جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت ، درمان
و آموزش پزشکی

برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت

سالمندان ایران

مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



- قَضی رَبُّکَ اَلاتَعبُدوا اِلا ایّاهُ وَ بالوالِدَینِ اِحسانا اِمّا یَبلُغَنَّ عِندَکَ الکِبَرَ اَحَدُهُما اَو کِلاهُما فَلاتَقُل لَهُما اُفٍّ وَلاتَنهَرهُما وَ قُل لَهُما قَولاً کَریما واخفِض لَهُما جَناحَ الذُّلِّ منَ الرَّحمَة و . . . و خدای تو حکم فرموده که جز او هیچکس را نپرستید و در حق پدر و مادر، نیکی کنید و چنانکه هر دو یا یکی از آنها پیر و سالخورده شوند و موجب رنج و زحمت شما باشند مواظب باشید کلمه ای که رنجیده خاطر شوند نگویید و کمترین آزار به آنها مرسانید و با ایشان به اِکرام و احترام، سخن گویید . و همیشه پر و بال تواضع و تکریم را با کمال مهربانی نزدشان (سوره مبارکه اسراء آیه ۲۳ ـ ۲۴)
- پیران را بزرگ و محترم دارید زیرا احترام به آنها به منزله احترام به مقام الهی است.

پیامبر اکرم (ص)

بازنشستگان، نیروی فعاله کشور در اندکی پیش هستند که تلاش کرده‌اند زحمت کشیده‌اند، بسیاری از آنها شب و روز و عمر و جوانی خود را صرف کار کرده‌اند و باید کشور به این تلاش و به این زحمتکشی مستمر دوران عمر پاسخ گوید. **امام خمینی (ره)**

- سلامت، محور همه چیز حتی عروج انسان است و هر انسانی حتی اگر در عرصه معنویت بخواهد رشد کند باید فرد سالمی باشد. **مقام معظم رهبری**

فهرست :

پیام وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	٥
درباره محتوا	٦
تغییرات جمعیتی و اهمیت آن	٨
تعاریف	١٠
جمعیت هدف	١١
اصول برنامه	١٢
اهداف کلان	١٣
ارتقا سلامت	١٤
آموزش (تامین نیروی انسانی)	١٤
خدمات سلامت	١٦
پژوهش	١٨
تجهیزات	١٨
تامین و تخصیص مالی	٢٠
تولیت	٢٠
ارتقا رفاه	٢١
خدمات اجتماعی	٢١
مراقبت از اعضای خانواده.	٢٣
درآمد مالی	٢٤
اشتغال و بازنشستگی	٢٥
مسکن	٢٦
تغذیه	٢٧
ایمنی و حفاظت	٢٧
آموزش و تحصیلات	٢٨
تفریح و اوقات فراقت	٢٩
ارتقا منزلت	٣٠
رفرانس	٣١

مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

رشد شتابان جمعیت سالمندان کشور، مشکلات سلامت این قشر را، در آینده ای نزدیک، به چالش مهم نظام سلامت کشور تبدیل خواهد نمود. به منظور مواجهه همه جانبه و موثر با این چالش، اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت در تعامل با دستگاههای ذیربط اقدام به تدوین " **برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران**" نموده است. در تدوین این برنامه، در کنار بهره گیری از تجربیات و شواهد جهان، به الزامات، مقتضیات و اولویت های بومی کشور در قالب الگوی اسلامی ایرانی توسعه، توجه ویژه ای صورت گرفته است. با توجه به گستره اهداف مندرج در این سند، تحقق این اهداف مستلزم همکاری و تعامل گسترده درون و برون بخشی سلامت می باشد. در این راستا، مقتضی است حوزه های مختلف، درگیر مقوله سلامت سالمندان، نسبت به اجرای این برنامه ملی بر اساس موارد اشاره شده در متن برنامه تلاش نمایند.

درباره محتوا :

برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران بایستی مشخص کند که مجموعه کشور:

الف: چه اهدافی را دنبال کند؟

ب: برای تحقق این اهداف چه راهی را بایستی طی کند؟

ج: ملزومات تحقق اهداف چه می باشد؟

برای تدوین این برنامه تحولی، به اصول و سیاست های **اشاره شده** در نقشه تحول نظام سلامت مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، تالیف اسفند ۱۳۹۰ که دارای مصوبه هیئت دولت نیز می باشد استناد شده است و ۱۵ بند عنوان شده در بخش سیاست های نقشه تحول نظام سلامت، مبنای طراحی برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران بوده است که شامل موارد زیر می باشد:

۱- تحکیم مبانی، اصول و ارزش های متعالی اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی اسلام و نهادینه سازی آن در عرصه های ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت.
۲- تحقق رویکرد سلامت همه جانبه(جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی) و انسان سالم در همه سیاست های کشور و پاسخگو بودن کلیه نهاد های موثر کشور.
۳- تمرکز و یکپارچگی در سیاست گذاری و تخصیص منابع مالی و غیر مالی نظام سلامت.
٤- افزایش آ گاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده، جامعه در تامین حفظ ارتقائ سلامت با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
٥- روز آمد نمودن برنامه های سلامت مبتنی بر ارتقائ سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت کننده های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
٦- مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تاکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر سطح بندی، استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهر ها و روستاها.

۷- تامین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت و اصلاح نظام های پرداخت به منظور بهره مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت متناسب با نیاز و مشارکت عادلانه مالی آنان و متناسب با توان.

۸- ایجاد و تقویت زیر ساخت های فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فناوری و امنیتی لازم

برای تولید فرآورده های سلامت (شامل فرآورده های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) دارای کیفیت تضمین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برا ی برخورداری عادلانه مردم و مراقبت مداوم، نظام مند و ساختار یافته) برای تداوم آن ها.

۹- تامین حق مردم در بهره مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی.

۱۰- توسعه کیفی و کمی هدفمند(پاسخگو، جامعه نگر و عادلانه) آموزش علوم پزشکی(سلامت) در ساختار ادغام یافته با ارایه مراقبت های سلامت متناسب با نیاز های جامعه و گسترش دانش و بر اساس سند تحول و توسعه آموزش پزشکی کشور.

۱۱- تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری سلامت مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت

۱۲- بهره مندی از دستاوردهای بین المللی سلامت و ارایه دستاوردهای ملی در سطوح بین المللی و الگوسازی با تاکید بر جهان اسلام

۱۳- اجرای دیدبانی، تقویت نظام مراقبت و گزارش دهی، پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت بخشی و بین بخشی.

۱٤- ارتقائ بهره وری و منزلت نیروی انسانی سلامت

۱۵- توسعه فناوری اطلاعات برای اعتلای برنامه های سلامت.

مقدمه

تغییرات جمعیتی و اهمیت آن

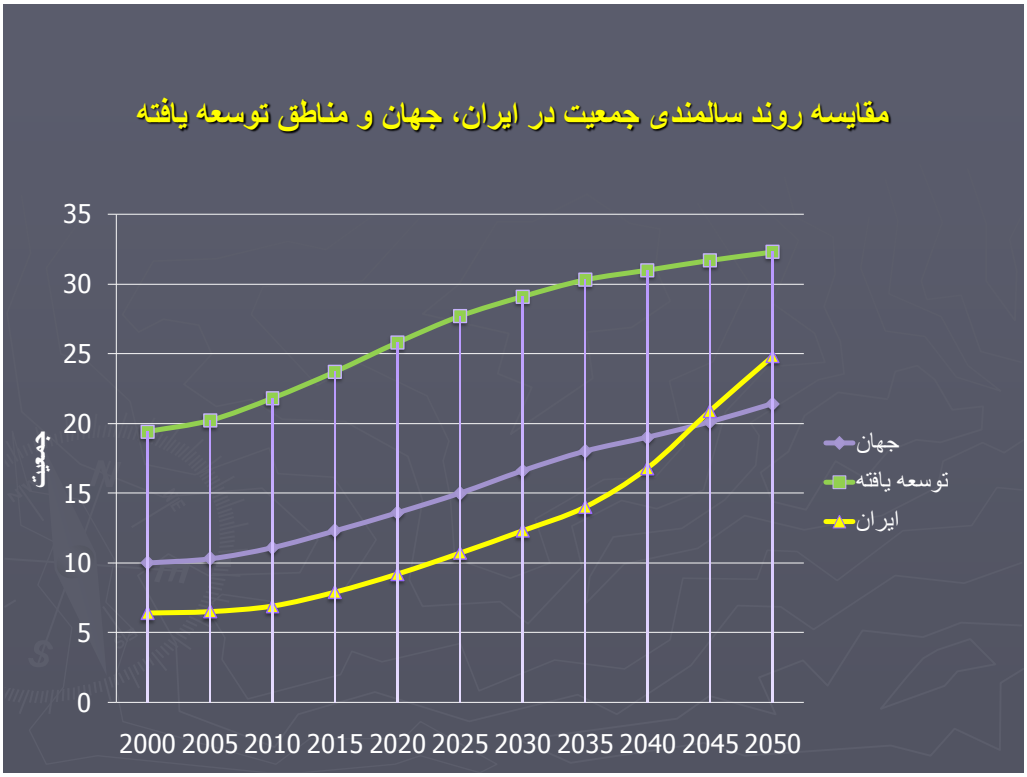
براساس گزارش سازمان ملل متحد، جمعیت سالمندان در جهان از ۱۰,۵ درصد در سال ۲۰۰۷ به ۲۱,۵ درصد در سال ۲۰۵۰ افزایش پیدا خواهد کرد. در ایران افزایش امید به زندگی در طی پنج دهه اخیر سبب افزایش مداوم نسبت سالمندان شده است. به نحوی که در سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰ درصد سالمندان بالاتر از ٦٠ سال به حدود٨/٢٦ درصد کل جمعیت کشور رسیده است.

درصد سالمندان بالاتر از ۶۰ سال طی سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ در ایران						
	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵
شهری	۵,۳	۶,۱	۵,۱	۵,۲	۶,۱	۶,۸
روستایی	۷,۴	۶,۸	۵,۱	۵,۷	۷,۴	۸,۳
کل	۶,۲	۶,۵	۵,۲	۵,۴	۶,۶	۷,۳

از سوی دیگر دینامیزم جمعیت سالمندان کشور موید شتاب گرفتن پدیده سالمندی در جمعیت کشور است، به طوریکه در طی سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵، رشد جمعیت سالمندان بالای ۸۰ سال (۸ درصد) بیش از رشد جمعیت سالمندان بالای ۷۰ سال (۵ درصد) بوده است و رشد جمعیت سالمندان بالای ۷۰ سال (۵ درصد) بیش از رشد جمعیت سالمندان بالای ٦٠ سال (۲,۵ درصد) بوده است.

رشد جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال، بالای ۷۰ سال، و بالای ۸۰ سال طی سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ در ایران					
	۱۳۳۵-۴۵	۱۳۴۵-۵۵	۱۳۵۵-۶۵	۱۳۶۵-۷۵	۱۳۷۵-۸۵
۶۰ سال و بالاتر		۰,۷۵	۴	۴	۲,۵
۷۰ سال و بالاتر	۳	۳	۱	۵	۵
۸۰ سال و بالاتر	۳	۴	۴	-۲	۸

از سوی دیگر در بازه زمانی ۱۳٦۵ تا ۱۳۸۵ با کاهش میزان زاد و ولد و افزایش امید به زندگی شاخص سالمندی با یک جهش چشمگیر از ۱۲ درصد به ۲۹ درصد رسید.



افزایش تعداد و نسبت سالمندان در جامعه، در صورت آماده نبودن زیرساخت های لازم، یک چالش جدی برای نظام های رفاه اجتماعی و سلامت ایجاد می کند.

بر اساس بررسی های به عمل آمده، ۱۵٪ از مراجعین به مطب پزشکان متخصص، ۳٤٪ از معالجات سرپایی در بیمارستان ها و۸۹٪ از تخت های مؤسسات و سراهای نگهداری را افراد بالای ٦٥ سال به خود اختصاص می دهند و به طور کلی ٦۰٪از هزینه مراقبت های پزشکی توسط این گروه سنی مصرف می شود.

ارایه یک راه حل مناسب برای مشکل سالخوردگی جمعیت، مستلزم درک عینی، کمّی، و علمی از ابعاد مشکلات این گروه سنّی می باشد. علیرغم توجه ویژه به سلامت سالمندان در طی دهه اخیر برنامه های سلامت سالمندان در کشور، را می توان موردی[1]، فاقد یک جهت گیری راهبردی و محروم از ارتباطات بین بخشی توصیف نمود.

[1] Adhocism

تعاریف

- **سالمند:** عبارت از فردی است که سن او ٦٠ سال و بالاتر می باشد.
- **سالمند جوان:** عبارت از فردی است که سن او بین ٦٠ و ٦٩ سال می باشد.
- **سالمند میانسال:** عبارت از فردی است که سن او بین ٧٠ و ٧٩ سال می باشد.
- **سالمند کهنسال:** عبارت از فردی است که سن او ٨٠ سال و بالاتر می باشد.
- **آسیب پذیر[1]:** فردی است که در طی فرایند سالمندی دچار مشکلات ساختاری و عملکردی در بدن می شود.
- **شاخص سالمندی:** عبارت از تعداد افراد ٦٠ سال و بالاتر بازاء هر ١٠٠ نفر زیر ١٥ سال می باشد.
- **نسبت وابستگی سالمندان:** عبارت از تعداد افراد ٦٠ سال و بالاتر در هر ١٠٠ نفر به افرادی که سن آنها ٦٠-١٥ ساله می باشد.
- **جمعیت رو به سوی‌سالمندی:** جمعیتی است که بین ٧ تا ١٤ درصد آن جمعیت را گروه‌های سنی ٦٥ ساله و بیشتر تشکیل دهند.
- **جمعیت سالمند:** جمعیتی است که بین ١٤ تا ٢٠ درصد آن جمعیت را گروههای سنی ٦٥ ساله و بیشتر تشکیل دهند.
- **جمعیت سالخورده:** جمعیتی است که ٢٠ درصد یا بیشتر از ٢٠ درصد آن جمعیت را گروه‌های سنی ٦٥ ساله و بیشتر تشکیل دهند.

[1] Frail

جمعیت هدف:

جمعیت هدف برنامه سلامت سالمندان همه افراد با سن ۵۰ سال و بالاتر است. در این میان توجه به جمعیت افراد با سن ٤٠ تا ٦٠ سال (که هنوز میانسال محسوب می شوند) به منظور تحقق اهداف سالمندی موفق بسیار مهم می باشد. اگرچه تمام سالمندان نیازمند مراقبت و توجه هستند، اما در میان سالمندان افرادی وجود دارند که از دیگران آسیب پذیرتر بوده به توجه و مراقبت ویژه محتاج هستند. این گروه از سالمندان آسیب پذیر در برنامه سلامت سالمندان بطور خاص مورد توجه قرار گرفته اند.

	سالمندان آسیب پذیر
۱	زنان سالمند
۲	کهنسالان (پیرترین پیران)
۳	سالمندان روستایی
۴	سالمندان حاشیه شهرها
۵	سالمندانی که در موسسات نگهداری می شوند
۶	سالمندان بی بضاعت (زیر خط فقر نسبی)
۷	سالمندان تنها

اصول برنامه:

- **اصل اول: پیری یک فرایند مداوم و پیوسته در سراسر زندگی است.** کیفیت زندگی و شادابی یک فرد در دهه ششم و هفتم زندگی تا حد زیادی توسط دسترسی و استفاده وی به خدمات سلامت فردی و عمومی، خدمات سلامت روانی، حمایت های اجتماعی، فرصتهای آموزشی، اشتغال و درآمد، در طی دهه های قبلی زندگی وی رقم می خورد. ازاینرو موفقیت برنامه سلامت سالمندان در گروی مدیریت فرایند سالمندی موفق در طی دوران جوانی و بالاخص دوران میانسالی است.
- **اصل دوم: رفع نیازهای عالی سالمندان در گروی رفع نیازهای پایه آنان است.** نیازهای انسان سطوح مختلفی را تشکیل می دهند. اگر برخی از نیازهای پایه سالمندان برآورده نگردد، به دشواری می توان بر روی رفع نیازهای عالی تر آنها تمرکز نمود. نیاز یک سالمند به غذا و سرپناه، پایه ای ترین نیازهای یک سالمند محسوب می گردد. ایمنی در مقابل بیماری، فقر، و محرومیت، و ترس و آزار سطح بعدی نیازهای یک سالمند را تشکیل می دهد. وجود ارتباطات محترمانه با اعضای خانواده و دوستان سطح بعدی نیازهای یک سالمند می باشد. حق انتخاب (مکان زندگی، نحوه رفت و آمد، شیوه برقراری ارتباط، روش گذراندن اوقات فراغت) سطح بعدی نیازهای یک سالمند محسوب می گردد. و به فعل رساندن تمام استعدادها و توانایی های درونی بالاترین سطح نیازهای یک سالمند را تشکیل می دهد. برنامه سلامت سالمندان باید با اتخاذ یک رویکرد وسیع و ادغام یافته بطور متوازن بر روی رفع تمام این نیازها تمرکز نماید.
- **اصل سوم: مفهوم سالمندی نیازمند یک بازتعریف اساسی است. بسیا ری** از مشکلاتی که با افزایش سن در سطح ملکولها، سلولها، بافتها، و ارگانها اتفاق می افتد، امروزه شناخته شده است و بالقوه قابل پیشگیری و حتی قابل بازگشت تلقی می شود. به این ترتیب سالمندی موفق می تواند با حداقل ناتوانی اتفاق بیافتد.
- **اصل چهارم: مفهوم بازنشستگی نیازمند یک بازتعریف اساسی است.** امروز نگاه غالب به سالمندان از منظر سرمایه انسانی می باشد. به طور قطع به مرور زمان توانمندی های فیزیکی سالمندان کاهش می یابد، اما این امر به موازات افزایش تجربه، خرد، و تاثیرگذاری اجتماعی سالمندان صورت می گیرد. ازاینرو کارکردهای سالمندان در طی زمان کاهش نمی یابد و تنها تغییر شکل می دهد. استفاده از یک مرز سنی ثابت برای بازنشستگی حجم عظیمی از تجربه، خرد، و سرمایه اجتماعی را به کنار میراند. بازنشسته کردن سالمندانی که کماکان از کارایی برخوردارند به بهانه آزاد نمودن فرصت های شغلی برای جوانان، تنها سرپوش نهادن بر روی ناتوانی سازمانها و نهادها در کارآفرینی و ایجاد فرصت های شغلی جدید است.
- **اصل پنجم:** استناد به بهتربن شواهد موجود[1] یکی از اصول اساسی این سند محسوب می گردد.
- **اصل ششم:** عدالت در برخورداری از مواهب یک زندگی سالم و مرفه برای همه سالمندان کشور، اصل دیگر در تدوین سند محسوب می گردد.

[1] Current Best Evidence

اهداف کلان برنامه

اهداف کلان برنامه تحول نظام سلامت سالمندان، در راستای اهداف کلان تعریف شده در نقشه تحول نظام سلامت، تعیین و اولویت بندی شده است.

امروزه تصویر سنتی ازسالمندان به عنوان افرادی بیمار، ازکارافتاده، وابسته، و تنها، کاملا تغییر کرده است و در بسیاری از جوامع با گذر زمان و افزایش سن و در طی فرایندی که سالمندی موفق[1] نامیده می شود، افراد به شهروندان ارشد تبدیل می شوند. اهداف سالمندی موفق را می توان شامل موارد زیر دانست:

اهداف سالمندی موفق		
۱	سالمندی سالم[2]	اجتناب یا به تعویق انداختن بیماری در سالمندان
۲	سالمندی با حفظ کارایی[3]	اجتناب یا به تعویق انداختن معلولیت در سالمندان
۳	سالمندی با حفظ استقلال[4]	اجتناب یا به تعویق انداختن وابستگی در سالمندان
۴	سالمندی با حفظ جایگاه و مشارکت اجتماعی[5]	اجتناب از تنهایی و جداماندگی در سالمندان
۵	سالمندی مولد[6]	به تعویق انداختن بازنشستگی در سالمندان
۶	سالمندی همراه با به فعل رساندن تمام استعدادها و توانایی های درونی[7]	اجتناب از ناامیدی، بی انگیزگی و ایستایی در سالمندان
۷	سالمندی با حفظ منزلت، کرامت و عزت نفس[8]	اجتناب از تحقیر، و تبعیض در سالمندان

[1] Successful Ageing
[2] Healthy Ageing
[3] Functional Ageing
[4] Independent Ageing
[5] Participatory Ageing
[6] Productive Ageing
[7] Self-Fulfilment Ageing
[8] Ageing With Dignity

ارتقاء سلامت سالمندان

- **وضعیت موجود:**

مشکلات قلبی عروقی و فشار خون، مشکلات اسکلتی و عضلانی، مشکلات گوارشی، افسردگی، مشکلات دهان و دندان و اختلالات بینایی و شنوایی از مهمترین مشکلات سالمندی می باشد. ۳۶٪ افراد ۶۰ ساله و بالاتر مبتلا به مشکلات قلبی عروقی هستند، ۲۴٪ از افراد بالای ۶۰ سال مشکلات اسکلتی عضلانی دارند. ۱۳٪ زنان و ۳۰٪درصد مردان ۶۰ ساله و بالاتر از دخانیات استفاده می کنند.

خدمات سلامت

- به منظور ارایه مراقبت های سلامت سالمندان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه کشور، اداره سلامت سالمندان باید در تعامل با مرکز مدیریت شبکه، **بسته خدمات سلامت سالمندان**[1] را در دو سطح بهورزان و پزشکان خانواده طراحی نماید.
- به منظور ارایه مشاوره تخصصی طب سالمندان به بیماران بستری در بخشهای مختلف بیمارستانهای تخصصی مراکز استانها، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی و اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری دانشگاه های علوم پزشکی باید اقدام به راه اندازی **واحد مشاوره طب سالمندان**[2] نماید.
- به منظور ایجاد امکان ارزیابی علمی وضعیت سالمندان، اداره سلامت سالمندان با همکاری دانشگاهها و وزارت بهداشت باید اقدام به راه اندازی **واحد ارزیابی جامع سالمندی**[3] در مراکز استانها نمایند.
- به منظور ارایه خدمات سرپایی طب سالمندان، مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت و درمان با همکاری دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، اداره سلامت سالمندان و دانشگاه های علوم پزشکی باید اقدام به راه اندازی **کلینیک طب سالمندان**[4] و در بیمارستان های عمومی مراکز شهرستان ها نمایند.
- سازمان زمین شهری، برای ساخت مراکز مراقبت سالمندان، و مراکز ارایه خدمات سالمندی، برنامه پیشنهادی خود را جهت نحوه ارایه زمین رایگان، طی سال جاری، اعلام نمایند.
- بانکها برای ساخت مراکز مراقبت سالمندان، و مراکز ارایه خدمات سالمندی، برنامه پیشنهادی خود را جهت ارایه وام کم بهره، طی سال جاری اعلام نمایند.
- سالمندان می توانند با ارایه کارت شهروند ارشد از امکان ویزیت رایگان، در مراکز ارایه مراقبتهای اولیه برخوردار گردند.

[1] Geriatric Package of Services
[2] Geriatric Consultation unit
[3] Comprehensive Geriatric Assessment
[4] Geriatric Clinic


سطح سوم (استان)
بیمارستان تخصصی استان
واحد مشاوره طب سالمندان
واحد ارزیابی جامع سالمندی
سطح دوم (شهرستان)
بیمارستان عمومی شهرستان
کلینیک طب سالمندان
سطح اول (شهرها و روستاها)
مراکز بهداشتی و درمانی
بسته خدمات سلامت سالمندان
Dr. Shahram Yazdani

آموزش / تامین نیروی انسانی

- معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی باید بورد طب سالمندان را در دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی تشکیل دهد.
- معاونت های درمان و آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی باید با مشارکت هم برای نیروی کار مرتبط با سلامت سالمندان برنامه ریزی کنند[1] اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی باید در تعامل با اداره سلامت سالمندان برنامه های آموزش مداوم مرتبط با سلامت سالمندان را طراحی نموده و با مشارکت دانشکاه های علوم پزشکی اجرا نمایند.
- معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی باید با مشارکت اداره سلامت سالمندان، محتوای مرتبط به سلامت سالمندان را در کوریکولوم رشته های مرتبط (مانند پزشک عمومی، پرستار، ....)وارد نماید.

رشته هایی که نیازمند بازنگری کوریکولوم جهت لحاظ نمودن اهداف و محتوای مرتبط به سلامت سالمندان می باشند	
۱	دکتری حرفه ای پزشکی عمومی
۲	کارشناسی پرستاری
۳	دندانپزشکی
۴	داروسازی
۵	تخصص های بالینی
۶	بهورزی
۷	توانبخشی
۸	اپیدمیولوژی
۹	روانشناسی
۱۰	کاردرمانی
۱۱	شنوایی سنجی
۱۲	گفتاردرمانی
۱۳	فیزیوتراپی
۱۴	بهداشت خانواده

[1] Workforce Planning

- معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی باید با مشارکت اداره سلامت سالمندان به راه اندازی برنامه های آموزشی منجر به مدرک ویژه سلامت سالمندان اقدام نماید[1].

رشته های جدید مرتبط به سلامت سالمندان که کوریکولوم آنها باید تدوین گردد.		
۱	طب سالمندان	تخصص بالینی
۲	طب سالمندان	فلوشیپ
۳	پرستاری سالمندان	PhD
۴	مددکاری اجتماعی سالمندان	کارشناسی ارشد
۵	مددکاری اجتماعی سالمندان	PhD
۶	اپیدمیولوژی سالمندان	PhD
۷	روانپزشکی سالمندان	تخصص بالینی
۸	روانپزشکی سالمندان	فلو شیپ
۹	توانبخشی سالمندان	کارشناسی ارشد
۱۰	شنوایی سنجی سالمندان	کارشناسی ارشد
۱۱	طب تسکینی	تخصص بالینی
۱۲	روانشناسی بالینی سالمندان	کارشناسی ارشد
۱۳	داروشناسی سالمندان	PhD
۱۴	دندانپزشکی سالمندان	تخصص بالینی

۱رشته های کارشناسی ارشد پرستاری سالمندان، کارشناسی ارشد ناپیوسته بهداشت سالمندی، دکترای سالمندشناسی، و فلوشیپ طب تسکینی پیش از این در معاونت آموزشی وزارت بهداشت تصویب شده است.

پژوهش:

- معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید با مشارکت اداره سلامت سالمندان و دانشگاه های علوم پزشکی اقدام به ایجاد شبکه پژوهش سالمندی نماید.
- معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید به پایان نامه های دانشجویی که در زمینه سلامت سالمندان صورت می گیرد گرانت پژوهشی یا پژوهانه اختصاص دهد.
- هیات ممیز مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و هیات ممیز دانشگاه های علوم پزشکی باید حداکثر امتیاز ممکن در بند مربوطه در آیین نامه ارتقا را به پروژه های پژوهشی و مقالات مرتبط به سلامت سالمندان اختصاص دهد.
- معاونت پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی و وزارت علوم تحقیقات و فناوری باید پروژه های پژوهشی مرتبط به سالمندان را در اولویت تصویب و حمایت خود قرار دهند.
- معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید تسهیلات لازم برای تاسیس مراکز پژوهشی مرتبط به سلامت سالمندان را در اولویت تصویب و حمایت خود قرار دهد و شرایط ایجاد شبکه تحقیقات سالمندی را فراهم نماید.
- مرکز توسعه و هماهنگی اطلاعات و انتشارات علمی معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید تسهیلات لازم را برای انتشار مجله های مرتبط به سلامت سالمندان فراهم نماید.

دارو:

- مرکزتوسعه غذا و داروی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید فهرست اقلام داروهای اساسی سالمندان را تعیین نموده و تسهیلات لازم برای دسترسی اثربخش سالمندان به این داروها را فراهم آورد.

	اهم اقلام دارویی که تامین و دسترسی به آنها برای سالمندان جنبه راهبردی دارد.
۱	داروهای زوال عقل
۲	واکسن آنفولانزا
۳	داروهای ضد درد و مخدرها
۴	مکمل های غذایی
۵	واکسن پنوموکوک ، دیفتری و کزاز

- شورای عالی بیمه باید با مشارکت اداره سلامت سالمندان فهرست داروها، آزمایشات، و تصویر برداری هایی را که با دستور متخصصین طب سالمندان قابل ارایه می باشد تعیین نماید.

تجهیزات:

- اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید فهرست تجهیزات ضروری سالمندان را تعیین نموده و تسهیلات لازم برای دسترسی اثربخش سالمندان به این تجهیزات را فراهم آورد.

	اهم تجهیزاتی که تامین و دسترسی به آنها برای سالمندان جنبه راهبردی دارد.
۱	سمعک
۲	عینک
۳	عصا
۴	واکر
۵	ویلچر
۶	گلوکومتر
۷	فشارسنج
۸	اکسیژن
۹	تجهیزات فیزیوتراپی و توانبخشی

- اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید با همکاری مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور به تهیه و نصب دستگاه های دفیبریلاتور اتوماتیک[1] در اماکن عمومی و ساختمانهای اداری و مسکونی بزرگ اقدام نماید.

[1] Automated Defibrillator Devices (AED)

تامین و تخصیص مالی

- **وضعیت موجود**
  - ۲۷ در صد زنان و ۲۸ درصد مردان ۶۰ ساله و بالاتر بیمه نیستند[۱].
- **سیاستها:**
  - شورای عالی بیمه، برنامه پیشنهادی خود را، جهت پوشش بیمه ای سالمندان کشور و بیمه تکمیلی آنان، در طی سال جاری، اعلام نماید.
  - شورای عالی بیمه در تعامل با سازمان های بیمه اجتماعی، برنامه پیشنهادی خود را جهت حذف فرانشیز خدمات تحت پوشش بیمه برای سالمندان، در طی سال جاری اعلام نماید
  - ارایه برنامه پیشنهادی جهت تحت پوشش بیمه قرار گرفتن خدمات دندانپزشکی سالمندان.

- **تولیت:**

- متولی سیاستهای کلان سالمندان در سطح کشور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد، که سیاست گذاری در جهت تأمین سلامت در ابعاد مختلف و رفاه سالمندان کشور، تصویب برنامه های مربوط به سالمندان در دستگاههای اجرایی و هماهنگی بین دستگاههای اجرایی برای سازماندهی امور سالمندان و اجرای برنامه های تعریف شده از جمله فعالیت های آن می باشد.
- متولی سلامت و رفاه سالمندان در سطح استانها، کمیته راهبردی ساماندهی سالمندان[۲] می باشد.
- مرکز آمار ایران با همکاری وزارت کشور، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی کشور باید پایگاه داده ای سالمندان کشور را راه اندازی و به روزرسانی نماید.
- بررسی وضعیت سلامت و نیازهای سالمندان کشور هر ۵ سال یکبار توسط اداره سلامت سالمندان صورت می گیرد.

۱ بررسی کشوری وضعیت سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۷)

۲در استان ها کمیته ساماندهی سالمندان، به ریاست رئیس دانشگاه علو پزشکی مربوطه تشکیل جلسه می دهد.

ارتقاء رفاه سالمندان

خدمات اجتماعی

- **وضعیت موجود:**
  - شهری شدن و مهاجرت های گسترده، در شکل سنتی خانواده و نظام حمایت اجتماعی از سالمندان اختلال ایجاد کرده است و همین مساله، انزوای اجتماعی سالمندان را به دنبال داشته است. ۳۱ در صد زنان و ۱۸ مردان ٦٠ ساله و بالاتر نمی توانند به تنهایی ایاب و ذهاب کنند. ٤٠ در صد زنان و ۲۳ مردان ٦٠ ساله و بالاتر نمی توانند به تنهایی خرید کنند. ۳۵ در صد زنان و ۲۵ مردان ٦٠ ساله و بالاتر نمی توانند به تنهایی کارهای منزل را انجام دهند.[۱] حدود ۱۵٪ از سالمندان روستایی توانایی مراقبت از خود را ندارند و از حمایت اجتماعی پایینی برخوردارند.[۲]

سیاستها:

- شهرداری ها، در مراکز ارایه خدمات بهداشتی خود، برنامه هایشان را، با مراقبت های کشوری تعریف شده برای سالمندان در وزارت بهداشت هماهنگ نمایند. سرکشی به سالمندان و رفع مشکلات آنان، اطمینان از رژیم غذایی مناسب آنان، برگزاری برنامه های آموزشی جامعه نگر جهت توانمندسازی سالمندان، برگزاری تورهای سالمندان برای بازدید از مراکز تاریخی، فرهنگی، و تفریحی، برنامه های ادغام یافته ورزشی، و تفریحی و سرگرمی برای سالمندان، و ارایه خدمات ساده سلامت ازجمله وظایف این واحدها می باشد.
- به منظور به حداکثر رساندن زمان زندگی مستقل سالمندان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، مسئول راه اندازی **مراکز حمایت از خودمراقبتی**[۳] می باشند. بررسی نیازهای اجتماعی و سلامت سالمند، برنامه ریزی برای خودمراقبتی، داخل منازل برای تسهیل فعالیت بدون خطر سالمندان، مشاوره تلفنی ٢٤ ساعته جهت سالمندان، و نظارت بر خودمراقبتی ازجمله وظایف این واحدها می باشد.
- به منظور اجتناب (یا به تعویق انداختن) انتقال به خانه سالمندان در آندسته از سالمندان که به واسطه معلولیت و ناتوانی نیازمند مراقبتهای تخصصی پرستاری می باشند، دانشگاهها با همکاری مرکز توسعه شبکه و زیر نظر مستقیم اداره سلامت سالمندان باید در شهرهای با جمعیت بیش از ۵۰۰ هزار نفر اقدام به راه اندازی **مراکزخدمات روزانه سالمندان**[۴] نماید. سالمندان تحت مراقبت در این مراکز در کنار خانواده خود زندگی می کنند (بیتوته در منزل) و بعضی از روزهای هفته (حداکثر ۵ روز در هفته) برای دریافت خدماتی

---

[۱] بررسی کشوری وضعیت سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۷)

[۲] بهزاد ستاری، بررسی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان روستایی: مجله سالمندی ایران، سال اول، شماره دوم، زمستان ۱۳۸۵ صفحه ۱۳۹-۱۳۲

[3] Self-care Support Centers

[4] Elderly day Health Centers

مانند ارزیابی و برنامه ریزی مراقبتها، دریافت خدمات پرستاری، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، و کاردرمانی موردی بیماری[1]و مشاوره تغذیه به این مراکز مراجعه می کنند.

- به منظور ارایه خدمات به آندسته از سالمندان که به واسطه شدت معلولیت امکان مراجعه به **"مراکز خدمات روزانه سالمندان"** را ندارند، دانشگاه ها زیر نظر مستقیم اداره سلامت سالمندان باید **مراکز مراقبت در منزل**[2] را راه اندازی نماید. این مراکز دارای اکیپ های مستقر مراقبت در منزل هستند. ارایه خدمات تخصصی پرستاری، ، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، و کاردرمانی و همچنین خدمات پزشکی، از جمله خدمات این مراکز محسوب می شوند. علاوه بر این مراکز مراقبت در منزل با ارایه خدمات به بیماران پس از ترخیص از بیمارستان می توانند زمان بستری در بیمارستان و احتمال مراجعه مجدد را به حداقل برسانند. مراکز مراقبت در منزل همچنین حمایت و سازماندهی گروه های داوطلب مرتبط به سالمندان (به عنوان مثال جهت مراقبت و سرکشی در منزل، استحمام سالمندو یا ملاقات با سالمندان در بیمارستان) بر عهده دارند.
- سیاست کلی این سند در جهت به حداقل رساندن نیاز به استفاده از **خانه های سالمندان**[3] می باشد. مع الوصف در مورد سالمندانی که به واسطه مشکلات گسترده کارکردی، امکان مراقبت از آنان در منزل وجود ندارد، وجود خانه های سالمندان با کیفیت مطلوب ضروری می باشد. سازمان بهزیستی کشور با مشارکت شهرداری ها، و سازمان زمین شهری مسئول راه اندازی خانه های سالمندان در نقاط مناسب و وزارت بهداشت و درمان به عنوان ناظر اصلی، با همکاری سازمان بهزیستی کشور مسئول نظارت بر کیفیت امکانات و خدمات این مراکز می باشد.
- به منظور ارایه منسجم، هدفمند و سریع خدمات به سالمندان، دانشگاه ها با همکاری و نظارت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مسئول راه اندازی **مراکز ارایه خدمات جامع سالمندی**[4] ، در شهرهای بزرک می باشد.
- وزارت بهداشت و درمان ، مسئول آموزش و صدور گواهینامه مراقبین و پرستاران سالمندان در "مراکز خدمات روزانه سالمندان"، "مراکز مراقبت در منزل"، و "خانه های سالمندان" می باشد.
- سازمان بهزیستی کشور با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی باید از ابتدای سال ۱۳۹۲ تمام کارکنان مراکز مراقبت سالمندان را تحت پوشش آموزش های مدون قرار دهند.
- سازمان بهزیستی کشور باید زیر نظر اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت استاندارد های خانه های سالمندان را تدوین نماید.

[1] Elderly day health centers
[2] Home Healthcare Centers
[3] Prolonged Nursing Homes
[4] comprehensive geriatric care centers



- **مراقبت از اعضای خانواده[1]**

وضعیت موجود:

- حمایت عاطفی، فیزیکی، و مالی فرزندان از والدین سالمند خود در سطح کشور کم و ناکافی است[2]. ۹ درصد از سالمندان کشور کاملا تنها زندگی می کنند و ۲۲ درصد آنها صرفا با همسر خود زندگی می کنند.۳ اشتغال فرزندان یکی از عوامل اصلی بازدارنده مراقبت آنان از پدر و مادر مسن خود، محسوب می شود٤.
- دانشگاه ها زیر نظر مستقیم اداره سلامت سالمندان، مسئول راه اندازی **مراکز ارایه خدمات فرجه ای**۲ به سالمندان می باشند. این مراکز جهت نگهداری کوتاه مدت از سالمندانی که توسط خانواده هایشان نگهداری می شوند، برنامه ریزی می کند.

سیاستها:

- پزشکان خانواده و مراکز حمایت از خودمراقبتی باید آموزش های مناسب را به اعضا خانواده که مراقبت از سالمندان را بر عهده دارند ارایه دهند.
- پزشکان خانواده و مراکز حمایت از خودمراقبتی باید **خدمات** حمایتی به اعضا خانواده که مراقبت از سالمندان را بر عهده دارند ارایه دهند. موضوع این خدمات حمایتی توسط مرکز مدیریت شبکه و با

[1] Family Caregivers

2 Rest home

[2] دکتر محمد تقی شیخی، امنیت اجتماعی و آسیب شناسی سالمندان در شهر تهران: مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره ششم، زمستان ۱۳۸٦ صفحه ٤٦١-٤٥٤

[3] گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور (۱۳۸۱)

مشارکت واحدهای مرتبط در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مشخص خواهد شد.

- در صورتی که هر یک از فرزندان مراقبت از والدین سالمند را بر عهده بگیرند، در صورتی که در بخش دولتی مشغول بکار باشند، افزایش مرخصی به میزان ۲ روز در ماه، پیشنهاد می گردد.
- در صورتی که موسسات و سازمانهای خصوصی برنامه ای برای حمایت از آندسته از کارکنان که مراقبت از والدین سالمند خود را بر عهده دارند داشته باشند، از بخشی معافیت های مالیاتی برخوردار خواهند شد.
- پیشنهاد می گردد، سازمان بهزیستی کشور، جهت مراقبت و نگهداری هر یک سالمند نیازمند در خانواده سالمند تا ٤٠ درصد هزینه سرانه تمام شده برای نگهداری سالمند در بخش دولتی را، به عنوان یارانه حق مراقبت و نگهداری سالمند در منازل، به خانواده ها پرداخت و به نحوه هزینه کرد آن نظارت نماید.

درآمد مالی

وضعیت موجود:

- صرف نظر از میزان درآمد در دوران اشتغال، اغلب سالمندان در کشور پس از بازنشستگی، با کاهش بارز در وضعیت اقتصادی خود مواجه هستند. ۱۷٪ کل سالمندان بیکار و بدون هرگونه در آمد یا حمایت مالی هستند.[۱] ٦۳ درصد از سالمندان کشور درآمد خود را ناکافی می دانند[۲]. اولین نیاز عنوان شده توسط سالمندان نیاز مالی و پس از آن نیاز به خدمات بهداشتی درمانی بوده است. سالمندان ساکن در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران علیرغم ابتلا به بیماریهای متعدد در ۳۸٪ موارد مشکل اصلی خود را مشکلات مالی می دانند و تنها در ۱۸٪ موارد بیماریهای جسمی را مشکل اصلی خود می دانند [۳].

سیاستها:

- وزارت اقتصاد و دارایی به همراه سازمان تامین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری، برنامه خود را در راستای تعمیم پرداخت حقوق بازنشستگی، به همه افراد سالمند کشور تا پایان سال ۱۳۹۱ پیشنهاد نمایند.

[۱] بررسی کشوری وضعیت سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۷)

[۲] گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور (۱۳۸۱)

[۳] دکتر حمیدرضا صادق پور رودسری، بررسی نیازهای بهداشتی اقتصادی و اجتماعی سالمندان ساکن در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۷٦: مجله دانشکده پزشکی شماره ٦ سال ۱۳۷۷ ، ۹۲-۸۸

- وزارت اقتصاد و دارایی برنامه پیشنهادی خود را جهت نحوه پرداخت و مبلغ کمک درآمد سالمندان[1] به سالمندهای آسیب پذیر تا انتهای سال ۱۳۹۱ را مشخص نماید. کمک درآمد سالمندان علاوه بر یارانه های هدفمند شده می باشد و مبلغ آن نباید از ۵۰ درصد خط فقر نسبی تعیین شده در هر سال کمتر باشد.
- وزارت اقتصاد و دارایی باید با همکاری وزارت بهداشت تا انتهای سال ۱۳۹۱ برنامه پیشنهادی خود را جهت معافیت های مالیات سالمندان[2] آسیب پذیر را مشخص نماید.
- وزارت اقتصاد و دارایی باید با همکاری وزارت بهداشت تا انتهای سال ۱۳۹۱ برنامه پیشنهادی خود را جهت ارایه کمک هزینه اجاره مسکن سالمندان[3] بی بضاعت، مشخص نماید.
- وزارت اقتصاد و دارایی باید با همکاری وزارت بهداشت تا انتهای سال ۱۳۹۱ برنامه پیشنهادی خود را جهت ارایه کمک هزینه به سالمندان با ناتوانی شدید [4] را مشخص نماید.

اشتغال و بازنشستگی

وضعیت موجود:

- ٤٩ درصد مردان و ۹۵ درصد زنان ٦۰ ساله و بالاتر شاغل نمی باشند[5].

سیاستها:

- سازمان امور اداری و استخدامی کشور باید با بازنگری قوانین استخدامی، این قوانین را به نحوی تغییر دهد که در امر استخدام توانایی فرد را در نظر بگیرد (نه سن او را).
- سازمان امور اداری و استخدامی کشور باید با بازنگری قوانین استخدامی و بازنشستگی شرایطی را ایجاد نماید که سالمندانی که به تشخیص مدیر مربوطه از کارایی شغلی برخوردارند، بتوانند بازنشستگی خود را به تعویق بیاندازند.
- سازمان امور اداری و استخدامی کشور باید با ایجاد انعطاف پذیری در سیاستهای بازنشستگی، شرایطی را ایجاد نمایند که سالمندان بتوانند دوره گذار قبل از بازنشستگی را به صورت کار نیم وقت یا پاره وقت یا کار با کاهش ساعات کاری در صورت تمایل طی نمایند.
- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم تحقیقات و فناوری باید شرایط تداوم همکاری اعضائ هیات علمی دانشگاه های کشور را پس از بازنشستگی به عنوان هیات علمی ارشد[6] تعیین نمایند.

---

[1] Elderly Social Assistance
[2] Elderly Tax Exemptions
[3] Elderly Housing Rent Assistance
[4] Disable Elderly Assistance
[5] بررسی کشوری وضعیت سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۷)
[6] Professor Emeritus

- سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور، برنامه پیشنهادی خود را جهت ایجاد شرایط آموزش مهارتهای درآمدزایی، برای سالمندان و به خصوص زنان سالمند مهیا نماید.
- سازمان بازنشستگی کشوری موظف است در تعامل با دانشگاه های علوم پزشکی کشور به افراد در شُرُف بازنشستگی مشاوره روانشناسی ارایه دهد.

مسکن

سیاستها:

- دولت، برنامه پیشنهادی خود را جهت تخصیص یارانه تعمیر و بازسازی مسکن برای سالمندان تا انتهای سال ۱۳۹۵ ارایه نماید.
- دولت برنامه پیشنهادی خود را جهت نحوه اسکان سالمندان فاقد مسکن در واحدهای مسکونی اجاره ای با اجاره بهای کم، در تمام کشور، اعلام نماید[1] .

تغذیه

وضعیت موجود:

۳٤ درصد از سالمندان کشور برای تهیه و پخت غذا وابسته به دیگرانند[2].

سیاستها:

- شهرداری ها در تعامل با سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، برنامه پیشنهادی خود را جهت راه اندازی رستوران ها و مراکز توزیع غذای رایگان جهت سالمندان بی بضاعت، در مناطق محروم کشور تا پایان سال ۱۳۹۱ اعلام نمایند.
- شهرداری ها در تعامل با سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، برنامه پیشنهادی خود را جهت ارایه سبد کمک تغذیه سالمندان (شیر و لبنیات، میوه و سبزی تازه، گوشت، مرغ، ماهی، برنج، روغن، حبوبات) برای سالمندان بی بضاعت، تا پایان سال ۱۳۹۱ اعلام نمایند.
- وزارت اقتصاد و دارایی، جهت ارایه حداکثر ۱۰ درصد تخفیف مالیاتی به کارخانجات و شرکت های غذایی که در تهیه سبد کمک تغذیه سالمندان، همکاری نمایند، برنامه پیشنهادی خود را تا پایان سال ۱۳۹۱ اعلام نماید .

[1] Social Housing

[2] گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور (۱۳۸۱)

ایمنی و حفاظت

- هر چند طبق ماده ۱۰٤ قانون اسلامی، کسی که در اثر کبر سن یا بیماری و امثال آن از اداره تمام و یا بعضی اموال خود عاجز شده، می تواند از داد گاه بخواهد که برای اداره اموال او امین معین شود. ولی معاونت حقوقی قوه قضائیه کشور باید ضمن اجرای ماده ٥٩٦ قانون مجازات اسلامی، قوانین جهت حمایت از سالمندان برای جلوگیری از سوء استفاده مالی از آنان را تدوین نماید.
- معاونت حقوقی قوه قضائیه کشور، طرح حمایت از سالمندان برای جلوگیری از سوء رفتار فیزیکی، و روانی با آنان را تا پایان سال ۱۳۹۱ تدوین و جهت تصویب در مراجع قانونی، ارایه نماید.
- سازمان بهزیستی کشور، برنامه پیشنهادی خود جهت راه اندازی مرکز پیام تلفنی ٢٤ ساعته برای گزارش موارد سوء رفتار با سالمندان و استمدادطلبی در این زمینه را تا پایان سال ۱۳۹۱ اعلام نماید..

آموزش و تحصیلات

وضعیت موجود:

- ۷۲ درصد سالمندان بی سواد هستند[۱] .

سیاستها:

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است دوره های آموزشی کوتاه مدت جهت توانمندسازی سالمندان برای زندگی فعال و مستقل را طراحی و اجرا نماید.
- وزارت آموزش و پرورش، برنامه پیشنهادی خود را جهت ریشه کنی بیسوادی در سالمندان کشور تا پایان سال ۱۳۹۱ تدوین نماید. (کلاسها و امکانات آموزشی ویژه سالمندان ، مواد آموزشی مناسب دوره سالمندی، دوره های قرائت قران و شعرخوانی)

تفریح واوقات فراغت

وضعیت موجود:

- حدود ۱۸٪ سالمندان کشور احساس تنهایی متوسط و ۳٤٪ آنان احساس تنهایی شدید می کنند [۲].

سیاستها:

[۱] گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور (۱۳۸۱)

[۲] فاطمه گواری، بررسی میزان احساس تنهایی در سالمندان زیر پوشش کانون بازنشستگان شهرکرد سال ۱۳۷۳: پنجمین همایش علمی تامین اجتماعی ۱۳۷٦

- پیشنهاد می گردد با تهیه کارت شهروند ارشد، جهت سالمندان، امکان بهره مندی از امکانات سینماها، تئاترها، موزه ها، و ورزشگاه های دولتی، به صورت رایگان و یا با تخفیف ویژه فراهم شود.
- پیشنهاد می گردد، سینماها، تئاترها، موزه ها، و ورزشگاه های خصوصی که امکانات ویژه سالمندان را ارایه می کنند ، مشمول بخشی از معافیت مالیاتی شوند.
- وزارت ورزش و جوانان، برنامه پیشنهادی خود را جهت فراهم شدن امکانات و تسهیلات مناسب، جهت ورزش دوران سالمندی را تا پایان سال ۱۳۹۱ ، اعلام نمایند.
- راه اندازی باشگاه های ویژه سالمندان، جهت ارائه خدمات به شهروندان ارشد، توسط وزارت ورزش و جوانان پیشنهاد می گردد.
- پیشنهاد می گردد، سالمندان با ارایه کارت شهروند ارشد بتوانند بطور رایگان از امکان تردد درون شهری با اتوبوس و مترو برخوردار شوند.
- پیشنهاد می گردد، سالمندان با ارایه کارت شهروند ارشد از تخفیف در بهای بلیط هواپیما، قطار و اتوبوس بین شهری برخوردار گردند.
- شهرداری ها بهتر است برای رفع تنهایی سالمندان نیروهای داوطلب در محلات را هماهنگ نمایند.

ارتقاء منزلت سالمندان

- سازمان ثبت احوال کشور، برنامه پیشنهادی خود را جهت صدور **کارت شهروند ارشد**[1] ، برای افراد با سن ۶۰ سال و بیشتر، تا پایان سال ۱۳۹۱ اعلام نماید که می تواند این توانمندی در کارت ملی الکترونیک نیز، مستتر باشد.
- کلیه بانکها، و ادارات دولتی، برنامه پیشنهادی خود را جهت ارایه **خدمات خارج از نوبت** به سالمندان با ارایه کارت شهروند ارشد، تا پایان سال ۱۳۹۱ اعلام نمایند.
- کلیه موسسات، و سازمانهای بخش خصوصی، رستورانها، سینماها، و دیگر اماکن خصوصی که از **جایگاه ویژه، خط ویژه، و یا خدمات ویژه سالمندان** برخوردار می باشند، پیشنهاد می گردد، تا از حداکثر ۱۰ درصد تخفیف مالیاتی برخوردار شوند.
- بنیاد نخبگان در تعامل با مرکز پژوهشهای مجلس و وزارتخانه های مرتبط باید اقدام به ساماندهی شبکه اساتید و نخبگان بازنشسته **(بانک سالمندان نخبه)** به منظور ارایه مشاوره و نقد عملکرد سازمانها و دستگاههای مختلف نماید.
- وزارت راه و شهرسازی، باید با همکاری شهرداری ها و اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، تا پایان سال ۱۳۹۵ مدل شهر دوستدار سالمندان (ساختمانها، پارکها، وسایل نقلیه عمومی، ...) را برای سراسر کشور طراحی نماید.
- سازمانها، دستگاه ها و نهادهای دولتی باید با طراحی دوره کاری همپوشان سالمند بازنشسته با فرد جایگزین در جهت استفاده از تجربیات فرد بازنشسته[2] گام بردارند.

[1] Senior Citizen
[2] Tacit Knowledge Management

- صدا و سیمای جمهوری اسلامی با همکاری اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، باید برنامه جامعی را برای ترویج **ساختار خانواده چندنسلی** و **برنامه های مختلف در زمینه سالمندی** را تا پایان سال ۱۳۹۱ تدوین و اجرا نمایند.
- سازمان امور مالیاتی کشور، برنامه پیشنهادی خود را از طریق اعمال معافیت های مالیاتی، خانواده هایی را که از **ساختار خانواده چندنسلی** تبعیت می کنند، تا پایان سال ۱۳۹۱ اعلام نماید.
- شهرداری ها بهتر است از محل درآمدهای حاصل از عوارض شهرداری برای نقض استانداردهای ساختمان دوست دار سالمندان اقدام به تشکیل **صندوق های اجتماعی سالمندی** نمایند و عواید آنرا جهت حمایتهای اجتماعی و خدمات رفاهی به سالمندان هزینه نمایند.

- ادارات کل فرهنگ و ارشاد اسلامی، برنامه پیشنهادی خود را جهت ارایه کارت های تخفیف برای استفاده از محصولات و خدمات فرهنگی (سی دی،کتاب و نشریه، اشتراک با تخفیف مجلات و روزنامه های کشور) برای سالمندان را اعلام نماید.

- پیشنهاد می گردد، شرکت های تبلیغاتی که در بیلبوردهای تحت پوشش خود نسبت به نصب تبلیغات مرتبط با سالمندان (در جهت اکرام) مبادرت ورزند، پس از موافقت و تصویب در مراجع ذیربط و با تائید ادارات کل فرهنگ و ارشاد استانی از معافیت مالیاتی برخوردار گردند.

- به وزارت آموزش و پرورش،پیشنهاد می گردد تا ترتیبی اتخاذ نماید، که از سالمندان با پیشینه درخشان علمی، اجتماعی و مذهبی، در مدارس برای **تدریس، انتقال تجربیات، و مشاوره زندگی** استفاده گردد.
- وزارت آموزش و پرورش در تعامل با سازمان بهزیستی کشور بهتر است زمنیه افزایش ارتباط کودکان با سالمندان را طراحی نمایند. (مدارس، مهد کودک ها ،....)
- به سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران، پیشنهاد می گردد تا درجهت ارتقاء منزلت اجتماعی و تکریم سالمندان، و ایجاد نگرش مثبت در سالمندان برنامه های لازم را تهیه و پخش نماید و تولید این برنامه ها را یکی از اولویت های خود قرار دهد و از تبلیغ مواردی که کرامت سالمند را خدشه دار می کند پرهیز نماید.
- وزارت آموزش و پرورش باید جهت تکریم و ارتقاء منزلت سالمندان، محتوای آموزشی مناسب را در برنامه های آموزشی دانش آموزان لحاظ نماید.

رفرانس ها :

علاوه بر منابعی که در پانوشت صفحات به آنها اشاره شده است، از منابع زیر در طراحی چارچوب و محتوای سند استفاده شده است:

1. Barbara Brown, Katherine Cook, Faith Magwood, "A Self-Help Model for Caregiver Education and Support Groups," Social Worker, 61, Spring 1993, p. 41-44.
2. Baker, Maureen. The Status of the Elderly. BP-164E, Research Branch, Library of Parliament, Ottawa, December 1988.
3. Burke, May Anne. "Implications of an Aging Society." Canadian Social Trends, Spring 1991
4. Chappell, "Society and Essentials for Well-Being: Social Policy and the Provision of Care" (1988)
5. Chappell, Neena, Laurell Strain and Audrey Blandford. Aging and Health Care, A Social Perspective. Holt, Rinehart and Winston, Toronto, 1986.
6. Chappell, Neena and John Horne. Housing and Supportive Services for Elderly Persons in Manitoba. Canada Mortgage and Housing Corporation, Ottawa, 1987.
7. Elliot Rosenberg; A Framework for Evidence-Based Geriatric Prevention in Israel; IMAJ 2003;5:379±382
8. Gordon, Michael. "Community Care for the Elderly: Is It Really Better?" Canadian Medical Association Journal, 148(3), 1993, p. 393-396.
9. Health and Welfare Canada. The Active Health Report on Seniors. Supply and Services Canada, Ottawa, 1989.
10. "Hospitals Overused, Provincial Study Finds," Globe and Mail (Toronto), 1 June 1993, p. A6.
11. "Ills and Pills: An Overview for Leaders." Live It Up!: A Guide to Healthy Active Living in the Senior Years. Participation, Toronto, n.d.
12. "Ills and Pills: An Overview for Leaders," Live It Up!: A Guide to Healthy Active Living in the Senior Years, Participation, Toronto, n.d.
13. Jeanette Despatie; Specialized Geriatric Services in the Eastern Counties; The Eastern Ontario Health Organization 2000
14. Jane Mahoney; Coping with Impaired Mobility; 1994 Jane Mahoney
15. Judith Latour; Short-term geriatric assessment units: 30 years later; BMC Geriatrics 2010, 10:41
16. Jean Mayer; Strategic Plan, 2011-2015 Meeting Public Health Challenges of Nutrition and Aging; US Department of Agriculture and Nutrition
17. Kye Y. Kim; Mental Health Services for Older Veterans in the VA System; Psychiatric Services June 2001 Vol. 52 No. 6
18. Michael Gordon, "Community Care for the Elderly: Is It Really Better?" Canadian Medical Association Journal, 148(3), 1993, p. 393-396.
19. Marty Lynch; Elderly Services in Health Centers: National Association of Community Health Centers, 2008
20. Medhi Krongkaew; The Elderly and Their Social Protection in Thailand; Japan Foundation Bangkok Office July 2006.
21. National Policy on The Elderly; Ministry of Social Security, National Solidarity & Senior Citizen Welfare 2001
22. Nugroho Abikusno; Investing in intergenerational solidarity and social inclusion: 2008 National Commission for Older Persons Republic of Indonesia

23. Organization for Economic Co-operation and Development, The Future of Social Protection, OECD, Paris, 1988
24. Organization for Economic Co-operation and Development, Ageing Populations: The Social Policy Implications, OECD, Paris 1988
25. Peter Goldswain; Geriatric Evaluation & Management Model of Care; Department of Health, State of Western Australia (2008).
26. Pan American Health Organization. Health of the Elderly: A Concern for All. PAHO, Washington, D.C., 1992.
27. Scott A. Bass; Aging and Active: Dimensions of Productive Engagement Among Older Americans; 1995 Yale University Press
28. Stephen Fried; Aging and Diversity: An Active Learning; 1998 Taylor & Francis
29. Steven Weisman; A Guide to Elder Planning: Everything You Need to Know to Protect Yourself Legally and Financially; 2003 Prentice-Hall
30. Syed Nabeel Zafar; Health and needs assessment of geriatric patients: JPMA 56:470;2006).
31. Strategic Plan for An Aging California Population; California Health and Human Services Agency; 2003
32. The NACA Position on Informal Caregiving: Support and Enhancement (1990).
33. United Nations. Vienna International Plan of Action on Aging. United Nations, New York, 1983.
34. Waterloo Region Specialized Geriatric Services Steering Committee; September 2002
35. William K.M. Lee; Income protection and the elderly: An examination of social security policy in Singapore; Journal of Cross-Cultural Gerontology 13: 291–307, 1998.