

## **The need to review the social health policy requirements of the elderly since the 1980s**

**Maryam Koosha<sup>\*</sup>, Jafar Hezarjaribi<sup>\*\*</sup>**

**Mohammad Amirpanahi<sup>\*\*\*</sup>**

### **Abstract**

The rapid growth of the elderly population in Iran is one of the major challenges in contemporary social policy-making. It is predicted that by 2031, the elderly population will account for approximately 25% of the country's total population. These demographic changes underscore the urgent need for increased attention to the social health of the elderly. Despite the development of various laws and programs, the social aspects of elderly health—such as social participation and psychological-social support—remain insufficiently addressed in existing policies. This research examines the social policies related to the elderly and analyzes the gaps within them, offering recommendations for improving the current situation. This study employs a qualitative approach and content analysis of key policy documents to assess the existing policies. The data analyzed includes laws, development programs, national and international documents, and executive regulations related to the social health of the elderly. The data were analyzed using validity and reliability indicators. The findings indicate that current policies primarily focus on the economic and physical needs of the elderly, while the social and psychological dimensions of their well-being are largely neglected. Furthermore, community-based policies and active participation of the elderly in decision-making processes are not adequately addressed in the reviewed documents.

<sup>\*</sup> PhD Candidate in social welfare, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author),  
maryamkoosha@yahoo.com

<sup>\*\*</sup> Professor of the Department of Cooperation and Social Welfare, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran,  
jafar\_hezar@yahoo.com

<sup>\*\*\*</sup> Assistant Professor of Sociology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran, mairpanahi@gmail.com

Date received: 30/10/2023, Date of acceptance: 29/04/2024



Many of the policies are state-centered and lack intersectoral approaches. The conclusion emphasizes the need for a comprehensive revision of policies regarding the social health of the elderly. Policies should be developed in a holistic, community-oriented manner, incorporating the active participation of the elderly and non-governmental organizations in the decision-making process. Additionally, strengthening social capital, designing elderly-friendly environments, utilizing technology in services, and creating supportive systems based on international best practices are essential components of these policies

**Keywords:** Social health, social policy, elderly, active participation, policy reform.

### **Introduction**

The rapid growth of the elderly population is one of the key challenges in contemporary social policy. In Iran, this trend has accelerated due to declining fertility rates and increased life expectancy. Currently, the elderly make up over 10% of the total population, and it is projected that by 1430 (Islamic calendar), this will rise to around 25%. These changes highlight the urgent need to ensure the social well-being of the elderly and improve their quality of life. Despite the development of various laws and programs, the social aspects of elderly health, such as social participation, intergenerational solidarity, and psychological-social support, have not been adequately addressed. This research examines the existing social policies, identifies gaps, and offers recommendations for improvement.

### **Materials & Methods**

This study employs a qualitative analysis approach to examine and evaluate relevant documents and social policies concerning the elderly. The data analyzed include laws, development programs, national and international documents, and executive regulations related to the social health of the elderly. A content analysis approach was used to explore these documents, focusing on key aspects such as objectives, actions, environmental factors, and the roles of various stakeholders. Data were gathered through purposive sampling of available documents and texts, and their validity and reliability were assessed.

### **Discussion & Result**

The review of existing policies shows that current support primarily addresses the economic and physical needs of the elderly, with less attention given to the social

aspects of health. For instance, development programs, such as those from the third to sixth plans, emphasize empowering the elderly, but clear criteria for evaluating this empowerment are lacking. Furthermore, social policies aimed at fostering social cohesion and elderly participation are not sufficiently represented in these documents. Policies related to creating elder-friendly environments and utilizing technology to facilitate services are also scattered and not comprehensive. The findings indicate that existing policies are mainly government-driven and lack an intersectoral approach or the active involvement of the elderly in the decision-making process.

### **Conclusion**

This research suggests that current social policies for the elderly require a fundamental revision and a shift in approach. To enhance the quality of life for the elderly, it is essential to adopt community-based policies that promote intersectoral collaboration. These policies should focus on strengthening social capital, encouraging active participation, and providing psychological-social support for the elderly, while also considering the cultural and social infrastructure of Iranian society. Additionally, drawing lessons from successful international models can help achieve the goals of elderly social well-being. Creating elder-friendly environments, developing technology-based support systems, and promoting intergenerational approaches are also critical components of effective policymaking. Finally, engaging civil society and non-governmental organizations can play a significant role in the successful implementation of these policies and improving the social health of the elderly.

### **Bibliography**

- Abdavi, F., & Mehdizadeh, A. (2016). Determination of Urmia citizens' public sport needs regarding sport areas. *Strategic Studies on Youth and Sports*, 15(31), 219–237.
- Adel, G. H. (2004). Comprehensive Welfare and Social Security System Act. [IN PERSIAN]
- Ali Bakhshi, M., & Mostafavi Kahangi, F. (2022). The effect of media literacy on social health with the mediating role of moral literacy: A case study. *Journal of Health Administration*, 25(1), 35–46. <https://doi.org/10.52547/jha.25.1.35>
- Aref, M. (2000). The Third Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Deputy for Codification, Review, and Publication of Laws and Regulations. [IN PERSIAN]
- Aref, M. R. (2005). Social welfare safety net regulations. Deputy for Codification, Review, and Publication of Laws and Regulations - Legal Affairs of the Presidential Office. [IN PERSIAN]

- Bikdeli, M., Ghadimi, N., Ghiasvand, F. R., & Samin, B. G. (2016). The impact of stability range exercises on gait parameters and quality of life among active elder women. *European Journal of Physical Education and Sport Science*.
- Davoodi, P. (2005). The Fourth Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Research Center of the Parliament of Iran. [IN PERSIAN]
- Dehghan Bandaki, M. (2023). The status of aging in Iran: Future challenges. *Monthly Expert Reports of the Research Center of the Parliament of Iran*, 31(4), 1-18. [IN PERSIAN]
- Ebrahim, S., Ebrahim, & Shahbazi. (2019). Providing welfare services for the elderly in selected countries and lessons for Iran. *Social Security*, 15(3), 191-209. [IN PERSIAN]
- Fardin, A. P., Hamira, S., Ameneh, S. F., & Akbar, B. (2009). The role of social support in elderly quality of life. [IN PERSIAN]
- Fathi. (2020). Population aging in Iran. *Iranian Journal of Official Statistics Review*, 30(2), 387-413. [IN PERSIAN]
- General Population Policies. Retrieved from <https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26440> [IN PERSIAN]
- Ghaffari. (2020). Interpretation of social health of the elderly. *Islamic Women and Family Research Quarterly*, 33(8), 159-186. [IN PERSIAN]
- Habibi, A., Zarei, S., & Seyedi, M. (2020). A comparison of life satisfaction and perceived social support among active and passive elderly in Tehran. *Quarterly Journal of Aging Psychology*, 6(2), 25-42. [IN PERSIAN]
- Hezar Jaribi, J., Ali Nisi, M., Taj Mazinani, A. A., & Fali, J. (2020). Strategy system for supporting family caregivers of the elderly in Tehran by 2050. *Welfare and Social Development Planning*, 11(43), 33-87. doi: 10.22054/qjsd.2020.50509.1952 [IN PERSIAN]
- Hosseini, M. S., & Rahimi, H. A. (2021). Investigating the relationship between cultural capital and social participation of the elderly. *Sociological Studies*, 13(3), 55-83. [IN PERSIAN]
- Jadidi, A., Farahaninia, M., Janmohammadi, S., & Haghani, H. (2011)
- Jadidi, A., Farahaninia, M., Janmohammadi, S., & Haghani, H. (2011). Spiritual health and its relationship with quality of life in the elderly. *Journal of Hayat*, 17(3), 5-12. [IN PERSIAN]
- Kia Ahmadi, & Hosseini. (2020). Experts' perception of aging: A qualitative study. *Social Work Research Quarterly*, 6(22), 115-158. [IN PERSIAN]
- Larijani, A. (2010). The Fifth Development Plan of the Islamic Republic of Iran. Legal Affairs of the Presidential Office. [IN PERSIAN]
- Larijani, A. (2016). The Permanent Provisions of Development Plans Act. Legal Affairs of the Parliament of Iran. [IN PERSIAN]
- Larijani, A. (2017). The Sixth Five-Year Development Plan Act (2016–2020). Resolutions of the Parliament of Iran. [IN PERSIAN]
- Mirzaei, H. Z. M. (2018). Population aging in Iran over the next four decades. *Quarterly Journal of Islamic-Iranian Progress Studies*, 3(6), 73-94. [IN PERSIAN]

## 231 Abstract

- Mohammadi, E., Yari, T. A., Kakhki, A. D. P., & Saraei, H. (2017). Designing and validating an Iranian Active Aging Measurement Tool. *Iranian Journal of Aging*, 12(4), 414-429. [IN PERSIAN]
- National Document on Aging. (2020). Retrieved from [http://snce.ir/?page\\_id=23369](http://snce.ir/?page_id=23369) [IN PERSIAN]
- Negahban, Sh. (2000). Constitution of the Islamic Republic of Iran with interpretive comments of the Guardian Council. Tehran: Guardian Council Research Institute. [IN PERSIAN]
- Parvaei, S. (2021). Social policy of aging: Review of eldercare policies in developed countries. *Social Security*, 16(4), 113-144. doi: 10.22034/qjo.2021.141870 [IN PERSIAN]
- Parvaei, S., & Mosai, M. (2019). Elderly exclusion in social policy: An analysis of post-revolution development programs. *Iranian Journal of Social Issues*, 10(2), 59-83. SID. <https://sid.ir/paper/173456/fa> [IN PERSIAN]
- Peikanpour, M., Esmaceli, S., Yousefi, N., Aryaee Nejad, A., & Rasekh, H. (2018). A review of achievements and challenges of Iran's Health Transformation Plan. *Payesh*, 17(5), 481-494. SID. <https://sid.ir/paper/23335/fa> [IN PERSIAN]
- Rabel, J. Barge, et al. (Translators: Zakeriaei, M. A., Editors: Zakeriaei, M. A., Hajali, A., Translators: Akbari, K., Qaradaghi, A., & Mortazavi Gazr, S.). Concepts, processes, and methods of social impact assessment. [Published for] Department of Social-Cultural Studies of Tehran Municipality. [IN PERSIAN]
- Rafiee, H., Samiei, M., Forouzesh, K., Ghazarian, M., Rahimi, A. S., & Akbarian, M. (2009). Development of a composite index for social health in Iran. *Social Security Studies*, 19, 112-181. [IN PERSIAN]
- Rahimi, M. R. (2012). Map of the Health System Transformation and Family Physician Program in urban areas. Retrieved from <https://qavanin.ir/Law/PrintText/185527> [IN PERSIAN]
- Razaghi Nasrabad, H. B., Mandegari, A., & Rezvanian. (2020). Socio-economic and demographic determinants of active aging among retirees in Babol. *Strategic Research on Social Problems in Iran*, 9(4), 51-76. [IN PERSIAN]
- Saleh Nejad, H.-S. (2015). Review of public policy-making (Wayne Parsons). [IN PERSIAN]
- Seyfzadeh, A. (2016). Study of social health and related factors among the elderly in Azarshahr. *Quarterly of Elderly Nursing*, 1(4), 95-106. [IN PERSIAN]
- Sharqi, Q., Abdulhamid, Kosalari, S., & Farzaneh. (2020). A review of aging theories and their implications for architectural landscape features of elder homes. *Man and Environment*, 18(4), 55-70. [IN PERSIAN]
- Tajour, M., Yaseri, M., Mahmoudi, R., & Karami, B. (2020). Measuring the Active Aging Index and its individual determinants in Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 18(2), 139-158. SID. <https://sid.ir/paper/407961/fa> [IN PERSIAN]
- Vasali, S., & Omid, R. (2014). Social policy: Contexts and approaches. [IN PERSIAN]
- Welfare Organization. (2004). Activities of the National Council on Aging Secretariat. National Aging Council Secretariat. [IN PERSIAN]

Zahedi Asl, M., & Dorvishi Fard, A. A. (2016). Social factors affecting the level of social health among the elderly in Kohdasht. *Welfare and Social Development Planning*, 7(26), 1-24. SID. <https://sid.ir/paper/157870/fa> [IN PERSIAN]

## لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی سالمندان از دهه هشتاد تاکنون

مریم کوشا\*

جعفر هزارجریبی\*\*، محمد امیرپناهی\*\*\*

### چکیده

با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان در ایران، تأمین سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از اولویتهای اساسی سیاست‌گذاری اجتماعی مطرح است. سلامت اجتماعی سالمندان نقش مهمی در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی آنان ایفا می‌کند. از این رو، بازنگری در الزامات سیاستی و تدوین رویکردهای جامع در این زمینه ضروری است. این پژوهش از روش تحلیل کیفی مفاهیم استفاده کرده و با بررسی محتوای اسناد بالادستی، سیاست‌های اجتماعی مرتبط با سالمندان را در چارچوب نظری پارسونز تحلیل کرده است. هدف اصلی، شناسایی خلأهای سیاستی و ارائه پیشنهادهایی برای بهبود سلامت اجتماعی سالمندان است.

نتایج نشان می‌دهد که سیاست‌های موجود بیشتر بر جنبه‌های اقتصادی و خدمات مراقبتی متمرکز هستند و ابعاد اجتماعی سلامت سالمندان، مانند مشارکت اجتماعی و همبستگی بین‌نسلی، به‌طور کمرنگ در این سیاست‌ها دیده شده‌اند. علاوه بر این، سیاست‌های دولت‌محور فعلی فاقد انعطاف‌پذیری برای پاسخگویی به نیازهای متغیر سالمندان امروزی هستند. پژوهش بر لزوم تدوین سیاست‌های جمع‌گرایانه تأکید دارد که مبتنی بر نیازهای سالمندان و با همکاری دولت و نهادهای غیردولتی تدوین شوند. این سیاست‌ها باید به

\* دانشجوی دکتری رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)،  
maryamkoosha@yahoo.com

\*\* استاد گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، jafar\_hezar@yahoo.com

\*\*\* استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، mairpanahi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۸، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۱۰



شاخص‌های کلی سلامت اجتماعی، از جمله مشارکت فعال، حمایت اجتماعی، و سرمایه اجتماعی سالمندان پردازند و در نهایت به ارتقای کیفیت زندگی آنان کمک کنند.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت اجتماعی، سیاست اجتماعی، سالمندان، مشارکت اجتماعی، بازنگری سیاست‌ها.

## ۱. مقدمه

سالخورده شدن جمعیت یک فرایند جهانی است که در حال حاضر در اکثر کشورهای جهان در حال وقوع است. جمعیت جهانی با سرعتی زیاد در حال پیر شدن است و در این بین، بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۲۰۲۰ جمعیت سالمند بیش از ۵ برابر شده است. در ایران، شدت این روند حتی بیشتر از سطح جهانی بوده و جمعیت سالمند بیش از ۶ برابر افزایش یافته است. این افزایش قابل توجه نتیجه کاهش نرخ مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی است که موجب تغییرات بنیادی در ساختار جمعیتی کشور شده است. به عنوان نمونه، امید به زندگی در بدو تولد از حدود ۳۷.۵ سال در سال ۱۳۳۵ به ۷۴.۲ سال در سال ۱۳۹۵ رسید (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). این روند نشان‌دهنده آن است که ایران نیز به زودی وارد مرحله جامعه‌سالمندی خواهد شد و در صورت عدم مدیریت مناسب و فقدان برنامه‌ریزی و توسعه امکانات رفاهی و اجتماعی، ممکن است آسیب‌های اجتماعی متعددی به قشر سالمندان و روحیه جمعی جامعه وارد شود. در این شرایط، جامعه سالمندان با بحران‌هایی چون طرد اجتماعی، بی‌هویتی، از خود بیگانگی، ناامیدی، بی‌اعتمادی و احساس حقارت روبرو خواهد شد.

سالمندی جمعیت حاصل فرآیند گذار جمعیتی است که در آن سهم سالمندان از کل جمعیت به واسطه کاهش موالید، افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر، افزایش یافته و جوامع را به سمت پیر شدن سوق داده است. تجربه سالمندی به نوعی تابعی از وضعیت اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، زیستی و پزشکی جامعه است. از این رو، سالمندی به عنوان یک پدیده اجتماعی با ابعاد اجتماعی و اقتصادی پررنگ، نیازمند رویکردهای اجتماعی در سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های مختلف است (دهقان بنادکی، ۲۰۲۳). در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، افزایش طول عمر افراد هم یک دستاورد اجتماعی به شمار می‌رود و هم چالش‌هایی را ایجاد می‌کند که نیاز به توجه دارد.

در ایران، با ظهور آثار سیاست‌های کنترل جمعیت از سال ۱۳۷۰ به بعد، نسبت افراد کمتر از ۱۵ سال به تدریج کاهش یافته و بر نسبت افراد میانسال (۱۵-۶۴ سال) افزوده شده است. این



## لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی ... (مریم کوشا و دیگران) ۲۳۵

روند در آینده می‌تواند ترکیب سنی جمعیت را تغییر دهد و نسبت افراد زیر ۱۵ سال را کاهش دهد و کشور را به سمت سالخوردگی سوق دهد (فتحی، ۲۰۲۰). پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهند که جمعیت ایران در سال ۲۰۳۰ به حدود ۱۱۰ میلیون نفر خواهد رسید و جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر به حدود ۲۷ میلیون نفر می‌رسد. متوسط درصد رشد سالانه جمعیت ایران بین سال‌های ۱۴۳۰-۱۳۹۵ حدود ۰.۹ درصد خواهد بود، در حالی که رشد سالانه جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر بالغ بر ۳.۷ درصد خواهد بود. در نتیجه، درصد جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در کشور از رقم ۹.۳ درصد در سال ۱۳۹۵ به حدود ۲۵ درصد در سال ۱۴۳۰ خواهد رسید (میرزایی، ۲۰۱۸). این بدان معناست که حدود یک‌چهارم از جمعیت کشور در آینده نزدیک سالمند خواهند بود. همچنین، جمعیت فعلی سالمندان بیش از ۱۰ درصد جمعیت کشور است. با توجه به پیش‌بینی‌های سازمان بهداشت جهانی در خصوص رشد جمعیت سالمندی، جامعه ایرانی در وضعیت "بند بزرگ فرصت جمعیتی" قرار دارد و نیازمند سیاست‌گذاری‌های جمعیتی است.

فرایند سالخوردگی و افزایش سن می‌تواند چالش‌های عمده‌ای در جنبه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و روان‌شناختی ایجاد کند. این چالش‌ها لزوماً با کاهش سلامت یا افزایش ناتوانی همراه نیستند، اما تجربه سالمندی می‌تواند به عوامل مختلفی از جمله تغییرات اجتماعی-اقتصادی و نیاز به خدمات مراقبتی وابسته باشد (فتحی، ۲۰۲۰). یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، تأمین رفاه و بهزیستی مناسب برای گروه سالمندان است؛ تا جوامع بتوانند در راستای حقوق بشر و توسعه پایدار حرکت کنند. مواجهه با این وضعیت نوپدید، نیازمند برنامه‌ریزی دقیق در بخش‌های مختلف جامعه مانند خدمات حمایتی، رفاهی، بهداشتی و اجتماعی است. آمادگی برای سالمندی جمعیت ضرورتی اجتناب‌ناپذیر برای توسعه پایدار در هر جامعه‌ای می‌باشد و باید بر اساس شعار «در راه رسیدن به توسعه هیچ کس نباید پشت سر بماند»، شناسایی وضعیت و سیاست‌گذاری در زمینه رفاه و بهزیستی سالمندان مورد توجه قرار گیرد (زاهدی اصل، ۲۰۱۶).

مطالعات و تحقیقات موجود در زمینه سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان در ایران نشان می‌دهند که درصد زیادی از سالمندان از کیفیت زندگی مطلوب (از نظر جسمی، روحی، روانی، اقتصادی و اجتماعی) برخوردار نیستند و خدمات موجود پاسخگوی نیازهای آنان نمی‌باشد (کیااحمدی، ۲۰۲۰). بنابراین، برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان و رویارویی با روند رو به رشد جمعیت سالمند، تدوین و اجرای سیاست‌های متناسب (بهداشتی، رفاهی، اقتصادی و اجتماعی) ضروری است.

سیاست‌گذاری برای سالمندی فعال که به حداکثر رساندن سطح سلامت، مشارکت و امنیت سالمندان برای ارتقای کیفیت زندگی آنان می‌پردازد، می‌تواند به ارتقای سلامت اجتماعی این گروه کمک کند. این فرآیند باید با همکاری بین‌بخشی سازمان‌های دولتی، سازمان‌های غیردولتی و خانواده‌ها صورت گیرد و باید بر اصول مشارکت، سلامت و امنیت سالمندان مبتنی باشد (تاجور، ۲۰۲۰). در صورت عدم سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی دقیق و بلندمدت، ایران در سال‌های آینده با انباشتگی نیازهای سالمندان روبه‌رو خواهد شد (هزارجریبی، ۲۰۲۰).

عواملی مانند پیچیدگی‌های زندگی امروزی، تأثیرات تغییرات اقتصادی-اجتماعی، کاهش نیروی کار، بازنشستگی، تنه‌اشدگی و طرد سالمندان، پدیده سالمندی را به یک تجربه چالش‌برانگیز تبدیل کرده است. از این رو، توسعه سیاست اجتماعی به عنوان یکی از مسئولیت‌های دولت‌ها برای ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان ضروری است. این سیاست باید بر اساس رویکرد به‌زیستن و با هدف ارتقای کیفیت زندگی سالمندان تدوین شود و تحت تأثیر سیاست‌گذاری و رویکردهای دولت‌ها قرار گیرد (قاراخانی، ۲۰۱۳).

پژوهش حاضر ضرورت انجام این تحلیل را نمایان می‌سازد: بررسی اینکه پس از دهه ۸۰ تاکنون، سیاست‌های اجتماعی ایران چگونه به سلامت اجتماعی سالمندان نگرینسته و چه سیاست‌هایی در برنامه‌ها و قوانین در این زمینه موجود بوده است. همچنین، ارزیابی ضعف‌ها، کاستی‌ها و نقاط قوت این سیاست‌ها در قالب یک تحلیل دقیق و علمی، هدف اصلی این تحقیق است.

## ۲. ملاحظات نظری

ارزیابی سیاست‌های اجتماعی، یکی از شاخه‌های مهم علوم اجتماعی است که با استفاده از مبانی علمی، امکان ارزیابی نظام‌مند تأثیرات یک پدیده را در مراحل پیش از بروز، حین اجرا و پس از اجرا بر کیفیت زندگی افراد و اجتماعات فراهم می‌آورد (بارج، ۱۳۹۱).

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد استقرایی-قیاسی است. بدین‌سان، چارچوب نظری خاصی در این پژوهش مفروض نمی‌شود و به‌جای آن، از مفاهیم حساس نظری برای ارتقاء و تحلیل موضوع مورد مطالعه استفاده می‌شود.

سیاست‌گذاری به‌عنوان نوعی مداخله برنامه‌ریزی شده و عمدی تعریف می‌شود که با هدف باز توزیع منابع برای رسیدن به اهداف رفاهی مناسب برای گروه‌های مختلف جامعه انجام می‌شود. این امر در راستای تحقق اهداف کلان اجتماعی از جمله عدالت اجتماعی، برابری و

لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی ... (مریم کوشا و دیگران) ۲۳۷

حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر همچون سالمندان نمایان می‌گردد (وصالی، ۲۰۱۴). در واقع، سیاست‌های اجتماعی موجود به‌منظور حداکثر کردن رفاه و بهزیستی اقشار مختلف جامعه طراحی و اجرا می‌شود (Kamkar، ۲۰۰۳). (در پژوهش حاضر، منظور از سیاست‌های اجتماعی، اقدامات، برنامه‌ها، خدمات و سیاست‌های اجرایی و قانونی است که در دهه ۸۰ و پس از آن برای جامعه سالمندان پیاده‌سازی شده است).

حمایت از سالمندان به‌عنوان یکی از ارکان اصلی دولت رفاه مطرح می‌شود و لازم است نقش دولت به‌عنوان اصلی‌ترین عامل سیاست‌گذاری در حوزه سیاست‌های سالمندی مورد توجه قرار گیرد. الگوی نظام رفاهی که توسط دولت‌ها به کار گرفته می‌شود، می‌تواند نقش پررنگ یا کمرنگی در مدیریت سالمندی و سلامت اجتماعی سالمندان ایفا کند (ابراهیم، ۱۳۹۸).

تحلیل پژوهش حاضر از نوع تحلیل سیاست‌گذاری در برنامه‌های پس از دهه ۸۰ است. تالکوت پارسونز تحلیل سیاست‌ها را به دو دسته «تحلیل سیاست‌گذاری» و «تحلیل برای سیاست‌گذاری» تقسیم می‌کند. دسته تحلیل سیاست‌گذاری خود شامل دو نوع تحلیل «تعیین سیاست» و «تحلیل محتوای سیاست» است و در «تحلیل برای سیاست‌گذاری» بهره‌برداری از نتایج یافته‌ها در فرایند سیاست‌گذاری ضروری است (صالح‌نژاد، ۲۰۱۵). در این پژوهش، تحلیل سیاست‌گذاری از نوع تحلیل محتوای سیاست‌ها بوده و هدف آن استخراج ایدئولوژی‌ها، مفاهیم و ایده‌های سیاستی درون متون و اسناد و قوانین و آیین‌نامه‌ها است. مفاهیم منطبق با اهداف پژوهش استخراج و بررسی می‌شوند. این نوع تحلیل، یک تحلیل انتقادی از محتوای منتخب است که فرایند سیاست‌گذاری را بدون محدودیت‌های سیاسی مورد بررسی قرار می‌دهد. به‌عبارت دیگر، تحلیل سیاست یک تحلیل نقادانه و مستقل از فرایند سیاست‌گذاری محسوب می‌شود.

سالمندی به‌عنوان آخرین مرحله از چرخه زندگی انسان، امری نسبی است که نمی‌توان برای آن حدود مرزی دقیق تعیین کرد. این امر به دلیل تغییرات جسمی-روانی افراد و سن آغاز سالمندی که بر اساس برآورد سال‌های امید به زندگی در هر کشور متفاوت است، قابل تبیین است. از این‌رو، سالمندی یک پدیده نسبی بوده و بررسی آن بر اساس زمان و مکان در جوامع مختلف متفاوت است (بنادکی، ۱۴۰۲).

در تعریف دقیق سالمندی، باید تمایز بین دو مفهوم سالمندی فردی و سالمندی جمعیتی قائل شد. سالمندی فردی به‌طور مستقل از تغییرات باروری و افزایش امید به زندگی و احتمال

بقا در سنین سالمندی رخ می‌دهد و در این وضعیت، تعداد سالمندان افزایش می‌یابد، بدون آنکه تعادل گروه‌های سنی در ساختار هرم سنی جمعیت مختل شود. در مقابل، سالمندی جمعیتی به دلیل کاهش مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی در بدو تولد و در میان دیگر گروه‌های سنی از یک سو و کاهش باروری از سوی دیگر رخ می‌دهد (رازقی نصرآباد، ۲۰۲۰). سالمندی جمعیتی می‌تواند موجب برهم خوردن تعادل گروه‌های سنی در کل جمعیت شود، به طوری که نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر نسبت به سایر گروه‌های سنی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. در این پژوهش، منظور از سالمندی، سالمندی جمعیتی است. سالمندی از یک سو با سن بازنشستگی و از سوی دیگر با وضعیت عمومی سلامت جسمی و روانی افراد ارتباط دارد (Miri, 2019).

رابطه سلامت اجتماعی سالمندان با رفاه اجتماعی آن‌ها ارتباطی معنادار و عمیق است که تحت تأثیر عواملی مانند تأمین اجتماعی، شرایط سیاسی، فرهنگی و اقتصادی جامعه و حمایت‌های اجتماعی و فرهنگی قرار دارد. اکثر سیاست‌های عمومی دولت بر این منابع و در نهایت بر سلامت اجتماعی سالمندان تأثیرگذار خواهند بود (Nabavi, 2014).

در چارچوب پژوهش حاضر، نگاه به سالمند با رویکرد سالمندی اجتماعی برجسته‌تر است. این رویکرد به تجارب رو به تغییر افراد در نقش‌ها و روابط آن‌ها با دیگران اشاره دارد. سالمندی اجتماعی می‌تواند از طریق زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، نقش‌های سالمندی، موقعیت‌ها و رفتارهای افراد مسن در جامعه شکل گیرد. در واقع، سالمندی اجتماعی به شیوه‌هایی اشاره دارد که جامعه به شکل‌گیری معانی و تجربیات سالمندی کمک می‌کند.

### ۳. روش‌شناسی

برای بررسی الزامات سیاستی سلامت اجتماعی سالمندان، این پژوهش از روش تحلیل کیفی مفاهیم مندرج در اسناد بالادستی جمهوری اسلامی ایران بهره‌برداری کرده است. واحدهای تحلیل شامل متون و اسناد رسمی و مکتوب منتشر شده توسط دولت در زمینه سیاست‌های مربوط به سالمندان، به‌ویژه قوانین و برنامه‌های حمایتی از این گروه سنی می‌باشند.

#### ۱.۳ نمونه‌گیری و انتخاب منابع

به دلیل ماهیت پژوهش و گستردگی موضوع مورد مطالعه، تعیین حجم نمونه از پیش مشخص و امکان‌پذیر نبوده است. از این رو، با توجه به عدم امکان دستیابی به چارچوب نمونه‌گیری

لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی ... (مریم کوشا و دیگران) ۲۳۹

دقیق، از روش نمونه‌گیری هدفمند با استراتژی در دسترس استفاده شد. در این راستا، متون، اسناد، قوانین، کتاب‌ها، مقالات علمی معتبر و سایر مکتوبات موجود که دسترسی به آن‌ها برای پژوهشگر امکان‌پذیر بود، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. به‌منظور اطمینان از جامعیت و اصالت داده‌ها، تعداد متون و اسناد مرتبط شناسایی و انتخاب شدند.

### ۲.۳ محدوده زمانی

اسناد مربوط به سلامت اجتماعی سالمندان از دهه هشتاد به بعد (۱۹۸۰) جمع‌آوری شدند. این دوره زمانی انتخاب شد، زیرا سیاست‌های مربوط به سلامت اجتماعی سالمندان تحت تأثیر سیاست‌های این دوره قرار دارند.

### ۳.۳ منابع مورد استفاده

در این پژوهش، منابع متعددی شامل قانون اساسی، قوانین برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (قانون برنامه سوم توسعه، قانون برنامه چهارم توسعه، قانون برنامه پنجم توسعه و قانون برنامه ششم توسعه)، سیاست‌های کلی خانواده در خصوص سالمندان، سیاست‌های کلان جمعیتی، قوانین ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، برنامه اقدام بین‌المللی مادرید، آیین‌نامه تشکیل دبیرخانه ملی سالمندان کشور، سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران، سند ملی سالمندان، نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴، سند دستاوردها، چالش‌ها و افق پیشروی نظام سلامت، مصوبات دولتی و قوانین بودجه، قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، و آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت.

### ۴.۳ ابزار گردآوری اطلاعات

برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز، از فهرست‌وارسی استفاده شد که در آن تمامی مفاهیم سلامت اجتماعی مرتبط با کلیدواژه‌های «سالمندان»، «سلامت اجتماعی» (شاخص‌های سلامت اجتماعی) و دیگر مفاهیم مرتبط با سطوح سلامت اجتماعی که از پیشینه پژوهش استخراج شده، تحلیل گردید.

### ۵.۳ روش تحلیل

ارزیابی سیاست‌ها با رویکردی جامع انجام شد که شامل تحلیل محتوای سیاست‌ها از حیث اهداف، اقدامات، زمینه محیطی (عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و غیره) و بازیگران

(ظرفیت‌ها، توانمندی‌های اجرایی، مسئولیت‌پذیری، اراده و اهتمام و سایر ویژگی‌های حکمرانی خوب) می‌باشد. در این چارچوب، سیاست‌های اتخاذ شده در عرصه سیاست‌گذاری‌ها مورد نقد و بررسی قرار گرفت و اثرگذاری و اهداف آن‌ها در مراحل تدوین و اجرا به‌طور انتقادی تحلیل شد.

#### ۴. مفاهیم تحقیق

مفاهیم تحقیق در این پژوهش به ترتیب زیر بررسی شده‌اند:

- **طرح پرسش و هدف تحقیق:** برای گشایش مسیر پژوهش و نمونه‌گیری نظری، پرسش اصلی و هدف تحقیق (مطالعه سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقدامات مرتبط با سلامت اجتماعی سالمندان) مطرح گردید. به‌منظور برانگیختن تفکر در مورد ویژگی‌ها و ابعاد مقوله‌های مورد نظر، از مقایسه نظری بهره گرفته شد. این روش امکان توصیف جایگاه سلامت اجتماعی در هر برنامه و مقایسه بین آن‌ها را فراهم آورد.

#### ۱.۴ مراحل استخراج اطلاعات

- **آماده‌سازی:** ابتدا موضوعات و مفاهیم سلامت اجتماعی در هر قانون، برنامه، آیین‌نامه و سند شناسایی و مشخص گردید.
- **سامان‌دهی:** در این مرحله، واحدهای معنایی مربوط به سلامت اجتماعی از این موضوعات استخراج شدند تا امکان مقوله‌بندی از درون واحدها فراهم شود.
- **گزارش‌نویسی:** از واحدهای معنایی، کدها، زیرطبقات، طبقات (مقوله‌ها) و درون‌مایه آن‌ها استخراج گردید.
- **ارزیابی پایایی پژوهش:** برای اطمینان از قابلیت اطمینان پژوهش، از فرمول پایایی هولستی (درصد توافق بین دو کدگذاری) استفاده شده است

$$C = (M/N) * 100$$

C: پایایی

M: توافق شده بین دو کدگذاری مقوله

N: تعداد مقوله‌ها در کدگذاری اولیه

لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی ... (مریم کوشا و دیگران) ۲۴۱

در این پژوهش، بخشی از مواد مورد تحلیل در دو زمان متفاوت مقوله‌بندی شده است. با استفاده از فرمول فوق، مقدار پایایی (هم‌سازی) عدد ۰/۷۸. به‌دست آمد که طبق نظریه کریپندورف، این مقدار بالاتر از سطح قابل قبول است.

### ۵. ارزیابی اعتبار معنایی

اعتبار معنایی واحدهای تحلیل با استفاده از طبقه‌بندی و کدگذاری محاسبه شد. در این روش، واحدهای تحلیل به مفاهیم همسان دسته‌بندی شدند و همخوانی اساسی بین دو بخش متفاوت در مفاهیم، نشانه اعتبار معنایی در نظر گرفته شد.

### ۶. ملاک «کفایت مراجع»

به‌منظور افزایش اعتبار، از این ملاک استفاده شد. طبق این معیار، بخش‌هایی از داده‌ها به‌صورت خام و تحلیل‌نشده کنار گذاشته شدند. پس از رسیدن به یافته‌های اولیه و آزمایشی، این یافته‌ها و تفسیرها از طریق مقایسه با داده‌های خام ذخیره‌نشده برای تأمین اعتبار مورد بررسی قرار گرفتند.

### ۷. کاهش مداخله در توصیف

در این مطالعه سعی شده است که مداخله در توصیف به حداقل برسد تا قابلیت تأییدپذیری پژوهش افزایش یابد.

### ۸. یافته‌های استنتاجی

افزایش جمعیت سالمندان، مفاهیم اجتماعی و فرهنگی مربوط به سالمندی را تغییر داده و روابط بین‌نسلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تغییرات نیاز به سیاست‌های اجتماعی منسجم و مؤثر را برای تضمین رفاه و بهبود کیفیت زندگی افراد سالمند اجتناب‌ناپذیر می‌سازد. در اسناد بالادستی ایران، سیاست‌های حوزه سالمندی و توجه به سلامت اجتماعی سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است. این اسناد شامل موارد زیر می‌باشند:

### الف. قانون اساسی

طبق اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از تأمین اجتماعی شامل پوشش‌های مختلف مانند بازنشستگی، بیکاری، پیری و نیازهای بهداشتی و درمانی، حقی همگانی است و دولت موظف است از طریق درآمدهای عمومی و مشارکت مردم، این خدمات را تأمین کند (شورای نگهبان، ۱۳۷۹). در تحلیل این اصل، توجه به حقوق سالمندان و بازنشستگان مشاهده می‌شود، اما حمایت‌های اجتماعی و روانی برای ارتقای سلامت اجتماعی در این اصل لحاظ نشده است.

### ب. قانون برنامه سوم توسعه

در این قانون، سازمان بهزیستی موظف به ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان در سال اول برنامه شد. آیین‌نامه اجرائی این بند با همکاری وزارت بهداشت و سازمان برنامه و بودجه تهیه و تصویب گردید. همچنین، در فصل پنجم قانون، ماده ۳۶ به توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار مختلف از جمله سالمندان اشاره دارد (عارف، ۱۳۷۹).

### ج. قانون برنامه چهارم توسعه

ماده ۹۷ این برنامه دولت را مکلف به تهیه طرح جامع کنترل آسیب‌های اجتماعی و تداوم طرح توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل ۲۵٪ جمعیت هدف می‌سازد. همچنین تأکید بر خدمات رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب و مشارکت سازمان‌های غیردولتی مطرح شده است (داوودی، ۱۳۸۴).

### د. قانون برنامه پنجم توسعه

ماده ۳۹ این برنامه به توانمندسازی گروه‌های نیازمند با استفاده از بودجه عمومی اشاره دارد و توانمندسازی سالمندان تا حدی مطرح شده است. این برنامه بر خروج سالمندان توانمند شده از پوشش حمایت‌های مستقیم تأکید دارد (لاریجانی، ۱۳۸۹).



لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی ... (مریم کوشا و دیگران) ۲۴۳

#### ه. قانون برنامه ششم توسعه

در این برنامه نیز توجه به توانبخشی و سازماندهی سالمندان ادامه یافته و حمایت از بیماران روانی و سالمندان در ماده ۸۰ مطرح شده است. گزارش‌ها نشان می‌دهد که حمایت از سالمندان از ۲,۶۵۷,۰۷۰ نفر در سال ۱۳۹۵ به ۴,۱۸۰,۰۰۰ نفر در سال ۱۴۰۰ افزایش یافته است (لاریجانی، ۱۳۹۶).

#### و. سیاست‌های کلان جمعیتی

بند ۷ سیاست‌های کلان جمعیتی، تکریم سالمندان و بهره‌مندی از تجربیات آنان را با تاکید بر اصلاح ساختارهای نظام تأمین اجتماعی و طراحی نظام جامع تأمین اجتماعی سالمندان مورد توجه قرار می‌دهد. (Abdavi, 2016 & رهبری، ۱۳۹۳) این سیاست می‌تواند زمینه‌ساز مشارکت فعال سالمندان و ایجاد نقش‌های جدید باشد.

#### ز. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

این قانون سالمندان را به عنوان گروه هدف در نظام تأمین اجتماعی معرفی کرده و حمایت از آنان در برابر رویدادهای اقتصادی و اجتماعی را تأکید می‌کند. با این حال، بیشتر تمرکز بر نیازهای جسمی و ذهنی و نه سلامت اجتماعی سالمندان است (عادل، ۱۳۸۳).

#### ح. برنامه اقدام بین‌المللی مادرید

این سند، که در سال ۱۹۹۱ تدوین و در ۲۰۰۲ تصویب شد، شامل رهنمودهایی برای بهبود سلامت جسمی و روانی سالمندان است. با این حال، به دلیل غیرالزام‌آور بودن این سند، اقداماتی در جهت تقویت سلامت اجتماعی سالمندان به طور مشخص انجام نشده است (Toutounchian, 2021)

#### ط. آیین‌نامه تشکیل دبیرخانه ملی سالمندان کشور

این آیین‌نامه که ناظر بر برنامه‌های سوم و چهارم توسعه است، دبیرخانه ملی سالمندان را به عنوان متولی سیاست‌های مربوطه معرفی می‌کند. با این حال، تغییرات جدیدی در حمایت از سالمندان مشاهده نمی‌شود و این آیین‌نامه بیشتر از مواد قبلی برنامه‌های توسعه استفاده می‌کند (بهزیستی، ۱۳۸۳).

## ی. سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران

سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، که در سال ۱۳۸۲ تدوین شد، دورنمایی برای توسعه کشور در زمینه‌های مختلف ارائه می‌دهد و اجرای آن در قالب برنامه‌های پنج‌ساله از سال ۱۳۸۴ آغاز شده است. این سند نیاز به توجه بیشتر به ابعاد اجتماعی و رفاهی سالمندان را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد.

**تحلیل کلی:** در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه و سیاست‌های کلان، بیشتر تمرکز بر اقدامات مادی و ملموس بوده و حمایت‌های اجتماعی و روانی برای ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان در حد مطلوب و قابل دفاعی نبوده است. این موضوع نشان‌دهنده نیاز به تدوین سیاست‌های جامع و هماهنگ برای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی سالمندان است.

## ۹. بحث

تحلیل اسناد موجود در راستای سیاست‌گذاری مطلوب برای ارتقاء سلامت اجتماعی سالمندان، مطابق با چارچوب مفهومی پژوهش، نشان می‌دهد که در ایران، تدوین و اجرای سیاست‌های مرتبط با سالمندی و حمایت از سالمندان عمدتاً تحت نظارت و مدیریت دولت و توسط سیاست‌گذاران، تدوین‌گران و مجریان انجام می‌شود. این سیاست‌ها معمولاً بر پایه اقتصاد دولتی استوار هستند. به دلیل ساختار متمرکز دولتی کشور، خصوصی‌سازی به شکل موثری به عنوان یک رویکرد جایگزین در ساختار اجتماعی-اقتصادی کشور وارد نشده است. در این نظام، سیاست‌ها و قوانین عمدتاً بر حمایت‌های اقتصادی، جسمی و تقویت سیستم‌های مراقبتی متمرکز هستند، و حمایت‌های مرتبط با سلامت اجتماعی به عنوان یک عامل پیشگیرانه و تأثیرگذار در دیگر ابعاد سلامت فردی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد.

در نظام رفاهی کشور، سیاست‌ها معمولاً بر پیشگیری در سطوح دوم و سوم متمرکز بوده و پیشگیری سطح اول که با توانمندسازی و تأمین سلامت اجتماعی افراد مرتبط است، در حاشیه قرار دارد. این مسئله نشان‌دهنده ضعف جدی در توجه به فرآیندهای توانمندسازی و حمایت اولیه برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان است. علاوه بر این، بسیاری از سیاست‌های اتخاذ شده برای رفع چالش‌ها و آسیب‌های گروه هدف، شامل سالمندان، به صورت یکطرفه و بدون حضور نمایندگان این گروه یا توجه به نیازسنجی‌ها و پژوهش‌های مرتبط تدوین شده‌اند، و سالمندان در فرآیند تصمیم‌گیری‌ها به طور کامل نادیده گرفته شده‌اند.

یک نکته قابل توجه دیگر این است که سیاست‌های موجود اغلب بر اساس رویکردهای جمع‌گرایانه و اجتماع‌محور تدوین نشده‌اند. این در حالی است که سیاست‌های اجتماع‌محور با سازمان‌دهی جمعی و تقویت انسجام اجتماعی می‌توانند اثربخشی بیشتری داشته باشند. به‌طور کلی، به نظر می‌رسد سیاست‌های سالمندی در ایران عمدتاً از تحولات اجتماعی و نیازهای جامعه عقب مانده‌اند. قانون اساسی کشور که تقریباً چهار دهه پیش تدوین و تصویب شده، به‌طور عمده بر مبنای ویژگی‌های جامعه زمان خود تعریف شده است، و متأسفانه سالمندان در اولویت مسائل و مشکلات آن قرار نداشته‌اند. همین رویکرد در برنامه‌های توسعه‌ای نیز دیده می‌شود، جایی که تا زمانی که مسئله‌ای به یک بحران تبدیل نشود، سیاست‌گذاری مؤثری در آن زمینه صورت نمی‌گیرد؛ به‌طوری‌که در برنامه‌های توسعه اول و دوم، توجه جدی به سالمندان صورت نگرفته است.

بر اساس تحلیل محتوای برنامه‌های توسعه، سالمندی، جز در برنامه سوم توسعه، غالباً نادیده گرفته شده و به‌عنوان مسئله‌ای جدی در سیاست‌گذاری کشور مطرح نشده است. در سال‌های اخیر، با گسترش ارزش‌های مادی‌گرایانه، سالمندان به‌ویژه آن دسته از آنان که نیازمند حمایت مالی هستند، به حاشیه رانده شده و در بسیاری موارد سکوت شده‌اند. این روند به دلایل مختلفی از جمله عدم مشارکت سالمندان در نظام انباشت سرمایه و بار مالی آن‌ها برای نظام رفاهی کشور و همچنین سیاست‌های جمعیتی اوایل دهه ۱۳۶۰ که به‌منظور افزایش جمعیت جوان کشور طراحی شده، صورت گرفته است. این سیاست‌ها توجه عمده‌ای به مسائل گروه‌های جوان، مانند تحصیل، اشتغال، ازدواج و آسیب‌های اجتماعی آن‌ها داشته و سالمندی را از دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاران کنار گذاشته است.

بر اساس رویکردهای سالمندی فعال و موفق، سالمندی به معنای کناره‌گیری از نقش‌های اجتماعی یا فرار از مسئولیت‌ها نیست (شرقی، ۲۰۲۰). سالمندی دوره‌ای از زندگی است که در آن فعالیت‌های فرد تغییر می‌کند و با پذیرش نقش‌های جدید، سالمندی موفق و پویا شکل می‌گیرد. با توجه به سیاست‌های موجود در اسناد، عناوین سیاستی غالباً بر حمایت‌های محدود، تقویت سیستم‌های مراقبتی و مراکز نگهداری متمرکز هستند و نگاه سیاست‌ها به نوعی سالمندپروری است. این سیاست‌ها با ماهیت دستوری و توصیه‌گرایی خود، زمینه انفعال سالمندان را فراهم می‌آورند. با تغییر در سیاست‌ها و تغییر نوع نگاه به سالمند و تقویت مشارکت اجتماعی او، می‌توان زمینه سالمندی موفق و کارآمد را فراهم کرد. نظریه محیط اجتماعی سالمندی نشان می‌دهد که با طراحی محیط‌های مناسب، می‌توان نیازهای سلامت

اجتماعی سالمندان را تأمین کرده و به مشارکت فعال آن‌ها در جامعه کمک کرد. متأسفانه، سیاست‌های موجود در زمینه طراحی شهری و برنامه‌های توسعه، توجه کافی به محیط‌های دوستدار سالمند و نیازهای خاص آن‌ها ندارند.

در تحلیل قوانین و سیاست‌ها و برنامه‌های بررسی شده، می‌توان مشاهده کرد که وضعیت اجتماعی سلامت سالمندان یا به‌طور کلی نادیده گرفته شده یا تنها در برخی شاخص‌ها بدون توجه به زیرساخت‌ها و شرایط اجرایی به آن پرداخته شده است. برای مثال، در نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴، به ارتقای سواد سلامت سالمندان به‌عنوان یکی از عوامل اصلی سلامت اشاره شده است، اما سازوکار اجرایی این امر هنوز مشخص نیست. مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط معناداری بین سواد سلامت و ارتقای سلامت اجتماعی وجود دارد و برخی نیز به نقش میانجی آن اشاره کرده‌اند. (Ali Bakhshi, 2022) در این پژوهش‌ها به نقش سواد سلامت در ارتقای مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان تأکید شده است، بنابراین ضروری است که سیاست‌گذاران زیرساخت‌ها و سازوکارهای لازم برای اجرایی شدن این سیاست‌ها را در نظر گیرند.

در اسناد دیگری همچون سند ملی سالمندان، توجه به سرمایه اجتماعی، ارتقای سلامت جسمی و روانی و تقویت نظام‌های حمایتی دیده می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه اجتماعی، به‌ویژه اعتماد اجتماعی، تأثیر مهمی بر سلامت و کیفیت زندگی سالمندان دارد (بیکانپور، ۲۰۲۰). همچنین، مطالعات به نقش مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان تأکید دارند (فردین، ۲۰۰۹). این مقوله‌ها باید به‌عنوان زیربنای تقویت سرمایه اجتماعی سالمندان در نظر گرفته شوند.

در برخی قوانین و برنامه‌ها، مانند قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، به لزوم حمایت از سالمندان و تضمین حداقل کیفیت زندگی آن‌ها اشاره شده است. این قانون، دولت را مکلف می‌سازد که زمینه‌های حضور فعال و مؤثر سالمندان را در جامعه و خانواده از طریق برنامه‌های اجتماع‌محور فراهم کند و سازمان بهزیستی کشور را متولی این امر معرفی می‌کند. این قانون بر مشارکت‌های اجتماعی سالمندان تأکید دارد که می‌تواند زمینه‌ساز مشارکت فعال آن‌ها و ارتقای سلامت اجتماعی‌شان باشد.

توجه به زیرساخت‌ها و سازوکارهای لازم برای ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان و میزان اثرگذاری این سیاست‌ها، نیاز به ارزیابی دقیق و تعیین سطح سلامت اجتماعی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که وضعیت سلامت اجتماعی سالمندان مطلوب نیست. علاوه بر این، چالش‌هایی

لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی ... (مریم کوشا و دیگران) ۲۴۷

مانند نبود بانک اطلاعاتی جامع درباره سالمندان، ضعف در مدیریت امور سالمندی، عدم هماهنگی بین دستگاه‌های مختلف و عدم مشارکت مؤثر بخش‌های عمومی، خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد، می‌تواند مانع از اجرای مؤثر سیاست‌ها و ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان شود.

مهم‌ترین خلأ دیگر در این حوزه، توجه کم به ارزیابی سیاست‌های اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی سالمندان است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این موضوع در پژوهش‌های برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری رفاه اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات پراکنده موجود نشان‌دهنده غفلت از سیاست‌های مؤثر و وجود خلأهای قانونی و حمایتی است (پروائی، ۱۳۹۸). این امر نشان‌دهنده ضرورت بررسی و تقویت سیاست‌های اجتماعی برای ارتقای سلامت اجتماعی سالمندان است. مطالعات دیگری به نقش مهم این سیاست‌ها در ارتقای سلامت اجتماعی و نقش عوامل مؤثر در این زمینه اشاره کرده‌اند (سیف‌زاده، ۱۳۹۵؛ غفاری، ۱۴۰۰؛ محمدی، ۱۳۹۶؛ رفیعی، ۱۳۸۸). توجه به این مسائل می‌تواند به ضرورت و اهمیت این پژوهش و بررسی دقیق اسناد موجود صحنه بگذارد.

## ۱۰. نتیجه‌گیری

برای رهایی از پراکندگی و ناهماهنگی قوانین، ضروری است به سمت تدوین یک قانون جامع حمایت از سلامت اجتماعی سالمندان حرکت کرد؛ قانونی که بتواند تمام نیازهای تنظیم روابط اجتماعی در این حوزه را پوشش دهد و به عنوان عاملی زمینه‌ساز برای دیگر ابعاد سلامت سالمندی عمل کند. از جمله مقدمات اساسی سیاست‌گذاری باید توجه به شرایط زمینه‌ساز برای تقویت ابعاد سلامت اجتماعی، ایجاد و نگهداری بانک اطلاعاتی دقیق از ویژگی‌های جمعیتی و نیازسنجی سالمندان باشد. همچنین توجه به اقتضائات فرهنگی و اجتماعی جامعه ایرانی و در نظر گرفتن نظام ارزشی آن باید جزء اولویت‌ها قرار گیرد.

تامین این مقدمات می‌تواند زمینه را برای اجرای اصول سیاست‌گذاری اجتماعی فراهم کند و باعث تقویت همبستگی خانواده‌ها و جامعه، تعامل بین‌نسلی و ایجاد فرصت‌های مولد برای سالمندان گردد. با افزایش طول عمر، درآمد و حقوق بازنشستگی باید برای پوشش زندگی طولانی‌تر سالمندان به‌روزرسانی شود. اما رشد جمعیت سالمندان در کنار کاهش نسل‌های در سن کار، بار وابستگی را افزایش داده و حمایت‌های بین‌نسلی را با چالش روبه‌رو می‌سازد.

افزایش تعداد سالمندان تغییرات اجتماعی و فرهنگی در روابط بین‌نسلی و حمایت اجتماعی را به همراه دارد و بر مسائل فردی مانند سلامت جسمی و روحی تأثیر می‌گذارد. با این حال، سیاست‌های عمومی اغلب بر رفاه اقتصادی، بیمه تأمین اجتماعی، حقوق بازنشستگی، پس‌اندازهای شخصی و سلامت جسمی تمرکز دارند و توجه کافی به ابعاد اجتماعی و فرهنگی، تقویت همبستگی اجتماعی، مشارکت سالمندان و استفاده از تجارب آنان که جزء تعاریف سلامت اجتماعی است، معطوف نشده است.

سرمایه‌گذاری در ایجاد زیرساخت‌های لازم برای تقویت سلامت اجتماعی سالمندان ضروری است. این سرمایه‌گذاری باید با رویکرد توانمندسازی سالمندان در ابعاد اقتصادی و اجتماعی و با توجه به منابع در دسترس صورت گیرد. همچنین باید زمینه مشارکت فعال سالمندان برای بازگشت به اجتماع فراهم شود. توجه به رویکردهای بین‌نسلی و استفاده از استراتژی‌هایی برای حفظ انسجام و پیوستگی میان نسل‌ها، نهادینه‌سازی فرهنگ سالمندی و تقویت ارتباط بین جوانان و سالمندان به منظور تکریم و ارزش‌گذاری سالمندان، باید در سیاست‌گذاری‌ها در اولویت قرار گیرد و به عنوان یکی از اصول اساسی در جامعه ایرانی که همواره بر ارزش‌های خانواده‌محور و جمع‌گرایانه تأکید داشته است، مورد توجه قرار گیرد.

## پیوست

جدول ۱. خلأها و چالش‌های قوانین و سیاستها در حوزه سالمندی (محقق ساخته)

عنوان سند	خلأها و چالش‌های اخذ شده در حوزه سیاست‌های سلامت اجتماعی سالمندان
اصل ۲۹ قانون اساسی مصوب مجلس شورای اسلامی)	محتوای این اصل قانونی توجه به حمایت‌های مادی و نیازهای قابل مشاهده و ملموس برای گروه هدف مدنظر قرار گرفته است و حمایت‌های روحی - روانی و اجتماعی جهت ارتقای سلامت اجتماعی برای هیچ یک از گروه‌های هدف خصوصاً سالمندان در این اصل دیده نشده است
قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ۱۳۸۳ مصوب مجلس شورای اسلامی	در این قوانین نیز به مباحث اجتماعی سالمندان، در راستای ارتقای سلامت اجتماعی آنها تأکید واضحی صورت نگرفته است و عوامل زمینه‌ای نیازمند بررسی، نیازهای سلامت جسمی و ذهنی عنوان شده است.
قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹) مصوب مجلس شورای اسلامی	میزان حمایت از سالمندان در هیچکدام از ابعاد و شاخص‌های سلامت اجتماعی در حد مطلوب و قابل دفاعی نبوده است و اغلب سازماندهی و توانمندسازی در سطح اقدامات مادی و محسوس سالمندان (محتوای خدمات) مورد توجه قرار گرفته است. در ضمن معیار توانمندسازی سالمند و متعاقب آن خروج سالمندان توانمند از برنامه‌ها مشخص نمی‌باشد.

لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی ... (مریم کوشا و دیگران) ۲۴۹

عنوان سند	خلاها و چالش‌های اخذ شده در حوزه سیاست‌های سلامت اجتماعی سالمندان
قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴) مصوب مجلس شورای اسلامی	قانون مذکور (برنامه سوم توسعه)، با هدف پوشش حداقل ۲۵٪ جمعیت هدف ادامه یافت.
قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۸۹) مصوب مجلس شورای اسلامی	متأسفانه علیرغم نزدیک شدن به پدیده انفجار جمعیت سالمند در کشور و لزوم توجه بیش از پیش قانونگذاران به تحولات جمعیتی، قانون ساماندهی و حمایت از سالمندان در قانون برنامه پنجم توسعه گنجانده نشده
قانون برنامه ششم توسعه (۱۴۰۰-۱۳۹۶) مصوب مجلس شورای اسلامی	قانون مذکور با هدف پوشش حداقل ۲۵٪ جمعیت هدف ادامه یافت.
برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران (۱۳۹۱) مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش عالی	- برخی از ابعاد سلامت اجتماعی سالمندان مورد ارزیابی قرار گرفت. اما به دلیل عدم ارتباط و هماهنگی بین نهادهای ذی‌ربط به‌طور کامل به اجرا در نیامده است - تقسیم وظایف بین سازمان‌ها و نهادهای متولی گنگ و مبهم بوده و این موضوع بر عدم اجرای مصوبات تأثیر گذاشته است.
سیاست‌های کلان جمعیت (۱۳۹۳) ابلاغی مقام معظم رهبری	در این سند، فرهنگ سازی جهت تکریم سالمندان و بهره مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در سطوح مناسب، قابل توجه می باشد و می تواند زمینه ساز مشارکت فعال سالمندی و ایجاد نقش جدید سازگار با سالمند را در بر داشته باشد.
سیاست‌های کلی خانواده (۱۳۹۵) ابلاغی مقام معظم رهبری	اشاره این سیاست‌ها در جهت اتخاذ روش‌های حمایتی در راستای تکریم سالمندان، قابل تأمل و جای خرسندی است و لازم است در اجرای بهینه این سیاست‌ها جهت سوق به اهداف اصلی آن، سیاست‌های درست به کار گرفته شود.
قوانین ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی تصویب مجلس شورای اسلامی	در این قوانین نیز به مباحث اجتماعی سالمندان، در راستای ارتقای سلامت اجتماعی آنها تأکید واضحی صورت گرفته است و عوامل زمینه‌ای نیازمند بررسی راه، نیازهای سلامت جسمی و ذهنی عنوان کرده اند.
سند ملی سالمندان مصوب دبیرخانه شورای ملی سالمندی	در سند ملی سالمندان به عناصر قابل تأملی در جهت ایجاد و تقویت سلامت اجتماعی همچون سرمایه اجتماعی، ارتقای سلامت جسمی و روانی، تقویت نظام حمایتی اشاره شده است، اما به طور مستقیم در جهت تقویت ابعاد و شاخص‌های سلامت اجتماعی تأکید و توجه خاصی صورت نگرفته است.
برنامه اقدام بین‌المللی مادرید {چهارچوب طرح: پیشرفت سلامتی و بهزیستی تا کهنسالی} مجمع عمومی ملل متحد	عدم رعایت چهارچوب مزبور از سوی دولتها (بازنگر) به واسطه فقدان عنصر الزام‌آوری، فاقد پیامدهای حقوقی برای دولتها می باشد و تاکنون اقدامات مشخصی در جهت ایجاد و تقویت سلامت اجتماعی و روانی سالمندان صورت نگرفته است.
آیین‌نامه تشکیل دبیرخانه ملی سالمندان کشور سازمان بهزیستی-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	مفاد تازم‌های در خصوص سالمندان و حمایت از ایشان گنجانده نشده بلکه همان مواد قبلی موجود در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه موردنظر بوده‌اند. بنابراین ضعفها و قوت‌های این آیین‌نامه تا حد زیادی به نقاط قوت و ضعف مواد گنجانده شده در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه سوم و چهارم در خصوص سالمندی و حمایت از ایشان، مطابقت دارد.
سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران ۱۴۰۴ ابلاغیه رهبری	با اشاره به آمارهای پژوهش‌های معتبر و گزارش‌های ارائه شده از سازمان‌های مربوطه در خصوص کیفیت زندگی، وضعیت سلامت اجتماعی، تامین اجتماعی، عدالت و ... در گروه‌های مختلف خصوصاً سالمندان، نشان می دهد که وضعیت

عنوان سند	خلاصه ها و چالش های اخذ شده در حوزه سیاست های سلامت اجتماعی سالمندان
	موجود در حد متوسط و بعضاً نامطلوب می باشد. پیش بینی آرمانی بدون ارائه چهارچوب
نقشه ی تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	توجه به سلامت جسمی سالمندان است و ابعاد سلامت اجتماعی حلقه مفقوده در نظام سلامت می باشد.
سند دستاوردها، چالش ها و افق پیشروی نظام سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاست گذاری.	توجه به سلامت جسمی سالمندان است و ابعاد سلامت اجتماعی حلقه مفقوده در نظام سلامت می باشد.
قانون احکام دائمی های توسعه کشور مصوب مجلس شورای اسلامی	در این قانون به مبحث سالمندی و زیرساختار لازم برای ترویج آن اشاره شده است و با تاکید بر اجرای طرح های حمایت از سالمندان، جهت فعالیت و حضور فعال آنان در قالب برنامه های مشخص به تقویت ابعاد و شاخص های همبستگی و مشارکت آنان به عنوان ابعاد سلامت اجتماعی سالمندان پرداخته شده است.
آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی سفارش وزارت رفاه و تأمین اجتماعی	در این آیین نامه با وجود در نظر گرفتن مبحث حمایت از سالمندان، به صورت شفاف، مشخص نشده است که این حمایت در کدام ابعاد سالمندی و با چه برنامه و هدفی انجام پذیرد.

## کتابنامه

- پیکان پور، محمد، اسماعیلی، سجاد، یوسفی، نازیلا، آریایی نژاد، احمد، و راسخ، حمیدرضا. (۱۳۹۷). مروری بر دستاوردها و چالش های طرح تحول نظام سلامت ایران. پایش، ۱۷(۵)، ۴۸۱-۴۹۴. SID. <https://sid.ir/paper/23335/fa>
- تاجور، مریم، یاسری، مهدی، محمودی، رویا، و کرمی، بدریه. (۱۳۹۹). اندازه گیری شاخص سالمندی فعال و تعیین کننده های فردی آن در شهر تهران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۸(۲)، ۱۳۹-۱۵۸. SID. <https://sid.ir/paper/407961/fa>
- عارف، م. ر. (۱۳۸۴). آیین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی. معاونت تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات - معاونت حقوقی ریاست جمهوری.
- غفاری. (۲۰۲۰). معنایابی سلامت اجتماعی سالمندان. پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده، ۳۳(۸)، ۱۵۹-۱۸۶. ابراهیم، شیرعلی، ابراهیم، و شهبازی. (۲۰۱۹). ارائه خدمات رفاهی به سالمندان در کشورهای منتخب و درس هایی برای ایران. تأمین اجتماعی، ۱۵(شماره ۳)، ۱۹۱-۲۰۹.
- رابل جی. بارچ و همکاران. (ترجمه: محمدعلی زکریایی، ویراستاران: محمدعلی زکریایی، علی حاجلی، مترجمان: کاوه اکبری، افسانه قره داغی، سمانه مرتضوی گازار). (تاریخ چاپ مشخص نشده). مفاهیم، فرایند و روش های ارزیابی تاثیر اجتماعی. [به سفارش] اداره کل مطالعات اجتماعی - فرهنگی شهرداری تهران.



## لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی ... (مریم کوشا و دیگران) ۲۵۱

سازمان بهزیستی. (۱۳۸۳). فعالیت های دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور. دبیرخانه شورای ملی سالمندی.

پروایی، ش. (۲۰۲۱). سیاست‌گذاری اجتماعی سالمندی؛ مرور سیاست‌های مراقبت از سالمندان در کشورهای توسعه‌یافته. تأمین اجتماعی، ۱۶(۴)، ۱۱۳-۱۴۴. doi: 10.22034/qjo.2021.141870

پروائی، شیوا، و موسایی، میثم. (۱۳۹۸). طردشدگی سالمندی در ساحت سیاست‌گذاری اجتماعی؛ تحلیلی بر برنامه‌های توسعه پس از انقلاب. مسائل اجتماعی ایران، ۱۰(۲)، ۵۹-۸۳. SID. <https://sid.ir/paper/173456/fa>

داوودی، پ. (۱۳۸۴). قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

دهقان بنادکی، م. (۲۰۲۳). بررسی وضعیت سالمندی در ایران آینده و چالش‌های آن (۱) (۱۹۰۸۶). ماهنامه گزارش‌های کارشناسی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۳۱(۴)، ۱-۱۸.

رازقی نصرآباد، حبیبه بی بی، علی مندگاری، و رضوانیان. (۲۰۲۰). تعیین‌کننده‌های جمعیتی-اجتماعی و اقتصادی سالمندی فعال در بین بازنشستگان برخی اداره‌های دولتی شهرستان بابل. پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران، ۹(۴)، ۵۱-۷۶.

رحیمی، م. ر. (۱۳۹۱). نقشه تحول نظام سلامت و دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری با اصلاحات و الحاقات بعدی ۱۸۵۵۲۷. Retrieved from <https://qavanin.ir/Law/PrintText/185527>

رفیعی، ح.، سمیعی، م.، فروزش، ک.، قازاریان، م.، رحیمی، ع. س. و اکبریان، م. (۱۳۸۸). تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران. مطالعات امنیت اجتماعی، ۱۹، ۱۱۲-۱۸۱.

ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت، <https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26440>

زاهدی اصل، محمد، و درویشی فرد، علی اصغر. (۱۳۹۵). عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان (مطالعه موردی: سالمندان شهر کوه‌دشت). برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۷(۲۶)، ۱-۲۴. SID. <https://sid.ir/paper/157870/fa>

سند ملی سالمندان کشور (۱۳۹۹). [http://snce.ir/?page\\_id=23369](http://snce.ir/?page_id=23369) (1399).

وصالی، س. و امید، ر. (۲۰۱۴). سیاست‌گذاری اجتماعی: زمینه‌ها و رویکردها.

سیف‌زاده، ع. (۱۳۹۵). بررسی سلامت اجتماعی سالمندان و عوامل مرتبط با آن (مطالعه موردی شهر آذرشهر). فصلنامه پرستاری سالمندان، ۱(۴)، ۹۵-۱۰۶.

شرقی، قنبران، عبدالحمید، کوسالاری، ص. و فرزانه. (۲۰۲۰). مروری بر نظریه‌های سالمندی و بازتاب آن در ویژگی‌های معماری منظر اقامتگاه‌های سالمندان. انسان و محیط زیست، ۱۸(۴)، ۵۵-۷۰.

عادل، غ. ح. (۱۳۸۳). قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین.

عارف، م. (۱۳۷۹). قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران. معاونت تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات.

فتحی. (۲۰۲۰). پدیده سالخوردگی جمعیت در ایران. مجله‌ی بررسی‌های آمار رسمی ایران، ۳۰(۲)، ۳۸۷-۴۱۳.

فردین، ع. پ.، حمیرا، س.، آمنه، س.، ف.، و اکبر، ب. (۲۰۰۹). نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان.

کیااحمدی، و حسینی. (۲۰۲۰). مطالعه ادراک متخصصان حوزه سالمندی پیرامون پدیده سالمندی: یک پژوهش کیفی. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۶(۲۲)، ۱۱۵-۱۵۸.

لاریجانی، ع. (۱۳۹۵). قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور. معاونت حقوقی ریاست جمهوری: مجلس شورای اسلامی.

لاریجانی، ع. (۱۳۸۹). قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران. معاونت حقوق ریاست جمهوری.

لاریجانی، ع. (۱۳۹۶). قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۴۰۰-۱۳۹۶). مصوبات مجلس شورا.

محمدی، ا.، یاری، ط.، ا.، کاخکی، ع. د. پ.، و سرایی، ح. (۱۳۹۶). طراحی و روان‌سنجی ابزار اندازه‌گیری سالمندی فعال ایرانی. نشریه علمی پژوهشی سالمند، ۱۲(۴)، ۴۱۴-۴۲۹.

میرزایی، ح. ض. م.، و (۲۰۱۸). سالخوردگی جمعیت ایران در چهار دهه پیشرو. فصلنامه علمی مطالعات الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی، ۳(۶)، ۷۳-۹۴.

صالح نژاد، ح. ص. (۲۰۱۵). مروری بر سیاستگذاری عمومی؛ (واین پارسونز).

نگهبان، ش. (۱۳۷۹). قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به همراه نظرات تفسیری شورای نگهبان. تهران: انتشارات پژوهشکده شورای نگهبان.

هزار جریبی، ج.، عالی نیسی، م.، تاج مزینانی، ع. ا.، و فعلی، ج. (۲۰۲۰). نظام راهبردهای حمایت از مراقبان خانوادگی سالمندان تهران در افق ۱۴۳۰. برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۱(۴۳)، ۳۳-۸۷. doi: 10.22054/qjst.2020.50509.1952

Abdavi, F., & Mehdizadeh, A. (2016). Determination of Urmia citizens' public sport needs regarding sport areas. *Strategic Studies on Youth and Sports*, 15(31), 219-237.

Ali Bakhshi, M., & Mostafavi Kahangi, F. (2022). The effect of media literacy on social health with the mediating role of moral literacy: A case study. *Journal of Health Administration*, 25(1), 35-46. <https://doi.org/10.52547/jha.25.1.35>

Bikdeli, M., Ghadimi, N., Ghiasvand, F. R., & Samin, B. G. (2016). The impact of stability range exercises on gait parameters and quality of life among active elder women. *European Journal of Physical Education and Sport Science*.

Jadidi, A., Farahaninia, M., Janmohammadi, S., & Haghani, H. (2011). The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak Senior House. *Iran Journal of Nursing*, 24(72).

لزوم بازنگری در الزامات سیاستی سلامت اجتماعی ... (مریم کوشا و دیگران) ۲۵۳

- Khazaei Jalil, S., Azmoon, A., Abdohali, M., Ghomi, N., & Shamsizadeh, M. (2015). Quality of life among elderly living at nursing homes in Shahroud city. *Journal of Geriatric Nursing*, 2(1), 39-49.
- Mohagheghi Kamal, S. H., Sajadi, H., Zare, H., & Biglarian, A. (2008). Need assessment among the elders of Social Security Organization & National Retirement Fund. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 3(1), 8-15.
- Seyfzadeh, A. (2016). The relationship between perceived social support and health in elderly adults: A case study in Azarshahr. *Journal of Gerontology*, 1(1), 40-47.