

نشست‌های برگزار شده در
دانشکده علوم اجتماعی

عنوان نشست: مسئله‌شناسی سالمندی ایران

شناسنامه نشست	
واحد برگزارکننده نشست:	دانشکده علوم اجتماعی
مسئول نشست:	دکتر الهام محمدی (عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی)
تاریخ برگزاری نشست:	۱۳۹۹/۰۷/۰۹
اعضای هیئت علمی:	دکتر محمود مشفق، دکتر عبدالله معتمدی، دکتر احمد دراهکی (اعضای هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی)، دکتر احمد حبیب نژاد (عضو هیئت علمی دانشگاه تهران)، دکتر علی درویش‌پور کاخکی (عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی)
نمایندگان دستگاه‌های اجرایی مرتبط:	دکتر محسن شتی (رئیس اداره سالمندی وزارت بهداشت)، دکتر حسام‌الدین علامه (سرپرست دبیرخانه شورای ملی سیاست‌گذاری سالمندان)
مسئله محوری نشست:	شناخت دیدگاه‌های چندگانه به مسئله سالمندی کشور و ارائه راهکارهایی برای تناسب سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در این حوزه
سازمان‌های هدف توصیه سیاستی:	مجلس شورای اسلامی، قوه قضاییه، وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی (دبیرخانه شورای ملی سالمندی)، سازمان صداوسیما، جمهوری اسلامی ایران

چکیده مباحث طرح شده (مقدمه، چالش‌ها و مشکلات پیش رو):

مسئله‌شناسی سالمندی ایران در درون چارچوب نظام‌های فکری و گفتمانی صورت‌بندی می‌شود؛ بنابراین مختصات مسئله سالمندی ایران دارای صورت‌بندی‌های متفاوتی است. فهم این مختصات با توجه به سه محور قابل حصول است. در محور نخست، نوع دیدگاه به سالمندی و سالمندان مدنظر قرار می‌گیرد که شامل دیدگاه‌های زیستی-پزشکی، جمعیت شناختی و حقوقی به سالمندی است. هر کدام از این دیدگاه سطح تحلیل متفاوت و موضوعات خاصی را مدنظر قرار می‌دهند. در دیدگاه زیستی-پزشکی به فرد به‌ویژه ابعاد زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی او توجه می‌شود. در دیدگاه جمعیت شناختی، سطح تحلیل جمعیت سالمندان در پهنه جغرافیایی است و در دیدگاه حقوقی، سطح تحلیل روابط اجتماعی به‌عنوان محل ظهور انواع حقوق سالمندان است. در محور دوم به انواع بستری که درون آن با دیدگاه‌های خاص به سالمندی و مسائلش توجه می‌شود، پرداخته می‌شود؛ در این محور انواع بسترهای فرهنگی، بهداشتی، رفاهی و جغرافیایی قرار دارد و در محور سوم به تناسب سیاست‌های موجود در قبال مسائل سالمندی و بسترهایی که در آن قرار دارند، توجه می‌شود که شامل سیاست‌های جمعیتی، بهداشتی-مراقبتی و حقوقی، فرهنگی است. در ادامه به اینکه متناسب با هر نوع دیدگاه در محور اول، چه بسترهایی مرتبط با آن دیدگاه و چه سیاست‌هایی که در پاسخ به مسئله‌شناسی خاص آن دیدگاه وجود دارد، پرداخته می‌شود.

در ابتدا در محور اول به دیدگاه زیستی-پزشکی به‌عنوان یکی از انواع دیدگاه‌ها به سالمندی توجه می‌شود. مسئله سالمندی در این دیدگاه، شرایط آسیب‌شناختی زیستی جمعیت عمومی سالمندان شامل مشکلات تحرک، بینایی، شنوایی و بیماری‌ها (انواع بیماری‌های مزمن مانند فشارخون، دیابت، آسم و بیماری‌های قلبی-عروقی و ...) و توانایی عملکردی آنهاست که بر اساس شدت و ضعف آنها، جمعیت سالمندان تنوع می‌یابد. از این رو در این دیدگاه به هر دو جمعیت عمومی سالمندان که (به دلیل سالم پیرنشدن)، ۸۰ درصد آنها دارای حداقل یک بیماری مزمن هستند و جمعیت بسیار کوچک‌تر سالمندان که توانایی عملکردی آنها به دلایلی مانند مراحل پیشرفته اختلال شناختی (مانند آلزایمر)، بیماری‌های صعب‌العلاج و از

دست دادن ادرار و مدفوع ازدست‌رفته و به مرحله وابستگی به دیگران رسیده‌اند، توجه می‌شود. در این رویکرد مسائل سالمندان به مدیریت مناسب بیماری‌های مزمن و جلوگیری از شدت یافتنشان و نیز مدیریت مناسب توانایی عملکردی یعنی قابلیت فرد برای انجام امور زندگی شخصی (شامل نظافت، تحرک، غذاخوردن، آشپزی، انجام امور منزل و خرید و...) محدود می‌شود.

بسترهایی که رویکرد زیستی-پزشکی و بیماری انگاری سالمندی در آن قرار دارند شامل شرایط فرهنگی، تحصیلی، خانواده محوری و ارزش‌های اجتماعی خاص است. درحالی که ۵۰ درصد سالمندان بی‌سواد هستند و ۹۹ درصد آن‌ها با خانواده زندگی می‌کنند، توجه به بیماری‌های سالمند به مسئله‌ای در حوزه وظایف خانواده تبدیل شده است و سهم خود سالمند در خود مراقبتی به دلیل سواد پایین‌تر، کمتر است. همچنین از لحاظ فرهنگی هنوز درک درستی از ضرورت واگذاری مراقبت سالمند در شرایط خاص (از دست دادن توانایی‌های عملکردی) در جامعه وجود ندارد؛ بنابراین خانواده یا مراقبان فرد در موارد ضروری که انجام مراقبت تبدیل به یک امر تخصصی پزشکی و خارج از قابلیت‌های خانواده می‌شود، نوعی مقاومت برای استفاده از مراکز نگهداری سالمندی دارند و این امر به کاهش کیفیت مراقبت از سالمند منتهی می‌شود. از سویی دیگر به دلیل کم‌سودی سالمندان، استفاده از تکنولوژی در بین آن‌ها در حوزه‌های مختلف من جمله غربالگری و درمان در حداقل ممکن است و البته بسترهای تله‌مدیسین و دیگر فناوری‌ای کمک‌کننده به مراقبت سالمندان در کشور بسیار ابتدایی است.

در مورد اینکه رویکرد زیستی-پزشکی به سالمندی و بسترهای فرهنگی و تکنولوژیکی که بیماری انگاری‌های سالمندان را در درون خود دارد با سیاست‌های موجود چه تناسبی دارد، باید اشاره کرد که سیاست‌های بهداشتی عمومی در نظام سلامت کشور به‌خوبی تلاش نموده است از طریق ساختار شبکه‌ای، ریسک فاکتورهای بیماری‌های مزمن و بیماری‌های سالمندی را غربالگری کند، اما هنوز سالمندان به استفاده از این برنامه‌های بهداشتی رغبت کافی ندارند و یا اطلاع کافی از آن‌ها ندارند. البته با توجه به اینکه توانایی عملکردی سالمندانی که درگیر بیماری‌ها هستند، شدت متفاوتی دارد و همه سالمندان یا کاملاً مستقل و یا کاملاً وابسته نیستند

و از این حیث تنوع دارند مانند اینکه برخی از آن‌ها میزان استقلالشان در انجام امور روزمره زندگی، خوب است؛ برخی موقتاً به دلیل نوعی بیماری (بیماری قلبی-عروقی و...) دوره‌ای از وابستگی عملکردی را در دوران نقاهتشان دارند و برخی دیگر با توجه به بیماری‌هایشان، از لحاظ عملکردی وابسته‌اند و امکان بهبودی ندارند؛ اما برای افراد با شرایط عملکردی متفاوت، پاسخ‌های متنوعی در نظام سلامت و مراقبت کشور وجود ندارد و فقط سه استراتژی عمده در حال حاضر قابل استفاده است: بیمارستان، خانه سالمندان، بازگشت به خانه (مراقبت در خانه). این در حالی است که وجود مراکزی مانند RESPITE CARE به عنوان مراکزی که خانواده‌های سالمندان می‌توانند به صورت موقتی سالمندان را برای بهره‌مندی از خدمات مراقبتی بسپارند تا خود تجدید قوا کنند و یا مراکز HOSPICE CARE برای سالمندانی که بعد از بیماری حاد نیاز به مراقبت‌های خاص دوران نقاهت دارند و یا به دلیل بیماری صعب‌العلاج در مراحل پایانی زندگی هستند و نیازهای مراقبتی و نمایش تسکینی فراتر از مراقبت‌های در منزل و خانواده و فراتر از محدودیت‌های تخته‌ای بیمارستانی را دارند، می‌تواند گزینه‌ای خوب باشد. همچنین هرچند برنامه‌های مراقبت در منزل در حال حاضر توسط مراکز پرستاری در منزل ارائه می‌شود اما عدم وجود استانداردهایی که بتواند تضمین‌کننده کیفیت خدمات برای سالمندان باشد، هنوز چالش مهمی است.

در رویکرد دیگر به سالمندی که نگاه جمعیت شناختی است، سالمندان به عنوان یک پدیده جمعیتی با شرایط خاص اما مستعد آسیب‌پذیری در نظر گرفته شده‌اند. آسیب‌پذیری جمعیت سالمندان با تمرکز بر پدیده‌هایی مانند زنانه شدن سالمندی، افزایش سالمندان تنها، افزایش بار وابستگی مطرح می‌شود. زنانه شدن سالمندی بر اساس شاخص‌های جمعیتی حاکی از آن است که از یک سو طول عمر زنان، ۴۵ سال بیش از مردان است و در برابر هر ۱۰۰ مرد بالای ۶۰ سال، ۱۲۱ زن بالای ۶۰ سال وجود دارد؛ از سویی دیگر ۳۹٫۷ درصد زنان سالمند در سرشماری سال ۱۳۹۵ سرپرست خانوارهایی بودند که در آن زندگی می‌کردند و این روند در آینده به دلیل جمعیت دختران مجرد امروزی بیشتر خواهد شد و بخشی از سالمندان تنها، متعلق به افراد هرگز ازدواج‌نکرده‌ای خواهد بود که در حال حاضر سهم آن‌ها در زنان بیشتر از مردان است.

بار وابستگی از جمله دیگر پدیده‌های جمعیتی است که حاکی از آن خواهد بود که تعداد جمعیت شاغل نسبت به جمعیت سالمند تغییراتی اساسی خواهد داشت. به‌طور کلی در حال حاضر به ازای هر ۱۵ نفر، یک سالمند وجود دارد و در سال ۲۰۵۰ به ازای هر ۵ نفر، یک نفر سالمند خواهد بود. همچنین میانه سنی نیز در آن زمان به ۴۰ سال خواهد رسید. همه این شاخصه‌ای جمعیتی حاکی از آن است که الگوی گذار جمعیتی در کشور با سرعتی بسیار زیاد در حال تغییر است و برخلاف کشورهای اروپایی که این فرایند گذار را در یک دوره ۱۰۰ ساله طی کرده‌اند، ایران در زمانی تقریباً یک‌چهارم آن‌ها، این گذار را تجربه خواهد کرد. افزایش امید به زندگی در سالمندی نیز هرچند یک دستاورد بهداشتی است اما به معنای سال‌های طولانی زندگی بعد از بازنشستگی و فشار بر صندوق‌های بازنشستگی است.

در مورد بسترهایی که دیدگاه جمعیت‌شناختی از درون آن به مسئله‌شناسی سالمندی می‌پردازد، باید به بسترهای فرهنگی (با تأکید ویژه بر خانواده) و جغرافیایی اشاره کرد. سالمندان و علی‌الخصوص زنان در حال حاضر در خانواده زندگی می‌کنند به‌صورتی که ۹۹٫۷ درصد زنان سالمند امروزی در خانوارهای معمولی و نه سرای سالمندان سکونت دارند. تغییرات جمعیتی مانند افزایش مجرد قطعی و کاهش نرخ باروری، این الگوی غالب زندگی در خانوارها را تغییر خواهد داد و زندگی در مؤسسات نگهداری سالمندی، به‌عنوان یک گزینه مهم در آینده خواهد بود. هرچند امروزه ارزش‌های فرهنگی با این الگوی زندگی همسو نیست، اما در آینده برای بخشی از سالمندان، ضرورتی انکارناپذیر خواهد بود. در مورد بستر جغرافیایی، باید به این نکته اشاره کرد که جمعیت سالمندان با سرعت‌های متفاوت سالمندی و میزان امید به زندگی در سالمندی در بستری از توزیع خاص جغرافیایی قرار گرفته‌اند؛ به‌صورتی که یک الگوی یکسان برای سرعت رشد جمعیت سالمندان و درصد سالمندان در سراسر مناطق جغرافیایی وجود ندارد. به‌نظر می‌رسد برخی استان‌ها مانند البرز، تهران، مازندران، فشار دموگرافیک سالمندی (شاخصی با ترکیب سرعت رشد سالمندی، درصد سالمندان و امید به زندگی در سالمندی) را بر صندوق‌های بازنشستگی در ۵ سال آینده در ابتدا تجربه خواهند کرد و استان‌هایی مانند خراسان رضوی، شمالی، یزد این فشار را دیرتر تجربه

خواهند کرد؛ بنابراین سالمندی جمعیت تحت تأثیر توزیع جغرافیایی خاص با کاهش احتمالی کیفیت زندگی به دلیل فشار بر صندوق‌های بازنشستگی همراه خواهد بود.

در مورد وضعیت تناسب سیاست‌هایی که در پاسخ به مسئله سالمندی با ابعاد جمعیتی آن در توزیع جغرافیایی متنوع در حال حاضر وجود دارد می‌توان به تلاش‌های شورای ملی سالمندی اشاره نمود که با تصویب سند ملی سالمندان و ابلاغ آن‌ها در سال اخیر به وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مرتبط گامی در راستای به کار بردن ظرفیت‌های تمامی سازمان‌های دولتی در این حوزه برداشته است اما هنوز این همکاری‌های در مرحله نخست است و به دلیل درگیری کشور با مسائل خاص فعلی، میزان حساسیت به مسئله سالمندی به عنوان مسئله‌ای مربوط به آینده (هرچند نزدیک)، چندان قابل توجه نیست و هنوز اضطراری در این زمینه درک نشده است. از سوی دیگر نقش بخش‌های غیردولتی (خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد) در این زمینه چندان مشخص نیست و سیاست‌گذاری خاصی در این حوزه در حال حاضر وجود ندارد.

سومین دیدگاهی که به مسئله‌شناسی سالمندی می‌پردازد، دیدگاه حقوقی و قانونی است. در نگاه حقوقی به این مسئله توجه می‌شود که سالمندان دارای نیازهای متنوعی هستند و این نیازها در لایه‌های متفاوت روابط اجتماعی در نظام‌های گوناگونی مانند خانواده، نظام سلامت، فرهنگ و نظام قضایی و اقتصادی پاسخ داده می‌شود و از این رو این روابط به عنوان عرصه ظهور انواع حقوق باید مورد توجه قرار گیرد و چگونگی این روابط برای تأمین حقوق سالمندان باید مورد تنظیم قرار گیرد. این دیدگاه با پیشنهاد قرار دادن اصولی مانند کرامت انسانی، مشارکت، استقلال، اصالت خانواده و مسئولی، تنظیم روابط و پاسخگویی به حقوق سالمندان را دنبال می‌کند؛ مثلاً در نظام بهداشتی در بیمارستان‌ها، روابط با بیمار سالمند باید همراه با کرامت انسانی و حفظ حداکثر استقلال او باشد و یا در نظام اقتصادی در برخورد با کارکنان سالمند، رعایت اصل مشارکت و کرامت انسانی اهمیت دارد. همچنین در نظام‌های خانوادگی و فرهنگی، اصول خانواده محوری و مسئولیت‌ضروری است به‌صورتی که نه تنها روابط با سالمند در خانواده و جامعه همراه با احترام باشد بلکه همچنین نسبت به آسیب‌هایی در روابط مانند سالمندآزاری و خشونت نیز خانواده و جامعه، پاسخگو و حساس باشد.

در محور مربوط به بسترهایی که در درون آن دیدگاه حقوقی به مسئله‌شناسی سالمندی می‌پردازد؛ می‌توان به نظام حقوقی کشور و بستر فرهنگی اشاره کرد. قانون اساسی، سیاست‌ها و اسناد بالادستی، توجهاتی کلی و عمومی به گروه‌های مختلف من جمله سالمندان در قالب اصولی مانند ۲۱، ۲۹ و ۳ قانون اساسی دارند؛ اما تاکنون قانون خاصی برای سالمندان تدوین و تصویب نشده است. در بستر فرهنگی، حقوق سالمندان هنوز مورد توجه قرار نگرفته است. به صورت خاص حساسیت نسبت به رفتار ناشایست و دور از شأن با سالمندان در خانواده، سیستم مراقبتی و مانند آن وجود ندارد. در حالی که حق به شهر یکی از حقوق شهروندان است و در مورد سالمندان، سازمان‌های بین‌المللی، تأکید بر شهرهای دوستدار سالمند دارند، اما هیچ حقی از هیچ شهروندی در هیچ سنی مورد رعایت قرار نگرفته است. سیاست‌هایی که در حال حاضر در ساختار فرهنگی و قضایی کشور موجود است، هنوز تناسبی با نیازهای حقوقی سالمندان ندارد و حقوق سالمندان جایگاهی در نظام حقوقی کشور ندارد. هرچند قوانین زیادی در ایران در طی سال‌ها تصویب شده‌اند، اما در مورد حقوق و مسائل سالمندان به اندازه کافی قانون‌گذاری صورت نگرفته است.

با در نظر گرفتن صورت‌بندی‌های سه گانه گفت‌وگوهای زیستی-پزشکی، جمعیت‌شناختی و حقوقی از مسائل سالمندی می‌توان چالش‌های سالمندی ایران را به صورت زیر دانست:

۱. عدم تناسب برنامه‌ها و استراتژی‌های مراقبتی با توانایی‌های عملکردی و فرایندهای مراقبتی مورد نیاز سالمند و خانواده

۲. عدم آگاهی و تمایل سالمندان به استفاده از خدمات بهداشتی اولیه

۳. ناآشنایی عمومی با ضرورت‌های استفاده از خدمات مراقبتی خاص مانند آسایشگاه‌های سالمندی

۴. عدم پذیرش فرهنگی نسبت به مراقبت سالمند در مراکز نگهداری سالمندی در صورت نیاز

۵. زنانه شدن سالمندی

۶. افزایش جمعیت سالمندان تنها

۷. افزایش بار وابستگی

۸. فشارهای دموگرافیک سالمندی بر صندوق‌های بازنشستگی
۹. عدم حساسیت به نیازهای حقوقی سالمند در ساختارهای فرهنگی، اقتصادی، درمانی، مراقبتی و قضایی
۱۰. فقدان عزم ملی برای پرداختن به مسائل سالمندان
۱۱. مبهم‌بودن جایگاه بخش خصوصی و مردم‌نهاد در کنشگری حوزه سالمندی کشور

توصیه‌های سیاستی:

۱. فراهم کردن فرصت هم‌افزایی دیدگاه‌های سه‌گانه به سالمندی از طریق برگزاری جلسات متعدد در شورای ملی سالمندان و سازمان‌های متولی در تهران و استان‌ها با کارگروه‌های تخصصی درمانی-مراقبتی، حقوقی و جمعیتی و البته اقتصادی. هرچند شورای ملی سالمندان تلاش‌هایی در این زمینه انجام داده است اما عمدتاً از پتانسیل‌های فکری متخصصان دیدگاه‌های زیستی-پزشکی و تا حد بسیار اندکی متخصصان جمعیت‌شناسی استفاده کرده است. پیشنهاد می‌شود نمایندگانی از سازمان‌های اجرایی مانند وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، قوه قضاییه، صداوسیما، مجلس شورای اسلامی، تأمین اجتماعی، اساتید دانشگاهی متخصص در حوزه سالمندی در کارگروه‌های شورای ملی یا استانی به تبادل نظر بپردازند تا الگوی مناسب سیاستی در حوزه‌های متفاوت و در استان‌های مختلف به دست آید.
۲. گسترش انواع گوناگون خدمات مراقبتی رسمی و غیررسمی ویژه برای سالمندان با توجه به شرایط گوناگون سالمندان در فرایند مراقبت. وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی به عنوان متولی حوزه درمان، مراقبت و توان‌بخشی سالمندان، با به کارگیری ظرفیت‌های بخش‌های دولتی، خصوصی و مردم‌نهاد، برنامه‌های خدمات در منزل (شامل کمک به خرید، آشپزی، تمیزکاری خانه، خدمات حمایتی غیررسمی مانند همراهی برای ویزیت پزشک، خرید داروها)، سرویس‌های مراقبتی مانند مراکز مراقبت فرجه‌ای و مراقبت پایان عمر را توسعه دهند. در این زمینه تصویب قوانین مشوق، مانند قوانین مالیاتی حمایت‌گرا می‌تواند مؤثر باشد.

۳. برنامه‌ریزی برای افزایش سن بازنشستگی. متولدین دهه‌های ۵۰ و به‌ویژه ۶۰ که فراوانی بیشتری نسبت به سایر دهه‌ها دارند، در آینده با کاهش باروری، بخش عمده‌ای بار وابستگی را در جامعه به خود اختصاص می‌دهند. با افزایش دوران کاری آن‌ها یا به عبارتی افزایش سن بازنشستگی برای آن‌ها، می‌توان از وارد کردن فشارهای اقتصادی به صندوق‌های بازنشستگی در آینده تا حدی خودداری کرد تا این جمعیت بار خود را با دوران اشتغال طولانی‌تر در دوره سالمندی جبران کند.

۴. وضع قوانین در حوزه سالمندان به‌ویژه سالمندآوری با تأکید بر قوانین مرتبط با حمایت از گزارش دهندگان و مددکاران اجتماعی سالمندی. به دلیل وقوع عمده سالمندآوری‌ها در محیط خانواده و تا حدی مؤسسات نگهداری و مراقبتی سالمندان و البته در محیط‌های کاری، وجود قوانین دقیق که امکان گزارش دهی را برای همه افراد جامعه در صورت مشاهده سالمندآوری فراهم کند و آن را به یک مسئولیت عمومی بدون پیگرد قانونی تبدیل کند، بسیار کمک‌کننده است. همچنین قوانین برای حمایت از مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌ها، مراکز مراقبتی، نگهداری و اورژانس‌های اجتماعی برای اینکه به آن‌ها اجازه ورود به حریم خانواده و اقداماتی مانند جداسازی سالمند از محیط خانه و خانواده را در صورت نیاز بدهد، ضروری است. بدیهی است بدون پشتوانه قانونی در موارد وقوع سالمندآوری برای مددکاران اجتماعی، آن‌ها صرفاً به مشاهده‌گران آزار بدون قابلیت مداخله تبدیل خواهند شد.

۵. تقویت سیاست سالمندی فعال با رویکرد دوران زندگی. برای کاهش فشارهای اقتصادی ناشی از درمان و مراقبت، ضروری است سازمان‌های متولی سلامت و تأمین اجتماعی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و حتی سازمان جوانان، برنامه‌ریزی‌های لازم را برای بهره‌مندی گروه‌های سنی مختلف از انواع برنامه‌های مشوق سبک زندگی سالم و ارتقا‌دهنده کیفیت زندگی انجام دهند تا امکان ورود به سالمندی با وضعیت سلامت جسمی و روانی بهتر فراهم شود. برای مثال توزیع شیر رایگان در مدارس و یا تشویق تحرک و ورزش به‌عنوان بخشی از برنامه‌های شغلی در محیط کاری به‌همراه

- امتیازات خاص برای شاغلان می‌تواند نمونه‌هایی از سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های اجتماعی با رویکرد دوران زندگی و هدف سالمندی فعال باشد.
۶. فرهنگ‌سازی در مورد رفتارهای شایسته با سالمندان و حفظ کرامت انسانی. رسانه ملی در قالب فیلم‌های کارشناسی شده در مورد رفتارهای ضد تبعیض سنی با سالمندان، حساس‌سازی در مورد مصادیق آشکار و ضمنی خشونت نسبت به سالمندان (سالمندآزاری در خانواده، محیط شهری، محیط‌های کاری) و ضرورت به‌کارگیری خدمات مراقبتی اقامتی موجود در آسایشگاه‌های سالمندان در شرایط خاص می‌تواند اقدام به فرهنگ‌سازی کند. به عبارتی از یکسو هنوز بسیاری از مردم با مصادیق آشکار و ضمنی خشونت و آزار سالمندان آشنا نیستند، مانند اینکه هنوز نمی‌دانند به‌کاربردن برخی از واژه‌ها و ابراز برخی نظرات (مانند سالمندان توانایی یادگیری جدیدی ندارند و فقط باید از آن‌ها مراقبت کرد و مدیریت امور مالی را باید به دیگران بسپارند و ...) و اعمال برخی رفتارها (مانند اجبار سالمند به غذا خوردن و یا دریغ کردن غذا و دارو و محدود کردن دیدار اعضای خانواده با سالمند و ...) مصادیقی از کلیشه‌های ضدسالمندی و رفتارهای سالمندآزاری است. ارزش‌های فرهنگی در جامعه فعلی نیز به قیمت فشار بر خانواده و سالمند برای حفظ سالمند در محیط خانه و دریغ کردن ناآگاهانه مراقبت مناسب از سالمند، دوگانه‌ای اخلاقی میان نگهداری و مراقبت در خانه و استفاده از خدمات مراقبتی و نگهداری برای سالمند در شرایط خاص، ایجاد کرده است و استفاده از خدمات مراکز نگهداری را مترادف با رها نمودن و بی‌مسئولیتی به سالمند، تعریف کرده است. همچنین به‌منظور استفاده درست و آگاهانه از خدمات ویژه مراقبتی و نگهداری برای سالمندان در شرایط خاص (مانند دمانس پیشرفته که فرد به مرحله زمین‌گیری رسیده، از دست دادن کنترل ادرار و مدفوع و بیماری‌های صعب‌العلاج نیازمند مراقبت‌های پزشکی تخصصی) رسانه ملی می‌تواند با فیلم‌سازی و برنامه‌های کارشناسی به فرهنگ‌سازی کمک کند.
۷. تشویق سیاست خانواده محوری در ارائه خدمات مراقبتی و حمایتی به سالمندان قابل مراقبت در خانواده از طریق قراردادن کمک‌هزینه مناسب برای مراقبت‌کنندگان خانگی (مراقبت‌کنندگانی که عضوی از خانواده هستند). در مورد برخی از سالمندان که نیازهای

مراقبتی آن‌ها در خانواده قابل پاسخگویی است، سازمان بهزیستی می‌تواند ضمن تعریف کردن صلاحیت‌های ضروری برای مراقبان خانگی، آموزش آن‌ها و نظارت بر کیفیت خدمات آن‌ها از طریق مددکاران اجتماعی، به حفظ سالمند در خانواده کمک کند.

۸. تعریف استانداردهای خدمتی در مورد انواع خدمات و مراقبت‌های در منزل و محیط‌های درمانی مراقبتی سالمندی، به‌صورتی که مشخص شود برای پرستاری و مراقبت از سالمندان در منزل و محیط مراقبتی، چه کسانی با چه قابلیت‌هایی واجد شرایط ارائه خدمات هستند و همچنین برای ارائه خدمات به سالمندان و خانواده‌های آن‌ها، استانداردهایی با توجه به وضعیت عملکردی سالمندان تعریف شود. پیشنهاد می‌شود سازمان بهزیستی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با کمک حقوقدانان نسبت به تهیه استانداردهای خدمتی چندگانه ضمن در نظر گرفتن جنبه‌های حقوقی آن در قالب کارگروه‌های تخصصی اقدام نمایند.

۹. گسترش پوشش بیمه‌ای برای خدمات بهداشتی، مراقبتی و توان‌بخشی سالمندان. مراقبت‌های سالمندی و اقدامات توان‌بخشی (مانند مراقبت‌های در منزل، پرستاری در منزل) تحت پوشش بیمه‌ها قرار گیرد.

۱۰. قرار دادن بخش‌های خاص مرتبط با سالمندان در تمامی حوزه‌های اقتصادی، آموزشی، عمرانی و ... در لایحه بودجه، برنامه ۵ ساله توسعه هفتم و سند چشم‌انداز بعدی. به بیانی دولت در هنگام تهیه لایحه بودجه و برنامه توسعه و مجلس در هنگام بررسی آن‌ها و مجمع تشخیص مصلحت نظام در هنگام تدوین سند چشم‌انداز بعدی، گروه هدف سالمندان را به‌صورت خاص در تمامی بخش‌های برنامه و سند‌های قانونی مورد توجه قرار دهند تا امکان اختصاص بودجه‌های مرتبط به برنامه‌های خاص آن‌ها نیز تا حدی به‌صورت قانونی و منظم فراهم شود.