

روان‌شناسی و سلامت روان سالمندان

تألیف

دکتر سید موسی کافی

استاد دانشگاه گیلان

دکتر ماریه عبدالقادری

دکترای روان‌شناسی، مدرس دانشگاه ملایر

فهرست

پیشگفتار	۷
فصل ۱: مفاهیم اساسی روان‌شناسی سالمندی	۹
فصل ۲: تاریخچه سالمندی	۲۴
فصل ۳: سالمندی زیستی	۴۲
فصل ۴: سالمندی اجتماعی	۶۱
فصل ۵: سالمندی روانی	۷۴
فصل ۶: استرس‌های سالمندی	۸۶
فصل ۷: اختلال‌های عصبی شناختی سالمندی	۱۰۵
فصل ۸: ارزیابی روان‌شناختی سالمندان	۱۲۵
فصل ۹: سالمندی و سلامت روان	۱۴۷
فصل ۱۰: توانبخشی سالمندان	۱۵۹
فصل ۱۱: روان‌درمانی سالمندان	۱۷۸
منابع	۲۰۷
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۲۱۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۲۱۵

پیشگفتار

سالمندی به مثابه طولانی‌ترین دوره رشد و تحول با تغییرات متعدد زیستی، روانی و اجتماعی همراه است. عبور موفقیت‌آمیز از دوره سالمندی مستلزم سازگاری با این تغییر و تحولات است. جمعیت سالمندان در بسیاری از جوامع در حال افزایش است. آشنایی سالمندان با ویژگی‌های این دوره، به آنها در مقابله با مشکلات و استرس‌ها کمک می‌کند. پزشکان، پرستاران، روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی از جمله متخصصانی هستند که می‌توانند در افزایش امید به زندگی و ارتقای سلامت زیستی، روانی و اجتماعی سالمندان نقش بسیار مهمی داشته باشند. در این کتاب ضمن تعریف سالمندی زیستی و اجتماعی بر ویژگی‌های روان‌شناختی سالمندان تأکید شده است. خوانندگان این کتاب با روش‌های مختلف ارزیابی روان‌شناختی سالمندان، انواع استرس‌ها و بیماری‌های روانی دوره سالمندی و روش‌های ارتقای سلامت روان، توان‌بخشی و روان‌درمانی افراد سالمند آشنا می‌شوند. مطالعه این کتاب برای فعالان این حوزه مانند مؤسسات بازنشستگی، تأمین اجتماعی و سازمان بهزیستی مناسب است. دانشجویان کارشناسی و تحصیلات تکمیلی که درس روان‌شناسی سالمندی را دارند می‌توانند از این کتاب به مثابه منبع درسی استفاده کنند. بدون تردید مطالب این کتاب خالی از اشکال نیست و با نقایصی همراه است. مؤلفان این کتاب پذیرای نظرات و پیشنهادهای ارزشمند خوانندگان و صاحب‌نظران هستند.

موسی کافی

ماریه عبدالقادری

۱۴۰۳

فصل ۱

مفاهیم اساسی

روان‌شناسی سالمندی

موضوع کلی روان‌شناسی سالمندی مطالعه و بررسی علمی رفتار افراد در زمان پیری است. بحث روان‌شناسی سالمندی از یک نظر از جمله موضوعات روان‌شناسی تحولی محسوب می‌شود. زیرا اگرچه روان‌شناسی تحولی بر دورهٔ کودکی و نوجوانی تأکید می‌کند؛ اما رفتار را از پیش از تولد تا مرگ مورد بررسی قرار می‌دهد. از طرف دیگر اگر بخواهیم بر رفتارهای بهنجار و نابهنجار سالمندان تأکید کنیم، در واقع موضوع آسیب‌شناسی روانی سالمندان را مورد توجه قرار داده‌ایم، که می‌تواند با روان‌پزشکی سالمندان نیز مرتبط باشد. اهداف روان‌شناسی سالمندی را می‌توان در توصیف رفتار سالمندان، تبیین و کنترل یا پیش‌بینی رفتار آنها خلاصه کرد. به عبارت دیگر روان‌شناسانی که در حوزهٔ سالمندی فعالیت می‌کنند به ما می‌گویند که اصولاً سالمندان چه ویژگی‌هایی دارند. مثلاً خوش‌بین یا بدبین هستند. همچنین مشخص می‌کنند که دلایل یا سبب‌شناسی این ویژگی‌ها کدامند؛ اینکه چگونه می‌توان رفتارهای سالمندان را پیش‌بینی و یا کنترل کرد و اقدامات لازم را برای پیشگیری از رفتارهای نابهنجار آنها انجام داد.

تعریف سالمندی

در تعریف کلی می‌توان گفت که سالمندی از دههٔ هفتم زندگی شروع می‌شود. بدین ترتیب ساده‌ترین تعریف سالمندی بر اساس سن تقویمی است. سالمند کسی است که ۶۵ سال یا بیشتر دارد. امروزه با توجه به افزایش طول عمر افراد، دامنهٔ دورهٔ سالمندی بیشتر از هر دورهٔ دیگر سنی است. مثلاً، پایان دورهٔ کودکی تا پایان ۱۱ سالگی و دورهٔ

نوجوانی معمولاً بین ۱۲ تا ۱۸ سالگی است، اما با توجه به اینکه عده‌ای از افراد ممکن است تا ۱۰۰ سالگی عمر کنند، پس دوره سالمندی دوره‌ای طولانی است. بدین ترتیب سالمندان از تمام گروه‌های سنی ناهمگن‌ترند و اغلب تفاوت‌هایشان بیشتر از شباهت‌هایشان است. از این رو، در بعضی از منابع علمی، مشخص کردن این افراد با عنوان پیران جوان^۱ (۶۵ تا ۷۴ سالگی)، پیران سالمند^۲ (۷۵ تا ۸۴ سالگی) و پیران کهن‌سال^۳ (۸۵ سالگی به بعد) نیز رایج است (سادوک و همکاران، ۲۰۲۲).

تعریف سالمندی بر اساس سن تقویمی یک تعریف عینی و دقیق است و می‌تواند مبنای از کارافتادگی و بازنشستگی باشد. در این تعریف به ویژگی‌های فردی سالمند چندان توجه نمی‌شود. به دلیل اهمیت این ویژگی‌ها، مفهوم پیرشدن کارکردی^۴ مطرح شده است که به توانایی سالمندان در انجام فعالیت‌های مختلف اشاره دارد. به‌منظور درک توانایی‌های خاص فرد سالمند، در تعریف سالمندی در نظر گرفتن عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی مهم‌تر از سن تقویمی است.

بر اساس دیدگاه زیست‌شناختی، سالمندی دوره‌ای از زندگی است که در آن تعداد از بین رفتن سلول‌ها از تعداد تکثیر آنها بیشتر است، زیرا در این دوره عملکرد بیشتر بافت‌ها و اندام‌های بدن دچار توقف یا پسرفت تدریجی می‌شود (صدر الهی و همکاران، ۱۴۰۱). به‌طور کلی دوره حیات سلول‌های انسان محدود است و بعضی از سلول‌ها از بین می‌روند و به جای آن‌ها سلول‌های جدید ساخته نمی‌شوند. از بین رفتن سلول‌ها می‌تواند منجر به بیماری‌های جسمی و البته مشکلات روانی شود؛ بنابراین، سالمندی را می‌توان تحلیل رفتن توانایی‌های جسمی و روانی دانست.

در دیدگاه‌های روان‌شناختی، سالمندی به معنی فقدان عملکرد مطلوب روانی است. رفتار افراد در دوره سالمندی دستخوش تغییراتی می‌شود. ارتباط عاطفی در تعدادی از سالمندان تغییر می‌کند و آنها به تدریج منزوی‌تر می‌شوند. بعضی از سالمندان در تنظیم هیجان‌های خودشان مشکل دارند، بنابراین زودرنج و حساس می‌شوند. ممکن است عده‌ای از سالمندان بدبین شوند و نسبت به اطرافیان خودشان سوءظن پیدا کنند؛

1. young-old

2. Old-old

3. oldest-old

4. functional ageing

همچنین نیاز به وابستگی، حمایت، توجه و احترام زیادی را احساس می‌کنند. به علاوه با افزایش سن، افت فعالیت‌های شناختی به ویژه «حافظه» محسوس تر می‌شود. ظرفیت یادآوری مطالب گذشته و توانایی یادگیری موضوعات جدید در دوره سالمندی تا حدودی کاهش می‌یابد (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۵). سالمندی روانی بر اساس حالات عاطفی و هیجانی و فعالیت‌های روان‌شناختی سنجیده می‌شود و به توانایی سازگاری فرد با محیط ارتباط دارد. به علاوه تغییرات رشد شخصیت، عاطفه، ادراک و رفتار را در بر می‌گیرد.

صاحب‌نظران علوم اجتماعی در تعریف سالمندی بر عملکرد فرد در جامعه تأکید می‌کنند. جامعه‌شناسان فرد سالمند را کسی می‌دانند که به دلیل افزایش سن و کهولت، توانایی ایفای نقش‌ها و مسئولیت‌های اجتماعی واگذار شده از سوی خانواده و جامعه را نداشته باشد. این نقش‌ها و وظایف از یک جامعه به جامعه دیگر و یا در جوامع سنتی و صنعتی، متفاوت هستند. بر اساس دیدگاه جامعه‌شناسان، گرچه مسائل جسمی، روانی و عاطفی سالمندان مهم است، اما مشابهت‌ها و تفاوت‌های اجتماعی و فرهنگی هر جامعه نیز حائز اهمیت است. از این نظر فرد ممکن است طبق هنجارهای فرهنگی یک جامعه سالمند باشد و همین فرد در جامعه‌ای دیگر سالمند محسوب نشود. در برابر سالمندی فرد، سالمندی جامعه یا سالخوردگی جمعیت نیز مطرح می‌شود که از طریق نسبت افراد ۶۵ ساله و بالاتر به کل جمعیت به دست می‌آید (الیوپولوس، ۲۰۱۰). البته سالمند شدن جامعه نیز می‌تواند بر مسائل اقتصادی تأثیر بگذارد و باعث افزایش شدید هزینه‌های عمومی، و فشار مضاعفی بر جامعه تحمیل کند.

از مجموع این تعاریف می‌توان نتیجه گرفت که سالمندی، فرآیندی چندبعدی، متفاوت و منحصر به فرد است. ممکن است فردی از نظر سن تقویمی، سالمند محسوب شود؛ اما به لحاظ اجتماعی یا روان‌شناختی عملکردی مناسب داشته باشد و از این نظر سالمند نباشد. بنابراین، در تعریف سالمندی در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی مهم است. چند بعدی بودن سالمندی نشان می‌دهد که رشد و تحول یک فرد در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی متفاوت است و مشخص شده است که افراد در سنین بالای سالمندی قابلیت رشد و تکامل را در بسیاری از ابعاد دارند. با توجه به این تغییرات زیاد

درون فردی، در بحث سالمندی بین سه نوع سالمندی طبیعی^۱ یا فیزیولوژیک، سالمندی بیمارگونه^۲ یا پاتولوژیک و سالمندی مطلوب^۳ یا آرمانی تفاوت گذاشته می‌شود. سالمندی طبیعی عبارت از تغییرات تدریجی ساختار بدن، که از بیماری‌های قابل پیشگیری یا حوادث واضح دیگر ناشی نشده باشد. این نوع سالمندی فقط با ازدست‌دادن تدریجی عملکردهای بدنی و روانی که خاص این دوره است، توصیف می‌شود. مثلاً در افراد بالای ۸۰ سال آسیب‌های شناختی خفیف پیش می‌آید یا در سن ۷۰ سالگی به بعد کم‌کم آرتروز شکل می‌گیرد. سالمندی بیمارگونه همراه با بیماری، عامل محیطی مخرب یا حوادثی است که سبب افت شدید عملکردهای اساسی و کیفیت زندگی می‌شود. این نوع سالمندی افرادی را شامل می‌شود که انواع مختلف بیماری را دارند. سالمندی آرمانی با داشتن هدف در زندگی، استقلال زیاد، احساس آسایش و رسیدن به اهداف مشخص می‌شود. مثال‌های برجسته این سالمندی، افراد بالای ۱۰۰ سال هستند (پوراابراهیم، ۱۳۸۶). سالمندی بر اساس سن شروع به دو دسته سالمندی زودرس و سالمندی دیررس تقسیم می‌شود. اگر نشانه‌ها و عوارض دوران سالمندی پیش از ۶۰ سالگی آشکار شود آن را سالمندی زودرس می‌نامند (صدرالهی و همکاران، ۱۴۰۱).

سالمندی فعال

سالمندی فعال فرآیند به‌سازی فرصت‌های لازم برای ایجاد سلامتی، مشارکت و تأمین همه جانبه سالمندان در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنها است. سالمندی فعال به افراد امکان می‌دهد که توانایی‌های بالقوه جسمی، اجتماعی و روانی خود را برای احساس بهزیستی شناسایی نمایند و در جامعه مشارکت داشته باشند. واژه فعال تنها به منزله فعالیت جسمی و توانایی ملحق شدن به نیروی کار نیست بلکه به منزله مشارکت مداوم در تعامل‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و مردمی است.

1. normal aging
2. pathological aging
3. Optimal aging

سالمندی موفق

امروزه تصویر سنتی از سالمندان به‌عنوان افرادی بیمار، از کارافتاده، وابسته و تنها، کاملاً تغییر کرده است. سالمندان در بسیاری از جوامع با گذر زمان و افزایش سن و در طی فرآیندی که سالمندی موفق^۱ نامیده می‌شود به شهروندان ارشد تبدیل می‌شوند. سالمندی موفق به معنی فقدان یا نبود بیماری نیست؛ بلکه ترکیبی از سلامت جسمی، توانایی تولید و مشارکت، استقلال و توانایی سازگاری است. اهداف سالمندی موفق شامل این موارد است:

۱. سالمندی سالم که با اجتناب، به تعویق انداختن بیماری در سالمندان همراه است.
۲. سالمندی با حفظ کارایی که از طریق اجتناب یا به تعویق انداختن معلولیت در سالمندان همراه است.
۳. سالمندی با حفظ استقلال که از طریق اجتناب یا به تعویق انداختن وابستگی در سالمندان حاصل می‌شود.
۴. سالمندی با حفظ جایگاه و مشارکت اجتماعی که با اجتناب از تنهایی و جدا ماندگی در سالمندان همراه است.
۵. سالمندی مولد که با به تعویق انداختن بازنشستگی در سالمندان همراه است.
۶. سالمندی همراه با به فعل رساندن تمام استعدادها و توانایی‌های درونی که با اجتناب از ناامیدی، بی‌انگیزگی و ایستایی در سالمندان همراه است.
۷. سالمندی با حفظ منزلت، کرامت و عزت‌نفس که با اجتناب از تحقیر و تبعیض در سالمندان همراه است.

سالمندی همراه با سلامت

مفهوم سالمندی همراه با سلامت به معنی ایجاد و حفظ شرایط بهزیستی و عملکرد کامل برای سالمندان است که شامل توانایی فرد در انجام فعالیت‌های روزانه و جاری زندگی است. این وضعیت وقتی حاصل می‌شود که در جوامع امنیت برقرار باشد و

1. successful elderly

فعالیت‌های مناسب برای ارتقای سلامت و بهزیستی و استفاده از خدمات سلامت محور و برنامه‌های اجتماع محور جهت پیشگیری و رفع بیماری‌ها وجود داشته باشد.

سالمندی مثبت

مفهوم سالمندی مثبت^۱ واژه‌ای است که فرآیند حفظ یک نگرش مثبت، بهزیستی و احساس خوب بودن فرد نسبت به خود، تناسب جسمی، سلامت جسمی و مشارکت تمام و کمال در عرصه‌های زندگی در مسیر سالمند شدن را توصیف می‌کند. در مواردی که تغییرات عمده‌ای مثل افت کارکرد جسمی، ضعف ارتباطات اجتماعی و انزوا و گوشه‌گیری رخ می‌دهد، حفظ نگرش مثبت نسبت به سالمند شدن، سبب افزایش اعتماد به نفس و مواجهه شدن با سالمندی همراه با احساس خوشی می‌شود. برخی از مهم‌ترین راهکارهای سالمندی مثبت عبارت از داشتن یک نگرش مثبت، حفظ ارتباط بین فردی، مهارت و به کارگیری توانایی‌های شناختی، مقابله با استرس، شغل تمام یا پاره وقت چه با حقوق و چه داوطلبانه، انجام فعالیت‌های بدنی، معاینات پزشکی دوره‌ای و تغذیه سالم است.

سالمند آسیب‌پذیر

هر چند تمام سالمندان نیازمند توجه ویژه هستند، اما برخی از سالمندان آسیب‌پذیرتر هستند و نیاز به توجه دارند که عبارت‌اند از:

۱. سالمندان بسیار پیر
۲. زنان سالمند
۳. سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند.
۴. زنان سالمند بیوه و مجرد
۵. سالمندانی که درآمد ناکافی دارند.
۶. سالمندانی که در خانه سالمندان زندگی می‌کنند.

1. positive aging

۷. سالمندانی که از بیماری مزمن رنج می‌برند.

۸. سالمندان حاشیه شهر

۹. سالمندان روستایی

بر اساس سند ملی سالمندان کشور (۱۳۹۶) همه این سالمندان آسیب‌پذیر به استثنای سالمندان حاشیه شهر و سالمندان روستایی، از نظر سیاست‌های بهداشت عمومی به‌عنوان سالمندان پرخطر محسوب می‌شوند که نیاز به مراقبت‌های بیشتری دارند.

سالمندآزاری

سالمندآزاری^۱ به‌صورت کلی به معنی سوءرفتار با سالمندان به شکل‌های مختلف است. گاهی قبول مسئولیت مراقبت از فرد سالمند، فشارهای روانی زندگی مدرن و اشتغال به کار اعضای خانواده سالمند سبب بروز رفتارهای سرد و همراه با بی‌تفاوتی نسبت به سالمند می‌شود. گاهی اختلاف بین سالمندان و اعضای خانواده به‌مثابه یک مشکل اساسی محسوب می‌شود که می‌تواند منجر به سوءرفتار با فرد سالمند شود. این سوءرفتار ممکن است به شکل‌های مختلف مثل سهل‌انگاری و غفلت در تأمین نیازهای جسمی و روانی، بهره‌برداری مالی، نادیده‌گرفتن حقوق سالمند و حتی ضرب و جرح بروز کند.

اقتصاد سلامت سالمندی

هزینه‌های بخش بهداشت و درمان سالمندی از نوع هزینه‌های مستقیم و قابل اندازه‌گیری و شناخته شده این دوره از زندگی است. به‌طور غیرمستقیم نیز سالمندی هزینه‌هایی را بر جامعه تحمیل می‌کند. پایین بودن سن بازنشستگی اجباری بار سنگینی را بر دوش صندوق‌های بازنشستگی می‌گذارد. همچنین منفعل بودن سالمندان، بیکاری آن‌ها و مراقبت از این افراد هزینه‌های سنگینی را به نظام بهداشتی و درمانی وارد می‌کند.

1. elder abuse

ضریب سالمندی

برای پی‌بردن به سالمندی جامعه یا میزان سالخوردگی جمعیت از شاخص ضریب سالمندی استفاده می‌شود. بر اساس تقسیم‌بندی سازمان ملل متحد، کشورها دارای سه نوع ساختار جمعیتی جوان، بزرگسال و سالخورده هستند. معیار این تقسیم‌بندی، ضریب سالمندی است که از طریق تقسیم جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر بر جمعیت زیر ۱۵ سال به دست می‌آید. کشورهای دارای جمعیت جوان، کشورهایی هستند که در برابر ۱۰۰ نفر فرد کم سن و سال، کمتر از ۱۵ نفر سالمند دارند، بنابراین نسبت سالمندان این کشورها زیر ۴ درصد است. در کشورهای دارای جمعیت بزرگسال از هر ۱۰۰ نفر فرد کم سن و سال، بین ۱۵ تا ۳۰ نفر سالمند وجود دارد که بین ۴ تا ۶ درصد افراد جامعه است، اما در کشورهای سالخورده این شاخص ۳۰ یا بیشتر است که ۷ درصد جمعیت یا بیشتر را شامل می‌شود. طبق سرشماری‌های سال‌های ۱۳۳۵، ۱۳۴۵، ۱۳۵۵ و ۱۳۶۵ مقدار این شاخص از عدد ۱۰ کمتر بود، به طوری که کمترین مقدار آن در سال ۱۳۶۵ حدود ۶/۶ مشاهده شد. در سال ۱۳۶۵ در مقابل هر ۱۰۰ نفر زیر ۱۵ سال کمتر از ۷ سالمند وجود داشت که بیانگر جوان بودن ساختار سنی جمعیت ایران است، اما در سرشماری سال ۱۳۹۰ ضریب سالمندی به بیش از ۲۴ رسید که این عدد نشان می‌دهد در مقابل هر ۱۰۰ نفر زیر ۱۵ سال تعداد ۲۴ نفر سالمند زندگی می‌کنند (پردازش داده‌های سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن ۱۳۳۵ تا ۱۳۷۰ (الیوپولوس، ۲۰۱۰).

سرعت سالمندی

سالمندی جامعه سه مرحله دارد. مرحله اول سالمند شدن است. در این مرحله بین ۷ تا ۱۴ درصد از جمعیت در سنین سالمندی قرار دارند. مرحله دوم، مرحله جامعه سالمند شده است که این نسبت بین ۱۴ تا ۲۱ درصد جمعیت جامعه است، اما در مرحله سوم مرحله فوق سالمندی است که بیش از ۲۱ درصد افراد جامعه را سالمندان تشکیل می‌دهند. سرعت سالمندی یعنی عبور از مراحل سه گانه سالمندی (درحال سالمندی، سالمند شده و فوق سالمندی) که در کشورهای در حال توسعه بیشتر از کشورهای توسعه یافته است. کشورهای در حال توسعه از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ میلادی به مرحله

سالمند شدن رسیدند و از سال ۲۰۵۰ به بعد وارد مرحله فوق سالمندی (انفجار سالمندان) می‌شوند. سرعت سالمندی همبستگی بالایی با سرعت کاهش باروری دارد (صدر الهی و همکاران، ۱۴۰۱).

نسبت جنسی سالمندی

در بیشتر کشورهای جهان، زنان سهم بیشتری از جمعیت سالمندان را به خود اختصاص می‌دهند. نسبت جنسی، شاخصی است که با استفاده از آن می‌توان به نسبت بین زنان و مردان در جامعه پی برد. این نسبت را می‌توان برای کل جمعیت و گروه‌های سنی مختلف محاسبه کرد. روند نسبت‌های جنسی در سنین بالای ۶۰ سال نشان می‌دهد که به‌طور کلی فرآیند سالخوردگی جوامع با مسئله زنانه شدن سالمندان همراه است. عدم تعادل جنسیت در سنین سالمندی، مسائل زیادی را برای افراد سالمند و جامعه ایجاد می‌کند. دلیل اساسی بیشتر بودن زنان نسبت به مردان در سنین سالمندی این است که میزان مرگ‌ومیر مردان در تمامی سنین بیشتر از میزان مرگ‌ومیر زنان است. در روند سالخورده شدن جامعه، تعداد بیشتری از زنان در دوره سالمندی همسرشان را از دست می‌دهند و تنهایی را بیش از مردان تجربه می‌کنند. در ایران هم مثل سایر نقاط جهان، بیش از نیمی از زنان بالاتر از ۶۵ سال بیوه هستند. به دلیل این‌که عمدتاً زنان تمایل دارند با مردان مسن‌تر از خودشان ازدواج کنند، احتمال بیوه شدن زنان سالمند بیشتر است. با افزایش سن، احتمال تنها زندگی کردن نیز بیشتر می‌شود. هرچند میزان مولید مردان بیش از مولید زنان است، اما میزان مرگ‌ومیر نیز در تمام گروه‌های سنی دارای چنین روندی است و در نهایت از سنین ۳۰ تا ۳۵ سالگی به بعد نسبت زنان بیش از مردان است. در بسیاری از کشورهای جهان، طول عمر زنان به طور متوسط حدود ۵ تا ۷ سال بیشتر از مردان است (صدر الهی و همکاران، ۱۴۰۱).

امید به زندگی

امید به زندگی^۱ عبارت است از متوسط سال‌هایی که انتظار می‌رود یک فرد در یک کشور به آن سن برسد. به طور خلاصه امید به زندگی، متوسط عمر افراد یک جامعه

1. life expectancy

است. امروزه بسیاری از افراد به سن پیری می‌رسند و بیشتر از قبل زنده می‌مانند. از نیمه قرن نوزدهم در تمام کشورهای دنیا امید به زندگی افزایش یافته و دو برابر شده است. مهم‌ترین عامل اثرگذار بر افزایش سن امید به زندگی، کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان زیر یک و ۵ سال و دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی است. امید به زندگی برای کل جمعیت جهان در سال ۲۰۲۰ حدود ۷۵ سال برای مردان و ۸۲ سال برای زنان بود. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ به ترتیب برای مردان و زنان به ۷۶/۴ و ۸۳/۳ سال برسد (سادوک و همکاران، ۲۰۲۲).

در ایران، احتمال کاهش اساسی و مستمر مرگ‌ومیر به سال‌های بلافاصله بعد از جنگ دوم جهانی؛ یعنی دهه ۱۳۲۰ به بعد بر می‌گردد. در این دهه انجام واکسیناسیون در سطح گسترده و توجه به بهداشت کودکان در مدارس مطرح شد. در همین سال‌ها بود که کوشش‌های سازمان یافته به‌منظور ریشه کن کردن و درمان بسیاری از بیماری‌ها به‌ویژه مالاریا و سل انجام شد. بر مبنای سرشماری‌های عمومی مرکز آمار ایران در سال ۱۳۳۵ امید به زندگی در ایران ۳۷/۵ سال بود که در سال ۱۳۴۵ به ۴۷/۵ سال و در سال ۱۳۵۵ به ۵۷/۵ سال رسید. در سال ۱۳۶۵ با توجه به تأثیر افزایش شدید باروری، نسبت کودکان و نوجوانان افزایش یافت و در نتیجه درصد سالمندان تا حدودی کاهش نشان داد. امید به زندگی در ایران در سال ۱۳۸۰ حدود ۶۹ سال، در سال ۱۳۸۵ حدود ۷۱/۱ سال برای مردان و ۷۳/۱ سال برای زنان و در سال ۱۳۹۰ حدود ۷۲/۱ سال برای مردان و ۷۴/۶ سال برای زنان اعلام شد. بدین ترتیب امید به زندگی در زنان حدود دو سال بیش از مردان است.

میان‌ه‌سنی

میان‌ه‌سنی^۱، سنی است که نیمی از افراد جامعه در کمتر از آن سن و نیمی دیگر بیشتر از آن سن قرار دارند. میان‌ه‌سنی جمعیت‌های طبیعی معمولاً بین ۱۵ تا ۴۰ سال است. جمعیتی که میان‌ه‌سنی آن زیر ۲۰ سال باشد جوان، جمعیتی که میان‌ه‌سنی آن بین ۲۰ تا ۳۰ سال باشد، میانسال و جمعیتی که میان‌ه‌سنی آن ۳۰ سال یا بیشتر باشد سالمند

1. median age

هستند. میانه‌سنی در کشورهای توسعه یافته بیش از سایر مناطق جهان است و باگذشت زمان در سال‌های آینده این روند ادامه خواهد داشت. میانه‌سنی در ایران در سال‌های ۱۹۵۰ برابر با ۱۲/۱ سال، ۱۹۹۵ برابر، ۱۹/۶ سال و در سال ۲۰۰۵ برابر با ۲۳/۴ بود که پیش‌بینی شده در سال ۲۰۵۰ به ۴۰/۶ سال برسد. پایین بودن میانه‌سنی به دلیل بالا بودن میزان‌های موالید و پایین بودن امید به زندگی است. بهبود کیفیت زندگی و افزایش شاخص‌های بهداشتی می‌تواند منجر به بالا رفتن میانه‌سنی شود (صدر الهی و همکاران، ۱۴۰۱).

نسبت وابستگی

نسبت وابستگی^۱ یا بار تکفل در یک جامعه عبارت است از ایجاد ارتباط بین یک فرد فعال و تعداد افراد غیرفعالی که به او وابسته هستند. نسبت وابستگی بیانگر وابستگی فرد یا افرادی به جامعه است، زیرا آنها برای تداوم زیست خود از جامعه کمک می‌گیرند، بدون آن که به‌جای آن کالا یا خدماتی ارائه کنند. بار تکفل یا نسبت وابستگی در جوامع گوناگون، متفاوت است و عوامل مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و جمعیت‌شناختی در این تفاوت تأثیرگذار هستند.

نسبت وابستگی کل از طریق تقسیم افرادی که در سنین فعالیت نمی‌باشند (کودکان و نوجوانان زیر ۱۵ سال به اضافه افراد ۶۵ سال و بیشتر) بر روی جمعیت بالقوه فعال به دست می‌آید. نسبت وابستگی سالمندان نیز از طریق تقسیم جمعیت ۶۵ سال و بالاتر نسبت به جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال به دست می‌آید. این نسبت نشان می‌دهد هر صد نفر از افراد فعال می‌بایست چه تعدادی از سالمندان را از نظر اقتصادی اداره کنند. بر اساس سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۶۵ به دلیل پایین بودن تعداد سالمندان و بالا بودن میزان موالید، نسبت وابستگی سالمندان به کمترین مقدار رسید (۵/۹ درصد)، اما در سال ۱۳۷۵ این مقدار به ۷/۷ درصد، در سال ۱۳۸۵ به ۷/۴ درصد و در سال ۱۳۹۰ به ۸/۰۶ درصد رسید. کاهش این نسبت در سال ۱۳۸۵ نسبت به سال ۱۳۷۵ به دلیل افزایش جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال بود. معمولاً در تمام

1. dependency ratio

سرشماری‌ها این نسبت‌ها در مناطق روستایی بالاتر از مناطق شهری بود که نشان‌دهندهٔ بالا بودن درصد سالمندان روستایی است.

جمعیت‌شناسی سالمندی

جمعیت جهان به دلیل افزایش تعداد و نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به سرعت در حال سالمند شدن است. از سال ۱۹۵۰ میلادی میانه‌سنی جمعیت در کشورهای توسعه یافتهٔ آمریکای شمالی، ژاپن، اروپا و استرالیا از ۲۹ سال به ۳۷ سال افزایش یافته است و انتظار می‌رود در سال ۲۰۵۰ به ۴۵ سال برسد. برای ایران میانه‌سنی در سال ۱۳۳۰ برابر با ۲۱/۱ سال، در سال ۱۳۸۵ برابر با ۲۳/۴ بود و پیش‌بینی شده که در سال ۱۴۳۰ به ۶۰/۴ سال برسد. نسبت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۵ حدود ۷ درصد و در سال ۱۳۹۰ حدود ۸/۱ درصد بود. مرکز آمار ایران جمعیت ۶۰ سال و بالاتر کشور در سال ۱۴۰۰ را ۱۰/۴ درصد و جمعیت ۶۵ سال و بالاتر را ۶/۷ درصد اعلام کرد. همچنین پیش‌بینی کردند که در سال ۱۴۰۵ به ۱۴/۵ درصد و در سال ۱۴۲۵ به ۲۲ درصد برسد. این افزایش جمعیت بیش از هر چیز ناشی از دو عامل است که یکی کاهش باروری و تداوم آن در یک دورهٔ نسبتاً طولانی و دیگری کاهش مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی است. در تمام سرشماری‌های سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰ نسبت سالمندان روستایی بیشتر از سالمندان شهری است، به طوری که نسبت سالمندان روستایی و شهری در سال ۱۳۳۵ به ترتیب ۷/۴ درصد و ۵/۳ درصد بود که در سال ۱۳۹۰ به ۸/۹ درصد و ۷/۸ درصد رسید. این در حالی است که امید به زندگی در مناطق روستایی معمولاً کمتر از مناطق شهری است. علت اصلی بالاتر بودن درصد سالمندان در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری، مهاجرت جمعیت روستایی به مناطق شهری است که این مهاجرت در جوانان بیشتر از سالمندان است. بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن آمار ایران، در سال ۱۳۹۰ بیشترین درصد سالمندان مربوط به استان‌های گیلان (۸/۱ درصد)، مرکزی (۷/۴ درصد) و خراسان جنوبی (۷/۳ درصد) بود. همچنین کمترین درصد سالمندان مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان (۷/۳ درصد)، هرمزگان (۳/۹ درصد) و بوشهر (۳/۹ درصد) بود. در سال ۱۴۰۰ به ترتیب استان‌های گیلان،

مازندران، تهران و اصفهان سالمندترین استان‌های کشور و استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان، بوشهر و کهگیلویه و بویراحمد کم سالمندترین استان‌های کشور بودند. تعداد و درصد سالمندان هر استان در سال ۱۳۹۵ در جدول شماره ۱ آمده است. به لحاظ وضعیت تأهل در تمامی سرشماری‌ها درصد مردان متأهل ۶۵ سال و بالاتر بیشتر از زنان بود، به طوری که ۹۵ درصد از مردان بالای ۶۰ سال دارای همسر بودند، در حالی که فقط ۵۰ درصد از زنان بالای ۶۰ سال دارای همسر بودند و ۴۷ درصد از زنان به دلیل فوت همسر، بدون همسر هستند. این نسبت، علاوه بر افزایش امید به زندگی بیشتر در زنان می‌تواند ناشی از تمایل زنان به ازدواج با مردان مسن‌تر از خود و تمایل بیشتر مردان به ازدواج مجدد به هنگام از دست‌دادن همسر باشد.

از نظر وضعیت تحصیلی، به دلیل امکانات محدود، به‌ویژه در مناطق روستایی بیشتر سالمندان بی‌سواد بودند. در سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ از میان سالمندانی که باسواد بودند حدود ۷۵ درصدشان سواد خواندن و نوشتن داشتند و یا در سطح ابتدایی بودند. در سال ۱۳۶۵ فقط ۱۷ درصد سالمندان ۶۰ سال و بالاتر باسواد بودند و این نسبت در مردان بیش از سه برابر زنان بود. در سال ۱۳۹۰ این نسبت در زنان به ۲۳ درصد و در مردان به ۴۸ درصد رسید.

میزان فعالیت سالمندان نشان می‌دهد که تعدادی از آن‌ها بعد از ۳۰ سال خدمت، همان فعالیت قبلی خودشان را ادامه می‌دهند یا فعالیت جدیدی را آغاز می‌کنند. بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ نسبت فعالیت اقتصادی سالمندان بالای ۶۵ سال تقریباً ۲۳ درصد است. البته این میزان در بین مردانی که مسئولیت خانواده را بر عهده دارند مشهود است و در زنان کمتر وجود دارد. همچنین میزان فعالیت سالمندان مناطق روستایی بیشتر از سالمندان مناطق شهری است. در مناطق روستایی به دلیل اینکه تعداد افراد بیمه شده دارای حقوق بازنشستگی از مناطق شهری کمتر هستند، افراد مجبور هستند تا سن بالاتری فعالیت اقتصادی داشته باشند. سن آغاز بازنشستگی در هر کشوری معمولاً با سال‌های امید به زندگی در آن کشور ارتباط دارد، به طوری که هر اندازه سال‌های امید به زندگی بیشتر باشد، معمولاً سن بازنشستگی بیشتر است، مثلاً در ژاپن که دارای امید به زندگی بالایی است سن بازنشستگی هم در سطح بالایی است (۶۵ سال) و در هند که امید به زندگی کمتر است سن بازنشستگی ۵۵ سال است (الیوپولوس، ۲۰۱۰).

جدول ۱: تعداد و درصد سالمندان هر استان به ترتیب جمعیت سالمندی - سال ۱۳۹۵

استان	رتبه استان	درصد جمعیت سالمند به جمعیت استان	استان	رتبه استان	درصد جمعیت سالمند به جمعیت استان
گیلان	۱	۱۳/۲۵	خراسان رضوی	۱۷	۸/۸۳
مرکزی	۲	۱۱/۴۱	آذربایجان غربی	۱۸	۸/۷۹
مازندران	۳	۱۰/۸۹	چهارمحال و بختیاری	۱۹	۸/۶۹
آذربایجان شرقی	۴	۱۰/۸۰	لرستان	۲۰	۸/۵۶
خراسان جنوبی	۵	۱۰/۷۳	خراسان شمالی	۲۱	۸/۵۱
همدان	۶	۱۰/۶۴	البرز	۲۲	۸/۵۰
اصفهان	۷	۱۰/۴۴	ایلام	۲۳	۸/۴۸
سمنان	۸	۱۰/۰۲	کرمان	۲۴	۷/۸۱
تهران	۹	۹/۹۸	گلستان	۲۵	۷/۸۰
زنجان	۱۰	۹/۷۸	قم	۲۶	۷/۷۰
اردبیل	۱۱	۹/۷۶	کهگیلویه و بویراحمد	۲۷	۷/۱۴
کرمانشاه	۱۲	۹/۴۶	خوزستان	۲۸	۷/۰۵
یزد	۱۳	۹/۳۷	بوشهر	۲۹	۶/۸۴
کردستان	۱۴	۹/۳۰	هرمزگان	۳۰	۶/۰۵
فارس	۱۵	۸/۹۲	سیستان و بلوچستان	۳۱	۴/۸۹
قزوین	۱۶	۸/۹۱			

قوانین و مقررات مرتبط با سالمندان

در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، مستقیم به پدیده پیری و حقوق افراد سالمند اشاره شده است که: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای همه افراد کشور تأمین کند. بر این اساس کلیه سالمندان نیز به مثابه بخشی از افراد جامعه باید تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار گیرند. از خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی

به صورت بیمه و غیر بیمه برخوردار شوند.

بند ۷ سیاست‌های کلان جمعیت، ابلاغی از مقام معظم رهبری در تاریخ ۱۳۹۳/۲/۳۰ در خصوص سالمندان است که آمده است: فرهنگ‌سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنها در خانواده و پیش‌بینی ساز و کار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توان‌مندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب.

در برنامه‌های سوم، چهارم، پنجم و ششم توسعه کشور، به موضوع‌های مربوط به سالمندان اهمیت داده شده است. از جمله در برنامه ششم توسعه (سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۸) به مسئله طرح سازمان‌دهی و توان‌بخشی سالمندان، برنامه‌های غنی‌سازی دوران سالمندی، آموزش سالمندان و تقویت مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره سالمندان و مراکز توان‌بخشی و درمانی سالمندان اشاره شده است.

فصل ۲

تاریخچه سالمندی

انسان‌های امروزی نسبت به گذشته عمر طولانی‌تری دارند، اما سالمندی و مسائل مربوط به آن، موضوعی است که دانشمندان در طول تاریخ بشر به آن توجه کرده‌اند. در نوشته‌های بزرگانی مانند افلاطون، ارسطو، ابن سینا و رازی نیز اظهار نظرهای مختلفی ارائه شده است. مفهوم پیری، در طی قرون و اعصار به علت ازدیاد طول عمر انسان همواره در تغییر بوده است. در دوره آهن و برنز، میانگین متوسط طول عمر انسان بین ۲۰ تا ۳۰ سال بود (شاملو، ۱۳۷۲). در حقیقت، دوره پیری از ۳۰ سالگی به بعد محسوب می‌شد. طول عمر یونانی‌ها، چینی‌ها، ایرانی‌ها، مصری‌ها و رومی‌های قدیم در حدود ۴۰ سال بود و در زمان ما در بعضی از فرهنگ‌ها که بهداشت و درمان به‌خوبی رعایت می‌شود، متوسط طول عمر به ۸۰ سال نیز رسیده است (شاملو، ۱۳۷۲).

سالمندی در جهان

اصولاً بشر در جست‌وجوی عمر طولانی یا جاودانگی بوده است و همواره تلاش‌هایی برای دست یافتن به سرچشمه جوانی انجام داده است. در بقایای باستانی مصر و چین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد معجون‌هایی برای طولانی کردن عمر یا به دست آوردن جاودانگی وجود داشته‌اند و یا سایر فرهنگ‌ها رژیم‌های غذایی خاص، ترکیبات گیاهی و یا رسوم مذهبی به همین منظور داشته‌اند. امروزه هم افراد زیادی هستند که از مکمل‌های غذایی، کرم‌های آرایشی و یا بوتاکس استفاده می‌کنند، با این هدف که آن‌ها را جوان نگه دارد و سن پیری را به تعویق بیندازد.

اصولاً در جوامع مختلف، با توجه به شرایط هر جامعه و موقعیت‌های زمانی و نقش‌ها و کارکردهای افراد در دوره سالمندی، نسبت به سالمندان دیدگاه‌های متفاوت

مثبت و در مواردی منفی وجود داشته است. واژه پیر هم به معنی فرد خردمند، راهنما، دنیادیده و با تجربه آمده و هم با واژه‌هایی مانند ناتوان، فرتوت و عجوزه از آن یاد شده است. معمولاً در جوامع سنتی سالمندان از جایگاه و موقعیت برتری برخوردار بودند و بیشتر مورد احترام واقع می‌شدند. در این جوامع سالمندان نقش‌های جدیدی را که مطابق با شرایط آنها بود، می‌پذیرفتند و سالمندی به‌عنوان دوره‌ای فعال و رضایت‌بخش محسوب می‌شد. علاوه بر ویژگی‌های فردی سالمند، شرایط اجتماعی به‌ویژه شرایط خانوادگی سالمند هم در پذیرش نقش‌های جدید به او کمک می‌کرد. شرایط غالب در جوامع سنتی این است که سالمندان در نقش‌های مهم به‌مثابه راهگشا، کدخدا، راهنما و افرادی کارداران مطرح می‌شوند، اما به نظر می‌رسد که در جوامع سنتی، سالمند تا زمانی احترام دارد که از نظر توانایی‌های جسمی و ذهنی قادر به مشارکت در امور فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه باشد. به‌تدریج که با بهبود شرایط بهداشتی و درمانی در جوامع سنتی افراد بیشتری به سن پیری رسیدند و تعداد سالمندان از تعداد موقعیت‌های اجتماعی بیشتر شد، دیگر برای همه سالمندان امکان نقش‌ها و کارکردهای قبلی وجود نداشت و تعدادی از آنها مجبور به پذیرش نقش‌های کم‌اهمیت شدند (سام آرام، ۱۳۷۲).

این نگاه متفاوت به سالمندی، در ادیان و تعالیم دینی، در برداشت‌های فیلسوفان و اندیشمندان و همچنین در مناسک و آیین‌های قبایل مختلف منعکس شده است. در زمان کنفوسیوس ارتباط مستقیمی بین سن شخص و درجه‌ای از اعتبار و احترام به او وجود داشت. تائوئیسم، کهن‌سالی را همچون چکیده‌ای از زندگی در نظر می‌گرفت و چینی‌های باستان بر این عقیده بودند که رسیدن به سن پیری دستاورد بزرگی است که شایسته‌عالی‌ترین افتخار است، در عوض مصریان باستان از پیرشدن هراس داشتند. افلاطون از سالمندان به‌عنوان بهترین راهنمایان جامعه یاد کرده است. اما رومیان باستان چندان به سالمندان احترام نمی‌گذاشتند، در ملت‌هایی که روم بر آنها غلبه می‌کرد، افراد بیمار و سالمند نخستین افرادی بودند که کشته می‌شدند. در دین اسلام بر احترام گذاشتن به پدر و مادر و افراد سالمند تأکید شده است و بسیاری از پیامبران از جمله حضرت موسی و حضرت ابراهیم به سالمندان کمک می‌کردند (الیوپولوس، ۲۰۱۰).

در بین اقوام بدوی و ابتدایی با سالمندانی که نمی‌توانستند نقش مؤثری داشته