

چشم اندازهای جمعیت در حال سالمند شدن در آسیا و اقیانوسیه

■ فرزام پور اصغر سنگاچین ■ حبیب جباری ■



به نام آنکه جان را فکرت آموخت



چشم‌اندازهای جمعیت در حال سالمندشدن در آسیا و اقیانوسیه

مترجمان:

فرزام پوراصغر سنگاچین

حبیب جباری

مؤسسه راهبردهای بازنشتگی صبا

«نهاد پژوهشی صندوق بازنشتگی کشوری»

۱۳۹۸

عنوان: چشم‌اندازهای جمعیت در حال سالمندشدن در آسیا و اقیانوسیه

مترجمان: فرزاد پوراصغر سنگاپین و حبیب جباری

طراح جلد: علی‌اکبر محمدخانی

صفحه‌آرا: فاطمه هدایتی گودرزی

نوبت چاپ: اول

بها: ۲۰۰۰۰ تومان

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر برای مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا محفوظ است.

نشانی: تهران، خیابان شریعتی، نرسیده به میدان قدس، کوچه محوی، پلاک ۴، طبقه اول، واحد

۱۰۱، مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا، نهاد پژوهشی صندوق بازنشستگی کشوری

کدپستی: ۱۹۳۴۶۱۳۷۸۱ - تلفن: ۲۲۷۰۳۴۶۵ - ۲۲۷۰۳۴۶۷؛ دورنگار: ۲۲۷۰۲۹۰۳

ایمیل: info@saba-psi.ir

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	پیشگفتار مؤسسه
۱۱	پیشگفتار مترجمان
۱۵	فصل اول: مقدمه
۱۷	۱-۱. مقدمه
۲۱	فصل دوم: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جمعیت سالمند
۲۳	۱-۲. سالمند شدن جمعیت در منطقه آسیا و اقیانوسیه
۲۷	۲-۲. ساختار نسبی جمعیت سالمند
۲۸	۳-۲. زنان سالمند
۳۱	فصل سوم: سیاست‌ها و قوانین مرتبط با سالمندی
۴۱	فصل چهارم: توسعه و افراد سالمند
۴۳	۱-۴. تأمین مالی در دوران سالمندی
۴۷	۲-۴. افراد سالمند در شرایط انسان‌دوستانه
۴۷	۳-۴. نوآوری‌های سیاست‌گذاری برای تضمین امنیت مالی
۵۰	۴-۴. نوآوری‌های سیاستی برای وارد کردن افراد سالمند در واکنش انسان‌دوستانه
۵۳	فصل پنجم: توسعه سلامت و رفاه در دوران سالمندی
۵۶	۱-۵. وضعیت سلامت افراد سالمند
۶۱	۲-۵. پوشش یسمه سلامت
۶۳	۳-۵. آموزش کارکنان مراقبت از سلامت
۶۴	۴-۵. نوآوری‌های سیاستی برای توسعه سلامت و رفاه در دوران سالمندی
۶۹	فصل ششم: تضمین ایجاد محیط حمایتی و توانمندساز
۷۲	۱-۶. پیش‌نیازهای محیط توانمندساز
۷۶	۲-۶. نوآوری‌های سیاستی برای ایجاد و محیط توانمندساز
۸۱	فصل هفتم: تضمین دسترسی به داده‌ها
۸۵	فصل هشتم: توصیه‌ها و مسائل کلیدی

تقدیر و تشکر

این گزارش برای اطلاع‌رسانی درمورد مباحث مطرح‌شده در اجلاس جهانی سالمندان در شهر سئول جمهوری کره جنوبی با تأکید بر دومین تحولات جمعیتی بر اساس دستورکار ۲۰۳۰ در خصوص توسعه پایدار و ارتقای تاب‌آوری و پایداری در جهان در حال پیرشدن تهیه شد. این اجلاس در روزهای ۲۳ و ۲۴ اکتبر ۲۰۱۷ میلادی با همکاری صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) و مرکز آمار کره (KOSTAT) و همچنین کمک‌های مالی مرکز آمار کره (KOSTAT) به برنامه جهانی صندوق جمعیت سازمان ملل در خصوص سالمندی سازمان‌دهی شد. علاوه بر این، این گزارش در بررسی سومین گزارش جهانی برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان نقش بسزایی دارد.

این گزارش با نظارت اداره منطقه‌ای آسیا و اقیانوسیه (APRO)، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) و مشاوره با مؤسسه بین‌المللی کمک به سالمندان آسیا و اقیانوسیه و Ann Pawliczko تهیه شد. همچنین Kamma Blair، Jennifer Butler، Christophe و Natsuda Suwatthanabunpot از اداره منطقه‌ای آسیا و اقیانوسیه (APRO) و Lefranc نیز نقش مهمی در نهایی کردن این گزارش داشته‌اند.

پیشگفتار مؤسسه

تمامی شواهد و قرائن موجود از چشم‌اندازهای جمعیتی نشان‌دهنده درگیری اکثریت قریب به اتفاق کشورهای جهان با پدیدهٔ سالخوردگی و تشدید آن طی دهه‌های آتی، هستند. بنابر گزارش «سالخوردگی جمعیت جهان: ۲۰۱۷» سازمان ملل متحد، جمعیت ۶۰ سال و بالاتر دنیا در سال ۲۰۱۷ به ۹۶۲ میلیون نفر، یعنی بیش از دو برابر آن در سال ۱۹۸۰ (۳۸۲ میلیون نفر)، رسیده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ با افزایش مجدد دو برابری به رقم ۱,۲ میلیارد نفر افزایش یابد. چنین روندهایی، در حال تبدیل کردن پدیدهٔ سالمندی به امری منحصربه‌فرد در تجربهٔ زیستهٔ بشر تا به امروز است.

این پدیده نه تنها تمام گروه‌های سنی و جنسیتی در کشورهای مختلف را متأثر می‌سازد، بلکه ساختارهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و قانون‌گذاری را نیز دستخوش تغییر خواهد کرد. بروز و ظهور چنین تغییراتی را می‌توان در برخی متغیرهای کمی همچون رشد اقتصادی، تغییر الگوهای پس‌انداز و مصرف جوامع، و نیز متغیرهای کیفی همچون دگرگونی ساختارها اجتماعی و سیاسی، الگوهای فرهنگی و تحول در ساختارهای قانون‌گذاری، پیگیری کرد. ایران نیز به عنوان کشوری که ساختار جمعیتی آن از سال‌ها پیش روندهای سالخوردگی را آغاز کرده و تمام پیش‌بینی‌ها نشان از استمرار و تشدید این روند طی دهه‌های آتی دارند، از این قاعده مستثنی نیست.

از این رو، رصد دائمی تحولات جمعیتی سایر مناطق و کشورهای دنیا، که امکان مقایسه‌پذیری شرایط را نیز فراهم می‌سازند، می‌تواند یاری‌کنندهٔ ما در نحوهٔ مواجهه و تطبیق‌پذیری با شرایط جدید، با نیم‌نگاهی به تجربهٔ سایر کشورها باشد. گزارش «چشم‌اندازهای جمعیت در حال سالمندشدن در منطقهٔ آسیا-اقیانوسیه» از سری گزارش‌های منطقه‌ای صندوق جمعیت سازمان ملل متحد^۱ حاوی نکات مهمی، از جمله روندهای سالمندی، ساختار سنی جمعیت سالمند، سیاست‌ها و قوانین مرتبط با سالمندی در منطقهٔ آسیا

– اقیانوسیه (شامل ایران) را با تاکید بر اولویتهای سه‌گانهٔ رهنمودهای برنامهٔ اقدام بین‌المللی مادرید^۱ در خصوص سالمندان بیان کرده و امکان بهره‌مندی از تجارب این کشورها را برای ما فراهم می‌سازد.

1. Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA)

پیشگفتار

با توجه به افزایش قابل توجه امید به زندگی در بسیاری از کشورها، سالمندی و خاکستری شدن جمعیت به منزله پدیده‌ای فراگیر در سطح جهان در حال پدیدار شدن است که این پدیده دارای نقاط ضعف و قوتی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشد. بر اساس پیش‌بینی‌های جمعیتی مراجع بین‌المللی، روند افزایش سالمندی و افزایش مطلق این گروه جمعیتی در آینده نیز همچنان ادامه خواهد داشت؛ به همین دلیل، پاسخ‌گویی به مسائل و مشکلات و نیازهای فزاینده این گروه جمعیتی در آینده به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه‌ای مانند ایران می‌تواند فشار مضاعفی را به دولت تحمیل کند. البته باید یادآور شد که روند تحولات جمعیت سالمند از نظر شدت و عمق سالمندی در کشورهای مختلف و نیز در مناطق مختلف، متفاوت است، اما در مجموع، پدیده‌ای است که در صورت عدم اتخاذ تدابیر مناسب می‌تواند چالش‌های فراوانی را فراروی دولت‌ها قرار دهد. به همین سبب، برخی از پژوهشگران مسائل جمعیتی بر این باور هستند که شاید موضوع سالمندی جمعیت‌های انسانی، مهم‌ترین چالش جمعیتی پیش روی جوامع در قرن ۲۱ در چند دهه آینده باشد.

ایران نیز از این قاعده مستثنا نبوده و تحولات جمعیتی عمیقی را در دهه‌های اخیر تجربه کرده است؛ شاید یکی از مهم‌ترین این تحولات، افزایش شمار سالمندان در آینده است که این پدیده، مسائل و مباحث جدیدی را در رابطه با سالمندی جمعیت و تأمین نیازهای آنان مطرح کرده است. به همین دلیل مسائل مرتبط با سالمندی جمعیت به‌ویژه در چند دهه آینده، یکی از مهم‌ترین اولویت‌های مسائل برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران کشور خواهد بود.

با توجه به مراتب فوق، گزارش پیش رو که با هدف تبیین مسائل و مشکلات سالمندی و تحولات آن با عنوان «چشم‌اندازهای جمعیت در حال سالمند شدن در آسیا و اقیانوسیه» به‌وسیله کمیسیون اقتصادی - اجتماعی منطقه آسیا و اقیانوسیه (اسکاپ) تدوین شده است، به‌صورتی خلاصه به جنبه‌های مختلف پدیده سالمندی در منطقه آسیا و اقیانوسیه می‌پردازد. این گزارش در هشت فصل تدوین شده است و ضمن ذکر مقدمه در فصل اول، در فصل دوم

به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان در منطقه می‌پردازد؛ در فصل سوم، سیاست‌ها و قوانین مرتبط با سالمندی در کشورهای منطقه مطرح می‌شود و در فصل چهارم نیز به افراد سالمند و استفاده از ظرفیت‌های آنان برای توسعه کشورها پرداخته شده است. در فصل پنجم به موضوع توسعه سلامت و رفاه در دوران سالمندی و سیاست‌های مرتبط با آن پرداخته شده و در فصل ششم نیز به صورت خلاصه به ایجاد محیط حمایتی و توانمندساز برای سالمندان و سازوکارهای آن اشاره شده است؛ در فصل هفتم به موضوع دسترسی به داده‌ها و اطلاعاتی درمورد کیفیت زندگی افراد سالمند و اهمیت این موضوع پرداخته شده است. موضوع فصل هشتم نیز توصیه‌ها و مسائل کلیدی مرتبط با سالمندان است که باید از سوی مراجع ذی‌ربط ملی و بین‌المللی موردتوجه قرار گیرد.

بی‌تردید گزارش ترجمه‌شده پیش رو مانند بسیاری از گزارش‌ها و کتاب‌های ترجمه‌شده، خالی از اشکال نیست و کاستی‌هایی دارد. لذا از تمامی اساتید، صاحب‌نظران و دانش‌پژوهان تقاضا می‌شود که با مطالعه این اثر، نظرات اصلاحی و پیشنهادهای خود را از طریق پست الکترونیکی به اطلاع ما برسانند؛ ما نیز با مهربانی پذیرای پیشنهادها و رهنمودهای شما می‌باشیم.

فرزام پوراصغر سنگاچین

Farzampo1344@gmail.com

حبیب جباری



زن سالمند کره‌ای با لباس سنتی، شهری قدیمی در خارج از شهر سئول

فصل اول

مقدمه

۱-۱. مقدمه

بر اساس آخرین داده‌ها و اطلاعات سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۷ میلادی، حدود ۹۶۲ میلیون نفر ۶۰ ساله و بیشتر در جهان زندگی می‌کرده‌اند که این تعداد، حدود ۱۳ درصد از کل جمعیت جهان را شامل می‌شده است. نرخ رشد جمعیت سالمندان حدود ۳ درصد در سال است که این میزان، بیش از نرخ رشد سایر گروه‌های سنی است. انتظار می‌رود تا سال ۲۰۵۰ میلادی، تعداد افراد ۶۰ سال و بیشتر به دو برابر و تا سال ۲۱۰۰ میلادی به سه برابر افزایش پیدا کند؛ و تعداد آن‌ها از ۲.۱ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ به ۳.۱ میلیارد نفر تا سال ۲۱۰۰ میلادی افزایش پیدا کند. همچنین انتظار می‌رود که در مجموع، ۶۵ درصد از افزایش جمعیت در بازه زمانی ۲۰۱۷ الی ۲۰۵۰ میلادی، برای این گروه سنی در آسیا اتفاق بیفتد (شکل ۱).

کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه مانند سایر مناطق جهان، با پدیده سالمندی و افزایش جمعیت سالمند ۶۰ سال و بالاتر مواجه هستند. به این ترتیب از آغاز قرن بیست و یکم، رشد جمعیت سالمند در بیشتر کشورهای منطقه افزایش قابل توجهی پیدا کرد و پیش‌بینی‌ها از تداوم و شتاب بیشتر این گروه جمعیتی تا سال ۲۰۵۰ میلادی و سال‌های پس از آن حکایت دارد. افزایش نسبت جمعیت سالمند را می‌توان با کاهش قابل توجه باروری و افزایش معنی‌دار امید به زندگی تبیین کرد. با توجه به رشد سریع جمعیت سالمند، بسیاری از دولت‌ها درباره حفظ کیفیت زندگی شهروندان در دوران سالمندی ابراز نگرانی کرده‌اند و به همین سبب، مسائل مرتبط با سالمندی در کانون توجه این دولت‌ها قرار گرفته است. همچنین بسیاری از این دولت‌ها نگران تأمین نیازهای جمعیت سالمند در حال رشد خود هستند.

معمولاً دولت در تأمین منافع اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جمعیت سالمند ناکام می‌ماند. چالش اصلی، استفاده از قابلیت‌های بالقوه و تجربه شمار زیادی از سالمندان است که به کارهای مولد خود ادامه می‌دهند و به‌منزله داوطلب و مراقب در جوامع خود عمل می‌کنند. طبقه‌بندی کلیشه‌ای سالمندان به‌منزله افرادی ضعیف، وابسته و ناتوان درمورد همه افراد سالمند صادق نیست؛ لذا انتظار می‌رود که سالمندان در آینده آگاه‌تر، سالم‌تر و فعال‌تر شوند.

یکی از مهم‌ترین مسائل در سنین سالمندی، امنیت مالی است؛ زیرا فقط شمار اندکی از جمعیت سالمند تحت پوشش مستمری بازنشستگی قرار دارند. از طرف دیگر، چشم‌اندازهای اشتغال برای سالمندان محدود است؛ زیرا بسیاری از کشورها همچنان با بیکاری قابل توجه جوانان مواجه خواهند بود. دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت مناسب، یکی دیگر از مسائلی است که دولت‌ها باید برای حل آن اقدام کنند. همچنین به موازات کاهش بُعد خانوار و رشد خانواده هسته‌ای^۱ به جای سیستم خانواده پیوسته^۲، پوشش تأمین اجتماعی افراد سالمند تحت تأثیر قرار گرفته است؛ به همین دلیل، نگرانی‌های فزاینده‌ای در خصوص تضمین تأمین امنیت افراد سالمند در خصوص ارتقای سلامت و فعالیت‌های آنان در دوران سالمندی وجود دارد.

برخی از کشورها، گام‌های قابل قبولی برای رویارویی با مسائل و مشکلات مرتبط با سالمندی برداشته و سیاست و قوانین منسجمی را برای حفظ کیفیت زندگی افراد سالمند تدوین کرده‌اند. برای این منظور، بیشتر کشورها از برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان (MIPAA)^۳ پیروی کرده‌اند. این برنامه در دومین مجمع جهانی در زمینه سالمندی در شهر مادرید و در تاریخ آوریل سال ۲۰۰۲ میلادی تصویب شد.

سازمان ملل متحد، پیشرفت کشورهایی را که مفاد برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان را اجرا کرده‌اند، موردپایش قرار داده است. مسئولیت هماهنگی این فرایند

1. Nuclear Family

خانواده هسته‌ای، خانواده‌ای می‌باشد که از دو نسل والدین و فرزندان تشکیل شده است. به‌طور دقیق‌تر، این نوع خانواده که پس از انقلاب صنعتی رایج شده است، از زن و شوهر و فرزندان ازدواج‌نکرده تشکیل می‌شود و اعضای این خانواده با هیچ‌کدام از بستگان دیگر زندگی نمی‌کنند. در خانواده هسته‌ای، عموماً پدر یا مادر خانواده و یا هر دو، اقتصاد خانه را اداره و تأمین می‌کنند و در مسائل اقتصادی از خانواده پدر خودشان مستقل هستند (مترجم، به نقل از سایت پژوهشکده باقرالعلوم، <http://pajoohe.i>).

2. Extended Joint Family System

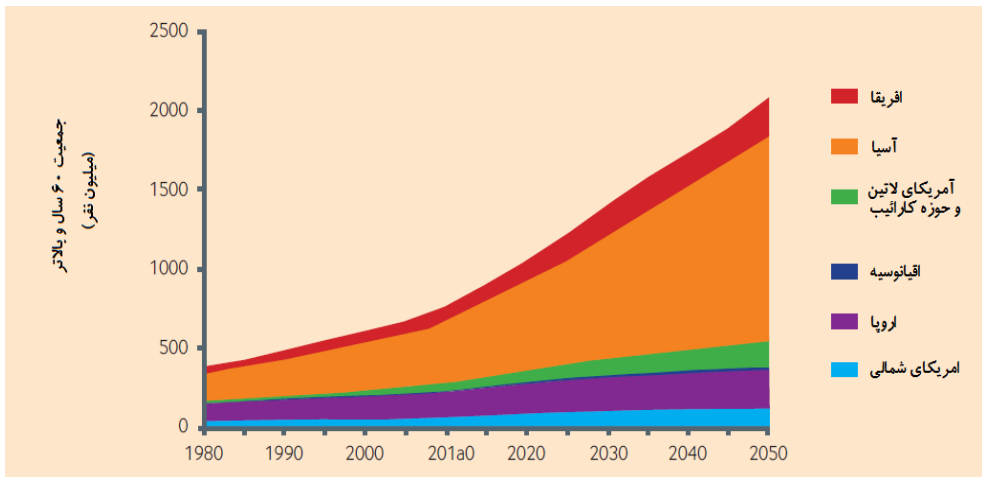
مبحث خانواده را می‌توان از ابعاد گوناگونی بررسی کرد. یکی از این ابعاد، بررسی خانواده برحسب هم‌خونی است که در این زمینه می‌توان خانواده گسترده یا مرکب را نام برد. اشکال مختلف نظام خانواده گسترده در جوامعی با هم‌بستگی‌های مکانیکی و زندگی در «گمان شافت» (Gemein Schaft)، از جمله نظام‌های رایج بوده است. این دسته از نظام‌های خانوادگی در بسیاری از جوامع غیرصنعتی مشاهده می‌شود که در آن، عواطف‌پذیری و خاص‌گرایی حاکم است. در اروپا، خانواده یوگوسلاوی موسوم به «زادورگا» تا آغاز قرن حاضر به هستی خود ادامه می‌داد؛ در ایرلند نیز اشکال مختلفی از خانواده مرکب وجود داشته است. در ارتباط با انواع خانواده گسترده می‌توان به نوعی خانواده پیوسته یا جمعی اشاره کرد که در بین اسلاوهای جنوبی و کشورهای اسکانندیناوی تحت عنوان «زادورگا» معروف است. «خانواده پیوسته»، خانواده‌ای است که نمونه خاص آن در هند ملاحظه شده است و از این جهت به آن «خانواده هندی» نیز اطلاق می‌شود. گروه وسیع زادورگا دارای ابعاد اقتصادی بسیار مهمی است که به نوعی تعاونی کشاورزی نزدیک است (مترجم، به نقل از سایت پژوهشکده باقرالعلوم، <http://pajoohe.i>).

3. Madrid International Plan of Action on Ageing

به کمیسیون منطقه‌ای سازمان ملل متحد و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA)^۱ که کمیسیون منطقه‌ای را حمایت می‌کرده است، واگذار شد.

هدف اصلی این گزارش، مرور دستاوردها در منطقه آسیا و اقیانوسیه برای رویارویی با مسائل و مشکلات مرتبط با سالمندی بر اساس مفاد مباحث مطرح‌شده در برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان است. گزارش پیش‌رو در هشت فصل ارائه می‌شود. پس از ذکر مقدمه در فصل اول، در فصل دوم مروری کلی از روند پیری و سالمندی و پیش‌بینی‌هایی از آینده درمورد این پدیده ارائه می‌شود. در فصل سوم، سیاست‌ها و قوانین مرتبط با سالمندی در کشورهای مختلف به‌منظور تضمین و تأمین رفاه جمعیت سالمند ارائه می‌شود. در فصل‌های بعدی، مطالبی درباره چگونگی گذار کشورها در راستای سه بُعد مطرح‌شده در برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان ارائه می‌شود. در فصل چهارم، وضعیت مشارکت افراد سالمند در توسعه، با تأکید بر تأمین مالی آنان تشریح شده و در فصل پنجم درمورد سلامت در دوران سالمندی بحث و دسترسی افراد سالمند به مراقبت‌های سلامت مناسب تشریح می‌گردد. در فصل ششم، جنبه‌های مختلف محیط‌های توانمندساز^۲ تشریح و چگونگی تأثیر محیط مساعد بر توانمندسازی افراد سالمند و تبدیل شدن آن‌ها به افرادی فعال و مستقل بررسی شده است. در فصل هفتم، دسترسی به داده‌ها برای تدوین سیاست‌های مبتنی بر شواهد و اطلاعات موثق بررسی و در فصل آخر نیز مسائل کلیدی به‌صورت خلاصه و توصیه‌هایی نیز برای آینده ارائه شده است.

1. United Nations Population Fund
2. Enabling Environments



شکل ۱. جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر به تفکیک مناطق، برآورد دوره ۲۰۱۷-۱۹۸۰ و پیش‌بینی سال ۲۰۵۰ میلادی

به دلیل کاهش‌های معنی‌دار میزان باروری و افزایش امید به زندگی، بیشتر کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه با افزایش سهم افراد سالمند در جمعیت خود مواجه شده‌اند. پیش‌بینی می‌شود که در سال‌های آتی میزان باروری زنان بازهم بیشتر کاهش یابد و در نتیجه در بیشتر کشورها نیز نرخ باروری، تثبیت یا به کمتر از نرخ جایگزینی تنزل نماید. از سوی دیگر پیش‌بینی می‌شود که در نتیجه پیشرفت‌های علوم پزشکی و ادامه پیشرفت در مراقبت از سلامت، تغذیه و بهداشت، امید به زندگی در جهان افزایش پیدا کند.

فصل دوم
ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
جمعیت سالمند

به دلیل کاهش‌های معنی‌دار میزان باروری و افزایش امید به زندگی، بیشتر کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه با افزایش سهم افراد سالمند در جمعیت خود مواجه شده‌اند. پیش‌بینی می‌شود که در سال‌های آتی میزان باروری زنان بازهم بیشتر کاهش یابد و در نتیجه در بیشتر کشورها نیز نرخ باروری، تثبیت یا به کمتر از نرخ جایگزینی تنزل نماید. از سوی دیگر پیش‌بینی می‌شود که در نتیجه پیشرفت‌های علوم پزشکی و ادامه پیشرفت در مراقبت از سلامت، تغذیه و بهداشت، امید به زندگی در جهان افزایش پیدا کند.

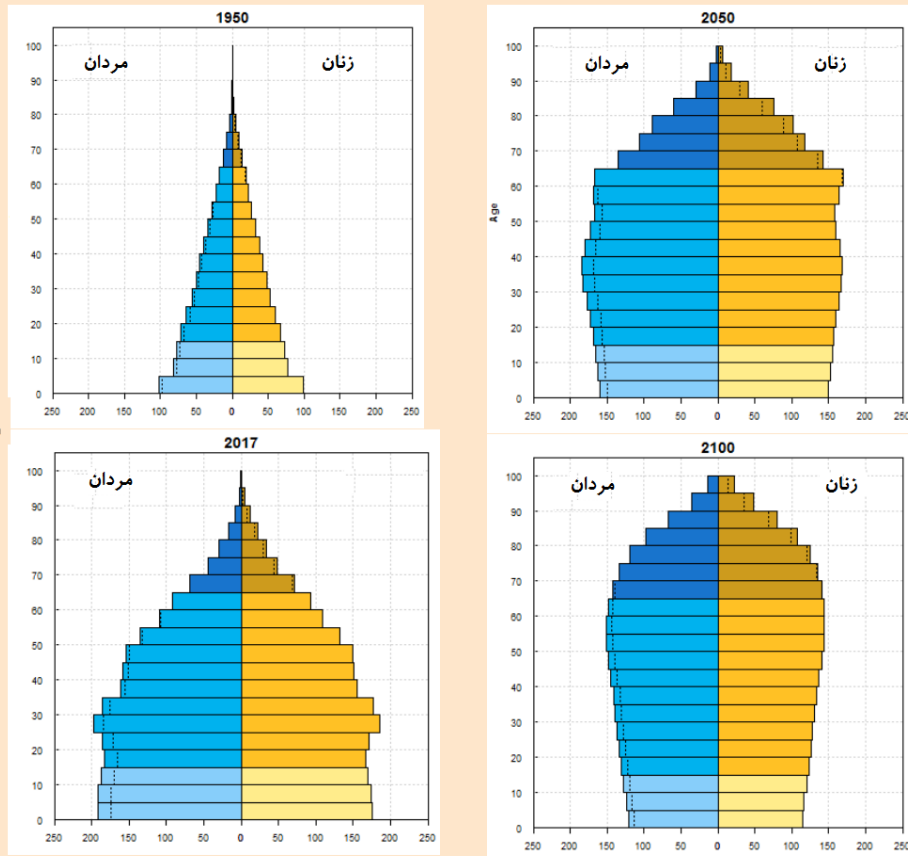
۱-۲. سالمندشدن جمعیت در منطقه آسیا و اقیانوسیه

در سال ۲۰۱۷ میلادی، حدود ۱۲ درصد از جمعیت آسیا و ۱۷ درصد از جمعیت اقیانوسیه در سن ۶۰ سال یا بالاتر قرار داشته‌اند و پیش‌بینی می‌شود که این نسبت در سال ۲۰۵۰ میلادی به ترتیب به ۲۴ و ۲۳ درصد افزایش پیدا کند.

همچنین پیش‌بینی می‌شود که روندهای جاری پیرشدن جمعیت در بسیاری کشورها ادامه و در برخی از کشورها نیز شتاب بیشتری پیدا کند. این پدیده را به‌خوبی می‌توان در هرم جمعیتی در شکل شماره ۲ مشاهده کرد که در آن، جمعیت برحسب سن و جنسیت در آسیا در بازه‌های زمانی ۱۹۵۰ تا ۲۱۰۰ میلادی نشان داده شده است. تغییرات شکل هرم سنی در سال ۱۹۵۰ با تعداد بسیار زیاد کودکان و تعداد بسیار کم سالمندان در سال ۲۰۱۷ میلادی، بیان‌کننده تعداد بیشتر کودکان و حتی تعداد بیشتر آن‌ها نسبت به جمعیت جوان و افزایش شمار افراد سالمند ۶۰ ساله و بالاتر است. تا سال ۲۰۵۰ میلادی، شکل هرم پهن‌تر می‌شود که این پدیده، مبین تعداد کمتر کودکان، تعداد بیشتر افراد بالغ در سن کار و فعالیت، تعداد بیشتر افراد سالمند ۶۰ ساله و بالاتر و همچنین افزایش قابل‌توجه جمعیت سالمند ۸۰ ساله و حتی ۹۰ ساله و بیشتر و تعدادی با سن بیش از یک قرن است. هرم جمعیت سال ۲۱۰۰ میلادی، گردتر و معکوس‌تر می‌شود؛ زیرا جمعیت جوان کاهش پیدا می‌کند که این پدیده مبین افزایش تعداد افراد سالمند است.

داده‌های ارائه‌شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که در همه مناطق فرعی در آسیا و اقیانوسیه،

درصد جمعیت سالمند به صورت معنی‌داری در قرن آینده افزایش خواهد یافت. افزایش سهم جمعیت سال خورده، بسیار بیشتر از جمعیت سالمند پنج دهه گذشته قرن بیستم است.



شکل ۲. هرم سنی جمعیت به تفکیک سن و جنسیت در آسیا در سال‌های ۱۹۵۰، ۲۰۱۷ و پیش‌بینی سال‌های ۲۰۵۰ و ۲۱۰۰ میلادی

به غیر از آسیای مرکزی، در سایر مناطق فرعی آسیا و اقیانوسیه از سال ۱۹۵۰ تا سال ۲۰۰۰ و سال ۲۰۱۵ میلادی، افزایش درصد افراد سالمند جمعیت مشاهده شده است و پیش‌بینی‌ها برای سال ۲۰۳۰ و ۲۰۵۰ میلادی و سال‌های پس از آن نیز از افزایش بیشتر سهم افراد سالمند در جمعیت آنان حکایت دارد. در سال ۱۹۵۰ میلادی، اقیانوسیه بالاترین

سهام جمعیت سالمند را داشت؛ آسیای مرکزی و آسیای شرقی نیز در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. در سال ۲۰۱۵ میلادی، به تدریج سهم جمعیت سالمند آسیای شرقی از سهم جمعیت سالمند اقیانوسیه پیشی گرفت. در سال ۲۰۱۵ میلادی، آسیای مرکزی با جمعیت سالمندی به اندازه ۷.۸ درصد، کمترین سهم جمعیت سالمند را در خود جای داده بود. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ میلادی، جمعیت سالمند در همه مناطق فرعی آسیا و اقیانوسیه به میزان قابل توجهی افزایش پیدا کند؛ به طوری که این پدیده باعث خواهد شد تا ۳۵.۷ درصد از جمعیت آن‌ها در سن ۶۰ سال و بالاتر قرار گیرند. همچنین افزایش بیشتری در سال ۲۱۰۰ میلادی پیش‌بینی می‌شود.

اطلاعات و داده‌های ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که در همه مناطق فرعی، درصد افراد سالمند به صورت معنی داری در قرن بعدی افزایش پیدا می‌کند. به این ترتیب، افزایش جمعیت سالمند فراتر از افزایش جمعیت سالمند در پنج دهه گذشته در قرن بیستم است.

جدول ۱. سهم درصد جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر در آسیا و اقیانوسیه طی دوره ۱۹۵۰-۲۱۰۰ میلادی

سهم (درصد) جمعیت ۶۰ سال و بیشتر						زیر منطقه
۲۱۰۰	۲۰۵۰	۲۰۳۰	۲۰۱۵	۲۰۰۰	۱۹۵۰	
۳۸	۳۵.۷	۲۶.۲	۱۶.۸	۱۱.۳	۷.۳	آسیای شرقی
۲۸.۵	۱۸	۱۱.۹	۷.۸	۸	۹.۹	آسیای مرکزی
۳۲	۱۸.۹	۱۲	۸.۴	۶.۷	۵.۸	آسیای جنوبی
۳۰.۹	۲۱	۱۴.۶	۹.۳	۷.۴	۶	آسیای جنوب شرقی
۳۰.۹	۲۳.۳	۲۰.۲	۱۶.۵	۱۳.۴	۱۱.۲	اقیانوسیه

میان‌ه سنی، یعنی سنی که نیمی از جمعیت آن سالمند و نیمی دیگر از جمعیت آن جوان هستند، شاخص مناسبی برای سن جمعیت است. جدول ۲ با یک استثنا نشان می‌دهد که میان‌ه سنی به صورت مستمر در آسیا و اقیانوسیه در حال افزایش بوده است و در آینده نیز افزایش خواهد یافت. در سال ۲۰۱۵ میلادی، آسیای شرقی سالمندترین جمعیت را داشته و پس از آن نیز اقیانوسیه قرار داشته است. آسیای جنوبی با میان‌ه سنی ۲۶.۱ سال، جوان‌ترین جمعیت را در سال یادشده داشته است. تا سال ۲۰۵۰ میلادی، پیرشدن جمعیت در آسیای شرقی ادامه خواهد یافت؛ در حالی که کمترین میانی سنی با ۳۴.۷ سال در آسیای مرکزی

مشاهده خواهد شد. همچنین پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۱۰۰ میلادی، میانه سنی در همه مناطق فرعی آسیا و اقیانوسیه به بالاتر از ۴۰ سال و در آسیای شرقی نیز این شاخص جمعیت به حدود ۵۰ سال برسد.

جدول ۲. میانه سنی کل جمعیت در آسیا و اقیانوسیه ۲۱۰۰-۱۹۵۰ میلادی

زیر منطقه	۱۹۵۰	۲۰۰۰	۲۰۱۵	۲۰۳۰	۲۰۵۰	۲۱۰۰
آسیای شرقی	۲۳.۴	۳۰.۸	۳۷.۹	۴۳.۵	۴۸.۵	۴۹.۸
آسیای مرکزی	۲۳.۶	۲۲.۶	۲۶.۴	۳۰.۳	۳۴.۷	۴۳.۹
آسیای جنوبی	۲۱	۲۲	۲۶.۱	۳۰.۸	۳۶.۹	۴۵.۷
آسیای جنوب شرقی	۲۰.۵	۲۴.۲	۲۸.۵	۳۲.۹	۳۷.۵	۴۴.۵
اقیانوسیه	۲۷.۹	۳۰.۹	۳۲.۸	۳۵.۱	۳۷.۴	۴۳.۸

امید به زندگی سالمندان در آسیا و اقیانوسیه برای مردان و زنان در حال افزایش است؛ امید به زندگی زنان در همه مناطق بیشتر از مردان است. برای دوره ۲۰۱۵-۲۰۲۰ میلادی، بالاترین امید به زندگی در سن ۶۰ سال به مردان و زنان در اقیانوسیه اختصاص خواهد داشت که به ترتیب ۲۲.۸۴ و ۲۵.۶۸ سال است. کمترین امید به زندگی در مقطع سنی ۶۰ سال به بالا در آسیای مرکزی برای مردان با ۱۵.۷۵ سال و برای زنان در آسیای جنوبی با ۱۹.۰۶ سال مشاهده می‌شود. بیشترین شکاف امید به زندگی در مقطع سنی ۶۰ سال و بالاتر در آسیای مرکزی مشاهده می‌شود و انتظار می‌رود که زنان به‌طور متوسط ۳.۹۴ سال بیشتر از مردان زندگی کنند. کمترین شکاف امید به زندگی بین مردان و زنان سالمند نیز در آسیای جنوبی مشاهده می‌شود که در آن، امید به زندگی زنان ۱.۵۱ سال بیشتر از مردان است. در مقطع سنی ۸۰ سال، بالاترین امید به زندگی برای مردان و زنان در اقیانوسیه مشاهده می‌شود (جدول ۳).

جدول ۳. امید به زندگی در سن ۶۰ و ۸۰ سال در آسیا و اقیانوسیه به تفکیک سن (سال)

زیر منطقه	۱۹۵۵-۱۹۵۰				۲۰۲۰-۱۹۱۵				۲۰۵۵-۲۰۵۰			
	مردان		زنان		مردان		زنان		مردان		زنان	
	۶۰	۸۰	۶۰	۸۰	۶۰	۸۰	۶۰	۸۰	۶۰	۸۰	۶۰	۸۰
آسیای شرقی	۱۰.۶۲	۳۷.۵	۱۲.۵۸	۴۵.۱	۱۹.۶۹	۷.۲۲	۲۲.۷	۸.۸۱	۲۳.۵	۸.۹۸	۲۵.۹	۱۰.۴۷
آسیای مرکزی	۱۳.۵	۵۶.۲	۱۷.۴	۶۶.۷	۱۵.۷۵	۵.۹۲	۱۹.۶۹	۷.۱۹	۱۷.۹۱	۶.۷۳	۲۲.۶۱	۸.۶۸
آسیای جنوبی	۱۱.۹۷	۴۴.۸	۱۲.۶۹	۵۱.۸	۱۷.۵۵	۶.۹۷	۱۹.۰۶	۷.۴۲	۱۹.۵۹	۷.۷۵	۲۲.۰۱	۸.۷۳
آسیای جنوب شرقی	۱۳.۲۱	۴۶.۷	۱۴.۱۹	۵۲.۱	۱۷.۱۸	۶.۶۷	۲۰.۴۷	۷.۸۷	۱۹.۶۳	۷.۹۱	۲۳.۳۷	۹.۴
اقیانوسیه	۱۴.۹۱	۵۴.۴	۱۸.۱۲	۶۳.۸	۲۲.۸۴	۸.۸۸	۲۵.۶۸	۱۰.۱۷	۲۵.۲۶	۱۰.۵۷	۲۸.۱۶	۱۱.۸۴

۲-۲. ساختار سنی جمعیت سالمند

علاوه بر افزایش تعداد جمعیت سالمند، ساختار سنی سالمندان نیز برای ارزیابی نیازهای جمعیت سالمند در حال افزایش سودمند است. پیرشدن جمعیت سالمند به‌عنوان افزایش نسبت «سالمندان کهن سال»^۱ (افراد ۸۰ ساله و بالاتر) در جمعیت سالمند تعریف می‌شود که به آن جمعیت در حال پیرشدن نیز می‌گویند. از آنجایی که ناتوانی افراد با افزایش سن بیشتر می‌شود؛ در نتیجه، ظرفیت اشتغال مولد این افراد کاهش پیدا می‌کند. هنگامی که افراد دارای حقوق مستمر به سن بازنشستگی می‌رسند، ممکن است مستمری بازنشستگی، نیازهای رو به افزایش آن‌ها را به‌دلیل افزایش تورم برآورده نسازد. به همین دلیل ممکن است حتی آن دسته از سالمندانی که مستمری بازنشستگی دریافت می‌کنند نیز با افزایش سن، با خطر فقیرشدن مواجه شوند. ابتلا به بیماری‌ها و ناتوانی نیز با افزایش سن بیشتر می‌شود؛ در نتیجه این پدیده نیز سبب افزایش تقاضا برای مراقبت از سلامتی و مراقبت‌های بلندمدت می‌شود.

همان‌گونه که انتظار می‌رفت، طی سال‌های ۱۹۵۰ الی ۲۰۱۵ میلادی، سهم جمعیت مقطع سنی ۸۰ سال و بیشتر، از کل جمعیت به‌صورت مستمر در همه مناطق فرعی آسیا و اقیانوسیه افزایش یافته است (جدول ۴). در سال ۲۰۱۵ میلادی، اقیانوسیه بالاترین درصد افراد بسیار سالمند را داشته است؛ پس از آن آسیای شرقی با ۱۳ درصد جمعیت سالمند ۸۰ سال و بیشتر، در رتبه بعدی قرار داشته است. تا سال ۲۰۵۰ میلادی، سهم جمعیت ۸۰ سال و بیشتر در همه مناطق فرعی آسیا و اقیانوسیه، افزایش بیشتری خواهد یافت؛ این افزایش به‌ویژه در اقیانوسیه و آسیای شرقی مشاهده خواهد شد.

جدول ۴. جمعیت ۸۰ سال و بیشتر به‌عنوان درصدی از کل جمعیت سالمند ۶۰ ساله و بیشتر در آسیا و

اقیانوسیه طی دوره ۱۹۵۰-۲۰۱۰ میلادی

زیرمنطقه	۱۹۵۰	۲۰۰۰	۲۰۱۵	۲۰۳۰	۲۰۵۰	۲۱۰۰
آسیای شرقی	۴	۱۱	۱۳	۱۴	۲۴.۷	۳۸.۳
آسیای مرکزی	۷.۲	۹.۳	۱۲	۷.۵	۱۳.۵	۲۷.۶
آسیای جنوبی	۷.۷	۸	۱۰	۱۰.۴	۱۳.۷	۲۷.۴
آسیای جنوب شرقی	۵.۹	۹.۵	۱۱.۲	۱۰	۱۷.۱	۲۸.۲
اقیانوسیه	۹.۳	۱۶.۳	۱۸	۲۰.۷	۲۶.۶	۳۴.۴

۳-۲. زنان سالمند

معمولاً زنان بیش از مردان عمر می‌کنند؛ به همین دلیل، تعداد زنان سالمند بیشتر از مردان است؛ این تفاوت با افزایش سن بیشتر نیز می‌شود. در مقطع سنی ۶۰ سال و بالاتر، نسبت جنسی یا تعداد مردان به‌ازای هر ۱۰۰ زن، در سال ۲۰۱۵ میلادی در آسیا ۹۱۶ و در اقیانوسیه ۸۹۵ بود. این نسبت برای افراد سالمند ۸۰ سال و بیشتر در سال یادشده به‌ترتیب به ۶۹۶ و ۶۸۳ درصد و برای افراد ۹۰ سال و بیشتر به ۴۹ و ۴۶٫۵ درصد کاهش یافت.

گرچه ممکن است زنان سالمند بیشتر عمر کنند، اما این دسته از سالمندان آسیب‌پذیرتر از مردان هستند؛ زیرا آنان در طول عمر خود و از ابتدای تولد، دوران کودکی، بلوغ و سالمندی، بیشتر از بی‌عدالتی و تبعیض جنسیتی رنج می‌برند. این موضوع به‌ویژه در کشورهای که داشتن فرزندان پسر را ترجیح می‌دهند، بیشتر مشهود است. در بسیاری از جوامع، نابرابری و بی‌عدالتی به همین معنا می‌باشد؛ زنان با کمبود مواد مغذی بیشتری مواجه هستند و دسترسی آنان به خدمات سلامت کمتر و نرخ بی‌سوادی در آنان بیشتر از مردان است. علاوه بر این، سطح آموزش و دسترسی آنان به فرصت‌های اشتغال در مقایسه با مردان کمتر است، درآمدهای کمتری دارند، از امنیت مالی کمتری برخوردار هستند، قدرت کمتری برای تصمیم‌گیری درمورد سرنوشت خود دارند، به وام و منابع اعتباری دسترسی ندارند، به‌صورت عادلانه از والدین ارث نمی‌برند و در نهایت اینکه میزان مشارکت آنان در فعالیتهای سیاسی و اجتماعی کمتر است. پیامدهای این نابرابری‌ها و تبعیض‌ها در طول عمر زنان، زمانی که این گروه جمعیتی به سن پیری می‌رسند، تشدید می‌شود. همچنین در کشورهای در حال توسعه، سلامت و توانایی بسیاری از زنانی که بارداری‌های زیادتری را در سنین جوانی تجربه می‌کنند، بیشتر تحت‌تأثیر بارداری‌ها و زایمان قرار می‌گیرد که این پدیده، آنان را از نظر مالی وابسته‌تر می‌کند. همچنین بسیاری از زنان سالمندتر با مشکلات حقوقی دوگانه‌ای مواجه می‌شوند؛ زیرا زمانی که پیرتر می‌شوند، با تبعیض‌های جنسیتی بیشتری مواجه می‌گردند.

تجربه زنان و مردان از دوران سال‌خوردگی، تفاوت‌های زیادی دارد. مردان امنیت مالی بیشتری دارند، اما معمولاً تماس‌های اجتماعی آنان کمتر است. زنان ممکن است گزینه‌های کمتری برای پس‌انداز و تأمین امنیت اقتصادی خود داشته باشند، اما از شبکه‌های اجتماعی گسترده‌تری برخوردار هستند که می‌توانند در دوران سال‌خوردگی به آن تکیه نمایند. علاوه بر این، بسیاری از زنان سالمند ممکن است مراقبت از نوه‌ها یا سایر اقوام مریض را بر عهده

داشته باشند. معمولاً زمانی که مردان از شغل خود بازنشسته می‌شوند، از نظر اجتماعی در جامعه و در بین خانواده خود منزوی‌تر می‌شوند؛ همچنین زمانی که زنان سالمند بیوه می‌شوند، امکان ازدواج مجدد آنان کمتر می‌شود؛ و در نتیجه، امکان زندگی در تنهایی در سال‌های باقی‌مانده عمر آنان بیشتر است و در سال‌های آخر عمر به‌تنهایی زندگی می‌کنند؛ همچنین احتمال اینکه از سلامت کمتری برخوردار باشند و با ناتوانی زندگی کنند نیز بیشتر خواهد بود. این مسئله باعث می‌شود تا زنان بیوه نسبت به سوءاستفاده یا بدرفتاری با آنان آسیب‌پذیرتر شوند.

استفاده از تجربیات مختلف زنان و مردان در دوران سالمندی برای اتخاذ سیاست‌ها و قوانین و مقررات مرتبط با مسائل سالمندان بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا این سیاست‌ها بر بازنشستگی، عرضه خدمات سلامت و دسترسی به منابع مالی و بهره‌مندی از ارث، تأثیر بسزایی دارد.

در جدول ۵، سهم زنان سالمند در جمعیت ۶۰ سال و بیشتر و سهم جمعیت در سالمندان کهن‌سال ۸۰ سال و بیشتر نشان داده شده است. زنان سهم بیشتری از جمعیت سالمند را تشکیل می‌دهند و این سهم با افزایش سن آنان بیشتر می‌شود. این موضوع درمورد تمامی مناطق آسیا و اقیانوسیه، به‌استثنای آسیای جنوبی در سال ۱۹۵۰ میلادی صادق بوده است؛ زیرا در آن بازه زمانی در آسیای جنوبی، سهم زنان کمتر از نصف جمعیت سالمند ۶۰ سال و بیشتر بود، اما این سهم در طول سال‌ها افزایش یافت و انتظار می‌رود که این آمار به ۵۲٫۶ درصد در سال ۲۰۵۰ میلادی برسد. در سال ۲۰۰۰ میلادی، زنان در همه مناطق فرعی آسیا و اقیانوسیه بیش از ۵۰ درصد از جمعیت سالمند را تشکیل می‌داده‌اند. در سال ۲۰۱۵ میلادی، آسیای مرکزی با ۵۸ درصد، بیشترین سهم زنان سالمند را داشته است. همچنین زنان حدود ۶۹٫۱ درصد جمعیت سالمند ۸۰ سال و بیشتر را در آسیای شرقی و حدود ۵۷٫۱ درصد این گروه جمعیتی در اقیانوسیه را در سال ۱۹۵۰ میلادی تشکیل می‌داده‌اند. موضوع قابل توجه این است که گرچه تعداد زنان سالمند، به‌ویژه زنان سالمند ۸۰ سال و بیشتر در حال افزایش است؛ تعداد مردان سالمند نیز در این مقطع سنی در حال افزایش است که این پدیده در کاهش سهم زنان سالمند در این مقطع سنی تأثیر داشته است. به نظر می‌رسد با افزایش عمر بیشتر مردان سالمند، این گروه گروه سنی در حال رسیدن به زنان از نظر طول عمر هستند.

جدول ۵. جمعیت زنان مقطع سنی ۶۰ ساله و ۸۰ ساله و بیشتر به‌عنوان درصدی از کل جمعیت سالمند ۶۰ و ۸۰ ساله و بیشتر در آسیا و اقیانوسیه طی دوره ۲۰۱۰-۱۹۵۰ میلادی

۲۰۱۰		۲۰۵۰		۲۰۳۰		۲۰۱۵		۲۰۰۰		۱۹۵۰		زیرمنطقه
۸۰	۶۰	۸۰	۶۰	۸۰	۶۰	۸۰	۶۰	۸۰	۶۰	۸۰	۶۰	
۵۱	۴۹	۵۷.۴	۵۲	۶۸.۹	۵۲.۱	۶۰	۵۲	۶۲.۳	۵۲.۲	۶۹.۱	۵۵.۴	آسیای شرقی
۶۱.۱	۵۴.۲	۷۰	۵۷.۹	۶۹	۵۸.۴	۶۶.۱	۵۸	۷۳.۸	۵۹	۵۷.۱	۵۰.۹	آسیای مرکزی
۵۶.۶	۵۲.۱	۵۶.۵	۵۲.۶	۵۵.۲	۵۱.۸	۵۳.۸	۵۱.۱	۵۳.۲	۵۰.۸	۵۳.۹	۴۹.۲	آسیای جنوبی
۵۹.۸	۵۴.۱	۶۲.۷	۵۵.۷	۶۳.۳	۵۵.۱	۶۳.۳	۵۵.۱	۶۳.۶	۵۵.۶	۵۷.۷	۵۳.۸	آسیای جنوب شرقی
۵۵.۷	۵۲.۷	۵۶.۶	۵۳.۱	۵۶.۱	۵۲.۹	۵۹.۴	۵۲.۸	۶۵.۸	۵۴.۳	۵۷.۱	۵۲.۲	اقیانوسیه



سالمندان در شهر ژیانگ چین

فصل سوم
سیاست‌ها و قوانین مرتبط
با سالمندی

چندین کشور منطقه آسیا و اقیانوسیه، سیاست‌هایی تدوین و قوانین و مقرراتی را در رابطه با مسائل سالمندی به تصویب رسانده‌اند. گرچه برخی از کشورها مانند چین و هند در دهه پایانی قرن بیستم، چنین سیاست‌ها و قوانینی را تصویب کردند، اما بیشتر کشورها چنین اقداماتی را در پاسخ به برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندی (MIPAA) در سال ۲۰۰۲ میلادی تصویب کرده‌اند. باوجود این، پیشرفت در این خصوص در بین کشورهای منطقه نامتوازن است و سیاست‌ها و قوانین متعددی در رابطه با مسائل سالمندی به‌وسیله کشورهای مختلف به‌منظور پیگیری تعهدات برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندی تدوین شده است. تصویب این قوانین به‌وسیله کشورهای منطقه، از مؤثر بودن این برنامه اقدام بین‌المللی حکایت دارد. بر این اساس، در این فصل از کتاب به‌صورت خلاصه به این سیاست‌ها و قوانین اشاره می‌شود؛ البته تحلیل و ارزیابی اجرای این سیاست‌ها و قوانین و اثربخشی آن‌ها در منطقه، به پژوهش‌های بیشتری نیاز دارد.

برخلاف برنامه اقدام وین^۱ در خصوص سالمندی در سال ۱۹۸۲ میلادی، پیگیری‌های مستمری پس از تصویب برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندی انجام شد؛ زیرا این برنامه اقدام، دولت‌ها را تشویق کرد تا نسبت به تصویب قوانین و اتخاذ سیاست‌هایی در زمینه مسائل سالمندی اقدام کنند. در فرایند این تحولات، نهادهای منطقه‌ای مانند کمیسیون اقتصادی - اجتماعی آسیا و اقیانوسیه (UNESCAP)، سازمان ملل متحد، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA)، سازمان بهداشت جهانی (WHO) و مؤسسه بین‌المللی کمک به سالمندان^۲، نقش بسزایی داشته‌اند. در این بازه زمانی، برخی اقدامات و نشست‌های بین‌المللی برگزار شد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به راهبردهای اجرایی شانگهای، بررسی منطقه‌ای اقدامات MIPAA+5 و MIPAA+10 و بررسی‌های ملی کشورها اشاره کرد که پیش از بررسی‌های منطقه‌ای انجام شد. همچنین رویکردی پایین به بالا^۳ برای ارزیابی اقدامات ملی در خصوص مصوبات برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندی

1. Vienna Plan of Action on Ageing

2. HelpAge International

3. Bottom-Up Approach

(MIPAA)، امکان مشارکت همه‌جانبه سازمان‌های جوامع مدنی (CSOs)^۱ و سازمان‌های غیردولتی بین‌المللی (INGOs)^۲ به‌همراه فراخوان‌های ملی را فراهم کرد. مؤسسه بین‌المللی کمک به سالمندان در سال ۲۰۱۵ میلادی، مطالعه‌ای را با حمایت مالی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد درمورد سیاست‌ها و قوانین سالمندی در ۲۶ کشور منطقه انجام داد. این مطالعه نشان داد که اگر هم‌سوسازی سیاست‌های حمایت از سالمندان در قانون اساسی یا سایر قوانین و سیاست‌های ملی، مانند برنامه‌های توسعه مالی یا سیاست‌های ملی جمعیت انجام شود؛ در این صورت، همه کشورها حداقل دارای یک سیاست خواهند بود که به‌منزله یک مستند قانونی مرجع برای افراد سالمند و شناسایی آنان به‌عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر مطرح می‌شود. این بررسی نشان داد که بیشتر کشورها، سیاست‌ها و قوانین یا برنامه‌های اقدامی در زمینه حمایت از سالمندان دارند که در آن‌ها صرفاً بر سالمندان تأکید شده است.

اطلاعات درمورد کشورهای دارای سیاست‌ها، برنامه‌ها و قوانین خاص درباره افراد سالمند در جدول ۶ نشان داده شده است. در این جدول، همه کشورها سیاست‌ها یا قوانین خاصی درمورد سالمندی ندارند، اما روی جمعیت سالمند یا سایر جمعیت‌های سالمند هدف‌گذاری کرده‌اند. این فهرست به‌معنای فراگیری و جامعیت آن نیست و صرفاً به‌منزله شاخصی از افزایش تعداد کشورهای است که به‌تدریج در حال اتخاذ تدابیری به‌منظور اجرای مفاد برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندی برای رویارویی با مسائل مرتبط با سالمندی هستند.

این نوآوری‌ها که به‌صورت خاص افراد سالمند را هدف‌گذاری می‌کنند، بر افراد سالمند به‌عنوان گروه‌های خاص تأکید می‌کنند؛ برای مثال، این نوآوری‌ها شامل سیاست‌ها و برنامه‌های اقدام درمورد سالمندی و قوانین مرتبط با حفاظت از حقوق و منافع افراد سالمند است. همان‌گونه که عنوان شد، مهم‌ترین اسناد سیاستی ملی کشورها که به‌عنوان مرجع قانونی در زمینه سالمندان محسوب می‌شود، در جدول شماره ۶ ارائه شده است. این مراجع و مستندات قانونی برای حمایت از سالمندان ممکن است قانون اساسی، برنامه‌های توسعه ملی، سیاست‌های ملی جمعیت و برنامه‌های اقدام سلامت باشند.

1. Civil Society Organizations

2. International Non-Governmental Organizations

جدول ۶. مثال‌هایی از سیاست‌ها، قوانین و مقررات مرتبط با سالمندان در کشورهای منتخب

ردیف	نام کشور	سیاست‌ها و قوانین و مقررات مرتبط با سالمندی
آسیای شرقی		
۱	چین	تأکید: قانون ملی حمایت از حقوق افراد سالمندان (۱۹۹۶)، اصلاحیه سال ۲۰۱۲)، برنامه توسعه برنامه‌های سالمندان در چین در برنامه پنج‌ساله دوازدهم (۲۰۱۱-۲۰۱۵)، برنامه تأمین نظام خدمات اجتماعی سالمندان (۲۰۱۱-۲۰۱۵).
۲	کره شمالی	تأکید: قانون حمایت از سالمندان سال (۲۰۰۷)، برنامه پنج‌ساله فدراسیون کره برای مراقبت از سالمندان (۲۰۱۰-۲۰۱۴). قانون مرجع: قانون حمایت از خانواده کره شمالی (۱۹۹۲)، قانون مراقبت از معلولان (۲۰۰۳).
۳	مغولستان	تأکید: راهبردهای ملی جمعیت سالمند (۲۰۰۹-۲۰۳۰). قانون مرجع: برنامه راهبردی جامع بخش بهداشت و درمان (۲۰۰۶-۲۰۱۵)، راهبردهای جامع توسعه ملی مغولستان (۲۰۰۸).
آسیای جنوب شرقی		
۴	کامبوج	تأکید: سیاست‌های ملی سالمندان (۲۰۰۳)، تجدیدنظرشده برای دوره ۲۰۱۷-۲۰۳۰)، سیاست‌های ملی مراقبت از سلامت سالمندان و افراد معلول (۱۹۹۹)، سیاست‌ها و راهبردهای ملی بهداشت و درمان سالمندان (۲۰۱۶). مرجع قانونی: برنامه راهبردی توسعه کشور (NSDP، ۲۰۱۴-۲۰۱۸)، راهبردهای ملی کاهش فقر (۲۰۰۳-۲۰۰۵)، راهبردهای ملی حمایت اجتماعی برای گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر، قانون کامبوج در خصوص حمایت و ارتقای حقوق افراد معلول (۲۰۰۸)، سیاست‌های ملی جمعیت (۲۰۱۴).
۵	اندونزی	تأکید: برنامه اقدام ملی (NPA) سالمندان (۲۰۰۹-۲۰۱۴)، برنامه اقدام ملی برای رهنمودهای رفاه سالمندان (۲۰۰۳)، قانون شماره ۱۳/۱۹۹۸ در خصوص رفاه سالمندان.

ردیف	نام کشور	سیاست‌ها و قوانین و مقررات مرتبط با سالمندی
۶	لائوس	تأکید: سیاست‌های ملی افراد سالمند (NED، ۲۰۰۴). مرجع قانونی: قانون اساسی لائوس.
۷	مالزی	تأکید: دومین سیاست ملی در خصوص افراد سالمند و برنامه اقدام افراد سالمند (۲۰۱۰-۲۰۱۵)، سیاست‌های ملی سلامت برای افراد سالمند (۲۰۰۸)، برنامه مراقبت از سلامت سالمندان (۲۰۰۱-۲۰۰۵). مرجع قانونی: برنامه اقدام ملی تغذیه مالزی (۲۰۱۰-۲۰۱۵)، سیاست ملی مسکن مالزی (۲۰۱۱)، برنامه ملی سلامت (۲۰۱۰-۲۰۱۵).
۹	میانمار	تأکید: برنامه اقدام ملی اقدام (۲۰۱۴)، قانون سالمندان (۲۰۱۶). مرجع قانونی: برنامه ملی سلامت میانمار (۲۰۱۱-۲۰۱۶)، برنامه DRR میانمار، راهبردهای تأمین اجتماعی (۲۰۱۴).
۱۰	فیلیپین	تأکید: قانون حمایت از شهروندان سالمند (۲۰۰۳)، در سال ۲۰۱۰ بازنگری شد، برنامه اقدام ملی فیلیپین در خصوص سالمندان، برنامه اقدام ملی در خصوص شهروندان سالمند (NAPSC، ۲۰۰۶-۲۰۱۰)، قانون مقابله با تبعیض سنی برای اشتغال (قانون جمهوری ۱۰۹۱۱ سال ۲۰۱۶).
۱۰	تایلند	تأکید قانونی: دومین برنامه ملی بلندمدت افراد سالمند (۲۰۰۲-۲۰۲۱)، قانون سالمندان (۲۰۰۳)، در حال بازنگری، پروژه توسعه نظام مراقبت از سلامت روان سالمندان (۲۰۰۷)، راهبردهای توسعه بلندمدت مراقبت از افراد سالمند وابسته و ناتوان (۲۰۱۴). مرجع قانونی: قانون اساسی، برنامه یازدهم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور (۲۰۱۲-۲۰۱۶)، دهمین برنامه ملی مقابله با ایدز (۲۰۰۷-۲۰۱۱).
۱۱	ویتنام	تأکید قانونی: قانون ویتنام در خصوص سالمندان (۲۰۰۹-۲۰۱۰)، برنامه اقدام ملی در خصوص سالمندان (۲۰۱۲-۲۰۲۰). مرجع قانونی: قانون اساسی، قانون حمایت از سلامت شهروندان، قانون مراقبت از سلامت عمومی برای دوره زمانی (۲۰۱۱-۲۰۲۰)، چشم‌انداز ۲۰۳۰، راهبردهای سلامت ویتنام (۲۰۱۰-۲۰۱۵).

ردیف	نام کشور	سیاست‌ها و قوانین و مقررات مرتبط با سالمندی
آسیای جنوبی		
۱۲	افغانستان	تأکید قانونی: قانون اساسی
۱۳	بنگلادش	تأکید قانونی: سیاست‌های ملی افراد سالمند (۲۰۱۴). مرجع قانونی: راهبردهای ملی تأمین اجتماعی (۲۰۱۵)، چشم‌انداز ۲۰۲۱ بنگلادش در خصوص سیاست‌های جمعیت (۲۰۱۲)، برنامه پنج‌ساله ششم (۲۰۱۱-۲۰۱۵).
۱۴	بوتان	تأکید قانونی: سیاست‌های ملی سلامت (۲۰۱۱)، برنامه پنج‌ساله یازدهم (۲۰۱۱-۲۰۱۵).
۱۵	هند	تأکید قانونی: سیاست ملی در خصوص افراد سالمند (۱۹۹۹)، قانون حمایت و رفاه والدین و سالمندان (۲۰۰۷)، سیاست‌های ملی در خصوص شهروندان سالمند (۲۰۱۱)، هنوز تصویب یا اجرا نشده است؛ برنامه ملی مراقبت از سلامت سالمندان (NPHCE). مرجع قانونی: قانون اساسی هند، یازدهمین برنامه پنج‌ساله هند (۲۰۱۲-۲۰۱۷).
۱۶	ایران	تأکید قانونی: برنامه راهبردهای ملی سالمندان (در انتظار تصویب). مرجع قانونی: برنامه پنجم توسعه.
۱۷	مالدیو	برنامه توسعه کشور (۲۰۰۶-۲۰۱۰).
۱۸	نپال	تأکید قانونی: برنامه اقدام ملی در خصوص شهروندان سالمند (۲۰۰۶)، قانون شهروندان سالمند (۲۰۰۶)، مقررات شهروندان سالمند (۲۰۰۸)، سیاست‌های ملی در خصوص شهروندان سالمند (۲۰۰۱)، سیاست‌های ملی به‌کارگیری شهروندان سالمند. مرجع قانونی: قانون اساسی نپال، برنامه‌های ملی توسعه از سال ۲۰۰۷، قانون کمیسیون ملی زنان (۲۰۰۷)، راهبردها و سیاست‌های ملی تغذیه (۲۰۰۸)، برنامه توسعه سیزدهم (۲۰۱۳-۲۰۱۵).
۱۹	پاکستان	قانون شهروندان سالمند (۲۰۰۷)، برنامه ملی مراقبت از سلامت شهروندان سالمند (NPHCE)، قانون شهروندان سالمند (۲۰۱۴).

ردیف	نام کشور	سیاست‌ها و قوانین و مقررات مرتبط با سالمندی
۲۰	سری‌لانکا	تأکید قانونی: سیاست‌های ملی در خصوص شهروندان سالمند (۲۰۰۶)، قانون حمایت از حقوق سالمندان (ماده ۹ سال ۲۰۰۰)، قانون حمایت از حقوق سالمندان (اصلاحیه) ماده قانون سال ۲۰۱۱، منشور ملی در خصوص شهروندان سالمند. مرجع قانونی: چشم‌انداز ۲۰۱۰ میلادی Mahinda Chintana
کشورهای جزیره‌ای منطقه اقیانوسیه		
۲۱	جزایر کوک ^۱	تأکید قانونی: سیاست‌های جزایر کوک در خصوص سالمندان (۲۰۱۲-۲۰۱۷). مرجع قانونی: برنامه ملی توسعه پایدار (۲۰۱۱-۲۰۱۵)، برنامه توسعه ملی (۲۰۱۰-۲۰۱۵)، راهبردهای ملی و برنامه اقدام برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرمسری (NCDs).
۲۲	فیجی	تأکید قانونی: سیاست‌های ملی در خصوص سالمندان (۲۰۱۱-۲۰۱۵). مرجع قانونی: برنامه توسعه ملی (۲۰۰۷-۲۰۱۱).
۲۳	پالوآ	تأکید قانونی: برنامه توسعه ملی میان‌مدت (۲۰۰۹-۲۰۱۴).
۲۴	جزایر سلیمان	تأکید قانونی: برنامه توسعه ملی (۲۰۱۱-۲۰۱۵)، برنامه راهبردهای ملی سلامت (۲۰۱۱-۲۰۱۵).
۲۵	تونگا	مرجع قانونی: چهارچوب ملی برنامه‌ریزی راهبردی ملی (۲۰۰۹)، قانون طرح ملی منافع بازنشستگی (NRBS، ۲۰۱۰)، چهارچوب توسعه ملی (۲۰۱۱-۲۰۱۵).
۲۶	توالو	تأکید قانونی: راهبردهای توسعه پایدار (۲۰۰۵-۲۰۱۵)، برنامه دولتی کمک در برابر مخاطرات، برنامه راهبردهای سلامت (۲۰۰۹-۲۰۱۸).

علاوه بر این، برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان، کشورها را برای ایجاد یک مرجع ملی یا یک نهاد مسئول برای رسیدگی به سالمندان تشویق می‌کند؛ به عبارت دیگر، کشورها را تشویق می‌کند تا یک وزیر دولتی یا مجموعه‌ای از وزیران را برای رسیدگی به مسائل و مشکلات سالمندی یا افراد سالمند منصوب نمایند. در ۱۹ کشور، شورای ملی، کمیسیون، کمیته یا اداره‌ای برای افراد سالمند تشکیل شده است؛ از بین این کشورها، برخی از آن‌ها با نهادهای منطقه‌ای یا محلی قابل مقایسه هستند.

حدود و ثغور و حد تفصیل برنامه‌ها و تمهیدات اجرایی برای پیشبرد سیاست‌های مرتبط با مسائل سالمندان در بین کشورها، تفاوت‌های معنی‌داری با یکدیگر دارند؛ به همین دلیل، ارزیابی‌های بین‌کشوری کمی در مورد اثربخشی اجرای این سیاست‌ها و برنامه‌ها وجود دارد. برنامه ملی بلندمدت تایلند برای افراد سالمند (۲۰۲۱-۲۰۰۲) شامل چهارچوب‌های تفصیلی برای پایش و ارزیابی است که هر پنج سال انجام می‌شود. علاوه بر این، تایلند بحث‌هایی را در مورد نقش پژوهش برای سیاست‌گذاری و عرضه خدمات و ایجاد بانک اطلاعات سالمندان در قانون سال ۲۰۰۳ میلادی درباره افراد سالمند مطرح کرده است. شمار معدودی از کشورها به صورت صریح و مشخص، نهادها و مؤسسات خاصی را برای پیگیری مسائل و مشکلات سالمندان و مشارکت آنان در طراحی و پایش سیاست‌های ملی پیش‌بینی کرده‌اند. یکی از چالش‌های اصلی بازدارنده اجرای سیاست‌ها، عدم تخصیص منابع مالی و انسانی موردنیاز برای اجرای این سیاست‌ها است؛ لذا میزان حمایت‌های سیاسی نیز نقش بسیار مهمی در اجرای این سیاست‌ها خواهد داشت.

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، بیشتر کشورها سیاست‌ها و قوانین مرتبط با مسائل سالمندی را پس از اجلاس برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان اتخاذ کرده‌اند؛ زیرا کشورها دریافته‌اند که مباحث مطرح‌شده در برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان، یک راهنمای مؤثر برای رویارویی با مباحث جمعیت سالمند بوده است. در سه فصل بعدی کتاب، مروری کلی از این سیاست‌ها و قوانین مرتبط با مسائل و مشکلات سالمندان بر اساس سه اولویت رهنمودهای برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان به شرح زیر ارائه می‌شود:

- اولویت اول: توسعه و افراد سالمند؛
- اولویت دوم: بهبود سلامت و رفاه در دوران سالمندی؛
- اولویت سوم: تضمین محیط‌های توانمندساز و حمایتی.^۱



صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) تایلند

اجرای نهمین دوره برنامه باعث شد تا مشارکت افراد سالمند در فعالیت‌ها و خدمات سلامت افزایش داشته باشد که این فعالیت‌ها، تأثیر بسزایی بر تصمیمات مرتبط با سیاست‌های افراد سالمند داشته است.

فصل چهارم

توسعه و افراد سالمند

اولین اولویت رهنمود برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان شامل مباحث مهمی مانند مسائل مشارکت سالمندان در جامعه و توسعه، به رسمیت شناختن افراد سالمند در فرایند توسعه، فرصت‌های شغلی، بهبود شرایط زندگی و کاهش فقر افراد سالمند در نواحی روستایی، ادغام مهاجران سالمند در جوامع جدید، دسترسی به دانش و اطلاعات، آموزش و یادگیری، انسجام بین نسلی، ریشه‌کنی فقر از طریق تأمین درآمد و حمایت‌های اجتماعی و دسترسی عادلانه به خدمات در هنگام بلایای طبیعی و سایر فوریت‌های انسان‌دوستانه است.

برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان اذعان می‌کند که افراد سالمند باید برای مشارکت کامل در فرایند توسعه و شریک شدن در منافع آن، به موازات سایر گروه‌های سنی در جامعه توانمند شوند. این موضوع در دستورکار ۲۰۳۰ در خصوص توسعه پایدار، با شعار «هیچ‌کس از فرایند توسعه جا نماند»^۱ مورد تأکید قرار گرفته است. با توجه به افزایش سریع جمعیت سالمند در منطقه، درک و شناخت دولت‌ها از ضرورت توانمندسازی سالمندان به منظور حفظ نقش و کارکرد آنان در جامعه از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.

این اولویت‌ها باید تأمین مالی افراد سالمند در دوران سالمندی را مورد توجه قرار دهند؛ به همین دلیل، توانمندسازی و تشویق افراد سالمند به منظور حفظ اشتغال مولد آنان تا زمانی که مایلند کار کنند، از اهمیت بسزایی برخوردار است. برای آن دسته از سالمندانی که قادر به تأمین نیازهای اولیه زندگی خود نیستند، ارائه پوشش بازنشستگی برای پیشگیری از فقر آنان در دوران سالمندی ضروری است. همچنین توجه به سالمندان در برنامه‌های اضطراری آمادگی در برابر بلایا و مخاطرات، اقدامات امداد و نجات و بازسازی هنگام درگیری‌ها و بلایای طبیعی که باعث تنه‌اشدن و منزوی شدن آنان می‌گردد، نیز بسیار حائز اهمیت است.

۴-۱. تأمین مالی در دوران سالمندی

اغلب نسبت وابستگی در دوران سالمندی^۲ با نسبت وابستگی جمعیت ۶۵ سال و بیشتر در هر

1. Leave no one behind

2. Old-Age Dependency Ratio

۱۰۰ نفر جمعیت در سن کار مولد ۶۴-۱۵ ساله، به‌منزله شاخصی از بار اقتصادی بخش‌های مولد جمعیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. البته این نسبت، شاخص دقیقی نیست؛ زیرا خیلی از افراد ۶۵ ساله و بیشتر هنوز هم از نظر اقتصادی فعال هستند و در بخش‌های مولد فعالیت می‌کنند؛ زیرا ممکن است جوانان هنوز در مدرسه یا دانشگاه حضور داشته باشند یا به‌دلیل بیکاری هنوز شاغل نباشند و به همین دلیل از نظر اقتصادی وابسته هستند. در جدول ۷، نسبت‌های وابستگی جمعیت سالمند برای منطقه آسیا و اقیانوسیه طی دوره ۱۹۵۰-۲۰۱۵ و پیش‌بینی سال‌های ۲۰۳۰-۲۱۰۰ میلادی ارائه شده است. همان گونه که ملاحظه می‌شود، نسبت وابستگی در همه مناطق فرعی منطقه به‌غیر از آسیای مرکزی در حال افزایش بوده است و این نسبت‌ها در همه مناطق فرعی از سال ۲۰۱۵ میلادی تا سال‌های آینده ادامه خواهد یافت.

خطر فقیرترشدن، از مهم‌ترین دل‌نگرانی‌های دوران سال‌خوردگی است. بررسی‌های اخیر در کشورهای منتخب آسیا و اقیانوسیه نشان داده است که بیشتر پاسخ‌گویان در هریک از کشورها (۹۵ درصد در ویتنام، ۹۰ درصد در فیلیپین، ۸۳ درصد در اندونزی و ۸۱ درصد در تایلند)، نگرانی‌های خود را در خصوص فقیرترشدن در دوران پس از بازنشستگی اعلام کردند. در بیشتر کشورها، افراد سالمند برای تأمین نیازهای مالی خود همچنان به چهار منبع اصلی به شرح زیر وابسته هستند:

- ۱- کار و فعالیت‌های درآمدزا؛
- ۲- دارایی‌ها و پس‌اندازها؛
- ۳- حمایت خانوادگی و پرداخت‌های خصوصی^۱؛
- ۴- تأمین اجتماعی.

جدول ۷. نسبت وابستگی افراد سالمند در آسیا و اقیانوسیه طی دوره ۲۱۰۰-۱۹۵۰ میلادی
جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت ۱۵-۶۴ ساله

زیر منطقه	۱۹۵۰	۲۰۰۰	۲۰۱۵	۲۰۳۰	۲۰۵۰	۲۱۰۰
آسیای شرقی	۷.۲	۱۱.۴	۱۵.۵	۲۷.۴	۴۶.۳	۵۹.۳
آسیای مرکزی	۱۰.۲	۸.۶	۷.۲	۱۲.۳	۱۸.۴	۳۸.۷
آسیای جنوبی	۶	۷.۲	۸.۳	۱۱.۹	۱۹.۷	۴۳.۳
آسیای جنوب شرقی	۶.۶	۷.۸	۸.۸	۱۴.۶	۲۳.۹	۴۲
اقیانوسیه	۱۱.۷	۱۵.۴	۱۸.۵	۲۴.۷	۲۹.۴	۴۳.۷

بیشتر افراد سالمند در بسیاری از کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه، به درآمدهای خود و بیشتر درآمدهای حاصل از شغل خود متکی هستند؛ تعداد بسیار اندکی از آن‌ها به‌ویژه در کشورهای فقیرتر به درآمدهای حاصل از پس‌اندازها یا سرمایه‌گذاری‌ها وابسته هستند. حمایت خانوادگی فرزندان ارشد و کمک‌های مالی سایر بستگان نیز یک منبع مهم درآمد برای افراد سالمند است. بررسی‌ها نشان داده است که پرداخت‌های خصوصی، رابطه معکوسی با دسترسی به کمک‌ها و مستمری‌های اجتماعی دارد؛ برای مثال، پرداخت‌های خصوصی در کشورهایی که نظام کمک‌های اجتماعی و بازنشستگی در آن‌ها نسبتاً توسعه نیافته است، از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است.

در این کشورها، کمک‌های حاصل از اعضای خانواده به‌منزله یک منبع تأمین مالی و حمایت‌های غیرمالی برای افراد سالمند بیشتر متداول است. در برخی از کشورها، انتقالی‌های بین نسلی معکوس^۱ وجود دارد. این انتقالی‌ها شامل پس‌اندازها و دارایی‌های افراد سالمند است که برای حمایت از نسل‌های جوان‌تر مورد استفاده قرار می‌گیرد. درآمدهای حاصل از کار، نقش بسیار مهمی در تأمین زندگی دوران سالمندی در منطقه دارد؛ چنین درآمدهایی در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری در بیشتر کشورهای منطقه متداول‌تر است. بررسی‌های بانک جهانی نشان داده است که درآمدهای افراد سالمند، حدود ۹۰ درصد مجموع درآمد افراد سالمند در کامبوج را تشکیل می‌دهد؛ آمارهای مشابهی نیز برای کشور ویتنام در حدود ۶۰ الی ۷۰ درصد و بری‌اندونزی و فیلیپین در حدود ۶۰ درصد به دست آمده است. در همه کشورها، درصد کل درآمد افراد سالمند با درآمدهای مشخص، در مناطق روستایی بیشتر

از مناطق شهری بود. درصد درآمد افراد سالمندی که درآمدهای آنان برآورد شده بود، در مناطق شهری کشور چین حدود ۳۵ درصد و در مناطق روستایی آن ۵۵ درصد بود. ارقام مشابهی نیز در کشور مغولستان به‌ترتیب برای مناطق شهری ۲۵ درصد و برای مناطق روستایی ۳۰ درصد به دست آمد.

در کشورهای چین و مغولستان، پرداخت‌های عمومی، بیشترین درآمد افراد سالمند را تشکیل می‌دهد. در کشور چین، پرداخت‌های عمومی در مناطق شهری ۵۰ درصد و در مناطق روستایی ۲۵ درصد است؛ در حالی که در مغولستان، این درآمدها ۶۵ الی ۷۵ درصد مجموع درآمد افراد سالمند در مناطق روستایی و شهری را شامل می‌شود. در جاهایی که پوشش تأمین اجتماعی محدود بود، سهم درآمد افراد سالمندی که توسط خانواده‌های آنان تأمین می‌شد، بیشتر از پرداخت‌های دولتی بوده است. این پدیده به‌ویژه درمورد کامبوج، اندونزی، فیلیپین و ویتنام صادق بوده است. بررسی‌های پیمایشی افراد سالمند در کشور تایلند در سال ۲۰۱۴ میلادی نشان داد که گرچه تقریباً ۸۰ درصد از افراد سالمند موردبررسی، کمک‌های مالی را از فرزندان ارشد خود دریافت می‌کردند، اما سهم افراد سالمندی که از کمک‌های فرزندان به‌عنوان منبع اصلی درآمد استفاده می‌کردند، از ۵۲ درصد در سال ۲۰۰۷ به ۳۷ درصد در سال ۲۰۱۴ میلادی کاهش یافته بود. این کاهش ناشی از اجرای برنامه افزایش کمک به دوران سالمندی دولت بوده است. در همان زمان، درصد والدین سالمندی که پول قابل‌توجهی از فرزندان خود دریافت می‌کردند، افزایش یافت. این موضوع نشان می‌داد که این کمک‌ها باعث نشده است تا این والدین از حمایت خانواده‌های خود محروم شوند.

مطالعات انجام‌شده در سایر کشورها نیز نشان داده است که بخش زیادی از افراد سالمند انتظار دارند تا دولت، حمایت‌هایی مالی از آنان در دوران سالمندی داشته باشد. در سؤالی که درمورد ترجیح منبع تأمین مالی در دوران سالمندی از سالمندان مطرح شد، بیشتر آنان عنوان کردند که دولت باید از منابع خود نسبت به ارائه کمک‌ها اقدام کند؛ تعداد کمتری نیز ترجیحات خود را کمک فرزندان ارشد و سایر اعضای خانواده عنوان کردند. تقریباً ۵۰ درصد از افراد سالمند در اندونزی و ۷۰ درصد در فیلیپین، تایلند و ویتنام، ترجیحات خود برای کمک‌های مالی در دوران سالمندی را دولت اعلام کردند. کمتر از ۱۰ درصد در چهار کشور مذکور، ترجیحات خود برای دریافت کمک در دوران سالمندی را حمایت‌های خانوادگی اعلام کردند و بقیه ترجیح خود را درآمدهای خود عنوان کردند. همه این شواهد نشان داد که افراد

سالمند ترجیح می‌دهند به جای وابسته‌بودن به یک منبع، تمایل دارند به یک منبع مستقل درآمد دسترسی داشته باشند. این موضوع نشان می‌دهد که دولت نه تنها باید امنیت مالی را برای افراد سالمند تضمین کند، بلکه باید شأن و جایگاه آن‌ها را از نظر مالی تأمین نماید. این کار مستلزم بازنگری در سیاست‌های بازنشستگی و پرداخت مستمری به بازنشستگان و ارائه آموزش به کارگران سالمند است.

۴-۲. افراد سالمند در شرایط انسان‌دوستانه

در شرایط اضطراری مانند بروز بلایای طبیعی مثل زلزله، سیل و مخاطرات ناشی از عوامل انسانی مانند جنگ، افراد سالمند با تهدیدهای امنیتی بیشتری مواجه می‌شوند و اگر به این موضوع توجه نشود، ممکن است سالمندان جان خود را از دست داده یا کاملاً منزوی شوند. به همین دلیل، مشارکت آنان در توسعه به معنای تضمین حمایت از آنان در شرایط اضطراری است. همچنین در شرایط اضطراری مانند سایر مراحل زندگی، افراد سالمند نباید به منزله یک بار اضافی تلقی شوند بلکه باید به عنوان یک منبع ارزشمند مورد توجه قرار گیرند. همه سالمندان در شرایط اضطراری به کمک نیاز ندارند؛ به همین دلیل بسیاری از آنان در شرایط اضطراری می‌توانند کارایی زیادی داشته باشند؛ برای مثال، هنگام وقوع طوفان هیان^۱ در بنگلادش در سال ۲۰۰۷ میلادی، کمیته‌های افراد سالمند در اشاعه هشدارهای اولیه طوفان به افراد سالمند آسیب‌پذیر و خانواده‌های آنان بسیار فعال بودند؛ این کمیته در شناسایی افراد آسیب‌دیده، تهیه فهرست واجدین شرایط برای دریافت کمک‌ها و تعیین زمان و مکان دریافت کالاهای اساسی بسیار فعال بودند. هنگام وقوع طوفان هایان در فیلیپین، سالمندان نقش بسیار مهمی در واکنش به شرایط اضطراری ایفا کردند.

۴-۳. نوآوری‌های سیاست‌گذاری برای تضمین امنیت مالی

تدوین و اجرای سیاست‌های منسجم در همه کشورها از اهمیت بسیاری زیادی برای مقابله با فقر در دوران سالمندی برخوردار است. در همه کشورهای مطرح‌شده در جدول شماره ۴، برنامه‌های توسعه ملی یا راهبردهای کاهش و مقابله با فقر مورد توجه قرار گرفته و یا حداقل افراد سالمند را به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر به رسمیت شناخته‌اند. در کشور نپال، افراد

1. Typhoon Haiyan

سالمند از سال ۲۰۰۷ میلادی در برنامه‌های توسعه ملی موردتوجه قرار گرفته‌اند. در جاهایی که مسائل افراد سالمند تحت‌الشعاع سایر حوزه‌ها قرار داشت، برنامه‌های ملی کشورها در خصوص مسائل و مشکلات سالمندان، تعهد خود در خصوص مسائل فقر افراد سالمند و ادغام مسائل آنان در برنامه‌های توسعه را ملی اعلام کرده بودند؛ برای مثال، سیاست ملی افراد سالمند^۱ سال ۲۰۱۴ میلادی بنگلادش به‌منظور توجه به مسائل افراد سالمند، در راهبردهای تأمین اجتماعی، امنیت و کاهش فقر و توسعه به‌طور عام در نظر گرفته شده است.

بیشتر کشورهای یادشده در جدول ۶، سیاست‌های شفاف‌ی برای مقابله با مشکلات افراد فقیر و اشتغال آنان دارند. از مهم‌ترین این سیاست‌ها می‌توان به برنامه‌های اشتغال ویژه دوران سالمندی، توسعه مهارت‌ها و آموزش، دسترسی به اعتبارات، ایجاد انگیزه در بنگاه‌ها برای به‌کارگیری افراد سالمند و سیاست‌های ضدتبعیض سالمندی^۲ اشاره کرد. در کشور هند، سیاست‌هایی به‌منظور حذف تبعیض در میان سالمندان برای دسترسی به اعتبارات، بازاریابی و سایر تسهیلات تدوین شده است.

در کشور فیلیپین، برنامه‌هایی آموزشی دولتی برای شهروندان سالمند به‌منظور ارتقای مهارت‌های توسعه، آموزش برای گذران معیشت، افزایش رفاه و حمایت از معیشت و همچنین اعطای یارانه‌های دولتی برای سازمان‌هایی که افراد سالمند را به کار می‌گیرند، وجود دارد. برنامه اقدام ملی میانمار در سال ۲۰۱۴ میلادی، مشوق‌هایی را برای استخدام افراد سالمند توسط کارفرمایان در نظر گرفته است. ماده ۱۳ قانون رفاه سالمندان اندونزی بر رعایت حقوق سالمندان برای دستیابی به اشتغال و آموزش تأکید کرده است.

همه کشورهای منطقه، قوانینی در خصوص تأمین اجتماعی به‌ویژه پیگیری مسائل و مشکلات افراد سالمند به‌شکل بیمه اجتماعی یا هر دو دارند. در بسیاری از موارد، تأمین درآمد دوران سالمندی به‌منزله بخشی از نوآوری‌ها برای حمایت‌های اجتماعی موردبحث قرار گرفته است. باوجود این، تفاوت‌های زیادی در دامنه پوشش تأمین نیاز جمعیت سالمندان مشاهده می‌شود. در برخی از کشورها مانند افغانستان و بوتان، طرح‌های مستمری اجباری برای کارکنان بازنشسته دولتی و کارکنان بخش رسمی ارائه می‌شود. شماری از کشورها، طرح بازنشستگی اجتماعی دارند، اما دامنه پوشش و عرضه خدمات آنان برای سالمندان متفاوت

1. National Policy for Older Persons
2. Anti-Age Discrimination

است. در کشور نپال، مستمری بازنشستگی فراگیر دوران سالمندی برای همه سالمندان ۷۰ ساله و بیشتر و همچنین زنان بیوه ۶۰ ساله و بیشتر ارائه می‌شود. در کشور اندونزی، برنامه تأمین اجتماعی سالمندان^۱، مستمری‌های آزمایشی را برای افراد ۷۰ ساله و بیشتر و همچنین افراد ۶۰ ساله و بیشتر که دچار بیماری شدید هستند، برقرار کرده است. کشور ویتنام نیز برنامه آزمایشی منافع کمک‌های اجتماعی برای افراد سالمند ۶۰ سال به بالا و همچنین کمک‌های اجتماعی مستمری برای افراد سالمند ۸۰ ساله و بالاتر را در دستور کار قرار داده است.

در مجموع، پس از تصویب برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان، پوشش بازنشستگی به صورت معنی‌داری در بسیاری از کشورهای منطقه گسترش پیدا کرده است. بر اساس گزارش کمک بین‌المللی به سالمندان، مهم‌ترین عامل افزایش پوشش بازنشستگی، معرفی یا توسعه بازنشستگی غیرمشارکتی^۲ یا بازنشستگی اجتماعی است. در سطح جهان از سال ۱۹۹۰ میلادی، شمار کشورهایی که به ارائه مستمری‌های بازنشستگی^۳ روی آورده‌اند، دو برابر شده و از ۵۰ به ۱۰۰ کشور افزایش یافته است. پس از سال ۲۰۰۰ میلادی، بیش از ۳۰ کشور، این سیستم را معرفی کرده‌اند. بسیاری از کشورها در آسیا نیز چنین طرح‌هایی را از سال ۲۰۰۲ میلادی ارائه کرده‌اند که از مهم‌ترین این کشورها می‌توان به چین، فیلیپین، جزایر تیمور و ویتنام اشاره کرد. کشور میانمار نیز اولین مستمری بازنشستگی ملی خود را از سال ۲۰۱۷ میلادی آغاز کرده است.

از دیگر کشورها که به صورت قابل توجهی چنین پوشش‌هایی را توسعه داده‌اند، می‌توان به کشورهای تایلند و نپال اشاره کرد. تفاوت در بین کشورها کاملاً مشهود است؛ این تفاوت عمدتاً ناشی از تمایل و خواست سیاسی است. در مجموع، کشورهای نسبتاً فقیر توسعه حمایت‌های اجتماعی را در دستور کار قرار داده‌اند، اما کشورهای ثروتمندتر کمتر به این موضوع توجه کرده‌اند. بر اساس گزارش سازمان بین‌المللی کار (ILO)، زمانی که بازنشستگی مشارکتی رسمی مورد توجه قرار گیرد، پیشرفت‌های معنی‌داری در پوشش بازنشستگی حاصل خواهد شد.

-
1. Elderly Social Security Programme
 2. Non-Contributory Pensions
 3. Social Pensions

۴-۴. نوآوری‌های سیاستی برای واردکردن افراد سالمند در واکنش‌های انسان‌دوستانه^۱

هرچند تعداد معدودی از کشورها سیاست‌هایی را برای تأمین نیازهای افراد سالمند در شرایط اضطراری دارند، اما به تدریج کشورهای بیشتری به تدوین سیاست‌هایی روی آورده‌اند تا نیازهای افراد سالمند را در شرایط اضطراری بیشتر موردتوجه قرار دهند.

در کشور بنگلادش، سیاست‌های ملی افراد سالمند در سال ۲۰۱۴ میلادی، مشارکت افراد سالمند را در برنامه‌های کاهش مخاطرات از جمله اعلان هشدار بلایا، امداد و نجات، ایجاد سرپناه و اقدامات بازسازی پس از بلایا در اولویت قرار داده است. برنامه اقدام ملی سال ۲۰۱۴ میلادی میانمار در خصوص سالمندان با هدف مشارکت افراد سالمند در برنامه‌های اضطراری در هنگام بلایا تدوین شد و مراکز خاصی را برای مراقبت و تأمین نیازهای سالمندان و سایر افراد سالمند در نظر گرفت، همچنین تمهیدات حمل‌ونقل ویژه‌ای در هنگام تخلیه و مراقبت‌های پزشکی و کمک‌ها هنگام شرایط اضطرار پیش‌بینی کرده است. قانون ویتنام در خصوص سالمندان (۲۰۰۹-۲۰۱۰) نیز اولویت‌های ویژه‌ای را برای سالمندان به‌منظور دریافت کمک‌های امدادی به‌صورت دریافت‌های نقدی و جنسی، مراقبت‌های پزشکی و پشتیبانی برای رویارویی و مقابله با مشکلات اولیه ناشی از بلایای طبیعی یا سایر فوریت‌ها در نظر گرفته است. در جزایر کوک، سیاست‌های حمایت از سالمندان (۲۰۱۲-۲۰۱۷) شامل تعهداتی برای همه نهادهای کمک‌رسان برای کمک به سالمندان در برنامه‌های مقابله با مخاطرات است؛ همچنین بر اساس این سیاست‌ها، دستورالعمل‌هایی برای حمایت از سالمندان در هنگام شرایط اضطراری و بلایای طبیعی تهیه شده است.



زن سالمند در اردوگاه آوارگان Thar Ga Ya در Kachin (در شمال میانمار)،
معاینه هفتگی پزشک در مرکز سیار مراقبت از بارداری وابسته به صندوق جمعیت سازمان ملل متحد
(UNFPA)

فصل پنجم

توسعه سلامت و رفاه در دوران سالمندی

به شرایط فیزیکی، ذهنی و رفاه اجتماعی مطلوب افراد، سلامت گفته می‌شود. بنابراین، سلامت صرفاً به معنای نبود بیماری در فرد نیست. حفظ سلامت افراد در زمره مسئولیت خود افراد است و دولت‌ها باید محیطی حمایتی را فراهم کنند تا افراد را قادر سازد نسبت به بهبود سلامت و رفاه خود در دوران سالمندی گام بردارند. به دلایل انسان‌دوستانه و همچنین به دلایل اقتصادی، عرضه خدمات و دسترسی به مراقبت‌های پیشگیرانه و درمانی و توان‌بخشی^۱ به افراد سالمند مانند سایر گروه‌های سنی ضروری است. سیاست‌هایی مانند ارتقای سلامت و پیشگیری از امراض، فناوری‌های کمکی^۲ و مراقبت‌های توان‌بخشی باعث افزایش دوران سلامت در افراد می‌شود و مشارکت مؤثر و بیشتر افراد سالمند را در توسعه و تخصیص بودجه برای مراقبت‌های سلامت را به صورت مؤثری تضمین می‌کند.

دومین اولویت رهنمودهای برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان اذعان می‌کند که برای تأمین منافع افراد در طول عمر باید همه افراد و کشورها به‌ویژه کشورهای در حال توسعه و گروه‌های خاصی که نرخ بیماری و مرگ‌ومیر در آن‌ها بالا است، از این برنامه پیروی کنند. گذار از بیماری‌های مسری^۳ و امراض عفونی و میکروبی به امراض مزمن و تحلیل‌برنده^۴، بسیاری از کشورهای در حال توسعه را با فشارهای مضاعفی برای مبارزه با بیماری‌های نوظهور و نوپدید مسری مانند ایدز، سل و مالاریا و همچنین افزایش شیوع بیماری‌هایی مانند فشارخون، دیابت، بیماری‌های قلبی و روانی مواجه کرده است.

برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان از همه ذی‌نفعان درخواست می‌کند تا چشم‌اندازهایی در رابطه با توسعه سلامت و پیشگیری از امراض را برای جلوگیری و تأخیر در شروع ناتوانی و معلولیت اتخاذ نمایند. برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان بر توسعه و تقویت خدمات اولیه مراقبت از سلامت و همچنین توسعه مستمر مراقبت از سلامت به‌منظور تأمین نیازهای افراد سالمند و ضرورت مشارکت افراد سالمند در تصمیم‌گیری‌های

-
1. Rehabilitation
 2. Assistive Thechnology
 3. Epidemiological Transition
 4. Degenerative Diseases

مرتبط با مراقبت از آنان تأکید می‌کند. این برنامه بر ضرورت توسعه رشته‌های علوم و رشته‌ها و تخصص‌های مرتبط با سالمندی^۱ برای همه متخصصان سلامت که با افراد سالمند سروکار دارند و توسعه برنامه‌های آموزشی درمورد سلامت سالمندان برای تخصص‌های بخش خدمات اجتماعی و ارائه برنامه‌های آموزشی برای مراقبین بهداشت درمورد مراقبت از سالمندان نیز تأکید می‌کند.

۱-۵. وضعیت سلامت افراد سالمند

همان گونه که در گزارش سازمان بهداشت جهانی درمورد سالمندی اشاره شد، فرد سالمند معمولی وجود ندارد. تجربیات مختلف درباره اواخر عمر سالمندان نشان می‌دهد که گرچه افراد سالمندی وجود دارند که ناتوان هستند، اما بسیاری از سالمندان وجود دارند که کاملاً مستقل هستند. باوجود این، افراد سالمند با خطر بیشتری در زمینه سلامتی مواجه هستند و به انواع خدمات پزشکی نیاز دارند. با افزایش سن جامعه، کشورها با افزایش شیوع امراض غیرمسمری یا غیرواگیر (NCDs)^۲ مواجه می‌شوند؛ ابتلا به این امراض با افزایش سن بیشتر می‌شود. از مهم‌ترین این امراض می‌توان به فشارخون، امراض قلبی - عروقی و روحی - روانی اشاره کرد. علاوه بر این، افراد سالمند بیشتر در معرض خطر ابتلا به امراض مسری مانند آنفولانزا و سرماخوردگی‌های معمولی قرار می‌گیرند. مسائل مرتبط با سلامت روان و شیوع ناتوانی نیز به موازات افزایش سن، بیشتر می‌شود. در بسیاری از کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه، وضعیت سلامت افراد سالمند بر اساس موضوعات زیر مشخص می‌شود:

۱- امراض غیرمسمری؛

۲- امراض مسری؛

۳- مسائل سلامت روان؛

۴- ناتوانی و معلولیت؛

۵- مشکلات مرتبط با تغذیه.

سه نوع اصلی امراض غیرمسمری در منطقه آسیا و اقیانوسیه شامل امراض قلبی - عروقی (CVDs)^۳، سرطان و مرض قند می‌باشد. برآوردها نشان می‌دهد که بین سال‌های ۱۹۹۰ و

1. Geriatrics and Gerontology
2. Non-Communicable Diseases
3. Cardiovascular Diseases

۲۰۱۰ میلادی، سال‌های توأم با ناتوانی (DALYs)^۱ ازدست‌رفته در منطقه در نتیجه بیماری‌های قلبی - عروقی، مرض قند و سرطان به ترتیب ۲۲.۶، ۶۹ و ۲۷.۳ درصد افزایش یافته است. نرخ مرگ‌ومیر ناشی از امراض غیرمصری در آسیا و اقیانوسیه، بالاترین میزان مرگ‌ومیر زنان در نتیجه امراض قلبی (۲۱۸ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر) و کشور فیجی نیز بالاترین نرخ مرگ‌ومیر مردان (۳۰۴ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر) در نتیجه امراض قلبی را به خود اختصاص داده است. بالاترین نرخ سکته‌های قلبی در منطقه آسیا و اقیانوسیه گزارش شده است. در کشور مغولستان، نرخ مرگ‌ومیر زنان ناشی از حملات قلبی برای زنان، ۱۸۹ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شد؛ در حالی که بالاترین نرخ مرگ‌ومیر ناشی از سکته، ۲۵۶ مورد به ازای هر یکصد هزار نفر برای مردان از سری لانکا گزارش شده است. افزایش ابتلا به مرض قند نیز زنگ خطر را در منطقه به صدا درآورده است. بین سال‌های ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۰ میلادی، منطقه آسیا و اقیانوسیه افزایش ۵۷ درصدی شیوع بیماری قند را تجربه کرد و شمار افراد مبتلا به مرض قند از ۸۴.۵ میلیون نفر به ۱۳۲.۳ میلیون نفر رسید. گرچه این برآوردها برای جمعیت بالغ است، اما شیوع بیماری‌های غیرمصری در بین جمعیت سالمند نیز نسبتاً زیاد است.

با توجه به آستانه مقاومت کمتر افراد سالمند در برابر این بیماری‌ها، به‌ویژه سالمندان ضعیف‌تر، این دسته از افراد در معرض خطر بیشتر ابتلا به امراض مصری مانند سل، آنفولانزا، عفونت‌های ریوی، مالاریا و اسهال قرار دارند. بسیاری از امراض مصری با فقر، شرایط زندگی نامناسب و ازدحام، بهداشت ضعیف، غذای ناکافی و آلوده، بهداشت شخصی ضعیف، فقدان آب سالم و دسترسی محدود به خدمات سلامت، رابطه معنی‌داری دارند. شیوع امراض نوپدید مانند آنفولانزای پرندگان، خطر ابتلا به این بیماری‌ها را در منطقه آسیا و اقیانوسیه بیشتر کرده است. از مهم‌ترین کشورهایی که آنفولانزای پرندگان در آن‌ها شیوع پیدا کرده است می‌توان به کشورهای بنگلادش، کامبوج، چین، هند، اندونزی، ژاپن، جمهوری کره، لائوس، مالزی، مغولستان، میانمار، تایلند و ویتنام اشاره کرد؛ به همین دلیل، افراد سالمند باید به مراقبت‌های پیشگیرانه و درمانی برای مقابله با افزایش شیوع امراض مصری دسترسی داشته باشند.

برآوردها نشان می‌دهد که حدود ۲۰ درصد افراد بالغ ۶۰ ساله و بالاتر در جهان از

ناهنجاری‌های روانی و عصبی، به‌استثنای سردردهای معمولی رنج می‌برند. از متداول‌ترین ناهنجاری‌های روحی - روانی در دوران سالمندی می‌توان به فراموشی و افسردگی اشاره کرد. بسیاری از افراد سالمند، حوادثی مانند مرگ بستگان و دوستان، تنزل جایگاه اقتصادی - اجتماعی پس از بازنشستگی یا معلولیت و ناتوانی را تجربه می‌کنند. همه این عوامل می‌توانند باعث منزوی شدن، کاهش استقلال، تنهایی و اضطراب و افسردگی در افراد سالمند شوند. همچنین افراد سالمند نسبت به سوءاستفاده از آنان بسیار آسیب‌پذیر هستند؛ این پدیده می‌تواند به پیامدهای روحی - روانی طولانی‌مدتی در آنان مانند افسردگی و اضطراب منتهی شود. متأسفانه معمولاً مسئولان مراقبت از سلامت سالمندان و همچنین خود افراد سالمند، این مشکلات را نادیده گرفته و گزارش نمی‌کنند؛ زیرا به دلیل نگرانی‌های ناشی از بیماری‌های روانی، مردم تمایل چندانی برای دریافت کمک‌ها ندارند. هم بیماری فراموشی و هم افسردگی می‌تواند مشکلات مالی و تنش‌های زیادی را برای خانواده‌ها به وجود بیاورد؛ به همین دلیل باید سیاست‌هایی را دنبال کرد که شدت و میزان شیوع ناهنجاری‌های روحی - روانی را در جمعیت سالمند شناسایی نموده و ارائه‌دهندگان کمک و جامعه را برای تأمین نیازهای افراد سالمند متأثر از این بیماری‌ها آماده نماید.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که میزان ناتوانی افراد با افزایش سن بیشتر می‌شود. مهم‌ترین علایم ناتوانی، در توانایی حرکتی ظاهر می‌شود. ناتوانی حرکتی باعث افزایش وابستگی به مددکاران می‌شود. در بسیاری از موارد، ناتوانی ممکن است دائمی باشد. این پدیده باعث می‌شود تا افراد سالمند برای تمامی عمر وابسته شوند. میزان مراقبت از یک سالمند نیازمند، با افزایش سن بیشتر می‌شود. بررسی‌های متعدد نشان داده است که با افزایش سن، شانس حرکت از وضعیت فعال به وضعیت ناتوان افزایش می‌یابد؛ و برعکس، شانس احیاشدن برای بازگشت به وضعیت فعال کاهش می‌یابد. شواهد و مطالعات موجود از بررسی‌های انجام‌شده در کشورهای چین، کامبوج و تایلند، از پیشرفت سریع ناتوانی با افزایش سن در جمعیت سالمند حکایت دارد؛ این پدیده در بین زنان سالمند بیشتر است. همچنین بررسی‌ها در کشور هند نشان داده است که شیوع ناتوانی با افزایش سن بیشتر می‌شود که این پدیده در بین زنان سالمند بیش از مردان سالمند مشاهده شده است. مشکلات بینایی و شنوایی نیز در ایجاد ناتوانی در افراد سالمند نقش دارد و باعث افزایش وابستگی آنان می‌شود.

افزایش امکانات برای مراقبت‌های بهداشتی بلندمدت برای آن دسته از سالمندانی که از

ناتوانی رنج می‌برند، باید در منطقه گسترش پیدا کند؛ زیرا انتظار می‌رود که تعداد آنان به میزان قابل توجهی در جمعیت سالمند افزایش یابد. نظام‌های مراقبت اجتماع‌محور^۱، فردمحور و یکپارچه باید رکن اصلی مراقبت از سلامت بلندمدت باشد؛ چنین نظام‌هایی نه تنها باید مقرون به صرفه نیز باشند بلکه باید به نیازهای افراد سالمند پاسخ دهند تا در دوران سالمندی از آنان در خانه مراقبت شود. رویکرد مراقبت اجتماع‌محور که در کشورهای با درآمد متوسط و کشورهای با درآمد پایین کاربرد دارد، مستلزم خواست و عزم سیاسی، تعهد، آموزش کافی مددکاران و همکاری همه ذی‌نفعان و سازگاری با شرایط محلی است؛ برای مثال در این زمینه می‌توان به بنیاد اجتماعی تسائو برای موفقیت در دوران سالمندی (COMSA)^۲ در کشور سنگاپور اشاره کرد که یک تجربه آزمایشی در زمینه توانمندسازی، مشارکت اجتماعی، اقدامات چندبخشی و چندسیستمی برای بهینه‌سازی زندگی افراد سالمند است. پروژه COMSA از یک سیستم غربال خطر زیستی - روانی - اجتماعی^۳ برای شناسایی افراد در معرض خطر در جامعه ارائه شده و درک و شناخت بهتری از وضعیت و نیازهای افراد سالمند به دست می‌دهد. ایده اصلی این پروژه، انجام اقدامات پیشگیرانه است تا سالمندان در آینده به مراقبت‌های کمتری نیاز داشته باشند. پروژه یادشده بر یکپارچه‌سازی جنبه‌های سلامت و اجتماعی مراقبت و همچنین ایجاد شبکه‌ای از مراقبت از سلامت در بین ارائه‌کنندگان خدمات در جامعه تأکید می‌کند. علاوه بر این، پروژه بر اهمیت مراقبت از خود یا خودیاری و همچنین مشارکت افراد سالمند و خانواده‌ها تأکید می‌کند.

دستگاه‌ها و تجهیزات کمکی نیز می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی افراد سالمند ناتوان کمک نمایند. کشور ژاپن در عرضه خدمات و محصولات نو و کمکی برای افراد سالمند، کشوری پیشرو است. از آخرین و مفیدترین نوآوری‌ها در زمینه محصولات و خدمات مرتبط با مراقبت از سالمندان و توسعه خدمات بهداشتی برای سالمندان می‌توان به ربات‌های انسان‌نمای باهوش مصنوعی پیشرفته، سیستم استحمامی که بیمار در حالت نشسته روی ویلچر از آن استفاده می‌کند و ربات‌هایی برای کمک به حرکت و پیاده‌روی بیماران ناتوان اشاره کرد. همچنین یک سیستم شبیه‌ساز مجازی - واقعی شناسایی علایم فراموشی برای آموزش مددکاران توسعه داده شده است.

1. Community
2. Tsao Foundation's Community for Successful Aging
3. Bio-Psycho-Social Risk Screener



افراد سالمند در ژیانگ چین

تغذیه یکی از عناصر مهم سلامت در جمعیت سالمند است که بر فرایند پیری تأثیر می‌گذارد. شیوع سوءتغذیه در بین افراد سالمند در حال افزایش است؛ این پدیده با کاهش در عملکردها، ضعف عضلانی، طولانی‌شدن بهبود زخم‌ها، شکستگی استخوان‌ها، افزایش جراحی‌ها و افزایش بالای هزینه‌های پذیرش در بیمارستان رابطه دارد. گذار تغذیه‌ای^۱ یا تغییر الگوهای تغذیه در منطقه در حال رخ دادن است. به موازات جهانی‌شدن، صنعتی‌شدن و توسعه شهرنشینی، وعده‌های غذایی و محتوای آن‌ها با چربی‌های بیشتری همراه می‌شود. به این ترتیب، افزایش مصرف محصولات حیوانی و غذاهای فرآوری شده با فیبر کمتر باعث رشد سریع چاقی و ناهنجاری‌های تغذیه‌ای در افراد می‌شود. این تغییرات، افراد سالمند را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ زیرا آنان بیشتر به غذاهای طبیعی عادت داشته‌اند. استانداردهای تغذیه عموماً در نواحی روستایی بهتر است. ارزیابی نحوه تغذیه برای شناسایی و درمان بیماران در معرض خطر بسیار حائز اهمیت است. مدیریت مسائل تغذیه مستلزم اتخاذ رویکردهای همه‌جانبه‌ای مانند درمان عوامل اصلی از جمله بیماری‌های مزمن، افسردگی و انزوای اجتماعی است که بیشتر در افراد سالمند مشاهده می‌شود؛ بنابراین، تغذیه مناسب برای

1. Nutritional Transition

به مجموعه تغییراتی که در ترکیب و نوع رژیم غذایی و الگوی فعالیت و وضعیت تغذیه یک جامعه در طول زمان ایجاد می‌شود، گذار تغذیه‌ای گفته می‌شود (مترجم).

سلامت و فعالیت در دوران سالمندی بسیار حائز اهمیت است. سیاست‌های سلامت باید شامل تأمین غذای مناسب و افزایش مصرف غذاهای سالم و فعالیت‌های فیزیکی در طول عمر باشد.

کشور بوتان در حال تشویق مردم به انتخاب شیوه‌های زندگی سالم مانند توسعه و تشویق فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی است تا از افزایش ابتلا به مرض قند جلوگیری کند؛ زیرا این بیماری بیشتر از تغذیه نامناسب و عدم فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی ناشی می‌شود و شیوع آن نیز هم‌زمان با پیرشدن افراد بیشتر می‌شود. در سال ۲۰۰۰ میلادی، تقریباً ۳۵ هزار نفر مبتلا به بیماری قند در این کشور شناسایی شدند؛ انتظار می‌رود که تعداد آن‌ها تا سال ۲۰۳۰ میلادی به سه برابر افزایش پیدا کند.

۲-۵. پوشش بیمه سلامت

زمانی که هزینه‌های پزشکی افزایش پیدا می‌کند، خدمات حمایت از سلامت در دوران سالمندی از اهمیت زیادی برخوردار می‌شود. هر کاهشی در هزینه‌های سلامت می‌تواند باعث کاهش فقر در دوران سالمندی شود. تقریباً همه کشورها در منطقه آسیا و اقیانوسیه در جست‌وجوی ارائه پوشش بیمه سلامت برای کل جمعیت هستند. این اقدامات، موفقیت‌های متفاوتی را در کشورهای منطقه همراه داشته است. برای تأمین منابع مالی مراقبت از سلامت برای همه اقشار جامعه، دولت‌ها عمدتاً بر ترکیبی از درآمدهای عمومی (مالیات)، بیمه سلامت، بیمه سلامت خصوصی و مشارکت در هزینه وابسته هستند. در همه کشورها یک سیستم خاص بودجه برای بخش سلامت وجود دارد که منابع مالی خدمات سلامت عمومی را تأمین می‌کند. معمولاً این خدمات به‌صورت رایگان در دسترس هستند یا بر مبنای مشارکت در هزینه‌ها ارائه می‌شوند که این موضوع به درآمد بیمار بستگی دارد؛ البته کافی‌بودن و کیفیت این خدمات در کشورهای مختلف، متفاوت است.

عموماً بیمه سلامت برای افراد سالمند با نظام بازنشستگی رابطه دارد. علاوه بر این، طرح‌های بیمه سلامت خصوصی به‌صورت فزاینده‌ای برای خرید توسط کسانی که توانایی پرداخت حق بیمه‌ها را دارند، در حال افزایش است. در بیشتر کشورها، کارکنان دولتی و بخش رسمی از طریق بیمه سلامت تکمیلی تحت پوشش قرار می‌گیرند؛ برای مثال، تقریباً در همه کشورها مانند هند، میانمار، پاکستان و تایلند، خدمات عمومی شامل برخورداری از مزایای

مراقبت از سلامت در دوران سالمندی و پس از بازنشستگی ارائه می‌شود. معمولاً بخشی از هزینه پوشش بیمه به‌صورت اجباری به‌وسیله کارمند تأمین مالی می‌شود. بیشتر کشورها دارای برنامه‌های بیمه اجتماعی اجباری برای کاکنان خدمات رسمی هستند که بر اساس پرداخت سهم کارکن و کارفرما عمل می‌کنند. بخشی از هزینه‌های بیمه از سوی کارکنان پرداخت می‌شود و معادل آن یا بیش از آن نیز توسط کارفرما پرداخت می‌شود؛ برای مثال، این شیوه در اندونزی، فیلیپین و ویتنام اجرا می‌شود.

تجربه پوشش بیمه سلامت برای بخش غیررسمی و سایر افراد جامعه در بیشتر کشورها با مشکلاتی همراه بوده است. مهم‌ترین موانع در این زمینه، مشکلات جمع‌آوری حق بیمه به‌صورت منظم است. تلاش‌ها برای تحت‌پوشش قراردادن گروه‌های خاص مانند کارگران غیررسمی، با موفقیت کمتری همراه بوده است. در کشورهای جزیره‌ای منطقه اقیانوسیه، پوشش بیمه سلامت اجتماعی با استفاده از نظام پیش‌پرداخت با مشکلات اجرایی مواجه است؛ زیرا نیروی کار رسمی و پایه مالیاتی در بیشتر این کشورها پایین است و مشکلات زیادی در زمینه جمع‌آوری حق بیمه سلامت وجود دارد. علاوه بر این، جمعیت در این جزایر بسیار پراکنده توزیع شده‌اند که این ویژگی نیز باعث تشدید مشکلات افزایش پوشش بیمه سلامت در این مناطق می‌شود.

در مجموع در منطقه آسیا و اقیانوسیه، بیمه اجتماعی سلامت به‌صورت یک استثنا باقی‌مانده است. باوجود این، همه دولت‌ها پوشش بیمه سلامت فراگیر را موردتوجه قرار داده‌اند، اما معمولاً به‌صورت کامل اجرا نمی‌گردد. کیفیت خدمات ارائه‌شده به‌ویژه در کشورهای با درآمد کمتر باید بهتر شود؛ البته امکان اینکه بیشتر کشورها بتوانند خدمات بیمه سلامت را به‌صورت فراگیر از بودجه دولت تأمین کنند، وجود ندارد. رشد روزافزون جمعیت سالمندان می‌تواند باعث افزایش هزینه‌های مراقبت از سلامت شود. باید خاطرنشان کرد که مخارج سلامت معمولاً در پایان عمر بیشتر می‌شود و صرفاً ناشی از پیرشدن نیست. به همین دلیل، اهداف بلندمدت در این زمینه باید با همه اقدامات پیش‌پرداخت برای بیمه، طرح‌های بیمه سلامت و مشارکت در تأمین هزینه‌های بیمه و توسعه پوشش یکپارچه و معادل پرداخت حق بیمه هماهنگ گردد. به همین دلیل، توجه سیاست‌های مراقبت‌های اجتماعی باید بر تأمین مالی حمایت از افراد سالمند از طریق معافیت از پرداخت‌ها و اعطای یارانه‌های کافی در این زمینه معطوف شود.

۳-۵. آموزش کارکنان مراقبت از سلامت

رشد سریع جمعیت سالمند در منطقه آسیا و اقیانوسیه، موضوع ضرورت تربیت کارکنان آموزش دیده و واجد صلاحیت کارکنان مراقبت از سلامت را برای پاسخ گویی به تقاضای رو به رشد خدمات مراقبت از سلامت و مراقبت بلندمدت، بیش از پیش مطرح کرده است. این پدیده نه تنها ضرورت آموزش متخصصان مراقبت از دوران پیری را مطرح کرده است، بلکه به پزشکان، پرستاران و مددکاران برای درک و شناخت مشکلات سلامت جمعیت سالمند کمک می کند تا مسائل و مشکلات آنان را به شیوه ای مناسب مدیریت نمایند.

بنابراین کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه، تربیت و عرضه کافی متخصصان آموزش دیده در زمینه مراقبت از سلامت سالمندان را در دستور کار قرار داده اند. بسیاری از کشورها، توسعه و آموزش منابع انسانی را در برنامه و سیاست های خود منظور کرده اند؛ این سیاست ها شامل ایجاد و توسعه مؤسساتی برای بررسی مسائل دوران سالمندی، تقویت تصمیم گیری های مرتبط با مراقبت از سلامت افراد سالمند، تدوین استانداردها و معیارهایی برای تربیت پرستاران و مددکاران متخصص در زمینه مراقبت از سالمندان و معرفی دروس مراقبت از سالمندان در دروس پزشکی و ترویج اطلاعات در خصوص مراقبت از افراد سالمند می باشد. سیاست ملی بنگلادش در خصوص افراد سالمند (۲۰۱۴) و قانون شهروندان سالمند پاکستان^۱ (۲۰۱۴)، اقداماتی را برای معرفی مباحث مراقبت از سلامت در دروس پزشکی منظور کرده اند. در فیلیپین، سیاست هایی برای ایجاد واحدها و تشکیلاتی برای بررسی مسائل و مشکلات افراد سالمند در دولت در دستور کار قرار گرفته است و بیمارستان های خصوصی در حال گسترش پوشش حمایت از سالمندان و بهبود دسترسی آنان به مراقبت های اجتماعی و سلامت با هزینه های مناسب برای بیشتر شهروندان سالمند فقیر است.

در نشست اخیر سران همکاری های اقتصادی آسیا - اقیانوسیه (APEC)^۲ بر ضرورت اتخاذ رویکردهای منطقه ای برای ارتقای ظرفیت های توسعه کارکنان مراقبت از سلامت بر اساس استانداردهای مشخص و هماهنگ سازی شرایط برای تسهیل تردد و ارتباطات نیروی کار مراقبین سلامت در آسیا و اقیانوسیه و همچنین کاهش اثرات فرار مغزها از طریق سرمایه گذاری روی نخبگان تأکید شده است؛ همچنین در این نشست بر توسعه و درک

1. Pakistan Senior Citizens Act

2. Asia-Pacific Economic Cooperation

اجتماعی نیروی کار مراقبت از سلامت، تضمین دستیابی به فرصت‌ها برای این حرفه و توسعه و حمایت از حقوق انسانی و نیروی کار کارکنان مراقبت از سلامت تأکید شده است. کشورهای اندونزی، ژاپن، سری‌لانکا، فیلیپین و ویتنام در حال آموزش کارکنان مراقبت از سلامت افراد سالمند از طریق رفع مشکلات ارتباطی زبان و توسعه دانش فناوری اطلاعات در این زمینه هستند.

۵-۴. نوآوری‌های سیاستی برای توسعه سلامت و رفاه در دوران سالمندی

همان گونه که عنوان شد، بیشتر کشورهای ذکرشده در جدول ۶، سیاست‌هایی را برای رویارویی با مشکلات افراد سالمند و سلامت آنان دارند که بیشتر این سیاست‌ها در رابطه با سلامت همه آنان است. باوجود این، مسائل ویژه‌ای در رابطه با سلامت افراد سالمند در همه برنامه‌های ملی سالمندی در منطقه آسیا و اقیانوسیه موردتوجه قرار گرفته است. برخی از کشورها مانند کامبوج، هند، مالزی، نپال و ویتنام، سیاست‌ها و برنامه‌های ویژه‌ای را برای رویارویی با مشکلات سلامت جمعیت سالمند دارند.

موضوع بیماری‌های غیرمسری در سیاست‌های سلامت همه کشورها موردتوجه قرار گرفته است. در برخی از کشورها، سیاست‌های مقابله با امراض غیرمسری به‌طور خاص بر افراد سالمند تأکید دارد؛ در حالی که در سایر سیاست‌ها، افراد سالمند به‌عنوان بخشی از مجموع جمعیت در نظر گرفته شده‌اند. سیاست ملی کامبوج در خصوص مراقبت از سلامت سالمندان و افراد معلول، بیشتر معطوف به تدابیری برای پیشگیری و درمان بیماری‌های حاد مانند فشارخون بالا، امراض قلبی، مرض قند و بیماری‌های تنفسی است و تمهیداتی را برای پایش منظم در بازه‌های زمانی شش‌ماهه برای افراد سالمند و شناسایی و تشخیص بیماری‌های غیرمسری در نظر گرفته است. در کشور فیجی، برنامه توسعه ملی (۲۰۰۷-۲۰۱۱) شامل برنامه‌هایی برای بخش سلامت عمومی است که در آن، بر اجرا و گسترش فعالیت‌های مراقبت از سلامت و مداخله‌های راهبردی، به‌ویژه مداخله در جمعیت در معرض خطر از جمله افراد سالمند، برای رویارویی با بیماری‌های غیرمسری تأکید شده است. در برنامه سلامت میانمار (۲۰۱۱-۲۰۱۶) بر اولویت‌های پیگیری، کنترل و مراقبت از بیماری‌های غیرمسری و ایجاد شرایط مساعد برای همه گروه‌های جمعیتی، به‌ویژه سالمندان که انتظار می‌رود درصد زیادی از آنان با بیماری‌های غیرمسری در دوران سالمندی مواجه شوند، توجه شده است.

علاوه بر این، در این برنامه بر بهبود و ارتقای سلامت مادران، نوزادان، کودکان، بزرگسالان و سالمندان به عنوان بخشی از دوران عمر تأکید شده است.

تقریباً در همه کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه بر جنبه‌های سیاستی متعدد برای رویارویی و پیگیری مشکلات سالمندان و دسترسی آنان به مراقبت از سلامت تأکید شده است. این سیاست‌ها شامل تأمین تسهیلات برای سالمندان، درمان‌های خاص و ترجیحی، کاهش یا حذف هزینه‌های مراقبت از سلامت و برنامه‌های ویژه تأمین مراقبت‌های پزشکی همه یا گروه خاصی از افراد سالمند است. قانون سالمندان سال (۲۰۰۹-۲۰۱۰) و قانون حمایت از سلامت شهروندان در کشور ویتنام، اولویت‌های خاصی را برای درمان افراد سالمند در نظر گرفته است. در کشور نپال، قانون شهروندان سالمند مصوب سال ۲۰۰۶ میلادی اذعان می‌کند که سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت باید اولویت‌های ویژه‌ای را برای سالمندان در نظر بگیرند و معافیت‌هایی معادل ۵ درصد هزینه درمان را برای آنان قائل شوند. برای درمان افراد سالمند در بخش خدمات سلامت، شماری از کشورها دسترسی مناسب به تسهیلات را موردتوجه قرار داده‌اند و بر ضرورت تأمین نیازهای افراد سالمند و تلفیق مسائل آنان در برنامه‌ریزی همه بخش‌های سلامت تأکید کرده‌اند. در متمر راهبردهای توسعه نظام بلندمدت مراقبت از سلامت برای توانمندسازی افراد سالمند کشور تایلند (۲۰۱۴) بر حمایت از خانواده‌ها و جوامع برای عرضه خدمات مراقبت از سلامت مناسب به افراد سالمند ناتوان و نیازمند تأکید شده است. شماری از کشورها نیز در حال بررسی نوآوری‌هایی در این زمینه برای ارائه دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت هستند. همچنین دسترسی به مراقبت از سلامت در نواحی دور از دسترس و صعب‌العبور نیز در برخی از کشورها موردتوجه قرار گرفته است که از مهم‌ترین این کشورها می‌توان به بنگلادش، کامبوج، چین، مغولستان و نپال اشاره کرد. در تعداد معدودی از کشورها که فاقد سیاست‌های خاص برای رویارویی با مسائل مراقبت از سلامت سالمندان هستند، مسائل مراقبت از سلامت سالمندان تحت پوشش برنامه‌های کلان‌تر جمعیت قرار دارد. گرچه کشورها تسهیلاتی برای پیشگیری و درمان بیماری‌های مسری دارند، اما کیفیت این خدمات در کشورهای مختلف، متفاوت است و به شرایط اقتصادی کشورها بستگی دارد.

نوآوری‌های سیاستی برای رویارویی با سلامت روان افراد سالمند در منطقه آسیا و اقیانوسیه کمتر موردتوجه قرار گرفته است. ده کشوری که برنامه‌های ملی آنان موردبررسی

قرار گرفت، به موضوع سلامت روان افراد سالمند توجه کرده‌اند. اسناد سیاستی نه کشور دارای مراجع قانونی برای رویارویی و پیگیری مشکلات بیماری‌های فراموشی و آلزایمر بودند. اسناد سیاستی سایر کشورها به صورت کلی به موضوع سلامت روان و رفاه افراد سالمند پرداخته‌اند؛ برای مثال، سیاست‌های ملی کشور فیجی درمورد سالمندی (۲۰۱۱-۲۰۱۵) به منظور بازنگری برنامه‌های آموزشی برای کارکنان بخش سلامت از جمله آموزش‌های مرتبط با خدمات روان‌شناسی تدوین شد.

همه کشورهای ذکر شده در جدول ۶، سیاست‌هایی را برای معلولین و افراد ناتوان دارند. باوجود این، گرچه برخی از کشورها قوانین، سیاست‌ها و برنامه اقدام را برای افراد معلول و ناتوان تصویب کردند، اما برخی از کشورها فقط کنوانسیون سازمان ملل متحد در خصوص حقوق افراد دارای معلولیت^۱ را امضا یا تصویب کردند و یا قوانین معدودی درباره حمایت از معلولین دارند؛ برای مثال، کشور فیجی فقط کنوانسیون سازمان ملل متحد در خصوص حقوق افراد دارای معلولیت را امضا کرده و اقدامات خاصی در این زمینه انجام نداده، اما کشور لائوس، منشور رعایت حقوق افراد دارای معلولیت (۲۰۰۷) را تصویب کرده است. در این منشور، مزایای خاصی برای افراد سالمند در نظر گرفته شده است؛ از مهم‌ترین این مزایا می‌توان به کاشت پروتز، ساخت مسکن، تخصیص زمین برای کمک به توسعه اقتصادی خانواده، دریافت حقوق و تأمین شغل‌های درآمدزا اشاره کرد. در برخی از کشورها، سیاست‌ها مرتبط با معلولین بیشتر معطوف به کودکان و افراد در سن کار است و به صورت خاص به افراد سالمند نمی‌پردازد. در برخی از کشورها هم که برنامه‌های ملی درمورد سالمندی به موضوع معلولیت می‌پردازند، این برنامه‌ها به صورت موضوعی به این مسئله می‌پردازند که در این خصوص می‌توان به مراقبت از سلامت یا حمایت از ساخت مسکن و محیط زندگی این افراد اشاره کرد.

موضوع تغذیه در تعداد معدودی از اسناد سیاستی کشورها منظور شده است. فقط ۱۰ کشور از ۱۸ کشور، برنامه‌های ملی درمورد نیازهای تغذیه‌ای دوران سالمندی دارند و ۱۵ کشور از مجموع کشورهای نام‌برده شده در جدول ۶ دارای سیاست‌های مشخصی درباره تغذیه افراد سالمند هستند. بیشتر این سیاست‌ها بر ارائه آموزش و اطلاعات درمورد تغذیه افراد

1. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities

سالمند تأکید می‌کنند. سیاست جزایر کوک^۱ درمورد سالمندی (۲۰۱۲-۲۰۱۷) بر اهمیت تغذیه در ارتقای سلامت سبک زندگی تأکید می‌کند. راهبردها و سیاست‌های ملی تغذیه در کشور نپال (۲۰۰۸)، افراد سالمند را به‌منزله گروه‌های آسیب‌پذیر در نظر می‌گیرد.



زنان سالمند در جلسات ماهانه باشگاه زنان سالمند در ویتنام

فصل ششم
تضمین ایجاد محیط حمایتی
و توانمندساز

سومین اولویت برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان، بر اهمیت ایجاد محیط حمایتی و توانمندساز برای افراد سالمند و متناسب با شأن آنان و تضمین حضور آنان به عنوان اعضای فعال در جامعه تأکید می‌کند. محیط توانمندساز^۱ به ایجاد و فراهم کردن تمامی شرایط برای تسهیل مشارکت فعال افراد سالمند در خانواده، جامعه، فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی به صورتی آزادانه و درخور شأن آنان گفته می‌شود. حتی افراد سالمندی که از نظر مالی در وضعیت مناسبی قرار دارند و در شرایط سلامت خوبی به سر می‌برند نیز ممکن است با موانع متعددی برای مشارکت کامل در فرایند توسعه مواجه شوند که از دلایل آن می‌توان به وجود محیط نامساعد مانند تبعیض سنی، سوءاستفاده از سالمندان، وجود محیط غیردوستانه یا وجود مشکلات خانوادگی، نگرش‌های اجتماعی و سیاسی به افراد سالمند اشاره کرد. همچنین ممکن است افراد سالمند، امکان تردد و رفتن به بیرون از منزل بدون آسیب‌رساندن به خود را نداشته باشند. آنان ممکن است به علت فقدان سیستم حمل‌ونقل مناسب یا ترس از پیاده‌روی به دلیل ناامنی بودن جاده‌ها یا روشنایی نامناسب، امکان جابه‌جایی و حرکت نداشته باشند. همچنین ممکن است مراقبین آنان اجازه رفت‌وآمد آزادانه را به آن‌ها ندهند. علاوه بر این، این دسته از افراد ممکن است از مورد سوءاستفاده قرار گرفتن یا بدرفتاری توسط سایرین ترس داشته باشند. به همین دلیل، ایجاد محیطی حمایتی و توانمندساز برای افراد سالمند به منظور مشارکت آنان در همه فعالیت‌هایی که دوست دارند دنبال کنند، ضروری است.

برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان، ایده‌پردازی و نظریه‌پردازی در زمینه سالمندی را در جامعه با توجه به ترجیحات افراد توسعه می‌دهد. با توجه به اینکه نگهداری مناسب افراد سالمند می‌تواند باعث بهبود سلامت و رفاه آنان شود، برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان بر ایجاد محیط توانمندساز با گزینه‌های مناسب و ارزان و متناسب با سن افراد و دسترسی آسان به سیستم حمل‌ونقل و خدمات اجتماعی اساسی از جمله خدمات مراقبت از سلامت تأکید می‌کند. چنین محیطی باید دسترسی به ساختمان‌های دولتی و فضاهایی که استقلال فردی و مشارکت فعال را در جامعه ترغیب می‌کند، تسهیل

نماید. از آنجایی که اغلب تردد در نواحی روستایی و حتی در شهرهای توسعه‌یافته مشکل است و معمولاً خیابان‌ها و پیاده‌روها برای خانواده‌های جوان طراحی می‌شود؛ به همین دلیل، طراحی سیستم‌های حمل‌ونقل باید به گونه‌ای باشد تا افراد سالمند نیز بتوانند به سیستم حمل‌ونقل با هزینه‌های قابل قبول دسترسی داشته باشند.

علاوه بر توجه به اهمیت محیط خانه و محیط زندگی افراد سالمند، برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان بر تأمین مستمر خدمات سلامت برای افراد سالمند و حمایت از مددکاران از جمله مددکاران افراد سالمند و به‌ویژه زنان سالمندی که از نوه‌های خود یا از بستگان سالمند مراقبت می‌کنند، تأکید می‌کند. در این برنامه اقدام، بر حذف همه نوع مسامحه، بدرفتاری و خشونت درمورد افراد سالمند و ایجاد خدمات حمایتی برای مقابله با بدرفتاری با افراد سالمند تأکید می‌کند. همچنین در برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندان به‌منظور ارائه تصویری بهتر از مسائل و مشکلات سالمندان، بر حق آزادی و استفاده از تجربه آنان و همچنین مشارکت افراد سالمند در فعالیت‌های اجتماعی تأکید شده است.

۶-۱. پیش‌نیازهای محیط توانمندساز

می‌توان عناصر کلیدی محیطی که افراد سالمند را برای مشارکت کامل در فرایند توسعه توانمند می‌سازد، به شرح زیر طبقه‌بندی کرد:

۱- مسکن مناسب؛

۲- گذران دوران سالمندی در محیط مناسب؛

۳- مراقبت سلامت مناسب؛

۴- حمایت در برابر تبعیض‌های سنی و بدرفتاری؛

۵- شبکه‌سازی اجتماعی.

محیط خانه و محیط پیرامون، اهمیت بسیار زیادی برای افراد سالمند دارد؛ از مهم‌ترین عوامل این محیط‌ها می‌توان به راحتی، دسترسی، ایمنی و امنیت روحی و روانی خانه اشاره کرد. برای برخی از افراد سالمند، زندگی با اعضای جوان‌تر خانواده بسیار ایده‌آل است؛ زیرا می‌توانند مراقبت و توجهات و همچنین احترام لازم را دریافت کنند.

گذاران دوران سالمندی در محیط مناسب از اهمیت بسزایی برای افراد سالمند برخوردار است. سپری کردن دوران سالمندی در محل زندگی لزوماً به معنای ادامه زندگی در همان محل

زندگی دوران جوانی و همچنین به معنای زندگی با اعضای خانواده یا اقوام و بستگان نیست؛ در واقع وضعیتی است که افراد سالمند می‌توانند در جایی زندگی کنند که بتوانند به صورت مستقل و مطمئن، نحوه گذران دوران سالمندی خود را انتخاب نمایند. در اینجا مفهوم مستقل به معنای تکیه کامل به خود نیست، بلکه به این معنا است که آن‌ها می‌توانند خودشان تصمیم بگیرند و در فعالیت‌های بیرون از خانه مشارکت کنند. وجود خانه مناسب برای سپری کردن دوران سالمندی در جای مناسب، یکی از پیش‌نیازهای اصلی است. همچنین وجود تسهیلات حمل‌ونقل و زیربنایی مانند جاده‌ها، خیابان‌ها و پیاده‌روها و سیستم‌های ارتباطی نیز از اهمیت بسیار زیادی برخوردار هستند. نوآوری‌ها و فناوری‌ها نه تنها گذران دوران سالمندی را تسهیل می‌کند، بلکه باعث می‌شود تا افراد سالمند مستقل‌تر شوند. تلفن‌های همراه نیز می‌توانند باعث افزایش اعتماد به نفس افراد سالمند شود؛ زیرا می‌دانند که هنگام نیاز می‌توانند به راحتی کمک درخواست کنند.

بسیاری از افراد سالمند به مراقبت و حمایت بیشتری نیاز دارند؛ زیرا به موازات افزایش سن، بسیاری از آنان از ناتوانی و معلولیت رنج می‌برند. این مراقبت‌ها ممکن است توسط اعضای خانواده یا مددکاران حرفه‌ای ارائه شود؛ به همین دلیل، آموزش مددکاران حرفه‌ای برای ارائه چنین خدماتی بسیار حائز اهمیت است. همچنین اعضای خانواده‌هایی که از اقوام سالمند خود نگهداری می‌کنند نیز باید آموزش‌های پایه در مورد چگونگی مراقبت از افراد سالمند را دریافت کنند؛ این افراد باید نسبت به نیازها و احساسات افراد سالمند حساس باشند. مددکاران غیررسمی نیز به سایر شکل‌های کمک مانند کمک‌های مالی، تمهیدات کاری انعطاف‌پذیر و مراکز مراقبت روزانه برای کاهش فشار کاری آنان نیاز دارند.

تبعیض‌های سنی به شدت بر افراد سال‌خورده تأثیر می‌گذارد. همچنین این مسئله، موضوعی حقوق بشری است. تبعیض‌های سنی، پدیده‌ای متداول است که مانع استفاده از قابلیت‌های کامل افراد سالمند می‌شود؛ به همین دلیل، تعدادی از کشورها قوانین ضد تبعیض سنی^۱ را تصویب کرده‌اند، اما شناسایی و اثبات تبعیض‌هایی که افراد سالمند ممکن است با آن‌ها مواجه شوند، بسیار مشکل است. بارزترین برخوردهای تبعیضی، بدرفتاری با سالمندان است؛ این نوع تبعیض به عنوان سوءاستفاده فیزیکی، ذهنی، احساسی یا مالی از افراد سالمند توصیف می‌شود؛ ممکن است مسئول ارائه خدمات سلامت، مددکاران حرفه‌ای مانند پرستار یا

اعضای جوان‌تر خانواده و حتی فرزندان ارشد خانواده، چنین سوءاستفاده‌هایی را انجام دهند. زمانی که افراد جوان خانواده از تعداد افراد سالمند بیشتری مراقبت می‌کنند، سوءاستفاده و بدرفتاری با سالمندان بیشتر می‌شود. متأسفانه سوءاستفاده از سالمندان به علت شرم خانواده یا ترس از انتقام بستگان افراد سالمند گزارش نمی‌شود. کارکنان بخش سلامت و مددکاران اجتماعی باید برای شناسایی و گزارش دادن موارد سوءاستفاده و بدرفتاری با سالمندان آموزش ببینند. همچنین افراد سالمند باید تشویق شوند تا در زمانی که مورد سوءاستفاده و بدرفتاری قرار می‌گیرند، حقایق را بیان کنند. به همین دلیل، مددکاران باید به‌خوبی آموزش‌های مناسب را طی کنند تا بتوانند تنش‌های ایجادشده در نتیجه رفتارهای خشونت‌آمیز در افراد سالمند را کاهش دهند.

شبکه‌سازی اجتماعی^۱ نیز نقش مهمی در سلامت و فعالیت دوران سالمندی ایفا می‌کند؛ این کار در کاهش احساس انزوا و تنهایی افراد سالمند بسیار مؤثر است. اگر خدمات مراقبت به افراد با ارائه فناوری اطلاعات مانند تلفن همراه و دسترسی به اینترنت همراه باشد، این کار می‌تواند آنان را تا حدودی از تنهایی و انزوا خارج کند؛ زیرا استفاده از این فناوری به آنان اجازه می‌دهد تا بتوانند به‌صورت مرتب با اعضای خانواده که در مناطق دورتر زندگی می‌کنند، در تماس باشند.

انجمن‌های مردمی سالمندان (OPAs)^۲ تقریباً در همه کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه تشکیل شده‌اند. گرچه این انجمن‌ها به‌تازگی شکل گرفته‌اند، اما شمار آن‌ها پس از دومین مجمع جهانی مادرید در خصوص سالمندی^۳ افزایش معنی‌داری پیدا کرده است. این انجمن‌ها، فرصت‌هایی را برای افراد سالمند به‌منظور تعامل و ارتباط با یکدیگر و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی مختلف به‌صورت روزانه فراهم می‌کند. انجمن‌های مردمی سالمندان به افراد سالمند کمک می‌کنند تا تجربیات خود را به اشتراک بگذارند و همدیگر را به روش‌های گوناگون یاری کنند. همچنین انجمن‌های مردمی سالمندان، راه‌هایی ارتباطی برای افراد سالمند به وجود می‌آورند تا دل‌نگرانی‌ها و دغدغه‌های خود درباره مسائل و مشکلاتی که با آن‌ها مواجه هستند، به دولت منتقل نمایند. علاوه بر این، انجمن‌های مردمی سالمندان می‌توانند به‌عنوان واسطه عمل کنند؛ یعنی دولت‌ها می‌توانند از طریق آن‌ها، جزئیات

1. Social Networking

2. Older People's Associations

3. Madrid Second World Assembly on Ageing

برنامه‌های مؤثر بر افراد سالمند را به جامعه سالمند منتقل نمایند.

در کشور کامبوج، انجمن‌های مردمی سالمندان توسط دولت و با حمایت مؤسسه کمک به سالمندان توسعه داده شد و در حال حاضر به شکل‌های مختلف در این کشور فعالیت می‌کند. در این کشور، شبکه‌ای شامل ۴۰۰ هزار انجمن مردمی سالمندان وجود دارد که دولت می‌تواند از ظرفیت‌های آنان برای حمایت از افراد سالمند استفاده کند. در سایر کشورها از جمله ایران، مالزی، میانمار، پاکستان، فیلیپین، تایلند و ویتنام نیز انجمن مردمی سالمندان وجود دارد که در سراسر کشور پراکنده هستند. این انجمن‌ها با اسامی مختلفی مانند گروه‌های خودیاری افراد سالمند (OPSHGs)^۱ در میانمار، باشگاه‌های شهروندان سالمند در تایلند و باشگاه خودیاری بین نسلی^۲ در ویتنام شناخته می‌شوند که اخیراً به منزله بخشی از سیاست‌های ملی به رسمیت شناخته شده‌اند. بیش از ۲۵ درصد از افراد سالمند در تایلند، عضو باشگاه شهروندان سالمند هستند.

یکی از فعالیت‌های انجمن مردمی سالمندان، پایش اجرای سیاست‌های شهروندان سالمند و خدمات مؤثر به آنان و تهیه مستندات لازم برای حمایت از تحول و بهبود شرایط کمک به سالمندان در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی است؛ برای مثال در کشور بنگلادش، گروه‌های پایش شهروندان سالمند در شش ناحیه در کشور باعث ارتقای شفافیت تخصیص منابع در سطح جامعه شده‌اند. این انجمن، برای ارتقای نقش رهبری در گروه‌های پایش شهروندی به زنان کمک کرد و سرانجام باعث افزایش بودجه کمک به افراد سالمندان شد. در پاکستان پس از بروز خشونت‌هایی در سال‌های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ میلادی، گروه‌های مدافع و مرجع افراد سالمند و افراد دارای معلولیت، داده‌ها و اطلاعات لازم را از جوامع آواره و جوامع میزبان به تفکیک سن و جنس گردآوری کردند؛ سازمان‌های بشردوست نیز به‌منظور تأمین نیازهای افراد سالمند در شرایط اضطراری، این اطلاعات را مورد استفاده قرار دادند.

فراخوان‌های برنامه اقدام برای مطالبات افراد سالمند (APA)^۳ و توسعه مؤسسه بین‌المللی کمک به سالمندان، یکی دیگر از رسانه‌ها برای رساندن صدای افراد سالمند است. این فراخوان‌ها طی سالیان متمادی، افراد سالمند را برای مذاکره با مقامات دولتی به‌منظور بهبود کیفیت زندگی آنان بسیج کرده‌اند. این فراخوان‌ها و نشست‌ها، منافع ملموسی برای افراد

1. Older Person Self-Help Groups
2. Intergenerational Self Help Clubs
3. Age Demands Action

سالمند از طریق ایجاد تحولات سیاسی یا فرایند بازنگری سیاست‌ها در شماری از کشورها به‌همراه داشته و صدای افراد سالمند را در سطح جهانی رساتر نموده و اعتمادبه‌نفس افراد سالمند را برای مشارکت در مذاکرات سیاسی با دولت‌ها بیشتر کرده است؛ برای مثال در کشور فیجی، نمایندگان برنامه اقدام برای مطالبات افراد سالمند اجازه پیدا کردند تا برای نخستین بار با یکی از وزیران دولتی ملاقات کنند. پس از این جلسه، هیئت‌وزیران فیجی، پیش‌نویس سیاست‌های ملی درمورد سالمندی را تصویب کرد؛ از شبکه جهانی کمک به افراد سالمند^۱ نیز دعوت شد تا در فرایند تهیه این پیش‌نویس کمک نماید. در کشور نپال، رئیس‌جمهور با ارتقای جایگاه مسائل مرتبط با حقوق سالمندان در پیش‌نویس جدید قانون اساسی کشور موافقت کرد. مجلس کشور فیلیپین، معرفی بازنگشتگی اجتماعی در کشور را تصویب کرد؛ این موافقت با سال‌ها مذاکره درمورد برنامه اقدام برای مطالبات افراد سالمند ممکن شده است. برخی از کشورها، فراخوان‌های برنامه اقدام مطالبات افراد سالمند در خصوص سلامت را در ۷ آوریل (روز جهانی بهداشت) و برخی کشورها، فراخوان‌های مطالبات سالمندان در خصوص حقوق آنان را در روز ۵ ژوئن (روز جهانی مبارزه با بدرفتاری با سالمندان) به رسمیت شناخته‌اند.

۶-۲. نوآوری‌های سیاستی برای ایجاد محیط توانمندساز

همه کشورهای ذکرشده در جدول ۶ به‌استثنای جزایر سلیمان، سیاست‌هایی را درباره ایجاد محیط توانمندساز و حمایتی اتخاذ کرده‌اند. باوجود این، گستره و دامنه این سیاست‌ها برای حل‌وفصل مباحث کلیدی محیط توانمندساز در این کشورها متفاوت است. هرچند برخی از کشورها فقط طرح‌هایی کلی برای ارائه برخی از حمایت‌ها و مراقبت‌ها برای افراد سالمند آسیب‌پذیر، یا برنامه‌هایی در خصوص دسترسی به خدمات حمل‌ونقل عمومی دارند، اما سایر کشورها، سیاست‌های گسترده‌تری را درمورد بهبود وضعیت مسکن، حمایت از مددکاران، مبارزه با تبعیض سنی و بدرفتاری با افراد سالمند تدوین کرده‌اند.

شمار زیادی از کشورها نیز سیاست‌هایی در رابطه با تأمین مسکن دارند. در هند، حدود ۱۰ درصد از منابع سیاست‌های ملی تدوین‌شده به‌منظور افزایش ساخت مسکن برای گروه‌های درآمدی آسیب‌پذیر، برای افراد سالمند در نظر گرفته شده است. منشور حقوق شهروندان

سالمند و سیاست‌های سال ۲۰۰۶ میلادی در کشور سریلانکا، ارائه وام و ایجاد انگیزه‌های لازم برای بهسازی مسکن و تشویق ساخت مسکن برای سالمندان را در دستور کار قرار داده است. تعدادی از کشورها مانند کامبوج، فیلیپین و تایلند نیز تأمین مسکن و بهسازی محیط زندگی را در قانون توجه قرار داده‌اند.

بسیاری از کشورها نیز به منظور ارتقای محیط‌زیست سالمندان، سیاست‌هایی را برای ایجاد محیط‌های سازگار با سالمندان^۱ مورد توجه قرار داده‌اند. در کشور چین، این سیاست‌ها شامل طراحی کدهایی برای جاده‌ها، ساختمان‌ها و سایر مکان‌های عمومی، تدوین معیارهایی برای توسعه دسترسی به ساختمان‌ها و خدمات و توسعه انجمن‌ها و خانه‌های مناسب هستند. کشورهای هند و تایلند نیز اعطای وام و ایجاد انگیزه‌های مالی را برای تشویق ساخت یا بهسازی مسکن و ارتقای دسترسی به تأسیسات برای سالمندان را در دستور کار قرار داده‌اند. در کشور مالزی به منظور ایجاد محیط سازگار با سالمندان، سیاست‌های ملی مسکن (۲۰۱۱) و سیاست‌های ملی سالمندان تصویب شده است. کشور بنگلادش، سیاست ملی افراد سالمند (۲۰۱۴) را به منظور افزایش تسهیلات دسترسی به سیستم حمل‌ونقل عمومی برای افراد سالمند در دست اجرا دارد تا محیط‌های سازگاری برای سالمندان ایجاد نماید. تقریباً همه کشورها، سازوکارهایی را برای دریافت کرایه کمتر و ایجاد تسهیلات برای نشستن افراد سالمند در سیستم حمل‌ونقل دارند.

همچنین همه کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه، سیاست‌هایی را در خصوص حمایت از مددکاران دارند. برخی از کشورها مانند چین، هند، نپال، سری لانکا و ویتنام، قوانینی درمورد مراقبت از افراد سالمند توسط اعضای خانواده دارند. در سایر کشورها، این سیاست‌ها بیشتر بر نقش خانواده با استفاده از سازوکارهای مختلف مانند انگیزه‌های مالیاتی تأکید دارند که در این خصوص می‌توان به هند، مالزی و فیلیپین، ارائه خدمات مشاوره در ایران، هند و سری لانکا و آموزش مددکاران غیررسمی در فیجی، کره جنوبی، میانمار، ویتنام، چین، هند، ایران و سری لانکا اشاره کرد. کشور فیجی صراحتاً از مددکاران زن سالمند حمایت می‌کند.

بیشتر کشورها نیز سیاست‌هایی برای مقابله با تبعیض‌های سنی و بدرفتاری با سالمندان دارند. قانون اساسی بیشتر کشورها، حمایت‌هایی را برای مقابله با تبعیض (نه صرفاً برای افراد سالمند) دارد که همه گروه‌های سنی را شامل می‌شود. باوجود این، تبعیض سنی به‌ندرت در

سیاست‌های بخشی مانند سیاست‌های سلامت، حمایت اجتماعی، کار و کارگر، مسکن و محیط زندگی موردتوجه قرار گرفته است. شماری از کشورها، تمهیداتی قانونی به‌منظور حمایت از افراد سالمند برای مقابله با مسامحه، بدرفتاری و خشونت دارند. برنامه اقدام ملی فیلیپین در خصوص شهروندان سالمند (۲۰۰۶-۲۰۱۰) بر حمایت و ارتقای حقوق افراد سالمند متناسب با شأن انسانی آنان و به‌منظور کاهش نابرابری‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و حذف نابرابری‌های فرهنگی تأکید می‌کند. سیاست‌های ملی افراد سالمند (۲۰۱۴) در کشور بنگلادش، با هدف ارتقای کیفیت زندگی افراد سالمند بر جلوگیری از تبعیض و بدرفتاری با افراد سالمند و تضمین دسترسی به آموزش، آزادی مذهبی، آرامش روحی و به‌رسمیت‌شناختن فعالیت‌های اجتماعی آنان تأکید می‌کند. در قانون مرتبط با افراد سالمند (۲۰۰۹) در کشور ویتنام و منشور و سیاست‌های ملی شهروندان سالمند (۲۰۰۶) در کشور سریلانکا نیز تمهیداتی در رابطه با پیشگیری از تبعیض، سوءاستفاده، مسامحه و خشونت درمورد افراد سالمند پیش‌بینی شده است.



بستگان سالمند در فرودگاهی در استان شرقی، جزایر سلیمان

فصل هفتم

تضمین دسترسی به داده‌ها

تدوین سیاست‌های مبتنی بر اطلاعات موثق برای مقابله با مسائل و مشکلات سالمندی از اهمیت حیاتی برخوردار است. وجود داده‌ها و اطلاعات مناسب برای داشتن چشم‌اندازی از وضعیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی، اشتغال، منابع مالی، بدرفتاری با افراد سالمند، محیط زندگی و نقش حمایت خانواده از افراد سالمند، ضروری است. بدون وجود داده‌های زیربنایی کافی، پایش کیفیت زندگی، تحولات کلیدی وضعیت سلامت و شرایط اقتصادی و سایر متغیرهای افراد سالمند غیرممکن است. چنین داده‌هایی برای سیاست‌گذاران به‌منظور تدوین سیاست‌هایی مبتنی بر داده‌های موثق برای مقابله با مشکلات افراد سالمند و با توجه به تغییرات در طول زمان، از اهمیت بسیار زیادی برخوردار هستند. داده‌های روندهای زمانی نیز برای پایش اثرات اجرای سیاست‌ها ضروری هستند.

طی ده سال گذشته، تلاش‌های فزاینده‌ای در سطوح بین‌المللی، ملی و محلی در منطقه آسیا و اقیانوسیه برای گردآوری اطلاعات افراد سالمند از طریق بررسی‌های پیمایشی موثق انجام شده است. از آغاز قرن جاری، این پیمایش‌ها در کشورهای بنگلادش، کامبوج، چین، هند، اندونزی، مالدیو، میانمار، فیلیپین، تایلند و ویتنام انجام شده است. هفت کشور از بین این ۱۰ کشور، فقط یک پیمایش انجام دادند، اما کشور هند دو پیمایش در این رابطه انجام داده است؛ چین و تایلند نیز پیمایش‌های چندگانه‌ای را در این زمینه انجام داده‌اند. این پیمایش‌ها تا حدود زیادی به‌صورت فراگیر انجام شد و طیف گسترده‌ای از جنبه‌های مختلف زندگی سالمندان یا حداقل بخشی از وضعیت سلامت آنان را آشکار کرده است. علاوه بر این بررسی‌های پیمایشی تخصصی، پیمایش‌های دیگری نیز به‌وسیله سایر مراجع انجام شد که هدف آن‌ها به‌صورت خاص، جمع‌آوری داده‌ها درمورد افراد سالمند نبوده است، اما داده‌ها و اطلاعات آن‌ها برای گردآوری اطلاعات درباره افراد سالمند بسیار سودمند است؛ برای مثال، سرشماری‌های ملی، اطلاعات ارزشمندی درباره افراد در همه گروه‌های سنی از جمله افراد سالمند ارائه می‌کنند. همچنین سایر مراجع مانند بررسی‌های پیمایشی نیروی کار، بررسی‌های پیمایشی جمعیت و سلامت (DHS)^۱، پیمایش‌های درآمد و هزینه خانوار، آمارهای مرگ‌ومیر

و بیماری نیز داده‌های ارزشمندی به تفکیک سن و جنس ارائه می‌کنند که می‌توانند در مطالعات مختلف ویژگی‌های جمعیت سالمند مورد استفاده قرار گیرند.

خلاً داده‌ها در زمینه جمعیت در حال سالمندی و افراد سالمند در کشورهای منطقه کاملاً مشهود است. گزارش‌های اخیر شبکه بین‌المللی کمک به سالمندان برای صندوق جمعیت سازمان ملل متحد اعلام کرد که بیش از نیمی از کشورها، بررسی‌های پیمایشی خاصی برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات در مورد سالمندی و افراد سالمند انجام نداده‌اند؛ داده‌هایی کیفی نیز در این زمینه در دسترس نیست. تنها یک استثنا در گزارش شبکه بین‌المللی کمک به سالمندان، با عنوان «سالمندی در قرن بیست و یکم، تجلیل و یک چالش»^۱ وجود دارد که در این گزارش، یک فصل کامل به نظرات افراد سالمند بر اساس مصاحبه با ۱۳۰۰ زن و مرد سالمند در ۳۶ کشور جهان اختصاص داده شده است. بررسی اظهارنظر و عقاید افراد سالمند از طریق مصاحبه و بحث‌های گروهی متمرکز^۲، اطلاعات ارزشمندی را درباره سالمندی، کیفیت زندگی و ترس و امیدهای آنان آشکار کرد.

شماری از کشورها می‌توانند گام‌های مؤثری در زمینه بهبود دسترسی به اطلاعات بردارند. بررسی‌های پیمایشی فراگیر افراد سالمند باید در کشورهایی که هنوز جمعیت در حال سالمندشدن ندارند و بیشتر نگرانی آن‌ها مسائل اقتصادی - اجتماعی است، انجام شود. گزارش‌های موضوعی که معمولاً پس از سرشماری‌ها منتشر می‌شوند باید ویژگی‌ها و وضعیت افراد سالمند را به صورت مستمر تحت پوشش قرار دهند. داده‌های سرشماری باید به صورت گسترده در دسترس باشد تا امکان تحلیل‌های بومی جمعیت سالمند را فراهم کند. بررسی‌های پیمایشی جمعیت و سلامت باید طرح‌ها و برنامه‌های کوتاه‌مدتی در مورد سلامت افراد سالمند ارائه کند. بررسی‌های پیمایشی طولی که صرفاً برای طرح‌ریزی مطالعات سالمندی انجام می‌شوند، باید به منظور تحت پوشش قراردادن مسائل افراد سالمند توسعه داده شوند و تحلیل‌های جنسیتی نیز باید به آسیب‌پذیری زنان در دوران سالمندی توجه نمایند.

فصل هشتم

توصیه‌ها و مسائل کلیدی

پس از انتشار دستورالعمل‌های اجرایی مفاد برنامه اقدام بین‌المللی مادرید در خصوص سالمندی، بسیاری از کشورها عزم خود را برای تدوین سیاست‌هایی برای رویارویی با مسائل کلیدی نوظهور ناشی از تحولات جمعیت در حال سالمندی جزم کرده‌اند. هرچند پیشرفت‌های بسیار زیادی در این رابطه در برخی از کشورهای منطقه و با درجات مختلفی از پیشرفت حاصل شده است، اما هنوز راه درازی در این زمینه در پیش است؛ زیرا پیش‌بینی می‌شود که تعداد سالمندان با نرخ شتابانی افزایش پیدا کند.

افراد سالمند، دغدغه‌های زیادی در رابطه با امنیت مالی دارند و از فرورفتن به دامن فقر در دوران پیری، دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت و مراقبت‌های پزشکی، مسکن مناسب، تبعیض سنی، تنهایی و احساس بی‌پهلو بودن می‌ترسند. به همین دلیل، تدوین سیاست‌های مبتنی بر اطلاعات موثق، برای مقابله با مشکلات جمعیت سالمند و بهبود کیفیت زندگی آنان در سراسر منطقه آسیا و اقیانوسیه ضروری است. دولت‌ها به‌تنهایی قادر به پاسخ‌گویی به مسائل و مشکلات مرتبط با سالمندی نیستند؛ بخش خصوصی، سازمان‌های غیردولتی، سازمان‌های جامعه‌محور (CBOs)¹، کارفرمایان و اتحادیه‌های کارگری و از همه مهم‌تر، افراد سالمند باید برای رویارویی با این مشکلات گام بردارند. دو عنصر کلیدی در این زمینه یعنی داده‌ها و اطلاعات افراد سالمند برای اولویت‌بندی مسائل و مشکلات، و نیز داده‌هایی برای درک و شناخت عمیق از مسائل و مشکلات افراد سالمند، بسیار حیاتی هستند.

علاوه بر سیاست‌های خاص برای پاسخ‌گویی به نیازهای افراد سالمند، برخی از تحولات بنیادی در نگرش‌ها و رویکردها به‌ویژه در جوامعی که به‌سرعت در حال سالمندشدن هستند، موردنیاز است. در اغلب سیاست‌های ملی به افراد سالمند توجه می‌شود، اما این توجه در بطن سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی کلان‌تر جمعیت سالمند در کل جامعه قرار دارد. گرچه اغلب افراد سالمند به کمک نیاز دارند، اما گرایش کلی، در نظر گرفتن آنان به‌منزله یک گروه آسیب‌پذیر است. با توجه به اینکه افراد سالمند سهم بیشتری از کل جمعیت را شامل خواهند شد، به همین دلیل کشورها باید به این باور برسند که افراد سالمند می‌توانند به‌عنوان

یک سرمایه انسانی ارزشمند برای جامعه و اقتصاد تلقی گردند.

افزایش طول عمر، یک عامل مهم برای توجه بیشتر به این گروه جمعیتی است؛ لذا استفاده و کاربرد بیشتر از ظرفیت‌ها و قابلیت‌های این گروه جمعیتی در حال رشد ضروری است و باید نقش آنان در خانواده‌ها و جوامع تسهیل و تشویق شود. باید توجه کرد که اولویت‌ها در هر کشوری به‌صورت چشمگیری تغییر خواهد کرد. این موضوع به سرعت و شتاب سالمندشدن جمعیت در کشورها بستگی دارد. از مهم‌ترین توصیه‌های کلان در این زمینه می‌توان موارد زیر را برشمرد:

■ پذیرش موضوع سالمندی جمعیت و تغییر نگرش‌های کلیشه‌ای و اجتماعی در خصوص سالمندی و افراد سالمند؛

■ یکپارچه‌سازی و ادغام مسائل سالمندی جمعیت در سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی اجتماعی از جمله سیاست‌های جنسیتی به‌جای تأکید صرف بر سیاست‌های افراد سالمند؛

■ تضمین پیگیری وزیران و سازمان‌ها برای پاسخ‌گویی به مسائل و مشکلات سالمندی به‌صورت مناسب و با پیش‌بینی نیروی انسانی و مالی برای پاسخ به نیازهای سالمندان؛

■ تضمین مشارکت افراد سالمند در تصمیم‌گیری درباره مسائل و مشکلاتی که به‌صورت مستقیم بر آنان تأثیر می‌گذارد؛

■ ارتقای آگاهی در زمینه حقوق سالمندان و همچنین قوانین و مقررات و سیاست‌ها در بین افراد سالمند، ارائه‌دهندگان خدمات و نمایندگان منتخب؛

■ بازآموزی و تربیت پایشگران شهروندان سالمند از بین انجمن‌های افراد سالمند برای رصد و پایش؛

■ تدوین چهارچوب‌های سیاست‌گذاری جامع و فراگیر در خصوص سالمندی و حمایت از مشارکت گسترده‌تر از افراد سالمند و افزایش دسترسی به خدمات و تأمین اجتماعی و ارزیابی اجرای سیاست‌ها و تأمین منابع مالی در منطقه؛

■ پایان دادن به هرگونه تبعیض سنی و سوءاستفاده از سالمندان و تضمین حقوق انسانی افراد سالمند و نیز پایان دادن به سنت‌های غلط تبعیض‌آمیز سالمندان به‌ویژه زنان سالمند؛

■ توانمندسازی زنان برای ادامه زندگی متناسب با شأن و احترام، برابری و عدالت جنسیتی و رهایی از خشونت‌های جنسیتی و سایر اشکال خشونت با تأکید بر حقوق

- مالکیت زمین، ریشه‌کنی فقر، دسترسی به ارث و اعتبارات؛
- حذف موانع کار و اشتغال در دوران سالمندی از جمله تبعیض، تمهیدات انعطاف‌پذیر بازنشستگی و رفع موانع دسترسی به اعتبارات و آموزش، و ارائه مشوق‌هایی برای به‌کارگیری افراد سالمند تا زمانی که تمایل به کارکردن دارند و قادر به انجام آن هستند؛
 - توسعه پوشش تأمین اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی مناسب در دوران سالمندی از طریق اعمال سیاست‌های تأمین اجتماعی (این کار باید شامل مقرری‌های بازنشستگی غیراجباری برای پاسخ‌گویی به شکاف‌های پوشش بازنشستگی رسمی یا غیررسمی باشد)؛
 - بازننگری در نظام سلامت برای ارائه خدمات به جمعیت سالمند با تأکید بر پیشگیری از بیماری‌های غیرمسری و معلولیت از طریق توسعه و حمایت از کارکرد افراد سالمند و دسترسی ارزان به خدمات مراقبت از سلامت و خدمات اجتماعی؛
 - توسعه حمایت‌های مراقبت بلندمدت و تلفیق راهکارهای جامعه‌محور برای تسهیل و رفع مسائل و مشکلات سالمندی در سیاست‌ها و کاهش وابستگی آنان به مراقبت‌های نهادی و حمایت و پشتیبانی از مراقبین خانواده غیررسمی؛
 - ایجاد زیربنای عمومی سازگار با شرایط سالمندان برای بهبود دسترسی و تشویق افراد برای فعالیت در دوران سالمندی؛
 - توسعه آموزش و تشویق فعالیت‌های داوطلبانه و مشارکت فعال افراد سالمند در زندگی اجتماعی؛
 - حمایت از خدمات جامعه‌محور و سازمان‌های تحت هدایت افراد سالمند به‌عنوان راه ارتباطی برای مشارکت بیشتر و کاهش انزوا و تنهایی و کمک‌های اجتماعی کاربردی؛
 - درک، شناخت و پاسخ‌گویی به نیازهای افراد سالمند در واکنش به تحولات اقلیمی و انسان‌دوستانه؛
 - تغییر نگرش‌ها به افراد سالمند به‌عنوان یک گروه آسیب‌پذیر در هنگام بلایا و توجه به آنان به‌منزله یک سرمایه اجتماعی؛
 - گردآوری داده‌ای کیفی به تفکیک سن و جنس و پژوهش در خصوص مسائل و مشکلات افراد سالمند و اطمینان از شنیدن نظرات افراد سالمند از سوی دولت‌ها؛
 - تشویق سازمان‌های بین‌المللی و تشکلهای غیردولتی مانند صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی، بخش زنان سازمان ملل متحد، سازمان بین‌المللی

کار (ILO)، بانک جهانی و شبکه بین‌المللی کمک به سالمندان برای همکاری و مشارکت با همه ذی‌نفعان منطقه به‌منظور برنامه‌ریزی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی افراد سالمند.

دولت‌ها نیز باید موارد زیر را در قانون توجه قرار دهند:

- هم‌سوسازی مسائل سالمندی و دغدغه‌های افراد سالمند در چهارچوب سیاست‌های توسعه ملی و راهبردهای کاهش فقر؛
- تدوین سیاست‌های ملی در خصوص پیگیری مسائل و مشکلات سالمندان؛
- اجرای برنامه‌هایی به‌منظور پاسخ‌گویی به نیازهای افراد سالمند؛
- تضمین تأمین منابع مالی کافی برای اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها؛
- حمایت از مددکاران غیررسمی؛
- پایان‌دادن به تبعیض و خشونت علیه افراد سالمند و تضمین رعایت حقوق انسانی همه افراد سالمند.

برنامه‌های بین‌المللی، صندوق‌ها و نهادهای سازمان ملل متحد نیز باید موضوعات زیر را موردتوجه قرار دهند:

- منظورکردن مفاد برنامه مادرید در سطوح محلی؛
- حمایت و پشتیبانی از هم‌سوسازی مسائل و مشکلات سالمندی در دستورکارهای توسعه و راهبردهای کاهش فقر؛
- یکپارچه‌سازی مسائل سالمندی در برنامه‌ها و پروژه‌های سازمان ملل متحد؛
- تسهیل مذاکرات سیاسی برای اولویت‌بندی نیازهای افراد سالمند؛
- تقویت همکاری و مشارکت بین نهادهای مختلف در خصوص مسائل جمعیت سالمند؛
- ارتقای مشارکت در مذاکرات با جوامع مدنی و بخش خصوصی؛
- حمایت از پژوهش‌ها و فعالیت‌های گردآوری داده‌ها؛
- مبادله تجربیات و اقدامات موفق؛

جوامع مدنی، سازمان‌های غیردولتی و بخش خصوصی باید موضوعات زیر را موردتوجه قرار دهند:

- ایفای نقش و کارکردها به‌عنوان عامل اجرایی برنامه‌ها و سیاست‌ها؛
- حمایت و پشتیبانی و چانه‌زنی برای پاسخ‌گویی به نیازهای افراد سالمند؛
- رسیدگی به مسائل و مشکلات افراد سالمند در سطوح فرودست جامعه؛
- به‌کارگیری و استفاده از ظرفیت نهادهای ذی‌ربط به‌عنوان سازوکارهایی برای هماهنگی و مشاوره ملی
- در زمینه سالمندان؛
- حمایت و پشتیبانی از نوآوری‌ها در زمینه مسائل افراد سالمند؛
- ایجاد شبکه گروه‌های حمایتی مددکاران؛
- شناسایی منابع محلی و اجتماعی؛
- تغییر نگرش‌های کلیشه‌ای و منفی نسبت به سالمندان؛
- حمایت و پشتیبانی از نوآوری‌ها در زمینه مراقبت از سالمندان؛
- بسیج منابع مالی.

Perspectives on Population Ageing in the Asia-Pacific Region

اکثریت قریب به اتفاق کشورهای جهان درگیر با پدید سالمندی و تشدید آن طی دهه‌های آتی هستند. پدید سالمندی نه تنها تمام گروه‌های سنی و جنسیتی در کشورهای مختلف را متأثر می‌سازد، بلکه ساختارهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و قانون‌گذاری را نیز دستخوش تغییر خواهد کرد. ایران نیز به عنوان کشوری که ساختار جمعیتی آن از سال‌ها پیش روندهای سالخوردگی را آغاز کرده، از این قاعده مستثنی نیست. از این رو، رصد دائمی تحولات جمعیتی سایر مناطق و کشورهای دنیا، که امکان مقایسه‌پذیری شرایط را نیز فراهم می‌سازند، می‌تواند یاری‌کننده ما در نحوه مواجهه و تطبیق‌پذیری با شرایط جدید باشد.

گزارش «چشم‌اندازهای جمعیت در حال سالمند شدن در منطقه آسیا-اقیانوسیه» از سری گزارش‌های منطقه‌ای صندوق جمعیت سازمان ملل متحد حاوی نکات مهمی در خصوص سالمندان است و امکان بهره‌مندی از تجارب این کشورها را برای ما فراهم می‌سازد.

قیمت: ۲۰۰۰۰ تومان