

چالش‌ها و دورنمای مراقبت از سالمندان در جمهوری چین

دکتر چینگ یو چن

دانشگاه ملی تایوان^۱ و موسسه ملی تحقیقات بهداشتی^۲

جمهوری چین*

اهداف جامع

- وضعیت فعلی سلامت سالمندان در جمهوری چین
- چالش‌های پیش روی مراقبت از سالمندان
- سیاست‌ها و راهبردهای ملی
- طرح همگانی مراقبت از سالمندان: سالخورده‌گی به موقع
- کیفیت مراقبت از سالمندان

جمهوری چین پس از ژاپن، به عنوان دومین کشور جهان است که جمعیت آن به سرعت در حال پیر شدن می‌باشد. چین کشوری است که رشد جمعیت سالمند آن از ۷ درصد در سال ۱۹۹۳ به ۱۰ درصد در سال ۲۰۰۶ رسیده و تصور می‌شود این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۱۵ درصد برسد. این آهنگ سریع سالمندی جمعیت، هشدار برای مواجهه با خطر کمبود نیروهای حرفه‌ای آموزش دیده و موسسات مربوطه برای مراقبت از سالمندان می‌باشد. بخش پژوهش‌های مسائل مربوط به سالمندان موسسه ملی تحقیقات سلامت (NHRI) که در سال ۲۰۰۳ تاسیس شد با راه اندازی و توسعه برنامه آموزش گروه سالمندان در راه ارتقای نظارت و گواهی سیستم متخصصان امراض

^۱ - National Taiwan University

^۲ - National Health Research Institute (NHRI)

* مترجم: اداره کل روابط عمومی و امور بین الملل صندوق تامین اجتماعی

دوره پیری، انتشار دستورالعمل‌های درمانی برای بیماری‌های رایج در این دوران و تاسیس بیمارستان‌های سالمندان، گام‌های مهمی برداشته است.

درمان یکپارچه بیماری‌های دوران سالمندی دارای چهار بعد است؛ مدیریت بیماری، عمل‌گرایی، فرد محوری و هدف‌گرایی می‌باشد.

ارزیابی جامع امراض سالخوردگی برای سالمندان CGA با ریسک بالا، اجباری است. شواهد حاکی از آن است که برنامه‌های CGA که ارزیابی سالخوردگی را با مدیریت مستحکم بلند مدت مرتبط می‌کنند در بهبود کارایی و ادامه حیات افراد سالمند بسیار کارآمد می‌باشند.

این ارزیابی بر پایه ۵ محور استوار است: تیم درمانی، درمان فرد - محور، درمان براساس شواهد، اطمینان از کیفیت، تکنولوژی اطلاعات مفید جهت مساعدت.

برای تحقق این اهداف، خودآموزی افراد سالمند از طریق ارتباط بر مبنای مدل بالینی بیمار محور ضروری است.

جمهوری چین جزیره‌ای است که بطور تقریبی در ۱۰۰ مایلی سرزمین چینیها واقع شده و از حدود ۴/۲۵ میلیون مایل مربع خشکی تشکیل شده است. این جزیره عمدتاً کوهستانی بوده و در شهرها تراکم جمعیتی به چشم می‌خورد. کل جمعیت در سال ۲۰۰۵، ۲۳ میلیون نفر بوده که ۵ میلیون نفر از این جمعیت در ۳ شهر عمدتاً تایپه، کائوشیونگ و تایچونگ زندگی می‌کنند.

تحول جمعیتی از اوایل دهه ۱۹۶۰ آغاز شد که وقوع آن بیشتر نتیجه تعامل توسعه سریع اجتماعی - اقتصادی و برنامه‌های کامل طرح‌ریزی خانواده بوده است. در سال ۱۹۹۳، جمعیت سالخورده جمهوری چین ۷/۱ درصد کل جمعیت را شامل می‌شد و از آن تاریخ به بعد این رشد به طور یک‌نواخت، همانگونه که در جدول ۱ نشان داده شده است افزایش یافت.

جدول ۱- تغییرات جمعیتی در یک جامعه سالمند

سال	کل جمعیت	جمعیت سالمند (بالای ۶۵ سال)	جمعیت جوان (۱۴- سال)	جمعیت شاغل (۱۵-۶۴ سال)	نسبت جمعیت سالمند (%)	شاخص سالمندی (%)	وابستگی جمعیت سالمند (%)	نرخ وابستگی
۱۹۹۰	۲۰/۴۰۱/۳۰۵	۱/۲۶۸/۶۳۱	۵/۵۲۵/۳۶۵	۱۳/۶۰۷/۳۰۹	۶/۲۲	۲۲/۹۶	۹/۳۲	۴۹/۹۳
۱۹۹۱	۲۰/۶۰۵/۸۳۱	۱/۳۴۵/۴۲۹	۵/۴۲۷/۱۵۰	۱۳/۸۳۳/۲۵۲	۶/۵۳	۲۴/۷۹	۹/۷۳	۴۸/۹۶
۱۹۹۲	۲۰/۸۰۲/۶۲۲	۱/۴۱۶/۱۲۳	۵/۳۶۱/۳۴۷	۱۴/۰۲۵/۱۴۲	۶/۸۱	۲۶/۴۱	۱۰/۱۰	۴۸/۳۲
۱۹۹۳	۲۰/۹۹۵/۴۱۶	۱/۴۹۰/۸۰۱	۵/۱۷۹/۷۰۵	۱۴/۲۲۴/۹۱۰	۷/۱۰	۲۸/۲۴	۱۰/۴۸	۴۷/۶۰
۱۹۹۴	۲۱/۱۷۷/۸۷۴	۱/۵۶۲/۳۵۶	۵/۱۶۹/۵۸۱	۱۴/۴۴۵/۹۳۷	۷/۳۸	۳۰/۲۲	۱۰/۸۲	۴۶/۶۰
۱۹۹۵	۲۱/۳۵۷/۴۳۱	۱/۶۳۱/۰۵۴	۵/۰۷۶/۰۸۳	۱۴/۶۵۰/۲۹۴	۷/۶۴	۳۲/۱۳	۱۱/۱۳	۴۵/۷۸
۱۹۹۶	۳۱/۵۲۵/۴۳۳	۱/۶۹۱/۶۰۸	۴/۹۸۲/۵۴۳	۱۴/۸۵۱/۲۸۲	۷/۸۶	۳۳/۹۵	۱۱/۳۹	۴۴/۹۴
۱۹۹۷	۲۱/۷۴۲/۸۱۵	۱/۷۵۲/۰۵۶	۴/۹۱۴/۲۸۰	۱۵/۰۷۶/۴۷۹	۸/۰۶	۳۵/۶۵	۱۱/۶۲	۴۴/۲۲
۱۹۹۸	۲۱/۹۲۸/۵۹۱	۱/۸۱۰/۲۳۱	۴/۸۱۵/۴۰۰	۱۵/۳۰۲/۹۶۰	۸/۲۶	۳۷/۵۹	۱۱/۸۳	۴۳/۳۰
۱۹۹۹	۲۲/۰۹۲/۳۸۷	۱/۸۶۵/۴۷۲	۴/۷۳۴/۵۹۶	۱۵/۴۹۲/۳۱۹	۸/۴۴	۳۹/۴۰	۱۲/۰۴	۴۲/۶۰
۲۰۰۰	۲۲/۲۷۶/۶۷۲	۱/۹۲۱/۳۰۸	۴/۷۰۳/۰۹۳	۱۵/۶۵۲/۲۷۱	۸/۶۲	۴۰/۸۵	۱۲/۲۷	۴۲/۳۲
۲۰۰۱	۲۲/۴۰۵/۵۶۸	۱/۹۷۳/۳۵۷	۴/۶۶۱/۸۸۴	۱۵/۷۷۰/۳۲۷	۸/۸۱	۴۲/۳۳	۱۲/۵۱	۴۲/۰۷
۲۰۰۲	۲۲/۵۲۰/۷۷۶	۲/۰۳۱/۳۰۰	۴/۵۹۸/۸۹۲	۱۵/۸۹۰/۵۸۴	۹/۰۲	۴۴/۱۷	۱۲/۷۸	۴۱/۷۲
۲۰۰۳	۲۲/۶۰۴/۵۵۰	۲/۰۸۷/۷۳۴	۴/۴۸۱/۶۲۰	۱۶/۰۳۵/۱۹۶	۹/۲۴	۴۶/۵۸	۱۳/۰۲	۴۰/۹۷
۲۰۰۴	۲۲/۶۸۹/۱۲۲	۲/۱۵۰/۴۷۵	۴/۳۸۷/۰۸۲	۱۶/۱۵۱/۵۶۵	۹/۴۸	۴۹/۰۲	۱۳/۳۱	۴۰/۴۸
۲۰۰۵	۲۲/۷۷۰/۳۸۳	۲/۲۱۶/۸۰۴	۴/۲۵۹/۰۴۹	۱۶/۲۹۴/۵۳۰	۹/۷۴	۵۲/۰۵	۱۳/۶۰	۳۹/۷۴

*شاخص سالمندی = جمعیت سالمند (۶۵ سال به بالا) / جمعیت جوان (۱۴- سال) × ۱۰۰

**نرخ وابستگی سالمندی = جمعیت سالمند (۶۵ سال به بالا) / جمعیت شاغل (۱۵-۶۴ سال) × ۱۰۰

***نرخ وابستگی = [جمعیت جوان (۱۴- سال) / جمعیت سالمند (بالای ۶۵ سال)] / جمعیت شاغل (۱۵-۶۴ سال)

(سال) × ۱۰۰

منبع: وزارت کشور، مدیر اجرایی یوان، (۲۰۰۶) ROC

در حقیقت، جمعیت رو به افزایش سالمندان موجب بروز شماری از مشکلات شده است

که مهمترین آن تاثیر شدید بر خانواده‌ها و جامعه از طریق تغییرهای جدی در ساختار سنی و

کاهش هشدار دهنده منابع پزشکی، اجتماعی و ... بوده است.

وضعیت موجود سلامت سالمندان

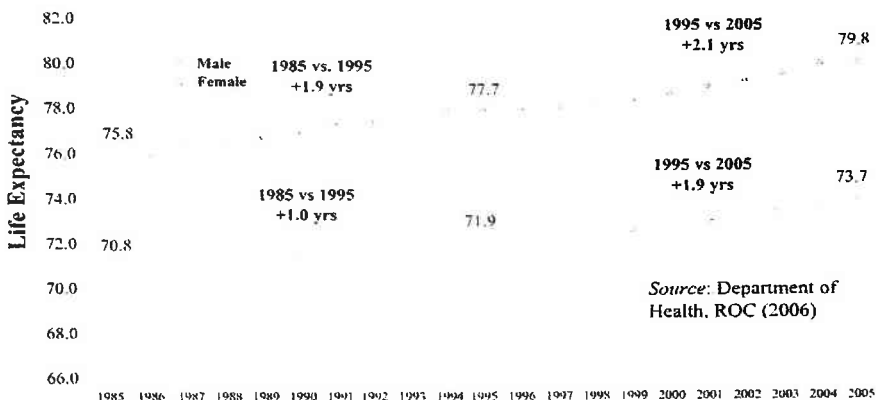
در زمینه وضعیت فعلی سلامت سالمندان چهار موضوع مورد بررسی قرار می‌گیرند. نخست آن که مردم چه اندازه عمر می‌کنند؟ میانگین امید به زندگی در نتیجه بهبود بهداشت عمومی و خدمات پزشکی از ۷۵/۸ در سال ۱۹۸۵ برای زنان به ۷۹/۸ در سال ۲۰۰۵ افزایش یافت. این میزان برای مردان در سال ۱۹۸۵، ۷۰/۸ بود که تا سال ۲۰۰۵ به ۷۳/۹ رسید. اجرای برنامه بیمه ملی سلامت (NHI)^۱ طی دو دهه بیانگر نقطه تحولی در وضعیت امید به زندگی بوده است (نمودار ۱).

جدول ۲- درصد جمعیت ۶۵ سال به بالا در کشورهای منتخب، ۱۹۹۶-۲۰۰۵

کشور	۱۹۹۶	۱۹۹۷	۱۹۹۸	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵
جمهوری چین	۷/۹	۸/۱	۸/۳	۸/۵	۸/۶	۸/۸	۹/۰	۹/۲	۹/۵	۹/۷
فیلیپین	۳/۵	۳/۶	۳/۶	۳/۷	۳/۷	۳/۸	۳/۸	۳/۹	۳/۹	۴/۰
تایلند	۵/۶	۵/۸	۶/۱	۶/۳	۶/۵	۶/۸	۷/۰	۷/۳	۷/۵	۷/۸
مالزی	۳/۹	۳/۹	۳/۹	۴/۰	۴/۱	۴/۲	۴/۳	۴/۴	۴/۵	۴/۶
هند	۴/۲	۴/۲	۴/۳	۴/۴	۴/۴	۴/۵	۴/۶	۴/۷	۴/۸	۴/۹
سنگاپور	۶/۴	۶/۵	۶/۶	۶/۷	۶/۸	۷/۰	۷/۰	۷/۷	۸/۰	۸/۲
ژاپن	۱۵/۱	۱۵/۷	۱۶/۲	۱۶/۷	۱۷/۳	۱۸/۰	۱۸/۵	۱۹/۱	۱۹/۵	۲۰/۰
جمهوری کره	۶/۱	۶/۴	۶/۶	۶/۹	۷/۲	۷/۶	۷/۹	۸/۳	۸/۹	۹/۱
چین	۶/۳	۶/۴	۶/۶	۶/۸	۶/۹	۷/۱	۷/۲	۷/۴	۷/۵	۷/۶
آمریکا	۱۲/۷	۱۲/۶	۱۲/۵	۱۲/۵	۱۲/۴	۱۲/۴	۱۲/۴	۱۲/۴	۱۲/۴	۱۲/۴
انگلیس	۱۵/۷	۱۵/۷	۱۵/۷	۱۵/۶	۱۵/۶	۱۵/۸	۱۶/۱	۱۶/۰	۱۶/۰	۱۵/۸
فرانسه	۱۵/۱	۱۵/۳	۱۵/۵	۱۵/۷	۱۵/۸	۱۵/۹	۱۶/۰	۱۶/۱	۱۶/۲	۱۶/۲
ایتالیا	۱۶/۹	۱۷/۲	۱۷/۵	۱۷/۷	۱۸/۰	۱۸/۳	۱۸/۵	۱۸/۸	۱۹/۱	۱۹/۴
استرالیا	۱۲/۲	۱۲/۲	۱۲/۳	۱۲/۴	۱۲/۴	۱۲/۵	۱۲/۶	۱۲/۶	۱۲/۸	۱۳/۱
نیوزلند	۱۱/۵	۱۱/۵	۱۱/۶	۱۱/۷	۱۱/۷	۱۱/۹	۱۱/۹	۱۱/۹	۱۲/۰	۱۲/۳

^۱ - National Health Insurance

نمودار ۱- عمر متوسط در جمهوری چین، ۱۹۸۵-۲۰۰۵



جدول ۳ بیانگر افزایش نرخ مرگ و میر با توجه به کاهش نرخ استاندارد مرگ و میر می‌باشد که دلیل احتمالی آن را می‌توان رشد پایدار جمعیت طی سال‌های ۱۹۸۵-۲۰۰۵ ذکر نمود.

جدول ۳-

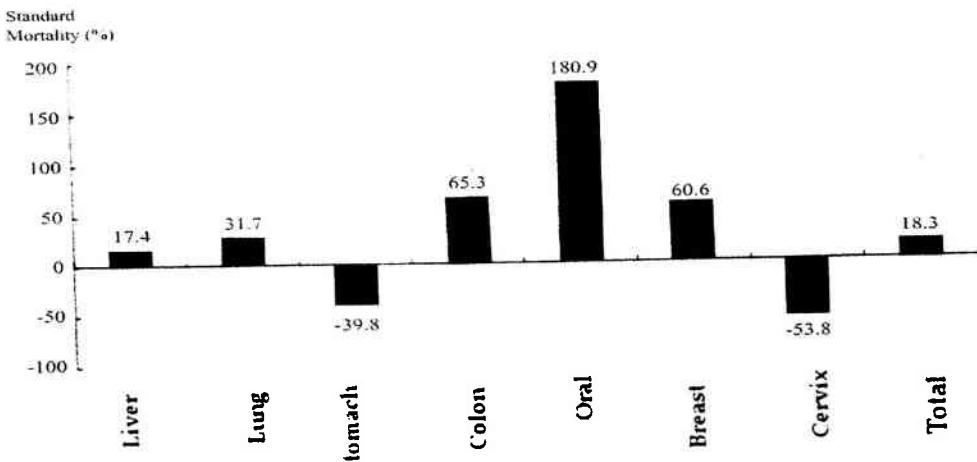
نرخ استاندارد مرگ و میر	نرخ اولیه مرگ و میر	شمار مرگ و میر			سال	
		≥۸۰	۶۵-۷۹	۰-۶۴		
۷۳۵/۹	۴۷۶/۲	۱۳/۳۴۹	۳۳/۵۵۶	۴۴/۲۱۶	۹۱/۱۲۱	۱۹۸۵
۶۴۷/۷	۵۵۴/۶	۲۵/۲۴۸	۴۶/۰۰۵	۴۶/۷۰۱	۱۱۷/۹۵۴	۱۹۹۵
۵۳۰/۰	۶۱۱/۳	۴۱/۵۰۱	۵۰/۴۳۰	۴۷/۰۲۶	۱۲۳/۹۵۷	۲۰۰۵

منبع: وزارت بهداشت، ROC (۲۰۰۶)

موضوع دوم علت مرگ و میر است. ۱۰ علت عمده مرگ و میر در سال ۲۰۰۵ به ترتیب اولویت‌ها، سرطان، سکنه مغزی، بیماری قلبی، دیابت قندی، صدمه‌های ناشی از حادثه، ذات‌الریه، بیماری کبدی، بیماری کلیه، خودکشی و فشار خون عنوان شده است.

موضوع سوم به چگونگی ارزیابی افراد سالمند از وضعیت سلامت می پردازد. مطالعه اطلاعات ملی سلامت^۱ در سال ۲۰۰۵ نشان می دهد مشکلات مزمن شایع در افراد سالخورده: فشارخون، آب مروارید، پوکی استخوان، چربی خون بالا، بیماری قلبی، دیابت، و آرتروز تشکیل داده است.

نمودار ۳- مقایسه سرطان های اصلی منجر به مرگ، ۱۹۸۵ تا ۲۰۰۵



موضوع چهارم، افزایش از کارافتادگی سالمندان است. فاکتورهای با ریسک بالا عبارتند از: پیری، جنسیت زن، سطح پایین سواد، و وضعیت تاهل. از اینرو چهار ویژگی بارز و عمده در وضعیت سلامت سالخوردهگان که قابل شناسایی می باشند، عبارتند از:

- امید به زندگی طولانی در برابر مرگ و میر زیاد
- علل ویژه مرگ مرتبط با سبک زندگی و سلامت روانی: دیابت قندی، سرطانها (دهان، کولون و سینه)
- افزایش آسیب پذیری در برابر از کارافتادگی
- خود- ارزیابی نامناسب وضعیت سلامت

^۱ - National Health Information Survey (NHIS)

سه مشکل عمده‌ای که طول عمر و کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهند: بیماری‌های قلبی - عروقی، بیماری‌های غیر قابل کنترل و خودکشی.

فرضیه مربوط به دوره طبیعی بیماری قلبی - عروقی شامل عوامل ژنتیکی و محیطی است. جمهوری چین پس از جمهوری کره دارای بیشترین درصد آمار خودکشی در میان جمعیت سالمند می‌باشد.

ریسک فاکتورهای خودکشی عبارتند از:

- شخصیت،
- بیماری جسمی یا روحی،
- تشخیص اشتباه یا بی‌توجهی به بیماری روانی و سوء مصرف دارو یا افسردگی،
- وقایع مهم زندگی از قبیل مرگ همسر، خانواده، مشکلات اقتصادی، فقدان حمایت‌های اجتماعی و انزوا طلبی،
- سهل الوصول بودن ادوات کشتن،
- رفتارهای قلبی خودکشی.

مشکلات پیش روی مراقبت از سالمندان

بسیاری از چالش‌هایی که در آینده با آن مواجه خواهیم شد به رشد سریع و روزافزون جمعیت سالمند مربوط می‌شود. بر اساس روند قلبی رشد جمعیت و پیش بینی‌های صورت گرفته، کل جمعیت از ۲۲/۹ میلیون نفر در سال ۲۰۰۷ به ۲۳/۲ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ بالغ خواهد شد و تا سال ۲۰۵۰ به ۱۸/۹ میلیون نفر تقلیل می‌یابد.

موارد زیر چالش‌های ناشی از پیر شدن جمعیت می‌باشد:

- کاهش بهره وری
- رشد مداوم هزینه‌های رفاه اجتماعی
- استفاده روزافزون از منابع پزشکی

• رشد سریع هزینه‌های پزشکی

راهکارهای NHRI و سیاست‌های ملی

متعاقب تاسیس بخش تحقیقات پیرامون مسائل مربوط به سالمندان در موسسه ملی تحقیقات سلامت، این بخش راهکارهای زیر را برای بهبود نظام مراقبت‌های درمانی از سالمندان اعلام کرد:

- تسریع در آموزش حرفه‌ای پزشکان متخصص امراض پیری و مراقبت‌های درمانی حرفه‌ای مربوطه
- توسعه سیستم جامع مراقبت از سالمندان
- در نظر گرفتن پیری شناسی به عنوان بخش اصلی بررسی و اعتبار گذاری بیمارستان‌ها
- اجرای تحقیقات جامع در خصوص امراض پیری
- بهینه ساختن منابع مربوط به میزگردهای NHRI
- دائر کردن کلینیک‌های امراض پیری و مرکز نمایش تجربی
- ویرایش و چاپ خط مشی‌های درمانی برای بیماری‌های شایع دوران کهولت
- طراحی و نگاهداری سایت مسائل سالخورده‌گی
- بهنجار کردن و عادی سازی آموزش متخصصان امراض پیری

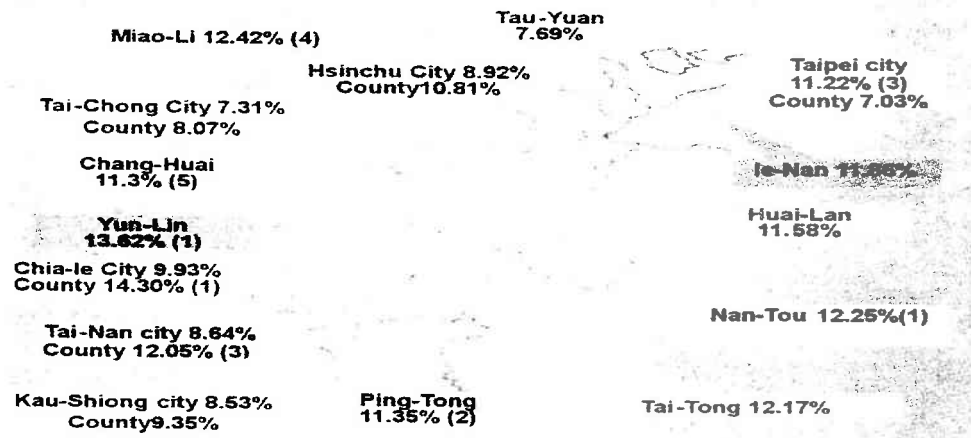
طرح مراقبت از جامعه سالمندان: سالمندی به موقع

دولت و جامعه پزشکی با تجارب ارزشمندی که از کنترل عفونت، هنگام شیوع بیماری سارس آموختند به اهمیت تقویت خدمات پزشکی منطبق با جامعه پی برده و بر طبق آن این خدمات را محور اصلاحات سیستم مراقبت‌های درمانی قرار دادند. هدف مراقبت‌های درمانی جامعه‌گرا، یکپارچه ساختن کلینیک خدمات درمانی اولیه با بیمارستان‌های عمومی سطح ۲ برای تشکیل دو نوع جدید از واحدهای مراقبت‌های اولیه - گروه‌های خدمات پزشکی گروهی و گروه‌های خدمات عمومی گروهی - برای ارائه مراقبت‌های پیشگیرانه، حاد، و مزمن برای ساکنان محلی می‌باشد.

نمودار ۶- پراکندگی ۱۹ بیمارستان محلی عمومی در شهرها و شهرستان‌ها با بیش از ۱۱ درصد

جمعیت سالمند

Longevity and Productivity: Experiences from Aging Asia



سه جریان بهم پیوسته و در حال گسترش فناوری‌های الکترونیکی با هدف توسعه سیستم اطلاعات درمان ملی از جمله: e-Taiwan در سال ۲۰۰۲، m-Taiwan در سال ۲۰۰۵ و u-Taiwan در سال ۲۰۰۸ به منظور تامین خدمات مدیریت شده زیر برقرار گردید:

- درمان از راه دور
- سوابق درمانی الکترونیکی
- خدمات الکترونیکی
- درمان الکترونیک
- کارت درمانی هوشمند

کیفیت خدمات ارائه شده به سالمندان

- به منظور یکپارچه ساختن ساختار پیشنهادی فوق الذکر جهت مراقبت از سالمندان با سیاست‌های آتی، چهار نکته اساسی زیر باید مد نظر قرار گیرند:
- مراقبت بر اساس فرد محوری، شامل پرسش سئوالات صحیح، حفظ هوشیاری بالینی و تشخیص نقش‌های حیاتی خانواده و همکاران مراقب

- تاکید بر عملکرد، شامل تشخیص صحیح، مشاهده مستمر و شناخت کامل مبنی بر آن که حتی دخالت از روی حسن نیت نیز ممکن است مضر باشد.
- تعیین اهداف شفاف، شامل شناسایی نشانه‌های هدف، سازماندهی روش‌های پیگیری مناسب، پیگیری مسائل مربوط به بیماران ناسازگار و بیمارانی که به موقع حضور ندارند، تخصیص زمان مناسب برای بهبود عملکرد و به تعویق انداختن وابستگی.
- حفظ ارتباط فعال به عنوان مبنای یک ارتباط مناسب میان پزشک و بیمار.
- مراقبت‌های پیشگیرانه امراض پیری با هدف استفاده از فعالیت‌ها و روش‌های مشارکتی متنوعی تنظیم می‌گردند تا بدینوسیله بتوانند نیازهای گروه‌های مختلف جمعیت سالخورده را مرتفع نمایند. از این رو در گام نخست می‌باید جمعیت سالخورده هدف را از نظر بیماری، عملکرد و ضعف، گروه‌بندی یا طبقه‌بندی نمود.

خدمات و مراقبت‌های مربوط به سالخوردگان را می‌باید به صورت زیر برنامه‌ریزی کرد:

- پیشگیری بیماری‌های اولیه و ثانویه

- پیشگیری بیماری‌های ثالث

- پیشگیری از ضعف و سستی

- پیشگیری از حوادث

- پیشگیری از بیماری‌های ناشی از توجه پزشک

- پیشگیری از بیماری‌های روانی

شایان ذکر است، دولت و جامعه پزشکی در جمهوری چین برای بهره‌گیری بهینه از فرایند درمان، برای ارزیابی نیازها و عملکردها، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و ارتقای مشارکت، اهداف سلامت، فعالیت، مثبت و موفق بودن فرایند پیری دولت و جامعه پزشکی در جمهوری چین اقدام‌های موثر را هر چه بیشتر توسعه دهند تا بدینوسیله به افراد سالمند کمک نموده و اهداف خود را همچون برقراری یک فرایند سالم، فعال، مثبت و موفق تحقق بخشند. (سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۰۲)