

تصویر سلامت

دوره ۶ شماره ۲ سال ۱۳۹۴ صفحه ۵۴ - ۶۱

سالمندی جمعیت و بار بیماری‌ها (مطالعه مروری)

علی ایمانی^۱، سعید دستگیری^۱، اکبر عزیزی زین‌الحاجلو^{۱*}

چکیده

به موازات انتقال جمعیتی و انتقال اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در جهان، ایران نیز مراحل گذار جمعیتی و اپیدمیولوژیک را تجربه می‌کند. شواهد حکایت از قرار گرفتن ایران در مرحله انتقال سنی از میانسالی به سالمندی داشته و طی دهه‌های آتی شیب سالمندی بالایی را تجربه خواهد کرد. دوره سالمندی با بیماری‌های مزمن و پرهزینه همراه می‌باشد. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر با دارا بودن کمتر از ۸٪ کل جمعیت جهان، بیش از ۵۰٪ انواع سرطان‌ها، ۵۸٪ مبتلایان به دیابت و ۹۵٪ مبتلایان به آلزایمر و انواع دمانس، ۶۲٪ مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، ۲۵٪ مرگ و میرهای ناشی از حوادث و ۳۰٪ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر را به خود اختصاص دهد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک مطالعه مروری است که در آن نتایج سرشماری‌های کشوری، پایگاه داده‌های جمعیتی سازمان ملل متحد، اداره مدارک جمعیت (POPULATION REFERENCE BUREAU)، پایگاه داده‌های Google Scholar، Proquest، WHO، SID، Magiran، کتاب‌ها، مجلات و نشریات مرتبط با تحولات جمعیتی و سیاست‌های بهداشتی ایران مورد بررسی و خلاصه سازی قرار گرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری: جمعیت ایران در مسیر سالمندی بوده و در دهه‌های آتی ایران با سونامی جمعیت سالمند مواجه خواهد شد. سالمندی جمعیت و بار بالای بیماری‌ها در دوره سالمندی، افزایش روزافزون نیاز به خدمات درمانی سرپایی و بستری و به تبع آن افزایش هزینه‌های نظام سلامت را به دنبال خواهد داشت. لذا لازم است دست اندرکاران نظام سلامت، سالمندی جمعیت را مورد توجه جدی قرار داده و برای مواجهه با این واقعیت اجتناب ناپذیر تمهیدات لازم را فراهم نمایند.

کلیدواژه‌ها: سالمندی جمعیت، بار بیماری، هزینه سلامت

۱. مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران (Email: akbarazizi55@gmail.com)

مقدمه

یکی از دستاوردهای قرون اخیر ارتقای شاخص‌های بهداشتی، کاهش مرگ و افزایش امید به زندگی بوده است (۱). کاهش میزان مرگ و افزایش امید به زندگی از یک سو و کاهش باروری از سوی دیگر موجب انتقال جمعیت‌شناختی شده است که سالمندی جمعیت بارزترین پیامد آن می‌باشد. به موازات روند جهانی، در ایران نیز جمعیت سالمند در حال افزایش بوده و بعد از دو دهه آتی، با ورود نسل انفجار نوزادان (متولدین سال‌های ۱۳۷۰-۱۳۵۵) به گروه سنی بالای ۶۰ سال، ایران یکی از کشورهای دارای بیشترین سرعت رشد جمعیت سالمند خواهد بود. اهمیت مطالعه تغییرات ساختار سنی جمعیت از آن جهت است که در اکثریت بودن هر یک از گروه‌های سنی، نوع و کم و کیف نیازهای جمعیت را تغییر می‌دهد (۲). در کنار اهمیتی که پدیده سالمندی جمعیت در پژوهش‌های علمی دنیا به خود اختصاص داده، نگرانی‌های عمده‌ای برای سیاست‌گذاران ایجاد نموده است. هدف مطالعه حاضر نشان دادن تأثیر تغییرات جمعیتی بر بار بیماری‌ها و هزینه‌های نظام سلامت می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مروری بوده که در آن داده‌ها و نتایج سرشماری‌های مرکز آمار ایران، پایگاه داده‌های جمعیتی سازمان ملل متحد، اداره مدارک جمعیت، پایگاه داده‌های Google

جدول ۱. میزان باروری کل در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۳۵ (۶)

سال	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۵۹	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰
TFR	۷	۶/۹	۶/۲	۶/۹	۵/۷۶	۴/۹	۲/۵۲	۱/۹	۱/۸

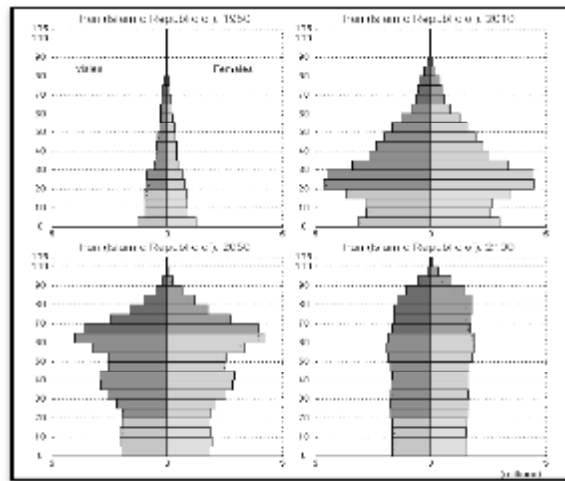
سالمندان در ساختار فعلی و چشم انداز آتی جمعیت ایران:

هر چند در حال حاضر ایران یکی از جمعیت‌های جوان جهان می‌باشد، شواهد حکایت از تغییر سریع ترکیب سنی و افزایش قابل ملاحظه جمعیت سالمند ایران در آینده‌ای نزدیک دارد. بر پایه سرشماری سال ۱۳۷۵ حدود ۶/۶٪ جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌داد (۷) که در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲٪ (جمعیتی بالغ بر ۶ میلیون نفر) افزایش یافته است (۸). با توجه به آهنگ پرشتاب کاهش باروری طی دو دهه اخیر، پیش‌بینی می‌شود حرکت به

روند تغییرات جمعیتی جهان و ایران

امروزه جهان در حال مواجهه با وضعیت بی‌سابقه‌ای می‌باشد؛ به‌زودی تعداد سالمندان بیشتر از تعداد کودکان و تعداد افراد کهنسال بیشتر از هر زمان دیگر خواهد بود (۳). انتظار می‌رود جمعیت ۶۰ سال و بالاتر جهان تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزایش یابد (۴). براساس گزارش سازمان ملل (۲۰۰۹)، انتظار می‌رود امید به زندگی در سن ۶۰ سالگی در سطح جهان از ۱۹/۷ سال در بازه زمانی ۲۰۱۰-۲۰۰۵ به ۲۲/۴ در بازه زمانی ۲۰۵۰-۲۰۴۵ افزایش یابد. این گزارش پیش‌بینی می‌نماید که در فاصله سال‌های ۲۰۵۰-۲۰۴۵، جمعیت بالای ۶۰ سال در کشورهای کمتر توسعه یافته با نرخ ۳/۵ درصد در سال رشد یابد که ۹ برابر بزرگتر از نرخ رشد جمعیت مذکور در کشورهای توسعه یافته (۴/۰ درصد در سال) می‌باشد (۵). جمعیت ایران نیز در سال‌های گذشته تغییرات زیادی را در میزان‌های باروری کل (Total Fertility Rate) (جدول ۱) و مرگ شاهد بوده که منجر به انتقال ساختار سنی جمعیت از جوانی به میان‌سالی شده است. ادامه روند فعلی، سال‌خوردگی سریع جمعیت ایران را به‌دنبال خواهد داشت.

سمت سال‌خوردگی جمعیت تسریع شده و شروع قرن پانزدهم شمسی سرآغاز روند رو به افزایش جمعیت سال‌خورده در ایران باشد (۹) و از سال ۱۴۱۵ به بعد، با ورود متولدین سال‌های ۱۳۷۰-۱۳۵۵ (نسل انفجار جمعیتی) به گروه سنی بالای ۶۰ سال، ایران با پدیده «انفجار جمعیت سال‌خوردگان» روبرو شود. ترسیم هرم‌های سنی جمعیت ایران در سال‌های ۱۹۵۰ تا ۲۱۰۰ میلادی (۱۰) نشان می‌دهد که طی چهار دهه آینده شاهد وارونه شدن هرم سنی خواهیم بود (شکل ۱).



شکل ۱. هرم سنی جمعیتی ایران: دیروز، امروز و فردا (۱۰)

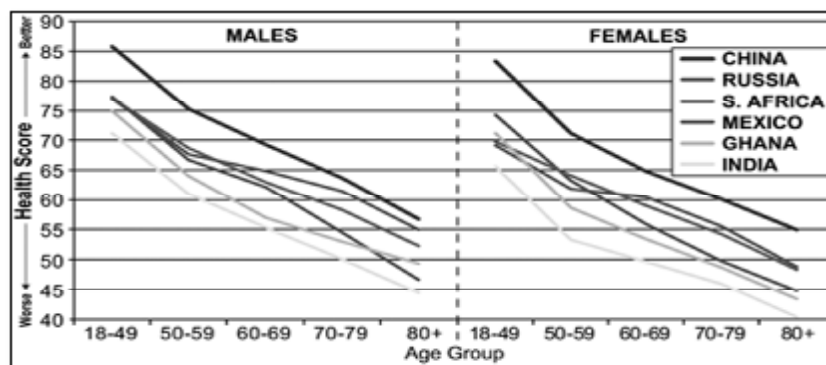
ارائه گسترده خدمات سلامت می‌باشد (۱۳). لذا سالمندی جمعیت از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی قرن ۲۱ به‌شمار می‌آید (۱۴).

بار بیماری‌ها در دوره سالمندی:

با افزایش سن، سلامت افراد رو به افول گذاشته و بار بیماری‌ها افزایش می‌یابد (۱۵). مطالعه (SAGE Study on global AGEing) با افزایش سن کاهش قابل توجه نمره سلامت با افزایش سن را (شکل ۲) نشان می‌دهد (۳). بررسی سیمای سلامت سالمندان ایران نیز نشان داد که ۶۵٪ سالمندان وضعیت سلامت خود را بدتر از ۵ سال گذشته ارزیابی کرده‌اند (۱۶).

سالمندی جمعیت و نظام سلامت

جمعیت محوری است که شاخص‌های رفاه در ارتباط با آن تحلیل می‌شود، شاخص‌های جمعیتی بر شاخص‌های رفاه اجتماعی مانند: آموزش، اشتغال، بهداشت و درمان تأثیر مستقیم دارد (۱۱). سال‌خوردگی جمعیت با تغییر الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های واگیر به بیماری‌های خاص سالمندی به انتقال اپیدمیولوژیک می‌انجامد (۱۲). به‌دنبال سالمندی جمعیت، مواجهه نسبت بالایی از جمعیت با بیماری‌های خاص این دوره اجتناب ناپذیر بوده و نیازمند



شکل ۲. نمره وضعیت سلامت عمومی مردان و زنان بر حسب سن در کشورهای منتخب: ۲۰۰۹ (۳)

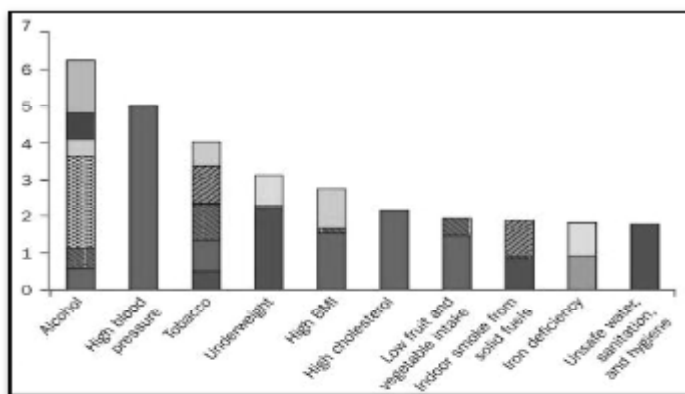
از حوادث و ۳۰٪ مرگ ناشی از بیماری‌های واگیر را به خود اختصاص دهد (۱۹). نکته قابل توجه این که مناطق مختلف درآمدی جهان سهم متفاوتی در افزایش بیماری و موارد مرگ ناشی از آن خواهند داشت و بیشترین افزایش در کشورهای با درآمد پایین و متوسط مشاهده خواهد شد (۲۰).

طبق گزارش «وضعیت سالمندی و سلامت در آمریکا-۲۰۰۷» (The State of Aging and Health in America 2007) حدود ۸۰٪ سالمندان آمریکا حداقل یک و ۵۰٪ حداقل دو بیماری مزمن دارند (۱۷). پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰، جمعیت ۷۰ سال و بالاتر با کمتر از ۸٪ کل جمعیت جهان (۱۸)، ۶۲٪ موارد مرگ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، ۲۵٪ مرگ ناشی

پرفشاری خون:

بررسی‌های سازمان بهداشت جهانی نشان دهنده روند افزایشی ابتلا به پرفشاری خون با بالا رفتن سن می‌باشد (۳). بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا (American Heart Association)، حدود ۷۰٪ از سالمندان بالای ۶۵ سال آمریکا پرفشاری خون داشته و در حدود ۶۹٪ افرادی که اولین حمله قلبی، ۷۷٪ افرادی که اولین سکته مغزی و همچنین ۷۴٪ افراد مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، پرفشاری خون داشته‌اند (۲۱). در مقیاس جهانی نیز حدود ۵۴٪ سکته‌های مغزی و ۴۷٪

بیماری‌های ایسکمیک قلبی به پرفشاری خون ارتباط داده می‌شود (۲۲). پرفشاری خون به عنوان دومین علت اصلی بار بیماری‌ها در مناطق توسعه یافته و در حال توسعه (شکل ۳) و سومین علت اصلی بار بیماری‌ها در کل جهان معرفی شده است (۲۳). مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوع بالای پرفشاری خون در بین سالمندان و عدم آگاهی مبتلایان از بیماری خود را نشان داده‌اند (۲۴ و ۲۵). فشار خون بالا به دلیل تأثیر عامل سن در پیدایش آترواسکلروز، در سالمندان عوارض جدی‌تری به دنبال دارد (۲۶).



شکل ۳. بار بیماری با توجه به عوامل خطر اصلی در مناطق توسعه یافته (۲۳)

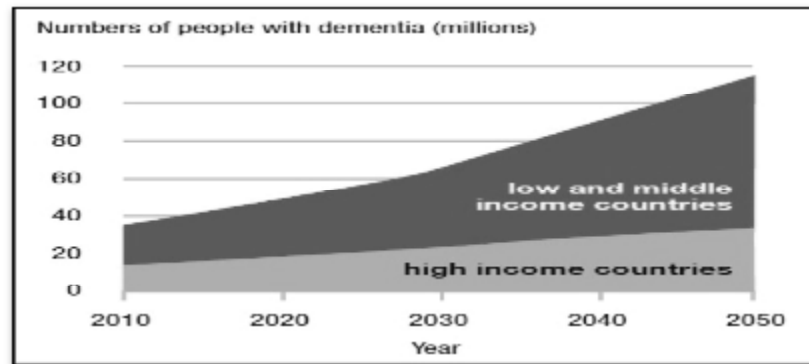
بیماری‌های قلبی عروقی:

بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان بزرگترین عامل مرگ و میر در سطح جهان، شیوع بالایی در سنین سالمندی داشته و گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر حدود ۶۵٪ از کل مبتلایان را شامل می‌شود (۱۹). پیش‌بینی می‌شود به دلیل روند سال‌خوردگی جمعیت در آمریکا، با فرض عدم تغییرات زیاد در روش‌های درمانی و عوامل خطر ساز، در فاصله سال‌های ۲۰۴۰-۲۰۱۰ میزان بروز سالیانه موارد جدید (Incidence) بیماری عروق کرونر با ۲۶٪ افزایش از ۹۸۱۰۰۰ به ۱۲۳۴۰۰۰ مورد و میزان شیوع (Prevalence) آن با ۴۷٪ افزایش از ۱۱/۷ میلیون نفر به ۱۷/۳ میلیون نفر برسد. میزان مرگ سالیانه ناشی از بیماری عروق کرونر نیز به شدت از سال‌خوردگی جمعیت تأثیر پذیرفته و در بازه زمانی فوق، با ۵۶٪ افزایش از ۳۹۲۰۰۰ به ۶۱۰۰۰۰ می‌رسد (۲۷). در مطالعات داخلی نیز شیوع بالای بیماری‌های قلبی عروقی در سالمندان گزارش شده است (۲۸). شواهد جهانی حکایت از

نابرابری در مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی داشته و قریب به ۸۰٪ موارد در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می‌افتد (۲۹).

آلزایمر:

خطر ابتلا به آلزایمر و انواع دمانس با بالا رفتن سن افزایش یافته و در سنین بالای ۶۵ سال به ازای هر پنج سال تقریباً دو برابر می‌شود (۳). ۹۵٪ مبتلایان به آلزایمر را گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر تشکیل می‌دهد. تعداد مبتلایان جهانی آلزایمر و انواع دمانس در سال ۲۰۱۰، حدود ۳۵/۶ میلیون نفر برآورد گردیده و پیش‌بینی می‌شود به دلیل تغییر ساختار سنی جمعیت جهان، این تعداد به بیش از ۶۵ میلیون تا سال ۲۰۳۰ و بیش از ۱۱۵ میلیون تا سال ۲۰۵۰ افزایش یابد (شکل ۴). نکته جالب توجه اینکه در سال ۲۰۵۰ حدود دو سوم بار بیماری بر دوش کشورهای با درآمد پایین و متوسط (از جمله ایران) خواهد بود (۳۰).



شکل ۴. رشد تعداد مبتلایان به دمانس در کشورهای با درآمد پایین، متوسط و بالا: ۲۰۱۰-۲۰۵۰ (۳۰)

سرطان‌ها:

سرطان‌ها یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی در مناطق مختلف دنیا بوده و یک مورد از هر چهار مورد مرگ در ایالات متحده با سرطان‌ها مرتبط می‌باشد (۳۱). تعداد موارد جدید سرطان در سال ۲۰۰۸ در آسیا، ۶/۱ میلیون و تعداد مرگ ناشی از سرطان‌ها ۴/۱ میلیون مورد برآورد گردیده است (۳۲). حدود ۶۰٪ کل سرطان‌ها در افراد بالای ۶۵ سال دیده می‌شود (۳۳). شیوع سرطان‌ها در مناطق مختلف درآمدی جهان به نسبت متفاوت در حال افزایش می‌باشد. میزان افزایش نسبت ابتلا به انواع سرطان‌ها تا سال ۲۰۳۰ در مقایسه با سال ۲۰۰۸ به ترتیب ۸۲٪ برای کشورهای با درآمد پایین، ۷۰٪ برای کشورهای با درآمد پایین متوسط، ۵۸٪ برای کشورهای با درآمد بالای متوسط و ۴۰٪ برای کشورهای پردرآمد برآورد گردیده است (۲۰). طبق پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی ۱۸/۴٪ علل مرگ در سال ۲۰۳۰ مربوط به انواع سرطان‌ها خواهد بود که از این تعداد حدود ۳۹٪ مربوط به گروه سنی ۵۰-۶۹ سال و بیش از ۵۰٪ مربوط به گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر خواهد بود (۱۹).

دیابت:

در حالی‌که در سال ۲۰۰۴ دیابت از بین علل مرگ در جایگاه دوازدهم جهان بوده است (۳۴)، پیش‌بینی می‌شود در سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۳۰ به ترتیب در رتبه هشتم و چهارم علت مرگ قرار گیرد (۱۹). طبق پیش‌بینی در سال ۲۰۳۰ گروه سنی ۵۰-۶۹ سال ۳۵٪ و گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر ۵۸٪ مبتلایان به دیابت را شامل می‌شوند (۱۹). در سال ۲۰۱۰ در بین کشورهای دارای بیشترین تعداد افراد مبتلا به دیابت، ایران در جایگاه نوزدهم جهان قرار داشته است (۳۵) و انتظار می‌رود با توجه به روند سالمندی جمعیت ایران، در سال‌های آتی شاهد افزایش تعداد و نسبت افراد مبتلا به

دیابت و کاهش رتبه جهانی ایران در بین کشورهای دارای بیشترین تعداد افراد مبتلا به دیابت باشیم.

سالمندی و هزینه‌های سلامت

تغییر در ساختار جمعیت و افزایش سالمندان، تأثیر عمیقی بر جامعه، خدمات بهداشتی- درمانی مورد نیاز و هزینه خدمات خواهد داشت (۳۶). مطالعات نشان داده سالمندی جمعیت بار اقتصادی قابل توجهی بر نظام‌های سلامت تحمیل می‌نماید. نتایج این مطالعات ارتباط مثبت و معنی‌داری بین سالمندی و هزینه‌های بهداشتی و درمانی نشان داده است. هزینه سلامت و درمان در دو سال آخر عمر معادل هزینه مابقی زندگی برآورد شده است (۱۵). بررسی‌ها نشان می‌دهد هزینه‌های درمانی گروه سنی بالای ۶۵ سال، بیش از ۵ برابر کل هزینه‌های درمانی گروه سنی کمتر از ۶۵ سال است (۳۷). پیش‌بینی می‌شود به دلیل روند سال‌خوردگی جمعیت در آمریکا هزینه‌های مرتبط با بیماری عروق کرونر با ۴۱٪ افزایش از ۱۲۶ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۰ به ۱۷۷/۵ میلیارد دلار در سال ۲۰۴۰ برسد (۲۷). آلزایمر و انواع دمانس نیز بیماری پرهزینه دوره سالمندی می‌باشند. تعداد مبتلایان به آلزایمر و انواع دمانس در سال ۲۰۱۰ حدود ۳۵/۶ میلیون نفر در جهان تخمین زده می‌شد و هزینه مربوط به مراقبت‌های خانواده، خدمات اجتماعی و مراقبت‌های پزشکی مربوطه بیش از ۶۰۰ میلیارد دلار برای همان سال برآورد گردیده است. در حالی‌که طبق پیش‌بینی تعداد مبتلایان به آلزایمر و انواع دمانس خصوصاً در مناطق با درآمد کم و متوسط جهان در دهه‌های آتی افزایش چشمگیری خواهد داشت (۳۰). دیابت، دیگر بیماری شایع سالمندی نیز بار اقتصادی قابل توجهی به سیستم‌های سلامت جهان تحمیل می‌کند (۳۵). هزینه جهانی دیابت در سال ۲۰۱۰ حداقل ۳۷۶ میلیارد دلار (معادل ۱۲٪ کل هزینه بهداشت و درمان جهانی)

بررسی شده و اکثر آن‌ها به تأثیر سالمندی بر شاخص‌های پایه اقتصادی از جمله الگوهای مصرف، پس‌انداز، هزینه‌های عمومی و سرمایه انسانی اشاره داشته‌اند.

هرچند ایران در حال حاضر کشوری جوان محسوب می‌شود؛ ولی ساختار و تحولات جمعیتی آن حکایت از گذار سنی و حرکت به سمت سال‌خوردگی سریع و شتابان دارد. روند انفجار جمعیت سالمند کشور طی دهه‌های آینده و شیوع بالای بیماری‌های مزمن و پرهزینه در دوره سالمندی، بیانگر مواجهه ایران با موج عظیمی از بیماری‌های مزمن و بار سنگین اقتصادی ناشی از آن در آینده‌ای نه چندان دور می‌باشد. شیب بالای سالمندی جمعیت کشور، افزایش شاخص مستمری بگیری، بالا بودن بار بیماری‌ها در دوره سالمندی، بار اقتصادی زیاد بیماری‌ها و پیامدها و نیازهای پیش‌بینی نشده سالمندی جمعیت، نظام سلامت ایران را متحمل فشار بسیار زیادی خواهد نمود. مطالعات نشان دهنده افزایش هزینه‌های عمومی ناشی از سالمندی جمعیت به دلیل افزایش مخارج رفاه اجتماعی، کاهش درآمدهای مالیاتی، کاهش بهره‌وری نیروی کار و متعاقب آن افزایش کسری بودجه دولت‌ها می‌باشد (۴۶). مطالعه فیلیپسون (۲۰۱۱) نشان داد که سیاست‌گذاران کشورهای OECD باید بر لزوم توجه به کنترل و مدیریت هزینه‌های عمومی ناشی از تغییرات دموگرافیکی تمرکز نمایند (۴۷).

پرواضح است که در دهه‌های آتی، سالمندی جمعیت یکی از چالش‌های ایران به صورت عام و نظام سلامت به صورت خاص خواهد بود. لذا سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، سرمایه‌گذاری و ایجاد زیر ساخت‌های لازم جهت مواجهه با ۲۵ میلیون نفر جمعیت سالمند از ضرورت‌های امروز ایران می‌باشد. اگر امروز برای برنامه‌ریزی جهت مواجهه با سونامی جمعیت سالمند، نیازها و پیامدهای ناشی از آن، دیر نباشد یقیناً فردا خیلی دیر خواهد بود. در این راستا پیشنهادات زیر قابل طرح می‌باشد:

§ استفاده از تجارب موفق کشورهای قبلاً سالمندی جمعیت را تجربه کرده‌اند.

§ ارائه آموزش برای ارتقای سواد سلامت و اصلاح سبک زندگی مخصوصاً در نسل مربوط به انفجار جمعیت کودکان دیروز و سالمندان فردا (متولدین دهه ۵۰ و ۶۰).

§ اصلاح نظام سلامت با توجه به نیازهای جمعیت سالمند در سطوح اول، دوم و سوم.

§ اجرای طرح‌های غربالگری و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها با هدف کاهش هزینه‌های نظام سلامت.

§ گسترش زیر ساخت‌های بهداشتی و درمانی متناسب با نیاز سالمندان.

§ تلاش در جهت کاهش نیاز سالمندان به خدمات بستری بیمارستانی.

برآورد گردیده و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ به حداقل ۴۹۰/۱ میلیارد دلار بالغ شود. در این مدت میزان افزایش هزینه دیابت در کشورهای در حال توسعه ۶۷٪ و کشورهای توسعه یافته ۲۷٪ خواهد بود. در این میان کشورهای منطقه EMME (Eastern Mediterranean and Middle East Region) (که شامل ایران نیز می‌گردد) با ۱۰۰٪ افزایش، بیشترین سهم و کشورهای منطقه یورو با ۲۰٪ افزایش، کمترین سهم را خواهند داشت (۳۵). افزایش خیره کننده هزینه‌های سلامت در دوره سالمندی در حالی است که به اذعان صاحب‌نظران، مهم‌ترین مشخصه اقتصادی دوران سالمندی فقر می‌باشد؛ چرا که فرد سالمند با خروج از چرخه فعالیت اقتصادی و تولید به یک مصرف کننده تبدیل شده و نرخ سرباری را افزایش خواهد داد (۳۸).

سالمندی جمعیت علاوه بر افزایش هزینه‌های سلامت، شاخص مستمری بگیری عمومی را نیز افزایش خواهد داد. با افزایش امید به زندگی، هم تعداد افراد مستمری بگیر و هم طول دوره استفاده آن‌ها از خدمات افزایش می‌یابد (۱۳). طی دهه‌های آتی در ایران، سال‌خوردگی جمعیت و پیشی گرفتن رشد مستمری بگیری نسبت به رشد بیمه شدگان، عدم تناسبی بین منابع و مصارف سازمان ایجاد می‌کند که نگران کننده بوده و نیاز به چاره اندیشی دارد (۳۹).

سالمندی جمعیت نیاز به خدمات بستری را افزایش می‌دهد. تعداد و نسبت سالمندان جامعه بیان کننده تعداد تخت‌های بیمارستانی، مراقبین، خانه‌های سالمندی، امکانات بهداشتی، بودجه و اعتبار مورد نیاز است (۲). برآوردها نشان می‌دهد در حالی که هم اکنون حدود ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور برای پوشش بیماران بالای ۶۰ سال کفاف می‌کند، با فرض ثابت ماندن تعداد تخت، در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۵ شمسی به ترتیب ۸۰/۸ درصد و ۹۹/۶ درصد کل تخت‌های موجود توسط افراد بالای ۶۰ سال اشغال شده و در کمتر از ۴۰ سال آینده (تا سال ۲۰۵۰ میلادی) که جمعیت بالای ۶۰ سال کشور به ۲۵ میلیون نفر بالغ خواهد شد، بیماران سالمند نیازمند ۳ برابر کل تخت‌های بیمارستانی کنونی کشور خواهند بود (۴۰).

بحث و نتیجه‌گیری

سالمندی جمعیت، جنبه اجتناب‌ناپذیر انتقال جمعیتی می‌باشد. این پدیده از قرن نوزده در کشورهای صنعتی آغاز و در حال حاضر به کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران تسری یافته است. سالمندی جمعیت به دلیل اثرگذاری بر رفتار اقتصادی افراد به خصوص در سال‌های انتهایی زندگی (افزایش مصرف و کاهش پس‌انداز و بهره‌وری افراد) پیامدهای اقتصادی زیادی بر کشورها دارد. تأثیر پدیده سالمندی بر توسعه اقتصادی در مطالعات مختلف (۴۱-۴۵)

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچ‌گونه تضاد منابعی با سازمان و اشخاص دیگر ندارد.

تقدیر و تشکر

در مطالعه حاضر از حمایت معنوی کمیته تحقیقات سالمندی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بهره‌مند بوده‌ایم و مراتب تشکر خود را از حضور اعضای محترم آن کمیته اعلام می‌داریم.

منابع

14. Kalache A, Aboderin I, Hoskins I. Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(3):243-4.
۱۵. پوررضا ا، نعمتی رخ. اقتصاد بهداشت و سالمندی. مجله سالمندی ایران. ۱۳۸۵؛ ۱(۲): ۷-۸۰.
۱۶. مطلق م، یزدانی ش، طاهری پ. سیمای سلامت سالمندان در جمهوری اسلامی ایران. تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹۲.
17. Anderson L. The state of aging and health in America 2007. *Aging Health*. 2007;3(2):139-41.
18. Population by Five Year Age Groups and Sex for World - Aggregated. United States Census Bureau. 2013. Available from: <https://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php?N=Results&T=10&A=both&R=T=0&Y=2030&R=1&C=>.
19. WHO. Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. 2013.
20. Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010: World Health Organization; 2011.
21. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127(1):e6.
22. Lawes CM, Hoorn SV, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *The Lancet*. 2008;371(9623):1513-8.
۱. سعیدی ح ع. تغییر در الگوهای جهانی سلامت و بیماری: انتقال جمعیتی و انتقال اپیدمیولوژیک. فصلنامه تاریخ پزشکی. ۱۳۹۱؛ ۴(۱۱): ۴۴-۱۱.
۲. مشفق م، میرزایی م. انتقال سنی در ایران: تحولات سنی جمعیت و سیاست گذاری های اجتماعی، جمعیتی، جمعیت. ۱۳۸۹؛ ۱(۱۷): ۱-۲۲.
3. WHO, Aging UNIo. Global health and ageing 2011. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/.
4. WHO. 10 facts on ageing and the life course. 2012.
5. Nation U, inventor; United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division., assignee. World Population Ageing 2009.
۶. ضرغامی ح. نگاهی به تحولات سالخوردگی در ایران. همایش تحلیل روندهای جمعیتی کشور؛ ۳۰-۲۹ آذر؛ دانشگاه تربیت مدرس تهران. ۱۳۹۰.
۷. مرکز آمار ایران. سرشماری عمومی نفوس و مسکن - ۱۳۷۵. تهران: مرکز آمار ایران؛ ۱۳۷۶.
۸. مرکز آمار ایران. سرشماری عمومی نفوس و مسکن - ۱۳۹۰. تهران: مرکز آمار ایران؛ ۱۳۹۱.
۹. میرزایی م، مهری شق. بررسی عوامل مؤثر بر سلامت خود ادراک سالمندان ایران. مجله سالمندی ایران. ۱۳۸۷؛ ۳(۲): ۵۳۹-۴۶.
10. UN. Country Implementation Profiles. UN: ICPD; 2012.
۱۱. اصل مز. مبانی رفاه اجتماعی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۸۹.
۱۲. میرزایی م. انتقال مرگ و میر، اختلال در سلامتی و برنامه ریزی بهداشتی. مطالعات جامعه شناختی. ۱۳۸۰؛ ۲(۷): ۲۶۹-۸۸.
۱۳. شیخی م. جامعه شناسی سالمندی. تهران: حریر؛ ۱۳۸۹.

36. Kirchengast S, Haslinger B. Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged austrians: Cross-sectional analysis. *Gender Medicine*. 2008;5(3):270-8.
۳۷. راسل م، اردلان ع. آینده سالمندی و هزینه های خدمات سلامت: هشداری برای نظام سلامت کشور (مقاله مروری). *مجله سالمندی ایران*. ۱۳۸۶؛ ۲(۴): ۳۰۰-۵.
۳۸. سیدمیرزایی سم. ملاحظاتی پیرامون ابعاد سالمندی با نگاهی به تجربه ژاپن. *شناخت*. ۱۳۸۶؛ ۱(۵۳): ۲۰۱-۲۲.
39. Aeeneh vand K. The effect of state's demographic changes on the statistical population covered by the Social Security Organization and its programs. *Social Security*. 2012;10(36, 37):177-99.
۴۰. کنعانی م. انفجار سالمندان و نیازهای بهداشتی درمانی: داشته ها و بایسته ها تا سال ۱۴۳۰. *همایش تحلیل روندهای جمعیتی کشور؛ دانشگاه تربیت مدرس تهران: مرکز آمار ایران؛ ۱۳۹۰*.
41. Alders P, Broer DP. Ageing, fertility, and growth. *Journal of Public Economics*. 2005;89(5):1075-95.
42. Sobotka T, Skirbekk V, Philipov D. Economic recession and fertility in the developed world. *Population and development review*. 2011;37(2):267-306.
43. Creedy J, Scobie GM. Population ageing and social expenditure in New Zealand: Stochastic projections. *New Zealand Treasury, Working Paper*. 2002;2:28.
44. Weil DN. Population aging. *National Bureau of Economic Research*, 2006.
45. Bloom D, Canning D, Sevilla J. The demographic dividend: A new perspective on the economic consequences of population change: *Rand Corporation*; 2003.
46. Wright R, Mérette M, Lisenkova K. The Impact of population ageing on the labour market: evidence from overlapping generations computable general equilibrium (OLG-CGE) model of Scotland. 2012.
47. Phillipson C. Extending working life and re-defining retirement: Problems and challenges for social policy. *Older Workers in a Sustainable Society* New York: Peter Lang International Academic Publishers. 2011.
23. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*. 2002;360(9343):1347-60.
۲۴. فخرزاده ح، نوری م، پورابراهیم ر، قطبی س، حشمت ر، حق مب. شیوع فشار خون بالا و عوامل خطر ساز همراه در جمعیت شهری ۶۴-۲۵ ساله ساکن پایگاه تحقیقات جمعیتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، *مجله دیابت و متابولیسم ایران*. ۱۳۸۲؛ ۳(۱): ۴۴-۳۷.
۲۵. عزیزی ف، امامی ح، صالحی پ، قنبریان آ، میرمیران پ، میربلوکی م. عوامل خطر ساز بیماری های قلبی - عروقی در سالمندان مطالعه قند و لیپید تهران. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*. ۱۳۸۲؛ ۵(۱): ۱۳-۳.
26. Victor RG, Kaplan N. Systemic hypertension: Mechanisms and diagnosis. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine* 9th ed Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier. 2011.
27. Odden MC, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Goldman L, Bibbins-Domingo K. The Impact of the Aging Population on Coronary Heart Disease in the United States. *The American Journal of Medicine*. 2011;124(9):827-33.e5.
۲۸. خمرنیا م، باغبانیان ع. بیماری های مزمن سالمندان در جامعه شهری و روستایی شهرستان زاهدان ۱۳۹۰. *مجله علوم پزشکی صدا*. ۱۳۹۲؛ ۳(۱): ۱۳۹-۴۸.
29. WHO. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: *World Health Day* 2013. 2013.
30. Wimo A, Prince MJ. World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia: *Alzheimer's Disease International*; 2010.
31. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2013;63(1):11-30.
32. Lertkhachonsuk A-a, Yip CH, Khuhaprema T, Chen D-S, Plummer M, Jee SH, et al. Cancer prevention in Asia: resource-stratified guidelines from the Asian Oncology Summit 2013. *The lancet oncology*. 2013;14(12):e497-e507.
33. Yancik R. Cancer burden in the aged. *Cancer*. 1997;80(7):1273-83.
34. Mathers C, Fat DM, Boerma J. The global burden of disease: 2004 update: *World Health Organization*; 2008.
35. Zhang P, Zhang X, Brown J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010;87(3):293-301.