایران (حدود ۸٪ جمعیت بالای ۶۰ سال) سیاستهای لازم جهت برنامه ریزی خدمات مراقبتی سالمندان بکار نگیرند، در آینده نزدیک با بحران اجتماعی - اقتصادی - بهداشتی و درمانی مواجه خواهند شد. هر برنامه اجرایی سالمندی و سلامت سالمندی باید بر سه پایه استوار باشد:

(۱) افراد سالمند و توسعه (شرکت دادن) که بر نیاز جامعه متمرکز می شود تا سیاست هایشان را با آن منطبق کرده و موسسات بخاطر منافع جامعه رشد جمعیت سالمندی را با نگاه نیروی فعال ببینند.

(۲) ارتقاء سلامت و رفاه (سلامت همه جانبه) که تاکید بر نیاز سیاستهایی که سلامت با نشاط را از دوران کودکی تا طول زندگی ارتقا داده تا در زمان سالمندی دوران سالمی داشته باشند.

(۳) تضمین توانایی و حمایت محیطی (امنیت) که سیاستهای مبتنی بر خانواده و جامعه را ارتقاء داده و بنیان سالمندی ایمن را فراهم می آورد.

در این راستا کشور ژاپن طرح طلایی (gold plan) و بیمه مراقبتی دراز مدت و طرح فرشته (Angel) را برای کاهش میزان زاد و ولد بکار گرفته و کشور آمریکا با توجه به شاخص هایی برنامه راهبردی خود را تهیه کرده است که در بر گیرنده ابعاد مختلف اقتصادی، رفاهی، بهداشتی، و درمانی است. در این مقاله با مروری بر سیستم عملکردی کشورهای پیشرفته (ژاپن و آمریکا) و الهامگیری از نقاط مثبت و با نگاه به تجارب آنها در این امر، شاخص ها و سرفصل هایی را جهت تدوین نظام جامع خدمات ویژه سالمندان پیشنهاد کرده است.

کلید واژه ها: سالمندی؛ خدمات ویژه سالمندی، شاخص های خدمات، سالمندی در ژاپن؛ سالمندی در آمریکا

دکتر اصغر دادخواه
دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و
توانبخشی
پست الکترونیکی:
asgaredu@uswr.ac.ir

در کلیه اندامهای بدن ایجاد می شود که با رعایت برخی نکات ساده می توان از بروز مشکلات جلوگیری و با مراقبت صحیح به سالمندی توأم با سلامتی و نشاط دست یافت، تا باقی سالهای عمر هم به بهترین صورت ادامه یابد. با اینکه

سالمندی یک پروسه تک بعدی نیست. ما از نظر زیستی، روانشناسی، و جامعه شناسی پا به سن می گذاریم. «تجربه پیری» با ارتباط بین عوامل فوق، سنجش و مشخص می شود. پیری بیماری نیست و با بالا رفتن سن تغییرات طبیعی

طریق برنامه های انفرادی و نامنظم خدمات سالمندی بصورت منظم و یکپارچه جهت سرویس دهی به سالمندان ارائه گردد (Barnes, Jessica, ۲۰۰۱).

سالمندان نیازمند دریافت خدمات متنوعی میباشند. همه صاحب نظران سالمندی معتقدند که خدمات باید جامع و یکپارچه بوده و از استانداردهای سطح بالایی برخوردار باشند. اعضای خانواده سالمندان که سرویس دهندگان اصلی سالمندان هستند باید از سرویس های مراقبتی ویژه و چگونگی دسترسی به آن آگاهی داشته باشند. عدم اطلاع از این خدمات آنان را دچار فرسودگی جسمی - روانی خواهد کرد. از نظر پوشش تامین اجتماعی فرق بسیاری زیاد بین کشورهای پیشرفته و در حال توسعه وجود دارد بطوری که در آمریکا و انگلیس ۱۰۰ درصد اشخاص فعال به وسیله تامین اجتماعی خدمات داده می شوند ولی در چین و هند این رقم به ۲۰ درصد می رسد (Masoro, ۲۰۰۵).

ایران در حال حاضر با پشت سر گذاشتن تغییر ساختار جمعیتی، طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ با داشتن بیش از ۷/۲۷ درصد سالمند بالای ۶۰ سال به کشوری سالمند تبدیل شده که تا ۱۵ سال آینده این رقم به ۱۰/۷ درصد خواهد رسید. براساس تعریف سازمان ملل وقتی جمعیت بالای ۶۰ سال در کشوری به بیش از ۷ درصد برسد، آن کشور سالمند خواهد بود. بنابراین مشخص است کشور ایران دوران انتقال دموگرافیک خود را طی کرده است. از نظر بار سالمندی که از شاخص های دموگرافیک جمعیتی می باشد بر اساس منابع موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طول ده ساله ۶۵-۷۵ سرباری کل در ایران از ۹۴ به ۷۸ رسیده در صورتی که سهم سرباری پیری از ۵.۹ به ۷.۷ رسیده است. این ارقام اهمیت توجه مسئولین به پدیده سالمندی و لزوم پیش بینی عواقب آن را میسراند. وزارت بهداشت، ۱۳۷۷).

در جدول و شکل شماره (۱) مقایسه پیش بینی روند سالمندگی جمعیت بر حسب تعداد و درصد جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال در ایران، جهان، کشورهای توسعه یافته، در حال توسعه و آسیا از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۳۰ نشان داده شده است.

به کار بردن شیوه صحیح زندگی باید از دوران جنینی شروع شود، اما هرگز برای تغییر دادن شیوه زندگی و ایجاد عادات پسندیده که منجر به سلامت و شادابی می شوند دیر نیست. شیوه زندگی در دوره سالمندی باید به گونه ای باشد که به ابعاد مختلف اقتصادی، رفاهی، بهداشتی، و درمانی پرداخته شود (Goldsmith, ۲۰۰۴).

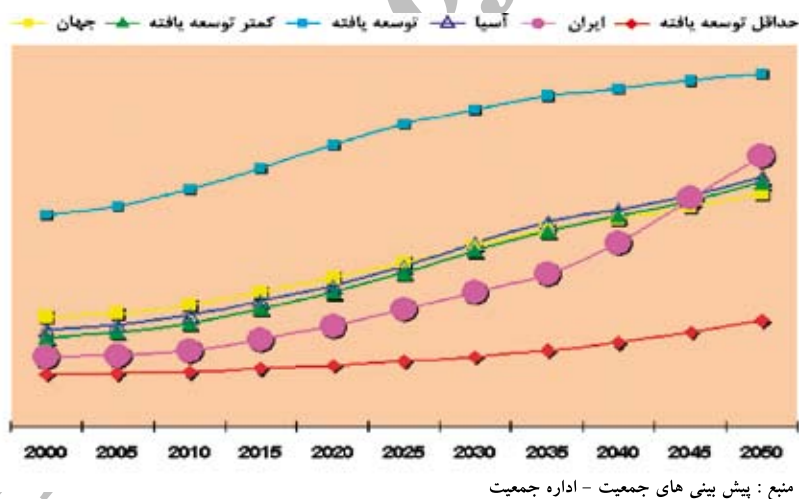
جمعیت جهان در حال پیر شدن است و کاهش موالید و همزمان مرگ و میر و افزایش متوسط طول عمر تبدیل به معضلی تحت عنوان پیری جمعیت شده که اثرات فعلی آن بیشتر در کشورهای توسعه یافته است و در آینده کشورهای آسیایی و آمریکای لاتین را دربر خواهد گرفت. پیری جمعیت اگر چه مشکلاتی را در ارتباط با تامین نیروی انسانی جوان برای بازار کار ایجاد می کند، اما با برنامه ریزی های درازمدت، می توان از تبعات منفی آن کاست و در مقابل از اثرات انباشت سرمایه این گروه سنی برای تداوم توسعه، بهره برداری کرد. قرن ۲۱ قرن سالخوردگی جمعیت دنیاست. در ۴۰ سال آینده جمعیت افراد بالای ۶۵ سال دنیا دو برابر خواهد شد، (افزایش سالانه ۱/۷ درصد به جمعیت جهان و افزایش سالانه ۲/۵ درصد به جمعیت بالای ۶۵ سال) بطوری که ۵۲ درصد این میزان در کشورهای آسیایی و ۴۰ درصد کل جمعیت سالمند در کشورهای پیشرفته بسر میرند (WHO, ۲۰۰۲).

در کشورهای جهان سوم با وجود دویست میلیون سالمند بالای ۶۵ سال به میزان کشورهای پیشرفته نیازمند توجه به قشر سالمند میباشند. در این کشورها سالمندان بسیار محترم شمرده شده، از مراقبت و حمایت عاطفی، روانی و اجتماعی خانواده های خود بهره مند میباشند. این مسئله باعث شده سیاست مداران این کشورها مسئولیت خود را در قبال جمعیت سالمندی به فراموشی سپرده و آن را به عهده خانواده ها بگذارند به بهانه این که آنها قادرند از عهده نیازهای سالمندان خود برآیند. در صورتیکه درصد بالای ناتوانی در سنین سالمندی خانواده ها را با مشکلات فراوان اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی - درمانی مواجه می سازد. از این رو در کشورهای رو به سالمندی اقدام به ایجاد «انجمن ملتهای جنوب شرقی آسیا» (Association of South East Asian Nations) جهت تدوین سیاستگذاریهای خاص در زمینه سالمندی نموده اند تا بدین

جدول ۱. جدول مقایسه ای میزان جمعیت سالمندی در جهان، کشورهای توسعه یافته، در حال توسعه، آسیا و ایران

جمعیت به هزار	وضعیت موجود		وضعیت آینده				
	۲۰۰۰	۲۰۱۰	۲۰۱۵	۲۰۲۰	۲۰۲۵	۲۰۳۰	
جهان	۴۲۶/۶۰۶ ۱۰٪	۷۵۰/۷۵۸ ۱۱.۷٪	۷۴۱/۸۸۵ ۱۲.۳٪	۹۷۴/۰۲۱/۱ ۱۳.۶٪	۹۳۷/۱۷۹/۱ ۱۵٪	۲۹۴/۳۴۸/۱ ۱۶.۶٪	
کشورهای توسعه یافته	۷۹۴/۲۳۱ ۱۹.۴٪	۲۱۶/۲۶۶ ۲۱.۸٪	۸۸۴/۲۹۱ ۲۳.۷٪	۶۸۳/۳۱۸ ۲۵.۸٪	۵۶۹/۳۴۳ ۲۷.۷٪	۴۱۹/۳۶۱ ۲۹.۱٪	
کشورهای در حال توسعه آسیا	۶۰۹/۳۴۲ ۸.۱٪	۱۵۹/۴۵۰ ۹.۴٪	۲۴۹/۵۴۴ ۱۰.۸٪	۰۹۷/۶۴۵ ۱۲.۳٪	۹۷۷/۲۶۷ ۱۴.۱٪	۴۵۱/۹۰۶ ۱۶.۱٪	
آسیا	۱۶۱/۳۲۲ ۸.۸٪	۹۳۳/۴۲۰ ۱۰.۱٪	۷۰۸/۵۰۴ ۱۱.۵٪	۵۰۷/۵۹۱ ۱۲.۹٪	۴۶۶/۶۹۸ ۱۴.۷٪	۷۵۲/۸۲۱ ۱۶.۸٪	
ایران	۲۳۷/۴ ۶.۴٪	۲۲۶/۵ ۶.۹٪	۴۰۲/۶ ۷.۹٪	۹۵۱/۷ ۹.۲٪	۷۲۳/۹ ۱۰.۷٪	۶۰۴/۱۱ ۱۲.۳٪	

شکل ۱. مقایسه پیش بینی روند سالخوردگی جمعیت در ایران، جهان، مناطق توسعه یافته و آسیا



ناتوان سازی را به تعویق خواهد انداخت؟ تاثیر رشد جمعیت سالمندی بر سیستم تامین اجتماعی چه خواهد بود؟ جمعیت سالمندی در آینده تجربه زندگی های مختلفی را نسبت به زمان حال خواهد داشت، بطور مثال زنان سالمند در آینده شرایط کار بیشتری را خواهند داشت و حقوق بازنشستگی خود را خواهند گرفت. درک بهتر جامعه سالمندی به ما کمک می کند تا مسائلی را که سالمندان و خانواده ها با آن روبرو هستند و راهکارهایی را که سیاستگذاران برای

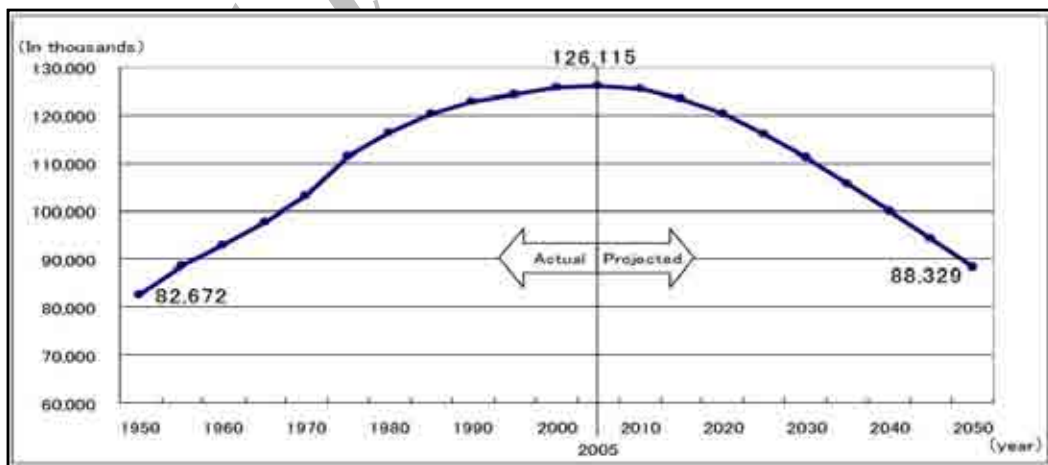
سئوالات فراوانی در مورد آینده جمعیت سالمندی در ایران وجود دارد. برای مثال در حالیکه مردم طولانی تر و سلامت تر از قبل زندگی می کنند، آیا امید به زندگی رو به افزایش خواهد بود یا به حداکثر خود نزدیک میشود؟ از آنجائی که مردم طولانی تر زندگی می کنند، در این شرایط کیفیت زندگی آنها چگونه خواهد بود؟ آیا درصد معلولیت در این قشر در حال افزایش خواهد بود؟ آیا روش زندگی سالم و سلامت عمومی پربار و داروهای پیشگیرانه شرایط

سالمندی در کشور ژاپن

بر اساس پیش بینی ها، ژاپن به عنوان یکی از پیرترین کشورها، از سال ۲۰۰۵ شیب نزولی جمعیت خود را طی می کند (شکل ۲). جمعیت ژاپن در سال ۲۰۰۵ بالغ بر ۱۲۶ میلیون بوده است که تخمین زده می شود این تعداد در سال ۲۰۵۰ به ۸۸ میلیون برسد. طبق آخرین آمار منتشره از سوی وزارت امور داخلی و ارتباطات ژاپن هم اینک ۲۱ درصد جمعیت ژاپن را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند که یکی از بالاترین سطوح در میان کشورهای جهان شمرده می شود. براساس این آمار، در سال ۲۰۰۵ میلادی شمار افراد مسن بالای ۶۵ سال در ژاپن بالغ بر ۲۶ میلیون و ۸۲۰ هزار نفر بوده که نسبت به سال ۲۰۰۰ میلادی ۷/۳ درصد رشد داشته است. موسسه ملی جمعیت و تحقیقات امنیت اجتماعی ژاپن تخمین می زند که در یک دهه آینده، ۲۶ درصد از کل جمعیت این کشور را افراد مسن بالای ۶۵ سال تشکیل خواهند داد (Takagi, ۲۰۰۶).

برآوردن نیاز آنان طراحی می کنند بهتر تشخیص دهیم. در حال حاضر مسائل سالمندان و اتخاذ سیاستگذاری های صحیح در مورد آنها به یک نگرانی مشترک جهانی تبدیل شده است. سیاستها و برنامهها باید فراتر از مسکن و بهداشت باشند و فرصت شرکت سالمندان در عرصه های مختلف توسعه اقتصادی و اجتماعی را فراهم آورند. سالمند شدن جمعیت فرآیندی کاملاً طبیعی است و نمی توان آن را متوقف یا معکوس کرد بلکه می توان با سیاستگذاری های صحیح آثار این فرایند را کنترل نمود. تدوین نظام جامع خدمات ویژه جمعیت سالمندی امری ضروری به نظر می رسد. در این میان مطالعه برنامه ریزی کشورهای توسعه یافته ای چون ژاپن و آمریکا راه گشا خواهد بود. این گونه کشورها بعلاوه دارا بودن سابقه طولانی و تجربیات فراوان در عرصه ارائه خدمات ویژه به سالمندان، دارای معیارهای پذیرفته شده ای می باشند. در این مقاله با مروری بر سیستم عملکردی کشورهای پیشرفته و الهامگیری از نقاط مثبت و با نگاه به تجارب آنها در این امر، می توان شاخص ها و سرفصل هایی را جهت تدوین نظام جامع خدمات ویژه سالمندان پیشنهاد کرد.

شکل ۲. تغییر شیب جمعیت ژاپن از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۵۰



تامین اجتماعی:

مراقبت دراز مدت - سالمندان در کشور ژاپن با نرخ امید به زندگی، ۷۷ برای مردان و ۸۴ برای زنان به علت ثبات مادی ناشی از مستمری و تا اندازه ای به خاطر در دسترس بودن مراقبت طبی ارزان زیر نظر شرکتهای بیمه، زندگی نسبتاً راحتی دارند اما هنوز نگرانی های عمیق تری مانند مراقبت دراز مدت، بیمه پزشکی و حقوق ماهیانه وجود دارد.

در پاسخ به این نگرانی ها، ژاپن یک راهبرد ده ساله برای ارتقاء مراقبت بهداشتی و رفاه سالمندان در سال ۱۹۸۹ طراحی کرد. این طرح، به دلیل معرفی مالیات مصرفی در آوریل ۱۹۸۰ اتخاذ شد که اهداف خدمات بهداشتی و رفاهی سالمندان را در بر داشت. این طرح با ۷ پروژه مهم در مورد اتخاذ سیاستهای رفاهی مبتنی بر خانواده در شهرها، کاهش تعداد افراد مسن خانه نشین و ایجاد تسهیلات مربوط شکل گرفت. بودجه این طرح متجاوز از ۶ تریلیون ین (۵۰ میلیون دلار) برای دوره ای ۱۰ ساله بود که اولین طرح دراز مدت در زمینه بهداشت و رفاه ژاپن می باشد.

در دسامبر ۱۹۹۴ پس از گذشت ۵ سال از این برنامه، طرح طلایی ژاپن (gold plan) برای ادغام در طرح اول و افزایش کارایی و اثر بخشی آن طراحی شد. اهداف ایجاد یک زیر ساختار ضروری جهت خدمات مراقبتی برای افراد مسن تر مشخص شد و چهار چوب اساسی برای سیاستهای اضافی که باید در آینده نزدیک دنبال شود، ریخته شد. علاوه بر آن، بیمه مراقبتی دراز مدت با هدف فراهم کردن خدمات مراقبتی (که در سال ۲۰۰۰ شروع شد) و طرح فرشتگان (Angels) جهت ارتقاء میزان زاد و ولد به مجلس تقدیم شد. علاوه بر آن با افزایش تعداد سالمندان، میزان مستمری و حقوق سالمندی کاهش می یابد و سن افراد مشمول حقوق بازنشستگی بالا تر می رود.

مراقبت پزشکی - بر اساس گزارش وزارت بهداشت، رفاه و کار ژاپن، مجموع هزینه بیمه درمانی، نگهداری و پرستاری از سالمندان بالای ۷۰ سال در سال مالی ۲۰۰۵ حدود ۱۳ تریلیون و ۵۰۰ میلیارد ین بوده که دربرگیرنده ۶/۴۱ درصد از کل هزینه درمانی مردم ژاپن است. به عبارت دیگر هزینه درمانی هر فرد ژاپنی بالای ۷۰ سال در سال مالی گذشته ۷۵۵ هزار ین بوده است. در کنار سیستم بیمه

عمومی سلامت برای کارمندان، سیستم بیمه بهداشت ملی خود اشتغالی شکل گرفت که محتوای بیمه ارائه شده بسیار ضعیف بود. به عنوان بخشی از طرح پنج ساله برای استقلال اقتصادی، یک طرح چهار ساله برای برای تحت پوشش قرار دادن تمام شهروندان ژاپنی اجرا شد و با اجرای بیمه جدید بهداشت ملی در ۱۹۵۸ و دوره های رشد اقتصادی، نگرانی عمومی در خصوص هزینه های پزشکی از بین رفت.

مستمری - در ژاپن، سیستم مستمری همانند سیستم بیمه پزشکی تقریباً تمام جمعیت کشور را پوشش می دهد، اما خود سیستم پیچیده است. در مقایسه با درآمد ماهیانه ۶۰۰ دلار برای آمریکائیان، مستمری ژاپنی ها در حدود ۲۲۰۰۰۰ ین (۱۸۸۰ دلار) بسیار بالاست.

سیاست مسکن - مسکن از مسائل بنیادی رفاه است، به دلیل عدم نگاه ژاپنی ها به مسکن به عنوان حداقل شرایط امنیت اجتماعی، موضوع زمین و قیمت های نجومی آن رشد کنترل نشده ای را ایجاد کرده است و از طرفی سیستم قانونی ناکارآمد زمین و مسکن یک مانع جدی برای فرزند آوری و فرزند پروری است. زیرا مشکلات متعددی هنگام تقسیم ارث به وجود می آید. مالیات بر دارایی زمین بسیار بالا رفته است و تقریباً هیچ کس نمی تواند مالیات بر دارایی را نقداً پرداخت کند. در پایان بسیاری از افراد نمی توانند با فروش مایملک خود مالیات را پرداخت کنند.

نرخ اشتغال سالمندان در ژاپن نسبت به سایر کشورها بیشتر است، اگرچه نرخها برای افراد ۶۰ تا ۶۴ سال بالاست، اما برای افراد بالای ۶۵ سال و بالاتر، چشمگیر نیست. نرخ بالای اشتغال سالمندان ژاپنی ممکن است تا اندازه ای ناشی از فشار اجتماعی باشد، چون برای کشورهای شرق آسیا اخلاق کاری قوی ای وجود دارد. در ژاپن، جایی که بازنشستگی اجباری به طور بهنجاری در سن ۶۰ سالگی است، بسیاری از مؤسسات کارمندان خود را پس از بازنشستگی اجباری نگه می دارند که منجر به نرخ بالای اشتغال در بین سالمندان میشود.

برآورد میشود که ۱۰ میلیون از ۳۰ میلیون افراد ژاپنی ۶۰ سال و بالاتر در آغاز قرن ۲۱ شروع به کار کرده اند، بدون احتساب تعداد افرادی که نیازمند مراقبتند. حدود ۱۵ میلیون سالمند مشغول به کار نیستند اما سبک های زندگی متنوعی را دارا هستند، در حالیکه جمعیت در سنین کاری (۱۵ تا ۶۴

چگونگی جمعیت و رشد آن - طبق آخرین آمار سرشماری نفوس در ماه ژوئیه سال ۲۰۰۳ در کشور آمریکا، ۳۵/۹ میلیون افراد بالای ۶۵ سال وجود دارند که ۱۲ درصد جمعیت کل کشور را تشکیل می دادند. از این تعداد سالمند ۱۸/۳ میلیون بین سنین ۶۵ تا ۷۴، ۱۲ میلیون بین سنین ۷۵ تا ۸۴ و ۴/۷ میلیون نفر ۸۵ ساله و بالاتر بودند. پیش بینی می شود افزایش قابل توجهی در آمار افراد سالمند بین سالهای ۲۰۱۰ و ۲۰۳۰ وجود خواهد داشت. طبق این پیش بینی آمار افراد سالمند در سال ۲۰۳۰ دو برابر سال ۲۰۰۰ خواهد بود. این بدین معنی است که تعداد، از ۳۵ میلیون به ۷۲ میلیون (۲۰) در صد جمعیت آمریکا) افزایش خواهد یافت (McKinnon, Jesse, ۲۰۰۱). در سال ۲۰۰۰، تعداد ۴۲۰ میلیون نفر سالمند بالای ۶۵ سال در جهان وجود داشت. پیش بینی می شود این تعداد در سال ۲۰۳۰ به ۹۷۴ میلیون نفر برسد. بیشترین جمعیت سالمندی جهان (۵۹٪) در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند که در سال ۲۰۳۰ آمارشان به ۷۰ درصد خواهد رسید (WHO, ۲۰۰۰).

طول عمر و سلامت - ایالات متحده آمریکا در میزان امید به زندگی مردان مقام ۱۹ و در زنان مقام ۱۷ را دارد. امید به زندگی در کشور آمریکا از ۴۷،۳ در سال ۱۹۰۰ به ۷۶،۹ در سال ۲۰۰۰ تغییر کرده است. امراض قلبی، تومورهای بدخیم (سرطان)، امراض مغزی نخاعی (استروک) عمده ترین عوامل مرگ و میر در سالمندان آمریکایی می باشد. از بین ۱/۸ میلیون مرگ و میر در میان افراد ۶۵ ساله و بالاتر، ۳۳٪ به علت حملات قلبی، ۲۲٪ تومورهای بدخیم، و ۸٪ استروک بوده است. معلولیت در سالمندان رو به کاهش بوده و A.S.A. بیشترین خدمات را به سالمندان می دهند (Warner, ۲۰۰۱).

تامین اجتماعی

وضعیت اقتصادی - مشارکت نیروهای کارگری سالمندان به شدت کاهش و اشتغال بکار نیمه وقت آنان افزایش یافته است. مردان بیشتر از زنان مایل به بازنشستگی هستند زیرا میزان حقوق بازنشستگی آنان بیشتر از زنان است. سیستم تامین اجتماعی بیشترین منابع درآمد سالمندان را تامین می کند. در سال ۱۹۵۹، به میزان ۳۵ درصد سالمندان بالای ۶۵ سال زیر خط فقر زندگی می کردند ولی در سال ۲۰۰۳ این میزان

در ژاپن کاهش نشان داده است. تعداد افراد مسن (هم بالای ۶۰ سال و هم بالای ۶۵ سال) سریعاً در حال افزایش است (WHO Kobe Centre, ۲۰۰۱، ۲۰۰۲).

قوانینی برای حفظ ارزش و احترام و حقوق بشر، شامل قانون مدافع بزرگسالان وضع شده است. مشکل دیگر چگونگی انتقال ارزش های این نسل به نسل جوان است. این مخصوصاً در ژاپن مسئله ای حیاتی است، جایی که تداوم و پیوستگی ارزشها بین افراد پیر و جوان از بین رفته است (Muller, C. Catherine B. Silver, ۱۹۹۵).

اما به هرحال دولت ژاپن با آگاهی از پیر شدن جمعیت این کشور برنامه ریزی های جامعی را برای بهبود شرایط سالمندان، به مرحله اجرا گذاشته است. هر چند که بسیاری از آنها دارای بار مالی سنگین هستند. ارتقاء سطح ارایه خدمات عمومی و اجتماعی به افراد سالمند، برقراری بیمه های مختلف و نیز بالابردن فرهنگ احترام به سالمندان از جمله این تلاشها محسوب میشود. هرچند که حمایت های روانی و مادی یاد شده و بالا رفتن سطح زندگی سبب شده است که امید به زندگی در نزد مردم ژاپن بویژه در میان سالمندان این کشور همچنان به روند صعودیاش ادامه دهد. افزایش جمعیت افراد مسن با عواملی چون بهبود امکانات و مراقبت های بهداشتی، تغییر الگوی زندگی و شرایط آن در ارتباط است. بررسی ها نشان داده است همگام با افزایش سن، از وقوع مشکلات و وضعیت های حاد کاسته شده و احتمال تجربه یک یا چند بیماری مزمن افزایش می یابد بطوریکه تقریباً ۸۰/۰ درصد افراد مسن بالای ۶۵ سال حداقل به یک وضعیت مزمن مبتلا می باشند (Wattenberg, ۱۹۹۸). سالمندتر شدن جمعیت اگرچه به معنای بهبود وضعیت بهداشتی و افزایش امید به زندگی در یک کشور است، اما دربردارنده مفهوم افزایش هزینه های امنیت اجتماعی و افت رشد اقتصادی با کاهش نیروی کار جوان نیز می باشد.

سالمندی در ژاپن توسط دولت بخصوص وزارت بهداشت، رفاه و کار ساماندهی می شود. مرکز تحقیقات سالمندی ژاپن نیز با حمایت دولت و انجمن سالمندشناسی ژاپن پروتکلی را تحت عنوان "Aging in Japan" مبتنی بر شاخص های خاص تدوین می نماید.

سالمندی در کشور آمریکا

بسیاری دارند. تغییرات ترکیب و ساختار ازدواج و خانواده یقیناً بر نوع حمایت خانواده تاثیر خواهد داشت. سالمندان در آینده تحصیل کرده تر از جمعیت فعلی خواهند بود (Barrett, Anne, ۱۹۹۹).

آمریکا از معدود کشورهایی است که به تدوین برنامه جامع خدمات سالمندی (که به "in USA +65" معروف است) پرداخته است و این برنامه و هر ۵ سال یک بار تجدید نظر می شود. در این برنامه جامع شاخص هایی را ملحوظ می دارند که در بخش راهبرد ها به آنها اشاره خواهد شد.

راهبردهای تدوین نظام جامع خدمات ویژه سالمندان

با نگاهی به تجارب کشورهای آمریکا و ژاپن در تدوین نظام جامع خدمات ویژه سالمندان، شاخص های رشد جمعیت، طول عمر و سلامت، اقتصاد، توزیع جغرافیایی و اجتماعی از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده است. در این بخش به بیان اهم شاخص ها و زیر مجموعه های آنها که سرفصل های پروتکل ها را تشکیل می دهد پرداخته خواهد شد.

۱) شاخص رشد جمعیت سالمندی (Growth of the Older Population)

- جمعیت افراد مسن در قرن بیستم
- پیرترین پیرها (Oldest Old)
- صدساله ها و بالاتر (Centenarians)
- رشد برنامه ای جمعیت سالمندان و مقایسه آن با رشد جمعیت کل کشور
- تغییرات ترکیب سنی (Changes in Age Composition)
- میانگین سنی و ساختار سنی
- نژاد و قبیله بخصوص ترکیب نژادی در سرشماری نفوس
- زنان و مردان سالمند و نسبت جنس
- ارتباط جامعه و خانواده ها با توجه به نسبت حمایت کلی و حمایت والدینی

به ۱۰ درصد رسیده است (Farber, Henry S, ۲۰۰۳). هزینه سالانه مزایای تامین اجتماعی در حال حاضر معادل ۴/۳ درصد تولید ناخالص داخلی (GDP) است و پیش بینی شده است تا سال ۲۰۷۸ معادل ۶/۶ درصد تولید ناخالص داخلی افزایش یابد. در پیش بینی های آکتواری (محاسبات بیمه ای) انجام شده (برای دوره ۷۵ ساله) کسری بودجه، طرح های بیمه ادغام شده بازنشستگی و بازماندگان و بیمه ازکارافتادگی معادل ۱/۸۹ درصد درآمدهای مشمول کسر مالیات است. صندوق های ذخیره از سوی خزانه داری آمریکا برای تامین منابع طرح ها ایجاد شده است. مالیات های تامین اجتماعی و خدمات درمانی سالمندان، حق بیمه و سایر درآمدها، جزو اعتبار مالی صندوق ها محسوب می شود. برداشت از محل ذخایر تنها به دلیل پرداخت مزایا و تامین مخارج اداری صورت می پذیرد.

منابع مالی - منبع اصلی تامین مالی طرح بیمه ادغام شده بازنشستگی، بازماندگان و ازکارافتادگی و طرح بیمه خدمات بیمارستانی، از طریق درآمدهای مالیاتی کسر شده از لیست حقوق است که توسط کارکنان و کارفرمایان آنها و صاحبان حرف و مشاغل آزاد پرداخت می شود. صاحبان حرف و مشاغل آزاد موظفند معادل نرخ های مالیات پیش بینی شده برای شاغلان و کارفرمایان پرداخت کنند. نرخ های مالیات مربوط به لیست حقوق توسط قانون تعیین و در رابطه با طرح بیمه ادغام شده بازنشستگی، بازماندگان و ازکارافتادگی، تا حداکثر سقف درآمد سالیانه را شامل می شود. مالیات های مربوط به طرح بیمه خدمات بیمارستانی براساس کل درآمد تعیین می شود.

وضعیت اجتماعی - در سال ۲۰۰۳ میزان سالمندان متأهل مرد نسبت به زن بیشتر بوده است (۷۱٪ مردان و ۴۱٪ زنان). سه چهارم مردان ۶۵ تا ۷۴ ساله (۷۴٪) و نیمی از زنان (۵۴٪) متأهل بودند. در سال ۱۹۵۰ تنها ۱۷٪ جمعیت سالمندان فارغ التحصیل دبیرستان بوده اند در صورتیکه این میزان در سال ۲۰۰۳ به ۷۲٪ رسیده و حتی ۱۷٪ آنان مدرک لیسانس گرفته اند.

آینده سالمندی - تاثیرات اجتماعی - اقتصادی سالمندی در آینده از دغدغه های مهم سیاستگذاران، بخش خصوصی، و افراد می باشد. تعداد و طول عمر این گروه در امر تامین اجتماعی، بهداشت و سلامت، معلولیت و بازنشستگی نقش

- ۲) شاخص طول عمر و سلامت**
(Longevity and Health)
- امید به زندگی (Life Expectancy)
 - تفاوت جنسی در امید به زندگی
 - مرگ و شیوع آن (Death and Death Rates)
 - تاثیر تاهل بر مرگ
 - علل اصلی مرگ و میر
 - امراض قلبی (Heart Disease)
 - سرطان (Cancer)
 - زمین خوردن ها (fall)
 - سرطان ریه (Lung Cancer)
 - تصادفات (Motor Vehicle Accidents)
 - قتل و آدم کشی (Homicide and Suicide)
 - افسردگی (Depression)
 - سالمند آزاری (Elder Abuse)
 - محدودیت های عمر طولانی
 - امید به زندگی فعال (Active Life Expectancy)
 - ریسک های سلامت در سالمندان
- ۳) شاخص اقتصادی**
(Economic Characteristics)
- کار و بازنشستگی (Work and Retirement)
 - روند مشارکت نیروهای کار
 - ساختار سنی نیروهای کار
 - مرحله انتقال به بازنشستگی
 - وضعیت کاری کارگران سالمند
 - شغل و نوع استخدام
 - سلامت
 - ثروت و تحصیلات کارگران سالمند
 - بیکاری
 - تبعیض سنی
 - دلایل بازنشستگی
 - وضعیت اقتصادی زنان و مردان بازنشسته
 - زوجین متاهل و بازنشستگی
 - آمادگی برای بازنشستگی
 - میزان سن در بازنشستگی
 - درآمد (Income)
 - تامین اجتماعی
 - صندوق تامین اجتماعی
 - سن بازنشستگی و تامین اجتماعی
 - مقرری و مستمری
 - درآمد سالمندان بخش خصوصی
- ۴) شاخص طول عمر و سلامت**
(Longevity and Health)
- امید به زندگی (Life Expectancy)
 - تفاوت جنسی در امید به زندگی
 - مرگ و شیوع آن (Death and Death Rates)
 - تاثیر تاهل بر مرگ
 - علل اصلی مرگ و میر
 - امراض قلبی (Heart Disease)
 - سرطان (Cancer)
 - زمین خوردن ها (fall)
 - سرطان ریه (Lung Cancer)
 - تصادفات (Motor Vehicle Accidents)
 - قتل و آدم کشی (Homicide and Suicide)
 - افسردگی (Depression)
 - سالمند آزاری (Elder Abuse)
 - محدودیت های عمر طولانی
 - امید به زندگی فعال (Active Life Expectancy)
 - ریسک های سلامت در سالمندان
 - (Health Risks Among Older People)
 - مصرف دخانیات و مواد مخدر
 - مصرف الکل، چاقی
 - کمبود فعالیت بدنی
 - بیماری مزمن و ناتوانی ها
 - (Chronic Illnesses and Impairments)
 - آرتروزها (Arthritis)
 - فشار خون (Hypertension)
 - امراض قلبی و استروک
 - (Heart Disease and Stroke)
 - مرض قند (Diabetes)
 - سرطان (Cancer)
 - پوکی استخوان (Osteoporosis)
 - آلزایمر (Alzheimer's Disease)
 - مشکلات حسی (SENSORY)
 - خود ارزیابی سلامت
 - محدودیتهای عملکردی و معلولیت
 - (Functional Limitations and Disability)

- میانگین درآمد و خرج زندگی
- فقر (Poverty)
- شیوع فقر
- مردان و زنان سالمند در فقر
- میزان فقر در زندگی روزمره
- نسبت فقر به جنس
- تحصیلات
- وضعیت تاهل
- درآمد بخش خصوصی (Household Wealth)
- درآمد خالص
- انباشتگی ثروت و خرج روزمره
- مسکن (Housing)
- صاحبان خانه
- قیمت های مسکن
- شرایط مسکن
- ترتیب زندگی (Living Arrangements)
- تنها زندگی کردن
- با همسر زندگی کردن
- سایر خانواده
- محل نگهداری (Institutions)
- خانه های پرستاری (Nursing Home)
- جنس و خانه های پرستاری (Nursing Home)
- نژاد و خانه های پرستاری (Nursing Home)
- مذهب
- مراقبت های دراز مدت (Long-Term Care)
- تحصیلات (Educational Attainment)
- تحصیلات و نژاد
- تحصیلات و سن در بین سالمندان
- تحصیلات سالمندان در آینده
- سالمندان و بازنشستگان ارتشی (Veterans)

۴) شاخص توزیع جغرافیایی (Geographic Distribution)

کلام آخر

پویایی سالمندی متاثر از عوامل مرتبط بهم زیادی از جمله عوامل دموگرافیک، اجتماعی، اقتصادی، و سلامت می باشد. امروزه در کشورهای پیشرفته همگام با پیشرفت صنعت؛ نگاه خاصی به سالمندی به عنوان جمعیت رو به رشد با نیازهای ویژه دارد و دولت ها در جهت ارائه خدمات ویژه و هدایت منابع، سیاستگزاری می نمایند. رشد جمعیت سالمندی بسیار مهیج بوده بطوری که در پایان قرن بیستم این گروه به بالاتر از ۶۰۰ میلیون رسیده و اندازه آن بین سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۳۰ به دو برابر افزایش خواهد یافت. این رشد قابل توجه جامعه را به فکر وامی دارد تا با شاخص ها و مسائلی که در این تحقیق به آنها اشاره شده دست و پنجه نرم کند. این مقاله با اشاره به رهنمودهای جامعی از جمعیت سالمندی سعی در درک بهتر تجارب دوران سالمندی و چگونگی کنار آمدن سالمندان با زندگی دارد.

با در نظر گرفتن اهمیت مقوله سالمندی و عواقب غیر قابل انکار اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی روانی پدیده آن در ایران و با عنایت به ارزشهای خاص فرهنگی و مذهبی سالمند در جامعه مان؛ ارائه خدمات ویژه سالمندی با داشتن ضوابط، تجربه و استانداردهای بین المللی علمی و عملی موثرتر و

- تقسیم بندی استانها
- استانهای با جمعیت بالای سالمندان
- استانهای با در صد بالای مسن ترین افراد
- توزیع بر حسب نژاد و قبیله
- شهرها
- شهرهای با بیشترین جمعیت سالمندی
- شهرهای با بیشترین جمعیت پیرترین پیرها
- منطقه پایتخت
- الگوی مهاجرت
- پویایی افراد سالمند
- دلایل مهاجرت

۵) شاخص اجتماعی و دیگر مشخصه ها (Social and Other Characteristics)

- وضعیت تاهل (Marital Status)
- تاهل و بیوه گی
- مجرد و طلاق گرفته

کامل تر ضروری به نظر می‌رسد. در این میان رهنمودهای برگرفته از برنامه‌های موفق دنیا در زمینه سالمندی و بررسی نحوه ارائه خدمات موثر به این گروه چراغ راه تدوین بهتر نظام خدمات ویژه سالمندی خواهد بود.

Archive of SID

REFERENCES

منابع

- ۱- دفتر سلامت خانواده و جمعیت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بررسی کشوری سلامت سالمندان، ۱۳۷۷.
- Barnes, Jessica S. and Claudette E. Bennett, ۲۰۰۱, "The Asian Population: ۲۰۰۰," Census ۲۰۰۰ Brief, C۲KBR/۱۶-۰۱, U.S. Census Bureau, Washington, DC, at <<http://www.census.gov/population/www/cen۲۰۰۰/briefs.html>>.
- Barrett, Anne E. and Scott M. Lynch, ۱۹۹۹. "Care giving Networks of Elderly Persons: Variation by Marital Status," *The Gerontologist*, Vol. ۳۹, No. ۶, pp. ۷۰۴-۶۹۵.
- Farber, Henry S., ۲۰۰۳. "Job Loss in the United States, ۲۰۰۱-۱۹۸۱," Working Paper No. ۴۷۱, Princeton University Industrial Relations Section.
- Goldsmith, T. C. (۲۰۰۴) «Aging as an evolved characteristic - Weismann's theory reconsidered.» *Med Hypotheses* ۳۰:۸-۳۰:۴:(۲)۶۲.
- McKinnon, Jesse, ۲۰۰۱. "The Black Population: ۲۰۰۰," Census ۲۰۰۰ Brief, C۲KBR/۵-۰۱, U.S. Census Bureau, Washington, DC, at <<http://www.census.gov/population/www/cen۲۰۰۰/briefs.html>>.
- Masoro, E. J. (۲۰۰۵) «Overview of caloric restriction and ageing.» *Mech Ageing Dev* ۹۲۲-۹۱۳:(۹)۱۲۶.
- Muller, C. Catherine B. Silver, ۱۹۹۵. A Comparative Study of Values and Value Transmission between Japan and the United States, Part II, U.S. Report, , International Longevity Center (Japan), Tokyo, Japan, ۱۹۷-۱۲۷.
- Takagi, F. (۲۰۰۶) Japanese population projection. Japan Aging Research Center, Tokyo.
- Warner, H. R. (۲۰۰۱) «Support for basic gerontological research in the USA.» *Exp Gerontol* ۴۱۲-۴۰۳:(۳)۳۶.
- Wattenberg, B., ۱۹۹۸. The Birth Dearth. World Almanac, ۱۹۸۷. Teitelbaum, M.S., and Winter, J., A Question of Numbers: High Migration, Low Fertility and the Politics of National Identity, Hill and Wang.
- WHO, ۲۰۰۰. Department of Chronic Disease and Health Promotion (CHP): Aging and life course. <http://www.who.int/hpr/aging/index.html>.
- WHO Kobe Centre, ۲۰۰۲. Global health expectancy research among older people. Ageing and Health Technical Report Series ۱, Kobe, Japan, :۱۰.
- WHO Kobe Centre, ۲۰۰۱. A framework for understanding community health care in ageing societies. Ageing and Health Technical Report Series ۲, Kobe, Japan.