Comparative study of elderly care services among Iran, United States of America, and Sweden

Nasrin Shaarbafchi Zadeh[1], Faezeh Akbari[2], Parinaz Khalili Khouzani[3], Asal Sadat Niaraees Zavare[4]

1.Assistant Professor, Health Management and Economics Research Center,Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. ORCID ID: 0000-0001-7104-2214

2.Master of Science Student, Health Services Management, Students Research Committee, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. ORCID ID: 0000-0003-1194-5686

3.Master of Science Student, Health Services Management, Students Research Committee, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. ORCID ID: 0000-0001-5920-8680

4.Master of Science Student, Health Services Management, Students Research Committee, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author). Postal address: Isfahan, Hezar Jerib Avenue, Isfahan University of Medical Sciences, School of Management and Medical Information. Email: asal7447@gmail.com, Tel: 09217334830. ORCID ID: 0000-0001-7742-9284

ABSTRACT

Background and Aim: According to statistics, the world is rapidly moving towards aging. The aim of this study was to compare United States of America, Sweden and Iran in regard to population aging status, types of aged care services and types of aged care service providers.

Materials and Methods: This study was conducted using a descriptive-comparative approach in 2019. Data were collected by reviewing the texts in the libraries and the websites of the relevant organizations of the selected countries. The references used were in Persian and English languages between 2000 and 2019.

Results: The results showed that Sweden and the United States have faced the population aging phenomenon earlier (than Iran) and have more diverse services in regard to the various aspects of life for old people and also a wider population coverage.

Conclusion: Based on the results of this study, we recommend the use of the experiences of successful countries that have faced the elderly crisis before Iran. Some of the issues that should be considered include: public coverage of social and health insurance for the old people, use of volunteers and private sector capacity, integrated care using an interdisciplinary team, use of modern technologies such as smart alarms and Eldercare Locator Software, needs assessment and capacity building for human resource training, and considering financial and non-financial support for the families which take care of their elderly members.

Keywords: Comparative study, Aged, Health services for the aged, Housing for the Elderly, Retirement

Received: Oct 16, 2019 **Accepted:** May 29, 2019

How to cite the article: Nasrin Shaarbafchi Zadeh, Faezeh Akbari, Parinaz Khalili Khouzani, Asal Sadat Niaraees Zavare. Comparative study of elderly care services among Iran, United States of America, and Sweden. SJKU. 2020;25(5):123-140.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و پنجم / آذر و دی ۱۳۹۹/۱۴۰-۱۲۳

مطالعه تطبیقی خدمات مراقبت از سالمندان در ایران، ایالات متحده آمریکا و سوئد

نسرین شعربافچی‌زاده[۱]، فائزه اکبری[۲]، پریناز خلیلی خوزانی[۳]، عسل سادات نیارئیس زواره[۴]

۱.استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. کد ارکید: ۲۲۱۴-۷۱۰۴-۰۰۰۱-۰۰۰۰.

۲.دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۱۱۹۴-۵۶۸۶.

۳.دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. کد ارکید: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۵۹۲۰-۸۶۸۰

۴.دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)، ایمیل: asal7447@gmail.com. تلفن: ۰۹۲۱۷۳۳۴۸۳۰. کد ارکید: ۹۲۸۴-۷۷۴۲-۰۰۰۱-۰۰۰۰.

چکیده

زمینه و هدف: بر اساس آمار و ارقام، جهان به سرعت در حال حرکت به سمت سالمندی جمعیت است. هدف این مطالعه مقایسه‌ی کشورهای ایران، ایالات متحده آمریکا و سوئد از نظر وضعیت سالمندی جمعیت، انواع خدمات سالمندان و انواع ارائه‌دهندگان خدمات سالمندان بوده است.

مواد و روش ها: این مطالعه به روش مروری-تطبیقی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. گردآوری اطلاعات به روش مطالعه‌ی متون فراهم شده از کتابخانه‌ها و وبسایت سازمان‌های مرتبط کشورهای منتخب بود. منابع مورد استفاده به زبان‌های فارسی و انگلیسی و مربوط به سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ بودند.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن است که سوئد و آمریکا زودتر با پدیده سالمندی جمعیت مواجه شده‌اند و خدمات متنوع‌تری با توجه به جنبه‌های مختلف زندگی سالمندان و همچنین پوشش جمعیتی گسترده‌تری دارند. در ایران بسیاری از انواع خدمات مورد نیاز سالمندان هنوز راه‌اندازی نشده و یا از نظر پوشش جمعیتی بسیار محدود است. از نظر ارائه‌دهندگان خدمات سالمندی نیز در کشور ایران نسبت به سوئد و ایالات متحده آمریکا توجه کمتری به سازماندهی داوطلبان و ارائه‌دهندگان غیررسمی شده است.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود از تجارب کشورهای موفق که پیش از ایران با بحران سالمندی مواجه شده‌اند درس بگیریم. برخی از مسائلی که باید مورد توجه قرار بگیرند عبارتند از: پوشش همگانی بیمه اجتماعی و سلامت برای سالمندان، استفاده از ظرفیت افراد داوطلب و بخش خصوصی، مراقبت ادغام‌یافته با استفاده از تیم بین‌رشته‌ای، استفاده از فناوری‌های نوین برای خدمات سالمندان، نیازسنجی و ظرفیت‌سازی برای آموزش نیروی انسانی و در نظر گرفتن حمایت‌های مالی و غیرمالی برای خانواده‌هایی که از سالمندان خود مراقبت می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: مطالعه تطبیقی، سالمند، خدمات سلامت سالمندان، مسکن سالمندان، بازنشستگی

وصول مقاله:۹۸/۷/۲۴ اصلاحیه نهایی:۹۸/۳/۶ پذیرش:۹۸/۳/۸

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

مقدمه

تغییراتی که سالمندی یک فرد را تشکیل می‌دهند بسیار پیچیده هستند. از نظر بیولوژیک، سالمندی با تجمیع تدریجی انواع مختلف آسیب‌های سلولی و مولکولی همراه است که در طول زمان این آسیب‌ها باعث کاهش عمومی ظرفیت و توانایی فرد می‌شود (۱). به همین دلیل افراد سالمند به حمایت‌ها و خدمات اجتماعی و پزشکی متعددی نیاز دارند. نقاط کلیدی برای فعالیت در زمینه سالمندی همراه با سلامتی شامل تطبیق نظام‌های سلامت با نیازهای جمعیت مسن، توسعه نظام‌ها برای ارائه خدمات مراقبت بلندمدت، تضمین اینکه هر فردی می‌تواند در یک محیط دوستدار سالمند پیر شود و بهبود سنجش، پایش و ادراک در این زمینه می‌باشد (۲). امروزه در کشورهای پیشرفته به صورت همگام با پیشرفت صنعت؛ توجه و نگاه ویژه‌ای به سالمندی به عنوان یک جمعیت رو به رشد که نیازهای ویژه‌ای دارند، می‌شود و دولت‌ها در جهت ارائه خدمات ویژه و هدایت منابع سیاستگذاری می‌کنند (۳). با توجه به روند رو به رشد سالمندی جمعیت در ایران توجه ویژه به سیاستگذاری و برنامه‌ریزی برای رفاه سالمندان بسیار مورد اهمیت است.

بر اساس آمار و ارقام، جهان به سرعت در حال حرکت به سمت سالمندی جمعیت است. در ایران نیز جمعیت سالمند در حال افزایش است و با ورود نسل انفجار نوزادان (متولدین سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۷۰) به گروه سنی بالای ۶۰ سال، ایران به یکی از کشورهای دارای بیشترین سرعت رشد جمعیت سالمند تبدیل خواهد شد (۴). بر اساس تعریفی که افراد بالای ۶۵ سال را سالمند محسوب می‌کند، جمعیت سالمندان از ۶۰۰ میلیون در سال ۲۰۰۰ به یک میلیارد و دویست میلیون یعنی دو برابر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید (۵). در برخی منابع نیز افراد بالای ۶۰ سال سالمند محسوب می‌شوند (۲). در سال ۲۰۱۲ تنها کشور دارای نسبت افراد بالای ۶۰ سال بیش از ۳۰ درصد ژاپن بود ولی تا اواسط قرن ۲۱ بسیاری از کشورها به این نسبت خواهند رسید. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ نزدیک به ۱۰٪ جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل داده‌اند و در ۳۵ سال آینده این مقدار به حدود ۳۳٪ افزایش میابد (۶). بنابراین، یکی از اصلی‌ترین چالش‌های آینده ایران سالمندی جمعیت خواهد بود و به منظور مواجهه با نیازهای سالمندان؛ سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، سرمایه‌گذاری و ایجاد زیرساخت‌های لازم از امروز باید مورد توجه قرار گیرد (۷). امروزه هنوز موانع متعددی وجود دارند که دسترسی افراد مسن به خدمات بهداشتی درمانی را محدود می‌کنند، به خصوص در کشورهای کم درآمد و در بین افراد محروم کشورهای پردرآمد (۲). بنابراین اگر برنامه‌ریزی مناسب صورت نگیرد در آینده‌ای نزدیک با حجم گسترده‌ای از مشکلات و ناکارآمدی‌ها در مورد سالمندان مواجه خواهیم بود.

استفاده از تجارب موفق کشورهایی که قبلا سالمندی جمعیت را تجربه کرده‌اند در مطالعات مختلف پیشنهاد شده است. در سال‌های پیشین مطالعاتی با عنوان‌های «سیستم خدمات ویژه سالمندی در کشورهای آمریکا و ژاپن و ارائه شاخص‌هایی جهت تدوین برنامه راهبردی خدمات سالمندی در ایران-۱۳۸۶» (۳)، «سیاست‌های اجتماعی برای سالمندان در ژاپن و سوئد و الگوی مناسب برای ایران-۱۳۸۵» (۸) و «خدمات مراقبتی سالمندی در ایالات متحده آمریکا با نگاهی اجمالی به ایران-۱۳۸۷» (۹) انجام شده که خدمات مراقبت سالمندان در کشورهای مختلف را از جنبه‌های متنوع مورد بررسی قرار داده است.

سیاست‌ها و برنامه‌ها باید فراتر از مسکن و بهداشت باشند و فرصت شرکت سالمندان در عرصه‌های مختلف توسعه اقتصادی و اجتماعی را فراهم آورند (۳). با یک برنامه‌ریزی صحیح و بلندمدت می‌توان از پیامدهای منفی سالمندی جمعیت کاست. از این رو، با در نظر گرفتن اینکه کشور ایران در آینده‌ای نزدیک با چالش سالمندی جمعیت مواجه خواهد شد و هنوز برنامه‌ریزی جامع و دقیقی در زمینه خدمات مراقبتی سالمندان انجام نشده، ضروری به نظر می‌رسد که با استفاده از اطلاعات به روز به بررسی ابعاد ارائه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

خدمات سالمندان در کشورهای منتخب و الهام‌گیری از نقاط مثبت و موفقیت‌های آن‌ها و مقایسه با کشور ایران بپردازیم. کشورهای منتخب در این پژوهش، آمریکا، سوئد و ایران بودند که انتخاب آن‌ها با استفاده از نظر متخصصان و به دلایل زیر صورت گرفت: الف) این سه کشور با درجات متفاوتی از پدیده سالمندی مواجه هستند و هر کدام متناسب با نوع نظام ارائه خدمات اجتماعی و بهداشتی درمانی خود برنامه‌هایی برای سالمندان دارند. ب) نظام سلامت ایران تا حدودی به کشورها آمریکا شباهت دارد (بوریج/ترکیبی). ج) در دسترس بودن اطلاعات مورد نیاز در مورد کشورهای منتخب. د) کشورهای سوئد و آمریکا وضعیت مناسبی از نظر ارائه خدمات به سالمندان دارند. نتایج این مطالعه می‌تواند به منظور طراحی خدمات مناسب برای سالمندان به کار گرفته شود و همچنین یک دید کلی از وضعیت ارائه خدمات سالمندی در سه کشور ارائه می‌دهد که می‌تواند مورد استفاده سیاستگذاران در کشورهای مختلف قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کاربردی و به روش توصیفی-تطبیقی در سال ۱۳۹۷ انجام شد و جستجوی مطالب به مدت ۷ ماه از ابتدای تیر ۹۷ تا انتهای دی ۹۷ به طول انجامید. در این پژوهش، وضعیت خدمات مراقبت از سالمندان از جنبه‌های مختلف (شامل اطلاعات دموگرافیک، انواع خدمات ویژه سالمندان، ارائه‌دهندگان خدمت) در کشورهای منتخب، مقایسه شد.

جامعه پژوهش مجموعه مکتوبات و مستندات مرتبط با موضوع مطالعه بود. داده‌های مورد نیاز از طریق جستجوی پیشرفته واژگان کلیدی در بانک‌های اطلاعاتی انگلیسی Web of Science، Science Direct، Scopus و PubMed و معادل فارسی آن‌ها در بانک‌های اطلاعاتی Magiran، SID انجام شد (جدول ۱). در نهایت به دلیل عدم دستیابی به اطلاعات مورد نیاز، جستجوی تکمیلی در منابع علمی معتبر از جمله سایت وزارت بهداشت کشورهای منتخب، پایگاه‌های اطلاع‌رسانی، گزارش‌های منتشر شده، مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی و گوگل سرچ انجام شد.

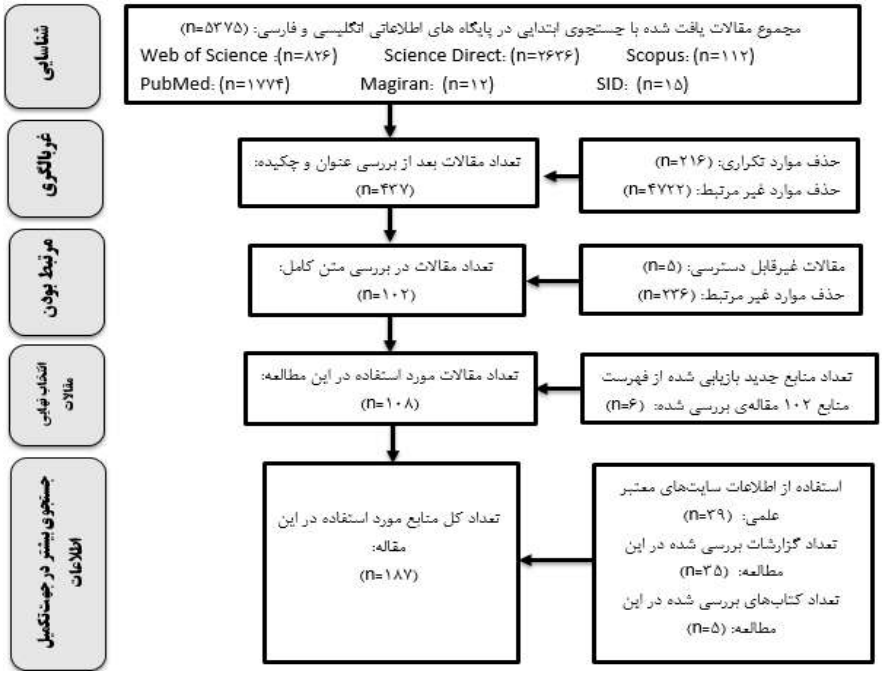
جدول ۱. استراتژی جستجو در پایگاه‌های داده

پایگاه	استراتژی جستجو
Web of Science	((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ALL FIELDS: (provision) AND ALL FIELDS: (Sweden). ((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ALL FIELDS: (provision) AND ALL FIELDS: (Untied States*) OR (USA) OR (America*). ((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ALL FIELDS: (provision) AND ALL FIELDS: (Iran).
Science Direct	((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (Sweden)). ((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND ((Untied States*) OR (USA) OR (America*))). ((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (Iran)).
Scopus	((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (Sweden)). ((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND ((Untied States*) OR (USA) OR (America*))). ((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (Iran)).
PubMed	((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (Sweden)). ((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND ((Untied States*) OR (USA) OR (America*))). ((senior OR elderly) AND (care* OR service*)) AND ((provision) AND (Iran)).
Magiran	"خدمات سالمندان" یا "خدمات سالمندی" یا "سالمند"
SID	"خدمات سالمندان" یا "خدمات سالمندی" یا "سالمند"

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

در شکل ۱ به طور کامل فرایند دستیابی به منابع مورد استفاده در این مقاله شرح داده شده است. منابع مورد استفاده به زبان‌های فارسی و انگلیسی و مربوط به سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ بودند. معیار ورود، تمامی مطالعاتی بود که ارائه‌ی خدمات مراقبت سالمندان را در کشورهای منتخب بررسی کرده باشند. معیار خروج عدم دسترسی به متن کامل منابع بود. چکیده‌ها را دو پژوهشگر از نظر کیفیت و ارتباط با موضوع بررسی کردند و درنهایت ۴۳۷ مقاله‌ی مرتبط جمع‌آوری شد. در مرحله بعد، پس از مطالعه متن کامل مطالعات و حذف موارد تکراری و غیر مرتبط، ۱۰۲ مقاله وارد مطالعه شد و ۶ مقاله‌ی جدید نیز از فهرست منابع مقالات مطالعه شده بازیابی شد. در مجموع با احتساب مطالب سایت‌های معتبر، گزارشات و کتب مورد استفاده، ۱۸۷ منبع وارد مطالعه گردید. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده بر اساس سوالات تحقیق تفکیک شده و مورد مطالعه دقیق قرار گرفت و در قالب جداولی که از پیش به منظور تطبیق نتایج تهیه شده بودند تنظیم شد و به این ترتیب با نظم دادن به اطلاعات، تشابهات و تفاوت‌های مربوط به خدمات مراقبت از سالمندان مشخص گردید.



شکل ۱. فلودیاگرام فرایند شناسایی، غربالگری و انتخاب منابع مورد استفاده در مطالعه

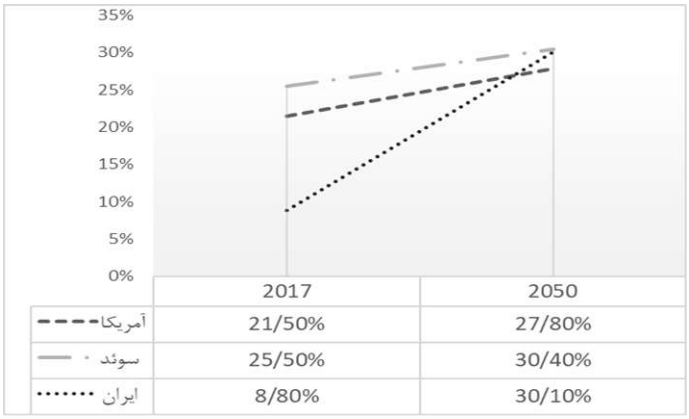
جدول ۲. مقایسه اطلاعات دموگرافیک کشورهای منتخب و ایران

	آمریکا	سوئد	ایران
جمعیت کل کشور (میلیون نفر)	۳۲۷ (سال ۲۰۱۸)	۱۰ (سال ۲۰۱۷)	۸۰ (سال ۲۰۱۶)
جمعیت بالای ۶۰ سال در سال ۲۰۱۷	۶۹.۷۷۴ (۲۱.۵درصد)	۲.۵۲۵ (۲۵.۵درصد)	۷.۱۴۸ (۸.۸درصد)
نرخ امید به زندگی در سال ۲۰۱۶	۷۸/۶ سال	۸۲/۴ سال	۷۳/۴ سال

منابع: (۵۱) و (۵۲) و (۵۳) و (۵۴) و (۳۶) و (۳۳).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]



شکل۲. مقایسه درصد جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال در کشورهای منتخب در سال‌های ۲۰۱۷ و ۲۰۵۰ (۵۲)

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک کشورهای مورد مطالعه: اطلاعات دموگرافیک کشورهای منتخب شامل جمعیت کل کشور، جمعیت بالای ۶۰ سال در سال ۲۰۱۷ و و نرخ امید به زندگی در جدول ۲ ارائه شده است. در شکل ۲ نیز سرعت رشد نسبت جمعیت سالمندان در کشورهای منتخب بین سال‌های ۲۰۱۷ تا ۲۰۵۰ قابل مشاهده است.

انواع خدمات سالمندان

آمریکا: در این کشور واحدهای ایالتی، آژانس‌های منطقه‌ای، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات محلی و سازمان‌های قبیله‌ای بر روی خدمات سالمندان و تحت نظر اداره سالمندی کار می‌کنند. قانون سالمندان آمریکایی یک رابطه موثر بین دولت فدرال، واحدهای سالمندی ایالتی و هماهنگ کننده‌های خدمات محلی به نام سازمان‌های منطقه‌ای در سالمندی برقرار می‌کند (۱۰). مراکز سالمندان به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف جامعه توسط قانون سالمندان آمریکایی شناخته شده‌اند. نزدیک به ۱۱ هزار مرکز سالمندان، روزانه به ۱ میلیون نفر خدمت ارائه می‌دهند. موسسه ملی مراکز سالمندان (National Institute of Senior Centers) استانداردهایی را برای آینده مراکز سالمندان تنظیم می‌کند. این موسسه همچنین تنها مرکزی است که اعتباربخشی مرکز سالمندان ملی کشور را ارائه می‌دهد که شامل ۹ استاندارد عملیاتی است. تا به امروز، بیش از ۲۰۰ مرکز سالمندان گواهی دریافت کرده‌اند (۱۱). تمامی آژانس‌های منطقه‌ای دارای زیرمجموعه‌های خدماتی شامل: خدمات جامعه‌محور، سازمان‌های داوطلبانه، مراکز سالمندان چندمنظوره، معاونت حقوقی، خدمات دسترسی، خدمات تغذیه، ارائه خدمات در منزل، خدمات موسسه‌ای، سازمان‌های آموزشی و سازمان‌های پژوهشی می‌باشند و در نهایت تمامی ارائه‌دهندگان خدمات محلی نیز تحت نظارت و کنترل سازمان‌های منطقه‌ای هستند (۱۲).

خدمات بیمه‌ای: مدیکر برنامه بیمه درمانی فدرال برای سالمندان بالای ۶۵ سال است که حداقل ۱۰ سال به طور کامل کار کرده‌اند. سالمندی که تحت پوشش مدیکر باشد بسته به عوامل مختلف ممکن است هزینه‌ای برای مراقبت‌های بهداشتی‌اش پرداخت نکند. مدیکید نیز یک برنامه بیمه درمانی است که توسط ایالت‌های مختلف اجرا می‌شود و بخشی از آن توسط دولت فدرال تامین می‌شود. این بیمه آخرین امکان برای افراد کم‌درآمد، از جمله سالمندان است. به منظور واجد شرایط بودن برای مزایای مدیکید، یک سالمند باید بیشتر دارایی‌های موجود خود را "صرف" کرده باشد. پس از رسیدن به این سطح مالی، مدیکید برای بسیاری از هزینه‌های مرتبط با انواع مختلف مراقبت‌های بهداشتی درازمدت پرداخت خواهد کرد (۱۳).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

علاوه بر موارد فوق، انواعی از طرح‌های بیمه‌ی خصوصی نیز برای سالمندان موجود است (۱۱).

زندگی حمایتی: یک گزینه مراقبت‌های بهداشتی درمانی درازمدت است که برای افرادی که نیاز به کمک در فعالیت‌های روزمره مانند غذا، حمام کردن و لباس پوشیدن، مدیریت داروها و غیره دارند طراحی شده است. بیش از ۸۶ درصد ساکنان زندگی حمایتی هزینه اجاره و خدمات را از طریق منابع شخصی و بیمه مراقبت بلندمدت و یا پس‌اندازشان می‌پردازند، زیرا تحت پوشش مدیکر نیست (۱۳).

خانه‌های پرستاری: خانه‌های پرستاری مراقبت‌های بازتوانی برای افراد دارای بیماری‌های مزمن و یا پس از اقامت در بیمارستان ارائه می‌دهند. سطح مراقبت می‌تواند از ابتدایی تا ماهر و تحت حاد باشد. فرد برای پذیرش در خانه پرستاری به دستور پزشک نیاز دارد. هزینه‌ها را می‌توان از وجوه خصوصی، سیاست‌های بیمه مراقبت بلندمدت و/یا مدیکر و مدیکید پرداخت کرد (۱۳).

برنامه‌ی مراقبت همه جانبه برای سالمندان PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)): این برنامه خدمات پزشکی و اجتماعی جامع برای برخی از افراد ضعیف و افراد مسن جامعه فراهم می‌کند. یک تیم بین‌رشته‌ای از متخصصین سلامت، به افراد موجود در PACE مراقبت هماهنگ ارائه می‌دهد. معیارهای واجد شرایط بودن برای این برنامه شامل سن ۵۵ سال یا بالاتر، اقامت در مناطق خدماتی سازمان PACE و واجد شرایط بودن برای مراقبت پرستاری در خانه است (۱۴). برخی از خدمات این برنامه عبارتند از: مراقبت روزانه بزرگسالان؛ پرستاری؛ درمان‌های فیزیکی، شغلی و تفریحی، وعده‌های غذایی؛ مشاوره تغذیه؛ کار اجتماعی و مراقبت شخصی؛ مراقبت‌های پزشکی ارائه شده توسط پزشک خانواده‌ی PACE؛ مراقبت سلامت در خانه و مراقبت شخصی؛ تمام داروهای تجویزی ضروری؛ مراقبت آسایشگاهی؛ بیمارستان و مراقبت پرستاری در منزل در صورت لزوم (۱۵).

برنامه‌های متعدد دیگری نیز توسط اداره سالمندی آمریکا انجام می‌شود که برخی از آن‌ها عبارتند از: برنامه‌های مبتنی بر شواهد سالمندی و معلولیت ((Aging and Disability Evidence-Based Programs and Practices (ADEPP))، سلامت رفتاری، سلامت مغز، برنامه‌های آموزش خودمدیریتی بیماری‌های مزمن، پیشگیری از سوء استفاده از افراد سالمند، پیشگیری از سقوط (افتادن)، کمک‌های حقوقی، بهبود مدیکر برای بیماران و ارائه‌دهندگان (Medicare Improvements for Patients and Providers (MIPPA))، برنامه ملی حمایت از مراقبان خانوادگی (National Family Caregiver Support Program (NFCSP))، برنامه‌ریزی فردمحور، حمایت از افراد مبتلا به دمانس، خدمات مبتنی بر خانه و جامعه برای جانبازان و فرصت‌های داوطلبانه و مشارکت مدنی (۱۶). علاوه بر موارد فوق برنامه مکان‌یاب مراقبت سالمندان نیز یک سرویس سراسری است که در آن با استفاده از کد پستی، شهر و ایالت می‌توان منابع ارائه خدمات به سالمندان؛ خدماتی مانند وعده‌های غذایی، مراقبت در منزل یا حمل و نقل، نیاز به مراقب و نیاز به آموزش را در نزدیکی هر فرد پیدا کرد. این سرویس تحت اداره‌ی سالمندی کار می‌کند (۱۷).

در مورد مسکن سالمندان وزارت مسکن و شهرسازی آمریکا، برنامه‌ی توسعه و مدیریت مسکن حمایتی برای سالمندان را دارد که نقش مهمی را در ایجاد مسکن ارزان قیمت برای سالمندان ایفا می‌کند. وزارت حمل و نقل نیز برنامه‌ی افزایش تحرک برای افراد سالمند و دارای معلولیت را داراست که از روش‌های مختلفی به این افراد کمک می‌کند. اداره‌ی حمل و نقل فدرال کمک‌های مالی به ایالت‌ها می‌دهد که این مبالغ در نهایت به آژانس‌های ارائه‌دهنده‌ی محلی می‌رسند و صرف خرید وسایل نقلیه در

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

دسترس مانند وسایل نقلیه با بالابر برای ارائه خدمات به سالمندان و معلولان می‌شود (۱۸).

سوئد: نظام مراقبت سالمندان سوئد همگانی است که در آن به همه ساکنان قانونی، صرف نظر از درآمد یا اشتغال قبلی، حق خدمات مراقبتی به منظور رفع نیازهایشان را می‌دهد (۱۹). تعداد شهروندان سالمند که یکی از دو نوع مراقبت سالمندان (کمک در محیط خانه، و مراقبت‌های موسسه‌ای یا مسکونی ویژه) را دریافت می‌کنند تقریبا ۲۵۰ هزار نفر است، که برابر با ۱۵ درصد از تمام مستمری بگیران بالای ۶۵ سال است. حدود ۹۵ هزار نفر از این‌ها در نوعی از امکانات سازمانی زندگی می‌کنند (۲۰).

در سوئد دسترسی به مراقبت‌های اجتماعی براساس نیازهای بیان شده است که توسط یک مدیر مراقبتی که در اداره رفاه اجتماعی شهرداری کار می‌کند، ارزیابی می‌شود. فرایندهای ارزیابی نیازها با توجه به شرایط فردی، اجتماعی و خانوادگی گیرندگان مراقبت، از طریق مصاحبه با فرد درخواست‌کننده سازماندهی می‌شود (۲۱). در سال‌های اخیر تا حدودی جیره‌بندی خدمات به وجود آمده است و دریافت‌کنندگان کمک‌های خانگی پشتیبانی کمتری دریافت می‌کنند (۲۲).

مراقبت سالمندان در سوئد شامل هر دو نوع خدمت کمک‌های خانگی و مراقبت‌های موسسه‌ای یا مسکونی ویژه (خانه‌های سالمندان، خانه‌های پرستاری و غیره) است (۲۰). ۶۰ درصد از خدمات اجتماعی به صورت کمک در منزل و ۲۳ درصد از خدمات اجتماعی در مسکن‌های ویژه ارائه می‌شوند (۲۳). شهرداری‌ها و به طور فزاینده‌ای بخش خصوصی، خدمات کمک‌های خانگی، نظیر تمیز کردن، شست‌وشو، خرید و غیره و همچنین مراقبت‌های اجتماعی را ارائه می‌دهند. آنها همچنین مسکن ویژه، خدمات پزشکی در منزل، غذا روی چرخ (meals on wheels)، هشدارهای ایمنی شخصی، سازگاری خانه و خدمات حمل و نقل ارائه می‌دهند. شهرداری‌ها مسئول حمایت از خانواده‌ها نیز هستند، از قبیل ارائه مزایا به بستگانی که مراقبت‌های پزشکی خانگی ارائه می‌دهند (۲۴). این خدمات به مراقبان غیررسمی می‌تواند توسط سازمان‌های داوطلب غیررسمی مانند صلیب سرخ نیز فراهم شود (۲۵).

به طور کلی انواع مدل‌های مسکن سالمندان در سوئد عبارتند از: ۱) زندگی در خانه و دریافت خدمات مراقبت در منزل، دریافت هشدار امنیتی و همچنین تطبیق خانه با نیازهای فرد. ۲) مسکن سالمند (Senior living) یا مسکن بالای ۵۵ ساله که هدف آن سالمندان فعال می‌باشد. آپارتمان‌ها می‌توانند تغییرات کوچکی از قبیل آستانه‌های پایین، اجاق‌های در دسترس‌تر و غیره داشته باشند. ۳) مسکن ایمن (Secure living) مشابه مسکن بالای ۵۵ ساله و مسکن سالمندان است، اما ساکن باید بیش از ۷۰ سال سن داشته باشد. این ساختمان دارای یک منطقه مشترک، زنگ هشدار اضطراری در هر آپارتمان و امکان دریافت غذا است. ۴) خانه پرستاری: برای افرادی که نسبت به کسانیکه در منزل خودشان زندگی می‌کنند به مراقبت بیشتری نیاز دارند ارائه می‌شود. انواع مختلف خانه‌های پرستاری وجود دارد. پرسنل پرستاری و پرسنل خدمات به صورت ۲۴ ساعته در دسترس هستند و پزشکان معمولا یک یا دو بار در هر هفته یا زمانی که مورد نیاز هستند، می‌آیند. ۵) مراقبت‌های تخصصی: شامل همه انواع مراقبت‌های تخصصی، برای مثال، زوال عقل، آلزایمر و سرطان است. بیمار در یک خانه پرستاری که برای بیماری‌های خاص تخصص یافته است زندگی می‌کند (۲۶).

سیستم بازنشستگی سالمندان شامل حقوق بازنشستگی مبتنی بر درآمد و حقوق بازنشستگی حق بیمه است. همچنین شامل حفاظت اساسی سالمندان، شامل یک حقوق بازنشستگی تضمین شده، یک مکمل مسکن برای بازنشستگان و پشتیبانی نگهداری برای سالمندان است. علاوه بر این، پاداش برای وابستگان، شامل حقوق بازنشستگی تنظیم شده، حقوق

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

بازنشستگی بیوه و بازنشستگی ویژه بازماندگان، وجود دارد (۲۷).

برخی از کاربردهای فناوری اطلاعات در مراقبت و ارائه خدمات درمانی به سالمندان سوئد شامل موارد زیر است: خدمات توانبخشی، مراقبت‌های پزشکی در منازل، خدمات جانبی نظیر تهیه دارو و امور بیمه، اطلاع‌رسانی و آموزش، اجرای درمان، پیگیری درمان و نظارت بر نحوه درمان و تکنولوژی خانه امن (از ویژگی‌های این فناوری چراغ‌های اتوماتیک است. با استفاده از سنسورهای خاصی که در نقاط مختلف منزل نصب می‌شود، و صداهای از پیش ضبط شده، می‌توان سالمندی را که توانایی انجام کاری را ندارد، راهنمایی نموده و وضعیت و موقعیت سالمند را کنترل نمود) (۲۸).

ایران: به طور کلی سازمان بهزیستی تحت نظر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به عنوان متولی اصلی نظام تامین اجتماعی ایران، خدمات خود به سالمندان را در قالب موارد ذیل ارائه می‌دهد: ۱) مراکز نگهداری از سالمندان: از طریق ارائه مجوز، اعطای یارانه و نظارت. خدمات این مراکز شامل نگهداری شبانه‌روزی، روزانه و مراقبت در منزل است و مراقبت‌هایی از قبیل انجام امور تغذیه، نظافت، استحمام، پوشاندن لباس، مراقبت‌های بهداشتی درمانی، داروئی، امور توانبخشی و ایجاد زمینه‌های سرگرمی و بهره‌گیری از اوقات فراغت به سالمندان ارائه می‌شود. ۲) برنامه‌های آموزشی: برگزاری همایش‌ها، سمینارها، کارگاه‌های آموزشی، طرح‌ها، تهیه کتاب، بروشور و بسته‌های آموزشی جهت آموزش مسئولین مراکز، کارشناسان، کادر خدمت‌دهنده به سالمندان، میانسالان و خانواده سالمندان. ۳) انجام تحقیقات در زمینه سالمندان ۴) توانمندسازی سالمندان شهری و روستایی از طریق آموزش شیوه زندگی سالم در تمامی ارائه‌دهندگان خدمت

آمریکا: اداره سالمندی که بازوی وزارت بهداشت در ارائه خدمات به سالمندان آمریکایی است کارش را با توسعه ابعاد. ۵) مناسب‌سازی محیط شهری و مسکونی معلولان و سالمندان. ۶) بیمه مکمل سالمندان معلول و نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی که دارای دفترچه بیمه پایه باشند(۷). ارائه خدمات اجتماعی به گیرندگان خدمت تحت پوشش شامل کمک‌های مستمر و غیر مستمر به خانواده‌های خدمت گیرندگان (۲۹). سازمان بهزیستی با وجود ۲۵۰ مرکز نگهداری شبانه‌روزی، روزانه، جامع و مراقبت در منزل سالمندان، فقط توانسته است ۲۰ هزار سالمند را تحت پوشش مراکز خود قرار دهد (۳۰). براساس گزارش سازمان بهزیستی، تعداد مراکز غیردولتی مراقبت و نگهداری سالمندان به ۳۲۹ مرکز در سال ۱۳۹۱ رسیده است (۲۹). طراحی خانه‌های سالمندان ایران اکثراً همانند بیمارستان می‌باشد و یکی از اساسی‌ترین استانداردهای ساختاری در خانه‌های سالمندان که شباهت هرچه بیشتر خانه سالمندان با خانه خود سالمند است، در آن‌ها رعایت نشده است (۳۱).

از نظر پوشش بیمه‌ای، مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که ۶۴/۴ درصد از سالمندان ایرانی تحت پوشش بیمه هستند (۳۲). پوشش بیمه‌های درمانی و اجتماعی در ایران بیشتر تابع وضع شغلی افراد است و در مورد بیمه‌های حمایتی و نیمه حمایتی نیز اقشار معینی از جامعه زیر پوشش قرار گرفته‌اند. بنابراین سالمندان «به عنوان سالمند» زیر پوشش هیچ یک از سازمان‌های بیمه‌ای نیستند. حمایت‌های موجود برای افراد بیمه شده نیز در بسیاری از موارد ناقص بوده و بخش مهمی از نیازهای سالمندان مانند مراقبت در منزل، مراقبت و نگهداری (آسایشگاهی، مراقبت روزانه، تحت حاد) و خدمات توانبخشی را پوشش نمی‌دهد (۳۳). با وجود اهمیت مراقبین خانوادگی اما در خصوص تعریف خدمات حمایتی برای مراقبین خانوادگی در ایران هنوز ساختار مناسبی وجود ندارد (۹).

شبکه ملی خدمات سالمندی انجام می‌دهد. این زیرساخت در سراسر آمریکا مجموعه گسترده‌ای از خدمات در منزل و مبتنی بر جامعه را برای بیش از ۸ میلیون سالمند در هر سال

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

فراهم می‌کند. همچنین خدمات مستقیم را سالانه به بیش از ۶۰۰ هزار مراقبت‌دهنده‌ی غیررسمی که از عزیزان خود در خانه نگهداری می‌کنند، ارائه می‌دهد. شبکه ملی سالمندی بزرگترین شبکه ارائه دهنده مراقبت درازمدت در آمریکا است. اداره سالمندی آمریکا امروزه شامل ۵۶ واحد دولتی در زمینه سالمندی، ۶۵۵ آژانس منطقه‌ای در زمینه سالمندی، تقریبا ۲۵۰ سازمان قبیله‌ای، ۲۹ هزار سازمان ارائه‌دهنده‌ی جامعه‌محور، ۲ سازمان برای بومیان آمریکایی، بیش از ۵۰۰ هزار داوطلب و انواع مختلف از سازمان‌های غیرانتفاعی ملی می‌باشد (۱۰).

در سال ۲۰۱۲ به طور کلی ۴ میلیون نفر در خدمات سالمندان آمریکا فعالیت داشتند که ۳.۲ میلیون نفر در ارائه خدمات مستقیم به سالمندان توسط آژانس‌ها و ارائه‌دهندگان مختلف استخدام شده بودند و ۸۰۰ هزار ارائه‌دهنده‌ی مستقل خدمات نیز وجود داشته است. از جمله کسانیکه برای آژانس‌ها و تسهیلات دیگر کار می‌کردند شامل ۱.۵ میلیون نفر دستیار پرستاری، ۸۵ هزار نفر ارائه‌دهنده‌ی کمک‌های سلامت در منزل و ۱ میلیون نفر ارائه‌دهنده‌ی کمک‌های مراقبت شخصی بودند. گواهی ارائه‌دهندگان کمک‌های پرستاری و مراقبت‌های بهداشتی در خانه، نیازمند آموزش ۷۵ ساعته فدرال می‌باشد که شامل ۱۶ ساعت آموزش بالینی است. تمامی کارکنان آموزش‌های خاصی را باید بگذرانند که شامل اطلاعاتی درمورد سندروم سالمندان، نیازهای منحصر به فرد و علائم بزرگسالان سالمند، ارتباط موثر با تیم مراقبت‌های بین رشته‌ای، مصرف‌کنندگان و اعضای خانواده می‌باشد. همچنین آموزش پیشرفته شامل مواردی همچون تنوع فرهنگی، مراقبت فردمحور، اطلاعاتی درمورد بیماری‌های پیشرفته و طب تسکینی، ارتباطات، آموزش درمورد بیماری‌ها و مداخلات درمانی می‌شود (۳۴).

الزامات آموزشی برای بهبود سلامت سالمندان در آمریکا شامل درجات زیر است: پزشک طب سالمندی، کارشناس پرستاری طب سالمندی، متخصص داروساز طب سالمندی، مددکاران اجتماعی طب سالمندی و مربیان بالینی (که ممکن است در بیمارستان‌ها و دانشگاه‌ها هماهنگ کننده‌ی ارائه آموزش‌ها باشند) (۳۵). در خانه‌های پرستاری، مراقبت باید توسط پرستاران ثبت شده (RNs) یا پرستاران عملیاتی مجاز (LPNs) ارائه شود (۱۰).

سوئد: در سوئد وزارت سلامت و امور اجتماعی مسئول مسائل مربوط به رفاه جامعه است. ارائه مراقبت و ارائه بیمه برای تامین امنیت مالی سالمندان و همچنین سیستم بازنشستگی سالمندان نیز از مسئولیت‌های این وزارتخانه می‌باشد (۲۷). در سطح ملی، دولت و پارلمان مسئولیت تعیین اهداف سیاسی، قانونگذاری، نظارت و اقدامات کنترل مالی را دارند؛ در سطح منطقه‌ای، ۲۱ شورای شهرستان مسئولیت ارائه‌ی مراقبت پزشکی و سلامت را دارند و در سطح مقامات محلی، ۲۹۰ شهرداری مسئولیت ارائه‌ی خدمات اجتماعی، مسکن و مراقبت سالمندان مبتنی بر منزل را دارند (۲۳). انجمن‌های مختلفی نیز وجود دارند که منافع بازنشستگان را ارتقا می‌دهند که سازمان بازنشستگان ملی (PRO) بزرگترین آنها است (۳۶). هیئت ملی سلامت و رفاه (The National Board of Health and Welfare) نیز مسئول پایش و بازرسی از طریق نظارت، پیگیری و ارزیابی خدمات مراقبت بلندمدت بر اساس حداقل استانداردها است (۲۱).

مسئولیت شوراهای شهرستان، ارائه خدمات سلامت مانند بیمارستان‌ها، مراکز سلامت و سایر نهادها است، درحالیکه مسئولیت شهرداری‌ها تمام جنبه‌های دیگر مراقبت از جمله مراقبت‌های اجتماعی، مراقبت‌های سازمانی و پرستاری در منزل را پوشش می‌دهد. مقامات محلی مسئول نهایی تامین و حفظ سطح مراقبت هستند حتی زمانیکه سازمان‌های خصوصی مکمل برخی از مسئولیت‌های آن‌ها می‌باشند (۳۷). در سال ۲۰۱۰، در دو سوم از شهرداری‌های سوئد (۶۵٪)، همه سرویس های مراقبت در منزل با تامین مالی عمومی به طور عمومی نیز ارائه شده است. برعکس، در ۴٪

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

از شهرداری ها، بیش از نیمی از خدمات مراقبت در منزل به طور خصوصی ارائه شده است. بنابراین، در پشت میانگین ملی ارائه خدمت خصوصی، تنوع زیادی وجود دارد (۳۸). همه گیرنده‌ها می‌توانند انتخاب کنند که آیا می‌خواهند کمک‌های خانگی یا مسکن ویژه توسط عوامل دولتی یا خصوصی ارائه شوند. تعداد شرکت‌های خصوصی در بخش خدمات اجتماعی در بین سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ پنج برابر شده است (۳۹). کمک‌های غیررسمی و مشارکت داوطلبانه نیز منابع نسبتا مهمی به عنوان ارائه‌دهنده کمک و مراقبت هستند (۴۰).

طبق برخی برآوردها (۲۰۰۵)، ۱۰ درصد از کارکنان مراقبت درازمدت دارای مدارک تحصیلی در زمینه امور بهداشتی درمانی و اجتماعی هستند و ۹۰ درصد دیگر نیز دستیار پرستار و دستیار خانگی هستند. در نتیجه سوئد از نظر عرضه پرستاران، پزشکان و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درمانی نسبتا خوب است (۴۱). در سال ۲۰۱۱، حدود ۲۱۳۰۲۴ نفر در مراقبت از سالمندان شهرداری مشغول به کار بودند و بزرگترین گروه حرفه‌ای شامل دستیاران پرستاری و پرستاران عملی مجاز بودند. ۷۹ درصد تحصیلات رسمی داشتند، در حالی که نسبت در بین شهرداری‌ها از ۳۵ تا ۱۰۰ درصد متغیر بوده است (۴۲).

ایران: بخش عمده سازمان‌ها و نهادهای خدمت‌دهنده به سالمندان زیرمجموعه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و یا به نحوی مرتبط با آن هستند. سازمان بهزیستی کشور تحت نظر این وزارتخانه در کنار سایر وظایف خود، مسئولیت نگهداری از سالمندان نیازمند را به عهده دارد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به لحاظ مسئولیتی که در قبال حفظ و سلامت شهروندان دارد، اقداماتی را نیز در زمینه سلامت سالمندان به وسیله اداره سالمندان انجام می‌دهد. علاوه بر دستگاه‌های دولتی، نهادها و سازمان‌های غیردولتی متعددی از جمله کمیته امداد نیز به منظور حمایت از سالمندان و مراقبت و نگهداری آنان فعالیت می‌کنند (۲۹). از دیگر نهادهای تاثیرگذار در امور سالمندان در ایران شورای ملی سالمندان است که به ریاست وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و دبیری رئیس سازمان بهزیستی کشور تشکیل شده است (۴۳).

به طور کلی آسایشگاه سالمندان در ایران از نظر مالکیت به چهار دسته قابل تقسیم‌بندی است: ۱) آسایشگاه سالمندان دولتی که زیر نظر سازمان بهزیستی است و در آن از سالمندان بی‌پناه، درماندگان و بیماران طی شرایطی پذیرایی می‌کنند. ۲) آسایشگاه‌های سالمندانی که صرفا جنبه خیریه دارند. ۳) آسایشگاه‌های سالمندانی که به صورت خیریه و شهریه‌دار تواما اداره می‌شوند. ۴) آسایشگاه‌هایی که جنبه خصوصی دارند و با مبالغ ماهانه‌ای که از اولیای سالمندان می‌گیرند اداره می‌شوند (۴۴).

در ایران برنامه مراقبت در منزل توسط بخش خصوصی صورت می‌گیرد که مجوز آنها از سوی سازمان بهزیستی صادر می‌شود. برنامه مراقبت در منزل سالمندان ایران به صورت جامع و بر اساس استانداردها انجام نمی‌شود و همچنین دربرگیرنده کلیه سالمندان نیازمند مراقبت نمی‌باشد (۴۵). علاوه بر این، بسته خدماتی فعلی برنامه مراقبت در منزل سازمان بهزیستی نه تنها شامل خدمات حمایتی (انجام امور منزل، بازسازی و مناسب‌سازی) نمی‌باشد، بلکه حتی مراقبت‌های فردی در سطح مراقبت‌های پایه را نیز ارائه نمی‌کند (۴۶).

معاونت آموزشی وزارت بهداشت با مشارکت اداره سلامت سالمندان به راه‌اندازی برنامه‌های آموزشی منجر به مدرک ویژه سالمندان از قبیل طب سالمندان، پرستاری سالمندان، مددکاری اجتماعی سالمندان، اپیدمیولوژی، روانپزشکی، توانبخشی، شنوایی سنجی، طب تسکینی، داروشناسی، دندانپزشکی سالمندان اقدام نموده است و برنامه‌هایی برای روانشناسی و مددکاری ویژه سالمندی در دست اقدام می‌باشد. همچنین از سال ۱۳۸۸ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با همکاری دانشگاه علوم پزشکی ایران اقدام به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

برگزاری دوره‌های ام.پی.اچ سالمندی و پی.اچ.دی سالمندشناسی نموده است (۳۳).

در جدول ۳ به طور خلاصه به مقایسه‌ی انواع خدمات مراقبت سالمندان و ارائه‌دهندگان خدمات پرداخته‌ایم.

جدول ۳. مقایسه‌ی ارائه‌دهندگان و خدمات مراقبت سالمندان در کشورهای منتخب

انواع خدمات سالمندان آمریکا	مراکز سالمندان، خدمات جامعه محور، خدمات تغذیه‌ای، خدمات در منزل، خدمات موسسه‌ای، زندگی حمایتی، خانه‌های پرستاری (بازتوانی)، مراقبت روزانه، مراقبت پزشکی در منزل، درمان‌های فیزیکی، شغلی و تفریحی، خدمات دارویی و بیمارستانی ویژه، برنامه‌های مکان‌یاب مراقبت سالمندان، مسکن حمایتی برای سالمندان، خدمات حمل و نقل ویژه، سازمان‌های آموزشی و پژوهشی، انواع خدمات بیمه‌ای (مدیکیر، مدیکید و طرح‌های بیمه خصوصی)، برنامه ملی حمایت از مراقبین خانوادگی و ... .
ارائه‌دهندگان خدمت در آمریکا	اداره سالمندی آمریکا زیر نظر وزارت بهداشت، شبکه‌ی ملی خدمات سالمندی را در سرتاسر کشور گسترش داده است. اداره سالمندی خدمات خود را از طریق واحدهای دولتی، آژانس‌های منطقه‌ای، سازمان‌های قبیله‌ای، سازمان‌های جامعه محور، سازمان‌های بومیان، داوطلبان و سازمان‌های غیرانتفاعی ارائه می‌دهد. بیشتر افراد ارائه‌دهنده خدمات به سالمندان در استخدام آژانس‌ها و ارائه‌دهندگان مختلف هستند و سایر آن‌ها به صورت مستقل به ارائه خدمت می‌پردازند.
انواع خدمات سالمندان سوئد	نظام مراقبت سالمندان سوئد همگانی است و شامل انواع کمک در محیط خانه و مراقبت‌های موسسه‌ای یا مسکونی ویژه می‌شود. میزان دسترسی به مراقبت‌ها بر اساس بررسی نیازها توسط مدیر مراقبتی شهرداری تعیین می‌شود. تمامی خدمات خانگی شامل تمیزکاری، شستشو، خرید، تغذیه، هشدارهای ایمنی شخصی، سازگاری خانه و ... توسط شهرداری‌ها ارائه می‌گردد. انواع مسکن ویژه سالمندان، خدمات پزشکی در منزل، خدمات حمل و نقل ویژه، مراقبت تخصصی، حقوق بازنشستگی مکفی و ارائه مزایا به مراقبان غیررسمی و بستگانی که از سالمند خود حمایت می‌کنند نیز ارائه می‌گردد.
ارائه‌دهندگان خدمت در سوئد	وزارت سلامت و امور اجتماعی در سه سطح ملی، منطقه‌ای و محلی مسئول ارائه مراقبت، بیمه و سیستم بازنشستگی سالمندان است. شوراهای شهرستان (سطح منطقه‌ای) مسئولیت ارائه مراقبت‌های پزشکی و سلامت را دارند و شهرداری‌ها (سطح محلی) مسئولیت ارائه خدمات اجتماعی، مسکن و مراقبت سالمندان مبتنی بر منزل را دارند. مقامات محلی خود مختاری نسبی در ارائه و سازماندهی سیستم مراقبت سالمندان دارند. تمامی خدمات به صورت دولتی تامین مالی می‌شوند اما به هر دو صورت دولتی و خصوصی ارائه می‌شوند و گیرندگان خدمت حق انتخاب بین آن‌ها را دارند. کمک‌های داوطلبانه و مشارکت غیررسمی نیز تا حدودی وجود دارد.
انواع خدمات سالمندان ایران	مراکز نگهداری از سالمندان شبانه‌روزی، روزانه و ارائه مراقبت در منزل، انجام امور تغذیه، نظافت، مراقبت‌های بهداشتی درمانی و دارویی، امور توانبخشی، سرگرمی و اوغات فراغت، برنامه‌های آموزشی و تحقیقاتی، مناسب‌سازی محیط شهری و مسکونی و بیمه مکمل برای سالمندان معلول و نیازمند همگی به صورت محدود و با پوشش بسیار اندک نسبت به جمعیت سالمند وجود دارد. طراحی بیشتر خانه‌های سالمندان مناسب نیست. از نظر پوشش بیمه‌ای سالمندان به عنوان سالمند تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیستند و پوشش بیمه‌ای بیشتر تابع وضعیت شغلی افراد است. خدمات حمایتی برای مراقبین نیز وجود ندارد.
ارائه‌دهندگان خدمت در ایران	سازمان بهزیستی زیر نظر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه‌دهندگان اصلی خدمات مرتبط با سالمندان هستند. آسایشگاه‌های سالمندان با چها نوع مالکیت (دولتی، خیریه، خیریه و شهریه‌دار تواما و خصوصی) وجود دارند که همگی از سازمان بهزیستی مجوز دریافت می‌کنند. ارائه مراقبت در منزل عمدتا توسط بخش خصوصی انجام می‌شود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

بحث

مقایسه‌ی داده‌های دموگرافیک کشورهای مورد مطالعه نشان داد که در ارتباط با جمعیت فعلی سالمندان کشورهای آمریکا و سوئد به دوران سالمندی جمعیت رسیده‌اند، اما کشور ایران هنوز در ابتدای مسیر سالمندی جمعیت است و در سال‌های آتی با بحران جدی مواجه خواهند شد. آهنگ سرعت رشد سالمندان در طی سال‌های آتی در ایران بسیار بالا خواهد بود. در مطالعه میرزایی و همکاران (۱۳۹۶) نیز به این مساله اشاره شده است که آهنگ رشد جمعیت سالمندان در کشورهای پیشرفته طی ۱۰۰ تا ۲۰۰ سال اتفاق افتاده است، درحالیکه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، این مسیر طی ۳۰ تا ۴۰ سال رخ می‌دهد که این موضوع مشکلات متعددی را به خصوص در زمینه تأمین مخارج سلامت سالمندان به همراه خواهد داشت (۴۷). این موضوع پدیده‌ی سالمندی را به مشکل عمیق‌تری در کشور ما تبدیل می‌کند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که از نظر موجود بودن و دسترسی به خدمات ویژه سالمندان در دو کشور آمریکا و سوئد خدمات متنوعی از جمله مراقبت مسکونی، مراقبت در منزل، خدمات سلامت، امکانات شهری، حمایت‌های مالی و حقوقی، خدمات تغذیه و مناسب‌سازی محل زندگی سالمندان با پوشش و دسترسی مناسب وجود دارد و به بسیاری از جنبه‌های زندگی سالمندان توجه شده است. اما ایران هم از نظر تنوع خدمات سالمندان و هم از نظر میزان پوشش در وضعیت مناسبی قرار ندارد. در مطالعه‌ی فروغان و همکاران (۱۳۹۵) نیز به این مساله اشاره شده است که بسیاری از طرح‌های مراقبتی یا هنوز در ایران طراحی نشده یا از نظر کمی بسیار اندک هستند، بطوریکه حتی سالمندان متمکن نیز به سادگی نمی‌توانند خدمات مورد نیاز خود را به دست آورند (۴۸). در مطالعه‌ی گوهری‌نژاد و همکاران نیز بیان شده است که سیستم مراقبت سالمندان حال حاضر ایران خدمات مورد نیاز سالمندان را به صورت پراکنده، غیر هماهنگ و غیر منسجم (non-coherent) ارائه می‌کند (۴۹). هر چه سریع‌تر باید نسبت به برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری در زمینه‌ی طرح‌های مختلف خدمات سالمندی در ایران اقدامات مناسب به عمل آید.

مقایسه‌ی اطلاعات کشورهای مورد مطالعه از نظر ارائه‌دهندگان خدمات سالمندان نشان داد که در همه‌ی کشورها دولت ارائه‌دهنده رسمی اصلی می‌باشد، اما نقش مراقبان خانوادگی نیز بسیار پررنگ است. در کشور آمریکا شبکه ملی سالمندی بزرگترین شبکه ارائه دهنده مراقبت درازمدت و بازوی وزارت بهداشت است که تمامی ارائه دهندگان دولتی، خصوصی و داوطلب زیر نظر این شبکه فعالیت می‌کنند. در سوئد نیز که یک نظام سوسیالیستی دارد، مسئولیت مراقبت از سالمندان در سه سطح ملی، منطقه‌ای و محلی تقسیم می‌شود و تمام تصمیمات مربوط به حمایت از سالمندان (چه خصوصی و چه دولتی) توسط مدیر خدمات مراقبتی شهرداری گرفته می‌شود، اما عمده خدمات توسط بخش دولتی ارائه می‌شود. اما در ایران خدمات دولتی برای سالمندان درصد کمی از جمعیت سالمند را پوشش می‌دهد و بیشتر بار ارائه خدمات بر روی دوش خانواده است. این موضوع بیانگر این است که کشورهای توسعه یافته که زودتر از کشورهای درحال توسعه با پدیده سالمندی جمعیت مواجه شده‌اند، شبکه خدمات سالمندان وسیع‌تر و سازمان یافته‌تری دارند که عمدتا توسط دولت سازماندهی و ارائه می‌شود. در نتیجه کشورهایی مثل ایران می‌توانند برای طراحی الگوی ارائه خدمات سالمندان از تجارب کشورهایی که زودتر با این مساله مواجه شده‌اند الگوبرداری کنند. دادخواه در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۶ به بررسی سیستم خدمات ویژه سالمندی در دو کشور آمریکا و ژاپن و ارائه شاخص‌هایی جهت تدوین برنامه راهبردی خدمات سالمندی در ایران پرداخته است. وی در این مطالعه بیان کرده است که رهنمودهای برگرفته از برنامه‌های موفق دنیا در زمینه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

سالمندی و بررسی نحوه ارائه خدمات موثر به این گروه چراغ راه تدوین بهتر نظام خدمات ویژه سالمندی خواهد بود (۳). شهرکی و همکاران (۵۰) نیز بیان کرده‌اند که مراقبت سالمندان باید از طریق توسعه‌ی مراقبت یکپارچه، راه‌اندازی بیمه مناسب، تاسیس مراکز مراقبت سالمندان، ارائه‌ی آموزش بیشتر به کارکنان، تامین بودجه برای تسهیلات و تجهیزات، افزایش آگاهی سلامت سالمندان و ارائه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی ارتقاء یابد.

بررسی نتایج بدست آمده از این مطالعه نشان داد که در همه‌ی کشورهای مورد مطالعه تاکید سیاست‌گذاران بر روی حرکت به سمت ارائه خدمات به سالمندان در منزل و خدمات جامعه‌محور به منظور پوشش هرچه وسیع‌تر خدمات و همچنین توانمندسازی سالمندان برای زندگی به عنوان یک فرد مستقل در جامعه می‌باشد. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که از نظر نیروی انسانی و برنامه‌های آموزشی ویژه خدمات سالمندی، در آمریکا و سوئد افراد آموزش‌دیده در تخصص‌های مختلف سالمندی با تعداد نسبتا کافی به ارائه خدمت می‌پردازند و برنامه‌ها و الزامات آموزشی سازمان‌یافته‌ای وجود دارد. در ایران نیروی انسانی با مهارت در زمینه سالمندان به اندازه کافی وجود ندارد ولی اخیرا تعدادی برنامه آموزشی در زمینه سالمندان در حال راه‌اندازی است و این موضوع مورد توجه قرار گرفته است.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، مساله دیگری که در کشورهای آمریکا و سوئد در سطح پیشرفته‌تری نسبت به ایران قرار دارد استفاده از ظرفیت افراد داوطلب برای ارائه خدمات به سالمندان است. در گزارش سازمان بهداشت جهانی در مورد سالمندی و سلامتی در سال ۲۰۱۵ توصیه شده است که هر کشوری باید یک سیستم مراقبت طولانی مدت پایدار و منصفانه برای افراد سالمند داشته باشد و استفاده از افراد داوطلب می‌تواند منبع بسیار تاثیرگذاری باشد (۱). در مطالعه‌ی سام‌آرام و همکاران نیز که به بررسی سیاست‌های اجتماعی سالمندان در ژاپن و سوئد و ارائه الگوی مناسب برای سالمندان ایران پرداخته بود در نهایت پیشنهاد شده است که منبع عظیم خانواده و قدرت فراگیر سایر نهادهای سنتی که عمدتا غیردولتی هم هستند، می‌توانند امکانات بسیار وسیعی را فراهم نمایند و این اولین بستر است که با بهره‌گیری از آن می‌توان با کمترین هزینه، کیفیت زندگی سالمندان کل کشور را در حدی قابل قبول و به صورت پایدار و رو به رشد در این نسل و نسل‌های آینده مشاهده کرد (۸). البته این مساله مستلزم فراهم کردن بستر آموزشی مناسب برای خانواده و داوطلبین و همچنین ارائه انواع مزایا و حمایت‌های مادی و معنوی برای این افراد است که نیاز به سرمایه‌گذاری گسترده و برنامه‌ریزی در این زمینه دارد.

از محدودیت‌های این مطالعه کمبود مطالعات و داده‌ها در زمینه‌ی خدمات سالمندان در ایران بود که باعث می‌شد نتوانیم مقایسه‌ی دقیقی در خصوص وضعیت خدمات سالمندان ایران با سایر کشورها داشته باشیم. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی کمیت و کیفیت خدمات مراقبت سالمندان در سطوح مختلف کشور مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که با توجه به اهمیت مساله سالمندی جمعیت، کشورهای توسعه‌یافته اقدامات سازمان‌یافته متعددی در زمینه ارائه خدمت به سالمندان انجام داده‌اند و به عبارت دیگر توجه به نیازهای سالمندان را در اولویت قرار داده‌اند. اما در ایران با وجود اینکه در آینده نزدیک نسبت سالمندان افزایش قابل توجهی میابد و با یک بحران عظیم در این زمینه مواجه خواهیم بود، خدمات برای سالمندان به اندازه کافی موجود و در دسترس نیست. در نتیجه به یک برنامه‌ریزی منسجم و کار جمعی وسیع در بخش‌های دولتی، خصوصی و داوطلبانه به منظور فراهم کردن امکانات و خدمات متنوع

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

برای سالمندان نیاز است تا این افراد بتوانند با حداکثر رفاه و به عنوان یک فرد مستقل در جامعه زندگی کنند.

پیشنهاد می‌شود بدین منظور از تجارب کشورهای موفق در این زمینه که پیش از ما با بحران سالمندی مواجه شده‌اند الگوبرداری شود. برخی از مسائلی که باید مورد توجه قرار بگیرند عبارتند از: ۱) پوشش همگانی بیمه اجتماعی و سلامت برای سالمندان، ۲) استفاده از ظرفیت افراد داوطلب برای ارائه خدمت، ۳) استفاده از ظرفیت بخش خصوصی برای ارائه خدمت، ۴) راه‌اندازی انواع ساختارها و مدل‌های زندگی سالمندان، ۵) مراقبت یکپارچه و ادغام یافته با استفاده از تیم بین‌رشته‌ای و توجه به تمامی ابعاد زندگی سالمند، ۶) ایجاد یک شبکه خدمات سالمندان دولتی که بر روی همه بخش‌های ارائه خدمات (شامل دولتی، خصوصی، داوطلب) نظارت داشته باشد، ۷) استفاده از فناوری‌های نوین مانند آلارم‌های هوشمند، خدمات تله مدیسین و نرم‌افزارهای مکان‌یاب خدمات برای رفع نیازهای سالمندان، ۸) نیازسنجی و ظرفیت‌سازی برای آموزش نیروی انسانی در سطوح مختلف برای ارائه خدمت به سالمندان، ۹) در نظر گرفتن حمایت‌های مالی و غیرمالی برای خانواده‌هایی که از سالمندان خود مراقبت می‌کنند و ۱۰) انجام پژوهش و کار تحقیقاتی در زمینه ساختارهای مختلف خدمات سالمندان.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان مطالعه تطبیقی خدمات مراقبت از سالمندان در کشورهای منتخب و ایران مصوب کمیته تحقیقات دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال۱۳۹۷ با شماره ۱۹۶۲۴۰ و کد اخلاق مصوب IR.MUI.REC.1396.1.240 می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافعی با یکدیگر و سازمانی نداشتند.

منابع

1.WHO | World report on ageing and health 2015 [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2019 Feb 18]. Available from: https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/

2.Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. Lancet [Internet]. World Health Organization. Published by Elsevier Ltd/Inc/BV. All rights reserved.; 2016;387(10033):2145–54. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4

3.Dadkhah A. Elderly Services System in the United States and Japan and Providing Indicators for Developing a Strategic Plan for Elderly Services in Iran [In Persian]. Iran J Ageing. 2007;2(3):166–76.

4.Moshfegh, Mirzaee. Age transition in Iran: population age changes and social demographic policies [In Persian]. Popul Mag. 2010;17:1–22.

5.Ocampo JM. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. Colomb MÃ\copyrightdica. scieloco; 2010;41:275–89.

6.Gutierrez-Robledo LM. Looking at the future of geriatric care in developing countries. Journals Gerontol Ser A-Biological Sci Med Sci. 2002;57(3):M162-7.

7.Sheikhi M. Sociology of Aging [In Persian]. TEHRAN: HARIR; 2010.

8.Sam Ararm E, Amin Aghaee M. Elderly Social policies in Japan and Sweden and provide a appropriate model for the elderly of Iran [In Persian]. Iran J Ageing. 2006;1(2):88–100.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

9.Shoaee F, Nejati V. Elderly Care Services in the United States with a Glance at Iran [In Persian]. Iran J Ageing. 2009;3(7):68–77.
10.Day T. About the National Aging Network [Internet]. national care planing council. 2017. Available from: https://www.longtermcarelink.net/eldercare/area_agencies_on_aging.htm
11.national council on Aging. Senior Centers [Internet]. Washington DC 20036; 2012. Available from: NATIONAL COUNCIL ON AGING%0A1901 L Street, NW, 4th Floor n Washington, DC 20036 n 202-479-1200 www.NCOA.org
12.U.S. Department of Health & Human Services. Office of the Regional Director (ORD) [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 16]. Available from: https://www.hhs.gov/about/agencies/iea/regional-offices/region-8/what-we-do/index.html
13.Fay B. Senior Health Care Options - Insurance, Medicare & Elderly Care [Internet]. [cited 2019 Feb 17]. Available from: https://www.debt.org/medical/senior-options-costs/
14.Centers for Medicare & Medicaid Services. Program of All-Inclusive Care for the Elderly [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 14]. Available from: www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-Medicaid-Coordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/PACE/PACE.html
15.national PACE Association. What Is PACE? [Internet]. 2019. Available from: https://www.npaonline.org/pace-you
16.Administration for community living. Administration on Aging [Internet]. 2019 [cited 2018 Feb 13]. Available from: https://acl.gov/about-acl/administration-aging
17.ACL. the Eldercare Locator [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 13]. Available from: https://eldercare.acl.gov/Public/About/Index.aspx
18.U.S. Government Accountability Office. Older Adults: Federal Strategy Needed to Help Ensure Efficient and Effective Delivery of Home and Community-Based Services and Supports. 2015;(May).
19.Moberg L, Blomqvist P, Winblad U. User choice in Swedish eldercare - conditions for informed choice and enhanced service quality. J Eur Soc Policy [Internet]. 2016;1–15. Available from: esp.sagepub.com
20.Edebalk PG. Ways of Funding and Organising Elderly Care in Sweden. In: Population Ageing-A Threat to the Welfare State? Demographic Research Monographs (A series of the Max Planck Institute for Demographic Research) [Internet]. Springer, Berlin, Heidelberg; 2010 [cited 2018 Mar 22]. p. 65–80. Available from: link.springer.com/10.1007/978-3-642-12612-3_5
21.OECD/European Commission. Sweden. Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 22]. Available from: https://www.oecd.org/els/health-systems/Sweden-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf
22.Davey A, Malmberg B, Sundström G. Aging in Sweden : Local Variation, Local Control. Gerontologist. 2014;54(4):525–32.
23.Gralberg A. Elderly care in Sweden Presentation Imserso October 2016 Elderly care 65 +. 2016.
24.Jönsson I, Daune-Richard A-M, Odena S, Ring M. The implementation of elder-care in France and Sweden: a macro and micro perspective. Ageing Soc Cam- Bridg Univ Press. 2011;31:1–20.
25.Johansson L, Long H, Parker MG. Informal Caregiving for Elders in Sweden : An Analysis of Current Policy Developments. J Aging Soc Policy [Internet]. 2011;23(4):335–53. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2011.605630 PLEASE

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

26.Edström A, Gustafsson M. Elderly Living in Sweden Present solutions and future trends Master of Science thesis. 2011.
27.This is the Ministry of Health and Social Affairs [Internet]. 2016. Available from: government.se
28.Taheri A, Shirani M, Zohouri M. The role of information technology in elderly's health programs: A comparison in Sweden and France [in persian]. J Hosp [Internet]. 2014; Available from: http://jhosp.tums.ac.ir/article-۱-۵۲۵۱-fa.html
29.Institutions covering elderly services [In Persian] [Internet]. Secretariat National Council of the Elderly. Available from: http://snce.ir/?page_id=13255
30.Imanzadeh A, Hamrahzdeh M. Identification of Facilitators and Deterrents of the Quality of Life in Elderly Women and Men: A Phenomenological Research. Iran J Ageing [Internet]. 2018;12(4):430–45. Available from: http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1248-en.html
31.Khodaveisi M, Faal Araghi Nejad A, Omidi A, Esmaeili Vardanjani A, Tapak L. Comparing the Structural Standards of Nursing Homes in Markazi Province, Iran With International Standards. Iran J Ageing. 2018;13(3):362–71.
32.Nasiri M, Foroughan M, Rashedi V, Makarem A, Jafari Mourjan B. Compliance to Universal Design Criteria in Nursing Homes of Tehran. Iran J Ageing. 2016;11(2):340–7.
33.National elderly document of Iran [Internet]. Secretariat National Council of the Elderly of Iran; 2017. Available from: http://snce.ir/?page_id=703
34. Butler S. Direct Care Workers in Community-based Settings_2015_PPT. 2015.
35.Geriatrics healthcare Professionals. Training Requirements [Internet]. 2019. Available from: https://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/training-requirements.
36. facts about sweden, elderly care [Internet]. 2013. Available from: sweden.se
37.Fukushima N, Adami J, Palme M. The Swedish Long-term Care System. ENEPRI Research Report. 2010;89. Available from: http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27
38.Szebehely M, Trydegard G-B. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. Heal Soc Care Community. 2011;1–10.
39.Elderly care in Sweden [Internet]. [cited 2018 Mar 22]. Available from: https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/
40.Jegermalm M. Housing and Care of the Elderly in Sweden : The Role of the Municipalities. In: Conference 3rd of September 2013 in the Hague , arranged by the European Urban Knowledge Network. 2013. p. 1–9.
41.Simonazzi A. Care regimes and national employment models. Cambridge J Econ [Internet]. 2008;33(2):211–32. Available from: academic.oup.com/cje/article-lookup/doi/10.1093/cje/ben043
42.Nilsson A, Engström M. E-assessment and an e-training program among elderly care staff lacking formal competence : results of a mixed-methods intervention study. BMC Health Serv Res. 2015;15(189):1–11.
43.National Council of the Elderly at a Glance [In Persian] [Internet]. Secretariat National Council of the Elderly. [cited 2019 Feb 15]. Available from: http://snce.ir/?page_id=9135
44.Siam S. Nursing homes. In: Elderly Issues in Iran and the World Survey [In Persian]. 2002.
45.Parsa P, Rezapur-Shahkolai F, Araghchian M, Afshari M, Moradi A. Medical Procedure Problems From the Viewpoint of Elderly Referrals to Healthcare Centers of Hamedan: A Qualitative Study. Iran J Ageing [Internet]. 2017;12(2):146–55. Available from: http://dx.doi.org/10.21859/sija-1202146

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]

46.Safdari R, Alizadeh M, Mohamadiazar M, Sharifi F, Fakhrzadeh H. Comparative study of home care program in iran with other developed countries. Iran J Diabetes Metab (Elderly Heal Res Center, Spec Issue). 2014;13(6):439–47.
47.Darabi S, Mirzaie M, Darabi S, Babapour M. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs [In Persian]. Iran J Ageing. 2017;12(2):156–69.
48. Foroughan M, Nasiri M, Rashedi V, Shahbazi MR. The Impact of Rehabilitation Module of Iran Welfare Organization among Older Adults. Salmand Iran J Ageing. 2016;11(1):110–7.
49.Goharinezhad S, Maleki M, Baradaran HR, Ravaghi H. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future? Glob Health Action. Informa UK Limited; 2016 Dec;9(1):32156.
50.Shahraki SK, Nayeri ND, Pouraboli B, Abazari F. Challenges in caring for the elderly in Iran: A systematic review. Ethiop Med J. 2018;56(2):189–96.
51.United States Population 2019 (Demographics, Maps, Graphs) [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 18]. Available from: http://worldpopulationreview.com/countries/united-states-population/
52.World Population Ageing 2017- Highlights (ST/ESA/SER.A/397). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2017.
53.Life expectancy at birth [Internet]. OECD Health Statistics. 2017 [cited 2019 Feb 18]. Available from: https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm
54.Largest population increase expected among the elderly [Internet]. Statistical news from Statistics Sweden. 2018. Available from: http://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/population/population-projections/population-projections/pong/statistical-news/the-future-population-of-sweden-2018-2070/

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.52547/sjku.25.5.123]