

# سالمندی و سلامت روانی

محمد ناصر سرابندی مقدم - کارشناس ارشد مدیریت دولتی  
زهره سمیعی - کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی

اثرات اجتماعی و اقتصادی پیامدهای سلامت و عواملی مانند فقر و انزوای اجتماعی زیانهای مختلفی هستند که می توانند سلامت روانی و عمومی سالمندان را تحت تأثیر قرار دهند. تغییرات نقش اجتماعی سالمندان نیز بر سلامت آنها تأثیر می گذارد. در این مقاله در ابتدا به تغییرات شدید جمعیتی اشاره ای نموده و چالشهای جدیدی را که به ارمان می آورد بررسی می کنیم. همچنین انواع اختلالات روانی در سالمندان از جمله زوال عقل و افسردگی و سایر انواع بیماری، مورد بررسی قرار خواهند گرفت و برای بهبود آنها راهکار ارائه خواهد شد که یکی از این راهکارها ترویج پیری سالم است. درمان اختلالات مصرف مواد در افراد سالمند یکی دیگر از مواردی است که به آن می پردازیم. در ادامه همچنین اشاره خواهد شد که باید رفاه اجتماعی را از طریق یک رویکرد در روند زندگی با ترویج زندگی سالم بهبود بخشید. این مهم است که سرمایه های اجتماعی شامل گروه های اجتماعی و خانواده ها را برای حمایت از افراد سالمند توسعه بخشیم، ایجاد مشارکت عمومی و خصوصی برای پر کردن شکاف خدماتی ضروری به نظر می رسد. آگاهی رسانی در مورد روشهای مؤثر و ثابت شده بسیار مهم است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

واژگان کلیدی: سالمندی، زوال عقل، جمعیت سالمندان

## مقدمه

جمعیت جهان هرگز به بالگی حال حاضر نبوده است. در حال حاضر جمعیت ۶۰ سال به بالا، بیش از ۸۰۰ میلیون نفر هستند. پیش بینی ها نشان می دهد که این تعداد در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲ میلیارد نفر افزایش خواهد یافت. افراد ۶۰ ساله هم اکنون می توانند انتظار زنده ماندن بین ۱۸/۵ تا ۲۱/۶ سال بیشتر را داشته باشند. (Greene et al., ۲۰۱۳) به زودی تعداد سالمندان جهان از کودکان بیشتر خواهد بود. بر خلاف تصورات عمومی، اکثر افراد مسن در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می کنند و سریع ترین نرخ پیری در برخی از این کشورها اتفاق می افتد. (Greene et al., ۲۰۱۳, WHO, ۲۰۱۲a)

سازمان ملل متحد معیار ۶۰ سال یا بالاتر را برای اشاره به افراد سالمند بکار می برد (صندوق جمعیت ملل متحد ۲۰۱۲). با این حال در بسیاری از کشورهای با درآمد بالا سن ۶۵ بعنوان نقطه مرجع برای افراد سالمند استفاده می شود و این به این معنی است که در این سن افراد واجد شرایط دریافت مزایای امنیت اجتماعی سالمندان می شوند (WHO, Greene et al., ۲۰۱۲a, ۲۰۱۳, Gorman, ۱۹۹۹).

است. این نگرش به بیماری و سلامت در دوره ای ظهور کرده است که صاحب نظران علوم سلامت از آن بعنوان انتقال فراگیر (اپیدمیولوژیک) یاد می کنند. بیماری های مسلط در این دوره، درمان دارویی و جراحی صرف ندارند و بیماری های مزمن هستند که پیشگیری و درمان نهایی آنها به متغیرهای متعدد رفتاری اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است که از آن بعنوان سبک زندگی هم یاد می شود. بسیاری از این بیماریهای دوره انتقال اپیدمیولوژیک با بیماریهای سالمندی انطباق دارند. روند رو به رشد پیری جمعیت ها و بیماریهای مزمن کنونی از علل مشابهی سرچشمه می گیرند:

- \* رشد خدمات بهداشتی و پیگیری
- \* کاهش مرگ و میر و کاهش باروری
- \* رشد تکنولوژی درمانی و درمان اثربخش تر بیماری های حاد و افزایش متوسط عمر از آن جمله اند.

چنین پدیده هایی بار بیماری را به سوی بیماریهای مزمن هدایت می کنند که نه پیشگیری از آن آسان است و نه درمان آن کم هزینه می باشد. کشورهای در حال توسعه البته از بار مضاعف بیماری ها رنج می برند. به این معنی که بیماری های عوارض می کنند (پوررضا، ۱۳۸۳).

### عوامل اساسی مشکلات سلامت روانی در افراد سالمند

بسیار از عوامل اجتماعی، جمعیتی، روانی و بیولوژیکی به سلامت روان فرد کمک می کنند. تقریباً تمام این عوامل با افراد سالمند مرتبط هستند.

عواملی مانند فقر، انزوای اجتماعی، از دست دادن وابستگی به همزوج، تنهایی و زبانه های مختلف می توانند سلامت روانی و عمومی فرد را تحت تأثیر قرار دهند. احتمال بیشتری وجود دارد که افراد سالمند حوادثی مانند سوگواری و یا ناتوانی جسمی را تجربه کنند که این مسائل در احساس رفاه آنها تأثیر می گذارد و سلامت روانی آنها را تحدید می کند. آنها همچنین ممکن است با بد رفتاری در خانه و مؤسسات مراقبتی روبرو شوند (WHO and EURO, ۲۰۱۳). از سوی دیگر پشتیبانی خانواده و تعاملات اجتماعی می تواند شأن و منزلت افراد سالمند را تقویت کند و به احتمال زیاد نقشی محافظتی در سلامت روان این جمعیت داشته باشد.

تعداد زنان سالمند از مردان در جهان بیشتر است. این تفاوت با افزایش سن زیاد می شود و "پیری زنانه" نامیده می شود. مردان و زنان سالمند الگوی سلامت و عوارض متفاوتی دارند و زنان به

این رده سنی بالاتر با وضعیت کشورهای در حال توسعه مانند کشورهای آفریقایی که امید به زندگی در اغلب آنها پایین تر از کشورهای پردرآمد است، تناسب ندارد (WHO, ۲۰۱۳b).

افراد سالمند با چالشهای خاص بهداشتی مواجه هستند. بسیاری از این افراد توانایی زندگی کردن مستقل را بدلیل تحرک محدود، سستی و یا دیگر مشکلات سلامت جسمی یا روانی از دست می دهند و نیاز به مراقبتهای طولانی مدت دارند (Ageing, ۲۰۰۱). در اوایل آغاز هزاره، در ایالات متحده آمریکا مشخص شد که ۲۰ درصد از سالمندان ۵۵ سال و بیشتر از یک اختلال روانی رنج می برند. پس از آن آمار جهانی نشان داد که این تقریباً یک مشکل جهانی است (WHO, ۲۰۰۸). مشکلات سلامت روانی سالمندان توسط متخصصان مراقبتهای بهداشتی و خود افراد سالمند شناسایی شده است و افراد سالمند اغلب تمایل به دریافت کمک دارند.

### تحول تئوری های بیماری و سالمندی

پیری یک جریان زیستی است که کلیه افراد بشر را شامل شده و اجتناب ناپذیر است. سالمندی همانند دیگر مراحل زندگی عرصه میدان سلامت و بیماری است، البته باید توجه داشت که نوع بیماری های هر دوره متفاوت است. تحلیلی کوتاه از تحول بیماری ها و تئوریهای آن می تواند کمک شایانی در نگاه به سالمندی و رشد این پدیده در جوامع پیشرفته و در حال توسعه بنماید.

در ابتدا بیماری از لحاظ نوع و فراوانی محدود بود و به لحاظ منشاء مربوط به قدرتهای متافیزیک می دانستند. در عصر پاستور با تلاشهای پیگیر او یک منشأ مادی و خارجی تحت عنوان میکروب یا پاتوژن به عنوان علت بروز بیماری ها معرفی شد اما این نوع نگرش به بیماری نه همه واقعیتها و بیماری ها را تحلیل می کند و نه با نگرش ها و تئوری های اجتماعی که در آنها یک پدیده معلول عوامل متعددی تلقی می شود، سازگاری دارد. بعد از پاستور و تئوری میکروارگانیسم او، اپیدمیولوژیستها با این استدلال که میکروارگانیسم ها برای فعال شدن نیاز به محیط مناسب و میزبان مناسب دارند، الگوی تحلیلی خود را از بیماری با عامل و میزبان و محیط ارائه نمودند. این رویکرد بویژه در تحلیل بیماری عفونی شایع مفید واقع گردید. اما امروزه تحلیل بیماری ها به این سه عامل محدود نمی شود. شبکه وسیعی از عوامل اجتماعی تحت عنوان عوامل مؤثر بر سلامت از آنها یاد می شود در گستره و کیفیت سلامت و بیماری افراد مؤثر تشخیص داده شده و در واقع سلامت و بیماری بعد اجتماعی پر رنگ تری پیدا کرده

سوء استفاده شامل: جسمی، جنسی، روانی، عاطفی، سوء استفاده مالی و مادی، رها کردن، غفلت و از دست دادن جدی عزت و کرامت نفس می باشد. داده هایی که در کشورهای پردرآمد وجود دارد نشان می دهد که ۶-۴ درصد از افراد سالمند، نوعی بد رفتاری را در خانه تجربه کرده اند. این میزان حتی باید بالاتر باشد زیرا بسیاری از سالمندان می ترسند و یا قادر به گزارش بد رفتاری نیستند. اگر چه اطلاعات مربوط به میزان مشکل در مؤسساتی مانند بیمارستانها، خانه سالمندان و دیگر مراکز مراقبت بلند مدت اندک است، تاکنون شواهد نشان می دهد که نرخ بالاتری در مقایسه با بد رفتاری در خانه دارند. بد رفتاری با سالمندان نه تنها می تواند به آسیب های فیزیکی منجر شود بلکه گاهی اوقات منجر به پیامدهای روانی جدی و بلند مدت از جمله افسردگی و اضطراب می گردد (WHO, 2011).

## ارتقای سلامت روان در چهار چوب پیری سالم

سلامت روان سالمندان می تواند از طریق ترویج پیری سالم و فعال بهبود یابد. برای ترویج پیری سالم نیاز است که عوامل اجتماعی و اقتصادی و نابرابری در سلامت حذف شود و علاوه بر آن با نابرابری جنسیت و اقلیتی برخورد گردد. نیاز است رفتار کلیشه ای در برابر پیری فعال به نام "تبعیض سنی" معکوس شود. در نگرش و رفتار سن گرایان سالمندان به عنوان افراد سست و ضعیف، از تاریخ گذشته، از کار افتاده، از لحاظ جسمی ضعیف، کند ذهن، غیر فعال و یا ناتوان فرض می شوند. تبعیض سن تأثیر منفی بر سلامت سالمند دارد (WHO, 2012b). سالمندی یک فرآیند تدریجی است و برای ارتقاء سلامت روانی و رفاه در زندگی آینده کارهای زیادی می توان انجام داد. شرکت در فعالیتهای ارزنده، روابط شخصی قوی و سلامت جسمی خوب از عوامل کلیدی هستند. سن گرایی به عنوان یک عامل تقسیم اجتماعی بین پیر و جوان مانع خدمت و مشارکت در جامعه است. تبعیض سن تأثیر منفی بر سلامت افراد سالمند می گذارد (Health, 2006).

مورد انتقاد قرار دادن بد رفتاری با بزرگان یک رویکرد مهم برای سلامت روان در افراد سالمند است. نیاز است که بخش بهداشت اولیه و مراقبتهای اجتماعی و خدمات اجتماعی برای حمایت و مقابله با سوء رفتار با سالمندان حساس شوند. مراقبتهای نهادی و نظارت دقیق بر مؤسسات باقی مانده، استراتژی های مهم دیگری برای ارائه خدمات بهتر به جمعیت سالمند هستند. ترویج سبک زندگی سالم در بین عموم جمعیت با شروع از سنین کمتر با استراتژی هایی مانند افزایش فعالیتهای جسمی و روانی،

طور کلی دارای درآمد کمتر اما شبکه های بهتر حمایت خانواده هستند (Greene et al., 2013). از سوی دیگر افسردگی و بیماری آلزایمر در زنان شایع تر است (WHO, 2012c).

همبستگی بین نسلهای به ویژه در کشورهای پر درآمد در حال کاهش است. در برخی کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط بطور فزاینده ای بیشتر احتمال دارد که پدر بزرگ و مادر بزرگ با نوه خود زندگی کنند. این اصطلاح "نسل نادیده گرفته شده" نامیده می شود و ترتیبات زندگی به دلیل مهاجرت های اقتصادی و در برخی جوامع در نتیجه مرگ و میر مرتبط با هیپاتیت و ایدز متداول و عادی شده است. تأثیر این عوامل بر استرس اجتماعی مشاهده شده در بین سالمندان نیاز به پژوهش بیشتری دارد (Greene et al., 2013).

تغییرات شدید جمعیتی، چالشهای جدید و همچنین فرصتهای بالقوه ای را به ارمان می آورد، اثرات اجتماعی و اقتصادی پیامدهای سلامت نگرانی جدیدی برای جهان است که یک وضعیت متناقض ایجاد می کند. تغییرات نقش اجتماعی سالمندان بر سلامت آنها تأثیر می گذارد. در حال حاضر در تعداد قابل توجهی از کشورها، افراد سالمند نسبت به گذشته در سلامت بیشتری به سر می برند. از افراد سالمند انتظار می رود و حتی خواسته می شود که در کمک بیشتر به خانواده و یا جامعه به طور سازنده تری عمل کنند. نگرش متعارف نسبت به افراد سالمند با چند مورد استثناء در برخی از فرهنگها، معمولاً بستگی به جایگاه اجتماعی او دارد.

با این حال به نظر می رسد در حال حاضر نقش مورد انتظار از یک فرد سالمند از نقش "مشاور دانا" که در بیشتر نقاط جهان وجود داشته، تغییر کرده است. سن بازنشستگی در بسیاری از کشورهای پردرآمد افزایش می یابد. از افراد سالمند انتظار می رود و قادر هستند که سهم مهمی در جامعه به عنوان عضوی از خانواده، داوطلبان و نیروی های کار فعال داشته باشند و این عامل آنها را برای انجام چنین نقشی مهیا و تندرست نگه میدارد. با وجود این فرآیند درخواست از افراد سالمند برای بهبود بهره وری و ارائه پشتیبانی برای جامعه و خانواده ها، باید با حمایت های بیشتر جامعه از افراد سالمند تکمیل شود.

یک عامل مهم که سلامت جسمی و روانی سالمندان را با خطر مواجه می کند و یک مسئله مهم حقوق بشر است، بد رفتاری با سالمندان می باشد. سازمان بهداشت جهانی (WHO) بد رفتاری با سالمندان را چنین تعریف می کند: "یک عمل یا تکرار یک عمل و یا عدم اقدام مناسب در هر رابطه ای که در آن انتظار اعتماد باشد و باعث ایجاد آسیب و نگرانی در فرد سالمند شود". این نوع

اجتناب از سیگار کشیدن، جلوگیری از مضرات استفاده از الکل و شناسایی زود هنگام و درمان بیماری های غیر واگیر (NCDS) می تواند به بهتر شدن سلامت در افراد سالمند کمک کند. ملزم کردن سازمانهای غیر انتفاعی غیر دولتی و مشارکت بخش دولتی و خصوصی می تواند پیاده سازی استراتژی های بهداشتی جهت تبلیغات برای افراد سالمند را تسهیل کند.

## مشکلات سلامت جسمی سالمندان

حتی در کشورهای فقیر افراد سالمند در مقایسه با بیماری های عفونی و انگلی بیشتر از بیماری های غیرواگیر مانند بیماری های قلبی، سرطان و دیابت می میرند. علاوه بر این افراد سالمند دارای مشکلات متعدد سلامت به طور همزمان هستند (WHO, 2012c). عوامل خطر برای بیماری های دژنراتیو مغز مانند فشار خون بالا، دیابت و کلسترول بالا در میان افراد سالمند افزایش می یابد (WHO and ADI, 2012). سلامت روان تأثیر زیادی بر سلامت فیزیکی دارد، به عنوان مثال: افسردگی در افراد مبتلا به دیابت همزمان با کاهش پایبندی به درمان، کنترل ضعیف متابولیک، عوارض بیشتر و کاهش کیفیت زندگی، افزایش هزینه های بهداشت و درمان، افزایش ناتوانی، از دست دادن بهره وری و افزایش خط مرگ، همراه است (Egede and Ellis, 2010). در مقابل افرادی با بیماری های قلبی، دیابت، آسم، و آرتریت دارای نرخ بالاتری از افسردگی در مقایسه با افراد سالم هستند (Moussavi et al., 2007).

## اختلالات روانی در سالمندان

### زوال عقل (جنون دمانس)

زوال عقل یک سندرم، شامل زوال در حافظه، تفکر، رفتار و توانایی انجام فعالیتهای روزمره مانند لباس پوشیدن، غذا خوردن، بهداشت شخصی است (WHO and mhGAP, 2010). اگر چه این یک بخش طبیعی از روند پیری نیست اما به طور کلی افراد سالمند را تحت تأثیر قرار می دهد. گزارش سازمان بهداشت جهانی و انجمن بین المللی بیماری آلزایمر در سال ۲۰۱۲ شیوع ۴/۷ درصد در میان افراد ۶۰ سال و بیشتر را نشان می دهد که ۳۵/۶ میلیون نفر مبتلا به زوال عقل هستند. پیش بینی شده است که تعداد افراد مبتلا به زوال عقل هر ۲۰ سال تقریباً دو برابر شود. یعنی به ۶۵/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ و تا ۱۱/۵ میلیون نفر تا سال ۲۰۵۰ خواهد رسید (WHO and Alzheimer's Disease International, 2012). بخش عمده ای از این افزایش مربوط به کشورهای کم درآمد یا با درآمد متوسط است. (شکل شماره ۱) پیامد های اجتماعی قابل توجهی از نظر هزینه های مستقیم پزشکی، هزینه های مستقیم اجتماعی و مراقبت های غیر رسمی وجود دارد. هزینه کل به عنوان بخشی از تولید ناخالص داخلی از ۰/۲۴ درصد در کشورهای کم درآمد به ۱/۲۴ درصد در کشورهای پر درآمد متفاوت است (WHO and Alzheimer's Disease International, 2012). اگر چه هیچ درمانی در دسترس نیست، کارهای زیادی می تواند برای افراد مبتلا به زوال عقل و پرستاران آنها انجام شود. طیف وسیعی از درمانهای دارویی و چندین درمان غیر دارویی در دسترس هستند و حتی می توانند توسط ارائه دهندگان خدمات غیر تخصصی سلامت ارائه شوند (WHO and mhGAP, 2010) (Seitz et al., 2012).

### افسردگی

افسردگی در سنین پیری شایع است. با توجه به داده های سال ۲۰۱۰ مؤسسه استاندارد بهداشت و ارزیابی (IHME)، ناتوانی برای روزهای سالهای زندگی در خصوص افسردگی (اختلال و افسردگی اساسی به علاوه اختلال دیستمتیک یا افسردگی خفیف و مداوم) برای افراد بالای ۶۰ سال ۹/۱۷ میلیون سال یا ۱/۶ درصد از تمام روزهای زندگی این گروه سنی را شامل می شود (IHME, 2010).

(EMCDDA, 2008.22)

تجویز دارو برای افراد مسن شایع است. برخی از داروهای تجویزی از قبیل بنرودیازپین ها و مخدرها ممکن است یک عامل بالقوه برای اعتیاد و سوء مصرف باشند و در داخل و یا خارج یک محیط پزشکی رخ دهند. درمان اختلالات مصرف مواد در افراد سالمند حداقل به اندازه افراد جوان مؤثر است. درمان بیمارها با توجه به استفاده از مواد مخدر، به ویژه چگونگی مدیریت خروج ها یا مواد تحریک کننده ناشی از بیماری های روانی، باید در صورت لزوم در یک محیط حمایتی یا پزشکی و همچنین با توجه به فعل و انفعالات و عوارض مواد روانگردان و داروهای تجویز شده دیگر، به صورت مناسب تحویل داده شود.

اختلالات روانی در میان افراد معلول با ناتوانی ذهنی شایع تر است. همچنین تعداد افرادی که دارای معلولیت ذهنی هستند و به سن سالمندی و جنون می رسند رو به افزایش بوده و سطح چالش عملکرد شناختی در حال حاضر بیشتر از جنون آسیب پذیر است. بسیاری از کشورهای پردرآمد، فعالیتهای تحقیقی و خدماتی را برای این گروه از افراد مسن تقویت کرده اند. به طور کلی این یک حوزه جدید از کار است و تاکنون شامل اولویت مراقبتهای اولیه و مراقبتهای اجتماعی برای جلوگیری از نهادینه شدن آن می باشد (P. Janicki and M. Keller, 2012).

### سلامت روان مراقبان

افراد مسن مبتلا به زوال عقل و افسردگی معمولاً از همسران، دیگر اعضای خانواده و یا دوستان حمایت دریافت می کنند. مراقبان معمولاً وارد سطوح بالایی از استرس و افسردگی می شوند (Van Vliet et al., 2010). مراقبت روانی از آنها باید در دستور کار درمان برای اختلالات روانی سالمندان گنجانده شود. آموزش درمانهای روانی مانند آموزش برای مراقبان که شامل مشارکت فعال آنها شود (به عنوان مثال: بازی نقش مدیریت مشکل رفتاری) درمانهای مؤثری برای مراقبت کنندگان افراد مبتلا به زوال عقل می باشد. فشار روانی وارده به مراقب باید با پشتیبانی، مشاوره و یا درمانهای شناختی رفتاری مورد خطاب قرار گیرد. افسردگی در میان مراقبان شایع است و باید به درستی مدیریت شود (WHO and mhGAP, 2010).

### برنامه های سازمان بهداشت جهانی در خصوص زوال عقل

برنامه های سازمان بهداشت جهانی برای پیری سالم و فعال، چهارچوبی جهانی برای اقدام در سطح کشورها ارائه داده است (WHO, 2013a). سازمان بهداشت جهانی زوال عقل را به عنوان یک اولویت بهداشت عمومی به رسمیت می شناسد و پشتیبانی

علائم افسردگی سالمندان در بخشی از افسردگی اوایل زندگی متفاوت است. با این حال ممکن است مشکلات جسمانی آنها بیشتر مورد توجه قرار گیرد و نمود داشته باشد (Hegeman et al., 2012). همه اینها در کنار هم همبودی آنها (حضور همزمان دو بیماری مزمن یا شرایط در یک بیمار) با سایر شرایط فیزیکی، می تواند یک چالش برای تشخیص ایجاد کند.

هنگامی که ارائه دهندگان مراقبتهای پزشکی غیر تخصصی به درستی آموزش ببینند، می توانند افسردگی را در بین افراد سالمند شناسایی و درمان کنند. درمانهای روانشناختی و دارویی مؤثری وجود دارد، با این حال باید مراقبت های مؤثری در هنگام تجویز داروهای افسردگی در این گروه سنی مد نظر قرار گیرد. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید دوز اولیه داروهای ضد افسردگی را کاهش دهند و در نهایت با پایین ترین دوز پایان دهند (WHO and mhGAP, 2010, WHO, 2009, WHO, 2010). اگر افسردگی شدید شود ممکن است به خودکشی منجر گردد. همبودی با اختلالات مصرف الکل احتمال خودکشی را افزایش می دهد (Blow et al., 2004).

### سایر اختلالات روانی

اگر چه تصور می شود که سوء مصرف مواد، از مشکلات جوانان است، اما نباید در سالمندان مورد غفلت قرار گیرد. مشکلات سوء مصرف مواد اغلب نادیده گرفته شده و یا تشخیص داده نمی شود. در اروپا تعداد افراد سالمند با چنین مشکلاتی از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۲۰ دو برابر خواهد شد (EMCDDA, 2008). با توجه به داده های سال ۲۰۱۰ مؤسسه استاندارد بهداشت و ارزیابی، معدل روزانه مطلق ناتوانی برای سالهای زندگی برای اختلالات مصرف الکل در افراد بالای ۶۰ سال حدود ۱/۵ میلیون سال است. این به منزله حدود ۳ درصد از کل معدل ناتوانی در سالهای زندگی این گروه سنی است (IHME, 2010). ارقام مربوط برای اختلالات مصرف سایر مواد ۳۳۸ هزار سال و ۱۰ درصد می باشد. در دسترس بودن درمان و محافظت و نگهداری و مراقبتهای پزشکی بهتر، به افزایش تعداد سالمندان که از شروع مصرف زود هنگام داروها نجات یافته اند، کمک کرده است. حوادث استرس زا مانند بازنشستگی، طلاق یا ناتوانی، سوگ، انزوای اجتماعی، مشکلات مالی، اختلالات روانی و برخی مشکلات مزمن فیزیکی از عوامل مهم سوء مصرف دارو هستند. تغییرات فیزیولوژیکی مرتبط با پیری و افزایش استفاده از داروهای دیگر به ویژه آرام بخش، ممکن است مصرف الکل در دوزهای پایین تر برای افراد سالمند مضرتر باشد و باعث القای آسیب کبدی و عوارض و صدمات بیشتر شود

دولت در تقویت و ارتقاء سلامت روان سالمندان، بخصوص در کشورهایی با درآمد متوسط و کم را ضروری می‌داند. سازمان بهداشت جهانی سکندار برنامه‌ها است، برنامه اقدام برای مشکل سلامت روان (mhGAP) شامل زوال عقل به عنوان یکی از شرایط و اولویتهای اولیه (راهنمای درمان) شامل شواهد مبتنی بر درمانهایی که توسط ارائه دهندگان غیر تخصصی در محیطهای فقیر نشین برای همه بیماری‌های اولویت دار از جمله زوال عقل، افسردگی، الکلی و سوء مصرف مواد و داروها ارائه داده می‌شود (WHO and mhGAP, 2010). گزارش بین المللی سازمان بهداشت جهانی/آلزایمر در مورد آلزایمر و زوال عقل: یک اولویت بهداشت عمومی می‌باشد که در سال ۲۰۱۲ با هدف تهیه اطلاعات و بالا بردن آگاهی در مورد زوال عقل (فراموشی) با هدف تقویت تلاشهای عمومی و خصوصی به منظور بهبود مراقبت و حمایت از افراد مبتلا و مراقبان آنها منتشر شده است. (WHO and Alzheimer's Disease International, 2012).

آخرین مجمع بهداشت جهانی در ۲۴ می ۲۰۱۳ در گزارش خود افراد سالمند را به عنوان یک گروه آسیب پذیر با خطر بالای ابتلاء به مشکلات سلامت روان مطرح نمود. و در گزارش خود تحت عنوان "طرح جامع سلامت روان برای سالهای ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰"، درخواست خود را به مدیرکل سازمان بهداشت جهانی در خصوص مراقبت طولانی مدت برای افراد سالمند ارسال نمود (WHA, 2013).

## نتیجه گیری

تعداد افراد سالمند در سراسر جهان با سرعت در حال رشد است. تأثیر اجتماعی و اقتصادی این تغییرات جمعیت شناسی به طور کلی به عواقب سلامت روانی اضافه می‌شود. سازمان بهداشت جهانی از دولت‌ها برای محدود کردن فاصله خدمات برای سلامت روانی به ویژه در هنگام ضعف منابع حمایت می‌کند. اگر چه ما هنوز نیاز به تحقیقات بیشتری در جنبه‌های بیولوژیکی، روانی و اجتماعی سلامت روان سالمندان داریم، در حال حاضر دانش کافی برای ایجاد تغییرات وجود دارد. ما باید رفاه اجتماعی را از طریق یک رویکرد در روند زندگی با ترویج زندگی سالم بهبود بخشیم و نیاز به شناسایی و درمان اختلالات روانی در میان این گروه سنی در اسرع وقت داریم. این مهم است که سرمایه‌های اجتماعی شامل گروه‌های اجتماعی و خانواده‌ها را برای حمایت از افراد سالمند توسعه بخشیم، از طرف دیگر ما نیاز به حمایت و تعامل با سازمان‌های غیر انتفاعی، سازمان‌های غیر دولتی و گروه همسالان داریم و همچنین ایجاد مشارکت عمومی و خصوصی برای پر کردن شکاف خدماتی ضروری به نظر می‌رسد. آگاهی رسانی در مورد روشهای مؤثر و ثابت شده بسیار مهم است. ما نیاز به مبارزه با بد رفتاری با سالمندان و رهایی از نگرش سن گرایان با دعوت و مشارکت کامل افراد سالمند در زندگی روزمره داریم. هنوز هم سبک زندگی بسیاری از افراد سالمند، عدم سلامت روانی را تشدید می‌کند. آنها برای انجام ورزش بیشتر، حفظ اتصال اجتماعی، فعال نگه داشتن مغز، کاهش وزن، ترک سیگار یا مضرات استفاده از الکل و کنترل فشار خون، قند خون و کلسترل نیاز به آموزش و تشویق دارند. بسیاری از این درمانها برای بخش اعظم سالمندان در جهان پذیرفته شده است.

**منابع:**

- 16.WHO 2008. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva.
- 17.WHO. 2010. Evidence-based recommendations for management of depression in non-specialized health settings [Online]. Available: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/depression/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/en/index.html) [Accessed 1 June 2013].
- 18.WHO. 2012a. Are you ready? What you need to know about ageing [Online]. Available: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/en/>.
- 19.WHO. 2013a. Care and independence in older age [Online]. Available: <http://www.who.int/ageing/en/> [Accessed 1 July 2013].
- 20.WHO 2009. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva.
- 21.WHO. 2011. Elder maltreatment. Fact sheet N°357, [Online]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/index.html> [Accessed 1 July 2013].
- 22.WHO. 2012b. Ageing and life course, fighting stereotypes [Online]. Available: [http://www.who.int/ageing/about/fighting\\_stereotypes/en/index.html](http://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/en/index.html) [Accessed 1 July 2013].
- 23.WHO. 2012c. Interesting facts about ageing [Online]. Available: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html> 30 June 2013].
- 24.WHO. 2013b. Functional decline and dependence in ageing populations [Online]. Available: <http://www.who.int/ageing/events/wha66/en/index.html>
- 25.WHO & ADI. 2012. Dementia: a public health priority [Online]. Geneva: World Health Organization, Alzheimer's Disease International. Available: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf) [Accessed 25.05 2013].
- 26.WHO & ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. 2012. Dementia, a public health priority. [Online]. Geneva: WHO/Alzheimer's Disease International. Available: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf) [Accessed 25.05 2013].
- 27.WHO & EURO 2013. Risk factors of ill health among older people.
- 28.WHO & MHGAP. 2010. Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Online]. World Health Organization. Available: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf) [Accessed 25.05 2013].
۱. پوررضا، ا. ۱۳۸۳. اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه. ترجمه انتشارات مؤسسه عالی آموزش و پژوهش سازمان مدیریت و برنامه ریزی.
2. AGEING, A. O. 2001. Older Adults and Mental Health: Issues and Opportunities. Washington, DC: U.S.
3. BLOW, F., BROCKMANN, L. & BARRY, K. 2004. Role of alcohol in late-life suicide. Alcohol. Clin. Exp. Res, 28(5 Suppl), 48S-56S.
4. EGEDE, L. & ELLIS, C. 2010. Diabetes and depression: Global perspectives. 87(3), 302-12.
5. EMCDDA. 2008. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Substance use among older adults: a neglected problem [Online]. Lisbon. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index50563EN.html> [Accessed 27.05 2013].
6. GORMAN, M. 1999. Development and the rights of older people. In: Randel J, et al., Eds. The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people. . 3-21.
7. GREENE, M., JOSHI, S. & ROBLES, O. 2013. The State of World Population 2012.
8. HEALTH, T. S. N. I. O. P. 2006. Healthy ageing, a challenge for Europe [Online]. Available: <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthy-ageing.eu/files/resources/Healthy20درصد-20درصدAgeing20درصدA20درصدChallenge20درصدfor20درصدEurope.pdf> [Accessed 20 June 2013].
9. HEGEMAN, J., KOK, R., MAST, R. V. D. & GILTAY, E. 2012. Phenomenology of depression in older compared with younger adults. meta-analysis. BJP, 1;200(4), 275-81.
- 10.IHME 2010. Global Burden of Disease Study.
- 11.MOUSSAVI, S., CHATTERJI, S., VERDES, E., TANDON, A., PATEL, V. & USTUN, B. 2007 Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. The Lancet, 370(9590), 851-8.
- 12.P. JANICKI, M. & M. KELLER, S. 2012. My Thinker's Not Working. A National Strategy for Enabling Adults with Intellectual Disabilities Affected by Dementia to Remain in Their Community and Receive Quality Supports. National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practice.
- 13.SEITZ, D., BRISBIN, S., HERRMANN, N., RAPOPORT, M., WILSON, K. & GILL, S. 2012. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. J Am Med Dir Assoc, 13(6), 503-506.
- 14.VAN VLIET, D., DE VUGT, M., BAKKER, C., KOOPMANS, R. & FRJ, V. 2010. Impact of early onset dementia on caregivers: a review. Int J Geriatr Psychiatry. 25(11), 1091-100.
- 15.WHA 2013. Comprehensive mental health action plan 2013-2020.: SIXTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY.