

A Comparative Study of the Coverage of the Concept of Successful Aging in the Health Programs of Iran and Selected Countries

Raana Gholamzadeh Nikjoo¹ , Hossein Matlabi² , Ziba Mazrooei^{*}

¹ Department of Health Policy and Management, Tabriz Health Services Management Research Center, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Research Center for Integrative Medicine in Aging, Aging Research Institute, Department of Geriatric Health, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 28 Aug 2023
Accepted: 27 Jan 2024
ePublished: 16 Mar 2024

Keywords:
Aged,
Successful Aging,
Public Health,
Fertility Rate

Abstract

Background. Successful aging is the feeling of inner satisfaction and happiness of the person from his/her current and past life. Implementation of this concept in societies requires attention in macro plans and policies. This study, therefore, aimed to study the coverage of the concept of successful aging in the health programs of Iran and selected countries.

Methods. In this comparative study, the literature was first reviewed. To this end, the internal websites were searched and the documents and circulars of the Ministry of Health along with the developed and implemented programs regarding the elderly were extracted. Then, the components highlighted in each program were identified. Finally, the elements and components of the coverage of the concept of successful aging in the health programs of Iran was investigated with other selected countries in this field and the existing gaps were compared.

Results. Elements and components of the successful aging in all programs were determined after examining the country's health programs. The sub-components of health promotion, provision of appropriate health services, as well as medical and treatment services were highlighted in most of the country's health program packages; however, the sub-components of disease prevention, long-term care, adherence of the elderly to the application of provided services, social support, education and literacy, income, insurance and social support, as well as employment were not taken into consideration in any of the programs. The health programs of the two countries (i.e., Canada and the United States) out of all other examined countries were highly compatible with the components of successful aging in the framework developed by the World Health Organization.

Conclusion. Since no importance was attached to the components such as prevention of diseases, long-term care, and adherence of the elderly to the application of provided services, it was recommended that the health policy makers should fill the existing gap by following the examples of successful old age programs in the selected countries. Moreover, it was found absolutely necessary to provide components such as social support, education and literacy, insurance and employment, as well as inter-sectoral conflict at the welfare, education, economy, and finance ministerial levels.

Gholamzadeh Nikjoo R, Matlabi H, Mazrooei Z. A Comparative Study of the Coverage of the Concept of Successful Aging in the Health Programs of Iran and Selected Countries. *Depiction of Health*. 2024; 15(1): 114-128. doi: 10.34172/doh.2024.09. (Persian)

* Corresponding author; Ziba Mazrooei, E-mail: zibamazrooei@yahoo.com



Extended Abstract

Background

Iran is one of the developing countries, which has recently faced an increase in the number of elderly people along with a decrease in the fertility rate due to the changes and developments in age groups. Surveys and statistical indicators have confirmed the rapid growth of the aging phenomenon. One of the new topics in the field of politics and social welfare of the elderly, is the concept of successful aging. Right implementing of this concept in the societies reduces the costs of healthcare sector, in particular.

Although successful aging has positive effects on the lives of the elderly and other members of the family and society, no conclusive evidence has been produced regarding the implementation of successful aging in the country's health system. This study, therefore, aimed to investigate the coverage of successful aging in the health programs of Iran and selected countries.

Methods

To conduct the present study, an eclectic approach (i.e., review and comparison) was employed. First, the internal websites were searched and the documents and directives of the country's Ministry of Health about successful aging programs were studied. Then the components of successful aging programs were entered into the extraction table, which included the sections discussing the type of program, target population, strategies, and related activities in each program. In order to analyze and report the data obtained from the upstream documents/circulars and the website of the Ministry of Health, the main areas were identified, and the themes related to each area were extracted using the content analysis method.

Then a comparative method was adopted to compare the executive status of successful aging in Iran and those of the proposed countries in this field. To this end, first, six countries implementing the components of successful aging were selected, and then their models for the implementation of the aforementioned components were examined (i.e., comparative study of a specific issue in different countries). The question of the qualitative comparative study was as follows: for each component of the successful aging, what strategies have been considered or are currently being implemented in each country for its establishment and implementation? The required data were extracted from the reference books, reliable websites, published reports of the World Health Organization, academic and research centers, databases of the articles, and accessible materials/documents, etc. An information form was used to collect the data about the countries under study. Comparative tables were also used for analyzing the data.

Results

In total, the country's health programs were assigned to 10 categories. As for the health programs of the country's Ministry of Health, the following sub-components were considered: physical and physical activities, healthy and proper nutrition, reduction of tobacco and alcohol consumption, health promotion, mental health services, medical and therapeutic services, social activities and relations, psychological factors, physical environment, provision of the appropriate health services and promotion of health, and healthy and appropriate nutrition (based on the components of the World Health Organization framework). Furthermore, the sub-components of health promotion, provision of appropriate health services, as well as medical and therapeutic services were included in most of the program packages. The health issues of the country were highlighted in the programs, but the sub-components of long-term care, adherence of the elderly to use the services provided, social support, education and literacy, income, insurance and social support, and employment were not considered in them. According to the results from surveys, Canada and USA stood higher than other countries in this regard.

Studies from the United States demonstrated that the sub-components of health promotion, prevention of diseases, provision of appropriate health services, long-term care of the health component and health services, the sub-components of physical and physical activity, healthy and appropriate nutrition, medical and therapeutic services relating to the component of behavioral factors, psychological factors relating to the component of individual factors, the sub-components of activity and social relations and social support relating to the component of social environment factors, as well as the sub-components of insurance and social support and employment relating to the component of economic factors had a high priority compared to other components. Studies on health system of Canada also revealed that the sub-components of health promotion, prevention of diseases, provision of appropriate health services, long-term care of the health, and health services component, the sub-components of physical and physical activity and medical and therapeutic services relating to the behavioral factors component, psychological factors relating to the component of individual factors, the sub-components of activity and social relations and social support relating to the component of social environment factors, as well as the sub-components of income, insurance and social support, and employment relating to the component of economic factors were highlighted. In general, the long-term care of the elderly and economic support was determined as the hallmarks of successful

aging models in Canada. According to a published report of Persian Canadian Comprehensive Portal magazine, elderly people needing special care are transferred to institutions, where nurses and trained staff are ready to serve them.

Conclusion

In Iran, a greater focus was placed on the subcomponents of successful aging such as appropriate provision of health services, medical and therapeutic services, and physical environment; however, successful aging has not been prioritized in policies and macro-

planning. Most of the successful aging components were not implemented. It was found that the country's population tripled over the past 30 years, and it was predicted that Iran would enter a super-old age stage in the following 30 years due to a four-time increase in the population of the elderly. It was recommended that Iran's Ministry of Health should prioritize the issue of successful aging when formulating the policies on aging, use the components of successful aging by involving the private sector, and develop basic plans based on the successful global models.

بررسی مقایسه‌ای پوشش مولفه‌های مفهوم سالمندی موفق در برنامه‌های سلامت ایران و کشورهای منتخب

رعنا غلامزاده نیکجو^۱، حسین مطلبی^۲، زیبا مزروعی^{۱*}

^۱ گروه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ مرکز تحقیقات طب تلفیقی، پژوهشکده سالمندی، گروه بهداشت سالمندان، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. سالمندی موفق احساس رضایت و شادمانی درونی فرد از زندگی کنونی و گذشته است. پیاده‌سازی این مفهوم در هر جامعه‌ای نیازمند توجه به آن در برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان می‌باشد. بدین منظور این مطالعه با هدف بررسی مقایسه‌ای پوشش مولفه‌های مفهوم سالمندی موفق در برنامه‌های سلامت ایران و کشورهای منتخب انجام گردید.

روش کار. پژوهش حاضر یک مطالعه تطبیقی است که ابتدا یک مرور متون انجام گردید. با جستجو در وبسایت‌های داخلی، اسناد و بخشنامه‌های وزارت بهداشت کشور، برنامه‌هایی که در خصوص سالمندان تدوین و در حال اجرا می‌باشد استخراج شده و مولفه‌هایی که در هر برنامه مورد تاکید بود مشخص گردید. در نهایت عناصر و مولفه‌های پوشش مفهوم سالمندی موفق در کشور ایران با سایر کشورهای منتخب در این زمینه بررسی و شکاف‌های موجود به شکل مطالعه تطبیقی مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها. با بررسی برنامه‌های سلامت کشور، عناصر و مولفه‌های سالمندی موفق موجود در هر یک از برنامه‌ها مشخص گردید. زیرمولفه‌های ارتقاء بهداشت، ارائه خدمات بهداشتی مناسب، خدمات پزشکی و درمانی در بیشتر بسته‌های برنامه‌های سلامت کشور مورد تاکید بوده است در حالی که زیرمولفه‌های پیشگیری از بیماری‌ها، مراقبت طولانی مدت، پایبندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده، حمایت اجتماعی، تحصیلات و سواد، درآمد، بیمه و حمایت اجتماعی و اشتغال در هیچ یک از برنامه‌ها مدنظر قرار نگرفته است. در بین کشورهای بررسی شده برنامه‌های سلامت دو کشور کانادا و آمریکا، انطباق زیادی با مولفه‌های سالمندی موفق چهارچوب سازمان بهداشت جهانی دارد.

نتیجه‌گیری. با توجه به مورد غفلت واقع شدن مولفه‌های مهمی چون پیشگیری از بیماری‌ها، مراقبت طولانی‌مدت و پایبندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده، سیاست‌گذاران حوزه سلامت باید شکاف موجود را با الگوگیری برنامه‌های سالمندی موفق در کشورهای منتخب در این حوزه تکمیل نمایند؛ هم‌چنین برای تامین مولفه‌هایی مثل حمایت اجتماعی، تحصیلات و سواد، بیمه و اشتغال درگیری بین بخشی در سطح وزارت‌های رفاه، آموزش و اقتصاد و دارایی ضروری به نظر می‌رسد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۶

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۰۷

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶

کلیدواژه‌ها:

سالمند،

سالمندی موفق،

نظام سلامت،

نرخ باروری

مقدمه

گروه‌های سنی با افزایش تعداد سالمند همراه با کاهش نرخ باروری مواجه شده است. بررسی‌ها و شاخص‌های آماری حاکی از رشد پرشتاب پدیده سالمندی می‌باشد به طوری که پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۱۰ در کشور ما انفجار سالمندی رخ خواهد داد و ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سال قرار خواهند گرفت.^{۱،۲}

سالمندی جمعیت، یکی از روندهای جمعیتی مهم در طول قرن بیست و یکم به شمار می‌رود.^۱ امروزه جمعیت افراد سالمند در جهان رو به افزایش است و پیش‌بینی می‌شود جمعیت افراد ۶۰ ساله و بیشتر در جهان از ۷۹۵ میلیون در سال ۲۰۱۰ به دو میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید.^{۳،۴} ایران یکی از کشورهای در حال توسعه است که در سال‌های اخیر به دلیل تغییرات و تحولات

* پدیدآور رابط: زیبا مزروعی، آدرس ایمیل: zibamazrooei@yahoo.com

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه ترکیبی است که ابتدا یک مرور متون جامع (Comprehensive Review) انجام شد تا با جستجو در وبسایت‌های داخلی، اسناد و بخشنامه‌های وزارت بهداشت کشور، برنامه‌هایی که در خصوص سالمندان تدوین و در حال اجرا می‌باشد استخراج شده و مولفه‌هایی که در هر برنامه مورد تاکید بود مشخص گردید. پس از شناسایی مطالب با استفاده از روش تحلیل محتوا،^{۱۳} مرتبط با هدف مطالعه، غوطه‌وری در متن انجام شد سپس متون وارد جدول خلاصه‌سازی - که شامل بخش‌های مربوط به نوع برنامه، جمعیت هدف، استراتژی‌ها و فعالیت‌های مربوط در هر برنامه می‌باشد - وارد شد. برای تجزیه و تحلیل و گزارش اطلاعات حاصل از بررسی اسناد بالادستی، بخشنامه‌ها و وبسایت وزارت بهداشت، حیطه‌های اصلی شناسایی و تم‌های مربوط به هر حیطه استخراج شدند.

در ادامه یک مقایسه از طریق مطالعه تطبیقی وضعیت اجرایی سالمندی موفق در کشور ایران و کشورهای منتخب در این زمینه انجام شد. مطالعه تطبیقی یکی از روش‌های پژوهش کمی و کیفی است و عبارت است از نوعی روش بررسی که پدیده‌ها را در کنار هم قرار می‌دهد و به منظور یافتن نقاط افتراق و تشابه آنها را تجزیه و تحلیل می‌کند.

مراحل شش‌گانه: مطالعه تطبیقی فرآیند پژوهشی مرکب از شش مرحله اساسی است:

۱. تدوین مسئله؛
۲. تعیین دامنه تحقیق؛
۳. تدوین فرضیه؛
۴. استقصای موارد شباهت و تفاوت؛
۵. توصیف مواضع خلاف و وفاق؛
۶. تبیین مواضع خلاف و وفاق.^{۱۴}

ملاک‌های ورود به مطالعه، کشورهایی بودند که در زمینه سالمندی موفق تجارب بالایی داشته و دارای مدل مشخص و مدونی جهت اجرای مولفه‌های سالمندی موفق بودند و انتشار مناسب شواهد هم در این کشورها صورت پذیرفته بود (مطالعه تطبیقی یک موضوع خاص در کشورهای مختلف). که در نهایت کشورهای آمریکا، کانادا، انگلستان، سنگاپور، چین و برزیل وارد پژوهش شدند. برای گردآوری داده‌های مربوط به کشورهای منتخب از Form

بسیاری از زنان و مردان سالمند از نظر اقتصادی غیر مولد و مصرف کننده، از نظر اجتماعی تنها و منزوی و از نظر سلامتی مبتلا یا در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن و عوارض آنها هستند. اختلال‌های حرکتی، زوال فکر، حوادث، افسردگی و بیماری‌های قلبی-ریوی از معضلات مهم آنهاست و به دلیل همین مشکلات و حمایت‌های اجتماعی، عاطفی و مالی ناکافی به خصوص در میان اقشار کم درآمد جامعه، سالمندان زندگی بسیار بدی را تجربه می‌کنند.^۶ سازمان ملل توصیه می‌کند که فراهم کردن مراقبت برای سالمندان باید فراتر از امور درمانی باشد و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی آنها مورد توجه قرار گیرد.^۷ یکی از مباحث جدید در حوزه سیاست و رفاه اجتماعی سالمندان، در راستای به زیستن آن‌ها در گذار به دوران سوم زندگی، مفهوم سالمندی موفق است^۱ سالمندی موفق احساس رضایت و شادمانی درونی فرد از زندگی کنونی و گذشته بوده^۲ و شامل سه بعد است: ۱- کارکرد جسمانی و شناختی مطلوب^۲ - نبودن بیماری و ناتوانی و معلولیت^۳ - درگیر شدن و مشارکت در زندگی.^{۸، ۹}

در خصوص سالمندی موفق، برنامه‌های موفق در جهان انجام شده است؛ برای مثال در حیطه سلامت جسم و روان کشورهای که سعی کرده‌اند در ارائه خدمات، تنوع بخش خصوصی، دولتی و عام‌المنفعه را در نظر بگیرند ثبات بهتری داشته‌اند. بعضی از کشورها مانند ژاپن سعی کرده‌اند «سالمندی در محل» را ایجاد کنند و با ورود فناوری به خانه‌های خود سالمندان، که به آن دلبستگی دارند، و ایجاد سیستم ارتباطی با مراقبان آنان، وضعیت و محیطی را ایجاد کنند تا سالمند بتواند سالمندی خوب و موفق را در خانه خودش همراه با استقلال فردی تجربه کند.^{۱۰-۱۲}

در ایران از مدت‌ها قبل مقدمات برنامه‌ریزی در امور سالمندان ایجاد شده است و بر این اساس نهادهای مختلفی برنامه‌ریزی برای این گروه را متعهد شده‌اند^{۱۱} ولی در خصوص اجرای سالمندی موفق در نظام سلامت کشور شواهد شفافی موجود نیست. با توجه به مطالب مطرح شده و اهمیت توجه به سالمندی موفق در نظام‌های سلامت بر آن شدیم تا با بررسی برنامه‌های سلامت موجود در کشور، میزان تطابق این برنامه‌ها با مولفه‌های سالمندی موفق را مشخص نموده و الگوهای پیشرو در حوزه سالمندی به صورت تطبیقی با همدیگر مقایسه شوند.

شده؛ مولفه عوامل فردی شامل زیرمولفه عوامل روحی روانی؛ مولفه عوامل مربوط به محیط فیزیکی شامل زیرمولفه محیط فیزیکی؛ مولفه محیط اجتماعی شامل زیرمولفه‌های فعالیت و روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی و تحصیلات و سواد، و در نهایت مولفه عوامل اقتصادی شامل زیرمولفه‌های درآمد، بیمه و حمایت اجتماعی اشتغال می‌باشند.^{۱۵}

ابتدا کلیه برنامه‌های سلامت تدوین شده و یا در حال اجرا در مراکز و خانه‌های سلامت کشور مشخص و گروه‌بندی شد. سپس با توجه به محتوای هر برنامه، زیر مولفه‌هایی که در هر برنامه مورد تاکید بود، تعیین شد (جدول ۱). براساس یافته‌های این هدف، در برنامه‌های سلامت وزارت بهداشت کشور زیرمولفه‌های فعالیت‌های جسمی و فیزیکی، تغذیه سالم و مناسب، کاهش مصرف دخانیات و الکل، ارتقاء بهداشت، خدمات سلامت ذهنی، خدمات پزشکی و درمانی، فعالیت و روابط اجتماعی، عوامل روحی روانی، ارائه خدمات بهداشتی مناسب و محیط فیزیکی (براساس مولفه‌های چهارچوب سازمان بهداشت جهانی) لحاظ گردیده‌اند که زیرمولفه‌های ارتقاء بهداشت، ارائه خدمات بهداشتی مناسب، خدمات پزشکی و درمانی در بیشتر بسته‌های برنامه‌های سلامت کشور مورد تاکید بوده است در حالی که زیرمولفه‌های پیشگیری از بیماری‌ها، مراقبت طولانی‌مدت، پای‌بندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده، حمایت اجتماعی، تحصیلات و سواد، درآمد، بیمه و حمایت اجتماعی و اشتغال در هیچ یک از برنامه‌ها مدنظر قرار نگرفته است.

Extraction Data استفاده شد. جهت تحلیل و مقایسه داده‌ها در این مرحله از جداول مقایسه‌ای استفاده شد که شامل مولفه‌های سالمندی موفق در کشور مربوطه و استراتژی‌های اجرایی سالمندی موفق در آن مولفه بود. بدین منظور داده‌ها به جدول مقایسه‌ای وارد گردیده و مبنای تحلیل و مقایسه کشورها با یکدیگر قرار گرفت. سوال مطالعه تطبیقی کیفی به این صورت بود که مولفه‌های سالمندی موفق در هر کشور کدام موارد بوده و با الگوی سازمان جهانی بهداشت تا چه اندازه همسانی دارند؟ داده‌های مورد نیاز از کتب مرجع، وبسایت‌های معتبر، گزارش‌های منتشر شده سازمان بهداشت جهانی، مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی، پایگاه‌های مقالات و مطالب و اسناد و مدارک قابل دسترس و غیره استخراج شد.

یافته‌ها

بر اساس مدل سازمان جهانی بهداشت، ۶ مولفه کلی برای سالمندی موفق وجود دارد که شامل بهداشت و خدمات بهداشتی، عوامل رفتاری، عوامل فردی، عوامل مربوط به محیط فیزیکی، عوامل مربوط به محیط اجتماعی و عوامل اقتصادی. هر کدام از مولفه‌ها، شامل یک یا چند زیرمولفه می‌باشد. مولفه بهداشت و خدمات بهداشتی شامل زیرمولفه‌های ارتقاء بهداشت، پیشگیری از بیماری‌ها، ارائه خدمات بهداشتی مناسب، مراقبت طولانی مدت، خدمات سلامت ذهنی؛ مولفه عوامل رفتاری شامل زیرمولفه‌های کاهش مصرف دخانیات و الکل، فعالیت‌های جسمی و فیزیکی، تغذیه سالم و مناسب، خدمات پزشکی و درمانی، و پایبندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه

جدول ۱. برنامه‌های سلامت و زیر مولفه‌های مورد تاکید در هر برنامه

ردیف	دسته‌بندی	محتوای برنامه‌ها	زیر مولفه‌های شامل شده
۱	آموزش بهداشت	خودمراقبتی فردی، خودمراقبتی سازمانی، خودمراقبتی اجتماعی، نیازسنجی سلامت و مداخلات ارتقای سلامت، برنامه رابطن سلامت ادارات و سازمان‌ها، آموزش گروهی، هر خانه یک پایگاه سلامت، سفیران سلامت دانش‌آموزی، سفیران سلامت دانشجویی، مهدهای کودک سالم، بسته‌های آموزشی حوزه علمیه، آموزش مجازی، کتاب و نشریات آموزش سلامت، رسانه آموزش سلامت استان، پکیج‌های آموزشی	پیشگیری از بیماری‌ها ارتقاء بهداشت
۲	پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر	غربالگری، شناسایی، درمان بیماران، ایدز، آنفولانزا، هاری، جذام، مالاریا، سل، تب مالت و غیره، ایمن‌سازی	پیشگیری از بیماری‌ها ارتقاء بهداشت ارائه خدمات بهداشتی مناسب خدمات پزشکی و درمانی

ردیف	دسته‌بندی	محتوای برنامه‌ها	زیر مولفه‌های شامل شده
۳	پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های غیرواگیر	دیابت، کم کاری تیروئید، فشارخون، آسم، شیش سر، پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی، بسته‌های آموزشی پویش ملی پیشگیری از سرطان سینه، کمپین پوکی استخوان، کمپین فعالیت بدنی، مبارزه با سرطان	پیشگیری از بیماری‌ها ارتقاء بهداشت ارائه خدمات بهداشتی مناسب فعالیت‌های جسمی و فیزیکی تغذیه سالم و مناسب خدمات پزشکی و درمانی کاهش مصرف دخانیات و الکل
۴	سلامت روانی و اجتماعی و اعتیاد	پیشگیری از اختلالات زناشویی، بهداشت روان زنان، انگ‌زدایی از بیماران روانی، آموزش مهارت ابراز وجود و جرات‌مندی، بهبود مهارت فرزندپروری در والدین، پیشگیری از اضطراب، پیشگیری از اعتیاد به دخانیات، پیشگیری از اعتیاد در خانواده و در محیط کار، تغییرات روانی در دوران بارداری و پس از زایمان، تشخیص و درمان افسردگی، عقب‌ماندگی ذهنی	ارائه خدمات بهداشتی مناسب خدمات پزشکی و درمانی ارتقاء بهداشت خدمات سلامت ذهنی عوامل روحی روانی فعالیت و روابط اجتماعی
۵	بهداشت حرفه‌ای	شناسایی عوامل زیان‌آور در محیط کار، بهداشت کار در دامپروری، بهداشت حرفه‌ای در کارگاه‌های بافندگی، اماکن کشاورزی، معاینات دوره‌ای پزشکی کارگران	خدمات پزشکی و درمانی ارائه خدمات بهداشتی مناسب محیط فیزیکی خدمات پزشکی و درمانی
۶	سلامت جمعیت و خانواده	ارتباط با سالمند، اصول سلامت باروری، اصول مراقبت نوزادان و کودکان، حوادث در سالمندان، زایمان طبیعی، مراقبت از دهان و دندان سالمندان، مراقبت از سالمندان، مصرف صحیح قرص‌های پیشگیری از بارداری	ارائه خدمات بهداشتی مناسب ارتقاء بهداشت فعالیت و روابط اجتماعی عوامل روحی روانی
۷	سلامت نوجوانان و جوانان	بسته‌های آموزشی	ارتقاء بهداشت
۸	بهداشت محیط	بهداشت در مدرسه، منزل، مساجد و اماکن متبرکه، تفکیک و بازیافت زباله، دخانیات، دفع نهایی زباله، سالم‌سازی آب، شناسایی مواد فاسد، کنترل ناقلین در اماکن، بسته آموزشی ترک دخانیات	ارتقاء بهداشت محیط فیزیکی
۹	بهداشت دهان و دندان	مراقبت از دندان، مسواک زدن، استفاده از نخ دندان، مراقبت از دهان و دندان کودکان زیر ۳ سال، مراقبت‌های لته در دوران بارداری، بهداشت دهان و دندان در سالمندان	ارائه خدمات بهداشتی مناسب ارتقاء بهداشت
۱۰	بهبود تغذیه	افزایش مصرف لبنیات، تغذیه و بیماری دیابت، بسته‌های آموزشی تغذیه سالم، چاقی کودکان، مراقبت‌ها و خدمات تغذیه‌ای، تغذیه تکمیلی کودکان	تغذیه سالم و مناسب
۱۱	مدیریت و کاهش خطر بلایا	آمادگی در برابر زلزله و سیل، شناخت مخاطرات	محیط فیزیکی

در جدول ۲ به مولفه‌ها و زیرمولفه‌های موجود در دست‌یابی به سالمندی موفق وجود دارد اشاره شده است. برنامه سلامت کشور و شکافی که در برنامه سلامت جهت

جدول ۲. بررسی وضعیت مولفه‌های سالمندی موفق در برنامه‌های سلامت کشور ایران

ردیف	مولفه‌ها	زیر مولفه‌های سالمندی موفق پوشش داده شده در برنامه‌های سلامت	زیر مولفه‌های سالمندی موفق پوشش داده نشده در برنامه‌های سلامت
۱	بهداشت و خدمات بهداشتی	ارتقاء بهداشت ارائه خدمات بهداشتی مناسب خدمات سلامت ذهنی	پیشگیری از بیماری‌ها مراقبت طولانی مدت
۲	عوامل رفتاری	کاهش مصرف دخانیات و الکل فعالیت‌های جسمی و فیزیکی خدمات پزشکی و درمانی	تغذیه سالم و مناسب پای‌بندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده

ردیف	مولفه‌ها	زیر مولفه‌های سالمندی موفق پوشش داده شده در برنامه‌های سلامت	زیر مولفه‌های سالمندی موفق پوشش داده نشده در برنامه‌های سلامت
۳	عوامل فردی	-	-
۴	عوامل مربوط به محیط فیزیکی	محیط فیزیکی	-
۵	عوامل مربوط به محیط اجتماعی	فعالیت و روابط اجتماعی	حمایت اجتماعی تحصیلات و سواد درآمد
۶	عوامل اقتصادی	-	بیمه و حمایت اجتماعی اشتغال

برای مقایسه وضعیت اجرای سالمندی موفق با سایر کشورهای منتخب در این زمینه ۶ کشور در زمینه اجرای مولفه‌های سالمندی موفق انتخاب شدند و سپس مولفه‌هایی که در برنامه‌های هر کشور مورد تاکید بود مشخص گردیدند و با مولفه‌های سازمان جهانی بهداشت مقایسه گردیده و براساس آن، شباهت‌ها و تفاوت‌های مولفه‌های هر کشور با این چهارچوب تعیین گردید. در بخش بعد، نقاط قوت و ضعف هر کشور براساس میزان انطباق با مولفه‌های سازمان جهانی بهداشت تعیین شد. (جدول ۳)

جدول ۳. بررسی تطبیقی وضعیت مولفه‌های سالمندی موفق در نظام سلامت کشورهای منتخب

کشور	مولفه‌ها	نقطه قوت	نقطه ضعف
کانادا	ارتقاء بهداشت پیشگیری از بیماری‌ها ارائه خدمات بهداشتی مناسب مراقبت طولانی‌مدت فعالیت‌های جسمی و فیزیکی خدمات پزشکی و درمانی عوامل روحی روانی فعالیت و روابط اجتماعی حمایت اجتماعی درآمد بیمه و حمایت اجتماعی اشتغال	انطباق نسبتاً زیادی با مولفه‌های سالمندی موفق چهارچوب سازمان بهداشت جهانی دارد و بیش از ۵۰ درصد مولفه‌های WHO در برنامه‌های این کشور مدنظر قرار گرفته است. در این کشور افراد پا به سن گذاشته که نیاز به مراقبت‌های ویژه دارند، به موسساتی انتقال داده می‌شوند که در آن پرستاران و کارکنان آموزش‌دیده آماده خدمت‌رسانی به آنها می‌باشند. همچنین کانادا یکی از بهترین کشورهای دنیا برای زندگی سالمندان است و تقریباً ۹۸ درصد از سالمندان بالای ۶۴ سال در کانادا، حقوق بازنشستگی دریافت می‌کنند. همچنین تنها ۶/۸ درصد از افراد ۶۰ ساله یا بیشتر در کانادا در فقر زندگی می‌کنند که این میزان، نسبت به سایر کشورها، رقم نسبتاً پایینی است. ^{۱۶}	عدم اشاره به مولفه‌های تغذیه سالم و مناسب محیط فیزیکی خدمات سلامت ذهنی کاهش مصرف دخانیات و الکل پای‌بندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده تحصیلات و سواد در برنامه‌های این کشور
ایالات متحده آمریکا	ارتقاء بهداشت پیشگیری از بیماری‌ها ارائه خدمات بهداشتی مناسب مراقبت طولانی‌مدت فعالیت‌های جسمی و فیزیکی تغذیه سالم و مناسب خدمات پزشکی و درمانی عوامل روحی روانی فعالیت و روابط اجتماعی حمایت اجتماعی بیمه و حمایت اجتماعی اشتغال	انطباق زیادی با مولفه‌های سالمندی موفق چهارچوب سازمان بهداشت جهانی دارد و بیش از ۶۰ درصد مولفه‌های WHO در برنامه‌های این کشور مدنظر قرار گرفته است. در گزارش جهانی در سال ۲۰۱۸ بیان شده که در ایالات متحده آمریکا، خدمات تحت پوشش شامل خدمات بیمارستانی و آسایشگاهی و خدمات سطوح پیشگیری است که افراد ۶۵ سال به بالاتر مقیم آمریکا را شامل می‌شود. همچنین طبق نتایج این مطالعه پوشش معیشتی (مستمری پایه و مستمری بیمه‌شدگان) در کشور توسعه یافته ایالت متحده آمریکا در حد گسترده‌ای ارائه می‌شود. از نتایج تطبیقی مولفه‌های کشور کانادا و آمریکا می‌توان دریافت که تقریباً شباهت زیادی بین این دو کشور وجود دارد. ^{۱۸، ۱۷}	عدم اشاره به مولفه‌های خدمات سلامت ذهنی کاهش مصرف دخانیات و الکل پای‌بندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده تحصیلات و سواد و درآمد در برنامه‌های این کشور

کشور	مولفه‌ها	نقطه قوت	نقطه ضعف
برزیل	پیشگیری از بیماری‌ها ارائه خدمات بهداشتی مناسب فعالیت‌های جسمی و فیزیکی خدمات پزشکی و درمانی درآمد فعالیت و روابط اجتماعی	نظام حقوق بازنشستگی عمومی برزیل پوشش مزایایی خود را به بیشتر جمعیت سالمندان گسترانده است و حمایت را برای بخش فقیر جامعه فراهم کرده است. برزیل با این نظام حمایتی فقر را در میان سالمندان ریشه کن کرده است. همچنین در برزیل تأکید بر یکپارچگی مؤسسات سالمندی در حوزه‌های نظام حمایت اجتماعی و نظام مراقبت‌های بهداشتی است. ^{۱۸}	انطباق کمی با مولفه‌های سالمندی موفق چهارچوب سازمان بهداشت جهانی دارد و کمتر از ۴۰ درصد مولفه‌های WHO در برنامه‌های این کشور مدنظر قرار گرفته است. عدم اشاره به مولفه‌های ارتقاء بهداشت مراقبت طولانی مدت خدمات سلامت ذهنی کاهش مصرف دخانیات و الکل تغذیه سالم و مناسب پای‌بندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده عوامل روحی روانی محیط فیزیکی حمایت اجتماعی تحصیلات و سواد بیمه و حمایت اجتماعی اشتغال در برنامه‌های این کشور
سنگاپور	ارتقاء بهداشت ارائه خدمات بهداشتی مناسب خدمات سلامت ذهنی فعالیت‌های جسمی و فیزیکی عوامل روحی روانی محیط فیزیکی فعالیت و روابط اجتماعی تحصیلات و سواد	این کشور در سال‌های اخیر سیاست‌گذاری‌هایی را در راستای تحقق شهر دوستدار سالمند انجام داده است و در این زمینه موفق عمل نموده است و همچنین سازمان‌های ملی توانسته‌اند همکاری، هماهنگی و پیاده‌سازی چهارچوب سالمندی موفق را همراه با خدمات و تسهیلات متناسب با شهر دوستدار سالمند در سراسر شهرها و مناطق پیاده کنند. ^{۱۲}	انطباق نسبتاً کمی با مولفه‌های سالمندی موفق چهارچوب سازمان بهداشت جهانی دارد و کمتر از ۵۰ درصد مولفه‌های WHO در برنامه‌های این کشور مدنظر قرار گرفته است. عدم اشاره به مولفه‌های پیشگیری از بیماری‌ها مراقبت طولانی مدت کاهش مصرف دخانیات و الکل تغذیه سالم و مناسب خدمات پزشکی و درمانی پای‌بندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده حمایت اجتماعی درآمد بیمه و حمایت اجتماعی اشتغال در برنامه‌های این کشور
انگلستان	ارتقاء بهداشت ارائه خدمات بهداشتی مناسب پیشگیری از بیماری‌ها خدمات سلامت ذهنی خدمات پزشکی و درمانی محیط فیزیکی حمایت اجتماعی درآمد بیمه و حمایت اجتماعی اشتغال	انطباق نسبتاً زیادی با مولفه‌های سالمندی موفق چهارچوب سازمان بهداشت جهانی دارد و بیش از ۵۰ درصد مولفه‌های WHO در برنامه‌های این کشور مدنظر قرار گرفته است. در انگلستان روش جدیدی که دولت نیز آن را تأیید کرده، ساختن خانه‌های کوچک با اتاق‌هایی است که به تمام وسایل و تجهیزات لازم مجهز است. ^{۱۹} این عبارت تأییدی بر اولویت مولفه محیط فیزیکی در این کشور می‌باشد که از این لحاظ با کشور سنگاپور شباهت دارد.	عدم اشاره به مولفه‌های مراقبت طولانی مدت کاهش مصرف دخانیات و الکل فعالیت‌های جسمی و فیزیکی تغذیه سالم و مناسب پای‌بندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده عوامل روحی روانی فعالیت و روابط اجتماعی تحصیلات و سواد در برنامه‌های این کشور

کشور	مؤلفه‌ها	نقطه قوت	نقطه ضعف
چین	ارتقاء بهداشت خدمات سلامت ذهنی کاهش مصرف دخانیات و الکل فعالیت‌های جسمی و فیزیکی تغذیه سالم و مناسب محیط فیزیکی فعالیت و روابط اجتماعی حمایت اجتماعی اشتغال	مهم‌ترین اقدام دولت چین برای سالمندان، رایگان کردن خدمات حمل و نقل عمومی برای این قشر از سال ۲۰۰۶ به بعد، پرورش پرستاران خانگی برای نگهداری ویژه از کهنسالان در خانه و تاسیس مراکز مراقبت‌های روزانه از آنان با امکانات خاص بوده است. مراکز روزانه نگهداری از سالمندان در کشور چین که با عنوان «مهد سالمندان» معروف است، در طول روز با ارائه خدماتی از جمله کلاس‌های ورزشی، آموزش مهارت‌هایی از جمله خطاطی، ساخت صنایع دستی، اجرای نمایش‌های زنده، پخش فیلم و غیره به حفظ شادابی و طراوت روحی سالمندان کمک می‌کنند. ^{۱۸} این اقدامات تابیدی بر اهمیت مؤلفه‌های محیط فیزیکی، خدمات سلامت ذهنی، روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی در برنامه‌های این کشور می‌باشد.	انطباق نسبتاً کمی با مؤلفه‌های سالمندی موفق چهارچوب سازمان بهداشت جهانی دارد و کمتر از ۵۰ درصد مؤلفه‌های WHO در برنامه‌های این کشور مدنظر قرار گرفته است. عدم اشاره به مؤلفه‌های: پیشگیری از بیماری‌ها ارائه خدمات بهداشتی مناسب مراقبت طولانی مدت خدمات پزشکی و درمانی پای‌بندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده عوامل روحی روانی تحصیلات و سواد درآمد بیمه و حمایت اجتماعی در برنامه‌های این کشور

بحث

براساس یافته‌های این پژوهش، در برنامه‌های سلامت وزارت بهداشت کشور زیرمؤلفه‌های فعالیت‌های جسمی و فیزیکی، تغذیه سالم و مناسب، کاهش مصرف دخانیات و الکل، ارتقاء بهداشت، خدمات سلامت ذهنی، خدمات پزشکی و درمانی، فعالیت و روابط اجتماعی، عوامل روحی روانی، ارائه خدمات بهداشتی مناسب و ارتقاء بهداشت، تغذیه سالم و مناسب و محیط فیزیکی (براساس مؤلفه‌های چهارچوب سازمان بهداشت جهانی) لحاظ گردیده‌اند که زیرمؤلفه‌های ارتقاء بهداشت، ارائه خدمات بهداشتی مناسب، خدمات پزشکی و درمانی در بیشتر بسته‌های برنامه‌های سلامت کشور مورد تأکید بوده است در حالی که زیرمؤلفه‌های مراقبت طولانی‌مدت، پای‌بندی سالمندان به استفاده از خدمات ارائه شده، حمایت اجتماعی، تحصیلات و سواد، درآمد، بیمه و حمایت اجتماعی و اشتغال در برنامه‌ها مدنظر قرار نگرفته است.

در ایران هدف مراقبت‌های یکپارچه سلامت سالمندان، بهبود کیفیت زندگی سالم در راستای سلامت جسمی و روانی و ترویج شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی می‌باشد.^{۲۰}

براساس راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سالمندان که توسط وزارت بهداشت ارائه گردیده، بیماری‌هایی که در

برنامه سلامت سالمندان ایران ارائه می‌شود شامل موارد ذیل می‌باشد: اختلالات فشارخون، اختلالات تغذیه، اختلالات چربی خون، دیابت، سقوط و عدم تعادل، و افسردگی. در سال ۱۳۹۱ که برنامه سلامت سالمندان وارد برنامه‌های بهداشت گردید، ۲۴ بیماری بررسی گردید اما با توجه به نبود زیرساخت‌های لازم نظیر نیروهای آموزش‌دیده، امکانات، تجهیزات و دارو این موارد به ۶ مراقبتی که هم اکنون ارائه می‌شود تقلیل یافت.

علیزاده و همکاران در سال ۱۳۹۲ در مطالعه خود با عنوان "تحلیل مروری عملکرد سازمان‌های متولی" محتوای تمامی برنامه‌هایی که توسط سازمان‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تامین اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام خمینی، صندوق بیمه بازنشستگی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی، شهرداری، سازمان خیریه و داوطلب ارائه می‌شد را استخراج نمودند که شامل ترویج شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی، خدمات بیمه‌ای و حمایت، مجوز و یارانه و نظارت بر مراکز نگهداری سالمند، پرداخت یارانه مراقبت و نگهداری سالمند، تامین پاره‌ای از وسایل کمکی سالمند، تسهیلات اعتبار قرض‌الحسنه جهت راه‌اندازی مراکز نگهداری، تحت پوشش قرار دادن سالمندان زیر خط فقر، طرح مددجویی، طرح شهید رجایی، مستمری بازنشستگی،

و بیمه، نبود پوشش برای بیمه‌ها برای مراقبت سالمندی، عدم پوشش خدمات مراقبت در منزل توسط بیمه و نبود بیمه مراقبت بلندمدت سالمندان اشاره شده بود.^{۲۴}

در نظام سلامت کشور کانادا در حوزه سالمندی موفق به زیر مولفه‌های ارتقاء بهداشت، پیشگیری از بیماری‌ها، ارائه خدمات بهداشتی مناسب و مراقبت طولانی مدت از مولفه بهداشت و خدمات بهداشتی؛ زیر مولفه‌های فعالیت جسمی و فیزیکی و خدمات پزشکی و درمانی از مولفه عوامل رفتاری؛ عوامل روحی روانی از مولفه عوامل فردی؛ زیر مولفه‌های فعالیت و روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی از مولفه عوامل مربوط به محیط اجتماعی و در نهایت زیر مولفه‌های درآمد، بیمه و حمایت اجتماعی و اشتغال از مولفه عوامل اقتصادی تاکید می‌شود. به‌طور کلی می‌توان گفت مراقبت طولانی مدت از سالمندان و حمایت اقتصادی از شاخصه‌های بارز مدل‌های سالمندی موفق در این کشور بوده است. طبق گزارش منتشر شده در مجله پرتال جامع فارسی کانادا، افراد پا به سن گذاشته که نیاز به مراقبت‌های ویژه دارند، به موسساتی انتقال داده می‌شوند که در آن پرستاران و کارکنان آموزش دیده آماده خدمت‌رسانی به آنها می‌باشند.^{۲۵}

براساس بررسی‌های صورت گرفته در مدل مربوط به سالمندی موفق کشور ایالات متحده آمریکا زیر مولفه‌های ارتقاء بهداشت، پیشگیری از بیماری‌ها، ارائه خدمات بهداشتی مناسب و مراقبت طولانی مدت از مولفه بهداشت و خدمات بهداشتی؛ زیر مولفه‌های فعالیت جسمی و فیزیکی، تغذیه سالم و مناسب و خدمات پزشکی و درمانی از مولفه عوامل رفتاری؛ عوامل روحی روانی از مولفه عوامل فردی؛ زیر مولفه‌های فعالیت و روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی از مولفه عوامل مربوط به محیط اجتماعی و در نهایت زیر مولفه‌های بیمه و حمایت اجتماعی و اشتغال از مولفه عوامل اقتصادی در نظر گرفته شده است.^{۲۶، ۲۷} همچنین طبق نتایج این مطالعه پوشش معیشتی (مستمری پایه و مستمری بیمه‌شدگان) در کشور توسعه‌یافته ایالات متحده آمریکا در حد گسترده‌ای ارائه می‌شود. از نتایج تطبیقی مولفه‌های کشور کانادا و آمریکا می‌توان دریافت که تقریباً شباهت زیادی بین این دو کشور وجود دارد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد برنامه سالمندی موفق در کشور برزیل دارای زیر مولفه‌های پیشگیری از

بیمه درمان، خدمات رفاهی، برگزاری دوره آموزش سالمندی، فرهنگسرای سالمند، کانون سالمند، برگزاری برنامه ویژه در محلات، شهر دوستدار سالمند، واحد درمان مراقبت ویژه توانبخشی برای مددجویان کهریزک بود.^{۲۱}

نتایج مطالعه ثقفی اصل و همکاران در سال ۱۴۰۰ که فرآیند برنامه مراقبت از تغذیه سالمندان را ارزیابی کرده‌اند، نشان داد جلسات آموزش ابتدایی همان‌طور که در نظر گرفته شده بود به‌طور کامل به ارائه‌دهندگان آموزش داده شد، اما بیشتر برنامه‌های برنامه‌ریزی شده برای سالمندان، به‌ویژه مکمل‌های ویتامین و مواد معدنی، پیگیری و فعالیت‌های بدنی ضعیف اجرا شد و ارائه‌دهندگان معتقد بودند که بیشتر سالمندان از خدمات تغذیه‌ای بهره‌مند نیستند.^{۲۲} این نشان‌دهنده این مساله هست که صرف وجود مولفه سالمندی موفق در برنامه سلامت کشور به معنای اجرای مناسب آن نیز نبوده و شکاف فعالیتی قابل ملاحظه‌ای در دستیابی به سطح مناسبی از عملکرد برای جایابی مفهوم سالمندی موفق در کشور وجود دارد.

بررسی اثربخشی برنامه مراقبت ادغام یافته و جامع سالمندی وزارت بهداشت بر سلامت جسمی و روانی سالمندان در استان گلستان توسط لطفعلی‌نژاد در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که برنامه مراقبت ادغام یافته و جامع سالمندی وزارت بهداشت در زمینه غربالگری و پیگیری فشارخون سالمندان مؤثر بوده است ولی در حیطه سلامت روان موفق نبوده است.^{۲۳}

در مورد حمایت‌طلبی اقتصادی رفاهی سالمند نیز یافته‌های ما با یافته‌های مطالعه خوجم‌لی و همکاران با عنوان «مراقبت ادغام یافته از سالمندان در مراکز خدمات سلامتی: یک مطالعه کیفی (در سال ۱۴۰۰)» هم راستا می‌باشد به صورتی که به نبود امکانات تفریحی و رفاهی جهت سالمندان، در رابطه با مسایل اقتصادی؛ نبود سوالات معیشت و اقتصادی در سامانه و مراقبت یکپارچه، وابستگی سالمندان در انجام امور شخصی و اقتصادی به خانواده، مشکلات اقتصادی در سطح کشور، احساس سرباری اقتصادی و شرمندگی نسبت به خانواده، مشکلات اقتصادی خود سالمندان، مشکلات اقتصادی، سلامتی، اجتماعی و روانی کرونا برای سالمندان و در رابطه با بیمه؛ نارسایی‌های بیمه روستایی در خصوص پوشش خدمات پاراکلینیک، تجهیزات و دارو، حمایت‌های ناکافی بهزیستی

حمایت اجتماعی از مولفه عوامل مربوط به محیط اجتماعی و نیز زیر مولفه‌های درآمد، بیمه و حمایت اجتماعی و اشتغال از مولفه عوامل اقتصادی بیشتر در برنامه‌های سالمندی موفق کشور انگلستان دیده می‌شود. در گزارش جهانی در سال ۲۰۱۶ نیز اشاره شده است که در انگلستان روش جدیدی که دولت نیز آن را تأیید کرده، ساختن خانه‌های کوچک با اتاق‌هایی است که به تمام وسایل و تجهیزات لازم مجهز است. این عبارت تاییدی بر اولویت مولفه محیط فیزیکی در این کشور می‌باشد که از این لحاظ با کشور سنگاپور شباهت دارد.^{۱۹}

یافته‌های این هدف همچنین نشان داد زیر مولفه‌های ارتقاء بهداشت و خدمات سلامت ذهنی از مولفه بهداشت و خدمات بهداشتی؛ زیر مولفه کاهش مصرف دخانیات و الکل، فعالیت‌های جسمی و فیزیکی و تغذیه سالم از مولفه عوامل رفتاری؛ مولفه مربوط به محیط فیزیکی؛ زیر مولفه فعالیت و روابط اجتماعی از مولفه عوامل مربوط به محیط اجتماعی و نیز زیر مولفه اشتغال از مولفه عوامل اقتصادی بیشتر در برنامه‌های سالمندی موفق کشور چین دیده می‌شود. طبق گزارش منتشر شده در سال ۲۰۱۸، مهم‌ترین اقدام دولت چین برای سالمندان، رایگان کردن خدمات حمل و نقل عمومی برای این قشر از سال ۲۰۰۶ به بعد، پرورش پرستاران خانگی برای نگهداری ویژه از کهنسالان در خانه و تاسیس مراکز مراقبت‌های روزانه از آنان با امکانات خاص بوده است.^{۱۸} این اقدامات تاییدی بر اهمیت مولفه‌های محیط فیزیکی، خدمات سلامت ذهنی، روابط اجتماعی و حمایت اجتماعی در برنامه‌های این کشور می‌باشد.

کشور استرالیا با اجرای مدل‌های مراقبت‌های یکپارچه به دنبال بهبود کیفیت مراقبت از افراد مسن می‌باشد.^{۲۴} در کشور سوئد بهبود کیفیت مراقبت از بیمارترین افراد مسن در مراقبت‌های پیشگیرانه، مراقبت تسکینی خوب، مراقبت خوب از افراد مبتلا به زوال عقل و درمان دارویی هدف برنامه‌های اجرایی بوده است.^{۲۵-۲۸} مکزیک با تطبیق سیستم مراقبت‌های بهداشتی سالمندان با نیازهای جدید سالمندان و با تمرکز در مراقبت‌های اولیه، باعث اجتناب از وابستگی عملکردی و افزایش پیری فعال و سالم شده است.^۲ از دیگر اهداف برنامه سلامت سالمندان در شهر پکن پیشگیری و درمان بیماری‌ها، بهبود خدمات پزشکی

بیماری‌ها، ارائه خدمات بهداشتی مناسب از مولفه بهداشت و خدمات بهداشتی؛ زیر مولفه‌های فعالیت جسمی و فیزیکی مناسب و خدمات پزشکی و درمانی از مولفه عوامل رفتاری؛ زیر مولفه‌های فعالیت و روابط اجتماعی از مولفه عوامل مربوط به محیط اجتماعی و در نهایت زیر مولفه درآمد از مولفه عوامل اقتصادی می‌باشد و در واقع از بین مولفه‌های سازمان جهانی بهداشت که در این مطالعه به‌عنوان چهارچوب در نظر گرفته، زیر مولفه‌های ارائه خدمات بهداشتی، روابط اجتماعی و درآمد در نظام سلامت برزیل بارزتر می‌باشد. در گزارش جهانی در سال ۲۰۱۸ بیان شده که نظام حقوق بازنشستگی عمومی برزیل پوشش مزایایی خود را بیشتر به جمعیت سالمندان گسترش داده است و حمایت را برای بخش فقیر جامعه فراهم کرده است. برزیل با این نظام حمایتی، فقر در میان سالمندان را ریشه‌کن کرده است. همچنین در برزیل تأکید بر یکپارچگی مؤسسات سالمندی در حوزه‌های نظام حمایت اجتماعی و نظام مراقبت‌های بهداشتی است.^{۱۸}

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، در کشور سنگاپور زیر مولفه‌های ارتقاء بهداشت، ارائه خدمات بهداشتی مناسب و خدمات سلامت ذهنی از مولفه بهداشت و خدمات بهداشتی؛ زیر مولفه‌های فعالیت جسمی از مولفه عوامل رفتاری؛ عوامل روحی روانی از مولفه عوامل فردی؛ مولفه مربوط به محیط فیزیکی و نیز زیر مولفه‌های فعالیت و روابط اجتماعی و تحصیلات و سواد از مولفه عوامل مربوط به محیط اجتماعی در اولویت بودند. در راستای نتایج این مطالعه نیز در گزارش جهانی در سال ۲۰۱۶ بیان شده است که این کشور در سال‌های اخیر سیاست‌گذاری‌هایی را در راستای تحقق شهر دوستدار سالمند انجام داده و در این زمینه موفق عمل نموده است و همچنین سازمان‌های ملی توانسته‌اند همکاری، هماهنگی و پیاده‌سازی چارچوب سالمندی موفق را همراه با خدمات و تسهیلات متناسب با شهر دوستدار سالمند در سراسر شهرها و مناطق پیاده کنند.^{۱۳}

یافته‌ها نشان داد زیر مولفه‌های ارتقاء بهداشت، پیشگیری از بیماری‌ها، ارائه خدمات بهداشتی مناسب و خدمات سلامت ذهنی از مولفه بهداشت و خدمات بهداشتی؛ زیر مولفه خدمات پزشکی و درمانی از مولفه عوامل رفتاری؛ مولفه مربوط به محیط فیزیکی، زیر مولفه

پیامدهای عملی پژوهش

این پژوهش کمک می‌نماید تا نواقص اجرای سالمندی موفق در برنامه‌های سلامت کشور مشخص شده و گام‌های عملی برای تحقق آن در جمعیت سالمند کشور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری گردد.

قدرانی‌ها

بدینوسیله از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز جهت انجام این پژوهش، تقدیر و تشکر می‌نماییم.

مشارکت پدیدآوران

رعنا غلامزاده نیکجو، زیبا مزروعی و حسین مطلبی در طراحی مطالعه، اجرا و تحلیل داده‌ها، تهیه دست‌نوشته‌ها مشارکت نموده و مقاله را تالیف نموده و نسخه نهایی آن را خوانده و تایید نموده‌اند.

منابع مالی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1400.410 مورد تایید قرار گرفته است. در تمام مراحل انجام مطالعه مسائل اخلاقی توسط نویسندگان به طور کامل رعایت شده است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را بیان نکرده‌اند.

بیمارستانی برای سالمندان با مداخله روان‌شناختی، بهبود عملکرد، درمان تسکینی و مراقبت در زندگی سالمند، کمک به حفظ و بهبود سلامت و توانایی عملکردی سالخورده از طریق ارتقاء سلامت در دوران پیری، ارتقاء سلامت، رفاه و استقلال و جلوگیری یا به تأخیر انداختن نیاز سالمندان به مراقبت‌های شدیدتر یا مراقبت‌های نهادی، و افزایش تعداد سال‌های سالم و فعال زندگی می‌باشد.^{۱۱، ۱۲، ۲۹، ۳۰}

نتیجه‌گیری

با توجه به بررسی‌های صورت گرفته برنامه سالمندی موفق در کشورهای کانادا و آمریکا نسبت به سایر کشورهای بررسی شده مولفه‌های کامل‌تری با در نظر گرفتن مدل سازمان جهانی بهداشت دارند. در کشور ما بیشتر بر روی زیرمولفه‌های ارائه خدمات بهداشتی مناسب، خدمات پزشکی و درمانی و محیط فیزیکی تمرکز گردیده و اقدامات پراکنده‌ای با وضعیت کیفیت، کارایی و عدالت نامشخصی صورت گرفته اما به دلیل اینکه سالمندی موفق تاکنون در اولویت سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان قرار نگرفته است، برنامه‌های سلامت بررسی شده در حوزه وزارت بهداشت بیانگر این است که بیشتر مولفه‌های سالمندی مرکز توجه مدیران ارشد کشور نبوده است. پیشنهاد می‌گردد وزارت بهداشت کشور با همکاری سایر وزارتخانه‌های درگیر مثل وزارت آموزش و پرورش، اقتصاد و دارایی و رفاه با در اولویت قرار دادن موضوع سالمندی موفق در سیاست‌گذاری‌ها برای عملی ساختن مولفه‌های سالمندی موفق در ایران برنامه‌ریزی متمرکز و منسجم نماید. توجه به مساله سالمندی موفق نیازمند دیدگاه جامع و سیستماتیک همکاری بخشی و تعهد اجرایی قوی در نظام سلامت کشور می‌باشد.

References

- Zanjari N, Sharifian Sani M, Hosseini Chavoshi M, Rafiey H, Mohammadi Shahboulaghi F. Perceptions of Successful Ageing Among Iranian Elders: Insights From a Qualitative Study. *Int J Aging Hum Dev*. 2016; 83(4): 381-401. doi: 10.1177/0091415016657559
- Motee Haqshenas N. An Evaluation of Demographic-Social Policies for Active Seniority in Iran and Future Challenges. *Ma'rifat-i Farhangi Ejetemaii*. 2013; 4(1): 101-120. (Persian)
- Mirfalah-Nasiri N. Demographic characteristics of population aging and related indicators in Iran. *Iranian Journal of Official Statistics Studies*. 2008; 18(2): 1-14. (Persian)
- Mohammadi E, Allahyari T, Darvishpoor Kakhaki A, Saraei H. Determining Psychometric Properties of Iranian Active Aging Measurement Instrument. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018; 12(4): 414-429. doi: 10.21859/sija.12.4.414. (Persian)

5. Buys L, Miller E. The meaning of "active ageing" to older Australians: Exploring the relative importance of health, participation and security. In Proceedings 39th Australian Association of Gerontology Conference. Sydney; 2006.
6. Asadollahi G. Socialpsychiatry "for the use of general practitioners". Isfahan: Porsesh, Department of Health; 1999.
7. Bowker L, Price J, Smith S. Oxford handbook of geriatric medicine. Oxford University Press; 2012. doi: 10.1093/med/9780199586097.001.0001
8. Stowe JD, Cooney TM. Examining Rowe and Kahn's Concept of Successful Aging: Importance of Taking a Life Course Perspective. *Gerontologist*. 2015; 55(1): 43-50. doi: 10.1093/geront/gnu055
9. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997; 37(4): 433-440. doi: 10.1093/geront/37.4.433
10. Wacker RR, Roberto KA. Aging Social Policies: An International Perspective. SAGE Publications, Inc; 2011. doi: 10.4135/9781452274768
11. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2008; 8: 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-8-323
12. Nagalingam J. Understanding successful aging: a study of older Indian adults in Singapore. *Care Manag J*. 2007; 8(1): 18-25. doi: 10.1891/152109807780494131
13. Glaser BG. The constant comparative method of qualitative analysis. *Social problems*. 1965; 12(4): 436-445. doi: 10.2307/798843
14. Chu H, Rosenthal M. Search engines for the World Wide Web: A comparative study and evaluation methodology. In Proceedings of the Annual Meeting-American Society for Information Science 1996 Oct 19 (Vol. 33, pp. 127-135).
15. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization; 2002.
16. Palloni A, McEniry M. Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: preliminary findings. *J Cross Cult Gerontol*. 2007; 22(3): 263-285. doi: 10.1007/s10823-006-9001-7
17. Bahador F, Mahfoozpour S, Masoudiasl I, Vahdat S. A Systematic Review of the Management of Preventive Health Care for the Elderly in the World. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2022; 16(4): 592-607. doi: 10.32598/sija.2021.3180.2. (Persian)
18. Shirali E, Shahbazi M. Providing welfare services to the elderly in selected countries and lessons for Iran. *Tamin-e Ejtemaie*. 2020; 15(4):191-209. (Persian)
19. Zarghami E, Shargi A, Olfat M. Environmental features effective in increasing the quality of life of residents of nursing homes (case example: nursing homes in Shemiranat district in Tehran province). *Journal of Iranian Architectural Studies*. 2016; 7: 111-126. (Persian)
20. Tayeri S, Jafari M, Alimohammadzadeh K, Hosseini SM, Shahanaghi K. A Conceptual Model for Iranian Older Women's Health: A Review Study. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021; 16(3): 304-329. doi: 10.32598/sija.2021.16.3.3090.1. (Persian)
21. Alizadeh M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Mohamadiazar M, Nazari N. Analytical performance of administrations in charge of ageing program in Iran. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2014; 13(1):74-81. (Persian)
22. Saghafi Asl M, Izadi A, Ebrahimzadeh Attari V. Index of Nutritional Quality and Its Association With Serum High Sensitive C-reactive Protein Between Institutionalized and Non-institutionalized Older Adults in Tabriz: A Case-Control Study. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2021; 24(4): 512-527. doi: 10.32598/jams.24.4.4776.2 (Persian)
23. Lotfalinezhad E, Abolfathi Momtaz Y, Nazaripanah NS, Honarvar MR, Arab Ameri F, Azimi MS. Effectiveness of Integrated and Comprehensive Geriatric Care Program of Ministry of Health on Physical and Mental Health of Older Adults in Golestan Province. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2021; 16(3): 438-451. doi: 10.32598/sija.2020.16.3.2190.2. (Persian)
24. Khojamli M, Dabaghi F, Mahmoodi G. Experiences of caregivers integrated care for the elderly: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021; 16(1):10-27. (Persian)
25. Davey A, Malmberg B, Sundström G. Aging in Sweden: local variation, local control. *Gerontologist*. 2014; 54(4): 525-532. doi: 10.1093/geront/gnt124
26. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany. *J Dent Educ*. 2005; 69(9): 987-997.
27. Pedersen NL, McClearn GE, Plomin R, Nesselroade JR, Berg S, DeFaire U. The Swedish Adoption Twin Study of Aging: an update. *Acta Genet Med Gemellol (Roma)*. 1991; 40(1): 7-20. doi: 10.1017/s0001566000006681
28. Sundström G. Family and state: Recent trends in the care of the aged in Sweden. *Ageing & Society*. 1986; 6(2):169-196.

29. Mohammadi A, Seyed Ali Nejad A, Ahmadi S. Identifying model the factors influencing the increase in the participation of the elderly in sports. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020; 15(5): 71-83. (Persian)
30. Chang H, Zhou J, Wang Z. Multidimensional Factors Affecting Successful Aging among Empty-Nesters in China Based on Social-Ecological System Theory. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(19): 1-12. doi: 10.3390/ijerph191911885