

مطالعه تطبیقی در خصوص حمایت از سالمندی در بستر خانواده و ارائه پیشنهادهای سیاستی



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل: ۱۹۳۵۶
کد موضوعی: ۲۷۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:
۱۴۰۲/۸/۱

عنوان گزارش:

مطالعه تطبیقی در خصوص
حمایت از سالمندی در بستر خانواده و ارائه پیشنهادهای سیاستی

نام دفتر:

مطالعات فرهنگ و آموزش (گروه زنان و خانواده)

تهیه و تدوین:

حنان زارع

ناظر علمی:

موسی بیات، ریحانه رحمانی پور

گرافیک و صفحه آرایی:

سیده فاطمه ابوطالبی

ویراستار ادبی:

امین اسکندری

واژه‌های کلیدی:

۱. سالمند

۲. سالمندی

۳. قوانین سالمندی

۴. الگوهای مراقبتی خانواده محور



دفتر مطالعات آموزش و فرهنگ

فهرست مطالب

۶	چکیده.....
۷	خلاصه مدیریتی.....
۸	۱. مقدمه.....
۱۰	۲. سالمندی در ایران.....
۱۱	۳. مرور اسناد بالادستی در حوزه سالمندی: قوانین، سیاست‌ها و سازمان‌ها.....
۱۵	۴. مطالعات تطبیقی (تجربه کشورهای سنگاپور / سوئد / آمریکا / کانادا / دانمارک).....
۲۶	۵. نتیجه‌گیری، جمع‌بندی و پیشنهادها.....
۲۸	منابع و مآخذ.....

فهرست جداول

۱۲	جدول ۱. قوانین و سیاست‌ها در حوزه سالمندی.....
۱۴	جدول ۲. نهادهای ارائه‌دهنده خدمات به سالمندان.....
۲۵	جدول ۳. سیاست‌های سالمندی خانواده‌محور در برخی کشورها.....



مطالعه تطبیقی در خصوص حمایت از سالمندی در بستر خانواده و ارائه پیشنهادهای سیاستی

چکیده



افزایش پیش رونده جمعیت سالمند در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه موجب معطوف شدن توجه به نیازهای این گروه سنی شده است. از آنجایی که امروزه ضرورت فزاینده‌ای برای تأمین نیازهای بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی سالمندان احساس می‌شود، مقابله با چالش‌های فراروی این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی، اجتماعی، روانی و رفاهی سالمندان به‌ویژه در بستر خانواده و اجتماع از اهمیت بالایی برخوردار است. در حال حاضر الگوهای مراقبتی خانواده‌محور بعد از بحران‌هایی که دولت‌های رفاه با آن مواجه شده‌اند و نقش تاریخی خانواده‌ها در مراقبت از سالمندان داشته‌اند به الگوهای غالب نگهداری از سالمندان تبدیل شده‌اند. در کشور ما نیز خانواده نقشی تاریخی در حمایت و نگهداری از سالمندان داشته و در حال حاضر نیز بیشتر سالمندان در بستر خانواده مراقبت می‌شوند. از طرفی سرشماری‌ها و تغییراتی که با توسعه طی دهه‌های اخیر در کشورمان اتفاق افتاده نشان می‌دهند سالمندی جمعیت از چالش‌های اساسی کشور خواهد بود که مسائل بسیاری را پیش روی دولت و خانواده‌ها قرار می‌دهد. بنابراین در این گزارش سعی شد تا با مرور و ارزیابی سیاست‌ها و قوانین موجود و همچنین تجربیات کشورهای که به ارائه مدل‌های مراقبتی خانواده‌محور پرداخته‌اند، راهبردهایی برای حمایت از سالمندان در بستر خانواده ارائه شود. مهم‌ترین راهبردهای پیشنهادی در این حوزه، تدوین نظام مسائل و نیازهای سالمندان، برنامه‌ریزی در راستای سالمندی خوداتکا، تمرکز بر توانمندسازی خانواده در نگهداری از سالمندان از طریق ارائه مرخصی سالمندی، یارانه نگهداری از سالمندان، ارائه مشوق‌های مالیاتی برای خانواده نگهدار سالمند، افزایش انعطاف شغلی برای افرادی که در سن سالمندی قرار دارند یا مراقب سالمند هستند، حمایت از مراکز محله‌محور است که با محوریت توانمندسازی و حمایت از سالمندان فعالیت می‌کنند.



بیان مسئله

سیاست‌های خانواده در حوزه سالمندی باید بر کارایی خانواده و نیاز جامعه سالمند متمرکز باشد. برای تقویت استقلال افراد، سیاست‌ها باید از نیازها و نقاط قوت مختلف خانواده‌ها حمایت کرده و به تک‌تک اعضای آنها اجازه دهد تا فعالانه و با توجه به شرایط خویش، مدل‌ها و الگوهای مراقبت از سالمند خانواده را انتخاب کنند. از سوی دیگر با توجه به شرایط افراد سالمند در ابعاد مختلف و شرایط جامعه از حیث هرم توزیع سنی و راهبردهای مطلوب‌سازی و کارآمدسازی هرم سنی جامعه، سیاست‌ها و قوانین باید مورد بازبینی قرار گیرند.

با توجه به وضعیت جامعه ایران و گزارش‌هایی که در مورد وضعیت سالمندی در ایران ۱۴۳۰ ارائه شده است، می‌توان گفت، ایران حداقل برای چند سال تجربه کشور سالمند را خواهد داشت و مضاف بر سیاست‌ها و قوانین راهبردی در خروج از این وضعیت باید با استفاده از سیاست‌ها و قوانین، بهینه‌سازی و کارآمدسازی دوران سالمندی را نیز در دستور داشته باشد. تا در حالت بهینه نیروی انسانی سالمند بتواند بخش قابل توجهی از کارایی نیروی جوان را پوشش دهد و در حالت متوسط اگر نیروی سالمند امکان جانشینی نیروی جوان را ندارد، هزینه‌های حمایتی و خدماتی کمتری را برای جامعه داشته باشد.

در تدوین هر سیاستی در حوزه سالمندی لازم است که سه اصل مورد توجه قرار گیرد: الف) شناسایی تحولاتی که بر نیازهای خانواده یا منابع خانواده در طول زندگی تأثیر می‌گذارند، ب) قرار دادن خانواده‌ها و سیاست‌ها در زمینه‌های تاریخی و فرهنگی، ج) ارزیابی سیاست‌ها و برنامه‌های موجود یا پیشنهادی برای تعیین اینکه آیا آنها وابستگی یا استقلال خانواده‌ها را تقویت می‌کنند؟ و راهبردهای سازگاری خانواده‌ها را گسترش می‌دهند یا محدود می‌کنند؟

در این راستا باید محققان ابتدا به ارزیابی نیازهای خانواده‌ها در همه مراحل زندگی افراد بپردازند. اینکه چه زمانی خانواده‌ها بیشتر آسیب‌پذیر می‌شوند و کدام نوع خانواده‌ها در معرض خطر هستند؟ و سپس تغییرات اجتماعی و روندهای کلان اقتصادی، اجتماعی و سیاسی را که بر خانواده‌ها و افراد تأثیر می‌گذارند شناسایی کرده و تغییرات آنها را بر خانواده مورد بررسی قرار دهند و در این بین از استراتژی‌های موفق دیگر کشورها نیز غافل نباشند.

نقطه نظرها / یافته‌های کلیدی

در گزارش حاضر با مرور چالش‌های پیش روی کشور در حوزه سالمندی و مرور اسناد بالادستی سعی شد تا نقاط ضعف و قوت برنامه‌ها شناسایی و راهبردهای متناسب با جامعه ایران ارائه شود. در ادامه تجربیات کشورهای که از مدل‌های خانواده‌محور بهره گرفته‌اند مورد بررسی قرار گرفته است؛ کشورهایی مانند سوئد، سنگاپور، دانمارک، آمریکا و کانادا سیاست‌های مراقبتی خود را در وهله اول بر عهده خانواده می‌گذارند و در صورت عدم حضور خانواده، نهادهای سازمانی وارد عمل می‌شوند. از نظر تاریخی و در حال حاضر بعد از بحران‌هایی که دولت‌های رفاه با آن مواجه شده‌اند، در بسیاری از کشورها، خانواده، نزدیکان و شبکه‌های اجتماعی به‌طور کلی تنها یا منبع اصلی کمک بوده و هستند، شاید بتوان گفت که افراد مسن وابسته به صورت ضمنی به کمک‌ها و حمایت‌های بین‌نسلی تکیه می‌کنند و این حمایت‌ها هنجار پذیرفته شده جوامع است و ضمانت و اطمینان ذهنی از وجود یک نهاد حمایتگر برای سالمند ایجاد می‌کند. به همین دلیل گویی احیای مفهوم «مسئولیت مشترک» بین نسل‌ها ایده‌ای بوده است که بیشتر کشورهای دارای دولت رفاه به آن برگشته‌اند. آنچه در تجربیات کشورهای دارای سیستم مراقبتی خانواده‌محور محرز است اینک:

■ در بسیاری از کشورها نگهداری فرد سالمند از سوی اعضای خانواده به قانون تبدیل شده است.

■ آموزش در راستای ترویج الگوی مراقبتی مبتنی بر مسئولیت مشترک (همبستگی) بین نسلی است و دولت در این راستا نقش حمایتی دارد.

■ نهاد خانواده، مفهومی محوری برای سیاستمداران و سیاستگذاران بوده است و تلاش آنها بر این بوده تا با احیای مفهوم خانواده با بسیاری از بحران‌های گریبان‌گیر دولت‌های رفاهی مقابله کنند.

■ در تمامی سیاست‌های‌شان علاوه بر سالمندان به حمایت از مراقبان پرداخته‌اند.

■ مراقبت‌های سازمانی تنها در صورت عدم حضور خانواده قابل دریافت و ارائه هستند.

■ سیاست‌های آنها در راستای کاهش نابرابری‌هاست و مصوبات و خدمات ارائه شده به نسبت شرایط و توانمندی‌های مالی، جسمی و روحی و ... افراد متفاوت است.



■ پیشنهاد راهکار تقنینی، نظارتی یا سیاستی

با توجه به مطالب مرور شده در گزارش پیش رو، چالش‌های سالمندی را در ایران می‌توان به ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی طبقه‌بندی کرد که هر بخش نیازمند سیاستگذاری و قانونگذاری خاص خود است؛ برای مثال در بعد اقتصادی مهم‌ترین استراتژی ارتقای سطح کیفیت خدمات بهداشتی و تأمین اجتماعی و همچنین افزایش مستمری سالمندان مطابق با تغییرات و شرایط جامعه پیشنهاد می‌شود. در بعد فرهنگی بررسی تغییرات مرتبط با خانواده، تعریف مجدد نقش‌ها و موقعیت‌ها، توزیع مجدد کار در خانواده و بین اعضای خانواده، تغییر در نگرش جوانان نسبت به افراد مسن، تشویق افراد به حمایت‌های بین‌نسلی و تدوین حمایت‌های قانونی از مراقبان می‌تواند مثرتر باشد. در بعد اجتماعی که در اسناد مورد بررسی در ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته می‌توان از برنامه‌های مبتنی بر اجتماع برای توانمندسازی اجتماعی سالمندان استفاده کرد. همچنین در راستای بهینه شدن سیاست‌های دوران سالمندی پیشنهادهایی را در سه حوزه قانونی، راهبردی و پژوهشی ارائه شده است. در حوزه قانونی، با توجه به عدم قانون‌محوری سالمندی در کشور، قوانین و مقررات سالمندی در راستای تحقق سالمندی سالم و موفق مصوب شوند و نکته مهم‌تر اینکه الگوی مراقبتی غالب و جایگزین‌های آن صراحتاً در قانون اعلام شوند. در حوزه راهبردی درگیر کردن نهادها و سازمان‌های مختلف مانند شهرداری در گسترش استفاده از پتانسیل برنامه‌های اجتماع‌محور پیشنهاد شد و در نهایت در حوزه پژوهشی؛ گونه‌شناسی سالمندان براساس شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ضروری است.

در برخی کشورها مانند دانمارک با اینکه حق انتخاب برای کمک گرفتن از خدمات بخش خصوصی و خدمات سازمانی مانند خانه سالمندان وجود دارد، خدمات بخش دولتی به قدری قوی است که عملاً استفاده از مراقبت‌های بخش خصوصی را غیر ضروری می‌سازد.

■ نهادهای نظارتی برای رسیدگی به مواردی مانند سالمندآزاری وجود دارند.

■ کمک‌های موقت و برنامه‌های توانمندسازی در بحران‌هایی مانند رکود اقتصادی، تورم، بیوه شدن و ... برای افراد تعریف شده است.

■ تمرکز خدمات عمومی عمدتاً بر سالمندانی است که فاقد خانواده هستند و یا به دلایلی تحت مراقبت خانواده قرار نمی‌گیرند.

■ رسانه‌ها و نهادهای مردمی نقشی مهم در آگاهی افراد و ارائه الگوهای مراقبتی خانواده‌محور دارند.

در ایران برنامه‌های توسعه در حوزه سالمندی به رغم دیگر کشورها تنها محدود به ارائه خدمات بهداشتی و بازنشستگی بوده و الگوهای خانواده‌محور و اجتماع‌محور از اولویت برخوردار نبوده‌اند. تنها سند جامع در بین اسناد مورد بررسی برنامه ملی «تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران» است که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش عالی به تصویب رسیده اما به دلیل عدم ارتباط و هماهنگی بین نهادهای ذی‌ربط به طور کامل به اجرا در نیامده است، از سوی دیگر نیز تقسیم وظایف بین سازمان‌ها و نهادهای متولی گنگ و مبهم بوده و این موضوع بر عدم اجرای مصوبات تأثیر گذاشته است.

۱. مقدمه

۱. مقدمه

با افزایش امید به زندگی و کاهش میزان مرگ‌ومیر، جمعیت سالمندی رو به افزایش گذاشته است. بنابراین افزایش پیش‌رونده جمعیت سالمند در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته موجب معطوف شدن توجه به مسائل این گروه سنی شده است. از آنجایی که نرخ رشد جمعیت در کشورهای در حال توسعه به دلیل مداخلات توسعه‌ای با شیب بیشتری پایین آمده است و تغییرات جمعیتی که در کشورهای توسعه‌یافته طی صد سال به وجود آمده، در این کشورها طی سه یا چهار دهه اتفاق افتاده است، سرعت این تغییرات در کشورهای در حال توسعه بیشتر محسوس است. بر این اساس امروزه ضرورت فزاینده‌ای برای تأمین نیازهای بهداشتی، اجتماعی و فرهنگی برای سالمندان احساس می‌شود. لذا با توجه به اینکه پدیده سالمندی در همه جنبه‌های زندگی جوامع بشری از جمله طیف وسیعی از ساختارهای سنی، ارزش‌ها و معیارها و ایجاد سازمان‌های اجتماعی، تحولات قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد، مقابله با چالش‌های فراوی این پدیده و اتخاذ سیاست‌های مناسب برای ارتقای وضعیت جسمی، اجتماعی، روانی و رفاهی سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است.

در این راستا مسائل و امور مربوط به سالمندان یکی از مسائل مهم در جهان امروز است. اینکه سالمندی چیست؟ دارای چه

خصوصیاتی است و چگونه باید توأم با رفاه و سلامتی سپری شود به گونه‌ای که استقلال، کرامت، شأن و منزلت افراد حفظ شود موضوع‌هایی هستند که نظر عالمان اجتماعی و سیاستگذاران را به خود جلب کرده‌اند. میزان ارائه خدمات رفاهی به سالمندان و وضعیت رفاه سالمندان با بسیاری از عوامل اقتصادی - اجتماعی هر جامعه ارتباط دارد. به طوری که در کشورهای صنعتی و فوق صنعتی متأثر از جهت گیری نظام حمایت اجتماعی^۱ و ارائه خدمات رفاه همگانی به همه اقشار جامعه از جمله سالمندان، تلاش می‌شود که هر چه بیشتر نسبت به رفع نیازهای اساسی سالمندان از جمله درمان، توانبخشی، تغذیه، اوقات فراغت و ... اقدام‌های اساسی صورت پذیرد. در این رهگذر جوامع در حال توسعه نیز با محدودیت‌های مالی، صنعتی، اعتباری و مشکلات اقتصادی - اجتماعی کوشش می‌کنند تا در کنار نظام بیمه‌های اجتماعی در جریان تحقق عدالت اجتماعی و رفاه هر چه بیشتر این افراد اقدام‌هایی هر چند محدود انجام دهند.

در گذشته مراقبت طولانی مدت مترادف با مراقبت پرستاری در منزل بود. بعد از گذشت زمان و شکل گیری دولت رفاه این تعریف به خدمات سلامتی و الزامات آن گسترش یافت و فراهم کردن آن به طور رسمی و غیر رسمی در مؤسسه‌ها یا منزل با توجه به کارکردها و تاریخچه بیماری افراد امکان پذیر شد. با مدرن شدن جوامع و شکل گیری دولت رفاه و انواع جدید مراقبت‌ها نقش خانواده به حاشیه رانده شد ولی اکنون بعد از بحران‌هایی که دولت‌های رفاه با آن مواجهند و نقش تاریخی که خانواده در مراقبت از سالمندان داشته است انواع جدیدی از مدل‌ها و سیاست‌های خانواده محور در حال ارائه هستند. بنابراین تغییر الگوهای مراقبت از سالمندان با محوریت خانواده و جامعه در سه دهه گذشته به ویژه در کشورهای دارای دولت رفاه به دلایل زیر مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته است؛ سالمندان بیشتری تنها زندگی می‌کنند و به کمک نیاز دارند؛ بسیاری از سالمندان باری بیش از حد بر خانواده‌ها و دولت‌ها شده‌اند؛ تغییرات در هنجارها و ارزش‌های مرتبط با خانواده و کاهش فرزندآوری نیز از دیگر دلایل توجه به مسائل سالمندی است. البته برخی معتقدند در بسیاری از کشورهای توسعه یافته که حمایت از والدین سالمند صراحتاً در قانون بیان شده است، مسئولیت مشترک بین نسلی از بین نرفته اما مظاهر آن تغییر کرده است. این در حالی است که از نظر تاریخی و در حال حاضر در بسیاری از کشورها، خانواده، نزدیکان و شبکه‌های اجتماعی به طور کلی تنها یا منبع اصلی کمک بوده و هستند. بنابراین سیاست‌های اجتماعی مرتبط با خانواده می‌تواند نقشی تعیین کننده در حمایت و پشتیبانی از این منبع حمایتی تاریخی داشته باشد.

در کشور ما نیز خانواده نقشی تاریخی در حمایت و نگهداری از سالمندان داشته است به ویژه اینکه سبقه مذهبی عامل تقویت آن نیز است، به طوری که روایت‌ها و آیات بسیاری بر اهمیت احترام و حفظ شأن والدین به ویژه در دوران سالمندی تأکید داشته‌اند. خداوند متعال در آیه‌های ۲۳ و ۲۴ سوره اسراء می‌فرماید: «وَقَضَىٰ رَبِّيكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا فَتَنَّهُمَا هُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا» و پروردگار تو مقرر کرد که جز او را مپرستید و به پدر و مادر [خود] احسان کنید. اگر یکی از آن دو یا هر دو، در کنار تو به سالخوردگی رسیدند به آنها [حتی] «اوف» مگو و به آنان پر خاش مکن و با آنها سخنی شایسته بگو. «وَأَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذَّلْمِ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا» و از سر مهربانی، بال فروتنی بر آنان بگستر و بگو: «پروردگارا، آن دو را رحمت کن چنانکه مرا در خردی پروردند».

از طرفی سرشماری‌ها طی سال‌های اخیر نشان می‌دهند جمعیت سالمند در ایران در حال افزایش است؛ جمعیت سالمند در ایران طی چهار دهه گذشته از ۵ به ۱۰ درصد افزایش یافته است و پیش بینی می‌شود این رقم تا سال ۱۴۲۰ به ۲۰ درصد برسد. در حال حاضر، حدود ۹/۵ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال و ۶/۱ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال و بیشتر در کشور وجود دارد (۱ و ۲). بنابراین سالمندی و سال خور دگی جمعیت از چالش‌های اساسی پیش روی کشورمان است و در پیش گرفتن تمهیداتی برای فراهم آوردن بستر مناسبی جهت سالمندی کم آسیب و گذراندن دوران سالمندی همراه با رفاه، سلامتی و حفظ شئون انسانی الزامی سیاستی است. هم‌اکنون در کشور ما، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، سازمان تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، کانون بازنشستگان کشور و برخی مؤسسه‌های غیردولتی خیریه یا خصوصی و غیرانتفاعی امر رسیدگی به امور سالمندان را بر عهده دارند که با توجه به آمار و ارقام موجود و اظهار مسئولان این سازمان‌ها و نتایج برخی مطالعات انجام شده خدمات ارائه شده به سالمندان از سوی این مراجع به هیچ وجه واجد خصوصیات جامع، هماهنگ، در دسترس و کیفی (شاخص‌های مؤثر و کارآمد بودن خدمات) نیست. این در حالی است که برنامه‌های مختلفی نیز در



راستای حمایت از سالمندان تدوین شده‌اند از جمله برنامه‌های توسعه ۱۴۰۱-۱۳۵۲؛ طرح شهید رجایی ۱۳۶۴، نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ۱۳۳۸؛ برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران ۱۳۹۱؛ شهر دوستدار سالمند ۱۳۹۵؛ سند ملی سالمندان کشور ۱۳۹۹. با این حال موضوع سالمندی هنوز چالشی اساسی در حوزه سیاستگذاری است و طبق آینده‌پژوهی انجام شده تا سال ۱۴۳۰ جمعیت سالمندان در ایران سه برابر خواهد شد؛ بر مبنای فرض رشد حد متوسط، حدود ۲۵ درصد از کل جمعیت ایران در گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال خواهد بود که بسیار بیشتر از میانگین جهانی است. به‌طوری‌که براساس آمارها، جمعیت سالمندان ایران از سال ۱۴۱۹ رشد سریع‌تری نسبت به سایر جهان به خود می‌گیرد و تا سال ۱۴۲۴ میانگین رشد سالمندان کشور از میانگین جهانی سبقت می‌گیرد و پنج سال بعد حتی از رشد آسیا هم پیشی می‌گیرد [۳ و ۴]. بنابراین در این گزارش سعی شده است تا با مرور چالش‌های ناشی از سالمندی در ایران، مرور برنامه‌های موجود در حوزه سالمندی و همچنین مرور تجربیات کشورهای دیگر بسته‌های سیاستی مناسب در زمینه سالمندی در بستر خانواده ارائه شود و اینکه چه قوانینی به‌ویژه در حوزه سالمندی می‌توان تدوین کرد که «سالمندی سالم» و «سالمندی موفق» در بستر خانواده اتفاق افتد؟

۲. سالمندی در ایران



به‌وجود آمدن پدیده سالمندان تنها و بدون همسر است. موضوع دیگر که باید مورد توجه سیاستگذاران قرار گیرد افزایش جمعیت «زنان سالمند تنها» است که در بازه زمانی ۱۴۳۰ به بیش از سه برابر افزایش خواهد یافت؛ چراکه براساس بررسی‌های جهانی امید به زندگی زنان حدود ۴,۵ سال بیشتر از مردان است. البته این اختلاف در ایران کمتر و نزدیک به دو سال است. طبق نتایج یک پژوهش علمی و کاربردی با موضوع «پیام‌های اجتماعی - اقتصادی زندگی زنان سالمند تنها» که به سفارش دبیرخانه شورای ملی سالمندان و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد انجام شده است، ۷۱ درصد زنان سالمند تنها درآمدی ندارند و تنها ۲۹ درصد بقیه درآمد دارند و با توجه به افزایش الگوی تنها زیستی در میان زنان سالمند نسبت به مردان که به بیش از چهار برابر مردان سالمند رسیده است، تعداد زنان سالمند مجرد قطعی و مطلقه، نیم‌رخ زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده تغییر خواهد کرد، به‌گونه‌ای که تعداد زنان سالمند تنها، سه برابر می‌شود. [۶] بنابراین نه تنها کلیت موضوع سالمندی یکی از مسائل مهم و اساسی آینده کشور است، به‌طور خاص سالمندی زنان با توجه به بالا بودن جمعیت آنها و عدم توانمندسازی در کسب درآمد مسئله حادث‌تر خواهد بود و به‌تبع آن برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در مورد این خاص نیز باید متفاوت باشد.

اخیراً نیز به دلایلی مانند تأخیر در ازدواج فرزندان، تورم و مشکلات اقتصادی حمایت از فرزندان طولانی‌تر شده یا اینکه برخی از فرزندان به دلایل اقتصادی ترجیح می‌دهند به خانه والدین برگردند که این موضوع نیز سالمندان را با چالش مواجه می‌کند.

«طبق سرشماری‌های مرکز آمار ایران از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵ جمعیت ۶۰ سال به بالا در کشور از ۱,۴ به ۷,۴ میلیون نفر افزایش داشته است. می‌توان گفت طی شش دهه گذشته افزایش جمعیت سالمندان روند کند و آرام داشته، اما این روند در سال‌ها و دهه‌های آینده سرعت بیشتری به خود گرفته است، به‌طوری‌که براساس پیش‌بینی‌های جمعیتی تعداد سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر از ۷,۴ به ۳۳,۴ میلیون نفر در سال ۱۴۳۵ خواهد رسید و تعداد سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر نیز از ۵ میلیون نفر به حدود ۲۳ میلیون نفر افزایش خواهد داشت. به‌طور کلی، در مدت یک قرن از ۱۳۳۵ تا ۱۴۳۵ تعداد سالمندان در کشور حدود ۲۴ برابر افزایش خواهد یافت. بنابراین تحولات سالمندی در ایران از سال ۱۴۲۰ به بعد آغاز خواهد شد و پیش‌بینی می‌شود از سال ۱۴۲۵ کشور وارد فاز سالخوردگی جمعیت شود و سالمندان بخش قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل خواهند داد. «در سال ۱۳۹۵، کمتر از ۱۰ درصد جمعیت ایران را سالمندان ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل داده است اما این نسبت در سال ۱۴۳۵ به ۳۲ درصد می‌رسد. برای جمعیت سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر نیز این نسبت از ۶ به ۲۲ درصد طی دوره ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۵ افزایش خواهد یافت. از این رو، بر مبنای اینکه سن سالمندی را ۶۰ یا ۶۵ سال در نظر بگیریم حدود یک چهارم تا یک سوم جمعیت ایران در سال ۱۴۳۵ سالمند خواهد بود» [۵]. بنابراین سالمندی جمعیت از چالش‌های اساسی کشور خواهد بود. از جمله عواملی که موجب می‌شوند تا سالمندی بیشتر مورد توجه قرار گیرند عبارتند از: تغییرات در سبک زندگی جوانان و کاهش بعد خانوار، افزایش میزان تجرد قطعی، افزایش طلاق و

هزینه‌های بالایی دارند و برای همه افراد در دسترس نمی‌باشند. به‌طور کلی، آسایشگاه‌های سالمندان به چهار دسته تقسیم می‌شوند؛ آسایشگاه‌های زیر نظر سازمان بهزیستی، آسایشگاه‌های خیریه‌ای، آسایشگاه‌هایی که تلفیق خیریه‌ای و خصوصی هستند و آسایشگاه‌های خصوصی. برخی برنامه‌های اجتماع محور نیز به‌صورت موردی از سوی بهزیستی، شهرداری و مراکز مراقبتی روزانه ارائه می‌شوند که بخش عمده هزینه آن بر عهده سالمندانست. با توجه به بحران‌های اقتصادی مانند تورم، بیکاری، بحران مسکن و تحولات اجتماعی از جمله شهرنشینی، افزایش طلاق و تجرد قطعی، تک فرزندی و اشکال جدید سبک زندگی در بین جوانان جامعه در دهه‌های آینده با شکل‌های جدیدی از تجربه سالمندی مواجه می‌شود. بنابراین اکنون زمان مناسبی است تا روش‌های مناسب و درخور شرایط مورد بررسی قرار گیرند و الگوهای مراقبتی مناسب طراحی شوند.

نکته دیگر که باید در طراحی الگوهای توانمندسازی و مراقبتی از سالمندان مورد توجه قرار گیرد، فرهنگ سالمندی و سبک زندگی سالمندی در جامعه ایران است، به‌عبارتی دقیق‌تر کدام نهاد ظرفیت مناسب‌تری برای رفع نیازهای دوران سالمندی است و این گروه اجتماعی اقبال بیشتری نسبت به آن نشان می‌دهند. به‌عنوان نمونه می‌توان گفت براساس بررسی‌های صورت گرفته در مورد چگونگی دینداری در جامعه، افراد بالای ۵۰ سال در ابعاد مختلف دینداری از جمله اعتقادات، مناسک، اخلاق و رفتار دینی نسبت به دیگر گروه‌های سنی پایبندی ذهنی و رفتاری بالاتری دارند. [۷] لذا می‌توان گفت یکی از نهادهای با ظرفیت مناسب که می‌توان در ساماندهی افراد سالمند از آن استفاده کرد، نهاد دین و ظرفیت‌های متصل به آن از جمله مساجد است.

البته تحقیقات زیادی در حوزه سالمندی در ایران صورت گرفته است که بیشتر در زمینه‌های سلامت و الگوهای مراقبت بهداشتی، کیفیت زندگی، حوزه روان‌شناختی، حوزه اقتصادی و در حوزه اجتماعی بیشتر بر ابعاد طرد و حمایت اجتماعی پرداخته شده است و مطالعاتی موردی نیز در زمینه الگوهای مراقبتی اجتماع محور انجام گرفته است. این مطالعات بیشتر بر بعد فردی سالمندی تأکید داشته و بعد اجتماعی، الگوهای مراقبتی خانواده محور و مبتنی بر اجتماع کمتر مورد توجه قرار گرفته است. سیاستگذاری‌ها نیز بیشتر بر ابعاد بهداشت، درمان و اقتصاد سالمندان توجه داشته‌اند. همچنین شواهد نشان داده‌اند الگوهای مراقبت از سالمندی در کشور ما تنوع زیادی ندارند. نقش مراقبت از سالمندان به‌طور سنتی بر عهده خانواده بوده است. در گذشته سالمندان در خانواده‌های گسترده زندگی می‌کردند اما به‌دلیل تغییراتی که به‌واسطه توسعه اتفاق افتاد، اکنون خانواده هسته‌ای شکل غالب خانواده را تشکیل می‌دهد. بنابراین بسیاری از نقش‌ها و کارکردهای سالمندان محو شده و از میزان ارتباطات اجتماعی آنها کاسته شده است.

با این وجود در حال حاضر شکل غالب و متداول مراقبت از سالمندان معمولاً مراقبت در منزل و به‌صورت غیررسمی و بدون حمایت‌های دولت است؛ بیشترین حمایت از سالمندان از جانب اعضای خانواده مخصوصاً همسر و سپس فرزندان است. در ایران بعد از نهاد خانواده سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول ارائه خدمات مراقبتی به سالمندان نیازمند و بی‌سرپرست هستند؛ از مهم‌ترین مؤسسه‌های تحت پوشش وزارت رفاه و اداره بهزیستی آسایشگاه کهریزک است. برخی مراقبت‌ها از طریق برخی مؤسسه‌های خصوصی ارائه می‌شوند که

۳. مرور اسناد بالادستی در حوزه سالمندی: قوانین، سیاست‌ها و سازمان‌ها



طبق اصل (بیست و نهم) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران:

«برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات

و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند». تحلیل اسناد بالادستی در حوزه سالمندی کمک می‌کند تا نقاط ضعف و قوت برنامه‌ها و سیاست‌ها در این حوزه شناسایی و میزان کارآمدی آنها مشخص شود تا در سیاستگذاری‌های آتی جنبه‌های مثبت تقویت و خلأهای موجود رفع شوند. در این راستا در این بخش به مرور اسناد بالادستی از جمله قوانین، برنامه‌های مختلف توسعه و سیاست‌های مختلف حمایت از سالمندان (جدول ۱) پرداخته می‌شود.

جدول ۱. قوانین و سیاست‌ها در حوزه سالمندی

عنوان سند	مفاد
اصل (۲۹) قانون اساسی مصوب مجلس شورای اسلامی	گسترش بیمه و تأمین اجتماعی گروه‌های کم‌درآمد و همه سالمندان
طرح شهید رجایی (۱۳۶۴) مصوب مجلس شورای اسلامی	حمایت از سالمندان بالای ۶۰ سال
قانون برنامه اول توسعه (۱۳۶۸-۱۳۷۲) مصوبه مجلس شورای اسلامی	عدم توجه به پدیده سالمندی و جمعیت سالمند با وجود تأکید بر عدالت اجتماعی اشاره مشخصی به سالمندان نشده است.
قانون برنامه دوم توسعه (۱۳۷۳-۱۳۷۸) مصوب مجلس شورای اسلامی	در برخی تبصره‌ها به موضوع بازنشستگی پرداخته است. پرداخت یارانه به خانواده‌های کم‌درآمد و نیازمند فاقد توان کار و مستمری سالمندان تأسیس مراکز نگهداری از سالمندان
قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹-۱۳۸۳) مصوب مجلس شورای اسلامی	گسترش بیمه و تأمین اجتماعی گروه‌های کم‌درآمد و همه سالمندان پرداخت یارانه به خانواده‌های کم‌درآمد و نیازمند فاقد توان کار و مستمری سالمندان ساماندهی و توانبخشی بیماران مزمن و سالمندان تشکیل شورای ملی سالمندان فراهم ساختن امکان تداوم حضور سالمند در جامعه تأکید بر حفظ موقعیت و جایگاه سالمند در خانواده تأمین حداقل نیازهای اساسی سالمندان نیازمند در کشور تأکید بر حفظ احترام، شأن و حرمت سالمند فراهم ساختن امکان مشارکت مردم، انجمن‌ها و مؤسسات غیردولتی
قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (۱۳۸۳) مصوب مجلس شورای اسلامی	گسترش بیمه و تأمین اجتماعی گروه‌های کم‌درآمد و همه سالمندان توجه به زنان سالمند و تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای خاص برای زنان بیوه و سالخورده
قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴-۱۳۸۸) مصوب مجلس شورای اسلامی	مناسب‌سازی شهرها و معابر و ساختمان‌ها (شهر دوستدار سالمند) ساماندهی و توانبخشی سالمندان خارج کردن سالمندان توانمند شده از پوشش حمایت‌های مستقیم قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۸۹-۱۳۹۴) مصوب مجلس شورای اسلامی	شناسایی و توانبخشی و ساماندهی سالمندان گسترش بیمه و تأمین اجتماعی گروه‌های کم‌درآمد و همه سالمندان پرداخت یارانه به خانواده‌های کم‌درآمد و نیازمند فاقد توان کار و مستمری سالمندان

عنوان سند	مفاد
برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران (۱۳۹۱) مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش عالی	تأمین مسکن و تعمیر و بازسازی برای سالمندان برگزاری برنامه های تفریحی، فرهنگی، اجتماعی برای سالمندان، برنامه های اجتماع محور گسترش بیمه و تأمین اجتماعی گروه های کم درآمد و همه سالمندان به حداقل رساندن نیاز به استفاده از خانه سالمندان افزایش روزهای مرخصی مراقبان به میزان ۲ روز مشوق های مالی برای مراقبان از قبیل معافیت های مالیاتی پرداخت یارانه نگهداری از سالمند توسط سازمان بهزیستی کشور راه اندازی مراکز ارائه خدمات فرجه ای (نگهداری کوتاه مدت از سالمندانی که توسط خانواده هایشان نگهداری می شوند)
سیاست های کلان جمعیت (۱۳۹۳) ابلاغی مقام معظم رهبری	تأکید بر سلامت، تکریم و نگهداری سالمند در بستر خانواده
سیاست های کلی خانواده (۱۳۹۵) ابلاغی مقام معظم رهبری	اتخاذ روش های حمایتی و تشویقی مناسب برای تکریم سالمندان در خانواده و تقویت مراقبت های جسمی و روحی و عاطفی از آنان
شهر دوستدار سالمند (۱۳۹۵) مصوب شورای شهر تهران	مشارکت و همکاری با سازمان های مردم نهاد
قانون برنامه ششم توسعه (۱۴۰۰-۱۳۹۶) مصوب مجلس شورای اسلامی	گسترش بیمه و تأمین اجتماعی گروه های کم درآمد و همه سالمندان تداوم اجرای طرح ساماندهی و توان بخشی سالمندان

اما به دلیل عدم ارتباط و هماهنگی بین نهادهای ذی ربط به طور کامل به اجرا در نیامده است. بنابراین همان گونه که مشهود است برنامه های توسعه در حوزه سالمندی به رغم دیگر کشورها تنها محدود به ارائه خدمات بهداشتی و بازنشستگی بوده و الگوهای خانواده محور و اجتماع محور از اولویت برخوردار نبوده اند؛ این برنامه ها را به صورت موردی شهرداری ها یا بخش خصوصی اجرا می کنند و معمولاً آگاهی کافی در مورد آنان وجود ندارند.

موضوع مهم دیگر عدم توجه به تفاوت های جنسیتی در برنامه هاست. از آنجا که کشور ما با پدیده زنان سالمند تنها مواجه است سیاست های آتی باید به این موضوع توجه داشته باشد.

در راستای بررسی سیاست های مختلف در حوزه سالمندی لازم به توضیح است که نهادهای مختلفی از جمله شهرداری، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت و درمان و کمیته امداد در کشور، متولی امر سالمندی هستند و در بسیاری موارد در اجرای وظایفشان هم پوشانی و موازی کاری دارند لذا بررسی نهادهای ارائه خدمات و سازمان های مرتبط با آن در راستای بررسی وظایف و عملکرد آنها در اجرای سیاست ها ضروری است. در جدول زیر نهادهای ارائه دهنده خدمات، زیر مجموعه ها و خدمات آنها توضیح داده شده است.

در میان اسناد بالادستی از جمله سیاست های کلی خانواده و جمعیت که به نوعی تعیین کننده راهبرد محوری در مواجهه با سالمندان جامعه هستند، نگهداری و مراقبت از آنان در بستر خانواده و توجه به انواع نیاز های روحی و عاطفی این گروه مورد تأکید بوده است. مضاف بر آن در اصل (۲۹) قانون اساسی به موضوع تأمین اجتماعی و حمایت مالی از سالمندان اشاره شده است. به نوعی می توان گفت، مجموعه اسناد بالادستی و سیاستی ابعاد مختلف زیست سالمندی را مورد توجه قرار داده اند.

اما در برنامه های پنج ساله توسعه نگاه جامعی به نیازها و مسائل سالمندان وجود نداشته و بیشترین توجه برنامه ها بر امور اقتصادی و تأمین اجتماعی و اختصاص یارانه به فرد یا سازمان هایی مانند بهزیستی بوده است که خدمات آنها بیشتر شامل سلامت و بهداشت بوده و ابعاد دیگر زندگی سالمندان از جمله زندگی اجتماعی و بهره مندی از حمایت های مختلف اجتماعی مورد غفلت قرار گرفته است. در واقع سالمندی و مسائل آنان محدود به بازنشستگی شده و طبق برخی مطالعات کیفیت خدمات آن نیز مورد رضایت سالمندان نیست [۸].

تنها سند جامع در بین اسناد مورد بررسی برنامه ملی تحول نظام سلامت، رفاه و منزلت سالمندان ایران است که در آن بر حمایت از خانواده های دارای سالمند نیز تأکید شده



جدول ۲. نهادهای ارائه‌دهنده خدمات به سالمندان

خدمات	سازمان‌های ذیربط	نهادهای ارائه‌دهنده خدمات
خدمات مرتبط با سلامت فیزیکی و روانی آموزش‌های مرتبط با شیوه زندگی سالم	پایگاه‌های بهداشت و مراکز جامع سلامت شهری	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
خدمات مرتبط با سلامت فیزیکی و روانی	کلینیک‌ها و بیمارستان‌های تخصصی سالمندان	
خدمات مراقبتی، مشاوره‌ای، آموزشی، درمانی، توانبخشی	مراکز خدمات پرستاری در منزل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
عرضه خدمات آموزشی و توانبخشی به سالمندان با همکاری بخش غیردولتی مشاوره به خانواده ارائه خدمات سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی	مراکز توانبخشی روزانه سالمندان	سازمان بهزیستی
ارائه خدمات پزشکی، پرستاری، توانبخشی و روان‌شناسی	مراکز توانبخشی در منزل سازمان بهزیستی	
ارائه خدمات توانبخشی و مراقبتی به سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند	مراکز مراقبت در منزل سازمان بهزیستی	
ارائه خدمات پزشکی و پرستاری، خدمات توانبخشی پزشکی (توان پزشکی)، توانبخشی اجتماعی، توانبخشی حرفه‌ای، توانبخشی آموزشی (آموزش به منظور انجام فعالیت‌های روزمره) و برنامه‌های اوقات فراغت	مراکز نگهداری شبانه‌روزی سالمندان	
خدمات فرهنگی، ورزشی، سلامت، پیشگیری، آموزشی، پژوهشی، مذهبی، زیارتی و سیاحتی، هنری، اشتغال و کارآفرینی، تفریحی، اجتماع‌محور، مشارکتی، حقوقی و قانونی، مشاوره‌ای، محله‌محور در قالب نهادهای مردم‌نهاد	بنیادهای فرزندان (تحت نظارت دبیرخانه شورای ملی سالمندان کشور)	
خدمات سلامت، ساماندهی فعالیت‌های داوطلبانه در راستای افزایش مشارکت اجتماعی	-----	خانه سلامت و کانون‌های سالمندان شهرداری تهران
خدمات بیمه‌ای و حمایتی به همه اقشار جامعه از جمله سالمندان	-----	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
تأمین نیازهای حمایتی، معیشتی، فرهنگی و ارتقای سطح زندگی افراد از جمله سالمندان	-----	کمیته امداد امام خمینی (ره)
خدمات درمانی، توانبخشی و معیشت بیمه‌شدگان در دوران سالمندی	-----	صندوق‌های بازنشستگی

همان‌گونه که در جدول بالا مشخص است متولیان اصلی در حوزه سالمندی صندوق‌های بازنشستگی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند که بیشتر در جهت نیازهای بهداشتی و اقتصادی سالمندان به ارائه خدمات پرداخته‌اند. از گذشته تا به امروز سازمان‌هایی مانند شهرداری، بهزیستی و کمیته امداد کمک‌های حمایتی را برای اقشار آسیب‌پذیر تعریف کرده‌اند که حمایت آنان از سالمندان در راستای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر مانند معلولان، بی‌سرپرستان و زنان سرپرست خانواده بوده است. همچنین تقسیم وظایف بین سازمان‌ها و نهادهای متولی گنگ و مبهم بوده و این موضوع بر عدم اجرای مصوبات تأثیر گذاشته است. لذا خلأ مشهودی در حوزه خانواده‌محوری حمایت از سالمندی در میان دستگاه‌ها وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت باز تعریف الگوهای حمایت از سالمندی با محوریت خانواده و مبتنی بر سیاست‌های کلی خانواده و جمعیت در دستور این نهادها قرار نگرفته و حمایت و توانمندی خانواده‌ها در مراقبت از سالمند یا ایجاد شبه خانواده‌های پذیرای سالمندان در الگوی غالب اجرایی جایگاهی ندارد.



۴. مطالعات تطبیقی (تجربه کشورهای سنگاپور / سوئد / آمریکا / کانادا / دانمارک)^۱

وجود خواهند داشت. از آنجایی که سنگاپور کشوری آسیایی است خانواده، مفهومی محوری برای سیاستمداران، سیاستگذاران و مردم است و این موضوع موجب شده تا سیاست های سالمندی آنها بر محور خانواده تدوین شوند. «به سنگاپوری ها یادآوری می شود که خانواده باید اولین خط دفاعی برای خانواده های سالخورده باشد و به دنبال آن جامعه - دولت به عنوان آخرین راه چاره وارد عمل خواهد شد».

ایدئولوژی ملی دولت سنگاپور این است که «خانواده ها سنگ بنای جامعه هستند» و این امر به آنها کمک کرده تا در ایجاد جامعه ای «خانواده محور» ثابت قدم باشند. وزیر ارشد، آقای گوچوک تونگ، سیاست ملی در مورد پیری جمعیت را این گونه توضیح داده است «ما می خواهیم سنگاپوری ها با وقار پیر شوند و در جامعه مشارکت داشته باشند. ما می خواهیم آنها به طور فعال در زندگی خانوادگی و اجتماعی شرکت کنند و در راستای چشم انداز سنگاپور، ما باید حس قوی انسجام بین نسل ها را حفظ کنیم. سنگاپور باید بهترین خانه برای همه نسل ها باشد». به عموم مردم سنگاپور پیوسته یادآوری می شود که خانواده باید اولین خط حمایت از سالمندان باشد و پس از آن جامعه یعنی سازمان های داوطلبانه، انجمن های قوم محور^۲، بنیادهای خصوصی و مؤسسات خیریه مذهبی می توانند وظیفه حمایت از سالمندان را برعهده گیرند. دولت در صورت لزوم برای کمک به این خانواده و سازمان های مرتبط وارد عمل خواهد شد. به عبارت دیگر، زمانی که افراد سالمند به هیچ وجه توسط اعضای خانواده و انجمن ها مورد حمایت قرار نگیرند یا زمانی که کمک های ارائه شده در خصوص نیازهای شان ناکافی باشد، دولت وارد عمل شده و یک شبکه ایمنی برای سالمند فراهم می کند. به طور کلی، رویکرد دولت سنگاپور ارائه مسکن دولتی یارانه ای، تسهیل و تنظیم یک صندوق تأمین ملی^۴ (به عنوان مثال، صندوق تأمین مرکزی) و یک سیستم ارائه مراقبت های بهداشتی است که ترکیبی از مراقبت های خصوصی و دولتی، منظم^۵ و طولانی مدت هم برای افراد ثروتمند و هم برای افراد فقیر است. سیاست های خانواده محور دولت سنگاپور در

براساس گزارش اتحادیه اروپا [۹]، افراد سالمند نیازمند به مراقبت های طولانی مدت از سال ۲۰۱۹ تا ۲۰۵۰ از ۳۰/۸ میلیون به ۳۸/۱ میلیون نفر خواهد رسید. همچنین هزینه های ضروری برای این گروه از افراد در بازه زمانی مذکور از ۱/۷ به ۲/۵ درصد تولید ناخالص داخلی می رسد. مضاف بر آنکه ارزش اقتصادی زمان صرف شده برای مراقبت های غیررسمی ۲/۴ تا ۲/۷ درصد از تولید ناخالص داخلی اتحادیه اروپا تخمین زده شده که از هزینه های بیشتر کشورهای اتحادیه اروپا بیشتر است.

مسئله اصلی در کشورهای اتحادیه اروپا هزینه، در دسترس بودن خدمات و کیفیت خدمات است و برای خیلی از خانواده ها دریافت خدمات رسمی مراقبت طولانی در منزل مقرون به صرفه نیست (پرستار در منزل) و مراقبت های طولانی مدت به طور غیررسمی از سوی خانواده ها و جوامع محلی ارائه می شود.

نکته دیگر در مورد شاغلان در مشاغل نگهداری و مراقبت از سالمند، نبود نیروی ماهر و متخصص، عدم شناخت اجتماعی و مهارت و از سوی دیگر فرسودگی بالای شغلی و ... است. گفتنی است براساس این گزارش حدود ۶/۴ میلیون نفر در بخش مراقبت های طولانی مدت از سالمند در اتحادیه اروپا کار می کنند که تقریباً ۹۰ درصد آنها زن و سالخورده هستند.

لذا نه تنها زاننه بودن سالمندی یکی از چالش های آینده جامعه است، نظام اشتغال و مراقبان از سالمندی نیز زاننه است و به حمایت های خاص از جمله، مهارت افزایی، تعریف ردیف شغلی در نظام اشتغال و بیمه، آموزش دوره ای شاغلان در این بخش و همچنین تعریف نظام نظارتی دقیق دارد.

در ادامه به مرور قوانین برخی از کشورها اشاره می شود.

سنگاپور^۲

سنگاپور از کشورهای آسیای جنوب شرقی است که به دلیل سیاست های کنترل جمعیت دارای رشد جمعیت پایینی بوده و اکنون و در سال های پیش رو به ویژه در ۳۰ سال آینده با چالش های جوامع رو به سالمندی مواجه است؛ نرخ رشد جمعیت در سنگاپور پایین آمده در نتیجه فرزندان کمتری برای مراقبت از سالمندان

۱. لازم به توضیح است که در این بخش تنها تجربیات کشورهایی مورد بررسی قرار گرفته است که سیاست های شان مبتنی بر خانواده و به اصطلاح خانواده محور بوده اند.

۲. مطالب این بخش از منبع زیر ترجمه شده است:

Kalyani, K., & Mehta, P. (2006). A Critical Review of Singapore's Policies Aimed at Supporting Families Caring for Older Members. Journal of Aging & Social Policy, 43-57.

3. Ethnic-Based Associations

۴. این صندوق ها مشابه صندوق های بازنشستگی کشورمان است و در واقع نوعی پس انداز برای دوران سالمندی محسوب می شود.

5. Acute



حمایت از خانواده‌های دارای سالمند شامل امنیت و حمایت مالی، مراقبت‌های بهداشتی، مسکن و حمایت از مراقبان در خانواده است. **امنیت و حمایت مالی:** این طرح شامل یک صندوق مرکزی پس‌انداز برای افراد فعال در بخش اقتصادی است که در سال ۱۹۸۴ به اجرا درآمده است. پایه اصلی امنیت مالی سنگاپوری‌های مسن‌تر شامل طرح صندوق تأمین مرکزی^۱ (CPF) است و در جایی که این حمایت برای فردی ناکافی یا در دسترس نباشد، خانواده به شبکه ایمنی تبدیل می‌شود. این سیاست شامل بیمه‌های اختیاری و اجباری برای افراد فعال در بخش اقتصادی بوده و خانواده‌های آنها را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد؛ بخشی از درآمد آنها برای دوران سالمندی‌شان ذخیره می‌شود. البته در محدوده معینی، افراد می‌توانند بخشی از پس‌انداز خود را صرف سرمایه‌گذاری، مسکن، آموزش عالی برای کودکان و حتی حفاظت از خانه کنند. طرح صندوق‌های بازنشستگی سنگاپور به دلیل عدم پوشش همگانی و عدم کفایت بودجه برای تأمین امنیت بازنشستگی، به‌ویژه برای گروه‌های کم‌درآمد مورد انتقاد قرار گرفته است. به این دلیل که زمان زیادی از تأسیس آنها نمی‌گذرد و همچنین بسیاری از گروه‌های سالمندی تحت پوشش آن نیستند. دلایل اصلی برای ناکافی بودن حمایت مالی این صندوق عبارتند از: هزینه‌های بالای زندگی، پس‌انداز کم و هزینه‌های بالای پزشکی. از آنجایی که هزینه‌های درمانی احتمالی در سال‌های بازنشستگی برای این طرح کافی نیست از سنگاپوری‌ها خواسته می‌شود که بیمه‌های پزشکی خصوصی خریداری کنند و در صورت عدم استطاعت خرید این گونه بیمه‌ها، فرزندان منابع مالی لازم برای حمایت از والدین سالخورده را فراهم می‌کنند.

به غیر از طرح صندوق مرکزی پس‌انداز، دو طرح دیگر وجود دارد که به عنوان شبکه ایمنی برای سالمندان سنگاپور عمل می‌کند. یکی طرح کمک‌های عمومی اجتماعی که وزارت توسعه انجمنی، جوانان و ورزش^۲ (MCYS) از طریق شوراهای توسعه انجمنی پرداخت می‌کند. در این طرح افراد و از جمله سالمندان می‌توانند کمک هزینه‌ای عمومی را از طریق انجمن‌های داوطلبانه به مقدار ماهیانه ۲۶۰ دلار سنگاپور (حدود ۱۵۸ دلار آمریکا) دریافت کنند و همچنین افرادی که از این کمک‌ها استفاده می‌کنند حق استفاده از خدمات رایگان پزشکی را نیز دارند. در سال ۲۰۰۳، ۸۶ درصد از مجموع افرادی را که از این طرح بهره‌مند شده‌اند سالمندان تشکیل

می‌دهند. مشکل این طرح در آن است که نرخ‌های پرداختی با افزایش نرخ تورم در سنگاپور تناسب ندارد. طرح دوم مدی فاند^۳ برای بیماران فقیر (آنها باید شهروند سنگاپور یا مقیم دائم باشند) در دسترس است که به پرداخت قبوض بیمارستان خود قادر نیستند. با این حال، مسئولیت درخواست برای این کمک بر عهده بیماران است و گاهی اوقات آنها از وجود این طرح آگاه نیستند. در این بخش همچنین کمک مالی کوتاه‌مدت به خانواده‌هایی که مشکلات مالی موقت دارند یا در بحران‌هایی مانند مرگ ناگهانی اعضای خانواده یا تعدیل نیرو قرار می‌گیرند وجود دارد مثلاً در رکود اقتصادی آسیا پس از سال ۱۹۹۷، بسیاری از کارگران میان‌سال اخراج شدند و خانواده‌ها مجبور شدند تا زمانی که نان‌آوران اصلی دوباره استخدام شوند، به چنین طرح‌هایی روی آورند. در راستای تطبیق کارگران مسن‌تر با نیازهای جدید بازار کار نیز برنامه‌های افزایش مهارت‌ها طراحی شده‌اند. دولت در تمام این طرح‌ها رویکرد غیر رفاهی را انتخاب کرده و تمایلی به پرداخت نقدی مستقیم در قالب یارانه‌های نقدی به افراد نیازمند ندارد. این استراتژی رفاهی به سبک سنگاپور «سوسیالیسم طرف عرضه»^۴ نامیده می‌شود که در آن هر شکلی از کمک مالی معمولاً به منبع ارائه خدمت مانند سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط و نه خود فرد ارائه می‌شود.

در جهت حمایت‌های مالی و حفظ امنیت اقتصادی سالمندان در سال ۱۹۹۶، قانون نگهداری از والدین به تصویب مجلس سنگاپور رسید. این مصوبه یک بستر قانونی برای افراد مسن سنگاپور که از نظر مالی توسط فرزندانشان حمایت نمی‌شوند با هدف ترویج و حفظ پیوندهای خانوادگی ایجاد کرده است - این قانون به ساکنان سنگاپوری ۶۰ سال به بالا - که به تأمین مخارج خود قادر نیستند - اجازه می‌دهد تا از طریق دادگاه از فرزندان خود کمک مالی در قالب پرداخت‌های ماهیانه و یا به صورت یکجا درخواست کنند. در صورت اثبات این موضوع که فرزندان به تأمین مالی والدین سالمند قادر نیستند، خود دولت حمایت از سالمندان را بر عهده می‌گیرد^۵ - این قانون یک مکانیسم قانونی رسمی برای محافظت از افراد مسن است که فرزندان آنها از نظر مالی از آنها غافل شوند. دادگاهی که درخواست‌ها را بررسی می‌کند (که ممکن است از یک فرد مسن یا حتی شخص ثالث مانند مدیر خانه سالمندان باشد) زیر نظر وزارت توسعه انجمنی، جوانان و ورزش فعالیت می‌کند.

1. Central Provident Fund (CPF)

2. the Ministry of Community Development, Youth and Sports

3. Medifund

4. Supply-side Socialism

۵. برای جزئیات بیشتر به <https://www.msf.gov.sg/what-we-do/maintenance-of-parents> و همچنین <https://sso.agc.gov.sg> مراجعه کنید.

تا سقف ۶۰۰۰ دلار سنگاپور بدون پرداخت مالیات بیمه بخرند. نکته قابل ذکر این است که فرزندان بزرگسال، برای انجام این کار باید پول نقد اضافی و همچنین رابطه‌ای صمیمی با والدین خود داشته باشند. برای والدینی که روابط تیره‌ای با فرزندان خود دارند یا فرزندان شان به خارج از کشور مهاجرت کرده‌اند و تمامی روابط و مسئولیت‌های فرزندی خود را قطع کرده‌اند، چه می‌شود؟ در مورد دوم، قانون نگهداری از والدین به نیازهای آنها مربوط نمی‌شود زیرا محدوده قانونی فراتر از مرزهای ملی اعمال نمی‌شود. با رشد روند جهانی شدن، امکان مهاجرت فرزندان به خارج از کشور یک تهدید واقعی برای رفاه افراد مسن در سنگاپور است. از منظر خوش بینانه، فرزندان که مهاجرت کرده‌اند ممکن است پول بیمه را تأمین کنند اما مراقبت‌های جسمی و عاطفی وجود ندارد. از منظر بدبینانه، زوج‌های مسن تر باید به تنهایی نیازهای مالی، عاطفی و جسمی خود را تأمین کنند و این عدم حضور فرزندان از نظر روانی می‌تواند مرگ را تسریع کند (مخصوصاً اگر فرزندان غایب اصلاً با والدین تماس نداشته باشند). در حالی که سیستم مراقبت‌های طولانی مدت در سنگاپور به سطح متوسطی از توسعه رسیده تقاضای بیشتری برای خانه‌های سالمندان مقرون به صرفه نسبت به عرضه وجود دارد. بنابراین، جا برای یک سیستم پیچیده تر و کاربر پسندتر از مراقبت‌های سازمانی و مبتنی بر جامعه وجود دارد تا نیازهای افراد مسن را در آینده برآورده کند. نکته مهم طرح‌های مراقبت‌های بهداشتی عدم حساسیت به جنسیت است و زنان طلاق گرفته و مجرد بیشترین آسیب را در ارتباط با عدم دسترسی به بیمه‌های بهداشتی می‌بینند.

مسکن و مراقبت از خانواده: این فرض که مراقبت از پیر و جوان به عهده خانواده و به طور سنتی بخشی از وظایف مراقبتی زنان است نیز ویژگی مشترک خانواده‌های آسیای جنوب شرقی است. با این حال، در واقعیت، سیستم مراقبتی خانواده در نتیجه تغییر الگوهای کاری، مهاجرت، تغییر در سبک زندگی و ترتیبات زندگی و غیره تحت فشار و استرس شدید قرار گرفته است. در جایی که روش‌های کنترل جمعیت موفقیت آمیز بوده منجر به کاهش نرخ رشد جمعیت شده و بار مراقبت از افراد جوان و پیر برای خانواده‌های کوچک تر سنگین تر شده است [۸] همان طور که قبلاً ذکر شد، سنگاپور در روش‌های کنترل جمعیت که در اواسط قرن بیستم معرفی شد، بسیار پرسرعت بوده است.

استرس‌هایی که خانواده‌های سنگاپوری با آن مواجه‌اند برای بسیاری از محققان مستند شده است. با این حال، تغییرات بسیار

مراجعه کنندگان نسبتاً کم که به دادگاه نگهداری از والدین^۱ مراجعه کرده‌اند نشان می‌دهد که این دادگاه عمدتاً به عنوان شکلی از استراتژی پیشگیرانه در برابر رها شدن سالمندان در آینده توسط فرزندان و تقویت ارزش‌های اجتماعی مسئولیت‌های فرزندی عمل می‌کند. دولت سنگاپور پیام روشنی ارسال کرده است که مراقبت از خانواده در دوران پیری باید هنجار غالب باشد، موضعی که با مفهوم آسیایی احترام به والدین^۲ مطابقت دارد. یکی از ابعاد جالب این قانون این است که والدین غیر مسئول حق دریافت حمایت مالی از فرزندان را ندارند، اگر یکی از والدین سالخورده فرزندان خود را در سنین جوانی مورد آزار و اذیت قرار داده یا آنها را ترک کرده باشد و در سنین پیری، درخواست حمایت مالی کند فرزندان می‌توانند درخواست آنها را رد کنند. با این حال، فرزندان باید مدارکی در مورد بی‌مسئولیتی والدین به دادگاه ارائه دهند.

طبق کالیانی و مهتا [۱۰] یک انتقاد جدی از سیاست فعلی صندوق مرکزی پس انداز این است که پس از مرگ همسر، حمایت مالی از یک بیوه بازمانده وجود ندارد. طبق قوانین صندوق، یک عضو می‌تواند هر کسی را که می‌خواهد به عنوان بازمانده اعلام کند تا پس انداز به او تعلق گیرد. به طور فرضی، اگر زنی هرگز شاغل نشده باشد، یعنی تمام زندگی خود را به عنوان خانه دار گذرانده باشد و از شوهر و فرزندان و والدین سالخورده مراقبت کند، اگر شوهرش او را به عنوان ذی نفع خود معرفی نکند و دارایی‌های دیگری نداشته باشد شاید از نظر مالی دچار ناامنی شود. دلیل چنین سیاستی می‌تواند این باشد که از آنجایی که این یک حساب دارایی با مدیریت فردی است، عضو حق انتخاب دارد که چه کسی را به عنوان ذی نفع معرفی کند. با این حال، چنین سیاستی در تضاد با فلسفه دولت است که خانواده اولین خط حمایت از فرد است.

مراقبت‌های بهداشتی: هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی مهم ترین نگرانی سنگاپوری‌های مسن است. تعجب آور نیست زیرا هزینه‌های پزشکی در سنگاپور نسبتاً بالاست و نسبت بالایی از سالمندان هیچ بیمه پزشکی خصوصی ندارند. پس انداز در صندوق مرکزی بازنشستگی آنها اغلب به دلیل سابقه قبلی مشاغل کم دستمزد و مدت کوتاه عضویت در طرح کم است. در دهه اول (۱۹۹۴-۱۹۸۴)، کمک‌های اجباری نیز کم بود، بنابراین حساب بسیار کند رشد کرد. اگرچه دولت بخشی از ثروت کشور را از طریق طرح افزایش قیمت طرح‌های صندوق بین گروه‌های مسن تر توزیع کرده است، اما این افزایش نامشخص و حداقلی است. در این راستا دولت به فرزندان اجازه می‌دهد تا برای والدین خود سالیانه

1. Tribunal for Maintenance of Parents

2. Filial Piety



کمی در سیاست‌های کاهش استرس خانواده‌ها صورت گرفته است؛ در آگوست ۲۰۰۴، تغییر کلیدی مورد انتظار تغییر به یک هفته کاری پنج روزه با کارمندان دولتی بود، تغییر سیاستی که نخست‌وزیر آقای لی هسین لونگ^۱ ارائه داد. سنگاپور در قانون مرخصی خانوادگی برای والدین بیمار^۲ از بسیاری دیگر از کشورهای توسعه یافته عقب مانده است، اگرچه مسئولیت مراقبت از اعضای سالمند کاملاً بر دوش فرزندان است. چنین تغییر سیاستی تا حد زیادی به کاهش استرس فرزندان کمک می‌کند. بسیاری از فرزندان در سنگاپور بیشتر مرخصی سالیانه تعطیلات خود را به رسیدگی به بستگان سالخورده و بیمار صرف می‌کنند. مرخصی همدلانه^۳ نیز معمولاً زمانی که یکی از اعضای نزدیک خانواده فوت می‌کند شامل کارمند می‌شود، اما مرخصی خانوادگی به فرزندان امکان می‌دهد مدتی را با والدین بیمار خود بگذرانند.

در شرایط پیری جمعیت، چنین سیاست‌هایی برای کاهش استرس فرزندان که ممکن است مجرد باشند و در نتیجه هرگز از مرخصی پرداختی مراقبت از کودک استفاده نکنند، بسیار مورد نیاز است! از طرف دیگر، کارمندان متأهل بدون فرزند احساس می‌کنند که به علایق آنها نیز توجه می‌شود. مرخصی خانوادگی می‌تواند جایگزین مرخصی مراقبت از کودک شود که همکاران آنها با فرزندان خردسال از آن بهره‌مند می‌شوند. وقتی سطح استرس کارکنان کاهش می‌یابد، بهره‌وری افزایش می‌یابد و در نهایت سازمانی که برای آن کار می‌کنند از فایده آن سود می‌برد. خانواده‌ها به‌طور هم‌زمان تقویت می‌شوند زیرا مسئولیت‌های بین‌نسلی می‌تواند با فشار و تنش کمتر انجام شود. میزان بالای اقامت مشترک والدین مسن و فرزندان در سنگاپور تا حدودی به دلیل سیاست‌های مسکن است که به طرق مختلف مشوق‌هایی را ارائه می‌دهد. حدود ۹۰ درصد از مردم سنگاپور در آپارتمان‌های هیئت توسعه مسکن^۴ زندگی می‌کنند، و این یک هیئت قانونی زیر نظر دولت است. طرح مسکن چند طبقه و طرح آپارتمان مادر بزرگ^۵ نمونه‌هایی از اولویت‌هایی هستند که به متقاضیان خانواده چندنسلی هنگام خرید آپارتمان‌شان داده می‌شود. برای کسانی که ترجیح می‌دهند در نزدیکی امانه زیر یک سقف زندگی کنند، طرح اقامت نزدیک به والدین کمک هزینه‌ای بین ۵۰۰۰۰-۴۰۰۰۰ دلار سنگاپور (۳۰۰۰۰-۲۴۰۰۰ دلار

آمریکا) برای فرزندان بالغ متأهل ارائه می‌دهد که به خرید یک آپارتمان در نزدیکی خانه والدین خود مایل هستند.

حمایت دولت از مراقبان خانواده: دولت سنگاپور با آنکه در حال حاضر به گروه‌های خودیاری که از مراقبان خانواده حمایت می‌کنند کمک می‌کند، در مقایسه با گستره وسیع مراقبت‌های خانواده ناچیز است و همچنین برای مقابله با استرسی که می‌تواند ایجاد شود ناکافی است. در حال حاضر، شورای ملی خدمات اجتماعی، یک هیئت قانونی، برخی از حمایت‌های مالی را برای مراکز مراقبتی حضوری فراهم می‌کند که بر نیازهای مراقبان، از جمله مراقبان خویشاوندان مسن تر متمرکز است. وزارت توسعه انجمنی، جوانان و ورزش یک طرح کمک متقابل دارد که هدف آن تسهیل شبکه‌سازی میان خانواده‌های همسایه دارای اقوام مسن تر است. با وجود گذشت یک دهه هنوز تبلیغات در مورد آن کم است، بنابراین افراد زیادی از آن آگاه نیستند. حمایت‌های مالی توسط یک سازمان رفاهی داوطلبانه که یک مرکز مشاوره را به‌طور خاص برای خانواده‌های سالخورده اختصاص داده است، ارائه می‌شود. یک گروه حرفه‌ای تمام‌وقت از مشاوران و داوطلبان آموزش دیده برای مدیریت خط تلفن ویژه سالمندان و اعضای خانواده آنها وجود دارد. دادگاه نگهداری والدین نیز تمام درخواست‌های مربوط به قانون نگهداری والدین را مدیریت می‌کند. دادگاه خانواده به پرونده‌های آزار جسمی و روحی تحت نظارت زنان (کارمندان زن) رسیدگی می‌کند. طبق یک مطالعه اخیر، سالیانه حدود ۱۰۰ مورد سالمند آزاری در دوره ۲۰۰۳-۱۹۹۹ رخ می‌دهد. ایجاد پروتکل لازم برای رسیدگی به پرونده‌های سالمندان آزاری به یک سازمان مردم‌نهاد محول شده است [۱۰].

به‌طور کلی می‌توان گفت سیاست‌های رفاهی در سنگاپور مبتنی بر خانواده است و در این راستا مسئولیت‌های اولیه در قبال سالمندان بر عهده خانواده است. بنابراین الگوی مراقبتی غالب در حوزه سالمندی در کشور سنگاپور خانواده‌محور بوده و طبق قانون این فرزندان هستند که متولی اصلی نگهداری از والدین سالمند هستند و در جهت تسهیل و حمایت از این قانون، صندوق‌های پس‌انداز مرکزی، معافیت‌های مالیاتی، ارائه مسکن دولتی و ایجاد شبکه‌های حمایتی داوطلبانه از طریق سازمان‌های دولتی و مردم‌نهاد و حمایت از مراقبان شکل گرفته‌اند. در این بین نیز

1. Lee Hsien Loong
2. legislation of Family Leave for sick parents/parents' in-law
3. Compassionate leave
4. Housing Development Board (HDB) flats
5. the Multitier housing scheme and Granny flats scheme
6. Touch Caregivers Centre

سالخورده هم از نظر جمعی و هم از نظر محلی یک نگرانی عمومی است، چیزی که پایه‌های دولت رفاه اسکاندیناوی را تشکیل می‌داد. در این راستا کمک به افراد نیازمند و سایر امور اجتماعی در سال ۱۸۶۲ به شوراهای شهرداری واگذار شد.

درواقع، یکی از سنگ بناهای صریح در سیستم رفاه سوئد پس از جنگ، جایگزینی خدمات عمومی به جای مسئولیت‌های خانوادگی سابق بود. همگام با رشد اقتصادی، دولت باید به تدریج خدمات و مراقبت از کودکان، معلولان و سالمندان را گسترش دهد. در این راستا، از دهه ۱۹۶۰ و تا نیمه دوم دهه ۱۹۸۰، مراقبت عمومی از سالمندان به طور قابل توجهی در کشورهای شمال اروپا گسترش یافت. قبل از سال ۱۹۵۰، مراقبت‌های عمومی سالمندان در سوئد اغلب به معنای مراقبت‌های سازمانی بود. حدود ۲۰ درصد از افراد ۸۰ ساله و بالاتر در سال ۱۹۵۰ از این مراقبت‌ها استفاده می‌کردند. این در حالی بود که رسوایی‌های بزرگ در خانه‌های سالمندان و فشارهای عمومی توسط رسانه‌ها و مطالبات جنبش‌های بازنشستگان نوپا، دولت را مجبور کرد کمک‌های عمومی در خانه را ترویج کند (کمک در کارها و همچنین مراقبت شخصی)، که به طور چشمگیری در دو دهه بعد گسترش یافت.

در دهه ۱۹۹۰، مراقبت از سالمندان در خانواده در سوئد رونق دوباره‌ای گرفت و حتی به قانون راه یافت. در این راستا تحقیقات نیز به نقش حیاتی خانواده‌ها و تعهدات مراقبتی آنها در مراقبت از سالمندان پرداختند و همچنین ظهور بحران‌های اقتصادی هم‌زمان با کاهش برنامه‌های رفاهی، علاقه به بخش مراقبت‌های غیررسمی برای جایگزین شدن با خدمات پرهزینه بخش رسمی را دربرداشت. تمامی موارد بالا منتج به این شد که حمایت از مراقبان نیز بخشی ضروری از الگوهای مراقبتی و سیاست‌های مرتبط با سالمندان شود. در این راستا سیستم حمایتی سوئد در حال حاضر مبتنی بر مسئولیت مشترک (همبستگی) بین نسلی است و به نظر می‌رسد سوئد به سمت مدل ترکیبی تری از ارائه رفاه، با ترکیبی از خدمات عمومی، خدمات غیررسمی و بازاری پیش می‌رود. با این حال، خانواده‌ها نه می‌خواهند تمام بار مراقبت از سالمندان را به دوش بکشند و نه می‌خواهند سالمندان خود را رها کنند. در وضعیت مطلوب تقسیم مسئولیت، دولت مسئولیت اصلی را برعهده دارد، دولت نمی‌تواند همه کارها را انجام دهد و

کمک‌های موردی در برخی بحران‌ها برای گذر از آن دوران برای سالمندان وجود دارد. در موارد استثنائی که فرزندان به نگهداری از والدین قادر نباشند الگوهای مراقبتی سازمانی با حمایت دولت وجود دارند. بنابراین به طور خلاصه سیاست‌های سنگاپور در حوزه سالمندی شامل موارد زیر است:

■ ایجاد صندوق مرکزی پس‌انداز و ارائه طرح‌های مختلف حمایتی به خانواده‌ها،

■ تصویب قانون نگهداری از والدین،

■ تصویب قانون حمایت از مراقبان،

■ معافیت‌های مالیاتی بر درآمد برای خانواده‌هایی که از والدین سالمند خود نگهداری می‌کنند،

■ ارائه مسکن دولتی به خانواده‌هایی که دارای عضو سالمند هستند،

■ ایجاد شبکه‌های حمایتی داوطلبانه از طریق سازمان‌های مردم‌نهاد و دولتی جهت تسهیل مراقبت از سالمندان،

■ امکان استفاده از الگوهای مراقبتی سازمانی برای سالمندانی که بنا به دلایلی از حمایت فرزندان محروم هستند.

سوئد^۱

در قوانین قرون وسطایی سوئد تصریح شده است که وظیفه نگهداری از فرد برعهده وراث است. در اوایل دهه ۱۷۰۰، سیستمی (آندانتگ)^۲ پدیدار شد که در آن کشاورزان (یا سایر مالکان) می‌توانستند دارایی خود را با قیمتی پایین‌تر به فرزندان (یا هر شخص دیگری) منتقل کنند و در ازای آن ضمانت غذا، سرپناه و مراقبت داشته باشند، که معمولاً شامل یک دفن شایسته نیز بود. در سال ۱۹۵۴، ۶ درصد از سالمندان سوئدی با قرارداد آندانتگ زندگی می‌کردند که امروزه ناپدید شده، اما همچنان در فنلاند و نروژ وجود دارد.

مسئولیت عمومی در قبال افراد ضعیف، فقیر و مسن دارای سنت بسیار طولانی در کشورهای شمال اروپا است. در قرون وسطی کمک‌ها در قالب اعانه به صورت محلی جمع‌آوری و سپس به محله‌های مورد نظر کلیسا فرستاده می‌شد. مسئولیت قانونی شهرداری محله در قبال فقرا در سال ۱۷۸۸ رسمیت یافت تا به افراد محلی (متمول تر) آموزش دهد تا در حل مشکلات مشترک شرکت کنند چیزی که امروزه از آن به «سرمایه اجتماعی» یاد می‌شود همچنین این تصور را تقویت کرد که مراقبت از افراد فقیر و

۱. مطالب این بخش از منبع زیر ترجمه شده است:

Johansson PhD, L., & Sundström PhD, G. (2006). Policies and Practices in Support of Family Caregivers-Filial Obligations Redefined in Sweden. *Journal of Aging & Social Policy*, 7-26.
2.. Undantag



مردم همچنین چیزی را نمی‌خواهند، آنها خواهان تعادل عادلانه مسئولیت هستند. «مسئولیت اصلی دولت» لزوماً به این معنا نیست که دولت بیشتر مراقبت‌ها را انجام می‌دهد، بلکه در صورت نیاز، مراقبت‌های با کیفیت و قابل اعتماد ارائه خواهند شد (این وضعیت مطلوب برای افرادی است که هنوز والدینشان در قید حیات هستند، خواه والدین آنها ضعیف و نیازمند کمک باشند یا نباشند). به نظر می‌رسد بزرگ‌ترین تهدید برای همزیستی مسالمت‌آمیز و همکاری در مراقبت مشترک بین خانواده‌ها و دولت — که آن را مسئولیت مشترک نامیده‌اند — تمرکز تدریجی خدمات عمومی بر سالمندان بدون حمایت خانواده است.

در سال ۱۹۹۸ قانون استفاده از خدمات عمومی اصلاح شد با این قید که «مقامات محلی باید از خانواده‌ها و نزدیکان خود در هنگام مراقبت از سالمندان، بیماران و اعضای خانواده تحت تکفل حمایت کنند». بنابراین این قانون پیامی قوی به شهرداری‌ها برای رسیدگی به حمایت از مراقبان در برداشت. علاوه بر این، در سال ۱۹۹۹، پارلمان سوئد مداخله‌ای جدید را برای حمایت از مراقبان راه‌اندازی کرد و در این راستا کمک‌های مالی به‌عنوان انگیزه‌ای برای گسترش خدمات حمایتی در اختیار مقامات محلی قرار گرفت. البته لازم به توضیح است که حمایت مستقیم از مراقبان که به خدمات ارائه شده به سالمندان اضافه شد، به معنای امروزی، برای اولین بار در مقیاس متوسط در اوایل دهه ۱۹۵۰ ایجاد شد، زمانی که مقامات محلی به تهیه تخت‌های کافی در خانه سالمندان برای افراد بسیار ضعیف و بیمار قادر نبودند. سپس مقامات به ارائه کمک مالی کوچکی اقدام کردند که برای مراقبان در نظر گرفته شده بود، اگرچه به بیماران پرداخت می‌شد (کمک هزینه حضور Hemsjukvårdsbidrag). به‌زودی این کمک مالی به شکل استخدام رسمی اعضای خانواده به‌عنوان کمک‌کننده در خانه دنبال شد. برای برخی از شهرداری‌ها این در درجه اول یک راه ارزان برای رفع کمبود کارکنان بود. اما به مرور زمان تعداد مراقبان تحت حمایت کاهش یافت که دلایل این امر همچنان نامشخص است، اما به نظر می‌رسد که بسیاری از شهرداری‌ها از این تلفیق^۱ (پیوند) ناراحت بودند، زیرا مراقبت‌ها نه خانوادگی و نه حرفه‌ای محسوب می‌شدند. همچنین، با اصل کلی رفاه سوئد که عمدتاً

مبتنی بر ارائه خدمات و نه پرداخت پول نقد است در تضاد بود. از سال ۱۹۸۹ نیز این حق قانونی به‌وجود آمد که وقتی یکی از اعضای خانواده دچار حادثه یا بیماری شدید می‌شود و وارد مراقبت‌های حاد پایانی^۲ می‌شود، کارمند تا ۶۰ روز (به‌ازای هر مراقبت) با دستمزد معمولی به مرخصی برود. این برنامه، مرخصی مراقبتی، بخشی از سیستم ملی بیمه اجتماعی است، سالیانه تقریباً ۱۰۰۰۰ نفر از آن استفاده می‌کنند که اکثراً همسران و فرزندان سالمندان هستند.

نوع دیگر حمایت^۳ در سوئد در راستای حمایت از مراقبان، مراقبت فرجه‌ای^۴ است: مراقبت فرجه‌ای سازمانی در قالب مراقبت روزانه بزرگسالان و مراقبت فرجه‌ای در خانه. در سال ۱۹۹۹، حدود ۹۰۰۰ تخت در سوئد برای مراقبت‌های حضوری سازمانی در دسترس بود. در سال‌های اخیر، مراقبت فرجه‌ای در خانه، اغلب رایگان در تعداد زیادی از شهرداری‌های سوئد ارائه می‌شود.

همچنین در راستای حمایت از مراقبان در سال‌های اخیر گروه‌های داوطلب به مشاوره و حمایت شخصی از مراقبان پرداختند و اکنون در سراسر کشور سوئد در دسترس هستند. اما خدمات مشاوره به‌طور منظم ارائه نمی‌شود. در عین حال، «جنبش مراقبان»^۵ رو به رشدی وجود دارد که همچنان دولت‌های ملی و محلی را تشویق می‌کند تا با سیاست‌های حمایتی در دسترس، انعطاف‌پذیر و مناسب از مراقبان حمایت کنند.

در حال حاضر قانون خدمات اجتماعی^۶ شهرداری تنها موظف به ارائه خدمات به سالمندانی است که از حمایت خانواده محروم هستند و این خانواده است که نقش اصلی را در مراقبت از سالمندان ایفا می‌کند. افراد متأهل دارای تعهدات قانونی برای حمایت از شرکای زندگی خود هستند، در واقع، اکنون خانواده‌های سوئدی به‌ویژه دختران بیش از گذشته به سالمندان خود کمک می‌کنند. معمولاً یک نفر در خانواده است که از یک فرد مسن ضعیف حمایت می‌کند: همسر، دختر یا پسر. وقتی یک پسر مراقب اصلی است، اغلب دختری در دسترس نیست [۱۱].

به‌طور کلی می‌توان گفت سیاست‌های رفاهی در سوئد در سال‌های اخیر بیشتر مبتنی بر خانواده شده است و در جایی که سالمندان از حمایت خانواده برخوردار نیستند شهرداری‌ها مکلف به ارائه

1. Hybrid

2. Terminal Care

۳. مراقبت‌های فرجه‌ای کمک کوتاه‌مدتی را برای مراقبان اولیه فراهم می‌کند. می‌توان آن را فقط برای یک بعدازظهر یا برای چند روز یا هفته ترتیب داد. مراقبت می‌تواند در خانه، در یک مرکز مراقبت‌های بهداشتی یا در یک مرکز روزانه بزرگسالان ارائه شود.

4. Respite Care

5. Carers' Movement

6. Social Service Act

اطلاع دهند و کارفرما این اجازه را دارد که برای توجیه مرخصی کارمند گواهی ها و نظرات پزشکی را درخواست کند. در صورتی که کارمند پس از پایان مرخصی به کار خود برنگردد، کارفرما ممکن است از کارمند بخواهد تمام حق بیمه هایی را که در زمان غیبت وی پرداخت شده است، بازپرداخت کند.

این قانون دارای سه ویژگی است که آن را در تضاد با مدل های دیگر کشورهای صنعتی قرار می دهد: اول اینکه بدون پرداخت است (بدین معنا که در واقع نوعی مرخصی بدون حقوق است). در همه کشورهای صنعتی، به جز استرالیا و ایالات متحده، نوعی جایگزینی دستمزد را برای کسانی که مرخصی می گیرند، ارائه می دهند. در صورتی که در قالب این حمایت فقط حق بیمه فرد در دوران مرخصی پرداخت می شود در مابقی کشورها جایگزینی مانند بیمه بیکاری در مدت مرخصی وجود دارد. دوم اینکه، مدل آمریکایی متمرکز بر خانواده و نظر ساختاری بین نسلی است، بنابراین برای تولد یا مراقبت از کودک و همچنین مراقبت از والدین سالخورده اجازه مرخصی از کار را می دهد. سوم اینکه، برخلاف سایر کشورهای صنعتی، ایالات متحده واجد شرایط بودن برای مرخصی را به گستردگی شرکت (۵۰+ کارمند) بستگی دارد.

نکته مهم دیگر در نقد این قانون این است که بیشتر متمرکز بر حمایت از خانواده در راستای تولد فرزندان است و به مراقبت های طولانی مدتی که ممکن است افراد سالخورده در خانواده به آن نیاز داشته باشند توجهی نداشته است. بنابراین از آنجایی که تقریباً همه طرح های مربوط به این قانون حمایت را به «مراقبت از نوزاد» محدود می کردند، این امر می تواند به ویژه با توجه به پیش بینی های آتی در مورد نیازهای مراقبت طولانی مدت جمعیت سالخورده مشکل ساز باشد. موضوع دیگر اینکه از آنجایی که بسیاری از کارمندان به تأمین پرداخت های مربوط به دوران مرخصی قادر نیستند، همان طور که در بالا به آن اشاره شد، طی این دوران پرداختی به جز حق بیمه وجود ندارد بنابراین نمی توانند از این مرخصی استفاده کنند.

در سال ۱۹۹۹، دو مداخله جدید دیگر با دستور رئیس جمهور وقت؛ بیل کلینتون در راستای کارکرد بهتر «قانون مرخصی خانوادگی پزشکی» صورت گرفت؛ ابتدا، او به وزارت کار دستور داد تا راه هایی را که ایالت ها می توانند از صندوق های بیمه بیکاری برای کمک به والدینی که از این مرخصی برای مراقبت از یک نوزاد تازه متولد شده یا به فرزندخواندگی گرفته شده، استفاده می کنند، بررسی

خدمات عمومی و حمایت از سالمندان هستند که این موضوع در کشورهای اروپایی و سوئد ریشه های تاریخی دارد که در ابتدای بحث توضیح داده شد. بنابراین به طور خلاصه سیاست های سالمندی سوئد شامل موارد زیر است:

- اصلاح قوانین مربوط به نگهداری از سالمندان (قانون خدمات اجتماعی) با رویکرد خانواده محور،
- استفاده از استراتژی «مسئولیت مشترک» بین نسلی،
- کاهش ارائه خدمات عمومی به سالمندان دارای فرزند،
- حمایت از مراقبان در قالب ارائه مراقبت های فرجه ای و خدمات مشاوره ای،
- شکل گیری جنبش مراقبان.

آمریکا^۱

نظام رفاهی آمریکا در حوزه سالمندی دارای دو طرح است: طرح بازنشستگی در قالب مستمری که براساس مشارکت افراد در پرداخت حق بیمه طی سال های فعالیت شان پرداخت می شود و مراقبت های طولانی مدت است که شامل سالمندان ناتوان و نیازمند است. اما سیاست کلی آمریکا مبتنی بر گسترش الگوهای مراقبتی اجتماع محور و کاهش تعداد خانه های سالمندان است و در این جهت حمایت از خانواده ها و مراقبان را در اولویت های سیاستی خود قرار داده است.

در سال ۱۹۹۳ اولین قانون مرخصی پزشکی خانواده^۲ در آمریکا را بیل کلینتون بعد از هشت سال بحث و بررسی به تصویب رساند. در قالب این قانون به کارمندان اجازه می دهد تا ۱۲ هفته مرخصی بدون حقوق را در هر دوره ۱۲ ماهه برای تولد فرزند یا سرپرستی فرزندخواندگی، مراقبت از کودک، همسر یا والدین بیمار با شرایط حاد یا برای خود استفاده کند؛ این قانون علاوه بر اینکه امنیت شغلی را تضمین می کند - زیرا یک کارمند حق بازگشت به شغل خود یا شغل مشابه را دارد - کارفرما نیز را ملزم می کند که حق بیمه کارمندان را در مدت مرخصی پرداخت کند، گویی کارمند هرگز مرخصی نگرفته است. البته لازم به توضیح است که این قانون فقط در مورد شرکت هایی با ۵۰ کارمند یا بیشتر و کارگرانی که حداقل یک سال یا ۱۲۵۰ ساعت کار کرده اند اعمال می شود. همچنین به کارفرما اجازه می دهد از مرخصی دادن به کارمندان حقوق بگیری که جزء ۱۰ درصد بالاترین دریافتی ها هستند و مرخصی شان باعث ایجاد «آسیب جدی و شدید» در عملیات تجاری شود خودداری کند. کارمندان ملزم هستند که قبل از مرخصی به کارفرمایان خود

۱. مطالب این بخش از منبع زیر ترجمه شده است:

PhD, S. K. (2006). Commentary. *Journal of Aging & Social Policy*, 18:3-4, 79-93, DOI: 10.1300/J031v18n03_06.

2. The Family and Medical Leave Act (FMLA)



تضمین حمایت از مراقبان سالمندان باشد.

در آمریکا همچنین مراقبت‌های بهداشتی در خانه برخلاف بسیاری از کشورهای دیگر مانند دانمارک که کاملاً رایگان هستند، خرداری می‌شود و ۳۶٪ آنها از بودجه خصوصی پرداخت می‌شود. در آمریکا، اعضای خانواده ۶۰ تا ۸۰ درصد مراقبت‌های طولانی‌مدت را برای اعضای سالمند وابسته ارائه می‌کنند و مکانیسم‌های رسمی یا نهادی تنها پس از صرف منابع مراقبت از خانواده فعال می‌شوند، یک مانع عمده برای افزایش خدمات مبتنی بر جامعه برای سالمندان در ایالات متحده این نگرانی است که انجام این کار به افزایش هزینه‌های عمومی منجر می‌شود. در صورتی که تجربیات دیگر کشورها عکس این موضوع را ثابت کرده است [۱۲].

به‌طور کلی می‌توان گفت سیاست‌های رفاهی در آمریکا تلفیقی از الگوهای مراقبتی دولتی و خصوصی است که در سال‌های اخیر توجه به سوی خدمات مبتنی بر اجتماع و خانه جلب شده است. بنابراین به‌طور خلاصه سیاست‌های سالمندی آمریکا شامل موارد زیر است: - قانون مرخصی پزشکی خانواده بیشتر متمرکز بر حمایت از خانواده در راستای تولد فرزندان است و به مراقبت‌های طولانی مدتی که ممکن است افراد سالخورده در خانواده به آن نیاز داشته باشند توجهی نداشته است و تنها در برخی از ایالات مراقبت کوتاه‌مدت از سالمندان را تحت پوشش قرار می‌دهد،

■ تصویب برنامه ملی حمایت از مراقبان خانواده،

■ گسترش الگوهای مراقبتی مبتنی بر خانه و اجتماع.

کانادا^۲

مراقبت خانوادگی نقطه اصلی سیاست‌های مراقبتی از سالمندان در بسیاری از ایالت‌های کانادا است. مراقبت‌های اقامتی^۳ (در محل) تنها تا حدی در دسترس است که خانواده مسئولیت خود را نمی‌پذیرد و یا جایگزین قابل قبولی برای مراقبت در منزل ارائه نمی‌شود. بنابراین در کانادا نیز مانند بسیاری از کشورهای دیگر حمایت از مراقبان به‌عنوان راهی برای جلوگیری از نهادی شدن مراقبت‌های سالمندی ارائه می‌شود؛ به این معنا که از گسترش مراقبت‌های سازمانی خارج از خانواده جلوگیری شود. به‌رغم این واقعیت‌ها، در جدیدترین سیاست‌های مراقبتی در منزل در سال ۲۰۰۳، مراقبان که شامل اعضای خانواده و خویشاوندان سالمندان هستند به‌عنوان شرکا و مشتریان بالقوه سیستم معرفی می‌شوند

کند. دوم اینکه توصیه کرد که کارمندان فدرال مجاز به استفاده از حداکثر دوازده هفته مرخصی استعلاجی برای مراقبت از کودک، والدین یا همسر می‌باشند که به‌شدت بیمار هستند. قبل از سال ۱۹۹۹، کارگران فدرال فقط می‌توانستند از ۱۳ روز مرخصی استعلاجی در سال برای مراقبت از اعضای خانواده که به‌شدت بیمار بودند استفاده کنند. «من معتقدم ضروری است که دولت، ابزارهای موفقیت را نه تنها در محل کار بلکه در خانه به شما بدهد؛ او به فارغ‌التحصیلان گفت: اگر شما یا هر آمریکایی مجبور باشید بین یک پدر و مادر خوب و موفقیت در حرفه خود یکی را انتخاب کنید، بهای وحشتناکی را پرداخت کرده‌اید، و همین‌طور کشورتان».

بنابراین در این راستا، مرخصی دوازده هفته‌ای واجد شرایط دریافت غرامت بیکاری شد، البته این حمایت‌ها بیشتر در قالب مراقبت از نوزادان بود و در بسیاری از ایالت‌های آمریکا حمایت از سالمندان در قالب آن، تحت پوشش قرار نگرفت و تنها در سه ایالت شامل مراقبت از سالمندان می‌شد. ایالت کالیفرنیا در سال ۲۰۰۲، با گسترش برنامه بیمه ناتوانی ایالتی، اولین و تنها ایالتی شد که یک بیمه‌نامه جامع مرخصی پزشکی و خانواده با حقوق را اتخاذ کرد؛ کارمندان می‌توانند در سال، شش هفته مرخصی برای مراقبت از یک نوزاد تازه متولد شده یا فرزندخوانده، یا برای مراقبت از یکی از اعضای خانواده از جمله والدین مسن و شریک خانگی به‌شدت بیمار داشته باشند و در این طرح دستمزد جزئی (۵۵ تا ۶۰ درصد دستمزد) را دریافت کنند. در همین حال، در تابستان ۲۰۰۴، قانون خانواده‌های سالم معرفی شد که هفت روز مرخصی در سال را با دستمزد برای کارمندان تمام‌وقت تضمین می‌کند. کارگران شرکت خصوصی یا واحد دولتی با حداقل ۱۵ کارمند تحت پوشش این طرح قرار گرفته و بنابراین می‌توانند برای بیماری خود یا برای مراقبت از یکی از اعضای خانواده مرخصی بگیرند.

تصویب برنامه ملی حمایت از مراقبان خانواده^۱ تحت اصلاحیه‌های قانون سالمندان آمریکایی در سال ۲۰۰۰ اولین برنامه‌ای است که دولت فدرال به‌طور خاص برای حمایت از نیازهای خدماتی مراقبان افراد مسن طراحی کرده است. در این راستا هدف‌گذاری سیاستی در اکثر ایالت‌ها ایجاد و حفظ یک سیستم مراقبت طولانی‌مدت متعادل است که شامل انواع خدمات حمایتی مبتنی بر خانه و جامعه باشد. یکی از مؤلفه‌های کلیدی این استراتژی باید گسترش سیاست مرخصی با ارائه جایگزینی دستمزد و

۲. مطالب این بخش از منبع زیر ترجمه شده است:

Guberman MSW, N., Gagnon PhD, É., & Pier, J. (2006). Families' Values and Attitudes Regarding Responsibility for the Frail Elderly. Journal of Aging & Social policy, 59-78.
3.. Residential Care

شبکه های خدمات گسترده ای می توان یافت که سلامت، مراقبت در منزل و مراقبت شخصی را ادغام می کنند. قوانین اجتماعی دانمارک بر این فرض استوار است که شهروندان مسئولیت اصلی خود و خانواده هایشان را بر عهده دارند. برای افراد مسن، اساساً این در عمل به این معنی است که همسران علاوه بر مسئولیت خود، مسئولیت متقابلی نیز در قبال یکدیگر دارند. اگر یک فرد مسن نیازمند مراقبت در یک خانواده با فرزند خود زندگی کند، فرزند باید در خانه داری مشارکت کند، اما لزوماً نیاز های مراقبت شخصی را برآورده نمی کند؛ هیچ الزام قانونی در این راستا وجود ندارد.

برای درک سیستم دانمارکی ارائه خدمات برای سالمندانی که به کمک در فعالیت های روزمره زندگی نیاز دارند، مروری بر اصول اساسی سیاست اجتماعی دانمارک و توضیح مختصری از پیشرفت های مراقبت از سالمندان در طول ۲۰ سال گذشته مفید است. بر خلاف ایالات متحده، پنج اصل اساسی خدمات بهداشتی و اجتماعی برای مراقبت از سالمندان اعمال می شود:

۱. تأمین مالی خدمات عمدتاً از طریق مالیات های عمومی انجام می شود، نه پرداخت های کاربر و مشارکت های خصوصی. آنها تا حد زیادی بدون هزینه برای مصرف کنندگان در دسترس هستند. ۲. پوشش خدمات همگانی است؛ همه شهروندان مستحق خدمات هستند و واجد شرایط بودن بر اساس ارزیابی نیاز های فرد و خانواده وی است.

۳. مسئولیت خدمات بهداشتی و اجتماعی بر عهده شهرستان ها و شهرداری های محلی غیر متمرکز است. دانمارک دارای ۲۷۱ حوزه فضایی محلی است که به عنوان شهرداری شناخته می شوند و وسعت آنها از ۲۳۰۰ تا ۴۹۶۰۰ نفر است. خدمات شهری (شامل مراقبت های شخصی، مراقبت های بهداشتی در منزل، خانه های سالمندان و مراقبت های اولیه پزشکی) از طریق مالیات بر درآمد و دارایی محلی و همچنین کمک های بلاعوض دولت مرکزی تأمین می شود.

۴. سیاست و مقررات ملی برای مراقبت از سالمندان را پارلمان دانمارک و دولت مرکزی وضع کرده است.

۵. خدمات عموماً توسط دولت محلی به جای سازمان های خصوصی یا داوطلبانه ارائه می شود. در ژانویه ۲۰۰۳، یک سیاست جدید دستور داد که دریافت کنندگان کمک های خانگی باید گزینه و این حق انتخاب را داشته باشند که یک ارائه دهنده خصوصی را برای کمک های مالی دولت محلی انتخاب کنند. با این حال، همه شهرداری ها ارائه دهنده خصوصی ندارند و کمتر از ۱۰ درصد از دریافت کنندگان کمک در منزل، ارائه دهنده خصوصی را انتخاب کرده اند.

که حق دارند بر اساس تصمیمی آگاهانه مسئولیت مراقبتی را بپذیرند و مشارکت داوطلبانه داشته باشند و هر زمان می توانند آن را رها کنند. در مقابل، کمبود بودجه در سیستم های مراقبتی سازمانی، خانواده ها را موظف می کند مسئولیت بیشتری را در مراقبت از سالمندان بپذیرند یا حتی فعالیت های مراقبتی را انجام دهند که مسئولیت آن با بخش دولتی است.

نقد مهمی که به سیاست های دولت در این حوزه وارد است و اینکه دولت با واگذاری نقش و مسئولیت خود بر عهده خانواده ها، بتواند به تحمیل جهت گیری خود ادامه دهد و اطمینان حاصل کند که مراقبت از سالمندان عمدتاً توسط خانواده و دوستانی که گزینه های کمی دارند تا شکاف ناشی از مداخله ناکافی دولت را به عهده گیرند صورت می گیرد و دولت به ادعای نگرانی در مورد فرسودگی مراقبان، تعداد محدودی از خدمات را با هدف حمایت از آنها، مانند مراقبت های فرجه ای، گروه های حمایتی و برخی مشاوره های فردی، بدون تغییر اساسی در تقسیم مسئولیت سالمندان ارائه دهد. اما به احتمال زیاد مراقبان فعلی و آینده، به ویژه غیر همسران، به دنبال جایگزین هایی تا حدی که توانایی مالی برای انجام آن را دارند، خواهند بود. بنابراین، به بخش های خصوصی و اجتماعی انتفاعی روی می آورند و این به معنای عقبگرد خدمات بهداشتی و اجتماعی کافی و رایگان در سطح جهانی است و به نابرابری بیشتر در بین خانواده ها منجر می شود. به احتمال زیاد، از آنجا که خانواده های بیشتری هزینه های مراقبت از جیب خود را متقبل می شوند، به طور فزاینده ای به پرداخت مالیات بر درآمد بالا برای خدمات عمومی تمایل ندارند، بنابراین شکاف بین خانواده های دارای و بدون امکانات برای پرداخت هزینه مراقبت بیشتر می شود [۱۳].

بنابراین به طور کلی سیاست های کانادا در حوزه سالمندی در جهت ترویج الگوهای مراقبتی خانواده محور بوده و تلاش کرده است تا از ارائه خدمات سازمانی و ترویج خانه های سالمندی عقب نشینی کند در نتیجه مراقبت های خانوادگی نقطه تمرکز خدمات سالمندی است.

دانمارک^۱

دانمارک به طور گسترده ای به عنوان کشوری شناخته شده که سیستم های مقرون به صرفه مبتنی بر جامعه را برای مراقبت در منزل برای سالمندان اجرا کرده است. در اوایل دهه ۱۹۸۰، دانمارک با داشتن نسبت بالایی از زنان در نیروی کار و جمعیت روبه رشد شهروندان مسن، فرایند اصلاح سیستم نهادی مراقبت طولانی مدت را آغاز کرد. امروزه، تقریباً در تمامی ۲۷۱ شهرداری محلی دانمارک،

۱. مطالب این بخش از منبع زیر ترجمه شده است:

Stuart ScD, M., & Boll Hansen MSc, E. (2006). Danish Home Care Policy and the Family. Journal of Aging & Social Policy, 27-42.



پایه و اساس سیستم معاصر دانمارکی مراقبت از سالمندان به حدود سال ۱۹۸۰ برمی‌گردد. در آن زمان کمیسیون ملی سالمندی گزارشی را تکمیل کرد و اصولی را برای سیاست‌های آینده در مورد مراقبت و مسکن برای سالمندان در دانمارک تدوین کرد. یکی از توصیه‌های کلیدی این بود که سیاست مراقبت طولانی‌مدت باید بهتر سازماندهی شود تا خسارات ناشی از افزایش سن را جبران کند. کمیسیون از سیاست‌ها و شیوه‌هایی حمایت می‌کند که از پتانسیل افراد مسن دارای معلولیت برای ادامه زندگی فعال و مستقل، حفظ تصمیم‌گیری و تسهیل تداوم در مسکن‌شان حمایت می‌کند. به‌ویژه، کمیسیون توصیه کرد که ترتیبات مسکن و خدمات حمایتی برای افراد مسن وابسته باید سازماندهی شود تا با افزایش نیاز به کمک، مجبور به جابه‌جایی نباشند. کمیسیون توصیه کرد خدماتی ایجاد شود که شهرداری‌ها را قادر می‌سازد تا به تدریج کمک‌های لازم را در خانه سالمندان (یا در خانه‌ای که او برای نقل مکان انتخاب کرده است) افزایش دهند.

تقریباً در همان زمان، چندین شهرداری سیستم‌های مراقبت ۲۴ ساعته را در منزل معرفی کردند. پیشرفت‌های مهم دیگری از جمله افزایش خانه‌های ویژه که برای دسترسی معلولان (و در برخی موارد، کارکنان) و جایی که ساکنان آن به‌عنوان مستأجر (به‌جای بیمار) در نظر گرفته می‌شدند، کاهش تخت‌های خانه سالمندان و افزایش تعداد و درصد سالمندانی که از کمک‌های خانگی شهرداری‌ها دریافت می‌کنند، قابل ذکر است.

دو طرح قابل تأمل در دانمارک در حوزه سالمندی وجود دارد؛ اول، تأمین مسکن با طراحی مختص برای سالمندان است که از بستری شدن آنها در خانه سالمندان جلوگیری می‌کند. این نوع مسکن جدید دارای سازگاری‌هایی برای رفع نیازهای افراد مسن به‌ویژه افراد مسن دارای معلولیت جسمی است. یک واحد مسکونی معمولی شامل دو اتاق و یک آشپزخانه و یک حمام است و خانه‌ها با سیستم مراقبت ۲۴ ساعته در منزل خدمات‌رسانی می‌شوند. پذیرش در خانه‌های ویژه توسط مقامات محلی شهرداری اعطا می‌شود و به ارزیابی معلولیت متقاضی و امکان دریافت کمک کافی در خانه معمولی وی بستگی دارد؛ خانه‌های ویژه مؤسسه یا سازمان جهت نگهداری سالمندان نیستند و ساکنان درواقع مستأجران شهرداری محسوب می‌شوند. در سال ۱۹۸۸ قانونی اجرا شد که شهرداری‌ها را از ساخت خانه سالمندان منع می‌کرد. تأثیر سیاست‌هایی که ساخت واحدهای مسکونی کمکی را تشویق می‌کرد و ساخت خانه سالمندان را ممنوع می‌کرد، به افزایش چشمگیر خانه‌های ویژه مناسب بین سال‌های ۱۹۸۵ و ۱۹۹۹ (۳۲۰۷ تا ۳۲۵۰۱) و کاهش

خانه‌های سالمندان (۴۹۴۸۷ به ۳۱۲۴۴) منجر شد. تقریباً یک‌سوم خانه‌هایی که به نگهداری سالمندان مبتلا به زوال عقل شدید یا کسانی که به نظارت بالایی نیاز دارند، دارای کارکنانی هستند که ۲۴ ساعته به ارائه خدمات می‌پردازند.

در طرح دوم که تحت عنوان مراقبت در منزل و کمک به سالمندان اجرا می‌شود؛ کمک در منزل، از جمله کمک در انجام کارهای خانگی مانند نظافت منزل و مراقبت‌های شخصی مانند لباس پوشیدن و حمام کردن، یکی دیگر از خدمات اساسی است که شهرداری به‌صورت رایگان برای سالمندان ضعیف ارائه می‌کند. کمک در خانه براساس ارزیابی توانایی خانواده برای مراقبت از انواع مختلف کارهای خانه و مراقبت شخصی اعطا می‌شود. از دیگر خدمات مراقبت در منزل توسط شهرداری می‌توان به پرستاری در منزل اشاره کرد که عموماً کوتاه‌مدت است و پزشک برای ارائه پیشگیری یا درمان مشخص تجویز می‌کند. علاوه بر این، شهرداری‌ها معمولاً خدمات مراقبت روزانه، مراقبت شبانه، مراقبت‌های تنفسی، مراقبت‌های حاد و توانبخشی را برای سالمندان ضعیفی ارائه می‌کنند که در خانه زندگی می‌کنند. اکثر شهرداری‌ها وسایل حمل‌ونقل را برای فعالیت‌های بهداشتی و اجتماعی برای سالمندان فراهم می‌کنند. در بسیاری از شهرداری‌ها، مراکز روزانه فیزیوتراپی، توانبخشی و کاردرمانی را برای ارتقا عملکرد و جلوگیری از وخامت ارائه می‌دهند، اکثر شهرداری‌ها نیز مسکن تخصصی برای افراد مبتلا به زوال عقل دارند.

تجزیه و تحلیل اقتصادی تنوع خدمات شهرداری در دانمارک نشان می‌دهد که خدمات برای سالمندان زمانی کارآمدتر است که اتکا به خانه‌های سالمندان نسبت به خدمات مراقبت در منزل کم باشد. بنابراین، نیاز به کارایی در ارائه خدمات بهداشتی و اجتماعی همراه با تعهد به توانمندسازی مردم در جامعه، دانمارکی‌ها را به حداکثر رساندن توسعه خدمات مراقبت عمومی در منزل کمک کرده است. دانمارک بالاترین سطح مراقبت در منزل را در میان کشورهای اروپایی دارد و نزدیک به دو برابر ساعت کمک در منزل برای سالمندان نسبت به سوئد، نزدیک‌ترین کشور بعدی برای این شاخص است [۱۴].

بنابراین به‌طور خلاصه سیاست‌های سالمندی دانمارک شامل موارد زیر است:

- سیستم‌های مراقبت ۲۴ ساعته توسط شهرداری،
- تأمین مسکن با طراحی مختص برای سالمندان به‌ویژه سالمندان دارای معلولیت،
- مراقبت در منزل و کمک به سالمندان.

جدول ۳. سیاست‌های سالمندی خانواده محور در برخی کشورها

کشور	مسئولیت اولیه در قبال سالمند	سیاست‌ها و طرح‌های حمایتی خانواده محور
سنگاپور	خانواده	- ایجاد صندوق مرکزی پس انداز و ارائه طرح‌های مختلف حمایتی به خانواده‌ها - تصویب قانون نگهداری از والدین - تصویب قانون حمایت از مراقبان - معافیت‌های مالیاتی بر درآمد - ارائه مسکن دولتی به خانواده‌های دارای فرد سالمند - ایجاد شبکه‌های حمایتی داوطلبانه / سازمان‌های مردم‌نهاد
سوئد	خانواده	- اصلاح قوانین مربوط به نگهداری از سالمندان (قانون خدمات اجتماعی) - استفاده از استراتژی «مسئولیت مشترک» بین نسلی - کاهش ارائه خدمات عمومی به سالمندان دارای فرزند - حمایت از مراقبان در قالب ارائه مراقبت‌های فرجه‌ای و خدمات مشاوره‌ای - شکل‌گیری جنبش مراقبان
آمریکا	خانواده / جامعه	- قانون مرخصی پزشکی خانواده (بیشتر متمرکز بر حمایت از خانواده در راستای تولد فرزندان است و به مراقبت‌های طولانی مدتی که ممکن است افراد سالخورده در خانواده به آن نیاز داشته باشند توجهی نداشته است و تنها در برخی از ایالات مراقبت کوتاه مدت از سالمندان را تحت پوشش قرار می‌دهد) - تصویب برنامه ملی حمایت از مراقبان خانواده
کانادا	خانواده	- مراقبت خانوادگی نقطه اصلی سیاست‌های مراقبتی از سالمندان در بسیاری از ایالت‌های کانادا است
دانمارک	خانواده / جامعه	- سیستم‌های مراقبت ۲۴ ساعته توسط شهرداری - تأمین مسکن با طراحی مختص برای سالمندان به‌ویژه سالمندان دارای معلولیت - راقبت در منزل و کمک به سالمندان

مأخذ: نگارنده.

بنابراین آنچه در تجربیات کشورهای دارای سیستم مراقبتی خانواده محور محرز است:

■ در بسیاری از کشورها نگهداری فرد سالمند توسط اعضای خانواده تبدیل به قانون شده است.

■ آموزش در راستای ترویج الگوی مراقبتی مبتنی بر مسئولیت مشترک (همبستگی) بین نسلی است و دولت در این راستا نقش حمایتی دارد.

■ نهاد خانواده، مفهومی محوری برای سیاستمداران و سیاستگذاران بوده است و تلاش آنها بر این بوده است تا با احیای مفهوم خانواده با بسیاری از بحران‌های گریبانگیر دولت‌های رفاهی مقابله کنند.

■ در تمامی سیاست‌های شان علاوه بر حمایت از سالمندان، حمایت از مراقبان نیز مورد توجه بوده است.

■ مراقبت‌های سازمانی تنها در صورت عدم حضور خانواده قابل دریافت و ارائه هستند.

■ سیاست‌های آنها در راستای کاهش نابرابری‌هاست، تمامی

مصوبات و خدمات ارائه شده برای همه افراد یکسان است.

■ در برخی کشورها مانند دانمارک با اینکه حق انتخاب برای کمک گرفتن از خدمات بخش خصوصی و خدمات سازمانی مانند خانه سالمندان وجود دارد، خدمات بخش دولتی به قدری قوی است که عملاً استفاده از مراقبت‌های سازمانی را غیرممکن می‌سازد.

■ رسانه‌ها نقشی مؤثر بر آگاهی از مخاطرات ناشی از استفاده از خدمات سازمانی داشته‌اند.

■ نهادهای نظارتی برای رسیدگی به مواردی مانند سالمندآزاری وجود دارند.

■ کمک‌های موقت و برنامه‌های توانمندسازی در بحران‌هایی مانند رکود اقتصادی، تورم، بیوه شدن و ... برای افراد تعریف شده است.

■ تمرکز خدمات عمومی عمدتاً بر سالمندانی است که فاقد خانواده هستند و / یا به دلایلی تحت مراقبت خانواده قرار نمی‌گیرند.

■ بخش سوم و نهادهای مردمی نقشی مهم در ارائه الگوهای مراقبتی خانواده محور دارند و بیشتر در حوزه مشاوره و حمایت از مراقبان به فعالیت می‌پردازند.



۵. نتیجه‌گیری، جمع‌بندی و پیشنهادها



در گزارش حاضر با مرور چالش‌های پیش روی کشور در حوزه سالمندی و مرور اسناد بالادستی سعی شد تا نقاط ضعف و قوت برنامه‌ها شناسایی شوند. در ادامه تجربیات کشورهای که از مدل‌های خانواده‌محور بهره گرفته‌اند مورد بررسی قرار گرفت؛ کشورهایی مانند سوئد، سنگاپور، دانمارک، آمریکا و کانادا سیاست‌های مراقبتی خود را در وهله اول برعهده خانواده می‌گذارند و در صورت عدم حضور خانواده، نهادهای سازمانی وارد عمل می‌شوند. از نظر تاریخی و در حال حاضر بعد از بحران‌هایی که دولت‌های رفاه با آن مواجه شده‌اند در بسیاری از کشورها، خانواده، نزدیکان و شبکه‌های اجتماعی به‌طور کلی تنها منبع یا منبع اصلی کمک بوده و هستند. از آنجایی که نیازهای سالمندان در سه حوزه سلامت، امنیت اقتصادی و نیازهای اجتماعی و استقلال تعریف شده‌اند باید سیاست‌های خانواده‌محور حول این سه بخش شکل گیرند؛ در این راستا تعامل بین دولت، خانواده و جامعه امری ضروری است. سیاست‌ها و برنامه‌ها در ایران تنها به بعد اقتصادی و سلامت توجه داشته‌اند؛ بنابراین باید خانواده، مفهومی محوری برای سیاست‌گذاران و مردم باشد.

با توجه به مطالب مرور شده در گزارش حاضر چالش‌های سالمندی در ایران را می‌توان به ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی طبقه‌بندی کرد که در هر بخش می‌توان سیاست‌های متناسب را در پیش گرفت؛ برای مثال در بعد اقتصادی مهم‌ترین استراتژی ارتقای سطح کیفیت خدمات بهداشتی و تأمین اجتماعی و همچنین افزایش مستمری سالمندان و اصلاح نظام شغلی پرستاران و مراقبان سالمند مطابق با تغییرات و شرایط جامعه پیشنهاد می‌شود. در بعد فرهنگی بررسی تغییرات مرتبط با خانواده، تعریف مجدد نقش‌ها و موقعیت‌ها، توزیع مجدد کار بین خانواده و اعضای خانواده، تغییر در نگرش جوانان نسبت به افراد مسن، تشویق افراد به حمایت‌های بین‌نسلی و تدوین حمایت‌های قانونی از مراقبان می‌تواند مثرتر باشد. در بعد اجتماعی که در اسناد مورد بررسی در ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته می‌توان از برنامه‌های مبتنی بر اجتماع جهت توانمندسازی اجتماعی سالمندان استفاده کرد. برنامه‌های مبتنی بر اجتماع با مشارکت سه قطب خانواده، فرد و دولت انجام می‌گیرند و در قالب برنامه‌های پیشگیری، توانبخشی، ارتقای کیفیت زندگی، توانمندسازی به ارائه خدمات به سالمندان می‌پردازند. در برنامه‌های اجتماع‌محور زمینه‌ای برای سالمندان فراهم می‌شود که هم از نظر جسمی و مالی و هم از نظر اجتماعی به حدی از توانمندی برسند که بتوانند به‌طور مستقل در اجتماع

زندگی کنند و همچنین روابط و تعاملات خود را در جامعه حفظ کنند و قدرت چانه‌زنی و تعاملات با وجود سن و بازنشستگی آنها حفظ شود. در مورد پشتیبان‌های اجتماعی لازم به ذکر است که یکی از عوامل مهم در برنامه‌های اجتماع‌محور توانمندسازی اجتماعی است یعنی در این برنامه‌ها شرایطی برای خانواده سالمند و اعضای جامعه پیش می‌آید که در گیر در حل مسائل و مشکلات این گروه شوند و این به افراد و اعضای جامعه کمک می‌کند به جای صرف زمان زیاد و تمام‌وقت برای نگهداری از سالمندان با همکاری و مشارکت یکدیگر و صرف بخشی از زمان خود به سلامت و رفاه این افراد کمک کنند. برای مثال یک سالمند به جای اقامت در خانه سالمندان و بهره‌مندی از خدماتی مانند بستری در محیط زندگی خود و با همکاری و مشارکت اعضای خانواده و جامعه این خدمات را دریافت می‌کند و این خدمات یا پاداش‌ها در جهت مثبت و به‌سمت فعال نگه داشتن سالمندان در جامعه به کار می‌رود. یکی دیگر از ویژگی‌های مهم این برنامه‌ها توانمندسازی مالی یا همان پاداش‌های دوران سالمندی است یعنی خدماتی مانند بیمه‌ها، کمک‌های عمومی، مراقبت‌های پزشکی و... این خدمات در مسیر توانمند کردن و استقلال هرچه بیشتر آنها به کار می‌رود. اینکه افراد به جای صرف هزینه‌های هنگفت پزشکی یا مراقبت‌های دائمی پرستاری در منزل یا آسایشگاه‌ها، می‌توانند با صرف هزینه‌های کمتر در این برنامه‌ها توانمندی جسمانی خود را باز یابند.

سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی در ایران امری جدید است که طی سال‌های اخیر توجه بسیاری از سیاست‌گذاران و محققان را به خود جلب کرده است. از این رو، گزارش حاضر در راستای بهینه شدن سیاست‌های دوران سالمندی پیشنهادی را در سه حوزه قانونی، راهبردی و پژوهشی به شرح زیر ارائه داده است.

پیشنهادهای قانونی

■ با توجه به عدم قانون سالمندی در کشور، ارائه پیش‌نویس قانونی با موضوع سالمندی در راستای تحقق سالمندی سالم و موفق، ذکر الگوهای مراقبتی غالب در این حوزه و جایگزین‌های آن، تدوین ضوابط کاری و حمایت از مراقبان و پرستاران افراد سالمند از جمله مشوق‌های مالیاتی، مرخصی‌های کاری، مراقبت‌های فرجه‌ای و کمک‌های نقدی، زیرساخت‌های قانونی توان‌افزایی افراد در راستای سالمندی خودکفا و نظارت بر سازوکار اجرایی خدمات فوق ضروری می‌کند.

■ تدوین برنامه‌های حمایت مالی برای سالمندان نیازمند و

■ اصلاح ضوابط باز آرای شهری در راستای افزایش خود کفایی سالمندان و امکان بهره‌مندی از امکانات شهری.

پیشنهادهای راهبردی

■ طراحی و انجام مطالعات و پیمایش منظم و ادواری با محوریت رصد وضعیت سالمندی در کشور،
■ تغییرات ساختاری مانند بازنگری در توالی هنجاری آموزش، اشتغال، فرزندپوری، بازنشستگی و در نتیجه گشودن گزینه‌های جدیدی برای خانواده‌ها و افراد در تمام مراحل زندگی،
■ گسترش برنامه‌های اجتماع‌محور در سطح محلات با استفاده از ظرفیت بالای مساجد و شهرداری‌ها،
■ توجه به تفاوت‌های جغرافیایی و فرهنگی (شهری، روستایی و...) در سیاستگذاری‌های حوزه سالمندی،
■ تسهیل ورود مجدد به نظام آموزشی و پرورشی در تمام سنین و ترویج کار داوطلبانه و بدون دستمزد به عنوان شکل شناخته شده و قابل دوام مشارکت مولد در تمام سنین مانند تجربه ژاپن، در راستای افزایش احساس هویت و ارزشمندی اجتماعی،
■ تشکیل خانواده و گروه حامی و استفاده از ظرفیت جمعیت سالمند به عنوان جانشین اعضای خانواده شهروندان جوان تر در راستای انتقال مهارت‌های زندگی به نسل‌های جوان و استفاده از ظرفیت جوانان به عنوان جانشین فرزندان و اعضای خانواده سالمند در رفع نیازهای آنان.

برنامه‌های مالی مکمل برای سالمندانی که درآمد ناکافی دارند مانند تجربه کشور کانادا که علاوه بر مستمری پایه، برنامه مکمل مالی نیز برای سالمندان در نظر گرفته شده است،
■ تدوین سازوکار حمایت از مراقبان خانوادگی در راستای نگهداری و مراقبت از سالمندان در نهاد خانواده
■ استفاده از مشوق‌های مالیاتی برای خانواده‌ها،
■ مهارت‌افزایی زنان جامعه در راستای کاهش هزینه‌های سالمندی تنها با رویکرد افزایش کارآمدی جسمی، افزایش قدرت روانی و ذهنی، توان‌افزایی کسب درآمد،
■ ارائه تسهیلات مالی برای رخدادهای دواج افراد در راستای جلوگیری از آسیب‌های تنهایی در سالمندی،
■ انعطاف‌پذیری بیشتر در ساعات کاری می‌تواند باعث تعادل بیشتر کار / خانواده در تمام مراحل زندگی شود و همچنین گزینه‌های نقش معنادارتری را برای افراد در سال‌های بعدی بزرگسالی فراهم کند،
■ کمک به افراد و خانواده‌ها در زمان گذار یا بحران، مانند بیهوش شدن، رکود اقتصادی، یا کاهش عملکرد سلامت، و انجام اقدام‌های پیشگیرانه برای دفع بحران می‌تواند سیاستی مؤثر باشد،
■ ترویج مشارکت فراگیر جامعه از طریق سیاست‌های حمایت از مساجد به عنوان کانون اجتماعی محلات که به عنوان مرکز فعالیت‌های اجتماعی، آموزشی، بهداشتی، فرهنگی و سازمانی عمل می‌کنند،

منابع و مأخذ



- [۱] گزارش وضعیت سالمندی در ایران. (۱۳۹۹). مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- [۲] سند ملی سالمندان کشور. (۱۳۹۹). انتشارات دبیرخانه شورای ملی سالمندان.
- [۳] بررسی وضعیت زنان سالمند تنها و آسیب‌پذیری، نیازها و چالش‌های آن‌ها. (۱۴۰۰). شورای ملی سالمندان کشور.
- [۴] هزار جریبی، ج.، عالمی نیسی، م.، تاج‌مزی‌نایی، ع.، فعلی، ج. (۱۳۹۷). رویکردهای تلفیقی حمایت خانواده تهرانی از سالمندان. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۱۱-۱۵۰.
- [۵] زنجری، ن.، صادقی، ر. (۱۳۹۹). شاخص دیده‌بان سالمندی در ایران ۱۳۹۵. تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.
- [۶] رضوانی‌خالدی، فرشاد، فیضی‌صفت، مهدی. «آینده‌پدیده سالمندی جمعیت و الزامات سیاستی ایران»، نمای راهبردی، تیر ۱۴۰۲.
- [۷] کاظمی، عباسی، فرجی، مهدی. دینداری ایرانیان، معاونت پژوهشی و آموزشی سازمان تبلیغات، ۱۳۹۰.
- [۸] شیان، م.، زارع، ح. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع‌محور بر رفاه ذهنی سالمندان. مجله سالمندی ایران، ۱۶-۲۹.
- [9] "Think tank, European Parliamentary," 2023.
- [10] Kalyani, K., & Mehta, P. (2006). A Critical Review of Singapore's Policies Aimed at Supporting Families Caring for Older Members. *Journal of Aging & Social Policy*, 43-57.
- [11] Johansson PhD, L., & Sundström PhD, G. (2006). Policies and Practices in Support of Family Caregivers-Filial Obligations Redefined in Sweden. *Journal of Aging & Social Policy*, 7-26.
- [12] PhD, S. K. (2006). Commentary. *Journal of Aging & Social Policy*, 18:3-4, 79-93, DOI: 10.1300/J031v18n03_06.
- [13] Guberman MSW, N., Gagnon PhD, É., & Pier, J. (2006). Families' Values and Attitudes Regarding Responsibility for the Frail Elderly. *Journal of Aging & Social policy*, 59-78.
- [14] Stuart ScD, M., & Boll Hansen MSc, E. (2006). Danish Home Care Policy and the Family. *Journal of Aging & Social Policy*, 27-42.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، رویروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir