

خدمات مراقبتی سالمندی در ایالات متحده آمریکا با نگاهی اجمالی به ایران

(مقاله مروری)

فاطمه شعاعی^۱، دکتر وحید نجاتی^۲

چکیده:

هدف: تدوین نظام جامع خدمات ویژه جمعیت سالمندی امری ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا استفاده از تجارب کشورهای پیشرفته در این حوزه بالحاظ نمودن ویژگیهای فرهنگی می‌تواند به کشورهای درحال توسعه کمک نماید. هدف از مطالعه حاضر بررسی نظام خدمات جامع سالمندی در آمریکا با نگاهی اجمالی به این خدمات در ایران می‌باشد.

روش بررسی: این مقاله یک مطالعه اسنادی است که به بررسی متون در حوزه نظام مراقبت جامع سالمندی در ایران و آمریکا می‌پردازد. جامعه پژوهش مجموعه مکتوبات و مستندات مرتبط با موضوع مطالعه می‌باشد و نمونه‌گیری به صورت هدفمند بر اساس میزان وابستگی، ارتباط به مضامین تحت مطالعه و در برگیرنده کلید واژه‌های مرتبط بوده است.

یافته‌ها: در این مطالعه ضمن تشریح خصوصیات جمعیتی اجتماعی سالمندان ایران و آمریکا، وضعیت سلامت سالمندان، ابعاد نظام تامین اجتماعی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی مقایسه شده است. بارزترین یافته در مقایسه این دو سیستم وجود نظام تامین اجتماعی قوی و متنوع در آمریکا است که تحت عنوان "مدی کر" و "مدی کید" مطرح می‌باشد. تاکید بر خدمات دراز مدت، پوشش خدمات کوتاه مدت و تنوع در سیستم ارائه خدمات مراقبتی بر جامعه در نظام آمریکا بارز می‌باشد.

نتیجه‌گیری: تامین اجتماعی یک منبع درآمد مهم برای بازنشستگان و سالمندان در آمریکا و سایر کشورهای توسعه یافته به حساب می‌آید. بدون این منبع درآمدی دو سوم سالمندان در فقر خواهند بود. در ایران نیز تامین اجتماعی و بیمه های سالمندان باید برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان تقویت شود. در ایران سازمان های مردم نهاد مرتبط با حوزه سلامت و رفاه سالمندان می‌تواند پاسخگوی مناسبی برای رفع مشکلات این قشر باشد.

کلید واژه ها: خدمات مراقبتی سالمندی، ایران، آمریکا

۱- عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و

توانبخشی

۲- دکتری علوم اعصاب شناختی دانشگاه

علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه:

مداخله جدی را می‌طلبد. (۵) بر این اساس به همان اندازه که جمعیت سالمندان رشد می‌نماید و امید به زندگی افزایش می‌یابد، بایستی سیاستهای پیشگیرانه و درمانی به سوی حفظ و ارتقای سطح سلامت جمعیت سالمندان معطوف گردد و فاکتورهای تهدید کننده و محافظت کننده سلامت در زندگی آنان تشخیص داده شود. (۶)

دفتر حوزه مدیرانه شرقی سازمان جهانی بهداشت نیز جهت کمک به کشورهای عضو در راستای تدوین برنامه راهبردی عملی، دستورالعمل‌های مختلفی را صادر نموده است و کشورهای عضو از جمله ایران را متعهد ساخته تا سال ۲۰۰۹ میلادی برنامه راهبردی خود را در راستای ارائه خدمات جامع سالمندی ارائه نمایند. (۷)

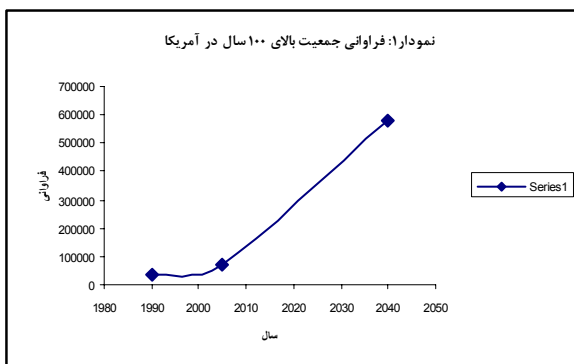
افزایش پیشرونده جمعیت سالمندان در بسیاری از کشورهای توسعه یافته موجب معطوف شدن توجه به سلامت این گروه سنی شده است. (۱) سرعت این تغییرات جمعیت شناختی در کشورهای در حال توسعه بیشتر محسوس می‌باشد. (۲) بر این اساس امروزه نیاز پیشرونده ای برای فراهم نمودن مراقبت‌های بهداشتی درمانی برای سالمندان احساس می‌شود. (۳،۴)

تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماریها در سنین میانسالی و سالمندی و گرایش به سوی بیماری مزمن از یک سو و مواجه شدن با سالمندانی که سالم هستند، ولی نیازمند حمایت‌های بهداشتی درمانی می‌باشند، از سوی دیگر

جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران و آمریکا

ایران در دهه ۵۰ یکی از جوانترین کشورهای جهان بود، گرچه هنوز هم در کشور ما تغییرات بارز و آشکاری از تغییر ترکیب سنی جمعیت به چشم نمی‌خورد ولی با استفاده از شاخص‌ها و ابزار آماری و جمعیت‌شناسی مشخص می‌شود که روند سالمند شدن ایران هم آغاز شده است. (۵)

با عنایت به روند جاری تغییرات جمعیتی در کشور پیش‌بینی شده است در حدود سال ۱۴۱۰ در کشورمان پدیده «انفجار سالمندی» رخ خواهد داد و بین ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سالگی قرار خواهند گرفت. (۵) در آمریکا میانگین سن که در سال ۱۹۸۰ در حدود ۳۲ سال بود و در سال ۲۰۰۰ به ۳۶ سال رسید پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۹۰ به ۹۲ سال برسد. (۹)



بین سالهای ۱۹۰۰ تا ۱۹۷۰ در آمریکا درصد افراد بالای ۶۵ سال به کل جمعیت از ۶۱٪ به ۱۰٪ رسید و این رقم در سال ۲۰۰۰ به ۱۳٪ بالغ گردید. (۹) پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ تعداد سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ۸۶/۷ میلیون نفر خواهد بود یعنی ۲۱٪ کل جمعیت روز آمریکا. (۱۰)

تبعات اجتماعی افزایش جمعیت سالمندان در آمریکا

اگرچه افزایش قابل ملاحظه درصد سالمندان جامعه آمریکا، افراد را برای رسیدن به سن پیری امیدوار می‌کند، اما خود، بوجود آورنده مشکلات قابل توجهی برای قشر جوان‌تر اجتماع است. در حدود ۳۰٪ منابع خدمات حوزه بهداشت و سلامت، توسط افراد بالای ۶۵ سال مصرف می‌شود و پیش‌بینی می‌گردد که تا سال ۲۰۳۰ این رقم به ۵۰٪ افزایش یابد. غالباً افراد مسن بطور عام نیاز به

تدوین نظام جامع خدمات ویژه جمعیت سالمندی امری ضروری به نظر می‌رسد. سازمان جهانی بهداشت بر این باور است که استفاده از تجارب کشورهای پیشرفته در این حوزه می‌تواند به کشورهای در حال توسعه در تدوین راهکارهای مهمی کمک نماید. لذا با الهام‌گیری از نقاط مثبت و با نگاه به تجارب آنها در این امر می‌توان شاخص‌ها و سرفصل‌هایی را جهت تدوین نظام جامع خدمات ویژه سالمندان پیشنهاد کرد. (۸)

با توجه به تفاوت‌های فاحش فرهنگی و اجتماعی بین کشورهای توسعه یافته در حال توسعه به نظر می‌رسد این الگوبرداری باید با دقت و به ویژه حساسیت‌های بومی و فرهنگی انجام گردد. هدف از مطالعه حاضر بررسی الگوی خدمات مراقبتی سالمندی در کشور ایالات متحده آمریکا می‌باشد با این امید که در تنظیم اهداف راهبردی در ارائه خدمات سلامت محور به سالمندان در کشورمان مورد استفاده قرار گیرد.

روش بررسی:

این مطالعه از نوع مطالعات اسنادی است که به بررسی متون "در حوزه نظام مراقبت جامع سالمندی در کشور آمریکا" می‌پردازد. جامعه پژوهش مجموعه مکتوبات و مستندات مرتبط با موضوع مطالعه می‌باشد و نمونه‌گیری به صورت هدفمند بر اساس میزان وابستگی، ارتباط به مضامین تحت مطالعه و در برگیرنده کلید واژه‌های "سالمندی" و "نظام خدمات جامع" و "ایالات متحده آمریکا" در بین منابع در دسترس در مقالات، مکتوبات و مستندات قابل اعتماد انجام شده است. در این راستا در بیش از ۵۰۰ سند در بانکهای اطلاعاتی معتبر کشور آمریکا و موجود در وزارت بهداشت و سلامت آمریکا، و نیز کتب و نشریات ادواری موجود استفاده قرار گرفت. داده‌ها به روش یادداشت برداری از مکتوبات و مستندات مطرح در بخش نمونه‌گیری، جمع‌آوری گردید و پس از یادداشت برداری تحت تحلیل محتوایی قرار گرفته و کد گذاری و طبقه‌بندی شد.

سالمندی‌شناسی در ایران از سابقه کوتاهی برخوردار است، لذا منابع، کتب، تحقیقات و آمار موجود در مورد سالمندان ایرانی و برنامه و خدمات آنان بسیار اندک می‌باشد.

یافته‌ها:

تأمین اجتماعی در آمریکا ۴۰٪ حقوق ماهیانه افراد بازنشسته را در بر می‌گیرد و این در حالی است که افراد بازنشسته حداقل ۷۰٪ حقوق خود را برای گذران زندگی نیاز دارند. (۱۶)

افراد برای بهره‌مندی از تأمین اجتماعی در طول سالهای خدمت خود مالیات پرداخت می‌کنند. تأمین اجتماعی صرفاً تأمین حقوق بازنشستگی را بر عهده ندارد، بلکه تأمین اجتماعی افراد بازنشسته، افراد ناتوان، بازماندگان پرداخت‌کننده مالیات را نیز تحت پوشش دارد. بسته به موقعیت هر فرد، افراد در دامنه‌های سنی گوناگون می‌توانند نیازمند تأمین اجتماعی باشند. منبع اصلی تأمین‌کننده هزینه تأمین اجتماعی مالیات است. (۱۶) در آمریکا اداره امنیت اجتماعی یک سازمان دولتی است که مدیریت تأمین اجتماعی را به عهده دارد. بخشی از مالیات مربوط به تأمین اجتماعی هزینه مراقبت پزشکی می‌شود. برای برخورداری از تأمین اجتماعی مردم به ۴۰ امتیاز یعنی حداقل ۱۰ سال سابقه کاری نیاز دارند. (۱۷)

یکی از برنامه‌هایی که توسط تأمین اجتماعی برای سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر و افراد با درآمد محدود و افراد نابینا و ناتوان فراهم می‌شود درآمد تکمیلی^۱ بدون احتساب حقوق دریافتی و بهره‌مندی از سایر منابع مالی ویژه افراد واجد شرایط (تابع قوانین تأمین اجتماعی) می‌باشد. (۱۷)

در مقایسه مطالعات انجام شده داخلی در کشور نشان می‌دهد ۶۴/۴ درصد از سالمندان ایرانی تحت پوشش بیمه هستند. (۱۴) در تهران ۸۳/۸ درصد از سالمندان تحت پوشش بیمه بوده که در این میان ۴۹/۷ درصد بیمه تأمین اجتماعی، ۱۶/۸ درصد بیمه خدمات درمانی و ۱۳/۸ درصد سایر موارد می‌باشند. (۱۵) بیشتر موارد بیمه‌های درمانی بوده و تأمین اجتماعی صرفاً حقوق بازنشسته‌ها را پرداخت می‌نماید.

ساختار خدمات بهداشتی

در بررسی شیوع شکایات و بیماری‌های مزمن سالمندان مطالعات داخلی نشان داده است که؛ بیماری‌های عضلانی اسکلتی و قلبی عروقی ۴۱/۷ درصد، سوء تغذیه ۶۸/۳ درصد، ۳۴/۲ درصد افسردگی شدید، ۴۴/۱ درصد افسردگی متوسط، ۵ درصد اختلال شناختی

خدمات اجتماعی و رفاهی بیشتری دارند، به خصوص که سالخورده‌گان امروز، بیش از سالخورده‌گان نسل‌های گذشته تمایل به فعالیت نشان می‌دهند. (۹)

آمریکایی‌های ۶۵ ساله و مسن‌تر که ۱۲/۷٪ جمعیت را تشکیل می‌دهند، بالغ بر ۳۰٪ مخارج مراقبت بهداشتی دولت مرکزی را به خود اختصاص می‌دهند طبق برآوردهای موجود، انتظار می‌رود که هزینه خدمات پزشکی سالمندان در سال ۲۰۲۰ دو برابر و در سال ۲۰۴۰ سه برابر شود (۱۱ و ۱۲).

هزینه خدمات پزشکی سالمندان به طور قابل ملاحظه‌ای با افزایش سن بیشتر می‌شود. افراد ۸۰ ساله و مسن‌تر، بطور متوسط ۷۷٪ بیشتر از شهروندان بزرگسال مزایا کسب می‌کنند. این افزایش عمدتاً به خاطر نیاز به مراقبت دراز مدت در بیمارستان‌ها و خانه‌های سالمندان است، زیرا بیماری‌های ناتوان‌کننده مزمن و بیماری‌های حاد با افزایش سن بیشتر می‌شوند. (۱۰)

بار تأمین حمایت مالی و خدمات اجتماعی این شهروندان که تعدادشان نیز روبه فزونی است بر دوش سایر گروه‌های سنی به ویژه جوانان می‌باشد. بسیاری از افراد مسن، دارای حقوق ثابتی هستند، اما میزان آن در حدی نیست که شامل پرداخت مالیات گردد. بنابراین قشر جوان‌تر اجتماع آگاه است که به ناچار باید بخش اعظم مالیات‌های افزایش یافته را پردازد. (۹)

مطالعات متعددی در زمینه الگوی مرگ و میر سالمندان صورت گرفته است که نشان می‌دهد، سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند، نسبت به سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند بیشتر عمر کرده و به میزان بیشتری استقلال خود را حفظ می‌نمایند. آمار نشان می‌دهد احتمال اینکه سالمندان بتوانند در خانه خود زندگی کنند، در طی سالهای آینده به تدریج کمتر می‌شود. (۱۰) از سوی دیگر پر هزینه بودن مراقبت‌های جانشین در منزل و عدم دسترسی به آن در شهرهای کوچک و همچنین عدم تمایل خانواده‌ها به سپردن والدین خود به خانه سالمندان موضوع مراقبت از این گروه جمعیتی را بعنوان چالشی درحوزه مراقبت و سلامت سالمندان مطرح نموده است. (۱۳)

خدمات حمایتی

تأمین اجتماعی در آمریکا منبع بسیار مهمی برای حمایت مالی سالمندان به ویژه افراد بازنشسته می‌باشد.

^۱. Supplemental Security Income (SSI)

برای انجام کارهای روزانه به دیگران وابسته هستند. (۱۹) این در حالی است که در خصوص تعریف خدمات حمایتی برای مراقبین خانوادگی در ایران هنوز ساختار مناسبی وجود ندارد.

هزینه خدمات بهداشتی در سطح کشور آمریکا نسبت به کشورهای اروپایی بالاتر است، این امر همچنین تحت تاثیر افزایش جمعیت سالمندان (۶۵ سال و بالاتر) آمریکا قرار دارد. اخیراً بیشتر از دو سوم هزینه های بهداشتی و سلامتی برای مداوای بیماریهای مزمن برای سالمندان آمریکا صرف شده است. هزینه تهیه خدمات سلامتی برای یک فرد ۶۵ سال و بالاتر ۳ تا ۵ برابر بیشتر از یک فرد زیر ۶۵ سال می باشد. (۲۲)

در سال ۲۰۰۲ سه دلیل عمده مرگ سالمندان (۶۵ سال و بالا) در آمریکا، بیماریهای قلبی (۳۲٪ از همه مرگها) سرطان (۲۲٪) و سکته (۸٪) بوده است. بیماریهای مزمن بالاترین دلیل مرگ و میر سالمندان در سال ۲۰۰۲ در آمریکا بوده است. (۲۴)

اهداف ارتقاء سلامت سالمندان آمریکایی عبارتست

از:

۱. دسترسی به هدف کاهش رفتارهای پرخطر سلامت
۲. افزایش فرصت برای کلیه سالمندان به جهت درک سودمندی و مزایای فعالیت جسمی منظم
۳. تشویق ایالتهای مختلف جهت برنامه ریزی به منظور ارتقاء سلامت سالمندان (مقیم در هر ایالت) (۲۴)

مراقبت دراز مدت^۱

در آمریکا سیاستهای بیمه ای مراقبت درازمدت، هزینه های خانه سالمندان، خدمات اجتماعی مثل مراقبتهای روزانه بزرگسالان در خانه یا موسسات مخصوص یا مجموعه ای از این خدمات را پوشش می دهد و هر کس می تواند خدمات مورد نیاز خود را از مجموعه خدمات متنوع موجود انتخاب نماید.

خدمات مبتنی بر خانه و جامعه^۲

شدید، ۴۷/۵ درصد اختلال شناختی متوسط، ۳۰ درصد اختلال شناختی، بالاترین اختلالات را در جمعیت سالمندان ایرانی به خود اختصاص می دهند. (۱۹)

بر اساس آمار سلامت و بیماری در ایران حداقل ۲۰/۸ درصد علل مرگ و میر مربوط به پنج بیماری می باشد که دست کم سه دسته از این بیماریها در اثر کم تحرکی حادث می شود. (۱۸)

این در حالی است که در آمریکا در سال ۲۰۰۰ عامل ۳۵٪ مرگ سالمندان مصرف سیگار، تغذیه نامناسب و نداشتن فعالیت جسمی بوده است. این رفتارها منجر به افزایش بیماریهای قلبی، سرطان، سکته مغزی و دیابت می شود. در حال حاضر ۸۰ درصد سالمندان آمریکا حداقل از یک اختلال مزمن در رنج بوده و ۵٪ به دو نوع اختلال مزمن مبتلا می باشند. این بیماریها گذشته از رنج سالمند و خانواده، هزینه های بهداشتی بالایی را به خود اختصاص می دهند. بیش از دو سوم هزینه های بهداشتی برای درمان بیماریهای مزمن صرف می شود. (۲۰)

مطالعات اخیر در ایران نیز نشان می دهند موجی از هزینه های خدمات درمانی و بهداشتی متعاقب افزایش جمعیت سالمندان کشور در راه است و پیشنهاد نموده اند که سرانه هر نفر از بخش سلامت باید به بیش از ۲/۵ برابر افزایش یابد. (۲۱)

اختلالات مزمن نتایج زیر را برای نظام سلامت سالمندان آمریکا به همراه دارد:

- افزایش هزینه های بهداشتی
- افزایش تعداد مراقبین غیر رسمی
- پیچیدگی بیشتر در تدبیر داروهای متعدد مصرفی در اختلالات مزمن

- افزایش نیاز به مراقبت طولی المدت

بر این اساس در آمریکا نزدیک به ۷۹ درصد سالمندان نیازمند به مراقبت طولی المدت در منازل بوده و توسط اعضاء خانواده مراقبت می شوند. مراقبت خانوادگی در هر سال نزدیک به ۲۵۷ بلیون دلار صرفه جویی اقتصادی را به همراه دارد. (۲۲).

در ایران نیز مطالعات نشان داده اند که انجام فعالیت های روزانه در ۸۱/۷ درصد از سالمندان خوب (کاملاً مستقل)، ۱۳/۳ درصد متوسط (نیازمند به کمک برای کارهای روزمره) و ۵ درصد کاملاً غیر مستقل و

^۱. Long Term Care

^۲. Home & Community – Based Services (HCBS)

می‌کند. امکان ارائه این خدمات در خانه شخصی، مراکز سالمندی روزانه و حتی خانه‌های سالمندی وجود دارد.

۸- مراکز سالمندان^۸: این مراکز خدمات مختلفی از جمله تغذیه، خدمات اجتماعی و آموزشی را ارائه داده و افراد را به مراکزی که نیاز دارند ارجاع می‌دهد.

۹- خدمات حمل و نقل^۹: که به فرد کمک می‌کند به مراکز پزشکی، مراکز خرید و سایر خدمات اجتماعی دسترسی پیدا کند (۲۰).

مراقبت طولی‌مدت در آمریکا شامل مراقبت پزشکی و غیر پزشکی برای افراد دچار بیماریهای مزمن و ناتوانی می‌باشد. این خدمات تأمین‌کننده نیازهای بهداشتی و فردی سالمندان بوده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ پانزده میلیون آمریکایی به این خدمات نیاز خواهند داشت.

مدی‌کر خدمات طولی‌مدت را تحت پوشش قرار نمی‌دهد و تنها خدمات و مراقبت پزشکی توسط پرستاران یا مراقبت بهداشتی^{۱۱} را پوشش می‌دهد. مراقبت‌های شخصی که شامل مراقبت از افراد دچار اختلال در فعالیتهای روزانه زندگی، حمام کردن، تعویض لباس جزء خدمات مدی‌کر قرار نمی‌گیرد.

نوع دیگر تقسیم‌بندی و سطوح خدمات ارائه شده به سالمندان در آمریکا شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. خدمات مبتنی بر جامعه^{۱۱}: مراکز مراقبت روزانه بزرگسالان، مراکز مراقبت سالمندی، مدیریت مالی، نقل و انتقال، غذا روی چرخ^{۱۲}، خدمات تلفنی، مدیریت موردی^{۱۳}

۲. مراقبت بهداشتی در منزل^{۱۴}: مراقبت پرستاری حرفه‌ای، خدمات منزل و کمک بهداشتی^{۱۵}، کمک در

خدمات مبتنی بر جامعه مجموعه‌ای از خدمات فردی، حمایتی و سلامتی را به افراد در خانه‌هایشان و در سطح جامعه ارائه می‌دهد تا ضمت اقامت آنها در خانه شخصی خود به ارتقا استقلالشان نیز کمک شود. بعضی از این خدمات عبارتند از:

۱- برنامه خدمات روزانه برای سالمندان^۱: معمولاً این برنامه برای بزرگسالانی طراحی شده که اختلال شناختی دارند. این خدمات در ساعاتی که اعضاء خانواده یا مراقب دیگری در دسترس نیست ارائه می‌شود. این خدمات در ساعات کاری و روزهای هفته ارائه شده و ۲۴ ساعته نمی‌باشند.

۲- مدیریت موردی^۲: در این گونه خدمات، متخصصین (پرستار یا مددکار اجتماعی)، برای کمک در مراقبت‌های درازمدت و نظارت بر خدمات ارائه شده به فرد و خانواده‌اش، مساعدت می‌کنند.

۳- سیستم پاسخ به فوریتها^۳: کسانی که تنها زندگی می‌کنند در صورت پیش‌آمدن شرایط ویژه و نیاز به فوریت‌های پزشکی یا انواع دیگر آن، از این سیستم استفاده می‌کنند.

۴- ملاقات دوستانه / مصاحبت^۴: این سیستم معمولاً توسط افراد داوطلب برای مصاحبت با افرادی که تنها زندگی می‌کنند، انجام می‌شود.

۵- مراقبت در منزل / مراقبت بهداشتی در منزل^۵: اینها دو برنامه جداگانه هستند که توسط یک یا دو مرکز متفاوت انجام می‌شوند. در مراقبت سلامتی، خدماتی چون پرستاری، فیزیوتراپی یا سایر خدمات بهداشتی توصیه شده توسط پزشک انجام می‌شود، ولی مراقبت در منزل خدماتی، چون حمام کردن، لباس پوشیدن و گاهی تهیه غذا و رسیدگی به امور خانه را نیز شامل می‌شود.

۶- برنامه‌های غذایی^۶: این برنامه شامل حمل غذا به خانه یا تهیه غذا در خانه سالمند می‌شود.

۷- مراقبت فرجه‌ای^۷: این برنامه برای خانواده‌ها فراغت موقت در مورد نگهداری سالمند عضو خانواده را فراهم

۷. Respite care

۸. Senior Centers

۹. Transportation Services

۱۰. Home health care

۱۱. Community based services

۱۲. Meals on the wheels

۱۳. Case manager

۱۴. Home health care

۱۵. Homemaker/ Healthaids

۱. Adult Day Service Program

۲. Case Managers

۳. Emergency response

۴. Friendly visitor

۵. Home health care / Home care

۶. Meals Programs

پوشش بیمه خصوصی تحت عنوان خلاءهای مدی کر^۷ درآیند. در ۱۹۹۷ سطح سوم مدی کر با عنوان «مدی کر همراه با موارد انتخابی»^۸ تشکیل شد و به افراد تحت پوشش بیمه خصوصی، امکان استفاده از خدمات مربوط به حفظ و نگهداری سلامتی را فراهم می کند.

در سطح دوم مدی کر هزینه خدمات پزشکان و بعضی هزینه های خارج از بیمارستان مثل هزینه کار درمانی، فیزیوتراپی و بعضی مراقبتهای در منزل پوشش داده می شود. از اوایل ژانویه ۲۰۰۶ پوشش جدید دارویی مدی کر نیز به خدمات قبلی اضافه شد. این پوشش دارویی در واقع بیمه کردن هزینه های مربوط به دارو می باشد. افراد در صورت تمایل به گرفتن خدمات بیشتر باید به ازاء خدمات دریافتی هزینه لازمه را شخصاً پرداخت کنند. مالیات مربوط به مدیکر به همه درآمدهای حقوقی تعلق می گیرد و هیچ محدودیتی ندارد (۲۷).

خدمات کمک پزشکی (مدی کید)^۹

برنامه مدیکید خدمات پزشکی را برای گروههای کم درآمد و کسانی که هیچگونه بیمه پزشکی دیگری ندارند، فراهم می کند. مدیکید برنامه بیمه سلامتی دولتی می باشد که تمام هزینه های خدمات پزشکی را در خانه یا هر محلی غیر از آن می پردازد. دولت مرکزی دستور عملهای لازم برای برنامه را تهیه می کند، ولی دستورالعملهای محلی توسط ایالتها با توجه به شرایطشان تهیه می شود. بر همین اساس در سطح کشور تفاوتی در سطوح ایالتها در مورد پذیرش، خدمات ارائه شده، تعداد پزشکان و بیمارستانهای تابعه دیده می شود. از مواردی که تقریباً در تمام ایالتها مشترک است، پوشش افراد سالمند (۶۵ ساله و بالاتر) می باشد. مدی کید برنامه ایالتی و فدرال برای پرداخت خدمات بهداشتی و اقامت در سراهای سالمندی برای افراد سالمند را نیز در بر می گیرد. بعضی خدمات در منزل و جامعه نیز توسط مدی کید پوشش داده می شود.

سلامت برای همه افراد مهم است. اگر کسی در آمریکا نتواند هزینه مدیکر را تأمین کند، مدیکید جایگزین آن خواهد شد. مدیکید فقط برای افراد و

مراقبت فردی، مراقبت فرجه ای^۱، تجهیزات پزشکی، تعمیر منزل، مراقبت انتهای عمر^۲
۳. آپارتمانهای خصوصی با آشپزخانه و سرویس بهداشتی مخصوص

۴. خانه های دسته جمعی برای افرادی که نمی توانند به تنهایی زندگی کنند و از سوی دیگر نیاز به خانه سالمندان ندارند.

۵. زندگی حمایتی^۳ زندگی و سکونت در آپارتمان شخصی در مجتمع های ویژه که این افراد برای غذا خوردن دور هم جمع می شوند.

۶. مراقبت مستمر در جامعه بازنشستگان^۴ که به درجات نیاز، فرد خدمات دریافت می کند.

۷. سرای سالمندان^۵ برای افرادی است که تنها در خانه یا در جامعه قادر به زندگی نیستند (۲۵).

مراقبت پزشکی «مدی کر»^۶

مدیکر یک برنامه بیمه سلامتی کشوری با سطوح مختلف می باشد که افراد ۶۵ سال و بالاتر، افراد زیر ۶۵ سال با معلولیت های مشخص و افراد خاص در همه سنین (که مثلاً پیوند کلیه کرده اند، نیازمند دیالیز هستند و بیماران کلیوی) را تحت پوشش دارد. هزینه این برنامه توسط مالیات کارکنان، حق بیمه افراد تحت پوشش و بعضی پرداختهای عمومی تأمین می شود. افراد بدون توجه به سطح درآمدشان می توانند عضو مدی کر شوند. افراد تحت پوشش میتوانند در طول سالهای کارشان مالیات لازم را برای بهره مندی از برنامه یاد شده در سطح اول، بعد از رسیدن به ۶۵ سالگی، پردازند. (۲۶)

بعد از ۶۵ سالگی هم افراد می توانند با پرداخت ۵۴ دلار در ماه از خدمات پزشکی و مراقبتهای پیشگیرانه سطح دوم مدی کر برخوردار شوند. سطح اول مدی کر شامل خدمات بیمارستانی و سطح دوم مربوط به خدمات پزشکی و خدمات پیشگیرانه می شود. برای برخورداری از خدماتی که مدی کر پوشش نمی دهد افراد باید تحت

۱. Respite care

۲. Hospice

۳. Assisted Living

۴. Continuing care retirement communities

۵. Nursing home

۶. MEDICARE

^۷. Medigap Policies

^۸. Medicare + Choice

^۹. MEDICAID

تعامل و تبادل کمک بین فرزندان بزرگسال و والدین سالخورده آنها با شرایط خانوادگی گذشته و فعلی ارتباط دارد. اگر روابط خانوادگی وقتی که بچه ها بزرگ می‌شوند صمیمانه بوده باشد، کمک بیشتری مبادله می‌شود. به هر حال در سالهای بزرگسالی، تغییراتی در کمک رسانی صورت می‌گیرد. توصیه والد به فرزند، کمک به خانه‌داری، هدیه دادن و کمک مالی کاهش یافته، و کمک فرزند به والد به شکل‌های گوناگون بیشتر می‌شود (۳۲).

تأمین اجتماعی یک منبع درآمد مهم برای بازنشستگان و سالمندان در آمریکا و سایر کشورهای توسعه یافته به حساب می‌آید. بدون این منبع درآمدی گروه عظیمی از سالمندان (دو سوم یعنی ۶۶/۸ درصد) در کشورهای پیشرفته در فقر بسر خواهند برد.

در ایران تأمین اجتماعی وظایف بسیار محدودی (مثلاً پرداخت حقوق بازنشستگان و مستمری بگیران) را انجام می‌دهد که از نظر کمی و کیفی نیاز به تجدید نظر دارد.

از برنامه های بسیار فراگیر در آمریکا مراقبت دراز مدت می باشد که سالمندان از آن در خانه یا سرای سالمندان بهره می‌گیرند. این نوع خدمات در ایران ارائه نمی‌شود و از نظر کیفیت و کمیت خدمات نیاز به بررسی های دقیقتری دارد.

در ایالات متحده تقریباً از هر ۱۰ نفر فرد میانسال، یک نفر درگیر مراقبت از پدر یا مادر معلول یا مبتلا به بیماری مزمن است. (۳۰ و ۳۱) این خانواده ها از نظر انواع کمک های حمایتی و پزشکی بهره مند می شوند، زیرا تحقیقات نمایانگر صرفه جویی اقتصادی و شرایط بهتر سالمند در خانواده می باشد.

با توجه به فرهنگ و باورهای ملی و دینی در ایران هنوز خانواده ها ترجیح می دهند که سالمندان خود را در خانه نگهداری کنند. با توجه به هزینه های بالای این نگهداری و نیازهای مخصوص بهداشتی، پزشکی سالمندان، این خانواده ها نیاز به انواع حمایت های مالی و تخصصی دارند که هنوز برنامه ای در این مورد وجود ندارد. (۳۴)

در امریکا تنوع خدمات بیمه ای همچون مدی کر و مدی کید پوشش مناسبی را برای ارائه خدمات به سالمندان فراهم می نماید. حال آنکه بیمه تکمیلی انفرادی در ایران وجود ندارد، و فرد نمی تواند با پرداخت ماهیانه از این نوع بیمه بهره مند شود. در آمریکا بیمه عمر برای

خانواده هایی می باشد که درآمد کم دارند و بر طبق قوانین ایالت یا کشور، فقیر تشخیص داده شود. مدیکید در واقع یک برنامه ایالتی است و هر ایالتی در این مورد قوانین مخصوص مجزا را دارد. بسیاری گروههای مردمی زیر پوشش مدی کید هستند. اما پوشش دارای شرایط خاصی است، که در ایالتهای مختلف متفاوت است. اما هزینه اصلی برنامه توسط دولت فدرال پرداخت می شود. به عبارتی بودجه مدی کید از طریق بودجه های فدرال و ایالتی حمایت می شود. یکی از برنامه های دیگر خدمات بهداشتی در آمریکا برنامه های بهداشت جامعه^۱ می باشد. مراکز خدمات بهداشتی مبتنی بر جامعه، خصوصی هستند و خدمات بسیار کیفی و مقرون به صرفه در حوزه مراقبت بهداشتی اولیه و پیشگیرانه را برای افرادی که بیمه نیستند ارائه می کند. هزینه این برنامه ها توسط دولت، مدی کید و مدی کر، برنامه های ایالتی، بیمه های خصوصی، پرداخت مستقیم بیماران، کمکهای مالی تأمین می شود (۲۸ و ۲۹).

بحث:

در حال حاضر همه کشورهای جهان سالمندی را به عنوان یک پدیده مهم اجتماعی می‌دانند و درصدد آن هستند که تلاشهای پیگیر و مستمر در جهت برنامه‌های حمایت اجتماعی به منظور رفع نیازهای طبیعی آنان مبذول دارند. (۲۹) رشد جمعیت افراد ۶۵ ساله و بالاتر بر بسیاری از مسائل جامعه تأثیر می‌گذارد، و برنامه‌ریزان و افراد خانواده باید برای رفع نیازهای آنها آماده باشند.

در جوامع امروزی ساختار خانواده نامتعادل شده است. میزان ازدواج کاهش و میزان طلاق در حال افزایش است. زنان همیشه نقش نگهداری از سالمندان در درون خانواده را بر عهده داشته اند، حال با مشغله کاری زنان رغبت آنان و خانواده به پذیرایی از سالمندان در خانه کاهش یافته و یا آنکه حضور آنان در خانواده موجب افزایش استرس و تنش میان افراد گردیده است (۱۶).

در کشورهای غیر غربی، سالخوردگان اغلب با فرزندان متأهل خود زندگی می‌کنند. برای مثال سالمندان چینی و ژاپنی عموماً با بزرگترین پسر و همسر و فرزندان وی به سر می‌برند. (۱۳)

^۱. Community Health program

دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
قرار گیرد؛

۱. انجام تحقیقات گسترده کشوری در مورد نیازهای سالمندان و خانواده های آنان.
۲. برنامه ریزی بر مبنای تحقیقات فوق الذکر برای ارائه خدمات حمایتی، بهداشتی و پزشکی به سالمندان، تا آنان ضمن حفظ استقلال امکان زندگی در جامعه برایشان فراهم شود.
۳. اطلاع رسانی و آموزش مردم برای حفظ سلامت افراد تا همه بتوانند سالمندی خوبی داشته باشند.

باید توجه داشت تشکیل سازمان های مردم نهاد ویژه سالمندان، می تواند علاوه بر آثار مثبت بر سلامت روانی و اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی آنان، بسیاری از مشکلات این قشر را مرتفع نماید. این سازمان ها می توانند با اهداف پژوهشی، تفریحی، آموزشی، حمایتی و مراقبتی از سایر گروه های سنی جامعه و متخصصان ذیربط کمک بگیرند.

بدیهی است که حل مساله سالمندی از عهده تنها یک سازمان و نهاد بر نمی آید و ترکیب توانمندیها و دخالت تمامی بخشها اعم از دولتی و خصوصی را می طلبد. دولتها از طریق تلفیق امکانات موسسات دولتی با کمکهای سازمان های بین المللی، نهادهای غیر دولتی و بخش خصوصی و از همه مهمتر مشارکت خود سالمندان قادر به اجرای این تعهدات خواهند بود (۳۳).

همه سنین وجود دارد. در ایران بیمه عمر برای ۶۰ یا ۶۵ سال به بالا ممکن نبوده یا با سختگیری های فراوان، بسیار گران است.

در کشورهای صنعتی تفکیک سنی حداقل یک امتیاز خاص برای سالمندان داشته است چرا که به آنان کمک کرده است که از نظر سیاسی گروههای خود را سازماندهی نمایند و در گروههای دولتی یا حزبی نفوذ نمایند. سالمندان خیلی از کشورهای صنعتی متوجه این واقعیت شده اند که جامعه آنها را شهروندانی درجه دو تلقی می کند و از این رو به تدریج گروه هایی را به وجود آورده اند و حتی در خیلی از موارد از جوانان نیز برای حمایت از خویش کمک گرفته اند: اغلب این گروهها و سازمانها دارای اهداف مشترک زیر هستند:

۱. ایجاد گرایش فکری مثبت در جامعه نسبت به سالمندان و مبارزه با کلیشه های منفی در مورد آنان.
۲. آشکار کردن تبعیض ها و سوء رفتارهایی که نسبت به سالمندان در جامعه وجود دارد.
۳. ایجاد قوانین و خط مشی های کلی حکومتی که از حقوق سالمندان حمایت کنند.
۴. سازماندهی تشکیلات محلی که در موارد فوق، از نقاط مختلف یک کشور به فعالیت پردازد و عملاً طرح ها را به مرحله اجرا در آورد. (۱۷)

نتیجه گیری:

با نظر اجمالی به آنچه تاکنون ارائه شد توصیه می شود در ایران برنامه های زیر باید در اولویت وزارت بهداشت و

منابع:

۱. Wu ZH, Rudkin L. Social contact, socioeconomic status, and the health status of older Malaysians. *The Gerontologist*, ۲۰۰۰; ۴۰: ۲۲۸-۲۳۴.
۲. Hafez G, Bagchi K, Mahaini R. Caring for the elderly: A report on the status of care for the elderly in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, ۲۰۰۰; ۶: ۶۳۶-۶۵۱.
۳. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *The Canadian Guide to Clinical Preventative Care*, Minister of Supply and Services Canada, ۱۹۹۴ & updates.
۴. Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *Can Med Assoc Journal*, ۱۹۹۹; ۱۴۰ (۱۲): ۱-۱۵.
۵. گروه مولفین، مجموعه مقالات سالمندی (کلیات طب سالمندی)، اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران، گروه بانوان نیکوکار، چاپ اول، ۱۳۷۹.
۶. Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M and Marmot M. Is the SF-۳۶ a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study. *British Medical Journal*, ۱۹۹۷; ۳۱۵:۷۱۱۸-۷۱۳۶.
۷. بررسی نیازهای بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی سالمندان ساکن در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۷۶. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، شماره ۶، سال ۱۳۷۷ ص ۸۸-۹۲
۸. Norouzi K, Abedi H-A, Maddah S.S.B. X Mohammadi. Development of a community based care system model for Senior Citizens in Tehran. *Iranian Rehabilitation Journal*. ۲۰۰۵; ۳(۳): ۴۸-۶۰۰.
۹. اسپنس، پی، الکساندر، «سیر کهولت در انسان»، ترجمه، امیر نظام الدین غفاری و فریبرز هاشمی. انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران ۱۳۸۰.
۱۰. Obrien, Sharon. "Fun Factor about the senior population Demographics". ۲۰۰۷, ۲۲.
۱۱. Bodenheimer, T. Questions & answers about Medicare. *International Journal of Health Services*, ۱۹۹۹; ۲۹: ۵۱۹-۵۲۳.
۱۲. Gramm, P., Rettenmair, A.J., & Saring T.R. Medicare policy for future generations : A search for a perment solution. *New England. Journal of Medicine*, ۱۹۹۸; ۳۳۸: ۱۳۰۷-۱۳۱۰.
۱۳. برک، ای، لورا، «روان شناسی رشد (از نوجوانی تا پایان زندگی)»، ترجمه، یحیی سید محمدی، انتشارات ارسباران، جلد دوم، تهران ۱۳۸۶.

۱۴. نجاتی وحید. بررسی وضعیت سلامت سالمندان استان قم در سال ۱۳۸۶. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، شماره نامه پذیرش چاپ ۲۸/۴۷/۸۱۷ مورخ ۱۳۸۷/۹/۸.
۱۵. مفتون فرزانه، نیک پور بهمن، مجلسی فرشته، رحیمی فروشانی عباس، شریعتی بتول. بررسی میزان تقاضا و مراجعه برای دریافت خدمات درمانی در سالمندان شهر تهران. پایش، (۲)؛ ۱۳۸۱: ۵۱-۵۵.
۱۶. علیخانی ویدا، «پیری، از دیدگاههای مختلف»، انتشارات انجمن اولیاء و مربیان، تهران ۱۳۸۱.
۱۷. میشاره، ل، بریان و رایدل، ج، رویرت. «روان شناسی بزرگسالان». ترجمه - حمزه گنجی، الما داودیان و فرنگیس حبیبی، انتشارات اطلاعات، چاپ پنجم، تهران ۱۳۸۲.
۱۸. سازمان تربیت بدنی. «سند راهبردی نظام جامع توسعه تربیت بدنی و ورزش کشور». تهران: سازمان تربیت بدنی، ۱۳۸۲.
۱۹. جغتایی، محمدتقی، نجاتی، وحید. بررسی وضعیت سلامت سالمندان در شهرستان کاشان. سالمند، (۱)؛ ۱۳۸۵: ۳-۹.
۲۰. راسل مهدی، اردلان علی. آینده سالمندی و هزینه های خدمات سلامت: هشدار برای نظام سلامت کشور. سالمند، (۴)؛ ۱۳۸۶: ۳۰۰-۳۰۵.

۲۱. Supplemental Security Income (SSI) [www.social security. Gov/ssi/](http://www.socialsecurity.gov/ssi/)
۲۲. National center for health statistics health, united states. www.cdc.gov/nchs/hs.htm
۲۳. Us. Healthy people www.cdc.gov/reach ۲۰۱۰. Accessible : August ۲۰۰۷.
۲۴. The state of aging & Health in America ۲۰۰۷. www.cdc.gov/aging accessible : August ۲۰۰۷
۲۵. Types of long-term care www.medicare.gov/longtermcare/statistic/typesoverview.asp
۲۶. US. Department of health & Human Services. www.longtermcarelink.net/frames/m-geriatric-medical-serv-htm
۲۷. US. Dept of health & human services. www.medicare.gov.
۲۸. The national report card on healthy Aging. www.cdc.gov/screenforlife.
۲۹. مهدیزادگان، ایران و باقر پور، رحمت الله، «سوء استفاده و غفلت از سالمندان»، انتشارات نقش جهان، تهران ۱۳۸۰.
۳۰. Marks , N.F.(۱۹۹۶). Caregiving across the lifespan. National Prevalence & Predictors, Journal of Family Relations, ۴۵, ۲۷-۳۶.
۳۱. Nichols, L.S., & Junk , V.W.(۱۹۹۷). The Sandwich generation. Dependency, Proximity , & task assistance needs of parent. Journal of Family & Economic Issues.
۳۲. Rossi, A.S., & Rossi, P.H. (۱۹۹۱). Life span Theories & women's Lives. Sings : Journal of women in culture & Society , ۶, ۴-۳۲.

۳۳. گروه مولفان. مروری بر طب سالمندی. دانشگاه سمنان. ۱۳۸۲

۳۴. محمدی، فرحناز: فرایند مراقبت خانوادگی از سالمندان آسیب پذیر ایرانی رساله جهت اخذ درجه دکتری دانشگاه علوم

پزشکی ایران: ۱۳۸۷