



سالمندی در پرتو

چرخه زندگی

چارچوبی برای سیاستگذاری مبتنی بر
نابرابری‌های انباشتی در ایران



نهاد منتشرکننده:
دبیرخانه شورای ملی سالمندان



نویسنده/نویسندگان:
الهام ذاکری



تاریخ انتشار:
بهار ۱۴۰۵



دیپارتمان شورای ملی سالمندان | مرکز منتشر کننده



الهام ذاکری | نویسنده / نویسندگان



بهار ۱۴۰۵ | تاریخ انتشار گزارش



سالمندی در پرتو چرخه زندگی | موضوع



وبسایت | وبسایت





بخش اول خلاصه مدیریتی

این گزارش با بهره‌گیری از رویکرد چرخه زندگی و نظریه نابرابری انباشتی، سالمندی را نه صرفاً مرحله‌ای از زندگی، بلکه پیامد انباشت فرصت‌ها و محرومیت‌هایی می‌داند که از دوران کودکی آغاز شده و در طول زندگی تداوم یافته‌اند. برخلاف رویکردهای متعارف که سالمندی را مسئله‌ای محدود به سال‌های پایانی عمر تلقی می‌کنند، این گزارش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان به شدت تحت تأثیر شرایط اولیه زندگی، دسترسی به آموزش، وضعیت اشتغال، امنیت درآمدی، سلامت، مسکن و میزان برخورداری از حمایت‌های اجتماعی در دوره‌های مختلف زندگی قرار دارد. بر این مبنا، بحران سالمندی در ایران، بیش از آنکه یک مسئله جمعیت‌شناختی باشد، موضوعی مربوط به رفاه اجتماعی است؛ امری که طی سال‌های اخیر با اجرای سیاست‌های اقتصادی مبتنی بر تعدیل ساختاری، خصوصی‌سازی، موقتی‌سازی و آزادسازی، بیش از پیش به محاق رفته است.

بررسی وضعیت ایران نشان می‌دهد که ناامنی شغلی، گسترش اشتغال غیررسمی، ضعف پوشش بیمه‌ای، نابرابری‌های جنسیتی، افزایش هزینه‌های درمان، دشواری دسترسی به مسکن مناسب و کاهش مشارکت اجتماعی، از مهم‌ترین عواملی هستند که زمینه‌ساز فقر، بیماری و انزوای اجتماعی در دوران سالمندی می‌شوند. این عوامل نه به صورت مستقل، بلکه به شکل زنجیره‌ای و انباشتی عمل می‌کنند و باعث تشدید شکاف‌های اجتماعی موجود در سال‌های پایانی عمر می‌شوند.

گزارش همچنین نشان می‌دهد که زنان، افراد دارای سابقه اشتغال غیررسمی، ساکنان مناطق محروم و گروه‌های کم‌درآمد بیش از سایرین در معرض پیامدهای منفی سالمندی قرار دارند. از این رو، سیاست‌گذاری مؤثر در حوزه سالمندی نمی‌تواند به حمایت از سالمندان محدود شود، بلکه باید به کاهش نابرابری‌ها در تمام مراحل زندگی بپردازد. بهبود شرایط کودکی، کاهش فقر، گسترش دسترسی برابر به آموزش، تقویت حقوق نیروی کار، توسعه نظام تأمین اجتماعی فراگیر و حمایت از مراقبت اجتماعی، از مهم‌ترین پیش‌شرط‌های تحقق سالمندی سالم و باکیفیت در ایران هستند.

مقدمه

سالمندی پدیده‌ای صرفاً زیستی یا نقطه پایانی بر یک مسیر شغلی نیست، بلکه محصول انباشت نابرابری‌ها در طول چرخه زندگی و تعامل با ساختارهای اجتماعی، اقتصادی، جنسیتی و نهادی است.



در حالی که سیاست‌های رایج در ایران و بسیاری از کشورها، سالمندی را عمدتاً به عنوان دوره‌ای مستقل و نیازمند اقدامات مراقبتی فوری در نظر می‌گیرند، شواهد نشان می‌دهد که پیش‌رسان‌های اصلی ناامنی در دوران پیری، ریشه در اقتصاد سیاسی حاکم و اخلاقیات فردگرای متناظر با آن، سازوکارهای بازار کار غیررسمی، عادت‌واره‌های جنسیتی، و بی‌ثباتی نظام تأمین اجتماعی دارد. از این منظر، بسیاری از بحران‌های دوران سالمندی نه تنها اموری اجتناب‌ناپذیر نیستند، بلکه با سیاست‌گذاری‌های درست و افزایش حمایت اجتماعی از کودکی تا میان‌سالی، قابل پیشگیری یا تخفیف هستند.

شاید در نگاه اول بدیهی به نظر برسد که سیاست‌گذاری برای دوران سالمندی نمی‌تواند مجزا از رویکردهای کلی حاکم بر سایر سیاست‌گذاری‌ها باشد، اما وقتی وارد جزئیات سیاست‌گذاری‌ها می‌شویم و به بررسی ریشه‌های نظری هر یک از آن‌ها می‌پردازیم، پیچیدگی‌های مسئله بیش از پیش رخ می‌نمایند. در وهله اول، نگاه درست به سالمندی مستلزم فراروی از کلیشه‌های موجود درباره آن و شناخت درست افراد با ویژگی‌های متنوعی است که ذیل این گروه قرار می‌گیرند. از طرف دیگر شرایط زندگی و قابلیت‌های سالمندان اگر بیشتر از طبیعت متأثر از وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی نباشد، کمتر هم نیست. سالمندان گروه بسیار متنوعی را تشکیل می‌دهند که سیاست‌گذاری درباره آن‌ها مستلزم شناخت نیازهای همه این گروه‌های متنوع است. در ادامه این گزارش به توضیح مختصری درباره رویکردهایی پرداخته می‌شود که سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی را به عنوان بخشی از کل سیاست‌گذاری‌های حاکم بر یک کشور در نظر می‌گیرند و کیفیت تجربه سالمندی را محصول کیفیت امکانات رفاهی و اجتماعی به‌شمار می‌آورند که در تمام طول زندگی فرد در اختیار وی قرار داشته است. از این منظر، برنامه‌ریزی برای بهبود تجربه سالمندی مستلزم کاهش نابرابری‌ها و افزایش رفاه اجتماعی افراد در کل دوره زندگی آن‌هاست. سپس ضرورت اتخاذ چنین رویکردی در ایران با تحلیل برخی جنبه‌های مربوط به فرهنگ، بازار کار و سیاست‌های رفاهی ارزیابی، و شاخص‌هایی برای این ارزیابی معرفی خواهد شد.



بخش دوم) یافته‌ها و محتوای گزارش

فراتر از نگاه جزءنگر به سالمندی

برخلاف رویکردهای رایج که سالمندی را به شکل آسیب‌شناسانه و عمدتاً مبتنی بر هزینه‌های اقتصادی مرتبط با حوزه مراقبت، بهداشت و سلامت بررسی می‌کنند^۱، در دو دهه اخیر نظریه‌پردازان حوزه سالمندی انتقادی بر این نکته تأکید دارند که وضعیت افراد در دوران پیری تا حد زیادی بازتابی از نابرابری‌های انباشته شده در طول زندگی است (Dannefer, 2003 و Estes, 1999). از این منظر، سیاست‌گذاری کارآمد برای سالمندان نمی‌تواند محدود به تنظیم مزایای بازنشستگی یا توسعه مراکز نگهداری باشد، بلکه باید نهادهایی را هم هدف قرار دهد که پیش از پیری فرصت‌ها و منابع را توزیع می‌کنند؛ نهادهایی نظیر بازار کار، نظام تأمین اجتماعی، ساختار جنسیتی خانواده، و الگوهای اخلاقی و فرهنگی حاکم بر جامعه. طی دهه گذشته، رویکرد نهادهای بین‌المللی نظیر سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی نیز متناسب با این نقدها، تا حد قابل توجهی تغییر کرده و به سمت سیاست‌گذاری مبتنی بر چرخه زندگی گرایش پیدا کرده است.

حتی برخی نظریه‌پردازان پا را از این هم فراتر می‌گذارند و به نقد رویکردهای آخرازمانی به افزایش نسبت سالمندی در کل جمعیت می‌پردازند. از نظر آن‌ها این شکل از تعریف افزایش نسبت سالمندی در کل جمعیت و بحران‌سازی از آن، در حقیقت تداوم همان سیاست‌های بازارگرا و خصوصی‌سازی و فردی‌سازی ریسک مبتنی بر ریاضت اقتصادی است؛ رویکردی که نه فقط کیفیت زندگی سالمندان، بلکه کیفیت زندگی اکثریت اعضای جامعه را کاهش می‌دهد (Robertson, 1997). در رویکردهای مبتنی بر بازار، ارزش انسان‌ها به میزان ارزش افزوده‌ای است که در بازار تولید می‌کنند؛ به جای اینکه بازار در خدمت انسان‌ها باشد، انسان‌ها در خدمت بازار هستند. از طرف دیگر، وقتی ارزش‌افزایی در بازار شدیداً با انعطاف‌پذیری، خلاقیت و نوآوری تداومی می‌شود، و «تجربه» تا حد زیادی عرصه را به

^۱ به عنوان نمونه، نگاه کنید به گزارش بانک جهانی در خصوص سالمندی (World Bank, ۱۹۹۴) که در لینک زیر قابل دسترس است:

<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/۹۷۳۰۷۱۴۶۸۱۷۴۰۵۰۷۸۹۹>



«چالاکي» واگذار می‌کند، عملاً سالمندی تبدیل به یک ننگ اجتماعی می‌شود، چرا که غالباً با تولید ارزش افزوده در بازار همراه نیست (موسوی و معارفوند، ۱۴۰۴).

طی سال‌های اخیر، لاقل در عرصه سیاست‌گذاری در ایران نیز، رویکردی حاکم بوده است که افزایش نسبت سالمندان در کل جمعیت را با نگاهی آخرالزمانی، بازارگرا و آسیب‌شناختی مورد ارزیابی قرار می‌دهد و سالمندان را به عنوان باری در نظر می‌گیرد که سنگینی آن بر دوش دولت و سایر اقشار جامعه قرار خواهد گرفت؛ رویکردی که اگرچه مستقیم، به‌طور غیرمستقیم سالمندی را به شکل پیش‌فرض با ناتوانی، وابستگی و نیازمندی ذاتی برابر گرفته و آن را تبدیل به نوعی ننگ اجتماعی می‌کند؛ ننگی که برای زدودن آن باید به سیاست‌هایی نظیر ایجاد مشوق برای افزایش نرخ باروری زنان روی آورد. این نوع نگاه، سالمندی را به عنوان دوره‌ای مجزا از سایر دوره‌های زندگی به تصویر می‌کشد که به شکل «طبیعی» با ناتوانی و هزینه‌های اقتصادی سنگین برای جامعه همراه است و سیاست‌های مبتنی بر افزایش باروری زنان، قرار است این هزینه‌ها را از دوش نهادهای حوزه عمومی برداشته و بیش از پیش به حوزه خصوصی خانواده منتقل کرده و آن را بیشتر از همه بر دوش زنان بگذارد. این رویکرد باعث می‌شود که نابرابری‌های ساختاری و عوامل اجتماعی قابل پیشگیری که بر سازنده بحران‌های دوره سالمندی هستند نادیده گرفته شوند.

همه این‌ها در حالی است که سالمندی برای گروه‌های مختلف، به شکل یکسان تجربه نمی‌شود. زنان به دلیل الگوهای اشتغال ناپیوسته و نقش‌های مراقبتی، و مردان به دلیل انتظارات جامعه از آن‌ها به عنوان نان‌آور و عادت‌واره‌های مردانه مربوط به سرکوب احساسات، و نیز اقشار کم‌درآمد که در تمام طول عمر در معرض ریسک‌های شغلی و سلامت بوده‌اند، هر کدام با «ناامنی ساختاری» مخصوص به خود» وارد واپسین دهه‌های زندگی می‌شوند (Grenier et al., 2017). سیاست‌گذاری در راستای بهبود کیفیت زندگی در دوران سالمندی و افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان، باید با استفاده از تجربه‌های جهانی، این ناامنی‌ها و نابرابری‌های ساختاری را نیز مد نظر قرار دهد.

براساس برآوردها، تا سال ۱۴۳۰، نسبت جمعیت سالمند به کل جمعیت در ایران به میزان قابل توجهی رشد کرده و در حدود ۲۰ درصد از جمعیت را سالمندان تشکیل خواهند داد (موسوی و معارفوند، ۱۴۰۴). از طرفی توزیع جمعیت سالمند کشور نیز در همه بخش‌های کشور یکنواخت نیست. داده‌های مرکز آمار ایران نشان می‌دهد که عمدتاً استان‌های بخش شمال و مرکز کشور، به دلیل توسعه نامتوازن،



بیش از استان‌های حاشیه‌ای در جنوب و شرق نظیر سیستان و بلوچستان یا هرمزگان، با رشد جمعیت سالمند مواجه هستند.

مجموعه این عوامل، لزوم سیاست‌گذاری مبتنی بر چرخه زندگی را نشان می‌دهد. سیاست‌هایی که همین حالا و در ایام جوانی و میان‌سالی جمعیت اتخاذ می‌شود، تعیین‌کننده بخش مهمی از کیفیت زندگی آن‌ها در دوران سالمندی و آثار آن بر جامعه خواهد بود. در ادامه تلاش شده است تا با توجه به تجربیات جهانی، به برخی از شاخص‌هایی اشاره شود که در دوران کودکی و نوجوانی، دوران میان‌سالی و دوران سالمندی، معطوف به افزایش کیفیت زندگی سالمندان، باید مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرند. این شاخص‌ها می‌توانند به تدریج با انجام پژوهش‌های تازه در خصوص وضعیت و نیازهای سالمندان و با توجه به تجربیات گذشته ایران و سایر کشورها، بهبود یافته و توسعه پیدا کنند.

شاخص‌های پیشنهادی دوران کودکی و نوجوانی؛ سالمندی سالم، در گرو کودکی سالم

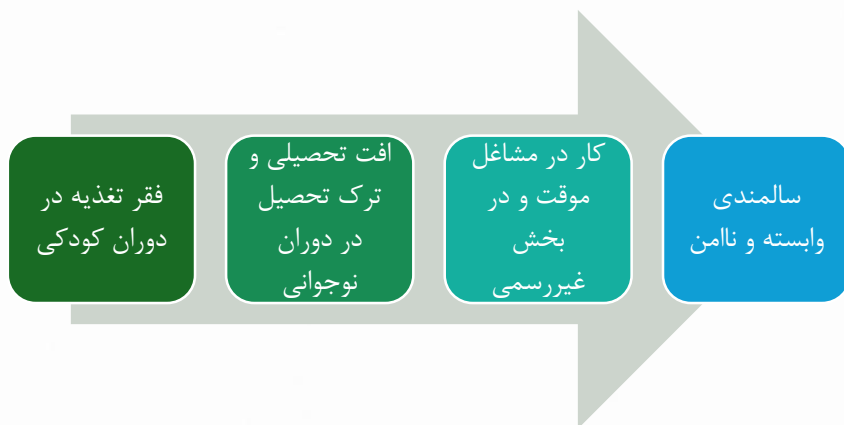
تأکید محوری نظریه چرخه زندگی^۱ این است که رویدادها، فرصت‌ها و محرومیت‌های هر مرحله از زندگی، مسیر مراحل بعدی را تعیین می‌کنند (Elder, 1994; Phillipson, 2013). به عبارت دیگر، عواملی نظیر فقر تغذیه در دوران کودکی، افت تحصیلی در دوران نوجوانی، ورود به بازار کار غیررسمی و ناپایدار در جوانی، و در نهایت سالمندی وابسته و ناامن، حلقه‌هایی از یک زنجیره‌اند. نظریه انباشت مزیت/نابرابری^۲ نیز نشان می‌دهد که شکاف‌های اولیه در طول زمان نه تنها کاهش نمی‌یابند، بلکه در نتیجه عملکرد نهادهای اجتماعی (آموزش، بازار کار، سلامت) به صورت نمایی تشدید می‌شوند. کسانی که از کودکی مزایایی نظیر تحصیلات خوب، خانواده مرفه و تغذیه مناسب داشته‌اند، فرصت بیشتری برای انباشت این مزایا در طول عمر خود پیدا می‌کنند و آنان که با محرومیت آغاز کرده‌اند، در گردابی از محرومیت‌های فزاینده گرفتار می‌شوند (Dannefer, 2003). به همین دلیل است که کاهش نابرابری‌ها در دوران کودکی و بهبود کیفیت زندگی افراد در دوران کودکی، بخش مهمی از

^۲ life course perspective

^۳ cumulative advantage/disadvantage



سیاست‌گذاری معطوف به بهبود زندگی سالمندان را تشکیل می‌دهد. با وجود این دانش جهانی، در ایران هنوز سیاست‌گذاری سالمندی عمدتاً مقطعی، درمان‌محور و جدا از سیاست‌های کلی اقتصادی و اجتماعی است.



تصویر ۱- حلقه‌های زنجیره فقر و نابرابری که به شکل انباشتی باعث افت کیفیت زندگی در دوران سالمندی می‌شوند.

فقر کودکی نه فقط یک مسئله حقوق بشری و اخلاقی در کوتاه‌مدت، بلکه یک تهدید جدی برای سیستم سلامت و رفاه اجتماعی در درازمدت است. عنوان یکی از گزارش‌های سیاستی سازمان ملل این است که «نابرابری در دوران پیری، از دوره کودکی آغاز می‌شود». این گزارش تأکید می‌کند که پیوند مستقیمی میان فقر در دوران کودکی و انواع بیماری‌ها و ناتوانی‌های مزمن در دوران پیری وجود دارد. نابرابری‌ها در دوران کودکی در طول چرخه زندگی انباشته می‌شوند و اغلب تا سالمندی نه تنها کاهش نمی‌یابند بلکه در برخی ابعاد، مانند سلامت شناختی، تشدید می‌شوند. به همین دلیل رفع فقر کودکان باید یکی از مهمترین ابعاد سیاست‌گذاری در راستای بهبود وضعیت سالمندان را تشکیل دهد. در کشورهایی که کودکان کمتری به فقر مبتلا هستند و نابرابری کمتری را تجربه می‌کنند، امید به زندگی



با حفظ ظرفیت‌های فردی و اجتماعی، بیشتر است. سیاست‌های کاهش نابرابری (آموزش همگانی رایگان و باکیفیت، مراقبت سلامت همگانی، حمایت از خانواده‌های فقیر، بهبود تغذیه کودکان، کاهش فاصله طبقاتی) سرمایه‌گذاری مؤثر برای آینده سالمندی باکیفیت‌تر و عادلانه‌تر هستند (Sieber et.al., 2020).

براساس یکی از گزارش‌های وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سال ۱۴۰۴ که بر اساس داده‌های مربوط به هزینه و درآمد خانوار تهیه شده است، هفتاد درصد مردم در ایران، روزانه کمتر از حداقل کالری مورد نیاز تعیین‌شده توسط انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای کشور، کالری دریافت می‌کنند (پایدار، ۱۴۰۴). این مسئله به معنای افزایش فزاینده سوءتغذیه، بویژه در میان کودکان است. پژوهش‌های جهانی نشان می‌دهد که حذف یارانه‌های مواد غذایی که به عنوان بخشی از سیاست‌های تعدیل ساختاری به اجرا درآمده‌اند، باعث افزایش شدید سوءتغذیه در این کشورها شده که در کنار افزایش هزینه‌های سلامت و بهداشت، وضعیت سلامت عمومی را دچار بحران کرده است (Loewenson, ۱۹۹۳). علیرغم این تجربه‌های جهانی، سیاست‌های مبتنی بر تعدیل ساختاری همچنان در ایران اجرا می‌شوند و می‌توان انتظار داشت که با وجود این سیاست‌ها و افزایش میزان فقر و سوءتغذیه در میان کودکان، وضعیت سالمندی نیز در سال‌های آینده، با بحران، بیماری، ناتوانی و هزینه‌های فزاینده همراه باشد.

از طرف دیگر برآورد پژوهشگران این است که در ایران حدود یک میلیون و ششصد هزار تا دو میلیون و صد هزار کودک کار وجود دارد. مرکز پژوهش‌های مجلس گزارش می‌دهد که حداقل سه میلیون و دویست هزار کودک ایرانی از چرخه تحصیل باز مانده‌اند که بخش زیادی از آن‌ها مجبورند از دوران کودکی کار کنند. تعداد کودکان حاشیه‌نشین نیز حدود سه میلیون و پانصد هزار نفر و نزدیک به هفتصد هزار نفر نیز کودک مهاجر و پناهنده وجود دارد. می‌توان انتظار داشت که این آمارها، آمارهای حداقلی باشند، چرا که نهادهای رسمی از پایش و ارائه اطلاعات دقیق کار و فقر کودکان، خودداری می‌کنند (جوهری و همکاران، ۱۴۰۲). اما همین آمارها هم با توجه به روند افزایشی فقر و سوءتغذیه در کشور، نگران‌کننده است. این جمعیت از کودکان کار و محروم یا اساساً به سنین سالمندی نمی‌رسند، یا اینکه تجربه آن‌ها از سالمندی به احتمال زیاد همراه با ناتوانی‌ها و محرومیت‌های زیاد خواهد بود.



بنابراین برنامه‌ریزی برای کاهش تعداد کودکان کار و به‌طور کلی کاهش فقر کودکان از اهمیت بسیاری برخوردار است.

جدول ۱- شاخص‌های پیشنهادی برای سیاست‌گذاری معطوف به بهبود کیفیت زندگی سالمندان، مبتنی بر رویکرد چرخه زندگی، دوره کودکی و نوجوانی

شاخص	اهمیت در رویکرد چرخه زندگی	برخی مصادیق در ایران	برخی راهکارها
سلامت مادران باردار و جنین (کنترل بیماری‌ها در دوران جنینی و بدو تولد و بر خورداری مادر و نوزاد از سلامت و تغذیه مناسب)	فقر و کمبودهای تغذیه‌ای در رحم یا ابتلا به بیماری‌هایی نظیر قندخون کنترل نشده در دوران بارداری، خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن، مشکلات شناختی و حساسیت بیشتر به استرس را در دوران بزرگسالی و سالمندی افزایش می‌دهد ^۴ .	داده‌های ملی در این زمینه محدود است، اما وجود فقر گسترده در برخی مناطق، و قوانینی نظیر حذف غربالگری اجباری در دوران بارداری زنگ خطری جدی است.	پایش وضعیت سلامت زنان باردار، غربالگری سلامت جنین، حمایت اجتماعی از زنان باردار حین و پس از بارداری
فقر چند بعدی کودکان	فقر در دوران کودکی مستقیماً با بیماری‌های مزمن، کاهش ظرفیت‌ها	حدود ۴۰ درصد جمعیت ایران زیر خط فقر زندگی	سیاست‌گذاری در راستای کاهش فقر، بویژه فقر کودکان و

<p>کاهش تبعیض در مناطق حاشیه‌ای و روستاها</p>	<p>می‌کنند^۶ و افزایش نرخ فقر در میان روستاییان، افراد بدون تحصیلات و زنان بیشتر است.^۷</p>	<p>و افزایش ناتوانی در دوران بزرگسالی و سالمندی مرتبط است.^۵</p>	<p>(دسترسی به تغذیه و مسکن مناسب، آب بهداشتی و اتصال به شبکه فاضلاب و جمع‌آوری زباله و...)</p>
<p>افزایش سهم بودجه آموزش و پرورش از بودجه عمومی- توقف خصوصی‌سازی آموزش- بهبود کیفیت آموزش عمومی</p>	<p>سهم بودجه آموزش از کل بودجه عمومی در ایران به میزان قابل توجهی از میانگین جهانی کمتر است^۹ و خصوصی‌سازی بی‌رویه به فقر آموزشی و طبقاتی شدن آموزش دامن می‌زند.</p>	<p>تحصیلات یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت و ناتوانی در سالمندی است. افرادی که خودشان و والدینشان تحصیلات کمتری دارند، شانس بیشتری برای تجربه ناتوانی در سنین بالاتر دارند.^۸</p>	<p>شکاف آموزشی در دوران کودکی و نوجوانی (نرخ ثبت‌نام، نرخ ترک تحصیل، کیفیت آموزش و تبعیض‌های جنسیتی)</p>

^۵ United Nations, ۲۰۲۳

^۶ به نقل از رئیس سازمان بهزیستی کشور (منبع: روزنامه دنیای اقتصاد، ۲۲ دی‌ماه ۱۴۰۴)

^۷ World Bank, ۲۰۲۵

^۸ همان

^۹ معاونت راهبردی رئیس‌جمهور، ۱۴۰۳

<p>سیاستگذاری در راستای کاهش فقر کودکان، به کمک تجربیات سایر کشورها</p>	<p>در ایران حدود دو میلیون کودک کار وجود دارد^{۱۰}.</p>	<p>شروع زودهنگام کار، فرصت‌های آموزشی را از کودک می‌گیرد و مسیری از فشار مزمن، آسیب‌های جسمی و روانی و فرسودگی زودهنگام را ایجاد می‌کند.</p>	<p>کار کودکان</p>
---	---	--	-------------------

بر اساس تحقیقات بین‌المللی رابطه مستقیمی میان سطح تحصیلات و ابتلای افراد سالمند به بیماری‌ها و ناتوانی‌های فیزیکی وجود دارد. این تحقیقات نشان می‌دهد که افراد ۵۰ ساله و بالاتر که از تحصیلات کمی برخوردارند، دو برابر افراد با تحصیلات بالاتر به ناتوانی‌های فیزیکی مبتلا می‌شوند، هرچند این آمار در کشورهای مختلف دارای تفاوت‌هایی هم هست. نه فقط تحصیلات خود فرد، بلکه تحصیلات والدین او نیز در تجربه سالمندی باکیفیت در آینده، نقش مستقیمی ایفا می‌کند (United Nations, 2023). این امر لزوم افزایش سطح تحصیلات افراد در جامعه و مبارزه با بی‌سوادی را ایجاد می‌کند. کسب تحصیلات و حضور در میدان آموزش عالی، با افزایش انواع مختلفی از سرمایه‌ها از سرمایه فرهنگی تا سرمایه اجتماعی و اقتصادی همراه است که می‌تواند وضعیت افراد در دوران سالمندی را به میزان قابل توجهی بهبود بخشد. در واقع هدف از افزایش تحصیلات، صرفاً افزایش سرمایه اقتصادی نیست. تحصیلات امکان مشارکت اجتماعی افراد و آگاهی‌های آن‌ها را افزایش می‌دهد و به همین دلیل به عاملی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی در دوران سالمندی تبدیل می‌شود. نمودار نشان داده شده در تصویر یک، میزان ابتلا به ناتوانی‌های فیزیکی در میان افراد ۵۰ ساله به بالا را در کشورهای مختلف، برحسب میزان تحصیلات نشان می‌دهد. در همه کشورها میزان ابتلای افراد با تحصیلات بالا، به ناتوانی‌های جسمی، کمتر از افراد با تحصیلات پایین است. این امر نشان می‌دهد که می‌توان با صرف

^{۱۰} جواهری و همکاران، ۱۴۰۲



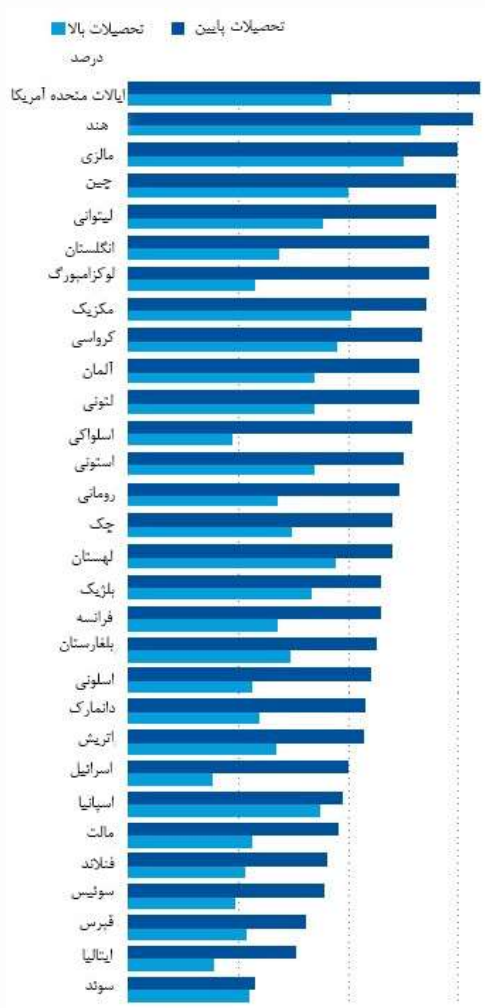
سالمندی در پرتو چرخه زندگی

هزینه در راستای بهبود کیفیت و کمیت آموزش، از بسیاری از هزینه‌های مربوط به مراقبت از سالمندان در دوران پیری، اجتناب کرد.





درصد ابتدای افراد ۵۰ سال به بالا به ناتوانی‌های فیزیکی، بر اساس سطح تحصیلات

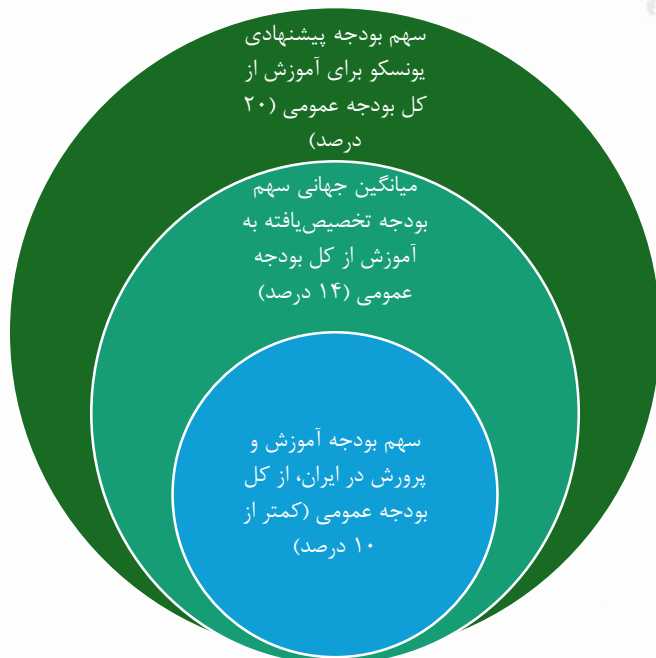


تصویر ۲- فراوانی ناتوانی‌های فیزیکی در میان سالمندان ۵۰ سال به بالا، برحسب میزان تحصیلات (منبع: United Nations, 2023)





در کشور ما اگرچه متولدین دهه‌های ۵۰ تا ۷۰ بصورت میانگین از تحصیلات بالاتری نسبت به نسل‌های پیشین برخوردار هستند، اما این امر برای متولدین سال‌های بعد، سیری نزولی طی کرده و نرخ ترک تحصیل و بازماندگی از تحصیل رو به افزایش است. سازمان یونسکو توصیه می‌کند که کشورها ۲۰ درصد از بودجه عمومی خود را به امر آموزش اختصاص دهند. میانگین سهم آموزش در بودجه عمومی کشورهای جهان نیز ۱۴ درصد است، اما در ایران سهم آموزش و پرورش از بودجه عمومی کشور، به میزان قابل توجهی کمتر از میانگین جهانی و معادل کمتر از ۱۰ درصد است (معاونت راهبردی رئیس‌جمهور، ۱۴۰۳). خصوصی‌سازی فزاینده آموزش در ایران، طی سال‌های اخیر هم از نظر کمی به کوچک شدن آموزش عمومی منجر شده و هم از لحاظ کیفی به افت شدید نظام آموزشی انجامیده است، تا آنجا که دانش‌آموزان ایرانی در آزمون‌های بین‌المللی عملکردی بسیار ضعیف و نگران‌کننده دارند و از نظر این شاخص‌ها بیشتر از ۶۰ درصد دانش‌آموزان ایرانی، نمره ضعیف و بسیار ضعیف کسب می‌کنند. از طرف دیگر، توزیع همین امکانات موجود آموزشی نیز از نظر جغرافیایی، جنسیتی و طبقاتی، در کشور عادلانه نیست. استان‌های سیستان و بلوچستان، خوزستان، آذربایجان غربی و کرمانشاه، به ترتیب دارای بیشترین نرخ ترک تحصیل هستند که دارای نوعی تناظر تقریبی با استان‌هایی است که دارای بیشترین آمار بیکاری هستند. در واقع ما با ترکیبی از فقر اقتصادی و فقر آموزشی در استان‌های حاشیه‌ای مواجهیم که به احتمال خوبی، بیانگر کاهش میزان امید به زندگی و امید به زندگی سالم در این استان‌هاست (دفتر مطالعات عمومی مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۴۰۴).



تصویر ۳- سهم بودجه آموزش و پرورش از کل بودجه عمومی، در نسبت با توصیه یونسکو و میانگین جهانی

شاخص‌های پیشنهادی دوران جوانی و میانسالی؛ دوره انباشت نابرابری‌ها

نابرابری‌هایی که از دوران کودکی آغاز می‌شوند، در دوران جوانی و میانسالی، بستگی به شرایط ساختاری و نظام‌های رفاهی حاکم بر هر کشور، تعدیل می‌شوند یا شدت پیدا می‌کنند. طی دهه‌های گذشته، اجرای سیاست‌های مبتنی بر تعدیل ساختاری در کشورهای مختلف جهان، تحرک اجتماعی را کاهش داده و منجر به افزایش نابرابری‌ها شده است. یعنی که نابرابری‌های دوران کودکی، با احتمال بیشتری در دوران جوانی و میانسالی اگر افزایش پیدا نکنند، به‌طور میانگین کاهش هم نمی‌یابند.



اشتغال و برخورداری از حقوق مکفی، یکی از عوامل تعیین‌کننده برخورداری از درآمد کافی در دوران سالمندی است. براساس آمار بیش از نیمی از جمعیت شاغل ایران در مشاغل غیررسمی مشغول به کار هستند که ذیل مشاغل مشمول قانون کار قرار نمی‌گیرند و از حقوقی نظیر بیمه و بازنشستگی برخوردار نیستند و هیچ نهاد ناظری بر سلامت جسمی و روانی افرادی نظارت نمی‌کند که در این مشاغل کار می‌کنند. از طرف دیگر بیش از ۳۷ درصد از شاغلان کشور در هفته ۴۹ ساعت و بیشتر کار می‌کنند (معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، ۱۴۰۳). این آمارها به خوبی پیش‌بینی‌کننده فرسودگی فیزیکی و روانی بخش بزرگی از جمعیت در زمان سالمندی و نیز عدم برخورداری آن‌ها از درآمد مکفی پس از بازنشستگی هستند. حتی می‌توان پیش‌بینی کرد که برای بخش بزرگی از شاغلان، عملاً بازنشستگی بی‌معنا است و آن‌ها مجبورند که تا زمانی که توانایی دارند، و از سر اجبار، مشغول به کار باشند. همین امر، راهکارهایی نظیر افزایش سن بازنشستگی، به منظور بهبود شرایط بازنشستگان را، لاقلاً به عنوان سیاستی برای همه سالمندان، زیر سؤال می‌برد.

نکته قابل توجه دیگر این است که براساس گزارش وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بیش از نود درصد از قراردادهای کار در ایران، قراردادهای موقتی هستند (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۴۰۰). در حالیکه میانگین درصد قراردادهای موقت، مثلاً در اتحادیه اروپا کمتر از ۱۵ درصد است (Eurostat, nd). موقتی بودن قراردادهای کار، به افزایش اضطراب مزمن در میان شاغلان، ناشی از ناامنی شغلی، دامن می‌زند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجربه اضطراب مزمن در میانسالان با بیماری‌های روانی نظیر زوال عقل یا بیماری‌های جسمی، نظیر بیماری‌های قلبی، دیابت و فشار خون بالا در ارتباط است (Aunsmo, et al., 2024). مشاغل موقتی، امکان برقراری روابط پایدار و توسعه شبکه اجتماعی افراد را نیز با محدودیت مواجه می‌کند؛ امری که می‌تواند به تنهایی دوران سالمندی دامن بزند. اجرای سیاست‌های مبتنی بر تعدیل ساختاری، خصوصی‌سازی، آزادسازی قراردادها و موقتی‌سازی نیروی کار، طی سال‌های اخیر این وضعیت را وخیم‌تر کرده است.

ناتوانی در گسترش دامنه شبکه اجتماعی، با اجاره‌نشینی تشدید می‌شود. فقر مسکن در ایران به میزان قابل توجهی از میانگین جهانی بیشتر است و نسبت بزرگی از جمعیت اجاره‌نشین هستند. به‌علاوه، قوانین حمایت از مستأجران، از جمله ممنوعیت قراردادهای کوتاه‌مدت اجاره مسکن، که در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته رایج است، در ایران وجود ندارد. بازار مسکن ایران، به‌طور کامل تحت سیطره



بازار آزاد است و دولت عملاً هیچ حمایتی از مستأجران نمی‌کند. قراردادهای یکساله اجاره خانه و تورم فزاینده مبلغ اجاره، باعث می‌شود که اجاره‌نشینی با تغییر مداوم محل سکونت همراه باشد؛ امری که امکان ساخت روابط پایدار و عمیق در محله را کاهش می‌دهد و فرهنگ همسایگی را تضعیف می‌کند. سالمندان اجاره‌نشین به دلیل ناآشنایی با محله‌ای که در آن زندگی می‌کنند و نیز ناآشنایی با ساکنان آن، نتوانند از کمک همسایه‌ها، معاشرت اجتماعی با آن‌ها و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی محله، بهره ببرند. براساس پژوهش‌ها، کسانی که در دوران جوانی و میانسالی تعاملات و مشارکت اجتماعی زیادی نداشته‌اند، قادر نخواهند بود که در دوران سالمندی، به یکباره مشارکت اجتماعی خود را افزایش دهند (موسوی و همکاران، ۱۴۰۴). بنابراین افزایش تعاملات و مشارکت اجتماعی سالمندان، مستلزم بهبود شرایط تعامل و مشارکت اجتماعی در دوران جوانی و میانسالی است.

از طرف دیگر بر اساس آمار نزدیک به ۶۰ درصد از جمعیت در سن کار ایران، غیرفعال هستند (دفتر جمعیت، نیروی کار و اقتصاد خانوار مرکز آمار ایران، ۱۴۰۳)؛ یعنی نه فقط خارج از بازار کار قرار دارند، بلکه در جستجوی کار هم نیستند. نرخ جمعیت غیرفعال ایران، به میزان قابل توجهی از بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته، نظیر کشورهای عضو اتحادیه اروپا، بریتانیا، آمریکا و حتی ترکیه بیشتر است.

جدول ۲- درصد جمعیت غیرفعال از کل جمعیت در سن کار^{۱۱}

ایران	ترکیه	آمریکا	بریتانیا	میانگین اتحادیه اروپا
۵۹	۴۷	حدود ۳۵	۲۰/۹	۲۰

بدون در نظر گرفتن این آمار، نمی‌توان سناریوهای محتمل، پس از افزایش نرخ جمعیت سالمند، را طراحی و برای آن‌ها راهکار ادامه داد. مثلاً با وجود این حجم زیاد از جمعیت غیرفعال، آیا ما باید نگران

^{۱۱} برای اطلاعات بیشتر نگاه کنید به: (Dinçer & Ağır, ۲۰۲۴)، (Eurostat, ۲۰۲۳)، (Office for National Statistics, ۲۰۲۳)، (U.S. Bureau of Labor Statistics, ۲۰۲۳)



کامبود نیروی کار به میانجی افزایش نرخ جمعیت سالمند باشیم یا نگران جمعیت کثیری که احتمالا در دوران سالمندی، از حمایت اجتماعی مکفی بهره‌مند نخواهند بود؟ پاسخ به این پرسش‌ها، می‌تواند مسیر سیاست‌گذاری‌های معطوف به سالمندی را به‌طور کامل تغییر دهد یا پنجره‌های به راهکارهای جایگزین بگشاید؛ راهکارهایی نظیر ایجاد امکان اشتغال و انگیزه برای جمعیت غیرفعال، بویژه زنان خانه‌دار که اکثریت مطلق جمعیت غیرفعال را تشکیل می‌دهند (معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، ۱۴۰۳).

اکثریت مطلق جمعیت غیرفعال ایران را زنان خانه‌دار تشکیل می‌دهند (همان). با توجه به افزایش نرخ فقر در میان زنان سالمند تنها و نیز افزایش تعداد زنانی که با فوت همسر، به دلیل قوانین ارث، خانه خود را از دست می‌دهند (موسوی و همکاران، ۱۴۰۴)، می‌توان لزوم تغییر قوانین و نیز برخی باورهای فرهنگی در نسبت با زنان و تفکیک نقش‌های جنسیتی در خانواده را مشاهده کرد.

از طرف دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مردان سالمند تنها از شبکه اجتماعی بزرگ‌تر و متنوع‌تری در قیاس با زنان سالمند تنها برخوردارند، اما کمک و مراقبت کمتری در قیاس با زنان از شبکه اجتماعی خود دریافت می‌کنند (همان). این مسئله نشان می‌دهد که سیاست‌ها باید معطوف به افزایش مشارکت اجتماعی زنان به منظور افزایش سرمایه‌های اجتماعی آن‌ها و افزایش شبکه اجتماعیشان در دوران سالمندی باشد. در عین حال، این آمار می‌تواند گویای حقیقت دیگری درباره تفکیک نقش‌های جنسیتی در خانواده‌ها هم باشد؛ اینکه مردان وظیفه تأمین اقتصادی خانواده را به عهده دارند و باید عادت‌واره‌های مربوط به استقلال، توانمندی و عدم ابراز احساسات و عدم درخواست کمک از دیگران را در خود نهادینه کنند؛ امری که در طی زمان به شکل دوجانبه هم توانایی و تمایل مردان برای درخواست کمک از دیگران را کاهش می‌دهد و هم تمایل اطرافیان برای کمک کردن به آن‌ها را. از سوی دیگر، زنان عادت‌واره‌های مربوط به ابراز احساسات، مراقبت از دیگران و نیز دریافت مراقبت از دیگران را در خود نهادینه می‌کنند که می‌تواند به افزایش دریافت کمک از حلقه اطرافیان منجر شود. اما از آنجا که این زنان بخش بزرگی از زندگی خود را در محیط خصوصی خانه‌ها سپری می‌کنند و امکانات مشارکت اجتماعی آن‌ها به اندازه مردان نیست، در دوران سالمندی از شبکه اجتماعی کوچکتر و با تنوع کمتری برخوردارند. تغییر این عادت‌واره‌های جنسیتی، تعدیل تفکیک نقش جنسیتی در خانواده و افزایش



سالمندی در پرتو چرخه زندگی

امکان مشارکت اجتماعی زنان در دوران جوانی و سالمندی، می‌تواند کیفیت زندگی سالمندان را بهبود بخشد.

تفکیک نقش‌های جنسیتی باعث می‌شود که مردان تا حدود زیادی، هویت خود را با شغل و درآمدزایی اقتصادی تعریف کنند. این امر احتمال ابتلا به افسردگی را در دوران بازنشستگی افزایش می‌دهد و باعث می‌شود که بسیاری از مردان از عادت‌واره‌های لازم برای مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی داوطلبانه برخوردار نباشند و اینگونه فعالیت‌ها را بی‌فایده بدانند. غلبه اخلاق موفقیت، فردگرایی خودخواهانه و ترویج رقابت مبتنی بر بازار، و نیز محدودیت‌های سیاسی در برابر فعالیت انجمن‌ها و مؤسسات غیرانتفاعی، طی سال‌های اخیر، به بی‌ارزش شمردن فعالیت‌هایی که ارزش افزوده اقتصادی تولید نمی‌کنند، دامن زده است. درحالی‌که مشارکت اجتماعی داوطلبانه در دوران سالمندی، می‌تواند تا حد قابل‌توجهی باعث کاهش افسردگی و احساس تنهایی در میان سالمندان شود و به بهبود توانایی‌های شناختی و فیزیکی آن‌ها نیز کمک می‌کند.

نابرابری در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و هزینه بالای درمان در دوران جوانی و سالمندی، یکی از عوامل دیگر تعیین‌کننده کیفیت زندگی در دوران سالمندی است. هزینه‌های بالای درمان باعث می‌شود که بسیاری از افراد از مراجعه به پزشک یا ادامه روند درمان خود اجتناب کنند، این امر هم میزان بیماری‌های شناسایی‌نشده و هم میزان بیماری‌های شناسایی‌شده اما درمان‌نشده را افزایش می‌دهد. بیماری‌هایی که در صورت تشخیص در دوران جوانی و میانسالی با صرف هزینه و زمان کمتر قابل درمان بودند، در دوران سالمندی، تبدیل به بیماری‌های مزمن می‌شوند که کیفیت زندگی سالمندان را به شدت کاهش داده و درمان این بیماری‌ها و نیز مراقبت از سالمندان مبتلا به آن‌ها با سختی و هزینه‌های بسیاری همراه خواهد بود.

جدول ۳- شاخص‌های پیشنهادی برای سیاست‌گذاری معطوف به بهبود کیفیت زندگی سالمندان، مبتنی بر رویکرد چرخه زندگی، دوره جوانی و میانسالی



شاخص	اهمیت در رویکرد چرخه زندگی	برخی مصادیق در ایران	برخی راهکارها
کیفیت اشتغال، ناامنی شغلی و اضطراب‌های مربوط به کار	میزان درآمد حاصل از اشتغال و نیز فشارهای روانی و فیزیکی حاصل از آن، تأثیر مستقیم بر وضعیت اقتصادی و سلامت روانی و فیزیکی دوران سالمندی دارد.	بیش از نود درصد از قراردادهای کار در ایران موقتی هستند و بیش از نیمی از شاغلان در مشاغل غیررسمی کار می‌کنند.	کاهش بی‌ثبات‌کاری و تلاش برای گسترش چتر قانون کار و افزایش ضمانت‌های اجرایی آن
تفکیک نقش‌های جنسیتی در خانواده و آمار بالای زنان غیرشاغل در سن کار	عدم اشتغال زنان، آن‌ها را از بسیاری از حمایت‌های اجتماعی محروم می‌کند و به گسترش فقر زنان سالمند می‌انجامد. تفکیک نقش جنسیتی عادت‌واره‌های مربوط به دریافت کمک را در مردان سرکوب کرده و میزان دریافت کمک از شبکه اجتماعی را	حدود ۶۰ درصد از جمعیت در سن کار ایران غیرفعال هستند که اکثریت آن‌ها را زنان تشکیل می‌دهند. میزان فقر و بی‌خانمانی زنان سالمند بیشتر از مردان است.	ارائه آموزش‌های مبتنی بر تعدیل تفکیک نقش‌های جنسیتی به زنان و مردان-بهبود شرایط اشتغال زنان-ایجاد تغییر در قوانین ارث که منجر به بی‌خانمانی زنان سالمند، پس از فوت همسر می‌شود-افزایش حمایت‌های اجتماعی از زنان،



مستقل از مردان خانواده		در مردان سالمند کاهش می‌دهد.	
برنامه‌ریزی برای حمایت از مستأجران و کاهش اجاره‌نشینی، افزایش طول مدت قراردادهای اجاره مسکن	بیش از ۵۵ درصد خانواده‌های شهری و ۲۵ درصد خانواده‌های روستایی مستأجر هستند.	مسکن استیجاری و جابه‌جایی مداوم، امکان ایجاد روابط پایدار و تعامل اجتماعی فرد در دوران سالمندی و بهره‌مندی از شبکه حمایتی همسایگی را از بین می‌برد.	برخوررداری از مسکن مناسب
توقف خصوصی‌سازی، تحصیلات تکمیلی، تبعیض مثبت برای زنان و دانش‌آموزان طبقات پایین برای ورود به دانشگاه، مبارزه با فقر	در ایران تعداد زنان در مقاطع بالای آموزشی در قیاس با مردان به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد ^{۱۲} و دسترسی به مقاطع بالای دانشگاهی در دانشگاه‌های برتر نیز به شدت طبقاتی است.	تحصیلات بالاتر شانس سلامتی بیشتر در دوران سالمندی را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد.	تبعیض طبقاتی و جنسیتی در دستیابی به مقاطع بالای آموزش عالی

^{۱۲} قاسمی و همکاران، ۱۳۸۶



<p>بهبود پوشش بیمه‌های تکمیلی، بویژه برای افراد غیرفعال - ایجاد حمایت‌های بهداشتی و درمانی برای اعضای دهک‌های پایین - پایش مستمر سلامت اعضای جامعه از سنین جوانی و میانسالی</p>	<p>میزان ابتلا به معلولیت و بیماری‌های مزمن در ایران، به میزان قابل توجهی در میان دهک‌های پایین درآمدی بیشتر است.^{۱۳}</p>	<p>عدم دسترسی به خدمات سلامت در جوانی و میانسالی، بیماری‌های مزمن را درمان نشده رها کرده و زمینه را برای ناتوانی در سالمندی فراهم می‌کند.</p>	<p>نابرابری در دسترسی به بیمه درمانی تکمیلی و خدمات سلامت جسمی و روان</p>
<p>کمک به افزایش نهادها و مؤسسات غیرانتفاعی دولتی و غیردولتی که خدماتی متناسب با انواع سلیقه‌ها و عقاید ارائه می‌کنند و ترویج و آموزش مشارکت در فعالیتهای داوطلبانه در مدارس و دانشگاه‌ها</p>	<p>نرخ مشارکت اجتماعی ایرانیان لاقدر در فعالیتهای رسمی، کمتر از میانگین جهانی است.^{۱۵}</p>	<p>براساس پژوهش‌ها، افزایش مشارکت اجتماعی، با کاهش بیماری‌های شناختی و زوال عقل و حتی کاهش بیماری‌های جسمی، در دوران سالمندی همراه است.^{۱۴}</p>	<p>مشارکت اجتماعی و عضویت در نهادهای انجمنی</p>

^{۱۳} پایدار، ۱۴۰۴ (ب)

^{۱۴} Santana et al., ۲۰۲۵

^{۱۵} V-Dem Institute, ۲۰۲۴



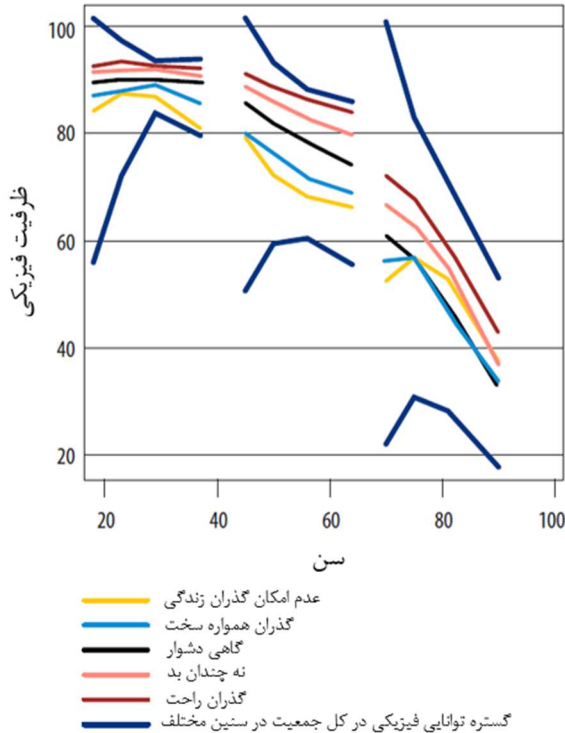
شاخص‌های سالمندی؛ پیامد نابرابری‌ها

سالمندان گروه بسیار متنوعی را تشکیل می‌دهند. شاید اولین گام برای سیاست‌گذاری در راستای بهبود کیفیت زندگی آن‌ها، انجام پژوهش‌هایی به منظور شناسایی این گروه‌ها و نیازهای متفاوت آن‌ها باشد. برخلاف کلیشه‌هایی که سالمندی را به شکل ذاتی با ناتوانی فیزیکی و روانی توأم می‌دانند، پژوهش‌ها در ابعاد جهانی نشان می‌دهند که طیف سلامتی در میان سالمندان بسیار گسترده است. بسیاری از سالمندان، دقیقاً به اندازه جوانان سالم، دارای ظرفیت و توانمندی فیزیکی و روانی هستند و بسیاری از جوانان نیز ظرفیت‌هایی بسیار کمتر از سالمندان دارند. به عنوان نمونه در یک مطالعه طولی که در استرالیا انجام شده است، این موضوع به خوبی قابل مشاهده است. هرچند با افزایش سن، به شکل میانگین ظرفیت‌های فیزیکی و روانی افراد کاهش پیدا می‌کند، اما طیف این ظرفیت‌ها در میان جمعیت بسیار گسترده است.





ظرفیت فیزیکی در طول چرخه زندگی، بر مبنای توانایی گذران زندگی با درآمد فعلی



تصویر ۴- ظرفیت فیزیکی در طول چرخه زندگی، بر مبنای توانایی گذران زندگی با درآمد فعلی بر

اساس یک مطالعه طولی در استرالیا. منبع: World Health Organization, 2015

همان‌طور که در نمودار هم مشخص است، گستره سلامتی سالمندان در بخش بالایی، با گستره سلامتی افراد میان‌سال و جوان هم‌پوشانی بسیاری دارد. ضمن اینکه باید در نظر بگیریم که درآمد یکی از پارامترهای مؤثر در ترسیم نمودار فوق است، به این معنا که با بهبود وضعیت درآمد در سنین سالمندی،



سالمندی در پرتو چرخه زندگی

می‌توان انتظار داشت که ظرفیت‌های فیزیکی و روانی حداقل بخشی از سالمندان، برای گذران زندگی مستقل افزایش پیدا کند. نابرابری‌های درآمدی در دوران سالمندی، تشدید می‌شوند و ظرفیت‌های گذران زندگی مستقل سالمندان را کاهش می‌دهند.

درصد قابل توجهی از سالمندان در ایران، اساساً هیچ‌گونه مستمری دریافت نمی‌کنند. در میان سالمندانی هم که مستمری دریافت می‌کنند، نابرابری‌های فراوانی وجود دارد. درحقیقت نابرابری‌های عرصه اشتغال در زمان بازنشستگی نیز امتداد پیدا می‌کند و حتی تشدید می‌شود. از سوی دیگر، از آنجا که درآمد بخش بزرگی از مزد و حقوق‌بگیران در ایران، برای گذران زندگی شایسته مکفی نیست، مستمری سالمندان نیز مکفی نخواهد بود (معصومی، ۱۴۰۰). براساس آمار، مستمری‌هایی که سالمندان دریافت می‌کنند حداکثر می‌تواند نیمی از هزینه‌های زندگی خانوار را پوشش دهد که به معنای احتیاج سالمندان به منابع درآمدی دیگر، تداوم اشتغال در دوران سالمندی و فقر سالمندی است (یزدانی و خیراللهی، ۱۳۹۷). اینکه مستمری دریافتی بازنشستگان در ایران، به جای اینکه تابع سابقه کار افراد باشد، تابعی از سن و سال‌های بیمه‌پردازی است، شکاف دیگری را میان شرایط بازنشستگی شاغلان در بازار کار غیررسمی و رسمی ایجاد می‌کند. همان‌طور که پیش از این هم گفته شد، بیش از نیمی از جمعیت شاغلان در ایران در بازار کار غیررسمی فعالیت می‌کنند و عمدتاً فاقد بیمه هستند. موقتی‌شدن قراردادهای هم باعث می‌شود که بسیاری از افراد نتوانند به شکل مداوم بیمه‌پردازی کنند (نصرتی‌نژاد، ۱۳۹۷). مجموعه این عوامل بازنشستگی را به کابوسی بدل می‌کند که هم با کاهش شدید منابع مالی سالمندان و هم با احساس فزاینده بی‌کفایتی در میان آن‌ها همراه خواهد بود. بخشی از راه‌حل‌ها برای این موضوع نه فقط اصلاح نظام بازنشستگی و بیمه‌پردازی، بلکه اصلاح شرایط کلی حاکم بر بازار کار است؛ اقداماتی نظیر تلاش برای کاهش قراردادهای موقت و گسترش مشارکی که ذیل چتر قانون کار قرار می‌گیرند.

تبعیض‌های جنسیتی نیز در دوران سالمندی تداوم پیدا می‌کنند. مثلاً تعداد زنان تنه‌ازبست سالمند که از هیچ درآمدی برخوردار نیستند، بیشتر از مردان است و فقر زنان سالمند رو به افزایش است (دبیرخانه شورای ملی سالمندان، ۱۴۰۰).



در سال ۲۰۱۳ برای پایش وضعیت سالمندان، در ابعاد جهانی، شاخص دیده‌بان سالمندی^{۱۶} با حمایت صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، طراحی شد که رتبه ایران بر مبنای این شاخص، در میان ۹۷ کشور جهان، ۶۷ بود. رتبه‌ای که بیانگر وضعیت نه چندان مناسب سالمندان ایرانی در قیاس با بسیاری از کشورهای جهان است (HelpAge International, 2015). نکته قابل توجه این است که این شاخص بر مبنای سیاست چرخه زندگی و انباشت نابرابری‌ها طراحی نشده است و وضعیت سالمندان را تنها به عنوان مرحله‌ای جدا از سایر مراحل زندگی ارائه می‌کند، یعنی صرفاً تصویری از یک برش از مقطع سالمندی است و مسئله انباشت نابرابری‌ها از دوران کودکی تا سالمندی را نادیده می‌گیرد. بنابراین می‌توان از این جنبه، شاخص دیده‌بان سالمندی را قابل نقد دانست. نقد دیگری که می‌توان به این شاخص وارد کرد، رویکرد آن مبتنی بر نوعی سالمندی فعال است. طی سال‌های اخیر، دیدگاه سالمندی فعال از این جنبه هم مورد نقد قرار گرفته است که سالمندی موفق را استمرار همان الگوهای حاکم بر زندگی فرد در دوران جوانی و میان‌سالی می‌داند، بدون اینکه این الگوها را مورد انتقاد قرار دهد؛ الگوهایی که طی دهه‌های اخیر، شدیداً متأثر از اخلاق بازارگرای موفقیت بوده‌اند. مثلاً در شاخص «ظرفیت و توانمندی» تنها پارامترهای اشتغال سالمندان و تحصیلات سالمندان در نظر گرفته شده است. یعنی که بدون توجه به وضعیت سالمندان، اشتغال به عنوان یکی از پارامترهای سالمندی فعال به شمار می‌رود و از افراد انتظار می‌رود که در تمام طول زندگی خود مشغول فعالیت در بازار کار باشند. در نقطه مقابل، مشارکت در فعالیت‌های داوطلبانه و عضویت در انجمن‌ها و نهادهای مدنی که به شکل مستقیم دارای ارزش‌افزایی اقتصادی نیستند، ذیل این پارامتر قرار نگرفته‌اند. با این حال، این شاخص با در نظر گرفتن انتقادات می‌تواند به عنوان بخشی از شاخص‌های سیاست‌گذاری چرخه زندگی، مورد استفاده قرار گیرد و الهام‌بخش توسعه شاخص‌های جدید باشد، بویژه اگر این شاخص‌ها را نه به عنوان تنها شاخص‌های موجود، بلکه به عنوان شاخص‌هایی در نظر بگیریم که هم متأثر از کل دوره زندگی افراد از کودکی تا سالمندی هستند و اینکه صرفاً بخشی از شاخص‌هایی هستند که باید در سیاست‌گذاری معطوف به بهبود کیفیت زندگی سالمندان، مد نظر قرار گیرند و باید با شاخص‌های

^{۱۶} Global AgeWatch Index یا GAWI



مربوط به دوره‌های دیگر زندگی تکمیل شوند. در جدول زیر این شاخص‌ها همراه با پارامترهایی که در هر یک لحاظ می‌شود، آورده شده است:

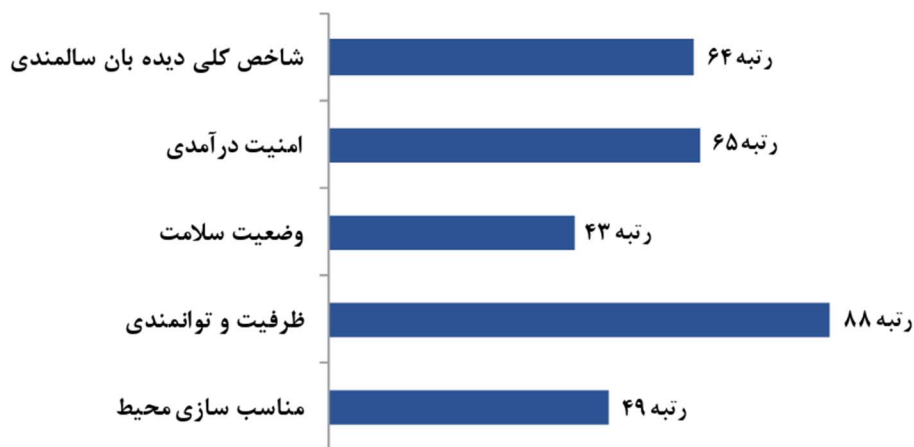
جدول ۴- پارامترهای شاخص دیده‌بان سالمندی، منبع: *HelpAge International, 2015*

شاخص	پارامترهای کلیدی
امنیت درآمدی	- پوشش مستمری بازنشستگی - نرخ فقر در سالمندی - رفاه نسبی سالمندان - سرانه تولید ناخالص داخلی
وضعیت سلامت	- امید به زندگی در سن ۶۰ سالگی - امید به زندگی سالم در سن ۶۰ سالگی - سلامت روانشناختی
ظرفیت و توانمندی	- اشتغال سالمندان - وضعیت تحصیلی سالمندان
مناسب‌سازی محیط	- روابط اجتماعی



-ایمنی فیزیکی	
-آزادی‌های مدنی	
-دسترسی به حمل‌ونقل عمومی	

علیرغم اینکه شاخص یادشده دارای نقائص و کمبودهای بسیاری است، اما جایگاه ایران از نظر پارامترهای همین شاخص هم، در میان کشورهای جهان، جایگاه دلگرم‌کننده‌ای نیست. اگرچه به نظر می‌رسد که سنجش این شاخص‌ها در ایران، بر مبنای داده‌های سال ۱۳۹۵ انجام گرفته است، با اینحال توجه به این آمار می‌تواند بینش‌هایی در رابطه با وضعیت سالمندان در ایران ارائه کند و البته لزوم به‌روزرسانی آمارها را نشان می‌دهد. رتبه ایران از نظر پارامترهای مختلف این شاخص در تصویر ۵ نشان داده شده است.



تصویر ۵- امتیاز ایران از نظر شاخص دیده‌بان سالمندی، بر مبنای داده‌های سال ۱۳۹۵، منبع: زنجری و صادقی، ۱۴۰۰.



در ادامه تلاش شده است تا با الهام از شاخص دیده‌بان سالمندی و نیز با لحاظ کردن نقدهای وارد شده به آن، شاخص‌هایی برای پایش وضعیت سالمندی معرفی شوند، شاخص‌هایی به عنوان بخشی از شاخص‌هایی که در سیاست‌گذاری مبتنی بر چرخه زندگی باید لحاظ شوند و مکمل شاخص‌های دوره کودکی و نوجوانی و شاخص‌های دوره جوانی و میانسالی هستند. این شاخص‌ها باید براساس پژوهش‌های بیشتر و بر مبنای داده‌های به‌روز شده اصلاح و تکمیل شوند.

جدول ۵- شاخص‌های پیشنهادی برای سیاست‌گذاری معطوف به بهبود کیفیت زندگی سالمندان، مبتنی بر رویکرد چرخه زندگی- دوره سالمندی

شاخص	زیرشاخص‌ها	پیوند با نظریه چرخه زندگی
نابرابری در سلامت و توانایی عملکردی	<p>- شکاف در امید به زندگی سالم در مقایسه با امید به زندگی کل (تفاوت سال‌های زندگی با ناتوانی) به تفکیک دهک‌های درآمدی و تحصیلات</p> <p>- شیوع ناتوانی در فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره بر اساس سطح سواد والدین و سواد فرد</p> <p>- شکاف در شاخص توده بدنی (BMI) و بیماری‌های مزمن (فشار خون، دیابت، بیماری‌های قلبی) بر اساس طبقه اجتماعی فعلی و طبقه اجتماعی در دوران کودکی</p>	<p>این شاخص‌ها پیامد نهایی «انباشت ریسک» در طول زندگی هستند. مطالعات طولی نشان داده‌اند که فقر کودکی و تحصیلات پایین والدین، مستقل از عوامل بزرگسالی، با ناتوانی و زوال شناختی در سالمندی مرتبط است.</p>

	<p>- شکاف در سلامت شناختی (حافظه، زوال عقل) بر اساس شرایط اولیه زندگی (فقر، سوء تغذیه در رحم و کودکی)</p> <p>- شکاف در دسترسی به خدمات مراقبت رسمی و غیررسمی براساس جنسیت، تحصیلات و طبقه اجتماعی</p>	
<p>نابرابری درآمدی در سالمندی عمدتاً بازتاب نابرابری‌های انباشته در بازار کار و نظام تأمین اجتماعی است. مثلاً زنانی که در طول عمر به دلیل مسئولیت‌های مراقبتی اشتغال نداشته‌اند یا اشتغال ناقص داشته‌اند، در سالمندی با فقر شدیدتری مواجهند، یا کسانی که در بازار کار غیررسمی بدون بیمه مشغول به کار بوده‌اند، بیشتر به فقر سالمندی دچار می‌شوند.</p>	<p>- نرخ فقر در سالمندی (بر اساس خط فقر نسبی و مطلق) به تفکیک جنسیت، وضعیت تأهل (به ویژه زنان بیوه) و سابقه اشتغال</p> <p>- شکاف در پوشش و میزان مستمری بازنشستگی بین افراد با سابقه کار رسمی و غیررسمی، و بین مناطق شهری و روستای</p> <p>- نرخ وابستگی اقتصادی سالمندان (درصد سالمندانی که به حمایت‌های خیریه‌ای یا انتقالات اجتماعی وابسته‌اند) بر اساس طبقه اجتماعی والدین)</p> <p>- شکاف در دارایی‌ها و مسکن (مالکیت مسکن، کیفیت مسکن) در</p>	<p>نابرابری در امنیت اقتصادی و شرایط بازنشستگی</p>

	<p>میان سالمندان با سطوح مختلف تحصیلات و پیشینه شغلی</p>	
<p>در جوامعی که نظام رفاه ضعیف است، خانواده نقش اصلی حمایت را دارد و مراقبت از سالمندان تبدیل به امری زنانه می‌شود. از طرف دیگر در این جوامع انباشت نابرابری به این معناست که سالمندان فقیر، فرزندان فقیری نیز دارند که توانایی حمایت کمتری دارند؛ در نتیجه شکاف حمایتی هم از نظر طبقاتی و هم جنسیتی تشدید می‌شود. از طرف دیگر، در جوامعی که به دلیل ساختار اقتصادی سرمایه‌دارانه، درآمدزایی و اشتغال به عنوان مهمترین شکل از مشارکت اجتماعی به شمار می‌روند، و انواع دیگر مشارکت‌های اجتماعی نقش فرعی و حاشیه‌ای دارند، انزوای اجتماعی و احساس پوچی در میان سالمندان افزایش پیدا می‌کند.</p>	<p>- شکاف در دسترسی به شبکه‌های حمایت غیررسمی (خانواده، دوستان، همسایگان) بر اساس طبقه اجتماعی، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان زنده و فاصله جغرافیایی با فرزندان</p> <p>- نرخ انزوای اجتماعی (تماس‌های اجتماعی کمتر از یک بار در هفته) به تفکیک جنسیت، وضعیت تأهل، درآمد و وضعیت مسکن و نوع سابقه اشتغال</p> <p>- شکاف در مشارکت مدنی و داوطلبانه سالمندان بر اساس سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی، جنسیت و سابقه اشتغال</p> <p>- دسترسی به حمل و نقل عمومی و زیرساخت‌های دوستدار سالمند، بویژه در مناطق محروم در مقایسه با مناطق مرفه</p>	<p>نابرابری در حمایت اجتماعی و مشارکت</p>



<p>نظریه نابرابری انباشتی نشان می‌دهد که آسیب‌پذیری در برابر خشونت و تبعیض در طول عمر افزایش می‌یابد؛ سالمندانی که در طول زندگی در معرض تبعیض‌های متعدد (جنسیتی، طبقاتی، قومیتی) بوده‌اند، بیشتر در معرض سالمندآزاری قرار می‌گیرند.</p>	<p>- نرخ سالمندآزاری به تفکیک جنسیت، وضعیت اقتصادی و منطقه (شهر/روستا)</p> <p>- شکاف در دسترسی به خدمات حقوقی و قضایی برای سالمندان فقیر در مقایسه با سالمندان ثروتمند</p> <p>- تبعیض در استخدام و اخراج سالمندان (نرخ بیکاری سالمندان در مقایسه با جوانان، به تفکیک طبقه اجتماعی و جنسیت)</p> <p>- دسترسی نابرابر به فناوری و اطلاعات سلامت (شکاف دیجیتال)</p> <p>در میان سالمندان با سطوح مختلف تحصیلات، جنسیت و درآمد</p>	<p>نابرابری در مواجهه با خشونت و تبعیض ساختاری</p>
---	--	--



بخش سوم) پیشنهادهای سیاستی

۱. تدوین نظام پایش چرخه زندگی با هدف رصد نابرابری‌های انباشتی از کودکی تا سالمندی و ایجاد پایگاه داده‌ای یکپارچه برای سنجش اثرات بلندمدت سیاست‌های اجتماعی.
۲. کاهش فقر کودکی از طریق گسترش حمایت‌های درآمدی، تغذیه‌ای و آموزشی برای خانوارهای کم‌درآمد و مناطق محروم.
۳. مقابله با ناامنی شغلی از طریق محدودسازی قراردادهای موقت، گسترش پوشش قانون کار و کاهش اشتغال غیررسمی.
۴. اصلاح نظام بازنشستگی با هدف پوشش گروه‌های فاقد بیمه، شاغلان غیررسمی و زنان دارای سابقه کار مراقبتی بدون دستمزد.
۵. توسعه خدمات سلامت پیشگیرانه در دوران جوانی و میانسالی و کاهش وابستگی دسترسی به درمان به توان مالی خانوارها.
۶. گسترش برنامه‌های حمایت از زنان در بازار کار و کاهش شکاف‌های جنسیتی در دسترسی به درآمد، بیمه و بازنشستگی.
۷. توسعه سیاست‌های مسکن اجتماعی و حمایت از مستأجران به منظور کاهش ناامنی مسکن در طول زندگی.
۸. تقویت نهادهای مدنی، انجمن‌های محلی و برنامه‌های مشارکت داوطلبانه با هدف کاهش انزوای اجتماعی سالمندان.
۹. توسعه زیرساخت‌های مراقبتی عمومی و حمایت از مراقبان خانوادگی، به ویژه زنان و تشویق مردان برای مشارکت در امر مراقبت.
۱۰. طراحی شاخص‌های ملی سالمندی مبتنی بر رویکرد چرخه زندگی که علاوه بر وضعیت فعلی سالمندان، شرایط کودکی، آموزش، اشتغال و سلامت در طول زندگی را نیز در نظر بگیرند.

بخش چهارم) نتیجه‌گیری نهایی

سالمندی را نمی‌توان صرفاً پیامد افزایش سن دانست. کیفیت زندگی در دوران سالمندی بازتاب مجموعه‌ای از فرصت‌ها و محرومیت‌هایی است که افراد از نخستین سال‌های زندگی با آن‌ها مواجه می‌شوند. گزارش حاضر نشان می‌دهد که بحران سالمندی در ایران، بیش از آنکه یک مسئله جمعیت‌شناختی باشد، مسئله‌ای مرتبط با رفاه اجتماعی است. طی سال‌های اخیر اجرای سیاست‌های مبتنی بر تعدیل ساختاری و آزادسازی و کوچک‌سازی بازوی رفاهی دولت، حمایت‌های اجتماعی را به میزان زیادی کاهش داده است. فقر، محرومیت آموزشی، ناامنی شغلی، دسترسی نابرابر به خدمات سلامت و حمایت اجتماعی و نابرابری جنسیتی در طول زمان بر یکدیگر انباشته شده و شکاف‌های اجتماعی را در دوران سالمندی بازتولید و تشدید می‌کنند. از این منظر، سالمندی بیش از آنکه یک مسئله جمعیتی باشد، مسئله‌ای اجتماعی و سیاسی است.

بررسی وضعیت ایران نشان می‌دهد که بخش مهمی از چالش‌های سالمندی ریشه در ساختارهای نابرابر بازار کار، نظام رفاهی ناکافی، نابرابری‌های جنسیتی و تفاوت‌های منطقه‌ای دارد. این نابرابری‌ها موجب می‌شوند که گروه‌های مختلف جمعیتی تجربه‌های کاملاً متفاوتی از سالمندی داشته باشند. بنابراین سیاست‌گذاری مؤثر در این حوزه مستلزم عبور از رویکردهای محدود به دوره سالمندی و توجه به فرایندهای شکل‌دهنده نابرابری در طول زندگی است.

بر این اساس، بهبود کیفیت زندگی سالمندان مستلزم اتخاذ سیاست‌هایی است که نه تنها پیامدهای نابرابری را کاهش دهند، بلکه سازوکارهای تولیدکننده آن را نیز هدف قرار دهند. رویکرد چرخه زندگی این امکان را فراهم می‌کند که سالمندی به عنوان بخشی از یک فرایند اجتماعی گسترده‌تر درک شود و سیاست‌گذاری اجتماعی از مداخلات مقطعی و جبرانی به سمت کاهش نابرابری‌های ساختاری و پیشگیری از بازتولید آنها در نسل‌های آینده حرکت کند.



بخش پنجم — منابع

پایدار، افتخار (۱۴۰۴)، هفتاد درصد مردم دچار سوء تغذیه‌اند، وبسایت قلمرو رفاه. قابل دسترسی

در <https://newsroom.ghalamrorefah.ir/id/۱۹۵۹>

پایدار، افتخار (۱۴۰۴) (ب)، فقر بیشتر، سلامتی کمتر، وبسایت قلمرو رفاه. قابل دسترسی در

<https://newsroom.ghalamrorefah.ir/id/۱۸۳۸>

دبیرخانه شورای ملی سالمندان. (۱۴۰۰). بررسی وضعیت زنان سالمند تنها و آسیب‌پذیری، نیازها و چالش‌های آن‌ها در ایران، مدیر پروژه: میرطاهر موسوی. تهران: سازمان بهزیستی کشور، دبیرخانه شورای ملی سالمندان.

دفتر جمعیت، نیروی کار و اقتصاد خانوار مرکز آمار ایران. (۱۴۰۳). چکیده نتایج طرح آمارگیری نیروی کار سال ۱۴۰۳، سایت مرکز آمار ایران

دفتر مطالعات بخش عمومی مرکز پژوهش‌های مجلس. (۱۴۰۴). پایش ابعاد فقر سال ۱۴۰۲ (۲): فقر آموزش. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

جواهری، جلوه؛ روشن فکر، پیام؛ زنگنه، نیکزاد؛ علی، دلارام؛ مظفری، کاوه. (۱۴۰۲). پایان دادن به کار کودک در خیابان، تهران: مؤسسه توانمندسازی زنان و کودکان مهر و ماه و مؤسسه رحمان.

قاسمی، مهری؛ منوچهری قشقایی، آرزیتا؛ قدیمی، اکرم. (۱۳۸۶). وضعیت زنان در دوره‌های تحصیلات تکمیلی و آثار آن بر اشتغال زنان، تحقیقات زنان سال ۱۳۸۶ شماره ۳.

معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری. (۱۴۰۳). سالنامه آماری زنان و خانواده. گردآوری: شقایق عیدی. تهران: معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری.

معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری. (۱۴۰۳). سالنامه آماری زنان و خانواده. گردآوری: شقایق عیدی. تهران: معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری.





معاونت راهبردی رئیس‌جمهور. (۱۴۰۳). طفیلی انگاری مدرسه در نظام حکمروایی کشور (شماره گزارش ۲۰-۱۴۰۳). تهران، ایران.

معصومی، علی‌اکبر. (۱۴۰۰). مشکلات ساختاری صندوق‌های بازنشستگی در نظام تأمین اجتماعی ایران، فصلنامه مطالعات حقوق عمومی ۵۱(۱): ۴۱۵-۳۹۵.

موسوی، میرطاهر؛ معارف‌وند، معصومه (۱۴۰۴). تنه‌زیستی زنان سالمند ایرانی و پیامدها با نگاهی به آینده ۱۴۳۰، تهران: روزنه.

نصرتی‌نژاد، فرهاد. (۱۳۹۷). کابوس بازنشستگی: تأملی بر تجربه بازنشستگی در ایران. تهران: مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی. (۱۴۰۰، آذر). گزارش بیست‌وهفتم: نیروی کار و حمایت اجتماعی. تهران: معاونت روابط کار، دفتر سیاست‌گذاری و توسعه اشتغال.

یزدانی و خیراللهی. (۱۳۹۷). فقر بازنشستگان در ایران، در آسیب‌های اجتماعی و نابرابری؛ دومین گزارش وضعیت اجتماعی ایران، تهران: آگاه، ۹۳-۶۹.

Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S327–S337.

Dinçer, G., & Ağır, H. (2024). ECONOMIC INACTIVITY: SUGGESTIONS FOR TAPPING THE POOL OF POTENTIAL LABOUR FORCE IN EUROPE AND TÜRKİYE. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (69), 129-136.

Elder, G. H. Jr. (1994). Time, agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4–15.





Estes, C. L. (1999). Critical gerontology and the new political economy of aging. In M. Minkler & C. L. Estes (Eds.), *Critical gerontology: Perspectives from political and moral economy* (pp. ۱۷-۳۶). Baywood.

Eurostat. (2023). Urban-rural Europe - labour market. Statistics Explained. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Urban-rural_Europe_-_labour_market

Eurostat. (n.d.). Temporary and permanent employment — statistics. European Commission. Retrieved July 9, 2025, from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Temporary_and_permanent_employment_-_statistics

Grenier, A., Phillipson, C., & Settersten, R. A. (Eds.). (2020). *Precurity and ageing: Understanding insecurity and risk in later life*. Policy Press.

HelpAge International. (2015). *Global AgeWatch Index 2015: Insight report*. London: HelpAge International.

Loewenson, R. (1993). Structural adjustment and health policy in Africa. *International journal of health services*, 23(4), 717-730

Office for National Statistics (ONS). (2023). *Employment in the UK: August 2023* [PDF]. Retrieved from <https://www.beta.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/employmentandemployeetypes/bulletins/employmentintheuk/august2023/pdf>

Phillipson, C. (2013). *Ageing*. Polity.





Robertson, A. (1997). Beyond apocalyptic demography: Towards a moral economy of interdependence. *Ageing & Society*, 17(4), 425-446.

Santana, L. K., Meng, H., Dobbs, D., Liu, Y., Grippo, A., & Mayer, J. (2025). Can Social Activity Participation Attenuate Aged-Related Cognitive Decline? A 12-Year Longitudinal Analysis. *Innovation in Aging*, 9(Supplement_2), igaf122-2287.

Sieber, S., Cheval, B., Orsholits, D., Van der Linden, B. W., Guessous, I., Gabriel, R., ... & Cullati, S. (2020). Do welfare regimes moderate cumulative dis/advantages over the life course? Cross-national evidence from longitudinal SHARE data. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(6), 1312-1325.

United Nations. (2023). Old age inequality begins at birth: Life course influences on late-life disability (World Social Report 2023 excerpt).

U.S. Bureau of Labor Statistics (BLS). (2023). Table A-3. Employment status of the civilian noninstitutional population by age, sex, and race. In Current Population Survey (CPS) data for 2023. Retrieved from <https://www.bls.gov/cps/data/aa2023/cpsaat03.htm>

V-Dem (Varieties of Democracy) Institute. (2024). *Civil society participation index (Iran)*.

World Bank. (1994). Averting the old age crisis: policies to protect the old and promote growth. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/973571468174557899>





World Bank. (2025). Islamic Republic of Iran Poverty and Equity Brief (English). Poverty and Equity Brief Washington, D.C. : World Bank Group.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/099640404212584734>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.

Aunsmo, R. H., Strand, B. H., Anstey, K. J., Bergh, S., Kivimäki, M., Köhler, S., ... & Selbæk, G. (2024). Associations between depression and anxiety in midlife and dementia more than 30 years later: The HUNT Study. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 16(4), e70036.



سالمندی در پرتو چرخه زندگی

چرچوبی برای سیاستگذاری مبتنی بر نابرابری‌های انباشتی در ایران

این گزارش با بهره‌گیری از رویکرد چرخه زندگی و نظریه نابرابری انباشتی، سالمندی را نه صرفاً مرحله‌ای از زندگی، بلکه پیامد انباشت فرصت‌ها و محرومیت‌هایی می‌داند که از دوران کودکی آغاز شده و در طول زندگی تداوم یافته‌اند. برخلاف رویکردهای متعارف که سالمندی را مسئله‌ای محدود به سال‌های پایانی عمر تلقی می‌کنند، این گزارش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان به شدت تحت‌تأثیر شرایط اولیه زندگی، دسترسی به آموزش، وضعیت اشتغال، امنیت درآمدی، سلامت، مسکن و میزان برخورداری از حمایت‌های اجتماعی در دوره‌های مختلف زندگی قرار دارد. بر این مبنای، بحران سالمندی در ایران، بیش از آنکه یک مسئله جمعیت‌شناختی باشد، موضوعی مربوط به رفاه اجتماعی است؛ امری که طی سال‌های اخیر با اجرای سیاست‌های اقتصادی مبتنی بر تعدیل ساختاری، خصوصی‌سازی، موقت‌سازی و آزادسازی، بیش از پیش به محاق رفته است.

