

مراقبت از سالمندان؛ مفاهیم و تجارب ملی و بین‌المللی*

سلمان قادری**/ دکتری جامعه‌شناسی، کارشناس اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی
فرهاد بیانی/ استادیار جامعه‌شناسی، گروه مطالعات علم و فناوری، موسسه مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم
علی اکبر محمدیان/ کارشناسی ارشد مهندسی صنایع

**salmang41@gmail.com

doi: 10.30496/jrest.2021.313731.1019

چکیده:

یکی از موضوعات مهم توجه به سلامت سالمندان است. تاکنون مدل‌های گوناگونی در حوزه مراقبت از سالمندان در بین کشورهای مختلف تدوین شده که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به شبکه داوطلبان، برنامه‌های جامعه‌محور، مدل یکپارچه مراقبت و خدمات، مدل مراقبت‌های ویژه، مدل مراقبت جامع و ... اشاره کرد. بسیاری از کشورها متناسب با وضعیت نیاز، شرایط توسعه‌یافتگی و وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خود یک یا ترکیبی از این مدل‌ها را مورد استفاده قرار می‌دهند. با این وجود بررسی و شناسایی مدل‌های کم‌هزینه متناسب با شرایط هر جامعه اهمیت زیادی دارد. در این پژوهش عمدتاً به بررسی و شناسایی الگوها و مدل‌های مراقبت از سالمندان پرداخته می‌شود تا مدل‌های کم‌هزینه و با اثربخشی بالا شناسایی و در نظام‌های برنامه‌ریزی کشور مورد استفاده قرار گیرند. هدف این مقاله مطالعه مفاهیم و تجارب ملی و بین‌المللی مربوط به راه‌حل‌های مراقبت از سالمندان است. روش این تحقیق اسنادی یا کتابخانه‌ای بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد الگوهای مراقبت خانواده محور و جامعه‌محور اثربخشی بیشتری دارند و هم باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها می‌شود. همچنین ارتقای کیفیت زندگی سالمندان می‌تواند مراقبت از آنان را بهبود بخشد و در آن‌ها احساس کارآمدی ایجاد کند و با ارتقای امید و نشاط در آن‌ها، سبب بهبود سلامت آنان از جنبه‌های گوناگون خواهد شد.

واژگان کلیدی: سالمندی، سلامت، الگوهای مراقبت، جامعه‌محوری

Care for the elderly; National and international concepts and experiences

Salman Ghaderi\ PhD in Sociology, Social Emergency Expert of Welfare Organization

Farhad Bayani\ Assistant Professor of Sociology, Department of Science and Technology Studies, Institute of Cultural and Social Studies, Ministry of Science

Ali Akbar Mohammadian\ Master of Industrial Engineering

Abstract:

in the field of elderly care have been developed in different countries, the most important of which are the network of volunteers, community-based programs, integrated model of care and services, intensive care model, comprehensive care model, and so on. Many countries use one or a combination of these models depending on their needs, development conditions, and cultural, economic, and social status.

However, it is important to study and identify low-cost models tailored to the needs of each community. In this research, the patterns and models of elderly care are mainly studied and identified in order to identify low-cost and highly effective models and be used in the country's planning systems. The purpose of this article is to study national and international concepts and experiences related to geriatric care solutions. The method of this research was documentary or library. The findings show that family-centered and community-based care patterns are more effective and also save costs. Also, improving the quality of life of the elderly can improve their care and make them feel efficient, and by promoting hope and vitality in them, it will improve their health in various aspects.

Keywords: old age, health, care patterns, community oriented

* این مقاله مستخرج از پروژه پژوهشی "مطالعه مفاهیم و تجارب ملی و بین‌المللی راه‌حل‌های مراقبت از سالمندان" انجام شده در مؤسسه مطالعاتی سپید می‌باشد.

۱- مقدمه

بسیاری از کارشناسان از سالمندی به عنوان قله اورست مسائل اجتماعی نام می‌برند که هر جامعه‌ای با اثرات آن مواجه می‌شود (معیدفر، ۱۳۸۸). کاهش کلیشه‌های اجتماعی باعث می‌گردد که از توانایی‌های سالمندان به شکل مناسبی استفاده شود، زیرا در برنامه‌های اجتماعی و محلی می‌توان از ظرفیت آن‌ها بهره برد. در حال حاضر بسیاری از سنن اجتماعی و قدیمی در محلات شهرهای کشور از بین رفته است. این موضوع به خوبی نشان‌دهنده کم‌توجهی به سالمندان است. طبق برآوردهای موجود در کشورمان در آینده‌ای نه چندان دور با بحران سالمندی روبه‌رو خواهیم شد. چنانچه امکانات مناسبی برای این قشر فراهم نشود و به خوبی از نیروی انسانی و جمعیت جوان فعلی استفاده نگردد مشکلات تشدید خواهد شد. بر اساس گزارش مرکز آمار ایران از سال ۱۳۹۰ وارد دوره سالمندی شده‌ایم. بر اساس پیش‌بینی کارشناسان این مرکز جمعیت سالمندان در سال ۱۴۰۰ به ۱۰ درصد؛ در سال ۱۴۲۰ به ۱۹/۴ درصد و در سال ۱۴۳۰ به یک چهارم جمعیت کل کشور خواهد رسید.

وضعیت سایر کشورها نظیر ایالات متحده مشابه کشور ماست. به این معنی که در حدود ۱۲/۹ درصد جمعیت ایالات متحده را سالمندان تشکیل می‌دهند که برابر با ۳۹/۶ میلیون نفر می‌باشند. طبق نظر سازمان بهداشت جهانی در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰، جمعیت بالای ۶۰ سال جمعیت جهان از ۱۱ درصد به ۲۲ درصد خواهند رسید. انتظار می‌رود تعداد مطلق آن‌ها از ۶۰۵ میلیون به ۳ میلیارد در مدت مشابه افزایش یابد. بر اساس تحقیقات گورمن^۱ تا سال ۲۰۱۰ به صورت میانگین ماهیانه تعداد افراد ۶۵ سال به ۱٫۱ میلیون نفر رسیده بود. اگرچه درصد فعلی (۱۸ درصد تا ۲۰ درصد) سالمندان در بین جمعیت جهان توسعه‌یافته نسبت به کشورهای در حال توسعه بالاتر است ولی ثبات خود را حفظ کرده است (النصیر^۲، ۲۰۱۵: ۲۶). آنچه هشداردهنده بوده این است که ۸۰ درصد از روند سالمند شدن جوامع در بین کشورهای کم‌درآمد و متوسط خواهد بود. گزارش‌ها حاکی از آن است که تنها در قاره آفریقا در طی چند سال آینده این افزایش به ۴۵۰ میلیون (از ۲۱۳ میلیون موجود) خواهد رسید. علاوه بر این کشور چین در حدود ۳۴ سال و سنگاپور در حدود ۲۰ سال طول خواهد کشید تا جمعیت سالمند آن‌ها دو برابر شود. در همین حال تغییرات در جهان توسعه‌یافته بیش از صدها سال پیش از رسیدن به

نسبت‌های فعلی خود به تدریج و همگن اتفاق می‌افتد. برای مثال در ایالات متحده نسبت سالمندان در سال ۱۹۹۰ در حدود ۴ درصد و در سال ۲۰۱۰ تنها ۱۳٫۹ درصد بوده است. همچنین بیش از ۱۰۰ سال طول کشید تا جمعیت بالای ۶۰ سال کشور بلژیک از ۹ درصد به ۱۸ درصد یعنی دو برابر برسد. چنین دوره طولانی زمان کافی را برای سیاست‌گزاران و دانشمندان فراهم می‌نماید تا مطالعاتی را انجام دهند که سیاست‌هایی را به سود جمعیت تنظیم نمایند (همان: ۲۷).

در دوره سالمندی آسیب‌پذیری افراد در برابر مشکلات پیرامون افزایش می‌یابد. بیماری‌های مرتبط با سن شیوع زیادی پیدا می‌کند که در نهایت منجر به کاهش توانایی، بقا و مرگ می‌شود. با توجه به تغییرات گسترده جهانی در روند جمعیت در جهان، سازمان بهداشت جهانی (WHO) شعاری را با عنوان «جهان در حال خاکستری شدن^۳» طراحی نموده که حاکی از افزایش مداوم تعداد سالمندان و پیش‌بینی پیر شدن کل جمعیت جهان است.

به احتمال زیاد سیاست‌مداران کشورهای فقیر از توجه به مسئولیت‌های خود نسبت به افراد مسن غافل هستند و یا بدتر از آن در وضعیت انکار قرار دارند. بر همین اساس فرض می‌شود که ارزش‌های سنتی تضمین می‌کند که نهاد خانواده با مراقبت از افراد سالخورده کنار بیاید. چنین موضوعی ممکن است که فقط بر مشکلات آن‌ها بیافزاید. در حالی که پرداختن به اهمیت تغییر زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در حوزه سیاست‌گذاری اجتماعی در برنامه‌های مراقبت از سالمندان از اهمیت ویژه برخوردار است.

هم‌زمان با توسعه جوامع به سمت مدرنیزاسیون، نقش‌های اجتماعی موجود برای افراد مسن رشد اندکی داشته و از اعتبار آن کاسته شده است و در نتیجه مسئولیت مراقبت از افراد مسن از خانه به حوزه‌ی عمومی و مؤسسات انتقال پیدا کرد. تجربه‌ی دوره سالمندی اغلب به شکل مثبتی بر سیستم حمایت اجتماعی یا شبکه‌های اجتماعی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. شبکه‌های حمایت اجتماعی می‌تواند با میزان تعامل بین اعضاء، شدت تبادل، پیچیدگی یا میزان فعالیت‌های انجام شده و سطح روابط داخلی و بین شبکه‌ای پیوند داشته باشد. افراد سالمندی که شبکه‌های اجتماعی بیشتر و متراکم‌تری دارند از همبستگی اجتماعی بیشتری نیز برخوردارند. لذا پایگاه نسبی اجتماعی بهتری در جامعه نیز به دست می‌آورند.

۱- Gorman

۲- Alnasir

۳- The world is turning gray

با توجه به روند پیر شدن جمعیت بررسی و آینده‌نگری در حوزه مراقبت از سالمندان دارای اهمیت بسیاری است. با عنایت به چالش‌های متعددی که در حوزه مراقبت و کیفیت زندگی سالمندان صورت می‌گیرد تدوین سازوکارهای اساسی و برنامه‌های مراقبت مؤثر دارای اهمیت است. یکی از موضوعات مهم پرداختن به سالم زیستی سالمندان است. تاکنون مدل‌های گوناگونی در حوزه مراقبت از سالمندان در بین کشورهای مختلف تدوین شده که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به شبکه داوطلبان، برنامه‌های جامعه‌محور، مدل یکپارچه مراقبت و خدمات، مدل مراقبت‌های ویژه، مدل مراقبت جامع و... اشاره نمود. بسیاری از کشورها متناسب با وضعیت نیاز، شرایط توسعه‌یافتگی و وضعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خود یک یا ترکیبی از این مدل‌ها را مورد استفاده قرار می‌دهند. با این وجود بررسی و شناسایی مدل‌های کم‌هزینه متناسب با شرایط هر جامعه اهمیت زیادی دارد. امروزه به دلیل تعدد بحران‌های مختلف طبیعی، تحولات خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی، بررسی مدل‌های کارآمد مراقبت از اهمیت برخوردار است. در حالی که سالمندان با چالش‌های اساسی در حوزه‌های مختلف مواجه‌اند، شناسایی و پرداختن به مدل‌ها و نظام‌های اثربخش مراقبت در سطح جهان و در داخل کشور اهمیت زیادی خواهد داشت. هدف از نگارش این مقاله مطالعه مفاهیم و تجارب ملی و بین‌المللی مربوط به راه‌حل‌های مراقبت از سالمندان است. در این پژوهش با استفاده از روش مطالعه اسنادی و مرور منابع معتبر علمی و طرح‌های پژوهشی و اجرایی در داخل و خارج از کشور به بررسی برنامه‌های مراقبت از سالمندان پرداخته شد. مرور این برنامه از جهات زیادی دارای اهمیت است. به عنوان مثال آشنایی با این برنامه‌ها و بررسی آخرین یافته‌های تجربی و علمی پیرامون مراقبت از سالمندان می‌تواند در تدوین راهکارهای اجرایی و طراحی برنامه‌های استراتژیک در سطح کلان و خرد مؤثر باشد. همچنین چشم‌انداز مناسبی از آینده برنامه‌های مراقبتی پیرامون سالمندان خواهد گشود.

۲- پیشینه پژوهش

امروزه جمعیت بسیاری از کشورهای جهان در حال پیر شدن است. بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، میانگین سن متوسط در بسیاری از کشورها افزایش یافته است. برآورد می‌شود که نسبت افراد ۶۵ سال و بالاتر از ۱۴ درصد در سال ۲۰۱۰ به ۲۵ درصد تا سال ۲۰۵۰ افزایش یابد. در حالی که وضعیت این کشورها به گونه‌ای است که امکانات لازم برای توسعه، ارتقای سلامت و رفاه متناسب با شرایط سالمندان را ندارند. چنین روندی احتمالاً به

سمت سالخوردگی جمعیت همراه با چالش‌های اقتصادی و اجتماعی متعددی بوده که افراد، خانواده‌ها، دولت‌ها و جوامع را درگیر خود می‌سازد؛ زیرا سالمندان نیازمند نظام‌های حمایتی و مراقبتی خاصی هستند که با شرایط آن‌ها تناسب بیشتری داشته باشد. سالمندانی که با عوامل خطرآفرین متعدد مواجه هستند در معرض مشکلات بیشتری قرار داشته و آسیب‌پذیری آن‌ها نیز بیشتر است (فدراسیون بین‌المللی صلیب سرخ، ۲۰۱۰).

بر اساس برخی از پژوهش‌ها حوزه‌هایی نظیر روابط، سلامتی، باورها و... معنای زندگی در بین سالمندان را تشکیل می‌دهند. بر اساس نظر دویر و همکاران (۲۰۰۸) عواملی نظیر احساس تعلق به دیگران، مورد نیاز بودن و کارایی جسمی از منابع معنابخش به زندگی سالمندان است که به ترتیب خانواده، رابطه عاطفی، مادیات و امور مالی، سلامتی، خانه، کار، روابط اجتماعی، معنویات، رضایت، طبیعت، اوقات فراغت، تعهد اجتماعی، هنر و فرهنگ، لذت‌گرایی، رشد، اخلاق و نیاز به پذیرش اجتماعی بوده است. به این ترتیب روابط به خصوص با خانواده، دوستان و شرکای عاطفی به عنوان مهم‌ترین منبع معنای زندگی عنوان شده بود؛ لذا شبکه حمایتی خانواده اولین منبع بهزیستی خانواده برای سالمندان محسوب می‌شود و نقش زیادی در افزایش سلامت روان دارد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۶). اکثر سالمندان حضور در خانه را به اقامت در سرای سالمندان ترجیح می‌دهند. بر اساس آمارهای موجود بیش از ۹۰ درصد سالمندان با خانواده‌هایشان زندگی می‌نمایند و لذا خانواده بیشترین نقش مراقبتی را دارد. هرچند که خانواده بستر مناسبی برای مراقبت از سالمند محسوب می‌شود، اما دگرگونی‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی نقش سنتی خانواده در مراقبت از سالمند را با چالش مواجه ساخته است. این تحولات و تغییرات تحت تأثیر گرایش‌های نوین عصر حاضر در حال فروپاشی بوده و جایگاه ممتاز خانواده را زیر سؤال برده است، لذا ضروری است که برنامه‌ها و سیاست‌های ملی با این تغییرات همگام شود (سام آرام، ۲۷۲۱۳۸۶). بر اساس نظریه عدم تعهد یا عدم مشارکت و دیدگاه کارکردگرایانه الیان کامینگ و ویلیام هنری، غیرقابل اجتناب بودن مرگ فرد را وادار می‌کند که بخش مهمی از نقش‌های اجتماعی خود را ترک کرده که از آن جمله می‌توان به کار کردن، خدمات داوطلبانه، همسر بودن، کارهای تفننی و خواندن مطلب اشاره نمود. در چنین شرایطی جامعه خود را از سالمند کنار می‌کشد و از شیوه‌هایی نظیر منزوی ساختن آن‌ها در مراکز اقامتی، آموزش و تفریح استفاده می‌نماید (مثنوی، ۱۳۷۷). بر اساس نظر بیچ^۴ و همکارانش مراقبت از افراد سالمند

معلول دارای اثرات مثبت و منفی است. بر این اساس پیامدهای مربوط به سلامتی شامل درک وضعیت سلامتی سالمند و بروز پیامدهای خطرناکی نظیر اضطراب، افسردگی و فشار مراقبت برای آنهاست. هر اندازه میزان کمک و حمایت افزایش می‌یافت منجر به کاهش اضطراب و افسردگی در بین افراد سالمند می‌شد. بر اساس نتایج بابایی (۱۳۸۶) نیز خانواده‌ها به خصوص زنان به دلیل مراقبت از سالمندان زمان کمی را برای گذراندن اوقات فراغت و فعالیت‌های اجتماعی و شغلی دارند. هر چه وابستگی سالمند به خانواده بیشتر باشد این مشکلات نیز بیشتر خواهد شد. هر چند که بر اساس برخی دیگر از مطالعات میزان افسردگی در بین سالمندان با توجه به قومیت آنها متفاوت است. در ایران میزان افسردگی در بین سالمندان قومیت‌های لر، کرد، بلوچ و عرب بیشتر از سایر قومیت‌ها است (الهیاری و همکاران، ۱۳۹۹: ۱۰۱).

با شروع روند سالمندی، ابتلا به بیماری‌های غیرواگیردار از عوامل اصلی بروز ناتوانی در بین سالمندان محسوب می‌شود. در جهانی که مشخصه بارز آن تغییرات سریع اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی است، سالمندان مشکلاتی نظیر تنهایی، انزوای اجتماعی، حاشیه‌نشینی و انواع خشونت را تجربه می‌نمایند که تهدیدکننده وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی آنها بوده و آسیب‌پذیری‌شان را افزایش می‌دهد. اخیراً در حوزه سالمندی تعاریف جدیدی از آن ارائه گردیده و این دوره به عنوان یک مرحله دیده نمی‌شود، بلکه بخشی از فرآیندی است که از بدو تولد آغاز گردیده و با مرگ پایان می‌یابد. بر همین اساس سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ تعریفی که از دوره سالمندی ارائه می‌دهد بر «بهینه‌سازی فرصت‌های سلامتی، مشارکت و امنیت» به منظور ارتقاء کیفیت زندگی افراد تأکید می‌کند. چنین تعریفی به افراد سالمند این امکان را می‌دهد تا به ارتقای بهزیستی ذهنی، اجتماعی و جسمی خود پرداخته و ضمن کسب حمایت، امنیت و مراقبت کافی، مشارکت مناسبی در طول زندگی داشته باشند. به این ترتیب مطابق این تعریف، پس از ۶۵ سالگی صرفاً عوامل بیولوژیک در تعیین وضعیت سلامتی افراد تأثیرگذار نیست، بلکه متغیرهای دیگر (عمدتاً محیطی و فرهنگی) نقش تعیین‌کننده‌تری دارند. افراد مسن اغلب نیازهای مراقبتی پیچیده‌ای دارند که نیازمند یک رویکرد جامع و مبتنی بر حل مسئله برای مراقبت از آنها است.

پیری یا سالمندی تعاریف مختلفی دارد. در متون جامعه‌شناختی سالمند به فردی اطلاق می‌شود که بر اثر افزایش سن و کهولت، توانایی انجام نقش و مسئولیت‌های اجتماعی واگذار شده از سوی خانواده و جامعه را نداشته باشد (ریاحی، ۱۳۸۷).

بر این اساس پیری سه تعریف و فرآیند مختلف دارد:

۱. پیری جسمانی ناشی از تغییرات افزایش سن و تغییرات بدن
۲. پیری روانی که ناشی از تغییرات عاطفی، ادراکی و رفتاری
۳. پیری اجتماعی که ناشی از تغییر در جایگاه اجتماعی افراد و گذار از یک پایگاه اجتماعی به پایگاه دیگر است (ریاحی، ۱۳۸۷: ۱۲).

با وجود تغییرات جسمی که در فرآیند پیری مؤثر است، اما پیری صرفاً تغییرات بیولوژیک نیست، بلکه فرآیندی اجتماعی و فرهنگی نیز هست که ارتباط چندانی با وضعیت جسمی ندارد. تبعیض سنی به شکل‌گیری مجموعه‌ای از باورهای اشتباه در مورد دوره سالمندی و محدودیت‌هایی اجتماعی و فرهنگی منجر گردیده و سالمندان را منزوی‌تر می‌سازد. بسیاری سالمندی را مترادف با مرگ می‌دانند و افرادی که به این سن می‌رسند مجبورند که در انتظار مرگ باشند. هنگامی که پیرامون افراد سالمند نگرش‌های منفی وجود داشته باشد باعث ایجاد برچسب سازی پیرامون آنها می‌شود. جامعه برای به حاشیه راندن آنها اقدام به ساختن برچسب‌هایی نظیر «پیر»، «ناتوان»، «فرتوت»، «وابسته»، «سردرگم»، «فراموش‌کار» و ... می‌نمایند که آنها را ناتوان از انجام امور روزمره و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌نماید، لذا هنگامی که نسبت به سالمندان چنین تبعیض‌هایی اعمال شود، آنها مطابق این انگ‌های اجتماعی عمل می‌کنند که منجر به پیری ستیزی^۵ می‌شود. امروزه به دلیل تغییر و تحولات اجتماعی مجموعه عوامل زیر در کاهش اعتبار و اقتدار سالمندان مؤثر بوده است:

۱. کاهش اعتقاد به سنت‌ها و ارزشمند بودن سالمندی
۲. تغییر سازوکار انتقال دانش و تجربه (نسل گذشته از طریق گفتار شفاهی به انتقال دانش می‌پرداختند، اما امروزه نقش رسانه‌های جمعی و شبکه‌های اجتماعی بسیار پررنگ شده است).
۳. کاهش مشارکت سالمندان در تولید اقتصادی
۴. هسته‌ای شدن خانواده‌ها
۵. کارکرد خانواده جدید و واگذاری بسیاری از مسئولیت‌ها به نهادهای خارج از خانواده
۶. اشتغال زنان (فاصله گرفتن زنان از نقش سنتی مراقبت‌کنندگی به خصوص از سالمندان)
۷. شکاف نسلی (تفاوت نگرشی و بینشی در بین نسل‌های قدیم و جدید بسیار زیاد است)
۸. تغییر در فضای معماری و منازل مسکونی و کوچک‌تر شدن فضای خانه و عدم مناسب‌سازی برای سالمندان

۹. ارزشمندی زیبایی، جوانی و شادابی (ریاحی، ۱۳۸۷: ۸).
به این ترتیب مجموعه عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در فرآیند سالمندی مؤثر است. لذا سالمندی یک پدیده چندوجهی بوده و در فرآیند اجرای برنامه‌های مراقبتی نیازمند اتخاذ رویکردهای جامع و بررسی جنبه‌های گوناگون آن هستیم.

۳- روش‌شناسی

روش تحقیق حاضر کتابخانه‌ای یا اسنادی است. در این روش محقق پژوهشگر داده‌های پژوهشی را درباره کنشگران، وقایع و پدیده‌های اجتماعی از بین اسناد و منابع معتبر علمی جمع‌آوری می‌نماید. در نتیجه تکنیک‌های لازم را برای پژوهش‌های پیشین فراهم می‌سازد. روش مطالعه اسنادی مستلزم جست‌وجو، توصیف و تحلیل از اسناد و مدارک معتبر است. در این روش محقق تلاش می‌کند تا از فهم مقاصد و انگیزه‌های اسناد و متون آن را به عنوان زبان مکتوب و گفتمان نوشتاری نویسنده مورد استناد قرار دهد (مگالاکوی، ۲۰۰۶).
بر این اساس کلیه اسناد، اطلاعات و داده‌های مکتوب موجود اعم از کتاب‌ها، مقالات، طرح‌های پژوهشی، مجلات، متون چاپی و بانک‌های اطلاعاتی اینترنت در خصوص برنامه‌های مراقبت از سالمندان در داخل و خارج از کشور به صورت تمام شماری مورد مطالعه و استفاده قرار گرفت. سپس با استفاده شیوه نمونه‌گیری عمدی و نظری منابع معتبر علمی گزینش و جمع‌آوری شد. بر این اساس مقالات، کتاب و طرح‌های پژوهشی که در کشورهای ایتالیا، اسپانیا، آلمان، انگلیس، ژاپن، استرالیا، سوئد و آمریکا (به عنوان کشورهای پیشرو) و مصر، عراق، لبنان، ترکیه، پاکستان و کشورهای حوزه خلیج فارس (به عنوان کشورهای مشابه) به نگارش درآمده و از طریق سایت‌های معتبر نظیر گوگل اسکولار^۶، درگاه اسکوپوس و ... منتشرشده مراجعه و تعداد ۲۰ منبع علمی معتبر استخراج و مورد بهره‌برداری قرار گرفت. علاوه بر این از منابع، سایت‌ها و کتاب‌های چاپ‌شده داخلی نظیر نورمگز، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، پرتال جامع علوم انسانی و ... استفاده شد.
ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق علاوه بر استفاده از چک‌لیست، فیش‌برداری، جدول و فرم ثبت و نگهداری جهت دسته‌بندی و طبقه‌بندی منابع و مطالب بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس نتیجه‌گیری و مقایسه‌ی داده‌های جمع‌آوری شده در داخل و خارج از کشور صورت گرفت. مهم‌ترین تکنیک‌های تحقیق تعیین واژگان کلیدی، استفاده از فهرست واژگان تخصصی، فیش‌برداری، مرور نظام‌مند (سیستماتیک)، طبقه‌بندی و جداول مفهومی، فن تقلیل داده، تفسیر نظری

آمارها و پردازش، نگارش و گزارش پژوهش است. در پژوهش حاضر با مراجعه به اسناد، مدارک، پژوهش‌ها، کتاب‌ها، مقالات و گزارش‌هایی که در باب تدوین و طراحی استراتژی‌های مربوط به بهینه‌کردن مراقبت از سالمندان در کشورهای توسعه‌یافته و جوامعی که وضعیتی شبیه به ایران دارند، کوشش شد راهبردها و راه‌حل‌های کاربردی نیز برای مراقبت جامع‌تر و کارا تر از سالمندان تدوین و طراحی گردید. مرور نظام‌مند این منابع که ممکن است حتی صورت آرشیوی نیز داشته باشد، می‌تواند پژوهشگران تحقیق را برای صورت‌بندی راهبردها و راحل‌هایی به منظور بهبود شرایط مراقبت از سالمندان یاری کند. در مطالعه کشورها می‌توان دو گروه از جوامع را مدنظر قرار داد: اول جوامع توسعه‌یافته‌ای که گام‌های متعددی در این زمینه برداشته‌اند و اگرچه فاصله واقعی ایران با آن‌ها می‌تواند زیاد باشد؛ اما می‌توان از آن‌ها همانند الگو و غایتی بهره برد و کوشید طی برنامه‌های بلندمدت به آن‌ها نزدیک شد. دوم، کشورهایی که کم‌وبیش شرایط و مختصات اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی مشابهی با ایران دارند. بررسی تجارب این جوامع از آن جهت حائز اهمیت است که قرابت بیشتری با جامعه ایران دارد و راه‌حل‌ها و راهبردهای آن‌ها را می‌توان به سهولت بیشتر پیاده کرد و به کارآمدی‌شان امیدوارتر بود. زمینه‌های مشابه میان ایران و این جوامع می‌توان تجارب مشترکی را رقم زند و سبب طراحی استراتژی‌های واقعی‌تری برای جامعه سالمندان ایران شود.

۴- ادبیات پژوهش

۴-۱- برنامه‌ها و سیاست‌های سالمندی: تجارب ملی و بین‌المللی
در حالی که تا دهه ۱۹۸۰ الگوی مراقبت در بین کشورهای در حال توسعه به عنوان مدل فراگیر جهانی در مراقبت از سالمندان مطرح شد، اما در حال حاضر الگوی جذب سالمندان در خانواده و جامعه، سیاست‌های حمایتی دولت‌ها از خانواده و مؤسسه‌زدایی یکی از مهم‌ترین استراتژی‌های این کشورها با هدف حمایت از سالمندان محسوب می‌شود. از دیگر برنامه‌ها می‌توان به اعطای مرخصی به زنانی اشاره کرد که در خانه از سالمندان پرستاری می‌کنند؛ به عنوان مثال در کشور سوئد بر گسترش اوقات فراغت سالمندان، مطالعه، تشکیل گروه‌های بحث و گفت‌وگو، ارسال کتاب، نوار ضبط و لوح‌های فشرده به درب منازل سالمندان و ارتقای مهارت‌های آن‌ها تأکید می‌شود. سازمان‌های مختلف قبل از بازنشستگی باید دوره‌های خاصی را برای سالمندان برگزار نمایند و خدمات مشاوره تخصصی در

۶- Mogalakwe

۷- Google scholar

زمینه‌هایی نظیر مراقبت اولیه، آشنایی با منابع حمایتی، مراکز تفریحی، چگونگی گذراندن اوقات فراغت، نحوه دسترسی به مراکز درمانی، بیمه، مراکز حمایت‌های اجتماعی، شیوه‌های تقویت شبکه‌های اجتماعی و ... ارائه نمایند. علاوه بر این اقداماتی در زمینه مناسب‌سازی محیط شهری برای سالمندان، پارک‌ها و مراکز تفریحی ایجاد کنند. از توانایی‌های سالمندان از طریق دریافت هویت گذشته فرهنگی، شیوه‌های انسجام خانوادگی و اجتماعی، حل مسائل محلی و ... استفاده نمایند. سالمندان پتانسیل زیادی در کاهش و حل مناقشات بین خانواده‌ها داشته و با وجود گذشت زمان احترام آن‌ها در بین برخی از مردم همچنان وجود دارد.

خدمات متعددی که در کشورهای توسعه یافته به سالمندان ارائه می‌شود با هدف جایگزینی مراقبت اجتماعی به جای خانه‌های سالمندان صورت می‌گیرد که هزینه‌های دولت و خانواده‌ها نیز کاهش می‌یابد. علاوه بر این هزینه‌های دیگری بابت مراقبت شبانه‌روزی پرداخت نشده و موجبات رشد روانی و اجتماعی سالمندان نیز فراهم می‌شود. لذا وظیفه مراقبت از سالمند بین چهار نهاد خانواده، دولت، بخش خصوصی و انجمن‌های غیرانتفاعی تقسیم گردیده که در زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. خدمات مراقبت روزانه^۸: با هدف ارائه مجموعه‌ای از فعالیت‌ها در طی روز نظیر تغذیه، اردو، مشاوره، آموزش بهداشت، درمان و پرستاری و ... است.
۲. خدمات دوره کهنسالی: این خدمات طیف مختلفی را در برمی‌گیرد که شامل شستن لباس، اتو کشیدن، بهسازی محیط خانه، مشاوره تلفنی، ویزیت پزشک، شناسایی سالمندان نیازمند توسط شهرداری‌ها، ارائه خدمات رایگان حمل‌ونقل، مسافرت و ... است.
۳. دانشگاه‌های سالمندان^۹: این دانشگاه‌ها ویژگی‌های انعطاف‌پذیری داشته و مخصوص سالمندان است. هدف نیز استمرار آموزش می‌باشد و دروسی نظیر ادبیات و تاریخ معاصر در آن تدریس می‌شود. در برخی از کشورها نظیر سوئد حلقه‌های مطالعاتی شکل گرفته است که براساس آن گروهی از دانشجویان مسن در محیط معین برای مدت زمان مشخصی (یک الی سه هفته) اقدام به مطالعه موضوعات خاصی می‌نمایند. دولت نیز از این گروه‌ها که بین ۵ تا ۲۰ نفر عضویت دارند حمایت مالی به عمل می‌آورد.
۴. اجباری شدن آموزش در مدارس در مورد دوره سالمندی، آموزش قبل از بازنشستگ، تشکیل شورای سالمندی و

بیمه سالمندی برای افراد بالای ۴۰ سال از دیگر اقدامات کشورهای توسعه یافته است.

در همه کشورهای جهان خانواده بیشترین حمایت را برای افراد سالمند فراهم می‌سازد، اما در جوامع توسعه یافته که سن بین نسلی در حال کاهش است، این کشورها مکانیسم‌هایی را برای محافظت از سالمندانی که به تنهایی زندگی نموده و یا آسیب‌پذیر هستند فراهم می‌سازند. در کشورهای توسعه یافته افراد سالمندی که نیاز به کمک دارند بر حمایت خانواده، ارائه‌دهندگان خدمات غیررسمی و پس‌انداز فردی متکی هستند. برنامه‌های بیمه اجتماعی در چنین مکان‌هایی در حداقل ممکن است و در برخی از موارد نیز درآمدهای موجود نیز به میزان اندکی در بین گروه‌های نادر توزیع می‌شود؛ اما در کشورهای نظیر آفریقای جنوبی و نامیبیا که از مزایای ملی دوره پیری برخوردارند، بسیاری از سالمندان با خانواده‌هایشان زندگی می‌نمایند. در کشورهای پیشرفته، نظام تأمین اجتماعی اقداماتی نظیر تأمین حقوق بازنشستگی در دوره سالمندی، طرح‌های بازنشستگی شغلی، صندوق‌های پس‌انداز اجباری، بیمه معلولیت، بیماری، مراقبت‌های طولانی مدت و اقداماتی برای دوره بیکاری را در نظر گرفته است که یک اقدام چندبخشی محسوب می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲: ۳). علاوه بر موارد فوق، الگوهای مراقبتی از سالمندان نیز در بسیاری از کشورها وجود دارد که در بخش زیر به آن‌ها اشاره می‌شود:

۴-۱-۱- الگوهای مراقبتی

سازمان بهداشت جهانی برنامه‌هایی را با تمرکز بر فرآیند توانمندسازانه سالمندان، ارتقای سلامت، رفاه و ایجاد محیط‌های توانمندکننده و حمایتی در نظر گرفته است که شامل شاخص‌هایی نظیر بهبود تصور از خود، احساس مثبت‌نگری، خواب و استراحت مناسب، افزایش انرژی و کاهش خستگی، تحرک، سهیم شدن در فعالیت‌های روزانه، درمان مواد اعتیادآور، تقویت ظرفیت کاری، تقویت روابط بین فردی و اجتماعی، تقویت استقلال فردی، افزایش صمیمیت، افزایش حمایت‌های اجتماعی، فعالیت جنسی، منابع مالی، افزایش مراقبت اجتماعی، کسب فرصت‌هایی برای یادگیری مهارت‌ها، دانش و اطلاعات جدید، تقویت باورهای مذهبی و دینی، معنویت، مفهوم مرگ و شیوه‌های کنار آمدن با آن است. پس از بیانیه مادرید، کشورها متعهد شدند که خدمات و مراقبت‌های دوران سالمندی را به شکل دامن‌های از خدمات رایگان تا نیم‌بها بر اساس نیازسنجی و وضعیت شاخص‌های سلامت جسمی و روانی و بر اساس نیاز

۸- Day care center

۹- University of third age (u³a)

گروه‌های مختلف سنی سالمندان ارائه دهند. علاوه بر این در این بیانیه بر سالمندی فعال^{۱۰} تأکید شد و مهم‌ترین شاخص‌های آن تعیین‌کننده‌های اقتصادی، اجتماعی، محیط فیزیکی، عوامل شخصی، عوامل رفتاری و خدمات اجتماعی و سلامت ذکر شده است؛ لذا تصمیم سازان، سازمان‌های غیردولتی، صنایع خصوصی و متخصصان حوزه سلامت و فعالیت‌های اجتماعی می‌توانند به تقویت شبکه‌های اجتماعی برای افراد سالمند توسط همسایگان و افراد داوطلب، گروه‌های همسال، مراقبت‌کنندگان خانوادگی و گروه‌های امداد رسان سیار اقدام نمایند. در کشورهای توسعه‌یافته اهمیت بالقوه افراد سالمند به صورت کامل درک نشده است، اما هنگامی که بیکاری زیاد باشد، اغلب مراقبت از کودک توسط آن‌ها باعث می‌شود تا افراد جوان بتوانند خارج از خانه کار کنند. در همه کشورهای جهان افراد مسن دارای مهارت و تجربه به عنوان افراد داوطلب در اجتماعات، نهادهای مذهبی و سازمان‌های سلامت کمک‌های قابل توجهی به جوامع و ملت‌ها می‌نمایند. هنگامی که جمعیت سالمند می‌شود یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در حوزه سیاست سالمندی ایجاد تعادل برای خود مراقبتی، حمایت غیررسمی از طرف اعضای خانواده، گروه دوستان و حمایت رسمی شامل مراقب سلامتی اولیه (عموماً در سطح اجتماعات) و مراقبت نهادی (در بیمارستان‌ها و خانه‌های سالمندان) است. بسیاری از خدمات مورد نیاز افراد توسط مراقبت‌کنندگان غیررسمی ارائه می‌گردد. در سراسر جهان اعضای خانواده، گروه دوستان، همسایگان و به خصوص زنان بیشترین مراقبت و پشتیبانی را از افراد سالمند ارائه می‌دهند. بسیاری از سیاستمداران نگران هستند که ارائه خدمات مراقبت بیشتر توسط نهادهای رسمی منجر به کاهش مشارکت خانواده شود. در اغلب کشورهای پیشرو در امر سالمندی، خدمات بیشتر بر حفظ سالمند در محیط زندگی طبیعی و در جامعه تا حد امکان و حفظ استقلال سالمندان در محیط مناسب تأکید دارند (مطلبی و همکاران، ۲۰۱۱). مراقبت رسمی از طریق نظام ارائه‌دهنده خدمات باید برای همه قابل دسترس باشد. در بسیاری از کشورهای جهان افراد مسن در فقر شدید به سر می‌برند و یا در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، لذا دسترسی آن‌ها به خدمات مراقبت محدود است. علاوه بر این فشار زیادی توسط آن‌ها و یا خانواده‌هایشان ایجاد می‌شود. بسیاری از افراد سالمند ترجیح می‌دهند که در خانه‌های خود تحت مراقبت قرار بگیرند، اما بسیاری از مراقبان که عموماً جوان هستند باید به نیازهای خود نیز توجه نمایند،

بدون آنکه بیمار شوند. آن‌ها باید نسبت به کسب خدمات اجتماعی مورد نیاز نظیر بازدید توسط پرستار، مراقبت خانگی، برنامه‌های حمایت همسالان، خدمات توان‌بخشی و نحوه دسترسی و کسب آن‌ها، نحوه به دست آوردن دستگاه سمعک، حمایت‌های تأمین اجتماعی و نحوه دسترسی به امکانات مالی در صورت پرستاری از سالمند معلول اطلاع داشته باشند. علاوه بر این افراد مراقبت‌کننده حرفه‌ای^{۱۱} نیز باید نسبت به نیازهای سالمندان، برخورد احترام‌آمیز و حفظ استقلال فردی، نگرش پدرانه، حفظ عزت نفس و استقلال آن‌ها آگاه بوده و آموزش‌های لازم را دیده باشند.

۴-۱-۱-۱- الگوی خانواده محور

تغییر ساختار خانواده از نوع گسترده به هسته‌ای و جذب زنان در بازار کار سبب شده است که امکان خانواده برای نگهداری از سالمند کاهش یابد و در نتیجه دولت‌ها اقدام به مداخله نمایند. در این رابطه مشارکت سازمان‌های غیردولتی اهمیت زیادی دارد. با توجه به نیاز سالمندان به داشتن زندگی سالم، توانمندسازی آن‌ها قبل از ورود به دوره سالخوردگی مؤثر است و باید آمادگی ذهنی و روانی آن‌ها افزایش یابد؛ به عبارت دیگر امکانات مراقبتی متناسب با سن آن‌ها تعریف شود.

یکی از الگوهای مراقبت از سالمندان توانمندسازی خانواده محور است که بر مؤثر بودن فرد و خانواده تأکید دارد که شامل سه بعد انگیزشی، روان‌شناختی و مشکلات آن‌ها است. هدف آن نیز توانمند ساختن سالمند، خانواده و ارتقای سطح سلامت آن‌ها است. اجرای مدل مراقبت خانواده محور منجر به احساس مثبت در بین کارکنان مراقبت بهداشتی می‌شود و در نهایت از اضطراب خانواده می‌کاهد. تقویت خود کارآمدی اهمیت زیادی دارد. منظور از این اصطلاح اعتقاد به ظرفیت‌های خود فرد و توانایی در دست گرفتن کنترل زندگی اوست. خودکنترلی، احساس هویت، عزت نفس و سلامت روانی در دست‌یابی به آن اهمیت زیادی دارد. تسلط سالمندان بر برخی از مهارت‌ها نظیر کنترل استرس، اندازه‌گیری فشارخون و ... خود کارآمدی آن‌ها را افزایش می‌دهد. استفاده سالمندان از منابع و مهارت‌های خود منجر به ارتقای خود کارآمدی در بین آن‌ها می‌شود (اندرسون^{۱۲}، ۲۰۰۷).

۴-۱-۱-۲- الگوی خود مراقبتی

خود مراقبتی به عنوان استراتژی تعریف شده است که در آن افراد با رویدادها و تنش‌های زندگی منطبق شده و منجر به عدم وابستگی می‌شود. افراد بزرگسال به طور طبیعی توانایی

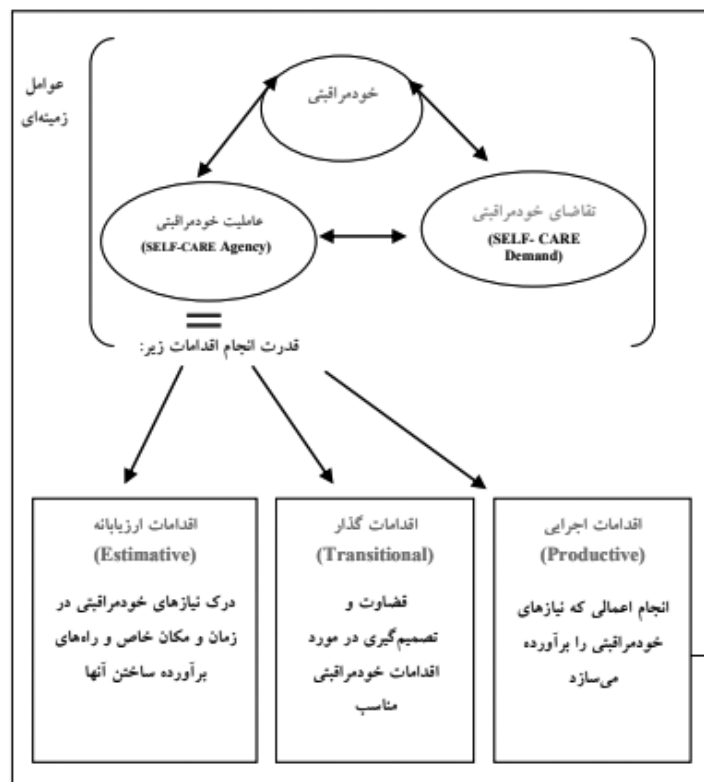
۱۰- Active ageing

۱۱- Professional caregivers

۱۲- Andersson

حل مسئله و پیشگیری از بیماری‌ها منجر می‌شود (لابیوس^{۱۴}، ۲۰۰۱). آموزش خود مراقبتی در نهایت منجر به افزایش کارایی، استقلال، کنترل عوارض سالمندی، کاهش مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری خواهد شد. بر اساس پژوهش هاشملو و همکاران (۱۳۹۱) اجرای برنامه خود مراقبتی اورم تأثیر زیادی در افزایش خود مراقبتی در بین سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان داشته است. بر اساس نظریه اورم، انسان عامل مراقبت از خود بوده که تمام مراقبت‌های لازم از خود را انجام می‌دهد تا حیات و تندرستی خود را حفظ نماید و احساس خوبی داشته باشد. هر گونه عدم تعادل بین توانایی مراقبت از خود و میزان نیاز به این نوع از مراقبت منجر به نقص در مراقبت از خود می‌شود. بر اساس تحقیقات صورت گرفته در حدود ۵۸ درصد از افراد سالمند بالای ۶۵ سال برای انجام فعالیت‌های روزانه نیاز به مراقبت دارند (فاسینو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۲). درحالی‌که اگر به صورت مستمر در فعالیت‌های روزانه بتوانند مشارکت نمایند قادر به حفظ سلامتی خود خواهند بود.

مراقبت از خود را دارند، اما کودکان و سالمندان نیازمند انجام فعالیت‌های خود مراقبتی هستند. افزایش توانایی خود مراقبتی سالمندان می‌تواند منجر به خودشکوفایی آن‌ها شود (سودرهام و لیندنکرونا^{۱۳}، ۲۰۰۰). هر چند که توانایی خود مراقبتی در بین افراد بالای ۷۵ سال به تدریج کاهش پیدا می‌کند. رفتارهای خود مراقبتی می‌تواند منجر به سالم زیستی و ارتقای سلامت به‌ویژه در بین افراد دارای رفتار پرخطر شود (دیویس^{۱۴}، ۲۰۱۱). رفتارهای خود مراقبتی سالم شامل فعالیت جسمی، رفتار تغذیه‌ای سالم، مدیریت استرس، ارتباط بین فردی سالم، رشد معنوی و مسئولیت‌پذیری در رابطه با وضعیت سلامتی است که می‌تواند منجر به خودکنترلی در بین سالمندان گردد (اورکی و همکاران، ۱۳۹۸: ۳۲۴). بر اساس نتایج اورکی و همکاران آموزش خود مراقبتی به افزایش امید، شادکامی و کیفیت زندگی منجر شده است که با نتایج سایر پژوهشگران در زمینه تأثیر آموزش خود مراقبتی بر افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود روابط خانوادگی و خویشاوندی و سلامت روان نظیر تحقیقات ماخنباخ^{۱۵} انطباق دارد. آموزش خود مراقبتی به کاهش درد، افزایش خودتدبیری،



شکل ۱. خلاصه مدل مراقبت اوروم

۱۳- Söderhamn O, Lindencrona

۱۴- Davies

۱۵- Mackenbach

۱۶- Labus

۱۷-Fassino

مدل‌های مراقبتی در گذشته فرد محور بوده‌اند. درحالی‌که مدل‌های کنونی مشارکتی‌اند و نقش خانواده و مراقبان غیررسمی در ارائه خدمات بسیار برجسته است. خدمات روزانه از حدود ۳ دهه پیش جایگزین خدمات رسمی شده است (الیس^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۰). اولین بار این مراکز در سال ۱۹۷۹ در ایالات متحده شروع به کار نمود و در حال حاضر ۴۶۰۰ مرکز در این کشور وجود دارد. به صورت کلی خدمات مراقبتی روزانه به ۳ دسته تقسیم می‌شوند: ۱- مراکزی که به ارائه خدماتی نظیر مواد غذایی، تفریح و خدمات بهداشتی می‌پردازد. ۲- مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی و ۳- مراکز ارائه‌دهنده خدمات به افراد دارای ناتوانی جسمی (آسید علی و همکاران، ۱۳۹۷: ۵۲۶). متولیان این مراکز در طی ساعات‌های مشخصی سالمندان را از محیط خانه بیرون برده تا فضای جدیدی برای آن‌ها ایجاد شده و از بار مراقبت از آن‌ها توسط خانواده نیز بکاهند. بر اساس نتایج مطالعات متعدد، استفاده از خدمات مراکز توان بخشی روزانه^{۱۹} باعث افزایش کیفیت زندگی، کاهش افسردگی، بهبود فعالیت‌های روزمره، افزایش عزت نفس، برقراری ارتباط مثبت، افزایش تحرک و قدرت تفکر، کاهش علائم دمانس و کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی شده است (فمیا^{۲۰}، ۲۰۰۷، بومگارتین^{۲۱}، ۲۰۰۲، مرسا و همکاران، ۱۳۹۸). در این مراکز با یک بیمارستان قرارداد بسته و افراد به صورت روزانه در این مراکز پذیرش می‌شوند. همچنین با سایر مراکز اجتماعی ارائه‌دهنده خدمات نظیر شهرداری، سیستم حمل و نقل، مراکز درمانی، مراکز تفریحی، هنری و ... در ارتباط هستند و شبکه جامعی از ارجاعیات را تشکیل داده‌اند. این مراکز به صورت خصوصی اداره می‌شوند. خصوصی بودن این مراکز منجر به رقابتی شدن آن‌ها می‌گردد و در نتیجه خدمات بهتری را ارائه می‌دهند (فرهولم^{۲۲}، ۲۰۰۱). ماهیت این خدمات در کشور انگلستان دولتی و مبتنی بر خدمات گروه‌ها، افراد داوطلب و مراکز خیریه است. در این مراکز به صورت منسجم مجموعه‌ای از خدمات مراقبت روزانه، تغذیه و جهت ادغام مجدد در جامعه برای سالمندان فراهم می‌سازد. در حالی که مراکز خدمات روزانه مراقبت از سالمندان در کشورهای شرقی بیشتر مبتنی بر حفظ احترام به سالمندان و ادغام اجتماعی آن‌ها از طریق برنامه‌های مشترک بین کودک و سالمند استوار است. در کشور چین هر چند که برنامه‌های مبتنی بر جامعه هنوز ضعیف است اما برای

مراقبت روزانه از سالمندان طرح «۹۰۷۳» را دارند. به این معنی ۹۰ درصد سالمندان در منزل توسط خانواده و یا پرستاران آموزش دیده مراقبت می‌شوند، ۷ درصد از مراکز مراقبت روزانه خدمات دریافت می‌کنند و تنها ۳ درصد وارد خانه‌های سالمندان می‌شوند (آسید علی و همکاران، ۱۳۹۷: ۵۲۶). در کشورهای عربی نظیر بحرین این مراکز با حمایت دولت خدمات محدودی را به افراد سالمند ارائه می‌دهند. در کشور ایران نیز این مراکز به صورت بسیار محدود وجود دارند و اکثر آن‌ها تعطیل شده‌اند. در حال حاضر تقاضا برای استفاده از خدمات مراقبت روزانه از سالمندان رشد قابل توجهی داشته است که بازتاب عوامل متعددی نظیر رشد جمعیت سالمندان و بالا بودن هزینه‌های مراقبت است. تغییرات ساختاری در سطح خانواده، افزایش امید به زندگی، کمبود نیروی فعال مراقبت‌کننده از سالمندان و هزینه‌های بالای مراکز خصوصی نگهداری مشکلات زیادی را ایجاد نموده و شرایط را برای ارائه چنین خدماتی فراهم ساخته است. خدمات مراقبت روزانه بزرگسالان که تحت عنوان مرکز مراقبت روزانه بزرگسالان نیز شناخته می‌شود یکی از انواع مهم خدمات برای افراد غیرمقیم است که انواع متفاوتی از خدمات نظیر تغذیه، آموزش، مراقبت‌های بهداشتی، حمایت‌های اجتماعی، دارو، آموزش‌های رفتاری و اخلاقی و ... را ارائه داده و در طول روز ۱۰ تا ۱۲ ساعت کار می‌کنند. این خدمات توسط افراد حرفه‌ای ارائه می‌شود. بسیاری از مراکز مراقبت روزانه تمرکز ویژه‌ای بر درمان بیماری‌های خاص دارند و خدمات مربوط به آن بیماری را ارائه می‌دهند؛ به عنوان مثال به ارائه خدمات قلبی عروقی، معلولیت جسمی یا ذهنی و ... ارائه می‌شود. برخی از این مراکز ابتکار عمل را در دست گرفته و با ایجاد بخش‌های تشخیصی و درمانی برای بیماران حاضر که مبتلا به آلزایمر شده و یا دچار مشکل تنفسی و حیاتی هستند، خدمات گوناگونی را فراهم ساخته و لذا احتمال بستری شدن آن‌ها در بیمارستان نیز کاهش می‌یابد. انتظار می‌رود که به دلایل مختلفی نظیر شیوع بیماری‌های مزمن، نگرانی از پیر شدن جمعیت و سودآور بودن خدمات این مراکز در آینده افزایش یابد. همچنین بار سنگین خدمات بهداشتی و درمانی به دلیل افزایش جمعیت منجر به کاهش کیفیت زیرساخت‌های پزشکی و مراقبتی شده و مراکز مراقبت روزانه به دلیل کاستن از چنین فشاری اهمیت خود را حفظ خواهند کرد. افزایش اختلالات مرتبط با پیری نظیر آلزایمر و گسترش مرگ‌ومیرهای ناشی از آن اهمیت خدمات مراقبت

۱۸- Ellis
۱۹- day services
۲۰- Femia
۲۱- Baumgarten
۲۲- Fairholm

روزانه را افزایش می‌دهد. در حال حاضر عواملی نظیر دسترسی آسان به این خدمات و بالا بودن هزینه‌های مراقبت از مهم‌ترین عوامل رشد این خدمات محسوب می‌شوند که برنامه‌های آموزشی مؤثری جهت ورود افراد به مراکز و دریافت خدمات فراهم می‌سازد. زیربنای اصلی این برنامه بر ۴ عنصر اصلی استوار است:

۱. ترسیم شرایط عینی سالمند: بر این اساس ارزیابی دقیقی را از وضعیت سالمند، درد و نیازها، ارائه مشاوره، در نظر گرفتن دینفعان و شیوه‌های دریافت خدمات ارائه می‌دهد.
۲. دیدگاه و ابزار مبتنی بر پژوهش: از طریق دریافت خدمات مشاوره از افراد خبره روش‌های مبتنی بر پژوهش را فراهم می‌سازد که سالمندان بتوانند بر ترس خود غلبه نمایند.
۳. ارائه طرح‌های کمکی برای تأمین همه نیازهای دارای اولویت سالمند: این برنامه‌ها متناسب با نیازهای افراد طراحی شده و همه آن‌ها را در برمی‌گیرد.
۴. چهارچوب استراتژیک برای رشد کامل سالمند

۴-۱-۱-۴- الگوی مشارکت اجتماعی سالمندان

یکی از متغیرهای تعیین‌کننده در مراقبت از سالمندان تقویت مشارکت اجتماعی آن‌ها است. بر این اساس متغیرهایی که منجر به تقویت مشارکت اجتماعی می‌شود شامل درآمد، سواد و آموزش، عضویت در تشکل‌های مردمی و غیردولتی، کسب پاداش و رضایت، تقویت اعتماد، مذهب، رسانه‌های جمعی، ساختار قدرت و برابری، دسترسی به اطلاعات، انگیزه پیشرفت و احساس تعلق است. در حالی که در جامعه ایرانی عدم شناخت اجتماعی، فردگرایی، محوریت منفعت فردی بر منافع اجتماعی و تمایز اجتماعی بر کاهش مشارکت مؤثر بوده است (پیشه و، ۱۳۷۴). جهت تقویت مشارکت اجتماعی سالمندان شاخص‌های زیر مؤثر است:

۱. آموزش: در خصوص شیوه‌های مشارکت بیشتری سالمندان در فعالیت‌های روزمره
۲. تقویت اعتماد درون سازی و بین افراد سالمند
۳. تصمیم‌سازی در امور سازمانی و دخالت دادن سالمندان در فرآیند تصمیم‌سازی (تشکیل کمیته مشورتی طرح و برنامه‌ها) با نگاه به جنسیت، قومیت و مذهب
۴. تشویق فعالیت‌های جمعی و گروهی در بین سالمندان
۵. تقویت آموزش شهروند مسئول (با رویکرد گروهی). قبل از دوره بازنشستگی مجموعه آموزش‌هایی را ببینند.

۴-۱-۲- سیستم‌های مراقبت از سالمندان در جهان

کشورهای توسعه‌یافته به این نتیجه رسیده‌اند که هزینه‌های مراقبت از افراد بسیار بالا بوده و مشکلات زیادی نظیر بیکاری، انفعال، فقر و انزوا را به جامعه تحمیل می‌کند، لذا در فرآیند سیاست‌گذاری به سمت و سویی سوق داده شده است که سالمند به سمت مراقبت

نرود و بر اساس نگاه سیستمی و کل‌نگر ابزار لازم برای رسیدن به این هدف باشد. جهت‌گیری مراقبت سالمندی پیشگیرانه، توانمندکننده و فعالانه است (یوسف زاده و همکاران، ۱۳۹۸: ۸۶). جهت‌گیری بسیاری از کشورهای پیشرفته در خدمات مراقبت از سالمند محله محور است تا امکان رصد، پیگیری و شناسایی همه سالمندان نیازمند مراقبت وجود داشته باشد. علاوه بر این نقش تأثیرگذار مؤسسات خیریه در بسیج منابع و تأثیرگذاری بر سیاست‌های جامعه اهمیت زیادی دارد. برخی از برنامه‌های کشورهای پیشرو در مراقبت از سالمندی به شرح زیر است:

۱. یکی از برنامه‌هایی که در کشورهای پیشرفته برای سالمندان در نظر گرفته شده کمک در خانه است. مبنای این برنامه بر حضور بیشتر سالمند در خانه خود و ارائه خدماتی نظیر خرید کردن، شستن لباس، نظافت خانه، آماده کردن غذا، همدمی و همراهی جهت رفتن به بیرون توسط انجمن‌های محلی است. پس از آن وضعیت سالمند ارزیابی شده و مبلغ کمی بابت خدمات ارائه شده از سالمند گرفته می‌شود.
۲. برنامه روزانه فعال: یک مرکز مراقبتی روزانه است که دارای استاندارد بالایی خدمات مراقبتی نظیر سرویس رفت‌وآمد، صبحانه و نهار، نظارت بر وضعیت سلامت، ارائه دارو، رسیدگی به نیازها، بیرون رفتن دسته‌جمعی، تفریح، بازی، ملاقات، حضور در جشن، برگزاری جلسات گروهی، افزایش بینش در مورد سالمندان در بین مراقبت‌کنندگان و... است.
۳. دسترسی آنلاین به خدمات مستمری، کمک هزینه، کارت سلامت نظامی، خدمات مراقبت خانگی و... این نوع خدمات در دولت استرالیا برای جبران وضعیت جسمی یا درآمد کم سربازان در نظر گرفته می‌شود. برای افراد کم‌درآمد دارای سابقه ارتشی، خدماتی نظیر هزینه‌های آب، تلفن، اینترنت و دارو در نظر گرفته می‌شود و دو هفته یک بار پرداخت می‌گردد.
۴. فعالیت در زمینه حقوق زنان سالمند و فرهنگ مراقبت در خانه: این فعالیت در کشورهایی ارائه می‌شود که خدمات مراقبت بهداشتی از سالمند محدود است و لذا گروه‌های داوطلب اقدام به ارائه خدماتی نظیر آشپزی، نظافت، ورزش‌های توان‌بخشی و مداخله قانونی با هدف فراهم ساختن خانه‌های امن، آموزش و حمایت‌های حقوقی از زنان سالمند در معرض خشونت می‌نمایند.
۵. اعتبار مالیاتی به مراقبت‌کنندگان: در این برنامه به افرادی که از سالمندان مراقبت می‌نمایند در منزل تخفیف مالیاتی تعلق می‌گیرد و چنانچه سالمند مبتلا به اختلال روحی و جسمی باشد علاوه بر معافیت مالیاتی تا ۲۰۰۰ دلار کمک هزینه مراقبت نیز اهداء می‌شود. برای سالمندانی که تا ۶ ماه

دیگر احتمالاً فوت می‌نمایند، مراقبت‌کنندگان از خدماتی نظیر بیمه بیکاری، کمک هزینه مالی، مشاوره روان‌شناختی و محفوظ ماندن شغل‌شان بهره‌مند می‌شوند.

۱-۲-۱-۴- سیستم مراقبت در کشور انگلستان

در کشور انگلستان برآوردهای سیاست‌گذاری نشان می‌دهد که به دلیل محدودیت‌های مالی قادر به پرداخت هزینه‌های آن از محل درآمدهای عمومی نیستند. بر اساس قانون مراقبت اجتماعی، تأمین اعتبار را به مقامات محلی واگذار کرده است و آن‌ها مرجع تصمیم‌گیرنده در مورد شناسایی افراد نیازمند خدمات هستند. این روند بر اساس بررسی وضعیت سرمایه و اموال آن‌ها استوار است؛ یعنی افرادی که دارای ۱۶۰۰۰ هزار پوند و بیشتر هستند کمکی برای مراقبت دریافت نمی‌کنند و سطح بندی خدمات دریافت شده بر اساس میزان دارایی آن‌ها محاسبه می‌شود. رویکرد کلی آن‌ها نیز یافتن کم‌هزینه‌ترین نوع خدمات برای تأمین نیازهای آن‌ها با اولویت افراد مراقبت‌کننده است که از روش‌هایی نظیر انتقال به منازل دیگر، خانواده خصوصی دیگر، مراقبت شبانه‌روزی، آسایشگاه‌های سالمندان و مراقبت طولانی در بیمارستان استفاده می‌نمایند. این اقدامات توسط بخش مددکاری اجتماعی وزیر نظر آن‌ها صورت می‌گیرد. هر چند هیچ چیزی مانع از اختیار انتخاب افراد برای نوع مسکن‌شان نمی‌شود، اما نقش مددکار اجتماعی در کمک به آن‌ها برای انتخاب درست اهمیت زیادی دارد. مراقبت‌های اجتماعی در این کشور شامل سه حوزه: ۱- ارائه خدمات به افراد از کارافتاده ۲- تأمین رفاه برای سالمندان، مادران جوان و کودکان و ۳- خدمات کمک در خانه را در برمی‌گیرد. سیاست‌های دولت بر اساس مدل مراقبت اجتماعی بر این اصل استوار است که تا حد امکان و در صورت ترجیح افراد در خانه‌های کنونی آن‌ها ارائه شود. علاوه بر این جهت مراقبت از افراد سالمند طرح‌های دیگری نظیر مسکن سالمندی نیز به اجرا می‌رسد. هدف از این اقدام فراهم ساختن اقامتگاه‌هایی برای افراد سالمند با اجاره پایین است که قادر به خرید خانه و یا تأمین هزینه‌های اجاره نیستند. مسکن‌های گروهی که برای سالمندان تأمین می‌شود به شکل مستقل آپارتمان‌هایی را برای خودکفایی آن‌ها فراهم می‌سازند و خدماتی را نیز برایشان در نظر می‌گیرند. مراکز مراقبت شبانه‌روزی بخش خصوصی را بر اساس نیاز افراد سالمند توسط بخش‌های خصوصی و آژانس‌های داوطلبانه ارائه می‌دهند. نوع دیگر مراکز مراقبت شبانه‌روزی است که توسط اداره خدمات اجتماعی محلی اداره و ثبت می‌شوند و خدماتی نظیر سه وعده غذای روزانه، لباس و کمک برای تأمین نیازهای اولیه را ارائه می‌دهند. حمایت درآمدی توسط دولت برای افرادی که نیاز به مراقبت شبانه‌روزی دارند و ثروت‌شان محدود است به طرق مختلف صورت گرفته و مورد حمایت قرار می‌گیرند (برترام، ۱۳۹۳: ۲۵۳).

۲-۲-۱-۴- سیستم مراقبت در ژاپن

کشور ژاپن به طرح برنامه سالمندی در محل پرداخته است که بر اساس آن با ورود فن‌آوری به خانه‌های سالمندان امکان بهبود راه‌های ارتباطی آن‌ها محیط پیرامون و افراد مراقب‌شان بیشتر می‌شود و استقلال فردی‌شان نیز حفظ می‌گردد. ساخت فن‌آوری‌های جدید هزینه‌های اقامت در بیمارستان‌ها را نیز کاهش می‌دهد (زنجری، ۸۰۱۳۹۷). نظام مراقبت از سالمندان در کشور ژاپن برای بازنشستگان دارای ۳ قانون اصلی: ۱- حمایت از استقلال افراد تحت پوشش ۲- سیستم مشتری مداری و ۳- همگانی بودن توسط نهاد ریاست جمهوری در سطح ملی و شهری ارائه گردیده و شامل خدمات زیر است:

۱. مراقبت در خانه که خدمات روزانه به افراد بالای ۶۵ سال را تسهیل می‌نماید.
۲. خانه‌های گروهی برای افراد دچار زوال عقل که با ایجاد ظرفیت ۵ تا ۹ نفر افراد دچار زوال عقل را به صورت گروهی نگهداری می‌نماید.
۳. پرستاری در خانه که به سالمندان طبقات پایین اقتصادی ارائه می‌شود.
۴. کمک هزینه در خانه که غذاهایی با قیمت مناسب را به سالمندان ارائه می‌دهد.
۵. خانه‌سازی برای سالمندان که خانه‌هایی را برای سالمندان می‌سازند و کمک‌هایی نظیر مشاوره، امنیت، فوریت‌های پزشکی و ... را ارائه می‌دهند.

در کشور ژاپن سه سطح خدمات پیشگیری ارائه شده برای سالمندان شامل مراقبت در خانه، خدمات توان‌بخشی و بستری کوتاه‌مدت در مراکز مراقبتی است. ارزیابی نیاز این خدمات توسط کارکنان شهرداری و با انجام مصاحبه صورت‌گیرد و سپس فرد به یکی از این خدمات ارجاع داده می‌شود. ۹۰ درصد هزینه‌ها توسط بیمه و ۱۰ درصد توسط سالمند پرداخت می‌گردد (یوسف زاده و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۹۰). در سال ۲۰۰۶ کشور ژاپن استراتژی جدیدی تحت عنوان برنامه جامعه‌محور تصویب نمود که بر اساس آن اقدامات لازم جهت داشتن جامعه‌ای که همه مردم از مراقبت با کیفیت برخوردار بوده و به خدمات بیمه‌ای دسترسی دارند را به انجام رساند. در این زمینه جهت نیل به هدف فوق، پیگیری اصلاحات مربوط به ساختار نظام مراقبت از طریق استفاده از کامپیوتر در مراقبت از سالمندان، رفاه اجتماعی، پردازش آنلاین، درخواست بیمه و ... را ثبت نمود. هفت پروژه اصلی این برنامه پذیرش فوری سالمند در برنامه‌های مراقبت در منزل، ارتقای برنامه‌های بین‌المللی حقوق بشر جهت کاهش موارد بستری و استفاده از تکنولوژی بود. در این کشور برای افراد

بالای ۶۵ سال که نیاز به مراقبت پرستاری دارند و یا افراد دارای بیماری خاص واجد شرایط برنامه‌های مراقبت طولانی‌مدت می‌توانند از خدمات طولانی بهره‌مند شوند. با این وجود ژاپن به سمت اجتماعی کردن مراقبت از سالمندان حرکت می‌کند (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۸).

۴-۲-۱-۳- الگوی کیفیت زندگی ایتالیا

شرط زندگی بهتر برای سالخوردگان مسلماً فعال بودن در جامعه و احساس مفید بودن آن‌هاست. بر اساس تحقیقات موجود ۵۸/۲ درصد از بازنشستگان ایتالیایی زندگی بدون اجبار و همراه با احساس لذت از زندگی می‌خواهند. این احساس رضایت شامل داشتن فرصت‌های مناسب برای انجام کارهایی است که دوست دارند. فراموش کردن بخش تاریک گذشته‌شان و پذیرفتن برخی از مسئولیت‌های اجتماعی و خانوادگی از جمله این برنامه‌هاست. دو عامل بسیار مهم برای فعال کردن سالخوردگان شامل: ۱- ارتباطات دوستانه بخصوص ارتباط با جوانان و ۲- کاربری هر چه بهتر از تفکر و مغز آن‌هاست. بخش دوم با توجه به رعایت سن آن‌ها می‌تواند شامل هر چیزی از قبیل متمرکز شدن روی عادات روزمره، فعالیت‌های همگانی، کنجکاو نگه داشتن آن‌ها نسبت به علایق‌شان در جوانی، جذابیت‌های امروزه زندگی و تمرکز روی اوقات فراغت و سرگرمی‌شان باشد. از نکات بسیار مهم ترغیب سالمندان و بازنشستگان به زندگی، آشنا کردن آنان با دنیای جوانان امروز، برنامه‌ریزی برای سفرهای بلند و یا کوتاه‌مدت آموزش و یادگیری کامپیوتر همانند جوانان است. در بخش تصمیم‌گیری‌ها، دولت ایتالیا به خصوص در سال‌های اخیر سعی کرده به ایجاد مراکز تفریحی برای سالمندان، مراکز بهداشتی و درمانی ویژه برای بازنشستگان و برنامه‌ریزی صحیح برای بهبود وضعیت بیمه آنان را در جدول وظایف در دستور کار خود قرار دهد. دگرگونی روابط ایتالیایی در طی زمان و روش زندگی سالمندان در ایتالیا به تدریج به یک فرهنگ در این کشور تبدیل می‌شود. فهم ارزش‌های آنان به یقین بر ارزش‌های اجتماعی بسیار تأثیر می‌گذارد. سالمندان مهارت خاصی در انجام فعالیت‌های اجتماعی دارند و تجارب آن‌ها باعث می‌شود که بر موضوعات عمیق شده و آن‌ها را به نحو احسن انجام دهند. کاری که یک سالمند بر یک پروژه انجام می‌دهد، همچون نشانه‌ای است که روی یک جنس اعلا گذاشته می‌شود. این تصور که در اغلب کشورها و به خصوص در بین جوانان وجود دارد که سالمندان مایه دردسر و توقف جامعه هستند، یک اشتباه بزرگ است؛ اما این که چگونه از وجود آنان در جامعه استفاده شود، بسیار مهم بوده

و یکی از ارکان اصلی پاسخ به این سؤال، شناخت درست این قشر از جامعه است.

۴-۲-۱-۴- اسپانیا، الگوی مراقبت بلندمدت

فراهم‌سازی و تأمین مالی مراقبت بلندمدت سیاستی بوده که اخیراً در نتیجه فرآیند سالمندی در مقایسه با سایر کشورهای توسعه‌یافته به صورت کامل در اسپانیا مورد توجه قرار گرفته است. یکی از ویژگی‌های کلیدی این نظام از دیدگاه فراهم‌سازی مراقبت، ساختار شبه فدرال نظام رفاه است. مراقبت‌های اجتماعی و سلامت از زمان توسعه قوانین حاکم بر حقوق مراقبت‌های اجتماعی و وظیفه‌ای منطقه‌ای بوده است؛ بنابراین باید اذعان کرد که در واقعیت چیزی به عنوان نظام مراقبت بلندمدت در اسپانیا وجود ندارد، اما در عوض یک نظام خدمات مراقبت بلندمدت منطقه‌ای موجود است.

۴-۲-۱-۵- ساختار مراقبت از سالمندان در آلمان

پس از آغاز مهاجرت صدها هزار پناهجو از کشورهای جهان سوم به قاره اروپا، کشور آلمان یکی از مقاصد اصلی آن‌ها بوده است. از طرفی این کشور به دلیل کمبود نیروی کار برای مراقبت از سالمندان با مشکلات زیادی مواجه بوده است، لذا یکی از سیاست‌های این کشور بهره‌گیری از نیروهای مهاجر جوان در حوزه مراقبت از سالمندان است. در این کشور مراقبت خانگی در مقایسه با سایر مراقبت‌ها در اولویت قرار دارد.

میزان نیاز افراد سالمند تعیین‌کننده میزان خدماتی است که دریافت می‌نمایند. لذا درآمد و وضعیت اقتصادی و مالی افراد تأثیر چندانی در میزان دریافت خدمات حمایتی ندارد. در این کشور ارائه خدمات به سالمندان سطح بندی شده است؛ به عنوان مثال در سطح صفر شامل افرادی است که به دلیل زوال عقل، ناتوانی ذهنی و اختلال روانی در انجام فعالیت‌های روزمره دچار مشکل شده‌اند. در سطح یک افرادی قرار دارند که حداقل یک بار در روز برای انجام کارهای شخصی و غذا خوردن به کمک نیاز دارند. سطح دو شامل افرادی است که حداقل سه بار در مقاطع روز به کمک نیازمندند و در سطح سه افرادی قرار دارند که نیازمند مراقبت شبانه‌روزی هستند. افراد دریافت‌کننده خدمات خانگی ماهیانه مبلغی را به عنوان کمک هزینه دریافت می‌نمایند (عمادی و نصر اصفهانی، ۱۳۹۷: ۹۸).

۴-۲-۱-۶- الگوی مراقبت در کشور ترکیه

در حالی که جمعیت سالمندی کشور ترکیه به ۸ میلیون نفر (۹/۱ درصد) رسیده است. در این کشور بر اساس قانون سال ۱۹۷۶ افراد سالمند ۶۵ سال به بالا که فاقد درآمد بوده و بستگانی ندارند که از آن‌ها حمایت کنند مشمول دریافت خدمات مستمری دولتی می‌شوند. در صورتی که بستگان فرد از او نگهداری نمایند

از دولت کمک هزینه‌ای جهت نگهداری از سالمند به صورت ماهیانه دریافت می‌کنند. در مقابل برخی از سالمندانی که مبتلا به بیماری‌های واگیردار نبوده و قادر به حرکت نیستند می‌توانند خدمات مورد نیاز خود را در خانه دریافت کنند و از خدمات روزانه بهره‌مند می‌شوند. هدف از این اقدام نیز ارتقای وضعیت افراد در خانه و جامعه و افزایش حمایت‌های اجتماعی و روانی از آن‌ها و خانواده‌هایشان است. نظام ارائه بیمه در کشور ترکیه از طریق دو سیستم بیمه‌های اجتماعی و سیستم بیمه حمایت و بهزیستی مخصوص افراد نیازمند و سالمند فعالیت می‌نماید. در طرح بازنشستگی مأموران دولت، سازمان بیمه‌های حمایتی و اجتماعی مرکزی تحت عنوان خانه‌های سالمندان دارد که به افراد بالای ۶۵ سال و نیازمند خدمات مراقبتی ارائه می‌گردد. افراد بیمه نشده و نیازمند کارت سبز نیز از خدمات درمان رایگان استفاده می‌کنند. در این کشور نظام مراقبت بلندمدت وجود ندارد و ارائه خدمات بلندمدت در خانه صورت می‌گیرد؛ اما قوانین بر تعهد خانواده در مراقبت از سالمندان تأکید دارند. در کشور ترکیه که بر مبنای اقتصاد بدون نفت اداره می‌شود، هزینه زیادی در حوزه سلامت پرداخت نموده و از سایر منابع اقتصادی برای تأمین نیاز خود استفاده می‌کنند (شیرعلی و شهبازی، ۲۰۱۳: ۲۰۱).

۴-۲-۷- الگوی مراقبت در کشور چین

کشور چین با وجود گستردگی جمعیت قوانین حمایتی مؤثر و گسترده‌ای برای حمایت از سالمندان تهیه و به اجرا گذاشته که بر اساس اصول شش‌گانه حوزه سیاست‌گذاری (نظیر تأمین معیشت، دریافت خدمات درمانی مناسب، فرصت آموزش و انتقال تجارب، یادگیری، مشارکت در جامعه و برخورداری از زندگی شاد) استوار است. بهبود نظام تأمین اجتماعی، ارتقای سلامتی، جلوگیری از انگ و تبعیض علیه سالمندان و تأکید بر اهمیت نقش خانواده در مراقبت از سالمندان از مهم‌ترین شاخص‌های قوانین دولت چین محسوب می‌شود (عمادی و نصر اصفهانی، ۱۳۹۷: ۱۱۳).

۴-۲-۸- وضعیت سالمندی و مراقبت در کشورهای عربی

تحقیقاتی که در مورد سالمندی و مراقبت‌های مربوط به آن در کشورهای عرب، به ویژه کشورهای حاشیه خلیج فارس انجام شده نشان می‌دهد که روند سالمندی در این کشورها شتاب زیادی دارد و طی چند دهه پیش رو این جوامع نیز وارد دوره سالمندی گسترده‌ای می‌شوند. همچنین وضعیت جمعیتی این کشورها به شیوه‌ای است که با کمبود قابل توجه نیروی جوانی روبرو هستند که باید بخشی از مراقبت لازم از گروه سالمند را بر عهده گیرند. این بررسی‌ها نشان می‌دهد که شرایط فرهنگی، سنتی و مذهبی این جوامع سبب شده بخش قابل ملاحظه‌ای از مراقبت از سالمندان زن، ذیل همین چهارچوب فرهنگی صورت گیرد. این امر سبب افزایش مراقبت

غیررسمی و عدم تأمین هزینه‌های زندگی شده است. نظام مراقبت سالمندان این دست جوامع به سمتی حرکت کرد که خدمات رسمی نقش بیشتری را بر عهده بگیرند و نظام سلامت هزینه‌های مربوط به این قبیل امور را تأمین کند. همکاری منسجم و همه جانبه بخش دولتی و بخش خصوصی می‌تواند در این باره راهگشا باشد. علاوه بر جنبه‌های مالی مراقبت، بهبود کیفیت زندگی سالمندان و ارتقای رضایت از زندگی آنان مستلزم بهبود مشارکت اجتماعی و سرمایه اجتماعی آنان نیز هست. لذا هرگونه برنامه‌ای در ارتقاء مراقبت از سالمندان باید به این بعد نیز توجه کند. بهبود ظرفیت‌های اجتماعی سالمندان می‌تواند دوران سالمندی را دل‌پذیرتر و مراقبت‌های مورد نظر را سودمندتر کند (حسین و اسماعیل، ۲۰۱۷).

۴-۲-۹- برنامه‌های مراقبت از سالمندان در جمهوری اسلامی ایران

بر اساس گزارش‌های مرکز آمار ایران در حال حاضر جمعیت ایران در حال گذار به میانسالی و در آینده نزدیک به کهنسالی است. برآورد می‌شود که در سال ۲۰۵۰ تعداد جمعیت سالمندان کشور به ۲۶ میلیون و ۳۹۳ هزار نفر می‌رسد که ۲۶ درصد از جمعیت سالمند کشور را تشکیل می‌دهد. بر اساس داده‌های گزارش مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ وضعیت رفاهی، پوشش حمایتی و بیمه‌ای سالمندان در کشور به شرح زیر است:

- افراد سالمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی تا پایان سال ۱۳۹۲ حدود ۱۵۰۰۰۰۰ نفر
- افراد سالمند تحت پوشش سازمان بهزیستی تا پایان سال ۱۳۹۵ بیش از ۵۰۰ هزار نفر
- افراد تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی، بازنشستگی کشور و لشکری تا پایان سال ۱۳۹۱ بیش از ۲۵۰۰۰۰۰ نفر است. پوشش بیمه درمانی و اجتماعی در کشور بیشتر تابع وضعیت شغلی افراد بوده و سالمندان به عنوان سالمند تحت پوشش هیچ سازمان بیمه‌ای نیستند. البته تمام روستاییان و عشایر از مزایای بیمه درمانی رایگان برخوردار بوده که امتیاز خاص سالمندان روستایی است. با این وجود برخی از مهم‌ترین خدماتی که به سالمندان در کشور ارائه می‌شود به شرح زیر است:

۱. خدمات بیمه‌ای به سالمندان که توسط کمیته امداد، سازمان بهزیستی، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بازنشستگی ارائه می‌شود.
۲. طرح شهید رجایی برای حمایت از سالمندان روستایی و عشایری که شامل خدمات مادی، بیمه درمانی، مسکن، آموزش و فرهنگی بوده و توسط کمیته امداد امام خمینی اجرا می‌شود.
۳. برنامه‌هایی که توسط شهرداری‌ها به سالمندان ارائه

- می‌شود نظیر شهر دوستدار سالمند، خدمات فرهنگی و آموزشی، استفاده رایگان از وسایل حمل‌ونقل عمومی، خدمات ورزشی، کارت تکریم شهرداری و ...
۴. خدمات پزشکی، پرستاری و مراقبت از سالمندان توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی از طریق بیمارستان‌ها، تأسیس مراکز اقامت بلندمدت و کوتاه‌مدت (نظیر سراهای سالمندان که با مجوز از سازمان بهزیستی فعالیت می‌کنند).
۵. ساماندهی سالمندان رها شده و یا در معرض خشونت خانگی (توسط اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی)
۶. طرح مهتاب: توسط سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح در حال اجرا است که مبتنی بر خانواده بوده و بر نگهداری و تکریم سالمندان در منزل تأکید دارد.
۷. بسته‌های طرح یاری که توسط صندوق بازنشستگی کشوری به بازنشستگان کشور ارائه می‌شود و شامل تسهیلاتی نظیر خرید از فروشگاه‌های زنجیره‌ای، تخفیف محصولات صنایع شیر ایران، تسهیلات بیمه ملت، خرید اقساطی وسایل منزل، خدمات گردشگری و سفر و ... است.
۸. خدمات مستمری و بیمه‌ای به بازنشستگان مراکز دولتی و خصوصی

۴-۱-۳- استفاده از تکنولوژی در مراقبت از سالمند

در عصر اطلاعات و با گسترش دانش تکنولوژی ضرورت ارتقای آموزش و سواد سالمندان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. در حال حاضر تمایل جهانی به استفاده از فن‌آوری‌های دیجیتال در بین بسیاری از کشورهای جهان افزایش یافته است. با گسترش روزافزون فن‌آوری‌های دیجیتال تحول بزرگی در نظام مراقبت از سلامت به وجود آمد و منجر به تنوع در کیفیت ارائه خدمات مراقبتی و سلامت گردید که از آن به عنوان سلامت الکترونیک نام می‌برند. استفاده از فن‌آوری‌های دیجیتال، هوش مصنوعی و الگوریتم‌ها در ارائه خدمات به سالمندان در منزل ضمن کاهش هزینه‌های مراقبت منجر به سهولت دسترسی به این امکانات و افزایش امکان ارزیابی وضعیت سلامتی سالمندان می‌شود. اکثر سالمندان به دلایلی نظیر رفع نیازهای روزمره، سرگرمی و تفریح و روابط خانوادگی نیازمند استفاده از آن هستند که می‌تواند در افزایش سالم زیستی و ارتقای مراقبت از آن‌ها مؤثر باشد. استفاده از تکنولوژی‌ها نیز در راستای سیاست «سالمندی در محل» و حضور سالمندان در خانه با هدف جلوگیری از حضور در مراکز مراقبتی است. برای آموزش سالمندان،

ارتقای وضعیت بهداشتی و ترویج مراقبت از آن‌ها می‌توان از شبکه‌های اجتماعی نظیر واتساپ، تلگرام، اینستاگرام، شیوه‌های استفاده از اینترنت و آشنایی با انواع مرورگرها استفاده کرد. علاوه بر این آشنایی با انواع نرم‌افزارهای دارویی، پرونده‌های سلامت، مشاوره تصویری، حسگرهای هوشمند، لباس هوشمند، گوشی‌های هوشمند و ... بخشی از این تکنولوژی‌ها محسوب می‌شوند. شرکت گوگل از نرم‌افزار NEST با هدف روشن کردن چراغ‌های مسیر حرکت سالمندان و جلوگیری از زمین خوردن سالمندانی که در راه رفتن دچار مشکل بوده رونمایی کرده است. علاوه بر این فن‌آوری‌های دیگری نیز به کمک مراقبت از سالمندان آمده‌اند که می‌توان به فن‌آوری‌های پوشیدنی (نظیر شلوار هوشمند) با هدف جلوگیری از زمین خوردن سالمندان و قوی‌تر شدن ماهیچه‌ها اشاره کرد. همچنین GPS Smart Sole نوعی کفی کفش است که با باتری شارژی کار کرده که خانواده می‌تواند با سالمند در تماس باشند و هنگام خروج از خانه با استفاده از یک وبسایت نظارت مرکزی وی را رصد و ردیابی نماید. در حال حاضر چالش‌های زیادی پیرامون استفاده از فن‌آوری‌های دیجیتال در حوزه مراقبت از سالمندان وجود دارد که از جمله می‌توان به پرهزینه بودن استفاده از این تکنولوژی‌ها، سواد پایین سالمندان، محدودیت‌های قانونی حقوقی، بستر ضعیف فرهنگی و اجتماعی، محدودیت‌های سازمانی و پایین بودن استفاده از این تکنولوژی‌ها در مراکز مراقبت از سالمندان اشاره کرد. شرکت‌های بیمه‌کننده نیز تاکنون به صورت جدی به این حوزه وارد نشده‌اند.

۵- تجزیه و تحلیل

در حالی که تا دهه ۱۹۸۰ الگوی مراقبت در بین کشورهای در حال توسعه به عنوان مدل فراگیر جهانی مراقبت از سالمندان مطرح شد، اما در حال حاضر الگوی جذب سالمندان در خانواده و جامعه، سیاست‌های حمایتی دولت‌ها از خانواده، مؤسسه‌زدایی و حمایت‌های دولت‌ها یکی از مهم‌ترین استراتژی‌های این کشورها با هدف حمایت از سالمندان است. خدمات متعددی در کشورهای توسعه‌یافته به سالمندان ارائه می‌شود. عمده‌ترین این خدمات با هدف جایگزینی مراقبت اجتماعی به جای خانه‌های سالمندان صورت می‌گیرد. در نتیجه هزینه‌های دولت و خانواده‌ها نیز کاهش می‌یابد. علاوه بر این هزینه‌های دیگری جهت مراقبت شبانه‌روزی پرداخت

نشده و موجب رشد روانی و اجتماعی سالمندان نیز فراهم می‌شود. بسیاری از سیاستمداران نگران هستند که ارائه خدمات مراقبت بیشتر توسط نهادهای رسمی منجر به کاهش مشارکت خانواده شود. برای کاهش این مشکل در اغلب کشورهای پیشرو در ارائه خدمات به افراد سالمند، حمایت بیشتر بر حفظ سالمند در محیط زندگی طبیعی و جامعه تا حد امکان و حفظ استقلال سالمندان در محیط مناسب تأکید دارند.



شکل ۲. برنامه‌های مؤثر مراقبت از سالمندان

کشورهای توسعه‌یافته به این نتیجه رسیده‌اند که هزینه‌های مراقبت از افراد بسیار بالا بوده و مشکلات زیادی نظیر بیکاری، انفعال، فقر و انزوا را به جامعه تحمیل می‌کند، لذا در فرآیند سیاست‌گذاری به سمت و سویی سوق داده شده است که سالمند به سمت مراقبت نرود و بر اساس نگاه سیستمی و کل‌نگر ابزار لازم برای رسیدن به این هدف باشد. جهت‌گیری مراقبت سالمندی پیشگیرانه، توانمندسازانه و

فعال است. جهت‌گیری بسیاری از کشورهای پیشرفته در خدمات مراقبت از سالمند محله محور است تا امکان رصد، پیگیری و شناسایی همه سالمندان نیازمند مراقبت وجود داشته باشد. علاوه بر این نقش تأثیرگذار مؤسسات خیریه در بسیج منابع و تأثیرگذاری بر سیاست‌های جامعه اهمیت زیادی دارد. برنامه‌های یاد شده عموماً بر مبنای افزایش مشارکت سالمندان در جامعه استوار است و می‌تواند حاصل سیاست‌های سالمندی جهت تقویت نقش خانواده و جامعه باشد. علاوه بر این سهم سازمان‌های غیردولتی جهت مراقبت از سالمندان اهمیت بسیاری دارد؛ زیرا بسیاری از این سمن‌ها دارای تجارب ارزشمندی در ارائه خدمات‌رسانی به سالمندان و خانواده‌های آن‌ها هستند. به نظر می‌رسد که از نظر هزینه اثربخشی نیز این الگوها اهمیت زیادی برای جوامع توسعه نیافته دارند. در حالی که هر سال منابع این کشورها دچار کمبود شدید شده و هزینه‌های درمانی پیرامون مراقبت افزایش پیدا می‌کند تقویت جهت‌گیری سیاست‌ها و الگوهای اثربخش به سمت رویکردهای خود مراقبتی و اجتماع مدار می‌تواند در بسیاری از هزینه‌ها صرفه‌جویی نماید. برنامه‌های رفاهی ضرورت تمرکزگرایی از ارائه خدمات و سیاست‌گذاری جدی به سمت برنامه‌های مراقبت بلندمدت از اهمیت زیادی برخوردار است. نکته حائز اهمیت دیگر در تدوین برنامه‌های رفاهی این است که در کشورهای توسعه‌یافته‌ای نظیر ایتالیا، ژاپن، آلمان، نروژ، سوئد و هلند بیشترین برنامه‌ها به سمت برنامه‌های مراقبت در منزل است که از سیاست‌های خدمات یکپارچه پیروی می‌کند. این خدمات به صورت رایگان ارائه می‌شوند و تأمین منابع پایدار از طریق بیمه‌ها، مالیات و منابع عمومی با کمک شهرداری‌ها صورت می‌گیرد.

جدول ۱. خلاصه سیاست‌ها، راهبرد و برنامه‌های مراقبت از سالمندی در کشورهای پیشرو و مشابه

ردیف	نام کشور	اهم سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌ها
۱	سوئد	۱- استقلال سالمندان ۲- معافیت‌های مالیاتی ۳- بهبود وضعیت رفاهی از طریق پرداخت حقوق بازنشستگی، کمک هزینه‌های زندگی، ارتقای وضعیت بهداشتی و پزشکی، امکانات کتابخانه‌ای، امکانات ورزشی، استقلال و دسترسی آسان به امکانات و حمل‌ونقل ۴- تشکیل گروه‌های بحث و گفت‌وگو ۵- ارسال کتاب، نوار ضبط و لوح‌های فشرده به درب منازل سالمندان و ۶- ارتقای مهارت‌ها
۲	ژاپن	۱- ارتقای مراقبت پزشکی در منزل ۲- طرح حمایت از خانواده با سالمند ۳- استفاده از فن‌آوری‌های نوین و دیجیتال ۴- خانه‌سازی برای سالمندان ۵- برنامه جامعه محور
۳	ایالات متحده آمریکا	۱- برنامه‌های تأمین اجتماعی ۲- برنامه خدمات جامع سالمندی ۳- طرح بیمه بازنشستگان و خدمات درمانی سالمندان ۴- برنامه مراقبت روزانه ۵- ارتقای برنامه‌های خود مراقبتی
۴	انگلستان	۱- نقش مؤثر افراد داوطلب و مراکز خیریه در مراقبت از سالمندان ۲- نقش فعال مددکاران اجتماعی ۳- خدمات مبتنی بر خانه ۴- ساخت مسکن‌های گروهی برای سالمندان

ردیف	نام کشور	اهم سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌ها
۵	چین	۱- برنامه مراقبت روزانه ۲- برنامه‌های خانواده محور ۳- تأمین معیشت ۴- دریافت خدمات درمانی مناسب، ۵- فرصت آموزش و انتقال تجارب ۶- یادگیری و مشارکت در جامعه و ۷- برخورداری از زندگی شاد
۶	ایتالیا	۱- ایجاد مراکز تفریحی برای سالمندان ۲- مراکز بهداشتی و درمانی ویژه برای بازنشستگان ۳- بهبود وضعیت بیمه ۴- دانشگاه سالمندان ۵- سایت‌های مخصوص سالمندان
۷	اسپانیا	۱- نقش مؤثر خانواده در مراقبت ۲- ارتقای مراقبت روزانه ۳- استفاده از فن‌آوری‌های نوین و دیجیتال
۸	آلمان	۱- ارتقای مراقبت خانگی ۲- بیمه مراقبت بلندمدت دولتی و بیمه مراقبت بلندمدت خصوصی اجباری ۳- خانواده محوری ۴- ایجاد دهکده سالمندان ۵- اجتماعات خانگی
۹	ترکیه	۱- خانواده محوری برنامه‌های مراقبت ۲- برنامه مراقبت روزانه ۳- گسترش بیمه‌های اجتماعی ۴- خدمات بهزیستی از سالمندان
۱۰	مصر	۱- خانواده محوری برنامه‌های مراقبت ۲- رشد مراکز روزانه
۱۱	لبنان	۱- خانواده محوری برنامه‌های مراقبت ۲- خدمات جامع توان‌بخشی، پیشگیری و درمانی
۱۲	عراق	۱- رشد مراکز مراقبت روزانه ۲- خانواده محوری

۶- نتیجه‌گیری

مراقبتی در کشور ما در ابتدای راه خود قرار دارد و ضروری است که در سطح سیاست‌گذاری‌های کلان و خرد بر ارتقای برنامه‌های خانواده محور و مراقبت روزانه تأکید بیشتری صورت بگیرد. با توجه به مطالعات صورت گرفته و مرور منابع داخلی، برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های کشورهای پیشرو و مشابه ایران پیشنهادها زیر جهت ارتقاء خدمات مراقبت از سالمندان ارائه می‌شود:

۶-۱- پیشنهاد در سطح کلان

- توجه به نقش بیمه‌ها: دولت، نهادهای قانون‌گذار و ناظر قانون باید تمهیداتی بیندیشند که نقش و سهم بیمه‌ها در حمایت مالی سالمندان و افرادی که درگیر مراقبت از آنان هستند بیشتر شود. سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح باید برای این بخش با دولت و سایر نهادهای مرتبط تعامل داشته باشد.
- حمایت سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح از نهادهای غیردولتی موجود که متولی امور مراقبت از سالمندان هستند. این نهادها بازوهای بسیار کارآمدی در خدمات اجتماعی‌اند. این حمایت‌ها می‌تواند مالی و قانونی باشد.
- توجه سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح به آموزش مربوط به مراقبت سالمندان در چهارچوب یک برنامه آموزشی کلان مقیاس و مستمر در قالب نظام آموزشی پیش از دانشگاه و دوران دانشگاه و به شکل آموزش همگانی از طریق رسانه‌ها.
- تأسیس سازمان‌های مردمی که متولی ارائه خدمات اجتماعی‌اند و می‌توانند به شکل تخصصی و میان‌رشته‌ای به ارائه خدمات مراقبت سالمندی بپردازند. در این زمینه لازم است که مراکز روزانه خدمات به سالمندان توسعه یابد.
- پایش مستمر وضعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و جمعیت‌شناختی جامعه هدف سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح.
- تأکید بر خانواده محوری در مراقبت از سالمندان؛ با توجه

ارائه هر مدل، پیشنهاد، سیاست‌گذاری و راهبرد، اگر بخواهد مفید واقع شود باید واجد سه خصیصه باشد: اول، مطابق با شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و تاریخی جامعه یا گروهی باشد که این پیشنهادها و راهبردها قرار است در مورد آنان طرح و پیاده‌سازی شود. دوم، برگرفته از تحقیقات و مطالعات روشمندی باشند که به مثابه پشتوانه قابل‌تأملی برای این پیشنهادها و سیاست‌گذاری‌ها عمل کنند. سوم، با راهبردها و برنامه‌های کلان سازمان یا نهاد مورد نظر (در این تحقیق سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح) هماهنگ باشد. بر این اساس، در این پژوهش نیز کوشش شد تا هر سه ملاحظه مورد توجه قرار گرفته و ارائه مدل، پیشنهادها و راهبردهای سیاست‌گذارانه در این چهارچوب صورت‌بندی شود. پیشنهادها، راهکارها و راهبردهای بهبود و ارتقای مراقبت از سالمندان در دو سطح کلان و خرد ارائه می‌شود که برخی از آنان جزو موارد بلندمدت‌اند و برخی نیز در بازه زمانی کوتاه‌تری قابل پیاده‌سازی هستند. مطالعه برنامه‌های مراقبت در بین کشورهای پیشرو و مشابه ایران حاکی از وجود تشابهات و تفاوت‌های قابل‌توجهی است. در کشورهای پیشرو عموماً بر خدمات مبتنی بر خانه و خانواده تأکید گردیده و برنامه‌های مراقبت روزانه نیز گسترش قابل‌توجهی یافته است. برنامه‌های آموزشی و خود مراقبتی قبل از دوره بازنشستگی گسترش یافته و حمایت از سالمندان فاقد مسکن نیز در اولویت برنامه‌ریزی است. با توجه به پیر شدن جوامع، خدمات جامع برای سالمندان یکی از مهم‌ترین اقدامات این کشورها محسوب می‌شود. کشورهای مشابه ایران نظیر ترکیه، مصر و کشورهای حاشیه خلیج فارس عموماً بر برنامه‌های بیمه و ارائه کمک هزینه دوره سالمندی تأکید نموده‌اند، لذا نقش بیمه در حمایت از سالمندان و بازنشستگان قابل توجه است. به نظر می‌رسد که برنامه‌های

به اینکه سالمندان عموماً ترجیح می‌دهند در محیط خانه و در کنار خانواده دوران سالمندی رو بگذرانند، لذا توسعه خدمات در این بخش بسیار می‌تواند مفید باشد. با آموزش و حمایت مالی کافی از اعضای خانواده سالمند نیازمند مراقبت می‌توان این امر را تسهیل کرد.

۷. استفاده از زیرساخت‌های ارتباط مجازی برای خدمات‌رسانی بهتر به سالمندان و کاهش مراجعات حضوری آنان به مراکز دریافت خدمات.

۸. سطح بندی برنامه‌های سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات به سالمندان و بازنشستگان بر اساس رده بندی سنی و جنسیتی.

۹. با توجه به تجربه مثبت بسیاری از کشورهای جهان در شناسایی به موقع سالمندان نیازمند دریافت خدمات اجتماعی، ارائه خدمات به سالمندان محله محور یا شهر محور شود. به این طریق بهتری می‌توان نیازهای متفاوت سالمندان نیروهای مسلخ در هر منطقه را در خدمات‌دهی نیز لحاظ کرد.

۱۰. توجه به وضعیت سالمندان زندانی که نیازمند مراقبت بوده و آزادی احتمالی آن‌ها خطر چندانی را متوجه اجتماع نمی‌کند. در این زمینه هماهنگی لازم با قوه قضاییه صورت پذیرد.

۱۱. کوشش برای تشکیل شورای سالمندی در کشور و شاخه منطقه‌ای و شهری آن به عنوان بستری برای شناسایی روشن‌تر و جامع‌تر مسائل سالمندان نیروهای مسلخ.

۱۲. ضروری است که سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلخ در سیاست‌گذاری‌های اجتماعی از مدل‌های صرفاً پزشکی به سمت مدل‌های اجتماع محور حرکت کند. لذا بهره‌گیری از نظرات جامعه‌شناسان و سایر متخصصان علوم اجتماعی در طراحی مدل اجتماعی شدن مراقبت از سالمندی اهمیت دارد.

۱۳. بهبود تعامل سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلخ با سایر نهادهای ثروت آفرین و خدمت‌رسان به منظور افزایش توان رفاهی سازمان برای سالمندان تحت پوشش. با توجه به گسترش سالمندان و بازنشستگان. ضروری است که سیاست‌های سازمان بازنشستگی نیروهای مسلخ از تمرکز و خاص‌گرایی بر سالمندان بازنشسته به سمت تعامل با سایر سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات به سالمندان حرکت نموده و از مزایا و برنامه‌های آن‌ها به صورت متقابل استفاده شود.

۱۴. سازمان‌های مختلف قبل از بازنشستگی باید دوره‌های خاصی را برای سالمندان برگزار نمایند و خدمات مشاوره تخصصی در زمینه‌هایی نظیر مراقبت اولیه، آشنایی با منابع

حمایتی، مراکز تفریحی، چگونگی گذراندن اوقات فراغت، نحوه دسترسی به مراکز درمانی، بیمه، مراکز ارائه‌دهنده حمایت‌های اجتماعی، شیوه‌های تقویت شبکه‌های اجتماعی و استفاده از فضای مجازی را آموزش دهند.

۱۵. مناسب‌سازی محیط شهری برای سالمندان جهت استفاده بهینه آن‌ها از امکانات شهری نظیر پارک‌ها، سینما و مراکز تفریحی با همکاری سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات شهری نظیر سازمان بهزیستی، شهرداری و ...

۱۶. با توجه به اینکه سالمندان نماد هویت و شناسنامه ملی و محلی در هر کشوری هستند، لذا در فرآیند برنامه‌ریزی‌های محله محور جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی نظیر خشونت‌های خانوادگی، طلاق، انتقال ارزش‌های سنتی و احیای سنت‌های گذشته در محلات استفاده شوند.

۱۷. تدوین قانون کشوری سالمندی

۶-۲- پیشنهادهایی در سطح خرد

۱. بسته‌های درمانی و بهداشتی مورد نیاز سالمندان نیروهای مسلخ از سوی سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلخ آماده‌سازی و در اختیار آنان قرار گیرد.

۲. توسعه مراکز سلامت روان و تعامل اجتماعی برای سالمندان نیروهای مسلخ از سوی سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلخ؛ بخش قابل‌توجهی از این خدمات می‌تواند به صورت مجازی نیز باشد.

۳. برنامه‌ریزی توسط سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلخ برای افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان و پیشگیری از انزوای اجتماعی آنان؛ این برنامه‌ها می‌تواند مصادیق مختلفی مانند فعالیت در مراکز خیریه، حضور در مکان‌های ورزشی، کتابخانه‌ها و حتی شرکت در دوره‌های آموزشی نیز داشته باشد.

۴. سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلخ از طریق تعامل بیشتر با مددکاران اجتماعی و استفاده از توانایی و تخصص آنان می‌تواند خدمت‌رسانی بهتری در زمینه مراقبت از سالمندان داشته باشد.

۵. از آنجا که سالمندان نیروهای مسلخ دارای تجارب ارزنده‌ای در زمینه‌های نظامی و انتظامی‌اند، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلخ می‌تواند از این ظرفیت‌ها در زمینه برگزاری دوره‌های آموزشی و تألیف کتاب و انجام تحقیقات نظامی بهره برد.

۶. معرفی و شناساندن گروهی از سالمندان سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلخ که زندگی حرفه‌ای و شغلی آنان می‌تواند حاوی نکات مفیدی بوده و سبب انتقال

این موارد باشد و هم قدردانی و تشویقی برای سالمندان در نظر گرفته شود. این امر می‌تواند در شادابی، سلامت روانی و اجتماعی آنان بسیار مفید باشد. این کار از طریق تهیه فیلم‌های مستند، نوشتن فیلم‌نامه، چاپ کتاب زندگی‌نامه و خاطرات و غیره صورت گیرد.

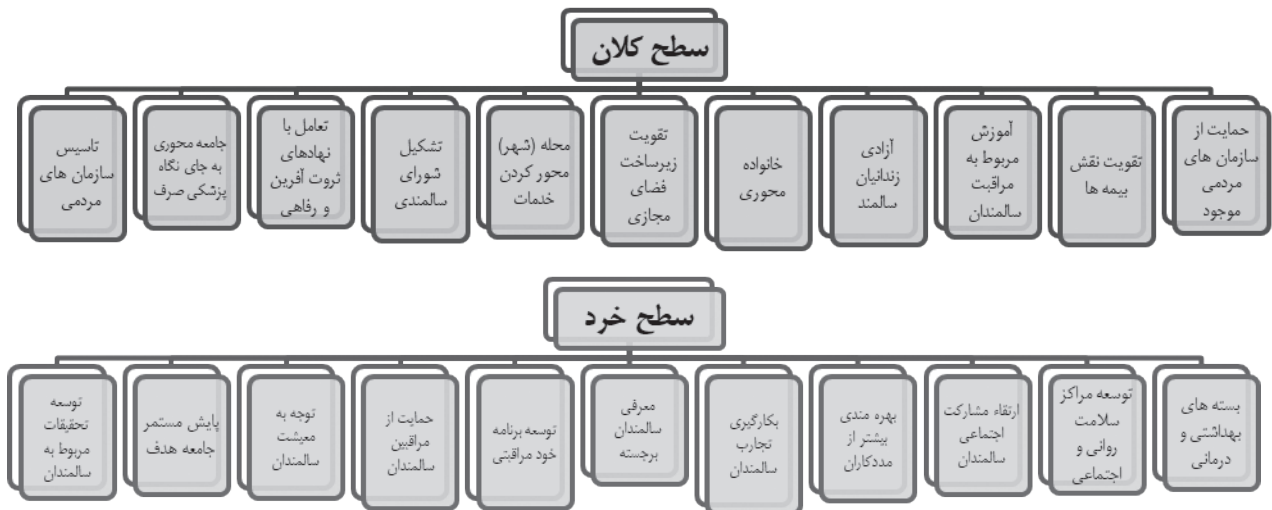
۷. تقویت برنامه‌های خود مراقبتی از سالمندان از طریق آموزش مستمر آن‌ها.

۸. حمایت از مراقبین سالمندان بیمار از طریق اعطای کمک هزینه، تخفیف مالیاتی و امتیازات تحصیلی و غیره از سوی سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و در صورت امکان دولت.

۹. توجه جدی به معیشت و نیازهای اقتصادی سالمندان و خانواده آنان. این امر به ویژه با توجه به شرایط اقتصادی تورمی در چند سال اخیر و کاهش قدرت خرید عموم مردم به ویژه بازنشستگان اهمیت بیشتری یافته است.

۱۰. توجه بیشتر به فعالیت‌های تحقیقاتی مربوط به اولویت‌بندی، نیازسنجی و چشم‌اندازهای پیش رو در ارتباط با سالمندان تحت پوشش سازمان.

۱۱. استفاده از رویکرد مدیریت مورد (case management) در ارائه خدمات به سالمندان



شکل ۳. خلاصه راهکارها و پیشنهادهای سطح کلان و خرد جهت بهبود مراقبت از سالمندان سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح

منابع

۱. احمدی، سمیه، باقریان، فاطمه، حیدری، محمود، کشفی، عبدالرسول (۱۳۹۶)، سالمندی و معنای زندگی: بررسی میدانی منابع و ابعاد معنا در زنان و مردان سالمند، مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)، دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره چهارم، سال ۲۴، شماره ۱، صص ۲۲-۱
۲. آسید علی، معصومه، صادقی محلی، نسیم، تبریزی، نوروزی تبریزی، کیان (۱۳۹۷)، مروری بر مراکز روزانه مراقبت از سالمندان جهان، مجله سالمندی در ایران، دوره ۱۳، شماره ۴، صص ۵۲۹-۵۱۸
۳. بابایی، مهرزاد (۱۳۸۶)، مشکلات اجتماعی خانواده‌های مراقبت‌کننده از سالمند ناتوان در شهر کرج، مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره سوم، صص ۱۸۱-۱۷۷
۴. برترام، دیوید (۱۳۹۳)، برنامه‌ریزی دوران بازنشستگی، ترجمه احمد علی مرسلی گنبری، انتشارات سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و جهاد دانشگاهی
۵. ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۸۶)، مطالعه تطبیقی موقعیت و جایگاه سالمندان در جوامع گذشته و معاصر، فصلنامه سالمند، سال سوم، شماره نهم و دهم.
۶. زنجری، نسیم (۱۳۹۷)، سالمندی خوب: مروری بر مفاهیم و ابعاد خوب پیر شدن، موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا، تهران، نشر طرح نقد
۷. سام آرام، عزت‌الله، احمدی بنی، زیبا (۱۳۸۶)، بررسی عوامل مؤثر بر موقعیت سالمند در خانواده، مجله سالمندی ایران، سال دوم، شماره چهارم، صص ۲۷۹-۲۶۹
۸. علیزاده، مهتاب، فخرزاده، حسین، شریفی، فرشاد، محمدی آذر، مریم، نظری، ندا (۱۳۹۲)، تحلیل مروری عملکرد سازمان‌های متولی در برنامه سالمندی کشور، مجله دیابت و متابولیسم ایران، مهر و آبان، شماره ۱، صص ۸۱-۷۴
۹. فروغ عامری گلناز، گواری فاطمه، نظری طاهره، رشیدی نژاد معصومه، افشار زاده پوران (۱۳۸۱)، تعاریف و نظریه‌های سالمندی. مجله حیات، شماره ۸، صص ۱۳-۴
۱۰. گیدنز، آنتونی (۱۳۸۳)، جامعه‌شناسی، ترجمه منوچهر صبوری، چاپ یازدهم، تهران، انتشارات نی
۱۱. الله‌یاری، الهه، کرامتی، مجید، کمالی، محمدرضا (۱۳۹۹)، تعیین شیوع افسردگی در سالمندان قومیت‌های مختلف ایرانی و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن، مجله سالمندی ایران، دوره ۱۵، شماره ۱، صص ۱۰۳-۹۵
۱۲. مثنوی، عطاءالله (۱۳۷۷)، بررسی علل سپردن سالمندان به آسایشگاه‌های سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی، تهران
۱۳. مرسا، رویا، بهمنی، بهمن، برکتی، سمیه (۱۳۹۸) نشانگان افت روحیه در سالمندان ساکن آسایشگاه، ساکن منزل و بهره‌مند از خدمات مرکز توانبخشی روزانه، مجله سالمندی در ایران، دوره ۱۴، شماره ۴، صص ۴۴۹-۴۳۶
۱۴. معیدفر، سعید (۱۳۸۹)، مسائل اجتماعی ایران (جامعه‌شناسی اقشار و گروه‌های آسیب‌پذیر)، تهران، انتشارات علمی
۱۵. هاشملو، لیلا، همتی مسلک پاک، معصومه، خلخالی، حمیدرضا (۱۳۹۱)، تأثیر اجرای برنامه خود مراقبتی اورم بر توان خود مراقبتی سالمندان، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دوره یازدهم، شماره دوم، ۱۲۶-۱۱۹
۱۶. یوسف زاده، ایمان، اسحق‌گرگی، معصومه، زمان شعار هریس، الهام (۱۳۹۸)، خدمات اجتماعی و بازنشستگی: مطالعه موردی کشورهای موفق، موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا، تهران، انتشارات روزانه
17. Alnasir, Faisal Abdullatif (2015), Models and Systems of Elderly Care: Ageing and Pattern of Population Changes in the Developing Countries, Middle East Journal of Age and Ageing Volume 12, Issue, 26- 32
18. Andersson M, Hallberg IR, Edberg A-K. Old people receivingmunicipal care, their experiences of what constitutes a good lifein the last phase of life: A qualitative study. International Journalof Nursing Studies. 2008; 45(6):818-28. doi: 10.1016/j.ijnurstu. 2007.04.003
19. M, Lebel P, Laprise H, Leclerc C, Quinn C. Adult day care for the frail elderly: outcomes, satisfaction, and cost. J Aging Health. 2002 May;14(2):237-59. doi: 10.1177/089826430201400204. PMID: 11995742.
20. Davies N. Promoting healthy ageing: The importance oflifestyle. Nursing Standard. 2011; 25(19):43-9. DOI:10.7748/ns2011.01.25.19.43.c8270

26. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), Healthy ageing, <https://www.ifrc.org>
27. Labus J, Lauber A. Patient education and prevention medicine, 1st ed. New Orleans: W.B Saunders Publication; 2001
28. Matlabi H. [The contribution of home-based technology to elderly people's quality of life in UK-specific extra care housing (Persian)]. Paper presented at: The 1st International & 4th National Congress on Health Education & Promotion; 16-19 May 2011; Tabriz,
29. Söderhamn O, Lindencrona C, Ek AC. Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*. 2000; 37(4):361-8.
30. Strauser DR, Kets K, Keim J. The relationship between self-efficacy locus of control and work personality. *Journal of Rehabilitation*. 2002; 68(1):7-20.
31. www.istat.it
32. www.unitre.net
21. Ellis C, Boon BJ, Andrew P, Lang LE, Johnson CL, Lehrfeld DM, et al. Adult day services: Finding an anchor in today's healthcare and economic storms. *CARF*. 2010; 12(double issue):1
22. Fairholm C. Design for developing an innovative Adult Day Center Program in the Metro Salt Lake City Area: [MSc. thesis]. Salt Lake City: The University of Utah; 2001
23. Fassino S, Leombruni P, Abbate Daga G, Brustolin A, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2002; 35(1):9-20.
24. Femia EE, Zarit SH, Stephens MA, Greene R. Impact of adult day services on behavioral and psychological symptoms of dementia. *Gerontologist*. 2007 Dec; 47(6):775-88. doi: 10.1093/geront/47.6.775. PMID: 18192631
25. Hussein, S., & Ismail, M. (2017). «Ageing and elderly care in the Arab region: policy challenges and opportunities». *Ageing International*, 42(3), 274-289.