



روند سالمندی جمعیت ایران تا سال ۱۴۲۰ با رویکردی به ویژگی‌های سالمندان

صفورا عباسی

بهناز سرخیل

شیما حسینی

لیلا شهبازی گزور



پژشکده‌ی آمار

گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آمار

زمستان ۱۳۹۲

به نام خداوند جان و خرد

پیش‌گفتار

یکی از مهمترین مقولات جمعیتی که امروزه توجه بسیاری از صاحب‌نظران را به خود جلب کرده، سالخوردگی جمعیت است. سالخوردگی افراد همواره موضوعی قابل بررسی بوده لیکن در دوران حاضر سالخوردگی جمعیت در برخی جوامع به وقوع پیوسته است که نیاز به بحث و مطالعه خاص دارد. بر اساس گزارش‌های سازمان ملل امروزه بسیاری از کشورهای توسعه یافته، ساخت جمعیتی سالخورده‌ای پیدا کرده‌اند، در حالی که برخی کشورهای در حال توسعه، در آستانه ورود به مرحله سالخوردگی جمعیت هستند و البته بسیاری از این کشورها هنوز ساخت جمعیتی بسیار جوانی دارند، با این همه، در فرایند انتقال جمعیت انتظار می‌رود که این کشورها هم چنین فرایندی را طی نمایند. به بیانی دیگر، سالخوردگی جمعیت، پدیده فراگیری است که همه کشورها را با شدت و ضعف فرا خواهد گرفت. اگرچه سالمندی در مناطق توسعه یافته جهان به سرعت شکل گرفته است لیکن مناطق کمتر توسعه یافته این پدیده را سریع‌تر و در یک دوره زمانی کوتاه‌تر تجربه خواهند کرد. کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست و در جریان سالخوردگی قرار دارد.

سابقه تاریخی مطالعات سالمندی به سال ۱۹۳۰ باز می‌گردد. از آن سال به بعد افزایش جمعیت سالمندان موجب بروز مسائل مربوط به این بخش از جمعیت و لزوم انجام تحقیقات در این زمینه گردید و مطالعات در مورد سالمندی موضوع رشته‌های مختلف قرار گرفت. مقوله‌ی سالمندی در زمینه‌های گوناگون مانند روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و اقتصاد، ابعاد مختلفی پیدا می‌کند و در هر مقوله مطالعات خاص خود را می‌طلبد، مطالعات جمعیت‌شناختی سالمندی از جمله مطالعاتی است که بیشک برای برنامه‌ریزی‌های اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی یک دولت به خصوص در زمینه‌ی هزینه‌های مراقبت و درمان سالمندان، سازمان‌های بازنشستگی و تأمین اجتماعی، جمعیت در سن کار و فعالیت اقتصادی و ... به عنوان پیش‌نیاز مطرح می‌شوند. بررسی‌ها نشان می‌دهد مطالعات متعددی در این زمینه‌ها انجام شده است. به عنوان مثال پژوهشکده‌ی آمار در سال ۱۳۸۷ بر اساس داده‌های حاصل از سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵ طرحی با عنوان «بررسی ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی سالمندان در ایران گذشته، حال و آینده» انجام داده و پدیده‌ی سالمندی را بر مبنای نتایج

سرشماری‌ها مورد بررسی قرار داده است. پس از آن با اجرای سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰ داده‌های جمعیتی به‌هنگام در خصوص سالمندان به دست آمده است. از این رو با توجه به اهمیت موضوع سالمندی جمعیت، انجام مطالعه‌ای که وضعیت موجود سالمندی را در کشور نشان دهد و ابزاری برای پیش‌بینی آینده کشور در اختیار محققین، برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیران قرار دهد، مورد نیاز بود.

بر این اساس پژوهشکده‌ی آمار با توجه به رسالت خود در زمینه‌ی اجرای طرح‌های پژوهشی با هدف تولید شاخص‌ها و اطلاعات مورد نیاز نظام آماری کشور، اجرای طرح پژوهشی «رشد سالمندی جمعیت ایران تا سال ۱۴۲۰ با رویکردی به ویژگی‌های سالمندان» را در دستور کار خود قرار داد. اجرای این طرح از اسفند ۱۳۹۱ آغاز شد و گزارش نهایی آن اکنون در دسترس علاقه‌مندان قرار گرفته است. این مطالعه به‌طور خاص به بررسی ساختار سنی جمعیت و روند تحولات آن طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۰، نماگرها و شاخص‌های مرتبط با سالمندی جمعیت، روند آن طی دهه‌های اخیر و پیش‌بینی این روند تا سال ۱۴۲۰ و همچنین ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی سالمندان پرداخته است. برای انجام این بررسی به‌طور عمده از نتایج سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن و همچنین نتایج پیش‌بینی جمعیت استفاده شده است.

این پژوهش در گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آماری پژوهشکده‌ی آمار با همکاری خانم‌ها صفورا عباسی، بهناز سرخیل، شیما حسینی و لیلا شهبازی‌گور به انجام رسیده است، که بدین وسیله از ایشان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از زحمات جناب آقای مجتبی نصیری‌پور در ارتباط با این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود. پژوهشکده‌ی آمار در انجام این بررسی از همکاری‌های مالی و فنی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA) بهره برده است که از همکاری آن سازمان صمیمانه تشکر می‌شود. از خوانندگان محترم تقاضا می‌شود نظرات اصلاحی خود را در ارتباط با محتوای مجموعه‌ی حاضر به گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آماری پژوهشکده‌ی آمار منعکس نمایند.

گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آمار

پژوهشکده‌ی آمار

فهرست

- فصل ۱: پدیده سالمندی، اهمیت، پیامدها و عوامل مؤثر بر آن ۱
- ۱-۱- پدیده سالمندی در جهان و ایران ۱
- ۲-۱- ابعاد اجتماعی، اقتصادی سالمندی ۵
- ۱-۲-۱- پیامدهای اجتماعی سالمندی فرد ۶
- ۲-۲-۱- ابعاد اقتصادی سالمندی جمعیت ۷
- ۳-۱- فرآیند جمعیت‌شناختی سالمندی جمعیت ۱۲
- ۱-۳-۱- کاهش باروری ۱۵
- ۲-۳-۱- کاهش میزان مرگ و میر و افزایش امید زندگی ۱۶
- ۳-۳-۱- مهاجرت ۱۷
- فصل ۲: روش‌شناسی پژوهش ۱۹
- ۱-۲- تعاریف و مفاهیم ۲۰
- ۲-۲- شاخص‌های مورد استفاده ۲۹
- ۳-۲- پیش‌بینی جمعیت سالمندان ۳۱
- فصل ۳: نماگرهای جمعیت‌شناختی سالمندی و آینده‌ی آن ۳۵
- ۱-۳- ساختار سنی جمعیت کشور و تحولات آن ۳۵

- ۳۷ ۳-۱-۱- رشد جمعیت در گروه‌های سنی
- ۳۸ ۳-۱-۲- انتقال سنی جمعیت ایران
- ۴۰ ۳-۱-۳- هرم‌های سنی جمعیت و تغییرات آن
- ۴۲ ۳-۲- شاخص سالخوردگی جمعیت
- ۴۶ ۳-۳- میانه سنی جمعیت
- ۴۹ ۳-۴- ضریب سالمندی
- ۵۲ ۳-۵- ترکیب جنسی
- ۵۳ ۳-۶- توزیع نسبی جمعیت سالمند در گروه‌های سنی پنج‌ساله
- ۵۵ ۳-۷- نسبت وابستگی
- ۵۹ فصل ۴: ویژگی‌های اجتماعی- اقتصادی سالمندان
- ۵۹ ۴-۱- نوع خانوار سالمندان
- ۶۱ ۴-۲- تعداد افراد و سرپرستی خانوارهای دارای سالمند
- ۶۳ ۴-۳- وضع سواد سالمندان
- ۶۷ ۴-۴- سطح تحصیلات سالمندان
- ۶۹ ۴-۵- میزان مشارکت اقتصادی و نرخ بیکاری سالمندان
- ۷۳ ۴-۶- گروه‌های عمده فعالیت اقتصادی سالمندان
- ۷۴ ۴-۷- وضع زناشویی سالمندان
- ۷۹ ۴-۸- وضع معلولیت سالمندان
- ۸۱ ۴-۹- ضریب نفوذ اینترنت سالمندان

۸۲	۱۰-۴- وضعیت مسکن سالمندان.....
۸۲	۱-۱۰-۴- نحوه تصرف محل سکونت سالمندان.....
۸۴	۲-۱۰-۴- مساحت زیر بنای واحد مسکونی سالمندان.....
۸۶	۳-۱۰-۴- تعداد اتاق در اختیار خانوارهای دارای سالمند.....
۸۷	۱۱-۴- امکانات و تسهیلات در اختیار سالمندان.....
۸۹	فصل ۵: خلاصه و نتیجه‌گیری.....
۸۹	۱-۵- روند سالم‌خوردگی جمعیت در ایران.....
۹۱	۲-۵- ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و رفاهی سالمندان.....
۹۲	۳-۵- جمع‌بندی.....
۹۵	مرجع‌ها.....

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱-۱- میزان باروری کل در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ ۱۵
- جدول ۱-۳- روند تغییرات جمعیت گروه‌های عمده سنی: ۱۳۳۵-۱۴۲۰ ۳۶
- جدول ۲-۳- سهم جمعیت گروه‌های عمده سنی: ۱۳۳۵-۱۴۲۰ ۳۹
- جدول ۳-۳- شاخص سالخوردگی برحسب جنس و نقاط شهری و روستایی: ۱۳۵۵-۱۴۲۰ ۴۳
- جدول ۴-۳- شاخص سالخوردگی به تفکیک استان: ۱۳۸۵-۱۴۰۰ ۴۴
- جدول ۵-۳- میانه سنی جمعیت کشور برحسب جنس و مناطق شهری و روستایی: ۱۳۵۵-۱۴۲۰ ۴۶
- جدول ۶-۳- میانه سنی جمعیت به تفکیک استان: ۱۳۸۵-۱۴۰۰ ۴۷
- جدول ۷-۳- ضریب سالمندی به تفکیک استان: ۱۳۸۵-۱۴۰۰ ۵۰
- جدول ۸-۳- نسبت جنسی سالمندان کل کشور به تفکیک نقاط شهری و روستایی: ۱۳۵۵-۱۴۲۰ ۵۲
- جدول ۹-۳- سهم جمعیت سالمندان در گروه‌های سنی سالمند: ۱۳۵۵-۱۴۲۰ ۵۴
- جدول ۱۰-۳- نسبت وابستگی کل، کم‌سالان و سالمندان در کل کشور: ۱۳۵۵-۱۴۲۰ ۵۶
- جدول ۱۱-۳- نسبت وابستگی سالمندان به تفکیک استان: ۱۳۸۵-۱۴۰۰ ۵۷
- جدول ۱-۴- توزیع سالمندان بر حسب جنس و نوع خانوار: ۱۳۶۵-۱۳۹۰ ۶۰
- جدول ۲-۴- توزیع خانوارها بر حسب سن سرپرست: ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۶۱
- جدول ۳-۴- توزیع خانوارهای دارای سالمند بر حسب تعداد افراد خانوار در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۶۲

- جدول ۴-۴- توزیع خانوارهای یک نفره بر حسب سن و جنس سرپرست: ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۶۳
- جدول ۴-۵- میزان باسوادی سالمندان کشور بر حسب جنس در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۵۵-۱۳۹۰ ۶۴
- جدول ۴-۶- میزان باسوادی سالمندان بر حسب جنس در مناطق شهری و روستایی به تفکیک استان: ۱۳۹۰ ۶۶
- جدول ۴-۷- توزیع نسبی سالمندان باسواد کشور بر حسب جنس و سطح تحصیلات در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۶۷
- جدول ۴-۸- میزان مشارکت اقتصادی و نرخ بیکاری سالمندان بر حسب جنس در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۵۵-۱۳۹۰ ۷۰
- جدول ۴-۹- میزان مشارکت اقتصادی و نرخ بیکاری سالمندان بر حسب جنس به تفکیک استان در سال ۱۳۹۰ ۷۲
- جدول ۴-۱۰- توزیع نسبی سالمندان شاغل بر حسب جنس و گروه‌های عمده فعالیت در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۵۵-۱۳۹۰ ۷۳
- جدول ۴-۱۱- توزیع نسبی سالمندان کشور بر حسب جنس و وضع زناشویی: ۱۳۵۵-۱۳۹۰ ۷۵
- جدول ۴-۱۲- توزیع نسبی سالمندان کشور بر حسب جنس و وضع زناشویی در مناطق شهری: ۱۳۵۵-۱۳۹۰ ۷۷
- جدول ۴-۱۳- توزیع نسبی سالمندان کشور بر حسب جنس و وضع زناشویی در مناطق روستایی: ۱۳۵۵-۱۳۹۰ ۷۸
- جدول ۴-۱۴- توزیع نسبی وضعیت زناشویی در سالمندان بر حسب جنس به تفکیک استان‌های کشور: ۱۳۹۰ ۷۹
- جدول ۴-۱۵- میزان معلولیت در سالمندان کشور طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۸۰
- جدول ۴-۱۶- توزیع نسبی سالمندان معلول بر حسب جنس و نوع معلولیت در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۸۱
- جدول ۴-۱۷- ضریب نفوذ اینترنت سالمندان بر حسب جنس در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۹۰ ۸۲
- جدول ۴-۱۸- توزیع نسبی خانوارهای دارای سالمند بر حسب نحوه تصرف محل سکونت در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۸۳
- جدول ۴-۱۹- توزیع نسبی خانوارهای دارای سالمند بر حسب مساحت زیربنای واحد مسکونی در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۸۵
- جدول ۴-۲۰- توزیع نسبی خانوارهای دارای سالمند بر حسب تعداد اتاق در اختیار خانوار در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۸۶
- جدول ۴-۲۱- توزیع نسبی خانوارهای دارای سالمند بر حسب امکانات و تسهیلات در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۸۵-۱۳۹۰ ۸۷

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۱- جمعیت جهان بر حسب گروه‌های عمده سنی: ۱۹۵۰-۲۰۵۰..... ۲
- شکل ۱-۲- گذار جمعیت‌شناختی در ایران: ۱۲۵۵-۱۴۳۵..... ۱۳
- شکل ۱-۳- روند تغییرات نرخ رشد جمعیت گروه‌های عمده سنی طی سال‌های ۱۳۳۵-۱۴۲۰..... ۳۸
- شکل ۲-۳- سهم جمعیت گروه‌های عمده سنی: ۱۳۳۵-۱۴۲۰..... ۴۰
- شکل ۳-۳- هرم سنی جمعیت ایران در سال‌های ۱۳۵۵ و ۱۳۹۰..... ۴۱
- شکل ۴-۳- هرم سنی جمعیت ایران در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۴۰۰..... ۴۲
- شکل ۵-۳- شاخص سالخوردگی به تفکیک نقاط شهری و روستایی: ۱۳۵۵-۱۴۲۰..... ۴۳
- شکل ۶-۳- شاخص سالخوردگی استان‌ها در سال ۱۳۹۰..... ۴۵
- شکل ۷-۳- شاخص سالخوردگی استان‌ها در سال ۱۴۰۰..... ۴۵
- شکل ۸-۳- میانه سنی جمعیت استان‌ها در سال ۱۳۹۰..... ۴۸
- شکل ۹-۳- میانه سنی جمعیت استان‌ها در سال ۱۴۰۰..... ۴۸
- شکل ۱۰-۳- روند تغییرات ضریب سالمندی کل کشور: ۱۳۵۵-۱۴۲۰..... ۴۹
- شکل ۱۱-۳- ضریب سالمندی استان‌ها در سال ۱۳۹۰..... ۵۱
- شکل ۱۲-۳- ضریب سالمندی استان‌ها در سال ۱۴۰۰..... ۵۱
- شکل ۱۳-۳- روند تغییرات نسبت جنسی سالمندان و جمعیت تمام سنین: ۱۳۵۵-۱۴۲۰..... ۵۳

- شکل ۳-۱۴- سهم جمعیت سالمند در گروه‌های سنی سالمند در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۴۲۰..... ۵۵
- شکل ۳-۱۵- روند تغییرات نسبت وابستگی کل، کم‌سالان و سالمندان: ۱۳۵۵-۱۴۲۰..... ۵۶
- شکل ۳-۱۶- نسبت وابستگی سالمندان در استان‌ها در سال ۱۳۹۰..... ۵۸
- شکل ۳-۱۷- نسبت وابستگی سالمندان در استان‌ها در سال ۱۴۰۰..... ۵۸
- شکل ۴-۱- درصد سالمندان در خانوارهای مؤسسه‌ای: ۱۳۶۵-۱۳۹۰..... ۶۱
- شکل ۴-۲- میزان باسوادی سالمندان به تفکیک جنسیت: ۱۳۵۵-۱۳۹۰..... ۶۵
- شکل ۴-۳- میزان باسوادی سالمندان به تفکیک استان: ۱۳۹۰..... ۶۵
- شکل ۴-۴- سطح تحصیلات سالمندان باسواد: ۱۳۸۵-۱۳۹۰..... ۶۸
- شکل ۴-۵- میزان مشارکت اقتصادی و نرخ بیکاری سالمندان: ۱۳۵۵-۱۳۹۰..... ۷۱
- شکل ۴-۶- نسبت سالمندان مرد و زن دارای همسر: ۱۳۵۵-۱۳۹۰..... ۷۵
- شکل ۴-۷- نسبت سالمندان بدون همسر به دلیل فوت بر حسب جنس: ۱۳۵۵-۱۳۹۰..... ۷۶
- شکل ۴-۸- درصد معلولیت در سالمندان در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۹۰..... ۸۰
- شکل ۴-۹- درصد خانوارهای دارای سالمند بر حسب نحوه تصرف محل سکونت در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۹۰..... ۸۳
- شکل ۴-۱۰- درصد خانوارهای دارای سالمند بر حسب نحوه تصرف محل سکونت: ۱۳۸۵-۱۳۹۰..... ۸۴
- شکل ۴-۱۱- درصد خانوارهای دارای سالمند بر حسب مساحت زیربنای واحد مسکونی در مناطق شهری و روستایی: ۱۳۸۵-۱۳۹۰..... ۸۶

فصل ۱

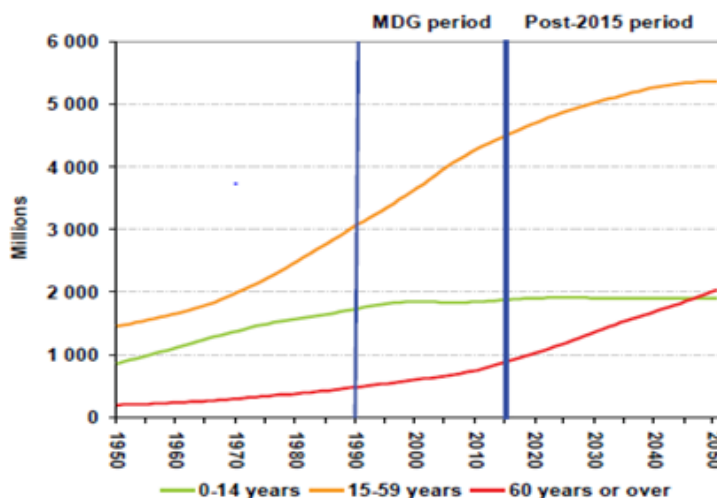
پدیده سالمندی، اهمیت، پیامدها و عوامل مؤثر بر آن

سالمندی جمعیت فرایندی طبیعی است که به تدریج در تمام جوامع حتی در کشورهای در حال توسعه به وقوع می‌پیوندد. سازمان ملل معتقد است اگرچه سالمندی در مناطق توسعه یافته جهان به سرعت شکل گرفته است لیکن مناطق کمتر توسعه یافته این پدیده را سریع‌تر و در یک دوره زمانی کوتاه‌تر تجربه خواهند کرد. سالمندی جمعیت تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله کاهش باروری، پیشرفت های علوم پزشکی، بهداشت، آموزش و پرورش و در نتیجه افزایش امید به زندگی به وجود می‌آید. به نوعی می‌توان گفت سالمندی جمعیت محصول توسعه است لیکن باید مراقبت نمود که این پدیده در آینده مانعی برای توسعه دولت‌ها قلمداد نشود. بنابراین با توجه به این موضوع که سالمندی جمعیت، پیامدهای اجتماعی، اقتصادی خاصی برای دولت‌ها به همراه دارد لازم است با بکارگیری سیاستگذاری‌های صحیح، عواقب این فرایند را کنترل نمود.

۱-۱- پدیده سالمندی در جهان و ایران

جمعیت جهان روبه سالمندی است و پیامدهای آن به دو صورت قابل بحث و مطالعه است اول اینکه درصد جمعیت سالمند افزایش می‌یابد و لازم است به مسائل و نیازهای آن‌ها توجه شود و دوم اینکه ساختمان سنی جمعیت از حالت تعادل خارج شده و آینده‌ی جمعیتی جامعه را مورد تهدید قرار می‌دهد. به همین دلیل سالمندی جمعیت به یکی از مسائل مهم در دنیا تبدیل شده است که کاهش میزان باروری نقش مهمی در شکل‌گیری این پدیده داشته است. بهبود تغذیه، بهداشت آب و فاضلاب، مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی، آموزش، دانش و رفاه

اقتصادی باعث شده است افراد نسبت به گذشته عمر طولانی‌تری داشته باشند بنابراین با افزایش طول عمر و کاهش مرگ و میر، خصوصاً مرگ و میر اطفال و نوزادان و همچنین کاهش باروری، رشد جمعیت کاهش پیدا کرده و در نتیجه جمعیت جهان به طرف سالمندی می‌رود. بر اساس گزارش سازمان ملل در سال ۲۰۱۲ حدود ۸۱۰ میلیون نفر ۶۰ ساله و بیشتر در دنیا زندگی می‌کنند که این تعداد حدود ۱۱ درصد کل جمعیت دنیا را تشکیل داده‌اند، پیش‌بینی می‌شود در طول ۴ دهه‌ی بعد این نسبت به سرعت افزایش پیدا کند و در سال ۲۰۵۰ به ۲۲ درصد برسد که تعداد آن‌ها بیش از ۲ میلیارد نفر تخمین زده می‌شود. نکته این جاست که اگر این پیش‌بینی به وقوع بپیوندد، برای اولین بار در تاریخ بشر جمعیت سالمند از جمعیت کمتر از ۱۴ سال بیشتر خواهد شد. در حالی که در طول تاریخ، جمعیت سالمند نسبت به جمعیت کمتر از ۱۵ سال کوچکتر بوده است. در طول دوره‌ی اهداف توسعه هزاره (۱۹۹۰-۲۰۱۵) ثبات جمعیت کودکان شروع شده درحالی که رشد جمعیت سالمند سرعت گرفته است. بعد از سال ۲۰۱۵ پیش‌بینی می‌شود رشد جمعیت سالمند نسبت به جمعیت کودکان یا نوجوانان بیشتر شود در نتیجه تعداد افراد سالمند در سال ۲۰۴۷ بیش‌تر از جمعیت کودکان ۰-۱۴ ساله شود. شکل ۱-۱



شکل ۱-۱- جمعیت جهان بر حسب گروه‌های عمده سنی: ۱۹۵۰-۲۰۵۰

در حال حاضر آسیا با ۵۵ درصد و پس از آن اروپا با ۲۱ درصد بیشترین درصد جمعیت سالمند را دارند. بررسی نسبت جمعیت سالمند نشان می‌دهد در حال حاضر به ازای هر ۹ نفر یک فرد ۶۰ ساله و بیشتر وجود دارد و در سال ۲۰۵۰ به ازای هر ۵ نفر یک فرد ۶۰ ساله و بیشتر وجود خواهد داشت. در مناطق توسعه یافته جهان سهم جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر نسبت به مناطق کمتر توسعه یافته بالاتر است به طوری که در اروپا به ازای هر ۵ نفر، در آسیا و آمریکای لاتین و کارائیب به ازای هر ۹ نفر و در آفریقا به ازای هر ۱۶ نفر یک فرد ۶۰ ساله و

بیشتر وجود دارد. اگرچه سالمندی در مناطق توسعه یافته جهان به سرعت شکل گرفته است لیکن مناطق کمتر توسعه یافته این پدیده را سریعتر و در یک دوره زمانی کوتاهتر تجربه خواهند کرد.

در سال ۲۰۱۲ در بین سالمندان ۶۰ ساله و بیشتر، سالخوردگان ۸۰ ساله و بیشتر ۱۴ درصد این جمعیت را تشکیل می‌دهند که پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۲۰ درصد برسد، این پیش‌بینی تصدیق می‌کند جمعیت ۸۰ ساله و بیشتر تا سال ۲۰۵۰، بیش از ۳ برابر و به عبارتی ۴۰۲ میلیون نفر خواهد شد و صدساله‌ها رشد سریعتری خواهند داشت و تعداد آن‌ها از ۳۴۳۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۲ با یک افزایش ۱۰ برابری به ۳۰۲ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید. (سازمان ملل، ۲۰۱۲)

معمولاً در کشورها سن بازنشستگی و سالمندی با توجه به ساختار سنی جمعیت متفاوت است. کشورهای که امیدزندگی بالا تری دارند، ۶۵ سالگی را مبنا قرار می‌دهند مانند ژاپن که امیدزندگی جمعیت آن ۸۲ سال است، کشورهای که دارای امیدزندگی پایین‌تری هستند، ۶۰ سال را مبنا قرار می‌دهند، مانند اوگاندا با امیدزندگی ۵۰ سال و یا افغانستان با امیدزندگی ۴۳ سال. در ایران با توجه به امیدزندگی بالای ۷۰ سال، معمولاً ۶۵ سال و بیشتر در نظر گرفته می‌شود. در طبقه‌بندی‌های سازمان ملل، افراد ۶۰ ساله و بیشتر سالمند تلقی می‌شوند.

در ایران بررسی سهم جمعیت سالمند ۶۵ ساله و بیشتر در کل جمعیت طی سال‌های سرشماری نشان می‌دهد، این سهم در طی دوره‌ی ۱۳۳۵ تا ۱۳۶۵ با روند کاهشی از ۴ درصد به ۳/۱ درصد رسیده است و پس از آن با یک روند افزایشی در سال ۱۳۹۰ به ۵/۷ درصد رسیده است. در هر حال تعداد مطلق جمعیت سالمند ۶۵ ساله و بیشتر از ۷۶۲۰۰۷ نفر در سال ۱۳۳۵ به ۴۲۹۶۷۶۹ نفر در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است. به عبارت دیگر تعداد جمعیت سالمند طی نیم‌قرن اخیر ۵/۶ برابر شده است، در حالی که جمعیت کل کشور در همین دوره حدود ۴ برابر شده است. در هر حال افزایش امیدزندگی از ۴۷ سال در سال ۱۳۴۵ به ۷۲ سال در سال ۱۳۹۰ نقش مؤثری در افزایش سهم و تعداد جمعیت سالمند داشته است همچنین کاهش نرخ باروری از ۶/۴ فرزند در سال ۱۳۶۵ به ۱/۸ درصد در سال ۱۳۹۰ عامل مؤثر دیگری در افزایش سهم جمعیت سالمند به شمار می‌رود.

بر اساس پیش‌بینی انجام شده در این پژوهش با فرض ثابت بودن نرخ باروری ۱/۸ سهم جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در سال ۱۴۱۰ به ۹/۶ درصد با ۸۵۶۵۰۷۶ نفر و در سال ۱۴۲۰ به ۱۳/۵ درصد با ۱۲۵۱۶۴۴۶ نفر خواهد رسید.

افزایش جمعیت سالمندان و اتخاذ سیاستگذاری‌های صحیح در مورد آنها به یک نگرانی مشترک جهانی تبدیل شده است و از سال‌های قبل مورد توجه جامعه بین‌المللی قرار گرفته است. اولین مجمع جهانی پیرامون سالمندان در سال ۱۹۸۲ در وین تشکیل شد. پس از آن، مجمع عمومی سازمان ملل در دسامبر سال ۱۹۹۱ اصولی را برای بهبود شرایط زندگی سالمندان تحت عنوان قطعنامه‌ی ۴۶/۹۱ به تصویب رساند و دولت‌مردان کشورهای جهان را به لحاظ کردن و رعایت این اصول در برنامه‌های ملی ترغیب کرد. برخی از نکته‌های مهم این اصول عبارت‌اند از:

استقلال، سالمندان باید:

به خوراک، آب، سرپناه، پوشاک و مراقبت بهداشتی کافی که از راه تأمین درآمد به دست می‌آید، حمایت خانواده و اجتماع و خودیاری دسترسی داشته باشند.

امکان دسترسی برای کار کردن در فرصت‌های درآمدزای دیگر را داشته باشند.

بتوانند در تعیین زمان و شیوهی ترک کار، مشارکت داشته باشند.

به برنامه‌های مناسب کارآموزی و آموزشی دسترسی داشته باشند.

بتوانند در فضاهایی زندگی کنند که ایمن بوده و با ترجیحات شخصی و توانایی‌های در حال تغییر، سازگاری داشته باشند.

بتوانند تا حد امکان به جای خانه‌ی سالمندان در منزل اقامت داشته باشند.

مشارکت، سالمندان باید:

به صورتی ادغام شده در جامعه بمانند که بتوانند فعالانه در تدوین و اجرای سیاست‌هایی که بهزیستی و راحتی آنان را به‌طور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد مشارکت کنند و دانش و مهارت‌های خود را در اختیار نسل‌های جوان‌تر قرار دهند.

بتوانند برای خدمت به اجتماع و خدمت داوطلبانه در موقعیت‌های متناسب با علائق و قابلیت‌های خود فرصت‌هایی را جستجو کنند و توسعه دهند.

بتوانند جنبش‌ها یا انجمن‌های سالمندان تشکیل دهند.

مراقبت، سالمندان باید:

طبق نظام ارزش‌های فرهنگی جامعه از مراقبت و حمایت خانواده و اجتماع بهره‌مند شوند.

برای کمک به خود در حفظ یا بازیابی سطح بهینه‌ی آسایش بدنی، ذهنی و عاطفی و پیشگیری یا به تأخیر انداختن شروع بیماری، به مراقبت بهداشتی دسترسی داشته باشند.

برای افزایش استقلال شخصی، حمایت و مراقبت به خدمات اجتماعی و حقوقی دسترسی داشته باشند.

بتوانند از سطوح مناسب از خدمات مراقبتی مراکز حمایتی، توان بخشی و ایجاد نگرش‌های اجتماعی و روانی در یک فضای انسانی و امن بهره‌مند شوند.

بتوانند به هنگام اقامت در هر سرپناهی و یا هر امکان مراقبتی و درمانی از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی شامل احترام کامل به شأن، اعتقادات، نیازها و زندگی خصوصی و حق اتخاذ تصمیمات در مورد مراقبت بهداشتی و کیفیت زندگی خود، برخوردار باشند.

خودسازی، سالمندان باید:

بتوانند در پی فرصت‌هایی برای توسعه‌ی کامل توانایی‌های بالقوه خود باشند.

به امکانات و منابع آموزشی، فرهنگی، معنوی و تفریحی جامعه دسترسی داشته باشند.

شان، سالمندان باید:

بتوانند با سربلندی و در امنیت زندگی کنند و از بهره‌کشی و سوء استفاده بدنی یا ذهنی در امان باشند. بدون در نظر گرفتن سن، جنس، پیشینه‌ی نژادی یا قومی، ناتوانی یا دیگر وضعیت‌ها و جدا از میزان مشارکت اقتصادی خود، ارزش‌گذاری شوند.

پس از آن، سازمان ملل به منظور تأکید بر اهمیت مسائل مرتبط با سالمندان، سال ۱۹۹۹ را سال بین‌المللی سالمندان نامید و کشورها موفق شدند سیاست‌ها و برنامه‌هایی را در مورد بهبود رفاهی سالمندان تصویب و اجرا نمایند.

دومین مجمع جهانی برای سالمندان در آوریل سال ۲۰۰۲ در مادرید تشکیل شد در این مجمع برنامه‌ای برای «اقدام در مورد سالمندی» اتخاذ شد. این مجموعه‌ی بین‌المللی، دولت‌ها، سازمان‌های غیردولتی و دیگر فعالان را به سمت محقق ساختن «جامعه‌ای برای تمام سنین» هدایت می‌کند. برخی اقدام‌های مورد نظر این مجمع برای سالمندان عبارتند از:

- توسعه و اجرای سیاست‌هایی در سطوح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی برای ارتقای زندگی سالخوردگان و فراهم آوردن این امکان که آن‌ها در سال‌های پیش روی خود از لحاظ قوای فکری و جسمی، تندرستی، امنیت کامل و آزاد بهره‌مند شوند.
- مطالعه‌ی تأثیرهای متقابل بین جمعیت سالخورده بر توسعه و نیز توسعه بر سالخوردگان با هدف بالفعل کردن کامل توانایی‌های آن‌ها با بکارگیری اقدام‌های مناسب و کاستن از پیامدهای منفی آن.

علاوه بر این اول اکتبر سال ۲۰۰۵ برابر با ۹ مهر سال ۱۳۸۴ روز بین‌المللی سالمندان نامگذاری شد. در این خصوص موضوع «سالخوردگی در هزاره‌ی جدید، تمرکز روی فقر، زنان سالمند و توسعه» به‌عنوان موضوع محوری برای سال ۲۰۰۵ انتخاب و بعد از آن نیز مقرر شد برای هر سال یک موضوع محوری در خصوص سالمندان تعیین شود و دولت‌ها در سیاست‌ها و برنامه‌های خود به آن توجه نمایند.

۱-۲- ابعاد اجتماعی، اقتصادی سالمندی

بهبود وضعیت بهداشتی و درمانی، توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی و کاهش مرگ و میر و زاد و ولد، سبب افزایش جمعیت سالمندان در بسیاری از جوامع شده است. سالمندی جمعیت فرآیندی است که دو نمای کاملاً متفاوت دارد. از یک رو بروز پدیده سالمندی جمعیت نشان دهنده موفقیت سیاست‌های بهداشتی، اجتماعی در یک کشور است و روی دیگر این فرآیند مسائل و مشکلاتی است که در آینده به همراه خواهد داشت. این مسائل و مشکلات هم به فرد سالمند برمی‌گردد و هم به دولت‌هایی که جمعیت سالمند آنان روبه فزونی است. ابعاد اجتماعی، اقتصادی این مسائل به اجمال در ادامه بحث شده است.

۱-۲-۱- پیامدهای اجتماعی سالمندی فرد

انسان موجودی بالطبع اجتماعی است و داشتن رابطه با سایر انسان‌ها یکی از نیازهای حیاتی اوست. هر انسانی در اولین تجربه رابطه اجتماعی خود با دیگران، خانواده‌ای را تجربه می‌کند که در آن متولد شده، رشد یافته و سپس خانواده‌ای که خود تشکیل می‌دهد. با گذشت زمان، سالمندان در خصوص روابط اجتماعی با مشکلاتی روبرو می‌شوند، افراد با رسیدن به سنین سالخوردگی به احتمال زیاد با فوت برخی اعضای خانواده روبرو می‌شوند و از این رو ممکن است در پذیرش مرگ نزدیکان دچار مشکلاتی شوند. به خصوص اینکه فرد از دست رفته، نزدیک‌ترین فرد سالمند یعنی همسرش باشد. با توجه به امید به زندگی بیشتر در زنان نسبت به مردان تنها زندگی کردن در اثر فوت همسر یا بیوگی در زنان شایع‌تر است.

عامل دیگر که می‌تواند روابط اجتماعی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد میزان دوری و نزدیکی با فرزندان است. با توجه به این که در این سنین فرزندان تشکیل خانواده داده و از والدین خویش جدا شده‌اند بنابراین این امر می‌تواند به لحاظ روحی و روانی پیامدهای منفی برای سالمندان داشته باشد. مضاف بر این با بازنشسته شدن زمینه رابطه اجتماعی با دیگران در محل کار را از دست می‌دهند. علاوه بر مسائل فوق می‌توان به برخی مسائل دیگر که برای سالمندان بار روحی و روانی منفی به همراه دارد اشاره نمود:

۱. عدم احترام به سالمندان از سوی جوانان و سایر اقشار به ویژه در جوامعی که کار کردن ارزش محسوب می‌شود.
 ۲. آهنگ سریع دگرگونی‌های تکنولوژیکی و تغییرات دیگر سبب شده است دانش و مهارت‌هایی که در طول یک عمر و با تجربه‌ای طولانی برای سالمندان کسب شده به سهولت برای جوانان قابل دستیابی باشد و این امر منجر به کاهش احترام به سالمندان به‌عنوان پیشکسوتان یک حرفه یا مهارت به معنای آنچه که در گذشته وجود داشته است، شوند.

۳. خلاء روانی ناشی از فقدان کارهایی که زندگی فرد را حداقل برای نیم قرن شکل می‌دهد است. از سوی دیگر تردیدی نیست که پول به تنهایی ضامن استقلال، خودباوری و سلامت نیست و سالخوردگان اغلب به دلایل روانشناختی و بیولوژیکی نیز با بحران روحی ناشی از احساس از دست رفتن استقلال و زوال خودباوری روبرو می‌شوند (زاهدی، ۱۳۸۶)

سالمندان در جوامع سنتی از قدرت و منزلت زیادی برخوردار بودند و آنان را ذخایر فرهنگ جامعه، دانش و تجربه می‌دانستند در عین حال تعداد افراد کمتری به این سن می‌رسیدند. پس از گذشت زمان در حالی که جمعیت آنان به بیشترین حد خود در طول تاریخ می‌رسد، اقتدار، اعتبار و منزلت آنان به کمترین حد خود در طول تاریخ رسیده است.

از طرف دیگر سالمند شدن فرد عارضه‌ای طبیعی است که موجب اختلال در کارکرد اندام‌های مختلف بدن و ناتوانی تدریجی در انجام و اداره امور شخصی و ایفای نقش اجتماعی فرد سالمند می‌شود. سالمندی هر چند بیماری نیست اما بار بیماری‌ها در آن بسیار چشمگیر است. بیماری‌هایی نظیر فشار خون، بیماری‌های قلبی، سکت،

دیابت، سرطان، بیماریهای تنفسی، بی‌اختیاری ادرار، کاهش قدرت بینایی و شنوایی، ضعف‌های استخوانی-عضلانی و اختلالات روانی از شایع‌ترین بیماری‌های دوران سالمندی شناخته می‌شوند. (قیصریان، ۱۳۸۸)

پیامدهای اجتماعی و جسمانی که در اثر افزایش سن برای افراد بوجود می‌آید دولت‌ها را ملزم می‌نماید تمهیدات لازم را در برنامه‌ریزی‌ها و سیاستگذاری‌های خود در این زمینه بکارگیرند.

۱-۲-۲- ابعاد اقتصادی سالمندی جمعیت

بعد اقتصادی سالمندی عمده‌ترین مسأله‌ای است که همه جوامع با آن روبرو هستند. بعد اقتصادی سالمندی جمعیت به نوعی به دولت‌ها برمی‌گردد و برای دولت‌ها از دو بعد قابل توجه است: از یک طرف نیازهای جامعه‌ی سالمندان مطرح می‌شود که خود نیازمند تأمین منابع مالی است و از طرف دیگر تغییر ساختار سنی جمعیت و کاهش حجم جمعیت در سن کار به‌عنوان یک مسأله‌ی مؤثر بر رشد اقتصادی در جامعه مطرح می‌شود.

در زمینه تأمین نیازهای سالمندان آنچه بیش از همه به چشم می‌آید مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد نیاز سالمندان است. مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است بر این واقعیت اذعان دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه‌های درمانی در بخش‌ها و شکل‌های مختلف روند تصاعدی خواهند داشت. این مطالعات تأکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، به علت مصرف متوالی و به دفعات بیشتر از خدمات سلامت، طولانی‌تر شدن مدت استفاده از خدمات و گرانی هزینه‌های دارویی و درمانی در هر دوره از درمان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی به جهت نوع بیماری و میزان پاسخ دهی به درمان‌ها، هزینه‌های درمانی در بخش‌ها و شکل‌های مختلف روند تصاعدی خواهند داشت. مطالعاتی در این زمینه نشان می‌دهد افزایش جمعیت سالمندان با رشد تصاعدی هزینه‌های سلامت همراه است، مطالعه‌ای به سفارش کنگره آمریکا در سال ۱۹۹۹ حاکی از آن است که هزینه‌های درمانی در گروه سنی بالای ۶۵ سال، بیش از ۵ برابر کل هزینه‌های درمانی گروه سنی کمتر از ۶۵ سال است. همین مطالعه نشان داد رشد سالانه سرانه درمان برای سال‌های ۱۹۶۳ تا ۲۰۰۰ در افراد بالای ۶۵ سال ۵/۸ درصد است که ۱/۷ درصد بیشتر از سایر گروه‌های سنی است. مطالعات Medicare آمریکا نیز نشان داده است که اگرچه در سال ۲۰۰۴ سالمندان تنها ۹ درصد جامعه تحت پوشش این سازمان را تشکیل داده بودند لیکن این گروه ۲۶ درصد کل هزینه‌ها را به خود اختصاص داده بودند. (راسل و اردلان، ۱۳۸۶)

در گذشته حمایت از سالمندان معمولاً از طریق توافقات غیررسمی خانواده و جامعه ارایه می‌شد، اما امروزه این گونه توافقات و ارایه حمایت‌های مورد نیاز سالمندان تقریباً در همه جا ضعیف شده‌اند. در اکثر جوامع پیشرفته امروزی حمایت از سالمندان توسط مراقبت‌های بهداشتی دولتی و سازمان‌های بازنشستگی خصوصی ارایه می‌گردد.

در دوران معاصر سالمندی و مسائل مربوط به آن یکی از مهمترین مؤلفه‌های تشکیل دولت رفاه است. دولت رفاه بر وجود سیاست‌های سنجیده و هوشمندانه در خصوص حداقل استاندارد زندگی برای همه و ارتقای برابری در

فرصت‌های زندگی دلالت دارد و در آن هیچ تردیدی در زمینه ضرورت تمرکز توجه کلیه نهادهای رسمی بر تأمین خدمات همگانی وجود ندارد. به‌طور کلی پنج زمینه اصلی که دولت رفاه به مفهوم قرن بیستمی را شامل می‌شود عبارتند از ۱- حمایت از سالمندان ۲- بیمه اجتماعی ۳- تأمین اجتماعی خانواده ۴- زمینه‌سازی گسترش فرصت‌های شغلی ۵- مراقبت‌های پزشکی. بنابراین اصل حمایت از سالمندان یکی از مهمترین زمینه‌های شکل‌گیری دولت رفاه در آستانه قرن بیستم بوده است، از سوی دیگر سایر زمینه‌های شکل‌گیری دولت رفاه نیز بی‌ارتباط با مسائل سالمندان نیست. برای مثال تأمین اجتماعی خانواده؛ خانواده‌هایی که سالمندان به نوعی عضو آن هستند و یا زمینه‌سازی برای فرصت‌های اشتغال؛ که این امر نیز می‌تواند به نوعی با اشتغال و بازنشستگی سالمندان در ارتباط باشد و با بازنشسته شدن آنان فرصت‌های شغلی برای گروه‌های سنی جوان ایجاد می‌شود. بیمه اجتماعی و مراقبت‌های پزشکی نیز مرتبط با مسائل سالمندان هستند؛ زیرا یکی از دغدغه‌های افراد سالمند برخوردار از مراقبت‌های پزشکی ویژه و نیز داشتن بیمه نامه‌هایی است که بتواند قسمتی از هزینه‌های پزشکی آنان را جبران نماید. (زاهدی، ۱۳۸۶)

چالش‌های صندوق بازنشستگی و تأمین اجتماعی یکی دیگر از مسائل اقتصادی است که با سالمند شدن جمعیت بروز می‌کند. سالخوردگی میل به افزایش تقاضای مالی برای دولت در زمینه‌ی تأمین اجتماعی (بیمه و بازنشستگی همگانی) دارد، لذا با سالخورده شدن جمعیت، دولت با قشر وسیعی از جمعیت مواجه می‌شود که بدون داشتن سهم تولیدی در اقتصاد، هزینه‌هایی را بر آن وارد می‌کنند و دولت‌ها باید بخش زیادی از سرمایه‌ای را که می‌توانند برای فعالیت‌های تولیدی به کار گیرند، در حوزه‌ی تأمین اجتماعی مصرف کنند. برای مثال در ایالات متحده، کل هزینه‌های تأمین اجتماعی در ۱۹۷۰ برابر با ۲/۳ درصد از تولید ناخالص داخلی بود، در حالی که این مقدار در ۲۰۱۰ به ۹/۴ درصد رسید و پیش‌بینی می‌شود که در ۲۰۳۰ به ۱۶ درصد برسد. (دارابی و همکاران، ۱۳۹۱)

مسائل و مشکلات دیگری که در زمینه‌ی سیستم‌های بازنشستگی وجود دارد به شرح ذیل قابل طبقه‌بندی است:

۱. افزایش تعداد افراد بازنشسته موجب بالا رفتن نسبت وابستگی این افراد به جمعیت فعال می‌شود. افزایش نسبت وابستگی منجر به افزایش در نرخ انتقال درآمد از شاغلان به جمعیت بازنشسته می‌شود و سطح مصرف جمعیت غیر بازنشسته را پایین می‌آورد. پرداخت حق بیمه‌های بالاتر و مالیات‌های بیشتر به عنوان منبعی برای جبران هزینه‌های سالمندان که باید از سوی غیر بازنشستگان پرداخت شود خود پیامدهای اجتماعی و اقتصادی خاص خود را به همراه دارد. در این میان احتمال بروز درگیری و اعتراضات جمعیت فعال نیز باید در نظر گرفته شود.

۲. افزایش طول عمر بازنشستگان به معنای افزایش مدت پرداخت مستمری و هزینه مراقبت‌های درمانی توسط صندوق‌های بازنشستگی است. نظام‌های بازنشستگی برای اینکه بتوانند از پس هزینه‌های جمعیت رو به رشد سالمندان برآیند ناچارند سیاست‌هایی را پیش رو بگیرند که به هر حال به کاهش استانداردهای زندگی

منجر می‌شود. به این صورت که یا ناچارند سن بازنشستگی را افزایش دهند و یا مزایایی که به سالمندان اختصاص یافته را کاهش دهند که در هر صورت سالمندان بازنشسته با اجحاف روبرو می‌شوند. (احمدی و بهشتی، ۱۳۸۶)

۳. با توجه به این مسائل برخی از کشورهای صنعتی افزایش طول عمر جمعیت کشورشان را در تعیین سن بازنشستگی لحاظ کرده‌اند و تلاش دارند تا فشار جمعیتی به صندوق‌های تأمین اجتماعی و بازنشستگی را تا آنجا که ممکن است کاهش دهند. به‌طور مثال در آمریکا مقرر شده است که سن بازنشستگی و استفاده از مزایای صندوق‌های بازنشستگی تا سال ۲۰۲۷ به ۶۷ سال برسد. در فرانسه تعداد سال‌هایی که یک فرد باید تأمین منابع صندوق‌های بازنشستگی مشارکت داشته باشد متناسب با تغییرات در شاخص امید به زندگی است. (نراقی، ۱۳۷۶)

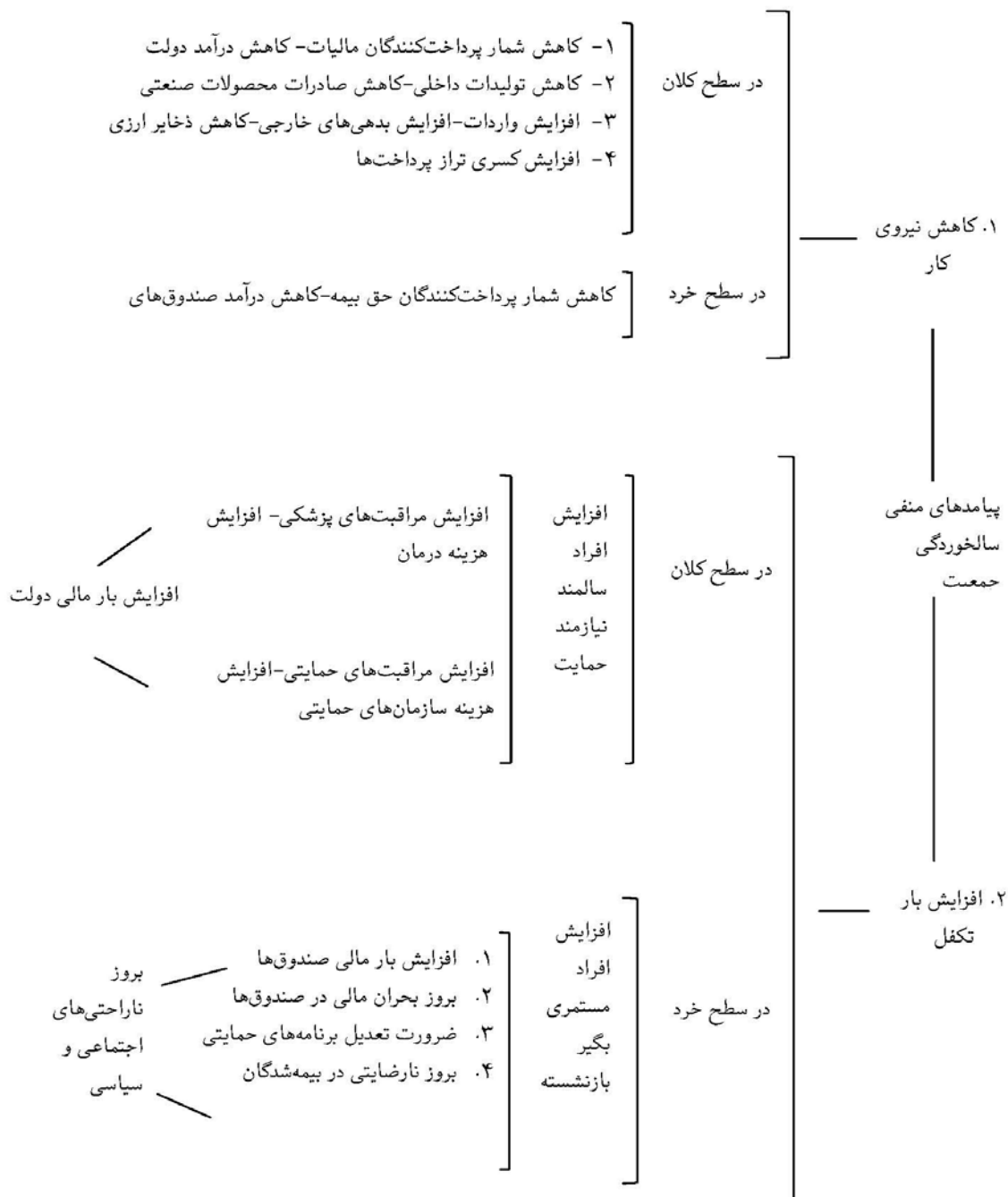
ساختار سنی جمعیت در هر جامعه‌ای از نظر اقتصادی از اهمیت بسیاری برخوردار است و در برنامه‌ریزی‌های بلند مدت اقتصادی نقش مهمی ایفا می‌کند. همان‌طور که در ابتدای این بخش مطرح شد، پدیده‌ی سالخوردگی بر اندازه و ترکیب نیروی کار که نقش مهمی را در رشد اقتصادی دارد، تأثیر می‌گذارد. کشورهایی که نرخ باروری پائین دارند، با کاهش در عرضه‌ی نیروی کار مواجه می‌شوند. کاهش تعداد شاغلان می‌تواند اثرهای منفی را بر رشد اقتصادی و تأمین رفاه همگانی در سطح کلان داشته باشد. در واقع با کاهش رشد جمعیت، وظیفه‌ی تأمین نیازهای روزافزون جمعیت سالمند سنگین‌تر شده و این مسئله بر شیوه‌های تولید کالا و خدمات و کارایی کلی اقتصاد تأثیرگذار است.

به‌طور کلی پیامدهای سالمندی جمعیت برای دولت به شرح ذیل طبقه‌بندی و در شکل ارائه شده است. (نراقی، ۱۳۷۶)

کاهش نیروی کار: از سویی از نیروی کار فعال جامعه کاسته خواهد شد که این خود به دو معناست. نخست از شمار پرداخت‌کنندگان مالیات در سطح کلان و پرداخت‌کنندگان حق بیمه در سطح خرد کاسته خواهد شد و در نتیجه به ترتیب هم درآمد دولت و هم درآمد صندوق‌های بیمه، به ویژه سازمان تأمین اجتماعی کاهش خواهد یافت. دوم اگر برنامه‌ریزی کلان اقتصادی-جمعیتی به دقت و با توجه به پارامترهای جمعیتی انجام نگیرد و از تکنولوژی برتر و نو استفاده نشود، کاهش نیروی کار می‌تواند موجب کاهش تولید ناخالص داخلی شود و این اثرات منفی بسیاری به دنبال خواهد داشت که از جمله می‌توان کاهش صادرات محصولات صنعتی، افزایش واردات، کاهش ذخایر ارزی و در نتیجه افزایش بدهی‌های خارجی و بالاخره افزایش بدهی‌های خارجی و بالاخره افزایش کسری تراز پرداخت‌ها را نام برد.

افزایش بار تکفل جامعه: در اثر سالخوردگی جمعیت بار تکفل جامعه افزایش پیدا خواهد کرد. از یک سو شمار افراد مستمری‌بگیر بازنشسته و از سوی دیگر شمار افراد سالمند نیازمند حمایت، بالا خواهد رفت. این دو عامل دو پیامد خواهد داشت از سویی بار مالی صندوق‌های بیمه افزایش پیدا می‌کند که می‌تواند موجب بروز بحران‌های

مالی شود، این خود تعدیل برنامه‌های کمک را ضروری می‌سازد که به دنبال آن نارضایتی بیمه‌شدگان شدت پیدا خواهد کرد و ناآرامی‌های اجتماعی و سیاسی پدید خواهد آمد. از سوی دیگر بار مالی سازمان‌های حمایتی و هزینه مراقبت‌های پزشکی افزایش پیدا خواهد کرد و بر تعهدات مالی افزوده خواهد شد. در نتیجه بار مالی بودجه عمومی کشور سنگین‌تر خواهد شد.



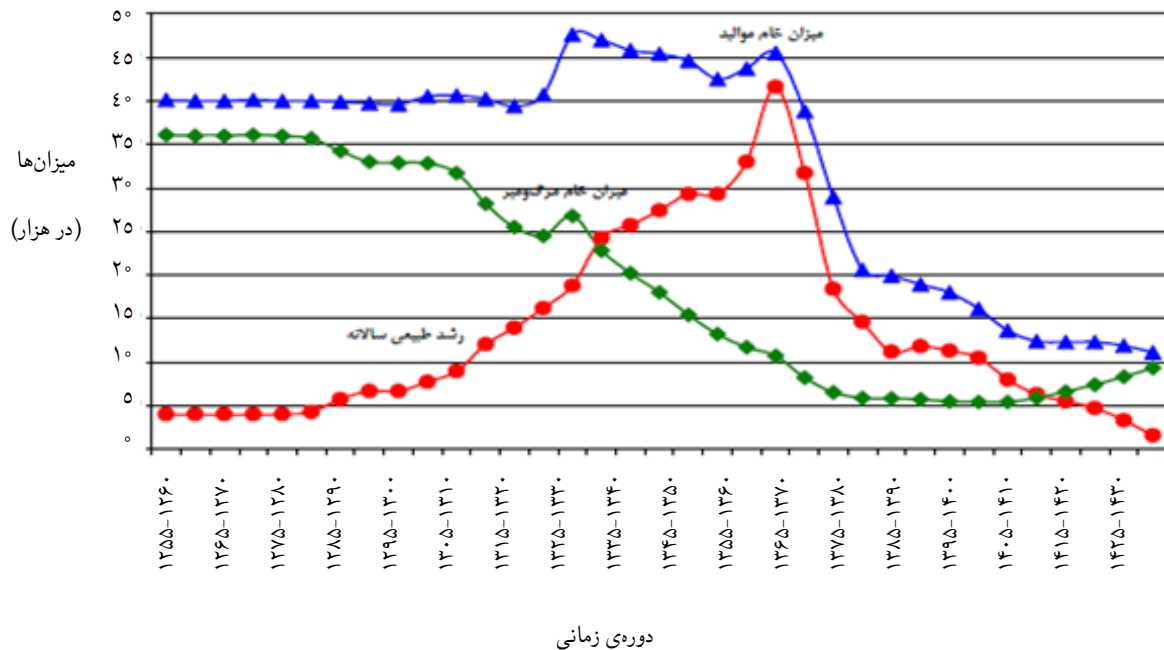
۱-۳- فرآیند جمعیت‌شناختی سالمندی جمعیت

سالخوردگی جمعیت تحت تأثیر دو عامل جمعیت‌شناختی و تغییرات آنها اتفاق می‌افتد. اول؛ کاهش باروری و تداوم آن در یک دوره نسبتاً طولانی و دوم؛ کاهش مرگ و میر و افزایش امید زندگی. علاوه بر این، عامل سوم تغییرات جمعیت یعنی مهاجرت هم می‌تواند در روند سالخوردگی جمعیت مؤثر باشد. تومرل هم عنوان کرده است، جابجایی‌های مکانی یا مهاجرت‌ها و استمرار ماندگاری آنان در جمعیت میزبان، هر دو قطب فرستنده و گیرنده را از لحاظ ساختار سنی، تحت تأثیر قرار می‌دهد (سیدمیرزایی، ۱۳۸۶).

تغییرات باروری و مرگ و میر در طول زمان پدیده‌ای ایجاد نموده است که جمعیت‌شناسان تحت عنوان «گذار جمعیتی» یا «انتقال جمعیتی» از آن نام می‌برند. طبقه‌بندی‌های گوناگونی از مراحل گذار جمعیت‌شناختی توسط صاحب‌نظران صورت گرفته است و با استفاده از نظریه انتقال جمعیت می‌توان فرآیند سالخوردگی یک جمعیت را نمایش داد.

به‌طور ساده، نظریه انتقال جمعیت به گذار یک جمعیت از تعادل اولیه که مرگ و میر و باروری در سطحی بالا و نزدیک به همدیگر قرار دارند، به تعادلی دیگر که در آن باز هم مرگ و میر نزدیک به یکدیگر اما در سطحی پایین است، اشاره می‌کند. برای این تغییرات ۴ مرحله (برخی ۵ مرحله) را متصور شده‌اند. مرحله اول، همان تعادل اولیه است. مرحله دوم با کاهش مرگ و میر و ثبات باروری همراه است. در مرحله سوم، کاهش باروری هم اتفاق می‌افتد اما کاهش مرگ و میر نیز همچنان ادامه دارد. نتیجه این دو مرحله، رشد سریع جمعیت است. مرحله چهارم یا تعادل دوم، زمینه را برای سالخورده شدن جامعه فراهم می‌کند. با توجه به پایین بودن سطح باروری و مرگ و میر، جمعیت زیاد حاصل از تغییرات دو مرحله قبلی انتقال، به سنین بالاتر می‌رسند و تغییراتی را در ساخت سنی جامعه ایجاد می‌نمایند. مرحله پنجمی که برای انتقال در نظر می‌گیرند، در اصل محصول سالخوردگی جمعیت است. در این مرحله، میزان‌های مرگ و میر از میزان‌های باروری فزونی یافته، رشد جمعیت منفی می‌شود. برخی از کشورهای توسعه یافته اکنون در این مرحله قرار دارند. (ضرغامی، ۱۳۸۹)

شکل ۱-۲ گذار جمعیت‌شناختی در ایران را طی دوره‌ی ۱۲۵۵ تا ۱۴۳۵ نشان می‌دهد. (حسینی، ۱۳۹۰)



شکل ۱-۲- گذار جمعیت‌شناختی در ایران: ۱۲۵۵-۱۴۳۵

سالخوردگی جمعیت یک ویژگی توزیع سنی است (سوانسون و سیگل، ۲۰۰۴) به گونه‌ای که در روند انتقال جمعیت، تغییرات شگرفی در ساخت سنی جمعیت پدید می‌آید که برخی از آن با عنوان انتقال سنی نیز یاد می‌کنند. برخی از جامعه‌شناسان و پیری‌شناسان همچون پیتر پیترسون، بر مبنای همین تغییرات سنی و سالخورده شدن جمعیت، از «خاکستری شدن جمعیت» سخن به میان آورده‌اند و آن را ثمره دو عامل جمعیتی در روندهای طولانی مدت دانسته‌اند: اول؛ تمایل به داشتن فرزند کمتر و دوم؛ زنده ماندن افراد بیشتر (گیدنز، ۱۳۷۶). روند انتقال جمعیتی و شکل‌گیری مراحل سنی جمعیت به شرح ذیل به خوبی نشان داده شده است.

با شروع انتقال جمعیتی، فرآیند انتقال سنی هم آغاز خواهد شد، بو و سومستد (۲۰۰۰) انتقال سنی را به چهار مرحله تقسیم نموده که هر مرحله با افزایش تعداد جمعیت در یک رده سنی خاص مشخص می‌شود:

(الف) مرحله کودکی: افزایش درصد جمعیت کمتر از ۱۵ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی.

(ب) مرحله جوانی: افزایش درصد جمعیت ۱۵-۲۹ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی.

(ج) مرحله میان‌سالی: افزایش درصد جمعیت ۳۰-۶۴ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی.

(د) مرحله سالمندی: افزایش درصد جمعیت ۶۵ سال و بیشتر نسبت به سایر گروه‌های سنی.

(الف) مرحله کودکی: اولین مرحله انتقال سنی زمانی است تعداد کودکان و نوزادان به علت کاهش میزان‌های مرگ و میر آنان افزایش می‌یابد. بنابراین کاهش مرگ و میر در وهله اول موجب افزایش تعداد کودکان می‌شود. همچنان که نسل‌های کودکان زنده مانده به سنین بالاتر می‌رسند، به علت عدم تغییر رفتارهای باروری در مراحل اولیه انتقال جمعیتی، تعداد کودکان زنده به دنیا آمده و زنده مانده بیشتر می‌شود. به این دلیل است که حدود ۳۰

الی ۴۰ سال بعد از افت اساسی مرگ و میر، به علت عدم تغییر رفتارهای باروری، هرم‌های جمعیتی شکل مثلی خود را حفظ خواهند کرد. این حالت، الگویی از جمعیت‌هایی است که دارای رشد طبیعی بالا هستند. از منظر اقتصاد کلان، مرحله کودکی مقطعی از انتقال سنی است که نیازهای مصرفی بیش از توانمندی‌های تولیدی است. در این مرحله نسبت وابستگی کودکان بالا بوده و سرمایه‌گذاری در زمینه نیازهای زنان و کودکان بسیار مهم و ضروری است.

زمانی که میزان‌های باروری رو به کاهش می‌گذارد، این الگوی سنی کاملاً دگرگون می‌شود. به عبارت دیگر اکثر کشورهایی که انتقال جمعیتی را تجربه می‌کنند، در اصل نه تنها افت باروری را تجربه می‌کنند بلکه افت و کاهش تعداد نوزادان و کودکان را هم تجربه می‌کنند. این فرایند موجب پیدایش حالت برآمدگی و تورم در ساختار سنی می‌شود. در نتیجه به تدریج شکل سنتی ساختمان سنی تغییر می‌یابد. پایه‌های هرم سنی کوچک‌تر شده و برآمدگی هرم سنی تکمیل‌تر خواهد شد.

در مدل سنتی انتقال جمعیتی، کاهش میزان باروری مرحله پایانی انتقال جمعیتی است، در حالی که انتقال سنی به هیچ وجه در این مرحله پایان نمی‌یابد زیرا برآمدگی ناشی از باروری بالا در مراحل اولیه انتقال جمعیتی به‌طور مستمر و با گذشت زمان در کل ساختار سنی حرکت خواهد کرد.

(ب) مرحله جوانی: دومین مرحله از گذار سنی مرحله جوانی نامیده می‌شود. این مرحله زمانی است که برآمدگی سنی به سوی سنین جوانی میل می‌کند.

(ج) مرحله میان‌سالی: این مرحله زمانی شروع می‌شود که برآمدگی سنی به طرف سنین میان‌سالی می‌رود و نسبت جمعیت گروه‌های میان‌سال (۳۰-۶۵) به تدریج رو به افزایش می‌گذارد.

جمعیت‌شناسان از مرحله دوم و سوم انتقال سنی تحت عنوان «پنجره جمعیتی» یاد می‌کنند. رز (۲۰۰۴) معتقد است پنجره جمعیت زمانی آغاز می‌شود که در اثر کاهش میزان‌های باروری توزیع و ترکیب سنی جمعیت تغییر می‌کند، به این معنا که سرمایه‌گذاری‌های کمتری برای تأمین نیازهای گروه‌های سنی جوان لازم است و منابع سرمایه‌گذاری برای توسعه اقتصادی و رفاه خانوارها آزاد می‌شود. به عبارت دیگر کاهش میزان‌های باروری باعث کاهش جمعیت در گروه‌های سنی کودک و نوجوان می‌شود. در عوض گروه‌های سنی فعال و در سن کار افزایش می‌یابد. این مسئله باعث رشد اقتصادی سریع‌تر و کاهش بار وابستگی خانواده‌ها می‌شود.

(د) مرحله سالمندی: در این مرحله باروری افت اساسی کرده و به‌طور کلی برآمدگی و تحذب سنی جمعیت، به سنین سالمندی وارد می‌شود. این تغییر را برخی از جمعیت‌شناسان اصطلاحاً «انفجار عمودی جمعیت سالخورده» می‌نامند. در نهایت سالخوردگی جمعیت در مرحله پیشرفته‌ای قرار می‌گیرد که از آن به‌عنوان «معکوس شدن هرم سنی» یاد می‌شود (لهسایی‌زاده، ۱۳۷۹).

بنابراین سالخوردگی جمعیت یک فرایند شناخته شده به‌عنوان پیامد «انتقال جمعیت‌شناختی» است که در آن تغییرات باروری و مرگ و میر نقش اساسی دارند.

۱-۳-۱- کاهش باروری

کاهش تدریجی باروری در سالمند شدن جمعیت نقش مؤثری دارد و باعث می‌شود هرم سنی جمعیت تغییر ساختار دهد به طوری که از جمعیت گروه‌های سنی پایه هرم کاسته شده و بعد از چند دهه به جمعیت سالخورده راس هرم افزوده شود.

به طور کلی در نیم قرن گذشته میزان باروری کل در جهان تقریباً نصف شده است و میزان باروری کل برای هر زن از ۵ فرزند به ۲/۷ فرزند کاهش پیدا نموده است و در نیم قرن آینده نیز حتی به کمتر از سطح جانشینی نسلی یعنی ۲/۱ بچه برای هر زن خواهد رسید. اما باید توجه کرد که بین مناطق مختلف جهان در این زمینه تفاوت‌هایی وجود دارد و در مناطق توسعه نیافته به ویژه در آفریقای غربی و شرقی، میزان باروری کل همچنان بیشتر از ۵ فرزند برای هر زن است (سازمان ملل، ۲۰۰۷).

در ایران تا قبل از اجرای مرحله اول برنامه‌های تنظیم خانواده در سال ۱۳۴۶ میزان باروری در حد بالایی قرار داشت. بعد از اجرای این برنامه‌ها سطح باروری، حداقل در مناطق شهری اندکی کاهش یافت به گونه‌ای که میزان باروری کل در سال ۱۳۵۵ برای کل کشور ۶/۲ فرزند برآورد گردید (۴/۴۲ در مناطق شهری و ۷/۸۲ در مناطق روستایی) (زنجانی، ۱۳۸۱).

بر اساس مطالعات انجام شده، باروری کل در سال‌های بلافاصله بعد از انقلاب روند صعودی طی کرد به طوری که باروری کل از ۶ فرزند در سال ۱۳۵۵ به ۶/۹ فرزند در سال ۱۳۵۹ افزایش یافت. این روند تا سال ۱۳۶۳ ثابت و بعد از آن تا سال ۱۳۶۶ به صورت آهسته کاهش پیدا کرد و به ۵/۷۶ فرزند رسید. پس از آن و به ویژه بعد از اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده در سال ۱۳۶۸ روند کاهشی سرعت شتابانی یافت به گونه‌ای که میزان باروری کل در سال‌های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۵ به ترتیب به ۴/۹ و ۲/۵۲ فرزند تقلیل پیدا کرد (عباسی شوازی ۱۳۷۹). نتایج سرشماری ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ کشور نشان داد که میزان باروری به زیر سطح جانشینی و به ترتیب به ۱/۹ و ۱/۸ رسیده است. طبق پیش‌بینی سازمان ملل (۲۰۰۱) روند کاهشی در باروری کل، همچنان ادامه خواهد داشت و در اوایل قرن آینده (هجری)، ایران با باروری کل کمتر از ۱/۵ یکی از کشورهای در حال توسعه با باروری بسیار پایین خواهد بود.

جدول ۱-۱- میزان باروری کل در سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰

سال	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
کل کشور	۵/۹	۶/۲۳	۴/۹	۲/۵۲	۱/۹	۱/۸
مناطق شهری	۵/۱	۴/۵	۳/۷	۲/۱	۱/۸	۱/۷
مناطق روستایی	۶/۷	۶/۵	۵/۹	۳/۱	۲/۱	۲/۲

(عباسی شوازی ۱۳۷۹ و عباسی شوازی وحسینی چاوشی ۱۳۹۲)

۱-۳-۲- کاهش میزان مرگ و میر و افزایش امید زندگی

وضعیت مرگ و میر و شاخص‌های مربوط به آن در ۵۰ سال اخیر بهبود چشمگیری داشته است. دستاوردهای پزشکی و درمانی و برخورداری نسبی اقشار مختلف اجتماعی از آن‌ها موجب کاهش سریع مرگ و میر اطفال و مهار آن در سایر سنین از جمله در سالمندی شده است.

کاهش مرگ و میر نوزادان و اطفال، به ویژه کمتر از یک‌ساله‌ها، اساسی‌ترین سهم را در کاهش عمومی مرگ و میر و افزایش امید زندگی در بدو تولد داشته است (میرزایی ۱۳۸۰). بدین منظور در سال ۱۹۹۰، کشورهای جهان در قالب «طرح سلامت برای همه» متعهد شدند که مرگ کودک را در کشور خود طی یک دهه، ۵۰ درصد کاهش دهند. همچنین بر اساس اهداف توسعه هزاره، که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشورهای جهان قرار گرفت، نسبت مرگ و میر کودکان در این کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی می‌بایست ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش یابد. دامنه تغییرات مرگ و میر اطفال طی دهه‌های اخیر بسیار زیاد و از چیزی بیش از ۱۵۰ هزار در دهه ۱۳۳۰ تا کمتر از ۲۵ هزار در سالیان اخیر نوسان داشته است.

یکی از مهمترین شاخص‌های مرگ و میر، امید زندگی در بدو تولد است که آن را عمر متوسط نیز می‌نامند. این امر نیز به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر سالمندی جمعیت قلمداد می‌شود. پیشرفت‌هایی که در زمینه بهداشت و پزشکی بوجود آمده به افزایش امید زندگی و سالمند شدن جمعیت کمک کرده است. بعد از جنگ جهانی دوم با انجام واکسیناسیون‌ها در سطح گسترده، توجه به بهداشت کودکان در مدارس، تلاش برای ریشه‌کنی برخی بیماری‌ها و نیز درمان برخی بیماری‌ها مانند سل و مالاریا و... شانس زنده ماندن برای بسیاری از افراد جامعه بالا برد.

در نیم قرن اخیر امید زندگی در بدو تولد برای کل جهان تقریباً ۲۰ سال افزایش یافته است. امید زندگی برای کل جمعیت جهان از ۴۶/۵ سال در سال‌های ۱۹۵۰-۱۹۵۵ به ۶۶ سال در سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۰۵ رسیده است و پیش بینی می‌شود که در دوره زمانی ۲۰۴۵-۲۰۵۰ امید زندگی به ۷۶ سال برای کل جهان افزایش یابد (سازمان ملل، ۲۰۰۷).

در ایران بر اساس سرشماری ۱۳۳۵ امید زندگی در بدو تولد ۳۷/۵ سال بود که در سال ۱۳۴۵ به ۴۷/۵ سال، در سال ۱۳۵۵ به حدود ۵۷/۵ سال و در سال ۱۳۶۵ به حدود ۶۰ سال افزایش یافت (میرزایی، ۱۳۸۴). بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۰ شاخص امید زندگی به حدود ۷۲ سال رسیده است. این شاخص برای ایران در سال ۲۰۵۰ برابر با ۷۹/۱ سال پیش بینی شده است (سازمان ملل، ۲۰۰۷). ارقام فوق نشان می‌دهد در طی حدود ۵۵ سال اخیر امید زندگی در ایران حدود ۳۵ سال افزایش پیدا کرده است.

۱-۳-۳- مهاجرت

در میان عوامل ذکر شده‌ی مؤثر بر سالمند شدن جمعیت، نقش مهاجرت در تغییر توزیع سنی از اهمیت کمتری برخوردار است. به این دلیل که مهاجرت‌ها عمدتاً از روستاها و مناطق کمتر توسعه یافته به مناطق توسعه یافته صورت می‌گیرد. در درازمدت مهاجرت موجب کاهش باروری و رشد جمعیت و به تبع آن سالمندی جمعیت در مبدأ مهاجرت می‌شود. مهاجرت، بخشی از جمعیت واقع در سنین فعالیت کشورهای کمتر توسعه یافته را به سوی کشورهای توسعه یافته سوق می‌دهد (زنجان، ۱۳۸۰). در واقع این‌گونه مهاجرت‌ها با کاهش جمعیت واقع در سنین فعالیت، سالمندی کشورهای در حال توسعه را تسریع می‌بخشد.

مهاجرت همان‌گونه که عامل افزایش سالمندی در جامعه مهاجرفرست و عامل کاهش سالمندی در جامعه مهاجرپذیر است، خود نیز متأثر از باروری و مرگ و میر است. در جوامعی که باروری طی دوره‌هایی بالا بوده است و امروز منابع آن جامعه در حد جمعیتش نیست، عده‌ای برای گذران زندگی ناگزیر از مهاجرت هستند و این دسته از مهاجرین در جهت رسیدن و دستیابی به امکانات بهتر مهاجرت می‌کنند و این امر خود به دو صورت می‌تواند موجب سالمند شدن جمعیت گردد. ابتدا کسانی که از دیار خود مهاجرت می‌کنند افراد در سنین فعالیت و جوان هستند که مهاجرت این افراد باعث می‌شود که نسبت افراد سالمند به جمعیت جوان در جامعه مهاجرفرست بیشتر شود. بدین جهت بعضی از کشورها سیاست مهاجرپذیری را برای کاهش سالمندی در پیش می‌گیرند (باباجانی، ۱۳۸۷ به نقل از لگار، ۲۰۰۱). اما از طرف دیگر این مهاجرین به وضعیت بهتری از رفاه اجتماعی رسیده و تحت تأثیر شرایط جوامع توسعه یافته سال‌های بیشتری نسبت به جامعه مبدأ عمر نموده و در درازمدت باعث افزایش تعداد سالمندان جامعه مقصد می‌شوند.

مهاجرت‌های خارجی در ایران طی این سالها تاثیر چندانی بر ساخت سنی جمعیت نداشته است. مهمترین موج مهاجرت خارجی به ایران در اوایل دهه ۶۰ رخ داد که در آن طبق برآوردها بین ۲/۵ تا ۴/۵ میلیون مهاجر خارجی وجود داشته که بیش از ۸۰ درصد آنها را افغانه تشکیل می‌داده‌اند (میرزایی، ۱۳۸۴). از آنجا که این مهاجرت‌ها عموماً به صورت دسته جمعی و خانوادگی صورت پذیرفته و سن‌گزين نبوده است، نباید تأثیر چشمگیری بر ساخت سنی جمعیت کشور گذاشته باشد. بر خلاف این، در سطح داخلی تأثیر مهاجرت‌ها بر سالخورده شدن جمعیت روستایی می‌تواند چشمگیر باشد (ضرغامی، ۱۳۸۹).