

فهرست

پیشگفتار مترجمان.....	۷
بخش ۳: پیشگیری و ارتقا سلامت	۱۱
فصل ۹۷: ارتقاء سلامت برای سالمندان در اجتماع.....	۱۳
فصل ۹۸: تمایلات جنسی در دوره سالمندی	۴۵
فصل ۹۹: فعالیت بدنی برای سالمندی موفق.....	۵۹
فصل ۱۰۰: توانبخشی سالمندان: کاردرمانی و روشهای درمانی فیزیکی مبتنی بر شواهد در بیماران با سکته مغزی و پارکینسون.....	۷۷
منابع و مآخذ	۹۱
فهرست کتب تالیفی-ترجمه‌ای	۱۵۹
واژه‌یاب.....	۱۶۲

تقدیم به

تمامی زنان و مردان سالمند ایرانی

پیشگفتار مترجمان

پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که سرعت افزایش جمعیت سالمندان از سرعت رشد طبیعی جمعیت پیشی می‌گیرد. تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال از تعداد کودکان زیر ۵ سال بیشتر شده و تا سال ۲۰۵۰ نیز جمعیت سالمند از جمعیت زیر ۱۴ سال پیشی خواهد گرفت (۲۱ درصد) که این امر نشان‌دهنده افزایش روزافزون مسئولیت ما در قبال قشر سالمند است. چرا که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ حدود ۶۰ درصد سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه مانند ایران بوده‌اند که این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد می‌رسد.

بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال در کشور ۶/۶ درصد کل جمعیت بوده است. در سال ۱۳۷۹ این رقم به ۷/۸ درصد و در سال ۱۳۸۵ به ۸/۴ درصد رسید و برآورد می‌شود که در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۳ درصد جمعیت کشور بالای ۶۰ سال سن یعنی ۸/۵ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به رشد ۲۶ درصدی (۱۸/۵ میلیون سالمند) برسد. این گونه رشد جمعیت برای کشور توسعه یافته‌ای مانند سوئیس نیازمند گذار ۵۵ ساله است. در حالیکه برای کشور در حال توسعه‌ای مانند ایران در ظرف ۱۰ سال (۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵) رخ داده است. این مسئله جمعیت شناختی و متعاقباً مسئله جامعه شناختی - بهداشتی در کشورهای توسعه یافته جهان مانند ایران آنچنان حائز اهمیت است که سازمان جهانی بهداشت را ترغیب به نامگذاری سال ۲۰۱۲ به سال "زندگی سالم و طول عمر بیشتر"^۱ کرد و این مسئله رشد اپیدمی جمعیت غیرمولد سالمندی به "سونامی خاموش در ایران"^۲ تعریف شده است.

از گذشته تا امروز جمعیت ایران نیز همگام با جمعیت جهان رو به سوی سالمندی می‌رود. آمار و ارقام حاصل از سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن نشان می‌دهد که تعداد جمعیت سالمند ایران در دهه‌های اخیر در حال افزایش بوده است. نسبت جمعیت سالمند کشور طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ از آهنگ یکنواختی برخوردار نبوده است. تعداد جمعیت سالمند ایران (سنین ۶۰ ساله و بیشتر) از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵، به ۵۱۲۱۰۳۸ نفر در سال ۱۳۸۵ و در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد جمعیت کل کشور رسید. به عبارت دیگر، جمعیت سالمند کشور در دوره ۵۰ ساله مورد بحث ۴/۴ برابر شد؛ در حالی که جمعیت کل کشور در همین دوره ۳/۷ برابر شد. بدیهی است که از جمله عوامل مؤثر در افزایش جمعیت سالمند کشور

1. Good Health Adds Life To Years

2. Silent Tsunami



در سال ۱۳۹۰ افزایش امید به زندگی و کاهش سطح باروری در دو دهه اخیر بوده است. جمعیت سالمندان مرد بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در اکثر استان‌ها بیشتر از زنان سالمند بوده است. اما در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ تعداد زنان سالمند در تمام استان‌ها بیشتر از مردان سالمند خواهد بود که حاکی از زنا نه شدن جمعیت سالمند در سال‌های آتی است. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۱۳ درصد و تا سال ۱۴۳۰ بین ۲۱ تا ۲۵ درصد جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد.

توضیح اینکه چنین وضعیتی در کل جهان نیز پیش‌آمد به‌گونه‌ای که بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۲۰۰۵ جمعیت سالمند جهان ۳/۶ برابر شد اما در ایران شدت آن بیشتر از سطح جهانی (۴/۸ برابر) بود. بدیهی است که این امر نتیجه کاهش مرگ‌ومیر بود و منجر شد تا امید به زندگی در بدو تولد از حدود ۴۷ سال در سال ۱۳۴۵ به ۷۸ سال در سال ۱۳۹۵ برسد. به‌طور یقین عوامل متعددی در افزایش جمعیت سالمند کشور دخیل بوده‌اند که از جمله آنها می‌توان به: تغییرات اعمال شده در سیاست‌های کنترل جمعیت پس از پیروزی انقلاب اسلامی و اجرای سیاست‌های تشویق مولید اشاره کرد. در سال ۱۳۶۵ دولت متوجه بار سنگینی افزایش جمعیت شد و به فکر احیای سیاست قدیمی کنترل جمعیت (که نخستین بار در دهه ۱۳۵۵-۱۳۴۵ به‌طور رسمی اجرا شد و نتیجه آن کاهش رشد طبیعی جمعیت در نقاط شهری بود) افتاد و در خرداد ۱۳۶۷، سیاست تحدید مولید را اعلام کرد و متعاقب آن برنامه‌های تنظیم خانواده را به مرحله اجرا درآورد.

با موفقیت اجرای سیاست‌های تنظیم خانواده روند باروری در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ تنزل چشمگیری یافت به‌گونه‌ای که کاهش تعداد مولید (به همراه کاهش تعداد مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی) رشد سالانه جمعیت کشور را، از ۳/۹ درصد در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵، به ۱/۹۶ درصد در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ و ۱/۶۲ درصد در دهه ۱۳۸۵-۱۳۷۵ رسانید. کاهش میزان باروری کل^۱ نیز در این دوران قابل ملاحظه بود، بدین ترتیب که میزان باروری کل در سال ۱۳۶۵ از ۶/۴ فرزند به ۳ فرزند در سال ۱۳۷۵ و ۲ فرزند در سال ۱۳۸۵ کاهش یافت. با توجه به آنچه در تعریف سالمندی جمعیت آمد می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در ایران سالمندی جمعیت در شرف شروع شدن است. بطوریکه در سال ۱۳۸۵، نسبت جمعیت سالمندان ایرانی (۶۵ ساله و بیشتر) ۸/۴ درصد بوده است. رشد جمعیت سالمندی همسو با گسترش مسائل سالمندان نیز خواهد بود. این گستره نه تنها حوزه بهداشت و درمان آنها را متأثر نموده؛ بلکه جنبه‌های اجتماعی، روانی، فرهنگی و حقوقی مسائل و مشکلات سالمندان را نیز در محور توجه قرار می‌دهد.

در فصل اول از بخش سوم کتاب درسنامه براکلهرست با عنوان "پیشگیری و ارتقاء سلامت"^۲ نویسندگان در قالب ۴ فصل منسجم به بحث چالش‌های مربوط به ارتقاء سلامت و بعد جسمانی آن در دوره سالمندی پرداخته‌اند. این بخش مهم شامل زیرفصل‌هایی با عناوین: ۹۷. ارتقاء سلامت برای سالمندان در اجتماع،

1. Total Fertility Rate

2. Prevention & Health Promotion

۹۸. تمایلات جنسی در دوره سالمندی، ۹۹. فعالیت بدنی برای سالمندی موفق و ۱۰۰. توانبخشی سالمندان: کاردرمانی و روشهای درمانی فیزیکی مبتنی بر شواهد در بیماران با سکته مغزی و پارکینسون است.

معادل گزینی واژگان تخصصی سالمندی که دانشی نوپا در ایران است؛ از کتاب "فرهنگ سالمند" تالیف دکتر عبدالرحیم اسداللهی و خانم طاهره سکوت (چاپ ۱۴۰۰: نشر ترآوا) استخراج شده است؛ ولی مترجمان معتقدند ترجمه این کتاب بویژه در معادل‌یابی‌ها، عاری از هر گونه نقیصه نیست. لذا هر گونه پیشنهاد و انتقاد در خصوص معادل واژگان بصورت مکتوب به دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارجاع شود.

این کتاب برای پژوهشگران، اساتید و دانشجویان حوزه‌های بین‌رشته‌ای مانند سالمندشناسی، سلامت سالمندی، علوم اجتماعی و رفتاری، پرستاری سالمندان، دستیاری طب سالمندی و حوزه‌های توانبخشی مفید بوده و در عین حال سایر علاقه‌مندان مانند مدیران و کارکنان مراکز روزانه سالمندی، بنیادهای فرزندگان، کانونهای بازنشستگی و شعب استانی کانون ملی فرهیختگان، سالمندان عزیز و مراقبین آنها و دیگر فعالان حوزه سلامت سالمندی توانند با تهیه این کتاب دانش و آگاهی خود را در حیطه چالش‌های دوران سالمندی بالا ببرند.

گروه مترجمان

شیراز - پاییز ۱۴۰۰

بخش ۳

پیشگیری و ارتقاء سلامت

ارتقاء سلامت برای سالمندان در اجتماع

مقدمه

جمعیت سالمندان (بالای ۶۵ سال) به دلیل رونق اقتصادی و بهبود مراقبت‌های بهداشتی، آموزشی و بهسازی محیط^۱ در سراسر جهان در حال رشد است. در کانادا، در صورت رسیدن نوزادان کنونی به سن ۶۵ سالگی، بخش قابل توجهی از جمعیت را سالمندان تشکیل خواهند داد؛ مطابق با استانداردهای حاضر، حدود ۲۳٪ از کانادایی‌ها تا سال ۲۰۳۰ به سنین سالمندی می‌رسند. سریع‌ترین رشد مربوط به سالمندان ۸۰ سال به بالاست؛ که این امر بر نحوه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی تاثیر می‌گذارد.

مانند بسیاری از کشورها، شهروندان سالمند کانادایی به طور فزاینده‌ای در حال پیر شدن هستند. این تغییر مربوط به پیشرفت‌های فن‌آوری، سرمایه‌گذاری در مسکن‌های ارزان قیمت و دولتی^۲، جوامع دوستدار سالمند^۳، حمایت از مراقبان، برنامه‌های مبارزه با بی‌خانمانی، و تغییر در خدمات مراقبتی است. در سال ۲۰۱۱ در کانادا، ۹۲٪ از سالمندان در خانه‌های شخصی زندگی می‌کردند. میزان اسکان‌پذیری سالمندان در

1. Sanitation
2. Social Housing
3. Age-Friendly Communities

مؤسسات مراقبت سالمندی^۱ کاهش و مراقبت‌های رسمی مبتنی بر جامعه گسترش یافته است، به گونه‌ای که در حال حاضر نسبت سالمندانی که تحت مراقبت‌های اجتماعی قرار می‌گیرند بیش از دریافت خدمات از طریق یک موسسه است. طی دو دهه‌ی گذشته، علی‌رغم محدودیت‌های اقتصادی، افزایش فشار بر خدمات مبتنی بر جامعه برای حفظ مراقبت‌های بهداشتی موجود، با کیفیت بالا و جامع، موجب شده ۳۰٪ تخت‌های بیمارستانی و ۱۱٪ تخت‌های خانگی سالمندان کاهش یابد و متعاقب آن مراقبت‌های سرپایی افزایش پیدا کند. فواید مرتبط با سالمندی در مکان^۲ به خوبی ثبت شده است. اقامت در منزل سلامت، استقلال، کنترل و اجساس رفاه و ارتباط اجتماعی سالمندان را بهینه می‌کند. مدیران و سیاستگذاران در مورد کارآمدترین ترکیب استراتژی‌های خدماتی برای ارتقاء سلامت در این سیستم جامعه محور با سؤالاتی روبرو هستند.

با افزایش جمعیت سالمندان و پیشرفت پزشکی، بیماری‌های حاد تهدید کننده‌ی زندگی به بیماری‌های مزمن تبدیل شده این امر موجب افزایش شیوع بیماری‌های مزمن و ضعف در آنها شده است. بیش از ۹۰٪ سالمندان با حداقل یک بیماری مزمن و ۶۵ تا ۸۵٪ از آنها دارای دو یا چند بیماری مزمن که نیاز به خودمراقبتی و مدیریت روزانه دارد زندگی می‌کنند. تقریباً ۳۳٪ از سالمندانی که در جامعه زندگی می‌کنند، دارای چندین بیماری مزمن (سه بیماری یا بیشتر) هستند. چنین سالمندانی وضعیت بهداشتی ضعیف تری را گزارش می‌کنند، این افراد بیش از حداقل پنج دارو مصرف می‌کنند، به میزان بالاتری از خدمات بهداشتی استفاده کرده و در معرض خطر بالایی برای حوادثی مانند: مرگ، بستری شدن در بیمارستان و سقوط هستند. ۴۰٪ از مراقبت‌های بهداشتی در کانادا توسط سالمندان مورد استفاده قرار می‌گیرد، با افزایش تعداد بیماری‌های مزمن استفاده از این مراقبت‌ها نیز افزایش می‌یابد. در صورتیکه این شرایط کنترل نشود، ممکن است سیستم مراقبت‌های بهداشتی را تحت فشار قرار داده و پایداری و ثبات آن را تهدید نماید. ارتقاء سلامت راه حلی طولانی مدت برای پیشگیری یا مدیریت بهتر این شرایط جهت بهبود کیفیت زندگی و کاهش تقاضا برای خدمات بهداشتی می‌باشد.

تقریباً ۱۵٪ از سالمندانی که در جامعه زندگی می‌کنند در گروه سالمندان فرتوت^۳ قرار می‌گیرند، که به عنوان تجمع متقابل چندین ناخوشی‌ها^۴، اختلالات^۵ و ناتوانی‌ها^۶ تعریف می‌شود. این افراد به طور معمول بالای ۷۵ سال سن داشته و با چندین وضعیت بهداشتی حاد و مزمن و ناتوانی‌هایی در عملکرد زندگی می‌کنند. آنها همچنین ممکن است دارای اختلالات شناختی یا شبکه‌های حمایتی اجتماعی^۷ ناپایدار

1. Institutionalization
2. Aging In Place
3. Frail
4. Illnesses
5. Impairments
6. Disabilities
7. Social Support Networks

باشند. این ویژگی‌ها از یک سو موجب افزایش استفاده‌ی سالمندان فرتوت از خدمات بهداشتی شده و از سوی دیگر آنها را بیشتر در معرض خطر ابتلا، ناتوانی و مرگ قرار می‌دهد. با این حال، بیماری مزمن و فرتوتی را نباید نتیجه غیر قابل اجتناب یا برگشت ناپذیر افزایش سن دانست. با افزایش سن، افراد، بیشتر در معرض خطر مشکلات مزمن سلامتی هستند، اما این شرایط در روند سالمندی نیستند. شرایط بهداشتی هزینه بردار غالباً قابل پیشگیری، درمان‌پذیری^۱ یا قابل کنترل هستند. حداقل یک سوم از کل بار اقتصادی و اجتماعی بیماری‌ها در کشورهای پیشرفته ناشی از عوامل خطر قابل پیشگیری همچون: تنباکو، الکل، فشار خون بالا، کلسترول بالا و چاقی می‌باشند.

شواهد نشان می‌دهد که بیماری مزمن قابل پیشگیری است و می‌توان با مدیریت بهتر آن، اثرات سلامتی و اقتصادی آن را بر روی سالمندان کاهش داد. بسیاری از عوامل خطر بیماری مزمن، مانند بی‌تحرکی یا کم تحرکی و تغذیه نامناسب، قابل اصلاح هستند. اثرات منفی بسیاری از عوامل خطر می‌تواند تغییر یابد، حتی با کاهش متوسط در سطح عوامل خطر، پیشرفت‌های زیادی در سلامتی ایجاد می‌شود. به عنوان مثال، با تغذیه سالم، فعالیت بدنی منظم، عدم استعمال دخانیات و مدیریت موثر استرس، می‌توان از بیش از ۹۰٪ موارد دیابت نوع ۲ و ۸۰٪ موارد بیماری عروق کرونر قلب جلوگیری کرد. حتی ۵٪ کاهش در ناخوشی‌های قابل پیشگیری می‌تواند منجر به صرفه جویی قابل توجهی در هزینه‌های پزشکی و سایر هزینه‌ها شود. در نتیجه، شناسایی عوامل قابل تعدیل که می‌توانند استفاده از خدمات بهداشتی را کاهش یا به تأخیر بیندازند و کیفیت زندگی را در سالمندان افزایش دهند، در اولویت است.

حداکثر ۸۰٪ مراقبت از سالمندانی که با شرایط مزمن و یا ناتوانی در جامعه زندگی می‌کنند توسط مراقبان خانواده، به ویژه زنان انجام می‌شود. این مراقبان کمک‌های حیاتی در زندگی روزمره مانند بهداشت فردی، دستشویی کردن، غذا خوردن و جابجایی در منزل را انجام می‌دهند. مراقبان خانواده همچنین در تهیه غذا، کارهای خانه، مدیریت دارو، خرید و حمل و نقل کمک می‌کنند و حمایت عاطفی را برای سالمندان فراهم می‌کنند. در سال ۲۰۱۲، تخمین زده شد که ۸٫۱ میلیون کانادایی به یکی از اعضای خانواده یا یکی از دوستانشان که دارای شرایط سلامتی کامل با نیازهای مربوط به افزایش سن هستند، خدمات مراقبتی ارائه می‌دهند. اگرچه بسیاری از مراقبان این نقش را پاداش می‌دانند، اما این کار اغلب به قیمت سلامتی و سلامتی آنها انجام می‌شود.

با افزایش شرایط مزمن در سالمندان، فشاری که به مراقبان سلامت وارد می‌شود نیز افزایش می‌یابد که این یکی از پیامدهای منفی بهداشتی برای مراقبان سلامت می‌باشد. با وجود این شواهد، اطلاعات کمی در مورد بهترین راه حمایت از مراقبان خانواده شناخته شده.

مجموعه تحقیقات نشان می‌دهد، سالمندانی که در جامعه زندگی می‌کنند می‌توانند از مداخلات پیشگیرانه‌ی ارتقاء سلامت بهره قابل توجهی ببرند. هدف نهایی این برنامه‌ها شناسایی فعالانه عوامل تاثیرگذار

بر سلامتی، ارتقاء رفتارهای بهداشتی مثبت و حفظ استقلال سالمندان مقیم جامعه جهت جلوگیری یا به تأخیر انداختن مراقبت از سالمندان، کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با عملکرد می‌باشد.

هدف از این فصل شرح خلاصه‌ای از این تحقیقات بوده تا به روشنی بیان نماید که چگونه ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری می‌تواند زندگی سالمندان ساکن در جامعه را بهتر کند.

اهداف اختصاصی این فصل عبارتند از:

۱. توصیف سه گروه از سالمندان و نیاز آنها به ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری
۲. توصیف یک چارچوب مفهومی برای ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری در سالمندان فرتوت
۳. توصیف چارچوبی برای ارزیابی اقتصادی برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی
۴. استدلال درباره‌ی اهمیت شناسایی سالمندانی که می‌توانند از تلاش‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری بهره‌مند شوند
۵. توصیف موفقیت تلاش‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری در سالمندان ساکن در جامعه
۶. بحث درباره‌ی موانع اجرای برنامه‌های موثر ارتقاء سلامت
۷. نشان دادن نیاز به سیاست‌ها و تحقیقات بیشتر در مورد ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری برای سالمندان مقیم جامعه

ناهمگنی سالمندان و نیاز آنها به ارتقاء سلامت

سالمندان گروه ناهمگنی هستند که در آنها روند سالمندی با درجات مختلفی اتفاق می‌افتد. سن تقویمی قادر به بیان کامل توانایی عملکردی یا کیفیت زندگی آنها نیست و بیشتر ناتوانی‌ها در این سن اجتناب‌ناپذیر است. مدار سالمندی بعد از ۶۵ سالگی تحت عناوین "موفق"، "معمول"، "سریع" توصیف شده است.

افراد با سالمندی موفق، کسانی هستند که سالمندی را در یک دوره‌ی زمانی طولانی توأم با سلامتی خوب تجربه می‌کنند. به عنوان مثال: ۶۵ ساله‌ای که قصد دارد تور دوچرخه سواری در فرانسه را تجربه کند، یا ۷۵ ساله‌ای که هفته‌ای دو بار تنیس بازی می‌کند و با سالمند ۸۰ ساله‌ای که هر روز دو مایل پیاده روی می‌کند. سالمندان موفق حداقل مشکلات سلامتی را دارند. آنها ممکن است برای بررسی‌های پیشگیرانه، مانند فشار خون، به ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی اولیه خود مراجعه کنند و ممکن است چند عامل خطر (به عنوان مثال: سابقه خانوادگی بیماری قلبی) داشته باشند، اما بدون اینکه عوامل خطر قابل اصلاح داشته باشند کاملاً سالم هستند. این افراد احتمالاً از هیچ دارویی استفاده نمی‌کنند. آنها آنچه را که می‌بینند می‌خورند و فعالیت بدنی منظمی دارند. علائم بیماری مزمن در اواخر زندگی این افراد بروز می‌کند؛ بنابراین زمان کمتری را صرف پرداختن به بیماری مزمن می‌کنند.