

سیاست گذاری اجتماعی سالمندی؛ مرور سیاست های مراقبت از سالمندان در کشورهای توسعه یافته

شیوا پروایی^۱

چکیده

هدف: موضوع مراقبت از سالمندان از نظام رفاهی و حمایتی و همچنین تحولات اقتصادی و اجتماعی هر جامعه ای متأثر می شود. با افزایش جمعیت سالمندان، وقوع جریان های مهاجرتی و افزایش فاصله مکانی بین اعضای خانواده، گسترش زندگی شهری، افزایش تحصیلات، اشتغال و عاملیت اقتصادی زنان، تغییرات سبک زندگی و ناتوانی الگوهای مراقبتی و حمایتی پیشین، مراقبت از سالمندان می تواند مسئله ساز و چالشی شود و تنش های خانوادگی بین نسلی و درون نسلی بیشتری را به دنبال داشته باشد. مسئله شدن مراقبت از سالمندان در دنیای امروز محقق را به مرور تجربه کشورهای توسعه یافته در مورد سیاست های مراقبت از سالمندان سوق داده است.

روش: در این پژوهش مطالعه سیاست های مراقبت از سالمندان سه کشور چین، آمریکا و سوئد انتخاب شده است که سالمندی جمعیت را تجربه کرده اند.

یافته ها و نتیجه: نتایج این مطالعه نشان می دهد سیاست های مراقبتی بهتر است علاوه بر ارتقاء کیفیت مراقبت های شبانه روزی در خانه های سالمندی، در راستای مراقبت های جامعه محور و مراقبت در منزل نیز پیش رود و دولت در این زمینه حمایت های نهادی لازم را فراهم سازد. ارتقاء نظام تأمین اجتماعی و حمایتی سالمندان توسط دولت، تنوع خدمات مراقبتی، آموزش، توانمندسازی و تسهیلگری اجتماعی، قوانین حمایتی و توسعه زیرساخت های اجتماعی می تواند کیفیت مراقبت از سالمندان را ارتقاء بخشد. در این قلمروها، آموزش نیروی انسانی برای مراقبت از سالمندان، حمایت نهادی از ارائه دهندگان مراقبت های غیررسمی، مراقبت های خانگی، حمایت های اجتماعی از مراقبان خانوادگی سالمندان، الگوهای مراقبتی و پرستاری جامعه محور، اصلاحات در برنامه های درسی پرستاری و مطالعات سالمندی با تمرکز بر سالمندشناسی اجتماعی و جامعه شناسی سالمندی، تربیت نیروهای متخصص سالمندی، گسترش طب سالمندان، پرستاران مراقبت از سالمند و کاربرد مددکاری اجتماعی سالمندی، استفاده از ظرفیت های بخش شهرداری، سازمان های مردم نهاد و خیریه ای، از مهم ترین توصیه های سیاستی پژوهش حاضر است که می تواند راهنمای سیاست گذاری اجتماعی سالمندی باشد.

واژگان کلیدی: سالمندی جامعه، مراقبت از سالمندان، سیاست گذاری اجتماعی سالمندی، مطالعات سالمندی، مطالعات خانواده.

۱. مقدمه و طرح مسئله

تغییرات جمعیتی طی چند دهه اخیر نشان می‌دهد جمعیت سالمندان ایرانی طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۵ تقریباً چهار برابر شده (مرکز آمار ایران، ۱۳۵۵، ۱۳۹۷) و هم‌اکنون (۱۴۰۰) تعداد افراد بالای ۶۰ سال در ایران به بیش از هشت میلیون نفر رسیده است. سهم سالمندان در آینده بیش از این خواهد بود. پیش‌بینی‌های جمعیتی نشان می‌دهد در سال ۱۴۳۰ حدود یک چهارم جمعیت ایران را سالمندان تشکیل می‌دهند. در این زمینه، پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) حکایت‌گر آن است که در سال ۲۰۵۰، درصد افراد بالای ۶۰ سال جمعیت ایران به ۳۳ درصد افزایش خواهد یافت. پیشرفت پزشکی مدرن و بهبود شاخص‌های توسعه و بهداشت موجب افزایش امید زندگی شده و در نتیجه تقاضا برای خدمات مراقبت از سالمندان افزایش می‌یابد. بنابراین، افزایش جمعیت سالمندان، به معنای افزایش هزینه‌های پزشکی، درمانی و مراقبتی و نیازمند تأمین منابع حمایتی و توسعه زیرساخت‌های اجتماعی برای مراقبت از سالمندان است (لاگرگرن^۱ و دیگران، ۲۰۱۶). در نتیجه همراه با سالمندی جامعه باید به سیاست‌های اجتماعی سالمندی نیز اندیشید. یکی از قلمروهای سیاست‌گذاری اجتماعی سالمندی، مقوله مراقبت از سالمندان است. براساس داده‌های آخرین سرشماری ایران (۱۳۹۵)، نزدیک ۱۵ درصد از افراد ۶۰ ساله و بالاتر، تنها و حدود ۳۷ درصد از آنان فقط با همسر زندگی می‌کنند. همچنین، مبتنی بر نتایج همین سرشماری، نزدیک ۱۵ درصد سالمندان، ۸۰ ساله و بالاتر هستند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۷). این موضوع نشان‌دهنده اهمیت مقوله مراقبت از سالمندان، به‌خصوص در بین سالمندانی است که تنها زندگی می‌کنند، که‌نسال هستند و بیشتر نیاز به مراقبت دارند.

در ایران، نهاد ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی به سالمندان بر عهده سازمان بهزیستی کشور (زیر نظر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. گونه‌های مختلف آسایشگاه سالمندان در شکل خیریه‌ای و خصوصی از سازمان بهزیستی کشور مجوز دریافت می‌کنند. آسایشگاه‌های سالمندان عمدتاً به شیوه خصوصی و یا خیریه‌ای و مردمی اداره می‌شوند. یکی از مهم‌ترین آسایشگاه‌های سالمندان، «آسایشگاه خیریه کهریزک» است که یک مؤسسه خیریه‌ای، غیردولتی، غیرانتفاعی و مردمی است. تقریباً می‌توان گفت خانه سالمندان دولتی در ایران وجود ندارد؛ بلکه سازمان بهزیستی کشور از برخی از سالمندان بی‌سرپرست و نیازمند در شکل پرداخت یارانه ماهیانه به مراکز نگهداری شبانه‌روزی حمایت مالی می‌کند.

هم‌اکنون کل سالمندان تحت پوشش سازمان بهزیستی، ۷۸۸۸۸۷ نفر است که از این تعداد، ۳۸۰۷۶۶ نفر زن و ۴۰۸۱۲۱ نفر مرد هستند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۹). آمارهای مربوط به نگهداری

سالمندان در خانه‌های سالمندی نیز نشان می‌دهد که هم‌اکنون ۳۰۵ مرکز توانبخشی و مراقبتی شبانه‌روزی به ۱۵۲۹۱ نفر از سالمندان، خدمات مراقبتی و آسایشگاهی ارائه می‌دهند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۸) که این میزان در سال‌های آتی رو به افزایش نیز خواهد بود. حمایت مالی در سازمان بهزیستی به این شکل است که اگر سالمند، دارای شرایط عادی و برخوردار از حمایت خانوادگی باشد و در مراکز شبانه‌روزی درجه یک زندگی کند، ماهیانه ۹۲۴۰۰۰ تومان از سوی سازمان بهزیستی به مراکز نگهداری ارائه می‌شود؛ ولی اگر در مراکز شبانه‌روزی درجه دو ساکن باشد، ماهیانه ۸۴۰۰۰۰ تومان ارائه می‌گردد. در صورتی که سالمند، مجهول‌الیهویه باشد، اگر در مراکز شبانه‌روزی درجه یک ساکن باشد، مبلغ ۱۱۱۰۰۰۰ تومان و اگر در مراکز درجه دو ساکن باشد، ۱۰۲۶۰۰۰ تومان در شکل یارانه از طرف سازمان بهزیستی به مراکز نگهداری ارائه می‌شود (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۹۹). این کمک مالی به صورت یارانه به مراکز نگهداری شبانه‌روزی سالمندان اختصاص می‌یابد. ارائه مراقبت در منزل در ایران نیز توسط بخش خصوصی و بدون حمایت‌های بخش دولتی انجام می‌شود و سازمان بهزیستی کشور فقط صادرکننده مجوز برای مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبت در منزل است. در این زمینه، مطالعه صفدری و دیگران (۲۰۱۴) نشان می‌دهد بسته خدماتی تعریف شده در زمینه مراقبت در منزل سازمان بهزیستی، حتی مراقبت‌های فردی در سطح مراقبت‌های پایه را نیز دربرنمی‌گیرد. با این اوصاف، بنظر می‌رسد بار مسئولیت‌های مراقبتی از سالمندان در ایران، عمدتاً بر دوش خانواده‌ها است که تحت عنوان مراقبت خانوادگی شناخته می‌شود و حمایت خاصی از سوی دولت به مراقبان سالمند ارائه نمی‌شود.

از نظر پوشش بیمه‌ای، گروه سنی و اجتماعی سالمندان تحت پوشش هیچ‌گونه بیمه خاصی نیستند و پوشش بیمه‌ای بازنشستگی مبتنی بر مشارکت در پرداخت حق بیمه در دوران زندگی شغلی است. تنها ۴۵٫۴ درصد از سالمندان ایرانی بالای ۶۰ سال تحت پوشش بیمه بازنشستگی هستند (زنجری و صادقی، ۱۳۹۹). بنابراین حدود نیمی از افراد بالای ۶۰ سال از پوشش بیمه‌ای برخوردار نیستند که بخشی از این افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی کمیته امداد و سازمان بهزیستی قرار دارند. تنها بیمه درمانی برای سالمندان معلول، زمین‌گیر و نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی، بیمه سلامت است که ارائه‌دهنده خدمات درمانی حداقلی به شهروندان کم‌درآمد و تهیدست در بیمارستان‌های دولتی است. این درحالی است که سالمندان بازنشسته از بیمه پایه و تکمیلی برخوردارند و می‌توانند از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، خدمات پزشکی و درمانی دریافت کنند. لازم به ذکر است که هیچ‌یک از صندوق‌های بیمه‌ای، نیازهای مراقبتی سالمندان را در شکل خدمات مراقبتی و آسایشگاهی، مراقبت در منزل، خدمات توانبخشی و مددکاری اجتماعی سالمندی پوشش نمی‌دهند. علاوه بر همه اینها، تغییرات اجتماعی و فرهنگی در شکل تغییرات ارزشی و نگرشی فرزندان، فردگرایی

بیشتر، پیگیری منافع شخصی و تضعیف هنجارهای مسئولیت‌فرزندی، افزایش تحصیلات و اشتغال زنان، تغییر ساختار خانواده و هنجارهای اجتماعی پیشین، حمایت‌های خانوادگی جهت مراقبت از سالمندان را کاهش می‌دهد. الزامات زندگی شهری چون آپارتمان‌نشینی و مهاجرت فرزندان به کلان‌شهرها و در نتیجه افزایش فاصله مکانی بین اعضای خانواده، دسترسی و هم‌اقامتی سالمندان و فرزندان را دشوار می‌سازد. فراتر از همه اینها، بحران‌های اقتصادی و زندگی در نظام اقتصادی تورمی، بی‌ثبات و ناامن، تنش‌های خانوادگی بین نسلی (بین نسل سالمندان و فرزندان) و درون‌نسلی (بین خود فرزندان) را در امر مراقبت از سالمندان موجب می‌گردد که همه این تنش‌ها و چالش‌ها به شکل مستقیم و غیرمستقیم، کیفیت زندگی خود سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. امروزه منطق اقتصادی و ارزش‌ها و مناسبات بازاری به حیات خانوادگی راه یافته است و در این زمینه بین فرزندان در جریان مراقبت از سالمندان خانواده، تنش‌های مالی ایجاد می‌شود (پروائی و آزادارمکی، ۱۴۰۰).

همچنین، با توجه به بیکاری‌های گسترده و ناامنی‌های شغلی، افزایش طلاق، تجرد، غلبه تک‌فرزندی یا بی‌فرزندی در خانواده‌ها و تضعیف تعاملات خانوادگی و خویشاوندی در بین نسل امروز، جامعه ایران در چند دهه آتی با شکل‌های جدیدی از تجربه سالمندی مواجه خواهد شد و روی هم‌رفته، چالش‌های مراقبت از سالمندان بیشتر آشکار می‌شود. با این حال، به مقوله مراقبت از سالمندان، حمایت از خانواده‌ها و مراقبان خانوادگی سالمندان و همچنین، ایجاد و نظارت موثر بر شبکه مراقبت‌های رسمی و غیررسمی از سالمندان در سیاست‌های اجتماعی ایران کمتر توجه شده است. اهمیت این موضوع، نگارنده را به مرور تجربه‌های کشورهای دیگر در مورد سیاست‌های مراقبتی از سالمندان واداشته است تا از این طریق بتوان به توصیه‌های سیاستی دست یافت.

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه مروری و جامعه‌مورد مطالعه آن شامل سه کشور آمریکا (نظام رفاهی لیبرال)، سوئد (نظام رفاهی سوسیال دموکرات) و چین (نظام رفاهی ترکیبی) است. در پژوهش حاضر مروری بر سیاست‌های مراقبت از سالمندان در این سه کشور ارائه می‌شود، سپس در پایان توصیه‌های سیاستی برای جامعه ایران پیشنهاد می‌گردد. نگاه به تجارب کشورهای موفق می‌تواند برای تدوین سیاست‌های اجتماعی سالمندی در ایران مفید باشد. در این راستا تلاش شده است تا کشورهایی مورد مطالعه قرار گیرند که با پدیده سالمندی جمعیت مواجه شده‌اند و هر کدام متناسب با نوع نظام رفاهی و خدمات اجتماعی و درمانی خود، برنامه‌هایی برای سالمندان پیاده کرده‌اند. همچنین، انتخاب کشورهای مورد مطالعه به دلیل پیشروبودن در مواجهه با چالش سالمندی و برخوردار از امتیاز بالا در کیفیت زندگی سالمندی و شاخص‌های بهزیستی و رفاه سالمندی بوده است. منابع مورد مطالعه در این پژوهش شامل مقاله‌های فارسی و انگلیسی موجود در پایگاه‌های علمی معتبر مانند Scopus

Science Direct, Google Scholar, SID سالمندان، سیاست‌های مراقبت از سالمندان، مراقبت بلندمدت، مدی‌کیپر و مدی-کید، مراقبت در منزل و مواردی از این قبیل محدود به کشورهای مورد مطالعه (چین، ایالات متحده آمریکا و سوئد) شناسایی و بررسی شده است. برای کسب اطلاعات جمعیتی و رفاهی تکمیلی نیز از داده‌های موجود در پایگاه‌های سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) و انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی (ISSA) و بانک جهانی (World Bank) استفاده شده است.

۳. مراقبت از سالمندان در کشور چین

مطالعه مورد چین به‌عنوان کشوری بسیار پرجمعیت که بیشترین سالمندان جهان را دارد مهم است. مبتنی بر آمار سال ۲۰۱۹، ۱۱٫۵ درصد از جمعیت کشور چین، بالای ۶۵ سال هستند (World Bank، ۲۰۱۹). امید زندگی در سنین ۶۵ سالگی در چین، ۱۶٫۲ سال است^۱؛ این به بدان معناست که افراد ۱۶ سال از خدمات تأمین اجتماعی، مستمری بازنشستگی و مستمری سالخوردگی استفاده می‌کنند (OECD، ۲۰۱۸). دربارهٔ نظام رفاهی کشور چین باید گفت این کشور دارای مستمری سالمندی مشارکتی (مبتنی بر بیمهٔ اجتماعی و مشارکت افراد در پرداخت حق بیمه) و مستمری سالمندی غیرمشارکتی (ویژهٔ افراد ۶۰ سال و بالاتر بدون بیمهٔ اجتماعی و بدون مشارکت در پرداخت حق بیمه) است (Issa، ۲۰۱۸)^۲.

در کشور چین از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۳، امید زندگی در بدو تولد از ۴۱ سال به ۷۱ سال افزایش یافته (ژانگ و گوزا^۳، ۲۰۰۶) و سپس تا سال ۲۰۱۸ به ۷۶٫۷ سال رسیده است (OECD، ۲۰۱۸). این الگوها اگر ادامه پیدا کند، تا سال ۲۰۴۰، ۴۰۰ میلیون چینی، حداقل ۶۰ ساله خواهند بود (ژانگ و گوزا، ۲۰۰۶). در حال حاضر، حدود ۲۳ میلیون چینی بالای ۸۰ سال وجود دارد و حتی این تعداد رو به افزایش است و پیش‌بینی شده است به ۱۳۰ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید (بی^۴ و دیگران، ۲۰۱۷). پیش‌بینی‌های جمعیتی حاکی از آن است که جمعیت بالای ۶۰ سال در چین در سال ۲۰۵۰ به ۴۳۷ میلیون نفر یا حدود ۳۰ درصد جمعیت کشور خواهد رسید (لی و ژانگ^۵، ۲۰۱۳). همین آمار ضرورت توجه به مراقبت از سالمندان را در این کشور گوشزد می‌کند.

افزایش جمعیت سالمندان در این کشور ریشه در سیاست تک‌فرزندی و افزایش امید زندگی داشته

1- <https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2019-country-profile-china.pdf>

2- <https://ww1.issa.int/node/195543?country=827>

3- Zhang & Goza

4- Bei

5- Li & Zhang

است (تان سوئی لنگ^۱ و دیگران، ۲۰۱۶). از سال ۱۹۷۸، اصلاحات اقتصادی چین نظام مراقبت بهداشتی را از نظام برنامه‌ریزی مرکزی به بزرگترین نظام مراقبتی بازارمحور جهانی تغییر داد (لی و ژانگ، ۲۰۱۵). ساکنان روستایی چین و همچنین، افراد با درآمد پایین، پس از اصلاحات اقتصادی اواخر دهه ۱۹۷۰، کاهش قابل توجهی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تجربه کردند. علاوه بر این، سیاست تک‌فرزندی در چین^۲، که در سال ۱۹۷۹ تصویب شده بود، به‌طور چشم‌گیری بر نظام مراقبت بهداشتی چین و خدمات مراقبت بلندمدت چین تأثیر گذاشته است. سیاست تک‌فرزندی چین نسبت جمعیت سالمندان را افزایش داد و مسائل مربوط به نسل ساندویچی را (یعنی کسانی که هم از نسل جوانان و هم نسل سالمندان مراقبت می‌کنند) بر ساخت (هوی^۳، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه سیاست تک‌فرزندی چین موجب تغییرات در ساختار خانواده و ارائه مراقبت از سالمندان شد، از سال ۲۰۱۶، همه زوجین چینی اجازه داشتن دو فرزند را پیدا کردند. این موضوع نشانگر پایان دادن به سیاست تک‌فرزندی چین است که اکثریت خانواده‌های چینی را طی ۳۵ سال گذشته در راستای تک‌فرزندی محدود کرده بود (فنگ^۴ و دیگران، ۲۰۱۶). بنابراین سیاست تک‌فرزندی بر مسائل مراقبتی سالمندان امروز در چین تأثیرگذار بوده است.

با افزایش جمعیت سالمندان چینی تقاضای خدمات مراقبت بلندمدت افزایش یافته است، زیرا گذار جمعیتی و تغییرات اجتماعی - اقتصادی، مراقبت‌های سنتی از سالمندان را از بین برده است (فنگ و دیگران، ۲۰۱۲)؛ در نتیجه، آنچه که ابتدا مسئولیت خانواده‌ها بود، اکنون به موضوع سیاست‌گذاری اجتماعی تبدیل شده است. تغییر در جمعیت سالمندان ناشی از پیشرفت تکنولوژی پزشکی، کوچک‌شدن خانواده‌ها، افزایش طول عمر و تغییرات در بازار کار است و به تدریج به افزایش جمعیت سالمندانی که نیازمند مراقبت بلندمدت هستند، یعنی سالمندان کهنسال منتهی می‌شود (بی و دیگران، ۲۰۱۷). سالمندان نیازهای قابل توجهی برای زندگی روزمره، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، و حمایت‌های اجتماعی در چین دارند. نیاز روزافزون برای مراقبت از سالمندان نیازمند تأمین این نیازها از طریق تصمیمات سیاستی مناسب دولت است (لیو^۵ و دیگران، ۲۰۱۵). به دلیل سالمندی جمعیت، نظام مراقبت اجتماعی این کشور تحت ذره‌بین سیاست‌گذاران اجتماعی قرار گرفته است؛ چرا که افزایش جمعیت سالمندان پیامدهای اجتماعی و اقتصادی زیادی را به دنبال دارد که نیاز به توسعه سیاست‌های اجتماعی سالمندی را ضرورت می‌بخشد.

1- Tan Swee Leng
 2- One child per couple policy (OCP)
 3- Hui
 4- Feng
 5- Liu

سالمندان چینی نیاز به مراقبت بلندمدت را در نتیجه طول عمر و دوره زندگی و افت شرایط سلامتی با گذر عمر احساس می‌کنند؛ زمانی که افراد در شرایط بهداشتی وخیم سال‌های طولانی عمر می‌کنند، به کمک و مراقبت خانواده‌ها و جامعه نیاز دارند. برآوردها حکایتگر آن است که حدود ۱۸ درصد افراد ۶۵ ساله و بالاتر در این کشور نیاز به مراقبت دارند. در حال حاضر، مراقبت بلندمدت در چین همچنان یک امر خانوادگی است، اما با کمک‌هایی از جانب دولت همراه است. به نظر می‌رسد دلیل اصلی سالمندان برای استفاده از نهادهای اجتماعی، کمبود مراقبان خانوادگی است (ژو و لیو، ۲۰۱۰). در چین، مدل‌های سنتی مراقبت خانوادگی در نتیجه مهاجرت‌ها از مناطق روستایی به مناطق شهری شکست خورده و ناگزیر مراقبت‌های خانوادگی غیررسمی در دسترس سالمندان کاهش یافته است (بی و دیگران، ۲۰۱۷). علاوه بر کمبود مراقبان خانوادگی، مشکل دیگری که وجود دارد این است که اکثر خانه‌های سالمندان تحت حمایت دولتی در چین تمایل به پذیرش سالمندان سالم دارند و این امر ارتباط ضروری بین خانه‌های سالمندان و نیازهای مراقبت درازمدت را مخدوش می‌کند. به علاوه، اکثر خانه‌های سالمندان که از دولت یارانه می‌گیرند، توسط افرادی که آموزش‌های حرفه‌ای اندکی در حوزه سالمندی دارند، مدیریت می‌شوند (لو، ۲۰۱۵).

الگوی مراقبت بلندمدت در چین به مدت هزاران سال تحت سلطه سنت کنفوسیوسی «تقوای فرزندی»^۳ بوده است که بر اساس این سنت، نیاز است تا فرزندان بزرگسال از والدین سالمندشان به لحاظ فیزیکی، مالی و عاطفی مراقبت کنند. بنابراین حمایت خانوادگی از سالمندان در چین یک سنت طولانی و مقدس بوده است (وانگ و لنگ، ۲۰۱۲). در راستای همین خانواده‌گرایی غالب، این کنش سنتی در ماده ۴۹ قانون اساسی این کشور نیز این‌گونه مطرح شده است: «والدین وظیفه دارند تا فرزندان کوچک خود را تربیت کنند و به آنها کمک کنند و فرزندان که بزرگ می‌شوند، وظیفه دارند تا از والدین‌شان حمایت کنند و به آنها کمک کنند» (هوی، ۲۰۱۶). با این حال از سال ۱۹۷۹، تأثیر سیاست تک‌فرزندی چین به کاهش دسترس سالمندان چینی به مراقبت فرزندان‌شان منجر شده است. در این شرایط، برخی از والدینی که با فرزند متأهل خود زندگی می‌کنند ممکن است رفتن به مؤسسات مراقبتی را ترجیح دهند تا فضای بیشتری برای فرزندان‌شان در منزل فراهم کنند و از تضادهای خانوادگی و خویشاوندی جلوگیری شود (وانگ و لنگ، ۲۰۱۲). از طرف دیگر، حدود نیمی از سالمندان به مؤسسات مراقبتی منتقل شدند؛ چراکه تنها زندگی می‌کردند یا هیچ‌کدام از فرزندان‌شان در نزدیکی محل زندگی‌شان نبودند. نتایج یک مطالعه ملی نیز نشان می‌دهد که بیش

1- Zhou & Liu

2- Lou

3- filial piety

4- Wong & Leung

از ۷۰ درصد سالمندان در شهرهای بزرگ و نیمی از سالمندان در مناطق روستایی و شهری چین، در خانواده‌ای با آشیانه خالی^۱ زندگی می‌کنند (ژان^۲، ۲۰۱۳).

در این کشور خانواده همچنان محبوب‌ترین ترتیب زندگی برای افراد مسن است (سیلورستین و دیگران، ۲۰۰۶). الگوی فرهنگی مرسوم چینی، تقوای فرزندی است که اعضای خانواده را ملزم به کمک به سالمندان خود می‌کند و همین به ارتباط نزدیک بین نسل‌های مختلف کمک کرده است (مائو و چی، ۲۰۱۱). دولت چین همچنین قوانینی (برای مثال، قانون حمایت از سالمندان) برای حفظ این سیستم سنتی حمایت از خانواده برای مراقبت از سالمندان از نظر مالی، جسمی و عاطفی وضع کرده است (وو و دیگران، ۲۰۰۵ به نقل از منگ^۳ و دیگران، ۲۰۲۰).

با این حال، علی‌رغم مواجه شدن با بار سنگین هزینه‌های سالمندان، کشور چین در حال حاضر هیچ‌گونه برنامه ملی برای بیمه سلامت سالمندان یا برنامه تور ایمنی با بودجه عمومی که مراقبت‌های نهادی از سالمندان را پوشش دهد، ندارد. مراقبت‌های بیمارستانی برای سالمندان چینی بسته به بیمه درمانی‌شان پرداخت می‌شود و پس از گذراندن دوره‌های طولانی بیمارستان، بیماران بدون مراقبت‌های نهادی یا مراقبت‌های حساس اجتماع‌محور به منزل مرخص می‌شوند. اما دولت چین در چند سال گذشته، توسعه خدمات خانه‌محور و اجتماع‌محور سالمندان مانند کمک‌های نقدی برای مراقبت در منزل، مراکز بهداشتی درمانی اجتماع محلی، کانون بازنشستگان، امکانات تفریحی و برنامه‌های مراقبت روزانه از سالمندان را ترویج می‌کند (فنگ و دیگران، ۲۰۱۱). در سال ۲۰۰۹ دولت چین مدل «خانواده مشروط به تأمین مراقبت‌های اولیه»؛ «خدمت به جامعه به‌عنوان حامی و پشتیبان» و «مراقبت‌های نهادی مکمل» را به‌عنوان اصل پرچم‌دار توسعه خدمات مراقبت از سالمندان پیشنهاد کرد. در پکن ۹۰ درصد سالمندان در منزل پیر می‌شوند، ۶ درصد توسط اجتماع محلی و ۴ درصد در مؤسسه‌ها مراقبت می‌شوند. در شانگ‌های این نسبت، ۹۰-۷-۳ است. در واقع، دولت همچنان انتظار داشته است که خانواده مسئولیت‌های اصلی مراقبت بلندمدت را بر عهده بگیرد. در سال ۲۰۱۳ دولت چین تلاش برای بهبود و تسریع خدمات مراقبت از سالمندان را با هدف ایجاد سیستم خدمات مراقبت از سالمندان مبتنی بر مراقبت در منزل و همکاری با خدمات اجتماعی تا سال ۲۰۲۰ اعلام کرد. دولت چین همچنین، چندین کمک مالی همراه با مشوق‌های مالیاتی به‌منظور کمک به ایجاد سیستم مراقبت بلندمدت سالمندان فراهم نمود (ژو و واکر^۴، ۲۰۱۵).

پس از سال‌ها بحث (حدود ۳۰ سال) در چین، مراقبت اجتماع محلی برای سالمندان مطرح شد. از

1- Empty-nest
2- Zhan
3- Meng
4- Zhou & Walker

زمانی که اصلاحات اقتصادی بازارمحور در سال ۱۹۷۸ معرفی شد، نظام رفاه اجتماعی سنتی نیازهای مراقبتی رشد جمعیت سالمندان را برآورده نکرد و این امر به اصلاحاتی منجر شد که عمدتاً در راستای تقویت خدمات اجتماع محلی بود. در سال ۲۰۰۸ کمیته ملی سالمندی چین، کمیته اصلاح و توسعه ملی، وزارت امور مدنی، و هفت وزارتخانه دیگر مقاله سیاستی «دیدگاهی برای ارتقاء خدمات مراقبت در منزل» را مطرح کردند و «ارتقاء خدمات مراقبت خانگی جامع نامیدند» و برای اولین بار «مراقبت خانگی» به عنوان روش مهمی برای سالمندان شناخته شد. خدمات مراقبت در منزل به عنوان نیروی اجتماعی و دولتی مبتنی بر اجتماع محلی تعریف می‌شد و مراقبت زندگی، خدمات خانه‌داری، مراقبت توانبخشی، آسایش فکری و روانی برای سالمندان فراهم می‌کرد. در عمل، خدمات مراقبت خانگی شامل مراقبت روزانه، اتاق‌ها یا سالن‌های غذاخوری یا تحویل غذا و غیره می‌شود و به لحاظ محتوا، شکل و هدف همان «مراقبت اجتماع محلی» است. مراقبت اجتماع محلی در مناطق روستایی چین نیز گسترش پیدا کرده است. در سال ۲۰۱۱، شورای دولت چین قانون جدیدی را با عنوان برنامه نظام خدمات مراقبت اجتماعی برای سالمندان منتشر کرد که تصریح می‌کرد که تا سال ۲۰۱۵، شبکه مراقبت اجتماع محلی اساساً گسترش خواهد داشت، به این معنا که مراکز مراقبت روزانه، کانون‌های بازنشستگان، مراکز خدمات حمایتی متقابل و خدمات مراقبت روزانه، افراد ساکن در اجتماعات شهری و بیش از نیمی از مناطق روستایی را تحت پوشش خواهد داد (ژو و واکر، ۲۰۱۵).

توسعه مراقبت‌های اجتماعی در چین بر مراقبت جامعه‌محور در مشارکت با خانواده‌ها و بر «مراقبت نهادی» به عنوان آخرین منبع تأکید دارد. مراقبت اجتماع محلی طیف وسیعی از خدمات بهداشتی و مراقبت اجتماعی را پوشش می‌دهد. واکر (۱۹۸۲) معتقد است که این مفهوم هم به «مراقبت در اجتماع محلی» و هم «مراقبت به وسیله اجتماع محلی» اشاره دارد. مفهوم مراقبت در اجتماع محلی به ارائه خدمات مراقبتی به سالمندان در اجتماع محلی به منظور جلوگیری از تفکیک و طردشان از اجتماع محلی که سالمندان به آن تعلق دارند، تمرکز دارد. در حالی که از نظر بایلی (۱۹۷۷) مراقبت به وسیله اجتماع محلی، به تعهد بخشی از اعضای اجتماع محلی برای حمایت از سالمندانی که بین آنها زندگی می‌کنند اشاره دارد. مراقبت اجتماع محلی جایگزینی برای مراقبت نهادی است و بر دیدگاه‌های خود سالمندان توجه می‌کند، بر حقوق سالمندان احترام می‌گذارد و منابع رفاهی را بر اساس نیاز توزیع می‌کند. همچنین، ادغام مراقبت رسمی و غیررسمی و ارائه خدمات حمایتی به افراد آسیب‌پذیر را مفروض می‌گیرد (ژو و واکر، ۲۰۱۵).

علاوه بر همه اینها، دولت چین شکل‌گیری قوانین، مقررات و سیاست‌های مربوط به سالمندان را با پوشش دادن حوزه‌هایی چون تأمین اجتماعی، رفاه، خدمات، بهداشت، فرهنگ، آموزش و همچنین، حمایت از حقوق و منافع سالمندان تقویت نموده است. یک برنامه «یارانه پزشکی» نیز وجود دارد که

بار هزینه‌های پزشکی سالمندان را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، برای بیماران و سالمندان با نیازهای خاص، مراقبت روزانه در منزل و مراقبت آسایشگاهی توسط مؤسسات پزشکی مردمی ارائه می‌شود. همچنین، امکانات خدمات اجتماعی و خدمات تلفن همراه، خدمات مراقبتی و خانه‌داری، کمک‌های اضطراری و دیگر خدمات رایگان یا خدمات ارزان‌قیمت به سالمندان ارائه می‌گردد. در ضمن، با ایجاد خانه‌های مسکونی شهروندان سالمند، خانه‌های سالمندان برای ارائه خدمات نهادی به سالمندان با شرایط فیزیکی و مالی متفاوت ترویج شده است، مخصوصاً برای سالمندان بالای ۸۰ سالگی که بیمار یا از کار افتاده هستند (شانکار داس^۱، ۲۰۱۵).

برای سالمندان تحت پوشش نظام بازنشستگی نیز دولت چین سیستم سه‌لایه ادغام اجتماعی، حساب‌های فردی و طرح‌های تکمیلی داوطلبانه شرکت‌ها را ایجاد کرده که گام ارزشمندی در ارائه تور ایمنی به بازنشستگان بوده است. سالمندان آسیب‌پذیر از نظام پنج‌پشتوانه‌ای دولت لذت می‌برند، به این معنی که هزینه‌های غذا، پوشاک، مسکن، مراقبت پزشکی و کفن و دفن تأمین می‌شود و توسط دولت یارانه داده می‌شود. دولت افراد را تشویق می‌کند تا «پیمان حمایت از خانواده» را امضا کنند، که تصریح می‌کند چگونه از سالمندان حمایت می‌شود و چه سطحی از معیشت باید ارائه شود. کمیته‌های محلی یا دیگر سازمان‌های مربوطه بر اجرای این تفاهم‌نامه نظارت می‌کنند. همچنین، در این کشور گام‌هایی برای «ترویج تصویر مثبت از سالمندی» نیز برداشته شده است و برنامه‌هایی در مراحل مختلف برای مشارکت سالمندان در توسعه اجتماعی طراحی می‌شود (شانکار داس، ۲۰۱۵).

در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه چین نیز سه اصل اساسی بیان می‌شود: (۱) ترویج کمک متقابل بین اعضای خانواده و همسایگان با حمایت از برنامه‌های اجتماعی و بیمه اجتماعی؛ (۲) خانواده‌ها باید مسئول اصلی مراقبت از سالمندان باشند؛ اما این امر باید با حمایت‌ها و خدمات اجتماعی تکمیل شود. به عبارتی، خدمات اجتماعی کلان باید خدمات خانگی را تکمیل کند و (۳) برنامه جامع مراقبت از سالمندان، از جمله شامل رفاه، مراقبت روزانه، مراقبت‌های بهداشتی، ارتقاء سلامت، فعالیت‌های اوقات فراغت و حمایت‌های قانونی می‌شود. هدف سیاست‌های سالمندی در چین نیز عبارتند از ارتقاء سالمندان در شش مرحله، از جمله: (۱) اطمینان از خودمراقبتی سالمندان، (۲) بهره‌مندی از مراقبت‌های پزشکی، (۳) به‌روزرسانی دانش مربوط به توسعه اجتماعی و سیاست‌ساز خوردگی (۴) مشارکت اجتماعی، (۵) داشتن فرصت‌های یادگیری، و (۶) شادی در زندگی (شانکار داس، ۲۰۱۵). کمیته ملی سالخوردگی در چین (۲۰۰۶) نیز به شش حوزه کلیدی امنیت اجتماعی؛ مراقبت‌های بهداشتی؛ مراقبت بلندمدت؛ جنبه روان‌شناختی؛ مشارکت اجتماعی؛ و حمایت قانونی، در سیاست‌های اجتماعی سالمندی تأکید کرده است. در کنار نظام تأمین اجتماعی و خدمات درمانی، برنامه‌های دیگری

1- Shankardass

نیز وجود دارد که شامل برنامه‌های سالمندی مولد (مانند فعالیت‌های داوطلبانه، یادگیری مادام‌العمر، کارآفرینی اجتماعی، هنر و فرهنگ، ورزش و فعالیت‌های حرکتی)، مراکز سالمندان، خدمات در منزل، خدمات مراقبتی اجتماع‌محور و خدمات پرستاری در منزل می‌شود (ژو و واکر، ۲۰۱۵).

علاوه بر همه اینها، در کشور چین مراقبت در منزل با ایجاد و توسعه خانه‌های هوشمند^۱ برای مراقبت از سالمندان همراه بوده و ارتقاء سلامت جسمی و روانی سالمندان را به دنبال داشته است. در این برنامه تلاش شده است تا از تکنولوژی‌های مدرن برای پاسخ‌گویی به خواسته‌های سالمندان مستقر در منزل برای مراقبت‌های پزشکی و خدمات پرستاری استفاده شود. خانه‌های هوشمند برای مراقبت از سالمندان متعهد به ارائه خدمات مختلف برای پاسخ‌گویی به خواسته‌ها و نیازهای سالمندان مانند امنیت، استقلال و عدم وابستگی، سلامت و مساعدت با هزینه کم است. ارائه مراقبت هوشمند و همچنین، محیط خانه هوشمند به سالمندان با هدف رفع نیازهای آنها برای زندگی سالم و مستقل و در نهایت، ارتقاء سلامت جسمی و روانی و کیفیت زندگی آنها است (ژانگ^۲ و دیگران، ۲۰۲۰). با این حال به نظر می‌رسد تقاضا برای این خدمات پایین و ناکافی است و از مشکلاتی رنج می‌برد.

در نهایت باید اشاره کرد که چین از جمله کشورهایی است که در آن خانواده و جامعه، هر دو، ستون‌های اصلی مراقبت از سالمندان هستند. هدف دولت چین تأکید بر فعالیت‌های اجتماع‌محور و خانواده‌محور بوده است و در این راستا برنامه‌هایی چون مراقبت در منزل، مراقبت‌های روزانه سالمندان، مراکز روزانه برای فعالیت‌های تفریحی و فراغتی سالمندان، فضاهایی را برای دورهمی سالمندان و فعالیت‌های اجتماع‌محور در سطوح محلی توسعه می‌دهد.

۴. مراقبت از سالمندان در ایالات متحده آمریکا

مبتنی بر آمار سال ۲۰۱۹، ۱۶٫۲ درصد از جمعیت ایالات متحده آمریکا، بالای ۶۵ سال هستند (World Bank، ۲۰۱۹). امید زندگی در بدو تولد در ایالات متحده آمریکا، ۷۸٫۸ سال و امید زندگی در سنین ۶۵ سالگی، ۱۹٫۷ سال است^۳ (OECD، ۲۰۱۹)؛ این بدان معناست که افراد نزدیک ۲۰ سال از خدمات تأمین اجتماعی، مستمری بازنشستگی و مستمری سالمندی استفاده می‌کنند. اداره سالمندی ایالات متحده آمریکا پیش‌بینی کرده است که تا سال ۲۰۳۰، انتظار می‌رود یک پنجم آمریکایی‌ها، ۶۵ ساله و بالاتر باشند. سریع‌ترین گروه روبه‌رشد جمعیت آمریکا افراد ۸۵ ساله و بالاتر هستند. در سال ۲۰۱۰، حدود ۶ میلیون نفر، ۸۵ ساله و بالاتر بودند که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، ۱۹ میلیون نفر در

1- Smart Home technology

2- Zhang

3- <https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2019-country-profile-United-States.pdf>

سن ۸۵ سال و بالاتر باشند (کولبی و اورتمن^۱، ۲۰۱۵). همچنین، تخمین زده شده است که حدود سال ۲۰۵۰، بیش از ۵۵ درصد از سالمندان، ۷۵ ساله یا بیشتر خواهند بود (پاریلو، ۱۳۹۵). با افزایش جمعیت سالمندان، به‌ویژه سالمندان کهنسال (بالای ۸۵ سال) تعداد بیشتری از افراد برای مراقبت به دیگران وابسته خواهند شد. آمار روبه‌رشد جمعیت سالمندان کهنسال در ایالات متحده آمریکا نیز ضرورت توجه به مقوله مراقبت از سالمندان را می‌رساند.

درباره نظام رفاهی این کشور نیز باید گفت در این کشور یک مستمری سالمندی مبتنی بر تأمین اجتماعی و مشارکت افراد در پرداخت حق بیمه طی دوران زندگی شغلی وجود دارد، اما علاوه بر آن دارای مزایای مکمل درآمدی سالخورده‌گی ویژه افراد ۶۵ ساله و بالاتر است (Issa, ۲۰۱۹)^۲. خدمات و حمایت‌های بلندمدت، که اغلب به‌عنوان «مراقبت بلندمدت» نامیده می‌شود، برای افرادی که برای انجام فعالیت‌های روزمره در طول یک دوره طولانی به دلیل ناتوانی یا بیماری مزمن نیاز به کمک دارند ارائه می‌شود (روبینسون^۳ و دیگران، ۲۰۱۳). خدمات مراقبت بلندمدت شامل مراقبت خانه‌های پرستاری، خانه‌های سالمندان و خدمات مبتنی بر اجتماع محلی است، که ترکیبی از مدی‌کیئر^۴، مدی‌کید^۵ و برنامه‌های مبتنی بر بودجه دولتی، پرداخت‌های نقدی و بیمه خصوصی است که افراد ۶۵ سال به بالاتر مقیم آمریکا را شامل می‌شود. بنابراین، ایالات متحده آمریکا برنامه‌هایی برای جمعیت سالمندان دارد که مراقبت بهداشتی، مراقبت بلندمدت و حمایت‌های درآمدی ارائه می‌دهد. برنامه‌های دیگری نیز وجود دارد که مسکن، خدمات اجتماعی، حمل‌ونقل و دیگر کمک‌های نقدی را برای سالمندان فراهم می‌کند (وینر و تیلی^۶، ۲۰۰۲). بنابراین خدمات مراقبت از سالمندان در آمریکا هم شامل خدمات بیمارستانی و درمانی و هم شامل خدمات مراقبتی و آسایشگاهی می‌شود.

در آمریکا، در میان افراد ۶۵ ساله و بالاتر، حدود ۷۰ درصد از خدمات و حمایت‌های بلندمدت استفاده می‌کنند و افرادی که ۸۵ ساله و بالاتر هستند (بخش روبه‌رشد جمعیت سالمندان)، در مقایسه با افراد ۶۵ تا ۸۴ ساله، چهار برابر بیشتر احتمال دارد نیاز به خدمات و حمایت‌های بلندمدت داشته باشند (روبینسون و دیگران، ۲۰۱۳). طبق پیش‌بینی‌ها این تعداد از حدود ۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۸ به ۱۹ میلیون نفر تا سال ۲۰۵۰ افزایش می‌یابد. به‌طور کلی دو منبع گسترده از منابع مالی خدمات و حمایت‌های بلندمدت وجود دارد: منابع خصوصی و بودجه برنامه عمومی. منابع خصوصی شامل مراقبت‌های بدون پرداخت هزینه توسط خانواده و دوستان، هزینه‌های نقدی و بیمه خصوصی

1- Colby & Ortman

2- <https://ww1.issa.int/node/195543?country=1002>

3- Robison

4- Medicare

5- Medicaid

6- Wiener & Tilly

است. بیمه مراقبت بلندمدت خدمات را در هر دو موقعیت اجتماع محور و نهادی پوشش می‌دهد. منابع مالی عمومی شامل مدی کید و مدی کیر، اداره کهنه‌سربازان^۱ (سربازان بازنشسته) و برنامه‌های مالی دولتی است، مانند کسانی که از طریق قانون سالمندان آمریکایی اداره می‌شوند (همان). در زمینه سلامت و مراقبت نیز دو برنامه مهم «مدی کیر» و «مدی کید» ارائه می‌شود. در کشوری مثل آمریکا، «مراقبت پزشکی مدی کیر» برنامه دولت مرکزی پوشش بیمه‌ای ویژه سالمندان است که در دو بخش «مزایای بیمارستانی و مزایای پزشکی» به افراد بالای ۶۵ سال ارائه می‌شود. منبع مالی مدی کیر به وسیله مالیات بر درآمد دولت مرکزی تأمین می‌شود و خدمات بیمارستانی، پزشکی و تجویز دارو را در بر می‌گیرد. بخشی از هزینه‌های مدیر از ترکیبی از مالیات بر درآمد، حق بیمه ذی‌نفعان و تقسیم هزینه‌ها میان ذی‌نفعان برای خدمات تأمین می‌شود. برنامه مدی کیر بزرگترین بیمه‌گر حوزه سلامت و عنصری حیاتی در تضمین دسترسی به خدمات سلامت و مراقبت برای برخی از آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه است (پاریلو، ۱۳۹۵). سالمندان گروه هدف بسیار مهم و بزرگ در خدمات مدی کیر هستند.

در سال ۱۹۶۵، مدی کیر توسط دولت فدرال برای کمک به سالمندان برای پرداخت خدمات مراقبت‌های بهداشتی تشکیل شد و در حال حاضر یکی از بزرگترین برنامه‌های فدرال است که حدود یک‌دهم بودجه فدرال را تشکیل می‌دهد (وان^۲ و دیگران، ۲۰۰۸). مدی کیر یک برنامه بیمه اجتماعی است که توسط دولت ایالات متحده اداره می‌شود و به کسانی که در سن ۶۵ سال یا بیشتر هستند یا کسانی که دیگر معیارهای خاص را دارند پوشش بیمه‌ای فراهم می‌کند. افراد زیر می‌توانند از برنامه مدی کیر استفاده کنند: کسانی که شهروند خود ایالات متحده هستند، مقیمان قانونی و دائمی که ۵ سال به صورت مداوم مقیم بوده‌اند و در سن ۶۵ سال یا بالاتر هستند، آن‌هایی که زیر ۶۵ سال و ناتوان هستند و حداقل ۲۴ ماه مزایای تأمین اجتماعی را دریافت کرده‌اند، کسانی که برای بیماری کلیوی‌شان از دیالیز استفاده می‌کنند یا به پیوند کلیه نیاز دارند یا کسانی که واجد شرایط بیمه از کارافتادگی تأمین اجتماعی هستند (گیبسون^۳ و دیگران، ۲۰۰۷). بنابراین مدی کیر یک برنامه بیمه سلامتی کشوری با سطوح مختلف است که افراد ۶۵ سال و بالاتر (سالمندان جامعه) و همچنین، معلولان و مبتلایان به بیماری‌های کلیوی را تحت پوشش قرار می‌دهد، اما لازم است اشاره شود که اکثریت مشمولان مدی کیر سالمندان هستند. سالمندان گروه هدف بسیار مهم و بزرگ در خدمات مدی کیر هستند. مدی کیر (مبتنی بر بیمه اجتماعی) شامل پارت A (بستری شدن در بیمارستان)؛ پارت B (خدمات پزشکی)؛ پارت D (برنامه‌های بیمه‌ای داروهای تجویزی)؛ و پارت C (برنامه‌های

1- Veterans Administration

2- Wan

3- Gibson

ادونتیج مدی کیر خصوصی) است که ممکن است جایگزین پارت‌های A, B, D شود؛ زیرا این گزینه‌ها بستری شدن، خدمات پزشکی و پوشش دارویی را فراهم می‌کنند (Issa, ۲۰۱۹). برخی از خدمات مدی کیر را می‌توان از بخش خصوصی تهیه کرد، برخی نیز از بخش دولتی.

از نکات ضعف مدی کیر می‌توان به پوشش محدود آن برای خدمات طولانی مدت آسایشگاه‌ها، امکانات تخصصی، و مراقبت در منزل اشاره کرد (پاریلو، ۱۳۹۵). مدی کیر مراقبت‌های طولانی مدت مانند کمک به کارهای شخصی مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، داخل و خارج شدن از رختخواب یا صندلی، حرکت در اطراف و استفاده از حمام، پوشش نمی‌دهد. در این زمینه مدی کید کمک‌کننده است. برنامه مدی کید خدمات پزشکی را برای گروه‌های کم‌درآمد و کسانی که هیچ‌گونه بیمه پزشکی ندارند، فراهم می‌کند. مدی کید برنامه ایالتی و فدرال برای پرداخت خدمات بهداشتی و اقامت در مراکز و خانه‌های سالمندی را در بر می‌گیرد. برخی از خدمات مراقبت در منزل و جامعه نیز توسط مدی کید پوشش داده می‌شود (اندرسون و دیگران، ۲۰۱۲). مدی کید برنامه‌ای نیازمحور و مبتنی بر آزمون و سنجش برای ارائه خدمات آسایشگاهی است و دست کم ۴۰ درصد از مخارج مدی کید به مراقبت‌های طولانی مدت در آسایشگاه‌ها مربوط می‌شود. نیاز مالی و آزمون و سنجش مبنای پوشش‌دهی مدی کید است و هر ایالت وسع و دارایی فرد یا خانواده‌اش، از جمله اموال غیرمنقول و موجودی بانکی آنان را ارزیابی می‌کند. اگر فرد در گروه‌های گسترده‌ای که وزارت خدمات بهداشتی و انسانی آنها را بر اساس سطوح فقر دسته‌بندی می‌کند بگنجد یا در شمول برنامه اعانه به سالمندان قرار بگیرد، استحقاق دریافت خدمات مراقبتی را پیدا می‌کنند. در برخی ایالت‌ها افرادی که «درآمد تأمین ماکمل» دریافت می‌کنند، خودبه‌خود واجد شرایط مدی کید محسوب می‌شوند (پاریلو، ۱۳۹۵). بنابراین برای واجد شرایط بودن برای مزایای مدی کید یک سالمند باید بیشتر دارایی‌های موجود خود را مصرف کرده باشد. پس از رسیدن به این سطح مالی، مدی کید بسیاری از هزینه‌های مرتبط با انواع مختلف مراقبت‌های بهداشتی بلندمدت را پرداخت خواهد کرد (فای، ۲۰۱۹ به نقل از شعرباچی‌زاده و دیگران، ۱۳۹۹).

همانطور که گفته شد، منبع اصلی تأمین مالی مراقبت بلندمدت سالمندان مدی کید است. در واقع، مدی کید پرداخت‌کننده اصلی برای خدمات و حمایت‌های بلندمدت اجتماع محور و نهادی است (ریوس و موسامسی^۱، ۲۰۱۵). مدی کید با هزینه‌ای بیش از ۱۳۰ میلیون دلار در سال برای خدمات مراقبت بلندمدت سالمندان فقیر و افراد ناتوان و معلول جوان، منبع اصلی تأمین مالی عمومی در ایالات متحده است. ۶۰ درصد این درآمد به طور مستقیم به خانه‌های سالمندان سودآور برمی‌گردد. مدی کید یک برنامه دولتی است که از ساکنان با درآمد و دارایی محدود برای حمایت از مراقبت‌های بهداشتی حمایت می‌کند (وان و دیگران، ۲۰۰۸). مدی کیر حمایت‌ها و خدمات بلندمدت را به صورت

محدود تا ۱۰۰ روز پوشش می‌دهد؛ اما حمایت‌ها و خدمات بلندمدت جاری را تأمین نمی‌کند. با توجه به آمار مراکز خدمات مدی‌کیر و مدی‌کید، داده‌های گزارش ملی هزینه سلامت، کل هزینه‌های ملی حمایت‌ها و خدمات بلندمدت در سال ۲۰۱۳، ۳۱۰ میلیارد دلار بود. ۵۱ درصد کل هزینه‌ها با مدی‌کید پوشش داده می‌شود، هزینه‌های نقدی ۱۹ درصد، بیمه خصوصی ۸ درصد پوشش داده می‌شود و ۲۱ درصد با سایر بودجه‌های دولتی پوشش داده می‌شود (هوی، ۲۰۱۶). بنابراین ترکیبی از شیوه‌های مختلف دستیابی به خدمات دیده می‌شود.

علاوه بر این خدمات، مراقبت در منزل نیز در این کشور توسعه یافته است. در طول بیست سال گذشته، در آمریکا تغییر جهتی به سمت خدمات دهی بیشتر به مردم در منزل و موقعیت‌های جامعه‌محور شکل گرفته است (ریوس و موسامسی، ۲۰۱۵). اواشویک و کوهن^۱ (۱۹۹۹) مطرح کردند که پیش‌بینی می‌شود در ایالات متحده در دهه‌های آتی، درصد سالمندانی که در خانه‌های سالمندان زندگی خواهند کرد کاهش پیدا کند؛ اما تعداد سالمندانی که به تخت‌های خانگی پرستاری نیاز دارند به دلیل افزایش جمعیت سالمندان افزایش خواهد یافت. زندگی در منزل و ارائه خدمات مراقبتی در منزل به سالمندان کمک می‌کند تا هویت و استقلال فردی خود را حفظ کنند و همچنین، با زندگی در محیطی آشنا مهارت‌های زندگی خود را تقویت کنند (هوی، ۲۰۱۶). سیستم خدمات سالمندان آمریکا به این صورت است که سالمندانی که بعد از ترخیص از بیمارستان خدمات مراقبت در منزل دریافت می‌کنند، طی ۹۰ روز بعد از ترخیص، ۵۶ درصد کمتر از سالمندانی که خدمات مراقبتی در منزل را دریافت نکرده‌اند، مجدداً در بیمارستان بستری می‌شوند. بنابراین مراقبت در منزل هزینه کمتری به سیستم مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، سازمان‌های بیمه‌گر و در نهایت فرد سالمند و خانواده‌اش تحمیل خواهد کرد که باعث افزایش کیفیت زندگی سالمندان و رشد شاخص‌های سلامت می‌شود. مراقبت از سالمندان در منزل در این کشور توسط خانواده‌ها، کمک‌کننده‌های مراقبت در منزل، مراقبان حرفه‌ای، پرستارانی که از مریض در منزل بازدید می‌کنند، درمانگران توانبخشی و مددکاران اجتماعی مراقبت بهداشتی^۲ ارائه می‌شود (تاو و مک‌روی، ۲۰۱۵). بنابراین در آمریکا علی‌رغم وجود خدمات بیمارستانی و آسایشگاهی، خدمات مراقبت در منزل نیز رو به ترویج و گسترش است.

پیشرفت تکنولوژی نیز از طریق نظارت از راه دور^۴ و پزشکی از راه دور^۵ از مراقبان خانوادگی در منازل حمایت می‌کند. در این زمینه، برنامه مکان‌یاب مراقبت سالمندان سرویس سراسری است که در آن

1- Evashwick & Cohn
2- Healthcare social workers
3- Tao & McRoy
4- Remote monitoring
5- Telemedicine

با استفاده از کد پستی، شهر و ایالت می‌توان منابع ارائه خدمات به سالمندان مانند وعده‌های غذایی، مراقبت در منزل یا حمل و نقل، نیاز به مراقب و نیاز به آموزش را در نزدیکی محل سکونت یافت (ACL، ۲۰۱۷). به نقل از شعریافچی زاده و دیگران، (۱۳۹۹). پزشکی از راه دور برای سالمندان این امکان را فراهم می‌سازد تا بتوانند از متخصصانی که در شهرهای دیگر مستقر هستند مشاوره و تشخیص پزشکی بگیرند، اما بایستی اشاره کرد که این خدمات تحت پوشش مدی‌کیبر نیست و از این جهت موانعی برای استفاده از این خدمات برای برخی از سالمندان وجود دارد. علاوه بر این، در راستای بهبود سلامت روان و سلامت اجتماعی سالمندان استفاده از فناوری و امکانات آن می‌تواند شرایطی را برای سالمندان فراهم کند تا از نظر اجتماعی منزوی نباشند و بتوانند در گفت‌وگوهای اجتماعی شرکت کنند (ارزیابی فناوری پارلمان اروپا، ۲۰۱۹: ۱۱۶). علاوه بر همه اینها، در آمریکا خانه‌های هوشمند سالمندان ایجاد شده است که به معنای اقامتگاه‌های مجهز به فناوری مدرن است که می‌تواند امنیت سالمندان را افزایش دهد و وضعیت سلامت آنها را کنترل کند (دمریس و دیگران، ۲۰۰۴ به نقل از ژانگ و دیگران، ۲۰۲۰). بنابراین گسترش مراقبت در منزل با کاربرد تکنولوژی‌های نوین در امر مراقبت از سالمندان همراه بوده است.

در آمریکا با وجود دهه‌ها تلاش برای کاهش تفاوت مراقبت‌های بهداشتی، سالمندان ساکن در مناطق روستایی هنوز جمعیتی با دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستند. در برخی از مناطق روستایی، خانه‌های مراقبت پرستاری به عنوان جایگزین ارزانی برای خانه‌های سالمندی توسعه یافته‌اند. خانه‌های مراقبت پرستاری جوی شبیه به خانه برای کسانی که نیاز به نظارت عمیق پرستاران دارند، فراهم می‌کند (هوی، ۲۰۱۶). اما با این حال، همچنان بین مناطق شهری و روستایی تفاوت‌ها و نابرابری‌هایی در دسترسی به امکان‌های بهداشتی و درمانی وجود دارد.

در کشور آمریکا بخشی از سالمندان نیازمند نیز از طریق قانونی تحت عنوان «قانون سالمندان آمریکایی» مورد حمایت قرار می‌گیرند. براساس این قانون، سالمندان بالای ۶۰ سال بدون درآمد، کم‌درآمد، از کار افتاده و ناتوان و ساکنان مناطق روستایی، مشمول دریافت خدمات و حمایت‌هایی قرار می‌گیرند. مجموعه خدماتی که براساس این قانون به سالمندان ارائه می‌شود شامل تغذیه، اشتغال، خدمات در خانه و جامعه محلی، مراقبت‌کنندگان خانوادگی، و خدمات مقابله با سوء استفاده از سالمندان است. بزرگترین برنامه این قانون، مقابله با گرسنگی و ناامنی غذایی است که بخش زیادی از بودجه فدرال (حدود ۴۰ درصد)، صرف تأمین غذا در مراکز سالمندان، ارسال غذا به منازل یا ارائه مشاوره‌های تغذیه‌ای می‌شود. براساس این قانون، مجموعه‌ای از خدمات حمایتی و پیشگیری از بیماری شامل مراقبت‌های خانگی، حمل و نقل، خدمات روزانه و ارتقای سلامتی به آنها ارائه می‌شود. ۲۰ درصد از بودجه فدرال نیز صرف این بخش می‌شود تا کمک کند افراد فعال بمانند و استقلال خود را تا حد امکان حفظ کنند. براساس قانون

سالمندان آمریکایی، بودجه اندکی نیز برای کمک به مراقبت کنندگان خانوادگی از سالمندان اختصاص یافته که صرف ارائه اطلاعات، مشاوره و آموزش شیوه‌های مراقبت می‌شود (عمادی و نصرافهانی، ۱۳۹۷: ۹۳-۹۲). در این قانون نیز عمدتاً تأکید بر مراقبت از سالمندان در منزل است که هم موجب کاهش هزینه‌ها و هم حفظ استقلال فردی و کیفیت زندگی بهتر سالمندان می‌گردد.

۵. مراقبت از سالمندان در کشور سوئد

مبتنی بر آمارهای سال ۲۰۱۹، ۲۰،۱ درصد از جمعیت سوئد، بالای ۶۵ سال هستند (World Bank، ۲۰۱۹). امید زندگی در بدو تولد در سوئد، ۸۲،۶ سال و امید زندگی در سنین ۶۵ سالگی نیز ۲۰،۴ سال است^۱ (OECD، ۲۰۱۹). درباره نظام رفاهی کشور سوئد باید گفت که در این کشور علاوه بر مستمری سالخورده مبتنی بر تأمین اجتماعی و مشارکتی، یک مستمری تضمینی فراگیر و مبتنی بر آزمون درآمدی وجود دارد که به افراد ۶۵ ساله و بالاتر ۴۰ سال مقیم سوئد مزایا ارائه می‌دهد (Issa، ۲۰۱۸، ۲). سوئد دارای نظام سلامت ملی است که پوشش همگانی سلامت را برای مردم فراهم می‌کند و بخش اعظم هزینه‌های سلامت از محل مالیات‌ها تأمین مالی می‌شود. ارائه مراقبت از سالمندان بخش مهمی از نظام رفاهی است و بخش قابل توجهی از منابع عمومی سوئد را مصرف می‌کند (برگمن^۲ و دیگران، ۲۰۱۶).

مراقبت از سالمندان در سوئد مبتنی بر ارائه کمک به سالمندان با هدف حمایت از زندگی با کیفیت بالا و زندگی مستقل است. نظام مراقبت سالمندان سوئد همگانی است و به همه ساکنان قانونی، صرف نظر از درآمد یا اشتغال قبلی، حق خدمات مراقبتی به منظور رفع نیازهایشان را می‌دهد (مورگ و دیگران، ۲۰۱۶ به نقل از شعرباچی‌زاده و دیگران، ۱۳۹۹). تأمین مراقبت از سالمندان در سوئد مسئولیت بخش عمومی است. مدیریت و برنامه‌ریزی مراقبت از سالمندان در میان سه ارگان یعنی دولت مرکزی، شوراهای شهری و مقامات محلی تقسیم می‌شود. هر واحدی یک نقش مهم، ولی متفاوت در نظام رفاهی سوئد دارد. این سه بخش حق دارند فعالیت‌های خود را با جمع‌آوری مالیات‌ها در چارچوب قوانین خدمات اجتماعی تأمین مالی کنند. هر فردی که در سوئد اقامت دائمی دارد، واجد شرایط مراقبت است که با ارزیابی نیازها مشخص می‌شود. به منظور جلوگیری از سوءاستفاده مالی از فرد، حداکثر هزینه ماهانه برای مراقبت درازمدت توسط دولت مرکزی براساس وضعیت مالی هر فرد تعیین می‌شود. این امر تضمین می‌کند که همه سالمندان نیازمند مراقبت می‌توانند در سوئد خدمات درمانی و مراقبتی دریافت کنند (فوکوشیما^۳ و دیگران، ۲۰۱۰).

1- <https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2019-country-profile-Sweden.pdf>

2- <https://www1.issa.int/node/195543?country=982>

3- Bergman

4- Fukushima

مراقبت سالمندان در سوئد شامل مراقبت‌های خانگی و مراقبت‌های نهادی یا مسکونی ویژه (در خانه‌های سالمندان، خانه‌های پرستاری و غیره) است. مراقبت از سالمندان در سوئد، مسئولیت دولت‌های محلی در سطح شهرداری است. شهرداری‌ها در سوئد در ارائه خدمات سلامت، به‌ویژه خدمات بهداشت عمومی و مراقبت‌های سالمندان مشارکت زیادی دارند (گلنگارد، ۲۰۱۷). همچنین، سالمندان می‌توانند انتخاب کنند که از بخش دولتی یا خصوصی خدمات مراقبتی دریافت کنند (موسسه سوئدی، ۲۰۱۵ به نقل از مستافل^۱، ۲۰۱۶). خدمات کمک در منزل، اغلب اولین انتخاب است در حالی که مراقبت مسکونی در اقامتگاه‌های مسکن ویژه به‌عنوان گزینه آخر دیده می‌شود. مراقبت مسکونی در اقامتگاه‌های مسکن ویژه هم به‌معنای آپارتمان‌های خدمات است که سالمندان این آپارتمان‌ها را اجاره می‌کنند و آنها کمک را در شکل خدمات اجتماعی و شخصی در پاسخ به نیازهای روبه‌تغییر دریافت می‌کنند، هم به‌معنای خانه‌های سالمندی است که در آن، نظارت و مراقبت پزشکی گسترده‌ای برای سالمندان ارائه می‌شود (تان سوئی لنگ، ۲۰۱۶).

از زمانی که سیستم رفاهی سوئدی ایجاد شد و برخی از مسئولیت‌های پیشین افراد یا خانواده‌ها به دولت سپرده شد، سوئدی‌ها برای مراقبت از سالمندان به دولت متکی شده‌اند. بحث مراقبت‌های غیررسمی نیز اخیراً در تصمیم‌گیری‌های سیاستی مورد توجه قرار گرفته است. هرچند سالمندی جمعیت توجه سیاست‌گذاران را نسبت به مراقبت‌های غیررسمی که توسط بستگان یا دوستان ارائه می‌شود، جلب می‌کند؛ با این وجود، این بدان معنا نیست که اهمیت مراقبت‌های رسمی کاهش یافته است؛ بلکه مراقبت‌های رسمی همچنان ستون فقرات اصلی مراقبت از سالمندان در سوئد است و انتظار می‌رود همچنان باقی بماند. انواع مراقبت‌های رسمی در دسترس در سوئد، شامل مراقبت در منزل، مراقبت نهادی، فعالیت‌های روزانه، خدمات پزشکی خانگی (مراقبت‌های پرستاری در منزل)، خدمات غذا، هشدارهای ایمنی شخصی و تطبیق‌سازی منازل سالمندان است. علاوه بر این، خدمات حمل‌ونقل برای سالمندان و افراد معلولی است که نمی‌توانند از حمل‌ونقل عمومی به‌طور منظم استفاده کنند و کسانی که مستحق دسترسی به خدمات حمل و نقل هستند (فوکوشیما و دیگران، ۲۰۱۰).

در دهه ۱۹۵۰ قانونی وجود داشت که کودکان را مسئول والدین سالخورده خویشتن می‌دانست. زمانی که این قانون لغو شد، حقوق بازنشستگی به اندازه‌ای که زنده ماندن ممکن باشد، افزایش یافت. در ابتدای اصلاحات رفاه اجتماعی، تقریباً ۵ درصد تولید ناخالص داخلی سوئد برای سالمندان صرف می‌شد که شامل حقوق بازنشستگی، یارانه‌های مسکن، خدمات اجتماعی و مراقبت‌های بهداشتی بود. این سهم به سرعت افزایش یافت و در دهه ۱۹۹۰ به حدود ۱۴ درصد تولید ناخالص داخلی رسید. تا سال ۱۹۸۵ سیستم رفاهی سوئد به‌طور کامل توسعه یافته بود و مراقبت از سالمندان بخش پذیرفته‌شده‌ای از

ارائه خدمات رفاهی بود، ولی در دهه ۱۹۹۰ هنگامی که سوئد با بحران شدید اقتصادی روبه‌رو شد، تغییرات زیادی پیش آمد (لاگرگرن و دیگران، ۲۰۱۶). رکود اقتصادی دهه ۱۹۹۰ همراه با معرفی اصلاحات ادل^۱ در سال ۱۹۹۲ موجب شد که مقامات محلی از لحاظ مالی تحت فشار قرار بگیرند و هزینه‌های افزایش مراقبت سالمندان در سوئد را متوقف کنند. بسیاری از شهرداری‌ها به دلیل آشفتگی مالی با درآمد کمتری مواجه بودند و مجبور بودند بودجه مربوط به مراقبت از سالمندان را افزایش دهند و به منظور کاهش هزینه‌ها، ارزیابی نیازها را سخت‌گیرانه اعمال کنند. در این دوره مراقبت‌های درمانی پرهزینه به تدریج با مراقبت در منزل و مراقبت پرستاری در منزل جایگزین شدند. بنابراین، مراقبت‌های نهادی برای کسانی بود که بیشترین نیاز را داشتند، برای کسانی که نیازمند توجه پزشکی و حرفه‌ای بیشتری بودند، مراقبت در محل اقامت‌شان امکان‌پذیر شد. آمار مراقبت در منزل برای جمعیت ۸۰ ساله و بالاتر در سال ۲۰۰۸، حدود ۹ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال در سوئد بود که مراقبت از منزل دریافت می‌کردند. حدود ۷۰ درصد دریافت‌کنندگان مراقبت در منزل زنان بودند (فوکوشیما و دیگران، ۲۰۱۰). در سال ۲۰۰۹، سالمندانی که در خانه‌های پرستاری زندگی می‌کردند، ۶ درصد شهروندان سالمندان سوئد (۶۵ سال و بالاتر) را تشکیل می‌دادند (رودریگوس^۲ و دیگران، ۲۰۱۲). طبق آمارهای جدید، سالمندان ۸۰ ساله یا بالاتر، ۸۰ درصد ساکنان سوئدی را تشکیل می‌دهند؛ در این گروه سنی، ۱۶ درصد جمعیت به‌طور دائم در خانه‌های سالمندی زندگی می‌کنند. این میزان برای سالمندان بالای ۹۵ سال به حدود ۵۰ درصد می‌رسد. بیش از دو سوم ساکنان زنان هستند و حدود سه‌چهارم ساکنان، دمانس دارند (برگمن و دیگران، ۲۰۱۶). همین آمارها نیز نشان می‌دهد که عمده ساکنان خانه‌های سالمندی سالمندان کهنسال و نیازمند مراقبت هستند.

مسئولیت مراقبت در منزل در این کشور هنوز با شهرداری‌ها است و توسط قانون خدمات اجتماعی تنظیم می‌شود. با این حال، تمرکز مراقبت در منزل تقریباً به‌طور کامل مراقبت شخصی است و فعالیت‌های اجتماعی را شامل نمی‌شود. مراقبت کوتاه‌مدت در یک محیط نیمه‌سازمانی ارائه می‌شود که به‌عنوان مکمل مراقبت‌های پرستاری در منزل، خدمات مراقبت در منزل و مراقبت‌های نهادی عمل می‌کند. اهداف این برنامه این است که پس از بستری‌شدن، محلی برای توانبخشی و مراقبت فراهم شود و امکانی برای مراقبت تسکینی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های غیررسمی فراهم گردد. پس از سال‌ها سرمایه‌گذاری در مراقبت در منزل و پس از کاهش قابل‌ملاحظه‌ای در تعداد مکان‌های موجود در مراقبت‌های نهادی، سوئد دوباره اقدام به سرمایه‌گذاری می‌کند و مجدداً مراقبت‌های نهادی را برقرار می‌کند. نسخه جدید مراقبت‌های نهادی «مسکن امن»^۳ است، که اخیراً مورد توجه

1- Adel reform
2- Rodrigues
3- Secure housing

زیادی قرار گرفته است. مسکن امن مساکنی هستند که با وضعیت سالمندان تطبیق داده شده‌اند. هدف از مسکن امن، ارائه شکل جایگزینی برای اقامت کسانی است که احساس امنیت کافی برای مراقبت در منزل ندارند، اما در عین حال سالم هستند، نیاز به مراقبت در محیط مراقبت‌های نهادی دارند. مسکن امن جایگزینی برای منزل مستقل است که ساکنان به خدمات اضافی دسترسی دارند مانند در دسترس بودن کارکنان و دور هم بودن سالمندان برای شام و ناهار خوردن (فوکوشیما و دیگران، ۲۰۱۰). مسکن ویژه مساکنی متعلق به مراکز بهداشت و درمان هستند که برای سالمندانی که نیاز بسیار به مراقبت و نگهداری دارند مورد استفاده قرار می‌گیرد. شرط برخورداری از مسکن ویژه این است که شخص سالمند باید نیازهای پزشکی و اجتماعی بیشتری داشته و محتاج مراقبت‌های شبانه‌روزی باشد. در سال ۲۰۰۸، ۶ درصد سالمندان بالای ۶۵ سال در اقامتگاه‌های مسکن ویژه زندگی می‌کردند، در مقایسه با ۱۰ درصدی که کمک در منزل عمومی دریافت می‌کردند (استولت^۱ و دیگران، ۲۰۱۱). همه اینها تنوع شیوه‌های مراقبتی و زندگی سالمندان را نشان می‌دهد.

بنابراین گسترش زیاد مراقبت‌های نهادی که از دهه ۱۹۵۰ شروع شده بود، در اواخر دهه ۱۹۹۰ با نظام مراقبت در منزل جایگزین شد. تلاش‌های انجام‌شده برای افزایش مراقبت در منزل تاحدی به دلیل هزینه مراقبت‌های نهادی صورت گرفت و سوئد شاهد کاهش ظرفیت مراقبت‌های نهادی حدود ۱۰ درصد بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۸ بود. اگرچه مراقبت در منزل به سالمندان امکان می‌دهد تا زندگی مستقلی داشته باشند، مراقبت در منزل برای افرادی که نیازمند توجه بیشتری برای دریافت انواع مراقبت در یک محیط سازمانی هستند، دشوار است. سیاست‌گذاران طی چند سال گذشته به سمت ترمیم مراقبت‌های نهادی پیش رفته‌اند و تغییرات جمعیت‌شناختی و آگاهی از هزینه‌ها به تدریج آنها را به سمت توجه به مراقبت‌های غیررسمی جلب می‌کند؛ زیرا مراقبت‌های غیررسمی نه تنها راه‌حل ارزان‌تری نسبت به خدمات رسمی دولتی است، بلکه به منابع انسانی نیز نیاز کمتری دارد (فوکوشیما و دیگران، ۲۰۱۰). لارسون و همکاران (۲۰۰۸) این‌گونه گزارش می‌دهند که در میان افراد ۸۰ ساله یا بالاتر، نسبت افرادی که بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۴ در خانه‌های سالمندی زندگی می‌کردند، کاهش یافته است که به دلیل وضعیت سلامتی بهتر و تغییر سیاست به سمت ارائه کمک و مساعدت بیشتر در منزل به منظور تأخیر ورود به خانه‌های سالمندی بوده است (برگمن و دیگران، ۲۰۱۶). بنابراین باید توجه داشت که وضعیت سلامتی و میزان نیاز سالمندان است که نوع خدمات مراقبتی سالمندان را تعیین می‌کند؛ اینکه از خدمات مراقبت در منزل یا از خدمات مراقبتی در مؤسسه‌ها و نهادهای مراقبتی بهره‌مند شوند.

در سوئد سیاست‌های حمایتی از خانواده‌هایی که از سالمندان خود مراقبت می‌کنند، وجود دارد. اولین اقدام برای «حمایت از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های غیررسمی» در سال ۱۹۹۷ مطرح شده است.

دولت پیشنهاد لایحه جدیدی را با هدف حمایت از بستگانی که از سالمندان مراقبت می‌کنند، بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۱ ارائه داد. اهداف پشت این لایحه جلوگیری از خستگی و فرسودگی شغلی مراقبان، فراهم‌سازی آسایش ذهنی و فیزیکی برای بستگانی که زیر بار مسئولیت مراقبتی هستند و بهبود کیفیت زندگی افرادی است که از افراد نیازمند کمک در فعالیتهای زندگی روزمره مراقبت می‌کنند (فوکوشیما و دیگران، ۲۰۱۰). بنابراین در کشور سوئد قوانین حمایتی در راستای ارتقاء وضعیت زندگی مراقبان سالمند نیز وجود دارد.

در وضعیتی که مراقبت‌های در منزل روبه‌گسترش است، کاربرد تکنولوژی برای تسهیل امر مراقبت از سالمندان در منزل اهمیت می‌یابد. در سوئد از فناوری‌ها و تکنولوژی‌های مدرن در حوزه‌هایی چون نظارت شبانه‌روزی، استفاده از یادآور برای مدیریت زمان خوردن دارو و مدیریت کلید منزل (مثلاً استفاده از دزدگیر دیجیتال) در امر مراقبت در منزل بهره می‌برند. شهرداری‌ها به‌عنوان مسئول اصلی مراقبت از سالمندان در سوئد، مسئولیت اجرای راه‌حل‌های جدید تکنولوژیک را دارند و بیشترین بهره را از فناوری برده‌اند. شهرداری‌ها اغلب از دزدگیرهای دیجیتال، نصب آلارم‌های جی‌پی‌اس، قفل‌های دیجیتال و دوربین‌های امنیتی در منزل استفاده می‌کنند (ارزیابی فناوری پارلمان اروپا، ۲۰۱۹: ۱۰۰). علاوه بر اینها، در سوئد خانه‌های هوشمند سالمندان وجود دارد که مراقبت الکترونیکی در منزل نامیده می‌شود که شامل استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات (ICT) برای مراقبت در منزل است. خدمات مراقبت الکترونیکی در منزل شامل نظارت، یادآوری، خدمات اطلاعاتی و تعاملات اجتماعی است (آکرلینگ و دیگران، ۲۰۱۹ به نقل از ژانگ و دیگران، ۲۰۲۰). ایجاد و گسترش این خدمات در راستای تسهیل و مدیریت بهتر مراقبت از سالمندان و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها می‌تواند موثر باشد.

جدول ۱. سیاست‌های مراقبت از سالمندان در سه کشور آمریکا، سوئد و چین

چین	سوئد	آمریکا
<p>- برخورداری سالمندان از مستمری سالمندی مشارکتی (مبتنی بر بیمه اجتماعی و مشارکت افراد در پرداخت حق بیمه) و مستمری سالمندی غیرمشارکتی (ویژه افراد ۶۰ سال و بالاتر بدون بیمه اجتماعی و بدون مشارکت در پرداخت حق بیمه)؛</p>	<p>- ۳۵٫۹ درصد از جمعیت سوئد، بالای ۶۵ سال هستند. - امید زندگی در بدو تولد در سوئد، ۸۲٫۶ سال و امید زندگی در سنین ۶۵ سالگی نیز ۲۰٫۴ سال است. - در این کشور علاوه بر مستمری سالخوردگی مبتنی بر تأمین اجتماعی و مشارکتی، یک مستمری تضمینی فراگیر و مبتنی بر آزمون درآمدی وجود دارد که به افراد ۶۵ ساله و بالاتر ۴۰ سال مقیم سوئد مزایا ارائه می‌دهد.</p>	<p>- ۱۶٫۲ درصد از جمعیت، بالای ۶۵ سال هستند. - امید زندگی در بدو تولد، ۷۸٫۸ سال و امید زندگی در سنین ۶۵ سالگی، ۱۹٫۷ سال است. - آمریکا دارای یک مستمری سالمندی مبتنی بر تأمین اجتماعی و مشارکت افراد در پرداخت حق بیمه طی دوران زندگی شغلی است اما علاوه بر آن دارای مزایای مکمل درآمدی سالخوردگی ویژه افراد ۶۵ ساله و بالاتر است.</p>

آمریکا	سوئد	چین
<p>- خدمات مراقبت بلندمدت شامل مراقبت خانه‌های پرستاری، خانه‌های سالمندان و خدمات مبتنی بر اجتماع محلی است؛</p> <p>- خدمات سلامت سالمندان شامل مدی کیر، مدی کید، اداره کهنه‌سربازان و برنامه‌های مبتنی بر بودجه دولتی مانند قانون سالمندان آمریکایی، پرداخت‌های نقدی و بیمه خصوصی؛</p> <p>- مدی کیر، پوشش بیمه ویژه سالمندان در دو بخش «مزایای بیمارستان و مزایای پزشکی» به افراد بالای ۶۵ سال.</p> <p>- مدی کیر پوشش محدودی برای خدمات طولانی‌مدت آسایشگاه‌ها، امکانات تخصصی و مراقبت در منزل ارائه می‌کند.</p> <p>- مدی کید برنامه‌ای برای تامین مالی خدمات بهداشتی و اقامت در مراکز و خانه‌های سالمندی است.</p> <p>برخی از خدمات مراقبت در منزل و جامعه نیز توسط مدی کید پوشش داده می‌شود.</p> <p>- مدی کید، برنامه‌ای نیازمحور و مبتنی بر آزمون وسیع برای ارائه خدمات آسایشگاهی و مراقبت بلندمدت است.</p> <p>- حرکت به سوی خدمات مراقبت در منزل.</p> <p>- خدمات پزشکی از راه دور و دیگر خدمات مبتنی بر کاربرد تکنولوژی در مراقبت از سالمندان.</p>	<p>- انواع مراقبت‌ها از رسمی در سوئد همچون مراقبت در منزل و مراقبت در خانه سالمندان در دسترس است.</p> <p>- مراقبت سالمندان شامل مراقبت‌های خانگی و مراقبت‌های موسسه‌ای ویژه مانند خانه‌های سالمندان و خانه‌های پرستاری است.</p> <p>- مراقبت از سالمندان در سوئد، مسئولیت دولت‌های محلی در سطح شهرداری است. بخش اعظم هزینه‌های سلامت از محل مالیات‌ها تامین مالی می‌شود.</p> <p>- اولویت با خدمات مراقبت در منزل و مراقبت‌های نهادی و موسسه‌ای به عنوان گزینه آخر برای سالمندان با شرایط خاص.</p> <p>- مراقبت‌های رسمی همچنان ستون فقرات اصلی مراقبت از سالمندان در سوئد است.</p> <p>- حمایت از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های غیررسمی به سالمندان.</p> <p>- کاربرد تکنولوژی برای تسهیل امر مراقبت از سالمندان در منزل.</p> <p>- حرکت سوئد به سوی خدمات مراقبتی مبتنی بر آزمون وسیع.</p>	<p>- ۱۱،۵ درصد از جمعیت کشور، افراد بالای ۶۵ سال هستند.</p> <p>- امید زندگی در بدو تولد، ۷۶،۷ سال و امید زندگی در سنین ۶۵ سالگی در چین، ۱۶،۲ سال.</p> <p>- تاکید بر مراقبت از سالمندان در منزل، خانواده و اجتماع؛</p> <p>- حمایت از خانواده و مراقبان سالمندان؛</p> <p>- خانواده و جامعه، دو ستون مراقبت از سالمندان؛ ترویج فعالیت‌های اجتماع‌محور و خانواده‌محور.</p> <p>- تاسیس مراکز روزانه برای فعالیت‌های تفریحی و فراغتی سالمندان، فضاهایی برای دوره‌های سالمندان و فعالیت‌های اجتماع‌محور در سطوح محلی.</p> <p>کاربرد تکنولوژی در خدمات مراقبتی سالمندان؛ ایجاد خانه‌های هوشمند برای مراقبت از سالمندان.</p>

ادامهٔ جدول ۱.

۶. نتیجه‌گیری و توصیه‌های سیاستی

سالمندی هرچند حاصل توسعهٔ موقعیت بهداشت و درمان در جوامع و گسترش امید زندگی و افزایش طول عمر انسانی است، اما خود سالمندی بر نظام‌های بهداشتی و درمانی، خدمات اجتماعی و رفاهی و مراقبت‌های اجتماعی تأثیرگذار است. با توجه به هزینه‌های بهداشتی، پزشکی و درمانی در دورهٔ زندگی سالمندی، اغلب دولت‌ها با سالمندی جمعیت با رشد هزینه‌های رفاه اجتماعی و حمایتی مواجه می‌شوند. همچنین، با سالمندی جمعیت، هزینه‌های خانواده‌ها نیز در دورهٔ زندگی سالمندی افزایش می‌یابد. بنابراین سالمندی جمعیت در آینده ایران می‌تواند یکی از چالش‌های نظام تأمین اجتماعی باشد و فشار زیادی بر نظام خدمات اجتماعی وارد کند. افزایش جمعیت سالمندان نیاز به مراقبت از سالمندان را به‌نحو چشم‌گیری افزایش می‌دهد و این نیاز در سال‌های آتی روبه‌افزایش نیز خواهد بود. در این راستا، مرور تجارب کشورهای که اقدام به طراحی سیاست‌ها و برنامه‌های اجتماعی در حوزهٔ سالمندان کرده‌اند، مؤثر است.

مرور سیاست‌های مراقبت از سالمندان در کشورهای مورد مطالعه نشان می‌دهد امروزه تغییراتی در نظام مراقبت‌های اجتماعی سالمندان رخ داده است. یکی از دستاوردهای این تغییرات، تغییر جهت از رویه‌های سنتی بستری در بیمارستان و سکونت دائم در خانه‌های سالمندی به سمت درمان و مراقبت مبتنی بر جامعه و مراقبت در منزل است. فارغ از هرگونه نظام رفاهی حرکت به سوی خدمات مراقبت در منزل در هر سه کشور دیده می‌شود و در همین مسیر گونه‌های مختلف مراقبت از سالمندان گسترش می‌یابد. مرور تجارب کشورهای مورد مطالعه نشان داد که «مراقبت در منزل» یکی از روش‌های مراقبت مبتنی بر جامعه است که امروزه در امر مراقبت از سالمندان به آن اتکا می‌شود. هدف اصلی در این نوع مراقبت‌ها ارائهٔ خدمات به سالمندانی است که فاقد توانایی مراقبت فردی هستند، ولی تمایل دارند تا زندگی سالمندی خود را در خانه‌های خود سپری کنند. تنها سالمندان با شرایط خاص پزشکی و کهنسال هستند که نیازمند خدمات شبانه‌روزی مؤسسه‌ها و نهادهای مراقبتی هستند. برای مثال، سیاست دولت سوئد این گونه است که هر شورای شهری باید مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی باکیفیتی را برای ساکنان خود فراهم کند. شهرداری‌های سوئد مسئول مراقبت از سالمندان در منزل هستند. هزینه‌های پرستاری و مراقبت از سالمندان در منزل توسط بودجه‌های دولتی و مالیات‌های شهرداری تامین مالی می‌شود. سالمندان می‌توانند آزادانه انتخاب کنند که آیا این مراقبت‌ها را در منزل خود می‌خواهند یا در مراکز نگهداری از سالمندان.

گسترش خدمات مراقبت در منزل می‌تواند به‌عنوان سیاست محوری در راستای زندگی مستقل سالمندان در منازل خود و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان عمل کند. در این راستا، نتایج تحقیق لیو و دیگران (۲۰۱۵) تحت عنوان تجربه‌زیسته نیازهای مراقبتی سالمندان آسیایانه خالی چینی در

اجتماعات شهری چین نشان می‌دهد نیاز مراقبتی اصلی سالمندان آشیانه خالی مراقبت مبتنی بر منزل است. با توجه به وضعیت فیزیکی و نیاز به حمایت و همچنین مشکلات امنیتی، آنها تمایل دارند مراقبت‌های حمایتی را از جامعه دریافت کنند؛ زیرا آنها توان کافی برای خود مراقبتی ندارند. سالمندان امیدوارند اجتماعات محلی بتوانند خدمات و حمایت‌های مراقبتی به آنها ارائه دهند تا آنها بتوانند همچنان در خانه‌های خودشان و اجتماع محلی زندگی کنند. نتایج این تحقیق نشان داد که در کشور چین، ترکیبی از مراقبت‌های مبتنی بر منزل و مبتنی بر جامعه، روش مناسبی برای مراقبت از سالمندان بوده است (لیو^۱ و دیگران، ۲۰۱۵). دولت چین توسعه خدمات خانه‌محور و اجتماع‌محور سالمندان مانند کمک‌های نقدی برای مراقبت در منزل، مراکز بهداشتی درمانی اجتماع محلی، خانه سالمندان، امکانات تفریحی و برنامه‌های مراقبت روزانه از سالمندان را ترویج می‌کند (فنگ و دیگران، ۲۰۱۱). نتایج مطالعات توسط لی (۲۰۰۴) و زو (۲۰۰۲) در مورد هزینه خدمات مراقبت در منزل نیز بر کم‌تر بودن هزینه خدمات مراقبت در منزل، به‌ویژه در افراد سالمند نیازمند مراقبت‌های طولانی دلالت دارد. بنابراین به نظر می‌رسد در ایران نیز باید این خدمات برای بهبود کیفیت زندگی سالمندان ارائه گردد و در کنار مراقبت‌های موسسه‌ای و نهادی، خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه و در منزل نیز در دسترس سالمندان قرار گیرد. علاوه بر تأکید کشورهای توسعه‌یافته بر مراقبت در منزل سالمندان، ایجاد الگوهای جدید ارائه مراقبت برای افزایش کارایی، افزایش نیروی کار مراقبت از سالمندان و ترویج مشارکت اجتماعی سالمندان برای ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی سالمندان مطرح شده است (رو^۲ و دیگران، ۲۰۱۶). تربیت نیروهای متخصص سالمندی، طب سالمندان، پرستاران مراقبت از سالمند و مددکاری اجتماعی سالمندی ضرورت مهمی است؛ چراکه در سال‌های آتی به‌منظور خدمات‌رسانی به جمعیت سالمندان به حضور و فعالیت مددکاران اجتماعی نیاز بیشتری وجود دارد. افزایش کمی و کیفی نیروی کار مرتبط با این حوزه، دسترسی به مراقبت‌های با کیفیت بالا و کارآمد را برای سالمندان افزایش می‌دهد. در این راستا، طراحی سیاست‌هایی که مشوق سرمایه‌گذاری برای خدمات مددکاری اجتماعی سالمندان و خانواده‌هایشان باشد، می‌تواند مؤثر واقع شود.

برای تسهیل سالمندی موفق باید ابتکاراتی در زمینه توسعه مدل‌های مبتنی بر جامعه (جامعه‌محور) انجام شود. وان، یو و کلانوسکی (۲۰۰۸) استراتژی‌هایی را پیشنهاد داده‌اند؛ از جمله استخدام پرستاران بازنشسته برای به عهده گرفتن بخشی از مسئولیت‌های خدماتی به سالمندان. استفاده از پرستاران بازنشسته در مدل‌های جامعه‌محور ممکن است راه‌حلی برای مراقبت از سالمندان باشد. پرستاران بازنشسته می‌توانند مراقبت مقرون به صرفه و با کیفیت بالایی برای سالمندان ارائه کنند (وان و دیگران، ۲۰۰۸). ایجاد گروه‌ها و شبکه‌های تخصصی متشکل از روانشناسان، پرستاران، مددکاران

1- Liu

2- Rowe

اجتماعی و حتی جامعه‌شناسان سالمندی نیز می‌تواند در راستای مراقبت از سالمندان و پیاده‌سازی سیاست‌ها و برنامه‌های کارآمد، موثر واقع شود.

سیاست بعدی به «مراقبین خانوادگی سالمندان» برمی‌گردد. با افزایش جمعیت سالمندان، مراقبت خانوادگی از اجزای مهم مراقبت بلندمدت به حساب می‌آید که زنان به‌عنوان اصلی‌ترین مراقبین خانوادگی، عهده‌دار مراقبت از سالمندان هستند. در مراقبت‌ها باید علاوه بر توجه به سالمندان، به مراقبت‌کنندگان از سالمندان نیز توجه داشت و برنامه‌هایی برای ارتقاء کیفیت زندگی آنها تدارک دید؛ چراکه مراقبین خانوادگی سالمندان بار و فشار مضاعفی را به دوش می‌کشند. حمایت از مراقبان خانوادگی با هدف جلوگیری از خستگی و فرسودگی شغلی مراقبان، فراهم‌سازی آسایش ذهنی و فیزیکی برای مراقبانی که زیر بار مسئولیت هستند و بهبود کیفیت زندگی این افراد می‌تواند تأثیرات مستقیم و غیرمستقیمی بر زندگی روزمره سالمندان نیازمند مراقبت داشته باشد (فوکوشیما و دیگران، ۲۰۱۰). تدوین سیاست‌های حمایتی رسمی و غیررسمی به‌منظور آموزش، حمایت مالی و ایجاد ساختارهای مناسب رفاهی می‌تواند ارتقای کیفیت مراقبت از سالمندان در خانواده را به دنبال داشته باشد.

در جدول زیر توصیه‌های سیاستی به‌منظور بهبود وضعیت مراقبت از سالمندان ایرانی در قلمروهای مختلفی چون ارتقاء نظام تأمین اجتماعی و حمایتی، تنوع خدمات، آموزش، توانمندسازی و تسهیلگری اجتماعی، قوانین حمایتی، توسعه زیرساخت‌های اجتماعی پیشنهاد شده است.

جدول ۲. توصیه‌های سیاستی برای ایران

توصیه‌های سیاستی
ارتقاء نظام تأمین اجتماعی و حمایتی
<ul style="list-style-type: none"> - برقراری مستمری سالمندی ویژه سالمندان طبقات تهیدست (بدون درآمد یا کم‌درآمد و بدون پوشش بیمه بازنشستگی) با ملاحظه آزمون وسع و سنجش استطاعت مالی سالمندان. - پوشش خدمات مراقبتی، آسایشگاهی و توانبخشی ویژه سالمندان در بیمه‌های اجتماعی. - پوشش بیمه درمانی و مراقبتی ویژه سالمندان طبقات تهیدست (بدون درآمد یا کم‌درآمد و بدون پوشش بیمه بازنشستگی). - پوشش مراقبت در منزل توسط بیمه‌های اجتماعی؛ - ارتقاء بیمه‌های درمانی برای کلیه داروهای تجویز شده سالمندان و همچنین، تجهیزات کمک پزشکی. - ارتقاء بیمه‌های درمانی سالمندان تحت پوشش کمیته امداد و بهزیستی. - توسعه خدمات مددکاری اجتماعی بازنشستگان سالمند توسط صندوق‌های بازنشستگی. - توسعه خدمات مددکاری اجتماعی سالمندان توسط مراکز حمایتی دولتی ویژه سالمندان تحت پوشش.

تنوع خدمات
<p>- ارائه خدمات مراقبت در منزل در کنار مراقبت‌های بیمارستانی و آسایشگاهی و گسترش خدماتی چون مراقبت‌های درمانی و پزشکی در منزل؛</p> <p>- متنوع کردن خدمات مراقبتی چون فراهم کردن خدمات زندگی روزمره، کمک پزشکی مثل چکاپ منظم، خدمات مشاوره‌ای، خدمات توانبخشی، جذب همراه برای از مراقبت از سالمندان تنها؛</p> <p>- استفاده از ظرفیت‌های بخش شهرداری، بخش خصوصی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه‌ای در ارائه خدمات به سالمندان؛</p> <p>- ارائه خدمات اجتماع‌محور توسط شهرداری در استان‌ها، شهرها و محله‌های مختلف در امر مراقبت از سالمندان در فعالیت‌های روزمره، ارتقاء سلامت روان و سلامت اجتماعی سالمندان.</p>
آموزش، توانمندسازی و تسهیل‌گری
<p>- آموزش نیروی انسانی کارآمد در حوزه‌های پیشگیری، درمان، مراقبت، توانبخشی و ارتقاء سلامت سالمندان؛</p> <p>- آموزش نیروی انسانی به‌طور ویژه برای مراقبت از سالمندان از جمله پرستاران، مددکاران و مراقبان خانگی؛</p> <p>- تربیت متخصصان پزشکی سالمندی، مددکاران اجتماعی سالمندی، پرستاران سالمندی، روان‌شناسان سالمندی، جامعه‌شناسان سالمندی؛</p> <p>- آموزش و توانمندسازی مراقبان خانوادگی و خانواده‌های مراقبت‌کننده سالمندان؛</p> <p>- آموزش راهکارهای مراقبت و جلوگیری از اعمال سوء رفتار نسبت به سالمندان در فرایند مراقبت؛</p> <p>- افزایش آگاهی سالمندان در زمینه سبک زندگی سالم در دوران سالمندی با فعالیت‌های تسهیل‌گرانه برای سالمندان؛</p> <p>- آموزش شیوه‌های خودمراقبتی به سالمندان، سواد سلامت و سواد تغذیه در مناطق شهری و روستایی (با تأکیدی بیشتر در مناطق روستایی به دلیل بی‌سوادی بیشتر سالمندان روستایی).</p>
قوانین حمایتی
<p>- تصویب قانون حمایت از حقوق سالمندان و جلوگیری از خشونت علیه سالمندان در امر مراقبت؛</p> <p>- تصویب قانون حمایت از مراقبت‌کنندگان غیررسمی (شبکه خانوادگی یا شبکه غیرخویشاوندی)؛</p> <p>- تصویب قوانین حمایتی و نظارتی در مورد فعالیت بخش خصوصی در امر مراقبت از سالمندان؛</p> <p>- حمایت‌های مادی و غیرمادی از خانواده‌هایی که از سالمندان خود در منزل مراقبت می‌کنند.</p>
توسعه زبرساخت‌ها
<p>- ایجاد و راه‌اندازی کلینیک‌های دولتی ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سالمندی در کشور؛</p> <p>- ایجاد بیمارستان‌های مخصوص سالمندان؛</p> <p>- ایجاد مراکز خاص مراقبت از سالمندان مبتلا به دمانس؛</p> <p>- گسترش برنامه ارزیابی جامع سلامت سالمندان شامل طرح غربال‌گری و تشخیص زودهنگام بیماری‌ها با هدف کاهش هزینه‌های نظام سلامت؛</p> <p>- ایجاد مراکز خاص ارائه خدمات درمانی سریایی و بستری ساعتی یا روزانه سالمندان، مراقبت بلندمدت و خدمات مراقبت خانگی.</p> <p>- ایجاد بیمارستان مخصوص طب سالمندان و تربیت پرستاران متخصص سالمندان، و گسترش مراکز نگهداری و مراقبت روزانه و تمام‌وقت سالمندان.</p> <p>- گسترش مراکز مراقبت روزانه از سالمندان در سطح ملی؛ شهری و روستایی.</p> <p>- راه‌اندازی برنامه‌های هوشمند برای کمک‌های مراقبتی در منازل مخصوص سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند.</p>

در پایان باید اشاره کرد نظام رفاهی و حمایتی جامعه می‌تواند بر وضعیت کیفیت زندگی سالمندان بسیار تأثیرگذار باشد. مرور سیاست‌ها نشان می‌دهد تأکید بر مراقبت‌های اجتماعی غیررسمی چون حمایت‌های خانواده‌محور باید همراه و در کنار مراقبت‌های اجتماعی رسمی و نهادی باشد. تأکید صرف بر خانواده و واگذاری مسئولیت‌ها به‌سوی خانواده‌ها نمی‌تواند کارآمد باشد. همچنین، وجود قوانین حمایتی چون حمایت از مراقبان سالمند در خانواده‌ها و برخورداری آنها از برخی از مزایا در نظام اجتماعی می‌تواند مفید باشد. علاوه بر همه اینها پیشنهاد می‌شود بیمه‌های اجتماعی وارد خدمات آسایشگاهی و مراقبتی، مراقبت بلندمدت و مراقبت در منزل شوند. همچنین، در صورت فعالیت بخش خصوصی در امر مراقبت از سالمندان بهتر است که دولت با تصویب قوانین حمایتی و نظارت بیشتر از پیامدهای منفی گسترش اهداف منفعت‌طلبانه و بازاری این بخش جلوگیری کند و کیفیت خدمات را بهبود بخشد. شهرداری‌ها بهتر است در زمینه سلامت و مراقبت از سالمندان به‌خصوص در حوزه اجتماع‌محور و گسترش سواد سلامت، خودمراقبتی و سواد تغذیه در بین سالمندان و به‌طور کلی در بین اعضای خانواده‌ها فعالیت‌های تسهیل‌گرانه پیاده کنند. در نهایت با توجه به اینکه سیاست‌های امروز بر وضعیت سالمندان آتی به‌خصوص در امر مراقبت از سالمندان بسیار تأثیرگذار است، در این راستا بهتر است زیرساخت‌های اجتماعی برای داشتن سالمندی سالم، موفق و فعال فراهم شود تا در آینده سالمندان سالم و موفق‌تری داشته باشیم که به‌نفع جامعه، خانواده‌ها و خود سالمندان است.

منابع

- پارپلو، وینسنت (۱۳۹۵) دانشنامه مسائل اجتماعی. ترجمه مجموعه‌ای از نویسندگان، تهران: پژوهشگاه فرهنگ، هنر و ارتباطات.
- پروائی، شیوا و آزادارمکی، تقی (۱۴۰۰) جامعه‌شناسی سالمندی؛ سالمندی و زندگی روزمره. تهران: انتشارات آگاه.
- زنجری، نسیم و صادقی، رسول (۱۳۹۹) شاخص دیده‌بان سالمندی در ایران ۱۳۹۵. تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۹۸) گزارش وضعیت سالمندان خدمت‌گیرنده از حوزه توانبخشی سازمان بهزیستی کشور.
- شعریافچی‌زاده، نسیم؛ اکبری، فائزه؛ خلیلی خوزانی، پریناز و نیارنایس زواره، عسل سادات (۱۳۹۹) «مطالعه تطبیقی خدمات مراقبت از سالمندان در ایران، ایالات متحده آمریکا و سوئد»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۲۵ (۵): ۱۲۳-۱۴۰.
- صدیقی، رضا؛ علیزاده، مهتاب؛ محمدی آذر، مریم؛ شریفی، فرشاد و فخرزاده، حسین (۱۳۹۳) «مطالعه مروری ساختار برنامه مراقبت در منزل سالمندان در ایران با نگاهی به تجربه کشورهای توسعه‌یافته»، مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳ (۶): ۴۳۹-۴۴۶.
- عمادی، محمدحسین و نصرافهانی، آرش (۱۳۹۷) بازاندرشی در راهبردهای نظام بازنشستگی. تهران: موسسه

راهبردهای بازنشدگی صبا.

- مرکز آمار ایران (۱۳۵۵) نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور، تهران: مرکز آمار ایران.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۷) نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵، تهران: مرکز آمار ایران، دفتر ریاست، روابط عمومی و همکاری‌های بین‌المللی.

- Anderson, LA. Goodman, RA. Holtzman, D. Posner, SF. Northridge, ME. (2012) "Aging in the United States: Opportunities and Challenges for Public Health" American Journal of Public Health. 102(3): 393-5.
- Bei, L. Hong, M. Yanan, Z. John, P. (2017) "A Sustainable LongTerm Health Care System for Aging China: A Case Study of Regional Practice", Health Systems & Reform, 3 (3): 182-190.
- Bergman, M.A. Johansson, P. Lundberg, S. and Spagnolo, G. (2016) "Privatization and Quality: Evidence from Elderly Care in Sweden", Journal of Health Economics, 49:109-119.
- Colby, S. L, Ortman, J. M. (2015) Projections of the Size and Composition of the U.S Population: 2014 to 2060 Population Estimates and Projections. U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration U.S. Census Bureau, 2015.
- European Parliamentary Technology Assessment (EPTA) (2019) Technologies in Care for Older People, Available in: https://eptanetwork.org/images/documents/minutes/EPTA_report_2019.pdf
- Feng, W. Gu, B.C. Cai, Y. (2016) "The End of China's One-Child Policy", Starting Studies in Family Planning. 47(1): 83-86.
- Feng, Z. Liu, C. Guan, X. Mor, V. (2012) "China's Rapidly Aging Population Creates Policy Challenges in Shaping a Viable Long-term Care System", Health Affairs, 31(12): 2764-2773.
- Feng, Z. Zhan, H. J. Feng, X. Liu, C. Sun, M. Mor, V. (2011) "An Industry in the Making: The emergence of Institutional Elder Care in Urban China", Journal of the American Geriatrics Society, 2011; 59(4): 738-744.
- Fukushima, N. Adami, J. Palme, M. (2010) "The Long-Term Care System for the Elderly in Sweden", ENEPRI Research Report, 2010; No.89. http://www.ancienlongtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf.
- Gibson, M. J. & Redfoot, D. L. (2007) Comparing Long-term Care in Germany and the United States, What Can We Learn from Each Other? Redfoot, AARP Public Policy Institute, October 2007.
- Glennard, AH. (2017) International Profiles of Health Care Systems: The Swedish Health Care System, the Commonwealth Fund.
- Hui, W. (2016) Population Aging and Long-term Care Policy in China and the United States, Culminating Projects in Gerontology, 2016.
- Issa. (2018). country profiles- china, Available in: <https://ww1.issa.int/node/195543?country=827>
- Issa. (2018). country profiles- Sweden, Available in <https://ww1.issa.int/>

node/195543?country=982

- Issa. (2019). country profiles-United-States, Available in: <https://ww1.issa.int/node/195543?country=1002>
- Lagergren, M. Kurube, N, Saito, Y. (2016) Long Term Care in Japan and Sweden: A Comparison of Target Population, Needs and Services Provided from 2000-2010. *J Gerontol Geriatr Res*, 5: 331.
- Lee, Tw. (2004) "Economic Evaluation of Visiting Nurse Services for the Low-income Elderly with Long-term Care Needs", *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 34(1): 191-201.
- Li, X. Zhang, W. (2013). The impacts of health insurance on health care utilization among the older people in China. *Social Science & Medicine*, 85: 59-65.
- Liu, J. Tian, J.Yue, P.Wang, Y. Du, X. Chen, S. (2015) "Living Experience and Care Needs of Chinese Empty-nest Elderly People in Urban Communities in Beijing, China: A Qualitative Study", *International Journal of Nursing Sciences*, 2015; 1 (2): 15-22.
- Lou, V.W.Q. (2015) Active Ageing in Mainland China, in *Routledge Studies in Social Welfare in Asia; Active Ageing in Asia*, Edited by Alan Walker and Christian Aspalter, First published 2015, by Routledge.
- Luo, X. & Han, X. (2011) "Statistical Analysis of the Effectiveness of the New Cooperative Medical Scheme in Rural China", *Canadian Social Science*, 7(3): 21-26.
- Meng, Q. Hong, Z. Li, Z. Hu, X. Shi, W. Wang, J. & Luo, K. (2020). Opportunities and Challenges for Chinese Elderly Care Industry in Smart Environment Based on Occupants' Needs and Preferences. *Front. Psychol.* 11:1029. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01029
- Mostaghel, Rana. (2016) "Innovation and Technology for the Elderly: Systematic literature Review", *Journal of Business Research*, Elsevier. 69 (11): 4896-4900.
- OECD (2019) Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b6d3dcfc-en>
- OECD. (2019) Pensions at a glance 2019: country profiles- United-States, Available in <https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2019-country-profile-United-States.pdf>
- OECD. (2019) Pensions at a Glance 2019: Country Profiles-China, Available in <https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2019-country-profile-China.pdf>
- OECD. (2019) Pensions at a Glance 2019: Country Profiles-Sweden, Available In: <https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2019-country-profile-Sweden.pdf>
- Reaves, E. L. & Musumeci, M. (2015) Medicaid and Long-term Services and Supports: A Primer. Retrieved from Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured website: <http://kff.org/medicaid/report/medicaid-and-long-term-services-and-supports-a-primer>, 2015.
- Robison J, Shugrue N, Fortinsky RH, Gruman C. (2013) "Long-term Supports and Services Planning for the Future: Implications from a Statewide Survey of Baby Boomers and Older Adults", *The Gerontologist*, 54(2):297-313.

- Rowe J.W, Fulmer, T, Fried L. (2016) "Preparing for Better Health and Health Care for an Aging Population", JAMA, 316 (16):1643-1644.
- Shankardass, M.K. (2015) Social Policy on Ageing in Select Asian Countries, in Social Policy and Models of Services for the Elderly International Perspective, Edited by Zoia Szarota and Jolanta Maćkiewicz, Polish Social Gerontology Journal, 2 (10).
- Stolt R, Blomqvist, P, Winblad, U. (2011) "Privatization of Social Services: Quality Differences in Swedish Elderly Care", Social Science & Medicine, 4 (72): 560-567.
- Tan Swee Leng, O. Khan, S, Gale, V.R. Khan, N. (2016) "Policies and Protections for Ageing Society in Malaysia", Journal of Southeast Asian Research, DOI: 10.5171/2016.974366.
- Tao H, McRoy S. (2015) "Caring for and Keeping the Elderly in Their Homes", Chinese Nursing Research. 2 (3): 31-34.
- Wan, H, Yu F, Kolanowski, A. (2008) Caring for Aging Chinese: Lessons Learned from the United States, J Transcult Nurs, 19 (2): 114-120. 10.1177/1043659607312971.
- Wiener, J. & Tilly, J. (2002) "Population Ageing in the United States of America: Implications for Public Programmes", Int J Epidemiol, 31(4):776-81.
- Wong, Y.C. Leung, J. (2012) "Long-term Care in China: Issues and Prospects", Journal of gerontological social work, 55(7): 570-586.
- Worldbank. (2019) Population Ages 65 and Above (% of total population) Available in <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>
- Zhan, H.J. (2013) "Population Aging and Long-term Care in China", Generations. 37 (1): 53-58.
- Zhang, Y. & Goza, F.W. (2006) "Who Will Care for the Elderly in China? A Review of the Problems Caused by China's One-Child Policy and their Potential Solutions", Journal of Aging Studies, 20 (2):151-164.
- Zhang, Q., Li, M. & Wu, Y. (2020) Smart Home for Elderly Care: Development and Challenges in China. BMC Geriatr 20, 318 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01737-y>
- Zhou J. & Walker, A.C. (2015) "The Need for Community Care Among Older People in China", Ageing and Society, 6 (36): 1312-1332.
- Zhou, Y. Liu Y. (2010) "Long-term Care in China and Japan", The SAGE Handbook of Social Gerontology. Edited by Dale Dannefer and Chris Phillipson, SAGE Publications Ltd.