

Review Paper

A Conceptual Model for Iranian Older Women's Health: A Review Study

Soodabeh Tayeri¹ , *Mehrnosh Jafari¹ , Khalil Alimohammadzadeh^{1,2} , Seyed Mojtaba Hosseini¹ , Kamran Shahanaghi³

1. Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Health Economics Policy Research Center, Faculty of Health, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. Department of Industrial Engineering, Faculty of Industry, Iran University of Science and Technology, Tehran, Iran.



Citation: Tayeri S, Jafari M, Alimohammadzadeh Kh, Hoseini SM, Shahanaghi K. [A Conceptual Model for Iranian Older Women's Health: A Review Study (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2021; 16(3):304-329. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.16.3.3090.1>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.16.3.3090.1>



Received: 21 Oct 2020

Accepted: 13 Apt 2021

Available Online: 01 Oct 2021

ABSTRACT

Objectives Studies have indicated the feminization of aging in the world including Iran. The present study aims to investigate women's aging trend and effects, status difference, factors affecting the health of older women, and how to achieve proper health for older women in Iran.

Methods & Materials This review study was conducted according to PRISMA checklist. A comprehensive search was conducted in online databases including PubMed, Scopus, Elsevier, IranMedex, IranDoc, MagIran, NoorMags, SID, Google Scholar, and websites of the World Health Organization and the United Nations Population Fund on articles published until June 2020 using the keywords Elderly, Aged, Healthy Aging, Older Women and Health Services in English and Persian.

Results Increased population of older women and the feminization of aging is the result of the development and success of the health system. Poor aging management is a serious threat to health care, socio-economic and sustainable development systems. The differences in economic, social, demographic, and health indicators were more unfavorable in older women compared to older men due to different effects of health factors on women. The geriatric programs in Iran are often temporary without participation of the elderly, and are for managing individual, clinical, and case conditions. Provision of integrated care services is only at the first level of health and government services and lacks strategic, gender, and inter-sectoral approaches.

Conclusion Achieving older women's health requires policy-making and planning at the levels of government, organization and service delivery with a gender justice approach. Interventions to achieve the goal should be elderly-centered, interactive, multi-disciplinary, continuous, participatory, coordinative at clinical, organizational and systemic levels with analysis, feedback, integrated information system, research and development. Training and employment of multi-skilled manpower considering the different needs of older women are recommended.

Keywords:

Elderly, Aged, Healthy aging, Older women, Health services

*** Corresponding Author:**

Mehrnosh Jafari, PhD.

Address: Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 77009835-37

E-mail: mehr_j134@yahoo.com

Extended Abstract

1. Introduction

According to the World Health Organization (WHO), the aged population in developing countries, including Iran, has had the fastest growth compared to other population groups [1]. By 2050, the percentage of elderly population in Iran will reach 31.2%, which is higher than in the world and Asia [2]. Due to higher life expectancy and lower mortality among women, the percentage of elderly women is higher in Iran [3, 4]. Economic, social, demographic and health indicators of elderly women are in a more unfavorable situation [5]. Despite the deteriorating health status of older women and the prediction of the feminization of aging in Iran, the country's aging programs have not been gender sensitive. Implementing appropriate and comprehensive strategies for managing the geriatric services is important. The purpose of this study is to gain a deeper understanding of the concept of health in older women and how to achieve health in them. The questions are:

1. What is the concept of aging and its process and effects on societies?
2. What are the effective factors in the health of older women?
3. How can the health goal for older women be achieved?

2. Methods

This is a review study with an ethical approval (Code: IR.IAU.TNB.REC.1398.002). The search for literature and factors affecting the health of older women and achieving aging health was conducted in PubMed, Scopus, Elsevier, MagIran, SID, IranDoc, NoorMags, and websites of WHO and the United Nations Population Fund on studies published until June 2020 using the keywords: Elderly, aged, healthy aging, older women, health services, and health care in Persian and English. Initial search yielded 600 articles. After initial screening, 111 articles related to the objectives of the study were selected. By studying the content, 60 were selected for deeper review. Criteria for inclusion were the study on aging and its trend in Iran, the effects of aging, health status and factors affecting the health of older women, strategies and policies, planning and providing health services for the elderly and older women worldwide including Iran. Duplicate articles, and those on a specific group of the elderly, such as the elderly with a specific disease, and those conducted at the provincial level, were excluded from the study.

3. Results

Biological, social, political, economic and environmental factors are effective in the difference between the health status of older men and women. According to "biological", "psychosocial", "behavioral" and "mental-cultural" theories, effective factors are physiology, biological experiences of life periods, lifestyle and social activities, values, norms, and expectations of society from the individual [6, 7]. The World Health Assembly considers physiological factors, behavior, gender, living environment and race to be effective, and suggests the formation of healthy aging from birth [8-10]. Studies in Iran suggest individual, family, social, and religious factors that affect older women's health [7, 11-13]. Older women had poor status in the indicators of literacy, income, poverty, dependence, loneliness, celibacy, housing, living in nursing homes, insurance, disability, chronic diseases, mental health, and use of assistive devices compared to older men. Despite the need for more services, the number of needed referral and annual referral for outpatient services, self-medication and not referral due to financial reasons are more [14, 15] and are among the "vulnerable elderly" [16]. For ensuring the health of the elderly, there were following approaches: "health care", "public health care", "social care and support", "biopsychological and social" and "integrated care older people" [9, 17-19].

Integrated care included: management and provision of ongoing health promotion services, prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, palliative care, comprehensive assessments, supervision, monitoring, sustainable financial and human resources, integrated information system, infrastructure development, multi-sectoral activities to prevent the reduction of inherent capacity and improve the functional abilities of the elderly [9]. The National Program for the Improvement of the Health, Welfare and Dignity of the Elderly 2012 has three sections: health promotion, dignity promotion and welfare promotion for the elderly [20] which has been taken from the integrated care model. Institution building in Iran is the result of the implementation of the Article 192 "Organization and Rehabilitation of Chronic Mental Patients and the Elderly" of the Third National Development Plan in 2004, which was established by the "National Council of the Elderly". Due to the multi-part nature of the issue, the "National Document for the Elderly" was prepared in 2017 with the cooperation of stakeholders and managers of the Program and Budget Organization, and its final version in 2020 was communicated to the executive organizations [16]. In 2017, the Supreme Council for Health and Food Safety approved the implementation of the national program for the elderly [21]. Provision of integrated care services is only at the first level of health and government services and lacks a strategic approach, gender

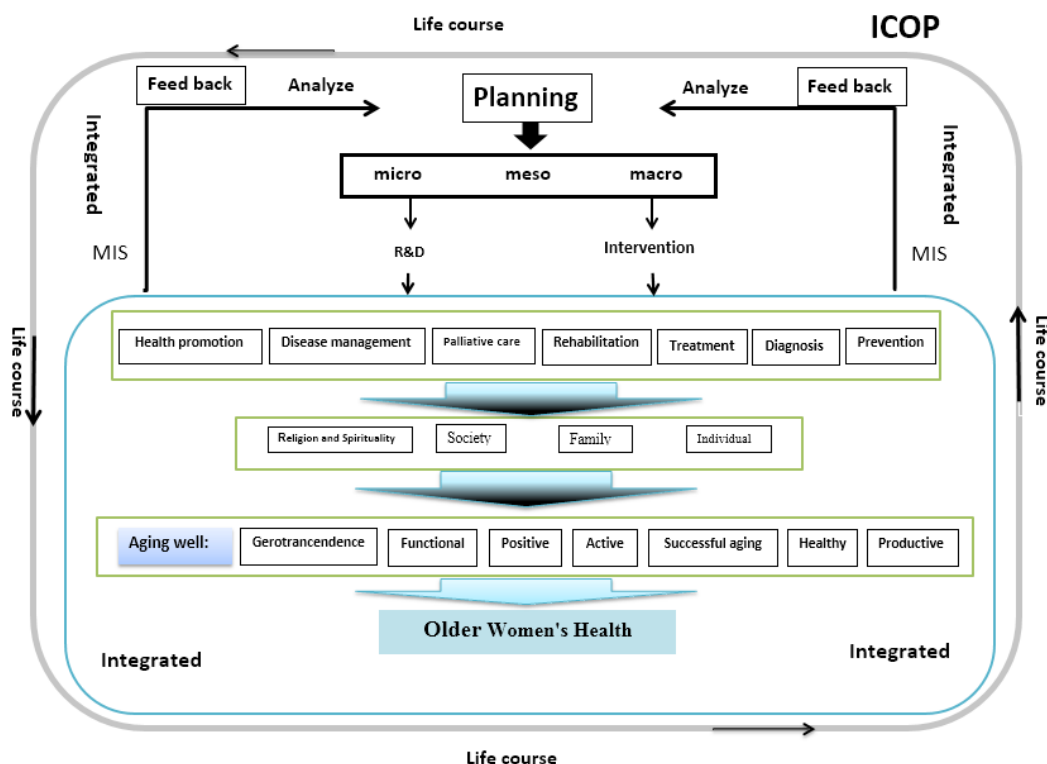


Figure 1. Conceptual model of Iranian older women’s health

sensitiveness, and inter-sectoral integration. The following conceptual model is presented with an integration approach for “Iranian older women’s health”.

4. Discussion and Conclusion

Older women’s health is obtained by the interaction of individual, behavioral, economic, social, physical environment, and socio-health services in the context of gender and culture. So far, geriatric programs in Iran have been at the clinical level without integration requirements. The title “elderly” is mentioned in upstream laws and care centers with illness, mental and physical disability, and social ills. To achieve the health of older women, a systemic approach to management and implementation, overseeing legislation, and institutionalization in the context of gender and national and regional culture is needed. Moreover, interventions should also be elderly-oriented, interactive, multidisciplinary, continuous, participatory, and integrated at the clinical, organizational, and governance levels, along with program analysis in the feedback cycle. IT networking, sustainable financial resources, and research and development are essential (Figure 1). Training and employing specialized and multi-skilled manpower considering the different needs of older women are recommended.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the Islamic Azad University Tehran North Branch (Code: IR.IAU.TNB.REC.1398.002).

Funding

The study was extracted from the Phd. dissertation of the first author in the Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran.

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله مروری

مدل مفهومی سلامت زنان سالمند در ایران: مطالعه مروری

سودابه طایری^۱، *مهرنوش جعفری^۱، خلیل علی محمدزاده^{۱،۲}، سید مجتبی حسینی^۱، کامران شهبانقی^۳

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

۲. مرکز تحقیقات سیاست گذاری اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. گروه مهندسی اقتصادی اجتماعی، دانشکده صنایع، دانشگاه علم و صنعت، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۳۰ مهر ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۲۴ فروردین ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۰

اهداف: پیش‌بینی‌ها حکایت از زنانه شدن سالمندی در جهان و ایران دارد. هدف مطالعه حاضر بررسی روند سالمندی زنان، اثرات سالمندی، تفاوت وضعیت و عوامل مؤثر در سلامت زنان سالمند و نحوه دستیابی به سلامت سالمندی زنان با منابع موجود است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه مروری بر اساس چک لیست PRISMA انجام شد. برای دستیابی به اهداف، اسناد و مقالاتی در پایگاه‌های انگلیسی و فارسی پامد، اسکاپوس، الزویر، بانک اطلاعات نشریات کشور، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران، نورمگز، سایت سازمان بهداشت جهانی، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، گوگل کروم با کلید واژگان انگلیسی: aged, healthy aging, older women, health services و کلید واژگان فارسی سالمندی، سلامت سالمندی، سالمندی زنان، خدمات سلامت سالمندی تا خرداد سال ۱۳۹۹ بررسی شد.

یافته‌ها: افزایش نسبت سالمندان زن و زنانه شدن سالمندی، نتیجه توسعه و موفقیت نظام سلامت است. مدیریت نادرست سالمندی، یک تهدید جدی برای سیستم‌های بهداشتی درمانی، اقتصادی اجتماعی و توسعه پایدار است. تفاوت شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت در سالمندان زن وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به مردان دارد که ناشی از اثرات متفاوت عوامل مؤثر بر سلامت، در زنان است. ویژگی‌های برنامه‌های سالمندی ایران اغلب بدون مشارکت سالمند، مقطعی و برای مدیریت شرایط بهداشتی فردی، موردی و بالینی است. ارائه خدمات ادغامی فقط در سطح اول خدمات بهداشتی درمانی و دولتی بوده و فاقد رویکرد جنس و جنسیت و رویکرد راهبردی و یکپارچه بین‌بخشی است.

نتیجه‌گیری: برای دستیابی به سلامت سالمندی زنان لازم است سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در سطوح حاکمیت، سازمانی و ارائه خدمات با رویکرد عدالت جنسیتی باشد. آزمایش‌ها برای رسیدن به هدف باید دارای ویژگی‌های سالمند محور، تعاملی، چند تخصصی، مستمر، مشارکتی، هماهنگی در سطوح بالینی، سازمانی و سیستمی یا تحلیل و چرخه بازخورد، وجود سیستم اطلاعاتی یکپارچه و تحقیق و توسعه باشد. به تربیت و به‌کارگیری نیروی انسانی چندمهارت‌ها با لحاظ تفاوت نیازها در زنان و مردان سالمند تأکید می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

سالمندی، سلامت سالمندی، سالمندی زنان، خدمات سلامت سالمندی

مقدمه

بین گروه‌های سنی در ساختار هرم سنی برقرار است. سالمندی جمعیت موقعی روی می‌دهد که هم‌زمان با افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ‌ومیر، میزان باروری هم کاهش یافته و تعادل گروه‌های سنی در کل جمعیت به هم می‌خورد. سهم جمعیت زیر پانزده سال کاهش و سهم گروه سنی شصت ساله و بالاتر افزایش می‌یابد [۱].

طبق تعریف سازمان ملل اگر در کشوری میزان گروه سنی بالای ۶۵ سال، بین ۴ تا ۷ درصد باشد، آن کشور رو به سالمندی و اگر بین ۱۱ تا ۲۱ درصد باشد، سالمند تلقی می‌شود [۲].

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کسی که سن شصت سالگی را پشت سر گذاشته باشد، سالمند است [۱]. مفهوم «سالمندی فردی» و «سالمندی جمعیتی» متفاوت است. سالمندی فردی از دیدگاه فردی و بهداشتی و پزشکی مطرح است که با بهبود و پیشرفت در خدمات سلامتی، اجتماعی و اقتصادی، افزایش امید به زندگی و احتمال بقا در سنین سالمندی و تعداد سالمندان افزایش می‌یابد. در سالمندی فردی، تعادل

* نویسنده مسئول:

دکتر مهرنوش جعفری

نشانی: تهران، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

تلفن: ۰۹۸۳۵-۷۷۰۰ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: mehr_j134@yahoo.com

ایران بیشتر خواهد شد [۱۸-۱۵]. هرچند علی‌پور و همکارانش فرضیه رشد بیشتر هزینه‌های بستری افراد بالای شصت سال نسبت به گروه‌های سنی جوان‌تر را رد کرده و اعلام می‌کند هیچ شواهدی مبنی بر رشد معنادار هزینه‌های بستری سالمندان ایران نسبت به سایر گروه‌ها دیده نشده است [۱۹].

اگرچه سازمان بهداشت جهانی سلامت را داشتن عملکرد فیزیکی، شناخت و مشارکت اجتماعی بدون داشتن بیماری و ناتوانی تعریف می‌کند و با کل‌نگری به انسان، سلامت را احساس خوب بودن هم‌زمان در چهار بُعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌داند [۲۰]، ولی اولویت‌ها و انتظارات از سلامت در سنین مختلف متفاوت می‌شود [۲۱].

اسدی معتقد است سلامت در سالمندان نسبت به دیگر گروه‌های سنی بیشتر جنبه ذهنی دارد [۲۲]؛ بنابراین سلامت در سالمندی به معنی فقط نبود بیماری نیست، بلکه فرایندی برای تقویت ظرفیت ذاتی و حفظ توانایی‌های عملکردی فردی است و جنسیت یکی از عوامل مؤثر در آن است [۲۳].

در رابطه با نقش جنسیت در توزیع سلامت، چندین تبیین نظری ارائه شده است. در رویکرد تبیین زیست‌شناختی (مدل پزشکی زیستی) «فیزیولوژی متفاوت زنان و مردان»، استعداد آنها را برای ابتلا به بیماری تحت تأثیر قرار می‌دهد. رویکرد تبیین اجتماعی (مدل اجتماعی) متغیر اصلی تفاوت را عوامل اجتماعی و محیطی می‌داند و معتقد است زنان و مردان به واسطه شرایط و عوامل ناشی از نقش‌های جنسیتی از نظر سطح سلامت با همدیگر متفاوت هستند.

در رویکرد تبیین رفتاری (مدل سبک زندگی) «رفتار فردی و سبک زندگی» متغیر اصلی بوده و سبک زندگی متفاوت زنان و مردان منجر به تفاوت سطح سلامت دو جنس می‌شود. رویکرد هنجاری (مدل فرهنگی هنجاری)، متغیر اصلی را «ساختار ذهنی متفاوت دو جنس در زمینه پذیرش نقش بیمار» می‌داند. زن و مرد به دلیل ساختار ذهنی متفاوتی که دارند به طور متفاوت به علائم و نشانه‌های غیرمتعارف جسمانی و روانی بدن‌شان، واکنش نشان می‌دهند.

در رویکرد تبیین ذهنی (مدل ذهنی) «سبک متفاوت گزارش‌دهی وضعیت سلامت» عامل تفاوت است. بر اساس این نظریه در اصل زنان و مردان در دنیای معاصر از نظر وضعیت سلامت چندان تفاوتی با هم ندارند، بلکه زنان به دلیل توصیف جزئیات بیشتر درباره سلامت خود و توانایی‌شان در یادآوری جزئیات هرچند کوچک، وضعیت سلامت خود را بدتر از مردان گزارش می‌کنند [۲۴].

بر اساس تعاریف سلامت و نظریه‌های مختلف سلامت سالمندی، اصطلاحات و مفاهیم متعددی برای داشتن سلامت در دوره سالمندی وجود دارد. سالمندی سالم، سالمندی موفق،

بر اساس گزارش سال ۲۰۱۹ بخش اجتماعی اقتصادی سازمان ملل، جمعیت ۶۵ سال و بالاتر جهان از ۹/۱ در سال ۲۰۱۹ به ۱۱/۷ در سال ۲۰۳۰ و به ۱۵/۹ در سال ۲۰۵۰ و ۲۲/۶ در سال ۲۱۰۰ خواهد رسید [۴]. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، جمعیت سالمندی سریع‌ترین رشد را نسبت به سایر گروه‌های جمعیتی دارد [۵]. برآوردهای سازمان ملل حاکی از آن است که تا سال ۲۰۵۰ میلادی، جمعیت سالمندان کشور ایران به بیش از ۲۶ میلیون افزایش می‌یابد. درصد سالمندان ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۱۴/۴ درصد و در سال ۲۰۵۰ به ۳۱/۲ درصد می‌رسد. در این سال جمعیت سالمند جهان ۲۱/۵ درصد و آسیا ۲۴ درصد خواهد بود که تعداد سالمندان ایران از میانگین جهان و آسیا بیشتر می‌شود، به طوری که از هر سه نفر، یک نفر سالمند خواهند بود [۶].

ایران در بین ۳۶ کشور با جمعیت اکثریت مسلمان، در فاصله ۲۰۱۵-۲۰۲۰ با میزان باروری کل ۱/۶ درصد، کمترین رشد جمعیت را داشته است [۷]. درصد جمعیت زنان سالمند در جهان بیش از مردان سالمند است [۸]. درصد جمعیت زنان سالمند در ایران مانند آمار جهانی، به دلیل امید به زندگی بالاتر و مرگومیر کمتر، بیشتر است. نسبت جنسی سالمندان ایرانی (مردان به زنان) در سرشماری ۱۳۹۵ به ۹۷ رسید؛ بنابراین پیش‌بینی‌ها بر زنده شدن سالمندی در ایران دلالت دارد [۹، ۱۰].

افزایش نسبت افراد سالمند تا حدی بیانگر موفقیت در آزمایش‌های بهداشتی درمانی اولیه است که در صورت مدیریت صحیح، یک فرصت گسترده در اختیار همه جامعه قرار می‌دهد که با طول عمر بیشتر بتوانند به طور فعال در جامعه مشارکت کنند، ولی در غیر این صورت، سالمندان به یک تهدید جدی برای سیستم بهداشتی درمانی، سیستم ارائه مراقبت، نظام اقتصاد، رشد اقتصادی و توسعه پایدار تبدیل می‌شوند [۱۱، ۱۲].

از جمله اثرات سالمندی جمعیت، اختلال در تعادل مالی، تغییر در الگوهای پس‌انداز و سرمایه‌گذاری، کمبود عرضه نیروی کار، نبود سیستم رفاهی کافی، به‌ویژه در اقتصادهای در حال توسعه، کاهش احتمالی بهره‌وری و رشد اقتصادی است [۱۲]. یک مطالعه ادعا می‌کند که هیچ مدرکی مبنی بر رابطه منفی بین سالمندی و سرانه تولید ناخالص داخلی وجود ندارد، بلکه زندگی طولانی پس‌انداز را بیشتر می‌کند و با افزایش سرمایه و انباشت و نوآوری در فناوری می‌توان کاهش نیروی کار را جبران کرد [۱۳].

اغلب مطالعات ایرانی معتقدند حوزه‌های مختلف اقتصاد، اعم از بازار کار، بازار سرمایه‌های فیزیکی و مالی، صندوق‌های بازنشستگی، سرمایه انسانی، مصرف و پس‌انداز، بودجه دولت و مهم‌تر از همه رشد اقتصادی، به شدت از کهنوت سن در جامعه تأثیر خواهد پذیرفت [۱۵، ۱۴] و در سطح کلان و خرد با توجه به افزایش تعداد سالمندی، سهم هزینه‌های بهداشت و درمان در

دیگران، ابراز احساسات، کارهای با دستمزد و داوطلبانه، خدمات خیرانه و مراقبت از دیگران، مشارکت در فعالیتهای سیاسی، اجتماعی و مذهبی در بُعد سوم سالمندی موفق است [۳۳].

زنجری در ماتریس ابعاد سالمندی موفق، پنج طبقه اصلی را ارائه می‌دهد: طبقه «سلامت جسمانی» (نداشتن عوامل خطر و سلامت عملکردی در طول عمر)، «به زیستن روان‌شناختی» (نداشتن بیماری روانی، ویژگی‌های مثبت فردی، رضایت از کل دوران و ادراک مثبت از سالمندی)، «به زیستن اجتماعی» (حضور و تعامل در اجتماع و داشتن حمایت اجتماعی)، «داشتن معنویت و تعالی» (اعتقاد به نیرویی برتر و سالمندی متعالی)، «امنیت اقتصادی محیطی» (زندگی در محیط و امنیت اقتصادی) [۲۵].

برآیند همه مفاهیم، نشانه چند بُعدی بودن سلامت (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) در سالمندی است. مفهوم سالمندی خوب^۸، دارای ابعاد سلامت جسمانی و روان‌شناختی، به زیستن اجتماعی، داشتن معنویت و تعالی و داشتن امنیت اقتصادی محیطی است. در این مفهوم، سلامت جسمانی با نبود بیماری‌های مزمن و سلامت عمومی، سلامت عملکردی و نداشتن معلولیت، داشتن رفتارهای سلامت‌محور و نبود عوامل خطر و نحوه خود ارزیابی ذهنی سنجش می‌شود.

سلامت روان با سنجش افسردگی و اضطراب، رضایت از زندگی، ادراک مثبت، خصوصیات مثبت فردی، شادکامی و به زیستن روان‌شناختی ارزیابی می‌شود. به زیستن اجتماعی با سنجش ابعاد تعامل اجتماعی (میزان حضور سالمند در اجتماع، ارتباط وی با سایر افراد اجتماع و میزان مشارکت‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و حمایت اجتماعی (قرار گرفتن در شبکه اجتماعی خانواده، دوستان و بستگان) انجام می‌شود. بُعد معنویت و تعالی در سالمندی خوب با ابزارهای سنجش معنویت، اعتقادات به ماوراء ماده و ارتباط با خداوند و اندازه‌گیری سالمندی متعالی (نرسیدن از مرگ، داشتن خلوت، تغییر نگرش به دنیا و خود) سنجیده می‌شود.

در بُعد امنیت مالی محیطی موارد امنیت مالی (حقوق، دارایی شخصی و حمایت دولت)، مناسب بودن محیطی (شهر دوستدار سالمند، مسکن امن و مناسب، آب و هوای مناسب) سنجش می‌شود [۲۵]. زنجری با تلفیق مطالعات در مفاهیم خوب سالمند شدن، چارچوب مفهومی «سالمندی خوب^۹» را ارائه می‌دهد (ضمیمه شماره ۱). با توجه به نظریه‌های سلامت در سالمندی؛ رویکردهای مختلفی هم در تأمین سلامت سالمندی وجود دارد که می‌توان به رویکردهای «مراقبت از سلامت سالمند»، «مراقبت از سلامت عمومی»، «مراقبت و حمایت اجتماعی»، «زیستی روانی و اجتماعی»

سالمندی فعال، سالمندی مثبت، سالمندی مولد، سالمندی متعالی، سالمندی کارآمد و درنهایت سالمندی خوب، از آن جمله‌اند [۲۶، ۲۵، ۲].

سالمندی مولد^۱ با تمرکز بر فعالیت کاری به سالمندی اشاره می‌کند که همراه با هر نوع فعالیت (با دستمزد یا بدون مزد) که سبب تولید کالا و خدمات یا افزایش ظرفیت تولید باشد. سالمندی مثبت^۲ واژه‌ای است که برای توصیف فرایند حفظ نگرش مثبت، احساس خوب در مورد خود، سالم بودن و مشارکت کامل در زندگی با سالمند شدن بیان می‌شود. در سالمندی کارآمد^۳ امکان ادغام کردن سالمندان در فعالیتهای اجتماعی اقتصادی وجود دارد [۲].

سالمندی متعالی^۴ بر امکان بالقوه رشد افراد، استمرار رشد، تغییرات رشد در طول زندگی و خود شکوفایی تأکید دارد. سالمندی سالم^۵ فرایند حفظ و توسعه توانایی عملکرد سالمند برای دستیابی به رفاه است و کل دوره زندگی مد نظر است. در این مفهوم سالمند توانایی رفع نیازهای اصلی، یادگیری، رشد و تصمیم‌گیری، متحرک بودن، ارتباط و مشارکت در جامعه را دارد و همچنان به عنوان حامی خود، خانواده و اقتصاد جامعه است. سالمندی سالم بر پیشگیری تمرکز دارد [۲۷-۲۹].

سالمندی فعال^۶ به معنای فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها بر سه پایه اصلی، سلامت (جسمی، روانی و عدم معلولیت)، مشارکت (خانواده، اجتماع و جامعه) و امنیت (اقتصادی، فیزیکی و محیطی) در راستای دستیابی به کیفیت زندگی بهتر، در دوره سالمندی است. عوامل سالمندی فعال شامل سلامت و خدمات اجتماعی، عوامل اجتماعی، عوامل فردی و عوامل رفتاری است. تداوم فعالیت بدنی، مشارکت در نیروی کار، اجتماع، سیاست، فرهنگ و معنویت و امور شهروندی از مؤلفه‌های آن است [۳۰، ۳۱]. مفهوم سالمندی فعال با مفاهیم سالمندی موفق و مولد هم‌پوشانی دارد.

سالمندی موفق^۷، رویکرد فرایندی است که سلامت کل طول دوران زندگی را در سلامت دوره آخر زندگی (سالمندی) مؤثر می‌داند [۳۲]. سه بُعد سالمندی موفق، کارکرد جسمانی و شناختی مطلوب، نبود بیماری، ناتوانی، معلولیت، استقلال، داشتن مشارکت و روابط فردی و اجتماعی است. در سالمندی موفق در بُعد جسمانی و شناختی، تأکید بر استقلال، سلامت جسمانی و روانی سالمند است که با سبک زندگی سالم مرتبط است. ارتباطات بین فردی و اجتماعی مانند عزت نفس در برابر

1. Productive aging
2. Positive aging
3. Functional elderly
4. Gerotranscendence
5. Healthy ageing
6. Active ageing
7. Successful aging

8. Aging well
9. Aging well

روش مطالعه

در این مطالعه، مروری جامع با هدف بررسی مفهوم و عوامل مؤثر بر سلامت زنان در سالمندی و دستیابی به سلامت در سالمندی از طریق جست‌وجو در پایگاه‌های فارسی و انگلیسی پابمد^{۱۱}، اسکاپوس^{۱۲}، الزویر^{۱۳}، بانک اطلاعات نشریات کشور^{۱۴}، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^{۱۵}، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران^{۱۶}، پایگاه مجلات تخصصی نور^{۱۷}، سایت سازمان بهداشت جهانی^{۱۸} و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد^{۱۹} و موتور جست‌وجوگر گوگل کروم^{۲۰} با کلید واژگان انگلیسی: aged, healthy aging, older women, health services, و کلید واژگان فارسی سالمندی، سلامت سالمندی، سالمندی زنان و خدمات سلامت سالمندی تا خرداد سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مطالعه بر اساس سؤالات زیر آغاز شد.

مفهوم سالمندی و روند آن، اثرات سالمندی بر جوامع چگونه است؟

سلامت و عوامل مؤثر در سلامت سالمندان زن چیست؟

چگونه می‌توان به هدف سلامت در زنان سالمند دست یافت؟

در مرور مطالعات و مستندات با غربالگری اولیه تاریخ انتشار در ۱۵ سال اخیر، ششصد مورد به دست آمد. سپس با بررسی اولیه ۱۱۱ عنوان که با اهداف مطالعه مرتبط بود، انتخاب شد. با مطالعه محتوا، ۶۰۰ مورد جهت دسته‌بندی، مرور و بررسی عمیق‌تر انتخاب شدند. معیارهای ورود مستندات به مطالعه حاضر این بود که مفهوم سالمندی و روند آن در سطح ایران، اثرات سالمندی، وضعیت سلامت و عوامل مؤثر در سلامت سالمندان زن، رویکردها و راهبردهای سیاستی، برنامه‌ریزی و ارائه خدمات برای سلامت سالمندان و زنان سالمند در سطح جهانی و ایران بحث شده باشد. مقالات و مستندات تکراری و آن دسته که روی گروه خاصی از سالمندان، مانند سالمندان با بیماری خاص یا در سطح استانی بودند از مطالعه خارج شدند. مطالعه مسیر، مشخص کردن مسئله، جست‌وجوی ادبیات تحقیق، ارزیابی و تحلیل و ارائه داده‌ها را طی کرده است. در تصویر شماره ۱ چرخه عوامل مؤثر در سلامت سالمندی نشان داده شده است.

و «خدمات یکپارچه»^{۱۰} اشاره کرد [۳۴]. همراه با افزایش نسبت زنان سالمند، مطالعات نشان می‌دهند شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت سالمندان زن در مقایسه با مردان سالمند در وضعیت نامطلوب‌تری قرار دارد [۳۵]. سازمان بهداشت جهانی در گزارش سال ۲۰۰۷ به بیشتر بودن فقر، بیماری، معلولیت، محرومیت از حمایت و خدمات اجتماعی، تنهایی و تبعیض جنسیتی در زنان سالمند اشاره می‌کند. درجه و کیفیت سلامت، اشتغال و مشارکت اقتصادی، پوشش بیمه‌ای در زنان سالمند کمتر است. این سازمان، دلیل تفاوت سلامت سالمندی در زنان را تأثیر و برآیند عوامل فیزیولوژیکی (بیولوژیک فرد) به همراه عوامل اجتماعی، سیاسی، فرهنگی می‌داند که تأثیرگذاری متفاوت در زنان و تفاوت و تبعیض در شاخص‌های این عوامل در زنان مشهود است [۳۶].

بر اساس مطالعات ایرانی، بیشتر شاخص‌ها، مانند سواد و سلامت، کم‌درآمدی، عدم درآمد و فقر، میزان وابستگی، تنهایی و بی‌همسری، فقدان مسکن، اقامت بیشتر و طولانی در خانه سالمندان، عدم پوشش بیمه پایه و بیمه تکمیلی، ناتوانی و بیماری‌های مزمن، در زنان سالمند ایرانی وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به مردان دارند. با وجود احساس نیاز بیشتر به بهره‌مندی از خدمات در سالمندان زن، عدم مراجعه آنان برای بهره‌مندی از خدمات سلامت به دلیل قابل پرداخت نبودن هزینه‌ها و عدم پوشش بیمه‌ای و خوددرمانی بیشتر از مردان سالمند بوده است [۳۷].

علیرغم وضعیت سلامت بدتر بین زنان سالمند و پیش‌بینی زنانه شدن سالمندی در ایران، برنامه‌های سالمندی کشور حساس به جنس و جنسیت نبوده است. بر اساس استراتژی‌های مراقبت‌های یکپارچه سازمان بهداشت جهانی، هدف خدمات بهداشتی و مراقبت‌های اجتماعی برای سالمندان جلوگیری از کاهش ظرفیت ذاتی و بهبود قابلیت‌های عملکردی است و جنسیت در آن مد نظر است [۲۲]. ولی اغلب برنامه‌هایی که در دهه اخیر برای سالمندی کشور انجام شده، اغلب بدون مشارکت سالمند، مقطعی و برای مدیریت شرایط بهداشتی فردی، موردی، و در سطح بالینی بوده و جهت‌گیری راهبردی و یکپارچگی بین‌بخشی و رویکرد جنسیتی نداشته است [۳۸].

بنابراین اجرای استراتژی‌های مناسب و جامع برای مدیریت خدمات سالمندی، یکی از حلقه‌های کلیدی است. شناخت تفاوت سلامت در زنان سالمند و بررسی و درک علل و عوامل مؤثر بر آن در طول دوره‌های زندگی زنان در پیاده‌سازی رویکرد جنس و جنسیت در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و آزمایش‌های سه سطح حاکمیت، سازمان و مراکز ارائه‌دهنده خدمات (صف) مؤثر است. مطالعه مروری حاضر با هدف آگاهی عمیق‌تر از مفهوم سلامت در زنان سالمند و مدیریت دست‌یابی به سلامت سالمندی زنان صورت گرفته است.

11. PUBMED

12. SCOPUS

13. ELSEVIER

14. MAGIRAN

15. SID

16. IranDoc

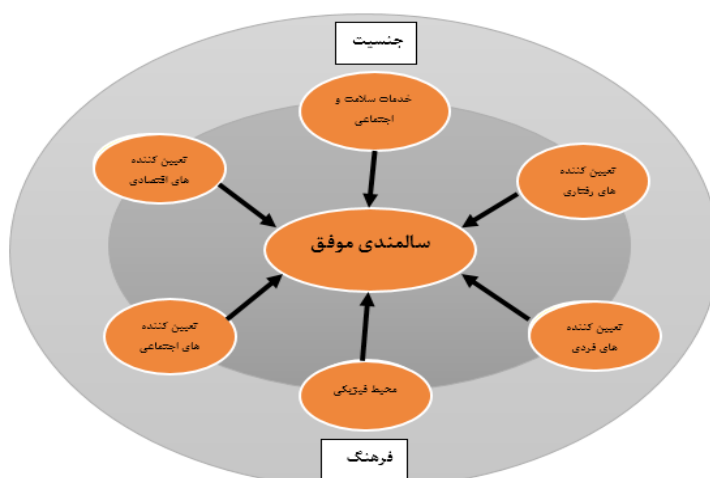
17. Noormags

18. WHO

19. UNFPA

20. Google Chrome

10. Integrated car older people



تصویر ۱. چرخه عوامل مؤثر در سلامت سالمندی

سالمند

یافته‌ها

سلامت در سالمندان زن، عوامل مؤثر بر آن و رویکردهای مختلف برای رسیدن به سلامت زنان سالمند

سلامت سالمندی در زنان

سلامت و عوامل مؤثر بر آن در زنان و مردان متفاوت است. در تفاوت سلامت زنان و مردان عوامل مختلف زیستی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و محیطی مؤثر هستند. شواهد تجربی مانند امید به زندگی بالاتر در زنان، نظریه تفاوت «زیست‌شناختی» در زنان و مردان را عامل تفاوت سلامت در دو جنس می‌داند. مدل «زیست‌روانی اجتماعی»، سلامت زنان را نتیجه تجارب آنها در دوره‌های مختلف زندگی و تحت تأثیر عوامل فرهنگی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌داند.

«نظریه‌های رفتاری»، سبک زندگی را به عنوان متغیر اصلی و تعیین‌کننده در تفاوت سلامت بین زن و مرد می‌داند. تفاوت در زمینه نوع و میزان مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی نیز به عنوان یک عامل رفتاری روی وضعیت سلامتی زنان مؤثر است. در «تیبین ذهنی یا فرهنگی» سلامت، معنای بیماری یا سلامت، از ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه، انتظارات و وظایفی که جامعه از فرد دارد، تأثیر می‌گیرد و افراد بر آن اساس خود را سالم یا بیمار می‌دانند [۲۴، ۳۹].

به اثر جنسیت در سالمندی حساسیت جهانی وجود دارد. در اتحادیه اروپا «طرح پزشکی جنسیتی» نقشه راه چگونگی تشویق تحقیقات، دستورالعمل‌ها و برنامه‌های آموزشی مرتبط با جنس، و برای درک تفاوت‌ها و اثر جنسیت در همه دوره‌های زندگی زنان و تأمین سلامت سالمندی در زنان مد نظر است. به طور

مثال در هلند سند «زنان متفاوت‌اند» و برنامه متمم تحت عنوان «جنسیت و سلامت» تدوین شده است که روی توجه به تأثیر متفاوت عوامل مختلف روی زنان و مردان سالمند و رابطه سن و جنسیت توجه کرده و تحقیقات علمی و بالینی جداگانه روی زنان و مردان را لازم می‌داند [۴۰].

داد معتقد است در تفسیر مطالعات بالینی که فقط مردان در آن بودند باید محتاط بود، زیرا می‌تواند روش تشخیص، درمان و دارو را نادرست و ناکافی نتیجه دهد [۴۱]. مجمع جهانی ظرفیت ذاتی و توانایی عملکرد افراد و سالمندان را در هر مقطع از دوره زندگی تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی فرد، رفتار، جنسیت، محیط زندگی و نژاد می‌داند [۲۷-۲۹].

سازمان بهداشت جهانی در مفهوم‌سازی سالمندی موفق، معتقد است سالمندی موفق در بستر فرهنگ و جنسیت، ناشی از برآیند و اثرات متقاطع و تقویت‌کننده عوامل فردی و محیطی، حاصل می‌شود (تصویر شماره ۱). این عوامل مستقیم یا غیرمستقیم در سلامت سالمند اثر می‌گذارند. به طور مثال، یک زن فقیر (تعیین‌کننده اقتصادی)، مسکن به دست نمی‌آورد (تعیین‌کننده فیزیکی) پس بیشتر مورد خشونت واقع می‌شود (تعیین‌کننده اجتماعی) و تغذیه نادرست دارد. (تعیین‌کننده رفتاری) است. تعیین‌کننده‌های رفتاری شامل شیوه زندگی، مصرف دخانیات و الکل و دارو، فعالیت بدنی، تغذیه سالم، بهداشت، پای‌بندی به درمان است.

تعیین‌کننده‌های فردی شامل شرایط زیست‌شناختی و ژنتیک، عوامل روان‌شناختی و عوامل محیطی فیزیکی شامل محیط فیزیکی مناسب شهر و خانه، مسکن امن و ایمن، آب و هوا، غذای سالم است. تعیین‌کننده‌های اجتماعی شامل حمایت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، خشونت و سوءاستفاده، تحصیلات و تعیین‌کننده‌های اقتصادی شامل درآمد، امنیت مالی

در استفاده از وسایل کمکی، نظیر عینک، عصا، چوب زیر بغل، واکر یا ویلچر، سمک و دندان مصنوعی مردان، به طور قابل ملاحظه‌ای بیش از زنان بهره‌مند بودند. افزایش فشار خون در زنان سالمند، اعم از شهری و روستایی، به طور کلی دو برابر مردان و میانگین سن در هنگام تشخیص در زنان بالاتر از مردان بوده است. در زمینه اختلالات بینایی، زنان سالمند به مراتب بیشتر از مردان تاری دید در هر دو چشم دارند [۲]. در حوزه سلامت روان در سه بُعد اضطراب و بی‌خوابی، جسمانی‌سازی و افسردگی، مردان وضعیت بهتری نسبت به زنان از لحاظ آماری داشتند [۴۳].

رویکرد های مختلف به تأمین سلامت سالمندی

بر اساس تبیین‌های مختلف از سلامت در دوران سالمندی، رویکردهای متعددی در شیوه‌های تأمین سلامت برای سالمندان به وجود آمده است. رویکرد «مراقبت از سلامت سالمند»، رویکرد «مراقبت از سلامت عمومی»، رویکرد «مراقبت و حمایت اجتماعی» و «رویکرد زیستی روانی و اجتماعی» و رویکرد «مراقبت‌های یکپارچه» از آن جمله هستند. رویکرد مراقبت از سلامت بر شناسایی جنبه‌های ویژه سلامت و اختلالات فیزیولوژیکی سالمند مانند اختلالات شنوایی، بینایی، ذهنی، حرکتی و عملکردی تمرکز دارد. رویکرد مراقبت از سلامت عمومی، ارتقای مراقبت سلامت عمومی و ارتباط سالمندان با ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی را هدف‌گذاری می‌کند و درصدد جنبه اجتماعی و حمایتی سلامت سالمند است [۳۴].

رویکرد مراقبت اجتماعی، روی توانایی‌های زندگی، حفظ استقلال، فعالیت و مشارکت اجتماعی و ارتباطات سالمند تمرکز دارد و به مواردی مانند محیط مناسب، اشتغال، اوقات فراغت، حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی و امنیت توجه دارد [۴۴]. رویکرد چندحیطه‌ای، سلامت را برآیند زیستی، روانی، اجتماعی دانسته و بیماری را فقط ناشی از نقص عملکرد فیزیولوژیک نمی‌داند، بلکه سلامت را برآیند اثر تعامل اجتماعی و روانی روی بیماری یا ناتوانی محسوب می‌کند [۴۵].

سازمان جهانی بهداشت اعلام می‌کند تعیین‌کننده اصلی اینکه آیا افراد می‌توانند سالم و مستقل باقی بمانند تا به سن سالمندی برسند، محیط فیزیکی و اجتماعی است. رویکرد خدمات مراقبت از سالمندان، تلفیقی از خودمراقبتی، مراقبت نزدیکان و دوستان (حمایت‌های غیررسمی) و حمایت رسمی (خدمات اجتماعی و سلامتی دولتی و غیردولتی) است [۴۶].

رویکرد مراقبت‌های یکپارچه شامل مدیریت و ارائه خدمات مداوم ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان، مدیریت بیماری، توان‌بخشی و مراقبت‌های تسکینی در پیش‌نویس استراتژی‌های کلی و برنامه عمل سازمان بهداشت جهانی و فعالیت‌های چندبخشی سلامت در سالمندی، طرح

است [۳۶، ۳۰]. فرد در مقاله خود عوامل جنسیت، نژاد، وضع اقتصادی و تحصیلات، وضعیت سلامت عمومی و محیط زندگی را از مؤلفه‌های مؤثر در سالمندی می‌شمارد. با تأثیر این عوامل، سالمندی فعال در مردان بیشتر از زنان و در سفیدپوستان بیشتر از سیاه‌پوستان و در افرادی که وضعیت اقتصادی خوب دارند، بیشتر از کسانی که از نظر اقتصادی ضعیف هستند، دیده می‌شود [۴۲].

سازمان بهداشت جهانی در چارچوب برنامه عمل خود با تأکید بر شناخت تفاوت‌های میان زنان و مردان سالمند، خواستار حذف تبعیض جنسیتی در سلامت، مشارکت و امنیت است و تأکید دارد که باید تأثیر متفاوت عواملی، مانند نژاد، قومیت، فرهنگ، محیط و جغرافیا، عوامل اقتصادی و اجتماعی در زنان سالمند بررسی و در برنامه‌ریزی‌ها، خدمات سلامت و اجتماعی لحاظ شود. نهایتاً، این سازمان کاربرد توأم سه رویکرد: برنامه‌ریزی بر اساس دوره زندگی (نه یک مقطع خاص)، رویکرد توجه به تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و رویکرد «کاربرد لنز جنسیت»، را برای بزرگ‌نمایی اثر جنسیت در تأمین سلامت سالمندان زن لازم می‌داند.

بر اساس رویکرد دوره زندگی، «سالمندی سالم قبل از تولد شکل می‌گیرد». این رویکرد از سیاست‌گذاران می‌خواهد در همه دوره‌ها، مخصوصاً در پنجره فرصت گذر از دوره‌های زندگی مانند دوره زندگی داخل رحمی، شش سال اول زندگی، نوجوانی و تحصیل، گذر از نوجوانی به جوانی و کسب شغل، مادری، منوپوز، شروع بیماری‌های مزمن و تنهایی به تفاوت‌های بیولوژی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی جنس زن توجه کنند [۳۶].

با افزایش نسبت سالمندان زن انتظار می‌رود سالمندی در ایران زنانه شود. سالمندان زن از گروه‌های «سالمندان در معرض خطر، آسیب‌پذیر» به شمار می‌آیند [۲]. تفاوت وضعیت شاخص‌های سلامتی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در زنان سالمند ایران، قابل توجه است. بیشتر شاخص‌ها در زنان سالمند، از جمله سواد و سواد سلامت، کم‌درآمدی و عدم درآمد، فقر، میزان وابستگی، تنهایی و بی‌همسری، فقدان مسکن، اقامت در خانه سالمندان، عدم پوشش بیمه پایه و بیمه تکمیلی، ناتوانی و بیماری‌های مزمن، مانند بیماری‌های مفصلی، فشار خون، دیابت، آسم، بیماری‌های مزمن ریه، بیماری‌های قلبی عروقی و آنژین، بیماری‌های پوستی، صرع، سکتة مغزی، هر نوع کم‌خونی، کم‌کاری و پرکاری تیروئید به غیر از سکتة قلبی، وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به مردان دارد.

با اینکه احساس نیاز به بهره‌مندی از خدمات، تعداد نیاز مراجعه‌شده به مراکز درمانی برای خدمات سرپایی، سرانه دفعات مراجعه برای نیازهای سرپایی در زنان سالمند بیشتر بوده، ولی عدم مراجعه آنان برای بهره‌مندی از خدمات سلامت به دلیل قابل پرداخت نبودن هزینه‌ها و عدم پوشش بیمه‌ای و خوددرمانی، بیشتر از مردان سالمند بوده است [۳۷].



تصویر ۲. مراحل ارائه خدمات یکپارچه

سالمند

مؤثر با ارزیابی جامع از ظرفیت ذاتی سالمند، شرایط مرتبط، اختلالات و رفتارهای پرخطر که می‌تواند در ظرفیت ذاتی آینده و محیط فرد اثر بگذارد، شروع می‌شود.

مرحله ۲: تصمیم‌گیری و هدف‌گذاری مشترک: «حفظ ظرفیت ذاتی و توانایی عملکرد» در جهت‌گیری خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات هدف‌گذاری مشترک می‌شود. سالمندان در مراحل تصمیم‌گیری و هدف‌گذاری مشارکت دارند.

مرحله ۳: اجرای برنامه مراقبت بر اساس اصول خودمراقبتی: کشورها برای اجرای مدل خدمات یکپارچه، باید منابع مالی و انسانی پایدار، سیستم اطلاعات و فناوری‌های سلامت (برای جمع‌آوری داده‌های ظرفیت ذاتی و عملکردی افراد در ارزیابی جامع) را فراهم کنند. همچنین لازم است پزشکان و کارکنان بهداشتی و درمانی حمایت شوند، آموزش ببینند و انجمن‌های تخصصی برای مشارکت فعال فراخوان شوند.

مرحله ۴: ارجاع، نظارت و پشتیبانی مقتدر: پیگیری منظم و مداوم وضعیت سالمندان در همه سطوح مختلف مراقبتی برای اجرای مدل خدمات یکپارچه ضروری است.

مرحله ۵: تعامل جامعه و حمایت از مراقب: توان مراقبان به تدریج کاهش یافته و در معرض انصراف از خدمت‌دهی، انزوا، آسیب‌های روانی و افسردگی قرار می‌گیرند؛ بنابراین دستورالعمل حفاظت و حمایت از آنها لازم است. علاوه بر این، تربیت مراقبان حرفه‌ای و افزایش مهارت آنها برای ارائه درست خدمات به سالمند، ضروری است [۲۸]. تصویر شماره ۲ مراحل ارائه خدمات را نشان می‌دهد.

نتایج مرور مطالعات مروری توسط آندره نشان داد بیشترین عناصر تشکیل‌دهنده مدل‌های مراقبت‌های یکپارچه انجام‌شده در کشورها، شامل مراقبت‌های تیمی چند تخصصی، ارزیابی جامع، مدیریت بیماری، غربالگری منظم ریسک فاکتورها، آموزش بیمار، آموزش‌های چند تخصصی، ویزیت در منزل و تجویز دارو بوده است. بیشترین گروه ارائه‌دهنده خدمت به ترتیب، پرستاران،

می‌شود و هدف خدمات بهداشتی و مراقبت‌های اجتماعی را جلوگیری از کاهش میزان ظرفیت ذاتی و بهبود قابلیت‌های عملکردی در سالمندان بیان می‌کند.

مفهوم مراقبت‌های یکپارچه سازمان بهداشت جهانی برای دستیابی به سلامت در سالمندی، دربرگیرنده مفاهیم مختلف، از جمله سالمندی فعال، سالم، موفق، کارآمد، متعالی، مولد در نهایت سالمندی خوب است. رویکرد مفهوم مراقبت‌های یکپارچه باعث بهبود تشخیص زود هنگام اختلالات و تغییر در وضعیت عملکردی می‌شود و از بروز اورژانس‌های غیرضروری جلوگیری می‌کند. همچنین زمینه‌ای را برای پایش برنامه خدمات مراقبتی و تعیین نوع حمایت‌ها، به‌ویژه پس از تغییرات مهم در وضعیت جسمانی، برنامه درمانی و وضعیت اجتماعی، فراهم می‌کند.

در این رویکرد، ادغام مراقبت‌ها فقط در صورتی حاصل می‌شود که هدف خدمات و هم هدف ارائه‌دهندگان خدمات، دستیابی به «حفظ ظرفیت ذاتی و توانایی عملکردی» باشد. همچنین مشارکت مستقیم فرد سالمند در تصمیم‌گیری و هدف‌گذاری‌ها برای تطابق آنها با نیازها و ترجیحات سالمندان ضروری است. محورهای مهم برای طراحی خدمات به شکل یکپارچه عبارت‌اند از:

- آزمایش‌های مبتنی بر جامعه
 - ارزیابی جامع و برنامه‌های مراقبتی که بین همه ارائه‌دهندگان خدمات سالمندی مشترک است.
 - وجود اهداف مراقبتی و درمانی متداول
 - وجود سیستم ارجاع و پایش دقیق
 - مشارکت اجتماعی و حمایت از مراقبین
- پنج مرحله ارائه خدمات یکپارچه عبارت‌اند از:
- مرحله ۱: ارزیابی‌های جامع و برنامه‌های مراقبت: آزمایش‌های

سلامت و استقلال فردی به عنوان فردی فعال در جامعه نقش ایفا کنند» [۴۹].

به سبب ماهیت چندبخشی موضوعات سالمندی، بعد از گذشت سیزده سال، در مهر سال ۱۳۹۶ پیش‌نویس نهایی «سند ملی سالمندان کشور» با همکاری ذی‌نفعان سازمانی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، صندوق‌های بازنشستگی و تأمین اجتماعی، شهرداری تهران و سازمان مردم‌نهاد مرتبط با امور سالمندی، با مدیریت و هماهنگی سازمان برنامه و بودجه تهیه شد. توسعه زیرساخت‌های مورد نیاز در امور سالمندی از اهداف بسیار مهم در سند ملی سالمندان کشور است.

با هدف بهبود ساختار همکاری بین‌بخشی و هماهنگی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای سالمندان و ارتقای سلامت و رفاه سالمندان، «عملیاتی کردن برنامه ملی سالمندان» در پانزدهمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (آذر سال ۱۳۹۶) تصویب شد. در این مصوبه «دبیرخانه ملی سالمندان» در سازمان بهزیستی کشور در سطح معاونین دستگاه‌های عضو تشکیل می‌شود. دو کار گروه تخصصی در سطح مدیران کل از دستگاه‌های عضو، ذیل دبیرخانه ملی سالمندان و دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی تشکیل می‌شود که به ترتیب متولی هماهنگی «برنامه‌های رفاه اجتماعی سالمندان» و هماهنگی «برنامه‌های سلامت و امنیت غذایی سالمندان» خواهد بود [۵۰].

به این ترتیب «برنامه‌های رفاهی و اجتماعی» به سازمان بهزیستی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و برنامه‌های سلامت در کارگروه تخصصی «سلامت و امنیت غذایی» به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مربوط می‌شود. نسخه نهایی «سند ملی سالمندان» در شهریور سال ۱۳۹۹ از طرف شورای عالی سالمندان به دستگاه‌های اجرایی ابلاغ شد [۲].

در نگاه کلی به اهداف و راهبردهای سند ملی سالمندان و استراتژی کلی و برنامه عملیاتی سازمان جهانی بهداشت برای سال‌های ۲۰۱۶-۲۰۲۰، این دو با هم شباهت دارند، ولی به طور واضح نگرش جنسیتی (اعم از برابری یا عدالت جنسیتی)، تحقیق و توسعه و پیش و ارزشیابی و اندازه‌گیری سلامت سالمندی در اصول، اهداف و راهبردهای کلی، سند ملی دیده نمی‌شود. جدول شماره ۱ مقایسه استراتژی کلی و برنامه عملیاتی سازمان بهداشت جهانی برای سال‌های ۲۰۱۶-۲۰۲۰ با اهداف و راهبردهای سند ملی سالمندان آورده شده است (جدول مقایسه کامل در ضمیمه شماره ۲).

فیزیوتراپیست‌ها، پزشکان عمومی و مددکاران اجتماعی بوده‌اند. هدف بیشتر این مدل‌ها، استراتژی یکپارچگی فقط در سطح میکرو (بالینی) بوده است [۴۷].

در سال ۱۳۹۱ سه آزمایش کلی برنامه مراقبت ادغام‌یافته، برنامه شیوه زندگی سالم و برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران از سوی اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی شد. این برنامه، شامل مراقبت‌های ادغام‌یافته به مفهوم ارائه خدمات جامع سلامت به گروه هدف با استفاده از ارزیابی علائم و نشانه‌های بالینی ساده و ادغام‌یافته در سطح گیرنده خدمت است.

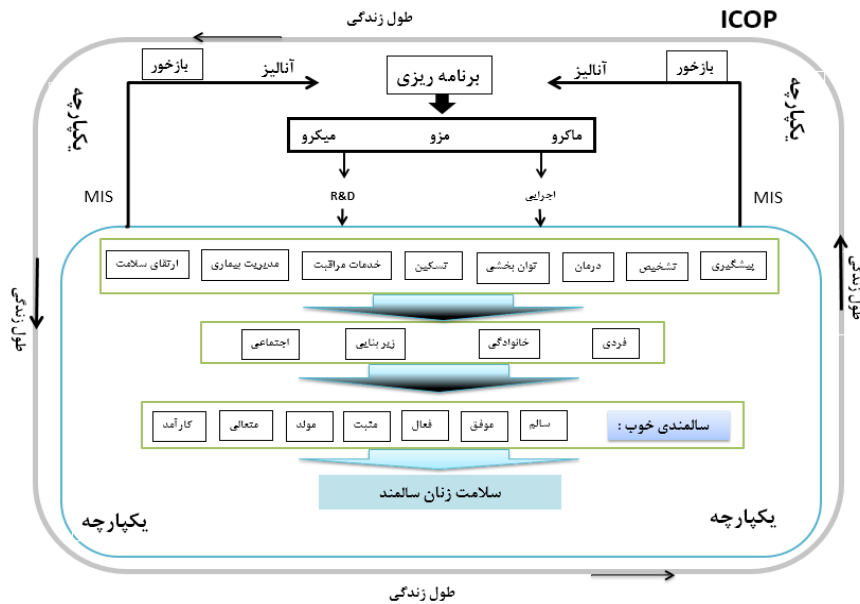
در این مدل از حداقل عوامل خطر و نشانه‌های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. این برنامه شامل راهنماهایی برای غیرپزشک (بهورز و مراقب سلامت) و پزشک است. در این راهنما آموزش‌ها، شامل نحوه ارزیابی سالمندان از نظر اختلالات فشار خون، احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، اختلالات تغذیه‌ای، دیابت، اختلالات بینایی و شنوایی، افسردگی و اختلال خواب، پوکی استخوان، بی‌اختیاری ادراری، دمانس، سقوط، تعادل، سِل و ایمن‌سازی است.

به نظر می‌رسد در جهت شناسایی اختلالات و تغییرات کاهش ظرفیت ذاتی و کاهش توان عملکردی است. برنامه ملی «تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان»، شامل سه بخش اصلی ارتقای سلامت سالمندان، ارتقای منزلت سالمندان و ارتقای رفاه سالمندان است. در بخش ارتقای سلامت برنامه‌های مربوط به خدمات سلامت، آموزش و تأمین نیروی انسانی، پژوهش، دارو و تجهیزات مورد نیاز سالمندان و تأمین و تخصیص مالی بیان شده و در بخش ارتقای منزلت سالمندان، سیاست‌هایی در ارتباط با حفظ کرامت و منزلت سالمندان آمده است.

در بخش ارتقای رفاه سالمندان برنامه‌هایی در ارتباط با خدمات اجتماعی، مراقبت از اعضای خانواده، درآمد مالی، اشتغال، بازنشستگی، مسکن، تغذیه، ایمنی و حفاظت، آموزش و تحصیلات، تفریح و اوقات فراغت بیان شده است [۴۸]. این برنامه به نوعی، اجرایی ناقص از مدل یکپارچه خدمات و فقط در سطح اول سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی و توسط دولت محسوب می‌شود. سابقه نهادسازی در موضوع سالمندان در ایران به اجرای آیین‌نامه ماده ۱۹۲ برنامه سوم توسعه برمی‌گردد که در آن دولت موظف می‌شود در جهت «ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان» اقدام کند. در سال ۱۳۸۳ هیئت وزیران تأسیس «شورای ملی سالمندان» به دبیری رئیس سازمان بهزیستی را تصویب می‌کند. چشم‌انداز شورای ملی سالمندان «ارتقای سلامت جسمی، روحی، روانی و اجتماعی با استفاده از ظرفیت‌های موجود کشور است تا سالمندان کشور زندگی شاد، فعال، پویا و سالم داشته و قادر باشند همراه با حفظ

جدول ۱. مقایسه استراتژی کلی و برنامه عملیاتی who و اهداف و راهبردهای سند ملی سالمندان ایران

اصول برنامه عملیاتی WHO ۲۰۲۰-۲۰۱۶	اصول سند ملی سالمندان
۱. برخورداری سالمندان از بالاترین سطح سلامت از حقوق بشر است	۱. توجه دولت، جامعه و مردم به سالمندی فردی و سالمند جمعیت
۲. برابری جنسیتی در سلامت سالمندی	۲. عدم تبعیض سنی و دسترسی برابر به خدمات مراقبتی و فرصت‌های مناسب استخدام، یادگیری، مسکن، حمل‌ونقل، فرهنگی و تفریحات با توجه به نیازها و حفظ و ارتقای کیفیت زندگی در سراسر عمر
۳. برابری و عدم تبعیض، به‌ویژه بر اساس سن	۳. مشارکت فعال همه ایرانیان در جامعه و اقتصاد
۴. عدالت (فرصت برابر در عوامل تعیین‌کننده سالمندی سالم که تحت اثر وضعیت اجتماعی یا اقتصادی، محل تولد یا اقامت یا سایر عوامل تعیین‌کننده اجتماعی دیگر نباشد)	۴. سالمندمحوری مبنایی، برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و فعالیت‌های همه بخش‌های دولتی و خصوصی بر اساس فرهنگ ایرانی اسلامی
۵. همبستگی بین نسلی (ایجاد انسجام اجتماعی بین نسل‌ها)	۵. برنامه‌های دولتی بر مبنای کمک و حمایت از افراد خانواده‌ها و اجتماع باشد
۶. برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در امور سالمندان مبتنی بر مطالعات مستندات و شواهد علمی باشد	۶. برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در امور سالمندان مبتنی بر مطالعات مستندات و شواهد علمی باشد
۷. حفظ و کیفیت زندگی، سلامت و استقلال سالمندان و مشارکت فعال آنان در برنامه‌ریزی لحاظ شود	۷. حفظ و کیفیت زندگی، سلامت و استقلال سالمندان و مشارکت فعال آنان در برنامه‌ریزی لحاظ شود
برنامه‌های استراتژیک	راهبردها
هدف استراتژیک ۱: تمهد اقدام برای سالمندی سالم	راهبرد ۱-۱: استفاده از ظرفیت‌های رسانه‌ها در راستای احیای و ارتقای منزلت سالمندی (شکاف نسلی، پیری‌ستیزی، تبعیض سنی سالمندآوری و محروم‌سازی)
۱-۱: ایجاد یک ساختاردهی ملی برای سلامت سالمندی (سالمندی سالم)	هدف ۱: ارتقای سطح فرهنگی جامعه درخصوص پدیده سالمندی
۱-۲: تقویت ظرفیت ملی برای تدوین سیاست مبتنی بر شواهد	راهبرد ۲-۱: بهره‌مندی از توان دستگاه‌های اجرایی و ظرفیت بخش خصوصی، تعاونی و سازمان‌های مردم‌نهاد در راستای احیا و ارتقای منزلت سالمند (محورها: شکاف نسلی، پیری‌ستیزی، تبعیض سنی سالمندآوری محروم‌سازی)
۱-۳: مبارزه با سالمندستیزی و تغییر تفکر در مورد سالمند و سلامت	
برنامه‌های استراتژیک	راهبردها
هدف استراتژیک ۲: ایجاد محیط دوستدار سالمند	راهبرد ۱: آموزش و مهارت‌آموزی فرد و مراقبین سالمند
۲-۱: تقویت استقلال سالمندان	هدف ۲: توانمندسازی سالمندان
۲-۲: توانایی سالمند برای تعامل (ارتباط)	راهبرد ۲: توسعه مشارکت اجتماعی سالمندان
۲-۳: بهبود برنامه‌های چندبخشی	
برنامه‌های استراتژیک	راهبردها
هدف استراتژیک ۳: متناسب‌سازی سیستم‌های سلامت با نیازهای سالمندان	راهبرد ۱: توسعه کمی و کیفی اقدامات پیشگیرانه برای سالمندان
۳-۱: سیستم‌های سلامت و ظرفیت ذاتی و توانایی عملکردی	هدف ۳: حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سالمندان
۳-۲: توسعه و اطمینان از دسترسی مناسب سالمندان به خدمات متمرکز و ادغام‌یافته	راهبرد ۲: توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی سالمندان
۳-۳: اطمینان از وجود نیروی کار آموزش‌دیده، پایدار، مستقرشده و مناسب‌شده در مورد سالمندی	راهبرد ۳: توسعه کمی و کیفی خدمات توان‌بخشی سالمندان
برنامه‌های استراتژیک	راهبردها
هدف استراتژیک ۴: توسعه پایدار و کیفی سیستم‌های مراقبت‌های طولانی‌مدت (خانه، جامعه و مؤسسات)	راهبرد ۱: تأمین معیشت و خدمات مالی به سالمندان
۴-۱: ایجاد یک سیستم مراقبت طولانی‌مدت پایدار و عادلانه	هدف ۴: ارتقای سرمایه اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی
۴-۲: افزایش ظرفیت نیروی انسانی و حمایت از مراقبان	راهبرد ۲: توسعه و تقویت خدمات نگهداری از سالمندان
۴-۳: مراقبت‌های طولانی‌مدت LTC فردمحور باشند	راهبرد ۳: توسعه سرمایه اجتماعی در حیطه سالمندی
برنامه‌های استراتژیک	راهبردها
هدف استراتژیک ۵: ارتقای تحقیقات، پیش، ارزشیابی در مورد سالمندی سالم	راهبرد ۱: تأمین سرمایه انسانی مورد نیاز
۵-۱: توافق بر چگونگی اندازه‌گیری نظارت، تجزیه و تحلیل سالمندی سالم	هدف ۵: توسعه زیرساخت‌های مورد نیاز در امور سالمندی
۵-۲: تقویت تحقیق و نوآوری‌ها	راهبرد ۲: توسعه فناوری در خدمات‌رسانی به سالمندان
۵-۳: تحقیق و تحلیل شواهد سالمندی سالم	راهبرد ۳: مدیریت اطلاعات و آمار سالمندان
	راهبرد ۴: نهادسازی در حوزه سالمندی
منبع: [61]	راهبردها
	راهبرد ۱: تأمین منابع مالی پایدار برای سالمندی
	راهبرد ۲: کاهش پرداخت از جیب مردم (OOP) و برخورداری سالمندان از خدمات مالی درمانی و توان‌بخشی و کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه کمرشکن



تصویر ۳. مدل مفهومی سلامت زنان سالمند

سالمند

بحث

محور پایه‌ای است و عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی روی آن قرار می‌گیرند [۵۳].

طایری در پایان‌نامه خود بر اساس عوامل مؤثر بر سلامت زنان، مدل سلسله‌مراتبی عوامل مؤثر و راه‌های ارتقای سلامت زنان را با رویکرد طول زندگی و یکپارچگی و ادغام به تصویر ضمیمه شماره ۳ ارائه داده است [۵۴]. نتیجه اینکه، در برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت در سالمندی فقط نبود بیماری مد نظر نیست، بلکه می‌باید در فرایند آزمایش‌ها، ظرفیت ذاتی و حفظ توانایی‌های عملکردی فردی حفظ و تقویت شود و در این مسیر، به عامل جنسیت به عنوان یکی از عوامل مؤثر پرداخته شود [۲۳]. از این رو، سلامت زنان سالمند متأثر از عوامل مختلف زیستی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و محیطی در تعامل با عامل جنسیت و فرهنگ است. بیشتر شاخص‌ها در زنان سالمند ایرانی وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به مردان دارند [۳۷].

علیرغم وضعیت بدتر سلامت در بین زنان سالمند و پیش‌بینی زنانه شدن سالمندی در ایران، بررسی‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌های سالمندی کشور حساس به جنس و جنسیت نیست [۲، ۴۸، ۵۵] و اغلب برنامه‌هایی که در دهه اخیر برای سالمندی کشور انجام شده، اغلب بدون مشارکت سالمند، مقطعی و برای مدیریت شرایط بهداشتی فردی، موردی و در سطح بالینی بوده و جهت‌گیری راهبردی و یکپارچگی بین‌بخشی نداشته است [۳۸].

سه آزمایش کلی «برنامه مراقبت ادغام‌یافته»، «برنامه شیوه زندگی سالم» و «برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران» که در سال ۱۳۹۱ از سوی اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی شده و اجرا می‌شود [۴۸]، اجرایی ناقص از مدل یکپارچه خدمات،

تحلیل‌های جمعیتی و پیش‌بینی‌های روند جمعیت حاکی از افزایش نسبت سالمندی در ایران و زنانه شدن آن دارد [۹، ۱۰، ۴]؛ بنابراین همان‌طور که در دهه ۱۳۶۰ و ۱۳۷۰ برنامه‌ریزی برای گروه سنی کودک و نوجوان و در دهه ۱۳۸۰ نیازهای گروه سنی جوان، وجه غالب برنامه‌ریزی کلان کشور بوده است، لازم است برای دو دهه آتی تمرکز برنامه‌ها روی سنین سالمندی باشد [۲].

سالمندی اغلب همراه با از دست دادن سلامت، عدم استقلال، تغییر در نقش‌ها و ارتباط با دیگران است [۵۱]. از آنجا که پیر شدن جامعه به خودی خود عامل تحمیل هزینه‌های سنگین به دولت نیست، مهم‌ترین علت افزایش هزینه‌های سلامت، عدم کارایی و اثربخشی خدمات سلامت تلقی می‌شود [۵۲]. در صورت مدیریت صحیح، سالمندی، یک فرصت گسترده، در اختیار همه افراد جامعه قرار می‌دهد که با طول عمر بیشتر بتوانند به طور فعال در جامعه مشارکت کنند، ولی در غیر این صورت، سالمندی به یک تهدید جدی برای سیستم بهداشتی درمانی، ارائه مراقبت، نظام اقتصادی، رشد اقتصادی و توسعه پایدار منتهی می‌شود [۱۰].

سازمان بهداشت جهانی با کل‌نگری به انسان، سلامت را احساس خوب بودن هم‌زمان در چهار بُعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌داند [۲۰]. مدل فرمهر عوامل مؤثر بر سلامت زنان ایرانی را در چهار سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی و زیربنایی (اعتقادات و معنویت) تقسیم‌بندی می‌کند که در آن عامل زیربنا که شامل گروه عوامل دین و معنویت با تأکید بر اسلام است،

- وجود سیستم‌های اطلاعاتی^{۲۱} در سطوح مختلف (میکرو، ماکرو و مزو) شامل سیستم‌های پردازش اطلاعات^{۲۲}، سیستم اطلاعات مدیریت و سیستم پشتیبانی از تصمیم^{۲۳} ضرورت دارد.

- سیستم اطلاعاتی یا سامانه اطلاعاتی نظام‌های سازمانی، فنی اجتماعی و رسمی هستند که برای گردآوری، پردازش، ذخیره‌سازی و توزیع اطلاعات طراحی شده‌اند.

- سیستم پردازش تراکنش. این سیستم وظیفه جمع‌آوری رخدادهای و فرایندهای روزانه شرکت را به صورت الکترونیک بر عهده داشته و به نوعی جایگزین روش‌های دستی جمع‌آوری اطلاعات است.

- سیستم اطلاعات نوعی سیستم اطلاعاتی است که وظیفه تهیه گزارش‌های مختلف را برای مدیران سازمان بر عهده دارد.

- سیستم‌های پشتیبانی از تصمیم: وظیفه تحلیل اطلاعات در راستای گرفتن یک تصمیم را بر عهده دارند، این سیستم اطلاعات خود را از TPS و MIS دریافت کرده و با تحلیل اطلاعات و مدل‌سازی داده‌ها قادر به ارائه اطلاعاتی در قالب گزارش و نمودارهای گرافیکی است که فرایند تصمیم‌گیری را برای مدیران یک سازمان ساده‌تر و دقیق‌تر می‌کند [۶۰]. چرخه اصلاح و بازخورد به در تصویر شماره ۴ دیده می‌شود.

نتیجه‌گیری نهایی

سیمای غالب سالمندی، نداشتن مهارت، عدم مشارکت اقتصادی و ناتوانی‌ها و بیماری‌های مزمن است و در زنان سالمند این وضعیت‌ها بیشتر مشاهده می‌شود. سلامت سالمندی زنان در تعامل و هم‌افزایی تعیین‌کننده‌های فردی، رفتاری، اقتصادی، اجتماعی، محیط فیزیکی، خدمات سلامتی اجتماعی در بستر جنسیت و فرهنگ حاصل می‌شود. اغلب برنامه‌های مراقبتی بهداشتی و درمانی و حمایت اجتماعی در سالمندی در سطح بالینی (میکرو) بوده و ادغام و یکپارچگی در سطوح سازمانی و حاکمیت عملاً به اثر بخشی قابل ملاحظه نرسیده و در همه این‌ها به طور اختصاصی جنسیت لحاظ نشده است.

تأکید نامتناسب و تمرکز زیاد روی آزمایش‌ها در سطح میکرو، ناشی از عدم نگاه سیستمی در اجرا و ارزیابی مسائل، و یک بُعدی دیدن رویکرد یکپارچگی و ادغام، خدمات سالمندی است. تمرکز نامتناسب در یک سطح ممکن است به تغییر و کارایی در آن سطح منجر شود، ولی بدون در نظر گرفتن تعامل بین سطحی و لحاظ نیازها و اثرات خاص زنان، به احتمال زیاد در یک سیستم گسترده، اثرات مؤثر و پایدار نخواهد بود. حمایت از برنامه‌ها و فعالیت‌های تحقیق و توسعه (R&D) با تفکیک

21. Information System

22. Transaction Process System

23. Decision support system

فقط در سطح اول سیستم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و توسط دولت بدون رویکرد جنسیت است.

نگاه مراقبت‌های یکپارچه به هماهنگی در سطوح درون و بیرون بخش سلامت و بر اساس نیازهای دوره‌های زندگی افراد است. استراتژی‌های مراقبت یکپارچه، سطوح مختلف ارائه خدمات را در سطح بالینی (میکرو)، سطح سازمانی (مزو) و در سطح سیستم حاکمیت (ماکرو) هدف قرار می‌دهند.

ویژگی‌های رویکرد یکپارچه سازمان بهداشت جهانی شامل موارد زیر است: حمایت از ادغام خدمات سلامت و اجتماعی بر اساس رویکرد سیستمی و فردمحور با رویکرد جنسیت، بر اساس نیازهای سالمندان به جای نیازهای ساختاری خود سیستم‌ها و مراکز ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی ادغام‌یافته طول دوره زندگی با بهینه کردن بودجه، مدیریت و خدمات، حمایت از بهبود مدل‌های حاکمیتی و خدمات یکپارچه با هدف حفظ و پیشگیری از کاهش ظرفیت‌های ذاتی و توانایی عملکردی افراد ارزیابی‌های جامع، ادغام برنامه‌های مراقبتی، تصمیم‌گیری و هدف‌گذاری‌های مشترک، ترویج خودمراقبتی و فعالیت تیم‌های چند تخصصی با هم و وجود شبکه یکپارچه سیستم اطلاعاتی، حمایت رهبران و حکومت‌ها، وجود مکانیسم‌های پایدار حمایت و تأمین مالی. در جمع‌بندی مروری بر مطالعات و مستندات قانونی موجود، مدل مفهومی زیر بر اساس رویکرد یکپارچگی و ادغامی برای دستیابی به سلامت زنان سالمند ایرانی ارائه می‌شود (تصویر شماره ۳).

در این مدل سلامت زنان سالمند به عنوان هدف غایی دربرگیرنده مفاهیم «سالمندی خوب»، «سالمندی سالم»، «سالمندی موفق»، «سالمندی فعال»، «سالمندی مثبت»، «سالمندی مولد»، «سالمندی متعالی» و «سالمندی کارآمد» بوده و نتیجه مؤلفه‌ها و فرایندهای زیر است:

- عوامل مؤثر بر سلامت زنان سالمند شامل گروه عوامل فردی، عوامل خانوادگی، اجتماعی و زیربنایی دین و معنویت هستند [۲۷، ۲۸، ۳۰، ۵۳، ۵۶، ۶۱].

- مراقبت‌های یکپارچه، شامل مدیریت و ارائه خدمات مداوم ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، تشخیص، درمان، مدیریت بیماری، توان بخشی و مراقبت‌های تسکینی است [۲۳، ۴۷].

- خدمات یکپارچه، هماهنگی در سطوح درون و بیرون بخش سلامت و بر اساس نیازهای دوره‌های زندگی افراد (طول زندگی) تعریف می‌شود [۲۳، ۲۷، ۴۷].

- استراتژی‌های مراقبت یکپارچه، سطوح مختلف ارائه خدمات را در سطح بالینی (میکرو)، سطح / سازمانی (مزو) و در سطح سیستم حاکمیت (ماکرو) هدف قرار می‌دهند [۲۳، ۲۸، ۴۷، ۵۷، ۵۸].

- تحقیق و توسعه (R&D)، پایش، ارزشیابی به طور مداوم و مستمر و بازخورد نتایج در چرخه مدیریت ضروری است [۲۳، ۵۹].

سالمندی، تحقیقات برای طراحی مراکز اختصاصی سالمندی زنان انجام شود و مدل توزیع استانی آن در سطح کشور ترسیم شود. علاوه بر این، از آن جا که روند سالمندی در ایران دینامیکی است، لذا لازم است شبیه سازی سالمندی زنان در ایران انجام شود. از طرفی مدل های کمی (پژوهش های عملیاتی، شبیه سازی بهینه و...) در موضوع زنانه شدن سالمندی، باید توسعه یابد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال قرار گرفته است (کد: IR.IAU.TNB.REC.1398.002).

حامی مالی

این مطالعه از رساله‌ی مقطع دکتری نویسنده اول در گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران استخراج شده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

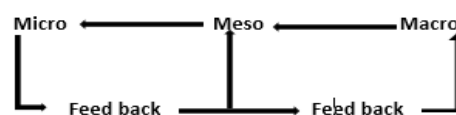
جنسیت و ارزشیابی مهم است و باید با همکاری ذی‌نفعان (دولتی و خصوصی) در همه سطوح نظام سلامت انجام شود.

در حال حاضر سالمندی در قوانین بالادستی و در سطح مراکز مراقبتی با بیماری و معلولیت روانی و جسمانی و آسیب‌دیدگی‌های اجتماعی همراه شده است. توصیه‌های سیاستی و برنامه‌های ناظر بر قانون‌گذاری، نهادسازی، تأمین منابع مالی پایدار، تربیت نیروهای تخصصی و چندمهارته است. همچنین طراحی آزمایش‌ها برای سلامت سالمند با هدف حفظ و تقویت ظرفیت ذاتی و توانایی عملکردی سالمند در سطح ملی یا منطقه‌ای پیشنهاد می‌شود که با رویکرد سیستمی در مدیریت و اجرا، سالمند محور، داشتن پیوست رویکرد جنسیت و در بستر فرهنگ ملی و منطقه‌ای، مشارکت دولت و نهادهای خصوصی در سطوح بالینی، سازمانی و حاکمیت باشد.

ایجاد سیستم اطلاعات شبکه‌ای یکپارچه و بین دستگاه‌های ذی‌نفع، توسعه مدل‌های کمی تحقیق در تصمیم‌گیری، تخصیص منابع، جایابی و توزیع انواع مراکز اختصاصی سالمندی در سطح کشور و طراحی مراکز جامع و استاندارد ارائه‌دهنده خدمات سلامتی و اجتماعی پیشنهاد می‌شود. در کوتاه‌مدت، همکاری و اتصال عملکردی و اطلاعاتی مراکز مراقبت‌های سالمندی با شبکه مراکز بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت و درمان پیشنهاد می‌شود.

از محدودیت‌های این مطالعه استفاده از مقالات و مستندات به زبان فارسی و انگلیسی، حذف مقالات و مستندات که فقط روی یک بیماری خاص و برای سالمندان منطقه خاص در ایران انجام شده بود. همچنین از محدودیت‌ها، نبود مقالات و مستندات برنامه‌های و سیاستی ایرانی با رویکرد خاص جنسیت و به طور اختصاصی برای زنان سالمند بود. عدم وجود برنامه‌های یکپارچه سیستمی و عدم وجود سامانه ثبت و رصد شاخص‌های سلامتی و اجتماعی سالمندان و زنان سالمند برای تحلیل وضعیت موجود از محدودیت‌های بسیار مهم در برنامه‌ریزی و ارائه مدل‌های کمی است.

پیشنهاد پژوهشی: در حال حاضر مراکز شبانه روزی سالمندان در سطح کشور، برای سالمندان اختصاصی نمی‌باشد و توأمأ محل مراقبت از معلولان جسمی و ذهنی زن و مرد است. با توجه به روند افزایشی سالمندان و زنانه شدن آن لازم است، بر اساس علل مراجعه زنان به مراکز مراقبتی شبانه روزی و مراکز روزانه

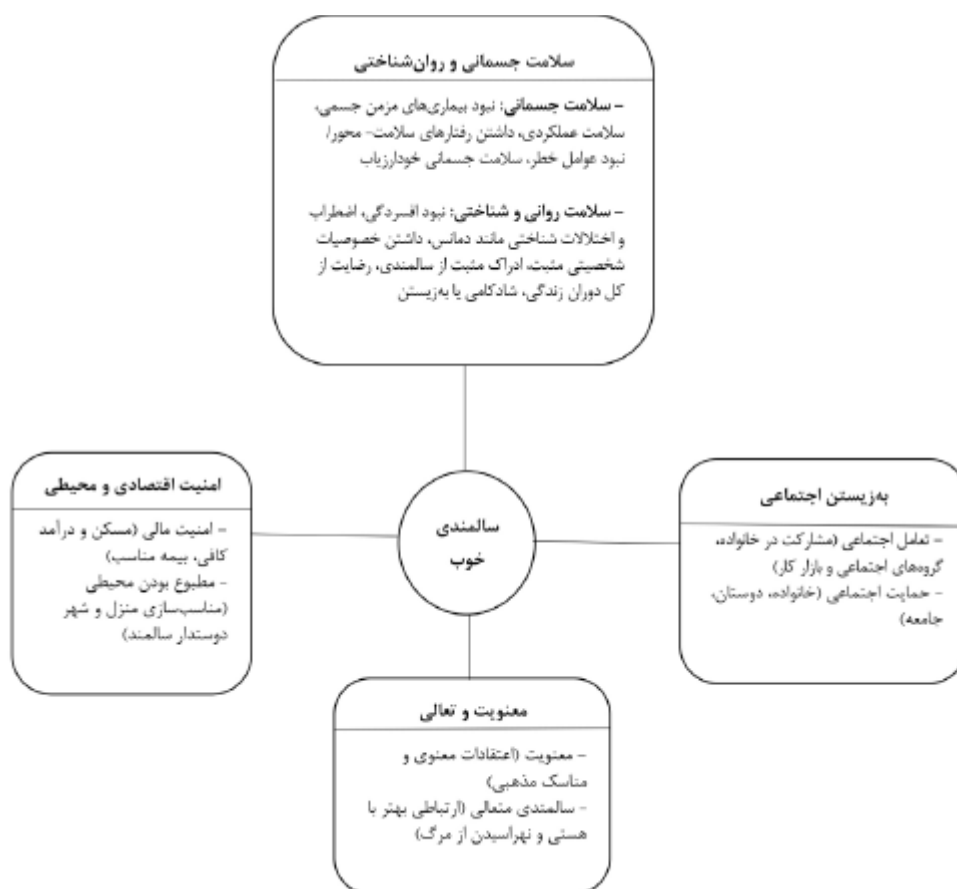


References

- [1] World Health Organization. Facts on ageing [Internet]. 2013 [Updated 2013]. Available from: Link Not Found
- [2] Secretariat of the National Council of the Elderly. The National Document for the Elderly [Internet]. 2020 [Updated 2020]. Available from: <https://hc.sums.ac.ir/Dorsapax/userfiles/Sub462/Dabirkhane-Files/National-document.pdf>
- [3] United Nations Secretariat. World population prospects: The 2000 revision: Volume II: Sex and age distribution of populations [Internet]. 2003 [Updated 2003]. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2002_world_population_prospects-2002_revision_volume-ii.pdf
- [4] United Nations. World population prospects 2019: Highlights [Internet]. 2019 [Updated 2019 June 17]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>
- [5] The World Bank. GNI per capita, Atlas method (current US\$) - Iran, Islamic Rep [Internet]. 2020 [Updated 2020]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=IR>
- [6] Fathi E. [Population aging in Iran and its future (Persian)] [Internet]. 2020 [Updated 2020 May]. Available from: <https://src.ac.ir/analytical-reports/ID/5117/%D96>
- [7] United Nations. World population prospects: Key findings and advance tables [Internet]. 2017 [Updated 2017]. Available from: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf
- [8] United Nations. World population prospects: The 2017 revision [Internet]. 2017 [Updated 2017 June 21]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>
- [9] Abbasi S, Sarkhil B, Hossini Sh, Shahbazi Gazoor L. [The aging trend of the Iranian population from the past to the horizon of 1420 with an approach to the demographic, social and economic characteristics of the elderly (Persian)] [Internet]. 2014 [Updated 2014 March]. Available from: <https://src.ac.ir/Archives-of-research-projects/ID/1160/>
- [10] Motlagh M, Yazdani S, Taheri Tanjani P. [Elderly health profile in Islamic Republic of Iran (Persian)]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2014.
- [11] Centers for Disease Control and Prevention. Public health and aging: trends in aging — United States and worldwide [Internet]. 2003 [Updated 2003 February 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm>
- [12] Yoshino N, Kim CJ, Sirivunnabood P. Aging population and its impacts on fiscal sustainability [Internet]. 2019 [Updated 2019 March 15]. Available from: <https://t20japan.org/policy-brief-aging-population-impacts-fiscal-sustainability/>
- [13] Acemoglu D, Restrepo P. Secular stagnation? The effect of aging on economic growth in the age of automation. *American Economic Review*. 2017; 107(5):174-9. [DOI:10.1257/aer.p20171101]
- [14] Miri N, Maddah M, Raghfar H. [Aging and economic growth (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13(5):626-37. [DOI:10.32598/SIJA.13.Special-Issue.626]
- [15] Kashanian Z, Raghfar H, Mousavi MH. [Simulation of macroeconomic effects of population ageing (application of general equilibrium overlapping generations model) (Persian)]. *Journal of Economic Research (Tahghighat-e-Eghtesadi)*. 2018; 53(1):93-115. [DOI:10.32598/SIJA.13.Special-Issue.626]
- [16] Yahyavi Dizaj J, Tajvar M, Mohammadzadeh Y. [The effect of the presence of an elderly member on health care costs of Iranian households (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2020; 14(4):462-77. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1668-en.html>
- [17] Soltani MH, Sahaf R, Mohammadi Shahbolaghi F, Ghaffari Sh, Khosravi A, Gohari MR. [Elderly, duration of hospitalization and hospital cost in Milad hospital in Iran (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(S1):58-65. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-489-en.html>
- [18] Mirzaie M, Darabi S. [Population aging in Iran and rising health care costs (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(2):156-69. [DOI:10.21859/sija-1202156]
- [19] Alipour V, Pourreza A, Koosheshi M, Heydari H, Emamgholipour Sefiddashti S, Rahimi Foroushani A. Ageing and inpatient hospital expenditures: A study of steepening. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2018; 32(1):406-10. [DOI:10.14196/mjiri.32.70] [PMID] [PMCID]
- [20] Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286):129-36. [DOI:10.1126/science.847460] [PMID]
- [21] Eliopoulos Ch. *Gerontological nursing*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2014. https://www.google.com/books/edition/Gerontological_Nursing/O3Tldj3RHwC?hl=en&gbpv=0
- [22] Asadi Noghabi A, Alhani F, Peyrovi H. [The concept of health in elderly people: A literature review (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2012; 25(78):62-71. <http://ijn.iuims.ac.ir/article-1-1381-en.html>
- [23] World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health [Internet]. 2017 [Updated 2017]. Available from: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf>
- [24] Bani Fatemeh H, Alizadeh Aghdam MB, Shaham Far J, Abdi B. [Gender and health; The analyzing of the gender role on health inequalities (Persian)]. *Two Quarterly Journal of Contemporary Sociological Research*. 2014; 3(4):1-29. https://csr.basu.ac.ir/article_926.html?lang=en
- [25] Zanjari N. [Good old age; an overview of the concepts and dimensions of good agin (Persian)]. Tehran: Tarh-e-Naghd; 2019. <http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic/5315754>
- [26] Scheidt RJ, Humpherys DR, Yorgason JB. Successful aging: What's not to like? *Journal of Applied Gerontology*. 1999; 18(3):277-82. [DOI:10.1177/073346489901800301]
- [27] World Health Organization. Decade of healthy ageing (2020 - 2030) [Internet]. 2019 [Updated 2019 March]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update-march-2019.pdf?sfvrsn=5a6d0e5c_2

- [28] World Health Assembly. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: Draft global strategy and plan of action on ageing and health: Report by the Secretariat [Internet]. 2016 [Updated 2016]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252671>
- [29] World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. 2015 [Updated 2015]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- [30] World Health Organization. Active ageing: A policy framework [Internet]. 2002 [Updated 2002]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- [31] World Health Organization, World Bank. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels, framework, measures and targets [Internet]. 2014 [Updated 2014]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112824>
- [32] Schulz R, Heckhausen J. A life span model of successful aging. *The American Psychologist*. 1996; 51(7):702-14. [DOI:10.1037/0003-066X.51.7.702]
- [33] Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist*. 1997; 37(4):433-40. [DOI:10.1093/geront/37.4.433] [PMID]
- [34] Grad FP. The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002; 80(12):981-4. [PMID] [PMCID]
- [35] Shiri M, Rezaei Ghahroudy Z, Aliakbari Saba R, Safakish M, Rostami E. [The results of the study of economic, social, demographic characteristics and health of the elderly and the pattern of benefiting from elderly health service (Persian)] [Internet]. 2017 [Updated 2017]. Available from: https://file.qums.ac.ir/repository/vch/Edu/Books/980127.7.Motaleh_Pajoheshi.pdf
- [36] World Health Organization. Women, ageing and health: A framework for action [Internet]. 2007 [Updated 2007 January 17]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789241563529>
- [37] Kousheshi M, Khosravi A, Alizadeh M, Torkashvand M, Aghaei N. Population ageing in I. R. Iran: Socio-economic, demographic and health characteristics of the elderly: Issues and challenges [Internet]. 2014 [Updated 2014]. Available from: https://iran.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Population%20Ageing%20in%20I.%20R.%20Iran_2.pdf
- [38] Farajzadeh M, Ghanei Gheshlagh R, Sayehmiri K. Health related quality of life in Iranian elderly citizens: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*. 2017; 5(2):100-11. [PMID] [PMCID]
- [39] Rezaee N, Salsali M, Jahantigh M. [Identification of women's health dimensions: A review on qualitative studies (Persian)]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2015; 10(3):118-30. <http://ijnr.ir/article-1-1572-fa.html>
- [40] van der Waal M. Women's health and healthy ageing. *Women's Health Bulletin*. 2017; 4(1):e42946. https://womenshealth-bulletin.sums.ac.ir/article_45253_10a329532661e39e0b355e3e18ce6c5e.pdf
- [41] Dodd KS, Saczynski JS, Zhao Y, Goldberg RJ, Gurwitz JH. Exclusion of older adults and women from recent trials of acute coronary syndromes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59(3):506-11. [DOI:10.1111/j.1532-5415.2010.03305.x] [PMID] [PMCID]
- [42] Fried L, Paccaud F. Editorial: The public health needs for an ageing society. *Public Health Reviews*. 2010; 32:351-5. [DOI:10.1007/BF03391606]
- [43] Rashedi V. [Measurement and modeling of inequalities in the elderly health in Tehran (Persian)] [PhD. dissertation]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Science; 2017. <https://ganj.irandoc.ac.ir/viewer/17d4cdda297c9e68b0e105c2ca781874?sample=1>
- [44] Rokach A. Loneliness and the life cycle. *Psychological Reports*. 2000; 86(2):629-42. [DOI:10.2466/pr0.2000.86.2.629] [PMID]
- [45] Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2(6):576-82. [DOI:10.1370/afm.245] [PMID] [PMCID]
- [46] Wolf DA. Population change: Friend or foe of the chronic care system? *Health Affairs*. 2001; 20(6):28-42. [DOI:10.1377/hlthaff.20.6.28] [PMID]
- [47] Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, de Carvalho IA. Elements of integrated care approaches for older people: A review of reviews. *BMJ Open*. 2018; 8(4):e021194. [DOI:10.1136/bmjopen-2017-021194] [PMID] [PMCID]
- [48] Shati M, Azimi MS, Davari S, Salbi Z, Lodani S, Kargozar E, et al. [Integrated health care for the healthy (Persian)]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2019.
- [49] Council of the Elderly. [Secretariat of the National Council of the Elderly (Persian)]. Tehran: Council of the Elderly; 2019.
- [50] Security Soscfhaf. [Progress report on the resolutions of the 15th Session of the High Council for Health and Food Security (Persian)]. Tehran: Secretariat of Supreme Council for Health and Food Security; 2017.
- [51] McBee L. Mindfulness practice with the frail elderly and their caregivers: Changing the practitioner-patient relationship. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2003; 19(4):257-64. [DOI:10.1097/00013614-200310000-00006]
- [52] Jacobzone S, Oxley H. Ageing and health care costs. *International Politics and Society*. 2002; 1:137-56. <https://library.fes.de/pdf-files/ipg/ipg-2002-1/artjacobzone-oxley.pdf>
- [53] Ahmadi B, Farzadi F, Dejman M, Vameghi M, Mohammadi F, Mohtashami B, et al. [Farmehr model: Iranian women's health conceptual framework (Persian)]. *Hakim Health System Research Journal*. 2014; 16(4):337-48. <http://hakim.hbi.ir/article-1-1220-fa.html>
- [54] Tayeri S. [Hierarchical model design of effective factors in promoting women's health (Persian)]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2018.
- [55] Ministry of Health and Medical Education. [National program for the transformation of the health system, welfare and dignity of the elderly in Iran (Persian)]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2015. <https://phc.umsu.ac.ir/uploads/sanad-salmandan.pdf>
- [56] Jing W, Willis R, Feng Z. Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2016; 66:23-41. [DOI:10.1016/j.archger.2016.04.009] [PMID]

- [57] Zanjari N, Sharifian Sani M, Chavoshi MH, Rafiey H, Mohammadi Shahboulaghi F. Successful aging as a multidimensional concept: An integrative review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2017; 31(1):686-91. [DOI:10.14196/mjiri.31.100] [PMID] [PMCID]
- [58] Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The world report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*. 2016; 387(10033):2145-54. [DOI:10.1016/S0140-6736(15)00516-4]
- [59] Kowal P, Dowd JE. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internet]. 2001 [Updated 2001]. Available from: <https://www.researchgate.net/profile/Paul-Kowal/publication/264534627>
- [60] Abdekhoda MH. [Information technology and information systems (Persian)]. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences and Health Services; 2018. <http://opac.nlai.ir/opac-prod/bibliographic/5128972>
- [61] Alimohammadzadeh Kh, Akhlaghdoust, M, Bahrainian, S A, Mirzaei A. Survey on Mental Health of Iranian Medical Students: A Cross-sectional Study in Islamic Azad University, Shiraz *E-Med J*. 2017; 18(7):1-5. [DOI: 10.5812/semj.14929]



ضمیمه ۱.

ابعاد سالمندی خوب، مدل زنجری

ضمیمه ۲.

جدول ۱. مقایسه استراتژی کلی و برنامه عملیاتی WHO و اهداف و راهبردهای سند ملی سالمندان ایران

اصول سند ملی سالمندان	اصول برنامه عملیاتی WHO ۲۰۲۰-۲۰۱۶
توجه دولت، جامعه و مردم به سالمندی فردی و سالمند جمعیت	برخوردارى سالمندان از بالاترین سطح سلامتی از حقوق بشر است
عدم تبعیض سنی و دسترسی برابر به خدمات مراقبتی و فرصت های مناسب استخدام، یادگیری، مسکن، حمل و نقل، فرهنگی و تفریحات با توجه به نیازها و حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی در سراسر عمر	برابری جنسیتی در سلامت سالمندی
مشارکت فعال همه ایرانیان در جامعه و اقتصاد	برابری و عدم تبعیض، به ویژه بر اساس سن.
سالمند محوری مبنای، برنامه ریزی، سیاست گذاری و فعالیت های همه بخش های دولتی و خصوصی براساس فرهنگ ایرانی- اسلامی	عدالت (فرصت برابر در عوامل تعیین کننده سالمندی سالم که تحت اثر وضعیت اجتماعی یا اقتصادی، محل تولد یا اقامت یا سایر عوامل تعیین کننده اجتماعی دیگر نباشد).
برنامه های دولتی بر مبنای کمک و حمایت از افراد، خانواده ها و اجتماع باشد	همبستگی بین نسلی (ایجاد انسجام اجتماعی بین نسل ها)
برنامه ریزی و سازگاری در امور سالمندان مبتنی بر مطالعات، مستندات و شواهد علمی باشد	
حفظ و ارتقای کیفیت زندگی، سلامت و استقلال سالمندان و مشارکت فعال آنان در برنامه ریزی ه لحاظ گردد.	
هدف ۱: ارتقاء سطح فرهنگی جامعه در خصوص پدیده سالمندی	هدف استراتژیک ۱: تعهد اقدام برای سالمندی سالم
سیاست های اجرایی	گام های عملیاتی (اقدام)
راهبردها	برنامه های استراتژیک
شناسایی نقاط کلیدی دولتی	
<p>راهبرد ۱-۱: استفاده از ظرفیت های رسانه ها در راستای احیای و ارتقاء منزلت سالمندی (شکاف نسلی، پیری ستیزی، تبعیض سنی سالمند آزاری و محروم سازی) معرفی موضوعات</p> <p>جریان سازی و پایدار سازی موضوعات سالمندی (در اجتماع)</p> <p>برنامه های علمی تخصصی (انجمن های علمی و گروه های تخصص) در راستای موضوع سالمندی برنامه حمایت از برقراری و حفظ ارتباط سالمند با جامعه و جلوگیری از مجزا شدن ایجاد مرکز پژوهشی در راستای سالمندی</p>	<p>مداخله دادن و درگیر کردن سیستماتیک سالمندان در توسعه، ارزیابی، نظارت در کلیه قوانین و مقررات و سیاست های سالمندی سالم</p> <p>توسعه برنامه های ملی و منطقه ای تقویت سالمندی سالم و ایجاد روش های شفاف برای پاسخگویی، هماهنگی، نظارت، ارزیابی و گزارش دهی همه بخش ها با مشارکت همه ذی نفعان</p> <p>شناسایی منابع کافی برای اجرای برنامه ها با اطمینان از اینکه منابع عمومی بطور موثر برای سالمندی سالم مدیریت می شود.</p> <p>بازنگری و اصلاح قوانین و سیاست های اصلی برای حمایت از سالمندی سالم و اصلاح مکانیزم ها و روش انجام کار ها</p>
اطلاع رسانی	۱-۱: ایجاد یک ساختاردهی ملی برای سلامت سالمندی (سالمندی سالم)
ظرفیتهای دستگاه های اجرایی برای ارائه موضوعات سالمندی	<p>ایجاد فرهنگ تولید شواهد</p> <p>ایجاد ساختار رسمی برای تحقیق و توسعه تولید شواهد برای سیاست گذاری</p> <p>شناسایی نیازها و شکاف های تحقیقاتی در زمینه سالمندی و حمایت از آنها</p> <p>ایجاد ساز کار ارتباط بین پژوهشگران و تصمیم گیران</p>
<p>راهبرد ۲-۱: بهره مندی از توان دستگاه های اجرایی و ظرفیت بخش خصوصی، تعاونی و سازمان های مردم نهاد در راستای احیا و ارتقاء منزلت سالمند (محورها: شکاف نسلی، پیری ستیزی، تبعیض سنی سالمند آزاری محروم سازی) ظرفیت های دینی، فرهنگی و هنری موضوعات سالمندی</p> <p>محتوای آموزشی بر اساس موضوعات سالمندی ظرفیت های صندوق های بازنشستگی ظرفیت های مراکز دانشگاهی و حوزوی ظرفیت های مردم نهاد و خیرین، خصوصی ایجاد مراکز R&D در زمینه فوق</p>	<p>۲-۱: تقویت ظرفیت ملی برای تدوین سیاست مبتنی بر شواهد</p>

اصول سند ملی سالمندان	اصول برنامه عملیاتی ۲۰۱۶-۲۰۲۰ WHO
	<p>حمایت از جمع آوری و گسترش اطلاعات مبتنی بر شواهد در مورد سن، جنس، سالمندی، سلامت و سهم سالمندان</p> <p>تصویب قوانین علیه تبعیض بر اساس سن و اجرای آن</p> <p>اصلاح و یا لغو قوانین موجود درباره محدودیت سنی در اشتغال، آموزش دسترسی به سلامت، محدودیت دسترسی به حق و حقوق مزایا</p> <p>تحقیق و توسعه و تولید دانش در مورد درک درست از سالمند و پخش و انتشار آن و اصلاح عقاید</p>
هدف ۲: توانمندسازی سالمندان	هدف استراتژی ۲: ایجاد محیط دوستدار سالمند
راهبردها	برنامه های استراتژیک
<p>ترویج تکنولوژی جدید آموزشی برای دانش و مهارت های مورد نیاز</p> <p>راهبرد ۱: آموزش و مهارت آموزی فرد و مراقبین سالمند</p> <p>توسعه فرصت های آموزشی سالمندان</p> <p>انتقال دانش در حوزه سالمندی و ترجمه مباحث آن</p> <p>ایجاد مراکز R&D در زمینه فوق</p>	<p>آموزش و ارتقاء آگاهی در مورد حقوق سالمندان از جمله حق مراقبت طولانی مدت و وضعیت اورژانسی</p> <p>تهیه مکانیزم ها و سازکارهای مراقبت های پیشرفت از جمله استفاده از فناوری ها برای اینکه سالمندان بتوانند از تمام توان خود بهره گیرند</p> <p>چاپ اطلاعات مورد نیاز سالمندان بصورت رایگان و بزرگ</p> <p>اقدامات لازم برای پیشگیری از افتادن سالمندان وسوء استفاده از آنها</p>
<p>مشارکت سالمندان در سیاستگذاری - برنامه ریزی و اجرای برنامه ها تصمیم گیری ها در مورد سالمندان (سالمندان باتجربه و باهوش تر هستند)</p> <p>راهبرد ۲: توسعه مشارکت اجتماعی سالمندان</p> <p>ترویج و حمایت از سیاست های محیط دوستدار سالمند</p> <p>حمایت از تشکلهای سالمندی</p> <p>آمایش فضای کسب و کار و فعالیت های داوطلبانه</p> <p>اشتغال سالمندان بر اساس ظرفیت های بالقوه آنها</p> <p>بستر سازی فضای کسب و کار مبتنی بر مهارت بدون توجه به سن</p> <p>ایجاد هماهنگی و تعادل بین نسلی در محیط های کار</p> <p>دسترسی به تسهیلات مالی</p> <p>حمایت از فضای ارائه خدمات و محصولات تولیدی سالمندی</p> <p>ایجاد مراکز R&D در زمینه فوق</p>	<p>اطمینان از حضور رسمی سالمندان در سیاست گذاری، برنامه ریزی، خدمات مربوط به آنها</p> <p>حمایت از توسعه سازمان های مربوط به سالمندان</p>
	<p>۳-۳: بهبود برنامه های چند بخشی</p> <p>اقدامات مناسب در مورد چگونگی مشارکت و همکاری بین بخشی در مورد سالمندی</p> <p>تقویت و تشویق شهرداری ها برای اقدامات متناسب با سالمندان در شهر ها</p> <p>اجرای برنامه هایی در همه سطوح و در همه بخش ها برای تقویت توانایی عملکردی شامل: حمایت از سالمندان در برابر خطر فقر مالی، توسعه استاندارد ساختمان ها، مراکز حمل و نقل، فناوری های کمکی، سامانه اطلاعات، فناوری های ارتباطی، تهیه و ایجاد مکان هایی برای جمع شدن سالمندان، پارک، سالن</p>
هدف ۳: حفظ و ارتقاء سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی سالمندان	هدف استراتژی ۳: متناسب سازی سیستم های سلامت با نیازهای سالمندان

اصول سند ملی سالمندان	اصول برنامه عملیاتی ۲۰۱۶-۲۰۲۰ WHO
<p>راهنماها</p> <p>خودمراقبتی</p> <p>راهربرد ۱: توسعه کمی و کیفی اقدامات پیشگیرانه برای سالمندان ادغام خدمات پیشگیرانه در نظام شبکه افزایش دسترسی سالمندان به اقدامات پیشگیرانه غریبالگری بیماری ها و مشکلات شایع سالمندی ترویج سبک زندگی سالم در تمامی گروه های سنی جلب مشارکت بخش غیردولتی و خیرین در اقدامات پیشگیرانه توسعه R&D در زمینه پیشگیری</p>	<p>برنامه های استراتژیک</p> <p>ارزیابی پاسخگویی سیستم سلامت به نیازهای سالمندی و برنامه ریزی مجدد</p> <p>تامین مالی پایدار برنامه ها و خدمات و بازنگری در سیستم ها برای تقویت سالمندی سالم</p> <p>سازگار کردن سیستم های اطلاعاتی برای جمع آوری گزارش داده های ظرفیت ذاتی و روند ظرفیت ها</p> <p>اطمینان از دسترس بودن محصولات پزشکی ، واکسن ، و تکنولوژی های مورد نیاز برای بهینه سازی ظرفیت ذاتی و توانایی های عملکردی</p> <p>اطمینان از هماهنگی و همکاری بین بخش ها ، اهم آن هماهنگی های بین بخشی سلامت و سرویس های اجتماعی (خدمات اجتماعی) بر اساس نیاز های سالمندان شامل اختلالات روانی ، ذهنی ، دمانس و کاهش شناخت ، سندروم پیری مانند ضعف و ناتوانی تکرر ادرار ، اضطراب و سقوط کردن</p>
<p>توسعه کمی و کیفی مراکز ارائه خدمات درمانی</p> <p>راهربرد ۲: توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی سالمندان جلب مشارکت بخش غیر دولتی و خیرین در ارائه خدمات درمانی استفاده از فناوری جدید برای بهبود ارائه خدمات بهبود دسترسی به دارو و تجهیزات برای سالمندان مراقبت طولانی بر اساس جامعه (خانواده) توسعه R&D در زمینه درمان</p>	<p>اطمینان از ارزیابی های جامع و دوره ای ارائه شده به سالمندان</p> <p>طراحی سیستم هایی که خود مراقبتی در سالمندان تقویت شود</p> <p>طراحی و اجرای مدل های مبتنی بر شواهد در مراقبت های ادغام یافته</p> <p>ایجاد زیر ساخت های دوستدار سن در خدمات و فرآیندهای - توسعه مراکز خدمات و خدمات در جایی که سالمند زندگی می کند.</p>
<p>جلب مشارکت بخش غیردولتی و و خیرین در ارائه خدمات توانبخشی</p> <p>راهربرد ۳: توسعه کمی و کیفی خدمات توانبخشی سالمندان مراقبت طولانی مدت مبتنی بر جامعه (خانواده) توسعه کمی و کیفی مراکز خدمات توانبخشی بهبود دسترسی به تجهیزات پزشکی و کمکی نوین به مراقبت از سالمندان توسعه R&D در زمینه توانبخشی</p>	<p>گنجاندن دانش و شناخت سلامت سالمندان در کوریکودوم آموزشی همه فارغ التحصیلان رشته های سلامت</p> <p>تضمین دانش و توانایی در مورد سالمندی از جمله نیاز ها ، ارزیابی جامع سلامت سالمندی و مدیریت یکپارچه خدمات و مراقبت ها در متخصصان بهداشت و درمانی و گذاشتن دوره های باز آموزی</p> <p>ظرفیت بخشی به مراکز آموزشی در مورد تربیت متخصصین سالمندی</p> <p>توزیع متناسب نیروهای متخصص سالمندی در تمام کشور</p> <p>تربیت نیروهای جدید و توانمند رشته های جدید ، هماهنگ کننده گی ، مدیران موردی ، نیروهای شاغل ، مراقبت های اجتماعی</p> <p>افزایش توانمندی های نیروهای موجود و ارائه خدمات به سالمندان بر توسعه خدمات خود</p>
<p>هدف ۴: ارتقاء سرمایه اجتماعی و حمایت های اجتماعی</p>	<p>هدف استراتژیک ۴: توسعه پایدار و کیفی سیستم های مراقبت های طولانی مدت (خانه، جامعه، موسسات)</p>
<p>راهربرداها</p>	<p>برنامه های استراتژیک</p>

اصول سند ملی سالمندان	اصول برنامه عملیاتی ۲۰۱۶-۲۰۲۰ WHO
<p>اولویت بندی گروه های مختلف جمعیت سالمند</p> <p>راهبرد ۱: تامین معیشت و خدمات مالی به سالمندان برقراری یارانه برای سالمندان نیازمند تامین حداقل حقوق و دستمزد برای سالمندان برقراری تخفیفات در برخورداری از خدمات عمومی حمایت از خدمات مشاوره ای مالی سالمندان توسعه R&D در زمینه های فوق</p>	<p>دسترسی سالمندان به مراقبت های طولانی مدت یک اولویت سلامت عمومی و از حقوق انسانی سالمندان است</p> <p>تولیت توسعه ساختارها و پشتیبانی از نیازها برای اطمینان از مراقبت های طولانی مدت، تحت پوشش بهداشت جهان</p> <p>تعریف سیستم های مناسب مراقبتی برای بهبود توانایی عملکردی و رفاه سالمندان در معرض خطر یا ناتوان و ایجاد مکانیزم های پایدار برای تامین مراقبت های طولانی مدت</p> <p>جمع کردن ذی نفعان مربوط از جمله سالمندان، ارائه دهندگان مراقبت و برنامه ریزی برای پایداری، مراقبت های طولانی مدت عادلانه، (تهیه و آماده سازی، تامین منابع، هماهنگی و نظم، پایش، تعیین نقش ها و مسئولیت ها مطابق استراتژی ها</p> <p>تقویت هماهنگی و همکاری بین ذی نفعان کلیدی شامل افراد نیازمند به مراقبت، مراقبان، سازمان های غیر دولتی، بخش های عمومی و خصوصی برای ارائه مراقبت های طولانی مدت</p>
<p>ایجاد و حمایت از مدل های کارآمد نگهداری متناسب با نیاز سالمندان</p> <p>راهبرد ۲: توسعه و تقویت خدمات نگهداری از سالمندان</p> <p>ترویج و حمایت از مدل های نگهداری در منزل از سالمندان مبتنی بر خانواده و مراقبین غیر رسمی آموزش مراقبین رسمی و غیر رسمی سالمندان حمایت بیمه ای از انواع مدل های مراقبت سالمندان توسعه R&D در زمینه نگهداری</p>	<p>توسعه و اجرای استراتژی هایی برای تهیه اطلاعات، آموزش و زمان استراحت برای مراقبان غیر رسمی (داوطلبان و یا اعضای خانواده ها) بدون مزد، ترکیب کار انعطاف پذیر (بر اساس تقاضای خود مراقبت کنندگان)</p> <p>تولید استانداردهای ملی برای آموزش مراقبان حرفه ای و آموزش دیده و مهارتی</p>
<p>تبیین و ترویج سیاستها و اقدامات پیشگیرانه و مقابله در خصوص سالمند آزاری پیری ستیزی شکاف نسلی محروم سازی و تبعیض سنی براساس فرد، خانواده و جامعه</p> <p>راهبرد ۳: توسعه سرمایه اجتماعی در حیطه سالمندی</p> <p>جلب مشارکت سازمانهای مردم نهاد و خیرین در امور سالمندی</p> <p>نهادینه سازی بین بخشی در قالب کمیته های استانی و شهرستانی</p> <p>تصمیم های مبتنی بر شواهد در قالب ساختار محیطی (پایین به بالا) حمایت از ازدواج سالمندان توسعه R&D در زمینه های فوق</p>	<p>توسعه و اجرای پروتکل، دستور العمل ها و راهنما ها و اعتباربخشی LTC بر اساس نیازهای سالمند و فرد محور</p> <p>ایجاد مکانیزم های ارائه LTC بر اساس توانایی های هر فرد سالمند از طریق تشکیل پرونده و آموزش مراقبان غیر رسمی</p> <p>اطمینان از وجود فناوری های کمکی و دسترسی سالمندان به آنها با هدف حفظ توانایی عملکردی و استقلال سالمند در مراقبت های LTC</p> <p>اطمینان از نظارت دقیق بر LTC ها و نتایج آنها در راستای افزایش توانایی عملکرد سالمند</p>
<p>هدف ۵: توسعه زیرساخت های مورد نیاز در امور سالمندی</p>	<p>هدف استراتژیک ۵: ارتقاء تحقیقات، پایش، ارزشیابی در مورد سالمندی سالم</p>

اصول سند ملی سالمندان	اصول برنامه عملیاتی ۲۰۱۶-۲۰۲۰ WHO
<p>راهبردها</p> <p>تربیت نیروی انسانی متخصص و مبتنی بر نیاز سالمندان</p> <p>راهبرد ۱: تامین سرمایه انسانی مورد نیاز حمایت از پژوهش‌های کاربردی در زمینه موضوعات سالمندی (توسط دولت و بخش خصوصی)</p>	<p>برنامه های استراتژیک</p> <p>اطمینان از ثبت اطلاعات و شاخص های حیاتی (پرونده سلامت) از لحاظ سن و جنس و طول دوره های زندگی</p> <p>پایش مراقبت و گزارش دهی بر اساس معیارهای WHO</p> <p>اشتراک گذاری داد ها بین بخشی های مختلف (سلامت ، خدمات ، سرویس های اجتماعی و رفاه ، آموزش محیط زیست ، حمل و نقل)</p> <p>پایش دیده بانی دوره ای جمعیت محور سالمندان</p> <p>پیوند دیده بانی شاخص های سالمندی سالم بر اساس ارزیابی سیاست ها ، برنامه های ملی ، داخل بخشی و بینبخشی و پیوند آن به سایر تلاش ها و اقدامات بین المللی (مانند اهداف توسعه پایدار)</p>
<p>تبیین ساز و کارهای به کارگیری فناوری برای سالمندان (مراقبت و خدمات آموزش و...)</p> <p>راهبرد ۲: توسعه فناوری در خدمات رسانی به سالمندان</p> <p>حمایت از پژوهش های توسعه و ارزیابی فناوری</p>	<p>سالمندان را در تمام مراحل تحقیقات و نوآوری نیازها و اولویت ها در نظر بگیرید</p> <p>انجام تحقیقات کار آزمایی بالینی روی سالمندان</p> <p>اختصاص بودجه کافی برای تحقیقات</p> <p>ایجاد انگیزه و حمایت از نوآوری های برای خدمات در همه سنین و سالمندی و اقدامات و نوآوری های چند بخشی برای خدمات سالمندی در خانه و موسسات و جامعه</p> <p>حمایت از در اختیار گذاردن دستاوردهای و نوآوری ها در خدمات ع فن آوری دانش و شیوه های موفق</p> <p>هدایت تحقیقات ع نوآوری ها برای اطمینان از ارائه بخش عمومی و حقوقی (در حوزه های خدمات سلامت، دارو ، و فن آوری) نیاز های خاص مربوط سن را تامین می کند مخصوصا افرادی که منابع محدود دارند.</p> <p>ایجاد ظرفیت ملی برای بهره برداری از تحقیقات و انتقال آن به سیاست ها و برنامه ها (در راستای استراتژی اول)</p>

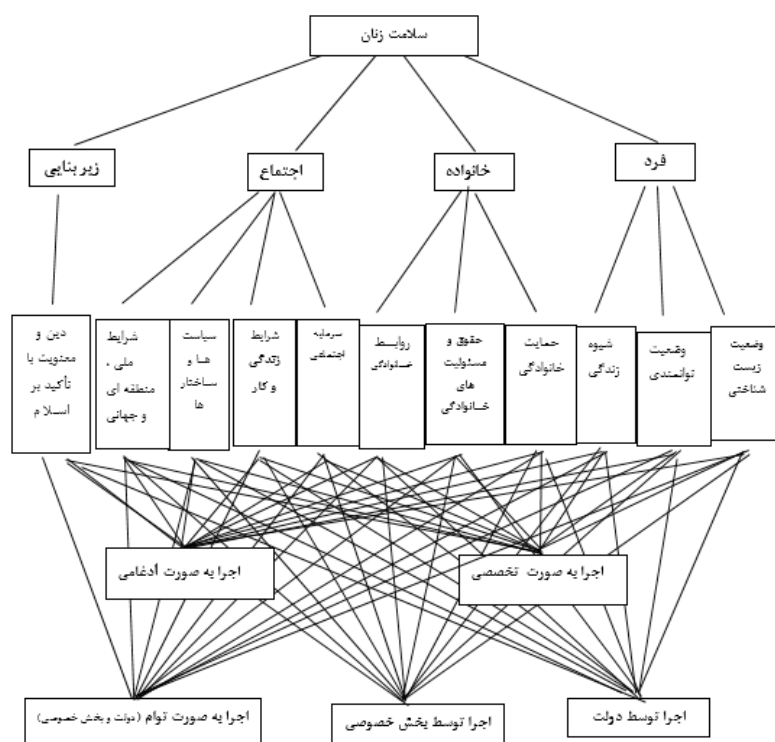
اصول سند ملی سالمندان	اصول برنامه عملیاتی ۲۰۱۶-۲۰۲۰ WHO
<p>تبیین ساز و کار تشکیل بانکهای اطلاعاتی سالمندان مبتنی بر نیاز</p> <p>راهبرد ۳: مدیریت اطلاعات و آمار سالمندان تبیین مدل های تحلیل داده ها تجمیع اطلاعات و آمار سالمندی سیاست گذاری و برنامه ریزی مبتنی بر شواهد توسعه R&D در زمینه های فوق</p>	<p>انجام مطالعات طولانی، اندازه گیری وضعیت سلامت و نیاز های مرتبط سالمندان و اینکه چه اندازه نیاز ها بر آورد شده است.</p> <p>انعکاس نیاز ها و انتظارات سالمندان و اجرایی کردن اولویت های تحقیقاتی و نوآوری ملی در مورد سالمندان</p> <p>ترویج و تشویق حمایت از تحقیقاتی که علل موثر در سالمندی را شناسایی کند و عوامل تقویت کننده توانایی عملکردی</p> <p>ارتقاء و حمایت از همکاری های چند بخشی و بین بخشی و درون بخشی و تشویق ذی النفعان برای طراحی و ارزیابی نحوه تقویت توانایی عملکردی ایجاد کنفرانس ها و گفتگوها برای تبادل تجربیات و مورد سالمندی</p> <p>حمایت از تحقیقات که در مورد محیط های دوستدار سالمند است مثل محل سکونت و محل کار</p> <p>تحلیل تحقیقات و انتشار شواهد مربوط به سالمندی سالم که به سوالات مهم سیاستی و انتظارات سالمندی مربوط می شود.</p> <p>مداخلات و تقویت سیستم های سلامت سالمندی شامل کارکنان سلامت؛ ارائه دهندگان غیر رسمی LTC در خانه، جامعه، موسسات و در جهت رفع نیاز های سالمندان</p> <p>مرور به اشتراک گذاری مدل های مراقبت که تاثیرات و اثرات مخرب در افزایش ظرفیت ذاتی سالمند داشته است.</p> <p>سخنرانی و گفتگو در جامعه، روزنامه، رسانه ها و بکارگیری تکنیک های موثر ارتباطی برای انتقال پیام های سالمندی سالم</p>
<p>بازنگری قوانین و مقررات</p>	<p>راهبرد ۴: نهاد سازی در حوزه سالمندی</p>
<p>بازنگری ساختارها</p>	
<p>بازنگری فرایندها</p>	
<p>توسعه R&D در زمینه های فوق</p>	
<p>هدف ۶: امنیت مالی نظام حمایت از سالمندان</p>	
<p>راهبردها</p>	
<p>اختصاص درصدی از مالیات بر ارزش افزوده به نظام سالمندی</p> <p>راهبرد ۱: تأمین منابع مالی پایدار برای سالمندی</p> <p>استفاده از منابع هدفمندی یارانه ها برای نظام سالمندی</p> <p>استفاده از ظرفیت های سازمان های مردم نهاد و خیرین</p> <p>مدیریت بهینه منابع و مصارف صندوق های بازنشستگی</p> <p>استفاده از انواع نظام بیمه ای</p> <p>تخصیص عادلانه و بهینه منابع مالی</p> <p>توسعه R&D در زمینه های فوق</p>	<p>۳-۵: تحقیق و تحلیل شواهد سالمندی سالم</p>

اصول سند ملی سالمندان WHO ۲۰۲۰-۲۰۱۶

راهبرد ۲: کاهش پرداخت از جیب مردم (oop) و برخورداری سالمندان از خدمات مالی درمانی و توانبخشی و کاهش درصد خانوارهای مواجهه با هزینه کمرشکن
توسعه کیفی خدمات بیمه پایه و تکمیلی سالمندان
افزایش کمی و کیفی خدمات تحت پوشش بیمه پایه و تکمیلی سالمندان
توسعه R&D در زمینه های فوق

منبع:
Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; ۲۰۱۷. License: CC BY-NC-SA ۳/۰ IGO
سند ملی سالمندان، سازمان برنامه و بودجه مهر ۱۳۹۶ ناشر بار تا

سالمند



ضمیمه ۳.

مدل سلسله مراتبی عوامل مؤثر راههای ارتقاء سلامت زنان

سالمند