



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی
(قطب علمی آموزشی مدیریت و اقتصاد سلامت کشور)

آینده‌نگاری مراقبت‌های سالمندی با تکنیک سناریو

ارائه شده به عنوان بخشی از شرایط دریافت درجه‌ی دکتری تخصصی در رشته‌ی مدیریت
خدمات بهداشتی و درمانی

استاد راهنما

دکتر محمدرضا ملکی

استادان مشاور

دکتر حمیدرضا برادران

دکتر حمید رواقی

نگارنده

سلیمه گوهری‌نژاد

تابستان ۱۳۹۵

«حق استفاده از مفاد پایان‌نامه برای دانشگاه علوم پزشکی ایران محفوظ است»

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تعمد اجتناب از سرقت ادبی

اینجانب سلیمه گوهری نژاد، دانشجوی رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مقطع دکترای تخصصی به شماره دانشجویی ۹۲۱۱۵۳۲۲۰۱ تأیید می‌نمایم که کلیه نتایج این پایان‌نامه، حاصل کار اینجانب و بدون هرگونه دخل و تصرف است و موارد نسخه‌برداری شده از آثار دیگران را با ذکر کامل مشخصات آورده‌ام. در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق، به تشخیص دانشگاه مطابق با ضوابط و مقررات حاکم (قانون حمایت از مولفان، مصنفان و قانون ترجمه و تکثیر کتب و نشریات و آثار صوتی، ضوابط و مقررات آموزشی، پژوهشی و انضباطی...) با اینجانب رفتار خواهد شد و حق هر گونه اعتراض در خصوص احقاق حقوق مکتسب و تشخیص و تعیین تخلف و مجازات را از خویش سلب می‌کنم. در ضمن، مسئولیت هرگونه پاسخگویی به اشخاص، اعم از حقیقی و حقوقی و مراجع ذی‌صلاح (اعم از اداری و قضایی)، برعهده خودم خواهد بود و دانشگاه هیچ مسئولیتی در این باره نخواهد داشت.

نام و نام خانوادگی دانشجو: سلیمه گوهری نژاد

تاریخ و امضاء



واگذاری حقوق معنوی

بدینوسیله اعلام می‌دارم که کلیه حقوق معنوی این پایان‌نامه و مطالب موجود در آن (همچنین کلیه محصولات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری که استخراج، خریداری یا ساخته شده است) متعلق به دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران و در اختیار استاد راهنما است. در صورت هرگونه توافق قبلی بر خلاف این مالکیت با شخص سوم، امکان استفاده بدون اجازه کپی دانشگاه که شرایط چنین توافقی را تعیین می‌نماید، مجاز نمی‌باشد.

نسخه‌برداری (به هر روش) چه از متن کامل یا استخراج‌ها، تنها با هماهنگی استاد راهنما و نویسنده ثبت شده و براساس دستورالعمل ارائه شده توسط کتابخانه مرکزی دانشگاه علوم پزشکی ایران امکان‌پذیر است. تکثیر نسخه‌های بیشتر، به هر شکل از کپی‌های موجود، براساس این دستورالعمل بدون اجازه کتبی استاد راهنما و نویسنده، امکان‌پذیر نیست. استفاده از پایان‌نامه در مقاله‌ها یا هر نوشته علمی دیگر، منوط به ذکر منبع و با رعایت ضوابط انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد.

همچنین متعهد می‌گردم کلیه مقالاتی که بعد از دفاع از پایان‌نامه از آن استخراج و منتشر خواهم نمود با ذکر نام و وابستگی سازمانی استاد (اساتید) راهنما و مشاور (ین) باشد در غیر اینصورت هر یک از اساتید حق خواهند داشت از انتشار مقاله ظرف مدت ۸ ماه از تاریخ دفاع، صرفاً استاد راهنما (ی اول) حق خواهد داشت تا نسبت به انتشار مقاله اقدام نماید. بدیهی است اتخاذ تصمیم در مورد ذکر و ترتیب اسامی در مقاله بر عهده ایشان بوده و حق هیچگونه اعتراضی نسبت به درج نشدن نام خود در فهرست نویسندگان مقاله را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی دانشجو: سلیمه کوهری نژاد

تاریخ و امضاء



هر پاداشی که زندگی به تلاش‌هایمان، بدهد یا ندهد، هنگامی که به پایان تلاش‌مان نزدیک می‌شویم، هر کدام‌مان باید حق آن را داشته باشیم که با صدای بلند بگوییم:

"من آنچه در توان داشتم‌ام، انجام داده‌ام"

لویی پاستور (۱۸۹۵-۱۸۲۲)

تقدیریم به همه‌ی کسانی که دوست‌شان داریم...

با تقدیر از راهنمایی‌های ارزشمند استادان ارجمند

جناب آقای دکتر محمدرضا ملکی

جناب آقای دکتر حمیدرضا براداران

جناب آقای دکتر حمید رواقی

چکیده

مقدمه: موفقیت جامعه‌ی بشری در بهبود نظام بهداشتی درمانی و تأمین اجتماعی، جهان را در آستانه‌ی سالمندی قرار داده است. هر چند مواجهه‌ی کشورهای مختلف با پدیده سالمندی جمعیت به نسبت توسعه یافتگی، با تقدم و تأخر زمانی همراه است ولی افق‌های آتی حکایت از آن دارد که نحوه‌ی مراقبت سالمندان نگرانی عمده‌ی کشورهای در حال توسعه از جمله ایران خواهد بود. بنابراین، ضروری می‌نماید که برای مواجهه‌ی موثر با این پدیده از هم‌اکنون اقدامات اساسی به‌عمل آید. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف آینده‌نگاری مراقبت‌های سالمندی در ایران طراحی و اجرا گردید. انتظار می‌رود نتایج این پژوهش، ضمن شناساندن چالش‌های وضعیت فعلی مراقبت‌های سالمندی در ایران، سناریوهای متنوعی در اختیار سیاست‌گذاران و سازمان‌های مسئول ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی قرار دهد.

روش: این پژوهش، یک مطالعه‌ی آینده‌نگاری با تلفیق دو رویکرد هنجاری و اکتشافی و روش سناریو منطق شهودی است که در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ صورت گرفت. این پژوهش از نظر هدف، اکتشافی-هنجاری و از لحاظ فرایند طراحی به آن دلیل که متکی بر دانش ضمنی مشارکت‌کنندگان است، کیفی و از بعد نتایج، پژوهشی کاربردی است. برای انجام این پژوهش سه مرحله‌ی مجزا براساس سه فاز سناریونگاری منطق شهودی طراحی گردید. مرحله‌ی اول که به‌منظور شناسایی پیشران‌های کلیدی آینده‌ی مراقبت سالمندی صورت گرفت مشتمل بر ۴ گام مجزا (مطالعه‌ی تطبیقی، تحلیل اسناد بالادستی، مطالعه‌ی وضعیت فعلی مراقبت سالمندی و تحلیل روند) است. مرحله‌ی دوم، اولویت‌بندی و رتبه‌بندی پیشران‌های شناسایی شده بر اساس دو معیار عدم قطعیت و پتانسیل تاثیرگذاری است. مرحله‌ی سوم که در فرایند سناریوسازی از آن با عنوان سنتز نیز نام برده می‌شود مشتمل بر شناسایی منطق سناریوها، تحلیل دینامیکی مولفه‌های کلیدی هر سناریو، نگارش ادبی هر سناریو و اعتباریابی سناریو است. مشارکت‌کنندگان در هر سه مرحله‌ی پژوهش، ترکیبی از ذی‌نفعان کلیدی در سه سطح فرادستان، همکاران و فرودستان (Macro, Meso, Micro) بودند که بتوانند اطلاعات کامل و متنوعی از موضوع مورد بررسی ارائه دهند. بر این اساس، شرکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری مبتنی برهدف و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. از روش‌های تحلیل تماتیک، چارچوبی، تحلیل STEEP و تحلیل دینامیکی در مراحل مختلف پژوهش استفاده شد. در طی انجام مطالعه موارد اخلاقی رعایت و مجوز اخلاق از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران اخذ شد.

نتایج: یافته‌های مرحله‌ی تحلیل اسناد نشان داد که توجه به سالمندان در قوانین و اسناد بالادستی مغفول واقع شده است و تنها دو سند سیاسی ویژه‌ی سالمندان در کشور تدوین شده است. نتایج مطالعه‌ی کیفی متشکل از ۵ چالش اصلی "سیاست‌گذاری"، "دسترسی"، "زیرساخت‌های فنی"، "یکپارچگی و هماهنگی" و "زنجیره‌ی مراقبت سلامت" در وضعیت فعلی مراقبت‌های سالمندی در کشور بود. تحلیل روندهای اجتماعی، اقتصادی، تکنولوژیکی، زیست‌محیطی و سیاسی به همراه مراحل قبلی منجر به شناسایی ۶۱ فاکتور بر آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی شد. در مرحله‌ی سنتز با ترکیب نتایج به‌دست آمده از مراحل قبلی و رتبه‌بندی پیشران‌های کلیدی توسط خبرگان و سپس جایگذاری در ماتریس سناریو، دو عدم قطعیت کلیدی با نام "پاسخگویی" و "فناوری" از درون داده‌ها انتظام و انتزاع یافت. سپس بر اساس این دو عدم قطعیت کلیدی ۴ سناریو با نام‌های "آغاز یک تحول"، "معمولی‌های قهرمان"، "در اسارت تکنولوژی" و "یک پارادایم منسوخ" شکل گرفت. نتایج اعتبارسنجی انجام شده در خصوص سناریوهای فوق بیانگر آن است که سناریوهای معمولی‌های قهرمان و آغاز یک تحول با درجه‌ی احتمال بالاتری قابل وقوع است.

نتیجه‌گیری: سالمندی فرایندی طبیعی و غیرقابل اجتناب در زندگی بشر است که نمی‌توان آن را متوقف نمود، اما می‌توان از طریق مداخلات آگاهانه تا حد ممکن آن را به تاخیر انداخت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که نظام فعلی مراقبت‌های سالمندی پاسخگوی نیازهای سالمندان و خیل عظیم سالمندان در آینده نمی‌باشد و برای اینکه بتواند پاسخگوی نیازهای اختصاصی سالمندان آینده باشد نیازمند یک بازطراحی و بازسازماندهی با در نظر گرفتن تمامی ابعاد و مولفه‌های تاثیرگذاری است که تاکنون مدنظر سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نبوده است. از این‌رو بایستی کلان‌روندهای حوزه‌ی علم و فناوری و نیز تغییرات پارادایمی دانش پزشکی را رصد کرده و با تدوین راهبردهای کنش‌پذیر، بنیان‌برافکن و مرزشکن، با پذیرش انقلاب دیجیتالی و اطلاعاتی مسیر لازم برای تبدیل شدن نظام سلامت از بیمار-محور به تندرستی-محور را مهیا کرد. کاربست نتایج این پژوهش می‌تواند گزینه‌های معقولی برای مداخلات اثربخش و پیاده‌سازی مراقبت‌های نوآورانه در اختیار ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان حوزه‌ی مراقبت سالمندی قرار دهد.

کلمات کلیدی: آینده‌نگاری، مراقبت‌های سالمندی، سناریو، ایران

«این خدای بزرگ است که، شما را از نطفه ضعیف آفرید و در شرایط ضعف و ناتوانی پرورش داد. بعد دوران قدرت و جوانی به شما بخشید و سپس روزگار ضعف و پیری را برای شما مقرر داشت.»

سوره روم آیه ۵۴

فهرست عناوین

فصل اول: معرفی پژوهش

۱-۱	مقدمه.....	۱
۲-۱	بیان مسئله.....	۲
۳-۱	اهمیت و ضرورت اجرای پژوهش.....	۷
۴-۱	اهداف پژوهش.....	۱۰
۱-۴-۱	هدف آرمانی.....	۱۰
۱-۴-۲	هدف اصلی.....	۱۰
۱-۴-۳	اهداف ویژه.....	۱۰
۱-۴-۴	اهداف کاربردی.....	۱۱
۱-۵	سوال های پژوهش.....	۱۱
۱-۶	تعاریف نظری و عملیاتی واژگان و مفاهیم.....	۱۱
۱-۶-۱	آینده نگاری.....	۱۱
۲-۶-۱	سناریو.....	۱۲
۱-۶-۳	تحلیل روند.....	۱۲
۴-۶-۱	سالمندی.....	۱۳
۱-۶-۵	سالمند.....	۱۳
۶-۶-۱	مراقبت های سالمندی.....	۱۴
۱-۶-۷	نیروهای پیشران.....	۱۴
۸-۶-۱	عدم قطعیت.....	۱۴

فصل دوم: پیشینه ی پژوهش

۱-۲	مقدمه.....	۱۷
۲-۲	بخش اول – مبانی نظری آینده پژوهی.....	۱۸
۱-۲-۲	آینده پژوهی چیست؟.....	۱۸
۲-۲-۲	تاریخچه ی آینده پژوهی.....	۱۸
۳-۲-۲	تاریخچه ی آینده پژوهی در ایران.....	۲۳
۳-۲	اصطلاحات آینده پژوهی.....	۲۴
۴-۲	تفاوت آینده نگری و آینده نگاری.....	۲۴
۵-۲	انواع آینده.....	۲۶
۲-۶	اهداف آینده پژوهی.....	۲۸

۲۹	اهداف نه‌گانه‌ی آینده‌پژوهی.....
۳۲	۷-۲ اصول و قواعد آینده‌پژوهی.....
۳۲	۱-۷-۲ عدم قطعیت.....
۳۲	۲-۷-۲ ترکیب روش‌ها.....
۳۲	۳-۷-۲ مشارکت.....
۳۳	۴-۷-۲ خطاپذیری.....
۳۳	۵-۷-۲ قضاوتی بودن.....
۳۳	۶-۷-۲ روایی روش.....
۳۳	۷-۷-۲ نگرش سیستمی.....
۳۳	۸-۲ تکامل مبانی آینده‌پژوهی.....
۳۴	۹-۲ معرفت‌شناسی آینده‌پژوهی.....
۳۸	۱۰-۲ کارکردهای آینده‌پژوهی.....
۳۹	۱۱-۲ محرک‌های آینده‌نگاری.....
۴۰	۱۲-۲ آینده چگونه ساخته می‌شود؟.....
۴۱	۱۳-۲ رویکردهای انجام مطالعات آینده‌نگاری.....
۴۱	۱-۱۳-۲ رویکرد اکتشافی.....
۴۲	۲-۱۳-۲ رویکرد هنجاری یا تجویزی.....
۴۲	۳-۱۳-۲ رویکرد تصویرپردازانه.....
۴۲	۱۴-۲ روش‌های آینده‌نگاری.....
۴۶	۱۵-۲ روش‌های آینده‌نگاری.....
۴۶	۱-۱۵-۲ دیدهبانی آینده.....
۴۶	۲-۱۵-۲ تجزیه و تحلیل روند.....
۴۶	۳-۱۵-۲ تجزیه و تحلیل پیشران‌ها.....
۴۶	۲-۱۵-۴ نقشه‌راه.....
۴۷	۲-۱۵-۵ چشم‌اندازسازی.....
۴۷	۲-۱۵-۶ پس‌نگری.....
۴۷	۲-۱۵-۷ مدلسازی.....
۴۸	۲-۱۵-۸ شبیه‌سازی از طریق بازی.....
۴۸	۹-۱۵-۲ روش درخت وابستگی.....
۴۸	۱۰-۱۵-۲ روش تحلیل ریخت‌شناسانه.....
۴۹	۱۱-۱۵-۲ چرخ آینده.....
۴۹	۱۲-۱۵-۲ دلفی.....
۴۹	۱۳-۱۵-۲ پویش محیطی.....
۴۹	۱۴-۱۵-۲ تحلیل لایه‌ای علت‌ها.....
۵۲	۱۵-۱۵-۲ سناریو.....
۵۳	۱۶-۲ انتخاب رویکرد.....
۵۴	۱۷-۲ بخش دوم- برنامه‌ریزی سناریو.....

۵۴	۲-۱۷-۱ تاریخچه برنامه‌ریزی سناریو.....
۵۶	۲-۱۸ تعاریف سناریونگاری.....
۵۷	۲-۱۹ فرایند برنامه‌ریزی سناریو.....
۵۷	۲-۲۰ رویکردهای سناریونگاری.....
۵۸	۱-۲۰-۲ مدل شبکه جهانی کسب و کار.....
۶۱	۲-۲۰-۲ سنت فرانسه.....
۶۲	۳-۲۰-۲ روش گروه آینده‌ها.....
۶۲	۴-۲۰-۲ روش تصمیمات بین‌المللی استراتژی.....
۶۳	۵-۲۰-۲ روش ویلسون و رالستون.....
۶۴	۶-۲۰-۲ روش لیندگرین و بندهولد.....
۶۴	۷-۲۰-۲ روش سناریوهای مرجع.....
۶۴	۸-۲۰-۲ سناریوهای صنعت.....
۶۵	۹-۲۰-۲ رویکرد خلاق نرم.....
۶۵	۱۰-۲۰-۲ مدل رولندبرگر.....
۷۱	۲-۲۰-۱۱ مدل سناریو مبتنی بر عملکرد.....
۷۲	۲-۲۱ ویژگی‌های سناریوهای برتر.....
۷۳	۲-۲۲ مروری بر روش‌های برنامه‌ریزی سناریو.....
۸۲	۲-۲۳ روش‌های کمی برنامه‌ریزی سناریو.....
۸۲	۱-۲۳-۲ شبیه‌سازی تاثیر متقابل تعاملی.....
۸۲	۲-۲۳-۲ شبیه‌سازی آینده تعاملی.....
۸۳	۳-۲۳-۲ تحلیل اثر روند.....
۸۴	۲-۲۳-۴ نقشه شناختی فازی براساس رویکرد برنامه‌ریزی سناریو.....
۸۵	۲-۲۴ مقایسه‌ی رویکردهای کمی برنامه‌ریزی سناریو.....
۸۹	۲۵-۲ اعتبار سناریو.....
۹۰	۱-۲۵-۲ تحلیل استحکام سناریو.....
۹۱	۲-۲۶ موانع فرهنگی کاربرد عملی سناریوها.....
۹۲	۲-۲۷ فرایند گرایبی.....
۹۶	۲-۲۷-۱ نقدهای وارد به فرایند گرایبی.....
۹۷	۲-۲۸ نظریه‌های جامعه‌شناختی مطرح در خصوص سالمندی.....
۹۸	۱-۲۸-۲ نظریه‌ی محیط اجتماعی.....
۹۸	۲-۲۸-۲ نظریه‌ی پیوستگی.....
۹۸	۳-۲۸-۲ نظریه‌ی عدم مشارکت یا رهایی از قید.....
۹۹	۴-۲۸-۲ نظریه‌ی فعالیت.....
۹۹	۵-۲۸-۲ نظریه‌ی تبادلات اجتماعی.....
۹۹	۶-۲۸-۲ نظریه‌ی فقدان نقش ها.....
۱۰۰	۷-۲۸-۲ نظریه‌ی تضاد.....
۱۰۰	۲-۲۹ وضعیت جمعیت شناختی سالمندان در ایران و جهان.....

۱۰۰	۲-۲۹-۱ روند جمعیت از گذشته تا آینده.....
۱۰۰	۲-۲۹-۲ نسبت جنسی سالمندان.....
۱۰۱	۲-۲۹-۳ زناشه شدن سالمندی.....
۱۰۲	۲-۳۰ چالش های سالخوردگی جمعیت در ایران.....
۱۰۳	۲-۳۱ اهداف و استراتژی های سلامت سالمندان.....
۱۰۸	۲-۳۲ برنامه ها و استراتژی های سازمان جهانی بهداشت.....
۱۰۹	۲-۳۳ ساختارهای مراقبتی و درمانی سالمندان.....
۱۱۲	۲-۳۴ مدل های ارتقا دهنده سلامت برای سالمندان.....
۱۱۲	۲-۳۵ عوامل تعیین کننده سالمندی فعال.....
۱۱۵	۲-۳۶ مطالعه تطبیقی.....
۱۱۶	۲-۳۶-۱ ارائه مراقبت های سالمندی در سوئیس.....
۱۲۱	۲-۳۶-۲ ارائه مراقبت های سالمندی در نروژ.....
۱۲۴	۲-۳۶-۳ مراقبت های سالمندی در سوئد.....
۱۲۹	۲-۳۶-۴ مراقبت های سالمندی در آلمان.....
۱۳۲	۲-۳۶-۵ مراقبت های سالمندی در کانادا.....
۱۳۷	۲-۳۶-۶ مراقبت های سالمندی در هلند.....
۱۴۰	۲-۳۶-۷ مراقبت های سالمندی در ژاپن.....
۱۴۳	۲-۳۶-۸ مراقبت های سالمندی در ایالات متحده آمریکا.....
۱۴۶	۲-۳۶-۹ مراقبت های سالمندی در انگلستان.....
۱۵۱	۲-۳۷ مرور بر مطالعات.....
۱۵۱	۲-۳۷-۱ مطالعات خارجی.....
۱۶۸	۲-۳۷-۲ مطالعات داخلی.....
۱۷۷	۲-۳۸ چارچوب مفهومی مطالعه.....
۱۷۸	۲-۳۹ وجه تمایز پژوهش.....

فصل سوم: روش پژوهش

۱۸۱	۳-۱ مقدمه.....
۱۸۱	۳-۲ نوع پژوهش.....
۱۸۳	۳-۳ مرحله اول- شناسایی پیشران های کلیدی.....
۱۸۳	۳-۳-۱ تحلیل اسناد بالادستی مرتبط با سالمندی.....
۱۸۳	۳-۳-۱-۱ محیط پژوهش.....
۱۸۴	۳-۳-۱-۲ جامعه پژوهش.....
۱۸۴	۳-۳-۱-۳ نمونه پژوهش.....
۱۸۴	۳-۳-۱-۴ روش گردآوری داده ها.....
۱۸۴	۳-۳-۱-۵ ابزار گردآوری داده ها.....
۱۸۴	۳-۳-۱-۶ روش تحلیل داده ها.....
۱۸۵	۳-۳-۲ تحلیل وضعیت فعلی مراقبت های سالمندی.....
۱۸۵	۳-۳-۱-۲ جامعه پژوهش.....

۱۸۵	 نمونه پژوهش ۲-۲-۳-۳
۱۸۶	 معیارهای ورود به مطالعه ۳-۲-۳-۳
۱۸۶	 ابزار گردآوری داده‌ها ۴-۲-۳-۳
۱۸۷	 روش جمع‌آوری داده‌ها ۵-۲-۳-۳
۱۸۷	 روش تحلیل داده‌ها ۶-۲-۳-۳
۱۸۸	 قابلیت اطمینان داده‌های مطالعه ۷-۲-۳-۳
۱۸۹	 تحلیل روند ۳-۳-۳-۳
۱۹۰	 نوع پژوهش ۱-۳-۳-۳
۱۹۰	 معیارهای ورود به مطالعه ۲-۳-۳-۳
۱۹۰	 استراتژی جستجو ۳-۳-۳-۳
۱۹۱	 بازبینی متون جستجو شده ۴-۳-۳-۳
۱۹۱	 روش تحلیل ۳-۳-۳-۵
۱۹۱	 مرحله دوم: شناسایی عدم قطعیت‌های کلیدی ۴-۳-۳
۱۹۲	 گام اول - اولویت‌بندی پیشنرها ۱-۴-۳-۳
۱۹۲	 جامعه پژوهش ۱-۱-۴-۳
۱۹۲	 نمونه‌ی پژوهش ۲-۱-۴-۳
۱۹۲	 محیط انجام پژوهش ۳-۱-۴-۳
۱۹۲	 ابزار گردآوری داده‌ها ۴-۱-۴-۳
۱۹۲	 روش گردآوری داده‌ها ۵-۱-۴-۳
۱۹۳	 روش تحلیل داده‌ها ۶-۱-۴-۳
۱۹۳	 گام دوم - استخراج عدم قطعیت‌های کلیدی ۲-۴-۳-۳
۱۹۴	 گام سوم - استخراج ابعاد سناریو ۳-۴-۳-۳
۱۹۵	 مرحله‌ی سوم - سناریونگاری ۵-۳-۳
۱۹۶	 گام اول - ماتریس سناریو ۱-۵-۳-۳
۱۹۶	 گام دوم - نمودار حلقه‌ی علی یا علی و معلولی ۲-۵-۳-۳
۱۹۶	 گام سوم - توصیف سناریوها ۳-۵-۳-۳
۱۹۷	 گام چهارم - اعتبار سناریوها ۴-۵-۳-۳
۱۹۸	 جامعه پژوهش ۱-۴-۵-۳
۱۹۸	 نمونه پژوهش ۲-۴-۵-۳
۱۹۸	 ابزار گردآوری داده‌ها ۳-۴-۵-۳
۱۹۸	 روش گردآوری ۴-۴-۵-۳
۱۹۹	 روش تحلیل ۵-۴-۵-۳
۱۹۹	 گام هفتم - راهبردهای تحقق سناریوی معتبر ۵-۵-۳-۳
۱۹۹	 دامنه موضوعی، مکانی و زمانی پژوهش ۶-۳-۳
۱۹۹	 ملاحظات اخلاقی ۷-۳-۳
۲۰۰	 محدودیت‌های پژوهش ۸-۳-۳

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۲۰۳	مقدمه.....	۱-۴
۲۰۳	یافته‌های مرحله‌ی اول: شناسایی پیشران‌های کلیدی.....	۴-۲
۲۰۴	گام اول- بررسی سیاست‌های مرتبط با مراقبت سالمندان.....	۱-۲-۴
۲۰۶	قانون اساسی.....	۱-۲-۴-۱
۲۰۶	سیاست‌های اشتغال زنان در جمهوری اسلامی ایران.....	۴-۲-۱-۲
۲۰۷	سند چشم‌انداز ۱۴۰۴.....	۴-۲-۱-۳
۲۰۷	قانون برنامه اول توسعه (۱۳۶۸-۱۳۷۲).....	۴-۲-۱-۴
۲۰۷	قانون برنامه دوم توسعه (۱۳۷۳-۱۳۷۸).....	۵-۲-۴
۲۰۸	قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹).....	۶-۲-۴
۲۰۸	قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴).....	۷-۲-۴
۲۰۸	قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰).....	۸-۲-۴
۲۱۰	قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.....	۹-۲-۴
۲۱۱	آئین نامه تشکیل شورای ملی سالمندان.....	۱۰-۲-۴
۲۱۲	اهداف و اصول تشکیل خانواده و سیاست‌های تحکیم و تعالی آن.....	۱۱-۲-۴
۲۱۲	سیاست‌ها و راهبردهای سلامت زنان.....	۱۲-۲-۴
۲۱۳	نقشه‌ی جامع علمی سلامت.....	۱۳-۲-۴
۲۱۳	سیاست‌های جمعیتی.....	۱۴-۲-۴
۲۱۳	سیاست‌های کلان سلامت.....	۱۵-۲-۴
۲۱۳	سند سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران- مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت.....	۱۶-۲-۴
۲۱۴	سند دستاوردها، چالش‌ها و افق پیشروی نظام سلامت.....	۱۷-۲-۴
۲۱۴	نقشه‌ی تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴.....	۱۸-۲-۴
۲۱۴	برنامه‌ی تحول نظام سلامت در حوزه‌ی بهداشت.....	۱۹-۲-۴
۲۱۵	بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی.....	۲۰-۲-۴
۲۱۵	نقشه‌ی تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت.....	۲۱-۲-۴
۲۱۰	نهادهای پوشش دهنده‌ی خدمات سالمندی در ایران.....	۲-۲-۴
۲۱۰	وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.....	۱-۲-۲-۴
۲۱۰	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.....	۲-۲-۲-۴
۲۱۱	سازمان بهزیستی کشور.....	۳-۲-۲-۴
۲۱۲	شورای ملی سالمندان.....	۴-۲-۲-۴
۲۱۲	کمیته امداد امام خمینی.....	۵-۲-۲-۴
۲۱۲	صندوق‌های بیمه و بازنشستگی.....	۶-۲-۲-۴
۲۱۲	شورای راهبردی سالمندان و بازنشستگان شهر تهران.....	۴-۲-۲-۷
۲۱۳	سازمان‌های خیریه و داوطلب.....	۸-۲-۲-۴
۲۱۳	نهادهای غیردولتی مرتبط با سالمندان.....	۹-۲-۲-۴
۲۱۳	دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی.....	۱۰-۲-۲-۴
۲۱۵	گام دوم- شناسایی چالش‌های فعلی ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی.....	۴-۲-۳

۲۲۷	۴-۲-۴ گام سوم- تحلیل روندهای موثر بر مراقبت‌های سالمندی
۲۲۸	۴-۲-۴-۱ تحلیل روند
۲۵۳	۳-۴ مرحله‌ی دوم- شناسایی عدم قطعیت‌های کلیدی
۲۵۳	۴-۳-۱ گام اول - رتبه‌بندی پیش‌ران‌های کلیدی
۲۵۶	۴-۳-۲ گام دوم- شناسایی عدم قطعیت‌های کلیدی
۲۵۷	۴-۳-۳ گام سوم - شناسایی ابعاد سناریو
۲۵۸	۴-۳-۳-۱ بعد اول سناریو - پاسخگویی
۲۵۹	۴-۳-۳-۲ بعد دوم- همسویی با فناوری
۲۶۰	۴-۴ مرحله‌ی سوم: تدوین سناریو
۲۶۰	۴-۴-۱ گام اول- ساخت ماتریس سناریو
۲۶۱	۴-۴-۲ گام دوم- تحلیل علیتی هر سناریو
۲۶۲	۴-۴-۳ گام سوم- نوشتن داستان‌های سناریو
۲۶۳	۴-۳-۱-۴ سناریوی ۱- آغاز یک تحول
۲۶۴	۴-۳-۲-۴ سناریوی ۲- معمولی‌های قهرمان
۲۶۵	۴-۳-۳-۴ سناریوی ۳- در اسارت تکنولوژی
۲۶۶	۴-۳-۴-۴ سناریوی ۴- ادامه‌ی یک پارادایم منسوخ
۲۶۸	۴-۴-۴ گام چهارم- اعتباریابی سناریوها
۲۶۹	۵-۴-۴ راهبردهای لازم برای تحقق سناریو شماره ۲- معمولی‌های قهرمان
۲۷۱	۴-۴-۵-۱ حاکمیت
۲۷۲	۴-۴-۵-۲ کاهش عوامل خطر
۲۷۲	۴-۴-۵-۳ زنجیره‌ی جامع مراقبت‌های سلامت محور
۲۷۴	۴-۴-۵-۴ فرصت‌های پیش‌رو جهت تحقق سناریوی ۲
۲۷۶	۴-۴-۶ راهبردهای تحقق سناریوی ۱- آغاز یک تحول
۲۷۷	۴-۴-۶-۱ فرصت‌ها و چالش‌های تحقق این سناریو

۵ فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۲۷۹	۵-۱ مقدمه
۲۷۹	۵-۲ هدف اول: تحلیل سیاست‌های مراقبت سالمندی در ایران
۲۸۶	۵-۳ هدف دوم: مطالعه‌ی کیفی- شناسایی چالش‌های مراقبت‌های سالمندی در ایران
۲۹۰	۵-۴ هدف سوم: تحلیل روند
۲۹۷	۵-۵ هدف چهارم- سناریوهای آینده مراقبت‌های سالمندی
۳۰۱	۵-۵-۱ سناریوی اول- آغاز یک تحول
۳۰۴	۵-۵-۲ سناریوی ۲- معمولی‌های قهرمان
۳۰۶	۵-۵-۳ سناریوی ۳- در اسارت تکنولوژی
۳۰۸	۵-۵-۴ سناریوی ۴- یک پارادایم منسوخ
۳۱۱	۵-۶ نتیجه‌گیری
۳۱۲	۵-۷ پیشنهادات پژوهشگر
۳۱۶	۵-۸ پیشنهاد برای پژوهش‌های بعدی

منابع و مراجع

۱-۶ فهرست منابع ۳۱۸

پیوست‌ها

۲-۶ پیوست ۱- ابزار تحلیل اسناد ۳۲۷

۳-۶ پیوست ۲ - راهنمای مصاحبه ۳۲۸

۴-۶ فرم رضایت نامه آگاهانه ۳۲۹

۵-۶ پیوست ۴- پرسشنامه محقق ساخته ۳۳۰

۶-۶ پیوست ۴- گواهی اخلاق ۳۳۳

۷-۶ پیوست ۵- معرفی نامه‌ی پژوهشی ۳۳۴

فهرست جداول

جدول ۱-۲ - جنبه‌های مبنایی پنج پارادایم مورد استفاده در آینده‌پژوهی جوزف وروس	۳۶
جدول ۱-۲ - رویکردهای آینده‌پژوهی گیدلی	۳۷
جدول ۳-۲ - روش‌های آینده‌نگاری بر اساس ماهیت	۴۳
جدول ۵-۲ تعاریف برنامه‌ریزی سناریو	۵۶
جدول ۷-۲ - گونه‌شناسی ویژگی‌های سناریو	۷۷
جدول ۸-۲ - مزایا و معایب سنت منطق شهودی	۷۸
جدول ۹-۲ - مقایسه‌ی ویژگی‌های برجسته‌ی سه سنت سناریو نویسی	۸۱
جدول ۱۰-۲ - مزایا و معایب روش تحلیل تاثیر روندها	۸۴
جدول ۱۱-۲ - مقایسه‌ی تکنیک‌های کمی سناریوسازی	۸۵
جدول ۱۲-۲ - نقاط ضعف و قوت روش‌های کمی سناریونویسی	۸۶
جدول ۱۳-۲ - تعداد سناریوهای پیشنهادی و رویکردهای انتخاب سناریو	۸۷
جدول ۱۵-۲ - ویژگی‌های سه رویکرد تعداد سناریو	۸۸
جدول ۱۶-۲ - معیارهای ارائه‌شده‌ی اعتبارسنجی سناریو در مرور متون	۹۰
جدول ۱۷-۲ - ماتریس سازگاری برای سناریوها اولیه	۹۱
جدول ۱۸-۲ - رتبه‌بندی کشورهای جهان در خدمات سالمندی در سال ۲۰۱۵	۱۱۶
جدول ۱۹-۲ - انواع تسهیلات ارائه‌ی خدمت به سالمندان در سوئد	۱۲۶
جدول ۲۰-۲ - مقایسه‌ی تطبیقی کشورهای مورد مطالعه در ارائه‌ی خدمات سالمندی	۱۴۶
جدول ۲۱-۲ - مقایسه‌ی تطبیقی کشورهای مورد مطالعه در خدمات مراقبتی سالمندان	۱۴۷
جدول ۲۱-۲ - مشخصات مقالات خارجی بررسی شده	۱۶۴
جدول ۲۲-۲ - مقایسه‌ی یافته‌ها و نتیجه‌گیری مطالعات خارج	۱۶۵
جدول ۲۵-۲ - مشخصات کلی مطالعات داخلی	۱۷۴
جدول ۲۶-۲ - یافته‌ها و نتایج مطالعات داخل	۱۷۵
جدول ۱-۳ - ترکیب شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی کیفی	۱۸۶
جدول ۱-۴ - اسناد بالادستی مرتبط و ذینفعان شناسایی شده	۲۰۵
جدول ۲-۴ - پیشران‌های شناسایی شده از تحلیل اسناد	۲۱۶
جدول ۳-۴ - ترکیب مشارکت‌کنندگان در مصاحبه	۲۱۵
جدول ۴-۴ - چالش‌های مراقبت‌های سالمندی در ایران	۲۱۷
ادامه‌ی جدول ۴-۴ - چالش‌های نظام مراقبت سالمندی در ایران	۲۱۸
جدول ۵-۴ - ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان در پژوهش	۲۵۳
جدول ۶-۴ - رتبه‌بندی پیشران‌های شناسایی شده	۲۵۴
جدول ۷-۴ - سنجه‌های ارزیابی اعتبار سناریوها	۲۶۸
جدول ۸-۴ - نمرات نهایی حاصل از اعتبارسنجی سناریوها	۲۶۹
جدول ۹-۴ - راهبردها و اقدامات لازم برای تحقق سناریوی ۲	۲۷۱

فهرست اشکال

- شکل ۱-۱- سرعت پیرشدن جمعیت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ۳
- شکل ۲-۱- مقایسه‌ی درصد جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال و ۸۰ سال در ایران در سال ۲۰۱۲ و ۲۰۵۰ ۴
- شکل ۲-۲- مخروط آینده ۲۷
- شکل ۶-۲- میزان استفاده از روش‌های آینده‌نگاری ۴۴
- شکل شماره ۲-۸- چک لیست قالبی ۶۶
- شکل ۹-۲- مراحل شناسایی پیشران‌ها ۶۶
- شکل ۱۰-۲- شبکه‌ی تاثیر / عدم قطعیت ۶۷
- شکل ۱۱-۲- ماتریس سناریو ۶۸
- شکل ۱۲-۲- دیاگرام تاثیر ۶۹
- شکل ۱۳-۲- شمای کلی فرایند مدل برنامه‌ریزی سناریو رولندبرگر ۷۰
- شکل ۱۴-۲- سیستم برنامه‌ریزی سناریو مبتنی بر عملکرد ۷۲
- شکل ۱۵-۲- روش انتگرال در برنامه‌ریزی سناریو ۷۶
- شکل ۱۶-۲- فرایند تکامل سنت‌های برنامه‌ریزی سناریو ۸۰
- شکل ۱۷-۲- دیاگرام تغییرات روند با روش تحلیل تاثیر متقابل ۸۳
- شکل ۱۸-۲- ارکان و مولفه‌های سالمندی فعال ۱۰۶
- شکل ۲۰-۲- عوامل موثر بر سالمندی فعال ۱۱۳
- شکل ۲۰-۲- مبنای انتخاب کشورها: رتبه بندی شاخصهای دیدهبان سالمندی ۱۱۵
- شکل ۲۱-۲- سطوح مراقبت سالمندان در نروژ ۱۲۲
- شکل ۲۲-۲- چارچوب مفهومی مطالعه ۱۷۸
- شکل ۱-۳- مراحل پژوهش براساس رویکرد سناریونگاری منطق شهودی ۱۸۲
- شکل ۳-۳- گام‌های مرحله‌ی اول ۱۸۳
- شکل ۳-۴- فضای مورد بررسی در مرحله‌ی شناسایی پیشران‌ها ۲۰۴
- شکل ۴-۴- خط زمان (Time Line) یا روند توجه سیاستهای مرتبط با سالمندی ۲۱۶
- شکل ۶-۴- ساختار سازمانی نهاد تصمیم‌گیرنده برای سالمندان در وزارت بهداشت ۲۱۰
- شکل ۷-۴- ساختار سازمانی نهاد پوشش دهنده خدمات سالمندی در سازمان بهزیستی ۲۱۱
- شکل ۹-۴- عناصر تشکیل دهنده‌ی سناریوها ۲۶۱

فصل اول

معرفی پژوهش



وَمَنْ نُّعَمِّرْهُ نُنَكِّسْهُ فِي الْخَلْقِ أَفَلَا يَعْقِلُونَ ﴿٦٨﴾

هر کس را که طول عمر دهیم در آفرینش واژگونه می‌کنیم (و به ناتوانی کودکی باز می‌گردانیم) آیا اندیشه نمی‌کنند؟ سوره یس آیه ۶۸

۱-۱ مقدمه

سالمندی بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی بشر است که ناشی از حرکت و تکامل انسان حول محور زمان می‌باشد (۱). در واقع، سالمندی یک سیر و روند بیولوژیک است که از دهه‌ی سوم عمر شروع شده و به تدریج فعالیت‌های جسمی، ذهنی، اجتماعی و بطور کلی عملکردی فرد را محدود می‌کند (۲). در سال‌های اخیر بهبود سبک زندگی، ارتقای بهداشت و پیشرفت دانش پزشکی از جمله عواملی بوده‌اند که منجر به افزایش امید به زندگی در جوامع و نهایتاً سالمندی جمعیت شده‌اند (۳). پائول والاس^۱ نویسنده‌ی کتاب سن‌لرزه^۲ می‌نویسد، در طول تاریخ، جمعیت جهان همواره جوان و با میانگین سنی بیست سال بوده است. اما در نسل کنونی متوسط سن جهان دو برابر شده و از ۲۲ سال در سال ۱۹۷۵ به بیش از ۴۰ سال تا سال ۲۰۵۰ خواهد رسید و برای اولین بار در طول تاریخ، جمعیت سالمندان از جوانان پیشه خواهد گرفت (۴). این روند افزایش سالخوردگی جمعیت هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه پدیده‌ای مشترک است اما سرعت آن، در این دو جوامع کاملاً متفاوت است. به‌عنوان مثال در فرانسه ۱۱۵ سال زمان نیاز است تا جمعیت سالمندی از ۷ درصد به ۱۴ درصد برسد در حالیکه همین دو برابر شدن جمعیت سالمندی در کشورهای در حال توسعه‌ای همچون ایران، برزیل و چین در طول دو تا سه دهه رخ خواهد داد (۵) (شکل ۱-۱).

بر اساس پیش‌بینی‌های رسمی سازمان‌های بین‌المللی، ایران به‌عنوان یک کشور در حال توسعه در حال نزدیک شدن به پیری جمعیت است (۶). سازمان ملل در گزارش سال ۲۰۱۲ هشدار داده است که ایران در کنار کشورهای مغولستان و کوبا سریع‌ترین تحولات جمعیتی را تجربه خواهد کرد، بنابراین نیاز هست هر چه سریعتر اقدامات پیش‌دستانه برای رویارویی با این پدیده را انجام دهند (۷، ۸). پدیده‌ی سالخوردگی جمعیت در ایران هم‌چون سایر نقاط جهان به دلیل افزایش امید به زندگی، ارتقای سطح بهداشت و کاهش میزان باروری کل بوده است. در ایران، سیاست کنترل جمعیت در دهه‌ی ۴۰ با شعار «فرزند کمتر، زندگی بهتر»^۳ منجر به کاهش نرخ رشد زادوولد شد (۹). اما کمی بعدتر به دلیل طولانی شدن جنگ ایران و عراق و نیاز به نیروی جوان و کارآمد برنامه تنظیم خانواده کنار گذاشته شد و رشد انفجارگونه‌ی جمعیت در دهه‌ی ۶۰ را رقم زد (۱۰). همین امر باعث شد تا در

¹ Paul Wallace

² Agequake

³ Fewer Children, Better Life

دهه ۶۰ و ۷۰ نیازهای گروه سنی کودک و نوجوان (تغذیه، ایمن‌سازی، بهداشت و مدرسه) نقش پررنگی را در برنامه‌ریزی‌های کلان‌کشوری داشته باشد و از دهه‌ی ۸۰ نیز دغدغه‌ی اصلی دولت‌مردان و سیاست‌گذاران تامین نیازهای جوانان (اشتغال، مسکن، ازدواج) باشد (۱۱). در نتیجه رسیدگی به امور سالمندان به حاشیه رانده شد و علی‌رغم تاکید فراوان آموزه‌های دینی و فرهنگ ملی ایران بر تکریم سالمندان، این موضوع در سیاست‌های کشور ورود پیدا نکرد. شواهد نشان می‌دهد که سابقه‌ی بحث و گفت‌وگو سیاسی روی مسئله‌ی سالمندی در نظام برنامه‌ریزی کشور ایران از یک دهه تجاوز نمی‌کند و علی‌رغم نیازهای فزاینده‌ی این گروه سنی به خدمات سلامت، توجه مستقیم اندکی به تاثیر پدیده‌ی سالمندی جمعیت روی تهیه و تدارک خدمات سلامت معطوف شده است (۱۲).

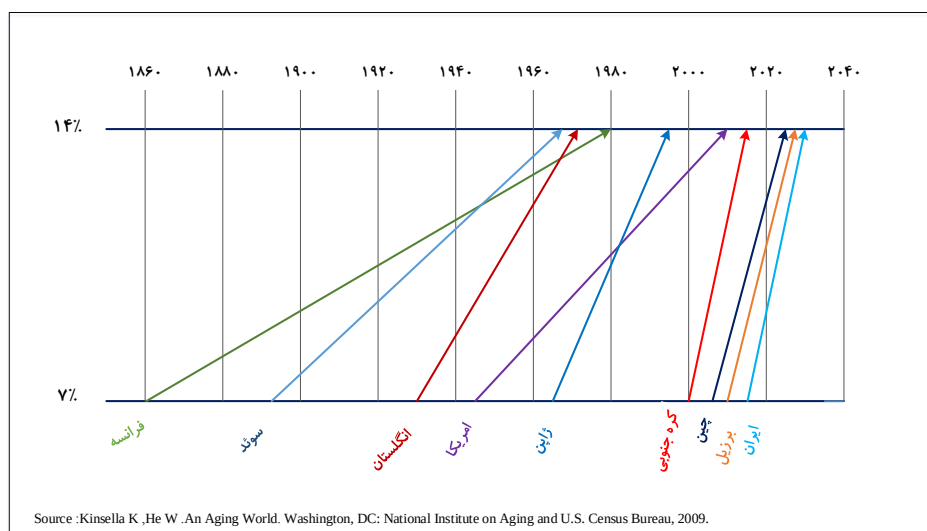
باتوجه به اینکه که طی سال‌های آینده، این پدیده تاثیر چشم‌گیری در شکل دادن به الگوهای مراقبت و تقاضای مربوط به نظام مراقبت سلامت خواهد داشت ضرورت اخلاقی حکم می‌کند که اقدامات فوری صورت گیرد. در این میان به‌نظر می‌رسد، انجام پژوهش‌هایی که به شناخت همه‌جانبه‌ی وضعیت فعلی و آتی مراقبت‌های سالمندی بپردازد و مبنایی برای تولید شواهد باشد بیش از هر زمان دیگر احساس می‌شود. بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف آینده‌نگاری مراقبت‌های سالمندی در ایران، سعی دارد از طریق ترکیب مطالعه‌ی تطبیقی، مرور متون، تحلیل روندها و نظرات تخصصی خبرگان، سناریوهای آینده نظام مراقبت سالمندی را به تصویر کشانده تا نقشه‌ی راهی برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان فراهم آورد. انتظار می‌رود که نتایج این پژوهش، سیاست‌گذاران کشورهای در حال توسعه‌ی مشابه ایران را، که در آینده‌ی نزدیک پیری جمعیت را تجربه خواهند کرد، به فعالیت در جهت سازماندهی همه‌ی جنبه‌ی نظام مراقبت سالمندی که در آن ساختن آینده‌ای سالم، مولد، عادلانه و پایدار برای سالمندان در کانون توجه قرار گیرد ترغیب کند. در این فصل اول از پژوهش، شرحی مفصلی از بیان مسئله و دغدغه‌های موجود، اهمیت انجام مطالعه، اهداف پژوهش و مفاهیم واژگان به‌کار رفته در پژوهش ارائه شده است.

۱-۲ بیان مسئله

در ابتدای هزاره سوم، پدیده‌ی سالمندی بیش از گذشته به‌صورت یک واقعه‌ی عمده‌ی جهانی جلوه‌گر شده است (۱۳). پیرشدن جمعیت محصول توسعه‌یافتگی جوامع است و بیانگر آن است که تلاش‌های دیروز بشر در درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر از یک سو و تحدید موالید از سوی دیگر، جمعیت جهان را در آستانه‌ی پیری قرار داده است (۱۴).

براساس پیش‌بینی‌های جمعیتی سازمان ملل متحد سهم جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر در دنیا، که در حال حاضر حدود ۱۲٪ (معادل ۸۴۰ میلیون نفر) است تا میانه‌ی قرن بیست‌ویکم به بیش از ۲۱٪ (معادل دو میلیارد نفر) خواهد رسید (۵). مسئله‌ی سالیانوردگی

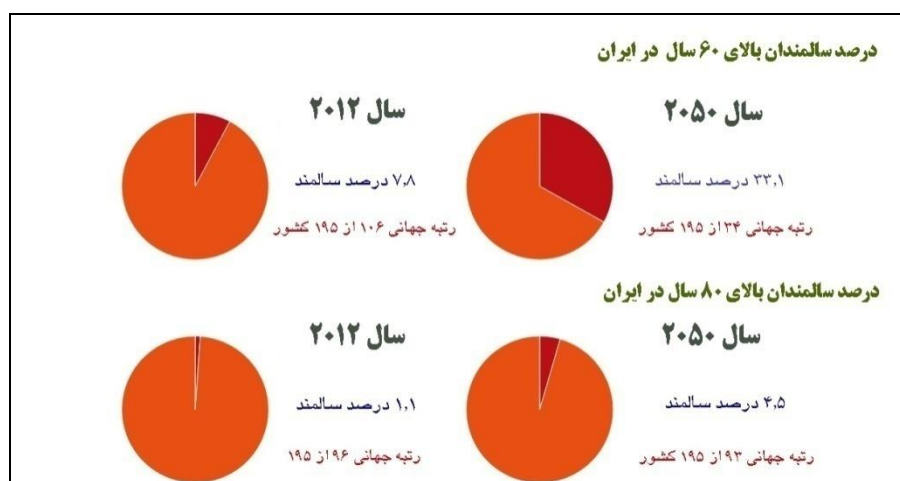
جمعیت جهان پدیده‌ی فراگیری است که همه‌ی کشورهای دنیا را با شدت و ضعف فرا خواهد گرفت (۱۵). به‌عنوان مثال این پدیده در کشورهای توسعه‌یافته در طول یک قرن و در کشورهای در حال توسعه در مدت زمان بسیار کوتاهی، معادل ۱۵ تا ۲۰ سال رخ خواهد داد (۱۶). (شکل ۱-۱) سرعت پیرشدن جمعیت را در کشورهای در حال توسعه (چین، ایران، برزیل) و کشورهای توسعه‌یافته (فرانسه، سوئد، انگلستان و آمریکا) نشان می‌دهد. پیری جمعیت در کشورهای در حال توسعه به دلایل مختلف بسیار پیچیده‌تر از کشورهای توسعه‌یافته خواهد بود. تجارب و شواهد حاکی از آن است که در کشورهای توسعه‌یافته، سالمندی با بهبود وضعیت شاخص‌های سلامت، انسجام ساختارهای مراقبتی و حمایت‌های اجتماعی برنامه‌ریزی شده‌ی همراه بوده است، موضوعاتی که در کشورهای در حال توسعه با تردید جدی مواجه است (۱۴).



شکل ۱-۱- سرعت پیرشدن جمعیت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه

علاوه بر این، برآوردهای جمعیتی نشان می‌دهد، تا سال ۲۰۵۰ از هر ۱۰ نفر سالمند، قریب به ۸ نفر، در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد (۶). کشورهایی که فرصت چندانی برای تطابق ساختار و عاملیت با وضعیت دموگرافیکی و اپیدمیولوژیکی آینده را ندارند و همواره هشدارهایی را از سوی نهادهای بین‌المللی به لزوم پاسخ به‌هنگام و آگاهانه دریافت کرده‌اند (۱۷). به‌عنوان مثال، سازمان جهانی بهداشت در گزارش جمعیتی سال ۲۰۱۲ به پیری جمعیت در کشورهای ایران، مغولستان و کوبا به شدت هشدار داده است و عنوان کرده است که بایستی هر چه سریع‌تر اقدامات سیاسی و مداخله‌ای ترتیب داده شود (۱۸). سازمان ملل نیز در پیش‌بینی جمعیتی ۲۰۱۴ خود، ۱۰ کشور در حال توسعه را معرفی کرده است که تا سال ۲۰۵۰ بیشترین سرعت حرکت به سمت پیر شدن را خواهند داشت. بر اساس این گزارش، کشور امارات متحده‌ی عربی از نظر سرعت پیر شدن با رشد ۳۵ درصدی، رتبه‌ی نخست بحرین با رشد ۲۹ درصدی رتبه دوم و سپس ایران در جایگاه سوم جهان از لحاظ سرعت پیر شدن جمعیت قرار گرفته

است (۱۹). بنابر این گزارش، میزان افزایش جمعیت بالای ۶۰ سال ایران از سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۵۰ بالغ بر ۲۶ درصد پیش‌بینی شده است و انتظار می‌رود در سال ۲۰۵۰ حدود ۳۳ درصد جمعیت ایران بالای ۶۰ سال باشد. کشورهای عمان، سنگاپور، کره جنوبی، ویتنام، کوبا، چین و ترینیداد و توباگو نیز از نظر سرعت پیر شدن در رتبه‌های چهارم تا دهم این پیش‌بینی قرار گرفته‌اند (۲۰). نتایج گزارش دیده‌بان سالمندی جهان که در شکل ۱-۲ به تصویر کشیده شده است، مبین رشد پیری جمعیت ایران در آینده‌ای نه‌چندان دور است. بر اساس این گزارش، جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال در ایران از چنان رشد تصاعدی برخوردار است که از رتبه‌ی ۱۰۶ام جهان در سال ۲۰۱۲ به رتبه‌ی ۳۴ام در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید (۲۱، ۲۲).



شکل ۱-۲- مقایسه‌ی درصد جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال و ۸۰ سال در ایران در سال ۲۰۱۲ و ۲۰۵۰

همزمان با رشد جمعیت ۶۰ سال به بالا، جمعیت سالخورده‌گان سالخورده‌تر نیز با سرعت افزایش خواهد یافت. بطوریکه جمعیت بسیار سالخورده که به آن‌ها صدساله‌ها^۱ گفته می‌شود، نیز به رقم قابل ملاحظه‌ای خواهد رسید و سهم سالمندان ۸۰ ساله و بالاتر جهان، که در حال حاضر ۱۴٪ است تا سال ۲۰۵۰ به ۱۹٪ خواهد رسید (۲۲). بر اساس پژوهش‌های گسترده‌ی انجام شده، افزایش جمعیت سالمندی بدون استثنا در همه‌ی جوامع، نتیجه‌ی اجتناب‌ناپذیر افزایش امید به زندگی، پیشرفت‌های پزشکی، بهبود شرایط بهداشتی، کاهش نرخ باروری و مرگ و میر طی سال‌های توسعه بوده است (۲۳).

همه‌ی این آمار و ارقام نشان از ظهور یک چالش جمعیتی در آینده دارد که می‌تواند هشدار برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران اجتماعی در کشورهای در حال توسعه باشد. چراکه پیری جمعیت اگر به درستی کنترل و مدیریت نشود، به انحای گوناگون بر سیستم‌های اجتماعی تاثیر خواهد گذاشت. نیاز به تامین اجتماعی، تهیه و تدارک خدمات بهداشتی و رفاهی، ارتقاء منزلت

¹ Centenarians

اجتماعی، دسترسی به امکانات آموزشی، بهداشتی، تغذیه‌ای، برابری جنسیتی، فراهم کردن زمینه‌ی مشارکت در جامعه و ایجاد شبکه‌های حمایتی از سالمندان، بخشی از تمهیداتی است که باید در جهت بهبود وضعیت سالمندان برداشته شود(۲۴).

بررسی پیمایشی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در خصوص وضعیت سالمندان در کشور نشان می‌دهد که با وجود اهمیت بیمه‌های بازنشستگی به عنوان مطمئن‌ترین سازوکار حمایت از افراد در دوران سالمندی، در حال حاضر نزدیک به ۹ میلیون نفر از پوشش بیمه محروم هستند و در دوران سالمندی نیازمند کمک دولت خواهند بود. این بررسی همچنین نشان می‌دهد که امکانات مراقبتی و پزشکی ویژه‌ی سالمندان در کشور ما بسیار اندک و اغلب گران است و بخش عمده‌ای از خدمات سلامت سالمندان در تعهد صندوق‌های بیمه نمی‌باشد و این مسئله باعث شده است که اغلب سالمندان در هنگام بیماری به دلیل فقر و نبود حمایت‌های اجتماعی از گرفتن خدمات مراقبتی محروم باشند(۲۵).

بررسی حق شناس نیز در خصوص ابعاد جامعه‌شناختی سالخورده‌گی جمعیت نیز نشان داد که در زمینه‌ی حمایت از سالمندان برنامه‌ای منسجم و هدفمند وجود ندارد و بین سازمان‌های متولی امور سالمندان انسجام و هماهنگی در اجرای برنامه‌های سالمندی دیده نمی‌شود. همچنین این بررسی نشان داد که، اسناد بالادستی مرتبط با سالمندی جمعیت متمرکز بر سالمندان بیمار و ناتوان است و بسیاری از موضوعات نوظهور که ممکن است در آینده بروز پیدا کند در سیاست‌ها مورد توجه قرار نگرفته است(۲۶).

احمدی نیز در تحلیل سیاست‌های سلامت سالمندی در کشور نشان داد که سالمند شدن جامعه و پیامدهای ناشی از آن از کانون توجه مسئولین و سیاست‌گذاران ارشد دور مانده و نظام مراقبت در هیچ‌یک از سطوح سه‌گانه، آمادگی ارائه خدمات به خیل عظیم سالمندان در دهه‌های آینده را ندارد(۷).

مشکلات کشوری پیش‌گفت، در کنار وجود نشانه‌هایی از زنانه‌شدن سالمندی(۲۷)، بروز تفاوت‌ها و نابرابری‌های اجتماعی، وقوع بزرگترین جریان‌های مهاجرتی، تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، گرایش به‌سوی ابتلاء همزمان به چندبیماری^۱ مزمن(۲۸) و بی‌اعتبارشدن روش‌های سنتی طبابت، از یک سو و مواجه شدن با سالمندان سالم و بدون هر گونه ناتوانی و بیماری، سالمندان باسواد، دستیابی افراد به وسایل ارتباطی و اطلاعاتی، مراقبت‌های پزشکی فردی‌شده^۲(۲۹)، پزشکی بازتوانی، پزشکی از راه دور و بارقه‌های پیشرفت‌های علم و فناوری در افزایش طول عمر^۳ از سوی دیگر، تنها به‌عنوان بخشی از فرصت‌ها و چالش‌های مرتبط با مراقبت سالمندی در دنیای مملو از تغییر مطرح می‌باشند که لزوم تفکر آینده‌نگر و آینده‌اندیشی را بیش از پیش آشکار می‌کند(۳۰).

^۱ Co-morbidity

^۲ Individualized Medicine

^۳ شرکت گوگل با تاسیس زیرمجموعه پزشکی خود به‌نام «کالیکو» افزایش طول عمر بشر و مبارزه با پیری را دستور کار خود قرار داده است. لری پیچ مدیر کل اجرایی گوگل در مصاحبه‌ای عنوان کرد «بیماری و پیری دو عاملی هستند که دیر یا زود خانواده‌های تک‌تک ما را دستخوش تغییر قرار می‌دهند، درحالی‌که با بهره‌گیری از تفکر آینده‌نگر درباره بهداشت و فناوری زیستی، خواهیم توانست زندگی میلیون‌ها انسان را متحول کنیم.» ری کرزویل مدیر تحقیقات هوش مصنوعی گوگل ادعا می‌کند که تا پایان قرن بیست‌ویکم دیگر مرگ‌ومیری وجود نخواهد داشت و رویای دیرین عمر جاویدان به واقعیت بدل خواهد شد.

۳۱). در حقیقت، با توجه به تغییرات فزاینده در عرصه‌های فناوری، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و عدم قطعیت‌های نهفته در آن‌ها، تنها رویکرد و سیاستی که احتمال کسب موفقیت‌های بیشتر دارد تلاش برای معماری آینده است. بنابراین سیاستگذاران نیازمند مجهز شدن به ابزارهای جدیدی برای رویارویی با آینده هستند تا به صورت پیش‌دستانه تغییرات را پیش‌بینی و برای آن‌ها سیاست-گذاری کند (۳۲).

در این میان، یکی از رویکردهای مناسب برای پرداختن به آینده‌ی پرابهام و تلاش در راستای ساخت و معماری آینده، مطالعات آینده‌نگاری است که با رصد تغییرات فناورانه، اقتصادی، اجتماعی و کشف واقعیت‌های نهفته در آن‌ها، برنامه‌های منطقی و عملی برای به چنگ آوردن فرصت‌ها و مقابله با تهدیدها ارائه نموده و شرایط را برای توسعه و بهبود آینده هموار می‌سازد (۳۳). هدف مطالعات آینده‌نگارانه، مدیریت روندها، انطباق با شرایط بقا و رشد و احراز آمادگی برای موارد پیش‌بینی نشده است به عبارت بهتر آرمان آینده‌نگاری، کشف آینده‌های محتمل، گزینش بهترین‌ها و در صورت امکان معماری آینده است (۳۴). از آنجایی که مفاهیم عدم قطعیت و پیچیدگی در گستره‌ی سلامت نمود برجسته‌ای دارند، فعالیت‌های آینده‌نگاری در این حوزه تلاش می‌کند که زنجیره‌ی پیچیده‌ی علت‌ها و معلول‌ها را کشف و از این طریق نیروهای شکل‌دهنده‌ی آینده را شناسایی کرده و اقدام‌های سنجیده‌ای برای ساختن آینده، با کمرنگ نمودن اثر عدم قطعیت‌ها، به انجام رساند. روند رو به افزایش فعالیت‌های آینده‌نگاری در گستره‌ی علوم زیستی، پزشکی و سلامت حکایت از مطلوبیت بکارگیری این رویکرد در علوم سلامت دارد. نقشه‌ی علمی بنیاد ملی سلامت امریکا، خدمات طبی ملی انگلیس، نظام مراقبت بیماران دمانس در آلمان، نظام مراقبت بیماری‌ها در امریکا، مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت در امریکا و انگلستان، آینده‌ی مدیکیر و مدیکید از جمله موضوعات در حیطه‌ی سلامت بوده‌اند که با استفاده از آینده‌نگاری چشم‌اندازهای مطلوبی از آینده را ترسیم و تحقق آن را ممکن کرده‌اند (۳۵، ۳۶، ۳۷).

مرور مطالعات نشان می‌دهد علاوه بر شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و محیطی، اولویت‌های بهداشتی هر کشور نیز، نقش بسزایی در تعیین موضوع برای آینده‌نگاری دارد و از آنجایی که بررسی گذارهای جمعیتی در کشور نشانگر چیره شدن الگوی سنی سالخوردگان از سال ۱۴۱۰ به بعد در ساختمان سنی جمعیت می‌باشد، همگام با آن الزامات و ضرورت‌های سیاست‌گذاری خاص را فرا می‌خواند. بنابراین آنچه در این پژوهش مورد توجه است از یک سو، شناخت مسائل و مشکلات اکنون و آینده سالمندان ایران به طور عام و از سوی دیگر، ضرورت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و آینده‌نگاری مرتبط با آنان در این زمینه است. بنابراین قبل از آنکه پدیده‌ی سالمندی در کشور به یک معضل غیرقابل حل تبدیل شود بایستی با بهره‌گیری از تجارب کشورهای توسعه یافته، رصد تغییرات محیطی، مدل‌های ذهنی خبرگان و بسیج منابع ملی، برای ارتقای کیفیت زندگی در آن دوره برنامه‌ریزی کرد. به

همین‌منظور پژوهش حاضر تلاش دارد با بهره‌گیری از تکنیک سناریو، آینده‌ی مراقبت‌های بهداشتی سالمندان در ایران را ترسیم نماید تا نقشه‌ی راهی در اختیار سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار دهد.

۱-۳ اهمیت و ضرورت اجرای پژوهش

اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش از چند وجه قابل تبیین است که در ذیل شرح آن‌ها آمده است.

۱- امروزه تغییرات جهان با آهنگی پرشتاب رخ می‌دهند. تغییرات جمعیتی و به‌دنبال آن پیر شدن جوامع و تاثیر آن بر جنبه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سیاسی زندگی بشر به یکی از موضوعات بحث‌برانگیز در بسیاری از کشورهای جهان تبدیل شده است و لزوم درک بهتر این وضعیت برای آمادگی در آینده را ضروری ساخته است. چرا که تجارب و شواهد نشان داده است که اگر تصمیم‌گیری تنها بر اساس تجارب گذشته باشد، غفلت از رصد تغییرات آتی را در پی خواهد داشت و با تلخ‌کامی روبرو خواهد شد. در همین راستا، بررسی برنامه‌های توسعه‌ی سلامت در کشور نشان از چند ویژگی نگران‌کننده دارد: درگیری در زمان حال و مطرح نبودن آینده، فقدان تعهد به هدف‌ها و سیاست‌های برنامه‌های توسعه، بی‌توجهی به سناریوهای آینده و محوریت یک سناریو در برنامه‌ها که به آن هم در عمل اعتنایی نمی‌شود. لذا با توجه به اینکه سالمندشدن جمعیت کشور در سال‌های آتی بر اساس روندهای تاریخی غیرقابل انکار است، ضروری اخلاقی حکم می‌نماید از هم‌اکنون اقدامات آینده‌نگرانه مدنظر قرار گیرد. بنابراین این پژوهش تلاش دارد با توجه همه‌جانبه به موضوع سالمندی آینده‌های بدیل مراقبت سالمندی در ایران را ارائه دهد و فعالیت‌های موجود در این زمینه را به سمت بهترین آینده جهت دهد.

۲- در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ آمده است که (۳۷): «در سال ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه^۱» در این راستا اهداف کلان نظام سلامت عبارتند از: ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم ایران، تامین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴ و دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمت‌گیرندگان. سند چشم‌انداز توسعه، در واقع افقی بلند مدت را به صورت کیفی برای کشور ترسیم کرده است که محقق ساختن آن، مستلزم به‌کارگیری آینده‌پژوهی و دستیابی به کارکردهای بسیار موثر و مفید آن است. بنابراین، در راستای تحقق اهداف سند چشم‌انداز، ضرورت اخلاقی حکم می‌کند که برای سالمندان نیز به‌عنوان یک گروه جمعیتی که تا سال ۱۴۰۴ شمسی حدود ۱۶ میلیون نفر از جمعیت کشور را تشکیل خواهند داد مدل‌های مراقبتی نوین متناسب با شرایط و ویژگی‌های سالمند و خواست و انتظارات آنان مدنظر قرار گیرد.

^۱ شامل آسیای میانه، قفقاز، خاورمیانه و کشورهای همسایه: آذربایجان، افغانستان، اردن، ارمنستان، ازبکستان، امارات متحده عربی، بحرین، پاکستان، تاجیکستان، ترکمنستان، ترکیه، سوریه، فلسطین، قرقیزستان، قزاقستان، قطر، کویت، گرجستان، عراق، عمان، عربستان سعودی، لبنان، مصر و یمن

بنابراین استفاده از ابزار آینده‌پژوهی به منظور اتخاذ سیاست‌های مناسب و با توجه به ملاحظات خاص کشور، اجتناب ناپذیر است.

۳- فراگیر شدن پدیده‌ی سالمندی در سراسر جهان خصوصاً در دهه‌های اخیر سبب بروز نگرانی‌هایی در سیستم‌های سلامت کشورهای جهان و دست‌اندرکاران نظام سلامت در دنیا شده است. سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت از جمله ارگان‌هایی هستند که تا کنون برنامه‌های مدونی برای رویارویی موثر با پدیده‌ی سالمندی در جهان تنظیم کرده‌اند و در جهت ارتقا سلامت این گروه بزرگ جمعیتی در تلاش هستند. گواه این امر انجام نشست‌ها و تدوین دستورالعمل‌ها و نظام‌نامه‌هایی است که سالمندی جمعیت را هدف قرار می‌دهند. در این زمینه می‌توان به موارد متعددی اشاره کرد. به عنوان مثال، در سال ۱۹۸۲ اولین اجلاس سران سازمان ملل با موضوع سالمندی، در وین تشکیل شد. در این اجلاس کشورهایی که با این مساله مواجه بودند، شرکت فعال‌تری داشته، توصیه‌هایی برای روبرو شدن آگاهانه با این مساله ارائه نمودند و به بررسی اهمیت موضوع پرداختند. ۲۰ سال بعد در سال ۲۰۰۲، اجلاس سران با موضوع سالمندی در مادرید تشکیل جلسه داد (۳۸، ۳۹). در این اجلاس، به دلیل اهمیت موضوع، تمام کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت از جمله ایران شرکت کرده و به انجام اقدامات زیر متعهد شدند:

- از بین بردن تبعیض سنی و غفلت در مورد سالمندان؛ اگر چه تبعیض در تمامی اشکال و مصادیق آن مورد نکوهش و مطرود است و اعمال آن در مورد سالمندان نیز از این قاعده مستثنی نیست، اما این موضوع اغلب به دست فراموشی سپرده می‌شود و در کل کودکان و جوانان از جایگاه برتر و توجه بیشتر برخوردارند.
- ارتقای عزت اجتماعی سالمندان
- ایجاد جامعه‌ای برای تمام سنین؛ بایستی برنامه‌ریزی‌های یک جامعه در حال پیرشدن نیز در راستای این تغییرات طراحی و اجرا شوند. برای مثال اگر تاکنون جمعیت کودکان بیشتر بوده است و ما نیاز به مدرسه‌سازی داشته‌ایم، از این پس که رشد جمعیت کودکان سیر نزولی دارد، باید سرمایه‌گذاری‌های ما به سمتی سوق داده شوند که بتوانیم تسهیلاتی برای مراقبت‌های مورد نیاز سالمندان فراهم آوریم. در واقع سمت‌گیری منابع مالی و انسانی ما همواره باید در جهتی باشد که نیاز بیشتری وجود دارد.
- بهره‌گیری از تجربیات سالمندان برای آینده‌های بهتر
- مهیا کردن زمینه‌های اشتغال و کارآفرینی سالمندان در جهت توسعه‌ی کشور
- فراهم نمودن امکان دسترسی سالمندان به خدمات اجتماعی و مشارکت فعالانه در جامعه

پیرو همین اجلاس، در سال ۲۰۰۲ سازمان جهانی بهداشت، چارچوب سیاستی سالمندی فعال را که متشکل از سه رکن سلامت، مشارکت و امنیت بود را برای اقدام در سراسر کشورهای جهان منتشر کرد (۴۰). این سازمان در سال ۲۰۰۴ نیز، اصولی را تحت

عنوان اصول دوستدار سالمندی به عنوان راهنمایی برای اقدامات اولیه‌ی جامعه‌محور در سه محور اطلاعات، ارتباطات و آموزش سالمندان، نظام مراقبت‌های سلامت و محیط فیزیکی مناسب در ارائه‌ی خدمات به سالمندان معرفی کرد (۴۱). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۷ با توجه به زنانه شدن جمعیت سالمندی، چارچوب سلامت و سالمندی برای زنان را به دلیل آنکه هنوز مراقبت‌های جنسیت‌محور در سیاست‌های سلامت بسیاری از کشورها ورود نکرده است و همچنین نادیده انگاشتن زنان در فرایند مراقبت، تبعیض‌های جنسیتی و بیوه شدن زنان، برنامه‌هایی را در جهت برابری جنسیتی در ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی زنان به کشورهای جهان ارائه نمود (۴۲).

همچنین این سازمان با توجه به چالش بزرگ تغییرات جمعیت‌شناختی و پیر شدن جوامع در نیمه‌ی اول قرن ۲۱، سال ۲۰۱۲ را به عنوان سلامت و سالمندی نام‌گذاری کرد و بر سلامت سالمندان به عنوان محور همه‌ی اقدامات خصوصاً در کشورهای در حال توسعه تاکید کرد (۴۳).

دفتر منطقه‌ای مدیترانه‌ی شرقی^۱ سازمان جهانی بهداشت نیز در سال ۱۹۹۲ استراتژی‌هایی را در زمینه‌ی مراقبت سالمندان با تاکید بر هماهنگی‌های بین‌بخشی، ادغام مراقبت‌های سالمندی در PHC و ارائه خدمات یکپارچه به سالمندان اعلام کرد و در سال ۲۰۰۲ به دلیل عدم اجرای آن‌ها در کشورهای فوق، پس از بازنگری و به‌روزرسانی، اجرای آن‌ها را تا سال ۲۰۲۱ در کشورهای منطقه تمدید نمود. این اسناد برخی از موارد نشان‌دهنده‌ی اهمیت مراقبت‌های سالمندی در دنیاست (۴۴).

در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که بحث سالمندی جمعیت محدود به یک کشور یا منطقه نبوده و پدیده‌ای است که نظام سلامت همه‌ی کشورهای جهان با آن دست به گریبان هستند و باید متناسب با شرایط زمینه‌ای خود برای رویارویی موثر با آن برنامه‌های همه‌جانبه‌نگری تدوین نمایند. براین اساس به نظر می‌رسد علی‌رغم توجه ویژه‌ی جامعه‌ی جهانی به سلامت سالمندان طی دهه‌های اخیر، هنوز برنامه‌های جامعی در خصوص سلامت سالمندان در کشور ما وجود ندارد و بر اساس شواهد متقن، آنچه که هست را می‌توان موردی، فاقد یک جهت‌گیری راهبردی و محروم از ارتباطات بین‌بخشی توصیف نمود. بنابراین انجام پژوهش فوق به دلیل دیدگاه آینده‌نگر، سیستمی و نظام‌مند، جامع و واقع‌گرایانه و همچنین توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و امکانات موجود در قالب نگاه نوآورانه‌ی آینده‌نگاری، ضرورتی است که نمی‌توان آن را انکار کرد.

۴- استفاده از آینده‌نگاری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، اولین بار در سال ۱۳۸۶ به منظور تدوین نقشه‌ی جامع علمی سلامت در افق ۱۴۰۴ در جهت پاسخ به نیاز سلامت جامعه و حرکت علم و نوآوری در نظام سلامت صورت گرفت. از جمله زیرپروژه‌های آینده‌نگاری که در راستای پاسخ به نیاز جامعه در این سند بالادستی اجرا گردید می‌توان به آینده‌نگاری عوامل

^۱ Eastern Mediterranean Regional Office

اجتماعی موثر بر سلامت، مدل‌سازی بار بیماری‌ها در افق ۱۴۰۴، پزشک خانواده و آینده‌نگاری نظام مراقبت بیماری‌ها در افق ۱۴۰۴ اشاره کرد. مغفول ماندن توجه به مسئله‌ی سالمندی در این سند بالادستی، علی‌رغم نیاز مضاعف به این موضوع ما را بر آن داشت که با تکیه بر دانش نیروهای متخصص در حوزه‌های مختلف، آینده‌نگاری مراقبت‌های سالمندی را با هدف شناسایی چالش‌های فعلی مراقبت‌های سالمندان از یک‌سو و شناسایی روندها و عدم قطعیت‌های^۱ تاثیرگذار بر شکل‌گیری الگوی مراقبت سالمندان از سوی دیگر، جهت تدوین سناریوهای آینده مراقبت سالمندی را به انجام رسانیم.

امید که در آینده‌ای نزدیک با پای‌بندی به شواهد متقن، تغییرات چشمگیر در وضعیت سلامت، مراقبت و امنیت سالمندان شاهد باشیم.

۴-۱ اهداف پژوهش

۱-۴-۱ هدف آرمانی

بسترسازی برای شکل‌گیری آینده‌ی مطلوب که در آن سالمندان بتوانند با بالاترین کیفیت و مطابق با استانداردهای روز بهداشتی و درمانی، زندگی ایمن همراه با سلامتی و رضایت‌مندی را تجربه کنند.

۲-۴-۱ هدف اصلی

هدف اصلی این پژوهش شناسایی آینده‌های بدیل^۲ برای پاسخ به نیازهای مراقبتی سالمندان با به‌کارگیری تکنیک سناریو است.

۳-۴-۱ اهداف ویژه

۱. شناسایی سیاست‌های مرتبط با مراقبت‌های سالمندی در ایران
۲. شناسایی برنامه‌های مراقبت سالمندی در کشورهای توسعه‌یافته‌ی منتخب
۳. شناسایی چالش‌های وضعیت فعلی ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی در ایران
۴. تحلیل روندهای تاثیرگذار بر ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی در ایران
۵. شناسایی عدم قطعیت‌های کلیدی مرتبط با مراقبت‌های سالمندی
۶. تدوین سناریوهای آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی ایران
۷. شناسایی راهبردهای دستیابی به سناریوی مطلوب

^۱ Uncertainties

^۲ Alternative Futures

۴-۴-۱ اهداف کاربردی

- کاهش نگرانی‌ها و دغدغه‌های سیاست‌گذاران و مردم نسبت به آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی از طریق روشن ساختن امکان، ضرورت و کیفیت تفکر و تدبیر درباره‌ی آینده
- فهم انگاره‌های نو و بدیل از آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی با شناسایی آینده‌های ممکن (کدام پدیده‌ها امکان‌پذیرند)، محتمل (احتمال بروز کدام پدیده‌ها بیشتر است) و مطلوب (کدام پدیده‌ها باید رخ دهند).
- ترسیم نقشه‌ی راه آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی متناسب با شرایط، زیرساخت‌ها و نیازهای کشور

۵-۱ سوال‌های پژوهش

۱. سیاست‌های فعلی ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی در ایران چیست؟
۲. برنامه‌های ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی در کشورهای توسعه‌یافته‌ی منتخب چگونه است؟
۳. چالش‌های فعلی نظام ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی در ایران چیست؟
۴. روندهای اجتماعی، فناورانه، اقتصادی، زیست‌محیطی و سیاسی اثرگذار بر مراقبت‌های سالمندی چه می‌باشند؟
۵. عدم‌قطعیت‌های کلیدی در آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی کدامند؟
۶. چه سناریوهایی برای آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی ایران می‌توان متصور بود؟
۷. راهبردهای دستیابی به سناریوهای مطلوب کدامند؟

۶-۱ تعاریف نظری و عملیاتی واژگان و مفاهیم

۱-۶-۱ آینده‌نگاری^۱

تعاریف نظری

- ۱- فرایندی است که در آن ابتدا تصویری از وضع مطلوب و آرمانی سازمان در نظر گرفته می‌شود و سپس توانایی‌ها و قابلیت‌های لازم برای رسیدن به آن در سازمان ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر در این روش ما در زمان آینده ایستاده‌ایم و به حل نارسایی در زمان حال برای رسیدن به چنین آینده‌ای می‌اندیشیم (۴۵).
- ۲- فرایندی نظام‌مند برای روشن ساختن آینده‌های مختلف به منظور آمادگی برای آینده به بهترین وجه ممکن (۴۶).

^۱ Foresight

۳- آینده‌نگاری، ترکیبی از تفکر و عمل است، فرایندی سیستماتیک از اقداماتی که هم اکنون باید انجام دهیم تا زمینه موفقیت در آینده فراهم شود. بطور قطع آینده‌نگاری پیش‌بینی^۱ یا پیش‌گویی^۲ نیست، بلکه کاوشی در آینده‌ی بلندمدت با تعیین زمینه‌های کلیدی است (۴۷).

تعریف عملیاتی؛ فرایند نظام‌مندی که منجر به شناسایی حالات مختلف آینده می‌شود و تیم پژوهش سعی در شناسایی و تبیین موقعیت‌های نوظهور و هم‌چنین ارائه‌ی تدابیری برای رویارویی با آن‌ها دارد. فرایند نظام‌مندی که منجر به توسعه‌ی گستره‌ای از دیدگاه‌ها در مورد راه‌های امکان‌پذیر توسعه‌ی آینده‌ی مراقبت سالمندی شود، سپس درک کافی از این دیدگاه‌ها، منجر به تصمیم‌گیری‌هایی می‌شود که بهترین فردای ممکن را شکل می‌دهد.

۱-۶-۲ سناریو^۳

تعاریف نظری

- ۱- سناریوها روایت‌هایی از آینده‌های ممکن الوقوع هستند که به منظور تصمیم‌گیری در شرایط با عدم اطمینان بالا ایجاد می‌گردند (۴۸).
- ۲- روش منظمی برای کشف نیروهای پیشران کلیدی در متن تغییرات شتابان با پیچیدگی‌های فوق‌العاده و عدم قطعیت‌های متعدد است. از این طریق، رهبران و مدیران با نگاه به رویدادهای غیرمنتظره در آینده و درک عمیق پیامدهای احتمالی ذیربط آن‌ها، چندین داستان متمایز درباره‌ی آینده‌های ممکن را بدون اختصاص دادن احتمالات، کشف و تعریف می‌نمایند (۴۹).
- تعریف عملیاتی؛** سناریو در این پژوهش به معنی، داستان‌های مربوط به آینده‌ی سالمندی کشور و مراقبت‌های متعاقب با آن است. به عبارت بهتر، سناریوها به صورت نموداری، پویا و متحرک، با تمرکز روی نیروهای پیشران کلیدی در پی کشف جریان تحول و مسیر آینده در پدیده‌ی مورد نظر است.

۱-۶-۳ تحلیل روند^۴

تعریف نظری؛ ریچارد اسلاتر^۵ تحلیل روند را به معنی بهره‌گیری از سری‌های زمانی و داده‌های تاریخی برای تشخیص و ردیابی تغییرات محیطی و ایجاد بینشی در باب موقعیت‌های احتمالی آینده تعریف می‌کند (۵۰).

^۱ Forecasting

^۲ Prediction

^۳ Scenario

^۴ Trend Analysis

^۵ Richard Slaughter

تعریف عملیاتی؛ هدف ما از تحلیل روند در این پژوهش، شناسایی و رصد متغیرهای اجتماعی، فناورانه، اقتصادی، زیست‌محیطی و سیاسی به منظور درک کامل محیط و ظرفیت‌های بالقوه‌ی تأثیرگذار بر آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی است.

۱-۶-۴ سالمندی^۱

تعریف نظری؛ تغییرات بیولوژیکی که در نحوه‌ی زیست ارگانیسم، که در طول زمان ظاهر می‌شود. این تغییر با کاهش می‌روی حیاتی و تطبیقی یعنی کاهش قابلیت انطباق فرد با شرایط ناگهانی و ناتوانی در ایجاد تعادل مجدد همراه بوده و به تدریج دگرگونی‌هایی را در ساختمان و عمل اعضای مختلف بدن فرد به وجود می‌آورد (۵۱).

تعریف عملیاتی؛ مطابق با تعریف نظری است.

۱-۶-۵ سالمند^۲

تعاریف نظری؛ برای اطلاق یک فرد پیر یا سالمند، چندین تعریف وجود دارد. دیدگاه‌های متداول که از فرد سالمند تعریفی ارائه نموده‌اند عبارتند از:

دیدگاه تقویمی؛ در این دیدگاه سن تقویمی را مبنای تعریف سالمندی قرار می‌دهند. سازمان جهانی بهداشت با توجه به تفاوت امید به زندگی در جوامع در یک تعریف کلی، سن ۶۰ سالگی را مرز دوران سالمندی در نظر گرفته است. در حالی که، در کشورهای پیشرفته و غربی با توجه به امید به زندگی بالاتر، بهداشت بهتر و معلولیت و ناتوانی کمتر در بین افراد آن جوامع، سن تقویمی سالمندی را ۶۵ سالگی در نظر گرفته است.

دیدگاه علوم اجتماعی؛ زمانی که فرد از فعالیت اجتماعی کناره‌گیری می‌کند و یا بازنشسته می‌شود، سالمند محسوب می‌شود.

دیدگاه روان‌شناختی؛ در این دیدگاه رفتار افراد در دوره‌ی سالمندی مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد. اغلب افراد در این دوران نگاه به گذشته دارند و زندگی خود را مرور می‌کنند. آنها با بررسی موفقیت‌ها و ناکامی‌های خود در طول زندگی سپری شده، به دنبال به دست آوردن مفهومی برای زندگی خود هستند.

دیدگاه زیست‌شناختی؛ در این دیدگاه آغاز تغییرات جسمانی و عملکردی که با تحلیل همراه است و مدتی بعد از بلوغ شروع می‌شود، مبنای سالمندی است (۵۲).

تعریف عملیاتی؛ منظور از سالمند در این پژوهش سن تقویمی یعنی افراد بالای ۶۰ سال، براساس قانون بازنشستگی جمهوری اسلامی ایران می‌باشد.

^۱ Aging

^۲ Elderly

۱-۶-۶ مراقبت‌های سالمندی^۱

تعریف نظری؛ مجموعه اقدامات پیشگیرانه، درمانی، توانبخشی و تسکینی متخصصان بهداشت به منظور حفظ، ارتقاء، پیشگیری، درمان و بازتوانی سالمندان که توسط متخصصان نظام سلامت در سطوح مختلف مراقبت انجام می‌گیرد، گفته می‌شود (۶).
تعریف عملیاتی؛ شامل مجموعه اقدامات پیشگیری، درمانی، توانبخشی و تسکینی برای سالمندان است.

۱-۶-۷ نیروهای پیشران^۲

تعاریف نظری؛

- ۱- نیروهایی است که بر پیامد رویدادها اثر دارند. به عبارت دیگر عناصری که باعث حرکت و تغییر در طرح اصلی سناریوها شده و سرانجام داستان‌ها را مشخص می‌کنند (۵۳).
- ۲- عوامل تاثیرگذار بر روندها، رویدادها، تصاویر و اقدام‌ها که ممکن است آینده‌های متمایزی پدید آورند.
تعریف عملیاتی؛ منظور فاکتورها و عواملی که منجر به تسریع یا تضعیف یک روند شده و آینده‌های متفاوتی را ایجاد می‌کند.

۱-۶-۸ عدم قطعیت^۳

تعریف نظری؛ هر چه بر شتاب تغییرات جهانی افزوده شود، امکان پیش‌بینی آینده‌های جهان درازمدت کاهش می‌یابد. هر جا که آینده غیرقابل پیش‌بینی باشد اصطلاحاً گفته می‌شود که آینده با عدم قطعیت همراه است. شناسایی عدم قطعیت‌ها یکی مراحل اصلی در طراحی سناریوهای آینده است (۴۸).
تعریف عملیاتی؛ منظور عوامل موثر در مراقبت‌های سالمندی است که از درجه‌ی پیش‌بینی پذیری بسیار پایینی برخوردار است.

¹ Elderly Care or Aged-care

² Driving Force, Driver

³ Uncertainty

فصل دوم

پیشینه پژوهش



۱-۲ مقدمه

فلسفه‌ی وجودی نظام‌های سلامت ارتقای سلامت جامعه از طریق عرضه‌ی مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت در تمام طول دوره‌ی زندگی افراد جامعه است. از زایمان بی‌خطر یک نوزاد سالم گرفته تا مراقبت همراه با احترام از یک فرد سالمند، همگی در دستان نظام‌های سلامت رقم می‌خورد (۵۴). نظام‌های سلامت برای تحقق این اهداف در دهه‌های اخیر تلاش‌های فراوانی کرده‌اند که دستاوردهای چشم‌گیری هم‌چون کاهش مرگ و میر نوزادان، افزایش امید به‌زندگی، ارتقای استانداردهای زندگی و بکارگیری فناوری‌های نوین در درمان و کنترل بیماری‌ها بوده است که همگی این دستاوردها، جمعیت جهان را در آستانه‌ی پیری قرار داده است (۲۴).

هر چند فرایند پیری در انسان امری طبیعی و غیرقابل اجتناب است اما شتاب گرفتن این روند در دهه‌های اخیر در کشورهای توسعه‌یافته و دهه‌های آتی در کشورهای در حال توسعه، موجی از نگرانی‌ها را در سراسر جهان به‌راه انداخته است (۵۵). مطالعات پرشماری وجود دارد که پیری جمعیت را چالشی برای نظام‌های سلامت خصوصاً برای کشورهای در حال توسعه بیان می‌کند. ایران نیز، به عنوان یک کشور در حال توسعه پس از تجربه‌ی گذر از تغییرات اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، افزایش امید به زندگی، کاهش تدریجی میزان مولید، باید خود را برای مدیریت موج سالمندی در آینده‌ای نه چندان دور آماده کند (۵۶). آینده‌ای که در آن لازم است، تمام مقوله‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، تکنولوژیکی، زیست محیطی و قانونی در تعامل با یکدیگر برای مراقبت کامل و جامع از سالمندان به‌کار گرفته شود تا بتواند پاسخ‌گوی نیازهای متفاوت سالمندان آینده باشد. لذا به‌نظر می‌رسد، علم و هنر آینده‌نگاری به‌عنوان رویکردی جامع می‌تواند با تجمیع مقوله‌های گفته شده، آینده‌های ممکن^۱، باورپذیر^۲ و محتمل^۳ در این حوزه را شناسایی کرده و راه را برای جهت‌دهی و ساخت آینده مرجح^۴ هموار کند.

در این فصل برای آشنایی با موضوع پژوهشی مطالعه، در بخش اول، مبانی نظری آینده‌پژوهی اعم از تاریخچه، ضرورت، اهداف، پیش‌فرض‌ها و تکنیک‌ها ارائه شده است. در بخش دوم تکنیک سناریونگاری به عنوان یک ابزار مورد استقبال در آینده‌نگاری و تکنیک بکار رفته در این رساله، مورد تحقیق و تدقیق بیشتر قرار گرفته است. در بخش سوم، مفاهیم مربوط به سالمندی تشریح شده است. سپس مطالعه‌ی تطبیقی کشورهای برتر در حوزه‌ی سالمندی ارائه شده و در پایان مروری بر پیشینه‌ی پژوهش در ایران و دنیا و چارچوب مفهومی مطالعه آمده است.

^۱ Possible Futures

^۲ Plausible

^۳ Probable

^۴ Preferable Future

۲-۲ بخش اول - مبانی نظری آینده پژوهی

۲-۲-۱ آینده پژوهی چیست؟

امروزه مطالعات مربوط به آینده با عناوین مختلفی مانند آینده پژوهی، مطالعات آینده، آینده اندیشی و آینده نگاری پی گیری می شوند. بر این اساس توافق کاملی میان متخصصان در مورد مناسب ترین واژه که بتواند به عنوان نام این رشته مطالعاتی معرفی شود، وجود ندارد. آینده پژوهی شاخه ای از علم و فناوری است که با کشف و طراحی آینده و شکل بخشیدن به دنیای مطلوب سروکار دارد. آینده پژوهی سیاست ها را تثبیت نمی کند، بلکه به تعدیل آن کمک می کند تا در مقابل تغییرات شرایط زمانه، مناسب تر، منعطف تر و مقاوم تر باشند (۵۰).

۲-۲-۲ تاریخچه ی آینده پژوهی

می توان تاریخ تلاش آدمی در شناخت آینده را به سال های بسیاری دوری برده و ریشه ی بسیاری از آداب و سنن تاریخی را در آن جستجو کرد. به عنوان مثال مجموعه آدابی که در هنگام تولد یک نوزاد انجام می پذیرد تا وی آینده ای روشن و موفق پیش رو داشته باشد، یا آدابی که لشکریان و جنگجویان قدیمی برای حمله ی موفق خود تدارک می دیده اند و حتی فراموش نباید کرد، سوالاتی که فرماندهان جنگی قدیمی از ستاره شناس پیش گو برای تعیین زمان مناسب حمله استفاده می کرده اند، جملگی گواه بر تمایل بشر به ادراک آینده است. در طول تاریخ بشر، پیش گویی آینده همواره هواداران بسیاری داشته است حتی در بسیاری از جوامع پیشرفته هنوز تمایلات زیادی به فال گیری دیده می شود. به عنوان مثال فال های چای و قهوه، تفأل به کُتُب مقدس، و کتاب هایی چون بیچینگ^۱ و اشعار حافظ تنها برخی از این نمونه ها هستند (۵۷).

کنجکاوی بشر درباره ی آینده، در وابستگی بقای انسان به تفکر آگاهانه او درباره ی راه های نیل به اهدافش ریشه دارد. ادامه ی حیات ما وابسته به کشف راه های مناسب برای غلبه بر چالش های پیش رویمان است. آینده نگری در طی هزاران سال تمدن بشری، اشکال مختلفی به خود دیده است. بابلیان و ایرانیان با انگیزه پیشگویی نجومی، دانش ستاره شناسی را گسترش دادند و مردم یونان برای آگاهی از آینده خود به سروش معبد دلفی مراجعه می کردند. در واقع ادیان مختلف، خصوصاً ادیان الهی نیز برای تضمین آینده بهتر انسان ها در دنیا و آخرت ظهور کردند. دسته ای از فیلسوفان اروپایی در قرون جدید به این فکر افتادند که از طریق کشف قوانین کلان جامعه و تاریخ، وقایع آینده را پیش بینی کنند. این فکر زمانی به ذهن برخی فیلسوفان اروپایی خطور کرد که کشف قوانین طبیعت، دانشمندان را به پیش بینی های دقیق علمی قادر ساخته بود. این فیلسوفان، انسان را در برابر قوانین تحمیلی تاریخ تسلیم و

^۱ I Ching

ناگزیر قلمداد می‌کردند. در اواخر قرن نوزدهم مشخص شد که قوانین اجتماعی را نمی‌توان به راحتی کشف نمود و برای همین پیش‌بینی آینده جوامع، بسیار دشوارتر از چیزی است که آن‌ها تاکنون تصور می‌کردند. در قرن بیستم مطالعات معطوف به کشف آینده شکل علمی و دقیق‌تری به خود گرفت و فرض‌های نادرست قرن نوزدهم مبنی بر مقدر بودن آینده را کنار نهاد و به تدریج زمینه برای شکل‌گیری مطالعات آینده پژوهی فراهم گشت (۴۶).

آینده‌پژوهی حاصل تلاش‌های انسان عصر نوین برای مواجهه با آینده و متأثر ساختن آن به روش‌هایی جدید است. روش‌هایی که بر خلاف روش‌های پیشینیان بر نیروهای فراطبیعی افراد خاص و شیوه‌های مرموز تکیه ندارد و سعی می‌شود تا جای ممکن نظام‌مند، مصرح و عینی باشند. آینده‌پژوهی، پیش‌بینی آینده نیست، بلکه بررسی آینده‌های ممکن به منظور کشف راه‌های ساخت آینده مرجح است. آینده‌پژوه به یک آینده یکتا باور ندارد، بلکه معتقد است آینده می‌تواند در نتیجه‌ی کنش‌های ما به انحای گوناگونی محقق شود (۵۸).

اولین فعالیت آینده‌پژوهی در قالب یک تحلیل علمی در سال‌های ۱۹۳۰ تا ۱۹۳۳ توسط یک گروه محققین و با سرپرستی ویلیام اف آگبرن^۱ در زمینه جامعه‌شناسی که علم نوپایی شناخته می‌شد، در آمریکا انجام شد. این گروه برای اولین بار متدولوژی‌های علمی نظیر برون‌یابی^۲ و بررسی‌های علمی را در مورد روندهای اجتماعی روز آمریکا به انجام رسانده و ضمن انتشار اولین کاتالوگ روندها در آن کشور، موفق به آینده‌بینی‌های مهمی از جمله افزایش نرخ مهاجرت و ازدیاد طلاق شدند. همچنین بلافاصله پس از جنگ جهانی دوم، و به دنبال تجزیه و تحلیل تکنولوژی‌های مورد استفاده در آلمان و ژاپن، متدولوژی‌های نوینی برای آینده‌نگاری ابداع شد و در نتیجه آن دستاوردهای تکنولوژی مهم دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ شامل رادار، موشک‌های بالیستیک قاره‌پیما و حمل و نقل هوایی از قبل پیش‌بینی شد. در دوران جنگ سرد و مسابقه تسلیحات هسته‌ای، دغدغه مهم دست اندرکاران نظامی، پیش‌بینی زنجیره رخدادهایی بود که پس از یک رویارویی احتمالی هسته‌ای می‌توانست اتفاق بیفتد. از همین رو، اولین بازی‌های جنگی^۳ بوجود آمد. اینها مدل‌هایی از یک رویارویی هسته‌ای بودند که احتمالات مختلف را بررسی و تحلیل می‌کردند. شکل کامل‌تر این مدل‌ها، موجب بوجود آمدن سناریو شد که امروزه یکی از مهم‌ترین ابزارهای آینده پژوهی محسوب می‌شود. با کمک این سناریوها، سلسله رویدادهای متصور در یک زمان بسیار کوتاه پس از شروع یک جنگ هسته‌ای، قابل تصور و مدل کردن بوده و در نتیجه می‌توان عکس‌العمل‌ها و نحوه آمادگی‌های لازم برای روبرو شدن با چنین جنگی را تدوین نمود. این مشابه همان نقشی است که سناریو به‌عنوان یک ابزار در آینده پژوهی فعلی بازی می‌کند.

^۱ William F.Ogburn

^۲ Extrapolation

^۳ War Games

در سال ۱۹۶۴ نیاز به پیش‌بینی تکنولوژی، منجر به انجام یکی از مشهورترین ارزیابی‌ها با استفاده از روش دلفی^۱ در چارچوب حمایت‌های موسسه رند، خبرگان فناوری‌های مختلف طی یک پروژه مشترک مامور شدند که تکنولوژی‌های نوظهور در یکصد سال آینده را پیش‌بینی نمایند. بررسی آنان شش مقوله «تحولات مهم علمی»، «کنترل جمعیت»، «اتوماسیون»، «پیشرفت در زمینه علوم فضایی»، «جلوگیری از جنگ» و «سیستم‌های تسلیحاتی» را شامل می‌شد. این تکنیک از افراد می‌خواست که ضمن ارائه‌ی ارزیابی خود، پراکندگی پاسخ‌های سایر خبرگان را نیز در نظر گرفته و پس از بحث در مورد تفاوت‌ها، نهایتاً ارزیابی‌های تجدید نظر شده خود را ارائه کنند. نتایج این تکنیک به‌طرز عجیبی در پیش‌بینی ظهور تکنولوژی‌های دهه‌های بعدی، دقیق بود.

آینده‌نگاری به‌مثابه یک فعالیت عمومی از دهه شصت آغاز شد. برتراند دوژوئل^۲ اولین مطالعه نظری در مورد آینده، بنام «هنر گمان» را نوشت. او در این زمینه با اشاره به این که «هیچ واقعیتی در مورد آینده وجود ندارد»، نتیجه گرفت که یافتن مدارک و استنتاجات برای آینده، نیازمند روش‌هایی غیر متداول می‌باشد. هوشیاری نسبت به زمینه‌های کشف آینده از همین زمان آغاز شد. هاریسون براون^۳ در کتاب خود به‌نام «چالش پیش روی آینده بشر» در سال ۱۹۵۴ بسیاری از مسایل بوم‌شناسی^۴ و مسایل مربوط به توسعه را که انسان در حال حاضر با آن روبروست، پیش‌بینی کرد. راشل کارسون^۵ با نوشتن کتاب «بهار ساکت»^۶ که در سال ۱۹۶۲ منتشر شد، با تصویر کردن دنیایی بدون سینه سرخ (نوعی پرنده)، آغازگر جنبش زیست محیطی بود. تحلیل مسایل مربوط به آینده در کتاب «بمب جمعیت» اثر پاول ارلیش^۷ و نیز کتاب محدودیت‌های رشد^۸ به نقطه اوج رسید. انتشار این آثار و پیش‌بینی فروپاشی جامعه صنعتی، دنیای آن زمان را دچار شوک روحی نمود.

بعدها، رویدادهایی نظیر ترور برادران کندی و مارتین لوتر کینگ، جنگ ویتنام، بحران نفتی و رسوایی واتر گیت نشان داد که آینده-پژوهان در پیش‌بینی این موضوع درست عمل کرده‌اند.

اولین دوره آموزشی آینده‌پژوهی در سال ۱۹۶۳ توسط جیم دیتور^۹ در انستیتو پلی تکنیک ویرجینیا تدریس شد. کوتاه مدتی پس از آن وندل بل^{۱۰} سری دوره‌های آموزشی خود در دانشگاه ییل^{۱۱} را شروع کرد. پس از انتقال دیتور به دپارتمان علوم سیاسی دانشگاه هاوایی، وی دوره‌های آینده پژوهی متمرکزی در آن دانشگاه برای دانشجویان دوره‌های فوق لیسانس و دکترا ایجاد نمود. در

^۱ Delphi

^۲ Bertrand de Jouvenel

^۳ Harrison Brown

^۴ ecological

^۵ Rachel Carson

^۶ Silent Spring

^۷ Paul Ehrlich

^۸ Limits to Growth

^۹ Jim Dator

^{۱۰} Wendell Bell

^{۱۱} Yale

سال ۱۹۷۴ اولین دوره تخصصی فوق لیسانس برای آینده پژوهی در دانشگاه هوستون توسط جیب فاولز^۱ و کریس دید^۲ برپا شد. بعدها مشابه این دوره در دانشگاه‌های ماساچوست، آکرون، مینه سوتا، یو اس سی و دانشگاه ایالتی پورتلند نیز دایر شد (۵۹). دو سازمان معتبر آینده‌پژوهی جهان یعنی انجمن آینده دنیا^۳ و همچنین فدراسیون جهانی آینده پژوهی^۴، در همین دوران به ترتیب در سالهای ۱۹۶۷ در آمریکا و ۱۹۷۳ در پاریس تأسیس شدند، انجمن آینده دنیا علاوه بر عضوگیری بیش از ۴۰۰۰۰ نفر تاکنون، فقط در اوایل دهه ۸۰ متجاوز از ۵۰۰۰ نفر را در کنفرانس‌های مختلف آینده پژوهی حاضر کرد و نیز موفق به انتشار مجله معروف «آینده پژوه»^۵ گردید. از طرف دیگر فدراسیون آینده‌پژوهی جهان که نسبت به انجمن آینده دنیا که سازمان بین‌المللی‌تری محسوب می‌شود، آینده‌پژوهان سرتاسر گیتی را در یک انجمن حرفه‌ای گرد هم آورده‌است. همچنین در دهه ۸۰ انتشارات الزویر^۶ مجله معروف «آینده‌ها»^۷ را بنا گذاشت که هم اکنون معتبرترین نشریه آکادمیک و فکری در زمینه آینده‌پژوهی محسوب می‌شود. بعدها در آغاز دهه ۹۰، نشریه معتبر فصلی تحقیق در مورد آینده‌ها توسط انجمن آینده و نشریه «آینده نگاری» توسط انتشارات کمفورد^۸ به نشریات مربوط به آینده‌پژوهی اضافه شدند (۶۰).

آینده‌پژوهی به معنای دقیق خود عملاً از میانه قرن بیستم ظهور نمود. مطالعه‌ی قاعده‌مند، تحلیلی و نظام‌مند آینده پس از جنگ دوم جهانی پا به عرصه نهاد. سرعت و پیچیدگی تحولات اجتماعی و فناوری، انگیزه اصلی تأسیس این رشته جدید را تشکیل می‌داد. شاید بتوان «اندیشکده رند» وابسته به وزارت دفاع آمریکا را از نخستین مراکز آینده‌پژوهی جهان به شمار آورد. کاپلان، رشر، دالکی و گوردون در این موسسه به مطالعه آینده بر اساس پیش‌بینی پرداختند. بسیاری از فنون پیش‌بینی و روش‌های آینده‌پژوهی را اندیشمندان این مرکز به دنیا عرضه نمودند. در فرانسه نیز موسساتی به منظور مطالعات آینده تأسیس شد و به تدریج این رشته در سراسر دنیا مورد توجه قرار گرفت (۶۱).

فدراسیون جهانی آینده پژوهی از مراکز مهم در این زمینه به‌شمار می‌آید. در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی آینده‌پژوهان بزرگی همچون «آلین تافلر» و «جان نایسبیت» ظهور کردند و کتاب‌های پرفروش تافلر با عناوین «شوک آینده» و «موج سوم» با اقبال جهانی مواجه گشت و «پل کندی» نیز موفق شد کتاب تاثیرگذار و پرفروش «جهان در سال ۲۰۲۰» را به رشته تحریر درآورد. روند توسعه مطالعات آینده و اقبال مردم، محققان، سازمان‌های دولتی و بنگاه‌های اقتصادی به این زمینه نوظهور، روز به روز گسترش می‌یابد و

¹ Jib Fowles

² Chris Dede

³ World Futures Society (WFS)

⁴ World Futures Studies Federation (WFSF)

⁵ Futurist

⁶ Elsevier

⁷ Futures

⁸ Camford Publishing

مورد اقبال دانشگاهیان قرار می‌گیرد، به گونه‌ای که به گفته «جیم دیتور» بی‌تردید آینده‌پژوهی را باید یک رشته پژوهشی دانست (۶۲).

آینده‌نگاری "فرآیندی سیستماتیک، مشارکتی و گردآورنده ادراکات آینده است، که چشم اندازی میان مدت تا بلندمدت را با هدف اتخاذ تصمیمات روزآمد و بسیج اقدامات مشترک بنا می‌سازد. (۶۳)"

پیدایش پارادایم آینده‌نگاری را می‌توان از دو دیدگاه بررسی نمود. از دیدگاه نخست، ابداع روش دلفی توسط محققین موسسه رند در دهه ۱۹۶۰ میلادی که به ظهور روشی علمی و کارآ جهت پیش‌بینی پیشرفت‌های علمی و فناوری منجر گردید (۶۴). در اواخر دهه ۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰، ژاپنی‌ها با استفاده از تجربه متخصصان این موسسه، روش دلفی را به صورتی گسترده جهت پیش‌بینی وضعیت علم و فناوری تا سال ۲۰۰۰ میلادی به کار گرفتند و اولین مطالعه گسترده خود را به انجام رساندند. هدف ژاپنی‌ها در ابتدا صرفاً پیش‌بینی وضعیت علم و فناوری بود اما در خلال انجام این فرآیند (که هر ۵ سال یکبار در ژاپن انجام می‌شود) به نتایجی فراتر از پیش‌بینی دست یافتند به گونه‌ای که قادر به جهت‌دهی نسبی وضعیت تحقیقات و توسعه علمی و فناوریکی جامعه خود گردیدند. بدین ترتیب، دیگر مفهوم پیش‌بینی بیانگر این فعالیت نبود و در عمل مفهوم جدیدی به نام "آینده‌نگاری" که به معنای ایجاد آینده مورد نظر می‌باشد، خلق گردید. از دیدگاه دیگر، تحولاتی که در سه حوزه برنامه‌ریزی استراتژیک، مطالعات آینده و توسعه سیاست رخ داد، منجر به ظهور آینده‌نگاری گردید (۶۵).

به طور کلی رویکرد انسان به آینده، در سه مقوله کلی قرار گرفته است. ابتدا «آینده‌شناسی»^۱ که در واقع نوعی نگاه خاص به آینده است. آینده‌شناسی از آینده محتوم سخن می‌گوید و در واقع شناخت معرفتی آینده اینجا مطرح است. «آینده‌اندیشی»^۲ نیز مبحثی دیگر است که به آینده، نگاه آکنده از وهم و ترس دارد. در این حالت نیز هنجار و ارزش جایی ندارد. به طور مثال دغدغه ما نسبت به آینده و رهنمون پدر و مادر به فرزندان در رابطه با درس خواندن و کسب تحصیل، بر گرفته از همین نوع نگاه به آینده است. تفاوت عمده «آینده‌پژوهی»^۳ و «آینده‌شناسی» در نوع نگرش این دو به ساحت آینده است. آینده‌شناس با قاطعیت از آینده‌ای جزمی و تغییرناپذیر سخن می‌گوید، اما آینده‌پژوه با استناد به اطلاعات موجود، از چند آینده سخن می‌گوید. آینده‌پژوهی نوعی نگاه هنجاری به آینده دارد (۵۸). بنابراین دانشی است با هستی‌شناسی، معرفت‌شناسی، روش‌شناسی و روش‌های خاص خود که بر خلاف دو نوع قبل، ماهیت آن قابل آموزش دادن و یادگرفتنی است و اهداف گوناگونی دارد که عبارتند از:

۱. کاهش رخدادهای ناگهانی؛

^۱ Futurism

^۲ Futurology

^۳ Futures Studies

۲. برنامه‌ریزی میان و بلندمدت؛
۳. پیش‌بینی تحولات آینده؛
۴. شناخت فناوری‌های آینده و ایجاد بستر مناسب تعامل با آنها؛
۵. شناخت بازیگران و پیشران‌های عرصه جهانی؛
۶. درک قواعد بازی در عرصه جهانی؛
۷. شناخت مرزهای دانش؛
۸. ایجاد وفاق و بسیج اجتماعی درباره تصمیم‌های مربوط به آینده؛
۹. عامل گسترش ارتباطات؛
۱۰. عامل تمرکز بر آینده‌های دور، محتمل و مطلوب؛
۱۱. ابزاری برای هماهنگی میان پژوهشگران؛
۱۲. عاملی در راستای ایجاد تعهد نسبت به عملی کردن برنامه‌ها (۶۶)؛

۳-۲-۲ تاریخچه‌ی آینده‌پژوهی در ایران

اولین فعالیت آینده‌پژوهی در ایران به بیش از ۶۰ سال قبل، یعنی سال ۱۳۲۷ برمی‌گردد. این فعالیت در رادیو و تلویزیون ایران و با روش دلفی توسط دکتر مجید تهرانیان انجام شد. ایشان از صاحب‌نظران مختلف کمک گرفت تا آینده‌ی اجتماعی ایران را شناسایی کند.

در سال ۱۳۴۷ دکتر جهان‌بگلو کار ارزشمندی در خصوص هنر دورنگری در در انتشارات دانشگاه تهران منتشر کرد. باید پذیرفت که در زمینه آینده‌پژوهی در کشور ما فعالیت‌های مستمری صورت نگرفته است به نحوی که فقدان استمرار در مطالعات آینده‌پژوهی کاملاً مشهود است و شاید بتوان گفت سابقه‌ی نسبتاً قابل قبول در فعالیت این حوزه به کمتر از ده سال می‌رسد.

به‌عنوان نخستین تجربه‌ی ملی در حوزه آینده‌نگاری فناوری از ابتدای سال ۱۳۸۵ تا بهمن ماه ۱۳۸۸ طرح تحقیقاتی در مرکز تحقیقات سیاست علمی کشور در دو مرحله، تحت عنوان "پایلوت آینده‌نگاری مناسب‌ترین فناوری‌های ایران" انجام شد که به بررسی فناوری‌های مناسب ایران طی افق زمانی ۲۰ ساله پرداخت. این طرح به اختصار "پامفا ۱۴۰۴" نام گرفت.

هم‌اکنون تحقیقات مهمی در سطوح کلان از جمله سیاستگذاری در حوزه‌های مختلف با رویکرد آینده‌پژوهی تهیه شده‌اند که با گذشت زمان بر تعدد و تنوع آنها افزوده می‌شود. از سوی دیگر میل و کشش جامعه علمی نیز نسبت به ورود رویکرد آینده‌پژوهی در تمام ابعاد و حوزه‌های دانش، فزونی می‌یابد. متأسفانه این حلاوت و جاذبه گاهی موجب می‌شود بسیاری از تحقیقات تنها نامی از آینده‌پژوهی را در عناوین خود داشته باشد و یا در خوش‌بینانه‌ترین حالت تنها از برخی روش‌های آینده‌پژوهی بدون توجه به اینکه چه نیازی در تحقیق وجود دارد و اینکه آیا روش انتخاب شده می‌تواند نیاز مزبور را مرتفع سازد، به اجرا درآیند. البته در سال‌های اخیر کارهای علمی ارزنده‌ای نیز در این حوزه انجام شده است. به طور مثال اولین فارغ‌التحصیل دکترای آینده‌پژوهی کشور در

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) موفق به دفاع از رساله دکترای خود با عنوان "طراحی مدل تأثیر آینده‌نگاری بر سیاست‌گذاری علم، فناوری و نوآوری در سطح ملی" در سال ۱۳۹۲ شد. تعداد دارندگان مدرک دکترای آینده‌پژوهی در حال حاضر به پنج نفر فزونی یافته است و ده‌ها دانشجوی دیگر نیز در سال‌های آتی پا به عرصه علمی و فناوری کشور خواهند گذاشت. این موضوع مبین این نکته است که بستر جامعه با ورود متخصصان این حوزه شکوفا خواهد شد و امیدواریم فعالیت‌های گسترده‌ای را با محوریت آینده‌پژوهی در کشور شاهد باشیم (۶۶).

۲-۳ اصطلاحات آینده‌پژوهی

آینده‌پژوهی از حوزه‌های نسبتاً جدید و نوپای معارف بشری است که از عمر آن هنوز یک قرن هم نگذشته است. بر این اساس از جهت تعریف و اصطلاحات به اجماع واحدی دست نیافته است. در زبان فارسی از هر سه اصطلاح آینده‌پژوهی، آینده‌نگاری و آینده‌نگاری و در زبان انگلیسی از انواع اصطلاحات Futures Studies، Forecast، Futuring و Future Survey استفاده می‌شود. گروه واژه‌گزینی فرهنگستان زبان و ادب فارسی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۹ اصطلاحات مربوط به آینده‌پژوهی را در قالب ۶۱ واژه تدوین کرده است که برخی از مهم‌ترین آن به شرح زیر است:

- **آینده‌پژوهی**^۱: کوششی نظام‌مند برای بررسی همه‌ی حوزه‌های مربوط به آینده
- **آینده‌نگاری**^۲: فرایندی نظام‌مند و مشارکتی که در آن استنباط‌های مختلف را درباره‌ی آینده گرد هم می‌آورند و از آن طریق چشم‌اندازی میان‌مدت یا بلندمدت را با هدف اتخاذ تصمیم‌های روزآمد و مهیا کردن اقدام‌های مشترک پی‌می‌ریزند.
- **آینده‌های باورپذیر**^۳: شماری از آینده‌های ممکن که با توجه به دانش امروزی بشر تحقق‌پذیر است.
- **آینده‌های بدیل**^۴: آینده‌های گوناگونی که ممکن است برای افراد و گروه‌ها و رویدادها وجود داشته باشد.
- **آینده‌های محتمل**^۵: آینده‌های باورپذیری که امکان تحقق آن‌ها با درجه‌ای از احتمال وجود دارد.
- **آینده‌های ممکن**^۶: همه‌ی وضعیت‌ها و حالت‌هایی که ممکن است در آینده محقق شوند.

۲-۴ تفاوت آینده‌نگری و آینده‌نگاری

در طول زمان تلاش‌های متعدد و متنوعی برای بررسی و تحقیق در مورد آینده و با هدف درکی درست از آن انجام شده که بدون شک خاستگاه همه آنها، نیاز به تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی درست برای آینده بوده است. شاید بتوان اقدامات انجام شده جهت آینده‌نگری (پیش‌بینی) آینده را از نخستین و در عین حال مهم‌ترین تلاش‌ها دانست.

^۱ Futures studies, Futures, Futures Fields, Futures Research Foresight

^۲ Foresight

^۳ Plausible Futures

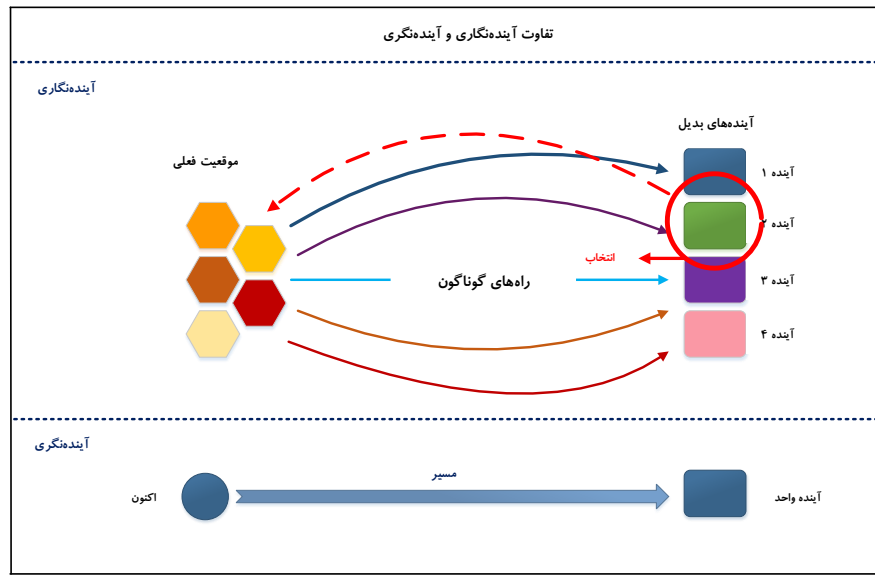
^۴ Alternative Futures

^۵ Probable Futures

^۶ Possible Futures

در آینده‌نگری تلاش می‌شود تا با تکیه بر مشاهدات و تجربیات تکرار شده در گذشته، آینده را پیشگویی کرد. گذشت زمان و فشار انتقادات زیادی که بر این روش تجربی وارد بود، مانند اتکای بیش از حد بر داده‌های گذشته، عدم وجود اطلاعات جامع و قابل اطمینان در بسیاری از موارد و صرف‌نظر کردن از برخی متغیرهای تأثیرگذار در مسایل پیچیده، موجب شد ضعف و عدم‌قابلیت اتکا به این روش پررنگ‌تر شود. به‌ویژه آن که در این نگرش، آینده امری ثابت، بدون تغییر و منتج از گذشته فرض می‌شود که انسان هیچ نقشی در چگونگی شکل‌گیری آن ندارد و ناچار است تنها به نحوه‌ی پذیرش و انطباق با آن بیانديشد. حال آنکه ظهور دانش‌های جدید با توجه به نقش تأثیرگذار انسان در تغییر روند گذشته و چگونگی شکل‌گیری آینده، قابلیت استفاده و اعتماد به پیش‌بینی را بهبود داده است. بدین‌ترتیب بررسی آینده تنها محدود به تخمین احتمال وقوع آینده‌های خاص نبوده، بلکه شامل تعیین آینده‌های مطلوب و شناسایی روش تحقق آنها نیز می‌شود.

یکی از این دانش‌های جدید آینده‌نگاری است. در حقیقت آینده‌نگاری، دانشی پیش‌گستر برای ساختن آینده و براساس این باور است که آینده متأثر از اقدامات و تصمیمات امروز است. نکته قابل توجه آن است که هر چند در آینده‌نگاری از ابزارهای مختلف پیش‌بینی استفاده می‌شود، اما نتایج و خروجی‌های آن کاملاً متفاوت از نتایج و خروجی‌های پیش‌بینی است. در واقع تأکید آینده‌نگاری بر پیش‌بینی آینده نیست بلکه بر شناسایی تصمیم‌ها و اقدام‌های مناسب برای ساختن آینده، با توجه به الزام‌های دقیق‌تر یک آینده مطلوب و با حداقل نمودن عدم‌قطعیت است. بدون تردید هرچه بستر اطلاعاتی تصمیم‌گیری جامع‌تر و دقیق‌تر باشد، گزینه‌های پیش‌رو متنوع‌تر و قابل اتکاتر و در نهایت منافع حاصل شده بیشتر خواهد بود. بنابراین آینده‌نگری یا پیش‌بینی روشی است که در آن آینده‌پژوه با استفاده از روش‌های کمی به‌دنبال کشف و پیش‌بینی آینده و دیدن آنچه در آینده رخ خواهد داد می‌باشد. حال آنکه آینده‌نگاری در پی نگاشت آینده است. آینده‌نگاری نه تنها شامل درک آینده‌های ممکن بلکه آمادگی برای اتخاذ تصمیمات برای آینده است. شکل ۱-۲ تفاوت این دو مفهوم را نشان می‌دهد (۶۷).



شکل ۱-۲- تفاوت آینده‌نگاری و آینده‌نگاری (۶۸)

۵-۲ انواع آینده

آینده‌پژوهان در مطالعات آینده‌نگاری، چهار گونه‌ی آینده را در نظر می‌گیرند که اصطلاحاً به آن مخروط آینده^۱ یا 4P گفته می‌شود.

۱- **آینده‌های ممکن**^۲: تمامی حالات شدنی که استعداد تحقق در آینده را دارند و به عبارت روشن‌تر، محال ذاتی نبوده و امکان‌پذیر هستند در چارچوب آینده‌های ممکن توصیف می‌شوند.

۲- **آینده‌های باورپذیر**^۳: همان آینده‌هایی هستند که بر پایه‌ی دانش و خرد بشر، باورکردنی و پذیرفتنی هستند در صورتی‌که آینده‌های باورپذیر را با اصول و چارچوب‌های علمی و تجربی بیازماییم در تحقق پذیری آنها خللی وارد نخواهد شد و به عبارت دیگر سازگار با اصول علمی و یافته‌های دانشی بشر هستند. تفاوت بنیادین آینده‌های باورپذیر و آینده‌های ممکن از آن‌جا سرچشمه می‌گیرد که آینده‌های ممکن می‌توانند با بنیان‌ها و دانش کنونی بشر سازگار و همخوان نباشد. برای مثال بر پایه‌ی همین باور، تصور آینده‌ای که در چارچوب آن انسان مانند ماهی زیر آب زندگی کند می‌تواند آینده‌ای ممکن باشد اما آینده‌ای باور پذیر نیست. آینده‌پژوهان بر همین قیاس، آینده‌های باورپذیر را زیرمجموعه‌ی آینده‌های ممکن می‌دانند.

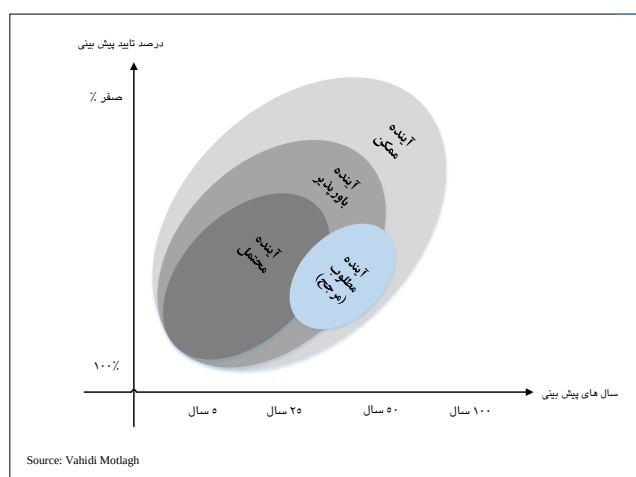
^۱ The future cone

^۲ Possible

^۳ Plausible

۳- **آینده‌های محتمل**^۱: در میان آینده‌های ممکن و باورپذیر، برخی از آینده‌ها از امکان وقوع بیشتری برخوردار هستند و بر پایه‌ی دانش و درک ما پذیرفتنی هستند این آینده‌ها را محتمل می‌نامند آینده‌هایی که به احتمال بیشتری تحقق می‌یابند و حتی ادامه‌ی روندهای کنونی تلقی می‌شوند. به همین اعتبار آینده‌های محتمل، زیر مجموعه‌ی آینده‌های باورپذیر هستند. پیش‌بینی‌ها و رویکردهای علمی اغلب بر آینده‌های محتمل تکیه و تأکید دارند و می‌کوشند از این آینده‌ها پرده بردارند.

۴- **آینده‌های مرجح یا مطلوب**^۲: آینده‌های سه‌گانه‌ی پیش‌گفته در زمره‌ی دانش شناختی بودند و هدف از ترسیم آن‌ها دست‌یابی به آینده‌ای اکتشافی بود که هنجار و رفتاری را نیز به همراه ندارد. این سه دسته از آینده‌ها تنها می‌کوشند از فرداها (در صورت امکان) پرده بردارند. اما آینده‌های مطلوب همان آینده‌هایی هستند که ما بر پایه‌ی ارزش‌ها و هدف‌گذاری‌ها، خواستار شکل‌گیری و تحقق آنها هستیم. به همین اعتبار می‌توان آینده‌های مطلوب را از جنس آینده‌های برانگیزنده دانست که برآیند قضاوت‌های ارزشی ما بوده و ذهن‌گرا هستند و با عینیت‌گرایی نهفته در آینده‌های دیگر تجانسی ندارند (۶۹). شکل ۲-۲ چهارگونه‌ی آینده را نشان می‌دهد.



شکل ۲-۲ مخروط آینده

آینده‌های مطلوب به دلیل وابستگی شدید به قضاوت‌های ارزشی در نگاه افراد تفاوت‌هایی دارد. این نوع از آینده مولود یک پرسش کلیدی است. "خواستار تحقق چه آینده‌ای هستیم؟"

تحقق آینده‌ی مطلوب در گرو بسترسازی، هنجارگرایی و آماده‌سازی شرایط شکل‌گیری آینده است. آفرینش چشم‌اندازها و ترسیم آرمان‌شهرها (مدینه فاضله یا اتوپیا) بیانگر تلاش انسان‌ها و جوامع برای طراحی و ترسیم آینده‌های مطلوب است. آینده‌پژوهان

¹ Probable

² Preferable

همواره می‌کوشند که ابتدا هر سه دایره‌ی آینده ممکن، باورپذیر و محتمل را تا حد خوبی کشف کرده و سپس جایگاه دایره‌ی مطلوب را در بین آنها تعیین کنند تا بدین ترتیب خود و جامعه را به سمت اجماع درباره‌ی درک آینده‌ها و شناخت روش‌های نگاشت و ساخت آینده مطلوب و پرهیز از آینده بد و نامطلوب کمک کنند. به بیان دیگر، از طریق پروژه‌ها و فرآیندهای آینده‌پژوهی تلاش می‌کنیم که به اهداف مشخص و روشنی دست یابیم (۶۹).

۲-۶ اهداف آینده‌پژوهی

دانیل بل، با تأکید بر نقش آینده‌پژوهی در فرایند سیاست‌گذاری عمومی، معتقد بود آینده‌پژوهی باید پیامدهای تصمیمات سیاست عمومی را مشخص، مشکلات آتی را پیش‌بینی، و راه‌حل‌های بدیل را طراحی کند به نحوی که جامعه گزینه‌های بیشتری برای انتخاب داشته باشد (۷۰). اما در نگاهی وسیع‌تر، آینده‌پژوهی ابزاری برای ایجاد تغییر به‌منظور دستیابی به آینده‌های مطلوب است. ابزاری که می‌توان آن را در سطوح مختلف سازمانی، ملی و فراملی به‌کار گرفت. در حالی که بیشتر آینده‌پژوهان، خود را تنها به تحقق اهداف کارفرمایان محدود می‌سازند، عده‌ای دیگر مانند وندل بل، هدف آینده‌پژوهی را ارتقای سطح زندگی بشر می‌دانند. این گروه نه تنها دل‌نگران بهبود وضعیت نسل‌های کنونی و آینده بشر، بلکه حتی گاهی متوجه کل حیات در کره زمین هستند (۷۱). در هر حال، هر گاه بخواهیم با تصمیمات خود، آینده را متأثر سازیم، با چهار سؤال اساسی مواجه می‌شویم.

- ۱- با در نظر گرفتن شرایط فعلی، چه کنش‌هایی ممکن هستند؟
- ۲- پیامدهای احتمالی هر یک از این کنش‌های ممکن چه خواهد بود؟
- ۳- کدام پیامد مطلوب‌تر است؟
- ۴- برای تحقق آنچه مطلوب‌مان است، چه کارهایی باید بکنیم؟ پاسخ به این چهار پرسش را می‌توان هسته مرکزی مطالعات آینده و اهداف عمده آینده‌پژوهی دانست.

به‌طور کلی کشف یا ابداع، آزمون و ارزیابی، و پیشنهاد آینده‌های ممکن، محتمل و مطلوب از اهداف آینده‌پژوهی به‌شمار می‌رود. آینده‌پژوهان می‌خواهند بدانند که کدام پدیده‌ها امکان‌پذیر (آینده‌های ممکن)، احتمال بروز کدام پدیده‌ها بیشتر (آینده‌های محتمل) و کدام پدیده‌ها بایستی روی دهند (آینده‌های مرجح). از دیگر اهداف آینده‌پژوهی می‌توان به تلاش برای ایجاد و حفظ گونه‌ی خاصی از جامعه اشاره کرد. در واقع آینده‌پژوهان می‌کوشند تا جامعه‌ای پدید آورند که در آن، مردم آزادانه به آینده‌پژوهی بپردازند و درباره‌ی احتمالات بدیل و ترجیحات خود در مورد آینده آشکارا گفت‌گو و تبادل نظر کنند. باید توجه داشت که تجسم شرایط سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در آینده، نیازمند پرسش‌گری درباره‌ی شرایط کنونی جامعه است و اغلب، طرح چنین پرسش‌هایی در جوامع خودکامه و دیکتاتوری، مخالفت با رژیم حاکم تلقی می‌شود و ممکن است به آزار و اذیت،

بدرفتاری‌های جسمی، تبعید یا حبس نیز بینجامد. حتی در جوامع مردم‌سالار نیز پرسش‌گری درباره‌ی وضع موجود، چندان پذیرفته شده نیست و گاه تلاش‌هایی نیز برای سرکوب آن صورت می‌گیرد. آینده‌پژوهان، آشکارا می‌کوشند تا راه را برای جستار آزادانه و تبادل مدنی اندیشه‌ها باز نگه‌دارند (۴۶).

هدف از آینده‌پژوهی کشف، خلق و آزمون منظم آینده‌های محتمل و مطلوب است تا نظام تصمیم‌گیری را بهبود بخشد. اوارد کورنیش، بنیان‌گذار و رهبر انجمن آینده جهان مهمترین هدف آینده‌پژوهی را اینطور بیان می‌کند: «درک کنیم با تداوم روندهای امروز، در آینده چه روی خواهد داد و تصمیم بگیریم که آیا چنین آینده‌ای برایمان مطلوب است یا خیر؟ و اگر نیست بکوشیم آن را تغییر دهیم.» به عبارت بهتر آینده‌پژوهی در پی محتمل کردن آینده‌های مطلوب و توجه به آینده‌های ممکن است که در صورت وقوع اثر شگرفی بر جامعه می‌گذارد، است. وندل بل هدف عمده‌ی آینده‌پژوهی را حفظ و گسترش بهره‌وری و رفاه بشریت و ظرفیت‌های ادامه‌ی حیات بر روی کره‌ی زمین می‌داند. تافلر معتقد است که این هدف جز از طریق کاوش‌های منظم به منظور اکتشاف دوراندیشانه‌ی ممکنات، بررسی منظم احتمالات و ارزیابی اخلاقی مرجحات ممکن نیست (۷۲).

در واقع آینده‌پژوهان می‌کوشند تا با تصور و ترسیم آینده‌های ممکن، محتمل و مطلوب و ارائه اطلاعات و آگاهی‌های نسبتاً دقیق، بستری را فراروی سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران جامعه فراهم نمایند تا آنها بتوانند در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های‌شان با نگاه به آینده و پیش‌بینی روندهای آتی عمل نموده و از فرصت‌ها، امکانات و منابع موجود تا حد امکان استفاده کرده و با اطمینان بیشتری گام بردارند. جهان امروز این اصل را به عنوان اصل اساسی پذیرفته است که سکون و تکرار و رجوع به گذشته اصل نیست، بلکه حرکت و تغییر و پیشرفت اصل است، و اصل با واقعیت متغیر نسبی موجود در زمان و مکان است؛ به این ترتیب که دنیای امروز را غوغای ترقی و پیشرفت فرا گرفته است. هنگامی که مردم درک بهتری از تغییر به دست آورند، برای تأثیرگذاری مثبت بر آینده‌ای که در حال تکوین است، فرصت‌های بیشتری خواهند داشت. بنابراین ایجاد و اشاعه‌ی فرهنگ امید به آینده که منجر به شکوفایی اجتماعی و سازمانی می‌شود از اهداف غایی آینده‌نگاران است (۳۳).

۲-۶-۱ اهداف نه‌گانه‌ی آینده‌پژوهی

۱- مطالعه‌ی آینده‌های ممکن؛ برای کشف آینده‌های ممکن باید وضع موجود را با روش‌هایی جدید و متفاوت بررسی کرد. روش‌هایی که آگاهانه از قید و بند تفکر سنتی، رایج و معمول‌رهایی یافته باشند و از دیدگاهی که برای توده‌ی مردم غیرعادی و حتی ناخوشایند به نظر می‌رسد به مسائل نگاه کنند. در این روش با تفکری خلاق و جانبی، واقعیت‌هایی دیده می‌شوند که

دیگران از مشاهده‌ی آنها ناتوان هستند. این نوع تفکر نه تنها طرح پرسش درباره‌ی وضع موجود را دربرمی‌گیرد، بلکه به پرسش‌گری درباره‌ی آنچه می‌تواند باشد وجود داشته باشد نیز می‌پردازد.

۲- بررسی آینده‌های محتمل؛ هدف از بررسی آینده‌های محتمل، یافتن پاسخی برای این پرسش است که در یک بازه‌ی زمانی معین و باتوجه به مقتضیات ویژه، محتمل‌ترین آینده برای پدیده‌ای خاص چه خواهد بود؟ یکی از پرسش‌های متداول این است که اگر اوضاع به همین منوال ادامه یابد، محتمل‌ترین آینده برای پدیده‌ای خاص چه خواهد بود؟ اگر انسان به رفتار کنونی خود ادامه دهد محتمل‌ترین آینده چه خواهد بود؟ هر دو پرسش، از سویی، ما را به مطالعه‌ی شرایط موجود فرا می‌خواند تا پیش‌بینی خود را بر آنها استوار کنیم و از سویی دیگر نیز ما را به بررسی روندهای پیشین دعوت می‌کنند. روندهایی که از گذشته تا حال ادامه یافته‌اند. هدف از مطالعه‌ی روندها، آگاهی از رویدادهایی است که در گذشته‌ی نزدیک روی داده‌اند. برای بررسی آینده‌های محتمل به آگاهی از چگونگی گذار پدیده‌ها در مسیر گذشته تا حال، نیاز داریم. آگاهی از روندهای گذشته به ما کمک خواهد کرد تا دریابیم که ادامه‌ی همین روندها در آینده، چه سرانجامی خواهد داشت. در واقع برای رسیدن به محتمل‌ترین آینده، باید به دنبال درست‌ترین و معتبرترین مفروضات بود خواسته‌ای که تنها از طریق افزایش اطلاعات امکان‌پذیر است.

۳- بررسی تصویرهای آینده^۱؛ آینده‌پژوهان به این معتقدند که تصویرهای آینده به شکل‌گیری اقدام‌های تاریخی افراد کمک کرده است. به تعبیر روشن‌تر افراد تلاش می‌کنند خود را با آنچه گمان می‌کنند روی خواهد داد، سازگار کنند. یا به گونه‌ای رفتار می‌کنند که آینده دلخواه خود را بسازند. بنابراین یکی از اهداف آینده‌پژوهان این است که به مردم کمک کند تا تصویرهای خویش را از آینده (ایده‌ها، امیدها، آرزوها، باورها و علایق‌شان نسبت به آینده) محک زده و شفاف نمایند تا کیفیت تصمیم‌هایی که برای آینده می‌گیرند بهبود یابد. شمار بسیار زیادی از پژوهش‌های اجتماعی مدرن بر این حقیقت صحت گذاشته‌اند که تصویرهای مثبت از آینده، پیامدهای سودمندی به ارمغان خواهند آورد. برای مثال، پژوهش جان ای‌کلاوسن^۲ (۱۹۸۶) درباره‌ی دو نسل از مردم این نتایج را در پی داشت: نوجوانانی که با برنامه زندگی می‌کنند در بیشتر نقش‌های اجتماعی خود در سنین بزرگسالی از ثبات بیشتری برخوردار خواهند بود، در طول حیات خود کمتر در برابر بحران‌ها به ستوه می‌آیند، ثبات عاطفی بیشتری دارند و در مقایسه با هم‌تایان خود که در دوران نوجوانی کمتر بر پایه‌ی برنامه عمل کرده‌اند، در

^۱ Images of the Futures

^۲ John A. Clausen

دوران کهنسالی بیشتر احساس خوشبختی خواهند کرد. بنابراین تصویرهای آینده در هدایت رفتار بشر عامل مهمی به‌شمار می‌آید.

۴- مطالعه‌ی بنیان‌های معرفتی آینده‌پژوهی^۱؛ آینده‌پژوهی نیز مانند هر حوزه‌ی معرفتی دیگری با این پرسش روبرو است که دانش مورد ادعای خود را چگونه به‌دست آورده است؟ باید اذعان کرد که آینده‌پژوهان بخش زیادی از زمان و تلاش خود را به اقتباس یا ابداع ابزارهای روش‌شناختی اختصاص داده‌اند. آن‌ها در مطالعات تجربی متعددی از این ابزارها استفاده کرده‌اند البته این بدان معنا نیست که دیگر هیچ نیاز به بهبود این روش‌ها و یا انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه احساس نمی‌شود؛ البته که این نیاز احساس می‌شود! هدف یادآوری این نکته است که آینده‌پژوهان در ابداع، کاربرد و نقد روش‌های آینده‌پژوهی پرکار بوده‌اند و آثار فراوانی از خود بجای گذاشته‌اند. اما در تشریح مبانی فلسفی گفته‌های خود درباره‌ی آینده‌های ممکن، محتمل و مرجح، تلاش چندانی انجام نداده‌اند. در میان آن‌ها به استثنای برخی موارد انگشت‌شماری همچون هلمر، اسلاتر و عنایت‌اله، توجه و تفکر نقادانه‌ی پیوسته به مسائل اصلی مرتبط با ماهیت آینده‌پژوهی رواج ندارد.

۵- بررسی بنیان‌های اخلاقی آینده‌پژوهی^۲؛ بررسی بنیان‌های اخلاقی آینده‌پژوهی به شکل مستقیم از جست‌وجوی آینده‌های مرجح به‌عنوان یکی از اهداف آینده‌پژوهان سرچشمه می‌گیرد. آینده‌پژوهان برای بررسی میزان مطلوبیت آینده‌های بدیل، باید اهداف و ارزش‌های بشری را مطالعه و ارزیابی و از آنها استفاده کنند. برای مثال آینده‌پژوهان در پی پاسخ به سوالات زیر باشند: چرا جامعه‌ی پایدار بهتر از جامعه‌ی کم‌دوام است؟ چرا نسل‌های امروز باید نگران رفاه نسل‌های فردا باشند؟ چرا مردم باید برای تحقق جامعه‌ای عدالت‌محور تلاش کنند؟ چرا باید خواستار صلح و سازگاری باشند؟

۶- تفسیر گذشته و تعیین موقعیت حال؛ بدون شک انسان از گذشته برای هدایت رفتارهای کنونی و خلق تصاویر آینده استفاده می‌کند و از داشته‌های خوب گذشته برای خلق آینده‌های مطلوب نیز بهره می‌گیرد.

۷- تلفیق دانش و ارزش‌ها برای طراحی اقدام اجتماعی^۳؛ آینده‌پژوهان برای طراحی حرکت اجتماعی باید بر حجم انبوهی از اطلاعات و دانش پراکنده متمرکز شوند و آن را سازماندهی کنند. در واقع آینده‌پژوهان برای اتخاذ تصمیمات سیاسی به دانشی نیاز دارند که بخش عمده‌ی آن به دست کارشناسان سایر حوزه‌ها تولید می‌شود. حوزه‌هایی که حتی آینده‌پژوهان نسبت به آن آگاهی چندانی ندارند. طراحی اقدام اجتماعی، اغلب به گستره وسیعی از حوزه‌های تخصصی گوناگون نیاز دارد.

¹ Knowledge Foundation

² Ethical Foundation

³ Socail Action

۸- افزایش مشارکت مردمی در تصویرسازی از آینده و طراحی آن؛ تمام تلاش آینده‌پژوهان بر این است تا از مشارکت مردم در تصویرسازی و طراحی آینده‌استفاده کنند. این شیوه مردم سالارانه گرچه گاه از روند آهسته و ناامیدکننده‌ای رنج می‌برد و حتی به بروز اختلافات و مشاجرات میان مردم میانجامد اما به‌استناد شواهد، بیش از خودکامگی در بهبود شرایط انسان‌ها موثر خواهد بود. برای مثال حکومت‌های مردم سالار نه تنها با یکدیگر وارد جنگ نمی‌شوند بلکه از شیوع قحطی و گرسنگی در کشورهای خود نیز جلوگیری می‌کنند.

۹- ترویج تصویری ویژه درباره‌ی آینده و حمایت از آن؛ تصویرهای خلاقانه و اندیشمندانه از جامعه‌ای متفاوت و بدون کاستی، تناقض‌های موجود کنونی و آینده‌هایی گسسته که پیدایش جهانی تازه و متفاوت را پیش‌بینی می‌کند می‌تواند در قالب چنین چشم‌اندازهایی مطرح شوند (۴۶).

۲-۷ اصول و قواعد آینده‌پژوهی

۲-۷-۱ عدم قطعیت

موضوع اساسی در آینده‌پژوهی، حصول آگاه و شناخت دقیق آینده نیست، بلکه ارائه‌ی گزینه‌های ممکن است. در آینده‌پژوهی، شناخت آینده با قطعیت انجام نمی‌شود و به شرایط، نوع سیستم‌ها و تصمیم‌گیری‌های افراد بستگی دارد. با استفاده از روش‌های آینده‌پژوهی نمی‌توان آینده را دقیقاً ترسیم کرد؛ بلکه مهم‌ترین جنبه‌ی آینده‌پژوهی به‌دست آوردن احتمالات متناظر برای سناریوهای گوناگون و محتمل است. اغلب گفته می‌شود آینده‌پژوهی عدم قطعیت را کاهش می‌دهد اما در واقع آینده‌پژوهی تلاش برای اداره و تدبیر عدم قطعیت‌ها و بی‌نظمی‌هاست.

۲-۷-۲ ترکیب روش‌ها

یکی از اصول آینده‌پژوهی، ضرورت استفاده از روش ترکیبی است. به‌کارگیری همزمان چند روش به‌جای اتخاذ تنها یک روش آینده‌پژوهی، برای مثال استفاده همزمان از چند روش مانند تحلیل روند، دلفی، پانل خبرگان، ذهن‌انگیزی، سناریونویسی و غیره، بینش و درک عمیق‌تری نسبت به آینده ایجاد می‌کند. دلیل این امر آن است که معمولاً هر روش دارای نقاط قوت و ضعفی است و استفاده همزمان از چندین روش، احتمال خطا را کاهش داده و کارآیی فرایند آینده‌پژوهی را افزایش می‌دهد.

۲-۷-۳ مشارکت

ضرورت مشارکت تمامی تصمیم‌گیران و تصمیم‌سازان در اجرای روش‌ها، اصل دیگری است که تقریباً مورد اجماع آینده‌پژوهان است. زیرا از طریق مشارکت فعال می‌توان به افزایش اعتبار و ارزش آینده‌پژوهی افزود. با این بیان هرگونه خودرایی و انفعال در

آینده‌پژوهی قابل قبول نیست. آینده‌پژوهی در خلأ و به دور از مشارکت، علاوه بر افزایش احتمال خطا، پذیرش و مقبولیت آن را نیز کاهش می‌دهد.

۲-۷-۴ خطاپذیری

آینده‌پژوهی در تمامی اشکال دانش بشری خود دارای درصدی از انحراف و خطاست. از سوی دیگر صرف وجود خطا و انحراف در آینده‌پژوهی دلیل نقص آن نیست، بلکه آنچه مهم است کاهش این خطا و داشتن تدابیری برای غلبه بر آن است.

۲-۷-۵ قضاوتی بودن

اغلب آینده‌پژوهان عینی‌گرا هستند، اما بسیاری از روش‌های آینده‌پژوهی به شدت به قضاوت ذهنی افراد وابسته است. از این‌رو ارزش آینده‌پژوهی در توان جمع‌بندی آن، از داوری‌های افراد، ایجاد بستری برای نوآوری و خلاقیت و طرح سوال اساسی و ایده‌های جدید در افراد و به چالش کشیدن قضاوت‌ها و نظرات متعدد است.

۲-۷-۶ روایی روش

هریک از روش‌های آینده‌پژوهی دارای مفروضات، اصول، قواعد کلی و مشخص است. این اصول موجب می‌شود تا به‌کارگیری یک روش نیازمند توجه و رعایت این موارد باشد. اگر بدون رعایت مبانی و اصول هر روش از آن استفاده شود، روایی و تبیینی بودن نتایج با تردید بسیار همراه بوده و قابل اتکا نیست.

۲-۷-۷ نگرش سیستمی

مطابق نگرش و تفکر سیستمی هر پدیده مورد مطالعه در یک سیستم، تحت تاثیر سیستم‌های دیگر است. به‌عنوان نمونه در آینده‌پژوهی یک برنامه‌ی اقتصادی باید توجه داشت که این برنامه به‌عنوان یک سیستم دارای اجزا و ارکانی با ارتباطات پویاست که مجموعه منظمی را شکل داده‌اند، اما این سیستم خود نیز تحت تاثیر عوامل متعدد و سیستم‌های دیگری مانند سیستم اقتصاد جهانی، محیط‌های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی است.

۲-۸ تکامل مبانی آینده‌پژوهی

آینده‌پژوهی در طی سه نسل به بلوغ تکامل دست یافته است. این سه نسل در زمره‌ی آینده‌پژوهی‌های ایده‌آل محسوب می‌شوند، در حالی که در یک مطالعه آینده‌پژوهی می‌توان ترکیبی از عناصر هر سه نسل را مورد استفاده قرار داد. ساختار سه نسل آینده‌پژوهی به شرح زیر است:

- **نسل اول** به پیش‌بینی‌های فناورانه توسط صاحب‌نظران اکتفا می‌شد. در این نسل متخصصان و صاحب‌نظران نخبه ایده‌های عرصه‌ی علم و فناوری را سازماندهی می‌کردند.
- **نسل دوم** به مقوله‌هایی مانند بازار و صنعت توجه شد. این نسل در دهه‌ی ۱۹۹۰ با همکاری و مشارکت متخصصانی از دانشگاه‌ها، آکادمی‌ها و صاحب‌نظرانی از صنعت و بازار انجام گرفت و آینده‌اندیشی به‌عنوان یک هدف اصلی برای نزدیک کردن هر چه بیشتر دو گروه مذکور عمل می‌کرد.
- **نسل سوم** به موضوعات اجتماعی و دیدگاه کاربرمحور توجه شده است. موضوعاتی مانند مسائل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی محور بررسی‌های آینده‌پژوهی نسل سوم است. این نسل مبتنی بر مشارکت همه‌ی ذی‌نفعان است و تلاش دارد کردن گروه‌ها و آحاد جامعه را به صحنه‌ی تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی وارد کند. سازمان‌های داوطلبی که به امور رفاهی سالخوردگان می‌پردازد یا مانند سازمان‌های غیردولتی به موضوعات محیط زیست توجه دارد نمونه‌ای از فعالیت‌های آینده‌پژوهانه‌ی نسل سوم است.

۹-۲ معرفت‌شناسی^۱ آینده‌پژوهی

در اینجا پرسش اصلی این است که آینده‌پژوهان دانش خود درباره‌ی گذشته، حال و آینده را بر اساس کدامین بنیان‌های فلسفی بنا کرده‌اند؟ گونه‌شناسی‌های متفاوتی از پارادایم‌های پژوهشی را در مطالعات آینده به شرحی که در ذیل می‌آید ارائه داده‌اند.

۱- **گونه‌شناسی وندل بل^۲**؛ وندل بل، از نظریه‌پردازان مطرح مطالعات آینده در کتاب «مبانی آینده‌پژوهی؛ تاریخچه، اهداف و دانش جلد اول^۳»، معرفت‌شناسی آینده‌پژوهی را در سه نوع اثبات‌گرایی، پسااثبات‌گرایی و واقع‌گرایی انتقادی^۴ قلمداد کرده و واقع‌گرایی انتقادی را معرفت‌شناسی مطلوب خود معرفی می‌کند. به اعتقاد بل تمامی آینده‌پژوهان و بیشتر اندیشمندان در سراسر جهان فارغ از اینکه به ریشه این دیدگاه‌های فلسفی پی برده باشند یا خیر به یکی از این بنیان‌های فکری معتقد هستند. از نگاه بل، دوران بلوغ آینده‌پژوهی هم‌زمان با آخرین موج حمله به پوزیتیویسم طی شده و بدین جهت بخشی از آینده‌پژوهان به‌شدت تحت تأثیر فلسفه‌های پساتجددگرایانه و ضدپوزیتیویستی واقع شده‌اند، این در حالی است که به اعتقاد برخی، چنین اندیشه‌هایی نمی‌تواند بنیان‌های فلسفی مناسبی برای آینده‌پژوهی فراهم کند. از این روی بل، واقع‌گرایی انتقادی را به‌عنوان فلسفه‌ای بدیل که نظریه‌ی معرفتی مناسبی برای آینده‌پژوهی است معرفی می‌کند (۴۶).

۲- **گونه‌شناسی سهیل عنایت‌اله^۵**؛ این آینده‌پژوه پاکستانی، در مقاله‌ی «آینده‌پژوهی: نظریه‌ها و روش‌ها^۶»، چهار نوع

معرفت‌شناسی را به‌عنوان چارچوب نظری و قدرتمند برای فهم آینده معرفی می‌کند. رویکردهای پیش‌بینی‌کننده^۷، تفسیری^۱،

¹ Epistemology

² Wendell Bell

³ Foundation of Futures Studies; History, Purpose and Knowledge. Vol 1

⁴ Critical Realism

⁵ Sohail Inayatullah

⁶ Futures Studies: Theories and Methods (2013)

⁷ Predictive

انتقادی^۲ و کنش مشارکتی^۳. آینده‌پژوهی پیش‌بینی‌کننده مبتنی بر علوم اجتماعی تجربی است که در آن جهان پایدار و با قوانین ثابت فرض شده است و آینده‌پژوه در آن به دنبال پیش‌نگری آینده از طریق روش‌های کمی است. در معرفت‌شناسی تفسیری، جهان دارای قوانین است اما این قوانین لزوماً جهانی نبوده و تابع فرهنگ و تاریخ هستند، بنابر این روش پیش‌بینی آینده بر فهم تصاویر رقیب درباره آینده تکیه دارد. در معرفت‌شناسی انتقادی که بر مبنای اندیشه پساساختارگرا است فهم جهان گیج‌کننده است و آینده‌پژوهان به دنبال تعریف آینده‌های جایگزین و رهایی‌بخش^۴ هستند. رویکر چهارم به مراتب دموکراتیک‌تر و متمرکز بر نظرات ذی‌نفعان در خلق آینده‌های مرجح بر جامعه، سازمان و موسسه است. در این رویکرد دیدگاه‌های ذی‌نفعان در قالب یک «چشم‌انداز مشترک» طراحی می‌شود. بنابراین این نوع آینده‌پژوهی را می‌توان فرایندی برای یادگیری عملی مشترک دانست، یادگیری چگونگی طراحی و خلق آینده‌ی مطلوب^(۷۳).

۳- **تاپیو و هین‌تانن**^۵؛ این دو آینده‌پژوه فنلاندی هفت پارادایم آینده‌پژوهی را معرفی کردند. پارادایم اثبات‌گرایی کنتی^۶، انسان‌گرایی خوش‌بینانه^۷، انسان‌گرایی کثرت‌گرا^۸، دموکراسی مبتنی بر رای‌گیری^۹، پراگماتیسم انتقادی^{۱۰}، پراگماتیسم نسبی‌گرایانه^{۱۱} و آنارشی دموکراتیک^{۱۲}(۷۴).

۴- **گونه‌شناسی ریچارد اسلاتر**^{۱۳}؛ این استاد آینده‌پژوه استرالیایی در کتاب خود با عنوان «آینده‌ای فراتر از ناکجاآباد»^{۱۴} چهار سنت را در بیان معرفت‌شناختی آینده‌پژوهی معرفی کرده است، سنت تجربی^{۱۵} که توسعه یافته در کشور امریکاست، سنت انتقادی^{۱۶} که پایه و اساس فرهنگی داشته و خاستگاه آن اروپاست، سنت بین‌المللی و چندفرهنگی^{۱۷} که بیشتر از سایر سنت‌ها بسط و توسعه یافته و هنوز هم در حال تکوین و تکامل است و نهایتاً سنت انتگرال^{۱۸} که با کار کن ولیبر^{۱۹} و همکارانش در جهان ظهور یافته است و می‌توان به‌نوعی آن را تکامل سنت‌های پیش‌گفت دانست(۷۵).

¹ Interpretive

² Critical

³ Participatory Action Learning/Research

⁴ Emancipatory

⁵ Tapio and Hietanen

⁶ Contean Positivist

⁷ Optimistic humanism

⁸ Pluralistic humanism

⁹ Polling democracy

¹⁰ Critical pragmatism

¹¹ Relativistic pragmatism

¹² Democratic anarchy

¹³ Richard Slaughter

¹⁴ Futures Beyond Dystopia: Creating Social Foresight (Futures and Education Series)

¹⁵ Empirical Traditional

¹⁶ Critical Traditional

¹⁷ International an Multicultural Traditional

¹⁸ Integral Traditional

¹⁹ Ken Wilber

۵- گونه‌شناسی جوزف وروس^۱؛ این آینده‌پژوه استرالیایی در مقاله‌ای با عنوان «در باب مبنای فلسفی پژوهش آینده‌ها^۲»، پنج

پارادایم اثبات‌گرایی، پسااثبات‌گرایی، سنجش‌گرایی، برساخت‌گرایی و مشارکت‌جویی برای مطالعات آینده‌پژوهی معرفی می‌کند. این پارادایم‌ها از پاسخ‌هایی که برای برخی سوالات اساسی دارند، قابل تمایز هستند. پاسخ به سوالات سه بعد اصلی هر پارادایم یعنی هستی‌شناختی، معرفت‌شناختی، روش‌شناختی و بعد چهارم، ارزش‌شناختی مرزهای پارادایم را مشخص می‌کند. سوال هستی‌شناختی به ماهیت واقعیت می‌پردازد و سوال معرفت‌شناختی ماهیت دانش را مورد توجه قرار می‌دهد. سوال روش‌شناختی معطوف به این است که پژوهشگر چطور آنچه باید بداند را کسب کند. سوال ارزش‌شناختی نیز به دنبال پاسخ به سوالی است که می‌پرسد چه چیزی ذاتاً ارزشمند است؟ این ابعاد در جدول زیر به‌طور خلاصه نمایش داده شده‌اند (۷۶).

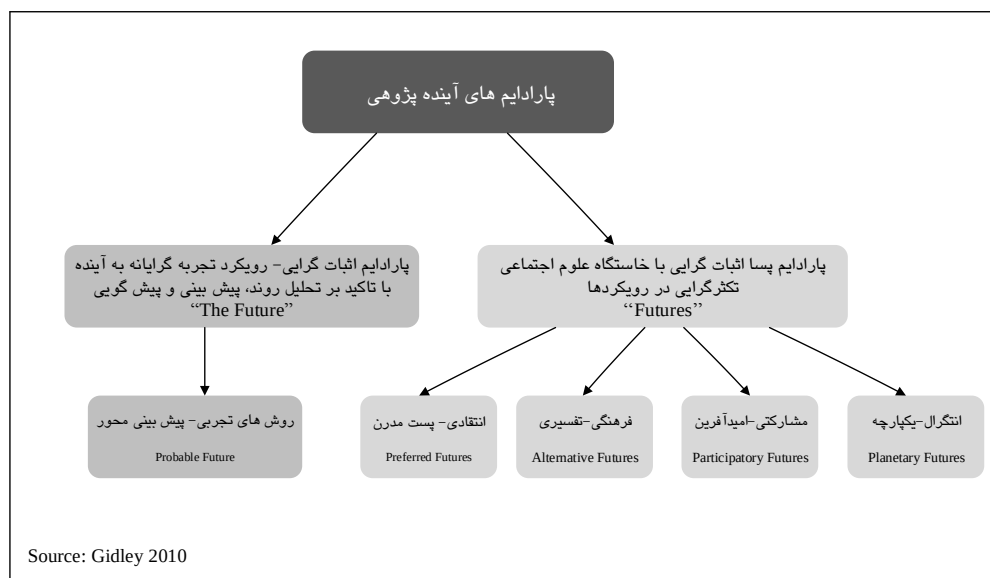
جدول ۱-۲- جنبه‌های مبنایی پنج پارادایم مورد استفاده در آینده‌پژوهی جوزف وروس

پارادایم	اثبات‌گرایی Positivism	پسااثبات‌گرایی Post-Positivism	سنجش‌گرایی Criticalism	برساخت‌گرایی Constructivism	مشارکتی Participatory
هستی‌شناختی	واقع‌گرایی ساده، واقعیت واقعی اما قابل فهم	واقع‌گرایی انتقادی واقعیت واقعی اما ناقص و قابلیت فهم احتمالاتی	واقع‌گرایی تاریخی، واقعیت مجازی شکل گرفته توسط ارزش‌های اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، اقتصادی، نژادی و جنسیتی؛ شکل داده شده در گذر زمان	نسبی‌گرایی، واقعیت‌های محلی و خاص برساخته شده	واقعیت مشارکتی، واقعیت ذهنی عینی، ساخته شده به‌طور مشترک توسط ذهن
معرفت‌شناختی	دوگانه‌انگاری / عینیت‌گرایی؛ جست و جوی حقیقت	دوگانه‌انگاری تحول یافته / عینیت‌گرایی؛ سنت/جماعت انتقادی؛ جستجوی حقیقت محتمل	تبادلی/ذهنیت‌گرایی؛ یافته‌های ارزش واسطه	تبادلی/ذهنیت‌گرایی؛ یافته‌های مشترکاً ایجاد شده	ذهنیت‌گرایی انتقادی در تبادل مشارکتی با کیهان؛ معرفت‌شناسی گسترده‌ی تجربی، نمایشی، گزاره‌ای و عملی دانش؛ یافته‌های
روش‌شناختی	تجربی/دستکاری شده؛ تایید فرضیه‌ها؛ روش عمدتاً کمی	تجربه‌گرایی تحول یافته / دستکاری شده؛ چندگانگی انتقادی؛ ابطال‌گرایی فرضیه‌ها؛ مکن است شامل روش‌های کیفی شود	گفت و شنودی/ جدل	تاویلی/ جدلی	مشارکت سیاسی در اقدام پژوهی مشترک؛ برتری عملیاتی؛ به بردن زبان زمینه‌ای در بافت تجربی اشتراکی
ارزش‌شناختی	معرفت گزاره‌ای درباره عالم هدفی فی نفسه است که به نحو ذاتی واجد ارزش است	معرفت گزاره‌ای درباره عالم هدفی فی نفسه است که به نحو ذاتی واجد ارزش است	معرفت گزاره‌ای، داد و ستدی به نحو ابزاری و به منزله وسیله‌ای برای رهایی‌بخشی اجتماعی ارزشمند است؛ این نوع رهایی هدفی فی نفسه است و بنابراین واجد ارزش ذاتی است	معرفت گزاره‌ای، داد و ستدی به نحو ابزاری و به منزله وسیله‌ای برای رهایی‌بخشی اجتماعی ارزشمند است؛ این نوع رهایی هدفی فی نفسه است و بنابراین واجد ارزش ذاتی است	معرفت عملی در این خصوص که چگونه به شکوفایی در پرتو یک خودآیینی متوازن دست یافت، همکاری و سلسه مراتب در یک فرهنگ هدفی فی نفسه است، و بنابراین واجد ارزش ذاتی است.

¹ Joseph Voros

² On the Philosophical Foundations of Futures Research (2005)

۶- گونه‌شناسی جنیفر گیدلی^۱؛ ایشان که هم‌اکنون ریاست فدراسیون جهانی آینده‌پژوهی را به عهده دارند یکی از کامل‌ترین تقسیم‌بندی‌های گونه‌شناسی‌های آینده‌پژوهی را در مقاله‌ای با عنوان «آینده‌پژوهی در دوران فاخته، آینده‌های رویایی از تفکر آینده^۲» ارائه کرده‌اند که در شکل ۲-۳ به‌طور خلاصه آورده شده است. رویکردهای معرفت‌شناختی گیدلی بر اساس دو پارادایم فکری تقسیم‌بندی شده است؛ پارادایم اثبات‌گرایی که سبک پیش‌بینی‌محور مبتنی بر علوم تجربی را شامل می‌شود و پارادایم پس‌اثبات‌گرایی که شامل سبک‌های انتقادی (مبتنی بر تفکر پست‌مدرن)، سبک تعبیری-تفسیری (مبتنی بر فرهنگ و جامعه)، سبک مشارکتی (مبتنی بر یادگیری حین عمل) و نهایتاً سبک یکپارچه‌نگر. جدول ۲-۱ خلاصه‌ی این سبک‌ها را نشان می‌دهد (۷۷).



شکل ۲-۳- پارادایم‌های آینده‌پژوهی

جدول ۲-۱- رویکردهای آینده‌پژوهی گیدلی

اهداف	تئوری‌های وابسته و پارادایم‌ها	اصطلاحات کلیدی	رویکردهای آینده‌پژوهی
رویکرد اثبات‌گرایی به آینده «The Future»			
پیش‌بینی‌کننده/ تجربی	اثبات‌گرایی و تجربه‌گرایی	آینده محتمل	تحلیل روند، پیش‌بینی، کنترل
تکثرگرایی رویکردهای پس‌اثبات‌گرایی به آینده‌های چندگانه «Multiple Future»			
پست‌مدرن/ انتقادی	تئوری انتقادی/ شالوده‌شکنی	آینده‌های مطلوب	هنجاری/ رهایی‌بخش
فرهنگی/ تفسیری	ساختارگرایی/ هرمنوتیک	آینده‌های بدیل یا ممکن	آینده‌های بدیل
مشارکتی	اقدام‌پژوهی/ تئوری‌های امید	آینده‌های مشارکت‌جویانه	توانمندساز
جامع/ یکپارچه‌نگر	تئوری انتگرال/ تئوری‌های سیاره‌ای	آینده‌های انتگرال یا سیاره‌ای	عدالت جهانی/ عصر سیاره‌ای

¹ Jennifer M. Gidley

² Futures Studies in Crazy Times Visionary Futures of “Futures Thinking”

۲-۱۰ کارکردهای آینده پژوهی

۱- **افزایش تعهد به برنامه**^۱: برنامه‌های آینده‌نگاری بر پایه مشارکت خبرگان است و همین مشارکت به همراه خود، تعهد آنان را برای پیاده‌سازی به همراه دارد. زمانی که برنامه توسط خبرگان تدوین می‌شود، این دولت است که برنامه خود را از خبرگان می‌گیرد و نه برعکس. در کشور ما برنامه ابزار اعمال حاکمیت دولت‌ها است. برنامه‌ریزی در وضعیت فعلی، گفتمانی است که در آن حاکمان خود را به مثابه چوپانانی می‌بینند که وظیفه دارند تا توده جامعه را به راه درست هدایت نماید، اما در آینده‌نگاری، این حاکمان هستند که برنامه حرکت خود را از جامعه وسیع خبرگان دریافت می‌کنند تا مبادا به اشتباه تصمیم بگیرند.

۲- **افزایش هماهنگی میان بازیگران**^۲: در برنامه‌های آینده‌نگاری این که چه کسی خبره است و ترکیب خبرگان چگونه باشد، اهمیت زیادی دارد. به زبان دیگر، این که چه کسانی حق رأی و انتخاب گزینه‌های توسعه را دارند، ضرورت دارد. برخلاف آنچه در تدوین برنامه‌ها در کشور ما دیده می‌شود، مشارکت‌کنندگان تنها زینت یک برنامه از پیش مشخص نیستند! خبرگان تنها وظیفه شرکت در کارگروه‌های طوفان فکری را ندارند، بلکه خبرگان گزینه‌ها را هم طرح و هم انتخاب می‌کنند. خبرگان با ترکیب حدود پنجاه-شصت درصد از بخش خصوصی، سی-چهل درصد از جامعه دانشگاهی-پژوهشی و تنها در حدود ۵ تا ۱۰ درصد از میان سیاست‌گذاران انتخاب می‌شوند. همین مشارکت در فرایند برنامه‌ریزی خد منجر به هماهنگی میان نقش‌آفرینان واقعی جامعه می‌شود.

۳- **شکل‌گیری اجماع**^۳: خبره مفهومی غیرسیاسی است. به همین دلیل است که با مشارکت همه خبرگان (و نه فقط بخش موافق دولت)، برنامه‌ها غیرسیاسی تدوین می‌شوند. با تغییر دولت‌ها دیگر مسئولین نمی‌توانند مدعی شوند که برنامه پیشین توسط دولت پیشین تدوین شده و دولت جدید نیاز به برنامه جدید دارد، آینده‌نگاری در ذات خود سیاسی‌زدایی در حوزه‌های تخصصی را به همراه دارد. دیگر نگاه سیاسی به حوزه‌های تخصصی نمی‌شود، چرا که خبرگان خود برای حوزه خود برنامه توسعه می‌نویسند و نه سیاسیونی از بیرون از آن حوزه که در تمامی حوزه‌ها ادعای تخصص دارند. اجماع نتیجه آینده‌نگاری است و نیازی به قانون و دستورالعمل و ابلاغیه و مجازات ندارد. اجماع بر پایه روش‌هایی علمی مانند دلفی یا سناریوها و مشارکت خبرگان شکل می‌گیرد. به این ترتیب برنامه‌ریزی خود ابزار ایجاد اجماع می‌شود و نه اسباب شکاف در جامعه.

¹ Commitment

² Coordination

³ Consensus

۴- **بهبود ارتباطات**^۱؛ تخصصی شدن، روند اجتناب‌ناپذیر دنیای توسعه‌یافته است. این تخصصی شدن اما گاه منجر به شکل‌گیری

زبان‌هایی تخصصی می‌شود که ارتباطات را به شدت کاهش می‌دهد به‌عنوان نمونه متخصصین اقتصاد با زبان اقتصادی چنان در خصوص برنامه‌ریزی سخن می‌گویند که خبرگان حوزه‌ای مانند مخابرات نه ادراکی از آن صحبت‌ها دارند و نه برنامه‌ای را که اقتصاددانان می‌نویسند قبول دارند. در آینده‌نگاری مشارکت بر اساس ابزارهای علمی باید در فرایندی باشد که خبرگان به انتخاب از میان دیدگاه‌های بدیل دست بزنند. بر همین اساس لازم است دیدگاه‌های بدیل به ساده‌ترین زبان مفاهیم خود را برای خبرگان آن حوزه ارائه دهند تا رای لازم را کسب نمایند. در آینده‌نگاری درست به مانند یک فرایند رای‌گیری و انتخاباتی دیدگاه‌های توسعه باید وارد رقابت شوند و رای‌دهندگان متخصصین و خبرگان هستند.

۵- **نگاه بلندمدت**^۲؛ اگر بر پایهٔ بسیاری از مطالعات بپذیریم که جامعهٔ ایرانی جامعه‌ای کوتاه‌نگر است، اهمیت این کارکرد دو

چندان می‌شود. آینده‌نگاری‌ها از یک‌سو، تصویری بلندمدت ارائه می‌دهند و از سوی دیگر، برنامه‌های اقدام کوتاه‌مدت. شکل‌گیری گفت‌وگو میان دیدگاه‌های مختلف توسعه، به‌صورت ضمنی جامعه را به سمت نگاه بلندمدت سوق می‌دهد. آینده‌نگاری گفتمان بلندمدت‌نگری را در جامعه خلق و تحکیم می‌کند. امروز که در آستانهٔ تدوین برنامهٔ پنج سالهٔ ششم توسعه هستیم، شاید باید این پرسش را از سیاست‌گذار داشت که «این شیوهٔ برنامه‌ریزی در کدام کشورهای جهان هنوز وجود دارد که دولت بر آن تأکید می‌کند؟»، «کدام کشورها سازمان برنامه (به شیوهٔ سازمان برنامه و بودجه‌ای که قرار است احیا شود) دارند؟»، «چرا باید ما بر روش‌هایی اصرار داشته باشیم که در دنیای امروز منسوخ شده‌اند و از رویکردها و روش‌هایی چشم‌پوشیم که دنیای امروز بر پایه‌ی آن برنامه‌ریزی می‌کند؟»؛ آیا تیم برنامه‌ریزی از خود این سوال را نمی‌پرسد که «چرا دنیا دیگر به این شیوه برنامه‌ریزی نمی‌کند؟» آیا تیم برنامه‌ی ششم بهتر نیست در شیوه‌ی کار خود بازاندیشی کند؟ (۴۶)

۲-۱۱ محرک‌های آینده‌نگاری

محرک‌های اصلی آینده‌نگاری را می‌توان به ۴ دسته‌ی اصلی تقسیم نمود:

- ۱- افزایش رقابت
- ۲- افزایش محدودیت‌ها بر هزینه‌ی بخش عمومی
- ۳- افزایش پیچیدگی
- ۴- افزایش اهمیت توانش علم و تکنولوژی

^۱ Communication

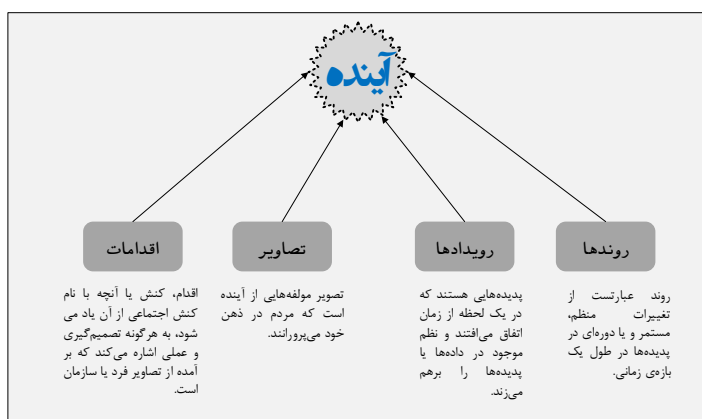
^۲ Concentration on the longer term

در ادبیات آینده‌نگاری به واسطه‌ی آن که این محرک‌ها همگی با حرف C آغاز می‌شوند با نام اختصاری 4Cs نیز شناخته می‌شوند. البته موارد دیگری نیز بر این محرک‌ها افزوده می‌شود (۶۹).

۲-۱۲ آینده چگونه ساخته می‌شود؟

جیمز دیتور^۱ یکی از آینده‌پژوهان برجسته، آینده را اندرکنش ۴ فاکتور روندها^۲، رویدادها^۳، تصاویر^۴، اقدامات^۵ معرفی می‌کند.

شکل ۲-۴ چهار عامل فوق در شکل‌دهی آینده نشان می‌دهد.



شکل ۲-۴- بلوک‌های ساخت آینده

بی‌شک روندها و رویدادها شناخته‌شده‌ترین واژه‌های آینده‌شناسی هستند که بر دو ویژگی آینده متمرکز هستند، روند اشاره به پیوستگی تاریخی و زمانی دارد، و رویداد بر گسستگی‌های تاریخی تاکید می‌ورزد. روند "تغییرات منظم در داده‌ها یا پدیده‌ها در خلال زمان" است. روندها از گذشته آغاز می‌شوند و تا آینده ادامه می‌یابند. اما رویدادها بر خلاف روندها یک گسست تاریخی را بیان می‌کنند. رویدادها حاصل یک اتفاق یا حادثه هستند که به شدت بر روندها و به‌طور کل بر آینده تاثیر می‌گذارند. شگفتی‌سازها^۶ دسته‌ای از رویدادها هستند که از احتمال وقوع بسیار کمی برخوردار هستند اما با وقوع‌شان آینده به شدت تحت تاثیر قرار می‌گیرد. تصاویر حاصل برداشت یا خواست افراد و گروه‌های گوناگون در مورد آینده است. اقدامات بر اساس تصاویر بازیگران مختلف از آینده شکل می‌گیرد. تصاویر به‌صورت‌های گوناگونی انتشار می‌یابد، از جمله در سخنرانی‌ها، گفتگوها و سناریوهایی که از طرف بازیگران تهیه می‌شود (۷۸). شکل ۲-۵ بر هم کنش بلوک‌های سازنده‌ی آینده را نشان می‌دهد.

¹ J. Dator

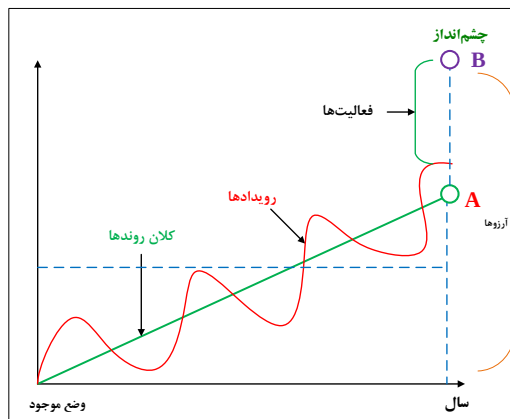
² Trends

³ Events

⁴ Images

⁵ Actions

⁶ Wildcards



شکل ۲-۵- برهم کنش بلوک‌های آینده

۲-۱۳ رویکردهای انجام مطالعات آینده‌نگاری

برای بررسی هر حوزه‌ای از علوم باید به بررسی رویکردهای آن به جهان هستی پرداخت. آینده‌پژوهی دارای سه رویکرد عمده است.

۲-۱۳-۱ رویکرد اکتشافی

در این رویکرد زمان حال نقطه‌ی آغازین بررسی آینده است و با طرح پرسش کلیدی «چه می‌شود اگر^۱» آغاز می‌شود، چه می‌شود اگر نرخ رشد، X یا Y باشد؟ چه می‌شود اگر رویداد W یا Z روی دهند؟ چه می‌شود اگر این یا آن راهبرد دنبال شود؟ در واقع، پیش‌بینی اکتشافی درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که: صرف نظر از چیزهای مطلوب، چه احتمالاتی وجود دارد؟ این نوع آینده‌پژوهی که شاید از همه‌ی انواع آن متداول‌تر است، از فنون رایج در علوم اجتماعی تجربی به پیش‌بینی آینده می‌پردازد. پیش‌بینی در این گونه‌ی آینده‌پژوهی بر اطلاعات ارزشمند از گذشته و حال استوار است و بسیار مورد استفاده‌ی کارشناسان و اقتصاددانان است. با تکیه بر این روش آنها می‌توانند برخی رخدادها و وضعیت‌های آینده را پیش‌بینی کنند و از این طریق سیاست‌ها و راهبردهای حوزه‌ی کاربری خود را طراحی کنند. از تکنیک پیش‌بینی خطی معمولاً بیش از سایر تکنیک‌ها استفاده می‌شود. در دهه‌های اخیر، به‌ویژه پس از موفقیت‌های شرکت شل در بحران نفتی ۱۹۷۳، تکنیک سناریونگاری نیز جای خود را در پیش‌بینی آینده گشوده است. اما از این تکنیک اغلب به منظور پیش‌بینی انحراف‌های جزئی از سناریوی هنجاری استفاده می‌شود. شاید نقطه ضعف اصلی پیش‌بینی، فرض پایه‌ای آن باشد: اینکه قانون جبر بر جهان مسلط است و آینده درست در همان مسیری توسعه می‌یابد که پیش‌بینی‌کنندگان می‌گویند. این فرض نادرست، قدرت انتخاب و اراده‌ی آدمی را در شکل‌بخشیدن به آینده نفی می‌کند. پیش‌بینی به دلایل زیادی در میان مردم و حتی مدیران محبوب است. از آنجا که پیش‌بینی‌ها - و عموماً پیش‌بینی‌های

^۱ What If

خطی - ترجمانی از «حال» هستند، کسی را نگران نمی‌کنند. پیش‌بینی پرسشس از آینده نیست و از آن جهت که داعیه‌ی منطقی بودن دارد، نتایج آن کم‌وبیش با سهولت پذیرفته می‌شود. به همین دلیل است که این نوع آینده‌پژوهی را اغلب آینده‌پژوهی عامه‌پسند می‌نامند. امروزه بسیاری از آینده‌پژوهان تلاش می‌کنند تا از آینده‌پژوهی عامه‌پسند فاصله بگیرند و به موارد ژرف‌تر، جدی‌تر و حساس‌تری بپردازند که حقیقتاً می‌توانند در خلق آینده‌های معنادار برای بشریت، جوامع و سازمان‌ها مفیدتر باشند. با این همه، از آنجا که دستاوردهای آینده‌پژوهی عامه‌پسند خریداران فراوانی در سراسر دنیا دارد، هیچ‌کس نمی‌تواند اهمیت آن را دست کم در شرایط کنونی - نادیده بگیرد. به آینده‌پژوهی اکتشافی آینده‌پژوهی تحلیلی نیز گفته می‌شود.

۲-۱۳-۲ رویکرد هنجاری یا تجویزی

این رویکرد به معرفی آینده‌های مبتنی بر اصول، ارزش‌ها و هنجارهای جامعه می‌پردازد در واقع پیش‌بینی هنجاری به این سؤال پاسخ می‌دهد که: ما خواهان چه آینده‌ای هستیم؟ ما می‌خواهیم چه بشویم؟ به عبارت دیگر، هنگامی که رویکردهای هنجاری را به کار می‌گیریم، بررسی خود را از نقطه‌ای زمانی در آینده آغاز می‌کنیم و پرسش‌هایی را با عبارت «چگونه» می‌سازیم: اگر رویدادها به گونه‌ای باشند که در آینده مولفه‌ی رشد، X درصد بیش از اندازه‌ی کنونی باشد، چگونه خواهد شد؟ چه چیزی ما را به سوی وضعیت Y سوق خواهد داد؟ به این آینده‌پژوهی، آینده‌پژوهی مشارکتی نیز می‌گویند.

۲-۱۳-۳ رویکرد تصویرپردازانه

این رویکرد، آینده‌ها را مبتنی بر آمال و تخیل افراد ترسیم می‌کند. (۶۶).

۲-۱۴ روش‌های آینده‌نگاری

در یک تقسیم‌بندی دیگر روش‌های آینده‌نگاری به دو بعد **ماهیت** و **قابلیت** تقسیم می‌شوند.

۱- **ماهیت**^۱: آینده‌نگاری از بعد ماهیت روش به سه نوع کمی، کیفی و شبه کمی تقسیم بندی می‌شود.

- **روش‌های کیفی** به‌طور معمول معانی رویدادها و ادراکات را در بر می‌گیرد. از آنجا که تفسیرهای این‌چنینی بیشتر بر اساس خلاقیت و ذهنیت هستند اثبات و تایید آنها به سختی صورت می‌گیرد. طبق جدول ۲-۳ روش‌های کیفی زیادی هم‌چون پس‌نگری، بارش افکار، پنل شهروندان، اسکن محیطی، پنل متخصصان، کارگاه‌های آینده، بازی‌سازی، مصاحبه، مرور متون، آنالیز ریخت‌شناسی، نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای، درخت ارتباط، سناریو و تحلیل سوات در مطالعات آینده‌نگاری وجود دارد.
- **روش‌های کمی** به‌طور معمول با اندازه‌گیری‌های متغیرها و انجام تحلیل‌های آماری صورت می‌گیرد. در جدول ۲-۳ نمونه‌ای از روش کمی آورده شده است.

^۱ Nature

- **روش‌های شبه کمی**، ترکیبی از اصول ریاضی و روش‌های ذهنی هستند. روش‌های دلفی، تکنولوژی‌های کلیدی، تحلیل چندمعیاره، تحلیل ذی‌نفعان و رهنگاشت تکنولوژی نمونه‌ای از این روش‌ها است. جدول ۲-۳ تقسیم‌بندی روش‌ها بر اساس ماهیت را نشان می‌دهد.

جدول ۲-۳ - روش‌های آینده‌نگاری بر اساس ماهیت

کیفی	کمی	شبه کمی
این روش به معنی ادراک ما از وقایع و رویدادهاست. روش‌های کیفی بر اساس ذهنیت و خلاقیت پژوهشگر هستند و به همین تاییدپذیری آنها کمی دشوار است.	روش‌های کمی بر اندازه‌گیری متغیرها و تحلیل‌های آماری استوار هستند که معمولاً از داده‌های معتبر و پایا استفاده می‌کنند.	این روش‌ها از اصول آمار و ریاضی برای کمی کردن قضاوت‌ها، آرا و نظرات صاحب‌نظران استفاده می‌کند. (وزن‌دهی به نظرات در روش دلفی)
۱- پس‌نگری ۲- ذهن‌انگیزی ۳- پانل شهروندان/پانل کارشناسان ۴- سناریو ۵- پانل کارشناسان ۶- مصاحبه ۷- مرور متون ۸- تحلیل ریخت‌شناسانه ۹- بازی نقش ۱۰- تحلیل SWOT ۱۱- سیگنال‌های ضعیف / شگفتی‌سازها	۱- الگوبرداری ۲- تحلیل سری‌های زمانی ۳- مدل‌سازی ۴- تحلیل پتنت ۵- تحلیل روند ۶- برون‌یابی روند ۷- تحلیل اثر ۸- روش‌های اقتصادسنجی	۱- تحلیل اثر متقابل ۲- دلفی ۳- تحلیل ساختاری ۴- تکنولوژی‌های کلیدی ۵- تحلیل چندمعیاره ۶- سناریوهای کمی ۷- رهنگاشت ۸- تحلیل ذی‌نفعان

۲- **قابلیت**^۱؛ این تقسیم‌بندی توانایی جمع‌آوری و پردازش اطلاعات بر اساس شواهد، تخصص و خبرگی، تعاملات و خلاقیت را در

برمی‌گیرد. این تقسیم‌بندی در متون آینده‌پژوهی با عنوان الماس آینده‌نگاری^۲ نیز شناخته می‌شود.

روش‌های خلاق‌محور^۳؛ اشاره به ترکیبی از تفکر تخیلی و ذاتی که اصولاً توسط هنرمندان یا تکنولوژیست‌ها ارائه می‌شود. این روش به شدت به ابتکار و نوآوری افراد ماهر وابسته است به عنوان مثال نویسندگان داستان‌های علمی-تخیلی دارای چنین مهارتی هستند.

روش‌های خبره‌محور^۴؛ به مهارت و دانش ضمنی افراد در یک حیطه‌ی خاص ارتباط دارد و اغلب در تصمیم‌گیرهای بالا به پایین استفاده می‌شود. این روش‌ها با تکیه بر دانش ضمنی باعث می‌شود درک جامع و کاملی از تئوری‌ها، فرضیات و مشاهدات بدست آید.

روش‌های تعامل‌محور^۵؛ فرایند تعامل و همکاری مشترک متخصصان و غیرمتخصصان (ذی‌نفعان) است. دانش آینده‌پژوهی فرایندی مشارکتی است که اغلب در جوامعی دموکراتیک وجود دارد و مشروعیت خود را از مشارکت‌های پایین به بالا می‌گیرد.

روش‌های داده‌محور^۶؛ تلاش هدفمند برای تشریح و پیش‌بینی پدیده‌های خاص با تکیه بر اسناد قابل اعتماد و روش‌های تحلیلی همچون؛ آمارها و انواع مختلف شاخص‌ها. شکل ۲-۶ هر کدام از روش‌های آینده‌نگاری را براساس میزان نزدیکی و دوری با هر یک از این چهار جنبه نشان می‌دهد.

¹ Capabilities

² Foresight Diamond

³ Creativity

⁴ Expertise

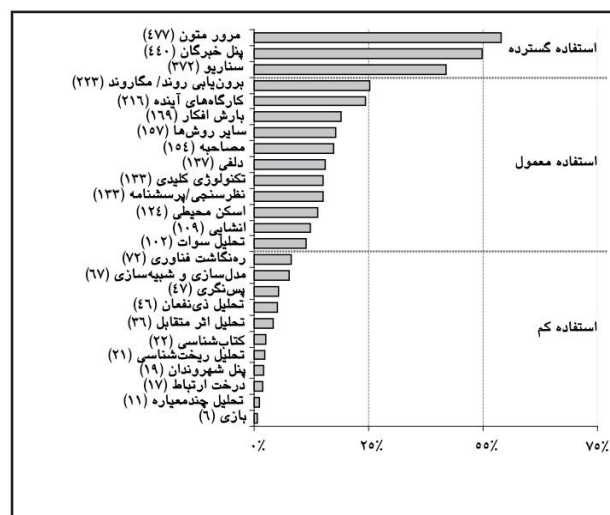
⁵ Interaction

⁶ Evidence



شکل ۲-۶ - الماس آینده‌نگاری

پوپر^۱ در سال ۲۰۰۸ در مقاله‌ای با عنوان "چگونه روش‌های مختلف آینده‌نگاری انتخاب می‌شوند؟" ۸۸۶ پروژه آینده‌نگاری اروپا را از لحاظ میزان استفاده از روش‌ها مورد بررسی قرار داد که تعداد دفعات استفاده از هر روش را شناسایی کرد. نمودار ۲-۱ نشان می‌دهد که بررسی و مرور متون، پنل خبرگان، سناریونگاری و برون‌یابی روند بیش از بقیه روش‌ها مورد اقبال قرار گرفته است. باید اذعان داشت که مطالعات آینده‌پژوهی بر حسب قلمرو مورد استفاده نیز متفاوت می‌باشند. به‌عنوان مثال مطالعات آینده‌پژوهی که در عرصه ملی انجام می‌شوند و مطالعاتی که در سطح یک منطقه فراملی صورت می‌گیرد، بسته به هدف هرکدام نیازمند ابزارهای مختلفی هستند.



نمودار ۲-۱ - میزان استفاده از روش‌های آینده‌نگاری

^۱ Popper

بیشترین تعداد روش‌های آینده‌پژوهی در پارادایم اثبات‌گرایی قرار دارند و این بخاطر سلطه‌ی طولانی‌مدت اثبات‌گرایان به مطالعات آینده‌پژوهی در ابتدای شکل‌گیری آن بوده است. روش‌های اثبات‌گرایانه که بیشتر با هدف پیش‌نگری و پیش‌بینی بکار برده می‌شوند شامل: تحلیل اثرات روند، تحلیل تاثیر متقابل، مدل‌سازی آماری، مدل‌سازی عامل، تحلیل جایگزینی و متن‌کاوی هستند که در طبقه‌ی روش‌های کمی آینده‌پژوهی قرار می‌گیرند. دسته‌ای دیگر از روش‌ها، ترکیبی از کمی و کیفی هستند مثل: تصمیم‌سازی، دلفی، بازار پیش‌بینی که در طبقه‌ی پسائبات‌گرایی قرار می‌گیرند. در این روش‌ها جست‌وجوی حقیقت محتمل درباره‌ی آینده از طریق اخذ نظرات مجموعه‌ای از افراد صورت می‌گیرد. در پارادایم سنجش‌گرایی یا نظریه‌ی انتقادی تنها روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها وجود دارد که در این روش با تحلیل وقایع در چهار سطح متفاوت نقد و تحول زمان حاضر به عنوان هدف مطرح است. روش‌های سناریو، رهنگاشت، چشم‌انداز و آینده‌های شخصی را می‌توان در پارادایم برساخت‌گرایی قرار داد. این پارادایم با ترسیم آینده‌های ممکن و مطلوب به دنبال نوسازی آینده است و مسیر رسیدن به آن را نیز هموار می‌کند. روش‌های مشارکتی نیز در ذیل پارادایم مشارکتی قرار می‌گیرند (۷۹). جدول ۲-۴ خلاصه‌ای از روش‌های آینده‌نگاری و پارادایم‌های مربوط به هریک را نشان می‌دهد.

جدول ۲-۴- ارتباط روش‌های آینده‌پژوهی با پارادایم‌های پژوهشی

روش‌ها	پارادایم‌ها	اثبات‌گرایی	پسائبات‌گرایی	سنجش‌گرایی	برساخت‌گرایی	مشارکتی
مدل‌سازی عامل	*					
تحلیل لایه‌ای علت‌ها				*		
تحلیل تاثیر متقابل	*					
مدل‌های تصمیم‌سازی	*		*			
دلفی	*		*			
مدل‌سازی آماری	*					
روش‌های مشارکتی						*
آینده‌های شخصی				*		
بازار پیش‌بینی	*		*			
سناریو				*		
رهنگاشت				*		
تحلیل جایگزینی	*					
متن‌کاوی	*					
تحلیل اثرات روند	*					
چشم‌انداز					*	

۲-۱۵ روش‌های آینده‌نگاری

۲-۱۵-۱ دیده‌بانی آینده^۱

دیده‌بانی در معنای عام عبارتست از زیر نظر داشتن یک حیطه‌ی خاص با هدف شناسایی چالش‌ها و فرصت‌های آتی موجود در آن زمینه است. دیده‌بانی علاوه بر آینده، برای موضوعاتی که در مجاورت زمانی با پارادایم‌های فعلی می‌باشند، نیز انجام می‌شود. دیده‌بانی خصوصاً به منظور تعیین اولیه حوزه‌های کلیدی جهت انجام تجزیه و تحلیل عمیق بعدی و تهیه سناریو یا نقشه راه برای آن‌ها بسیار رویکرد مفیدی است.

۲-۱۵-۲ تجزیه و تحلیل روند^۲

روند یعنی پدیده‌ای که در یک مدت کوتاه با یک گرایش و منطق خاصی تکرار می‌شود یا به عبارتی یک روند نشان می‌دهد که یک موضوع اجتماعی یا مفهوم خاص به سمت و جایگاه خاصی گرایش داشته است و آیا این گرایش در یک برهه زمانی تداوم داشته است. اولین گام در آینده‌پژوهی، کشف روندهایی است که هم‌اکنون در جریان هستند. این روش در واقع پیش‌بینی آینده از روی شواهد و قرائن تاریخی است که تغییرات یک داده در گذشته را نشان می‌دهد. تجزیه و تحلیل روندها بویژه برای سنجش کارایی کارایی سیاست‌گذاری‌ها و نمایان ساختن مشکلات در حال ایجاد بسیار سودمند هستند. نقطه ضعف عمده‌ی آن‌ها در این است که پیش‌بینی آینده به‌سادگی و با تعقیب روند گذشته یک داده به‌ندرت امکان‌پذیر است.

۲-۱۵-۳ تجزیه و تحلیل پیشران‌ها^۳

برای شناسایی پیشران‌هایی که روندهای آتی را شکل می‌دهند، از این روش بهره‌گیری می‌شود. با این روش به‌ویژه می‌توان تعامل پیشران‌ها را مورد بررسی و تدقیق قرار داده و بدین طریق پیشران‌های اصلی که شکل‌دهنده‌ی آینده هستند را تشخیص داد. برای سنجش کارایی سیاست‌های اتخاذ شده و نیز برای پیش‌آگهی از مشکلات در حال ایجاد، روش خوبی است. علاوه بر این از این روش می‌توان به‌عنوان مبنایی برای تدوین سناریوها، نقشه‌راه یا چشم‌انداز استفاده کرد.

۲-۱۵-۴ نقشه‌راه^۴

نقشه راه، گام‌هایی که برای نیل به یک هدف باید برداشت را تعیین می‌کند. طیف وسیعی از انواع نقشه راه وجود دارد. به‌عنوان مثال یک نقشه‌ی راه مربوط به تکنولوژی معمولاً شامل ارزیابی مقولاتی هم‌چون پیشران‌های اجتماعی، پیشران‌های علوم، تکنولوژی

^۱ Horizon Scanning

^۲ Trend Analysis

^۳ Drivers Analysis

^۴ Road Map

و کاربرد آنهاست. این روش بویژه برای تعیین فهرست اقدام‌های لازم که باید برای ظهور یک فناوری جدید به انجام رسانده شود، بسیار مفید است.

۲-۱۵-۵ چشم‌اندازسازی^۱

تجسم و ایجاد تصویری غنی و البته نه‌چندان دقیق از آینده است و در چشم‌انداز برخلاف سناریو که ردپا از اکنون به آینده مشهود است، بیشتر شبیه پرش به آینده است و لزوماً نمی‌توان نحوه‌ی تدوین چشم‌انداز را دید. به‌همین دلیل اخذ تایید ذی‌نفعان برای شروع کار براساس چشم‌انداز کاری مشکل است. برای مثمر‌تر بودن، چشم‌انداز باید مقرون به واقعیات و به دور از خیال‌پردازی باشد.

۲-۱۵-۶ پس‌نگری^۲

در حوزه‌ی مطالعات آینده‌پژوهی می‌توان گفت که ابزارها و روش‌های پیش‌بینی که به پارادایم اکتشافی تعلق دارند، به‌خوبی توسعه و رواج پیدا کرده‌اند. اما در مقابل توجه به ابزارها و روش‌هایی که نمایانگر و مشوق پارادایم هنجاری و آینده‌پژوهی انتقادی^۳ باشند کمرنگ‌تر است. روش پس‌نگری از جمله این روش‌هاست.

پس‌نگری با تصور آینده مطلوب شروع می‌شود و سپس با تعیین قدم‌های لازم برای افزایش شانس رسیدن به آن آینده ادامه می‌یابد. این رویکرد تنها زمانی عملی است که اهداف آینده به روشنی و به دور از هرگونه ابهام تعیین شده باشند. در غیر این‌صورت و در جایی که تعدادی اهداف بالقوه متناقض وجود داشته باشند بکارگیری متدولوژی سناریو ارجح است. هدف پس‌نگری آماده ساختن سیاست‌گذاران و عموم علاقه‌مندان به تصاویر آینده به عنوان یک زمینه برای تصمیمات و شکل‌دادن به آراء است، به این امید که دانش جدید و ایده‌های جدید ممکن است منجر به شناسایی برخی از آراء کاملاً جدید شود. برخلاف پیش‌بینی، که روندها را تجزیه و تحلیل می‌کند و به آینده‌ی پیش‌رو می‌نگرد، پس‌نگری چشم‌اندازهای آینده‌ی هنجاری را به منظور تهیه استراژی بکار می‌برد.

۲-۱۵-۷ مدل‌سازی^۴

کاربرد این روش در بررسی آینده یک سیستم و نیز جایی که درکی از عوامل مؤثر بر تغییرات سیستم در طول زمان، وجود دارد، می‌باشد. این روش ابزار ارزشمندی جهت بررسی یک موضوع پیچیده می‌باشد و در آن بررسی‌ها بیشتر بر پایه ادراکات افراد صورت

^۱ Visioning

^۲ BackCasting

^۳ Critical Futures Studies

^۴ Modeling

می‌گیرد تا شواهد. در نتیجه‌ی استفاده از این روش، سنجه‌ها در اختیار قرار می‌گیرند. این سنجه‌ها کمک می‌کنند تا تأثیر نسبی گزینه‌های مختلف ارزیابی شود ولی در اتکا به سنجه‌های بدست آمده از مدل‌ها باید محتاط بود و محدودیت‌های آنها را در نظر داشت. نکته مهم در این روش این است که برای ساختن و کالیبره کردن مدل‌ها لازم است داده‌های خوبی در اختیار باشد.

۲-۱۵-۸ شبیه‌سازی از طریق بازی^۱

این رویکرد مثل بازی‌های کامپیوتری، از متولیان موضوع خواسته می‌شود که خود را به عنوان بازیگران یک سناریو فرض کنند و در مورد واکنش‌های خود تصمیم بگیرند. بدین ترتیب این رویکرد روش خوبی برای سیاست‌گذاران است تا نحوه تأثیر سیاست‌های فعلی خود را بر آینده و میزان کارایی این سیاست‌ها را در درازمدت، شبیه‌سازی کنند. شبیه‌سازی حتی می‌تواند در یک مدل کامپیوتری شکل گیرد. با کارکردن با این مدل کامپیوتری، امکان مشاهده‌ی تأثیرات تصمیمات بر مجموعه‌ای پیچیده فراهم می‌شود.

۲-۱۵-۹ روش درخت وابستگی^۲

در روش درخت وابستگی یک مطلب گسترده به شکل صعودی به زیر مطالب کوچکتر تقسیم می‌شود. خروجی این فرایند نمایشی گرافیکی با ساختار ترتیبی است که مطلب مورد نظر را به سطوح جزئی‌تر و ریزتر طبقه‌بندی می‌کند. نقطه‌ی شروع درخت وابستگی، تشخیص نیازهای یا اهداف آینده است. این روش به منظور تشخیص شرایط مورد نیاز برای رسیدن به اهدافی مانند فعالیت‌ها و ... طراحی شده است. همچنین از این روش برای نمایش تأثیرات احتمالی فناوری استفاده می‌شود.

۲-۱۵-۱۰ روش تحلیل ریخت‌شناسانه^۳

در این روش به کمک نگاشته‌ها و با استفاده از زبان ریاضی، چشم‌اندازی وسیع از جواب‌های موجود و گزینه‌های ممکن کاربردهای آینده را نمایش می‌دهد. تحلیل ریخت‌شناسی روش مکمل درخت وابستگی است و برای تشخیص و تعیین فرصت‌های جدید تولید به‌کار می‌رود و چشم‌اندازی وسیع از پاسخ‌های ممکن ارائه می‌دهد. دو ویژگی اساسی این روش به شرح زیر است:

- تحلیلی روش‌مند از ساختار جاری و آینده‌ی یک صنعت و ارائه‌ی شکاف‌های کلیدی آن ساختار که مانع رسیدن به اهداف مورد نظر است.

- محرکی قوی برای ابداع گزینه‌های جدید پرکننده این شکاف است.

^۱ Simulation Gaming

^۲ Relevance Tree

^۳ Morphology

۲-۱۵-۱۱ چرخ آینده^۱

چرخ آینده روشی برای سازماندهی اندیشه‌ها و پرسش‌ها پیرامون آینده است. فرایند یا موضوع مورد بررسی وسط یک برکه کاغذ و منطبق با مرکز دایره‌ی فرضی کوچک نوشته می‌شود و سپس از مرکز دایره خطوط کوچکی به محیط فرضی بیرون وصل می‌شود. هر یک از نقاط تقاطع این خطوط با محیط دایره یکی از تأثیرات و نتایج ابتدایی را نشان می‌دهد. تأثیرات دوم هر یک از تأثیرات ابتدایی به همین ترتیب دایره را شکل می‌بخشند. ترسیم این تأثیرات کوچک و شکل‌گیری یک تصویر کلی مفید و کارآ از فرایند و وقایع ادامه می‌یابد.

۲-۱۵-۱۲ دلفی^۲

روش دلفی یک تکنیک ذهن‌انگیزی یا مشکل‌گشایی گروهی ساختاریافته است که به تناوب در آینده‌نگاری‌های ملی و سیاسی مورد استفاده قرار گرفته است و دربرگیرنده‌ی پرسش‌هایی از کارشناسان به‌وسیله‌ی گردش متوالی یک پرسشنامه است. نتیجه هر دور از نظرات با استفاده از روش‌های کمی و کیفی تحلیل می‌شود. نظرات مخالف و غالب باید دلایل متقن و معنی‌داری داشته باشد. تعداد دفعات گردش پرسشنامه در هر مطالعه به سطح همگرایی و همراهی که نظرخواهی قصد دستیابی به آن را دارد بستگی دارد.

۲-۱۵-۱۳ پویش محیطی^۳

پویش محیطی به شناسایی مباحث نوپدید و موقعیت‌هایی که ممکن است بر آینده‌ی سازمان تأثیر بگذارند، می‌پردازد. اطلاعات شامل رویدادها، روندها و روابط میان آنها است، که در محیط خارج از سازمان قرار دارند و برای مدیران داخل سازمان تهیه می‌شود تا در برنامه‌های آتی آنان را یاری رساند. پویش محیطی به منظور بررسی ضعف‌ها و قوت‌های سازمان برای پاسخگویی به فرصت‌ها و تهدیدهای بیرونی به‌کار می‌رود. در حقیقت پویش محیطی روشی برای تشخیص، جمع‌آوری و ترجمه‌ی اطلاعات درباره‌ی تأثیرات خارجی است که در تصمیمات و برنامه‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۲-۱۵-۱۴ تحلیل لایه‌ای علت‌ها^۴

تحلیل لایه‌ای علت‌ها یکی از روش‌های آینده‌نگاری است که توسط "سهیل عنایت‌اله" توسعه داده شده است. هدف از پیاده‌سازی تحلیل لایه‌ای علت‌ها، ساختار شکنی^۵ پدیده‌های اجتماعی و رسیدن به درکی عمیق از لایه‌های زیرین مسایل و مشکلات

^۱ Futures Wheels

^۲ Delphi

^۳ Environmental Scanning

^۴ Causal Layered Analysis

^۵ Deconstruction

است. پس از آشکار شدن لایه‌های مختلف پدیده‌ها و قرارگرفتن متن در بافت، نوبت به تدوین و ارایه‌ی سناریوهای بدیل آینده می‌رسد. در تحلیل لایه‌ای علت‌ها حالت‌های مختلف دانستن، اعم از علمی- تجربی^۱، تفسیری- تاویلی^۲ و فلسفی- انتقادی^۳ یکپارچه می‌شوند. ارزش و سودمندی این روش در پیش‌بینی بهتر و دقیق‌تر آینده نیست، بلکه با ایجاد فضاهای گذار زمینه‌ی لازم برای خلق آینده‌های بدیل فراهم می‌کند. همچنین کاربرد این روش هنگام سیاستگذاری عمومی و بلندمدت، در نهایت منجر به تهیه بینش‌های جامع‌تر، ژرف‌تر و اثربخش‌تر می‌شود.

روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها به پساساختارگرایی^۴ تعلق دارد. در این روش برخلاف روش‌هایی مانند برنامه‌ریزی سناریویی، پس‌نگری، و تحلیل موضوعات نوپدید، بر گسترش افقی فضای آینده‌ها کمتر تمرکز می‌شود. در واقع، کانون تمرکز این روش گسترش عمودی فضای آینده یا همان لایه‌های زیرین و ضمنی پدیده‌هاست. معمولاً اکثر روش‌های آینده‌پژوهی در سطحی‌ترین لایه‌ها باقی مانده و کمتر به عمق پدیده‌ها نفوذ می‌کنند. البته از آنجا که تسلط بر این روش و کاربرد درست و مناسب آن مستلزم استعدادهای تحلیلی پیشرفته و مهارت‌های هرمونتیک قوی است که همگی ریشه در علوم انسانی، فلسفه، و اسطوره‌شناسی دارند، احتمالاً اکثر مشاوران آینده‌پژوه در ابتدا در زمینه‌ی فهم و کاربرد این روش مشکل خواهند داشت.

تحلیل لایه‌ای علت‌ها برپایه این فرض استوار است که تفاوت در شیوه چارچوب‌بندی یک مسأله هم راه‌حلهای سیاستی و هم فعالان مسئول برای خلق گذار را تغییر می‌دهد. تحلیل لایه‌ای علت‌ها از چهار سطح تشکیل می‌شود که عبارتند از: لیتانی^۵، علت‌های اجتماعی^۶، گفتمان/جهان‌بینی^۷، در نهایت اسطوره/استعاره^۸.

سطح اول، "لیتانی" نام دارد که در فرهنگ مسیحی به معنی مراسم دعا و مناجات دسته جمعی است. لیتانی سطحی‌ترین لایه بوده و معرف دیدگاه رسمی و پذیرفته شده از واقعیت است. در این سطح روندهای کمی و مشکلات مثل رشد زیاد جمعیت غالباً به‌صورت مبالغه‌آمیز و معمولاً در راستای تحقق مقاصد سیاسی توسط رسانه‌های خبری معرفی می‌شوند. رویدادها، موضوعات، و روندها با یکدیگر هیچ ارتباطی ندارند و به نظر می‌رسد که ناپیوسته هستند.

نتیجه این خواهد بود که احساس استیصال (من چه کار می‌توانم بکنم؟ (یا احساس بی‌تفاوتی) هیچ کاری نمی‌توان کرد! (یا احساس فرافکنی) چرا آن‌ها هیچ کاری نمی‌کنند؟ ایجاد می‌شود. این همان آینده‌پژوهی متعارف است که صرفاً یک فضای ترس و

¹ Empirical

² Interpretive

³ Critical

⁴ Poststructuralism

⁵ Litany

⁶ Social Causes

⁷ Worldview/Discourse

⁸ Myth/Metaphor

واهمه را می‌پروراند. چنین آینده‌پژوهانی در نقش هشداردهنده ظاهر می‌شوند و به دیگران می‌گویند "ما به خط پایان رسیده‌ایم" البته با اعتقاد به چنین پیش‌گویی و انجام اقدامات مناسب می‌توان از چنین پایانی اجتناب کرد. سطح لیتانی مشهودترین و آشکارترین سطح است و درک آن نیاز به توانمندی‌های تحلیلی اندکی دارد. در این سطح هیچ چیزی مورد نقد و پرسش قرار نمی‌گیرد.

سطح دوم، به "علت‌های اجتماعی" شامل: عوامل اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، و تاریخی (مثلاً نرخ رو به رشد زاد و ولد، فقدان برنامه‌های تنظیم خانواده) می‌پردازد. در اینجا داده‌های کمی تفسیر می‌شوند. این نوع تحلیل معمولاً توسط مؤسسات تحلیل سیاست ارایه می‌شود و تحت عنوان سرمقاله در روزنامه‌ها و حتی نشریات تخصصی و البته نه کاملاً دانشگاهی چاپ می‌شود. گاهی اوقات اقدام‌های عجولانه پیشنهادی تا حدودی تحلیل می‌شود (مدل رشد جمعیت و پیشرفت‌های پزشکی و بهداشت) این سطح در توضیحات فنی-تخصصی و نیز تحلیل‌های دانشگاهی، عالی عمل می‌کند. اغلب نقش حکومت و دیگر فعالان و منافع در این سطح اکتشاف می‌شود. غالباً داده‌ها در معرض نقد و پرسش قرار می‌گیرند، اما زبان پرسش به پارادایم‌هایی که چارچوب موضوع را تعریف کرده‌اند کاری ندارد. در واقع زبان پرسش مطیع چنین پارادایم‌هایی است.

سطح سوم، به ساختار و "گفتمان/جهان‌بینی" که به نوبه‌ی خود پشتیبانی‌کننده و مشروعیت بخش به ساختار است، می‌پردازد (مثلاً رشد جمعیت و دیدگاه تمدنی نسبت به خانواده، فقدان قدرت زنان، فقدان امنیت اجتماعی، بحث جمعیت/مصرف). وظیفه‌ی اصلی پژوهشگر یافتن ساختارهای عمیق‌تر اجتماعی، زبانی، و فرهنگی است که مستقل از عامل هستند (یعنی به این بستگی ندارند که فعالان اصلی چه کسانی باشند). در این سطح تشخیص، فرضیات عمیق‌تر پشت موضوع و نیز تلاش در جهت باز تعریف مسأله بسیار مهم و حیاتی است. در این مرحله پژوهشگران می‌توانند ببینند که چگونه گفتمان‌های متفاوت (مثلاً اقتصادی، مذهبی، یا فرهنگی) نقشی فراتر از علت یا واسطه برای موضوع دارند و بیشتر در ساخت موضوع خود را نشان می‌دهند. اینکه ببینیم گفتمان مسلطی که برای فهم به کار می‌بریم چگونه به طور ضمنی در تعریف چارچوب مسأله وارد می‌شود. براساس گفتمان‌های متغیر می‌توان سناریوهای بدیل مجزا را تدوین کرد. به‌عنوان مثال، یک سناریوی آینده‌ی جمعیت براساس دیدگاه مذهبی از جمعیت تهیه می‌شود (یعنی جلو رفته و خود را چندین برابر کنید (یا سناریوی دیگر را براساس دیدگاه فرهنگی تهیه کرد که در آن گروه‌های زنان درباره‌ی نقش خود به عنوان زاینده و بزرگ‌کننده نوزاد در جامعه‌ی مردسالار و بازار جهانی کار نقادانه پرسش می‌کنند. در این سطح، شالوده‌های نمایش سطح لیتانی و متغیرهای به کار رفته برای فهم سطح لیتانی در معرض نقد و پرسش قرار می‌گیرند.

سطح چهارم، به تحلیل "اسطوره‌ها و استعاره‌ها" مربوط می‌شود. این سطح متشکل از داستان‌ها و روایت‌های عمیق، مجموعه‌ی کهن الگوها، ابعاد ناخودآگاه و اغلب انگیزشی مسأله یا تناقض‌نما است (مثلاً نگرش غیرآماری به جمعیت، اجتماع به‌جای جمعیت، یا مردم را منابع خلاق دیدن) در این سطح یک تجربه احساسی- انگیزشی درباره جهان‌بینی مدنظر فراهم می‌شود. در اینجا تمرکز بر قلبی است که احساس می‌کنند و نه مغزهایی که می‌خوانند و و فکر می‌کنند. در چنین سطحی ریشه‌ها در معرض پرسش قرار می‌گیرند البته پرسشگری خود محدودیت‌هایی دارد، چرا که چارچوب پرسشگری باید وارد چارچوب‌های دیگر درک و فهم مثلاً اسطوره‌ای شود.

چالش اصلی کاربرد روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها حرکت بالا به پایین و پایین به بالا در بین این چهار سطح است. بنابراین، روش مذکور همه‌ی اشکال مختلف دانستن را در بر می‌گیرد. تنها از طریق واکاوی عمیق و زیربنایی لایه‌های سببی است که می‌توان مطمئن شد آینده‌های بدیل و ناب شناخته و بررسی خواهند شد. ویژگی برجسته روش تحلیل لایه‌ای سببی این است که با تردید و شکاکیت درباره‌ی علت اصلی آغاز می‌شود. به هر صورت چه در آغاز و چه در انجام آینده در معرض سؤال و پرسش قرار می‌گیرد.

۲-۱۵-۱۵ سناریو^۱

سناریوهای تصاویری از آینده‌های محتمل هستند. این تصاویر به هم وابسته‌اند. هدف از بکارگیری سناریو ایجاد فضایی از ممکنات است که در آن کارایی سیاست‌های اتخاذ شده در برابر چالش‌های موجود آینده در بوته آزمایش قرار می‌گیرند. سناریوها با کشف سیستماتیک چالش‌ها و فرصت‌های پیش‌رو، در خدمت تدوین استراتژی‌ها قرار می‌گیرند. سناریوها داستان‌ها یا روایت‌هایی از موضوع هستند که باور کردنی است و خواننده می‌تواند بپذیرد که در آینده محقق می‌شود. سناریوهای خوب ریشه در گذشته دارند و می‌توانند توجیه‌کننده‌ی اتفاقات و حوادث گذشته و حال باشند. هم‌چنین سناریوها چندگانگی تاریخی یک موضوع را نشان می‌دهند هر سناریویی بر اساس روابط عقلایی، سلسله‌ای از علت‌ها و معلول‌ها را مرتب می‌سازد به‌گونه‌ای که بتواند مشروعیت عقلایی را برای روایت مورد نظر ایجاد کند. این روش از زبانی ساده برای انتشار نتایج برخوردار است و در موقعیت‌هایی با عدم قطعیت بیشتر می‌تواند کارکرد اثربخش‌تری داشته باشد. هم‌چنین در روش سناریونگاری نیازی به مشارکت گسترده‌ی خبرگان و صاحب‌نظران نیست، هر چند در صورت تحقق مشارکت کیفیت کار افزایش چشم‌گیری می‌یابد. کمبود زمان نیز دلیل دیگری برای استفاده از این روش است. برای نگارش سناریو فرایندهای مختلفی وجود دارد که هریک از آن‌ها شامل گام‌ها و مراحل متفاوتی هستند (۵۹، ۸۰، ۸۱). مراحل مختلف نگارش سناریو ناشی از دیدگاه‌های مختلف به سناریونگاری، اهداف مورد نظر، رویکرد مورد استفاده و

^۱ Scenario

مشارکت‌کنندگان در فرایند سناریونگاری است. از آنجا که رویکرد غالب این رساله روش سناریونگاری است در ادامه این روش با شرح و بسط مفصل‌تری ارائه شده است.

۲-۱۶ انتخاب رویکرد

دسته‌بندی رویکردهای آینده‌پژوهی به دو دسته‌ی رویکرد اکتشافی و رویکرد هنجاری بیشتر یک تقسیم‌بندی ذهنی است. در بسیاری از فعالیت‌های آینده‌پژوهی از هر دو رویکرد تا حدی استفاده می‌شود. البته نمی‌توان منکر این موضوع شد که بسیاری از فعالیت‌ها بر یکی بیشتر از دیگری تأکید و توجه داشته‌اند. اما نمی‌توان به طور دقیق یک فعالیت را دارای رویکرد هنجاری کامل یا رویکرد اکتشافی کامل دانست. تأکید و تمرکز بر هر یک از رویکردها متناسب با جایگاه و نقش آینده‌پژوه است. به فرض اگر شما آینده‌پژوه سازمانی هستید و سازمان شما مایل باشد تا ویژگی‌های محصول جدید خود را آینده‌نگری کند، شما بیشتر مایل هستید تا از رویکرد هنجاری استفاده نمایید، درحالی‌که آینده‌پژوه دیگری در سازمان رقیب شما به پژوهش مشغول است، سعی دارد تا آینده‌نگری خود را نسبت به محصول شما بیشتر با تکیه و تأکید بر رویکرد اکتشافی انجام دهد. به این ترتیب جایگاه آینده‌پژوه نقش بسیار مهمی در رویکرد استفاده شده خواهد داشت. جدول ۲-۵ رابطه‌ی روش‌ها و رویکردهای آینده‌پژوهی را نشان می‌دهد.

جدول ۲-۵ رابطه‌ی رویکردها و روش‌ها

ردیف	نام روش	هنجاری	اکتشافی
۱	پوشش محیطی	✓	✓
۲	تحلیل تاثیر متقابل	✓	✓
۳	دلفی	✓	✓
۴	اقتصادسنجی	✓	✓
۵	چرخ آینده	✓	✓
۶	شبیه‌سازی	✓	✓
۷	نظریه بازی	✓	✓
۸	تحلیل ریخت‌شناسی	✓	×
۹	درخت ارتباطات	✓	×
۱۰	سناریو	✓	✓
۱۱	روش‌های آماری	×	✓
۱۲	تحلیل ساختاری	×	✓
۱۳	سری‌های زمانی	×	✓
۱۴	تحلیل تاثیر روند	×	✓
۱۵	روش‌های مشارکتی	✓	×

۲-۱۷ بخش دوم - برنامه‌ریزی سناریو

۲-۱۷-۱ تاریخچه برنامه‌ریزی سناریو

برنامه‌ریزی سناریو همزمان با جنگ جهانی دوم (۱۹۴۰) به عنوان روشی برای برنامه‌ریزی در بخش دفاعی - نظامی مطرح شد. نیروی هوایی آمریکا سعی کرد با استفاده از این روش عملیات‌های ممکن دشمنان آمریکا را در آینده تصور کرده و بر این اساس استراتژی‌های جنگی مختلف را طراحی کند. شرکت رند برای جستجوی اشکال جدید تکنولوژی اسلحه از برنامه‌ریزی سناریو استفاده کرد. هرمان کان^۱ پیشگام تفکر امروز - آینده بود که در پروژه‌های آینده‌نگری نیروی هوایی آمریکا نقش عمده‌ای ایفاء داشت، کان روش برنامه‌ریزی سناریو را یک روش نوین برنامه‌ریزی در بخش غیر نظامی معرفی کرد. کان بعدها به یکی از برجسته‌ترین آینده‌نگران آمریکا تبدیل شد و در سال ۱۹۶۱ موسسه هادسون^۲ را به منظور تحقیق و پژوهش در زمینه‌ی مسائل سیاست خارجی، سیاست داخلی، امنیت ملی، اقتصاد و امور دفاعی تأسیس کرد، هدف کان در این موسسه به تصویر کشیدن غیرقابل تصورها به مردم بود. هرمان کان با مطرح کردن این ایده که بهترین راه پیشگیری از جنگ هسته‌ای آزمایش عواقب بمب اتمی بود بزرگترین بدنامی را بدست آورد. در همین زمان، موسسه‌ی پژوهشی استفورد برنامه‌ریزی بلندمدت را با درنظر گرفتن جنبه‌های سیاسی و اقتصادی به‌عنوان پیشران‌های اصلی کسب و کار معرفی کرد (۸۲).

در دهه ۱۹۷۰، پیرواک رئیس گروه برنامه‌ریزی شرکت نفتی شل ابعاد جدیدی به برنامه‌ریزی سناریو افزود. در آن دوره چندین رویداد که امکان وقوع داشتند، شناسایی شدند. اولین رویداد بدین صورت بود که ذخایر نفت آمریکا در حال کاهش و نیاز آمریکا به نفت رو به افزایش است. در آن زمان کشورهای عرب و مسلمان عضو اوپک که نسبت به حمایت غرب از اسرائیل در جنگ سال ۱۹۶۷ دلخور بودند، قصد داشتند که به نحوی انتقام گرفته و غرب و اسرائیل را تحت فشار قرار دهند. برنامه‌ریزان شرکت شل با نگاه به این واقعیت‌ها دریافتند که کشورهای عرب در صدد هستند که به زودی قیمت بالائی برای نفت درخواست کنند. تنها موضوع غیرمشخص و مبهم این بود که چه زمانی آنها دست به این کار خواهند زد. واک و تیم تحت رهبری وی، دو سناریو، که شامل دسته کاملی از داستان‌های مربوط به آینده می‌شد، به همراه جداول قیمت‌های احتمالی نفت تهیه کردند. اولین سناریو نمایانگر باور عمومی حاکم بر کارکنان شرکت شل بود؛ اینکه قیمت نفت در آینده تغییر چندانی نخواهد کرد. برای تحقق این سناریو برخی "شگفتی‌ها"^۳ همچون کشف ذخایر جدید نفت در کشورهای غیرعرب باید رخ می‌دادند. دومین سناریو به آینده محتمل نزدیک‌تر بود؛ اینکه اوپک قیمت نفت را به صورت ناگهانی افزایش خواهد داد. این سناریوها توسط واک و همکاران به

^۱ Herman Kahn

^۲ Hudson Institute

^۳ Wild Cards

مدیران ارشد شرکت شل ارائه شد. با وجود اینکه آنها مفهوم این سناریوها را درک کردند، در رفتار مدیریتی خود هیچ تغییری ایجاد نکردند. سپس واک گامی به جلو برداشت و همه پیامدهای احتمالی افزایش چشمگیر و ناگهانی قیمت نفت را با استفاده از روش برنامه‌ریزی سناریو برای مدیران تشریح کرد. وی هشدار داد که شاید صنعت نفت با کاهش شدید رشد مواجه شده و کشورهای عضو اوپک حوزه‌های نفتی متعلق به شرکت شل را تصاحب کنند. آنها نیروهای پیشران کلیدی در دنیای کسب و کار آن زمان را تبیین و تدوین کرده و بدین ترتیب روش برنامه‌ریزی سناریو را بیشتر توسعه دادند. این روش به مدیران ارشد شرکت شل برای تفکر درباره تصمیم‌هایی که می‌توانستند در برابر بحران بگیرند، کمک شایانی کرد. در اکتبر سال ۱۹۷۳، بعد از جنگ یوم کیپور^۱ و شوک نفتی حاصل از آن، در بین همه شرکت‌های نفتی، فقط شرکت شل برای مقابله با بحران و تغییر سریع و متناسب شیوه مدیریتی خود آماده بود. مدیریت این شرکت در برابر بحران مذکور واکنش سریعی نشان داد و توانست شرکت شل را از رتبه هفتم در بین شرکت‌های نفتی به رتبه دوم از لحاظ اندازه و رتبه اول از لحاظ سوددهی تبدیل کند(۸۳).

رینگلند^۲ برنامه‌ریزی سناریو را به‌عنوان بخشی از برنامه‌ریزی استراتژیک که ابزارها و تکنیک‌هایی را برای مدیریت عدم قطعیت‌های آینده ارتباط می‌دهد تعریف می‌کند. در واقع دلیل اصلی محبوبیت برنامه‌ریزی سناریو در سال‌های اخیر توانایی‌اش در به‌دست آوردن دامنه‌ای گسترده‌ای از احتمالات با جزییات است که روش‌های پیش‌بینی کمی سنتی قادر به انجام آن نبودند. سناریوها پیش‌بینی آینده نمی‌باشند بلکه داستان‌های روایی کیفی از آینده‌های بدیل هستند که تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران را از ریسک‌ها و فرصت‌های هر کدام مطلع می‌کند.

در فرایند ساخت سناریو دو رویکرد کیفی بنیادی مختلف در تعیین نوع سناریو به‌کار می‌رود. رویکرد استقرایی^۳ و رویکرد قیاسی^۴. رویکرد استقرایی یک رویکرد غیرساختارمند در توسعه و تدوین آینده‌های مختلف از طریق بارش افکار وقایع مختلف است که سناریوهای مختلفی را ایجاد می‌کند.

در عوض، رویکرد قیاسی رویکردی بسیار ساختارمند در تدوین آینده‌های بدیل با استفاده از لیست کردن و اولویت‌گذاری عدم قطعیت‌های بحرانی و مهم است. به طور عمومی ماتریس سناریوی دو در دو^۵ در ساخت سناریوهای آینده در روش قیاسی به‌کار برده می‌شود.

^۱ روز بخشایش گناهان

^۲ Ringland

^۳ inductive approach

^۴ deductive approach

^۵ 2 × 2 scenario matrix

علی‌رغم تفاوت‌های این دو رویکرد در ساخت سناریو، اما هر دوی این تکنیک‌ها و فرایندها از روش پژوهش کیفی در جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها استفاده می‌کند. در این روش سناریوهای آینده از اطلاعات جمع‌آوری شده مشتق شده و از طریق فرایند ساخت سناریو تحلیل می‌شود. از طریق بحث‌های گسترده با ذینفعان کلیدی سناریوهای مختلف آینده از دل اطلاعات پدیدار می‌شود. در این نوع رویکردها تحلیل و تولید تئوری در ارتباط مستقیم و نزدیک با دیگران است و نقش تیم برنامه‌ریزی سناریو، تفسیر سناریوها در اصطلاحات معناداری است که ذینفعان کلیدی آن را درک کنند. این فرایند تفسیر به‌عنوان یک فرایند یادگیری تجمعی^۱ است که می‌تواند به‌طور بالقوه افق دید را با آوردن فاکتورهای بی‌شماری^۲ که آینده را شکل می‌دهند به چالش بکشد (۸۴). هدف نهایی از برنامه‌ریز سناریو ایجاد سازمانی سازگار است که ابتدا بتواند تغییرات محیطی و عدم قطعیت‌ها را شناسایی کند و سپس با استفاده از خلاقیت خود از آن تغییرات به نفع خود و سازمانش استفاده کند (۸۵).

۲-۱۸ تعاریف سناریونگاری

سناریونگاری رشته‌ای نسبتاً جوانی است و عقاید و نظرات مختلفی در این زمینه وجود دارد. تنوع عقاید درباره‌ی سناریونگاری موجب تفاسیر مختلف در مورد چیستی سناریونگاری شده است. برای انتخاب یکی از روش‌های موجود و استفاده از آن، لازم است که این روش‌ها را به دقت بررسی کنیم. در تعاریف و نتایج اعلام شده‌ی سناریونگاری هم این تنوع مشاهده می‌شود. در جدول شماره‌ی ۲-۶ فهرستی از تعاریف موجود در ادبیات سناریونگاری ارائه شده است (۴۸).

جدول ۲-۶ تعاریف برنامه‌ریزی سناریو

نویسنده	سال	تعاریف
مایکل پورتر (۸۶)	۱۹۸۵	یک نگاه سازگار داخلی به آنچه که در آینده ممکن است رخ دهد- نه یک پیش‌بینی، بلکه نتایج احتمالی در آینده
شوارتز (۸۷)	۱۹۹۱	ابزاری برای ادارک محیط‌های آینده بدیل که با تصمیمات امروز ساخته می‌شود.
شومیکر (۸۸)	۱۹۹۵	یک روش‌شناسی تشریحی برای تصویرسازی آینده‌های ممکن که تصمیمات سازمانی امروز در شکل‌گیری آن نقش دارد.
وندرهیدن (۸۹)	۱۹۹۷	توصیفاتی دارای سازگاری درونی و چالش‌برانگیز از آینده‌های ممکن
رینگلند (۹۰)	۱۹۹۸	بخشی از برنامه‌ریزی استراتژیک که مرتبط است با ابزارها و تکنولوژی‌هایی برای مدیریت عدم قطعیت‌ها در آینده
الکساندر و سرفاس (۹۱)	۱۹۹۸	یک ابزار موثر آینده‌نگاری است که برنامه‌ریزان را قادر می‌سازد که بیامایند وقوع چه چیز محتمل و چه چیز بعید است و بفهمند که عناصر بعید در یک سازمان، مواردی هستند که می‌توانند موفقیت نسبی آن را تعیین کنند.
کاهان (۹۲)	۱۹۹۹	مجموعه‌ای از داستان‌های تخیلی اما باورپذیر و خوب بررسی شده درباره‌ی آینده
ویلسون (۹۳)	۲۰۰۰	سناریوها ابزارهای مدیریتی هستند که کیفیت تصمیم‌گیری اجرایی را بهبود داده و به مدیران کمک می‌کند تا تصمیمات استراتژیک بهتر و پایدارتری بگیرند.
گودت (۹۴)	۲۰۰۱	سناریوها ابزاری برای نشان دادن یک واقعیت آینده به منظور روشن کردن اقدامات فعلی از منظر آینده‌های ممکن و مطلوب
توماس چرماک (۹۵)	۲۰۰۱	به چالش کشیدن پارادایم‌های فعلی تفکر و اشاعه‌ی یک سری از داستان‌هایی که توجه آن به جنبه‌های مختلف سازمان معطوف است.
ون نوتن (۹۶)	۲۰۰۵	سناریوها روایت‌هایی سازگار و منسجم از آینده فرضی جایگزین هستند که دیدگاه‌های مختلف در مورد گذشته، حال و تحولات آینده را منعکس کرده و می‌توانند به‌عنوان اساسی برای عمل باشند.

^۱ Collective Learning

^۲ myriad factors

جدول ۵-۲ نشان می‌دهد که تقریباً نیمی از تعاریف موجود از سال ۱۹۹۷ به این طرف ارائه شده است. چنین موجی از مطالب منتشر شده درباره‌ی برنامه‌ریزی سناریو افزایش کاربرد این ابزار استراتژیک را نشان می‌دهد. افزایش اخیر در ادبیات علمی سناریونگاری نشان می‌دهد که این فرایند با تلاش متخصصان سناریونگاری در حال توسعه و تکامل است (۴۸).

۲-۱۹ فرایند برنامه‌ریزی سناریو

برای فعالیت در دنیای سرشار از عدم قطعیت، رهبران و مدیران باید مفروضات خود را درباره مسیر حرکت جهان با پرسش‌های فراوان "اگر این طور شود چه؟" به چالش بکشند تا بتوانند جهان آینده را واضح‌تر ببینند. هدف برنامه‌ریزی سناریو کمک به رهبران و مدیران برای تغییر نگرش آنها نسبت به "واقعیت‌های پنداری" و نزدیک کردن هر چه بیشتر دیدگاه آنها به "واقعیت‌های موجود" و یا "واقعیت‌های در حال ظهور" است. نتیجه نهایی برنامه‌ریزی سناریو ترسیم یک نقشه درست و دقیق از آینده نیست بلکه هدف آن اصلاح و بهبود نظام‌مند تصمیم‌های مربوط به آینده است (۸۳).

۲-۲۰ رویکردهای سناریونگاری

در ۴۰ سال گذشته رویکردهای بی‌شماری برای طراحی سناریو رواج یافته است. بطوریکه بدلیل گستردگی زیادی رویکردهای سناریوسازی برخی نویسندگان از آن با نام آشوب متدولوژیکی^۲ یاد می‌کنند. تعدادی از این روش‌ها عبارتند از: روش دومحور یا روش شبکه جهانی کسب و کار، روش تحلیل شاخه‌ای، روش مخروط قابلیت پذیرش، روش شبکه‌ی سناریو و روش درخت تاثیرات. توماس چرماک^۳ در کتاب برنامه‌ریزی سناریو مبتنی بر عملکرد رویکردهای اصلی برنامه‌ریزی سناریو را این چنین بیان کرده است:

- مدل شبکه جهانی کسب و کار یا روش رویال داچ شل
- سنت فرانسه
- گروه آینده‌ها
- روش ویلسون و رالستون
- روش لیندگرن و بندهودل
- روش سناریوهای مرجع
- روش تصمیمات بین‌المللی استراتژی
- روش سناریوهای رویه‌ای
- روش سناریوهای صنعتی
- روش خلاق نرم (۴۸)

^۱ What If?

^۲ Methodological chaos

^۳ Thomas Chermack

۲-۲۰-۱ مدل شبکه جهانی کسب و کار^۱

شبکه جهانی کسب و کار در سال ۱۹۸۷ توسط پیتر شوارتز^۲ و همکارانش تاسیس شد. این روش یکی از قدرتمندترین روش‌های سناریوسازی است که توسط کمپانی شل مورد استفاده قرار گرفت و به مدل GBN نیز معروف است. این روش سناریوسازی در سطح بخشی بسیار کارآمد است. به گونه‌ای که این روش را "استاندارد طلایی برای تولید سناریوهای شرکت" می‌نامند. پیتر شوارتز در کتاب "هنر دورنگری"^۳، گام‌های برنامه‌ریزی سناریو را هشت گام به شرح زیر توصیف کرده است:

گام اول: آشکارسازی تصمیم؛ رهبر یا مدیر سازمان باید درک درستی از انتخاب‌های خود داشته و بداند که در آینده نزدیک و در حال تکوین باید چه موضوعات مهمی را در دستورکار خود قرار دهد. واکنش رهبران و مدیران به این مسائل بسیاری از عملکردهای آینده سازمان آنها را مشخص می‌کند. بنابراین در گام نخست باید ماهیت تصمیم‌های استراتژیک آشکار شود. این گام با طرح پرسش‌های مناسب با توجه به ارزش‌ها، چشم‌انداز، اهداف و مأموریت سازمان انجام می‌شود. این پرسش‌ها می‌توانند به شرح زیر باشند:

- صنعت و کسب و کار ما به کدام سمت در حال حرکت است؟
- مسیر توسعه و رشد صنعت و یا کسب و کار ما چیست؟
- چه رویدادهایی ممکن است در توسعه و رشد صنعت و یا کسب و کار ما موثر بوده و ما را به اعمال تغییرات وادار کنند؟
- تحت چه شرایطی و در چه محیطی سازمان ما می‌تواند موفق باشد؟
- تحت چه شرایطی و در چه محیطی سازمان ما در معرض خطر قرار می‌گیرد؟

این پرسش‌ها برای نفوذ به ذهن رهبران و مدیران، که نوعاً حالتی تدافعی دارد، با مقاومت‌هایی روبرو خواهد شود. بنابراین در این مرحله ساختار ذهنی موجود آزموده شده و مشخص می‌شود که آیا ساختار ذهنی رهبران و مدیران، آنها را از بهتر دیدن آینده‌های متعدد و مختلف محروم کرده است یا نه؟ این مرحله همچنین شامل شناسایی "عوامل کلیدی موفقیت" کسب و کار می‌شود.

گام دوم: بدست آوردن و جمع‌آوری اطلاعات؛ هنگام تدوین سناریوها، روایت داستان‌هایی که دانش کنونی مردم را نسبت به محیط پیرامونی افزایش داده و در ضمن نگرش آنها به واقعیت‌های جهان آینده را به چالش کشد، ضروری است. بنابراین فرایند تدوین سناریو لزوماً شامل بدست آوردن و جمع‌آوری اطلاعات می‌باشد. پس از جمع‌آوری اطلاعات طراحان می‌توانند سئوالات اساسی و مهمی را مطرح کنند. یک طراح سناریو باید به صورت همزمان بر روی موضوعات کلیدی و مهم و نیز رویدادهای

^۱ Global Business Network

^۲ Peter Schwartz

^۳ The Art of Long View

غیرمنتظره احتمالی تمرکز کند. یکی از موضوعات مهم هنگام جمع‌آوری اطلاعات توجه ویژه به پیشرفت‌های علم و فناوری و همه رویدادهایی است که به باورها و نظام‌های ارزشی مردم آینده شکل می‌دهند.

گام سوم: شناسایی نیروهای پیشران کلیدی؛ سومین فعالیت هنگام تدوین سناریوها، جستجوی "نیروهای پیشران کلیدی" است که "عوامل کلیدی موفقیت" کسب و کار را تحت تاثیر قرار می‌دهند. به عنوان مثال قوانین و ضوابط دولتی می‌تواند بر موفقیت کسب و کار تاثیر داشته باشد اما باید توجه کرد که علاوه بر قوانین دولتی، عوامل ناشناخته خارجی فراوانی نیز وجود دارند. شناسایی و ارزیابی این عوامل بنیادی نقطه عطف روش برنامه‌ریزی سناریو است. شناسایی نیروهای پیشران کلیدی لزوماً باید به صورت گروهي انجام شود. نیروهای پیشران را می‌توان به مولفه‌های اجتماعی، فناورانه، زیست محیطی، اقتصادی سیاسی و ارزش‌ها^۱ تجزیه کرد. عموماً سازمان‌ها کنترل کمتری بر نیروهای پیشران دارند و تنها اهرم موثری که برای برخورد با آنها در اختیار دارند، شناسایی و فهم تاثیرات آنهاست.

گام چهارم: آشکار سازی عناصر نسبتاً معین؛ عناصر نسبتاً معین، که به زنجیره رویدادهای خاص وابسته نیستند، شالوده توسعه سناریوها و منطق حاکم بر آنها می‌باشند. مثال بارز برای عناصر نسبتاً معین، رشد جمعیت یک کشور است. کاهش شدید نرخ زادوولد در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ در شوروی سابق باعث شد تا این کشور در اواسط دهه ۱۹۸۰ با معضل کمبود نیروی کار مواجه شود. این مساله باعث بوجود آمدن مشکلات اقتصادی و سیاسی فراوانی در شوروی سابق شد. در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ موضوع کاهش نیروی کار فعال در دهه ۸۰ در کشور شوروی سابق یک عنصر نسبتاً معین تلقی می‌شد.

گام پنجم: شناسایی عدم قطعیت‌های بحرانی؛ در هر طرحی، عدم قطعیت‌های بحرانی مختلفی وجود دارند و وظیفه اصلی هر طراح سناریو جستجو و یافتن آنهاست. این عدم قطعیت‌ها اغلب با عناصر نسبتاً معین رابطه دارند. طراح سناریو با مورد سؤال قراردادن مفروضات خود درباره عناصر نسبتاً معین و پیگیری زنجیره روابط می‌تواند برخی عدم قطعیت‌های بحرانی را شناسایی کند. به عنوان مثال صنعت چاپ و نشر یک کشور خاص را در نظر بگیرید. "جمعیت باسواد" یک عنصر نسبتاً معین می‌باشد زیرا به زنجیره رویدادهای خاص وابسته نیست و می‌توان با آمارگیری آن را تعیین کرد. ولی "فرهنگ مطالعه" یک عدم قطعیت بحرانی است که به موضوعات گوناگونی همچون سیاست‌های فرهنگی، آموزشی و اقتصادی و دیگر عوامل بستگی دارد. بنابراین سیاست‌های کنونی آموزش و پرورش و دیگر نهادهای فرهنگی می‌تواند بازار آینده صنعت چاپ و نشر را تحت تاثیر قرار دهد. فرض‌های مختلف درباره عدم قطعیت‌های بحرانی موجب تدوین سناریوهای مختلف می‌شود. یکی از روش‌های شناسایی عدم قطعیت‌های بحرانی، درجه‌بندی عوامل کلیدی موفقیت و نیروهای پیشران کلیدی براساس دو معیار زیر می‌باشد:

^۱ Social, Technological, Economic, Environment, Political and Values (STEEP)

▪ درجه اهمیت این عوامل برای موفقیت در تصمیم‌های شناسایی شده در گام اول

▪ درجه نامعین بودن این عوامل

گام ششم: تدوین سناریوها؛ بر اساس فرض‌های مربوط به عناصر نسبتاً معین و عدم قطعیت‌های بحرانی و چگونگی رفتار نیروهای پیشران کلیدی می‌توان سناریوهای مختلفی را تبیین و تدوین کرد. در واقع سه محور مذکور چارچوبی مفهومی برای اکتشاف آینده‌های ممکن متعدد فراهم می‌آورند. هنگام تدوین سناریوها بهتر است از گروهی افراد که در شرکت، سازمان یا دولت مسوولیت تصمیم‌گیری ندارند، استفاده شود. هر یک از اعضای گروه، تحقیق خود را انجام داده و سپس در جلسه‌ای مشترک به پرسش‌هایی همچون موارد زیر پاسخ می‌دهند.

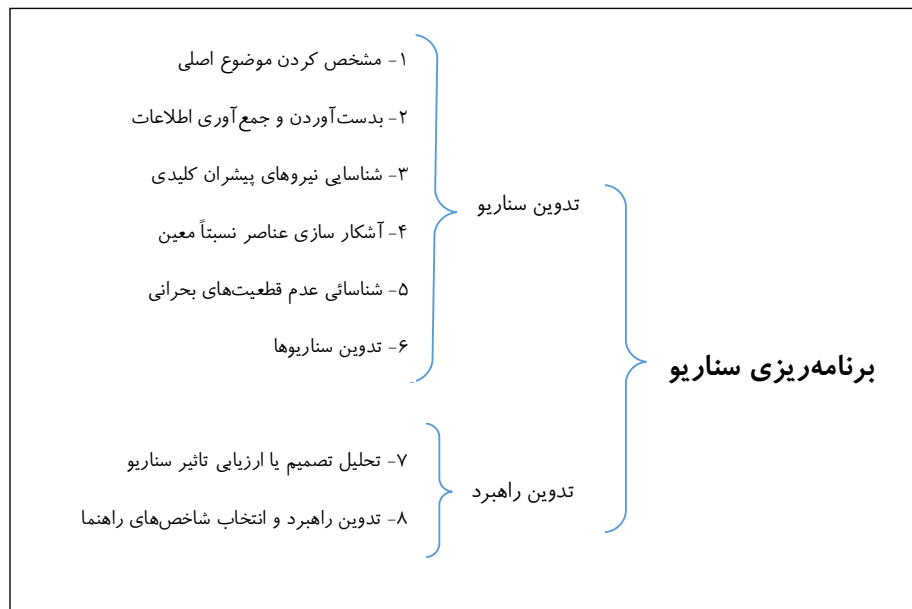
- نیروهای پیشران کلیدی کدام‌ها هستند؟
- چه موضوعاتی نامشخص و مبهم هستند؟
- چه آینده‌هایی غیرقابل اجتناب هستند؟

هدف از این کار ترسیم نمودارها و انتخاب‌های مختلف برای تصمیم اصلی است. باید نمودارهایی ترسیم کرد که پویایی موقعیت‌های مختلف را به خوبی نشان داده و با تصمیم مدنظر ارتباط اثر بخش تری داشته باشد.

گام هفتم: تحلیل تصمیم یا ارزیابی تاثیر سناریو؛ پس از تدوین سناریوها باید به تصمیم‌های شناسایی شده در گام اول بازگشت. باید دید که عملکرد هر یک از تصمیم‌ها در هر یک از سناریوها چطور به نظر می‌رسد؟ نقاط ضعف و آسیب‌پذیر آشکار آن‌ها کدام است؟ آیا تصمیم‌های استراتژیک در همه سناریوها عملکرد خوبی دارند یا فقط در یک یا دو مورد از آنها؟

گام هشتم: تدوین راهبرد و انتخاب شاخص‌های راهنما؛ پس از تدوین سناریوها و تحلیل تصمیم، باید شاخص‌های راهنما برای پایش مسیرهای آینده تهیه شوند. به کمک این شاخص‌ها می‌توان از ظهور هریک از سناریوها به موقع آگاه شد و دریافت که مادر آبتن آینده کدام فرزند خود را به دنیا خواهد آورد. از هشت مرحله‌ای که شوارتز برای برنامه‌ریزی سناریو مطرح کرده است، شش مرحله‌ی اول مربوط به تدوین سناریو و دو مرحله‌ی آخر تحت عنوان تدوین راهبرد شناخته می‌شود (۹۷). تاپینوس^۱ با بررسی روش‌های سناریوسازی مبتنی بر عدم قطعیت که مبنای آن همان روش شبکه جهانی کسب و کار است فرایند برنامه‌ریزی سناریو را مطابق شکل ۲-۷ خلاصه کرده است.

^۱ Tapinos



شکل ۲-۷ - فرایند برنامه‌ریزی سناریو (۹۸)

۲-۲۰-۲ سنت فرانسه^۱

این روش سناریونویسی در سال ۱۹۷۴ توسط آینده‌پژوه فرانسوی میشل گودت^۲ طراحی و توسعه پیدا کرد. کار گودت بر اساس استفاده از اصطلاح "چشم‌انداز"^۳ بود، که توسط فیلسوفانی چون گاستون برگر^۴ بکار گرفته شده بود. در رویکرد گودت سناریوها به دو طبقه‌ی تقسیم می‌شوند؛ سناریوهای وضعیتی^۵ که موقعیت آینده را تشریح می‌کنند و توسعه‌ی سناریو^۶ که توالی وقایع برای تحقق آن موقعیت در آینده را تشریح می‌کنند. بر همین اساس گودت سه نوع سناریو که در هر طبقه می‌تواند وجود داشته باشد را معرفی کرد. سناریوی روند-محور که ادامه‌ی وضعیت جاری است؛ سناریوی متضاد و سناریوی هنجاری که تشریح‌کننده یک وضعیت مطلوب در آینده و حرکت از آینده به حال است (۹۹).

سناریوسازی در سنت فرانسه یک رویکرد تحلیل ساختاری با سه فاز اجرایی است:

۱- مطالعه‌ی ارتباط متغیرهای داخلی و خارجی از طریق ماتریس تاثیر متقابل که در آن اثر یک متغیر روی متغیر دیگر سنجیده می‌شود.

۲- مذاقه‌ی طیف وسیعی از ممکنات و کاهش عدم قطعیت‌ها از طریق شناسایی متغیرها و استراتژی‌های کلیدی. نرم‌افزارهای پیشرفته می‌توانند با برآورد عدم قطعیت‌ها احتمالات ذهنی از ترکیب متغیرهای مختلف را کاهش دهد.

^۱ French School

^۲ Michel Godet

^۳ Perspective

^۴ Gaston Berger

^۵ Situational Scenarios

^۶ Development Scenarios

۳- تدوین سناریو به یک مجموعه از فرضیات محدود می‌شود، زمانیکه داده‌ها وارد و تحلیل شد سناریوها برای تشریح وضعیت فعلی به چشم‌انداز آینده ساخته می‌شوند (۹۹).

۲-۲۰-۳ روش گروه آینده‌ها^۱

گروه آینده یک شرکت مشاوره‌ای است که رویکردش در برنامه‌ریزی سناریو تحلیل تاثیر-روند است که آن را در سه فاز آمادگی، تدوین و گزارش کاربردی ارائه می‌دهد. در فاز آمادگی، ابتدا یک موضوع، حیطه یا تصمیم تعریف شده و سپس پیشران‌های کلیدی آن موضوع شناسایی می‌شوند. به چندین سوال در این فاز باید پاسخ داده شود: چه تحولاتی ممکن است در آینده باید مورد جستجو قرار گیرد؟ چه متغیرهای برای تصمیم‌گیری باید جستجو شود؟ چه نیروها و تحولاتی بیشترین توانایی را در شکل بخشیدن به آینده سازمان دارند؟ فاز توسعه و تدوین شامل ساخت یک فضای سناریو، انتخاب جهان جایگزین برای جزئیات و آماده‌سازی پیش-بینی‌های سناریوی مشروط است. انتخاب فضای سناریو به معنای بررسی حالات مختلف آینده که پیشران‌های مختلف می‌توانند تولید کنند است. شرایط غیرمنطقی و غیرقابل باورپذیر بایستی رد شود. برای انتخاب آینده‌های باورپذیر بایستی تفکر فعلی به چالش کشیده شود. مرحله‌ی گزارش و کاربرد سناریو، بطور خلاصه و بدون جزئیات کاربرد آن را برای کاربران توضیح می‌دهد (۹۰).

۲-۲۰-۴ روش تصمیمات بین‌المللی استراتژی^۲

این روش که توسط پائول شومیکر^۳ ارائه شده شباهت بسیاری به روش شبکه‌ی جهانی کسب و کار دارد. مرحله اول آن شامل تعریف دامنه‌ی پروژه است. این مرحله شامل تنظیم زمان، بررسی گذشته برای شناسایی نرخ تغییرات و برآورد نرخ تغییرات مورد انتظار در آینده است. مرحله‌ی دوم شناسایی ذی‌نفعان کلیدی داخلی و خارجی و نقش‌هایی که هر کدام از آنها می‌تواند بازی کند، است. در مرحله‌ی سوم، روندهای پایه شناسایی می‌شود. روندهای اقتصادی، سیاسی، اجتماعی، تکنولوژیکی، قانونی و محیطی و ارتباطش با موضع اصلی پروژه تحلیل می‌شود. روندها و ارتباطشان با متغیرهای موضوع یا تصمیم را برای درک بهتر می‌توان روی نمودار تاثیر ترسیم کرد. مرحله‌ی چهارم عدم قطعیت‌های کلیدی را استخراج می‌کند. چه رویدادهایی پیامدشان روی سازمان غیرقطعی است و ارتباط این رویدادها با یکدیگر به چه نحوی است در این مرحله شناسایی می‌شود. به عنوان مثال اگر یک عدم قطعیت اقتصادی سطح بیکاری در جامعه است و عدم قطعیت بعدی نرخ تورم است، ترکیب عدم بیکاری (اشتغال کامل) و نرخ تورم صفر غیرممکن است.

¹ The Futures Group

² Decision Strategies International

³ Paul J. H. Schoemaker

بعد از شناسایی روندها و عدم قطعیت‌ها، در **مرحله ی پنجم** سناریوهای اولیه ساخته می‌شوند. یک رویکرد ساده عبارتست از یک طیف دوطرفه ی مثبت و منفی که متغیرها بسته به میزان تاثیرشان روی این طیف قرار می‌گیرند. **مرحله ی ششم** باورپذیری سناریوهای استخراج شده را ارزیابی می‌کند. شومیکر سه آزمون برای همسای درونی سناریو معرفی کرد: ترکیب نتایج، واکنش سهامداران عمده و روندیابی متناسب با زمان. در **مرحله ی هفت** داستان سناریوها با دستکاری نتایج قابل قبول آشکار می‌شود. روندها ممکن است در سناریوها یکسان باشند و نتایج هم می‌تواند با وزن بیشتر و کمتر جابجا شوند. آنچه اهمیت دارد این است که "سناریوها ابزاری برای تحقیق و مطالعه هستند نه تصمیم‌گیری". در **مرحله هشتم** حیطه‌هایی از سناریوها که به تحقیق بیشتر نیاز دارد شناسایی شده این حیطه‌ها معمولاً به‌عنوان "نقاط کور" شناخته می‌شوند. **مرحله ی نهم** بررسی مجدد سازگاری داخلی سناریوها بعد از انجام تحقیقات اضافه است. در این مرحله مدل‌های کمی اصولاً برای کمی کردن نتایج سناریوهای مختلف بکار می‌رود. **مرحله ی دهم** تعیین سناریوها برای تصمیم‌گیری است.

شومیکر چهار معیار برای تصمیم‌گیری اثربخش سناریوها ارائه کرده است: سناریوها باید مرتبط باشند و تفکر فعلی را به چالش بکشند. دوم سناریوها باید دارای سازگاری درونی و باورپذیری باشند. سوم اینکه سناریوها باید بیانگر آرمان‌های نهفته در آینده باشند تا توصیفی ساده از موضوع پژوهش و نهایتاً اینکه هر سناریو باید توصیف‌کننده یک حالت نهایی از یک موازنه باشد (۸۸).

۲-۲-۵ روش ویلسون و رالستون^۱

روش ایان ویلسون و بیل رالستون^۲ یکی از دقیق‌ترین روش‌های برنامه‌ریزی سناریو است که تاکنون منتشر شده است. آنها بر اساس پانزده سال تجربه ی خود به‌عنوان مشاورین ارشد شرکت‌ها کتاب کامل هندبوک برنامه‌ریزی سناریو را تدوین کردند. رویکرد آنها به برنامه‌ریزی سناریو در جدول زیر آورده شده است (۱۰۰).

جدول ۲-۷ - مراحل تدوین و توسعه ی سناریو (۱۰۰)

مرحله ی اول: توسعه ی مورد سناریو	مرحله ی دهم: انجام پژوهش درخصوص موضوعات کلیدی و پیشران‌ها
مرحله ی دوم: جلب نظر مشارکت‌کنندگان و حامیان	مرحله ی یازدهم: ارزیابی اهمیت و عدم قطعیت فاکتورها
مرحله ی سوم: تعریف موضوع تصمیم	مرحله ی دوازدهم: شناسایی محورهای کلیدی عدم قطعیت
مرحله ی چهارم: طراحی فرایند	مرحله ی سیزدهم: انتخاب منطق سناریوها و پوشش عدم قطعیت‌ها
مرحله ی پنجم: انتخاب تسهیل‌گران	مرحله ی چهاردهم: نوشتن خطوط داستان هر سناریو
مرحله ی ششم: تشکیل تیم سناریو	مرحله ی پانزدهم: تمرین عملی سناریوها
مرحله ی هفتم: جمع‌آوری اطلاعات، نظرات و پیش‌بینی‌ها	مرحله ی شانزدهم: گرفتن تصمیمات و توصیه‌ها
مرحله ی هشتم: شناسایی و ارزیابی فاکتورهای کلیدی	مرحله ی هفدهم: شناسایی شاخص‌هایی برای پایش
مرحله ی هشتم: شناسایی فاکتورهای بحرانی و پیشران‌ها	مرحله ی هجدهم: انتقال نتایج به مجموعه ی سازمان

^۱ Wilson and Ralston

^۲ Ian Wilson and Bill Ralston

۲-۲۰-۶ روش لیندگرین و بندهودل^۱

در سال ۲۰۰۳، ماتس لیندگرین و هانس بندهودل^۲ کتابی با عنوان برنامه‌ریزی سناریو: ارتباط بین استراتژی و آینده را تدوین کردند. تفسیر آن‌ها از مدل برنامه‌ریزی سناریو بر اساس روش TAIDA^۳ است که مخفف ۵ مرحله است.

- مرحله اول: پیگیری؛ هدف این مرحله پیگیری و توصیف تغییراتی در جهان پیرامون است که بر موضوع اصلی پروژه تاثیرگذار است.
- مرحله دوم: تحلیل؛ در این گام تغییرات شناسایی شده مورد تحلیل و ارزیابی قرار می‌گیرد.
- مرحله سوم: تصاویر؛ در این مرحله آینده‌های محتمل بخصوص آینده مطلوب به تصویر کشیده می‌شود.
- مرحله چهارم: تصمیم‌گیری؛ در این فاز چالش‌ها و فرصت‌های هر حیطه استخراج و راجع به میزان نیل به پیشرفت در هر کدام تصمیم‌گیری می‌شود.
- مرحله پنجم: فعالیت؛ در این مرحله بعد از اینکه در خصوص انتخاب آینده‌های بدیل تصمیم‌گیری شد اقدام به فعالیت می‌شود (۱۰۱).

۲-۲۰-۷ روش سناریوهای مرجع^۴

- آکوف^۵ برای رویارویی با تغییرات خارجی چهار حالت را برای سازمان‌ها شناسایی کرد:
- عدم فعالیت (Inactivity): نادیده گرفتن تغییرات و ادامه‌ی وضعیت معمول سازمان
 - واکنشی (Reactivity): منتظر تغییرات بودن و سپس اقدام برای واکنش
 - استقبالی (Proactivity): پیش‌بینی تغییرات و آماده کردن سازمان برای مواجهه با آن‌ها
 - تعاملی (Proactivity): مشارکت تعاملی با محیط خارجی برای ایجاد یک آینده‌ی مرجع برای سهام‌داران (۱۰۲)

۲-۲۰-۸ سناریوهای صنعت^۶

پورتر^۷ اظهار داشت که سناریوهایی که به‌طور سنتی در برنامه‌ریزی استراتژیک استفاده می‌شوند، بر موضوعات اقتصاد کلان و سیاست کلان تاکید دارند. همچنین او ادعا می‌کند که در استراتژی رقابتی، واحد مناسب برای تحلیل، صنعت است و سناریوهای صنعت را دیدگاه‌های اولیه و دارای سازگاری درونی درباره‌ی اینکه جها در آینده چگونه به نظر خواهد رسید، تعریف نمود (۸۶).

^۱ Wilson and Ralston

^۲ Mats Lindgren and Hans Bandhold

^۳ Tracking, Analyzing, Imaging, Deciding and Acting

^۴ Reference scenarios

^۵ Ackoff

^۶ Industry scenarios

^۷ Porter

۹-۲۰-۲ رویکرد خلاق نرم^۱

برآرز و وبر^۲ یک رویکرد سه مرحله‌ای تحلیل، توصیف و سنتز برای سناریوسازی فرموله کردند. در مرحله‌ی تحلیل اعضای سازمان به یک فهم مشترک از مسائل می‌رسند. برآرز و وبر استفاده از روش‌های خلاقانه همچون تحلیل ریخت‌شناسی، دلفی و بارش افکار را برای این فاز پیشنهاد داده‌اند. مرحله‌ی دوم مسیر تحولات ممکن را بررسی می‌کند و مرحله‌ی سنتز با کشف وابستگی متقابل بین متغیرها به ساخت موقعیت‌های مختلف برای آینده می‌پردازد (۱۰۳).

۱۰-۲۰-۲ مدل رولندبرگر^۳

این روش با عنوان کتابی با همین نام توسط بورخارت شونکر و تورستن ولف^۴ در سال ۲۰۱۳ توسط انتشارات اشپرینگر^۵ منتشر شده است. این رویکرد متشکل از یک فرایند ساختارمند با چارچوب‌های استاندارد در هر مرحله است که استراتژیست‌ها را قادر می‌سازد که برنامه‌ریزی سناریو را در فرایندهای برنامه‌ریزی استراتژیک ادغام کرده و بدین‌وسیله واکنش در برابر شرایط پیچیده و عدم اطمینان را امکان‌پذیر سازند. این رویکرد مبتنی بر شش مرحله مطابق با شکل ۸-۲ است که در هر مرحله از یک ابزار استاندارد برای استخراج اطلاعات استفاده می‌شود (۵۳).

گام اول؛ تعریف دامنه‌ی کلی پروژه؛ در این مرحله با استفاده از یک چک لیست مشخص^۶ تمام جنبه‌های کلیدی یک موضوع را جمع‌آوری می‌کنیم. اجزای این چک لیست شامل هدف سناریو، سطح استراتژیک تجزیه و تحلیل، ذی‌نفعان، مشارکت‌کنندگان و افق زمانی است. شکل ۸-۲ اجزای این چک‌لیست را نشان می‌دهد.



¹ Soft creative methods

² Brauers and Weber

³ Rolandberger

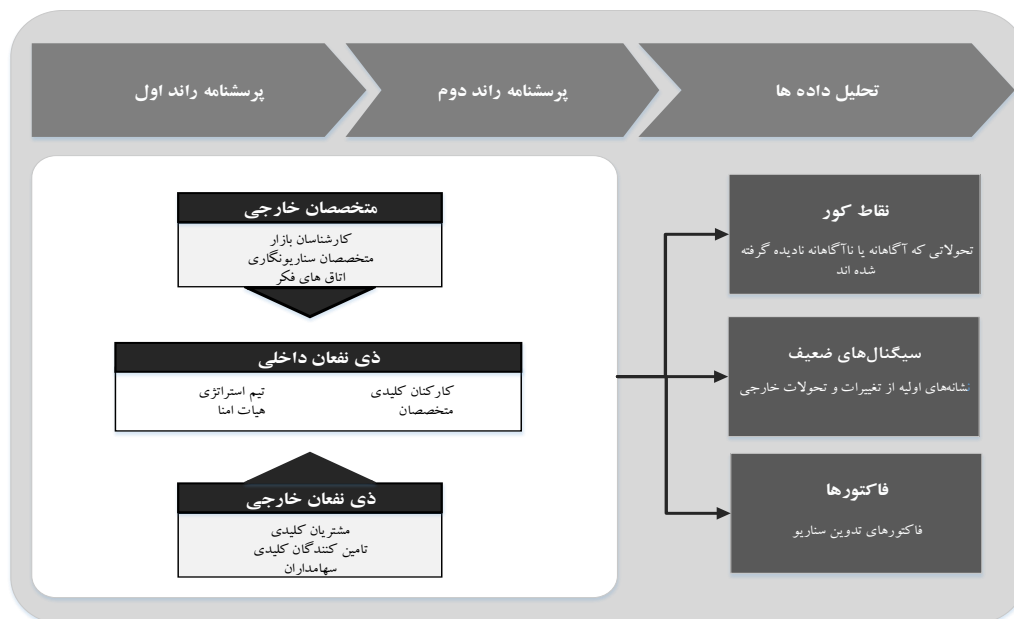
⁴ Burkhard Schwenker and Torsten Wulf

⁵ Springer

⁶ Framing Checklist

شکل شماره ۲-۸- چک لیست قالبی

گام دوم؛ تحلیل ادراک؛ هدف این مرحله، بررسی چشم‌انداز ذی‌نفعان داخلی و خارجی در خصوص تحولات آینده در صنعت است. این بخش مفروضات و "مدل‌های ذهنی" سهام‌داران داخلی، به خصوص تیم مدیریت ارشد، را در تقابل با نظرات سهام‌داران خارجی به چالش می‌کشد. در این مرحله یک لیست جامع از فاکتورهای بالقوه تأثیرگذار بر آینده صنعت کشف و جمع‌آوری می‌شود. این عوامل سپس از نظر تأثیر بالقوه‌شان روی عملکرد شرکت و همین‌طور از لحاظ میزان عدم قطعیت ارزیابی می‌شوند. دیدگاه گروه‌های مختلف ذی‌نفعان در مورد این عوامل مورد پرسش قرار می‌گیرد. در واقع این مرحله امکان کشف نقاط کور و سیگنال‌های ضعیف را می‌دهد. ابزار استاندارد این مرحله بازخورد ۳۶۰ درجه است که به دو صورت آنالین و آفلاین برای سنجش ادراک ذی‌نفعان داخلی و خارجی مورد استفاده قرار می‌گیرد.



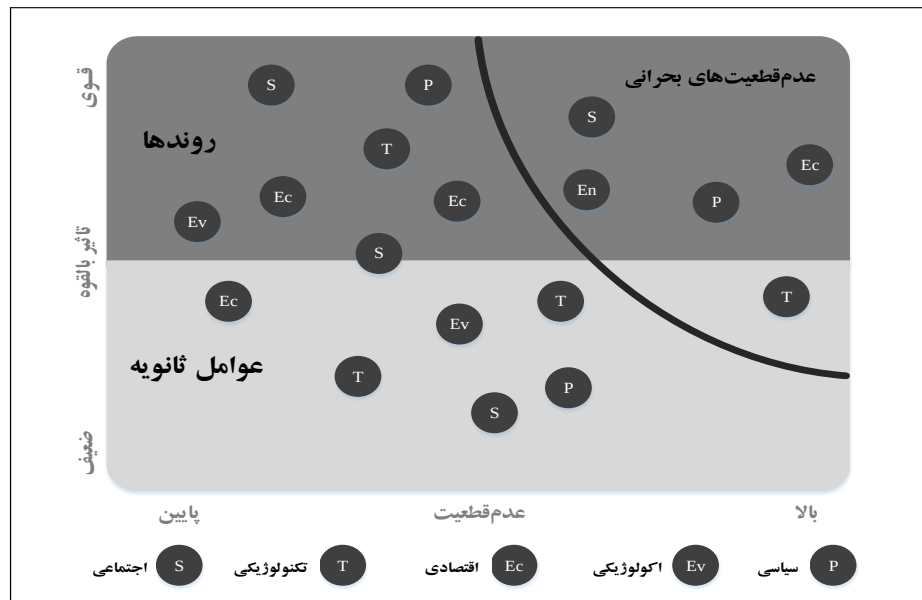
شکل ۲-۹- مراحل شناسایی پیشران‌ها

در این ارزیابی، ابتدا پرسشنامه‌ای حاوی سوالات باز درخصوص عوامل شکل دهنده موضوع در اکنون و آینده که متشکل از عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن آوری، زیست محیطی و حقوقی (تجزیه و تحلیل^۱ PESTEL) است، داده می‌شود. این ابعاد شکل دهنده‌ی آینده موضوع مورد نظر هستند اما معمولاً خارج از کنترل می‌باشند. هرکدام از عوامل توسط پاسخ‌دهندگان در طبقات مربوطه قرار می‌گیرند سپس در مرحله‌ی بعد مجدداً یک پرسشنامه حاوی همان فاکتورها در قالب سوالات بسته به شرکت‌کنندگان ارسال می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود که به هر عامل بسته به میزان عدم قطعیت و تأثیرش بر عملکرد شرکت در مقیاس یک تا

^۱ PESTEL stands for: P – Political, E – Economic, S – Social, T – Technological, E – Environmental, L – Legal

ده نمره بدهند. یک بیانگر عدم قطعیت کم و تاثیر ضعیف و ده بیانگر عدم قطعیت بالا و تاثیر قوی است. شکل ۲-۹ این مراحل را به طور خلاصه آورده است. ابزار بازخورد ۳۶۰ درجه لیستی از عوامل مؤثر بر صنعت را ارائه می‌دهد. با استفاده از این فهرست، شرکت به راحتی می‌تواند تغییرات احتمالی در محیط کلان و همچنین هر گونه نقاط کور یا سیگنال‌های ضعیف را شناسایی کند.

گام سوم: تحلیل روند و عدم قطعیت؛ در این مرحله عوامل و فاکتورهای کلیدی که در مرحله دوم شناسایی شدند اولویت بندی شده و به عنوان مبنایی برای تشکیل سناریو بکار می‌روند. ابزار استاندارد مرحله‌ی سوم شبکه‌ی تاثیر/عدم قطعیت^۱ است. این ابزار اولین بار در دهه‌ی ۱۹۷۰ توسط کیس و ندرهیدن^۲ به عنوان راهی برای ساختار بندی شمار زیادی از فاکتورها در برنامه‌ریزی سناریو بکار رفت. سپس اولین بار برای تدوین سناریو در شرکت نفتی رویال داچ شل^۳ استفاده شد. این شبکه میزان تاثیر و عدم قطعیت فاکتورهای شناسایی شده را روی عملکرد شرکت موقعیت‌یابی می‌کند.



شکل ۲-۱۰- شبکه‌ی تاثیر / عدم قطعیت

مطابق شکل بالا شبکه‌ی عدم قطعیت/ تاثیر به سه بخش تقسیم می‌شود. بخش زیرین شامل فاکتورهایی است که تاثیر نسبتاً کمی در عملکرد شرکت دارند این فاکتورها که عناصر ثانویه نیز گفته می‌شوند در فرایند برنامه ریزی سناریو نقشی ندارند. بخش بالا سمت چپ شبکه شامل فاکتورهایی است که تاثیر بالایی در عملکرد شرکت دارند و نسبتاً آسان پیش‌بینی می‌شوند. این فاکتورها به عنوان "روندها" شناخته می‌شوند. بخش بالا سمت راست شبکه شامل مهم‌ترین فاکتورهای تدوین سناریو یعنی "عدم قطعیت‌های"

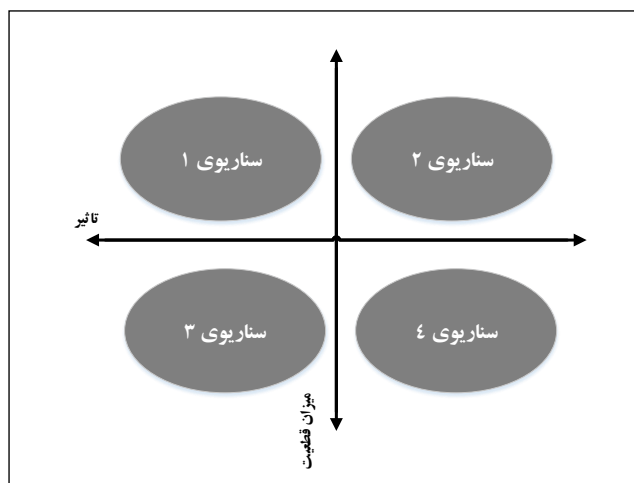
¹ Impact/Uncertainty Grid

² Kees van der Heijden

³ Royal Dutch Shell

بحرانی" است. این فاکتورها تاثیر بسزایی در عملکرد شرکت دارند و از درجه بالایی از عدم قطعیت برخوردارند. این فاکتورها در واقع به عنوان پایه‌ی اساسی تدوین سناریو در مرحله‌ی بعد نیز شناخته می‌شوند که دو بعد سناریو نیز نام دارند.

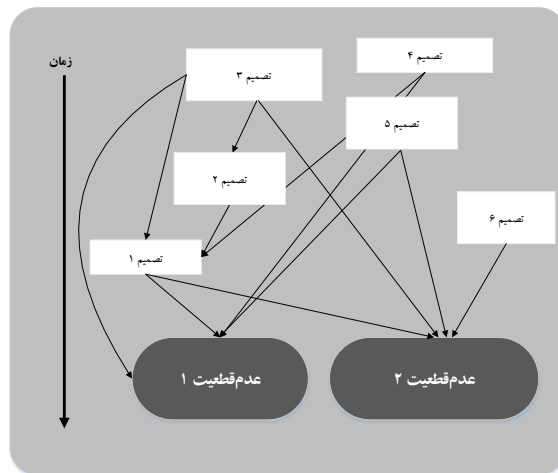
گام چهارم: سناریوسازی؛ در مرحله‌ی چهارم سناریوهای شرکت یا صنعت خاص با جزئیات تدوین می‌شود. ابزار استاندارد مورد استفاده در این مرحله ماتریس سناریو^۱ نام دارد. ماتریس سناریو از نتایج تحلیل عدم قطعیت و روند استفاده می‌کند. مشابه با شبکه تاثیر/عدم قطعیت، ماتریس سناریو در دهه ۱۹۷۰ توسط کیس و ندرهیدن توسعه داده شد و اولین بار در رویال داچ شل بکار گرفته شد. دو حد ارزشی (دو طیف) برای هر بعد سناریو تعریف می‌شود (شکل ۲-۱۱)؛ این مجموعه‌ها مرزهای ماتریس سناریو هستند.



شکل ۲-۱۱ - ماتریس سناریو

ماتریس از چهار ربع تشکیل شده است که بازتاب چهار سناریوی آینده است. چهار سناریوی تولید شده مورد توجه تصمیم‌گیران خواهد بود. در نهایت هر سناریو نام مشخصی را به‌خود می‌گیرد. جزئیات سناریو نیز در همین گام طی دو مرحله نوشته می‌شود. ابتدا یک دیاگرام تاثیر ایجاد شده و یک سری از علت‌ها و معلول‌ها با توجه به دو بعد عدم قطعیت و میزان تاثیر که منجر به موقعیت‌های مختلف می‌شوند استخراج می‌شود. هدف اصلی از نمودار تاثیر، تضمین سازگاری بین سناریوهاست. با استفاده از این نمودار می‌توان ارتباط علی بین فاکتورها را به‌صورت بصری مشاهده کرد. شکل ۲-۱۱ دیاگرام علت-اثر را نشان می‌دهد.

^۱ Scenario Matrix



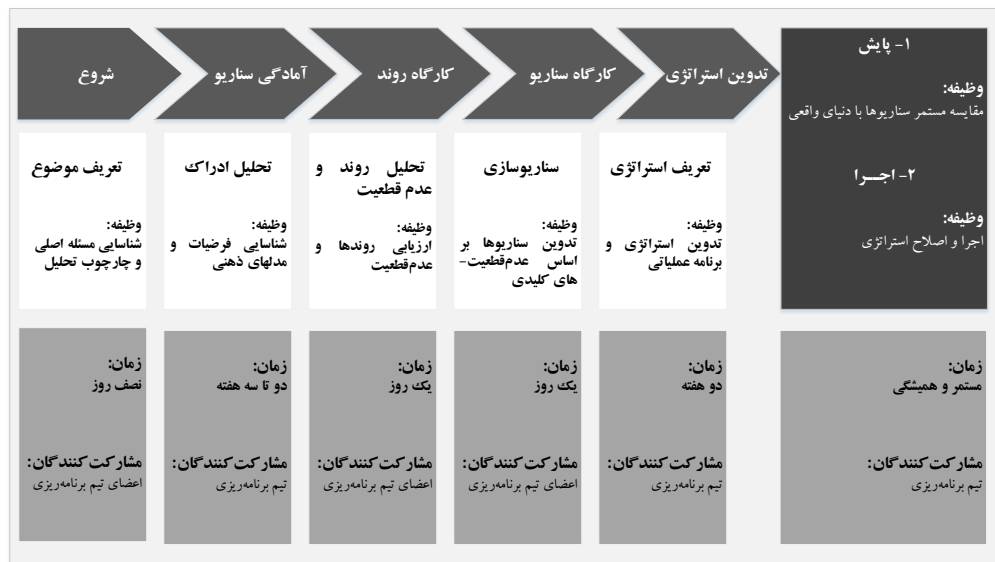
شکل ۲-۱۲ - دیاگرام تاثیر

گام پنجم: تعریف استراتژی؛ در این مرحله، گزینه‌های استراتژیک برای هر چهار سناریو ارائه می‌گردد. نکته‌ی مهم این است که تدوین استراتژی باید با تفکر آینده‌نگر همراه باشد. چارچوب استاندارد این مرحله کتابچه‌ی راهنمای استراتژی^۱ است. ابتدا توصیه‌های استراتژیکی خاصی برای هر سناریو تدوین و سپس با هم مقایسه شده تا عناصر مشترک هر سناریو شناسایی شود و از دل هر سناریو هسته اصلی استراتژی شکل بگیرد.

گام ششم؛ پایش؛ این مرحله پایانی برنامه‌ریزی سناریو است که از زمان ایجاد استراتژی تا اجرای استراتژی به طول می‌انجامد. هدف این مرحله، پایش تحولات در صنعت و تعیین اینکه چه تغییراتی لازم است در استراتژی‌ها صورت بگیرد، است. ابزار مورد استفاده در مرحله ششم کوکپیت سناریو^۲ است که حاوی شاخص‌های کلیدی برای تغییرات محیط است. این ابزار نشان می‌دهد که آیا سناریو به تحولات دنیای واقعی نزدیک است. در اکثر موارد، شرکت شاخص‌هایی را بطور مستقیم از نمودار تاثیر استخراج می‌کند (مرحله ۴). برای هر شاخص در سناریو، یک دامنه‌ی حداکثری از ارزش شاخص باید تنظیم شود. مقایسه این رنج‌ها با ارزشهای واقعی نشان می‌دهد که کدام سناریو به واقعیت نزدیک است و کدام گزینه استراتژی در کنار استراتژی هسته‌ای باید اجرا شود. برنامه‌ریزی استراتژیک مبتنی بر سناریو را می‌توان با فرایند برنامه‌ریزی شرکت در شش مرحله ادغام کرد و آن را به‌سادگی طی شش هفته به انجام رساند. شکل ۲-۱۳ نمای کلی این فرایند را نشان می‌دهد.

^۱ Strategy Manual

^۲ Scenario Cockpit



شکل ۲-۱۳ - شمای کلی فرایند مدل برنامه‌ریزی سناریو رولندبرگر

برنامه‌ریزی سناریو محور توسط یک تیم برنامه‌ریزی انجام می‌شود. این تیم هدایت‌کننده فرایند برنامه‌ریزی و تحلیل‌های لازم است. تیم مدیریت ارشد و مسئول بخش کسب و کار بایستی در دو کارگاه یعنی "کارگاه سناریو" و "کارگاه روند" که در آن ابعاد سناریوها تدوین می‌شوند حضور داشته باشند. تمام تصمیمات اصلی در این کارگاه‌ها گرفته می‌شود. جهت آمادگی برای کارگاه سناریو، تیم برنامه‌ریزی از ابزار بازخورد ۳۶۰ درجه ذی‌نفعان استفاده می‌کند. در این کارگاه آموزشی، سناریوها و گام‌های اولیه برای اجرای استراتژی‌ها استخراج می‌شود. پس از کارگاه، تیم برنامه‌ریزی، استراتژی هسته‌ای و گزینه‌های استراتژی مربوطه را تعریف می‌کند. استراتژی‌های پیشنهادی به هیئت مدیره ارائه می‌شود تا در خصوص اینکه کدام استراتژی و برنامه‌های اجرایی دنبال شود تصمیم گرفته شود. اجرای استراتژی با نظارت مستمر از تحولات در دنیای واقعی با استفاده از کوکپیت سناریو مورد سنجش قرار می‌گیرد. این عمل تیم برنامه‌ریزی را قادر می‌سازد تا استراتژی‌ها را با توجه به آنچه در محیط بیرون اتفاق می‌افتد هماهنگ کنند. در این‌جا، رویکرد جدیدی با عنوان برنامه‌ریزی استراتژیک مبتنی بر سناریو معرفی شد. این رویکرد، برنامه‌ریزی سناریو را به برنامه‌ریزی استراتژیک مرتبط می‌کند. به این ترتیب چالش‌های فزاینده محیط کسب و کار به راحتی شناسایی می‌شود. این رویکرد جدید، از مشکلات و چالش‌های برنامه‌ریزی سناریو سنتی که بسیار پیچیده و وقت گیر بود اجتناب می‌ورزد. این رویکرد ساختارمند و ابزار محور به آسانی در فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک استاندارد شرکت‌ها می‌تواند بکار گرفته شود.

شش مرحله‌ای این فرایند ریشه در چارچوب برنامه‌ریزی سناریوی سنتی دارد. این رویکرد به سازمان‌ها اجازه می‌دهد که نه تنها بهترین استراتژی‌ها را تولید کنند، بلکه برای تحولات بالقوه آینده نیز برنامه‌ریزی کنند. علاوه بر این سایر چشم‌اندازها را در فرایند

برنامه استراتژی ادغام می‌کند. این بدین معنی است که برنامه‌ریزی شرکت‌ها همه احتمالات را در واکنش به تغییرات محیطی در نظر می‌گیرد. این کار یک امتیاز رقابتی در اختیار شرکت‌ها در برخورد با عدم قطعیت‌ها قرار می‌دهد(۵۳).

۲-۲۰-۱۱ مدل سناریو مبتنی بر عملکرد

این مدل یک روش کیفی به برنامه‌ریزی سناریو است که توسعه داده شده‌ی مدل پیتر واک و تد نیولند در شرکت رویال داچ شل^۱ است که بعدها توسط پیتر شوارتز و کیس وندرهایدن^۲ و سایر همکاران شبکه‌ی جهانی کسب و کار معرفی شد. در این روش مسائل سازمان، به دو دسته‌ی مسائل از پیش تعیین شده^۳ و مسائل کاملاً ناشناخته^۴ تقسیم می‌کند. جداسازی مسائل سازمان به این دو دسته، باعث می‌شود تا انرژی سازمان به درستی توزیع و فهم دقیقی از مسائل ناشناخته با صرف وقت و دقت بیشتر بدست آید. این مدل برنامه‌ریزی سناریو که تحت عنوان سیستم سناریو خوانده می‌شود از دو بخش ساخت سناریو^۵ و استقرار سناریو^۶ تشکیل شده است. سیستم سناریوی مبتنی بر عملکرد در ۵ فاز تعریف شده است که سه فاز اولیه مربوط به ساخت سناریو و دو فاز انتهایی مربوط به استقرار سناریو است(۴۸).

- آماده‌سازی پروژه^۷
- شناسایی و اکتشاف سناریو^۸
- توسعه‌ی سناریو^۹
- اجرای سناریو^{۱۰}
- ارزیابی پروژه^{۱۱}

^۱ Pierre Wack and Ted Newland at Royal Dutch/Shell

^۲ Peter Schwartz, Kees van der Heijden, and others at the Global Business Network

^۳ Predetermined

^۴ Truly Uncertain

^۵ Scenario Building

^۶ Scenario Deployment

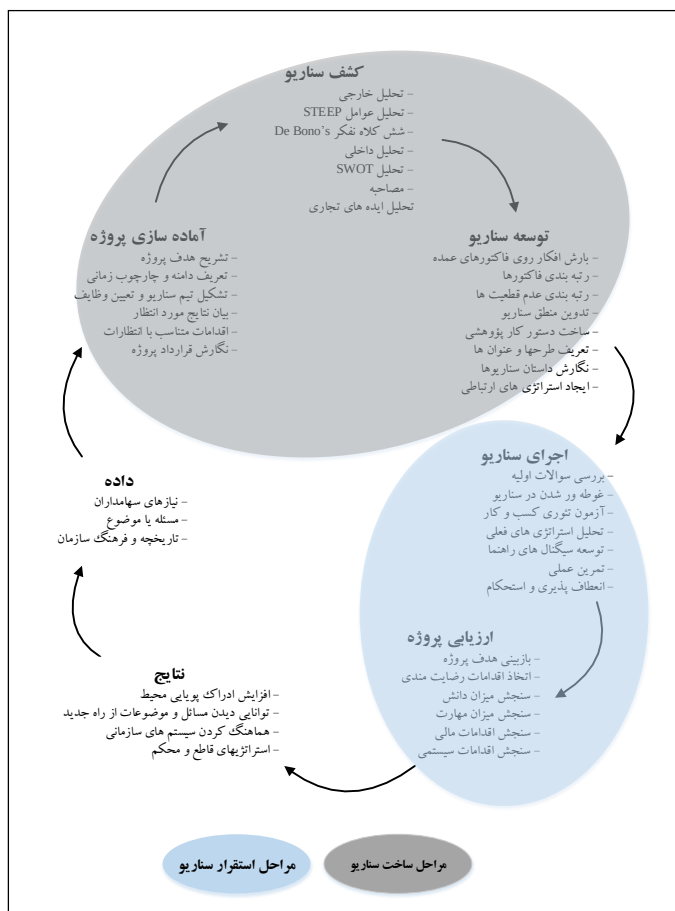
^۷ Project preparation

^۸ Scenario exploration

^۹ Scenario development

^{۱۰} Scenario implementation

^{۱۱} Project assessment



شکل ۲-۱۴ - سیستم برنامه‌ریزی سناریو مبتنی بر عملکرد

۲-۲۱ ویژگی‌های سناریوهای برتر

یک گروه از سناریوهای برتر دارای ویژگی‌های زیر است:

- ۱- سناریو، غیب‌گویی، فال‌گیری، پیش‌گویی یا پیش‌بینی نیست بلکه زنجیره‌ای منطقی و مستدل از رویدادهایی است که از استمرار روندهای مشخص و یا تحقق واقعیت‌های مشخص ناشی می‌شوند.
- ۲- در هر تمرین برنامه‌ریزی سناریو لزوماً باید چندین سناریوی مختلف و متمایز تهیه شود تا بدین ترتیب دامنه‌ای گسترده از آینده‌های مختلف پوشش داده شده و تقریبی قابل اطمینان از روندها و واقعیت‌های آینده به‌دست آید. محدودیت‌های موجود درباره تعداد سناریوها بیش‌تر به خاطر محدودیت‌های ادراکی، تحلیلی و شناختی انسان است و نه محدودیت‌های مربوط به پیچیدگی‌های دنیای واقعی.

۳- سناریوها همیشه حاوی بعضی مطالب هستند که جهان‌بینی و ساختار ذهنی ما را به چالش می‌کشند. در غیر این صورت در همان ساختار ذهنی قدیمی محبوس خواهیم ماند و باید با پیامدهای ناگوار آن روبرو شویم. جابجایی و تغییر ساختار ذهنی بر توانایی ما برای درک و تفسیر علائمی که از محیط پیرامونی دریافت می‌کنیم، تاثیر ژرفی می‌گذارد. درک این نکته که تعبیر و تفاسیر محدود و ناقص دیگران موجب غفلت آنها شده است کار بسیار آسانی است ولی اذعان به وجود همین تعبیر و تفاسیر محدود و ناقص در ساختار ذهنی خودمان بسیار مشکل و ناخوشایند است. بنابراین هنگام تدوین گروهی از سناریوها، طراحان باید عادت‌ها و چارچوب‌های فکری خود، همکاران و حتی مشتریان را به چالش بکشند (۹۵).

۲-۲۲ مروری بر روش‌های برنامه‌ریزی سناریو

سناریوها ابزاری ارزشمند برای آمادگی سازمان‌ها در مقابل احتمالات ممکن آینده هستند. آن‌ها سازمان را انعطاف‌پذیرتر و خلاق‌تر می‌سازند. هرمان کان^۱ از بنیان‌گذاران مطالعات آینده و پدر برنامه‌ریزی سناریو، در کتاب خود سناریو را اینگونه تعریف می‌کند: "مجموعه‌ای از وقایع فرضی آینده برای روشن کردن یک زنجیره‌ی ممکن از رخدادهای علی و همچنین نقاط تصمیم‌گیری". سناریوها توصیفی از آینده هستند که از ترکیب روندها و سیاست‌ها پدر برنامه‌ریزی سناریو تنها یک رویکرد خاص به برنامه‌ریزی سناریو وجود ندارد و مرور متون مرتبط نشان می‌دهد که چندین روش برای تولید سناریو وجود دارد. برادفیلد و همکاران^۲، کتوگ و همکاران^۳ و چرماک و همکاران^۴ رویکردها و دستورالعمل‌های مختلف برای سناریونویسی ارائه کرده‌اند. بیشاپ و همکاران تکنیک‌های برنامه‌ریزی سناریو، نقاط ضعف و قوت هر کدام را در مقاله‌ی خود به‌طور کامل توضیح داده است. روش سناریونویسی ارائه شده توسط شوارتز و شومیکر بسیار محبوب و توسط پژوهشگران به کرات مورد مقایسه قرار گرفته است. شوارتز مدل برنامه‌ریزی سناریو خود را در هشت مرحله به جزییات ارائه داده است. شومیکر روش سناریویی بسیار جامع و دقیقی متشکل از ده مرحله دارد که به سناریوهای خوش‌بینانه و بدبینانه ختم می‌شود. به‌طور کلی تمام تکنیک‌های سناریوسازی روی شناسایی مسائل، پیشران‌های اصلی، سهامداران، روندها، محدودیت‌ها و رنک‌بندی آن‌ها براساس عدم قطعیت و میزان تاثیر تاکید دارند.

رویکردهای عنایت‌اله، جیم دیتور، گالتونگ و ویلبر^۵ در تدوین سناریو بسیار عمیق‌تر هستند و بجای پرداختن به عدم قطعیت‌ها در

معرض روابط قدرت قرار می‌گیرند. آینده‌پژوه برجسته جیم دیتور بیان می‌کند که "آنچه آینده‌پژوه می‌تواند و اغلب مطالعه می‌کند

تصاویر ذهنی مردم از آینده است."^۶

¹ Herman Khan

² Bradfield et al

³ Keough et al

⁴ Chermack et al

⁵ Dator, Inayatullah, Galtung and Wilber

⁶ 'What futurists can and often do study, are 'images of the future' in people's minds

کار دیتور در مرکز آینده‌پژوهی هاوایی تحت عنوان مکتب مانوآ با مفهوم آینده‌های بدیل گسترش و توسعه یافته است که گاهاً سناریو نیز از آن‌ها یاد می‌شود. دیتور با بررسی تصاویر متعدد در مورد آینده که در سراسر جهان وجود دارد چهار آینده بدیل کلی را گروه‌بندی و ارائه کرد. این چهار آینده "کلی" هستند در این معنا که تصاویر خاص هر کدام از آنها دارای ویژگی نظری، روش‌شناسی و پایگاه داده‌های مختلف بوده که آنها را برحسب مبانی و پایگاه‌ها از سه آینده دیگر متمایز می‌کند. هر کدام از این اشکال کلی، دارای مبنای مشترک خاص خود هستند. هر یک از این آینده‌های بدیل ابعاد "خوب" و "بد" درون خود را دارند. هیچیک از آنها نباید صددرصد مطلوب و یا صد در صد نامطلوب تلقی گردد. چیزی به نام "بهترین سناریو" یا "بدترین سناریو" وجود ندارد. همچنین چیزی تحت عنوان "محتمل‌ترین سناریو" نیز متصور نیست. در درازمدت همه این چهار شکل امکان مساوی برای ظهور دارند و نیازمند توجه یکسان هستند. این نکته آخر دارای اهمیت زیادی است.

چهار سناریوی ارائه شده توسط دیتور عبارتند از:

- ۱- سناریوی رشد مستمر^۱؛ در این آینده، روندها و وضعیت جاری تمایل به رشد و پیشرفت دارند. غالباً تحت عنوان "رشد اقتصادی مستمر"، یا اگر اقتصاد در حال رکود یا سقوط باشد تحت عنوان "تجدید رشد اقتصادی" از آن یاد می‌شود.
- ۲- سناریوی فروپاشی و سقوط^۲؛ به زعم بسیاری از طوفان‌ها، سونامی‌ها، زلزله‌ها، یک عصر یخبندان جدید یا گرم شدن سریع جهان و گسترش بیماری‌ها- همه و همه جهان را به کام فروپاشی می‌کشاند و یا اینکه نسل بشر را منقرض می‌کند. اما به زعم دیتور فروپاشی و سقوط آینده ممکن هر سازمانی است و نباید از آن به‌عنوان بدترین سناریو یاد شود. بسیاری از مردم از پایان "رقابت شدیدی اقتصادی" استقبال می‌کنند و خواهان یک سبک زندگی ساده تر هستند. به علاوه، در هر "پدیده ناخوشایند" «برندگان» و «بازندگان» وجود دارند. یک نکته این تمرین این است که چگونه می‌توان صرف نظر از ماهیت آینده انطباق پذیر بود و حرکت مثبت به سمت آن "موفق شد" و از آن بهره و لذت برد.
- ۳- سناریوی اصلاح و انضباط^۳؛ این سناریو استدلال می‌کند جهان ما نیاز به توزیع عادلانه‌ی منابع و بقا دارد. زندگی باید حول مجموعه‌ای از ارزش‌های اساسی، طبیعی، روحانی، مذهبی، سیاسی یا فرهنگی هدایت شود و هدف عمیق‌تری را در زندگی به‌جای پیگیری پایان‌ناپذیر دارایی و مصرف‌گرایی بیشتر انتخاب کرد. زندگی باید حول ارزش‌های اساسی مانند "عشق به مادرمان زمین"، "خیریه‌های مذهبی"، "امت اسلامی" و یا دیگر ارزش‌های فرهنگی/مذهبی/ایدئولوژی «انضباط» یابد.
- ۴- سناریوی تحول و گذار^۴؛ چهارمین آینده بدیل متمرکز بر قدرت شگفت انگیز و متحول‌کننده‌ی فناوری به‌ویژه ربات‌ها، هوش مصنوعی، فناوری زیستی، فناوری نانو، انتقال از راه دور، زندگی در فضا و ایجاد یک "جامعه رویایی" با عنوان "جامعه اطلاعاتی" است. این آینده چهارم "تحول"، یا "جامعه در حال گذار" نامیده می‌شود، چرا که تحول همه زندگی از جمله انسانیت را از شکل کنونی آن به یک "شکل جدید فراانسانی" برای یک زمین کاملاً مصنوعی پیش‌بینی کرده و از آن استقبال می‌کند. تحولی که بخشی از گسترش زندگی هوشمندانه از زمین به منظومه شمسی و احتمالاً کل کهکشان راه شیری است (۱۰۴).

¹ Continued growth

² Collapse

³ Steady State

⁴ Transformation

رویکرد سهیل عنایت‌اله^۱ به برنامه‌ریزی سناریو یک رویکرد یکپارچه متشکل از آینده مرجح و آینده مطرود^۲ است. عنایت‌اله تحلیل لایه‌ای علت‌ها را برای تفکر آینده‌های دگرگون شده^۳ بکار می‌برد. روش عنایت‌اله برای سازماندهی و طبقه‌بندی نگاه‌های مختلف به آینده بسیار پیچیده است. عنایت‌اله بیان می‌کند که در یک جهان به‌شدت پیچیده، آینده‌پژوهی به مردم کمک می‌کند تا جهانی را که آرزو دارند زندگی کنند را بسازند^۴. عنایت‌اله در روش خود چندین تکنیک برجسته آینده‌پژوهی همچون: تاریخ بزرگ؛ سناریو، چرخ‌های آینده، آینده‌های انتگرال و تحلیل موضوعات در حال ظهور را یکپارچه‌سازی می‌کند (۱۰۵). بزولد^۵ از موسسه آینده‌های بدیل^۶ رویکرد خود را با عنوان آینده‌های آرمانی معرفی کرده است. در این رویکرد یادگیری درباره‌ی آینده و عدم قطعیت‌هایش از درک آنچه که ممکن است اتفاق بیفتد و تعهد برای ایجاد آینده مطلوب صورت می‌گیرد. این رویکرد براساس کار جیم دیتور و آلوین تافلر^۷ در خصوص آینده است (۱۰۶).

- سناریوهای روش کن ویلبر^۸ با یک رویکرد چندرشته‌ای و جامع‌نگر شامل تجمیعی از علوم مهندسی، روانشناسی و حتی عرفان است که دیدی عمیق و وسیع از جهان پیرامون را به ما می‌دهد و حوزه‌هایی را که تاکنون جدا از هم و منفرد بررسی شده‌اند را در کنار هم قرار می‌دهد. رویکرد ویلبر که روش انتگرال^۹ خوانده می‌شود روشی است که در آن نه تنها دانش ذهنی و عینی، بلکه دانش عملی و فراطبیعی را یکپارچه می‌کند. این سنتز منجر به یک چارچوب چهاروجهی با دو بخش بیرون و درون در محور عمودی و دو بخش فردی و اجتماعی در محور افقی می‌شود. این روش تا به امروز جامع‌ترین تئوری تاریخ بزرگ است. در نظریه‌ی فوق هر یک از اکوال‌های فردی، رفتاری، فرهنگی و اجتماعی مسئول شناسایی ابعادی از یک پدیده هستند که نمی‌توان فرایند کشف را تنها به یکی از ابعاد وجودی محدود کرد در واقع این چهار مقوله به‌صورت به‌هم‌پیوسته پدیده‌های هستی را دربرگرفته‌اند. شکل ۲-۱۵ چهار وجهی مدنظر ویلبر را نمایش می‌دهد.

¹ Sohail Inayatullah

² The preferred future, the disowned future

³ transformative futures thinking

⁴ in an increasingly complex world, futures studies can help people to create the world in which they wish to live

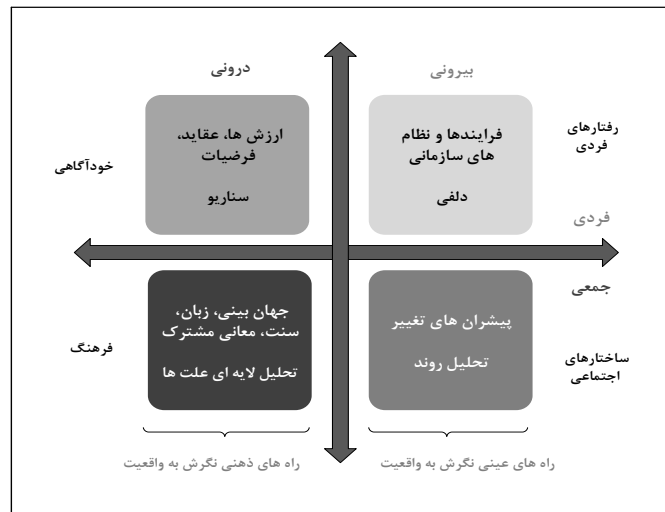
⁵ Bezold

⁶ Institute for Alternative Futures (IAF)

⁷ Alvin Toffler

⁸ Ken Wilber

⁹ Integral



شکل ۲-۱۵ روش انتگرال در برنامه ریزی سناریو

باید یادآور شد که روش مطالعه هر ربع متفاوت است. ربع بالا- راست توسعه ارگانیسم و مغز را از شروع پیدایش زمین؛ از اتمها به مولکولها و سلولها و ارگانیسمهای عصبی تا ارگانیسمهای مغزی را دربر می گیرد و قلمرو علوم سخت (فیزیک، زیست شناسی و شیمی)، تحلیل علمی، کنترل کیفیت، تغییر رفتار و تجربه گرایی است. ربع پایین- راست نگرش سیستمی، تجزیه و تحلیل سیستمهای اجتماعی، علم اقتصاد و شبکه های ارتباطی را دربر می گیرد و بیانگر تکامل بشر از قبیله های خویشاوندی تا دهکده؛ کشور و سیستم جهانی است همچنین معمای فناوری ها را هم مدنظر دارد. ربع بالا-چپ که تکامل فرد و آگاهی وی را دربرمی گیرد قلمروی روان شناسی، اعمال معنوی درون نگرانه، پدیدارشناسی و ریاضیات می باشد. ربع پایین- چپ نمای کلی ای از سیستمهای اجتماعی به دست می دهد. چند فرهنگ گرایی، پست مدرنیسم، جهان بینی ها، فرهنگ مشترک، ارزش های اشتراکی، هرمنوتیک و انسان شناسی فرهنگی را دربرمی گیرد. در واقع این سنت آینده پژوهی اخیرا در مطالعات آینده پژوهی ظهور کرده است. در این سنت مسیرهای منتهی به آینده با دیدی گسترده و عمیق مورد کنکاش قرار می گیرد و برای دستیابی به واقعیت ابتدا بایستی هر کدام از ربع های ماتریس را شناخت و سپس مهم ترین ویژگی های هر بعد را تلفیق کرد تا به یک کل یکپارچه دست یافت (۱۰۷).

اسلاتر، هایوارد و وروس^۱ چارچوب یکپارچه ای برای سناریو توسعه داده اند. آنها استدلال می کنند که رویکردهای انتگرال با نگاه عمیق زمینه های اجتماعی و اهرم های تغییر را مورد بررسی قرار می دهند. در واقع آینده های انتگرال با یک نگاه عمیق و جامع پویایی سیستمها را مدنظر داشته و عناصر فراموش شده را کشف کرده و به نتایج بهتری نسبت به روش های قبلی نائل

^۱ Slaughter, Hayward and Voros

می‌آید(۱۰۸). دنیس لیست^۱ یک روش جامع، جدید و انعطاف‌پذیر برای پیش‌بینی آینده با تکیه بر برنامه‌ریزی سناریو با عنوان نگاشت شبکه‌ی سناریو^۲ پیشنهاد داده است. در این رویکرد طیف گسترده‌ای از ذی‌نفعان در ایجاد یک نقشه‌ی راه برای شبکه‌ی سناریو بجای چندین سناریو شرکت دارند. در این رویکرد برنامه‌ریزی از گذشته شروع شده و به چندین نقطه در زمان حال وارد می‌شود و هر گره در شبکه به‌عنوان یک سناریو در نظر گرفته شده و در جزئیات مورد بررسی قرار می‌گیرد(۱۰۹). ون نوتن^۳ یک گونه‌شناسی خرد و کلان برای سناریو قائل است که گونه‌شناسی کلان متشکل از سه ویژگی هدف، طراحی و محتواست و گونه‌شناسی خرد متشکل از ده ویژگی می‌باشد(۹۶). جدول ۲-۸ ویژگی‌های هر گونه را نشان داده است.

جدول ۲-۸ - گونه‌شناسی ویژگی‌های سناریو

ویژگی‌های کلان		ویژگی‌های خرد
اهداف مطالعات سناریو	عملکرد سناریو	فرایند- محصول
	نقش ارزش‌ها در سناریو	توصیفی - هنجاری
	موضوع تحت پوشش	موضوع محور - حیطه محور - موسسه محور
	ماهیت تغییر	تکاملی- ناپیوسته (ناگهانی)
طراحی فرایند سناریو	درونداد فرایند سناریو	کمی - کیفی
	روش‌های بکارگرفته	مشارکتی - مدل‌محور
	گروه‌های درگیر در فرایند سناریو	فراگیر - فردمحور
	شهودی - تحلیلی	
محتوای سناریو	ماهیت زمانی	زنجیره‌ای - فوری
	موضوعات تحت پوشش	همگون - ناهمگون
	سطح یکپارچگی	یکپارچه - تکه تکه
	پیچیده - ساده	

بر اساس چشم‌انداز سناریوها به دو طبقه‌ی توصیفی و هنجاری تقسیم می‌شوند. سناریوهای توصیفی همان سناریوهای اکتشافی هستند و ادامه‌ی روندهای کنونی می‌باشند درحالی‌که سناریوهای هنجاری در پاسخ به برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدفی مطلوب توسعه می‌یابند. از دیگر تقسیم‌بندی‌های سناریو می‌توان به تقسیم‌بندی براساس موضوع (مئسله‌ی خاص، سناریوهای جهانی)، براساس گستره‌ی قلمروی سناریو (بخشی در مقابل چندبخشی)، میدان عمل (محیطی در مقابل سناریوهای سیاسی) و سطوح مشارکت (خرد در مقابل کلان) اشاره کرد. به طور کلی سه رویکرد یا سنت اصلی برای تدوین سناریو وجود دارد. دو سنت آن مربوط به کشورهای انگلیسی‌زبان ایالات متحده امریکا و انگلستان است و یک سنت هم از فرانسه پدید آمده است. این رویکردها عبارتند از:

¹ Dennis List

² Scenario Network Mapping (SNM)

³ Philip van Notten

۱- **سنت منطق شهودی**^۱؛ این رویکرد در بین رویکردهای سناریونویسی از بیشترین فراوانی در ادبیات برخوردار است. این سنت در ابتدا توسط هرمان کان در شرکت رند در دهه‌ی ۱۹۶۰ معرفی شد که بعدها توسط پیر واک و همکارانش در شرکت رویال داچ مورد استفاده قرار گرفت. به همین دلیل گاهی این رویکرد با عنوان رویکرد شل^۲ نیز شناخته می‌شود. این روش اکنون در ایالات متحده آمریکا و سایر کشورهای آمریکایی مورد استفاده آینده‌پژوهان است. فرض اصلی این رویکرد بر اینست که تصمیمات تجارت و کسب و کار براساس روابط پیچیده‌ی اقتصادی، سیاسی، تکنولوژیکی، اجتماعی و محیطی شکل می‌گیرد. به همین منظور شناسایی دقیق روندهای پیش‌گفت نقش بسزایی در بهبود فرایند تصمیم‌گیری دارد. روش منطق شهودی از هیچ روش ریاضی در تدوین سناریو استفاده نمی‌کند. رویکرد شوراتز و کیس وندرهیدن^۳ به سناریو نویسی در راستای منطق شهودی است. در بین متون منتشره در خصوص این روش‌شناسی تفاوت‌هایی در مراحل اجرایی روش وجود دارد بطوریکه مراحل اجرایی آن از ۵ گام تا ۹ گام و بیشتر نیز دیده شده است. به طور کلی رویکرد منطق شهودی ارائه شده توسط موسسه بین‌المللی پژوهش‌های استنفورد محبوب‌ترین روش منطق شهودی است که تا کنون مورد استفاده قرار گرفته است. این روش قویاً به دانش، تعهد، مشارکت و مهارت اعضای تیم سناریو بستگی دارد. در این روش بعضی پیشران‌های محیطی مثل تغییرات دموگرافیکی دقیق، کمی و قابل پیش‌بینی هستند ولی برخی دیگر کیفی و غیرقابل پیش‌بینی هستند مثل نگرش مشتریان، سیاست‌ها، وضعیت مالی و تقاضای یک محصول (۱۱۰). جدول ۲-۹ شماره‌ی مزایا و معایب سنت منطق شهودی را بر اساس مطالعه‌ی هاس و هانتون^۴ نشان می‌دهد (۱۱۱).

جدول ۲-۹ - مزایا و معایب سنت منطق شهودی

مزایای رویکرد منطق شهودی	معایب رویکرد منطق شهودی
سناریوهای این روش منعطف و نامتناقض در برابر رویدادهای آینده هستند مراحل اجرا و سناریوهای استخراجی ساده و غیرپیچیده می‌باشند. برای هر نوع سازمانی مناسب هستند. تعهد و احساس مسوولیت را در شرکت‌کنندگان و تصمیم‌گیران سازمان ایجاد می‌کند. افراد را به خلاقیت و ارائه‌ی ایده‌های ناب ترغیب می‌کند. پوشش محیطی و کسب اطلاعات در خصوص آینده به‌طور مستمر صورت می‌گیرد. الگوهای زیربنایی رویدادها را شناسایی می‌کند.	وابستگی بسیار زیادی به خبرگان و صاحب‌نظران دارد. متکی به مهارت‌های ارتباطی افراد درگیر در پروژه است. به دلیل نبود تحلیل‌های کمی مورد غفلت واقع می‌شود. نیازمند صرف وقت زیادی است. تمرکز آن روی داینامیک عوامل محیطی کم است.

۲- **سنت روندهای اصلاح شده‌ی احتمالاتی**^۵؛ این سنت محصول تلاش‌های اولاف هلمر، تئودور گوردون^۶ و همکاران در شرکت رند در آمریکا بوده است. این سنت برنامه‌ریزی سناریو از دو روش کاملاً متفاوت یعنی تحلیل اثر روند و تحلیل اثر متقابل تشکیل شده

¹ Intuitive logics school

² Shell Approach

³ Schwartz and van der Heijden

⁴ Huss and Honton

⁵ Probabilistic Modified Trends (PMT) School

⁶ Olaf Helmer and Ted Gordon

است. اصل اساسی توسعه سناریو در روش تحلیل اثر روند در حقیقت پیش‌بینی سنتی است که متکی بر برون‌یابی داده‌های تاریخی بدون در نظر گرفتن وقایع آینده است. بنابراین این سنت متشکل از تکنیک‌های پیش‌بینی مثل تحلیل سری‌های زمانی است که برای تقویت تحلیل سناریو از فاکتورهای کیفی نیز استفاده می‌کند. تحلیل اثر متقابل نیز توسط گوردن و هلمر در شرکت رند در سال ۱۹۶۶ بسط و توسعه داده شده است. در این روش طیفی از علل و تاثیرات متقابل در یک ماتریس متقابل مورد بررسی قرار می‌گیرند (۱۱۲).

۳- **رویکرد فرانسه؛** فیلسوف فرانسوی به نام گاستون برگر^۱ مفاهیم رویکرد برنامه‌ریزی سناریو برای برنامه‌ریزی بلندمدت را با نام فرانسوی لاپروسیکتیو^۲ یا تفکر آینده‌نگر ارائه کرد. اصل اساسی این رویکرد این است که آینده یک تداوم از پیش‌تعیین شده‌ی امروز نیست و می‌توان آن را ایجاد و مدل‌سازی کرد. سازمان دولتی فرانسه با نام داتار^۳ یا اداره‌ی توسعه و برنامه‌ریزی منطقه‌ای نقش عمده‌ای در شکل‌گیری و توسعه این مدل در اواخر دهه‌ی ۱۹۶۰ و ابتدای دهه‌ی ۱۹۷۰ داشته است به زعم برخی از آینده‌پژوهان فرانسوی هدف اولیه‌ی این سنت درک بهتر جهان معاصر و شناخت خطرات و پتانسیل‌های پنهان آن بوده است. این رویکرد سناریوهای هنجاری آینده و تصاویر ایده‌آل از آینده را به عنوان یک چشم‌انداز راهنما برای سیاست‌گذاران بکار می‌برد و برنامه‌های عملیاتی برای رسیدن به آن نیز ارائه می‌دهد. این نوع برنامه‌ریزی سناریو بیشتر مورد استفاده بخش‌های عمومی است تا سطوح شرکتی. سناریوهای ساخته شده در این سنت بر اساس ۴ مفهوم اساسی می‌باشند. اساس (مبنا)، محیط بیرونی، پیشرفت و تصاویر^۴. تجزیه و تحلیل و مذاقه‌ی عمیق از وضعیت جاری را مبنا و اساس می‌گویند. تحلیل‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، دیپلماتیک و تکنولوژیک در دو کانتکست ملی و بین‌المللی اجزای محیط بیرونی را تشکیل می‌دهد. شبیه‌سازی تاریخی بدست‌آمده از پویایی مبنا و محدودیت‌های محیط بیرونی را پیشرفت تعریف می‌کنند. نهایتاً، پیشرفت به سوی آینده نیازمند ایجاد یک بخش متقاطع است که واقعیت آن زمان را در قالب تصاویر سناریو به نمایش درآورد. ابزارهای ارائه شده توسط میشل گودت برای سناریوسازی در سنت فرانسوی دورنگری گنجانده می‌شوند. گودت بیان می‌کند که سنت فرانسوی سناریوسازی ترکیبی از ابزارهای تحلیلی و بعضی ابزارهای تحلیل ساختاری و روش میک مک^۵ است که بسیار هم محبوب می‌باشند. برادفیلد سنت

¹ Gaston Berger

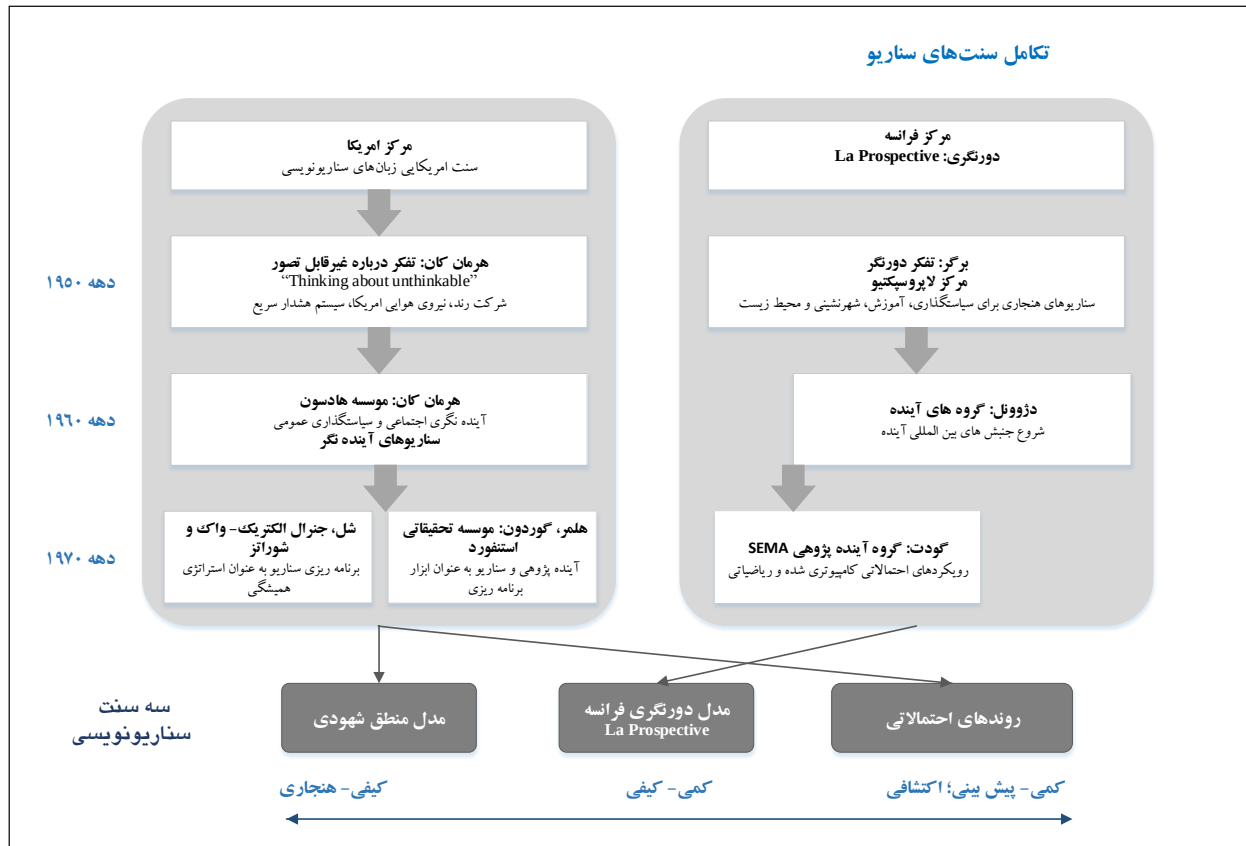
² La prospective

³ DATAR (the Office for Regional Planning and Development)

⁴ the base, the external context, the progression and the images

⁵ MICMAC

فرانسوی را ترکیبی از منطق شهودی و روندهای احتمالاتی می‌داند (۹۵). شکل ۲-۱۶ روند تکامل سنت‌های سناریو به زعم برادفیلد^۱ ۲۰۰۵ را نشان می‌دهد.



شکل ۲-۱۶ - فرایند تکامل سنت‌های برنامه‌ریزی سناریو (۱۱۳)

ون‌نوتن و همکاران^۲ در مرکز بین‌المللی مطالعات یکپارچه در هلند در مقاله‌ای با عنوان نوع‌شناسی به‌روز شده‌ی سناریو، ۱۴ ویژگی سناریو را در سه طبقه براساس هدف، فرایند طراحی و محتوای سناریو بررسی و پیشنهاد کردند که در واقع یک مکانیسم موثری برای تحلیل و مقایسه‌ی تکنیک‌های مختلف سناریو است. مقایسه‌ی جنبه‌های مختلف سه رویکرد اصلی سناریو نویسی یعنی منطق شهودی، سنت فرانسه و روندهای احتمالاتی در جدول ۲-۱۰ آورده شده است. سنت روندهای اصلاح‌شده‌ی احتمالاتی با ماهیت کمی در مقابل سنت منطق شهودی با ماهیت کیفی قرار دارد. سنت فرانسه نیز ترکیبی از روش‌های کمی و کیفی می‌باشد.

¹ Bradfield

² Van Notten and et, al

جدول ۲-۱۰ - مقایسه‌ی ویژگی‌های برجسته‌ی سه سنت سناریو نویسی (۱۱۲)

ویژگی‌ها	سنت منطق شهودی	سنت فرانسوی دوراندیشی ^۱	سنت احتمالاتی روند
هدف سناریونویسی	شناخت یک موقعیت و تدوین استراتژی با یک فعالیت یادگیری مستمر	توسعه‌ی سیاست‌های موثرتر و تصمیمات استراتژیک	برون‌یابی پیش‌بینی و ارزیابی سیاست
چشم‌انداز سناریو	توصیفی یا هنجاری	معمولاً توصیفی است اما می‌تواند هنجاری نیز باشد	توصیفی
محدوده‌ی سناریو	گستره‌ی محدود تا وسیع دامنه‌ی تمرکز آن از یک موضوع خاص، صنعت، کشور، منطقه و جهان می‌تواند باشد	معمولاً یک دامنه‌ی محدود اما با بررسی رنج گسترده‌ای از فاکتورها همراه است	دامنه‌ی محدود و باریک با تمرکز بر وقایع خاص و روندهای تاریخی
افق زمانی	متفاوت از ۳ سال تا ۲۰ سال	متفاوت از ۳ سال تا ۲۰ سال	متفاوت از ۳ سال تا ۲۰ سال
روش‌شناسی	فرایندمحور، استقرایی یا قیاسی، ذهنی و کیفی با تکیه بر شهود	نتیجه‌محور، جهت‌دار و هدفمند، رویکردهای کمی و تحلیل با تکیه به تحلیل‌های کامپیوتری و مدل‌های ریاضی	نتیجه‌محور، جهت‌دار و هدفمند، رویکردهای کمی و تحلیل با تکیه به تحلیل‌های کامپیوتری و شبیه‌سازی
ماهیت مشارکت‌کنندگان تیم سناریو	اعضای داخلی سازمان به همراه یک تسهیل‌گر	ترکیبی از افراد داخل سازمان و خارج سازمانی و با یک مشاور خارجی	افراد خارج سازمانی با مشاوره یک کارشناس خارجی
نقش مشاوران خارجی	متخصص با تجربه سناریو برای طراحی و تسهیل فرایند؛ استفاده دوره‌ای از افراد خاص برای کسب ایده‌های جدید	غالب- استفاده از آرایه‌ای از ابزارهای تخصصی برای تجربه و تحلیل جامع و داوران خارجی برای تعیین احتمال‌پذیری سناریوها	غالب- استفاده از ابزارهای مناسب و کارشناسان متخصص برای شناسایی تاثیر وقایع بی‌سابقه‌ی آینده و احتمال وقوع آن‌ها
ابزارهای مورد استفاده	کلی- طوفان فکری، تحلیل STEEP، طبقه‌بندی، ماتریس، پویایی سیستمی و تحلیل ذی‌نفعان	اختصاصی - تحلیل ساختاری (میک مک و ماکتور)، تحلیل ریخت‌شناسانه، دلفی، ارزیابی چندمعیاره	اختصاصی - تحلیل تاثیر روند، تحلیل اثر متقابل، مونت کارلو، شبیه‌سازی
نقطه شروع سناریو	یک تصمیم مدیریتی خاص، یک موضوع خاص از یک نگرانی عمومی	یک پدیده‌ی خاص	تصمیمات و موضوعاتی که جزیی شده‌اند و زمان قابل اعتماد سری داده‌ها وجود دارد.
شناسایی/انتخاب پیشران‌های کلیدی	شهودی- تکنیک‌های بارش افکار، تحلیل STEEP، پژوهش، بحث با افراد کلیدی	مصاحبه با افراد درگیر در پدیده، تحلیل ساختاری جامع با ابزارهای پیچیده کامپیوتری	منحنی برازش داده‌های سری زمانی تاریخی روندها، استفاده از قضاوت خبرگان در ایجاد یک پایگاه داده از وقوع آینده‌های بی‌سابقه
ایجاد سناریو	تعریف منطق سناریو با تم‌ها یا اصول سازماندهی شده (اغلب به صورت ماتریس)	ماتریسی از مجموعه فرضیات محتمل بر اساس متغیرهای کلیدی آینده	شبیه‌سازی مونت کارلو برای ایجاد یک مجموعه‌ای از عدم قطعیت‌ها برای پیش‌بینی شخص‌های کلیدی
خروجی سناریو	کیفی - مجموعه‌ای از سناریوهای محتمل در قالب روایت‌هایی که با نمودار پشتیبانی شده‌اند، گزینه‌های	کمی و کیفی - سناریوهای چندگانه از آینده‌های بدیل پشتیبانی شده با تحلیل جامع در	کمی - خط مبنای و حد بالا و پایین، پیش‌بینی سری‌های زمانی و داسنانک‌های سناریو

^۱ la prospective

ویژگی‌ها	سنت منطق شهودی	سنت فرانسوی دوراندیشی ^۱	سنت احتمالاتی روند
	استراتژیک، سیگنال‌های هشدار اولیه بخشی از خروجی سناریو است	ارتباط با فعالیت‌های ممکن و نتایج‌شان	
احتمال هر سناریو	هیچ - همه سناریوها بطور برابر محتمل هستند	بله - احتمال تکامل متغیرهای تحت مجموعه رفتار بازیگران	بله - احتمال شرطی وقوع آینده‌ها
تعداد سناریوها	۲ تا ۴	متعدد	معمولاً ۳ تا ۶ بسته به تعداد شبیه‌سازی‌ها
معیارهای ارزیابی سناریو	انسجام، جامعیت، سازگاری درونی، بدیع بودن، پشتوانه دقیق با تجزیه و تحلیل ساختاری. همه سناریوها به یک اندازه قابل قبول هستند.	انسجام، جامعیت، سازگاری درونی، پشتوانه دقیق با ساختار قوی، تحلیل ریاضی، قابل قبول و قابل اثبات و بررسی با نگاه گذشته‌نگر	قابل قبول و قابل بررسی در گذشته

۲-۲۳ روش‌های کمی برنامه‌ریزی سناریو

چندین روش‌شناسی کمی برای توسعه‌ی سناریو وجود دارد. بر اساس مرور متون این حوزه، روش‌های زیر محبوب‌ترین و پرکاربردترین روش‌های کمی سناریونویسی بوده‌اند. در این جا ۴ روش کمی برنامه‌ریزی سناریو تشریح و مقایسه شده‌اند.

۲-۲۳-۱ شبیه‌سازی تاثیر متقابل تعاملی^۱

این روش توسط اینزر در مرکز پژوهش آینده‌ها کالیفرنیا توسعه یافت. این تکنیک از مدل‌های تحلیلی و قضاوت کارشناسان برای درک بهتر محیط‌های آینده‌ی بدیل استفاده می‌کند. طیف گسترده‌ای از موضوعات استراتژیک و روندهای آینده از پایگاه‌های اطلاعاتی چندرشته‌ای جمع‌آوری و سپس توسط خبرگان به دلفی گذاشته می‌شود و سپس ۱۰۰ واقعه آینده و ۵۰ روند پیش‌بینی و بصورت دوره‌ای به‌روزرسانی می‌شود. بنابراین یک اسکن محیطی برای حمایت از موضوعات و مسائل شناخته شده می‌تواند انجام گیرد. این رویکرد آینده‌های بدیل را به عنوان بخشی از یک فرایند تکراری که با مرور گسترده تغییرات ممکن آینده شروع می‌شود را ارائه می‌دهد. در واقع این روش نشان می‌دهد که چگونه یک وضعیت می‌تواند به وضعیت‌های دیگر منشعب شود و اینکه چگونه اعمال سیاست برای مدیریت این شرایط می‌تواند استفاده شود.

۲-۲۳-۲ شبیه‌سازی آینده تعاملی^۲

این روش اولین بار در موسسه تحقیقاتی مموریال در دهه‌ی ۱۹۷۰ معرفی شد. تفاوت اصلی این روش با روش پیش‌گفت در این است که روش فوق از روش شبیه‌سازی مونت‌کارلو استفاده نمی‌کند و به پیش‌بینی مستقل از شاخص‌های کلیدی و متغیرها نیازی

^۱ Interactive Cross Impact Simulation (INTERAX)

^۲ Interactive Future Simulations (IFS)

ندارد. شبیه‌سازی آینده تعاملی به روابط بازار و مشتری تاکید دارد و با استفاده از ارتباطات علت و معلولی پویایی‌های کسب و کار را به نمایش می‌گذارد. این فرایند ایده‌های جدید و پیشران‌ها را نیز شناسایی و برنامه‌ریزی احتمالی را تشویق و یک سیستم هشدار اولیه از تغییرات در محیط کسب و کار را فراهم می‌نماید.

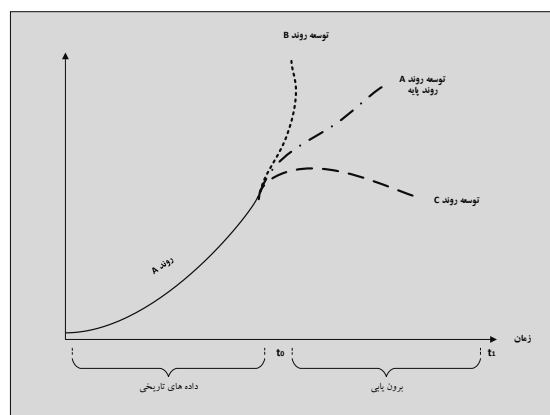
۲-۲۳-۳ تحلیل اثر روند^۱

تحلیل اثر روند یک روش کمی دیگر برای توسعه سناریو است که بعد از معرفی تئودور گوردون از دهه‌ی ۱۹۷۰ تاکنون مورد استفاده زیادی قرار گرفته است. هدف اصلی این روش سناریونویسی پیش‌بینی وضعیتی در آینده با استفاده از داده‌های تاریخی و از طریق برون‌یابی آن است. روش تحلیل تاثیر روند، روش‌های عددی را پایه‌ی پیش‌بینی قرار داده و احتمال رخدادها قریب‌الوقوع درآینده را از طریق دلفی از خبرگان آن حیطه جمع‌آوری می‌کند. گوردون مراحل اساسی انجام تحلیل تاثیر روند را در دو گام اصلی خلاصه می‌کند:

الف- بکارگیری منحنی‌های داده‌های سری زمانی و تاریخی برای پیش‌بینی آینده

ب- استفاده از قضاوت کارشناسان برای شناسایی مجموعه‌ای از وقایع آینده که می‌تواند برون‌یابی داده‌ها را منحرف سازد.

به زعم تئودور گوردون، روش تحلیل تاثیر متقابل به کرات برای تعیین آینده‌ی مراقبت‌های بهداشتی، بازار دارویی، پیش‌بینی مصرف نفت در حمل و نقل بکار رفته است. هر دو روش تحلیل تاثیر روند و تحلیل تاثیر متقابل شباهت‌های متدولوژیکی دارند در روش تحلیل متقابل احتمالات شرطی در جفت‌هایی از وقایع آینده از طریق محاسبات متقابل تعیین می‌شوند. بنابراین روش تحلیل تاثیر متقابل یک ابزار پیش‌بینی احتمالاتی مستقل نیست و به یک برون‌یابی ساده را تنها با داده‌های تاریخی تولید نمی‌کند. شکل ۲-۱۷ تصویر نهایی حاصل از این تحلیل را نمایش داده است.



شکل ۲-۱۷ - دیاگرام تغییرات روند با روش تحلیل تاثیر متقابل

^۱ Trend impact analysis (TIA)

جدول ۱۱-۲ معایب و مزایای این روش را نشان داده است (۱۱۲).

جدول ۱۱-۲ - مزایا و معایب روش تحلیل تاثیر روندها

مزایای رویکرد تحلیل تاثیر روندها	معایب تحلیل تاثیر روندها
ترکیب روش‌های سنتی پیش‌بینی با عوامل کیفی ترغیب تفکر افراد به بررسی وقوع رخدادها انجام آن مطابق با دستورالعمل مشخص قابل فهم برای افراد مختلف	محدود به زمانی است که اطلاعات کافی در مورد آن موضوع وجود دارد تاثیر رویدادها بر همدیگر را مدنظر قرار نمی‌دهد

۲-۲۳-۴ نقشه شناختی فازی^۱ براساس رویکرد برنامه‌ریزی سناریو

رابرت اکسلرود نقشه‌های شناختی فازی را که یک مدل گرافیکی علت و معلولی است در دهه‌ی ۱۹۷۰ معرفی کرد. در این روش ارتباطات بین عناصر برای مثال مفاهیم، رویدادها و منابع پروژه را از یک چشم‌انداز ذهنی را می‌توان مورد محاسبات کامپیوتری قرار داد و قدرت تاثیر هر یک از عناصر را استخراج نمود. اکسلرود این روش را برای مدل‌سازی تصمیم‌گیری در سیاست‌های اجتماعی - سیاسی و بیان دانش علمی اجتماعی مطرح نمود. روابط در این روش به صورت گره و فلش نشان داده می‌شوند. هر گره بیانگر مفاهیم متنوع و فلش‌ها نیز رابطه‌ی علی بین مفاهیم را تحت تاثیر وزن و ارزش هر مفهوم نشان می‌دهند. ماهیت بصری این نقشه-ها ادراک درستی از وابستگی و احتمالات بین مفاهیم مختلف می‌دهد. در این روش مدل‌های ذهنی متخصصان مختلف در قالب نقشه‌های علی ساده نشان داده شده و به آینده‌پژوهان در شناسایی مسائل کلیدی و کشف آینده‌های بدیل کمک می‌کند. این فرایند نقشه‌برداری ادراکات تفکر سیستمی را پرورش داده و ارزیابی بهتر و دقیق‌تری از مدل‌های ذهنی و دانش ذهنی در اختیار کارشناسان قرار می‌دهد. کوسکو^۲ در سال ۱۹۸۶ برای اولین بار ابزارهای فازی را برای ترسیم این مدل‌ها مورد استفاده قرار داد و مدل‌های FCM را معرفی کرد. ایجاد یک مدل FCM نیازمند ورودی‌هایی است که از دانش و تخصص افراد خبره به‌دست می‌آید. در این روش تجارب انباشته شده‌ی افراد با دانش موجود در حوزه‌ای که مدل در آن ترسیم شده است یکپارچه می‌شود و بر مبنای آن روابط علت و معلولی میان عوامل تشکیل‌دهنده نظام بوجود می‌آید. فرایند نقشه‌ی شناختی مبتنی بر سناریو بوسیله‌ی یک پنل از کارشناسان صورت می‌گیرد. دانش کارشناسان در وزن‌دهی به علت‌های نقشه‌ی شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مشارکت ذی-نفعان در این فرایند علاوه بر اینکه ورودی‌های نقشه را افزایش می‌دهد احتمال رسیدن به اجماع در نظرات خبرگان را نیز تسهیل می‌کند. حضور کارشناسان و خبرگان در به‌دست آوردن مدل‌های ذهنی در پروژه آینده‌نگاری بسیار ضروریست. در واقع روش نقشه

^۱ Fuzzy Cognitive Maps (FCM)

^۲ Kosko

شناختی مبتنی بر سناریو ترکیبی از رویکرد منطق شهودی و تحلیل کمی است. استفاده از نقشه‌ی شناختی فازی مبتنی بر سناریو به‌طور معنی‌داری به کیفیت نقشه‌ی علی بستگی دارد. بنابراین انتخاب گروه کارشناسان و بررسی دقیق روابط علی بین فاکتورها، عدم قطعیت‌ها و فرضیات بسیار ضروری است (۱۱۲).

جدول ۲-۱۲ - مقایسه‌ی تکنیک‌های کمی سناریوسازی

گام‌های عمومی توسعه سناریو	نگاشت شناختی فازی	تحلیل تاثیر روند	شبیه‌سازی تاثیر متقابل تعاملی	شبیه‌سازی آینده تعاملی
موضوع	۱- آماده‌سازی سناریو	۱- شناسایی پیشران‌های کلیدی ۲- ایجاد فضای سناریو	۱- تعریف موضوع و زمان تحلیل ۲- شناسایی شاخص‌های کلیدی ۳- پیش‌بینی شاخص‌های کلیدی	۱- تعریف و ساختار بندی موضوع
تصمیمات کلیدی برون‌یابی روند	۲a- فراگیری دانش	۳- جمع‌آوری داده‌های سری زمانی ۴- برون‌یابی		
فاکتورهای تاثیرگذار	۲b- شناسایی مفاهیم کلیدی و پیشران‌ها	۵- تهیه لیستی از وقایع تاثیرگذار	۴- شناسایی تاثیر وقایع	۲- شناسایی حیطه‌های تاثیرگذار
تحلیل فاکتورها	۳a- مدل‌سازی سناریو	۶- جستجوی وقایع در طول زمان	۵- توسعه وقایع	۳- تعریف و نگارش انشا بررسی احتمالات اولیه
تاثیر متقابل	۳b- تهیه نقشه علت و معلولی		۶- برآورد تاثیرات متقابل ۷- تکمیل تحلیل تاثیر متقابل	۴- تکمیل ماتریس متقابل
سناریوهای اولیه	۴a- توسعه‌ی سناریوها	۷- برون‌یابی اصلاح شده	۸- اجرا کردن مدل	۵- اجرا کردن برنامه
تحلیل حساسیت	۴b- استفاده از مجموعه مختلفی از ورودی‌ها برای دیدن رفتار مدل			۶- شناسایی عدم قطعیت‌ها انجام تحلیل حساسیت
سناریونویسی	۵- انتخاب سناریو	۹- نگارش روایت‌های سناریو		۷- آماده‌ی پیش‌بینی
کاربرد	۸- تصمیمات استراتژیک			۸- مطالعه‌ی پیامدها

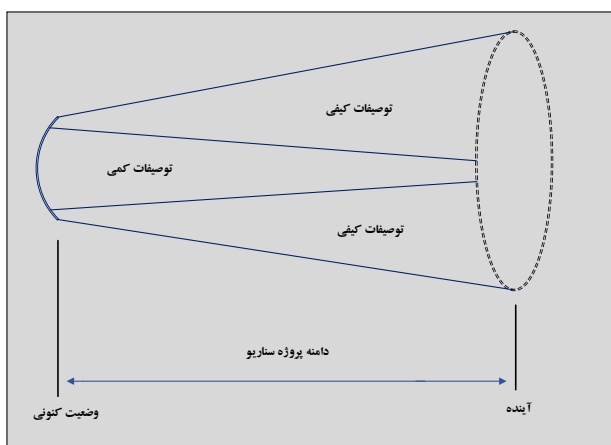
۲-۲۴ مقایسه‌ی رویکردهای کمی برنامه‌ریزی سناریو

مقایسه‌ی روش‌های کمی برنامه‌ریزی مبتنی بر سناریو در جدول ۲-۱۲ ارائه شده است و نقاط ضعف و قوت هر کدام از این رویکردها بر اساس متون منتشره در ادبیات برنامه‌ریزی سناریو در جدول ۲-۱۳ به‌طور خلاصه آورده شده است. شبیه‌سازی تاثیر متقابل تعاملی (INTERAX)، شبیه‌سازی آینده‌ی تعاملی (IFS) و تحلیل تاثیر روند (TIA) محبوب‌ترین روش‌های کمی توسعه‌ی سناریو هستند که اغلب در شرایط عدم اطمینان محیطی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

جدول ۲-۱۳ - نقاط ضعف و قوت روش‌های کمی سناریونویسی

روش	نقاط قوت	نقاط ضعف
تحلیل تاثیر متقابل	این رویکرد تکنیک‌های سنتی پیش‌بینی مانند سری‌های زمانی و اقتصادسنجی را با عوامل کیفی ترکیب می‌کند	این روش تاثیری که وقایع بر هم می‌گذارد را ارزیابی نمی‌کند.
	احتمال وقوع عوامل و قدرت تاثیر عوامل را شناسایی می‌کند	ابتداً برای ارزیابی یک تصمیم کلیدی یا پیش‌بینی متغیری که اطلاعات تاریخی آن موجود است طراحی شده است.
	برون‌یابی روند با احتساب ادراکات درخصوص اینکه چگونه وقایع آینده ممکن است	روند آن گاهی اوقات به داده‌های سری زمانی محدود می‌شود
شبیه‌سازی آینده‌ی تعاملی	مجموعه‌ای از سناریوها براساس سطح سازگاری و احتمال نسبی وقوع	یک ابزار پیش‌بینی احتمالاتی است که الگوریتم‌های کامپیوتری سناریوها را تولید می‌کنند
شبیه‌سازی تاثیر متقابل	این روش نقاط قوت تحلیل اثر روند را با نقاط قوت تحلیل تاثیر متقابل ترکیب می‌کند	هزینه‌ی بالای شکل‌گیری اولیه و مشکل استفاده از آن
	یک توزیع آماری فوق‌العاده از نتایج ارائه می‌دهد	انتخاب وقایع بصورت انتخاب تصادفی

تکنیک‌های سناریوسازی با تغییر در پارادایم‌های آینده‌پژوهی در گذر زمان تکامل یافته‌اند و تمایل به تغییر از رویکردهای کمی به کیفی و فرایندمحور دارند. مارتینو^۱ گزارش می‌دهد که علی‌رغم استفاده از ابزارهای مختلف تدوین سناریو هنوز یک ماهیت کیفی با تمرکز بر هنر ذهنیت-شهود در آن وجود دارد که برنامه‌ریزی سناریو را به سمت "هوش جمعی"^۲ آینده سوق می‌دهد. روش‌های سناریوسازی کمی از آن جهت که تاثیر اتفاقات غیرمنظره در آینده را نادیده می‌گیرند و تنها با اتکا بر داده‌های تاریخی آینده را یکسان با حال فرض می‌کنند به شدت مورد انتقاد می‌باشند. به‌طور کلی روش‌های کمی برای پروژه‌های باوسعت کم و افق زمانی کوتاه مفید هستند و روش‌های کیفی برای پروژه‌های با وسعت زیاد و افق زمانی بلندمدت مناسب‌ترند. این تفاوت در شکل ۲-۱۸ نشان داده شده است. هر چه نگاه به آینده عمیق‌تر و مهم‌تر شود سودمندی روش‌های کمی کاهش پیدا می‌کند در حالی که هر دو رویکرد کمی و کیفی مکمل یکدیگر هستند و بکارگیری همزمان، سناریو را قوت می‌بخشد.



شکل ۲-۱۸ - سناریوی کمی در مقابل سناریوی کیفی

¹ Martino

² Collective Intelligence

پاسخ دقیقی درخصوص این سوال که چه تعداد سناریوهای آینده، حد بهینه‌ی آینده‌پژوهی است در ادبیات این رشته وجود ندارد. به همین دلیل اکثریت آینده‌پژوهان و محققان این حوزه محدوده‌ی ۳ تا ۶ سناریو را پیشنهاد داده‌اند اما باید توجه داشت که وجود تعداد قابل کنترلی از سناریو که بتواند ارتباط منطقی بین دینامیک شرایط فعلی و وضعیت آینده به‌طور موثر برقرار کند بسیار ضروری است. دورنس و گودت^۱ تعداد ۴ تا ۶ سناریو، روش شبکه‌ی جهانی کسب و کار و موسسه پژوهشی استنفورد^۲ ۴ سناریو با ترکیب دو فرض اصلی را پیشنهاد کرده‌اند. در هر حال محدود بودن تعداد سناریوها ممکن است به نادیده گرفتن جزئیات مهم نیز منجر شود. بزولد^۳ سه نوع سناریو با عناوین سناریو قابل انتظار، سناریو چالشی و سناریوی آرمانی را پیشنهاد کرده است. ویلسون تاکید دارد که تعداد سناریوها نباید از دو حالت کمتر و از چهار حالت بیشتر باشد. اسکواب و همکاران سه سناریو به صورت بهترین مورد، بدترین مورد، برون‌یابی روند را ارائه کرده‌اند. اسکارس با مرور متون مرتبط با برنامه‌ریزی سناریو نتیجه‌گیری می‌کند که اکثر محققان رسیدن به سه سناریو را بهترین رویکرد می‌دانند. جدول ۲-۱۳ تعداد سناریوهای پیشنهادی محققان برجسته‌ی سناریو نویسی را به همراه نحوه انتخاب سناریو نشان می‌دهد (۱۱۲).

جدول ۲-۱۴ - تعداد سناریوهای پیشنهادی و رویکردهای انتخاب سناریو (۱۱۲)

منبع / نویسنده	تعداد سناریوهای پیشنهادی	چگونگی انتخاب سناریوها
بکر	۳	انتخاب ترکیبات باورپذیر از فاکتورهای کلیدی
بزولد	۳	محتمل‌ترین، چالشی و آرمانی
دورانس و گودت	۴-۶	توسعه‌ی فروض بنیادین
د کلاور	۳	خوش‌بینانه، بدبینانه و محتمل‌ترین
لینمان و کلین	۳-۴	انتخاب ترکیبات باورپذیر از فاکتورهای کلیدی
مک نولتی	۳-۴	یکپارچگی بین روندها و قضاوت‌های شهودی
ونستون	۳-۶	همنوايي با تم‌های سناریو
ون در هیدن	حداقل دو یا بیشتر	شناسایی پیشران‌های اصلی، کلان‌روندها و عدم قطعیت‌های بحرانی
شومیکر	بیشتر از ۲	شناسایی متغیرهای کلیدی تصمیم، روندها، عناصر از پیش تعیین‌شده، و عدم قطعیت‌ها
شوارتز	۴	رتبه‌بندی موضوعات و فاکتورهای کلیدی براساس درجه اهمیت و میزان عدم قطعیت در یک ماتریس ۲*۲
ویلسون	۳-۴	تحلیل تاثیر متقابل
برادفیلد در منطق شهودی	۲-۴	شهود، قضاوت خبرگان، تحلیل STEEP، بارش افکار
برادفیلد در روندهای احتمالاتی	۳-۶	تحلیل روندهای کمی و استفاده از نظرات خبرگان
هیکس و هولدن	۴	سناریوهایی با عنوان "بیشتر از این"، "ثبات فناوری"، "لبه‌ی فاجعه" و "توسعه‌ی پایدار"
میلز و کنان	۳-۵	کارگاه‌های سناریو با تمرکز روی پیشران‌های کلیدی، توسعه‌ی محتمل و نتایج مطلوب
دیتور	۴	آینده‌های بدیل بر اساس ۴ سناریوی "رشد مستمر"، "فروپاشی"، "اصلاح" و "تحول و گذار"
عنایت‌الله	۳-۵	بر اساس تحلیل لایه‌ای علت‌ها
گالتون	۴	شناسایی دو عدم قطعیت کلیدی و توسعه‌ی سناریو بر اساس آن
رابرتسون	۵	سناریوهای "پنده مرسوم"، "بحران"، "کنترل استبدادی"، "بیش از حد توسعه‌طلبانه" و "محیط‌زیست انسانی"
چرماک	۴	۴ سناریوی محتمل و چالشی بر اساس عدم قطعیت‌ها و پیشران‌های کلیدی
اسکوینگر و ولف	۴	۴ سناریو براساس عدم قطعیت‌های بحرانی در یک ماتریس ۲*۲

¹ Durance and Godet

² Global Business Network (GBN) and Sanford Research Institute (SRI)

³ Bezold

به‌طور کلی تعداد سناریوهای هر پروژه به‌طور معنی‌داری به تعداد عدم‌قطعیت‌های آن حوزه بستگی دارد. به این منظور سه رویکرد کلی برای سناریونویسی وجود دارد: رویکرد حداقل سناریو، رویکرد استاندارد و رویکرد ماکزیمم^۱. هر چند که در هر روش پیشنهادی نحوه‌ی انتخاب سناریوها متفاوت است اما پیلکان بهره‌گیری از ترکیبی از روش‌های چندگانه را تضمینی بر تولید سناریوهای قوی^۲ می‌داند. جدول ۲-۱۵ ارزیابی کلی پیلکان تعداد سناریوها را نشان می‌دهد.

جدول ۲-۱۵ – ارزیابی تعداد سناریوها

تعداد سناریوها	پیامدها
۱	یک سناریو محتمل که بیشتر برای تدوین استراتژی مناسب است و یک سناریوی واحد نمی‌تواند گزینه‌های بدیل ارائه دهد
۲	دو سناریو معمولاً براساس دو موقعیت دوطیفی بدبینانه و خوشبینانه است که مسئولیت رسیدگی به آن دشوار است
۳	توصیه‌شده توسط اکثر پژوهشگران اما احتمال تمرکز روی سناریو محتمل‌ترین بسیار زیاد است
۴	ممکن، میزان هزینه – منفعت خوب
۵	ممکن
بیش از ۵	ممکن، اما هزینه‌ی تدوین و ارزیابی تعداد زیاد سناریو مقرون به صرفه و قابل توجه نمی‌باشد

رویکرد مینیمال از دو پیشران یا روند برای ایجا سناریو استفاده می‌کند. این رویکرد اغلب به دلیل اینکه وضعیت/ محیط به شدت ساده انگارانه فرض شده است مورد انتقاد است. به طور معمول ارزیابی آینده با دو عدم‌قطعیت یا فرضیه مشکل است. چرا که ممکن است برنامه‌ریز سناریو یا آینده‌پژوه عناصر بحرانی و حیاتی را نادیده گرفته باشد. رویکرد استاندارد که در آن معمولاً بین ۳ تا ۸ سناریو عدم‌قطعیت وجود دارد که منجر به ساخت ۳ تا ۶ سناریو می‌شود. رویکرد ماکزیمم سناریو زمانی که محیط پر از عدم‌قطعیت باشد می‌تواند مناسب باشد. در این رویکرد ابزارهای مختلفی همچون ماتریس ویلسون، تحلیل ریخت‌شناسی، تحلیل تاثیر متقابل و تحلیل سازگاری^۳ برای ارزیابی عناصر مورد استفاده قرار می‌گیرد. وندرهیدن^۴ توجه به ۶ تا ۷ متغیر را برای توسعه‌ی سناریو موثر عنوان می‌کند. جدول ۲-۱۶ رویکردهای تعداد سناریو و ابزارها و روش‌های مورد استفاده در آن را خلاصه‌وار نشان می‌دهد.

جدول ۲-۱۶ – ویژگی‌های سه رویکرد تعداد سناریو

رویکرد مینیمال	رویکرد استاندارد	رویکرد ماکزیمم
تعداد عدم‌قطعیت‌ها	۲	۳-۸
ابزارهای مورد استفاده	ماتریس ویلسون، تحلیل ریخت‌شناسانه، تحلیل سازگاری	تحلیل تاثیر متقابل، تحلیل سازگاری
هزینه پروژه‌ی سناریو	کم	مناسب
		بسیار زیاد

تعداد بسیار کمی از متون مربوط به برنامه‌ریزی سناریو وجود دارد که ساخت تنها دو سناریو را پیشنهاد می‌دهد اما در عوض متون بی‌شماری وجود دارد که ساخت سه یا بیشتر از سه سناریو را پیشنهاد می‌دهند. بنابراین بر اساس مرور متون منتشره می‌توان نتیجه گرفت که حد بهینه‌ی تعداد سناریوهای آینده ۳ تا ۵ سناریو است.

^۱ Minimal Approach, Standard Approach and Maximum Approach

^۲ Robust Scenarios

^۳ Wilson Matrix, Morphological Analysis, Cross Impact Analysis and Consistency Analysis

^۴ Van Der Heijden

۲-۲۵ اعتبار سناریو^۱

در ادبیات برنامه‌ریزی سناریو بسیاری از محققان معیارهای ارزیابی سناریوها را بیان کرده‌اند. در این میان توماس چرماک^۲ (۴۸) تاکید می‌کند که سناریوها باید حتماً از لحاظ درجه‌ی اعتبار بررسی شوند تا بتوانند مبنایی برای تصمیم‌گیری قرار گیرند. ویلسون^۳ (۹۳) به‌طور کلی پنج معیار^۴ زیر را برای اعتبارسنجی سناریوهای انتخابی عنوان کرده است:

- باورپذیر بودن؛ سناریوهای انتخاب شده باید قادر به رخ دادن باشند.
- ثبات داشتن؛ ترکیبی منطقی از سناریوها باید از سازگاری درونی برخوردار باشد و از تناقض به دور باشد.
- مرتبط بودن؛ هر سناریو باید به بینش و بصیرت خاصی در آینده متصل شود که به تصمیمات امروز کمک کند.
- جدید و چالشی بودن؛ سناریو باید وضعیت متعارف امروز را نسبت به آینده به چالش بکشد.
- تمایز داشتن؛ سناریوها باید به‌طور ساختاری از یکدیگر متفاوت باشند نه اینکه تغییرات ساده‌ای روی یک موضوع یکسان باشند.

وندرهیدن^۵ (۸۳) پنج معیار اصلی به شرح زیر را برای اعتباریابی سناریو بیان کرده است:

- حداقل دو سناریو باید عدم قطعیت را نشان دهند.
- هر سناریو باید محتمل باشد.
- سناریوها باید از سازگاری درونی برخوردار باشند.
- هر سناریو باید مرتبط با یک نگرانی عمده باشد.
- سناریوها باید چشم‌اندازی جدید و اصیل در موضوع ایجاد کند.

دورانس و گودت^۶ بیان می‌کنند که سناریوها باید پنج شرط را برآورده کنند تا بتوانند در تصمیمات مورد استفاده قرار بگیرند. مناسبت، انسجام، احتمال، اهمیت و شفافیت^۷. آنها شفافیت را به‌عنوان یک شرط مهم تلقی می‌کنند که بدون آن مخاطبان از سناریوها استفاده نخواهند کرد (۱۱۴). آکامو و هنریچ^۸ نیز وجود چهار معیار باورپذیری، سازگاری، خلاقیت و ارتباط^۹ را برای ارزیابی سناریو ضروری می‌دانند. جدول ۲-۱۷ معیارهای مطرح شده برای ارزیابی اعتبارسنجی سناریو توسط برخی از محققان را نشان می‌دهد. جدول ذیل نشان می‌دهد که سازگاری درونی و باورپذیری مهم‌ترین معیارهای ارزیابی اعتبار سناریو هستند. خلاقیت و ارتباط نیز از اهمیت بالایی برخوردار هستند. تحلیل سازگاری سناریوها برای ارزیابی اعتبار سازگاری درونی مورد استفاده قرار

¹ Scenario validation

² Thomas Chermack

³ Wilson

⁴ Plausibility, Consistency, Utility/Relevance, Challenge/Novelty, Differentiation

⁵ Van der Heijden

⁶ Durance and Godet

⁷ Pertinence, Coherency, Likelihood, Importance, and Transparency

⁸ Alcamo and Henrichs

⁹ Plausibility, Consistency, Creativity, Relevance

می‌گیرد. باورپذیری نیز از طریق تحلیل ریخت‌شناسانه مورد بررسی قرار می‌گیرد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که باورپذیری و سازگاری شرط اصلی برای معتبر بودن سناریوها هستند (۱۱۵).

جدول ۲-۱۷ - معیارهای ارائه‌شده‌ی اعتبارسنجی سناریو در مرور متون

منبع	معیارهای اعتباریابی سناریو						
	باورپذیری	سازگاری/انسجام	خلاقیت/نو بودن	ارتباط / تناسب	اهمیت	شفافیت	صحت / دقت
الکامو و هنریچ	*	*	*	*			
ون‌درهیدن	*	*	*	*			
دورانس و گودت	*	*	*	*	*	*	
برادفیلد	*	*		*			
پورتر	*	*					
توماس چرماک	*			*			*
روش منطق شهودی	*	*	*	*			*
روش فرانسه	*	*					*
بورت	*	*					*
دی برابندر و لونی	*	*	*	*		*	
شومیکر	*	*					
شوراتز	*	*					*
پترسون	*	*					
ویلسون	*	*	*	*			
ونستون	*	*					
کوسو و گابنر	*	*				*	*

۲-۲۵-۱ تحلیل استحکام سناریو^۱

بررسی ادبیات منتشره در خصوص برنامه‌ریزی سناریو نشان می‌دهد که تاکید زیادی روی اهمیت سازگاری درونی سناریوها وجود دارد. تحلیل سازگاری برای سازگاری درونی سناریوهای اولیه به کار برده شده است. ابزارهای نرم‌افزاری زیادی برای انجام تحلیل سازگاری وجود دارد. این تحلیل برای بررسی سازگاری ترکیب تغییرات پیش‌ران‌های مختلف سناریوهای اولیه و کاهش تعداد سناریوها به یک تعداد قابل کنترل به کار می‌رود. پیلکان^۲ یک درجه‌ی ارزیابی ۱ تا ۵ را ماتریس استحکام برای ارزیابی ثبات و سازگاری سناریوها پیشنهاد داده است. معمولاً ارزیابی سازگاری درونی سناریوهای اولیه با نظرخواهی از خبرگان صورت می‌گیرد (۱۱۲). جدول ۲-۱۸ یک نمونه تحلیل سازگاری به همراه امتیازات مربوطه را نشان می‌دهد.

^۱ Scenario consistency analysis

^۲ Pillkahn

جدول ۲-۱۸ - ماتریس سازگاری برای سناریوها اولیه

ثبات ۱	ثبات ۲	ثبات ۳	ثبات ۴	ثبات ۱۰	ثبات ۱۱	ثبات ۱۴
ثبات ۱						
ثبات ۲	۴					
ثبات ۳	۳	۴				
ثبات ۴	۳	۵	۴			
ثبات ۱۰	۳	۴	۴			
ثبات ۱۱	۳	۴	۴	۵		
ثبات ۱۴	۳	۴	۴	۵	۵	
۱= ناسازگار کامل (ترکیب غیرممکن) ۳= خنثی ۵= حمایتی ۲= ناسازگاری نسبی ۴= تاثیر مثبت اندک						

در این بخش یک مرور کلی از ادبیات برنامه‌ریزی سناریو ارائه گردید. سه سنت اصلی برنامه‌ریزی سناریو به همراه نقاط قوت و ضعف آن مورد تحلیل قرار گرفت. مرور متون منتشره در خصوص روش برنامه‌ریزی سناریو نشان داد که بکارگیری ترکیبی از تکنیک‌های کمی و کیفی بهتر هستند و در ایجاد سناریوهای قوی موثرتر هستند. همچنین یک بررسی اجمالی از چگونگی انتخاب سناریو و معیارهای اعتبارسنجی آن ارائه گردید. ابزارهایی مانند ماتریس ویلسون و تحلیل تاثیر متقابل برای ارزیابی پیشران‌ها و روندهای سناریو استفاده می‌شود. همچنین تعداد مناسب سناریو ۳-۵ سناریو بود. همسانی درونی و باورپذیری از جمله جنبه‌های مهم در اعتبار سنجی سناریوند که ماتریس سازگاری برای اطمینان از سازگاری داخلی سناریوهای اولیه و تحلیل مورفولوژیک برای ارزیابی باورپذیری استفاده می‌شوند.

۲-۲۶ موانع فرهنگی کاربرد عملی سناریوها

سناریوها ابزار مدیران برای ارتقاء کیفیت تصمیم‌های اجرائی هستند. اما تجربه نشان می‌دهد که کاربرد عملی سناریوها برای این منظور مساله بغرنج‌تری نسبت به فرایند توسعه و تدوین سناریوهاست. ریشه‌ی این مشکل بیشتر ماهیت فرهنگی و روانشناسی دارد. در واقع فرهنگ برنامه‌ریزی در اکثر دولت‌ها، سازمان‌ها و شرکت‌ها هنوز به سمت پیش‌بینی تک نقطه‌ای گرایش دارد. در اغلب موارد حیطه‌ی کاری رهبران و مدیران به این پرسش خلاصه می‌شود که: "به من بگوئید آینده چگونه خواهد بود تا اکنون تصمیم مناسب را اتخاذ کنم." آنها هنگامی که با سناریوهای چندگانه روبرو می‌شوند، با سردرگمی و ناباوری واکنش نشان داده و وجود چندین پیش‌بینی را گیج‌کننده و غیرمفید می‌دانند.

مانع فرهنگی اصلی برای کاربرد عملی سناریوها به خاطر تعریفی است که ما درباره مهارت مدیریتی به آن قائل هستیم. مدیر خوب در تعریف ما کسی است که "می‌داند" سازمان تحت رهبری وی کجاست؟ به کجا و کدام سمت در حرکت است و چگونه به هدف خود می‌رسد. تعریف مذکور بر پایه‌ی این فرض استوار است که کیفیت نهائی تصمیم‌ها به دانستن "حقایق مسلمی" مربوط به زمان

حال و آینده بستگی دارد. اما در نگاهی واقع‌بینانه باید اعتراف کرد که هیچ حقیقت مسلمی درباره آینده وجود ندارد. آینده‌نگری و تحقیقات آینده‌پژوهی هر چقدر خوب و عالی باشد، هرگز نمی‌توان این اصل را انکار کرد که "همه اطلاعات و دانش ما درباره گذشته و تاریخ است و همه تصمیم‌های ما درباره آینده".

سناریوها با پذیرش این اصل به ما می‌فهمانند که هرگز قادر به شناسایی و درک آینده قطعی نخواهیم بود. در واقع سبب سناریوها ساختار ذهنی ما را نسبت به آینده تغییر می‌دهد. همچنین با پذیرش این اصل که باید با عدم قطعیت‌های مربوط به آینده کنار آمد، تعریف مهارت مدیریتی به چالش کشیده می‌شود. به همین دلیل اکثر رهبران و مدیران در برابر گنجاندن برنامه‌ریزی سناریوها در فرایند سنتی تصمیم‌گیری مقاومت می‌کنند.

برنامه‌ریزی سناریو روشی برای کمک به رهبران و مدیران هنگام تفکر درباره آینده، و یا بهتر بگوئیم آینده‌های مختلف، می‌باشد. به کمک برنامه‌ریزی سناریو عدم قطعیت‌های بحرانی، یعنی رویدادهایی که شاید در آینده باعث دگرگونی و تحول اساسی دولت، سازمان و کسب و کار شوند، در کانون توجه رهبران و مدیران قرار می‌گیرد. این روش برای شناخت و درک محدودیت‌های ادراکی رهبران و مدیران هنگام شناخت محیط پیرامونی، تفکر درباره آینده‌های بدیل و نهایتاً تصمیم‌گیری استراتژیک مفید واقع می‌شود. برنامه‌ریزی سناریو دولت‌ها، سازمان‌ها و شرکت‌ها را به فراسوی روش‌های سنتی برنامه‌ریزی برده و آنها را برای رویارویی با رویدادهای بالقوه آینده آماده می‌سازد.

این نگرش بلندمدت در تصمیم‌های مربوط به سرمایه‌گذاری، توسعه، ثبات، پایداری و امنیت تاثیر به‌سزایی دارد. سازمان‌های برتر و موفق تاثیرات رویدادهای بالقوه آینده را تشخیص داده و درباره نحوه آمادگی بهتر در برابر این رویدادها تفکر و برنامه‌ریزی می‌کنند. با استفاده از روش برنامه‌ریزی سناریو می‌توان واکنش‌های انعطاف‌پذیری برای کاهش و یا حذف خسارت‌های احتمالی آینده تدارک دید و برای مواجهه با عدم قطعیت‌ها و موضوعات مبهم آینده مجهز و آماده شد (۸۲).

۲-۲۷ فرانسان‌گرایی^۱

فرانسان‌گرایی (که گاهی اوقات به صورت مخف $H+$ یا $H>$ نیز نشان داده می‌شود) به عنوان یک جنبش روشن فکری و فرهنگی بین‌المللی، حامی استفاده از علم و فناوری به منظور تقویت توانمندی‌های شناختی و فیزیکی انسان و همچنین مبارزه با جنبه‌های نامطلوب و غیرضروری شرایط زیست انسان مانند بیماری، سالخوردگی و در نهایت مرگ است.

اولین کاربرد واژه‌ی فرانسان‌گرایی به سال ۱۹۵۷ برمی‌گردد، اما معنای معاصر این اصطلاح نتیجه رخدادهای دهه‌ی ۱۹۸۰ است، زمانی که گروهی از دانشمندان، هنرمندان و آینده‌پژوهان ساکن ایالات متحده آمریکا شروع به سازماندهی

^۱ Transhumanism

"جنبش اومانیستی"^۱ کردند که امروزه تحت عنوان "جنبش فرانسان‌گرایی" شناخته می‌شود. به اعتقاد این دسته از متفکران، این است که نوع انسان در نهایت به وضعیتی نوگذار دست پیدا می‌کند که به خاطر توانمندی‌های فوق‌العاده و خارق‌العاده‌اش شایسته عنوان جدید پسانسان خواهد شد. چشم‌انداز فرانسان‌گرایی که آینده‌های عمیقاً متحول شده برای بشریت متصور شده است، هواداران و مخالفان بی‌شمار و گوناگونی دارد. یکی از هواداران مشتاق این جنبش، "رونالد بیلی"^۲، معتقد است که این جنبش بی‌باکانه‌ترین، شجاعانه‌ترین، خیال‌انگیزترین، و ایده‌آل‌ترین آرمان‌های بشری را در خود گنجانده است. در حالی که یکی از منتقدان جدی این جنبش، "فرانسیس فوکویاما"^۳ آن را خطرناک‌ترین ایده مطرح شده در تاریخ جهان می‌داند.

اکثر نظریه پردازان و هواداران جنبش فرانسان‌گرایی خواهان استفاده از عقل، علم و فناوری برای کاستن از فقر، بیماری، ناتوانی و همچنین رفع سوءتغذیه در سراسر جهان هستند. البته این جنبش روشن‌فکری به خاطر تمرکز زیاد بر کاربرد فناوری‌های پیشرفته برای بهبود جسم فردی انسان‌ها از بقیه جنبش‌های مشابه متمایز است. فرانسان‌گرایان مشتاقانه در پی ارزیابی فناوری‌های بالقوه آینده و نظام‌های اجتماعی نوآورانه‌ای هستند که کیفیت همه‌ی "اشکال حیات" را بهتر می‌کنند.

از سوی دیگر، تحقق آرمان‌های عدالت حقوقی و سیاسی از طریق حذف موانع ارثی فیزیکی و ذهنی نوع انسان جزو اهداف عمده این جنبش است. فیلسوفان فرانسان‌گرا معتقدند که نه‌تنها یک الزام اخلاقی برای تلاش در جهت پیشرفت و بهبود شرایط زیست انسان وجود دارد، بلکه ورود نوع انسان به مرحله‌ی جدید پساداروینی ممکن و مطلوب است. در واقع، جایگزینی انتخاب مصنوعی به جای انتخاب طبیعی در سیر تکامل نوع انسان هدف عمده این متفکران به شمار می‌رود.

به این منظور، فرانسان‌گرایان در تلاشند با استفاده از رویکردهای بین‌رشته‌ای همه‌ی راه‌های ممکن غلبه بر محدودیت‌های زیستی انسان را پیدا کنند. آثار و نوشته‌های فرانسان‌گرایان بیشتر بر پایه‌ی آینده‌پژوهی و آخرین یافته‌های رشته‌های مختلف علمی و همچنین فلسفه، اقتصاد، تاریخ و جامعه‌شناسی استوار است.

بر خلاف اکثر فیلسوفان، منتقدان اجتماعی و فعالانی که ارزش زیادی برای حفظ نظام‌های طبیعی قایل هستند، هواداران جنبش فرانسان‌گرایی اصولاً مفهوم طبیعی‌بودن را به چالش کشیده و آن را صرفاً مانعی در برابر پیشرفت می‌دانند. به عنوان مثال می‌توان به رساله‌ای در باب طبیعت اشاره کرد که در دهه‌ی ۱۸۵۰ توسط "جان استوارت میل"^۴ نوشته شد. او در این رساله، ضمن بررسی سوءبرداشت از مفهوم طبیعت، مخالفت علیه استفاده از فناوری را با این استدلال که نباید در کار طبیعت دخالت کرد، رد کرده و آن را غیرعقلانی و غیراخلاقی می‌داند.

¹ Humanist Movement

² Ronald Bailey

³ Francis Fukuyama

⁴ John Stuart Mill

در واقع، اگر منظور ما از طبیعت «هر آن چیزی است که اتفاق می‌افتد» آنگاه جای نگرانی نیست، چرا که اگر طبیعت هر آن چیزی است که اتفاق می‌افتد ما هرگز نمی‌توانیم آنچه را که اتفاق می‌افتد، تغییر دهیم. از سوی دیگر، اگر منظور ما از طبیعت «هر آن چیزی است که بدون دخالت انسان اتفاق می‌افتد» آنگاه تنها راه ما برای عدم دخالت در طبیعت این است که مطلقاً هیچ‌کاری انجام ندهیم. بر این اساس، اکثر فرانسوگرایان معروف، منتقدین خود اعم از چپ و راست سیاسی را محافظه‌کاران زیستی^۱ نئولودیت یا بیولودیت^۲ می‌نامند.

لودیت‌ها یک جنبش اجتماعی متعلق به قرن نوزدهم بود که با انقلاب صنعتی جایگزینی ماشین‌آلات به جای نیروی کارگر به شدت مخالف بود و توسط دولت انگلیس سرکوب شد. اگرچه برخی فرانسوگرایان رویکردی انتزاعی و نظری درباره منافع بالقوه‌ی فناوری‌های نوپدید دارند، اما برخی نیز پیشنهادهای روشن و مشخصی برای اصلاح بدن انسان به ویژه دستکاری خصوصیات ژنتیکی و ارثی دارند. یکی از مهم‌ترین حوزه‌های مورد علاقه‌ی فرانسوگرایان، تقویت دستگاه عصبی و به‌ویژه مغز انسان است. اگرچه عده‌ای از اصلاح دستگاه عصبی پیرامونی صحبت می‌کنند اما عموماً مغز را منبع اصلی شخصیت انسان دانسته و بنابراین حوزه‌ی تمرکز جاه‌طلبی‌های جنبش فرانسوگرایی به شمار می‌رود. در نتیجه‌ی این فعالیت‌ها، اخیراً شبکه‌ای از دانشمندان «پروژه‌ی مهندسی معکوس مغز انسان» را آغاز کرده‌اند. به‌طور کلی، فرانسوگرایان از همگرا شدن فناوری‌های نوپدید مانند فناوری نانو، فناوری زیستی، فناوری اطلاعات و علوم‌شناختی حمایت کرده و به فناوری‌های فرضی آینده مانند واقعیت شبیه‌سازی شده^۳ (مجازی)، هوش مصنوعی^۴ در مرتبه‌ی هوش انسان و بالاتر، انتقال ذهن^۵ و کرایونیک^۶ فکر می‌کنند.

فرانسوگرایان معتقدند که انسانها می‌توانند و باید از این فناوری‌ها استفاده کنند تا چیزی فراتر از انسان شوند. از این‌رو، آزادی شناختی^۷، آزادی ریخت‌شناسی^۸ و آزادی آفرینشی^۹ را نیز جزء آزادی‌های مدنی انسان‌ها می‌دانند. بدین ترتیب، امکان و اختیار تقویت جسمی و ذهنی و حرکت به سمت دوره‌ی جدید پسانسانی تضمین می‌شود. مطابق برخی پیش‌بینی‌ها توسط فعالان جنبش فرانسوگرایی، روش‌ها و فناوری‌های نوپدید لازم برای گذار نوع انسان به شرایط پسانسانی در اواسط قرن بیست‌ویکم مهیا خواهند شد.

^۱ Bioconservatives

^۲ Neoluddites, Bioluddites

^۳ Simulated Reality

^۴ Artificial Intelligence

^۵ Mind Transfer

^۶ Cryonics

^۷ Cognitive Liberty

^۸ Morphological Freedom

^۹ Procreative Liberty

در سال ۲۰۰۲ "بنیاد ملی علوم آمریکا"^۱ به اتفاق "وزارت بازرگانی" گزارش معروفی را با عنوان "فناوریهای همگرا برای بهبود عملکرد انسان"^۲ منتشر کرد که در آن به توصیفات و نظرات کارشناسی متخصصان حوزه‌های مختلف علمی درباره‌ی وضعیت آینده‌ی همگرایی فناوری نانو، فناوری زیستی، فناوری اطلاعات و علوم شناختی^۳ پرداخته شده است. در این گزارش مفصل، درباره‌ی کاربردهای بالقوه فناوری‌های مذکور برای تحقق اهداف جنبش فرانسازگرای و رسیدن به عملکرد تقویت شده‌ی انسان بحث شده است. همچنین موضوعاتی مانند کاربرد فناوری‌های تقویت‌کننده در حوزه‌ی نظامی و عقلایی‌سازی تعامل‌ها و واسطه‌های انسان و ماشین بررسی شده است.

برخی از نظریه‌پردازان مانند "ری کورزویل"^۴ فکر می‌کنند که آهنگ تغییر فناوری در حال شتاب گرفتن است و نه تنها در ۵۰ سال آینده باید منتظر پیشرفت‌های خط شکنانه بود، بلکه به احتمال زیاد باید منتظر یک نقطه‌ی تکین^۵ در سیر پیشرفت فناوری بود. در این نقطه‌ی تکین طبیعت انسان‌ها به کلی عوض خواهد شد. البته فرانسازگرایانی که چنین آینده‌ی حیرت‌انگیزی را پیش‌بینی می‌کنند به طور کلی معتقدند که چنین آینده‌ای مطلوب است. با این وجود، برخی از افراد نگران خطرهای ممکن تغییر شتابان فناوری نیز هستند و پیشنهادهایی ارایه داده‌اند تا از فناوری پیشرفته به طور مسوولانه استفاده شود. به عنوان مثال، "نیک بوستروم"^۶ به طور مفصل درباره‌ی خطرات تهدیدکننده‌ی نوع بشر از جمله خطرات ناشی از فناوری‌های نوپدید بحث می‌کند.

در یک سطح عملی‌تر و غیرانتزاعی، فرانسازگرایان مایلند که از فناوری‌ها و شیوه‌های تقویت عملکرد شناختی و فیزیکی انسان استفاده کرده و همزمان از سبک‌های زندگی طراحی شده برای سلامت بیشتر و عمر بیشتر پیروی کنند. برخی از فرانسازگرایان مانند "فریدون اسفندیاری"، که در سال ۲۰۰۰ در سن ۷۰ سالگی درگذشت، مکرراً از اینکه خیلی زود به دنیا آمده‌اند و شاید نتوانند زندگی در عصر پسانسانی را تجربه کنند افسوس خورده و می‌خورند. به هر حال، عده زیادی از این افراد علاقه‌ی زیادی به فعالیت‌های مرتبط با افزایش طول عمر و همچنین کرایونیک^۷ دارند. کرایونیک^۸ روشی است که جسم افراد مرده را در شرایطی نگهداری می‌کند که اگر روزی در آینده فناوری‌های لازم برای بازگرداندن زندگی فراهم شد، بتوان این به اصطلاح "بیماران" را "درمان" کرد.

^۱ National Science Foundation

^۲ Converging Technologies for Improving Human Performance

^۳ Nano, Bio, Info and Cognitive Sciences (NBIC)

^۴ Raymond Kurzweil

^۵ Singularity

^۶ Nick Bostrom

^۷ ایده اولیه کرایونیک به سال ۱۷۷۳ میلادی و شخص «بنجامین فرانکلین» باز می‌گردد. وی هدف از انجام این آزمایش خطیر را اینگونه شرح می‌دهد: «سرد شدن شدید بدن، پیش از مرگ می‌توان انسان را برای سال‌های طولانی حفظ کند تا شاید در آینده دانش بشری بتواند بار دیگر آن‌ها را به حیات بازگرداند.»

^۸ Cryonics

۲-۲۷-۱ نقدهای وارد به فرانسای گرای

انتقاد از جنبش فرانسای گرای اغلب به دو شکل عمده مطرح می‌شود. عده‌ای احتمال تحقق اهداف این جنبش را بسیار اندک می‌دانند (نقد عملی) و عده‌ای دیگر اعم از افراد مذهبی یا غیرمذهبی، به فرض امکان‌پذیری فنی چنین اهدافی، با اصول اخلاقی و جهان‌بینی‌های فرانسای گرای مخالف هستند (نقد اخلاقی). البته این دو جریان گاهی اوقات همگرا شده و همپوشانی دارند، به‌ویژه هنگامی که بحث درباره‌ی اخلاقیات تغییر زیست انسان با توجه به ناقص بودن دانش بشری مطرح می‌شود.

منتقدان یا مخالفان گاهی اوقات اهداف جنبش فرانسای گرای را برای حفظ ارزش‌های انسانی تهدیدزا می‌بینند. برخی دیگر نیز چنین استدلال می‌کنند که هواداری شدید از رویکرد فرانسای گرایانه به بهبود شرایط زیست انسان، شاید توجهات و منابع را از راه‌حل‌های اجتماعی دور کند. البته از آنجا که اکثر فرانسای گرایان از تغییرات غیر فناورانه در جامعه مانند گسترش حقوق مدنی و آزادی‌های مدنی حمایت کرده و از طرف دیگر اکثر منتقدان فرانسای گرای نیز از پیشرفت‌های فناوری در حوزه‌هایی مانند ارتباطات و سلامت و بهداشت حمایت می‌کنند، باید اذعان کرد که اختلاف بین این دو جریان در اکثر موارد صرفاً به تأکید آنها بر موضوعات خاص بر می‌گردد.

به هر حال، گاهی اوقات نیز مخالفت‌های شدیدی بین این دو جریان بر سر اصول اساسی، نگرش به انسان، نگرش به سرشت انسان و اخلاقی بودن آرمان‌های فرانسای گرای پدید می‌آید. در بین سازمان‌ها و موسسات مخالف و منتقد فرانسای گرای می‌توان از مرکز ژنتیک و جامعه^۱ نام برد که در سال ۲۰۰۱ در آمریکا تأسیس شد و هدف خود را به صورت مخالفت با دستور کار فرانسای گرایان اعم از اصلاح بین‌نسلی زیست‌شناسی انسان مانند، شبیه‌سازی انسان^۲ و مهندسی ژنتیک جرم‌لاین^۳ تعیین کرد. همچنین موسسه فناوری زیستی و آینده‌ی انسان در کالج حقوق شیکاگو - کنت به عنوان یک موسسه دانشگاهی، کاربرد مهندسی ژنتیک و فناوری نانو برای تغییر زیست‌شناسی انسان را به صورت علمی و منتقدانه بررسی می‌کند. در اکثر انتقادهای معروف از برنامه‌ها و اهداف فرانسای گرایان، به رمان‌ها و فیلم‌های علمی-تخیلی ارجاع می‌شود. این‌گونه آثار هنری، دنیای خیالی را نمایش می‌دهند و کمتر حاوی تحلیل‌های فلسفی هستند. اما درست یا غلط به عنوان یک مبنا برای استدلال‌های رسمی‌تر و دانشگاهی به کار گرفته می‌شوند.

^۱ <http://www.genetics-and-society.org>

^۲ Human Cloning

^۳ Germline Genetic Engineering

۲-۲۸ بخش دوم - مبانی نظری سالمندی

هرچند سالمندی فرآیند مداومی در زندگی انسان است، ولی اینکه دقیقاً از چه سنی آغاز می‌شود و چه وقت می‌توان فردی را سالخورده تلقی نمود دقیقاً مشخص نمی‌باشد. چرا که هرکس ممکن است در سن خاصی پیر شود، به طوری که برخی افراد در سنین نسبتاً جوانی پیر می‌شوند و بعضی تا دیر زمانی جوان می‌مانند. بنابراین، سیر پیر شدن یک فرد منحصر به خود اوست و تحت تاثیر کنش بین عوامل ژنتیکی و محیطی می‌باشد. سن تاریخی که بر اساس سنوات سنجیده می‌شود و سن فیزیولوژیکی که بر اساس ظرفیت عملکردی تعیین می‌گردد همیشه بر هم منطبق نیستند. یک فرد ممکن است نسبت به سن خود جوانتر یا پیرتر به نظر آید و امکان دارد نسبت به سن خود ظرفیت‌های عملکردی بیشتر یا کمتری داشته باشد. تعریف سالمندی از یک‌سود متناسب با سن بازنشستگی و از سوی دیگر در ارتباط با وضعیت عمومی سلامت جسمی و روانی مطرح می‌شود. سالمندی مرحله‌ای است که طی آن ظرفیت برای تقسیم سلولی و ظرفیت برای رشد و عملکرد در طول زمان از دست می‌رود و در نهایت منجر به مرگ می‌شود (۷). سازمان جهانی بهداشت میانگین سنی را این‌گونه طبقه‌بندی می‌کند:

- ۱- **سالمند:** عبارت از فردی است که سن او ۶۰ سال و بالاتر می‌باشد.
 - ۲- **سالمند جوان:** عبارت از فردی است که سن او بین ۶۰ تا ۶۹ سال می‌باشد.
 - ۳- **سالمند میانسال:** عبارت از فردی است که سن او بین ۷۰ تا ۷۹ سال می‌باشد.
 - ۴- **سالمند کهنسال:** عبارت از فردی است که سن او ۸۰ سال و بالاتر می‌باشد.
 - ۵- **سالمند آسیب‌پذیر:** فردی که طی فرایند سالمندی دچار مشکلات ساختاری و عملکردی در بدن می‌شود.
 - ۶- **شاخص سالمندی:** عبارت از تعداد افراد ۶۰ و بالاتر بازنه ۱۰۰ نفر زیر ۱۵ سال می‌باشد.
 - ۷- **نسبت وابستگی سالمندان:** عبارتست از تعداد افراد ۶۰ سال و بالاتر در هر ۱۰۰ نفر به افرادی که سن آن‌ها ۱۵ تا ۶۰ سال می‌باشد.
 - ۸- **جمعیت رو به سوی سالمندی:** جمعیتی است که بین ۷ تا ۱۴ درصد آن جمعیت را گروه‌های سنی ۶۵ ساله و بیشتر تشکیل دهند.
 - ۹- **جمعیت سالمند:** جمعیتی است که بین ۱۴ تا ۲۰ درصد آن جمعیت را گروه‌های سنی ۶۵ ساله و بیشتر تشکیل دهند.
 - ۱۰- **جمعیت سالخورده:** جمعیتی است که ۲۰ درصد یا بیشتر از ۲۰ درصد آن جمعیت را گروه‌های سنی ۶۵ ساله و بالاتر تشکیل دهند.
- در ایران طبق قانون تامین اجتماعی، سن بازنشستگی برای مردان ۶۰ سال و برای زنان ۵۵ سالگی است و طبق قانون مدیریت خدمات کشوری برای مردان و زنان و برای مشاغل تخصصی و غیرتخصصی به ترتیب ۶۰ و ۶۵ سالگی تعیین شده است (۱۱۶).

۲-۲۹ نظریه‌های جامعه‌شناختی مطرح در خصوص سالمندی

پدیده‌ی سالمندی را می‌توان از سه بعد زیستی، روانی و اجتماعی مورد بحث قرار داد. در هر یک از ابعاد مذکور دیدگاه‌های نظری متفاوتی توسط صاحب‌نظران مطرح شده و تلاش شده تا این پدیده در چارچوب مفهومی خاصی تبیین شود. در این میان

رویکردهای روان‌شناختی و جامعه‌شناختی تلاش کرده‌اند ضمن توجه به ابعاد زیستی پیری، دیدگاه جامع‌تری را درباره‌ی آن مطرح کنند (۱۱۷). از مهمترین نظریه‌ها در خصوص سالمندی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۲-۲۹-۱ نظریه‌ی محیط اجتماعی

بر اساس این دیدگاه عوامل مهمی مثل سلامتی، اوضاع مالی و سطح پشتیبانی‌های اجتماعی بر سطح فعالیت سالمندان تاثیر می‌گذارند. محدودیت‌های جسمی ناشی از تراکم بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی، افراد مسن را زمین‌گیر و یا لااقل محدودیت‌های حرکتی زیادی برای آنان ایجاد می‌کنند. علاوه بر این موقعیت اقتصادی نیز زندگی سالمندان را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. معمولاً جمعیت قابل توجهی از سالمندان زیرخط فقر به‌سر می‌برند. این عامل به شدت تحت تاثیر حمایت‌های اجتماعی و سطح آن نیز قرار دارد.

۲-۲۹-۲ نظریه‌ی پیوستگی

بر اساس این نظریه سالمندی در امتداد و استمرار دوره میانسالی قرار دارد و بنابراین بسیاری از سبک‌های زندگی که در دوره حیات افراد شکل گرفته‌اند، در دوره سالمندی نیز ادامه خواهند داشت. براساس این سازگاری اجتماعی با پیری یا بازنشستگی یا رویدادهایی از این نوع، اصولاً پیش از رسیدن به این دوران معین می‌شود. رویدادهای اجتماعی که در جریان آخرین سال‌های زندگی رخ می‌دهد، بی‌شک فشارهایی وارد می‌کند و پذیرش برخی رفتارها را به‌دنبال می‌آورد، اما این رفتار مسیری را دنبال می‌کند که قبلاً در زندگی انتخاب شده است.

۲-۲۹-۳ نظریه‌ی عدم مشارکت یا رهایی از قید^۱

در اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰، کامینگ و هنری، نظریه عدم مشارکت را ارائه دادند. طبق این نظریه، سالمندی عبارتست از عقب‌نشینی پیشرونده از نظر جسمی، روانی و اجتماعی. از نظر جسمی، سالمند فعالیت خود را کند و انرژی خود را پس انداز می‌کند. از نظر روانی، نسبت به دنیا بی‌علاقه می‌شود تا روی جنبه‌هایی از زندگی که مستقیماً به خود او مربوط می‌شود تمرکز داشته باشد. در همان زمان، دنیای بیرون را رها می‌کند و به دنیای درون خود، که احساسات و افکار او را تشکیل می‌دهند، روی می‌آورد. از نظر اجتماعی، پس‌روی متقابل دیده می‌شود که کاهش روابط متقابل سالمند و بقیه اجتماع را به همراه می‌آورد.

^۱ Disengagement Theory

۲-۲۹-۴ نظریه‌ی فعالیت

نظریه‌ی فعالیت، مخالف نظریه عدم‌مشارکت می‌باشد و توسط هوپگ هرست بیان شده است. وی عقیده دارد که فعالیت، سلامتی را در پیری افزایش می‌دهد. بنابراین بزرگسالانی که فعال می‌مانند، جایگاه‌ها، روابط، سرگرمی‌ها و علایق جدیدی را بدست می‌آورند و با احساس رضایت و آرامش، پیر می‌شوند. زندگی رضایت‌آمیز در سالمندی شامل شیوه تامین زندگی فعال در میانسالی می‌باشد. یک سالمند نمونه، سالمندی است فعال، که ارتباطات اجتماعی خود را حفظ کرده و با فعالیت‌های جمعی، مسافرت‌ها و داشتن سرگرمی‌ها مشغول است. برای تحقق این آرمان، لازم است ارزش سن را بازنشاسیم و سالمندان را عهده‌دار نقش‌های جدیدی کنیم. نقش‌هایی که از نظر اجتماعی ارزشمند است. نقش‌های جدید، باید با درآمد همراه باشد. بخاطر ضرورت اقتصادی و برای این که در جامعه کار با دستمزد ارجی دارد که کار داوطلبانه فاقد آن است.

۲-۲۹-۵ نظریه‌ی تبادلات اجتماعی

جامعه‌شناس امریکایی جیمز داوود^۱ در سال ۱۹۸۰ نظریه‌ی تبادلات اجتماعی را مطرح ساخت. طبق این نظریه، انسان روابط اجتماعی را زمانی برقرار می‌کند و به حداکثر می‌رساند که، احساس کند این روابط برایش سود مشخصی دارد. این پاداش‌ها می‌تواند همچون احترام، احساس امنیت، عشق، تایید اجتماعی، قدردانی و بهبود موقعیت اجتماعی و اقتصادی باشد. طبق این دیدگاه، رابطه‌ی بین دو نفر پایدار نخواهد بود مگر اینکه هر دو از آن سود ببرند. در شرایط کنونی، سالمند بیش از پیش آسیب پذیر می‌شود، زیرا پیشرفت تکنولوژی مهارت‌های او را، که در گذشته آموخته است، بی‌اعتبار می‌کند.

۲-۲۹-۶ نظریه‌ی فقدان نقش‌ها

نظریه فقدان نقش‌ها را توسط جامعه‌شناسی به‌نام اسمیت بلو^۲، مطرح شده است. به عقیده‌ی او، بازنشستگی و بیوگی، به شرکت سالمند در ساخت‌های نهادی اصلی اجتماع (کار و خانواده) پایان می‌دهد. بنابراین موقعیت‌هایی که آن‌ها بتوانند خود را از نظر اجتماعی مفید نشان دهند، بسیار کم است. به نظر خانم اسمیت-بلو، فقدان نقش‌های مربوط به کار و خانواده خیلی زیانبار است. زیرا این نقش‌ها بسیار بنیادی تلقی می‌شود و از نظر هویت بزرگسالی، لنگرگاه به حساب می‌آید. فقدان نقش‌ها برای سالمند تجربه‌ای استرس‌زا است.

^۱ Dawd J

^۲ Smith Blau

۲-۲۹-۷ نظریه‌ی تضاد

این نظریه دیدگاه‌های دیگر را به دلیل آنکه مناسبات اجتماعی و طبقاتی را نادیده می‌گیرند مورد لنتقاد قرار می‌دهد و با اشاره به وضعیت سالمندان در طبقات ممتاز اجتماعی و گروه‌های برخوردار از ثروت تاکید می‌کند، اگرچه نمی‌توان پیری را با برخورداری از منابع مالی مطلوب از بین برد و یا سرعت حرکت به سوی آن‌ها را محدود کرد، بنابراین نمی‌توان پدیده‌ی سالمندی را بدون توجه به بستر اجتماعی و اقتصادی آن مورد ارزیابی و تحلیل قرار داد (۱۱۷، ۱۱۸).

۲-۳۰-۲ وضعیت جمعیت‌شناختی سالمندان در ایران و جهان

۲-۳۰-۱ روند جمعیت از گذشته تا آینده

در سال ۱۹۵۰ میلادی، ۲۰۵ میلیون نفر از جمعیت جهان را سالمندان تشکیل می‌دادند که در سال ۲۰۱۲ این رقم به ۸۱۰ میلیون نفر رسیده و پیش بینی می‌شود که این رقم تا سال ۲۰۵۰ میلادی به ۲ میلیارد نفر برسد. همچنین پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۵۰ میلادی، ۳۳ کشور جهان بیش از ۱۰ میلیون نفر از جمعیت‌شان را سالمندان تشکیل بدهند، که از میان ۲۲ کشور از کشورهای در حال توسعه خواهند بود. در حال حاضر حدود ۶۰٪ از کل جمعیت سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه متمرکز هستند و پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۵۰ میلادی این میزان به ۸۰٪ برسد. سرعت رشد جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در جهان، بیش از سرعت رشد کل جمعیت جهان می‌باشد. بر اساس آخرین آمار، در سرشماری عمومی و نفوس سال ۱۳۹۰ جمهوری اسلامی ایران، حدود ۸،۲٪ یعنی معادل ۶۱۵۹۶۷۶ نفر از جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند. پیش‌بینی می‌شد در سال ۱۴۱۵ رشد جمعیت سالمندی خودنمایی خواهد کرد. در این مورد افزایش نسبت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر از حدود ۸٪/۱۴،۵٪ در سال ۱۴۱۵ و ۲۲٪ در سال ۱۴۲۵ خواهد رسید. این به این معناست که در آینده نزدیک "انفجار جمعیت سالمندی" رخ خواهد داد (۱۱۹، ۶).

۲-۳۰-۲ نسبت جنسی سالمندان

روند نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر نشان می‌دهد که نسبت جنسی سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۳۵ تقریباً ۱۰۰ زن در برابر ۱۱۱ مرد بوده است و این عدد طی دوره ۵۰ ساله در سال ۱۳۸۵ به ۱۰۸ نفر رسیده. با توجه به اینکه امید به زندگی در مردان کمتر از زنان می‌باشد انتظار می‌رود که تعداد مردان کمتر از زنان باشد (۶).

۲-۳۰-۳ زنانه شدن سالمندی

زنانه شدن سالمندی یعنی افزایش نسبت زنان سالمند نسبت به مردان سالمند. در ایران نسبت جنسی در گروه‌های سنی ۶۰ ساله و بیشتر، در سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۸۰، از حد متعارف فاصله زیادی نداشته است. اما در حال حاضر در کشورهای توسعه‌یافته که در مراحل پیشرفته‌تر سالمندی قرار دارند، سالمندی جمعیت به شدت زنانه شده است. در کشورهایی مثل کره جنوبی نسبت جنسی ۶۰ سال به بالا ۶۹ است، به این معنی که در مقابل هر ۱۰۰ زن سالمند حدود ۷۰ مرد سالمند وجود دارد. بررسی روندهای نسبت جنسی در سنین بالای ۶۰ نشان می‌دهد که به‌طور کلی فرایند سالمندی جمعیت با مسئله زنانه شدن سالمندی همراه و همسوست. بنابراین در بحث سیاستگذاری‌ها برای سالمندی جمعیت، توجه به میزان زنان سالمند، نوع نیازهای آنها و مسائل بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی‌شان امری ضروری است. به عبارت روشن‌تر لحاظ کردن رویکردهای جنسیتی در سیاستگذاری مربوط به جمعیت سالمند ضروری و اجتناب‌ناپذیر است (۱۲۰).

سازمان ملل در گزارش "سالخوردگی جمعیت دنیا" چنین بیان کرده است که سالخوردگی جمعیت پدیده‌ای است:

- بی‌سابقه، به این معنی که در طول تاریخ جمعیت دنیا، مشابهی برا آن نمی‌توان یافت؛
- فراگیر، به این معنی که کشورهای مختلف دنیا در مراحل متفاوت ایین فرایند هستند و زندگی هر انسانی اعم از زن، مرد و کودک را تحت تاثیر قرار خواهد داد. کشورهایی که این فرایند را دیرتر آغاز کنند فرصت کمتری برای انطباق با شرایط جمعیت سالخورده خواهند داشت.

- سرسخت و بازگشت‌ناپذیر، به این معنی که جهان با جمعیتی سالخورده به جمعیتی جوان باز نخواهد گشت؛ و
- با دلالت‌های عمیق برا بسیاری از جنبه‌های زندگی انسان (۵).

چنانچه گزارش "سالخوردگی جمعیت دنیا" که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است را مطالعه کنیم ملاحظه می‌شود که سالخوردگی جمعیت ایران دارای وجوه مشترک فراوانی (به ویژه از نظر دموگرافیک) با سالخوردگی جمعیت دنیا است. در عین حال زمینه‌های جمعیتی و بنیان‌های اجتماعی - فرهنگی متفاوت ایران با دیگر کشورها، به ویژه از نظر سرعت و گسترده سالخوردگی چهره‌ای متفاوت از این پدیده هم در حال حاضر و هم در آینده را نشان می‌دهد. در ایران افزایش امید به زندگی در طی پنج دهه اخیر سبب افزایش چشم‌گیر نسبت سالمندان شده است. به نحوی که در سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰، درصد سالمندان بالاتر از ۶۰ سال به حدود ۲۶/۸ درصد کل جمعیت کشور رسیده است. افزایش جمعیت سالمندان ۶۰ و ۶۵ ساله و بیشتر در مناطق روستایی کشور بیشتر و چشمگیرتر بوده است. به‌طوری که نسبت جمعیت ۶۵

ساله و بیشتر در نقاط روستایی کشور تا ۷,۷٪ در سال ۱۳۹۰ افزایش می‌یابد. بر اساس نتایج سرشماری‌های گذشته کشور، تفاوت‌های شهری- روستایی از نظر نسبت جمعیت سالمند طی دو دهه اخیر بیشتر شده است. مهاجرت روستا - شهری از طریق مهاجرت جمعیت جوان‌تر از نقاط روستایی به نقاط شهری و بنابراین اثری بر ساختار سنی جمعیت شهری و روستایی می‌گذارد، عامل مهمی است که افزایش این نسبت در نقاط روستایی و کاهش آن در نقاط شهری را موجب شده است (۶).

۲-۳۱ چالش‌های سالخوردگی جمعیت در ایران

۱- چالش اصلی سالخوردگی جمعیت، تفاوت‌های قابل توجه استانی و منطقه‌ای در نسبت جمعیت سالمند است. در استان‌های کمتر توسعه یافته که آسیب‌پذیرتر هستند، نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر در مقایسه با استان‌های برخوردارتر شمالی و مرکزی ایران، پایین‌تر است. در استان‌های واقع در جنوب، جنوب شرق و جنوب غربی ایران مثل سیستان و بلوچستان، ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، هرمزگان و بوشهر، خوزستان و استان‌های واقع در بخش شمال شرقی و غربی مثل آذربایجان غربی و گلستان نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر در کمترین مقدار خود قرار دارد. در مقابل استان‌های گیلان، مازندران و تهران بالاترین نسبت را دارند. تفاوت‌های استانی در سالخوردگی جمعیت عمدتاً ناشی از تفاوت‌های باروری و جریان‌های مهاجرتی طی دهه‌های اخیر می‌باشد.

۲- یکی از ویژگی‌های جمعیتی منحصر بفرد سالمندان در ایران تا دهه ۱۳۹۰ این بوده است که علی‌رغم افزایش امید به زندگی در جریان مرحله دوم تا سوم گذار اپیدمیولوژیک، نسبت جنسی سالمندان بالا و به نفع تعداد مردان بود. اخیراً سرشماری‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰ و تحلیل گذشته‌نگر نسل‌های فرضی نشان می‌دهد که سالخوردگی جمعیت به مرور زنانه‌تر می‌شود. این نتایج مشخص می‌کند که نسبت مردان سالمند به یکصد زن کاهش و سهم زنان از جمعیت سالمند کشور افزایش یافته است. اما در استان‌های کشور، ترکیب جنسی جمعیت سالمندان متفاوت است.

۳- علی‌رغم اجرای برنامه‌های سوادآموزی، میزان سواد سالمندان در ایران هنوز پایین است. در کل در سال ۱۳۹۰ کمی بیشتر از یک سوم از سالمندان باسواد بوده‌اند. در حالیکه نزدیک به نیمی از مردان باسواد هستند میزان باسوادی زنان به ۲۴ درصد نمی‌رسد. ضمن اینکه تفاوت‌های شهری و روستایی نشان از یکی بزرگ‌ترین نابرابری‌های جنسیتی دارد. بر اساس اطلاعات سرشماری ۱۳۹۰ حدود ۳۲ درصد از زنان سالمند سواد خواندن و نوشتن داشته‌اند. در حالیکه این نسبت برای زنان سالمند روستایی به حدود ۵ درصد می‌رسد. به عبارت بهتر با همین تعریف کلی، ۹۵ درصد از زنان سالمند ۶۰ ساله و بیشتر روستایی در این سال بی‌سواد بوده‌اند. با این آمار و ارقام به نظر می‌رسد که عملکرد آموزشی گذشته و فعالیت‌های سه دهه بعد از انقلاب

شکاف جنسیتی در میزان باسوادی را افزایش داده است. ضمن اینکه برآوردهای مبتنی بر گروه‌های هم‌دوره فرضی نشان می‌دهد که نسل‌های آینده نسبت به نسل‌های کنونی سالمندان، هم از نظر باسوادی و هم تفاوت‌های جنسیتی وضعیت بسیار مطلوب‌تری خواهند داشت.

۴- نسبت سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند در حال افزایش است و تفاوت‌های استانی از این نظر قابل توجه می‌باشد. جدیدترین آمار از ترتیبات زندگی سالمندان ایران نشان می‌دهد که نسبت سالمندان که تنها زندگی می‌کنند در کل کشور حدود ۱۳ درصد است و تفاوت جنسیتی در این مورد قابل توجه و قابل بحث است.

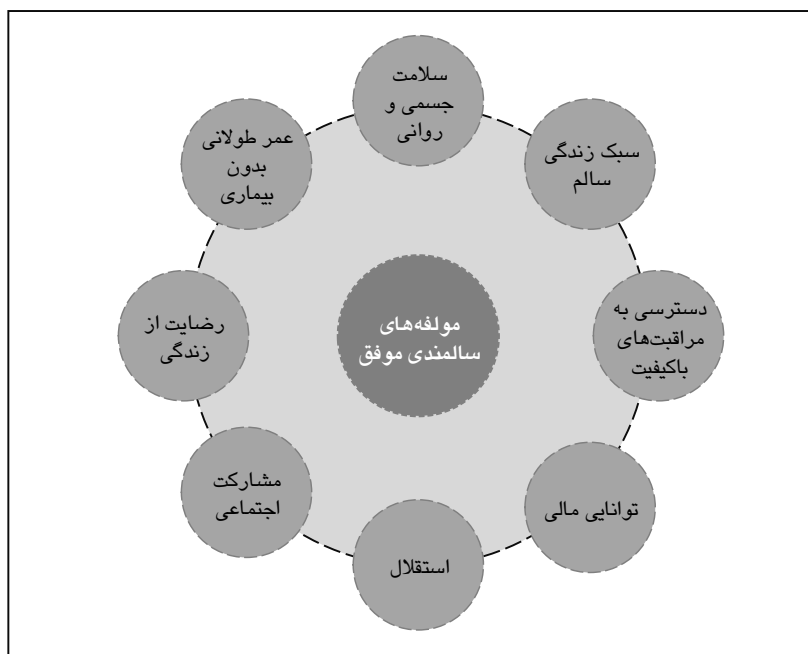
بنابراین جمهوری اسلامی ایران نیز مانند سایر کشورهای جهان، در حال تغییر الگوی جمعیتی، به سمت سالمند شدن است با این تفاوت که پیر شدن جمعیت در ایران نسبت به کشورهای مشابه از شتاب بالاتری برخوردار است. با توجه به پدیده مهم گذار جمعیتی کشور به سوی سالمندی و با عنایت به چند وجهی بودن خدمات مرتبط با سلامتی سالمندان، ضروری است موضوع فوق به عنوان یک اولویت مهم، در صدر سیاست‌ها و برنامه‌های کشور قرار گیرد. دستگاه‌های اجرایی و نهادهای مسئول و مرتبط با سالمندان در حد وظایف جاری خود و اعتبارات تخصیص یافته، اقداماتی را در زمینه حمایت از سالمندان انجام می‌دهند. اما این اقدامات کافی به نظر نمی‌رسد چراکه حل مسأله سالمندی - به عنوان مسأله‌ای که هم اکنون آثار آن مشهود است و در آینده شدت بیشتری خواهد یافت - نیازمند مسئولیت‌پذیری و همکاری تعداد بیشتری از دستگاه‌های اجرایی و نهادهای عمومی است. به خصوص، وظایف و اقداماتی که در آیین نامه تشکیل شورای ملی سالمندان بیان شده، نیازمند توجه بیشتری از سوی دستگاه‌های ذیربط است. بنابراین، به نظر می‌رسد یک راهکار مناسب برای رفع مشکلات سالمندان (به خصوص سالمندان دو دهه آینده)، آینده‌نگاری با توجه به تمام مقولات اجتماعی، اقتصادی، تکنولوژیکی، اکولوژیکی و سیاسی باشد (۶).

۲-۳ رویکردهای مختلف به سالمندی

مرور ادبیات و پیشینه‌ی پژوهش حکایت از یک تنوع گسترده جهانی در مورد مفاهیم و رویکردهای بکار برده شده‌ی پیری یا سالمندی دارد. مفاهیمی همچون پیری فعال، پیری سالم، پیری مثبت، پیری مولد، و پیری صالح برخی از مهمترین رویکردهاست. به‌طور کلی هر یک از این مفاهیم به معنی رویکرد و نگاه متفاوتی به سالمند شدن است. مرسوم‌ترین اصطلاحات به کار برده شده در دهه‌های اخیر سالمندی موفق در ایالات متحده و پیری فعال در اروپا بوده است. اگرچه در بسیاری از موارد این دو مفهوم به جای یکدیگر استفاده شده‌اند اما ذاتاً مفاهیم مجزا و متفاوتی هستند. در ادامه رایج‌ترین رویکردهای سالمندی شرح داده شده است.

۲-۳۲-۱ سالمندی موفق

سالمندی موفق به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در سن بالا اشاره دارد. مفهوم سالمندی موفق اولین بار در سال ۱۹۵۰ در آمریکا مطرح و در سال ۱۹۸۰ متداول گردید. سالمندی موفق نشان‌دهنده‌ی تغییر دیدگاه پیری در کشورهای غربی از انگ مرتبط با سن (تبعیض سنی) و توجه به افراد سالمند به‌عنوان یکی از گروه‌های مفید در جامعه است. در سالمندی موفق، اعتقاد بر این است که تعداد فزاینده‌ای از سالمندان، عملکردی در سطح بالا داشته و حتی پیشران مهمی در توسعه و پیشرفت جوامع محسوب می‌شوند.



شکل ۲-۲۰- مولفه‌های سالمندی موفق

۲-۳۲-۲ سالمندی سالم

پیری سالم است به‌معنای فعال کردن افراد مسن برای لذت بردن از یک زندگی با کیفیت است. استراتژی‌های پیری سالم باید شرایط و فرصت‌هایی برای سالمندان از لحاظ داشتن فعالیت بدنی منظم، رژیم غذایی سالم، روابط اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های معنی‌دار و امنیت مالی را ایجاد کند. این رویکرد یک نگاه جامع‌نگر به هر دو بعد سلامت روانی و جسمانی دارد و همچنین به‌عنوان یک رویکرد میان‌بخشی، بهبود عوامل اجتماعی سلامت، مانند محیط زندگی امن، سیستم بازنشستگی انعطاف‌پذیر و سیاست‌های بازنشستگی عادلانه را هدف قرار می‌دهد. در واقع سالمندی سالم تنها از طریق یک دست تحقق نمی‌یابد و به طیف وسیعی از اقدامات و رویکردهای بین‌بخشی در سطح جامعه نیاز دارد. علاوه بر این پیری سالم به یک تغییر پارادایم ساختاری

نیازمند است تا بدان وسیله سالمندان تمایل ایفای نقش فعال در جامعه را داشته باشند. اعتقاد اصلی در این رویکرد این است که سالمندی سالم ریشه در دوران کودکی دارد اما با این حال، اگر در هر لحظه از سن موضوع سالمندی سالم مورد توجه قرار گیرد و اقدامات پیشگیرانه انجام شود می‌تواند یک سرمایه‌گذاری برای آتیه‌ی فرد و نظام‌های سلامت باشد. نکته اصلی و متفاوت این رویکرد، مورد توجه قرار دادن سالمندی سالم از دوران کودکی است.

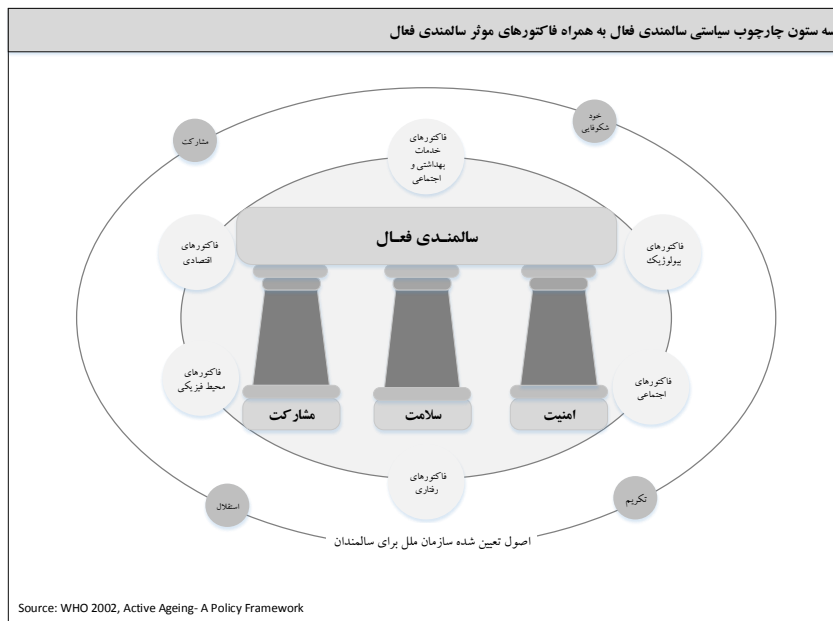


شکل ۲-۱۹- مؤلفه‌های سالمندی سالم

واژه‌ی سالم در این رویکرد همان تعریف سلامت از نگاه سازمان جهانی بهداشت را که متشکل از ابعاد جسمی، اجتماعی، روحی و روانی است را در برمی‌گیرد.

۲-۳۲-۳ سالمندی فعال

سالمندی فعال براساس تعرف سازمان جهانی بهداشت به فرایند بهینه کردن فرصت‌هایی برای سلامت، امنیت و مشارکت سالمندان در جامعه گفته می‌شود که منجر به ارتقای کیفیت زندگی سالمندان گردد. این تعریف سالمندی فعال هم در سطح فرد و هم جوامع به کار برده می‌شود. واژه‌ی اکتیو یا فعال در این تعریف به معنای: مشارکت مستمر در موضوعات اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، مذهبی و فرهنگی برمی‌گردد. علاوه بر این فعالیت‌های فردی همچون مطالعه، یادگیری، موسیقی و اشتغال را نیز در برمی‌گیرد. استقلال و عدم وابستگی هدف کلیدی سالمندی فعال است.



شکل ۲-۲۱- ارکان و مولفه‌های سالمندی فعال

۳۳-۲ اهداف و استراتژی‌های سلامت سالمندان

برای رسیدن به سالمندی مولد و فعال نظام مراقبت‌های سالمندی در سراسر دنیا اهداف و اولویت‌های متفاوتی را دنبال می‌کند. بدیهی است که نمی‌توان مجموعه اهداف ثابت و از پیش تعیین‌شده‌ای برای نظام مراقبت سالمندی تعریف نمود. زیرا هر نظام مراقبتی تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله ساختار نهادهای ارائه‌ی خدمات، وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی و شرایط زمینه‌ای آن کشور می‌باشد. آنچه که در ادامه آورده شده لیستی از اهداف و استراتژی‌های مراقبت‌های سالمندی است که طی بررسی‌های انجام شده به‌عنوان اهداف و راهبردهای مورد توافق و مشترک بین عموم نظام‌های ارائه‌ی خدمات سالمندی است (۴۰). پانل منطقه‌ای مدیترانه‌ی شرقی در خصوص سلامت سالمندان برای یک دهه استراتژی‌هایی را تدوین و به کشورهای عضو اعلام نمود که تا سال ۲۰۲۱ در کشورهای منطقه‌ی EMRO اجرایی گردد این اهداف به شرح زیر است:

۱. تاکید بر اهمیت هماهنگی‌های بین بخشی بین سازمان‌های دولتی و غیردولتی در ایجاد دیدگاه‌های چندوجهی در سطح ملی؛
۲. ادغام کردن مراقبت‌های سلامت سالمندان در سیستم ارائه خدمات بهداشتی کشور؛
۳. تشویق به شبیه‌سازی مراقبت از سلامت سالمندان به صورت یک مدل کلی مشتمل بر خدمات اجتماعی اقتصادی؛
۴. شناسایی نقش PHC در ارائه بخش عمده مراقبت از سلامت سالمندان در کشور های عضو با تاکید بر جمعیت روستایی.

این استراتژی در سال ۲۰۰۲ به‌روز و جدید گردید و برای دو دهه یعنی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۱ برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در نظر گرفته شده است و برنامه عمل آن بر اساس سه اصل پایه‌ای زیر تدوین گردید:

۱. مشارکت سالمندان در فرایند توسعه
۲. تقویت سلامت جسمی و روانی سالمندان
۳. تامین محیط‌های حامی و توانمند کننده سالمند

سیاست‌های ملی برای مراقبت از سلامت سالمند در عمده کشورهای عضو وجود دارد و در اکثر موارد سیاست ملی به معنای کمیته ملی هماهنگی برای مراقبت از سلامت سالمند است که در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه تشکیل شده است. هدف سالمندی با کیفیت، باید در همه سیاست‌های ملی و انفرادی برای سالمندان مد نظر قرار گیرد و به نیاز روز افزون مراقبت‌ها و درمان‌های دوران سالمندی که نیازمند پیش‌بینی و تخصیص منابع کافی است مورد توجه قرار گیرد. ایجاد محیط‌های حامی سالمند نیاز به مداخله در بخش‌های متعددی علاوه بر بخش سلامت دارد. این بخش‌ها در حیطه خدمات اجتماعی (آموزش، اشتغال و کار، امنیت، مسکن، حمل و نقل) و توسعه مناطق شهری قرار دارد.

شش جهت‌گیری استراتژیک عمده برای مراقبت از سلامت سالمندی مورد نیاز است که به شرح زیر مد نظر اعلام گیرد:

۱. بازنگری و به‌روز نگاه داشتن استراتژی ملی؛
۲. ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی جهت استفاده در فرایند تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد در راستای مراقبت‌های جامع سالمندی در سطح ملی؛
۳. ایجاد یک شبکه ملی و منطقه‌ای چند وجهی در میان سازمان‌ها، موسسات آکادمیک و افراد دارای انگیزه و علاقه‌مند در زمینه سلامت سالمندی؛
۴. ادغام مراقبت‌های سلامت سالمندی در سیستم PHC و کوریکولوم آموزشی کارکنان سیستم و مراقبت‌های جامعه محور؛
۵. تامین دانش و مهارت‌های مناسب مورد نیاز سالمندان در زمینه مراقبت از خود و حمایت و ارتقای سلامت سالمندان، خانواده‌ها و جامعه در سطح وسیع؛
۶. حمایت از تحقیقات و آموزش در عرصه سالمندی و مراقبت‌های جامعه.

در این راستا چهار اصل عمده را باید مورد توجه قرار داد:

۱. اقدامات لازم برای برخورداری بهینه از خردمندی و کاردانی سالمندان به عنوان ذخایر با ارزش در خانواده و جامعه؛
۲. فراهم ساختن زمینه‌ی مشارکت سالمندان در فرایند توسعه؛
۳. ترویج ارتباط بین‌نسل‌ها؛
۴. توجه به وضعیت سلامت سالمندان با نگاه ویژه به شیوه‌ی زندگی سالم در سرتا سر عمر (۴۴).

۲-۳۴ برنامه‌ها و استراتژی‌های سازمان جهانی بهداشت

در آوریل ۱۹۹۵ سازمان جهانی بهداشت به جای برنامه‌ی قبلی خود با عنوان «برنامه‌ی بهداشت و سلامت از کارافتادگان»، برنامه‌ی «سلامت و سالخوردگی»^۱ را ارائه کرد. در واکنش به روند سالخوردگی عمومی در جهان برنامه‌ی سلامت و سالخوردگی، رویکردهای ذیل را دنبال کرد:

رویکرد چرخه‌ی زندگی؛ به‌جای جداسازی مراقبت‌های بهداشتی از کارافتادگان، بر چرخه‌ی زندگی متمرکز به سالمندی تاکید دارد (۱۲۱)؛

ترویج و گسترش بهداشت با تمرکز بر سالخوردگی فعال؛ از لحاظ فیزیکی، اجتماعی و روانی از آغاز زندگی تا پایان عمر فرصت‌ها و زمینه‌های متعددی برای بهبود و تقویت وضع سلامت افراد در مسیر سالمند شدن باید ایجاد گردد به‌گونه‌ای شایسته از افراد سالمند حمایت محیطی (فیزیکی و اجتماعی) شود؛

رویکرد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی؛ توجه شایسته به این واقعیت که زمینه‌هایی که افراد در آن‌ها زندگی می‌کنند نقش کلیدی در بهداشت و رفاه آن‌ها دارد؛

رویکرد جنسی؛ تشخیص تفاوت‌های مهم و اساسی در بهداشت زنان و مردان و شیوه‌های زندگی آنان و اینکه در اواخر عمر باید از آنان بیشتر حمایت شود، کاری لازم و ضروری است (۴۲).

رویکرد بین‌نسلی با تاکید بر استراتژی‌هایی در جهت حفظ انسجام و پیوستگی میان نسل‌ها؛ در این زمینه باید گفت سالمندی، ایجاد یک انسجام و هم‌بستگی میان جوانان و سالمندان است؛

رویکرد اخلاقی؛ تقویت درک و فهم مسائل اخلاقی همانند حقوق انسانی، تسریع یا تاخیر ناشایسته و غیراخلاقی مرگ

رویکرد جامعه‌محور؛ در سراسر جهان حتی در جوامع ثروتمند بیشتر افراد سالخورده در اجتماع زندگی می‌کنند. در سطح اجتماعی، مهم‌ترین مسائل آنان ناشی از چگونگی برقراری ارتباط با اجتماعات‌شان است.

فعالیت برنامه سلامت و سالمندی سازمان جهانی بهداشت بر چهار پایه اصلی متمرکز است:

- ۱- گسترش اطلاعات
- ۲- ظرفیت‌سازی و توانمندسازی از طریق تحقیق و آموزش
- ۳- حمایت
- ۴- برنامه‌های توسعه (۱۲۲)

^۱ Ageing and Health Program

سالخوردگی فعال اینگونه تعریف شده است، «فرایند به حداکثر رساندن سطح سلامت، مشارکت و امنیت افراد سالمند برای تقویت کیفیت زندگی آن‌ها». سیاست‌های سالمندی فعال باید برای همه‌ی افراد و گروه‌های جمعیتی بکار گرفته شود. این برنامه‌ی عملی، بر سه پایه‌ی اصلی سلامت، مشارکت و امنیت بنا شده است (۴۰).

حفظ کیفیت زندگی می‌بایست به مثابه‌ی رویکردی اصلی در سراسر طول عمر در نظر گرفته شود، به‌ویژه برای کسانی که ظرفیت عملکردی‌شان پایین است. مثلاً تغییرات محیط زندگی به طور عمده‌ای می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد. با وجود این، بیشتر نتایجی که به دست می‌آید از راه عملکرد «واحد‌های بهداشت» در بیشتر موارد خانواده و دوستان نزدیک است. سرانجام از راه تغییرات محیطی مناسب، همانند حمل و نقل عمومی مناسب، دسترسی آسان به منزل مسکونی و ادارات، مراکز خرید و ... می‌توان آستانه‌ی ناتوانی افراد را کاهش داد (۱۲۳).

سازمان جهانی بهداشت در رویکرد سالمندی فعال با در نظر گرفتن حمایت‌های مربوط به سلامت، بازار کار، اشتغال، آموزش و حمایت‌های اجتماعی در پی آن است که:

- مرگ پیش‌رس را در مراحل فعال زندگی کاهش دهد؛
- ناتوانی مرتبط با بیماری‌های مزمن در دوران سالمندی را کاهش دهد؛
- کیفیت زندگی افراد را همگام با سالمند شدن ارتقا دهد؛
- مشارکت بیشتر افراد سالمند را در تمام جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی ارتقا دهد؛
- هزینه‌های مرتبط با مراقبت و درمان‌های پزشکی را کاهش دهد؛

سیاست‌های و برنامه‌های پیری فعال نیازمند ترغیب به مسئولیت شخصی (مراقبت از خود)، محیط‌های دوستدار سالمند و همبستگی بین نسلی است. افراد و خانواده‌ها نیازمند برنامه‌ریزی برای رسیدن به سالمندی هستند اتخاذ شیوه‌های مثبت سلامت شخصی در تمام مراحل زندگی لازمه‌ی آن است در کنار آن پشتیبانی محیط و جامعه برای "ایجاد انتخاب سالم انتخاب آسان." ضروری است (۴۰).

۲-۳۵ ساختارهای مراقبتی و درمانی سالمندان

برای حفظ استقلال و توانایی سالمندان و تأمین مراقبت و خدمات درمانی برای سالمندانی که به نوعی توانایی خود را برای نگهداری شخصی از دست داده‌اند، سرویس‌های متنوعی وجود دارند که در زیر به‌طور مختصر به آنها اشاره خواهیم کرد.

مراکز چندمنظوره سالمندان^۱؛ در این مراکز خدمات مختلف غربالگری، برنامه‌های اجتماعی، فرهنگی، تفریحی و آموزشی به سالمندان فعال و مستقل در جامعه ارائه می‌شود.

خدمات منزل^۲؛ در این نوع از خدمات به سالمندان در اموراتی همچون نظافت، پخت و پز، خرید، شست‌وشو و ... کمک می‌شود.

خدمات مربوط به تعمیرات خانه^۳؛ سالمندانی که بدون کمک قادر به انجام امورات مربوط به بازسازی و تعمیرات منزل نیستند کمک می‌شود. این نوع خدمات می‌تواند از طریق مساجد، کلیساها، کمیته امداد، انجمن‌های خیریه کانون-های سالمندی و افراد نیکوکار تامین گردد.

خدمات مراقبت تلفنی^۴؛ به‌منظور اطمینان از وضعیت سلامتی و معیشتی سالمند می‌توان از طریق داوطلبان و یا مراکز تخصصی حمایت از سالمند ارتباط‌های تلفنی منظمی برقرار کرد.

مراکز نگهداری روزانه مبتنی بر جامعه^۵؛ این مراکز، سالمندان آسیب‌پذیر و یا سالمندان دارای اختلالات شناختی را مورد حمایت قرار داده و خدمات متناسب با نیاز به آن‌ها ارائه می‌دهد. ارائه‌ی فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده مراقبت بهداشتی و تغذیه‌ای، خدمات تفریحی-فرهنگی، خدمات مربوط به حضور سالمند در جامعه، امکان برای سایر اعضای خانواده برای حفظ امور شغلی و شخصی خود و به تاخیر انداختن یا عدم سپردن سالمندان به مراکز نگهداری دائم و شبانه‌روزی از سایر خدمات این مراکز است.

مراقبت‌های موقت^۶؛ در این‌گونه از مراقبت، سالمندان برای یک دوره‌ی زمانی کوتاه مثلاً چند ساعته، چند روزه و یا چند هفته‌ای به افراد تعلیم دیده و کارآموده جهت تامین فرصت استراحت برای سایر اعضای خانواده وی و جلوگیری از فرسودگی همراهان سپرده می‌شوند.

خدمات مراقبت تسکینی^۷؛ این نوع خدمات معمولاً برای روزهای آخر زندگی سالمندان بیمار با هدف کنترل و کاهش درد، حمایت‌های روحی و معنوی طراحی شده که تمرکز آن بر بهبود کیفیت زندگی سالمندان است. سازمان بهداشت جهانی مراقبت تسکینی را مراقبت فعال و کامل از افرادی می‌داند که بیماری آن‌ها مدت‌ها است که به درمان‌های علاج‌بخش پاسخ نمی‌دهد. در هر حال باید توجه داشت که مراقبت تسکینی می‌تواند مربوط به هر سن، هر بیماری و هر موقعیت مکانی مراقبتی باشد.

¹ Multipurpose Senior Centers

² Home Svices

³ Home Maintenance

⁴ Telephone Check-in

⁵ Community-based Adult Day Care

⁶ Respite Care

⁷ Palliative Care – Hospice Care

خدمات مراقبت حاد^۱؛ مراقبت کوتاه مدت با میانگین بستری ۱۵ روز در بیمارستان عمومی برای یک بیماری حاد یا وخیم شدن یک بیماری مزمن، بخش سالمندی باید با یک تیم تعلیم یافته چندرشته‌ای متشکل از پزشک، پرستار، فیزیوتراپیست، مددکار اجتماعی، کاردرمان، متخصصین سلامت روان و غیره در این بخش فعالیت نماید.

خدمات مراقبت توانبخشی^۲؛ این بخش شامل فعالیت‌های توانبخشی و اجتماعی با هدف بازگرداندن بیمار به میزان توانمندی پیش از بیماری یا جراحی و بازگشت وی به محیط زندگی‌اش با کیفیت مناسب است که می‌تواند در داخل بیمارستان یا جایی وابسته به یک بیمارستان عمومی مستقل باشد. سالمندانی که بعد از انجام یک عمل جراحی یا بیماری حاد و یا سالمندانی که دارای بیماری مزمن هستند که به مشاوره تخصصی و مراقبت پرستاری و توانبخشی ویژه‌ای نیاز دارند به ایم مراکز مراجعه می‌کنند.

بخش مراقبت طولانی و خدمات درمانی تخصصی درازمدت^۳؛ در این نوع مراقبت خدمات مراقبتی ۲۴ ساعته برای سالمندان دارای بیماری مزمن یا دارای ناتوانی جسمی یا روانی مثل اختلال شناختی که دارای محدودیت در فعالیت‌های روزمره^۴ خود هستند ترتیب داده شده است. در کثر کشورها این سطح مراقبتی زیر نظر وزارت بهداشت است و هزینه‌ی آن توسط دولت یا بیمه‌ها و یا انجمن‌های خیریه پرداخت می‌شود.

مراقبت و خدمات درمانی در فعالیت‌های روزمره^۵؛ ارائه مراقبت روزانه یا شبانه‌روزی به سالمندان توانمندی که نیاز ناچیزی به مراقبت‌های پرستاری یا توانبخشی دارند. این مراقبت‌ها اکثراً به صورت خصوصی ارائه می‌شوند که البته به صورت قراردادهای ویژه با بیمه نیز می‌توانند ارائه شوند. مثل شهرک‌های تفریحی، سرای سالمندان بازنشسته و یا باشگاه‌ها

مراقبت در منزل^۶؛ این خدمات توسط تیم آموز دیده و متخصص انجام می‌گیرد. خدمات ارائه شده در منزل می‌تواند طیف گسترده‌ای از خدمات پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، رژیم درمانی، کمک‌های بهداشتی و روانشناسی باشد. هدف این است که بیماران آسیب‌پذیر و آسیب‌دیده دسترسی کافی به ساختارهای درمانی را داشته باشند و از بستری شدن غیرضروری و مکررشان جلوگیری شود و در ضمن زندگی همراه با کیفیت برای سالمند و خانواده تامین گردد(۱۲۴) و (۱۲۵، ۱۵).

¹ Acute Geriatric Ward

² Rehabilitation Ward

³ Skilled Nursing Home – Long Term Care

⁴ ADL: Activity of Daily Living

⁵ Assisted-Living/ Non-Skilled Nursing Home

⁶ Home Care

۲-۳۶ مدل‌های ارتقا دهنده‌ی سلامت برای سالمندان

مدل سالمندی موفق: آلتپتر و مارشال^۱ در سال ۲۰۰۵، رو و کاهن^۲ در سال ۱۹۹۸ چارچوبی را برای ارتقای سلامت ایجاد کردند. این چارچوب برای سالمندی موفق شامل اجتناب از بیماری‌ها، حفظ عملکرد فیزیکی و شناختی بالا و ادامه‌ی روند زندگی سالم می‌باشد. این چارچوب به‌عنوان پایه و اساسی جهت توسعه‌ی مدل‌های بعدی ارتقای سلامت به‌کار گرفته شد (۱۲۶).

سالمندی سالم: مفهوم سالمندی سالم به حفظ و توسعه سلامت فیزیکی، توانایی ذهنی و اجتماعی در جمعیت سالمند بر می‌گردد. این چارچوب احتمالاً در جوامعی که ارتقای شرایط سلامتی افراد و عملکرد آنها برای پیشگیری و کاهش تاثیرات بیماری‌های قلبی و عروقی و مزمن که روی سلامت افراد و فعالیت روزانه آنها تاثیر می‌گذارد، موفق‌تر می‌باشد (۱۲۷).

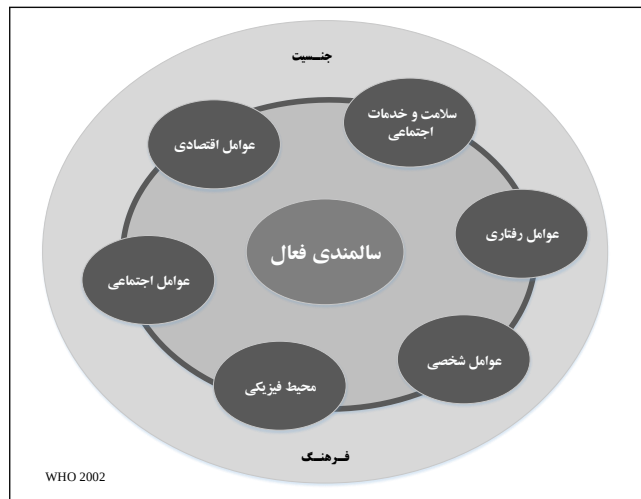
سالمندی فعال: در دهه‌ی ۱۹۵۰ سازمان جهانی بهداشت عبارت کهنسالی فعال را بر اساس مفهوم سالمندی سالم ایجاد کرد. با این حال سالمندی فعال مفهوم بزرگتری را در بر می‌گیرد زیرا این مفهوم اصول مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که شامل حقوق انسانی کهنسالان جوان می‌شود را شامل می‌شود. واژه‌ی فعال بیانگر مشارکت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، روحی و امرار معاش اجتماعی در سراسر طول زندگی می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ مفهوم کهنسالی فعال را اینگونه بیان کرد: سالمندی فعال فرایند حداکثر ساختن فرصت سلامتی، مشارکت و امنیت به منظور ارتقای کیفیت زندگی در سراسر عمر تعریف شده است (۴۰). در این تعریف سه مفهوم اساسی مورد توجه قرار گرفته است:

۲-۳۷ عوامل تعیین‌کننده‌ی سالمندی فعال

سالمندی فعال به طیف وسیعی از عوامل که افراد، خانواده‌ها و جوامع را احاطه کرده است بستگی دارد. درک ما از این شواهد بر طراحی و تدوین برنامه‌ها و استراتژی‌های بهتر کمک می‌کند. شکل ۲-۲۰ مجموعه عوامل موثر بر سالمندی فعال را نشان می‌دهد.

^۱ Altepeter & Marshall

^۲ Row & Kahn



شکل ۲-۲۰- عوامل موثر بر سالمندی فعال

عوامل مرتبط با سلامت و سیستم خدمات اجتماعی؛ در خصوص این مولفه، سازمان جهانی بهداشت قید می‌کند که نظام-های سلامت برای ترویج و ارتقای سلامت باید تمرکز و نگاهی بلندمدت بر، پیشگیری از بیماری‌ها و دسترسی عادلانه به مراقبت-های بهداشتی اولیه و مراقبت‌های درمانی بلند مدت را داشته باشند. همچنین اضافه می‌کند که خدمات بهداشتی و اجتماعی بایستی به‌صورت یکپارچه، هماهنگ و هزینه-اثربخش با احترام و بدون هیچ‌گونه تبعیضی بین سنین ارائه شود.

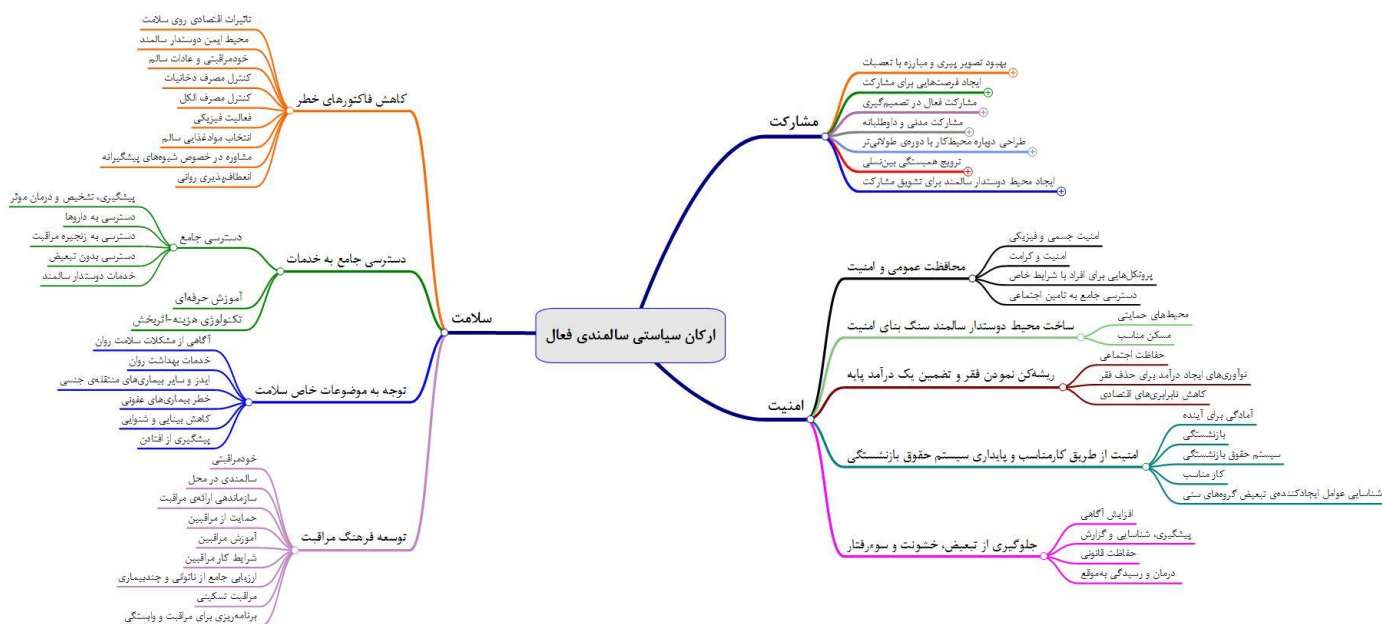
عوامل رفتاری؛ یکی از اشتباهات رایج در خصوص سالمندان این است که برای تغییر رفتار دیگر بسیار دیر است در حالیکه بر عکس هر اقدامی در جهت مشارکت در فعالیت‌های فیزیکی مناسب، تغذیه سالم، عدم استعمال دخانیات و الکل و استفاده منطقی و صحیح دارو به پیشگیری از بیماری‌ها، کاهش عملکرد، افزایش طول عمر و کیفیت زندگی می‌افزاید.

عوامل شخصی؛ منظور از عوامل شخصی استعداد ژنتیکی و بیولوژیکی فرد در ابلا به بیماری‌هاست. اما شواهد نشان می‌دهد که نقش عوامل شخصی نسبت به عوامل محیطی در فرایند پیری کمتر است. به‌طوریکه نتایج تحقیقات نشان داده است دلیل اصلی اینکه افراد پیر بیشتر از همتایان جوان خود بیمار می‌شوند این است که آن‌ها زمان طولانی‌تری در معرض عوامل خارجی و محیطی قرار گرفته‌اند.

عوامل مرتبط با محیط فیزیکی؛ محیط‌های فیزیکی دوستدار سالمند اهمیت ویژه‌ای در استقلال و وابستگی برای همه‌ی افراد به‌دنبال دارد. سالمندانی که در فضاها فیزیکی ناامن و یا فضاهایی با موانع زیاد زندگی می‌کنند به دلیل عدم مشارکت در جامعه بیشتر دچار انزوا، افسردگی، عدم تناسب وزن و مسائل حرکتی روبرو می‌شوند. در همین ارتباط باید توجه خاصی نیز به سالمندان مناطق روستایی معطوف گردد.

عوامل مرتبط با محیط اجتماعی؛ حمایت اجتماعی، فرصت‌های برابر برای آموزش و یادگیری مادام‌العمر، صلح و حفاظت در برابر خشونت و سوءاستفاده، فاکتورهای کلیدی در محیط اجتماعی سالمندان هستند که منجر به ارتقای سلامت، مشارکت و احساس امنیت در سالمندان می‌شود. تنهایی، انزوای اجتماعی، بی‌سوادی، فقدان آموزش، سوء استفاده و خشونت تا حد زیادی سالمندان را در معرض ناتوانی و مرگ زودرس قرار می‌دهد.

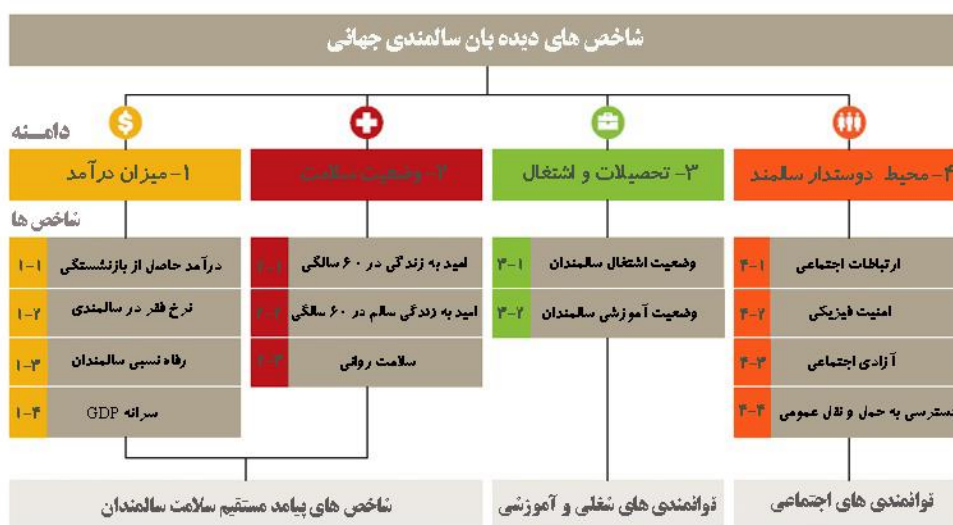
عوامل اقتصادی؛ سه عامل درآمد، کار و حمایت اجتماعی تاثیر بسزایی روی سالمندی فعال دارد. استراتژی‌های سالمندی فعال باید طرح‌هایی را برای کاهش فقر سالمندان انجام دهد (۴۰).



نمودار ۱-۲- ارکان سالمندی فعال براساس چارچوب سازمان جهانی بهداشت

۲-۳۸ مطالعه‌ی تطبیقی

هدف این بخش از رساله شناسایی برنامه‌ها و سیاست‌های کشورهای برتر در مراقبت سالمندی است. در این بخش وضعیت ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی در ۹ کشور اول در رتبه‌بندی ۲۰۱۵ دیده‌بان سالمندی جهان^۱ بررسی شده است. دیده‌بان سالمندی جهان کشورهای جهان را بر اساس ۴ ویژگی میزان درآمد سالمندان، وضعیت سلامت سالمندان، تحصیلات و اشتغال سالمندان و محیط‌های دوستدار سالمند هر ساله رتبه‌بندی می‌کند. در اخیرترین رتبه‌بندی دیده‌بان سالمندی ۹۶ کشور جهان مورد بررسی قرار گرفته است که جمهوری اسلامی ایران به دلیل نداشتن اطلاعات مربوط به ۴ ویژگی فوق در این رتبه‌بندی وارد نشده است. لذا بر اساس این رتبه‌بندی ۹ کشور اول به ترتیب شامل: سوئیس، نروژ، سوئد، آلمان، کانادا، هلند، ژاپن، امریکا و انگلستان بودند که در این بخش از مطالعه، از لحاظ وضعیت ارائه‌ی خدمات سالمندی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته‌اند. شکل ۲-۲۰ شاخص‌های مورد توجه دیده‌بان سالمندی و جدول ۲-۱۹ رتبه‌بندی کشورها را نشان می‌دهند.



شکل ۲-۲۰- مبنای انتخاب کشورها: رتبه‌بندی شاخص‌های دیده‌بان سالمندی (۲۲)

^۱ Global AgeWatch Rank

جدول ۲-۱۹ - رتبه‌بندی کشورهای جهان در خدمات سالمندی در سال ۲۰۱۵

۱	سوئیس	۲۵	اسپانیا	۴۹	بلغارستان	۷۳	اوکراین
۲	نروژ	۲۶	اسلونی	۵۰	فیلیپین	۷۴	اندونزی
۳	سوئد	۲۷	اروگوئه	۵۱	قزاقستان	۷۵	ترکیه
۴	آلمان	۲۸	کاستاریکا	۵۲	چین	۷۶	ونزوئلا
۵	کانادا	۲۹	گرجستان	۵۳	آلبانی	۷۷	مولداوی
۶	هلند	۳۰	قبرس	۵۴	السالوادور	۷۸	آفریقای جنوبی
۷	ایسلند	۳۱	آرژانتین	۵۵	بولیوی	۷۹	یونان
۸	ژاپن	۳۲	لهستان	۵۶	برزیل	۸۰	کامبوج
۹	امریکا	۳۳	مکزیک	۵۷	نیکاراگوئه	۸۱	غنا
۱۰	انگلستان	۳۴	تایلند	۵۸	تاجیکستان	۸۲	هندوراس
۱۱	دانمارک	۳۵	لیتوانی	۵۹	گوآتمالا	۸۳	لاتویا
۱۲	نیوزیلند	۳۶	کلمبیا	۶۰	کره جنوبی	۸۴	مراکش
۱۳	اتریش	۳۷	ایتالیا	۶۱	کرواسی	۸۵	اردن
۱۴	فنلاند	۳۸	پرتغال	۶۲	دومینیک	۸۶	نیجریه
۱۵	ایرلند	۳۹	مجارستان	۶۳	لیتوانی	۸۷	عراق
۱۶	فرانسه	۴۰	اسلواکی	۶۴	بلاروس	۸۸	اوگاندا
۱۷	استرالیا	۴۱	ویتنام	۶۵	روسیه	۸۹	رواندا
۱۸	اسرائیل	۴۲	موریس	۶۶	صربستان	۹۰	زامبیا
۱۹	لوگزامبورگ	۴۳	ارمنستان	۶۷	بنگلادش	۹۱	تانزانیا
۲۰	پاناما	۴۴	اکوادور	۶۸	مونتنگرو	۹۲	پاکستان
۲۱	شیلی	۴۵	رومانی	۶۹	پاراگوئه	۹۳	کرانه باختری و غزه
۲۲	چک	۴۶	سریلانکا	۷۰	نپال	۹۴	موزامبیک
۲۳	استونی	۴۷	مالت	۷۱	هند	۹۵	مالاوی
۲۴	بلژیک	۴۸	پرو	۷۲	مقدونیه	۹۶	افغانستان

۲-۳۸-۱- ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی در سوئیس

۲-۳۸-۱-۱- شمای کلی ۲۰۱۴

جمعیت	امید به زندگی کل	امید به زندگی مردان	امید به زندگی زنان	مخارج سلامت از GDP	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال
۸,۰۶۱,۵۱۶	۸۲,۳۹ سال	۸۰,۱ سال	۸۴,۸۱ سال	۱۰,۹٪	۱۷,۵٪

سوئیس دارای ۷,۴ میلیون نفر جمعیت است. امید به زندگی هنگام تولد برای زنان ۸۵,۱ سال و برای مردان ۸۰,۷ در سال ۲۰۱۴ بود. در مقایسه با سایر کشورهای جهان، کشور سوئیس حائز رتبه دوم در جهان از لحاظ امید به زندگی مردان و رتبه سوم از لحاظ امید به زندگی زنان در جهان است. سوئیس دومین سیستم بهداشت و درمان گران در جهان بعد از آمریکا است، که در سال ۲۰۱۴، ۱۰,۹٪ از تولید ناخالص داخلی خود را صرف مراقبت‌های بهداشتی نموده است. کشور سوئیس دارای یک سیستم بهداشت و درمان با پوشش بیمه همگانی و بیمه اجتماعی است، از وضعیت مالی ۹۶ درصد سالمندان یعنی معادل ۱,۱ میلیون نفر جمعیت سالمند

اطمینان کافی وجود دارد. نگرانی کلیدی مربوط به مراقبت سالمندان موضوعاتی مانند افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، افزایش آگاهی عمومی از استقلال بیمار، و چالش‌های مربوط به خودکشی است.

۲-۳۸-۱-۲ نظام ارائه خدمات در سوئیس

وظایف و مسئولیت نظام سلامت در سوئیس کاملاً غیرمتمرکز است و در سه سطح تقسیم شده است، سطح فدرال، استانی و محلی. فعالیت‌های سطح فدرال شامل وضع قوانین، نظارت بر بیمه‌ها، آموزش و صدور گواهینامه‌ی پزشکان، تایید محصولات درمانی و فعالیت‌های بهداشت عمومی است. سطح استانی متشکل از ۲۶ استان است که مسئولیت سازماندهی مراقبت‌های بهداشتی-درمانی در مناطق مختلف جغرافیایی، صدور مجوزهای ارائه خدمت، برنامه‌ریزی‌های بیمارستانی و حمایت مالی از موسسات هستند. کانتون‌ها یا استان‌ها در ارائه‌ی خدمات مراقبتی از یکدیگر مستقل هستند. شهرداری‌ها نیز نقش مهمی در مراقبت از سالمندان از طریق مراقبت در منزل و جامعه بازی می‌کنند. این اصل فدرالیسم دارای مزایا و معایبی است. این سیستم مشکلات و پیچیدگی هماهنگی مراقبت بیمارستانی حاد و مراقبت‌های بهداشتی تخصصی در سوئیس، و در نتیجه عدم بهره‌وری را افزایش می‌دهد. روش دیگر، مقامات منطقه‌ای پتانسیلی برای پاسخ به نیازها و ترجیحات خاص مردم محلی دارند. تصمیمات مربوط به پرستاری مراقبت در منزل یا تخت‌های بیمارستان (به عنوان مثال، تامین مالی ساختمان یک بیمارستان جدید) اغلب در همه‌پرسی استانی و یا شهرداری‌ها گرفته می‌شود، در نتیجه سطح بالایی از مشارکت در مسائل برنامه‌ریزی بهداشت و درمان وجود دارد.

۲-۳۸-۱-۳ پوشش بیمه‌ای

سیستم بیمه درمانی سوئیس دارای دو جزء است: بیمه درمانی عمومی و بیمه بهداشت و درمان تکمیلی. بیمه بهداشت و درمان عمومی دارای پوشش سراسری اجباری و برای همه ساکنان سوئیس است که به صورت انفرادی قرارداد بسته می‌شود و مبتنی بر کارفرما نمی‌باشد. در این بیمه‌ی پایه، مراقبت‌های بهداشتی با هزینه مقرون به صرفه ارائه می‌شود. متقاضیان حق انتخاب حدود ۹۰ صندوق بیمه ثبت شده را دارند. بیمه تکمیلی هزینه مراقبت‌های پزشکی را پوشش می‌دهد، بودجه‌های استانی/ملی برای کاهش حق بیمه افراد با درآمد پایین و متوسط نیز وجود دارد. این سیستم دسترسی سراسری به مراقبت پزشکی را امکان‌پذیر می‌سازد. حق بیمه‌ها سرانه و مستقل از سن و جنس هستند. شرکت‌های بیمه‌ای که نسبت بالاتری از افراد جوان را تحت پوشش دارند باید مقدار بالاتری را به صندوق مرکزی بپردازند تا شرکت‌های بیمه‌ای که نسبت بالایی از افراد سالمند را تحت پوشش دارند بتوانند یارانه بگیرند. یارانه، هزینه‌های اضافی برای مراقبت از سالمندان را پوشش نمی‌دهد. در نتیجه این یک نقطه ضعف رقابتی برای شرکت‌هایی است که نسبت بالایی از افراد سالمند را پوشش داده‌اند. بسته‌ی بیمه‌ی مکمل داوطلبانه مواردی را که در بیمه پایه وجود ندارد (به عنوان مثال، مراقبت از دندان، پروسیجرهای جراحی، هتلینگ بهتر در بیمارستان) را پوشش می‌دهد. شبکه

گسترده‌ای از مراقبت‌های پزشکی برای تمام قسمت‌های سوئیس و تضمین مراقبت اولیه پزشکی به تمام ساکنان وجود دارد. پزشکان عمومی و طیف گسترده‌ای از متخصصان در مراقبت‌های پزشکی نقش دارند. تقریباً هر کانتون (استان) بیمارستان استانی مربوط به خودش را برای ارائه‌ی سطح سوم مراقبت‌های بستری و یک یا بیشتر بیمارستان شهرستان برای ارائه‌ی مراقبت عمومی از بیماران بستری را دارد. علاوه بر این بسیاری از بیمارستان‌های خصوصی برای ارائه‌ی طیف کاملی از مراقبت‌های پزشکی وجود دارد. سوئیس دارای پنج دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه است.

۲-۳۸-۱-۴ انواع مراقبت‌های سالمندی در سوئیس

۲-۳۸-۱-۴-۱ آشنایان، سرپایی و موسسه‌ای^۱

اولین سطح مراقبت‌های سالمندی سطح آشنایان است که متشکل از اعضای خانواده، دوستان و همسایگان می‌شود. سطح دوم مراقبت‌های سرپایی غیربیمارستانی مثل اسپیتکس^۲ و سطح آخر مراقبت‌های موسسه‌ای است که شامل خانه‌های سالمندان و بیمارستان‌هاست البته این اشکال مراقبت همپوشانی قابل توجهی نیز دارند و لزوماً دارای یک توالی منطقی نیستند.

در حال حاضر تمایل سالمندان به ماندن در خانه‌های شخصی و گرفتن ترکیبی از مراقبت‌های خانوادگی و حرفه‌ای است. سازمان‌های خدمات اجتماعی مثل اسپیتکس، صلیب سرخ سوئیس و سنکتوت بخش بزرگی از خدمات مراقبت در منزل را از طرف دولت فدرال ارائه می‌دهند. این خدمات شامل، تحویل غذا، تعمیرات خانگی، خدمات حمل و نقل، مراقبت‌های پرستاری و کمک به اعضای خانواده در مراقبت از سالمندان است. اگر به خدمات سطح بالاتری نیاز باشد به امکانات مراقبت میانی^۳ منتقل می‌شود.

شبکه‌های سراسری مراقبت در منزل جامعه محور (با نام اسپیتکس^۴) در همه‌جا حتی در روستاهای کوچک در دسترس است. به طور کلی، پزشکان عمومی و پرستاران مراقبت در منزل به طور منظم سالمندان ضعیفی که در خانه زندگی می‌کنند را ویزیت می‌کنند. در دهه گذشته، تعداد فزاینده‌ای از سازمان‌های مراقبت در منزل برای برآوردن نیاز به مراقبت طولانی مدت سرپایی شکل گرفته است. صندوق کمک‌های عمومی تقریباً نیمی از هزینه‌های مراقبت در منزل سرپایی را پرداخت می‌کند و نیمه دیگر را بیمه پایه سلامت تامین می‌کند. سالمندان باید هزینه کمک‌های خانگی را خود بپردازند. همچنین یک سیستم برای ارائه‌ی مراقبت اجتماعی سالمندان در سوئیس وجود دارد. بزرگترین سازمان یک سازمان بشردوستانه‌ی ملی برای ارائه‌ی خدمات اجتماعی آموزشی و سایر خدمات به سالمندان است. حدود ۶,۹٪ از افراد ۶۵ و بالاتر در خانه‌های سالمندان زندگی می‌کنند. مجموع هزینه‌های سالانه خانه‌های سالمندان حدود ۵,۹ میلیارد فرانک معادل ۴,۵ میلیارد دلار آمریکاست. در سال ۱۹۹۶، یک قانون جدید

^۱ Familial, Ambulant and Residential Care for Elderly

^۲ Spitex

^۳ intermediate-care facility

^۴ Spitex

اظهار داشت که مراقبت طولانی مدت باید به عنوان بخشی از بیمه سراسری بهداشت عمومی پوشش داده شود، اما به دلیل مشکلات مالی و سیاسی، این قانون تنها در بخش اجرا شد. بیمه‌های خصوصی ۴۶٪ از هزینه‌های مراقبت طولانی مدت موسسات را به عهده دارند. صندوق بیمه اجتماعی مکمل هزینه مراقبت طولانی مدت برای افراد نیازمند را پشتیبانی می‌کند.

۲-۳۸-۱-۴-۲ خدمات مراقبت بلندمدت

این خدمات شامل طیف گسترده‌ای از خدمات برای اشخاصی است که برای انجام فعالیت‌های روزانه^۱ خود برای یک دوره‌ی زمانی نیازمند کمک هستند، می‌باشد. این فعالیت‌ها شامل: حمام کردن، لباس پوشیدن، غذاخوردن، بیرون رفتن، خرید کردن و امثالهم می‌باشد. خدمات مراقبت بلند مدت با خدمات مراقبت پزشکی (بستری در بیمارستان، تجویز دارو و تشخیص‌های پزشکی) متفاوت می‌باشند. نیاز به خدمات مراقبت بلند مدت همراه با افزایش سن، افزایش می‌یابد. در سوئیس، تامین مالی مراقبت طولانی مدت تکه تکه است و سیستم ارائه مراقبت‌ها به ۲۶ منطقه به نام کانتون^۲ واگذار شد. علاوه بر این، تا همین اواخر، "مراقبت طولانی مدت" در سیاست‌های بهداشتی وجود نداشت، اما عمده نگرانی آن ارائه یک زنجیره از خدمات از جمله مراقبت‌های پس از حادثه، توانبخشی، خدمات اجتماعی، خدمات مراقبت‌های طولانی مدت و خدمات تخصصی برای معلولان جوان بود. منبع اصلی تامین مالی عمومی از برنامه‌های ویژه (مزایای بیمه‌ی تکمیلی)^۳ تحت سیستم بیمه‌های اجتماعی، مانند مزایای بیمه تکمیلی سالمندان و از یارانه‌های مبتنی بر مالیات توسط مناطق و شهرداری‌ها به سازمان ارائه دهنده و یا کمک مستقیم به مصرف‌کنندگان است. سهم استان بین مناطق متفاوت است. علاوه بر این، کمک‌های خصوصی خانواده‌ها نیز به شدت به تامین مالی مراقبت طولانی مدت کمک می‌کند. اصلاحات اخیر سلامت بر روی سیستم فعلی ایجاد مشوق‌های مالی برای ترخیص زود هنگام از بیمارستان بوده است و در نتیجه نیاز به ورود به موقع به مراقبت‌های در خانه و یا مراقبت در خانه سالمندان فزونی یافته است.

۲-۳۸-۱-۴-۳ برنامه‌های مراقبت بلندمدت

مراقبت بلندمدت موسسه‌ای؛ دو سوم از خانه‌های سالمندان و سایر موسسات مراقبت موسسه‌ای سالمندان تحت پوشش سازمان‌های دولتی، غیرانتفاعی و یارانه‌ای هستند. یک سوم دیگر نیز تحت پوشش سازمان‌های خصوصی قرار دارند.

مراقبت در خانه؛ ارائه‌دهندگان مراقبت در منزل عمدتاً (۹۳٪) تحت پوشش سازمان‌های خصوصی و غیرانتفاعی با پوشش بیمه‌ای و یارانه هستند. موسسات ارائه دهنده مراقبت در منزل در سوئیس تحت عنوان آمده "بیمارستان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های خارجی"^۴

¹ activities of daily living (ADL)

² Kantone

³ Ergänzungsleistungen

⁴ "Hospital External Care Providers" (Spitex)

هستند که طیف گسترده‌ای از خدمات که، ۴۴٪ آن مراقبت طولانی مدت، و ۵۶٪ بقیه به طور عمده خدمات مراقبت خانگی و پشتیبانی می‌باشند که از طریق منابع عمومی تامین مالی می‌شوند.

۲-۳۸-۱-۵ چالش‌های آینده و جهت‌گیری‌های مرتبط

بحث‌های زیادی در خصوص افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی سالمندان در آینده وجود دارد. در بحث‌های عمومی، این واقعیت وجود دارد که خانواده‌های جوان حق بیمه‌های بالایی برای هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی سالمندان می‌پردازند که تغییراتی در سیستم را می‌طلبد، به عنوان مثال، سهمیه‌بندی مراقبت‌های بهداشتی برای سالمندان و یا تغییر سرانه سیستم بیمه درمانی. در حال حاضر، سیستم بدون تغییر باقی مانده، اما با افزایش مداوم هزینه‌های بهداشت و درمان، این بحث ادامه‌دار خواهد بود. هم‌چون بسیاری از کشورهای توسعه یافته دیگر، نگرانی در مورد منابع مالی سیستم بیمه اجتماعی در دهه‌های آینده، با تغییرات پیش‌بینی شده در جمعیت‌شناسی و نیروی کار سالمندان وجود خواهد داشت. این منجر به شکل‌گیری بحث‌های سیاسی در به تعویق افتادن سن بازنشستگی شده است.

با توجه به شمار کم متخصصین طب سالمندی، انتظار می‌رود پزشکان عمومی و اینترن‌ها در درجه‌ی اول مراقبت‌های بالینی سرپایی سالمندان را ارائه کنند، و متخصصان طب داخلی در درجه اول مراقبت‌های بیمارستانی را ارائه خواهند داد. در نتیجه، افزایش فعالیت‌های آموزشی مراکز سالمندان در مراقبت سرپایی تخصصی و مراقبت از سالمندان بستری اهمیت زیادی خواهد داشت. عمده چالش کمبود تحصیلات دانشگاهی طب سالمندی و همین‌طور کمبود پژوهش است. دلیل اصلی کمبود تحصیلات دانشگاهی سالمندی این است که در سال ۲۰۰۵ تنها سه دانشگاه (بازل، برن، ژنو) از پنج دانشکده پزشکی سوئیس دارای دپارتمان طب سالمندان و صندلی دانشگاهی بودند. یکی دیگر از دلایلی که می‌توان برشمرد این است که هیچ برنامه ارتقای آموزش سالمندی به طور خاص در سوئیس وجود ندارد. یکی از طرح‌های موجود برنامه‌ی آکادمی اروپاست که کورس ۴ هفته‌ای سالمندی برای پزشکی است که منجر به افزایش علاقه‌ی پزشکان جوان به طب سالمندی شده است اما یک برنامه آموزشی دانشگاهی طب سالمندان را در پی نداشته است. تلاش‌های بیشتری برای ترویج و توسعه حرفه‌ای طب سالمندان در دانشگاه‌ها مورد نیاز است. تحقیقات بالینی به توسعه مراقبت بهتر برای سالمندان کمک زیادی کرده است. برای مثال، مدل‌های بازدیدهای خانگی پیشگیرانه و ارزیابی خطر - سلامت بوسیله‌ی طرح‌های پژوهشی تست شده بودند هم‌اکنون در عمل بکار می‌روند. نمونه‌های متعدد دیگری نیز از طرح‌های پژوهشی مبتنی بر سوئیس اعم از علوم پایه تا تکنولوژی‌های نوآورانه مراقبت بالینی وجود دارد (۱۲۸).

۲-۳۸-۲ ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی در نروژ

۲-۳۸-۲-۱ شمای کلی جمعیت و امید به زندگی - ۲۰۱۴

جمعیت	امید به زندگی کل	امید به زندگی مردان	امید به زندگی زنان	مخارج سلامت از GDP	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال
۵,۱۴۷,۷۹۲	۸۱,۶ سال	۷۹,۶۳	۸۳,۶۹	۹,۱٪	۱۶,۱٪

نروژ با جمعیتی بالغ بر ۵ میلیون نفر با امید به زندگی برای کل جمعیت ۸۱,۶ سال، برای مردان ۷۹,۶۳ سال و برای زنان ۸۳,۶۹ سال در سال ۲۰۱۵ دومین کشور از لحاظ ارائه‌ی خدمات سالمندی بوده است. ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندان در نروژ بر اساس یک مدل غیرمتمرکز و توسط شهرداری‌های هر منطقه انجام می‌شود. است. شهرداری‌ها بر روی خدمات مراقبتی اولیه در منزل، خدمات خانه‌های سالمندان و مراکز جامع سالمندی نظارت دارند. دولت (مسئول ارائه‌ی مراقبت‌های ثانویه) که بیمارستان‌های عمومی شهرستان، بیمارستان‌های دانشگاه ارائه می‌دهند. همچنین، خدمات امبولانس را از طریق مقامات بهداشتی منطقه تحت اختیار دارد. مراقبت از سالمندان در سطح اولیه، معمولاً ارتقای مراقبت در منزل و خانه‌های سالمندان محقق می‌شود. شهرداری‌ها سطح و نوع مراقبت برای هر کاربر را بر اساس ارزیابی نیاز تعیین می‌کنند. گزینه‌های خصوصی کم است، و بیشتر ارائه کنندگان خصوصی در قالب قرارداد با شهرداری به کار گرفته می‌شوند. شهرداری‌ها اساساً برنامه‌های طراحی شده توسط سیستم ملی بهداشت را اجرا می‌کنند. شهرداری‌ها وظیفه‌ی ساخت خانه‌های سالمندی و مراکز مراقبت روزانه را به عهده دارند.

۲-۳۸-۲-۲ انواع خدمات شهرداری برای سالمندان

- ویزیت خانگی: کارکنان مراقبت بهداشتی شهرداری تمام افراد بالای ۸۰ سال را ویزیت می‌کنند و آموزش‌های لازم در خصوص رفتارهای بهداشتی و مکانیسم کنارآمدن با شرایط را به سالمندان آموزش می‌دهند. هر گونه نیاز به فعالیت‌های روزانه را تعیین می‌کنند و در صورت نیاز آنها را به سیستم مراقبت منزل ارجاع می‌دهند.
- سیستم مراقبت در منزل: این سیستم به سالمندان در انجام فعالیت‌های روزمره کمک می‌کند. این سطح از مراقبت اساساً برای آن دسته از سالمندانی است که نیاز به برخی از خدمات روزمره دارند، صورت می‌گیرد.
- سیستم روز مراقبت: در این سیستم، سالمندان نیاز به مراقبت بیشتری نسبت به بازدیدهای مراقبت در منزل دارند، در آماده کردن غذا، پوشیدن لباس، فعالیت‌های اجتماعی و غیره نیاز به کمک دارند.
- آپارتمان مسکونی: آپارتمان‌هایی که با توجه به نیازهای خاص سالمندانی که دارای مشکلات روانی یا دمانس هستند ساخته شده است. این ساختمان‌ها سازگار با شرایط سالمندان برای ارائه مراقبت طراحی شده است. سطح مراقبت از یک سطح مشابه به خانه های شخصی تا موسسات مراقبتی متفاوت است. سه مدل در ارائه مراقبت سالمندان بر اساس سطح و مدت زمان

خدمات در این آپارتمان‌ها وجود دارد. این آپارتمان‌ها بر اساس نیازهای مراقبتی و سطح وابستگی سالمندان به آن‌ها خدمات داده می‌دهد.

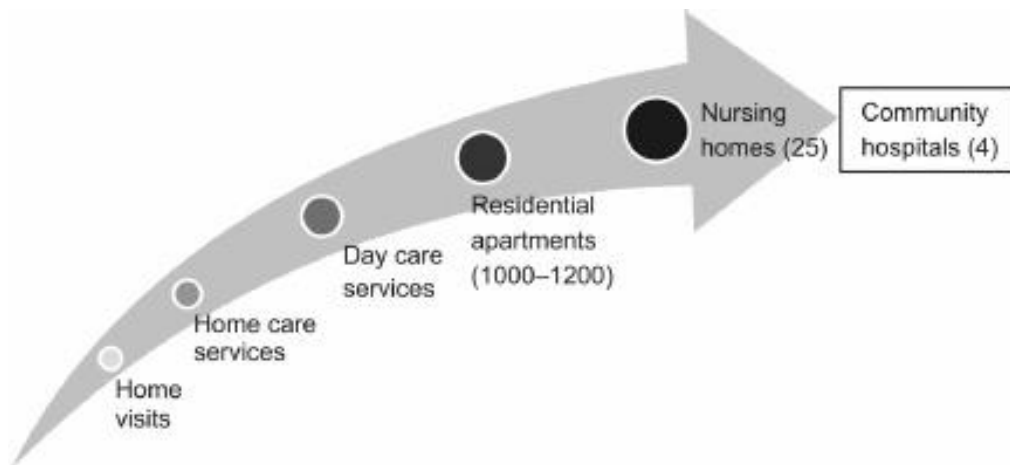
مدل ۱: یک آپارتمان با تعدادی کارکنان دائمی ساکن در تمام ساعت. کارکنان دارای یک اتاق هستند که با ساکنان با از طریق بی‌سیم و همچنین تلفن‌های همراه ارتباط دارند. این مدل بیشتر به ساکنان مبتلا به زوال عقل یا ناتوان در یادگیری استفاده می‌شود.

مدل ۲: کارکنان در طول روز در آپارتمان ساکن هستند و خدمات مراقبت در منزل در شب توسط شهرداری سرویس‌دهی می‌شود. در طول روز ساکنان با استفاده از دستگاه‌های بی‌سیم با کارکنان در ارتباط هستند در شب نیز با تلفن همراه نیازهای خود را اعلام می‌دارند.

مدل ۳: در این مدل ساکنان، خدمات مراقبت در منزل را در تمام ساعت شبانه‌روز توسط شهرداری‌ها دریافت می‌کنند. دسترسی از طریق تلفن‌های همراه خواهد بود.

■ خانه‌های سالمندی؛ خانه‌های سالمندان در طول صد سال بخشی از سیستم بهداشت عمومی بوده و به اشکال مختلفی وجود داشته‌اند. خانه‌های سالمندی برای سالمندانی است که نیاز به مراقبت بیمارستانی ندارند اما به تنهایی نیز نمی‌توانند زندگی کنند می‌باشد. لذا آنها تا زمان مرگ آنجا زندگی می‌کنند. خانه‌های سالمندی خدمات مراقبتی و توانبخشی را برای ساکنین فراهم می‌کند. این خانه‌های پرستار ۲۴ ساعته دارند.

■ بیمارستان‌های جامعه/ بیمارستان‌هایی با اقامت کوتاه: هدف این بیمارستان‌ها مراقبت از سالمندان بعد از ترخیص از بیمارستان‌های تخصصی است. در این مرحله از سالمند ارزیابی به عمل می‌آید که آیا می‌تواند به خانه منتقل شود یا باید به خانه‌های سالمندی رود. شکل ۲۱-۲ سطوح مراقبت سالمندی در نروژ را نشان می‌دهد.



شکل ۲-۲۱- سطوح مراقبت سالمندان در نروژ

۲-۳۸-۲ انواع مراقبت سالمندی

۲-۳۸-۲-۱ برنامه‌های مراقبت بلندمدت

نقش اصلی ارائه‌ی مراقبت بلندمدت در نروژ به عهده‌ی دولت است و ارائه‌دهندگان دولتی عمده‌ی خدمات مراقبت بلندمدت را انجام می‌دهند. تامین مالی آن از طریق مالیات مستقیم است. اما ارائه‌ی خدمات مراقبت بلندمدت تا حد زیادی غیرمتمرکز و یکپارچه در سطوح شهرداری‌هاست. مراقبت بلندمدت تحت قانون خدمات سلامت شهرداری و قانون خدمات اجتماعی تنظیم شده است. هزینه‌ی خدمات مراقبت‌های طولانی مدت تحت پوشش مالیات و فرانشیزهای بسیار کم توسط کاربران است. شهرداری در چارچوب قوانین معیارهای افراد واجد شرایط را وارد می‌کند. در هر دو صورت یا ارائه دهنده خدمات و یا یک تیم متشکل از اعضای سازمان‌های مختلف خدمات ارزیابی واجداالشرایط بودن سالمند را انجام می‌دهند. خدمات برای سالمندان به سه گروه تقسیم می‌شوند؛ مراقبت‌های موسسه‌ای، خانه‌های سالمندان و خدمات مبتنی بر خانه^۱.

۲-۳۸-۲-۲ مراقبت‌های موسسه‌ای

این خدمات به دو دسته‌ی خانه‌های مسکونی^۲ و خانه‌های سالمندان^۳ تقسیم می‌شوند. هر کدام از آن‌ها قوانین خاص خود را دارند. اما هر دو تحت نظارت شهرداری هستند. هرچند که هر دوی آن‌ها برای اقامت طولانی‌مدت در نظر گرفته شده‌اند اما خانه‌های سالمندان برای اقامت کوتاه مدت، خدمات توانبخشی و مراقبت موقت^۴ نیز استفاده می‌شوند. خانه‌های سالمندان ممکن است وظایف یک مرکز مراقبت روزانه^۵ را نیز انجام دهد.

۲-۳۸-۲-۳ خانه‌های مسکونی

در سال‌های اخیر شکل جدیدی از خانه‌های مسکونی که زندگی مستقل به همراه خدمات مراقبتی را یکجا ارائه می‌دهد شکل گرفته است. تنوع قابل توجهی از خدمات بین انواع موسسات وجود دارد.

۲-۳۸-۲-۴ خدمات مراقبت در خانه

انواع خدمات مبتنی بر خانه در نروژ وجود دارد، دو سرویس غالب خدمات در خانه شامل کمک در خانه و پرستار در خانه است. کمک در خانه شامل ارائه خدمات خانگی و همین‌طور خدمات اجتماعی و حمایتی است. پرستاری در خانه شامل خدمات حرفه‌ای پزشکی است. این دو نوع خدمات تحت قوانین (خدمات اجتماعی و سلامت) تنظیم شده‌اند، اما تحت نظارت شهرداری هستند.

¹ Institutional care, sheltered housing, and homebased services

² residential homes

³ nursing homes

⁴ respite care

⁵ day-care centre

مراقبت پرستاری در منزل رایگان است اما خدمات کمک در خانه به ازای هر ویزیت در سال ۲۰۰۳ معادل ۵۰ کرون بوده است که در موارد خاص شهرداری از گرفتن حق الزحمه چشم‌پوشی می‌کند. سایر خدمات مانند غذا روی چرخ^۱، مشاوره، خدمات تعمیراتی، خدمات مراقبت موقت در شهرداری‌ها در دسترس است. پرداخت حق‌الزحمه به مراقبین غیررسمی^۲ نیز تحت پوشش قانون خدمات سلامت شهرداری است که در سال ۱۹۸۶ تصویب شده است.

۲-۳۸-۴ چالش‌های مراقبت از سالمندان در نروژ

یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، افزایش هزینه در ارائه مراقبت بهداشتی و اجتماعی به سالمندان است. برآوردهای کمیسیون بازنشستگی نشان می‌دهد که بازنشستگی از ۱٪ تولید ناخالص داخلی به ۱۲٪ در سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت. پیش‌بینی هزینه‌های پرستاری و مراقبتی توسط اداره آمار نروژ نشان می‌دهد که این هزینه‌ها از ۳٫۱٪ تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۵ به ۶٫۱٪ درصد تا سال ۲۰۵۰ افزایش خواهد یافت. علاوه بر افزایش هزینه‌ها، کمبود نیروی کار در مراقبت از سالمندان چالش دیگری خواهد بود. به این دلیل که شغل مراقبت از سالمندان نسبتاً درآمد پایینی دارد و کارچندان جذابی نیست. علاوه بر هزینه و عرضه منابع انسانی در مراقبت از سالمندان، تقاضای رو به رشدی برای مراقبت به دلیل افزایش بیماری‌های وابسته به سن وجود دارد. همه این چالش‌ها به خوبی توسط دولت نروژ پیش‌بینی شده و آنها مصمم به پیدا کردن راه حلی برای غلبه بر آن می‌باشند (۱۲۹، ۱۳۰).

۲-۳۸-۳ مراقبت‌های سالمندی در سوئد

۲-۳۸-۱ شمای کلی ۲۰۱۴

جمعیت	امید به زندگی کل	امید به زندگی مردان	امید به زندگی زنان	مخارج سلامت از GDP	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال
۹,۷۲۳,۸۰۹	۸۱,۸۹	۸۰,۰۳	۸۳,۸۷	۹,۴٪	۱۹,۸٪

سوئد کشوری سالمند با جمعیتی بالغ بر ۹ میلیون و ۷۰۰ نفر است که نزدیک به ۲۰٪ جمعیت را افراد بالای ۶۵ سال و ۷,۴٪ آن را افراد بالای ۸۰ سال تشکیل می‌دهد. واقعیتی که در خصوص سالمندی وجود دارد این است که هر چه افراد پا به سن‌تر می‌شوند بیشتر از بیماری و معلولیت رنج می‌برند و وابستگی‌شان به دیگران بیشتر می‌شود. یکی از اصول مهم سیاست‌های سوئد در قبال سالمندان، تاکید بر نگهداری در منزل تا حد ممکن است حتی زمانیکه آن‌ها نیاز به مراقبت‌های بهداشتی گسترده دارند. سیاست‌های ملی سوئد بیشتر بر این هدف تکیه دارند که سالمندان به‌صورت مستقل و بدون نیاز به کمک دیگران با حفظ استانداردهای کیفی لازم زندگی کنند. هر گونه کمکی در راستای کمک به زندگی سالمندی از پرداخت‌های مالیاتی معاف است.

^۱ meals-on-wheels

^۲ caregiver pay

۲-۳۸-۳-۲ ساختار ارائه خدمت

مراقبت از سالمندان در سوئد زیر نظر وزارت بهداشت و امور اجتماعی است. پارلمان سوئد اهداف زیر را به عنوان زیربنای اصلی سیاست‌های سالمندی فعالی در نظر گرفته است:

- سالمندان در هر سنی باید حضور فعال خود را در جامعه احساس کنند.
- امنیت آنها در کنار استقلال آنها تامین شود.
- خدمات اجتماعی و بهداشتی مناسب برای آنها تدارک دیده شود.
- دولت وظیفه دارد، امکانات دسترسی آسان به جامعه، منزل مناسب، خدمات حمل و نقل مناسب و همچنین خدمات مراقبت در منزل را برای سالمندان فراهم آورد.

در خصوص ارائه خدمات اجتماعی به سالمندان سه سطح نظارتی در سوئد وجود دارد:

- ۱- دولت سوئد و پارلمان، اهداف سیاست‌های اجتماعی سالمندان را از طریق ارائه قوانین و تعیین بودجه لازم، معین می‌کند.
- ۲- انجمن محلی، وظیفه تهیه و تدارک مراقبت‌های بهداشتی و دارویی و همچنین ارائه خدمات نگهداری سالمندان را به عهده دارد.

- ۳- شهرداری‌ها، وظیفه ارائه خدمات مراقبتی، بهداشتی، پرستاری، حمل و نقل، مسکن و ... را به عهده دارند.

هدف از مراقبت سالمندان در سوئد در چند دهه‌ی اخیر تضمین امنیت مالی، مسکن خوب، خدمات و مراقبت بر اساس نیاز بوده است. همه سالمندان باید دسترسی برابر به این خدمات بدون در نظر گرفتن سن، جنس، نژاد، محل اقامت، و قدرت خرید داشته باشند. سوئد دارای برنامه‌های اجتماعی جهانی جامعی برای مراقبت از سالمندان است. قانون خدمات اجتماعی در سال ۱۹۸۲ و قانون بهداشت و خدمات پزشکی در سال ۱۹۸۳ برای احقاق حقوق سالمندان و دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی و اجتماعی تصویب شده است. ۸۵٪ هزینه‌ی خدمات مراقبت بلندمدت سالمندان از طریق مالیات شهرداری ۱۱ تا ۱۲٪ از طریق کمک‌های مالی دولت به شهرداری‌ها و باقی آن یعنی حدود ۳ تا ۴٪ آن توسط خود افراد تامین می‌شود. فرانشیزی که خود فرد می‌دهد بسته به محیط و درآمدش متفاوت خواهد بود. در سال ۱۹۹۲، دولت سوئد اصلاحات عمده‌ای را تحت عنوان اصلاحات ادل^۱ اجرا کرد که در آن مسئولیت اصلی نگهداری از سالمندان و مشوق‌های مالی برای کاهش بستری سالمندان در بیمارستان به شهرداری واگذار شد. در این طرح شهرداری مراقبت سالمندان را به اشکال زیر بر عهده گرفت تا از میزان مراجعات بیمارستانی آن‌ها بکاهد.

^۱ so-called Adel reform

جدول ۲-۲۰ - انواع تسهیلات ارائه‌ی خدمت به سالمندان در سوئد

انواع خدمات	ویژگی‌ها
مراکز خدمت	بلوک‌های آپارتمانی با حدود ۱۰۰۰ واحد مسکونی که اغلب بازنشستگان و افرادی که با عقد قرارداد اجاره کرده‌اند زندگی می‌کنند. خدمات این مراکز شامل: وعده‌های غذایی، کاردرمانی، خدمات تفریحی و رفاهی است.
خدمات کمک خانگی	در این خدمات شهرداری‌ها با ارائه خدماتی همچون نظافت، پخت‌وپز، شستشو و بهداشت به سالمندان کمک می‌کنند. هزینه‌ی این خدمات بسته به ساعات ارائه خدمت متفاوت است. خدمات اضطراری و شبانه نیز وجود دارد. افراد مبتلا به زوال عقل یا دمانس در خانه‌هایی با ویژگی‌های خاص بیماری‌شان زندگی می‌کنند.
سرای سالمندان	سالمندانی که به مراقبت طولانی‌مدت نیاز دارند در سرای سالمندان نگهداری می‌شوند. این افراد اغلب از دمانس پیش‌رونده و بیماری‌های قلبی رنج می‌برند. خدمات مراقبتی و پزشکی متناسب با وضعیت هر سالمند ارائه می‌شود.
خانه‌های سالمندی	برای کسانی که نمی‌توانند به تنهایی زندگی کنند. در این حالت سالمند می‌تواند مبلمان و اثاثیه خود را به آنجا ببرد.
خدمات حمل و نقل	تمامی شهرهای سوئد زیر نظر شهرداری به سالمندان خدمات حمل و نقل ارائه می‌دهد.
مهدهای سالمندان	مکان‌هایی که سالمندان در طول روز می‌توانند برای دریافت خدمات بهداشتی، رفاهی، توانبخشی و مهارتی مراجعه کنند.
مراقبت بهداشتی در منزل	پرستاران و پزشکان مستقر در مراکز بهداشتی از سالمندان منطقه‌ی تحت پوشش خود ویزیت خانگی به عمل می‌آورند و موارد نیازمند به خدمات تخصصی را ارجاع می‌دهند.
بخش سالمندی و مراکز توانبخشی	سالمندانی که به خدمات تخصصی سطح بالا و توانبخشی نیاز دارند که در منزل قابل ارائه نیست به این مراکز مراجعه می‌کنند. این بخش‌ها در ارتباط مستقیم با بیمارستان‌ها هستند.

۲-۳۸-۳ برنامه‌های مراقبت بلند مدت در سوئد

اکثر خدمات مراقبت‌های طولانی مدت در سوئد توسط بخش عمومی ارائه و از طریق مالیات تامین مالی می‌شود. از سال ۱۹۹۲، مدیریت هر دوی مراقبت‌های بهداشتی اولیه و مراقبت‌های طولانی مدت در سطح شهرداری یکپارچه شده است. با این حال، دو چارچوب قانونی مجزا با عنوان قانون خدمات اجتماعی^۱ (۱۹۸۲) و قانون خدمات پزشکی و سلامت^۲ (۱۹۸۳) برای آن وجود دارد. خدمات مراقبت‌های اجتماعی به تمام سالمندانی که نیاز آنها ارزیابی شده است ارائه می‌گردد. در طول ۱۵ سال گذشته معیارهای ارزیابی خدمات مراقبت در منزل با هدف قرار دادن افراد معلول تجدید نظر شده است.

خدمات مراقبت بلندمدت؛ شهرداری ارائه‌دهنده‌ی اصلی مراقبت از سالمندان است. ارائه‌دهندگان عمومی ۹۵٪ خدمات سالمندی را پوشش می‌دهند. اما در سال‌های اخیر نسبت خدمات ارائه شده توسط بخش خصوصی و خانواده‌ها در حال افزایش است که بیشتر از طریق بستن قرارداد با شهرداری‌ها برای کنترل هزینه بوده است.

¹ Social Services Act

² Health and Medical Services Act

مراقبت بلندمدت موسسه‌ای؛ برنامه‌ی مسکن نیازهای ویژه^۱ با ارزیابی در سطح واحد خدمات در منزل شهرداری انجام می‌شود که توسط قانون خدمات اجتماعی نظارت می‌شود. هنگام غربالگری برای سنجش نیاز به مراقبت، مدیر برنامه یک گزارش در مورد وضعیت سلامت و مسکن متقاضی، وضعیت درآمد و شبکه‌ی خانوادگی او تهیه می‌کند. بیشتر تسهیلات آن توسط بخش عمومی ارائه می‌شود. اما در عین حال خدمات خصوصی با قرارداد بستن با شهرداری نیز وجود دارد. در سال‌های اخیر تعداد متقاضیان این خانه‌ها کاهش یافته است.

مراقبت در خانه؛ شهرداری‌ها با یک ارزیابی، نیاز به مراقبت را در متقاضیان می‌سنجد. مدیر مراقبت، مسئول غربالگری و برنامه‌ریزی ماهیت و گستره کمک به سالمند است که تصمیم خواهد گرفت چه میزان کمک نیاز دارد. این خدمات تا حد ممکن به صورت یکپارچه یعنی متشکل از خدمات حمایتی- اجتماعی و خدمات سلامت است که هدف آن ماندن سالمند در منزل شخصی خود است (۱۳۱).

حمایت مراقبین غیررسمی؛ سه نوع حمایت از مراقبین غیررسمی وجود دارد: مراقبت موقت و امدادی، خدمات آموزشی برای مراقبین و حمایت اقتصادی از مراقبین. در مراقبت موقت برای استراحت مراقبین در یک مدت زمان تقریباً دو هفته‌ای سالمند به مراکز نگهداری روزانه یا موسسات مراقبتی سپرده می‌شود تا مراقب یک دوره‌ی استراحت را داشته باشد. مزایای نقدی نیز مستقیماً توسط شهرداری‌ها به مراقبین پرداخت می‌شود. برای مراقبینی که شاغل هستند مرخصی مراقبت وجود دارد.

۲-۳۸-۳-۴ کیفیت مراقبت‌های بلندمدت

در سوئد مجموعه‌ای از سیستم‌های ثبت بالینی برای پایش کیفیت ارائه خدمات به سالمندی توسعه یافته است، به عنوان مثال:

- سیستم ثبت هشدار سالمندی^۲، که در سال ۲۰۰۹ شروع به کار کرده است، این سیستم داده‌های فردی در خصوص میزان بروز سقوط، فشار زخم و سوء تغذیه را جمع‌آوری می‌کند. این رجیستری به شناسایی سالمندان در معرض خطر کمک می‌کند تا برنامه‌های مداخلات پیشگیرانه برای آنها بکار گرفته شود. در سال ۲۰۱۲، از مجموع ۲۹۰ شهرداری ۲۷۴ شهرداری اطلاعات لازم را به رجیستری گزارش کرده است.
- رجیستری تسکینی^۳، که در سال ۲۰۰۷ جمع‌آوری اطلاعات در خصوص ورودی‌های ساختاری (مانند تعداد تخت و دسترسی به کارکنان مراقبتی و طرح مراقبت) را در ارتباط با پایان مراقبت و اطلاعات در مورد مرگ و میر را آغاز کرد و در سال ۲۰۱۱ بیش از ۵۳٪ از تمام موارد مرگ و میر در رجیستری ثبت شد.
- رجیستری دمانس سوئدی^۴، در سال ۲۰۰۷ جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سن، جنس، شاخص توده بدنی^۵، وضعیت نمرات آزمون روانی، درمان‌های تشخیصی پزشکی، پشتیبانی جامعه و زمان ارجاع بعد از تشخیص را جمع‌آوری کرد.

^۱ Special Needs Housing (SNH)

^۲ Senior Alert Registry

^۳ Palliative Registry

^۴ Swedish Dementia Registry (SveDem),

^۵ BMI

▪ رجیستری رفتار و علائم روانپزشکی دمانس سوئدی^۱، در سال ۲۰۱۰ راه اندازی شد، هدف آن جمع‌آوری اطلاعات فردی در مورد مراقبت و درمان افراد زوال عقلی با رفتار و علائم روانی بود. از سال ۲۰۰۸، رضایت سالمندان از خدمات مراقبت طولانی مدت در سطح ملی در سراسر مناطق شهرداری اندازه‌گیری شد (۱۳۲).

۲-۳۸-۵ مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی سالمندان در سوئد

اصلاحات سیاست‌های اجتماعی سالمندان در سال ۱۹۹۹، در زمینه بهداشتی و پزشکی تغییرات عمده‌ای در این کشور بوجود آورده است. در این سیاست‌ها شهرداری‌ها مجری ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتی سالمندان هستند که باید خدمات را تا حد امکان در منازل سالمندان ارائه دهند حتی اگر اجرای آن هزینه زیادی برای دولت بوجود آورد. برای افراد بالای ۶۵ سال به بالا، هر هفته نیروی پزشکی برای انجام مراقبت‌های پزشکی به منازل می‌روند و چنانچه فرد نیاز به مراقبت بیشتری داشته باشد به بخش بستری بیمارستان اعزام می‌شود. در سال ۲۰۰۳ اداره بهداشت سوئد بیمارستان‌ها را از بستری کردن افراد بالای ۸۰ سال منع کرد و آن‌ها در آپارتمان‌هایی در همان بیمارستان‌ها بستری می‌کرد که از نظر وسایل و امکانات زندگی شبیه به منازل شخصی خود سالمندان است. هر کس اتاق مخصوص به خود را دارد و علاوه بر این اتاق‌های مشترک نیز وجود دارد (۱۳۳).

۲-۳۸-۶ چالش‌های آینده و جهت‌گیری‌های مرتبط

مسائل اصلی در خصوص مراقبت از سالمندان، در حال حاضر و در آینده، چگونگی تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی و اطمینان از وجود تعداد پرسنل و ارائه‌کنندگان واجد شرایط مراقبت است. پارادوکس رفاه، به عنوان مثال به علت بهبود شرایط عمومی زندگی در سوئد، مردم زندگی طولانی‌تری داشته و با پا به سن گذاشتن نیاز آن‌ها به خدمات و مراقبت سلامت به میزان قابل توجهی رشد خواهد کرد. اوج جمعیتی بعدی در سال ۲۰۲۰ و پس از آن خواهد بود، زمانی که نسل پس از جنگ به سن ۸۰ و بالاتر می‌رسند. این توسعه، فشاری را روی سیستم مبتنی بر مالیات تامین مالی رفاه سالمندان، که به نوبه خود به شدت وابسته به رشد اقتصادی است وارد می‌کند. در حال حاضر، رشد اقتصادی است بسته به مشارکت نیروی کار، حتی بعد از سن بازنشستگی است. با فرض ثابت بودن سطح خدمات، مصرف عمومی از نسبت تولید ناخالص داخلی تا ۲۰ سال آینده با توجه به تعداد کمتر کودکان کاهش خواهد یافت، با توجه به کاهش نیروی کار، این نسبت بعد از سال ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت. اگر مشارکت نیروی کار کاهش یابد، مصرف عمومی باید افزایش تولید ناخالص داخلی در طول دوره را برای اینکه سطح فعلی خدمات حفظ شود را به همراه داشته باشد. مشارکت نیروی کار دامنه خوبی برای تامین مالی رفاه عمومی خدمات در دهه‌های پیش رو خواهد بود. با کاهش مشارکت، چشم انداز تامین مالی مراقبت در آینده، بطور قابل توجهی مطلوبیت کمی خواهد داشت. در این چشم‌انداز، استراتژی‌های مختلفی بکار می‌رود: اول، اختیارات محلی و ملی می‌تواند از طریق سازمان‌های محلی و NGO ها

¹ Swedish Registry on Behaviour and Psychiatric Symptoms in Dementia

سالمندی سالم را ارتقا دهد. استراتژی دیگر، حمایت‌های بیشتر توسط خانواده‌هاست که با شناسایی خانواده‌ها به عنوان ارائه کننده-ی اصلی خدمات مراقبتی برای سالمندان صورت می‌پذیرد. نهایتاً اینکه، سازمان‌های داوطلبانه با کمک‌های دولت می‌توانند خدمات تکمیلی برای سالمندان ارائه نمایند. با توجه به هزینه‌ها، هنوز هم راه‌هایی برای افزایش بهره‌وری منابع موجود وجود دارد. برای رسیدن به این مهم اطلاعات معتبری از نیازها و انتظارات و هم‌ین‌طور سطح کیفیت خدمات مورد نیاز است (۱۳۴، ۱۳۵).

۲-۳۸-۴ مراقبت‌های سالمندی در آلمان

۲-۳۸-۴-۱ شمای کلی

جمعیت	امید به زندگی کل	امید به زندگی مردان	امید به زندگی زنان	مخارج سلامت از GDP	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال
۸۰,۹۹۶,۶۸۵	۸۰,۴۴ سال	۷۸,۱۵ سال	۸۲,۸۶ سال	۱۱,۱٪	۲۱,۱٪

آلمان یکی از کشورهایی با پایین‌ترین نرخ‌های زاد و ولد در اروپا است و آمارها نشان می‌دهد از دهه ۲۰۰۰ تاکنون، شمار تولد نوزادان در این کشور کاهش چشم‌گیری داشته است. آلمان پس از ژاپن بالاترین نرخ سالمندی در جهان را دارد که پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ بیش از ۴۰٪ از نیروی کار آلمان بالای ۵۰ سال داشته باشد. سن بازنشستگی در آلمان از ۶۵ سال به ۶۷ سال افزایش یافته است. آلمان دارای پوشش نظام بیمه اجتماعی است که ارائه‌دهنده‌ی خدمات حقوق بازنشستگی و از کارافتادگی سالمندان، مراقبت حاد سلامت و از سال ۱۹۹۵، مراقبت‌های طولانی مدت است. حدود ۹۰٪ از جمعیت، تحت پوشش بیمه‌ی اجتماعی سلامت و بیمه مراقبت‌های بلند مدت می‌باشند. افراد با درآمد بالاتر و کارکنان دولت در درجه‌ی نخست تحت پوشش بیمه خصوصی و موظف به خرید بیمه مراقبت‌های طولانی مدت خصوصی هستند. درصد کمی از مردم که هیچ نوع بیمه درمانی اجتماعی یا خصوصی ندارند از سال ۲۰۰۱ حق انتخاب بین بیمه‌ی اجتماعی و بیمه خصوصی دارند. شرایط بیمه‌های اجتماعی توسط دولت فدرال است. کمک‌های اجتماعی برای کسانی که نیازهایی فراتر از سطح مزایای بیمه‌های اجتماعی دارند نیز وجود دارد.

به‌طور کلی در کشورهای عضو اتحادیه‌ی اروپا سه مدل سیستم‌های مراقبت اجتماعی وجود دارد

- مدل مسئولیت دولت
- مدل مراقبت توسط خانواده
- مدل یارانه‌ای

مدل سوم یا یارانه‌ای در آلمان بسیار شایع است، تا سال ۱۹۹۴ عمده‌ی کار مراقبت از سالمند توسط خانواده‌ها صورت می‌گرفت و تنها کسانی که قادر به تامین هزینه‌های مراقبت نبودند، از مزایای طرح کمک‌های اجتماعی مبتنی بر ارزیابی استفاده می‌کردند. بعد از یک بحث طولانی در دولت و روند افزایش هزینه‌ها، یک سیستم اجباری و جهانی اجتماعی با عنوان بیمه مراقبت بلندمدت به عنوان رکن پنجم سیستم تامین اجتماعی در آلمان معرفی شد.

هدف اصلی بیمه مراقبت طولانی‌مدت است پوشش کامل خدمات جهت کمک به سالمندان برای کاهش بار جسمی، روانی و مالی ناشی از سستی و وابستگی است. این سیستم با ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری در خانه به فعال کردن سالمند در خانه و تا حد ممکن در کنار خانواده باقی ماندن کمک می‌کند. از اصول اساسی این طرح می‌توان، مراقبت توانبخشی قبل از مراقبت دراز مدت، مراقبت در منزل قبل از مراقبت نهادی، مراقبت کوتاه مدت قبل از مراقبت بستری تمام وقت اشاره کرد. در این سیستم، مراقبت غیررسمی نیز از مزایای تامین اجتماعی برخوردار بوده و مراقبین شاغل در هفته بایستی کمتر از ۳۰ ساعت خدمت کنند و مابقی را به سالمندان اختصاص دهند.

۲-۳۸-۴-۲ مراقبت‌های بلندمدت

بیمه مراقبت بلندمدت؛ بیمه مراقبت‌های اجتماعی بلندمدت در آلمان یک "ستون" جداگانه‌ای از بیمه‌های اجتماعی است، که بطور مستقل از بیمه‌های سلامت تامین مالی می‌شود. هر دو بیمه‌ی مراقبت طولانی‌مدت اجتماعی و خصوصی توسط تنظیمات و مقررات مشابه دولتی نظارت می‌شوند. برای افرادی که درآمد کافی برای پوشش خدمات و پرداخت از جیب برای مراقبت‌های بلندمدت را ندارند تنظیمات ویژه‌ای وجود دارد. مزایای بیمه مراقبت‌های طولانی‌مدت همیشه پس از ارزیابی پزشکی اعطا می‌شود. بیمه مراقبت طولانی‌مدت بوسیله مشارکت بیمه که بودجه‌ی آن از جمع‌آوری حق بیمه صورت می‌گیرد تامین مالی می‌شود.

مراقبت بلندمدت موسسه‌ای؛ تعداد خانه‌های سالمندان و موسسات مشابه از سال ۱۹۹۵ تاکنون افزایش چشم‌گیری داشته است بطوریکه هیچگونه زمان انتظار یا کمبودی در این مکان‌ها وجود ندارد. در سال ۲۰۰۲ حدود ۶۳۵ هزار نفر از سالمندان از مزایای خدمات مراقبت موسسه‌ای برخوردار بوده‌اند.

مراقبت در منزل؛ تعداد ارائه‌کنندگان خدمات مراقبتی در منزل از سال ۱۹۹۵ از ۴۰۰۰ تا ۱۰۶۰۰ افزایش داشته است. مراقبین غیررسمی در مراقبت از سالمندان نقش عمده‌ای در آلمان دارند. سازمان‌های غیرانتفاعی نقش اصلی ارائه‌ی خدمات مراقبت در منزل را ایفا می‌کنند (۱۳۵).

۲-۳۸-۴-۳ جهت‌گیری‌های آینده

پژوهش‌های مختلف در آلمان نشان داده است که کاستی‌های اصلی مرتبط با خدمات مراقبت بلندمدت در اغلب موارد به تعریف از نیاز به مراقبت^۱ برمی‌گردد که دائماً در حال تغییر است. در سال ۲۰۰۹ پروسیجرهای جدیدی جهت ارزیابی نیاز پس از طی چندین مرحله آزمون توسط وزارت بهداشت منتشر گردید. در این بازنگری، ارزیابی نیاز از حالت زمان‌محوری به حالت مبتنی بر درجه‌ی وابستگی و میزان فعالیت تغییر یافت. لذا در این حالت ارزیابی نیاز مبتنی بر ۶ ماژول قرار گرفت:

- میزان تحرک،
- توانایی‌های شناختی و اجتماعی
- مودهای رفتاری و مسائل روانی
- توانایی مراقبت از خود
- برخورد با نیازهای بیماری و درمانی
- انجام فعالیت‌های روزمره و حفظ ارتباطات اجتماعی

نتیجه‌ی هر یک از ماژول‌های فوق منجر به سطح‌بندی مراقبت در پنج سطح کم، قابل توجه، شدید، بسیار شدید و سختی منجر خواهد شد. پژوهش‌های متعدد در خصوص این سیستم ارزیابی نشان داد که علاوه بر رضایت سالمندان سطوح بالاتری از مراقبت نیز گزارش شده است.

هر چند اصلاحات مراقبت بلندمدت یک گام رو به جلو است، اما هنوز نگرانی‌های درخصوص ثبات مالی سیستم در دراز مدت وجود دارد. با توجه به افزایش تعداد سالمندان سالمند که اغلب مبتلا به چند بیماری همزمان و بیماری‌های روانی هستند، روش‌های جدیدی از ارائه‌ی مراقبت‌های طولانی مدت مورد نیاز استیکی از روش‌های نوآورانه‌ی مورد توجه، ویزیت‌های خانگی پیشگیرانه^۲ است که احتمال خطر را در سالمندانی که هیچ نوع مراقبتی را دریافت نمی‌کنند یا مراجعه‌ی دیر هنگام دارند کاهش داده و از بستری‌های بیمارستانی و معلولیت‌های شدید نیز جلوگیری می‌کند.

علاوه بر این، ارتباط بین مراقبت در منزل و مراقبت در موسسات و همچنین ارتباط بین بخش مراقبت‌های حاد و بخش مراقبت‌های طولانی مدت نیز بایستی تقویت گردد. پزشک خانواده باید به‌طور اساسی در این سیستم درگیر شود. علاوه بر این، تعریف جدیدی از مفهوم نیاز به مراقبت باید اجرا شود.

^۱ Need of Care

^۲ Preventive Home Visits

از نگرانی‌های دیگر این سیستم مراقبتی کمبود پرستاران، به خصوص پرستاران واجد شرایط و سایر کارکنان مراقبت است. برای پاسخگویی بهتر در مقابل افزایش تقاضای پرستاران باید جایگاه این حرفه و حقوق آن افزایش یابد.

۲-۳۸-۵ مراقبت‌های سالمندی در کانادا

۲-۳۸-۵-۱ شمای کلی

جمعیت	امید به زندگی	امید به زندگی مردان	امید به زندگی زنان	مخارج سلامت از GDP	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال
۳۴,۸۳۴,۸۴۱	۸۱,۶۷ سال	۷۹,۰۷ سال	۸۴,۴۲ سال	۱۱,۲٪	۱۷,۳٪

۲-۳۸-۵-۲ تغییر پروفایل جمعیت سالمندان کانادا

با وجود اینکه هم‌اکنون سالمندان کانادا در جوانترین محدوده سنی خود یعنی گروه سنی (۶۵ تا ۷۴ سال) هستند، اما نسبت سالمندان پیرتر یعنی گروه سنی (۸۵ سال و بالاتر) به سرعت در حال رشد است. در سال ۲۰۱۰، حدود ۵۳ درصد از سالمندان کانادا بین سن ۶۵ و ۷۴ سال بودند، ۳۳٪ آنها نیز در سنین ۷۵ تا ۸۴ سال و ۱۳٪ در سن ۸۵ سال و بالاتر بودند. در سال ۲۰۳۱، ۳ درصد از کل جمعیت کانادا را سالمندان ۸۵ سال و بالاتر تشکیل می‌دهند. در سال ۲۰۵۲، این نسبت دو برابر خواهد شد یعنی سالمندان ۸۵ و بالاتر ۲۴٪ جمعیت کانادا معادل ۶٪ از کل جمعیت را تشکیل خواهند داد. نکته دیگر این است که اکثر سالمندان، زنان هستند، به ویژه در میان گروه‌های سنی سالمندان پیر. برای مثال، زنان ۵۲٪ از سالمندان سن ۶۵ تا ۷۴ و ۶۰ درصد از سالمندان ۷۵ سال را در سال ۲۰۱۰ تشکیل می‌دادند. زنان سالمند در آینده نیز از مردان سالمند پیشه خواهند گرفت. با این حال، این تقسیم جنسیتی در امید به زندگی نیز وجود خواهد داشت.

۲-۳۸-۵-۳ مراقبت‌های بهداشتی سالمندان

۸۷٪ کانادایی‌های ۵۵ سال و بالاتر تمایل دارند تا حد امکان در خانه‌ی شخصی خود زندگی کنند. طبق سرشماری سال ۲۰۰۶ کانادا، اکثریت قریب به اتفاق (۹۳٪) از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر انجام در خانه شخصی خود زندگی می‌کنند. نسبت سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند در برنامه‌ریزی‌های ارائه مراقبت بسیار مهم است. نسبت سالمندانی که تنها در خانه زندگی می‌کنند به طور مداوم در حال افزایش است. بیش از یک سوم (۳۷٪) از سالمندان میان‌سال (۷۵ سال و بالاتر) و (۴۹٪) سالمندان کهنسال (سن ۸۵ و بالاتر) تنها زندگی می‌کنند. تعداد زنان ۸۵ ساله و بالاتر که تنها زندگی می‌کنند دو برابر مردان است یک عامل آن به این دلیل است که بخش زیادی از زنان بعد از مرگ شوهرانشان تنها زندگی می‌کنند (میزان زنان بیوه بالاست) و عامل بعدی بخاطر امید به زندگی بالاتر زنان است. بیش از ۴۱٪ از سالمندان کانادا بر اساس ادراکشان از سلامت عمومی و روانی در وضعیت خوب و عالی

سلامت هستند. طیف گسترده‌ای از مراقبت و خدمات برای سالمندان مشتمل بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت در منزل (شامل ترکیبی از خدمات پشتیبانی و بهداشتی ارائه شده توسط پرسنل آموزش دیده)، مراقبت‌های غیررسمی (مراقبت‌های پرداخت نشده که معمولاً توسط همسر یا اعضای خانواده ارائه می‌شوند) و برنامه‌های حمایتی جامعه‌محور وجود دارد. در زیر خلاصه‌ای از برنامه‌های فوق آورده شده است:

مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ شامل هم درمان بیماری و هم ارتقاء سلامت و فعالیت‌های پیشگیرانه است. مراقبت‌های بهداشتی اولیه اغلب نقطه اول تماس با سیستم بهداشتی است. در اغلب موارد، مراقبت‌های بهداشتی اولیه شامل طیف گسترده‌ای از خدمات پزشکی و پیراپزشکی است. مراقبت‌های بهداشتی اولیه همچنین مسیر حرکت بیماران در طول زنجیره‌ی مراقبت است. پزشکان خانواده، اولین و رایج‌ترین نقطه تماس با مراقبین بهداشتی اولیه است. سالمندان کانادایی به احتمال بیشتری نسبت به بزرگسالان از وجود پزشک خانواده بهره می‌برند. در سال ۲۰۰۹-۲۰۱۰، اکثریت سالمندان بالای ۶۵ سال حدود ۹۵٪ از وجود پزشک خانواده برخوردار بوده‌اند. درصد بسیار کمی از سالمندان هم که به پزشک خانواده دسترسی نداشتند به کلینیک‌ها و بخش‌های اورژانس بیمارستانی مراجعه می‌کردند. ۱۸٪ از سالمندان بدون پزشک خانواده بیان کرده بودند نتوانستند پزشک خانواده‌ای را پیدا کنند که بیمار جدید بپذیرد. متخصصین طب سالمندی نیز از جمله کسانی هستند که در استراتژی‌های پیشگیری و درمان سالمندان نقش دارند. در سال ۲۰۰۰ حدود ۱۴۴ متخصص طب سالمندی در کانادا وجود داشت. در سال ۲۰۰۳ شورای مشاوره ملی سالمندان، نگرانی خود را از کمبود متخصصین طب سالمندی اعلام کرده بود. در سال ۲۰۰۹ این متخصصین به ۲۲۸ نفر افزایش یافتند. هنوز بیش از ۵۰۰ نفر متخصص طب سالمندی برای کانادا مورد نیاز است. یکی از روش‌های ارائه مراقبت در کانادا رویکرد مبتنی بر تیم در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه است.

۲-۳۸-۵-۴ ساختارهای ارائه خدمت

مراقبت در منزل؛ مراقبت در منزل شامل طیف گسترده‌ای از خدمات است که توسط ارائه‌دهندگان مختلف ارائه می‌شود. مراقبت در منزل یعنی برآوردن نیازهای فردی و در حال تغییر افراد در منزل. مراقبت در منزل به طور معمول شامل هر دو خدمات بهداشتی و خدمات پشتیبانی در خانه است. خدمات بهداشتی و درمانی در خانه شامل پرستاری، و همچنین درمان فیزیکی، حرفه‌ای و تنفسی است که توسط پرسنل بهداشتی با مجوز کار ارائه می‌شود. خدمات پشتیبانی شامل کمک در فعالیت‌های خانه-داری و شخصی و مراقبت‌های شخصی (به عنوان مثال، حمام کردن، لباس پوشیدن و غذا خوردن است). مراقبت در منزل همچنین ممکن است شامل ارائه‌ی برنامه‌های دیگری چون خدمات غذا، تعمیر و نگهداری خانه و حمل و نقل باشد. تنوعی از حرفه‌ها شامل پرستاران، فیزیوتراپیست و مددکاران اجتماعی در ارائه‌ی مراقبت در منزل نقش دارند. مراقبت در منزل در مناطق مختلف کشور

بطور قابل توجهی متفاوت است. این تنوع بیشتر به دلیل تفاوت در دسترسی و در دسترس بودن خدمات مراقبت در منزل است. با توجه به اینکه مراقبت در منزل و مراقبت طولانی مدت توسط قانون بهداشت کانادا تحت پوشش قرار نمی گیرد. طبق بررسی های انجام شده در کانادا زنان بیشتر از مردان از خدمات مراقبت در منزل استفاده کرده اند. با افزایش تعداد و نسبت سالمندان در مجموعه جمعیت کانادا، محققان پیشنهاد کرده اند که نیاز به خدمات مراقبت در منزل به همین ترتیب افزایش می یابد. عوامل مؤثر بر آن عبارتند از: افزایش تعداد سالمندان که با نوعی از ناتوانی همراه هستند، تغییر ویژگی های سالمندان از لحاظ سطح آموزشی، وضعیت تأهل و امکانات زندگی و نهایتاً افزایش شیوع بیماری های مزمن.

مراقبت غیررسمی در جامعه؛ مراقبت غیررسمی کلید توانمندسازی سالمندان و باقی می ماندن آنها در جامعه به طور مستقل است. حدود ۸۰ درصد مراقبین غیررسمی، خانواده ها، دوستان و همسایگان هستند. این مراقبان کمک های حیاتی مانند بهداشت شخصی، توالیت رفتن، خوردن و حرکت در داخل خانه را انجام می دهند. علاوه بر حمایت عاطفی، مراقب غیررسمی در طبخ غذا، خانه داری، مدیریت دارو، خرید و حمل و نقل نیز کمک می کنند. بیش از ۲ میلیون مراقب غیررسمی ۴۵ سال و بالاتر در کانادا وجود دارد. حدود ۹۷٪ از تمام دریافت کنندگان مراقبت در منزل مراقب غیررسمی داشته اند، نزدیک به یک سوم از آنها زن و شوهر هستند. تقریباً نیمی از آنها فرزندان شان هستند. مسئولیت مراقبین غیررسمی اغلب همیشگی است. این می تواند برای مراقب بسیار پرتنش باشد. نزدیک به ۱۷٪ از مراقبان غیررسمی بیان کرده اند که تحت استرس شدید بوده اند خصوصاً زمانی که سالمند دچار اختلال شناختی و افسردگی بوده است. بسیار از مراقبین غیررسمی بیان کرده اند که مجبور به تغییر ساعات کاری خود شده اند. **حمایت مالی برای مراقبان غیررسمی؛** در کانادا اعتقاد بر این است که پایداری سیستم مراقبت، متکی به شبکه های حمایت غیررسمی است تا مراقبت موسسه ای را تا حد ممکن به تاخیر بیندازد. در چشم انداز سیاست بهداشتی، توصیه شده است که حمایت کافی نه تنها برای دریافت کنندگان مراقبت در دسترس باشد بلکه برای مراقبین غیررسمی نیز در دسترس باشد. ارائه مراقبت از لحاظ زمانی و مکانی می تواند متفاوت باشد. چندین سیاست برای حمایت از مراقبان غیررسمی در سیستم مراقبت های بهداشتی کانادا وجود دارد:

✓ اعتبار مالیاتی، کاهش بار مالیاتی مراقبین غیررسمی برای پرداخت کارت های اعتباری پزشکی

✓ بیمه جبران خدمت مراقبت برای افرادی که حمایت های مراقبتی ارائه می دهند.

✓ همچنین چندین سیاست استانی و منطقه‌ای و برنامه‌های محلی نیز وجود دارد. در نواسکوتیا با استفاده از ابزار ارزیابی خاصی^۱ فعالیت‌های مراقبین غیررسمی ارزیابی شده و در صورت کسب شرایط متناسب با آن ۴۰۰ دلار ماهانه به مراقب غیررسمی تخصیص داده می‌شود.

▪ مسکن حمایتی؛ ارائه‌دهنده‌ی سطح میانی مراقبت برای سالمندان در کاناداست. این خانه‌ها ترکیبی از خدمات خانه‌داری و مراقبتی را ارائه می‌دهند. در واقع این مکان‌ها برای ارائه‌ی سطح مناسبی از خدمات بهداشتی به سالمندان طراحی شده‌اند. طیف این خانه‌ها شامل آپارتمان‌های و مجتمع‌های مسکونی با تسهیلات چند سطحی است که ممکن است توسط شهرداری‌ها و گروه‌های غیردولتی و خصوصی اداره شوند. مطالعات زیادی در کانادا وجود دارد که هزینه منفعت و پیامدهای انواع مدل‌های این خانه‌ها را ارزیابی کرده‌اند. این طرح منافع بالقوه زیادی روی سلامت و کیفیت زندگی داشته است از جمله مزایای دیگر آن:

✓ تحویل روزانه وعده‌های غذایی مغذی

✓ فرصت حضور در جامعه

✓ شرکت در فعالیت‌های فیزیکی و

✓ دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در جامعه

علاوه بر این مسکن حمایتی کاهش ویزیت‌های بخش اورژانس، بستری‌شدن در بیمارستان و پذیرش مراقبت‌های طولانی مدت را داشته است.

۲-۳۸-۵-۵ نقش تکنولوژی در نگهداری سالمندان

به‌کارگیری فن‌آوری‌های جدید ممکن است زندگی در آینده را تسهیل کند. برخی از حوزه‌های قضایی سراسر کانادا ارزیابی استفاده از مراقبت از راه دور به منظور ارائه خدمات به سالمندان را آغاز کرده‌اند. به‌عنوان مثال، یک پروژه مراقبت در منزل از راه دور در نیوبرانزویک^۲ به صورت پایلوت در بین سالمندان دچار اختلالات شناختی و بیماری انسداد مزمن ریوی اجرا و ارزیابی شده است. این پروژه منجر به کاهش بالقوه پذیرش بیمارستانی و ویزیت‌های اورژانسی و همین‌طور خود مدیریتی در بیماری‌های مزمن شده است. این تکنولوژی ممکن است فراتر از تلفن و شامل ویدئو کنفرانس و سایر فناوری‌های ارتباط از راه دور شود. به عنوان مثال، نروژ در حال بررسی نقش بالقوه روبات در ارائه مراقبت از سالمندان در خانه است. روبات‌ها ممکن است روزی قادر به انجام کارهای روزانه و

^۱ resident assessment instrument (MDS-HC)

^۲ New Brunswick

یا ارائه مراقبت‌های پزشکی باشند. این فن‌آوری‌ها در مراحل اولیه توسعه هستند، و حتی ممکن است قبل از آنکه به طور گسترده‌ای در دسترس قرار بگیرند استفاده شوند.

۲-۳۸-۵-۶ نوآوری در ارائه مراقبت

رویکرد سنتی به ارائه مراقبت در درجه اول به صورت جداگانه و در مکان‌های مختلف متمرکز بود. در حالیکه بسیاری از کارشناسان سیستم ارائه خدمات به صورت یکپارچه و هماهنگ در سراسر زنجیره مراقبت را پیشنهاد داده‌اند. اولین شکل ساختار یکپارچه ارائه مراقبت در مرکز مراقبت حاد سالمندان در بیمارستان مونت سینای تورنتو بود که شامل یک زنجیره جامع و یکپارچه از مراقبت اعم از مراقبت در منزل، خدمات سرپایی، اورژانس و بستری است که ارتقای استقلال و کاهش خطر را برای سالمندان به همراه داشته است. از جمله برنامه‌های ارائه شده در این مدل پیگیری منظم افراد ترخیص شده و دریافت مستمر مراقبت‌های اولیه در خانه توسط تیمی از سالمندشناسان، طب سالمندان و روانپریشان سالمندی است. با اجرای این طرح، مدت اقامت در بیمارستان و همین‌طور مراجعه مجدد کاهش چشم‌گیری داشت که رضایت ۹۷٪ جمعیت را در پی داشت.

۲-۳۸-۵-۷ برنامه‌ی مراقبت‌های بلندمدت

در سیستم فدرال دولت کانادا مراقبت‌های بهداشتی از جمله مراقبت بلندمدت به استان‌ها و مناطق واگذار شده است. مجموعه‌ای از اصول ملی تحت عنوان "قانون بهداشت کانادا"^۱ در سال ۱۹۸۴ جمع‌آوری شده است. این مجموعه شامل دو دسته عمده از خدمات، خدمات بهداشت بیمه‌شده^۲ و خدمات بهداشت و درمان توسعه یافته^۳ (بیمه‌نشده) می‌باشد. خدمات بهداشت بیمه‌شده شامل مراقبت‌های بیمارستانی و خدمات ارائه شده توسط پزشکان با رعایت پنج اصل کلی قانون یعنی، پوشش همگانی، جامعیت پوشش خدمات، دسترسی منطقی بدون موانع مالی و قابلیت انتقال پوشش می‌باشد. خدمات تحت پوشش خدمات بهداشت و درمان توسعه یافته نیز شامل خانه‌های سالمندان، مراقبت‌های بلندمدت سرای سالمندان، مراقبت در منزل و خدمات بهداشت و درمان سرپایی است. خدمات بیمه نشده تحت پوشش این ۵ اصل کلی قرار نمی‌گیرند. خدمات دیگری مانند کمک در خانه و مراقبت روزانه سالمندان نیز تحت پوشش قانون بهداشت کانادا نمی‌باشد. مراقبت‌های طولانی‌مدت در کانادا به‌طور جداگانه در هر استان و منطقه ارائه می‌شود این خدمات شامل خدمات مراقبت طولانی‌مدت موسسه‌ای، مراقبت‌های تسکینی، مراقبت‌های موقت، خانه‌های سالمندان، مراقبت و خدمات توانبخشی: مانند فیزیوتراپی و کار درمانی، کمک‌های داخلی و خدمات مراقبت شخصی می‌باشد. سایر

^۱ Canada Health Act

^۲ Insured Health Services (IHS)

^۳ Extended Health Care Services (EHCS)

خدمات معمول ارائه شده عبارتند از برنامه‌های غذایی، مراقبت‌های روزانه، خانه‌های گروهی، تامین تجهیزات و لوازم و تیم‌های واکنش سریع.

مراقبت بلندمدت موسسه‌ای؛ در حالی که اصطلاحات گفته شده بین حوزه‌های قضایی متفاوت است، تمایزاتی در ارائه‌ی خدمات اجتماعی و بهداشتی مراقبت بلندمدت در تمام استان‌ها و مناطق وجود دارد. شرایط مالی برای ورود به این مراکز در سطح استان‌ها به‌طور قابل توجهی متفاوت است. به طور کلی، استان‌های سواحل شرقی نیاز به کاربرانی دارند که تمام یا بیشتر هزینه‌ها را پرداخت کنند در حالی که سایر استان‌ها درجات مختلفی از خدمات با یارانه برای تمام کاربران فراهم می‌کنند.

تمام استان‌ها ارزیابی نیاز به مراقبت قبل از ورود به موسسات را دارند اما بین استان‌ها و مناطق با توجه به میزان یارانه ارزیابی‌ها متفاوت است. برای مثال، در نوا اسکوشیا^۱، از ساکنان انتظار می‌رود شارژ کامل را پرداخت کنند و پس از ۱۸ ماه مراقبت به یک خانه به‌طور مستقیم وارد می‌شود. در بریتیش کلمبیا، بسیاری از هزینه‌های مراقبت تحت پوشش استان است و برای واجدالشرایط بودن نیاز به یک ارزیابی جامع است.

مراقبت در منزل؛ راقبت منزل و خدمات توانبخشی بصورت رایگان در استان‌ها و مناطق به افراد ارائه می‌شود. خدمات مراقبت در منزل شامل خدمات خانه‌داری، مراقبت شخصی، حمل و نقل می‌باشد. مراقبت روزانه و وعده‌های غذایی با هزینه همراه است. **حمایت از مراقبین؛** حدود ۸۰٪ از مراقبین سالمندان دوستا و اعضای خانواده هستند. مراقبین غیررسمی معمولاً با نداشتن وقت برای خود، مشکلات با محل کار خود و پرداخت هزینه از جیب برای سالمندان روبرو هستند. به همین منظور در سال ۲۰۰۰ ائتلاف مراقبین کانادا برای حمایت از مراقبین تشکیل شد. دولت فدرال کانادا از طریق کمک‌های مالیاتی به مراقبین کمک‌های مالی غیرمستقیم ارائه می‌دهد (۱۳۶-۱۳۸).

۲-۳۸-۶ مراقبت‌های سالمندی در هلند

۲-۳۸-۶-۱ شمای کلی ۲۰۱۴

جمعیت	امید به زندگی	امید به زندگی مردان	امید به زندگی زنان	مخارج سلامت از GDP	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال
۱۶,۸۷۷,۳۵۱	۸۱,۱۲ سال	۷۹,۰۲ سال	۸۳,۳۴ سال	۱۲٪	۱۷,۶٪

در کشور هلند سیاست‌گذاری در خصوص سالمندان توسط وزارت‌خانه‌های آموزش و پرورش - راه و ترابری- مسکن -کشور- امور اجتماعی و بهداشت و سلامت انجام می‌گیرد. در این کشور تمرکز سیاست‌ها در جهت افزایش مشارکت اجتماعی می‌باشد. هلند

^۱ Nova Scotia

دارای یک سیستم بیمه برای مراقبت‌های بهداشتی و مراقبت بلندمدت است که از سه رکن مختلف تشکیل شده است: (۱) بیمه بهداشتی، بطور اجباری از سطح درآمد، (۲) بیمه درمانی خصوصی برای کسانی که درآمد بالاتر دارند و (۳) طرح جامع عمومی برای کل جمعیت است که حتی هزینه‌های کمرشکن یا هزینه‌های درمانی استثنایی را نیز پوشش می‌دهد. این طرح (طرح جامع عمومی که به اختصار AWBZ گفته می‌شود)^۱ طیف گسترده‌ای از خدمات مراقبت‌های طولانی مدت هم‌چون هزینه‌ی نیازهای مراقبت حاد ناشی از بیماری‌های مزمن و موارد مشابه را پوشش می‌دهد. هلند دارای یک سیاست تقویت خانه و مراقبت از جامعه است که ۵۸٪ از دریافت‌کنندگان مراقبت‌های طولانی‌مدت در خانه‌های خود و یا در یک محیط مبتنی بر جامعه زندگی می‌کنند. بیمه‌ی خصوصی مراقبت طولانی‌مدت نقش مهمی برای جمعیت بازی نمی‌کند.

۲-۳۸-۶-۲ ساختارهای ارائه خدمات

برنامه‌های مراقبت بلندمدت؛ خانه‌های سالمندان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اساسی به طور عمده سازمان‌های غیرانتفاعی مستقلی هستند. طیف وسیعی از مؤسسات ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های بلندمدت سالمندان در سطوح مختلف وجود دارد. این مؤسسات با مؤسسات تخصصی بیماران زوال عقل، مؤسسات برای سالمندانی با محدودیت‌های عملکردی جسمانی، یا از دست دادن حسی تفاوت دارند. همچنین بسته به شرایط افراد مسیرهای مختلف برای ارائه‌ی خدمات در این مؤسسات وجود دارد.

مراقبت‌های طولانی مدت مبتنی بر منزل؛ حدود ۹۰٪ ارائه‌دهندگان این مراقبت‌ها سازمان‌های خصوصی غیرانتفاعی هستند. طیف گسترده‌ای از خدمات مراقبت در منزل از وعده‌های غذایی بر روی چرخ و خانه‌داری تا مراقبت ویژه در منزل، از جمله امکانات مراقبت روزانه و مراقبت موقت برای یک زنجیره از نیازهای مراقبت وجود دارد. در سال‌های اخیر مرز بین مراقبت جامعه‌محور و مراقبت موسسه‌ای بسیار کمرنگ شده است، این ساختار مراقبتی در هلند برای طیف وسیعی از افراد شامل نوزادان تازه متولد شده، کودکان قبل از ورود به مدرسه، معلولان، بیماران مزمن و سالمندان تدارک دیده شده است. لیست انتظارهای طولانی و خدمات ارائه‌شده در سال‌های اخیر منبع نارضایتی از سیستم مراقبت در منزل بوده است (۱۳۹).

مراقبت‌های غیررسمی؛ مراقبین غیررسمی در هلند به‌عنوان مکمل بخش رسمی شناخته می‌شود. در این نوع مراقبت‌های شبکه‌ای از اعضای خانواده، دوستان، همسایگان و داوطلبین سلامت به سالمندان ناتوان ارائه خدمت می‌کنند. این نوع از مراقبت‌ها هنگامی که مراقبت رسمی در دسترس نمی‌باشد بسیار کمک‌کننده و مفید بوده است. دولت در قبال حمایت‌های غیررسمی سالمندان بر اساس نیازهای شناسایی شده مبلغی را به‌عنوان کمک هزینه‌ی مراقبت به مراقبین پرداخت می‌کند و در برخی موارد از مرخصی‌های شغلی نیز برخوردار خواهند بود.

^۱ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ("general law on exceptional medical expenses")

مسکن‌های حمایتی^۱؛ در این نوع از ساختارهای مراقبتی که به آن‌ها خانه‌های مسکونی^۲ نیز گفته می‌شود، ترکیبی از خدمات پزشکی و زندگی روزانه‌ی شبیه منازل مسکونی در مجتمع‌های مسکونی استاندارد ارائه می‌گردد. ادله‌ی ارائه شده برای توسعه‌ی این خانه‌ها، نامناسب بودن خانه‌های قدیمی سالمندان از لحاظ شرایط فیزیکی، نگرانی از عدم مشارکت سالمندان در جامعه و دور بودن از مراکز ارائه‌ی مراقبت بوده است. خانه‌های سالمندان نیز که در آن خدمات مراقبت‌های پرستاری ویژه ارائه می‌گردد بیشتر برای افراد مبتلا به آلزایمر طراحی شده است.

۲-۳۸-۶-۳ تامین مالی مراقبت‌های سالمندی

در هلند مراقبت‌های سالمندی عمدتاً توسط صندوق‌های بیمه درمانی دولتی (میتنی بر مالیات) و بیمه‌های درمانی خصوصی (مبتنی بر پرداخت‌های ماهانه) تامین می‌شود. خدمات مراقبت در منزل و خدمات مربوط به مسکن‌های حمایتی توسط قانون هزینه‌های درمانی سالمندان تحت پوشش قرار می‌گیرد.

۲-۳۸-۶-۴ مراقبت‌های یکپارچه‌ی اجتماعی و بهداشتی برای سالمندان

مراقبت‌های یکپارچه که به آن زنجیره‌ی مراقبت^۳ نیز گفته می‌شود در سطوح سه‌گانه‌ی مختلف ارائه‌ی خدمت رخ می‌دهد. به عنوان مثال در خانه‌های سالمندان و مسکن‌های حمایتی یک نوع از بهترین یکپارچگی ارائه خدمات وجود دارد. اما در سالمندان مستقل این خدمات با کمی عدم هماهنگی روبرو است. در عمل خوشه‌بندی خدمات بین بیمارستان‌ها، متخصصان، پزشکان عمومی از یک سو و خانه‌های سالمندی از سوی دیگر با مشکلاتی همراه است. اما با این وجود به دلیل نیازهای روبه رشد این هماهنگی نسبت به گذشته بسیار بیشتر شده است. پرستاران رابط که وظیفه‌ی انتقال بیماران از مراکز حمایتی مراقبت در منزل به بیمارستان‌ها را دارند نقش خود را بخوبی ایفا کرده‌اند اما در خصوص سالمندانی که از بیمارستان ترخیص شده‌اند و نیازمند مراقبت‌های پس از بیمارستانی هستند هنوز لیست انتظارهای طولانی و عدم نارضایتی وجود دارد. بنابراین سازماندهی مراقبت‌های ویژه‌ی خارج از دیوارهای بیمارستانی از نیازهای مبرم جامعه‌ی هلندی در سال‌های آتی است. به‌طور کلی بررسی سیستم مراقبت هلند نشان می‌دهد که یک نوع دوگانگی در ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ثانویه در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ وجود داشته است که پس از طی تفاهم‌نامه‌های منعقد در مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت، پزشکان عمومی و پرستاران منطقه و ممدکاران اجتماعی به عنوان افراد خط مقدم مراقبت سالمندی معرفی گردیدند.

^۱ Protective Housing

^۲ Residential Homes

^۳ Chains of Care

۲-۳۸-۷ مراقبت‌های سالمندی در ژاپن

۲-۳۸-۷-۱ شمای کلی

جمعیت	امید به زندگی	امید به زندگی مردان	امید به زندگی زنان	مخارج سلامت از GDP	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال
۱۲۷,۱۰۳,۳۸۸	۸۴,۴۶ سال	۸۱,۱۳ سال	۸۸,۹۹ سال	۹,۳٪	۲۵,۸٪

۲-۳۸-۷-۲ نظام ارائه خدمات سالمندی در ژاپن

نظام ارائه‌ی خدمات مراقبتی در ژاپن یکی از نظام‌های سرآمد درمانی در جهان است. سه اصل اساسی نظام، دسترسی، کارایی و اثربخشی است. دسترسی به این معنی که هر فردی در هر مکان و زمانی می‌تواند خدمات مورد نیاز خود را دریافت کند مشروط به اینکه در زمان دریافت خدمات، سهم مشارکت خود را بپردازد. اصل کارایی به این معنی است که با وجود روند افزایش هزینه‌های سلامت و مراقبت تمایل به کاهش هزینه‌ها دارد. اصل اثربخشی نیز خودش را با دستیابی ژاپنی‌ها به سطح بالایی از سلامتی و امید به زندگی به همگان نشان داده است. بطوریکه بالاترین امید به زندگی (۸۵ سال) در بین کشورهای توسعه یافته متعلق به ژاپن است. البته نباید از نقش عوامل اجتماعی (سبک زندگی سالم)، وضعیت مناسب و متعادل اقتصادی (درآمد)، وضعیت بهینه‌ی اکولوژیکی (هوای پاک) و وضعیت پایدار سیاسی (ثبات سیاسی) بر ارتقای سطح سلامتی ژاپنی‌ها غافل بود.

براساس پیش‌بینی اداره‌ی رفاه و سلامت سالمندان در ژاپن، در اواسط قرن ۲۱^۱، به ازای هر ۳ نفر ژاپنی ۱ نفر سن بالای ۶۵ سال را خواهد داشت که براساس چشم‌اندازهای سیاسی ژاپن سالمندان باید نقش فعالی در ساخت جامعه داشته باشند و حداکثر بهره‌برداری از تجارب و خرد آنان در ارتقای رفاه و سلامت جامعه بشود. به این منظور برنامه‌ی طلای ۲۱ در سال ۲۰۰۰ به منظور دستیابی به بالاترین سطح زندگی سالمندان معرفی و اجرایی گردید. اقدامات موثر و به‌موقع ژاپن برای مدیریت جامعه‌ی سالمندی باعث شده تا جامعه‌ی جهانی نظاره‌گر اقدامات ژاپنی‌ها برای سالمندان و بهره‌گیری از تجارب ژاپن برای کشورهای مختلف جهان در قرن سالمندان^۲ باشند. در ژاپن حدود ۸۰ تا ۹۰٪ سالمندان برخوردار از زندگی مستقل و بدون نیاز به هر گونه خدمات کمکی هستند و این بیانگر موثر واقع شدن اقدامات ژاپنی‌ها از گذشته است البته بر اساس متون مرور شده، مهم‌ترین نگرانی جامعه‌ی ژاپنی افزایش فزاینده‌ی سالمندان سالمند یا صدساله‌هاست^۳ که خدمات مراقبتی خاصی را می‌طلبند.

^۱ Gold Plan 21

^۲ Century of the Age

^۳ Centenary

۲-۳۸-۷-۳ سیستم بیمه‌ی مراقبت بلندمدت

همزمان با رشد جمعیت سالمندی در ژاپن به منظور کاهش هزینه‌های نظام سلامت در سال ۲۰۰۰ بیمه‌ی مراقبت بلند مدت برای سالمندان معرفی شد. اصول اساسی سیستم مراقبت طولانی‌مدت در ژاپن حمایت از استقلال و حفظ کرامت سالمندان بوده است. این سیستم بیمه‌ای با ارائه‌ی خدمات جامع و یکپارچه به سالمندان نیازهای مراقبتی سالمندان را مرتفع و زندگی مستقل طولانی‌مدت در منازل شخصی همراه با مشارکت در جامعه را نیز به سالمندان اعطا کرده است. این بیمه برای افراد بالای ۶۵ سال اجباری و توسط شهرداری‌ها مدیریت می‌شود. به این معنی که شهرداری هر منطقه در ژاپن، بر اساس ارزیابی‌های دقیقی افراد را شناسایی و تحت پوشش بیمه مراقبت بلند مدت قرار می‌دهد. بعد از اینکه افراد تحت پوشش این مراقبت قرار گرفتند از نوعی بستری شدن اجتماعی^۱ برخوردار خواهند بود که مدیر درمانی مراقبت‌ها را متناسب با شرایط افراد تعیین می‌کند. سهم مشارکت سالمند بیمار در این بیمه ۱۰٪ و ۹۰٪ بقیه‌ی آن را دولت و افراد ۴۰ تا ۶۴ ساله بسته به شرایطشان پرداخت می‌کنند. یکی از طرح‌های بیمه‌ی مراقبت بلند مدت، اجرای طرح "سالمندی همراه با سلامتی" بود که در آن سعی شد با اقدامات پیشگیرانه، مشاوره‌های سبک زندگی و ویزیت‌های منظم به کاهش هزینه‌ها کمک شود. علاوه بر این طرح افزایش مالیات محصولات مضر و سیگار و طرح تشویقی بازگرداندن حق بیمه‌ی افرادی که در طول زمانی معین بیمار نشده‌اند در ارتقای سطح سلامتی ژاپنی‌ها تاثیر بسزایی داشته است (۱۴۰).

۲-۳۸-۷-۴ ارزیابی جامع سالمندی

ارزیابی جامع سالمندان یک استراتژی مهم برای حفظ فعالیت‌های روزمره زندگی و کیفیت زندگی سالمندان است. در این ارزیابی، سالمند از جنبه‌های فیزیولوژیکی، روحی، روانی و شناختی مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ژاپن، مفهوم ارزیابی جامع سالمندی معرفی شده و برای بیماران سالمند در بیمه مراقبت طولانی مدت به کار می‌رود، اما استفاده از آن در مراقبت‌های حاد هنوز محدود است (۱۴۱).

۲-۳۸-۷-۵ معیارهای ورود و استفاده از خدمات

افراد بیمه شده که نیازمند مراقبت هستند مورد ارزیابی قرار گرفته و در شش سطح، مراقبت بر اساس نیازشان را دریافت می‌کنند. تصمیم‌گیری در خصوص سطح مراقبت زیر نظر شورای مراقبت شهری با استفاده از داده‌های مربوط به فرد صورت می‌گیرد. هر دوی مراقبت در خانه و مراقبت موسسه‌ای زیر نظر بیمه مراقبت بلندمدت است. یک برنامه‌ی پرداخت هزینه، مطابق با سطح مراقبت برای کل کشور تنظیم شده است. برای خدمات منزل، هر سطح مراقبت دارای سقف بودجه‌ای است. کسانی که در پایین‌ترین

^۱ Social Hospitalization

سطح مراقبت می‌باشند واجد شرایط مراقبت‌های نهادی یارانه‌ای قرار نمی‌گیرند. طبقه‌ی دوم واجد شرایطین استفاده از بیمه مراقبت بلندمدت سالمندانی هستند که در اثر بیماری‌های مرتبط با سن مثل سکتة مغزی و پارکینسون دچار ناتوانی شده‌اند. افراد دیگری که در این طبقه قرار دارند افرادی هستند که دچار ناتوانی ناشی از حوادث شده‌اند اما از معیار سن برخوردار نیستند و توسط برنامه‌های خدمات اجتماعی یا بیمه‌های بهداشت تحت پوشش قرار می‌گیرند. در ژاپن فردی به نام مدیر مراقبت وجود دارد که بعد از شناسایی افراد واجد شرایط و قبل از استفاده از خدمات یک برنامه‌ی مراقبت بر اساس ویژگی‌ها و نیازهای افراد طراحی می‌کند که اثربخشی استفاده از خدمات را بالا می‌برد. این برنامه‌ی مراقبت به‌طور ماهانه بر اساس وضعیت فیزیکی افراد به روز می‌شود (۱۴۲).

کاربران فقط ۱۰٪ هزینه‌ی خدمات را پرداخت می‌کنند. بقیه‌ی آن توسط بیمه پرداخت می‌گردد. درآمد بیمه از چندین منبع حصول می‌شود: ۱۸٪ توسط افرادی که در طبقه‌ی اول قرار گرفته‌اند، ۳۲٪ توسط افرادی که در طبقه‌ی دوم قرار گرفته‌اند، ۲۵٪ یارانه‌ی دولتی، ۱۲،۵٪ بودجه‌ی عمومی شهرداری و ۱۲،۵٪ هم بودجه‌ی استان‌ها. البته لازم به ذکر است که میزان یارانه‌ی دولتی که به هر استان داده می‌شود متناسب با تعداد سالمندان آن استان است (۱۴۳).

۲-۳۸-۷-۶ کمک هزینه برای مراقبین خانوادگی سالمند

این کمک هزینه از یارانه است که توسط شهرداری به مراقبین تعلق می‌گیرد. معیارهای واجدالشرایط بودن مراقبین نیز توسط شهرداری هر منطقه استخراج می‌گردد. خانواده‌ی مراقبین واجدالشرایط با بالاترین سطح نیاز (درجه‌ی ۴ و ۵) به مدت یک‌سال از هرگونه خدمات مراقبت بلندمدت بدون دادن هیچ کمک‌هزینه‌ای بهره‌مند می‌شوند. آمارها نشان می‌دهد تعداد این مراقبین نسبتاً کم است (۱۴۴).

۲-۳۸-۷-۷ استراتژی‌های بهره‌گیری از تکنولوژی در مراقبت‌های سالمندی در ژاپن

از آنجایی که ژاپن از جمله کشورهای پیش‌تاز در عرصه‌ی تکنولوژی و رباتیک است به تازگی تمرکز خود را بر روی ساخت ربات‌های مراقب انسان و به خصوص سالخوردگان و سالمندان گذاشته است. ژاپنی‌ها به تازگی ربات‌هایی را معرفی کرده‌اند که در امر مراقبت از سالمندان بسیار کمک کننده بوده است و از طریق تلفن‌های همراه قابل کنترل می‌باشند. این ربات‌های انسان‌نما علاوه بر برقراری ارتباطات کلامی با کاربران خود در حمل و نقل سالمند، دادن دارو و غذا و کمک‌های خانگی به سالمندان کمک خواهند کرد. براساس متنون منتشره هنوز بحث‌های مناقشه‌آمیزی درخصوص بکارگیری انبوه ربات‌ها در مراقبت سالمند وجود دارد اما آنچه که انتظار می‌رود این است که تکنولوژی با روند رو به رشد خود توانست بسیاری از مشکلات امروز مانند کمبود نیروی کار را به راحتی جبران نماید.

۲-۳۸-۷-۸ چالش‌های آتی جامعه‌ی سالمندی در ژاپن

پیری جمعیت در ژاپن بر اقتصاد محلی و ملی و همچنین سیستم بازنشستگی، بهداشت، و سیستم‌های مراقبت‌های طولانی مدت تأثیر خواهد گذاشت. کوچک شدن جمعیت سن کار و افزایش تعداد سالمندان سالمند غیرشاغل مانع توسعه اقتصادی و به چالش کشیدن سیستم بازنشستگی در آینده است. ژاپن در سال ۱۹۶۱ پوشش جامع و فراگیر حقوق بازنشستگی عمومی و بیمه بهداشت و درمان را اجرایی کرد با افزایش نرخ فزاینده‌ی جمعیت سالمند دغدغه‌ی ارائه‌ی مراقبت مدتهای زیادی به عنوان دغدغه‌ی اصلی نظام بهداشت و رفاه ژاپن بوده است که با اجرا شدن بیمه مراقبت بلندمدت بخش بزرگی از مشکلات و کاستی‌ها مرتفع گردید. در ژاپن به‌طور سنتی فرزندان وظیفه‌ی نگهداری و مراقبت از سالمندان را به عهده داشته‌اند اما با ادامه‌ی کاهش تعداد فرزندان و همچنین هزینه‌های مراقبتی، در سال ۲۰۰۰ وظیفه‌ی ارائه‌ی خدمات با شعار حمایت از همه‌ی سالمندان بدون توجه به وضعیت اقتصادی و در دسترس بودن خانواده‌ها، از خانواده به جامعه منتقل گردید. دولت ژاپن به منظور جلوگیری از افزایش سرسام آور استفاده از خدمات بیمه مراقبت بلندمدت، خدمات پیشگیرانه را در سرتاسر ژاپن به نفع بیمه‌ی مراقبت بلندمدت از سال ۲۰۰۵ اجرا نمود و در پیرو اجرایی‌سازی این سیاست افزایش طول عمر با کیفیت و پایداری در سیستم مراقبت بلندمدت را تجربه نمود.

براساس شواهد منتشره حمایت ناکافی مراقبین، اطمینان از کیفیت مراقبت، رشد سالمندان سالمند با بیماری‌های شناختی و آلزایمر، سیستم ارزیابی سالمندان برای بهره‌برداری از خدمات و ثبات مالی سیستم‌های تامین اجتماعی از جمله چالش‌های اصلی در ژاپن است.

۲-۳۸-۸ مراقبت‌های سالمندی در ایالات متحده‌ی امریکا

۲-۳۸-۸-۱ شمای کلی

جمعیت	امید به زندگی	امید به زندگی مردان	امید به زندگی زنان	مخارج سلامت از GDP	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال
۳۱۸,۸۹۲,۱۰۳	۷۹,۵۶ سال	۷۷,۱۱ سال	۸۱,۹۴ سال	۱۷,۹٪	۱۴,۵٪

در امریکا روزانه بیش از ۱۰,۰۰۰ نفر به جمعیت بالای ۶۵ سال می‌رسد و افراد نسبت به گذشته سالم‌تر و طولانی‌تر زندگی می‌کنند. شیوه‌ی زندگی سالم‌تر، برنامه‌ریزی برای دوران بازنشستگی و گزینه‌های بیشتر برای مراقبت نسبت به گذشته تفاوت فاحشی پیدا کرده است. در سال ۲۰۱۲ در ایالات متحده، حدود ۴۸۰۰ مراکز مراقبت روزانه، ۱۲,۲۰۰ مراکز مراقبت در منزل، ۳۷۰۰ آسایشگاه، ۱۵,۷۰۰ خانه‌ی سالمندان، و ۲۲,۲۰۰۱ مراکز مراقبت‌های مسکونی دایر بوده است.

دپارتمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده‌ی آمریکا^۱ از طریق اداره‌ی زندگی جامعه^۲ عهده‌دار خدمات و مراقبت‌های جامع سالمندی است. این اداره با همکاری شبکه‌ی ملی خدمات سالمندی با ارتقا و توسعه‌ی سیستم‌های مراقبت در منزل و مراقبت مبتنی بر جامعه برای به نیازهای سالمندان و مراقبین آن‌ها پاسخ می‌دهد. در واقع این خدمات مکمل خدمات پزشکی و بهداشتی است. این شبکه با ارائه‌ی حمایت‌های همه‌جانبه به سالمندان و مراقبین آن‌ها به کاهش مراجعه و بستری در بیمارستان کمک شایانی کرده است. برنامه‌های این شبکه شامل:

- **خدمات حقوقی سالمندان**^۳؛ ارائه‌ی طیف وسیعی از خدمات حقوقی برای حمایت از سالمندان آسیب‌پذیر و در معرض خطر برای انطباق آن‌ها در جامعه. از برنامه‌های آن می‌توان به جلوگیری از سالمندآزاری، خدمات حمایتی به سالمندان آسیب‌پذیر و ناتوان، کمک‌های قانونی و بازرسی‌های قانونی از مراکز ارائه‌ی مراقبت بلندمدت می‌باشد.
- **برنامه‌های بهداشت، پیشگیری و بهبودی**^۴؛ هدف این برنامه ارتقای سلامتی سالمندان است که در آن ناتوانی‌ها و بیماری‌های مبتنی بر شواهد در راس برنامه است و برنامه خدمات حمایتی از بیماران آلزایمر در آن قرار دارد. این برنامه از طریق قانون سالمندان آمریکا حمایت و اجرا می‌شود و به سالمندان کمک می‌کند تا حد ممکن در خانه‌های خود زندگی کنند. از برنامه‌های آن می‌توان به: سلامت رفتاری، خودمراقبتی و خودمدیریتی بیماری‌های مزمن، خودمدیریتی دیابت، پیشگیری و ارتقای سلامت، پیشگیری از سقوط، ایدز، رژیم-درمانی و بهداشت دهان اشاره کرد.
- **برنامه‌ی آمریکایی‌های بومی هاوایی و آلاسکا**^۵؛ این برنامه با احترام و توجه به سنت‌های فرهنگی و قبیله‌ای بومیان ارائه می‌شود.
- **اطلاعات مراقبت بلندمدت برای برنامه‌ریزی آینده**^۶؛ این برنامه یک برنامه‌ی جامع با زیربخش‌های متنوع برای سالمندان است.
- **برنامه‌های حمایتی مراقبین غیررسمی**^۷؛ این برنامه طیف گسترده‌ای از خدمات برای اعضای خانواده و مراقبین غیررسمی ارائه می‌دهد تا بتوانند عزیزان خود را در آغوش خانواده تا حد ممکن مراقبت کنند.
- **خدمات تغذیه‌ای**^۸؛ تحویل وعده‌های غذایی متعادل و مغذی در خانه یا در یک جمعی که سالمندان حضور دارند مثل کلیسا
- **خدمات پشتیبانی**^۹؛ هدف اسن خدمات کمک به سالمندان برای حفظ استقلال و مشارکت در جامعه است. خدمات این برنامه شامل خدمات حمل و نقل، مراقبت در خانه، خدمات مبتنی بر جامعه هم‌چون مراکز روزانه.

^۱ U.S. Department of Health & Human Services

^۲ Administration for Community Living

^۳ Elder Rights Services

^۴ Health, Prevention, and Wellness Programs

^۵ Native Alaskans, Native Hawaiians, and Native Americans

^۶ National Clearinghouse for Long-Term Care Information

^۷ National Family Caregiver Support Program

^۸ Nutrition Services

^۹ Support Services

۲-۳۸-۸-۳ انواع مراقبت‌های پزشکی

مراقبت پزشکی مدیکیر؛ مدیکیر یک برنامه بیمه سلامتی کشوری است که افراد بالای ۶۵ سال و بالاتر و افراد زیر این سنین با معلولیت‌های مشخص و افراد با بیماری‌های خاص را پوشش می‌دهد. هزینه این برنامه از مالیات مردم، حق بیمه افراد تحت پوشش و پرداخت‌های عمومی دولت تامین مالی می‌شود. افراد بدون توجه به سطح درآمدی خود می‌توانند عضو این برنامه شوند. قبل از ۶۵ سالگی افراد با پرداخت مالیات خود را برای دریافت خدمات سطح اول، واجدالشرایط می‌کنند. بعد از ۶۵ سالگی هم با پرداخت حق بیمه از خدمات پزشکی سطح دوم مدیکر برخوردار می‌شوند (۱۴۵).

مراقبت‌های کمک پزشکی مدیکید؛ اگر کسی در آمریکا نتواند هزینه مدیکیر را بپردازد مدیکید جایگزین آن خواهد شد. این برنامه برای گروه‌های کم‌درآمد و اقشار آسیب‌پذیر که هیچ‌گونه بیمه پزشکی ندارند، می‌باشد. در این برنامه تمام هزینه‌های خدمات پزشکی پرداخت می‌شود. این برنامه در ایالت‌های مختلف بر اساس شرایط خاص آن ایالت متفاوت است. به همین دلیل مدیکید یک برنامه ایالتی است.

سالمندانی که قادر به پرداخت هستند انتظار می‌رود که هزینه‌های مراقبت‌های طولانی مدت در مؤسسات و منزل و پرستاری مراقبت‌های حاد را خودشان بپردازند. اما سالمندانی که قادر به پرداخت هزینه نیستند از طریق مدیکید ارزیابی شده و برنامه‌های کمک اجتماعی را دریافت می‌کنند. بیمه‌ی مراقبت بلندمدت خصوصی برای کسانی که توانایی پرداخت دارند و خدماتی که در مدیکیر پوشش داده نمی‌شود وجود دارد.

مراقبت بلندمدت موسسه‌ای؛ سالمندانی که نیاز به مراقبت در مؤسسات دارند انتظار می‌رود هزینه‌ی مراقبت را پرداخت کنند مگر اینکه استطاعت مالی نداشته باشند که آنگاه از پرداخت‌های مدیکید بهره‌مند می‌شوند. ۹۴٪ خانه‌های سالمندان در امریکا به صورت خصوصی اداره می‌شوند. در سال‌های اخیر در اشکال ارائه‌ی خدمات مراقبتی سالمندان تنوعی رخ داده است. برای افرادی که در منازل خود باقی می‌مانند سیاست‌های تشویقی وجود دارد (۱۴۶).

۲-۳۸-۸-۴ چالش‌های آتی

هرچند پیش‌بینی دقیق چالش‌های آینده با خطا روبرو است اما می‌توان مسائلی همچون افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت، تفاوت در دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، بیمه نبودن شمار زیادی از سالمندان، معرفی تکنولوژی‌های جدید، تقاضای خدمات مدرن، ظهور مجدد بیماری‌های عفونی، تهدیدات تروریسم، تغییرات مربوط به شیوه‌ی زندگی ناسالم در اقشار مختلف جامعه و به تبع آن

پیامدهایی همچون چاقی، بیماری‌های متابولیک و دژانریو و نرخ ناتوانی، کاهش ارتباطات خانوادگی را نام برد که به شدت نظام بهداشت و درمان سالمندان را با تغییر توام خواهد کرد.

۲-۳۸-۹ مراقبت‌های سالمندی در انگلستان

۲-۳۸-۹-۱ شمای کلی

جمعیت	امید به زندگی	امید به زندگی مردان	امید به زندگی زنان	مخارج سلامت از GDP	درصد جمعیت بالای ۶۵ سال
۶۳,۷۴۲,۹۷۷	۸۰,۴۲ سال	۷۸,۲۶ سال	۸۲,۶۹ سال	۹,۳٪	۱۷,۵٪

۲-۳۸-۹-۲ چارچوب خدمات ملی سالمندان

مراقبت‌های سلامت سالمندی در انگلستان تحت عنوان چارچوب خدمات ملی برای سالمندان^۱ شناخته می‌شود. در واقع این چارچوب اولین استراتژی جامع برای اطمینان از ارائه‌ی مراقبت‌های عادلانه، با کیفیت و یکپارچگی مراقبت‌های اجتماعی و سلامت برای سالمندان است. سیستم خدمات ملی و مراقبت اجتماعی سالمندان در انگلستان بخاطر بسیاری از جنبه‌های مراقبتی زیر در جهان سرآمد است.

- بهبود استانداردهای مراقبت
- گسترش دسترسی به خدمات
- تضمین عدالت در تامین منابع مالی مراقبت بلندمدت
- توسعه‌ی خدماتی که به استقلال سالمند کمک می‌کند
- کمک به سالمندان در اینکه سالم‌تر بمانند

از ویژگی‌های بارز این برنامه آن است که برای سالمندان با شرایط خاص برنامه‌ی جداگانه متناسب با نیازهایشان تدوین کرده است. به‌عنوان مثال برای سالمندان سیاه‌پوست و اقلیت‌ها، سالمندان ناتوان و معلول، سالمندان بی‌سواد و حتی سالمندان در زندان برنامه‌هایی متناسب با شرایطشان تدوین کرده است. چارچوب خدمات ملی سالمندان در انگلیس از ۴ اصل اساسی که هر اصل استانداردهای مربوط به خودش را دارد تشکیل شده است:

- ۱- اصل اول: احترام به افراد؛ هدف این اصل دسترسی عادلانه‌ی تمام سالمندان به خدمات مورد نیاز با عزت و احترام است:
- استاندارد ۱: کنار گذاشتن تبعیض سنی^۲؛ سیستم خدمات ملی انگلستان صرف نظر از سن و براساس نیاز بالینی افراد به آنها خدمات ارائه خواهد کرد.

¹ National Service Framework for Older People

² Rooting out age discrimination

- استاندارد ۲: مراقبت فرد محور^۱؛ NHS و خدمات مراقبت اجتماعی سالمند با فرایند ارزیابی فردی^۲ طرح مراقبت فردی برای هر سالمند می‌ریزد.
- ۲- اصل دوم: مراقبت میانی؛ یک لایه‌ی جدید از مراقبت بین مراقبت اولیه و خدمات تخصصی قرار دارد که هدف آن جلوگیری از پذیرش‌های غیرضروری بیمارستانی، ترخیص سریع‌تر و کاهش نیاز به موسسات مراقبت بلندمدت است.
- استاندارد ۳: مراقبت میانی؛ برای حفظ استقلال سالمندان طیفی از خدمات مراقبت میانی در منازل و مراکز تعیین شده‌ی مراقبت تعریف شده است که متشکل از خدمات یکپارچه‌ی پیشگیری، تشخیص، درمان و توان‌بخشی به سالمندان است تا از این طریق میزان نیاز به خدمات بستری و مراقبت بلندمدت در آینده کاهش یابد. در واقع این سطح از مراقبت پلی بین مراقبت سطح اول و مراقبت تخصصی بیمارستانی است.
- ۳- اصل سوم: ارائه‌ی مراقبت تخصصی مبتنی بر شواهد؛ بهترین خدمات تخصصی مبتنی بر شواهد در دنیا به سالمندان در بریتانیا ارائه می‌شود که با مداخله‌ی به‌موقع مبتنی بر شواهد نیازهای بلندمدت سالمندان کاهش می‌یابد. اما این خدمات به‌طور یکنواخت در دسترس نیست.
- استاندارد ۴: مراقبت بیمارستان عمومی؛ مراقبت سالمندان در بیمارستان از طریق متخصصان و کادر بیمارستانی صورت می‌گیرد که متخصص مراقبت از سالمندان هستند.
- استاندارد ۵: سکتی مغزی: NHS با همکاری آژانس‌ها اقداماتی برای جلوگیری از سکتی مغزی ترتیب داده است که در این برنامه افرادی که قبلاً سکتی مغزی داشته‌اند و افرادی که در معرض آن هستند شناسایی و به متخصصین مغز معرفی و اقدامات درمانی روی آن‌ها انجام می‌گیرد و همزمان با آن تیمی از مراقبین برنامه‌های توانبخشی و پیشگیری ثانویه را انجام می‌دهند.
- استاندارد ۶: افتادن؛ NHS با همکاری شوراها اقدام به برنامه‌هایی برای جلوگیری از سقوط و کاهش شکستگی‌ها در سالمندان می‌کند. افرادی که سابقه‌ی شکستگی دارند توسط مراقبین تحت کنترل و مشاوره و خدمات توانبخشی قرار می‌گیرند.
- استاندارد ۷: سلامت روان؛ افرادی که مشکلات سلامت روان دارند توسط NHS به خدمات یکپارچه‌ی بهداشت روان معرفی شده که ضمن تشخیص و درمان بیماری سالمند مشاوره‌هایی نیز برای مراقبین ارائه می‌کند.
- ۴- اصل چهارم: ترویج زندگی سالم و فعال: سیستم طب ملی انگلستان تاکید زیاد روی ارتقای سلامت و استقلال در دوران سالمندی دارد. برای رسیدن به این مهم حمایت خانواده‌ها ضروریست.
- استاندارد ۸: ارتقای سلامت و زندگی فعال در دوران سالمندی از طریق برنامه‌های مدون طب ملی و شوراها صورت می‌گیرد.

¹ Person-centred care

² Single Assessment Process

هرکدام از استانداردهای گفته شده در بالا بسته به وضعیت‌شان حجم متنوعی از منابع را به خود تخصیص می‌دهند. بطور کلی برای تامین اعتبار آن‌ها ترکیبی از بودجه‌های هدفمند و منابع عمومی بهداشت و مراقبت اجتماعی بکار می‌رود. آنچه که اهمیت دارد این است که تقریباً نیمی از بودجه مراقبت اجتماعی و سلامت صرف مراقبت از سالمندان می‌شود. NSF اعلام کرد سرمایه‌گذاری در مراقبت میانی یا متوسط پیامدهای مثبتی روی استقلال و کاهش برخی بیماری‌ها با هزینه‌ی کمترشکن داشته است.

برنامه‌های مراقبت بلندمدت؛ تاکنون برآورد شده است که ۵,۱٪ از سالمندان خدمات مراقبتی را در موسسات مراقبت بلندمدت دریافت کرده‌اند. ۳,۱٪ در سراهای سالمندان و ۱,۷٪ در خانه‌های سالمندان و ۰,۳٪ در بیمارستان‌ها. بریتانیا طیف گسترده‌ای از خدمات بهداشتی مراقبت در منزل را به سالمندان تحت پوشش سیستم طب ملی به صورت رایگان ارائه می‌دهد اما خدمات اجتماعی به دو صورت خصوصی و دولتی ارائه می‌گردد.

حمایت مراقبین؛ در انگلستان برای مراقبین سالمندان مزایای مالی تحت عنوان کمک هزینه‌ی مراقبت در نظر گرفته شده است. واجدالشرایطین باید درآمد محدود داشته باشند و حداقل ۳۵ ساعت مراقبت در هفته را انجام داده باشند. تا سال ۲۰۰۲ این کمک هزینه فقط برای مراقبین زیر ۶۵ سال در نظر گرفته شده بود اما به تدریج این محدوده‌ی سنی افزایش یافت (۱۴۷-۱۴۹).

۲-۳۸-۹-۳ چالش‌های آتی

تفاوت‌های منطقه‌ای در وضعیت سالمندان، رشد جمعیت سالمندان سالمند (بالتر از ۸۰ سال) که به خدمات بلندمدت متنوع‌تری نیاز دارند، مهاجرت، تغییر ارزش‌های خانواده، ساختار خانواده و ارتباطات بین‌نسلی، اشتغال زنان، تکرر اشکال خانواده (طلاق، جدایی، ازدواج‌های دیرهنگام، عدم تمایل به فرزندآوری، تاخیر در فرزندآوری، مراقبت‌های زنانه‌محور)، رشد دمانس و بیماری‌های شناختی، تنوع منطقه‌ای از جمله فاکتورهایی هستند که آینده‌ی مراقبت سالمندی در انگلستان را با چالش همراه ساخته است. بکارگیری شبکه‌های مراقبتی منطقه‌ای و بکارگیری ترکیبی از مراقبت‌های رسمی و غیررسمی از جمله راهکارهای پیشنهاد شده در طب ملی است.

جدول ۲-۲۱ - مقایسه‌ی تطبیقی کشورهای مورد مطالعه در ارائه‌ی خدمات سالمندی

نام کشور	نوع مراقبت	برنامه	منبع تامین مالی	انواع مزایا	معیارهای واجدالشرایط	سهم هزینه خصوصی
سوئیس	مراقبت در منزل مراقبت موسسه‌ای	برنامه‌هایی در سطح هر کانتون ارتقای سلامت سالمندان توسط بیمه-های سالمندی	بیمه سالمندی و مالیات عمومی	ترکیبی از مزایای خدمات تعریف شده (in-kind) و مزایای پرداخت نقدی (in cash)	براساس ارزیابی مراقبت‌های	بالا
نروژ	مراقبت در منزل	مراقبت بلندمدت عمومی	مالیات عمومی	خدمات تعریف شده	همه‌ی سنین - جامع	کاربران مقدار کمی از هزینه‌های تعیین شده را پرداخت می‌کنند
سوئد	مراقبت در منزل مراقبت موسسه‌ای	مراقبت عمومی بلندمدت	مالیات عمومی	خدمات تعریف شده	همه‌ی سنین - جامع	خانه‌های سالمندان رایگان کمک‌های در خانه براساس کاربران ۵۰ کرون در هر بار
آلمان	مراقبت در منزل	بیمه مراقبت بلندمدت اجتماعی	مشارکت بیمه	ترکیب خدمات تعریف شده و مزایای نقدی	همه‌ی سنین	مسکن تحت پوشش نیست (۵۶۰ مارک در هر ماه)
کانادا	مراقبت در منزل	برنامه‌های استانی	مالیات عمومی	خدمات تعریف شده	همه سنین با ابزارهای ارزیابی	ابزارهای ارزیابی در سطح استان‌ها
هلند	مراقبت در منزل	قانون عمومی هزینه‌های کمرشکن و استثنایی AWBZ	مشارکت بیمه	بودجه مستقیم مصرف‌کننده	همه‌ی سنین	مشارکت‌های مرتبط با درآمد
ژاپن	مراقبت در منزل و مراقبت موسسه‌ای	سیستم بیمه‌ی مراقبت بلندمدت	سهم بیمه و مالیات عمومی	خدمات تعریف شده	با ابزارهای ارزیابی	خدمات پرستاری مبتنی بر جامعه رایگان اما کمک‌های در منزل مبتنی بر ارزیابی
امریکا	مراقبت در منزل مراقبت موسسه‌ای	مدیکر	مشارکت بیمه	In-kind (تنها مراقبت مبتنی بر مهارت)	افراد معلول و ناتوان بالای ۶۵ سال	مراقبت خانه سالمندان رایگان مراقبت مبتنی بر مهارت تا ۲۰ روز رایگان از ۲۰ تا ۱۰۰ روز به ازای هر روز ۱۵۰ دلار امریکا
	مراقبت در منزل مراقبت موسسه‌ای	مدیکید	مالیات عمومی	خدمات تعریف شده	همه‌ی سنین با ابزارهای ارزیابی	مشارکت در پرداخت با توجه به وضعیت درآمدی فرد
انگلستان	مراقبت در منزل مراقبت موسسه‌ای	سیستم طب ملی	مالیات عمومی	خدمات تعریف شده	همه سنین	رایگان
	مراقبت در منزل مراقبت موسسه‌ای	خدمات اجتماعی	مالیات عمومی	خدمات تعریف شده	همه سنین با ابزارهای ارزیابی	پرداخت براساس توان
	مراقبت در منزل	بیمه اجتماعی	مالیات عمومی	مزایای نقدی	همه سنین با ابزارهای ارزیابی	

این بخش بیشتر از این جهت مورد توجه قرار گرفته است که اولاً تجربه سالمندی در کل جهان پدیده‌ای فراگیر به شمار می‌رود و از مشترکات فراوانی برخوردار است و لذا مطالعه‌ی تجارب کشورهای که پیش‌تر سالمندی جمعیت را تجربه کرده‌اند می‌تواند ما را با مشکلات و فرصتهای پیش رو در برنامه‌ریزی‌های کلان ملی آشنا کند، همچنین فرصتی است که ما را از تکرار اشتباهات مصون می‌دارد. این کشورها از منظر چشم‌انداز پیش‌رو، اولویت‌ها و اهداف، و نیز جهت‌گیری‌های استراتژیک مورد تحلیل و بررسی اجمالی قرار گرفته‌اند.

جدول ۲-۲۲- مقایسه‌ی تطبیقی کشورهای مورد مطالعه در خدمات مراقبتی سالمندان

نام کشور	نقاط قوت	نقاط ضعف	محورهای هدف‌گذاری
سوئیس	تاکید بر ماندن سالمندان در منازل شخصی خدمات مراقبتی یکپارچه توسط مجموعه‌ای از سازمان‌ها شبکه سراسری مراقبت در منزل جامعه‌محور ویزیت‌های خانگی از سالمندان با ADL پایین عدم تمرکز در ارائه خدمات سالمندی (کانتون‌ها) سهمیه‌بندی مراقبت‌های بهداشتی سالمندان	پرداخت هزینه‌های کمک‌های خانگی توسط سالمندان افزایش تصاعدی هزینه‌های مراقبت سالمندان فشار مضاعف بر روی سیستم‌های تامین اجتماعی کمبود متخصصان طب سالمندی کمبود پژوهش‌های سالمندمحور	به تعویق انداختن سن بازنشستگی ترویج و توسعه‌ی طب سالمندی الگوی مراقبت بازدیدهای خانگی پیشگیرانه و ارزیابی زودهنگام خطر
نروژ	ارائه‌ی خدمات سطح اول به صورت غیرمتمرکز و توسط شهرداری‌ها خدمات ثانویه توسط بیمارستان‌های شهرستان و دانشگاهی ارزیابی نیاز سالمندان به خدمات توسط شهرداری هر منطقه ویزیت‌های خانگی افراد ۸۰ سال به بالا سطح‌بندی روشن و شفاف خدمات مراقبتی توسط شهرداری‌ها تامین مالی مراقبت‌های بلندمدت از طریق مالیات‌های دولتی پرداخت حق‌الزحمه به مراقبین غیررسمی	افزایش هزینه‌ی ارائه خدمات مراقبتی کبود نیروی کار مراقبت از سالمند پایین بود درآمد شغل‌هایی مراقبت سالمندی افزایش تقاضای مراقبت‌های وابسته به سن	ارائه‌ی مراقبت‌های فعالانه، پیشگیرانه ترویج مراقبت‌های تسکینی و مراقبت‌های پایان عمر معماری‌های جدید مبتنی بر تکنولوژی در خانه‌ها مشارکت بیماران و خانواده‌ها در پروسه‌های درمانی حرکت به سمت مراقبت‌های سلامت پایدار با تاکید بر تسلط مهارت ^۱ ، توانبخشی، مداخلات زودهنگام ^۲ ، فعال - سازی، شبکه‌سازی، فعالیت‌درمانی ^۳ ، راهنمایی اعضای خانواده و داوطلبین و بهره‌گیری از تکنولوژی‌های رفاهی ^۴
سوئد	تاکید بر نگهداری سالمندان در منزل تا در موسسات تاکید بر خدمات پیشگیرانه (ورزش، تست‌های غربالگری، تغذیه مناسب) خدمات کمکی به زندگی سالمندان معاف از مالیات تاکید بر حضور	کمبود نیروی انسانی مراقب سالمند افزایش سالمندان سالمند و نیازهای بیشتر مراقبتی فشار مضاعف بر روی سیستم تامین اجتماعی از سال ۲۰۲۰ کاهش مشارکت نیروی کار در تولید ناخالص داخلی	ارتقای سالمندی سالم و فعال به مشارکت طلبیدن خانواده‌های در ارائه خدمات سالمندی ساخت دهکده‌های دمانس

^۱ emphasis on skill mastery

^۲ Early Intervention

^۳ activity therapy

^۴ welfare technology

نام کشور	نقاط قوت	نقاط ضعف	محورهای هدف گذاری
	فعال سالمندان در جامعه مشوق های مالی برای کاهش بستری های بیمارستانی ارائه خدمات جامع اجتماعی و پزشکی وجود سیستم های ثبت بالینی برای پایش کیفیت خدمات ویزیت هفتگی نیروهای پزشکی از سالمندان مشارکت طلبیدن سالمندان پس از بازنشستگی		
آلمان	جبران جمعیت نیروی کار از طریق مهاجرت برخورداری جمعیت از سیستم بیمه مراقبت بهداشتی عمومی بیمه ی خصوصی برای ثروتمندان تاسیس بیمه ی مراقبت بلندمدت از سال ۱۹۹۶ تاکید بر مراقبت های حرفه ای و تیم محور در منزل دسترسی راحت به خدمات مراقبتی در سراسر شهرهای آلمان پرداخت های ماهیانه به مراقبین سالمند	بعد از ژاپن دومین کشور سالمند جهان افزایش هزینه های مراقبت طی سال های اخیر ۶۹٪ مصرف خدمات مراقبتی سالمندان توسط زنان بوده زنانه شدن سالمندی حقوق بازنشستگی پایین زنان و میزان وابستگی بیشتر شیوع اختلالات روان خصوصاً افسردگی در سالمندان بیماری های مزمن چندگانه در سالمندان ^۱	دسترسی برابر و مقرون به صرفه سالمندان ناتوان و معلول به خدمات مراقبتی بلندمدت ^۲ بازسازی مراقبت های جامعه محور ^۳ ارزیابی و پایش جامع و مستمر نیازها
کانادا	اجرای زنجیره ی جامع مراقبت به ترتیب متشکل از: مراقبت های بهداشتی اولیه، مراقبت در منزل، مراقبت های غیررسمی، مراقبت های موسسه ای، خدمات توانبخشی و تسکینی با تاکید بر مراقبت های اولیه نظام مدیریت بیماری های مزمن و طرح درمان روزانه ^۴ وجود متخصصین طب سالمندی در سطح اول مراقبت ارائه ی مراقبت های جامع و یکپارچه ی تیم محور حمایت های مالی از مراقبین غیررسمی استفاده از روبات های مراقبت در نگهداری سالمندان پیگیری منظم افراد ترخیص شده و دریافت مستمر مراقبت های اولیه عدم تمرکز در ارائه خدمات سالمندی ارزیابی نیاز به مراقبت در ابتدای زنجیره مراقبت	افزایش جمعیت سالمندان تنها کمبود متخصصین طب سالمندی افزایش جمعیت زنان سالمند تنها خصوصاً زنان بیوه هماهنگی ضعیف بین سطوح مراقبت حرکت ضعیف در خصوص طراحی شهرهای دوستدار سالمند لیست انتظارهای طولانی بخش های مراقبت حاد گزارش هایی از سالمند آزاری تفاوت در دسترسی به خدمات سالمندی در ایالت های مختلف کمبود دسترسی به خدمات مقرون به صرفه و عادلانه ی تسکینی	برنامه های حمایت از مراقبین غیررسمی بکارگیری تکنولوژی در فرایند مراقبت طراحی منازل مسکونی هوشمند برنامه ریزی برای هماهنگی بهتر بین سطوح مراقبت برنامه ریزی برای پایداری تامین مالی مراقبت های بلندمدت تدارک خدمات تسکینی و مراقبت های پایان عمر حرکت در جهت پیشگیری از دمانس حرکت از خدمات بیمارستان-محور به خدمات جامعه محور
هلند	هلند رتبه چهارم شاخص شادی در جهان را داراست. وضعیت متناسب	جذابیت پایین رشته های سالمندشناسی و طب سالمندی	توسعه ی دهکده های سالمندان دچار دمانس

¹ Multiple chronic conditions in elderly population

² Affordable access to long-term care services for frail and disabled persons

³ Restructuring toward community-based care

⁴ Daily Treatment Plan

نام کشور	نقاط قوت	نقاط ضعف	محورهای هدف‌گذاری
	و متعادل درآمد، تحصیلات، اشتغال و رفاه از جمله دلایل بالا بودن شاخص شادی است. تمرکز سیاست‌های سالمندی بر افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان بیمه‌ی مراقبت‌های بلندمدت سیاست تقویت خانه و مراقبت جامعه‌محور مشارکت بالای مراقبن غیررسمی در نگهداری سالمندان قانون بیمه سلامت همگانی توجه زیاد به پژوهش‌های میان رشته‌ای سالمندی افزایش بکارگیری رسانه‌ها و شبکه‌های دوستی مجازی استفاده‌ی رو به رشد از تکنولوژی در مراقبت از سالمندان پزشکان عمومی دروازه‌بانان و خط اول مراقبت	برای متقاضیان ورود به دوره‌های تحصیلات تکمیلی توقف جذب دانشجوی سالمندشناسی در برخی دانشگاه‌ها رشد فزاینده‌ی دمانس افزایش استفاده از الکل و غذاهای ناسالم در میان‌سالی و وفور بروز بیماری‌های مزمن در سالمندی	گسترش مراقبت‌های بیمار-محور و هماهنگ در سراسر هلند توسعه‌ی سیستم‌های اطلاعاتی و پرونده‌های الکترونیک برای ارائه‌ی به‌موقع اطلاعات
ژاپن	بالاترین نرخ رشد اقتصادی در جهان هزینه‌های پایین بهداشت و درمان پوشش فراگیر بیمه‌ی اجتماعی سلامت و بیمه مراقبت بلندمدت حمایت اجتماعی از سالمندانی که درآمد کافی ندارند ارزیابی جامع جهت بهره‌گیری از مزایای بیمه مراقبت بلندمدت استفاده از ربات‌های مراقب سالمند	بالاترین نرخ سالمندی در جهان افزایش نرخ سالمندان سالمند (سالمندان بالای ۸۰ سال) فزونی مشکلات شناختی در سالمندان سالمند و افزایش هزینه‌های وارده به بیمه‌ی مراقبت بلندمدت کم شدن نیروی کار مشکلات مالی وارد شده به سیستم بازنشستگی افزایش جمعیت سالمندان تنها روند رو به رشد خانه‌های سالمندان آسیب‌های ناشی از بلایا و تسونامی‌ها به سالمندان	بازسازی فوری سیستم‌های بهداشتی پس از بلایا کشف راه‌های موثر در جهت حفظ سلامت و توانایی سالمندان سالمند باقی ماندن به‌عنوان بهترین الگوی مراقبت سالمندی در جهان مشارکت بالای سالمندان در توسعه‌ی کشور استفاده از روبات‌های مراقب سالمند خصوصاً برای سالمندان مبتلا به دمانس
امریکا	بیمه مراقبت پزشکی مدیکیر برای سالمندان و بیمه مراقبت پزشکی مدیکید برای سالمندان فقیر بالاترین سهم بهداشت از مخارج کشور (۲۸٪) برنامه‌ریزی برای دوران بازنشستگی تاکید بر مراقبت‌های در منزل به‌منظور کاهش پذیرش‌های بیمارستانی ایجاد شبکه‌های حمایت از مراقبین غیررسمی وجود طیف وسیعی از قوانین حقوقی سالمندان	ضعف در استفاده از پزشکان مراقبت‌های اولیه تنوع هزینه‌های مراقبت در بین بیمه‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمت کمبود نیروهای پرستار و مراقب سالمند خانه‌های سالمندان در شرف ورشکستگی کیفیت پایین خدمات خانه‌های سالمندان تنوع فرهنگی و نژادی سالمندان	کنترل هزینه‌های مراقبت سالمندی کاهش مدل‌های مراقبت در خانه‌های سالمندان افزایش بکارگیری تکنولوژی در فرایند مراقبت ساخت مسکن‌های چند نسلی ^۱ (هاهنگ با نیازهای نسل-های مختلف) برنامه‌ریزی برای محله‌های دوستانه‌ی خودمانی ^۲ رونق سالمندی در محل ^۱

¹ Multigenerational Housing

² Neighborhood-friendly civic

نام کشور	نقاط قوت	نقاط ضعف	محورهای هدف گذاری
	تاکید بر مراقبت های اولیه سلامت و رویکردهای پیشگیرانه برنامه های احترام به سالمندان از نژادهای متنوع تحويل غذاهای مغذی درب منزل سالمندان تقویت برنامه های مشارکت سالمند در جامعه سیاست های تشویقی برای سالمندانی که در منازل خود باقی می مانند.	نگرانی از افزایش هزینه ها و عدم تکافوی هزینه های مراقبتی توسط سالمندان نگرانی از پایداری منابع مدیکیر و مدیکید	
انگلستان	چارچوب خدمات ملی سالمندان مراقبت های عادلانه، باکیفیت و یکپارچه سرآمد در سراسر جهان دسترسی عادلانه ی همه ی سالمندان تمرکز سیاست های سالمندی فعال و موفق از میانسالی طرح درمان های متناسب با فرد جلوگیری از پذیرش های غیرضروری بیمارستانی خدمات یکپارچه ی پیشگیری، تشخیصی، درمانی و توانبخشی ارائه ی خدمات مراقبت در منزل رایگان کمک هزینه ی مراقبین غیررسمی	نابرابری در مولفه های اجتماعی سلامت در منطقه ی شمال شرق انگلستان به دلیل تجمع صنایع و معادن شیوع بیماری های مزمن چندگانه در سال های اخیر به دلیل رفتارهای ناسالم (استعمال دخانیات، مصرف الکل، کمبود تحرک بدنی و غذاهای ناسالم) شیوع چاقی و دیابت نوع ۲ در میانسالان تغییرات اساسی در ساختار خانواده (طلاق و جدایی، بدون فرزندبودن، اشتغال زنان، تاخیر در ازدواج) افزایش مبتلایان به ناتوانی های شناختی و دمانس	برنامه ریزی ارتباطات بین نسلی آینده نگری پایداری سیستم بازنشستگی طراحی الگوهای مراقبت خانواده محور ایجاد شبکه های مراقبتی منطقه ای بهبود شرایط اقتصادی سالمندان استفاده از تکنولوژی های خانگی سالمندی پایدار^۲ برنامه های مراقبت از مراقبین ترویج رویکرد مراقبت جامع از طریق طب رابط سالمندان^۳ گسترش خدمات مراقبتی میانی^۴

¹ Aging in place

² Sustainable ageing

³ interface geriatrics

⁴ Intermediate care services

۲-۳۹ مرور بر مطالعات

۲-۳۹-۱ مطالعات خارجی

از اجزای مهم پژوهش مرور مطالعات است. هدف از انجام مرور مطالعات پیشگیری از دوباره کاری و انتخاب شیوه صحیح پژوهش می‌باشد. در پژوهش حاضر، مرور مطالعات با هدف شناسایی اهمیت پژوهش و لزوم اجرای آن، مشخص نمودن خلأ موجود در زمینه موضوع پژوهش، طراحی دقیق‌تر روش پژوهش و پیشگیری از دوباره کاری انجام گردید. با کمک مرور مطالعات، شیوه انجام مطالعات پیشین، ابعاد مورد مطالعه و مورد توجه شناسایی گردید. بدین منظور جستجویی در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف از جمله Pubmed, Sciencedirect, Scopus, Prequest, Scholar google, Springer, Cochrane, Mag iran و SID انجام گردید. جهت جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی کشور و به زبان فارسی از واژگان سالمندی، پیری، آینده، سناریو، آینده‌نگاری، مراقبت بهداشتی، سیاست‌های سالمندان، آلزایمر و دمانس، خانه‌های سالمندان و بیمارستان استفاده گردید. در سایر پایگاه‌های اطلاعاتی واژگان به زبان انگلیسی شامل Senior, adult care, graying population, Aged-care, Elderly Care, Ageing, Healthcare, Foresight, Future, Scenario, Policy, Law, Protocole, Guideline, مورد استفاده قرار گرفت. در ادامه تعدادی از مطالعات مرتبط با پژوهش ارائه شده است.

- گورین و همکاران^۱ در اندیشکده‌ی جهانی رند در مطالعه‌ای با عنوان "رند رو به رشد پیری جمعیت: روندهای اجتماعی جهانی تا سال ۲۰۳۰" با استفاده از یک رویکرد ترکیبی ابتدا از طریق مرور غیرنظام‌مند روندهای اجتماعی تاثیرگذار بر سالمندشدن جمعیت را شناسایی کرده و سپس به منظور کسب اطلاعات بیشتر در خصوص موضوعات شناسایی شده مصاحبه‌های نیمه-ساختارمندی با مشارکت‌کنندگان بین‌المللی انجام داد و داده‌های تجمیع شده‌ی این دو فاز را با استفاده از رویکرد دلفی اعتبارسنجی کرد. این مطالعه نهایتاً شش تم اصلی را برای روندهای اجتماعی شناسای کرد که به ترتیب شامل سالمندشدن جمعیت جهان، افزایش طبق متوسط، گسترش اطلاعات و دانش از طریق فناوری، آموزش و رسانه‌های جدید، توانمندسازی افراد و مهاجرت و حرکت‌های مردمی در جهان بودند. همچنین این گزارش، افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ و میر را از دلایل جهانی سالمندی جمعیت نام می‌برد. این مطالعه، توانمندسازی و ارتقای سطح سواد زنان و تمایل آنان به اشتغال را از جمله دلایل کاهش نرخ باروری در جهان معرفی می‌کند که به دو صورت خود را آشکار می‌کند. اولاً اینکه افزایش طبقه‌ی متوسط باعث شده که خانواده‌ها کیفیت را بر کمیت فرزندان ترجیح دهند و ثانیاً اینکه تمایلات و نگرش‌های فردگرایانه^۳ در

^۱ Guerin B, et al

^۲ A Growing and Ageing Population- Global Societal Trends to 2030: Thematic Report 1

^۳ Individualism

جوامع باعث شده است که از میل به ازدواج کاسته شده و همچنین اینکه از آوردن فرزند دوم خودداری شود. بحران‌های اقتصادی و افزایش بیکاری در جوانان از دیگر عوامل کاهش میل به باروری عنوان شده است.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه با اینکه از چند فاز تشکیل شده است متدولوژی پژوهش را به‌خوبی و روشنی تشریح نکرده است. همچنین علی‌رغم مفصل بودن گزارش، به دلیل نداشتن بخش نتیجه‌گیری، فهم کلی از گزارش را برای مخاطب با مشکل روبرو می‌کند.

- رافائل ویتنبرگ و همکاران^۱ در بررسی "پیش‌بینی تقاضای آینده مراقبت‌های بلندمدت برای سالمندان در انگلستان ۲۰۴۱ و هزینه‌های متعاقب آن" به دنبال روند افزایش تامین مالی مراقبت‌های بلندمدت سالمندان و با هدف اینکه میزان نیاز سالمندان در دهه‌های آینده به خدمات مراقبت بلندمدت چگونه خواهد بود؟ و همچنین هزینه‌ی این خدمات چه میزان است؟ و نحوه‌ی پرداخت توسط چه کسانی خواهد بود؟، این پژوهش را در سال ۲۰۰۶ در انگلستان انجام دادند. روش مورد استفاده در این پژوهش، مدل پیش‌بینی مورد استفاده واحد پژوهش خدمات اجتماعی فردی^۲ بود. این مدل، چهار متغیر کلیدی مشتمل بر شمار سالمندان با سطوح مختلف ناتوانی و جنسیت، سطح تقاضا برای خدمات مراقبت بلندمدت، هزینه‌ی دریافت این خدمات و تعداد نیروی کار مراقبتی که مورد نیاز می‌باشد را تخمین می‌زند. در واقع این مدل براساس یک فرض پایه سال ۲۰۰۲ روندهای آتی را برای سال ۲۰۴۱ پیش‌بینی می‌کند. نتایج نشان داد که تعداد افراد سالمند ناتوان از ۲,۳ میلیون در سال ۲۰۰۲ به ۴,۶ میلیون نفر در سال ۲۰۴۱ افزایش خواهد یافت (یک افزایش ۱۰۰٪). هزینه‌ی خدمات مراقبت بلندمدت از ۱,۴۵٪ از GDP در سال ۲۰۰۲ به ۲,۶۳٪ از GDP در سال ۲۰۴۱ افزایش خواهد داشت. تقاضای خدمات مراقبت بلندمدت نیز یک روند افزایشی را ادامه خواهد داد، یکی از عوامل اصلی این افزایش تقاضا، کاهش دسترسی به مراقبین غیررسمی خواهد بود.

- تحلیل مطالعه: از نقاط قوت این پژوهش انجام تحلیل حساسیت بر روی پیش‌بینی‌های انجام شده بود تا به این وسیله پیش‌بینی‌ها نسبت به تغییرات حساس شوند. این مطالعه از آن جهت که برخی عدم قطعیت‌ها مانند میزان مرگ و میرها، شیوع برخی بیماری‌ها، انتظارات افراد و تکنولوژی‌های رو به رشد را در نظر نگرفته است با محدودیت روبرو است.

- دیویدسون و همکاران^۳ در مطالعه‌ای مروری با عنوان "زنانه‌شدن سالمندی جمعیت: تاثیر بر پیامدهای سلامت"، مسائل و چالش‌های ناشی از زنانه شدن سالمندی را به تصویر کشیده است. این مطالعه نشان می‌دهد که زنان با نابرابری‌های خدمات مراقبت روبرو هستند و اغلب در گفتمان‌های سیاست‌های سالمندی نقشی ندارند. این مطالعه بر روی نیازهای منحصر به زنان

^۱ Wittenberg R, et al

^۲ Personal Social Services Research Unit's (PSSRU)

^۳ Davidson PM, et al

و سیاست‌های جنسیت‌محور متمرکز است. این مطالعه با مرور ۷۹ مقاله و سند سیاسی و تحلیل تماتیک، فاکتورهای تاثیرگذار بر سلامت زنان سالمند را استخراج نمود. فقر اولین و مهمترین موضوع تاثیرگذار بر سلامت زنان سالمند است. این مسئله خصوصاً در کشورهای در حال توسعه که اکثریت زنان بی‌سواد هستند و سیستم تامین اجتماعی مستمری ندارند بیشتر جلوه‌گر است. همچنین این مطالعه بیان می‌کند که سیستم‌های بهداشتی کشورها به‌طور سنتی برای بهداشت باروری و مادری تنظیم شده‌اند و خدمات مراقبتی بیماری‌های زنان سالمند در آن‌ها به‌خوبی تعبیه نشده است. از دیگر یافته‌های این مطالعه می‌توان به افزایش روند تنهایی در زنان و به تبع آن افسردگی، عدم حضور در اجتماع و سالمند آزاری اشاره کرد. این مطالعه نشان می‌دهد که برای پاسخ مناسب به نیازهای سالمند، درک نیازها و انتظارات آن‌ها حیاتی است. آموزش پرسنل سلامت در خصوص تفاوت‌های جنسیتی حائز اهمیت است.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه یافته‌های غنی و ارزشمندی در اختیار سیاست‌گذاران سلامت قرار می‌دهد. تاکید بر اجرای مداخلات پیشگیرانه و حمایت زنان سالمند از طریق تامین اجتماعی از ویژگی‌های این مطالعه است.
- لیندا مارتین و همکاران^۱ در یک مطالعه‌ی مروری با عنوان "روندها در وضعیت بهداشتی سالمندان امریکایی: گذشته، حال و آینده" تاثیر سه عامل آموزش، دخانیات و چاقی را در وضعیت سلامت سالمندان تشریح کرده است. نتایج این مطالعه حکایت از تاثیر مثبت سواد و آموزش در سلامت سالمندان آینده دارد. همچنین این مطالعه نشان می‌دهد که افزایش روند چاقی در میانسالان تاحدودی نگران کننده است اما کاهش مصرف دخانیات به دنبال طرح ممنوعیت فروش و تبلیغ دخانیات در اصلاحات بهداشتی دولت اوباما دلگرم کننده است.
- تحلیل مطالعه: نتایج این مطالعه نکات ریز بسیار خوبی از وضعیت فعلی در اختیار سیاست‌گذاران قرار داده است اما برآورد چندان روشنی از آینده ارائه نمی‌دهد.
- بوتسیس و هارتویگسن^۲ در مرور نظام‌مند "وضعیت فعلی و چشم‌انداز آینده‌ی مراقبت از راه دور سالمندان با بیماری‌های مزمن" با بررسی ۵۴ مقاله‌ی پژوهشی که در ۳۷ ژورنال مختلف بین سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۷ منتشر شده بودند، نشان داد که سالمندان از ارائه‌ی خدمات مراقبت از راه دور رضایت داشته‌اند اما ترجیح آنان بر ترکیبی از خدمات به صورت خدمات بیمارستانی و خدمات در منزل بوده است. همچنین بررسی نشان داد که بهبود در نتایج مراقبت خصوصاً در بیماران مبتلا به دیابت و بیماری‌های قلبی و عروقی و کاهش وابستگی به دیگران مشاهده شده است. کاهش هزینه‌های مراقبت و صرفه‌جویی در وقت به‌طور محسوسی نیز نمودار بوده است. نتایج این مرور همچنین نشان داد که در بیماران مبتلا به دمانس و آلزایمر

¹ Martin L, et al

² Botsis T and Hartvigsen G

تفاوت چندانی بین دو روش مراقبت از راه دور و مراقبت‌های سنتی مشاهده نشده است که از جمله دلایل آن هم عدم توانایی افراد مبتلا به دمانس در یادگیری استفاده از تجهیزات فوق بوده است. این مطالعه همچنین بحث کرده است، هر چند که سالمندان مورد بررسی این مطالعه آشنایی چندانی با ابزارهای الکترونیکی ندارند اما در آینده برعکس افراد شوق زیادی در بکارگیری این‌گونه تکنولوژی‌ها دارند و بر همین اساس آموزش‌های مراقبت از راه دور را برای پرسنل مراقبت ضروری عنوان کردند.

- تحلیل مطالعه: بررسی عمیق این مرور نظام‌مند نشان داد که حجم نمونه‌ی مطالعات مورد بررسی بسیار کوچک بوده و فقط به ویژگی‌های سالمندان اشاره‌ی دقیقی نشده است. همچنین اکثر مطالعات مربوط به ایالات متحده آمریکا و به‌ندرت کشورهای اروپایی بوده است.

- ویتنبرگ و همکاران^۱ در بررسی "تقاضای آینده خدمات مراقبت بلندمدت و هزینه‌های متعاقب آن در انگلستان" با استفاده از یک مدل شبیه‌سازی تخمین زدند که هزینه‌ی مراقبت بلندمدت از ۰,۶٪ GDP در سال ۲۰۰۲ به ۰,۹۶٪ GDP در سال ۲۰۳۱ خواهد رسید. همچنین مطالعه فوق پیش‌بینی کرد که تا ۳۰ سال آینده تعداد افراد همراه با اختلالات شناختی به‌طور معنی‌داری افزایش خواهد یافت که متناسب با آن مراقبت‌های غیررسمی بیشتری را نیز می‌طلبد. پژوهشگران مطالعه‌ی فوق توسعه‌ی روش‌هایی از مراقبت که مبتنی بر شناخت زود هنگام مبتلایان به دمانس و حمایت از مراقبین غیررسمی باشد را از جمله استراتژی‌های موثر در جهت کاهش هزینه‌های مراقبت در آینده عنوان کردند

- تحلیل مطالعه: مدل مورد استفاده در این پیش‌بینی تنها هزینه‌های مستقیم خدمات مراقبت بلندمدت را تخمین زده است و هزینه‌های غیرمستقیم اقتصادی-اجتماعی حاصل از آن را برآورد نکرده است. همچنین این روش از آن جهت که مولفه‌های کیفی مانند انتظارات و ویژگی‌های فردی افراد را در پیش‌بینی خود مورد توجه قرار نداده است. این مطالعه همچنین هزینه‌ی خدمات مراقبت غیررسمی که توسط خانواده‌ها به افراد مبتلا به اختلالات شناختی ارائه می‌شود را در مطالعه خود وارد نکرده‌اند.

- استیفن پُست^۲ به دلیل نیاز مبرم جامعه به روش‌هایی که بتواند نشانه‌های اولیه‌ی آلزایمر را شناسایی و سپس آن را به تاخیر اندازد، پژوهشی با عنوان "سناریوهای آینده برای پیشگیری و تاخیر در آلزایمر"^۳ را انجام دادند. آنها با شناسایی افراد بدون

^۱ Wittenberg A, et al

^۲ Post, S G

^۳ Future Scenarios for the Prevention and Delay of Alzheimer Disease

علامت در معرض خطر بالای آلزایمر و بکارگیری مداخلات دارویی و شیوه زندگی افراد مداخلات که شروع بیماری را به تاخیر اندازد. در این سناریو،

- دفتر مدیران‌های شرقی سازمان جهانی بهداشت (EMRO)^۱ در بررسی استراتژی‌های سالمندی سالم، فعال تا سال ۲۰۲۱، چشم‌اندازهای استراتژیک را برای کشورهای عضو EMRO که بتواند منجر به ارائه خدمات مراقبتی مقرون به صرفه و باکیفیت برای سالمندان شود را با شعار اضافه کردن زندگی به سال‌های عمر است تا افزودن سال‌های عمر زندگی^۲ ارائه کرد. در این پژوهش، شش جهت‌گیری استراتژیک عمده برای مراقبت سالمندی به ترتیب: بازنگری و به‌روز نگاه داشتن استراتژی ملی؛ ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی برای تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد در راستای مراقبت‌های جامع سالمندی در سطح ملی؛ ایجاد شبکه‌ی ملی و منطقه‌ای چندوجهی در میان سازمان‌ها، موسسات آکادمیک و افراد دارای انگیزه و علاقه‌مند در زمینه سلامت سالمندی؛ ادغام مراقبت‌های سلامت سالمندی در سیستم PHC و ارائه مراقبت‌های جامع محور؛ تامین دانش و مهارت‌های مناسب مورد نیاز سالمندان در زمینه خودمراقبتی و ارتقای سلامت سالمندان، خانواده‌ها و جامعه در سطح وسیع و حمایت از تحقیقات و آموزش در عرصه سالمندی و مراقبت‌های جامع عنوان شدند. همچنین نتایج بررسی این پژوهش در خصوص سیستم بهداشتی کشورهای منطقه مدیترانه شرقی برای سالمندان نشان داد که سیستم فوق از جذابیت کافی برای سالمندان برخوردار نمی‌باشد و سالمندان در این کشورها، بیمارستان و یا بخش اختصاصی مراقبت سالمندی ندارند و حتی شبکه‌های خدماتی در سطح جامعه برای آنها وجود ندارد. پزشک متخصص سالمندان در هر دو بخش دولتی و خصوصی وجود ندارد. حتی پرستاران و سایر پرسنل بهداشتی از آموزش‌های لازم برای مراقبت از سالمندان برخوردار نیستند.
- تحلیل مطالعه: استراتژی‌های ارائه شده در این پژوهش به‌نظر مناسب می‌رسند اما برای پاسخگویی بهتر به نیازهای هر جامعه‌ای بایستی متناسب با نیاز آن کشور استراتژی‌های ملی تدوین گردد. در واقع به منظور تعیین سیاست‌های ملی برای سالمندی جمعیت بایستی عواملی همچون: وضعیت دموگرافی کشور، تاثیر سالمندی جمعیت بر سایر بخش‌های جامعه، ساختارهای ارائه خدمات موجود، سیستم بهداشت و درمان آن کشور، روند تغییرات در ساختار خانواده و وضعیت اقتصادی و فرهنگی جامعه توجه شود. کشورهای منطقه‌ی فوق از لحاظ وضعیت ژئوپلیتیکی در وضعیت کاملاً بی‌ثبات قرار دارند که پژوهش فوق بدون توجه به این مسئله نسخه‌ی واحدی برای تمام کشورهای این منطقه پیچیده است.
- اسپیتزر و داویدسون^۳ در پژوهشی با عنوان "روندهای آینده در مراقبت‌ها بهداشتی در جوامع سالمند" در سال ۲۰۱۳ با هدف شناسایی تاثیر پیری جمعیت بر سیاست‌های بهداشتی امریکا و عوامل تاثیرگذار بر مراقبت‌های سالمندی نشان دادند که سه

¹ Eastern Mediterranean Regional Office

² "adding life to years and not only years to life"

³ William J. Spitzer and Kay W. Davidson

بیماری مزمن آلزایمر، دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی ۸۰ درصد سالمندان را درگیر خواهد کرد. همچنین با افزایش سالمندان شاهد کاهش مراقبین در دسترس خواهیم بود. همچنین اینکه، با سالمند شدن جمعیت، نیروی کار پزشکی نیز در حال سالمند شدن است و میانگین ساعات کاری رو به افول است، بسیاری از پزشکان در شرف بازنشستگی هستند. کمبود ۴۵۰۰۰ پزشک خانواده و ۴۶۰۰۰ جراح و متخصص در دهه‌ی آینده وجود خواهد داشت. آمارها پیش‌بینی کرده است که تا سال ۲۰۳۰ به ۳٫۵ میلیون نیروی اضافی ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی نیاز خواهد بود. با وجود کمبود فعلی در ارائه‌ی خدمات مراقبت در منزل، در آینده این کمبود بیشتر نیز خواهد شد. همچنین، پیش‌بینی شده است که اختلالات سوءرفتاری از اختلالات جسمی پیشه خواهد گرفت و بیش از دو سوم سالمندان به مراقبت‌های طولانی مدت نیاز خواهند داشت. همه‌ی این روندها بیانگر آنست که به مددکاران اجتماعی به عنوان هماهنگ‌کننده‌ی مراقبت نیاز بیشتری خواهد بود. به زعم آن‌ها، ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی آینده عمیقاً تحت تاثیر نوآوری‌های تکنولوژیک آینده قرار خواهد گرفت این نوآوری‌ها در چگونگی، چه زمان و چه مکانی که باید مراقبت صورت گیرد نیز تعیین‌کننده هستند. پیشرفت‌های بیوانفورماتیک منجر به تمرکز روی پیشگیری تا مدیریت بیماری بوده است به‌طوری‌که با مداخلات زودهنگام امکان به حداقل رساندن خطر ابتلا به بیماری و کاهش هزینه وجود دارد. اپلیکشن‌های تلفن همراه امکان کنترل علائم حیاتی را به فرد می‌دهد. این پیشرفت برای سالمندان نسل انفجار جمعیت بسیار مورد استفاده خواهد بود. این مطالعه همچنین استراتژی‌هایی همچون: مراقبت‌های یکپارچه با تاکید بر تیم‌های چندرشته‌ای، مراقبت‌های پیشگیرانه و استفاده از مددکاران اجتماعی در فرایند مراقبت را پیشنهاد داده است. شواهد نشان می‌دهد با پیشرفت‌های فناوری همچون وب ۲ امکان خدمات پزشکی آنلاین در وب پیج‌هایی همچون فیسبوک، تویتر و سرویس پست الکترونیک بسیار مرسوم خواهد بود. این تکامل انقلاب اطلاعاتی مصرف خدمات را به سمت مشارکت در مراقبت و تمرکز بر خدمات پیشگیرانه انتقال می‌دهد. مهندسی ژنتیک و نانوفناوری منجر به شخصی‌شدن پزشکی خواهند شد که در آن درمان خاص برای هر فرد متناسب با توالی ژنتیکی‌اش صورت می‌گیرد و متناسب با آن مداخلات در شیوه زندگی انجام می‌شود. از دیگر نتایج این مطالعه این بود که هرچند ۱۲٪ از جمعیت امریکا را سالمندان تشکیل می‌دهند اما ۲۶٪ از ویزیت‌های پزشکی، ۴۷٪ از خدمات سرپایی بیمارستان، ۳۵٪ نسخه‌های دارویی، ۳۸٪ از خدمات اورژانس و ۹۰٪ خدمات پرستاری در منزل متعلق به سالمندان است. این مطالعه نتیجه‌گیری می‌کند که مراقبت بهداشتی تکه تکه برای سالمندان هم غیرکاراست و هم مضر چرا که دریافت خدمات متعدد و متنوع از پزشکان ممکن است منجر به خدمات تکراری و حتی متناقض گردد. در حالیکه در مراقبت‌های یکپارچه، بهبود کیفیت خدمات و مهار هزینه هر دو با هم رخ می‌دهد. وجود تیم‌های مراقبت چندرشته‌ای که هم خدمات سلامت جسم و هم روان را ارائه می‌دهد با تمرکز بر مراقبت شخص بهترین نوع

مراقبت برای سالمندان است. این تیم متشکل از پرستار هماهنگ کننده، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، متخصص سلامت روان و پزشک است.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه تحلیل جامعی از روندهای تکنولوژیک و روندهای اجتماعی و اقتصادی تاثیرگذار بر مراقبت‌های سالمندی ارائه داده است اما تاثیر روندهای زیست‌محیطی و سیاسی در آن مورد توجه قرار نگرفته است. این مطالعه جز محدود مطالعاتی است که به اهمیت نقش مددکاران اجتماعی در آینده‌ی مراقبت سالمندی اشاره کرده است.

- رابینسون^۱ و در پژوهشی با عنوان "روندهای موثر در وضعیت سلامت و مراقبت زنان سالمند"^۲ بیان می‌کند که در سال ۲۰۰۵ تقریباً ۲۱ میلیون زن سالمند بالای ۶۵ سال در مقابل ۱۵ میلیون مرد سالمند بالای ۶۵ سال زندگی می‌کنند که این روند جمعیتی بیانگر زنانه‌شدن سالمندی جمعیت است که به تناسب خود خدمات و مراقبت‌های متناسب با جنس را می‌طلبد. این مطالعه نشان می‌دهد که جمعیت بزرگی از زنان سالمند تنها زندگی می‌کنند. آمارها نشان می‌دهد که ۴۳٪ زن بیوه در مقابل ۱۳٪ مرد بیوه وجود دارد. در خصوص بیماری‌های مزمن مطالعه نشان داد که بیماری‌هایی هم‌چون فشارخون، آرتریت روماتوئید، آسم، برونشیت مزمن، دیابت و آمفیزم در زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند بروز می‌کند. پوکی استخوان به‌عنوان یک بیماری خاموش در زنان باعث شکستگی لگن، کمر و آرنج می‌شود که خود هشدار برای سیاستگذاران سلامت است که از هم‌اکنون با روش‌های پیشگیرانه هم‌چون تجویز کلسیم و ویتامین دی تا حدودی از شیوع آن بکاهند. این مطالعه، مصرف دخانیات، الکل، چاقی، عدم تحرک فیزیکی و پنومونی را از عوامل خطر بیماری در زنان سالمند عنوان کرد که نیازمند مداخلات پیشگیرانه است.

- تحلیل مطالعه: از جمله روندهای شناسایی شده در این پژوهش می‌توان به افزایش طول عمر، چاقی، نیاز به همدم، ارشد و احمد شعیب در یک مطالعه‌ی مروری با عنوان "روندهای سالمندی جهان: یک چشم‌انداز جامعه‌شناختی" نشان می‌دهد که دلیل اصلی پیرشدن جمعیت جهان کاهش نرخ تولد در سراسر جهان، کاهش مرگ و میر و بهبود کیفیت زندگی بوده است. با این تفاوت که سرعت پیرشدن جمعیت سالمند در کشورهای درحال توسعه و توسعه یافته بسیار متفاوت بوده است. به عنوان مثال نشان می‌دهد که در فرانسه ۱۱۵ سال زمان نیاز برد تا جمعیت سالمندی از ۷ درصد به ۱۴ درصد رسید در حالیکه همین دو برابر شدن جمعیت سالمندی در کشورهای درحال توسعه‌ای همچون تایلند، برزیل و چین در طول دو تا سه دهه رخ داده است. بنابراین کشورهای درحال توسعه زمان بسیار کمتری برای تطابق جامعه با شرایط سالمندی دارند. یکی دیگر از روندهای مورد تاکید در این پژوهش افزایش سالمندان خیلی پیر^۳ است. مطالعه نشان می‌دهد که افراد بالای ۸۵ سال،

^۱ Robinson

^۲ Trends in Health Status and Health Care Use Among Older Women

^۳ The oldest old

شش برابر بیشتر از افراد ۶۵ تا ۶۹ ساله به اختلالات عملکردی و شناختی مبتلا می‌شوند و بیش از سه نوع بیماری مزمن دارند. این روندها در برنامه‌ریزی برای سیاست‌گذاران بسیار حائز اهمیت است.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه از آن جهت که برخی روندهای جمعیتی را بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مقایسه کرده است نتایج آن برای سیاست‌گذاران بسیار ارزشمند است. اما آنچه از عنوان و چکیده این پژوهش برمی‌آید انتظار می‌رفت که روندهای مختلف (اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی) تاثیرگذار بر پدیده‌ی سالمندی تشریح گردد.

- لافورچون و بالستیت^۱ در یک مطالعه‌ی مروری در خصوص "روندهای ناتوانی در بین سالمندان: ارزیابی شواهد در ۱۲ کشور عضو سازمان همکاری و توسعه‌ی اقتصادی^۲ و پیامدهای آینده^۳" با مرور کلی بر وضعیت دموگرافیک سالمندان در کشورهای استرالیا، بلژیک، کانادا، دانمارک، فنلاند، فرانسه، ایتالیا، ژاپن، هلند، سوئد، انگلستان و ایالات متحده آمریکا میزان وابستگی را بر اساس سه نظریه‌ی مختلف در خصوص ناتوانی با عناوین "فشرده‌سازی مرگ و ناتوانی^۴"، "توسعه‌ی مرگ و ناتوانی^۵" و "تعادل پویا^۶" برآورد کرده است. این مطالعه با تمرکز روی روند وابستگی یا ناتوانی (در لباس پوشیدن، غذاخوردن، تمیز کردن و ...) سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر نشان داد که به دلیل روند رو به رشد پیر شدن جمعیت، بار ناتوانی سالمندان نیز افزایش خواهد یافت و متناسب با آن تقاضا برای خدمات بلندمدت نیز افزایش خواهد یافت به همین منظور پیشنهاد می‌دهد که با انجام مداخلات زود هنگام پیشگیرانه و بهبود وضعیت اقتصادی-اجتماعی سالمندان می‌توان سن وابستگی و ناتوانی را در سالمندان به تعویق انداخت. این مطالعه عنوان می‌کند که بهبود سبک زندگی (ترک سیگار، ورزش، تغذیه مناسب، آموزش و یادگیری) در میان‌سالی و سالمندی، تا حد زیادی ابتلا به بیماری‌های مزمن را کاهش داده و هزینه-اثربخشی مداخلات را بالا می‌برد. در این مطالعه ۵ علت اصلی منجر به ناتوانی بیماری‌های آرتريت روماتوئید، مشکلات قلبی، دمانس، کمر درد و دیابت شناسایی شدند که ۷۰٪ آن به اصلاح سبک زندگی قابل بهبود است.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه با متدولوژی ترکیبی (کمی و کیفی) یافته‌های قابل اعتمادی را ارائه کرده است. تنها نقطه ضعف این مطالعه این بوده است که عدم قطعیت‌های مختلفی که در محیط پرتغییر امروز وجود دارد را مدنظر قرار نداده است.

- رابرت و لیندا اسپروا^۷ در یک مطالعه‌ی مروری با عنوان "ماشین‌های در دست: آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی" به دنبال بررسی این موضوع بودند که آیا ظرفیت روبات‌ها برای برآوردن نیازهای مراقبتی سالمندان کفایت می‌کند؟ و اینکه روبات‌های موفق چگونه این نقش را انجام می‌دهند؟ بود. این پژوهش از آنجا که بیشتر بر مبنای دیدگاه مراقبین درجه‌ی یک سالمندی و مسائل

¹ Lafortune and Balestat

² OECD

³ Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications

⁴ compression of morbidity

⁵ expansion of morbidity/disability

⁶ dynamic equilibrium

⁷ Robert Sparrow & Linda Sparrow

اخلاقی و اجتماعی مرتبط با آن بود تا براساس یک نگاه مهندسی رباتیک یا کامپیوتر واجد شرایط بررسی در این مطالعه بود. نویسندگان این مقاله بیان می‌کنند که: این ادعا که ربات‌ها ممکن است یک نقش مفید در مراقبت از سالمندان بازی کنند به وضوح یک مبالغه و تلاش برای ارائه‌ی یک توجیه عمومی برای منافع معنوی تحقیقات است. اما با این حال پژوهش‌های زیادی به توسعه‌ی ربات‌ها برای نقش مراقبت از سالمندان پرداخته می‌شود. آن‌ها روند رو به رشد استفاده از ربات‌ها را در تمام عرصه‌های ارائه خدمات تایید کردند و آن را بسیار ساده‌اندیشانه خواندند که اگر گمان شود که یک ربات همچون انسان می‌تواند فرایند مراقبت را انجام دهد. محققان این پژوهش نبود تعاملات انسانی را در فرایند مراقبت را بسیار مخرب‌تر و جبران‌ناپذیرتر بر پیامدهای سلامت عنوان کردند. آن‌ها دستیار بودن ربات‌ها را تا جایگزینی دائمی‌شان با انسان را منطقی و قابل قبول عنوان می‌کنند اما جایگزینی کامل آن را کاملاً غیرمنطقی.

- تحلیل مطالعه: این مقاله با یک نگاه انتقادی بر استفاده از ربات در ارائه‌ی خدمات بیشتر توجه‌اش معطوف به جنبه‌های اخلاقی استفاده از ربات‌ها در خدمات مراقبتی بوده است و نگاهی کاملاً بدبینانه به استفاده از ربات‌ها در مراقبت سالمندان داشته است و رواج استفاده از آن‌ها را در صنعت مراقبت بیشتر بر مبنای اهداف تجاری و کسب سود عنوان می‌کند تا رفع آلام سالخورده‌گان.

- برادبنت و همکاران^۱ در یک بررسی مروری با عنوان "پذیرش ربات‌های مراقب برای جمعیت سالمند"، پتانسیل ربات‌ها را در کمک به استقلال و بهبود سلامت در سالمندان، و کاهش بار مراقبان قطعی عنوان می‌کند. بررسی ایشان در خصوص پایش برخی از ربات‌های توسعه‌یافته برای مراقبت‌های سالمندی در کشورهای ژاپن، آمریکا، ایتالیا، فرانسه موفقیت‌آمیز بودن استفاده از آن‌ها را در فرایند مراقبت توضیح داده است و پیشنهاد داده است برای اینکه ربات‌ها در این هدف مقبول واقع شوند باید طیف وسیعی از انتظارات و نیازهای ذینفعان، مانند سالمندان، خانواده‌ها و کادر پزشکی را ارزیابی و برآورده سازند. نویسندگان مقاله وجود برخی از متغیرهای فردی مانند سن، جنس، توانایی‌های شناختی، سطح تحصیلات، گذشته، تجربه و فرهنگ و برخی متغیرهای ربات‌ها مانند اندازه، جنس، ارگونومی، نقش و شخصیت آن‌ها را در پذیرش آنها در جامعه مهم عنوان کردند.

- تحلیل مطالعه: در نظر گرفتن انتظارات کاربران و ویژگی‌های ظاهری و کارکردی ربات‌ها با قابلیت ارتقای آن‌ها متناسب با نیازهای شخص از نقاط قوت این مطالعه بود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم توجه به موضوعات اخلاقی در بکاگیری از ربات‌ها اشاره کرد.

¹ E. Broadbent · R. Stafford · B. MacDonald

- میشل و همکاران^۱ در یک بررسی با عنوان "مراقبت‌های سالمندی در ژاپن - چالش‌ها و چشم‌اندازها" جنبه‌های اقتصادی و نوآورانه‌ی سیستم مراقبت بلندمدت در ژاپن را که می‌تواند برای سایر کشورها جذاب باشد، مورد کنکاش قرار داده‌اند. سیستم مراقبت بلندمدت در ژاپن از سال ۲۰۰۰ با چهار هدف کاهش بار مراقبت‌های خانگی که به دوش زنان بوده است، یکپارچه نمودن خدمات مراقبت بهداشتی و اجتماعی، کاهش مراقبت‌های بیمارستانی و شفافیت در ارتباطات بین بیمه و خدمات ارائه شده توسط وزارت بهداشت و رفاه ژاپن ایجاد گردید. از مزایای مشهود این طرح، مراقبت‌های متنوع غیرپزشکی در منزل و مراقبت‌های موسسه‌ای برای افراد ۶۵ سال به بالاتر واجد شرایط و خدمات مختص به افراد مبتلا به دمانس بوده است. از جمله چالش‌های این سیستم جمعیت رو به رشد سالمندی در ژاپن است که تامین مالی این سیستم را دچار مشکل خواهد نمود. همچنین اجرای قانون تمرکز و عدم تمرکز در خصوص این سیستم هنوز با مسئله جدی روبرو است.
- تحلیل مطالعه: این مطالعه از آنجا که ویژگی‌های یک طرح مراقبتی موفق در جهان را به تصویر می‌کشد بسیار مفید است. همچنین از این جهت که جهت‌گیری‌های آینده آن را نیز مشخص کرده‌اند نشان از یک دید و تفکر آینده‌نگر در نظام برنامه‌ریزی ژاپن است.
- کریستین تامسن^۲ در پژوهشی ترکیبی با عنوان "آینده‌ی سالمندی در دانمارک: منابع و ارزش‌ها"، سه نسل سالمند را از لحاظ انتظارات، ویژگی‌ها و نگرش‌ها مورد مقایسه قرار داده است. نسل اول افرادی که هم‌اکنون سالمند هستند و بین ۶۵ تا ۷۹ سال سن دارند، نسل دوم، افرادی که هم‌اکنون بین ۴۰ تا ۵۵ سال هستند و سالمندان فردا می‌باشند و نسل سوم، افرادی که هم‌اکنون ۳۰ تا ۴۰ سال هستند و سالمندان آینده را تشکیل می‌دهند. این مطالعه هر کدام از سه نسل فوق را از لحاظ مولفه‌هایی چون پس‌زمینه‌ی فردی، منابع شخصی، شبکه‌های اجتماعی، مشارکت در موضوعات اجتماعی و سیاسی، چشم‌اندازهایشان به جامعه و مسئولیت برای افراد مورد مصاحبه قرار داده است. دیدگاه‌های سه نسل فوق از لحاظ تمام مولفه‌های بالا با یکدیگر متفاوت بود. نویسنده مقاله پیشنهاد می‌دهد که دیدگاه‌های افرادی که نسل بعدی سالمندی را تشکیل می‌دهند باید در سیاست‌های اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.
- تحلیل مطالعه: این مطالعه با مطالعه‌ی سه نسل سالمند ابعاد جدیدی از انتظارات و نگرش‌های آن‌ها را به تصویر کشید. از آنجایی که برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری برای نسل‌های بعدی توسط کسانی صورت می‌گیرد که خود متعلق به آن نسل نیستند شاید نتواند تمام خواسته‌ها و انتظارات آن‌ها را در سیاست‌ها جامعه‌ی عمل بپوشاند در حالیکه استفاده از نتایج این چنینی می‌تواند سیاست‌ها را به واقعیت نزدیک‌تر کند.

¹ Olivia S. Mitchell, John Piggott, Satoshi Shimizutai

² Kirsten Thomsen

- فاجز^۱ در یک بررسی مروری با عنوان "هزینه‌های آینده‌ی مراقبت‌های بهداشتی سالمندان"، نشان داد که در امریکا هزینه‌های مراقبت سالمندی ۴٪ بیشتر از سرعت تولید ناخالص داخلی رشد می‌کند که می‌تواند در چند دهه‌ی آینده یک بحران شدید اقتصادی-اجتماعی برای امریکا به دنبال داشته باشد. این پژوهش نقش فناوری را در رشد هزینه‌های مراقبت سالمندی بسیار محوری عنوان می‌کند. این پژوهش مطرح می‌کند که پیشرفت‌های شگرف در تکنولوژی نه تنها موجب ارتقای سطح سلامت عموم نشده است بلکه با از بین بردن درمان‌های موثر و ارزان، موجب افزایش درد و رنج در فقرا نیز شده است. نویسنده بیان می‌کند که داروی وی‌اگرا که برای درمان ناتوانی جنسی در مردان بکار می‌رود، یک یا دو سال پس از معرفی‌اش به بازار باعث افزایش ۱ میلیارد دلار هزینه‌های مراقبت پزشکی گردید. این پژوهش آهسته کردن روند رو به رشد هزینه‌های مراقبت و پیدا کردن راه‌هایی برای پرداخت هزینه‌های مراقبت در آینده را ضروری عنوان می‌کند.
- تحلیل مطالعه:
- تیموتی و همکاران^۲ در بررسی "سالمندی جمعیت و افزایش بار بیماری‌های مزمن و خدمات مراقبتی موردنیاز در سال ۲۰۲۵" با روش‌های رگرسیون لجستیکی نشان دادند که با توجه به افزایش تغییرات ویژگی‌های دموگرافیکی افراد و قانون مراقبت مقرون‌به‌صرفه، تقاضا برای خدمات مراقبتی تا ۱۴٪ از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۵ رشد خواهد کرد. همچنین نشان دادند که به ترتیب جراحی عروق، جراحی‌های قلب و اعصاب، رادیولوژی و جراحی‌های عمومی بالاترین میزان تقاضا را خواهند داشت. از دیگر نتایج این پیش‌بینی افزایش زمان انتظار برای ویزیت پزشکان و کاهش دسترسی به پزشکان به دلیل کمبود نیروی انسانی نیز بوده است.
- تحلیل مطالعه: این مطالعه متمرکز بر خدمات تخصصی مورد نیاز سالمندان بوده است و اذعان داشته است که با افزایش بار بیماری‌های مزمن نیاز به پزشکان متخصص بیش از گذشته است. در حالیکه مطالعات بسیاری وجود دارد که به تیم‌محوری طرح درمان در سالمندان تاکید کرده است و افزایش صرف متخصصان را که رویکردی جامع در طبابت ندارند را برای سالمندان مضر شناسایی کرده‌اند.
- سهیل عنایت‌اله در یک بررسی با عنوان "سالمندی: آینده‌های بدیل و گزینه‌های سیاسی" سعی در شناساندن آینده‌های محتمل سالمندی با استفاده از روش تحلیل لایه‌ای علت‌ها^۳ و برنامه‌ریزی سناریو دارد. به این منظور، داده‌های مربوط به سطح اول یعنی لیتانی را از روندهای مدیکیر که در خبرها، رسانه‌ها و وقایع منتشر می‌شود استخراج کرده است. داده‌های لایه‌ی دوم یعنی علت‌های اجتماعی را با بررسی فاکتورهای اقتصادی، فرهنگی، سیاسی و تاریخی (مانند کاهش نرخ تولد، رشد

¹ Fuchs VR

² Timothy M, et al

³ Casual Layered Analysis

پیشرفت‌های پزشکی) به دست آورده است. لایه‌ی سوم که گفتمان و جهان‌بینی باشد از طریق فرضیات عمیق پشت موضوعات و لایه‌ی چهارم یعنی اسطوره و استعاره‌ها هستند که داستان‌های عمیق را بازگو می‌کنند. بر اساس تحلیل فوق و پیشران‌های شناخته شده سه سناریوی بهترین حالت، بدترین حالت و حالت میانه استخراج گردید. سناریو ایده‌آل بازگوکننده‌ی جامعه‌ای برای همه‌ی سنین است، سناریوی دوم تقسیم جامعه براساس سن است و سناریوی سوم ظهور یک جهان مجازی است. این پژوهش همچنین گزینه‌های سیاستی را نیز براساس سناریوهای فوق پیشنهاد داده است.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه هرچند که توسط یک آینده‌پژوه مشهور انجام شده است اما از لحاظ متدولوژیکی روشن و شفاف نیست و برنامه‌ریزی سناریوی بکار رفته در آن بخوبی تشریح نشده است. توضیحات مربوط به هر سناریو خصوصاً جهان‌بینی که برای هر سناریو ارائه داده است بسیار خلاقانه بوده است. به‌عنوان مثال جهان‌بینی سناریوی اول: عدالت بین‌نسلی، جهان‌بینی سناریوی دوم: تعارض بین‌نسلی و جهان‌بینی سناریوی سوم آرمان‌شهر تکنولوژیکی^۱ (تکنو-تخیلی) است.
- لین‌نسکمیت و همکاران^۲ در یک مطالعه با عنوان "استراتژی‌های آینده مدیریت سالمندی در جهان کاری استان سالزبورگ^۳ اتریش" به دلیل سالمند شدن ساختار جمعیتی این استان و اتخاذ تدابیری به‌منظور اشتغال و ادامه‌ی فعالیت سالمندان از روش سناریوسازی مدل شبکه‌ی جهانی کسب و کار برای حل این مشکل استفاده کردند و در نهایت گزینه‌هایی جهت اقدام در سطح فردی، سازمانی و فعالان سیاسی-اجتماعی ارائه دادند. این مطالعه در ۵ مرحله به ترتیب شامل مرور متون، مصاحبه‌ی کیفی، تحلیل ساختاری، تحلیل سازگاری و تدوین سناریو صورت گرفت. دو عدم قطعیت شناسایی شده در این پژوهش فعالیت‌های سیاسی و فعالیت‌های عملیاتی بود که منجر به شکل‌گیری ۳ سناریو گشت. سناریوی اول با عنوان "همه برای او"^۴ وضعیتی را نشان می‌دهد که در آن فعالان سیاسی و شرکت‌ها هیچ تلاشی بر مدیریت کارکردن سالمندان ندارند و هرکس برای خودش تلاش می‌کند. سناریوی دوم با عنوان "رهبر دست بسته"^۵ وضعیتی است که ابتکار عمل فعالان شرکتی بالاست اما ابتکار عمل سیاسی وجود ندارد و نهایتاً سناریوی سوم با عنوان "سالزبورگ مشغول"^۶ حالتی از آینده است که در آن فعالان سازمانی و سیاسی منسجم و متحد ساختارهای اشتغالی مناسب را برای سالمندان ایجاد می‌کنند.
- تحلیل مطالعه: در این مطالعه توضیحات مربوط به هر سناریو بسیار محدود و تنها به ذکر عدم قطعیت‌های منتج به سناریو خلاصه شده است و پیشران‌های کلیدی که منجر به شکل‌گیری سناریوهای فوق شده است را در جایی بیان نکرده است.

^۱ Techno-utopian

^۲ Linnenschmidt, et al

^۳ Salzburg Province

^۴ Everyone for Him/Herself

^۵ Leader of the Pack

^۶ Salzburg Gets Busy

- شرگولد و همکاران^۱ در پژوهشی با عنوان "آینده‌ی محل زندگی سالمندان"^۲ با استفاده از برنامه‌ریزی سناریو ۴ آینده‌ی مختلف برای تحرکات سالمندی استخراج کردند. دو عدم قطعیت کلیدی این سناریو شامل میزان درگیری افراد با فناوری‌های مراقبتی و دوم میزان فراهمی مراقبت‌ها توسط دولت می‌باشد. سناریویی که در آن درگیری با تکنولوژی و فراهمی خدمات توسط دولت بالا بود با عنوان "به تنهایی در خانه"، سناریوی دوم با درگیری تکنولوژی بالا و فراهمی دولتی خدمات پایین با عنوان "پاسخ جمعی"، سناریوی سوم با فقدان درگیری تکنولوژی و کمبود فراهمی مراقبت‌های دولتی با عنوان "روابط خانگی" و نهایتاً سناریویی که در آن درگیری با تکنولوژی پایین و تدارک دولتی خدمات بالاست با عنوان "در جستجوی سرپناه" استخراج گردیدند. این پژوهش با متفاوت جلوه دادن سالمندان آینده از لحاظ ویژگی‌های شخصی و اجتماعی خواهان ارائه خدماتی متناسب با ویژگی‌های سالمندان آینده است.
- تحلیل مطالعه: این مطالعه در قسمت متدولوژی ذکر نکرده که از چه رویکردی برای سناریوسازی استفاده کرده همچنین روندهای تاثیرگذار بر موضوع پژوهش در فرایند سناریونگاری مورد تدقیق قرار نگرفته است. نقطه قوت مطالعه، برگزاری کارگاه با حضور ۱۷ نفر از خبرگان برای ساخت سناریوهای حاصل از عدم قطعیت‌ها بوده است.

¹ Shergold I, et al

² Future mobility in an ageing society

جدول ۲-۲۳ - مشخصات مقالات خارجی بررسی شده

ردیف	نویسندگان (سال)	عنوان مقاله	روش مطالعه	هدف مطالعه
۱	Guerin B, et al (2015) (۱۵۰)	روند رو به رشد پیر شدن جمعیت	ترکیبی (مروری و دلفی)	ارزیابی روندهای جهانی و توسعه‌ی پاسخ‌های استراتژیک
۲	Shergold I, et al (2015) (۱۵۱)	سناریوهای آینده‌ی محل زندگی سالمندان	کیفی	شناسایی آینده‌های مختلف نحوه‌ی زندگی (مکان) سالمندان
۳	Spitzer, Davidson (2013) (۱۵۲)	روندهای آینده در سلامت و مراقبت سلامت در سالمندی	مروری	شناسایی روند پیری در جمعیت آمریکا و تاثیر آن بر سیاست‌های بهداشتی
۴	Timothy M, et al (2013) (۱۵۳)	سالمندی جمعیت و افزایش بار بیماری‌های مزمن و خدمات مراقبتی موردنیاز در سال ۲۰۲۵	کمی (رگرسیون لجستیک)	پیش‌بینی تقاضای آینده خدمات مراقبت بهداشتی براساس تغییرات دموگرافیکی
۵	Arshad MD, Bhat SA (2013) (۱۵۴)	روندهای جهانی سالمندی: چشم‌انداز جامعه‌شناختی	مروری	مقایسه‌ی روند پیری جمعیت در کشورهای توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه
۶	Patricia M Davidson, et al (2011) (۲۷)	زنانه‌شدن سالمندی، تاثیر بر پیامدهای سلامت	مروری	شناسایی نیازهای زنان سالمند
۷	Linnenschmidt, et al (2011) (۱۵۵)	استراتژی‌های آینده‌ی اشتغال سالمندان در استان سالزبورگ اتریش	کیفی	تحلیل وضعیت آینده‌ی اشتغال به‌کار سالمندان
۸	Patricia M Davidson, et al (2011)	زنانه‌شدن سالمندی: چگونه تاثیرخواهد گذاشت بر پیامدهای سلامت	مرور جامع	فاکتورهای موثر بر سلامت و رفاه زنان چه می‌باشند؟
۹	Linda G. Martin Robert F. Schoeni Andreski Patricia M. (2010) (۱۵۶)	روندها در وضعیت سلامت سالمندان امریکایی: گذشته، حال، آینده	مرور	بررسی مرور متون در شناسایی روندها در ناتوانی سالمندان و شاخص‌های بهداشتی و برآورد روندهای آینده در جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر
۱۰	E , et al Broadbent (2009) (۱۵۷)	پذیرش روبات‌های مراقب سلامت توسط سالمندان: مرور متون و جهت‌گیری‌های آینده	مروری	بررسی پاسخ‌های انسان به روباتهای مراقب سلامت و شناسایی متغیرهای متغیرهای موثر بر پاسخ
۱۱	Lafortune, Balestat (2007) (۱۵۸)	روندهای ناتوانی در بین سالمندان	مروری	ارزیابی روند ناتوانی سالمندان ۶۵ سال به بالا در ۱۲ کشور عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی
۱۲	Robinson K (2007) (۱۵۹)	روندها در وضعیت سلامت و استفاده از مراقبت سلامت بین زنان سالمند	مروری	شناسایی مشکلات ناتوان‌کننده در زنان سالمند
۱۳	EMRO (2006) (۴۴)	استراتژی‌های سالمندی فعال برای کشورهای مدیترانه- ی شرقی	مروری	تعیین وضعیت کشورهای عضو از لحاظ مراقبت‌های سالمندی و پیشنهاد استراتژی- های سالمندی فعال
۱۴	Sparrow R, Sparrow L (2006) (۱۶۰)	ماشین‌ها در دست: آینده مراقبت سالمندی	مروری	ارزیابی ادعاهای ساخته شده در خصوص اینکه روبات‌ها می‌توانند نیازهای سالمندان را برآورده سازند.
۱۵	Wittenberg R, et al (2006) (۱۶۱)	آینده‌ی تقاضای سالمندان برای مراقبت‌های بلندمدت در انگلستان، از سال پایه‌ی ۲۰۰۲ به ۲۰۴۱	کمی	پیش‌بینی شمار سالمندان ناتوان نیازمند به خدمات مراقبت بلندمدت؟ پیش‌بینی هزینه- های خدمات و پیش‌بینی نیروی کار مورد نیاز

ردیف	نویسندگان (سال)	عنوان مقاله	روش مطالعه	هدف مطالعه
۱۶	Goldman (162)DP, et al (2005)	آینده‌ی هزینه‌ی مراقبت‌های پزشکی و سلامت سالمندان	کمی (مدل‌سازی)	تخمین هزینه‌های مدیریتی تحت تاثیر روندهایی هم‌چون نوآوری‌های پزشکی، بیماری‌های مزمن و چاقی
۱۷	et al Olivia, S. Mitchell, (2004) (۱۶۳)	مراقبت سالمندی در ژاپن: چشم‌انداز و چالش‌ها		معرفی جنبه‌های نوآورانه‌ی مراقبت بلندمدت در ژاپن برای استفاده در سایر کشورها
۱۸	Kirsten Thomsen (2003) (۱۶۴)	مقایسه‌ی سه نسل سالمندی در دانمارک	کیفی	مقایسه‌ی نسل کنونی سالمندان با سالمندان ۱۰ سال و ۳۰ سال بعد در دانمارک
۱۹	Inayatullah (2003) (۱۶۵)	سالمندی: آینده‌های بدیل و گزینه‌های سیاسی	کیفی	ساخت‌شکنی پدیده‌ی اجتماعی سالمندی و رسیدن به درکی عمیق از لایه‌های زیرین مسئله سالمندی
۲۰	Post, S G (1999) (۱۶۶)	سناریوهای آینده پیشگیری و تاخیر در بیماری آلزایمر	مروری	شناسایی افراد بدون علامت در معرض خطر آلزایمر
۲۱	Fuchs VR (1999) (۱۶۷)	هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی برای سالمندان: چقدر و چه کسانی باید آن را بپردازند؟	مروری	برآورد هزینه‌های آینده‌ی مراقبت سالمندی و چگونگی پرداخت آن

جدول ۲-۲۴- مقایسه‌ی یافته‌ها و نتیجه‌گیری مطالعات خارج

ردیف	نویسندگان (سال)	یافته‌ها و نتیجه‌گیری
۱	Guerin B, et al (2015)	این مطالعه که در دو فاز مشتمل بر مرور منابع برای شناسایی روندها و کسب اطلاعات اضافی در خصوص روندها از طریق مشارکت بین‌المللی خبرگان در یک مطالعه‌ی کیفی صورت گرفت منتج به شناسایی روندهای اجتماعی هم‌چون تغییر پروفایل دموگرافیکی جهان، افزایش طبقه‌ی متوسط، گسترش اطلاعات و دانش از طریق تکنولوژی، رسانه‌های جدید و آموزش، شبکه‌های اجتماعی در توانمندسازی افراد، برابری جنسیت، مهاجرت و جابجایی در جهان و نحوه‌ی تعامل افراد جامعه با دولت (نقش فناوری) گردید. این مطالعه پیشران‌های اصلی افزایش جمعیت در کشورهای در حال توسعه را نرخ بالای باروری و نرخ پایین مرگ و میر عنوان می‌کند.
۲	Shergold I, et al (2015)	این مطالعه با خاطرنشان ساختن این موضوع که سالمندان آینده با سالمندان امروز بسیار تفاوت دارند، نقش تکنولوژی را در نحوه‌ی شکل‌گیری تحرکات آینده‌ی سالمندان برجسته می‌کند.
۳	Spitzer, Davidson (2013)	نتایج این مطالعه بیان می‌کند که با نزدیک شدن نسل انفجار جمعیت به دهه‌ی ۶۰ زندگی، آسیب‌پذیری در آن‌ها خصوصاً در سالمندان سالمند، زنان سالمند، اقلیت‌های نژادی، و کسانی که در فقر زندگی می‌کنند افزایش خواهد یافت. برآورده کردن نیازهای این گروه جمعیت نیازمند تحول مدل‌های ارائه خدمات است. این مطالعه ارائه‌ی خدمات یکپارچه، استفاده گسترده از مددکاران اجتماعی را پیشنهاد داده است.
۴	Timothy M, et al (2013)	پیش‌بینی‌ها نشان داد که جمعیت سالمند آمریکا تا سال ۲۰۲۵ به ۴۰٪ خواهد رسید. این رشد جمعیت سالمندی با رشد بیماری‌های مزمن و اختلالات شناختی همراه خواهد بود. شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی و مغزی بین سال‌ها ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۵ تا ۲۷٪ رشد خواهد کرد. افزایش نیاز به متخصصان سلامت و گسترش پوشش بیمه‌ای از دیگر پیش‌بینی‌های این مطالعه بود.

ردیف	نویسندگان (سال)	یافته‌ها و نتیجه‌گیری
۵	Arshad MD, Bhat SA (2013)	این مطالعه روند پیش‌بینی جمعیت را در کشورهای توسعه یافته و برخی کشورهای در حال توسعه مقایسه کرده است. نتایج این مطالعه نشان داد که بعضی کشورهای توسعه یافته مثل فرانسه ۱۱۵ سال طول کشید تا جمعیت سالمندی از ۷٪ به ۱۴٪ برسد. اما در کشورهای در حال توسعه مانند چین، شیلی، تایلند و برزیل این روند افزایش جمعیت سالمند، تنها در عرض ۲۰ سال رخ داده است. از دیگر نتایج این مطالعه پی‌ترشدن پیرها در آینده است که نشان می‌دهد که این دو گروه سنی سالمندان تفاوت‌های زیادی از لحاظ میزان و نوع مراقبت دارند.
۶	Patricia M Davidson, et al (2011)	این مطالعه نشان می‌دهد که نیازهای بهداشتی زنان سالمند متفاوت از مردان است و با توجه به زنانه‌شدن جمعیت سالمندی لازم است سیاست‌گذاران به تدارک خدماتی که مختص سالمندان است نیز بیندیشند و قوانین حمایتی ویژه زنان تنها وضع کنند.
۷	Linnenschmidt, et al (2011)	پژوهشگران این مطالعه پس از مرور متون و مصاحبه با خبرگان، فاکتورهای مرتبط با اشتغال سالمندان را شناسایی کردند و سپس در کارگاه‌های تحلیل ساختاری فاکتورهای تأثیرگذار شناسایی شد. دو عدم قطعیت کلیدی این پژوهش فعالیت در سطح عملیاتی و سیاسی بودند. با استفاده از این دو عدم قطعیت ۳ سناریو شکل گرفت.
۸	Linda G. Martin, et al (2010)	از جمله روندهای شناسایی شده در این پژوهش شامل: - افزایش سطح آموزش (سبک زندگی بهتر، دسترسی بیشتر به خدمات، استفاده بیشتر از دیوایس‌های کمکی) - کاهش روند مصرف دخانیات (سیگار) - افزایش روند چاقی خصوصاً در زنان و به تبع آن افزایش نیاز به کمک با کاهش ADL - میزان نشانگرهای زیستی با ریسک فاکتور بالا کاهش یافته اما میزان گرفتن دارو افزایش یافته است (به عنوان مثال سطح ریسک کلسترول کاهش خواهد داشت اما داروهای کاهنده‌ی کلسترول روند افزایشی را نشان می‌دهد، همینطور افزایش اساسی در استفاده از استاتین‌ها)
۹	E , et al Broadbent (2009)	این مطالعه نشان می‌دهد که در آینده روبات‌ها قادر خواهند بود بخش زیادی از بار مراقبت را که به دوش افراد خانواده است را برآورده سازند. همچنین مطالعه بیان می‌کند برای اینکه روبات‌های مراقب سالمند مورد پذیرش واقع شوند باید از قابلیت‌هایی مشتمل بر ظاهر مناسب، تشابهات انسانی، ابعاد صورت، اندازه، جنسیت، پرسنالیته و تطابق پذیری برخوردار باشند.
۱۰	Sparrow R, Sparrow L (2006)	این مطالعه با برجسته ساختن نیازهای اجتماعی و عاطفی سالمندان ادعای جایگزینی روبات‌های مراقب سلامت به جای انسان را بسیار کم‌بازده‌تر از آنچه که تبلیغ می‌شود عنوان کردند. این پژوهشگران این جایگزینی را امری غیراخلاقی در تعاملات انسانی تفسیر می‌کنند.
۱۱	Lafortune, Balestat (2007)	یکی از یافته‌های اصلی از این است که شواهد روشنی مبنی بر کاهش ناتوانی در سالمندان پنج کشور (دانمارک، فنلاند، ایتالیا، هلند و ایالات متحده) وجود دارد. سه کشور (بلژیک، ژاپن و سوئد) افزایش نرخ شدید ناتوانی در میان افراد ۶۵ ساله و بالاتر در عرض ده سال گزارش داده‌اند و دو کشور (استرالیا، کانادا) یک نرخ ثابت را نشان داده‌اند. یکی از مفاهیم اصلی حاصل از این مطالعه این است که سیاست‌گذاران بر روی کاهش شیوع ناتوانی شدید در سالمندان و افزایش تقاضا برای مراقبت‌های طولانی مدت محتاط باشند.
۱۲	Robinson K (2007)	از آنجا که زنان محدودیت‌های عملکردی بیشتری نسبت به مردان دارند، تأمین مالی و تدارک مراقبت‌های سلامت و مراقبت طولانی‌مدت ویژه‌ی زنان یک موضوع حیاتی است. همچنین شواهد مرور شده در این مطالعه نشان می‌دهد که زنان سالمند کمتر از مردان شریک یا همسر دارند و بنابراین زنان سالمند بیشتر به مراقبین غیررسمی و رسمی نیاز دارند (به عنوان مثال،

ردیف	نویسندگان (سال)	یافته‌ها و نتیجه‌گیری
		مراقبت در منزل و پرستاری در منزل).
۱۳	EMRO (2006)	این مطالعه با بیان اینکه سالمند شدن جمعیت در کشورهای صنعتی در یک دوره‌ی نسبتاً طولانی و با یک روند تدریجی در وضعیت ثبات اقتصادی، اجتماعی رخ داده است و فرصت لازم برای مطابقت با پدیده سالمندی وجود داشته است در مقابل سرعت پیرشدن جمعیت در کشورهای درحال توسعه را بسیار سریع و نگران کننده قلمداد می‌کند. به همین منظور استراتژی‌های سالمندی سالم و فعال را به کشورهای منطقه را برای مقابله بر پیری جمعیت معرفی می‌کند.
۱۴	Wittenberg R, et al (2006)	نتایج این مطالعه نشان داد که با توجه به افزایش شمار سالمندان ناتوان میزان نیاز به خدمات مراقبت بلندمدت در سال ۲۰۴۱ افزایش خواهد یافت و به دلیل کاهش مراقبین غیررسمی، مسئولیت نگهداری سالمندان از خانواده به موسسات مراقبتی منتقل خواهد شد و متناسب با آن نیروی کار بیشتری نیز مورد نیاز است. از محدودیت‌های این پژوهش عدم توجه به عدم قطعیت‌هایی است که ممکن است پیش‌بینی‌های فوق را تغییر دهد، است.
۱۵	Goldman DP, et al (2005)	این مطالعه برآورد می‌کند که هزینه‌های مراقبت سالمندی به دلیل نوآوری‌های تکنولوژیکی در سال‌های آینده به شدت افزایش خواهد یافت. اما این به این معنی نیست که تکنوژی ارزشمند نباشد. بلکه تکنولوژی بهبودهای شگرفی نیز در پیامدهای سلامت و طولانی کردن عمر بشر نیز خواهد داشت.
۱۶	et al Olivia S. Mitchell, (2004)	این مطالعه نشان می‌دهد که سیستم مراقبت بلندمدت در ژاپن به آن دلیل که تمرکز اصلی‌اش روی مراقبت‌های در خانه و کاهش بستری‌شدن اجتماعی ^۱ می‌باشد و همینطور یکپارچه نمودن فرانشیز و حق بیمه می‌تواند این الگو را برای سایر کشورها جذاب نماید. یکی از چالش‌های مرتبط با این سیستم بحث تمرکز و عدم تمرکز آن در آینده است
۱۷	Kirsten Thomsen (2003)	این مطالعه نشان داد که سه نسل مورد مطالعه از سالمندان نگرش‌ها و دیدگاه‌های کاملاً متفاوتی به جامعه، خود و آینده دارند. همچنین این مطالعه استفاده از دیدگاه‌های افراد را در سیاست‌گذاری برای خودشان مهم تلقی می‌کند.
۱۸	Inayatullah (2003)	سهیل عنایت‌اله در این مطالعه با استفاده از مدل تحلیل علی لایه‌ها و برنامه‌ریزی سناریو، سه سناریو برای آینده سالمندی ترسیم کرده که بهترین سناریوی این پژوهش، ایجاد جامعه‌ای برای همه‌ی سنین است این سناریو با رویکرد انتگرال در آینده‌پژوهی مطابقت دارد.
۱۹	Post, S G (1999)	این مطالعه که با ارزیابی شواهد علمی در خصوص پیشگیری و تاخیر در آلزایمر انجام شده است نشان می‌دهد که موضوعات اخلاقی بسیار مهمی درخصوص استراتژی‌های پیشگیری از آلزایمر وجود دارد. علاوه بر این مطالعه‌ی فوق بعضی راه‌های پیشگیرانه ذیل را پیشنهاد داده است. داروهای مهارکننده کولین استراز، جایگزین‌های استروژن، ژینکو بیلوبا، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی و ویتامین E
۲۰	VR (1999) Fuchs	این مطالعه نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۲۰ مصرف خدمات رشد چشم‌گیری خواهد داشت. این مطالعه نشان می‌دهد که تغییرات دموگرافیکی (سن و جنس)، بیماری‌های مزمن و دژنراتیو، پیشرفت‌های تکنولوژی پزشکی و معرفی فرآورده‌های دارویی جذاب از جمله دلایل افزایش مصرف خدمات است. این مطالعه از یک طرف افزایش مالیات و درآمد پایین سالمندان را عاملی در جهت عدم استفاده از خدمات سلامت عنوان کرده و از طرفی با توجه به سلامت بهتر و افزایش امید به زندگی، افزایش دوره‌ی کار یا اشتغال یا افزایش سن بازنشستگی را برای کاهش هزینه پیشنهاد می‌دهد.

^۱ Social Hospitalization

- موحد، عنایت و زنجری در پژوهشی با عنوان "سالمندی سالم: تحلیل مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت مردان و زنان سالمند" به بررسی مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامت زنان و مردان سالمند و تبیین تفاوت‌های جنسیتی بر اساس مشخصه‌های اجتماعی و جمعیتی پرداختند. در رویکرد سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت، سلامت به‌عنوان شیوه‌ی زندگی و پیشگیری در مقابل درمان مطرح است. نتایج این مقایسه بیانگر تفاوت معنادار بین مردان و زنان سالمند در چهار بعد از شش بعد سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت است. زنان در ابعادی نظیر مسئولیت سلامت و روابط بین فردی و مدیریت استرس و فعالیت جسمانی در مقابل با مردان نمره‌ی بالاتری کسب کردند. به استدلال پژوهشگران بعد از متغیرهای اقتصادی-اجتماعی نظیر تحصیلات، اشتغال و درآمد، جنسیت به‌طور محسوس و معناداری سبک زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به‌طور کلی این مطالعه نشان داد که زنان در رفتارهای پیشگیری نسبت به مردان مسئولیت‌پذیرتر هستند و از آنجایی که زنان نقش پررنگ‌تری در مدیریت و کنترل رفتارهای سایر اعضای خانواده دارند برنامه‌ریزی آموزشی برای توانمندسازی آن‌ها می‌تواند نتایج موثری به دنبال داشته باشد. بنابراین بی‌دلیل نبوده که گفته‌اند اگر ی زن را باسواد کنی جامعه‌ای را باسواد کرده‌ای.

- تحلیل مطالعه: با توجه به اینکه یکی از مولفه‌های بسیار مهم و تاثیرگذار در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و رفاهی جوامع، جنسیت می‌باشد، این مطالعه به‌خوبی تفاوت‌ها را در موضوع مورد بررسی آشکار ساخته است. نقطه ضعف این مطالعه عدم تقسیم سالمندان به گروه‌ها و طبقات همگن می‌باشد به عنوان مثال سالمندان باسواد-بی‌سواد و سالمندان از طبقات مختلف اجتماعی-اقتصادی که جداگانه باید مورد بررسی قرار می‌گرفتند، نگرفتند.

- ایمانی و همکاران در یک مطالعه‌ی مروری با عنوان "سالمندی جمعیت و بار بیماری‌ها"، با بهره‌گیری از نتایج سرشماری کشور، داده‌های جمعیتی سازمان ملل و پایگاه‌های اطلاعاتی تحولات جمعیتی و سیاست‌ای بهداشتی ایران را رصد کرده و پیش‌بینی کرده است که تا سال ۲۰۳۰، بیش از ۵۰٪ انواع سرطان‌ها، ۵۸٪ مبتلایان به دیابت، ۹۵٪ مبتلایان به آلزایمر و انواع دمانس، ۶۲٪ مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، ۲۵٪ مرگ و میرهای ناشی از حوادث و ۳۰٪ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر به سالمندان اختصاص دارد. این مطالعه بیان می‌کند که طی دهه‌های آتی در ایران، سالخوردگی جمعیت و پیشی گرفتن رشد مستمری بگیران نسبت به رشد بیمه‌شدگان، عدم تناسبی بین منابع و مصارف سازمان‌های بیمه ایجاد می‌کند که نگران کننده بوده و نیاز به چاره اندیشی دارد. این مطالعه استفاده از تجارب کشورهای موفق

در حوزه‌ی سالمندی، ارائه‌ی آموزش‌های خودمراقبتی و سبک زندگی سالم، اجرای طرح‌های غربالگری و تشخیص‌های زودهنگام را تلاشی در جهت کاهش بار تحمیلی به نظام سلامت عنوان می‌کند.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه بار بیماری‌های سالمندان در دنیا را پیش‌بینی کرده است، هرچندکه الگوی بار بیماری‌های سالمندان در سراسر جهان تاحدودی مشابه می‌باشد اما بهتر بود باریبماری‌های سالمندان در ایران که به دلیل شرایط زمینه‌ای ممکن است با الگوی جهانی متفاوت باشد پرداخته می‌شد.

- پوررضا و همکاران در یک مقاله‌ی مروری با عنوان "بیمه‌ی سلامت و جمعیت سالمندی" عنوان کردند که با پیر شدن جمعیت و به تبع آن شیوع بیماری‌های مزمن و استفاده بیش از حد از خدمات مراقبتی، فشار زیادی بر نظام سلامت و تامین اجتماعی وارد خواهد شد که به این منظور کشورهای توسعه‌یافته که پیش‌تر سالمندشدن جمعیت را تجربه کرده‌اند طرح‌هایی جهت مدیریت و کنترل هزینه‌ها ارائه داده‌اند که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به برنامه‌های بیمه‌ای سلامت سالمندان در کشور امریکا با عنوان مدیکیر، الدرشیلد در سنگاپور، بیمه‌ی مراقبت‌های تسکینی در استرالیا و بیمه‌ی مراقبت‌های طولانی‌مدت در ژاپن نام برد. هر کدام از طرح‌های فوق بخش یا تمام مراقبت‌های مورد نیاز سالمندان را ارائه می‌دهند. از آنجا که بیمه‌گران همواره به دنبال کاهش انتخاب معکوس و بار مالی مضاعف به صندوق‌های خود هستند طرح‌های بیمه‌ای که در آن تمامی افراد تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند مورد استقبال‌شان است و کشورهای فوق با تعریف طرح‌های بیمه‌ای مختص سالمندان توانسته‌اند ریسک مربوط به انتخاب معکوس را تقلیل دهند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که استفاده از برنامه‌های بیمه‌ای فوق علاوه برای پوشش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سالمندان، رفاه فیزیکی، عاطفی و اجتماعی آن‌ها را نیز به دنبال دارد.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه طرح‌های بیمه‌ای که کشورهای توسعه یافته برای مدیریت جمعیت سالمندی خود اجرا کرده‌اند را نشان می‌دهد. مطالعه‌ی فوق تنها به شرح ویژگی‌های این طرح‌های بیمه‌ای پرداخته است و چالش‌های پیش‌روی آن‌ها را مورد بررسی قرار نداده است در حالیکه ذکر نقاط قوت به‌همراه چالش‌ها می‌تواند تصویری روشن‌تری را ارائه دهد.

- مطلق و همکاران در سال ۹۲ پروژه‌ی ارزیابی سلامت و رفاه سالمندان را تحت عنوان "سیمای سلامت سالمندان" در ۵ استان البرز، آذربایجان شرقی، خراسان شمالی، خوزستان و سیستان و بلوچستان که بالغ بر ۸۳۵ هزار نفر سالمند بالای ۶۰ سال داشتند انجام دادند. ارزیابی سلامت سالمندان در این پروژه براساس ابزار ارزیابی جامع سالمندی و ابزار پروفایل اجتماعی، اقتصادی صورت گرفت. مولفه‌های مورد سنجش در این پیمایش عبارت بودند از: اطلاعات عمومی، دموگرافیکی و معیشتی، وضعیت عمومی سلامت، سلامت جسمانی، سلامت روانی، وضعیت تغذیه، ورزش و فعالیت‌های اجتماعی، وابستگی کارکردی،

استفاده از خدمات و مراقبت‌های سالمندی، همراهان و مراقبین سالمندان بودند که هر کدام از مولفه‌های فوق از تعداد زیادی گویه تشکیل شده است.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه از لحاظ متدولوژیکی شفاف نیست، مبنای انتخاب ۵ استان فوق مشخص نشده است، مطالعه در قالب یک کتاب ۲۰۰ صفحه‌ای منتشر شده است که خلاصه‌ی اجرایی و چکیده‌ی نتایج را ندارد و نتایج آن به طور رسمی در هیچ‌کجا منتشر نشده است. فقط تعدادی جلد کتاب در اختیار معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی گذارده شده است.

- کنعانی و حسینی در مطالعه‌ای با عنوان "انفجار سالمندان و نیازهای بهداشتی- درمانی: داشته‌ها و بایسته‌های ایران تا سال ۱۴۳۰" با اتکا به پیش‌بینی‌های سال ۲۰۰۶ سازمان ملل و نظریه‌ی دیوید فوت، سه نمونه از نیازهای پزشکی کل سالمندان را در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۳۰ در سه حیطه‌ی مراکز درمانی، پرسنل مراقبتی، بیمه‌ها و تجهیزات درمانی، محاسبه کرده است. یافته‌های مطالعه نشان داد که در مورد مراکز درمانی، تا سال ۱۴۳۰ به سه برابر تخت‌های بیمارستانی، پنج برابر مراکز فیزیوتراپی و چهار برابر آزمایشگاه‌های موجود در ایران، نیاز خواهد بود. در محور پرسنل مراقبتی، تا سال ۱۴۳۰، ایران به تربیت سالیانه چند صد متخصص طب سالمندی، هزاران میلیارد ریال برای درمان فقط سالمندان دیابتی و بخشی بزرگ از بودجه جاری برای آموزش پیشگیرانه نیاز خواهد داشت. مقایسه نیازهای پیش‌بینی شده با امکانات فعلی نشان می‌دهد که نظام سلامت ایران آماده مدیریت این نیازها نبوده و برنامه‌ریزی سریع برای پیش‌بینی و تأمین این نیازها، در کنار بهره‌گیری از راه‌های پیشگیری و استفاده از تجارب کشورهای دیگر، امری الزامی است.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه تنها بر مبنای روندهای گذشته اقدام به پیش‌بینی آینده کرده است و سایر عوامل اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و تکنولوژیک موثر بر آن را نایده گرفته است.

- حقدوست و همکاران در مطالعه‌ی بار بیماری‌ها در جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ که در سال ۱۳۹۰ انجام دادند، منظور از بار بیماری در این مطالعه؛ عبارتست از یک سال عمری که می‌باید با سلامت سپری شود ولی یا به علت ناتوانی ناشی از ابتلاء به بیماری و معلولیت و یا به علت مرگ زود هنگام از دست رفته است. در این مطالعه بار بیماری‌ها براساس دو شاخص مرگ‌ومیر زودرس و ناتوانی تحمیل شده به جامعه محاسبه شده است. در این مطالعه بیشترین بار بیماری متعلق به سنین ۸۰ سال به بالا با میزان ۳۶٪ سپس رنج سنی ۷۰ تا ۷۹ سال با میزان ۲۱٫۴٪ است. در این مطالعه بار بیماری‌ها در سنین ۴۵-۵۹ سال بیش از بار بیماری در سنین ۶۰ تا ۶۹ سال است. نتایج بدست‌آمده نشان می‌دهد که بیشترین سال‌های از دست رفته زندگی سالم در سال ۱۴۰۴ به ترتیب محصول بیماری‌های غیرواگیردار، آسیب‌ها و جراحات و ایدز خواهد بود.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه یک مطالعه‌ی کمی بر مبنای پیش‌بینی روند تغییرات کل بار بیماری است که در آن مقادیر بار بیماری سال ۱۳۸۲ به عنوان مقادیر پایه در مدل وارد شده‌اند. این مطالعه از آن جهت که عدم قطعیت‌ها در آن نادیده‌انگاشته شده است و از نقطه نظرات خبرگان و روش‌های کیفی استفاده نکرده است با محدودیت روبرو است.

- خسروی و همکاران با توجه به ضرورت داشتن اطلاعات به‌موقع، مداوم و معتبر درباره‌ی سطح و روند مرگ و میر و علل آن در جامعه برای اولویت‌بندی برنامه‌های سلامت، اقدام به طراحی مطالعه‌ی "سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور" در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نمودند. منبع اطلاعاتی گزارش فوق که برای برآورد مرگ و میر و به عنوان "استاندارد طلایی" تلقی می‌شود، نظام کشوری ثبت وقایع حیاتی بود که در ۲۹ استان کشور نظام ثبت و طبقه‌بندی علل مرگ و میر در حال اجرا می‌باشد. بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نظام ثبت و طبقه‌بندی علل مرگ این گزارش در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تدوین و منتشر گردید، بر اساس این گزارش ده علت اصلی مرگ و میر در سالمندان بالای ۶۰ سال در ۲۹ استان کشور به ترتیب زیر استخراج گردید.

- سکته‌ی قلبی
- سکته‌ی مغزی
- بیماری‌های قلبی ناشی از فشارخون
- دیابت
- بیماری‌های مزمن ریه و برونش
- سرطان معده
- نارسایی کلیه
- بیماری‌های عروق کرونر
- پنومونی
- حوادث و سوانح

- تحلیل مطالعه: بررسی این مطالعه نشان می‌دهد که نظام ثبت اطلاعات مرگ و میر به صورت دستی و بدون تعاریف استاندارد یکسان برای همه‌ی استان‌ها صورت می‌گیرد و همین امر باعث شده است که اطلاعات با وقفه‌ی زمانی پس از ثبت منتشر گردند. لذا طراحی یک نرم‌افزار جمع‌آوری و ارزیابی داده‌های مرگ و میر ضروری می‌نماید.

- پورجعفر و همکاران در پژوهشی با عنوان "ارائه‌ی انگاره‌های محیطی موثر بر شکل‌گیری فضاهای مشوق سالمندی موفق"، از آنجایی که بسیاری از معیارهای سالمندی موفق و زندگی فعال سالمندی، چون بهبود کیفیت ادراک از زندگی و محیط عینی در ارتباط با فضاهای عمومی شهری و انگاره‌های محیطی می‌باشد، تحقیق فوق را در شهر شیراز انجام داده است تا ببیند تا چه حد فضاهای عمومی شهر شیراز امکان فعالیت سالمندان را مهیا می‌کند. پژوهشگران فوق ابتدا با مرور متون و منابع اقدام به طرح سؤالاتی در خصوص کیفیت و چگونگی فضاهای عمومی واجدالشرایط حضور و مشارکت و برقراری تعاملات اجتماعی از

دید سالمندان کردند. انگاره‌های محیطی همچون: راه‌یابی و دسترسی، ایمنی و امنیت، آسایش، پویایی و جذابیت، هم‌آوایی با طبیعت، رمزگرایی و ابهام، هویت، آزادی، رویدادپذیری، بوم‌گرایی، وحدت، نظم و خاطره‌ی ذهنی از یافته‌های این پژوهش مبنی بر معیارهای حضور سالمند در جامعه بود. پژوهشگران بکارگیری انگاره‌های فوق را در طراحی و بهسازی فضاهای شهری، زمینه‌ساز حضور و مشارکت هر چه بیشتر سالمندان و راهی برای دستیابی به سالمندی موفق عنوان می‌کنند.

- تحلیل مطالعه: این پژوهش از آن جهت که از نظر سالمندان استفاده کرده است بسیار ارزشمند است زیرا در بسیاری از تحقیقات مرتبط با سالمندی، خود سالمندان به‌عنوان ذی‌نفعان اصلی مورد توجه قرار نمی‌گیرند. بکارگیری رویکرد ترکیبی مصاحبه و پرسشنامه که به غنای داده‌های پژوهش می‌افزاید نقطه قوت بعدی این مطالعه است.

- قیصریان در پژوهشی با عنوان "بررسی ابعاد اجتماعی-اقتصادی سالمندی جمعیت ایران" از طریق تحلیل اسناد و مرور متون و منابع کتابخانه‌ای سعی در شناساندن جنبه‌های مختلف پدیده‌ی سالمندی داشته است. آمارهای این مطالعه مربوط به آمارهای سازمان ملل و سرشماری سال ۸۵ کشور است. نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت اقتصادی سالمندان از شرایط مساعدی برخوردار نیست و به دلیل عدم کفایت حقوق بازنشستگی و مستمری در رفع نیازهای اولیه‌ی زندگی، اکثریت سالمندان پس از پایان خدمت ۳۰ ساله مجبورند مجدداً کار یا فعالیت جدیدی را شروع کنند. درخصوص وضعیت سواد در سالمندان نیز آمارها نشان می‌دهد که ۶۵٪ درصد سالمندان شهری و ۸۸٪ سالمندان روستایی بی‌سواد هستند. نتایج این مطالعه در خصوص وضعیت اشتغال سالمندان نشان داد که میزان اشتغال سالمندان در سال ۸۵ نسبت به ۲۰ سال گذشته ۲۲٪ کاهش داشته است. بررسی وضعیت زناشویی سالمندان نیز نشان داد که درصد زنان سالمند بی‌همسر بیشتر از مردان بی‌همسر است. بالا بودن امید به زندگی و پایین‌تر بودن شانس ازدواج در سالمندی از دلایل این امر بوده است. نتایج کلی این مطالعه نشان می‌دهد که جمعیت ایران از لحاظ ساختاری در مرحله‌ی میانسالی (رو به سالخوردگی) است و شرایط فعلی به دلیل پنجره فرصت جوانی جمعیت فرصت ایده‌آلی برای پیشرفت و توسعه است.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه از آن جهت که اطلاعات کلی در خصوص وضعیت سالمندان کشور ارائه می‌دهد می‌تواند مبنای مناسبی برای برخی تصمیم‌گیری‌ها باشد.

- راسل و اردلان در یک مقاله‌ی مروری با عنوان "آینده‌ی سالمندی و هزینه‌ی خدمات سلامت: هشدار برای نظام سلامت"، به موضوع افزایش جمعیت سالمندی و افزایش هزینه‌های خدمات سلامت ناشی از آن در مقایسه با سایر گروه‌های سنی پرداخته است و بر اساس روش‌های پیش‌بینی تخمین زده است که در صورت ثابت بودن سایر متغیرها (مانند تورم، رشد تکنولوژی، نوع بیماری‌ها، انتظارات مشتریان)، هزینه‌ی سرانه‌ی سلامت تا سال ۲۰۲۵ به میزان ۲٫۵٪ رشد خواهد کرد. این مطالعه در پایان به تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری هر چه سریع‌تر در خصوص سالمندی جمعیت گزینه‌های را ارائه داده است.

- مطیع حق شناس در مطالعه‌ای با عنوان "ارزیابی سیاست‌های اجتماعی-جمعیتی سالمندی فعال در ایران و چالش‌های فرارو"، نشان داد که در ایران، برای حمایت از سالمندان برنامه‌ای منسجم و هدفمند وجود ندارد و حتی بین سازمان‌های متولی امور سالمندی هیچ‌گونه هماهنگی وجود ندارد و سازمان‌های فوق حرکتی در یک جهت که از برنامه‌های هم‌دیگر حمایت کنند ندارند. علاوه بر این هیچ برنامه‌ی جامع و بلندمدتی برای ساماندهی جمعیت سالمندان وجود ندارد و اغلب سیاست‌ها و برنامه‌های موجود معطوف به سالمندان نیازمند و آسیب‌پذیر بوده است. بطور کلی در زمینه‌ی مسائل سالمندان ضعف شدید سیاست‌های اجتماعی وجود دارد.
- تحلیل مطالعه: این مطالعه برخلاف عنوان آن، تحلیل جامعی از سیاست‌های سالمندی در ایران ارائه نداده است و تمرکز اصلی مطالعه را بر تحولات جمعیتی و شاخص‌های سالخوردگی و ویژگی‌های سالمندی فعال سازمان جهانی بهداشت معطوف کرده است.
- دارایی و همکاران در پژوهشی با عنوان "پیامدهای اقتصادی-اجتماعی سالخوردگی جمعیت در ایران" با استفاده از نتایج پیش‌بینی‌های سال ۲۰۰۸ سازمان ملل متحد به بررسی ساختار سنی ایران در طی دوره‌ی زمانی ۱۳۳۰ تا ۱۴۳۰ پرداخته است و با استفاده از معیارهای شرایک و سیگل به مرحله‌بندی گذار سالخوردگی در ایران پرداخته است. براساس نتایج به‌دست آمده گذار ساختار سنی ایران به سه دوره‌ی (۱) دوره‌ی زمانی قبل از ۱۳۸۰، مرحله‌ی جوانی جمعیت، (۲) دوره‌ی زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۴۲۵، مرحله‌ی گذار از جوانی به سالخوردگی و مرحله‌ی (۳) دوره‌ی زمانی بعد از ۱۴۲۵، مرحله‌ی سالخوردگی جمعیت. از نکات برجسته‌ی این پژوهش تورم سالخوردگی جمعیت از سال ۱۴۰۰ به بعد می‌باشد. بر این اساس در سال ۱۴۳۰ در ایران ۲۷ میلیون نفر جمعیت بالای ۶۰ سال خواهد داشت که اقتصاد و نفا سلامت ما باید خود را برای ۲۷ میلیون نفر جمعیت بالای ۶۰ سال آماده کند جمعیتی که به لحاظ وضعیت بهداشتی بیشتر مبتلا به یک یا چند بیماری مزمن هستند. این مطالعه پیشنهاد یک نظام تامین اجتماعی قوی یا یک بیمه‌ی مراقبتی به سالمندان را می‌دهد.
- تحلیل مطالعه: این مطالعه یک مطالعه‌ی اسنادی براساس پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد می‌باشد که پژوهشگران بر اساس آن چالش‌های پیش‌روی سالخوردگی جمعیت را به تصویر کشیده‌اند با توجه به اینکه چالش نظام مراقبت سالمندی از درجه‌ی اهمیت بالایی برخوردار است این مطالعه اشاره بسیار ضعیفی به این مسئله‌ی مهم داشته است.
- در مطالعه‌ای که توسط خیاط فراهانی و همکاران تحت عنوان "بررسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان ایران: ارائه الگو ۱۳۸۴" انجام شده، بیان شده است که با توجه به جمعیت رو به افزایش سالمندان، مشکلات بهداشتی و روحی و روانی و بیماری‌های مزمن این گروه، یکی از چالش‌های عمده وزارت بهداشت و درمان خواهد بود. در این پژوهش که با هدف بررسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان صورت گرفته است با انجام یک مطالعه تطبیقی و توصیفی ابتدا وضعیت

مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای منتخب مورد بررسی قرار گرفته و سپس الگویی برای ایران طراحی شده است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کلان در کشورهای منتخب توسط وزارت سلامت و رفاه صورت گرفته و این وزارتخانه متولی امر سلامت سالمندان می‌باشد. در وزارت سلامت بیشتر کشورها واحدی به نام دفتر سلامت سالمندان وجود داشته، یا شهرداری‌ها مسئولیت ارائه خدمات مراقبت به سالمندان را بر عهده دارند. خدمات ارائه شده به سالمندان در سه سطح در انواع مختلف می‌باشد. تامین مالی نظام خدمات درمانی سالمندان از طریق مالیات و مشارکت سالمندان (پرداخت از جیب و انواع بیمه‌ها) صورت گرفته و بطور معمول خدمات سطح اول پیشگیری رایگان ارائه می‌گردد. شرط برخورداری از خدمات سن بالاتر از ۶۵ بوده و این تحقیق پیشنهاد می‌نماید که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با وزارت رفاه و تامین اجتماعی ادغام شده و شورای ملی سالمندان زیر نظر این وزارتخانه جدید سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کلان تمامی امور سالمندان را بر عهده داشته و تامین مالی خدمات ترکیبی از مالیات و پرداخت توسط فرد (بیمه‌ها و پرداخت از جیب) باشد. این تحقیق همچنین پیشنهاد می‌کند که نظارت بر واحدهای ارائه‌کننده خدمات توسط نمایندگان دولت، بیمه‌ها، مصرف‌کنندگان و ارائه‌کنندگان خدمات صورت گیرد.

- تحلیل مطالعه: این مطالعه صرف‌نظر از زمان انجام آن به نوعی به موضوع سیاست‌گذاری سلامت سالمندان مربوط می‌باشد. بررسی تطبیقی سیاست‌گذاری و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در بین کشورهای منتخب زمانی کاربرد مفیدی پیدا خواهد نمود که این کشورها از نظر هرم جمعیتی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تقریباً شرایط مشابهی را داشته باشند. در این تحقیق به نظر می‌رسد که کشورهای منتخب از این منظر تشابهی با شرایط کشورمان را ندارند. به هر حال این پژوهش در نوع خود تلاش مناسبی برای تبیین وضعیت سیاست‌گذاری سلامت سالمندان در زمان انجام آن بوده و در برخی راهکارهای مناسب را نیز ارائه نموده است.

جدول ۲-۲۵- مشخصات کلی مطالعات داخلی

ردیف	نویسندگان (سال)	عنوان مقاله	روش مطالعه	هدف مطالعه
۱	موحد، عنایت (۱۳۹۴) (۱۶۸)	سالمندی سالم؛ تحلیل مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقاءدهنده‌ی سلامت مردان و زنان سالمند	کمی	شناسایی تفاوت‌های سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت زنان و مردان سالمند
۲	ایمانی و همکاران (۱۳۹۴) (۱۶۹)	سالمندی جمعیت و بار بیماری‌ها	مروری	بررسی تحولات جمعیتی و پیش‌بینی باربیماری‌ها تا سال ۲۰۳۰
۳	پوررضا و همکاران (۱۳۹۳)	بیمه‌ی سلامت و جمعیت سالمندی	مروری	ضرورت پوشش بیمه‌ی مراقبتی برای

ردیف	نویسندگان (سال)	عنوان مقاله	روش مطالعه	هدف مطالعه
	(۱۴۳)			سالمندان
۴	مطلق و همکاران (۱۳۹۲)	سیمای سلامت سالمندان	کمی	ارزیابی سلامت و رفاه سالمندان در ۵ استان
۵	مطیع حق شناس (۱۳۹۲) (۱۷۰)	ارزیابی سیاست‌های اجتماعی-جمعیتی سالمندی فعال در ایران و چالش‌های فرارو	ترکیبی	بررسی برنامه‌ی سالمندی فعال سازمان جهانی بهداشت با سیاست‌های کشور
۶	خسروی و همکاران (۱۳۹۱) (۶)	سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور	کمی	به روز رسانی علل مرگ و میر به منظور اولویت‌بندی سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت
۷	دارابی و همکاران (۱۳۹۱) (۱۷۱)	پیامدهای اقتصادی-اجتماعی سالخوردگی جمعیت در ایران (۱۳۳۰ تا ۱۴۳۰)	اسنادی	این بررسی با استفاده از نتایج پیش‌بینی جمعیت سال ۲۰۰۸ سازمان ملل به بررسی وضعیت ساختار سنی ایران در طی دوره‌ی زمانی ۱۳۳۰ تا ۱۴۳۰ پرداخته و با استفاده از معیارهای شرایاک و سیگل به مرحله‌بندی گذار سالخوردگی در ایران پرداخته است.
۸	حقدوست و همکاران (۱۳۹۰) (۲۸)	مدل‌سازی بار بیماری‌های کشور در افق ۱۴۰۴	کمی (مدل-سازی)	محاسبه‌ی بیشترین بار بیماری‌ها
۹	کنعانی، حسینی (۱۳۹۰) (۱۷۲)	انفجار سالمندان و نیازهای بهداشتی-درمانی: داشته‌ها و بایسته‌های ایران تا سال ۱۴۳۰	مروری	این مقاله به‌منظور نمایش گستردگی و حدت مشکلات سالمندی ایران در سال ۱۴۳۰ و پیشنهاد راهکارهای مناسب برای مقابله با آن تدوین شده است.
۱۰	پورجعفر و همکاران (۱۳۸۹) (۱۷۳)	ارائه‌ی انگاره‌های محیطی موثر بر شکل‌گیری فضاهای مشوق سالمندی موفق	ترکیبی (کمی و کیفی)	ارائه‌ی انگاره‌های محیطی که بر میزان حضور و مشارکت سالمند در فضاهای شهری تاثیرگذار است.
۱۱	قصیریان (۱۳۸۸) (۱۷۴)	بررسی ابعاد اجتماعی، اقتصادی پدیده سالمندی در ایران	مروری	بررسی ابعاد اجتماعی و اقتصادی سالمندی
۱۲	راسل و اردلان (۱۳۸۶) (۱۷۵)	آینده‌ی سالمندی و هزینه‌ی خدمات سلامت: هشدار برای نظام سلامت	مروری	هشدار به سیاست‌گذاران در خصوص رشد هزینه‌های نظام سلامت در آینده
۱۳	خیاط فراهانی و همکاران (۱۳۸۴)	بررسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان ایران	تطبیقی-توصیفی	بررسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان ایران

جدول ۲۶-۲- یافته‌ها و نتایج مطالعات داخل

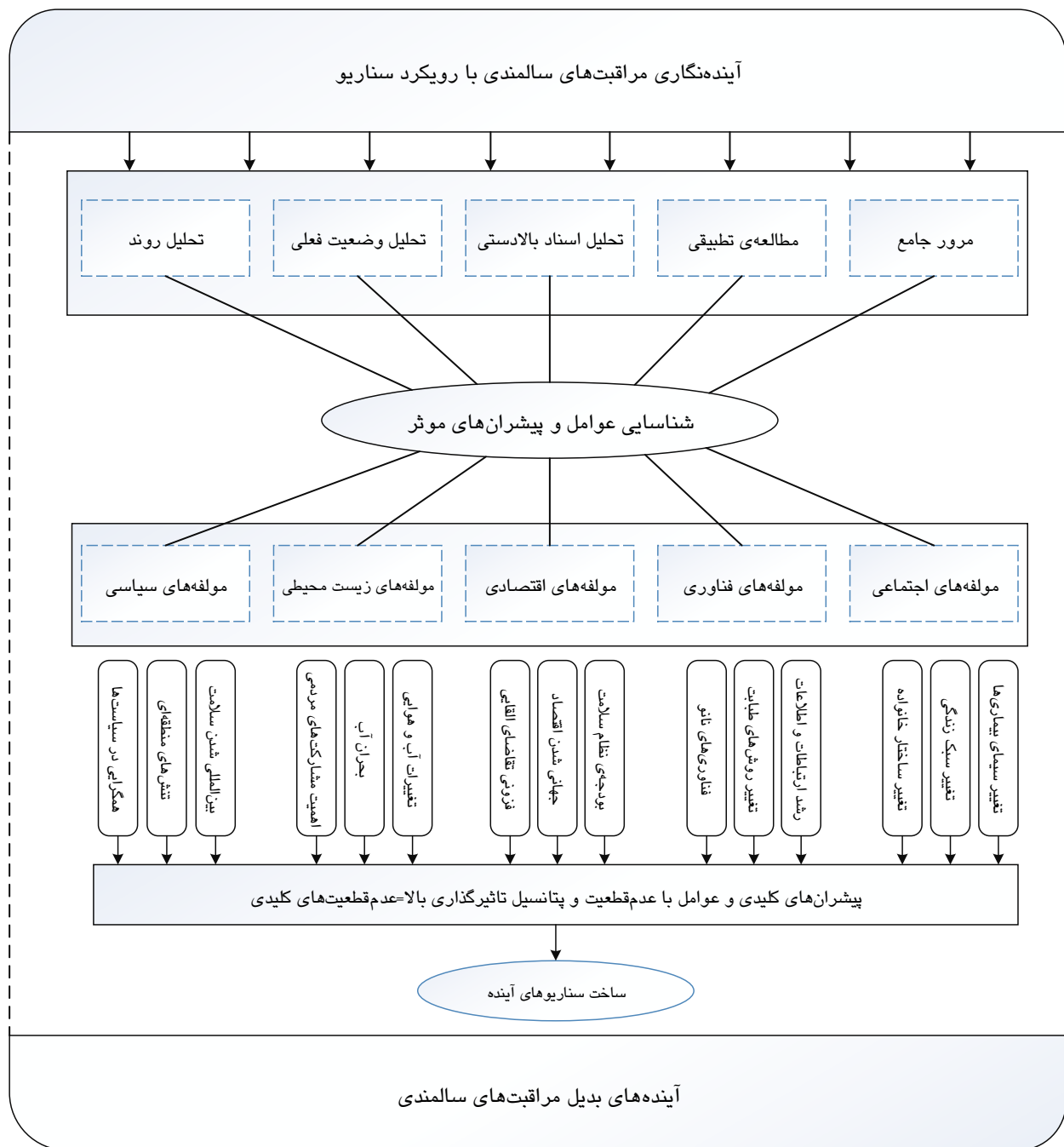
ردیف	نویسندگان (سال)	یافته‌ها و نتیجه‌گیری
۱	موحد، عنایت (۱۳۹۴)	نتایج این تحقیق بیانگر تفاوت معنادار بین مردان و زنان سالمند در چهار بعد از شش بعد سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت است. بنابراین جنسیت به‌طور معناداری سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

ردیف	نویسندگان (سال)	یافته‌ها و نتیجه‌گیری
۲	ایمانی و همکاران (۱۳۹۴)	این مطالعه افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر و به تبع آن افزایش هزینه‌های نظام سلامت را پیش‌بینی کرده است.
۳	پوررضا و همکاران (۱۳۹۳)	سالمندشدن جمعیت، رشد بیماری‌های مزمن را در پی دارد و می‌تواند هزینه‌های مالی سنگینی بر آنها تحمیل کند. استفاده از برنامه‌های بیمه‌ای برای پوشش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سالمندان یکی از روش‌هایی است که می‌توان به آن اتکا کرد، به‌طوری که برنامه‌های بیمه‌ای مشخص می‌تواند رفاه فیزیکی، عاطفی به خصوص اقتصادی سالمندان را افزایش دهد.
۴	مطلق و همکاران (۱۳۹۲)	این بررسی کشوری تحلیلی از وضعیت اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی سالمندان در ۵ استان کشور ارائه می‌دهد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد نیاز به خدمات مراقبت اجتماعی در سالمندان بیش از سایر نیازهاست و لزوم گردآوری اطلاعات از نیازهای سالمندان و مداخلات متناسب با آن به هزینه-اثربخشی برنامه‌ها منتج می‌گردد.
۵	مطیع حق‌شناس (۱۳۹۲)	رشد جمعیت سالمندی در ایران، وضع قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی جدید را طلب می‌کند. بهره‌گیری از سیاست‌های سازمان جهانی بهداشت و وارد کردن اهداف آن به سیاست‌های کشوری نیز اجتناب‌ناپذیر است.
۶	دارابی و همکاران (۱۳۹۱)	براساس نتایج این پژوهش گذار ساختار سنی ایران به سه دوره‌ی ۱) دوره‌ی زمانی قبل از ۱۳۸۰، مرحله‌ی جوانی جمعیت، ۲) دوره‌ی زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۴۲۵، مرحله‌ی گذار از جوانی به سالخوردگی و مرحله‌ی ۳) دوره‌ی زمانی بعد از ۱۴۲۵، مرحله‌ی سالخوردگی جمعیت. از نکات برجسته‌ی این پژوهش تورم سالخوردگی جمعیت از سال ۱۴۰۰ به بعد می‌باشد. بر این اساس در سال ۱۴۳۰ در ایران ۲۷ میلیون نفر جمعیت بالای ۶۰ سال وجود دارد که لزوم آمادگی و برنامه‌ریزی را خاطرنشان می‌کند.
۷	خسروی و همکاران (۱۳۹۱)	در این مطالعه ده علل اصلی مرگ و میر در سالمندان بالای ۶۰ سال به ترتیب عبارتند از: سکته قلبی، سکته مغزی، بیماری‌های قلبی ناشی از فشارخون، دیابت، بیماری‌های مزمن ریه و برونش، سرطان معده، نارسایی کلیه، بیماری‌های عروق کرونر، پنومونی، حوادث و سوانح
۸	حقدوست و همکاران (۱۳۹۰)	براساس مطالعه‌ی فوق بیشترین بار بیماری به ترتیب منتسب به بیماری‌های غیرواگیر، آسیب‌ها و جراحات و ایدز ست. در این مطالعه نشان داده شد که ۷۰٪ کل سال‌های از دست رفته‌ی زندگی سالم در سال ۱۴۰۴ به دلیل بیماری‌های غیرواگیر خواهد بود. ۲۵٪ سال‌های از دست رفته مربوط به آسیب‌ها و جراحات و ۱٫۵٪ عامل از دست رفتن زندگی سالم در سال ۱۴۰۴ به دلیل بیماری ایدز خواهد بود. در این مطالعه مشخص شد که دلیل اول بیماری‌های غیرواگیر تغییرات دموگرافیک و سالمند شدن جامعه است و دلیل فزونی ایدز، تغییرات اپیدمیولوژیک خواهد بود که این دو گروه از بیماری‌ها نیازمند توجه خاص از طرف مسئولین است.
۹	کنعانی، حسینی (۱۳۹۰)	یافته‌های این مطالعه موید این است که تا سال ۱۴۳۰ به سه برابر تخت‌های بیمارستانی موجود، پنج برابر مراکز فیزیوتراپی و چهار برابر آزمایشگاه‌های موجود در ایران، نیاز خواهد بود. همچنین تا سال ۱۴۳۰ ایران به تربیت سالیانه چند صد متخصص طب سالمندی نیاز دارد. مقایسه نیازهای پیش‌بینی شده با امکانات فعلی نشان می‌دهند که نظام سلامت ایران آماده مدیریت این نیازها نبوده و برنامه‌ریزی سریع برای پیش‌بینی و تامین این نیازها، در کنار بهره‌گیری از راه‌های پیشگیری‌کننده و تجارب سایر کشورها امری الزامی است.
۱۰	پورجعفر و همکاران (۱۳۸۹)	حضور و مشارکت سالمندان در جامعه به انگاره‌های محیطی همچون: دسترسی راحت به فضاها، پاکیزگی و عدم آلودگی، فضاهای مطابق با سنت‌ها، مبلمان مناسب، رنگ و مصالح هماهنگ با محیط، وقوع کم جرم و جنایت، بروز رویدادهای فرهنگی بستگی دارد. این مطالعه شناخت و درک نیازهای سالمندان و تلاش در جهت پاسخگویی به آن‌ها را در دستیابی به اهداف سالمندی موفق موثر قلمداد می‌کند.
۱۱	قصیریان (۱۳۸۸)	براساس نتایج به‌دست آمده می‌توان گذار ساختار سنی ایران را به سه دوره تقسیم کرد: ۱- دوره‌ی زمانی قبل از ۱۳۸۰، جوانی جمعیت، ۲- دوره‌ی زمانی بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۴۲۵، مرحله‌ی گذار از جوانی به سالخوردگی و ۳- دوره‌ی زمانی بعد از ۱۴۲۵، مرحله‌ی سالخوردگی جمعیت. یکی از نکته‌هایی را که می‌توان در مورد روند سالخوردگی در ایران ذکر کرد، فشردگی سالخوردگی، سریع بودن رشد سالخوردگان در جمعیت به ویژه از سال ۱۴۰۰ به بعد می‌باشد. به طوری‌که

ردیف	نویسندگان (سال)	یافته‌ها و نتیجه‌گیری
		جمعیت ۶۵ ساله به بالای ایران در طی دوره‌ی مورد نظر از ۹۰۳ هزار نفر به ۱۹ میلیون نفر می‌رسد. اگر بر مبنای سن بازنشستگی به قضیه نگاه شود، می‌توان گفت که در سال ۱۴۳۰ در کشور حدود ۲۷ میلیون نفر جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر وجود دارد. در واقع اقتصاد کشور باید خود را برای تامین اجتماعی (بیمه و بازنشستگی) و مراقبت‌های بهداشتی جمعیت ۲۷ میلیون نفری آماده سازد.
۱۲	راسل و اردلان (۱۳۸۶)	این مطالعه بیان می‌کند که ایران در گذشته با بار اقتصادی بیماری‌های واگیر و عفونی روبرو بوده و فعالیت‌های بخش‌های سلامت به پیشگیری، درمان و بازتوانی عوارض ناشی از اینگونه بیماری‌ها معطوف بوده است. در دهه‌ی حاضر با بروز پدیده‌ی اپیدمیولوژیک بار اقتصادی بیماری‌های غیرواگیر و مزمن روبروست و مسئله به همین جا ختم نشده و در آینده‌ای نزدیک بار اقتصادی بیماری‌ها بر سالمندی جمعیت و عوارض ناشی از آن معطوف خواهد بود. این مطالعه، افزایش ۲٫۵٪ سرانه سلامت تا سال ۲۰۵۰ را پیش‌بینی نموده است.
۱۳	خیاط فراهانی و همکاران (۱۳۸۴)	این پژوهش پس از بررسی کشورهای مورد مطالعه، پیشنهاد ادغام دو وزارتخانه‌ی بهداشت و رفاه را داده است تا بدین طریق ناهماهنگی‌های موجود در این دو نهاد به حداقل برسد و شورای ملی سالمندان زیر مجموعه این وزارتخانه‌ی جدید فعالیت کند.

۲-۴۰ چارچوب مفهومی مطالعه

در این پژوهش جهت نیل به آینده‌های بدیل مراقبت سالمندی، گام‌های زیر برداشته شد.



شکل ۲-۲۲- چارچوب مفهومی مطالعه

۴۱-۲ وجه تمایز پژوهش

وجه تمایز این پژوهش از دو جهت قابل تبیین است:

۱- علیرغم اینکه علم و هنر آینده‌نگاری از سال‌ها پیش در حوزه‌ی سلامت جای خود را باز کرده است اما برای رسیدن به گفتمان غالب راه زیادی را در پیش دارد و هنوز پژوهش‌های چندانی که بتواند نقشه‌ی راه آینده نظام سلامت باشد در صورت نگرفته است.

۲- این پژوهش از آن‌جهت که تمام پژوهش‌های انجام شده در حوزه‌ی سالمندان معطوف به مسائل گذشته و جاری سالمندان است و نگاه آینده‌نگرانه در آن‌ها ملحوظ نشده است می‌تواند نوآورانه باشد.

۳- این پژوهش از آن‌جهت که آینده‌های باورپذیر، محتمل و مطلوب را نمایان می‌سازد و از ترکیب روش‌های اکتشافی و هنجاری جهت نمایان ساختن آینده‌های مراقبت سالمندی استفاده کرده است و تنها به روندهای تاریخی اکتفا نکرده است، بدیع و نوآورانه است.

فصل سوم

روش پژوهش



۱-۳ مقدمه

تغییرات روزافزون اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی مدیران و سیاست‌گذاران را مجبور می‌کند که با سرعت فزاینده‌ای بیاموزند، که چگونه خود را با تغییرات گفته شده وفق دهند. چراکه بسیاری از مسائل و مشکلاتی که امروزه با آنها روبه‌رو می‌شویم آثار جانبی پیش‌بینی نشده اقدامات درگذشته است. بنابراین برای تصمیم‌گیری و یادگیری مؤثر در جهانی که پیچیدگی‌های پویای آن، پیوسته در حال افزایش است، لازم است که رویکردی آینده‌نگر داشته باشیم تا بتوانیم مرزهای مدل‌های ذهنی خود را توسعه داده و با درک سریع متغیرهای محیطی و پیش‌بینی تهدیدات و فرصت‌ها، آمادگی لازم برای مواجهه با آینده را کسب کنیم (۱۷۶). یکی از روش‌های آینده‌نگاری که می‌تواند ما را به ترسیم و تصور آینده نائل کند، سناریو است. سناریو پیش‌بینی تنها یک آینده‌ی واحد نیست بلکه توصیف همه‌ی احتمالات ممکن آینده بر اساس مذاقه‌ی دقیق و عمیق گذشته، حال و آینده در خصوص موضوع مورد بررسی است تا بدین وسیله ابزاری قدرتمند^۲ برای برنامه‌ریزی باشد.

در این پژوهش، تدوین سناریو با استفاده از رویکرد منطق شهودی^۳ در سه مرحله‌ی پژوهشی انجام شده است. بنابراین در این فصل، به جزییات روش کار پژوهش، شامل نوع پژوهش، جامعه‌ی پژوهش، نمونه‌ی پژوهش، روش نمونه‌گیری، روش گردآوری داده‌ها و تحلیل داده‌ها برای هر مرحله به تفکیک شرح داده شده است. در پایان این فصل ملاحظات اخلاقی و محدودیت‌های پژوهش آورده شده است.

۲-۳ نوع پژوهش

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش آینده‌نگاری با تلفیق دو رویکرد هنجاری و اکتشافی^۴ و با استفاده از رویکرد سناریوی منطق شهودی^۵ است. بنابراین این پژوهش از نظر هدف، اکتشافی-هنجاری و از لحاظ فرایند طراحی به آن دلیل که متکی بر دانش ضمنی مشارکت‌کنندگان است، کیفی و از بعد نتایج، پژوهشی کاربردی است. پژوهشگر تلاش کرده است با ترسیم مراحل پژوهش در قالب شکل ۱-۳ تصویر روشنی از فعالیت‌ها و اقدامات انجام شده در پژوهش برای خوانندگان ایجاد نماید.

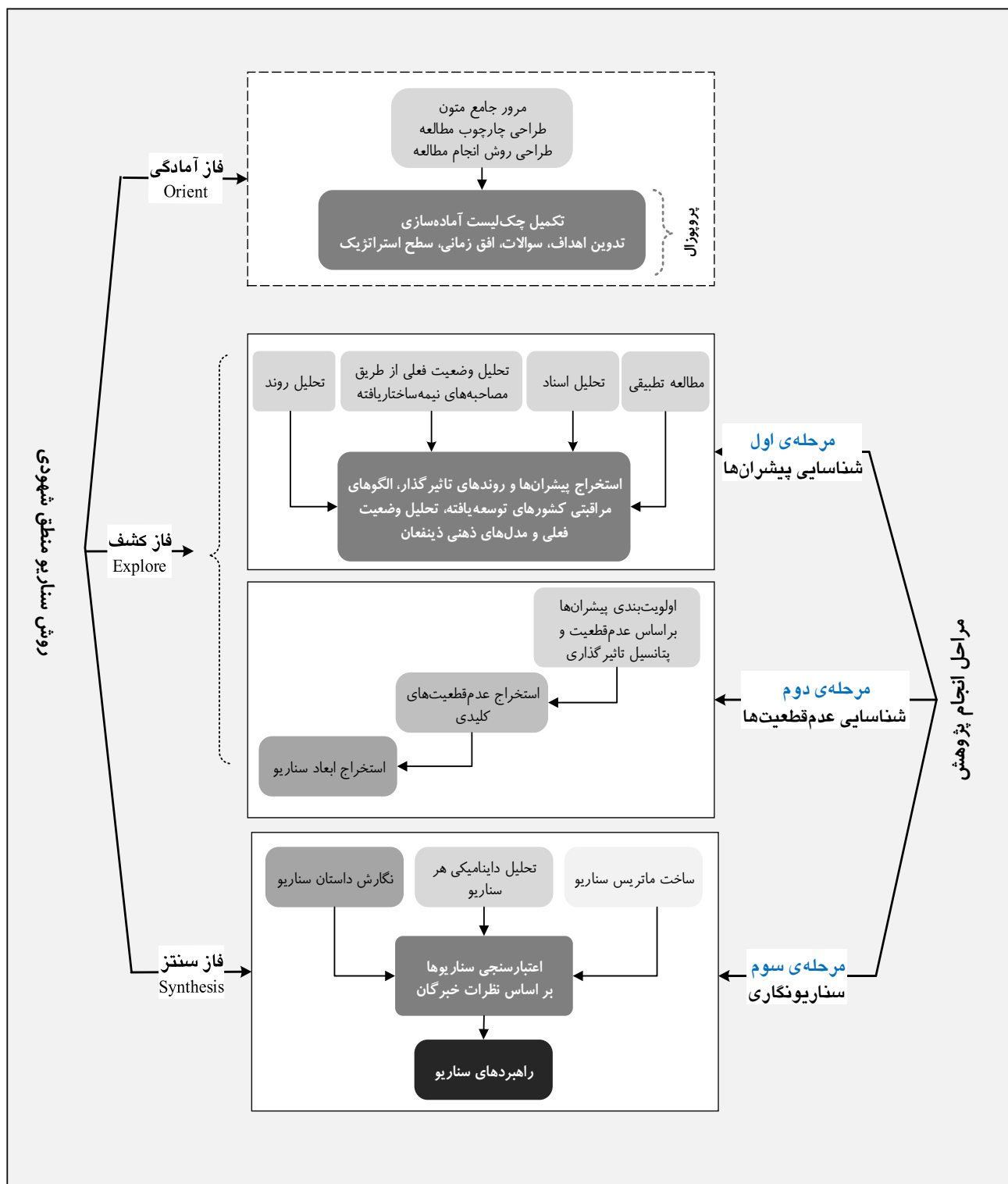
^۱ Charles F. Kettering

^۲ Robust

^۳ Intuitive Logics

^۴ رویکرد هنجاری به این دلیل انتخاب شد که هدف تدوین سناریو جهت رسیدن به چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ بود و سعی شده که ارزش‌های اسلامی-ایرانی در آن مورد توجه قرار گیرد. اکتشافی نیز از آن جهت که پیش‌بینی روندها و وقایعی که ممکن است در آینده روی دهند مدنظر قرار گرفته است.

^۵ فرض اساسی در رویکرد منطق شهودی این است که تصمیمات بر مبنای دسته‌ای پیچیده از روابط موجود بین عوامل اقتصادی، سیاسی، تکنولوژیکی، اجتماعی و زیست محیطی اتخاذ می‌شود. در این روش اعتقاد بر این است که باید این تغییرات به‌درستی و تا حد ممکن در نظر گرفته شوند و تاثیرات آن‌ها درک شود. در این دیدگاه سناریوها ابزاری برای نظم بخشیدن به ادراکات افراد (استراتژیست‌ها و سیاست‌گذاران) درباره‌ی محیط‌های بدیلی است که تصمیمات در آن گرفته خواهد شد.



شکل ۳-۱- فازهای پژوهش براساس رویکرد سناریونگاری منطق شهودی

۳-۳ مرحله‌ی اول - شناسایی پیشران‌های کلیدی

هدف این مرحله از پژوهش شناسایی لیستی از فاکتورهای کلیدی و پیشران‌های موثر در شکل‌گیری مراقبت‌های سالمندی است که به این منظور، چهار گام مجزا (مطالعه‌ی تطبیقی، تحلیل اسناد، تحلیل وضعیت فعلی و تحلیل روند) مطابق شکل شماره‌ی ۲-۳ انجام شده است. یافته‌های مربوط به گام مطالعه‌ی تطبیقی در فصل دوم به طور مبسوط ارائه شده است. در ادامه گام‌های مربوط به تحلیل اسناد، تحلیل وضعیت فعلی و تحلیل روندها تشریح شده است.



شکل ۳-۳-گام‌های فاز اول

۳-۳-۱ تحلیل اسناد بالادستی مرتبط با سالمندی

هدف از این مرحله بررسی سیاست‌ها و اسناد بالادستی در خصوص مراقبت‌های سالمندان است تا ضمن مشخص شدن فاکتورهای کلیدی سیاست‌ها و برنامه‌های فعلی، ذی‌نفعان این حوزه نیز مشخص شوند. اگرچه اصطلاح سیاست می‌تواند شامل نیت و اقدامات نانوشته و غیرصریح نیز باشد اما تمرکز این پژوهش بر سیاست‌های مصوب و رسمی بود که با یک بیانیه‌ی رسمی به سازمان‌ها اعلام شده بودند.

۳-۳-۱-۱ محیط پژوهش

در این مطالعه محیط پژوهش شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور، وزارت تعاون، رفاه و تامین اجتماعی، سازمان بهزیستی، شورای ملی سالمندان، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای

اسلامی، صندوق جمعیت سازمان ملل در ایران، کمیته‌ی امداد امام خمینی، شهرداری تهران، سازمان بازنشستگی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایرانیان و سازمان‌های غیردولتی مرتبط با سالمندان بود.

۳-۱-۳-۲ جامعه پژوهش

کلیدی اسناد بالادستی مصوب دولت در وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مرتبط در خصوص سالمندان، جامعه مطالعه را تشکیل داد.

۳-۱-۳-۳ نمونه پژوهش

اسناد بالادستی مصوب شامل قانون اساسی، برنامه‌های پنج ساله‌ی توسعه کشور، سند چشم‌انداز ۲۰ ساله‌ی کشور، قانون نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی، سیاست‌های کلان سلامت، سیاست‌های جمعیتی، سند تحول در نظام سلامت کشور، نقشه علمی نظام سلامت، برنامه‌ی آموزش عالی حوزه سلامت در راستای تحول نظام سلامت، نقشه سلامت ایران در برنامه پنجم توسعه، سند سیمای سلامت سالمندی، سند سیمای مرگ و میر (با تمرکز روی میزان مرگ و میر بالای شصت سال)، سند بیماری‌های غیرواگیر و همچنین دستورالعمل‌ها، مصوبات مربوط به ارائه خدمات سلامت سالمندی نمونه این بخش از پژوهش بوده است.

۳-۱-۳-۴ روش گردآوری داده‌ها

ابتدا پایگاه‌های اطلاعاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، شورای ملی سالمندان، کمیته امداد امام خمینی (ره)، صندوق جمعیت سازمان ملل در ایران، کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی، مجمع تشخیص مصلحت نظام و مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شهرداری و سازمان‌های غیرانتفاعی و خیریه‌ی مرتبط با سالمندی جستجو انجام شد. در گام دوم بعد از کسب معرفی‌نامه و مجوزهای لازم، مراجعه حضوری به مراکز اسناد و دبیرخانه سازمان‌های مربوطه با هدف دستیابی به اسنادی که از طریق پایگاه‌های اطلاعاتی قابل دسترسی نبود، انجام شد.

۳-۱-۳-۵ ابزار گردآوری داده‌ها

در تحلیل اسناد به منظور ایجاد یک روال منطقی و یکسان‌سازی اطلاعات دریافتی و جلوگیری از دست دادن داده‌های مرتبط از فرم پژوهشگر-ساخته (پیوست شماره ۱) برای جمع‌آوری و استخراج داده‌ها استفاده شد.

۳-۱-۳-۶ روش تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌های اسناد سیاستی بر اساس تحلیل تماتیک صورت گرفت.

۳-۳-۲ تحلیل وضعیت فعلی مراقبت‌های سالمندی

در یک پروژه‌ی آینده‌نگاری که عموماً برای ارتقای عملکرد یک نظام طراحی می‌شود، شناسایی اصلی‌ترین چالش‌های نظام فعلی از یک سو و شناسایی فرصت‌ها و تهدیدهای نهفته در روندها از سوی دیگر بسیار حائز اهمیت است. لذا بدین منظور یک تحقیق کیفی طراحی شده است تا علاوه بر شناسایی و ریشه‌یابی چالش‌ها، مدل‌های ذهنی خبرگان را نیز در خصوص فرصت‌ها و تهدیدهای نهفته در روندها استخراج کند. مدل‌های ذهنی^۱ ذی‌نفعان به دلیل توانایی در ادراک انگاشت‌های ذهنی افراد در فرایند برنامه‌ریزی سناریو بسیار مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مدل‌های ذهنی شامل مفروضات، ارزش‌ها، تجربیات، اعتقادات و ایده‌های خبرگان در خصوص یک وضعیت است. تحلیل داده‌های این مرحله علاوه بر شناخت چالش‌های وضعیت فعلی به تهیه‌ی فهرستی از پیشران‌ها و فاکتورهای کلیدی منجر شد.

۳-۳-۱ جامعه پژوهش

مشارکت‌کنندگان این پژوهش از سه سطح (فرادستان، همکاران و زیردستان)^۲ انتخاب شدند.

سطح فرادستی: شامل مدیران و سیاست‌گذاران در سازمان‌های مسئول سلامت سالمندان در کشور است.

سطح همکار: شامل اعضای هیات علمی، پژوهشگران و دانشجویان

سطح زیردستان: شامل کارکنان سطوح اجرایی در مراکز بهداشتی و درمانی، کانون‌های سالمندی و خانه‌های سالمندان بود.

۳-۳-۲ نمونه پژوهش

در پژوهش‌های کیفی قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج مدنظر نمی‌باشد و غالباً سعی در جمع‌آوری داده‌ها از مطلع‌ترین افراد است. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان^۳ یا افراد مطلع^۴ از میان ذی‌نفعانی انتخاب شدند که در خصوص پدیده مورد بررسی از تجربیات و تخصص کافی برخوردار باشند. معیارهای اصلی ورود به مطالعه سابقه کار حداقل یک سال در این حوزه و تمایل به شرکت در مطالعه بود. با توجه به اینکه پژوهشگر به دنبال جمع‌آوری نظرات تخصصی و تجربیات مشارکت‌کنندگان در خصوص نحوه ارائه خدمات سلامت سالمندی بود، روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف^۵ استفاده شد. از آنجایی که جمع‌آوری آراء و مدل‌های ذهنی متفاوت به تدقیق بیشتر موضوع می‌انجامد از بین روش‌های نمونه‌گیری هدفدار، از روش نمونه‌گیری با حداکثر تنوع^۶ (نمونه نامتجانس)^۷ انتخاب

^۱ Mental Models

^۲ Macro, Meso, Micro

^۳ Participants

^۴ Key Informants

^۵ Purposeful Sampling

^۶ Maximum

^۷ Heterogeneous

گردید. بنابراین حجم نمونه به گونه‌ای بود که دامنه‌ای از نظرات مختلف جمع‌آوری شود و در مجموع ۳۸ نفر در مصاحبه مشارکت کردند. جدول ۳-۱- تعداد و ترکیب شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳-۱- ترکیب شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی کیفی

سطوح ذینفعان	سمت اجرایی	تعداد
سطح فرادستی (مدیریت و سیاستگذاری در سطح ملی)	حوزه وزارت بهداشت	۷
	مرکز پژوهش‌های مجلس	۳
	بهبیستی	۳
	فرهنگستان علوم پزشکی (گروه آینده‌نگری)	۲
سطح همکاران (اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها)	عضو هیات علمی سالمندی و طب سالمندی	۵
	پژوهشگران	۳
	سایر اعضای هیات علمی	۴
سطح زیردستان (کارکنان سطوح اجرایی)	مراکز بهداشتی و درمانی	۵
	خانه‌های سالمندی و کهریزک	۳
	کانون‌های سالمندی شهرداری	۲
تعداد کل شرکت‌کنندگان		۳۸

۳-۲-۳- معیارهای ورود

انتخاب افراد برای مصاحبه عبارت بودند از:

- داشتن تحصیلات و تجربیات مرتبط با موضوع
- سابقه کار حداقل یک سال در موضوع مطالعه
- داشتن کتاب، مقاله، طرح پژوهشی منتشر شده مرتبط با موضوع
- تجربه مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و یا سیاست‌گذاری‌های مرتبط با موضوع
- متخصص و خبره بودن در حوزه سالمندی و آینده‌پژوهی

۳-۲-۴- ابزار گردآوری داده‌ها

همانند سایر پژوهش‌های کیفی، پژوهشگر، مهم‌ترین ابزار گردآوری داده، در این مطالعه بوده است. به علاوه در این پژوهش از دستگاه ضبط صوت، راهنمای مصاحبه تهیه شده توسط تیم پژوهش، ابزار این پژوهش را تشکیل دادند. راهنمای مصاحبه براساس مطالعه‌ی مبانی نظری پژوهش و مرور مطالعات، با توجه به اهداف پژوهش جهت انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند طراحی گردید. راهنمای تهیه شده به‌طور آزمایشی در سه مصاحبه با صاحب‌نظران مورد استفاده قرار گرفت و کاستی‌های آن با استفاده از نظرات و راهنمایی‌هایی تیم پژوهش رفع گردید. راهنمای فوق به گونه‌ای طراحی شده بود که درک مشارکت‌کنندگان از وضعیت کنونی، متغیرهای کلیدی و تاثیرگذار در این حیطه و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای نهفته در روندها را نیز به دست آورد. راهنمای مصاحبه در بخش پیوست‌ها (پیوست شماره ۲) ارائه شده است.

با توجه به اینکه قصد پژوهشگر از انجام مصاحبه‌ی کیفی بررسی وضعیت فعلی ارائه‌ی مراقبت و چشم‌انداز آینده مراقبت سالمندی در کشور بود از روش مصاحبه‌ی نیمه‌ساختارمند چهره‌به‌چهره استفاده شد. این روش، یکی از رایج‌ترین شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات در مطالعات کیفی است که این امکان را به پژوهشگران می‌دهد تا تجربیات و مدل‌های ذهنی مشارکت‌کنندگان را در خصوص پدیده‌ی مورد بررسی جویا شوند. به همین منظور برای انجام مصاحبه، با افراد مورد نظر به صورت تلفنی و پست الکترونیک تماس گرفته شد و در صورت تمایل آن‌ها، وقتی برای مصاحبه با توافق طرفین تنظیم شد. قبل از انجام مصاحبه‌ی حضوری به منظور آماده‌سازی مشارکت‌کنندگان در پژوهش، فرم مطلع‌سازی مشارکت‌کنندگان از طریق پست الکترونیکی و یا دورنما در اختیار آن‌ها قرار گرفت (پیوست شماره ۳). در وقت تعیین شده، پژوهشگر برای مصاحبه به دفتر کار شرکت‌کنندگان مراجعه نمود و قبل از انجام مصاحبه توضیحاتی در مورد اهداف مطالعه و محرمانه‌ماندن اطلاعات ارائه داد و فرم رضایت‌نامه‌ی آگاهانه به تایید آنها رسید. سپس مصاحبه‌ها به صورت غیررسمی با رعایت اصول مصاحبه و پرهیز از هرگونه نظر شخصی توسط یکی از پژوهشگران (س.گ) انجام گردید. تمام مصاحبه‌ها با اطلاع مصاحبه‌شوندگان ضبط شد و در حین مصاحبه از روش یادداشت‌برداری نیز استفاده گردید. در پایان مصاحبه، پژوهشگر از شرکت‌کنندگان خواست تا در صورت نیاز به کسب اطلاعات اضافی امکان برقراری ارتباط‌های بعدی مقدور باشد. در کل ۳۰ مصاحبه به صورت چهره‌به‌چهره و ۸ مصاحبه به صورت تلفنی در سال ۱۳۹۴ صورت گرفت. زمان اختصاص یافته برای مصاحبه‌ها بین ۱۵ تا ۸۰ دقیقه متغیر بود. پس از پایان هر مصاحبه و گوش دادن به متن مصاحبه‌ها فرایند پیاده‌سازی مصاحبه‌ها به صورت کلمه به کلمه انجام گردید. روند انجام مصاحبه تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت و در حین تحلیل هر کجا که نیاز به مصاحبه‌ی تکمیلی بود این مصاحبه‌ها نیز انجام گرفت. در قسمت یافته‌های مطالعه‌ی کیفی حرف «م» به همراه شماره به معنی مصاحبه‌شونده‌ای است که از او نقل و قول شده است.

۳-۲-۶ روش تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌های مربوط به شناسایی وضع موجود مراقبت‌های سالمندی، از روش تحلیل چارچوبی^۱ مشتمل بر ۵ مرحله، آشناسازی و غوطه‌وری^۲، شناسایی چارچوب مفهومی^۳، نمایه‌سازی^۴، ترسیم جداول^۵ و تفسیر داده‌ها^۶ استفاده شد (۱۷۷). در مرحله‌ی آشناسازی، مقدمات آشنایی بیشتر و غوطه‌وری در داده‌ها با گوش دادن به مصاحبه‌های ضبط شده و خواندن چندباره‌ی آنها فراهم شد و موضوعات کلیدی فهرست گردید. در مرحله‌ی دوم، یک چارچوب موضوعی از موضوعات کلیدی براساس چارچوب

^۱ Framework Analysis

^۲ Familiarization with the interview

^۳ Developing a working analytical framework

^۴ Indexing

^۵ Charting

^۶ Interpreting the data

سازمان جهانی بهداشت تهیه گردید که از این چارچوب در مرحله‌ی نمایه‌سازی برای ساختار دهی همه‌ی داده‌ها استفاده شد. در مرحله ترسیم جداول، برای هر موضوع یک جدول تهیه گشت و داده‌ها به آن منتقل گشت، در مرحله‌ی تفسیر نیز روابط بین کدها، ساب‌تم‌ها و تم‌ها شرح داده شد (۱۷۸).

جهت تحلیل مدل‌های ذهنی خبرگان از روش تحلیل تماتیک بر اساس STEEP^۱ استفاده شد (۴۸). این واژه مخفف حروف اول واژه‌های اجتماعی، تکنولوژیکی، اقتصادی، محیطی و سیاسی تشکیل شده است. تحلیل نظام‌مند این عوامل می‌تواند منجر به دستیابی به یک دسته‌بندی جامع در مورد تغییرات آینده و عوامل مؤثر بر آنها شود. این مجموعه از عوامل، بسیار جامع است و سبب می‌شود گروه‌ها و افرادی که در فرایند آینده‌نگاری و تعیین عوامل مؤثر بر آن مشارکت دارند به جای تأکید بر تنها چند مورد از این عوامل، بتوانند همه عوامل را در کنار یکدیگر بررسی نموده و تغییرات آتی هر یک از آنها و تأثیرات متقابل آنها بر یکدیگر را بررسی نمایند (۸۳).

۳-۲-۷ قابلیت اطمینان داده‌های مطالعه^۲

جهت تعیین قابلیت اطمینان داده‌های مطالعه از چهار معیار قابلیت اعتبار^۳، قابلیت تصدیق یا تأییدپذیری^۴، قابلیت ثبات یا اعتماد^۵ و قابلیت انتقال^۶ استفاده گردید. در این مطالعه پژوهشگر سعی کرد با به‌کارگیری این چهار استراتژی اعتبار درونی و بیرونی داده‌های حاصل را افزایش دهد.

قابلیت اعتبار: صرف زمان کافی جهت گردآوری داده‌ها و تحلیل داده‌ها، انتخاب خبرگان با تخصص‌ها و تجربیات مختلف، مراجعه به آسایشگاه‌های نگهداری سالمندان، مراکز بهداشتی، کانون‌های سالمندی و انتخاب مشارکت‌کنندگان از گروه‌های مختلف موجب غنای داده‌ها و یافته‌های حاصل از آنها گردید. به علاوه از روش‌های مختلف تلفیق نیز در این پژوهش استفاده گردید. تلفیق داده‌ها (تلفیق مکانی و تلفیق افراد^۷) و تلفیق روش‌ها^۸ استفاده گردید در مطالعه حاضر داده‌ها از منابع گوناگونی به‌دست آمد. با سه سطح از خبرگان مصاحبه شد و همچنین از رویکردهای مختلف روش تحقیق شامل تحلیل اسناد کیفی و تحلیل محتوا؛ مطالعه کیفی و تحلیل چارچوبی و تحلیل روند استفاده گردید.

قابلیت اعتماد: بررسی تحقیق توسط هم‌تایان روشی جهت افزایش اعتبار داده‌هاست. در این پژوهش به صورت تصادفی سه مصاحبه به همراه نتایج تحلیل داده‌ها در اختیار تیم پژوهش قرار گرفت تا نظرات تکمیلی خود را به پژوهشگر اعلام کنند.

^۱ Social, Technological, Economic, Environmental, Political (STEEP)

^۲ Trustworthiness

^۳ Credibility

^۴ Confirmability

^۵ Dependability

^۶ Transferability

^۷ Data triangulation(space and person)

^۸ Method triangulation

قابلیت تصدیق یا تاییدپذیری: پژوهشگر جهت افزایش قابلیت تأیید داده‌ها، تمام مراحل پژوهش (گردآوری داده‌ها، تحلیل آنها و شکل‌گیری متغیرها و مفاهیم) را به طور کامل شرح داده تا در صورت لزوم فرد دیگری بتواند با پیگیری این فرایند، چرایی و چگونگی آنها را درک نماید.

قابلیت انتقال: ماهیت مطالعات کیفی بر تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش تأثیر می‌گذارد. پژوهشگر، یافته‌های حاصل از پژوهش را به صورت شفاف توصیف کرده و با یافته‌های مطالعات دیگر مقایسه کرده است.

تفکر بازتابی یا بازتاب‌پذیری^۱ پژوهشگر؛ پژوهشگر از زمان ورود در مقطع Ph.D (بهمن ۱۳۹۰) مطالعات خود در خصوص موضوع آینده‌نگاری را آغاز کرد و در کارگروه‌های متعدد آینده‌نگاری شرکت داشته و فرصت هم‌اندیشی با خبرگان این رشته را نیز داشته است. علاوه بر این به دلیل علائق شخصی به موضوع سلامت زنان و انجام پژوهش‌های مرتبط با آن، از نزدیک با مشکلات زنان سالمند آگاهی پیدا کرده است و لذا در طول فرایند پژوهش جهت افزایش دقت علمی^۲ پژوهش، با انجام مداوم فرایند براکتینگ، از اثرگذاری دیدگاه و نگرش خود در طی فرایند پژوهش تا حد امکان پیشگیری نمود (۱۷۹).

۳-۳-۳ تحلیل روند

تحلیل روند یکی از متداول‌ترین روش‌های پیش‌بینی است و بر مشاهده و ثبت کارکرد و فعالیت گذشته‌ی یک عامل خاص دلالت دارد که می‌توان آن را به آینده تعمیم داد. تحلیل روند به دو شکل کمی و کیفی قابل انجام است. تحلیل روندهای کمی بر داده‌های آماری متکی هستند و تحلیل روندهای کیفی بر الگوهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و تکنولوژیکی تأکید دارند. یکی از مهم‌ترین گام‌ها در هر پروژه‌ی آینده‌نگاری، تشخیص روندها تاثیرگذار بر موضوع مورد پژوهش است. روندها در واقع همان نیروها یا پیشران‌هایی هستند که به تغییرات در زمینه‌های مختلف می‌انجامند. هنگام آینده‌نگاری یک موضوع دقیقاً باید بدانیم که این موضوع بر اثر تعادل کدام نیروهای اجتماعی، فناوری، اقتصادی، زیست‌محیطی و سیاسی ساخته می‌شود. این نیروها عمدتاً جنبه‌ی جهانی دارند و اغلب روندهای جهانی نامیده می‌شوند. با بررسی و رصد متغیرهای پیش‌گفت می‌توان به ارزیابی مسائل و روندها درک کامل محیط رسید و مدل‌ها و الگوهای در حال ظهور را شناسایی و پیشران‌ها و ظرفیت‌های بالقوه آینده را استنباط کرد (۱۸۰). با بکارگیری تحلیل روند در پژوهش‌های آینده‌نگاری به دنبال ارزیابی و پاسخ به پرسش‌های زیر هستیم:

- ۱- کدام عوامل اجتماعی، فناوری، اقتصادی، زیست‌محیطی و سیاسی در محیط خارجی وجود دارند که در رسیدن به چشم‌انداز^۳ مورد نظر تاثیر می‌گذارند.

^۱ Reflexivity

^۲ Rigour

^۳ «در سال ۱۴۰۴ اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه.»

۲- روندهای در حال ظهور کدامند که بیشترین منابع و فرصت‌ها را به وجود می‌آورند؟

۳- کدام روندها بر هدف مورد نظر شما اثر می‌گذارند؟

۳-۳-۱ نوع پژوهش

در این مرحله از پژوهش جهت شناسایی روندها و کلان‌روندها مرتبط از روش مرور متون و منابع استفاده شده است.

۳-۳-۲ معیارهای ورود به مطالعه

مقالات و گزارش‌های داخلی - منطقه‌ای و جهانی مرتبط با روندها و کلان‌روندهای جهانی شناسایی و به مرور وارد شدند. به دلیل محدودیت منابع و تخصص پژوهشگر در ترجمه، تنها مقالات و گزارش‌های منتشر شده به زبان‌های فارسی و انگلیسی به مطالعه وارد شدند. علاوه بر این طرح‌ها و اسناد پژوهشی^۱ مرتبط که کیفیت لازم برای ورود به مطالعه را داشته‌اند نیز، مورد بررسی قرار گرفتند.

۳-۳-۳ استراتژی جستجو

جستجوی اولیه از طریق موتور جستجوی گوگل^۲ و گوگل اسکالر^۳ انجام شد. پس از جستجوی اولیه، جستجوی اصلی مرور به شرح زیر انجام شد:

جستجوی متون فارسی در سایت‌هایی که مقالات چاپ شده در مجلات داخلی را ایندکس می‌کنند انجام شد. این سایت‌ها عبارتند از: Iranmedex, SID, Magiran, Noormags, Ensani, Irandoc و کلمات ترکیبی مورد استفاده در این جستجوی متون فارسی مشتمل بر کلان‌روندها، روندهای اجتماعی، روندهای اقتصادی، روندهای سیاسی، روندهای تکنولوژیکی، روندهای زیست‌محیطی، روند بیماری‌ها، روند مرگ‌ومیر، روند ناتوانی، جستجوی متون انگلیسی در پایگاه‌های اطلاعاتی همچون Global Trends, Mega Trends, RAND, World Economic Forum, EMRO, WHO, Help Age, OECD, Institute for Alternative Futures, UNDP, United Nations Economic Commission for Europe, King's Fund, Age Line, Google Trends, Centre for Ageing Population Studies و پایگاه‌های تخصصی هم‌چون ISI, Scopus, PubMed, Emerald, EMBASE, Science Direct. Web of Science صورت گرفت.

کلمات کلیدی که ترکیبی از آن‌ها برای جستجوی متون انگلیسی به‌کار برده شد شامل global ageing population, Trends, Trends in population, foresight of elderly care, ageing Political, Technological Trends, Economic Trends, Social Trends, Trends, Environmental Trends بود. لازم به ذکر است در بعضی موارد از نام نویسندگان مطرح در حوزه‌ی شناسایی کلان‌روندها

¹ Gray Literature

² Google

³ Google Scholar

مانند جان نایسبیت^۱، به عنوان واژه جستجو استفاده شد. در این مرحله سعی شده بود راهبرد جستجو زیر نظر کتابداران خبره انجام شود.

۳-۳-۴ بازبینی متون جستجو شده

در این مرحله، عنوان و چکیده‌ی متون یافته شده به دقت مورد بررسی قرار گرفت. فهرست منابع نیز مورد بررسی قرار گرفت و منابع مرتبط با موضوع شناسایی و در صورت ارتباط موضوعی به مرور وارد شدند.

۳-۳-۵ روش تحلیل

به منظور تفسیر یافته‌ها خلاصه‌ای از مهمترین بخش‌های متون که مرتبط با پنج‌گانه‌ی تحلیل روند بودند به جداول تحلیل روند منتقل شد. سپس مفاهیم کلیدی و پیشران‌های نهفته در روندها استخراج گردید و در مرحله تدوین سناریو استفاده شد.

۱- مولفه‌های اجتماعی؛ منظور جمع‌آوری اطلاعات پیرامون افراد، مردم‌شناسی، ارزش‌ها و سبک‌های زندگی، رفتارها، خانواده، بهداشت، جرم و جنایات، تحصیل می‌باشد.

۲- مولفه‌های فناورانه؛ جمع‌آوری اطلاعات پیرامون تحولات علمی و فناورانه، ابداعات و اختراعات، تحقیق و توسعه، رویکرد افراد به فناوری و میزان پذیرش آن در جامعه است.

۳- مولفه‌های اقتصادی؛ گردآوری اطلاعات پیرامون اقتصادهای بین‌المللی، ملی، منطقه‌ای و محلی از جمله نیروی کار، درآمد، زیرساخت‌ها، رشد اقتصادی، نرخ بهره-ارز، تورم، شفافیت اقتصادی، ریسک‌پذیری، فقر، عرضه و تقاضا، بیکاری و تولید ناخالص داخلی و ملی

۴- مولفه‌های زیست محیطی؛ گردآوری اطلاعات پیرامون محیط زیست، انرژی، بازیافت، حفاظت از آب و هوا، جنگل و مراکز طبیعی، غذا، آلوده‌سازی‌های محیط زیست و فشار توسعه‌ی پایدار

۵- مولفه‌های سیاسی؛ گردآوری اطلاعات در مورد سیاست‌های دولت و مراکز بین‌المللی، قوانین و مقررات

۳-۴ مرحله‌ی دوم: شناسایی عدم قطعیت‌های کلیدی

با ترکیب مجموعه عوامل شناسایی شده از مطالعه‌ی تطبیقی، تحلیل اسناد بالادستی، تحلیل وضعیت فعلی مراقبت‌های سالمندی و تحلیل روند، لیستی از پیشران‌ها و عوامل موثر بر مراقبت‌های سالمندی در قالب یک پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته استخراج گردید (پیوست ۴). سپس به منظور رتبه‌بندی بر اساس دو معیار عدم قطعیت و میزان تاثیرگذاری به ۲۳ نفر از خبرگان داده شد و از آنان خواسته شد بر اساس طیف لیکرت از ۱ (ضعیف) تا ۱۰ (قوی) به عوامل مندرج در پرسشنامه نمره بدهند.

^۱ John Naisbitt

۳-۴-۱ گام اول - اولویت‌بندی پیشران‌ها

۳-۴-۱-۱ جامعه پژوهش

در این مرحله پژوهش مشارکت‌کنندگان شامل اعضای هیات علمی، پژوهشگران و دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در رشته‌ی سلامت سالمندی، طب سالمندی، آینده‌پژوهی، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، سیاستگذاری سلامت، اقتصاد سلامت، انفورماتیک پزشکی و مدیریت اطلاعات سلامت می‌باشند، که در زمینه موضوع مورد پژوهش آگاهی، اطلاعات و تجربه داشته باشند و بتوانند انتقال اطلاعات را انجام دهند.

۳-۴-۲ نمونه‌ی پژوهش

در این مرحله با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف ۲۳ نفر از خبرگان در موضوعات پیش‌گفت انتخاب و پرسشنامه‌ی تهیه شده از طریق پست الکترونیک برای آن‌ها ارسال گردید. هدف از این کار، دریافت نظر خبرگان در خصوص اولویت‌بندی فاکتورهای شناسایی شده بر اساس دو معیار عدم قطعیت و میزان تاثیرگذاری بود. در این مرحله نیز همراه پرسشنامه، هدف از انجام این مرحله و فرم رضایت از طریق پست الکترونیک ارسال گردید (پیوست ۴). پس از گذشت تقریباً سه هفته، ۱۷ نفر از خبرگان پرسشنامه‌ی تکمیل شده را به پژوهشگر عودت دادند. بنابراین میزان مشارکت خبرگان، ۷۳٫۹۱٪ بود.

۳-۴-۳ محیط انجام پژوهش

محیط پژوهش در این مرحله، فضای مجازی متشکل از پست الکترونیک، تلگرام و لینکدین^۱ بود.

۳-۴-۴ ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته، ابزار پژوهش در این مرحله بود. این پرسشنامه براساس نتایج مراحل قبل که مطالعه‌ی تطبیقی، تحلیل اسناد، مطالعه‌ی کیفی و تحلیل روند بود، تهیه شد. پرسشنامه‌ی فوق حاوی ۵ حیطه‌ی اصلی و ۶۵ حیطه‌ی فرعی با دو گزینه‌ی میزان عدم قطعیت و میزان تاثیرگذاری بود که از مشارکت‌کنندگان خواسته شده بود به هر یک از عوامل نمره ۱ (به منزله‌ی پایین-ضعیف) تا ۱۰ (به منزله‌ی بالا-قوی) امتیاز دهند. و یک سؤال باز جهت پیشنهادات خبرگان بود.

۳-۴-۵ روش گردآوری داده‌ها

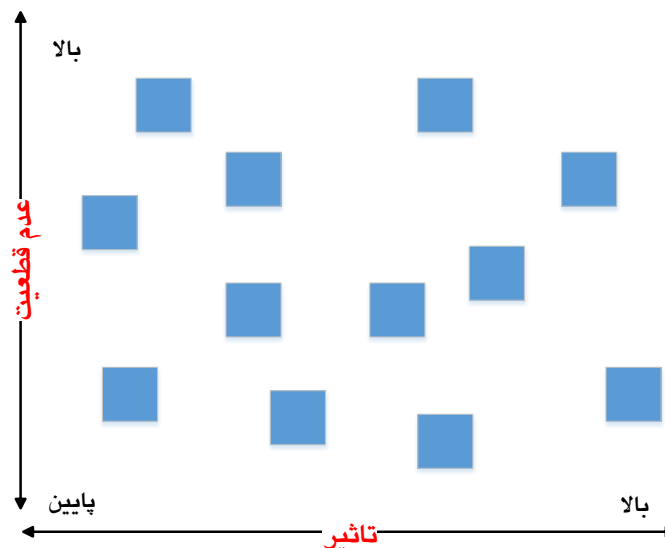
در این مرحله پرسشنامه از طریق پست الکترونیک به مشارکت‌کنندگان ارسال گردید.

^۱ E-mail, Telegram, LinkedIn

نمرات اختصاص داده شده به هر فاکتور مبنای تحلیل این گام قرار گرفت. بطوریکه نمرات نزدیک به ۱۰ بیانگر اولویت بالاتر فاکتورها یا به عبارت بهتر میزان اثرگذاری و عدم قطعیت بیشتر است.

۳-۴-۲ گام دوم- استخراج عدم قطعیت‌های کلیدی

در این گام پژوهشگر پس از دریافت پرسشنامه‌ها، عوامل رتبه‌بندی شده را بر اساس امتیازی که کسب کرده بودند در ماتریس سناریو مطابق شکل ۳-۴ جایگذاری نمود.



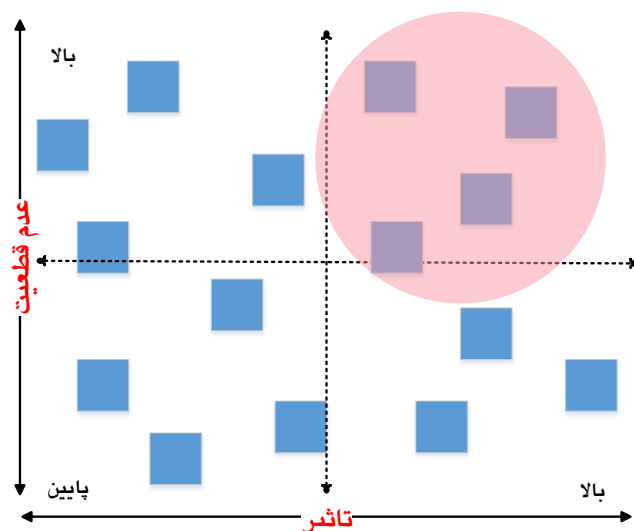
شکل ۳-۴- ماتریس رتبه‌بندی عوامل

پس از جایگذاری عوامل شناسایی شده فضای ماتریس به چهار ربع تقسیم شد (مطابق شکل ۳-۵). با تقسیم ماتریس به چهار ربع عوامل شناسایی شده در گروه‌های چهارگانه به شرح زیر قرار گرفتند:

- تاثیر بالا - عدم قطعیت پایین
- تاثیر کم - عدم قطعیت کم
- تاثیر کم - عدم قطعیت بالا
- تاثیر بالا - عدم قطعیت بالا

موضوعاتی که در ناحیه تاثیر بالا و عدم قطعیت پایین قرار گرفتند موضوعات مهم و نسبتاً پایداری هستند. موضوعاتی که در منطقه‌ی تاثیر کم و عدم قطعیت پایینی قرار گرفتند، موضوعاتی هستند که به آسانی می‌توان با آنها روبرو شد (۴۸). برای درک این

موضوعات به سرمایه‌گذاری قابل توجهی نیاز نمی‌باشد و به راحتی توسط سیاست‌گذاران و تصمیم‌سازان قابل شناسایی هستند. عناصری که در این دو منطقه قرا می‌گیرند به عنوان عناصر از پیش تعیین شده تلقی می‌شوند. نهایتاً، مولفه‌های که در منطقه تاثیر بالا و عدم قطعیت بالا قرار گرفتند، به عنوان عوامل دارای عدم قطعیت بحرانی^۱ شناخته می‌شوند (شکل ۳-۵). اینها موضوعاتی هستند که بطور بالقوه می‌توانند تغییرات اساسی در فرضیات استراتژیک ایجاد کنند و اینکه نتایج آنها بسیار نامطمئن است. از عوامل قرار گرفته در این فضا برای ساخت منطق سناریوها استفاده می‌شود.

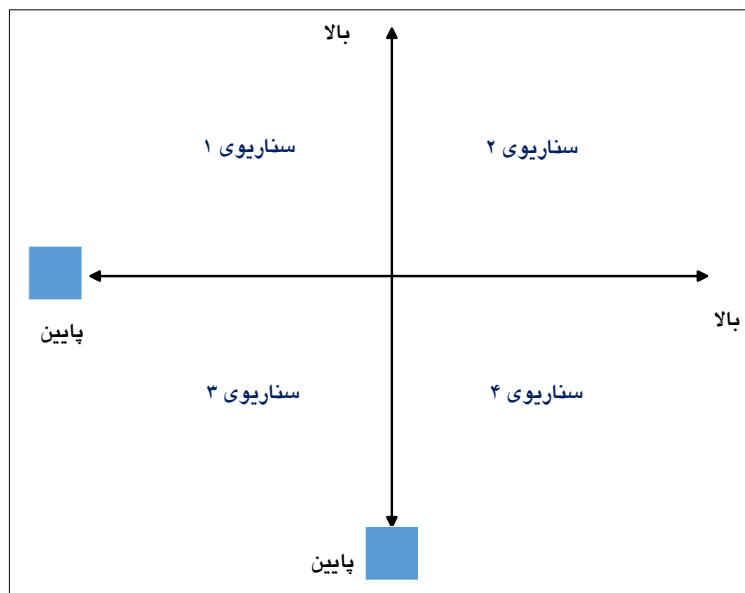


شکل ۳-۵ - ماتریس با ۴ ناحیه مشخص

۳-۴-۳ گام سوم - استخراج ابعاد سناریو

ابعاد سناریوها با انتخاب دو عدم قطعیت بحرانی و ترسیم آنها در یک ماتریس 2×2 صورت می‌گیرد (شکل ۳-۶). عدم قطعیت‌های کلیدی فاکتورهایی بودند که هم از عدم قطعیت بالا و هم از تاثیرگذاری بالایی برخوردار بودند. دو فاکتوری که دارای عدم قطعیت بالایی هستند برای سناریو سازی مورد استفاده قرار می‌گیرند. لازم به ذکر است که این دو فاکتور باید غیروابسته و مستقل از هم باشند. با ترکیب دو عدم قطعیت بحرانی، تم چهار سناریو ظاهر می‌شود.

¹ Critical Uncertainties



شکل شماره ۶-۳- ماتریس سناریو

چنانچه در ربع مربوط به عدم قطعیت‌های کلیدی (بالا سمت راست) بیش از دو فاکتور قرار گرفت بایستی با روش‌های مختلف همچون رای‌گیری، تکنیک گروه اسمی و گروه‌بندی براساس عناصر مشترک اقدام به انتخاب تنها دو عدم قطعیت کلیدی نمود.

۳-۵ مرحله سوم - سناریونگاری

به‌طور کلی سناریوها را در دو گروه اکتشافی و هنجاری طبقه‌بندی می‌کنند. سناریوهای اکتشافی به‌طور کلی به این پرسش می‌پردازند که «چه چیزی ممکن است رخ دهد؟». در مقابل سناریوهای هنجاری تقریباً همواره بازتابی از نیازهای سازمان و در نتیجه، هدف‌محور هستند. پرسش بنیادین این سناریوها این است که «ما می‌خواهیم آینده چگونه شکل گیرد؟». سناریوهای هنجاری هدف، مأموریت و دستاوردهای مورد انتظار سازمان در آینده را در نظر می‌گیرند و مشخص می‌کنند که برای تحقق آینده مطلوب چه باید کرد. سناریونویسی اکتشافی بیشتر از سناریونویسی هنجاری به تحلیل‌های ریاضی، آمار و احتمال و پیش‌بینی‌های کمی و صوری متکی است. در مقابل، سناریوهای هنجاری گرایش بیشتری به روش‌های کیفی و خلاقانه (مانند پیش‌بینی‌های نبوغ‌آمیز، داستان‌های علمی-تخیلی و ...) دارند. بسیاری از روش‌ها (مثل دلفی، پنل خبرگی و مصاحبه) نیز به تساوی در هر دو نوع سناریونویسی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۴۸).

سناریوی اکتشافی کار خود را از زمان حال شروع می‌کند و به تدریج به سمت آینده حرکت می‌کند. بدین منظور، سناریوپرداز نیروهایی را مطالعه می‌کند که اکنون در کار هستند و آینده نتیجه درهم‌کنش آن‌ها است. این نوع سناریونویسی ارتباط بین نیروها و تأثیر آن‌ها بر اجزای سیستم تحت بررسی را روشن می‌کند و نشان می‌دهد که وقوع کدام آینده‌های بدیل امکان‌پذیر خواهد بود.

در مقابل، تدوین سناریوی هنجاری از شناسایی موقعیتی مطلوب در آینده شروع می‌شود؛ آینده‌ای که ممکن است آشکارا با روندهای جاری در تعارض باشد. پس از تعریف این وضعیت مطلوب، سناریوپرداز به تدریج به سمت حال حرکت می‌کند تا بتواند گام‌های لازم برای رسیدن به آن آینده را شناسایی کند. نوشتن طرح و داستان سناریوها در این پژوهش با ترکیب رویکرد هنجاری و اکتشافی بوده است (۹۵).

۳-۵-۱ گام اول - ماتریس سناریو

ابزار ماتریس سناریو که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است مبتنی بر روش قیاسی است. روش قیاسی به‌عنوان تحلیلی‌ترین و جامع‌ترین روش برای ایجاد سناریوها با نگرش بیرون به درون شناخته می‌شوند. هسته‌ی اصلی ماتریس سناریو مبتنی بر دو فاکتور عدم قطعیت کلیدی است که در مرحله‌ی دوم شناسایی گردیدند. در ماتریس سناریو باید وضعیت آتی هر یک از عدم قطعیت‌های کلیدی را در منفی‌ترین و مثبت‌ترین حالت بر روی محورهای عمودی و افقی ماتریس به تصویر کشاند. سپس سناریوها به همراه پیشران‌های خود در چهار ناحیه‌ی ماتریس سناریو جای می‌گیرند و در نتیجه بر اساس این دو عدم قطعیت کلیدی داستان‌های سناریو شکل می‌گیرند. این داستان‌ها مسیری را توصیف می‌کنند که موضوع مورد پژوهش به روایت آن سناریو در آن حرکت خواهد کرد. همچنین در این مرحله به هر سناریو با توجه به ماهیت و راهی را که در پیش دارد یک نام کوتاه که جذاب و به یاد ماندنی باشد اختصاص داده می‌شود.

۳-۵-۲ گام دوم - نمودار حلقه‌ی علی^۱ یا علی و معلولی

برای ایجاد داستان‌های هر سناریو، باید زنجیره‌ای از روابط علت و معلولی شکل داد که تعامل آن‌ها با هم وضعیت نهایی که در سناریو تعریف شده است را رقم می‌زند. در واقع نمودار علی-معلولی نموداری است که روابط علی بین متغیرهای شناسایی شده در هر سناریو را به سادگی نشان می‌دهد. به منظور ایجاد این نمودار باید لیستی از مهمترین عوامل، نیروها، روندها و نحوه‌ی تعامل و وابستگی بین آن‌ها را شناسایی و ترسیم کرد. رابطه‌ی بین یک روند و عدم قطعیت و پیشران از طریق پیکان‌هایی که تاثیر توسعه یکی بر دیگری را نشان می‌دهد، صورت می‌پذیرد. این نمودارها تحت عنوان نمودارهای تاثیر^۲ نیز شناخته می‌شوند.

۳-۵-۳ گام سوم - توصیف سناریوها

پس از تکمیل دیاگرام علت و معلولی و صحه‌گذاری تمامی وابستگی‌ها، فرایند توصیف هر سناریو در قالب یک داستان آغاز می‌شود. دیاگرام‌های علت و معلولی به‌عنوان مبنا عمل می‌کند که بر اساس آن می‌توان ماهیت پویای هر یک از سناریوها را توصیف کرد. ارائه‌ی توصیفی سیستماتیک از دلیل رخداد یک توسعه و نحوه‌ی تاثیرگذاری آن بر توسعه‌های دیگر، پایه و اساس نگارش داستان

^۱ Causal Loop Diagram

^۲ Influence Diagram

مرتبط با هر سناریو است. به منظور نگارش داستان مرتبط با هر سناریو دو تکنیک وجود دارد. یک روش آن است که براساس هر یک از روندها و عدم قطعیت‌های موجود در نمودارهای علت و معلولی، ماژول‌های متنی کوچک نوشت و آن‌ها را بهم ربط داد. در واقع باید باید همانند روند منطقی که در نمودار وجود دارد داستان سناریو نیز بر اساس ترتیبی منطقی پشت سر هم قرار داده شوند. روش دوم، خلاقانه‌تر است. در این روش به جای تمرکز بر تک تک روندها و عدم قطعیت و پیشران‌ها، کلی‌نگری را سرلوحه کار قرار داده و با استناد به روندها، پیشران‌ها و عدم قطعیت‌ها توضیح می‌دهد که چه وقایعی باید اتفاق بیفتد تا وضعیت نهایی محقق گردد. روش مورد استفاده در این پژوهش برای شرح داستان سناریوها روش خلاقانه است.

۳-۵-۴ گام چهارم - اعتبار سناریوها

سناریو یک توصیف داستانی از آینده است که بر فرایندهای علت و معلولی مؤثر بر امر تصمیم‌گیری تمرکز دارد. اعتبار سناریوها براساس چندین عامل سنجیده می‌شود که هر یک به اختصار شرح داده شده است.

- سناریوها باید دارای سازگاری درونی باشند، به این معنی که باید بطور بالقوه از داده‌ها و حقایق استخراج شوند و یک نگاه قابل قبول از آینده را ارائه دهند. همچنین به وصف روابط علت و معلولی بپردازد.
- مرتبط باشد؛ به این معنی که باید به موضوعات کلیدی که در طول پروژه بیان شده‌اند مرتبط باشند و نگرانی واقعی مشارکت‌کنندگان را ترسیم کنند.
- باورپذیر یا محتمل باشد، یعنی امکان وقوع آن وجود داشته باشد یا به عبارتی، مسیری منطقی از حال به آینده را به تصویر بکشاند.
- همه سناریوها باید در یکی از فاکتورهای کلیدی با هم تفاوت اساسی داشته باشند.
- آینده‌ای که یک سناریو پیش‌بینی می‌کند، نباید با گذشته کامل بی‌ارتباط باشد.
- چالش‌پذیر باشد؛ یک سناریو باید به چالش‌های آینده اشاره کند و وقایع و حقایق را به نحوی کنار هم بگذراند که مدل‌های ذهنی را به چالش بکشاند.
- یک سناریو باید دارای عنوانی خوب و متناسب با نوع آینده باشد.

در این پژوهش سناریوهای بدست‌آمده بر اساس معیارهای جدول ۳-۲ مورد ارزیابی و اعتبارسنجی قرار گرفته است.

جدول ۳-۲- معیارهای ارزیابی و اعتبارسنجی سناریوها

معیار ارزیابی	سنجه
باورپذیر	احتمال وقوع آن وجود دارد.

چیزهای غیرقابل باور به شکل باورپذیری مطرح شده است	
متغیرهای سناریو به روش جالب و جذاب سازماندهی شده است	چالش برانگیز
سناریو مفروضات ذهنی سیاست‌گذاران را به چالش می‌کشد	
سناریو براساس ترکیبی از روش‌های آینده‌نگاری است.	
آیا سناریوها از عناصر سازگار و هماهنگ تشکیل شده‌اند؟	
آیا هر سناریو رویدادهای یکپارچه‌ای را که می‌تواند به‌عنوان یک کل دیده شود، ارائه داده است؟	سازگاری درونی
داده‌های حاصل از پوش محیطی در سناریوها مشهود است	
رتبه‌بندی عوامل و نقش عدم قطعیت‌های کلیدی در سناریوها مشهود است	مرتبط بودن
ذی‌نفعان کلیدی در فرایند ساخت سناریو به مشارکت طلبیده شده‌اند	
آیا عنوان سناریو هوشمندانه انتخاب شده است و به راحتی به‌خاطر سپرده می‌شود؟	
آیا محتوای سناریوها، جذاب، زیبا و دل‌انگیز می‌باشد؟	طراحی

۳-۵-۴-۱ جامعه پژوهش

در این مرحله پژوهش مشارکت‌کنندگان شامل کارشناسان و خبرگان حوزه‌ی آینده‌پژوهی می‌باشند، که در خصوص سناریونگاری آگاهی، اطلاعات و تجربه کار داشته باشند تا بتوانند اعتبار سناریوها را واقع‌بینانه ارزیابی کنند.

۳-۵-۴-۲ نمونه پژوهش

در این مرحله، نمونه‌گیری در دسترس مورد استفاده قرار گرفت. داستان‌های سناریو به ۱۲ نفر از آینده‌پژوهان از طریق پست‌الکترونیک ارسال گردید و از آن‌ها خواسته شد در خصوص سه معیار باورپذیری، ارتباط، چالشی بودن سناریوها را ارزیابی کنند. به این منظور متن سناریوها به همراه فرم رضایت از شرکت در مطالعه به آنان ارسال شد. لازم به ذکر است که برای هر سناریو یک سوال باز نیز طراحی شد تا خبرگان نظرات ارشادی خود را نیز مرقوم کنند. از ۱۲ نفر مشارکت‌کننده‌ی انتخاب شده، ۹ نفر پاسخ-های خود را در عرض سه هفته به پژوهشگر ارسال کردند (میزان مشارکت ۷۵٪).

۳-۵-۴-۳ ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها در این قسمت، متن سناریوها به همراه جدول ۳-۲ جهت سنجش اعتبار به انتخاب محتمل‌ترین سناریو به گروهی از خبرگان داده شد و از آن‌ها خواسته شد که به هریک از سناریوها بر اساس سنجه‌های فوق نمره‌ای از ۱ (خیلی ضعیف) تا ۱۰ (خیلی قوی) دهند.

۳-۵-۴-۴ روش گردآوری

سناریوهای این پژوهش جهت سنجش اعتبار از طریق پست‌الکترونیک و شبکه اجتماعی لینکدین به خبرگان ارسال گردید.

۳-۵-۴ روش تحلیل

جهت تحلیل نتایج حاصل از اعتبار سناریوها، تیم پژوهش میانگین امتیازهای داده شده توسط خبرگان را محاسبه و دو محدوده‌ی قبول و رد را تعریف کردند. براین اساس، سناریوهایی که در هر کدام از معیار فوق، میانگین امتیاز کسب شده‌ی آن‌ها بین ۵ تا ۱۰ باشد قابل قبول و اگر ۰ تا ۴,۹ باشد رد محسوب می‌شود و بایستی مجدداً بر اساس فاکتورهای شناسایی شده روایت سناریو بازنویسی شود.

۳-۵-۵ گام هفتم- راهبردهای تحقق سناریوی معتبر

بعد از اینکه محتمل‌ترین سناریو بر اساس سنجه‌های اعتباریابی سناریو شناسایی گردید پیش‌فرض اصلی بر این استوار است که باید در مسیر مطلوب‌ترین و محتمل‌ترین سناریو قرار گرفت. مطلوب‌ترین سناریو عموماً در ربع بالا و سمت راست ماتریس قرار دارد و محتمل‌ترین نیز براساس نظر خبرگان در مرحله‌ی اعتبارسنجی همان سناریویی است که بالاترین امتیاز را کسب کرده است. بنابراین در این گام باید بر اساس روندهای کانونی و عدم‌قطعیت‌های کلیدی مجموعه اقدامات استراتژیک را تعریف کند. به این منظور دو عامل اصلی یعنی همان محورهای ماتریس و عدم‌قطعیت‌های کلیدی مرتبط، مسیر توسعه‌ی سناریو محسوب شده و تمرکز استراتژی بر آن‌هاست. علاوه بر این روندها و دیگر عواملی که محرک توسعه‌ی دو محور ماتریس هستند را نیز باید در تدوین استراتژی‌ها دخیل کرد. در این گام باید از توسعه‌ی مثبت یک روند یا عامل تاثیرگذار متفع شد و از توسعه‌ی منفی آن ممانعت به عمل آورد و یا آن را کنترل کرد.

۳-۶ دامنه موضوعی، مکانی و زمانی پژوهش

گستره‌ی موضوعی پژوهش، آینده‌نگاری مراقبت‌های بهداشتی سالمندان با تکنیک سناریو را شامل می‌شود که برای کشور ایران در بازه‌ی زمانی فروردین ۹۳ تا فروردین ۹۵ انجام گرفته است.

۳-۷ ملاحظات اخلاقی

گواهی اصول اخلاق در پژوهش این رساله از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره‌ی ۹۳/د/۱۰۵/۲۹۵۳ مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۲۹ کسب شد (پیوست شماره ۵) و علاوه بر این، پژوهشگران موارد زیر را در فرایند پژوهش مدنظر داشتند.

۱. دریافت معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه جهت ارایه به افراد مصاحبه‌شونده (پیوست ۶)

۲. حفظ احترام و کسب اعتماد هر یک از شرکت کنندگان در پژوهش

۳. تشریح هدف و ماهیت پژوهش برای شرکت کنندگان در پژوهش

۴. عدم ذکر نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان در ارایه‌ی نتیجه نهایی و استفاده از کدهای عددی به جای نام شرکت‌کنندگان در بخش یافته‌های پژوهش
۵. حفظ استقلال مشارکت‌کنندگان در پژوهش با اطمینان دادن به آنها در مورد آزاد بودن در شرکت، عدم شرکت یا خروج از پژوهش
۶. انتشار مصاحبه‌ها بصورت تحلیل شده و عدم انتشار متن خام مصاحبه‌ها
۷. تضمین محرمانه بودن کلیه‌ی اطلاعات کسب شده از شرکت‌کنندگان در پژوهش
۸. ارسال فرمی حاوی معرفی پژوهشگر، تیم پژوهش و سازمان مرتبط (دانشگاه علوم پزشکی ایران)، معرفی عنوان و اهداف پژوهش، درخواست موافقت و رضایت جهت انجام مصاحبه و تعیین وقت مصاحبه برای کلیه شرکت‌کنندگان در مصاحبه، قبل از جلسه‌ی مصاحبه و دریافت فرم تکمیل شده در جلسه مصاحبه
۹. کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان برای ضبط مصاحبه

۳-۸ محدودیت‌های پژوهش

۱. نبود منابع فارسی در خصوص موضوع مورد مطالعه باعث شد تا هیچ چارچوب اولیه‌ای برای ایده‌پردازی محقق وجود نداشته باشد. همین امر باعث شد تا پژوهشگر در کنار مطالعه و ترجمه‌ی متون اصلی، مطالعات متفرقه‌ی زیادی انجام دهد تا چارچوب اولیه‌ی کار در ذهن پژوهشگر نقش بندد.
۲. با توجه به اینکه پیشینه‌ی تخصصی پژوهشگر در حوزه‌ی مدیریت و سیاستگذاری سلامت است انجام پژوهش فوق در دو حوزه‌ی آینده‌نگاری و سالمندی که هر یک رشته‌ی تخصصی هستند، فرایند انجام پژوهش را با کندی روبرو ساخت چرا که پژوهشگر نیاز داشت ابتدا به مباحث پایه‌ی این دو رشته تسلط یابد سپس وارد محیط پژوهش شود. لذا برای رفع این محدودیت و تعمیق بخشیدن به دانش خود در حوزه‌ی آینده‌نگاری، دوره‌ی آموزشی آینده‌پژوهی را زیر نظر فدراسیون جهانی آینده‌پژوهی گذراند و در حوزه‌ی سالمندی در کلاس‌های MPH سالمندی در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی حضور یافت.
۳. محدودیت زبانی در ترجمه‌ی واژگان تخصصی آینده‌پژوهی و پیدا کردن معادل فارسی مناسب؛ به عنوان مثال در زبان فارسی از هر سه اصطلاح "آینده‌پژوهی، آینده‌نگاری و آینده‌نگری" به طور جایگزین استفاده شده است.
۴. در بخش مطالعه‌ی کیفی، هرچند این پژوهش کوشش کرده است بر مبنای دیدگاه‌های گروهی از سیاست‌گذاران و مجریان تقریب و تخمین معقولی از وضعیت فعلی نظام مراقبت سالمندی در ایران به دست آورد اما به نظر می‌رسد نتایج

آن قسمت از پژوهش به تنهایی قادر به بیان تمامی حقایق مرتبط با نظام مراقبت سالمندی نمی‌باشد و نمی‌تواند پاسخی قطعی برای تمام سوالات موجود درباره‌ی طراحی یک نظام کارآمد مراقبت سالمندی ارائه دهد. هنوز موضوعات ناشناخته-ی زیادی درباره‌ی نحوه‌ی کارکرد نظام مراقبت سالمندی یا پاسخ کند آن در مقابل نیازهای روزافزون وجود دارد.

۵. یکی از ویژگی‌های تحقیقات آینده‌نگاری اتکای زیاد به دانش ضمنی است. استخراج و بیرون کشیدن این دانش ضمنی که نزد خبرگان محفوظ است در برخی موارد بسیار دشوار است. عدم مشارکت برخی خبرگان کلیدی علی‌رغم مراجعه‌ی چندباره‌ی پژوهشگر به دلایلی همچون مشغله‌ی زیاد کاری و عدم علاقه‌مندی به مشارکت در پژوهش باعث شد که نتوانیم از دانش ضمنی برخی خبرگان استفاده کنیم.

۶. باور نتایج تحقیقات آینده‌نگاری از آنجایی که با آمیزه‌ای از تخیل و انتزاع همراه است، مناقشه‌آمیز و بحث‌برانگیز است. نتایج این پژوهش نیز از آنجا که ممکن است با باورهای محققان و متخصصان مغایرت داشته باشد، از باورپذیری، انتقال‌پذیری، اتکاپذیری و تاییدپذیری کمتری نسبت به سایر تحقیقات برخوردار است.

۷. محدودیت پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان؛ با توجه به اینکه هدف پژوهشگر در کنار شناخت وضعیت فعلی استخراج تصاویر آینده از ذهن سیاست‌گذاران نیز بود، تحلیل مصاحبه‌ها نشان از ضعف تفکر آینده‌نگر و غالب بودن تفکر گذشته‌نگر در بین مشارکت‌کنندگان داشت.

۸. از آنجایی که روش سناریونویسی با رویکرد منطق شهودی یک روشی ذهنی^۱ است انتخاب عدم قطعیت‌های مختلف منجر به سناریوهای مختلف و متفاوت می‌شود که البته این محدودیت به ماهیت متدولوژی فوق برمی‌گردد و از حیطه‌ی کنترل پژوهشگران خارج است.

۹. تعارضات شدید دو دستگاه متولی امور سالمندی یعنی وزارت بهداشت و وزارت رفاه علاوه بر اینکه رسیدگی به امور سالمندان را از مسیر اصلی خود منحرف کرده است پژوهشگر را نیز در فرایند گردآوری داده‌ها دچار مشکل نمود.

^۱ Subjective

فصل چهارم

یافته‌های پژوهش



“دانشته‌های انسان موجب شکست او نمی‌شود، بلکه چیزهایی که می‌داند و فکر می‌کند درست است در حالیکه در آینده کاربردی ندارند
موجبات شکست او را فراهم می‌کند.”

مارک تواین^۱

۱-۴ مقدمه

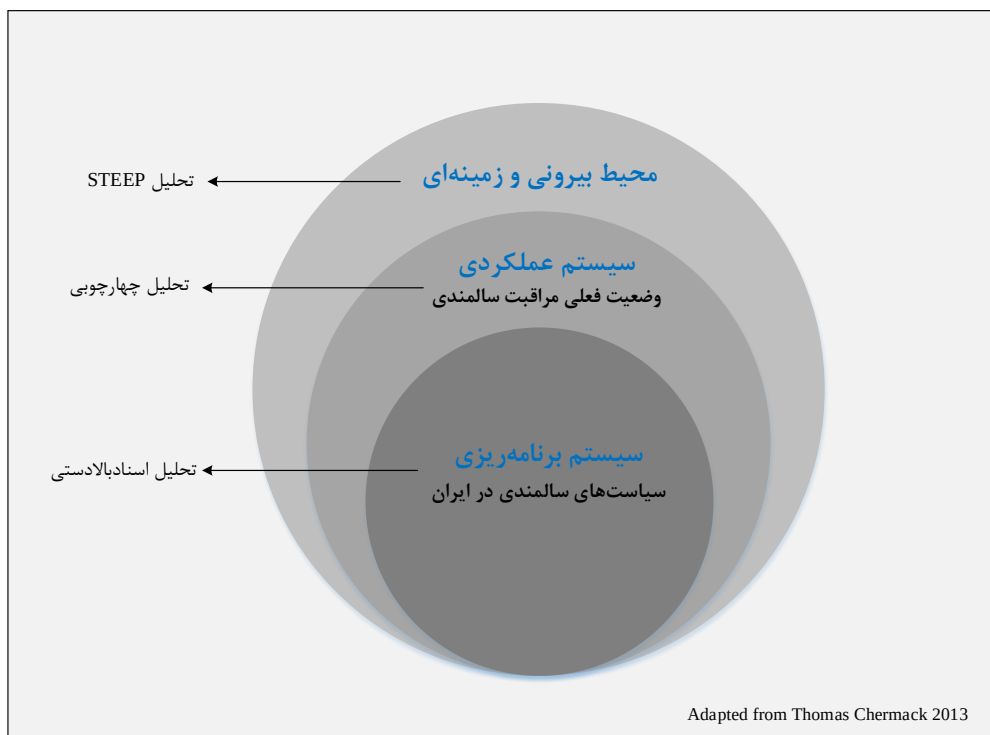
یکی از روش‌های شناخت آینده‌های باورپذیر و محتمل، بهره‌گیری از ابزار برنامه‌ریزی سناریو است. این روش می‌کوشد پیشران‌ها و نیروهای شکل‌دهنده‌ی آینده (نیروهایی که اهمیت و عدم قطعیت بیشتری دارند)، را شناسایی کرده و از راه این شناخت، سناریوهای بدیل آینده را بسازد. بر این پایه، هر سناریو بیانگر وضعیت‌های احتمالی از آینده است که از سوی نگارندگان سناریوها به عنوان آینده‌های درخور توجه مطرح شده است؛ در این فصل یافته‌های مراحلی که منتج به ساخت سناریوهای آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی شده است به تفکیک مراحل پژوهش شرح داده شده است.

۲-۴ یافته‌های مرحله‌ی اول: شناسایی پیشران‌های کلیدی

در ادبیات آینده‌نگاری، پیشران‌ها اشاره به نیروهای عمده‌ی شکل‌دهنده‌ی آینده جهان دارند که باعث حرکت و تغییر در طرح سناریوها شده و سرانجام داستان‌ها را مشخص می‌کنند. لذا هدف از این مرحله، شناسایی کلیه‌ی مولفه‌ها، پیشران‌ها و فاکتورهای کلیدی مرتبط با مراقبت‌های سالمندی است که بر اساس نظریه‌ی سیستمی در سه سطح (مطابق شکل ۱-۴) بررسی گردیده است (۴۸). بر اساس این نظریه مهم‌ترین موضوعاتی که باید از آن‌ها آگاهی یافت عبارتند از:

- ۱- سیاست‌های حاکم در خصوص مراقبت سالمندی چه می‌باشند؟
 - ۲- اصلی‌ترین چالش‌هایی که در حال حاضر سیستم مراقبت سالمندی با آن مواجه است کدامند؟
 - ۳- چه روندها و ابرروندهایی پتانسیل اثرگذاری بر وضعیت آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی را دارد و مدل‌های ذهنی مشارکت-کنندگان در خصوص روندهای شناسایی شده چگونه است؟
- بنابراین این مرحله از پژوهش به دنبال پاسخ به سوالات فوق است.

^۱ Mark Twin



شکل ۴-۳- فضای مورد بررسی در مرحله اول (شناسایی پیشران‌های کلیدی)

۴-۲-۱ گام اول- بررسی سیاست‌های مرتبط با مراقبت سالمندان

سیاست‌ها در حقیقت خط‌مشی‌ها، بایدها و نبایدهای هر حوزه را مشخص می‌کنند. سیاست‌های حوزه‌ی بهداشت و سلامت سالمندان نیز تعیین‌کننده خط‌مشی‌های کلی این حوزه هستند. به عبارت دیگر این سیاست‌ها را می‌توان نشان‌دهنده‌ی رویکرد نظام جمهوری اسلامی ایران به بحث بهداشت و سلامت سالمندان قلمداد کرد.

در واقع وجود حمایت‌های قانونی در هر جامعه‌ای نقش موثری در ارتقای وضعیت سلامت سالمندان دارد. در کشور ما نیز تلاش شده است قوانین و سیاست‌هایی در راستای ارتقای سلامت سالمندان وضع شود. عوامل بیولوژیک، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و تاثیر آن‌ها بر سلامت سالمندان، قانون‌گذار را ملزم به توجه به وضعیت بهداشتی، سلامتی و رفاهی سالمندان می‌کند. بنابراین این بخش از پژوهش به بررسی سیاست‌ها، قوانین و مقررات وضع شده در کشور جهت حمایت از سالمندان پرداخته است. در این راستا، پژوهشگر در مرحله اول ۴۶ سند از طریق جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی سازمان‌های مرتبط و مراجعه حضوری به سازمان‌ها گردآوری کرد. از میان آن‌ها تنها ۲۱ سند با معیارهای ورود به مطالعه و هدف پژوهش هم‌خوانی داشتند و در بخش‌های بعدی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است. مشخصات اسناد تحلیل شده براساس اهداف مطالعه در جدول ۴-۱ ارائه شده است و توضیحات کلی مرتبط با هر سند در بخش بعدی به اجمال آورده شده است.

جدول ۴-۱- اسناد بالادستی مرتبط و ذی‌نفعان شناسایی شده

کد سند	عنوان سند	نوع سند	اصل / بند / ماده	تاریخ تصویب	محل تصویب	ذی‌نفعان
۱	قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (۱۸۱)	قانون	اصل ۲۹	۱۳۵۸	مجلس شورای اسلامی	وزارت بهداشت، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، کمیته‌ی امداد امام خمینی، صندوق‌های بازنشستگی، وزارت مسکن،
			اصل ۲۱	۱۳۵۸		
			اصل ۲۸	۱۳۵۸		
			اصل ۲۶	۱۳۵۸		
			اصل ۴۳	۱۳۵۸		
۲	سیاست‌های اشتغال زنان	سیاست	کل	۷۱	شورای عالی انقلاب فرهنگی	سازمان امور اداری و استخدامی کشور، وزارت بهداشت، شورای فرهنگی و اجتماعی زنان، وزارت رفاه
۳	برنامه‌ی دوم توسعه (۱۸۲)	قانون	تبصره ۱۲	۷۸-۱۳۷۳	مجلس شورای اسلامی	سازمان بازنشستگی، سازمان بهزیستی
۴	برنامه‌ی دوم توسعه	قانون	تبصره ۱۲	۷۸-۱۳۷۳	مجلس شورای اسلامی	سازمان بازنشستگی، سازمان بهزیستی
۵	برنامه‌ی سوم توسعه (۱۸۳)	قانون	ماده ۱۹۲	۸۳-۱۳۷۹		سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۶	برنامه‌ی چهارم توسعه (۱۸۴)	قانون	ماده ۹۷	۸۹-۱۳۸۴		شورای ملی سالمندان
۷	برنامه پنجم توسعه (۱۸۵)	قانون	ماده ۳۶ و ۳۲	۹۴-۱۳۹۰		وزارت بهداشت، وزارت رفاه، سازمان بیمه سلامت، شهرداری
۸	چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران ۱۴۰۴ (۱۸۶)	سند سیاسی	کل	۱۳۸۲		
۹	نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی (۱۸۷)	قانون	کل	۱۳۸۳		وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، سازمان بیمه، هلال احمر
۱۰	شورای ملی سالمندان (۱۸۸)	آیین‌نامه	کل	۱۳۸۳	مصوبات هیات وزیران	وزارت کشور، وزارت بهداشت، وزارت فرهنگ و ارشاد، مسکن و شهرسازی، امور اقتصاد و دارایی، آموزش و پرورش، بازرگانی، ورزش، جهادکشاورزی، صداوسیما، سازمان بهزیستی، بیمه‌ها
۱۱	اهداف و اصول تشکیل خانواده و سیاست‌های تحکیم و تعالی آن	سند سیاسی	کل	۱۳۸۴	شورای عالی انقلاب فرهنگی	وزارت فرهنگ، معاونت امور زنان و خانواده
۱۲	سیاست‌ها و راهبردهای ارتقای سلامت زنان	سند سیاسی	کل	۱۳۸۶		وزارت بهداشت، وزارت رفاه، معاونت امور زنان و خانواده
۱۳	نقشه جامع علمی سلامت (۱۸۹)	سند سیاسی	کل	۱۳۸۹		وزارت بهداشت
۱۴	نقشه‌ی تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ (۱۹۰)	سند سیاسی	کل	۱۳۹۰		وزارت بهداشت
۱۵	نقشه‌ی تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت (۱۹۱)	سند سیاسی	کل	۱۳۹۰		وزارت بهداشت
۱۶	سند منزلت، رفاه و سلامت سالمندان	سند سیاستی	کل	۱۳۹۱ تدوین	وزارت بهداشت، درمان و آموزش	وزارت بهداشت، وزارت رفاه، نهادهای غیردولتی و خیریه‌ی مرتبط با سالمندی

کد سند	عنوان سند	نوع سند	اصل / بند / ماده	تاریخ تصویب	محل تصویب	ذی نفعان
	(۱۹۲)				پزشکی	
۱۷	سند دستاوردهای، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت ایران (۱۹۳)	سند سیاسی	کل	۱۳۹۱		وزارت بهداشت
۱۸	سیاست‌های کلی سلامت (۱۹۴)	سند سیاسی	کل	۱۳۹۳	مقام معظم رهبری	وزارت بهداشت، سازمان بیمه، سازمان حفاظت محیط زیست
۱۹	سیاست‌های کلی جمعیت (۱۹۵)	سند سیاسی	بند ۷	۱۳۹۳		وزارت‌خانه‌های بهداشت، رفاه و امور اجتماعی، فرهنگ و ارشاد اسلامی و وزارت آموزش و پرورش
۲۰	برنامه‌ی تحول نظام سلامت در حوزه‌ی بهداشت (۱۹۶)	سند سیاسی	کل	۱۳۹۴	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، شهرداری
۲۱	بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی (۱۹۷)	سند سیاسی	کل	۱۳۹۴		وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی

۴-۲-۱-۱ قانون اساسی

در قانون اساسی جمهوری اسلامی جزء در اصل بیست و نهم اشاره مستقیمی به پدیده پیری و حقوق افراد سالمند نشده است. در این اصل آمده است: “برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.” بر این اساس کلیه‌ی سالمندان نیز به عنوان بخشی از افراد جامعه باید:

- تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار گیرند؛

- از خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه برخوردار شوند؛

البته سایر اصول قانون اساسی به خصوص فصل سوم آن تحت عنوان حقوق ملت نیز مجموعه‌ای از تسهیلات را برای آحاد ملت پیش‌بینی کرده که طبیعتاً سالمندان نیز باید از آنها برخوردار شوند.

۴-۲-۱-۲ سیاست‌های اشتغال زنان در جمهوری اسلامی ایران

این سیاست ضمن تأکید مجدد بر نقش زن در خانواده به عنوان شغل اصلی به ضرورت اشتغال مفید و موثر وی جامعه نیز پرداخته است و سیاست‌های اشتغال زنان را در ۱۳ ماده در سال ۱۳۷۱ در شورای عالی انقلاب فرهنگی تصویب کرده است.

در سال ۱۳۸۲ سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴ توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام تدوین گردید. این سند دورنمایی برای توسعه و آبادانی ایران در زمینه‌های مختلف فرهنگی، علمی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی ارائه کرده است. در این سند مقرر شده است که اجرای این چشم‌انداز از سال ۱۳۸۴ و در قالب چهار برنامه‌ی توسعه ۵ ساله انجام گیرد. سال ۱۴۰۴ شمسی مطابق با سال ۲۰۲۵ سال تحقق این افق چشم‌انداز است. بر مبنای این سند "ایران در سال ۱۴۰۴ کشوری خواهد بود برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب." در این سند به گروه‌های مختلف جمعیتی و سالمندان اشاره‌ای نشده است و موضوع پیش‌گفت برای آحاد جمعیت در نظر گرفته شده است.

از جمله محورهای هدف‌گذاری شده در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله که به سالمندان نیز ارتباط موضوعی دارد عبارتند از: عدالت و برابری، جامعه‌ی سالم، دانش و فناوری پیشرفته در خدمت آحاد مردم، حفظ امنیت، رشد فرهنگی، جامعه‌ی اسلامی دانایی‌محور و انسان سالم محور توسعه

۴-۲-۴ قانون برنامه اول توسعه (۱۳۷۲-۱۳۶۸)

در برنامه‌ی اول توسعه مثل سایر ابعاد مسائل اجتماعی به پدیده سالمندی و جمعیت سالمندان توجه خاصی نشده و مسئله مسکوت گذارده شده است. در عین حال اهداف سوم تا هفتم و نهم برنامه‌ی اول توسعه به ترسیم برخی اهداف اجتماعی در سال‌های اجرای برنامه اشاره کرده که از عمومیت برخوردارند و بر گروه هدف مشخصی متمرکز نشده‌اند.

۴-۲-۵ قانون برنامه دوم توسعه (۱۳۷۸-۱۳۷۳)

قانون برنامه دوم نیز مثل برنامه اول رویکرد و توجه مستقیمی به مسئله سالمندان نداشته، بلکه عمدتاً در برخی تبصره‌ها مسئله بازنشستگی را مورد نظر قرار داده است. از جمله در تبصره ۱۲ این قانون آمده است:

"از محل اعتبارات فصل تأمین اجتماعی، معادل چهار هزار و هشتصد میلیارد ریال برای پرداخت مستقیم کمک معاش ماهانه به اقشار کم‌درآمد شامل خانواده‌ها، زنان و کودکان بی‌سرپرست، خانواده‌هایی که سرپرست آنها از کار افتاده و سربازان متأهلی که امکان تأمین معاش خود را ندارند و همچنین خانواده‌های نیازمند زندانیان تخصیص می‌یابد." هم‌چنان که ملاحظه می‌شود قانون‌گذار با اشاره به سرپرست خانواده-هایی که از کار افتاده‌اند و لزوماً بخش قابل توجهی از آنها سالمند هستند، بودجه محدودی را به پرداخت مستقیم به سالمندان از کار افتاده اختصاص داده است.

۴-۱-۶ قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹)

بر مبنای جزء (۵) بند (الف) ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه، «سازمان بهزیستی کشور مکلف است در جهت ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن و سالمندان در سال اول برنامه سوم نسبت به تهیه، تدوین و اجرای طرح ساماندهی بیماران یاد شده اقدام کند».

در ذیل ماده مذکور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است که با همکاری سازمان برنامه و بودجه آئین‌نامه اجرایی را تهیه و به تصویب هیئت وزیران برساند. براین اساس پس از تدوین و تصویب آئین‌نامه مذکور از ابتدای سال ۱۳۸۳ شورای ملی سالمندان کشور با دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور و با عضویت وزارت‌خانه‌ها و سازمان‌های مختلف ذیربط تشکیل شد. محتوای این آیین‌نامه در ادامه به عنوان یک سیاست مجزا مورد تحلیل قرار گرفته است.

۴-۱-۷ قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴)

در سال‌های اجرای برنامه چهارم با توجه به تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، در واقع بخش عمده تکالیف مربوط به سالمندان باید در چارچوب قانون مذکور رفع و رجوع می‌شد. با وجود این، در بند «ط» ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه، تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست و پنج درصد جمعیت هدف تصریح شد. در واقع با تصویب این بند ادامه فعالیت شورای ملی سالمندان (موضوع آیین‌نامه اجرایی جزء ه بند الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم) مجوز قانونی یافت.

از جمله محورهای قانون برنامه پنجم که به‌طور غیرمستقیم به‌وضع سالمندان ارتباط دارند عبارتند از:

توسعه مبتنی بر دانایی، تعامل فعال با اقتصاد جهانی، ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی، کاهش فقر و محرومیت، ارتقای سلامت و حفظ محیط زیست در راستای توسعه پایدار.

۴-۱-۸ قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰)

قانون برنامه پنجم با توجه به مواد و تبصره‌هایی که به‌طور مستقیم با بخش سلامت سروکار دارد یکی از مجموعه قوانین توسعه‌ای است که بخش سلامت در آن نمود بیشتری یافته است. در فصول و مواد مختلف این قانون اشاراتی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به بخش سلامت شده است اما از سالمندان و سلامت آنان به عنوان یک گروه جمعیتی خاص به‌طور مستقیم نامی برده نشده است. اما موادی از این برنامه که به‌طور غیرمستقیم در خصوص سالمندان است آورده شده است:

ماده ۲۴- به‌منظور ارتقاء شاخص توسعه‌ی انسانی به سطح کشورهایی با توسعه‌ی انسانی بالا و هماهنگی رشد شاخص‌های آموزش، بهداشت و اشتغال در کشور، سند راهبردی «ارتقاء سطح شاخص توسعه انسانی» پس از تصویب هیأت وزیران اجراء می‌شود.

ماده ۲۷- برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چند لایه با لحاظ حداقل سه لایه:

- مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

- بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمري‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه

- بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید.

بر اساس بند (ج) ماده‌ی ۳۲ برنامه‌ی پنجم - توسعه‌ی سامانه‌ی «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجراء باز طراحی می‌شود و برنامه اجرائی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. این بند خدمات مربوط به گروه سالمندان را نیز شامل می‌شود.

در بند (د) همین ماده آورده شده است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت‌وزیران ارائه نماید.

ماده ۳۴ بند (ب) - به‌منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت و کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم به حداکثر معادل سی درصد (۳۰٪) هزینه‌های سلامت، ایجاد دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی، کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، تقلیل وابستگی گردش امور واحدهای بهداشتی درمانی به درآمد اختصاصی و کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص موردنیاز، ده درصد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمندکردن یارانه‌ها علاوه بر اعتبارات بخش سلامت افزوده می‌شود.

ماده ۳۴ بند (ج) - به‌منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور استخراج و اعمال کند.

ماده ۳۵ بند (ب)- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای حداکثر ظرف دو سال اول برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی می‌نماید.

ماده ۳۶ بند (ب)- سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد.

ماده ۳۸ بند (الف)- دولت مکلف است سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را در قالب بودجه‌های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید.

ماده ۲۱۷- کلیه وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی موظفند برنامه‌های اجرائی و عملیاتی خود را در قالب بسته‌های اجرائی برنامه ظرف شش ماه از تاریخ تصویب این قانون تهیه کنند. این بسته‌ها که پس از تصویب هیئت وزیران جهت اطلاع به مجلس شورای اسلامی ارائه می‌شود، مبنای تنظیم و تصویب بودجه سنواتی دستگاه قرار می‌گیرد. بر همین اساس وزارت بهداشت بسته اجرایی خود را به شرح زیر به هیات دولت ارائه نمود:

در این بسته در فصل اول ارائه خدمات سلامت به جامعه در جهت کاهش بار بیماری‌ها در بند سوم ارتقای نظام مراقبت از سالمندان به میزان ۲۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه هدف‌گذاری شده است. یعنی تا پایان برنامه پنجم قرار است ۳۷۵ هزار نفر از جمعیت سالمندان تحت پوشش این برنامه قرار گیرند. در این برنامه مقرر شده بود که اقدامات اجرایی در خصوص استمرار و توسعه برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوره‌ی سالمندی، استمرار و توسعه‌ی برنامه‌ی مراقبت‌های ادغام‌یافته سالمندان، تدوین نقشه توزیع اختلالات سنین سالمندی بر حسب مناطق جغرافیایی، تدوین سند نظام جامع خدمات سالمندی، اجرای طرح‌های تحقیقاتی و آموزشی در زمینه‌ی سالمندی، طراحی و اجرای برنامه‌ی ارتقای سلامت روان در سالمندان به‌عمل آید. در سایر قسمت‌های این بست اجرایی سالمندان مانند سایر گروه‌های سنی مدنظر قرار گرفته‌اند.

۹-۱-۲-۴ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که در اردیبهشت سال ۱۳۸۳ به تصویب نهایی مجلس شورای اسلامی رسید حاوی قوانین جامعی در خصوص مسائل اجتماعی از جمله سالمندی بود. بندهای (الف)، (ج) و (ی) بند ۱ قانون مذکور به بازنشستگی، از کار افتادگی، بیوگان و زنان سالخورده به‌عنوان کسانی که دولت باید از آنها در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن از طریق این قانون حمایت کند، اشاره دارد.

ماده ۳ قانون مورد بحث به اهداف و وظایف حوزه بیمه‌ای اشاره کرده و براساس بند (د) این ماده دولت موظف به تشکیل صندوق-های بیمه‌ای مورد نیاز از قبیل بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده شده است. به علاوه در سایر مواد از جمله ۴ و ۵ که به اهداف و وظایف حوزه حمایتی، توانبخشی و امدادی اشاره دارد نیز سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای جمعیت هدف برنامه پیش‌بینی شده، که شامل سالمندان هم می‌شود.

از دیگر نکات مهم در قانون مورد بحث ماده ۹ آن است که در آن اصول و سیاست‌های اجرایی نظام جامع روشن شده و این به معنای آن است که هر برنامه یا اقدامی در زمینه مسائل اجتماعی باید از این سیاست‌ها تبعیت کند. پیشگیری، فراگیری، توانمندسازی و کارگستری از جمله مهمترین این سیاست‌ها هستند که برنامه‌های مرتبط با سالمندی نیز باید در چارچوب این سیاست‌ها طراحی و اجرا شوند.

۴-۱-۱۰ آئین نامه تشکیل شورای ملی سالمندان

یکی از مصوبات دولت در خصوص سالمندان آیین‌نامه اجرایی جزء (۵) بند (الف) ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه است، این سیاست که بطور خاص به امور سالمندان پرداخته است در سال آخر برنامه توسعه سوم به تصویب رسیده است. در این سیاست با هدف بهبود روش زندگی و ارتقای کیفیت آن و ایجاد رضایت از زندگی در سالمندان مقرر شده بود که خدمات رفاهی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی به سالمندان با رعایت سیاست‌ها و خط‌مشی‌های زیر انجام پذیرد:

الف- فراهم ساختن امکان تداوم حضور سالمند در جامعه

ب- تاکید بر حفظ موقعیت و جایگاه سالمند در خانواده

پ- تامین حداقل نیازهای اساسی سالمندان نیازمند در کشور

ت- تاکید بر حفظ احترام، شأن و حرمت سالمند

ث- فراهم ساختن امکان مشارکت مردم، انجمن‌ها و موسسات غیردولتی

هیأت وزیران در اردیبهشت ۱۳۸۳ با تصویب آیین‌نامه اجرایی جزء (۵) بند (الف) ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه مقرر کرد به منظور ساماندهی سلامت و رفاه سالمندان، شورای ملی سالمندان به دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور تشکیل شود. دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور نیز بر اساس این آیین‌نامه در سازمان بهزیستی تشکیل شده است. وظایف این دبیرخانه به شرح ذیل در نظر گرفته شد:

الف- تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت و رفاه سالمندان

ب- تعیین دستور جلسات شورا و برگزاری جلسات و دعوت از اعضا

پ- پیگیری اجرای تصمیمات شورا و دریافت گزارش عملکرد از دستگاه‌های ذی‌ربط

ت- تهیه گزارش پیشرفت برنامه‌ها و تخلفات دستگاه‌ها از اجرای تصمیمات

ث- تهیه بانک اطلاعات سالمندان کشور با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط

این دبیرخانه هم‌اکنون زیر نظر سازمان بهزیستی در حال انجام فعالیت‌های خود می‌باشد. پس از تصویب قانون ساختار جامع رفاه و تامین اجتماعی و خروج سازمان بهزیستی از مجموعه‌ی وزارت بهداشت و انتقال به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ارتباط سازمانی وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی قطع شده و وظایف بالا به دلیل تغییرات ساختاری و تعارضات سازمانی پیش‌آمده هرگز محقق نشد.

۱۱-۲-۴ اهداف و اصول تشکیل خانواده و سیاست‌های تحکیم و تعالی آن

شورای عالی انقلاب فرهنگی در جلسه ۵۶۴ مورخ ۸۴/۴/۷ به پیشنهاد شورای فرهنگی و اجتماعی زنان، اهداف و اصول تشکیل خانواده و سیاست‌های تحکیم و تعالی آن را به شرح ذیل تصویب نمود:

- ۱- تحقق دیدگاه اسلام در خصوص اهمیت جایگاه، منزلت و کارکردهای خانواده در نظام اسلامی؛
- ۲- حمایت از تشکیل، تحکیم و تعالی نهاد خانواده و پیشگیری از تزلزل و فروپاشی آن؛
- ۳- ارتقاء سطح فرهنگی و تربیتی اعضای خانواده به منظور ایفای نقش آن در سلامت و بهبود فرهنگی جامعه؛
- ۴- همگرایی و هماهنگی در کلیه سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در موضوع خانواده به منظور بهبود وضعیت تشکیل، تحکیم و تعالی خانواده؛
- ۵- آگاهی افراد خانواده نسبت به حقوق و وظایف یکدیگر و زدودن نگرش‌های غلط جامعه؛
- ۶- گسترش و تعمیق ارزش‌های اصیل اسلامی در خانواده برای تربیت نسل سالم، با ایمان، مسئول و مؤثر در رشد خود، خانواده و جامعه؛
- ۷- ایمن سازی خانواده از آسیب و بحران‌های اجتماعی و حمایت از خانواده‌های آسیب‌دیده؛

۱۲-۲-۴ سیاست‌ها و راهبردهای سلامت زنان

این سیاست در سال ۱۳۸۶ توسط شورای عالی انقلاب فرهنگی تصویب شد اهداف زیر را دنبال می‌کند.

- ۱- ارتقاء و توسعه سلامت زنان در ابعاد جسمی، روانی، فرهنگی، اجتماعی و معنوی در دوره‌های مختلف زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها و کاهش عوامل خطر سلامت زنان
 - ۲- تقویت سیاست‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سمت سلامت زنان و نیازهای بهداشتی - درمانی آنان.
 - ۳- افزایش آگاهی جامعه و خانواده از دانش و نیازهای سلامت زنان و نقش آن در توسعه
 - ۴- تقویت نقش محوری زنان در تأمین سلامت خود، خانواده و جامعه و افزایش مشارکت آنان در سطوح مختلف تصمیم‌گیری و اجرا.
 - ۵- افزایش دسترسی زنان به اطلاعات (به ویژه از طریق رسانه‌های ملی و جمعی) خدمات و مراقبت‌های سلامت واجد کیفیت و متناسب با نیازهای آنان در دوره‌های مختلف زندگی.
 - ۶- اصلاح و رفع موانع فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت زنان.
- براساس این سیاست زنان سالمند نیز بایستی از خدمات مراقبتی متناسب با نیاز خود بهره‌مند شود

نقشه‌ی فوق در پی پاسخ به دو نیاز مهم کشور تدوین گشت. نخست پاسخ به نیاز سلامت جامعه و دوم حرکت علمی به‌عنوان سنگ‌بنای توسعه‌ی کشور.

۴-۲-۱۴ سیاست‌های جمعیتی

سیاست‌های کلی جمعیت با توجه به اهمیت مقوله‌ی جمعیت در اقتدار ملی و با توجه به پویندگی، بالندگی و جوانی جمعیت کنونی کشور به‌عنوان یک فرصت و امتیاز، و در جهت کاهش نرخ رشد زاد و ولد در سال‌های گذشته، سیاست‌های کلی جمعیت در اردیبهشت ۱۳۹۳ توسط مقام معم رهبری ابلاغ گردید. در بند ۷ سیاست‌های جمعیتی به فرهنگ‌سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی‌ساز و کار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب اشاره شده است. به منظور تحقق این بند از سیاست‌های فوق وزارتخانه‌های بهداشت، فرهنگ، رفاه و آموزش و پرورش مشارکت داده شده‌اند.

همچنین در دستورالعمل عملیاتی کردن سیاست‌های جمعیتی تعیین شده است که، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری در جهت اجرای بند ۷ سیاست‌های ابلاغی، ضمن اهتمام به تکریم هر چه بیشتر سالمندان و بازنشستگان، برنامه‌ریزی‌های لازم را برای توسعه امور درمانی و کاهش هزینه‌های درمان، سهولت و عدالت در دسترس و همچنین امور رفاهی با روش‌های گوناگون از جمله توسعه‌ی خانه‌های امید در شهرها را پیگیری کنند.

۴-۲-۱۵ سیاست‌های کلان سلامت

سیاست‌های کلان سلامت در سال ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری بر مبنای اصل ۱۱۰ قانون اساسی ابلاغ گردید. این سیاست‌ها که طی دو سال مراحل تدوین را سپری نمود تکلیف تولیت بخش سلامت را مشخص نموده است و در بند ۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را متولی حوزه سلامت عنوان کرده است. وزارت بهداشت در این سیاست‌ها مسئول سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی و نظارت شده است. با بررسی این سیاست‌ها ملاحظه می‌شود که موضوع سالمندان به‌طور خاص در بند یا ماده‌ای مجزا دیده نشده است و سالمندان هم مانند سایر گروه‌های جمعیتی مورد شمول این سیاست‌ها قرار خواهند گرفت. اما نکته مهم تکلیف تولیت سلامت است که این موضوع مربوط به سلامت سالمندان نیز می‌شود.

۴-۲-۱۶ سند سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران- مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت

این سند توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شده است که در سال ۱۳۹۱ به امضای هیات وزیران و تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسیده است اما هنوز توسط دولت به دستگاه‌ها و نهادهای مرتبط ابلاغ نشده است. در این سیاست ۶۶ بند سیاستی و اقدام عملیاتی مشخص شده است که ۲۳ مورد آن‌ها به‌طور مستقیم به سلامت مربوط می‌باشد. ۲۰ مورد

آن به جنبه‌های اجتماعی مرتبط با سلامت اشاره داشته و بقیه موارد را اموری تشکیل داده است که بطور مستقیم به بخش سلامت ارتباطی نداشته و به سایر سازمان‌ها و دستگاه‌ها مربوط است. این بسته فاقد برنامه‌های عملیاتی و روال‌های اجرایی است.

۴-۱-۱۷ سند دستاوردها، چالش‌ها و افق پیش‌روی نظام سلامت

این سند در بررسی روندهای جهانی تاثیرگذار بر آموزش علوم پزشکی، روندهایی هم‌چون افزایش بیماری‌های مزمن، افزایش سن و سالمندشدن جمعیت اشاره کرده است و در پاسخ به این روندها نظام آموزش عالی سلامت را ملزم به تدوین کوریکولوم‌های مبتنی بر نیاز و پیشگیری محور و همچنین گسترش طب سالمندی در کشور تا سال ۱۴۰۴ کرده است.

۴-۱-۱۸ نقشه‌ی تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴

نقشه‌ی فوق که براساس متدولوژی آینده‌نگاری تدوین شده است. در خصوص سالمندان به موارد زیر اشاره کرده است:

- بازنگری قانون مدنی در راستای تأمین سلامت زنان، کودکان و سالمندان
- ایجاد و گسترش دوره تخصصی طب سالمندان با توجه به پیرشدن جمعیت
- ارتقای سواد سلامت روان سالمندان تا سه برابر وضعیت فعلی
- ساماندهی تغذیه در مراکز نگهداری سالمندان
- توانمندسازی جامعه در خصوص مراقبت از سالمندان
- تدوین و طراحی برنامه‌های سلامت روان به منظور پیشگیری از سالمندآزاری

۴-۱-۱۹ برنامه‌ی تحول نظام سلامت در حوزه‌ی بهداشت

این برنامه که به دنبال طرح تحول نظام سلامت در سال ۹۴ کلید خورد، هفت اولویت اول نیازمند به مداخله در حوزه‌ی بهداشت را به ترتیب زیر معرفی کرد:

- اولویت خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت بر خدمات درمانی در حوزه بهداشت
- مناطق محروم، روستایی و عشایری
- حاشیه شهرها
- استمرار پایلوت برنامه پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران
- تکمیل شبکه بهداشتی درمانی شهرهای زیر ۵۰ نفر جمعیت بر اساس طرح گسترش در سال ۹۳ و توسعه تدریجی برنامه پزشک خانواده به این شهرها از طریق پزشکان خانواده داوطلبی که بیش از ۵ سال در مناطق روستائی خدمت نموده اند (پس از جایگزینی آنان با پزشکان جدید) در سال ۹۴
- برنامه ملی خودمراقبتی
- برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری های بین‌بخشی حوزه بهداشت در سطح ملی، کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها و متناظر آن

این برنامه به‌طور مستقیم به خدمات مراقبت سالمندی اشاره‌ای نکرده است اما موارد مطروحه در آن، همه‌ی سنین را پوشش می‌دهد. این برنامه به‌دنبال آن است تا از طریق توانمندسازی مردم و مشارکت فعال توأم با مسئولیت‌پذیری آنان و همکاری تمام بخش‌های اثرگذار بر سلامت، حفظ و ارتقای سلامت مردم و جامعه و صیانت از سلامت عمومی را به یک مطالبه عام تبدیل کند.

۲-۱-۲-۴ بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

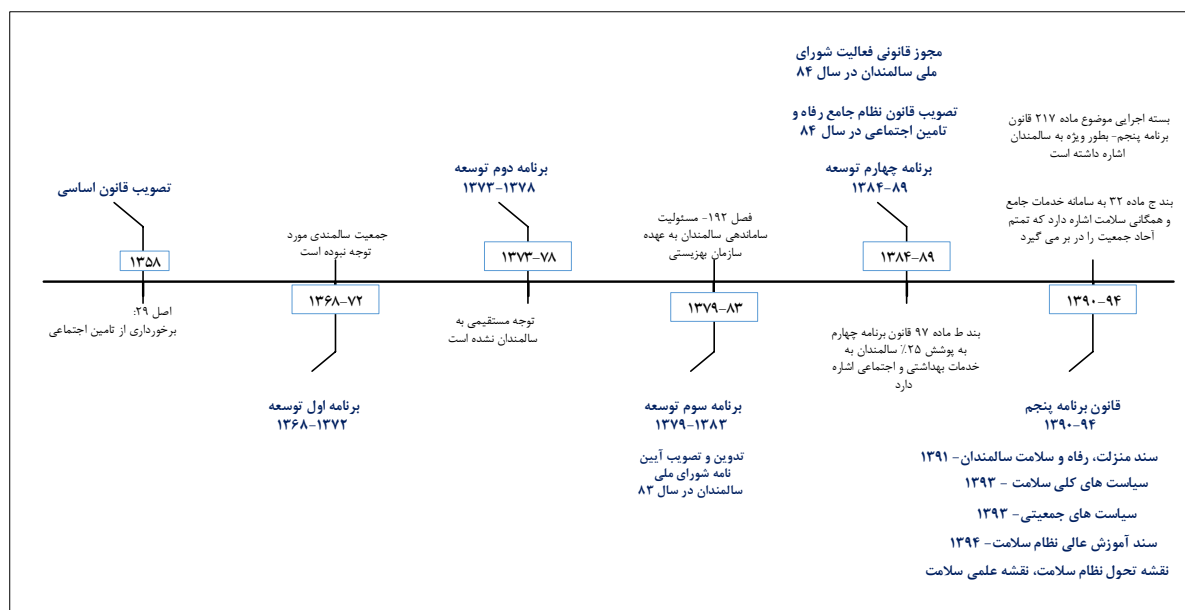
این برنامه نیز به‌عنوان فاز چهارم از برنامه‌ی تحول در نظام سلامت در سال ۹۴ به منظور تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی در سال ۹۴ کلید خورد. از جمله محورهای مرتبط با سالمندان در این سند می‌توان به توسعه‌ی مقاطع تحصیلات تکمیلی مبتنی بر نیاز جامعه مانند طب سالمندی و طب تسکینی اشاره کرد. در سیاست ساماندهی بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی به اختصاص تخت‌های آموزشی برای آموزش تخصصی طب سالمندی و طب تسکینی تاکید شده است.

۲-۱-۲-۴ نقشه‌ی تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت

- توانمندسازی سالمندان و توانمندسازی جامعه در خصوص مراقبت از سالمندان
- تربیت متخصص و تیم تخصصی درمان جهت ارائه خدمات طب سالمندان
- اجرای برنامه ملی ارتقای سلامت روان با تأکید بر مهارت‌های زندگی و پیشگیری از خودکشی و خشونت و سالمندآزاری
- حمایت ویژه دولت از اقشار نیازمند (زنان بد سرپرست، خودسرپرست و سرپرست خانوار آسیب‌پذیر، کودکان کار، کودکان خیابانی، کودکان حاشیه‌نشین، زنان و سالمندان در سایر گروه‌های آسیب‌پذیر، مادران باردار محروم، نوزادان و کودکان محروم)
- ارتقای نظام مراقبت گروه‌های سنی - جنسی جمعیت (کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان و زنان)
- ساماندهی تغذیه در مهدکودک‌ها، مدارس و مراکز آموزشی و مراکز نگهداری سالمندان

به‌طور کلی سالمندان براساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با سایر گروه‌های سنی از آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل بیماری‌ها و شرایط نامساعد اجتماعی-اقتصادی برخوردار هستند. همچنین از لحاظ دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی در شرایط نامساعدتری نسبت به بقیه‌ی جمعیت هستند. به‌همین جهت حمایت دولت‌ها از این قشر امری ضروری است. شکل ۴-۴ خط زمان یا روند توجه به سالمندان را در سیاست‌ها و قوانین را نشان می‌دهد. این شکل نیز گویای این واقعیت است که روند توجه به سالمندان آرام آرام جای خود را در سیاست‌ها باز کرده است و در دو دهه‌ی اخیر تا حدودی موجب بهبود وضعیت مراقبت سالمندان شده است. به نحوی که بازتاب آن را می‌توان به صورت افزایش سیاست‌ها در برنامه‌ی توسعه‌ی پنجم مشاهده کرد. آنچه که از بررسی سیاست‌ها برمی‌آید آن است که تاکنون موضوع سلامت سالمندان به‌عنوان یک زیرمجموعه در سیاست‌گذاری‌های سلامت مورد توجه بوده است در حالیکه به نظر می‌رسد با توجه به خیل عظیم سالمندان در دهه‌های آینده، توجه به این مسئله باید در برنامه‌ی ششم توسعه به‌صورت جداگانه و به‌عنوان یک موضوع خاص در کانون توجه نظام برنامه‌ریزی قرار گیرد، به‌طوری‌که

رویکردهای مراقبتی آنان از حالت‌های واکنشی و انفعالی به سوی حالت‌های پیگیرانه و فعالانه معطوف شوند و هر برنامه نسبت به برنامه قبل روند تکاملی را تجربه نماید.



شکل ۴-۴ - خط زمان (Time Line) یا روند توجه سیاست‌های مرتبط با سالمندی

پس از بررسی سیاست‌های مربوط به سالمندی با توجه به هدف مطالعه که شناسایی پیشران‌های کلیدی مربوط به سیاست‌های مراقبت سالمندی بود هر سیاست به‌طور جداگانه از لحاظ پیشران‌های کلیدی مورد تحلیل قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴-۲ آورده شده است.

جدول ۴-۲ - پیشران‌های شناسایی شده از تحلیل اسناد

کد	نام سند	پیشران‌ها و فاکتورهای کلیدی
۱	قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران	بالا بردن سطح آگاهی‌های عمومی در همه‌ی زمینه‌ها، مشارکت عامه مردم، رفع تبعیضات، رفع فقر، تساوی عموم، آسان کردن تشکیل خانواده، حمایت از مادران در دوران بارداری، برخورداری از تأمین اجتماعی، بیمه‌ی مراقبت-های پزشکی، تأمین نیازهای اساسی، حفاظت محیط زیست
۲	سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴	توانا در تولید علم و فناوری، فرصت‌های برابر، مبارزه با فقر و فساد، تأمید بر رشد نرم‌افزاری، محیط زیست سالم، کاهش بیکاری، مشارکت مردم، سلامت غذایی، حمایت از فقرا،
۳	قانون برنامه پنج‌ساله‌ی اول توسعه‌ی کشور	ارتقا سطح سلامت، اعتلا موقعیت زنان، افزایش زمینه مشارکت زنان، حفظ قداست خانواده، ارتقا فعالیت‌های تنظیم خانواده
۴	قانون برنامه پنج‌ساله‌ی دوم توسعه‌ی کشور	ترغیب به ازدواج و تشکیل خانواده، کمک هزینه ماهانه به افراد کم‌درآمد، گسترش بیمه همگانی، مشارکت زنان در امور اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، حفظ قداست خانواده
۵	قانون برنامه پنج‌ساله‌ی سوم توسعه‌ی کشور	توزیع مناسب نیروی انسانی، تعیین سبد غذایی مطلوب، تعلق یارانه به سبد غذایی، مناسب سازی امکان عمومی

کد	نام سند	پیشران ها و فاکتورهای کلیدی
		برای حضور سالمندان، حمایت از زنان سرپرست خانوار، توسعه مشارکت زنان، سطح‌بندی خدمات
۶	قانون برنامه پنج‌ساله‌ی چهارم توسعه‌ی کشور	تحکیم نهاد خانواده، ارتقا سلامت و شیوه زندگی سالم، تامین سند مطلوب غذایی، کاهش مخاطرات تهدیدکننده سلامتی، اقدام در جهت پیشگیری از اعتیاد، ایدز و بیماری‌های روانی، حضور بخش سلامت در عرصه جهانی، دسترسی عادلانه، توزیع نیروی انسانی متخصص به صورت عادلانه، استقرار بیمه سلامت با اولویت پزشک خانواده، برابری بین همه‌ی سنین، گسترش ارتباطات بین نسلی
۷	قانون برنامه پنج‌ساله‌ی پنجم توسعه‌ی کشور	عدالت اجتماعی، تعمیق بخشیدن ارزش‌های اسلامی، توسعه‌ی خدمات دیجیتال، نظام یکپارچه ارزیابی فناوری، حمایت از شرکت‌های دانش‌بنیان، کاهش تصدی‌گری، بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان، کمک به تامین هزینه‌های کمرشکن درمان، دسترسی عادلانه، تولید سلامت به عهده‌ی وزارت بهداشت، حذف اقلام آسیب‌رسان سلامت، سطح‌بندی خدمات، حمایت و توانمندسازی زنان، سواد اطلاعاتی، دولت الکترونیک، دستیابی به علوم و فناوری‌های نوین، اصلاح الگوی مصرف خدمات، استفاده از انرژی‌های پاک، توجه به ارزش آب، ایجاد شرایط محیطی پایدار، تحکیم بنیان خانواده
۸	قانون ساختار نظام جامعه رفاه و تأمین اجتماعی	حمایت از بازنشستگان و ازکارافتادگان، بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده، پوشش همگانی بیمه، ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی، پرداخت وام به سالمندان جویای کار، تمرکز زدایی در ارائه خدمت، هدفمندنمودن یارانه‌ها و جهت‌دهی به سوی افراد نیازمند، تقویت زمینه‌ی مشارکت سازمان‌های خیریه
۹	آیین‌نامه تشکیل شورای ملی سالمندان	حضور سالمند در جامعه، حفظ جایگاه سالمند در خانواده و جامعه، تکریم و احترام به سالمند، مشارکت مردم، یارانه‌ی مراقبت از سالمند، تامین مسکن سالمندان، ایجاد نگرش مثبت از سالمندی در جامعه، نیاز به حمایت‌های قانونی از سالمندان، تامین امنیت غذایی سالمندان، حمایت اقتصادی از سالمندان زیر خط فقر، حمایت از سالمندان مجهول‌الهویه
۱۰	نقشه جامع علمی سلامت	تغییر سیمای بیماری‌ها، تحول در مفاهیم سلامت، پیشرفت فناوری در شیوه‌های تشخیص، انتظارات مردم در درمان و ارائه خدمات، محیط زیست سالم، تأثیر علم و فناوری بر تغییر درک بیماری، بی‌عدالتی، تغییر رفتار مردم، اولویت دادن به طب پیشگیرانه، درمان‌های طبیعی (تغذیه‌ای فیزیکی، روانی، عاطفی)، مهارت‌های ارتقای سلامت، توسعه‌ی همکاری‌های بین‌المللی
۱۱	سیاست‌های کلی سلامت	آگاه سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی، رشد معنویت، رویکردهای پیشگیرانه، آلودگی‌های زیست-محیطی، سلامت روان جامعه، تحکیم بنیان خانواده، امنیت غذایی، ممانعت از تقاضای القایی، ترویج ورزش، مشارکت ساختارمند مردم، توسعه‌ی بیمه‌های بهداشتی، ترویج اصولی طب سنتی، اصلاح سبک زندگی با رویکرد ایرانی-اسلامی
۱۲	سیاست‌های کلی جمعیت	ترویج تشکیل خانواده، تشویق فرزندآوری، تحت پوشش بردن هزینه‌های ناباروری، حمایت از مادران شاغل، پیشگیری از اعتیاد، آلودگی‌های زیست‌محیطی، فرهنگ‌سازی تکریم سالمندان، مقابله با ابعاد نامطلوب سبک زندگی غربی
۱۳	برنامه‌ی ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران	تحکیم اصول و ارزش‌های متعالی اخلاقی، فرهنگی، تمرکز و یکپارچگی در سیاست‌گذاری، مشارکت ساختارمند و فعالانه مردم، تamen نیروی انسانی متخصص سالمندی، پوشش فراگیر بیمه‌های اجتماعی، تولیت واحد، شهری‌شدن و مهاجرت‌های گسترده، تغییر شکل سنتی خانواده، توسعه مراکز جامعه‌محور سلامت، برنامه حمایت از مراقبین، حمایت مالی از سالمندان فقیر، انعطاف در سیاست‌های بازنشستگی، تخصیص یارانه‌ی مسکن سالمندان، سبد کمک تغذیه سالمندان، توانمندسازی سالمندان، تنهایی و انزوا در سالمندان، ایجاد فضاهای دوستدار سالمند
۱۴	سند دستوردهای، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت ایران	همکاری تمامی دستگاه‌های کشور در ارتقای سلامت، افزایش امید به زندگی، شیوع HIV، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، توجه به مراقبت‌های جنسیت‌محور، رشد نرخ باسوادی، تدوین قانون بهداشت روان، روند رشد استفاده از غذاهای جانک، روند افزایشی بیماری‌های متابولیک، رشد حاشیه‌نشینی، زنانه‌شدن سالمندی، بیوه بودن سالمندان، معلولیت و ناتوانی بیشتر در زنان سالمند، سطح پایین سواد سالمندان، رشد کهنسالان (پیرترین پیران)، افزایش مصرف دخانیات، کاهش تحرک بدنی، رشد سالمندان فقیر، آلاینده‌های زیست‌محیطی، مهاجرت روستا به شهر، نارسایی‌های و تناقضات قانون کار، عدم همکاری‌های بین‌بخشی در کنترل بهداشت آب، هوا، خاک، افزایش روند

کد	نام سند	پیشران ها و فاکتورهای کلیدی
		تصادفات، افزایش جرایم و بیماری‌های اجتماعی، تجویز درمان‌های زائد و اضافی از سوی پزشکان
۱۵	نقشه‌ی تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴	سواد سلامت ^۱ ، شیوه‌ی زندگی سالم مبتنی بر آموزه‌های اسلامی-ایرانی، خانواده‌های سالم، اولویت با ارتقای سلامت، اصول و اخلاق حرفه‌ای، مشارکت طلبیدن مردم، ارتقای ظرفیت‌های علمی و فناوری، ارتباطات بین‌المللی، تولیدت یکپارچه، نوآوری و فناوری مطلوب سلامت، الزام به کاهش آینده‌ها، پوشش بیمه‌ای، کاهش بیماری‌های متابولیک، افزایش سواد فناوری اطلاعات سلامت، دسترسی سریع به اطلاعات، مشارکت خیرین، توسعه خدمات سلامت از راه دور، توانمندسازی زنان و خصوصی‌سازی
۱۶	برنامه‌ی تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت	روند رو به رشد حاشیه‌نشینی، شهرنشینی، مهاجرت، رشد بیماری‌های غیرواگیر، شیوع ایدز (۴۵٪/ زنان خیابانی به ایدز مبتلا هستند)، رشد آسیب‌های اجتماعی (طلاق، خشونت، سالمندآزاری، خودکشی، قتل، بزهکاری، کودکان کار و خیابانی)، هزینه‌های کمرشکن سلامت، نیاز به شایسته‌سالاری، معنویت، ایمان و مسئولیت‌پذیری، افزایش امید به زندگی، دسترسی به خدمات افزایش یافته، تغییر سیمای سلامت، پیشرفت تکنولوژی‌های مدرن و گران و تولید داروهای گران‌قیمت، افزایش انتظارات مردم، تقاضاهای جدید مردم، مدیریت ناکارآمد منابع، تغییر سبک زندگی، افزایش مصرف سیگار، کم‌تحرکی، تغذیه ناسالم، تقویت همکاری‌های بین‌بخشی، استقرار پرونده الکترونیک سلامت
۱۷	بسته‌های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی	تغییر اساسی در چهره‌ی بیماری‌ها، افزایش بار بیماری‌های غیرواگیر، ظهور فناوری‌های نوین و پیشرفته‌ی تشخیصی و درمانی، تغییرات دموگرافیک، ترویج ارزش‌های اسلامی و معنوی، عدالت در آموزش، شفافیت در پاسخگویی در قبال جامعه، بهره‌مندی از فناوری‌های نوین سلامت، تمرکز زدایی در آموزش، آموزش‌های مبتنی بر جامعه، توسعه‌ی طب سالمندی، طب تسکینی و پزشکی خانواده، آموزش‌های آزاد در نظام سلامت، تربیت نیروهای حدواسط، بومی‌گزینی، به‌روزرسانی رشته‌های تکمیلی، تعاملات بین‌المللی برای توسعه‌ی علوم و فناوری‌های نوین، پزشکی شخصی‌شده ^۲ ، تحقق اقتصاد مقاومتی، ایجاد زمینه‌ی اشتغال، گسترش آموزش از راه دور، گسترش بیمارستان‌های زنان، تکریم استاتید پیشکسوت
۱۸	نقشه‌ی تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت	سواد سلامت، شیوه زندگی سالم برگرفته از آموزه‌های اسلامی - ایرانی، انسجام اجتماعی، اولویت پیشگیری بر درمان، محیط زیست مطلوب، تامین مالی پایدار، اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان، آمادگی در مقابل حوادث و مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت، التزام به ارزیابی فناوری، ارزیابی خدمات جامع و یکپارچه، توسعه پزشکی از راه دور، پرونده الکترونیک سلامت

^۱ توانایی بهره‌مندی و تحلیل اطلاعات و خدمات سلامت مورد نیاز به منظور تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه در مورد فرصت‌های سلامت و مراقبت از خود

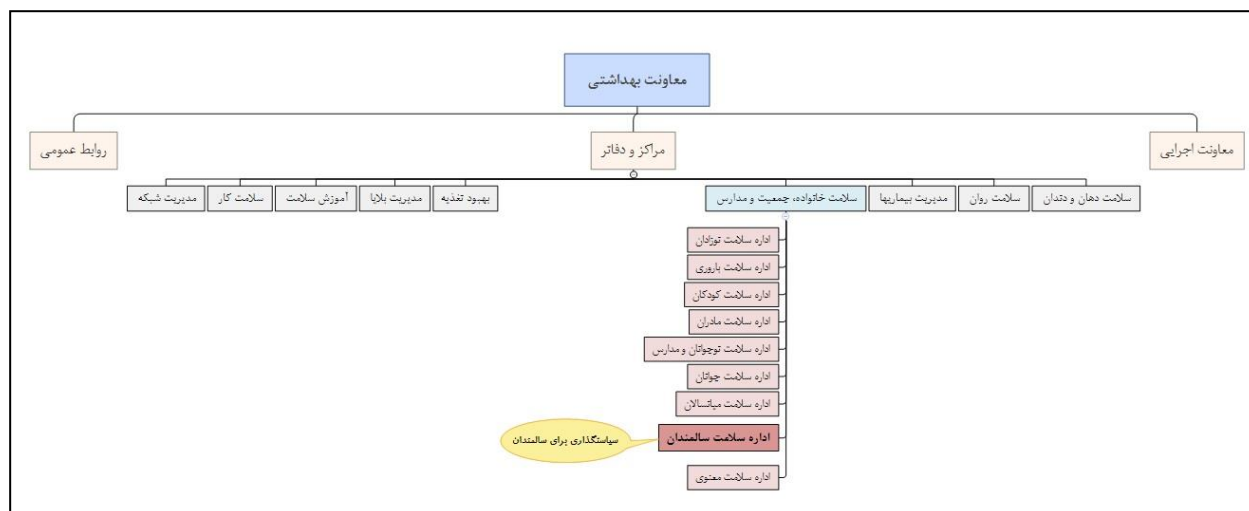
^۲ Personalized Medicine

۴-۲-۲ نهادهای پوشش دهنده خدمات سالمندی در ایران

۴-۲-۲-۱ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت متولی اصلی سلامت جامعه است و به لحاظ مسئولیتی که در قبال حفظ و سلامت شهروندان دارد، اقداماتی را نیز در زمینه سلامت سالمندان انجام می‌دهد. با تأسیس اداره سالمندان در حوزه معاونت سلامت این وزارتخانه، موضوع سلامت سالمندان بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفت. علاوه بر ارائه انواع خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به سالمندان، طرح‌ها و خدمات ویژه‌ای نیز از سوی این وزارت برای سالمندان به اجرا درآمده که مهم‌ترین آنها به این شرح است:

- اجرای برنامه ترویج «شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی» از سال ۱۳۸۶ تاکنون در برخی استان‌ها
- اجرای طرح «مراقبت‌های ادغام یافته و جامع سالمندی ویژه‌ی پزشک و غیرپزشک» در برخی استان‌ها
- اجراء طرح‌های غربال‌گری مرتبط با سلامت سالمندان
- آموزش طب سالمندی، سالمندشناسی و پرستاری سالمند
- آموزش دوره‌های مراقبت‌های سالمندی به کلیه رده‌های نیروی انسانی از بهورز تا پزشک



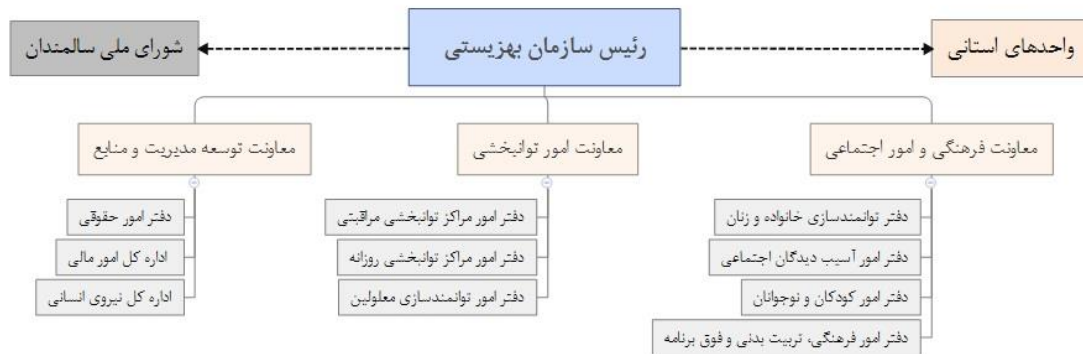
شکل ۴-۶ - ساختار سازمانی نهاد تصمیم‌گیرنده برای سالمندان در وزارت بهداشت

۴-۲-۲-۲ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

وزارت رفاه به عنوان متولی اصلی نظام تامین اجتماعی کشور مأموریت ارائه خدمات بیمه‌ای و حمایتی به کلیه اقشار جامعه از جمله سالمندان را به عهده دارد. از سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌دهنده خدمت به سالمندان که زیر مجموعه این وزارتخانه هستند می‌توان به سازمان بهزیستی و شورای ملی سالمندان اشاره کرد.

سازمان بهزیستی کشور به موجب قانون لایحه قانونی تشکیل سازمان بهزیستی کشور (مصوب ۵۹/۳/۲۴) در کنار سایر وظایف خود، مسئولیت نگهداری از سالمندان نیازمند را به عهده دارد. این سازمان، خدمات خود به سالمندان را در قالب موارد ذیل ارائه می‌دهد:

- ۱- مراکز نگهداری از سالمندان: سازمان بهزیستی از طریق ارائه مجوز، اعطای یارانه و نظارت بر این بخش، به سالمندان ارائه خدمت می‌نماید. در این مراکز، پذیرش و ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی به سالمندان، خانواده یا بستگان آنها انجام می‌گیرد. خدمات این مراکز شامل نگهداری شبانه‌روزی، روزانه و مراقبت در منزل است و مراقبت‌هایی از قبیل انجام امور تغذیه، نظافت، استحمام، پوشاندن لباس، مراقبت‌های بهداشتی درمانی، دارویی، امور توانبخشی و ایجاد زمینه‌های سرگرمی بهره‌گیری از اوقات فراغت به سالمندان ارائه می‌شود.
- ۲- برنامه‌های آموزشی: در قالب برگزاری همایش‌ها، سمینارها، کارگاه‌های آموزشی، طرح‌ها، تهیه کتاب، بروشور و بسته‌های آموزشی جهت آموزش مسئولین مراکز، کارشناسان، کادر خدمت دهنده به سالمندان، میانسالان و خانواده سالمندان
- ۳- انجام تحقیقات در زمینه سالمندان به منظور شناسایی بهتر جامعه هدف و نیازهای آنها و ارائه پروتکل‌های لازم در این راستا
- ۴- توانمندسازی سالمندان شهری و روستایی از طریق آموزش شیوه زندگی سالم در تمامی ابعاد در جهت سازگارسازی سالمند با دوران سالمندی و دستیابی سالمند به یک زندگی سالم و موفق
- ۵- مناسب سازی محیط شهری و مسکونی معلولان و سالمندان
- ۶- بیمه مکمل سالمندان معلول و نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی که دارای دفترچه بیمه پایه باشند.
- ۷- ارائه خدمات اجتماعی به خدمت‌گیرندگان تحت پوشش شامل کمک‌های مستمر و غیرمستمر



شکل ۴-۷- ساختار سازمانی نهاد پوشش دهنده خدمات سالمندی در سازمان بهزیستی

۴-۲-۲-۴ شورای ملی سالمندان

شورای ملی سالمندان وظیفه‌ی ارائه خدمات رفاهی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی به سالمندان را دارد. این شورا به‌منظور ساماندهی، بهبود روش زندگی و ارتقای کیفیت و رضایت از زندگی در سالمندان، خدمات رفاهی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی متناسب با نیاز را باید به آن‌ها ارائه دهد. این شورا باید با همکاری سازمان‌ها و دستگاه‌های مشخص شده در اساس‌نامه تحقق اهداف زیر را دنبال کند:

- الف - فراهم ساختن امکان تداوم حضور سالمند در جامعه
- ب - تأکید بر حفظ موقعیت و جایگاه سالمند در خانواده
- پ - تأمین حداقل نیازهای اساسی سالمندان نیازمند در کشور
- ت - تأکید بر حفظ احترام شأن و حرمت سالمند
- ث - فراهم ساختن امکان مشارکت مردم، انجمن‌ها و موسسات غیردولتی

پی‌گیری طرح‌هایی نظیر شهر دوستدار سالمند، بیمه مراقبتی سالمندان، بنیاد فرزندگان و مدیریت سایت اطلاع رسانی و آموزشی سالمندان از جمله فعالیت‌های در دست اجرای دبیرخانه‌ی شورای ملی سالمندان می‌باشد.

۴-۲-۲-۵ کمیته امداد امام خمینی

یکی از وظایف کمیته امداد امام خمینی (ره)، بررسی و شناخت انواع محرومیت‌های مادی و معنوی نیازمندان و تأمین نیازهای حمایتی، معیشتی، فرهنگی و ارتقای سطح زندگی آنها است. سالمندان (افراد بالای ۶۰ سال) نیز یکی از اقشار مورد حمایت این نهاد هستند که در قالب طرح مددجویی یا طرح شهید رجایی از کمک‌های این نهاد استفاده می‌کنند.

۴-۲-۲-۶ صندوق‌های بیمه و بازنشستگی

صندوق‌های بیمه و بازنشستگی وظیفه تأمین سلامت (خدمات درمانی) و معیشت بیمه‌شدگان را در دوران سالمندی برعهده دارند. طبق قوانین و مقررات بازنشستگی، هر فردی که شرایط بازنشستگی را کسب کند، از مزایای بیمه‌ی اجتماعی شامل مستمری بازنشستگی، بیمه درمان و سایر کمک‌ها و خدمات رفاهی برخوردار می‌شود.

۴-۲-۲-۷ شورای راهبردی سالمندان و بازنشستگان شهر تهران

این شورا بر اساس مصوبه شورای عالی اجتماعی فرهنگی در راستای سیاست‌ها و برنامه‌های شهرداری تهران با هدف ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان و حمایت اجتماعی آنان مبتنی بر همکاری و هم‌افزایی سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط در داخل و خارج شهرداری تهران (از جمله اساتید دانشگاهی و متخصص حوزه سالمندی، رئیس اداره سالمندان و وزارت بهداشت، نماینده سازمان بهزیستی، مدیر و معاون اداره کل سلامت، رئیس کانون بازنشستگان شهرداری، نماینده سازمان ورزش و ...) تشکیل گردیده است.

زیر مجموعه‌های شورای راهبردی:

- کارگروه سلامت و آموزش سالمندی
- کارگروه تکریم سالمندی
- کارگروه مطالعات و پژوهش‌های سالمندی

راه‌اندازی فرهنگسراهای سالمندان، کانون‌های سالمندی، افزایش تعداد بوستان‌ها و پارک‌های محله‌ای و برگزاری برنامه‌های ویژه‌ی سالمندان در خانه‌های فرهنگ با هدف افزایش حضور و مشارکت سالمندان در جامعه از برنامه‌های در حال اجرای شهرداری است. همچنین پیشنهاد لایحه شهر «دوستدار سالمند» یکی از مواردی است که بر اساس مفاد این لایحه، شهرداری تهران موظف است با هماهنگی و همکاری سایر دستگاه‌های ذیربط و نیز مشارکت شهروندان، اقداماتی در جهت مناسب‌سازی وسایل حمل و نقل عمومی و تعبیه مکان اختصاصی استاندارد برای استفاده سالمندان طراحی کند.

۴-۲-۸ سازمان‌های خیریه و داوطلب

از جمله سازمان‌های خیریه‌ی فعال در خصوص ارائه‌ی خدمات سالمندی می‌توان به آسایشگاه خیریه‌ی کهریزک شماره‌ی ۱ و ۲ اشاره کرد.

۴-۲-۹ نهادهای غیردولتی مرتبط با سالمندان

علاوه بر دستگاه‌های دولتی، نهادها و سازمان‌های غیردولتی متعددی نیز به منظور حمایت از سالمندان و مراقبت و نگهداری آنان فعالیت می‌کنند. براساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و همچنین بند (۹) ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی صدور پروانه ایجاد و فعالیت مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان به عهده سازمان بهزیستی می‌باشد. براساس دستورالعملی که این سازمان تصویب و ابلاغ کرده، مرکز توانبخشی، مراقبتی و نگهداری شبانه‌روزی سالمندان به مکانی گفته می‌شود که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس گردیده و تحت نظارت آن، به سالمندان واجد شرایط در تمام ساعات شبانه روز خدمات مراقبتی - توانبخشی را ارائه می‌دهد. نظارت بر فعالیت این مراکز برعهده سازمان بهزیستی است. در این مراکز، پذیرش و ارائه خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی به سالمندان، خانواده یا بستگان آن‌ها نیز انجام می‌گیرد. این خدمات شامل نگهداری شبانه‌روزی سالمندان غیرقابل توانبخشی (ناتوان)، بی‌سرپرست، سرپرست بی‌بضاعت و ارائه خدمات مورد لزوم نظیر انجام امور تغذیه، نظافت، استحمام، پوشاندن لباس، مراقبت‌های بهداشتی درمانی، داروئی، انجام امور توانبخشی، انجام زمینه‌های سرگرمی و بهره‌گیری از اوقات فراغت آنان است.

۴-۲-۱۰ دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی

اقداماتی که دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام داده‌اند شامل موارد ذیل می‌باشد:

- ایجاد دوره‌ی تخصصی طب سالمندی، دوره‌های تحصیلات تکمیلی پرستاری سالمندی، MPH سالمندی، Ph.D

سالمندی

- ایجاد مراکز تحقیقاتی سالمندان در کشور

- مرکز تحقیقات سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان/ دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
- مرکز تحقیقات سالمندی/ دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم / دانشگاه علوم پزشکی تهران
- کمیته تحقیقات سالمندی/ دانشگاه علوم پزشکی تبریز

- ایجاد کلینیک‌های تخصصی سالمندی در برخی بیمارستان‌های شهر تهران، شیراز و زاهدان

- کلینیک سالمندان بیمارستان آیت‌الله طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- کلینیک سالمندان بیمارستان سینا و روزه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران
- کلینیک سالمندان بیمارستان حضرت رسول اکرم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران
- کلینیک سالمندان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- کلینیک سالمندان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

- ایجاد اولین بخش سالمندی کشور در بیمارستان ضیاییان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران

بررسی سیاست‌های مصوب مرتبط با مراقبت سالمندان نشان می‌دهد که فقط یک سیاست ملی مصوب تحت عنوان آیین نامه اجرایی جزء ۵ بند الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه برای تشکیل شورای ملی سالمندان وجود دارد که سیاستی بین بخشی بوده و نهادهای مختلف کشوری از جمله وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی در اجرای آن نقش کلیدی داشته‌اند. بررسی عملکرد شورای ملی سالمندان نشان داد که این شورا از سال ۱۳۸۳، که رسماً کار خود را شروع کرده است، تا سال ۹۴، محدوده‌ی زمانی بررسی این پژوهش، تنها شش جلسه تشکیل داده است. عدم تعامل و همکاری نهادهای پیش‌گفت خصوصاً وزارت بهداشت از جمله دلایل عدم فعالیت این شورا بوده است. بررسی‌ها نشان داد که وزارت بهداشت اجرای این آیین نامه و ماده ۱۹۲ قانون برنامه توسعه سوم را پایان یافته دانسته و چنین شورایی را قانونی نمی‌داند. تغییرات ساختاری صورت گرفته در بدنه‌ی وزارت بهداشت و جداسدن سازمان بهزیستی از آن و انتقال به وزرات رفاه در کارکرد این شورا بی‌تاثیر نبوده است. سازمان بهزیستی قبل از تصویب این سیاست زیر نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌کرده است که با همان اساسنامه قبلی زیر نظر وزارت رفاه قرار گرفته است و همین امر تداخل وظایف در سیاست‌گذاری و اجرا در خصوص سلامت سالمندان را باعث شده که موجب بروز مشکلات و موازی کاری‌های متعدد در حوزه سلامت سالمندان شده است. سند ارتقای منزلت، رفاه و سلامت سالمندان در سال ۱۳۹۱ توسط وزارت بهداشت تدوین شده است نیز یکی از اسناد بالادستی ویژه‌ی سالمندان است که طبق بررسی‌های پژوهشگر این سند هنوز مصوب قانونی نشده و براساس ادعای مدیران سازمان بهزیستی و شورای ملی سالمندان این سند بیشتر بخش سلامت سالمندان را پوشش داده و بخش‌های رفاهی و اجتماعی در آن کمرنگ می‌باشد و قرار است با سند سالمندی شورای ملی سالمندان ترکیب و یک سند نهایی از آن دو استخراج و پس از طی مسیرهای قانونی ابلاغ گردد.

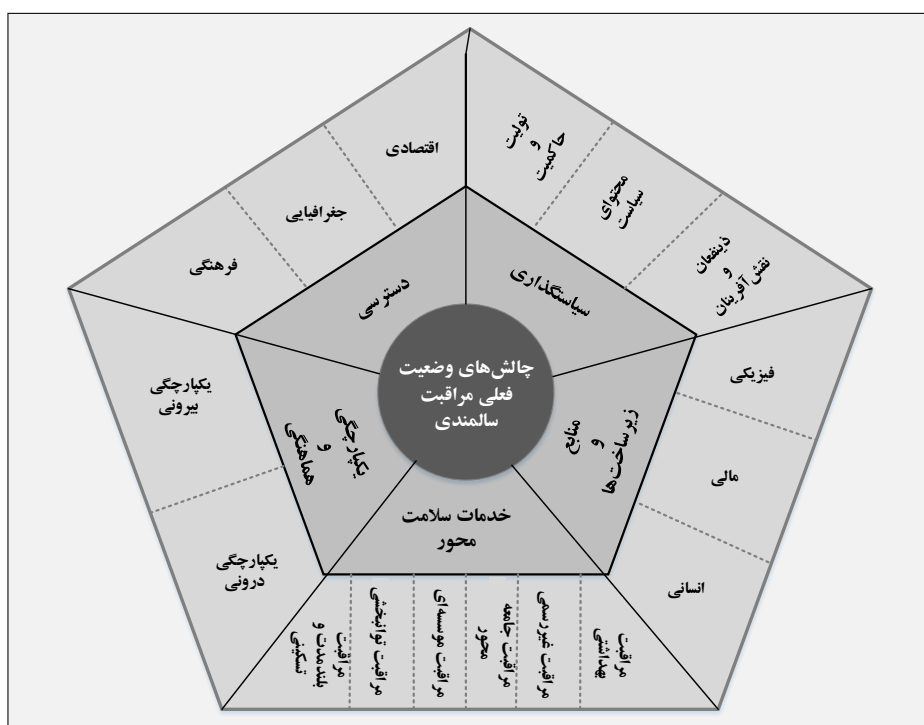
۳-۲-۴ گام دوم- شناسایی چالش‌های فعلی ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی

آینده‌پژوهان برای آینده‌نگاری یک موضوع و برنامه‌ریزی برای ارتقای عملکرد آن، نیازمند آن هستند که اصلی‌ترین چالش‌های مرتبط با آن موضوع را درک کنند. به‌همین منظور در این بخش از پژوهش، وضعیت فعلی و چالش‌های اصلی نظام مراقبت سالمندی با استفاده از روش تحقیق کیفی که موجب به‌دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از مشارکت‌کنندگان می‌شود، بررسی شده است. در این راستا، به‌منظور شناسایی چالش‌های نظام مراقبت سالمندی با سه گروه از خبرگان در سطح کلان، میانی و خرد، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شد. مشارکت‌کنندگان در این مرحله از پژوهش ۳۷ نفر از ذی‌نفعان در سطوح مختلف بودند که ترکیب آنها از لحاظ سطوح و سمت اجرایی در جدول شماره‌ی ۴-۳ خلاصه شده است.

جدول ۴-۳- ترکیب مشارکت‌کنندگان در مصاحبه

تعداد	سمت اجرایی	سطوح ذینفعان
۶	حوزه وزارت بهداشت	سطح فرادستی (مدیریت و سیاستگذاری در سطح ملی) Macro
۵	وزارت رفاه و سازمان بهزیستی	
۳	شهرداری و کمیته امداد	
۲	فرهنگستان علوم پزشکی	
۵	عضو هیات علمی سالمندی و طب سالمندی	سطح همکاران (اعضای هیات و علمی پژوهشگران دانشگاه) Meso
۲	پژوهشگران	
۳	سایر اعضای هیات علمی	
۶	مراکز بهداشتی و درمانی	سطح زیردستان (کارکنان سطوح اجرایی) Micro
۳	خانه‌های سالمندان	
۲	کانون‌های سالمندی	
۳۷	تعداد کل شرکت‌کنندگان	

گردآوری داده‌های این مرحله از مطالعه ۸ ماه (اردیبهشت ۹۴ تا آذر ۹۴) به طول انجامید. پژوهشگر، پس از خواندن دقیق مصاحبه‌ها و جدا کردن واحدهای مفهومی به‌عنوان کد، تعداد ۶۱۴ کد اولیه به‌دست آورد که با انجام مقایسه‌ی مداوم و تجزیه و تحلیل داده‌ها، این کدها در ۱۶ طبقه‌ی فرعی و ۵ طبقه‌ی اصلی تحت عنوان چالش‌های مراقبت سالمندی در ایران قرار گرفت. شکل شماره‌ی ۴-۸ ابعاد و اجزای چالش‌های مراقبت سالمندی را نشان می‌دهد.



شکل ۴-۸- چالش‌های فعلی مراقبت سالمندی در ایران

در نظام مراقبت فعلی سالمندی همانطور که در شکل ۴-۸ مشخص است پنج چالش عمده در حیطه‌های سیاست‌گذاری، دسترسی، زیرساخت‌ها و منابع، یکپارچگی و هماهنگی و خدمات سلامت‌محور وجود دارد که هر یک از این ابعاد به اجزای کوچکتری قابل تقسیم است. جدول ۴-۴ طبقات اصلی، فرعی و زیرطبقات چالش‌های مراقبت سالمندی را نشان می‌دهد.

جدول ۴-۴- چالش‌های مراقبت‌های سالمندی در ایران

مضمون	زیر مضمون	طبقه	زیر طبقه
چالش‌های وضعیت فعلی مراقبت سالمندی	سیاست‌گذاری	تولیت و حاکمیت	تولیت نامتسجم در مراقبت سالمندی
			وجود دستگاه‌های موازی و غیر حرفه‌ای در حوزه خدمات سالمندی
			نیاز به تفکیک وظایف و جلوگیری از ایفای نقش چندگانه
		محتوی سیاست	فقدان سیاست‌های سلامت محور (درمان مقدم بر پیشگیری)
			فقدان مکانیزم ارزیابی و پایش سیاست‌ها
			سیاست‌های مبتنی بر ایدئولوژی تا مبتنی بر شواهد
			بی‌توجهی به زیرساخت‌ها و پیش‌نیازها در تدوین سیاست
		ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان	ضعف مشارکت ذی‌نفعان در تدوین سیاست
			ضعف به‌کارگیری متخصصین در تدوین سیاست
			ضعف اطلاع‌رسانی از پیشرفت برنامه‌ها و سیاست‌ها
			نبود کمیته‌های مشورتی و پروتکل‌های مشارکت قبل از تدوین سیاست
			ضعف سیاست‌های جلب مشارکت مردم
			نیاز به تغییر شیوه‌ی مدیریت متمرکز فعلی به روش مشارکتی مردمی
			ضعف مقررات نظارت بر بخش خصوصی و خیریه
	منابع و زیرساخت‌های فنی	انسانی	کمبود نیروهای حد واسط و محیطی
			کمبود نیروی انسانی متخصص (طب سالمندان، پرستار، روانشناس)
			چندپیشگی نیروی انسانی سطوح محیطی
			توزیع نامتناسب نیروی انسانی در استان‌ها
			کم‌توجهی به مبانی اخلاق حرفه‌ای و انسانی
		فیزیکی	نیاز به آموزش پزشکی جامعه‌نگر
			نبود بخش‌های مراقبت سالمندی/ کلینیک سالمندی
			نبود بیمارستان سالمندان
			نبود مراکز جامع توانبخشی سالمندان
			نبود مراکز مراقبتی جامعه‌محور
		مالی	کمبود مراکز مراقبت در منزل
			نیاز به تخصیص منابع مالی مجزا به مراقبت‌های سالمندی
			تخصیص بخشی از هدفمندی یارانه به مراقبت‌های سالمندی
	دسترسی	جغرافیایی	تجمع امکانات در کلان‌شهرها
			فقدان فضاهای دوستدار سالمند
			بی‌توجهی به ساکنان حاشیه‌ی شهرها
			بی‌توجهی به سالمندان با ADL پایین
		اقتصادی	افزایش فقر و وابستگی در سالمندان
			گران بودن خدمات تخصصی
			پوشش ناکافی و غیرموثر بیمه
		فرهنگی	سطح سواد
			جنسیت
			انگ یا تبعیض
	یکپارچگی و هماهنگی	هماهنگی درون‌بخشی	باورهای شخصی
			ارتباط ضعیف بین سطوح سه‌گانه‌ی مراقبت
			فقدان نظام هدایت بیمار از طریق نظام ارجاع
			نبود پروتکل‌های درمانی استاندارد
		هماهنگی برون‌بخشی	نبود پرونده الکترونیک سلامت
			ضعف در جلب مشارکت‌های مردمی
			مشخص نبودن انتظارات وزرات بهداشت از سایر بخش‌ها
			نقش و جایگاه رسانه در آگاهی بخشی جامعه
			ضعف همکاری‌های بین‌بخشی

ادامه‌ی جدول ۴-۴- چالش‌های نظام مراقبت سالمندی در ایران

مضمون	زیرمضمون	طبقه	زیرطبقه
چالش‌های وضعیت فعلی مراقبت سالمندی	خدمات مراقبت سلامت محور	مراقبت‌های بهداشتی اولیه	توجه ناکافی به مراقبت‌های اولیه سلامت در برابر خدمات بیمارستانی
			نیاز به پرونده الکترونیک سلامت
			تقویت پزشک خانواده
			ضعف در نظام ارجاع
			وجود برنامه‌های عالی اما اجرای ضعیف
			چند پیشگی کارشناس
		مراقبت‌های غیررسمی	ضعف حمایت مالی از خانواده‌ها و مراقبین
			کمبود برنامه‌های توانمندساز برای مراقبین
			نیاز به مراکز پاسخگویی ۲۴ ساعته و هات لاین
		مراقبت‌های جامعه‌محور	کمبود مراکز مراقبت مبتنی بر جامعه
			گسترش خدمات مراقبت در منزل
			توسعه مشارکت عمومی در مراقبت‌های جامعه‌محور
			کمبود انجمن‌های حمایتی
			آموزش و ارتقای سواد سلامت خانواده‌ها
		مراقبت‌های موسسه‌ای	تمایل فراوان به ارائه‌ی مراقبت‌های درمانی بجای مراقبت‌های پیشگیرانه
			نبود ارزیابی جامع سالمندی
			فقدان پرونده الکترونیک سلامت
			پیرانگاری در درمان
			نبود فیلد آموزشی
			نبود برنامه‌ی پیگیری و پایش بیماران ترخیص شده
		مراقبت‌های توانبخشی	تجویز غیرمنطقی دارو (پلی فارمسی)
			ادغام خدمات توانبخشی در نظام مراقبت
			توانبخشی مبتنی بر جامعه
		مراقبت‌های بلندمدت و تسکینی	توانبخشی حلقه مفقوده‌ی درمان
			نگرش منفی جامعه به خانه سالمندان
			کیفیت پایین مراقبت در خانه‌های سالمندان
			خدمات روتین و تکراری
			خطر تنهایی و انزوا
			نبود تیم تخصصی طب تسکینی در مراقبت‌های سالمندی
			نیاز به تعریف بیمه‌های مراقبتی سالمند

مفهوم ۱- چالش‌های مربوط به سیاست‌گذاری

یکی از درون‌مایه‌های فرعی که در این طبقه ظاهر گشت تولیت و حاکمیت مراقبت‌های سالمندی بود، به اعتقاد مشارکت‌کنندگان در شرایط فعلی تولیت واحدی در ارائه‌ی خدمات سالمندی وجود ندارد و بین دو وزارتخانه‌ی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه، تعاون و امور اجتماعی در ارائه‌ی خدمات سالمندی تضاد، تعارض و موازی‌کاری وجود دارد و همین امر باعث شده است که اقدامات پراکنده و از هم گسیخته‌ای از طرف آن‌ها انجام شود: "تسلط ساختارهای موازی و غیرحرفه‌ای در روند تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری و اجرا، چالشی است که اختیار را از دست متولی قانونی و حرفه‌ای سلامت کشور، یعنی وزارت بهداشت ربوده

است." م ۱۷

"... هنوز به درستی معلوم نیست متولی خدماتی که به سالمندان ارائه میشه چه نهادیه، قانونگذار سازمان بهزیستی را مسئول رسیدگی به سالمندان معلول و ناتوان کرده و رسیدگی به سلامت سالمندان را به وزارت بهداشت داده است. که این خود یک دوتگانگی در نقش ایجاد کرده" م ۹

"وقتی در عمل نگاه می‌کنی می‌بینی وزارت بهداشت یک document یا عبارتی fact sheet را ارائه کرده است بهزیستی یک چیز دیگه‌ای تدوین کرده که هیچ ارتباطی بین این دو نیز وجود ندارد م ۳

"قانون‌گذار سازمان بهزیستی را متولی رسیدگی به سالمندان ناتوان، وزارت بهداشت را متولی رسیدگی به سالمندان بیمار، کمیته‌ی امداد را متولی سالمندان بی‌بضاعت و کهریزک و سازمان‌های خیریه را مسئول رسیدگی به سالمندان بدون مراقب سپرده است. م ۱۶

هر چند که خبرگان شرکت‌کننده در این پژوهش خدمات مراقبت سالمندی را چندوجهی و چندمحوری توصیف کردند اما بر لزوم یکپارچگی در سیاست‌گذاری و تفکیک کامل بخش‌های سیاست‌گذاری، اجرایی، نظارت، ارزشیابی و جلوگیری از ایفای نقش چندگانه توسط افراد و نهادها تاکید داشتند. همچنین چندپارگی وظایف نظام سلامت در حوزه‌ی سالمندی را آسیبی تلقی کردند که دستیابی به اهداف از پیش تعیین‌شده را ناممکن می‌سازد.

"برنامه‌ریزی برای سالمندان جنبه‌های مختلفی دارد که در مورد هر بخش از این موضوع در یک وزارتخانه یا دستگاه تصمیم‌گیری می‌شود در حقیقت در حال حاضر تولید این حوزه چند تکه است و هر تکه آن در یک گوشه‌ای از دستگاه‌ها افتاده است که مغفول واقع شده است. م ۲۸

"برای اینکه بتوان برای سالمندان اقدامات موثری انجام داد بایستی یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع صورت گیرد. م ۴

"به اعتقاد من باید تصمیمات در یک نهاد گرفته شود این چندپارگی ممکن است صدمات جبران ناپذیری را به دنبال داشته باشد م ۱۲

علاوه بر نبود تولید و حاکمیت واحد، ضعف در محتوای سیاست از دیگر دورن‌مایه‌های ظاهر شده در این طبقه بود. مشارکت-کنندگان سیاست‌های تدوین شده در خصوص سالمندی را از لحاظ محتوایی آرمان‌گرایانه، درمان‌محور، مبتنی بر ایدئولوژی، فاقد ضمانت اجرایی و بی‌توجه به زیرساخت‌ها و پیش‌نیازها توصیف کردند و در عین حال اذعان داشتند که سیاست مشخص و روشنی برای مراقبت‌های جامع سالمندی در کشور وجود ندارد و اکثر برنامه‌ها و سیاست‌های موجود مقطعی و کوتاه مدت است که تمام جوانب مراقبت سالمندی را در بر نمی‌گیرد.

"سیاست‌های ما اونقدر آرمانیه که در عمل شکست خورده است چون به پیش‌نیازهای برنامه توجه نشده لذا از ضمانت اجرایی برخوردار نیستند. م ۱۸

"سیاست‌ها بیشتر بر مبنای عقاید و ایدئولوژی‌هاست که با اومدن یک وزیر میاد و با رفتنش هم فراموش می‌شه. م ۱۶

"سیاست‌های سلامت بیشتر معطوف به بعد درمان است تا بهداشت و دید وزرای بهداشت و سیاست‌گذاران سلامت که اکثراً هم پزشکان هستند یک دید درمانی است" م ۷

توجه به نقش و قدرت ذی‌نفعان^۱ و نقش‌آفرینان^۲ در تنظیم اهداف و جهت‌گیری‌های سیاست از دیگر درون‌مایه‌های ظاهر شده در این طبقه بود. بسیاری از صاحب‌نظران، تعامل و همکاری میان ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان را عامل مهمی در استقرار و اجرای موفق سیاست‌های مراقبت‌سالمندی عنوان کردند. "اجرای موفق مراقبت‌های سالمندی در گرو فضای همکاری و تعامل دو وزارتخانه-ی بهداشت و رفاه است." م ۲ آن‌ها همچنین بر این عقیده بودند که به دلیل تنوع نیازهای سالمندان، تامین نیازهای این قشر از جمعیت به تنهایی توسط دولت برآورده نمی‌شود و مشارکت بخش خصوصی، سازمان‌های خیریه و شهرداری‌ها به عنوان نقش-آفرینان این حوزه امری ضروری است. "نباید در مسائلی همچون سالمندی تنها به دولت تکیه کرد: متأسفانه همواره نقطه اتکای برنامه‌های ما دولت بوده و ما منتظر آن هستیم که ببینیم دولت برای مسائلی از این دست چه اقدامات و برنامه‌ریزی‌هایی انجام می‌دهد، دولت همواره پردردسر بوده و ما اگر بخواهیم زندگی سالمندان را به اوج و فرودهای دولت‌ها وصل کنیم به هیچ نتیجه‌ای نمی‌رسیم. کما اینکه تاکنون نیز در این زمینه به نتایج دلخواه دست نیافته‌ایم. باید از پتانسیل شهرداری‌ها، خیریه‌ها و NGOها استفاده کنیم." م ۱۲

اصلاح شیوه‌ی مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی دولتی از شیوه‌ی متمرکز فعلی به روش مشارکتی فعال بطوریکه فرصت حضور مردم در فرایند تصمیم‌گیری افزایش یابد از کاستی‌های سیاست‌گذاری است که برخی از صاحب‌نظران به آن اشاره داشتند. "من فکر می‌کنم حضور و مشارکت مردم در سیاست‌های ما یک حلقه‌ی مفقوده است. ما برای مردم برنامه می‌نویسیم بی‌آنکه خودشان در روند برنامه‌ریزی، اجرا و انجام نقشی داشته باشند. اگر مردم در پروژه‌هایی که برای حل مشکلات خودشان طراحی میشه مشارکت داده بشوند مزایای بی‌شماری همچون توانمندی، ارتقای سواد سلامت، ضمان اجرایی کار و ... برای نظام سلامت به‌همراه خواهد داشت." م ۸

مفهوم ۲- چالش‌های دسترسی

انتزاع گزاره‌های کلامی در این طبقه به سه زیرطبقه‌ی دسترسی جغرافیایی، دسترسی اقتصادی و دسترسی فرهنگی منتج شد. وضعیت نامساعد اقتصادی-معیشتی سالمندان از مهمترین مشکلات بیان شده در این طبقه بود. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان پایین بودن حقوق سالمندان مستمری‌بگیر، نداشتن منبع درآمد تعداد زیادی از سالمندان و فقر در این قشر از جمعیت بهره-گیری از خدمات را در سالمندان با مشکل مواجه می‌کند: "خیلی از خدماتی که سالمند نیاز دارد در بسته‌ی بیمه‌های پایه تعریف نشده و سالمند لازمه که بیمه تکمیلی داشته باشه." م ۱۲

"وضعیت اقتصادی در این قشر آنقدر ضعیفه که سالمند تو خرج خورد و خوراکش مونده بعد توقع داریم بره تستهای غربالگری گرونیقیمت رو انجام بده" م ۲۰

در عین حال پوشش ناکافی و غیرموثر حمایت‌های بیمه‌ای از بیماران و محدود بودن پوشش بیمه‌ای به تنها بخشی از خدمات درمانی و پوشش ندادن مداخلات سلامت‌محور و غیردارویی همچنان از چالش‌های دسترسی سالمندان به خدمات سلامت عنوان شد.

¹ Stakeholders

² Actors

"۲۵ درصد از سالمندان کل کشور بیمه ندارند و حدود ۸۳ تا ۸۴ درصد آنها نیز بیمه تکمیلی ندارند لذا با توجه به گرانی خدمات تخصصی و بیمارستانی با این وضعیت پوشش بیمه‌ای نباید دریافت خدمات رو در این گروه داشته باشیم." م ۱۳

"یکی از مشکلات سالمندان عدم حمایت بیمه‌های اجتماعی از بسیاری از خدمات سالمندی است" م ۱۹

مشارکت‌کنندگان در بعد دسترسی جغرافیایی به نبود محیط‌های دوستدار سالمند، نبود تسهیلات حمل و نقلی و تجمیع امکانات در کلان‌شهرها اشاره کردند. "در کشور ما گروهی از سالمندان دسترسی به خدمات ندارند چون سالمند اصلاً از خونه نمیتونه بیاد بیرون! چطور می‌خواهد دسترسی به خدمات داشته باشه؟ باید برای این افراد تسهیلات خاص در نظر گرفته میشده که نشده" م ۳

"اکثریت قریب به اتفاق روستاییان، حاشیه‌نشینان شهرها در مناطق محروم کشور از خدمات درمانی تخصصی بی‌نصیبند؛ در شرایطی که بسیاری از آنها هم پایه‌پای شهرنشینان کلانشهرها، حق بیمه می‌دهند." م ۱۹

باورهای شخصی، بی‌سوادی خصوصاً پایین بودن سطح سواد سلامت و بی‌اطلاعی از وجود خدمات از موانع فرهنگی دسترسی به خدمات در سالمندان است. "تقریباً ۷۰ درصد از سالمندان در کشور بی‌سواد هستند. خوب این قضیه روی آگاهی‌شون در دسترسی به مراقبت تاثیرگذاره" م ۱

نابرابری‌های جنسیتی و عدم توجه به مراقبت‌های جنسیت‌محور خصوصاً در زنان سالمند که آسیب‌پذیری بالاتری نسبت به مردان دارند از دیگر موضوعات مطرح شده توسط صاحب‌نظران بود که بخشی از آن به فقر فرهنگی و اقتصادی و بخشی دیگر از آن به ساختار نظام ارتباط داده شد.

"برخی زنان به خاطر باورهای مذهبی نمی‌توانند در جامعه حضور پیدا کنند. مثلاً داشتیم مواردی رو که بخاطر اینکه پزشک مرکز مرد بوده وقتی مریض شده برای دریافت خدمات مراجعه نکرده." م ۱۹

"به دلیل باورهای غلط، زنان همواره مزد کمتری نسبت به مردان دریافت می‌کنند که آن‌ها را از نظر اقتصادی در سطح پایین‌تری قرار می‌دهد از دیگر سو بی‌اطلاعی زنان از حقوقشان و نبود خدمات ویژه برای زنان در مراکز بهداشتی از عوامل عدم دستیابی آنها به مراقبت‌های بهداشتی است." م ۲۲

"اگر دسترسی رو به معنای فرصت و توانایی استفاده از خدمات فرض کنیم؛ متأسفانه این فرصت در خصوص سالمندان با نابرابری‌های زیادی روبروست از جهت میزان توانایی آن‌ها، سطح سواد که تعداد زیادی از سالمندان ما هم‌اکنون بی‌سواد هستند؛ روستائینی و عواملی از این دست دسترسی به همون میزان خدماتی رو که وجود داره با کمبود اساسی روبرو می‌کنه" م ۲۸

یکی دیگر از موضوعاتی که بهره‌گیری از خدمات توسط سالمندان را مانع مواجه می‌سازد انگ پیرو بودن است که در ادارک فرد از خود تاثیر گذاشته و باعث می‌شود که سالمند با وجود نیاز مبرم به خدمات مراقبتی از گرفتن خدمت اجتناب نماید.

"درصد زیادی از سالمندان به این دلیل که آب لب بومه و امروز و فردا کارش تمومه از مراجعه به مراکز مراقبتی اجتناب می‌کنند.... بخش بزرگی از این نگرش به پیری از طرز رفتارهای ما مراقبین سلامت و بخشی از آن بخاطر سیاست‌های سیاست‌گذاران و بخشی دیگر از آن بخاطر برنامه‌های رسانه‌هاست." م ۱۷

مفهوم ۳- چالش‌های منابع فنی

بنا به اعتقاد مشارکت‌کنندگان نیروی انسانی آموزش دیده در تمامی سطوح ارائه‌ی خدمت از مهم‌ترین زیرساخت‌های اجرای برنامه‌های مراقبتی سالمند است که در کشور ما با کمبود جدی روبرو است. به عنوان مثال مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که با ابلاغ بسته مراقبت‌های ادغام یافته‌ی سالمندی در مراکز بهداشتی شهری و روستایی، زیرساخت‌های اجرای برنامه اعم از منابع انسانی، فیزیکی و اطلاعاتی متناسب با آن دیده نشده است و به همین دلیل نتوانسته با استقبال گروه هدف همراه باشد:

"کارشناسان در مراکز بهداشتی با یک چندپیشگی روبرو هستند و باید همزمان واکسیناسیون انجام بده، زن باردار ویزیت کنه، تنظیم خانواده انجام بده و برای هر سالمند هم حداقل ۴۵ دقیقه وقت بذاره تا بر اساس بوکلت غربالگری بشه و گزارش غربالگری رو هم باید به صورت دستی مستند کند که خودش کلی وقت گیره و نکته مهمتر اینکه برای ویزیت سالمند فضای جداگانه نداریم و باید در همون جایی سالمند ویزیت کنیم که صدای جیغ بچه هم هست و این اصلاً برای یک سالمند جالب نیست" م ۳

کمبود منابع همچنین در سطوح دوم و سوم مراقبت نیز محسوس است. بر اساس نظرات مشارکت‌کنندگان کمبود متخصصین طب سالمندان، سالمندشناس، پرستار سالمند و روانشناس سالمند و پراکندگی ناهمگون آن‌ها در کشور، در کنار کافی نبود درآمد متخصصان حوزه‌ی سلامت سالمندی نسبت به سایر رشته‌های پزشکی، چالشی است که بر بسیاری از برنامه‌های موثر در بخش مراقبت سالمندی سایه افکنده است. به زعم بسیاری از خبرگان برای جبران کمبود متخصصین سالمندان در استان‌ها و شهرستان‌های کشور آموزش پزشکان عمومی و پزشکان خانواده با مراقبت‌های سالمندی ضروری و تا حدی کمک کننده است.

"تعداد متخصصین طب سالمندی حتی به تعداد انگشتان یک دست هم نمی‌رسد این مسئله فقط به کمبود پزشک متخصص محدود نمی‌شود و بقیه مشاغل مانند پرستار، کارشناس بهداشت، داروساز و دندان‌پزشک متخصص در حوزه سلامت سالمندان کمبود است." م ۱۷

"علاوه بر کمبود نیروی انسانی، توزیع همان تعداد هم در کشور اصلاً عادلانه نبوده است بسیاری از شهرستان‌هایی که از لحاظ جمعیت سالمندی نرخ بالایی دارند از وجود متخصصان طب سالمندی و کلینیک‌های سالمندی بی‌بهره هستند." م ۹

"در حال حاضر در کنار پیشرفت قابل ملاحظه بخش‌های مختلف پزشکی در کشور، متأسفانه ایجاد مراکز تخصصی و کلینیک‌های ویژه سالمندان، خیلی کم‌رنگ بوده، مثلاً همانطور که در حال حاضر سه بیمارستان فوق تخصصی کودکان در تهران داریم باید متناسب با آن بیمارستان تخصصی سالمندان هم داشته باشیم زیرا همان کودکان به آستانه‌ی سالمندی رسیدن." م ۱۳

فقدان یک نظام جامع اطلاعاتی از ویژگی‌ها و نیازهای سالمندان از دیگر چالش‌های استخراج شده در بعد منابع بود این در حالی است که انجام هرگونه اقدام و تصمیمی برای سالمندی باید بر اساس اطلاعات قابل اعتماد از ویژگی‌های فردی و اجتماعی سالمندان صورت گیرد. مشارکت‌کنندگان فقدان نظام جامع اطلاعاتی سالمندان را نه تنها چالشی سر راه برنامه‌ریزی و سیاستگذاری عنوان کردند و بلکه اذعان داشتند که لازمه‌ی ارائه‌ی مراقبت متناسب با نیاز و هماهنگی در سطوح مختلف مراقبت مستلزم یک بانک اطلاعاتی جامع از سالمندان است. فقدان اطلاعات سالمندی تا به حدی است که کشور ما به دلیل نداشتن اطلاعات در دیده‌بان سالمندی جهان رتبه‌بندی نمی‌شود.

"یکی از مهمترین دروندادهای سیستم مراقبت سالمندی وجود اطلاعات یکپارچه‌ی بهداشتی، درمانی، اقتصادی و اجتماعی سالمندان است." م ۱۲

"ما حتی یک دیتا بیس اطلاعاتی از وضعیت سالمندان در کشور نداریم. اطلاعات ما در حوزه سالمندی به قدری ضعیف است که ما در helpage یا دیده بان سالمندی جهان رتبه بندی نمیشوم و هنوز هیچ نهادی اقدام به جمع‌آوری این اطلاعات نکرده! وقتی اطلاعات واقع-بینانه در دسترس نباشه هر اقدامی همچون آب در هاون کوبیدن است." م ۸

مشارکت‌کنندگان همچنین بیان داشتند که وجود سیستم مدیریت یکپارچه‌ی اطلاعات سالمندی علاوه بر افزایش دقت و تسریع در ارائه خدمات به بیمار در کاهش هزینه‌های نظام سلامت نیز تاثیر بسزایی دارد و استقرار نظام جامع و یکپارچه‌ی اطلاعات سالمندی را شرط لازم برای ارائه خدمات عنوان کردند:

"وجود یک دیتا بیس بزرگ اطلاعات سالمندی و همینطور پرونده الکترونیکی سلامت امکان ارائه خدمات مطلوب را فراهم کرده و منجر به کاهش هزینه‌ها، مدیریت بهتر منابع و اصلاح الگوی مصرف می‌شود." م ۳

مفهوم ۴- چالش‌های هماهنگی و یکپارچگی

ایجاد و حفظ یکپارچگی و هماهنگی در بین سطوح مختلف نظام سلامت و همینطور بخش سلامت با سایر بخش‌های جامعه از مواردی است که بسیاری از صاحب‌نظران به آن تاکید داشتند. تقویت نظام ارجاع و ارتباط بین سطوح مختلف مراقبت و راه-اندازی پرونده الکترونیک سلامت از مهمترین اجزای هماهنگی درون‌بخشی می‌باشند: "در مراقبت‌های ادغام‌یافته‌ی سالمند نظام ارجاع بخوبی تعریف نشده و سالمند نمیتونه براحتی خدمات سطوح تخصصی رو دریافت کنه مثلاً برای ارجاع ما یک برگه میدیم دستش در حالیکه باید بین مراکز و بیمارستانها یک سیستم اطلاعات باشه که بتونه خدمات رو هماهنگ و یکپارچه کنه ... باید بین سطوح پیشگیری، درمان و توانبخشی ارتباطات منسجم و مشخصی تعریف بشه" م ۲۳

"ما ارتباطی بین طب پیشگیری، طب درمانی و طب توانبخشی نداریم. مثلاً اگر سالمندی سکنه مغزی می‌کند و دچار فلجی می‌شود وقتی حالش مساعد شد، او را مرخص می‌کنیم بدون این که وارد سرویس توانبخشی شود و فیزیوتراپی و کاردرمانی روی او انجام شود. نتیجه‌ی این اتفاق این است که دچار مشکلاتی مثل زخم بستر، زمین‌گیر شدن، خشکی مفاصل و افسردگی می‌شود که این اتفاقات او را از بین می‌برد." م ۲۶

در چالش هماهنگی برون‌بخشی به ضعف همکاری و تعاملات بین نهادهای ارائه دهنده‌ی خدمات اجتماعی، قانونی و بهداشتی اشاره شد. با توجه به چندبخشی بودن نیازهای مراقبتی سالمندان، مراکز ارائه خدمات سلامت باید با مراکز حمایت اجتماعی هماهنگ باشد. "مثلاً تو غربالگری هامون دیدیم سالمندانی رو که به شدت دچار سوء تغذیه هستند وقتی اومدیم بررسی کردیم دیدیم واقعاً فقیره و توان خرید میوه رو نداره اما کاری هم براش نتونستیم انجام بدیم چون ما این جایگاه رو نداریم که اینا رو به بهزیستی یا کمیته امداد معرفی کنیم." م ۳۰

زعم بسیاری از مشارکت‌کنندگان، دلیل اساسی نبود برنامه‌ی جامع ارائه‌ی خدمات سالمندی به ناهماهنگی برون‌بخشی ساختارهایی برمی‌گردد که مسئول ارائه خدمات هستند. "وزارت بهداشت با کارشکنی‌های خود نگذاشته که سند جامع سالمندی رو به نتیجه برسانیم. سند جامع سالمندی نقشه راه کشور در خصوص وضعیت سالمندان که در آن نه تنها وضعیت سلامت سالمندان بلکه وضعیت سالمندان از لحاظ اجتماعی، اقتصادی و غیره مورد بررسی و دقت نظر قرار گرفته است، وزارت بهداشت حتی تا چندی پیش، شورای سالمندان را به رسمیت نمی‌شناخت. اکنون بزرگترین سد راه ارائه‌ی خدمات سالمندان در کشور وزارت بهداشت که نه برای این قشر برنامه داره، نه غربالگری می‌کنه و نه اجازه می‌ده بهزیستی کار خودش را انجام بده." م ۲۶

تقریباً اکثر مشارکت‌کنندگان تعارضات بین‌سازمانی در ارائه‌ی خدمات سالمندی را چالش اصلی وضعیت سالمندی در ایران عنوان کردند. "وزارت بهداشت قادر نیست به‌تنهایی تمام جنبه‌های سلامت در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و غیره رو که مورد نیاز سالمند رو ارائه کنه باید سایر نهادهای خدمت‌رسان در حوزه‌ی سالمندان برنامه‌هاشان رو با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا کنند که متأسفانه یکسری موازی‌کاری‌ها و عدم تبعیت از قانون در بعضی موارد به چشم می‌خوره که مخل ارائه خدمت با سالمندان." م ۱۲ - ک ۱۲

مفهوم ۵- خدمات مراقبت سلامت محور

در این طبقه به ترتیب چالش‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت‌های غیررسمی، مراقبت‌های جامعه‌محور، مراقبت‌های درمانی و توانبخشی و مراقبت‌های بلندمدت و تسکینی ظاهر شد.

مشارکت‌کنندگان در پژوهش مراقبت‌های بهداشتی اولیه را مهم‌ترین و باصرفه‌ترین جزء مراقبت برای نه تنها سالمندان بلکه همه‌ی آحاد جامعه عنوان کردند. آنان اذعان داشتند که مراقبت بهداشتی اولیه همه‌ی آن‌چیزی که برای مراقبت از سالمند لازم است را با خود دارد. عدالت، مشارکت، هماهنگی بین‌بخشی و بکارگیری مناسب تکنولوژی که از اصول PHC است همگی برای یک مراقبت کامل از سالمند لازم هستند.

"هیچ چیزی بهتر از ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیست و همون هرم healthcare که ده‌ها سال است مطرح شده است مناسب‌ترین و مطلوب‌ترین سیستم ارائه خدماته و همه‌چیز را از پیشگیری اولیه تا مسائل درمانی و توانبخشی با اقتصادی‌ترین راه (هم از لحاظ اعتباری و هم از لحاظ نیروی انسانی) در بر می‌گیرد. چیزی به نام پراکنده‌کاری در آن وجود ندارد." م ۷

به اعتقاد صاحب‌نظران از جمله مشکلات سر راه مراقبت‌های بهداشتی اولیه توجه ناکافی به مراقبت‌های اولیه سلامت در برابر خدمات بیمارستانی است: "به نظرم سیستم بهداشتی باید تغییر کند هم در بعد سیاستگذاری هم در بعد اجرا، در حال حاضر برنامه‌های وزارت بهداشت معطوف به بعد درمان است تا بهداشت و دید وزرای بهداشت همیشه یک دید درمانی بوده تا بهداشتی و قسمت اعظم بودجه‌های وزارتخانه صرف امور درمان مردم می‌شود به نظر من تا زمانی این دید حاکم باشد برنامه‌های بهداشت شکست خورده است." م

به اعتقاد مشارکت‌کنندگان، تحصیلات سیاست‌گذاران بهداشتی که اکثراً پزشکان با تمایلات بالینی هستند در منفعل بودن بهداشت در کشور بی‌تاثیر نبوده است.

"اغلب افرادی که دست‌اندرکار کار هستیم پزشک هستیم و متأسفانه ما در پزشکی به این مسائل نپرداخته‌ایم و مهم‌تر از همه اینکه در دوره‌های آموزشی خود به‌جر پروسجرهای درمانی چیز دیگری یاد نگرفته‌ایم. کار کردن با تکنولوژی پیچیده برای ما با اهمیت است و از اون در جهت اعتبارمان استفاده می‌کنیم. ما پزشکان پس از تحصیل نیز با همان بینش، مدیریت و سیاست‌گذاری می‌کنیم." م ۷

حمایت مالی ناکافی از مراقبین غیررسمی، کمبود دوره‌های آموزشی و توانمندسازی برای آنان از جمله مشکلات مراقبت‌های غیررسمی است. به باور مشارکت‌کنندگان یارانه‌ای که دولت به نگهداری سالمند پرداخت می‌کند بسیار کم است و کفاف نیازهای متنوع آن‌ها را نمی‌دهد. "متأسفانه در کشور ما حمایت‌های دولتی از خانواده‌هایی که سالمند زمین‌گیر دارند در حدی نیست که نیازهای آنان را رفع کند، علاوه بر این خانواده‌ها برای نگهداری سالمند بیمار نیازمند دوره‌های آموزشی هستند" م ۱۹

مشارکت‌کنندگان در بحث مراقبت خانواده‌محور به لزوم آموزش و توانمندسازی خانواده اشاره کردند و بیان داشتند اول رسانه‌ها و سپس مراکز آموزشی باید آموزش‌های متناسب با نیاز هر سالمند اعم از مراقبتی، بهداشتی، درمانی، روانی و اجتماعی را به خانواده او ارائه دهد. "مراقبت‌های غیررسمی در سالمندان مکمل خدمات رسمی است که باید برای پررنگ کردن آن در جامعه تلاش بسیاری صورت گیرد از مهمترین کارها آموزش و توانمندسازی خانواده‌هاست که البته هستند بعضی از مراکز که این کار رو انجام می‌دهند اما تعدادشون خیلی کمه."

توانمندسازی خانواده‌ها به عنوان مراقبین درجه‌ی اول باید بر اساس نیازهای شناسایی شده و مبتنی بر فرهنگ و الگوهای ایرانی طراحی و اجرا گردد: "صرف اینکه برنامه‌ها و سیاست‌های کشورهای توسعه یافته رو ببینیم و بگوییم همه این چیزها نیز برای سالمندان ما نیز خوب است اینطور نیست و قطعاً سالمندان ما نیازهای متفاوتی دارند. چرا که فرهنگ ما و حتی الگوی بیماری‌های سالمندان ما با سالمندان اونها متفاوت است و ما باید بسته به نیازهای خودمان برنامه‌ریزی کنیم و خانواده‌ها رو طوری توانمند کنیم که سالمندان هم-چون گذشته در کنار آنها زندگی باشند." م ۸

خدمات جامعه‌محور برای سالمندان شامل مراکز نگهداری روزانه (مهد سالمندان)، باشگاه‌ها، فرهنگسراها، خدمات ارائه غذا در منزل^۱ و ارائه سرویس‌های ایاب و ذهاب جهت رفت و آمد سالمندان آسیب‌پذیر، ناتوان و معلول است. این مراکز خدمات پزشکی و اجتماعی به سالمندان ارائه می‌دهد و نقش مهمی در حفظ استقلال، گذران بهتر اوقات فراغت و مشارکت سالمندان در جامعه دارند.

به باور صاحب‌نظران تعداد این مراکز در کشور کافی نیست و توزیع آن‌ها نیز در کشور عادلانه نمی‌باشد. همچنین خدمات ارائه شده در آنها از پروتکل‌های استاندارد جهانی تبعیت نمی‌کند و با محوریت سالمندان معلول و ناتوان طراحی شده است. "مراکز روزانه و مراکز فرجه‌ای بازوی کمکی خانواده‌ها در نگهداری سالمند هستن که متأسفانه تعداد آنها در کشور کافی نیست و اکثراً در

^۱ Meals on Wheels

کلانشهرها وجود دارند و از همه مهمتر اینکه تنوع خدمات ندارند و یک سری خدمات روتین انجام می‌دهند که اغلب مناسب سالمندان بیمار است. در حالیکه علاوه بر خدمات پزشکی باید برنامه‌های آموزشی، فرهنگی و هنری نیز داشته باشند." م ۲۵

با بررسی ارائه مراقبت‌های درمانی و بیمارستانی به سالمندان مشخص شد که نه تنها هیچگونه سیستم اولویت‌گذاری برای سالمندان در بیمارستان تعریف نشده است، بلکه کادر درمان در فرایند مراقبت مرتکب نوعی خطای کلیشه‌ای به نام پیرانگاری می‌شوند که این باعث می‌شود که بیماری‌های سالمندان به فرایند سن‌گیری آنها انتساب داده شود و نسبت به جوان‌ترها در اولویت پایین‌تری قرار بگیرند. همچنین بیان شد که فضای بیمارستان‌ها دوستدار سالمند نیست، کلینیک و بخش تخصصی سالمندان برای ارزیابی جامع سالمندی وجود ندارد و همچنین به دلیل نبود پرونده الکترونیک سلامت اطلاع یافتن از تاریخچه‌ی بیماری‌های سالمند پروسه‌ی درمان را با اشکال و کندی روبرو می‌کند. "هیچگونه سیستم اولویت بندی که نداریم هیچ بلکه بیمار سالمند معمولاً توسط کادر درمان جدی در نظر گرفته نمی‌شود در واقع نگاه جامعه به سالمندان منصفانه نیست و غالباً گفته میشه دیگه اون مرحله‌ی Productive خود را طی کرده و جامعه دیگه بهش نیاز آنچنانی نداره و با این تصور در اولویت آخر ارائه‌ی خدمت قرار می‌گیره." م ۱۵ و م ۴

"بیمارستان‌های ما چه از لحاظ فضای فیزیکی و چه از لحاظ مراقبت‌هایی که ارائه میدهند برای سالمندان مناسب‌سازی نشده‌اند به عنوان مثال سالمندی که به بیمارستان مراجعه می‌کنه بخاطر ابتلا همزمانش به چند بیماری ممکنه متخصص قلب، مغز و اعصاب، داخلی، ریه، روانپزشک ویزیتش کنند و هر کدام برای اون موردی که دیدن دارو تجویز می‌کنند بطوریکه یک سالمند ممکنه در یک زمان بیش از ۱۰ قلم دارو بگیره که مصرف همزمان اونها ممکنه عوارض ناخوشایندی بوجود بیاره. در حالیکه اگر متخصص طب سالمندی وجود داشت بیمار رو معاینه کامل میکرد." م ۱۰

"عدم وجود پرونده الکترونیک برای افراد پیر بخاطر اینکه دچار فراموشی و کم سوادی هستند فرایند تشخیص و درمان شان را با معضل روبرو می‌کنه پزشک باید اونقدر از بیمار سوال کنه تا به اطلاعات اولیه بیمارش برسه که وقت و انرژی زیادی می‌گیره و ممکنه به اطلاعات درست هم دست پیدا نکنه" م ۱۴

رها شدن سالمندان پس از طی دوره‌ی درمان بدون ورود به پروسه‌ی توانبخشی و پیگیری‌های پس از دیگر کاستی‌های اشاره شده در ارائه خدمات درمانی به سالمندان بود. "ما ارتباطی بین طب پیشگیری، طب درمانی و طب توانبخشی نداریم. مثلاً اگر سالمندی سخته مغزی می‌کنه و دچار فلجی می‌شه وقتی حالش مساعد شد، مرخصش می‌کنیم بدون این که او وارد سرویس توانبخشی شود و مورد پیگیری‌های بعدی قرار بگیره. نتیجه‌ی این اتفاق این است که دچار مشکلاتی مثل زخم بستر، زمینگیر شدن، خشکی مفاصل و افسردگی می‌شود که این اتفاقات او را از بین می‌برد." م ۲۶

"در ایران وقتی کسی بیمار می‌شود و به بیمارستان مراجعه می‌کند در بیمارستان از حمایت دولتی برخوردار است، ولی زمانی که از بیمارستان مرخص می‌شود اقدامات توانبخشی به صورت مناسب برای او در نظر گرفته نمی‌شود و بیمار نمی‌داند این خدمات را چگونه و از کجا به صورت مناسب دریافت کند."

نگرانی از بابت کیفیت خدمات ارائه شده در خانه‌های سالمندان از دیگر مشکلات بیان شده در طبقه‌ی مراقبت‌های سلامت-محور بود. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان خدمات خانه‌های سالمندان باید از لحاظ نسبت پرسنل آموزش دیده به سالمند، استانداردهای فضا و محیط، منابع مالی، برنامه‌های مشارکت اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرد و همواره در جهت ارتقای مستمر کیفیت خدمات الزاماتی را ایجاد کرد. "باید خدمات خانه‌های سالمندان از جهت نیروی انسانی، کیفیت خدمات، امنیت و برنامه‌های مشارکت اجتماعی مورد بازرسی قرار بگیرد و استانداردهایی هم تدوین بشه که ملزم به رعایت آنها باشن." م ۳۳

نبود مراقبت تسکینی و پایان عمر برای رسیدگی به وضعیت سالمندان درمان‌ناپذیر و در حال احتضار از دیگر کاستی‌های مراقبت‌های سالمندی عنوان شد. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که مراقبت‌های تسکینی و حمایتی هنوز به طور کامل در سیاست‌های سلامت ورود پیدا نکرده است و نیازمند آگاهی بخشی بیشتر می‌باشد. "در حالت ایده‌آل مراکز مراقبتی مانند بیمارستان، اقامت‌گاه و هاسپیک Hospice باید از مراقبت پالیتیو برای کنترل رنج در بیماران صعب‌العلاج استفاده کنند اما ادبیات طب تسکینی به تازگی وارد نظام سلامت شده و برای رواج آن نیاز به زمان هست." م ۲۹

۴-۲-۴ گام سوم- تحلیل روندهای موثر بر مراقبت‌های سالمندی

پس از شناسایی اسناد بالادستی مرتبط و چالش‌های موجود در ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی نوبت به شناسایی نیروهای درونی و بیرونی موثر بر مراقبت‌های سالمندی می‌رسد که در این مرحله از پژوهش مورد پویش و پیمایش قرار گرفته است. نیروهای درونی مجموعه عواملی هستند که تاثیر مستقیمی بر شکل‌بخشیدن به آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی دارند و اغلب زاییده‌ی تفکرات ذهنی و ارزش‌های حاکم سیاست‌گذاران و ذی‌نفعان می‌باشند. به این عوامل "کشش از درون" نیز گفته می‌شود که در واقع همان اراده، خواست و مدل‌های ذهنی افراد، سازمان‌ها و ملت‌ها در جهت شکل‌بخشیدن به آینده هستند.

در مقابل نیروهای بیرونی مجموعه عواملی هستند که اثر مستقیمی بر موضوع مورد بررسی، یعنی آینده‌ی مراقبت سالمندی ندارند اما در بلندمدت به‌طور غیرمستقیم اثر خود را برجای خواهند گذاشت. این نیروهای بیرونی، فارغ از اراده و خواست ذی‌نفعان در جهت شکل‌بخشیدن به آینده تلاش می‌کنند که اصطلاحاً به آن‌ها "روندها" گفته می‌شود که می‌توانند جهانی، ملی و حتی بخشی باشند. روندها همچنین به‌عنوان عامل‌های "فشار/ز بیرون" نیز شناخته می‌شوند. در آینده‌پژوهی، روش‌های مختلفی برای شناسایی روندها وجود دارد. یکی از روش‌هایی که به کثرت مورد استفاده آینده‌پژوهان است روش STEEP^۱ است که ابزاری آینده‌نگرانه برای سرکشی و جستار در دنیای آینده است. این روش، عوامل گفته شده را، بر اساس پنج مولفه‌ی اجتماعی، تکنولوژیکی، اقتصادی، اکولوژیکی و سیاسی مورد بررسی و کنکاش قرار می‌دهد. این بخش از پژوهش نتایج پویش محیطی که متشکل از حقایق و پیش‌بینی‌ها در خصوص روندها و ارتباط آن با مراقبت‌های سالمندی بر اساس مرور متون و مدل‌های ذهنی خبرگان است را در قالب جداول زیر نمایش می‌دهد.

^۱ Social, Technological, Economic, Environmental and Political (STEPP)

تحلیل روند^۱ اولین بار توسط جان نیسبیت^۲ در سال ۱۹۸۲ با انتشار کتاب "ابروندها"^۳ ابداع گردید. کتاب این مولف امریکایی در ۵۸ کشور جهان انتشار و ترجمه شده است و رتبه‌ی پر فروش‌ترین‌ها را به خود اختصاص داده است. او در این کتاب چشم‌اندازی را از هزاره بر اساس ۱۰ ابر روند به تصویر کشیده است. بر اساس نظرات انقلابی وی، شیوه‌ی تحلیل روند در مطالعات آینده‌پژوهی جایگاهی رفیع یافت. روندها از لحاظ ماهیت، به‌گونه‌ای فضای کسب و کار، ارائه‌ی خدمت و تولیدات جامعه را تغییر می‌دهند که اثرات آن‌ها نه سال‌ها، بلکه چندین دهه پابرجا می‌ماند. از سوی دیگر، این روندها بر زندگی هر فرد در جامعه تاثیرگذار خواهد بود و فرصت‌ها و تهدیدهای ویژه‌ی خود را بر فضای کسب و کار و جوامع انسانی فرود خواهد آورد. غفلت از تحلیل روندها در فرایند آینده‌پژوهی و سیاست‌گذاری باعث می‌شود تا نقاط کلیدی که امکان تجلی نوآوری در عرصه‌ی ارائه خدمات داشته، نمایانده نشود و در هدفمندی سیاست‌ها اثرات جبران‌ناپذیری را به همراه آورد. از این رو تحلیل روندها در هر فعالیت آینده‌پژوهی نه تنها ضروری بلکه اجباری است. روندها را می‌توان تغییرات بنیادین عمده‌ای در سطح جوامع، فناوری‌ها، اقتصاد و شرایط سیاسی تعریف کرد که از سه ویژگی اصلی برخوردار هستند:

- ۱- توسعه‌ی روندها آهسته است اما زمانی که به تبلور می‌رسند اثر آن‌ها حداقل تا ۲۵ سال پابرجاست.
- ۲- روندها بر گستره‌ی گوناگون و متنوعی از حیات انسان اثر می‌گذارند.
- ۳- روندها منحصر به جغرافیا و یک کشور خاص نیستند و خوی جهانی دارند اما ممکن شدت و گستره‌ی آن در مناطق خاص متفاوت باشد.

۴-۲-۱-۱ روندهای اجتماعی

S سرواژه‌ی Social است که دلالت بر "روندهای اجتماعی" تاثیرگذار بر آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی دارد. در واقع هدف آن، شناخت مجموعه‌ای از موضوعات اجتماعی است که آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی را از لحاظ کمیت، کیفیت و شکل ارائه‌ی خدمت، تحت تاثیر قرار خواهد داد. جدول ۴-۵ مجموعه روندهای اجتماعی را نشان داده است.

^۱ Trend Analysis

^۲ John Naisbitt

^۳ Megatrends

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت‌های سالمندی	پیشران و عدم قطعیت
اجتماعی	تغییر هرم جمعیتی	بهبود وضعیت بهداشتی، کاهش مرگ‌ومیر، افزایش امید به زندگی و موفق بودن سیاست‌های کنترل جمعیت، جمهوری اسلامی ایران را در زمره کشورهای قرارداده که با سالمندی جمعیت در حال مواجهه است. در حال حاضر، جمعیت بالای ۶۰ سال ۸٫۱٪ از کل جمعیت را به خود اختصاص داده است. رشد سالانه جمعیت کمتر از ۱٫۵٪ و کمتر از نرخ جایگزینی می باشد، این در حالیست که رشد جمعیت سنین ۶۰ تا ۶۵ سال با رشد ۶٪ در حال افزایش است. بر این اساس پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۰۴ یعنی سال ۲۰۲۵ جمعیت سالمندی ایران به ۲۱٫۷٪ و در سال ۲۰۵۰ به ۳۳٪ خواهد رسید(۶).	سالمندی جمعیت یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی، و بهداشتی در قرن ۲۱ است. نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و حمایت‌های اجتماعی در این گروه از جمعیت بیش از سایر گروه‌های سنی است. رشد بیماری‌های مزمن در این دوران نیازمند مداخلات پیشگیرانه، درمانی و بازتوانی است(۴۴). "با افزایش سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن در صورتیکه روند فعلی آرایه خدمت ادامه یابد، نظام سلامت را با تهدید از جانب کمبود منابع انسانی، مراکز آرایه خدمات بستری و تخت‌های بیمارستانی، داروها و تجهیزات پزشکی مواجه می‌نماید." م ۱۳ "بیمه مراقبت سالمندی، امکان دسترسی همه‌ی سالمندان به خدمات مراقبتی و مراکز مراقبت و نگهداری جامعه‌محور تسهیل می‌کند" م ۴	افزایش امید به زندگی ارتقای شاخص‌های بهداشتی توجه به خودمراقبتی تکنولوژی پزشکی تغییر روش‌های طبابت پیشرفت علم ژنتیک در کنترل بیماری‌ها تغییر سیمای بیماری‌ها و افزایش بیماری‌های غیرواگیر
	تغییر سیمای بیماری‌ها	بر اساس گزارش ۲۰۱۳ سازمان جهانی بهداشت بیماری‌های غیرواگیر(NCDs) مسئول ۷۵٪ از کل مرگ‌های جهان می‌باشند. از آمار یادشده چیزی در حدود ۸۰٪ آن در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد. طبق گزارش وزارت بهداشت، این میزان در کشور ما نیز چنین الگویی داشته و بیش از ۷۶٪ بار بیماری‌ها به این نوع از بیماری‌ها اختصاص دارد(۱۹۸). ایران هم اکنون جز ۱۰ کشور پر شیوع دیابت در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا قرار دارد. هر چند که هم اکنون شیوع این بیماری در کشورهایی مثل قطر، کویت و عربستان بیشتر از ایران است اما با توجه به افزایش متوسط سن جمعیت ایران و افزایش سالمندی طی سال‌های آینده، ایران جز ۱۰ کشور دارای بیشترین شیوع دیابت خواهد بود(۱۹۹).	شیوع و بروز چشم‌گیر بیماری‌های غیرواگیر خصوصا در دهه‌های اخیر موجی از نگرانی‌ها را برای سیاست‌گذاران نظام‌های مراقبت‌های سالمندی در سراسر دنیا ایجاد کرده است. در ایران بیشترین سهم مشکلات سلامت سالمندان مربوط به بیماری‌های غیرواگیر و مزمن است که نیازمند مداخلات بهداشتی و سلامتی مستمر می‌باشد(۲۸). "روند رو به رشد بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن در آینده، سهم سیاست‌های سلامت را از سیاست‌های عمومی کشور افزون خواهد کرد." ن م ۹ "تغییر الگوی بیماری‌ها این فرصت را ایجاد می‌نماید تا در تعداد و نوع رشته‌های آموزشی توسعه و تنوع ایجاد شود." ن م ۱۷	توجه به سلامت در همه‌ی سیاست‌ها تغییرات سبک زندگی وابستگی به تکنولوژی و عدم تحرک فیزیکی شهرنشینی و آلودگی‌های محیطی
	افزایش بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی	شواهد نشان می‌دهد که ۱۴٪ مردم کشور قندخون بالاتر از ۱۲۶ میلی-گرم در دسی‌لیتر دارند. ۲۸٪ افراد ۱۵ تا ۶۴ سال کشور کلسترول بالا دارند. بر اساس پیش‌بینی‌ها ۴۸٪ درصد (معادل ۲۶ میلیون نفر) مردم کشور یا اضافه وزن دارند یا چاق هستند. ۸۸٪ مردم یعنی معادل ۴۸ میلیون نفر روزانه کمتر از ۵ واحد میوه و سبزی مصرف می‌کنند(۱۹۶).	"خودمراقبتی و توانمندسازی جامعه باید در راس امور قرار بگیرد" م ۵ "طراحی بسته خدمات غیرواگیر داره انجام میشه که در شبکه‌ی بهداشتی درمانی کشور به زودی اجرایی می‌شود" م ۱۹ "اگر از هم‌اکنون مداخلات موثر در اصلاح سبک زندگی انجام ندیم با خیل عظیم بیماران و به تبع تقاضای خدمات سلامت روبرو خواهیم بود" م ۱۹	عدم فعالیت فیزیکی تغییر الگوهای رفتاری تغییر الگوهای تغذیه‌ای وابستگی به فناوری‌های نرم و سخت روش‌های طبابت و مراقبت

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت‌های سالمندی	پیشران و عدم قطعیت
	تغییر الگوهای رفتاری و تغذیه-ای	مطالعات اخیر در دو دهه‌ی گذشته حاکی از آن است که ایران، کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا در فرآیند گذار تغذیه‌ای قرار دارند و افزایش هشداردهنده‌ی چاقی و اضافه‌وزن که با افزایش خطر بیماری قلبی- عروقی، دیابت نوع ۲، ایسکمی قلبی، پرفشاری خون و سرطان‌های خاص ارتباط دارد، در این مناطق دیده می‌شود(۲۰۰).	تغییر الگوی تغذیه‌ای نسل جوان، گرایش شدید به فست‌فودها و غذاهای آماده، افزایش بار بیماری‌های متابولیک و چاقی را هم به همراه دارد که پیامدهای آن خودش را در دوران سالمندی نشان می‌دهد. "سالمندان فعلی representative سالمندان آینده نیستند، سالمندان امروز با وجودی که غذاهای طبیعی خورند و فعالیت بدنی داشتند دچار هزار درد و مرض هستند وای بحال سالمندی ماها که همه چیز مصنوعی خوردیم تحرک هم که صفر" م ۱	پیشرفت‌های تکنولوژیکی رشد و جذابیت فناوری وضعیت اقتصادی و رفاهی تغییر سبک زندگی
	رشد بیماری خاموش آلزایمر	مطالعات جهانی از روند افزایش روزافزون بیماری آلزایمر و پارکینسون در میان جمعیت سالمند خبر می‌دهد و گفته می‌شود در حال حاضر ۳۶ میلیون نفر مبتلا به آلزایمر و ۴,۳ میلیون نفر مبتلا به پارکینسون در سراسر جهان هستند. پیش‌بینی‌ها حاکی است که با توجه به افزایش جمعیت سالمند در جهان، آمار مبتلایان به آلزایمر تا سال ۲۰۵۰ به ۱۱۵ میلیون نفر و مبتلایان به پارکینسون به ۹ میلیون نفر خواهد رسید(۲۰۱).	"در آلزایمر به دلیل فاز خاموشی طولانی ممکنه بسیاری از بیماری خود اطلاعی نداشته باشن و در نتیجه با تاخیر در درمان، روند بهبودی از اثربخشی لازم برخوردار نیست. زمان طلایی تشخیص در آلزایمر از اهمیت بالایی داره که با دایر کردن کلینیک‌های تخصصی تشخیص آلزایمر، آموزش پزشکان و حساس کردن مردم نسبت به این بیماری می‌توان روند رو به رشد آن را متوقف کرد." م ۱۳	سیاست‌های پیشگیرانه و هشدار زود هنگام early warning آمادگی نظام مراقبت سبک زندگی روش‌های درمانی نوین کشف داروهای پیشگیرانه و درمان‌کننده‌ی پیری
	ایدز	بررسی‌ها نشان می‌دهد که سن ابتلاء به ایدز در کشور در حال کاهش است و از طرفی شیوع این بیماری در بین زنان سرعت گرفته است به این دلیل که زنان در رابطه جنسی بیشتر نقش فرودست را بازی می‌کنند و احتمال آسیب‌پذیری آنان همیشه بیشتر است. این در حالی است که پیشتر ایدز در ایران بیماری مردانه محسوب می‌شد چون بیشتر مردان به اعتیاد و روابط جنسی حفاظت نشده گرایش داشتند. همچنین توقف توزیع کاندوم رایگان در مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت به منظور افزایش جمعیت ممکن است در آینده به شیوع ایدز منجر گردد(۱۹۶).	"نظام سلامت باید خود را برای شکل جدیدی از بیماری‌های سالمندی آماده کند." م ۱۳ ۴۵٪ زنان خیابانی آلوده به ویروس HIV/ ایدز هستند. م م "تغییر الگوی بیماری‌ها هزینه‌های کمرشکن مراقبت از سلامت را هم برای افراد و هم بیمه‌ها به دنبال خواهد داشت. بیمه باید به اقدامات پیشگیرانه ورود پیدا کنند." م ۱۰	سواد سلامت بیکاری و فقر آموزش‌های عمومی نقش رسانه

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت‌های سالمندی	پیشران و عدم قطعیت
	شهرنشینی	یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین تحولات اجتماعی که جهان، در طول نیم قرن اخیر به خود دیده است رشد شتابان شهرنشینی بوده است. در سال ۱۹۵۰ تنها ۲۹٪ جمعیت جهان در شهرها زندگی می‌کردند که این رقم در سال ۱۹۹۰ به ۴۵٪ رسید و امروز از مرز ۵۴٪ فراتر رفته و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به بیش از ۶۵٪ افزایش پیدا کند. این روند آن‌قدر سریع در حال وقوع است که به‌عنوان یکی از خطرات جهانی سال ۲۰۱۵ نیز معرفی شده است (۲۰۲).	"رشد جمعیت سالمندان در مناطق شهری نیازمند یک بازطراحی و بازسازماندهی در فضاهای شهری دارد، شهرها باید دوستدار سالمند باشند تا سالمند مثل سایر گروه‌های سنی در جامعه مشارکت داشته باشد." م ۳ به دلیل تغییر ساختار جمعیتی کشور به سوی افزایش شهرنشینی و به ویژه حاشیه‌نشینی تغییر و تحول سریع اولویت‌ها و خط‌مشی‌ها مورد نیاز است. م م محسن نقوی	حاشیه‌نشینی آلودگی‌های زیست‌محیطی بحران آب رشد صنایع و معادن و اشتغال
	حوادث و خشونت	در ایران شایع‌ترین مرگ ناشی از حوادث مربوط به تصادفات جاده‌ای است که بیشتر آن‌ها قابل پیش‌بینی و پیش‌گیری است (۲۰۳). در ایران روزانه حدود ۱۷۰ نفر در اثر حوادث ترافیکی، مسمومیت، خفگی، سقوط از یلندی، آتش‌سوزی، غرق‌شدگی و خشونت می‌میرند. بررسی‌های بانک جهانی نشان می‌دهد که کشته‌شدگان حوادث ترافیکی ایران ۵٫۱٪ مرگ‌ومیر حوادث ترافیکی کل دنیا است و به عبارتی ۱٫۵ برابر هرم جمعیتی است. ایران با سالانه حدود ۳۵ هزار مرگ و بستری در اثر تصادفات رانندگی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، رتبه نخست را در دنیا به خود اختصاص داده است.	"بخش بزرگی از تقاضاهای وارده به نظام سلامت از طریق آموزش و ارتقا سلامت، قابل پیشگیری، نباید اثربخشی آموزش به دلیل اینکه اثرش به راحتی قابل لمس نیست نادیده انگاشته بشه" م ۱۱	آموزش و ارتقاء سلامت ایمنی جاده‌ها خدمات سلامت روان
	اختلالات روانی	سالانه به‌طور متوسط حدود ۲۰٪ از مردم به بیماری‌های روانی مبتلا می‌شوند. در ایران افسردگی حدود ۶٪ و اختلالات سایکوتیک ۲٪ از حجم بیماری‌ها را به خود اختصاص داده و بیش از دوسوم خودکشی‌ها در سال ناشی از افسردگی مآزور می‌باشد. بر اساس گزارش جهانی شادی در سال ۲۰۱۶ ایران در بین ۱۵۷ کشور جهان رتبه ۱۰۵ را به خود اختصاص داده است (۲۰۴).	هر چند که افسردگی در تمام سنین به چشم می‌خورد اما این بیماری در سالمندان از شدت و حدت بیشتری برخوردار است. این موضوع در سالمندانی که در خانه‌های سالمندان زندگی می‌کنند از وضعیت بدتری نیز برخوردار است. افسردگی عامل خطری در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، آلزایمر، پارکینسون و سایر بیماری‌های مزمنه. لذا وجود برنامه‌های سلامت روان به منظور پیشگیری از بیماری‌های مزمن، کاهش هزینه‌های مراقبتی و همین‌طور ارتقای کیفیت زندگی سالمندان امری حیاتی است. م ۱۱ نباید فراموش کرد که بدون توجه به سلامت روان، دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت امکان‌ناپذیر است. امکانات ما متناسب با شیوع بیماری‌ها روانی رشد کرده و شاهد عمیق‌تر شدن این شکاف در حوزه روان‌پزشکی خصوصاً در مناطق محروم هستیم. م ۲۰	ناهنجاری‌های رفتاری مداخلات سلامت روان ادغام برنامه‌های سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی بهداشت روان جامعه‌نگر

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت‌های سالمندی	پیش‌ران و عدم قطعیت
	مدرنیته	بررسی‌ها حاکی از آن است که مدرنیته با تاثیر بر ساختارهای اجتماعی منجر به تغییرات تدریجی در نهاد خانواده شده است. افزایش میزان مشارکت زنان در بازار کار، افزایش نرخ طلاق و جدایی، تغییر شیوه‌های ازدواج، مهاجرت، بی‌فرزندگی و تک‌فرزندگی، کاهش روابط خانوادگی، رها کردن پدر و مادر و تمایل به تحصیلات تکمیلی از مهمترین آثار ورود مدرنیته به جامعه بوده است (۲۰۵).	حقیقت گفته شده بیانگر این است که تنها ۲۵ درصد عوامل مربوط به سلامت در درون نظام سلامت تعریف می‌شود و ۷۵ درصد آن ریشه در عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی دارد. م م <i>"شیوع ناهنجاری‌های اجتماعی باعث می‌شود که سلامت روان در نسل بعدی با کاهش چشم‌گیری روبرو بشه و نیازمند سرمایه‌گذاری بر روی مراکز و کلینیک‌های مشاوره باشیم."</i> م ۶	وضعیت اقتصادی و رفاه الگوبرداری و غرب‌گرایی فرهنگ مصرف‌گرایی کم‌رنگ شدن اصول فرهنگی اسلامی-ایرانی
	طلاق	مطالعه‌ی برون و همکاران نشان می‌دهد که آمار طلاق در بین سالمندان ۶۰ سال به بالا با شیب ملایمی از سال ۱۱۹۰ به بعد در حال افزایش است (۲۰۶). مرکز مطالعات خانواده ایران اعلام داشت که در آینده شاهد جابجایی کارکردهای مردانه و زنانه و کاهش چند برابری میزان ازدواج خواهیم بود و زندگی مجردی یک سبک زندگی رایج در ایران خواهد بود که از آن با عنوان مجرد نوین یاد می‌کنند (۲۰۷).	<i>"تنهایی و نبود شریک در سالمندان استعداد ابتلا به بیماریهای روانی و جسمی را در آن‌ها دو چندان می‌کند و احتمال سپردن سالمندان تنها به خانه‌های سالمندی بیش از سالمندان همسر دار است."</i> م ۴ <i>"عده‌ای را به‌عنوان مراقب سالمند آموزش دهیم، چون ما در آینده با بحران مراقبت هم رو به رو خواهیم شد، تا بتوانند به سالمندی که تنها است خدمات ارائه بدهند. خیلی از این سالمندان به خصوص خانم‌ها ممکن است به لحاظ جسمی مشکلی نداشته باشند و فقط خواهان این باشند که کسی به او گوش بدهد و نیاز عاطفی او را برآورده سازد؛ این مراقب اگر آموزش دیده باشد می‌تواند این نیاز را تامین کند."</i> م ۱۶	فردگرایی افزایش تنهایی در سالمندان تغییرات ساختار خانواده آموزش و سواد فرهنگی عوامل فرهنگی
	زنانه‌شدن سالمندی	از جمله تغییرات اجتماعی و جمعیتی گسترده‌ای که ایران در سال‌های گذشته تجربه نموده است، زنانه شدن سالمندی به دلیل بالا بودن امید به زندگی در زنان، فوت همسر، عدم ازدواج زنان و افزایش طلاق بوده است. پیش‌بینی می‌شود که در سال ۱۴۳۰ تعداد زنان سالمند ۳۴,۵٪ و تعداد مردان سالمند ۳۱,۶٪ باشد (۶).	<i>"فشار اجتماعی اجازه ازدواج مجدد را به زنان سالمند نمی‌ده و برآشون یک تابو تلقی می‌شه ولی مردان سالمند راحت‌تر ازدواج مجدد می‌کنند. باید این دیدگاه در بین زنان هم رایج بشه رسانه‌ها باید فرهنگ‌سازی کنند"</i> م ۲۱ <i>"سیستم بهداشتی کشور هنوز بر بهداشت باروری و سلامت مادر-کودک متمرکز است و برای زنان سالمند هیچ برنامه‌ی مشخصی وجود ندارد. در حالیکه با سالمند شدن جمعیت نیازهای خاص زنان سالمند باید شناسایی و برآورده گردد."</i> م ۲۹	تابوهای فرهنگی و عدم پذیرش ازدواج زنان بیوه تنهایی حمایت ناکافی از مراقبین غیررسمی برنامه‌های مراقبتی جنسیت‌محور قوانین حمایتی از زنان سالمند، ارزش‌گذاری فعالیت‌ها خانه‌داری

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت‌های سالمندی	پیش‌ران و عدم قطعیت
	شکاف جنسیتی	براساس گزارش شاخص توسعه انسانی ایران از لحاظ نابرابری جنسیتی در جایگاه ۹۲ در دنیا قرار داد(۲۰۸).	شکافی میان زنان و مردان سالمندی در مسائلی مانند سواد و مستمری وجود دارد. همین‌حالا نسبت زنان سالمند تنها به مردان سالمند تنها ۴ به ۱ هست. این موضوع در استان‌های محروم‌تر است. اما این شکاف در آینده کمتر خواهد شد؛ چراکه زنانی با تحصیلات عالی و حضور اجتماعی و اقتصادی بیشتری به دوران سالمندی خواهند رسید.	تبیعض در ارائه خدمت Ageism ارزش‌گذاری فعالیت‌های خانه‌داری تفاوت درآمدی زنان و مردان نقش و تاثیر فرهنگ
	تک نفره افزایش خانوارهای	از سال ۱۹۶۰ تا کنون روند خانوارهای تک‌نفره در حال رشد است. این روند ابتدا در کشورهای صنعتی و سپس در کشورهای با درآمد متوسط بروز کرد. شواهد نشان می‌دهد که زندگی تک‌نفره اثر جدی بر تقاضای خدمات سلامت دارد(۲۱۰).	"در خانوارهای چند نفره مراقبت از سالمند توسط اعضای خانواده صورت می‌گیرد ولی این امر در خانواده‌های یک نفره به عهده‌ی نهاد ثالث است. این قضیه در آینده بیشتر خودشو نشون خواهد داد."	وضعیت اقتصادی تقاضای خانه‌های سالمندی وابستگی به نهادهای رسمی
	سالمندآزاری	نتایج یک پژوهش نشان می‌دهد که تقریباً ۸۷٪ سالمندان حداقل یک بار آزار را تجربه کرده‌اند. سوء رفتار با سالمندان یا سالمندآزاری از جمله پیامدهای افزایش تعداد سالمندان در خانواده‌ها و جوامع امروزی است که میزان بروز آن در دو دهه‌ی اخیر به سرعت افزایش یافته است. البته در ایران همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه گزارش رسمی در مورد میزان سالمند آزاری موجود نیست(۲۱۱).	افزایش تعداد سالمندان در خانواده و هزینه‌های سنگین مراقبت، می‌تواند تأثیرات منفی بر وضعیت جسمانی و ذهنی و خانوادگی فرد مراقبت داشته باشد و منجر به بروز رفتارهای ضد اجتماعی و خشونت شود(۲۱۲). م م "یک بخشی از معضل را قوانین باید حل کند و یک بخشی از آن را نیروی انسانی مثل مددکار اجتماعی، البته در بسیاری از کشورهای توسعه یافته مددکار سالمند هم برای این منظور تربیت می‌شه" م ۹	وضعیت فیزیکی، اجتماعی سالمند افزایش جمعیت سالمندان حمایت مراقبین غیررسمی آموزش و ارتقای سلامت آگاهی از حقوق فردی خلاء قوانین حمایتی
	استعمال دخانیات و اعتیاد	بر اساس آمارها در حال حاضر ۱۰٪ افراد کشور روزانه سیگار می‌کشند. یعنی روزانه مردم ایران ۱۰ میلیارد تومان سیگار می‌کشند. مصرف سیگار در مدت زمان ۱۰۰ سال ۱۰۰ برابر شده است(۲۱۳). شواهد نشان می‌دهد که در سال ۹۳ حدود ۲۰ تا ۳۰ هزار معتاد تزریقی در کشور وجود داشته است(۱۹۶).	"شیوع اعتیاد در سالیان اخیر در ایران رشد بسیار بالایی داشته است مصرف مواد مخدر خود مسبب شیوع بیماری‌های عفونی مثل ایدز است که از اعتیادهای تزریقی ناشی می‌شود لذا توجه به اعتیاد باید یکی از اولویت‌های بهداشتی کشور در نظر گرفته شود و برای پیشگیری اصولی و گسترده آن برنامه‌ریزی کرد." م ۳	آموزش و آگاه‌سازی آموزش‌های مدرسه‌محور خدمات سلامت روان جامعه‌محور نقش ایمان و باورهای مذهبی

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت‌های سالمندی	پیش‌ران و عدم قطعیت
	بالا رفتن نرخ سواد	در گزارش ۲۰۱۱ شاخص توسعه‌ی انسانی که بر اساس سه فاکتور، امید به زندگی، دانش و سرانه‌ی تولید ناخالص داخلی می‌باشد، شاخص دانش از طریق نرخ سواد بزرگسالان مورد سنجش قرار می‌گیرد. بر اساس یافته‌های این گزارش نرخ باسوادی بزرگسالان در ایران ۸۵٪ می‌باشد که نسبت به ده سال گذشته رشد زیادی داشته است (۲۰۸).	"افزایش سطح سواد جامعه انتظارات را بالا می‌برد بطوریکه نیازهای سالمندان آینده تحت تاثیر سطح سواد با آنچه که امروز می‌بینیم بسیار فرق خواهد داشت." م ۸ "افزایش سطح سواد با ارتقای سواد سلامت در ارتباط است که اگر بخوبی جهت‌دهی شود می‌تواند منجر به خودمراقبتی و داشتن افرادی سالم‌تر در جامعه شود." م ۲۵	بالا رفتن انتظارات از سیستم سلامت پاسخگویی به انتظارات ارائه هدفمند و مدیریت شده خدمات سلامت بازار خدمات خصوصی سلامت تغییر در شیوه‌ی طبابت سفارش‌گرایی و اهمیت پاسخگویی به نیازهای اختصاصی
	آسیب‌های اجتماعی	پژوهش‌های علمی در زمینه شناسایی آسیب‌های اجتماعی در سطح ملی بیانگر برخی کزی‌ها و بدقوارگی‌ها در جامعه است. فقر، اعتیاد، بیکاری، ضعف در رعایت قواعد اخلاقی، حاشیه‌نشینی، تن‌فروشی، بزهکاری و دزدی، مصرف دخانیات خصوصاً در بین زنان و غیره از جمله معضلات و آسیب‌های اجتماعی است که جامعه با دست به گریبان است (۲۱۴).	حقیقت گفته شده بیانگر این است که تنها ۲۵ درصد عوامل مربوط به سلامت در درون نظام سلامت تعریف می‌شود و ۷۵ درصد آن ریشه در عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی دارد (۲۳). م م "شیوع ناهنجاری‌های اجتماعی باعث می‌شود که سلامت روان در نسل بعدی با کاهش چشم‌گیری روبرو بشه و نیازمند سرمایه‌گذاری بر روی مراکز و کلینیک‌های مشاوره باشیم." م ۶	تنوع تقاضای خدمات سلامت تغییر الگوهای ارائه خدمت
	تخصص‌گرایی	بر اساس گزارش ۲۰۱۲ رتبه‌بندی نوآوری و اختراع، ایران از لحاظ شاخص میزان ورود به تحصیلات تکمیلی رتبه چهارم را در بین ۱۴۷ کشور دارد (۲۱۵). همچنین به گزارش سازمان نظام پزشکی کشور، تخصص‌گرایی بیش از حد در بین دانشجویان پزشکی، نظام سلامت را از مسیر اصلی خود خارج کرده است بطوریکه یک معاینه ساده و شنیدن شرحی کاملی از سوابق بیماری فرد جای خود را به تکنولوژی پیچیده پزشکی داده است. طرح تحول و نوآوری آموزش پزشکی کشور، تعداد رو به رشد متقاضیان به دوره‌های تخصص و فوق تخصص را یکی از چالش‌های آموزش پزشکی عنوان می‌کند (۱۹۷).	"افزایش تقاضا برای تحصیلات تکمیلی اگر هدفمند جهت‌دهی شود فرصت ایجاد رشته‌های جدید مبتنی بر نیاز را افزایش می‌دهد و باعث هدایت نیروهای متخصص به سمت رشته‌هایی همچون طب سالمندان، پرستاری سالمندی، روانشناسی سالمند، دندانپزشکی سالمند می‌شود." م ۹ "اگر تخصص‌گرایی با وضع مقررات همراه نباشد منجر به درخواست خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی اضافه می‌شود (تقاضای القایی) که باعث افزایش هزینه‌ها می‌شود." م ۱۳	ایجاد تقاضای القایی حذف یا کم‌رنگ‌شدن مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت

طبقة	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت‌های سالمندی	پیشران و عدم قطعیت
	روند افزایش استفاده از طب سنتی	طب سنتی ایران یا Traditional Iran Medicine قدمت بسیار طولانی دارد و اگر شناخت خوبی از آن داشته باشیم، می‌تواند جوابگوی نه همه مشکلات، بلکه اکثر مشکلات پزشکی و بهداشتی ما باشد. با رونق گرفتن طب سنتی در کشورهای جهان، سازمان جهانی بهداشت استراتژی‌های طب سنتی را با تکیه بر سه هدف سیاست‌گذاری، ارتقا ایمنی-اثربخشی و کیفیت، دسترسی و مصرف منطقی تا سال ۲۰۲۳ منتشر نمود (۲۱۶).	"استفاده‌ی بی‌رویه از دارو در سالمندان در حال حاضر به یک مشکل بزرگ تبدیل شده است؛ این موضوع موجب فوت و از کارافتادگی سالمندان شده است؛ در این زمینه تمام دستگاه‌ها و خانواده‌ها باید اقداماتی را انجام دهند." م ۱۱	وجود تعارض بین طب سنتی و مدرن، گسترش عطاری‌ها تعارض منافع

۲-۱-۴-۲-۴ روندهای فناوری

T سرواژه‌ی کلمه‌ی Technology و دلالت بر روندهای جهانی در زمینه‌ی فناوری دارد. روندهای فناورانه‌ی تاثیرگذار بر مراقبت‌های سالمندی بسیار وسیع و گوناگونند که کشف آن‌ها نیازمند مذاقه‌ی عمیق است. روندهای فناورانه به انجای گوناگون بر بخش‌های مختلف حوزه سلامت اعم از زیرساخت‌ها و نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات تاثیر می‌گذارد که متناسب با آن، نیازمندی افراد جامعه و سطح انتظارات آنان را نیز تحت الشعاع قرار می‌دهد. جدول ۴-۶ روندهای فناوری و ارتباط آن با مراقبت‌های سالمندی را نشان می‌دهند.

جدول ۶-۴- روندهای فناوری

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
فناوری	ارتباطی و زیرساختی توسعه بسترهای	فناوری اطلاعات و ارتباطات، فن‌آوری غالب عصر حاضر به شمار می‌آید که ضمن تأثیرگذاری بر زندگی جوامع انسانی سلامت را نیز با تحولاتی روبرو ساخته است. این فناوری با دگرگون کردن روش‌های ارائه‌ی خدمت اهمیت زمان و مکان را از میان برده است. پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که آینده‌ی حوزه‌ی پزشکی با فناوری اطلاعات گره خورده است و این فناوری می‌تواند تجربه‌ی بیماران را از مراقبت‌های پزشکی دگرگون کند (۲۱۷).	"گسترش فناوری اطلاعات و ارتباطات در صورت فراهم ساختن زیرساخت‌های لازم می‌تواند به استقرار پزشکی از راه دور و یا در کل E-medicine بیانجامد. این تغییر این فرصت را به نظام سلامت می‌دهد تا طرح‌های جدیدی برای ارائه خدمات به سالمندان با ADL پایین ارائه دهد. چالش دسترسی به خدمات نیز تحت تأثیر این روند می‌تواند بهبود یابد." م ۱	شکل‌گیری خدمات دیجیتال بکارگیری Telemedicine میزان پذیرش جامعه در ارائه خدمات از راه دور کنترل جریان صحیح اطلاعات پاسخگویی به نیازهای واقعی تأثیر فناوری در دسترسی اهمیت مسائل اخلاقی در بکارگیری فناوری
	گسترش استفاده از تلفن‌های همراه هوشمند	اریکسون موبیلیتی (Ericsson mobility) اخیراً گزارش سالانه‌ای منتشر کرده که براساس تحقیقی که انجام شده است در حال حاضر ۲/۶ میلیارد کاربر جهانی تلفن همراه وجود دارد که پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۶/۱ میلیارد کاربر برسد. این ۶/۱ میلیارد کاربر تلفن هوشمند به این معنا است که در پنج سال آتی ۷۰ درصد کل جمعیت جهان از تلفن هوشمند استفاده می‌کنند (۲۱۸).	"با طراحی برنامه‌های کاربردی سلامت همراه (M-Health) در تلفن‌های هوشمند می‌توان به ارتقای خودمراقبتی و مراقبت‌های پیشگیرانه کمک کرد." م ۱۳	شبکه‌ای شدن جامعه اقبال عمومی به مجازی و الکترونیکی شدن خدمات خدمات سلامت همراه تأثیر شبکه‌های مجازی بر تنهایی سالمندان اهمیت آموزش‌های الکترونیک
	مراقبت‌های سلامت فرامکان	رشد فزاینده‌ی فناوری‌های دیجیتال و علوم کامپیوتر، امکان دسترسی آگاهانه افراد به گزینش مراقبت‌های سلامت توسط خود فرد (فردگرایانه) را فراهم آورده است (۲۱۹). سلامت همراه هم‌اکنون در راه‌گذر پارادایمی و انفجاری خود است و با خلق نوآوری‌های مرزشکن، چهره‌ی مراقبت‌های سلامت را در آینده تغییر خواهد داد.	طی دهه‌های آینده ۵۰٪ از مراقبت‌های سلامت از سوی بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها به سوی خانه و جامعه میل می‌کند. بسیاری از پیشرفت‌های تکنولوژیک مشتریان سلامت را با اطلاعاتی مسلح نموده که آن‌ها را در تصمیم‌گیری در حوزه‌ی مراقبت سلامت توانمند خواهد کرد. "ما در آینده‌ی شاهد یک بازساختارسازی عمده در صنعت مراقبت‌های سلامت خواهیم بود." م ۲۲	شکل‌گیری پزشکی از راه دور برنامه‌های سلامت همراه

طبقة	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیش‌ران‌ها
	افزایش تکنولوژی‌های نوین پزشکی	ری‌کروزیل ^۱ مدیر تحقیقات هوش مصنوعی گوگل ادعا می‌کند که تا پایان قرن بیست و یکم دیگر مرگ و میری وجود نخواهد داشت و با ظهور تکنولوژی‌های پزشکی رویای دیرین عمر جاویدان به واقعیت بدل خواهد شد. همچنین شرکت گوگل ^۲ با تاسیس زیرمجموعه پزشکی خود به نام «کالیکو» ^۳ افزایش طول عمر بشر و مبارزه با پیری را دستور کار خود قرار داده است (۲۱۹).	محبوبیت تکنولوژی‌های پزشکی، تقاضای القایی را افزایش می‌دهد و .. باعث مغفول ماندن برخی خدمات اساسی خواهد شد و هزینه‌های نظام سلامت را در کل افزایش خواهند داد. از سوی دیگر تجویز بیش از حد خدمات تشخیصی عوارض جانبی نیز برجای خواهد گذاشت. م ۸ "مدگرایی و گرایش به مداخلات غیرضروری مثل جوان‌سازی، رژیم-درمانی، جراحی‌های زیبایی و هزینه‌بر از آثار پیشرفت‌های تکنولوژی است که در صورت کنترل ناکافی وزارت بهداشت منجر به افزایش کل هزینه‌های نظام سلامت می‌شود." م ۳۳ "بیمارستان‌های کشور ما خصوصاً بیمارستان‌های دولتی ما گورستان ابزار و تکنولوژی است. MRI, CTScan, Leaser, و ... " م ۶	افزایش تقاضای خدمات جوان‌سازی تغییر ماهیت انتظارات از سیستم سلامت بروز و رشد اقتصاد دانش‌بنیان کم شدن تعاملات چهره به چهره (پزشک-بیمار) به دلیل تسلط تکنولوژی
	رشد سریع تولیدات صنعتی مانند چاپ سه بعدی	چاپ سه بعدی در آینده موجب بازتعریف زنجیره‌ی ارزش در ساخت و ساز کالاهای خواهد شد. پیش‌بینی می‌شود طی ۳ تا ۵ سال آینده در بسیاری از بخش‌های صنعت مانند صنایع اتوماتیک، هوا و فضا، نظامی، ورزشی و سلامت چاپ سه بعدی از رشد فزاینده‌ای برخوردار باشد و آینده‌ای درخشان در پیش رو داشته باشد که فقط منحصر به ساخت اجسام بی‌جان نخواهد بود و ساخت بافت‌های زنده را نیز دنبال خواهد کرد کما اینکه بسیاری از شرکت‌های داروسازی هم‌اکنون از بافت‌های چاپ سه بعدی در آزمایش داروها استفاده می‌کنند (۲۲۰).	سامانه‌های سه‌بعدی به چاپ دقیق مدل‌های آناتومیک و اندامی پرداخته و امکان جراحی‌ها، کاشت ادوات، اسکلت‌های بیرونی، ادوات کمک شنوایی، پروتزها، ادوات برای اسکولیوز و دیگر کاربردها بر اساس نیاز بیمار و شرایط فردی وی را امکان‌پذیر می‌نماید (۲۲۱). شرکت‌هایی مانند Organovo و تیم دکتر آنتونی آتالا در حال چاپ زیستی سه بعدی با سلول‌ها هستند که بافت‌ها، عروق خونی و حتی اعضاء کوچک را تولید می‌کنند (۲۲۲).	تنوع روش‌های طبابت پیشرفت‌های پزشکی درمان بیماری‌ها و ناتوانی‌های مرتبط با سن

¹ Ray Kurzweil

² Google

³ Calico

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
	انقلاب چهارم صنعتی: رشد صنعت رباتیک – هوش مصنوعی	مجمع جهانی اقتصاد-داووس ۲۰۱۶، به تسلط انقلاب چهارم صنعتی ^۱ بر جهان آینده پرداخته است که در آن به نحو بنیادینی زندگی، کار و ارتباطات ما دچار تغییرات شگرف خواهد شد. در چارچوب این انقلاب سطوح فیزیکی، دیجیتال و بیولوژیکی به همگرایی می‌رسند. چنین امری دارای پیامدهایی در عرصه زندگی اقتصادی، اجتماعی و سیاسی بشر است و عرصه‌های یاد شده در این فرایند دستخوش دگرگونی می‌شوند(۲۲۳) در عصر انقلاب صنعتی چهارم، امکان مرتبط شدن میلیاردها نفر از طریق گوشی‌های تلفن همراه، با قدرت بی‌سابقه پردازش، ظرفیت ذخیره‌سازی و دسترسی به دانش نامحدود است. این امکانات با پیشرفت-های تکنولوژیک در حال ظهور در شاخه‌هایی نظیر هوش مصنوعی، رباتیک، اینترنت اشیا، دستگاه‌های خودمختار، پرینت سه بعدی، نانو تکنولوژی، بیوتکنولوژی، علم مواد، ذخیره سازی اطلاعات و محاسبه کوانتومی وجود دارد.	ظهور روبات‌های پرستار و مراقب بیمار وجه دیگری از مراقبت را در دهه‌های آینده نشان می‌دهد. به عنوان مثال: پژوهشگران و مهندسان بیوانفورماتیک دانشگاه هاروارد متوجه شده‌اند که تزریق خون جوانان به بدن اشخاص میانسال و سالخورده منجر به بازگشت نیروی جوانی و توقف روند پیرشدن مغز و قلب و ماهیچه و سایر بافت‌ها می‌شود. م م تاکنون بیش از ۳ میلیون جراحی در سراسر جهان با سامانه جراحی روباتیک داوینچی با کاربرد دید HD 3D در درون بدن با حرکات دقیق که فاقد لرزش‌های دست انسانی است، انجام گردیده است. یک نسل از روباتهای جراحی در حال توسعه هستند که به صورت خودکار و دقیق اعمال جراحی رایج را می‌توانند بدون خطای انسانی با هزینه کم انجام دهند(۲۲۴).	تقاضای خدمات دیجیتال تقاضای فناوری‌های ضدپیری تنوع انتظارات نوپدید ارائه‌ی هدفمند و مدیریت شده خدمات مبتنی بر هوش مصنوعی تحول فرایند سنتی مراقبت از سالمند اهمیت نظارت بر کنترل صنعت مبتنی بر هوش مصنوعی
	ژن درمانی – مهندسی ژنتیک	ژن‌درمانی از جمله آخرین دستاوردها در زمینه پزشکی است. از این روش‌درمانی برای جبران کمبود یک یا چند ژن ناقص یا معیوب که عامل ایجاد بیماری هستند، استفاده می‌شود. تاکنون از روش‌های مختلفی برای ژن‌درمانی در انسان‌ها استفاده شده است که لازم است تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام شود تا بتوان یکی از این روش‌ها را به عنوان بهترین روش برای ژن‌درمانی انتخاب کرد. نخستین عمل بالینی ژن درمانی در سال ۱۹۹۰ توسط موسسات ملی بهداشت ایالات متحده آمریکا انجام گرفت(۲۲۵).	درمان بیماری‌ها به روش‌های نو و درمان بیماری‌های صعب‌العلاج گستره جدید پیوند سلامت و تکنولوژی	درمان بیماری‌های ژنتیکی و لاعلاج اهمیت یافتن پزشکی فردگرایانه اهمیت یافتن اصول اخلاق پزشکی و حرفه‌ای اهمیت یافتن پزشکی سیستمی ^۲

¹ The Fourth Industrial Revolution

² System Medicine

طبقة	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
	پزشکی بازآفرینی	پیش‌بینی می‌شود که جهان پزشکی از ابروند در حال تکامل "پزشکی بازآفرینی" دچار انقلابی عظیم در عرصه‌های علوم و فناوری پزشکی و گستره‌های بالینی شود. پزشکی باز آفرینی که یک گستره‌ی کاربردی از فناوری‌های همگرا و هیجان‌انگیز در پزشکی ترجمانی است، تلاش می‌کند که از دستاوردهای رشد فناوری مهندسی بافت برای خلق مدل‌های آزمایشگاهی سه بُعدی بافت‌ها و ارگان‌ها به صورت مدل‌های زیستی "زنده" و فناوری سلول‌های بنیادی القا شده در دامنه‌ی مراقبت‌های سلامت یک جابجایی پارادایمی ایجاد کند(۳۲).	بر پایه‌ی وزن شواهد فناوری‌های همگرا این پتانسیل را برای پزشکی بازآفرینی فراهم خواهند آورد که درمان‌های نوین، نوآورانه و حتی درمان کامل بیماری‌هایی را که با شیوه‌ها و رهیافت‌های سنتی راه حلی برای آنها وجود نداشته است را بر جامعه‌ی بشری عرضه دارد(۳۶).	فناوری‌های همگرا توسعه‌ی رشته‌های بین‌رشته‌ای تغییر الگوهای طبابت مینیاتورسازی و مجازی‌سازی
	پزشکی سیستمی	پزشکی سیستمی یک تغییر پارادایمی در پزشکی است که از دست‌مایه‌های تفکر بیولوژی سیستمی تغذیه کرده و با رهیافتی سیستمی به سلامت و بیماری نظر می‌کند. رهیافت سیستمی که در قالب پزشکی سیستمی تجلی یافته است تلاش می‌نماید تا با کاربرد فناوری‌های نوپدید و تصویر برداری‌های ملکولی از پیچیدگی‌های نهفته در بیماری‌ها پرده بردارد و از این رو ابزارهای ریاضیاتی و محاسبه گرایانه برای ظهور این انقلاب در پزشکی، حیاتی می باشند(۳۶).	در یک فراگرد کلی مدیریت بیماری‌های غیرواگیر نیاز دارد که به سوی رهیافت‌های سیستمی چند کیفیتی، راهبردهای جامع و ارائه‌ی مراقبت‌های یکپارچه گام بردارد که بدین سان می‌تواند بار اثر اجتماعی بیماری‌های غیرواگیر را کاهش دهد(۳۶).	توسعه‌ی فناوری‌های همگرا برای بهبودی کارایی انسان شتاب یافتن حرکت فناوری و نوآوری در علوم پزشکی
	جایگزینی ربات‌ها به جای انسان - ها در سرویس‌های مختلف	پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که در آینده‌ای نزدیک ربات‌ها در بسیاری از مشاغل و حرفه‌ها جای انسان را خواهند گرفت. جایگزینی ربات در شغل‌هایی مانند کارگر کارخانه، وکیل، جراح، پرستار و امدادرسان در آینده امری عادی خواهد بود(۲۲۶).	"یکی از حوزه‌هایی که جایگزینی انسان با ربات را خواهد داشت و از جاذبه زیادی برخوردار است حوزه‌ی پزشکی و مراقبت است. ربات‌های پرستار و مراقب سالمند یکی از موضوعات فراگیر آینده خواهد بود. م ۴"	تغییر در اصول ارتباطات و اخلاق حرفه‌ای و مجازی سازی عملیات در خدمت‌رسانی در حوزه سلامت و توسعه خدمات الکترونیکی نیاز به قوانین مرتبط با ربات‌ها احتمال بروز زمینه‌های تعارض

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
	اینترنت اشیا و پوشیدنی‌های هوشمند	یافته‌های موسسه پژوهشی استنفورد نشان می‌دهد که نسل جدید اینترنت موسوم به اینترنت اشیا در سال ۲۰۲۵ فراگیر خواهد شد. گروه تحقیقاتی Tractica به تازگی در گزارشی پیش‌بینی کرده که درآمد سالانه حاصل از بازار در حال توسعه پوشیدنی‌های هوشمند مرتبط با سلامتی تا سال ۲۰۲۱ به رقم ۱۷٫۸ میلیارد دلار خواهد رسید. مقدار فروش نیز از ۲٫۵ میلیون واحد فعلی تا ۹۷٫۶ میلیون واحد در آن سال افزایش خواهد یافت (۲۲۷).	روند رو به رشد تکنولوژی میتونه نویدبخش یک جامعه‌ی عاری از مشکل باشد و قبل از اینکه مشکلات سلامتی حاد بشوند با هشدارهای اولیه ما را از وجود یک بیماری آگاه کند و اقدامات پیشگیرانه رو نسبت به آن انجام دهیم. ن م ۲۹ ادوات پوشیدنی مانند مچ‌بند، عینک، ساعت و لباس‌ها می‌توانند داده‌های نوار قلب، نشانگان حیاتی، سطوح وضعیتی و استرسی ما را در هر کجای سیاره انتقال دهند. شرکت گوگل، حس‌گرهای درونی و بیرونی گسترده-ای مانند لنزهای تماسی هوشمند گوگل را که داده‌های حیاتی شامل سطوح گلوکز تا مواد شیمیایی خون را پایش می‌نمایند، توسعه داده است (۲۲۸).	تنوع و تزايد در محصولات فناورانه‌ی سلامت لزوم نظارت و پایش بر محصولات اینترنتی سلامت‌محور تعدد و پراکندگی در محصولات سلامت‌محور
	فناوری‌های همگرا	همگرایی یک کلان‌روند است که در تمام فناوری‌ها و تمام محصولات و در سطحی جهانی دیده می‌شود. فناوری اطلاعات، زیست‌فناوری، فناوری نانو، فناوری محیط‌زیست و فناوری شناختی به عنوان پنج صنعت عمده در سال ۲۰۰۸ شناخته شدند و از جمله فناوری‌هایی هستند که دارای قابلیت بالا برای نوآوری فناورانه می‌باشند. ایجاد فناوری و محصول جدید از طریق فرایند نوآوری که «همگرایی فناورانه» خوانده می‌شود؛ امروزه به یک روند جهان‌شمول بدل شده است (۲۲۹).	همگرایی را می‌توان در هم آمیخته شدن فناوری‌ها، رشته‌ها، روش‌های پردازش یا وسیله‌های مجزا برای تشکیل یک کلیت واحد دانست که مجموعه‌ای از مسیرها و فرصت‌های جدید را به وجود می‌آورند. زیست‌فناوری یکی از حوزه‌های بسیار هدف‌محور فناوری همگرا محسوب می‌شود که دارای بازار منحصربه‌فردی در درمان بیماری‌ها و احیای بیماران دارد (۲۳۰).	تغییر بنیادین پارادایمی در مراقبت سلامت تغییر مدل‌های درمان و مراقبت دامنه و تاثیر فناوری‌های بهداشتی اهمیت مراقبت‌های فردگرایانه

۴-۲-۴-۱-۳ روندهای اقتصادی

E سرواژه‌ی کلمه‌ی Economic یا اقتصاد است که بر روندهای اقتصادی دلالت دارد. افزایش سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت، ارتقاء سطح درآمد سرانه و جهانی شدن اقتصاد و افزایش کنترل اقتصاد سلامت با کمک فناوری اطلاعات منجر به تحول روندهای اقتصادی گردیده است. در این میان، با تحول سیاست‌های اقتصادی دولت در بخش‌های مختلف و با اجرای قانون هدفمند کردن رایانه‌ها روندهای اقتصادی همچنان در حال تغییر بوده و تحولات گسترده‌ای را در بخش اقتصاد سلامت در پی خواهد داشت. جدول ۴-۷ برخی از روندهای و پیشران‌های اقتصادی که آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی را تحت تاثیر قرار خواهد داد، نشان می‌دهد.

جدول ۴-۷ - روندهای اقتصادی

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
اقتصادی	خصوصی‌سازی	پیرو ابلاغ سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی از سال ۸۴ تاکنون فرایند واگذاری فعالیت‌ها و بنگاه‌های دولتی به بخش غیردولتی از رشد چشمگیری برخوردار شده است (۲۳۱).	"با توجه به افزایش چشم‌گیر سالمندان و تغییر نیاز و انتظارات آن‌ها، به مشارکت طلبیدن بخش خصوصی و NGO ها در ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی ضروریست." م ۲۳ توسعه‌ی بیشتر خدمات جامعه‌محور با شرایط رقابتی م ۸	ظهور الگوهای نوین انجام کار و برون‌سپاری برخی خدمات مراقبتی تغییر شیوه‌های تخصیص منابع مالی کمیود منابع دولتی و سیاست‌های انقباضی بودجه کوچک‌سازی دولت
	شکاف اقتصادی	در چشم‌انداز ۲۰ ساله ایران کشوری توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه توصیف شده است که بی-تردید رسیدن به هدف برتر منطقه‌ای مستلزم از بین بردن شکاف اقتصادی است که در سالیان اخیر در جامعه ما عمیق‌تر شده است (۱۸۶).	یکی از دلایل دسترسی مردم به خدمات مراقبتی فاصله‌ی طبقاتی و شکاف اقتصادی آن‌هاست که البته این با هدف سلامت برای همه منافات دارد. م ۱۰	اهمیت حکمرانی خوب در دسترسی به خدمات حذف رابطه‌ی مالی در خدمات سلامت‌محور اهمیت بیمه‌های تامین اجتماعی
	رشد اقتصادی رقابتی	این واژه نقطه‌ی مقابل اقتصاد دولتی یا رانت‌جویی است که اخیراً در جهان سرمایه‌داری نفوذ یافته است.	اقتصاد رقابتی منجر به شکل‌گیری شکل‌های جدید ارائه خدمت و افزایش کیفیت خدمات و بازتعریف خدمات شده است.	فناوری اطلاعات و ارزش افزوده‌ی حاصل از ICT
	افزایش هزینه‌های بهداشت و درمان	شواهد نشان می‌دهد که حوزه بهداشت و درمان هزینه‌های زیادی دارد به طوری که تمام کشورهای دنیا درگیر این موضوع هستند و برای همین نیازمند کمک‌های مختلفی از جمله خیران برای رفع این مشکلات است (۲۳۲).	نظام‌های سلامت باید در جستجوی راه‌هایی جدیدی برای کاهش هزینه‌ها و در عین حال دسترسی اقشار مختلف مردم به خدمات سلامت را نیز تسهیل نمایند (۲۳۳).	اهمیت نظارت و کنترل بر هزینه لزوم استقرار جامع پرونده الکترونیک سلامت اهمیت اقتصاد مقاومتی در بخش سلامت اولویت یافتن خدمات خودمراقبتی و مراقبت‌های اولیه سلامت

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
	فقر در سالمندان	به گزارش شورای ملی سالمندان، یک میلیون و ۵۰۰ هزار تا ۲ میلیون سالمند نیازمند، تحت پوشش هیچ نهاد حمایتی و رفاهی مثل خدمات بازنشستگی، کمیته امداد امام (ره) و بهزیستی قرار ندارند (۲۳۴).	"به دلیل پایین بودن سطح حقوق و دستمزد در سالمندان و بازنشستگان و یا نداشتن پشتوان مالی اولین چیزی که از سبد مصرفی خانوار کم می‌کند خدمات مراقبت سلامت است که پیامدهای سوئی روی هزینه‌ها و سطح سلامت خواهد داشت." م ۲۳ "مسائل معیشتی - رفاهی بیش از مسائل سلامتی در سالمندان نیازمند برنامه‌ریزی است." م ۱۴	اهمیت توزیع عادلانه درآمد زمان اشتغال و بازنشستگی بازنگری قوانین بازنشستگی اهمیت بیمه‌های اجتماعی
	اقتصاد مقاومتی	رهبر معظم انقلاب در سال ۹۲ در پی اعمال تحریم‌ها و فشارهای اقتصادی از سوی جامعه جهانی، سیاست‌های اقتصاد مقاومتی را به- عنوان الگویی بومی از نظام اقتصادی- اسلامی برای رویارویی با بحران‌های رو به افزایش جهانی به کلیه نهادها و دستگاه‌های کشور ابلاغ کرد و خواستار نقش‌آفرینی هر چه بیشتر مردم و فعالان اقتصادی در تحقق حماسه اقتصادی شد (۲۳۵).	اقتصاد مقاومتی با تاکید بر اصلاح فرهنگ مصرف خدمات، استاندارد سازی محصولات داخلی، امنیت غذا و درمان، دسترسی عادلانه‌ی آحاد جامعه و غیره راه را برای ترویج مداخلات هزینه- اثربخش در نظام سلامت هموار خواهد کرد (۲۳۶). بنابراین نظام سلامت در راستای تحقق این سیاست بایستی نگاه سلامت‌محور را بر نگاه درمان‌محور اقدم بشمارد و بخش اعظم بودجه سلامت کشور را صرف مداخلات بهداشتی همچون خودمراقبتی، آموزش سلامت، ارتقای خدمات پیشگیرانه سوق دهد.	اهمیت اصلاح الگوی مصرف خدمات سیاست‌های ملی و منطقه‌ای و احتمال تحریم‌های بین‌المللی اهمیت خروج از وابستگی به غرب و تکیه بر توان داخلی
	طرح تحول سلامت	نظام سلامت ایران به منظور "محافظت مالی و دسترسی به خدمات درمانی" مردم در قبال هزینه‌های سلامت که به دنبال تحریم‌های غرب در دهه‌ی ۸۰ و اوایل دهه‌ی ۹۰ شدت یافته بود، طرح تحول نظام سلامت را از محل اجرایی شدن فاز دوم هدفمندی یارانه‌ها اجرا کرد که در آن هزینه‌های پرداختی از جیب مردم از ۴۰٪ به ۷٪ رسید (۲۳۷).	"باتوجه به مشکلات اقتصادی در سالمندان طرح تحول درمان توانست تا حدودی دسترسی این قشر را به خدمات درمانی ارتقا دهد." م ۸ "بهتر بود در طرح تحول سلامت به سالمندان نیازمند یارانه تعلق می‌گرفت" م ۲۳	اهمیت دسترسی برابر به خدمات هزینه‌های کمرشکن سلامت بالا بودن پرداخت از جیب هدفمندی یارانه‌ها

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
	رشد شرکت‌های دانش‌بنیان	گزارش معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری حاکی از آنست که شرکت‌های دانش‌بنیان، نقش‌آفرینان اصلی آینده اقتصاد ایران هستند و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۵۰٪ تولید ناخالص کشور از طریق شرکت‌های دانش‌بنیان تحصیل شود. همچنین براساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در حال حاضر فعال‌ترین بخش شرکت‌های دانش‌بنیان در حوزه‌ی سلامت به ویژه تولید دارو فعال است.	شرکت‌های دانش‌بنیان نقش بسزایی در بکارگیری سالمندان و بازنشستگان نخبه به عنوان نیروهای باتجربه که از قدرت تفکر بالایی برخوردار هستند، خواهند داشت. از طرفی سالمندان خود به عنوان مدیران و مجریان این شرکت‌ها می‌توانند موسس و مبدع باشند. م ۹	تاکید سیاست‌های علم و فناوری وجود تحریم‌های بین‌المللی تقویت توانمندی‌های متخصصین داخلی
	نوسانات قیمت نفت	گزارش آژانس بین‌المللی انرژی حاکی از آن است که انقلاب فناوری اطلاعات، نگرانی ناشی از تغییرات آب و هوایی، کاهش تقاضا و افزایش عرضه‌ی نفت، جهانی شدن بازار گاز، دسترسی به انرژی‌های تجدیدپذیر و اقتصادهای نوظهور همچون چین، هند و برزیل جهان را به سمت عدم استفاده از انواع سوخت فسیلی خصوصاً نفت سوق داده است. همین عوامل باعث شده است که از سال ۲۰۱۴ شاهد افت قیمت نفت باشیم. این گزارش پیش‌بینی می‌کند که میزان تقاضای نفت اپک از ۴۴٪ در سال ۲۰۱۴ به ۱۲٪ تا سال ۲۰۲۰ کاهش یابد.	به دلیل وابسته بودن اقتصاد کشور و بالطبع آن بودجه سلامت به نفت، ادامه‌ی این روند باعث خواهد شد که هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی افزایش یابد و هزینه تحمیل شده بر خانوارها و به دنبال آن پرداخت از جیب افزایش یابد. این مسئله در خصوص سالمندان از آن جهت که هم به خدمات بهداشتی بیشتری نیاز دارند و هم به دلیل شرایط اقتصادی در وضعیت چندان مناسبی نیستند می‌تواند مشکلاتی را در دسترسی به خدمات برایشان ایجاد کند. ن م ۱۰	اقتصاد جهانی سیاست‌های منطقه‌ای گرایش به اقتصاد سبز (فناوری‌های سبز)
	جهانی شدن اقتصاد	یکی از پدیده‌های بسیار قابل توجه دهه‌های اخیر در اقتصاد جهانی، درهم‌آمیزی و ادغام متزاید اقتصادهای ملی در اقتصاد جهانی است که اثار آن را می‌توان در افزایش تعاملات بین‌المللی، جهانی شدن تولید و جریان سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی ملاحظه کرد. جهانی شدن اقتصاد که خود را به صورت سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی نیز نشان می‌دهد در سال ۲۰۱۲ نسبت به سال ۱۹۹۷ ده برابر رشد کرده است.	پیوستن به سازمان تجارت جهانی می‌تواند پیشران حرکت به سمت خدمات با کیفیت باشد. م ۱۹ یکی از موضوعاتی که در آینده باید مد نظر سرمایه‌گذاران و سیاست‌گذاران قرار گیرد توریسم درمانی است. م ۱	گسترش فناوری‌های ارتباطی و اطلاعاتی افزایش تعاملات بین‌المللی منطقه‌ای‌گرایی سیاست‌ها جابجایی کارکردهای درون‌کشوری به پروتکل‌های بین‌المللی اهمیت توریسم پزشکی

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
	تغییر به کاهش هزینه‌های حمل و نقل	پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که در آینده به دلیل فراگیر شدن فناوری‌های اطلاعاتی و حرکت به سمت اقتصاد سبز، حجم چشم‌گیری از خدمات حمل و نقل امروزی کاهش خواهد یافت.	باید در نظر داشت که در نسل بعدی نوع خدمات کاملاً متفاوت خواهد بود همانطور که نسل جوان امروز ترجیح می‌دهد بجای رفتن به بازار از دیجی‌کالا خرید کند تمایل داره وقتی بیمار میشود نیز خدمات را اینچنین دریافت کند. یعنی شفافیت قیمت، قابلیت مقایسه، سرعت دریافت خدمت مورد تقاضا و تضمین کیفیت می‌خواهد. م ۲۹	رشد خدمات از راه دور تغییر ویژگی‌های رفتاری مشتریان گرایش مردم به کاهش آلاینده‌های حاصل از سوخت فسیلی تغییر نسل‌ها و روی کار آمدن نسل دیجیتال یا نسل Z

۴-۲-۴-۱-۴ روندهای زیست‌محیطی

Ec سرواژه‌ی کلمه‌ی Ecologic یا است که بر روندهای محیطی و زیست محیطی دلالت دارد. نگاهی گذرا بر وضعیت محیط‌زیست جهان در دو دهه‌ی گذشته نشان می‌دهد که نه فقط اثرات مخرب انسانی بر محیط‌زیست کاهش نیافته بلکه مسائل حاد و بغرنج جدید مانند آلودگی شدید جو، کاهش تنوع‌زیستی، پارگی لایه اوزن، پدیده گلخانه‌ای و گرم شدن کره زمین، افزایش سطح آب اقیانوس‌ها، تغییرات شدید اقلیمی و اثرات مختلف آن در سطح جهانی و ضعف سیستم جمع‌آوری و تصفیه فاضلاب، عدم دسترسی به آب سالم، مدیریت نامناسب منابع و افزایش بی‌رویه زباله‌ها و فاضلاب خانگی در سطح ملی، سلامت افراد جامعه را تحت تاثیر قرار داده است. یک محیط زیست پایدار باید بتواند منابع پابرجا را فراهم کرده و از فرا مصرف سیستم‌های منابع تجدیدپذیر یا عملکرد فرورونده‌ی زیست‌محیطی اجتناب کند. در این قسمت روندهای زیست‌محیطی تاثیرگذار بر مراقبت سالمندی بر اساس مرور متون و نظرات خبرگان آورده شده است.

جدول ۴-۸- روندهای زیست محیطی

طبقه	روند	حقایق و پیش بینی ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران ها
زیست محیطی	آلودگی هوا	طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۳، ایران هشتمین کشور آلوده دنیا از نظر وضعیت هواست. همچنین براساس گزارش WHO یک نفر از میان هر هشت نفر جهان در اثر آلودگی هوا جان خود را از دست می دهند. براساس جدیدترین گزارش بانک جهانی، خسارت سالیانه ی آلودگی هوا در ایران تا سال ۲۰۱۶ به حدود ۱۶ میلیارد دلار می رسد	در ۷ سال گذشته، وقوع توفان گردوغبار با تداوم چندین هفته ای و غلظت بسیار بالا که مناطق وسیعی را پوشش می دهد موجب مختل شدن جدی زندگی مردم شده و نه تنها عرصه را برای هرگونه فعالیت مفید مردم تنگ کرده است، بلکه به خاطر ریز بودن سایز ذرات معلق در توفان امکان بروز بیماری های متعدد تنفسی، ریوی، چشمی و پوستی را افزایش داده است. م م برآورد می شود ۲۵ درصد از بیماری های قابل پیشگیری در جهان ناشی از کیفیت بد محیط زیست است. م م	گسترش خشکسالی اهمیت داشتن سند پیوست سلامت
	تغییرات آب و هوایی	طبق شاخص عملکرد زیست محیطی سال ۲۰۱۲ که از سوی دانشگاه های پیل و کلمبیا انجام شده و ۲۲ فاکتور محیطی چون منابع آب، آلودگی هوا، تنوع زیستی، و تغییرات آب و هوایی را مورد بررسی قرار داده بود، ایران از میان ۱۳۲ کشور مورد مطالعه، در جایگاه ۱۱۴ ام قرار گرفت. به گزارش «سازمان حفاظت از محیط زیست» ایران، تغییرات دما و میزان بارش ها، امکان برخورداری از آب پاک، به ویژه در مناطق روستایی را کاهش خواهد داد و این نیز به نوبه خود منجر به گسترش بیماری های انتقالی از راه آب خواهد شد.	تغییرات آب و هوا، تاثیرات عمیق و شدیدی بر عوامل موثر بر سلامت از جمله آب و غذا، هوا و محیط زیست دارد که این عوامل خود می تواند زمینه ساز مسمومیت ها، آلرژی ها، عفونت ها و بیماری های واگیر و غیرواگیر باشد. آثار ناشی از تغییرات زیست محیطی در گروه های آسیب پذیر همچون زنان، کودکان و سالمندان شدیدتر است. م م گرم شدن زمین و افزایش بلایای طبیعی در صورت عدم آمادگی نظام سلامت عواقب بسایر وخیم و هزینه های مستقیم و غیرمستقیم بسیار بالایی خواهد داشت. م م	میزان پاسخگویی دولت ها در قبال تغییرات آب و هوایی اهمیت به مشارکت طلبیدن مردم گرایش به کمپین های آگاهی رسان افزایش مطالبات مردمی
	فرسایش خاک	میزان فرسایش خاک در جهان حدود ۷۵ میلیارد تن است که سهم ایران از آن بیش از ۲ میلیارد تن بوده و حدود سه برابر متوسط آسیا است و ارزش اقتصادی خسارت سالیانه فرسایش خاک در کشور قریب ۱۰ هزار میلیارد ریال معادل تخریب یک میلیون هکتار زمین کشاورزی برآورد شده است.	کاهش محصولات غذایی سالم و افزایش بکارگیری کودها و سموم منجر به کاهش کیفیت مواد غذایی و کمبود برخی املاح در بدن و بروز برخی بیماری ها می گردد.	ارتقای سواد زیست محیطی فرهنگ زیست محیطی

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
	زباله‌های بیمارستانی و بهداشتی	در حال حاضر روزانه به‌طور متوسط ۲۷۱۰ گرم به ازای هر تخت بیمارستانی، پسماند عفونی تولید می‌شود که با لحاظ حدود ۳۰ هزار تخت بیمارستانی، مجموع زباله‌های تولیدی در هر شبانه‌روز به حدود ۸۱ تن خواهد رسید و از طرفی به‌دلیل وضعیت بسیار نابسامان و بحرانی دفع زباله‌های بیمارستانی، سالیانه ۸ میلیارد دلار هزینه اضافی به سیستم بهداشتی و درمان کشور تحمیل می‌شود.	وقتی خدمات از راه دوره توسعه پیدا کند حجم زباله‌های بیمارستانی نیز کاهش خواهد یافت. م ۱۴	گرایش به خدمات از راه دور گرایش به ساخت و توسعه‌ی بیمارستان‌های سبز تغییر نحوه ارائه خدمات
	بحران آب	بر اساس مستندات راهبردهای بین‌المللی آینده (FDI)، ایران از سال‌ها پیش در معرض بحران آب قرار داشته است، اما در سه دهه اخیر برای آن گامی برداشته نشده است. این گزارش حاکی از آن است که ایران از مرحله‌ی آمادگی برای خطر عبور کرده و هم‌اکنون در خطر قرار دارد.	بحران بی‌آبی در مناطق خشک ایران منجر به خروج جمعیت از آن مناطق و ایجاد جمعیت‌هایی در حاشیه‌های شهرها خواهد شد که این افراد با خطر دسترسی محدود با خدمات سلامت، افزایش استعداد ابتلا به بیماری به دلیل پایین بودن استانداردهای زندگی را دارند. م م "در وضع سیاست‌های جمعیتی به بحران کمبود آب توجه نشده است. م ۲۰"	مدیریت افزایش جمعیت کشور اهمیت فرهنگ مصرف آب اصلاح الگوهای مصرف
	بلایای طبیعی	ایران جز ۱۰ کشور بلاخیز دنیاست که از ۴۲ نوع بلایای طبیعی شناخته شده در جهان، ۳۳ نوع آن در کشور ما به وقوع می‌پیوندد. از جمله بلایای عمده‌ی کشور ما سیل، زلزله و خشکسالی می‌باشد. بر اساس آمار موجود در ۱۰ سال گذشته در ایران بیش از ۱۶۰ هزار نفر بر اثر بلایا کشته شده‌اند که از این میزان ۷۶٪ بر اثر زلزله، ۶٪ بر اثر سیل و ۱۸٪ بر اثر سایر بلایا بوده است. حوادث ترافیکی و جاده‌ای نیز با میزان مرگ ۳۵ در صدهزار نفر عامل مرگ بیش از ۲۲ هزار نفر بوده است که این حوادث به تنهایی ۱۶ درصد از سال‌های زندگی از دست رفته را سبب می‌شوند. فشار ناشی از این عوامل بار سنگینی بر نظام سلامت تحمیل می‌کند.	روند رو به رشد بلایای طبیعی و انسان‌ساخت در کشور توسعه‌ی یک الگوی مراقبت سالمندی در بلایا را می‌طلبد. م م	افزایش تغییرات آب و هوایی اهمیت داشتن برنامه‌های اقدام سریع

سرانجام P سرواژه‌ی کلمه‌ی Politic است و بر "روندهای سیاسی" دلالت دارد که آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد. در بُعد سیاسی، کشور ایران به دلیل قرارگیری در منطقه‌ای ژئوپولیتیک، ژئواستراتژیک، ژئواکونومیک، ژئوکالچرال دارای اهمیتی روزافزون در نظام‌های بین‌المللی است بطوریکه هر گونه تغییر در مسائل جهانی بر موضوعات داخلی کشور تاثیرگذار است حتی در این شرایط امکان اینکه موضوع سلامت افراد به درون جریان‌ها و مناقشات سیاسی راه یابد، گزاره‌ای اجتناب‌ناپذیر خواهد بود. بنابراین شناخت روندهای سیاسی به درک عمیق‌تر آینده‌ی مراقبت سالمندی کمک خواهد کرد. در ادامه روندهای سیاسی تاثیرگذار بر مراقبت سالمندی آورده شده است.

جدول ۴-۹ روندهای سیاسی

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
سیاسی	حاکمیت موازی		تسلط ساختارهای موازی و غیرحرفه‌ای در روند تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری و اجر، چالشی است که اختیار را از دست متولی قانونی و حرفه‌ای سلامت کشور، یعنی وزارت بهداشت ربوده است.	اهمیت حکمرانی خوب و تولید واحد
	تحریم‌ها	حقایق نشان می‌دهد که ادامه‌ی رویکرد ایران‌ستیزی قدرت‌های جهانی منجر به افزایش و گسترش تحریم‌های اقتصادی و فناورانه و تبادلات اجتماعی ایران می‌شود. یک وجه مثبت تحریم‌ها این است که می‌تواند به رشد نوآوری‌های داخلی منجر گردد. وقتی امکان ورود دانش از کشورهای توسعه‌یافته به کشور وجود نداشته باشد سیاست‌گذاران و تصمیم‌سازان در پی ایجاد روش‌هایی نوآورانه مبتنی بر شرایط بومی خواهند بود.	"با توجه به پوشش محدود خدمات سالمندی در بیمه‌ها/افزایش فشار اقتصادی امکان افزایش هزینه‌های نظام سلامت و پرداخت از جیب افراد و هزینه‌های کمرشکن را به دنبال دارد." م ۱۸ "تحریم و محدودیت‌های اعمال شده در صورت نداشتن برنامه‌ی آینده‌نگر می‌تواند کیفیت و کمیت ارائه خدمات را در کوتاه‌مدت کاهش دهد." م ۱۸	افزایش ایران‌ستیزی بروز تنش‌های منطقه‌ای
	تعاملات بین‌المللی	سخنگوی وزارت امور خارجه جمهوری اسلامی ایران توسعه همکاری-های اقتصادی و سیاسی را از جمله مهمترین دستاوردهای برجام و پسا برجام بیان کرد	روند افزایش همکاری‌های منطقه‌ای زمینه‌ی انتقال فناوری، تقویت سیاست‌گذاری در تولید، پذیرش توریسم‌درمانی را در کشور تقویت خواهد نمود. همکاری‌های بین‌بخشی لزوم توجه به پیامدهای سلامتی را در به یک گفتمان سیاسی در کشور تبدیل می‌کند. م م همکاری‌های بین‌المللی این فرصت را در اختیار نظام سلامت قرار می‌دهد تا با خرید و انتقال دانش و فناوری به داخل کشور، از استانداردهای بین‌المللی در ارائه خدمات سلامت استفاده نماید. م ۸	جهانی شدن اقتصاد فناوری‌های ارتباطی نیازها و انتظارات جامعه جابجایی کارکردهای سیاسی درون کشوری به پروتکل‌های بین‌المللی

طبقه	روند	حقایق و پیش‌بینی‌ها	ارتباط با مراقبت سالمندی	پیشران‌ها
	روند افزایش بحران‌ها و تنش‌های منطقه	شورای ملی اطلاعات آمریکا در گزارشی با عنوان "روندهای جهانی ۲۰۳۰: جهان جایگزین"، که در سال ۲۰۱۲ درباره تغییر و تحولات آینده در جهان منتشر شده است، پیش‌بینی می‌کند که منطقه خاورمیانه تا سال ۲۰۳۰ همچنان کانون بحران در جهان است. همچنین این گزارش در خصوص نقش ایران در منطقه چنین پیش‌بینی می‌کند: "با اعمال فشار عمومی علیه ایران، دولتی لیبرال در این کشور بر سرکار خواهد آمد تا تحریم‌ها را متوقف و برای جلوگیری از ادامه انزوای خود مذاکره کند. اگر ایران از آرمان‌های خود برای تولید سلاح هسته‌ای دست بردارد و بر به‌روزرسانی اقتصاد خود متمرکز شود، فرصت‌های برقراری ثبات در خاورمیانه تقویت خواهد شد."^۱	"بحران‌های سیاسی در منطقه و مسایل اقتصادی ناشی از آن، باعث می‌شود تا سلامت به عنوان اولویت مهم و اصلی در دولت مطرح نگردیده و در نتیجه منابع لازم را دریافت ننماید و حضور سلامت در سیاست‌گذاری‌ها کمرنگ شود." م ۳۰	شکل‌گیری گروهک‌های افراطی

^۱ A more liberal regime could come under growing public pressure to end the international sanctions and negotiate an end to Iran's isolation. An Iran that dropped its nuclear weapons aspirations and became focused on economic modernization would bolster the chances for a more stable Middle east.

۳-۴ مرحله‌ی دوم - شناسایی عدم‌های قطعیت‌های کلیدی

۱-۳-۴ گام اول - رتبه‌بندی پیشران‌های کلیدی

در مرحله‌ی قبلی، عواملی که به انحای گوناگون بر آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی تاثیرگذار هستند با استفاده از روش‌های مختلف (مطالعه‌ی تطبیقی، تحلیل اسناد، مطالعه‌ی کیفی و تحلیل روند) پایش و پویش شدند. با ترکیب فاکتورهای شناسایی شده ۱۲۸ پیشران کلیدی در طبقه‌های اجتماعی، فناوری، اقتصادی، زیست محیطی و سیاسی بر اساس تحلیل STEEP قرار گرفت. به دلیل مشابهت و تکراری بودن برخی فاکتورهای شناسایی شده در چهار مرحله‌ی فوق، پژوهشگر با حذف عوامل تکراری و مشابه، نهایتاً به ۶۱ فاکتور مطابق جدول ۴-۶ نائل آمد.

اساس این گام بر این است که هر عامل، از حیث اهمیت یا پتانسیل تاثیرگذاری و عدم قطعیت مورد تحلیل قرار گیرد و عوامل واقعاً حساس از سایر عوامل تفکیک شوند. پس در این رتبه‌بندی هدف بی‌اهمیت کردن سایر عوامل نیست، بلکه هدف شناسایی عواملی است که تاثیر و عدم قطعیت بالایی دارند و قدرت تغییر شکل اساسی آینده‌ی مراقبت سالمندی را دارند. لذا بدین منظور لیست کاملی از ۶۱ پیشران‌ها و کلان‌روندهای شناسایی شده در قالب یک پرسش‌نامه (پیوست ۴) به ۲۳ نفر از خبرگان ارسال شد و از آن‌ها خواسته شد تا بر اساس دو معیار درجه‌ی تاثیرگذاری و میزان عدم قطعیت به هر یک از عوامل نمره ۱ (به منزله‌ی پایین-ضعیف) تا ۱۰ (به منزله‌ی بالا-قوی) امتیاز دهند.

منظور از درجه‌ی تاثیرگذاری، پتانسیل اثرگذاری هریک از عوامل پیشران بر آینده‌ی مراقبت سالمندی و منظور از درجه‌ی عدم قطعیت، وضعیت‌هایی از آینده‌ی عوامل شناسایی شده است که در آن دو یا چند حالت مختلف پیشرو قرار دارد که هم‌اکنون نمی‌توان در خصوص تحقق یا عدم تحقق آن اظهار نظر کرد بلکه وقوع احتمالاتی از آن‌ها امکان‌پذیر است.

از مجموع ۲۳ پرسشنامه‌ی ارسال شده، ۱۷ نفر از خبرگان بعد از طی حدود سه هفته پاسخ‌های خود را از طریق پست الکترونیک ارسال کردند (جدول ۴-۱۰ ترکیب خبرگان این را نشان می‌دهد).

جدول ۴-۱۰ ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

مسئولیت	تحصیلات	سابقه کار	جنسیت		کد خبره
			مرد	زن	
استاد دانشگاه	دکترای تخصصی	۱۲		✓	۱
کارشناس معاونت بهداشتی	کارشناسی	۹	✓		۲
مدیر یک خانه سالمندی	دکترای حرفه‌ای و MBA	۲۲	✓		۳
استاد دانشگاه - مدیر گروه طب سالمندی	فوق تخصص	۲۰		✓	۴
دانشجوی سالمندشناسی	دانشجوی Ph.D	۶		✓	۵
کارشناس معاونت بهداشتی	کارشناسی ارشد	۱۱	✓		۶
پژوهشگر مستقل	اپیدمیولوژیست	۱۵		✓	۷
کارشناس وزارت بهداشت	پزشک و MPH	۲۶		✓	۸
استاد دانشگاه	دکترای حرفه‌ای و Ph.D	۳۳	✓		۹
کارشناس وزارت رفاه	دانشجوی Ph.D	۷	✓		۱۰
کارشناس وزارت بهداشت	پزشک و MPH	۱۱	✓		۱۱

کد خبره	جنسیت		سابقه کار	تحصیلات	مسئولیت
	زن	مرد			
۱۲		✓	۲۶	دکترای تخصصی	عضو شورای سیاست گذاری سلامت
۱۳		✓	۲۴	دکترای تخصصی	استاد دانشگاه
۱۴		✓	۱۲	کارشناسی ارشد	کارشناس سازمان بیمه سلامت
۱۵	✓		۵	کارشناسی	کارشناس معاونت سلامت شهرداری
۱۶		✓	۱۸	دکترای تخصصی	معاون سازمان بهزیستی
۱۷	✓		۱۹	کارشناسی ارشد	مترون و مدیر یک موسسه مراقبت در منزل

پژوهشگر پس از دریافت پرسشنامه‌های حاوی امتیازهای داده شده توسط خبرگان، میانگین امتیاز هر یک از عوامل را از لحاظ بعد عدم قطعیت و پتانسیل تاثیرگذاری محاسبه نمود که در جدول ۴-۱۱ در دو ستون مجزا با نام‌های میزان عدم قطعیت و پتانسیل تاثیرگذاری آورده شده‌اند. همچنین در جدول پیش‌گفت ستون مربوط به شواهد، منبع هر یک از عوامل را که در چه مرحله‌ای از پژوهش به دست آمده‌اند را نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۱ رتبه‌بندی پیش‌ران‌های و کلان‌روندهای شکل‌دهنده‌ی آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی

مولفه	کد	کلان‌روندها (Mega Trends) و پیش‌ران‌ها (Drivers)	شواهد (Evidence)				میزان عدم قطعیت	پتانسیل تاثیرگذاری
			مطالعه‌ی تطبیقی	تحلیل اسناد	مصاحبه	مرور متون		
اجتماعی	S1	تغییر سیمای بیماری‌ها	■	■	■	■	۴,۶	۷,۸
	S2	ارائه هدفمند و مدیریت شده خدمات سلامت به نیازهای مختلف	■	■	■	■	۷,۱	۸,۶
	S3	زنانه شدن سالمندی و اهمیت مراقبت‌های جنسیت‌محور		■		■	۷	۷,۵
	S4	تقاضای القایی ناشی از تخصص‌گرایی			■	■	۴,۵	۷,۱
	S5	رشد نرخ باسوادی و تغییر ماهیت و تنوع انتظارات		■	■	■	۲,۷	۷,۵
	S6	اهمیت یافتن اصول اخلاق حرفه‌ای و اجتماعی	■	■	■	■	۸,۱	۸,۲
	S7	سفارش‌گرایی و اهمیت پاسخگویی به نیازهای اختصاصی	■	■	■	■	۷,۱	۷,۸
	S8	تغییر شیوه‌ی زندگی Life style		■	■		۳,۲	۶,۲
	S9	حذف مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت به دلیل تخصص‌گرایی	■		■		۳,۷	۹,۲
	S10	رشد فردگرایی و بازتاب آن در سلامت روان و جسم	■		■	■	۳,۳	۸,۲
	S11	مدگرایی و تقاضا برای خدمات لوکس مانند جراحی زیبایی			■		۵,۶	۵,۱
	S12	اهمیت تغییر نگرش جامعه به سالمندی از معلولیت، وابستگی و بیماری به فعال و مفید بودن		■	■	■	۴,۷	۴,۲
	S13	توجه به مولفه‌های اجتماعی سلامت در مراقبت‌های سالمندی	■		■	■	۵,۶	۸,۲
	S14	تحولات عمیق ساختار خانواده و اهمیت پاسخگویی به سلامت اجتماعی	■	■	■	■	۷,۹	۶,۷
	S15	سالمندآوری و تبعیض در ارائه خدمات	■		■	■	۳,۶	۳,۴
	S16	افزایش سالمندان تنها و افزایش تقاضای خانه‌های سالمندان	■		■	■	۴,۴	۸,۸
	S17	اهمیت حمایت از مراقبین غیررسمی	■	■		■	۳,۳	۵,۳
	S18	اهمیت توسعه‌ی خدمات مراقبتی جامعه‌محور و مشارکتی	■		■	■	۵,۳	۵,۸
	S19	تعارضات بین حرفه‌ای سلامت	■		■	■	۴,۶	۵,۷
	S20	اهمیت یافتن خدمات سلامت روان به دلیل تغییرات اجتماعی	■	■	■	■	۵,۱	۶,۱

مولفه	کد	کلان‌روندها (Mega Trends) و پیشران‌ها (Drivers)	شواهد (Evidence)				میزان عدم قطعیت	پتانسیل تاثیرگذاری
			مطالعه‌ی تطبیقی	تحلیل اسناد	مصاحبه	مرور متون		
	S21	داروستیزی و روی آوردن به طب سنتی و درمان‌های طبیعی		■	■	■	۵,۴	۷,۸
فناورانه	T1	تغییرات بنیادین پارادایمی در مراقبت سلامت	■		■	■	۷,۶	۸,۳
	T2	بروز پدیده‌ها و تکنولوژی‌های نوظهور ضدپیری		■	■	■	۳,۷	۵,۹
	T3	تبدیل شدن بیمارستان‌ها به گورستان تجهیزات پزشکی		■		■	۲,۶	۸,۸
	T4	اهمیت پزشکی فردگرایانه Personalized Medicine				■	۸,۴	۶,۷
	T5	ارائه‌ی خدمات هدفمند و مدیریت‌شده‌ی از راه دور			■	■	۷,۱	۵,۳
	T6	توسعه‌ی فناوری‌های همگرا (NBIC ^۱) برای بهبودی کارایی انسان	■		■	■	۷,۷	۹,۲
	T7	شبکه‌ای شدن جامعه و تغییر روابط اجتماعی		■		■	۵,۷	۷,۲
	T8	تنوع انتظارات نوپدید از بخش سلامت	■	■	■	■	۴,۳	۶,۹
	T9	تقاضای خدمات جوان‌سازی و پزشکی شدن Medicalization			■	■	۳,۸	۸,۴
	T10	فراموش شدن جنبه‌های انسانی به دلیل تسلط فناوری			■	■	۴,۲	۹,۴
	T11	فراموش شدن جنبه‌های انسانی به دلیل تسلط فناوری	■	■	■	■	۷,۴	۷,۱
	T12	اهمیت آموزش‌های الکترونیک				■	۳,۸	۴,۱
	T13	افزایش بکارگیری هوش مصنوعی و روبات‌های مراقب سالمند	■			■	۷,۹	۵,۳
اقتصادی	E1	افزایش هزینه‌های سلامت و اهمیت یافتن خودمراقبتی و PHC		■	■		۵,۷	۸,۳
	E2	ظهور الگوهای نوین انجام کار و رشد بازارهای خصوصی سلامت	■	■	■		۵,۱	۹,۴
	E3	تغییر شیوه‌ی تخصیص بودجه و منابع به نظام سلامت	■	■	■	■	۵,۵	۳,۹
	E4	افزایش تقاضا و افزایش هزینه به دلیل بیماری‌های مزمن			■	■	۳,۲	۵,۶
	E5	افزایش هزینه‌های ناشی از تقاضای القایی		■	■		۵,۱	۹,۲
	E6	بروز و رشد اقتصاد دانش‌بنیان		■	■		۴,۱	۴,۷
	E7	کالایی شدن خدمات سلامت و تبلیغات سلامت‌محور	■		■	■	۶,۷	۶,۱
	E8	بازنگری قوانین و بکارگیری و اشتغال سالمندان فعال	■			■	۷,۹	۴,۵
	E9	لزوم استقرار پرونده الکترونیک سلامت به‌منظور کنترل هزینه‌ها	■	■	■	■	۴,۷	۸,۷
	E10	فقر سالمندان و لزوم پوشش‌های بیمه‌ی اجتماعی	■	■	■		۳,۶	۷,۱
	E11	جهانی‌شدن اقتصاد و اهمیت یافتن توریسم سلامت		■	■		۴,۳	۷,۴
	E12	حکمرانی خوب در دسترسی عادلانه به خدمات		■	■		۸,۱	۹,۵
	E13	توجه به سالمندان در طرح تحول سلامت و سایر طرح‌های تحولی			■		۵,۷	۶,۳
زیست محیطی	Ec1	پاسخگویی جامعه در قبال میزان و گستره‌ی تغییرات آب و هوایی	■		■	■	۶,۳	۵,۱
	Ec2	مشارکت‌های مردمی در کاهش آلودگی‌های زیستی		■		■	۴,۱	۷,۷
	Ec3	ظهور بیماری‌های نوپدید ناشی از تغییرات زیست‌محیطی	■		■		۵,۳	۴,۷
	Ec4	آلودگی‌های خاک، محصولات کشاورزی و تاثیر بر سلامت انسان		■		■	۴,۶	۶,۲
	Ec5	بلایای طبیعی و انسان‌ساخت و لزوم توسعه‌ی مدل‌های مراقبتی		■	■		۵,۱	۸,۴
	Ec6	بحران آب و اهمیت مدیریت جمعیت		■	■		۶,۳	۹,۲
	Ec7	اهمیت تعهد به سند پیوست سلامت	■	■	■	■	۳,۸	۶,۶
سیاسی	P1	حکمرانی خوب در ارائه‌ی خدمات			■		۷	۸,۷
	P2	انعطاف در سیاست‌های بازنشستگی			■		۶,۱	۷,۲
	P3	افزایش تعاملات بین‌المللی و مزایای حاصل از سلامت بین‌الملل	■				۷,۶	۶,۷

¹ Nano- Bio- Info and Cognitive Sciences

مؤلفه	کد	کلان‌روندها (Mega Trends) و پیشران‌ها (Drivers)	شواهد (Evidence)				میزان عدم قطعیت	پتانسیل تأثیرگذاری
			مطالعه‌ی تطبیقی	تحلیل اسناد	مصاحبه	مرور متون		
	P4	ضرورت همگرایی و هماهنگی در کلیه‌ی سیاست‌های سالمندی	■		■		۶,۳	۸,۴
	P5	اهمیت انسجام و همکاری‌های بین‌بخشی	■		■		۶,۶	۷,۵
	P6	سلامت در تمام سیاست‌ها			■		۶,۱	۵,۷
	P7	لزوم تدوین قوانین حمایتی سالمندان برای ارائه خدمات متناسب با شأن		■			۷,۳	۴,۹

۴-۳-۲ گام دوم- شناسایی عدم قطعیت‌های کلیدی

در این گام، هر یک از عوامل رتبه‌بندی شده، بسته به امتیازی که کسب کرده بودند در ماتریس تأثیر/عدم قطعیت^۱ جایگذاری شدند. با کمک این ابزار (ماتریس تأثیر/عدم قطعیت) دو عدم قطعیت کلیدی که برای ایجاد سناریو مورد نیاز است، از درون داده‌ها استخراج می‌شود. این ابزار یک ماتریس ۲×۲ است که در آن، بعد عدم قطعیت بر روی محور عمودی و پتانسیل تأثیرگذاری بر عملکرد آینده بر روی محور افقی قرار می‌گیرد. سپس با تقسیم فضای ماتریس به چهار ربع، موضوعات را می‌توان به چهار گروه کلی به شرح زیر تقسیم کرد:

۱- تأثیر زیاد - عدم قطعیت کم

۲- تأثیر کم - عدم قطعیت کم

۳- تأثیر کم - عدم قطعیت زیاد

۴- تأثیر زیاد - عدم قطعیت زیاد

موضوعاتی که در دسته‌ی تأثیر زیاد-عدم قطعیت کم رتبه‌بندی شده‌اند، موضوعات مهم و نسبتاً باثباتی هستند که تحت عنوان "روندها" از آن‌ها یاد می‌شود. نمونه‌ای از روندهای رتبه‌بندی شده در این دسته می‌توان به روندهای شهرنشینی، مهاجرت، سطح سواد، آلودگی‌های زیست‌محیطی و گسترش فناوری اشاره کرد. موضوعات با تأثیر کم و عدم قطعیت کم موضوعاتی هستند که می‌توان به راحتی با آن‌ها روبرو شد و برای درک اینگونه مسائل به تجزیه و تحلیل عمیقی نیاز نیست. عناصر موجود در این دسته تحت عنوان عناصر نسبتاً مشخص^۲ شناسایی می‌شوند. عناصری که در دسته‌ی تأثیر کم و عدم قطعیت بالا قرار می‌گیرند نیازمند تدقیق و تعمق بیشتری هستند. رتبه‌بندی عوامل در این جایگاه به معنای آن است که پیامد نهایی این مسائل مشخص نیست.

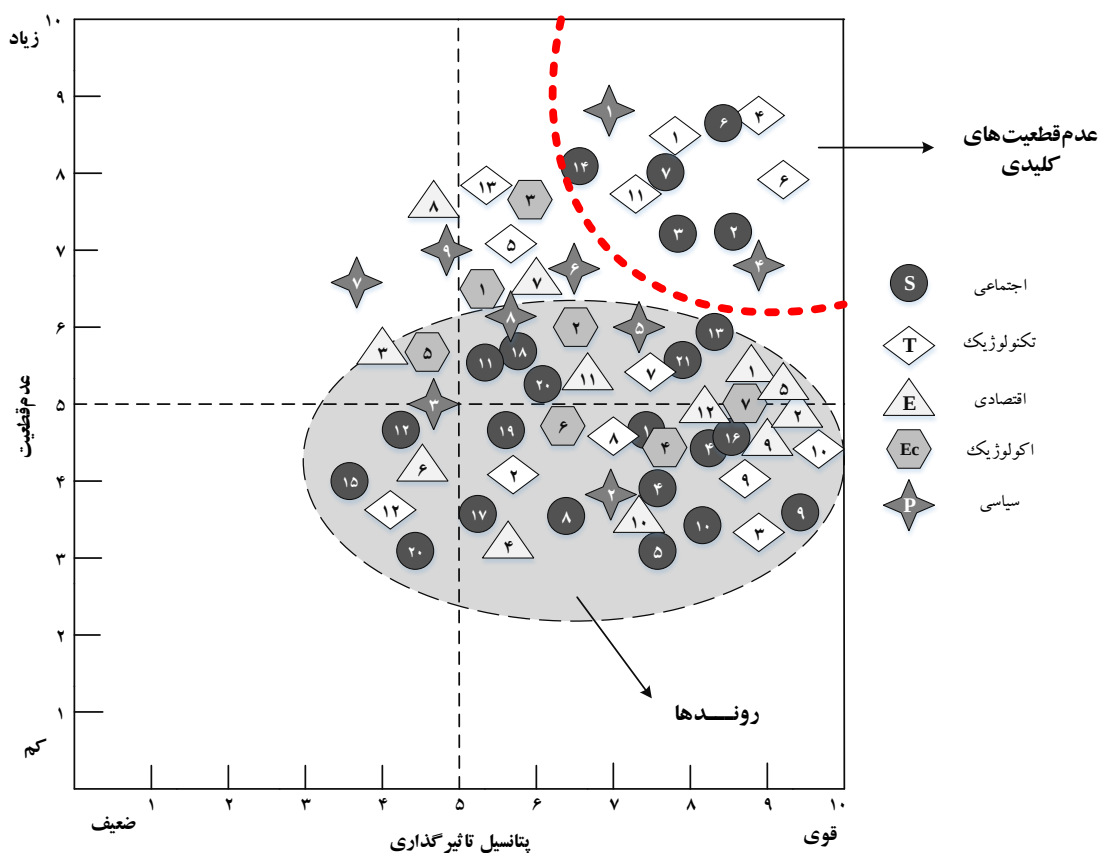
در نهایت، موضوعات با رتبه‌بندی تأثیر زیاد-عدم قطعیت زیاد، عدم قطعیت‌های مهم^۳ شناخته می‌شوند. این عوامل می‌توانند پیش‌فرض‌های دستورکار استراتژیک را به طور اساسی تغییر دهند و اصولاً پیامدهایشان غیرقطعی است. از این عدم قطعیت‌های حساس در مرحله‌ی بعد برای ساخت منطق سناریو استفاده می‌شود. نمودار ۴-۱ جایگیری هر یک از عوامل کلیدی را در ۴ ربع

^۱ Uncertainty/Impact Matrix

^۲ Predetermined Elements

^۳ Critical Uncertainties

سناریو بر اساس امتیاز مکتسبه نمایش می‌دهد. عددهای مندرج در هر شکل بیانگر کد مربوط به آن طبقه است. به عنوان مثال فاکتور اجتماعی ۱ با نام تغییر سیمای بیماری‌ها در ربع مربوط به روندها نمایان است.



نمودار ۱-۴ - روندها، و عدم قطعیت‌های کلیدی در داخل ماتریس تاثیر/عدم قطعیت

۳-۳-۴ گام سوم - شناسایی ابعاد سناریو

در ماتریس فوق، براساس امتیازهای مکتسبه، ۱۱ فاکتور در موقعیت عدم قطعیت بالا و پتانسیل تاثیرگذاری بالا قرار گرفتند که این فاکتورها به ترتیب شامل:

۱. ارائه‌ی نظام‌مند و مدیریت‌شده‌ی خدمات سلامت با تمرکز بر کنترل بیماری‌های غیرواگیر
۲. زنانه‌شدن سالمندی و لزوم تدارک مراقبت‌های جنسیت‌محور
۳. ارائه‌ی مراقبت بر اساس شان و اصول اخلاق حرفه‌ای
۴. سفارش‌گرایی و اهمیت پاسخگویی به نیازهای اختصاصی
۵. همگرایی و هماهنگی در کلیه سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های مراقبت سالمندی
۶. حکمرانی خوب در دسترسی عادلانه به خدمات
۷. تحولات عمیق در جامعه و اهمیت پاسخگویی به سلامت اجتماعی
۸. تغییر بنیادین پارادایمی در مراقبت سلامت
۹. توسعه‌ی فناوری‌های همگرا (NBIC) برای بهبودی کارایی انسان
۱۰. اهمیت مراقبت‌های فردگرایانه و پیش‌بینی‌کننده

با توجه به اینکه بر اساس اصول ساخت سناریو تنها دو عدم قطعیت کلیدی مورد نیاز است. از بین ۱۱ فاکتور بالا، ۷ فاکتور اول، به دلیل مشابهت معنایی و مفهومی در یک تم با عنوان "پاسخگویی" طبقه‌بندی شدند که این تم در مرحله‌ی بعد، یکی از ابعاد سناریو خواهد بود. همچنین، فاکتورهای ۸ تا ۱۱ به دلیل مشابهت و همگونی در مفهوم دیگری تحت عنوان "همسویی با فناوری" طبقه‌بندی شدند که بعد دوم سناریو را تشکیل می‌دهد. جدول زیر توزیع فاکتورهای با امتیاز عدم قطعیت بالا و پتانسیل اثرگذاری بالا را تحت عنوان دو عدم قطعیت کلیدی نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۲- فاکتورهای با عدم قطعیت بالا و پتانسیل اثرگذاری بالا

عدم قطعیت‌های کلیدی	کد	پیشران‌ها و کلان‌روندها با عدم قطعیت بالا و پتانسیل تاثیرگذاری بالا
پاسخگویی	S2	ارائه‌ی نظام‌مند و مدیریت‌شده‌ی خدمات سلامت با تمرکز بر کنترل بیماری‌های غیرواگیر
	S3	زنانه‌شدن سالمندی و لزوم تدارک مراقبت‌های جنسیت‌محور
	S6	ارائه‌ی مراقبت بر اساس شان و اصول اخلاقی حرفه‌ای
	S7	سفارش‌گرایی و اهمیت پاسخگویی به نیازهای اختصاصی
	S14	تحولات عمیق در جامعه و اهمیت پاسخگویی به سلامت اجتماعی
	P4	همگرایی و هماهنگی در کلیه سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های مراقبت سالمندی
	P1	حکمرانی خوب در دسترسی عادلانه به خدمات
	T1	تغییر الگوهای طبابت و مصرف خدمات
همسویی با فناوری	T4	اهمیت مراقبت‌های فردگرایانه و پیش‌بینی‌کننده
	T6	هوش مصنوعی و روبات‌ها در عرصه‌ی مراقبت
	T11	اهمیت نظارت و هدایت جریان اطلاعات مرتبط با سلامت

پس از حذف عوامل کم‌اهمیت، صحنه‌گذاری روندها و دسته‌بندی عدم قطعیت‌های کلیدی، چهار سناریوی مجزا براساس عدم قطعیت‌های کلیدی "پاسخگویی" و "فناوری" که بیشترین تاثیر را بر آینده مراقبت‌های سالمندی خواهند داشت، انتخاب شدند. در واقع این دو عامل به عنوان محورهای ماتریس ۲×۲ گزینش شدند. در ادامه تعریف و نحوه‌ی اثرگذاری هر یک از عدم قطعیت‌های کلیدی شرح داده شده است.

۴-۳-۱- بعد اول سناریو - پاسخگویی

پاسخگویی نیروی پیش‌برنده‌ای است که بر بازیگران و نقش‌آفرینان کلیدی فشار وارد می‌آورد تا در قبال عملکرد خود، حقوق اعضای جامعه و برآورده ساختن عملی و واقعی انتظارات جامعه مسئول باشند و از عملکرد مطلوب ارائه‌ی خدمات اطمینان حاصل کنند. بر اساس متدولوژی سناریونگاری، هر عدم قطعیت کلیدی دارای دو بعد مثبت و منفی می‌باشد که هر یک از این ابعاد در یک طرف محور ماتریس قرار می‌گیرند. در این پژوهش، بعد پاسخگویی در بعد مثبت به صورت پاسخگویی هماهنگ و در بعد منفی به صورت پاسخگویی پراکنده تعریف شده است.

۴-۳-۱-۱- پاسخگویی هماهنگ

پاسخگویی هماهنگ حالتی است که در آن سازمان‌های مسئول خدمات سالمندی به‌نحوی طراحی شده‌اند که روابط درون و برون‌سازمانی کاملاً روشن دارند و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سالمندی به مثابه‌ی شرکایی در کنار نهادهای جامعه و مردم تلاش دارند تا با برنامه‌ریزی نظام‌مند و انسجام ساختاری پاسخ مناسبی به انتظارات منطقی مشتریان بدهند و سطح رفاه و کیفیت مورد نظر آنان را با رعایت نیازهای تمامی طرفین ذی‌نفع برآورده سازند.

به‌طور خلاصه می‌توان گفت که این بُعد از پاسخگویی به معنای همبستگی، اشتراک مساعی و شفافیت عملکرد تمامی ذی‌نفعان (در بخش‌های مختلف سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، با مالکیت‌های دولتی و غیردولتی اعم از خصوصی، خیریه و تعاونی) است، که در ساختار و فرایندی به‌هم تنیده، با هدف حفظ استقلال و پایداری و ایجاد هم‌افزایی با یکدیگر همکاری می‌کنند.

۲-۱-۳-۳-۴ پاسخگویی پراکنده و غیرمنسجم

پاسخگویی پراکنده حالتی است که در آن، علی‌رغم وجود قوانین و مقررات رسمی، سازمان‌های مسئول خدمات سالمندی نه‌تنها هدف مشترکی را دنبال نمی‌کنند بلکه در تعارض با یکدیگر نیز هستند این تعارضات می‌تواند ناشی از عدم شفافیت در قوانین، روشن نبودن وظایف، تضاد منافع، نبود تولید واحد و نبود نظام‌های نظارتی یکپارچه باشد. نتیجه‌ی این نارسایی، دسترسی نابرابر به خدمات مراقبتی، عدم تکافوی نیروی انسانی نسبت به تقاضای خدمات، عدم توجه فوری به نیازهای مراقبت، پایین بودن کیفیت خدمات و نادیده گرفته‌شدن حقوق اولیه‌ی سالمندان است.

۳-۱-۳-۳-۴ نحوه‌ی اثرگذاری بعد پاسخگویی

این بعد از ماتریس اثرات قابل توجهی بر تحقق اهداف سالمندی فعال مدنظر سازمان جهانی بهداشت یعنی امنیت، مشارکت و سلامت دارد. پاسخگو بودن کلیه‌ی قوا، وزارتخانه‌ها و نهادهای کشور در تامین، حفظ و ارتقای سلامت سالمندان از طریق احترام به شأن، انتظارات و استقلال مشتریان در ارتقای سلامت گروه هدف نقش دارد.

۲-۳-۳-۴ بعد دوم- همسویی با فناوری

این بُعد به‌کارگیری فناوری به شیوه‌ای هدفمند، به‌هنگام و همسو با اهداف، ارزش‌ها و نیازها اشاره دارد. فناوری در ماتریس سناریوی مرحله‌ی بعد دارای یک طیف مثبت با عنوان پیشرو در فناوری و یک طیف منفی با عنوان پیرو در فناوری است.

۱-۲-۳-۳-۴ پیشرو در فناوری - بعد مثبت

فناوری در این بُعد شامل ترکیبی موزون از مهارت‌ها، دانش‌ها و اطلاعات، سخت‌افزارها و نرم‌افزارها در ارائه‌ی خدمات سالمندی است. فناوری در این بُعد در بهترین وضعیت خود از نظر کارایی، بی‌خطری، هزینه-اثربخشی، ملاحظات اخلاقی-اجتماعی، امکان برخورداری آحاد جامعه قرار دارد و مطابق با روزآمدترین فناوری‌های جهان است.

۲-۲-۳-۳-۴ پیرو در فناوری - بعد منفی

این بعد از فناوری وضعیتی را نشان می‌دهد که در آن از مزیت‌های فناوری در جهت ساده‌سازی و اثربخشی کار استفاده نشده است.

۴-۳-۳-۳-۳ نحوه‌ی اثرگذاری بعد تطابق با فناوری

این بعد اثرات قابل توجهی بر نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات مراقبتی خواهد داشت به آن دلیل که فناوری در آینده نقش جدایی‌ناپذیری در فرایند مراقبت خواهد داشت و از تغییر ساختارهای سازمانی گرفته تا تغییر شیوه‌های انجام کار را تحت تاثیر قرار خواهد داد. فناوری در چهار حوزه‌ی بهداشت، درمان، کنترل مراقبت‌های فردی و در نهایت تحقیقات و تولید دانش پزشکی به اشکال زیر اثرگذار خواهد بود:

- **در مراقبت‌های فردی:** افراد جامعه با ارتقای سطح سواد سلامت، توانایی کنترل و برخورد صحیح با بیماری و مسائل سلامت خود را دارند.
- **در خدمات درمانی:** فناوری مناسب باید در ارائه‌ی خدمات درمانی در همه سطوح بتواند پاسخگوی نیازهای کیفی، امنیتی و هزینه‌ای بیماران باشند و همچنین دسترسی مناسب به آن در تمام مناطق کشور به طور یکسان امکان پذیر باشد.
- **در بهداشت:** نظام بهداشتی با استفاده از فناوری، با گردآوری و به‌روزرسانی اطلاعات جمعیتی، قادر به نظارت، کنترل و ارتقای سطح بهداشت عمومی جامعه بوده و با استفاده از سیستم‌های هشدار سریع، جامعه را از عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت دور نگه می‌دارد.
- **در تحقیق و تولید دانش:** فناوری زمینه و داده‌های اولیه‌ی انجام تحقیقات در حوزه‌های سیستم‌های سلامت «HSR»، بالینی و بهداشت را تامین نموده و همچنین تولید و ارتقاء مستمر دانش در این زمینه را تضمین می‌نماید.

۴-۴ مرحله‌ی سوم: تدوین سناریو

پس از شناسایی عدم قطعیت‌های کلیدی در مرحله‌ی قبل، حال در این مرحله نوبت به آن رسیده است که با استفاده از دو بُعد پاسخگویی و فناوری به‌عنوان ابعاد سناریو، سناریوهای مراقبت سالمندی پدیدار گردد. ادامه‌ی این بخش نحوه‌ی شکل‌گیری سناریوها را شرح داده است.

۴-۴-۱ گام اول - ساخت ماتریس سناریو

ابزار ماتریس سناریو که در این گام مورد استفاده قرار می‌گیرد مبتنی بر دو فاکتور عدم قطعیت کلیدی است که اصطلاحاً منطق سناریو^۱ را تشکیل می‌دهند. در این گام، وضعیت آتی هریک از عدم قطعیت‌های کلیدی (پاسخگویی و فناوری) در منفی‌ترین و مثبت‌ترین حالت بر روی محورهای افقی و عمودی ماتریس به تصویر کشیده شد. با در نظر گرفتن توسعه‌های مثبت و منفی برای پاسخگویی و فناوری، نهایتاً چهار سناریو برای آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی مطابق تصویر ۴-۹ شکل گرفت. در ماتریس فوق هر سناریو به همراه پیشران‌های کلیدی آن نمایش داده شده است. سپس به هر سناریو یک نام

^۱ Scenario Logic

اختصاص داده شد. نام‌ها نمادِ مجموعه رویدادهایی هستند که در هر سناریوی خاص رخ می‌دهند. در هر فضای سناریویی با توجه به عدم قطعیت‌های کلیدی به توصیف اجزای سناریو و روابط بین آن‌ها پرداخته شده است.



شکل ۴-۹- عناصر تشکیل دهنده‌ی سناریوها

۴-۴-۲ گام دوم- تحلیل علیتی هر سناریو

برای نشان دادن ساختار علیتی هر سناریو از نمودار علی - معلولی استفاده شده است. این نمودار روابط علی بین متغیرهای هر سناریو را به سادگی نشان می‌دهد. در واقع با این ابزار، مدل‌های ذهنی افراد حاصل مطالعات کیفی، عوامل شناسایی شده حاصل ادبیات و پیشینه‌ی موضوع و ارتباطات آن‌ها ساده‌تر درک می‌شود.

• پاسخگویی هماهنگ

• همسو با فناوری

این سناریو که از نوع سناریوهای هنجاری^۱ است تمرکز خود را متوجه قدرت شگفت‌انگیز فناوری است که در آن فناوری با نرخ نمایی^۲ رشد یافته و دنیای ما را وارد دور جدیدی از روابط و قواعد می‌کند. این سناریو به اندازه یک سفر کوتاه ما را به آینده می‌برد و با عینک بلوغ فناوری و پاسخگویی نظام‌یافته، بخشی از زندگی سالمندان در آینده را نمایان می‌سازد. در پی سیاست‌های علم و فناوری، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی کشور، حمایت از اقتصاد دانش‌بنیان و در سایه‌ی دستیابی به فناوری هسته‌ای، ایران به‌عنوان کشوری پیشرو در زمینه‌ی علوم و تکنولوژی پزشکی در منطقه و جهان اسلام شناخته می‌شود. در این سناریو، شتاب حرکت چشم‌گیر علم و تکنولوژی، نویدبخش آغاز دوران نوینی در طب است که به مدد آن بسیاری از بیماری‌های شایع درمان یافته، پیری به تعویق افتاده، مراقبت پزشکی فردی^۳ فراگیر شده و امید به زندگی با کیفیت فزونی یافته و همه‌ی افراد یک زندگی طولانی متفاوت را تجربه خواهند کرد. این سناریو حکایت از یک تحول‌انگاره (Paradigm Shift) در پزشکی دارد. پارادایمی که در آن هم‌افزایی ناشی از پاسخگویی منسجم و پیشرو بودن در فناوری باعث شده است که سیاست‌های درمان‌محوری جای خود را به پزشکی پیش‌گویانه، پیشگیرانه و فردگرایانه^۴ بدهد. از آنجایی که عمده‌ی هزینه‌های سلامت مربوط به بیماری‌های مزمنی است که از طریق تغییر رفتار قابل پیشگیری است، از فرصت ذی‌قیمت فناوری و شبکه‌های اجتماعی مجازی در جهت اصلاح الگوهای زندگی سالم بر پایه‌ی آموزه‌های اجتماعی-اسلامی (مورد اشاره در بند ۳ و ۱۱ سیاست‌های کلان سلامت) بهره گرفته شده است. بنابراین، این سناریو چنین می‌نماید که دیگر مراجعه به بیمارستان و قرار گرفتن در لیست انتظار برای گرفتن خدمت مورد نظر بی‌معناست چرا که افراد مسلح به ابزارها و حس‌گرهایی هستند که می‌توانند سلامت و رفتارهای خود را پایش کنند و در صورت نیاز به خدمات مراقبتی تخصصی، با یک جستجوی سریع، اطلاعات کافی پیرامون بیماری و سلامت خود را بدست آورند و خدمات مورد نیاز خود را در منزل و به انتخاب خود دریافت

^۱ پرسش بنیادین سناریوهای هنجاری این است که «ما می‌خواهیم آینده چگونه شکل گیرد؟». سناریوهای هنجاری مشخص می‌کنند که برای تحقق آینده‌ی مطلوب چه باید کرد (۴۸، ۸۳).

کارکرد سناریوی هنجاری این است که به ما اجازه می‌دهد منابع خود را به صورت هدفمند برای رسیدن به مقصد مطلوب به کار گیریم. با استفاده از این سناریوها اعضای سازمان احساس می‌کنند که فرآیند رسیدن به هدف را درک کرده‌اند و با طی آن به همان نتایج دل‌خواه خواهند رسید. طراحی سناریوهای هنجاری به طور ضمنی یکی از پیش‌فرض‌های مهم آینده‌نگاری - یعنی توانایی و اراده‌ی آزاد انسان برای اثرگذاری در آینده را تصدیق می‌کند. بدون پذیرفتن این اصل، طراحی این نوع سناریوها بی‌معنا خواهد بود. به عبارت دیگر، اگر انسان نقشی در شکل‌گیری آینده نداشته باشد، تنها کاری که می‌تواند بکند «کشف آینده‌های ممکن» و انطباق با آن‌ها است (۴۸).

^۲ Exponential rate

^۳ Personalized Medicine

^۴ دانستن اینکه چه فردی بیمار است بر اینکه بدانیم فرد دچار کدام بیماری است اولویت دارد.

اگر پزشکی و درمان بیماری‌ها در همه افراد یکسان باشد و وابسته به تفاوت‌های افراد نباشد پس پزشکی بجای آنکه هنر باشد فقط یک علم است. در واقع با توجه به آن که انسان‌ها با یکدیگر متفاوتند و این تفاوت حاصل رمز ژنتیکی آن‌هاست آن‌گاه هر بیمار منحصر بفرد است و لذا درمان‌های هر فرد نیز می‌بایست متناسب با ویژگی‌های ژنومیک وی باشد. ویلیام اسلر

نماید و حتی تجارب خود را در شبکه‌های مجازی به اشتراک بگذارند. حضور بی‌چون و چرای فناوری بر زندگی، سطح سواد سلامت را در جامعه ارتقا داده و بیماران را مجهز به چنان قدرت اجتماعی کرده است که تیم ارائه دهنده‌ی خدمات را به احترام به عقاید و بینش خود وا می‌دارد. در چنین فضایی خدمت‌گیرندگان، خواستار شفافیت پاسخگویی و کیفیت ارائه خدمات هستند بنابراین تعامل ارائه‌دهنده و خدمت‌گیرنده تغییر کرده و بیماران به عنوان شرکاء در فرایند مراقبت مشارکت فعال خواهند داشت. در سال‌های آتی مراقبت از خود با محوریت خانه و خودپایشی فراگیر شده و بخش عظیمی از سطوح درمان به صورت پزشکی خانگی با محوریت بیمار و با تاکید بر خودمراقبتی ارائه خواهد شد.

۴-۳-۲ سناریوی ۲ - معمولی‌های قهرمان

این سناریو که از نوع سناریوهای اکتشافی^۱ است، آینده‌ای را به تصویر می‌کشد که مشخصه‌ی اصلی آن پاسخگویی منسجم و هماهنگ است. سیاست‌های کلان سلامت در دهه‌ی ۹۰، تکلیف تولید واحد نظام سلامت را که پیش از این با چالش روبرو بود را روشن ساخت و وزارت بهداشت را متولی تمام و کمال خدمات سلامت معرفی کرد. استحکام و تقویت نقش حاکمیتی وزارت بهداشت باعث شد که سلامت در تمام سیاست‌ها و قوانین ورود پیدا کند و حقوق سالمندان را که سالیان متمادی به دلیل جوانی جمعیت و چالش‌های مربوط به آن، از اولویت سیاستگذاری‌ها به دور مانده بود را به مرکز تصمیم‌گیری‌های کلان کشوری انتقال دهد.

همچنین نظام سلامت متناسب با تغییرات شیوه‌ی زندگی، آگاهی و عملکرد خدمت‌گیرندگان، تنوع نیازها و چهره‌ی متفاوت بار بیماری‌ها، اقدام به بازطراحی نظام مراقبت سالمندی که پیش از این با چالش‌های زیادی روبرو بود، کرد و مراقبت‌های جامع و یکپارچه با اولویت کاهش آسیب، خودمراقبتی و مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت را در محل ورود به نظام سلامت را طراحی و اجرا نمود. این طرح که از موفقیت‌آمیز بودن آن در کشورهایی که سالمندی جمعیت را پیش‌تر تجربه کرده‌اند شواهد متقنی در دست است، با تکیه بر حاکمیت قوی و تمرکز بر کاهش آسیب، در محل ورود سالمند به نظام سلامت طیف جامعی از خدمات پیشگیری، ارتقای، تشخیصی، درمانی، توانبخشی و تسکینی متمرکز بر فرد را ارائه می‌دهد. در این نوع مراقبت، نیاز به متخصصان و مراجعه‌ی به آنان کم شده و جراحی و درمان‌های دارویی به نفع درمان‌های مبتنی بر تغییر رفتار کم‌رنگ شده است. نظام سلامت در رسیدن به این عملکرد بهینه در ارائه مراقبت‌های یکپارچه‌ی سالمندی چالش‌های بسیاری را از پیش‌رو برداشته است. نیروی انسانی به عنوان درونداد حیاتی ارائه‌ی مراقبت‌های یکپارچه که پیش از این در ورطه‌ی اپیدمی تخصص‌گرایی و کار در موسسات سطح سوم گرفتار شده بود با نگاه آینده‌نگارانه‌ی سیاست‌گذاران آموزش پزشکی به سمت ماموریت‌گرایی و هدفمندشدن پیش گرفته شد (بسته‌ی ماموریت‌گرایی در طرح تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی) و تربیت

^۱ سناریوی اکتشافی کار خود را از زمان حال شروع می‌کند و به تدریج به سمت آینده حرکت می‌کند. بدین منظور، سناریوپرداز نیروهایی را مطالعه می‌کند که اکنون در کار هستند و آینده نتیجه درهم‌کنش آن‌ها است. این نوع سناریونویسی ارتباط بین نیروها و تأثیر آن‌ها بر اجزای سیستم تحت بررسی را روشن می‌کند و نشان می‌دهد که اگر هم‌اکنون چه شود وقوع کدام آینده‌های بدیل امکان‌پذیر خواهد بود.

متخصصین آشنا به خدمات سالمندی و علوم مرتبط، جز اولویت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و بدین وسیله کمبود نیروی انسانی واحدهای محیطی از طریق اشتغال‌زایی حرفه‌محور مرتفع گردید.

دسترسی اقتصادی به مراقبت‌های سالمندی نیز که یکی از مشکلات دیرین نظام سلامت بود به دنبال یک عزم سیاسی قوی و مغتنم شمردن فرصت طلایی پنجره جمعیتی در دهه‌ی ۹۰، با اجرای بیمه مراقبت سالمندان، که برگرفته از تجربه‌ی موفق بیمه‌ی مراقبت بلندمدت ژاپن در مدیریت جامعه‌ی سالمند بود، حتی در دورافتاده‌ترین مناطق کشور نیز فراهم شده است. این طرح با جامع‌نگری و در اولویت قرار دادن خودمراقبتی، مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت، مراقبت‌های جامعه‌محور علاوه بر اینکه تاثیر شگرفی که بر مدیریت هزینه‌های نظام سلامت داشته است در رسیدن به سه هدف سالمندی فعال مورد نظر سازمان جهانی بهداشت یعنی امنیت، مشارکت و سلامت نیز تاثیرگذار بوده است.

۴-۳-۳ سناریوی ۳- در اسارت تکنولوژی

این سناریو که از نوع سناریوهای اکتشافی است، آینده‌ای را به تصویر می‌کشد که در آن علی‌رغم اصلاحاتی که در دهه‌ی ۹۰ در بخش سلامت جمهوری اسلامی ایران تحت عنوان طرح تحول نظام سلامت روی داده، به دلیل نبود تفکر سیستمی و هماهنگی‌های بین‌بخشی، نتوانست پیشرفت‌های کافی در ایجاد نظام سلامتی که سبب ارتقای سلامت جمعی شود را محقق کند. همچنین روندهای متحول‌کننده در فناوری اطلاعات و ارتباطات، که بطور اجتناب‌ناپذیری با زندگی در قرن حاضر گره خورده است، نیز نتوانست کمکی به کسب نتایج جدی در مورد بهبود سبک زندگی مردم داشته باشد.

این سناریو نشان می‌دهد در سال آتی علی‌رغم اختصاص بودجه‌ی کلان به نظام سلامت، همچنان شاهد تداوم فزونی بار بیماری‌های مزمن، افزایش هزینه‌های مراقبت، چندپارگی در دریافت خدمات، کمبود نیروهای حرفه‌ای سطوح محیطی و پوشش ناکافی بیمه‌ها هستیم. در کنار این مشکلات استفاده لجام گسیخته از تجهیزات و تکنولوژی پزشکی، گرایش شدید به تخصص‌گرایی و استفاده اقتصادی از طب عرصه را بر مراقبت‌های ضروری و اولیه‌ی سلامت تنگ کرده است. علاوه بر این، روندهای جهانی همچون مهاجرت، شهرنشینی، افزایش طبقه‌ی متوسط، مصرف‌گرایی، تغییر ایزه‌های نسلی، تغییر سیمای بیماری‌ها و گسترش فناوری‌های ارتباطاتی و اطلاعاتی با افزایش انتظارات، تقاضاهایی را در جهت مراقبت سلامت لوکس و پزشکی شدن خدمات سلامت شکل داده است.

از دیگر مشخصه‌های این سناریو آن است که، برای ارائه‌کنندگان خدمات نیز پرستیژ یا نفع علمی قابل توجهی در ارائه‌ی راه‌حل‌های ساده و کم‌هزینه با فناوری‌های گذشته وجود ندارد. در واقع سیطره‌ی تکنولوژی در این حوزه، تغییرات ژرف و بنیادی را در تمام جنبه‌های سلامت بدون توجه به نیازهای واقعی موجب شده است. به عبارت بهتر، پیشرفت‌های حاصل در

فناوری اطلاعات سلامت، تغییر شکل شیوه‌های طبابت را باعث شده و متناسب با آن، انتظاراتی را در مورد انواع کارکردها و خدماتی که باید ارائه شود در جامعه برانگیخته است.

در چنین شرایطی تنها یک طبقه‌ی خاص از سالمندان (ثروتمندان) به خدمات دسترسی دارند و گروه‌های با درآمد متوسط و پایین از بسیاری خدمات محروم هستند. به نظر می‌رسد چنین آینده‌ای نیازمند یک بازسازی^۱ است که در آن ساختار و عاملیت^۲ در قالب جدیدی مفهوم‌سازی شود. یکی از راه‌کارهایی که می‌تواند در جهت پاسخگو کردن ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت و حتی دولت در قبال سالمندان انجام داد، ایجاد سازمان‌های جامعه‌ی مدنی مانند انجمن‌های سالمندی ایران، شبکه‌ی تحقیقات سالمندی، انجمن آموزش و یادگیری مادام‌العمر سالمندان و جامعه‌ی سالمندان فعال می‌باشد تا گزینه‌های سیاست دولتی را تحت پایش قرار داده و به حمایت از حقوق ذی‌نفعان خود بپردازند.

در مجموع می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که نظام مراقبت سالمندی برای اینکه بتواند خود را از شر نیروهای سوق دهنده به سمت نامطلوب مانند پراکنده‌کاری و تخصص‌گرایی مبتنی بر تکنولوژی برهاند نیازمند یک حاکمیت قوی و اجتناب از منازعات گسترده داخلی است.

۴-۳-۴-۴ سناریوی ۴- ادامه‌ی یک پارادایم منسوخ

این سناریو که از نوع سناریوهای اکتشافی است بیانگر بدبینانه‌ترین حالت ممکن آینده است وضعیتی که در آن پاسخگویی پراکنده و غیرمنسجم و بهره‌برداری از فناوری در نازل‌ترین حد است. در این سناریو، تصویر سنتی از سالمندان که افرادی بیمار، ازکارافتاده، وابسته و سربار هستند بر نگاه خود سالمندان و جامعه و سیاستگذاران حاکم است. این نگرش منسوخ را حتی با بررسی سرتیتر خبرهای سالمندی و سیاست‌های نگاشته شده در خصوص سالمندان نیز به وضوح می‌توان دریافت. بر همین اساس تمام تصمیم‌گیری‌های کلان در خصوص سالمندی معطوف به بیماری، افسردگی، کنارگذاشته‌گی و وابستگی است. به نظر می‌رسد رسانه نیز به عنوان یکی اثرگذارترین مجاری ارتباطی در جامعه، در تقویت این تصویر بی‌تاثیر نبوده است. حتی در فضای دانشگاهی و مراکز تحقیقاتی نیز تمرکز اولویت‌های پژوهشی و مداخلاتی متمرکز بر سالمندان بیمار و ناتوان است. این تصویر، چنان بر ناخودآگاه جامعه سایه افکنده که به همه چیز از همین دریچه نگریسته می‌شود. بطوری‌که تحلیل‌های سطحی اغراق‌آمیز از خطرات پیری جمعیت و تسلط این نگاه بر سیاستگذاران باعث شده است که برای برون‌رفت از

^۱ Restructuration

^۲ عاملیت (Agency): از این مفهوم برای بیان میزان اراده‌ی آزاد افراد در کنش‌های اجتماعی‌شان استفاده می‌شود. میزان عاملیت و اراده‌ی ما به میزان فشارهایی بستگی دارد که ساختارها به ما وارد می‌سازند. عاملیت بعضی افراد به علت عوامل ساختاری (مثل فقر) از عاملیت برخی دیگر کم تر است. همچنین برخی شرایط (مثل یک وضعیت سیاسی مستبدانه) منجر به کاهش عاملیت همه‌ی افراد می‌شود. به دیگر سخن انسان‌ها موجوداتی هستند که دارای علم و نیت هستند و رفتار آن‌ها مبتنی بر دلیل و سنجش و ارزیابی عاقلانه و محاسبه‌گرایانه است. این مورد دیدگاهی سوزه محور است. ساختار (Structure): ساختار یکی از مفاهیم کلیدی جامعه‌شناسی است. از این مفهوم معمولاً برای اشاره به الگوهای تکرار شونده‌ی رفتار اجتماعی استفاده می‌شود. از آنجا که این رفتارها فراگیر، مستمر و قاعده‌مند هستند، بر سایر انسان‌ها تأثیر می‌گذارند و آنان را مقید و محدود می‌سازند. ما معمولاً رفتارمان را با فشارهایی هماهنگ می‌کنیم که از سوی ساختار اجتماعی بر ما وارد می‌شود.

آثار و پیامدهای سالمندی جمعیت طرح افزایش باروری و انگیزه‌های تشویقی بدون توجه به آثار و پیامدهای بلندمدت آن در صدر گفتمان‌های سیاسی باشد.

در واقع استدلال مطرح شده این بوده است که با افزایش میزان باروری از درصد جمعیت کهنسالان کاسته شده و به میزان کافی نیروهای جوان و مولد در کشور خواهد بود که بتواند جلوی آثار منفی و سربار پدیده‌ی پیری جمعیت را بگیرد بدون توجه به اینکه سالمندان نیز به همان اندازه حق حیات و برخورداری از کیفیت زندگی رضایت‌بخش را دارند. در واقع نبود دید سیستمی در بین مدیران و سیاستگذاران باعث شده تا برای جبران یک وضعیت افراطی یک تصمیم تفریطی و ناپخته گرفته شده است.

از نتایج این اقدام، مورد غفلت واقع شدن بسیاری از نیازها و اقدامات ضروری مورد نیاز سالمندان و بدتر شدن وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی آن‌ها و به تبع افزایش هزینه‌های تحمیلی به سیستم‌های بهداشتی و اجتماعی خواهد بود. در این سناریو، نظام سلامت، به دلیل نداشتن قدرت حاکمیت و انسجام درون و برون‌بخشی، قادر نیست جلوی اجرای سیاست‌های این چنینی و اقدامات نامطلوب تهدیدکننده‌ی سلامت را بگیرد. علاوه بر این، بررسی ساختار مراکز بهداشتی درمانی در سطح اول ارائه خدمات و پیشگیری نشان می‌دهد که ساختار فوق از گذشته‌های دور برای ارائه خدمات سرپایی و پیشگیری و بهداشت و مادر و کودک تاسیس شده و هنوز بدون توجه به تغییرات جمعیتی و نیازهای متناسب با آن‌ها بدون تغییر باقی مانده است و امکانات، نیروی انسانی و ساختار لازم برای ارائه خدمت سلامت به سالمندان مد نظر قرار نگرفته است.

۴-۴-۴ گام چهارم- اعتباریابی سناریوها

جهت تعیین اعتبار سناریوهای به دست آمده در طی فرایند پژوهش، چهار سناریوی فوق به ۱۶ نفر از متخصصین و خبرگان ارسال گردید. سابقه‌ی فعالیت آموزشی، پژوهشی، اجرایی در حوزه‌ی سالمندی و همچنین تجربه‌ی کار آموزشی، پژوهشی، اجرایی و مدیریتی در حیطه‌ی آینده‌پژوهی و سناریونگاری از معیارهای انتخاب خبرگان بود. در این مطالعه فرایند اعتبارسنجی سناریوها بر اساس معیارها و سنجه‌های جدول ۴-۱۳ مورد سنجش قرار گرفت.

جدول ۴-۱۳- معیارها و سنجه‌های ارزیابی اعتبار سناریوها

سناریوی ۴ (۱ تا ۱۰) ۱=ضعیف، ۱۰=قوی	سناریوی ۳ (۱ تا ۱۰) ۱=ضعیف، ۱۰=قوی	سناریوی ۲ (۱ تا ۱۰) ۱=ضعیف، ۱۰=قوی	سناریوی ۱ (۱ تا ۱۰) ۱=ضعیف، ۱۰=قوی	سنجه	معیار ارزیابی
۶,۶	۵,۴	۸,۷	۵,۳	آیا احتمال وقوع سناریو وجود دارد؟	باورپذیر
۴,۱	۶,۳	۶,۵	۷,۹	آیا چیزهای غیرقابل باور به شکل باورپذیری مطرح شده است؟	
۳,۷	۶,۹	۷,۲	۵,۴	آیا متغیرهای سناریو به روش جالب و جذاب سازماندهی شده است؟	چالش برانگیز
۸,۴	۸,۷	۸,۴	۷,۳	آیا سناریو مفروضات ذهنی سیاست‌گذاران را به چالش می‌کشد؟	
۴,۶	۵,۸	۶,۴	۶,۱	آیا سناریو براساس ترکیبی از روش‌های آینده‌نگاری است؟	
۵,۳	۵,۳	۶,۷	۷,۸	آیا سناریوها از عناصر سازگار و هماهنگ تشکیل شده‌اند؟	سازگاری درونی
۵,۷	۵,۹	۸,۲	۶,۱	آیا سناریو رویدادهای یکپارچه‌ای را که می‌تواند به عنوان یک کل دیده شود، ارائه داده است؟	
۴,۹	۶,۷	۶,۲	۷,۲	آیا داده‌های حاصل از پویش محیطی در سناریوها مشهود است؟	مرتبط بودن
۵,۶	۴,۷	۷,۸	۶,۷	آیا رتبه‌بندی عوامل و نقش عدم قطعیت‌های کلیدی در سناریوها مشهود است؟	
۵,۱	۴,۱	۵,۳	۴,۵	آیا ذی‌نفعان کلیدی در فرایند ساخت سناریو به مشارکت طلبیده شده‌اند؟	
۸,۱	۵,۶	۹,۳	۶,۴	آیا عنوان سناریو هوشمندانه انتخاب شده است و به راحتی به خاطر سپرده می‌شود؟	طراحی
۶,۳	۶,۱	۸,۴	۸,۵	آیا محتوای سناریوها، جذاب، زیبا و دل‌انگیز می‌باشد؟	

۱۲ نفر از مشارکت‌کنندگان پس از دو هفته نتایج ارزیابی خود را ارسال کردند. میزان مشارکت ۷۵٪ بود. بعد از دریافت نظرات خبرگان، میانگین امتیازهای داده شد محاسبه شد و نمره ۵ شرط قابل قبول بودن و معتبر بودن سناریوها تعیین شد. جدول ۴-۸ نحوه‌ی امتیازهای کسب شده در هر معیار را به جزییات نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۴- نمرات نهایی حاصل از اعتبارسنجی سناریوها

معیار ارزیابی	سناریوی ۱	سناریوی ۲	سناریوی ۳	سناریوی ۴
باورپذیری	۶,۶	۷,۶	۵,۸	۵,۳
چالش برانگیزی	۶,۳	۷,۳	۷,۱	۵,۸
سازگاری درونی	۶,۹	۷,۴	۵,۶	۵,۱
مرتبط بودن	۶,۱	۶,۴	۵,۲	۵,۲
فرایند طراحی	۷,۴	۸,۶	۵,۸	۷,۲
جمع	۶,۷	۷,۵	۵,۹	۵,۷
معیار مورد قبول	>۵	>۵	>۵	>۵

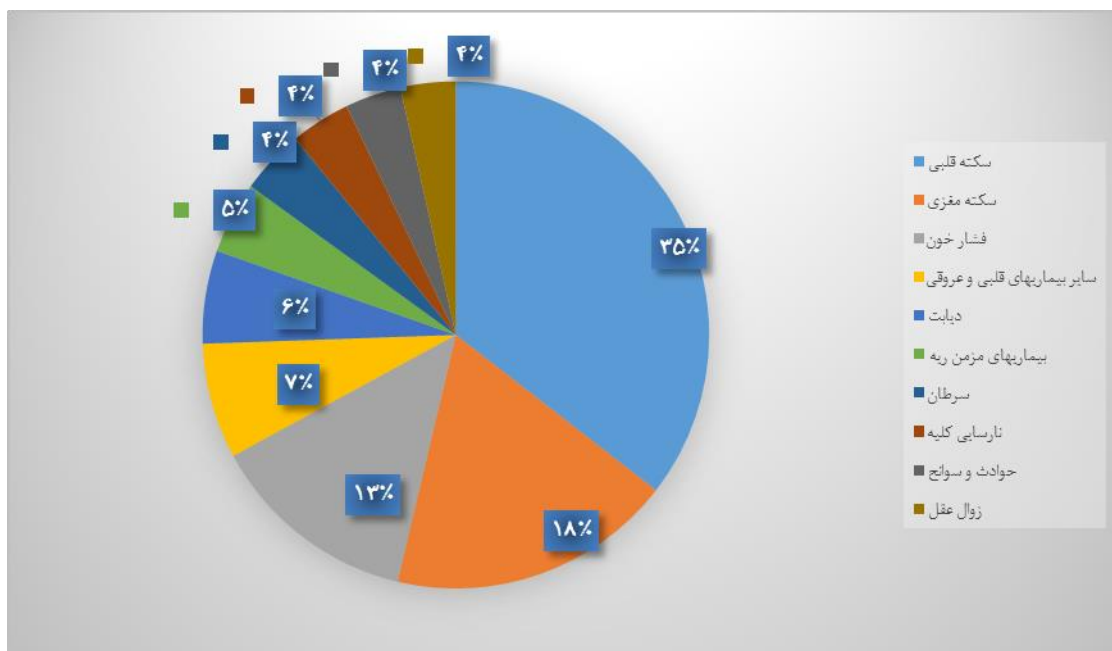
نتایج جدول ۴-۱۴ نشان می‌دهد که سناریوی ۲ (معمولی‌های قهرمان) و سپس سناریوی ۱ (آغاز یک تحول) بیشترین میزان اعتبار را از لحاظ معیارهای باورپذیری، چالش برانگیزی، سازگاری درونی، مرتبط بودن و فرایند طراحی کسب کردند. لذا این سناریوها می‌تواند به عنوان گزینه‌ی معقول از آینده مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران قرار گیرد. به همین منظور بخش بعدی به واشکافی سناریوی ۲ (معمولی‌های قهرمان) و تدوین استراتژی‌های تحقق آن پرداخته است.

۴-۴-۵ راهبردهای لازم برای تحقق سناریو شماره ۲- معمولی‌های قهرمان

اساس تدوین راهبردهای تحقق سناریو، تحلیل روندها و عوامل شکل‌دهنده‌ی سناریو و عدم قطعیت‌های کلیدی مرتبط با آن است بطوریکه بعد از آن باید استراتژی‌هایی طرح کرد که از توسعه‌ی منفی عوامل شکل‌دهنده‌ی سناریو ممانعت به عمل آورده و از منافع حاصل از توسعه‌ی مثبت منتفع شد. در واقع هدف ماکزیمم کردن توسعه‌های مثبت و مینیمم کردن توسعه‌های منفی است.

براساس یافته‌های مراحل قبل، روند روبه‌رشد بیماری‌های غیرواگیر در کشور و بروز همزمان چند بیماری مزمن در سالمندان که به تبع منجر به افزایش تقاضای خدمات سلامت می‌شود از جمله عواملی است که باید با اقدامات استراتژیک کنترل شوند. آمارهای رسمی ملی و بین‌المللی نشان می‌دهد که در سه دهه‌ی گذشته شاهد دستاوردهای قابل ملاحظه‌ای در افزایش امید به زندگی بوده‌ایم اما این افزایش امید به زندگی، با روند روبه‌رشد بیماری‌های مزمن و ناتوانی‌های حاصل از آن همراه بوده است که فشارهای زیادی بر سیستم سلامت و اجتماعی کشورها وارد آورده است.

اخیرترین آمارهای استخراج شده از مرکز مدیریت شبکه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد، ده علت اصلی مرگ در سالمندان بالای ۶۰ سال در ایران به ترتیب سکت‌های قلبی، سکت‌های مغزی، فشارخون، دیابت، سایر بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های مزمن ریه، سرطان، نارسایی کلیه حوادث و سوانح و زوال عقل است که مسئول بیش از ۸۵٪ از تمامی موارد مرگ سالمندان است. (نمودار ۴-۳ ده علل اصلی مرگ در زنان و مردان بالای ۶۰ سال را نشان می‌دهد).



نمودار ۴-۳- علل اصلی مرگ و میر در سالمندان بالای ۶۰ سال در ایران

همچنین تحلیل بررسی‌ها نشان می‌دهد که علل اصلی مرگ و میر و بار بیماری در سالمندان طی دهه‌ی گذشته تغییر محسوسی نداشته است و تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آن عامل سببی ۷۵٪ بار بیماری و ۸۰٪ تمام موارد مرگ در سالمندان خواهد بود. بر این اساس افزایش رو به رشد بار بیماری‌های غیرواگیر و ناتوانی، نگران‌کننده‌ترین نشانه از وضعیت سلامت سالمندان است. بدتر شدن وضعیت سلامت سالمندان در اثر بی‌ثباتی‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی را نیز باید به آن اضافه کرد. بطوری‌که در حال حاضر علت عمده نگرانی‌های عمومی، عدم دسترسی به خدمات جامع سالمندی، کافی نبودن پوشش بیمه‌ای و حمایتی و هزینه‌های بی‌ثبات مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی می‌باشد.

از آنجا که عوامل زمینه‌ساز این بیماری‌ها منشا گرفته از تغییرات شیوه‌ی زندگی در سال‌های اخیر است، می‌توان با آگاهی از آن‌ها و مداخله‌ی به‌موقع و موثر از بروزشان پیشگیری نمود یا در مراحل ابتدایی‌تر درمان کرد تا از عوارض ناتوان‌کننده ممانعت شود. بنابراین شناخت عوامل خطر، سیاست‌گذاری در خصوص چگونگی مقابله و در نهایت کاهش روند روز افزون آن‌ها می‌تواند تأثیر به‌سزایی در کاهش بار بیماری‌های مزمن و در نهایت سلامت و پویایی سالمندان داشته باشد.

براین اساس جهت‌دهی بعد پاسخ‌گویی در این سناریو به سمت توسعه‌ی مثبت (پاسخگویی هماهنگ)، در وهله‌ی اول در گرو تقویت حاکمیت نظام سلامت است. در واقع بدون تقویت حاکمیت نظام سلامت، آرمان‌های ذکر شده در این سناریو خارج از دسترس خواهند بود. سپس باید اقدامات مبتنی بر پیشگیری و کاهش آسیب را مورد توجه قرار داد و پس از آن توسعه‌ی زنجیره‌ی جامع مراقبت‌های سلامت‌محور سالمندی را تضمین نمود و در نهایت همه‌ی آن‌ها را توسط یک نظام پایش فراگیر، جهت تحقق و جامه‌ی عمل پوشیدن به اهداف کنترل و نظارت نمود. جدول ۴-۹ مجموعه راهبردهایی که تحقق این سناریو را ممکن می‌سازد نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱۵ راهبردها و شواهد آن برای تحقق سناریوی ۲

حیطه	راهبردها	شواهد					نهاد مسئول
		مطالعه تطبیقی	مرور متون	تحلیل اسناد	مطالعه‌ی کیفی	تحلیل روند	
تأمین	سالمندی سالم و فعال در تمام سیاست‌ها	✓	✓		✓		
	تعیین تولید مشخص در خدمات سالمندی			✓	✓		
	تقویت شورای ملی سالمندان				✓		
	تدوین سند ملی سالمندی فعال	✓	✓				
	ارتقای ساختار اداری سلامت سالمندان				✓		
	ظرفیت سازی نیروی انسانی	✓	✓	✓	✓		
کاهش آسیب	کاهش عوامل خطر محیط فیزیکی	✓	✓	✓	✓	✓	
	کاهش عوامل خطر زیست‌محیطی			✓	✓		
	کاهش عوامل خطر محیط اجتماعی	✓	✓	✓	✓	✓	
	کاهش عوامل خطر رفتاری	✓	✓	✓	✓	✓	
	کاهش عوامل خطر فردی	✓	✓	✓	✓	✓	
	محافظت و امنیت قانونی	✓	✓		✓		
زنجیره‌ی جامع مراقبت‌های سلامت‌محور	مراکز خودمراقبتی	✓	✓	✓	✓	✓	
	مراقبت‌های بهداشتی اولیه	✓	✓	✓	✓		
	مراقبت‌های غیررسمی	✓	✓		✓		
	مراقبت‌های جامعه‌محور	✓	✓	✓	✓		
	مراقبت‌های درمانی		✓		✓		
	مراقبت‌های بلندمدت	✓	✓		✓		
	مراقبت‌های تسکینی	✓	✓	✓			
	دسترسی جامع به خدمات	✓	✓	✓	✓		
	هماهنگی و یکپارچگی بین سطوح مراقبت	✓	✓		✓		
پایش و نظارت	ایجاد سامانه‌ی نظارت و پایش و اعلام بازخورد			✓	✓		
	نظارت بر حسن اجرای مراقبت‌های سالمندی				✓		
	تقویت و ارتقای سیستم ثبت اطلاعات	✓		✓			
	بررسی کیفیت مراقبت‌های سلامت	✓	✓	✓	✓		
	پژوهش‌های مداوم بر اساس مداخلات جمعیت			✓	✓		
	سیستم ثبت و رجیستری	✓					
	رصد و پایش تغییرات و لحاظ نمودن در برنامه		✓			✓	
	سالمندی سالم، سالمندی فعال، سالمندی موفق						

۴-۵-۱ حاکمیت

حاکمیت شامل مجموعه‌ای از ساختارها، سیاست‌ها، اقدامات، فرایندها، استانداردها و کنترل‌ها می‌باشد که به منظور مدیریت خدمات مراقبت سالمندی جهت برآورده نمودن الزامات و نیازهای کنونی و آینده در زمینه‌های مختلف قانونی، نظارتی، محیطی و عملیاتی موجودیت پیدا می‌کند.

حاکمیت به دنبال فراهم نمودن ابزارها، روش‌ها، و اصول راهنماهای تأیید شده جهت کاربردی و پاسخگو نمودن نظام سلامت و مجموعه‌های همکار است که با خدمات مدیریتی و حمایتی مناسب پشتیبانی می‌شود.

اجزای حاکمیت شامل: ایجاد استانداردهای ضروری، تعیین تولید یا نهاد نظارتی مسئول، پشتیبانی، حمایت اجرایی، انتظام بخشی و هدایت سازمان‌های مشابه و همکار ارائه‌دهنده‌ی خدمات سالمندی است.

۴-۵-۲ کاهش عوامل خطر

برای کاهش عوامل خطر و آسیب‌رسان سالمندی فعال یک رویکرد جامع (چندبخشی و بین‌بخشی) مورد نیاز است که تمامی بخش‌ها، از جمله بهداشت، رفاه، شهرداری، محیط‌زیست، فرهنگ و ارشاد، آموزش و پرورش، کشاورزی، صدا و سیما، برنامه‌ریزی و دیگر بخش‌ها را ملزم سازد تا برای کاهش خطرات مرتبط با سالمندان با یکدیگر همکاری کنند، همچنین مداخلات مربوط را ترویج نمایند. در واقع چنین مداخلاتی همانند یک سرمایه‌گذاری اقتصادی بسیار عالی عمل می‌کند چرا که اگر این مداخلات سریعاً اجرا شوند، می‌توانند نیاز به مراقبت‌های پر هزینه‌تر را کاهش دهند. این اقدامات را می‌توان در سطوح مختلفی از منابع اجرا کرد.

از جمله اقدامات مرتبط با کاهش خطر می‌توان به:

- کاهش عوامل خطر محیط فیزیکی
- کاهش عوامل خطر زیست‌محیطی
- کاهش عوامل خطر اجتماعی
- کاهش عوامل خطر رفتاری
- کاهش عوامل خطر فردی
- محافظت و امنیت قانونی

۴-۵-۳ زنجیره‌ی جامع مراقبت‌های سلامت محور

۴-۵-۳-۱ خودمراقبتی

شامل اقداماتی برای توانمند کردن فرد جهت نظارت بر سلامتی خود و بهبود آن می‌باشد. این اقدامات شامل ورزش، تغذیه‌ی سالم، عدم مصرف دخانیات و رعایت اصول سبک زندگی سالم در سالمندان می‌باشد. این بخش از زنجیره‌ی مراقبت بسیار هزینه-اثربخش می‌باشد. در حال حاضر، فعالیت‌هایی که در این رابطه انجام می‌شود اغلب بدون سازماندهی و به صورت پراکنده می‌باشد و همین قضیه باعث کاهش اثربخشی آن می‌شود.

۴-۵-۳-۲ مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت

شامل مجموعه اقدامات غربال‌گرانه و پیشگیرانه‌ای است که توسط پزشکان خانواده در شهرها و روستاها باید اجرا گردد. در این راستا بایستی به گروه‌های سالمند پرخطر مشتمل بر:

- سالمندان بسیار پیر (بالتر از ۹۰ سال)
- سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند
- زنان سالمند تنها
- سالمندانی که در خانه سالمندی زندگی می‌کنند
- سالمندان بدون فرزند

- سالمندانی که از بیماری مزمن رنج می‌برند
- سالمندانی که درآمد ناکافی دارند.

توجه ویژه کرد چراکه به دلیل پایین بودن سطح ADL و محدودیت حضورشان در جامعه این سیستم مراقبت است که باید فعالانه از آن‌ها ویزیت‌های خانگی به‌عمل آورد. خدمات ارائه شده به آن‌ها باید مراقبت‌های سلامت روان و سلامت اجتماعی را نیز دربرگیرد.

۴-۴-۵-۳ مراقبت‌های غیررسمی

تجارب و شواهد در اکثر کشورهای جهان مؤید این واقعیت است که مراقبت و پرستاری از افراد سالخورده توسط اعضای خانواده، چه به لحاظ مادی و چه معنوی (انسانی) در مقایسه با نگهداری آنان در بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها یا سرای‌های سالمندان از مزیت و ارجحیت بیشتری برخوردار است. در این راستا باید خدمات حمایتی از مراقبین به‌صورت نظام‌مند به‌عمل آید. البته نباید فراموش کرد که ضرورت‌های زندگی مدرن، از حمایت سالمندان توسط خانواده‌ها کاسته است و جامعه باید راه-کارهایی همچون شکل‌گیری شبکه‌های خانگی و طرح‌های انگیزاننده را طراحی و راه‌اندازی نماید. به عنوان مثال در صورتی که هر یک از فرزندان مراقبت از والدین سالمند را بر عهده بگیرند، در صورتی که در بخش دولتی مشغول به‌کار باشند، افزایش مرخصی پیشنهاد می‌گردد در صورتی که موسسات و سازمان‌های خصوصی برنامه‌ای برای حمایت از آندسته از کارکنان که مراقبت از والدین سالمند خود را بر عهده دارند داشته باشند، از معافیت‌های مالیاتی برخوردار خواهند شد. همچنین، پیشنهاد می‌گردد، سازمان بهزیستی کشور، جهت مراقبت و نگهداری هر سالمند نیازمند در یارانه‌ی حق مراقبت و نگهداری سالمند، به مراقبین‌ها پرداخت و به نحوه هزینه‌کرد آن نظارت نماید.

۴-۴-۵-۴ مراقبت‌های جامعه‌محور

ارائه خدمات مراقبت در منزل، ارائه خدمات در مراکز نگهداری روزانه (مهدهای سالمندان) و مراکز نگهداری موقت که خدمات بهداشتی و اجتماعی را به‌طور یک‌پارچه ارائه می‌دهد. این مراکز دارای اکیپ‌های مستقر مراقبت در منزل هستند. ارائه خدمات تخصصی پرستاری، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، و کاردرمانی و همچنین خدمات پزشکی، از جمله خدمات این مراکز محسوب می‌شوند. علاوه بر این مراکز مراقبت در منزل با ارائه خدمات به بیماران پس از ترخیص از بیمارستان می‌توانند زمان بستری در بیمارستان و احتمال مراجعه مجدد را به حداقل برسانند. مراکز مراقبت در منزل همچنین حمایت و سازماندهی گروه‌های داوطلب مرتبط به سالمندان را به عهده دارد.

۴-۴-۵-۵ درمان- کلینیک‌های سرپایی سالمندان و بخش‌های بستری ویژه

در این کلینیک‌ها متخصصین سالمندی به همراه سایر اعضای تیم تخصصی شامل فیزیوتراپیست، کاردرمان‌گر، گفتار درمان‌گر، شنوایی‌شناس، متخصص تغذیه، روانشناس و مددکار اجتماعی سالمند، به صورت کار تیمی مسائل درمانی و توانبخشی سالمند را حل کرده و برای ارتقای کیفیت زندگی سالمند برنامه‌ریزی می‌کنند.

همچنین بخش‌های بستری و ویژه مراقبت‌های سالمندی برای آندسته از سالمندان که به واسطه شدت معلولیت امکان مراقبت در سایر مراکز را ندارند طراحی گردد.

۴-۴-۵-۴ فرصت‌های پیش‌رو جهت تحقق سناریوی ۲

ساختار نظام سلامت در ایران به گونه‌ای است که به‌خودی خود فرصت‌هایی را برای رسیدن هرچه سریع‌تر به اهداف این سناریو در بطن خود نهفته دارد. سیستم پزشک خانواده به‌عنوان یکی از برنامه‌های اخیر وزارت بهداشت در جهت ارتقا سطح سلامت و دسترسی عادلانه به خدمات، به‌همراه سیاست‌های پشتیبان همچون سیاست‌های کلان سلامت، نقشه علمی سلامت و سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ در صورتی که به‌درستی و دقت اجرا گردد مسیر تحقق این سناریو را تسهیل می‌کند.



۴-۴-۶ راهبردهای تحقق سناریوی ۱ - آغاز یک تحول

بر اساس یافته‌های مراحل قبل مهم‌ترین پیشران‌های شکل‌دهنده‌ی این سناریو عبارتند از:

- سفارش‌گرایی و اهمیت پاسخگویی به نیازهای اختصاصی
- تغییر الگوهای طبابت و تغییرات بنیادین پارادایمی در مراقبت سلامت
- توسعه‌ی فناوری‌های همگرا (NBIC) برای بهبود کارایی انسان
- اهمیت یافتن مراقبت‌های فردگرایانه

در آینده‌ای نه‌چندان دور که پرتوهای آن از سال ۲۰۲۰ آغاز به درخشش خواهند کرد، تعریف بیماری‌ها، ارگان‌ها و سیستم‌های بیولوژیک تغییر بنیادینی خواهند یافت و شیوه‌ی درمان و نگاه به "پیکره‌ی شبکه‌های آشوب‌زده با بیماری"^۱ نیز آن‌چنان انقلابی ایجاد خواهند کرد که هم اکنون تصور آن دشوار است.

توسعه‌ی بعد مثبت فناوری و پاسخگویی در این سناریو شرایط را برای گذار انقلابی ماهیت مراقبت‌های سلامت از حالت واکنش به بیماری‌ها به سوی پیش‌گویی و پیشگیری بیماری‌ها سوق خواهد داد. پزشکی واکنشی به معنای آن است که هنگامی که بیماری پدیدار می‌شود، دانش پزشکی به کنش برانگیخته می‌شود. در حالی که با پیشرفت‌های فناوری و پاسخگویی منسجم، دانش پزشکی به سمتی حرکت می‌کند که هسته‌ی مرکزی آن سلامت خواهد بود نه بیماری به عبارت بهتر نگهداشت سلامت جایگزین مبارزه با بیماری‌ها خواهد شد. بدون شک در آینده‌ای نه‌چندان دور، باید پذیرای این تحول بنیان‌برافکن در مراقبت سلامت باشیم لذا بایستی هم‌اکنون چارچوب نقشه‌ی راه خود را به گونه‌ای تدوین نماییم که تنها دریافت‌کنندگان خنثی این انقلاب نباشیم.

مراقبت سلامت واکنشی	مراقبت سلامت کنش‌گرا
پاسخ و واکنش در زمانی که فرد دچار بیماری می‌شود بر اساس علائم صورت می‌گیرد.	در کنش فعال پیش از آنکه فرد دچار بیماری شود بر اساس مارکرهای پیش علامتی موارد مشکوک شناسایی می‌شود
سیستم بیماری - درمان	سیستم نگهداشت تندرستی
اندازه‌گیری محدود و اندک	اندازه‌گیری‌های فراوان شامل توالی‌یابی کامل ژنومی، تست‌های تشخیصی خونی با پارامترهای بالا، اندازه‌گیری‌های اومیکس
بیماری - مرکز، با استاندارد مراقبت توأم با تشخیص بیماری	فرد - مرکز، با استاندارد مراقبتی که بیشتر تکیه بر اندازه‌گیری‌های چندگانه دارد
پرونده‌ها چندان با یکدیگر پیوند نیافته‌اند	داده‌های بی‌نهایت یکپارچه شده که می‌توان از لابلای آنها بهبودی مداوم در راهبردهای مراقبت‌های سلامت را کسب کرد
انتشار گسترده‌ی اطلاعات پزشکی عمدتاً از طریق پزشکان به تنهایی صورت می‌گیرد.	شبکه‌سازی اجتماعی بیماران موجب افزایش تجربیات به اشتراک گذاشته‌ی آنها شده و همچنین بیماران، دانش مربوطه را با مشاوره‌ی پزشکان خودشان انتشار می‌دهند
مراقبت‌های سلامت برپایه‌ی دانش، تقریباً به صورت کامل در درمانگاه‌ها و یا بیمارستان‌ها انجام می‌شود	مراقبت‌های سلامت برپایه‌ی دانش در خانه و نیز در درمانگاه توسط مشتریان مراقبت از سلامت "فعال شده و شبکه‌ای شده" با استفاده از کاربرد اطلاعات بیولوژی سیستمی و ابزارهای اندازه‌گیری بدون سیمی انجام می‌شود.
دانش اکتشافی و دانش پزشکی، به صورت عمده هر کدام فضاهای جداگانه‌ای را به خود اختصاص داده‌اند که به‌صورت اولیه از طریق چاپ مقالات در ژورنال‌های معتبر پزشکی با یکدیگر تماس حاصل می‌نمایند.	دانش اکتشافی و کار طبابت یکپارچه می‌شوند و این عمل از طریق شبکه‌های دیجیتالی و پایگاه‌های داده‌ای ناهمگن انجام می‌شود که داده‌های بالینی را جهت اهداف اکتشافی گردآوری کرده و به صورت کارآمد، اطلاعات پیرامون بیماری‌ها و جمعیت‌های دسته بندی شده به پزشکان، به شکلی مداوم انتشار می‌دهند.

^۱ شبکه‌ی آشوب‌زده‌ی بیماری‌ها، بیماری را تعاملی برخاسته از پیامدهای یکپارچه‌ی ژنتیکی، محیطی و اجتماعی می‌داند.

۴-۴-۱ فرصت‌ها و چالش‌های تحقق این سناریو

اشاره به توسعه‌ی فناوری اطلاعات، شبکه‌سازی، یکپارچه‌سازی دانش، رهیافت‌های میان‌رشته‌ای، ترویج رویکردهای هولستیک و جامع‌نگر به سلامت، تاکید بر نوآوری و خطرپذیری در نقشه‌ی جامع علمی کشور از پیشران‌های تحول و انقلاب در مراقبت سلامت خواهند بود

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری



۵-۱ مقدمه

در دنیای امروز که تغییرات و تحولات شگرف در زمینه‌های مختلف در حال وقوع است، سیستم‌های سازمانی برای کسب موفقیت و همگام شدن با تغییرات باید مجهز به صلاح تفکر آینده‌نگر و راهبردی باشند که علاوه بر شناسایی عوامل و تحولات محیطی در افق زمانی بلندمدت، تاثیر و تعامل آن‌ها را نیز بر آینده‌ی فعالیت‌های خود مشخص سازند (۳۳). نظام سلامت اجزای گوناگون آن نیز از این قاعده مستثنا نیست و نیازمند آن است که به‌طور مداوم تغییرات در حال وقوع که بر سلامت انسان اثرگذار است را رصد کرده و برنامه‌های پیش‌دستانه در مواجهه‌ی موثر با آن‌ها طراحی کند. این درحالی است که در چند دهه‌ی گذشته، مسئولان سلامت نتوانسته‌اند چنین تغییرهایی را پیش‌بینی کنند و بر آن‌ها پیشی گیرند یا پس از وقوع خود را با آن تطبیق دهند. این امر بسیار نگران‌کننده است، زیرا سرعت و تنوع تغییرات رشد جهشی پیدا کرده است. یکی از تغییرات در حال وقوع تاثیرگذار بر حوزه‌ی سلامت، تغییر هرم جمعیت و سالمندشدن جامعه است که اگر به‌درستی برنامه‌ریزی و مدیریت نشود نظام سلامت را با چالش‌های زیادی روبرو خواهد ساخت. از این‌رو، برای داشتن یک نظام مراقبت سالمندی کارآمد، دانستن اینکه چه امکاناتی داریم، در کجا هستیم، نقطه هدفمان چیست و در این مسیر با چه فرصت‌ها و تهدیدهایی روبرو هستیم، ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. لذا این پژوهش با هدف پاسخ به سوالات فوق با رویکرد آینده‌نگاری و روش سناریونگاری طراحی گشت و در فصول قبل مراحل شکل‌گیری آن تا مرحله تدوین سناریو به تفصیل شرح داده شد. در این فصل پایانی سعی شده است یافته‌های مطالعه بر اساس اهداف مطالعه مورد بحث قرار گرفته و با نتایج مطالعات مشابه در دنیا به تفسیر و مقایسه پرداخته شود و در پایان پیشنهادات کاربردی حاصل از پژوهش و پیشنهاد برای پژوهش‌های آتی داده شود.

۵-۲ هدف اول: تحلیل سیاست‌های مراقبت سالمندی در ایران

جهت دستیابی به هدف فوق، تحلیل سیاست‌های مرتبط با سالمندی با رویکرد کیفی انجام شد. سیاست در این منظر، بیانیه‌هایی هستند از بیان اهداف کلان، مقاصد و ابزارهایی که یک چارچوب برای فعالیت‌ها در جامعه فراهم می‌آورند. در واقع بدون سیاست‌های روشن و قابل اجرا امکان ایجاد ناهماهنگی، دوباره‌کاری و ناکارایی وجود دارد. سیاست‌گذاری سلامت و اقدامات مرتبط با آن، آثار مثبت و بسیار قوی بر سلامت انسان‌ها و جوامع دارد. بنابراین اگر قرار است سیاست‌های سلامتی تدوین شده و برای برنامه‌ریزی‌های آینده ملاک عمل قرار گیرد، ضروری است کلیه‌ی موضوعات، عوامل تعیین‌کننده سلامت و

¹ Christian Nevell Bovee

افراد جامعه را دربرگیرد و هر از این موارد به فراخور نیاز جامعه در سیاست‌ها ورود کرده و مبنای عمل برای اقدامات آتی باشد. بررسی برنامه‌ها و سیاست‌های کشور در خصوص سالمندان حاکی از آن است که هر چند جهت‌گیری‌های مثبتی در خصوص سالمندان اخیراً شکل گرفته و تلاش‌های کم و بیشی نیز در حال انجام است، لکن این اقدامات در مقابل سیر پیر شدن جمعیت بسیار ناچیز است و ضعف‌های زیادی قابل مشاهده است. چندانگی و پراکندگی در قوانین، به روز نبودن، عدم پوشش همه‌ی جنبه‌های سالمندی و رویکرد ملایم سیاستگذاران به سالمندی جمعیت، جایگاه ضعیف اداره‌ی سلامت سالمندان برای سیاستگذاری در این حوزه، نبود برنامه‌های منسجم بین‌بخشی و بی‌توجهی به سالمندان در برنامه‌های توسعه‌ای کشور از مهمترین ضعف‌های قانونی در این حوزه هستند. در مستندات مورد بررسی این پژوهش، تنها دو سند سیاسی مختص سالمندان مشاهده گردید، در بقیه‌ی اسناد ذکر شده، به صورت پراکنده و موردی به موضوع سالمندان اشاره شده است. اولین سیاست ملی مصوب مختص سالمندان آیین نامه اجرایی جزء (۵) بند (الف) ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه تحت عنوان تشکیل شورای ملی سالمندان است که سیاستی بین‌بخشی بوده و نهادهای مختلف کشوری از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی در اجرای آن نقش کلیدی داشته‌اند، در واقع یکی از اشکالات سیاست‌های سالمندی، تولید است که به‌طور روشن مشخص نیست چه نهادی متولی اصلی ارائه‌ی خدمات سالمندی است. عدم فعالیت شورای ملی سالمندان پس از گذشت چندین سال از تصویب آن شاهدی بر این ادعاست. سازمان جهانی بهداشت بیان می‌کند که بدون تولید دقیق بر روی ارائه‌ی خدمات، تولید منابع و تامین مالی انحراف بسیاری به‌وجود خواهد آمد که نظام ارائه خدمت را به سمت رفتارهای فرصت‌طلبانه سوق می‌دهد. تولید نه تنها در سایر کارکردها تأثیر می‌گذارد بلکه امکان دستیابی به هر یک از اهداف نظام سلامت را نیز فراهم می‌سازد.

نتایج مطالعه در خصوص بررسی گزارشات عملکرد، صورت‌جلسات و مستندات دبیرخانه شورای ملی سالمندان نشان می‌دهد که تشکیل جلسات متعدد درون و برون سازمانی، راه‌اندازی بنیاد فرزندان در ۵ استان چهارمحال و بختیاری، آذربایجان شرقی، اردبیل، همدان و کرمانشاه، تدوین سند راهبردی سالمندان کشور و چند برنامه‌ی آموزشی خروجی‌های این شورا بوده است که هیچ‌یک هنوز اجرایی نشده است (۲۳۴). همچنین تدقیق بیشتر فعالیت‌های این شورا نشان داد که اکثریت جلسات شورا بدون حضور مقامات اصلی ذکر شده در آیین نامه برگزار شده و با توجه به اینکه در آیین‌نامه مقرر شده بود که هر شش ماه یکبار این شورا در حضور رییس جمهور تشکیل گردد این امر نیز تاکنون رخ نداده است. بررسی مستندات و صورت‌جلسات این شورا نشان می‌دهد بجز جلسه اول در هیچ یک از جلسات رییس شورا که وزیر بهداشت می‌باشد حضور نداشته است و مقامات شرکت‌کننده از نهادهای مختلف در حد نماینده و مشاور، رییس اداره و مدیر کل حضور داشته‌اند (۷). در همین راستا به منظور روشن شدن وظیفه‌ی تولیتی در سال ۱۳۸۹ سازمان بهزیستی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی پیشنهاد تغییر ریاست شورا و انتقال آن به وزیر رفاه را به دولت وقت دادند که با مخالفت وزارت بهداشت و کمیسیون اجتماعی و حقوقی مجلس مواجه

گشت و عنوان شد که این ماده قانونی محدود به زمان اجرای برنامه سوم بوده و چون این ماده در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه تنفیذ نشده قابلیت استمرار ندارد. در سال ۱۳۹۲ پس از روی کار آمدن دولت یازدهم، رئیس سازمان بهزیستی مصوبات قبلی این شورا را برای اقدام به وزیر بهداشت ارسال کرده و وزیر بهداشت در پاسخ به این درخواست ضمن برشمردن ماهیت چندبخشی خدمات مرتبط با سالمندان و لزوم همکاری سازمان بهزیستی و سایر دستگاه‌های مرتبط در امور سالمندی عنوان می‌کند که جایگاه قانونی این شورا و اقدامات مرتبط با آن محدود به دوره‌ی زمانی برنامه سوم توسعه‌ی کشور بوده است و با اتمام برنامه‌ی سوم و عدم تنفیذ مجدد این ماده قانونی در برنامه‌های چهارم و پنجم، شورای فوق جایگاه قانونی ندارد. همچنین به استناد ماده‌ی ۳۶ بند (ب) قانون برنامه پنجم توسعه، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت را در تولیت وزارت بهداشت عنوان کرده و طبق تبصره‌ی ۱ بند (د) ماده‌ی ۳۲ برنامه‌ی پنجم توسعه همه‌ی ارائه‌کنندگان دولتی و غیردولتی خدمات سلامت را موظف به تبعیت از خط‌مشی‌های وزارت بهداشت می‌کند. همچنین بررسی محتوای سیاست شورای ملی سالمندان نشان می‌دهد که در بند (الف) ماده ۹ این آیین‌نامه آمده است که دبیرخانه شورای ملی سالمندان مسئولیت تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت و رفاه سالمندان را برعهده داشته که این امر با مسئولیت وزارت بهداشت در تدوین سیاست‌های سلامت تداخل ماهوی داشته و از نقاط ضعف محتوایی این سیاست در تعیین نقش تولیتی محسوب می‌شود. لازم به ذکر است که سازمان بهزیستی قبل از تصویب نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی (تا تیر ۱۳۸۳) زیر نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌نمود که با تشکیل وزارت رفاه و تامین اجتماعی با همان اساسنامه قبلی زیر نظر وزارت رفاه قرار گرفت و تداخل وظایف در سیاست‌گذاری و اجرا در خصوص سلامت سالمندان پدید آمد و به نظر می‌رسد که در هنگام تدوین قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور به این مسئله توجه نشده و موجب بروز مشکلات عدیده و موازی کاری‌های متعدد در حوزه سلامت سالمندان شده است.

در همین راستا وزارت بهداشت به منظور انسجام بخشیدن به خدمات سالمندی، اقدام به تدوین سند ملی سلامت، رفاه و منزلت سالمندان (۱۶) بر اساس الگوی ایرانی-اسلامی کرده است که این سند در سال ۱۳۹۱ به تایید هیات وزیران و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسیده است اما به دلیل تداخل آن با برنامه‌های شورای ملی سالمندان و همپوشانی بسیاری از بندهای آن با بندهای سند ملی سالمندان هنوز به سازمان‌های ذی‌ربط ابلاغ نشده است و بنا به ادعای مدیران سازمان بهزیستی قرار است این دو سند باید با یکدیگر تجمیع شده و همزمان با تصویب برنامه‌ی ششم توسعه اجرایی گردد.

به نظر می‌رسد که نبود مقامات اصلی شورا می‌تواند تاثیر بسیار زیادی بر هویت بین بخشی شورای ملی سالمندان داشته و مصوبات آن را کم اثر کند. وزارت بهداشت بطور کلی زمان اجرای این آیین‌نامه و ماده ۱۹۲ قانون برنامه توسعه سوم را پایان یافته دانسته و چنین شورایی را قانونی نمی‌داند. با توجه به محتوای این سیاست در بند الف ماده ۹ این آیین‌نامه آمده است که دبیرخانه شورای ملی سالمندان مسئولیت تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سلامت و رفاه سالمندان را برعهده داشته که

این امر با مسئولیت وزارت بهداشت در تدوین سیاست‌های سلامت تداخل ماهوی داشته و از نقاط ضعف محتوایی این سیاست محسوب می‌شود. یکی از اقداماتی که می‌باید در راستای این سیاست انجام شود بررسی و اصلاح اساسنامه سازمان‌هایی است که قبل از تصویب این سیاست زیر نظر سایر وزارتخانه‌ها فعالیت می‌کردند. سازمان بهزیستی که قبل از تصویب این سیاست زیر نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌نمود با همان اساسنامه قبلی زیر نظر وزارت رفاه قرار گرفت و تداخل وظایف در سیاست‌گذاری و اجرا در خصوص سلامت سالمندان پدید آمد و به نظر می‌رسد که در هنگام تدوین قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور به این مسئله توجه نشده و موجب بروز مشکلات عدیده و موازی کاری‌های متعدد در حوزه سلامت سالمندان شده است.

همچنین بررسی اسناد بالادستی مرتبط با سالمندان حاکی از آن است که هیچگونه قوانین و سیاست‌های حمایتی برای حفظ ارزش و جایگاه سالمندان در جامعه وضع نشده است (۱۸۸) و به ادعان یکی از اعضا کمیسیون اجتماعی مجلس شورای اسلامی حقوق سالمندان در قوانین فراموش شده است و علی‌رغم توصیه‌های فراوان قرآن کریم و اسلام (۲۳۸) به تکریم سالمندان، تفاوت فاحشی در جایگاه سالمندان در اسلام و قوانین کشور وجود دارد. همینطور با توجه به تغییرات ساختاری و فرهنگی در جامعه و تبدیل شدن جامعه سنتی به جامعه‌ی مدرن که موضوع تداوم و پیوستگی ارزش‌ها و روابط بین‌نسلی را حیاتی جلوه می‌دهد، برای انتقال تجارب و ارزش‌های این نسل به نسل‌های بعدی هنوز طرح و برنامه‌ای منسجم و عملیاتی وجود ندارد، تنها پیرو بند ۷ سیاست‌های جمعیتی (۱۹۵)، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری به تکریم سالمندان و بازنشستگان و توسعه‌ی خانه‌های امید در شهرها ملزم شده‌اند و برای سایر نهادهای جامعه هیچگونه برنامه‌ای در نظر گرفته نشده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد ژاپن به عنوان کشوری سالمند، قانون مدافع بزرگسالان را برای حفظ ارزش‌ها و حقوق سالمندان وضع کرده است (۲۳۹). سازمان جهانی بهداشت از نبود طرح‌های حمایت اجتماعی سالمندان در کشورهای درحال توسعه، ابراز نگرانی کرده و بر تدوین و اجرای هرچه زودتر طرح‌های حمایت اجتماعی در کشورهای مزبور تأکید زیادی کرده است. ایالات متحده‌ی امریکا قانون حمایت از سالمندان^۱ را به منظور حمایت از حقوق و منافع سالمندان و زندگی با کیفیت همراه با ارزش و احترام در جامعه در سال ۲۰۱۲ مشتمل بر ۳ فصل و ۱۸ اصل تدوین کرده است (۲۴۰).

بررسی اسناد بالادستی مرتبط با سالمندان نشان می‌دهد که تأمین مالی (جمع‌آوری، انباشت و خرید) مراقبت‌های مورد نیاز سالمندی باید از طریق پوشش همگانی بیمه صورت گیرد. اصل ۲۹ قانون اساسی، صراحتاً به برخورداری از تأمین اجتماعی به صورت حق همگانی تأکید کرده است و دولت را مکلف نموده است تا از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، مراقبت‌های بهداشتی-درمانی و حمایتی را از افراد مزبور به عمل آورد. همچنین در راستای اجرای اصل فوق از قانون اساسی، ماده‌ی ۳ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، دولت را موظف به گسترش نظام بیمه‌ی همگانی با اولویت دادن به زنان بیوه و سالخورده کرده است. نتایج بررسی اسناد بالادستی حاکی از آن است که هیچگونه بیمه‌ی اجتماعی

^۱ The Protection of the Elderly Model Law

فراگیر مختص سالمندان وجود ندارد. سالمندانی هم که به واسطه‌ی بازنشستگی از بیمه برخوردار هستند بیمه‌ای مشابه سایر اقشار دارند که بسیاری از خدمات مراقبتی سالمندی را تحت پوشش قرار نمی‌دهد. همچنین در بند (ج) ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه با عنوان «سامانه‌ی خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت و محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع بر یکپارچگی و جامعیت بیمه درمان پایه اشاره شده است که تا هنگام نگارش این رساله که برنامه پنجم در سال پایانی خود است این ماده قانونی هنوز در کشور اجرایی نشده است. بررسی سیاست‌ها و برنامه‌های کشورهای توسعه‌یافته مانند اعضای اتحادیه اروپا، و ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که سالمندان تحت پوشش کامل حمایت‌های اجتماعی و بیمه سلامت کامل می‌باشند. مطالعات نشان می‌دهد که در تمامی کشورهای عضو اتحادیه اروپا سالمندان تحت حمایت کامل اجتماعی قرار داشته و از پوشش کامل استفاده از خدمات سلامت برخوردار هستند. سوئد به عنوان کشوری که بیش از ۵۰ سال از مواجه شدن آن با پدیده سالمندی می‌گذرد توانسته است با اتخاذ سیاست‌های مناسب، سلامت سالمندان و کیفیت زندگی آنان را ارتقا دهد. سیاست‌های ملی سوئد بر زندگی داوطلبانه سالمندان در خانواده با موافقت هم سالمند و هم خانواده تاکید می‌نماید. سیاست‌های ملی سوئد بیشتر بر این هدف تکیه دارد که سالمندان بصورت مستقل و بدون نیاز به کمک دیگران به زندگی خود ادامه دهند و خدمات اجتماعی و بهداشتی درمانی با در نظر گرفتن احترام کامل آنان ارائه گردد (۶۹). به عنوان یک سیاست کلان در آمریکا در سال ۲۰۰۰ میلادی برنامه مردم سالم آمریکا برای سال ۲۰۱۰ طراحی و اجرا شده است و در ابعاد مختلف برای اصلاح سبک زندگی و سالمند شدن سالم، برنامه‌ها و مداخلات را در سطح ملی مشخص نموده است. گرچه در این سیاست هیچ یک از شاخص‌ها بطور مستقیم در خصوص سالمندان هدفگذاری نشده است، اما بسیاری از برنامه‌های آن بر جمعیت سالمندان تاکید و تمرکز دارد (۲۴۱). یک سیاست کلان دیگر برنامه مدیکیر^۱ است که بصورت اختصاصی، سیاستی است که برای سلامت سالمندان در آمریکا، استرالیا و کانادا و برخی کشورهای دیگر تدوین و اجرا شده است. در این برنامه پوشش هزینه‌های درمانی گروه‌های جمعیتی خاص از جمله سالمندان استفاده می‌شود (۲۴۲).

مستقل بودن و ضعف ارتباطی بین سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت به عنوان دو ساختار اصلی ارائه‌دهنده‌ی خدمات سالمندی باعث شده که منابع مالی تخصیص شده به بخش سالمندان بین این دو دستگاه تقسیم شده و بخشی از آن در اختیار وزارت بهداشت به عنوان نهاد اصلی سیاست‌گذار قرار نگیرد. همچنین با کلید خوردن طرح تحول سلامت از سال ۱۳۹۳ و تخصیص بودجه‌ی بیشتر به بخش درمان، سهمیه‌بندی خاصی که مختص سالمندان باشد دیده نشده است در حالیکه براساس نتایج مطالعات متعدد، هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی در دهه‌ی آخر عمر یا پنج سال آخر عمر نسبت به سایر گروه‌های سنی سهم بیشتری را به خود اختصاص داده است، لازم است که در سیاستگذاری‌ها و تخصیص بودجه‌های مورد توجه قرار گرفته شود.

^۱ Medicare

پیمایش میدانی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در خصوص مشکلات سالمندان در کشور نشان می‌دهد که درصد چشم‌گیری از سالمندان از جهت تامین هزینه‌های زندگی خود به دیگران وابسته‌اند این در حالی است که در اسناد بالادستی بررسی شده، توجه و حمایت مالی از سالمندان کم‌درآمد، ناتوان و از کارافتاده به کرات مورد تاکید قرار گرفته است (۲۴۳). به عنوان مثال تبصره ۱۲ قانون برنامه دوم توسعه‌ی کشور به پرداخت مستقیم کمک‌معاش ماهیانه به اقشار کم‌درآمد از محل اعتبارات فصل تامین اجتماعی اشاره کرده است. مطالعه‌ی سیاست‌های کشورهای اروپایی و ژاپن، که پیش‌تر، سالمندی جمعیت را تجربه کرده‌اند، نشان می‌دهد که هزینه‌ی ارائه‌ی خدمات سالمندی در این کشورها از طریق مالیات تامین می‌شود. به عنوان مثال در ژاپن ۲۵٪ هزینه‌ها توسط دولت مرکزی، ۱۲٫۵٪ توسط دستگاه‌ها و سازمان‌ها، ۱۲٫۵٪ توسط شهرداری پرداخت می‌شود (۲۴۴) در این کشور شهروندان سالمند به دلیل شرایط مطلوب موجود در جامعه نه تنها دوران سالمندی سالم و موفق را سپری کرده بلکه در فرایند توسعه اقتصادی ژاپن نیز سهم بسزایی دارند، رشد شتابان اقتصادی ژاپن با وجود سالمند بودن جمعیت شاهدهی بر این ادعاست. در ایران سازمان بهزیستی، کمیته‌ی امداد و مراکز خیریه، هزینه‌های خدمات را برای سالمندان بی‌بضاعت پرداخت می‌کنند به این ترتیب که سازمان بهزیستی با پرداخت مقداری هزینه‌ی معین به عنوان یارانه به مراکز نگهداری خصوصی یا خیریه، خدمات سالمندی را از آنها خریداری می‌کند و به این بوسیله از سالمندان کم-بضاعت حمایت می‌کند. اما چنانچه سالمندان به مراقبت بیشتر نیاز داشته باشند این سازمان هزینه‌ی مراقبت‌های بیمارستانی و تحت حاد آن‌ها را متقبل نمی‌شود که همین امر کمیت و کیفیت ارائه‌ی خدمات سالمندی را در کشور با چالش روبرو کرده است.

نتایج بررسی اسناد بالادستی مرتبط با سالمندان در خصوص ارائه‌ی خدمات سالمندی بیانگر آن است که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خدمات حمایتی و بازتوانی توسط سازمان بهزیستی، رسیدگی به سالمندان بی‌بضاعت، ناتوان و کم‌درآمد توسط سازمان بهزیستی و کمیته‌ی امداد امام خمینی صورت می‌گیرد. در واقع سازمان یا نهادی که خدماتی جامع و یکپارچه به سالمندان ارائه دهد وجود ندارد و بین سازمان‌های متولی گفته شده عدم شفافیت وظایف نیز وجود دارد. گزارش ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت ارائه‌ی خدمات سلامت را اصلی‌ترین کارکرد نظام سلامت عنوان کرده و هر گونه نارسایی‌هایی در این کارکرد را ناشی از سازماندهی نامناسب نظام سلامت و مهره‌چینی غلط در میان نقش‌آفرینان ارائه‌ی خدمات قید می‌کند (۲۴۵). بررسی مستندات سالمندی در ایران نشان داد که علی‌رغم تاکید اسناد بالادستی بر ترکیب توانمندی‌ها و مشارکت تمامی بخش‌های دولتی و خصوصی و نهادهای غیردولتی در ارائه‌ی خدمات سالمندی، هیچ نهاد و تشکیلاتی برای هماهنگی، برنامه‌ریزی و هدایت فعالیت‌های مرتبط با سالمندان وجود ندارد. تنها در سند سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایرانی به نقش وزارت بهداشت در تصویب برنامه‌های مربوط به سالمندان در دستگاه‌های اجرایی و هماهنگی بین دستگاه‌های اجرایی برای سازماندهی امور سالمندان و اجرای برنامه‌های تعریف شده، اشاره شده است

که این سند همانطور که قبلاً نیز گفته شد با گذشت بیش از سه سال از تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی هنوز تصویب نهایی نشده است. همچنین تنها در سند پیشگفت است که سطح‌بندی خدمات سالمندی مطابق با زنجیره‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی سازمان جهانی بهداشت صورت گرفته است.

بررسی اسناد بالادستی در خصوص سازماندهی و ساختارهای ارائه‌ی خدمات سالمندی نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری در خصوص مراقبت‌های سالمندان در وزارت بهداشت تنها توسط یک اداره‌ی کوچک به‌نام اداره‌ی سلامت سالمندی صورت می‌گیرد که از لحاظ تشکیلات سازمانی یک اداره، نازل‌ترین شکل تشکیلات می‌باشد، بنابراین می‌توان استنباط کرد که این نوع تشکیلات سازمانی در کاستی‌های سیاست‌های سالمندی بی‌تاثیر نبوده است. از طرف دیگر، ساختار ارائه خدمت سالمندی در سازمان بهزیستی به صورت یک نهاد سیاست‌گذار با نام دبیرخانه‌ی شورای ملی سالمندان و یک سری واحدهای اجرایی تحت عنوان مراکز نگهداری از سالمندان است. بررسی‌های نشان می‌دهد در کشورهای کانادا و امریکا ارائه‌ی خدمات مراقبتی سالمندان، تحت نظارت شبکه‌ی سلامت عمومی و خدمات سالمندی می‌باشد که وزارتخانه‌های رفاه و سالمندی، انجمن پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، انجمن آژانس‌های سالمندی و واحدهای سالمندی ایالتی این شبکه را پشتیبانی می‌کند (۲۴۶).

تحلیل سیاست‌های سالمندی در خصوص تولید منابع (منابع انسانی، سرمایه‌ی فیزیکی و مواد مصرفی) نشان می‌دهد که تنها سند ملی ارتقاء سلامت، رفاه و منزلت سالمندان است که به‌طور مستقیم به موضوع تولید منابع اشاره کرده است. در این سند تامین نیروی انسانی مورد نیاز مراقبت‌های سالمندی در قالب طب سالمندی، پرستاری سالمند، مددکاری سالمند، توانبخشی سالمند، روانشناسی و روانپزشکی سالمند، طب تسکینی و دندانپزشکی سالمندان و بازنگری کوریکولوم‌های آموزشی رشته‌های مرتبط برای گنجاندن محتوای مرتبط با سالمندی اشاره شده است (۱۱۶). در همین راستا در سند تحول و نوآوری آموزش پزشکی، توسعه‌ی طب سالمندی و احداث بیمارستان‌های سالمندی به‌عنوان مأموریت ویژه تا پایان سال ۹۵ در نظر گرفته شده است. بررسی اسناد در خصوص سرمایه‌ی فیزیکی و مواد مصرفی مورد نیاز سالمندان نشان داد که تنها در سند ارتقای سلامت، رفاه و منزلت سالمندان به این موضوع اشاره شده است (۱۹۷).

۵-۳ هدف دوم: مطالعه‌ی کیفی - شناسایی چالش‌های مراقبت‌های سالمندی در ایران

بخش دوم این پژوهش شناسایی چالش‌های موجود مراقبت‌های سالمندی در ایران بر اساس یک مطالعه‌ی کیفی بود. در این مطالعه‌ی سعی گردید مهم‌ترین چالش‌های مرتبط با مراقبت سالمندی در ایران با مراجعه به مطلع‌ترین افراد شناسایی گردد. پس از تحلیل نتایج، در مجموع پنج چالش مرتبط با ارائه‌ی مراقبت‌های سالمندی استخراج گردید. چالش‌های مرتبط با تولید، چالش‌های مرتبط با دسترسی، چالش‌های یکپارچگی، چالش‌های مرتبط با زیرساخت‌های فنی و چالش‌های مرتبط با ارائه‌ی خدمات سلامت تم‌های اصلی این مطالعه‌ی کیفی بودند.

مطالعات نشان می‌دهد که موضوع مراقبت‌های سالمندی و اتخاذ سیاست‌گذاری‌های صحیح در مورد آن در حال حاضر یک نگرانی مشترک جهانی است. اما این نگرانی در کشورهای در حال توسعه از آن جهت که زمان کمتری برای تطابق با پیامدهای آن دارند از فوریت بیشتری برخوردار است. نتایج این پژوهش نشان داد که وضعیت فعلی سیاست‌گذاری مراقبت‌های سالمندی در کشور از مقبولیت لازم برخوردار نیست و دو نقش‌آفرین اصلی امور سالمندی یعنی وزارت بهداشت و وزارت رفاه در این خصوص نه تنها تعامل مناسبی با یکدیگر ندارند بلکه در تقابل با یکدیگر نیز عمل نموده و هریک بسته به قدرت و اختیاری که دارد خود را متولی اصلی این امر می‌داند. عدم فعالیت شورای ملی سالمندان بعد از چندین سال که از تصویب قانونی آن می‌گذرد خود شاهی بر این ادعاست.

احمدی و همکاران سیاست‌گذاری واحد در مراقبت‌های سالمندی را عاملی مهم در تدوین برنامه‌های مراقبتی، هدایت منابع و دستیابی اثربخش به اهداف سلامت سالمندی توصیف کردند و با بیان اینکه جمعیت ایران به سرعت در حال پیر شدن است و سیاست‌گذاران بی‌درنگ باید از فرصت کوتاهی که تا سالخورده شدن جمعیت باقی مانده است، بیشترین استفاده را ببرند، نخستین گام در این راه را، همکاری نزدیک سازمان‌های مجری در تدوین سند راهبردی واحد و منطبق بر شرایط جدید دانستند که در آن به صراحت وظایف هر سازمان مشخص شده باشد (۷). یافته‌های پژوهش همچنین عدم توجه به محتوا و زمینه‌ی سیاست را در فرایند سیاست‌گذاری نشان می‌دهد. در همین راستا سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۰۰ بر این نکته اذعان دارد که کشورهای در حال توسعه علی‌رغم تدوین برنامه‌ها و سیاست‌های عالی در اجرا و ارزیابی آن‌ها با مشکل مواجه هستند زیرا در فرایند سیاست‌گذاری به تمام عوامل، شرایط، امکانات و زمینه‌های بومی خود توجه نمی‌کنند (۲۴۵). این در حالی است که ارزش یک سیاست به قابلیت اجرایی بودن آن است. فقدان توجه به ذی‌نفعان و مشارکت نقش‌آفرینان در فرایند سیاست‌گذاری از دیگر مشکلات بیان شده بود. لاگومارسینو و همکاران^۱ نبود زیرساخت‌های جمع‌آوری اطلاعات از ارائه‌دهندگان مراقبت و نبود فرصت همکاری بین ذی‌نفعان را از چالش‌های سیاست‌گذاری در کشورهای کمتر توسعه یافته عنوان می‌کند (۲۴۷). درحالی‌که واضح است اگر سیاستی با مشورت تمامی گروه‌های ذی‌نفع و نقش‌آفرین تدوین شود احساس

^۱ Lagomarsino, Gina, et al.

مسئولیت و ضمانت اجرایی بیشتری را با خود به همراه دارد. بنابراین استفاده از تجارب متخصصان و کارشناسانی که درگیر کار اجرایی هستند و به مشکلات عینی و اجرایی آگاهی دارند می‌تواند از دوباره‌کاری‌ها بکاهد و نتایج بهتری را به بار آورد.

از دیگر چالش‌های شناسایی شده در ارائه مراقبت‌های سالمندی دسترسی آنان به خدمات است که انتزاع گزاره‌های کلامی سه نوع دسترسی اقتصادی، فرهنگی و جغرافیایی را در کشور نشان می‌دهد. بررسی مراقبت‌های سالمندی در کشور هندوستان که به‌منظور دسترسی آسان سالمندان به خدمات پیشگیرانه در قالب نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، گروهی از کارکنان آموزش دیده‌ی سلامت را ملزم به ویزیت‌های خانگی از سالمندان کرده‌اند (۲۴۸). در حالیکه نتایج مطالعه ما نشان داد که سالمندان پیر با سطح ADL پایین که نمی‌توانند از منزل خارج شوند از دریافت خدمات سلامت محروم هستند و هیچگونه تسهیلاتی برای دسترسی آن‌ها به خدمات مراقبتی صورت نگرفته است. همچنین وضعیت نامناسب اقتصادی-معیشتی سالمندان کشور از دیگر موانع یاد شده در دسترسی به خدمات بود. در تایید این یافته، گزارش مجلس شورای اسلامی ایران در خصوص وضعیت اقتصادی سالمندان بیانگر آن است که حدود ۲۵٪ سالمندان از هیچگونه حمایت بیمه‌ای برخوردار نیستند و بسیاری از خدمات مراقبتی سالمندان تحت پوشش بیمه‌های پایه نمی‌باشد و همین امر موجب تنگ شدن دایره بهرمندی سالمندان از خدمات مورد نیازشان شده است (۲۵). مرور تجربیات کشورهای عضو اتحادیه اروپا نشان دهنده پوشش کامل سالمندان در استفاده از خدمات سلامت است (۱۵۸). بنابراین به نظر می‌رسد باتوجه به افزایش چشم‌گیر هزینه‌های درمانی و توانبخشی در آینده طراحی و پوشش کامل بیمه از مراقبت سالمندی در کشور نیازی است که بیش از گذشته احساس می‌شود و بهتر است در شرایط فعلی از پنجره‌ی فرصت^۱ جوانی جمعیت در جهت استقرار پوشش همگانی بیمه مراقبتی سالمندان بهره گرفت.

براساس نتایج مطالعه، زیرساخت‌ها و منابع فیزیکی، انسانی و اطلاعاتی مورد نیاز مراقبت سالمندی در کشور در تمام سطوح مراقبت با کاستی‌هایی روبرو است. تجارب کارشناسان مراکز بهداشتی حاکمی از ناموفق بودن برنامه‌ی مراقبت‌های ادغام یافته‌ی سالمندی در سطح مراکز بهداشتی است چرا که ساختار این مراکز از گذشته‌های دور برای ارائه‌ی خدمات بهداشتی مادر و کودک طراحی شده و در این جایگاه نیز خدمات بسیار اثربخشی را نیز ارائه داده است اما امکانات، منابع و زیرساخت‌های آنها پاسخگوی نیازهای متنوع سالمندی نمی‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که این وضعیت در بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط مشهود است و ساختارهای فعلی، پاسخگوی ارائه‌ی خدمات سالمندی نیست. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که نیروی انسانی متخصص سالمندی به عنوان یکی از اجزای مهم مراقبت در کشور بسیار اندک و انگشت شمار است و پاسخگوی نیازهای سالمندان نمی‌باشد. شواهد نشان می‌دهد که کشورهای توسعه‌یافته تربیت مراقبین خانگی را به منظور جبران بخشی از نیروی انسانی مورد نیاز سالمندی در پیش گرفته‌اند که به نظر می‌رسد راه‌حل تربیت نیروهای حدواسط و مهارتی در کشورهای در حال توسعه نیز بتواند راهگشا باشد.

^۱ Opportunity Window

یکی از اجرای مهم ارائه‌ی خدمات سالمندی که سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت و بازتعریف آن تاکید کرده است اصل "یکپارچگی و هماهنگی خدمات بهداشتی و اجتماعی" است چرا که معتقد است سلامت به‌تنهایی راه‌حل ارتقای سالمندی فعال نیست و مشارکت کلیه‌ی ارکان جامعه مورد نیاز است. نتایج بررسی ما در این خصوص نشان داد که سالمندان خدمات مراقبتی خود را ناهماهنگ، پراکنده و حتی گیج‌کننده دریافت می‌کنند و هیچگونه ارتباط مشخصی بین خدمات بهداشتی و اجتماعی وجود ندارد. در حالیکه پانل منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت مراقبت سالمندان را به صورت یک مدل کلی مشتمل بر خدمات اجتماعی-اقتصادی با اولویت PHC پیشنهاد داده که تا سال ۲۰۲۱ در کشورهای EMRO اجرا شود(۴۴).

مفهوم اصلی دیگری که از نتایج این تحقیق تبیین گردید مفهوم خدمات مراقبت سلامت محور بود. تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که تمرکز اصلی برنامه‌های وزارت بهداشت بر درمان است تا پیشگیری و حجمی عظیمی از بودجه سلامت کشور صرف بیمارستان و خدمات درمانی می‌شود. گزارش ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت با عنوان "مراقبت‌های اولیه سلامت، حالا بیشتر از هر زمان دیگر"^۱ نشان می‌دهد که نسبت عظیمی از منابع نظام‌های سلامت صرف خدمات درمانی پرهزینه می‌شود در حالیکه پیشگیری و ارتقا سلامت می‌تواند تا ۷۰ درصد از بار جهانی بیماری بکاهد(۲۴۹). لذا به نظر می‌رسد برای اینکه نظام سلامت بتواند پاسخگوی الگوی تغییر یافته‌ی بیماری‌ها، کنترل بیماری‌های غیرواگیر و افزایش بار بیماری ناشی از این بیماری‌ها و سایر مشکلات روانی و اجتماعی باشد باید رویکرد "سالمندی و دوره‌ی زندگی" را در راس برنامه‌های خود قرار دهد. زیرا در این رویکرد به‌جای توجه صرف بر مراقبت‌های پزشکی به اهمیت تعاملات اجتماعی، خودمراقبتی و لزوم حمایت‌های اجتماعی برای ادامه‌ی زندگی مستقل سالمندان در کنار خانواده تاکید شده است. در این راستا مراکز مراقبت جامعه‌محور همچون مراکز نگهداری روزانه^۲ و مراکز نگهداری موقت^۳ از جمله ساختارهای حمایتی هستند که در تضمین سالمندی در محل نقش بسزایی دارند. نتایج مطالعه‌ی ما نشان داد که ساختارهای فوق در کشور از رونق کافی برخوردار نیستند و خدمات متنوع پزشکی، آموزشی و حمایتی را ارائه نمی‌دهند. گزارش صندوق جمعیت سازمان ملل در ایران، از جمله دلایل عدم گسترش و استقبال این مراکز را تحت پوشش نبودن هزینه‌های این مراکز در بیمه‌های پایه و مکمل توصیف کرده و اضافه می‌کند که آنچه تحت عنوان خدمات مراقبتی در کشور وجود دارد معطوف به سالمندان معلول و نیازمند است. مرور مطالعات نشان می‌دهد که مراکز مراقبت جامعه‌محور بازوی کمکی خانواده‌ها در مراقبت سالمند بوده است و علاوه بر اینکه در کاهش استرس و سلامت روانی مراقبین آنها تاثیرگذار بوده است در سلامت و مشارکت اجتماعی سالمندان در جامعه نیز موثر بوده است و خطر انزوا و تنهایی آن‌ها را به طور چشم‌گیری کاهش داده است.

^۱ WHO, Primary Health Care: Now More than Ever. 2008

^۲ Adult Day Service (ADS)

^۳ Respite Care

بررسی یافته‌های پژوهش در خصوص ارائه‌ی خدمات درمانی و توانبخشی سالمندان حاکی از آنست که سالمندان هنگام مراجعه به بیمارستان و مراکز درمانی همانند سایر گروه‌های سنی پذیرش می‌شوند، هیچگونه سیستم اولویت‌بندی برای آنان وجود ندارد، بخش درمانی خاص سالمندان وجود ندارد، کمبود جدی در متخصصین طب سالمندی و تخصص‌های وابسته وجود دارد و ارزیابی جامع سالمندی در خصوص آن‌ها اجرا نمی‌شود. بارنز و همکاران^۱ با بررسی سالمندان پذیرش شده در بخش تخصصی مراقبت حاد سالمند^۲ دریافتند که سالمندان در این بخش تحت نظر یک تیم بین‌رشته‌ای متشکل از طب سالمندان، پرستار سالمندی، مددکار اجتماعی و فیزیوتراپ خدمات مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند و در مقایسه با سالمندان پذیرش شده در یک بخش عمومی علاوه بر کمتر بودن مدت اقامت، توانایی عملکردی بهتر و پذیرش مجدد کمتری دارند (۲۵۰). پالمر^۳ نیز در مطالعه‌ی خود بخش تخصصی سالمندان را محیطی آماده، مراقبت‌محور و استاندارد برای پذیرش سالمند ارزیابی می‌کند که در آن سالمند با بررسی جامع سالمندی در پایین‌ترین سطح ریسک بیماری‌های درمان‌زاد^۴ و افت عملکردی قرار می‌گیرد و قبل از ترخیص نیز تیم ارزیاب توصیه و پیگیری‌های لازم را برای ادامه‌ی زندگی در منزل و یا خانه‌های سالمندی ارائه می‌دهد (۲۵۱). بنابراین ضروریست با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندی و افزایش متعاقب بیماری‌های غیرواگیر توسعه‌ی و تجهیز بیمارستان‌های کشور به خدمات سالمندی در اولویت کار متولیان نظام سلامت قرار گیرد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که خدمات ارائه شده در خانه‌های سالمندان از استانداردهای لازم برخوردار نیست و زندگی در آنجا کاملاً منفعل و با روزمرگی همراه است و طرح مراقبت متناسب با شرایط هر سالمند نیست و در واقع نوعی رفع تکلیف است. رحیمی نیز در پژوهش خود نشان داد که مراقبت‌های ارائه شده در سراهای سالمندی در ایران بر اساس اقدامات روتین و بیشتر با توجه به وضعیت فیزیکی و رفع نیازهای آنی سالمندان می‌باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد با توجه با روندهای شهرنشینی، مهاجرت، اشتغال زنان، هسته‌ای شدن خانواده‌ها و تضعیف شبکه‌ی حمایت‌های خانوادگی احتمال تقاضا برای خانه‌های سالمندان در آینده غیرقابل اجتناب است و باید برای ارتقای کیفیت خانه‌های سالمندان و مناسب سازی آن‌ها با نیازها و انتظارات سالمندان آینده از هم اکنون کوشید. با اینحال به نظر می‌رسد در تفسیر این یافته احتیاط بیشتری لازم است به آن دلیل که شرایط و پیشینه‌ی فرهنگی هر جامعه در پذیرش و عدم پذیرش این مسئله کاملاً متفاوت است.

¹ Deborah E. Barnes

² Unit for Acute Care of the Elderly (ACE Unit)

³ Palmer RM

⁴ Iatrogenic

۵-۴ هدف سوم: تحلیل روند

مهم‌ترین روندهای استخراج شده در حوزه اجتماعی و تاثیرات آنها بر الگوی مراقبت‌های سالمندی شامل تغییر الگوی بار بیماری‌ها، افزایش بروز بیماری‌های مزمن، سبک زندگی صنعتی و بی‌حرکی، الگوهای غذایی ناسالم، افزایش سطح تحصیلات و سواد، زنده شدن سالمندی، افزایش ناهنجاری‌های اجتماعی مانند طلاق، بزهکاری و اعتیاد، افزایش افسردگی، افزایش مصرف‌گرایی و افزایش شهرنشینی و بالطبع آن افزایش حاشیه‌نشینی و تهدیدهای آن برای سلامتی جامعه می‌باشد. موسسه رند^۱ در گزارشی تحت عنوان تحلیل روندهای اجتماعی جهان تا سال ۲۰۳۰^۲، افزایش طبقه متوسط، افزایش جمعیت سالمندی، اشتغال و تغییر بازار کار، تاثیر الگوهای مهاجرت بر جامعه و جوامع متصل و افراد توانمند را بزرگترین روندهای آتی معرفی کرده است. همچنین این گزارش افزایش نابرابری، شکل‌گیری طبقه جدیدی از مشتریان، تطابق با واقعیت‌های دموگرافیکی جدید و فرصت‌های نامتعادل برای توانمندسازی فردی را از نتایج و پیامدهای روندهای پیش‌گفت احتساب می‌کند (۲۵۲). بن ول و همکاران^۳ در بررسی روندهای اجتماعی موثر بر چاقی جمعیت در استرالیا با استفاده از تکنیک دلفی در دو راند (در راند اول شناسایی مولفه‌های تاثیرگذار و در راند دوم رتبه‌بندی هریک از عوامل شناسایی شده) مهمترین روندهای اجتماعی تاثیرگذار در چاقی را به ترتیب "افزایش وابستگی به خودرو"، "افزایش مشغله و کمبود وقت" و "افزایش استفاده از فست فودها" شناسایی کرد (۲۵۳).

گزارش روندها و چالش‌های مراقبت بهداشتی، تغییرات دموگرافیکی و افزایش نرخ بیماری‌های مزمن را پیشروانی در جهت تغییر ساختارهای ارائه خدمات معرفی می‌کند در این گزارش شکل‌گیری شبکه‌ای از بیمارستان‌های کوچک و کلینیک‌های مراقبت اولیه در نزدیکی محل زندگی افراد ضروری عنوان شده است که البته هماهنگی و یکپارچگی جریان اطلاعات در این شبکه‌های محلی را نیز لازمه مدیریت موثر آن بیان شده است. گزارش مجمع جهانی اقتصاد در بررسی سناریوهای آینده‌ی بازنشستگی و مراقبت‌های بهداشتی سالمندان روندهای شهرنشینی، مهاجرت‌های داخلی، تغییر الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های واگیردار و عفونی به بیماری‌های غیرواگیر و مزمن و کاهش حمایت‌های سنتی خانواده‌ها از سالمندان را از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر مدیریت سیستم‌های بازنشستگی و مراقبتی سالمندان عنوان کرد (۲۵۴).

سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که تا سال ۲۰۲۰، تقریباً سه چهارم تمامی مرگ‌های جهان به دلیل بیماری‌های مزمن باشد. این همه‌گیری تنها به کشورهای توسعه‌یافته اختصاص ندارد و در کشورهای در حال توسعه نیز رو به فزونی است. بطوریکه تخمین زده می‌شود بیش از ۷٪ مرگ‌ومیرهای کشورهای در حال توسعه ناشی از آریتمی‌های قلبی، فشارخون، دیابت و سرطان باشد. بنابراین این روند تغییر الگوی بیماری‌ها یک تقاضای افزایشی از مراقبت را ایجاد خواهد کرد. در همین راستا، بررسی ده علت اول منجر به مرگ در افراد بالای ۶۰ سال در کشور نشان داد که به ترتیب شامل سکته‌ی قلبی، سکته‌ی مغزی،

¹ Rand Institute

² An Analysis of Global Societal Trends to 2030

³ Cathy Banwell et al

سوانح و تصادفات، دیابت، فشارخون، بیماری‌های مزمن ریه، سرطان معده، نارسایی کلیه، سرطان ریه و زوال عقل نشان‌دهنده‌ی روند رو به رشد بیماری‌های مزمن و غیرواگیر در کشور است که چنانچه مداخله‌ی موثری در جهت کاهش و بهبود آن گرفته نشود، آینده‌ی مراقبت‌های سلامت را سمت و سوی متفاوتی خواهد داد (۲۵۵). سازمان جهانی بهداشت در گزارش جهانی وضعیت بیماری‌های غیرواگیر در سال ۲۰۱۰^۱، چهار بیماری قلبی و عروقی، بیماری‌های مزمن تنفسی، سرطان و دیابت را اصلی‌ترین بیمارهای منجر به مرگ در سراسر جهان معرفی کرده است که رژیم‌های غذایی ناسالم، عدم فعالیت فیزیکی و مصرف دخانیات و الکل را از عوامل خطری این بیماری‌ها عنوان کرده است. براساس این گزارش، ۴۰٪ از علل منجر به مرگ در افراد زیر ۷۰ سال در ایران به دلیل بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد (۲۵۶). بررسی برنامه‌ی اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در منطقه‌ی آسیای جنوب شرقی برای سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ نشان می‌دهد که سالمندی جمعیت، شهرنشینی غیربرنامه‌ریزی شده، اثرات منفی جهانی سازی، سواد پایین و فقر از عوامل اصلی منتسب به بیماری‌های غیرواگیر در منطقه‌ی مورد مطالعه است (۲۵۵).

مطالعات نشان می‌دهد که شیوع و بروز چشم‌گیر بیماری‌های غیرواگیر خصوصاً در دهه‌های اخیر سبب بروز نگرانی‌هایی در سیستم‌های سلامت کشورهای جهان و دست‌اندرکاران نظام سلامت در دنیا شده است (۲۵۷). سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت از جمله نهادهای بین‌المللی هستند که تاکنون برنامه‌های مدونی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در جهان تنظیم کرده و در جهت ارتقا سلامت در این بخش در تلاش هستند، گواه این امر انجام نشست‌ها و تدوین دستورالعمل‌ها و نظامنامه‌هایی است که بیماری‌های غیرواگیر را هدف قرار می‌دهند (۲۵۸). در این زمینه می‌توان به تلاش‌های مشترک این ارگان‌ها با موسسات و مراکز پژوهشی همچون موسسه IHME^۲ اشاره کرد که پروژه‌ی بررسی بار جهانی بیماری‌ها را بر عهده داشته است (۲۵۹). در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که بحث بیماری‌های غیرواگیر محدود به یک کشور یا منطقه نبوده و معضلی است که نظام سلامت همه‌ی کشورهای جهان با آن دست به گریبان هستند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در کشورهای درحال توسعه ۲۵٪ از جمعیت سالمندان ۶۵ تا ۶۹ ساله و ۵۰٪ سالمندان ۸۰ تا ۸۵ ساله، هم‌زمان از سه الی شش بیماری مزمن رنج می‌برند. بنابر این گزارش، مداخلات در جهت اصلاح شیوه زندگی و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر برای کشورهای در حال توسعه از ضرورت ویژه‌ای برخوردار است (۲۵۶). بنابراین، از آنجایی که بخش اعظم بار بیماری‌ها در کشور به بیماری‌های غیرواگیر مربوط می‌شود، شناخت عوامل خطر، سیاستگذاری در چگونگی مقابله و در نهایت کاهش روند روزافزون آن جز برنامه‌های اولویت‌دار وزارت بهداشت قرار گرفت که در راستای آن، سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط با آنها بر اساس اهداف تعیین شده توسط سازمان جهانی بهداشت برای سال‌های ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ تدوین گشت (۲۶۰).

^۱ Global status report on noncommunicable diseases 2010

^۲ Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in South-East Asia, 2013–2020

^۳ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

افزایش روند تغذیه‌ی ناسالم از دیگر روندهای اجتماعی تاثیرگذار بر آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی است (۲۶۱). بررسی‌های وزارت بهداشت نشان می‌دهد که بیشترین میزان مرگ مربوط به عوامل تغذیه (مصرف بالای نمک) در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالاست (۱۹۶). مطالعات نشان می‌دهد که در کشورهای مصر، عراق و لبنان نیز مصرف سدیم و روغن‌های غیراشباع از متوسط جهانی بالاتر است (۲۶۲). آمارها نشان می‌دهد که مرگ‌های ناشی از کمبود مصرف میوه و سبزیجات از سال ۲۰۱۰ به بعد در ایران از متوسط جهانی پایین‌تر آمده است.

رشد مصرف دخانیات و الکل نیز از دیگر روندهای اجتماعی شناسایی شده است که مطالعات نشان می‌دهد بیشترین میزان مرگ مربوط به استعمال دخانیات و الکل در بین سه گروه سنی، مربوط به گروه سنی ۷۰ سال به بالاست. همچنین زیان ناشی از مصرف الکل نیز از مشکلات سلامتی تا معضلات اجتماعی، فیزیولوژیک و اقتصادی و سوانح و حوادث و خشونت‌ها گسترده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد بیشترین مصرف الکل در کشور امریکا صورت می‌گیرد. از شواهد امر چنین برمی‌آید که گروه‌های سالمند در مواجهه با مصرف دخانیات و الکل بیشترین بیماری و بار اقتصادی را به دنبال خواهد داشت (۲۶۳).

در حوزه فناوری مهم‌ترین روندهای موثر بر الگوی مراقبت‌های سالمندی شامل افزایش استفاده از تلفن‌های همراه هوشمند، افزایش بکارگیری تکنولوژی‌های نوین پزشکی، روند رو به رشد فناوری‌های نوین و پیشرفته در حوزه سلامت، افزایش تولیدات صنعتی مانند چاپ سه بعدی، افزایش استفاده از فناوری‌های همگرا، گسترش روزافزون هوش مصنوعی، اینترنت اشیا و پوشیدنی‌های هوشمند می‌باشند. این بحث در بین صاحب‌نظران عمومیت داشت که جریان رو به رشد فناوری در عین حال که می‌تواند در خدمت اولویت‌های سلامت جامعه قرار گیرد و به ارتقای سلامت بیانجامد؛ از سوی دیگر خطر افزایش هزینه‌های بهداشت و درمان را بدون افزایش بارز کارایی و اثربخشی به همراه خود دارد و از این طریق به بی‌عدالتی در سلامت منجر شود. بنابراین رشد فناوری باید با نظارت، تولید و پاسخگویی قوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بر اساس ترکیب شواهد علمی و نیازهای بومی و نیز در راستای اولویت‌های سلامتی جامعه باشد. در این راستا دفتر توسعه‌ی فناوری سلامت وزارت بهداشت به‌عنوان بازوی اجرایی آن وزارت، روندهای فناورانه‌ی جهان را رصد کرده و با مهیا کردن زمینه و بستر مناسب برای بکارگیری فناوری‌های مورد نیاز نه تنها تحقق سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ را ممکن کرده است بلکه نگرانی از باب ناکارایی فناوری را نیز مرتفع نموده است (۲۶۴). گزارش ۲۰۱۵ مجمع جهانی اقتصاد^۱ در خصوص فناوری اطلاعات جهان^۲ که براساس نتایج ارزیابی شاخص آمادگی شبکه‌ای^۳ با شعار "فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات برای رشد فراگیر"^۴ منتشر شده است، مراقبت از سلامت متصل^۵ را به‌عنوان یکی از روندهای در حال ظهور معرفی کرده است که در آن داده‌ها، افزارها و برنامه‌های کاربردی، بیماران و مراقبت‌کنندگان را به آسانی و به‌طور دائم به یکدیگر متصل می‌کند (۲۲۳).

^۱ World Economic Forum

^۲ The Global Information Technology Report 2015

^۳ Networked Readiness Index (NRI)

^۴ ICTs for Inclusive Growth

^۵ Connected Healthcare

گسترش دسترسی به مراقبت سلامت، توانمندسازی مردم و کارایی فزاینده‌ی نظام سلامت از ویژگی‌های بارز این روند ذکر شده است. همچنین مراقبت سلامت متصل از طریق پایش مستمر و نامحسوس به فرد راه‌کارهایی در جهت ارتقای سلامت و مدیریت بیماری‌های مزمن را می‌دهد. این روند از طریق جمع‌آوری و یکپارچگی داده‌های سلامت کارایی مراقبت‌ها را در نظام سلامت افزایش می‌دهد و امکان دستیابی میلیون‌ها فرد را به مراقبت سلامت که تاکنون به دلیل محل زندگی یا شرایط اقتصادی‌شان از آن محروم بودند، می‌دهد. ری کورزوئل^۱ در کتاب معروف خود با عنوان تکنیکی نزدیک است^۲، آینده‌ی بشریت را در تسلط هوش مصنوعی پیش‌بینی نموده است. به زعم کورزوئل فناوری قادر خواهد بود با تغییرات ژنومیک و فنوتیپ یک فزونی غیرقابل برگشت در ذهن و جسم انسان ایجاد کند. از نظر او تکنیکی فناورانه، یک همگرایی طرح‌ریزی شده میان انسان‌ها و ماشین‌ها است که در میانه‌ی قرن ۲۱ در زمانی که هوش ماشین‌ها از انسان‌های خالق آن‌ها پیشه می‌گیرد، روی می‌دهد. نخستین درخشش‌های برجسته‌ی تکنیکی از سال ۲۰۲۵ آغاز شده که بر پزشکی و صنعت مراقبت‌های سلامت تأثیرات شگرفی خواهد گذاشت (۲۱۹). بنابراین رصد این روندها و بازتاب آن‌ها در نظام سلامت کشور امری حیاتی است در این راستا بررسی‌های پژوهشگر نشان می‌دهد که پروژه‌ی پایلوت آینده‌نگاری مناسب‌ترین فناوری‌ها برای ایران تا سال ۱۴۰۴ با عنوان اختصاری "پامفا ۱۴۰۴" با هدف شناسایی آینده‌های بدیل فناوری‌ها در ایران و مطلوب‌ها و نامطلوب‌های در مرکز تحقیقات سیاست علمی کشور طراحی و در حال اجراست که یکی از حوزه‌های مورد بررسی این پروژه بیوتکنولوژی یا فناوری‌های زیست پزشکی می‌باشد (۲۶۵). گزارش‌های بسیاری حکایت از آن دارد که فراگیری استفاده از فناوری اطلاعات باعث خواهد شد تا در آینده با نسل جدیدی از خدمت‌گیرندگان روبرو باشیم خدمت‌گیرندگان مطلعی که به اندازه‌ی یک پزشک در مورد بیماری‌شان اطلاع دارند در واقع این پیشران اطلاعاتی باعث شکل‌گیری نوع جدیدی از تعاملات پزشک-بیمار خواهد شد که تاکنون نظام‌های سلامت تجربه نکرده‌اند (۲۶۶).

همچنین فناوری اطلاعات منجر به ظهور اشکال جذاب مراقبتی همچون Patient-Centered Medical Health at Home و تله مدیسین شده است که علاوه بر کاهش هزینه‌های تحمیلی به بیمارستان‌ها دسترسی به خدمات مراقبتی در هر لحظه و هر مکان میسر ساخته است بر اساس پیش‌بینی‌ها انتظار می‌رود این شکل از مراقبت‌ها در آینده بسیار مرسوم و مقبول واقع شود (۲۱۷).

مجمع جهانی اقتصاد در ژانویه ۲۰۱۴ فهرستی از ده فناوری نوظهور در سال ۲۰۱۴ را منتشر ساخت که از جمله‌ی فناوری‌های مرتبط با سلامت در این گزارش می‌توان تجهیزات الکترونیکی پوشیدنی منطبق با بدن، روش‌های درمانی مبتنی بر میکروپهای بدن انسان، روش‌های درمانی مبتنی بر RNA و کمی‌شدن ابعاد زندگی^۳ نام برد. هدف از انتشار این فهرست

^۱ Kurzweil R

^۲ The Singularity Is Near

^۳ Quantified Self

تاکنون جنبش کمی‌شدن ابعاد زندگی بیشتر به افرادی تکیه داشت که برای حفظ سلامتی خود اطلاعات حیاتی و اقدامات خویش را به صورت مداوم ثبت می‌کردند، اما با گسترش اینترنت اشیا، این پدیده به یک فناوری تأثیرگذار تبدیل خواهد شد.

افزایش آگاهی از آثار بالقوه این فناوری‌ها و کاهش فاصله کاربردی شدن و مقررات‌گذاری آن‌هاست. هر یک از فناوری‌ها فرصت‌ها و تهدیدهایی را به وجود خواهد آورد که بهره‌گیری از فرصت‌ها و کاهش برخی چالش‌ها در مواجهه با آن‌ها نیازمند سیاست‌گذاری و آینده‌نگری است (۲۲۳).

براون و اسمیت^۱ در بررسی ده ابروند شکل‌دهنده‌ی مراقبت‌های بهداشتی در آینده، فناوری را جز روندهایی عنوان کرده‌اند که طی دهه‌ی آینده باعث خواهد شد ۵۰٪ از مراقبت‌های سلامت از سوی بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، به سوی خانه و جامعه منتقل شود. همچنین شکل‌گیری پزشکی از راه دور، سلامت همراه، حسگرهای زیستی پایش‌کننده سلامت و مراقبت سلامت متصل باعث خواهد شد که درمانگران بیماران را در فرامکان‌ها، با گزینه‌های فراوان‌تری تحت درمان قرار دهند (۲۵۴). بنابراین، پیشرفت‌های اخیر گویای خیزش حیرت‌انگیز فناوری است که به انحای گوناگون بر همه‌ی ابعاد زندگی ما تاثیر خواهد گذاشت. در چنین شرایطی برماست که از نقش یک نظاره‌گر منفعل خارج شده و بصورت فعالانه و کنش‌گر در خلق چنین آینده‌ی هیجان‌انگیزی مشارکت کنیم.

بررسی و رصد روندهای زیست‌محیطی نشان‌دهنده‌ی آن است که روند رو به رشد بحران‌های زیست‌محیطی برای همه‌ی جهان نگران‌کننده است و دورنمای کشور ما نیز از این باب نگران‌کننده‌تر است. روندهای غالب زیست‌محیطی شامل گرم شدن کره‌ی زمین، بحران‌های آب و هوایی، کاهش تنوع زیستی، افزایش آلودگی‌های زیست‌محیطی، بهره‌برداری بی‌رویه از منابع طبیعی و ظهور بیماری‌های نوپدید ناشی از آلودگی زیست‌محیطی در ایران همچون بسیاری نقاط جهان تهدیدکننده‌ی سلامت جامعه هستند (۲۶۷). بدون شک سلامت بدن تحت تاثیر سلامت محیطی قرار دارد. در واقع عواملی که منجر به گرمایش زمین، تخریب محیط زیست می‌شوند و فجایع زیست محیطی را به بار می‌آورند سلامت جسمی و روانی افراد را نشانه گرفته و افسردگی و افزایش بیماری‌های روحی - روانی را در پی دارد. در چنین شرایطی یک نظام سلامت با تولید قوی و استفاده از همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت‌های جامعه‌محور می‌تواند گام‌های مهمی در جهت سالم‌سازی محیط زیست بردارد و البته الزامات زیادی باید محقق گردد تا این اقدام عملی گردد. ملزم نمودن پروژه‌های بزرگ توسعه‌ای کشور به سند پیوست سلامت که در بند (ب) ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه به آن تاکید شده است اگر با تولید وزارت بهداشت عملی گردد می‌تواند تا حد زیادی از پیشرفت پروژه‌های معارض با سلامت جلوگیری کرده و به سلامت جامعه کمک کند. شاخص عملکرد زیست محیطی^۲ که هر ساله توسط دانشگاه ییل با مطالعه‌ی ۲۲ شاخص زیست محیطی صورت می‌گیرد بیانگر عملکرد اجرایی سیستم‌های سیاسی در جهت کاهش آلاینده‌های زیست محیطی در خصوص سلامت انسان و ارتقای پویای محیط زیست است. در رتبه‌بندی سال ۲۰۱۶ این شاخص جایگاه ۱۰۵ برای ایران تخمین زده شد که حاکی از عملکرد ضعیف زیست‌محیطی در ایران است (۲۶۸). مجمع اقتصاد جهانی ده روند چالش‌برانگیز سال ۲۰۱۵ را مورد بررسی قرار داده است که

^۱ Enders T, Brown B, Smith M, et al

^۲ Environmental Performance Index (EPI)

سه مورد آن مرتبط با روندهای زیست‌محیطی است. افزایش آلودگی در کشورهای درحال توسعه و افزایش بحران آب و افزایش معضلات آب و هوایی سه مورد از روندهای ذکر شده در این بررسی است. این گزارش راهکارهای مبتنی بر فناوری سبز را پیشنهاد می‌دهد (۲۶۹). همچنین بررسی‌ها نشان داده است که ظهور ۱,۲ میلیون مرگ زودرس در سال ۲۰۱۰ در کشور چین از پیامدهای آلودگی هوا بوده است و حتی تخمین زده می‌شود که زندگی در مناطق آلوده تا ۲۵ سال از عمر طبیعی انسان می‌کاهد (۲۷۰). تحقیقات نشان می‌دهد که آلودگی هوا اثرات حاد و مزمنی بر سلامت انسان دارد و به صورت بیماری‌های التهاب تنفسی فوقانی، مشکلات تنفسی مزمن؛ بیماری‌های قلبی، سرطان ریه، عفونت‌های حاد تنفسی در کودکان و برونشیت مزمن در بزرگسالان و یا حملات آسم ممکن است بروز کند. علاوه بر این، در صورت قرارگرفتن کوتاه‌مدت و بلندمدت در معرض آلودگی مرگ‌ومیر زودرس و کاهش امید به زندگی را در پی خواهد داشت (۲۷۱). مطالعات همچنین آلودگی هوای داخل خانه‌ها که ناشی از احتراق ناقص سوخت جامد است را نیز از عوامل خطر ساز بیماری‌های مزمن تنفسی معرفی کرده‌اند که لزوم تدابیر پیشگیرانه را می‌طلبد، از دیگر عوامل خطر زیست‌محیطی مورد تاکید، مواجهه با آژست، گازهای ناشی از وسایل نقلیه و پرتوهای یونیزاسیون و ماورای بنفش است (۲۷۲). بررسی سیاست‌های کلان سلامت نشان می‌دهد که در بندهای ۲-۳ و ۴-۲ به مقولات محیط‌زیستی توجه شده است در این دو بند به کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت و تهیه‌ی پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای اشاره شده است (۱۹۴).

نگرانی از روند افزایشی هزینه‌های مراقبت‌های سلامت به یکی از چالش‌های فراگیر در سراسر جهان تبدیل شده است بطوریکه پیش‌بینی شده است میزان مخارج اختصاص یافته به سلامت سریعتر از تولید ناخالص داخلی کشورها رشد کند. بر اساس نتایج پژوهش، روندهای اقتصادی مهم اثرگذار بر حوزه سلامت سالمندی شامل افزایش تقاضای خدمات سلامت به دلیل باربیماری‌های مزمن و نوپدید، محدودیت‌های بودجه‌ای سلامت به دلیل افت و خیزهای قیمت جهانی نفت، تکنولوژی‌های گران‌قیمت تشخیصی و درمانی، تقاضای القایی، اشتغال سالمندان و دسترسی عادلانه به خدمات مراقبتی می‌باشند (۱۴۳). مطالعات نشان می‌دهد که بخش اعظم هزینه‌های تحمیلی به نظام سلامت به دلیل رشد بی‌سابقه‌ی بیماری‌های مزمن است که به صورت مستقیم (افزایش ویزیت‌های پزشکی، بستری‌های بیمارستانی، خدمات تشخیصی و پاراکلینیکی) و غیرمستقیم (تولید از دست رفته‌ی ناشی از بیماری و مرگ زودرس) اثرات خود را به‌جای خود گذاشت، است. به‌عنوان مثال هزینه‌ی درمان بیماری‌های مزمنی مانند دیابت و بیماری‌های قلبی-عروقی در ایالات متحده، سالانه بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلیارد دلار برآورد شده است (۱۷۵). پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۳۰ میلادی هزینه‌های درمان بیماری‌های قلبی در امریکا تا سه برابر رشد خواهد کرد. والای^۱ و همکاران در بررسی خود از جمله عواملی هم‌چون گسترش مداوم فناوری‌های جدید و گران‌قیمت سلامت، افزایش انتظارات جوامع از نظام‌های سلامت و رشد بیماری‌های مزمن و سخت درمان را از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده‌ی رشد هزینه‌ها در نظام سلامت بیان کرده است (۲۷۳). داوری و همکاران نیز در پژوهش خود،

^۱ Walley T, et al

عواملی هم چون عدم سطح بندی خدمات سلامت، نبود نظام ارجاع، مصرف بیش از نیاز خدمات و فقدان راهنماهای بالینی را از جمله عوامل افزایش هزینه های نظام سلامت در ایران عنوان کرده که و مولفه های فرهنگی، ساختاری و مدیریتی را از دلایل آن عنوان کرده است (۲۷۴).

جهانی شدن یکی از دیگر روندهای تاثیر گذار بر خدمات مراقبت سلامت در آینده است بطوریکه مطالعات و پیش بینی ها در این زمینه نشان می دهد که رشد اقتصاد جهانی موجب خواهد شد که با شکل گیری طبقه ی متوسط در کشورهای در حال توسعه و اقتصادهای نوپا، مردم این کشورها به دنبال کالاهای باکیفیت خدمات سلامت پرداخته و مرزهای ملی خود را درنوردند (۲۷۵). دیتون^۱ در بررسی خود با عنوان سلامت در عصر جهانی شدن بیان می کند که جهانی سازی در سلامت جامعه سودمند بوده و چنانچه جریان خدمات سلامت از کشورهای توسعه یافته به کشورهای فقیر ادامه یابد می تواند در ارتقای سلامت جهان نقش موثری داشته باشد و منجر به ارائه ی خدمات سلامت در مقیاس جهانی خواهد شد (۲۷۶). بررسی کلان روندهای حوزه ی سلامت نشان می دهد که در سال ۲۰۱۲ میلادی بیش از ۱,۶ میلیون نفر از آمریکایی ها در جستجوی درمان های کم هزینه در قالب تورسم پزشکی به کشورهای کمتر توسعه یافته ای که خدمات سلامت با کیفیت داشته اند مسافرت کرده اند (۲۶۶). هورویتز و همکاران^۲ نیز در بررسی جهانی سازی و بازارهای مراقبت سلامت بیان داشتند که در هزاره ی جدید، فشار بر بازارهای سلامت برای فعالیت در گستره ی جهانی و ارائه ی خدمات سلامت جهانی به شکل فزاینده ای رو به رشد است بطوریکه نظام های مراقبت سلامت ملی چاره ای جز هماهنگی و تطابق با این پیشران را ندارد (۲۷۷). ایانو و همکاران^۳ با بررسی تاثیر روندهای جهانی سازی بر سلامت نشان دادند که جهانی سازی علی رغم خطرات شناخته شده مانند حرکت پاتوژن ها و توکسین ها از مرزها جغرافیایی، توانسته است بر شرایط سلامت جوامع اثرات سودمندی بجای گذارد و امید به زندگی را افزایش دهد. در کشور ما نیاز است در سطح کلان به فرصت ها و تهدیدهای ناشی از ابروند جهانی سازی توجه شود و در سیاست های کشور نیز این موضوع ورود پیدا کند. در این راستا، بند ۱۴ سیاست های کلان سلامت به ارائه ی خدمات پزشکی و تبدیل شدن ایران به قطب پزشکی منطقه ی آسیای جنوب غرب و جهان اسلام اشاره شده است که تحقق این سیاست نیازمند اقتصاد دانایی محور مبتنی بر نظام نوآوری است تا بدین وسیله فرصت های سرمایه گذاری در کشورهای پیش گفت محقق گردد.

نتایج مطالعه در خصوص روندهای سیاسی اثرگذار بر حوزه سلامت سالمندی شامل ادامه ی توجه سیاسی به علم و در نتیجه دانش و فناوری سلامت، ادامه یافتن تنش های سیاسی به همراه سیاست زدگی که می تواند تولید وزارت خانه های مرتبط با سلامت را به عدم همکاری با هم سوق دهد، ادامه ی رویکرد ایران ستیزی قدرت های جهانی منجر به افزایش و گسترش تحریم های اقتصادی و فناورانه و تبادلات اجتماعی ایران می شود که در نتیجه ی آن، ممکن است توجه مسوولان به موضوعات روز سوق پیدا کرده و موضوع سلامت از فهرست اولویت های آنان خارج می شود.

¹ Deaton A

² Horowitz, et al

³ Ioannou A, et al

اما از طرفی تاکید بر نقش و حضور سلامت در تمام سیاست‌ها بر اساس سیاست‌های کلان سلامت موجب می‌شود سیاست‌مداران توجه بیشتری را معطوف به سلامت داشته باشند و از این طریق منجر به مطرح شدن موضوع سلامت به عنوان دیالوگ برتر بین نهادهای سیاست‌گذار از جمله: مجمع تشخیص مصلحت نظام، مجلس، دولت و دیگر بازیگران سیاسی ایران خواهد شد. این توجه همچنین منجر به شکل‌گیری تحقیقات هدفمند در نظام سلامت، شکل‌گیری پانل‌های بررسی و نقد مشکلات حوزه‌ی سلامت خواهد شد.

۵-۵ هدف چهارم- سناریوهای آینده مراقبت‌های سالمندی

در مرحله‌ی سناریونگاری با استفاده از رویکرد منطق شهودی چهار سناریوی بدیل برای آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی در ایران استخراج گردید. سناریوهای "آغاز یک تحول"، "معمولی‌های قهرمان"، "در اسارت تکنولوژی" و "یک پارادایم منسوخ" بر اساس دو عدم قطعیت کلیدی پاسخگویی و فناوری بدست آمدند. دو سناریوی آغاز یک تحول و معمولی‌های قهرمان بر اساس ماهیت و اجزای تشکیل‌دهنده حکایت از آینده‌های خوش‌بینانه و مطلوب دارند و بر عکس دو سناریوی در اسارت تکنولوژی و یک پارادایم منسوخ نیز بر اساس عناصر و اجزای تشکیل‌دهنده گویای آینده‌های محتمل نامطلوبی هستند که ممکن است آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی با آن روبرو خواهد شد.

شرگولد و همکاران^۱ در پژوهش خود در خصوص آینده‌ی تحرکات جامعه‌ی سالمندی بر استفاده از برنامه‌ریزی سناریو و دو عدم قطعیت کلیدی، میزان درگیری سالمندان با تکنولوژی‌های مراقبتی و میزان امکانات مراقبتی که جامعه تدارک می‌بیند، چهار سناریو با نام‌های "به‌تنهایی در خانه"، "پاسخ جمعی"، "نیاز به سرپناه" و "روابط خانوادگی" را ارائه کردند (۱۵۱). جورجیو و همکاران^۲ با استفاده از روش قیاسی و شناسایی دو عدم قطعیت کلیدی، سه سناریو با نام‌های داروساز الکترونیک، مرگ یا سازماندهی مجدد و داروخانه-بازار را برای نیروی کار صنعت داروسازی پرتغال استخراج کردند (۲۷۸). نگویان و همکاران^۳ با بکارگیری متدولوژی برنامه‌ریزی سناریو در توسعه‌ی بهداشت مناطق روستایی ویتنام طی جلسات فوکوس گروپ دو عدم قطعیت را شناسایی و بر اساس آن دو سناریو بدبینانه و خوش‌بینانه را توسعه دادند (۲۷۹).

نتایج مطالعه‌ی ما نشان می‌دهد که پاسخگویی و فناوری دو عدم قطعیت کلیدی در آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی است. پاسخگویی به‌عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت برای سیاست‌گذاران و مدیران همواره موضوع بسیار مهمی بوده است بطوری‌که بسیاری از نظام‌های سلامت در سراسر دنیا به‌دنبال راه‌هایی برای پاسخگو کردن ارائه‌ی خدمات خود به جامعه بوده‌اند. در همین راستا، اسناد و قوانین بالادستی کشور مانند قانون اساسی، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، نقشه‌ی جامع علمی سلامت، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و طرح تحول نظام سلامت، از پاسخگویی به‌عنوان یکی از اهداف کلان نظام سلامت یاد کرده‌اند (۱۸۶). در نقشه‌ی جامع علمی سلامت آمده است که: نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در

^۱ Shergold Ian, et al

^۲ J Gregório, et al

^۳ V Nguyen, et al

سال ۱۴۰۴، نظامی مسئول و پاسخگوست که ضمن دستیابی به بالاترین سطح امید زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با جلب حمایت کلیه سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را اجرایی می‌نماید. این نظام با اولویت به رویکردهای ارتقای سلامت و پیشگیری به بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد (۱۸۹). این نظام خلاق بوده و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذینفع)، علمی و فناورانه، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند، به نحوی که با استفاده از ارتباطات بین المللی و تعامل با کشورهای منطقه (بویژه کشورهای اسلامی)، الگویی الهام‌بخش برای سایر کشورها می‌باشد.

پاسخگویی به نیازهای اجتماعی سالمندان به دلیل تحولات عمیق در ساختار جامعه یکی از پیشران‌های استخراج شده در این مطالعه بود که نشان از تاثیر عمیق موضوعات اجتماعی بر سلامت و مراقبت سالمندان دارد. در مطالعه‌ای که در مجله‌ی پزشکی نیوانگلند به چاپ رسیده است، پژوهشگران شبکه‌ای از شرکت‌کنندگان را سازماندهی کردند که در آن چگونگی ارتباط بین شرکت‌کنندگان ترسیم شده بود، آنان مشاهده کردند که خطر چاقی در یک فرد چنانچه خواهر یا برادر چاق داشته باشد ۴۰٪ است در حالیکه اگر دوست چاق داشته باشد ۱۷۱٪ است. این یافته حکایت از آن دارد که تاثیر شبکه‌های اجتماعی به نسبت بار ژنتیکی اثر نیرومندتری دارد. لذا بایستی پیاده‌سازی مداخلات سلامت‌محور با یک رویکرد جامع و هالستیک مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار گیرد.

نقشه جامع علمی سلامت نیز دستیابی به جایگاه اول سلامت در منطقه را در گروی برخورداری عادلانه مردم از سلامت، پاسخگویی نظام سلامت، عدالت در پاسخگویی و عادلانه بودن مشارکت مالی خانوارها در هزینه‌ی خدمات سلامت عنوان می‌کند. بنابراین بر اساس نتایج این مطالعه و به پشتیبانی اسناد بالادستی، به نظر می‌رسد که پاسخگویی از اجزای تاثیرگذار مراقبت‌های سلامت در آینده باشد.

بر اساس نتایج این پژوهش، اجزای تشکیل‌دهنده‌ی پاسخگویی شامل "ارائه‌ی نظام‌مند و مدیریت‌شده‌ی خدمات سلامت با تمرکز بر کنترل بیماری‌های غیرواگیر"، "زنانه‌شدن سالمندی و لزوم تدارک مراقبت‌های جنسیت‌محور"، "ارائه‌ی مراقبت بر اساس شان و اصول اخلاق حرفه‌ای"، "سفارش‌گرایی و اهمیت پاسخگویی به نیازهای اختصاصی"، "همگرایی و هماهنگی در کلیه سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های مراقبت سالمندی"، "حکمرانی خوب در دسترسی عادلانه به خدمات" و "تحولات عمیق در جامعه و اهمیت پاسخگویی به سلامت اجتماعی" بود.

مدل پذیرفته‌شده‌ی پاسخگویی سازمان بهداشت جهانی متشکل از ۸ عنصر به‌عنوان جنبه‌های غیرپزشکی و مراقبت‌های بهداشتی است. این عناصر یا حیطه‌ها شامل: شرافت و کرامت انسانی، استقلال و خودمختاری، اعتماد و محرمانه نگه‌داشتن

اطلاعات، برقراری ارتباط، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی درحین بستری، امکانات فیزیکی مناسب، انتخاب درمانگر و اقدام بلادرنگ می‌باشد (۲۴۵). مطالعه‌ای در تایلند تحت عنوان "پاسخگویی سیستم سلامت برای ارائه مراقبت" نشان داد اجزای پاسخگویی نظام سلامت که بر تصمیم زنان به زایمان در بیمارستان تاثیر دارد به ترتیب اهمیت عبارتند از: توجه فوری، عزت، ارتباط روشن، استقلال، امکانات اولیه، محرمانه بودن، انتخاب ارائه‌دهنده و حمایت اجتماعی. کوپل پاسخگویی را متشکل از ۵ بعد شفافیت، تعهد، کنترل‌پذیری و مسئولیت می‌داند (۲۸۰).

یکی از اجزای پاسخگویی براساس نتایج این مطالعه انسجام و هماهنگی‌های درون و برون‌بخشی است. در همین راستا، سازمان جهانی بهداشت در گزارش ۲۰۰۰ عنوان می‌کند نظام سلامتی که ساختار نامناسب دارد، از راهبردهای قوی بهره‌مند نیست، سازماندهی‌اش ناکارآمد و تامین مالی آن به میزان کافی صورت نمی‌گیرد، چنین نظامی نمی‌تواند در مقابل نیازهای جامعه پاسخگو باشد و چنین نظامی بیش از فایده رساندن، آسیب رسان است (۲۴۵). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ پاسخگویی نظام سلامت ۱۹۹ کشور را از لحاظ هفت بعد احترام به شان افراد^۱، استقلال^۲، محرمانه‌بودن اطلاعات شخصی^۳، توجه سریع^۴، دسترسی به حمایت‌های اجتماعی^۵، کیفیت محیط و تسهیلات^۶ و حق انتخاب^۷ مورد سنجش قرار داده است که رتبه‌ی ایران در آن ۱۰۰ است که براساس نظر برخی سیاست‌گذاران سلامت، دلیل عمده‌ی آن عدم تطابق منابع با نیازهای کشور در حوزه‌ی سلامت است. کشورهای قطر، کویت و امارات متحده‌ی عربی از این لحاظ به ترتیب در جایگاه‌های ۲۶، ۲۹ و ۳۰ قرار دارند (۲۸۱).

بعد دیگر سناریو در این پژوهش تطابق و همسویی با پیشرفت‌های دانش و فناوری بود. بر اساس نتایج مطالعه، عواملی همچون سرعت و مقیاس دگرگونی، تغییر الگوهای طبابت و مصرف خدمات، انتظارات جامعه و مراقبت‌های شخص‌شده از اجزای بُعد فناوری می‌باشند.

مطالعات نشان می‌دهد یکی از راه‌هایی که می‌توان با منابع موجود دستاوردهای بیشتری در نظام سلامت انتظار داشت، استفاده از فناوری‌های نوین می‌باشد. همچنین شواهد بی‌شماری حکایت از کاربرد روزافزون فناوری در حوزه سلامت دارد که مبادله آسان و ایمن اطلاعات برای ارائه خدمات، تسهیل خدمت‌رسانی متناسب با تغییرالگوی جمعیت و بیماری‌ها و ارتقای سطح دانش سلامت افراد را باعث شده است (۲۷۳).

مطالعات نشان می‌دهد، فناوری اطلاعات و ارتباطات توانسته در بسیاری از کشورهای جهان به بیماران جهت کنترل و مدیریت مشکلات سلامتشان یاری رسانده و بطور روز افزون موجب تسهیل ارتباط پزشک و بیمار و در نتیجه ارائه خدمات با کیفیت‌تر

¹ Dignity

² Autonomy

³ Confidentiality

⁴ Prompt Attention

⁵ Access to social support services

⁶ Quality of basic amenities

⁷ Choice

به شهروندان شود. نظام به‌کارگیری فناوری اطلاعات در سلامت بر توسعه در سه محور سلامت فردی، بهداشت عمومی و خدمات درمانی استوار است. توسعه و به‌کارگیری این نظام نیاز به مشارکت و همکاری تمامی ذینفعان از جمله بیماران، شهروندان، پزشکان، متولیان بهداشت عمومی، مدیران، سیاست‌گذاران، و محققین دارد و باید در طراحی آن منافع تمامی گروه‌های فوق مدنظر قرار گیرد تا هم‌افزایی لازم را ایجاد کند (۲۱۷). آنچه که از مطالعات انجام شده به‌عنوان آینده مطلوب فناوری اطلاعات سلامت در سال ۱۴۰۴ برمی‌تابد، رسیدن به سطحی از توسعه خواهد بود که به حداقل‌های ذیل نایل آمده باشد: برخوردار از زیر ساخت‌های یکپارچه در حوزه سلامت الکترونیکی، برخوردار از سیستم پاسخگو و مناسب و عدالت محور برای ارائه خدمت به مردم با استفاده از ابزارهای فناوری اطلاعات، ممتاز در ارائه اطلاعات دقیق با حفظ محرمانگی در ارائه به دیگران، پیش‌تاز در منطقه در زمینه‌ی ارائه خدمات پزشکی از راه دور، مستمر در ارائه خدمات کارا و اثربخش فناوری اطلاعات در سلامت، پیش‌تاز کشورهای ممتاز منطقه در خدمت‌رسانی حوزه سلامت، دارای استانداردهای بومی حوزه فناوری اطلاعات سلامت در تراز جهانی، دارای سیاست‌های تدوین شده ضروری با بهره‌گیری از اسناد بالادستی ملی و بین‌المللی. تحقق عوامل فوق به مشارکت هم‌زمان و موازی دولت و بخش خصوصی نیاز دارد. نقش دولت، تامین زیر ساخت‌های این نظام (از قبیل تدوین استانداردها، تدوین قوانین و تامین شبکه ارتباطی ملی) می‌باشد تا اطمینان حاصل شود که روند به‌کارگیری فناوری در بخش‌های دولتی و خصوصی در راستا و چارچوب تامین داده‌ها و دانش مورد بحث است. بنابراین در اولین گام، دولت باید مسئولیت و راهبری ایجاد نظام جامع فناوری اطلاعات سلامت و همچنین توسعه سلامت الکترونیکی را در بخش وسیعی برعهده بگیرد. چرا که سلامت یک نیاز عمومی است و منافع حاصل از یک جامعه سالم، تمامی نسل‌های جامعه و آحاد مردم را در برمی‌گیرد. به همین دلیل است که در تمامی کشورهای جهان این مسئولیت بر عهده دولت‌ها گذاشته شده است. با توجه به تغییر دیدگاه جهانی نسبت به عوامل تعیین‌کننده تمدن امروزی و قدرت جوامع و تغییر شاخص‌های ارزیابی رشد و توسعه لازم است توجه کافی به روند حرکت جهانی و تغییرات به‌وجودآمده داشته و از فناوری اطلاعات به عنوان بستر و ابزاری قدرت‌مند استفاده بهینه کرد.

بررسی و مطالعات انجام شده درباره روند پیشرفت فناوری اطلاعات، تغییرات بنیادین ناشی از به‌کارگیری این فناوری را در کلیه زمینه‌ها از جمله بخش سلامت نوید می‌دهد. فناوری در حوزه‌ی سلامت در چهار حوزه‌ی بهداشت، درمان، کنترل مراقبت فردی و حوزه‌ی تحقیقات و تولید دانش پزشکی بکار برده می‌شود. بررسی‌های انجام شده در خصوص فعال‌ترین کشورها در زمینه‌ی فناوری سلامت نشان می‌دهد که سرمایه‌گذاری‌ها و اقدامات زیادی درخصوص پرونده‌ی الکترونیک سلامت، تله‌مدیسین، سیستم‌های نظارت بر بیماری‌ها، نظام اطلاعات درمانگاهی، کارت هوشمند سلامت، فوریت‌های پزشکی و استانداردهای تبادل اطلاعات بوده است (۲۸۲).

۵-۵-۱ سناریوی اول - آغاز یک تحول

بر اساس این سناریو، جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴ در بخش مراقبت‌های سالمندی نظامی مسئول و پاسخگوست که ضمن فراهم‌سازی دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت، اعتماد کامل مردم را جلب کرده و همچنین با جلب حمایت کلیه سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت در همه‌ی سیاست‌ها را اجرایی کرده است. لذا آینده‌ای را به تصویر می‌کشد که نقطه‌ی عطفی در تاریخ زندگی بشر خواهد بود. فوکویاما، دستاوردهای بشر در افزایش امید به زندگی را که از سال ۱۹۰۰ آغاز شده و همچنان ادامه دارد را از اولین نشانه‌های موفقیت و زمینه‌ساز تحول بزرگ می‌داند (۲۸۳). دستاوردهای نظام‌مند علوم پزشکی به‌همراه هماهنگی منسجم بین‌بخش‌های جامعه، عامل مهمی در نیل به طولانی‌شدن عمر انسان است. این روند افزایش طول عمر بشر چنان پیش می‌رود که پیش‌بینی می‌شود عمر طبیعی هر انسان در سال ۲۰۵۰ به چیزی معادل ۱۵۰ سال برسد. ژان فوراسیتی^۱ جمعیت‌شناس فرانسوی، خاطرنشان می‌کند که در برهه‌ای از زمان رسیدن به سن ۵۲ سالگی نوعی موهبت بود زیرا تنها اقلیت کوچکی به این سن می‌رسیدند، این در حالی است که به مدد پیشرفت‌های اخیر پیش‌بینی می‌شود که متوسط سن در ژاپن حتی از ۶۵ سال هم بیشتر خواهد بود (۲۸۳).

به موازات این موفقیت بزرگ، پژوهش‌ها نشان می‌دهد افزایش امید به زندگی و طولانی‌شدن عمر با رشد بیماری‌های عملکردی مانند آلزایمر و پارکینسون خصوصاً در سال‌های پایانی عمر همراه بوده است که این امر بیانگر افزایش صرف سال‌های عمر بدون توجه به کیفیت آن بوده است (۲۸۴). بر اساس نتایج مطالعه درخصوص این سناریو، نظام سلامت، در آینده با استعانت از فناوری‌های نوین پزشکی، بیوتکنولوژی پزشکی، مهندسی ژنتیک و علوم عصب‌شناختی، قادر خواهد بود، طول عمر همراه با کیفیت را به شهروندان خود اعطا کند. در همین راستا، گزارش فناوری‌های همگرا بهبود کارایی انسان در آینده را، رنسانسی (نوزایی) در علم و فناوری می‌داند، که در آن همگرایی فناوری که از تلفیق فناوری نانو، زیستی، اطلاعات و علوم شناختی به‌دست می‌آید، و با عنوان اختصاری NBIC^۲ شناخته می‌شود، خواهد توانست عملکردهای انسانی را تقویت کرده و بهره‌وری را افزایش دهد. از دیگر نتایج پیشرفت در همگرایی فناوری به بهبود بازدهی کار و یادگیری، تقویت توانایی‌های حسی و شناختی افراد، تحولات انقلابی در بهداشت و درمان، ارتقای کارایی فردی و جمعی، تکامل ارتباطات میان انسان و ماشین، درمان ضعف‌های فیزیکی و شناختی معمول در دوران پیری اشاره شده است (۲۸۵). سابرادیلو و همکاران^۳ در خصوص آینده‌ی پزشکی بیان می‌کنند که هم‌اکنون علم پزشکی در گذار انقلابی است که ماهیت مراقبت‌های سلامت را، از حالت واکنش به بیماری‌ها، به سوی پیشگویی و پیشگیری آن‌ها سوق خواهد داد. در واقع پیشرفت‌های فناوری مانند فناوری

^۱ Jean Fourasitie

^۲ NBIC - Multidisciplinary scientific field at the crossroads of Nanotechnologies (N), Biotechnologies (B), Information Technology (I) and Cognitive Sciences (C).

^۳ Sabradillo P, et al

اومیکس^۱ و بیولوژی سیستم‌ها که طی دو دهه‌ی گذشته روی داده‌اند موجب انتقال پزشکی به سوی پزشکی سیستمی خواهند شد که هسته‌ی مرکزی آن سلامت است نه بیماری، به عبارت بهتر در پزشکی سیستمی نگهداشت سلامت بجای مبارزه با بیماری‌ها مورد توجه قرار خواهد گرفت. هود و فلور^۲ نیز پیش‌بینی کرده‌اند که طی ده سال آینده طبابت، ماهیتی فردگرایانه، پیشگویانه، پیشگیرانه و مشارکت‌جویانه خواهد داشت که نه تنها هزینه-اثربخش خواهد بود بلکه به صورت فزاینده‌ای بر تندرستی تمرکز خواهد داشت. این مدل مفهومی از پزشکی سیستمی P4^۳ نامیده می‌شود (۲۸۶).

بنیاد ملی سلامت آمریکا^۴ اولین و بزرگترین سازمان پژوهش‌های زیست پزشکی است که زیرساخت‌های بیولوژی سیستم را از طریق پژوهش‌های میان‌رشته‌ای برای حل مسائل پیچیده سلامت و بیماری ترتیب داده است و توسعه‌ی فناوری را در مرکز تمرکز خود قرار داده است (۲۸۷). همگام با این گذار انقلابی در کشور ما نیز بسیاری از مراکز تحقیقاتی سلولی-مولکولی، بیوتکنولوژی، ژنتیک، ژنومیکس و علوم و فناوری‌های شناختی رهیافت‌های نوینی را به سوی تشخیص و درمان بیماری‌ها با روش‌های نوآورانه آغاز کرده‌اند. تسهیل راه‌اندازی شرکت‌های دانش‌بنیان برای حمایت از پژوهش‌های نوآورانه و خطرپذیر از جمله راهبردهای کلان نقشه‌ی علمی کشور است که مسیر را برای پژوهشگران هموار خواهد کرد.

بوسکت و همکاران^۵ یکی از راه‌های نوآورانه در جهت فائق آمدن بر مشکلات برجسته‌ی قرن ۲۱ نظیر بیماری‌های غیرواگیر و نوپدید در سالمندان را، در نگاه جامع‌نگر و هالستیک به سلامت بیان می‌کنند، آن‌ها عنوان می‌کنند که این راهبرد هالستیک با درنظر گرفتن اثر ژن-محیط‌زیست و برهم‌کنش‌های اقتصادی-اجتماعی قادر به ترسیم توالی فنوتیپی و از پیش‌رو برداشتن مسائل فوق در سالمندان است که می‌توان در آینده سالمندانی پویا و سالم داشت که در توسعه و اقتصاد مشارکت فعال داشته باشند (۲۸۸).

بررسی نقشه‌ی علمی کشور نیز نشان می‌دهد که رویکردهای همه‌جانبه‌نگر در سلامت با عناوینی تحت‌عنوان تقویت همکاری‌های بین‌بخشی مبتنی بر علم و فناوری و نوآوری و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در قالب شبکه‌ی سلامت کشور مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار گرفته است. این سند بالادستی در حوزه‌ی علم و فناوری کشور، نخستین تلاش نظام‌مند علمی ایران با متدولوژی آینده‌پژوهی است که در شتاب بخشیدن علوم زیست پزشکی در کشور نقش مهمی ایفا خواهد کرد.

با افزایش سالمندی جمعیت در کشورهای اروپایی، اتحادیه‌ی اروپا متعهد شده است که بخشی از نوآوری‌های فناوری را در جهت حفاظت و کمک به سالمندان اختصاص دهد. به همین منظور ماجد و همکاران^۶ در پژوهشی با به خدمت گرفتن

^۱ Omics: «فناوری اومیکس»، مشتمل بر علوم و فناوری‌های نوین و راهبردی «ژنومیکس»، «ترانسکریپتومیکس»، «پروتئومیکس» و «متابولومیکس» است، که این پتانسیل را دارد با انجام تحقیقات بنیادی-کاربردی مبتنی بر علوم و فناوری‌های نوین و راهبردی گام‌های ارزنده‌ای را در جهت توسعه بهداشت و ارتقای شاخص‌های بهداشتی و درمانی کشور بردارد.

^۲ Hood L, Flores M

^۳ Predictive, Preventive, Personalized and Participatory

^۴ National Institute of Health

^۵ Bousquet J, et al

^۶ Maged N et al : Connectivity for Healthcare and Well-Being Management: Examples from Six European Projects

پیشرفت‌های تکنولوژیکی خصوصاً تلفن‌های همراه هوشمند برنامه‌های سلامت همراه^۱ و مراقبت سلامت متصل^۲ در گروهی از سالمندان، توانستند رویای داشتن یک زندگی مستقل و به دور از هرگونه وابستگی به دیگران را برای آن‌ها محقق سازند. یکی دیگر از اقدامات نوآورانه با اتکا به فناوری، حل چالش کمبود کارکنان مراقبت سلامت در سراسر جهان خصوصاً در آفریقا، که در آن، راهکارهایی از جمله دستیابی گسترده به فناوری اطلاعات و ارتباطات توانسته است نیاز به متخصصان را تا حد زیادی کاهش دهد (۲۸۹).

ابروند^۳ پزشکی بازآفرینی^۴ نیز یکی دیگر از عرصه‌های میان‌رشته‌ای است که با رشد فزاینده‌ی خود جهان پزشکی و درمان‌های بالینی را دچار تحول انقلابی خواهد کرد. میجر و بلیتراسویک^۵ در پژوهش خود عنوان کردند که پزشکی بازآفرینی می‌تواند نویددهنده‌ی پیشگیری از نقایص مادرزادی، کنترل رشد غیرطبیعی بافت‌ها، کاهش سرعت تحلیل و پیرشدن بدن، تسهیل در درمان و جایگزینی بافت‌های آسیب دیده باشد، حتی تولید آزمایشگاهی بافت‌ها و اندام‌های بدن نیز باشد. گورمن در پژوهش خود بیان می‌کند که قلب تپنده‌ی پزشکی بازآفرینی، سلول‌های بنیادی^۶ می‌باشد که در آینده‌ای کمتر از یک دهه، شاهد درمان بیماری‌های قلبی و دیابت از این طریق خواهیم بود. برای دستیابی به پیشرفت‌های خاص از پزشکی بازآفرینی کشورهای نظیر آمریکا، آلمان، انگلستان و کانادا اقدام به تدوین راهبردها و طرح‌های پژوهشی نموده‌اند (۲۶۶).

تغییر الگوهای طبابت و به تبع آن شکل‌گیری انتظارات جدید از دیگر عناصر این سناریو بود. وین‌اشتاین و همکاران^۷ در پژوهشی عنوان کردند که فناوری با خلق نوآوری‌های مرزشکن خواهد توانست چهره‌ی مراقبت‌های سلامت را در آینده تغییر دهد. واکي و همکاران^۸ در یک برنامه‌ی خودمراقبتی مبتنی بر تلفن‌های هوشمند در سالمندان مبتلا به دیابت نشان دادند که درک افراد از بیماری‌شان و مسئولیت‌پذیری‌شان در مقابل بیماری بهبود چشم‌گیری را داشته است (۲۹۰). بررسی اسناد بالادستی کشور نشان می‌دهد که تنها در نقشه‌ی تحول نظام سلامت به ایجاد سامانه‌ی آموزشی افزایش سواد سلامت جامعه و تجهیز واحدهای ارائه خدمات به بسترسازی در جهت پزشکی از راه دور و ارتقای فرهنگ دسترسی مردم به خدمات سلامت ارائه شده است.

ایمانوئل^۹ در بررسی کلان‌روندهای مراقبت ناشی از اوباما^{۱۰} در آمریکا پیش‌بینی کرده‌اند که تا سال ۲۰۲۰ میلادی بیش از ۱۰۰۰ بیمارستان آمریکایی که مراقبت‌های حاد ارائه می‌کردند، با گسترش و پذیرش فناوری پزشکی از راه دور، مانیتورینگ و آزمایش و درمان بیماران در بیرون از بیمارستان و مطب پزشکان، بسته خواهند شد. نقشه‌ی تحول نظام سلامت مبتنی بر

^۱ Mobile Health (mHealth)

^۲ Connected Healthcare

^۳ Mega Trends

^۴ Regenerative Medicine

^۵ Meijer G, Blitterswijk

^۶ Stem Cell

^۷ Weinstein RS, et al

^۸ Waki K, et al

^۹ Emanuel EJ

^{۱۰} Obama Care

الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت نیز، توسعه‌ی ارائه خدمات سلامت از راه دور را در جهت دسترسی سریع، ارزان و عادلانه مردم به منابع و خدمات سلامت و قانون‌مند کردن خدمات پزشکی از راه دوره را از موضوعات کلیدی و اولویت‌دار نظام سلامت عنوان کرده است.

از دیگر پیشران‌های این سناریو، گسترش مراقبت‌های پزشکی فردگرایانه بود. در این نوع پزشکی، دانستن اینکه چه فردی دچار بیماری است بسیار مهم‌تر از این است که بدانیم فرد دچار کدام بیماری است. از آنجا که ویژگی‌های هر فرد با افراد دیگر متفاوت است پاسخ بدن نیز بسته به محیط اطراف و نیز عوامل بیماری‌زا و درمانگر نیز متفاوت است. بنابراین در این رویکرد با شناخت ویژگی‌های ژنتیکی درمان‌های تشخیصی و درمانی متناسب با فرد ارائه می‌شود. شواهد نشان می‌دهد در آینده‌ای نزدیک شاهد فراگیر شدن مراقبت پزشکی فردی‌شده خواهیم بود. این مراقبت‌ها به‌خصوص در حیطه پیشگیری و پیش‌بینی آینده‌ی بیماری، درمان دقیق و مناسب کاربرد دارد (۲۹). انبوهی از بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیمارمحور بودن مراقبت‌ها نه فقط به رفع آلام بیماران کمک می‌کند، بلکه حتی در افزایش رضایت ارائه‌کنندگان خدمات نیز موثر است.

۵-۵-۲ معمولی‌های قهرمان سناریوی ۲

سناریوی دوم این پژوهش با عنوان "معمولی‌های قهرمان" نمایانگر راهی است که دیگران قدم گذاشته‌اند و توانسته‌اند اثرات مطلوب و رضایت‌بخشی از خود بجای گذارند. بهره‌گیری از تجارب کشورهای توسعه‌یافته که پیش‌تر سالمندی جمعیت را تجربه کرده‌اند از یک سو و جامه عمل پوشاندن و پایبندی به سیاست‌ها و برنامه‌های کلان توسعه‌ای کشور از سوی دیگر می‌تواند از نظام سلامت در ارائه‌ی خدمات سالمندی یک قهرمان بسازد. بر اساس نتایج پژوهش تمرکز اصلی سناریوی فوق بر ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه با پوشش همگانی سلامت است که در آن اطمینان حاصل شود که تمامی سالمندان در سراسر کشور به خدمات بهداشتی مورد نیاز خود دسترسی دارند و برای پرداخت هزینه‌های آن با هیچگونه مشکل مالی مواجه نیستند. موفقیت سناریوی فوق نیازمند یک سری پارامترهایی است که اولاً سیستم بهداشت قوی و کارآمد بوده و به‌خوبی سازماندهی و هماهنگ شده باشد، ثانیاً یک سیستم بیمه‌ی مراقبتی فراگیر برای آن تدارک دیده شده باشد، ثالثاً سطوح اول و دوم مراقبت به کارکنان بانگیزه و آموزش دیده در قالب تیم‌های بین‌حرفه‌ای مجهز شده و بسته‌ی خدمات و سطوح ارجاع به‌روشنی تعریف شده باشد. در ایران، برنامه‌ی پزشک خانواده یکی از برنامه‌های عادلانه و مقرون‌به‌صرفه است که می‌تواند تحقق سه هدف فوق را عملی سازد. بررسی شواهد نشان می‌دهد که برنامه‌ی پزشک خانواده اولین بار از سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به اجرا درآمده اما به دلایلی همچون آشنا نبودن پزشکان با کار در مناطق روستایی، غیرپاسخگو بودن نظام آموزش پزشکی، تامین مالی ناکافی و ناهماهنگی بین وزارت رفاه و بهداشت با موانع عمده‌ی روبرو گشته و تاکنون نتوانسته به اهداف تعیین شده خود نزدیک شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که بیشترین سهم مشکلات سلامت سالمندان مربوط به بیماریهای غیرواگیر و مزمن است که نیازمند خدمات بهداشتی و سلامتی مستمر و پرهزینه می‌باشد. بر اساس مطالعه‌ی بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۰، سالمند شدن جمعیت ایران یکی از سه عاملی است که بر پیکره‌ی نظام سلامت، اثر عظیمی را وارد می‌کند. به دلیل میزان فزاینده‌ی سرعت پیر شدن جمعیت ایران، پیش‌بینی می‌شود در دهه‌های آینده، هزینه‌ی سلامت در ایران رشد بسیار بالایی را از خود نشان دهد (۲۹۱). بنابراین ارائه‌ی مدل‌های مدیریتی مراقبت و یکپارچه‌سازی شیوه‌های سلامت رفتاری بایستی مد نظر قرار گیرد. همچنین باید در سیاست‌های کلان سلامت به ابر روند پیر شدن جمعیت و فشار بر نظام مراقبت‌های سلامت توجه ویژه شود و استراتژی‌های پیشنهادی منطقه‌ی مدیرانه‌ی شرقی سازمان جهانی بهداشت در زمینه‌ی مراقبت از سالمندان در متن سیاست‌ها گنجانده شود. اساس این استراتژی‌ها، تاکید بر هماهنگی‌های بین‌بخشی، ادغام مراقبت‌های سلامت سالمندان در سیستم ارائه‌ی خدمات بهداشتی کشور، شبیه‌سازی مراقبت‌های سالمندان به صورت یک مدل کلی مشتمل بر خدمات اجتماعی- اقتصادی و شناسایی نقش PHC در ارائه‌ی بخش عمده‌ی مراقبت از سالمندان در کشورهای عضو با تاکید بر جمعیت روستایی است. در هر صورت گستره‌ی پرداختن به مراقبت‌های سالمندی و نقش ارائه‌ی نظام سلامت کشور در پاسخگویی به نیازمندی‌های پزشکی و عملکردی آن‌ها، به ارائه‌ی مدل‌های نوآورانه نیاز دارد.

از دیگر عناصر این سناریو می‌توان به عدالت همه‌جانبه در تامین و توزیع منابع، رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در ارائه خدمت به سالمندان اشاره کرد. این در حالی است که مطالعات زیادی بر کم‌توجهی و تبعیض در ارائه‌ی خدمات سالمندان اذعان داشتند به عنوان مثال مطالعه‌ی اسکیربگ و نورتوت در نروژ نیز گویای این واقعیت است که سالمندان نسبت به جوان‌ترها کمتر مورد توجه تیم درمان قرار می‌گیرند و معمولاً مداخلات درمانی و داروهای تجویز شده برای آنها بیشتر از حد مورد نیاز است.

با توجه به پیرو بودن فناوری در این سناریو اولویت مداخله با موضوعاتی مانند طب پیشگیری خواهد بود که الزاماً فناوری پیچیده و پیشرفته نیاز ندارند و بیشتر بر تغییر رفتار مردم اتکا دارد. بر اساس این سناریو و پیشران‌های آن، مردم از سواد سلامت و توانایی تحلیل اطلاعات و خدمات سلامت برخوردار بوده و با رعایت شیوه‌های زندگی سالم برگرفته از آموزه‌های اسلامی- ایرانی در بستر جامعه و خانواده، با کمترین تهدیدکننده‌های سلامت روبرو خواهند بود. پس بنابراین در این سناریو اولویت با رویکردهای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری است و اگر چنانچه سالمندی مبتلا به بیماری شد، خدمات سلامتی را به صورت جامع و یکپارچه با محوریت عدالت (یعنی دریافت مراقبت براساس نیاز و پرداخت براساس توان مالی) دریافت خواهند کرد. شواهد نشان می‌دهد که جامعیت خدمات، ارزش افزوده و پیامدهای اثربخش بلندمدتی را در پی خواهد داشت که نه تنها به تشخیص زودرس مسائل و پیشگیری به موقع کمک می‌کند بلکه رویکردی منسجم و مستمر در مراقبت از بیمار دارد. گزارش ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت جامعیت، تداوم و بیمارمحوری را عوامل دست‌یابی به پیامدهای مطلوب سلامت عنوان می‌کند (۲۴۹).

بر اساس شواهد، الگوی مراقبت‌های یکپارچه‌ی سالمندان یکی از موفق‌ترین روش‌های مراقبت سالمندی در برخی کشورهای توسعه‌یافته است، که زنجیره‌ای از مراقبت‌های پزشکی و اجتماعی را با محوریت پزشک خانواده و تیم بین‌رشته‌ای در نزدیک‌ترین محل به سالمندان ارائه می‌کند (۲۹۲). از جمله‌ی الگوهای مراقبتی این چنینی می‌توان به برنامه‌ی مراقبت جامع سالمندی با نام ^۱PACE در آمریکا، برنامه‌ی مراقبت یکپارچه‌ی سالمندی با نام Norrtalje در سوئد، مدل مراقبت یکپارچه سالمندی در کانادا با نام‌های ^۲SIPA و ^۳PRISMA و مدل مراقبت یکپارچه سالمندی در سیدنی استرالیا با نام HealthOne اشاره کرد. بررسی دقیق و عمیق مدل‌های فوق نشان می‌دهد که درون‌مایه‌ی اصلی مراقبت یکپارچه، هماهنگی و ارتباطات بسیار قوی بین اعضای تیم مراقبت سلامت است. آنچه که سیستم مراقبت بهداشتی یکپارچه را منحصر به فرد می‌سازد، جریان و انتشار اطلاعات بیمار بین اعضای تیم مراقبت برای طراحی یک برنامه جامع مراقبت متناسب با نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی بیمار است که به این منظور وجود پرونده الکترونیک سلامت ضروری است. در سیستم‌های ارائه خدمات یکپارچه، گروه متنوعی از ارائه‌کنندگان شامل پزشک، روان‌شناس، مددکار اجتماعی، کار درمان و فیزیوتراپ بسته به نیاز بیمار خدمات متنوع و جامعی را ارائه می‌دهند. مطالعات متعدد نشان داده است که ارائه مراقبت یکپارچه به سالمندان در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی سالمندان تاثیر بسزایی داشته است و برای بهره‌مندی از مزایای آن نیاز به طراحی ساختارهای جدید نیست و این خدمات می‌تواند در مراکز بهداشتی^۴، کلینیک‌های سالمندان^۵، مراکز مراقبت روزانه^۶، مراکز مراقبت بلند مدت^۷ و در مراکز خدمات اجتماعی و بهداشتی^۸ ارائه شود (۲۹۳).

۵-۳-۵ سناریوی ۳- در اسارت تکنولوژی

در این سناریو فناوری به دلیل نبود نظام‌هایی مسئول و پاسخگو پیشران بسیار مهمی در جهت افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت خواهد داد. در این شرایط نظام سلامت به دلیل نداشتن راهبردهای پر قدرت به سوی ارزش‌های مراقبت اولیه و پیشگیرانه‌ی سلامت حرکت نکرده و نمی‌تواند پاسخگوی چالش‌های پیش‌رو باشد زیرا تحت تاثیر نیروهای پر قدرتی قرار دارد که مانع اولویت‌گذاری منطقی و هدفمند است و در چنین شرایطی نه تنها دسترسی عادلانه برای همه‌ی سالمندان در بهره‌مندی از خدمات ممکن نیست بلکه آن‌هایی هم که دسترسی دارند اغلب خدمات مورد نیاز خود را بسیار ناهماهنگ، پراکنده و حتی گیج‌کننده دریافت می‌کنند. بر اساس نتایج پژوهش از جمله پیشران‌های منجر به شکل‌گیری این سناریو، تخصص‌گرایی، استفاده اقتصادی و تجاری از طب، پراکندگی نظام سلامت به دلیل کثرت بیش از حد برنامه‌ها و طرح‌ها، تضاد

^۱ Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)

^۲ System of Integrated Care for Older Persons

^۳ Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy

^۴ Primary Care setting

^۵ Specialized medical setting

^۶ Day Care

^۷ Long-term care

^۸ Health and social services sites

منافع، درمان‌محور بودن سیاست‌ها، پزشکی‌شدن و وابستگی بیش از حد به تکنولوژی می‌باشند. این درحالی است که سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که بیش از نیمی از بار بیماری در میان افراد بالای ۶۰ سال از طریق تغییرات در شیوه زندگی به طور بالقوه قابل اجتناب است.

نتایج مطالعه‌ی ما در بخش شناسایی چالش‌های نظام مراقبت سالمندی نشان داد که استفاده از تجهیزات گران‌قیمت پزشکی و دارویی برای پزشکان و متخصصان یک نوع پرستیژ علمی محسوب می‌شود که به زعم بسیاری از خبرگان این موضوع ریشه در آموزش علوم پزشکی ما دارد. پزشکانی که در تمام طول تحصیل آموخته‌های خود را از ویزیت بیماران پیچیده در بیمارستان به‌دست آورده‌اند و طبابت خود را با اتکا به تکنولوژی‌های پیشرفته‌ی پزشکی به انجام رسانیده‌اند هرگز قادر نخواهند بود در سطوح محیطی مراجعین خود را به درمان‌های پیشگیرانه و ارتقا دهنده‌ی سلامت سوق دهند و چه بسا بیمار شدن جمعیت برایشان مزایایی به‌همراه داشته باشد.

مطالعات نشان می‌دهد کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه در جهت کاستن از اتکای خود به تکنولوژی‌های پیچیده‌ی بیمارستانی، تخصص‌گرایی و کنترل هزینه‌ها، تدابیری همچون کاهش تخت‌های بیمارستانی، افزایش خدمات مراقبت در منزل و سهمیه‌بندی تجهیزات پزشکی که معطوف به بعد عرضه‌ی خدمات است را اعمال کرده‌اند (۲۴۹).

بنابر برآورد سازمان بهداشت پان‌امریکن، ۴۷٪ مردم آمریکای لاتین به دلایلی چون فقر، قومیت، جنسیت، توزیع ناعادلانه منابع و عدم حمایت نظام رسمی سلامت برای حفاظت مردم در برابر هزینه‌های کمرشکن با تبعیض و نابرابری در دریافت خدمات روبرو هستند که در این مناطق تصمیمات نظام سلامت به‌شدت تابع طبقه‌ی اجتماعی مرفه است (۲۹۴). گزارش جهانی ۲۰۰۸ سلامت، ایجاد و تقویت شبکه‌های دسترسی مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت و سرعت بخشیدن حرکت به سمت پوشش همگانی را، راهی مناسب در برخورد با این محرومیت‌ها عنوان می‌کند (۲۴۹).

مطالعه‌ی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی نشان می‌دهد که انتقال تکنولوژی در دهه‌های اخیر در کشورهای در حال توسعه موجب افزایش دیون خارجی، وابستگی سیاسی، ناهنجاری فرهنگی، تغییرات شدید زیست‌محیطی و ایجاد فاصل به فقرا و اغنیا شده است. موازی با جریان توسعه تکنولوژی، موضع‌گیری‌های موافق و مخالف زیادی در حوزه‌های اجتماعی، سیاسی، اخلاقی و فرهنگی شکل گرفته است. برخی منتقدان اجتماعی بر این باورند که با ادامه روند روبه رشد تکنولوژی، به‌زودی "در دام خطر از خودبیگانگی و بی‌ریشگی در جهان ضدانسانی و بهره‌مند از تکنولوژی پیشرفته گرفتار خواهیم شد." و استدلال می‌کنند که "تکنولوژی مدرن به انسانیت‌زدایی یا ماشین‌شدن انسان انجامیده است؛ به‌طوری که فراوانی وسایل تکنولوژیک که پیرامون ما را احاطه کرده است احساس انسانیت ما را تهدید می‌کند و باعث می‌شود که ما جنبه‌های احساسی‌تر و شهودی‌تر روابط انسانی را از دست بدهیم. چنانچه هایدگر می‌نویسد "خطر متوجه انسان در وهله نخست از سوی ماشین‌های بالقوه مرگبار و ابزار صنعتی نیست. خطر واقعی همواره متوجه جوهر وجود اوست؛ خطر تحمیل قید و بند بر او. خطر

محروم شدن او از برخورداری از الهامات اصیل بیشتر، و بنابراین محروم شدن او از احساس نیاز به دستیابی به حقیقتی بنیادی تر^۱. لذا به تعبیر این گروه چیزی در ذات تکنولوژی هست که گویا "روح انسان" را تحقیر می کند. در حوزه پزشکی نیز پیدایش و توسعه تکنیک های پیشرفته همراه با رشد تخصص و فوق تخصص ها بسیار چشم گیر بوده است؛ به طوری که در طول چند دهه گذشته شاهد حیرت آورترین پیشرفت های علمی و تکنولوژیک در حوزه های ژنتیک، بیوتکنولوژی و فن آوری های زیستی، عصب شناسی، بافت ها و اعضای مصنوعی، شبیه سازی هستیم. در واقع پزشکی مدرن تکنولوژی را جزء وجودی خود ساخته و با آن عجین شده است و به شکلی تکامل یافته که در آن تکنولوژی نقش محوری دارد. پستمن^۱ در کتاب معروف خود با عنوان تکنوپولی^۲ در نقد پزشکی مدرن تکنولوژی زده بیان می کند هرچه تنوع آزمایشات پزشکی و تکنولوژی های نوین همچون عکس برداری با اشعه X و اسکن های سه بعدی، بیشتر و رایج تر شود به همان میزان پرهزینه تر و برای سلامت بیمار تهدید آمیز تر می شود. "او همچنین حذف روابط انسانی و پایین آمدن دقت پزشکان، به دلیل اتکای بیش از حد به تکنولوژی پزشکی را نگران کننده عنوان کرده است (۲۹۵).

شواهد نشان می دهد چنانچه سلطه ی پزشکی در تکنولوژی با همین سرعت فعلی و بدون آینده نگاری پیش رود، اظهارات و احساس های شخصی بیمار و شرح حال هایی که در گذشته مبنای عمل پزشکان بود، ارزش و اعتبار خود را از دست داده و ملاک تصمیم گیری پزشکان نتایج تست هایی است که توسط تجهیزات مدرن سنجش می شود.

مطالعات همچنین نشان می دهد که این تمایل استفاده و اتکای بیش از حد به تکنولوژی نه تنها در بعد عرضه بلکه در بعد تقاضا نیز رخ خواهد داد، به این معنی که بیماران نیز، در سیستم درمان به پزشکی که در معاینات و فرایند طرح درمان خود از ابزارهای و تکنولوژی های پیشرفته استفاده نمی کند، اعتماد کمتری دارند.

۵-۴-۵ سناریوی ۴ - یک پارادایم منسوخ

این سناریو آینده ای را به تصویر می کشد که در آن دو بعد پاسخگویی و فناوری در نازل ترین حد خود می باشند و سالمندی در دید مردم، سیاستگذاران و رسانه ها با معلولیت، ناتوانی و وابستگی همراه است. وقتی نگاه به سالمندان این چنین باشد سالمندان نه در سیاست ها و برنامه های حمایتی اجتماعی-اقتصادی و نه در برنامه های فراغتی-تفریحی جایگاهی نخواهند داشت. در پژوهش های علمی نیز تمرکز محققان معطوف به سالمندان بیمار و ناتوان خواهد بود که درصد کمتری از سالمندان را به خود اختصاص داده اند. بررسی ها نشان می دهد که فرهنگ ها نقش عمده ای در تفسیر فرآیندهای سالخوردگی و رویکردشان به افراد سالمند دارند (۲۹۶). در فرهنگ هایی که افراد سالمند به عنوان گنجینه ی زندگی و تجارب در نظر گرفته می شوند، احتمال اینکه موقعیت اجتماعی آنها حفظ و ارتقا یابد، بیشتر است. در مقابل، در فرهنگ هایی که درک منفی از سالخوردگی وجود دارد، سالمندان به احتمال بیشتر منزوی می شوند (۲۹۷). در کشور ما علی رغم تاکید آموزه های دینی این نگاه منسوخ به سالمندی

¹ Neil Postman

² Technopoly

نگاه غالب جامعه است. بطوریکه، گزارش بخش جمعیتی سازمان ملل در سال ۲۰۱۱ نیز به یک نقصان جدی در ادبیات سالمندی از دیدگاه سلامت و جایگاه اجتماعی-فرهنگی در ایران اشاره کرده است. همچنین گزارش چارچوب سیاستی سالمندی فعال سازمان جهانی بهداشت بر تغییر رویکرد دولت‌ها به سالمندی در برنامه‌ها و سیاست‌ها تأکید کرده است (۴۰).

مطالعات نشان می‌دهد که ادارک از پیری شاخصی مناسب و دقیق از پیش‌بینی وضعیت سلامتی فرد در آینده و نیز معیاری برای تعیین رضایتمندی فرد از پیری خود و میزان مطابقت او با تغییرات زندگی در این مرحله است. به این معنا که افراد با ادراک مثبت از پیری، وضعیت سلامتی بهتر و طول عمر بیشتری از افراد با دیدگاه منفی دارند (۲۹۸).

براساس نتایج پژوهش یکی از پیشران‌های شکل‌گیری این نگاه در جامعه رسانه‌ها هستند. همه‌ی ما بارها حضور سالمندان در رسانه را اغلب در قالب نقش‌های کلیشه‌ای دیده‌ایم که در آن سالمندان به مثابه مادرزرگ‌ها و پدرزرگ‌های دلسوز، سنتی و نصیحت‌گو هستند نه افرادی موفق، تحسین برانگیز و تاثیرگذار. پژوهش‌ها نشان می‌دهد این نگاه تبعیض‌آمیز^۱ به سالمندان فقط مختص به ایران نیست. سازمان ملل^۲ در گزارش خود عنوان می‌کند که تبعیض جنسیتی در بسیاری از جوامع پدرسالار آسیا وجود دارد و زنان سالمندان بیش از مردان از این نگاه آسیب می‌بینند (۲۹۹).

همچنین نتیجه‌ی یک تحقیق در دانشگاه هاروارد نشان داد که ۸۰ درصد مردم گرایش به تبعیض سنی^۳ دارند و اکثر جوانان منش‌های منفی نسبت به سالمندان بروز می‌دهند. لووی و میر^۴ در پژوهش خود نشان دادند سالمندانی که از طرف جامعه از لحاظ سنی مورد تبعیض قرار می‌گیرند، این احساس نسبت به خود را درونی کرده و به‌عنوان کلیشه‌ی منفی مرتبط با پیری آن را می‌پذیرند (۳۰۰).

بررسی‌های متعدد نشان می‌دهند که در تمام سنین سالمندی، نسبت به سالمندان نگرش و دید منفی وجود دارد. ریچمن با بررسی ۱۶۰ طنلن رایج درباره‌ی سالمندان، وخامت نگرش منفی را نسبت به سالمندان نشان داد. بر این اساس از دیدگاه جامعه، سالمندی پایان همه‌چیز، ناتوانی و مرگ تلقی می‌شود (۳۰۱). به اعتقاد رودین و لانگر، بخشی از ناتوانی افراد مسن ممکن است ناشی از دیگرانی باشد که به آنان برچسب ناتوان بودن می‌زنند. بدین ترتیب، پیران نیز به تدریج این ویژگی‌ها را در خود ایجاد می‌کنند. ما به عنوان جامعه، تمایل داریم که پیران را ناتوان بدانیم و فرض کنیم آنها دوران خود را گذرانده‌اند و از انجام هر عمل و فعالیت جسمی و روحی عاجزند و عموماً متکی به کمک دوستان، خویشاوندان و کارکنان مؤسسات هستند. چنین مفروضاتی اگرچه نادرستند، اما ممکن است سبب ایجاد وضعیتی شوند که مورد فرض بود، یعنی پیران که برچسب ناتوانی به آنها خورده است خودشان نیز به آن باور برسند. این حالت، «وابستگی خود القایی» نامیده شده است (۳۰۲).

^۱ Ageism

^۲ United Nations. (2009). World Population Prospects: the 2008 Revision, Population Database, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York

^۳ Age Discrimination

^۴ Levy BR, Myers LM.

صادق مقدم و همکاران در یک مرور نظام‌مند، عوامل موثر بر ادراک از پیری را به دو دسته عوامل فردی و عوامل اجتماعی تقسیم می‌کند که عوامل موثر در ادراک از پیری در حوزه‌ی فردی شامل نوع نگرش به پیری، سن ذهنی، جنسیت، وضعیت سلامت، وضعیت اقتصادی، تأهل و مجرد، مذهب و آگاهی و دانش در زمینه‌ی سالمندی و در حیطه‌ی اجتماعی، تبعیض سنی، فرهنگ، روابط اجتماعی، خانوادگی و سنت و مدرنیته تاثیرگذار است (۲۶).

اگرچه ممکن است که سالمندان لزوماً با انزوا به معنای تنها ماندن و یا ترک شدن توسط خانواده هایشان مواجه نباشند، اما به دلیل همین افت منزلت اجتماعی ناشی از نگاه جامعه دوران سخت و تنهایی را سپری می‌کنند. چه گروهی که دوران سالمندی خود را در خانه های سالمندان می‌گذرانند و چه گروهی که در منزل خود یا در منزل بستگان خود سپری می‌کنند، با این مساله تبعیض سنی و منش‌های منفی مواجه هستند. در فرهنگ ایرانی عموماً احترام به سالمندان از سنین کم آموزش داده می‌شود، اما این آموزش جنبه احساسی دارد و به جای تاکید بر احترام، تحسین دستاوردهای دوره زندگی و جایگاه اجتماعی سالمندان، به کاهش توانایی‌های آنان در ابعاد مختلف تکیه دارد که باید با یک منش دلسوزانه مورد احترام قرار گیرد. در واقع خود این آموزش نیز یک رویکرد منفی نسبت به سالمندان است. سازمان جهانی بهداشت تنهایی، انزوای اجتماعی و محرومیت از مشارکت در جامعه را از عوامل خطر بیماری و مرگ زودرس در سالمندان نام می‌برد. همچنین مداخلات تاثیرگذار برای مبارزه با انزوا و طرد شدن اجتماعی سالمندان را ترکیبی از فعالیتهای داوطلبانه، تبلیغات مثبت رسانه‌ها و درگیرکردن اعضای خانواده و شبکه‌ی دوستان معرفی می‌کند (۴۰).

بر اساس تحقیقی که وزارت بهداشت، کار و رفاه ژاپن انجام داده، کارمندان ژاپنی به طور کلی همچنان انگیزه قوی ای برای ادامه کار پس از سن ۶۰ سالگی دارند. به علاوه، کارمندان بالای ۴۵ سال ژاپن که به دنبال یافتن کاری جدید هستند، اغلب با قوانین محدودیتی در زمینه سن استخدام روبرو می شوند. برای جلوگیری از تاثیرات منفی این مسئله بر سیستم پرداخت حقوق بازنشستگی، دولت ژاپن سن بازنشستگی را از ۶۰ سال به ۶۵ سال افزایش داده است که این تغییر سیاست موجب افزایش نرخ مشارکت نیروی کار ۶۰ تا ۶۴ ساله از ۷۱٪ در سال ۲۰۰۶ به ۷۷٪ در سال ۲۰۰۹ شده است (۳۰۳).

از دیگر نتایج مطالعه‌ی ما این بود که سیاست‌های افزایش جمعیت برای مواجه‌نشدن با بحران پیری یا به عبارت بهتر به تعویق افتادن سالمندی جمعیت در کشور طرح شده است که این راه‌حل هرچند ممکن است موقتاً کشور را از پیر شدن جمعیت برهاند اما بار دیگر مشکلات را در آینده به جامعه بازخواهد گرداند. بنابراین بهتر است به جای به تعویق انداختن مسائل با نگاه و رویکرد سیستمی و همه‌جانبه به حل آن‌ها پرداخت. بررسی سیاست‌های جمعیتی کشورهای توسعه‌ی یافته‌ی سالمند نشان می‌دهد که طرح افزایش جمعیت در آن کشورها، یک برنامه‌ریزی بلندمدت را طی کرده است. به عنوان مثال، در فرانسه طرح افزایش جمعیت با حمایت مالی دولت از والدینی که بچه‌دار می‌شوند صورت می‌گیرد. بر اساس قوانین جدید خانواده‌های فرانسوی با بچه‌دار شدن خود هیچ ترسی درخصوص از دست دادن شغل خود به دلیل مرخصی طولانی یا مخارج فرزندان

ندارند. خانواده‌های فرانسوی تا سه سال می‌توانند با ضمانت اینکه به شغل خود برمی‌گردند، در کنار فرزند خود حضور داشته باشند دولت به صورت سالانه از سه سالگی تا سنین تعیین شده نسبت به کمک هزینه‌های مالی فرزندان برای پیش دبستانی و همچنین دوران مدرسه و دانشگاه به خانواده‌ها تضمین قانونی می‌دهد. سبد کالا و همچنین کاهش اخذ مالیات و استفاده از امکانات دولتی برای فرزندان و خانواده‌ها در نظر گرفته می‌شود و دولت در صورت استخدام خدمتکار برای خانواده‌هایی که بچه‌دار شده‌اند، هزینه خدمتکار را تاحدی تقبل می‌کند.

اهمیت بحث سالمندی تا بدانجاست که در سال ۱۹۷۳ در فرانسه دانشگاه سالمندان با هدف تدوین معلومات جدید علمی در مورد سالمندان، راهکارهای هماهنگ شدن سالمند با پیشرفت‌های روز، هماهنگ شدن آنان با زندگی بازنشستگی و پیشگیری از امراض تأسیس شده است (۳۰۴، ۳۰۵). تأسیس دانشگاه نسل سوم در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان نیز گویای یک حرکت مثبت و آینده‌نگرانه در جهت تغییر این نوع نگرش به سالمندان و مهر تاییدی بر شعر زیبا و الهام‌بخش شاعر شهیر ایرانی حکیم فردوسی است که می‌گوید: توانا بود هر که دانا بود ز دانش دل پیر برنا بود. سهیل عنایت‌اله نیز در تایید این مطلب در مقاله‌ی خود با عنوان سناریوهای آینده‌ی سالمندی جهان بیان می‌کند که جهان آینده‌ی ما در تفهیم سالمندی نیازمند یک شالوده‌شکنی^۱ است تا نسبت به پیش‌فرض‌های ذهنی خود نسبت به سالمندی تردید کرده و گفتمانی جدید را در این خصوص پایه‌ریزی کند. بر اساس دیدگاه این آینده‌پژوه، دیگر نقشه‌ی معمول برای زندگی، طی دوره تولد - تحصیل - کار - بازنشستگی - مرگ نیست چراکه روندهای جاری آن را دستخوش تغییراتی شگرف کرده است. ما دیگر نه تنها تا ۱۸ سالگی دانش‌آموز نیستیم، بلکه ناچاریم در تمام طول زندگی به دنبال کسب اطلاعات و مهارت‌های جدید باشیم (۱۶۵).

۵-۶ نتیجه‌گیری

این مطالعه اولین مطالعه‌ی آینده‌نگاری مراقبت‌های سالمندی در کشور است که به سیاست‌گذاران کمک می‌کند جهت طراحی یک نظام کارآمد و اثربخش برای خیل عظیم سالمندان آینده درک روشن و واضحی از چالش‌های اصلی و کلیدی وضعیت فعلی نظام مراقبت سالمندی پیدا کنند و از عوامل و روندهای تاثیرگذار بر نحوه‌ی شکل‌گیری آینده‌ی مراقبت نیز آگاهی یابند.

نتایج پژوهش نشان داد، هر چند در طی چند سال اخیر برخی اسناد نسبتاً مترقی در حوزه‌ی برنامه‌ریزی مراقبت سالمندی تدوین شده است، اما این اسناد به دلیل جزیره‌ای بودن تفکر ناظر بر تهیه اسناد، عدم تعیین دقیق منابع مورد نیاز، بی‌توجهی به روند تحولات آینده، درگیری در زمان حال و مطرح نبودن آینده، تمرکز بر سالمندان ناتوان و بیمار و عدم توجه به شرایط زمینه‌ای کشور تنها منجر به شکل‌گیری مجموعه‌ای از احکام کلی، اهداف آرمانی و موضوعات متنوع شده است که ظرفیت

¹ Deconstruction

لازم برای فائق آمدن بر مشکلات این گروه جمعیتی را نداشته است و تاکنون نتوانسته نتایج مثبتی در وضعیت سلامت و مراقبت سالمندان بوجود آورد.

همچنین بررسی وضعیت فعلی مراقبت‌های سالمندی حکایت از آن دارد که ساختارها و نهادهای مسئول خدمات سالمندی، به دلیل نداشتن تولید واحد، نبود امکانات و زیرساخت‌های فنی و عدم یکپارچگی و هماهنگی قادر به پاسخگویی به نیازهای متنوع و پیچیده‌ی سالمندان نیستند و سالمندان خدمات مورد نیاز خود را پراکنده و غیرمنسجم دریافت می‌کنند. به عنوان مثال، ساختار فعلی مراکز بهداشتی-درمانی در سطح اول ارائه خدمات، ساختاری است که از گذشته دور برای ارائه خدمات پیشگیری و بهداشت و مادر و کودک تاسیس شده که البته در این جایگاه خدمات ارزنده‌ای را نیز ارائه نموده است اما این مراکز شرایط و ویژگی‌های لازم برای ارائه خدمات سلامت به سالمندان را دارا نمی‌باشند و نیازمند یک بازطراحی با یک رویکرد آیندنگر می‌باشند. لذا در این پژوهش تلاش شد تا براساس رصد و پویش دقیق محیطی و مذاقه‌ی روندهای اجتماعی، فناوری، اقتصادی، زیست‌محیطی و سیاسی، پیشران‌های شکل‌دهنده‌ی آینده‌ی مراقبت سالمندی شناسایی و براساس پیشران‌های با عدم قطعیت بالا که مبتنی بر دانش خبرگان بود آینده‌های بدیل مراقبت سالمندی به تصویر کشیده شود.

بر اساس نتایج پژوهش قدرت روندها و پیشران‌های شناسایی شده در حوزه‌ی فناوری حکایت از دگرگونی بنیادین مراقبت‌های سلامت در آینده‌ای نزدیک دارد که دیجیتالی شدن خدمات پزشکی برای هر فرد، کاهش هزینه‌های خدمات سلامت و خلق ثروت چشم‌گیر از طریق صنایع تندرستی از منظرهای قابل توجه این روند خواهد بود. سناریوی هنجاری این پژوهش نیز نشان می‌دهد چنانچه اگر فناوری و پاسخگویی به سمت پیشینیه شدن خود حرکت کنند در آینده‌ی نزدیک شاهد تغییر مراقبت سلامت از حالت منفعلانه و کنش‌گرا به مراقبت‌های فعالانه و واکنش‌گرا خواهیم بود که تصور آن در شرایط فعلی دشوار است. چرا که سیستم‌های قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری سلامت هنوز آمادگی لازم را برای رویارویی با تغییرات انقلابی پزشکی را ندارد و پزشکان و متخصصان سلامت نیز با رویکردهای تغییرات پارادایمی پزشکی و مراقبت سلامت بیگانه‌اند. تنها راه فراروی ما، در تحقق این سناریو تدوین دقیق نقشه‌ی راه آینده‌ی کشور به شکلی هوشمندانه و با رصد دقیق روندهای حوزه‌ی علم و فناوری است تا شرایط لازم را برای شکوفایی آن در کشور محقق کند.

۵-۷ پیشنهادات پژوهشگر

پیشنهادهای ارائه‌شده در این قسمت، ماحصل ترکیب مراحل مختلف مطالعه، اعم از نتایج مرور متون، گزارش‌ها، مصاحبه‌ها و جلسات هم‌اندیشی با ذی‌نفعان و مجریان خدمات سالمندی در کشور است که بهره‌برداری از آن در کنار نتایج پژوهش می‌تواند مسیر حرکت به سوی طراحی یک نظام مراقبت سالمندی فعال مبتنی بر اصول سازمان جهانی بهداشت را هموار کند. بدون شک تحقق این هدف نیازمند یک عزم ملی، همکاری‌های بین‌بخشی، دیدگاه سیستمی و مشارکت‌های ساختارمند مردمی است.

مولفه‌های اجتماعی

- ترویج مبانی اخلاقی، تربیتی و تزکیه‌ای و تکریم حقوق سالمندان از دوران مدارس
- ارتقای سواد سلامت عمومی با تاکید بر سبک زندگی سالم، مصرف منطقی دارو، خودمراقبتی، دیگر مراقبتی و ایمنی ترافیکی
- به‌کارگیری از کانال‌های رسانه‌ای پرمخاطب برای ترویج سواد سلامت بین آحاد مردم
- ایجاد پایگاه‌های سلامت روان و مشاوره‌ی تغذیه در مراکز بهداشتی و خانه‌های سلامت شهر
- استفاده از بازنشستگان فرهنگی و کارکنان بازنشسته‌ی وزارت بهداشت در قالب داوطلبین سلامت^۱ یا رابطین سلامت
- ایجاد انجمن‌های علمی سالمندان
- برگزاری جشنواره‌های مستمر برای معرفی و تقدیر از سالمندان نخبه، موفق و فعال
- ارتقای دسترسی حاشیه‌نشین‌ها به خدمات بهداشتی و درمانی
- ارائه‌ی خدمات بی‌قید و شرط بهداشتی، درمانی، مراقبتی به سالمندان
- بازنگری وظایف و ساختار PHC با رویکرد مولفه‌های اجتماعی سلامت
- تسریع روند استقرار طرح پزشک خانواده در سراسر کشور
- گسترش پوشش بیمه خصوصاً در خدمات پیشگیری و توانبخشی
- توسعه‌ی برنامه‌ها و الگوهای ارائه خدمات مبتنی بر مشارکت جامعه
- حمایت از خانواده‌هایی که از سالمندان‌شان مراقبت می‌کنند.

مولفه‌های فناوری

- توسعه‌ی خدمات پزشکی از راه دور یا تله‌مدیسین
- الکترونیکی نمودن فعالیت‌ها در تمام دستگاه‌های کشور
- ارزیابی فناوری‌های وارداتی سلامت قبل از خرید و بکارگیری
- طراحی نرم‌افزارهای آموزشی و بازی‌های سرگرمی با محوریت سلامت در فضای مجازی
- راهاندازی Hot Line و Help Line جهت پاسخگویی و راهنمایی سالمندان و مراقبین سالمندان به‌صورت منطقه‌ای
- جمع‌آوری، پردازش، گزارش و به‌روزرسانی اطلاعات اجتماعی، اقتصادی و سلامتی سالمندان

مولفه‌های اقتصادی

- پرداخت بخشی از یارانه‌ی بخش سلامت به سالمندان
- متعادل‌سازی عرضه و تقاضای خدمات با تمرکز بر پزشک خانواده و سطح‌بندی خدمات
- توزیع عادلانه امکانات در شهرها به تناسب تعداد سالمندان و نیازهای آنان
- ایجاد زمینه‌های آموزش، اشتغال و کارآفرینی در سالمندان
- سمت‌گیری به سوی استقلال سالمندان و خروج آن‌ها از چرخه‌ی حمایت از طریق برنامه‌های توانمندسازی (آموزش، اعطای وام و تسهیلات، مهارت‌آموزی و فراهم کردن زمینه‌های کارآفرینی)
- عدم تمرکز در اجرای برنامه‌ی مراقبت سالمندی به دلیل تفاوت‌های قابل توجه استانی، شهری و روستایی و ویژگی‌های بومی

مولفه‌های زیست محیطی

^۱ Health Volunteers

- ارتقای محیط‌زیست و کاهش مؤثر آلودگی‌های آن، برخورداری از آب آشامیدنی سالم، هوای پاک برای آحاد مردم و مدیریت پسماندها به نحو مطلوب
- ملزم نمودن دستگاه‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی به طراحی و به‌کارگیری سند پیوست سلامت
- نظارت مؤثر بر بهداشت آب، خاک، هوا و افزودنی‌های مواد غذایی

مولفه‌های سیاسی

- آینده‌پژوهی در تدوین قوانین حوزه‌های مختلف سلامت
- ایجاد ساختار قوی و کارآمد به منظور یکپارچگی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای سالمندان
- تدوین سیاست‌های سالمندی بر اساس اهرم‌های کنترل^۱ که مشتمل بر وضع مقررات و نظارت تامین مالی، نظام‌های پرداخت، سازماندهی و تغییر رفتار
- تدوین سیاست‌های ژرف، مبتنی بر فرهنگ و نیاز جامعه و با تفکر آینده‌نگر بجای تقلید و الگوبرداری طرف از کشورهای دیگر
- وضع عوارض بر محصولات، مواد و خدمات زیان‌آور سلامت و امواج الکترومغناطیس
- ترویج لحاظ نمودن مولفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت در کلیه‌ی سیاست‌ها
- مشارکت دادن سالمندان در تدوین سیاست‌ها
- تدوین راهکارهای قانونی الزام به رعایت سلامت‌محوری در تدوین و تصویب تمام سیاست‌ها، قوانین، مقررات و برنامه‌ریزی‌های دستگاه‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی با هدف پیشگیری و ارتقای سلامت
- وضع قوانین و سیاست‌هایی حمایتی از سالمندان
- شفاف‌سازی همکاری‌های بین‌بخشی
- ترویج نظام تصمیم و اقدام مبتنی بر یافته‌ها و شواهد متقن علمی
- تعریف بسته‌های حمایتی از زنان سالمند خصوصاً زنان سالمند سرپرست خانوار
- اجرای برنامه‌های حمایتی سالمندان نیازمند به منظور دسترسی به مواد غذایی سالم و مغذی

۲- افراد (سالمندان)

- تقویت مهارت‌های مراقبت از خود (تصمیم‌گیری، حل مسأله، استفاده از منابع، تشکیل شبکه‌های اجتماعی خودمراقبتی، همکاری با متخصصین، مهارت‌های ارتباطی و سایر مهارت‌ها)
- ارتقای سواد بهداشتی با بهره‌گیری از فناوری‌های در دسترس و عضویت در شبکه‌ها و کانال‌های خودمراقبتی
- افزایش تقاضای خدمات خودمراقبتی
- انجام غربالگری‌های شش ماهه
- تشکیل گروه‌های خودیاری در جهت تغییر رفتارهای ناسالم
- آگاهی از حقوق و مسئولیت اجتماعی خود برای حفظ و ارتقای سلامت فردی
- اختصاص ساعات خاص به ورزش و تحرک بدنی در محیط کار، مدرسه و منزل
- اختصاص ساعاتی از روز به فعالیت‌های تقویت حافظه مانند حفظ قرآن، یادگیری زبان دوم، کامپیوتر، بازی‌های فکری

۳- دانشگاه‌ها

- تقویت ارتباط دانشگاه با عرصه‌های ارائه‌ی خدمات

^۱ Control Knob

- طراحی راهنماهای بومی سلامت سالمندان
- بازنگری برنامه‌های آموزشی و انطباق محتوای دروس با نیازهای جامعه
- گسترش همکاری‌های آموزشی و پژوهشی با کشورهای پیشرو در مراقبت‌ها و خدمات سالمندی
- رصد فناوری‌ها علوم سلامت و انجام مطالعات هزینه-اثربخشی
- طراحی برنامه‌هایی جهت آشنایی دانشجویان طب سالمندی و سالمندشناسی با سیاست‌گذاری و سیاست‌نویسی
- بازنگری کوریکولوم‌ها با تاکید بر آموزش‌های پیشگیرانه و پاسخگو بجای تمرکز بر درمان بیماری‌ها
- پیوند آموزش با عرصه‌های علوم اجتماعی و انسانی
- توسعه‌ی رشته‌های بین‌رشته‌ای و روش‌های آموزشی جامعه‌نگر
- اختصاص آموزش‌های بین‌حرفه‌ای به تمامی رشته‌های علوم پزشکی
- طراحی دوره‌های مهارت‌آموزی اصول خودمراقبتی و پیشگیری برای زنان خانه‌دار
- انجام تحقیقات گسترده کشوری در مورد نیازهای سالمندان و خانواده‌های آنان
- ایجاد بانک اطلاعاتی از نتایج پژوهش‌ها و ترجمان دانش
- ایجاد انجمن‌های علمی سالمندی فعال و سالم با مشارکت جامعه
- ایجاد شبکه‌ی مراکز تحقیقات سلامت سالمندان
- بومی‌سازی تجارب بین‌المللی در رویارویی با مسایل سالمندی
- ارتقای آموزش‌هایی که در آن دانش‌آموختگان، از دانش، نگرش و مهارت مناسب برای حمایت از خودمراقبتی برخوردارند
- یکی از ذی‌نفعان اصلی نتایج تحقیقات سالمندی اداره‌ی سلامت سالمندان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است که در فرایند اجرای تحقیقات علی‌رغم مکاتبات و پی‌گیری‌های متعدد همکاری و تعامل مناسبی با محققان دانشگاهی ندارد و بسیاری از اطلاعات مرتبط را در اختیار محققین قرار نمی‌دهد در این خصوص پیشنهاد می‌شود راهکارهایی اندیشیده شود تا امکان دسترسی محققین به عرصه‌ی مورد نظر فراهم شود.

۴- بخش خصوصی

- شفافیت در قوانین همکاری بخش دولتی و خصوصی
- تلفیق امکانات موسسات دولتی با کمک‌های سازمان‌های بین‌المللی، نهادهای غیردولتی و بخش خصوصی
- مشارکت بخش خصوصی و دولتی در راستای ارتقای سطح دسترسی به خدمات
- حمایت‌های مالی و معنوی از سازمان‌های مردم‌نهاد
- راه‌اندازی Hot line جهت پاسخگویی و راهنمایی سالمندان تحت پوشش منطقه

۵- متخصصان

- تقویت آموزش‌های بین‌حرفه‌ای سلامت
- راه‌اندازی انجمن‌ها و سازمان‌های غیردولتی
- طراحی سازمان‌های مجازی "مبلغان سلامت" با هدف توسعه‌ی آموزش عمومی سلامت

۶- رسانه

- ایجاد گرایش‌های فکری مثبت در جامعه نسبت به سالمندان و مبارزه با کلیشه‌های منفی در مورد آنان
- اطلاع‌رسانی و آموزش در خصوص حفظ، ارتقاء، پیشگیری، کنترل و پیگیری در مقابل بیماری‌های مزمن شایع
- شکستن تابوی فزهنگی ازدواج در سالمندان خصوصاً زنان سالمند
- تلاش در جهت زنده نگه داشتن فرهنگ دیرین ایرانی و تکریم از سالمندان

- ارائه برنامه‌های متنوع و شادی‌آفرین با توجه به معیارهای فرهنگی و متداول و حفظ شئونات جامعه
- ایفای نقش موثر رسانه به‌عنوان یکی از اهرم‌های موثر در جهت پاسخگو کردن سازمان‌ها در قبال خواسته‌های مردم
- فرهنگ سازی و ترویج سبک زندگی سالم
- ترویج باروری و فرزندآوری در زوج‌های نخبه

۵-۸ پیشنهاد برای پژوهش‌های بعدی

در راستای گسترش دانش موجود در زمینه‌ی آینده‌نگاری مراقبت‌های سالمندی، پژوهشگر انجام مطالعات زیر را در آینده پیشنهاد می‌دهد:

- ۱- مرور نظام‌مند چالش‌های زنانه شدن سالمندی و ارائه‌ی راه‌کار
- ۲- بررسی نظام‌مند مراقبت‌های غیررسمی و ارائه‌ی گزینه‌های سیاستی برای ایران
- ۳- بررسی تحلیلی تصاویر آینده از نگاه سالمندان ایرانی
- ۴- بررسی تاثیر شبکه‌های اجتماعی بر سلامت و فعالیت سالمندان
- ۵- مرور نظام‌مند شناسایی عوامل موثر بر سالمندی موفق و فعال در کشورهای در حال توسعه
- ۶- طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مراقبت از سالمند
- ۷- بازنمایی و ریشه‌یابی علل گسست فرهنگی بین نسل‌ها
- ۸- مرور نظام‌مند آینده‌ی مراقبت‌های سلامت
- ۹- مرور نظام‌مند نقش تکنولوژی بر آینده‌ی مراقبت‌های سلامت

فهرست منابع



۱. Harper S. Families in ageing societies: a multi-disciplinary approach: Oxford University Press on Demand; 2004.
۲. Binstock RH, George LK, Cutler SJ, Hendricks J, Schulz JH. Handbook of aging and the social sciences: Academic Press; 2011.
۳. Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing. *Nature*. 2008;451(7179):716-9.
۴. Wallace P. **Agequake**. Finland: British Library Cataloguing in Publication Data; 1999.
۵. United Nations Department of Economic Social Affairs Population Division. World population ageing 2013. United Nations Publications New York; 2013.
۶. Khosravi A, Alizadeh M, Torkashvand M, Aghaei N. Population Ageing in IR Iran. Tehran, Iran: United Nations Population Fund in Iran, 2014.
۷. Ahmadi S. Elderly Health Policy Analysis in Iran. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences (IUMS); 2015.
۸. United Nations Population Fund. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. United Nations Population Fund Help Age International, 2012.
۹. Tober DM, Taghdisi MH, Jalali M. "Fewer Children, Better Life" or "As Many as God Wants"? *Medical anthropology quarterly*. 2006;20(1):50-71.
۱۰. Abbasi MJ, Mehryar A, Jones G, McDonald P. Revolution, war and modernization: Population policy and fertility change in Iran. *Journal of Population Research*. 2002;19(1):25-46.
۱۱. Karamouzian M, Sharifi H, Haghdoust AA. Iran's shift in family planning policies: concerns and challenges. *International journal of health policy and management*. 2014;3(5):231.
۱۲. Malki M, Goharinezhad S, Baradran H, Ravaghi H. A Qualitative Study of The Current Situation of Elderly Care in Iran: What Can We Do for the Future? *Global Health Action*. 2016;In press.
۱۳. Schneider EL. Aging in the third millennium. *Science*. 1999;283(54۷-۷۹۶):۰۳
۱۴. Lloyd-Sherlock P. Population ageing in developed and developing regions: implications for health policy. *Social science & medicine*. 2000;51(6):887-95.
۱۵. Vincent JA, Phillipson C, Downs M. The futures of old age: Sage; 2006.
۱۶. Phillips DR. Ageing in the Asia-Pacific region: Issues, policies and future trends: Routledge; 2002.
۱۷. Yavari K, Basakha M, Sadeghi H, Naseri A. Economic Aspects of Ageing. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(1):0.-
۱۸. DESA U. World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables. Working Paper No ES/P/WP. 220. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2011.
۱۹. Basakha M, Yavari K, Sadeghi H, Naseri A. Health care cost disease as a threat to Iranian aging society. *Journal of research in health sciences*. 2013;14(2):152-6.
۲۰. Bloom DE, Boersch-Supan A, McGee P, Seike A. Population aging: facts, challenges, and responses. *Benefits and Compensation International*. 2011;41(1):22.
۲۱. Teerawichitchainan B, Knodel JE. Data Mapping on Ageing in Asia and the Pacific: Analytical Report: HelpAge International, East Asia and Pacific Regional Office; 2015.
۲۲. Global AgeWatch. Global AgeWatch Index 2013: Insight report, summary and methodology. 2013.
۲۳. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC public health*. 2008;8(1):1.
۲۴. World Health Organization. World report on ageing and health. Luxembourg: World Health Organization; 2015.
۲۵. Health Commission of Parliament. Strategies to support the elder Population in Iran. Tehran, Iran: 2009.
۲۶. Ansari Moghadam A, Pourajal J, Haghdoust AA, Sadeghirad B, Najafi F. Systematic Review & Meta Analysis. Kerman: Fanos-e-Kerman, 2012.
۲۷. Davidson PM, DiGiacomo M, McGrath SJ. The feminization of aging: how will this impact on health outcomes and services? *Health care for women international*. 2011;32(12):1031-45.
۲۸. Khajehkazemi R, Sadeghirad B, Karamouzian M, Fallah M-S, Mehrolhassani M-H, Dehnavieh R, et al. The projection of burden of disease in Islamic Republic of Iran to 2025. *PloS one*. 2013;8(10):e76881.
۲۹. Hamburg MA, Collins FS. The path to personalized medicine. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(4):301-4.
۳۰. Kurzweil R, Grossman T. *Fantastic voyage: live long enough to live forever*: Rodale; 2005.
۳۱. Kiani S, Bayanzadeh M. The Iranian population is graying: are we ready? *Archives of Iranian medicine*. 2010;13(4):333.
۳۲. Nabipour I. Technology Foresight, Tool for sustainable development. Boushehr: Boushehr University of Medical Sciences; 2011.
۳۳. Nazemi Ghadiri A. Foresight from Concepts to Implementation. Tehran: Center of New Industry; 2006.
۳۴. Iraj A. The Use of Foresight Techniques in Strategic Planning [Persian]. *Tomorrow Management*. 2004;5 , 6:13-8.
۳۵. Vollmar HC, Goluchowicz K, Beckert B, Dönitz E, Bartholomeyczik S, Ostermann T, et al. Health care for people with dementia in 2030 – Results of a multidisciplinary scenario process. *Health Policy*. (0.)
۳۶. Nabipour I, Asadi M. Systemic medicine. Boushehr: Boushehr University of Medical Sciences; 2015.
۳۷. Rostamigooran N, Esmailzadeh H, Rajabi F, Majdzadeh R, Larijani B, Dastgerdi MV. Health system vision of Iran in 2025. *Iranian journal of public health*. 2013;42(1):18.
۳۸. Huber B, editor Implementing the Madrid plan of action on ageing. United Nation Report Retrieved from https://www.un.org/esa/population/meetings/EGMPopAge/EGMPopAge_21_RHuber.pdf; 2005.

- ۳۹ Sidorenko A, Walker A. The Madrid International Plan of Action on Ageing: from conception to implementation. *Ageing and Society*. 2004;24(02):147-65.
- ۴۰ World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
- ۴۱ Ageing W. Active ageing: Towards Age-Friendly Primary Health Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004.
- ۴۲ World Health Organization. Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender. Vienna: World Health Organization, 2007.
- ۴۳ World Health Organization. Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012. World Health Organization, 2012.
- ۴۴ WHO-EMRO. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006–2015. Cairo: Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2014.
- ۴۵ Slaughter RA. The knowledge base of futures studies as an evolving process. *Futures*. 1996;28(9):799-812.
- ۴۶ Bell W. Foundations of futures studies: History, purposes, and knowledge: Transaction books; 2003.
- ۴۷ Slaughter RA, Inayatullah S. Knowledge base of futures studies: Foresight International; 2005.
- ۴۸ Chermack TJ. Scenario planning in organizations: how to create, use, and assess scenarios: Berrett-Koehler Publishers; 2011.
- ۴۹ Peterson GD, Cumming GS, Carpenter SR. Scenario planning: a tool for conservation in an uncertain world. *Conservation biology*. 2003;17(2):358-66.
- ۵۰ Slaughter RA. A new framework for environmental scanning. *foresight*. 1999;1(5):441-51.
- ۵۱ Gilleard C, Higgs P. Ageing and the limiting conditions of the body. 1998.
- ۵۲ Strehler B. Ageing: concepts and theories. *Lectures on gerontology*. 1982:1-7.
- ۵۳ Krys C, Schwenker B, Wulf T. Scenario-based strategic planning: Developing strategies in an uncertain world: Springer Science & Business Media; 2013.
- ۵۴ World Health Organization. The world health report 2003: shaping the future. Vienna: World Health Organization; 2003.
- ۵۵ Noroozian M. The Elderly population in Iran: An ever growing concern in the health system. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2012;6(2):1-6.
- ۵۶ Danial Z, Motamedi M, Mirhashemi S, Kazemi A, Mirhashemi AH. Ageing in iran. *Lancet*. 2014;384(9958):1927.
- ۵۷ Bahari M. Critical Realism and Futures Studies: the Influence of Roy Bhaskar on Sohail Inayatullah. Tehran: Sharif University of Technology; 2011.
- ۵۸ Cornish E. Futuring: The exploration of the future: World Future Society; 2004.
- ۵۹ <https://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A2%DB%8C%D9%86%D8%AF%D9%87%E2%80%8C%D9%BE%DA%98%D9%88%D9%87%DB%8C>. Futures Studies 2012]
- ۶۰ Malekifar A. The alphabet of Futures Studies. Tehran: Karaneh Elm; 2004.
- ۶۱ Slaughter RA, Translatorss: Malekifar A, V VM, Ebrahimi A. New thinking for anew millennium. Tehran: Asef; 2011.
- ۶۲ Dator J. Introduction The Future Lies Behind! Thirty Years of Teaching Futures Studies. *American Behavioral Scientist*. 1998;42(3):298-319.
- ۶۳ Institute DITaR. Future Studies Encyclopedia. Tehran: Defence Industries Training and Research Institute; 2010.
- ۶۴ Dalkey NC. Delphi. California: RAND, 1967.
- ۶۵ Cuhls K. Foresight with Delphi surveys in Japan. *Technology Analysis & Strategic Management*. 2001;13(4):555-69.
- ۶۶ Heydari A. Studies Futures of Concepts Fundamental. *Tarvije-Elm*. 2014;5(7).
- ۶۷ Cuhls K. From forecasting to foresight processes—new participative foresight activities in Germany. *Journal of forecasting*. 2003;22(2-3):93-111.
- ۶۸ Sikken B, Davis N, Hayashi C, Olkkonen N, editors. The Future of Pensions and Healthcare in a Rapidly Ageing World: Scenarios to 2030. World Economic Forum, Geneva <http://www.weforum.org/reports/future-pensions-and-healthcare-rapidly-ageing-worldscenarios-2030>; 2008.
- ۶۹ Vahidi Motlagh V. Futures Studies in Iran Tehran: www.vahidthinktank.com/; 2010]
- ۷۰ Bell D. Notes on the post-industrial society (I). *The Public Interest*. 1967(6):2.
- ۷۱ Bell DA, Chaibong H. Confucianism for the modern world: Cambridge University Press; 2003.
- ۷۲ Toffler A. The Third Wave.(1978). Tokyo-to: Tokyo hi rum a jinko (Tokyo-to Statistical Bureau). 1978.
- ۷۳ Inayatullah S. Futures studies: theories and methods. *There's a future: Visions for a better world* (Madrid, BBVA, 2013). 2013:36-66.
- ۷۴ Tapio P, Hietanen O. Epistemology and public policy: using a new typology to analyse the paradigm shift in Finnish transport futures studies. *Futures*. 2002;34(7):597-62.
- ۷۵ Slaughter RA. Futures beyond dystopia: Creating social foresight: Routledge; 2003.
- ۷۶ Voros J. On the philosophical foundations of futures research. *Knowing Tomorrow?: How Science Deals with the Future*. 2007:69-90.
- ۷۷ Gidley JM, Fien J, Smith JA ,Thomsen DC, Smith TF. Participatory futures methods: towards adaptability and resilience in climate-vulnerable communities. *Environmental Policy and Governance*. 2009;19(6):427-40.
- ۷۸ Dator J. Futures studies as applied knowledge. *New thinking for a new millennium*. 1996:105-15.
- ۷۹ Butter M, Brandes F, Keenan M, Popper R, Popper R. How are foresight methods selected? *foresight*. 2008;10(6):62-89.
- ۸۰ Bishop P, Hines A, Collins T. The current state of scenario development: an overview of techniques. *foresight*. 2007;9(1):5-25.
- ۸۱ Gordon TJ, Glenn JC. Futures research methodology. Millennium Project of the American Council for the United Nations University Version. 2003;2.
- ۸۲ Alizadeh A, Vahidi Motlagh V, Nazemi A. Scenario Planning. Teehran: Atinegar Think Tank; 2010.
- ۸۳ Van der Heijden K. Scenarios: the art of strategic conversation: John Wiley & Sons; 2011.

۸۴. Ringland G. Scenarios in public policy: Wiley; 2002.
۸۵. Mietzner D, Reger G. Advantages and disadvantages of scenario approaches for strategic foresight. *International Journal of Technology Intelligence and Planning*. 2005;1(2):220-39.
۸۶. Porter ME. Competitive advantage: creating and sustaining superior performance. 1985. New York: FreePress. 1985.
۸۷. Schwartz P. The Art of the Long View: Planning for the future in an uncertain world. New York: Currency Doubleday; 1991.
۸۸. Schoemaker PJ. Scenario planning: a tool for strategic thinking. *Sloan management review*. 1995;36(2):25.
۸۹. Van der Heijden K. Scenarios, strategies and the strategy process. 1997.
۹۰. Ringland G, SCHWARTZ PP. Scenario planning: managing for the future: John Wiley & Sons; 1998.
۹۱. Alexander W, Serfass R. Beyond vision: creating and analyzing your organization's quality future. *Quality progress*. 1998;31(7):31.
۹۲. Kahane A. Destino Colombia: a scenario-planning process for the new millennium. GBN Deeper News, <http://www.gbn.com>. 1998.
۹۳. Wilson I. From scenario thinking to strategic action. *Technological forecasting and social change*. 2000;65(1):23-9.
۹۴. Godet M, Gerber A, Radford K. Creating futures: *Economica*; 2001.
۹۵. Chermack T, Lynham S, Ruona W. A review of scenario planning literature. *Futures Research Quarterly*. 2001;17(2):.
۹۶. Van Notten P. Writing on the wall: Scenario development in times of discontinuity :Universal-Publishers; 2005.
۹۷. Schwartz P. The Art of the Long View: Planning in an uncertain world. New York: Currency Doubleday. 1996.
۹۸. Tapinos E. Perceived environmental uncertainty in scenario planning. *Futures*. 2012;44(4):338-45.
۹۹. Godet M, Roubelat F. Creating the future: the use and misuse of scenarios. *Long range planning*. 1996;29(2):164-71.
۱۰۰. Ralston B, Wilson I. The scenario planning handbook: Developing strategies in uncertain times. United States: Thompson-Southwestern. 2006.
۱۰۱. Lindgren M, Bandhold H. The Principles of Scenario Thinking. *Scenario Planning*: Springer; 2003. p. 102-21.
۱۰۲. Ackoff RL. Creating the corporate future: Plan or be planned for: University of Texas Press; 1981.
۱۰۳. Brauers J, Weber M. A new method of scenario analysis for strategic planning. *Journal of forecasting*. 1988;7(1):31-47.
۱۰۴. Dator J. Alternative futures at the Manoa School. *Journal of Futures Studies*. 2009;14(2):1-18.
۱۰۵. Inayatullah S. The causal layered analysis (CLA) reader. *Theory and Case Studies of an Integrative and Transformative Methodology*. 2004.
۱۰۶. Bezold C. Lessons from using scenarios for strategic foresight. *Technological Forecasting and Social Change*. 2010;77(9):1513-8.
۱۰۷. Slaughter R. Integral Futures—A New Model for Futures Enquiry and Practice. Melbourne: Australian Foresight Institute. 2003.
۱۰۸. Voros J. Integral futures: an approach to futures inquiry. *Futures*. 2008;40(2):190-201.
۱۰۹. List D. Scenario network mapping. *Journal of Futures Studies*. 2007;11(4):77-96.
۱۱۰. Wilson I. Mental maps of the future: an intuitive logics approach to scenarios. *Learning from the future: Competitive foresight scenarios*. 1998:81-108.
۱۱۱. Huss WR, Honton EJ. Scenario planning—What style should you use? *Long range planning*. 1987;20(4):211-21.
۱۱۲. Amer M, Daim TU, Jetter A. A review of scenario planning. *Futures*. 2013;46:23-40.
۱۱۳. Bradfield R, Wright G, Burt G, Cairns G, Van Der Heijden K. The origins and evolution of scenario techniques in long range business planning. *Futures*. 2005;37(4):495-516.
۱۱۴. Durand P, Godet M. Scenario building: uses and abuses. *Technological Forecasting and Social Change*. 2010;77(9):1488-92.
۱۱۵. Alcamo J, Henrichs T. Chapter two towards guidelines for environmental scenario analysis. *Developments in integrated environmental assessment*. 2008;2:13-35.
۱۱۶. Ministry of Health and Medical Education. Document welfare and dignity of the elderly. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2011.
۱۱۷. Ameri GF, Govari F, Nazari T, Rashidinejad M, Afsharzadeh P. The adult age theories and definitions. *Hayat*. 2002;8(1):4-13.
۱۱۸. Fatemi A. Aging, a Social Concept Tehran: <https://rasekhoon.net/article/print/913693/سالمندی-مفهوم-اجتماعی> [2014].
۱۱۹. Mirzaei M, M SG. Elderly population in Iran based on censuses. *Iran Journal of Ageing*. 2008;2(5):327-32.
۱۲۰. Danshvar F. Feminization of aging in Iran. *Hamshahri*. 2015.
۱۲۱. World Health Organization. A Life Course Approach to Health - World Health Organization. Vienna: World Health Organization, 2000.
۱۲۲. Motiee Haghshenas N. Sociological aspects of aging is the aging population and the challenges involved in Iran. *Sociological Studies of Iran*. 2011;2(2):133-47.
۱۲۳. World Health Organization. Ageing and Health: A Health Promotion Approach for Developing Countries. WHO Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines, 2003.
۱۲۴. Maghsoudnia S, Shojaei H. Gerontology and Geriatrics. Tehran: www.jmerc.ac.ir/images/book%20&%20pamphlet/book_pdf/salmandi.pdf; 2006.
۱۲۵. Taghdisi MH, Doshmangir p, Dehdari T, Doshmangir L. Influencing factors on healthy lifestyle from viewpoint of elderly people: qualitative study. *Iranian Journal of Ageing*. 2013;7(4):47-58.
۱۲۶. Bowling A. The concepts of successful and positive ageing. *Family Practice*. 1993;10(4):449-53.
۱۲۷. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World health*. 1997;50(4):4-5.
۱۲۸. Schoenenberger AW, Stuck AE. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(6):986-9.
۱۲۹. Gupta N. Models of Social and Health Care for Elderly in Norway. *Indian Journal of Gerontology*. 2013;27(4):574-87.

- .۱۳۰ Helgoy I. Active Ageing and the Norwegian Health Care System. 2005.
- .۱۳۱ Szebehely M, Trydegård GB. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health & social care in the community*. 2012;20(3):300-9.
- .۱۳۲ Sundström G, Johansson L, Hassing LB. The shifting balance of long-term care in Sweden. *The gerontologist*. 2002;42(3):350-5.
- .۱۳۳ Irvall B. Library Services to Institutions for the Elderly in Sweden. 2002.
- .۱۳۴ Thorslund M, Bergmark Å, Parker MG. Care for elderly people in Sweden. *Aging: caring for our elders*; Springer; 2001. p. 49-63.
- .۱۳۵ Commission OE. A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing; 2013.
- .۱۳۶ Bergman H, Béland F, Lebel P, Contandriopoulos A-P, Tousignant P, Brunelle Y, et al. Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration? *Canadian Medical Association Journal*. 1997;157(8):1116-21.
- .۱۳۷ Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International journal of integrated care*. 2003;3(1).
- .۱۳۸ MacAdam M. Progress toward integrating care for seniors in Canada. *International journal of integrated care*. 2011;11(5).
- .۱۳۹ Jonkers CK. The Dutch National Care for the Elderly Programme: integrated care for frail elderly persons. *International Journal of Integrated Care*. 2010;10(6).
- .۱۴۰ Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs*. 2000;19(3):26-39.
- .۱۴۱ Sakagami T, Okumiya K, Ishine M, Wada T, Kita T, Kawakita T, et al. Comprehensive geriatric assessment for community-dwelling elderly in Asia compared with those in Japan: II. Hongchon in Korea. *Geriatrics & gerontology international*. 2005;5(2):107-14.
- .۱۴۲ Ikegami N. Rationale, design and sustainability of long-term care insurance in Japan—in retrospect. *Social Policy and Society*. 2007;6(03):423-34.
- .۱۴۳ Bazayr M, pourreza A, soofi m, Behzadi f, Ranjbar M. health insurance and aged population. 2. 2015;23(3):111-22.
- .۱۴۴ Hanaoka C, Norton EC. Informal and formal care for elderly persons: How adult children's characteristics affect the use of formal care in Japan. *Social science & medicine*. 2008;67(6):1002-8.
- .۱۴۵ Iglehart JK. The American health care system: Medicare. *New England Journal of Medicine*. 1992;327(20):1467-72.
- .۱۴۶ Cutler DM, Wise DA. The U.S. Medical Care System for the Elderly Chicago: National Bureau of Economic Research, 2003.
- .۱۴۷ Health Do. National service framework for older people. UK: London: Department of Health London; 2001.
- .۱۴۸ Chadha S, Young J. National Service Framework for Older People .*Disease Management & Health Outcomes*. 2002;10(9):527-33.
- .۱۴۹ Department of Health U. The national service framework for long-term conditions. Department of Health London; 2005.
- .۱۵۰ Guerin B, Hoorens S, Khodyakov D, Yaqub O. A growing and ageing population: Global societal trends to 2030: Thematic report I. Cambridge, UK: RAND Corporation, 2015.
- .۱۵۱ Shergold I, Lyons G, Hubers C. Future mobility in an ageing society—where are we heading? *Journal of Transport & Health*. 2015;2(1):86-94.
- .۱۵۲ Spitzer WJ, Davidson KW. Future trends in health and health care: Implications for social work practice in an aging society. *Social work in health care*. 2013;52(10):959-86.
- .۱۵۳ Dall TM, Gallo PD, Chakrabarti R, West T, Semilla AP, Storm MV. An aging population and growing disease burden will require large and specialized health care workforce by 2025. *Health Affairs*. 2013;32(11).
- .۱۵۴ Arshad M, Bhat SA. Global Ageing Trends: A Sociological Perspective. *International journal of Current Research and Academic Review*. 2۰۱۴۰۵۰۰:(۴)۱:۰۱۳
- .۱۵۵ Linnenschmidt K, Steinbach D, Schüll E. Future Strategies for Ageing Management in the Working World of Salzburg Province. *Foresight Brief* 2011;206.
- .۱۵۶ Martin LG, Schoeni RF, Andreski PM. Trends in health of older adults in the United States: Past, present, future. *Demography*. 2010;47(1):S17-S40.
- .۱۵۷ Broadbent E, Stafford R, MacDonald B. Acceptance of healthcare robots for the older population: review and future directions. *International Journal of Social Robotics*. 2009;1(4):319-30.
- .۱۵۸ Lafortune G, Balestat G. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD, 2007 1815-2015 Contract No.: 26.
- .۱۵۹ Robinson K. Trends in Health Status and Health Care Use Among Older Women. U.S. Department of Health and Human Services: National Center for Health Statistics, 2007 Contract No.: 7.
- .۱۶۰ Sparrow R, Sparrow L. In the hands of machines? The future of aged care. *Minds and Machines*. 2006;16(2):141-61.
- .۱۶۱ Comas-Herrera A, Wittenberg R, Pickard L, Knapp M. Cognitive impairment in older people: future demand for long-term care services and the associated costs. *International journal of geriatric psychiatry*. 2007;22(10):1037-45.
- .۱۶۲ Goldman DP, Shang B, Bhattacharya J, Garber AM, Hurd M, Joyce GF, et al. Future health and medical care spending of the elderly. Santa Monica, California: RAND Corporation, 2005.
- .۱۶۳ Mitchell OS, Piggott J, Shimizutani S. Aged-care support in Japan: Perspectives and challenges. National Bureau of Economic Research, 2004.
- .۱۶۴ Thomsen K. Elderly and future elderly in Den-mark-resources and values. 2003.
- .۱۶۵ Inayatullah S. Ageing: Alternative futures and policy choices. *foresight*. 2003;5(6):8-17.
- .۱۶۶ Post SG. Future scenarios for the prevention and delay of alzheimer disease onset in high-risk groups: An ethical perspective. *American journal of preventive medicine*. 1999;16(2):105-10.
- .۱۶۷ Fuchs VR. Health care for the elderly: How much? Who will pay for it? *Health Affairs*. 1999;18(1۰۱۱-۱۱):(

- ۱۶۸ Movahed M, Enayat H, Zanjari N. Healthy Ageing: A Comparative Analysis of Health Promoting Lifestyle among Elderly Males and Females in Shiraz Journal of Social Sciences. 2016;12(1):12.
- ۱۶۹ Imani A, Dastgiri S, Azizi Zeinalhajlu A. Population Aging and Burden of Diseases (A Review Article). Depiction of Health. 2015;6(2):6.
- ۱۷۰ Motiee Haghsheenas N. Sociological aspects of aging is the aging population and the challenges involved in Iran. Sociological Studies of Iran. 2011;1(2):133-47.
- ۱۷۱ Darabi S, Torkashvand M, Latifi G. Socioeconomic consequences of aging population in Iran - 1330- 1430. Monthly Social Sciences. 2012;1(16):17-28.
- ۱۷۲ Kanani M, Hosseini S. Explosion Aging Population and Health Care Needs. Population Trends Analysis in Iran; Tehran2011. p. 20.
- ۱۷۳ Pourjafar MR, Taghvae AA, Bemanian MR, Sadeghi AR, Ahmadi F. Effective Environmental Aspects of Public Spaces Formation to Achieve Successful Aging With Emphasis on Elderly Preferences of Shiraz. Iranian Journal of Ageing. ۲۰۱۰;۱(۱):۱-۱۰.
- ۱۷۴ Gheisarian E. Evaluation of Socioeconomic ELDERLY Status in Iran. Population. 2009;1(16):1-28.
- ۱۷۵ Rasel M, Ardalan A. Ageing and future health care cost warning for the health system (A review article). Iranian Journal of Ageing. 200۰;۳۰۰:۲۷۵-۷۶.
- ۱۷۶ Mardookhi B. Methodology in Foresight. First ed. Tehran: Nashre Ney; 2012.
- ۱۷۷ Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Medical Research Methodology. 2013;13(1):1-8.
- ۱۷۸ Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. The qualitative researcher's companion. 2002;573:305-29.
- ۱۷۹ Krefting L. Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. American journal of occupational therapy. 1991;45(3):214-22.
- ۱۸۰ M M, Aghasarjepeyma A. Strategic Envirounmental Scanning with STEEP. Strategic Attitude. 2007;1(8):9-22.
- ۱۸۱ Islamic Parliament Research Center. Constitution of the Islamic Republic of Iran1979.
- ۱۸۲ The second five-year plan of economic development, social and cultural Islamic Republic of Iran1994.
- ۱۸۳ Third Five-Year Economic Development Plan Law, Social and Cultural Islamic Republic of Iran. 2000.
- ۱۸۴ ۲۰۰۵Law of the Fourth Five-Year Economic, Social and Cultural Islamic Republic of Iran.
- ۱۸۵ Fifth Five-Year Economic Development Plan Law, Social and Cultural Islamic Republic of Iran. 2011.
- ۱۸۶ System EDCot. Vision of the Islamic Republic of Iran 1404. 2005.
- ۱۸۷ Islamic Parliament Research Center. Comprehensive system of welfare and social security law. 2004.
- ۱۸۸ Regulations of the National Council for the Elderly. 2004.
- ۱۸۹ Health Holistic Scientific Map. 2010.
- ۱۹۰ healthcare reform Map of Islamic Republic of Iran in 1404. 2011.
- ۱۹۱ Map-based healthcare reform Islamic Republic of Iran Islamic-Iranian model of progress. 2011.
- ۱۹۲ Education MoHaM. Dignity, Well-Being and Health of the Elderly Document 2011.
- ۱۹۳ Ministry of Health and Medical Education. Achievements, Challenges and Horizons advance Iranian health system. 2012.
- ۱۹۴ the Office of the Supreme Leader GASAHK. General health policies 2014]
- ۱۹۵ The Office of the Supreme Leader. Population Policies. 2012.
- ۱۹۶ Ministry of Health and Medical Education .Health reform program in the field of health. 2015.
- ۱۹۷ Ministry of Health and Medical Education. Developments and innovations in medical education. 2015.
- ۱۹۸ Daar AS, Singer PA, Persad DL, Pramming SK, Matthews DR, Beaglehole R, et al. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. Nature. 2007;450(7169):494-6.
- ۱۹۹ Larijani B, Zahedi F. Diabetes in Iran. J Diabetes Lipid disord. 2008;1:1-9.
- ۲۰۰ Jessri M, Mirmiran P, Golzarand M, Rashidkhani B, Hosseini-Esfahani F, Azizi F. Comparison of trends in dietary pattern in Iran, Middle Eastern and North African countries from 1961 to 2005. Pajoohandeh Journal. 2011;16(1):1-10.
- ۲۰۱ Alzheimer's Association. 2016 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia. 2016;12(4):459-509.
- ۲۰۲ Leon DA. Cities, urbanization and health. International journal of epidemiology. 2008;37(1):4-8.
- ۲۰۳ Khorasani-Zavareh D, Mohammadi R, Khankeh HR, Laflamme L, Bikmoradi A, Haglund BJ. The requirements and challenges in preventing of road traffic injury in Iran. A qualitative study. BMC public health. 2009;9(1):1.
- ۲۰۴ Helliwell J, Layard R, Sachs J. World Happiness Report. New Yourk: United Nation, 2016.
- ۲۰۵ Oppenheimer VK. Women's rising employment and the future of the family in industrial societies. Population and development review. 1994:293-342.
- ۲۰۶ Brown SL, Lin I-F. The gray divorce revolution: Rising divorce among middle-aged and older adults, 1990–2010. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2012;67(6. ۴۱-۷۳):۴۱-۷۳.
- ۲۰۷ Hawzah Information Database. "Living Single" and "Roommate", Western lifestyle outcomes for young Iranians. Life Style Monitoring. 2015;1.
- ۲۰۸ United Nations Development Programme. Iran (Islamic Republic of) Human Development Report 2013. UNDP, 2013 Contract No.: hdr.undp.org/sites/default/files/.../IRN.pdf.
- ۲۰۹ Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S. The global gender gap index 2012. The Global Gender Gap Report. 2012:3-27.
- ۲۱۰ Schulz R, Martire LM. Family Caregiving of Persons With Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. The American Journal of Geriatric Psychiatry.12(3):240-9.
- ۲۱۱ Heravi Karimoei M, Reje N, Foroughan M, Montazeri A. Elderly abuse rates within family among members of senior social clubs in Tehran. Iranian Journal of Ageing. 2012;6(4):37-50.

- ۲۱۲ Ghodousi A, Maghsoodloo S, Hoseini SMS. Forensic aspect of elder abuse: risk factors and characteristics. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 20. ۱۰۹۸: (۱۲) ۱۶; ۱۱
- ۲۱۳ Meysamie A, Ghaletaki R, Zhand N, Abbasi M. Cigarette smoking in Iran. Iranian journal of public health. 2012; 41(2): 1-14.
- ۲۱۴ Sotoudeh H. Social pathology (Sociology of deviance). Tehran: Avayenoor Publication. 2010.
- ۲۱۵ Dutta S. The global innovation index 2012. Stronger Innovation Linkages for Global. 2012.
- ۲۱۶ Rezaeizadeh H, Alizadeh M, Naseri M, Ardakani MS. The Traditional Iranian Medicine Point of View on Health and. Iranian J Publ Health. 2009; 38(1): 169-72.
- ۲۱۷ Bates DW, Bitton A. The future of health information technology in the patient-centered medical home. Health Affairs. 2010; 29(4): 614-21.
- ۲۱۸ Ericsson N. Ericsson mobility report. 2014.
- ۲۱۹ Kurzweil R. The singularity is near: When humans transcend biology: Penguin. ۲۰۰۵ ;
- ۲۲۰ Joyce M. Three-dimensional printer. Google Patents; 2013.
- ۲۲۱ Stamatiadis DF, Papenburg BJ, Gironés M, Saiful S, Bettahalli SN, Schmitmeier S, et al. Medical applications of membranes: drug delivery, artificial organs and tissue engineering. Journal of Membrane Science. 2008; 308(1): 1-34.
- ۲۲۲ Jakab K, Damon B, Neagu A, Kachurin A, Forgacs G. Three-dimensional tissue constructs built by bioprinting. Biorheology. 2006; 43(3, 4): 509-13.
- ۲۲۳ World Economic Forum. Information Technology Davos Switzerland; 2016.
- ۲۲۴ Dutta S, Bilbao-Osorio B, editors. The Global information technology report 2012: Living in a hyperconnected world 2012: World Economic Forum.
- ۲۲۵ Niidome T, Huang L. Gene therapy progress and prospects: nonviral vectors. Gene therapy. ۲۰۱۶: ۱۶۴۷: (۲۴) ۹; ۲۰۰۲ .
- ۲۲۶ Singh S. New mega trends: implications for our future lives: Springer; 2012.
- ۲۲۷ Xia F, Yang LT, Wang L, Vinel A. Internet of things. International Journal of Communication Systems. 2012; 25(9): 1101.
- ۲۲۸ Bui N, Zorzi M, editors. Health care applications: a solution based on the internet of things. Proceedings of the 4th International Symposium on Applied Sciences in Biomedical and Communication Technologies; 2011: ACM.
- ۲۲۹ Gordijn B. Converging NBIC technologies for improving human performance: a critical assessment of the novelty and the prospects of the project. The Journal of Law, Medicine & Ethics. 2006; 34(4): 726-32.
- ۲۳۰ Canton J. Designing the future: NBIC technologies and human performance enhancement. Annals of the New York Academy of Sciences. 2004; 1013(1): 186-98.
- ۲۳۱ Azad S. The politics of privatization in Iran. Middle East Review of International Affairs. 2010; 14(4): 60-71.
- ۲۳۲ Aghababa S, Nasiripour AA, Maleki M, Gohari M. Demographic characteristics of donors: an exploratory and confirmatory factor analysis in health care of Iran. CURRENT SCIENCE. 2015; 109(9): 1704-8.
- ۲۳۳ Aghababa S, Maleki MR, Gohari MR. Narrative Review of Studies on Charity in Health Care, Iran. Hakim Research Journal. 2015; 17(4): 329-36.
- ۲۳۴ Secretariat National Council of the Elderly. Social Security for Aged People Tehran: <http://snce.ir/>; 2015]
- ۲۳۵ ISNA. Resistance economy uplifts national dignity. Iranian Students' News Agency. 2016.
- ۲۳۶ Asadi A, Shahrivar MM, Esmaili SM. Passing through sanctions by resistive economy. The Open Access Journal of Resistive Economics. 2015; 49: 14.
- ۲۳۷ Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. International journal of health policy and management. 2015; 4(10): 637.
- ۲۳۸ Ali MM. Holy Quran: Ahmadiyya Anjuman Ishaat Islam Lahore USA; 2011.
- ۲۳۹ Matsui M. Perspectives of elderly people on advance directives in Japan. Journal of Nursing Scholarship. 2007; 39(2): 172-6.
- ۲۴۰ Regan JJ. Protecting the elderly: The new paternalism. Hastings LJ. 1980; 32: 1111.
- ۲۴۱ Sondik EJ, Huang DT, Klein RJ, Satcher D. Progress toward the healthy people 2010 goals and objectives. Annual Review of Public Health. 2010; 31: 271-81.
- ۲۴۲ Ridge SB. Medicare and Medicaid. Fundamentals of Geriatric Medicine: Springer; 2007. p. 73-9.
- ۲۴۳ Shirazi Khah M, Mousavi MT, Sahaf R, Sarmadi M. Study of Health and social indicators of elderly women in Iran. Iranian Journal of Ageing. 2012; 6(23): 66-78.
- ۲۴۴ Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E, Robine JM. The health of older persons in OECD countries. 1999.
- ۲۴۵ World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
- ۲۴۶ Herring J. Older people in law and society. 2009.
- ۲۴۷ Lagomarsino G, Nachuk S, Kundra SS. Public stewardship of private providers in mixed health systems: synthesis report from the Rockefeller Foundation-sponsored initiative on the role of the private sector in health systems in developing countries: Results for development institute; 2009.
- ۲۴۸ Verma R, Khanna P. National Program of Health-Care for the Elderly in India: A Hope for Healthy Ageing. International journal of preventive medicine. 2013; 4(10): 1103.
- ۲۴۹ World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary health care- now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.
- ۲۵۰ Barnes DE, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J, Chren M-M, et al. Acute care for elders units produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status. Health Affairs. 2012; 31(6): 1227-36.
- ۲۵۱ Palmer RM, Landefeld CS, Kresevic D, Kowal J. A medical unit for the acute care of the elderly. Journal of the American Geriatrics Society. 1994. ۴۲-۵۴: (۵) ۴۲;
- ۲۵۲ Hoorens S, Guerin B, Ghez JJ, Schweppenstedde D, Hellgren T, Horvath V, et al. An Analysis of Global Societal Trends to 2030 and Their Impact on the EU. USA: RAND Corporation, 2013.

- ۲۰۳ Banwell C, Hinde S, Dixon J, Sibthorpe B. Reflections on expert consensus: a case study of the social trends contributing to obesity. *The European Journal of Public Health*. 2005;15(6):564-8.
- ۲۰۴ Enders T, Brown KL, Smith ME, Augenstein J, Detty A, Osius E. 10 megatrends shaping healthcare's next 10 years. Los Angeles: Manatt, Phelps & Phillips, 2013.
- ۲۰۵ World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, Switzerland: WHO, 2013 9241506237.
- ۲۰۶ Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010: World Health Organization; 2011.
- ۲۰۷ Poudel KC, Fujita M, Green K, Poudel-Tandukar K, Jimba M. Non-communicable diseases in southeast Asia. *The Lancet*. 2011;377(9782):2004-5.
- ۲۰۸ Beaglehole R, Bonita R, Alleyne G, Horton R, Li L, Lincoln P, et al. UN high-level meeting on non-communicable diseases: addressing four questions. *The Lancet*. 2011;378(9789):449-55.
- ۲۰۹ Institute for Health Metrics and Evaluation. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy* Washington: University of Washington; 2010]
- ۲۱۰ Iranian National Committee for NCDs Prevention and Control. National Action Plan for Prevention and Control of Non-Communicable Diseases and the Related Risk Factors in the Islamic Republic of Iran, 2015-20۲۰. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2015.
- ۲۱۱ Malik VS, Willett WC, Hu FB. Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nature Reviews Endocrinology*. 2013;9(1):13-27.
- ۲۱۲ WHO Eastern Mediterranean Region. Moving forward on salt and fat reduction in the Region. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2015;21(5):374-6.
- ۲۱۳ Merrick EL, Horgan CM, Hodgkin D, Garnick DW, Houghton SF, Panas L, et al. Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56(2):214-23.
- ۲۱۴ Riazi H, Abediyan S. *Information Technology in Health Holistic Map*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2010.
- ۲۱۵ Paya A, Shoraka H-RB. Futures Studies in Iran :Learning through trial and error. *Futures*. 2010;42(5):484-95.
- ۲۱۶ Nabipour I, Assadi M. Converging technologies: shaping the future of medicine. *Iranian South Medical Journal*. 2015;17(6):1045-67.
- ۲۱۷ Environmental Performance Index Uk: Yale University. ۲۰۱۳ ,
- ۲۱۸ Nikola A, Cohen S, Jao P, Khusainova E, Mosteller D, Peng Y, et al. *Global Metrics for the Environment*. UK: Yale Center for Environmental Law & Policy, Yale University, 2016.
- ۲۱۹ Schwab K. *The Global Competitiveness Report 2015-2016*. Geneva :World Economic Forum, 2015.
- ۲۲۰ Cao J, Yang C, Li J, Chen R, Chen B, Gu D, et al. Association between long-term exposure to outdoor air pollution and mortality in China: a cohort study. *Journal of Hazardous Materials*. 2011;186(2):1594-600.
- ۲۲۱ Imam Gholi Pour S, Akbari Sari A, Ghazanfari S. The Impact of Air Pollution on Emergency Admissions of Heart Attack Cases in Tehran: 2007-2012. 2. 2015;4(3):190-7.
- ۲۲۲ Karimi M, Zolfaghari M, Yaghoubi Y, Karimi A. Evaluation of indoor air pollution. *First National Conference on Urban Planning*; Tehran 2014.
- ۲۲۳ Nabipour I, Assadi M. The technological singularity and exponential medicine. *ISMJ*. 2016;18(6):1287-98.
- ۲۲۴ Davari M, Haycox A, Walley T. Issues related to health care delivery system in Iran; past experiences, current challenges and future strategies. *Iran Red Crescent Med J*. 2012.
- ۲۲۵ Mousavi SM, Haghi M, Manshadi MG. Health Tourism in Iran: A Path towards Sustainable Development. *Iranian journal of public health*. 2016;45(2):274.
- ۲۲۶ Deaton A. Health in an Age of Globalization. National Bureau of Economic Research, 2004.
- ۲۲۷ Horowitz MD, Rosensweig JA, Jones CA. Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *MedGenMed*. 2007;9(4):33.
- ۲۲۸ Gregório J, Cavaco A, Lapão LV. A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal. *Human resources for health*. 2014;12(1):1.
- ۲۲۹ Nguyen V, Nguyen-Viet H, Pham-Duc P, Wiese M. Scenario planning for community development in Vietnam: a new tool for integrated health approaches? *Global health action*. 2014;7.
- ۲۳۰ Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *International Journal for quality in health care*. 2012;24(2):169-7۰.
- ۲۳۱ Jamison DT, Sandbu ME. WHO ranking of health system performance. *Science*. 2001;293(5535):1595-6.
- ۲۳۲ Botsis T, Hartvigsen G. Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2008;14(4):195-203.
- ۲۳۳ Fukuyama F. *Our posthuman future: Consequences of the biotechnology revolution*: Macmillan; 2003.
- ۲۳۴ Robine JM, Ritchie K. Healthy life expectancy: evaluation of global indicator of change in population health .*Bmj*. 1991;302(6774):457-60.
- ۲۳۵ Schummer J. From Nano-Convergence to NBIC-Convergence: "The best way to predict the future is to create it". *Governing Future Technologies*: Springer; 2009. p. 57-71.
- ۲۳۶ Hood L, Friend SH. Predictive, personalized, preventive, participatory (P4) cancer medicine. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2011;8(3):184-7.
- ۲۳۷ Nabipour I. NIH roadmap for medical research and knowledge-based economy. *ISMJ*. 2012;15(3):249-51.
- ۲۳۸ Bousquet J, Anto JM, Sterk PJ, Adcock IM, Chung KF, Roca J, et al. Systems medicine and integrated care to combat chronic noncommunicable diseases. *Genome medicine*. 2011;3(7):1.

۲۸۹. Kamel Boulos MN, Lou RC, Anastasiou A, Nugent CD, Alexandersson J, Zimmermann G, et al. Connectivity for healthcare and well-being management: examples from six European projects. *International journal of environmental research and public health*. 2009;6(7):1947-71.
۲۹۰. Waki S, Shimizu Y, Uchiumi K, Asou K, Kuroda K, Murakado N, et al. Structural model of self-care agency in patients with diabetes: A path analysis of the Instrument of Diabetes Self-Care Agency and body self-awareness. *Japan Journal of Nursing Science*. 2016.
۲۹۱. Haghdoost A, KhajehKazemi R, Dehnavi R, Mehrolhasani M, Sadeghirad B. Burden of Disease Modeling in Iran 2020. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2014.
۲۹۲. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International journal of integrated care*. 2004;4(3).
۲۹۳. Kodner DL. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health & social care in the community*. 2006;14(5):384-90.
۲۹۴. Organization PAH, World Health Organization. Health in the Americas: Pan American Health Org; 2002.
۲۹۵. Postman N. Technopoly: The surrender of culture to technology: Vintage; 2011.
۲۹۶. Sadegh Moghadam L, Delshad Noobaghi A, Farhadi A, Nazari S, Eshghizadeh M, Chopanvafa F, et al. Life Satisfaction in Older Adults: Role of Perceived Social Support. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016;22(6):1043-51.
۲۹۷. Sadegh Moghadam L, Foroughan M, Mohammadi F, Ahmadi F, Farhadi A, Nazari S, et al. Aging Perception in Older Adults. *Iranian Journal of Ageing*. 20۱۶-۲۰۲۰;(۴)۱۰:۱۶
۲۹۸. Jang Y, Poon LW, Kim S-Y, Shin B-K. Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*. 2004;18(4):485-96.
۲۹۹. United Nations. Overcoming Ageism and Supporting the Human Rights of Seniors. UN Chronicle. 2011.
۳۰۰. Levy BR, Myers LM. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive medicine*. 2004;39(3):625-9.
۳۰۱. Zare B, Zare M. the aging population and the necessity for policy and planning. *social science journal*. ۱۰-۱۱:(۵۸)۲۰۱۲.
۳۰۲. Rodin J, Langer E. Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*. 1980;36(2):12-29.
۳۰۳. Casey BH. The employment of older people: can we learn from Japan? *The Geneva Papers on Risk and Insurance Issues and Practice*. 2005;30(4):620-37.
۳۰۴. Swindell R. U3A (the University of the Third Age) in Australia: A model for successful ageing. *Ageing and Society*. 1993;13:245.-
۳۰۵. Swindell R. U3A Online: A virtual university of the third age for isolated older people. *International Journal of Lifelong Education*. 2002;21(5):414-29.

پیوست‌ها

۲-۶ پیوست ۱- ابزار تحلیل اسناد

عنوان سند	نوع سند	تاریخ تصویب	سازمان تهیه کننده
هدف سند			
محتوای مرتبط با سالمندی			
نقاط ضعف و قوت			
پیشران های مطالعه			
ذی نفعان و سازمان های درگیر			

۳-۶ پیوست ۲ - راهنمای مصاحبه

سوالات اصلی
✓ مشخصات و تجارب کاری ۱. نام و نام خانوادگی ۲. تحصیلات ۳. عنوان پست و سمت فعلی شما ۴. سوابق کار روی حوزه سالمندی ۵. سوابق کار روی حوزه آینده پژوهی
✓ شناسایی وضعیت فعلی ۶. در حال حاضر نظام مراقبت سالمندی را چگونه تحلیل می کنید؟ ۷. نظرتان درباره ساختار و جایگاه تصمیم گیرندگان نظام مراقبت سالمندی چگونه است؟ ۸. نقاط ضعف و قوت/ چالش ها و فرصت های آن را در چه می بینید؟
✓ تحلیل روندها ۹. چه موضوعات و روندهای اجتماعی را در آینده مراقبت های سالمندی موثر می دانید؟ ۱۰. چه موضوعات و روندهای اقتصادی، سیاسی، فناوری و زیست محیطی را در شکل گیری مراقبت های سالمندی تاثیرگذار است؟ ۱۱. در پاسخ به روندهای فوق چه اقداماتی باید در دستور کار قرار گیرد؟ ۱۲. اولویت ها و پیشران های اصلی آیتده را در چه چیزهایی می دانید؟
✓ مدل های ذهنی ۱۳. به نظر شما چه مدل های مراقبت باید به سالمندان ارائه شود؟ ۱۴. به نظر شما آینده ی ایده آل سالمندان چه آینده ایی است؟ ۱۵. اگر بخواهیم در جهت تحقق آن آینده ایده آل قدم برداری چه کارهایی از هم اکنون باید انجام بدهیم؟ ۱۶. اولویت دارترین اقدام ها چه هستند؟



۴-۶ فرم رضایت نامه آگاهانه

استاد ارجمند

سرکار خانم/ جناب آقای دکتر

با سلام و احترام

از شما دعوت می‌شود تا در پروژه‌ی پژوهشی «آینده‌نگاری مراقبت‌های سالمندی با رویکرد سناریو» که به‌عنوان پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه علوم پزشکی ایران در حال انجام است، شرکت فرمایید. شایان ذکر است اطلاعات تکمیل شده کاملاً محرمانه خواهد بود و صرفاً نتایج بدست آمده از کل مصاحبه‌ها در گزارش نهایی انتشار خواهد یافت.

پژوهشگران

استاد راهنما: دکتر محمدرضا ملکی – عضو هیئت علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی

نشانی تماس: تهران – بالاتر از میدان ونک- خ شهید رشیدیاسمی- دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

نشانی پست الکترونیک: maleki@mohme.gov.ir

دانشجو: سلیمه گوهری‌نژاد

دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

نشانی پست الکترونیک: goharinezhad@gmail.com

اینجانب وابسته به سازمان

- رضایت قلبی خود را مبنی بر شرکت آگاهانه در این پژوهش به صورت کاملاً اختیاری اعلام می‌نمایم.
- هدف از تحقیق را می‌دانم.
- می‌دانم در هر زمان که بخواهم حق خروج از مطالعه را دارم.
- می‌دانم که شرکت در این پژوهش هیچ‌گونه پیامد منفی برای من نخواهد داشت.
- می‌دانم که اطلاعات مربوط به من اعم از اطلاعات شخصی و هر آنچه در نوار صوتی ضبط شده است بصورت محرمانه حفظ خواهد شد.
- می‌دانم که نتایج کلی و گروهی این تحقیق به صورت پایان‌نامه، مقاله، گزارش و از این قبیل انتشار خواهد یافت.
- می‌دانم که در صورت تمایل اینجانب، نتایج پژوهش به اطلاع من خواهد رسید.

امضای شرکت کننده

۵-۶ پیوست ۴- پرسشنامه محقق ساخته

صاحبنظر و خبره‌ی ارجمند

با سلام و احترام

سپاس از همکاری و مشارکت شما که با صرف بخشی از وقت ارزشمند خود، ضمن تکمیل پرسشنامه‌ی زیر، ما را در انجام هرچه اثربخش‌تر این تحقیق یاری می‌فرمایید. رعایت اخلاق پژوهش و حفظ محرمانه‌ی داده‌ها اعتقاد و وظیفه‌ی ماست و با اطمینان بخشی در این خصوص خود را مقید به آن خواهیم دانست.

توجه: در پرسشنامه زیر

- میزان اهمیت بدین معناست که هر یک از مولفه‌های مندرج در پرسشنامه تا حدی در شکل دادن به آینده‌ی اهمیت دارند. پاسخ شما در این خصوص در طیف لیکرت با کمترین میزان اهمیت=۱ و بیشترین میزان اهمیت=۱۰ خواهد شد.

- میزان عدم قطعیت بدین معناست که هر یک از مولفه‌های مندرج در پرسشنامه تا چه حدی دارای نااطمینانی و عدم قطعیت هستند و بواسطه این نااطمینانی، آینده‌ی مراقبت‌های سالمندی در ایران، تغییر خواهد داد. پاسخ شما در این خصوص نیز در طیف لیکرت با کمترین میزان عدم قطعیت=۱ و بیشترین میزان عدم قطعیت=۱۰ منظور شود.

- افق زمانی در این طرح آینده پژوهی معطوف به سی سال آتی است و لذا نظرات ارزشمند شما با نگاه به دوره‌ی فوق دریافت و تحلیل خواهد شد.

در صورت وجود هر گونه سوال یا طرح موضوع می‌توانید از طریق پست الکترونیکی goharinezhad@gmail.com با اینجانب در ارتباط باشید.

با تجدید احترام

سلیمه گوهری‌نژاد

دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

اطلاعات فردی

نام و نام خانوادگی
 مسئولیت فعلی
 تحصیلات
 سابقه فعالیت در حوزه آینده‌ی پژوهی سال
 جنس: زن ☐ مرد ☐
 سن سال

مؤلفه	کد	کلان‌روندها (Mega Trends) و پیشران‌ها (Drivers)	میزان عدم قطعیت ۱ تا ۱۰	پتانسیل تأثیرگذاری ۱ تا ۱۰
اجتماعی	S1	تغییر سیمای بیماری‌ها		
	S2	ارائه هدفمند و مدیریت‌شده خدمات سلامت به نیازهای مختلف		
	S3	زنانه شدن سالمندی و اهمیت مراقبت‌های جنسیت‌محور		
	S4	تقاضای القایی ناشی از تخصص‌گرایی		
	S5	رشد نرخ باسوادی و تغییر ماهیت و تنوع انتظارات		
	S6	اهمیت یافتن اصول اخلاق حرفه‌ای و اجتماعی		
	S7	سفارش‌گرایی و اهمیت پاسخگویی به نیازهای اختصاصی		
	S8	تغییر شیوه‌ی زندگی Life style		
	S9	حذف مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت به دلیل تخصص‌گرایی		

مولفه	کد	کلان‌روندها (Mega Trends) و پیش‌ران‌ها (Drivers)	میزان عدم قطعیت ۱۰ تا ۱۰۰	پتانسیل تأثیرگذاری ۱۰ تا ۱۰۰
	S10	رشد فردگرایی و بازتاب آن در سلامت روان و جسم		
	S11	مدگرایی و تقاضا برای خدمات لوکس مانند جراحی زیبایی		
	S12	اهمیت تغییر نگرش جامعه به سالمندی از معلولیت، وابستگی و بیماری به فعال و مفید بودن		
	S13	توجه به مولفه‌های اجتماعی سلامت در مراقبت‌های سالمندی		
	S14	تحولات عمیق ساختار خانواده و اهمیت پاسخگویی به سلامت اجتماعی		
	S15	سالمندآوری و تبعیض در ارائه خدمات		
	S16	افزایش سالمندان تنها و افزایش تقاضای خانه‌های سالمندان		
	S17	اهمیت حمایت از مراقبین غیررسمی		
	S18	اهمیت توسعه‌ی خدمات مراقبتی جامعه‌محور و مشارکتی		
	S19	تعارضات بین حرفه‌ای سلامت		
	S20	اهمیت یافتن خدمات سلامت روان به دلیل تغییرات اجتماعی		
	S21	داروستیزی و روی آوردن به طب سنتی و درمان‌های طبیعی		
فناورانه	T1	تغییرات بنیادین پارادایمی در مراقبت سلامت		
	T2	بروز پدیده‌ها و تکنولوژی‌های نوظهور ضدپیری		
	T3	تبدیل شدن بیمارستان‌ها به گورستان تجهیزات پزشکی		
	T4	اهمیت پزشکی فردگرایانه Personalized Medicine		
	T5	ارائه‌ی خدمات هدفمند و مدیریت‌شده‌ی از راه دور		
	T6	توسعه‌ی فناوری‌های همگرا (NBIC ^۱) برای بهبودی کارایی انسان		
	T7	شبکه‌ای شدن جامعه و تغییر روابط اجتماعی		
	T8	تنوع انتظارات نوپدید از بخش سلامت		
	T9	تقاضای خدمات جوان‌سازی و پزشکی شدن Medicalization		
	T10	فراموش شدن جنبه‌های انسانی به دلیل تسلط فناوری		
	T11	اهمیت نظارت و هدایت جریان اطلاعات (صحت و سقم اطلاعات)		
	T12	اهمیت آموزش‌های الکترونیک		
	T13	افزایش بکارگیری هوش مصنوعی و روبات‌های مراقب سالمند		
اقتصادی	E1	افزایش هزینه‌های سلامت و اهمیت یافتن خودمراقبتی و PHC		
	E2	ظهور الگوهای نوین انجام کار و رشد بازارهای خصوصی سلامت		
	E3	تغییر شیوه‌ی تخصیص بودجه و منابع به نظام سلامت		
	E4	افزایش تقاضا و افزایش هزینه به دلیل بیماری‌های مزمن		
	E5	افزایش هزینه‌های ناشی از تقاضای القایی		
	E6	بروز و رشد اقتصاد دانش‌بنیان		
	E7	کالایی شدن خدمات سلامت و تبلیغات سلامت‌محور		
	E8	بازنگری قوانین و بکارگیری و اشتغال سالمندان فعال		
	E9	لزوم استقرار پرونده الکترونیک سلامت به منظور کنترل هزینه‌ها		
	E10	فقر سالمندان و لزوم پوشش‌های بیمه‌ی اجتماعی		
	E11	جهانی‌شدن اقتصاد و اهمیت یافتن توریسم سلامت		

^۱ Nano- Bio- Info and Cognitive Sciences

مؤلفه	کد	کلان‌روندها (Mega Trends) و پیشران‌ها (Drivers)	میزان عدم قطعیت ۱ تا ۱۰	پتانسیل تأثیرگذاری ۱ تا ۱۰
زیست محیطی	E12	حکمرانی خوب در دسترسی عادلانه به خدمات		
	E13	توجه به سالمندان در طرح تحول سلامت و سایر طرح‌های تحولی		
	Ec1	پاسخگویی جامعه در قبال میزان و گستره تغییرات آب و هوایی		
	Ec2	مشارکت‌های مردمی در کاهش آلودگی‌های زیستی		
	Ec3	ظهور بیماری‌های نوپدید ناشی از تغییرات زیست محیطی		
	Ec4	آلودگی‌های خاک، محصولات کشاورزی و تأثیر بر سلامت انسان		
	Ec5	بلاای طبیعی و انسان‌ساخت و لزوم توسعه مدل‌های مراقبتی		
	Ec6	بحران آب و اهمیت مدیریت جمعیت		
	Ec7	اهمیت تعهد به سند پیوست سلامت		
سیاسی	P1	حکمرانی خوب در ارائه خدمات		
	P2	انعطاف در سیاست‌های بازنشستگی		
	P3	افزایش تعاملات بین‌المللی و مزایای حاصل از سلامت بین‌الملل		
	P4	ضرورت همگرایی و هماهنگی در کلیه سیاست‌های سالمندی		
	P5	اهمیت انسجام و همکاری‌های بین‌بخشی		
	P6	سلامت در تمام سیاست‌ها		
	P7	لزوم تدوین قوانین حمایتی سالمندان برای ارائه خدمات متناسب با شأن		

شماره: ۹۳/۵/۱۰۵/۲۹۵۳	بسمه تعالی	
تاریخ: ۱۳۹۳/۰۶/۲۹		دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
پیوست: ندارد		

جناب آقای دکتر شهرام صدقی
معاون محترم پژوهشی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

با سلام و احترام

به آگاهی میرساند پروپوزال پایان نامه سرکار خانم دکتر سلیمه کوهری نژاد دانشجوی دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با عنوان "آینده نگاری مراقبت های بهداشتی سالمندان با استفاده از تکنیک سناریوسازی" با رعایت اصول اخلاق در پژوهش و مفاد مندرج در پروپوزال از نظر کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه مورد تأیید است.



دکتر سید علی جواد موسوی
سرپرست معاونت تحقیقات و فناوری

آدرس- تهران بزرگراه شهید بهشت غرب بین تقاطع شنج فضل...، نوری و شهید خرازی تلفن ۸۶۷۰۳۱۰-۸۶۷۰۳۱۰۸ فکس ۸۸۶۳۳۵۳

۷-۶ پیوست ۵- معرفی نامه ی پژوهشی

شماره: ۹۳/۵/۳۲۵/۳۰۸۵

تاریخ: ۱۳۹۳/۱۰/۱۷

پیوست: ندارد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی (تلف علمی آموزشی مدیریت و اقتصاد سلامت کشور)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سازمان بهزیستی

شهرداری تهران

دانشکده های علوم بهزیستی و توانبخشی دانشگاه های علوم پزشکی ایران، دانشگاه های علوم پزشکی تهران و

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

سازمان بیمه سلامت

با سلام و احترام،

به استحضار می رساند سلیمه گوهری نژاد دانشجوی مقطع دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی که در این دانشکده به تحصیل اشتغال دارند، جهت گردآوری داده های مربوط به درس "رساله در خصوص آینده نگاری مراقبت های سالمندان" به منظور امور تحقیقاتی حضورتان معرفی می گردند. خواهشمند است دستور همکاری مقتضی را صادر فرمایید. پیشاپیش از عنایت جنابعالی قدردانی می گردد.



آدرس: تهران، خیابان ولیعصر (عج)، بالاتر از ونک، خیابان رشید یاسمی، پلاک ۶، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

کدپستی: ۱۹۹۵۶۱۴۱۱۱ تلفن: ۵۸۸۷۹۴۳۰۲ و ۵۸۸۸۳۳۳۴

Abstract

Background: With the successful improvement of global health systems and social security in societies, the world is now advancing towards aging. All countries have to face the phenomenon of population aging sooner or later depending on their degree of development; however, elderly care is predicted to soon become a major concern for developing countries such as Iran. The present study was conducted to identify the challenges of elderly care in Iran and to help policymakers develop roadmaps for the future through providing a clearer image of the current state of affairs in this area of healthcare.

Methods: In this study, a combination of normative and exploratory approaches of foresight was used in 2015. The intuitive logic scenario was the main technique. This research in terms of purpose was exploratory and normative, in terms of the design process was qualitative, and in terms of results is an applied research. For this purpose, three-phase was conducted. The first phase was to identify the key driving forces. The second phase was to rank the driving forces based on the rate of uncertainty and potential impact. The third phase was to identify the logics of scenario. Participants in all three phases were a combination of key stakeholders at three level (Macro, Meso, Micro). The participants were selected based on purposeful sampling and with maximum variety. During the study, the ethical and moral permission were obtained from the ethics committee of Iran University of Medical Sciences.

Results: The results of analyzing the documents related to elderly showed that the elderly has been neglected in law and only two political document has been developed specially for elderly care in Iran. The results of the qualitative study indicated five main challenges consists of "policymaking", "access", "technical infrastructure", "integration and coordination" and "health-oriented care services" in the current state of elderly care in Iran. Trend analysis of social, economic, technological, environmental and political lead to identifying 61 factors affecting the future of elderly care. In phase synthesis by combining the results of previous steps and ranking of key drivers, two key uncertainties in the name of "accountability" and "technology" were found. Then, based on these two key uncertainties, fourth scenario called "the beginning of a transformation", "Usally Hero", "in captivity technology" and "an obsolete paradigm" were formed.

Conclusion: The aging process is a natural and inevitable in human life that can not be stopped but can be delayed through interventions informed as much as possible. According to the stakeholders of elderly care in Iran, the current care system is not well-suited for meeting the needs of the elderly, as the elderly tend to receive the services they need sporadically and in a non-coherent manner. Given the rapid growth of the elderly population in the coming decades, it is the authorities' job to concentrate on the challenges faced by the health system and to use foresight methods for the comprehensive and systematic management of the issue.

Keywords: Foresight, Elderly Care, Scenario, Iran



Iran University of Medical Sciences (IUMS)
School of Health Management and Information Sciences
Center of Excellence in Health Management and Economics

Title

Foresight Elderly Care in Iran- A Scenario Approach

Thesis Submitted as a part of Fulfillment of the Requirement for the Award
of the Degree of Doctor of Philosophy (Ph.D.)
Health Services Management

Supervisor

Mohammad Reza Maleki (Ph.D.)

Advisors

Hamid Reza Baradaran (MD, Ph.D.)

Hamid Ravaghi (Ph.D.)

By

Salime Goharinezhad

Summer 2016