دیدگاه‌های مؤسسه دیدبان جهانی سالمندی

حق سالمندان برای دسترسی به بهداشت و سلامت، حقی که بایستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد

۴۶

گروه مطالعاتی رفاه و تأمین اجتماعی
موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا

«نهاد پژوهشی صندوق بازنشستگی کشوری»

۱۳۹۸

به نام آنکه جان را فکرت آموخت

دیدگاه‌های مؤسسه دیدبان جهانی سالمندی

حق سالمندان برای دسترسی به بهداشت و سلامت، حقی که بایستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد

ترجمه:

حمید گماری

گروه مطالعاتی رفاه و تأمین اجتماعی

موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا

«نهاد پژوهشی صندوق بازنشستگی کشوری»

۱۳۹۸

مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا

دیدگاه‌های مؤسسه دیدبان جهانی سالمندی

ترجمه: حمید گماری

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۸

شماره مسلسل: ۴۶

کد گزارش: ۹۷۲۰۸۰۰۲۳

تاریخ انتشار: ۱۳۹۷/۱۲/۱

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر برای موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا محفوظ است.

تهران، خیابان شریعتی، نرسیده به میدان قدس، کوچه محوی،
پلاک ۴، واحد ۱۰۱
کد پستی: ۱۹۳۴۶۱۳۷۸۱

تلفن: ۰۲۱-۲۲۷۰۳۴۶۵ دورنگار: ۰۲۱-۲۲۷۰۲۹۰۳

تارنما: www.saba-psi.ir پست الکترونیک: info@saba-psi.ir

فهرست

پیشگفتار.....الف
خلاصه مدیریتی.....۱
سه نوع مختلف انتقال ۶
مراقبت از سالمندان.....۸
آنچه داده‌ها درباره سلامتی سالمندان به ما می‌گوید.....۱۵
پیچیدگی مسئله سلامت در دوران سالمندی: چه چیزی را اندازه می‌گیریم؟.....۱۸
پوشش همگانی بهداشت و سلامت (UHC).....۱۹
نتیجه‌گیری.....۲۲
اقدامات موردنیاز.....۲۴
منابع.....۲۶

پیشگفتار

حق دسترسی به بهداشت و سلامت، مانند دیگر حقوق بشر، حقی همگانی و سلب نشدنی محسوب می‌شود و همه افراد جامعه باید بدون تبعیض سنی و قومیتی و یا هر مورد دیگری از آن بهره‌مند باشند. همان‌طور که کارشناسان هلپ‌ایج اینترنشنال (Help Age International) بیان کرده‌اند، اکنون‌که هفتادسال از تأسیس سازمان جهانی بهداشت (WHO) می‌گذرد زمان آن فرارسیده تا بررسی کنیم و ببینیم تعهد جهانی برای برقراری حق دسترسی همه مردم جهان به بهداشت و سلامت در عمل تا چه اندازه برای سالمندان کارایی داشته است. کمیته سازمان ملل متحد در حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (CESCR) چهار جزء اساسی برای حق دسترسی به بهداشت و سلامت را تعیین کرده است: در دسترس بودن، دسترس‌پذیر بودن، مقبولیت و کیفیت. این جوانب برای گسترش پوشش بهداشت و سلامت همگانی (UHC) و رویکرد مردم محور ضروری هستند. براساس اعلامیه جهانی حقوق بشر، به حق همه افراد جامعه در خصوص دسترسی به بهداشت و سلامت بایستی بدون تبعیض سنی، جنسیتی، قومیتی و یا هر مورد دیگری ارج نهاده شود. اما نکته حائز اهمیت این است که این حق در خصوص سالمندان در قوانین بین‌المللی حقوق بشر آن‌گونه که باید موردتوجه قرار نگرفته است و پیشرفت درزمینهٔ دسترسی به بهداشت و سلامت برای سالمندان عمیقاً نابرابر و اغلب محدود

است. بنابراین، می‌توان اذعان نمود که درک درستی از حق دسترسی سالمندان به بهداشت و سلامت به‌عمل نیامده است. به‌ویژه در کشورهایی که درآمد کم و متوسط دارند (LMICs) سالمندان همچنان از عدم برخورداری از این حق رنج می‌برند و در معرض چالش‌های متعدد در دسترسی به خدمات قرار دارند. سالمندان در دسترسی به خدمات و سازوکارهای بهداشت و سلامت با مشکلات متعددی روبرو هستند. تبعیض سنی در جوامع مختلف رایج است و کارکنان حوزه خدمات بهداشتی ممکن است به‌صورت تبعیض‌آمیزی در ارائه مشاوره و خدمات درمانی برای سالمندان برخورد کنند. دسترسی فیزیکی ضعیف به خدمات، دسترسی نداشتن به کانون‌های اجتماعی، فقر و هزینه‌های هنگفت، میزان پایین سواد بهداشتی و دسترسی کمتر به اطلاعات بهداشتی ازجمله دیگر موانع موجودند. علاوه‌بر چنین موانعی، سازوکارهای بهداشت و سلامت نتوانسته‌اند به‌صورت همگام با دو انتقال درهم‌آمیخته جمعیتی و اپیدمیولوژیک پیش بروند. در این گزارش، محققان داده‌های ملی مربوط به بهداشت و سلامت سالمندان را از دوازده کشور LMICs گردآوری کرده و آن‌ها را مورد تحلیل قراردادند. نتایج نشان می‌دهند که امید به زندگی در میان زنان و مردان در حال افزایش بوده و سالمندان در این کشورها، طولانی‌تر اما اغلب با انواع بیماری‌ها، ناتوانی و عدم برخورداری از تندرستی و آسایش زندگی می‌کنند. بررسی‌های صورت‌گرفته در این دوازده کشور نشان می‌دهند که در اکثر آن‌ها فاصله میان امید به زندگی سالم و امید به زندگی در حال افزایش است. نکته حائز اهمیت دیگر این است که نظام داده‌های بین‌المللی نتوانسته‌اند آن‌گونه که باید تصویر درستی در خصوص بهداشت و سلامت با افزایش سن، تغییر جمعیت و روند و الگوهای بیماری فراهم کنند. ما همچنان نیاز به راهبردهای بسیار دقیق‌تر و گردآوری داده‌های جامع‌تری داریم تا پیچیدگی‌های مقوله بهداشت و سلامت در سنین بالاتر و چالش‌های مرتبط با کاهش توانایی عملکردی را به‌طور دقیق

مـورد برسـی قـرار دهیـم و ایـن امـر مسـتلزم اقدامـات یکپارچـه درزمینـهٔ بهداشـت و سـلامت و مراقبـت اجتماعـی اسـت. ازآنجاکـه ایـران نقـاط نسـبتاً مشـترکی بـا کشـورهای موردمطالعـه در خصـوص فراهـم کـردن خدمات بهداشـت و سـلامت بـرای سـالمندان دارد، مـوارد بررسی‌شـده در ایـن گـزارش می‌توانـد در ایجـاد تغییـرات مؤثـر بـرای درک درسـت از حـق سـالمندان در دسترسـی بـه بهداشـت و سـلامت و انجـام اقدامـات لازم مورداسـتفاده قـرار گیرنـد.

خلاصه مدیریتی

حق همگانی برای دسترسی به بهداشت و سلامت

تعهد جهانی برای برقراری حق دسترسی همه مردم جهان به بهداشت و سلامت در رأس اعلامیه جهانی حقوق بشر (UDHR)[1] قرار دارد و به‌عنوان بنیان سازمان جهانی بهداشت (WHO)[2] به‌حساب می‌آید. اکنون، پس از گذشت هفتادسال از تأسیس این سازمان، زمان آن فرارسیده تا بررسی کنیم و ببینیم این دیدگاه در عمل تا چه اندازه برای سالمندان کارایی داشته است. حق دسترسی به بهداشت و سلامت مثل دیگر حقوق بشر توسط میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ICESCR)[3] به رسمیت شناخته شده و آحاد معنایی آن دربرگیرنده مفاهیمی فراتر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی است و «به طیف گسترده‌ای از عوامل اجتماعی- اقتصادی اشاره می‌کند که موجب می‌شوند تا مردم در شرایط بهتری زندگی کنند؛ این طیف شامل عوامل اساسی تعیین‌کننده بهداشت و سلامت نیز می‌شود». کمیته سازمان ملل متحد در حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (CESCR)[4] چهار جزء اساسی برای حق دسترسی به بهداشت و سلامت را تعیین کرده است: در دسترس بودن، دسترس‌پذیر بودن، مقبولیت و کیفیت. این جوانب برای گسترش پوشش بهداشت و سلامت همگانی (UHC)[5] و رویکرد مردم محور ضروری هستند. هر دومورد ذکرشده نقش کلیدی در ایجاد تحول موردنیاز برای تضمین حق دسترسی مردم به بهداشت و سلامت در نظام‌های بهداشت و سلامت ایفا می‌کنند.

---

1. Universal Declaration of Human Rights
2. World Health Organization
3. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
4. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights
5. Universal Health Coverage

حق سالمندان در دسترسی به بهداشت و سلامت

حق دسترسی به بهداشت و سلامت، مانند دیگر حقوق بشر، همگانی و سلب نشدنی محسوب می‌شود و همه افراد جامعه باید بدون تبعیض سنی و قومیتی و یا هر مورد دیگری از آن بهره‌مند باشند. CESCR با اشاره خاص به حق سالمندان در دسترسی به بهداشت و سلامت اظهار داشت که «این حق بایستی به سالمندان داده شود تا از طیف گسترده‌ای از حقوق که توسط ICESCR به رسمیت شناخته‌شده‌اند برخوردار شوند». کمیته حمایت از حقوق سالمندان از اهمیت رویکردی یکپارچه با ترکیب درمان‌های پیشگیرانه و علاج بخش و همچنین توان‌بخشی دفاع می‌کند و بیان می‌کند چنین رویکردی باید توانایی عملکرد و استقلال سالمندان را حفظ کند. قوانین و مقررات دیگری هم هستند که از حقوق سالمندان دفاع می‌کنند، مانند توصیه‌نامه کمیته رفع تبعیض علیه زنان (CEDAW)[1] که دسترسی زنان سالمند به مراقبت مقرون‌به‌صرفه و کارکنان تعلیم‌دیده بخش سلامت را تضمین می‌کند.

گذشت هفتادسال از تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر

براساس این اعلامیه به حق همه افراد جامعه در خصوص دسترسی به بهداشت و سلامت بایستی بدون تبعیض سنی، جنسیتی، قومیتی و یا هر مورد دیگری ارج نهاده شود. اما نکته حائز اهمیت این است که این حق در خصوص سالمندان در قوانین بین‌المللی حقوق بشر آن‌گونه که باید موردتوجه قرار نگرفته است.

علی‌رغم این حمایت‌ها، پیشرفت درزمینهٔ دسترسی به بهداشت و سلامت برای سالمندان عمیقاً نابرابر و اغلب محدود است. بنابراین، می‌توان اذعان نمود که درک درستی از حق دسترسی سالمندان به بهداشت و سلامت به عمل نیامده

1. Committee on the Elimination of Discrimination against Women

است. به‌ویژه در کشورهایی که درآمد کم و متوسط دارند (LMICs)[1] سالمندان همچنان از عدم برخورداری از این حق رنج می‌برند و در معرض چالش‌های متعدد در دسترسی به خدمات قرار دارند. یک رویکرد مبتنی بر حق نسبت به بهداشت و سلامت نیازمند این است که خدمات و سازوکارهای بهداشت و سلامت به مسئله بی‌عدالتی درباره افرادی که بیشترین فاصله را با اولویت‌بندی دارند بپردازد. این اصل در *برنامه ۲۰۳۰ سازمان ملل متحد برای توسعه پایدار*[2] و اهداف توسعه پایدار (SDGs) و در تلاش برای دستیابی به UHC منعکس می‌شود. این گزارش از طریق تحلیل داده‌های موجود درباره بهداشت و سلامت سالمندان و با تأکید بر شکاف‌های موجود نشان می‌دهد تا چه میزانی سالمندان نادیده گرفته می‌شوند و در حق آن‌ها اجحاف می‌شود.

موانع موجود در دسترسی سالمندان به خدمات بهداشت و سلامت

سالمندان در دسترسی به خدمات و سازوکارهای بهداشت و سلامت با مشکلات متعددی روبرو هستند. تبعیض سنی در جوامع مختلف رایج است و کارکنان حوزه خدمات بهداشتی ممکن است به‌صورت تبعیض‌آمیزی در ارائه مشاوره و خدمات درمانی برای سالمندان برخورد کنند. دسترسی فیزیکی ضعیف به خدمات، دسترسی نداشتن به کانون‌های اجتماعی، فقر و هزینه‌های هنگفت، میزان پایین سواد بهداشتی و دسترسی کمتر به اطلاعات بهداشتی ازجمله دیگر موانع موجودند. در بسیاری از کشورهای LMICs، کارکنان خدمات بهداشتی برای پرداختن به چالش‌های بهداشتی رایج در سنین بالا آمادگی کافی ندارند و در مراقبت از سالمندان کمبود آموزش‌های پزشکی به‌طور فاحشی دیده می‌شود. بسیاری از سازوکارهای بهداشت و سلامت برای مقابله با بیماری‌های حاد

1. low- and middle-income countries
2. Agenda for sustainable development

و مقطعی سازمان‌دهی شده‌اند و کمتر قادرند تا برای بیماری‌های بلندمدت و مزمن درمان‌های مناسب ارائه دهند. این بدان معنا است که چنین سازوکارهایی نمی‌توانند مراقبت‌های یکپارچه و متمرکز، که برای سالمندان از اهمیت خاصی برخوردارند، ارائه دهند و اغلب در برآورده کردن نیازهای ویژه آن‌ها موفق نبوده‌اند. علاوه‌بر چنین موانعی، سازوکارهای بهداشت و سلامت نتوانسته‌اند به‌صورت همگام با دو انتقال درهم‌آمیخته همگانی پیش بروند: انتقال جمعیتی؛ و دیگری، انتقال اپیدمیولوژیک.

انتقال جمعیتی

پیشرفت در زمینهٔ بهداشت و سلامت و توسعه همگانی به کاهش نرخ باروری و مرگ‌ومیر و پیر شدن سریع جمعیت جهان منجر شده است. انتظار می‌رود در جهان تا سال ۲۰۲۰، شمار افرادی که تا شصت‌سالگی و بیشتر زندگی می‌کنند از ۱ میلیارد نفر بگذرد و تا سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر برسد. بیشترین سرعت تغییر جمعیتی درکشورهای LMICs رخ می‌دهد بطوریکه ۷۰ درصد جمعیت آن‌ها شصت‌ساله و بالاتر هستند.

انتقال اپیدمیولوژیک

در سال‌های اخیر الگوی جهانی بیماری از مسری به مزمن (NCDs)[1] تغییرکرده است. بیماری‌های مزمن تأثیر نامطلوبی بر سالمندان دارند. براساس برآوردهای صورت گرفته در سال ۲۰۱۱ در کشورهای LMICs ، علت ۷۵ درصد مرگ‌ومیرها، در افراد شصت‌ساله و بالاتر بیماری‌های مزمن بوده است. علاوه‌بر نرخ‌های بالای بیماری‌های مزمن، در سنین بالاتر میزان زیادی از بیماری‌های چندگانه (وقوع تعدد امراض) نیز وجود دارد. با افزایش سن، شانس افراد برای مبتلا شدن هم‌زمان به چند بیماری مزمن هم افزایش پیدا می‌کند.

1. Non-communicable diseases

مشکلات مرتبط با سلامتی که بیشتر در قالب بیماری‌های مزمن و چندگانه در سالمندان بروز می‌کنند اغلب با نیاز به پشتیبانی بیشتر همراه هستند تا اینکه سالمندان را قادر سازند تا از پس وظایف روزمره زندگی برآمده و استقلال خود را حفظ کنند. درنتیجه، بهداشت و سلامت به همراه مراقبت اجتماعی، تا حد زیادی پیچیده و به یکدیگر وابسته می‌شوند. این امر باعث شده تا سازوکارهای مرتبط با بهداشت و سلامت و همچنین مراقبت و حمایت تاکنون برای حل این پیچیدگی ناکام بمانند. به‌طورکلی انتقال‌های جمعیتی و اپیدمیولوژیک نیازمند سازوکارهای بهداشت و سلامت هستند تا بتوانند با این واقعیت جدید سازگار شوند و از ساختارهای عمودی که به بیماری‌های خاص می‌پردازند فاصله بگیرند و به سمت خدمات یکپارچه و هماهنگ کلی‌نگر حرکت کنند.

انتقال جمعیتی دارای یک بُعد جنسیتی واضح است که دربردارنده انتقال اپیدمیولوژیک هم می‌شود. امید به زندگی واضح‌ترین تفاوت بین مردان وزنان است. زنان در بیشتر کشورهای جهان به‌طور متوسط ۴.۷ سال بیشتر از مردان زندگی می‌کنند. شیوع مسائل مختلف باتوجه به جنسیت سالمندان متفاوت است. زنان و مردان سالمند با عواقب مختلف تبعیض جنسیتی و عوامل دیگری مانند وضعیت اجتماعی- اقتصادی روبه‌رو هستند.

سه نوع مختلف انتقال

انتقال جمعیتی

- جهان به‌سرعت در حال پیر شدن است؛ تا سال ۲۰۲۰ بیش از ۱ میلیارد نفر به سن شصت‌سالگی و بیشتر خواهند رسید.
- ۷۰ درصد سالمندان جهان در کشورهای LMICs زندگی می‌کنند.
- در سرتاسر جهان زنان به‌طور متوسط ۴.۷ سال بیشتر از مردان عمر می‌کنند.

انتقال اپیدمیولوژیک

- الگوی جهانی بیماری در حال تغییر به بیماری‌های مزمن است.
- بیماری‌های مزمن تأثیر نامطلوبی بر سالمندان دارند. ۷۵ درصد مرگ‌ومیرهای ناشی از بیماری‌های مزمن در کشورهای LMICs بین افراد شصت‌ساله و بالاتر بوده است.

انتقال نظام‌های بهداشت و درمان

- نظام‌های سلامت در جهان نیاز به سازگاری با شرایط سالمندان و نحوه شیوع بیماری‌های مزمن دارند تا از این طریق از دستیابی سالمندان به بهداشت و سلامت اطمینان حاصل کنند.
- توجه به اهداف توسعه پایدار و درخواست فراگیر در خصوص پوشش همگانی بهداشت و سلامت مسیر را برای این انتقال هموار می‌کنند.

پوشش همگانی بهداشت

سند ۲۰۳۰ یونسکو که رهبران جهان درباره آن به توافق رسیده‌اند هفده هدف را «برای تحقق بخشیدن حقوق بشر برای همه افراد جامعه» تعیین کرده است. براساس تعهد اصلی این سند به هیچ‌کس نباید مورد بی‌توجهی قرار گیرد و

اولویت رسیدگی با قشر محروم است. بدین ترتیب فرصت‌های قابل‌توجهی در دستور کار ۲۰۳۰ برای پیشبرد ابعاد مختلف حقوق بشر برای همه افراد جامعه، از هر طیف سنی، ازجمله سالمندان ایجاد می‌شود. با تصویب اهداف توسعه پایدار (SDGs)[1]، حق برخورداری از بهداشت و سلامت در طول زندگی بیشترین توجه را به خود جلب کرده است. برای اطمینان از زندگی سالم و ارتقای بهداشت و سلامت برای همه افراد جامعه در همه سنین، SDG شماره ۳ فرصتی خاص برای درک بهتر از حق سالمندان در دسترسی به بهداشت و سلامت را فراهم می‌کند.

به‌طور چشمگیری، هدف NCDs شماره ۳.۴، بار ناشی از بیماری را موردتوجه قرار داده و تمرکز بیشتر روی این زمینه ویژه را به سالمندان وعده می‌دهد. در ضمن، برای دستیابی به UHC، هدف توسعه پایدار ۳.۸ مسیری بالقوه برای انتقال موردنیاز برای پاسخ‌گویی به خواسته‌های انتقال جمعیت و اپیدمیولوژیک فراهم می‌کند. درحال‌حاضر، سالمندان با چالش‌هایی در راستای دسترسی به بهداشت و سلامت روبه‌رو هستند؛ اما این چالش‌ها تنها مربوط می‌شوند به دسترس بودن، کیفیت و استطاعت: سه جزء اصلی پوشش همگانی بهداشت. با در نظر گرفتن میزان بالای ناامنی درآمدی در سنین بالا، حمایت در برابر ریسک مالیِ UHC یک عنصر کلیدی به‌حساب می‌آید. به‌منظور مقابله با موانع موجود، پیامدهای دسترسی، کیفیت و حمایت مالی از سالمندان باید در هر مرحله از فرآیند توسعه نظام بهداشت و سلامت به‌صراحت مشخص شود تا UHC تحقق یابد. پیچیدگی مسئله بهداشت و سلامت در سنین بالاتر، ازجمله شیوع بیماری‌های متعدد به این معناست که سازگاری با نظام‌ها برای دستیابی به UHC بایستی به‌گونه‌ای صورت بگیرد که مراقبت شخص محور و یکپارچه را تضمین کند.

دستور کار ۲۰۳۰ متعهد است که شاخص‌های SDG را باتوجه به درآمد،

1. Sustainable development goals

جنسیت، سن، نژاد، قومیت، معلولیت، موقعیت جغرافیایی و وضعیت مهاجرت و همچنین شاخص‌های پیشرفت به سمت UHC تفکیک کند. باوجوداین تعهد، اطلاعات مربوط به سالمندان هنوز هم در داده‌هایی که در خصوص بسیاری از شاخص‌ها گردآوری می‌شوند گنجانده نمی‌شوند.

مراقبت از سالمندان

آن‌سوی پوشش همگانی بهداشت (UHC)

طرفداران UHC تمایل داشته‌اند تا بر روی راهکارهایی نظیر حذف موانع مالی و به‌طور خاص لغو هزینه‌هایی که سالمندان متحمل می‌شوند تمرکز کنند. جامعه بهداشت جهانی هم از طرف دیگر باید موانعی که بر سر راه دسترسی سالمندان به خدمات بهداشتی قرار دارند موردتوجه قرار دهد، مانند فاصله جغرافیایی، تفاوت‌های فرهنگی، هنجارهای جنسیتی، شهروندی و عوامل اجتماعی سلامت. هدف اصلی UHC که موردتأیید SDG شماره ۳ قرارگرفته، رسیدگی به اقشار آسیب‌پذیر است و این امر باید به‌گونه‌ای صورت بگیرد که هیچ‌کسی محروم نماند (هیچ‌کسی مورد بی‌توجهی قرار نگیرد)؛ بنابراین «روش‌های نوینی لازم است تا خدمات بهداشت و سلامت به فراتر از این موانع برسند».

مراقبت فرد محور و مردم محور

درحالی‌که توافق واحدی درباره تعریف مراقبت مردم محور وجود ندارد، اما ویژگی‌های کلیدی این نوع از مراقبت، مردم و کانون‌های اجتماعی را بجای انواع مختلف بیماری در اولویت مرکز نظام‌های بهداشت و سلامت قرار می‌دهند و از این طریق موجب توانمندسازی مردم در خصوص بهداشت و سلامت خود می‌شوند تا اینکه آن‌ها را به دریافت‌کنندگان منفعل خدمات تبدیل کنند. بنابراین ارائه خدمات بایستی به‌صورت یکپارچه انجام شود و نه به‌صورت پراکنده. در سطح جامعه و نظام‌های بهداشت و سلامت، ماهیت رویکرد مردم

محـور اسـت درحالی‌کـه بـرای ارائه‌دهنـدگان خدمـات ایـن ارتبـاط از نـوع فـرد محـور اسـت. به‌منظـور دسـتیابی بـه نتایـج مطلـوب بـرای سـالمندان، اصـل سـازمان‌دهی مراقبـت متناسـب بـا دغدغه‌هـا و اولویت‌هـای مـردم، هدفـی اصلـی در مراقبـت فـرد محـور و مـردم محـور محسـوب می‌شـود. باوجودایـن، بایسـتی خاطرنشـان کـرد کـه اندازه‌گیـری پیشـرفت در فراهـم کـردن خدمـات بهداشـت و سـلامت یکپارچـه و مـردم محـور امـری چالش‌برانگیـز اسـت. اطلاعـات مربـوط بـه یکپارچه‌سـازی و مـردم محـور بـودن در اینجـا آورده نشـده اسـت؛ بـرای نمونـه می‌تـوان بـه دیدبـان جهانـی بهداشـت و سـلامت وابسـته بـه WHO در نظـارت و ارزیابـی چارچوب‌هـای UHC و SDGs و یـا لیسـت مرجـع یک‌صـد شـاخص هسـته بهداشـت و سـلامت WHO اشـاره کـرد.

مراقبـت فـرد محـور به‌طـور خاصـی بـرای سـالمندانی کـه ازنظـر فیزیکـی و ذهنـی ضعیف‌تـر هسـتند چالش‌برانگیـز و درعین‌حـال ضـروری اسـت. باتوجـه بـه اینکـه بخـش بزرگـی از افـرادی کـه بـه مراقبـت و حمایـت در سـنین بـالا نیـاز دارنـد بـه زوال عقـل مبتـلا می‌شـوند، ایجـاد پایـگاه اطلاعاتـی دربـاره ویژگی‌هـای کلیـدی مراقبـت ازاین‌گونـه افـراد در اینجـا از اهمیـت بالایـی برخـوردار اسـت. مراقبـت فـرد محـور محـدود بـه درمـان در محیـط کلینیـک نمی‌شـود؛ بلکـه رویکردهـای فـرد محـور متأثـر از پیشـگیری و مدیریـت در اجتمـاع هـم اسـت. بـرای نمونـه در سـال‌های اخیـر، سـنگاپور اقداماتـی را بـرای بـرآورده کـردن نیازهـای افـراد مبتلابـه زوال عقـل کـه اکثرشـان سـالمند هسـتند انجـام داده اسـت کـه شـامل فراهـم کـردن حمل‌ونقـل عمومـی و مسـکن، اشـتغال و خدمـات پشـتیبانی می‌شـوند.

پشتیبانی و مراقبت بلندمدت

تمرکـز ایـن گـزارش بـر بهداشـت و سـلامت سـالمندان اسـت امـا بایسـتی توجـه داشـت کـه ایـن پشـتیبانی اجتماعـی اسـت کـه نقـش کلیـدی را ایفـا می‌کنـد. افـرادی کـه بـه میـزان قابل‌توجهـی ظرفیـت ذاتـی خـود را ازدسـت‌داده‌اند نیـاز بـه پشـتیبانی و مراقبـت

بلندمدت دارند. مراقبت بلندمدت را به‌عنوان فعالیت‌هایی تعریف می‌کنند که دیگران انجام می‌دهند تا مطمئن شوند افرادی که تحت مراقبت آن‌ها قرار دارند و به‌احتمال‌زیاد در معرض خطرند با از دست دادن مداوم ظرفیت ذاتی خود همچنان بتوانند سطحی از توانایی عملکردی خود را که با حقوق اساسی، آزادی‌های بنیادی و شأن انسانی‌شان سازگار است را حفظ کنند. این تعریف هدف از چنین پشتیبانی و مراقبت را فراتر از برآورده کردن نیازهای اساسی می‌داند و حق تصمیم‌گیری سالمندان درباره امور مختلف زندگی‌شان را به رسمیت می‌شناسد.

تقریباً در همه کشورهای LMICs، مهم‌ترین مراقبت‌ها را بستگان نزدیک فراهم می‌کنند و هیچ‌گونه پشتیبانی مالی درازای انجام آن دریافت نمی‌کنند. «این امر باعث می‌شود نیازهای اولیه میلیون‌ها سالمند آسیب‌پذیر آن‌گونه که باید برآورده نشود یا در بعضی موارد، از حقوق بنیادین آن‌ها سوءاستفاده‌های آشکاری صورت بگیرد. این کار همچنین بار سنگینی را به کسانی که از سالمندان مراقبت می‌کنند، که بیشتر آن‌ها زنان هستند، تحمیل می‌کند».

یکی از عوامل محدودکننده در سیاست‌گذاری درباره مراقبت و پشتیبانی بلندمدت، نبود فاحش داده‌های جامع در این خصوص است. روشی منسجم برای گردآوری داده‌های درباره مراقبت و پشتیبانی بلندمدت در سطح جهانی و منطقه‌ای وجود ندارد و اغلب شکاف‌های اطلاعاتی در سطح ملی قرار دارند. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهند بخش قابل‌توجهی از سالمندان به مراقبت دیگران وابسته هستند و میزان وابستگی با افزایش سن افزایش می‌یابد مخصوصاً در کشورهای LMICs که زیرساخت‌های مراقبت ضعیف‌تر از کشورهای با درآمد بالاست.

نظام‌های گردآوری داده‌ها مانعی بر سر راه دسترسی افراد به بهداشت و سلامت

توانایی ارزیابی اینکه آیا همه سالمندان بدون تبعیض و در شرایط برابر با دیگران به حق فراگیر و مسلم بهداشت و سلامت می‌رسند به وجود داده‌های معتبر و به‌روز و میزان دسترسی به آن‌ها بستگی دارد؛ بنابراین امکان شناسایی شکاف‌ها در ارتباط با در دسترس بودن، دسترس‌پذیر بودن، مقبولیت و کیفیت خدمات بهداشت و سلامت برای سالمندان وجود دارد. بااین‌حال نظام‌های بین‌المللی گردآوری داده‌ها در همگام شدن با تغییر در درک بهداشت و سلامت با بالا رفتن سن افراد و همچنین تغییر جمعیت و روند الگوهای بیماری آن‌گونه که باید موفق نبوده‌اند.

مشکلاتی در روند گردآوری، تحلیل، گزارش و استفاده از داده‌ها درباره پیرشدن و سالمندان همچنان وجود دارند. این مسائل درون نظام داده‌ها، به‌طورکلی و در

تولید آمار بهداشت و سلامت به‌طور خاص، یافت می‌شوند. زنان و مردان سالمند اغلب در سازوکارهای گردآوری داده‌ها نادیده گرفته می‌شوند. بیشتر داده‌هایی که در کشورهای LMICs به آن‌ها تکیه می‌شوند، ازجمله درباره بهداشت و سلامت، از طریق نظرسنجی از خانوارها گردآوری می‌شوند. برخی از آن‌ها سقف سنی دارند؛ بنابراین به‌طور عادی سالمندان را دربر نمی‌گیرند. یکی دیگر از محدودیت‌های این سازوکار این است که اغلب داده‌ها و تحلیل‌ها به‌جای سطح فردی در سطح خانوار ارائه می‌شوند و به همین خاطر درباره وضعیت بهداشت و سلامت سالمندان و دسترسی آن‌ها به خدمات بهداشت و سلامت اطلاعات خیلی کمی را در اختیار ما قرار می‌دهند.

بایستی خاطرنشان کرد که تفکیک و تحلیل‌داده‌ها همیشه براساس سن صورت نمی‌گیرد. برای نمونه، داده‌هایی که در موقعیت‌های انسان دوستانه و اضطراری گردآوری می‌شوند براساس سن فقط به دو گروه تقسیم می‌شوند: زیر پنج سال و بالای پنج سال. داده‌هایی که کمتر به آن‌ها پرداخته‌شده مربوط می‌شود به کسانی که در مؤسسات از آن‌ها مراقبت می‌شود، افرادی که در محیط‌های غیررسمی زندگی می‌کنند، افراد بی‌خانمان و غیره.

در این گزارش، محققان داده‌های ملی مربوط به بهداشت و سلامت سالمندان را از دوازده کشور گردآوری کرده و آن‌ها را مورد تحلیل قراردادند. این مطالعه به مسائل مهمی در خصوص دسترس‌پذیری داده‌های مربوط به بهداشت و سلامت در سنین بالاتر پرداخته است:

- در بعضی از کشورها، دسترسی داده‌های مربوط به چندین شاخص دشوار بود و یا اصلاً وجود نداشت.
- داده‌ها به‌راحتی در دسترس نبودند و منابع آن‌ها به‌شدت بر روابط شخصی و شبکه‌های شخصی متکی بود و علاوه‌بر آن گردآوری آن‌ها

بسیار وقت‌گیر بود.

- درجایی که محققان به داده‌ها دسترسی داشتند، در بعضی موارد به دلیل وجود عواملی مانند نشانه‌گذاری مفقودشده یا نقص و نبود راهنمایی برای درک چگونگی سازمان‌دهی داده‌ها نمی‌توانستند آن‌ها را در تحلیل وارد کنند.
- برای برخی از مجموعه داده‌ها، ابر داده موردنیاز برای ارزیابی کیفیت داده‌ها یافته نشد، این در حالی بود که داده‌های دیگر با متغیرهای کلیدی طبقه‌بندی نشده بودند.
- در مجموعه داده‌ها مقایسه متغیرها به‌طور خاصی چالش‌برانگیز بود، زیرا فرمول پرسش‌ها و پاسخ‌های احتمالی و به‌طور معناداری متفاوت بودند.
- مسائل دیگر شامل سن داده‌ها و نظمی که با آن به‌روز شده بودند، اندازه نمونه‌ها و چالش‌های جمع‌آوری داده‌های کیفی و کمّی می‌شدند.

ما به داده‌های باکیفیت و مناسب نیاز داریم که باتوجه به جنسیت، سن، ناتوانی و دیگر ویژگی‌هایی که به اندازه‌گیری مربوط می‌شوند تفکیک شده باشند تا با استفاده از آن‌ها بتوانیم نیازهای متنوع و متفاوت مردان و زنان سالمند را اندازه‌گیری کنیم و با درک درست آن‌ها بر پیشرفت درباره حق دسترسی همگان به بهداشت و سلامت نظارت داشته باشیم.

پیش‌بینی‌های به‌عمل‌آمده براساس برآوردهای جهانی برای درک روندها در کشورهای مختلف، گروه‌های جمعیتی و زمان به‌طورکلی ازلحاظ کیفیت منابع داده‌ها، فرضیه‌های مدل و وقفه‌های زمانی بین انجام تحقیقات مختلف دارای محدودیت‌هایی هستند.

در طول دوره زندگی، ما گاهی نیاز فوری به گردآوری داده‌ها و تقسیم‌بندی آن‌ها باتوجه به سن، گروه اجتماعی، جنسیت، ناتوانی، قومیت و محل سکونت داریم، تا از این طریق بتوانیم توجه لازم به تفاوت‌ها در دسترسی به بهداشت و امید به زندگی میان سالمندان جلب کنیم و برنامه مؤثری برای رفع نیازهای آن‌ها فراهم کنیم. فراهم کردن داده‌های مداوم مربوط به جمعیت و همچنین بهداشت و سلامت در هنگام تولد و علل مرگ نیازمند بهبود میزان پوشش و کیفیت ثبت‌احوال و آمار حیاتی (CRVS)[1] در کشورهای LMICs است. علاوه‌بر این، مطالعات طولی در مقیاس بزرگ در محیط‌های چندگانه، نقش مهمی در بهبود محیط داده‌ها (Data Environment)[2] ایفا می‌کنند. این مطالعات قابلیت گردآوری داده‌های مربوط به توزیع سلامت و معلولیت در میان جمعیت‌های مسن و همچنین انواع بیماری‌ها را دارند.

1. Civil registration and vital statistics

۲. فضای اینترنتی برای گردآوری، پردازش و به اشتراک گذاشتن اطلاعات میان اعضای یک تیم که روی پروژه ای مشترک می کنند

منابـع جدیـد داده‌هـا (ماننـد تلفن‌هـای همـراه، اسـتفاده از اینترنـت و رسـانه‌های اجتماعـی، کارت‌هـای بانکـی و تصاویـر ماهـواره‌ای) انتقـال داده‌هـای جهـان واقعـی را سـریع‌تر، در مقیـاس بیشـتر و بـا دامنـه‌ای وسـیع‌تر از قبـل ممکـن سـاخته‌اند. بااین‌حـال مشـخص نیسـت تـا چـه انـدازه چنیـن منابعـی می‌تواننـد شـکاف‌های اطلاعاتـی را از میـان بردارنـد. باوجوداین، اقدامـات مثبتـی در رابطـه بـا شـکاف داده‌ها در خصـوص سـالمندان صـورت گرفتـه اسـت. بـرای نمونـه، راه‌انـدازی گـروه شـهر تیچفیلـد فعـال درزمینـه آمـار مربـوط بـه سـالمندی[1]، داده‌هـای تفکیـک سـنی و همچنیـن توسـعه چارچوب‌هـای مفهومـی و تحلیلـی بـرای آمـار مرتبـط بـا سـن و سـال در طـول زندگـی.

آنچه داده‌ها درباره سلامتی سالمندان به ما می‌گوید

امید به زندگی

داده‌هـای دوازده کشـور موردمطالعـه در ایـن گـزارش نشـان می‌دهـد امیـد بـه زندگـی در میـان زنـان و مـردان در حـال افزایـش بـوده اسـت. در کشـورهای مختلـف، نـرخ افزایـش امیـد بـه زندگـی متفـاوت اسـت. ایـن امـر نشـان‌دهنده وجـود مراحـل مختلـف انتقـال تغییـرات جمعیتـی، انتقـال محتمـل اپیدومولوژیـک و همچنیـن نابرابری‌هـای چشـمگیر درزمینـه بهداشـت و سـلامت و تندرسـتی در کشـورهای مختلـف اسـت.

نسـبت امیـد بـه زندگـی سـالم (HALE)[2] بـه امیـد بـه زندگـی نشـان می‌دهـد کـه تـا چـه حـد یـک فـرد می‌توانـد زندگـی سـالمی داشـته باشـد. در سـطح جهانـی، HALE در حـال افزایـش اسـت، امـا ایـن نسـبت ممکـن اسـت بـا نسـبت امیـد بـه زندگـی همسـان نباشـد. بـرای افزایـش سـهم زندگـی سـالم، دسـتیابی بـه HALE بایسـتی از امیـد بـه زندگـی پیشـی بگیـرد. در کنیـا، مولـداوی و صربسـتان شـکاف میـان HALE و امیـد بـه زندگـی بـرای مـردان افزایـش یافتـه اسـت. بـه ایـن معنـی کـه بخـش اعظمـی از مـردان از سـلامت کمتـری برخوردارنـد. در مقابـل، در پاکسـتان، ویتنـام و زیمبابـوه

1. Titchfield City Group on ageing-related statistics and age-disaggregated data
2. The ratio of healthy life expectancy

HALE سریع‌تر از امید به زندگی رو به افزایش است. در کل، HALE برای زنان، هم در هنگام تولد و هم در شصت‌سالگی بیشتر از مردان است، اما سهم بهداشت زنان نسبت به مردان در طول دوره زندگی‌شان کمتر است.

تغییرِ بار مالی (هزینه) بیماری

درحال‌حاضر NCDs ایجادکننده قسمت اعظمی از باری هستند که موجب کاهش HALE می‌شود. در بسیاری از کشورهای LMICs، NCDs همچنان عامل نگرانی اصلی برای افراد در همه سنین است و در بیشتر موارد NCDs و جراحت‌ها اصلی‌ترین عامل بهداشت ضعیف و مرگ‌ومیر هستند.

شیوع NCDs معمولاً با افزایش سن افزایش می‌یابد. بار اصلی بیماری در جمعیت مسن جهان را بیماری‌های قلبی و عروقی ایجاد می‌کنند: (بیماری‌های قلبی و عروقی ۳۰.۳ درصد کل بار بیماری را به خود اختصاص می‌دهند)؛ سرطان‌ها (۱۵.۱درصد)؛ بیماری‌های تنفسی مزمن (۹.۵ درصد)؛ بیماری‌های اسکلتی–عضلانی (۷.۵ درصد)؛ و اختلالات عصبی و روانی (۶.۶ درصد). درحالی‌که در بسیاری از کشورهای مطالعه شده بیماری‌های قلبی و عروقی به‌عنوان یک عامل مهم مرگ‌ومیر در میان سالمندان کاهش داشته، یافته‌ها نشان می‌دهند در یازده کشور از دوازده کشور، سرطان افزایش یافته است، همچنین روند کلی به سمت افزایش سهم دیابت به‌عنوان علت مرگ در میان سالمندان است. در کشورهای آفریقایی در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ ساله، اچ‌آی‌وی یکی از علل مهم مرگ است، اما این بیماری در بعضی کشورها، در مواردی که مرگ‌ومیر در سنین بالاتر وجود دارد، تا حدودی کم است.

بیماری‌های قلبی و عروقی

داده‌های مربوط به دوازده کشور مطالعه شده نشان می‌دهد شیوع حملات قلبی با افزایش سن نیز افزایش می‌یابد. در بسیاری از موارد، شیوع حملات قلبی در

زنـان کمتـر از مـردان در سـن پایین‌تـر اسـت، امـا بـا افزایـش سـن ایـن میـزان بیشـتر می‌شـود.

دیابت

در همـه کشـورها به‌طورکلـی شـیوع دیابـت بـا افزایـش سـن افزایـش می‌یابـد و در حـدود هفتادسـالگی شـروع بـه کاهـش می‌کنـد. افزایـش شـیوع ایـن بیمـاری بـا افزایـش سـن ناشـی از مسـائل فـردی و مسـائل سیسـتمی اسـت؛ اسـتفاده از انسـولین در سـنین بالاتـر، سـطوح بیشـتری از چاقـی شـکمی، غربالگـری نامناسـب، دسترسـی نداشـتن بـه درمـان، حمایـت نکـردن از سـالمندان ازجملـه دیگـر شـرایطی اسـت کـه خطـر ابتـلا بـه دیابـت را افزایـش می‌دهنـد. بـرای زنـان و مـردان مسـن تأثیـر دیابـت زیـاد اسـت و بـا افزایـش سـن بیشـتر نیـز می‌شـود. همچنیـن اختـلال بینایـی باتوجـه بـه داده‌هـا ازجملـه عـوارض ایـن بیمـاری اسـت.

سلامت روحی و روانی– زوال عقل، افسردگی و خودکشی

سـهم زوال عقـل در مرگ‌ومیرهـای سـال‌هایی کـه بـا ناتوانـی سـپری می‌شـود در حـال افزایـش اسـت. حـدود ۵۰ میلیـون نفـر در سراسـر جهـان بـا زوال عقـل زندگـی می‌کننـد کـه بیشـتر آن‌هـا در کشـورهای LMICs هسـتند. درک مـردم از زوال عقـل همچنـان محـدود بـوده و بـا کمبـود مراقبتـی و پوشـش تشـخیصی همـراه اسـت. در همـه دوازده کشـور مطالعه‌شـده، شـیوع زوال عقـل بـا افزایـش سـن افزایـش می‌یابـد و به‌طـور ثابـت از میان‌سـالی تـا حـدود هفتادسـالگی بیشـتر مـی‌رود، پـس‌ازآن به‌طـور فزاینـده‌ای افزایـش می‌یابـد، سـپس در سـنین بالاتـر (نودسـاله) کاهـش می‌یابـد. در همـه دوازده کشـور، شـیوع زوال عقـل در هفتادسـال و بالاتـر در میـان زنـان بیشـتر از مـردان اسـت.

در کشـورهای مطالعـه شـده، داده‌هـای مربـوط بـه افسـردگی نشـان‌دهنده رونـد نسـبتاً کندتـر ایـن بیمـاری نسـبت بـه دیگـر وضعیت‌هـای جسـمی و روانـی اسـت. در

همه کشورها تحلیل جنسیتی سازگاری بیشتری نشان می‌دهد و شیوع افسردگی در زنان مسن‌تر بیشتر از مردان است (به‌استثنای میانمار، جایی که تفاوت بسیار کم است، اما شیوع آن در مردان بیشتر است).

در هفت‌کشور از دوازده کشور، مرگ‌ومیر ناشی از آسیب به خود (خودآزاری) بیشتر در گروه هفتادساله و بالاتر و پس‌ازآن در گروه ۵۰ تا ۶۹ ساله است و پایین‌ترین نرخ مرگ‌ومیر ناشی از آسیب به خود در میان گروه ۱۵ تا ۴۹ ساله است. در دوازده کشور میزان آسیب به خود یا مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در مردان بیش از زنان است. روندهای مختلف به اهمیت مداخلات هدفمند درباره افسردگی و آسیب به خود اشاره دارند و این معضلات بر نیازهای خاص فردی و گروهی تأثیر می‌گذارند.

پیچیدگی مسئله سلامت در دوران سالمندی: چه چیزی را اندازه می‌گیریم؟

برای سازگاری نظام‌های بهداشت و سلامت به‌منظور پاسخ‌گو بودن در مقابل شرایط در حال تغییر ناشی از انتقال جمعیت‌شناسی و اپیدمیولوژیک به داده‌های بسیار دقیق‌تر و متنوع‌تری نیاز داریم. این مسئله بر پیچیدگی‌های بهداشت و سلامت در سنین بالاتر تأکید می‌کند و همچنین به این نکته اشاره می‌کند که چگونه چالش‌های بهداشت و سلامت ممکن است با قابلیت کارکردی روبه کاهش که نیازمند مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی هستند همراه شوند. داده‌های مربوط به فعالیت‌های زندگی روزمره (ADLs)[1] و فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره (IADLs)[2] اطلاعات کاربردی‌تری را در اختیار ما قرار می‌دهند، درعین‌حال در مقیاس وسیع اطلاعات مقایسه‌پذیری در دسترس نیست. در میانمار در سال ۲۰۱۲ در یک نظرسنجی، نمونه‌ای از نحوه جمع‌آوری داده‌های مربوط به

1. Activities of daily living
2. Instrumental activities of daily living

ADLs و IADLs انجام شد. این نمونه شامل تحلیل تحرک سالمندان بود که در ارزیابی ADLs یک عنصر کلیدی به‌حساب می‌آید. نتایج این نظرسنجی نشان می‌دهد چالش‌های مربوط به تحرک با افزایش سن رابطه‌ای مستقیم دارند. . به‌عنوان نمونه، گزارش‌شده ۱۶ درصد از مردان و ۲۲ درصد زنان ۶۰ تا ۶۹ ساله درجه‌هایی از سختی برای ۲۰۰ تا ۳۰۰ متر راه رفتن را داشته‌اند که این عدد برای افراد هفتادساله و بیشتر از آن به ۳۸ درصد برای مردان و ۵۳ درصد برای زنان می‌رسد.

همچنین نظرسنجی میانمار شامل نوع دیگری از ADLs بود که بر توانایی سالمندان در مراقبت از خود بدون کمک رفتن از دیگران متمرکزشده بود. براساس نتایج به‌دست‌آمده، چالش‌ها با افزایش سن برای زنان و مردان افزایش یافته است. IADLs نیز در حالی گنجانده شده است که سالمندان درباره این فعالیت‌ها سؤال‌هایی کردند: توانایی آن‌ها در انجام کارهای خانگی؛ مدیریت پول؛ استفاده از وسایل نقلیه؛ برقراری تماس تلفنی؛ و به یاد داشتن زمان و اندازه مصرف دارو. این نظرسنجی نشان می‌دهد مشکلات ADLs با افزایش سن بیشتر می‌شود و معمولاً این مسئله در میان زنان مسن بیشتر از مردان مسن است.

پوشش همگانی بهداشت و سلامت (UHC)

برای نظارت کافی بر محقق شدن حق سالمندان در دسترسی به بهداشت و سلامت و پوشش همگانی بهداشت و سلامت، مؤلفه‌های اصلی باید اندازه‌گیری شوند. منبع داده‌های این گزارش بر فقدان کامل داده‌های مرتبط تأکید می‌کند و داده‌های گردآوری‌شده هم به‌ندرت برحسب سن تفکیک شده‌اند. داده‌هایی که به امور سالمندان، مخصوصاً آن‌هایی که دسترسی به بهداشت و سلامت مربوط می‌شدند (دسترسی، دسترس‌پذیری، مقبولیت و کیفیت) مشاهده نشد. داده‌ها درباره دسترسی سالمندان به خدمات و پشتیبانی بهداشت و سلامت گسترده‌تر،

مقایسه‌پذیر با مقیاس بالا نیز در دسترس نیست. در مقابل، تکیه بیشتر روی مجموعه داده‌های کوچک‌تر یا تحقیقات شخصی بوده است. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد حق سالمندان برای دسترسی به بهداشت و سلامت به آن‌گونه که باید تحقق نیافته است و در بسیاری از کشورها همچنان چالش‌های نابرابری، ازجمله سن و جنسیت وجود دارند.

با بررسی شناساگرهای اجتماعی بهداشت و سلامت و ایجاد ارتباط با شاخص‌های SDG این پروژه تلاش کرد داده‌های مربوط به مسائلی از قبیل خشونت، دسترسی به آب و مراعات اصول بهداشتی و فقر را بررسی کند. تنها موردی که در داده‌ها به‌طور خاص برای سالمندان یافت شد خشونت بود. برخی از داده‌های مربوط به شیوع خشونت‌های جسمی، جنسی و روحی در میان همه دوازده کشور برای افراد پنجاه سال و بالاتر و با تفکیک بیشتر سن در دسترس بود.

درباره دسترسی سالمندان به آب و مراعات اصول بهداشتی و همچنین شاخص‌های فقر SDG، همان‌طور که بخش آمار سازمان ملل گزارش داده است،

هیـچ اطلاعاتـی وجـود نداشـت. گـردآوری داده‌هـا در خصـوص اجـزای UHC هم بـه همان انـدازه چالش‌برانگیـز بـود. شـاخص SDG در خصـوص پوشـش خدمـات بهداشـتی ضروری بـا اسـتفاده از یـک شـاخص وابسـته بـه داده‌هـای بیماری‌هـای مزمـن اندازه‌گیـری می‌شـود کـه WHO آن را مدیریـت می‌کنـد و در ایـن فراینـد اکثـراً سـالمندان مسـتثنا می‌شـوند و تفکیـک براسـاس سـن امکان‌پذیـر نیسـت. شـاخص SDG کـه بـر عنصـر حمایـت ریسـک مالـی UHC نظـارت می‌کنـد به‌جـای سـطح فـردی در سـطح خانـوار اندازه‌گیـری می‌شـود؛ بنابرایـن دربـاره سـالمندان هیچ‌گونـه شـواهدی ارائـه نمی‌شـود. اقدامـات گسـترده‌تر عنصـر مالـی پوشـش فراگیـر سـلامت ماننـد مخـارج پرداخـت از جیـب[1] محدودیت‌هـای مشـابهی دارنـد. بـرای نظـارت بـر دسـتیابی موفقیت‌آمیـز بـه UHC اقداماتـی در خصـوص تقسـیم‌بندی و تفکیـک مناسـب بایسـتی صـورت گیـرد.

1. Out of-pocket expenditure

نتیجه‌گیری

در جوامع مختلف، بسیاری از هنجارها، شیوه‌ها و نظام‌های موجود در خصوص سالمندان دیگر آن‌گونه که باید کارایی ندارند و سالمندان به بهداشت و سلامت دسترسی کامل ندارند. داده‌های بررسی‌شده در این گزارش نشان می‌دهند سالمندان در کشورهای LMICs، طولانی‌تر اما اغلب با انواع بیماری‌ها، ناتوانی و عدم برخورداری از تندرستی و آسایش زندگی می‌کنند. در میان اکثر دوازده کشور بررسی‌شده، داده‌ها نشان می‌دهند فاصله میان امید به زندگی سالم و امید به زندگی در حال افزایش است. تغییرات آشکاری در الگوهای ملی امید به زندگی، امید به زندگی سالم، مقابله با انواع بیماری و علل مرگ‌ومیر مشهود است. برای نمونه، انتظار می‌رود وضعیت بهداشت و سلامت زنان نسبت به مردان وخیم‌تر باشد. این تغییرات به‌طور فاحشی نابرابری در سنین بالاتر در رابطه با تجربه دسترسی افراد به بهداشت و سلامت و رفاه را نشان می‌دهد.

چنانچه چالش‌های پیشِ روی نظام‌های بهداشت و سلامت در کشورهای LMICs وسیع و چشمگیر باشند، چنین چالش‌هایی ممکن است دامن‌گیر برخی از کشورها که نظام‌های بهداشتی و مراقبتی آن‌ها به قوت کشورهای با درآمد بالا نیست هم بشود. باوجوداین، هنوز هم می‌توان واکنشی جامع و یکپارچه به نیازهای بهداشت و سلامت سالمندان نشان داد و الگوهای مراقبت فرد محور ایجاد کرد. UHC فرصتی را در اختیار کشورهای مختلف قرار می‌دهد تا آن‌ها بتوانند نظام‌های بهداشت و سلامت خود را تقویت کرده و با تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک سازگاری پیدا کنند.

نظام داده‌های بین‌المللی در همگام شدن با تغییرات درک ما از بهداشت و سلامت با افزایش سن، تغییر جمعیت و روند و الگوهای بیماری آن‌گونه که باید موفق نبوده است. ما همچنان نیاز به انجام اقدامات بسیار دقیق‌تر و گردآوری

داده‌های جامع‌تری داریم تا پیچیدگی‌های مقوله بهداشت و سلامت در سنین بالاتر و چالش‌های مرتبط با کاهش توانایی عملکردی را به‌طور دقیق مورد بررسی قرار دهیم و این امر نیاز به اقدامات یکپارچه در زمینه بهداشت و سلامت و مراقبت اجتماعی دارد. بایستی خاطرنشان کرد که داده‌های مربوط به ADLs و IADLs هم می‌توانند به توسعه خدمات هدفمندتر و پشتیبانی از سالمندان کمک کنند.

در ارتباط با دسترسی، دسترس‌پذیری، مقبولیت و کیفیت– چهار جزء اساسی در حق دسترسی به بهداشت و سلامت – تقریباً هیچ‌گونه اطلاعات خاصی برای مسائلی که سالمندان با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند، یافت نشده است، دو عامل باعث ایجاد این مسئله شده است: اول تمرکز بر گردآوری داده‌های بهداشت و سلامت در گروه‌های سنی جوان‌تر و دوم نحوه گردآوری داده‌ها.

نتایج به‌دست‌آمده از بررسی نظام داده‌ها، شواهد ملموس بیشتری را در خصوص وجود شکاف‌ها در داده‌های موجود در سطح ملی فراهم می‌کنند و برنامه‌ریزی لازم براساس همین شواهد برای بهداشت و سلامت و آسایش سالمندان صورت می‌گیرد. وجود این شکاف‌های اندازه‌گیری شاخص‌های SDG مرتبط با سالمندان را دشوار می‌کنند. علیرغم وجود چنین شکاف‌هایی، مرور داده‌های این گزارش به‌وضوح نشان می‌دهند که با افزایش سن، تبدیل بیماری‌های عفونی حاد به بیماری‌های مزمن چالش بزرگی را ایجاد می‌کند.

اقدامات موردنیاز

هم‌زمان با جشن گرفتن هفتادمین سالگرد اعلامیه جهانی حقوق بشر و تأسیس سازمان جهانی بهداشت ، اکنون زمانی مناسب برای ایجاد تغییرات موردنیاز برای درک درست از حق سالمندان در دسترسی به بهداشت و سلامت است. در این راستا اقدامات زیر بایستی انجام شوند:

ذینفعان بایستی با سالمندان همکاری کنند

صدای سالمندان، دانش و دیدگاه‌های آن‌ها در انجام اقدامات مشترک بایستی در طراحی و پیاده‌سازی نظام‌های یکپارچه بهداشت و سلامت به‌کار گرفته شوند؛ این نظام‌ها براساس اولویت‌ها و دغدغه‌های خود سالمندان شکل می‌گیرند.

در پاسخ به تغییرات رایج جمعیت شناختی و اپیدمیولوژیک، دولت‌ها باید:

- در سیاست ملی بهداشت و سلامت، در برنامه‌ریزی و پیاده‌سازی آن سالمندان را مشارکت دهند.
- حق دسترسی سالمندان به بهداشت و سلامت را در وضع قوانین ملی به رسمیت بشناسند.
- شکاف موجود در شناخت زوال عقل، افسردگی و دیگر شرایط سلامت روحی–روانی در سنین بالاتر را کاهش دهند.
- اقدامات جامع در خصوص بهداشت و سلامت سالمندان با در نظر گرفتن جنسیت آن‌ها انجام دهند.
- خشونت، بدرفتاری و بی‌توجهی به سالمندان را شناسایی کرده و نسبت به آن‌ها واکنش مناسب نشان دهند.
- الگوهای UHC جامع، فرد محور و یکپارچه را در نظام‌های بهداشت و سلامت، مراقبت و همچنین پشتیبانی توسعه دهند.

- خدماتی را در UHC بگنجانند که مختص سن و پاسخ‌گوی نیازمندی‌های سالمندان باشد.
- در میان تمام بخش‌های نیروی کار بهداشت و سلامت، از توسعه قابلیت‌های سالمندان و مسائل مربوط به امراض پیری حمایت کنند.

آژانس‌های چندجانبه، دولت‌ها و ادارات آمار ملی، باید اطمینان حاصل کنند که

- در نظام‌های آماری، اطلاعات مربوط به سالمندان در تمامی مراحل گردآوری، تحلیل و کاربرد داده‌ها گنجانده می‌شوند.
- محدودیت‌های سنی از نظرسنجی‌های بین‌المللی حذف می‌شوند.
- چارچوب‌های آماری رویکرد دوره زندگی را دربرمی‌گیرند و اطلاعات متنوع‌تر و مفیدتری درباره پیری، بهداشت و سلامت و قابلیت‌های عملکردی ارائه می‌دهند.
- داده‌ها براساس سن، جنسیت، ناتوانی و محل سکونت تفکیک‌شده و نتایج مربوط به سن منتشر می‌شوند.
- استفاده از مفهوم تبعیض‌آمیز «مرگ‌ومیر زودرس» ادامه‌دار نباشد.
- در توسعه CRVS، کشورهای LMICs به‌طور کامل پشتیبانی می‌شوند و این ظرفیت در ادارات آمار ملی آن‌ها ایجاد می‌شود.
- اقدامات UHC برای در نظر گرفتن عوامل مربوط به افراد مسن گسترش می‌یابند.
- در طول دوره زندگی و به‌ویژه در دوره سالمندی، داده‌ها برای درک بهتر رابطه میان فقر و سلامت گردآوری می‌شوند.
- بحث‌ها و نتیجه‌گیری‌های گروه شهر تیچفیلد درباره آمار مربوط به پیری و داده‌های تفکیک‌شده ازنظر سنی به‌طور فعالانه، پشتیبانی، منتشر و استفاده می‌شوند.

منابع

- United Nations Economic and Social Council, Committee on economic, social and cultural rights report on the twenty-second, twenty-third and twenty-fourth sessions, p.129
- United Nations Economic and Social Council
- Office for the High Commissioner for Human Rights, CESCR General Comment No. 6: The economic, social and cultural rights of older persons: adopted at the thirteenth session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 8 December 1995, www.refworld.org/docid/4538838f11.html, paragraph 10 (18 October 2018)
- Office of the High Commissioner for Human Rights, paragraphs 34 and 35
- United Nations Economic and Social Council, paragraph 25
- United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (now the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW), General Recommendation No. 27 on older women and protection of their human rights, paragraphs 45-46, https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/472/53/PDF/G1047253.pdf?OpenElement (18 October 2018)
- United Nations, Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development, https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld (18 October 2018)
- Rodin J and de Ferranti D, 'Universal health coverage: the third global health transition?' The Lancet 380:9845, 2012, pp.861-862
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Probabilistic population projections based on the world population prospects: the 2017 revision, http://esa.un.org/unpd/wpp (18 October 2018)
- World Health Organization, World Health Statistics 2008, Geneva, WHO, 2008

- United Nations General Assembly, Prevention and control of non-communicable diseases: report of the Secretary-General (report number A/66/83), New York, United Nations, 2011
- Ottersen T et al., Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO consultative group on equity and universal health coverage, Geneva, World Health Organization, 2014, pp.vii-viii
- Wong J, 'Achieving universal coverage'. Bulletin of the World Health Organization 93, 2015, pp.663-664, doi: 10.2471/BLT.14.149070
- World Health Organization, Framework on integrated people-centred health services (IPCHS): questions and answers, http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Framework_Q-A.pdf (18 October 2018)
- Ministerial Committee on Ageing, I feel young in my Singapore: action plan for successful ageing, Singapore, Ministry of Health, 2016, pp.11-23
- Beard J et al., World report on ageing and health, Geneva, World Health Organization, 2005
- Aboderin I and Epping-Jordan JA, Towards long-term care systems in Sub-Saharan Africa, Geneva, World Health Organization, 2017, p.iv
- Harwood RH and Sayer AA, Current and future caregiver needs for people with disabling conditions, Geneva, World Health Organization, 2002
- Find out more about the Titchfield City Group on ageing: http://bit.ly/2Fy5ShY

- Prince MJ et al., 'The burden of disease in older people and implications for health policy and practice', The Lancet 385:9967, 2015, pp.549-562, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61347-7
- Institute for Health Metrics and Evaluation, Global health data exchange, http://ghdx.healthdata.org (18 October 2018)

- World Health Organization, Dementia, 2017, http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia (18 October 2018)
- Knodel J, The situation of older persons in Myanmar: results from the 2012 survey of older persons, Chiang Mai and Yangon, HelpAge International, 201

مؤسسه راهبردهای بازتوانی صبا

تهران، خیابان شریعتی، نرسیده به میدان قدس، کوچه محوی،
پلاک ۴، واحد ۱۰۱

تلفن: ۰۲۱-۲۲۷۰۳۴۶۵ دورنگار: ۰۲۱-۲۲۷۰۲۹۰۳

info@saba-psi.ir www.saba-psi.ir