

## برنامه خدمات و مراقبت‌های سالمندی در ایران

### با نگاهی به عملکرد سازمان‌های متولی

دکتر رضا صفدری<sup>۱</sup>، فاطمه صادقی<sup>۲</sup>، مریم محمدی آذر<sup>۲</sup>

#### چکیده

**زمینه و هدف:** سالمندی جمعیت با ایجاد تغییر در ساختار جمعیت، موجب پیدایش نیازهای جدید به خدمات سلامت می‌شود. خدمات سلامت سالمندان یکی از نیازهای اساسی کشورهایی است که از نظر شاخص‌های بهداشتی در سطح مطلوبی قرار دارند. در این مقاله سعی شده است که با بررسی وضعیت ارائه خدمات به سالمندان در سایر کشورها، چالش‌های ارائه‌ی برنامه‌ها و خدمات سالمندی در ایران به تصویر کشیده شود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر به روش مروری، با بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای و پایگاه‌های اطلاعاتی Ovid، Science Direct، Pub Med، Proquest و پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و با استفاده از کلیدواژه‌های خدمات و مراقبت‌های سالمندی، عملکرد سازمان‌های متولی و ایران انجام گردید.

**یافته‌ها:** طبقه‌بندی‌های مختلفی در خصوص دسته بندی خدمات ارائه شده به سالمندان وجود دارد. با توجه به مفهوم، سطح، و نوع خدمات ارائه شده می‌توان این خدمات را در سه گروه کلی: زیرساختها، خدمات اجتماعی و خدمات پیشگیری و مراقبتی جای داد.

**نتیجه‌گیری:** در ایران دستگاه‌های اجرایی و نهادهای مسئول و مرتبط با سالمندان در حد وظایف جاری خود و اعتبارات تخصیص یافته، اقداماتی را در زمینه‌ی حمایت از سالمندان انجام می‌دهند. اما این اقدامات کافی به نظر نمی‌رسد؛ زیرا حل مسأله‌ی سالمندی به عنوان مسأله‌ای که هم اکنون آثار آن مشهود است و در آینده شدت بیشتری خواهد یافت، نیازمند مسئولیت‌پذیری و همکاری تعداد بیشتری از دستگاه‌های اجرایی و نهادهای عمومی است.

**واژه‌های کلیدی:** خدمات و مراقبت‌های سالمندی، عملکرد سازمان‌های متولی، ایران

دریافت مقاله: دی ۱۳۹۴  
پذیرش مقاله: فروردین ۱۳۹۵

\* نویسنده مسئول:

مریم محمدی آذر  
دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی  
تهران

Email:  
m.azarmohamadi@yahoo.com

<sup>۱</sup>استاد گروه مدیریت اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup>کارشناس ارشد مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## مقدمه

در عصر حاضر پدیده ی سالمندی به عنوان پدیده ای جهان شمول مطرح است. افزایش امید به زندگی و کاهش باروری در دنیا باعث شده است که سالمندان سریعترین نرخ رشد را در بین گروه های سنی مختلف داشته باشند (۱). امروزه حدود ۷۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند. تا سال ۲۰۲۰ این رقم به بیش از یک میلیارد نفر خواهد رسید. سالمندی به عنوان روند طبیعی عمر بشر در اکثر کشورهای دنیا از سن ۶۰ سالگی آغاز می شود. آمارهای موجود گویای آن است که نرخ رشد کلی جمعیت جهان در حال حاضر حدود ۱/۵ درصد است، اما این نرخ رشد در مورد جمعیت سالمندان جهان، سالانه به حدود ۲/۴ درصد خواهد رسید (۲). جمعیت سالمند دنیا تا سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد نفر و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر رشد خواهد داشت. در حال حاضر حدود دو سوم جمعیت سالمند دنیا در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. شاخص های جمعیت شناختی در ایران نیز تاکید کننده ی روند افزایش جمعیت سالمندان در ایران است. بر اساس سر شماری عمومی کشور در سال ۱۳۸۵، موج جمعیت به سوی سالمندی در حال حرکت است و این هشدار است که از شروع آرام بحران جمعیت سالمندی در ایران خبر می دهد (۳). اگر چه افزایش جمعیت سالمندان نشان از موفقیت برنامه های ارتقای سلامت در کشور دارد، اما باید توجه داشت که این خود چالشی اساسی است که برای دستیابی به حداکثر ظرفیت سلامتی و عملکردی، مشارکت اجتماعی و امنیت سالمندان تمامی منابع اقتصادی و اجتماعی جامعه را به چالش می کشد (۴). سالمندی جمعیت یک پیامد جمعیت شناختی است که تا حد قابل توجهی از ارتقای بهداشت و سلامت

منشا می گیرد؛ بدین علت که در آن باروری و مرگ و میر از سطوح بالا به سطوح پایین کاهش می یابد. به عبارت دیگر، کاهش مرگ و میر، خصوصاً مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان، کاهش اساسی و مداوم باروری و افزایش امید به زندگی یا افزایش رفاه اجتماعی با تغییر ساختار سنی جمعیت موجب این پدیده می گردد (۵). دیدگاه های متفاوتی در خصوص حدود سنی تعیین کننده ی جمعیت سالخورده وجود دارد (۶). برخی از کارشناسان جمعیت سالمندی را جمعیتی تعریف می کنند که بیش از ۱۲ درصد کل آن را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند و برخی دیگر این مقدار را بیش از ۱۰ درصد کل جمعیت تعیین کرده اند (۷). اما براساس معیار سازمان ملل متحد، چنانچه نسبت سالمندان یک جمعیت بیش از ۷ درصد باشد، آن جمعیت سالخورده محسوب می شود (۸).

پیشرفت های به وجود آمده در زمینه ی بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در ایران و نیز توجه به بهداشت عمومی، واکسیناسیون و اقدامات وسیع پیشگیری از بیماریهای عفونی در کودکان که از سه دهه اخیر انجام گرفته اند، هرم سنی جمعیت ایران را به سمت رشد سالمندی تغییر داده است (۹). به همین علت، طی این مدت پیر شدن جمعیت روند صعودی داشته تا اینکه بر اساس آمار های منتشر شده در سال ۱۳۸۵، نسبت افراد بالای ۶۰ سال به ۷/۳ درصد کل جمعیت ایران رسیده است (۱۰-۱۵).

به طور کلی سالمندی به عنوان یک رویداد طبیعی از دید بیولوژیکی، روند تحلیلی را در ساختار فیزیولوژیکی، عملکردهای فیزیکی و شناختی بدن انسان ایجاد می کند که مراقبت خاصی را در ارتباط با سلامت می طلبد و از دید اجتماعی با پدیده هایی



اطلاعاتی مناسب در این زمینه پرداخته شد و سپس با در نظر گرفتن اهداف مطالعه، کلیدواژه های مناسب انتخاب شدند. در ادامه با استفاده از این کلیدواژه ها، مقالات مرتبط از مجلات معتبر، مورد استفاده قرار گرفت.

مقالات از پایگاه های الکترونیکی PubMed، Science Direct، Iran Medex، Google scholar و پایگاه های اطلاعات علمی (SID) استخراج شد. جستجوی مقالات انگلیسی از سال ۱۹۸۵ تا ۲۰۱۳ میلادی و مقالات فارسی از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۲ شمسی با استفاده از کلیدواژه های خدمات و مراقبت های سالمندی، عملکرد سازمان های متولی، و ایران انجام گردید. از این واژه ها به صورت ترکیب دو واژه و یا به صورت جداگانه استفاده شد. ۴۹۳ عنوان مقاله یافت گردید که در این میان عناوین تکراری حذف شدند. با توجه به کمبود مقالات مرتبط در این حیطه، مقالاتی که با عنوان پژوهش همخوانی نداشتند، حذف شدند. در نهایت ۴۸ مقاله و کتاب برای مطالعه متون در زمینه موضوع مقاله مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها به روش یادداشت برداری از مکتوبات و مستندات مرتبط با خدمات و مراقبت های سالمندی در بخش نمونه گیری، جمع آوری گردید و نکات شاخص این مقالات استخراج شد و تحلیل محتوایی گردید و در نهایت تحت طبقه بندی قرار گرفتند.

### یافته ها

طبقه بندی های مختلفی در خصوص دسته بندی خدمات ارائه شده به سالمندان وجود دارد (۲۲-۱۹)؛ اما با توجه به مفهوم، سطح، و نوع خدمات ارائه شده می توان این خدمات را در سه گروه کلی: زیرساختها، خدمات اجتماعی و خدمات مراقبتی و پیشگیری جای

نظیر بازنشستگی و تنهایی همراه است که نیازهای ویژه رفاهی و اجتماعی را پدید می آورد (۱۶).

در ایران در اواخر دهه ۶۰ و دهه ۷۰، نیازهای خاص گروه سنی کودک و نوجوان (تغذیه، ایمن سازی، بهداشت و مدرسه) وجه غالب را در برنامه ریزی کلان کشور داشته است. در دهه ۱۳۸۰ نیز این جایگاه به نیازهای خاص جوانان (ازدواج، مسکن و شغل) اختصاص یافته است، و هم اکنون با توجه به شرایط جمعیتی حال حاضر در کشور ایران، برنامه ریزی برای دو دهه ی آینده باید بر اساس نیازهای خاص سالمندان و سالخوردگان متمرکز شود (۱۷). در این خصوص دستورالعمل هایی نیز از سوی دفتر حوزه مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت مبنی بر طراحی و اعلام برنامه راهبردی ارائه خدمات ویژه سالمندان برای کشورهای عضو صادر شده است (۱۸).

با توجه به موارد ذکر شده، باید از هم اکنون به فکر برخورد صحیح با پدیده ی سالمندی و تامین نیازهای همه جانبه ی سالمندان در کشور بود. هدف سالمندی با کیفیت، باید در همه سیاست های ملی برای سالمندان مدنظر قرار گیرد و به نیاز روز افزون مراقبت ها و خدمات دوران سالمندی توجه کافی شود، و در نتیجه سیاست گذاری و برنامه-ریزی جهت تدوین نظام جامع خدمات سلامت ویژه سالمندان ضروری به نظر می رسد. هدف از انجام این پژوهش، تبیین وضعیت ارائه خدمات به سالمندان در سایر کشورها، و هم چنین چالش های ارائه برنامه ها و خدمات سالمندی در کشور ایران است.

### روش بررسی

پژوهش حاضر به روش مروری انجام گردید. برای انجام این پژوهش، ابتدا به جستجوی پایگاههای

داد.

افزایش کیفیت زندگی شامل آموزش به سالمندان، تشکیل گروههای حمایتی و ارائه ی تسهیلاتی در جهت افزایش کیفیت زندگی سالمندان است (۲۵).

طرح شهید رجایی یکی از برنامه های کمک رسانی مادی و رفاهی برای سالمندان است که از سال ۱۳۶۱ آغاز شده است. این طرح برای پشتیبانی از سالمندان نیازمند روستایی و عشایری، پیشنهاد شده است که پس از تصویب نهایی آن، از سال ۱۳۶۱ در کشور به اجرا در آمد. در این طرح، ماهانه مبلغی برای پشتیبانی از خانواده پرداخت می شود و افزون بر آن خدمات حمایتی دیگر مانند مسکن، خدمات فرهنگی و آموزشی، اشتغال و خودکفایی، کمک به ازدواج فرزندان، قرض الحسنه و بیمه درمانی نیز به آنان اضافه شده است. به جز روستاییان و عشایر، شمار زیادی از سالمندان نیازمند کشور نیز که در مناطق شهری زندگی می کنند، زیر پوشش این طرح قرار دارند (۲۶).

شهرداری ها به واسطه امکانات و اختیاراتی که دارند در زمینه خدمات اجتماعی می توانند اقدامات موثری انجام دهند از جمله: راه اندازی فرهنگسراهای سالمندان، کانون های سالمندی، و برگزاری برنامه های ویژه سالمندان در خانه های فرهنگ پارک های محلات. در کنار این موارد، برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان، شهرداری ها می توانند اقداماتی نظیر مناسب سازی فضای شهری مانند معابر و اماکن عمومی در کالبد مبلمان شهری، مناسب سازی وسایل حمل و نقل عمومی و تعبیه مکان اختصاصی استاندارد برای استفاده سالمندان، ارائه خدمات و تسهیلات ویژه رفاهی، فرهنگی، ورزشی و تفریحی به سالمندان انجام دهند. مجموع این اقدامات با عنوان "برنامه شهر دوستدار سالمند" در شهرداری پیگیری می شود. شهر دوستدار سالمند با فراهم آوردن

زیر ساخت برنامه ها و خدمات مراقبتی سالمندان تمامی تسهیلات سیاست ها و قوانین تصویب شده در حوزه سالمندی، بیمه های سالمندی، برنامه های بازنشستگی، و مواردی از این قبیل را شامل می شود. نکته ی قابل توجه این است که چه در مرحله تهیه برنامه راهبردی و چه در مرحله اجرای برنامه، بسترها و زیرساخت هایی نیاز است که ضمن تامین نیازهای اطلاعاتی و آماری، سازوکار مناسبی را برای مدیریت اطلاعات این بخش از نظام سلامت فراهم آورد (۲۳).

طولانی بودن مراقبت ها به واسطه ی ماهیت و ویژگی های خاص جمعیت هدف (سالمندان) ایجاب می کند تا تدابیر متفاوتی برای استمرار و یکپارچگی جریان اطلاعات اندیشیده شود.

در ارتباط با خدمات بیمه ای، در ایران چندین سازمان وظیفه ارائه خدمات بیمه ای به سالمندان را بر عهده دارند از جمله: کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی، سازمان تامین اجتماعی و سازمان بازنشستگی. سالمندان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) ۱/۵۰۰/۰۰۰ نفر، سالمندان زیر پوشش سازمان بهزیستی حدود ۱۵۰/۰۰۰ نفر، سالمندان تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی، بازنشستگی کشوری و لشگری حدود ۱/۶۰۰/۰۰۰ نفر تخمین زده می شود.

خدمات اجتماعی ارائه شده به سالمندان شامل: خدمات حمایتی، خدمات پایه و خدماتی در جهت افزایش کیفیت زندگی است. خدمات حمایتی شامل کمک به افراد سالمند در انجام مراقبتهای فردی و شخصی است که خود می تواند دربرگیرنده خدمات قانونی، حمایتی اجتماعی و عاطفی باشد. خدمات پایه، شامل ارائه غذا، لباس، سرپناه، حمل و نقل و مدیریت مالی است (۲۴). ارائه ی خدمات در راستای



هزینه های تعیین شده از سوی این سازمانها را داشته باشند(۲۹).

## بحث

در حال حاضر کشورهای توسعه یافته به تبیین اهداف، نیازها، اولویت ها و تهیه برنامه ای مدون در ارتباط با نیازهای سالمندان پرداخته اند(۲۹). هم چنین همه کشورهای جهان سالمندی را به عنوان یک پدیده مهم اجتماعی می دانند و درصدد آن هستند که تلاشهای پیگیر و مستمری را در جهت اجرای برنامه های حمایت اجتماعی و به منظور رفع نیازهای طبیعی آن ها انجام دهند(۳۱ و ۳۰). خلق محیط های حمایتی برای ارتقای سلامت مردم در جوامع، نیازمند اقدام در بسیاری از سطوح است و ممکن است شامل تلاش های سیاسی برای توسعه و اجرای قوانین و سیاست های حمایتی، توسعه اقتصادی پایدار جوامع و انواع اقدامات اجتماعی باشد(۳۲).

برای مثال، در کشور استرالیا خدمات و مراقبت های سالمندان در طول ۶۰ سال گذشته توسعه بسیاری داشته است. نخست این خدمات در مدل مراقبت در منزل تمرکز داشته و پس از تکامل بیشتر، این نوع خدمات به صورت ترکیبی و با نظارت قانونی شکل گرفته است(۳۲). در سنگاپور نیز خدمات و مراقبت های سالمندان با استقرار سه واحد طب سالمندان در مناطق مختلف شروع شد و در ادامه سیستم های جدید مطابق با نیازهای بهداشتی و درمانی سالمندان توسعه یافت و پس از آن چارچوبی جامع از خدمات برای پاسخگویی به نیازهای جمعیت سالمندان توسعه یافت(۳۳).

تفاوت عمده بین کشورهای توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه نظیر ایران، در این است که

فرصت هایی برای سلامت، مشارکت و ایمنی در کنار افزایش سن افراد، کیفیت زندگی را افزایش می دهد(۲۷).

خدمات مراقبتی و پیشگیری شامل ارائه خدمات در زمینه های خدمات: پزشکی، پرستاری، توانبخشی، غربالگری، پیشگیری و آموزش مراقبان است. در این زمینه سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت عمده مسئولیت ارائه خدمات مراقبتی را به عهده دارند. سازمان بهزیستی از طریق ارائه مجوز و یارانه، تاسیس مراکز بلند مدت و کوتاه مدت را تسهیل کرده و بر عملکرد این مراکز نظارت می کند. علاوه بر این، معاونت سلامت وزارت بهداشت نیز از طریق آموزش عمومی به سالمندان با عنوان "شيوه زندگی سالم" خدمت رسانی می کند. این برنامه به منظور کنترل مشکلات ناشی از گذر سن در سالمندان و حفظ سلامتی در این سنین ایجاد شده است. در این برنامه ابتدا در مراکز بهداشتی و درمانی اطلاع رسانی شده و سالمندان ۶۰ سال به بالا فراخوان می شوند و در جهت مسائل مرتبط با دوران سالمندی به آنها آموزش داده می شود. جمعیت هدف این برنامه، سالمندان سالمی هستند که بیماری خاصی نداشته و می توانند این توصیه ها را در زندگی روزمره خود به کار برند(۲۸).

در ایران مراکز شبانه روزی و روزانه زیر نظر سازمان بهزیستی کار می کنند. سازمانهای خصوصی نیز با نام مراقبان سالمند با مجوز رسمی سازمان بهزیستی در حال فعالیت هستند. این سازمانها با مراجعه به خانه های شهروندان تهرانی و بستن قرارداد، به صورت سیار سالمندان را از خدمات بهداشتی خود بهره مند می سازند. اما تنها سالمندانی می توانند از این خدمات بهره گیرند که توان پرداخت

دولت و مردم در کشورهای توسعه یافته کاملاً آماده اند تا با چالش های ناشی از شمار فزاینده افراد سالمند مواجه شوند. اغلب کشورهای درحال توسعه حتی از این پدیده و گرفتاری های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن آگاه نیستند (۳۴).

در ارتباط با خدمات و مراقبت های ارائه شده به سالمندان برنامه ریزی هایی از سال ۱۳۶۱ در ایران آغاز شده است، اما هنوز به ساماندهی مطلوب نرسیده است. این برنامه ها در بسیاری از موارد ناقص است و بخش مهمی از نیازهای سالمندان مانند: مراقبت در منزل، مراقبت و نگهداری (آسایشگاهی، مراقبت روزانه و تحت حاد)، خدمات توانبخشی (کاردرومانی، شنوایی سنجی، ارتوپد فنی، و تهیه وسایل کمک توانبخشی) را پوشش نمی دهد.

تدوین قوانین حمایت از سالمندان از طرف سازمان های رفاهی نظیر بهزیستی و تامین اجتماعی و سازمان های متولی، لازم و ضروری است. در این راستا دولت باید از طرح ها و تحقیقات حیطه ی سالمندی حمایت کند و دستورالعمل ها را با توجه به شواهد پژوهشی ارائه دهد. انجام تحقیقات گسترده ی ملی برای نیاز سنجی از سالمندان و خانواده های آنها و برنامه ریزی بر مبنای نتایج این تحقیقات برای ارائه خدمات حمایتی، بهداشتی و پزشکی به سالمندان با رویکرد حفظ استقلال و بهبود شرایط زندگی، اطلاع رسانی و آموزش عمومی برای حفظ سلامت دوران سالمندی، و دخالت دادن سالمندان در برنامه های مربوط به آنها لازم است.

در حالی که کشورهای توسعه یافته از جمله کانادا و آمریکا و ژاپن سالمندان خود را تحت پوشش بیمه های سالمندی از جمله Medicare و بیمه مراقبت بلند مدت (Long Term Care Insurance) قرار داده اند و قاطعانه به سمت اجتماعی کردن مراقبت برای

سالمندان ناتوان در حرکت هستند (۳۶-۳۴)، پوشش بیمه های درمانی و اجتماعی در ایران بیشتر تابع وضع شغلی افراد است و در مورد بیمه های حمایتی و نیمه حمایتی نیز اقبال معینی از جامعه زیر پوشش قرار گرفته اند. بر این مبنای، سالمندان «به عنوان سالمند» زیرپوشش هیچ یک از سازمان های بیمه ای نیستند؛ مگر آنکه به عنوان شاغل، بازنشسته، نیازمند، معلول، و روستایی بیمه شده باشند. به عنوان مثال، کلیه بازنشستگان و از کارافتادگان زیرپوشش صندوق های بازنشستگی (که بخش عمده آنها و همین طور همسرانشان سالمند هستند)، از مزایای مستمری و بیمه درمانی برخوردار هستند. لازم به ذکر است، که تمامی روستاییان و عشایر از مزایای بیمه درمانی رایگان برخوردارند که این امتیاز، سالمندان روستایی را نیز شامل می شود. با وجود این، آمار دقیقی از تعداد سالمندان تحت پوشش نظام بیمه ای و حمایتی در دسترس نیست و احتمال وجود همپوشانی بین آنها زیاد است. از کل سالمندانی که تحت پوشش بیمه های پایه هستند، فقط ۱۶/۲ درصد آنها زیر پوشش بیمه مکمل قرار دارند و ۲۵٪ از سالمندان زیر پوشش هیچ نوع بیمه ای نیستند (۲۶).

چشم انداز جمعیتی و اقتصادی ایران در دو دهه آینده با توجه به محدودیت های منابع دولتی بر اهمیت و ضرورت تقویت و تعمیم برنامه های بیمه ای تاکید دارد.

اگر چه هر یک از این موسسات و نهادهای فعال در این حوزه خدمات ارزنده و قابل توجهی دارند، اما از نظر وجود یک نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی، ناهماهنگ و بعضاً غیرمکفی هستند. به همین دلیل و با توجه به فقدان یک ساختار مناسب و جامع و نبود مدیریت موثر منابع و ناهماهنگی بین سازمان ها، طراحی یک نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی فراگیر



صورت ناقص، و ارائه کارت های منزلت به منظور استفاده از سینما، پارک و ایاب و ذهاب انجام شده است و معیارهای شهر دوستدار سالمند از جمله حمل و نقل سالمند به مراکز درمانی، خدمات خانه داری، حمایت های اجتماعی، خدمات مربوط به ارتباطات و اطلاع رسانی را به طور کامل پوشش نمی دهد.

با توجه به اینکه خدمات و مراقبت های سالمندی، نقش قابل توجهی در پیشگیری از میزان بستری های مجدد سالمندان در بیمارستان دارد و به حفظ استقلال و افزایش کیفیت زندگی سالمندان کمک می نماید، به نظر می رسد لازم است در ایران نیز این خدمات و مراقبت ها و تسهیلات مراقبتی با توسعه و ارتقای حمل و نقل درون شهری (۳۵)، ارائه غذا در منازل، خدمات پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت، برای بهبود وضعیت سلامت سالمندان انجام شود. از آنجایی که ارائه یارانه برای استفاده از مراکز خصوصی و مراقبت در منزل به عهده ی سازمان بهزیستی است، در نظر نگرفتن مبنای محاسبه به روز از نرخ خدمات و مراقبت ها و تعریف پرداخت هزینه این نوع مراقبت ها، نه تنها به ایجاد و گسترش انواع مراکز نگهداری کمک نمی کند، بلکه موجب افت شدید کیفیت خدمات ارائه شده نیز می شود که چنین مسائلی سازمان فوق را در آینده ای نزدیک با چالش های عظیمی مواجه خواهد نمود. از سوی دیگر، به دلیل نقش تعامل -اجتماعی در سلامت جسمی و روانی سالمندان لازم است مراکز روزانه ارائه دهنده ی خدمات، توسعه ی بیش تری داشته باشند.

برنامه غربالگری و ارتقای سلامت در همه کشورهای توسعه یافته انجام می شود (۳۷ و ۳۲). در ایران، آموزش به سالمندان توسط وزارت بهداشت و

که بتواند مجموعه های پراکنده موجود را که در قلمرو تامین اجتماعی مشغول ارائه خدمات هستند، سامان داده و آنها را از ساختار و کارکرد توسعه ای برخوردار سازد، به عنوان ضرورتی ملی مطرح است.

پرداخت هزینه باید برای خدمات مداوم و تاکید دوباره بر مراقبت های پیشگیرانه باشد. تامین اجتماعی و بیمه های سالمندان باید به منظور افزایش کیفیت زندگی سالمندان تقویت شود. تجربه ی کشورهای پیشرفته در زمینه ی جهت گیری به سوی نظام حمایت اجتماعی و ارائه ی خدمات رفاه همگانی به سالمندان در کنار رفاه همگانی و نظام بیمه های اجتماعی به این قشر، می تواند به عنوان گامی اساسی در تحقق عدالت اجتماعی در کشورهای رو به رشد باشد.

در کنار بیماری ها و اختلالات جسمی و روحی که بسیاری از سالمندان در سنین پیری و از کارافتادگی با آن روبرو هستند، شرایط نامناسب محیطی و فضاهای شهری کیفیت زندگی فردی و اجتماعی سالمندان را تحت الشعاع قرار می دهد. نقص در پیاده سازی جامع طرح شهر دوستدار سالمند، بی توجهی به ایجاد و رعایت استانداردهای فیزیکی، فضاها، اماکن، منازل مسکونی و مراکز نگهداری از سالمندان، خود مشکلات جدی را در برنامه خدمات و مراقبت های سالمندی ایجاد می کند که امکان سرویس دهی به سالمندان و نیز امکان مشارکت های اجتماعی از آن ها را کاهش می دهد و مراقبان آنان را با مشکلات جدی روبرو می کند. با وجود ارائه طرح شهر دوستدار سالمند و پیگیری توسط شهرداری، اجرای برنامه های شهر دوستدار سالمند تاکنون در اکثر شهرهای ایران در حد راه اندازی فرهنگسراها و کانون های سالمندی، نوسازی معابر و خیابان ها، به

درمان و آموزش پزشکی به صورت محدود و فقط برای سالمندان فراخوان شده ارائه می شود، لذا تعیین اولویت های آموزشی براساس نیازهای سالمندان و توجه به سواد، فرهنگ، اعتقادات، انگیزه، عوامل اقتصادی، اجتماعی و محیطی ضروری است. همچنین لازم است اهداف آموزشی با نیازهای آموزشی هماهنگ باشد و با معیارهای رفتاری و قابل دسترس و قابل اندازه گیری و واقعی طرح ریزی شوند (۳۸ و ۳۹). تدوین سیاست های حمایتی رسمی و غیر رسمی به منظور آموزش، حمایت مالی و ایجاد ساختارهای مناسب رفاهی و خدمات سلامت محور مبتنی بر جامعه برای مراقبان و سالمندان می تواند ارتقای مراقبت کیفی خانوادگی را به دنبال داشته باشد (۳۹).

## نتیجه گیری

بر اساس یافته های حاصل از پژوهش حاضر، به نظر می رسد نبود سازمان خاص متولی سلامت سالمندان با توجه به رشد روزافزون این قشر از جمعیت کشور، و نبود تبیین اهداف و نیازها و اولویت ها با عنایت به برنامه کشورهای توسعه یافته در آینده بسیار نزدیک، کشور را با بحران اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و درمانی مواجه خواهند نمود.

در ایران دستگاه های اجرایی و نهادهای مسئول و مرتبط با سالمندان در حد وظایف جاری خود و اعتبارات تخصیص یافته، اقداماتی را در زمینه حمایت از سالمندان انجام می دهند. اما این اقدامات کافی به نظر نمی رسد، زیرا حل مسأله سالمندی به عنوان مسأله ای که هم اکنون آثار آن مشهود است و در آینده شدت بیشتری خواهد یافت، نیازمند مسئولیت پذیری و همکاری تعداد بیشتری از دستگاه های اجرایی و نهادهای عمومی است. ادغام و

یکپارچگی خدمات، بخش حیاتی ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی است. اطلاع رسانی در زمینه خدمات موجود باید به صورت وسیع تر و کاملتری صورت گیرد. در دسترس بودن خدمات در صورتی که سالمند یا مراقبان از آن آگاه نباشند، بی فایده است. ایجاد تشکیلات رسمی هماهنگ برای برنامه ریزی و هدایت فعالیت های مرتبط با سالمندان، به عنوان اقدامی استراتژیک در همه کشورهای توسعه یافته مطرح است که می تواند راهکاری جهت بهبود پشتیبانی از سالمند شود. برنامه ریزی در قالب سیستم شبکه (خانه بهداشت) برای برقراری امکانات ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اولیه به منظور رفع مشکلات و مسائل سالمندان در مراحل ابتدایی باید انجام شود. همه سازمان ها در جهت آموزش در زمینه بهبود زندگی سالم و سالمندی فعال باید برنامه هایی را در سطح استان و کشور ارائه دهند.

سازمان های متولی که مسئولیت نگهداری از سالمندان کشور را از طریق ایجاد مراکز نگهداری از سالمندان به عهده دارند، لازم است اقداماتی را در جهت استانداردسازی خدمات و مراقبتهای سالمندی ارائه شده در مراکز خود به صورت گسترده تر انجام دهند. یکی از ضعف های موجود در این سیستم، توزیع ناعادلانه خدمات، داده های پراکنده و ناهماهنگ و چندگانه است. برای انجام این مهم، ایجاد خدمات متنوع سالمندی بر اساس نیازسنجی از سالمندان کشور مبتنی بر پروتکل های استاندارد جهانی مورد نیاز است که این خود باعث کاهش مشکلات ایجاد شده برای سالمندان کشور و مراقبان آنان با توجه به سطح بازار عرضه و تقاضای خدمات و مراقبت های سالمندی در کشور می شود. پس از استاندارد سازی خدمات بر اساس استانداردهای جهانی، گسترش خدمات جدید و متنوع در کشور نیز





مشارکت گروه های تخصصی مختلف درگیر در مراقبت سالمندان با مدیران اطلاعات سلامت است. در نهایت، تأمین مسکن سالمندان، و خدمات تعمیر و بازسازی مسکن برای سالمندان نیازمند، با کمک وزارت مسکن و شهرسازی، تأمین امنیت غذایی سالمندان، با کمک وزارتخانه های جهاد کشاورزی، بازرگانی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور یک ضرورت پیش رو خواهد بود.

به عنوان یک ضرورت میسر خواهد شد. همچنین به منظور بهینه سازی یک شکل و قابل مقایسه بودن داده ها در مراقبت های طولانی مدت و مراقبت در منزل استفاده از حداقل مجموعه داده ای (MDS) ضروری است. با توجه به این نکته که در ایران نظام اطلاعات منظم برای سالمندان وجود ندارد، لازم است که اقدامات زیربنایی برای شکل دهی نظام اطلاعات سلامت سالمندان انجام گیرد که مستلزم بهره برداری از دانش تخصصی حاصل شده در کشورهای دیگر،

## منابع

1. WHO. 10 facts on ageing and the life course. Available at: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>. 2009.
2. Hosseini SR, Moslehi A, Hamidian SMT & Taghian SAR. Association between chronic diseases and disability in elderly people in Amirkola. Iranian Journal of Ageing 2014; 9(33): 81-7[Article in Persian].
3. Khoshbin S, Radpoyan L, Alizadeh M & Azizabadi Farahani A. The report reviews the status of the elderly. Available at: <http://vch.iums.ac.ir/uploads/gheirpezeshk.pdf>. 2007.
4. Gill TM, Desai MM, Gahbauer EA, Holford TR & Williams CS. Restricted activity among community-living older persons: incidence, precipitants, and health care utilization. Annals of Internal Medicine 2001; 135(5): 313-21.
5. Mirzae M & Shams Ghahfarokhi M. Population of elderly in Iran according to censuses 1956–2006. Aging Journal 2007; 2(5): 326-31[Article in Persian].
6. WHO. Ageing and life-course. Available at: <http://www.who.int/ageing/en/index.html>. 2012.
7. National Council for the Elderly. National strategic plan document for elderly. Available at: <http://www.nce.behzisti.net>. 2011.
8. Samaram E. Elderly problems in Iran. The study in elderly demographic. Journal of Social Sciences 1991; 1(1-2): 113-28[Article in Persian].
9. Safdari R, Alizadeh M, Mohamadi Azar M, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Rafiee M, et al. Achievements in development of geriatric portals. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2013;13(1): 21-8[Article in Persian].
10. Statistical Center of Iran. The detailed results of general census of population and housing in 1956. Available at: <https://www.amar.org.ir/>. 2015.
11. Statistical Center of Iran. The detailed results of general census of population and housing in 1966. Available at: <https://www.amar.org.ir/>. 2015.

12. Statistical Center of Iran. The detailed results of general census of population and housing in 1976. Available at: <https://www.amar.org.ir/>. 2015.
13. Statistical Center of Iran. The detailed results of general census of population and housing in 1986. Available at: <https://www.amar.org.ir/>. 2015.
14. Statistical Center of Iran. The detailed results of general census of population and housing in 1996. Available at: <https://www.amar.org.ir/>. 2015.
15. Statistical Center of Iran. The detailed results of general census of population and housing in 2006. Available at: <https://www.amar.org.ir/>. 2015.
16. Frough Ameri G, Nazari T, Govari F, Rashidinehad M & Afsharzade P. Definitions and theories of aging. Hayat 2001; 8(1): 4-13[Article in Persian].
17. Ahmadi V & Beheshti SS. Study of demographic characteristics and welfare of the elderly in Iran. Population 2008; 1(61-62): 19-38[Article in Persian].
18. Dadkhah A. Elderly care system in America, Japan and provide indicators for strategic planning in aged care services for Iran. Iranian Journal of Ageing 2006; 2(3): 166-76[Article in Persian].
19. Ontario. New eligibility requirements for the low-income seniors co-payment drug program. Available at: <http://www.seniorsinfo.ca/en/categories/631>. 2011.
20. ACL. AoA programs. Available at: [http://www.aoa.gov/AOA\\_programs/](http://www.aoa.gov/AOA_programs/). 2014.
21. O'Connor CJ. Visioning the future: health care for the elderly. USA: Arizona State University; 2006: 15-20.
22. Michigan Works. Workforce investment act of 1998. Available at: [http://www.michiganworksouthwest.org/files/WIA\\_Comprehensive\\_Plan\\_PY2012-2016,\\_9\\_15\\_2015.pdf](http://www.michiganworksouthwest.org/files/WIA_Comprehensive_Plan_PY2012-2016,_9_15_2015.pdf). 2012.
23. Restrepo HE & Rozental M. The social impact of aging populations: some major issues. Social Sciences Medicine 1994; 39(9): 1323-38.
24. Haveranek S & Bryant CM. Home delivered meals for the elderly program. Available at: [https://www.aaa1b.org/wp-content/uploads/2010/07/HDM\\_Outcomes\\_Final\\_Report1.pdf](https://www.aaa1b.org/wp-content/uploads/2010/07/HDM_Outcomes_Final_Report1.pdf). 1977.
25. Michigan office of services to the aging. Operating standards for service programs. Available at: [http://www.nemcsa.org/Public\\_Docs/Region9/RFP%20Files/Operating%20Standards%20For%20Service%20Programs.pdf](http://www.nemcsa.org/Public_Docs/Region9/RFP%20Files/Operating%20Standards%20For%20Service%20Programs.pdf). 2013.
26. Imam Khomeini Relief Committee. Implementation of Shahid Rajai program. Available at: <http://www.emdad.ir/central/zavabet/rajaei.asp>. 2012.
27. Welfare Organization. Welfare organization services. Available at: <http://vas-behzisti.ir/khadamat/>. 2011.
28. Salehi L, Eftekhari Ardebili H, Mohammad K, Taghdisi MH, Jazayeri A, Shojaezadeh D, et al. Facilitating and impeding factors to healthy lifestyle in the elderly: a qualitative study. Journal of Public Health 2008; 6(2): 49-57[Article in Persian].



29. Alizadeh M, Fakhrzade H, Sharifi F, Mohamadiazar M & Nazari N. Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran. *Diabetes and Metabolism* 2013; 13(1): 74-81[Article in Persian].
30. Stewart MJ, Georgiou A & Westbrook JI. Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *International Journal of Integrated Care* 2013; 13(1): 3.
31. Ravanipour M. Review of ageing with attitude of power. *South Medicine* 2011; 14(1): 140[Article in Persian].
32. Rakhshani F, Rafieafar SH & Sangi A. Concept of healthy lifestyle renovation. Available at: <http://www.abzums.ac.ir/Portal/Home/ShowPage.aspx?Object=NEWS&ID=b25e9030-dfae-4d76-b0dc-9b8ce7626a2a&LayoutID=4e3ddb7a-e2af-4149-945c-9120f335afab&CategoryID=0b573ca8-e5b6-45b5-9acb-074d0fa1883b>. 2013.
33. Sitoh YY. Aged care services in Singapore--an overview. *Annals Academy of Medicine Singapore* 2003; 32(6): 717-22.
34. Sheykhi MT. The elderly and family change in Asia with a focus in Iran: a sociological assessment. *Journal of Comparative Family Studies* 2006; 37(4): 583-8.
35. Safdari R, Ghazi Saeedi M & Zahmatkeshan M. Information technology (IT): a new revolution in urban health development. *Payavard Salamat* 2012; 6(3): 170-81[Article in Persian].
36. Iglehart JK. The American health care system--expenditures. *New England Journal of Medicine* 1999; 340(1): 70-6.
37. Tajvar M, Fletcher A, Grundy E & Arab M. Social support and health of older people in middle Eastern countries: a systematic review. *Australasian Journal on Ageing* 2013; 32(2): 71-8.
38. Cameron ID. Aged care issues and services in Australia. *Annals Academy of Medicine Singapore* 2003; 32(6): 723-7.
39. Mohammadi Shahbalaghi F, Dabbaghi F & Yadvar Nikravesh M. Facilitator and barrier factor in family caregiving process of Iranian frail elderly: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing* 2008; 21(55): 55-65[Article in Persian].

## **Aged Care and Services Programs in Iran: Looking at the Performance of Relevant Organizations**

Safdari Reza<sup>1</sup> (Ph.D.) - Sadeghi Fatemeh<sup>2</sup> (M.S.) - Mohammadiazar Maryam<sup>2</sup> (M.S.)

1 Professor, Health Information Management Department, School of Allied Medical Sciences, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Master of Science in Medical Records, School of Allied Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### **Abstract**

Received : Dec 2015  
Accepted : Mar 2016

**Background and Aim:** Population aging in most of developed countries should be subjective to more attention, regarding health issues of aging group. Different organizations and institutions have launched several programs related to elderly center. This paper is aimed to compare performance of different programs of active organizations in the field of elderly care in Iran.

**Materials and Methods:** This overview of research, used library resources and online databases Proquest, Pub med, Science Direct, Ovid and Scientific Information databases using keywords that Aged care services, relevant organizations, and Iran.

**Results:** There are various classifications of geriatric services. However, these services can be divided into three groups including infrastructure, social services, and health care and preventive services according to concept, level and type of services.

**Conclusion:** In Iran, agencies and institutions relevant to elderly, take measures to support elderly people given their current tasks and allocated budget. But, these measures do not seem adequate, because solving aging problem, as a problem with evident influences which its impacts will be intensified in future, requires responsibility and cooperation of more agencies and public institutions.

**Keywords:** Ageing Program, Relevant Organizations, Iran

\* Corresponding Author:  
Mohammadiazar M;  
Email:  
m.azarmohamadi@yahoo.com