

اقتصاد بهداشت و سالمندی

دکتر ابوالقاسم پوررضا، رقیه خبیری نعمتی

چکیده:

در این مقاله، سالمندی در ابعاد مختلف آن مورد بحث قرار می‌گیرد، تعریف و ویژگیهای زندگی سالمندی به لحاظ فردی و اجتماعی و تحولات ناظر به سالمندی در رابطه با نگرش به آن و عناصر اصلی تعیین کننده آن توضیح داده و تبیین می‌شود. بیماری و باربیماری دوران سالمندی به عنوان یک موضوع محوری در عرصه اقتصاد سلامت و سالمندان مورد تأکید قرار می‌گیرد. همچنین عوامل موثر در رشد سالمندی و سیاستگذاری های ناظر بر آن و مسئولیت سیاستگذاران در این خصوص تحلیل می‌شود. در مجموع و در نهایت تلاش بر این خواهد بود که سالمندی، ناتوانی و هزینه های مراقبتهای طولانی مدت در جدول مسائل و پدیده های اجتماعی از جمله کیفیت ارتباط متقابل بین سالمندان و جامعه و نگرش به سالمندی و عواقب آن و همچنین تضاد نسلیها مورد توجه و بحث قرار گیرد.

گفتنی است سازمان جهانی بهداشت در آوریل ۱۹۹۵ برنامه ای را در زمینه سالمندی و سلامت راه اندازی کرد و در آن بیش از سالمندی بر سالم پیر شدن تأکید نمود. اجزای کلیدی برنامه شامل: فراهم کردن و تقویت اطلاعات پایه، نشر و تبادل اطلاعات، حمایت، طراحی و سازماندهی برنامه های جامعه نگر، پژوهش، آموزش و توسعه سیاستها و خط مشی ها بود و هدف غایی تمام این برنامه ها پیشبرد سلامت عمومی و ارتقای کیفیت زندگی، بویژه در سالمندی می باشد که تا حدودی چارچوب مقاله حاضر از آن متأثر می باشد.

ما نیاز به بازبینی جامعی از نگرش موجود به سالمندی، بهداشت سالمندان و نقش آنان در خانواده و جامعه داریم. امید است که این بازبینی موفق به تغییر نگرشهای غلط در مورد سالمندی، استقرار چارچوبی جدید و تعریف مجموعه ای از مقررات برای بهره وری کامل جامعه از سالمندان شود. همچنین از این طریق باید سالمندان موفق به ادامه زندگی پر بار، آگاه از جایگاه و نقش با اهمیت خود در جامعه شوند. ارائه نقطه نظرانی از بزرگان عالم اندیشه و ادبیات مکتوب ملی و بین المللی البته به تبیین ابعاد سالمندی و روشن تر نمودن نقاط تاریک آن در این خصوص به ما کمک خواهد کرد. در مجموع با نگرش جامع به مساله سالمندی و سالمندان، انتظار می رود که آرایه تصویری نسبتاً جامع از وضعیت موجود، جستجو برای کشف خلأ های موجود در عرصه های شناخت و آرایه خدمات برای بخش وسیعی از جمعیت رو به رشد سالمندی میسر و مقدور گردد.

کلید واژه ها: سالمندی، اقتصاد بهداشت، تئوریهای بیماری، هزینه های درمان

دکتر ابوالقاسم پوررضا، (دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت - دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران)
Department of Management Sciences and Health Economics, School of Public Health, Medical Sciences University of Tehran
رقیه خبیری نعمتی، (دانشجوی Ph.D مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی - دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران)

مقدمه:

کرد و به لحاظ محتوی و فرایند، آن را مجموعه جانشینی ها عنوان نمود: جانشینی یا جایگزینی دوره های زندگی جنینی به کودکی، کودکی به نوجوانی و جوانی به بزرگسالی و سالمندی.

آنچه مسلم است این است که این جایگزینی ها عمدتاً به نحوی صورت می‌گیرد که تقریباً کسی تحویل و تبدیل آنها را بگونه ای قاطعانه و خشن، احساس و ادراک نمی‌کند. شاید بر همین اساس است که تولستوی می‌گوید: «پیری همه ما را غافلگیر می‌کند.» و بعضی نیز انتقال نامحسوس این دوره های زندگی را به Grey Zone Problem تشبیه

سالمندی، بیماری و فرهنگ

برای درک بهتر سالمندی به عنوان مقطعی از حیات و زندگی بهتر است نگاهی اجمالی به مفهوم زندگی و پویایی آن که در نهایت به پیری، سالمندی و سپس به مرگ می‌رسد بیاندازیم.

ادیبان، شعرا و فیلسوفان تعاریف متعددی از زندگی ارائه کرده اند اما شاید عمر یا زندگی را به لحاظ قالب و صورت بتوان به حرکت و چرخش انسان حول محور زمان تعریف

و رشد این پدیده در جوامع پیشرفته و حتی در حال توسعه بکند. بیماری در آغاز به لحاظ نوع و فراوانی بسیار محدود و به لحاظ منشاء وابسته به قدرتهای متافیزیکی و معلول نفوذ ارواح خبیثه بود.

در عصر پاستور با تلاشهای پیگیر و عاشقانه او بالاخره یک منشاء مادی و خارجی تحت عنوان میکروب یا پاتوژن بعنوان علت العلل بروز بیماریها معرفی شد اما این نوع نگرش به بیماری که نوعی نگرش Reductionism است نه همه واقعیتهای و بیماریها را تحلیل می کند و نه با نگرشها و تئوریهای اجتماعی که در آنها غالباً یک پدیده معلول عوامل متعددی تلقی می شود، سازگاری دارد. بعد از پاستور و تئوری میکروارگانسیم او، اپیدمیولوژیستها با این استدلال که میکروارگانسیمها برای فعال شدن نیاز به محیط مناسب و میزبان مناسب دارند، الگوی تحلیل خود را از بیماری با عامل و میزبان و محیط ارائه نمودند. این رویکرد بویژه در تحلیل بیماری عفونی شایع مفید واقع گردید. اما امروزه تحلیل بیماریها به این سه عامل محدود نمی شود. شبکه وسیعی از عوامل اجتماعی که تحت عنوان Social Determinant of Health یا عوامل موثر بر سلامت از آنها یاد می شود در گستره و کیفیت سلامت و بیماری افراد موثر تشخیص داده شده و در واقع سلامت و بیماری بعد اجتماعی پررنگ تری پیدا کرده است (برخلاف الگوهای قبلی که بعد فردی آنها پررنگ بود). این نگرش به بیماری و سلامت در دوره ای ظهور کرده است که صاحب نظران علوم سلامت از آن بعنوان Epidemiologic Transition یاد می کنند. بیماریهای مسلط در این دوره، درمان دارویی و جراحی صرف ندارند و بیماریهای مزمنی هستند که پیشگیری و درمان نهایی آنها به متغیرهای متعدد رفتاری اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی وابسته است که از آن بعنوان سبک زندگی هم یاد می شود. بسیاری از بیماریهای دوره انتقال اپیدمیولوژیک با بیماریهای سالمندی انطباق دارند. روند رو به رشد پیر شدن جمعیتها و بیماریهای مزمن کنونی از علل مشابهی سرچشمه می گیرند:

❖ رشد خدمات بهداشتی و پیشگیری

❖ کاهش مرگ و میر و کاهش باروری و دموگرافیک

می کنند که در آن نقطه پایان سفید و نقطه آغاز سیاه چندان مشخص نیست.

انسان به لحاظ قالب موجودی طبیعی و به لحاظ محتوی (فکری، احساسی و رفتاری) موجودی اجتماعی است. این دو ویژگی بر هر دوره از زندگی وی سایه می اندازد و پیری و سالمندی نیز از آن مستثنی نیست. به لحاظ طبیعی در سالمندی تغییراتی در ارگانسیم انسان رخ می دهد: استخوانها استحکام خود را از دست می دهند (استئوپروز)، عضلات تحلیل می روند، چربیها به گونه ای تفاوت در قسمتهای مختلف بدن توزیع و تجمع پیدا می کنند و نگرشها و گرایشها ساختاری متفاوت می یابند. این تغییرات عمدتاً با کاهش نیروی حیاتی و قابلیت انطباق فرد با شرایط ناگهانی و ناتوانی در ایجاد تعادل مجدد همراه است و نیازهای بهداشتی و سلامت سالمندان بگونه ای متفاوت از نیازهای افراد میانسال ساختار می دهد.

سالمندی از یکسو پدیده ای اجتناب ناپذیر است: برف پیری را « سر باز ایستادن نیست ». « برفی که بر ابرو و موی ما می نشیند تا ... » (شاملو) و از سوی دیگر پدیده اجتماعی با بار ارزشی متفاوت در زنان و مردان. برخی معتقدند پیری بیماری است آنهم بیماری درمان ناپذیر. در قابوس نامه آمده است که:

« ... و بر پیران به رحمت باش که پیری بیماری است که هیچ طبیب داروی آن نداند الا مرگ:

از آنچه پیر از رنج دنیا نیاساید تا نمیرد، و همه علتی که به مردم رسد اگر نمیرد از آن علت، هر روز امید بهتری بود، مگر علت پیری که هر روز بتر بود و امید بهتری نبود. »

تحول تئوریهای بیماری و سالمندی:

اما واقعیت این است که پیری بیماری نیست بلکه یک جریان زیستی است که کلیه افراد بشر را شامل شده و نمی توان آنرا متوقف نمود، سالمندی و پیری همانند دیگر مقاطع زندگی عرصه جنگ سلامت و بیماری است هر چند نوع بیماریها، حوادث و معلولیتهای این دوره شکلی متفاوت از دوره های قبل دارند. تحلیلی کوتاه از تحول بیماریها و تئوریهای بیماری شاید کمک موثری در نگاه ما به سالمندی

غربی (به معنی وسیع کلمه) زودتر آغاز شده است این کشورها دارای جمعیت سالمند بیشتری می باشند. گفته می شود حدود یک چهارم جمعیت اروپای غربی بیشتر از ۶۵ سال و سالمندان ژاپن در اواخر قرون گذشته بیشترین افراد بالای ۱۰۰ سال را دارا بود (۸۵۰۰ نفر) و به ازای هر تولد در این کشورها ۱۰ نفر بالای ۶۵ سال برای جمعیت آنها محاسبه می شود. این نسبت در ۲۰ سال آینده به ۱۵ نفر خواهد رسید.

در ۱۹۵۰ در کل جهان ۲۰۰ میلیون نفر سالمند وجود داشت که این رقم در پایان قرن گذشته به نزدیک سه برابر افزایش یافت و به ۵۹۰ میلیون نفر رسید. پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۵ این میزان به ۱۱۰۰ میلیون نفر برسد. بطور کلی می توان گفت در حالیکه هر سال بطور متوسط ۱/۷٪ به جمعیت جهان افزوده می شود، این رقم برای افراد ۶۵ سال و بالاتر به میزان ۲/۵٪ برآورد می شود. در سرشماری سال ۱۳۷۵ حدود ۶/۶٪ جمعیت ۶۵ میلیونی ایران را نیز افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می دادند. گفته می شود که نرخ رشد این جمعیت (۶۰ سال و بالاتر) در مقایسه با نرخ رشد جمعیت در حال حاضر ۲/۵٪ در برابر ۱/۶٪ می باشد. چنین روندی البته برای کشوری نظیر کشور ما که ویژگیهای جمعیتی و اقتصادی با ساختار در حال توسعه دارد بسیار چالش برانگیز است زیرا سالمندی جمعیت ممکن است در این کشورها با فقر پایدار همراه باشد. در هر حال همانگونه که اشاره شد هزینه های سلامت در دوران سالمندی هزینه های سنگینی برآورد شده است.

ترنزیشن که آغازی برای پیدایش جمعیت های سالمند محسوب می شود.

❖ رشد تکنولوژی درمانی و درمان اثربخش تر بیماریهای حاد و افزایش متوسط عمر از آن جمله اند.

چنین پدیده هایی بار بیماری را بسوی بیماریهای مزمن هدایت می کند که نه پیشگیری از آن آسان است و نه درمان آن کم هزینه می باشد. کشورهای در حال توسعه البته از بار مضاعف بیماریها رنج می برند. به این معنی که بیماریهای عفونی و بیماریهای مزمن، همزمان در آنها ایجاد عوارض می کنند (پوررضا، ۱۳۸۳).

کشورهای در حال رشد به لحاظ بار بیماری و منابع تأمین مالی، شرایط مشکل تری در مقایسه با کشورهای پیشرفته دارند. تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی در این کشورها که ۸۵٪ جمعیت جهان و ۹۳٪ بار بیماریها را بر دوش می کشند اما تنها ۱۸٪ درآمد و ۱۱٪ هزینه های بهداشتی را به خود اختصاص می دهند، از مشکلات اساسی محسوب می شود. عدم توازن بین مخارج و بار بیماریها، با توجه به دگرگونی در ترکیب بیماریها و جهت گیری بسوی بیماریهای غیر واگیردار و جراحتهای وسوانح که تا سال ۲۰۲۰، ۸۰٪ بار بیماریهای این کشورها را تشکیل خواهد داد در مقایسه با وضع کنونی که فقط ۵۰٪ می باشد وضع را وخیم تر می کند. درمان این بیماریها بسیار گرانتر و پیشگیری از آنها مشکل تر از بیماریهای عفونی است که قبلاً عامل عمده مرگ و میر بودند (Schieber, ۱۹۹۷). به اضافه اینکه کمکهای بین المللی برای پیشگیری و درمان این بیماریها در کشورهای جهان سوم بسیار محل تردید است.

جمعیت سالمند، بیماری و هزینه های درمان:

سالمندی هر چند بیماری نیست اما بار بیماریها در آن بسیار چشمگیر است. فراوانی بالای بیماریهایی نظیر فشارخون، بیماریهای قلبی، سکته، دیابت، سرطان، بیماریهای تنفسی، بی اختیاری ادرار، کاهش قدرت بینایی و شنوایی، ضعف های استخوانی-عضلانی (Muscleo-Skeletal) و اختلالات روانی از جمله عوامل موثر بر آن شناخته می شوند. با توجه به اینکه انتقال جمعیت در اروپا و کشورهای

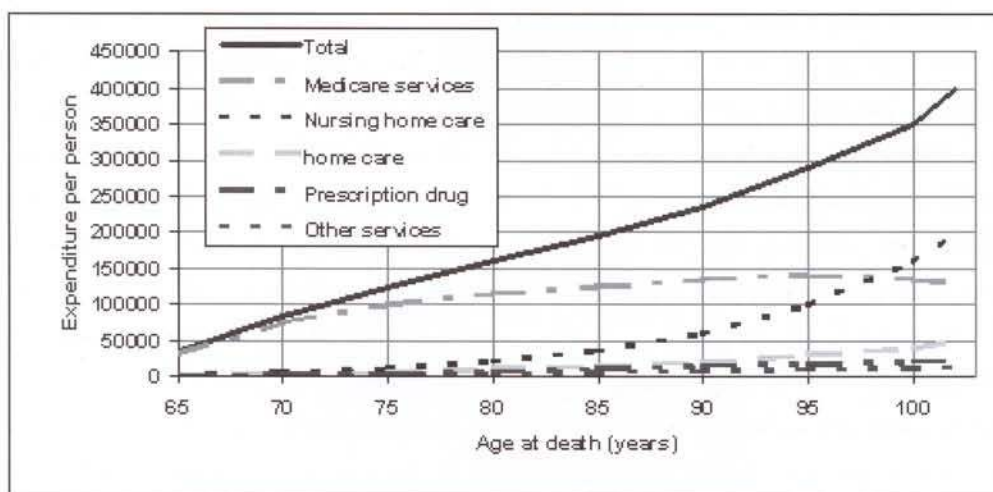
نگاهی به جدول زیر می تواند موید این نظر باشد.

میزان کل هزینه های بهداشتی صرف شده برای سالمندان	میزان کل هزینه های بهداشتی صرف شده برای سالمندان	میزان کل هزینه های بهداشتی صرف شده برای سالمندان	میزان هزینه های بهداشتی صرف شده برای افراد ۶۵ سال و بالاتر برای افراد زیر ۶۵ سال کشور	میزان برآورد GDP صرف شده برای سلامت سالمندان	میزان GDP صرف شده برای سلامت	سرنه بهداشت در سال ۱۹۹۷
استرالیا (۱۹۹۴)	۳۵٪	۴	۳۰٪	۸۳٪	\$۵,۳۴۸	
کانادا (۱۹۹۴)	۴۰	۴.۷	۳.۶	۹.۳	۶,۷۶۴	
فرانسه (۱۹۹۳)	۳۵	۳	۳.۴	۹.۶	۴,۷۱۷	
آلمان (۱۹۹۴)	۳۴	۲.۷	۳.۵	۱۰.۴	۴,۹۹۳	
ژاپن (۱۹۹۵)	۴۷	۴.۸	۳.۴	۷.۳	۵,۲۵۸	
نیوزیلند (۱۹۹۴)	۳۴	۳.۹	۲.۵	۷.۶	۳,۸۷۰	
انگلستان (۱۹۹۳)	۴۳	۳.۹	۲.۸	۶.۷	۳,۶۱۲	
آمریکا (۱۹۹۵)	۳۸	۳.۸	۵	۱۳.۶	۱۲,۰۹۰	

Source: Health Care in America, 2002

جدول هزینه های سلامت سالمندان در ۸ کشور پیشرفته جهان، ۱۹۹۳-۱۹۹۵

نمودار زیر ترکیب هزینه های سلامت (نوع مراقبت) و گروههای سنی را در آمریکا نشان می دهد.



بابت هزینه های سلامت سالمندان می پردازد که ۲۰٪ آن هزینه مراجعه به پزشک، ۴٪ آن هزینه بیمارستانی/ بستری و ۲۰٪ آن صرف مراقبت در آسایشگاههای سالمندی می شود. این هزینه ها روند صعودی دارند. و مطابق برخی برآوردها تا سال ۲۰۴۰ ممکن است به ۱۲۵ میلیارد دلار برسد (مطابق نرخ ۲۰۰۰) بعلاوه رشد هزینه های مراقبت های طولانی مدت مخصوصا در خانه های سالمندان شتاب بیشتری از هزینه های مراقبتهای حاد در بیماران سالمند به

در آمریکا ۵ تا ۱۰٪ افراد بالای ۶۵ سال بیش از دو سوم هزینه های مراقبتهای درمانی این گروه سنی را به خود اختصاص می دهند. در این کشور جمعیت سالمند که ۱۲٪ جمعیت کل کشور را تشکیل می دهند بیش از ۳۶٪ هزینه های مراقبت سلامت را صرف خود می کنند. گفته می شود یک سوم (۳۳٪) پذیرش های بیمارستانی و ۴۴٪ کل روزهای بستری در بیمارستان متعلق به سالمندان است. در این کشور Medicaid سالانه حدود ۷۰ میلیارد دلار

هزینه هایی را بر جامعه (نهایتاً) تحمیل می کند. پایین بودن سن بازنشستگی علیرغم افزایش امید به زندگی، اتخاذ برخی سیاستهای ناظر به بازنشستگی اجباری و مشارکت زنان در بازار کار (عمدتاً به دلیل مطالبه دستمزد کمتر از سوی آنان در خیلی از موارد)، بار سنگینی را بر دوش صندوق های بازنشستگی می گذارد و از طرف دیگر با خارج کردن زودرس نیروی کار آموخته تر از بازار تولید و خدمات، سازمانها را از تجربه سازمانی یا عبارت بهتر از سرمایه سازمانی خالی می کند و مراقبت از سالمندان در منزل را که عمدتاً توسط زنان و بدون دریافت دستمزد (رایگان) صورت می گیرد، تحت تأثیر قرار داده و ساده ترین مراقبت های خانگی مورد نیاز را Medicalized می نماید که صرف هزینه های چشمگیری را می طلبد.

دیدگاهی دیگر در مورد سالمندی:

علیرغم آنچه گفته شد، برخی از صاحب نظران و طرفداران « Positive aging » معتقدند که « بسیاری از سالمندان باری بر دوش کسی نیستند و بیشتر از چیزی که از خانواده یا جامعه می گیرند به آنها پس می دهند». این گروه بر این باورند که در جمع سالمندان حتی افراد بالای ۷۵ سال، بیماریهای فرساینده و تحلیل برنده و معلولیت بیشتر حالت استثناء دارد نه متعارف (نظام بهداشتی امریکا) و معتقدند که آنچه تحت عنوان بار بیماریها در جمع سالمندان ارائه می شود اغراق آمیز است و افزایش هزینه های سالمندان عمدتاً با تغییرات اجتماعی و سیاسی توجیه می شود تا با تغییرات فیزیولوژیکی. لومیلر Leomillre می گوید که بسیاری از سالمندان سالم اند و فعالیت های پیشگیرانه آنها بطور معنی داری حتی از جمعیت جوان بهتر است و استعداد عملی کردن توصیه های بهداشتی در مورد رژیم غذایی و ورزش و عدم استعمال دخانیات را دارند و می توانند از این طریق طول و کیفیت زندگی خود را افزایش دهند.

مطالعات نشان می دهند که اتخاذ یک سبک زندگی سالم حتی در سالهای آخر عمر می تواند امید به زندگی را افزایش و بیماری و معلولیت و هزینه های مراقبت را کاهش دهد. پیشگیری از سقوط از ارتفاع یا راه پله، بیماریهای قلبی و تحلیل رفتن عضلات با استفاده از آموزش و تمرینات

موازات افزایش سن آنها دارد و در حقیقت سالمندی خود به دو دوره سالمندی جوان (۸۰-۶۵) و سالمندی پیر (۸۰ و بالاتر) تقسیم می شود و هزینه های سنگین درمانی بیشتر به این دوره تعلق پیدا می کند. مثلاً برابر بررسیهای بعمل آمده هزینه های تجمعی منجر به مرگ از ۶۵ سالگی ببالا (مطابق نرخ ۱۹۹۶) معادل ۱۵۷۰۰۰ دلار برای مرگ در ۸۰ سالگی، ۲۳۵۰۰۰ دلار در ۹۰ سالگی و ۴۰۷۰۰۰ دلار در ۱۰۱ سالگی می باشد.

مراقبت از سالمندان با بیماریهای مزمن (گهگاه با چند بیماری همزمان)، در اغلب موارد کاری پیچیده و نیازمند هماهنگی طیف وسیعی از منابع دولتی و خصوصی است که متأسفانه حتی در بعضی از کشورهای بسیار پیشرفته دنیا مثلاً امریکا، این امر تحقق پذیرفته و سیستم مراقبت از سالمندان، سیستم ناهماهنگ، چند پاره یا مثله است.

سالمندی با توجه به ماهیت چند بعدی بودن آن نیاز به رویکردی چند وجهی و مشارکت متخصصین و صاحبان حرف متعدد دارد. در درمان سالمندان هر چند پزشکان می توانند نقش بسیار اساسی و تعیین کننده ای ایفا کنند اما بی تردید بدون همکاری نرسها، مددکاران اجتماعی، داروسازان، متخصصین تغذیه و رژیم غذایی، روانپزشکان و کاردرمان ها، تلاش های آنها بازده مورد انتظار را نخواهد داشت. شاید در این عرصه و با توجه به آخرین مرحله تحول تئوریهای بیماری و اعتبار بخشیدن به متغیرهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی موثر در سلامت بتوان با اقتباس از « بوسوئه » گفت: درمان مهمتر از آن است که فقط به پزشکان سپرده شود. همانگونه که جنگ فقط به نظامیان سپرده نمی شود. ظاهراً از شواهد و قرائن چنین بر می آید که نوعی Globalization در سلامت و بیماری در شرف وقوع و تکامل است و چنین پدیده ای بی شک به مدیریتی جامع و همه جانبه و عبارتی جامع نگر و جامعه نگر نیازمند است. زیرا بعضی اندیشمندان و نوشته ها از سالمندی بعنوان یک پدیده تحت عنوان Global Emergency نام می برند.

هزینه های بخش بهداشت و درمان سالمندی از نوع هزینه های مستقیم و قابل اندازه گیری و شناخته شده این دوره از زندگی می باشند. بطور غیرمستقیم نیز سالمندی

فیزیکی، ورزش و تنظیم وزن کاملاً مقدر و میسور است و در ادبیات سلامت سالمندی به آنها اشاره شده است. چنین تجربیاتی سازمان جهانی بهداشت (WHO) را بر آن داشت تا ۱۰ سال پیش در ۱۹۹۵ برنامه ای در زمینه سلامت و سالمندی راه اندازی کند، تأکید این برنامه بیش از سالمندی بر سالم پیر شدن و پیشبرد سلامت عمومی و ارتقاء کیفیت زندگی بویژه در سالمندی می باشد.

آنچه سالمندی را تهدید آمیز می کند نه بیماری و نه حتی فقر که تنهایی است. در اوپانیاشداها آمده است:

« او به پیرامونش نگرست : آنجا هیچ چیز جز خودش ندید.. سخت فریاد برآورد: من هستم. آنگاه هراسید، زیرا انسان می هراسد هنگامی که تنهاست.» (شرف الدین خراسانی، ۱۳۵۲). شاید همین احساس تنهایی یک عامل مهم در بروز یا تقویت بیماریهای دیگر دوره سالمندی باشد. بعضی تحقیقات همبستگی بین بالا رفتن میزان افسردگی و میزان خودکشی با بالا رفتن سن را تأیید نموده اند. در اروپای غربی میزان خودکشی مردان با ورود به سن بازنشستگی افزایش می یابد. این اتفاق در میان زنان اندکی زودتر و زمانی که فرزندان آنها را ترک یا طرد می کنند و نقش مادری آنها زیر سؤال می رود رخ می دهد. این گونه رفتارها، البته، متأثر از ارزش ها، هنجارهای فرهنگی و شأن و جایگاه سالمندان در جامعه است و نمی تواند در همه جا مصداق داشته باشد. دکتر فدایی معتقد است که افسردگی و سالمندی با یکدیگر ملازمه ندارند و حتی به موازات افزایش سن، از میزان بروز افسردگی کاسته می شود و معدود سالمندان افسرده به درمان های ضد افسردگی پاسخ و واکنش مثبت نشان می دهند. در حقیقت آنچه سالمندی را مثبت یا منفی می سازد نه فرآیند صرفاً طبیعی و بیولوژیکی انسان، بلکه بستر فرهنگی و ارزشهای حاکم بر آن است. زیرا سالمندی نیز درست همانند انسان پدیده ای زیستی اجتماعی است. در امریکا سالمندی دوران خروج از بازار تولید، شروع انزوای اجتماعی، ضعف و زوال ذهنی است. اما در چین چنین ویژگیهایی برای سالمندان مطرح نمی شود. سالمندان چینی دچار زوال عقلی نیستند و در بعضی از آزمونهای ذهنی نمره بالاتری از همتایان امریکایی خود بدست آورده اند.

بموازات مسائل مرتبط با سلامت در دوره سالمندی مسأله سکونت آنها نیز بطور جدی جای تأمل دارد. در بین بعضی قبایل اعم از سرخپوستها و اسکیموها سالمندان قبیله در مقطعی از حیات سالمندی خود قبیله را به قصد مرگ ترک می کنند. در ایران نیز شواهدی از این نوع رفتار در جمع سالمندان و برای سالمندان گزارش شده است. در میان ایلات بختیاری و بویراحمد اصطلاحاتی از قبیل «غرب خانه» و «غاردلو» رواج دارد. این دو اصطلاح بیانگر آخرین مکان زندگی سالمندان قبل از مرگ و دور از قبیله است. در اشکال مدرن تر خانه های سالمندان و دهکده های سالمندان (مثلاً در کپنهاک) برای نگهداری از سالمندان طراحی و ساخته می شوند که عمدتاً مورد پسند و مطلوب سالمندان نیستند. گفته می شود سالمندان به زندگی در خانه خود دلپستگی شدید دارند و در خانه های سالمندان احساس فرسایندگی تنهایی (بویژه در میان زنان سالمند) دست از سر آنان بر نمی دارد. مطابق بعضی بررسی ها در ایتالیا که کشور سالمندان است، خانه سالمندان آخرین انتخاب و کم اهمیت ترین محل مناسب برای زندگی سالمندان شمرده می شود. شاید به لحاظ ارائه خدمات با کیفیت پایین در این خانه ها بتوان سالمندان را محق دانست. در استرالیا در دهه ۶۰ دولت کامنولث سوبسید زیادی برای خانه های سالمندان تخصیص داد و این موجب رشد خانه های سالمندان شد. اما مطالعات بعدی نشان داد که از ۶۰٪ سالمندان فاقد کنترل اداری در این خانه ها فقط ۲۰٪ روزانه استحمام می شوند و ۵۰٪ سالمندان مقیم این خانه ها که بطور غیر ضروری از ویلچر استفاده می کردند تحرک خود را از دست داده بودند. مهمتر اینکه از ۸۰٪ اعتبار تخصیص یافته به خانه سالمندان فقط ۴٪ سالمندان استفاده می کردند.

در ایران نیز بعضی بررسی های سازمان بهزیستی از روند صعودی سپردن سالمندان به خانه های سالمندان حکایت دارد و این روند در جمع خانواده هایی که از شرایط رفاهی نامناسب تری برخوردارند بیشتر است. یک بررسی وسیع که در تهران انجام شده است (محسنی و همکاران، ۱۳۷۹) نگرش های جامعه مورد بررسی را در سه مقوله همزیستی، جدا زیستی یا خانه سالمندان والدین پس از ازدواج فرزندان و ارتباط با متغیرهای متعدد اقتصادی و اجتماعی سنجیده

کنار مزایای برخورداری از مواهب تمدن و تکنولوژی و بهداشت، عوارضی نیز به آن متصور است. رشد هزینه های بازنشستگی و بارسنگین مالی که صندوقهای بازنشستگی باید تحمل کنند، افزایش نرخ تکفل، رشد جمعیت تنهاییان (بویژه زنان سالخورده با توجه به ساختار سنی ازدواج در جوامعی مانند جامعه ما که سن ازدواج زنان پائین تر از مردان است)، نیاز به مهاجرپذیری و ... از این مقوله اند.

در عرصه سلامت عدم تأکید بر مراقبتهای بیمارستانی در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن لاعلاج، ظاستفاده درست و گزینشی از تکنولوژی درمانی در بیماران با امراض مزمن چندگانه / سیستمی، تأکید بر مراقبت های تیمی در بیماریهای مزمن، و مشارکت جدی درمانگران با بیماران و خانواده های آنان در خصوص مزایا و معایب مداخلات درمانی از جمله راههای پیشنهادی برای کاهش هزینه ها و تأمین رضایت و آرامش سالمندان عنوان شده است.

است. گرایشها و ترجیحات مسلط پاسخگویان ردیف اول در این خصوص با عنایت به متغیرهای بررسی در جدول زیر آمده است:

متغیرها / گرایشها	همزیستی (با فرزندان)	جدایستی	خانه سالمندان
جنس	مرد	زن	زن
سن	۱۶-۲۴	۴۵-۵۴	۴۴-۳۵
سواد	بیسواد	دانشگاهی	راهنمایی
تاهل	همسر فوت شده	طلاق گرفته	همسر دار
طبقه اجتماعی	پایین	بالا	پایین
درآمد	کم	متوسط	کم

در هر حال، برای تأمین یک زندگی بهتر برای سالمندان و غلبه بر احساس تنهایی و انزوای اجتماعی در کشورهای مختلف اقداماتی انجام شده است. در دانمارک علیرغم وجود دهکده یکصد هزار نفری مجهز سالمندان، ساختن مسکن یک طبقه، کوچک و مجهز به همه وسایل و تجهیزات منطبق با توان و نیاز سالمندان در سالهای اخیر جزء سیاستهای دولت بوده است. انگلیس نیز چنین خط مشی را پیش رو دارد و انتخاب محل احداث این خانه ها بنحوی صورت می گیرد که برقراری تعامل و ارتباط با آسانی فراهم باشد تا از انزوای سالمندان جلوگیری شود. در ژاپن و کشورهای اروپایی اتحادیه ها و انجمنهایی وجود دارند که ضمن دفاع از حقوق سالمندان، با عضوگیری از آنها به تأمین هویت جمعی و وابستگی گروهی و نیز منافع اقتصادی کمک می کنند.

جمع بندی :

در مجموع، سالمندی به گونه ای متفاوت مورد توجه و تفسیر قرار می گیرد، علیرغم ضعف اجتناب ناپذیر فیزیکی؛ منزلت اجتماعی متفاوتی (گاه پائین و گاه بسیار بالا) را بسته به فرهنگها و قومیتها؛ به خود اختصاص می دهد. از دیدگاه سلامت، هزینه های سالمندی بسیار سنگین است و گاه هزینه درمان و سلامت در دو سال آخر عمر معادل هزینه مابقی زندگی برآورد می شود. رشد سالمندی با توجه به علل موجوده آن اجتناب ناپذیر می نماید اما همانند هر مقوله دیگری در

REFERENCES

منابع

منابع زیر بخشی از منابع عمده مورد استفاده در تهیه این مقاله می باشد:

- Alex Kalache (1999), Aging and Health Program, Global Movement for Active Aging , WHO.
- Brett J. Cassens , (1994), Preventive Medicine and Public Health / USA.
- Federal Interagency Forum on Ageing(2000), Related statistics: Older Americans 2000: Key Indicators of Well-Being, Federal Interagency, and Washington, DC: U.S Government Printing Office.
- George Scheiber,(1997), Innovations in Health Care Financing , World bank.
- John P.German, (2001), Health Care in America: can our ailing system be healed, University of Washington.
- Lundy , K S, Janes S, (2001), Community Health Nursing U.S Federal Interagency Forum on Ageing – Related Statistics: Older Americans 2000;Key Indicators of Well-Being , Federal Interagency, Washington , DC: U.S Government Printing Office.
- Scott Anthony, et al (2003), Advances in Health Economics, University of Aberdeen, UK.
- Stanhope M,Lancaster J (2000), Community & Public Health Nursing, 5th edition, Missouri,U. S: Mosby.
- اداره سلامت سالمندان دفتر سلامت خانواده و جمعیت، مروری بر طب سالمندی ، وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۲.
- اکبری کامرانی ، احمد علی ، طب سالمندی ،مجموعه مقالات اولین کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان ،دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، ۱۳۸۳.
- پوررضا، ابوالقاسم، اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه، ترجمه، انتشارات موسسه عالی آموزش و پژوهش سازمان مدیریت برنامه ریزی، ۱۳۸۳.
- م. بوخنسکی ، فلسفه معاصر اروپایی شرف الدین خراسانی، دانشگاه ملی، ۱۳۵۲.
- محسنی و همکاران ،بررسی آگاهیها ،نگرشها و رفتارهای اجتماعی و فرهنگی در تهران، انتشارات زهد، ۱۳۷۹.