Review

A Comparative Study of Care for Older Women in Developed Countries (Japan, Germany, Sweden, Canada) and Iran: Analysis of Health Indexes and Challenges

Mojgan Neinavaie[1*]

1. Department of Midwifery , Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

*Corresponding Author: E-mail: Mjgn.neinavaie@yahoo.com

(Received 3 March 2026 Accepted 6 September 2026)

Abstract

Introduction: Population ageing is one of the major challenges facing health systems in the twenty-first century. Older women require targeted policy attention because of their longer life expectancy, higher prevalence of chronic diseases, functional limitations, and greater socioeconomic vulnerability. This study aimed to comparatively examine care systems for older women in Japan, Germany, Sweden, and Canada and compare them with the system in Iran to identify existing gaps and propose policy recommendations.

Methods: This applied study was conducted using a descriptive-analytical and comparative approach. Data were collected through the review of documents, laws, international reports, and scientific articles related to ageing and long-term care and were analyzed using qualitative content analysis. Key indicators, including financing structures, insurance coverage, home-based care services, mental health considerations, and gender equality, were compared among the selected countries.

Results: The findings indicated that countries with established long-term care insurance systems, universal health coverage, and integrated health and social services generally demonstrated better outcomes in life expectancy, functional independence, and quality of life among older women. In contrast, in Iran, heavy reliance on family care, the absence of long-term care insurance, and high out-of-pocket expenditures were associated with greater vulnerability among older women and increased caregiving burdens on female family members.

Conclusion: Establishing a formal long-term care and adopting a preventive approaches play a key role in reducing gender inequalities and improving health indicators among older women. The gradual implementation of long-term care insurance, The development of primary health care and the expansion of community-based services may contribute to enhancing the quality of life of older women in Iran.

Keywords: *Gender Equity, Health Policy, Long-Term Care, Older Women, Population Ageing*

ClinExc 2026;16(59-69) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

مطالعهٔ تطبیقی مراقبت از زنان سالمند در کشورهای توسعه‌یافته (ژاپن، آلمان، سوئد، کانادا) و ایران: تحلیل شاخص‌های سلامت و چالش‌ها

مژگان نینوایی[1*]

چکیده

مقدمه: سالمندی جمعیت از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت در قرن بیست‌ویکم است. زنان سالمند به‌دلیل امید به زندگی بالاتر، شیوع بیشتر بیماری‌های مزمن، ناتوانی‌های عملکردی و آسیب‌پذیری اقتصادی‌اجتماعی، نیازمند سیاست‌گذاری ویژه هستند. این پژوهش با هدف مطالعهٔ تطبیقی نظام‌های مراقبت از زنان سالمند در ژاپن، آلمان، سوئد و کانادا و مقایسهٔ آن با وضعیت ایران، به‌منظور شناسایی شکاف‌ها و ارائهٔ راهکارهای سیاست‌گذاری انجام شد.

روش کار: مطالعهٔ حاضر کاربردی و با رویکرد توصیفی‌تحلیلی و تطبیقی انجام شد. داده‌ها از طریق بررسی اسناد، قوانین، گزارش‌های بین‌المللی و مقالات علمی مرتبط با سالمندی و مراقبت بلندمدت گردآوری و با روش تحلیل محتوای کیفی تحلیل شدند. شاخص‌هایی نظیر ساختار تأمین مالی، پوشش بیمه‌ای، خدمات مراقبت در منزل، توجه به سلامت روان و برابری جنسیتی مقایسه شدند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد کشورهایی که بیمهٔ رسمی مراقبت بلندمدت، پوشش همگانی سلامت و ادغام خدمات اجتماعی‌بهداشتی دارند، در امید به زندگی، استقلال عملکرد و کیفیت زندگی زنان سالمند عملکرد بهتری دارند. در مقابل، در ایران اتکای غالب بر خانواده، نبود بیمهٔ مراقبت بلندمدت و هزینه‌های زیاد پرداخت از جیب، موجب افزایش آسیب‌پذیری زنان سالمند و بار مراقبتی بر زنان خانواده شده است.

نتیجه‌گیری: نهادینه‌سازی مراقبت بلندمدت و رویکرد پیشگیرانه در کاهش نابرابری جنسیتی و بهبود شاخص‌های سلامت نقش کلیدی دارد. استقرار تدریجی بیمهٔ مراقبت بلندمدت، توسعهٔ مراقبت‌های اولیه و توسعهٔ خدمات جامعه‌محور می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی زنان سالمند در ایران منجر شود.

واژه‌های کلیدی: زنان سالمند، مراقبت بلندمدت، سالمندی جمعیت، عدالت جنسیتی، سیاست‌گذاری سلامت.

۱. گروه مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، گره مامایی
Email: Mjgn.neinavaie@yahoo.com

تاریخ دریافت:۱۴۰۴/۱۲/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۰۵/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۵

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

سالمندی جمعیت از مهم‌ترین تحولات جمعیتی قرن بیست‌ویکم است که پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌های سلامت، رفاه اجتماعی و سیاست‌گذاری عمومی به همراه دارد (۱). زنان سالمند به‌دلیل طول عمر بیشتر، در معرض برخی آسیب‌پذیری‌های اجتماعی و سلامت، ازجمله تنهایی و پیامدهای نامطلوب مرتبط با آن، قرار دارند (۲). این ویژگی‌ها موجب شده است که مراقبت از زنان سالمند به‌عنوان مسئلهٔ مهم و چندبعدی در نظام‌های سلامت و رفاه اجتماعی مطرح شود (۳).

در کشورهای توسعه‌یافته‌ای مانند ژاپن، آلمان، سوئد و کانادا، سالمندی جمعیت به‌عنوان یکی از چالش‌های مهم نظام‌های سلامت و مراقبت اجتماعی مطرح است و سیاست‌ها و سازوکارهای مختلفی برای پاسخ به افزایش نیازهای مراقبتی سالمندان و تضمین پایداری خدمات طراحی شده است (۴). ژاپن با استقرار نظام بیمهٔ مراقبت بلندمدت[1] از سال ۲۰۰۰، دسترسی سالمندان به خدمات رسمی مراقبتی را گسترش داده و زمینهٔ کاهش بخشی از وابستگی به مراقبت خانوادگی را فراهم کرده است؛ بااین‌حال، خانواده‌ها همچنان در تأمین مراقبت از سالمندان نقش مهمی ایفا می‌کنند (۵). در آلمان، نظام مراقبت از سالمندان بر ترکیبی از بیمهٔ اجتماعی مراقبت بلندمدت، ارائهٔ خدمات رسمی و خانواده استوار است (۶). سوئد به‌عنوان نمونه‌ای از نظام رفاه اجتماعی همگانی، از طریق تأمین مالی عمومی و سازمان‌دهی غیرمتمرکز خدمات سلامت و مراقبت اجتماعی، نقش قابل‌توجهی در تأمین مراقبت از سالمندان ایفا می‌کند. در این نظام، ارائهٔ خدمات مراقبتی با تأکید بر دسترسی همگانی و حمایت از زندگی مستقل سالمندان در منزل سازمان‌دهی شده است (۷). در کانادا، رویکرد مراقبت در جامعه با تأکید بر امکان ادامهٔ زندگی سالمندان در منزل، از طریق توسعهٔ مراقبت در منزل، مراقبت غیررسمی و خدمات حمایتی جامعه‌محور دنبال می‌شود (۸). بااین‌حال، حتی در کشورهای دارای نظام‌های نسبتاً توسعه‌یافتهٔ مراقبت از سالمندان، ازجمله؛ ژاپن، آلمان، سوئد و کانادا، افزایش هزینه‌های مراقبت بلندمدت، رشد تقاضا برای خدمات مراقبتی و چالش تأمین نیروی انسانی مورد نیاز، از مسائل مهم پایداری نظام‌های مراقبتی به شمار می‌رود (۹).

در مقابل، ایران با سرعت قابل‌توجهی در حال گذار به‌سوی سالمندی جمعیت است؛ به‌گونه‌ای که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰ حدود ۲۷/۹ درصد جمعیت کشور شصت سال و بیشتر باشند و زنان بیش از نیمی از جمعیت سالمند را تشکیل دهند (۱۰). باوجوداین، نظام مراقبت از سالمندان در ایران همچنان وابستگی قابل‌توجهی به مراقبت خانوادگی و غیررسمی دارد و خدمات رسمی مراقبت بلندمدت از نظر پوشش، یکپارچگی و ظرفیت ارائه، با شکاف‌هایی مواجه است (۱۱). تغییرات اجتماعی نظیر کاهش بعد خانوار، افزایش اشتغال زنان، مهاجرت فرزندان و تضعیف حمایت‌های سنتی، توان خانواده‌ها را برای مراقبت از زنان سالمند کاهش داده است (۱۲). علاوه‌بر این، ناکافی‌بودن پوشش بیمه‌ای، کمبود زیرساخت‌ها و مراکز تخصصی مراقبت سالمندی و توجه ناکافی به نیازهای روانی، اجتماعی و فردی سالمندان، ازجمله چالش‌های مهم نظام مراقبت از سالمندان در ایران است که می‌تواند دسترسی و کیفیت خدمات مورد نیاز سالمندان، به‌ویژه زنان سالمند، را تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۳).

بنابراین، مسئلهٔ اساسی آن است که میان وضعیت کنونی مراقبت از سالمندان در ایران و الگوهای توسعه‌یافتهٔ مراقبت بلندمدت، شکاف‌هایی در زمینهٔ پوشش و یکپارچگی خدمات وجود دارد. تداوم این شکاف‌ها می‌تواند با افزایش بار مراقبتی و اقتصادی بر خانواده‌ها و کاهش توان نظام سلامت برای پاسخ‌گویی به نیازهای فزاینده سالمندان همراه باشد (۱۱). مطالعهٔ تطبیقی تجارب کشورهای توسعه‌یافته و بررسی وضعیت ایران می‌تواند به شناسایی چالش‌ها، خلأهای سیاستی و ارائهٔ راهکارهای متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران کمک کند.

[1] Long-Term Care Insurance

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، توصیفی‌تحلیلی است که با رویکرد مطالعهٔ تطبیقی انجام می‌شود. هدف اصلی پژوهش، بررسی و مقایسهٔ نظام‌های مراقبت از زنان سالمند در کشورهای منتخب توسعه‌یافته، شامل ژاپن، آلمان، سوئد و کانادا با وضعیت موجود در ایران، به‌منظور شناسایی شباهت‌ها، تفاوت‌ها، چالش‌ها و استخراج راهکارهای مناسب برای بهبود نظام مراقبتی زنان سالمند در ایران است.

جامعهٔ مورد مطالعه شامل نظام‌های سیاست‌گذاری، برنامه‌ها و خدمات مراقبتی مرتبط با زنان سالمند در کشورهای منتخب و ایران است. واحد تحلیل در این پژوهش، اسناد، قوانین، سیاست‌ها، گزارش‌ها و مطالعات علمی مرتبط با مراقبت‌های سلامت، اجتماعی و مراقبت بلندمدت سالمندان، با تمرکز ویژه بر زنان سالمند، است. داده‌های پژوهش به روش مطالعهٔ اسنادی و کتابخانه‌ای گردآوری شده است. منابع مورد استفاده عبارت‌اند از:

- مقالات علمی منتشرشده در پایگاه‌های معتبر بین‌المللی مانند؛ PubMed، Scopus و Web of Science؛
- گزارش‌های سازمان‌های بین‌المللی نظیر سازمان جهانی بهداشت[2]، سازمان همکاری و توسعه اقتصادی[3] و سازمان ملل متحد؛
- قوانین، سیاست‌ها و اسناد رسمی مرتبط با سالمندی و مراقبت بلندمدت در کشورهای مورد مطالعه؛
- گزارش‌ها و مقالات علمی داخلی مرتبط با سالمندی و زنان سالمند در ایران.

برای جست‌وجوی منابع از کلیدواژه‌هایی مانند Gender and ageing، Long-term care، Elderly care و Older women و نام کشورهای منتخب استفاده شده است. بازهٔ زمانی جست‌وجوی اسناد و مقالات از ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۵ است.

معیارهای انتخاب کشورهای مورد مطالعه

انتخاب کشورهای ژاپن، آلمان، سوئد و کانادا براساس معیارهایی نظیر سطح بالای سالمندی جمعیت، وجود نظام‌های نسبتاً توسعه‌یافتهٔ مراقبت بلندمدت و تنوع الگوهای رفاهی و مراقبتی صورت گرفته است. کشورهای مورد مطالعه در مجموعه‌ای از شاخص‌های کلیدی سلامت و مراقبت سالمندان، ازجمله امید به زندگی و امید به زندگی سالم زنان، دسترسی به مراقبت بلندمدت، پوشش و حمایت‌های اجتماعی و توجه به تفاوت‌های جنسیتی در سلامت سالمندان، وضعیت نسبتاً مطلوبی دارند (۹).

ژاپن بالاترین سطوح امید به زندگی زنان در جهان را دارد و نظام سلامت و مراقبت بلندمدت این کشور با تأکید بر پیشگیری از وابستگی عملکردی، مراقبت بلندمدت و مدیریت عوامل خطر بیماری‌های مزمن، در جهت حفظ سلامت و استقلال عملکردی سالمندان عمل می‌کند (۱، ۱۴). استقرار نظام بیمهٔ مراقبت بلندمدت در ژاپن از سال ۲۰۰۰، با گسترش خدمات رسمی مراقبتی، زمینهٔ کاهش وابستگی به مراقبت غیررسمی را فراهم کرده است. شواهد جدید نشان می‌دهد که کاهش دسترسی به مزایای مراقبت رسمی در این نظام با افزایش بار مراقبت غیررسمی و پیامدهای نامطلوب‌تر برای مراقبان، به‌ویژه زنان، همراه بوده است (۱۵).

آلمان به‌عنوان یکی از کشورهای دارای نظام گستردهٔ تأمین اجتماعی، نظام بیمهٔ مراقبت بلندمدت دارد و براساس میزان نیاز و اختلال در استقلال عملکردی، دسترسی به خدمات مراقبتی را سازمان‌دهی می‌کند. در این نظام، مراقبت در منزل جایگاه مهمی دارد و خدمات رسمی و حمایت‌های بیمه‌ای برای پاسخ‌گویی به نیازهای مراقبتی سالمندان پیش‌بینی شده است (۱۶). شواهد نشان می‌دهد که بیمهٔ عمومی مراقبت بلندمدت می‌تواند بخشی از هزینه‌ها و پیامدهای منفی مراقبت غیررسمی را جبران کند و رفاه افراد و خانواده‌های مراقب را بهبود بخشد (۱۷).

[2] WHO
[3] OECD

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

سوئد نمونه‌ای از نظام‌های رفاه اجتماعی با تأکید بر برابری جنسیتی است. در این کشور، دسترسی سالمندان به خدمات سلامت و مراقبت اجتماعی، همراه با توجه به عوامل روانی‌اجتماعی و مشارکت اجتماعی، از مؤلفه‌های مهم سیاست‌های سالمندی است. مطالعات اخیر نیز بر اهمیت تفاوت‌های جنسیتی در سلامت روان و مشارکت اجتماعی سالمندان سوئدی تأکید کرده‌اند (۱۸). سیاست‌های اجتماعی سوئد همچنین بر فراهم‌کردن شرایط لازم برای سالمندی مستقل و مشارکت فعال سالمندان در جامعه تأکید دارند (۱۹).

کانادا با تأکید بر مراقبت در جامعه، خدمات مراقبت در منزل و حمایت‌های غیررسمی، یکی از نمونه‌های قابل‌توجه در زمینهٔ سالمندی در جامعه به شمار می‌رود. شواهد جدید نشان می‌دهد که استفاده از خدمات مراقبت در منزل و حمایت‌های جامعه‌محور در میان سالمندان کانادایی، به‌ویژه سالمندان دارای نیازهای سلامت بیشتر و زنان، قابل‌توجه است. بااین‌حال، دسترسی به این خدمات همچنان تحت‌تأثیر عوامل اجتماعی و اقتصادی قرار دارد (۲۰، ۲۱). در مقابل، ایران با وجود افزایش امید به زندگی، همچنان با شکاف‌هایی در مراقبت بلندمدت، پوشش بیمه‌ای و پاسخ‌گویی نظام سلامت به نیازهای سالمندان مواجه است (۲۲، ۱۱).

براساس جدول شماره ۱، کشورهای منتخب در مقایسه با ایران، در حوزهٔ سلامت و مراقبت از زنان سالمند، شاخص‌های مطلوب‌تری دارند. وجود نظام‌های رسمی مراقبت بلندمدت، پوشش بیمه‌ای گسترده و توجه به ابعاد جنسیتی سالمندی، از عوامل اصلی بهبود وضعیت سلامت زنان سالمند در این کشورها محسوب می‌شود. در مقابل، در ایران وابستگی شدید به خانواده، محدودیت خدمات رسمی و پوشش ناکافی بیمه‌ای موجب افزایش آسیب‌پذیری زنان سالمند و بار مراقبتی زیاد بر خانواده‌ها، به‌ویژه زنان، شده است. این تفاوت‌ها ضرورت بهره‌گیری از تجارب موفق کشورهای منتخب و بومی‌سازی آن‌ها را برای ارتقای سلامت زنان سالمند در ایران نشان می‌دهد.

انتخاب ژاپن، آلمان، سوئد و کانادا با تکیه بر چهارچوب رژیم‌های رفاهی اسپینگ-اندرسن، با هدف ایجاد تنوع در الگوهای حمایت اجتماعی و امکان مقایسهٔ نقش دولت و خانواده در مراقبت از سالمندان انجام شده است؛ به‌گونه‌ای که کانادا نمایندهٔ الگوی لیبرال، آلمان نمایندهٔ الگوی محافظه‌کار و سوئد نمایندهٔ الگوی سوسیال‌دموکرات است. ژاپن نیز به‌دلیل ویژگی‌های متمایز نظام رفاهی شرق آسیا و تجربه گستردهٔ سالمندی جمعیت انتخاب شده است. این تنوع امکان مقایسهٔ سیاست‌ها و خدمات مراقبتی این کشورها با ایران و بررسی ارتباط میان نظام رفاهی و وضعیت سلامت و مراقبت از زنان سالمند را فراهم می‌کند.

جدول شماره ۱. تطبیق شاخص‌های سلامت زنان در سالمندی برای ایران و کشورهای منتخب (ژاپن،آلمان،سوئد،کانادا) (۲۳-۳۰)

شاخص‌ها	ایران World Bank/UN WHO	کانادا World Bank/UN WHO)	سوئد World Bank/UN WHO	آلمان World Bank/UN WHO	ژاپن World Bank/UN WHO
امید به زندگی زنان در بدو تولد، ۲۰۲۳ (سال)	۷۹/۶	۸۴/۰	۸۵/۰	۸۴/۱	۸۷/۱
بقای زنان تا ۶۵ سالگی، ۲۰۲۳ (درصد)	۹۰	۹۲	۹۴	۹۲	۹۵
سهم جمعیت ۶۵ سال و بیشتر، ۲۰۲۳ (درصد)	۸	≈۱۹	≈۲۱	۲۲	۳۰
امید به زندگی سالم*، سال ۲۰۲۱؛ کل جمعیت	۶۶	۶۹/۸	۷۱/۱	۶۸/۹	۷۳/۴

*HALE

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی و با بهره‌گیری از الگوی چهارمرحله‌ای تحلیل تطبیقی Bereday، شامل توصیف، تفسیر، هم‌جواری و مقایسه، انجام شد. ابتدا داده‌های مربوط به هر کشور استخراج، کدگذاری و در محورهایی شامل ساختار نظام مراقبتی، نقش دولت، خانواده و بخش خصوصی،

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

پوشش بیمه‌ای و تأمین مالی، خدمات مراقبت در منزل و مراکز مراقبتی و توجه به ابعاد جنسیتی و اجتماعی، دسته‌بندی و توصیف شدند. سپس در مرحلهٔ تفسیر، زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و نهادی مؤثر در الگوی مراقبت در هر کشور بررسی و در مرحلهٔ هم‌جواری، یافته‌های کشورهای منتخب براساس محورهای مشترک در کنار یکدیگر قرار گرفتند. در مرحلهٔ مقایسه، شباهت‌ها و تفاوت‌های نظام‌های مراقبتی تحلیل شد. در نهایت، یافته‌های تطبیقی با شرایط ایران مقایسه، قوت‌ها و ضعف‌های هریک از نظام‌ها استخراج و با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ایران، پیشنهادهایی برای بهبود مراقبت از زنان سالمند ارائه شد.

یافته‌ها

تحلیل تطبیقی جدول‌های ۲ تا ۴ نشان می‌دهد زنان سالمند در کشورهای مورد مطالعه از طیفی از خدمات سلامت، مراقبت بلندمدت و حمایت‌های اجتماعی و روانی بهره‌مند می‌شوند که از طریق ترکیبی از نظام‌های عمومی، بیمه‌ای و خدمات جامعه‌محور تأمین می‌شود (۲۳، ۲۷-۳۲). در ژاپن و آلمان، نظام بیمهٔ مراقبت بلندمدت با گسترش خدمات رسمی مراقبتی، زمینهٔ کاهش اتکای صرف به مراقبت خانوادگی و حمایت بیشتر از سالمندان نیازمند مراقبت را فراهم کرده است (۱۵، ۱۷). یافته‌های مطالعهٔ تطبیقی نشان داد که تفاوت در سازمان‌دهی نظام‌های مراقبتی و میزان مشارکت دولت و خانواده با تفاوت‌هایی در شاخص‌های سلامت، استقلال و حمایت روانی اجتماعی زنان سالمند همراه است. در سوئد، تأکید بیشتری بر خدمات عمومی و همگانی و مسئولیت دولت در مراقبت وجود دارد؛ سازمان‌دهی غیرمتمرکز خدمات سلامت و اجتماعی در سطح مناطق و شهرداری‌ها، با تأکید بر مراقبت در منزل و حمایت از زندگی مستقل سالمندان همراه است؛ بااین‌حال، تفاوت‌های جنسیتی و اجتماعی در استفاده از خدمات همچنان وجود دارد (۷، ۳۲).

جدول شماره ۲. مقایسهٔ تطبیقی شاخص‌های نظام مراقبت از سالمندان و وضعیت زنان سالمند در ایران و کشورهای منتخب (۲۳، ۲۷-۳۲)

شاخص‌ها	کانادا	سوئد	آلمان	ژاپن	ایران
نظام مراقبت بلندمدت رسمی	ترکیبی (دولتی و جامعه‌محور)	خدمات عمومی دولتی	بیمهٔ مراقبت بلندمدت اجباری	بیمهٔ ملی مراقبت بلندمدت	محدود و پراکنده
پوشش بیمه‌ای سالمندان زن	همگانی	همگانی	گسترده	گسترده و همگانی	ناقص و نابرابر
دسترسی به مراقبت در منزل	گسترده	بسیار گسترده	گسترده	گسترده و سازمان‌یافته	محدود
حمایت از مراقبان غیررسمی	متوسط	بالا	بالا	متوسط	پایین
توجه به برابری جنسیتی در سالمندی	بالا	بسیار بالا	متوسط	متوسط	محدود
تمرکز بر سلامت روان زنان سالمند	بالا	بالا	متوسط	متوسط	کم
مشارکت اجتماعی زنان سالمند	بالا	بالا	متوسط	متوسط	محدود
نقش خانواده در مراقبت	مکمل	حداقلی	مکمل	مکمل نظام رسمی	بسیار پررنگ
بار مراقبتی بر زنان خانواده	متوسط	پایین	متوسط	کاهش‌یافته	بسیار بالا

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

جدول شماره ۳. تطبیق مراقبت از زنان سالمند (ساختار، قوت‌ها و ضعف‌ها) (۲۳، ۲۷-۳۲)

کشور	نوع غالب مراقبت	ساختار تأمین مالی	خدمات کلیدی برای زنان سالمند	شاخص‌های سلامت برجسته	قوت‌ها	چالش‌ها
ژاپن	ترکیبی (دولت و خانواده) با فناوری	بیمهٔ مراقبت بلندمدت + مالیات	مراقبت خانگی، مراکز روزانه، فناوری‌های کمکی، پیشگیری از ناتوانی	امید به زندگی زیاد، کاهش ناتوانی عملکردی	پوشش منسجم LCT، نوآوری فناوری	هزینه‌های فزاینده، تنهایی سالمندان
آلمان	دولت‌محور/بیمه‌ای	بیمهٔ اجتماعی مراقبت بلندمدت	مراقبت خانگی و نهادی، حمایت مراقبان، توان‌بخشی	استقلال عملکردی بهتر، دسترسی عادلانه	انتخاب‌پذیری خدمات، حمایت از مراقبان	کمبود نیروی کار مراقبتی
سوئد	دولت‌محور/جامعه‌محور	مالیات عمومی	خدمات گستردهٔ خانگی، مسکن حمایتی، سلامت روان	کیفیت زندگی خوب، نابرابری کم	پوشش همگانی، ادغام خدمات	هزینه‌های عمومی **زیاد**
کانادا	ترکیبی (دولت و استانی)	مالیات عمومی (استانی)	مراقبت اولیهٔ قوی، خدمات جامعه‌محور، LTC متغیر	کنترل بیماری‌های مزمن	تغییرات استانی، پیشگیری	نابرابری بین استان‌ها، انتظار خدمات
ایران	خانواده‌محور با حمایت محدود دولتی	بودجهٔ عمومی + پرداخت از جیب	مراقبت خانوادگی، خدمات پراکندهٔ سالمندی	شکاف دسترسی، تأخیر پیشگیری	سرمایهٔ اجتماعی خانواده	کمبود LTC ساخت‌یافته، بار مراقبتی زنان

جدول شماره ۴. تطبیق نوع خدمات مراقبتی زنان سالمند (۲۳، ۲۷-۳۲)

کشور	خدمات بهداشتی	خدمات درمانی	خدمات مراقبت بلندمدت (LTC)	خدمات روانی اجتماعی	پوشش خدمات (درصد)	دسترسی (نسبی)	هزینه از جیب (درصد)
ژاپن	غربالگری منظم، مراقبت اولیه	درمان بیماری‌های مزمن، توان‌بخشی	بیمهٔ مراقبت بلندمدت، مراقبت خانگی و مراکز روزانه	پیشگیری از انزوا، مشارکت اجتماعی	۹۵-۱۰۰	بسیار بالا	۱۰-۱۵
آلمان	مراقبت اولیه و پیشگیری	درمان تخصصی و توان‌بخشی	بیمهٔ اجتماعی LTC، حمایت مالی از مراقبان	مشاوره و حمایت اجتماعی	۹۰-۹۵	بالا	۱۵-۲۰
سوئد	خدمات پیشگیرانهٔ گسترده	درمان جامع سالمندی	خدمات خانگی شهرداری، مسکن حمایتی	ادغام سلامت روان و اجتماعی	۹۵-۱۰۰	بسیار بالا	<۱۰
کانادا	مراقبت اولیهٔ قوی	درمان بیماری‌های مزمن	LTC وابسته به استان‌ها، جامعه‌محور	برنامه‌های جامعه‌محور سالمندی	۸۰-۹۰	متوسط تا بالا	۲۰-۳۰
ایران	مراقبت اولیهٔ محدود	درمان بیمارمحور	مراقبت خانوادگی، مراکز محدود سالمندی	حمایت اجتماعی غیررسمی	۵۰-۶۰	متوسط تا پایین	۳۵-۵۰

در آلمان، نقش پررنگ بیمهٔ اجتماعی و تداوم نقش خانواده در مراقبت مشاهده می‌شود. در کانادا، ویژگی‌های رژیم لیبرال در کنار پوشش عمومی سلامت، با نقش بیشتر طبقه‌بندی استانی و جامعه‌محور در مراقبت بلندمدت نمود می‌یابد و باوجود برخورداری از نظام سلامت همگانی، به‌دلیل تفاوت‌های استانی در سازمان‌دهی، شرایط دسترسی و تأمین مالی خدمات مراقبت در منزل و مراقبت بلندمدت، همچنان با نابرابری‌هایی در دسترسی سالمندان، به‌ویژه زنان، مواجه است (۲۰). ژاپن نیز با توجه به ویژگی‌های متمایز نظام

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

رفاهی شرق آسیا، ترکیبی از حمایت نهادی، نقش خانواده و استفاده از فناوری را نشان می‌دهد. در مقایسه با این کشورها، در ایران اتکای بیشتر به خانواده و محدودیت نسبی خدمات مراقبت بلندمدت، نقش خانواده، به‌ویژه زنان، را در تأمین مراقبت برجسته‌تر کرده است. مراقبت بلندمدت و خدمات جامع سالمندی هنوز با محدودیت‌های ساختاری، پوشش بیمه‌ای ناکافی و محوریت خانواده در تأمین مراقبت از سالمندان مواجه است؛ این وضعیت می‌تواند بار مراقبتی و نابرابری در دسترسی به خدمات را افزایش دهد (۱۱).

نتایج طبقه‌بندی‌شده این مطالعه عبارت‌اند از:

۱. نوع و سازمان‌دهی نظام مراقبتی

نقش دولت، خانواده و خدمات مراقبتی سازمان‌یافته، با تفاوت در نحوهٔ تأمین و دسترسی به مراقبت از سالمندان و پیامدهای آن از نظر جنسیتی همراه است (۲۸، ۲۹). کشورهایی با خدمات مراقبتی رسمی و ساخت‌یافته و حمایت‌های اجتماعی گسترده، در مقایسه با نظام‌های متکی بر خانواده، سازوکارهای بیشتری برای حمایت از استقلال و رفاه سالمندان دارند. در مقابل، اتکای بیشتر به مراقبت خانوادگی می‌تواند با افزایش بار مراقبتی، به‌ویژه برای زنان، و نابرابری در دسترسی به خدمات همراه باشد (۳۰).

۲. الگوهای غالب مراقبتی

الف. الگوی دولت‌محور وجامعه‌محور (سوئد وآلمان): تأکید بر توسعهٔ مراقبت‌های بلندمدت، خدمات مراقبت در منزل، توان‌بخشی و حمایت‌های اجتماعی، با هدف تقویت استقلال و ارتقای سلامت روان سالمندان (۷، ۱۷)؛

ب. الگوی ترکیبی با تأکید بر خانواده و فناوری (ژاپن): مواجهه با سالمندی جمعیت از طریق پوشش بیمهٔ مراقبت بلندمدت، حمایت از خانواده و بهره‌گیری از فناوری‌های کمکی، با هدف کاهش بار مراقبتی خانواده‌ها (۱۵)؛

ج. ترکیبی لیبرال (کانادا): پوشش سلامت همگانی با تفاوت‌های استانی؛ تمرکز بر مراقبت اولیه و جامعه‌محور (۸)؛

د. الگوی خانواده‌محور با پوشش ناکافی خدمات مراقبتی (ایران): نقش پررنگ خانواده، پوشش محدود مراقبت‌های بلندمدت و پیشگیرانه و تفاوت در دسترسی میان مناطق شهری و روستایی (۱۱).

۳. تحلیل شاخص‌های سلامت و پیامدها

الف. سلامت جسمی: کشورهایی با مراقبت پیشگیرانه و توان‌بخشی ساختاریافته، شیوع ناتوانی کمتری دارند؛

ب. سلامت روان و اجتماعی: خدمات جامعه‌محور و کاهش تنهایی، افسردگی را کاهش می‌دهد (سوئد، ژاپن)؛

ج. برابری جنسیتی: حمایت دولتی و اجتماعی از مراقبت، بار مراقبتی زنان را کاهش می‌دهد (آلمان، سوئد)؛

د. پایداری مالی: پوشش بیمه‌ای مراقبت‌های بلندمدت می‌تواند به کاهش فشار مالی بر خانوارها کمک کند؛ بااین‌حال، تأمین مالی پایدار و مدیریت مؤثر هزینه‌ها برای تداوم این خدمات ضروری است.

بحث

یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که توسعهٔ نظام‌های رسمی مراقبت از سالمندان و وجود مراقبت بلندمدت، با دسترسی مطلوب‌تر سالمندان به خدمات، حمایت بیشتر از استقلال و رفاه آنان و کاهش نسبی بار مراقبتی و مالی خانواده‌ها ارتباط دارد (۳۱). در کشورهایی مانند سوئد و ژاپن، گسترش خدمات سلامت و توسعهٔ نظام‌های مراقبت بلندمدت با کاهش وابستگی به مراقبت‌های صرفاً غیررسمی و تقویت حمایت از خانواده‌های مراقب ارتباط داشته است (۷، ۱۵).

در آلمان، نظام بیمهٔ اجتماعی مراقبت بلندمدت امکان انتخاب میان مراقبت حرفه‌ای و مراقبت خانوادگی را فراهم می‌کند و با حمایت‌های مالی از مراقبت غیررسمی، می‌تواند بخشی از هزینه‌ها و پیامدهای اقتصادی مراقبت خانوادگی را کاهش دهد (۶). در کانادا، باوجود برخورداری از پوشش همگانی خدمات

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

سلامت، تفاوت‌های موجود میان استان‌ها در زمینهٔ سازمان‌دهی و تأمین مالی خدمات مراقبت در منزل و مراقبت بلندمدت، می‌تواند به تفاوت در دسترسی سالمندان به این خدمات و میزان هزینه‌های پرداختی از جیب آنان منجر شود (۸).

در مقابل، شواهد موجود در ایران نشان‌دهندهٔ وابستگی قابل‌توجه نظام مراقبت از سالمندان به مراقبت‌های خانوادگی، پوشش ناکافی خدمات مراقبت بلندمدت و محدودیت در توسعهٔ خدمات پیشگیرانه و جامعه‌محور است. این وضعیت با محدودیت در دسترسی سالمندان به خدمات مراقبتی و افزایش بار مالی بر خانواده‌ها همراه بوده است. تداوم چنین چالش‌هایی می‌تواند زمینه‌ساز افزایش آسیب‌پذیری سالمندان، به‌ویژه زنان سالمند، و تشدید نابرابری در دسترسی به خدمات مراقبتی شود (۱۱، ۱۳).

پیشنهاد سیاستی برای مراقبت از زنان سالمند در ایران

براساس یافته‌های تطبیقی، برای بهبود مراقبت از زنان سالمند در ایران نظام سیاست‌گذاری چندسطحی پیشنهاد می‌شود که از چهار لایهٔ اصلی تشکیل شده است:

۱. سطح کلان (حکمرانی و سیاست‌گذاری):

- تدوین سند ملی جامع سالمندی با تمرکز جنسیتی و تعریف متولی واحد پاسخ‌گو؛
- استقرار تدریجی بیمهٔ مراقبت بلندمدت (LTC) با بستهٔ خدمات پایه برای زنان سالمند؛
- ادغام سیاستی خدمات سلامت، رفاه و حمایت اجتماعی با الگوگیری از سوئد و آلمان.

۲.سطح میانی (نظام سلامت و تأمین مالی):

- تقویت مراقبت‌های اولیهٔ سلامت با غربالگری اختصاصی زنان سالمند (بیماری‌های مزمن، سلامت روان، ناتوانی عملکردی)؛
- کاهش پرداخت از جیب (از طریق خرید راهبردی خدمات سالمندی و پوشش توان‌بخشی و مراقبت خانگی)؛
- توسعهٔ نظام اطلاعات سالمندی و پایش شاخص‌های پوشش، دسترسی و عدالت جنسیتی.

۳. سطح خرد (خانواده و جامعه):

- حمایت رسمی از مراقبان خانوادگی (آموزش، مشوق مالی، مرخصی مراقبان)؛
- گسترش خدمات جامعه‌محور و محله‌محور (مراکز روزانه، برنامه‌های مشارکت اجتماعی و سلامت روان)؛
- استفادهٔ هدفمند از فناوری‌های ساده و بومی در مراقبت در منزل.

۴. پیامدهای مورد انتظار (کوتاه‌مدت و بلندمدت):

- بهبود پوشش و دسترسی عادلانهٔ زنان سالمند به خدمات سلامت و مراقبت؛
- کاهش هزینه‌های از جیب و خطر فقر سالمندی؛
- ارتقای کیفیت زندگی، استقلال عملکردی و سلامت روان زنان سالمند؛
- کاهش نابرابری جنسیتی در سالمندی و بار مراقبتی خانواده‌ها.

این چهارچوب مفهومی می‌تواند به‌عنوان مبنای برنامه‌ریزی سیاستی، طراحی مداخلات و ارزیابی عملکرد نظام سالمندی در ایران استفاده شود و امکان بومی‌سازی تدریجی تجارب موفق بین‌المللی را فراهم کند. با وجود ظرفیت‌های قابل‌استفاده از تجارب کشورهای مورد مطالعه، اجرای الگوهای مشابه مراقبت از زنان سالمند در ایران با محدودیت‌های ساختاری و نهادی مواجه است. فشارهای اقتصادی و محدودیت منابع عمومی، ناترازی مالی برخی صندوق‌های بازنشستگی، افزایش هزینه‌های مرتبط با سالمندی و تعدد دستگاه‌های مسئول در حوزهٔ سلامت و رفاه، ازجملهٔ این چالش‌ها هستند. مطالعات انجام‌شده در ایران نیز محدودیت پوشش بیمه‌ای، کمبود منابع مالی و ضعف هماهنگی بین‌بخشی در ارائهٔ خدمات سالمندی را گزارش کرده‌اند (۱۱، ۱۳، ۳۲). بنابراین، بهره‌گیری از تجارب کشورهای منتخب نباید به معنای الگوبرداری مستقیم باشد، بلکه مستلزم بومی‌سازی تدریجی، اولویت‌بندی خدمات، تقویت هماهنگی بین‌بخشی و طراحی سازوکارهای مالی پایدار متناسب با شرایط اقتصادی و اجتماعی ایران است.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

نتیجه‌گیری

براساس نتایج این مطالعه، توسعهٔ نظام جامع مراقبت سالمندی با تمرکز ویژه بر زنان سالمند، یکی از الزامات مواجهه با پدیدهٔ سالمندی جمعیت است. کشورهایی که از ترکیب مراقبت‌های پیشگیرانه، خدمات جامعه‌محور و بیمهٔ مراقبت بلندمدت بهره می‌برند، عملکرد بهتری در کنترل هزینه‌ها، ارتقای دسترسی و حفظ استقلال سالمندان دارند. برای ایران، پیش‌بینی بیمهٔ مراقبت بلندمدت، توسعه و ارتقای مراقبت‌های اولیه، حمایت سازمان‌یافته از مراقبان خانوادگی و گسترش خدمات روانی اجتماعی می‌تواند به بهبود شاخص‌های سلامت زنان سالمند و کاهش نابرابری‌های موجود منجر شود. استفاده از تجارب موفق کشورهای توسعه‌یافته و تطبیق و بومی‌سازی آن‌ها با شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور، می‌تواند به‌عنوان رویکرد مؤثر در جهت تدوین و ارتقای سیاست‌های آیندهٔ حوزهٔ سالمندی مورد توجه قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، اصول اخلاق پژوهش، ازجمله امانت‌داری علمی، رعایت حقوق مؤلفان، استناددهی دقیق به منابع و پرهیز از تحریف داده‌ها رعایت شده است.

References

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons. New York: United Nations; 2020.
2. Hajek A, Sutin AR, Posi G, Stephan Y, Peltzer K, Terracciano A, et al. Chronic loneliness and chronic social isolation among older adults: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. Aging Ment Health. 2025;29(2):185-200.
3. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. Lancet. 2015;385(9967):549-562.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. Is care affordable for older people? OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2024.
5. Miyazaki R. Long-term care and the state-family nexus in Italy and Japan—The welfare state, care policy and family caregivers. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3):2027.
6. Korfhage T, Fischer-Weckemann B. Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance. J Health Econ. 2024;96:102884.
7. Agerholm J, Pulkki J, Jensen NK, Keskimäki I, Andersen I, Burström B, et al. The organisation and responsibility for care for older people in Denmark, Finland and Sweden: outline and comparison of care systems. Scand J Public Health. 2024;52(2):119-122.
8. Gilmour H, Rotermann M. Aging in the community: Factors associated with home adaptations and receipt of informal care, home care, and community support services among older Canadians. Health Rep. 2025;36(7):15-28.
9. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2025.
10. United Nations Population Fund (UNFPA) Islamic Republic of Iran. Population Ageing and Disabilities. Tehran: UNFPA Iran; updated 2025/2026.
11. Ghasemyani S, Mobasseri K, Jafari M, Khodayari Zarngh R, Aboulhallaj M. Insights into the gaps and requirements of long-term care in Iran: a qualitative content analysis approach. BMC Geriatrics. 2026;26:441.
12. Garousi S, Garrusi B, Mohammadi F. Rural-Urban migration of children and the older population: identifying challenges and adaptive strategies in Iran with a qualitative study. BMC Geriatrics. 2026;26:42.
13. Bordbar S, Shojaei P, Asadollahi A, Ravangard R, Shirazi F, Askarian M, et al. Identifying and evaluating the challenges of geriatric healthcare service provision in Iran: evidence from a mixed-methods study. Sci Rep. 2025;15:28002.
14. Hashimoto A, Hashimoto H, Kawaguchi H. Technical efficiency of prevention services for functional dependency in Japan's public long-term care insurance system: an ecological study. Int J Health Policy Manag. 2024;13:8226.
15. Fu R, Le DD, Ibuka Y. The impact of reducing formal care benefits on caregivers' well-being: evidence from Japan. Rev. Econ. Househ. 2025;23:1221-1249.
16. Haeger C, Baldenius T, Schnitzer S, Jürchott K, Kuhlmey A, Schwinger A, et al. Characteristics of applicants with first-time determination of need for long-term care—A nationwide analysis of care assessments of

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

AOK-insured persons aged 60 years and older. Z Gerontol Geriatr. 2025;58:46-54.
17. Korfhage T, Fischer-Weckemann B. Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance. J Health Econ. 2024;96:102884.
18. Nygård S, Tiikkaja S, Lönnberg L, Pellas J, Tonkonogi M, Liljeroos M, et al. Psychological distress, psychosocial factors, and physical inactivity among older women and men in Sweden: a population-based study. BMC Public Health. 2025;25:3570.
19. Augustsson E, Fors S, Rehnberg J, Lennartsson C, Agahi N. 20-Year trends in the social participation of the oldest old. Scand J Public Health. 2025;53(7):721-730.
20. Gilmour H, Rotermann M. Aging in the community: Factors associated with home adaptations and receipt of informal care, home care, and community support services among older Canadians. Health Rep. 2025;36(7):15-28. doi:10.25318/82-003-x202500700002.
21. Lee J, Watt J, Mayhew AJ, Sinn CLJ, Schumacher C, Costa AP, et al. Inequalities in transitions to home care: a longitudinal analysis of the Canadian longitudinal study on aging. J Am Med Dir Assoc. 2024;25(12):105307.
22. Mahmoudzadeh H, Aghayari Hir T, Hatami D. Study and analysis of the elderly population of the Iran. Geo Res. 2022;37(1):111-125.
23. World Health Organization. Healthy life expectancy (HALE) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Sep 18]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy.
24. World Bank. Life expectancy at birth, female (years) [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2026 [cited 2026 Sep 18]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN
25. World Bank. Population ages 65 and above (% of total population) [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2026 [cited 2026 Sep 18]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS
26. World Bank. Survival to age 65, female (% of cohort) [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2026 [cited 2026 Sep 18]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TO65.FE.ZS
27. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2024: Summary of Results [Internet]. New York: United Nations; 2024 [cited 2026 Sep 18]. Available from: https://desapublications.un.org/publications/world-population-prospects-2024-summary-results.
28. van Damme M, Spijker J, Pavlopoulos D. A care regime typology of elder, long-term care institutions. Eur J Ageing. 2025;22:20.
29. Bartha A, Zentai V. Long-term care and gender equality: fuzzy-set ideal types of care regimes in Europe. Soc Incl. 2020;8(4):92-102.
30. Llena-Nozal A, Barszczewski J, Rauet-Tejeda J. How do countries compare in their design of long-term care provision? A typology of long-term care systems. OECD Health Working Papers. 2025;(182).
31. Stroh E, Axmon A, Lethin C, Carlsson G, Fänge AM, Mattisson K. Impact of sociodemographic factors on use of formal social services in an older Swedish population. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(19):12526.
32. Bahmaei J, Ravangard R, Bahrami MA, Asadollahi A, Bastani P. Policy requirements in promoting older people health care in Iran: a qualitative study. J Educ Health Promot. 2023;12:159.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-09]