

Research Paper

A Systematic Review of the Management of Preventive Health Care for the Elderly in the World

Faezeh Bahador¹, *Soad Mahfoozpour², Irvan Masoudiasl³, Shaghayegh Vahdat¹

1. Department of Health Services Management, Faculty of Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Bahador F, Mahfoozpour S, Masoudiasl I, Vahdat Sh. [A Systematic Review of Management of Preventive Healthcare for the Elderly in the World (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 16(4):592-607. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.3180.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2021.3180.2>



Received: 20 Apr 2021

Accepted: 22 May 2021

Available Online: 01 Jan 2022

Keywords:

Elderly, Preventive Care, Comparative Study, Systematic Review

ABSTRACT

Objectives The global shift from infectious diseases to chronic diseases is a global problem that will reduce the quality of life and increase the need for services such as rehabilitation services and services related to disability. An important issue in relation to aging is preventive care and how it is managed in the world. This systematic review has conducted a comparative study on the management of preventive healthcare for the elderly in the world.

Methods & Materials This is a review study that was done comparatively in 2020. This study was conducted to model the existing policies and programs for the care of the elderly in the countries. To collect data, Persian and international databases as well as Google Scholar scientific search engine were used using appropriate keywords, and finally 200 suitable articles were identified. The studies were categorized and their management system was evaluated and differences and similarities were determined while comparing.

Results In the present study, it was found that 50% of the surveyed countries had insurance coverage for the elderly. 64% of the countries, management and organization of health prevention services at the national level, 7.5% local, 21.4% state-federal and 7.1% national. How to finance the provision of services for the elderly in 50% of the countries surveyed through taxes, 14.2% premiums, 7.1% national health system, 7.1 individual reserve funds and the rest of the countries through the payment of the federal government, health insurance and etc. In 50% of the surveyed countries, the providers of first level services were the public sector, 28.5% of the private sector and the rest of the countries were municipalities, government, etc.

Conclusion The systems of elderly support and primary healthcare are intertwined in the main health system and function similar to the primary healthcare system of the country.

Extended Abstract**1. Introduction****T**

he global shift from infectious diseases to chronic diseases is a global problem that will reduce the quality of life and increase

the need for rehabilitation services and services related to disability [1, 2]. Population aging is a success of human society and outcomes of pervasive development. If properly managed and aware of the status quo, potential and actual capacities, and needs of the elderly, it will provide a wide opportunity for society. It allows the elderly to participate actively in society, but without proper planning and

*** Corresponding Author:**

Soad Mahfoozpour, PhD.

Address: Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (915) 5844693

E-mail: smahfoozpour@yahoo.com

management and a lack of proper national programs and interventions, it can pose a severe threat to the health care economy and care delivery. [3, 4] An important discussion is related to aging, preventive care, and managing it globally. As a systematic review, this study has conducted a comparative study on the management of preventive health care for the elderly in the world.

2. Methods

The present study was a systematic review study based on Prisma guidelines to conduct a comparative study between different countries to identify the first-level services provided to the elderly from a managerial and systemic perspective in 2020. The reason for choosing each of these countries was the difference in their health system and an indicator of a specific type of health system and its location by continent. National and international databases including Magiran, Iranmedex, Irandoc, Medlib, Medline and Web of Science, Embase, PubMed, Cochrane, Scopus were searched for the articles. Inclusion condition includes all articles found in searchable databases based on keywords and exclusion criteria included: duplicate report of results in other articles, reporting on a specific part of the health system, not reporting on the elderly, and not being in the field of health management and economics.

The titles of the articles obtained by the researchers were reviewed, and duplicates were removed. Then, the titles and abstracts of the remaining articles were carefully studied, unrelated articles were rejected, the full text of possible related articles was reviewed, and relevant articles were selected. Finally, 200 relevant articles were identified, categorized and their management system was compared. After collecting the articles, the data of the countries considered for comparative study, including Iran, Germany, England, USA, Italy, Turkey, Sweden, Norway, Canada, South Korea, Japan, Singapore, Australia, and Cuba, were extracted. Each of the mentioned countries was evaluated in terms of the number of the elderly population, the way of financing the elderly services, the existence of insurance for the elderly, the way of management and the level of concentration, the service provider and the way of control and accordingly arranged and proceeded to report.

3. Results

First, 545 articles were obtained from searching various databases based on the search strategy. 195 articles were deleted by reviewing the title and the abstract of the article. These studies met the inclusion criteria, but some were not considered and excluded due to lack of relevance to the subject and reporting on the elderly. Finally, 200 articles

entered the final stage, of which 29 articles related to harassment of the elderly, 9 articles related to infectious diseases, 22 articles related to mental illness of the elderly, 31 articles related to Non-communicable diseases, 18 articles related to nutrition, 52 articles related to trauma included accidents and falls of the elderly and 39 articles related to planning and elderly management. Among the countries surveyed, the provision of geriatric services in Singapore was more significant than in other countries. The Ministry of Health mostly did management and organization at the national level and supervision. In 50% of the countries surveyed, they had insurance coverage for the elderly. In 64% of countries, the management and organization of health prevention services was national, 7.5% local, 21.4% state-federal, and 7.1% national-local. How to finance the provision of services for the elderly in 50% of the countries surveyed through taxes, 14.2% insurance premium, 7.1% national health system, 7.1 individual reserve funds, and the rest of the countries through the payment of the federal government, health insurance and... In 50% of the countries surveyed, the providers of first-level services were the public-private sector, 28.5% were the private sector, and the rest were municipalities, governments, and so on.

There is no insurance coverage for the elderly in Iran, but several private insurers have provided services and financial reserves for the elderly. Government financing of services is insurance and out-of-pocket payment and is not significantly different from other services. Management and organization of services are concentrated and governmental and are done by the Ministry of Health and Medical Education in Iran; the local health system is in charge of medical universities, which provide elderly services by the health departments of these universities. However, all of them provide services under the direction and supervision of the Ministry of Health, and the services are highly concentrated. Service providers include both public and private providers who contract with insurance companies.

4. Discussion

Studies have shown that the health system of countries has different characteristics in terms of attention to the elderly, and in most countries, the systems of elderly support and primary health care for the elderly are intertwined in the main health system and have a similar function to the primary health care system of that country. Establishing a collaborative organization to plan and direct activities related to the elderly as a strategic measure can be a way to improve support services for the elderly. Planning in the form of a health network system (health house) to establish facilities for providing primary health care services in order to solve the problems and issues of the elderly in the early

stages of prevention should be done and in this regard, all organizations to provide programs for education in the field of improving healthy living and active aging at the provincial and national levels. It is necessary to formulate laws to protect the elderly by welfare organizations such as welfare and social security and other responsible organizations.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical principles of research in this article was extracted from the PhD dissertation at Islamic Azad University, South Tehran Branch (Code: 164100).

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

All authors participated equally in all stages of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

مرور نظام مند بر مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در جهان

فائزه بهادر^۱، *سعاد محفوظپور^۲، ایروان مسعودی اصل^۳، شقایق وحدت^۱

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از آسیب، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

اهداف: حرکت جهانی از بیماری‌های واگیردار به سمت بیماری‌های مزمن، مشکلی جهانی است که به کاهش کیفیت زندگی و افزایش نیاز فراوان به خدماتی چون خدمات توان‌بخشی و خدمات مرتبط با ناتوانی افراد منجر خواهد شد. یک بحث مهم در ارتباط با سالمندی، مراقبت‌های پیشگیرانه و نحوه مدیریت آن در دنیا است. این مطالعه به شکل مرور نظام‌مند، اقدام به اجرای یک مطالعه تطبیقی پیرامون مدیریت ارائه مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در دنیا کرده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مروری به روش تطبیقی در سال ۱۳۹۹، به منظور الگوبرداری از سیاست‌ها و برنامه‌های موجود مراقبت‌های سالمندان کشورهای مورد مطالعه انجام پذیرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی و بین‌المللی و موتور جست‌وجوی علمی گوگل اسکالر استفاده شد. در نهایت دویست مقاله مناسب شناسایی، دسته‌بندی و سیستم مدیریتی آن‌ها ارزیابی و مقایسه شد. **یافته‌ها:** در مطالعه حاضر ۵۰ درصد کشورهای مورد بررسی، پوشش بیمه‌های مختص سالمندان داشتند. در ۶۴ درصد کشورها، مدیریت و سازمان‌دهی ارائه خدمات پیشگیرانه سلامت در سطح ملی، ۷/۵ درصد محلی، ۲۱/۴ درصد ایالتی فدرال و ۷/۱ درصد به صورت ملی محلی بود. نحوه تأمین مالی ارائه خدمات سالمندان در ۵۰ درصد کشورها از طریق مالیات، ۱۴/۲ درصد حق بیمه، ۷/۱ درصد نظام سلامت ملی، ۷/۱ صندوق ذخیره فردی و مابقی کشورها از طریق پرداخت دولت فدرال، بیمه سلامت و... تأمین می‌شد. در ۵۰ درصد کشورها، عرضه‌کننده خدمات سطح اول، بخش دولتی، ۲۸/۵ درصد بخش خصوصی و مابقی کشورها، شهرداری‌ها، دولت‌ها و... بودند.

نتیجه‌گیری: ایجاد تشکیلات هماهنگ برای برنامه‌ریزی و هدایت فعالیت‌های مرتبط با سالمندان به عنوان اقدامی استراتژیک می‌تواند راهکاری جهت بهبود خدمات حمایتی از سالمندان شود.

تاریخ دریافت: ۳۱ فروردین ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۱ خرداد ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۰

کلیدواژه‌ها:

سالمند، مراقبت پیشگیرانه، مطالعه تطبیقی، مرور نظام‌مند

مقدمه

می‌توان تغییرات فیزیولوژیک طبیعی، پیش‌رونده، خودبه‌خودی و غیرقابل بازگشت که در آن قوای جسمی و روحی هر دو به نحو قابل توجهی رو به نقصان می‌گذارد، نامید [۱].

بالا رفتن سن و افزایش سریع جمعیت در گروه‌های سالمند، از جمله پیامدهای کاهش نرخ باروری و افزایش امید به زندگی است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ افراد بیشتری در خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن و پیامدهای ناشی از سالمندی در جوامع باشند [۲]. تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۵۰ بیش از دو میلیارد نفر در سرتاسر جهان بالای شصت سال باشند که ۸۰ درصد از آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. حرکت جهانی از بیماری‌های واگیردار به سمت بیماری‌های

در دنیای مدرن و پیشرفته امروزی، توسعه اجتماعی-اقتصادی^۱ به کاهش رشد جمعیت و افزایش امید زندگی در سطح جهانی منجر شد. به این ترتیب فرایند تغییرات جمعیتی تغییر ساختار سنی جمعیت و به عبارتی گذار سنی جمعیت را در پی داشت، به طوری که انتظار می‌رود به تدریج وزن جمعیت از گروه‌های سنی جوان به گروه‌های سنی بالا منتقل شود [۱].

اهمیت تغییرات جمعیتی، تاحدی است که از سالمندی جمعیت به عنوان یک فوریت جهانی نام برده می‌شود [۲]. سالمندی را

1. Socio-economic

* نویسنده مسئول:

دکتر سعاد محفوظپور

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از آسیب.

تلفن: ۵۸۴۴۶۹۳ (۹۱۵) +۹۸

رایانامه: smahfoozpour@yahoo.com

با توجه به اینکه جمعیت ایران در مسیر سالمندی بوده و در دهه‌های آتی با افزایش شدید جمعیت سالمند مواجه خواهد شد، لازم است دست‌اندرکاران نظام سلامت، سالمندی جمعیت را مورد توجه جدی قرار داده و برای مواجهه با این واقعیت اجتناب‌ناپذیر تمهیدات لازم را فراهم کنند [۱۶، ۱۵]. تاکنون، راهبردهای اصلی کشور برای برخورد با این شرایط، تکیه بر ارائه مراقبت‌های بالینی ویژه توسط متخصصان ماهر بهداشتی بوده است، اما شرایط امروز حاکی از آن است که جز با آغاز اقدام جدی برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، نمی‌توان برای بهبود شرایط اقدام کرد [۱۷].

با توجه به موارد ذکر شده در بالا همچنین رشد جمعیت سالمندان و با توجه به اینکه مشکلات و بیماری‌هایی که مختص دوره سالمندی است، بیشتر می‌شود؛ بنابراین ایجاد دوران سالمندی سالم و با حداقل مشکلات ضروری است که این مهم جز با مدیریت صحیح برنامه‌های مراقبتی و مخصوصاً مراقبت‌های پیشگیرانه امکان‌پذیر نیستند، برخورد صحیح با پدیده سالمندی و تأمین نیازهای همه‌جانبه جمعیت روزافزون سالمندان در کشور از وظایف مدیران و برنامه‌ریزان سلامت کشور است.

بنابراین در این مطالعه مروری که در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت، هدف این است که برای نخستین بار به بررسی تطبیقی وضعیت مراقبت‌های پیشگیری سطح اول سلامت سالمندان در جهان از دیدگاه مدیریتی پرداخته شود که با جمع‌بندی این مطالعات راهکارهایی برای اجرای هرچه بهتر مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه در اختیار مدیران و برنامه‌ریزان بهداشتی گذاشته شود.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری نظام‌مند بر اساس دستورالعمل پریزما با هدف انجام مطالعه تطبیقی بین کشورهای مختلف برای شناسایی خدمات سطح اول ارائه‌شده به سالمندان از دیدگاه مدیریتی و سیستمی در سال ۱۳۹۹ انجام شد (تصویر شماره ۱).

برای دستیابی به مقالات مورد نظر پایگاه‌های داده ملی و بین‌المللی شامل مدلاین^۲، مدلیب^۳، ایرانداک^۴، ایران‌مدکس^۵، مگیران^۶، وب‌آوساینس^۷، امباس^۸، پاب‌مد^۹، اسکوپوس^{۱۰} و

2. Medline
3. Medlib
4. Irandoc
5. IranMedex
6. Magiran
7. Web of Science
8. Embase
9. PubMed
10. Scopus

مزمّن، مشکلی جهانی است که منجر به کاهش کیفیت زندگی و افزایش نیاز فراوان به خدماتی چون خدمات توان‌بخشی و خدمات مرتبط با ناتوانی افراد خواهد شد [۴، ۵].

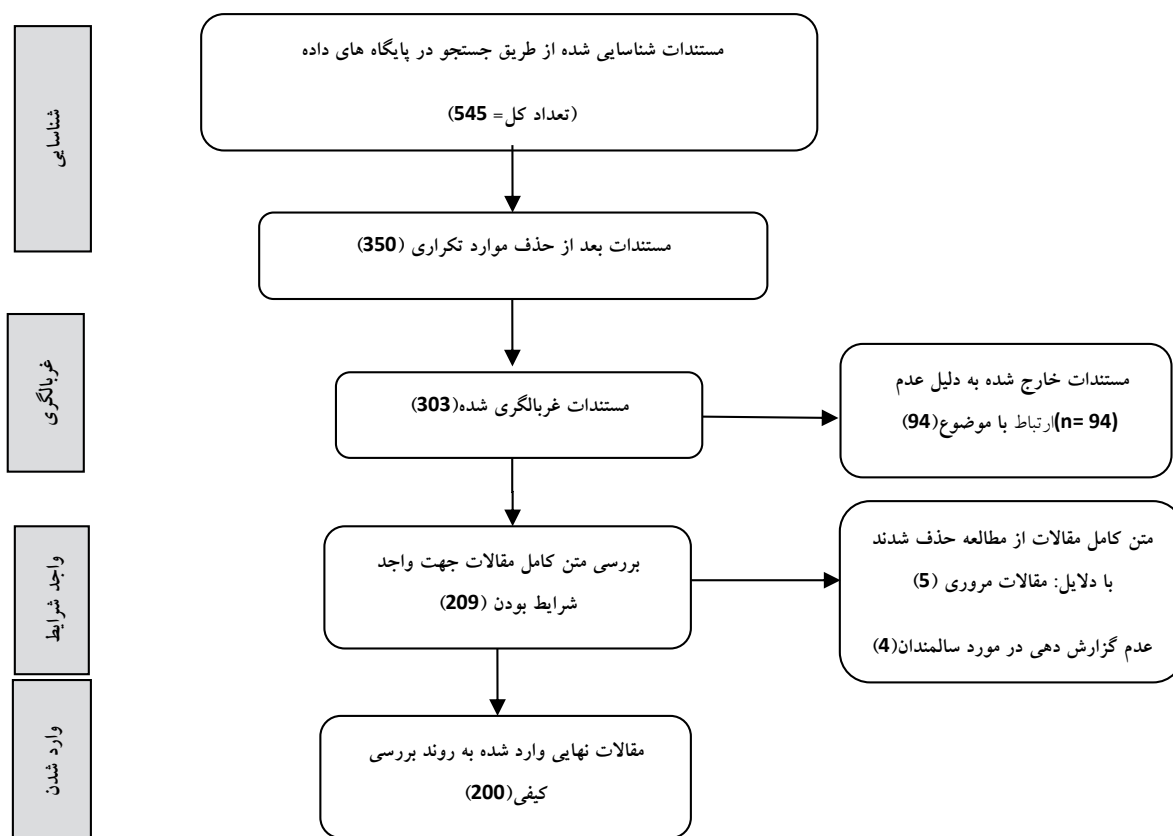
در این بین توجه اختصاصی به خدمات سلامت اولیه برای سالمندان بسیار اهمیت پیدا می‌کند [۶]. برای ارائه خدمات تخصصی به سالمندان لازم است، سیستم مراقبت‌های بهداشتی تغییرات مناسب در ساختار و روند ارائه خدمات به این بیماران ایجاد کند. همچنین ضروری است که سیستم خدمات سلامت سالمندان که در درجه اول مسئول مراقبت از بیمار است، دستخوش تغییر اساسی در مراقبت از این گروه آسیب‌پذیر شود [۱].

با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر شده که این امر منجر به بروز مشکلاتی در سالمندان می‌شود. این مشکلات توانایی حفظ استقلال آن‌ها را کاهش داده و نیاز به کمک را افزایش می‌دهد [۷]. سازمان ملل توصیه می‌کند که فراهم کردن مراقبت برای سالمندان باید فراتر از امور درمانی بوده و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها مد نظر قرار گیرد [۸].

از جمله راهکارهایی که می‌توان برای مراقبت از این افراد در نظر گرفت، ارائه خدمات در منزل است. خدمات سلامت سالمندان در منزل باید به صورت جداگانه سازماندهی و برنامه‌ریزی شود و بسته‌های مشارکتی خدمات باید بر اساس نوع ارائه خدمت و نیاز بیماران طراحی و مشخص شوند. خدمات مراقبت از سالمند عموماً خدماتی ارزان‌تر، راحت‌تر و به اندازه خدمات پرسنل سلامت اثربخش هستند [۹]. این نوع از خدمات هزینه، اثربخش‌ترین راه ممکن برای افزایش دسترسی به خدمات سلامت اولیه برای این گروه در معرض خطر است [۹، ۱۰].

با توجه به تغییر ساختار جمعیت در کشورهای مختلف جهان، لزوم بررسی دقیق پدیده سالخورده‌گی جمعیت به منظور توجه بیشتر برنامه‌ریزان به روند و پیامدهای مثبت و منفی ناشی از سالخورده‌گی ضروری به نظر می‌رسد [۱۱]. بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران و مطالعات انجام شده، جمعیت بالای شصت سال ایران در سال ۲۰۲۱ بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود که به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۵۰ از مرز ۲۰ درصد عبور کند [۱۲].

جمعیت ایران در سرشماری سال ۱۳۹۰، ۷۵ میلیون نفر که ۸/۲ درصد سالمند و در سال ۱۳۹۵، ۸۰ میلیون نفر بوده است که ۹/۳ درصد این جمعیت سالمند است. تعداد سالمندان 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 جمعیت سالمند آسیا ۲۴ درصد که تعداد سالمندان ایران از میانگین سالمندان جهان و آسیا بیشتر خواهد بود، به طوری که از هر سه نفر یک نفر سالمند خواهیم داشت [۱۳، ۱۴].



سالمند

تصویر ۱. فلوجارت پریزما نحوه انتخاب مقالات در مطالعه حاضر را نشان می‌دهد.

در نهایت متن کامل مقالات مرتبط احتمالی بررسی و نسبت به انتخاب مقالات مناسب اقدام شد.

کاکرین^{۱۱} مورد جست‌وجو قرار گرفتند. استراتژی شماره ۱ برای جست‌وجوی مقالات طراحی شده است.

برای جلوگیری از سوگیری، تمام مراحل استخراج و بررسی منابع توسط دو پژوهشگر و به صورت مستقل از هم انجام گرفت. در صورت عدم ورود مقالات، دلیل رد آن ذکر شد. در مواردی که اختلاف نظر بین دو پژوهشگر وجود داشت، بررسی مقاله توسط فرد سوم انجام شد. در مرحله بعد اطلاعات مربوط به مطالعات منتخب شامل نام نویسنده اول، عنوان مقاله، سال انجام مطالعه، سال انتشار مقاله، محل انجام مطالعه و حجم نمونه در فرم طراحی شده از قبل ثبت شد.

1. «prevention and control» [MeSH Subheading] AND «health services for the aged/standards» [MeSH Major Topic] AND organization and administration [MeSH Terms]

جامعه آماری این مطالعه یا معیار ورود، تمام مقالات، پژوهش‌ها، طرح‌ها و گزارش‌های چاپ‌شده به زبان انگلیسی و فارسی در خصوص بررسی نظام‌های مدیریتی ارائه خدمات سطح اول پیشگیری به سالمندان بود.

برای ارزیابی کیفیت مقالات وارد شده به این مرور سیستماتیک از چک‌لیست جوانا بریگز^{۱۲} که یک چک‌لیست استاندارد و مشهور بین‌المللی است، جهت ارزیابی کیفی مقالات شیوع استفاده شد. این چک‌لیست شامل نه بخش متنوع است و هر سؤال شامل چهار گزینه بله، نامشخص، خیر و کاربرد ندارد، است که حداقل و حداکثر امتیاز قابل کسب برای هر مطالعه بین ۰-۹ در نظر گرفته شد. بر این اساس، مطالعات به سه گروه دارای کیفیت پایین (۰-۳)، کیفیت

به منظور به حداکثر رساندن جامعیت جست‌وجو، فهرست منابع مورد استفاده در تمام مقالات مرتبطی که در جست‌وجوی فوق یافت شده بودند، به شکل دستی بررسی شد.

در ابتدا بر اساس استراتژی جست‌وجو و کلیدواژه‌های مورد نظر، فهرستی از تمام مقالات موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی یاد شده تهیه و عناوین مقالات به دست آمده توسط پژوهشگران طرح بررسی و موارد تکراری حذف گردید. سپس عنوان و چکیده مقالات باقی‌مانده به دقت مطالعه و مقالات غیرمرتبط رد شد،

12. Joanna Briggs (JBI)

11. Cochrane

و سقوط سالمندان و ۳۹ مقاله در ارتباط با برنامه ریزی و مدیریت سالمندی بودند [۵۶-۱۸].

متوسط (۴-۶) و دارای کیفیت بالا (۹-۷) تقسیم شدند.

معیارهای ورود و خروج مطالعات اولیه

شرط ورود شامل همه مقالات یافت شده در پایگاه‌های داده مورد جست‌وجو بر اساس کلیدواژه‌ها و شرط خروج از مطالعه شامل مقالات مروری، گزارش تکراری نتایج در سایر مقالات، انجام مطالعه در زمینه یک بخش خاص از سیستم سلامت، عدم گزارش دهی در مورد سالمندان و نیز قرار نداشتن در حیطه مدیریت و اقتصاد سلامت بود.

پس از جمع‌آوری مقالات، چک‌لیستی تهیه شد و در چک‌لیست مذکور، اطلاعات کشورهای مد نظر برای مطالعه تطبیقی شامل ایران، آلمان، انگلیس، ایالات متحده آمریکا، ایتالیا، ترکیه، سوئد، نروژ، کانادا، کره جنوبی، ژاپن، سنگاپور، استرالیا و کوبا جمع‌آوری شدند. دلیل انتخاب هریک از این کشورها، تفاوت در سیستم سلامت آن‌ها و شاخص بودن به عنوان یک نوع خاص از سیستم سلامت و نیز محل قرارگیری کشور بر حسب قاره بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات، هر کدام از کشورهای مذکور از لحاظ نحوه تأمین مالی خدمات سالمندان وجود بیمه مختص سالمندان، نحوه مدیریت و میزان تمرکز، تعداد جمعیت سالمند، عرضه‌کننده خدمت و نحوه کنترل ارزیابی و بر اساس آن مرتب و اقدام به گزارش شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

پژوهش حاضر در قالب یک مرور ساختاریافته می‌کوشد تا انواع چارچوب‌های مفهومی مورد استفاده جهت مدیریت ارائه خدمات پیشگیرانه سلامت سالمندان را شناسایی کند؛ بنابراین تجزیه و تحلیل داده‌ها در طول مطالعه به صورت کیفی انجام و در صورت لزوم آمارهای توصیفی نیز ارائه شده است.

یافته‌ها

ابتدا تعداد ۵۴۵ مقاله از جست‌وجوی پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف بر اساس استراتژی جست‌وجو به دست آمد (تصویر شماره ۱). ۱۹۵ مقاله با بررسی عنوان و خلاصه مقاله حذف شدند. این مطالعات معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، ولی تعدادی از مطالعات به دلیل عدم ارتباط با موضوع، مروری بودن و عدم گزارش دهی در مورد سالمندان در نظر گرفته نشده و کنار گذاشته شدند. در نهایت دویست مقاله وارد مرحله نهایی بررسی شدند که از این مقالات، ۲۹ مقاله در ارتباط با آزار و اذیت سالمندان، ۴ مقاله در ارتباط با بیماری‌های واگیردار، ۲۲ مقاله در ارتباط با بیماری‌های روحی روانی سالمندان، ۳۱ مقاله در ارتباط با بیماری‌های غیرواگیر، هجده مقاله در ارتباط با تغذیه، ۵۲ مقاله در ارتباط با تروما شامل تصادفات

با توجه به اینکه تعداد مقالات زیاد است، امکان گزارش تک تک مقالات با جزئیات (طبق چک‌لیست پریزما) فراهم نیست، ولی به طور کلی نتایج همه مقالات در متن یافته‌ها آورده شده است. در بین کشورهای مورد بررسی چند کشور اروپایی دارای پوشش بیمه‌ای مختص سالمندان بودند، ضمن اینکه ارائه خدمات سالمندی در سنگاپور بیشتر از سایر کشورها مورد توجه بود. مدیریت و سازماندهی در سطح ملی و نظارت نیز بیشتر توسط وزارت بهداشت انجام می‌شد. ۵۰ درصد کشورهای مورد بررسی، پوشش بیمه‌ای مختص سالمندان داشتند. ۶۴ درصد کشورها، مدیریت و سازماندهی ارائه خدمات پیشگیرانه سلامت در سطح ملی، ۷/۵ درصد محلی، ۲۱/۴ درصد ایالتی فدرال و ۷/۱ درصد به صورت ملی محلی بود.

نحوه تأمین مالی ارائه خدمات سالمندان در ۵۰ درصد کشورهای مورد بررسی از طریق مالیات، ۱۴/۲ درصد حق بیمه، ۷/۱ درصد نظام سلامت ملی، ۷/۱ صندوق ذخیره فردی و مابقی کشورها از طریق پرداخت دولت فدرال، بیمه سلامت و... تأمین می‌شد. در ۵۰ درصد کشورهای مورد بررسی عرضه‌کننده خدمات سطح اول، بخش دولتی خصوصی، ۲۸/۵ درصد بخش خصوصی و مابقی کشورها، شهرداری‌ها، دولت‌ها و... بودند (جدول شماره ۱).

اطلاعات کشور برای مطالعه تطبیقی

ژاپن

جمعیت ژاپن را ۲۸/۴ درصد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند که پوشش مختص سالمندی ندارند. نحوه مدیریت و سازماندهی خدمات مراقبت‌های بهداشتی سالمندان به صورت ملی است. بیشترین میزان تمرکز این مراقبت‌ها منطقه‌ای است. ژاپن نظام بیمه سلامت اجتماعی دارد که پوشش همگانی سلامت را برای مردم فراهم می‌کند. دولت ملی قوانین و مقرراتی را برای بیمه و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت تعیین می‌کند و ۴۷ منطقه ژاپن با توجه به منابع مالی اختصاص داده شده توسط دولت ملی خدمات سلامت مردم خود را ارائه می‌کنند [۵۷].

وزارت بهداشت و رفاه، شرایط کمک هزینه را تعیین و یک‌سوم از کل آن را پرداخت می‌کند. بقیه هزینه به تساوی برعهده استانداری و شهرداری است. اختیار اهدای کمک هزینه با قسمت‌های مربوط در ادارات است. اقدامات دولت در بهداشت پیشگیری به‌طور اساسی مبتنی بر غربالگری مردم از نظر به خطر افتادن مؤلفه‌ها و بیماری‌های بالقوه است. کنترل سلامت سالانه با استفاده از بودجه محلی تحت قانون بهداشت سالمندان برای افراد چهل سال به بالا انجام می‌شود و معاینه عمومی، تجزیه ادرار،

شنوایی‌سنجی و مراقبت‌های نظارتی است. می‌توان اذعان کرد سالمندان آمریکایی با وجود بیمه مدیکر حدود ۲۲ درصد از درآمد خود را برای هزینه مراقبت‌های سلامت پرداخت می‌کنند [۵۹]. آمریکا از معدود کشورهایی است که به تدوین برنامه‌های جامع خدمات سالمندی (که به «USA+in» معروف است) پرداخته است و این برنامه هر پنج سال یک‌بار تجدیدنظر می‌شود [۴۱، ۶۰].

ایتالیا

جمعیت ایتالیا را ۲۳/۳ درصد افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند و پوشش مختص بیمه سالمندی دارند. مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در این کشور ملی محلی بوده و میزان تمرکز این خدمات به صورت منطقه‌ای و تحت نظارت ملی است. تغییر در تعامل جمعیت‌شناختی جمعیت در ایتالیا و رشد سالمندی در جامعه نظام سلامت ملی، ایتالیا را بر آن داشت که با در نظر گرفتن تسهیلات لازم به ارائه خدمات و حمایت از این افراد در راستای مراقبت بلندمدت بپردازند.

امروزه ارائه خدمات اجتماعی هم بر اساس نیازسنجی و هم بر اساس توانایی‌سنجی است. در ایتالیا دو نوع پرداخت خدمات وجود دارد، یکی در سطح ملی و دیگری در سطح محلی تأمین می‌شود. دولت ملی در قالب (مقرری همراه) یک سری خدمات جهت همه افراد بسیار ناتوان بدون توجه به سن افراد تأمین منابع کرده و این خدمات ارتباطی با توزیع توانایی‌سنجی ندارد.

همچنین یکی از خدمات توسط مسئولین بهداشت محلی بر اساس نیازهای منطقه‌ای و میزان نرخ معافیت مالیات عمومی به صورت محلی تأمین می‌شود. خدمات سلامت ملی ایتالیا توسط مسئول سلامت محلی مدیریت و برنامه‌ریزی می‌شود. بخش خصوصی نقش مهمی در ارائه خدمات سلامت عمومی داشته و پرداخت ۴۰ درصد از هزینه‌های این بخش در نظام سلامت ملی ایتالیا به عهده بخش خصوصی است. با گذشت زمان، امور برنامه‌ریزی و مدیریت مراقب سلامت، از سطح مرکزی به محلی تفویض شده است.

ارائه خدمات در منزل با مراقبت یکپارچه در منزل یا مکان‌های مسکونی مانند قرارگاه‌ها صورت می‌گیرد. خدمات اجتماعی فردی یا به عبارت دیگر، مراقبت شخصی و خانگی، در محیط منزل و مکان‌های مسکونی ارائه می‌شود. هر دو به روش قدیمی در سطح ملی توسط شهرداری‌ها، هماهنگی و مدیریت می‌شوند. مراقبت بلندمدت توسط ارائه‌کنندگان خدمات مراقبت اجتماعی فردی و سلامتی از هر گروه دولتی و خصوصی طرف قرارداد ارائه می‌شود.

بیشتر سالمندان جهت ملاقات خود در منزل به مراقبین غیررسمی که هم مراقبت خانگی و هم مراقبت فردی ارائه می‌کنند، تکیه دارند. ۴۷/۲ درصد خانواده‌هایی که دارای عضو ۶۵

کنترل فشار خون، سرم گلوتامیک اگزالواستیک ترانس آمیناز^{۱۳}، آلانین آمینوترانسفراز ترانس آمیناز^{۱۴} و کلسترول را در برمی‌گیرد.

برای یک‌سوم جمعیت، معاینات دقیق‌تری، از جمله نوار قلب، تست‌های بینایی، آزمایش‌های کم‌خونی و قند خون انجام می‌شود. آزمایش‌های جداگانه برای سرطان معده، رحم (از ۳۵ سالگی)، ریه و سینه انجام می‌شود.

همچنین برنامه‌هایی شامل هفت پروژه اصلی بوده است که عمده موارد آن در زمینه پذیرش فوری سالمند در برنامه مراقبت در منزل جهت رفاه سالمندان با توجه به موقعیت محل و مکان زندگی، ارتقای برنامه‌های بین‌المللی حقوق بشر در جهت کاهش میزان موارد بستری سالمندان و ایجاد تجهیزات و تکنولوژی مرتبط با این حوزه است. همه افراد ژاپنی تحت پوشش سیستم بیمه عمومی یا پایه هستند که سالمندان را تشویق می‌کند با هزینه بسیار پایین از خدمات پزشکی بهره‌مند شوند [۵۸].

آمریکا

جمعیت آمریکا را ۶۱/۶ درصد افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند و پوشش مختص بیمه سالمندی دارند. مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در این کشور به صورت ایالتی فدرالی بوده و میزان تمرکز این خدمات به صورت منطقه‌ای و تحت نظارت خصوصی است. نظام سلامت در آمریکا از نوع مختلط (ترکیبی) است و بیمه‌های عمومی و خصوصی در کنار هم در این کشور وجود دارند. برنامه بیمه مدیکر^{۱۵} که ابتدا برای افراد سالمند بالای ۶۵ سال در نظر گرفته شد، به مرور زمان معلولین زیر ۶۵ سال، بیماران کلیوی و بیماران آخرین مراحل زندگی را هم شامل شد. آمریکا تنها کشور توسعه‌یافته‌ای است که نتوانسته پوشش همگانی سلامت را برای مردم خود فراهم کند. در سال ۲۰۰۹ میلادی حدود ۴۹ میلیون نفر آمریکایی فاقد بیمه بودند [۵۷].

در آمریکا برنامه‌های سالمندان تحت نظارت شبکه سلامت عمومی و خدمات سالمندی است که شامل وزارت رفاه و سالمندی، انجمن پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، انجمن ملی آژانس‌های سالمندی و واحدهای سالمندی ایالتی هستند. در آمریکا، مدیکر برنامه دولت مرکزی پوشش بیمه ویژه سالمندان در دو بخش مزایای بیمارستانی و مزایای پزشکی به افراد بالای ۶۵ سال ارائه می‌شود. رویکرد به کار گرفته شده در مدیکر می‌تواند جامع‌ترین رویکرد باشد.

نقص موجود در پوشش‌های مدیکر، پوشش ناقص در مراقبت‌های پیشگیری، عدم پوشش خدمات دندان‌پزشکی،

13. Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT)

14. Glutamic Pyruvic Transaminase (GPT)

15. Medicare

و بالاتر که مقیم انگلیس هستند، خدمات بهداشتی پیشگیرانه، خدمات مراقبت و کمک در منزل و ارائه خدمت در مراکز آسایشگاهی است [۶۲].

سوئد

جمعیت سوئد را ۲۰/۳ درصد افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند و پوشش مختص بیمه سالمندی دارند. مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در این کشور، ملی است و میزان تمرکز این خدمات به صورت منطقه‌ای بوده و تحت نظارت دولتی است. سیاست‌گذاری کلان امور سالمندان در سوئد توسط شورای استان (وزارت سلامت و امور اجتماعی^{۱۷}) صورت می‌گیرد و از نظر ساختار سازمانی شهرداری در زمینه سلامت سالمندان فعالیت می‌کند. برنامه‌ریزی در سطح کلان به صورت متمرکز و در سطح منطقه‌ای و استانی به صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد و سازمان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در سوئد شورای شهرداری است [۵۷، ۲۶، ۱۸].

خدمات تحت پوشش برای افراد ۶۵ ساله و بالاتر که مقیم سوئد هستند، خدمات بهداشتی پیشگیرانه، خدمات مراقبت و کمک در منزل و ارائه خدمت در مراکز آسایشگاهی است. منابع مالی آن از طریق مالیات، حق بیمه و پرداخت متناسب با درآمد سالمند تأمین می‌شود. نظارت بر سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در سوئد توسط انجمن بهداشت و رفاه اجتماعی صورت می‌گیرد [۶۲، ۳۰].

سیاست‌گذاری کلان امور سالمندان در نروژ توسط دولت مرکزی (وزارت سلامت و امور اجتماعی) صورت می‌گیرد و از نظر ساختار سازمانی شهرداری در زمینه سلامت سالمندان فعالیت می‌کند. برنامه‌ریزی در سطح کلان به صورت متمرکز و در سطح منطقه‌ای و استانی به صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد و سازمان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در نروژ شهرداری است.

نروژ

جمعیت نروژ را ۱۷/۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند که پوشش مختص بیمه سالمندی دارند. مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در این کشور به صورت ملی است. میزان تمرکز این خدمات به صورت شهری بوده و تحت نظارت ملی است. خدمات تحت پوشش برای افراد ۶۵ ساله و بالاتر که مقیم نروژ هستند، خدمات بهداشتی پیشگیرانه، خدمات در مراکز اقامتی و خدمت در منزل می‌باشد. منابع مالی آن از طریق مالیات عمومی و حق بیمه و پرداخت ناچیز توسط سالمند تأمین می‌شود. نظارت بر سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در نروژ توسط مقامات ملی صورت می‌گیرد [۶۲].

سال یا بالاتر هستند، توسط بستگان خود و ۱۱/۷ درصد توسط همسایگان دوستان و داوطلبان مراقبت می‌شوند.

خدمات رسمی مراقبت از سالمندان شامل مراقبت خصوصی در منزل، مراقبت در منزل با پشتوانه دولت که شامل مراقبت یکپارچه و کمک در منزل بوده و همچنین مراقبت‌های مؤسسه‌ای است. مراقبت‌های مؤسسه‌ای در قالب خانه‌های پرستاری، خانه‌های اقامتی و نیز اقامت طولانی‌مدت در بیمارستان و محیط‌های باز توانی سعی در ارائه خدمات بلندمدت به سالمندان وابسته بر اساس نرخ تعرفه روز توافق شده با سطح ملی دارد. سهمی از این هزینه توسط نظام سلامت ملی ایتالیا تأمین می‌شود.

روش دیگر پرداخت خدمات به یک توافق‌نامه محلی، برای خانواده افراد فراهم می‌شود. ایتالیا هیچ قانون ملی در راستای پرداخت به خانواده‌ها جهت ارائه مراقبت به منظور حمایت و تداوم این خدمات به بستگان سالمند را ندارد. در بیشتر موارد پرداخت مستقیمی به خانواده «سالمندان بسیار وابسته خود مراقبت» صورت می‌گیرد تا از سپردن آن‌ها به خانه سالمندان جلوگیری شود [۶۱].

انگلستان

جمعیت انگلستان را ۱۸/۷ درصد افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند و پوشش مختص بیمه سالمندی ندارند. مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در این کشور، ملی است و میزان تمرکز این خدمات به صورت منطقه‌ای و تحت نظارت ملی است. کشور انگلستان از سال ۱۹۴۸ میلادی نظام سلامت ملی دارد و خدمات رایگان پزشکی و بیمارستانی به همه ساکنین کشور ارائه می‌شود. مالیات‌های عمومی منبع اصلی تأمین مالی نظام سلامت این کشور است. حدود ۸۳/۵ درصد هزینه‌های سلامت از محل منابع عمومی نظیر مالیات تأمین می‌شود.

علاوه بر این، بخشی از حق بیمه ملی، پرداخت‌های مستقیم مردم و بیماران خصوصی، قسمتی از هزینه‌های سلامت را پوشش می‌دهند [۵۷]. این مراقبت‌ها شامل خدمات بیمارستانی، پزشکی و نیز داروهای تجویزی و نسخه‌ها است. تأمین بودجه خدمات بهداشتی ملی^{۱۶}، اغلب از محل مالیات‌های عمومی تأمین می‌شود و هزینه گذاشته‌شده بر دوش بیمار بسیار اندک (و اغلب برای نسخه بیماران سرپایی، دندان‌پزشکی و چشم‌پزشکی) است [۳۱].

سیاست‌گذاری کلان امور سالمندان در انگلیس توسط وزارت سلامت صورت می‌گیرد و از نظر ساختار سازمانی شبکه خدمات طب ملی ویژه سالمندان در زمینه سلامت سالمندان فعالیت می‌کند. برنامه‌ریزی در سطح کلان به صورت متمرکز و در سطح منطقه‌ای و استانی به صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد و سازمان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در انگلیس شبکه خدمات طب ملی ویژه سالمندان وابسته به نظام طب ملی است. خدمات تحت پوشش برای افراد ۶۵ ساله

17. Ministry of Health and Social Affairs

16. National Health Service (NHS)

کره جنوبی

کره جنوبی را ۱/۸ درصد جمعیت افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند و پوشش مختص بیمه سالمندی دارند. مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در این کشور به صورت ملی است. میزان تمرکز این خدمات به صورت ملی منطقه‌ای بوده و تحت نظارت وزارت بهداشت است. سیاست‌گذاری کلان امور سالمندان در کره جنوبی توسط وزارت سلامت و رفاه صورت می‌گیرد. از نظر ساختار سازمانی، بخش سلامت و رفاه سالمندان در زمینه سلامت سالمندان فعالیت می‌کند. برنامه‌ریزی در سطح کلان به صورت متمرکز و در سطح منطقه‌ای و استانی به صورت غیرمتمرکز صورت می‌گیرد و سازمان ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در کره جنوبی وزارت سلامت و رفاه و بخش خصوصی است.

خدمات تحت پوشش برای افراد ۶۵ ساله و بالاتر که مقیم کره جنوبی هستند، خدمات بهداشتی پیشگیرانه و خدمات در مراکز اقامتی است. منابع مالی آن از طریق مالیات و حق بیمه و مشارکت سالمند در پرداخت هزینه کمک در منزل، مراکز مراقبت روزانه و مراکز اقامت کوتاه‌مدت تأمین می‌شود. نظارت بر سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان در کره جنوبی توسط وزارت سلامت و رفاه صورت می‌گیرد [۶۲].

پوشش همگانی سلامت برای همه مردم در این کشور فراهم است. مردم حق بیمه ماهانه را به حساب صندوق ذخیره پزشکی پرداخت می‌کنند که حدود ۷ تا ۹ درصد حقوق و دستمزد ماهانه آن‌ها است. در مقابل، از این محل هزینه‌های بیمارستان و جراحی و گاهی اوقات هزینه‌های خدمات سرپایی آن‌ها پرداخت می‌شود. برنامه سپر پزشکی برنامه مکمل برنامه ذخیره پزشکی برای پوشش هزینه‌های سرسام‌آور پزشکی است. این بیمه اختیاری است و مردم با پرداخت حق بیمه از پوشش خدمات آن بهره‌مند می‌شوند. در نهایت، دولت از بودجه صندوق پزشکی برای کمک به افراد بی‌بضاعتی که برنامه‌های ذخیره پزشکی و سپر پزشکی پاسخگوی هزینه‌های پزشکی آن‌ها نیست، استفاده می‌کند [۵۷].

ایران

در ایران، پوشش بیمه‌های مختص سالمندان وجود ندارد، اما چندین بیمه خصوصی اقدام به ارائه خدمات ذخیره مالی برای سالمندان کرده‌اند. همچنین در این کشور، تأمین مالی خدمات به صورت دولتی، بیمه‌ای و پرداخت از جیب است و تفاوت عمده‌ای با خدمات سایر اقشار ندارد. مدیریت و سازماندهی خدمات متمرکز و دولتی بوده و توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود. در کشور ایران متولی نظام سلامت محلی به عهده دانشگاه‌های علوم پزشکی است که خدمات سالمندی توسط معاونت‌های بهداشتی و درمان این دانشگاه‌ها ارائه می‌شود هر چند که همگی با دستور و نظارت وزارت بهداشت به

ارائه خدمات می‌پردازند و خدمات شدیداً متمرکز است.

عرضه‌کننده خدمات هم شامل عرضه‌کنندگان دولتی و هم خصوصی است که با بیمه‌ها قرارداد می‌بندند. با توجه به اینکه خدمات و مراقبت‌های سالمندی، نقش قابل توجهی در پیشگیری از میزان بستری‌های مجدد سالمندان در بیمارستان دارد و به حفظ استقلال و افزایش کیفیت زندگی سالمندان کمک می‌کند، به نظر می‌رسد لازم است در ایران نیز این خدمات و مراقبت‌ها و تسهیلات مراقبتی با توسعه و ارتقای حمل‌ونقل درون‌شهری، ارائه غذا در منازل، خدمات پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت، برای بهبود وضعیت سلامت سالمندان انجام شود [۶۳].

خلاصه‌ای از مطالعات مهم در زمینه مدیریت مراقبت‌های بهداشتی در ایران در جدول شماره ۱ ذکر شده است. خلاصه‌ای از مدیریت مراقبت‌های بهداشتی و وضعیت مراقبت‌های بهداشتی سالمندان در کشورهای مختلف در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

بحث

پژوهش و تجربه نشان می‌دهد که حفظ تندرستی و سلامت سالمندان امری امکان‌پذیر بوده و نباید بیماری را جزئی جدایی‌ناپذیر از سالخوردگی دانست. شیوه صحیح زندگی که به سالمندی سالم و فعال منجر می‌شود، روشی است که باید از مراحل اولیه جنینی آغاز شود تا بتوان از عوارضی همچون معلولیت‌ها و بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی پیشگیری کرد.

در این راستا، محورهای کلان وزارت بهداشت در ابعاد سلامت سالمندان شامل طراحی برنامه‌های بهبود شیوه زندگی در دوره سالمندی، مراقبت‌های ادغام‌یافته سالمندان، تعمیم پوشش بیمه، مدیریت آموزش و پژوهش، حساس‌سازی جامعه، هماهنگی‌های بین‌بخشی است. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که سالمندان به آن نیاز دارند با سایر گروه‌های سنی متفاوت است و به هماهنگی‌های درون و برون‌بخشی تمام سازمان‌های دولتی و غیردولتی نیازمند است.

در بین مطالعات مورد بررسی، بیشترین جمعیت بالای ۶۵ سال مربوط به ژاپن (۲۸/۴ درصد) و کمترین مربوط به ایران (۶/۵۶ درصد) است. ۵۰ درصد مطالعات مورد بررسی، پوشش بیمه مختص سالمندی نداشتند. در ۵۰ درصد موارد نحوه تأمین مالی خدمات از طریق پرداخت مالیات و ۳۳ درصد از طریق پرداخت حق بیمه بوده است. مدیریت و سازماندهی خدمات در بیش از ۷۰ درصد موارد به صورت ملی و در ۲۰ درصد موارد به صورت فدرال بوده است. در ۶۴ درصد موارد میزان تمرکز خدمات در سطح منطقه‌ای و در ۲۸ درصد موارد در سطح ملی بوده است. نظارت بر خدمات ارائه شده در بیش از ۵۰ درصد موارد برعهده دولت است و بقیه موارد این نظارت برعهده دولت محلی، وزارت بهداشت و بخش خصوصی بوده است.

جدول ۱. خلاصه‌ای از مطالعات مهم در زمینه مدیریت مراقبت‌های بهداشتی در ایران

نام نویسنده	سال انتشار	عنوان پژوهش	نتیجه پژوهش
فاطمه شعاعی	۱۳۸۷	خدمات مراقبتی سالمندی در ایالات متحده آمریکا با نگاهی اجمالی به ایران	تأمین اجتماعی یک منبع درآمد مهم برای بازنشستگان و سالمندان در آمریکا و سایر کشورهای توسعه‌یافته به حساب می‌آید. بدون این منبع درآمدی دوسوم سالمندان در فقر خواهند بود. در ایران نیز تأمین اجتماعی و بیمه‌های سالمندان باید برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان تقویت شود. در ایران سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط با حوزه سلامت و رفاه سالمندان می‌تواند پاسخگوی مناسبی برای رفع مشکلات این قشر باشد.
کیان نوروزی	۱۳۸۴	ارزشیابی مدل سیستم مراقبتی جامعه‌نگر طراحی‌شده برای سالمندان شهر تهران	نتایج اولیه به‌دست‌آمده از به‌کارگیری این سیستم مراقبتی و بررسی برآیندهای مورد انتظار همچون افزایش میزان کیفیت زندگی و امید در سالمندان نشان‌دهنده کارایی این سیستم بوده، هرچند انجام مطالعات تکمیلی بعدی و به‌خصوص بررسی بعد از هزینه فایده توصیه می‌شود.
لیلا صادق‌مقدم	۱۳۹۴	ادراک پیری در سالمندان	مفهوم و عوامل مؤثر بر ادراک پیری در سالمندان، پیشگویی‌کننده‌های مناسب برای وضعیت سلامت، عامل تعیین‌کننده است. میزان رضایتمندی در دوران سالمندی و تطبیق با تغییرات مرتبط با پیری به شمار می‌آید و کندوکاو بیشتر در آن توصیه می‌شود.
مهشید فروغان	۱۳۹۴	ادراک سالمندان از شیوه زندگی سالم؛ مطالعه‌ای کیفی	رفتارهای شیوه زندگی سالم در سالمندان ایرانی متأثر از فرهنگ اسلامی ایرانی و به دو دسته عمده رفتارهای متمرکز بر فرد و رفتارهای متمرکز بر جامعه قابل تقسیم است.
رضا صفدری	۱۳۹۷	ارتقای سلامت سالمندان جامعه مبتنی بر سلامت همراه و تکنولوژی	به‌کارگیری تلفن همراه در ارائه مراقبت، نه‌تنها در کاهش هزینه‌ها و دسترسی آسان به مراقبت و جنبه‌های متنوع آن مؤثر است، بلکه باعث بهبود در روابط بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت و همچنین افزایش تأثیر خودمراقبتی، به‌خصوص در سالمندی می‌شود. پیشرفت‌های اخیر در فناوری تلفن همراه فرصت‌های زیادی برای بهبود سلامت و رفاه افراد، توانایی نظارت و گزارش سریع تغییر وضعیت سلامت، کمک به ایجاد شیوه زندگی سالم، تشخیص سریع شرایط بهداشتی، تسهیل اطلاع‌رسانی و ترویج مراقبت‌های بهداشتی و درمانی فراهم می‌کند. این فناوری می‌تواند در احساس استقلال و امنیت سالمندان مؤثر باشد و موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان شود. همچنین استفاده از این ابزار می‌تواند باعث افزایش رضایتمندی سالمندان و با انگیزه‌تر شدن آنان برای ادامه درمان و حیات شود.
زین الحاجلو اکبر عزیزی	۱۳۹۴	پیامدهای سالمندی جمعیت در ایران با تأکید بر چالش روزافزون نظام سلامت	سالمندی جمعیت در ایران با شیب تندی در حال وقوع است، اما هنوز برنامه‌ریزی و تمرکز کافی در این زمینه صورت نگرفته و سامان‌دهی امور سالمندان از پشتوانه قانونی کافی برخوردار نیست. تحلیل وضعیت فعلی و دورنمای آینده حاکی از وجود چالش‌ها و مشکلات فراوان در حال حاضر و پیچیده‌تر شدن و گسترش یافتن چالش‌ها و مشکلات در آینده نه چندان دور است؛ بنابراین توجه جدی به سامان‌دهی، حمایت و ارتقای سلامت سالمندان، گرچه دیر هنگام، ولی امری اجتناب‌ناپذیر است.
علی سیف‌زاده	۱۳۹۵	بررسی رابطه پایگاه اجتماعی-اقتصادی و سلامت در سالمندی	سالمندان دارای پایگاه اجتماعی-اقتصادی در حد بالا، از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بیشتری نسبت به سایر سالمندان برخوردار هستند. در واقع، سلامت سالمندان یکی از مسائل و مشکلات بهداشتی در بیشتر جوامع است و مقابله با این مشکلات نیازمند سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های دقیق و صحیح است.
سعدالله دارابی	۱۳۹۶	بررسی و مقایسه روند سالموردگی جمعیت در کشورهای آسیایی و اروپایی طی سال‌های ۱۹۵۰ تا ۲۰۱۵	بر اساس نتایج این پژوهش، طی سال‌های ۱۹۵۰ تا ۲۰۱۵ درصد سالموردگی جمعیت در همه مناطق قاره اروپا با فاصله فاحشی بیشتر از کشورهای آسیایی است. با توجه به کاهش سریع نرخ باروری و افزایش امید زندگی طی دهه‌های اخیر در مناطق کمتر توسعه‌یافته قاره آسیا، پیش‌بینی می‌شود روند سالموردگی جمعیت برخلاف دهه‌های گذشته در این مناطق سرعت بیشتری به خود بگیرد و در نهایت، تا سال ۲۰۵۰، این شاخص در کشورهای آسیایی از کشورهای اروپایی پیشی بگیرد.
مهرگان امامی‌نایینی	۱۳۹۶	بررسی وضعیت افسردگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و برخی عوامل مرتبط با آن‌ها در سالمندان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۳	فراوانی افسردگی و موافقت با حمایت اجتماعی ادراک‌شده در سالمندان زیاد است. عوامل اقتصادی و خانوادگی مشترکی با افسردگی و حمایت اجتماعی مرتبط است. تلاش برای بهبود این عوامل مشترک، بهبود وضعیت افسردگی و حمایت اجتماعی درک‌شده را به همراه خواهد داشت و سالمندی سالم‌تری به ارمغان می‌آورد.
سعید مزگان	۱۳۹۸	مقایسه سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در دو گروه سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندان تهران	سطح سلامت اجتماعی سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران به ترتیب در حد ضعیف و متوسط بود. همچنین کیفیت زندگی سالمندان مقیم و غیرمقیم آسایشگاه‌های سالمندی شهر تهران به ترتیب در حد ضعیف و متوسط بود. بر اساس یافته‌ها اقامت در آسایشگاه‌های سالمندی تأثیر معناداری بر سطح سلامت اجتماعی سالمندان ندارد، اما همین موضوع به طور معناداری بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیرگذار است.

جدول ۲. خلاصه‌ای از مسائل مربوط به مدیریت مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای تحت بررسی

نام کشور	ایران	آمریکا	ژاپن	ایتالیا	انگلیس	سوئد	نروژ
درصد جمعیت بالای ۶۵ سال	۶/۵۶	۱۶/۶	۲۸/۴	۲۳/۳	۱۸/۷	۲۰/۳	۱۷/۵
پوشش بیمه مختص سالمندی	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	دارد
نحوه تأمین مالی	دولتی / مالیات	پرداخت دولت فدرال	بیمه سلامت اجتماعی	مالیات، حق بیمه	مالیات	مالیات و حق بیمه	مالیات عمومی و حق بیمه
مدیریت و سازماندهی	ملی	ایالتی و فدرال	ملی	ملی / محلی	ملی	ملی	ملی
میزان تمرکز	ملی	منطقه‌ای	منطقه‌ای	منطقه‌ای	منطقه‌ای	منطقه‌ای	شهری
عرضه‌کننده خدمات	دولتی / خصوصی	خصوصی	دولتی خصوصی	دولتی / خصوصی	خصوصی	خصوصی	شهرداری‌ها
نظارت	دولت	خصوصی	دولتی	ملی	دولتی	دولتی	ملی

نام کشور	کره جنوبی	کانادا	کوبا	ترکیه	آلمان	سنگاپور	استرالیا
درصد جمعیت بالای ۶۵ سال	۱۵/۸	۱۸/۱	۱۵/۹	۸/۹۸	۲۱/۷	۱۳/۴	۱۶/۲
پوشش بیمه مختص سالمندی	دارد	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد
نحوه تأمین مالی	حق بیمه	مالیات	نظام سلامت ملی	بیمه	اجتماعی	صندوق ذخیره فردی	مالیات و پرداخت از جیب
مدیریت و سازماندهی	ملی	محلی	ملی	ملی	فدرال	ملی	فدرال
میزان تمرکز	ملی / منطقه‌ای	منطقه‌ای	ملی	ملی	محلی	منطقه‌ای	منطقه‌ای
عرضه‌کننده خدمات	دولتی / خصوصی	دولتی	دولتی	دولتی / خصوصی	دولتی خصوصی	خصوصی	خصوصی / دولتی
نظارت	وزارت بهداشت	دولت محلی	ملی	دولتی	دولتی	دولتی	دولتی



محلی تفویض شده است. ساختار اداری نظام سلامت ترکیه بسیار متمرکز است. وزارت کشور یک استاندارد برای هر استان انتخاب می‌کند که نماینده رئیس‌جمهور و هر وزیری در استان مربوطه است. هر وزارتخانه یک اداره کل در هر استان دارد که باید به استاندار نسبت به فعالیت‌های خود پاسخگو باشد. هر تصمیمی از وزارت بهداشت ابتدا به استاندار و سپس برای مدیرکل سلامت استان فرستاده می‌شود. همین روش از مدیر کل سلامت به وزارت بهداشت طی می‌شود. چنین سیستمی موجب کاهش کارایی می‌شود. عدم تمرکز سیستم مدیریت عمومی از سال ۲۰۰۳ میلادی در دستور کار دولت بوده است.

در کوبا هم که ساختار سازمانی متمرکز داشته و سیاست‌ها در سطح ملی تعیین می‌شدند، اکنون اقداماتی برای عدم تمرکز و دادن اختیار بیشتر به مقامات محلی در سطح استان‌ها و شهرها داده می‌شود. در مقابل، ساختار سازمانی غیرمتمرکز در کشورهای توسعه‌یافته منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت، ناکارایی نظام سلامت و تا حدودی بی‌عدالتی در دسترسی مردم به خدمات سلامت شد. بنابراین در کشورهای توسعه‌یافته اروپایی و آمریکای شمالی از سال ۲۰۰۸ میلادی اصلاحاتی در ساختار وزارت بهداشت ایجاد شد.

به طور کلی نظام سلامت کشورهای مورد بررسی برای ارائه خدمات سلامت به سه سطح ملی، منطقه‌ای و محلی تقسیم شده است. وزارت بهداشت مسئولیت نهایی نظام سلامت هر کشوری را برعهده دارد که شامل وظایف تدوین قوانین و مقررات، تعیین اولویت‌های نظام سلامت، سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان برای ارائه خدمات سلامت، تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، تعیین بسته حمایتی خدمات سلامت، تولید نظام سلامت و کنترل هزینه‌ها است [۳۰، ۵۲].

وزارت بهداشت در سطح ملی کمتر درگیر ارائه خدمات سلامت به طور مستقیم می‌شود. ادارات منطقه‌ای بر اساس سیاست‌ها و مقررات تنظیم‌شده وزارت بهداشت، وظیفه نیازسنجی خدمات سلامت، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، ارائه مجوز به سازمان‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تأمین مالی، تخصیص منابع و کنترل هزینه‌های مؤسسات بهداشتی و درمانی منطقه تحت پوشش خود را برعهده دارند. در نهایت، ادارات محلی برای جامعه تحت پوشش خود خدمات سلامت را برنامه‌ریزی و به اجرا در می‌آورند.

از میان کشورهای منتخب مورد مطالعه، کشورهای کوبا، ترکیه و ایران دارای یک ساختار متمرکز و سایر کشورها دارای ساختار غیرمتمرکز هستند که اختیارات زیادی به سطوح منطقه‌ای و

در نتیجه، اداراتی در وزارت بهداشت ایجاد شد که وظیفه برنامه‌ریزی و کنترل متمرکز را برای کل کشور به منظور هماهنگی فعالیت‌های بهداشتی و درمانی کشور و کاهش بی‌عدالتی، ارتقای عملکرد نظام سلامت و افزایش کارایی و کیفیت خدمات سلامت برعهده داشتند. این ادارات اهدافی را برای کل نظام سلامت تعیین کرده، شاخص‌هایی مشخص کرده و مدیریت تخصیص منابع را برعهده دارند. در نتیجه این اصلاحات واحدهای ستادی در سطوح مناطق و استان‌ها کاهش یافتند.

به عبارتی، این کشورها سعی در کوچک‌سازی ساختار سازمانی وزارت بهداشت خود دارند. خدمات سلامت اولیه در کشورهای مختلف دنیا یک ساختار واحد و مشخصی ندارد و بخش‌های مختلف در ارائه خدمات سلامت نقش‌آفرینی می‌کنند. خدمات مراقبت سلامت اولیه جامع برای گروه‌های سالمند نیز در آن قسمت به ارائه خدمت می‌پردازد که سلامت و استقلال آن‌ها حفظ شود [۸، ۷].

از آنجا که بسیاری از افراد در سال‌های آخر عمر ترجیح می‌دهند در همان منطقه محل سکونت خود زندگی کنند، ارائه خدمات به سالمندان توسط سطح اول سلامت بسیار مشکل، هزینه‌بر و زمان‌بر خواهد بود، چراکه این نوع خدمات باید تداوم داشته باشد و به هماهنگی بین افراد و نیز نیروی انسانی آموزش دیده نیاز دارد. هرچند که مدل‌های موفق از ارائه خدمات به سالمندان توسط سطح اول ارائه خدمات نیز وجود دارد [۹، ۱۰].

در جوامع ضعیف و توسعه‌نیافته به دلیل وجود مشکلات بسیار توجه به غربالگری و پیشگیری از بیماری کمتر است و بیشتر افراد بعد از ابتلا به بیماری یا از دست دادن سلامت به درمان روی می‌آورند. علیرغم توجه ویژه به سلامت سالمندان طی دهه اخیر، برنامه‌های سلامت سالمندان در کشور را می‌توان موردی، فاقد یک جهت‌گیری راهبردی و محروم از ارتباطات بین‌بخشی توصیف کرد [۱۱].

نتیجه‌گیری نهایی

مطالعه انجام‌شده پیرامون وضعیت مراقبت‌های پیشگیری سطح اول سالمندان در جهان از دیدگاه مدیریتی مورد استفاده قرار گرفته و چارچوب‌های کاربردی ارائه کرده است که اغلب آن‌ها پیامدهای مثبتی به دنبال داشتند. اگرچه هنوز مدل نظری جامعی در این زمینه تدوین نشده، ولی هر یک از این چارچوب‌ها می‌تواند با توجه به محدودیت‌ها و امکانات ذکرشده به صورت جداگانه یا ترکیبی برای موقعیت‌های مختلف استفاده شود و وضعیت سلامت سالمندان را بهبود بخشد.

یافته‌های مطالعه نشان داد نظام سلامت کشورها از لحاظ توجه به سالمندان ویژگی‌های متفاوتی دارند و در بیشتر کشورها، نظام‌های حمایت از سالمندان و بهداشت اولیه سالمندان در نظام سلامت اصلی تنیده بوده و عملکرد و کارکردی مشابه با خود نظام مراقبت اولیه سلامت آن کشور را دارا است. ایجاد تشکیلات هماهنگ برای

برنامه‌ریزی و هدایت فعالیت‌های مرتبط با سالمندان به عنوان اقدامی استراتژیک می‌تواند راهکاری جهت بهبود خدمات حمایتی از سالمندان شود. برنامه‌ریزی در قالب نظام شبکه سلامت (خانه بهداشت) برای برقراری امکانات ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اولیه به منظور رفع مشکلات و مسائل سالمندان در مراحل پیشگیری اولیه باید انجام شود. در این راستا، همه سازمان‌ها در جهت آموزش در زمینه بهبود زندگی سالم و سالمندی فعال برنامه‌هایی در سطح استان و کشور ارائه دهند. تدوین قوانین حمایت از سالمندان از طرف سازمان‌های رفاهی نظیر بهزیستی و تأمین اجتماعی و دیگر سازمان‌های متولی لازم و ضروری است. در این راستا، دولت باید از طرح‌ها و تحقیقات حیطه سالمندی حمایت کرده و دستورالعمل‌ها را با توجه به شواهد پژوهشی ارائه دهد.

محدودیت‌های پیش رو در این مطالعه، متفاوت بودن ارائه و مدیریت خدمات پیشگیرانه بهداشتی در جوامع مختلف است. در هر جامعه با توجه به سن، امید به زندگی، خطرات و مزایای غربالگری یا درمان، ارزش‌ها و ترجیحات بیمار متفاوت است. در جوامع پیشرفته میزان امید به زندگی بالاتر از جوامع در حال توسعه است؛ بنابراین در این جوامع غربالگری و پیشگیری از ابتلا به بیماری اهمیت بالاتری پیدا می‌کند.

پیشنهاد می‌شود برای تحقیقات آتی، کشورهای بیشتری را مطالعه کرده و همچنین خدمات مراقبتی درمانی سلامت سالمندان در کشورهای مختلف با ایران مقایسه تطبیقی شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی پژوهش در این مقاله که استخراج شده از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب با کد مصوب ۱۶۴۱۰۰ می‌باشد، به طور کامل رعایت شده است.

حامی مالی

بنابر اظهار نویسندگان، این پژوهش حامی مالی نداشته است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به طور یکسان در تهیه این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

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

References

- [1] Asadzadeh M, Maher A, Jafari M, Ali Mohammadzadeh Kh, Hosseini SM. [Review health care service patterns for older adults- a narrative review (2015 to 2020) (Persian)]. *Journal of Gerontology*. 2020; 5(3):1-13. <http://joge.ir/article-1-380-fa.html>
- [2] Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F, Rassouli M, Sadegh Moghadam L, Nazari S, et al. [Caregiving appraisal in family caregivers of older adults (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 11(1):8-19. [DOI:10.21859/sIran. J. Ageing-110108]
- [3] Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. Research agenda for frailty in older adults: Toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/ National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006; 54(6):991-1001. [DOI:10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x] [PMID]
- [4] Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annual Review of Public Health*. 2004; 25:79-98. [DOI:10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124401] [PMID]
- [5] Caffrey C, Sengupta M, Moss A, Harris-Kojetin L, Valverde R. Home health care and discharged hospice care patients: United States, 2000 and 2007. *National Health Statistics Reports*. 2011; (38):1-27. [PMID]
- [6] Tomita N, Yoshimura K, Ikegami N. Impact of home and community-based services on hospitalisation and institutionalisation among individuals eligible for long-term care insurance in Japan. *BMC Health Services Research*. 2010; 10:345. [DOI:10.1186/1472-6963-10-345] [PMID] [PMCID]
- [7] Khodamoradi A, Hassani-pour S, Daryabeigi Khotbesara R, Ahmadi B. [The trend of population aging and planning of health services for the elderly: A review study (Persian)]. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2018; 6(3):81-95. <http://jms.thums.ac.ir/article-1-544-en.html>
- [8] Aseyedali M, Sadeghi Mahalli N, Norouzi Tabrizi K. [A review on adult daycare centers in the world (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13(4):518-29. [DOI:10.32598/SIran. J. Ageing.13.4.518]
- [9] Tsuji I, Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Sasaki A, Hisamichi S. Medical cost for disability: A longitudinal observation of national health insurance beneficiaries in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999; 47(4):470-6. [DOI:10.1111/j.1532-5415.1999.tb07241.x] [PMID]
- [10] Wong FKY, So C, Ng AYM, Lam PT, Ng JSC, Ng NHY, et al. Cost-effectiveness of a transitional home-based palliative care program for patients with end-stage heart failure. *Palliative Medicine*. 2018; 32(2):476-84. [DOI:10.1177/0269216317706450] [PMID]
- [11] Darabi S, Torabi F. [Analysis and comparison of aging population in Europe and Asia During 1950 to 2015 (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12(1):30-43. [DOI:10.21859/sIran. J. Ageing-120128]
- [12] Rassel M, Ardalan A. [The future of ageing and its health care costs: A warning for health system (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2(4):300-5. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=76652>
- [13] State welfare organization of iran, Plan and budget organization, Ministry of health and medical education. National aging document of Iran. Tehran: Secretariat of the National Council of the Elderly; 2020. <https://hc.sums.ac.ir/Dorsapax/userfiles/Sub462/Dabirkhane-Files/National-document.pdf>
- [14] Ghasemi S, Keshavarz Mohammadi N, Mohammadi Shahboulaghfi F, Ramezankhani A, Mehrabi Y. [Physical health status and frailty index in community dwelling older adults in Tehran (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019; 13(5):652-65. [DOI:10.32598/SIran. J. Ageing.13.Special-Issue.652]
- [15] Imani A, Dastgiri S, Zeinalhajlu AA. [Population aging and burden of diseases (a review) (Persian)]. *Depiction of Health*. 2015; 6:54-61. <https://doh.tbzmed.ac.ir/Article/doh-125>
- [16] Mahfoozpour S, Iranfar M, Ainy E. [Determinant factors and elderly perspectives of users' friendly transportation (Persian)]. *Safety Promotion and Injury Prevention*. 2017; 5(1):9-14. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=302539>
- [17] Rafiefar Sh. [From health education to health (Persian)]. Tehran: Tandis; 2004. PP.138. https://opac.nlai.ir/opac-prod/search/briefListSearch.do?command=FULL_Vortkey_author
- [18] O'Dowd A. Watchdog says councils are unprepared for England's ageing population. *BMJ*. 2008; 337:a872. [DOI:10.1136/bmj.a872] [PMID]
- [19] Ervin K. Utilising the screening tool to alert doctors to the right treatment with the screening tool of older people's potentially inappropriate prescriptions. *Australasian Journal on Ageing*. 2014; 33(1):63. [DOI:10.1111/ajag.12112] [PMID]
- [20] de Vos A, Cramm JM, van Wijngaarden JDH, Bakker TJEM, Mackenbach JP, Nieboer AP. Understanding implementation of comprehensive geriatric care programs: A multiple perspective approach is preferred. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2017; 32(4):608-36. [DOI:10.1002/hpm.2383] [PMID] [PMCID]
- [21] Berkman P, Heinik J, Rosenthal M, Burke M. Supportive telephone outreach as an interventional strategy for elderly patients in a period of crisis. *Social Work in Health Care*. 1999; 28(4):63-76. [PMID]
- [22] Donohue WA, Dibble JL, Schiamberg LB. A social capital approach to the prevention of elder mistreatment. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2008; 20(1):1-23. [PMID]
- [23] Bartsch DA, Rodgers VK. Senior reach outcomes in comparison with the Spokane Gatekeeper program. *Care Management Journals*. 2009; 10(3):82-8. [DOI:10.1891/1521-0987.10.3.82] [PMID]
- [24] Agnew T. Remote technology used to monitor signs of ageing. *Nursing Older People*. 2008; 20(3):6-7. [DOI:10.7748/nop.20.3.6.s7]
- [25] Chodosh J, Ferrell BA, Shekelle PG, Wenger NS. Quality indicators for pain management in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine*. 2001; 135(8 Pt 2):731-5. [DOI:10.7326/0003-4819-135-8_Part_2-200110161-00012] [PMID]
- [26] Webb S, Chonody J, Ranzijn R, Bryan J, Owen M. A qualitative investigation of gerontological practice: The views of social work and psychology students, faculty, and practitioners. *Gerontology & Geriatrics Education*. 2016; 37(4):402-22. [PMID]
- [27] Mehr DR, Tatum PE. Primary prevention of disease of old age. *Clinics Geriatric Medicine*. 2002; 18(3):407-30. [DOI:10.1016/S0749-0690(02)00019-8]

- [28] Hirsch CH, Stratton S, Loewy R. The primary care of elder mistreatment. *The Western Journal of Medicine*. 1999; 170(6):353-8. [PMID]
- [29] Newbury J, Marley J. Preventive home visits to elderly people in the community. Visits are most useful for people aged ≥ 75 . *BMJ*. 2000; 321(7259):512; author reply 513. [DOI:10.1136/bmj.321.7259.512] [PMID] [PMCID]
- [30] Mangin D, Sweeney K, Heath I. Preventive health care in elderly people needs rethinking. *BMJ*. 2007; 335(7614):285-7. [DOI:10.1136/bmj.39241.630741.BE1] [PMID] [PMCID]
- [31] Hill KM, Bara AC, Davidson S, House AO. Preventive cardiovascular care for older people: Fundamental for healthy ageing? *Age and Ageing*. 2013; 42(6):675-6. [DOI:10.1093/ageing/aft147] [PMID]
- [32] Garwood CL, Curtis KD, Belanger GJ, Cardozo LJ, Turlo GE, Steinberg JD, et al. Preliminary data from a pharmacist-managed anticoagulation clinic embedded in a multidisciplinary patient-centered medical home: a coordinated quality, cost-savings model. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62(3):536-40. [DOI:10.1111/jgs.12701] [PMID]
- [33] Fromm MF, Maas R, Tümena T, Gaßmann KG. Potentially inappropriate medications in a large cohort of patients in geriatric units: Association with clinical and functional characteristics. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2013; 69(4):975-84. [DOI:10.1007/s00228-012-1425-0] [PMID]
- [34] Tyrrell M, Margolis K, Sandberg L, Slater J, Lurie N. Older women helping older women: Employing senior workers in community research. *American Journal of Public Health*. 1996; 86(4):588-9. [PMID]
- [35] Wilson D, Benedict J. Nevada's elderly: Nutrition screening, risk, and interventions. *Nutrition Reviews*. 1996; 54(1 Pt 2):545-7. [DOI:10.1111/j.1753-4887.1996.tb03788.x] [PMID]
- [36] Fox PD, Coleman E. Managing common geriatric conditions. *Healthplan*. 2002; 43(2):47-53. [PMID]
- [37] Grassi C, Landi F, Delogu G. Lifestyles and ageing: Targeting key mechanisms to shift the balance from unhealthy to healthy ageing. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2014; 203:99-111. [PMID]
- [38] Richard L, Gauvin L, Gosselin C, Ducharme F, Sapinski JP, Trudel M. Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: A survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. *International Journal of Public Health*. 2008; 53(1):46-56. [DOI:10.1007/s00038-007-6099-5] [PMID]
- [39] Wallace C. Integrated assessment of older adults who misuse alcohol. *Nursing Standard*. 2010; 24(33):51-7; quiz 58. [PMID]
- [40] Guastadisegni PE, Simon JL, Neuwelt J, Camicioli R, Mueller R, Neuwelt EA. Innovative intergenerational prevention programming for older adults and adolescents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000; 48(1):105-6. [DOI:10.1111/j.1532-5415.2000.tb03043.x] [PMID]
- [41] Cooper DF, Granadillo OR, Stacey CM. Home-based primary care: The care of the veteran at home. *Home Healthc Nurse*. 2007; 25(5):315-22. [DOI:10.1097/01.NHH.0000269965.16119.e5] [PMID]
- [42] Howse K. Healthy ageing: The role of health care services. *Perspectives in Public Health*. 2012; 132(4):171-7. [DOI:10.1177/1757913912444805] [PMID]
- [43] Fletcher A, Breeze E, Walters R. Health promotion for older people: What are the opportunities? *Promotion & Education*. 1999; 6(4):4-7, 41, 51. [DOI:10.1177/102538239900600402] [PMID]
- [44] Ricciardi W, Specchia ML, Marino M. Health of the elderly and healthy ageing: Challenge for Europe. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2014; 203:1-9. [PMID]
- [45] Siu AL, Beers MH, Morgenstern H. The geriatric "medical and public health" imperative revisited. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1993; 41(1):78-84. [DOI:10.1111/j.1532-5415.1993.tb05952.x] [PMID]
- [46] Mitchell E. Evaluation of an integrated falls education group programme. *Nursing Older People*. 2006; 18(1):21-4. [PMID]
- [47] Husaini BA, Castor RS, Whitten-Stovall R, Moore ST, Nesor W, Linn JG, et al. An evaluation of a therapeutic health program for the black elderly. *Journal of Health & Social Policy*. 1990; 2(2):67-85. [PMID]
- [48] Herrmann A, Haefeli WE, Lindemann U, Rapp K, Roigk P, Becker C. [Epidemiology and prevention of heat-related adverse health effects on elderly people (German)]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2019; 52(5):487-502. [DOI:10.1007/s00391-019-01594-4] [PMID]
- [49] Sloan HL. Elderly Protective services in Louisiana. *Pelican News*. 1995; 51(2):6. [PMID]
- [50] Ahmadi P, Alavi NM, Gilasi HR, Safa A, Aghajani M. Developing a tool for evaluating ageism in nursing care of older people in Kashan/Iran. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 2019; 34(1):25-33. [DOI:10.1007/s10823-019-09364-w] [PMID]
- [51] De Laine C, Scammell J, Heaslip V. Continence care and policy initiatives. *Nursing Standard*. 2002; 17(7):45-51; quiz 53-4. [PMID]
- [52] Dolovich L, Oliver D, Lamarche L, Thabane L, Valaitis R, Agarwal G, et al. Combining volunteers and primary care teamwork to support health goals and needs of older adults: A pragmatic randomized controlled trial. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*. 2019; 191(18):E491-500. [DOI:10.1503/cmaj.181173] [PMID] [PMCID]
- [53] Nazarko L. Caring for older people through the National Service Framework. *Professional Nurse*. 2002; 18(1):43-6. [PMID]
- [54] Lowton K, Laybourne AH, Whiting DG, Martin FC. Can fire and rescue services and the national health service work together to improve the safety and wellbeing of vulnerable older people? Design of a proof of concept study. *BMC Health Services Research*. 2010; 10:327. [DOI:10.1186/1472-6963-10-327] [PMID] [PMCID]
- [55] AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013; 61(4):622-31. [DOI:10.1111/jgs.12226] [PMID] [PMCID]
- [56] Satre DD, Hirschtritt ME, Silverberg MJ, Sterling SA. Addressing problems with alcohol and other substances among older adults during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020; 28(7):780-3. [DOI:10.1016/j.jagp.2020.04.012] [PMID] [PMCID]
- [57] Mosadeghrad AM, Rahimi-Tabar P. [Health system governance in Iran: A comparative study (Persian)]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019; 26(9):10-28. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-5261-en.html>

- [58] Eca N, Hico VT. Japanese health care system [A. Purreza, Persian trans]. *Social Security Journal*. 2003; 4(1): 79-111. http://qjo.ssor.ir/article_60448.html?lang=en
- [59] Alizadeh M, fakhrzadeh H, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. [Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2013; 13 (1):74-81. <http://jdlid.tums.ac.ir/article-1-5094-fa.html>
- [60] Dadkhah A. [Special aging services system in the US and Japan and indicators for developing an aging services strategic plan in Iran (Persian)]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2007; 2(1):166-76. <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1236-fa.html>
- [61] Abolghasem Joshaghani M. [Study on long-term care costs in Europe Long-term care of the elderly in Italy (Persian)]. *Social Security Journal*. 2008; 9(4):145-66. http://qjo.ssor.ir/article_61387.html?lang=en
- [62] Khayat P. [The study of elderly health care services in the world (Persian)]. *Social Security Journal*. 2008; 9(4):99-144. http://qjo.ssor.ir/article_61386.html?lang=en
- [63] Safdari R, Sadeghi F, Mohammadiazar M. [Aged care and services programs in Iran: Looking at the performance of relevant organizations (Persian)]. *Payavard Salamat*. 2016; 10(2):155-66. <http://payavard.tums.ac.ir/article-1-6046-en.html>