



سازمان بحسبیتى کشور
دیرخانه شورای ملی سالمندان

بررسی وضعیت زنان سالمند تنها

و آسیب پذیری، نیازها و چالش های آن مادر ایران

دکتر میرطاهر موسوی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

۱۴۰۰ آذر ۱۵



شناسنامه پژوهش

مدیر پروژه: دکتر میرطاهر موسوی

رشته و مقطع تحصیلی: دکترای جامعه شناسی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

تیم پژوهش

نام و نام خانوادگی	رشته و مقطع تحصیلی	نوع همکاری
دکتر معصومه معارف وند	دکترای مددکاری اجتماعی	همکار اصلی
دکتر نسیمه زنجری	دکترای سلامت و رفاه اجتماعی	مشاور علمی
دکتر رسول صادقی	دکترای جمعیت شناسی	مشاور علمی
دکتر سمانه حسین زاده	دکترای آمار زیستی	مشاور علمی
مریم رهنما	دانشجوی دکترای مددکاری اجتماعی	کارشناس همکار
لاله معارف وند	کارشناسی ارشد علوم انسانی	کارشناس همکار
فاطمه پاکدامن	دانشجوی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی	کارشناس همکار

چکیده:

مقدمه: بر اساس آخرین سرشماری ها تعداد زنان سالمند تنها در ایران رو به افزایش است. تنهازیستی زنان سالمند می تواند موجب شود آنها با آسیب پذیری و مشکلات متعددی روبرو شوند. تاکنون پژوهش جامعی در مورد وضعیت زنان سالمند تنها و میزان آسیب پذیری آنها در ایران انجام نشده است. این در حالی است که برای تصمیم گیری، طراحی و برنامه ریزی و تدوین خط مشی ها و سیاست های مبتنی بر شواهد در مورد این گروه در کشور باید مطالعات دقیقی صورت گیرد. در این مطالعه وضعیت زنان سالمند تنها و آسیب پذیری، نیازها و چالش های آنها در ایران مورد بررسی قرار گرفت.

روش: این مطالعه از نوع ترکیبی بود. به این معنا که علاوه بر مرور منابع، داده ها به روش تحلیل محتوا و تحلیل ثانویه جمع آوری شدند. برای مرور منابع پایگاه های داده فارسی SID، Magiran و سامانه گنج با استفاده از کلیدواژه زن سالمند در ترکیب با کلیدواژه های تنها، مجرد، بیوه و مطلقه و همچنین در پایگاه های داده انگلیسی Google Scholar، PubMed، WOS و Scopus با استفاده از کلیدواژه های Living Female، Women، Aging، Senior، Elderly، Older، Living arrangement، Never married، Divorced، Widow و Single در بازه زمانی ۲۰۲۰-۲۰۰۰ جستجو و مقاله های بدست آمده که مرتبط با زنان سالمند تنها بودند مرور شدند. در فاز دوم از روش تحلیل محتوای هدایت شده استفاده شد و با اساتید و صاحب نظران در حوزه این پژوهش، سیاستگذاران، مدیران و کارشناسان فعال در حوزه سالمندان و همچنین زنان سالمند تنها مصاحبه شد. نمونه گیری به روش هدفمند و گلوله برفی در محدوده استان های تهران و البرز انجام گرفت و تا زمان دستیابی به اشباع ادامه یافت. داده ها در این زیر مطالعه با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختار یافته غیرحضوری و حضوری جمع آوری شد. برای تحلیل داده ها متن مصاحبه ها پس از پیاده سازی در سه مرحله کدگذاری شد و مقوله ها و زیر مقوله ها بدست آمد.

در فاز سوم از روش تحلیل ثانویه استفاده شد. برای این منظور نتایج کلی و داده های سطح فردی- نمونه دو درصدی- سرشماری های جمعیتی کشور برای سال های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۵ و نمونه دو درصدی بانک اطلاعات رفاه ایرانیان استفاده شد. برای تحلیل داده ها از نرم افزارهای SPSS و ProFamy استفاده شد. توصیف وضعیت زنان سالمند تنها در ایران و پیش بینی شیوع تنهازیستی زنان سالمند تا سال ۱۴۳۰ در این مرحله انجام گرفت.

یافته ها: ۱۴ مقاله مرتبط با زنان سالمند تنها در ایران انجام شده بود. مهمترین متغیرهایی که در این مطالعات مورد بررسی قرار گرفته بودند، عبارت بودند از کیفیت زندگی، احساس تنهایی و تفاوت های جنسیتی.

تحلیل داده های کیفی بیانگر این بود که زندگی زنان سالمند تنها در ایران به طور جدی در ارتباط با فرزندان و یا بستگان آنها پیوند خورده است. اگرچه تنها زندگی کردن برای زنان سالمند در ایران بسیار چالش برانگیز است و حتی ممکن است با ترس و احساس ناامنی در میان آنها همراه باشد، زنان سالمند تنها به طور جدی خواهان حفظ استقلال خود هستند. با تغییر سبک زندگی و افزایش تعداد زنان سالمند مجرد قطعی و مطلقه نیمرخ زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده تغییر خواهد کرد. این گروه آمادگی بیشتری برای تنها زندگی کردن خواهند داشت و به همین دلیل بیشتر از خود مراقبت خواهند کرد. نسبت زنان سالمند تنها به مردان سالمند تنها کاهش خواهد یافت (ولی تنهازیستی سالمندان مردانه نخواهد شد). جامعه ایران در آینده نسبت به تنهازیستی زنان سالمند پذیرش بیشتری خواهد داشت. انتظار می رود زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده با تحصیلات بالاتر و برخوردار از مهارت های بیشتر برای استفاده از تکنولوژی باشند. حمایت های غیررسمی از زنان سالمند تنها کاهش خواهد یافت و بخش مهمی از شبکه اجتماعی زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده در فضای مجازی شکل خواهد گرفت. شرکت کنندگان نگرانی هایی را در خصوص فقر و عدم بر خورداری از مسکن شخصی در میان زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده عنوان کردند.

تحلیل ثانویه نشان داد اکثر زنان سالمند در استان تهران (۱۸,۵٪) و سپس در خراسان رضوی (۸,۹٪) و در رتبه سوم استان اصفهان (۷,۷٪) ساکن هستند. از همه کمتر نیز مربوط به استان های ایلام و کهگیلویه و بویراحمد (۰,۴٪) است. اکثر سالمندان در شهرها زندگی می کردند (۷۱,۳٪)، اغلب آنها بدون همسر (به علت فوت همسر) بودند (۹۰,۱٪) و ۲,۴٪ آنان هرگز ازدواج نکرده بودند. ۴,۴٪ آنها دارای همسر بودند ولی تنها زندگی می کردند. اکثر آئینج فرزند (۱۳,۵۷٪) یا شش فرزند (۱۳,۴٪) به دنیا آورده بودند. اکثر زنان سالمند تنها بی سواد بودند (۷۳,۶٪) و در بین زنان سالمند تنها که سواد داشتند اغلب دارای سواد در مقطع ابتدایی یا سوادآموزی بودند (۵۸,۳٪). تعداد زنان سالمند تنها با مدرک دیپلم (۱۶,۲٪) و بعد از آن به سختی به ۱۰٪ می رسد. اکثر زنان سالمند تنها خانه دار هستند (۶۱,۵٪) و ۲۲,۱٪ آنها درآمد بدون شغل داشتند. میانگین سن زنان سالمند تنها برابر ۷۳,۸ سال می باشد (میانگین سنی زنان سالمند تنهای ساکن روستا بیشتر است). ۰,۲ درصد زنان سالمند تنها مبتلا به بیماری های خاص و ۲ درصد نیز دچار انواع معلولیت هستند. ۲,۹٪ زنان سالمند تنها بیمه پرداز صندوق های بازنشستگی با میانگین ۷۲,۵ سال هستند. همچنین ۲۶,۳٪ نیز بازنشسته صندوق های بازنشستگی هستند و میانگین سن آنها ۷۰,۲ سال بود. در بین زنان ۰,۳٪ دارای شغل مشمول مالیات بودند که میانگین سن آنها ۶۳,۸ سال بود. اکثر زنان سالمند تنها (۵۸,۷٪) بیمه سلامت دارند. در بین دارندگان بیمه سلامت، اکثر بیمه روستاییان (۴۴٪) و کارکنان دولت (۲۸٪) و بیمه سلامت همگانی (۱۳٪) هستند. ۷۱,۳ درصد زنان سالمند تنها درآمدی ندارند و تنها ۲۹٪ بقیه درآمد داشتند. از این

بین نیز ۳,۵ درصد درآمد کمتر از ده میلیون ریال (یک میلیون تومان) دارند و ۱۳,۵ درصد نیز بین ده تا سی میلیون ریال درآمد دارند. زنان سالمند تنها در تمام استان ها اکثرآدرآمدی نداشتند (۵۵,۴٪ تا ۸۵,۹٪) و درصد زنان سالمند تنها که بدون درآمد هستند در روستاها بیشتر است (۸۴٪). میانگین گردش مالی زنان سالمند تنها در چهارسال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۸ افزایش یافته است ولی در سال های ۹۶ تا ۹۷ افزایش بیشتری یافته است. همچنین مانده انتهای سال عموماً از ابتدای سال بیشتر است. بیش از ۹۰ درصد زنان سالمند تنها در سه دهک پایین درآمدی قرار دارند.

شیوع تنه‌ازیبستی زنان سالمند در یک دهه اخیر از ۱۸ به ۲۴ درصد و برای مردان سالمند از ۴ به ۵,۵ درصد افزایش یافته است و الگوی تنه‌ازیبستی در میان زنان سالمند بیش از چهار برابر مردان سالمند است. در سال ۱۳۹۵، در مقایسه با ۲۴ درصد تنه‌ازیبستی در میان زنان سالمند، برای مردان ۵,۵ درصد بوده است. در یک دهه اخیر تعداد زنان سالمند تنه‌ازیبست دو برابر شده و تعداد جمعیت زنان سالمند تنه‌ازیبست بطور متوسط سالانه ۷ درصد رشد داشته است. تعداد زنان سالمند تنه‌ازیبست بدون فرزند در سال ۱۳۹۵ نسبت به سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است. نسبت خانوارهای تک نفره در طول دوره ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰ دو برابر می‌شود و از ۸,۷ درصد در سال ۱۳۹۵ به ۱۶,۴ درصد در سال ۱۴۳۰ افزایش می‌یابد. از اینرو، خانوارهای تک نفره افزایش قابل توجهی در سه دهه آینده خواهد داشت و بخش عمده این افزایش به دلیل روند فزاینده تنها ماندن افراد سالمند می‌باشد. همچنین نتایج پیش‌بینی نشان داد که در طول دوره زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰ نسبت خانوارهای با سالمند سرپرست از کل خانوارها روندی افزایشی داشته و بیش از سه برابر خواهد شد و از ۱۰ درصد در سال ۱۳۹۵ به ۳۲ درصد در سال ۱۴۳۰ خواهد رسید. بر این اساس، در سال ۱۳۹۵ تنها ۱۰ درصد خانوارهای کشور سالمندسرپرست بوده‌اند اما باتوجه به روند افزایشی سالمندی جمعیت در کشور، نسبت خانوارهای سالمندسرپرست در سال ۱۴۳۰ به ۳۲ درصد، یعنی یک سوم کل خانوارهای کشور افزایش خواهد رسید.

بحث و نتیجه گیری: نیازهای زنان سالمند تنها در سیاست ها، قوانین و برنامه های کنونی در حوزه سالمندی مورد توجه قرار نگرفته است. تعداد زیادی از آنان در فقر زندگی می کنند و بدون حمایت های غیررسمی فرزندان و اطرافیان نمی توانند معیشت خود را تأمین کنند. تعداد زنان سالمند تنها در آینده افزایش خواهد یافت و نیمرخ آنها با زنان سالمند تنه‌ازیبست متفاوت خواهد بود. ضرورت دارد برای ارتقای قوانین حمایتی، ارتقای سلامت زنان ایرانی در دوره جوانی و میانسالی، ارتقای سلامت زنان جوان و میانسالی که در دوره سالمندی تنها زندگی خواهند کرد، کمک به کاهش تنه‌ازیبستی زنان سالمند، آماده سازی زنان میانسال مجرد قطعی، مطلقه و بیرویه برای تنها زیستی در دوره سالمندی، آماده سازی زنان سالمندی که به تازگی تنه‌ازیبستی را آغاز کرده اند، ارائه خدمات درمانی، حمایتی و توانبخشی ویژه زنان سالمند تنها و رفع مشکلات کنونی آنها و تلاش بر حفظ بهزیستی، رفاه

و استقلال زنان سالمند تنها سیاست های اختصاصی در نظر گرفته شود و بر اساس آنها برنامه ها مشخصی به اجرا درآیند.

کلید واژگان: زنان، سالمند تنها، ایران

فهرست مطالب

۱۴	فصل اول: کلیات.....
۱۵	مقدمه و بیان مسئله.....
۱۸	اهمیت و ضرورت پژوهش.....
۲۰	تعریف مفاهیم.....
۲۱	اهداف.....
۲۲	سوالات پژوهش.....
۲۳	فصل دوم: مرور منابع.....
۲۴	مقدمه.....
۲۷	پایه های نظری پژوهش.....
۲۹	مرور پژوهش های ایرانی.....
۶۰	مروری کوتاه بر یافته های پژوهش در مورد زنان سالمند تنها در سایر کشورها.....
۶۰	ویژگی های جمعیت شناختی.....
۶۵	وضعیت سلامت.....
۶۷	دسترسی به خدمات درمانی.....
۶۸	دسترسی به مراقبت در منزل.....
۶۸	مراقبت پس از ترخیص از بیمارستان (بخصوص پس از جراحی و انواع تروماهای قلبی و مغزی).....
۶۹	سلامت روانی.....
۷۱	دانش و اطلاعات.....
۷۱	وضعیت اجتماعی.....
۷۲	ارتباط و دریافت حمایت از خانواده و دوستان.....
۷۲	ارتباط با همسایه ها و اجتماع محلی.....
۷۲	دریافت حمایت از همسایه ها و اجتماع محلی و نهادهای محلی.....
۷۳	شبکه اجتماعی / ارتباطات اجتماعی.....
۷۴	فعالیت های گروهی و داوطلبانه.....
۷۴	خطر بزه دیدگی.....

۷۴	حمایت های اجتماعی توسط سازمان ها
۷۵	اقتصادی
۷۵	درآمد، هزینه و دارایی ها
۷۶	رضایت از زندگی
۷۶	کیفیت زندگی
۷۷	Independent Living
۷۷	Survival Strategies
۷۸	جمع بندی
۸۱	فصل سوم: روش پژوهش
۸۲	مقدمه
۸۲	فاز اول: مرور منابع
۸۲	فاز دوم: تحلیل محتوا
۹۰	فاز سوم: تحلیل ثانویه
۹۲	فصل چهارم: یافته ها
۹۳	مقدمه
۹۳	یافته های فاز دوم (تحلیل محتوا)
۹۳	دلایل تنها زیستی زنان سالمند
۹۶	برنامه روزانه زنان سالمند تنها
۱۰۱	منبع درآمد زنان سالمند تنها
۱۰۵	مسکن زنان سالمند تنها
۱۰۷	تغذیه زنان سالمند تنها
۱۰۸	احساس امنیت در میان زنان سالمند تنها
۱۱۱	ترس ها و نگرانی های زنان سالمند تنها
۱۱۷	ازدواج زنان سالمند تنها
۱۲۰	چالش های اجتماعی ناشی از تنهازیستی زنان سالمند
۱۲۱	مشارکت اجتماعی و ادغام اجتماعی زنان سالمند تنها
۱۲۳	ارتباط زنان سالمند تنها با خانواده
۱۲۴	ارتباط زنان سالمند تنها با بستگان

۱۲۴	ارتباط زنان سالمند تنها با همسایگان
۱۲۸	ارتباط زنان سالمند تنها با دوستان
۱۲۹	عضویت و فعالیت زنان سالمند تنها در انجمن ها و خیریه ها
۱۳۲	چالش های اقتصادی زنان سالمند تنها
۱۳۴	چالش های فرهنگی زنان سالمند تنها
۱۴۰	وضعیت سلامت جسمی زنان سالمند تنها
۱۴۰	وضعیت سلامت روانی زنان سالمند تنها
۱۴۴	خودمراقبتی در میان زنان سالمند تنها
۱۴۴	دریافت مراقبت از دیگران
۱۴۸	دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی
۱۵۲	واکنش زنان سالمند به تنهازیستی
۱۵۸	نیازهای اجتماعی زنان سالمند تنها
۱۶۲	نیازهای جنسی زنان سالمند تنها
۱۶۴	راهکارهای زنان سالمند تنها برای زندگی مستقل
۱۷۱	سیاست ها، قوانین و برنامه های حمایت از زنان سالمند تنها
۱۷۱	سیاست های مرتبط با زنان سالمند تنها
۱۷۳	قوانین مرتبط با زنان سالمند تنها
۱۷۵	برنامه های مرتبط با زنان سالمند تنها
۱۸۴	نیمرخ زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده
۱۸۹	یافته های فاز سوم (تحلیل ثانویه)
۱۸۹	توزیع فضایی تنهازیستی زنان سالمند در ایران
۱۹۶	محل سکونت و شیوع تنهازیستی زنان سالمند
۲۰۳	جنسیت و شیوع تنهازیستی سالمندان
۲۰۴	تحولات تعداد و رشد زنان سالمند تنها
۲۰۵	سن و شیوع تنهازیستی زنان سالمند
۲۰۷	سطح تحصیلات و شیوع تنهازیستی زنان سالمند
۲۱۰	وضعیت اشتغال و شیوع تنهازیستی زنان سالمند
۲۱۳	داشتن/نداشتن فرزند و شیوع تنهازیستی زنان سالمند

۲۲۷	پیشبینی تغییرات ترکیب خانوار در ایران با تاکید بر تنهازیستی زنان سالمند.....
۲۳۳	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری.....
۲۳۴	مقدمه.....
۲۳۴	سوال اول: وضعیت زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟.....
۲۳۶	سوال دوم: وضعیت مراقبت در میان زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟.....
۲۳۸	سوال سوم: وضعیت درآمد در میان زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟.....
۲۳۹	سوال چهارم: وضعیت مشارکت و ادغام اجتماعی در میان زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟.....
۲۴۱	سوال پنجم: نیازهای زنان سالمند تنها در ایران چه هستند و کدامیک از آنها در اولویت قرار دارد؟.....
۲۴۴	سوال ششم: چالش های زنان سالمند تنها در ایران چه هستند و کدامیک از آنها در اولویت قرار دارد؟.....
۲۴۸	سوال هفتم: تجارب داخلی و بین المللی در زمینه حمایت از زنان سالمند تنها چه هستند؟.....
۲۵۴	سوال هشتم: راهکارهای حمایتی برای بهبود وضعیت زنان سالمند تنها در ایران چه هستند؟.....
۲۵۶	سیاست های پیشگیری Universal.....
۲۵۷	ارتقای قوانین حمایتی تأمین ضمانت اجرایی قوانین موجود.....
۲۵۸	ارتقای سلامت در دوره جوانی و میانسالی همه زنان ایرانی.....
۲۵۸	سیاست های پیشگیری Selective.....
۲۵۸	ارتقای سلامت زنانی که در آینده تنها زندگی خواهند کرد در دوره جوانی و میانسالی.....
۲۵۸	کمک به کاهش تنهازیستی زنان سالمند.....
۲۵۹	آماده سازی زنان میانسال مجرد قطعی، مطلقه و بیوه برای تنها زیستی در سالمندی.....
۲۶۰	سیاست های پیشگیری Indicated.....
۲۶۰	آماده سازی زنان سالمندی که به تازگی تنها زیستی را آغاز کردند.....
۲۶۰	سیاست های حمایتی، درمانی و توانبخشی.....
۲۶۰	ارائه خدمات درمانی و حمایتی از زنان سالمند تنها و رفع مشکلات کنونی آنها.....
۲۶۱	سیاست های Maintenance.....
۲۶۱	تلاش برای حفظ بهزیستی و رفاه و استقلال زنان سالمند تنها.....
۲۶۲	محدودیت های پژوهش حاضر.....
۲۶۳	پیشنهادات پژوهش حاضر.....
۲۶۴	منابع.....

فهرست جداول:

جدول ۱: توزیع جمعیت زنان سالمند در گروه‌های سنی ۵ ساله در سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹)..... ۴۶

- جدول ۲: جمعیت زنان سالمند بر اساس نوع خانوار بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹) ۴۷
- جدول ۳: جمعیت زنان سالمند بر حسب وضع سکونت و وضع سواد بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹) ۴۷
- جدول ۴: جمعیت زنان سالمند باسواد بر حسب وضع تحصیلات بر اساس سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹) ۴۸
- جدول ۵: جمعیت زنان سالمند بر اساس وضع فعالیت بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹) ۴۸
- جدول ۶: جمعیت زنان سالمند بر اساس وضع زناشویی بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹) ۴۹
- جدول ۷: جمعیت زنان سالمند بر اساس تعداد اعضای خانوار بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹) ۴۹
- جدول ۸: جمعیت زنان سالمند سرپرست خانوار بر اساس تعداد اعضای خانوار بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹) ... ۵۰
- جدول شماره ۹: خلاصه پژوهش های انجام شده در ایران ۵۴
- جدول شماره ۱۰: مشخصات زنان سالمند تنهای شرکت کننده در مصاحبه ها ۸۵
- جدول شماره ۱۱: مشخصات صاحب نظران شرکت کننده در مصاحبه ها ۸۶
- جدول ۱۲: تعداد کل جمعیت زنان سالمند و زنان سالمند تنها به تفکیک استان و مناطق شهری و روستایی ایران، ۱۳۹۵ ۱۸۹
- جدول ۱۳: توزیع فراوانی زنان سالمند تنها در استان های کشور - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۱۹۰
- جدول ۱۴: توزیع فراوانی محل سکونت (شهر یا روستا) زنان سالمند تنها به تفکیک استان - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۱۹۱
- جدول ۱۵: توزیع فراوانی زنان تنها و زنان سالمند تنها به تفکیک استان - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۱۹۳
- جدول ۱۶: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب محل سکونت - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۱۹۷
- جدول ۱۷: تعداد کل جمعیت زنان سالمند و زنان سالمند تنها بر حسب مناطق شهری و روستایی ایران، ۹۵-۱۳۸۵ ۲۰۴
- جدول ۱۸: توزیع سنی زنان سالمند تنها در استان های کشور - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۲۰۵
- جدول ۱۹: توزیع سطح تحصیلات زنان سالمند تنها در استان های کشور، ۱۳۹۵ ۲۰۸
- جدول ۲۰: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب وضعیت سواد - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۲۰۹
- جدول ۲۱: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب وضعیت مدرک تحصیلی - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۲۱۰
- جدول ۲۲: توزیع نوع فعالیت زنان سالمند تنها، ۱۳۹۵ ۲۱۰
- جدول ۲۳: توزیع وضعیت اشتغال زنان سالمند تنها، ۱۳۹۵ ۲۱۱
- جدول ۲۴: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب نوع فعالیت - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۲۱۲
- جدول ۲۵: توزیع فراوانی وضعیت تاهل و تعداد فرزندان زنده به دنیا آورده زنان سالمند تنها - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۲۱۴
- جدول ۲۶: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب وضعیت تاهل - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵ ۲۱۴
- وضعیت اقتصادی - رفاهی زنان سالمند تنها بر اساس پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان ۱۳۹۹ ۲۱۵

- جدول ۲۷: توزیع فراوانی و میانگین سن زنان سالمند تنها به تفکیک وضعیت سلامت (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ۲۱۵
- جدول ۲۸: توزیع فراوانی و میانگین سن زنان سالمند تنها به تفکیک بازنشستگی و شغل (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ۲۱۵
- جدول ۲۹: توزیع فراوانی زنان سالمند تنها به تفکیک وضعیت و نوع بیمه سلامت (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ۲۱۶
- جدول ۳۰: توزیع فراوانی استفاده از بیمه سلامت به تفکیک استان های کشور- (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ۲۱۷
- جدول ۳۱: توزیع فراوانی حقوق ماهیانه (ریال) زنان سالمند (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی سال ۱۳۹۹) ۲۱۹
- جدول ۳۲: دهک های درآمدی زنان سالمند تنها بر اساس حقوق ماهیانه (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی سال ۱۳۹۹) ۲۲۰
- جدول ۳۳: توزیع دهک های درآمدی زنان سالمند تنها در استان های مختلف کشور- (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ۲۲۱
- جدول ۳۴: توزیع فراوانی حقوق ماهیانه (ریال) زنان سالمند تنها به تفکیک استان محل سکونت (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ۲۲۳
- جدول ۳۵: توزیع فراوانی حقوق ماهیانه (ریال) زنان سالمند تنها به تفکیک شهری و روستایی بودن (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ۲۲۵
- جدول ۳۶: میانگین گردش مالی سالیانه زنان سالمند تنها در چهارسال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۸ (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ۲۲۵

فهرست نمودارها:

- نمودار ۱: توزیع شهری-روستایی زنان سالمند تنها در ایران (٪)، ۱۳۹۵ ۱۹۴
- نمودار ۲: شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند در ایران به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ۱۳۹۵ ۱۹۶
- نمودار ۳: چهل شهرستان دارای بیشترین و کمترین شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند، ۱۳۹۵ ۱۹۹
- نمودار ۴: سهم زنان سالمند تنها از کل زنان تنها (٪)، ۱۳۹۵ ۲۰۱
- نمودار ۵: توزیع استانی زنان سالمند تنها در ایران (٪)، ۱۳۹۵ ۲۰۲
- نمودار ۶: شیوع تنه‌زیستی در میان مردان و زنان سالمند، ۹۵-۱۳۸۵ ۲۰۳
- نمودار ۷: شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند به تفکیک سن (٪)، ۹۵-۱۳۸۵ ۲۰۶
- نمودار ۸: شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند به تفکیک گروه های مختلف سنی (٪)، ۹۵-۱۳۸۵ ۲۰۷
- نمودار ۹: شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند به تفکیک سطح تحصیلات (٪)، ۹۵-۱۳۸۵ ۲۰۹
- نمودار ۱۰: شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند به تفکیک وضعیت اشتغال (٪)، ۹۵-۱۳۸۵ ۲۱۲

- نمودار ۱۱: شیوع تنه‌ازیبستی زنان سالمند به تفکیک داشتن/نداشتن فرزند (%/،) ۹۵-۱۳۸۵، براساس داده های وزن داده شده فردی فایل دو درصد سرشماری های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۵ ۲۱۳
- نمودار ۱۲: نمودار توزیع فراوانی استفاده از بیمه سلامت در استان های کشور- (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) ۲۱۹
- نمودار ۱۳: نمودار میله ای توزیع حقوق ماهیانه زنان سالمند تنها ۲۲۰
- نمودار ۱۴: گردش های بستانکار و بدهکار تمامی حساب های مالی زنان سالمند تنها طی سالهای ۹۵ تا ۹۸ ۲۲۶
- نمودار ۱۵: مانده ابتدای سال و انتهای سال زنان سالمند تنها طی سالهای ۹۵ تا ۹۸ ۲۲۶
- نمودار ۱۶: برآورد نسبت خانوارهای تک نفره از کل خانوارها، ایران ۱۴۳۰-۱۳۹۵ ۲۲۸
- نمودار ۱۷: برآورد نسبت خانوارهای با سالمند سرپرست از کل خانوارها، ایران ۱۴۳۰-۱۳۹۵ ۲۲۹
- نمودار ۱۸: برآورد تعداد سالمندان برحسب نوع ترتیبات زندگی، ایران ۱۴۳۰-۱۳۹۵ ۲۲۹
- نمودار ۱۹: برآورد تعداد زنان سالمند ساکن در خانواره تک نفره (تنها زیست)، ایران ۱۴۳۰-۱۳۹۵ (ارقام به میلیون نفر) ۲۳۰

فهرست شکل ها:

- شکل ۱: نقشه استانی شیوع تنه‌ازیبستی زنان سالمند در ایران، ۱۳۹۵ ۱۹۸
- شکل ۲: نقشه شهرستانی شیوع تنه‌ازیبستی زنان سالمند در ایران، ۱۳۹۵ ۲۰۰
- شکل ۳: چالش های زنان سالمند تنها در ایران ۲۳۲
- شکل ۴: هرم نیازهای مازلو ۲۴۷
- شکل ۵: اولویت بندی نیازها و چالش های زنان سالمند تنها ۲۴۸
- شکل ۶: دسته بندی سیاست های پیشنهادی در خصوص زنان سالمند تنها ۲۵۵

فصل اول: کلیات

مقدمه و بیان مسئله

سالخوردگی جمعیت در تمامی جهان در حال رخ دادن است، تقریباً انتظار می رود همه کشورهای جهان با افزایش قابل توجه جمعیت سالمند مواجه شوند. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمند در جهان از ۱۳ درصد به ۲۱ درصد و تا پایان قرن بیست و یکم به ۲۸ درصد افزایش یابد. سالخوردگی جمعیت همراه با تغییرات گسترده اجتماعی و اقتصادی است که در سرتاسر جهان رخ می دهد، افزایش درآمد و سطح تحصیلات، پیشرفت در جهت برابری جنسیتی، توانمندسازی زنان، بهبود سلامت عمومی، از جمله دسترسی به مراقبت های بهداشتی باروری و جنسی، فن آوری های پزشکی و همچنین جهانی شدن، شهرنشینی و مهاجرت، از جمله مسائل نوظهور جمعیتی است که بر پدیده سالمند شدن جمعیت تأثیر می گذارند (۱).

ترتیبیات زندگی^۱، یک موضوع مهم در گفتمان سالمندی جمعیت است و روابط فامیلی و غیرفامیلی را با کسانی که با سالمندان اقامت مشترک دارند، نشان می دهد (۲). بی تردید زندگی با دیگران مراقبت و حمایت اجتماعی فوری و نزدیک را برای سالمندان آسیب پذیر فراهم می سازد (۳). یک نوع از ترتیبیات زندگی، تنهازیستی است. تنهازیستی به این معنا است که سالمند به تنهایی زندگی می کند. در مورد ترتیبیات زندگی مطالعات بسیاری صورت گرفته است (۴-۸) اما در ایران، مطالعات اندکی به این موضوع پرداخته اند که یا به صورت نمونه گیری انجام شده است و یا به صورت کلی این مسئله را مورد بررسی قرار داده اند (۹، ۱۰).

به گزارش سازمان ملل متحد در میان ۱۴۳ کشور یا منطقه مورد مطالعه، درصد متوسط افراد ۶۰ سال و بالاتر که تنها زندگی می کردند، ۱۲ درصد بود. برآوردها از کمترین میزان با ۱ درصد در افغانستان و پاکستان تا بیشترین درصد با ۳۴ درصد در لیتوانی بود. برای نیمی از کشورها، نسبت تنها زیستی، بین ۷ تا ۲۱ درصد بود (۱۱). شیوع پدیده تنها زندگی کردن زنان سالمند در کشورهای مختلف متفاوت است. به عنوان مثال بیش از یک سوم زنان در کشور کره جنوبی (۱۲) و بین ۲۵ تا ۴۵ درصد زنان سالمند در اروپا (۱۳) تنها زندگی می کنند. در حالی که در کشور اندونزی ۱۶/۴ درصد زنان سالمند به تنهایی زندگی می کنند (۱۴).

در سطح کل کشور، در سال ۱۳۶۵، سالمندانی که تنها زندگی می کردند، در حدود ۹/۱ درصد بوده است. در سال ۱۳۷۵، کمی کاهش داشت و به ۹ درصد رسیده، در سال ۱۳۸۵ به ۱۰/۹ درصد، در سال ۱۳۹۰ به ۱۴/۵ درصد و در سال ۱۳۹۵ به ۱۴/۹ درصد رسیده است. بیشترین افزایش

^۱. Living Arrangement

بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بوده که در حدود ۳۳ درصد افزایش یافته است. شیوه تنها زندگی کردن به طور قابل توجهی در نواحی شهری و روستایی رو به افزایش است و اما بیشترین تفاوت روستا، شهری در سال ۱۳۹۵ مشاهده می‌شود. به طوری که ۱۴/۵ درصد از سالمندان شهری، و ۱۶/۰ درصد از سالمندان روستایی تنها زندگی می‌کنند. تفاوت قابل توجه بین زنان و مردان در تنها زندگی کردن در تمامی سال‌های سرشماری مشاهده می‌شود و اما بیشترین تفاوت در سال ۱۳۹۰ با ۵ درصد مردان در مقابل ۲۳/۶ درصد زنان و در سال ۱۳۹۵ با ۵/۵ درصد مردان در مقابل ۲۴/۱ درصد زنان ملاحظه می‌شود. همین الگو برای تفاوت بین دو جنس برای مناطق شهری و روستایی نیز مشاهده می‌شود (۱۵).

با افزایش سن، نسبت سالمندان تنها بیشتر می‌شود، تا جایی که ۳۰ درصد سالمندان ۸۰ سال و بیشتر تنها زندگی می‌کنند. ملاحظه می‌شود، ۵۵/۲۴ درصد سالمندانی که هرگز ازدواج نکرده اند، تنها زندگی می‌کنند و بعد از آن طلاق گرفته‌ها با ۵۲/۱۲ درصد و بیوه‌ها با ۵۰/۲۲ درصد و ازدواج کرده‌ها با ۱/۳۸ درصد در رتبه‌های بعدی قرار دارند. در کل کشور، از سالمندان بیسواد ۱۵/۵۵ درصد، از سالمندان با تحصیلات ابتدایی ۱۰/۶۳ درصد، از سالمندان با تحصیلات راهنمایی و متوسطه ۸/۳۹ درصد، از سالمندان با تحصیلات دیپلم ۸/۵۱ درصد و از سالمندان با تحصیلات دانشگاهی ۷/۸۹ درصد، تنها زندگی می‌کنند. همچنین میزان سالمندان تنها زیست شاغل نیز ۸/۸۷ درصد بوده است (۱۵).

مطالعات جدید در ایران حاکی از زنا نه شدن سالمندی و افزایش آمار سالمندان تنهاست. سالخوردگی جمعیت ایران تا سال ۱۳۸۵ مردانه بود، ولی آمارهای جدید نشان می‌دهند که سالخوردگی در حال زنا نه شدن است. علاوه بر این، جمعیت سالمندان زن بدون همسر به مراتب بیشتر از مردان سالمند است (۱۱). نکته‌ی مهم آن است که بیشتر تحقیقات در ایران نشان می‌دهند که وضعیت زندگی و معیشت سالمندان زن از سالمندان مرد نامناسب‌تر است (۱۶-۱۹).

مقایسه زنان و مردان سالمندی که تنها زندگی می‌کنند نشان می‌دهد که پدیده تنها زندگی کردن بیشتر در میان زنان سالمند افزایش یافته است. در تمامی سال‌های سرشماری، نسبت زنانی که تنها زندگی می‌کنند نسبت به مردان پر شمارتر بوده است. بیشتر تحقیقات مرگ شوهر و مهاجرت فرزندان را عامل اصلی تنه‌ماندن زنان مسن ذکر کرده‌اند (۱۸، ۲۰-۲۲). این تفاوت می‌تواند تحت تأثیر تفاوت رفتار نکاحی و تفاوت مهم در نسبت ازدواج‌های مجدد پس از فوت یا طلاق همسر باشد (۲۳). علاوه بر این تمایل بیشتر فرزندان به داشتن فاصله مکانی و زندگی مستقل از والدین سالمند، حتی پس از مرگ پدرانشان یکی از عوامل مؤثر بر تنها ماندن زنان سالمند است (۲۴). همچنین بواسطه تفاوت-

های امید به زندگی بین زنان و مردان، شمار مردان سالمندی که تنها زندگی می‌کنند نسبت به زنان، کمتر است (۲۵).

تنهایی دوران سالمندی را می‌توان از ابعاد اجتناب‌ناپذیر زندگی فردی در جهان امروز دانست، زیرا افزایش طول عمر، افزایش امید به زندگی، تغییرات ساختاری-کارکردی خانواده و تحولات چرخه‌ی زندگی زمینه‌ساز بروز ناخواسته‌ی این پدیده شده است. به‌طورمسلّم، کیفیت تجربه‌ی تنهایی فقط یک امر فردی و روانشناختی نبوده و بسیار از شرایط اقتصادی، اجتماعی، نهادی و هنجاری جوامع متأثر است، به‌همینعلت، مطالعه‌ی تجربه‌ی زیسته از تنهایی در سالمندی، باتوجه به تحولات جمعیت-شناختی در جامعه‌ی امروز، از ضروریات پژوهشی و سیاستگذاری است (۲۶).

ترتیبات زندگی توسط تعامل سه عامل جمعیتی، اقتصادی و فرهنگی تعیین می‌گردد. اولاً عامل جمعیتی، بستر فرصت‌های اقامت مشترک را شکل می‌دهد. جوامع با باروری بالا، قاعدتاً خانواده‌های بزرگتری نسبت به جوامع با باروری پایین دارند. افزایش امید زندگی، احتمال هم‌سکنایی بین نسلی را افزایش می‌دهد، زیرا همپوشانی طول عمر بین دو نسل طولانی‌تر می‌شود. ثانیاً، عوامل اقتصادی و فرهنگی، عوامل مؤثر در تحقق این فرصت‌های جمعیتی برای هم‌سکنایی هستند (۲۷).

تنها زندگی کردن از نظر همه سالمندان پدیده‌ای منفی تلقی نمی‌شود. در یک مطالعه که در آمریکا در مورد OWLA انجام شد، ۳۸ درصد زنان نسبت به تنهایی خود نگاه مثبت و ۱۳ درصد نگاه منفی داشتند (۲۸). تنهایی فرصت‌های مناسبی برای خودشکوفایی و پیگیری تمنیات فردی به‌وجود می‌آورد، ولی برای زنان سالمند که به‌لحاظ جسمی ضعیف هستند، پیامدهای ناخوشایندی به‌همراه دارد. تأمین نیازهای روزانه به‌خصوص زمانیکه با محرومیت اقتصادی همراه باشد، نظافت شخصی و منزل، ترس و اضطراب، بیخوابی، ناتوانی حرکتی، انزوای اجتماعی و نداشتن فعالیت‌های اجتماعی از جمله مهمترین مشکلات زنان سالمند تنهاست. بسیاری از تحقیقات، تنهایی را عامل افسردگی و بیماری‌های روانی دیگر ذکر کرده‌اند (۵-۱).

تنه‌ایستی یک عامل خطر جدی برای کاهش سلامت در سالمندان است (۷-۹، ۳۲). در اکثر مطالعات نشان داده شده است که تنها زندگی کردن منجر به کاهش سلامت روان (۳۳-۳۶)، افسردگی (۳۷)، (۳۸)، بهزیستی (۳۰) و کیفیت زندگی (۳۹) و افزایش مرگ و میر (۴۰) و احساس تنهایی (۴۱) می‌گردد. در عین حال OWLA مستعد مشکلات بیشتر سلامتیماننداستعمالدخانیات و چاقی هستند و ممکن است مشکلات مالی بیشتری را تجربه کنند.

احساس تنهایی یکی از عوارض مهم تنها زیستی سالمندان بشمار می‌رود. احساس تنهایی به عنوان یک وضعیت دیرپای درماندگی عاطفی، زمانی روی می‌دهد که فرد احساس بیگانگی، سوء تفاهم یا

طردشدگی می‌کند و یا فاقد الگوی اجتماعی مناسب برای فعالیت‌های مطلوب، به ویژه فعالیت‌هایی است که احساس یکپارچگی اجتماعی و تعلق عاطفی را فراهم می‌سازد (۴۲، ۴۳). این تعریف کمک می‌کند تا اصطلاح احساس تنهایی به درماندگی ناشی از نوعی احساس همیشگی جدایی از دیگران و نه انزوای اجتماعی محدود شود. این تعریف همچنین یادآور می‌شود که افرادی که تماس خود را با دیگران محدود می‌کنند، یا افرادی که یک سبک زندگی منزوی را ترجیح می‌دهند، لزوماً احساس تنهایی نمی‌کنند (۴۴). تنها بودن با احساس تنهایی کردن یکسان نیست و حتی نمی‌توان با دیگران و در کنار دیگران بودن را به منزله جلوگیری از احساس تنهایی فرض نمود (۴۵). تنها زندگی کردن در اواخر زندگی عامل خطر احساس تنهایی در سالمندان است مگر اینکه منابعی برای جبران تنهایی وجود داشته‌باشد (۴۶). این پژوهش به وضعیت زنان سالمند تنها در ایران و میزان آسیب‌پذیری آنها خواهد پرداخت.

اهمیت و ضرورت پژوهش

جمعیت سالمندان زن تنها در ایران رو به افزایش است. زنان سالمند ممکن است در مورد نیازهای خود سکوت کنند (۴۷) و یا از مهارت‌های لازم برای بیان و پیگیری نیازهای خود برخوردار نباشند. در شرایطی که آنها به تنهایی زندگی می‌کنند، زنان سالمند تنها می‌توانند با آسیب‌پذیری و مشکلات متعددی روبرو شوند. همانطور که پیش از این اشاره شد پژوهش‌های جامع در مورد وضعیت زنان سالمند تنها و میزان آسیب‌پذیری آنها در ایران انجام نشده است. این در حالی است که برای تصمیم‌گیری، طراحی و برنامه‌ریزی و تدوین خط‌مشی‌ها و سیاست‌های مبتنی بر شواهد در مورد این گروه در کشور باید مطالعات دقیقی صورت گیرد. بیشتر مطالعات در مورد OWLA در کشورهای توسعه‌یافته انجام شده است. تفاوت‌های نظام رفاهی ایران با سایر کشورها و همچنین تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌تواند بر سازوکارهای حمایت از OWLA تأثیرگذار باشد. به همین دلیل لازم است وضعیت OWLA در ایران به طور اختصاصی مورد بررسی قرار گیرد. به عنوان مثال در کشورهای توسعه‌یافته، وقتی فرد به سالمندی می‌رسد، از سلامت کافی برخوردار است، همچنان در مشاغل منتخب خود حقوق بالایی کسب می‌کند، به طور مکرر مدت زمان خدمت خود را طولانی می‌کند و پس از بازنشستگی قادر به حفظ رفاه خانواده خود هستند. در حالی که اوضاع در کشورهای در حال توسعه بسیار متفاوت است. ضعف سازوکارهای بیمه‌ای و حمایتی در کشورهای در حال توسعه آسیب‌پذیری سالمندان را افزایش می‌دهد و خطر عدم سلامت، ناتوانی، بیماری مزمن و کاهش استقلال شخصی بیشتر نمود پیدا خواهد کرد. در کشورهای در حال توسعه تصمیم‌گیری در مورد ترتیبات زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. چرا که در نبود سازوکارهای حمایت رسمی، حضور

خانواده و سایر کسانی که سالمند با آنها زندگی می کند، می تواند در تأمین سلامت و بهزیستی او نقش تعیین کننده داشته باشد. به نظر می رسد در آغاز سالمندی، تصمیمات وابسته به اقامت به طور عمده بر اساس ترجیحات و انتظارات فرد سالمند تعیین می شود، در حالی که در اواخر زندگی اغلب تصمیمات توسط دیگران گرفته می شود و نقش جامعه در این تصمیمات، انتظارات و گزینه ها اغلب تعیین کننده است (۴۸). در کشورهای در حال توسعه سالمندان تنها انتخاب های زندگی غیر خانوادگی متنوعی ندارند و همین امر می تواند آسیب پذیری آنها را افزایش دهد. شناسایی دقیق نیازهای OWLA راهنمای مناسبی برای طراحی برنامه هایی برای افزایش انتخاب های جایگزین متناسب با شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی باشد.

داشتن یک زندگی سالمندی سالم و موفق یک هدف جهانی است (۴۹) و یکی از شاخص های سلامتی در دوره سالمندی ترتیب زندگی (زندگی به تنهایی، زندگی با دیگران) است (۵۰). اجتناب یا به تعویق انداختن بیماری در سالمندان (سالمندی سالم)، اجتناب یا به تعویق انداختن معلولیت در سالمندان (سالمندی با حفظ کارایی)، اجتناب یا به تعویق انداختن وابستگی در سالمندان (سالمندی با حفظ استقلال)، اجتناب از تنهایی و جدامانندی در سالمندان (سالمندی با حفظ جایگاه و مشارکت اجتماعی)، به تعویق انداختن بازنشستگی در سالمندان (سالمندی مولد)، اجتناب از ناامیدی، بی انگیزگی و ایستایی در سالمندان (سالمندی همراه با به فعل رساندن تمام استعدادها و توانایی های درونی) و اجتناب از تحقیر و تبعیض در سالمندان (سالمندی با حفظ منزلت، کرامت و عزت نفس) اهداف اصلی سالمندی موفق بشمار می روند (۵۱). تنها زیستی در میان سالمندان می تواند سالمندی موفق را تحت الشعاع قرار دهد.

امروزه، ترتیب زندگی، به ویژه در میان سالمندان، به سوی زندگی تنها متمایل شده است که با افزایش سن افزایش می یابد. در چند دهه گذشته، تعداد سالمندان تنها به شدت افزایش یافته است (۲۸، ۵۰) و ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست. سالمندان احساس انزوای افسردگی، عدم اعتماد به نفس دارند که تأثیرات منفی بر سلامت فیزیکی و روانی آنها دارد. آمارها نشان می دهد زندگی تنها تأثیرات منفی هولناکی بر سلامت اجتماعی سالمندان در آسیا دارد (۳۴). هر نوع تصمیم سازی و سیاستگذاری در مورد این گروه نیازمند شواهد علمی است. این مطالعه می تواند شواهد علمی در مورد وضعیت کنونی زنان سالمند تنها در ایران را به دست دهد.

یک نکته مهم که در زمینه ضرورت انجام این پژوهش حائز اهمیت می باشد آن است که زنان سالمند تنها با توجه به شرایط جامعه یکی از گروه های در معرض خطر محسوب می شوند و لازم است دولت برنامه مشخصی برای حمایت از آنها پیش بینی نماید. اگرچه خدمات پراکنده ای به سالمندان و در مواردی به سالمندان تنها در ایران ارائه می شود، تا کنون برنامه مشخصی برای حمایت از OWLA در

ایران پیش بینی و اجرا نشده است. تعیین و اولویت بندی نیازهای OWLA می تواند در برنامه ریزی برای حمایت از این گروه کاربرد داشته باشد.

در سند ملی سالمندان که در سال ۱۳۹۶ تصویب و منتشر شد، ۹ گروه از سالمندان به عنوان گروه های آسیب پذیر معرفی شده اند (سالمندان بسیار پیر، زنان سالمند، افرادی که تنها زندگی میکنند، زنان سالمند بیوه و مجرد، سالمندانی که درآمد ناکافی دارند، سالمندانی که در خانگی سالمندان زندگی میکنند، سالمندانی که از بیماری مزمن رنج میبرند، سالمندان حاشیه شهر و سالمندان روستایی) (۵۱). بر این اساس زنان سالمند تنها قابل طبقه بندی در حداقل سه گروه آسیب پذیر هستند. در صورتی که با مشکلات دیگر مانند مشکلات مربوط به سلامتی و مشکلات اقتصادی و مسکن و ... نیز مواجه باشند، میزان آسیب پذیری آنها به طور چشمگیری افزایش می یابد.

تعریف مفاهیم

سالمند

بر اساس سند ملی سالمندان (۱۳۹۶) کلیه افراد بالای ۶۰ سال سالمند در نظر گرفته می شوند (۵۱).

سالمند تنها

منظور از سالمند تنها فردی است که در سنین ۶۰ سال و بالاتر قرار گرفته است و به تنهایی در یک مکان زندگی می کند و افرادی که با او رابطه فامیلی یا غیرفامیلی دارند، به طور مستمر با وی زیر یک سقف زندگی نمی کنند.

ترتیبات زندگی

ترتیبات زندگی سالمند وضعیت اقامت وی را مورد توجه قرار می دهد. در ترتیبات زندگی بر واژه هم سکنا^۲ تأکید می شود (۵۱). به عبارت دیگر ترتیبات زندگی اصطلاحی است که روابط فامیلی و غیرفامیلی را با کسانی که با فرد در یک مکان زندگی می کنند، نشان می دهد (۲). در این مطالعه منظور از ترتیبات زندگی روابط افرادی است که با OWLA در یک مکان زندگی می کنند.

تنها زیستی

^۲. Co-resident

یک نوع از ترتیبات زندگی، تنه‌ازیستی است. تنه‌ازیستی به این معنا است که فرد به تنهایی زندگی می‌کند. در این مطالعه تنها زیستی یا تنها زندگی کردن به این معناست که زن سالمند به تنهایی در یک مکان زندگی می‌کند و افراد دیگر (اعم از کسانی که با او روابط فامیلی یا غیرفامیلی دارند) به طور مستمر با وی زیر یک سقف زندگی نمی‌کنند.

اهداف

هدف کلی

بررسی وضعیت زنان سالمند تنها و آسیب‌پذیری، نیازها و چالش‌های آنها در ایران

اهداف جزئی

شناسایی ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان سالمند تنها در ایران

برآورد و پیش‌بینی وضعیت دموگرافیک (جمعیت) زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده ایران

شناسایی وضعیت مراقبت در میان زنان سالمند تنها در ایران

شناسایی وضعیت درآمد در میان زنان سالمند تنها در ایران

شناسایی وضعیت مشارکت و ادغام اجتماعی در میان زنان سالمند تنها در ایران

شناسایی و اولویت‌بندی نیازهای زنان سالمند تنها در ایران

شناسایی و اولویت‌بندی چالش‌های زنان سالمند تنها در ایران

بررسی تجارب داخلی و بین‌المللی در زمینه حمایت از زنان سالمند تنها

اهداف کاربردی

ارائه راهکارهای حمایتی برای بهبود وضعیت زنان سالمند تنها در ایران

ارائه توصیه‌های سیاستی در زمینه بهبود وضعیت زنان سالمند تنها در ایران

سوالات پژوهش

وضعیت زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟

وضعیت مراقبت در میان زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟

وضعیت درآمد در میان زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟

وضعیت مشارکت و ادغام اجتماعی در میان زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟

نیازهای زنان سالمند تنها در ایران چه هستند و کدامیک از آنها در اولویت قرار دارد؟

چالش‌های زنان سالمند تنها در ایران چه هستند و کدامیک از آنها در اولویت قرار دارد؟

راهکارهای حمایتی برای بهبود وضعیت زنان سالمند تنها در ایران چه هستند؟

تجارب داخلی و بین‌المللی در زمینه حمایت از زنان سالمند تنها چه هستند؟

فصل دوم: مرور منابع

مقدمه

سالخوردگی جمعیت در تمامی جهان در حال رخ دادن است، تقریباً انتظار می رود همه کشورهای جهان با افزایش قابل توجه جمعیت سالمند مواجه شوند. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمند در جهان از ۱۳ درصد به ۲۱ درصد و تا پایان قرن بیست و یکم به ۲۸ درصد افزایش یابد. سالخوردگی جمعیت همراه با تغییرات گسترده اجتماعی و اقتصادی است که در سرتاسر جهان رخ می دهد، افزایش درآمد و سطح تحصیلات، پیشرفت در جهت برابری جنسیتی، توانمندسازی زنان، بهبود سلامت عمومی، از جمله دسترسی به مراقبت های بهداشتی باروری و جنسی، فناوری های پزشکی و همچنین جهانی شدن، شهرنشینی و مهاجرت، از جمله مسائل نوظهور جمعیتی است که بر پدیده سالمند شدن جمعیت تأثیر می گذارند (۱).

ترتیبیات زندگی^۲، یک موضوع مهم در گفتمان سالمندی جمعیت است و روابط فامیلی و غیر فامیلی را با کسانی که با سالمندان اقامت مشترک دارند، نشان می دهد (۲). بی تردید زندگی با دیگران مراقبت و حمایت اجتماعی فوری و نزدیک را برای سالمندان آسیب پذیر فراهم می سازد (۳). یک نوع از ترتیبیات زندگی، تنها زیستی است. تنها زیستی به این معنا است که سالمند به تنهایی زندگی می کند. در مورد ترتیبیات زندگی مطالعات بسیاری صورت گرفته است (۴-۸) اما در ایران، مطالعات اندکی به این موضوع پرداخته اند که یا به صورت نمونه گیری انجام شده است و یا به صورت کلی این مسئله را مورد بررسی قرار داده اند (۹، ۱۰).

به گزارش سازمان ملل متحد در میان ۱۴۳ کشور یا منطقه مورد مطالعه، درصد متوسط افراد ۶۰ سال و بالاتر که تنها زندگی می کردند، ۱۲ درصد بود. برآوردها از کمترین میزان با ۱ درصد در افغانستان و پاکستان تا بیشترین درصد با ۳۴ درصد در لیتوانی بود. برای نیمی از کشورها، نسبت تنها زیستی، بین ۷ تا ۲۱ درصد بود (۱۱). شیوع پدیده تنها زندگی کردن زنان سالمند در کشورهای مختلف متفاوت است. به عنوان مثال بیش از یک سوم زنان در کشور کره جنوبی (۱۲) و بین ۲۵ تا ۴۵ درصد زنان سالمند در اروپا (۱۳) تنها زندگی می کنند. در حالی که در کشور اندونزی ۱۶/۴ درصد زنان سالمند به تنهایی زندگی می کنند (۱۴).

در سطح کل کشور، در سال ۱۳۶۵، سالمندانی که تنها زندگی می کردند، در حدود ۹/۱ درصد بوده است. در سال ۱۳۷۵، کمی کاهش داشت و به ۹ درصد رسیده، در سال ۱۳۸۵ به ۱۰/۹ درصد، در سال ۱۳۹۰ به ۱۴/۵ درصد و در سال ۱۳۹۵ به ۱۴/۹ درصد رسیده است. بیشترین افزایش بین سال-های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بوده که در حدود ۳۳ درصد افزایش یافته است. شیوه تنها زندگی کردن به طور

۲. Living Arrangement

قابل توجهی در نواحی شهری و روستایی رو به افزایش است و اما بیشترین تفاوت روستا، شهری در سال ۱۳۹۵ مشاهده می شود. به طوری که ۱۴/۵ درصد از سالمندان شهری و ۱۶/۰ درصد از سالمندان روستایی تنها زندگی می کنند. تفاوت قابل توجه بین زنان و مردان در تنها زندگی کردن در تمامی سال های سرشماری مشاهده می شود و اما بیشترین تفاوت در سال ۱۳۹۰ با ۵ درصد مردان در مقابل ۲۳/۶ درصد زنان و در سال ۱۳۹۵ با ۵/۵ درصد مردان در مقابل ۲۴/۱ درصد زنان ملاحظه می شود. همین الگو برای تفاوت بین دو جنس برای مناطق شهری و روستایی نیز مشاهده می شود (۱۵).

با افزایش سن، نسبت سالمندان تنها بیشتر می شود، تا جایی که ۳۰ درصد سالمندان ۸۰ سال و بیشتر تنها زندگی می کنند. ملاحظه می شود، ۵۵/۲۴ درصد سالمندانی که هرگز ازدواج نکرده اند، تنها زندگی می کنند و بعد از آن طلاق گرفته ها با ۵۲/۱۲ درصد و بیوه ها با ۵۰/۲۲ درصد و ازدواج کرده ها با ۱/۳۸ درصد در رتبه های بعدی قرار دارند. در کل کشور، از سالمندان بی سواد ۱۵/۵۵ درصد، از سالمندان با تحصیلات ابتدایی ۱۰/۶۳ درصد، از سالمندان با تحصیلات راهنمایی و متوسطه ۸/۳۹ درصد، از سالمندان با تحصیلات دیپلم ۸/۵۱ درصد و از سالمندان با تحصیلات دانشگاهی ۷/۸۹ درصد، تنها زندگی می کنند. همچنین میزان سالمندان تنها زیست شاغل نیز ۸/۸۷ درصد بوده است (۱۵).

مطالعات جدید در ایران حاکی از زنا نه شدن سالمندی و افزایش آمار سالمندان تنهاست. سالخوردگی جمعیت ایران تا سال ۱۳۸۵ مردانه بود، ولی آمارهای جدید نشان می دهند که سالخوردگی در حال زنا نه شدن است. علاوه بر این، جمعیت سالمندان زن بدون همسر به مراتب بیشتر از مردان سالمند است (۱۱). نکته مهم آن است که بیشتر تحقیقات در ایران نشان می دهند که وضعیت زندگی و معیشت سالمندان زن از سالمندان مرد نامناسب تر است (۱۶-۱۹).

مقایسه زنان و مردان سالمندی که تنها زندگی می کنند نشان می دهد که پدیده تنها زندگی کردن بیشتر در میان زنان سالمند افزایش یافته است. در تمامی سال های سرشماری، نسبت زنانی که تنها زندگی می کنند نسبت به مردان پر شمارتر بوده است. بیشتر تحقیقات مرگ شوهر و مهاجرت فرزندان را عامل اصلی تنها ماندن زنان مسن ذکر کرده اند (۱۸، ۲۰-۲۲). این تفاوت می تواند تحت تأثیر تفاوت رفتار نکاحی و تفاوت مهم در نسبت ازدواج های مجدد پس از فوت یا طلاق همسر باشد (۲۳). علاوه بر این تمایل بیشتر فرزندان به داشتن فاصله مکانی و زندگی مستقل از والدین سالمند، حتی پس از مرگ پدرانشان یکی از عوامل مؤثر بر تنها ماندن زنان سالمند است (۲۴). همچنین بواسطه تفاوت های امید به زندگی بین زنان و مردان، شمار مردان سالمندی که تنها زندگی می کنند نسبت به زنان، کمتر است (۲۵).

تنهایی دوران سالمندی را می توان از ابعاد اجتناب ناپذیر زندگی فردی در جهان امروز دانست، زیرا افزایش طول عمر، افزایش امید به زندگی، تغییرات ساختاری-کارکردی خانواده و تحولات چرخه زندگی زمینه ساز بروز ناخواسته این پدیده شده است. به طور مسلم، کیفیت تجربه تنهایی فقط یک امر فردی و روانشناختی نبوده و بسیار از شرایط اقتصادی، اجتماعی، نهادی و هنجاری جوامع متأثر است؛ به همین علت، مطالعه‌ی تجربه زیسته از تنهایی در سالمندی، باتوجه به تحولات جمعیت - شناختی در جامعه امروز، از ضروریات پژوهشی و سیاستگذاری است (۲۶).

ترتیبات زندگی توسط تعامل سه عامل جمعیتی، اقتصادی و فرهنگی تعیین می‌گردد. اولاً عامل جمعیتی، بستر فرصت‌های اقامت مشترک را شکل می‌دهد. جوامع با باروری بالا، قاعدتاً خانواده‌های بزرگتری نسبت به جوامع با باروری پایین دارند. افزایش امید زندگی، احتمال همسکنایی بین نسلی را افزایش می‌دهد، زیرا همپوشانی طول عمر بین دو نسل طولانی تر می‌شود. ثانیاً، عوامل اقتصادی و فرهنگی، عوامل مؤثر در تحقق این فرصت‌های جمعیتی برای همسکنایی هستند (۲۷).

تنها زندگی کردن از نظر همه سالمندان پدیده‌ای منفی تلقی نمی‌شود. در یک مطالعه که در آمریکا در مورد OWLA انجام شد، ۳۸ درصد زنان نسبت به تنهایی خود نگاه مثبت و ۱۳ درصد نگاه منفی داشتند (۲۸). تنهایی فرصت‌های مناسبی برای خود شکوفایی و پیگیری تمنیات فردی به وجود می‌آورد، ولی برای زنان سالمند که به لحاظ جسمی ضعیف هستند، پیامدهای ناخوشایندی به همراه دارد. تأمین نیازهای روزانه به خصوص زمانی که با محرومیت اقتصادی همراه باشد، نظافت شخصی و منزل، ترس و اضطراب، بی‌خوابی، ناتوانی حرکتی، انزوای اجتماعی و نداشتن فعالیت‌های اجتماعی از جمله مهمترین مشکلات زنان سالمند تنها است. بسیاری از تحقیقات، تنهایی را عامل افسردگی و بیماری‌های روانی دیگر ذکر کرده‌اند (۱، ۲، ۶-۸).

تنها زیستی یک عامل خطر جدی برای کاهش سلامت در سالمندان است (۷-۹، ۳۲). در اکثر مطالعات نشان داده شده است که تنها زندگی کردن منجر به کاهش سلامت روان (۳۳-۳۶)، افسردگی (۳۷، ۳۸)، بهزیستی (۳۰) و کیفیت زندگی (۳۹)، افزایش مرگ و میر (۴۰) و احساس تنهایی (۴۱) می‌گردد. در عین حال OWLA مستعد مشکلات بیشتر سلامتی مانند استعمال دخانیات و چاقی هستند. همچنین ممکن است مشکلات مالی بیشتری را تجربه کنند.

احساس تنهایی یکی از عوارض مهم تنها زیستی سالمندان به شمار می‌رود. احساس تنهایی به عنوان یک وضعیت دیرپای درماندگی عاطفی، زمانی روی می‌دهد که فرد احساس بیگانگی، سوء تفاهم یا طردشدگی می‌کند و یا فاقد الگوی اجتماعی مناسب برای فعالیت‌های مطلوب، به ویژه فعالیت‌هایی است که احساس یکپارچگی اجتماعی و تعلق عاطفی را فراهم می‌سازد (۴۲، ۴۳). این تعریف کمک

می کند تا اصطلاح احساس تنهایی به درماندگی ناشی از نوعی احساس همیشگی جدایی از دیگران و نه انزوای اجتماعی محدود شود. این تعریف همچنین یادآور می شود که افرادی که تماس خود را با دیگران محدود می کنند، یا افرادی که یک سبک زندگی منزوی را ترجیح می دهند، لزوماً احساس تنهایی نمی کنند (۴۴). تنها بودن با احساس تنهایی کردن یکسان نیست و حتی نمی توان با دیگران و در کنار دیگران بودن را به منزله جلوگیری از احساس تنهایی فرض نمود (۴۵). تنها زندگی کردن در اواخر زندگی عامل خطر احساس تنهایی در سالمندان است مگر اینکه منابعی برای جبران تنهایی وجود داشته باشد (۴۶). ترتیبات زندگی سالمندان می تواند وضعیت اقتصادی آن ها، زندگی و روابط اجتماعی و سبک زندگی آن ها تأثیر داشته باشد. ممکن است سالمندانی که تنها زندگی می کنند در مقایسه با سالمندانی که با دیگران زندگی می کنند، از نظر اقتصادی در شرایط دشوارتری قرار گیرند (۹).

پایه های نظری پژوهش

حمایت اجتماعی: سلامت از نظر متخصصان تنها یک امر زیستی - پزشکی نیست و عوامل گوناگونی بر آن تأثیر دارند و تعامل بین این عوامل تعیین کننده وضعیت سلامت افراد خواهد بود. یکی از اساسی ترین این عوامل، عوامل اجتماعی است که با وضعیت سلامت افراد و به ویژه افراد سالمند ارتباطی تنگاتنگ دارد. با قرار داشتن افراد سالمند در معرض آسیب های جدی در ارتباط با وضعیت سلامتی شان بین داشتن و نداشتن روابط اجتماعی تفاوت عمده وجود دارد و این موضوع عاملی تعیین کننده است. فکر تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت انسان، فکری قدیمی است. از قرن ۱۹ میلادی، متخصصان بهداشت کم و زیادی میزان مرگ و میر گروه های اجتماعی را نشان داده اند و در پی برهینی برای تحلیل اجتماعی آن بودند (۵۲). جامعه شناسان پزشکی و سلامتی در تحلیل پدیده مذکور، نظریه حمایت اجتماعی را ارائه کرده اند. این نظریه، از نظریه مشهور دورکهایم گرفته شده است. بنا بر نظریه دورکهایم، هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می یابد و بر عکس حتی ممکن است در چنین شرایطی فرد سلامت خود را به خاطر دیگران به خطر اندازد. برکمن و سیم به عنوان نظریه پردازان ایده تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی بر این نظر هستند که هرچه یگانگی فرد با اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می گیرد. این اندیشمندان بر شاخص هایی مانند ازدواج، تعداد تماس های فرد با دیگران (تماس های حضوری تا تماس های تلفنی و پستی)، کیفیت تماس های مورد بحث و میزان دینداری فرد تأکید دارند. اندازه گیری همین متغیرها تحت عنوان شاخص اندازه گیری شبکه برکمن - سیم مشهور شد (۵۳).

همچنین حمایت اجتماعی ممکن است برای سالمندانی که درآمد کم دارند مفیدتر باشد. افرادی که درآمد کم دارند احتمالاً بیشتر در معرض عوامل تهدید کننده سلامتی همچون شرایط خانوادگی نامناسب یا نا ایمن، جرائم همسایگان و تغذیه نامناسب قرار دارند. این افراد ممکن است نیاز بیشتری برای حمایت اجتماعی داشته و وقتی حمایت اجتماعی مناسب را از دست دهند، بیشتر رنج ببرند. در مقابل سالمندانی که درآمد مناسبی دارند قادرند از عهده مراقبت از سلامتی خود برآمده، کمک هایی را طراحی کرده، رژیم غذایی مناسب داشته و مسافرت رفته، خود را سرگرم ساخته و همینطور می-توانند دیگران را برای انجام کارهای خانه شان به کار گیرند. بنابراین افراد مسن با درآمد مناسب می توانند فقدان حمایت اجتماعی را با به کارگیری از دیگران برای کمک در کار خانه یا با مسافرت رفتن برای دیدار با بستگان یا دوستانی که در فاصله دور هستند جبران نمایند. این ممکن است نتیجه تعامل بین حمایت اجتماعی و درآمد باشد. فقدان حمایت اجتماعی ممکن است به تاثیرات منفی سلامتی در بین افرادی که درآمد کم دارند منجر شود.

انزوای اجتماعی: انزوا و عزلت گزینی نه تنها برای سالمندانی که در نقاط مختلف یک شهر پراکنده-اند، پدیدار می گردد، بلکه بسیاری که در مراکز نگهداری از سالمندان به سر می برند نیز به نحوی دچار انزوا و تنهایی می گردند. انزوای اجتماعی فرصت های مناسب را برای با هم زندگی کردن، با هم کار کردن، با هم تجربه کردن و با هم بودن را سلب می کند و نهایتاً روابط طولانی پایدار و عمیق را غیر ممکن می سازد (۵۴). پیلاو و پر لمن به این نتیجه رسیدند که انزوای اجتماعی به این دلیل اجتماعی است که اولاً اثراتش به زندگی شخصی انسان ها محدود نمی شود بلکه جامعه را به طور کلی متأثر می-کند. ثانیاً اینکه، انزوای اجتماعی، تنها و عوامل شخصی بنا نشده است مثل شایستگی ها، ویژگی ها و شرایط بلکه علل فرا شخصی یا فرایندهای اجتماعی می تواند مورد توجه قرار بگیرد (۵۵). سالمندی دوران گوشه گیری و انزوا نیست بلکه دوران شکوفایی، نتیجه گیری از عمر و فصل برداشت حاصل زندگی است. دانشمندان بزرگ در کهنسالی حاصل تجربیات زندگی خود را به عالم بشریت عرضه کرده اند؛ ویکتور هوگو اثر مشهور خود را در ۸۳ سالگی نوشت، ادیسون اثر بهره برداری از الکتریسته در موتورها را در ۷۰ سالگی کشف کرد. دانشمندان هنوز به درستی نمی دانند چه سنی سن پیری است؛ دو نفری که با هم متولد می شوند یکی در ۵۰ سالگی پیر می شود و ممکن است بمیرد، در حالی که دیگری ممکن است ۵۰ سال دیگر عمر کند (۵۶).

انزوا حالتی از احساس تنهایی است. در حقیقت انزوا به چندین طریق معنا شده است و دارای ویژگی-های از جمله، دوری از روابط اجتماعی، اضطراب و نگرانی مداوم، اعتماد به نفس پایین، عدم بروز احساسات، ترس از تمسخر و نادیده گرفتن حقوق می باشد (۵۷). دورکیم معتقد است مفهوم انزوای اجتماعی، مفهومی است که بیشتر اوقات خود را در تقابل با همبستگی اجتماعی و سرمایه اجتماعی و

از سوی دیگر در نزدیکی با از خود بیگانگی و احساس تنهایی نشان می‌دهد. انزوای اجتماعی بیشتر از آنکه مستقیماً مورد نظریه‌پردازی قرار بگیرد به عنوان نشانه و هشدار جدی در نظر گرفته شده است؛ نشانه‌ای که بیش از هر چیز به ما می‌گوید در بستر جامعه مورد نظر مشکلی و انحرافی وجود دارد (۵۸).

گئورک زیمل واقعیت جامعه را چون شبکه‌ای از نیروهای متعدد در نظر می‌گرفت. او معتقد بود کنش‌های زندگی روزمره نیز مجموعه ارتباطاتی هستند که به دیگران معطوف شده‌اند و انزوای فرد نیز پدیده‌ای کاملاً اجتماعی است، انزوا خود رابطه‌ای اجتماعی است. رابطه‌ای با مردم دیگر است. انزوا لزوماً مسئله تنها بودن نیست، آدمی هیچگاه منزوی تر از وقتی نیست که در انبوهی از افراد بیگانه حضور دارد (۵۹).

افراد برای رسیدن به دوران سالمندی نیازمند مراقبت‌های خاصی می‌شوند و همچنین در این دوران احساس انزوا، تنهایی، ناامیدی، ناامنی، اضطراب، احساس سربار بودن در آنان شدت گرفته در نتیجه سالمندان ترجیح می‌دهند برای رهایی از این اثرات به استفاده از مسکن‌ها، آرام بخش‌ها و رفتن به خانه سالمندی روی آورند (۶۰).

مرور پژوهش‌های ایرانی

پژوهش‌هایی که در مورد زنان سالمند تنها در ایران انجام شده‌اند، بسیار محدودند. تعدادی از این مطالعات به زبان فارسی منتشر شدند و برخی دیگر به زبان انگلیسی در دسترس هستند. در ادامه خلاصه‌ای از این پژوهش‌ها ارائه می‌شود:

۱. پژوهش آریا همدان چی و همکاران (۱۳۹۹)، تحت عنوان **واکاوی تجربه زیسته سالمندان**

هرگز ازدواج نکرده- یک مطالعه پدیدار شناسی با رویکرد کیفی و روش پدیدار شناسی

هرمنوتیک در سال ۱۳۹۸ انجام شد. برای گردآوری تجربیات زیسته، مصاحبه عمیق با ۱۲

مرد و زن سالمند هرگز ازدواج نکرده که به روش گلوله برفی انتخاب شده بودند، به عمل آمد.

مشارکت کنندگان در این مطالعه، شامل هشت زن و چهار مرد ۶۰ تا ۷۸ ساله بودند که

تجربیات خوشایند و ناخوشایند را از زندگی با تجربه در دوران سالمندی بیان کردند. واکاوی

تجربه زیسته شرکت کنندگان نمایانگر شش مضمون اصلی شامل: آرامش در استقلال، جدال

با تنهایی، خود ساختگی، احساس افسوس، روابط قوی اجتماعی و تجربه انگ‌های اجتماعی

بود. همچنین نتایج نشان داد سالمندان مرد غیر شاغل و سالمندانی که مجرد آن‌ها جنبه

اجباری داشت بیشتر مستعد درک جنبه‌های ناخوشایند این پدیده مانند احساس تنهایی و

افسوس بودند. در حالی که زنان سالمند هرگز ازدواج نکرده در مقایسه با مردان، شبکه‌های اجتماعی قوی تری داشته و کمتر در معرض احساس تنهایی قرار داشتند. همچنین شرکت کنندگانی که دارای تجربه استقلال زودرس و مجرد اختیاری بودند، بهتر خود را با شرایط مجرد در دوران سالمندی به وفق داده و مفاهیمی مثل آرامش در استقلال و خود ساختگی را به طور بارزتری گزارش نمودند. ادامه مجرد در سنین سالمندی پدیده‌ای است پیچیده و چند بعدی که معنا و مفهوم آن می‌تواند برای افراد مختلف متفاوت باشد سالمندان هرگز ازدواج نکرده علی‌رغم اینکه با مشکلاتی مثل تنهایی و اهنگ‌های اجتماعی مواجه می‌شوند ولی در عین حال می‌توانند در زندگی احساس رضایت و آرامش داشته باشند (۱۰).

۲. در پژوهش دیگری، کریم علی کرمی و همکاران (۱۳۹۸) **تجربه ی زیسته ی تنهایی در**

بین زنان سالمند شهر بوکان (مطالعه پدیدارشناختی) بررسی کرده اند. این تحقیق، با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری اسمیت، فلاورز و لارکین، فهم و تفسیر زنان سالمند تنها از تجربه ی زیسته ی خود را مطالعه کرده اند. جامعه ی آماری ۱۰ نفر از زنان سالمند تنهای بیش از ۶۰ سال با توانایی های جسمی و روحی لازم از شهر بوکان در استان آذربایجان غربی است. داده ها با استفاده از مصاحبه ی نیمه ساختاریافته به دست آمد که از مجموع ۴۶ مقوله ی استخراج شده ی اولیه، چهار خرده مقوله با عناوین کناره گیری از دیگران، گزینش مصلحت آمیز تنهایی، گزینش مصلحتی مجرد و لذت تنهایی به دست آمد که مقوله ی اصلی تنهایی مصلحت آمیز از آن انتزاع شده است. مقوله ی اصلی دوم با عنوان حفظ/ بازآفرینی روابط اجتماعی، از انتزاع سه خرده مقوله با عناوین دل خوشی به روابط موجود، دلگرمی به حمایت های همسایگی و داشتن روزنه های امید بخش/ چشم انتظاری به دست آمد. نتایج تحقیق نشان می دهد که تجربه ی تنهایی برای بسیاری از زنان مشارکت کننده ناراحت کننده است، ولی آنان برای جلوگیری از بروز اختلافات خانوادگی، حفظ عزت نفس خویش، سربارنبودن دیگران، تمایل نداشتن به زندگی در کنار دیگران و ازدواج مجدد، زندگی تنهایی را بر می گزینند. زندگی پس از تنها شدن برای زنان مسن مطالعه شده با چالش‌های متعددی همراه بوده است، از جمله فقر، ناتوانی جسمی و حرکتی، کاهش روابط اجتماعی و افزایش غصه ها و نگرانی ها. راه چاره ی پیش روی این زنان عبارت‌اند از بازسازی زندگی بر مبنای شرایط جدید، ازدواج مجدد، قبول فرزندخواندگی، مهاجرت و ترک محل و زندگی با دیگران. با توجه به تغییرات ارزشی در حوزه ی خانواده و روابط اجتماعی، در بستر مطالعه شده، افزایش آمار زنان سالمند تنها دور از انتظار نیست. رواج اندیشه های فردگرایانه و لذت گرایانه در جامعه ی مطالعه شده باعث شده است که افراد دیگر نخواهند و یا نتوانند با دیگران، که به لحاظ جسمی ناتوان و ضعیف هستند، زندگی کنند و آنان را سد راه زندگی خود می دانند. این

تحقیق پیشنهاد می کند که سیاست های سالمندی در کشور برای ماندن سالمندان در منزل شخصی هماهنگ شود (۱۱).

۳. مهری شمس قهفرخی (۱۳۹۸) به بررسی **تنها زیستی سالمندان در ایران بر حسب**

تفاوت های سنی و جنسیتی: شیوع و عوامل پرداخته اند که در این مطالعه الگو و روند تنه‌زیستی سالمندان در طول پنج دوره سرشماری گذشته در ایران بررسی گردیده و سپس ویژگی های افراد سالمند تنها توصیف شده است. داده ها از دو منبع اصلی، یکی نتایج منتشر شده سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵) و دیگری داده های فردی ۲ درصد سرشماری سال ۱۳۹۵ گرفته شده است. در سطح کل کشور، در سال ۱۳۶۵، سالمندانی که تنها زندگی می‌کردند، در حدود ۹/۱ درصد بوده است. در سال ۱۳۷۵، کمی کاهش داشت و به ۹ درصد رسیده، در سال ۱۳۸۵ به ۱۰/۹ درصد، در سال ۱۳۹۰ به ۱۴/۵ درصد و در سال ۱۳۹۵ به ۱۴/۹ درصد رسیده است. بیشترین افزایش بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بوده که در حدود ۳۳ درصد افزایش یافته است. شیوه تنها زندگی کردن به طور قابل توجهی در نواحی شهری و روستایی رو به افزایش است و اما بیشترین تفاوت روستا، شهری در سال ۱۳۹۵ مشاهده می شود. به طوری که ۱۴/۵ درصد از سالمندان شهری، و ۱۶/۰ درصد از سالمندان روستایی تنها زندگی می‌کنند. تفاوت قابل توجه بین زنان و مردان در تنها زندگی کردن در تمامی سال های سرشماری مشاهده می شود و اما بیشترین تفاوت در سال ۱۳۹۰ با ۵ درصد مردان در مقابل ۲۳/۶ درصد زنان و در سال ۱۳۹۵ با ۵/۵ درصد مردان در مقابل ۲۴/۱ درصد زنان ملاحظه می شود. همین الگو برای تفاوت بین دو جنس برای مناطق شهری و روستایی نیز مشاهده می شود. با افزایش سن، نسبت سالمندان تنها بیشتر می شود، تا جایی که ۳۰ درصد سالمندان ۸۰ سال و بیشتر تنها زندگی می‌کنند. ملاحظه می شود، ۵۵/۲۴ درصد سالمندانی که هرگز ازدواج نکرده اند، تنها زندگی می‌کنند و بعد از آن طلاق گرفته ها با ۵۲/۱۲ درصد و بیوه ها با ۵۰/۲۲ درصد و ازدواج کرده ها با ۱/۳۸ درصد در رتبه های بعدی قرار دارند. در کل کشور، از سالمندان بیسواد ۱۵/۵۵ درصد، از سالمندان با تحصیلات ابتدایی ۱۰/۶۳ درصد، از سالمندان با تحصیلات راهنمایی و متوسطه ۸/۳۹ درصد، از سالمندان با تحصیلات دیپلم ۸/۵۱ درصد و از سالمندان با تحصیلات دانشگاهی ۷/۸۹ درصد، تنها زندگی می‌کنند. همچنین میزان سالمندان تنها زیست شاغل نیز ۸/۸۷ درصد بوده است. زندگی در مناطق روستایی، زن بودن، بیسوادی، ازدواج نکردن، در حال تحصیل بودن، دارای درآمد بدون کار، خانه داری، سایر فعالیت ها و کهنسالی همگی بخت تنها زیستن را بالا می‌برند. شهری ها نسبت به روستائیان و مردان نسبت به زنان بخت تنها زیستی بیشتری داشتند. بخت تنها زیستی در سالمندان بیسواد و دارای تحصیلات

ابتدایی به ترتیب ۲/۸ و ۱/۴ برابر سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی و تنها زیستی ازدواج نکرده ها، طلاق گرفته ها و بیوه ها به ترتیب ۸۸/۴، ۷۸ و ۷۲/۲۷ برابر ازدواج کرده ها بود. بخت تنها زیستی در وضعیت دارای درآمد بدون کار بودن ۲/۵ برابر، در حال تحصیل بودن ۲/۲ برابر سایر فعالیت ها ۱/۷ برابر و خانه داران ۱/۵ برابر شاغلان بود. تنها زیستی سالمندان در مراحل اوان سالمندی و سالمندی میانی، کمتر از کهنسالی بود. همچنین بعد از در نظر گرفتن تأثیر تمامی متغیرها، زندگی در مناطق روستایی، زن بودن، ازدواج نکردن، طلاق و بیوگی، خانه داری و کهنسالی همگی بخت تنها زیستن را بالا برد. چند تغییر بعد از کنترل دیگر متغیرها، مشاهده شده، نخست آن که تحصیلات تأثیر چندانی بر بخت تنها زیستی ندارد. دیگر آنکه دارای درآمد بدون کار بودن و سایر فعالیت ها، نسبت به شاغلان، بخت تنها زیستی را کاهش می دهند (۱۲).

۴. با توجه به افزایش جمعیت سالمند در جوامع متفاوت، توجه به نیازهای اولیه و سلامت جسمی، ذهنی و کیفیت زندگی آن‌ها موضوع حائز اهمیت است. پژوهش سید جلیل حسینی اجداد نیاکی و همکاران (۱۳۹۸) نیز تحت عنوان **بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۶** بر روی ۱۳۵ نفر از سالمندان ساکن در جامعه و ۱۳۵ نفر از سالمندان ساکن در آسایشگاه های سالمندان که ساکن شهر مشهد به شیوه نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند، انجام شد. این پژوهش توصیفی-تحلیلی و مقطعی بوده که از طریق مصاحبه مشخصات فردی، درآمد ماهانه و سطح تحصیلات بررسی شد. ابزار این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ بود و نتایج نشان داد در سالمندان ساکن جامعه نسبت به گروه سالمندان ساکن آسایشگاه ها درصد بی سوادی بالاتر و تحصیلات دانشگاهی پایین تر بود ($P=0/03$). همچنین از لحاظ ابعاد جسمانی و روانی پرسشنامه کیفیت زندگی، سالمندان آسایشگاه ها کیفیت زندگی پایینتری نسبت به سالمندان اجتماع داشتند ($P<0/01$). همچنین درآمد سالمندان آسایشگاه ها به طور معناداری کمتر از سالمندان اجتماع بود ($P<0/001$). همچنین نتایج مدل رگرسیون چند متغیره نشان داد تنها اثر محل زندگی (سالمندان ساکن جامعه و خانه سالمندان) بر هر دو بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی معنی دار است ($P<0/001$) و سطح درآمد و تحصیلات، جنسیت، سن، ابتلا به بیماری هایی نظیر دیابت، فشارخون و مصرف سیگار اثر معنی دار نداشتند ($P>0/05$). بر اساس نتایج این مطالعه، سالمندان آسایشگاه ها دارای سطح تحصیلات پایین تر، درآمد ماهانه کمتر و همچنین کیفیت زندگی پایین تری نسبت به گروه سالمندان جامعه داشتند. نمره کلی بعد جسمانی کیفیت زندگی و سالمندان جامعه ۴۵/۷ به دست آمد که نشان می دهد شرکت کنندگان از نظر عملکرد جسمی دارای کیفیت زندگی نا مطلوبی بودند. همچنین در این

مطالعه نمره کلی بعد روانی در سالمندان جامعه ۳۶/۳ و در سالمندان آسایشگاه ها ۲۹/۸ بود که نشان می دهد شرکت کنندگان از نظر بعد کلی روانی حتی وضعیت بدتری نسبت به بعد جسمانی داشتند. داشتن درآمد کافی یک شرط ضروری برای داشتن یک زندگی با کیفیت است، گرچه نمی تواند همه نیازهای اساسی زندگی را برآورده کند. داشتن تحصیلات بالا می تواند موجب ارتقای طبقه اجتماعی و بالابردن توان اقتصادی سالمندان شود (۱۳).

۵. گزارش ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی سالخوردگان بر اساس اطلاعات

سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵، به بررسی ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی جامعه سالمندان در سطح ملی و بین المللی پرداخته است. روش این پژوهش به روش تحلیل ثانویه داده های سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵ بوده است. نتایج تحلیل ثانویه نشان می دهد روند تغییرات سهم جمعیت سالخورده کشور از ۴ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۱/۶ درصد در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است. با تکیه بر گزار ساختار سنی که وجه تکمله گذار جمعیت در ایران است، پیش بینی می شود که سهم جمعیت سالخورده در سال ۱۴۱۵ به ۱۱ درصد افزایش یابد. ۶/۳ درصد از جمعیت زنان کل کشور به سالخوردگان اختصاص دارد. در حالیکه این رقم برای مردان برابر با ۵/۹ درصد است. جمعیت سالخورده چه در بین زنان و چه در بین زنان در مناطق شهری در مقایسه با مناطق روستایی پایین تر است اما این تفاوت چندان قابل ملاحظه نیست. در مناطق شهری زنان سالخورده ۶ درصد و در مناطق روستایی کل کشور زنان ۷/۱ درصد جمعیت را تشکیل می دهند. در بین مردان نیز، جمعیت سالخورده مرد در منطقه شهری ۷/۵ درصد و در مناطق روستایی ۶/۶ درصد است. به طور کلی گزارش می دهد که مناطق روستایی چهره سالمندترین نسبت به مناطق شهری دارد. استان گیلان چه در بین زنان (۸/۷ درصد) و چه در بین مردان (۱/۹ درصد) بیشترین سهم سالخوردگان را داراست. کمترین سهم سالخوردگان نیز در بین مردان و زنان مناطق شهری، روستایی و کل به استان سیستان و بلوچستان اختصاص دارد.

همچنین نتایج نشان می دهد که میزان رشد جمعیت سالم سالخورده در دوره ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ ۲/۵۴ درصد بوده است که این میزان در مناطق شهری ۳/۵۸ درصد و مناطق روستایی ۰/۲۴ درصد بوده است. بیشترین میزان رشد جمعیت سالخورده در مناطق شهری استان های کشور نیز استان البرز و استان مازندران با ۲۷/۶ و ۹۷/۵ درصد قرار دارد. استان گیلان اگرچه سهم جمعیت سالخورده بالاتری دارد اما میزان رشد سالانه جمعیت سالخورده این استان پایین تر از سطح ملی است. بنابراین شدت افزایش جمعیت سالخورده در استان های کشور یکنواخت نبوده و از تفاوت معنی داری برخوردار است. همچنین نتایج توزیع سنی سالخوردگی نشان می دهد گروه سنی ۶۵-۷۰ سال بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است. سهم

جمعیت سالخورده در گروه سنی مذکور برای زنان ۳۶/۶ درصد و مردان ۳۳/۶ درصد است. همچنان که مورد انتظار است با افزایش سن سهم جمعیت سالخورده افزایش می‌یابد. برتری سهم جمعیت گروه‌های سنی ۶۵-۷۵ سال در بین زنان در مقایسه و زنان و تغییر این الگو در گروه‌های سنی بالاتر از ۷۵ سال به نفع مردان قابل توجه است. گزارش می‌دهد با توجه به اینکه امید زندگی در بین زنان نسبت به مردان حتی در سنین سالمندی بالاتر است، بنابراین برتری سهم مردان نسبت به زنان در سنین بالاتر می‌تواند نشانه کم شماری زنان سالخورده بالای ۷۵ سال و یا اشتباه در گزارش سن باشد.

نسبت جنسی سالخوردگان در کل کشور ۹۷/۶، در مناطق شهری ۹۷/۲ و در مناطق روستایی ۹۸/۴ است. با توجه به بالا بودن امید زندگی بدو تولد و امید زندگی سالخوردگی زنان در مقایسه با مردان، الگوی مورد انتظار نسبت جنسی پایین‌تر از ۱۰۰ است. از این رو، نسبت جنسی سالخوردگی در مناطق شهری و روستایی و کل کشور از الگوی مورد انتظار نسبت جنسی در جهان تبعیت می‌کند. نکته قابل ذکر، بالا بودن نسبت جنسی در سنین بالای سالخوردگی در مناطق روستایی است. در این رابطه بایستی گفت که با توجه به سهم کم سالخوردگان در گروه‌های سنی بالاتر، مغایرت نسبت جنسی با الگوی متعارف که بیشتر تحت تأثیر کم‌شماری بوده است تأثیر قابل توجهی در نسبت جنسی سالخوردگی ندارد.

نرخ مشارکت اقتصادی سالخوردگان ۱۲/۲ درصد برآورد شده است. این مقدار برای زنان ۴/۹ و مردان ۱۹/۸ درصد است. نرخ مشارکت اقتصادی مردان و زنان سالخورده شهری و روستایی به ترتیب ۹/۴ و ۱۹/۱ درصد است. نرخ مشارکت مردان و زنان سالخورده شهری به ترتیب ۱۵ و ۴ درصد و نرخ مشارکت مردان و زنان سالخورده روستایی ۳۱/۳ و ۷/۱ درصد است. بالا بودن نرخ مشارکت اقتصادی سالخوردگان روستایی در مقایسه با سالخوردگان شهری نشان می‌دهد که سالخوردگان شهری زودتر از سالخوردگان روستایی از بازار کار خارج می‌شوند. یکی از مهم‌ترین دلایل آن، پوشش بسیار پایین بازنشستگی و مستمری‌بگیری در مناطق روستایی بوده و سالخوردگان به منظور تأمین نیازهای معیشتی طول مدت اشتغال بالاتری دارند. ساختار شغلی مناطق روستایی که بیشتر بر کشاورزی و دامپروری متکی است در این تفاوت نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. بیشترین نرخ مشارکت اقتصادی سالخوردگان استان‌ها به استان سیستان و بلوچستان با مقدار ۱۹/۷ درصد اختصاص دارد. استان‌های ایلام و هرمزگان در رده‌های بعدی قرار دارند. استان تهران، سمنان و البرز نیز کمترین مقدار نرخ مشارکت اقتصادی

سالخوردگان اختصاص داده است. این امر به خوبی نشان می‌دهد که استان هایی که از سطح توسعه اقتصادی و اجتماعی بالاتری برخوردارند، نرخ مشارکت اقتصادی سالخوردگان در این استان‌ها پایین است.

الگوی وضع زناشویی مردان و زنان سالخورده متفاوت است. مردان سالخورده در ایران ۸۹ درصد دارای همسر هستند. این در حالی است که ۴۴/۷ درصد زنان سالخورده دارای همسر می‌باشند. ۵۳/۱ درصد زنان سالخورده بیوه به دلیل فوت همسر هستند. نیازمندی سالخوردگان زن به حمایت اجتماعی در مقایسه با مردان علاوه بر وضع زناشویی در ساختار خانوار نیز نمایان است. از کل خانوارهای سالمند سرپرست ۲۶/۵ درصد خویش‌سپرست، ۳۶/۴ درصد دونفره که اغلب خانواده هسته‌ای زوجی هستند و ۳۷ درصد نیز خانوارهای ۳ نفره و بیشتر هستند و اغلب با خانواده و یا خویشاوندان خود زندگی می‌کنند. این الگو در بین خانوارهای زن‌سرپرست و مردسرپرست متفاوت است. در بین خانوارهای سالمندسرپرست مرد ۷/۶ درصد خویش‌سپرست، ۴۴/۱۲ درصد خانوارهای دونفره و ۴۸/۷ درصد خانوارهای سه نفره و بیشتر هستند. در خانوارهای زن‌سرپرست سالمند، ۶۶/۱ درصد خویش‌سپرست، ۲۰/۷ درصد خانوار دونفره و ۱۳/۲ درصد نیز خانوار ۳ نفره و بیشتر هستند. بنابراین، زنان سرپرست خانوار که به تنهایی زندگی می‌کنند نیازمند حمایت اجتماعی، اقتصادی و روانی است. زنان سالخورده در مقایسه با مردان به دلیل امید زندگی بالاتر زنان و همچنین پایین بودن ازدواج مجدد زنان سالخورده در مقایسه با مردان بیشتر در معرض زندگی انفرادی هستند. اما این مهم در استان های کشور یکسان نیست. استان های چهارمحال و بختیاری، یزد، همدان و اصفهان بیشترین و استان های سیستان و بلوچستان، بوشهر، هرمزگان و گلستان کمترین درصد خانوار خویش‌سپرست سالخورده زن را به خود اختصاص داده‌اند. این امر لزوم سیاست‌گذاری سالخوردگی با الگوی متفاوت در استان های کشور را نشان می‌دهد.

نتایج، نشان از برتری میزان باسوادی مردان نسبت به زنان سالخورده است. این تفاوت در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری شدیدتر است. به عبارتی، میزان باسوادی مردان در مناطق شهری ۲ برابر بیشتر است درحالی که در مناطق روستایی این نسبت به حدود ۴ برابر افزایش می‌یابد. میزان باسوادی سالخوردگان در ۵ سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ در بین مردان سالخورده حدود ۲۵ درصد افزایش یافته است که انتقال نسل باسواد پیش‌سالمندی به دوره

سالمندی در این مهم تأثیرگذار بوده است. این مقدار افزایش در مناطق شهری کمتر و در مناطق روستایی (حدود ۴۰ درصد) بیشتر بوده است. بخش عمده‌ای از سالخوردگان باسواد در مناطق شهری و روستایی از سطح تحصیلی ابتدایی برخوردارند. البته این مهم در بین سالخوردگان روستایی شدیدتر است. درصد سالخوردگان مرد دارای تحصیلات عالی در مناطق شهری و روستایی تقریباً دو برابر بیشتر از زنان سالخورده است. بنابراین، سالخوردگان مناطق شهری در مقایسه با سالخوردگان روستایی و سالخوردگان مرد در مقایسه با سالخوردگان زن توانمندترند. این امر در استان‌های کشور یکنواخت نبوده است. استان‌های قم، تهران و البرز بیشترین و استان‌های چهارمحال و بختیاری، هرمزگان و ایلام کمترین تفاوت بین زنان و مردان سالخورده از نظر درصد سالخوردگان دارای تحصیلات عالی می‌باشند. تفاوت جنسیتی در برخورداری از سطوح تحصیلی در بین مناطق شهری و مرد و زن قابل مشاهده است. سالخوردگان ساکن در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی و مردان سالخورده نسبت به زنان سالخورده سطح تحصیلات بالاتری دارند.

در پیش بینی جمعیت سالخورده، امید زندگی نقش مهم تری را نسبت به مهاجرت ایفاء می‌کند. بنابراین، یکی از مهم ترین دلایل افزایش جمعیت سالخورده در کنار انتقال تعداد بیشتر جمعیت دوره پیش سالخوردگی، افزایش طول عمر سالخوردگان است که در ادبیات پژوهشی تحت عنوان «سالخوردگی فردی»^۱ مطرح می‌شود. پیش بینی تعداد و نرخ رشد جمعیت سالخورده در ایران نیز بیش از هر چیز از امید زندگی سالخوردگی تبعیت می‌کند. نرخ رشد سالانه جمعیت سالخورده زنان و مردان طی دوره ۱۴۰۰ تا ۱۴۱۵ به ترتیب ۴/۳ و ۴ درصد است. در مجموع تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو جنس از نظر میزان رشد سالانه جمعیت سالخورده طی دوره ۱۴۰۰ تا ۱۴۱۵ وجود ندارد. ولی بین استان‌های کشور این میزان متفاوت است. به طوری که در بین مردان سالخورده میزان رشد سالانه در استان بوشهر حدوداً دو برابر بیشتر از استان خراسان جنوبی است. در بین زنان نیز میزان رشد سالانه در استان البرز حدوداً دو برابر استان خراسان جنوبی است که کمترین میزان رشد را چه در بین مردان سالخورده و چه در بین زنان سالخورده برخوردار است. در عین حال، گذار جمعیت نسل بیش‌زایی موالیید به دوره سالخوردگی است که فاز «سالخوردگی جمعیت» را در بستر گذار ساختار سنی رقم می‌زند. سهم جمعیت سالخورده و میزان رشد آن از متغیرهایی هستند که نشان دهنده وضعیت فاز سالخوردگی جمعیت، سرعت گذار به فاز سالخوردگی جمعیت و به طور کلی زمان بروز مواجهه با

پیامدهای سالخوردگی است. از این رو این شاخص در کنار تعداد و میزان رشد جمعیت سالخورده می‌تواند نشان‌دهنده میزان اهمیت توجه و سیاست‌گذاری به سالخوردگی باشد. نتایج نشان می‌دهد که استان خوزستان و کرمانشاه علی‌رغم پایین بودن سهم جمعیت سالخورده در سال ۱۴۱۵ نسبت به استان گیلان و مازندران، میزان رشد جمعیت سالخورده بالاتری نسبت به استان‌های مذکور دارد. استان‌های سیستان و بلوچستان به دلیل ساختار جوانی که دارد، هم سهم پایینی از سالخوردگان را داراست (۴/۱ درصد) و هم میزان رشد جمعیت سالخورده در این استان پایین‌تر است. بنابراین در این استان الویت در برنامه ریزی و سیاست‌گذاری جمعیتی بایستی بیشتر بر اشتغال و بهره‌مندی از سود جمعیتی متمرکز باشد. چراکه این امر زمینه را برای توانمند شدن این افراد در دوره سالخوردگی نیز فراهم می‌سازد.

به طور کلی، یکی از مهم‌ترین فازهای گذار ساختار سنی که پیامدهای قابل توجهی را برای کشور در پی دارد، فاز سالخوردگی است. پیامدهای استقرار فاز سالخوردگی جمعیت از دو منظر قابل بررسی است، یکی موانع پیش رو برای صرف منابع قابل توجه برای تأمین نیازهای متعدد و متنوع سالخوردگان و دیگری بهره‌برداری از مزایای استقرار سالخوردگی جمعیت در قالب سود جمعیتی دوم که با ورود به فاز سالخوردگی جمعیت امکان تحقق آن فراهم می‌شود. در نتیجه مواجهه با این پیامدها نیازمند برنامه ریزی و سیاست‌گذاری دقیق و موشکافانه است. در کنار کاهش مرگ و میر و ارتقاء سطح امید زندگی که سبب افزایش طول عمر بیشتر در سنین سالخوردگی و افزایش جمعیت سالخورده می‌گردد، کاهش میزان کل باروری و گذار جمعیت نسل بیش‌زایی موالید به سنین سالخوردگی در بستر گذار ساختار سنی در افزایش سهم جمعیت سالخورده در سال‌های آتی نقش تعیین‌کننده را ایفا خواهد نمود. سالخوردگی جمعیت بالطبع منجر به بروز نیازمندی‌های متفاوت اقتصادی، اجتماعی و سلامت خواهد شد که لزوم برنامه ریزی و سیاست‌گذاری در مواجهه با این پدیده را ناگزیر می‌سازد. از این حیث می‌توان به برنامه‌ریزی برای ارتقاء سطح حمایت اجتماعی از سالمندان، ارتقای سطح کمی و کیفی بهداشت و درمان در کشور به سبب بالا بودن سطح نیازمندی‌های بهداشتی و درمانی، توسعه حمایت‌های اقتصادی سالخوردگان از طریق توسعه چتر حمایتی بیمه‌ای از سالخوردگان اشاره نمود. از سوی دیگر، در سطح کلان، سالخوردگی جمعیت پیامدهایی همچون کاهش نیروی کار، افزایش بار مالی صندوق بازنشستگی، عدم توازن در پرداخت‌های بیمه‌ای و... را در بر دارد که بایستی برنامه ریزی‌های کارآمدی در مواجهه با این

پیامدها صورت گیرد (۱۴). لازم به ذکر است که در گزارش حاضر، جمعیت سالمند، افراد ۶۵ سال و بالاتر در نظر گرفته شده است.

۶. احساس تنهایی در همه گروه های سنی ایجاد می شود اما شیوع آن در سالمندی، بیشتر است. احساس تنهایی مشکل پیچیده ای است که رفاه روانی اجتماعی را تحت الشعاع قرار می دهد و موجب عواقب جدی در سالمندان می گردد که پژوهش علی ایمانزاده و سربیه علیپور (۱۳۹۶) تحت عنوان **واکاوی تجربیات زنان سالمند از احساس تنهایی: مطالعه ای پدیدار شناختی** با هدف توصیف و تبیین تجربیات سالمندان از احساس تنهایی به روش کیفی و پدیدارشناسی و نمونه گیری هدفمند و از طریق مصاحبه ژرفنگر با ۱۹ نفر از زنان سالمند انجام گرفت و مصاحبه ها ضبط شده و به روش استرابت و کارپینتر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته های حاصل از تجربیات زنان سالمند از حس تنهایی در ۵ مضمون اصلی شامل علل احساس تنهایی سالمندان، شرایط جسمی، سوءرفتار، نگرش مثبت به سالمندان و راه های کاهش حس تنهایی شناسایی شد و مضامین فرعی شامل دوری از فعالیت های مورد علاقه، ازدواج و جداشدن فرزندان و فوت همسر، مشکل شنوایی، مشکل درد پا، آلزایمر، سربار نبودن، طرد شدن از سوی خانواده، از هم پاشیدن زندگی فرزندان، برکت خانه، وظیفه شناسی، دلبستگی فرزندان، افزایش ارتباط با خدا و حضور در اماکن مذهبی، توجه به سلامت جسمانی سالمند و افزایش روابط اجتماعی سالمند از بطن مضامین اصلی به دست آمد. همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که اکثر شرکت کنندگان پژوهش چه افرادی که از فرزند کمتری برخوردار بودند و چه کسانی که از فرزندان بیشتری برخوردار بودند، احساس تنهایی را تجربه کرده اند و سالمندانی که دارای فرزندان بیشتری بودند بر خلاف تصور رایج، از سطح انتظارات بیشتری نسبت به فرزندان خود نسبت به سالمندان دارای فرزند کمتر برخوردار بودند (۱۵).

۷. زنان سالمند، آسیب پذیرترین گروه سالمندان هستند و به نسبت مردان سالمند، نیاز به توجه بیشتری دارند. یکی از موضوعات مهم، نابرابری جنسیتی در بین زنان و مردان است که دوره سالمندی نیز از این قاعده مستثنی نخواهد بود. پژوهش فاطمه ذکریایی سراجی و سوسن باستانی (۱۳۹۱)، تحت عنوان **تفاوت های جنسیتی در سالمندی: شبکه ها و حمایت های اجتماعی** که با هدف بررسی شبکه های اجتماعی زنان و مردان سالمند شهر تهران و تأثیر کیفیت و کمیت این روابط بر تبادل حمایت اجتماعی انجام شد، به نکات مهمی اشاره کرده اند که آسیب پذیری زنان سالمند تنها را بیش از پیش نشان می دهد. این پژوهش که به روش پیمایشی بر روی ۱۹۵ نفر (۱۵۰ نفر سالمند در سطح شهر و ۴۵ نفر سالمند ساکن

سرای سالمندان) در شهر تهران انجام شد، ۲۱/۱ درصد از پاسخگویان همسر خود را از دست داده اند (بیوه) که سهم زنان بیشتر از مردان است (۲۹/۲ درصد در مقابل ۱۱/۴ درصد) که می تواند حاکی از امید به زندگی بالای زنان و نیز احتمال بیشتر ازدواج مجدد برای مردان بیوه باشد. پایگاه اقتصادی-اجتماعی افراد بر حسب سه متغیر تحصیلات، شغل و هزینه ماهانه خانواده مورد سنجش قرار گرفت. بر این اساس ۱۲/۳ درصد افراد در سطح بالا (۱۸ درصد مربوط به مردان و ۷/۵ درصد مربوط به زنان)، ۴۴/۶ درصد در سطح متوسط (۳۱/۵ درصد مربوط به مردان و ۵۲/۸ درصد مربوط به زنان) و ۴۳/۱ درصد در سطح پایین قرار می گیرند. در مجموع می توان گفت که مردان از نظر پایگاه اقتصادی-اجتماعی در سطح بالاتری نسبت به زنان قرار دارند. همچنین در خانه سالمندان بیشتر افراد دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی متوسط رو به بالا هستند که مردان با ۴۲/۸ درصد سهم بیشتری نسبت به زنان دارند. نتایج نشان داد که ۶۸/۱ درصد شبکه سالمندان را خویشاوندان تشکیل می دهند. شبکه مردان بزرگ تر و متنوع تر از شبکه زنان است. در مقابل، زنان سالمند در مقایسه با مردان حمایت های بیشتر و متنوع تر از اعضای شبکه خود دریافت می کنند. مردان و زنان در زمینه ارائه خدمات متفاوت عمل می کنند. جنسیت و وضعیت تأهل بر میزان حمایت اجتماعی که سالمند دریافت می کند، تأثیر می گذارند. سالمندانی که تماس حضوری و میزان صمیمیت بیشتری با اعضای شبکه خود دارند حمایت های بیشتری را با اعضای شبکه رد و بدل می کنند (۱۶).

۸. همچنین پژوهش علی بیژنی و همکاران (۲۰۱۶)، تحت عنوان **تفاوت های جنسیتی در وضعیت سلامت سالمندان تنها در مقایسه با افرادی که تنها نیستند: شواهد مطالعه AHAP، شمال ایران** انجام شد. این مطالعه مقطعی بر روی ۱۵۴۴ سالمند ۶۰ ساله و بالاتر در امیرکلا بابل انجام شد. ویژگی های جمعیت شناختی، میزان سقوط، بیماری های مزمن، چند دارویی، سردرد با علت نامشخص، دردهای مزمن و کمر درد توسط پرسشنامه مورد مطالعه جمع آوری شد. همچنین حمایت اجتماعی، فعالیت بدنی، افسردگی و اختلالات شناختی با استفاده از پرسشنامه های استاندارد مورد ارزیابی قرار گرفت. ۶/۸ درصد از افراد مسن تنها زندگی می کردند. فقدان حمایت اجتماعی، اختلالات شناختی، افسردگی، بیماری های مزمن متعدد، وقوع زمین خوردن و سردرد با علت نامشخص در میان سالمندانی که به تنهایی زندگی می کنند به طور معنی داری بیشتر بود ($P < 0/05$). صرف نظر از سن و سطح تحصیلات، سردرد و علائم افسردگی در مردانی که به تنهایی زندگی می کنند و وقوع زمین خوردن در افراد زن به طور قابل توجهی بیشتر از افرادی بود که تنها زندگی نمی کردند ($P < 0/05$). همچنین، در زنان سالمند، تأثیر عامل وضعیت تأهل بر اختلالات مربوط به

سلامت بیشتر از تأثیر عامل زندگی تنها بود. همچنین نتایج نشان داد بسیاری از اختلالات و معلولیت ها در افراد مسن که تنها زندگی می کنند بیشتر است (۱۷).

۹. پژوهش شیوا پروایی (۱۳۹۹) نیز تحت عنوان **مطالعه کیفی تفاوت های جنسیتی در**

تجربه سالمندی (پژوهشی در شهر تهران) با هدف ارائه روایتی از تفاوت های جنسیتی سالمندان برای فهم تجارب متکثر سالمندی است که با رویکرد نظری سالمند شناسی انتقادی و فمینیستی، روش پژوهش کیفی و تکنیک مصاحبه نیمه ساختاریافته، به شنیدن صداها و روایت های ۴۲ سالمند شهر تهران پرداخته است. داده های مصاحبه ای با روش تحلیل مضمون، کدگذاری و مقوله بندی شده است. نتایج پژوهش، روایتگر آن است که تجربه سالمندی به تفاوت سرمایه اقتصادی (مالکیت دارایی های خانوادگی، فرصت های شغلی، بازنشستگی و استقلال درآمدی، مسئولیت اقتصادی زندگی)، سرمایه فرهنگی و نمادین (تحصیلات، مهارت های فرهنگی، سواد سلامت، منزلت و اعتبار اجتماعی)، سرمایه اجتماعی (مناسبات اجتماعی، سرمایه خانوادگی) و سرمایه سلامت (سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت جنسی و سلامت اجتماعی) زنان و مردان سالمند بر می گردد. با توجه به یافته ها، سالمندی در بین زنان و مردان، تجربه واحد و یک شکلی نیست و می تواند بر حسب میزان دسترسی به سرمایه ها و نابرابری در سرمایه ها، تجربه ای متفاوت و متکثر باشد. انباشت این سرمایه ها در طول مسیر زندگی، مبتنی بر تفاوت های جنسیتی است و در نهایت، همین سرمایه های انباشتی، زندگی سالمندی را در بین زنان و مردان متفاوت می سازد (۱۸). زنان سالمند نسل های گذشته، در طول دوران زندگی خود، کمتر از مردان به کار بیرون از خانه و درآمد زایی مشغول بوده اند؛ لذا پشتوانه های مالی مستحکمی برای خود خلق نکرده اند و سرمایه اقتصادی آن ها عمدتاً به دارایی های همسر متکی است. زنان سالمند کنونی، بازمانده نسلی هستند که عمدتاً خانه دار بودند، فرصت آموزشی و شغلی کمتری داشته اند و بنابراین وابستگی بیشتری به خانواده و اطرافیان دارند. در نتیجه، سالمندی زنان امری وابسته به مردان و محصول جایگاه همسرانشان است. زنان سالمند در طی دوران زندگی مسئولیت بیشتری برای کارهای مراقبتی و امور منزل داشته اند، کمتر شاغل بوده اند و اغلب حقوق بازنشستگی ندارند. بنابراین، امنیت اقتصادی در بین زنان و مردان در دوره زندگی سالمندی متفاوت است و زنان در این زمینه وابسته تر و آسیب پذیرتر هستند (۱۸). سرمایه اقتصادی زنان سالمند کنونی عمدتاً وابسته به همسر است که به نبود فرصت های اشتغال زنان در دوران جوانی و میانسالی و در نتیجه نا برخورداری از بازنشستگی و فقدان استقلال درآمدی در دوران زندگی سالمندی بر می گردد؛ سالمندان زن امروز، متعلق به نسلی هستند که ساختارهای فرهنگی درباره تحصیل و ورودشان به اشتغال، مقاومت بیشتری داشت. در نتیجه،

امروز بخش زیادی از سالمندان زن از فقدان استقلال درآمدی رنج می‌برند و کیفیت زندگی دوران سالمندی‌شان منوط به سرمایه اقتصادی همسرشان است. در زمینه سرمایه اقتصادی سالمندان باید توجه داشت که بخشی از زنان هم که شاغل بودند، در دوران اشتغال خود در مقایسه با مردان از فرصت‌ها و مزایای شغلی متفاوتی بهره‌مند شده‌اند که به تبعیض‌های جنسیتی در زندگی شغلی مربوط می‌شود. یکی از موقعیت‌های دیگر که در آن تفاوت‌های جنسیتی مشهود است، مالکیت دارایی‌های خانوادگی است. نابرابری در دارایی‌های خانوادگی، زندگی بعد از مرگ همسر را برای زنان سالمند، سخت و دشوار می‌سازد؛ چرا که آن‌ها علاوه بر فقدان حمایت عاطفی همسر و تنها شدگی، در صورت عدم تأمین اقتصادی، بیشتر آسیب می‌بینند. در این زمینه، با توجه به اینکه سالمندان امروز به نسلی تعلق دارند که مالکیت اموال و دارایی‌ها عمدتاً در دست همسران آن‌ها بوده است، بسیاری از زنان سالمند، فاقد منابع درآمدی شخصی هستند. علاوه بر این، قوانین مدنی جامعه ایران درباره ارث و حقوق مالکیت دارایی‌ها، حکایت از آن دارد که زن در صورتی که صاحب او باشد، یک هشتم از اموال همسرش و در صورت نداشتن فرزند، یک چهارم از اموال همسرش را به ارث می‌برد. بنابراین، زنان سالمند، با مرگ شوهر، از دارایی کمتری سهم می‌برند تا جایی که در برخی از موارد، امکان تأمین مسکن برای زن سالمند به سختی فراهم می‌شود. باید اشاره داشت که علاوه بر ساختارهای حقوقی و فرهنگی جامعه ایران، با توجه به حاکمیت بیسوادی و کم‌سوادی در بین سالمندان ایرانی و در نتیجه فقدان و ضعف سواد حقوقی، نمی‌توان به تصمیمات خود سالمندان برای جلوگیری از نابرابری‌های حقوقی اکتفا کرد. بسیاری از سالمندان با توجه به فقدان سواد حقوقی، تصمیماتی در این باره پیش از مرگ و در دوران سلامتی اتخاذ نمی‌کنند و این شرایط موجب می‌شود در سنین سالمندی به زنان سالمند سختی‌های اقتصادی بیشتری تحمیل شود و در مواردی به کمک‌های فرزندان، اعضای خانواده و حتی کمک‌های مردمی و خیریه‌ای وابسته شوند. از طرف دیگر، حتی زنانی که شاغل بوده و در حال حاضر بازنشسته شده‌اند، نسبت به مردان سرمایه اقتصادی پایینی دارند چرا که متعلق به نسلی هستند که حقوق و درآمد خود را صرف زندگی خانوادگی کرده‌اند بدون اینکه حتی سهم برابری در اموال و دارایی‌های خانوادگی داشته باشند. در برخی از موارد نیز حقوق و دارایی‌های زنان صرف هزینه‌ها و مخارج فرزندان شده است. بنابراین، در این دوره از زندگی، زنان سالمند از امنیت اقتصادی پایینی برخوردارند. حتی در برخی از موارد دارایی‌های به دست آمده زنان در خانواده‌هایی که زن و مرد، هر دو شاغل بودند، عمدتاً به مردان خانواده اختصاص یافته و در زمره داشته‌های حقوقی زن قرار نگرفته و زن به عنوان شریک دارایی‌های مرد نبوده است. چنین موقعیت‌های آسیب‌پذیر و نابرابری، موجب افزایش

آگاهی برخی از زنان شاغل شده است تا در این زمینه حساسیت های بیشتری داشته باشند. یافته ها نشان می دهد در برخی از موارد، زنان شاغل و دارای درآمد، تنها خودشان صاحب املاک و دارایی های خانوادگی هستند و حتی در مواردی حقوق مردان خانواده را تضعیف کرده اند. نابرابری های حقوقی در دارایی ها و همچنین ساختارهای فرهنگی سنتی، موجب ایجاد ترسی در زنان شده است تا درآمدهای خود را انباشت و درآمدهای همسر را صرف هزینه های روزمره کنند؛ به نحوی که در برخی موارد، مردان خانواده در سنین سالمندی فاقد دارایی های شخصی هستند، در حالی که اگر در این زمینه، در نظام حقوقی کشور شرایط درست و منصفانه ای اندیشیده شده بود، زمینه های نابرابری جنسیتی در این حوزه کاهش می یافت. ساختارهای اجتماعی و فرهنگی و جنسیتی نابرابر، همیشه به ضرر زنان عمل نمی کند؛ بلکه گاهی مردان نیز از همین ساختارهای فرهنگی و جنسیتی نابرابر آسیب می بینند. بنابراین، بحث نابرابری در دارایی های خانوادگی، فقط مربوط به زنان نیست؛ بلکه به مردان نیز ارتباط دارد. مردان نیز از نابرابری در دارایی های خانوادگی آسیب می بینند (۱۸). در این میان، یکی از تفاوت های جنسیتی دیگر، تفاوت در مسئولیت های اقتصادی سالمندان است. با توجه به حاکمیت و غلبه نظام مردسالار در دوران زندگی سالمندان و غلبه الگوی سنتی مردان آور و زن خانه دار طی مسیر زندگی، عمدتاً مردان خانواده عهده دار مسئولیت های اقتصادی زندگی خانوادگی هستند. مردان زمانی که متأهل هستند و همسرشان در قید حیات است، مسئولیت زندگی اقتصادی را برعهده دارند چرا که آن ها در بستری زیسته اند که مردان خانواده، نان آور و زنان خانواده، خانه دار بوده اند اما زمانی که زنان، همسرشان را از دست می دهند، به لحاظ اقتصادی سقوط می کنند و به مضیقه می افتند. در این میان، برای تأمین زندگی اقتصادی نیز فرصت های ازدواج مجدد ندارند. بنابراین، هر چند مسئولیت اقتصادی خانوادگی فشار زیادی به مردان سالمند تحمیل می کند اما در عین حال، با توجه به اینکه سرمایه اقتصادی زنان سالمند وابسته به همسرشان است، در نبود همسر و فقدان دارایی های سرمایه ای به ارث رسیده از همسر، دشواری اقتصادی بیشتری نصیب زنان سالمند می شود. در این زمینه، زنان سالمند طبقات پایین، موقعیت بسیار پرمخاطره ای دارند چرا که در طول دوره زندگیشان شاغل نبودند و در نتیجه، به درآمد حاصل از بازنشستگی دسترسی ندارند. همچنین بخش اعظم سالمندان زن کنونی، بیسواد و کم سواد هستند. با توجه به اینکه سالمندان زن امروز متعلق به نسلی هستند که به همسرانشان وابسته و عمدتاً خانه دار بودند، زندگی این دسته از زنان در دوره زندگی سالمندی به شدت به شرایط اقتصادی و رفاهی همسرانشان وابسته است. حال، در چنین بستری، در طبقات پایین و تهیدست جامعه که سالمندان مرد فاقد بیمه بازنشستگی و دارایی سرمایه ای و تنها به نیروی کار خود وابسته

هستند، در سنین سالمندی این نیروی کار رو به ناتوانی است و هر لحظه بنا به دلایلی چون بیماری، تصادف و از کار افتادگی، درآمد حاصل از نیروی کار خود را از دست می دهد و در این شرایط زنان سالمند به دشواری زیادی می افتند و در مواردی، در صورت برخورداری از توانایی جسمی نسبی، وارد بازار کار در شکل مشاغل غیررسمی می شوند. در وضعیتی که حمایت های دولتی، ناچیز و جوابگوی حداقل های زندگی نیست، زنان سالمند در طبقات پایین و تهیدست جامعه، یا باید وابسته به حمایت های خانوادگی فرزندان باشند و یا خود وارد بازار کار شوند. اغلب سالمندان گزینه دوم را انتخاب، می کنند؛ چرا که اوضاع اقتصادی کشور عرصه های زندگی را برای اعضای خانواده ها روز به روز تنگ تر کرده و افراد، هر یک، به سختی می توانند هزینه های زندگی خود را تأمین کنند. در چنین شرایطی، به خصوص در خانواده های طبقات پایین که فقر به شکل نسلی تداوم یافته است، خانواده ها قادر به حمایت اقتصادی از سالمندان خود نیستند. اغلب فرزندان این سالمندان، مثل پدران خود در مشاغل سطوح پایین و مشاغل غیررسمی مشغول هستند و از توان اقتصادی مناسبی برخوردار نیستند. یکی از جنبه های دیگر که تجربه سالمندی را در بین زنان و مردان متفاوت می سازد، سرمایه فرهنگی است. سرمایه فرهنگی، یکی از محوری ترین سرمایه ها برای دوران سالمندی است که از جنبه های متعددی می تواند تجربه و کیفیت زندگی سالمندان را تغییر دهد (۱۸). در این زمینه زنان و مردان سالمند ایرانی هر دو از فقر سرمایه فرهنگی رنج می برند؛ اما بیسوادی زنان شدت بیشتری دارد به نحوی که آمارها نشان می دهد ۶۶ درصد زنان سالمند، بیسواد هستند (۱۹). فقر سرمایه فرهنگی زنان سالمند، ریشه در بسترهای فرهنگی جامعه ای دارد که در آن زیسته اند. زنان در بستری زیست کرده اند که به دلیل حاکمیت نگاه سنتی به نقش زنان، فرصت و دسترسی کمتری در کسب مهارت های آموزشی و تحصیلی داشته اند و در نتیجه، فرصت تحصیلات و کسب موقعیت شغلی و منزلت اجتماعی از آن ها تا حد زیادی سلب شده است. سرمایه فرهنگی سالمندان در شکل برخورداری از تحصیلات، در عرصه ها و سپهرهای مختلف زندگی خود را نشان می دهد. حضور سرمایه فرهنگی موجب می شود فرد سالمند، از احترام و جایگاه بالاتری در خانواده و اطرافیان خویش برخوردار باشد و او را در گروه های خانوادگی و خویشاوندی به عنوان مرجع فکری و تصمیم گیری در نظر بگیرند که این امر، هم مشارکت فرد سالمند را در تصمیم گیری ها افزایش می دهد و هم احترام و منزلت او را نزد گروه های پیرامونی اش تا حدی تضمین می کند. اما سوی دیگر این ماجرا، زمانی است که سالمند از مدارک تحصیلی پایینی (یا فاقد سواد) برخوردار است که یکی از پیامدهای آن برای سالمندان، حاشیه ای شدن آن ها در تصمیم گیری های خانوادگی و حتی فردی و حتی در مواردی اعمال زور و سلطه فرزندان بزرگسال بر

آن هاست. از طرفی سالمندان کم سواد یا بیسواد، معمولاً از جایگاه و منزلت پایینتری در گروه‌های خویشاوندی برخوردارند و در میان فرزندان، نوه‌ها و اقوام، مراتب پایین‌تری را تجربه می‌کنند که این امر به تدریج بر عزت نفس آن‌ها تأثیر گذاشته و بیش از پیش آن‌ها را به افرادی حاشیه‌ای و دور از فرایندهای تصمیم‌گیری تبدیل می‌کند. بنابراین فقر سرمایه فرهنگی سالمندان به طور کلی و سالمندان زن به طور خاص، به فقر سرمایه منزلتی‌شان در مناسبات خانوادگی و مناسبات اجتماعی منجر می‌شود (۱۸). در این میان، مهارت‌های فرهنگی برای مصرف محصولات و کالاهای فرهنگی نیز یکی از مؤلفه‌های سرمایه فرهنگی است. مطالعه کتاب، روزنامه، استفاده از ابزارها و تکنولوژی‌های روز مانند لپ‌تاپ و تلفن‌های همراه هوشمند و شبکه‌های اجتماعی مجازی، از مصادیق مهارت‌های فرهنگی هستند. نتایج حکایت از آن دارد که بخش قابل توجهی از سالمندان به راحتی توانایی استفاده از تلفن‌های هوشمند و یا حتی بهره‌گیری از شبکه‌های اجتماعی مجازی را دارا نیستند و این امر، دایره ارتباطی آن‌ها را با فرزندان، خویشاوندان و نزدیکان‌شان به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به اینکه میزان بیسوادی و کم‌سوادی در بین زنان بیشتر است، آن‌ها مهارت‌های فرهنگی کمتری در استفاده از محصولات و کالاهای فرهنگی دارند. مردان در این زمینه بیشتر صاحب مهارت هستند هر چند مردان سالمند بیسواد و کم‌سواد نیز در این زمینه مشکل دارند (۱۸). در ادامه نتایج مطالعه شیوا پروایی (۱۳۹۹) نشان داد زنان سالمند تاوان محدودیت‌ها، کاستی‌ها و فقدان‌های مراحل پیشین زندگی را می‌دهند. آن‌ها در بسیاری از سرمایه‌ها نسبت به مردان، قدرت پایینتری دارند که از تفاوت‌ها و نابرابری‌های مسیر زندگی‌شان نشأت می‌گیرد (۱۸). بنابراین، جنسیت، تجربه سالمندی را متفاوت می‌سازد. جنسیت در بستر اجتماعی و فرهنگی، زمینه‌های تفاوت در سرمایه‌ها را طی مسیر زندگی ایجاد می‌کند. جنسیت و ساختارهای فرهنگی حاکم در زمان گذشته، بر سرمایه‌های انباشتی تأثیرگذار بوده و تفاوت در این سرمایه‌ها در زندگی سالمندی خود را نشان داده و زمینه تفاوت‌ها و نابرابری‌هایی را بین زنان و مردان سالمند رقم زده است. با این حال نباید فراموش کرد که علی‌رغم اهمیت تفاوت‌های جنسیتی، نمی‌توان تنها به تحلیل‌های جنسیتی اکتفا کرد؛ بلکه باید به تلاقی جنسیت با دیگر مؤلفه‌های تعیین‌کننده توجه داشت که زمینه تفاوت‌ها و نابرابری‌های مضاعفی را رقم می‌زند. چرا که سالمندی پدیده پیچیده‌ای است که در تلاقی با مؤلفه‌هایی چون جنسیت، فقر، طبقه، سنت، ساختار و فرهنگ، به تجربه متفاوت و متکثری تبدیل می‌شود. در نتیجه، نمی‌توان تنها به تحلیل‌های تک‌بعدی بسنده کرد بلکه باید از تحلیل‌های چندبعدی مدد جست. در این زمینه، رویکرد جدیدی تحت عنوان یا تلاقی مهم است که عمدتاً در مطالعات فمینیستی و همچنین مطالعات بین‌فرهنگی

به کار می رود. رویکرد تلاقی به این معناست که زنان و مردان، یک قشر همگون و یک شکل نیستند. اگر بین زنان و مردان روابط قدرت نابرابر وجود دارد، این روابط قدرت بین خود جامعه زنان و مردان نیز وجود دارد؛ بسته به اینکه سالمندان به چه طبقه اقتصادی و فرهنگی، چه گروه قومی و چه بستری تعلق دارند، تحلیل ها متفاوت خواهد بود. بنابراین، در تحلیل های اجتماعی، باید در هم تنیدگی این مؤلفه ها را لحاظ کرد. در هم تنیدگی این مؤلفه ها است که زمینه فرودستی و محرومیت مضاعف را رقم میزند. لازم به تأکید است که زنان سالمند آینده از نظر تفاوت های جنسیتی، متفاوت از نسل امروز خواهند بود. سالمندان آتی، در حال حاضر جوانان فعلی هستند که از نعمت تحصیلات و اشتغال به عنوان منابع مهم برخوردارند؛ در حالی که نسل سالمندان امروز از این منابع، بهره کمتری داشتند. در نتیجه، به تدریج از تفاوت های جنسیتی کاسته می شود. هر چند تفاوت ها و نابرابری ها بین سالمندان نسل آتی کاهش می یابد اما بایستی در راستای ارتقاء کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند امروز و کاهش تفاوت ها و نابرابری های جنسیتی اقدام کرد و ابعاد جنسیتی سالمندی را در پژوهش ها و سپس سیاستگذاری ها لحاظ نمود (۱۸).

۱۰. با توجه به رشد روزافزون سالمندان زن در کشور ایران، توجه به کیفیت زندگی آن ها یکی از فاکتورهای اساسی در سلامت اجتماعی است. پروین چراغی و همکاران (۱۳۹۸)، در پژوهشی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بین سالمندان را مطالعه کرده اند. این پژوهش توصیفی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ در بین ۲۳۸ نفر سالمند زن و مرد بالای ۶۰ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه های بهداشت شهرستان های استان همدان صورت گرفت. این افراد به روش تصادفی طبقه ای انتخاب شدند. ابعاد کیفیت زندگی سالمندان با استفاده از پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی (SF-۳۶) مورد ارزیابی قرار گرفت. اکثریت نمونه مورد مطالعه را زنان سالمند، سالمندان بدون سواد خواندن و نوشتن و سالمندان همسر دار تشکیل می دادند. بالاترین میانگین کیفیت زندگی در بعد جسمانی و در زیرمقیاس درد ($21/29 \pm 70/86$) و کمترین میانگین در زیرمقیاس سلامت عمومی ($10/29 \pm 21/81$) گزارش شد. نمره کیفیت زندگی در زیرمقیاس های بعد سلامت روانی جسمانی و در مردان بالاتر از زنان به دست آمد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/05$). همچنین در زیرمقیاس های بعد سلامت جسمانی و روانی میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد با سطح تحصیلات بالاتر و در افراد متأهل بالاتر بود ($P < 0/05$). میانگین کیفیت زندگی در دو بعد سلامت جسمانی و روانی و زیرمقیاس های در مربوطه در میان سالمندان استان همدان، سطح متوسط و قابل قبولی قرار دارد و پایین ترین نمره مربوط به

زیرمقیاس سلامت عمومی است. همچنین کیفیت زندگی در زنان سالمند، سالمندان با تحصیلات پایین و سالمندان تنها پایین تر است (۲۰).

۱۱. مشکلات اقتصادی و معیشتی موضوع دیگری است که زنان سالمند بیشتر از سایر اقشار جامعه از آن متأثر می شوند. احمد دراهکی و رضا نوبخت (۱۳۹۹) نیز در پژوهشی تحت عنوان **بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سالمند ایرانی بر اساس آمارهای رسمی و الزامات سیاستی مبتنی بر پیش بینی های آینده نگرانه جمعیتی** پرداخته اند. در این مطالعه به منظور شناخت وضعیت اجتماعی و اقتصادی زنان سالمند در کشور ایران، از پردازش داده های سرشماری ۱۳۹۵ و سایر آمارهای رسمی استفاده شده است. همچنین با توجه به سناریوهای جمعیتی وضعیت زنان سالمند ایرانی در چشم انداز ۱۴۳۰ مورد واکاوی قرار گرفته است. بر اساس پردازش آمارهای رسمی می توان گفت ۹/۵ درصد از کل جمعیت زنان کشور را شامل می شوند (که انتظار می رود بر اساس پیش بینی سناریوی محتمل آینده نگرانه جمعیت این درصد به حدود ۳۲/۷ درصد در افق چشم انداز ۱۴۳۰ افزایش یابد). ۹۹/۷۳ درصد از زنان سالمند در خانوارهای معمولی زندگی کرده و ۴۴ درصد آن ها با سواد بوده اند که ۵۰ درصد از آن ها سوادشان در سطح ابتدایی است. میزان مشارکت اقتصادی زنان سالمند ۶ درصد و نرخ بیکاری آنان ۱/۸ درصد است. ۴۳/۳ درصد از ایشان همسران خود را از دست داده اند و ۲۴ درصد از زنان سالمند به تنهایی زندگی می کنند. همچنین ۳۹/۷ درصد از زنان سالمند سرپرست خانوارهایی بودند که در آن زندگی می کردند. همچنین آمار بالا و روبه افزون زنان سالمند خود سرپرست از مهمترین یافته های تحقیق حاضر است که لزوم سیاست گذاری های اجتماعی و فرهنگی و منابع در اختیار آن ها بیش از هر زمانی با توجه به تحولات پیشرو احساس می شود. بر اساس یافته های بررسی حاضر مبنی بر زندگی درصد زیادی از زنان سالمند به صورت خانوار یک نفره و همچنین وجود درصد بالای زنان سالمندی که همسران خود را از دست داده اند، می توان گفت که تنهایی سالمندان در حال حاضر یکی از پدیده هایی است که در حال افزایش است و این می تواند به دلایل مختلف باشد. از جمله بیشتر بودن امید به زندگی زنان و طول عمر بیشتر آن ها که این خود یکی از دلایل زنانه شدن سالمندی در جمعیت های جهان است. دلیل دیگر می تواند کاهش فرزندان باشد. با توجه به کاهش باروری در سال های اخیر و رسیدن به باروری زیر سطح جانشینی در کشور و حتی نگرانی هایی که در رابطه با باروری خیلی پایین در ایران در سال های آتی وجود دارد این مسئله به نظر می رسد در افق چشم انداز ۱۴۳۰ بغرنج تر شود (۲۱).

جدول ۱: توزیع جمعیت زنان سالمند در گروه های سنی ۵ ساله در سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹)

سن	تعداد			درصد	روستا	شهر	کل
	روستا	شهر	کل				
تمامی سنین	۱۰۱۰۰۷۶	۲۹۳۰۵۴۳۳	۳۹۴۲۷۸۲۸	۹/۵	۹/۲	۱۰/۴	سالمند به کل جمعیت
۶۰-ساله و بالاتر	۱۰۵۱۳۶۸	۲۷۰۲۴۱۱	۳۷۵۵۶۸۶	۳۴/۳	۳۵/۲	۳۲/۲	
۶۰-۶۴ ساله	۳۳۸۹۷۴	۹۵۰۱۱۸	۱۲۸۹۹۱۰	۲۴	۲۴	۲۴/۲	
۶۵-۶۹ ساله	۲۵۴۱۴۵	۶۴۷۹۵۰	۹۰۲۵۵۴	۱۶/۱	۱۶/۱	۱۶/۴	
۷۰-۷۴ ساله	۱۷۲۰۰۵	۴۳۴۲۲۲	۶۰۶۵۱۳	۱۱/۶	۱۱/۳	۱۲/۳	
۷۵-۷۹ ساله	۱۲۸۹۷۸	۳۰۵۸۳۹	۴۳۴۹۷۳	۸/۱	۷/۸	۸/۸	
۸۰-۸۴ ساله	۹۲۹۳۷	۲۱۰۴۵۱	۳۰۳۵۰۲	۴	۳/۹	۴/۳	گروه سنی به کل سالمندان
۸۵-۸۹ ساله	۴۴۷۳۶	۱۰۶۲۵۱	۱۵۱۰۳۶	۱/۴	۱/۴	۱/۴	
۹۰-۹۴ ساله	۱۵۲۲۷	۳۸۶۱۶	۵۳۸۵۹	۰/۳	۰/۳	۰/۳	
۹۵-۹۹ ساله	۲۹۹۲	۶۹۴۷	۹۹۴۷	۰/۱	۰/۱	۰/۱	
۱۰۰ساله و بیشتر	۱۳۷۴	۲۰۱۷	۳۳۹۲				

جدول ۲: جمعیت زنان سالمند بر اساس نوع خانوار بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹)

محل سکونت و سن	جمع	تعداد				درصد	
		معمولی	گروهی	موسسه ای	معمولی	گروهی	موسسه ای
کل	۳۷۵۳۷۷۹	۳۷۴۳۳۸۸	۳۲۵۰	۷۱۴۱	۹۹/۷۲	۰/۰۹	۰/۱۹
۶۰-۶۴ ساله	۱۲۸۹۰۹۲	۱۲۸۶۸۳۱	۱۲۰۶	۱۰۵۵	۹۹/۸۲	۰/۰۹	۰/۰۸
۶۵-۶۹ ساله	۹۰۲۰۹۵	۹۰۰۴۵۹	۸۱۲	۸۲۴	۹۹/۸۲	۰/۰۹	۰/۰۹
۷۰-۷۴ ساله	۶۰۶۲۲۷	۶۰۴۹۹۰	۴۷۸	۷۵۹	۹۹/۸	۰/۰۸	۰/۱۳
۷۵ ساله و بیشتر	۹۵۶۳۶۵	۹۵۱۱۰۸	۷۵۴	۴۵۰۳	۹۹/۴۵	۰/۰۸	۰/۴۷
نقاط شهری	۲۷۰۲۴۱۱	۲۶۹۴۳۴۹	۲۱۱۷	۵۹۴۵	۹۹/۷	۰/۰۸	۰/۲۲
۶۰-۶۴ ساله	۹۵۰۱۱۸	۹۴۸۵۴۸	۷۸۳	۷۸۷	۹۹/۸۳	۰/۰۸	۰/۰۸
۶۵-۶۹ ساله	۶۴۷۹۵۰	۶۴۶۸۰۴	۵۱۳	۶۳۳	۹۹/۸۲	۰/۰۸	۰/۱
۷۰-۷۴ ساله	۴۳۴۲۲۲	۴۳۳۲۷۴	۳۱۳	۶۳۵	۹۹/۷۸	۰/۰۷	۰/۱۵
۷۵ ساله و بیشتر	۶۷۰۱۲۱	۶۶۵۷۲۳	۵۰۸	۳۸۹۰	۹۹/۳۴	۰/۰۸	۰/۵۸
نقاط روستایی	۱۰۵۱۳۶۸	۱۰۴۹۰۳۹	۱۱۳۳	۱۱۹۶	۹۹/۷۸	۰/۱۱	۰/۱۱
۶۰-۶۴ ساله	۳۳۸۹۷۴	۳۳۸۲۸۳	۴۲۳	۲۶۸	۹۹/۸	۰/۱۲	۰/۰۸
۶۵-۶۹ ساله	۲۵۴۱۴۵	۲۵۳۶۵۵	۲۹۹	۱۹۱	۹۹/۸۱	۰/۱۲	۰/۰۸
۷۰-۷۴ ساله	۱۷۲۰۰۵	۱۷۱۷۱۶	۱۶۵	۱۲۴	۹۹/۸۳	۰/۱	۰/۰۷
۷۵ ساله و بیشتر	۲۸۶۲۴۴	۲۸۵۳۸۵	۲۴۶	۶۱۳	۹۹/۷	۰/۰۹	۰/۲۱

جدول ۳: جمعیت زنان سالمند بر حسب وضع سکونت و وضع سواد بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹)

محل سکونت و سن	جمع	وضع سواد		درصد بی سواد
		بی سواد	باسواد	
جمع ۶۰ به بالا	۳۷۵۵۶۸۶	۲۴۷۸۱۳۷	۱۲۷۵۵۸۰	۶۶
۶۰-۶۴ ساله	۱۲۸۹۹۱۰	۶۸۲۶۴۶	۶۰۶۷۵۶	۵۲/۹
۶۵-۶۹ ساله	۹۰۲۵۵۴	۵۷۲۲۴۱	۳۲۹۹۳۴	۶۳/۴

۷۱/۴	۴۳۲۷۵۶	۱۷۳۳۹۳	۶۰۶۵۱۳	۷۴-۷۰ ساله
۸۲/۶	۷۹۰۴۹۴	۱۶۵۴۹۷	۹۵۶۷۰۹	۷۵ ساله و بیشتر
۵۶/۶	۱۵۲۹۰۳۰	۱۱۷۱۹۹۳	۲۷۰۲۴۱۱	شهری
۴۲/۲	۴۰۰۸۶۸	۵۴۸۸۷۵	۹۵۰۱۱۸	۶۴-۶۰ ساله
۵۲/۹	۳۴۳۰۳۳	۳۰۴۶۵۲	۶۴۷۹۵۰	۶۹-۶۵ ساله
۶۲/۶	۲۷۱۹۱۸	۱۶۲۰۵۶	۴۳۴۲۲۲	۷۴-۷۰ ساله
۷۶/۶	۵۱۳۲۱۱	۱۵۶۴۱۰	۶۷۰۱۲۱	۷۵ ساله و بیشتر
۹۰/۱	۹۴۷۳۰۲	۱۰۳۴۸۹	۱۰۵۱۳۶۸	روستایی
۸۲/۹	۲۸۱۰۲۰	۵۷۸۲۴	۳۳۸۹۷۴	۶۴-۶۰ ساله
۹۰	۲۲۸۷۷۲	۲۵۲۵۹	۲۵۴۱۴۵	۶۹-۶۵ ساله
۹۳/۳	۱۶۰۵۶۴	۱۱۳۲۵	۱۷۲۰۰۵	۷۴-۷۰ ساله
۹۶/۸	۲۷۶۹۴۶	۹۰۸۱	۲۸۶۲۴۴	۷۵ ساله و بیشتر

جدول ۴: جمعیت زنان سالمند باسواد بر حسب وضع تحصیلات بر اساس سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹)

گروه سنی	جمع	ابتدایی / پایان ابتدایی / سواد آموزی	سیکل اول/ راهنمایی/ پایان راهنمایی/ متوسطه ۱	سیکل دوم/ متوسطه/ متوسطه ۲/ فاقد مدرک دیپلم	دیپلم و پیش دانشگاهی	دانشگاهی
۶۴-۶۰ ساله	۶۰۶۷۵۶	۳۰۲۴۷۲	۷۲۰۹۰	۲۹۴۲۷	۱۳۴۰۵۲	۶۵۴۰۵
۶۹-۶۵ ساله	۳۲۹۹۳۴	۱۷۷۷۹۸	۳۸۹۴۰	۱۴۹۱۳	۶۲۲۴۶	۳۳۵۰۸
۷۴-۷۰ ساله	۱۷۳۳۹۳	۹۹۳۵۳	۲۰۷۵۴	۷۹۱۰	۲۸۱۸۴	۱۵۴۷۰
۷۵ ساله و بیشتر	۱۶۵۴۹۷	۱۰۶۴۴۰	۱۸۷۷۹	۶۹۸۳	۲۰۵۵۱	۹۶۳۳
کل	۱۲۷۵۵۸۰	۶۸۵۹۶۳	۱۵۰۵۶۳	۵۹۲۳۳	۲۴۵۰۳۳	۱۲۴۰۱۶
گروه سنی						
۶۴-۶۰ ساله	۱۰۰	۴۹/۹	۱۱/۹	۴/۸	۲۲/۱	۱۰/۸
۶۹-۶۵ ساله	۱۰۰	۵۳/۹	۱۱/۸	۴/۵	۱۸/۹	۱۰/۲
۷۴-۷۰ ساله	۱۰۰	۵۷/۲	۱۲	۴/۶	۱۶/۳	۸/۹
۷۵ ساله و بیشتر	۱۰۰	۶۴/۳	۱۱/۳	۴/۲	۱۲/۴	۵/۸
کل	۱۰۰	۵۳/۸	۱۱/۸	۴/۶	۱۹/۲	۹/۷

جدول ۵: جمعیت زنان سالمند بر اساس وضع فعالیت بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹)

جمع	جمعیت فعال			جمعیت غیرفعال			نرخ بیکاری	نرخ مشارکت	دارای درآمد بدون کار
	جمع	شاغل	بیکار	جمع	خانه دار	دارای درآمد بدون کار			
۱۲۸۹۹۱۰	۱۰۴۰۰۵	۱۰۱۰۳۶	۲۹۶۹	۱۱۸۴۸۲۷	۱۰۲۸۱۲۸	۱۵۰۹۵۰	۲/۹	۸/۱	۱۵۰۹۵۰
۲۴۶۵۷۷۶	۱۲۰۹۷۳	۱۱۹۷۹۷	۱۱۷۶	۲۳۴۲۱۳۲	۱۷۹۵۰۷۳	۳۲۰۶۵۴	۱	۴/۹	۳۲۰۶۵۴

۱/۸	۶	۴۷۱۶۰۴	۲۸۲۳۲۰۱	۳۵۲۶۹۵۹	۴۱۴۵	۲۲۰۸۳۳	۲۲۴۹۷۸	۳۷۵۵۶۸۶	کل
۱/۹	۴/۸	۴۲۰۲۷۱	۲۰۱۱۱۴۶	۲۵۶۹۷۲۱	۲۵۰۶	۱۲۷۷۵۸	۱۳۰۲۶۴	۲۷۰۲۴۱۱	جمع شهری
۱/۷	۹	۵۱۳۰۵	۸۱۰۹۴۳	۹۵۵۸۲۳	۱۶۳۶	۹۲۵۹۲	۹۴۲۲۸	۱۰۵۱۳۶۸	جمع سالمندان روستایی

جدول ۶: جمعیت زنان سالمند بر اساس وضع زناشویی بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹)

هرگز ازدواج نکرده	حداقل یکبار ازدواج کرده				جمع	سن و محل سکونت
	بی همسر		دارای همسر	جمع		
	طلاق	فوت				
۱۹۲۸۹	۲۴۹۸۳	۳۱۶۵۹۰	۹۲۸۶۱۸	۱۲۷۰۴۲۹	۱۲۸۹۹۱۰	۶۰-۶۴ ساله
۲۳۶۶۵	۲۹۳۹۳	۱۳۰۹۳۶۳	۱۱۰۱۵۲۸	۲۴۴۱۰۴۱	۲۴۶۵۷۷۶	جمع محل سکونت ۶۵ ساله و بیشتر
۴۲۹۵۴	۵۴۳۷۶	۱۶۲۵۹۵۳	۲۰۳۰۱۴۶	۳۷۱۱۴۷۰	۳۷۵۵۶۸۶	کل
۳۴۸۳۹	۴۷۰۶۸	۱۱۷۸۲۲۰	۱۴۴۰۶۹۶	۲۶۶۶۷۲۲	۲۷۰۲۴۱۱	نقاط شهری
۸۰۹۳	۷۲۹۹	۴۴۷۱۵۹	۵۸۸۱۵۳	۱۰۴۲۸۶۸	۱۰۵۱۳۶۸	جمع سالمندان نقاط روستایی
درصد						سن و محل سکونت
۱/۵	۱/۹	۲۴/۵	۷۲	۹۸/۵	-	۶۰-۶۴ ساله
۱	۱/۲	۵۳/۱	۴۴/۷	۹۹	-	جمع محل سکونت ۶۵ ساله و بیشتر
۱/۱	۱/۴	۴۳/۳	۵۴/۱	۹۸/۸	-	کل
۱/۳	۱/۷	۴۳/۶	۵۳/۳	۹۸/۷	-	نقاط شهری
۰/۸	۰/۷	۴۲/۵	۵۵/۹	۹۹/۲	-	جمع سالمندان نقاط روستایی

جدول ۷: جمعیت زنان سالمند بر اساس تعداد اعضای خانوار بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹)

۵ نفر و بالاتر	تعداد اعضای خانوار				جمع	سن
	۴ نفر	۳ نفر	۲ نفر	۱ نفر		
۳۹۵۶۲۷	۴۰۲۴۳۶	۷۱۲۹۵۳	۱۳۳۲۷۴۰	۹۰۱۵۳۹	۳۷۴۵۲۹۵	جمع
۱۵۶۸۰۱	۱۹۵۴۷۹	۳۳۳۸۴۹	۴۵۷۲۵۲	۱۴۴۲۶۸	۱۲۸۷۶۴۹	۶۰-۶۴ ساله
۸۶۶۸۶	۱۰۰۵۵۵	۱۹۲۰۱۷	۳۵۵۳۳۲	۱۶۶۳۲۸	۹۰۰۹۱۸	۶۵-۶۹ ساله
۴۸۱۰۰	۴۶۳۰۶	۹۳۶۷۴	۲۴۱۴۱۶	۱۷۵۷۸۰	۶۰۵۲۷۶	۷۰-۷۴ ساله
۱۰۴۰۴۰	۶۰۰۹۶	۹۳۴۱۳	۲۷۸۷۴۰	۴۱۵۱۶۳	۹۵۱۴۵۲	۷۵ ساله و بیشتر
درصد						سن
۱۰/۶	۱۰/۷	۱۹	۳۵/۶	۲۴/۱	-	جمع
۱۲/۲	۱۵/۲	۲۵/۹	۳۵/۵	۱۱/۲	-	۶۰-۶۴ ساله
۹/۶	۱۱/۲	۲۱/۳	۳۹/۴	۱۸/۵	-	۶۵-۶۹ ساله
۷/۹	۷/۷	۱۵/۵	۳۹/۹	۲۹	-	۷۰-۷۴ ساله
۱۰/۹	۶/۳	۹/۸	۲۹/۳	۴۳/۶	-	۷۵ ساله و بیشتر

جدول ۸: جمعیت زنان سالمند سرپرست خانوار بر اساس تعداد اعضای خانوار بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵ (۱۹)

سن سرپرست	تعداد اعضای خانوار زن سرپرست					جمع زنان	
	خانوار	۱ نفر	۲ نفر	۳ نفر	۴ نفر	۵ نفر و بالاتر	زنان سرپرست خانوار
جمع	۳۷۴۵۲۹۵	۱۴۹۱۴۱۹	۹۰۱۵۳۹	۳۳۶۹۱۱	۱۵۱۲۶۷	۶۳۰۰۱	۳۸۷۰۱
۶۴-۶۰ ساله	۱۲۸۷۶۴۹	۳۴۶۵۴۶	۱۴۴۲۶۸	۱۰۰۳۴۷	۵۷۸۵۸	۲۶۷۳۹	۱۷۳۳۴
۶۹-۶۵ ساله	۹۰۰۹۱۸	۳۲۴۱۱۳	۱۶۶۳۲۸	۸۵۹۰۳	۴۲۳۹۱	۱۸۰۹۰	۱۱۴۰۱
۷۴-۷۰ ساله	۶۰۵۲۷۶	۲۷۷۵۰۳	۱۷۵۷۸۰	۶۱۹۹۹	۲۴۶۵۵	۹۵۶۳	۵۵۰۶
۷۵ ساله و بیشتر	۹۵۱۴۵۲	۵۴۳۲۵۷	۴۱۵۱۶۳	۸۸۶۶۲	۲۶۳۶۳	۸۶۰۹	۴۴۶۰
سن	درصد سرپرستی خانوار					درصد سرپرستی بر اساس تعداد افراد خانوار	
جمع	۳۹/۷	۶۰/۴	۲۲/۶	۱۰/۱	۴/۲	۲/۶	
۶۴-۶۰ ساله	۲۶/۹	۴۱/۶	۲۹	۱۶/۷	۷/۷	۵	
۶۹-۶۵ ساله	۳۵/۹	۵۱/۳	۲۶/۵	۱۳/۱	۵/۶	۳/۵	
۷۴-۷۰ ساله	۴۵/۸	۶۳/۳	۲۲/۳	۸/۹	۳/۴	۲	
۷۵ ساله و بیشتر	۵۶/۸	۷/۴	۱۶/۳	۴/۹	۱/۶	۰/۸	

۱۲. همچنین پژوهش اکرم فرهادی و همکاران (۱۳۹۰)، تحت عنوان کیفیت زندگی سالمندان روستایی: مطالعه بوشهر (مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه) که یک مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی بوده که کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی استان بوشهر را در بهمن ماه سال ۱۳۸۸ با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ مورد بررسی قرار داده است. با روش نمونه گیری چند مرحله ای، ۶۹ سالمند روستایی به عنوان نمونه پژوهش برگزیده شدند. در بررسی رابطه کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک مشخص گردید که در دو قلمرو سرزندگی و سلامت روان با توجه به سن و وضعیت تأهل، بین سالمندان تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$). تفاوت معناداری در کیفیت زندگی سالمندان مرد و زن مشاهده نشد ($P > 0/05$). میانگین نمرات سالمندان با سواد قرآنی در قلمرو نقش فیزیکی، بالاتر از سالمندان با سواد بود ($P = 0/016$). همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی، ابعاد و قلمروهای آن به جز قلمرو عملکرد اجتماعی پایین تر از متوسط بود. نتایج نشان داد کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی پایین تر از متوسط است به طوری که احتیاج به رسیدگی فوری داشته و انجام مداخلاتی جهت بهبود کیفیت زندگی آن ها ضروری به نظر می رسد (۲۲).

۱۳. یکی از مؤلفه های تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان، احساس تنهایی است، تنهایی زنان سالمند همراه با مشکلات اجتماعی و سلامتی بیشتری نسبت به مردان است که عوامل متعددی می تواند آن را تشدید کند. حسین زرغامی و حسین محمودیان (۱۳۹۵) به

پژوهشی تحت عنوان **مهاجرت فرزندان و احساس تنهایی والدین سالمند روستایی**، با هدف پاسخ به این سوال اساسی که این مهاجرت‌ها چه پیامدهایی بر افراد باقیمانده در روستا بر جای می‌گذارد؟ پرداخته اند. جهت پاسخ به سؤال تحقیق، روستاهای شهرستان برد سکن که در آن اغلب خانواده‌ها با تعدادی یا تمام فرزندان مهاجر مواجه هستند به عنوان منطقه هدف انتخاب گردید. روش کلی کار به صورت کمی و با استفاده از پرسشنامه طراحی شده بر مبنای پرسشنامه‌های استاندارد احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا و مقیاس دیونگ جیروالد صورت پذیرفت. تعداد ۳۵۷ سالمند ساکن در روستا که حداقل دارای یک فرزند در حال حاضر زنده بودند، مورد مصاحبه ساختاریافته یا منظم قرار گرفتند. پاسخگویان به شیوه نمونه‌گیری چندمرحله‌ای و ترکیبی از روش‌های خوشه‌ای و تصادفی ساده از ۹ روستا انتخاب شدند. نتایج نشان داد که مهاجرت فرزندان اثر قابل توجهی بر احساس تنهایی والدین سالمند دارد و این اثر حتی با کنترل دیگر متغیرها همچنان باقی می‌ماند. متغیرهای دیگر شامل وضعیت سلامت عمومی، وضعیت تأهل، وضعیت مالی و جنس سالمند نیز اثر معناداری بر بروز احساس تنهایی سالمندان ساکن در مناطق روستایی تحت مطالعه وارد می‌آورند. همچنین این متغیرها در مجموع حدود نیمی از تغییرات احساس تنهایی پاسخگویان را تبیین می‌نمایند (۲).

۱۴. همچنین پژوهش شیوا پروایی هره دشت و همکاران (۱۳۹۴)، تحت عنوان **سنجش عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی شهری سالمندان در شهرهای نیشابور و عشق آباد**، با هدف سنجش عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سالمندان شهری انجام شد. به همین منظور ۱۵۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال دو شهر نیشابور و عشق آباد از شهرستان نیشابور به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و بررسی شده‌اند. همچنین چارچوب نظری پژوهش تلفیقی از نظریات کیفیت زندگی و جامعه‌شناسی سالمندی است. نتایج حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی، ۱۰ عامل کلیدی برای تعیین ابعاد کیفیت زندگی مناطق شهری نشان داده است که عبارت‌اند از: بهزیستی ذهنی، سرزندگی، قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی، توانایی جسمی، وضعیت حافظه، مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و گروهی، روابط اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی و وضعیت تغذیه. در ارتباط با فاکتورهای فردی، اجتماعی و اقتصادی، نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که بین متغیرهای وضعیت تأهل، درآمد ماهانه سالمندان و منابع تأمین درآمد با کیفیت زندگی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد. وضعیت تأهل؛ یعنی داشتن همسر و زندگی با همسر در ارتقای کیفیت زندگی بسیار مؤثر است. چنانچه تحقیقات دیگران نیز نشان داده است که کسانی که متأهل و دارای همسر هستند، از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به آن‌هایی که با همسر زندگی نمی‌

کنند، برخوردارند. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۴۰ درصد سالمندان شهری مورد مطالعه کیفیت زندگی خود را خوب و بسیار خوب بیان کرده‌اند، در حالی که ۵۲ درصد سالمندان کیفیت زندگی متوسط و تنها ۸ درصد سالمندان مورد مطالعه کیفیت زندگی خود را بد و بسیار بد ابراز کرده‌اند. نتایج حاصل از تحلیل عاملی ۱۰ عامل کلیدی را برای تعیین ابعاد کیفیت ذهنی زندگی در مناطق شهری نشان می‌دهد، که این ۱۰ عامل ۷۳/۱۴۷ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی سالمندان را تبیین کرده است. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نیز نشان می‌دهد که چهار عامل سرزندگی در گام اول، همبستگی اجتماعی در گام دوم، مشارکت در فعالیت‌های مذهبی و گروهی در گام سوم و روابط اجتماعی در گام چهارم به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته‌اند، وارد معادله رگرسیونی شده‌اند و در مجموع این چهار عامل توانسته‌اند حدود ۵۷/۹ درصد تغییرات کیفیت زندگی سالمندان را در ناحیه مورد مطالعه تبیین کنند. بنابراین با توجه به مطالعه انجام شده می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مناطق شهری ضرورت توجه و اقدامات عملی در حوزه عوامل شناسایی شده احساس می‌شود (۲۳).

۱۵. بیماری‌های شایع دوران سالمندی با رعایت سبک زندگی سالم، قابل پیشگیری است؛ بنابراین بررسی سبک زندگی سالمندان به منظور پیشگیری از بیماری‌ها، بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی آن‌ها، از اهمیت زیادی برخوردار است که پژوهش بیژن زارع و همکاران (۱۳۹۴)، تحت عنوان **عوامل جمعیتی - اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی** که یک پژوهش پیمایشی است برای کشف عوامل جمعیتی و اجتماعی مؤثر بر انتخاب‌های فردی - که بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی تأثیر می‌گذارد برآمده است. در راستای بررسی این موضوع، نمونه‌ای متشکل از ۳۰۰ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال شهر تهران، از پنج منطقه شهرداری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. نتایج نشان داد که بیش از دو سوم سالمندان نمونه آماری ۱۱/۸ درصد، سبک زندگی سالم دارند. سبک زندگی سلامت محور سالمندان برحسب سن، تحصیلات و رضایت از زندگی متفاوت است و با سبک زندگی سلامت محور ارتباطی معنادار دارد. ۱۶ درصد تغییرهای سبک زندگی سالمندان مورد بررسی، از طریق متغیرهای جمعیتی - اجتماعی تبیین شده‌اند. در میان متغیرهای مورد بررسی، رضایت از زندگی، مهم‌ترین متغیر بلافاصله اثرگذار بر سبک زندگی سالمندان با ضریب بتای ۰/۲۰۶ است که خود از متغیرهای پایگاه اقتصادی، اجتماعی، دینداری، سن و جنس تأثیر می‌پذیرد. همچنین رضایت سالمندان در این پژوهش، متأثر از وضعیت تأهل سالمندان است. سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند،

به دلیل رعایت نکردن اصول تغذیه، در مقایسه با سالمندانی که با همسرانشان زندگی می کنند، سبک زندگی ناسالم تری دارند (۲۴).

جدول شماره ۹: خلاصه پژوهش های انجام شده در ایران

ردیف	نویسندگان	سال	عنوان مطالعه	گروه هدف	محل اجرا	نوع مطالعه	خلاصه یافته ها
۱	آریا همدانچی و همکاران	۱۳۹۹	واکاوی تجربه زیسته سالمندان هرگز ازدواج نکرده-یک مطالعه پدیدارشناسی	هشت زن و چهار مرد ۶۰ تا ۷۸ ساله هرگز ازدواج نکرده	تهران	کیفی (پدیدارشناسی)	آرامش در استقلال، جدال با تنهایی، خود ساختگی، احساس افسوس، روابط قوی اجتماعی و تجربه انگ های اجتماعی بود. همچنین نتایج نشان داد سالمندان مرد غیر شاغل و سالمندانی که مجرد آن ها جنبه اجباری داشت بیشتر مستعد درک جنبه های ناخوشایند این پدیده مانند احساس تنهایی و افسوس بودند. در حالی که زنان سالمند هرگز ازدواج نکرده در مقایسه با مردان، شبکه های اجتماعی قوی تری داشته و کمتر در معرض احساس تنهایی قرار داشتند. همچنین شرکت کنندگانی که دارای تجربه استقلال زودرس و مجرد اختیاری بودند، بهتر خود را با شرایط مجرد در دوران سالمندی به وفق داده و مفاهیمی مثل آرامش در استقلال و خود ساختگی را به طور بارزتری گزارش نمودند. ادامه مجرد در سنین سالمندی پدیده ای است پیچیده و چند بعدی که معنا و مفهوم آن می تواند برای افراد مختلف متفاوت باشد سالمندان هرگز ازدواج نکرده علی رغم اینکه با مشکلاتی مثل تنهایی و اهنگ های اجتماعی مواجه می شوند ولی در عین حال می توانند در زندگی احساس رضایت و آرامش داشته باشند
۲	کریم علی- کریمی و همکاران	۱۳۹۸	تجربه ی زیسته ی تنهایی در بین زنان سالمند شهر بوکان (مطالعه پدیدارشناختی)	۱۰ زن سالمند تنها	بوکان	کیفی (پدیدارشناسی)	چهار خرده مقوله با عناوین کناره گیری از دیگران، گزینش مصلحت آمیز تنهایی، گزینش مصلحتی مجرد و لذت تنهایی به دست آمد که مقوله ی اصلی تنهایی مصلحت آمیز از آن انتزاع شده است. مقوله ی اصلی دوم با عنوان حفظ/ بازآفرینی روابط اجتماعی، از انتزاع سه خرده مقوله با عناوین دل خوشی به روابط موجود، دلگرمی به حمایت های همسایگی و داشتن روزنه های امید بخش/ چشم انتظاری به دست آمد. نتایج تحقیق نشان می دهد که تجربه ی تنهایی برای بسیاری از زنان مشارکت کننده ناراحت کننده است، ولی آنان برای جلوگیری از بروز اختلافات خانوادگی، حفظ عزت نفس خویش، سربارنبودن دیگران، تمایل نداشتن به زندگی در کنار دیگران و ازدواج مجدد، زندگی تنهایی را بر می گزینند. زندگی پس از تنها شدن برای زنان مسن مطالعه شده با چالش های متعددی همراه بوده است، از جمله فقر، ناتوانی جسمی و حرکتی، کاهش روابط اجتماعی و افزایش غصه ها و نگرانی ها. راه چاره ی پیش روی این زنان عبارتند از بازسازی زندگی بر مبنای شرایط جدید، ازدواج مجدد، قبول فرزندخواندگی، مهاجرت و ترک محل و زندگی با دیگران. با توجه به تغییرات ارزشی در حوزه ی خانواده و روابط اجتماعی، در بستر مطالعه شده، افزایش آمار زنان سالمند تنها دور از انتظار نیست. رواج اندیشه های فردگرایانه و لذت گرایانه در جامعه ی مطالعه شده باعث شده است که افراد دیگر نخواهند و یا نتوانند با دیگران، که به لحاظ جسمی ناتوان و ضعیف هستند، زندگی کنند و آنان را سد راه زندگی خود می دانند. این تحقیق پیشنهاد می کند که سیاست های سالمندی در کشور برای ماندن سالمندان در منزل شخصی هماهنگ شود

<p>۳</p> <p>مهری شمس قهفرخی</p>	<p>۱۳۹۸</p>	<p>تنها زیستی سالمندان در ایران بر حسب تفاوت های سنی و جنسیتی: شیوع و عوامل</p>	<p>ایران</p>	<p>تحلیل ثانویه</p>	<p>در سطح کل کشور، در سال ۱۳۶۵، سالمندانی که تنها زندگی می کردند، در حدود ۹/۱ درصد بوده است. در سال ۱۳۷۵، کمی کاهش داشت و به ۹ درصد رسیده، در سال ۱۳۸۵ به ۱۰/۹ درصد، در سال ۱۳۹۰ به ۱۴/۵ درصد و در سال ۱۳۹۵ به ۱۴/۹ درصد رسیده است. بیشترین افزایش بین سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بوده که در حدود ۳۳ درصد افزایش یافته است. شیوه تنها زندگی کردن به طور قابل توجهی در نواحی شهری و روستایی رو به افزایش است و اما بیشترین تفاوت روستا، شهری در سال ۱۳۹۵ مشاهده می شود. به طوری که ۱۴/۵ درصد از سالمندان شهری، و ۱۶/۰ درصد از سالمندان روستایی تنها زندگی می کنند. تفاوت قابل توجه بین زنان و مردان در تنها زندگی کردن در تمامی سال های سرشماری مشاهده می شود و اما بیشترین تفاوت در سال ۱۳۹۰ با ۵ درصد مردان در مقابل ۲۳/۶ درصد زنان و در سال ۱۳۹۵ با ۵/۵ درصد مردان در مقابل ۲۴/۱ درصد زنان ملاحظه می شود. همین الگو برای تفاوت بین دو جنس برای مناطق شهری و روستایی نیز مشاهده می شود. با افزایش سن، نسبت سالمندان تنها بیشتر می شود، تا جایی که ۳۰ درصد سالمندان ۸۰ سال و بیشتر تنها زندگی می کنند. ملاحظه می شود، ۵۵/۲۴ درصد سالمندانی که هرگز ازدواج نکرده اند، تنها زندگی می کنند و بعد از آن طلاق گرفته ها با ۵۲/۱۲ درصد و بیوه ها با ۵۰/۲۲ درصد و ازدواج کرده ها با ۱/۳۸ درصد در رتبه های بعدی قرار دارند. در کل کشور، از سالمندان بیسواد ۱۵/۵۵ درصد، از سالمندان با تحصیلات ابتدایی ۱۰/۶۳ درصد، از سالمندان با تحصیلات راهنمایی و متوسطه ۸/۳۹ درصد، از سالمندان با تحصیلات دیپلم ۸/۵۱ درصد و از سالمندان با تحصیلات دانشگاهی ۷/۸۹ درصد، تنها زندگی می کنند. همچنین میزان سالمندان تنها زیست شاغل نیز ۸/۸۷ درصد بوده است. زندگی در مناطق روستایی، زن بودن، بیسوادی، ازدواج نکردن، در حال تحصیل بودن، دارای درآمد بدون کار، خانه داری، سایر فعالیت ها و کهنسالی همگی بخت تنها زیستن را بالا می برند. شهری ها نسبت به روستائیان و مردان نسبت به زنان بخت تنها زیستی بیشتری داشتند. بخت تنها زیستی در سالمندان بیسواد و دارای تحصیلات ابتدایی به ترتیب ۲/۸ و ۱/۴ برابر سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی و تنها زیستی ازدواج نکرده ها، طلاق گرفته ها و بیوه ها به ترتیب ۸۸/۴، ۷۸ و ۷۲/۲۷ برابر ازدواج کرده ها بود. بخت تنها زیستی در وضعیت دارای درآمد بدون کار بودن ۲/۵ برابر، در حال تحصیل بودن ۲/۲ برابر سایر فعالیت ها ۱/۷ برابر و خانه داران ۱/۵ برابر شاغلان بود. تنها زیستی سالمندان در مراحل اوان سالمندی و سالمندی میانی، کمتر از کهنسالی بود. همچنین بعد از در نظر گرفتن تأثیر تمامی متغیرها، زندگی در مناطق روستایی، زن بودن، ازدواج نکردن، طلاق و بیوگی، خانه داری و کهنسالی همگی بخت تنها زیستن را بالا برد. چند تغییر بعد از کنترل دیگر متغیرها، مشاهده شده، نخست آن که تحصیلات تأثیر چندانی بر بخت تنها زیستی ندارد. دیگر آنکه دارای درآمد بدون کار بودن و سایر فعالیت ها، نسبت به شاغلان، بخت تنها زیستی را کاهش می دهند</p>
<p>۴</p> <p>سید جلیل حسینی اجداد نیایکی و همکاران</p>	<p>۱۳۹۸</p>	<p>بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۶</p>	<p>مشهد</p>	<p>مقطعی</p>	<p>در سالمندان ساکن جامعه نسبت به گروه سالمندان ساکن آسایشگاه ها درصد بی سوادی بالاتر و تحصیلات دانشگاهی پایین تر بود ($P=0.3/0$). همچنین از لحاظ ابعاد جسمانی و روانی پرسشنامه کیفیت زندگی، سالمندان آسایشگاه ها کیفیت زندگی پایینتری نسبت به سالمندان اجتماع داشتند ($P>0.1$). همچنین درآمد سالمندان آسایشگاه ها به طور معناداری کمتر از سالمندان اجتماع بود ($P>0.1$). همچنین نتایج مدل رگرسیون چند متغیره نشان داد تنها اثر محل زندگی (سالمندان ساکن جامعه و خانه سالمندان) بر هر دو بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی معنی دار است ($P>0.1$) و سطح درآمد و تحصیلات، جنسیت، سن، ابتلا به بیماری هایی نظیر دیابت، فشارخون و مصرف سیگار اثر معنی دار نداشتند ($P<0.05$). بر اساس نتایج این مطالعه، سالمندان آسایشگاه ها دارای سطح تحصیلات پایین تر، درآمد ماهانه کمتر و همچنین کیفیت زندگی پایین تری نسبت به گروه سالمندان جامعه داشتند. نمره کلی بعد جسمانی کیفیت زندگی و سالمندان جامعه ۴۵/۷ به دست آمد که نشان می دهد شرکت کنندگان از نظر عملکرد جسمی دارای کیفیت زندگی نا مطلوبی بودند. همچنین در این مطالعه نمره کلی بعد روانی در سالمندان جامعه ۳۶/۳ و در سالمندان</p>

					آسایشگاه ها ۲۹/۸ بود که نشان می دهد شرکت کنندگان از نظر بعد کلی روانی حتی وضعیت بدتری نسبت به بعد جسمانی داشتند. داشتن درآمد کافی یک شرط ضروری برای داشتن یک زندگی با کیفیت است، گرچه نمی تواند همه نیازهای اساسی زندگی را برآورده کند. داشتن تحصیلات بالا می تواند موجب ارتقای طبقه اجتماعی و بالا بردن توان اقتصادی سالمندان شود		
۵	علی ایمانزاده و سریه علیپور	۱۳۹۶	واکاوی تجربیات زنان سالمند از احساس تنهایی: مطالعه ای پدیدار شناختی	۱۹ زن سالمند	تهران	کیفی (پدیدارشناسی)	یافته های حاصل از تجربیات زنان سالمند از حس تنهایی در ۵ مضمون اصلی شامل علل احساس تنهایی سالمندان، شرایط جسمی، سوء رفتار، نگرش مثبت به سالمندان و راه های کاهش حس تنهایی شناسایی شد و مضامین فرعی شامل دوری از فعالیت های مورد علاقه، ازدواج و جدانشدن فرزندان و فوت همسر، مشکل شنوایی، مشکل درد پا، آلزایمر، سربرار نبودن، طرد شدن از سوی خانواده، از هم پاشیدن زندگی فرزندان، برکت خانه، وظیفه شناسی، دلبستگی فرزندان، افزایش ارتباط با خدا و حضور در اماکن مذهبی، توجه به سلامت جسمانی سالمند و افزایش روابط اجتماعی سالمند از بطن مضامین اصلی به دست آمد. همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که اکثر شرکت کنندگان پژوهش چه افرادی که از فرزند کمتری برخوردار بودند و چه کسانی که از فرزندان بیشتری برخوردار بودند، احساس تنهایی را تجربه کرده اند و سالمندانی که دارای فرزندان بیشتری بودند بر خلاف تصور رایج، از سطح انتظارات بیشتری نسبت به فرزندان خود نسبت به سالمندان دارای فرزند کمتر برخوردار بودند
۶	فاطمه ذکریایی - سراجی و سوسن باستانی	۱۳۹۱	تفاوت های جنسیتی در سالمندی: شبکه ها و حمایت های اجتماعی	۱۹۵ نفر (۱۵۰ نفر سالمند در سطح شهر و ۴۵ نفر سالمند ساکن سرای سالمندان)	تهران	پیمایش	۲۱/۱ درصد از پاسخگویان همسر خود را از دست داده اند (بیوه) که سهم زنان بیشتر از مردان است (۲۹/۲ درصد در مقابل ۱۱/۴ درصد) که می تواند حاکی از امید به زندگی بالای زنان و نیز احتمال بیشتر ازدواج مجدد برای مردان بیوه باشد. پایگاه اقتصادی- اجتماعی افراد بر حسب سه متغیر تحصیلات، شغل و هزینه ماهانه مورد سنجش قرار گرفت. بر این اساس ۱۲/۳ درصد افراد در سطح بالا (۱۸ درصد مربوط به مردان و ۷/۵ درصد مربوط به زنان)، ۴۴/۶ درصد در سطح متوسط (۳۱/۵ درصد مربوط به مردان و ۵۲/۸ درصد مربوط به زنان) و ۴۳/۱ درصد در سطح پایین قرار می گیرند. در مجموع می توان گفت که مردان از نظر پایگاه اقتصادی- اجتماعی در سطح بالاتری نسبت به زنان قرار دارند. همچنین در خانه سالمندان بیشتر افراد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی متوسط رو به بالا هستند که مردان با ۴۲/۸ درصد سهم بیشتری نسبت به زنان دارند. نتایج نشان داد که ۶۸/۱ درصد شبکه سالمندان را خویشاوندان تشکیل می دهند. شبکه مردان بزرگ تر و متنوع تر از شبکه زنان است. در مقابل، زنان سالمند در مقایسه با مردان حمایت های بیشتر و متنوع تر از اعضای شبکه خود دریافت می کنند. مردان و زنان در زمینه ارائه خدمات متفاوت عمل می کنند. جنسیت و وضعیت تأهل بر میزان حمایت اجتماعی که سالمند دریافت می کند، تأثیر می گذارند. سالمندانی که تماس حضوری و میزان صمیمیت بیشتری با اعضای شبکه خود دارند حمایت های بیشتری را با اعضای شبکه رد و بدل می کنند
۷	علی بیژنی و همکاران	۲۰۱۶	تفاوت های جنسیتی در وضعیت سلامت سالمندان تنها در مقایسه با افرادی که تنها نیستند: شواهد مطالعه AHAP، شمال ایران	۱۵۴۴ سالمند ۶۰ ساله و بالاتر	امیرکلا بابل	مقطعی	۶/۸ درصد از افراد مسن تنها زندگی می کردند. فقدان حمایت اجتماعی، اختلالات شناختی، افسردگی، بیماری های مزمن متعدد، وقوع زمین خوردن و سردرد با علت نامشخص در میان سالمندانی که به تنهایی زندگی می کنند به طور معنی داری بیشتر بود ($P < 0.05$). صرف نظر از سن و سطح تحصیلات، سردرد و علائم افسردگی در مردانی که به تنهایی زندگی می کنند و وقوع زمین خوردن در افراد زن به طور قابل توجهی بیشتر از افرادی بود که تنها زندگی نمی کردند ($P > 0.05$). همچنین، در زنان سالمند، تأثیر عامل وضعیت تأهل بر اختلالات مربوط به سلامت بیشتر از تأثیر عامل زندگی تنها بود. همچنین نتایج نشان داد بسیاری از اختلالات و معلولیت ها در افراد مسن که تنها زندگی می کنند بیشتر است

۸	شیوا پروایی	۱۳۹۹	مطالعه کیفی تفاوت های جنسیتی در تجربه سالمندی (پژوهشی در شهر تهران)	۴۲ سالمند	تهران	کیفی (روایتی)	<p>تجربه سالمندی به تفاوت سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی و نمادین، سرمایه اجتماعی و سرمایه سلامت زنان و مردان سالمند بر می گردد. سالمندی در بین زنان و مردان، تجربه واحدی نیست و می تواند بر حسب میزان دسترسی به سرمایه ها و نابرابری در سرمایه ها، تجربه ای متفاوت و متکثر باشد. زنان سالمند نسل های گذشته، در طول دوران زندگی خود، کمتر از مردان به کار بیرون از خانه و درآمد زایی مشغول بوده اند؛ لذا پشتوانه های مالی مستحکمی برای خود خلق نکرده اند. سالمندی زنان امری وابسته به مردان و محصول جایگاه همسرانشان است. حتی زنانی که شاغل بوده و در حال حاضر بازنشسته شده اند، نسبت به مردان سرمایه اقتصادی پایینی دارند. با توجه به حاکمیت و غلبه نظام مردسالار در دوران زندگی سالمندان و غلبه الگوی سنتی مرد نان آور و زن خانه دار طی مسیر زندگی، عمدتاً مردان خانواده عهده دار مسئولیت های اقتصادی زندگی خانوادگی هستند. در چنین بستری، در طبقات پایین و تهیدست جامعه که سالمندان مرد فاقد بیمه بازنشستگی و دارایی سرمایه ای و تنها به نیروی کار خود وابسته هستند. سالمندان زن امروز، متعلق به نسلی هستند که ساختارهای فرهنگی درباره تحصیل و ورودشان به اشتغال، مقاومت بیشتری داشت. فقر سرمایه فرهنگی سالمندان به طور کلی و سالمندان زن به طور خاص، به فقر سرمایه منزلتی شان در مناسبات خانوادگی و مناسبات اجتماعی منجر می شود. در این میان، مهارت های فرهنگی برای مصرف محصولات و کالاهای فرهنگی نیز یکی از مؤلفه های سرمایه فرهنگی است. مطالعه کتاب، روزنامه، استفاده از ابزارها و تکنولوژی های روز مانند لپتاپ و تلفن های همراه هوشمند و شبکه های اجتماعی مجازی، از مصادیق مهارت های فرهنگی هستند. بخش قابل توجهی از سالمندان به راحتی توانایی استفاده از تلفن های هوشمند و یا حتی بهره گیری از شبکه های اجتماعی مجازی را دارا نیستند. با توجه به اینکه میزان بیسوادی و کم سوادی در بین زنان بیشتر است، آن ها مهارت های فرهنگی کمتری در استفاده از محصولات و کالاهای فرهنگی دارند.</p>
۹	پروین چراغی و همکاران	۱۳۹۸	کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بین سالمندان	۲۳۸ نفر سالمند زن و مرد بالای ۶۰ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری و خانه های بهداشت	استان همدان	مقطعی	<p>اکثریت نمونه مورد مطالعه را زنان سالمند، سالمندان بدون سواد خواندن و نوشتن و سالمندان همسر دار تشکیل می دادند. بالاترین میانگین کیفیت زندگی در بعد جسمانی و در زیرمقیاس درد ($21/29 \pm 70/86$) و کمترین میانگین در زیرمقیاس سلامت عمومی ($10/29 \pm 21/81$) گزارش شد. نمره کیفیت زندگی در زیرمقیاس های بعد سلامت روانی جسمانی و در مردان بالاتر از زنان به دست آمد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/05$). همچنین در زیر مقیاس های بعد سلامت جسمانی و روانی میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد با سطح تحصیلات بالاتر و در افراد متأهل بالاتر بود ($P < 0/05$). میانگین کیفیت زندگی در دو بعد سلامت جسمانی و روانی و زیرمقیاس های در مربوطه در میان سالمندان استان همدان، سطح متوسط و قابل قبولی قرار دارد و پایین ترین نمره مربوط به زیرمقیاس سلامت عمومی است. همچنین کیفیت زندگی در زنان سالمند، سالمندان با تحصیلات پایین و سالمندان تنها پایین تر است</p>

۱۰	احمد دراهکی و رضا نوبخت	۱۳۹۹	بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سالمند ایرانی بر اساس آمارهای رسمی و الزامات سیاستی مبتنی بر پیش بینی های آینده نگرانه جمعیتی	داده های سرشماری ۱۳۹۵ و سایر آمارهای رسمی	ایران	۹/۵ درصد از کل جمعیت زنان کشور را شامل می شوند (که انتظار می رود بر اساس پیش بینی سناریوی محتمل آینده نگرانه جمعیت این درصد به حدود ۳۲/۷ درصد در افق چشم انداز ۱۴۳۰ افزایش یابد). ۹۹/۷۳ درصد از زنان سالمند در خانوارهای معمولی زندگی کرده و ۴۴ درصد آن ها با سواد بوده اند که ۵۰ درصد از آن ها سوادشان در سطح ابتدایی است. میزان مشارکت اقتصادی زنان سالمند ۶ درصد و نرخ بیکاری آنان ۱/۸ درصد است. ۴۳/۳ درصد از ایشان همسران خود را از دست داده اند و ۲۴ درصد از زنان سالمند به تنهایی زندگی می کنند. همچنین ۳۹/۷ درصد از زنان سالمند سرپرست خانوارهایی بودند که در آن زندگی می کردند. همچنین آمار بالا و روبه افزون زنان سالمند خود سرپرست از مهمترین یافته های تحقیق حاضر است که لزوم سیاست گذاری های اجتماعی و فرهنگی و منابع در اختیار آن ها بیش از هر زمانی با توجه به تحولات پیشرو احساس می شود. بر اساس یافته های بررسی حاضر مبنی بر زندگی درصد زیادی از زنان سالمند به صورت خانوار یک نفره و همچنین وجود درصد بالای زنان سالمندی که همسران خود را از دست داده اند، می توان گفت که تنهایی سالمندان در حال حاضر یکی از پدیده هایی است که در حال افزایش است و این می تواند به دلایل مختلف باشد. از جمله بیشتر بودن امید به زندگی زنان و طول عمر بیشتر آن ها که این خود یکی از دلایل زنانه شدن سالمندی در جمعیت های جهان است. دلیل دیگر می تواند کاهش فرزندان باشد. با توجه به کاهش باروری در سال های اخیر و رسیدن به باروری زیر سطح جانشینی در کشور و حتی نگرانی هایی که در رابطه با باروری خیلی پایین در ایران در سال های آتی وجود دارد این مسئله به نظر می رسد در افق چشم انداز ۱۴۳۰ بفرنج تر شود
۱۱	اکرم فرهادی و همکاران	۱۳۹۰	کیفیت زندگی سالمندان روستایی: مطالعه بوشهر (مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه)	سالمندان روستایی	شهرستان دشتی استان بوشهر	در دو قلمرو سرزندگی و سلامت روان باتوجه به سن و وضعیت تأهل، بین سالمندان تفاوت وجود دارد ($P > 0/0$). تفاوت معناداری در کیفیت زندگی سالمندان مرد و زن مشاهده نشد ($P < 0/0$). میانگین نمرات سالمندان با سواد قرآنی در قلمرو نقش فیزیکی، بالاتر از سالمندان با سواد بود ($P = 0/01$). همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی، ابعاد و قلمروهای آن به جز قلمرو عملکرد اجتماعی پایین تر از متوسط بود. نتایج نشان داد کیفیت زندگی سالمندان روستایی شهرستان دشتی پایین تر از متوسط است به طوری که احتیاج به رسیدگی فوری داشته و انجام مداخلاتی جهت بهبود کیفیت زندگی آن ها ضروری به نظر می رسد
۱۲	حسین ضرغامی و حسین محمودیان	۱۳۹۵	مهاجرت فرزندان و احساس تنهایی والدین سالمند روستایی	۳۷۵ سالمندان روستایی	روستاهای شهرستان بردسکن	مهاجرت فرزندان اثر قابل توجهی بر احساس تنهایی والدین سالمند دارد و این اثر حتی با کنترل دیگر متغیرها همچنان باقی می ماند. متغیرهای دیگر شامل وضعیت سلامت عمومی، وضعیت تأهل، وضعیت مالی و جنس سالمند نیز اثر معناداری بر بروز احساس تنهایی سالمندان ساکن در مناطق روستایی تحت مطالعه وارد می آورند. همچنین این متغیرها در مجموع حدود نیمی از تغییرات احساس تنهایی پاسخگویان را تبیین می نمایند

۱۳	شیروا پروایی هره دشت و همکاران	۱۳۹۴	سنجش عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی شهری سالمندان در شهرهای نیشابور و عشق آباد	۱۵۰ نفر سالمند بالای ۶۰ سال	نیشابور و عشق آباد	<p>۱۰ عامل کلیدی برای تعیین ابعاد کیفیت زندگی مناطق شهری نشان داده است که عبارت اند از: بهزیستی ذهنی، سرزندگی، قابلیت دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی، توانایی جسمی، وضعیت حافظه، مشارکت در فعالیت های مذهبی و گروهی، روابط اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت در فعالیت های فرهنگی و ورزشی و وضعیت تغذیه. در ارتباط با فاکتورهای فردی، اجتماعی و اقتصادی، نتایج به دست آمده نشان می دهد که بین متغیرهای وضعیت تأهل، درآمد ماهانه سالمندان و منابع تأمین درآمد با کیفیت زندگی سالمندان رابطه معناداری وجود دارد. وضعیت تأهل؛ یعنی داشتن همسر و زندگی با همسر در ارتقای کیفیت زندگی بسیار مؤثر است. چنانچه تحقیقات دیگران نیز نشان داده است که کسانی که متأهل و دارای همسر هستند، از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به آن هایی که با همسر زندگی نمی کنند، برخوردارند. یافته ها نشان می دهد که ۴۰ درصد سالمندان شهری مورد مطالعه کیفیت زندگی خود را خوب و بسیار خوب بیان کرده اند، در حالی که ۵۲ درصد سالمندان کیفیت زندگی متوسط و تنها ۸ درصد سالمندان مورد مطالعه کیفیت زندگی خود را بد و بسیار بد ابراز کرده اند. نتایج حاصل از تحلیل عاملی ۱۰ عامل کلیدی را برای تعیین ابعاد کیفیت ذهنی زندگی در مناطق شهری نشان می دهد، که این ۱۰ عامل ۷۳/۱۴۷ درصد از کل واریانس کیفیت زندگی سالمندان را تبیین کرده است. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نیز نشان می دهد که چهار عامل سرزندگی در گام اول، همبستگی اجتماعی در گام دوم، مشارکت در فعالیت های مذهبی و گروهی در گام سوم و روابط اجتماعی در گام چهارم به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته اند، وارد معادله رگرسیونی شده اند و در مجموع این چهار عامل توانسته اند حدود ۵۷/۹ درصد تغییرات کیفیت زندگی سالمندان را در ناحیه مورد مطالعه تبیین کنند. بنابراین با توجه به مطالعه انجام شده می توان چنین نتیجه گیری کرد که برای ارتقای کیفیت زندگی سالمندان مناطق شهری ضرورت توجه و اقدامات عملی در حوزه عوامل شناسایی شده احساس می شود</p>
۱۴	بیزن زارع و همکاران	۱۳۹۴	عوامل جمعیتی - اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی	۳۰۰ نفر سالمند بالای ۶۰ سال	تهران	<p>بیش از دو سوم سالمندان نمونه آماری ۱۱/۸ درصد، سبک زندگی سالم دارند. سبک زندگی سلامت محور سالمندان برحسب سن، تحصیلات و رضایت از زندگی متفاوت است و با سبک زندگی سلامت محور ارتباطی معنادار دارد. ۱۶ درصد تغییرهای سبک زندگی سالمندان مورد بررسی، از طریق متغیرهای جمعیتی- اجتماعی تبیین شده اند. در میان متغیرهای مورد بررسی، رضایت از زندگی، مهم ترین متغیر بلافاصله اثرگذار بر سبک زندگی سالمندان با ضریب بتای ۰/۲۰۶ است که خود از متغیرهای پایگاه اقتصادی، اجتماعی، دینداری، سن و جنس تأثیر می پذیرد. همچنین رضایت سالمندان در این پژوهش، متأثر از وضعیت تأهل سالمندان است. سالمندانی که تنها زندگی می کنند، به دلیل رعایت نکردن اصول تغذیه، در مقایسه با سالمندانی که با همسرانشان زندگی می کنند، سبک زندگی ناسالم تری دارند</p>

مروری کوتاه بر یافته های پژوهش در مورد زنان سالمند تنها در سایر کشورها

مطالعات متعددی در مورد زنان سالمند تنها در سایر کشورها انجام شده است. از آنجایی که تمرکز اصلی این مطالعه بر زنان سالمند تنها در ایران است و سالمند تنها در ایران باید با توجه مقتضیات فرهنگی و اجتماعی متن ایرانی و نظام هنجاری و ارزشی درون متنی مورد توجه قرار گیرد، لذا مطالعه متون خارجی متناسب با وضعیت جامعه ایران ملاحظه و تحدید شده است. اما مرور یافته های پژوهش هایی که در سایر کشورها انجام شده است، می تواند به آشنا شدن با وضعیت زنان سالمند تنها در سایر کشورها کمک کند. به همین دلیل در ادامه گزارش کوتاهی از یافته های پژوهش های مرتبط در سایر کشورها آورده شده است.

ویژگی های جمعیت شناختی

طول عمر نسبی و مطلق زنان بیشتر از مردان است (۲۵). در گزارشی نیز که در ایالت متحده امریکا تحت عنوان سالمندان تنها در سال ۲۰۲۱ ارائه شد؛ نتایج نشان داد حدود ۲۸٪ (۱۴/۷ میلیون) از سالمندان ساکن در جامعه به تنهایی زندگی می کنند، که ۲۱٪ از مردان سالمند و ۳۴٪ از زنان سالمند را شامل می شود. درصد افرادی که تنها زندگی می کنند با افزایش سن افزایش می یابد (یعنی در بین زنان بالای ۷۵ سال، حدود ۴۴٪ تنها زندگی می کنند). احتمال مرگ مردان قبل از همسرانشان بیشتر است و مردان بیوه یا مطلقه بیشتر از زنان بیوه یا مطلقه ازدواج مجدد می کنند. حدود ۶۹ درصد از مردان مسن در مقایسه با ۴۷ درصد از زنان مسن ازدواج کرده اند و در سال ۲۰۱۹، ۳۱ درصد از زنان سالمند بیوه بوده اند (۲۶).

تحصیلات

اگرچه تصور می شود که آموزش بر کیفیت زندگی در دوران سالمندی تأثیر مثبت می گذارد و در کمک به افراد سالمند برای گذران موفق در مراحل بعدی زندگی نقش موثری دارد، برنامه های آموزشی به چالش های خاصی که زنان سالمند با افزایش سن با آن روبرو هستند پاسخ نداده است (۲۷). منابع اقتصادی، اجتماعی و شخصی زنان در سنین بالا به دلیل محدودیت های جنسیتی که در تمام طول عمر آن ها تجربه شده است، آسیب پذیرتر هستند (۲۷). دیدگاه اوقات فراغت محور که بر فرصت های آموزشی برای افراد سالمند متمرکز است، در به رسمیت شناختن این عدم تعادل در منابع، بر رفاه زنان سالمند تأثیر چندانی نمی گذارد (۲۷). با هدف قرار دادن اهداف آموزشی در پارادایم توسعه منابع، می توان برای افزایش منابع فردی و همچنین ترویج تغییرات در روابط اجتماعی قدرت، امتیازات و فرصت هایی که دسترسی و تخصیص منابع کنونی بر اساس آن ها استوار است

تلاش کرد (۲۷). مطالعه ای نشان داد بین تعداد سال های تحصیل و مصرف مواد مغذی در زنان سالمند تفاوت معناداری وجود دارد (۲۸).

محل زندگی (شهر یا روستا)

به نظر می رسد زندگی شهری مزایای زیادی برای زنان سالمند ازدواج نکرده داشته است اگرچه آن ها از بسیاری جهات زندگی ناامنی داشته اند. آمارهای ملی نشان می دهد که زنان شهری که هرگز ازدواج نکرده اند، در مقایسه با مردان و زنان شهری که در مناطق روستایی زندگی می کنند، به میزان کمتری به کمک های بیرونی وابسته بوده اند. از آنجا که ویژگی صنعتی شهر به معنای بازار کار متمایزتر است، امکان حمایت از خود و کسب شغل بیشتر است. همچنین زندگی در محیط های شهری به معنای دسترسی به بسیاری از مؤسسات حمایتی و رفاهی می باشد (۲۹). در مطالعه ای نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین میزان دریافت مواد مغذی زنان سالمند تنها در مناطق شهری و روستایی وجود ندارد (۲۸).

سالمندان تنها در روستا

سیاست هایی که برای پاسخ به نیازهای سالمندان در مناطق روستایی و دوردست در نظر گرفته می شوند، باید منعطف و منطبق بر فرهنگ و ویژگی های بومی منطقه باشند. مهم است که در این سیاست ها به کاهش نابرابری در دسترسی به خدماتی بهداشتی و سلامت توجه شود. خدمات مورد نیاز سالمندان بهتر است به صورت یکپارچه ارائه شوند. یعنی مراقبت های بهداشتی، خدمات اجتماعی، مسکن، حمل و نقل و ... باید یکدیگر را پوشش دهند تا اثربخش باشند (۳۰).

مشکل دسترسی و حمل و نقل برای سالمندان باید در این سیاست ها به طور خاص مورد توجه قرار گیرد. در غیر اینصورت ممکن خدمات متنوعی برای سالمندان تدارک دیده شده باشد اما به دلیل اینکه آنها به این خدمات دسترسی پیدا نمی کنند، اثربخشی لازم را نخواهند داشت. در عین حال حمل و نقل می تواند تأثیر قابل توجهی بر ادغام اجتماعی سالمندان داشته باشد (۳۰).

مسکن سالمندان باید در محیطی که زندگی می کنند، مناسب سازی شود (۳۰).

ابتکارات اجتماع محور و داوطلبانه می تواند در افزایش ادغام اجتماعی سالمندان مؤثر باشد (۳۰).

برنامه خانواده جایگزین برای سالمندان (۲۰۰۹)

در روسیه برنامه خانواده جایگزین برای سالمندان از سال ۲۰۰۹ اجرا می شود. این برنامه بیشتر برای سالمندان تنها که همه یا بخشی از توانایی خود را برای مراقبت از خود از دست داده اند، اجرا می شود.

با خانواده هایی که می خواهند در این برنامه مشارکت داشته باشند، مصاحبه می شود و شرایط زندگی آنها ارزیابی می شود. آنها متعهد می شوند که برای سالمند مکان مناسب برای زندگی، مراقبت، غذا، دارو و نیازهای روزمره ضروری را فراهم کند. امور درمانی او را پیگیری نماید و اطمینان حاصل کند که فرد سالمند زندگی اجتماعی دارد (۳۰).

در مواردی که سالمندان تنها زندگی می کنند، مراقبت در منزل می تواند روش مناسبی برای ارائه خدمت به آن ها باشد. در مناطق روستای مهم است که اطمینان حاصل شود که سالمندان تنها به مراقبت های بهداشتی و خدمات اجتماعی دسترسی دارند. برای این منظور مراکزی که امکان اعزام پرستار را دارند، می توانند در مناطق شهری مستقر باشند و به روستاها و مناطق کوچکتر دوردست خدمت ارائه کنند. به این ترتیب آن ها می توانند در خانه و اجتماعی که زندگی می کنند باقی بمانند و ارتباطات اجتماعی خود را حفظ کنند (۳۰).

زنان سالمند تنهایی که به تازگی وارد یک محله شده اند، ممکن است از منابع و حمایت های اجتماعی بی بهره بمانند. در عین حال گروه های اقلیت به طور قابل توجهی در معرض تبعیض قرار خواهند داشت. به عنوان مثال فردی که مبتلا به اختلال روانپزشکی است یا به سختی می تواند روابط اجتماعی برقرار کند، بیشتر در معرض طرد قرار خواهد گرفت. سایر گروه ها مانند پناهندگان یا اقلیت های قومیتی ممکن است چالش های مشابهی را تجربه کنند (۳۰).

اهمیت این مشکلات و دشواری ها نباید کم تلقی شوند چرا که ادغام اجتماعی برای سالمندان روستایی می توانند به طور قابل توجهی بر بهزیستی و سلامت آنها مؤثر باشد (۳۰).

مسکن (مالکیت) / بی خانمانی / مسکن ناپایدار و غیرمالکیتی

امنیت مالی شاخص مهم دوران سالمندی است. امروزه افزایش مشکلات اقتصادی، نبود حمایت های اجتماعی و ناتوانی خانواده ها در نگهداری و پرداخت هزینه های مراکز نگهداری سالمندان، خواسته یا ناخواسته پدیده سالمند آزاری و در نتیجه سالمند بی خانمان را دو چندان کرده است. از سوی دیگر دارایی برای سالمندانی که مستمری ناکافی دریافت می کنند، امری حیاتی است. در نتیجه دارایی سالمندان تنها یکی از راه هایی است که آن ها می توانند به امنیت برسند. با این وجود باید به این نکته توجه کرد در کشورهای در حال توسعه که به دنبال ارتقاء حقوق رفاه سالمندان به خصوص زنان سالمند هستند، در مواردی که قانون نسبت به زنان تعصب دارد، مالکیت و دارایی زنان به راحتی می تواند آنان را در معرض خشونت قرار دهد (۳۱). از طرفی دیگر در محیط شهری خرید ملک از زنان سالمند ارزانتر و راحت تر از سایر افراد است و اگر ملک خود را نفروشدند به راحتی با تهدید آن ها را از خانه هایشان بیرون خواهند کرد که همگی جنبه جنسیتی مشخص دارند (۳۱). مطالعاتی نیز به

دارایی و مسکن زنان سالمند پرداخته اند (۳۱-۳۶). همچنین محل زندگی و وضعیت مسکن سالمندان خود می تواند بر سلامت آن ها تأثیرگذار باشد؛ به طوری که یک خانه با فضای نامناسب خود می تواند عامل خطری برای پیامدهایی مثل سقوط سالمندان به خصوص سالمندان تنها باشد (۳۷). خشونت خانگی علت اصلی بی خانمانی زنان در هر سنی است (۳۸). سوءاستفاده های مالی دارای تأثیرات متعددی از جمله آسیب به رتبه اعتبار فرد و از دست دادن خانه خانوادگی است (۳۹). زنان سالمند همچنین موانع بیشتری را برای حفظ شغل به دلیل تبعیض سنی و جنسیتی و فشار بیشتری برای حمایت مالی از فرزندان بزرگسال خود دارند (۳۹).

در استرالیا به طور فزاینده ای زنان مجرد و سالمند به ویژه در معرض استرس مسکن و بی خانمانی هستند (۳۲). در مطالعه ای در استرالیا نتایج نشان داد که ترجیح اصلی زنان امنیت مالکیت مسکن مقرون به صرفه و متناسب با نیازهای آن ها است. علاوه بر این، آن ها می خواهند احساس کنند که در حوزه خصوصی خود دارای خودمختاری هستند (۳۲). شارام (۲۰۱۱) نشان داد که حتی زنانی که در گروه های پردرآمد قرار دارند، پیش از بازنشستگی برای رسیدن به مالکیت خانه مشکل داشته اند (۴۰). پترام (۲۰۱۴) در مطالعه خود بر زنان غیر صاحب خانه در پایتخت استرالیا یافته های مشابهی داشت. اگرچه اکثریت شرکت کنندگان وی تحصیلات عالی داشتند و یا شاغل دبودند و قبلاً صاحب خانه بودند، اما مجموعه ای از حوادث حیاتی زندگی آن ها را با افزایش سن آسیب پذیر کرد (۴۱). یک مطالعه نادر منطقه ای که توسط هولدرورث (۲۰۰۷) در شمال NSW انجام شد، تجربیات مربوط به مسکن ۳۲ مستاجر مادر تنها را بررسی کرد که نیمی از آن ها ۴۵ ساله و بیشتر بودند. هولدرورث دریافت که اجاره خصوصی در این منطقه فرای استطاعت مالی ساکنین و غیرقابل اطمینان است و زنان مشمول تبعیض در شیوه ها و نگرش های صاحبخانه ها و مشاوران املاک بودند (۴۲).

قومیت

اثرات ترکیبی مؤلفه های سن، جنسیت و قومیت به عنوان عوامل "خطر چندگانه" توصیف شده اند (۴۳). اصطلاح "خطر مضاعف" به وضعیت قومیت سالمندان اشاره دارد که سالمندی و عضویت در یک گروه قومی معایب متمایزی را به همراه دارد و انتظار می رود تأثیرات این دو عامل (قومیت و سالمندی) پایدار بمانند و کیفیت زندگی کمتری از سایر سالمندان در گروه اکثریت تجربه کنند (۴۳). به طور مثال با وجود افزایش درآمد سالمندان سیاه پوست در سه دهه گذشته، سالمندان سیاه پوست ۳ برابر بیشتر از سایر سالمندان از فقر رنج می برند (۴۳). همچنین نتایج یک پژوهش در انگلستان نشان می دهد زنان سالمند که بخشی از یک اقلیت قومی هستند در معرض تبعیض سه گانه سن، جنسیت و قومیت قرار دارند (۳۷).

وضعیت اشتغال

وضعیت اقتصادی-اجتماعی افراد را می توان با توجه به میزان درآمد و ثروت آنان سنجید که به طور قابل توجهی پیش بینی کننده پیامدهای سلامت در طول زندگی و در دوره سالمندی می باشد (۴۴). به طوری که هر چه سطح درآمد افراد بیشتر باشد امکان دسترسی به خدمات سلامت، تغذیه مناسب، جایگاه اجتماعی بالاتر، اعتماد به نفس بیشتر و وضعیت اسکان بهتری برخوردار خواهند بود (۳۷). همچنین زنان سالمند در طی دوران زندگی مسئولیت بیشتری برای کارهای مراقبتی و امور منزل داشته اند، کمتر شاغل بوده اند و اغلب حقوق بازنشستگی ندارند (۴۶). بنابراین، امنیت اقتصادی در بین زنان و مردان در دوره زندگی سالمندی متفاوت است و زنان در این زمینه وابسته تر و آسیب پذیرتر هستند (۳۷). مطالعه ای نیز به این موضوع پرداخته است (۳۷).

تعداد فرزندان

شیوع زندگی تنها در دوره سالمندی در کشورهای توسعه یافته بسیار متفاوت است، اما در همه کشورها رشد آن در دهه های اخیر قابل توجه بوده است؛ حتی در جوامعی که دارای روابط خانوادگی سنتی قوی هستند (۲۵). در عین حال، در بسیاری از این کشورهای توسعه یافته، میزان باروری در دهه های اخیر بسیار پایین بوده است، الگویی که به ویژه در جوامعی با سیستم خانواده قوی که عمدتاً در حاشیه شرقی و جنوبی اروپا واقع شده اند، قابل مشاهده است. این روندها منجر به افزایش همزمان زندگی تنها و بدون فرزند شده است (۲۵).

مطالعات نشان داده است که سالمندان بدون فرزند بیشتر در معرض زندگی تنها هستند (۴۷). از سوی دیگر سالمندان تنهای بدون فرزند به طور حتم بخش قابل توجهی از حمایت و ارتباط با خویشاوندان را از دست می دهند که معمولاً برای داشتن سالمندی موفق مهم تلقی می شود (۴۸). در طول چهار دهه گذشته، تحقیقات نشان داده اند که وضعیت مسکن و شرایط زندگی و به ویژه زندگی تنهای زنان سالمند به باروری گذشته آنان بستگی دارد (۲۵، ۴۹، ۵۰). زنان بدون فرزند که تنها زندگی می کنند گروه بالقوه آسیب پذیر هستند که در معرض خطر حمایت ناکافی در دوران سالمندی هستند (۵۱). در پژوهشی در اسپانیا نشان داد که بین باروری و زندگی تنها در بین زنان سالمند اسپانیا رابطه قوی وجود دارد. به ویژه، از آن جا که هم بی فرزندی و هم زندگی مجردی در اکثر جوامع توسعه یافته رو به افزایش است، باید جنبه مربوط به سالمندی این موضوع نیز در نظر گرفته شود. بی فرزندی را می توان و باید جزء مهمی برای پیش بینی تعداد آینده زنان سالمند که به تنهایی زندگی می کنند، در نظر گرفت (۲۵).

وضعیت سلامت

سالمندانی که تنها زندگی می کنند در مقایسه با سالمندانی که تنها زندگی نمی کنند، وضعیت سلامت نامطلوب تری دارند (۴۴، ۴۶، ۵۲). همچنین سالمندان تنها در معرض خطر مرگ بیشتری قرار دارند (۵۳). به طور کلی زندگی تنها در دوره سالمندی می تواند عواقبی چون کاهش ضعف سلامت جسمانی (۵۴، ۵۵)، کاهش استقلال (۵۶)، احتمال خطر سقوط بیشتر (۵۷)، خلق و خوی پایین، کاهش عزت نفس و کاهش رضایت از زندگی را در پی داشته باشد (۵۸، ۵۹). همچنین ثابت شده است که تنها زندگی کردن با سطوح بالاتری از بیماری و ناتوانی ارتباط دارد (۲۵).

سلامت جنبه های مختلفی دارد. موضوعات جنسی در بسیاری از جوامع تابو هستند و به همین دلیل افراد تمایلی به گفتگو در مورد آن ها ندارند (۶۰). یک مطالعه کیفی تحت عنوان **ارتباط بیمار و ارائه دهنده خدمت در مورد سلامت جنسی در بین زنان سالمند و میانسال ازدواج نکرده در امریکا** با مشارکت ۴۰ زن میانسال مجرد و زن سالمند تنها انجام شد. نتایج نشان داد شرکت کنندگان چندان تمایلی برای گفتگو در مورد این جنبه سلامت خود با افراد حرفه ای نداشتند (۶۰). این در حالی است که بررسی ها نشان می دهند زنان سالمندی که به تازگی تنها زندگی کردن را شروع کرده اند، در معرض خطر انواع بیماری های مقاربتی قرار دارند. در مواردی که زنان سالمند به دلیل طلاق یا متارکه از همسرانشان جدا می شوند، احتمال اینکه پس از جدایی با شرکای جنسی دیگری رابطه داشته باشند، افزایش می یابد و همین امر خطر ابتلا به بیماری های مقاربتی را در آن ها افزایش می دهد. ابتلا به بیماری های مقاربتی در میان این گروه کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. بیشتر مطالعات در زمینه بیماری های مقاربتی در مورد جوانان انجام شده است. بسیاری از زنان سالمند در معرض آموزش و مشاوره در مورد روابط جنسی ایمن و پیشگیری از ابتلا به بیماری های مقاربتی قرار نگرفته اند (۶۱). آن ها اساساً احساس نیاز نمی کنند که باید در این زمینه آموزش و مشاوره دریافت کنند. در برخی منابع بر ضرورت ارائه آموزش و خدمات مشاوره ای در زمینه بیماری های مقاربتی به زنان سالمند تنها تأکید شده است (۶۱).

تغذیه و رژیم غذایی

در تمام دوران زندگی تغذیه به عنوان عامل تقویت کننده جسم و روح و موثر در حیات ارزش بسیار زیادی داشته است. در دوران کهولت نیاز به انرژی کاهش میابد، این به علت بالا بودن سن و کمبود تحرکات جسمی و کم شدن انرژی های اولیه بدن است، بهبود رژیم غذایی و مراقبت تغذیه ای در سالمندان امری بسیار ضروری و مهم است که باید به آن توجه شود تا سلامت بدن حفظ شود، از بیماری هایی که بر اثر سوء تغذیه به وجود می آید پیشگیری شود و قدرت جسمی و روحی سالمند

حفظ شود که نهایتاً موجب افزایش کیفیت زندگی سالمند و متعاقب آن افزایش امید به زندگی و طول عمر می باشد (۶۲-۶۴). وضعیت تغذیه سالمندان را می توان تابعی از رفتارهای مرتبط با وظایف تهیه مواد اولیه، آماده سازی، مصرف و ذخیره مواد غذایی شناخته شده است (۶۲) که با توجه گرایش بیشتر سالمندان به تنها زندگی کردن، ممکن است چالش های متعددی اعم از عوامل مرتبط با سوء تغذیه ایجاد کند (۶۵). در این رابطه، مطالعه ای اشاره کرده است که میانگین مواد مغذی دریافتی سالمندان کمتر از میانگین لازم است (۶۶). مطالعه ای دیگر نشان داد زنان میانسال و سالمند که به تنهایی زندگی می کنند در مقایسه با کسانی که با همسر خود زندگی می کردند، به طور متوسط کمتر از یک ساعت در روز صرف غذا می کردند (۶۷). مطالعه ای دیگر نشان داد زنان سالمند تنها در تهیه غذای روزانه خود با مشکلاتی نظیر چه چیزی درست کنند، غذا را به درستی تهیه کنند، عدم توان ایستادن هنگام تهیه غذا، کاهش توانایی راه رفتن، سختی در استفاده از وسایل الکترونیکی آشپزخانه در طول روز مواجه بوده اند (۶۲). نتایج مطالعه دیگری نشان داد تغذیه و رژیم غذایی مناسب تأثیر قابل توجهی بر میزان رضایت زندگی زنان سالمند تنها دارد (۶۸). سالمندی یا پیری فرایندی است توقف ناپذیر که تنها با داشتن زندگی سالم و مراقبت های ویژه می توان این دوران را به دورانی مطلوب و لذت بخش توأم با سلامتی همراه کرد، سلامت سالمندان یکی از مسائل مهم دولت هاست و نیاز به برنامه ریزی دقیق و صحیح برای گذران این دوران به سلامت می باشد.

بیماری ها (سرطان (به خصوص سرطان سینه)، بیماری های قلبی، دمانس، بیماری های مقاربتی)

ایمنی سالمندان تنها یک مسئله جدی مراقبت است. دمانس یا زوال عقل در سالمندان یکی از مهم ترین عوامل ناتوانی و وابستگی افراد مسن در سراسر جهان است. این سالمندان نیاز به مراقبت های جامع و کاملی دارند که ضرورت وجود پرستار سالمند در منزل را به وجود می آورد. شایع ترین علامت در مراحل اولیه زوال عقل، ضعیف شدن حافظه ی کوتاه مدت می باشد. از جمله پیامدها و نشانه های این سندرم، اختلال در رفتار، تکلم، حافظه، ناتوانی در انجام کارهای روزمره، سوزاندن غذا و گم شدن است (۶۹). مطالعاتی نیز به زوال عقل سالمندان پرداخته اند (۶۹-۷۴) که بیشتر مطالعات مرتبط با دمانس سالمندان تنها، عوامل خطری چون سوزاندن غذا، گم شدن و قربانی کلاهبرداری مالی (۷۲)، همچنین مشکلات هنگام پاسخگویی به تلفن (۷۳) و مشکلات استفاده از وسایل الکترونیکی منزل (۷۴) عنوان کرده اند.

ورزش

همچنین فعالیت بدنی، خودکار آمدی در رابطه با ورزش و مدیریت زندگی روزمره را می توان با مداخله فیزیوتراپی مبتنی بر داروی رفتاری در گروه هدف بهبود بخشید (۷۵). نتایج مطالعه دیگری نشان داد که ورزش تأثیر مثبتی بر میزان رضایت زندگی زنان سالمند تنها دارد (۶۸).

توانایی حرکت، انجام فعالیت های جسمی و انجام کارهای روزانه شخصی

زنان سالمند نه تنها با تبعیض پیری بلکه با تبعیض جنسیتی نیز روبرو هستند. طبقه بندی جنسیتی فراتر از تمایز بیولوژیکی است؛ همچنین شامل نقش اجتماعی است. به طور کلی انتظار می رود که زنان منفعل، پرورش دهنده، خانه نشین و وابسته باشند. بنابراین، وقتی کلیشه های پیری و جنسیت به هم نزدیک می شوند، زنان سالمند ضعیف، وابسته و ناتوان فرض می شوند (۷۶).

توانایی حرکت و جابجایی در داخل منزل و بیرون از آن یکی از دغدغه های مهم زنان سالمند تنها بشمار می رود (۷۷).

جا به جایی با وسیله نقلیه شخصی و عمومی برای زنان سالمند تنها معمولاً امری دشوار است. بسیاری از آن ها هرگز در گذشته رانندگی نکردند یا به ندرت این کار را انجام داده اند؛ چرا که وظیفه رانندگی به همسر آن ها بود. به این ترتیب وقتی همسرشان را از دست دادند برای جا به جایی با وسیله نقلیه شخصی با مشکل مواجه شدند. در عین حال ممکن است به دلیل اینکه قبلاً از وسایل نقلیه عمومی کمتر استفاده کردند، اکنون به اندازه کافی برای استفاده از آن ها احساس ایمنی ندارند یا ممکن است نتوانند از آن وسایل استفاده کنند (۷۷، ۷۸).

دردهای مزمن

به طور کلی زنان سالمند به دلیل طول عمر بیشتر، با مشکلات و چالش های بیشتری در زندگی روبرو هستند و به احتمال زیاد دوره سالمندی آن ها با مشکلات حرکتی و درد همراه است (۷۹). می توان گفت برنامه های ارتقاء سلامت در بهبود افسردگی، عملکرد شناختی و عملکرد جسمانی زنان سالمندی که تنها زندگی می کنند مؤثرند (۸۰).

دسترسی به خدمات درمانی

برای بسیاری از جمعیت در معرض خطر انزوای اجتماعی، از جمله زنان سالمند که تنها زندگی می کنند، دسترسی به خدمات موجود برای حفظ استقلال و بهینه سازی رفاه دشوار است یا در دسترس نیست (۳۷). زندگی در اجتماع محلی و امکان استفاده از وسایل نقلیه شخصی یا عمومی می تواند دسترسی زنان سالمند تنها به خدمات درمانی را افزایش دهد.

دسترسی به مراقبت در منزل

سالمندی با پیامدهایی چون کاهش عملکرد بدن و سلامت و افزایش وابستگی به مراقبت از سوی دیگران است. در جوامع سنتی این مسئولیت غالباً بر عهده فرزندان است اما امروزه به خصوص در جوامع صنعتی و توسعه یافته با کاهش تعداد فرزندان، افزایش ارتباطات از راه دور و اشتغال بیشتر زنان، به این معناست که فرزندان ممکن است نتوانند در نزدیکی والدین سالمند خود برای مراقبت باشند در نتیجه نیاز به مراقبت های رسمی بیش از پیش احساس می شود (۸۱).

عوامل مختلفی وجود دارد که بر سلامت زنان سالمند تنها، توانایی آن ها در فعالیت های روزمره و روحیه آن ها تأثیر می گذارد (۷۵). در پژوهشی با جامعه هدف زنان سالمند تنها در استکهلم، نتایج نشان داد علیرغم دردهای مزمن اسکلتی عضلانی و سایر شکایات مربوط به سلامتی و همچنین وابستگی آن ها به دیگران برای مدیریت زندگی روزمره، تا حد امکان زنان سالمند تنها تمایل داشته اند که در خانه خود بمانند که یکی از عوامل کلیدی در این زمینه، مراقبین خانگی بود که اراده و تمایل زیادی برای ارتقاء استقلال و کیفیت زندگی دریافت کنندگان مراقبت داشتند. یک عامل کلیدی دیگر در ارتقاء توانایی انجام فعالیت های روزمره در بین زنان داشتن فعالیت روزانه در محیط حمایتی بود (۷۵). برای ارتقاء توانایی های زنان در فعالیت های روزمره، ارتقاء روحیه آن ها و درنهایت، برای این که گروه هدف زنان به بهترین شکل ممکن دوره سالمندی را طی کنند، ممکن است جامعه و متخصصان مراقبت های بهداشتی مجبور شوند به آن ها حقوق ویژه ای بدهند.

مراقبت پس از ترخیص از بیمارستان (بخصوص پس از جراحی و انواع تروماهای قلبی و مغزی)

مراقبت های پس از ترخیص یک چالش جدی برای سالمندانی است که تنها زندگی می کنند چرا که حضور و حمایت فرزندان، دوستان و خویشاوندان یک عامل محافظ تلقی می شود. مطالعاتی نیز اشاره کرده اند که مرگ و میر ناشی از مراقبت های پس از سکنه قلبی، در زنان سالمندی که تنها زندگی می کنند بیش از دو برابر بیشتر است (۸۲).

اگرچه نگرانی در مورد مراقبت های پس از ترخیص در مورد زنان سالمند تنها که جراحی قلب داشتند، در برخی منابع مطرح شده است، در یک مطالعه کیفی با ۱۲ زن سالمند تنها در امریکا که جراحی قلب انجام داده بودند، مصاحبه شد. تنها زندگی کردن برای آن ها فرصتی تلقی می شد تا بتوانند فعالیت های روزانه شان را از سر بگیرند. در عین حال آنها نگرانی هایشان را در مورد کاهش توانایی هایشان گزارش می کردند. کاهش توانایی آن ها می توانست ناشی از سالمندی و بیماری قلبی باشد. نکته قابل توجه این بود که آن ها به عوامل خطری که می توانست تشدید کننده مشکل قلبی

آن‌ها باشد، چندان توجهی نداشتند و به نظر می‌رسد سبک زندگی آن‌ها بعد از جراحی تغییری نکرده بود (۸۳).

سلامت روانی

احساس تنهایی

ممکن است یک فرد تنها زندگی کند اما احساس تنهایی نداشته باشد. در مقابل ممکن است فرد با دیگران زندگی کند و احساس تنهایی داشته باشد. مطالعات بر این تأکید دارند که احساس تنهایی می‌تواند بر سلامت و کیفیت زندگی افراد تأثیر نامطلوب داشته باشد. احساس تنهایی به طور مکرر در میان سالمندان مطالعه شده است (۵۳، ۵۷، ۸۴، ۸۵). در برخی مطالعات سعی شده است به این سوال پاسخ داده شود که آیا زنان سالمندی که تنها زندگی می‌کنند، احساس تنهایی هم دارند یا خیر؟ پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان سالمند تنها ضرورتاً از احساس تنهایی رنج نمی‌برند یا احساس تنهایی شدید نمی‌کنند (۸۶).

افسردگی

در یک مطالعه توصیفی که با مشارکت ۵۳ زن سالمند تنها در امریکا انجام شد، نتایج نشان داد اگرچه تعدادی از آن‌ها از افسردگی و احساس تنهایی شکایت داشتند، اما تعدادی دیگر از زنان سالمند تنها با چنین مشکلاتی مواجه نبودند. حدود ۳۸ درصد آن‌ها ادراک مثبتی در مورد تنها زندگی کردن داشتند. سالمندانی که از تنها زندگی کردنشان بیشتر لذت می‌بردند، استقلال بیشتری داشتند و برنامه اختصاصی برای خودشان تدارک دیده بودند. موضوعاتی که زنان سالمند تنها را نگران می‌کرد عبارت بودند از فقدان مصاحب (۶۲٪)، نبود فرد دیگری برای کمک در انجام امور منزل (۳۶٪) و ترس از سقوط کردن و زخمی شدن و آسیب دیدن (۳۰٪) (۸۶). هر چه میزان شادی و عزت نفس زنان سالمند تنها بیشتر باشد، احتمال افسردگی در میان آنها نیز کاهش خواهد یافت (۸۷).

یک مطالعه در کره به بررسی تأثیر برنامه حمایت اجتماعی برای مدیریت افسردگی در زنان سالمند تنها پرداخت. شرکت‌کنندگان بین دو برنامه مدیریت افسردگی تقسیم شدند: ۳۷ نفر برنامه فردی و ۴۵ برنامه گروهی دریافت کردند. نتایج نشان داد که نمره افسردگی زنان سالمند تنها که در مزرعه‌های روستایی زندگی می‌کردند برای گروه رویکرد فردی در مناطقی که دارای تعامل بین نوع رویکرد و زمان است، کاهش یافته است. افسردگی در گروه رویکرد فردی برای شرکت‌کنندگان بدون سابقه تحصیلی کاهش یافت. رویکرد گروهی ممکن است به مدیریت افسردگی برای زنان سالمند که در مناطق مختلف زندگی می‌کنند، با پیشینه تحصیلی و سطوح مختلف افسردگی کمک کند (۸۸). نتایج مطالعه دیگری در کره که بر روی ۲۴۶ زن سالمند بالای ۶۵ سال انجام شد، نشان داد میزان افسردگی

زنان سالمند تنها، بیشتر از میانگین بود (۵۹). مطالعه دیگری که بر روی سالمندان جامعه محلی انجام شده بود، نشان داد که همه زنان سالمند افسردگی می کردند (۸۹). همچنین مطالعه ای که بر روی ۴۸ زن سالمند تنهای ساکن روستا (۲۴ نفر گروه آزمایش و ۲۴ نفر گروه کنترل) با هدف بررسی تأثیر یک برنامه یکپارچه بازی درمانی بر ابراز خود، افسردگی و بهزیستی روانی-اجتماعی انجام شد، نتایج نشان داد که این برنامه بر کاهش افسردگی مؤثر است (۹۰). مطالعه دیگری نشان داد که افسردگی یک عامل خطر برای ایده خودکشی در بین زنان سالمند تنها می باشد (۹۱). مطالعه دیگری نشان داد مشارکت در فعالیت های اوقات فراغت بر کاهش افسردگی زنان سالمند تنها مؤثر است (۹۲).

اعتماد به نفس و احترام به خود

در مطالعه ای عزت نفس، ۱۹/۶ درصد از رضایت از زندگی زنان سالمند تنها را پیش بینی می کرد (۹۳). در مطالعه ای دیگر که در مورد مدل های ساختاری کیفیت زندگی در میان زنان سالمند تنها بود، پیشنهاد کردند که عزت نفس به طور مستقیم و غیر مستقیم بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی دارد. بنابراین، می توان با توسعه برنامه های افزایش عزت نفس، رضایت از زندگی زنان سالمند تنها را افزایش داد (۹۴).

عملکرد شناختی

به طور کلی، پدیده سالمندی با تحولاتی مانند کاهش نشاط، تغییرات روانی ناشی از کاهش توانایی یادگیری، اختلال حافظه و کاهش توانایی ذهنی و تغییرات فیزیولوژیکی مختلف همراه است (۷۱، ۹۵، ۹۶). در میان این ها، جدی ترین مشکل ممکن است کاهش عملکرد شناختی باشد که شامل کاهش حافظه، محاسبات اشتباه، عدم تمرکز، اختلال در قضاوت و ناتوانی در درک است (۹۵، ۹۷). از دست دادن عملکرد شناختی و حافظه، فعالیت های مستقل زندگی روزانه زنان سالمند را مختل می کند و در نهایت باعث عدم توانایی انجام امور روزمره، افزایش وابستگی، کاهش عزت نفس و کیفیت پایین زندگی می شود (۹۸). از آن جایی که امید به زندگی در زنان بیشتر از مردان است، بسیاری از زنان در دوره سالمندی، بدون همسر خود زندگی می کنند (۹۹). با توجه به شیوع بالای زوال عقل در سنین بالا، در مراقبت از زنان سالمند تنها مهم است که چگونه عملکرد شناختی خود را خوب ارزیابی کنند و بدانند به چه کمکی نیاز دارند. علاوه بر این، توسعه روش های درمانی مؤثر برای کاهش عملکرد شناختی زنان سالمند تنها، بسیار ارزشمند خواهد بود (۷۰). در مطالعه ای ۳۴ زن داوطلب سالمند سالم که به تنهایی زندگی می کردند، به مدت ۸ هفته با یک ربات ارتباطی (شبیه ساز انسان) یا یک ربات کنترل در خانه زندگی می کردند. شکل، صدا و ویژگی های حرکت ربات ارتباطی شبیه به یک پسر بچه ۳ ساله بود. نتایج نشان داد که شاخص توده بدنی و اشتهای زنان سالمند تغییری نداشت اما

ساعات خواب شبانه افزایش یافت و مشکلات خواب زنان سالمند کاهش یافت. همچنین عملکرد شناختی زنان سالمند تنهایی که در طول ۴ و ۸ هفته با ربات ارتباطی زندگی کردند، افزایش یافته بود (۷۰). مطالعه دیگری نیز نشان داد که روایت درمانی، یک مداخله مؤثر برای بهبود عملکرد شناختی زنان سالمند تنها می باشد (۹۸).

دانش و اطلاعات

اطلاعات و دانش زنان سالمند تنها در بهزیستی آن ها تأثیر دارد. برخی پژوهش ها نشان می دهند که زنان سالمند از تکنولوژی کمتر استفاده می کنند (۱۰۰، ۱۰۱). اگرچه برخی از زنان سالمند به خوبی با روش استفاده از تکنولوژی آشنا هستند، تعدادی از زنان سالمند حتی علاقمند هم نیستند که در این زمینه مهارتی بیاموزند. به عنوان مثال نا آشنایی آن ها با تکنولوژی و روش استفاده از فضای مجازی می تواند موجب بروز محدودیت و کاهش دسترسی های آن ها شود (۷۸).

وضعیت اجتماعی

روابط اجتماعی در میان زنان سالمند می تواند به شکل های مختلف یا با اهداف متفاوتی شکل گیرد. به عنوان مثال ممکن است ارتباطات اجتماعی به دلیل اشتغال و ارتباط با بازار کار صورت گیرد. نقش هایی که فرد در قالب شغل خود می پذیرد می تواند عامل مؤثری برای سلامت او باشد. به همین دلیل است که در برخی کشورها تلاش می شود سال هایی که یک فرد می تواند کار کند، افزایش یابد (۱۰۲). قطع ارتباط فرد با محیط و بازار کار موجب می شود نقش های اجتماعی او دستخوش تغییر شوند یا به کلی حذف شوند. در عین حال فرصت برقراری ارتباط اجتماعی را به خصوص برای سالمندانی که تنها زندگی می کنند، کاهش می دهد.

دسترسی به وسایل نقلیه عامل مهمی بر سلامت سالمندان است (۱۰۳).

فعالیت های داوطلبانه، مراقبت و حمایت از افرادی خارج از خانواده می تواند بر سلامت سالمندان مؤثر باشد (۱۰۳).

کیفیت خانه و محیط همسایگی که سالمند در آن زندگی می کند، بر بهزیستی او مؤثر است. نارضایتی سالمند از وضعیت مسکن و محیط همسایگی اش می تواند استرس زا باشد و بر سلامت او تأثیر نامطلوب بگذارد (۱۰۴).

محیط زندگی فرد عامل بسیار مهمی بر کیفیت زندگی در دوره سالمندی بشمار می رود. در صورتی که سالمند در اجتماع محلی خود زندگی کند، سطح بالاتری از بهزیستی را تجربه خواهد کرد (۱۰۵).

استقلال زنان سالمند تنها تحت تأثیر عوامل متعدد شخصی، مالی، سلامتی و ویژگی های فرهنگی آن ها قرار دارد. گروه هایی که در اقلیت قرار می گیرند، بیشتر امکان دارد که در معرض عدم دسترسی به خدمات و یا تبعیض قرار داشته باشند (۱۰۶).

ارتباط و دریافت حمایت از خانواده و دوستان

گذراندن زمان با خانواده (غذاخوردن باهم، تفریحات خانوادگی و ...) به عنوان یک شرط اساسی در شکل گیری رابطه خانوادگی شناخته شده است و رابطه نزدیک خانوادگی تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی دارد. مطالعات قبلی به طور مداوم گزارش کرده اند که اوقات فراغت خانواده تأثیر مثبتی بر تعامل و پیوند اعضای خانواده دارد (۶۷). علاوه بر این، مطالعات نشان داده است که گذراندن زمان بیشتر با اعضای خانواده، دوستان و همسایگان منجر به شادی می شود (۱۰۷).

ارتباط با همسایه ها و اجتماع محلی

حمایت اجتماعی تأثیر به سزایی بر ابعاد سلامت افراد دارد (۱۰۸-۱۱۱) و از طرفی سالمندان به خصوص سالمندان تنها بیشتر احساس تنهایی را تجربه می کنند که خود می تواند بر سلامت و عملکرد فرد اثر مخرب داشته باشد (۵۳، ۵۷، ۸۴، ۸۵). دسترسی به امکانات رفاهی و حمل و نقل از عوامل مهم برای زنان سالمند تنها هستند (۳۷). همچنین رفاه و سلامت زنان سالمند تنها را می توان در سطح استقلال در اموری مانند خرید مایحتاج خانه، ورزش کردن و ارتباطات اجتماعی آنان مشاهده کرد (۳۷). سالمندان تنها بیشتر از دیگر سالمندان به خانواده و دوستان وابسته اند و در شرایطی که محل زندگی آنها نا امن و دسترسی هایشان محدودتر باشد مانع بیشتری برای حمایت اجتماعی ایجاد می کند و وابستگی سالمند تنها را دو چندان خواهد کرد (۳۷).

اقامت در اجتماع محلی و اسکان در خانه ای که مالکیت آن متعلق به سالمند است^۴ مفهوم مهمی است که در حوزه سالمندی مورد توجه قرار می گیرد. اقامت در اجتماع و در خانه ای که متعلق به زن سالمند تنهاست، می تواند نشان دهنده درجه ای از استقلال فرد باشد و موجب شود فرد رضایت و بهزیستی بیشتری را تجربه کند. بی تردید فضای فیزیکی، روانی و اجتماعی محل اقامت فرد می تواند بر میزان رضایت و بهزیستی وی تأثیرگذار باشد. حضور فرد در اجتماع محلی زمینه را برای روابط اجتماعی بیشتر و توسعه شبکه حمایتی فراهم می کند (۱۱۲).

دریافت حمایت از همسایه ها و اجتماع محلی و نهادهای محلی

حمایت اجتماعی ترکیبی از حمایت عاطفی، اطلاعاتی، مادی و ارزشیابی است که افراد می توانند از طریق انسجام اجتماعی به دست آورند که تأثیر مثبتی بر جلوگیری یا کاهش استرس و شدت استرس

^۴ . Aging in Place

دارد (۸۸). بر اساس تحقیقات برنامه سلامت برای سالمندان که تنها زندگی می کنند و تحقیقات در مورد اثربخشی مراکز ارتقاء سلامت سالمندان، حمایت اجتماعی بر سالمندان تأثیر مثبت دارد (۸۸، ۱۱۳). جامعه به سالمندان تنها در حفظ عزت نفس خود از طریق حمایت مالی، بهداشتی و اجتماعی که از عوامل ضروری برای حفظ استقلال هستند، ایفای نقش می کند. به طور خاص، مراکز بهداشتی درگیر پاسخگویی به شرایط اضطراری و حمایت اجتماعی از طریق ارائه خدمات مراقبت بهداشتی از خانه به خانه برای سالمندانی هستند که به تنهایی در خانواده های کم درآمد زندگی می کنند (۸۸).

در صورتی که سالمندان ادراک مثبتی در مورد دریافت حمایت از محیط همسایگی خود نداشته باشند، ترجیح خواهند داد که کمترین ارتباط را با محیط همسایگی برقرار کنند. یک مطالعه که با شرکت ۸۲۳ زن سالمند مجرد در امریکا اجرا شد نشان داد که هر چه زنان سالمند مجرد ادراک منفی بیشتری نسبت به محیط همسایگی خود داشته باشند، احتمال اینکه به افسردگی مبتلا شوند، افزایش می یابد (۱۱۴). به این ترتیب در صورتی که زنان سالمند تنها معتقد باشند که محیط همسایگی آنها از نظر فیزیکی و اجتماعی مختل است، بیشتر ممکن است انزوا را تجربه کنند و خطر افسردگی آن ها را تهدید خواهد کرد.

یک مطالعه کیفی که در استرالیا با شرکت ۲۰ زن سالمند تنها انجام شد، نشان داد که رابطه دوجانبه با محیط همسایگی و اعتماد متقابل به همسایگان به احساس رضایتمندی و احساس امنیت در میان زنان سالمند تنها منتهی می شود. در عین حال دسترسی زنان سالمند تنها به خدمات و شبکه های اجتماعی نیز عامل مهمی در احساس رضایت و امنیت در میان آنها تلقی می شود. داستان هایی که زنان سالمند تنها در این مطالعه مطرح کردند، نشان داد که آنها می توانند از شبکه های اجتماعی و همسایگان استفاده کنند تا استقلال و ارتباط اجتماعی خود را در جامعه حفظ کنند (۱۱۵).

شبکه اجتماعی / ارتباطات اجتماعی

سالمندان از جمله گروه های آسیب پذیر در بحران های مختلف از جمله بحران به وجود آمده از ویروس کووید ۱۹ هستند. رعایت پروتکل های بهداشتی و فاصله فیزیکی سبب شده این گروه از جمعیت در انزوا و تنهایی مضاعف تری نسبت به قبل قرار بگیرند. امری که علاوه بر سلامت فیزیکی، سلامت روحی و روانی آنها را نیز تحت الشعاع قرار داده است. مطالعه ویلسون-جندرسون و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد احساس تنهایی درک شده در مردان و زنان سالمند از شروع دوره همه گیری کووید ۱۹ افزایش یافته است؛ اما زنان سالمند و به خصوص زنان سالمندی که تنها زندگی می کردند، افزایش تنهایی بیشتری را گزارش کرده اند (۱۱۶). همچنین محیط و فرهنگ جامعه بر روی ارزش و رفتار افراد در دوره سالمندی مؤثر است و می تواند بر ماهیت و کیفیت حمایت بین نسلی زندگی سالمندان تأثیر بگذارد (۳۷).

در مطالعه ای که در مورد زنان سالمند تنها در انگلستان انجام شد، نتایج نشان داد که ارتباط مجازی و استفاده از اینترنت بر سلامت زنان سالمند تنها تأثیر منفی دارد. این در حالی است که استفاده از اینترنت و سلامت در میان زنان سالمندی که تنها زندگی نمی کردند، رابطه مثبت معنی دارد نشان می داد (۱۱۷). به نظر می رسد استفاده از اینترنت به معنای روابط غیرحضوری بیشتر خواهد بود. زنان سالمند تنهایی که از اینترنت استفاده می کنند، روابط اجتماعی حضوری محدودتری دارند و این امر می تواند بر سلامت آن ها تأثیر نامطلوب داشته باشد.

فعالیت های گروهی و داوطلبانه

یک مطالعه در انگلستان نشان داد که مشارکت در فعالیت های داوطلبانه عامل پیش بینی کننده و مؤثر بر سلامت زنان سالمند تنهاست. نکته قابل توجه این است که فعالیت های داوطلبانه پیش بینی کننده سلامت زنان سالمندی که تنها زندگی نمی کردند، نبود (۱۱۷).

هرچه میزان مشارکت زنان سالمند تنها در فعالیت های اوقات فراغت بیشتر باشد، سلامت ادراک شده نیز بیشتر است (۱۱۸).

خطر بزه دیدگی

بعضی از زنان سالمند تنها از اینکه فردی ناشناس بدون اجازه به خانه شان وارد شود، می ترسند (۱۱۹). همچنین تصور می شود که زنان سالمند تنها آسیب پذیرتر هستند که این آسیب پذیری می تواند در طیفی از وقایعی همچون قرار گرفتن در معرض خطر ورود فرد ناشناس به خانه و ضعف توانایی زنان سالمند تنها در محافظت مؤثر (از دست دادن کنترل، فرار و ابزار محافظتی مناسب) از خود بروز کند (۱۱۹). میزان آسیب پذیری در زنان و مردان متفاوت است زیرا زنان کمتر از مردان قادر به فرار یا مقاومت در برابر حمله فیزیکی هستند (۱۱۹، ۱۲۰). این کاهش توانایی در دفع تهدیدها خود یک آسیب پذیری برای زنان سالمند تنها تلقی می شود و زنان سالمند بیشتر از زنان جوان احساس ضعف و آسیب پذیری می کنند (۱۲۱). در مقایسه با زنان جوان، زنان سالمند از اینکه در خارج از خانه مورد حمله قرار بگیرند، نمی ترسند که این خود نشان دهنده این است که زنان سالمند زمان بیشتری را در خانه می گذرانند (۱۲۲). در مقایسه با مردان سالمند، زنان سالمند میزان ترس بیشتری از جنایت را گزارش کرده اند به ویژه آن هایی که قربانی زورگیری شده بودند (۱۲۳). به طور کلی زنان سالمند مستعدترین قربانیان چنین جرایمی هستند (۱۲۴).

حمایت های اجتماعی توسط سازمان ها

اکثر زنان سالمند با خانواده های خود در محیط های محدود زندگی می کنند که نشان می دهد آن ها در مقایسه با سایر گروه های اجتماعی از لحاظ جسمی، اقتصادی و اجتماعی آسیب پذیرتر خواهند

بود. به طور خاص، زنان سالمند که تنها زندگی می کنند دارای شرایط شغلی ضعیف و تحصیلات کمتری هستند، بنابراین تعلیق فعالیت های درآمدزا در دوران سالمندی همراه با وخامت سلامت می تواند مشکلات جدی را به دنبال داشته باشد (۱۲۵، ۱۲۶). بنابراین، آن ها نیاز به افزایش حمایت اجتماعی در سطح ملی دارند. تعداد زیادی از کشورها برنامه های دولتی مراقبت از سالمندان دارند (۱۲۷) که یک جزء اصلی این برنامه ها، خدمات مراقبت در منزل می باشد (۷۹، ۱۲۸-۱۳۱) چون غالب سالمندان ترجیح می دهند برای مراقبت در منزل خود باشند (۸۱).

اقتصادی

درآمد، هزینه و دارایی ها

نرخ فقر برای زنان سالمند تنها تقریباً ۱۰ برابر خانواده های سالمند با دو بزرگسال یا بیشتر است و زنان سالمند به ویژه زنان سالمند تنها بسیار بیشتر از مردان در فقر زندگی می کنند (۱۳۲). متأسفانه، گزینه های کمی برای رهایی از فقر زنان سالمند تنها وجود دارد، زیرا ممکن است دیگر به درآمد، مزایای بازنشستگی یا سایر دارایی های مرتبط با همسر سابق خود دسترسی نداشته باشند (۱۳۳). همچنین زنان سالمند به دلیل نرخ مشارکت کمتر در نیروی کار، درآمد کمتری دارند و حتی در زمان اشتغال خود نیز درآمد کمتری دارند (۱۳۳). اگرچه این تصور وجود دارد که سالمندان می توانند هزینه های مسکن خود را تا زمان بازنشستگی کاهش دهند، مطالعه ای نشان داد که زنان سالمند کم درآمد که به تنهایی زندگی می کنند، هزینه های مسکن بیشتری در مقایسه با سایر سالمندان دارند. بیشترین نگرانی زنان سالمند تنها از هزینه های مربوط به قبوض خدماتی و سایر هزینه های خدماتی گزارش شد (۱۳۳). همچنین نتایج مطالعه ای در کره نشان داد زنان سالمند تنها با درآمد کم خانه های کوچک دسته جمعی را برای زندگی انتخاب می کنند، زیرا انتخاب بهتری ندارند (۳۶).

زنان سالمند تنها ممکن است بیشتر از سایر گروه های سالمندان در معرض خطر فقر قرار گیرند. تقریباً نیمی از زنان مجرد بالای ۶۵ سال در امریکا با بحران جدی برای تأمین منابع مالی برای اداره زندگی خود مواجهند. اکثر آن ها منابع بسیار محدودی دارند. تحقیقات جدید نشان می دهد که ناامنی اقتصادی در میان زنان سالمند مجرد در حال افزایش است. ناامنی اقتصادی زنان سالمند تنها تحت تأثیر عوامل مانند فقدان مستمری بازنشستگی با بازماندگی، هزینه های مراقبت های بهداشتی و هزینه های مسکن قرار می گیرد. زنان به طور متوسط در مقایسه با مردان درآمد کمتری دارند، بیشتر احتمال دارد که به صورت پاره وقت کار کنند و بیشتر از مردان ممکن است برای اداره امور مربوط به خانواده کار خود را رها کنند. همه این عوامل می تواند بر درآمد یا مستمری دریافتی آنها در دوره سالمندی تأثیر منفی داشته باشد. طوری که در دوره سالمندی قادر نیستند هزینه مربوط به نیازهای پایه را تأمین نمایند (۱۳۴).

قوانین و برنامه های حمایت از سالمندان در کانادا طیف متنوعی از خدمات و حمایت ها را دربرمی گیرد. با این حال در کانادا ۴۵ درصد زنان سالمند مجرد در فقر زندگی می کنند. این در حالی است که تنها ۶/۳ درصد زوجین سالمند در این کشور فقیر هستند. مستندات نشان می دهد که تعدادی از زنان سالمند تنها برای دریافت خدمات موجود مراجعه نمی کنند و یا درخواستی ارائه نمی نمایند (۱۳۵). به نظر می رسد برای ارائه خدمت به این گروه از زنان باید تدابیر و روش های متفاوتی را در پیش گرفت.

رضایت از زندگی

مطالعات متعددی ارتباط بین شرایط عینی زندگی و رضایت از زندگی افراد ۶۰ سال به بالا را مورد بررسی قرار داده است. علیرغم تنوع گسترده روش ها و داده های مورد استفاده، همه این مطالعات نشان می دهند که سلامتی خوب، وضعیت اقتصادی مطلوب و شبکه خانوادگی خوب بر رضایت زندگی سالمندان تأثیر مثبت دارد (۱۳۶-۱۳۸). نتایج مطالعه ای در کره که تفاوت بین زوج های متاهل و خانوار تک نفره در زمان صرف شده و رفتار مورد انتظار و تفاوت در رضایت از زندگی زنان میانسال و سالمند را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده بود، نتایج نشان داد زنانی که با همسر خود زندگی می کردند در مقایسه با کسانی که تنها زندگی می کردند، زمان بیشتری را صرف معاشرت می کردند. همچنین زنان میانسال که با همسر خود زندگی می کردند بیشترین زمان را صرف معاشرت می کردند، در حالی که زنان سالمند که تنها زندگی می کردند کمترین معاشرت را داشتند. علاوه بر این، در گروه زنان سالمند، سن، سطح تحصیلات، منطقه، سطح درآمد و وضعیت سلامتی همگی با رضایت از زندگی رابطه مثبت داشتند و برای زنان سالمند، تماشای رسانه به تنهایی بر رضایت از زندگی تأثیر منفی داشت، در حالی که صرف زمان بیشتر در فعالیت های مذهبی بر رضایت از زندگی زنان میانسال و مسن تأثیر مثبت می گذارد (۶۷). همچنین مطالعات دیگری نیز نشان دادند میزان رضایت از زندگی زنان سالمند تنها کمتر از میانگین است (۵۹، ۱۳۸، ۱۳۹).

کیفیت زندگی

با افزایش جمعیت سالمندان جهان، توجه درک عوامل مؤثر بر سلامت و رفاه سالمندان اهمیت فزاینده ای دارد. سلامت و رفاه زندگی موضوعات گسترده ای هستند که متأثر از عوامل گوناگونی مثل سن، جنسیت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، شجرنامه فرد، انتخاب و خودکارآمدی فرد، روابط اجتماعی، وضعیت سلامت و دسترسی به خدمات عمومی است (۳۷). از طرفی پدیده سالمندی و ابعاد آن با توجه به جنسیت می تواند متفاوت باشد که تحت تأثیر منابع و نابرابری هایی است که زنان در جوامع مختلف با آن روبرو هستند. مطالعات متعددی نیز به این موضوع پرداخته اند (۳۷، ۹۸، ۱۳۸). انزوا و احساس تنهایی می تواند بر کیفیت زندگی سالمندان تأثیر نامطلوبی داشته باشد (۱۴۰).

Independent Living

تکریم سالمندان از سوی اطرافیان، داشتن گوش شنوا برای شنیدن سالمندان، مناسب سازی فضای زندگی و چینش وسایل منزل سالمندان، آموزش اعضای خانواده برای مراقبت از سالمندان، ترویج و آموزش مراقبت از سالمندان در سطوح مختلف آموزشی از مدرسه تا دانشگاه و بسیاری موارد دیگر، در کنار تدوین و اجرایی شدن سند ملی و تشکیل کمیته سالمندی، از جمله راهکارهای بهینه سازی فضای زندگی این قشر از جامعه و در نتیجه کاهش آزار روانی و افزایش تاب آوری سالمندان است. همچنین، افزایش امکانات شهری، بهینه سازی فضای شهری و بناهای مسکونی برای سالمندان هم موضوع دیگری است که در سبد مطالبات این قشر از جامعه جای دارد. در میان سالمندان، تردد در شهر به دلیل نامناسب و مشقت بار بودن وسایل حمل و نقل کاهش یافته که این امر موجب افسردگی، دوری از فضای بیرون و در پاره ای موارد آزار و اذیت این قشر از جامعه شده است. سالمندان از جمله گروه های اجتماعی هستند که به دلیل شرایط سنی و کاهش نسبی فعالیت های کاری، اوقات فراغت بیشتری دارند و امکان و مطالبه آنان برای انجام فعالیت های اجتماعی در فضاهای شهری بیش از دیگر اقشار جامعه است.

Survival Strategies

زنان سالمندی که تنها زندگی می کنند، بیشتر از سایر نسل ها در معرض مشکلات اقتصادی و جسمی هستند و به دلیل فقدان حمایت خانواده و اجتماعی، با مشکلات روزافزون روبرو هستند (۱۴۱). به طور خاص، آن ها بیشتر به دلیل انزوا و غریبگی به تنهایی زندگی می کنند، با اطرافیان خود معاشرت نمی کنند و به دلیل بیماری ضعیف می شوند. علاوه بر این، زنان سالمند تنها از لحاظ روانی ضعیف و وابسته می شوند، تنهایی را تجربه می کنند و فقط برای پر کردن زندگی روزمره خود تلاش می کنند. بنابراین، آن ها نیاز به کنار آمدن با از دست دادن موقعیت یا نقش اجتماعی خود، تنهایی و احساس بیگانگی همراه با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی دارند. این احتمال وجود دارد که از دست دادن نقش زنان سالمند که تنها زندگی می کنند نه تنها عزت نفس آن ها را از نظر اجتماعی و روانی کاهش می دهد (۱۴۱) بلکه وضعیت بد سلامتی آن ها، افسردگی روانی و تنهایی را نیز تشدید می کند. بنابراین، می توان گفت که یک زندگی سالمندی سالم، یک شرط لازم برای معنای جدید به زندگی زنان سالمند است که تنها زندگی می کنند و یافتن کار مستقل برای آن ها برای حفظ سلامتی و بازیابی زندگی آن ها ممکن است از طریق مشارکت در فعالیت های تفریحی که برای آن ها طراحی شده است (۱۴۲).

مشارکت آن ها در فعالیت های اوقات فراغت منجر به بهبود اعتماد به نفس جسمی و روانی آن ها می شود، به سلامت روان آن ها کمک می کند و سلامت آن ها را بهبود می بخشد. همچنین آن ها را به

دنبال یک زندگی دلپذیر و ارزش خود می کشاند و اعتماد به نفس آن ها را افزایش می دهد (۱۴۳). بنابراین، سلامتی برای زنان سالمندی که تنها زندگی می کنند بسیار مهم است و مشارکت آن ها در فعالیت های اوقات فراغت با کیفیت زندگی آن ها ارتباط دارد (۱۴۴). اگر فعالیت های اوقات فراغت آن ها ناکافی شود یا فعالیت های اجتماعی آن ها کاهش یابد، در نهایت خود محور و منزوی می شوند. بنابراین، افسردگی و تنهایی آن ها که با سلامت روانی فرد مرتبط است، نیز آشکارتر می شود. همچنین مطالعه ای به بررسی عوامل مؤثر بر مشارکت زنان سالمند تنها در فعالیت های اوقات فراغت پرداخته است؛ نتایج نشان داد وضعیت سلامت ادراک شده، متوسط کمک هزینه ماهیانه، سلامت روانی، وضعیت اقتصادی، مذهب، افسردگی و ساختار خانواده به ترتیب بیشترین اهمیت را دارند (۱۱۸).

جمع بندی

سالخوردگی جمعیت در تمام جهان در حال رخ دادن است و انتظار می رود همه کشور های جهان با افزایش قابل توجهی در جمعیت سالمند مواجه شوند. شیوع پدیده تنها زندگی کردن زنان سالمند در کشور های مختلف متفاوت است و همچنین زنان سالمند نسبت به مردان سالمند آسیب پذیر تر هستند و نیاز به توجه بیشتری دارند. از همین رو با توجه رشد روز افزون سالمندان زن در کشور ایران، توجه به آن ها یکی از فاکتور های اساسی در سلامت اجتماعی است. پژوهش هایی که در رابطه با زنان سالمند در ایران صورت گرفته است بسیار محدود هستند. تعداد اندکی از پژوهش های موجود به طور مشخص به زنان سالمند اختصاص یافته است و بیشتر مطالعاتی که در ایران انجام گرفته اند، عواملی چون کیفیت زندگی، احساس تنهایی و تفاوت های جنسیتی را بررسی کرده اند.

نتایج حاکی از آن است که سطح تحصیلات و درآمد بر کیفیت زندگی سالمندان تنها مؤثر است. همچنین سالمندان با تعداد فرزندان بیشتر، انتظارات بیشتری نیز داشتند و بیشتر احساس تنهایی می کردند. تفاوت های جنسیتی در دوره سالمندی نشان می دهد که جنسیت و وضعیت تأهل بر میزان حمایتی که سالمندان دریافت می کنند، تأثیر به سزایی دارد. به طوری که شبکه مردان بزرگتر و متنوع تر از شبکه زنان است. در مقابل، زنان سالمند در مقایسه با مردان، حمایت های بیشتر و متنوع تری از اعضای شبکه خود دریافت می کنند. همچنین متغیرهای فراوانی تماس و میزان صمیمیت در کنار متغیر جنسیت و وضعیت تأهل بر تبادل حمایت اجتماعی مؤثر است.

بررسی شیوع تنها زیستی سالمندان در طول پنج دوره سرشماری در سطح کشور، نشان داد که با افزایش سن، از مراحل اوایل سالمندی (۶۹-۶۰ سال)، به سالمندی میانی (۷۹-۷۰ سال) و کهنسالی (۸۰ سال و بیشتر) نسبت سالمندان تنها بیشتر می شود. این اثر می تواند در رابطه قوی بین سن

سالمند و حیات همسر و سن سالمند و جدا شدن فرزند از خانوار (عمدتاً در اثر ازدواج) ریشه داشته باشد. همچنین مقایسه زنان و مردان سالمند که تنها زندگی می کنند، نشان می دهد که افزایش نسبت سالمندانی که تنها زندگی می کنند، ناشی از افزایشی است که برای زنان رخ داده است. به طوری که در تمام سال های سرشماری، نسبت زنان سالمند تنها نسبت به مردان سالمند تنها پرشمارتر بوده است.

وضعیت سلامت سالمندان از دیگر عواملی است باید مورد توجه قرار بگیرد هر چه سالمندان از سلامت روانی و جسمی بهتری برخوردار باشند، کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت. در عین حال وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سالمند از جمله موضوعات مهم در دوره سالمندی است. با توجه به اینکه تفاوت میزان دسترسی به امکانات در مناطق شهری و روستایی می تواند بر کیفیت زندگی سالمندان تنها تأثیر داشته باشد. به طور کلی مطالعاتی که صرفاً به زنان سالمند تنها پرداخته باشد بسیار اندک بود و با توجه به زاناه شدن سالمندی در آینده نه چندان دور ایران، نیاز به بررسی وضعیت زنان سالمند تنها و چالش های پیش روی آنان بیش از پیش احساس می شود.

همانطور که پیش از این در این گزارش نیز اشاره شد، مطالعات متعددی در مورد زنان سالمند تنها در سایر کشورها انجام شده است که به بررسی عواملی چون تحصیلات، محل زندگی (شهر یا روستا)، وضعیت اقتصادی و ابعاد سلامت جسمی و روانی، تغذیه، دسترسی به خدمات، دریافت حمایت، رضایت زندگی و کیفیت زندگی زنان سالمند تنها پرداخته اند.

با توجه به نتایج مطالعات، وضعیت زنان سالمند تنها در کشورهای مختلف، متفاوت است. اما نقطه مشترک همه مطالعات انجام شده آسیب پذیری زنان سالمند تنها است. به عنوان مثال در استرالیا به طور فزاینده ای زنان مجرد و سالمند به ویژه در معرض استرس مسکن و بی خانمانی هستند. همچنین امنیت اقتصادی در بین زنان و مردان در دوره زندگی سالمندی متفاوت است و زنان در این زمینه وابسته تر و آسیب پذیرتر هستند. از سوی دیگر وجود فرزند عامل محافظی بر شدت آسیب پذیری زنان سالمند است. بی تردید زنان سالمندی که تنها زندگی می کنند در مقایسه با زنان سالمندی که تنها زندگی نمی کنند بیشتر در معرض مشکلات مربوط به فقر، تغذیه، سلامت جسمی، سلامت روانی، احساس تنهایی و افسردگی هستند و بیشتر ممکن است قربانی بزه شوند. همچنین زنان سالمند تنها در دسترسی به خدمات و حمایت خانواده، دوستان و آشنایان از گستره محدودتری برخوردارند که همه موارد مذکور کیفیت زندگی و رضایت زندگی زنان سالمند تنها را متأثر می کند.

فصل سوم: روش پژوهش

مقدمه

این مطالعه در سه فاز انجام شد: مرور منابع، مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا و مطالعه کمی به روش تحلیل ثانویه. در ادامه جزئیات مربوط به روش اجرای هر یک از فازهای مطالعه آورده شده است:

فاز اول: مرور منابع

برای یافتن مستندات مرتبط با طرح پژوهشی در پایگاه های داده فارسی SID، Magiran و سامانه گنج با استفاده از کلیدواژه زن سالمند در ترکیب با کلیدواژه های تنها، مجرد، بیوه و مطلقه و همچنین در پایگاه های داده انگلیسی Google Scholar، PubMed، WOS و Scopus با استفاده از کلیدواژه های Older، Elderly، Senior، Aging، Women، Female، Living arrangement، alone، Never married، Divorced، Widow و Single در بازه زمانی ۲۰۲۰-۲۰۰۰ جستجو شد. به عنوان مثال در پایگاه PubMed از Syntax زیر استفاده شد:

("older women"[Title]) OR ("elderly women"[Title])) AND ("living alone"[Title])

در ادامه Syntax استفاده شده در پایگاه WoS آورده شده است:

TI= (lonely OR alone OR "never married" OR widow* OR divorce* OR single) AND TI= (elderly* OR "older people" OR "older adults" OR seniors OR aging OR aging) AND (CU=Iran)

پس از حذف داده های تکراری و نامرتب، در مجموع ۲۵۴ مورد نسبتاً مرتبط استخراج شد که ۲۵ مورد آن ها مقالاتی بودند که مطالعه مربوط به آنها در ایران انجام شده بود. پس از بررسی منابع مرتبط به ایران تنها ۱۴ مورد کاملاً مرتبط به زنان سالمند تنها بدست آمد. همچنین پس از بررسی عنوان و چکیده و دریافت متن کامل مقاله های غیر ایرانی، از ۲۲۹ مورد، ۱۲۹ مقاله باقی ماند که از آنها فیش برداری شدند. مهمترین دلیل خروج مقاله ها از مطالعه عدم ارتباط آنها با موضوع مطالعه، عدم دسترسی به متن کامل مقاله و زبان (چینی یا کره ای) بود.

فاز دوم: تحلیل محتوا

در این فاز از روش تحلیل محتوای هدایت شده استفاده شد و با اساتید و صاحب نظران در حوزه این پژوهش، سیاستگذاران، مدیران و کارشناسان فعال در حوزه سالمندان و همچنین زنان سالمند تنها مصاحبه شد.

نمونه گیری به روش هدفمند و گلوله برفی در محدوده استان های تهران و البرز انجام گرفت. حجم نمونه در روش تحقیق کیفی متغیر است و نمونه گیری تا جایی ادامه پیدا می کند که پژوهش به اشباع نظری برسد. در نمونه گیری تلاش شد حداکثر تنوع در هر یک از گروه های شرکت کننده در مطالعه کیفی مورد توجه قرار گیرد. به عنوان مثال سعی بر این بود که زنان سالمند تنها در سنین مختلف، طبقه اقتصادی اجتماعی مختلف و تحصیلات مختلف در مطالعه وارد شوند. جمع آوری داده تا زمانی که در هر یک از گروه های شرکت کننده به صورت جداگانه به اشباع برسد ادامه یافت.

داده ها در این زیر مطالعه با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختار یافته غیرحضوری و حضوری جمع آوری شد. کلیه مصاحبه ها با کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان ضبط شدند.

سوالات مصاحبه بر اساس سوالات پژوهش طراحی و سپس با صاحب نظران به اشتراک گذاشته شدند. پس از تأیید آنها ۴ مصاحبه اکتشافی انجام شد (دو مصاحبه با صاحب نظران و دو مصاحبه با زنان سالمند تنها). پس از مصاحبه های اکتشافی تیم پژوهش سوالات را مورد بازبینی قرار داد و اصلاحاتی را در آنها اعمال کرد. به عنوان سوال هایی که در آنها از زنان سالمند تنها خواسته شده بود یک روزی که در آن خوشحال و یک روز دیگر که در آن ناراحت بودند، توصیف کنند حذف شد و صرفاً در نسخه بازنگری شده ی سوالات از آنها خواسته می شد یک روز خود را از صبح تا شب توصیف کنند. لیست سوالات متناسب با گروه های هدف تنظیم شد به این معنا که لیست سوالات زنان سالمند تنها و صاحب نظران با هم متفاوت بود. مصاحبه کنندگان افراد کارآموده در امر مصاحبه های کیفی بود. با این حال تیم پژوهش برای اطمینان از جمع آوری دقیق اطلاعات با مصاحبه کنندگان جلسات آموزشی را با مصاحبه کنندگان برگزار کرد.

معیارهای ورود صاحب‌نظران به مطالعه

منظور کلیه سیاست‌گذاران، تصمیم‌سازان، مدیران ارشد و میانی، اساتید دانشگاه و ارائه‌دهندگان خدمت بود که تجربه فعالیت در حوزه سالمندان را در زمینه‌های مختلف داشتند. این فعالیت‌ها می‌توانست در زمینه‌های سیاست‌گذاری، قانونگذاری، تصمیم‌سازی، ارائه خدمت مستقیم به سالمندان و مطالعه در حوزه سالمندان باشد.

معیارهای ورود زنان سالمند تنها

زنانی که در سنین بالای ۶۰ سال قرار داشتند

فردی دیگری با آنها زیر یک سقف زندگی نمی‌کرد

در زمان انجام مطالعه در استان تهران یا استان البرز ساکن بودند

مایل به مشارکت در مطالعه بودند

جدول شماره ۱۰: مشخصات زنان سالمند تنهای شرکت کننده در مصاحبه ها

ردیف	کد شرکت کننده	سن	مقطع تحصیلی	شهر محل سکونت فعلی	قومیت	مدت تنها		دلیل تنها زندگی کردن		
						تعداد فرزندان	زندگی کردن	بیوه	مجرد قطعی	طلاق
۱	W۱	۸۴	راهنمایی	تهران	زاده تهران دو رگه تفرشی تبریزی	۴	۱۰	*		
۲	W۲	۷۴	ابتدایی	کرج	گرگانی	۶	۱۲	*		
۳	W۳	۷۸	دبیرستان	کرج	تهرانی	۴	۱۵	*		
۴	W۴	۷۰	راهنمایی	کرج	متولد تهران اصلتا ترک تبریز	۳	۱۲		جدایی غیررسمی	
۵	W۵	۷۳	ابتدایی	تهران	فسا	۵	۱	*		
۶	W۶	۷۸	ابتدایی	تهران	ترک همدان	۳	۲۲	*		
۷	W۷	۷۰	ابتدایی	تهران	سمنانی	۵	۳	*		
۸	W۸	۶۶	ابتدایی	کرج	ترک تکاب	۶	۷	*		
۹	W۹	۷۱	بی سواد	کرج	زاده تهران دو رگه بروجردی یزدی	۵	۵	*		
۱۰	W۱۰	۶۷	ابتدایی	تهران	قمی	۴	۶	*		
۱۱	W۱۱	۷۱	راهنمایی	کرج	کرجی	۵	۱۶	*		
۱۲	W۱۲	۸۲	بی سواد	تهران	شاهرودی	-	۲۰	*		
۱۳	W۱۳	۶۰	فوق لیسانس	تهران	زاده تهران اصلتا ساوه ای	-	۲۰		*	
۱۴	W۱۴	۷۶	ابتدایی	تهران	سمنانی	۴	۳	*		
۱۵	W۱۵	۷۹	ابتدایی	کرج	اصفهانی	۶	۶ ماه	*		
۱۶	W۱۶	۷۵	راهنمایی	تهران	ساوه ای	۴	۱۷	*		
۱۷	W۱۷	۷۰	ابتدایی	کرج	فارس قزوین	۷	۹	*		

جدول شماره ۱۱: مشخصات صاحب نظران شرکت کننده در مصاحبه ها

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	نام سازمان	سمت	سابقه فعالیت در حوزه سالمندی (سال)
۱E	آقای دکتر محمدی		دکترا	شورای ملی سالمندان	فائم مقام شورا	
E۲	آقای دکتر محمد کمالی	بهداشت و ارتقای سلامت	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی ایران	استاد	۲۰
E۳	خانم مریم میرمالک ثانی	زبان شناسی همگانی	کارشناسی ارشد	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	مدیر کل دفتر امور حمایتی و توانمندسازی	۵
E۴	آقای دکتر احمد دلبری	سالمندان	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی	رئیس مرکز تحقیقات سلامت	۱۵
E۵	آقای دکتر وحید راشدی	سالمند شناسی	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی ایران	رئیس مرکز رشد و فناوری	۱۰
E۶	خانم دکتر نسیم زنجری	سلامت و رفاه اجتماعی	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی	معاون پژوهشی مرکز تحقیقات سلامت	۱۰
E۷	خانم دکتر مرضیه شیرازی خواه	عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	دکترای تخصصی	مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی	استادیار پژوهشی، مدیر مرکز جامع توانبخشی یاس	۱۵
E۸	خانم دکتر پریسا طاهری تنجانی	طب سالمندی	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دانشیار طب سالمندی	
E۹	دکتر زینب نصیری		دکترا	شهرداری تهران	مدیر کل سلامت	
E۱۰	دکتر آریا همدانچی	سالمند شناسی	دکترا	توانبخشی خیریه عمل	پزشک	۱۱
E۱۱	آقای دکتر مجید ملکشاهی	روانشناسی	دکترای تخصصی	کمیته امداد امام خمینی	مدیر کل حمایت های اجتماعی	۱۰
E۱۲	آقای دکتر حسین نحوی نژاد	سالمندان MPH	دکترای تخصصی	سازمان بهزیستی گیلان	مدیر کل	۲۰

لیست سوالات مورد استفاده در مصاحبه با زنان سالمند تنها

۱. شما معمولاً یک روزتان را چگونه می گذرانید؟
۲. وضعیت سلامت جسمی شما چگونه است؟ به چه بیماری هایی مبتلا هستید؟ وضعیت تحرک شما چگونه است؟
۳. برای کدام یک از بیماری هایتان تحت درمان هستید؟
۴. وضعیت خوابتان چگونه است؟ (قرص خواب می خورید؟ چند ساعت می خوابید؟ خوب می خوابید؟)
۵. وقتی برای امور درمانی نیاز به مراقبت دارید، چه کسانی از شما مراقبت می کنند؟ چگونه؟
۶. وقتی بیمار می شوید، برای کارهای پزشکی و درمانی تان به کجا مراجعه می کنید؟ چقدر آنجا با شما فاصله دارد؟ با چه وسیله ای به آنجا می روید؟ با چه کسی می روید؟
۷. لطفاً در مورد تغذیه تان توضیح دهید. چه غذاهایی در طول هفته می پزید؟ چندبار در هفته آشپزی می کنید؟ چند وقت یکبار مواد غذایی را خرید می کنید؟
۸. با چه کسانی از اعضای خانواده تان در ارتباط هستید (حضور یا مجازی)؟ هر چند وقت یکبار؟ رابطه تان چگونه است؟ (قبل از کرونا و در دوره کرونا)
۹. با چه کسانی از بستگانتان در ارتباط هستید (حضور یا مجازی)؟ هر چند وقت یکبار؟ رابطه تان چگونه است؟ (قبل از کرونا و در دوره کرونا)
۱۰. با چه کسانی از همسایگان و هم محلی هایتان در ارتباط هستید (حضور یا مجازی)؟ هر چند وقت یکبار؟ رابطه تان چگونه است؟ (قبل از کرونا و در دوره کرونا)
۱۱. با چه تعدادی از دوستانتان در ارتباط هستید (حضور یا مجازی)؟ هر چند وقت یکبار؟ رابطه تان چگونه است؟ (قبل از کرونا و در دوره کرونا)
۱۲. در کدام انجمن و خیریه و ... عضو هستید؟ در آنجا چه می کنید و با چه کسانی در ارتباط هستید (حضور یا مجازی)؟ هر چند وقت یکبار با آنها در ارتباط هستید؟ (قبل از کرونا و در دوره کرونا)
۱۳. مهمترین سرگرمی شما در طول روز چیست؟
۱۴. برای ایجاد احساس امنیت خود در خانه ای که زندگی می کنید و یا وقتی بیرون می روید چه کارهایی انجام می دهید؟
۱۵. مهمترین چیزهایی که می تواند یک خانم در سن و سال شما که تنها زندگی می کند را نگران یا برایش مشکل ایجاد کند، چه هستند؟

۱۶. مهمترین چیزهایی که می تواند یک خانم در سن و سال شما که تنها زندگی می کند را خوشحال کند، چه هستند؟ اگر چه چیزی در زندگی تان تغییر کند، رضایت بیشتری خواهید داشت؟

۱۷. برای اینکه بتوانید بدون نیاز به دیگران زندگی کنید، چه کارهایی انجام می دهید؟

۱۸. اگر به گذشته (مثلا سن ۲۰ سالگی) بر می گشتید آیا کاری برای اینکه تنها نباشید انجام می دادید؟ (فقط از افرادی که مجرد قطعی دارند، پرسیده شود)

۱۹. آیا زنان سالمند تنهای دیگری را می شناسید؟ آنان در خصوص تجربه های خود از تنهایی برای شما صحبتی کرده اند؟ در مورد چه چیزهایی با شما صحبت کرده اند؟

۲۰. در خصوص وضعیت مالی خود در شرایط فعلی و یا برای سال های آتی نگرانی دارید؟ توضیح بدهید.

۲۱. افراد در شرایط مشابه شما نیازهای جنسی و عاطفی شان را چطور می پاسخ می دهند؟ (برحسب شرایط مصاحبه و ارتباط با مصاحبه شونده پرسیده شود یا صرفنظر شود)

۲۲. تجربه و توضیحات تکمیلی دیگری در مورد تنها زندگی کردن در این دوره ای که هستید، در ذهنتان است که بخواهید برای ما تعریف کنید؟

لیست سوالات مورد استفاده در مصاحبه با صاحب نظران

۱. پیش بینی می شود تعداد زنان سالمند تنها در ایران افزایش یابد. از نظر شما مهمترین دلایلی که موجب افزایش تعداد این گروه می شود، چه هستند؟
۲. مهمترین مشکلات و تهدیدهایی که زنان سالمند تنها در حال حاضر با آنها مواجهند، چه هستند؟ در زمینه های تأمین معیشت، سلامت جسمی و مراقبت، سلامت روانی و مشارکت اجتماعی، امنیت
۳. مهمترین نقاط قوت و فرصت هایی که برای زنان سالمند تنها در حال حاضر وجود دارند، چه هستند؟ در زمینه های تأمین معیشت، سلامت جسمی و مراقبت، سلامت روانی و مشارکت اجتماعی، امنیت
۴. در ۳۰ سال آینده زنان سالمند تنها با چه مشکلات و تهدیدهایی مواجه خواهند شد؟ در زمینه های تأمین معیشت، سلامت جسمی و مراقبت، سلامت روانی و مشارکت اجتماعی، امنیت
۵. چه نقاط قوت و فرصت هایی برای زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده وجود خواهد داشت؟ در زمینه های تأمین معیشت، سلامت جسمی و مراقبت، سلامت روانی و مشارکت اجتماعی

۶. چه قوانین و سیاست هایی در حال حاضر موضوع زنان سالمند تنها را مورد توجه قرار داده اند؟

۷. به نظر شما چه قوانین، سیاست ها یا برنامه هایی باید در مورد زنان سالمند تنها وضع و اجرا شوند؟

متن کلیه مصاحبه ها با دقت پیاده شدند و پس از چندین بار مرور متن های بدست آمده، متن ها به واحدهای معنایی تفکیک شدند. سپس کدگذاری باز و محوری انجام گرفت و سپس تم های اصلی استخراج شدند.

استحکام پژوهش کیفی:

در پارادایم پژوهش کیفی معیارهای متعددی برای ارزیابی کیفیت و یا اطمینان از صحت اطلاعات ارائه شده معرفی شده است. برای اهداف این پژوهش معیارهای معرفی شده توسط اشتراوس و کوربین (۲۰۰۸) که ترکیبی از معیارهای معرفی شده توسط پژوهشگران مختلف است به دلیل جامعیت و در نظر گرفتن تمام ابعاد مورد استفاده قرار گرفت.

اشتغال و درگیری طولانی مدت^۵ کلیه اعضای تیم پژوهش با موضوع پژوهش موجب افزایش اعتمادپذیری نتایج مطالعه می شود. مصاحبه با طیف متنوعی از صاحبانظران و همچنین زنان سالمندان تنها انجام شد تا از زاویه های مختلف پدیده مورد مطالعه مد نظر قرار گیرد. در عین حال در کلیه جلسات مصاحبه برداشت و درک مصاحبه کننده از توضیحات مصاحبه شونده گان به آنها برگردانده می شد و از آنها خواسته می شد در صورتی که برداشت و درک مصاحبه کننده با منظور آنها متفاوت است، تذکر داده و در صورت لزوم توضیح بیشتری ارائه دهند (بررسی به وسیله اعضا). همچنین متن های استخراج شده از مصاحبه های عمیق نیمه ساختار یافته به طور مکرر مرور شدند و پس از آن در مورد تم ها و طبقات تصمیم گیری شد.

تیم پژوهش در تمامی مصاحبه ها از اظهار نظر شخصی در مورد موضوع پژوهش خودداری کردند. در عین حال برای حصول اطمینان از اینکه تحلیل داده های کیفی بدون جانبداری صورت گرفته است نظرات صاحبانظران که درگیر اجرای این پژوهش نبودند، دریافت شد.

^۵ . Prolonged

^۶ . Member-check

فاز سوم: تحلیل ثانویه

در این فاز از روش تحلیل ثانویه استفاده شد. روش تحلیل ثانویه یکی از روش های تحقیق کمی است و بدین معناست که از داده های از قبل گردآوری شده استفاده می شود. در تحلیل ثانویه محقق داده های را به طور مستقیم گردآوری نمی کند، بلکه به واکاوی و تحلیل ابعاد و اهداف تحقیق براساس داده هایی که توسط محقق، گروهی از محققان و یا مراکز پژوهشی و آماری با اهداف دیگری گردآوری شده است، می پردازد (بلیکی، ۱۳۸۴؛ باسلو^۷، ۲۰۰۷).

منبع اصلی داده های پژوهش حاضر، نتایج کلی و داده های سطح فردی- نمونه دو درصدی- سرشماری های جمعیتی کشور برای سال های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۵ است. تعداد زنان سالمند تنهازیست در سرشماری ۱۳۸۵ برابر با ۴۵۲۹۴۳ نفر بوده که در سرشماری ۱۳۹۵ دو برابر شده و به ۹۰۱۵۳۹ نفر رسیده است. علاوه بر این، یکی دیگر از منابع داده ای، نتایج پیش بینی های خانوار است. در این بخش از گزارش با استفاده از نرم افزار Profamy به پیش بینی ترکیب خانوار در ایران تا سال ۱۴۳۰ و همچنین تعداد سالمندان (به ویژه زنان) ساکن در خانوارهای تک نفره پرداختیم. مدل Profamy یک روش ترکیب چندحالتی است که تعداد افراد را برحسب جنس، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان و والدینی که در کنار هم زندگی می کنند محاسبه کرده و بر اساس آن ها خانوارها را به لحاظ ترکیبات مختلف پیش بینی می کند. برای پیش بینی با استفاده از این مدل نیاز به سه دسته اطلاعات است: (۱) جمعیت پایه؛ شامل اطلاعات جمعیتی برحسب جنس، سن، وضعیت زناشویی، بستگی با سرپرست خانوار، نوع سکونت در خانوار شخصی یا گروهی، و همچنین جدول تقاطعی ویژه سنی-جنسی جمعیت کشور برحسب وضعیت تأهل و تعداد کل خانوارها برحسب تعداد افراد حاضر در آن. (۲) شاخص های استاندارد مدل نظیر میزان های ویژه سنی-جنسی مرگ و میر، ازدواج و طلاق، باروری، خالص مهاجرت و ترک خانه والدین، و (۳) پارامترهای خلاصه شده جمعیتی نظیر؛ میزان های عمومی استاندارد شده ازدواج و طلاق، میزان باروری کل برحسب زنده زایی، میزان باروری کل، امید زندگی در بدوتولد به تفکیک جنس، تعداد کل مهاجران مرد و زن، میانگین سن در اولین ازدواج، میانگین سن در هنگام تولد، نسبت افراد ۴۹-۴۵ ساله که با والدین شان زندگی نمی کنند، نسبت ویژه سنی-جنسی افراد سالمند که با فرزندان شان زندگی می کنند و میانگین تعداد افراد غیرخویشاوند و دیگر خویشاوندانی که در یک خانوار زندگی می کنند.

تنظیم توصیه های سیاستی:

^۷. Boslaugh

بر اساس یافته های بدست آمده در فازهای اول تا سوم، توصیه های سیاستی تنظیم و در جلسه ای با صاحب نظران این حوزه به اشتراک گذاشته شد. نظرات اصلاحی صاحب نظران در لیست توصیه های سیاستی اعمال و نهایی شد.

ملاحظات اخلاقی:

برای کلیه شرکت کنندگان در مورد اهداف پژوهش توضیح داده شد و رضایت آگاهانه آنها برای انجام مصاحبه و ضبط مصاحبه ها اخذ گردید.

مشارکت کنندگان در پژوهش آگاه شدند که در هر مرحله ای از پژوهش می توانند از همکاری انصراف دهند.

اطلاعات مشارکت کنندگان محرمانه تلقی شد. گمنامی آنان در طول پژوهش و در گزارش نهایی رعایت شد.

به شرکت کنندگان اطلاع رسانی شد که در صورت تمایل آنها تیم پژوهش می تواند آنها را از نتایج این مطالعه آگاه نماید.

از پرسیدن سوالات آشفته کننده و مضر به حال شرکت کنندگان پرهیز شد. بخصوص در مصاحبه با زنان سالمند تنها علاوه بر اینکه مناسب ترین زمان برای آنها به عنوان زمان مصاحبه در نظر گرفته شد، به این نکته توجه شد که سوالات موجب آزردهی و یا آسیب به آنها نشود. یکی از سوالات در مصاحبه با زنان سالمند تنها مربوط به نیازهای جنسی زنان سالمند تنها بود. برخی از آنها تمایلی به پاسخگویی به این سوال نداشتند و مصاحبه کننده برای دریافت پاسخ در مورد این سوال به آنها اصرار نمی کرد.

ذکر منبع داده های استفاده شده در فازهای اول و سوم این مطالعه با دقت انجام گرفت.

نتایج پژوهش صادقانه، دقیق و کامل گزارش شد.

اطمینان حاصل شده که روش پژوهش با ارزش های اجتماعی، فرهنگی و دینی جامعه در تناقض نخواهد بود.

فصل چهارم: یافته ها

یافته های فاز دوم (تحلیل محتوا)

دلایل تنها زیستی زنان سالمند

صاحبنظران در پاسخ به این سوال که چرا تعداد زنان سالمند تنها رو به افزایش است، به دلایل متعددی اشاره کردند. از جمله مهمترین دلایل برشمرده شده می توان به موارد زیر اشاره نمود:

امید به زندگی بالاتر زنان در مقایسه با مردان: بالاتر بودن امید به زندگی زنان در مقایسه با مردان یک پدیده جهانی است و در ایران نیز طول عمر زنان بیشتر از مردان است. این امر دلایل متعددی دارد از جمله اینکه مردان ممکن است با موقعیت های پرخطر بیشتری در محیط کار خود مواجه شوند، زنان بیشتر از مردان از سلامتی خود مراقبت می کنند و در عین حال ممکن است ویژگی های ژنتیکی نیز بر این امر اثر داشته باشند. تعداد تصادف های منجر به مرگ در میان مردان بیش از زنان است.

عدم ازدواج زنان سالمند: ازدواج زنان بیوه در بسیاری از مناطق ایران یک تابوست. از نظر فرهنگی زنان بیوه ای که پس از فوت همسرشان ازدواج نمی کنند، زنان "وفادار" تلقی می شوند و این رفتار از نظر فرهنگی مورد تأیید و تحسین قرار می گیرد. در حالی که وقتی زنان بیوه ازدواج می کنند، ممکن است سرزنش شوند، متهم به خودخواهی، بی وفایی و عدم توجه به سرنوشت فرزندان و ... شوند. این فشار فرهنگی موجب می شود زنان بیوه از ازدواج مجدد پرهیز کنند.

دلایل عدم ازدواج زنان سالمند تنها در همین فصل ذیل مقوله "ازدواج زنان سالمند تنها" به طور مفصل مورد بحث قرار گرفته است. عدم ازدواج موجب می شود آمار تنهازیستی در میان زنان سالمند بیش از مردان باشد. این در حالی است که مردان سالمند تنها بیش از زنان تمایل به ازدواج دارند و برای این امر اقدام می کنند.

نقص در سرشماری های قبلی: کاستی های موجود در سرشماری های قبل از سال ۱۳۹۵ از نظر صاحبنظران یکی از دلایل گزارش تعداد بیشتر زنان سالمند تنها در آخرین سرشماری در ایران بوده است. کم شماری زنان در برخی مناطق ایران و عدم دقت کافی در پرسشنامه های سرشماری موجب شمارش نشدن تعدادی از زنان در دوره های قبلی سرشماری شده بود. با افزایش دقت سرشماری در سال ۱۳۹۵ یکباره آمار زنان سالمند تنها با جهش مواجه شد. این در حالی است که منطقاً این جهش

نمی تواند یکبار روی دهد مگر اینکه در دوره های قبلی سرشماری اطلاعات مربوط به این گروه به درستی جمع آوری نشده باشد.

مهاجرت جوانان و افزایش زنان سالمند تنها: صاحب‌نظران بر این نکته تأکید داشتند که مهاجرت جوانان به طور کلی یکی از دلایل تنها شدن زنان سالمند است. مهاجرت جوانان از روستا به شهر موجب افزایش زنان سالمند تنها در روستا شده است. در عین حال مهاجرت جوانان از یک شهر به شهر دیگر برای کار یا زندگی بهتر و یا مهاجرت به خارج از ایران نیز زمینه را برای تنها شدن زنان سالمند فراهم نموده است.

سبک زندگی جدید: از نظر برخی از کارشناسان سبک جدید زندگی عامل تأثیرگذاری بر افزایش تعداد زنان سالمند تنها بوده است. تغییر الگوی خانواده از گسترده به هسته ای، تمایل فرزندان به استقلال بیشتر و تمایل و تلاش زنان برای کسب استقلال بیشتر از جمله مواردی هستند که در سبک جدید زندگی ایرانیان می توانند زمینه را برای تنهازیستی زنان سالمند فراهم کنند.

تمایل زنان به استقلال بیشتر: زنان سالمند تنها تمایل زیادی به ازدواج یا زندگی با فرزندان خود نشان نمی دهند. آنها ترجیح می دهند استقلال خود را حفظ کنند. برای زنان سالمند مجرد قطعی که در تمام زندگی خود به نوعی مستقل زندگی کرده اند، بسیار دشوار است که در دوره سالمندی زندگی مشترک با فرد دیگری را آغاز کنند. از سوی دیگر زنان سالمند بیوه نیز در مواردی تنها بودن را نوعی آزاد و رها شدن از وظایف بی شمار مراقبتی و یا محدودیت های ناشی از زندگی در چارچوب یک خانواده مردسالار تلقی می کنند. آنها ترجیح می دهند مادامی که می توانند خودشان کارهایشان را انجام دهند، در خانه خود فضای خصوصی خود را داشته باشند و اصطلاحاً "راحت باشند". تعدادی از زنان سالمند تنها بر پرهیز از سربار بودن تأکید می کردند. آنها تمام تلاششان را می کردند که نیازی به دیگران نداشته باشند.

در مواردی که زنان سالمند تنها از استقلال مالی برخوردارند مثلاً مستمری بازنشستگی یا بازماندگی، سود سپرده بانکی یا اجاره بها و ... دریافت می کنند، تمایل کمتری برای ازدواج نشان می دهند. به عبارت دیگر استقلال مالی عامل مهمی برای ادامه تنهازیستی آنها بشمار می رود.

افزایش طلاق: اگرچه تعدادی از زنان مطلقه مجدد ازدواج می کنند اما تجربه های ناخوشایند در زندگی مشترک قبلی و تعهد به پرورش فرزندان پس از طلاق و همچنین موانع فرهنگی برای ازدواج مجدد زنان مطلقه عامل مهمی برای تنها زیستی زنان در دوره سالمندی شده است.

علاوه بر اینکه ممکن است طلاق در دوره جوانی یا میانسالی روی دهد، در سال های اخیر آمار طلاق در میان سالمندان نیز افزایش یافته است. این پدیده نیز می تواند بر افزایش تنه‌زایی زنان سالمند مؤثر باشد.

کاهش نرخ رشد جمعیت و کاهش بعد خانوار: کاهش نرخ رشد جمعیت و کاهش بعد خانوار از جمله عواملی است که می تواند تأثیر قابل توجهی بر تنه‌زایی زنان سالمند داشته است. تعداد کم فرزندان و مهاجرت یا جدا زندگی کردن آنها پس از ازدواج می تواند عامل تنها ماندن زنان سالمند باشد.

سن بیشتر مردان در زمان ازدواج: بالاتر بودن سن مردان در زمان ازدواج یک امر پذیرفته شده از نظر فرهنگی در ایران است. وقتی این پدیده را در کنار امید به زندگی کمتر در میان مردان قرار دهیم، احتمالاً تنها شدن زنان سالمند افزایش خواهد یافت.

وابستگی مکانی: زندگی طولانی مدت در یک خانه یا محله عامل مهمی برای آرامش و احساس راحتی زنان سالمند بشمار می رود. آنها ترجیح می دهند در دوره سالمندی نیز در فضایی زندگی کنند که برایشان آشناست. در شرایطی که فرزندان در محله ی دیگری زندگی می کنند، وابستگی مکانی می توانند عاملی برای تنه‌زایی زنان سالمند باشد چرا که آنها از نقل مکان و زندگی در محیط جدید و ناآشنا پرهیز می کنند.

عدم تمایل فرزندان به نگهداری از مادر سالمند تنها: ممکن است در مواردی زنان سالمند تنها مایل باشند با فرزندان در یک مکان زندگی کنند یا حتی انتظار داشته باشند که فرزندان این امکان را برای آنها فراهم کنند اما فرزندان به دلایل مختلف ممکن است از انجام این کار اجتناب نمایند. وظایف مراقبتی سنگین، مداخله زن سالمند تنها در زندگی مشترک فرزندان، خدشه دار شدن فضای خصوصی زوجین جوان، هزینه های مراقبت از زن سالمند تنها و ... می توانند از جمله دلایل عدم تمایل فرزندان به زندگی با زن سالمند تنها باشند.

تجرد قطعی: تجرد قطعی ضرورتاً به دلیل عدم تمایل به ازدواج صورت نمی گیرد. در مواردی زنان به دلیل اینکه به عهده گرفتن نقش های مراقبتی در خانواده (مانند مراقبت از والدین سالمند و بیمار یا مراقبت از سایر اعضای خانواده که بیمار یا کم توان هستند) امکان ازدواج را نمی یابند و برای همیشه مجرد می مانند. به هر حال تجرد قطعی خودخواسته یا اجباری می توانند عامل تنه‌زایی زنان در دوره سالمندی باشند. تجرد قطعی خودخواسته معمولاً با بالاتر بودن سطح تحصیلات زنان، اشتغال و افزایش امکان استقلال مالی آنها در ارتباط است.

برنامه روزانه زنان سالمند تنها

در ابتدای مصاحبه با زنان سالمند تنها از آنها درخواست شد که برنامه روزانه شان را توضیح دهند. اغلب زنان سالمند تنها صبح برای اقامه نماز صبح بیدار می شدند و پس از آن فرصتی را به دعا و نیایش اختصاص می دادند. تعدادی از آنها پس از عبادت صبحگاهی مجدد استراحت می کردند. تعدادی از آنها یک یا دو ساعت دیگر می خوابیدند یا دراز می کشیدند. برخی از زنان سالمند تنها ورزش می کنند. پس از آن صبحانه صرف می کردند. تقریباً همه ی زنان سالمند تنها صرف صبحانه را در برنامه روزانه خود داشتند. پس از آن زنان سالمند تنهایی که به مرکز روزانه سالمندان می روند، منزل را ترک می کنند و تا ظهر در مرکز حضور دارند. در غیر اینصورت زن سالمند تنها تا ظهر زمانش را صرف رسیدگی به کارهای منزل می نمایند. اغلب آنها برای ناهار آشپزی می کردند. خرید روزانه شان را معمولاً قبل از ظهر انجام می دهند. برخی از زنان سالمند تنها تقریباً هر روز به بهانه خرید از منزل خارج می شوند. آنها به این بهانه قدم می زنند، با همسایه ها و فروشندگان محلی ارتباط برقرار می کنند و البته اندکی هم خرید می کنند. ملاقات با همسایه ها، بستگان و دوستانی که در همان محله ساکن هستند و برنامه پیاده روی روزانه بخش دیگری از کارهایی بود که زنان سالمند تنها در طی روز انجام می دادند. زنان سالمند تنهایی که به دلیل بیماری یا محدودیت های جدی حرکتی قادر نبودند به تنهای از منزل خارج شوند، معمولاً برنامه ورزش و خروج از منزل را نداشتند. پس از نماز ظهر، ناهار صرف می شود. تقریباً زنان سالمند تنهای شرکت کننده در این مطالعه گزارش می کردند که ناهار صرف می کنند. تعداد کمی از آنها ممکن بود در غیاب فرزندان یا میهمان برای خودشان غذا نپزند اما غذاهای مختصری مانند نان و پنیر صرف می کردند. استراحت بعد از ظهر تقریباً در برنامه همه زنان سالمند تنها در نظر گرفته شده بود. پس از آن برنامه چندان مشخصی نداشتند. تماشای تلویزیون، جستجو در شبکه های اجتماعی و تماس تلفنی با اعضای خانواده و دوستان ممکن بود هنگام عصر انجام شود. پس از نماز مغرب و عشاء، زنان سالمند تنها شام صرف می کردند. اغلب آنها تأکید می کردند که شام را بسیار مختصر و سبک تدارک می بینند و ممکن بود شام غذای باقی مانده از ناهار همان روز باشد. برخی از آنها شام نمی خوردند.

تماشای تلویزیون، مطالعه کردن (بخصوص مطالعه رمان)، انجام برخی کارهای هنری (مانند بافتنی، گلیم بافی و نقاشی کردن)، نگهداری حیوانات خانگی (مانند عروس هلندی و مرغ) و پرورش گیاهان از جمله سرگرمی های روزانه زنان سالمند تنها بود.

مطالعه می‌کنم. هر چند که مطالعه می‌کنم هیچ چیزی در یادم نمی‌ماند. آره! دخترم کتاب‌هایی می‌آورد که مثلا کتاب‌ها را می‌خوانم، دائم می‌گویند مامان خواندی؟ می‌گویم والا فاطمه جان! خواندم ولی اما اصلا یادم نیست، می‌گویند: عیب ندارد بخوان! می‌روی آن طرف از تو سؤال جوابی می‌کنند ها! نه جان! می‌گویند این همه زنده بودی زندگی کردی چه چیزی یاد گرفتی آمدی این طرف؟ بله! الان زندگی جلال‌الدین محمد برایم داده الان دارم آن را می‌خوانم.

... بعد گل و گیاه دارم باید به آن‌ها آب بدهم تقریبا ساعت ۷، ۸ می‌روم پشت بام به گلخانه ام سر بزنم، صبحانه ام را هم همان جا می‌خورم. مصاحبه‌کننده: پس گلخانه‌ی بزرگی دارید؟ مصاحبه‌شونده: نه! خانه‌ی کوچکی دارم ولی پشت بامش را گلخانه کردم.

مصاحبه‌کننده: مترانش را هم بفرمایید چون یک شغل ... مصاحبه‌شونده: یک کارآفرینی کوچک تقریبا، کارآفرینی نیست ولی خوب ... پشت بامم ۱۵ متر است، خانه ام کلا ۴۵ متر است.

مصاحبه‌کننده: بعد ۱۵ متر پشت بام مفید دارد که آن را گلخانه کردید؟

مصاحبه‌شونده: بله! که داخلش سبزی و گل و گیاه کاشتم.

مصاحبه‌کننده: شما از طریق آن کسب درآمد هم می‌کنید؟ یعنی کارآفرینی کردید؟

مصاحبه‌شونده: نه! برای یک زمانی کانال داشتم کانال فروش گل و گیاه، بعد بعضی از گل‌های خودم را با بعضی گل‌های فامیل‌هایمان را با هم می‌گذاشتم داخل کانال بعد فروش هم داشتم مشتری‌هایم شهرستانی بودند دیگر کنار گذاشتم چون که مشتری از تهران بیاید نداشتم. هم محتوایی بود هم فروشگاهی بود کانالم.

مصاحبه‌کننده: یعنی کارآموزش هم داشتید؟

مصاحبه شونده: بله! هر گلی را که اطلاعاتی راجع به آن می گذاشتم بعد فروشش را هم یا بذر گل، بذر سبزی و این جور چیزها هم می فروختم.

مصاحبه کننده: چرا شما این کار را گسترش نمی دهید؟

مصاحبه شونده: خب ۱۵ متر که کوچک است. من تقریباً ۳۶ تا باکس دارم باکس های ۷۰ سانتی، بعد فقط داخلش می شود سبزی های متنوع و مربوط به هر فصل را کاشت و برای نیاز خودم و خواهرهایم و این ها تامین می شود، آن جور نیست که بخواهم فروشی داشته باشم، جا ندارم. خب همه چیز رایگان نمی توانم داشته باشم، خرید زمین در تهران، بعد رفت و آمدش، مشکلاتی که دارد، در تهران که نمی شود زمین خرید باید شهرهای اطراف بخرم به هر حال مشکلات زیادی دارد که جور در نمی آید ولی خب همین هم یک جور به قول معروف کمک به اقتصاد خانواده است من الان چند سال است فلفل دلمه ای از بیرون نمی خرم همه اش خودم می کارم، همان نیاز ما را تامین می کند خانواده ام را.

مصاحبه کننده: غیر فلفل دلمه ای و سبزیجات که گفتید گل های آپارتمانی هم دارید، غیر این ها چیز دیگری هم در مجموعه تان هست؟

مصاحبه شونده: گل های تزئینی و آپارتمانی، چیزهایی که از دستم برمی آمده به قول معروف هر چیزی که گیرم آمده بذر میوه، سبزی چیزی کاشتم باز خوب شده.

بسیاری از زنان سالمند تنها در پایان هفته میهمان داشتند یا میهمان بودند. آنها در پایان هفته فرزندان و خانواده آنان را ملاقات می کردند یا در صورتی که فرزند نداشتند یا فرزندانشان در نزدیکی آنها زندگی نمی کردند برخی از بستگان به دیدن آنها می آمدند.

تعدادی از زنان سالمند تنها همراه با فرزندان یا بستگانشان به سفر می رفتند اما این سفرها با فاصله زمانی زیادی روی می داد.

در دوره همه گیری که رفت و آمد سالمندان به طور چشمگیری با محدودیت مواجه شد، این برنامه روزانه تا اندازه ای تغییر کرد. زنان سالمند تنها به ناچار ساعت های بیشتری را به تنها و در منزل سپری کردند. روابط غیرحضوری جایگزین ملاقات های حضوری شد. زنان سالمند تنهایی که از خدمات مراکز روزانه سالمندان استفاده می کردند ارتباط خود را به صورت آنلاین با مرکز و سایر سالمندان برقرار نگه داشتند. آنها هر روز در ساعت مشخصی در کلاس های آنلاین شرکت می کنند.

W۳

یک مدت کلاس رقص می رفتم ... بابا! کرونا صاحب مرده... وگرنه رقص شده بودیم رفته بود پی کارش... یک پیر زنی گفت خاک به سرم! ضرب هم می زنی آواز هم می خوانی! معلوم است چه کاره هستی؟ گفتم هر چه پیش آید خوش آید!

W۴

ولی از اول شروع کردم کتاب خواندن می توانم به شما بگویم تا حالا ... اصلا دیگر تعدادش فراموش شده. همه جور کتابی می خوانم. پیاده روی می کنم، همه کارهای خانه ام را خودم انجام می دهم. هر روز پیاده روی را می کنم، از ساعت ۷ و نیم بیرون هستم تا ساعت ۱۰ شب، تا ساعت ۲ نصف شب پای اینستا و واتساپ و این جور چیزه هستم.

پیاده روی هستم از ۷ و نیم، ۷، بیرون هستم دیگر در خانه نیستم. با دوست هایم جمع می شویم می رویم از این پارک به آن پارک، از این طرف به آن طرف. خرید می کنم، خرید با خودم است، فریزرم را پر می کنم، یخچالم را پر می کنم، یک چرخ دستی دارم با آن می روم خرید... این گوشی ها اگر نباشد من اصلا نیستم یک تبلت دارم چون چشمم ضعیف است... بعد با آن تبلت کارهایم را می کنم، کتابم را با تبلت نمی خوانم من دوست دارم ورق بزنم، عاشق فوتبال هستم، همه شان را دوست دارم، همه را نگاه می کنم. اگر یک جا فیلم نشان بدهد نگاه نمی کنم فوتبال را نگاه می کنم... یعنی ببینید در رختخواب نمی توانم بمانم، یک دلتنگی ای دارم در رختخواب، چشمم را که باز کردم بسم الله الرحمن الرحیم تشریف می آورم بیرون می روم سر تبلتم، چه کسی فرستاده؟! چه کسی نفرستاده؟! حالا بگو این ۴-۵ ساعته چه کسی چیزی فرستاده!؟

اغلب زنان سالمند تنها برنامه مشخصی برای عصر و شب هایشان ندارند. آنها سعی می کنند به ترتیبی خود را سرگرم کنند.

W۷

دیگر تا وقت خوابم هیچ چیز. یک وقت ... دوست دارم یک کاری بکنم فقط یک کم کتاب می خوانم یا یک کم تلویزیون نگاه می کنم، کار خاصی نیست که من بکنم، اگر باشد من می کنم ... یک دانه عروس هلندی دخترم داده به من، این هر جا می روم دنبالم می آید، یک ذره با این ور می روم دیگر، چکار کنم دیگر؟ ... هیچ سرگرمی ندارم. هیچ چیزی نیست. یک چیزی درگیرش باشم می کنم آن کار را، حتی به خدا این قدر می شود مثلا بگویم که خدایا من کجا یک ذره کار باشد من را بخواهند من بروم آن جا بروم آن جا بایستم کار کنم، به خدا!

W14

بلند می شوم دیگر یک صبحانه مختصری می خورم و یک دو سه تا مرغ دارم می روم این ها را دانه و آب می دهم، یک خرده داخل حیاط یک آب پاشی دو سه تا گل را آب می دهم، یک خرده می روم داخل خانه، یک خرده می روم بیرون داخل حیاط می چرخم، حیاط داریم ما آپارتمان نیست، داخل حیاط یک چرخی می خورم ...

وقتی زنان سالمند تنها به مراکز روزانه سالمندان رفت و آمد می کنند، تجربه های خوشایند بیشتر و برنامه روزانه منظم تری دارند.

W16

تشریف داشتند از دوستان مان هم ما را گروهی می بردند مسافرت، همه جا، شیراز رفتیم، اصفهان رفتیم، نمی دانم جاهای به اصطلاح جهانگردی، یک چند بار هم خارج از ایران رفتیم. من با دوستانم خیلی جاها رفتیم، ترکیه رفتیم، وان رفتیم، ... الان حضور ذهن ندارم، مثلا داخل خود تهران هم غارهای کتله خور رفتیم، بعد برایمان سالن می گرفتند، چهارشنبه سوری برایمان سالن می گرفتند، این خانم بنده خدا خیلی به ما کمک می کرد، می برد و می آورد و این ها، حتی در دوران کرونا هم با ایشان می رفتیم. ولی الان حدود یک سال است که دیگر به خاطر آرامش بچه هایم این کار را من نمی کنم نمی روم، یک مقدار هم ترس از کرونا.

بعد ما قبلا ها استخر می رفتیم، کاردرمانی می کردیم در استخر، خانم دکتر برای ما مربی می گرفت کاردرمانی می کردیم استخر دیگر می رفتیم، ورزش می کردیم الان هم برای ما جشن سالمندی می گرفتند قبلا، الان هم می گیرند، هست، سرگرمی هایی دارم اگر هم نداشته باشم با دوست هایم تماس می گیرم، دوست های بسیار خوبی دارم با تلفن با ایشان تماس می گیرم با فامیل ها تماس می گیرم، بعد دیگر وقت خودم را پر می کنم در هر صورت...

منبع درآمد زنان سالمند تنها

زنان سالمند تنها به روش های متنوعی ممکن بود معیشت خود را تأمین کنند. در ادامه به مهمترین آنها اشاره می شود:

دریافت مستمری بازماندگی

تعدادی از زنان سالمند تنها از مستمری بازماندگی برخوردار می شوند. همسر و دختران مجرد مردانی که در دوره حیات خود بیمه پردازی داشته اند، پس از فوت همسر یا پدر می توانند مستمری بازماندگی دریافت کنند. در صورتی که تعداد بازماندگان بیش از یک نفر باشد، هر یک از بازماندگان سهم مشخصی از مستمری را دریافت خواهند کرد.

W۴

وقتی ایشان زنده بودند هیچ چیز نمی دادند، من با فروش وسایل خودم، طلایی که حتی یک دانه اش را هم شوهرم نخریده بود می فروختم، پدری کمک می کرد، خواهری کمک می کرد زندگی کردم، همه جوانیم را فروختم دار و ندارم را فروختم. بعد رسید به مرگ ایشان که فوت کردند دیگر. حقوقی که باید تعلق می گرفت سال ۷۲ به ایشان یک چیزی در حدود ۵۰۰ و خرده ای حقوق تعلق گرفت، بعد ۷۲ این پول نصف شد (چون یک زن دیگر داشت) تا این عیدی که گذشت نه! عید قبلی!، آن موقع می گرفتم یک میلیون و ۲۰۰ هزار تومان یک سال و نیم پیش و اداره به من اعلام کرد که آن زن فوت کرده. الان یک حقوق خوبی می گیرم
الحمدالله!

همسرم شغلش آزاد بود رفت خودش را بیمه کرد، الان همان مستمری بگیریم هستیم. بیمه بی خود! بیمه تامین اجتماعی، آتیه سازان! ایشان سال شان /بیمه پردازیشان/ کم بود چیزی نمی گیریم اگر ۳۰ سال داده بود خیلی بیشتر می گرفت ولی ما چون که کم بود و این ها بعد کم است مثلاً حقوق ما

دریافت مستمری بازنشستگی

در صورتی که زن سالمند قبلاً شاغل بوده و بیمه پردازی داشته باشد، مستمری بازنشستگی دریافت می کند. هر چند این مبلغ از نظر آنها برای تأمین هزینه های زندگی کافی نیست.

باور می کنید من گوشت کم می خورم؟ چون گران است من نمی توانم بخرم، من کارشناسی ارشد ۳۰ سال کار کردم ۷ میلیون حقوق می گیرم در صورتی که الان آن یکی شاغل هستند ۱۲ این ها می گیرند فکر کنم بعد خب خیلی کم است، خیلی! بازنشستگی خیلی حقوق من را آورد پایین، در صورتی که من نخبه بودم نخبه بسیجی، نمی دانم تحقیقات زیاد انجام دادم با رتبه بالا بازنشسته شدم، با این حال این حقوق این قدر کم است که باور نمی کنید من این را می گویم چون اوج مطلب را بفهمید من بازنشسته فرهنگی که بالاخره پس اندازی دارم گاهی داخل کارتم ۶، ۷ میلیون کمتر اگر باشد تنم می لرزد

من برای تنهاییم خیلی پس انداز لازم دارم چون می دانم که ۱۰ سال دیگر شاید لازم باشد من پرستار بگیرم، پول نداشته باشی کسی آب دستت نمی دهد یک لیوان دستت نمی دهد خب من پول لازم دارم، برای من ۷ میلیون کم است، تازه من کمک مالی می کنم به خانواده بعد خب من که تنها هستم و با ۷ میلیون می توانم راحت زندگی کنم همیشه داخل کارتم هم حداقل ۶، ۷ میلیون پول هست، داخل کارت جاری من باز تنم می لرزد، احساس می کنم من پس اندازی ندارم.

دریافت سود سپرده ی بانکی

تعدادی از سالمندان مبلغی را به صورت بلند مدت در بانک سپرده گذاری کرده اند و به صورت ماهیانه سود آن را دریافت می کنند. این مبلغ ممکن است توسط خود سالمند پس انداز شده باشد یا توسط فرزندان او سپرده گذاری شده باشد.

۷۶

خانه کوچکی شوهرم برایم خدا بیامرزد گذاشته آن را فروختم گذاشتم بانک آن را استفاده می کنم. از سود (بانکی) آن استفاده می کنم. چون پسر نمی تواند همین باز خانواده اش و خانم ش را باز بتواند برسد...

دریافت اجاره

در برخی موارد که زنان سالمند تنها ملکی به نامشان دارند که قابل اجاره دادن هست (مانند خانه ویلایی، آپارتمان یا مغازه) دریافت اجاره به عنوان راه درآمد منظم سالمند گزارش می شد.

اشتغال در دوره سالمندی

تعداد کمی از سالمندان همچنان در دوره سالمندی کار می کنند. اشتغال در دوره سالمندی علاوه بر اینکه می تواند همه یا بخشی از هزینه های زندگی آنان را تأمین کند، عامل مهمی برای سرگرمی آنها نیز بشمار می رود. این روش کسب درآمد در مورد سالمندانی که سن بالاتری دارند و در عین حال مشکلات جسمی متعدد و محدود کننده دارند، بکار نمی آید. هیچ یک از زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه با آنها مصاحبه شد، به این روش کسب درآمد نمی کردند اما برخی از صاحب نظران به این روش به عنوان روشی که برای کسب درآمد وجود دارد اما شیوع کمتری دارد، اشاره کردند

حمایت مالی از جانب فرزندان و بستگان

در مواردی که زنان سالمند تنها هیچ منبع درآمدی نداشتند یا مبلغ مستمری برای تأمین معیشت آنها کفایت نمی کرد، فرزندان و بستگان آنها را مورد حمایت قرار می دادند. این حمایت ضرورتاً به صورت منظم و مستمر نبود. فرزندان و بستگان با خرید مایحتاج زن سالمند تنها یا پرداخت هزینه های درمانی و موارد نظیر این حمایت مالی را انجام می دادند.

دریافت یارانه و حمایت مالی توسط سازمان های حمایتی دولتی یا غیردولتی

مصاحبه شوندگان از حمایتی های مستقیم برخی سازمان های دولتی و غیردولتی نام بردند (مانند پرداخت یارانه و حمایت های مستقیم توسط سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی و برخی سازمان های مردم نهاد). اما به طور کلی سازمان های حمایتی بسته خدمتی مناسبی برای زنان سالمند تنها تدارک ندیده اند.

E۶

... آن هایی که فقط دارند از یارانه استفاده می کنند جز قشر فقیر جامعه هستند این ها علاوه بر این که حالا بحث کفاف مالی و معیشتی شان هست بحث نگرانی مالی هم هست یعنی این ها ممکن است حتی ذخیره مالی درست و حسابی نداشته باشند که احساس کنند الان که مثلا ۶۵ سالش است تنها است این نگرانی را دارد که حالا ۸۵ سالم شد دیگر افتادم بعد لگنم شکست دیگر حالا چه جوری می خواهم هزینه های سنگین مراقبت و بیمارستان و این ها را تامین کنم

زنان سالمند تنهایی که درآمد ثابت دارند، به دیگران و بخصوص فرزندانشان کمک مالی می کنند و در عین حال از دریافت کمک مالی از دیگران به شدت پرهیز می کنند. در صورتی که فرزندان بخشی از مایحتاج آنها را خرید کنند، هزینه آن را به فرزندان می پردازند.

W۲

مصاحبه کننده: گفتید که هزینه های خودتان را خرج زندگی تان را از حقوق همسرتان پرداخت می کنید. آن حقوق کم نمی آید؟

مصاحبه شونده: نه! من الان خدا را شکر که من الان سی سال است شوهرم فوت کرده هنوز به بچه هایم نگفتم مثلا به من یک هزار تومن پول بدهید، تازه خودم باز به بچه هایم می دهم. من الان مثلا خرید هم داشتم مثلا گوشتی مرغی این ها بچه ها بخورند مثلا همه را حساب می کنم با ایشان، آره! مثلا یک هزار تومنی از خودتان نگذارید برای من، من خودم اندازه خودم دارم.

... قدیم ها بیمه یک کمی خوش نداشتند؛ من شوهرم مغازه فنادی داشت کارگرمایش بیمه بودند خودش بیمه نمی شد می گفتم: چرا بیمه نمی شوی؟ می گفت: کارفرما که بیمه نمی شود! دیگر خلاصه ما هم با همین کرایه خانه ای که حالا آن جا دادم کرایه، در حدود ماهی ۲ تومن کرایه است دیگر به حساب کمی هم به حساب پول نقد بوده، در بانک بود که یک چیزی هم از آن جا می گیرم، دیگر خرجی ام و این ها دیگر شکر خدا! نیاز به بچه ندارم.

مسکن زنان سالمند تنها

مالکیت مسکن

تعداد سالمندانی که در ایران از مسکن شخصی استفاده می کنند، رو به کاهش است. در اغلب موارد مسکن به نام آقایان است و تعداد زنان سالمند تنهایی که از مسکن شخصی استفاده می کنند، در مقایسه با مردان کمتر است.

E۴

به طور کلی روند مسکن شخصی سالمندان سال به سال پایین تر می آید؛ از عدد تقریباً ۹۰٪ به ... سالمندان مسکن شخصی داشتن در سال ۱۵ عدد رسیده به تقریباً ۸۲٪ در سال ۹۵ و این در خانم ها خیلی این مشکل بیشتر است از نظر مسکن بیشتر مسکنی که وجود دارد به نام آقایان هست و این ها مشکل دار می شوند.

زنان سالمند بیوه پس از فوت همسرشان خانه ای را که سال ها در آن زندگی می کردند از دست می دهند. در اغلب موارد فرزندان ارث خود را مطالبه می کنند و به همین دلیل خانه ای که از مرد متوفی به ارث مانده است در فرایند انحصار ورثه به زن سالمند بیوه و سایر ورثه تعلق می گیرد. زن سالمند بیوه که از نظر مالی توان خرید سهم سایر وراث را ندارد، ناچار به ترک منزل می شود و با سهم اندکی که به او می رسد، قادر به تهیه منزل مستقل نخواهد بود. به این ترتیب بسیاری از زنان سالمند بیوه پس از فوت همسرانشان مسکن شخصی را از دست می دهند و ناچار می شوند محله قدیمی خود را ترک کنند. در چنین مواردی زنان سالمند تنها گزارش می کردند که با یک یا تعدادی از فرزندانشان (عموماً دخترانشان) سهم الارث خود را روی هم گذاشتند و یک واحد کوچک آپارتمانی خریده اند.

دختران واحد تازه خریداری شده را در اختیار مادر قرار می دهند که از آن استفاده کند. سهم الارث آنها معمولاً به اندازه ای نیست که زن سالمند تنهایی که تا قبل از این در یک خانه ویلایی زندگی می کرد، باز هم بتواند در خانه مشابهی اقامت کند و به این ترتیب مسکن او به یک واحد کوچک آپارتمانی تقلیل می یابد. آپارتمانی که هر گاه فرزندان بخوانند، ناچار است آن را ترک کند.

در مواردی که زن سالمند تنها پس اندازی نداشت یا سهم الارث او قابل توجه نبود و ... تعدادی از فرزندان (بخصوص دختران) مبلغی را به طور مشترک برای تأمین هزینه رهن آپارتمان تهیه کردند و زن سالمند تنها را برای اسکان حمایت نموده اند.

برخی از زنان سالمند تنها نیز در مصاحبه ها به این اشاره می کردند که همسرشان ملک را در زمان حیات به نام آنها کرده و به همین دلیل پس از فوت همسرشان مشکلی برای مالکیت مسکن نداشتند.

W۶

دخترهایم، گفتند مادر تو ناراحت نباش، غصه هم نخور اصلا حرفش هم نزن، تا زنده هستی مال خودت، ما دست نمی زنیم به این جا، به خدا! دختر خیلی مهربان است، دختر یک چیزی است برای مادر پدر، واقعا دختر فرشته است، به خدا! مثلاً الان من نمی دانم اصلاً خانه مال خودم است اصلاً فکر نمی کنم که مال آن ها شده، حالا یک کاری می کنند که به نام من بکنند می گویم نکن! می گویند می کنیم به نام تو تا هستی! بعد از تو باز مال خودمان باشد

مناسب سازی مسکن

مناسب سازی محله، ساختمان و داخل خانه برای جابجایی و تحرک زنان سالمند تنها بسیار اهمیت دارد. برخی از زنان سالمند تنها که در این مطالعه شرکت کردند گزارش می کردند که با جابجا شدن از خانه قدیمی به ساختمانی که آسانسور دارد، مشکلی برای طی کردن پله ندارند. نبود پله در داخل خانه تحرک آنها را منزل راحت تر می کرد. در برخی موارد فرزندان یا اطرافیان خانه را برای زن سالمند مناسب سازی کرده بودند (نصب دستگیره در سرویس بهداشتی و حمام). این در حالی است که پله های زیاد در ساختمان یا خانه مانع بزرگی برای جابجایی زن سالمند تنها و همچنین خروج او از منزل می شود.

W۸

[خانه] هم کف هستم! یک چند تا پله هست ولی دستم را می گیرم به نرده می
آیم بالا دیگر، آسانسور نداریم، سه طبقه است، بالای پارکینگ هستیم. نمی دانم!
ده دوازده تا پله هست

نبود پله، وجود آسانسور، صاف بودن کف منزل، آیفون تصویری و سرویس بهداشتی فرنگی از جمله مواردی بودند که موجب می شدند زن سالمند تنها در منزل احساس راحتی بیشتری داشته باشد.

همجواری با فرزندان و بستگان

در بسیاری موارد زنان سالمند تنها در نزدیکی محل سکونت فرزندان و بستگان ساکن شده اند. گاهی زن سالمند تنها در یک ساختمان و در واحد جداگانه با فرزندان زندگی می کرد. در عین حال زندگی با فرزندان و بستگان در یک محله توسط زنان سالمند تنها گزارش می شد.

تغذیه زنان سالمند تنها

عدم تغذیه مناسب در دوره سالمندی می تواند بر سلامتی سالمندان تأثیر نامطلوب داشته باشد. از این رو موضوع تغذیه زنان سالمند تنها در این مطالعه مورد سوال قرار گرفت. صاحب نظران بر این باور بودند که احتمال این که مردان سالمند بیوه دچار سوءتغذیه شوند، بیش از زنان سالمند بیوه است. چرا که مردان بیوه به دلیل رویکرد مردسالارانه با آشپزی آشنا نشده اند و همواره یک زن در خانه برای آنها آشپزی کرده است. در عین حال سطح تحصیلات و سواد سلامت پایین نیز بر سوءتغذیه آنها مؤثر است. در مقابل زنان سالمند تنها وضعیت تغذیه مناسب تری دارند.

اغلب زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه شرکت کردند، حداقل روزی یک بار برای خود آشپزی می کردند و سعی می کردند از مواد اولیه تازه برای تهیه غذا استفاده کنند. وعده ناهار مهمترین وعده ای بود که زنان سالمند برای خود غذا می پختند. برخی از آنها حجم بیشتری از غذا را آماده می کردند و باقی مانده غذا را شب یا ظهر روز بعد استفاده می کردند. زنان سالمند تنها تأکید می کردند که غذاهای فریزری استفاده نمی کنند.

زنان سالمند تنها در غذاهایی که طبخ می کنند ملاحظاتی را که به سلامتی آنها مرتبط است رعایت می کنند. به عنوان مثال از روغن یا نمک کمتری استفاده می کنند و غذاهایی را استفاده می کنند که

مشکلات سلامتی آنها را تشدید نکند یا مشکل جدید سلامتی برای آنها ایجاد ننماید. برای طبخ غذا سعی می کردند تنوع غذایی را رعایت کنند و میوه و سبزیجات در برنامه غذایی تعدادی از آنها قرار داشت. نداشتن دندان بر تغذیه زنان سالمند تأثیر می گذاشت و ممکن بود به دلیل مشکل دندان از خوردن میوه و سبزیجات صرفنظر کنند. اغلب زنان سالمند تنها در این مطالعه تأکید داشتند که کم غذا می خورند و پرهیزهای غذایی را برای مراقبت از خود و حفظ سلامتی شان رعایت می کنند.

زنان سالمند تنهایی که مشکلاتی حرکتی بیشتری داشتند و جابجا شدن برای آن ها دشوار بود، کمتر آشپزی می کردند. مهمترین زمان هایی که آشپزی می کردند، وقتی بود که فرزندان شان برای دیدار آنها می آمدند. در این ملاقات ها (که اغلب هفتگی است) زن سالمند تنها سعی می کرد بهترین غذا را تهیه کند. این در حالی بود که ممکن بود از نظر مالی تهیه غذاهای با کیفیت خیلی بالا برای زن سالمند تنها چالش برانگیز باشد اما این موضوع که برای میهمانشان بهترین غذا باید تهیه شود، برای آنها اهمیت ویژه ای داشت.

اغلب زنان سالمند تنها صبحانه صرف می کردند و شب ها شام سنگین نمی خوردند. بیشتر آنها غذا را در تنهایی می خوردند. در برخی موارد زن سالمند تنها با دوستانش یا با یکی از فرزندان غذا را صرف می کرد.

تهیه مواد اولیه تازه برای آشپزی هر روز بهانه ای برای بیرون رفتن زن سالمند تنها و خرید مختصر روزانه بشمار می رود. زنان سالمند تنهایی که به دلیل مشکل حرکتی به سختی می توانستند از منزل خارج شوند، کمتر می توانستند به مواد اولیه تازه دسترسی داشته باشند و همین امر می توانست بر عدم آشپزی آنها تأثیر داشته باشد. گاهی زن سالمند تنهایی که با مشکل حرکتی روبرو است با فروشندگان محل برای ارسال خرید ها هماهنگ می کرد. البته این روش تهیه مواد اولیه مستلزم پرداخت هزینه بیشتر برای زنان سالمند تنها بود.

احساس امنیت در میان زنان سالمند تنها

منظور از احساس امنیت در این تحقیق این بوده است که آیا زنان سالمند تنها قربانی جرم و ناامنی بوده اند یا خیر؟ از جمله مواردی که سالمندان به آن اشاره می نمایند مسئله تنهایی و ترس و اضطراب ناشی از آن است. ایمنی منزلی که در آن سکونت دارند نیز یکی از مهمترین موضوعاتی بود که سالمندان به آن اشاره می کردند.

از جمله راهبردهایی که زن سالمند تنها برای کاهش ناامنی بکار می برد می توان به زندگی در ساختمان هایی اشاره نمود که دارای نگهبان یا مجهز به سیستم ایمنی (در آهنی، دوربین، قفل و آیفون تصویری) هستند.

W۵

... من این جا که تنها بودم ما نگهبانی مان خیلی بودند، این که من خانه گرفته بودم برج بود بعد ۳ تا نگهبان داشتیم خیلی خیلی هوای همه همسایه ها را داشتند، این قدر دقیق هستند که اگر یکی بیاید دم در باید ۱۰ تا سؤال کند، برای طرف زنگ بزنند بالا، این جوری بود، مثلا از نظر این اصلا ما اضطراب نداشتیم یکی در ما را ... اصلا! ولی من اگر مثلا این نگهبان ها نبودند خودم را بگویم اضطراب داشتم می ترسیدم

وجود همسایگانی که در ارتباط با سالمند هستند از جمله عواملی است که به آنها احساس امنیت و کاهش ترس می دهد. در عین حال زندگی فرزندان در همان ساختمانی که سالمند در آن اقامت دارد، موجب احساس امنیت بیشتر در او می شود.

زنان سالمند سعی می کنند کمتر تنها بیرون بروند. آنها بر این تأکید می کردند که با فرزندان یا یکی از اطرافیان بیرون می روند.

دعا و توکل کردن و قرآن خواندن برای احساس امنیت در میان زنان سالمند تنها مطرح شده است.

ترس از اینکه کسی (فرد ناآشنا) شب هنگام وارد منزل شود برای سالمندان احساس ناامنی ایجاد می کرد. زنان سالمند تنها توضیح می دادند که در هنگام شب نسبت به صداهایی که از بیرون از منزل می آید، بسیار حساس ترند و ممکن است این صداها باعث ترس آنها از ورود دزد یا افراد غریبه به خانه شود.

W۸

... والا درها را قفل می کنم ولی یک دفعه می خوابم یک صدای دری نمی دانم در همسایه می آید چه چیزی می آید فوراً حول می شوم و یک تپش قلب می گیرم، عه! نکنند کسی در را باز کند بیاید خانه! آن دوباره بلند می شوم چراغ را ... هر چند چراغ را خاموش نمی کنم، چراغ ها را همیشه روشن می گذاشتم. یک مهتابی! یک دانه مهتابی روشن می گذارم، بلند می شوم این طرف و آن طرف را نگاه می کنم

ببینم! این در را که قفل کردم یعنی چه کسی آمد داخل؟ می بینم نه! باز در را
چک می کنم، نه بابا! در من نیست! ولی ای...! بالاخره در خیالم می آید دیگر.

در عین حال در مواردی زنان سالمند تنها بر این نکته تأکید می کردند که برای بیرون رفتن آرام و راحت هستند و خود را مانند یک مرد می دانند.

نگهداری اشیاء قیمتی در منزل می تواند احساس ناامنی را در زنان سالمند تنها تقویت کند.

روشن گذاشتن تلویزیون تا آخر شب و روشن گذاشتن لامپ در تمام طول شب در منزل از جمله عواملی است که به زنان سالمند تنها احساس امنیت می دهد.

مقید بودن به اخلاق اسلامی و رعایت حجاب در خارج از منزل از جمله عواملی است که از نظر برخی از زنان سالمند تنها موجب احساس امنیت و عدم مزاحمت توسط دیگران در خارج از منزل می شود.

تجربه قربانی شدن در یک رفتار مجرمانه (مانند سرقت منزل یا کیف قاپی) احساس ناامنی زن سالمند تنها را دامن می زند. در واقع زن سالمند تنها پس از چنین تجربه ای ترس های بیشتری دارد و این امر می تواند بر سلامت جسمی و روانی او نیز تأثیر نامطلوبی داشته باشد.

W۱۳

فقط یک بار کیفم را از دوشم زدند، مدارکم داخلش بود بعد آن یک مقدار روحیه ام را خراب کرد، همه مدارکم رفت. مصاحبه کننده: این اتفاق چه سالی رخ داد؟ مصاحبه شونده: سال ۹۵! بعد کیفم را از روی دوشم برداشت که دیگر سوئیچ ماشین و کلید خانه و گوشی و اوراق مشارکت بانک، همه چیز داخلش بود بعد من خیلی سر آن من این طرف و آن طرف رفتم، هیچ کدام برنگشت به جز اوراق مشارکتم که از بانک بعد سه سال ۲ میلیون را به من پس دادند بعد این روحیه ام را خیلی خراب کرد یعنی منظورم این است که یک سرقت این جور برای یک سالمند ... من که می گویم هنوز سالمند نشدم ولی خب بالاخره برای هر کسی سرقت یا بیماری های آن چنانی کلا آن ... وقتی دزد کیفم را از دوشم برد خیلی من داد زدم چون می دانستم کیفم خیلی محتویات مهمی دارد و من بعدا به سختی می افتم ولی در کوچه هیچ کس نبود صدایم را هیچ کس نشنید بعد آن موقع فشاری که به روحیه ام وارد شد من مریض شدم فشار خونم رفت بالا، قدم

رفت بالا، اصلاً تعادل هورمونی من به هم خورد، ۵ ماه هر چه حقوق می گرفتم همه را خرج دوا دکتر می کردم.

یکی از موقعیت هایی که می تواند زمینه را برای قربانی شدن بزه در مورد زنان سالمند تنها فراهم کند، حضور کارگر در منزل است. زن سالمند تنها ممکن است از روش های مختلفی برای ایجاد امنیت استفاده نمایند به عنوان مثال می توان به بازگذاشتن در منزل، درخواست از یکی از همسایه های مورد اعتماد برای حضور در منزل و ایستادن جلوی در منزل برای اینکه در صورت نیاز بتواند از همسایگان کمک بخواهد، اشاره نمود.

۷۱۳

من خودم حتی در خانه بخواهم یک میز را جا به جا بکنم یک بخاری را از بالا بیاورم پایین نهایت باید کارگر بگیرم بعد چون در خانه تنها هستم وقتی کارگر می گیرم در کوچه را باز می گذارم خودم می روم می ایستم جلوی در یا مثلاً یک همسایه ای آن جا داخل کوچه همسایه بغلی می گویم بیا یک دقیقه این جا بایست کارگر دارد می آید مثلاً برود بخاری بیاورد برود، بالاخره این چیزها هم هست، به مرور وقتی بخواهی تنها زندگی کنی دیگر عادت می کنی که با مشکلات چطوری مقابله کنی.

دیروقت بیرون رفتن یکی از روش های مورد استفاده توسط زنان سالمند تنها برای تأمین امنیت در خارج از منزل است.

ترس ها و نگرانی های زنان سالمند تنها

مصاحبه شوندگان به این سوال پاسخ دادند که چه چیزهایی ممکن است زنان سالمند تنها را نگران کنند. علاوه بر اینکه صاحب نظران نکاتی را مطرح کردند، زنان سالمند تنها با جزئیات در مورد ترس ها و نگرانی هایشان توضیح دادند. در ادامه مهمترین ترس ها و نگرانی های زنان سالمند تنها طبقه بندی و ارائه شده اند:

ترس از مرگ در تنهایی

زنان سالمند تنها در بسیاری موارد این نگرانی را دارند که در تنهایی از دنیا بروند و به اصطلاح جنازه شان روی زمین بماند.

E۵

این نکته ای هم که در این قضیه پیش می آید ترس از مرگ است؛ ما در بین سالمندان ترس از مرگ را داریم حالا برای این سالمندانی که تنها هستند الان فوت کنیم چه کسی می آید ما را جمع کند فوت کردیم چه اتفاقی ... چه کسی پیدایمان می کند، یعنی آن ترس از آن مرگ در افراد تنها یک بحث خیلی مضاعف تری را برایشان ایجاد می کند.

برخی از زنان سالمند تنها به فرزندان یا نزدیکانشان توصیه کرده اند که در روز چند بار به آنها زنگ بزنند. عدم پاسخگویی به تلفن به این معنا خواهد بود که زن سالمند تنها حالش خوب نیست یا از دنیا رفته است. به این ترتیب آنها سعی می کنند نگرانی شان را از مرگ در تنهایی یا روی زمین ماندن جنازه برطرف کنند.

W۷

من مثلا به بچه هایم می گویم به دخترم می گویم ساعت ۸ شد یک زنگ به من بزن! ببین من زنده ام یا مردم بالاخره آدم با مرگ تعارف ندارد خیلی ها هستند جوان ها می خوابند سخته می کنند، عهه مامان! این حرف ها چیست؟ گفتم: مادر من من تعارف ندارم از مرگ هم نمی ترسم من فقط دوست دارم نیفتم، نکند این جا بیفتم هیچ کس در را روییم باز نکند فقط شما صبح ها زودتر از آن کسی که می تواند زودتر بلند بشود یک زنگ به خانه بزند من گوشی را بردارم بگویم آره! خوبم بیدارم یا خوابیدم، همین!

W۸

می گویم به بچه ها می گویم، می گویم: بچه ها! هر روز صبح به من زنگ بزنید، روزگار است، بالاخره شاید شد من شب مردم که هیچ ... می گویم شما برای من زنگ بزنید که ببینید من مرده ام یا زنده ام، طوری نباشد که چند روز بمانم در خانه، همسایه ها بیایند در را بشکنند ولی باز هم می بینم «کو گوش شنوا!» آره

والا! «کو گوش شنوا!» ... بعد از ظهرها چرا! دخترها بعد از ظهرها یا بعضی موقع ها صبح ها زنگ می زنند ولی ... آره والا! همین جوری است دیگرا!

نگرانی از ناتوانی در تأمین هزینه ها در آینده

اگرچه تعدادی از زنان سالمند بر این نکته تأکید می کردند که هیچ گونه نگرانی مالی ندارند و به خدا توکل کرده اند.

W۱

خدا ارحم الراحمین است، می گوید «هر آن کس که دندان دهد نان دهد». خدا من را تا این سالی که رسیدم خدا را صد هزار مرتبه شکر می کنم من اصلا درنماندم. چون من که راه می روم به خدا می گویم من فقط تو را دارم اگر تو به من کمک کنی انگار همه دنیا به من کمک کرده اند.

W۳

نداشتن، پول نداشتن! اگر آدم پول داشته باشد چه نگرانی، زنگ می زنی کههیزک خانم غلامی به تو سر می زند راضیش می کنی می رود ولی وقتی نداشته باشی آیا رویت می شود؟ پول خیلی سال ها این مصیبت برایم بود ... پیرزن ها اکثرشان می ترسند از تنهایی، دوست دارند مثلا یک کسی دست شان را بگیرد راه شان ببرد، وابستگی خوششان می آید ... اگر یک وقتی خدای نکرده یک چیزی بشود من واقعا (بغض به شدت گلویش را می گیرد) هیچ هستم ... اگر پسر من نباشد من چکار کنم؟! اگر عروسم نباشد من چکار کنم؟! ... خیلی بد است که آدم در پیری نداشته باشد، وقتی آدم در کیفش پول دارد مریض هم بشود ناراحت نیست، مهمان هم بیاید در خانه اش ممکن است که چند جور میوه نگذاری ولی خودش است خاطرش جمع است داخل جیبش پول هست ...

W۷

... مثلاً الان من یک حقوق ۳ میلیون و ۴۰۰ می گیرم خب! من یک حقوق مستمری بگیری دارم ولی مثلاً هیچ چیز هم ندارم یک پولی بود یک ۵۰ میلیون بود دست پسر بزرگم است برجی ۵۰۰، ۶۰۰ تومن به من می دهد کلا روی هم رفته می شود ۴ میلیون، من این را می نشینم ... مثلاً وقتی که حقوق می گیرم اون ۴ میلیون رو می چینم زمین همه را دانه دانه تقسیم بندی می کنم، این برج این را باید بخرم این برج این را نخرم این پولم می رسد این پولم نمی رسد، همه را جمع و جورش می کنم؛ داشته باشم می کنم نداشته باشم نمی کنم. من غصه ای که می خورم می گویم اگر من مریض بشوم در خانه بیفتم، الان فکر کن مثلاً من ان شاءالله ۷۵ من در خانه افتادم، من از کجا پول بیاورم کسی بیاید پرستاری من را بکند؟! این بچه هایی که هستند اگر بچه هایم بکنند خب دست آن ها هم خیلی خب الان می دانید که جوان ها همه شان گرفتارند همین که یک لقمه بیاورند جای زن و بچه شان به من بدهند؟! این جوری هم فکر می کنم. من این فکرها را می کنم چون که مالی ندارم، اگر مثلاً وضعیت مالی داشتم خب می گفتم الان که دیگر پرستارها شبانه روزی می خواهی بگیری ماهی ۲ میلیون ۳ میلیون می گیرند که کسی پیشت بماند، آیا خوب باشد طرف آیا ... من این جور غصه ها را زیاد می خورم آینده را زیاد غصه می خورم. من نمی دانم این را چکار باید بکنم.

نگرانی در مورد ناتوانی فرزندان برای پرداخت هزینه های کفن و دفن و برگزاری مراسم سوگواری برای مادرشان یکی دیگر از نگرانی های برخی از زنان سالمند تنهاست.

W۱۰

خب مثلاً نگران مالی چرا! می گویم: خب آمد و من افتادم مردم خدایا! من که یک قران پس انداز ندارم این بچه ها زبان بسته ها ... حالا همیشه ... الان این مریضی است کرونا است کسی خرج نمی کند زیاد، قبلاً خب خیلی ما هم فامیل هایمان زیاد هستند می گفتم: خدایا! من بمیرم این بچه ها زبان بسته ها از کجا بیاورند خرج من کنند با این همه فامیل که ما داریم؟! دائم این فکرها را آدم می کند.

نگرانی از زمین گیر شدن

خب من نگرانیم هیچ چیز ... فقط از خدا می خواهیم فقط افتاده نشوم، زمین گیر نشوم، دست دراز کن نشوم، از خدا فقط سلامتی را می خواهیم، همین برای من بس است! ... خب دیگر آن که آدم نگرانی دارد دیگر! سر نماز دعا می کنیم می گوییم خدایا افتاده نشویم دست دراز کن نشویم؛ دیگر می خواهی افتاده بشوی دست دراز کن بشوی همین آدم را زودتر ببرند، آدم برود زودتر بهتر است آره!

نگرانی برای سلامتی عزیزان

یکی از مهمترین نگرانی های زنان سالمند تنها مربوط به سلامتی و آینده عزیزانشان بود. زنان سالمند تنهایی که فرزند داشتند به طور ویژه این نگرانی را در مورد فرزندانشان مطرح می کردند.

مهم ترین چیزش این است که آدم فقط هم بچه هایش که سر می زنند خوشحال می شود، سالم باشند خوشحال می شود، مریض نباشند نگرانی شان را بکشد، باز سرگرم خودشان باشند، به زندگی شان، با زن و بچه شان خوش باشند آدم خوشحال می شود، مهم ترینش این است؛ آدم خوشحال است که بچه هایش هم خوشحال اند. بعد مثلا این مریضی برود مردم سالم باشند با هم بتوانند رفت و آمد کنند؛ این ها خوب است.

ترس از ورود غریبه یا دزد به منزل

گویا در تنهایی صداها چند برابر بلندتر شنیده می شوند. زنان سالمند تنها به هر صدایی که شب هنگام می شنوند حساس می شوند و این صداها می تواند آنها را نگران کند و تصور کنند که فردی غریبه یا دزد وارد منزل آنها شده است. ترس و نگرانی آنها زمانی تشدید می شود که تجربه دزدی از منزل یا قاپیده شدن کیفشان را داشته باشند.

من یک زمانی یک وسواسی گرفتم وارد خانه که می شدم مبل های من تا زمین می آیند باورتان نمی شود! زیر مبل را نگاه می کردم یعنی ببینید این قدر با زمین

فاصله اش است، پشتش را نگاه می کردم، توالت، داخل کمدها، الان می گویم موهای تنم سیخ سیخ می شود همه جا را نگاه می کردم، بین می نشستم یک صدای کوچک می آمد مثلاً این جا ... می گفتم هر کسی بیاید بیاید ولی به من کاری نداشته باشد. ۴ سال پیش بعد که آمدم از مسافرت زندگیم را دزد زد، از تراس ... بعد خیلی جالب بود وقتی می آمدم خانه یک وحشتی داشتم، برادرم هم شب آمد خانه ما گفتم: من فقط می ترسم، من از هیچ چیز نمی ترسم نه از آدم می ترسم، گفت برو بابا! بعد نشست دید خب خانه خیلی سکوت است، دیدید وقتی تنها هستید سر و صدا ... یخچال صدا می دهد مبل صدا می دهد؟! دیدیم خودش هم می خواست حق را به من بدهد ولی همه شان به من می گویند تو دلاور هستی، هیچ کار نکردم آمدم چکار می کردم، باورتان نمی شود تا مدتها یک فرش اتاق را می کشیدم جلو در تراس، بعد در کوچه را در کوچه ای که ضد سرقت است فرش می بردم می چسباندم به در. دری که وارد خانه خودم می شدم، طبقه خودم، فرش را می بردم می چسباندم که دیگر در از پشت باز نمی شود دیگر، به این روز رسیدم؛ بین! این طوری می کشیدم می چسباندم به در بعد مبل را می گذاشتم که این (یعنی فرش) نیفتد، به این روزها رسیدم، خب! خدا نگذرد کسی که من را آلوده این کار کرد. این نگرانی را دزد در من ایجاد کرد، این نگرانی، طلایم را دزدید، این نگرانی، آمدند در خانه الان آن ساعت قیمت ندارد، ساعت را بردند، حالا چه کسی بود من نمی دانم ...

ترس از آبرو

یکی از نگرانی های زنان سالمند تنها مربوط به قضاوت های دیگران در مورد رفتارهای آنان است. بخصوص تعاملات زن سالمند تنها با مردان می تواند موجب قضاوت های ناروا در مورد آنها شود. به همین دلیل زن سالمند تنها در مورد رفت و آمدهایش با دیگران احتیاط می کند و ترجیحاً سعی می کند با زنان تعامل داشته باشد.

W۴

از آبرو می ترسم! گفتم به شما لحاف را این طوری می کشم سرم می گویم با هر چه کار داری (با خودم ها! تکرار می کنم) باورتان نمی شود شما! شاید باور نکنید چون شما تنهایی را ندیدید، خب! می کشم می گویم با هر چیزی کار داری داشته

باش با من کاری نداشته باش. من نمی‌گذارم کسی به حریم بدنی من دست بزند، بیرونی را که هر کسی می‌تواند دست بزند... چون من الان کسی را ندارم، من از سن ۵۰ سالگی دیگر کسی بالای سرم نبوده، ۵۰ چیست؟ همین اواخر را می‌گویم، ۲۰ سال پیش ۳۰ سال پیش ۱۵ سال پیش می‌توانستم هر کاری بکنم و این قدر شکست نخورم ولی همیشه گفتم نه! من برادرم می‌آید تنهایی، همین شباهت هم داریم خودم می‌ترسم اصلا می‌گویم نکند بگویند این کیست آمده خانه شان.

نگرانی از آسیب دیدن در تنهایی

زنان سالمند تنها نگرانند که در تنهایی حادثه ای روی دهد و آنها از نظر جسمی آسیب ببینند.

۷۶

زمین خورن شان است مشکل شان، (مهم ترین نگرانی زنان تنها) تنها بودن شان مثلا یک وقت کتری آب داغ در قوری است از روی کتری بر داشتن شان است یا قابلمه ای از روی گاز برداشتن است، این ها خطرناک است دیگر، ناراحت شان می‌کند دیگر، این ها خیلی مشکل است دیگر... نگرانیم این است که یک وقت آدم حالش خراب بشود یک وقت مثلا بی هوش بشود بی حال بشود نتواند بلند شود یک دفعه زمین بخورد نتواند بلند شود یک کاری بکند، خب همه این ها هست که ... یا بخوری زمین نتواند بلند شود مثلا این طوری! همه این ها هست دیگر... این ها همه هست دیگر حالا یا نگران هستی آب جوش بریز یک جایی بسوزی نتوانی کاری بکنی، این ها خیلی خطرناک است دیگر برای ما اما خب یک وقت هایی هست دیگر این ها هم هست دیگر که من بگویم که نه! آن ها هم هست اما دیگر ناچاریم دیگر

ازدواج زنان سالمند تنها

در زمینه ازدواج زنان سالمند تنها صاحب نظرانی که مورد مصاحبه قرار گرفتند دو دیدگاه متفاوت را بیان نمودند؛ گروه اول ازدواج را امکانی برای ایجاد تعادل و شرایط مناسب تر در زندگی زنان سالمند تنها تشخیص می‌دادند و گروه دیگر با نگاه به موانع و محدودیت های مختلف آن را امری ناممکن یا

دشوار ارزیابی نمودند. همچنین نظرات دریافت شده از زنان سالمند تنها در قالب مصاحبه های عمیق نیز بازتاب نظرات به همین ترتیب پیش گفته بود. در ادامه به این موارد اشاره می شود:

محدودیت های فرهنگی از جمله موارد جدی برای ازدواج زنان سالمند تنها مطرح شده است. ازدواج زنان سالمند تنها بنا بر اظهار خود ذینفعان می تواند پیامدهایی از این قبیل را به همراه داشته باشد:

بی توجهی به تابوهای جامعه و به نحوی هنجارشکنی. به عبارت دیگر زنان سالمند تنها ازدواج پس از بیوه شدن را حق خود نمی دانند چرا که جامعه به طوری جدی آنها را بابت ازدواج نهی و یا سرزنش می کند.

شکاف بین اعضای خانواده خویش و بروز مخالفت ها بخصوص توسط فرزندان. به عنوان مثال برای پسر یک زن سالمند تنهای ۷۰ ساله بسیار سخت است که بپذیرد مادرش در سن ۷۰ سالگی ازدواج مجدد داشته باشد به همین دلیل به طور جدی مانع انجام این کار خواهد شد.

از دست دادن بخشی از شبکه های اجتماعی خویش که می تواند به آسیب دیدن سرمایه اجتماعی زنان سالمند تنها منتهی شود

ایجاد تعارضات احتمالی میان زنان سالمند تنها با فرزندان همسر دوم (یا همسری که در دوره سالمندی اختیار می کند). این مورد به طور جدی در زمینه ارث مطرح می شود. نگرانی فرزندان مرد سالمند در مورد کاهش سهم الارث بسیار چالش برانگیز خواهد بود و حتی در اغلب مواد آنها مانع ازدواج پدرشان یا مانع زندگی آرام جدید می شوند. در چنین مواردی زن سالمند تنها متهم به نوعی سهم خواهی ناموجه از دارایی همسر جدید خواهد بود.

گروهی از زنان سالمند تنها اینطور استدلال می نمودند که دوران تنها زندگی کردن قرین آزادی، استقلال و آرامش قابل قبول تری به نسبت گذشته برایشان می باشد. لذا این نگرش تمایل آنها را برای ازدواج در دوره سالمندی کاهش می دهد. زنان سالمند تنها ترجیح می دهند در این دوره به علائقی بپردازند که تا کنون مغفول بوده و یا در دسترس نبوده است. مثلاً ترجیح می دهند از اوقات فراغت خود برای سفر رفتن، ارتباط با دوستان، فعالیت های هنری و سایر علائق شخصی خود استفاده نمایند.

ازدواج در دوره سالمندی برای زنان سالمند تنها مطلوبیت کمتری دارد. در بسیاری از موارد ازدواج زنان سالمند تنها بیشتر همخانگی صرف بوده و تعلقات کلیدی زنان سالمند تنها مانند فرزندان، خانواده، بستگان و حتی شبکه های اجتماعی در زندگی جدید مورد توجه مناسب قرار نمی گیرند و به عنوان مانعی برای تصمیم به ازدواج این گروه نقش آفرینی می کند.

زنان سالمند تنهایی که تجربه تأهل قبلی شان ناموفق بوده است، نگران تکرار همان تجربه ناموفق هستند. به همین دلیل ترجیح می دهند در دوره سالمندی ازدواج نکنند.

سازوکارهای تأهل در دوره سالمندی تابع شرایطی است که این تصمیم گیری را به نحوی بفرنج می نماید. مواردی مانند سخت پسندی، محافظه کاری، محدودیت های ناشی از عواطف به فرزندان، خانواده و شبکه های اجتماعی و حتی در مواردی تمکن کافی فرد مورد نظر برای ازدواج جدید از جمله عوامل تأثیرگذار بر این تصمیم گیری است. در عین حال محدودیت های ناشی از بیماری های چندگانه یا مزمن و ناتوان کننده می توانند بر ازدواج زنان سالمند تنها تأثیرگذار باشند.

مردان سالمند بیوه بیشتر تمایل به اختیار کردن همسران جوان تر دارند. زنان جوان تر می توانند جاذبه بیشتری برای مرد سالمند داشته باشند و در عین حال نقش مراقبتی فعال تر و اثربخش تری ایفا کنند. در نتیجه امکان ازدواج زنان سالمند تنها کاهش می یابد.

سطح انتظارات در زنان سالمند مجرد قطعی در حدی است که پس از وقوع ازدواج با مرد سالمند نوعی ناهماهنگی و ناسازگاری را به دنبال داشته و میزان رضایت از زندگی زنان را کاهش می دهد. لذا این موضوع به عنوان یک عامل بازدارنده در ازدواج سالمند مجرد قطعی نقش دارد.

از دیدگاه بعضی از صاحب نظران اساساً سالمندان از ازدواج با یکدیگر استقبال نکرده و در بین زنان سالمند تنها این روحیه قوی تر است. زنان سالمند تنها ترجیح می دهند در شبکه ارتباطی با سایر زنان قرار بگیرند.

حمایتی که زنان سالمند تنها از فرزندانشان در جنبه های عاطفی و مالی دریافت می کنند، سطح تمایل ایشان به ازدواج را کاهش می دهد. همچنین از دست دادن این حمایت (که یک حمایت طبیعی و اصیل از ناحیه فرزندان است) را نمی خواهند با یک حمایت قراردادی و احتمالاً ناپایدار جایگزین نمایند.

در مواردی که زنان سالمند تنها با مشکلات مالی مواجهند احتمال ازدواج در دوره سالمندی افزایش خواهد یافت.

با توجه به موارد پیش گفته تجویز مطلق ازدواج زنان سالمند تنها بدون در نظر گرفتن عوامل و موانع زمینه ای سیاست موفق نخواهد بود. لذا در این نوع تجویزها و توصیه ها باید همه جانبه نگری صورت پذیرد.

محدودیت در تشکیل شبکه های اجتماعی برای زنان سالمند تنها

E۱

حالا در ایران به خاطر آن مسئله عفت و عفاف و این دیدگاه هایی که روی خانم ها هست مخصوصا روی عاقله زن ها که خودشان روی خودشان گذاشتند عاقله زن دیگر، می گویند به یک پیرزن بگویند عاقله زن، خب؟! این ها واقعیتش این جاست که برخلاف آقایان اصلا زیاد امکان تشکیل شبکه اجتماعی ندارند یعنی حتی اگر سهم شان داشته باشند از نظر اجتماعی می بینید زمینه اش فراهم نیست مخصوصا در شهرهای کوچک که همه همدیگر را می شناسند مخصوصا در محیط های سنتی تر و روستایی، اصلا این ها نیست یک چنین چیزی، چنین امکانی وجود ندارد برای شبکه تشکیل دادن خانم ها با هم که بعد این ها بخواهند روی این شبکه ها در ایامی که تنها می شوند مثلا سرمایه گذاری بکنند کاری انجام بدهند

ضعف حمایت های اجتماعی سازمان یافته ویژه زنان سالمند تنها

E۲

در این دوران حمایت ها چه حمایت های اجتماعی چه حمایت های خانوادگی تقلیل پیدا می کند. کوشش هایی که نهادهای حمایتی هم دیدند از جمله بهزیستی و کمیته امداد به نظر نمی رسد که رفع کننده نیاز این افراد باشد...

بدهکار بودن به فرزندان تا پایان عمر

زنان سالمند تنها بخصوص آنهایی که فرزند دارند، در مواردی احساس می کنند تا پایان عمرشان به فرزندانشان بدهکار هستند و همواره باید نقش مراقبتی در مورد آنها را ادامه دهند. برآورده نکردن این انتظار موجب می شود زن سالمند تنها بخشی از حمایت هایی را که انتظار دارد از فرزندانش دریافت کند، از دست بدهد.

WY

فکر کنید یکی از پسرهایم کرونا گرفته زنگ زده می گوید مامان بچه ها را بیاوریم پیش تو آن دو تا کرونا نگیرند؟ گفتم مامان جان! آن ها ناقل اند. بعد زنش زنگ زد به من می گوید تو برو خانه دوستت (من یک دوستی دارم شمال مثل دو تا خواهر هستیم) به من می گوید تو برو شمال من این دو تا بچه را بیاورم درگیر نشوند، به او می گویم دارند می گویند ناقل ها نباید بروند پیش بزرگ ترها. دیگر به ایشان برخورد مامان این را گفته بچه ها را نگذاشته من ببرم؛ این قدر ناراحت شدم. حتی بعدا که زنگ می زدم با پسر صحت بکنم چون پسر خیلی سخت مریض شده بود عروسم یک جوری جوابم را می داد که معلوم بود پسر نمی خواهد با من صحبت بکند ... حتی یک بار به من پرید که تو ۷۰ سال است نگذاشتی بچه هایم بیایند آن جا که ریه هایشان درگیر نشود به او گفتم یعنی من بگیرم و بمیرم اما بچه های تو چیزیشان نشود؟! خلاصه از ایشان خیلی ناراحت هستم.

قطع ارتباط زنان سالمند بیوه با شبکه اجتماعی در محله قدیمی

بسیاری از زنان سالمند بیوه پس از فوت همسرشان ناچار به فروش منزل (که معمولاً به نام همسر آنها بوده) می شوند و باید محله قدیمی شان را ترک کنند. سکونت در یک محله جدید موجب می شود آنها بخش مهمی از روابط اجتماعی را که در طول سالیان متعدد شکل داده اند، از دست بدهند. تعدادی از زنان سالمند بیوه ای که در این مطالعه شرکت کردند گزارش می کردند که روابط با دوستان و همسایگان را به کلی از دست داده اند یا این روابط به طور چشمگیری کاهش یافته است. به این ترتیب ارتباط با فرزندان تنها روزنه ای است که آنها با جامعه در ارتباط قرار می گیرند و زمینه را برای انزوای اجتماعی آنها فراهم می کند.

مشارکت اجتماعی و ادغام اجتماعی زنان سالمند تنها

صاحب نظران بر این نکته تأکید می کردند که مشارکت اجتماعی و تعاملات اجتماعی (حضور و مجازی) تأثیر قابل توجهی بر سلامت زنان سالمند تنها خواهند داشت. این تعاملات معمولاً از دوره جوانی و میانسالی شکل می گیرند و در دوره سالمندی ادامه می یابند. زنان سالمندی که قبل از سالمندی تجربه مشارکت اجتماعی نداشته اند، شبکه دوستی نداشتند یا با همسایگان مرادده اندکی داشتند در دوره سالمندی نیز برای برقراری ارتباطات اجتماعی با چالش مواجه می شوند. به این

ترتیب صاحب‌نظران معتقد بودند که لازم است سالمندان مهارت‌های اجتماعی را قبل از سالمند کسب نمایند.

شعار سازمان بهداشت جهانی در مورد استفاده سالمندان از تکنولوژی‌های جدید و دیجیتال در توضیحات صاحب‌نظران مورد تأکید قرار گرفت. توانایی استفاده سالمندان از تکنولوژی جدید و دیجیتال تعاملات و مشارکت اجتماعی آنها را تسهیل می‌کند و مانع انزوای اجتماعی آنها خواهد شد. مهارت‌های زنان سالمند ممکن است در تعامل و مشارکت اجتماعی به دلایل مختلف اجتماعی و فرهنگی کمتر از مردان باشد. همین امر می‌تواند موجب عدم ادغام اجتماعی آنها در دوره سالمندی شود.

E۴:

همیشه در زندگی این طور بوده که آقایان بیشتر در اجتماع بودند به واسطه این که می‌خواستند بروند خرید بکنند، خانواده را مدیریت بکنند، کاری که داشتند و خیلی موارد دیگر، آقایان بیشتر در سطح اجتماع بودند و این بودن در اجتماع خوب به عنوان یک ساپورت هست در دوره سالمندی در این شبکه‌ها ولو این که درصدش حذف بشود همان درصدی که باقی می‌ماند باز کمک کننده است اما ما در دوره سالمندی خانم‌ها معمولاً این را نداریم خصوصاً اگر هر از چند گاهی اتفاقاتی مثل پاندمی کووید اتفاق بیفتد این شبکه‌ها را تحت الشعاع قرار بدهد خوب آن‌های که کمتر درگیر این شبکه‌های اجتماعی بودند و کمتر در ارتباط بودند این‌ها بیشتر آسیب می‌بینند.

زنان سالمند تنها در مقایسه با مردان سالمند تنها از شبکه حمایتی مناسب تری برخوردارند: برخی از صاحب‌نظران به این نکته اشاره می‌کردند که زنان سالمند پس از فوت همسرشان نه تنها شبکه اجتماعی‌شان را از دست نمی‌دهند بلکه آن را تقویت می‌کنند. به طور کلی ارزیابی صاحب‌نظران این بود که حمایت اجتماعی غیر رسمی بیشتری متوجه زنان سالمند تنها می‌شود.

E۵

زنان سالمند اولین اتفاقی که می‌افتد فکر می‌کنید چیست؟ *Social Network* شان افزایش پیدا می‌کند، *Social Network* در سطح خانواده، خویشان و اطرافیان افزایش پیدا می‌کند یعنی آن قدری که اطرافیان و فرزندان مادر سالمند بیوه‌شان را حمایت می‌کنند پدر سالمند بیوه را حمایت نمی‌کنند ...

E۶

اما در خصوص مشارکت اجتماعی شان خب زنان خوشبختانه شبکه اجتماعی شان بیشتر از مردان است یعنی چیزی که بین مردان و زنان از این طرف به نفع زنان هست این است که مردان تنها خیلی بیشتر اذیت می شوند نسبت به زنان تنها، زنان تنها شبکه اجتماعی بهتری از دوستان را می توانند شکل بدهند ولی مردان تنها نمی توانند شبکه اجتماعی خوبی شکل بدهند به خصوص وقتی که فوت همسر را دارند و تنها می شوند این ها خیلی آسیب پذیرتر می شوند و خیلی بیشتر دچار اذیت می شوند اما خب باز هم با توجه به این که خیلی در متون مختلف داریم که زنان شبکه اجتماعی دارند می توانند.

برای بررسی مشارکت اجتماعی و ادغام اجتماعی زنان سالمند تنها سوالاتی در مورد ارتباط آنها با خانواده، بستگان، دوستان، همسایگان و همچنین عضویت در فعالیت در انجمن ها و خیریه ها مطرح شد. برای تشریح دقیق پاسخ های دریافت شده ارتباط زنان سالمند تنها با هر یک از این گروه ها به تفکیک در ادامه گزارش شده است:

ارتباط زنان سالمند تنها با خانواده

زنان سالمند تنهایی که فرزند دارند با اولویت با فرزندان خود در ارتباط هستند. زنان سالمند تنها از فرزندانشان انتظار دارند که به طور منظم و با فاصله زمانی کم به آنها سر بزنند. بخش مهمی از حمایت عاطفی و مالی این گروه از زنان سالمند تنها توسط فرزندانشان تأمین می شود. اگرچه زنان سالمند تنها در مکانی جدای از فرزندان خود زندگی می کنند، وابستگی قابل توجهی به فرزندان دارند.

در مواردی که فرزندان مهاجرت کرده و در نزدیکی زن سالمند تنها زندگی نمی کنند یا در مورد زنان مجرد قطعی خانواده درجه یک (خواهر و برادر) و خواهرزاده ها و برادرزاده ها بخش اصلی روابط اجتماعی زن سالمند تنها را به خود اختصاص می دهند.

زنان سالمند تنها در بسیاری موارد در محله ای سکونت می کنند که بتوانند به خانواده خود نزدیک باشند. نزدیک بودن به خانواده احتمال دریافت حمایت از جانب آنها را افزایش می دهد و در عین حال دفعات ملاقات های حضوری با اعضای خانواده در طول هفته افزایش می یابد. بسیاری از زنان سالمند تنها در پایان هفته ها انتظار می کشند که فرزندانشان به ملاقات آنها بروند و این رویداد هفتگی برای آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است. آنها ممکن است در این ملاقات ها درخواستی برای حمایت یا

انجام کارهایشان توسط فرزندان و خانواده شان نداشته باشند اما احترام و توجه فرزندان و خانواده برای آنها مهم و تعیین کننده است.

زنان سالمند تنها بر این نکته تأکید می کردند که با شروع همه گیری کرونا ارتباط آنها با اعضای خانواده شان به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار گرفته است و فرزندان و اعضای خانواده شان را با فاصله زمانی بیشتر ملاقات می کنند و کاهش ارتباط با آنها موجب شده است احساس تنهایی بیشتری داشته باشند.

علاوه بر ملاقات های حضوری با اعضای خانواده که اغلب زنان سالمند تنها از آن برخوردار بودند، تماس های تلفنی و یا تصویری آنلاین نیز بخشی از روابط آنها را با خانواده شان تشکیل می داد. فرزندان در بیشتر موارد هر روز و گاه روزی چند بار با مادر سالمند خود تماس می گیرند و از احوال او آگاه می شوند. زنان سالمند تنهایی که فرزندان شان به شهر دیگر یا خارج از ایران مهاجرت کرده بودند، به طور منظم ارتباط تلفنی و آنلاین با اعضای خانواده شان داشتند.

۷۴

بچه ها هر روز تماس تلفنی دارند، این پسر کوچکم که ثانیه ای تلفن می زند ولی آن یکی ها نه، یک بار صبح زنگ می زند یک بار شب.

ارتباط زنان سالمند تنها با بستگان

ارتباط زنان سالمند تنها با بستگان چندان وسیع نبود. آنها گاه با فاصله های زمانی زیاد بستگان خود را ملاقات می کردند (سالی یک بار) و در طول سال ممکن بود چند بار با برخی از بستگانشان در ارتباط باشند. زنان سالمندی که در اجتماع محلی زندگی می کردند و بستگان آنها نیز در همان اجتماع محلی اقامت داشتند، ممکن بود روابط بیشتر و منظم تری با بستگان خود داشته باشند.

برخی از زنان سالمند بیوه به این نکته اشاره می کردند که پس از فوت همسر ارتباط آنها با خانواده همسرشان قطع شده یا بسیار کاهش یافته است. با بالاتر رفتن سن زن سالمند تنها و فوت بستگان همسال او شبکه ارتباطی با بستگان بیش از پیش کاهش می یابد.

ارتباط زنان سالمند تنها با همسایگان

زنان سالمند تنهایی که در اجتماع محلی زندگی می کردند یا سال های طولانی در یک محله ساکن بودند، ارتباط خوبی با همسایگان داشتند. مرافقه های نزدیک با همسایگان و برخورداری از حمایت آنها در چنین شرایطی از نظر زنان سالمند بسیار مثبت ارزیابی می شد. حضور همسایگان قابل اعتماد و حمایت گر در محله به زن سالمند تنها احساس امنیت می دهد.

۷۲

آره! ما همسایه های خیلی خوبی داریم. الان من یک شب نباشم برقم خاموش باشد مثلا شب دیگر بیایم همسایه ام زنگ می زند می گویند دیشب نبودى برقت خاموش بود ناراحت بودم

۷۵

دیگر آن جا هم که هستم که دیگر شهرستان خودمان هم که در شهرستان خیلی مثلا خودمانی ترند با هم، از نظر زندگی کردن صمیمی! حالات ... چون کارشان کمه ... اصلا تهران فرهنگش با شهرستان فرق می کند، به خاطر همین مثلا شهرستان خودمانی ترند مثلا من همسایه ها بعضی وقت ها برایم خرید می کردند، می آمدند پهلویم، می رفتند، مثلا احساس دوستی خیلی با هم می کردیم، این طوری است، من هم دیگر هر چه می توانستم مثلا اگر نیازی چیزی داشتند کمک شان می کردم، نداشتند کمک مثلا از نظر مثلا خریدی کمکی از ایشان می گرفتم، خوب بودند کلا. به خاطر همین من گفتم که من بروم شهرستان بهتر است، آدم راحت تر است. این جا که آدم مریضم خیلی بیشتر شده مادرا! ولی این که خب یک سال و نیم هم گذشته، بالاخره سن ها هم که برود بالا هی پیرتر آدم می شود ولی خب من به نظر خودم بیشتر همینی که گفتم بروم شهرستان به خاطر همین. به بچه هایم گفتم، خب مادرا! هر جور دوست داری بکن، دیگر ما چاره تو نمی کنیم این که بخوای برو! دیگر من زنگ زدیم به دوست های شیرازیم، شیرازند، گفتم: مادرا! من خانه را نمی خواهم بفروشم، معطلم که مستاجرم برود، بروم سر جای خودم. حالا این جا خانه این ها ماندم موقتی که مستاجرم یکی دو ماه دیگر ان شاءالله برود دیگر من هم بروم در امان خدا

مصاحبه کننده: من متوجه شدم قبل از کرونا خیلی برنامه های زیادی داشتید

W۳: ... مثلاً شنبه دوشنبه چهارشنبه می رفتیم مثلاً در خانه بودم یک آتش درست می کردم به همسایه های دورم می گفتم شما هم بیایید... تنها نمی ماندم. تنهایی آدم را بیمار می کند ولی الان آبه خاطر همه گیری کرونا می آیم دم پنجره با من حال و احوال می کنند... اگر بیایید برسید می گویند من مادر محله ام. همین الان هم که کروناست همین همسایه پایینی با هم یکی در میان آشی می دهم بچه اش کرونا گرفته. اون وقت ها که می رفتم نان می گرفتم برای او هم می گرفتم، الان ها نه!

نقل مکان از محله قدیمی عامل مهمی بود که موجب شده بود زنان سالمند تنها ارتباطشان را با شبکه همسایگی از دست بدهند. اغلب زنانی که همسر خود را از دست داده بودند، به دلایل مختلف خانه ای را که سال ها در آن زندگی کرده اند، ترک می کنند. انحصار وراثت، تغییر محل سکونت برای نزدیک بود به فرزندان و تغییر محل سکونت برای احساس امنیت بیشتر از جمله مواردی بود که زنان سالمند تنها مطرح کردند. زنان سالمند تنها بعد از نقل مکان به محله جدید چندان در برقراری ارتباط با همسایه ها موفق نیستند. حتی برخی از آنها سعی می کنند با همسایگان قدیمی خود در ارتباط باشند اما بعد مسافت آنها را محدود می کند. برخی از زنان سالمند تنها به این نکته اشاره می کردند که گاهی میهمان همسایگان قدیمی خود می شوند و ممکن است چند روز نزد آنها بمانند. محله جدید برای آنها اصالت و تاریخچه ای ندارد. سابقه تعامل مشترک و خاطرات مشترک با همسایگان ندارند و همین امر تعامل آنها را با همسایگان به حداقل می رساند.

W۸

هفته ای سه روز کلاس قرآن داشتیم که ۲۰ نفر ۳۰ نفر (دوستان) خانه همدیگر می رفتیم و دور همی قرآن می خواندیم، ختم صلوات داشتیم، بالاخره عید سفره ای می انداختیم، همین سفره خانم فاطمه زهرا می گویند، این ها را می انداختیم بالاخره دور هم جمع می شدیم یک بار همدیگر را می دیدیم یک خرده ای خوشحال می شدیم. ولی الان دیگر الحمدالله همه چیز قطع شده. (ارتباط مستقیم با دوستان). همسایه هم نبودیم دور بودیم ولی بالاخره به هوای همدیگر می رفتیم. یکی سمنو درست می کرد، یکی حلیم درست می کرد، یکی شله زرد درست می کرد، اما می رفتیم دور هم بودیم بالاخره. الان دیگر همه چیز تمام شده.

مصاحبه کننده: با همسایه ها و هم محله ای هایتان در ارتباط هستید؟ مصاحبه شونده: کم! خیلی کم! چون که آپارتمان مثل ویلایی نیست که، ویلایی مثلا از در می آیی بیرون ان یکی مثلا همسایه بیرون است آن یکی حیاط است سر و صدا می رود به همدیگر، این جا نه! این جا دیگر یک لانه موش خریدیم رفتیم داخلش.

W11: با بغل دستی مان خوبیم، سلام علیک داریم، یک رفت و آمد چیز داریم، همین روبرویمان همین طور، همین یک آپارتمان که هستیم این جا با دو تایشان خوبیم رفت و آمد داریم با بقیه در اسانسور داخل حیاط هر جا بینیم سلام علیک داریم ... نه دیگر! آن جا که خیلی شناخت نداشتیم که زیاد سلام علیک نداشتیم ... با همسایه های قدیمی ام در ارتباطم (۶ تایی هستند)، می روم چهاردانگه می روم همه این ها را می بینم دیگر ... اول ها که این جا آمده بودم اصلا خیلی! یک وقت می دیدی دو هفته می رفتم آن جا می ماندم من، این طوری بود، اصلا نمی توانستم این جا بمانم من، بعدا دیگر یواش یواش گفتم دیگر اول و آخر چه؟! دو دفعه یک دفعه دوست هایم را آوردم برویم خانه ما یک دو روز بمانید، آن ها را می آوردم، خلاصه این جا هم که فعلا نماز رفتیم حسینیه ان جا دو سه تا دوست پیدا کردیم تقریبا هم سال هستیم ... همین طوری دور هم جمع می شویم همدیگر را می بینیم مثلا یکی از دوستان امروز گفت بیا بعد از ظهر خانه ما آتش بخوریم و رفتیم و چند ساعتی با هم صحبت کردیم و گفتیم و خندیدیم.

در محیط همسایگی جدید در صورتی که فرد دیگری با شرایط مشابه زندگی کند، ممکن است زن سالمند تنها تمایل بیشتری به معاشرت با وی داشته باشد اما بر اساس گفته زنان سالمند تنها کیفیت این تعامل هرگز با مراوداتی که زن سالمند تنها در محله قدیمی داشته قابل مقایسه نیست. به نظر می رسد نقل مکان از محله قدیمی به محیط جدید به طور جدی موجب انزوای زنان سالمند تنها می شود.

W10

مصاحبه شونده: هیچ چیز! اگر ... یک همسایه روبرویی داریم مادر شهید است بنده خدا زنگ می زند می گوید فریده چکار می کنی؟ پاشو! من تنها هستم، دخترش هم هست ولی دخترش می رود سر کار نمی آید شب ها، پنج شنبه جمعه می آید، دیگر می گفتم خوب حالا می آیم حالا شامم را می خورم می آیم دیگر جمع می کنم شام که می خوریم، نماز که می خوانیم، شام می خوریم می روم یک خرده پهلوی او می نشینم یک خرده فیلم نگاه می کنیم، فیلم تلویزیون، بلند می شوم و می آیم، می روم یواش یواش ...

در دوره همه گیری ارتباط با همسایگان به طور چشمگیری کاهش یافته است و به تماس های تلفنی گاه به گاه خلاصه شده است.

مراسم مذهبی و اجتماعی که در محله ها و با مشارکت همسایه ها برگزار می شد یکی از مهمترین بهانه ها برای تعامل زنان سالمند تنها با همسایگان بود. جابجایی از محله قدیمی به محله ناآشنای جدید و همچنین آغاز همه گیری کرونا موجب کاهش این نوع مراودات شده است.

ارتباط زنان سالمند تنها با دوستان

زنان سالمند تنهایی که شاغل نبودند و فعالیت های اجتماعی در دوره جوانی و میانسالی نداشتند، دوستانی برای خود تدارک ندیده اند و به این ترتیب در دوره سالمندی نیز با شبکه دوستان در ارتباط نیستند. ممکن است برخی از دوستان زنان سالمند تنها از شبکه همسایگی برخیزند.

حضور در مراکز روزانه سالمندان یا ادامه فعالیت های اجتماعی و داوطلبانه زمینه بسیار خوبی برای تعدادی از سالمندان جهت حفظ و تقویت شبکه دوستی است. تعدادی از زنان سالمند تنها پس از ورود به مراکز روزانه سالمندان با تعداد زیادی از همسالان خود دوست شده و ارتباط بسیار خوبی با آنها برقرار کرده بودند.

دوره می های دوستانه یکی از فعالیت هایی بود که برای زنان سالمندی که شبکه دوستی داشتند، بسیار جذاب بود. آنها با یکدیگر برنامه سفر تنظیم می کردند و از اینکه با زنان همسال خود مرادو داشته باشند، بسیار خوشنود بودند. برخی از زنان سالمند تنها که مهارت های اجتماعی بیشتری داشتند به این اشاره می کردند که در شبکه دوستان آنها افراد در سنین مختلف حضور دارند.

ما ۲۵ تا دوست ثابت هستیم چون ما دوره داشتیم از صبح تا عصر، عصر که می شد همه می آمدند خانه من، هر ۲۵ نفر ها! دیگه حداقل ۱۰، ۱۲ نفر می ماندند، تا صبح بگو بخند، جک بگو! این جور! تا صبح، صبح هم می رفتیم آن جا ناهار می خوردیم تا عصر. این طوری بگویم دوست هایم از بچه هایم به من نزدیک تر هستند... و در بین این دوستانم دوست ۲۵ ساله دارم که با هم دوست هستیم، دوست ۲۰ ساله دارم، از سالی که آمدم در این شهر، دوست ۵۴ ساله دارم مال... فوق العاده رفیق باز هستم عاشق رفیق هایم هستم... فوق العاده رفیق هایم را دارم در دستم، هر کدام شان هر ناراحتی داشته باشند من در خدمت شان هستم. دوستانم را هم ساپورت می کنم، نه این که بدهم بگیرم ها!... ولی الان در کرونا رفت و آمد نیست، صفر! خانه نمی رویم، خانه های همدیگر مطلقاً بیرون چرا! هر روز بیرون می رویم، پارک در آلاچیق می نشینیم بیرون می رویم، حرف می زنیم، هر روز از ۷ و نیم غروب می رویم تا ۱۰ شب، ۹ شب. آن هایی که همسر دارند زودتر می روند ولی اکثر همسر ندارند.

ارتباط زنان سالمند تنها در دوره همه گیری با دوستانشان در شبکه های اجتماعی ادامه یافته و ارتباط حضوری را به حداقل رسانده اند.

... واقعا باور کن که [دوستم] صد بار تا حالا گفته اعظم من را دعوت کن بیایم خانه ات من هم گفتم بنشین سر جاییت می آیی این جا من کرونا می گیرم می گوید نه به خدا! می گویم نه! هیچ کس را راه ندادم تا کرونا تمام شود... قبل کرونا می آمد خانه مان شب می خوابید فردایش می رفت.

عضویت و فعالیت زنان سالمند تنها در انجمن ها و خیریه ها

اغلب زنان سالمند تنها در انجمن یا خیریه عضو نبودند و به صورت سازمان یافته در فعالیت های داوطلبانه مشارکت نداشتند. عدم فعالیت های انجمنی، خیریه ای و داوطلبانه آنها به دوره سالمندی منحصر نمی شد. اغلب آنها بیشتر اوقات خود را در دوره جوانی و میانسالی صرف خانواده و بستگان خود کرده بودند و کمتر مشارکت اجتماعی را تجربه کرده بودند. با این حال برخی از آنها از سال ها قبل فعالیت های مختلف خیریه داشتند.

۷۳

سال ۸۶ رفتم در خدمت کهریزک، با بچه های کهریزک هستم تا قبل کرونا، الان هم تلفنی تماس دارم، گاهی وقت هم یک سر می روم دیدن و برمی گردم ولی من خودم را کردم جزو کسانی که کمک می کردند به بچه ها. خیرین یدی، مالی نه! خیر یدی شدم یک شنبه ها می رفتم بچه ها را می شستم، بعدا چهارشنبه ها می رفتم بزرگسال ها را می شستم. این قدر انرژی داشتم این قدر انرژی داشتم سالم کم نبود ها! خدا وکیلی انرژی از بچه ها بیشتر بود، ورزش هم می کردم کلاس هایم را هم می رفتم و می دویدم می رفتم بچه ها را می شستم بزرگسال ها را می شستم بعد سرویس می آورد من را بعد. خیلی حال و روزم بهتر از این بود که کرونا ولی واقعا الان از این سر به آن سر برو ویلچر من قوی هستم می دویدم مثلا همیشه سرم گرم بود و تا ۳ بعد از ظهر که با آژانس بیایم خانه عین بچه هایی که از مدرسه می آیند می رفتم می خوابیدم بعد بلند می شدم لباس هایم را آماده می کردم که صبح دوباره بروم. خیلی خوشبخت، یک عالم دوست های خوب دوست های با کلاس و نازنین معلم روانشناس داشتیم، معلم ورزش داشتیم، هفته ای یک روز دکتر داشتیم آزمایش خون بکنند و نم ... آزمایش به هر حال قند بگیرند نمی دانم فشارمان را بگیرند سر حال و قهراقی. ولی با همه این ها تا وقتی می آمدم کهریزک خیلی حالم بهتر بود

یکی از زنان سالمند تنها که مسئول یک صندوق قرض الحسنه بود، از این تجربه و تعاملاتی که با اعضای صندوق داشت، به خوبی یاد می کرد. همه اعضای صندوق قرض الحسنه را زنان تشکیل می دادند و اعضای به بهانه صندوق به طور منظم دور هم جمع می شدند و یا برنامه های تفریحی مشترکی را با هم تنظیم و اجرا می کردند.

قرض الحسنه دست من است، سال هاست که این قرض الحسنه را داریم، هر ماه یک قرض الحسنه ای را ما راه می اندازیم این است کارمان ...

زنان سالمند تنها بر این نکته تأکید می کردند که اگر پول داشته باشند و دست و بالشان باز باشد، در فعالیت های خیریه کمک مالی می کنند. اما این بدان معنا نبود که ضرورتاً عضو یک انجمن یا خیریه باشند و به طور سازمان یافته فعالیت داوطلبانه داشته باشند.

من زیاد کمک می کردم خانواده ها را. الان یک سید جانباز هست که دولت قبولش نکرد به جانبازی برایش خانه خریدیم، دخترش را شوهر دادیم، خودش فلج بود دائم فرستادمش فیزیوتراپی این ها، راهش انداختم، برایش ماشین خریدیم که سر زندگیش باشد، یکی دیگر هست که شوهرش معتاد بود شوهرش را بیرون کردیم دو تا بچه داشت الان دیگر بچه هایش بزرگ شده اند برایش یک واحد مسکن مهر خریدیم و داخل خانه اش را هم برایش روبه راه کردیم و قبل از عید هم فرستادیمش که برود داخل خانه.

یکی از عرصه های مهم مشارکت اجتماعی تعدادی از زنان سالمند تنها حضور در مسجد و حسینیه و مشارکت در برنامه های مذهبی بود. علاوه بر این برخی از زنان سالمند تنها اشاره هایی به فعالیت در سرای محله نیز داشتند.

خب ما در مساجدمان می بینیم، هیئت هایی وجود دارد که حالا به لحاظ مراسم مذهبی وسایل کمک به دیگران یا مراکز خیریه ای وجود دارد مثلاً شما در کهریزک ملاحظه بفرمایید بخش اعظم خدمات توسط بانوان نیکوکار به صورت داوطلبانه انجام می شود. این ها مسائلی هست که به بینش و باور و فکر برمی گردد، خاص تهران و غیر تهران هم نیست.

چالش های اقتصادی زنان سالمند تنها

زنان سالمند تنها با چالش های اقتصادی متعددی مواجهند و اغلب آنها در دهک های پایین درآمدی هستند.

E۹

در نیازهای اولیه ی سالمندی در کشور مشکل دارید یعنی حالا من چون ما با تهران بیشتر کار داریم نمی دانم وضعیت کل کشور را ولی قطعاً همین جور است یعنی فکر می کنم همین طور باید باشد که ما یک بخش عمده ای از سالمندان مان مشکل معیشتی دارند در دهک های پایین درآمدی هستند در واقع از نظر اقتصادی از نظر بیمه ای از نظر اشتغال...

وابستگی مالی زنان سالمند به درآمد همسر عامل آسیب پذیری اقتصادی زنان سالمند تنها

زنان سالمند بیوه در ماه های اول پس از فوت همسر با مشکلات اقتصادی بیشتری مواجهند. بخصوص در مواردی که همسر نان آور خانواده بوده و درآمد خانواده به واسطه کسب درآمد یا دریافت مستمری توسط شوهر تأمین می شده این چالش بیشتر خواهد بود. قطع مستمری و برقراری مجدد آن، قطع پرداخت یارانه و برقراری مجدد آن برای خانوار یک نفره، انحصار وراثت و ... از جمله این موارد هستند.

W۱۵

الان هم دیگر درآمدی نداشته هیچ ، یک ۵۰ میلیون تومان در بانک گذاشته بود که از آن سود می گرفتیم، آن هم فعلاً مسدود است تا انحصار ورثه. بیمه ای که نداشته. یک مغازه داریم دادم اجاره، درآمد من از این مغازه است که الان درآمد خورد و خوراک من این مغازه است، یک و دویست مغازه به من می دهند من ... چیزمان هم قطع شده این یارانه مان هم قطع شده چون همسرم فوت کرده هنوز این هم درست نکردند، هر چه می رویم و می آییم باشد! درست می شود! درست می شود! هنوز خبری نیست، یک پول آب و برق و نمی دانم گاز و این چیزها هم از این مغازه می رود، دیگر بچه هایم یک چیزی کمک می کنند خلاصه این شکم پر می شود. بگذرانم دیگر، چاره ای نیست... بچه ها می روند خرید می کنند می

آورند، بله! یخچال پر نمی‌کنم من یک دانه مرغ می‌گیرم وقتی تمام شد یکی دیگر، این جوری، یا مثلاً سبزیجات این قدری می‌گیرم که یک هفته ده روز بشود، تمام شد دوباره، این که یخچال پر کند بگذارم بماند نیست، آره!

E۱۲

بحث حمایت‌های اجتماعی و رفاهی است که باز با توجه به این که زنان جامعه ما به طور سنتی بیشتر وابسته به درآمد همسران‌شان هستند قاعدتاً با از دست دادن همسر این حمایت‌ها هم کم می‌شود و به شدت از لحاظ رفاهی آسیب پذیر می‌شوند.

کاهش درآمد زنان سالمند بیوه پس از فوت همسر

یکی از چالش‌هایی که زنان سالمند بیوه با آن مواجه هستند این است که مستمری که توسط بیمه به آنها پرداخت می‌شود، پس از فوت همسر در **مواردی** کاهش می‌یابد.

عدم اشتغال زنان سالمند تنها در دوران جوانی و میانسالی

شاغل نبودن زنان سالمند تنها در دوره جوانی و میانسالی و عدم بیمه پردازی توسط آنها چالش بسیار جدی دوره سالمندی آنها بشمار می‌رود.

E۴

از نظر حقوق و مستمری دوره بازنشستگی که این یک تهدید بسیار جدی است که برای زنان سالمند با توجه به این که زنان سالمند و کلا خانم‌ها خصوصاً خانم‌هایی که به سن سالمندی رسیدند ضریب اشتغال‌شان نسبت به آقایان خیلی کمتر هست خب این یک تهدید جدی است، بحث معیشتی خانم‌ها است

زنان سالمند تنها با قناعت زندگی می‌کنند

در مجموع یک نکته در مصاحبه‌هایی که با صاحب‌نظران و زنان سالمند تنها انجام شد، مورد تأکید قرار می‌گرفت: درآمد زنان سالمند تنها در اغلب مواد برای تأمین هزینه‌های زندگی آنها کافی نیست.

مستمری هایی که توسط سازمان های بیمه ای و سازمان های حمایتی پرداخت می شوند، متناسب با تورم افزایش نمی یابند. آنها ناچارند صرفه جویی و قناعت کنند تا بتوانند هزینه های زندگی شان را مدیریت کنند. بخصوص زنان سالمند تنهایی که پس اندازی نداشتند، بیشتر به این نکته اشاره می کردند که لازم است با قناعت زندگی کنند تا در شرایطی که برای پرداخت هزینه های پیش بینی نشده مانند هزینه های درمانی نیاز به مبلغ بیشتری داشتند بتوانند از مبلغ پس انداز شده بهره بگیرند.

W۱۶

ببینید من خودم حقوق شوهرم را بعد از این که فوت کرد دارم، این جوری، بعدش هم زندگی مدیریتم یک طوری است که کم نمی آورم یعنی همان مبلغ را هنوز که کرونا نشده بود یعنی قبل از گرانی پول را تقسیم می کردم یک مقداری را می گذاشتم کنار می گفتم من اصلا این را ندیدم، یک مقداری را هم هفتگی می گذاشتم مثلا می گفتم این ۵۰۰ تومن مال این هفته، این ۵۰۰ مال هفته دیگر آن ۵۰۰ ... این جوری پولم را تقسیم می کردم یک مبلغی را هم که می گفتم اصلا ندیدم، ندارم، ببینید، این بود که به آن اندازه ای که داشتم خرج می کردم خیلی هم خوب، خیلی هم حسابی خرید می کردم همه چیز هم خانه ام پر و پیمان بود خدا را شکر! این هم داشتم.

چالش های فرهنگی زنان سالمند تنها

صاحب نظران در زمینه چالش های فرهنگی به موضوعات کلی که ناظر بر کلیه سالمندان بود اشاره هایی داشتند. به عنوان مثال برخی از صاحب نظران به موضوعاتی مانند روحیه ضد سالمندی در میان برخی جوانان، شکاف بین نسل ها و تصویر منفی فرهنگی از دوره سالمندی به عنوان دوره ناتوانی و عدم سلامتی اشاره داشتند. اما از آنجایی که در این مطالعه به طور مشخص چالش های فرهنگی که زنان سالمند تنها با آنها مواجه بودند، مورد توجه است، در ادامه به موارد کاملا مرتبط با موضوع پژوهش اشاره شده است:

انگ اجتماعی منزوی کننده زنان سالمند تنها

ممکن است تنها بودن زن سالمند موجب انگ اجتماعی برای آنها شود و آنها به همین دلیل ترجیح می دهند کمتر در جامعه رفت و آمد داشته باشند.

E۱

به راحتی انگ زده می شود به خانم ها اگر که بخواهند زیادی رفت و آمد داشته باشند اصلا یک انگ های دیگری زده می شود

یکی از صاحب نظران بر این نکته تأکید داشت که به طور کلی انگ های اجتماعی مرتبط با زنان در جامعه ایران بیشتر است و این انگ ها می تواند زنان سالمند را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در عین حال زنان سالمند مجرد قطعی که خودشان مجرد را انتخاب کرده اند، در جامعه ایران با انگ بیشتری مواجه هستند.

E۶

یکی دیگر هم که من یادم است دقیقا در مصاحبه های خودم با آن روبرو بودم بحث برچسب است، به خصوص سالمندهایی که تنهایی اختیاری را انتخاب کرده بودند از این که در جامعه زنان این فرض می شد که این حتما نتوانسته ازدواج کند یا این را هیچ کس نخواسته که ازدواج کند، و این استیک ها این برچسب که بر روی سالمندان زن به خصوص گذاشته می شود، می شود برای مردان نباشد، مثلا برای مردها می گویند نرفته کسی را بگیرد، نخواسته ولی برای زن می گویند نخواستندش این استیکر حتی در دوران سالمندی هم من یادم است مطرح می شد و این جز مشکلات حالا فردی ای بود که هست.

E۱۲

جامعه به نوعی به لحاظ روانی هم وقتی یک زن سالمند تنها وجود دارد خیلی دوست دارند بچه هایش یا بستگانش این را ایزوله کنند یعنی یک شرایطی برایش باشد که احساس بکند که خب بالاخره در یک سنی هست که باید رفتارهای سنگین داشته باشد، لباس های تیره بپوشد، در مهمانی ها تا حد امکان شرکت نکنند، آن شادی خودش را بروز ندهد، ارتباطات اجتماعی محدود باشد که خب این ها هم همه سالمندان زن را به جایی می رساند که این ها آسیب پذیر می شوند

تابو بودن ازدواج زنان بیوه

جامعه ایران واکنش خوبی نسبت به ازدواج زنان بیوه نشان نمی دهد. بخصوص وقتی زنان بیوه فرزند دارند، فشار برای ازدواج نکردن آنها افزایش می یابد. این فشار اجتماعی و فرهنگی به اندازه ای است که تعدادی از زنان بیوه ازدواج مجدد را حق خود نمی دانند.

E۸

بعد این که تنهایی را نمی تواند جبران بکند چون ازدواج کردن ارتباط گرفتن با یک مرد دیگر برایشان یک تابو است، و خیلی ها هم به خاطر تابو است دیگر، بین ما اگر یک آقای سالمندی همسرش را از دست بدهد همه می آیند اصلا به او پیشنهاد می دهند می گویند یکی را بگیرد کارهایش را بکند، بابایم نمی تواند تنها بماند ولی اگر همان خانم را بخواهند این کار را برایش بکنند جامعه نمی پذیرد.

E۲

بعد تجربه انگ های اجتماعی خب در حوزه زنان بیشتر خودش را نشان می دهد در دوره سالمندی با توجه به تابو بودن که برای ازدواج این ها وجود دارد یکی دیگر از صاحب نظران نیز به ترتیب زیر بر همین نکته تأکید داشته است:

E۴

از نظر مسائل فرهنگی و آن انگ هایی که به زنان زده می شود برای ازدواج مجدد باعث شده که این اختلاف فاحش و معنادار وجود داشته باشد که زنان پس از این که همسرشان فوت می کند دوباره ازدواج مجدد نداشته باشند و تنها باشند. به دلیل تابویی که وجود دارد در کشور ما ازدواج نمی کنند. ما نسبت به گذشته دارد ترندمان بهتر می شود یعنی ازدواج مجدد یک تابویی بوده خب این قطعاً در آینده این فرآیند اصلاح خواهد شد و بیشتر خواهد شد و باید از نظر مسائل فرهنگی روی این قضیه کار بکنیم که ... چه ایرادی دارد؟! همان طوری که یک مرد سالمند ازدواج می کند یک خانم سالمند هم ازدواج بکند هر چند کار خیلی راحتی نیست. یک نفر وقتی با یک آقای سالمند ازدواج می کند به امید این که بالاخره یک

حقوقی دارد به عنوان یک کسی است که خیلی از خانم ها که با یک مرد سالمند ازدواج می کنند بیشتر مسائل مالی برایشان مطرح است که حالا هم در معیشت کمک شان می کند هم بعد از فوت سالمند حقوق شان به آن ها می رسد. در خانم ها این را نداریم هر چند بالاخره نمی خواهیم بگوییم صد در صد درست بشود اما بالاخره با اصلاحات فرهنگی ای که در جامعه صورت می گیرد این کمک کننده هست.

زنان سالمند تنها نیز بر تابو بودن ازدواج زنان بیوه تأکید داشتند.

W۱۱

چه جوری بگوییم؟! والا ما مثلا نمی دانم والا ما ایرانی ها شاید اشتباه می کنیم نمی دانم من، یا همه کشورها این طوری است شوهرهایشان می میرد دیگر می گویند دیگر تمام شد دیگر باید دیگر همین طوری بمانیم ولی این اشتباه ما است مثلا بچه ها که رفتند خودم ۱۶ سال است خب همان موقع یکی آمد برای ما، دو نفر آمد خب من اشتباه کردم، خب مثلا می گویم اگر من ازدواج کرده بودم با او تنها نبودم دیگر، بالاخره آدم یک کلام حرف می زند، یک بیرون می رود می آید، آن دوره پشتش محکم است آدم دیگر، با یکی آمدم بیرون، الان مثلا من بلند شوم بروم خیابان من را یکی بکند داخل ماشین بردارد ببرد هیچ کس خبردار نیست، ده دفعه زنگ می زنند، خیال می کنند من گوشی را گذاشتم خانه رفتم. حالا بیایند در را باز کنند خب نیست. دیگر خبری از من نیست دیگر، ولی اگر یکی مرد باشد بغل دستم حداقل یک داد که می تواند بزند. این طوری است ما مثلا چیز نیستیم در فرهنگمان جا نیفتاده.

عدم تمایل به استفاده از مراقبین رسمی

در جامعه ایران استفاده از Formal Caregiver پسندیده نیست. البته به نظر می رسد هزینه های استفاده از مراقبت های رسمی بر این امر سایه می اندازد اما در کنار مشکلاتی که برای پرداخت هزینه های دریافت این نوع مراقبت وجود دارد، برداشت فرهنگی مثبتی نیز نسبت به این امر در جامعه دیده

نمی شود. این برداشت منفی می تواند باعث شود زنان سالمند تنهایی که به مراقبت های بیشتری نیاز دارند، از این مراقبت ها بی بهره بمانند.

E5

سپردن به *Formal Caregiver* عیب است، آقا پرستار کارش این است آموزش دیده حداقل یک اتفاقی بیفتد می داند چکار کند، قیمتش هم مناسب تر است، به لحاظ *Opportunity* هزینه فرصت هزینه پرستار ارزان تر از خدمات خانه است، *Nursing Home* چون به دلیل آن تابویی که هست کمتر است، دیگر سالمندانی که دیگر خیلی شرایط سختی داشته باشند، سرپرست نداشته باشند یا اصطلاحاً به قول سازمان بهزیستی مجهول الهویه باشند و داشته باشند نه! در شهرستان ها یک مقداری محدود تر است نسبت به شهر تهران. آن جا پایین تر هم هست نسبت به این جا [تهران] ...

اولویت قائل نشدن سالمندان برای خود

اولویت قائل شدن برای دیگران بخصوص برای فرزندان رفتاری است که از نظر فرهنگی در ایران مورد تأیید قرار می گیرد. این امر می تواند زنان سالمند تنها را که فرزند دارند و می خواهند از حمایت های آنها (بخصوص حمایت های عاطفی آنها) برخوردار باشند، می تواند شرایط دشواری را برای آنها ایجاد کند. به عبارت دیگر زنان سالمند تنها در بسیاری موارد ممکن است نیازهای خود را نادیده بگیرند و سعی کنند منابع و امکانات معمولاً محدودی را که در اختیار دارند، برای فرزندان شان صرف کنند یا خدماتی را به فرزندان خود ارائه نمایند. گویا آنها به نوعی مبادله باور دارند و تصور می کنند که اگر چنین عمل نکنند، در مقابل فرزندان آنها نیز توجه لازم را به آنها نخواهند داشت یا ممکن است اساساً این رفتار را وظیفه خود تلقی کنند.

EY

بعد می آید برای خودش به او می گوییم که تو این حقوقی که می گیری تو در اولویت هستی! می گوید نه! من مثلاً پسر من این مشکل را دارد بگذار پول را بدهم مشکل او ... من که دیگر پیر شدم و عمرم را کردم.

تبعیض جنسیتی در ایران

این پدیده منحصر به زنان سالمند تنها نیست اما می تواند آثار منفی بیشتری بر این گروه داشته باشد چرا که زنان سالمند تنها به طور ساختار یافته از حمایت برخوردار نیستند. اولویت داشتن مردان و برتری جویی آنها از نظر فرهنگی می تواند عامل مهمی برای محرومیت بسیاری از زنان سالمند و بخصوص زنان سالمند تنها از خدمات و حمایت های رسمی و غیررسمی باشد.

E۱۰

وقتی فردی تنهاست یا فردی در واقع جنسیت که خودش یک عامل تبعیض است در ایران و در خیلی از نقاط دنیا، خب می تواند تشدید کند آن مسائلی را که وجود دارد. مضافا که مشکل بزرگی که هست مسئله فرهنگی و دیدگاه است. عمدتا نگاهی که به زن های تنها می شود نگاهی است که ان هم در سنین سالمندی یک نگاه از بالا به پایین است.

متعهد بودن به اجرای تشریفات پرهزینه

تشریفات پرهزینه می تواند زن سالمند تنها را که درآمد کافی نیز ندارد، با چالش های متعددی روبرو کند. نگرانی از قضاوت دیگران در مورد زن سالمند تنها و نگرانی از سرافکنده شدن فرزندان نزد همسرانشان، موجب می شود زن سالمند تنها تمام تلاش خود را برای پذیرایی از فرزندان و خانواده آنها بکند در حالی که با فشار اقتصادی قابل توجهی نیز روبروست.

W۱۳

آن هایی که عروس دارند، سالمند هستند، عروس داماد می آیند خانه شان، مهمانی دارند ما مهمان زیادی هم رفت و آمدی هم نداریم وگرنه همین حقوق یک هفته ای تمام می شود. خب بعد آن موقع سه هفته بعدیش چه چیزی بخوریم. خیلی نیاز مالی اوضاع مالی خیلی خراب است، این یکی از چیزهایی است که روحیه ها را خراب کرده، بعد اخلاق های بلانسبت شما، اخلاق ما ایرانی ها، همه اش بعضی ها با همدیگر کینه، با چشم و هم چشمی، مراسمی که همه اش تشریفات است برگزار می شود خب این ها هم یک جور تاثیر می گذارد، ما چون فامیل دور و برمان نیست تشریفات مان هم کم است بعد همان یک مقدار این باعث شده ما روحیه مان آرام باشد من و الان خواهیم، ولی کلا چشم و هم

چشمی ها ولی خب ما زیاد فامیل نداریم و ما هم اگر عروسی و مهمانی و سفر می رویم چشم و هم چشمی نیست خودمان می رویم هر چه شد می خوریم...

وضعیت سلامت جسمی زنان سالمند تنها

زنان سالمند تنها بیماری ها و مشکلات جسمی متعددی را گزارش کردند. معمولاً آنها از بیش از یک مشکل جسمی رنج می بردند اما نکته بسیار مهم این بود که اغلب آنها برای درمان مشکلات جسمی خود تحت درمان بودند. مهمترین بیماری ها و مشکلات جسمی که توسط آنها گزارش شد، عبارت بودند از فشار خون، چربی خون، بیماری های قلبی، دیابت، آرتروز، پوکی استخوان، درد در ناحیه کمر، پا و دست ها، بی خوابی، کم شنوایی و آب مروارید، مشکل تیروئید (کم کاری یا پرکاری)، روماتیسم و در دو سال اخیر ابتلا به کرونا.

برخی از بیماری ها و مشکلات جسمی در میان زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند است:

E۱۲

شما قطعاً این را هم می دانید که اختلالات شناختی به ویژه آلزایمر خب در زنان بیشتر از مردان هست، خب این ها وقتی وابسته می شوند و آن حمایت ها را ندارند خب این *Frail* (ضعیف) بودن این ها بیشتر به این ها آسیب می زند. از لحاظ تقسیم بندی دیگر هم که به اصطلاح در مورد این افراد انجام می شود ما چند تا فاکتور داریم به خاطر این که سالمندان آسیب پذیر را جدا کنیم، یکی سالمندانی که دچار اختلالات مزمن هم زمان هستند یعنی بیماری های مزمنی مثل فشار خون و دیابت و پوکی استخوان و مشکلات عضلانی اسکلتی و بحث *Cancer* ها و این ها در این ها ممکن است دو یا چند تا تجمع پیدا بکند که خب باز در آمارها نشان می دهد در بانوان بیشتر است.

وضعیت سلامت روانی زنان سالمند تنها

تنهایی می تواند به طور قابل توجهی بر سلامت روانی افراد تأثیر داشته باشد. افسردگی و اضطراب در میان زنان سالمند تنها می تواند افزایش یابد. نکته قابل توجه این است که زنان سالمند تنها ممکن است با فرزندان یا اطرافیان خود در ارتباط باشند اما همچنان احساس تنهایی داشته باشند. احساس

تنهایی در میان سالمندان پدیده ای شایع و البته مخاطره آمیز برای سلامت روانی-اجتماعی آنان است.

E۴

خانم ها امید به زندگی بیشتری دارند اما بار روانی و مشکلات روحی و روانی و بیماری های دوره سالمندی خصوصا آن هایی که مزمن هست در خانم ها بیشتر است.

E۶

در بحث سلامت روان شان بحث همین افسردگی و ترس و اضطراب شاید حتی بهتر افسردگی باشد اگر بگوییم بحث ترس و اضطراب خیلی در این افراد بیشتر هست چون اصلا سالمندان حتی آن هایی هم که متاهل هستند ممکن است در دوران سالمندی ترس و اضطراب شان بیشتر بشود حالا برای این افراد بحث سلامت روانی آن ترس و اضطراب بیشتر هست

E۸

ما مریض هایی داشتیم که این ها فشارهای سایکولوژیک که در دوره ی سنین قبل تر که به ایشان وارد شده بوده حالا بعد از این همسرشان فوت می کند تازه این ها را شروع می کنند به برون ریزی کردن و می آید این جا تعریف می کند که چه مصیبت هایی را من تحمل کردم. یعنی این همیشه می گوید گناه من ایا این بوده که من ازدواج نکردم؟ در صورتی که ما ۶ تا خواهر برادر هستیم، آن ها همه شان می گویند خب ما سر زندگی های خودمان هستیم، دو تایشان شهرستان هستند، آن هایی هم که در تهران هستند نمی آیند می گویند خب تو هستی در خانه دیگر! گناه من چیست؟ من باید تمام عمرم سرویس بدهم؟ شاید بخوام بروم بیرون شاید بخوام بروم سینما شاید بخوام بروم بگردم، این ها خیلی به نظر من فشار بیشتری را تحمل می کنند چون دیگران هم از ایشان انتظار دارند خب این مراقبت را بدهد دیگر. حالا بعد سال ها از پدر مادر پرستاری می کنند در حالی که خودشان هم به نوعی سالمند شدند و این بار منفی زیاد دارد.

بعد شوهر من ... می گویم دیگر یک دفعه فکر کن شوهرت مریض بوده عاشقت بوده عاشقتش بودی بیفته / او بمیرد] ... هیچ کس باورش نمی شود وقتی رفت چه شد ...

سالمند آزاری

احتمال اینکه سالمندان قربانی غفلت شوند، بسیار زیاد خواهد بود. در شرایطی که زنان سالمند به تنهایی زندگی می کنند، زمینه های غفلت می تواند بیش از پیش فراهم شود. در عین حال احتمال بروز انواع دیگری از آزار نسبت به سالمندان وجود دارد که باید به طور ویژه مورد توجه قرار گیرد. افزایش میزان وابستگی سالمند به دیگران و نیاز بیشتر به دریافت مراقبت از دیگران خطر سالمندآزاری را افزایش می دهد. خود زن سالمند تنها نیز ممکن است نسبت به خود غفلت ورزد. اگرچه اغلب زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه مشارکت کردند، توضیحاتشان نشان می داد که تا اندازه زیادی مراقب سلامتی خود هستند اما برخی از آنها نیز به تغذیه و درمان خود بی توجه بودند. خودغفلتی می تواند مشکلات جسمی و روانی متعددی را برای سالمند ایجاد کند و سپری کردن دوره سالمندی را برای او دشوار نماید.

E۶

یک نکته ی دیگری هم که هست بحث سالمند آزاری ست ،اصلا تنها بودن تنها زندگی کردن جز ریسک فاکتورهای سالمندآزاری است یعنی کشورهای دیگر حالا ما در ایران خیلی غربال گری سالمند آزاری نداریم خب؟! ولی در کشورهای دیگر بعضی کلینیک ها کلا غربالگری سالمندان را دارند و اگر فرد تنها باشد آن را به عنوان یک ریسک فاکتور سالمندآزاری می بینند و بیشتر حواس شان هست حالا به سال های دیگر یا مثلا به این که کردن فرد یا نکردن فرد این در ذهن شان هست و یک نکته دیگر که جز حالا سالمند آزاری نمی توانیم بگوییم بعضی تقسیم بندی سالمند آزاری می کنند بعضی ها تقسیم بندی سوء رفتار می کنند یعنی جزء *Mistreatment* می گیرند این هست که بحث خود خودغفلتی است *Self Neglect* این فراد چون تنها هستند حمایت ندارند ممکن است دچار خود غفلتی بشوند. یعنی مثلا داروهایشان را سر موقع مصرف نکنند، به خورد و

خوراکشان اهمیت ندهند مثلا نداشته باشند به خوابشان اهمیت ندهند که مثلا
منظم بخوابند یا شب

E۸

در سن سالمندا *Mistreatment* است که حالا یکی روانی است یکی
Financial است یکی *Physical* است، یکی *Social* ...

E۹

یا مثلا مسئله سالمندآزاری، خب سالمندآزاری هم خودش ۶، ۷ طبقه بندی دارد
دیگر و تنوع دارد که به نظرم باز اتفاقا راجع به سالمندان تنها و سالمندان زن تنها
بیشتر می تواند اتفاق بیفتد بحث سالمندآزاری. خب یک بحثی هم که ما داریم در
ایران این است که سالمندآزاری ها گزارش نمی شود، ضمن این که اصلا یک سری
از مصادیق سالمندآزاری را حتی ممکن است خود سالمند هم نداند که این
سالمندآزاری است یا حتی مراقب سالمند که حالا می تواند بچه اش باشد یا
پرستاری باشد که مثلا دارند هم متوجه این نباشد که مثلا نوع این عملکردش یا
کاری که دارد انجام می دهد یا هر کدام از این ها جزء مصادیق سالمند آزاری
است. خب اصلا در یکی از کتگوری های سالمندآزاری همین بحث رها شدن
سالمندان در عرصه عمومی است یعنی سالمندی که از خانه اش بیرون انداخته می
شود یا به هر دلیلی دچار آسیب شده.

W۱۳

یکی این که ممکن است بچه هایی داشته باشند که آن بچه ها چشم به مال و
مکنتش داشته باشند، هر لحظه احساس بکند که می خواهند این ثروتش را از
چنگش در بیاورند یا فشار روحی ای که وارد می کنند بچه ها به پدر مادر که ارثیه
ی ما را زودتر تقسیم کنید بدهید، این الان مشکل بزرگی است. اگر بیماری داشته
باشند یا یک موقع بخوابند بچه داخل خانه باشد بچه چشم به ثروتش داشته باشد
حتی شده که به اسناد که به قول معروف چطور می بگویم؟! قلبی درست می کنند

و آن موقع اثر انگشت پدر مادر تحصیل کرده را حتی در خواب می گیرند بعد مشکلات پیش می آورند.

الان فراوان من این مشکلات را شنیدم دارد که مثلا فشار آورده اند به پدر و مادر که ارث ما را بدهید، پدر مادر بلند شدند مثلا مادر تنها است ارث را تقسیم کرده خانه را فروخته داده به بچه مثلا ماشین خریده یا ازدواج کرده بعد حالا این مادر یا پدر الان یک جا ندارد بنشینند زندگی کند، پدر مادر را می برند می گذارند خانه سالمندان، این جور چیزها هست دیگر. یا حتی می آیند یک موقع می بینی حتی آسیب می رسانند به آن شخص سالمند که ثروتش را بگیرند ... من چند بار شنیدم دیدم آمده بود یکی آن جا در آموزش و پرورش اشک می ریخت یکی از همکارهایمان، اشک می ریخت که من ارث را تقسیم کردم خانه را همه را به اسم شان کردم حالا خودم را بیرون کردند از خانه دیگر جا ندارم، می برند می گذارند خانه سالمندان. حتی می آید مثلا می زدندش یا مثلا دعوا می کنند بعد به زور یک کاری از او می خواهند مثلا طلاهایش را می گیرند می روند.

خودمراقبتی در میان زنان سالمند تنها

زنان سالمند تنها در اغلب موارد سعی می کردند رژیم غذایی خود را متناسب با بیماری هایی که داشتند، تنظیم کنند. به عنوان مثال آنها تأکید می کردند که از خوردن نمک و چربی بسیار پرهیز می کنند. نکته بسیار مهم این بود که اغلب آنها حداقل یک بار در روز برای خود غذا می پختند و غذای خانگی تازه استفاده می کردند. اغلب آنها مقید بودند که غذای مانده مصرف نکنند و برای تهیه غذا سعی می کردند از مواد غذایی تازه استفاده کنند. سعی می کردند داورهایشان را به موقع استفاده کنند و در عین حال از وسایل کمک توانبخشی مانند واکر، عصا، سمک و ... نیز در صورت ضرورت استفاده می کردند. مراجعه به مراکز بهداشتی درمان و تحت درمان قرار داشتن در میان زنان سالمند تنها امری پذیرفته شده است.

دریافت مراقبت از دیگران

یکی از مهمترین چالش های تنها زندگی کردن زنان سالمند عدم دسترسی به مراقبت کافی است.

در بحث جسمانی و مراقبت هم خب به هر حال این افراد مثل بقیه سالمندان مشکلات جسمانی دارند ولی خب من فکر می کنم برای سالمندان تنها بحث مراقبت خیلی **Bold** می شود به خصوص این که زنان تجربه ی بیماری های بیشتری هم ممکن است نسبت به مردان داشته باشند. و چون فرزندی ندارند و یا فردی را ندارند که بخواهد از ایشان مراقبت کند کلا مراقبت جزء چیزهایی هست که خیلی به چشم می آید.

مراقبت از سالمند در زمان مراجعه به مراکز درمانی و همچنین در دوره هایی که توانایی مراقبت از خود را ندارد، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. زنان سالمند تنها و بخصوص زنانی که فرزند ندارند یا فرزندان آنها در نزدیکی آنها زندگی نمی کنند، برای دریافت حمایت های غیررسمی چالش جدی خواهند داشت.

زنان سالمند تنها که از حمایت فرزندانشان برخوردارند، گزارش می کردند که فرزندان آنها هنگام مراجعه به مراکز درمانی آنها را همراهی می کنند و در دوره های بیماری از مادرشان مراقبت می کنند. فرزندان بخصوص در دوره بیماری مادر مراقب تغذیه او بودند. به عنوان مثال زنان سالمند تنها تجربه شان را در دوره ای که به کرونا مبتلا شده بودند، بیان می کردند. فرزندان در این دوره علیرغم اینکه نمی توانستند در منزل از مادر مراقبت کنند، با تهیه غذای خانگی و خرید دارو، میوه و سبزیجات سعی می کردند از مادرشان مراقبت کنند.

با فرزندان] در یک کوچه هستیم، در یک کوچه بودیم، خوب اند، بچه هایم خوب هستند؛ آن پسر که می گویم غذا می گذاشت دم در و می رفت مثلا، آن یکی هم که دور است همه اش زنگ می زد همه اش می گفت: مادر! می ترسم بیایم، شوهرش هم جانباز است، می گفت: می ترسم بیایم من هم بگیرم شوهرم هم بگیرد من هم می گفتم: نه! نمی خواهد بیایی! دیگر بالاخره خداییش همه شان همکاری کردند در این مدت.

زنان سالمندی که فرزندی نداشتند یا فرزندان در نزدیکی آنها زندگی نمی کردند، تا اندازه ای از مراقبت همسایگان یا بستگان برخوردار می شدند. هرچند داشتن فرزند یا همجواری با فرزندان ضرورتاً به معنای دریافت مراقبت به موقع و به اندازه نبود.

برخی از زنان سالمند تنها نیاز خود را به مراقبت پنهان می کنند و سعی می نمایند خودشان تمامی امور را اداره کنند. به نظر می رسد به این ترتیب احساس استقلال بیشتری دارند. آنها بر این تأکید می کردند که از فرزندشان برای مراقبت انتظاری ندارند. در چنین مواردی گاهی شبکه دوستان نقش مراقب را ایفا می کردند.

۷۴

مریض بشوم بچه ام نمی فهمد، خدا شاهد است اورژانس آمد در خانه من را ببرد آن موقع بچه ام زنگ گفت کجایی؟ گفتم حالم بد است، تا آن ساعت من گفتم دوست ندارم بچه هایم را ناراحت کنم. ببینید من وقتی مریض شدم دوست هایم می آمدند روغن تن من می مالیدند، من را ماساژ می دادند پایم را ناراحت بود، حالم بد بود دوست هایم می پختند می آوردند، کجا دخترم می آورد؟! از تهران از الهیه بیاید این جا؟! پس من از آن ها توقع ندارم، از دوست هایم توقع دارم و من هم برایشان می کنم.

۷۷

به همه گفتم پایم این جوری شده دیدم هیچ کس محل نمی دهد، فکر کردند ... ببین مریضی من یک چیزی به بچه ها می گویم خیلی شوخی برداشت می کنند نیست که همیشه سر پا هستم و این ها همه اش مثلا مثلا می آیم لبخند می زنم و تحویل شان می گیرم این طرف و آن طرف وقتی که مریضم ها! هیچ کس حالا درست و حسابی ... هیچ کس باورش نمی شود. بعد دیگر گفتم می خواهم بروم عکس بگیرم هیچ کس نیامد من را ببرد عکس بگیرم ... وقتی برگشتم خانه یعنی عروس ها هیچ کدام نیامدند فقط همان شب اول که پایم را گچ گرفته بودم آمدند پختند و خوردند و رفتند. دیگر همین طور پایم را می کشاندم و کارهایم را انجام می دادم.

در شرایطی که زن سالمند تنها دسترسی به مراقبت ندارد، به ناچار همه امور را باید خود به تنهایی مدیریت کند:

W۶

... خودم تنها بودم این دو ساله، دو سه بار حالم خیلی خراب شده شب، ساعت ۱۲، ۲ شب خودم بلند شدم یواش یواش شب ساعت ۲ نصف شب این جا درمانگاه به ما نزدیک است رفتم دکتر، بله! همین! ... بچه ها چکار کنند؟ بعد ان موقع چه بگویم به بچه ها؟ آن که مریض است، آن هم چون راهش دور است، آن هم نمی تواند ... چه بگویم!؟

یکی از سالمندان تنها تجربه خود را زمانی که در کوچه حالش بد شده بود، به این ترتیب توضیح داد:

W۱۰

حالا به هر کسی هم می گفتیم ... من در نگهبانی باز است نمی توانم با شما ... دو سه تا خانم هم آمدند رد شدند، گفت که این را ببرید در خانه اش این جور دست دراز می کند مثل این که خانه شان در این کوچه است، این ها هم بیچاره ترسیدند، نمی دانم از کرونا ترسیدند چه جور بود که خلاصه رفتند نایستادند، بنده خدا این من را کشید بغل دیوار و همین نگهبان، بعد یک خانم جوانی آمد رفت مثل این که من را شناخت گفت که خانم این را می بری در خانه شان؟ نمی تواند بلند شود، نمی تواند برود، این بنده خدا من را آورد، من را آورد در خانه گفتم من را ببر در خانه ... من را برد در خانه همسایه مان، گفتم: این زنگ را بزن! من که کسی خانه مان نیست، بنده خدا رفتیم خانه همین حاج خانم که می گویم، آن ها با آن یک خرده ... حالا قرص هم داده بود زیر زبانی داده بود آن دکتر، این ها را خوردم و یک خرده آن ها چیزی به من دادند، یک خرده حالم خوب شد و دیگر خوب شدم آمدم خانه

دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی

از صاحب‌نظران و زنان سالمند تنها در مورد دسترسی آنها به خدمات بهداشتی و درمانی سوال شد. صاحب‌نظران بر این باور بودند که زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند از خدمات بهداشتی و درمانی استفاده می‌کنند.

E۵

دسترسی یعنی *Health Utilization, Utilization* در زمینه زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند است، دسترسی زنان سالمند به سیستم بهداشتی درمانی هم بالاتر است، حالا یا مردها نمی‌روند تمایل ندارند به دلایلی که گفتم یا اصلاً در دسترس شان نیست چون یک پدر سالمند مثلاً حالش خوب نباشد می‌گوید قرص می‌خورم بچه‌ها بفهمند ماماں شان مریض است می‌دوند می‌برند درمانگاه، تجربه کردید این را

عدم اعتماد به یک مرکز درمانی و یا تمایل به استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی کم هزینه یا رایگان یا ناآشنایی با مراکز بهداشتی و درمانی در محله جدید موجب می‌شد برخی از آنها برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی ناچار باشند مسیری طولانی را طی کنند. آنها برای اینکه به مرکز بهداشتی و درمانی بروند، از وسایل نقلیه عمومی استفاده می‌کردند (مترو، تاکسی و اتوبوس)، آژانس یا اسنپ می‌گرفتند و یا یکی از فرزندان یا بستگانشان و در موارد معدودی یکی از همسایگان آنها را به مرکز بهداشتی و درمانی می‌بردند. زنان سالمند تنهایی که از خدمات مراکز روزانه سالمندان (خصوصی یا خیریه) استفاده می‌کردند، با سرویس به مرکز رفت و آمد می‌کردند.

W۳

کهریزک می‌آید در خانه سوالم می‌کرد می‌برد و بعد می‌آورد، خیلی خوب بود، خیلی‌ها! قدیم‌ها اتوبوس مینی بوس داشتیم ولی من چون یک نفر این‌جا بودم دو نفر دیگر هم ثبت نام کردند سه نفر، ما سه نفر را یک دانه ماشین ...

مصاحبه کننده: شما برای این مواردی که فرمودید از جمله چربی و تیروئیدتان معمولاً به کجا مراجعه می کنید؟ چون این بیماری ها جز بیماری هایی هستند که باید دوره ای مراجعه بشود و دکتر حتما ویزیت بکند.

مصاحبه شونده: آزمایش می دهم دیگر، بعد کلینیک فرهنگیان هست بیشتر می روم آن جا.

مصاحبه کننده: این کلینیکی که فرمودید فاصله شان تا منزل شما چقدر است؟

مصاحبه شونده: من می روم پارک شهر. منزل مان پیروزی است، در واقع به اندازه ۷ کیلومتر هست. نه! دور است باید مترو یا اتوبوس بروم. چون آن جا بالاخره فرهنگیان هستند من احساس راحتی بیشتری می کنم آن جا مراجعه می کنم.

مصاحبه کننده: پس یا با اتوبوس یا با مترو رفت و آمد می کنید این فاصله را

مصاحبه شونده: بله! یک بیمارستان هم نزدیک منزل هست، بیمارستان فجر، آن جا هم یک موقع اورژانسی یک کاری باشد آدم می تواند برود.

بیمه عامل تعیین کننده ای برای دسترسی زنان سالمند تنها به خدمات بهداشتی و درمانی بود. در عین حال قرار داشتن تحت پوشش یک سازمان حمایتی مانند بنیاد شهید و ایثارگران یا کهریزک می توانست دسترسی های آنان را به خدمات بهداشتی و درمانی تسهیل و کم هزینه نماید. زنان سالمندی که بیمه نبودند یا تحت پوشش یک سازمان حمایتی قرار نداشتند، معمولاً به دلیل عدم توانایی برای پرداخت هزینه های درمان ممکن بود کمتر به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه کنند، درمان دریافت نکنند یا درمان خود را به تأخیر اندازند.

تعدادی از زنان سالمند تنها بیمه تکمیلی داشتند. زنان سالمند تنهایی که بازنشسته یا بازمانده بودند یا خانواده شهید یا ایثارگران بودند، از خدمات درمانی رایگان یا ارزان قیمت سازمان بیمه گر یا سازمان حمایتی بهره می بردند. زنان سالمند تنهایی که بیمه نبودند در برخی موارد توسط فرزندان شان تحت پوشش بیمه تکمیلی قرار گرفته بودند. تعدادی از زنان سالمند تنها که از خدمات سازمان های حمایتی غیردولتی (مانند خیریه کهریزک) بهره می گرفتند، می توانستند خدمات درمانی شان را توسط همان سازمان غیردولتی دریافت کنند.

... من می روم کهریزک هر دارویی بخواهم برایم می نویسد. پرونده داریم که مثلا ... بیخودی دارو نمی خواهیم که دارو وقت دکترمان می شود بعد سه ماه مثلا آزمایش می نویسند، مطب است دارو و این ها را می دهند ولی آن چیزهایی که کهریزک برای ما انجام می شود همه اش مجانی است آقای حق شناس و خانم همه. ولی دکتر کهریزک خیلی خوب است دیگر لازم نیست بروی جایی. تمام پرونده ام کی دستم شکسته کی عمل داشتم، کی سرما خوردم، کی ریه ام دکتر ریه ام هم دکتر جماعتی است

زنان سالمند گزارش می کردند که مشکلات مربوط به دندان هایشان را نتوانسته اند پیگیری و درمان کنند چون هزینه های دندانپزشکی بسیار بالاست و تحت پوشش بیمه های درمانی و تکمیلی نیز قرار ندارد.

مثلا بیمه، دندانپزشکی من الان دو سه تا از دندان هایم را کشیدم خب چون خودم جرات نمی کردم دندان بکارم دوست هم ندارم بروم دوباره دندانپزشکی نرفتم ولی الان باز بخواهم بروم هر دندان چقدر است؟ حداقل ۱۵ میلیون می شود، بیمه که ندارد، دندانپزشکی که بیمه نیست. مصاحبه کننده: بیمه شما خدمات نمی دهد؟ مصاحبه شونده: آموزش و پرورش آن جور بیمه ی دندانپزشکی ندارد.

بیمه پسریم هستم بیمه تامین اجتماعی. خودت می دانی هیچ چیز ندارد هیچ چیز! (بیمه تامین اجتماعی) دیگر الان دو سال است که نرفتم دکتر برای این که هیچ بیمه ای نداریم باید پول بدهم دیگر. بیمه تکمیلی ندارم، او (پسریم) هم بیمه تکمیلی نیست... مرکز درمانی (درمانگاه) نزدیک است، خیلی نزدیک است، یک ۵۰، ۱۰۰ قدمی هست. چون شبانه روزی است مال ما درمانگاه

W11

والا اگر همین طور یک ذره مریض احوال بشم و این ها می روم تهران، من این جاها را خیلی بلد نیستم می روم تهران همان محلی که خودمان می نشستیم آن جا را می شناسم. و چون ما از طرف بنیاد [شهید و ایثارگران] هم ما چیز [بیمه] هستیم ان جا دیگر همه چیز مجانی است دیگر ... [برای رسیدن به مرکز درمانی] الان همین جا سوار می شوم می روم مترو، مترو سوار می شوم می روم آزادی، آزادی هم ماشین های اسلامشهر را سوار می شوم چهاردانگه پیاده می شوم... [بیمه] تکمیلی هم داریم.

دسترسی محدود به دارو و مراقبت توسط پرستار به دلیل هزینه های بالا یکی از موضوعاتی بود که توسط زنان سالمند تنها مطرح می شد:

W12

برای دکترم هم می روم یوسف آباد، راه آهن هم که می رویم دولتی است. من داورهایم را خودم می گیرم، دفترچه هم داریم می رویم داروخانه می گویند نداریم! دوباره جای دیگر می روی آزاد دارو را آزاد باید بگیریم... پرستار بودجه مان دیگر نمی رسد که پرستار بیاوریم در خانه ماهی دو سه میلیون آن می خواهد، ماهی دو میلیون، دیگر همه جور هست. پرستار هم که آن طور پرستار هم نیست و فقط دو شب در هفته شب ها پیش من می ماند ولی با او صحبت کردم و احتمالاً دیگر نمی آید و داروهایم خیلی گران هستند هر دفعه که برادرزاده ام داروهایم را می گیرد ۵۰۰ تومن ۶۰۰ تومن ۷۰۰ تومن می شود و زود هم تمام می شود.

W15

سرویس گذاشته بودند [برای رفتن به کهریزک] ولی ... هم جمع شد سرویس دیگر، چون که کرونا شد کم آمدند این جا هم دیگر کسی نرفت سرویس ها را جمع کردند، اگر یک وقت بچه ها باشند این پسر که پهلویمان است کار نداشته

باشد بردنش را می برد، برگشتنش دوباره باید ماشین بگیرم بیایم، تا بیایم برسم
خانه تقریبا ۱۸ تومن، ۲۰ تومن کرایه باید بدهم ...

بر اساس توضیحاتی که زنان سالمند تنهای مشارکت کننده در این مطالعه می دادند برخی سازمان
های حمایتی مانند بنیاد شهید و ایثارگران به صورت دوره ای وضعیت سلامتی سالمندان تحت پوشش
خود را پایش می کنند که نوعی اقدام پیشگیرانه بشمار می آید.

۷۲

از طرف بنیاد می آیند، دکتر مثلا می آید فشار را می گیرد مثلا فشار خون و قند و
چربی، این ها را می گیرند.

واکنش زنان سالمند به تنهازیستی

واکنش و احساس رضایت زنان سالمند تنها در مورد تنهازیستی تابع تجربه های قبلی و نگرش آنها به
سالمندی است.

E۱۱

خب اگر تقسیم بکنیم حالا وضعیت روحی روانی شان را خانوادگی شان را معیشت
شان را اجتماعی شان را، در یک چنین تفکیکی بخواهیم به مسئله نگاه بکنیم نکته
مهم میزان نگرش و برداشتی است که فرد سالمند از زندگی اش دارد. اگر این
دارای نگرشی مثبت، پویا و در مسیر توانمندسازی قرار بگیرد مسلما می تواند همه
این اتفاقات خاص که در زندگی اش افتاده را با دید مثبت شکوفا بکند، به عنوان
مثال وقتی که یک خانم سالمندی را شما نگاه می کنید تنها شده از نظر
خانوادگی، خب این تنها بودن را اگر به این برداشت و نگرش پایبند باشد که من
فرد محدودی هستم کسی من را دوست ندارد، ارتباطی با محیط ندارم، هیچ کس
به من سر نمی زند با این نگرش به زندگی نگاه بکند خب مشکلات زیاد روحی
روایی برایش شکل می گیرد ولی اگر نه، این را یک فرصتی بداند که با آزادی
عملی که این حالت برایش به وجود می آورد می تواند با محیط های اجتماعی
خارج از محیط خانوادگی خودش، با کمپ ها، با دوستانی که می تواند از نظر
اجتماعی پیدا بکند، با مثلا ترسیم اوقات فراغتی که بتواند با دوستان هم سلک

خودش به سفرهایی برود، استان گردی بکند، می تواند با این تیپ از نظر روحی روانی خودش را اصطلاحاً به روز نگه دارد یعنی هم چالش هم تهدید هم فرصتش می تواند وابسته به نگرش فرد به زندگی باشد.

سالمندی مثلاً از نظر نگرش مثبت به زندگی به موضوع سلامتش بپردازد بلند می شود با ترتیب دادن برنامه های بهداشتی و سلامتی و ورزشی به سلامت خودش می رسد، بلند می شود صبح های زود می رود پارک تمرین می کند، ورزش می کند و شادابی را به خودش برمی گرداند ولی اگر نه، فردی باشد که احساس بکند که دیگر مرحله آخر زندگی اش را دارد طی می کند و دیدگاه منفی به سن و سال و وضعیتش پیدا بکند مسلماً نه تنها انواع مریضی ها و ابعاد روحی روانی و جسمی برایش به وجود می آید بلکه هر روز هم این ابعاد گسترش پیدا می کند. پس این هم ربط دارد به نوع نگاه و نگرش، نگرشی که فرد سالمند به زندگی فعلی خودش پیدا می کند.

احساس آزادی و آرامش

گروهی از زنان سالمند ممکن از از تنهازیستی خود راضی باشند. زنانی که در زندگی مشترک خود تجربه آزاردیدن را داشتند، از تنها شدن رضایت بیشتری دارند. در حالی که تعدادی دیگر تنها زیستی را به عنوان یک تجربه ناخوشایند توصیف می کنند.

E۸

و بعضی هایشان حتی می گویند چه تجربه خوبی را ما به دست آوردیم علی رغم این که ما با فوت همسرمان همه انتظار دارند که ما سوگوار باشیم خیلی هایشان خیلی خوشحال اند، چرا؟ به خاطر این که آن ارتباطی که بین همسر مزد و زن باید اتفاق می افتاد که ارتباط موثری باشد و در کنار هم لذت ببرند به دلیل این که یک حالت رئیس و مرئوسی بوده می گوید تا آخرین لحظه من به او خدمت کردم تا آخرین لحظه این بوده ولی هیچ care را من دریافت نمی کردم، الان چقدر احساس می کنم تمام لحظات زندگی شده مال خودم. یعنی ما این تجربه ها را خیلی در کلینیک سالمندان مان داریم چیزهایی که ابا دارند از این که مطرح بکنند، می ترسند از این که مورد قضاوت دیگران قرار بگیرند ولی در این جا مطرح می کنند و خیلی از مسائلی که مورد Abuse جنسی قرار گرفتند و تا آن موقع امکان گفتنش برایشان نبود، شهامتش را نداشتند، فرصتش را نداشتند این برون ریزی ها هم اتفاق می افتد... خانم هایی که بعد از مرگ همسرشان تازه می آیند می گویند ما تازه می فهمیم که

مفهوم آزادی یعنی چه. بین این خیلی بستگی دارد به این که Background آدم ها چه باشد. یک نفر می آید می بینی می گوید بهترین فرصت زندگی ام است من تازه متولد شدم تازه دارم اطرافم را می شناسم که چه کسی بوده؟ چه چیزی بوده؟ چه اتفاقی افتاده و بعضی ها هم می آیند می گویند برای من این اصلا فرصت نیست برای من مرگ بهتر است.

زنان سالمند تنها نیز نگاه های متفاوتی به تنهاریستی خود داشتند. گروهی از آن به عنوان یک فرصت استفاده می کردند و به سایر زنان سالمند تنها نیز توصیه می کردند همین گونه باشند:

W۴

سعی کن لذت ببری، بهترین را بخور بهترین را بپوش با کمترین پول خوش بگذارن، با دوست هایت برو بیرون، ننشین ندارم، چه کنم، با دوست ها بروم، کجا بروم؟! عشق این را داشتم که ماهی یک دفعه می رفتیم بازار با هم چلوکباب می خوردیم، مجبور نبودیم بخریم همه چیز، چند تا چیز شما می خریدی یکی اش را من می خریدم پس بین ماه مان ساخته می شد، مهمانی می رفتیم، دوره می رفتیم یک هفته طول می کشید چه بپوشم، خدایا چه بپوشم چکار کنم؟ یا مهمانی در خانه من می افتاد خدایا چه بپزم، دوست داشتم خودم بپزم، آن ها می رسیدند می آمدند کمکم، ده دوازده نفر می آمدند، بچه من این کار را نمی کند ولی من می کنم با این سن و ...

از جلوی بستنی فروشی رد می شوم یک بار می خورم یک بار نمی خورم، می آیم خانه پشیمان می شوم و می گویم چرا نخوردم؟ مگر من تا کی زنده هستیم؟ ولی من نفسم را در خودم کشتم.

W۱۱

الان من به آن نتیجه رسیده ام که می گویم شوهر می خواهم چکار کنم؟! آقا بالاسر می خواهم؟! به قول دخترم می گوید: یک چادر می اندازید سرتان هر جا دوست داشتید می روید اما ما باید با بچه ها سرگرم باشیم با شوهر سرگرم بشویم، آیا اجازه بدهد آیا اجازه ندهد اما تو بلند شو! شب است یک ماشین بگیر و آن طرف دنیا برو! اصلا بچه ها نمی دانند کجا رفتی و آمدی؟ مثلا دو ماه برو مشهد بمان! هیچ کس به تو نمی گوید چرا رفتی مشهد ماندی ولی ما نمی توانیم ما مثلاً بچه داریم زندگی داریم ما ... این طوری است وگرنه آدم ... هر کسی نیاز دارد به هر چیزی

در حالی که برخی دیگر معتقد بودند همه چیز خاتمه یافته است:

تقدیرگرایی و تسلیم بودن

تسلیم شرایط بودن و تقدیرگرایی در مصاحبه های زنان سالمند تنها به طور مکرر اشاره می شد.

W۲

تنها هم که خب اولش که خدا هست، دیگر باید عادت کنی دیگر، یک روز دو روز که نیست بگویی بچه بیاید پیشت بخوابد، نوه بیاید پیشت بخوابد یا کسی بیاید، باید تحمل کنی، بسازی و به قول قدیمی ها بسوزی و بسازی دیگر.

W۶

دیگر چکار کنیم! باید تنهایی را تحمل کرد، باید زندگی را ساخت، باید زندگی کنی تنهایی، نمی شود که زندگی نکنی، باید زندگی مان را انجام بدهیم، زندگی کنیم، با خودمان بسازیم

W۸

والا باید خودمان را بالاخره قانع کنیم ... سن مان رفته بالا، بالاخره یواش یواش این پادرد و کمردرد و کتف درد همه اش می آید دیگر، خودمان را به خدا می سپاریم، «هر چه از خدا آید خوش آید»، ... آره! ... از روزی که همسرم از دنیا رفته در نظرم یک چوب کبریت ارزش ندارد در این دنیا

W۹

دیگر قسمت ما این بود، ۱۳ سال شوهر ما سخته کرده مریض بوده خانه بوده بالاخره ضبط کردیم رفتیم آمدیم بد نبوده حالا هم دیگر رفته خدا را هم شکر می کنیم که بالاخره بد نیست، می گذرد. کمی زیادی می گذرانیم. بالاخره ناشکر خدا نیستیم شب هم که می شود خدا را شکر می کنیم که توان مان را داده از صبحی که بلند شدیم داریم بلند و کوتاه می شویم شکر خدا می کنیم شب هم می گوییم خدایا شکرت که توان را دادی تا حالا از می خوریم، آره! این جور است دیگر

تنها زندگی کردن برای این که آدم یک خرده ای مثلا کامل تر شود یک خرده ای هم طاقتش کمتر می شود و این ها مثلا، آرامش دارد آدم تنها وقتی تنهای تنها باشد آرامش دارد، هر وقت دوست دارد چیزی درست می کند هر وقت ندارد نمی کند هر وقت مثلا دوست ندارد چیزی درست نمی کند، هر وقت که مثلا چه می دانم! یک بعضی وقت ها آدم دیگر آزادتر است، این جور است، آرامشش بیشتر است، تلویزیون نگاه بکند آدم مثلا اصلا، یک برنامه ای برای خودش درست کند، این ها، ببین! این جور آزادتر است آدم، ولی خب وقتی در جمع باشد این ها تغییر می کند، در جمع برای روحیه خیلی خوب است، ها! برای روان و روحی و این ها خوب است! آدم حرف می زند بالاخره دو تا کلمه ای حرف با یکی بزند روحیه اش عوض می شود مادر جان!

احساس افسوس به خاطر عدم اتخاذ تصمیم های به موقع

برخی از زنان سالمند تنها عنوان می کردند که شاید در گذشته کارهای دیگری انجام می دادند که موجب می شد اکنون تنها نباشند.

من به جوان ها یک توصیه دارم که ازدواج را سخت نگیرند و به خدا توکل کنند و مثل من که ازدواج نکردم، البته من خودم را دارم آرام می کنم و واقعیتش هم این است که آرام هستم که ازدواج نکردم ولی روال زندگی این نیست، زندگی من شنا در خلاف جهت رودخانه است که مطمئنا مشکلات بیشتری دارد یعنی روال زندگی این است که قشنگ سن نرمال ازدواج کنی و انتخاب درستی بکنی و سر و سامان بگیری که تعداد بچه ها خوب باشد، فردای روزگار همین چرخ بچرخد و بچه ها اگر ۵ تا بچه داشته باشی که از این، نهایت سه تایش بد باشد دو تایش خوب در می آید باز آینده به دادش می رسند، کمک هستند.

این تنهایی های دوران سالمندی برمی گردد یک مقدار به اخلاق خودمان که از مردم مثلا زده شدیم دور شدیم، یک مقدار هم فرهنگ اجتماع که مثلا چرا من

نباید کفو خودم باشد که ازدواج کنم، الان کسی برای من از بین همکارهایم در آموزش و پرورش آستین بالا نزد، کمکم نکرد (خیلی صدایشان لرزش دارد) که من ازدواج کنم، خودم چرا این روحیه را نداشتم؟! خب این هم اشتباهات من بوده، برای همان نسل جدید بهتر است که کوتاه بیایند، از تشریفات کم کنند، از توقعات شان کم کنند ازدواج کنند بعد تنهایی سالمندی را با خودشان یدک نکنند برای بقیه عمرشان، همان روال عادی زندگی قدیم تکرار بشود که زندگی را بسپاریم به بچه هایمان در واقع، بعدش هم همان!

تنهازیستی انتخابی عامل احساس رضایت بیشتر از تنهایی در دوره سالمندی

در مواردی که تنهازیستی انتخاب زن سالمند بوده، احساس رضایت بیشتری از شرایط خود خواهد داشت. زنان سالمندی که مجرد قطعی بودند و مجرد را انتخاب کرده اند، آمادگی بیشتری برای تنها زندگی کردن خواهند داشت.

E۱۰

ببینید این بستگی دارد به این که آن زن سالمند بخواهد تنها زندگی بکند و یا نخواهد تنها زندگی کند یعنی در آن مطالعه من تجردش اختیاری باشد یا تجردش اجباری باشد. آن هایی که تجرد اختیاری داشتند و واقعا نمی خواستند، حالا از استقلال خودشان لذت می بردند اصلا بعضی ها نمی توانند با کس دیگری زندگی بکنند و این که دوست داشتند و عمدتا هم کسانی بودند که از زمان جوانی و حتی نوجوانی استقلال مالی داشتند و استقلال تصمیم گیری داشتند این ها خیلی شاید در زندگی شان دچار مشکل نشوند چون این راهی بوده که تا یک حدود زیادی علی رغم حتی داشتن یک سری موقعیت هایی برای ازدواج آن ها به قول معروف تجرد را انتخاب کردند و از آن لذت می برند. ولی یک گروه دیگری هستند که این گروه کسانی بودند که می خواستند ازدواج بکنند و به دلایلی نتوانستند یا تا حالا به عبارتی شکست خوردند در این هدفی که داشتند و برایشان هم مهم بوده و نتوانستند به این هدف شان برسند آن ها به هر حال یک احساس تنهایی شدیدی را داشتند و شاید هم بیشترین مشکل برای آن ها همین احساس تنهایی است ولی آن هایی که نمی خواستند به قول معروف مجرد باشند و در این ازدواج خودشان موفق نشدند آن ها بیشتر دچار افسوس می شوند دچار تنهایی می شوند گاهی

دچار سرخوردگی می شوند و به هر حال نمی شود آدم بگویند که این ها در زندگی شان دچار مشکل نیستند، این ها از نظر روحی و روانی حداقل مشکلات زیادی را خواهند داشت و دائم فلاش بک به سمت عقب می زنند. این در این رفرنس ها نوشته که این یک سری از افراد معمولاً خودشان را هم مقصر می دانند و خودشان را سرزنش می کنند، در بین آقایان البته چنین چیزی نیست، آقایان معمولاً بقیه را سرزنش می کنند ولی خانم ها معمولاً خودشان را مقصر می دانند و ممکن است دچار حزن و اندوه هم بشوند. این البته در مورد افرادی که گفتم بیشتر سالمندهایی هستند که خب ازدواج نکردند. قاندا هم از نظر منطقی تا یک حدودی درست است که کسی که خودش راهش را انتخاب می کند و خودش آگاهانه می آید و آن سیستم استقلالی که به دست آورده را ادامه می دهد و از آن لذت می برد این احتمال این که دچار افسوس و پشیمانی بشود کمتر از کسی است که می خواهد یک کاری را انجام بدهد و شکست می خورد در کارش؛ نه! و این که آن کسانی که تجربشان اختیاری بود آن ها یک تفاوتی که داشتند **Plan** و برنامه داشتند برای آینده شان یعنی چون خودشان چنین چیزی را اختیار کرده بودند تا یک حدودی هم می دانستند اگر دچار مشکل بشوند باید چه کارهایی در زندگی شان انجام بدهند. شاید **Plan** و برنامه ریزی شان فرق می کرد ...

نیازهای اجتماعی زنان سالمند تنها

ارتباط اجتماعی زمینه را برای دریافت حمایت اجتماعی فراهم می کند. تأهل افراد می تواند عاملی برای دسترسی و دریافت حمایت باشد اما زنان سالمند تنها به دلیل عدم تأهل به این نوع حمایت دسترسی ندارند. از این رو عضویت آنها در گروه های مختلف اجتماعی بسیار ضرورت پیدا می کند.

عضویت در شبکه های اجتماعی حضوری و غیر حضوری

عضویت داشتن در گروه های اجتماعی یکی از نیازهای اساسی اجتماعی زنان سالمند تنهاست. صاحب نظران معتقد بودند که ارتباط حضوری به روابط غیر حضوری اولویت دارد اما به هر حال باید به این نکته توجه داشت که روابط غیر حضوری در دوره کنونی و در آینده بخش مهمی از روابط انسانی را شامل خواهد شد.

خب شبکه های اجتماعی، شبکه های مجازی شاید بتواند تاثیرگذار باشد روی این زمینه و هر کسی که بتواند شبکه اجتماعی قوی ارتباطات اجتماعی قوی، نه فقط کانتکت یا تماس، یک نکته ای که این جا خیلی به نظرم موکد باید صحبت بشود تماس گرفتن فایده ای ندارد برای سالمند یعنی در تماس بودن و کانتکت که رخ بدهد این مشکلی را حل نمی کند بلکه این ارتباط است که حالا این ارتباط اگر حضوری باشد خب قاندا تا خیلی بهتر هست

مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی امری ضروری برای حفظ سلامتی روانی- اجتماعی زنان سالمند تنها و تجربه سالمندی مثبت و فعال خواهد بود. فراهم شدن بسترهای مشارکت اجتماعی یکی از نیازهای جدی در این زمینه است. لازم است زمینه برای ارتباط منظم سالمند با دیگران فراهم شود.

E۹

حتی خیلی وقت ها نیازش حرف زدن است، ما مثلا داشتیم که مثلا نیم ساعت ۴۵ دقیقه با من حرف می زد یا مثلا به یک سالمندی در همین طرح مثلا مستمر تماس گرفتند و ارتباط گرفتند بعد مثلا به هر دلیلی همکار ما نتوانسته تماس بگیرد یا خودش کووید گرفته خانه بوده و سالمندان به عدم تماس آنها عکس العمل نشان دادند... این که عادت کردند و به این ارتباط نیاز داشتند خیلی در گزارش های [همکارانم] من می خواندم به چشمم می آمد، خب این موضوع مهمی است.

کار کردن

کار کردن با احساس مفید و مؤثر بودن همراه است. تعدادی از زنان سالمند تنها مایل هستند در دوره سالمندی شان نیز کار کنند. کاری که متناسب با توانایی آنها باشد و به آنها احساس مفید بودن بدهد.

W۱۱

کاری خیلی خوب است آدم داشته باشد. الان من فکر می کنم ماها که بازنشسته می شویم و یا مثلا ۵۰، ۶۰ سال مان می شود همه اش در خانه هستیم می گویم

سرباریم برای این جامعه من خودم را می گویم، الان خودم را می گویم، من چقدر بخورم و بخوابم و بخرم و کثیف کن و جمع کن و ... همین هستم، چه چیزی هستم؟! هیچ چیز! آدم باید کار کند دیگر، به خدا!

W۱۳

مصاحبه کننده: پس از رشته خودتان فاصله گرفتید؟

مصاحبه شونده: بله! با آن که ریاضی از یادم نمی رود یا مثلا پژوهشی به من به آن صورت محول نمی شود ولی در ذهنم هست. کار پژوهشی انجام می دهم اگر اولویت پژوهشی داشته باشند که حتی در سطح ملی اجرا کنم چون آزاد هستم شهرستان هم می توانم مسافرت کنم ولی خب این جور پیشنهادی نشد ...

زندگی نزدیک فرزندان

یکی از مهمترین چیزهایی که مایه خوشحالی و آرامش زنان سالمند تنهاست نزدیک بودن به فرزندان است (در صورتی که فرزند داشته باشند).

W۲

خب آدم آن ... درست است! بچه پیشت باشد، عروست پیشت باشد خب بالاخره راحت تر هستی دیگر! ... به هر حال یکی دور و بر آدم باشد دیگر خیالش جمع است دیگر ... مثلا شب می خواهی بخوابی مثلا خاطرت جمع است که مثلا می گویی یک نفر در این ساختمان هست، الان بچه ات هست، عروست هست، نوه ات هست.

ارتباط با دیگران و دریافت احترام و توجه از آنها

برای زنان سالمند تنهایی که فرزند دارند، ارتباط با فرزندان و دریافت احترام و توجه از آنها بسیار اهمیت دارد. زنان سالمند تنها به طور مکرر بر این نکته تأکید می کردند که نمی خواهند باری بر دوش فرزندانشان باشند اما مایلند با آنها در ارتباط باشند. قطع ارتباط فرزند با مادر سالمند تنها به شدت موجب آزردهی زن سالمند تنها می شود.

یکی این که بچه هایشان ولشان نکنند یعنی به امید خدا ولشان نکنند، به پدر و مادرشان حالا هر کدام که در قید حیات هستند احترام بگذارند، احترام از بودجه مالی شان مهم تر است، آدم احساس سرخوردگی می کند اگر که ببیند این ها مثلا بخواهند به آدم کم محلی کنند، آدم احساس پوچی می کند یا احساس می کند که مزاحم زندگی این ها هست؛ این یکی که آدم را خوشحال می کند. یکی دیگر این که بیایند به آدم سر بزنند حتی مثلا ... این عقیده من از بچگی و جوانی ام این بوده ها! که وقتی که می روید یک کسی را ببینید حداقل حتی شده اگر یک شاخه گل کوچک دستتان بگیرید بروید پهلوی آن طرف او خوشحال می شود، برای آدم خیلی ...

توجه به زن سالمند تنها را می توان با هدیه های کوچک نشان داد.

اگر یکی بیاید خانه من یک عروسک پارچه ای است، یک پیرزن است، دوستم دوخته برای من، این ۴، ۵ سالش است یک دانه جارو دستش است این را زدم به دیوار اتاقم این قدر دوستش دارم؛ کادوی تولد برای من آورده، می دانی کادو خیلی خوشحال می کند، نمی گویم بزرگ باشد ها! ولی ببینم یادش می کنم وقتی می شود روز تولد من همسایه ها برای من کادو می آورند، یکی می بینی جارو آورده برایم جارو دسته دار خریده، جارویش شکسته بهترین چیز این است برایش، یکی برایم قابلمه ... من هم متقابلا برایشان تولد چیزی می گیرم ...

ارزش گذاشتن! ارزش! (مهمترین چیزی که او را خوشحال می کند) دلم نمی خواهد یک کیف بخری برای من، زبانت را شیرین کن! چه بچه ام چه اطرافیانم، دوست ندارم که این را بخرد صد میلیون ولی یک زبان تلخ بریزد نه از زیرش بتوانم در بیایم نه از رویش

حفظ استقلال و بی نیازی از دیگران

در حالی که زنان سالمند تنها خواستار ارتباط با دیگران (بخصوص فرزندان) هستند، مایلند استقلال خود را حفظ کنند.

W۱

استقلال! استقلال داشته باشم، احتیاج به کسی نداشته باشم. من خیلی آدم چیزی هستم دهنم را باز نمی کنم بگویم من این را می خواهم برایم بگیرید، اصلا به شوهرم هم نگفتم. الان هم همین طور!

نیازهای جنسی زنان سالمند تنها

اغلب زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه شرکت کردند، تمایلی به پاسخ دادن به سوالات مرتبط با این بخش نداشتند یا اگر پاسخ می دادند به جواب های کلی و گاهی بی ربط اکتفا می کردند. با این حال تعدادی از زنان سالمند تنها و برخی از صاحب نظران در این مورد توضیحاتی دادند که قابل توجه است. صاحب نظران به این نکته اشاره می کردند که زوجین سالمند در زمینه جنسی مشکلاتی دارند که معمولاً عنوان نمی کنند و درمانی برای آنها جستجو نمی نمایند. در عین حال درمانگران متبحری نیز برای ارائه خدمت به سالمندان در این حوزه وجود ندارد.

W۱

من که از نظر عاطفی نیاز زیادی دارم چون من نه شوهرم اهل این بود که بیاید من را بغل کند یا مثلا ماچ کند بگوید دوستت دارم اصلا این جور آدم نبود. متاسفانه مادرم هم خوی مردانه داشت، او هم چیز نمی کرد من را خیلی دوست داشت مثلا تا ۷، ۸ سالگی با دست تن من را می شست یعنی کیسه به تن من نمی کشید ولی خب اهل این که مثلا آدم را بغل کند ماچ کند یا چه کند نبود. من کلامی به بچه ها و نوه ها و نتیجه ها ابراز احساسات می کنم، من ۹ تا نتیجه دارم، من قربان صدقه همه شان می روم چون هیچ کس قربان صدقه من نرفت. از لحاظ جنسی هم چیز ندارم در جوانی کمبود داشتم، خیلی زیاد! خیلی زیاد کمبود داشتم ولی دوست داشتم که عاشق بودم شوهرم را دوست داشتم من بغلش می کردم مثلا از وجودش لذت می بردم اما این نبود، نه از نظر عاطفی نه از نظر جنسی من هیچ لذتی در جوانیم نبردم.

برخی از زنان سالمند تنها بر این تأکید می کردند که در این دوره نیاز جنسی در کار نیست.

W۳

در این سن دیگر نیاز جنسی ای در کار نیست فقط امید به خدا، روی این مسئله
ها نیست

در حالی که برخی دیگر به این نکته اشاره می کردند که سکوت در مورد نیاز جنسی در دوره
سالمندی به معنای نبود این نیاز نیست. بلکه زنان سالمند این نیاز را در خود نادیده می گیرند:

W۴

من آن موقعی که از نظر جنسی دیگر هیچ رابطه ای نداشتم با این آقا ۳۵ سالم
بود، من می دانی چکار کردم؟ رفتم حمام، آن جا هم خدا حرفم را گوش داد چون
آدم وقتی نبوده نداشته نمی داند چه خبر است، تجربه نکرده آدم، رفتم حمام
غسل کردم گفتم خدا یا هیچ وقت نفس من را بر من پیروز نکن چون نفس زودی
سر آدم را کج می کند،

کسی که همیشه با شوهرش بوده یک دفعه همه چیز کات بشود تمام بشود، خدا
شاهد است خدا شاهد است من موقعی که به خودم آمدم و این دعا را کردم در
حق خودم احساس کردم دیگر تمام شد اگر هم چیزی در مغزم رد می شد می
گفتم مگر با خدا عهد نکردی؟ با خدا عهد کردم دیگر به خدا گفتم نفس من را بر
من پیروز نکن، این خیلی مهم است ... الان هم می کنم خیلی! هیچ وقت فکر
نکن که روابط، سن می رود بالا تمام می شود، خانم ها در این سن همیشه این
حس را برای خودشان می کشند، اما همه این حس را دارند، دوستانم به من می
گویند این حس را دارند، ... بله! ندید می گیرند (نیاز جنسی و عاطفی) نه این که
کشته باشد، ندید می گیرند، من هم دوست دارم و دلم می خواهد به خصوص
کسانی که تجربه کرده اند.

W۱۶

در مورد مسائل جنسی، من دوست هایی دارم که نیاز دارند ولی می گویند، می گویند که ما ترجیح می دهیم تنها باشیم ولی یک مزاحم در زندگی مان نباشد که بخواهند مثلا به من بگویند غذا درست کن بیرون برو، پیش بچه ات برو یا مثلا اگر بچه هم ندارم من را فقط برای تفریح خودش بخواهد، ترجیح می دهم تنها باشم از همه چیز بگذرم ولی راحت باشم آزادی را نمی خواهم به هیچ قیمتی از دست بدهم.

بینید به این سن برسند نیازی ندارند، نیازی ندارند، بعد از یائسگی اصلا فکر نمی کنم ... بعضی ها هم اگر خیلی نیاز داشته باشند که خب ازدواج می کنند دیگر برای این که الان در هر سنی که آدم بخواهد هستند که کمک بخواهند، همدم بخواهند، تنها هستند. ما الان یک بنده خدایی را می شناسم حدود هشتاد و دو سه سالش است، خانمش فوت کرده مثلا تمایل دارد که ازدواج کند، الان خانم ها هم بخواهند ازدواج کنند برایشان هست فقط کافی است که مثلا شما یک جایی یا در سفر یا در پارک یا جایی خیلی راحت بتوانند صحبت کنند و می توانند هم یواش یواش دوست بشوند و یواش یواش هم راهی برای صحبت پیدا کنند؛ این مشکلی نیست فکر نمی کنم الان باشد قدیم ها بود ولی الان نیست برای این که ما خودمان می بینیم بعضی ها را

من راجع به همین خانم هایی که نیاز جنسی دارند یا مثلا مشکل دارند الان که می گویم الان که خیلی راحت می شود حل کرد ولی بعدش هم اگر مثلا اعتماد ندارند برای این که واقعا این دوره آدم نمی تواند زیاد اعتماد بکند به این برنامه ها می تواند با مشاور با روانشناس با این ها صحبت بکند و مشککش را حل کند. نیازش را ... رفتارهایی هست، صحبت هایی هست که می تواند با روانشناس صحبت کند ولی مشکل خودش حل بشود یعنی فکرش عوض بشود، مشککش حل بشود ولی خب، چه می دانم این هم یک زندگی است.

راهکارهای زنان سالمند تنها برای زندگی مستقل

زنان سالمند تنها برای اینکه بتوانند زندگی مستقلی داشته باشند روش های متفاوتی را بکار می گرفتند که در ادامه به آنها اشاره می شود:

صرفه جویی و پس انداز کردن

اغلب زنان سالمند تنها معتقد بودند که اگر از نظر اقتصادی وابسته نباشند، می توانند کاملاً مستقل زندگی کنند. بخصوص زنانی که درآمد کمی داشتند یا اطرافیان از آنها حمایت مالی نمی کردند، سعی می کردند تا جایی که ممکن است صرفه جویی کنند تا در آینده که نیاز به مراقبت دارند و ناچارند برای دریافت خدمات درمانی و مراقبتی هزینه هایی را بپردازند، نیازی به دیگران نداشته باشند.

W13

مصاحبه شونده: پول نداشته باشی هیچ کس موقعی که سنت می رود بالا نمی تواند به تو کمک کند. من برای آن روز پول باید پول جمع کنم چون باید مستخدم بگیرم، باید پرستار بگیرم.

مصاحبه کننده: الان شما به یک نکته بسیار مهم اشاره کردید همین مسئله ای که فرمودید برایش چاره ای هم اندیشیدید؟

مصاحبه شونده: تا می توانم صرفه جویی می کنم، الان پول جمع کنم بعدش روحیه ازدواج ندارم دوست ندارم ازدواج کنم. نهایت می دانم که فردا پیری من ... مشککش برای خانواده ام است.

W1

ولخرجی نمی کنم. تا آن جایی که بتوانم از بودجه ای که دارم برای این که بعدها یک وقت خدای نکرده احتیاجم به کسی نیفتد همیشه صرفه جویی می کنم.

یکی دیگر صرفه جو باشند در زندگی شان تا آن حدی که آدم بتواند زندگیش را بچرخاند اسباب زندگیش به اندازه ای باشد که بتواند با آن زندگی بکند بسش است دیگر

مراقبت از سلامت جسمی خود

زنان سالمند تنها سعی می کردند تا جایی که ممکن است مراقب سلامتی خود باشند چون بر این باور بودند که اگر از دست و پا بیافتند، کسی نیست که از آنها مراقبت کند.

W14

خب پاهایم ... زیاد نمی توانم تند راه بروم تند که راه نمی روم، تا می بینم مثلا جایی پایم لکنت کرد می ایستم، در خانه به ریشه فرش خورد می ایستم چون نمی توانم بدوم، اگر بدوم که خب می خورم زمین، همان جا در جا می ایستم بعد مثلا آن فرش را درست می کنم، تا حالا که این کار را کردم، حالا دیگر بعدا هم خدا خودش کمک کند... عصا برمی دارم، مواظب هستم مثلا، کفش راحت می پوشم، کنار خیابان می روم، مواظبت می کنم یک وقت آسیبی نرسد به من.

W۱۱

سعی می کنم خودم را نیندازم مثلا یک وقت پایم درد می کند خیلی شدید خودم چرب کنم خودم گرمش کنم خودم فشار بگیرم، بروم در حمام ماساژ بدهم مثلا خودم را خیلی نیندازم گردن بچه ها، مزاحم بچه ها نباشم، گرفتاری برای بچه ها درست نکنم دیگر مزاحم شان بشوم.

W۳

وقتی برف می آید مثلا راننده کهریزک را خودم به او ۵ تومن می دهم بیاید در خانه که بروم تا سر خیابان ... چون ان جاهایی که سر می شود من راه می رفتم در خیابان [می ترسم که زمین بخورم]

W۷

یا خودم سلامت باشم، مثلا خودم را خوب نگه دارم، مثلا بتوانم مثلا از پس خودم بریایم، مثلا الان زمانی نیست که دیگر من بنشینم کار دیگری بکنم مثلا که بنشینم یک غصه ای بخورم و روحیه ام را از دست بدهم و مثلا خودم را دائم خانه نشین کنم بگویم بنشینم داخل خانه، تنبلی کنم بلند نشوم، اگر خب بنشینم داخل خانه این پایی که آرتروز دارد بدتر می شود، خب من باید بلند شوم نیم ساعت بروم بیرون پیاده روی کنم، بروم خریدم را یک ذره ای بکنم یک دوری بزنم، با دوستانم باشم، اگر دوستی باشد برود بیرون با او بروم بیرون، نیندازم خودم را داخل خانه، من نیندازم اصلا خودم را داخل خانه.

W۶

یکی اش هم این است که نگاه کنم زمین یک چیزی به پایم گیر نکند بخورم زمین، مواظب باشم سیمی آنتنی مثلا فرشی چیزی گیر نکند به پایم. همین یک دفعه دستم سینی بود با چایی می بردم مثلا ان اتاق، اتاق خوابم بگذارم چایی بخورم، پایم گیر کرد به میز چنان خوردم زمین که قند و چایی و سینی دو متر پریدند رفتند هوا، بلند شدم

W۶

ورزش می دهم، نرمش می دهم، هم ماساژش می دهم، نازش می کنم، قربان صدقه اش می روم، آن هایی که از دستم می آید، باور کن این ها من را نگه داشته، والا همین ها دیگر، به خودم یک ذره برسیم و محبت بکنیم، به خودم برسیم، خودم را دوست داشته باشم، به خودم برسیم

اجتناب از درخواست کمک از دیگران و عدم پذیرش کمک دیگران

زنان سالمند تنها برای اینکه بتوانند استقلال خود را حفظ کنند ممکن است حتی در مواردی که واقعاً نیاز دارند که دیگران به آنها کمک کنند یا در کنارشان باشند، چنین درخواستی را مطرح نکنند. به عنوان مثال ممکن است در زمان بیماری یا مراجعه به مراکز درمانی از فرزندان یا نزدیکانشان درخواست کمک نکنند.

W۴

سر همان بیمارستان رفتنم دخترم آمد. گفتم من را ببرید خانه خودم. دخترم هم ناراحت شد ولی گفتم من را ببرید خانه. من را آورند و همه شب ماندند برای هم پیتزا سفارش دادم شام خوردند و صبح هم رفتند. این است که من دلم نمی خواهد بچه ام هیچ احدی حتی بچه ام یک لیوان آب دست من بدهد، فقط همین را خواستم فقط همین را خواستم، هیچ چیز، نه پول می خواهم نه زندگی و برای خودم نگران این هستم که خدایا من را سر پا بدون منت بدون حتی یک لیوان آب

کسی دستم بدهد ... بگویم من مریض مریض هم بشوم نمی گویم یک لیوان آب بدهید، دائم می گویند: کجا می روی؟ هیچ! خب می گفتم ما می آمدیم می گویم نه!

WY

من به بچه هایم وابسته نیستم ها! یعنی دوستشان دارم یعنی خودم را به آن ها متکی نمی کنم می گویم خودشان گرفتارند کار دارند، حالا که از پس این کارها بر می آیم چرا آن ها؟! خودم کم کم می کنم کارهایم را. دو دفعه با این حال خودم رفتم به بچه ها نگفتم دکتر و دارو به من داد و بعد سرم به من دادند، دیگر سه بار بچه ها که زنگ می زدند دیدند من نیستم خانه گوشیم زنگ زدند گفتند کجایی گفتم درمانگاه هستم آمدم این جا مثلا سرم بزدم، مامان چرا نگفتی به ما؟ گفتم که من خوبم مامان سرم وصل کردم و اسنپ می گیرم... [به بچه ها می گویم] مامان جان به تو می گویم می گویی وحید بیاید سعید بیاید آن یکی از کرج بیاید ... آخر من مغرورم یک ذره مثلا اصلا نمی خواهم کارها را اصلا به دوش بچه هایم بیندازم...

در مواردی که کاری را خود زن سالمند تنها می تواند انجام دهد، از پذیرش کمک های دیگران پرهیز می کند. به این ترتیب می تواند به اطرافیان نشان دهد که نیازی به آنها ندارد و مستقل زندگی می کند

WY

یعنی مثلا اگر بیایند مثلا برایم خرید کنند اصلا کارتم را به ایشان می دهم می گویم مامان جان! بعضی موقع ها می گویند تو نگفتی که ما خریدیم، می گویم دست تان درد نکند این درست است ولی من به شما می گویم یک چیزی بخرید باید پولش را بردارید.

حتی دعوت فرزندان را برای اینکه برای چند روز نزد آنها بمانند نیز نمی پذیرند.

W۱۲

حالا الحمدلله من چون من بیرون نمی روم ... به من می گویند بیا خانه ما بمان
ولی من در خانه خودم راحت هستم، هیچ جا مثل خانه خود آدم نیست

برنامه ریزی برای استفاده از مراقبت های رسمی در زمان از پافتادگی

برخی از زنان سالمند تنها ترجیح می دهند در زمانی که به اصطلاح از پا می افتند از خدمات رسمی
یک سازمان مردم نهاد یا خیریه مانند کهریزک استفاده کنند.

W۸

بله! به بچه ها گفتم، گفتم: بچه ها هر وقت از دست و پا افتادم به هیچ کدام تان
نیاز ندارم، می روم کهریزک، الان چند سال است من کهریزک هستم، آره! خانه را
می فروشم می روم کهریزک می مانم، ماما مگر ما مردیم؟! گفتم: نه! به منت نیاز
ندارم، منت بکنید امروز من نگه داشتم فردا باید شما نگه دارید!

افزایش اطلاعات پزشکی

افزایش اطلاعات پزشکی ابزار مناسبی برای مراقبت بیشتر از خود بشمار می رود. یکی از زنان سالمند
تنها برای اینکه در آینده کمتر با مشکل مواجه شود، سعی می کرد اطلاعات پزشکی اش را بالا ببرد.

W۱۳

آینده را می بینم خیلی ممکن است سخت باشد برایم. اول این که اطلاعات
پزشکی ام را می برم بالا

ارتباطات اجتماعی

ایجاد و حفظ روابط اجتماعی برای مستقل بودن زنان سالمند تنها و عدم نیاز به دیگران بسیار اهمیت
دارد. یکی از زنان سالمند تنها بر اساس تجربه های خود به سایر زنان سالمند تنها توصیه می کرد که

این روابط را ایجاد کنند و از دست ندهند. در صورتی که ارتباط با برخی افراد برای آنها خوشایند نیست، بهتر است روابط را به حداقل برسانند و خود را آزار ندهند.

W۱۳

برای خودشان یک دوست هایی را جمع کنند یا آرامش پیدا کنند، نمی دانم... بعد بعضی از خانواده ها، خویشاوندها، فامیل ها آن ها هم اخلاق هایشان ممکن است با هم جور در نیاید بیشتر فشار می آید، خب می بینند با یکی راحت هستند اخلاق شان با او جور در می آید با او بیشتر رفت و آمد کنند، یکی می بینی مثلا عموزاده اش را قبول ندارد ولی هر بار باید برود خانه عموزده اش بعد آن موقع آن جا به قول معروف تحقیر بشود توهین بشود به او، بعد برگردد بنشیند حرص و جوش بخورد خب نرو آن جا! صله رحم می خواهی تلفنی یک کوتاه صله رحم به جا بیاور! دیگر هر کسی یک جور زندگی می کند باید خودمان روش زندگی خودمان را پیدا کنیم... با ارتباط با دوست و آشناها با اطراف با همسایه با این طرف و آن طرف برای این که منزوی نشوند روحیه شان افسرده نشود.

مراقبت از سلامت روانی خود

مراقبت از خود فقط از جهت سلامت جسمانی مد نظر زنان سالمند تنها نبود. اگر یک زن سالمند تنها می خواهد استقلال خود را حفظ کند باید از سلامت روانی نیز برخوردار باشد. ضرورت دارد برای حفظ سلامت و آرامش خود اقدامات مشخصی را شروع کند و به انجام آنها متعهد باشد. به عنوان مثال یکی از زنان سالمند تنهایی که در مطالعه شرکت کرده بود به صورت طبقه بندی شده و دقیقی به این نکات اشاره کرد:

W۱۳

به هنر رو بیاورند، هنر خودش خیلی آرامش می دهد، مطالعه، هنر، ورزش، طبیعت، قرآن... وقتی بعضی از این هم سن و سال های من وقتی یک مشکلی پیش می آید برایشان، خیلی می روند در لاک خودشان بعد هی آن را برای خودشان چند بار مرور می کنند آن مشکل را، مشکل را بزرگ می کنند، کوه می کنند دیگر مشکل مثلا مثل حسد که اسلام می گوید مثل آتش که هیزم را می

خورد تنش‌شان را در واقع با این کار از بین می‌برند جسم‌شان را، بعد ضعیف می‌شوند، سیستم ایمنی ضعیف می‌شود بعد مشکلات دیگر پیش می‌آید... گذشت! روحیه‌ی آرام برای خودشان با شرایط روحی آرام بسازند... یک قرص خواب بخور که خوابت ببرد ولی وقتی که مثلاً آرامش روحی را خودت ایجاد کنی تا سرت را می‌گذاری روی بالش خوابت برده است. ما خودمان روحیه خودمان را خراب می‌کنیم، خدا خودش شرایط را یک جور فراهم کرده، می‌شود با آرامش زندگی کرد.

بعد به علایق خودشان توجه کنند من مثلاً می‌بینم من دبیر ریاضی هستم خب الان شرایط تدریس نیست می‌توانم یک بذری یک میوه ای اینی که می‌خورم دانه اش را بکارم بعد شاهد رشد آن باشم این خیلی به من روحیه می‌دهد. خب باید ببینند با چه چیزی خوشحال می‌شوند بگردند راهش را پیدا کنند. وگرنه اگر افسرده بشوند اگر مریض بشوند دیگر هر کاری بخواهند بکنند مشکل مطمئناً متوجه خودشان می‌شود بعد دیگر دیگران هم چقدر توان دارند بیایند همه اش وقت و انرژی‌شان را بگذارند سر این‌ها؟! هر کس باید خودش به قول معروف سعی کند به دیگران مزاحمت ایجاد نکنند؛ از این لحاظ‌ها رعایت کنند دیگر.

سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌های حمایت از زنان سالمند تنها

اغلب صاحب‌نظران بر این باور بودند که قوانین و سیاست‌های تصویب شده در خصوص سالمندان در ایران اجرا نمی‌شوند و این امر یکی از مهمترین چالش‌ها در حوزه سالمندان است. نکته بسیار مهم دیگر این بود که سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌های مرتبط با سالمندان به نیازهای زنان سالمند تنها توجهی نکرده‌اند و به طور کلی تدبیر خاصی در خصوص این گروه اندیشیده نشده است. بخش مهمی از نکاتی که صاحب‌نظران مطرح کردند ناظر بر ضعف جدی در اجرای قوانین و سیاست‌های موجود بود. سند ملی سالمندان که اغلب صاحب‌نظران معتقد بودند جزء اسناد نسبتاً جامع در حوزه سالمندان است، به اجرا درنیامده است. سیاست‌گذاری و قانونگذاری جدید در حوزه سالمندی از نظر اغلب کارشناسان و صاحب‌نظران شرکت‌کننده در این مطالعه اولویت ندارد. آنچه اهمیت دارد این است که آنچه تصویب شده است، به درستی به اجرا درآید.

سیاست‌های مرتبط با زنان سالمند تنها

در نتایج بدست آمده از این پژوهش می توان به شکاف بین حوزه پژوهش و شواهد قابل اعتماد بدست آمده از آن با نهادها و گروه های سیاستگذار در ایران اشاره نمود. به نحوی که از دید صاحب نظران پاره ی مهمی از عناصر و مؤلفه های سیاستگذاری منطبق بر شواهد علمی بدست آمده و همچنین واقعیت های متن اجتماعی جامعه نبوده است.

به طور مثال سازمان های مسئول مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام خمینی و مرکز آمار ایران از به اشتراک گذاری مؤثر اطلاعات جمع آوری شده به منظور انجام پژوهش و سیاست گذاری های مبتنی بر شواهد امتناع کرده و غالباً دریافت اطلاعات کاملاً عادی نیز از این مراکز امکان ناپذیر یا بسیار دشوار می شود. حال آنکه این داده ها با بودجه ها ملی جمع آوری شده اند و بی تردید باید برای تأمین منافع مردم از آنها بهره گرفته شود. عدم به اشتراک گذاری و ارائه دیر هنگام داده ها در بسیاری موارد موجب می شود سیاست های پیشنهادی با واقعیت روز جامعه فاصله بعید داشته باشد. به نظر می رسد چاره اندیشی در این انقباض و محافظه کاری ناموجه سازمان ها بایستی در اولویت جدی قرار گیرد.

محدودیت پیش گفته علاوه بر اینکه روایی و اعتبار سیاستگذاری را دچار چالش می نماید، از سوی دیگر تجارب موجود نشان دهنده این است که سازمان های مسئول در مقام اجرا دچار تعارضات یا تشتت در فهم عینی سیاست ها و همچنین ناسازگار بودن آن با واقعیت های موجود در خصوص افزایش تعداد زنان سالمند تنها و نیازهای آنها شده و در نتیجه اجرای این سیاست ها در محاق قرار می گیرد.

بند ۷ سیاست های کلی جمعیت بر لزوم حفظ کرامت سالمندان تأکید می نماید اما این امر مهم در مقام اجرا کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

یکی از تأکیدات انجام پذیرفته توسط صاحب نظران و نیز مدیران اجرایی که با آنان مصاحبه صورت گرفت **ناهماهنگی در برداشت و نحوه اجرای سند ملی سالمندان و عدم تأمین بودجه برای اجرای آن** است به نحوی که اختلافات دیدگاهی و اجرایی میان سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام خمینی و سایر سازمان های مسئول بر اجرای این سند سایه انداخته و موجبات توقف و یا ناکارآمدی در اجرای آن را فراهم کرده است.

در فرایند سیاستگذاری، اهداف و وظایف سازمان های مسئول در ارائه خدمات به نحوی همپوشان و یا توأم با ناهماهنگی های متعدد است. این نقص به وضوح در وضعیت زندگی زنان سالمند تنها خود را نشان می دهد. توصیه می نماید در سیاست گذاری ها به تعداد و نحوه ی فعالیت و هماهنگی این گونه

سازمان ها با یکدیگر و همچنین روش تعامل آنها با نهادهای مردمی و خیریه ها به صورت دقیق طراحی و مشخص شود.

در سیاستگذاری های ملی در حوزه زنان سالمند تنها باید به این نکته توجه نمود که سالمندی سالم مقدم بر سالمندی موفق خواهد بود.

EY

وقتی شما همه ی این کارها را کردید که سالمند *Healthy Aging* پیدا کرد حالا شما می توانید از او بخواهی *Successful Aging* داشته باشد. *Successful Aging* را می آیییم از ایشان در خواست می کنیم می گوییم ما شما را سلامت کردیم الان شما باید زندگی موفق داشته باشید این معنیش یعنی این.

ضرورت دارد در تدوین سیاست های مربوط به زنان سالمند تنها رویکردهای پیشگیرانه و ارتقای سلامت و مبتنی بر مشارکت بیشتر خانواده سالمند در اولویت باشند و همچنین روند تغییرات جمعیتی زنان سالمند در جامعه ایران به طور جدی ایجاب می نماید که سیاستگذاری ها با ویژگی های نسل بعدی زنان سالمند تنها که از شرایط و پتانسیل متفاوتی برخوردار هستند، سازگار باشند.

لازم می نماید در تمهید سیاست های مربوط به حوزه سالمندان تفاوت های بیولوژیک، روانی-عاطفی، اجتماعی و اقتصادی زنان سالمند تنها نسبت به مردان مورد توجه قرار گیرد. برخی از صاحب نظران بر این باور بودند که ممکن است ضرورت داشته باشد در برخی موارد سیاست های مبتنی بر تبعیض مثبت (تبعیض روا) لحاظ شوند.

قوانین مرتبط با زنان سالمند تنها

از دید صاحب نظران این پژوهش سند ملی سالمندان به عنوان نقشه راه جامع می تواند راهگشای مدیران اجرایی و پرهیز از ایده های تکراری و غیرمرتبط باشد. همچنین تحولات و تغییراتی که به صورت کمی و کیفی طی دهه های اخیر و آتی در حوزه سالمندان شکل گرفته و یا خواهد گرفت

ضرورتی بی بدیل را پیش روی نظام حکمرانی ایران و شهروندان و نهادهای مردمی ذیربط قرار می دهد تا از جمله نقاط کانونی در حوزه قوانین مربوط به سیاست های اجتماعی توجه به پدیده سالمندی رو به گسترش ایران باشد.

قانون برنامه هفتم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایران

یکی از آسیب های موجود در برنامه های توسعه فقدان رویکرد جامع به موضوع سالمندان و به ویژه زنان سالمند و تنها می باشد. برنامه هفتم توسعه فرصت مغتنمی خواهد بود تا این نقص برطرف شود و جنبه های مختلف سالمندی در قالب قوانین و احکام به صورت جامع مورد توجه قرار گیرد.

قوانین ارث

صاحب نظران در موارد متعددی بروز فقر و ناهنجاری ناشی از آن در زندگی زنان سالمند تنها را مربوط به قوانین و قواعد تقسیم ارث در خانواده دانسته و تأکید داشتند با تدوین قوانین روزآمد بایستی این محدودیت به طور جدی مورد توجه و تجدید نظر قرار گیرد.

بازنشستگی پلکانی

از جمله راهکارهای مفید برای تحقق سالمندی مثبت و فعال بهره برداری هر چه بیشتر از پتانسیل های منابع انسانی کشور و همچنین زنان سالمند تنها یکی از راهکارهای پیشنهادی پیش بینی **بازنشستگی مرحله به مرحله یا به تعبیری پلکانی** است. با اصلاح قوانین بازنشستگی سازمان ها و نهادهای مختلف می توانند از توانایی های این گروه کماکان در زمینه های انتخاب شده و به صورت محدود استفاده نمایند.

این روش علاوه بر اینکه کمک به امر توسعه و تولید ناخالص کشور می کند، موجب استمرار کارآمدی و شادابی سالمندان تنها شده و مطابق پیشینه موجود بیماری و مرگ ناشی از افسردگی و تنهایی مفرط و ناکارآمدی را کاهش می دهد.

تقویت شورای ملی سالمندان

یکی از محدودیت های تأکید شده در مصاحبه با صاحب نظران موضوع فقدان اقتدار قانونی لازم در شورای ملی سالمندان به منظور تصمیم گیری ها و تضمین اجرای سند ملی سالمندان می باشد.

شورای ملی سالمندان در نظارت بر عملکرد سایر دستگاه در حوزه سالمندی امکانات اداری لازم را نداشته و غالباً سایر دستگاه ها از پذیرش این نظارت امتناع می کنند.

این محدودیت نشان دهنده ضرورت تجدید نظر در اختیارات نظارتی شورای ملی سالمندان را بیش از پیش نشان می دهد.

در عین حال اجرای برنامه های مصوب در شورای ملی سالمندان توسط سازمان های مسئول به دلیل پیش بینی نشدن بودجه های متناسب توسط سازمان ها معطل می ماند. توصیه صاحبانظران و مدیران و کارشناسان پیش بینی بودجه لازم به این منظور می باشد. بی تردید نقش شورای ملی سالمندان برای نظارت بر نحوه صرف بودجه در سازمان های مجری سند ملی سالمندان می تواند بسیار تعیین کننده باشد.

برنامه های مرتبط با زنان سالمند تنها

در حال حاضر سازمان بهزیستی و در مواردی کمیته امداد امام خمینی و همچنین نهادهای مردمی و خیریه ها خدماتی از قبیل پرداخت کمک هزینه به زنان سالمند تنها، اعزام مراقب، خدمات پرستاری، ارائه مشاوره، تأمین دارو و یا ارجاع به مراکز نگهداری را عهده دار هستند. به نظر می رسد اولاً حجم و کیفیت خدمات ذکر شده به صورت نسبی پایین بوده و از سوی دیگر این خدمات شامل گروه بسیار کوچکی از زنان سالمند تنها گردیده و بخش عمده ای از این امکان محروم هستند. توصیه پژوهش حاضر مبتنی بر یافته های حاصله این است که اولاً تلاش برای کیفیت بخشی بالاتر خدمات صورت گیرد و ثانیاً افراد نیازمند به این خدمات به طور وسیع تری تحت پوشش قرار گیرند.

بنابر گزارش صاحبانظران و نیز زنان سالمند تنهای مصاحبه شده در این پژوهش، در موارد نسبتاً قابل توجهی زنان سالمند تنها به دلیل محدودیت منابع مالی و یا فقر مفرط از دریافت خدمات ضروری توانبخشی محروم هستند. توجه ویژه سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، موسسات خیریه و نهادهای مردمی در کاهش این محدودیت می تواند راهگشا باشد.

به نظر می رسد یکی از اولویت هایی که کمتر مورد توجه قرار گرفته است موضوع آموزش های زندگی در دوره میانسالی زنان است که ایشان بتوانند همزمان با ورود به دوره سالمندی آگاهی و مهارت های همه جانبه برای زیست موفق در این دوره را کسب نمایند. لذا توصیه های متعدد صاحبانظران معطوف به لزوم توجه و تمرکز نهادها و سازمان های ذیربط اعم از دولتی، مردمی و عمومی و رسانه ها (به ویژه صدا و سیما) در این زمینه می باشد.

یکی از نگرانی های ابراز شده در مصاحبه های عمیق موضوع چگونگی استفاده از تجارب جهانی است که غالباً در فضای عمومی مورد مواجهه ی فرهنگی و یا حتی سیاسی قرار گرفته و این تجارب تحت عناوینی مانند غرب محور، غیراسلامی و یا خلاف روحیات فرهنگی-اجتماعی مردم بودن مورد نقد و یا مخالفت های جدی قرار گرفته و نهایتاً برنامه ریزان دچار سرگردانی می شود که چگونه می توان از تجارب بشری استفاده ی مناسب نمود.

این پژوهش می تواند الگویی تحت عنوان "دیالکتیک عام و خاص" را در خلال نظرات مصاحبه شوندگان دریافت و در این قسمت مورد تأکید قرار دهد.

در ایده دیالکتیک عام و خاص روش کار بدین صورت خواهد بود که تجارب جهانی را دریافت و سپس مورد واکاوی قرار داده و در نهایت با تجارب "متن محور" که مبتنی بر فرهنگ دینی، عمومی و تاریخی جامعه ایران است، تقاطع داده و در نهایت الگویی تلفیق شده برگرفته از تجارب قابل اجرای جهانی و داخلی و البته به صورت سازگار و "متن پایه" در اختیار برنامه ریزان و حتی سیاستگذاران قرار داد.

E۱

الان در یک سری فیلدها داریم بومی سازی می کنیم، مثلاً ما الان محیط دوستدار سالمند را در ایران دیگر داریم کم کم پیاده می کنیم. یک برنامه ای است که بیش از ۱۰ سال در دنیا سابقه داشته مال سازمان بهداشت جهانی بوده و الان بیش از اگر اشتباه نکنم خیلی کشورهای دنیا بیشتر از صد و خرده ای کشور عضو هستند عضو شبکه بین المللیش هستند، ما توانستیم با استفاده از تجربه دیگران و بعدش آموزش و در واقع یک مقدار شرایط بومی در ایران این را شروع کردیم در یک سری شهرها داریم پایلوت می کنیم که برود جلو و حتی بعضی شهرها برای خودشان سند محیط دوستدار سالمند را اصلاً تنظیم کردند برای مثلاً با شهرداری شان برای سال های آینده، برنامه چند ساله شان را هم نوشتند.

از جمله برنامه های دیگری که می تواند در بهبود وضعیت زنان سالمند تنها اثربخشی داشته باشد، لحاظ نمودن برنامه های فعلی و آینده نگرانه نسبت به این گروه در **طرح های توسعه ای اجتماع محور** توسط سازمان بهزیستی کشور، شهرداری ها و شوراهای و سایر سازمان های مسئول است (بایستی توجه نمود که شوراهای سطح مدیریت خویش را به شهرداری تقلیل نداده و خود را شورای

شهرداری ندانند زیر شورای شهر با تمام ابعاد و مختصات انسانی و اجتماعی آن نیز هستند و همچنین شهرداری ها منحصرأ خود را مکلف به خدمات فیزیکی در شهر ندانسته و به این ضرورت ها نیز توجه اساسی بنمایند).

با توجه به اینکه این طرح در چهار استان به منظور توانمندسازی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان آغاز شده است، تمرکز ویژه بر گروه زنان سالمند تنها در اجرای این برنامه ها کاملاً مفید و راهگشا خواهد بود.

حضور زنان سالمند در مدارس و مهدکودک ها و انجام فعالیت های مشترک با کودکان و نوجوانان می تواند تجربه ای موفق در تحقق فرایند مشارکت و ادغام اجتماعی آنان باشد.

پیش بینی تسهیلات مناسب اداری، مالی و حقوقی به منظور فعالیت آن گروه از زنان سالمند تنهایی که سابقه و انگیزه کارآفرینی و همچنین فعالیت های داوطلبانه در نهادهای مدنی داشته اند.

تلاش به منظور برنامه ریزی همه جانبه توسط نهادهای دولتی و مردمی در زمینه آموزش و آگاهی بخشی جهت شکل گیری و گسترش شبکه های اجتماعی متنوع برای زنان سالمند تنها می تواند کمک شایان توجهی در کاهش مشکلات و حرکت در مسیر سالمندی مثبت و فعال باشد.

فقدان زیرساخت ورزشی و اوقات فراغت مناسب برای استفاده زنان سالمند تنها در حال حاضر مشکلی چشمگیر است و به نظر می رسد با توجه به پیش بینی جمعیت این گروه در ۳۰ سال آینده می تواند به عنوان یک نیاز مبرم در برنامه ریزی ها مورد توجه قرار گیرد.

با عنایت به جمعیت رو به فزونی سالمندی و زنان سالمند تنها در ایران، ضرورت مشارکت مردم در ارائه خدمات سالمندی دوچندان خواهد بود. لذا با گسترش تسهیلات اداری و حقوقی و برنامه ای و همچنین بسترسازی برای استفاده از سرمایه گذاری بخش خصوصی می توان ظرفیت های جامعه را در زمینه آموزش و آگاهی بخشی زنان سالمند تنها، خدمات روزانه و یا خدمات بستری کوتاه مدت و بلند مدت فعال تر نمود.

خدمات از راه دور در زمینه بهداشت، درمان و توانبخشی که در برخی کشورها ارائه می گردد بایستی در برنامه ریزی ها به عنوان یک اولویت مورد توجه قرار گیرد.

فناوری های جدیدی که در کشورهای توسعه یافته به صورت فزاینده ای مورد بهره برداری قرار می گیرد، باید به عنوان یک اولویت در برنامه ریزی ها مد نظر قرار گیرد. از جمله اولویت ها بومی سازی این فناوری ها توسط شرکت های دانش بنیان خواهد بود.

بخش مهمی از این فناوری ها بر افزایش استقلال سالمندان و به ویژه سالمندان معلول تأکید دارند. در این میان زنان سالمند تنها که موضوع استقلال برای آنها از اهمیت بالایی برخوردار است، می توانند بهره بردار اصلی این فناوری ها باشند.

به منظور توانمندسازی و نیز انگیزه بخشی زنان سالمند تنها و همچنین پیشگیری از انزوا، از جمله برنامه هایی که می تواند مورد توجه قرار گیرد، آموزش و همچنین گسترش فعالیت های اقتصادی در قالب **مشاغل خانگی** می باشد تا ضمن کاهش مواردی که قبل گفته شد، به خودکفایی مالی ایشان نیز کمک نماید.

تربیت نیروی انسانی متخصص در حوزه سالمندی

از جمله کاستی هایی که طی سال های اخیر نسبتاً کاهش یافته است، موضوع مربوط به کمبود نیروی انسانی متخصص در حوزه سالمندی می باشد. در حال حاضر در سطح کشور با دو مشکل جدی روبرو هستیم که اولی شامل کمبود چشمگیر نیروی متخصص در استان های مختلف و حتی تهران می باشد و دوم اینکه آموزش نیروی انسانی در زمینه سالمندی غالباً معطوف به آموزش در مقطع دکتری بوده و مقاطع تحصیلی پایین تر و به ویژه رشته هایی که به مهارت نیروی انسانی در نگهداشت و حل مشکلات سالمندان بپردازد، مورد توجه قرار نگرفته اند (برقراری مقاطع فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد) تا بتواند در جنبه های مختلف کاربردی و مهارتی به جمعیت هدف خدمت رسانی نماید.

مناسب سازی

مناسب سازی حلقه مفقوده ی زندگی روان و بدون دغدغه سالمندان است که می توان اذعان نمود در بسیاری از استان ها و شهرستان ها حتی حداقل های لازم نیز در شبکه های معابر، ساختمان های اداری، مراکز خدماتی و درمانی و همچنین مراکز اوقات فراغت و سایر محیط های زندگی طراحی و اجرا نشده است. این نقص مهم تأثیر بسزایی در کاهش کیفیت زندگی و رفاه و همچنین مشارکت و ادغام اجتماعی زنان سالمند تنها دارد.

نکته ای که زنان سالمند تنها در مصاحبه ها به آن اشاره می کردند این بود که در بسیاری موارد داخل منزل آنها تا اندازه ای مناسب سازی شده بود. نصب دستگیره در سرویس های بهداشتی و حمام یا کنار پله ها و ... از جمله تلاش هایی بود که خانواده زنان سالمند تنها برای مناسب سازی داخل

منزل انجام داده بود. در پی اقدامات پیش گفته لزوم تدوین الگوهای مناسب سازی منازل زنان سالمند تنها یک ضرورت فوق العاده مؤثر در حفظ استقلال آنهاست. به نظر می رسد بخشی از مسئولیت مناسب سازی منازل باید توسط سازمان های مسئول مانند سازمان بهزیستی، سازمان نظام مهندسی، اتحادیه پیمانکاران ساختمانی و به ویژه شهرداری ها پی جویی و اجرایی شود.

راه اندازی سامانه ثبت اطلاعات خدمات به سالمندان

در حال حاضر ارائه خدمت به سالمندان به صورت متنوع و توسط سازمان های مختلفی اعم از دولتی و مردمی انجام پذیرفته و غالباً اطلاعات مربوط به ارائه این خدمات به صورت منظم ثبت و رصد و ارزیابی نمی شود. پیشنهاد این پژوهش برگرفته از مصاحبه های انجام شده ساماندهی و فعال شدن این سامانه در دبیرخانه شورای ملی سالمندان می باشد. راه اندازی این سامانه می تواند به هماهنگی درون و بین بخشی و همچنین افزایش بهره وری کمک شایانی نماید.

این سامانه می تواند به صورت هوشمند و بر اساس روش های محاسباتی دقیق سالمندانی که استحقاق دریافت خدمات دارند اما برای دریافت خدمات مراجعه نکرده اند را شناسایی نماید. به عبارت دیگر این سامانه می تواند برای نیازمندیابی فعال در جمعیت سالمندان به طور کارآمدی مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این چنین سامانه ای می تواند برای پایش وضعیت سالمندان و تصمیم گیری های مبتنی بر شواهد به منظور ارائه خدمات بیشتر به سالمندان به کار آید. چنین سامانه ای بر مدیریت بودجه ای که در حوزه سالمندان اختصاص می یابد تأثیر قابل توجهی خواهد داشت. این سامانه ارائه خدمات موازی یا تکراری به سالمندان که به صورتی رایج شده است، می تواند کاهش دهد.

ضرورت توسعه مراکز روزانه سالمندان

تأسیس و گسترش مراکز روزانه سالمندان از طریق ظرفیت بخش خصوصی و خیریه ها و سازمان های دولتی بی تردید نقش بسیار مؤثری در کاهش مشکلات و دشواری های زندگی زنان سالمند تنها خواهد داشت. زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه شرکت کردند و تجربه حضور در مراکز روزانه سالمندان را داشتند، مزیت های بسیاری را برای این مراکز بیان می کردند. آنها تجربه بسیار مثبتی از حضور در مراکز روزانه سالمندان داشتند. دوستان بسیاری را در این مراکز یافته بودند و شبکه اجتماعی شان در دوره تنهایی به طور قابل توجهی گسترش یافته بود. فرصت قابل قبولی برای آموزش دیدن در مورد چگونگی مراقبت از خود، مشارکت و ادغام اجتماعی کسب کرده بودند. مراکز روزانه

سالمندان به زنان سالمند تنها کمک کرده بودند که برنامه روزانه مشخصی داشته باشند و انگیزه لازم را برای خروج از منزل و کاهش انزوای خود پیدا کنند.

مطابق بررسی های انجام شده توجیه اقتصادی مراکز روزانه غالباً کمتر از مراکز نگهداری شبانه روزی بوده و انگیزه افراد و سازمان ها را برای تأسیس آن کاهش می دهد. لذا جهت دهی تسهیلات و امکانات دولت به این سمت می تواند مشوق مؤثری برای توسعه مراکز روزانه سالمندان باشد.

ایجاد خدمات دوجانبه به زنان سالمند تنها

این خدمات می تواند تأثیر تنهایی بر زنان سالمند را کاهش دهد. در این نوع خدمات سایر افراد جامعه برای مصاحبت و کمک های ضروری در تعامل با زن سالمند تنها قرار می گیرند.

E۶

ما مثلاً ما این قدر دیگر در فلان نیازهای سیاست گذاری معیشتی ماندیم که اصلاً فکر Companionhip Support نباشیم. در حالی که خب چرا! آن هم برای یک قشر در جامعه اصلاً می تواند اشتغال ایجاد کند و یک سری جوان واقعا بحث اشتغال Companionhip Support را برایشان راه بیندازند برای سالمندان مرفه، به هر حال سالمندان مرفه خودش گروه بازار است دیگر و می تواند یک سری خدمات را به این ها بدهد و این هم خودش یک بحثی است. حالا اگر این ها را یک موسسه باشد یک متولی خاص باشد جای مشخصی باشد دیگر راحت تر می شود اعتماد را جلب کرد. مثل همین ... دیگر خودتان دیدید در کشورهای دیگر چقدر ما جوان ایرانی هست دانشجو است پول نمی دهد به آن سالمند فقط با او زندگی می کند ولی در عوض خریدش را انجام می دهد ... سالمند می گوید من خانه ام را با تو شریک می شوم مثلاً ولی خب کمکش می کند خرید است و زندگی مشترک است دیگر ولی پول نمی دهد...

ضرورت طراحی و ارائه خدمات پس از مرگ

همانطور که پیش از این نیز اشاره شد، در موارد متعددی زنان سالمند تنها نگرانی بسیار جدی در مورد مناسک، آداب و تشریفات مربوط به پس از مرگ خویش را مطرح کردند. از جمله نگرانی هایی که موجباتی برای اضطراب و افسردگی ایشان فراهم می آورد، موضوع مرگ غریبانه است. از این رو صاحبان نظران پیشنهاد کردند که لازم است خدمات ویژه ای برای پس از مرگ زنان سالمندان تنها طراحی و اجرا شود.

E۵

ما برای مراسم عروسی موسسات مختلف داریم، یکی پکیج دارد ولی برای خدمات مرگ هیچ چیز در ایران نداریم، این بخشی از زندگی است، طرف می رود بیمارستان پدر مادرش آن جا بوده فوت می کند نمی داند چکار کند مجوز کفن و دفن، خانواده دو تا از بچه ها مشهد هستند دو تا تبریز هستند یکی خوزستان است، بگذار سردخانه، قبر کجا بگیریم، چکار باید بکنیم، مسجد کجا بگیریم، ما همیشه به بچه ها می گوییم

چرا یک موسسه برای این تدوین نمی شود بیاید کلاسه شده این را به این ها ارائه بدهد؟! ما این قدر غافل هستیم ولی من می گویم که خانم تنهای سالمندی که تمام اطرافیانش هم نیست آقای تنهای سالمند وقتی که فوت می کند چه اتفاقی می خواهد بیفتد؟!

پوشش ناکافی بیمه سلامت

پوشش ناکافی بیمه سلامت برای زنان سالمند تنها یکی از محدودیت های بسیار مهم می باشد که به دریافت خدمات ناچیز و دیر هنگام درمانی منتهی می شود. بیمه سلامت در بسیاری موارد پاسخگوی نیازهای درمانی زنان سالمند تنها نیست و زنان سالمند تنها ممکن است به دلیل عدم توانایی پرداخت هزینه های درمانی به صورت آزاد و خارج از پوشش بیمه از پیگیری درمان خود اجباراً منصرف شوند. انزوا و کاهش طول عمر و کیفیت زندگی از جمله پیامدهای منفی این محدودیت است.

ارائه خدمت در منزل

انجام خدمات رفاهی و توانبخشی در منزل به زنان سالمند تنها ضمن حفظ کرامت انسانی ایشان اثربخشی بالاتری داشته و همچنین در مجموع از نظر سرمایه گذاری اقتصادی برای سازمان های مربوط به نسبت بستری بلند مدت ایشان به صرفه تر است.

فراهم کردن امکان تعامل زنان و مردان سالمند و انجام فعالیت های مشترک با یکدیگر در مراکز روزانه سالمندان می تواند به توسعه شبکه اجتماعی آنها کمک مؤثری نماید.

راه اندازی کانون های سالمندی محله ای می تواند بستر مناسب تری را برای مشارکت سالمندان فراهم نماید. سالمندان در این کانون ها مسئولیت برنامه ریزی فعالیت های مشترک میان خودشان را می پذیرند.

فعالیت های داوطلبانه توسط سالمندان و اجرای برنامه هایی که به سالمندان فرصت به اشتراک گذاشتن تجربیات خود با دیگران را فراهم می کنند، می تواند علاوه بر تسهیل مشارکت اجتماعی سالمندان، موجب شوند سالمند احساس مفید و مؤثر بودن داشته باشد.

E۹

چون ما یک بحث اصلی ای که داریم این است که آن سالمند احساس مؤثر بودن را، احساس مفید بودن را از دست ندهد چون وقتی این را از دست می دهد خیلی چیزها را بعدش از دست می دهد، یعنی زمانی که این احساس را پیدا کرد که مفید نیست، دیگر به درد نمی خورد انواع بیماری های جسمی اش شروع می شود، بحث های آسیب های روانی شروع می شود و می افتد در وضعیت سالمندی ما طرحی را اجرا کردیم به نام «سرای تجربه» در ۵ تا از محله های تهران این طرح را پایلوت کردیم و اصلا اساس این طرح همین از سالمندان برای سالمندان بوده یعنی حالا غیر از این که یک بیس اصلیش همین تبادل تجربه ی بین نسلی بوده که یعنی حالا سالمندها با سایر نسل های دیگر و برنامه ریزی خودشان برای خودشان ولی نگاه اصلی این بوده که مثلا یک سالمندی در سطح محله اش بگوید که مثلا من استاد دانشگاه هستم می توانم درس بدهم، آن یکی بگوید من خیاط هستم هم چنان می توانم این کار را بکنم در مقابلش یک سری ظرفیت های دیگر را ندارد بتواند بگیرد حتی پیش بینی کردیم حتی برای خودش اگر نمی گیرد خیلی وقت ها این احساس مؤثر بودن این است که مثلا آن سالمند بگوید ببین من دارم در این ... به نوه اش مثلا بگوید من دارم در این محله این کار را می کنم در ازایش تو

می توانی بروی از کتابخانه اش استفاده کنی، مثلا به بچه اش بگوئی تو می توانی
بچه ات را بگذاری در خانه کودک این جا ...

ورزش گروهی صبحگاهی راهی برای ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان است. این برنامه در بسیاری از بوستان های شهرهای بزرگ به طور منظم به اجرا درمی آید و توسعه آن در سایر شهرها و رفع موانع فرهنگی برای حضور زنان سالمند تنها در برنامه های ورزش گروهی در شهرهای کوچک می تواند عامل مؤثری در ارتقای سلامتی زنان سالمند تنها باشد.

E۹

در تهران سال هاست ایستگاه های صبحگاهی وجود دارد، مردم می آیند ورزش می کنند، خب بخش عمده ای از این ها که می آیند ورزش می کنند سن شان بالاست چه مردهایشان چه زن هایشان و باز آن جا هم خیلی ارتباط بین این ها شکل می گیرد.

برگزاری جشن ها یا فستیوال ها با مشارکت سالمندان، برگزاری رقابت های نشاط برانگیز در میان سالمندان و "گفت و گو در شهر" بر تعاملات و مشارکت اجتماعی سالمندان مؤثر است.

E۹

یک طرحی ما داشتیم گفت و گو در شهر که باز قبل کووید انجام شد در همه بوستان های تهران با موضوع های مختلف گروه های مختلف جمعیتی با هم می نشستند حرف می زدند از مدل *Human Library* آمده بود یعنی خودمان بومیش کردیم و تبدیلیش کردیم به طرح «گفت و گو در شهر» که آدم ها حول یک موضوعی با همدیگر می نشینند صحبت می کنند و یک تسهیلگر اجتماعی هم گذاشتیم، قبلیش هم تسهیلگرهایمان را به موسسه امام موسی صدر گفتیم بیاید به ایشان آموزش گفت و گو بدهد و در حالا یک سری گوی به ایشان داده بود این ها یاد می گرفتند چه جوری گوش بدهند، خوب گوش دادن را یاد بگیرند، حرف زدن را یاد بگیرند و این ها و خب مثلا همان «گفت و گو در شهر» مخصوصا در گروه های جمعیتی سالمندی خیلی مؤثر بود.

باز من همین پارک قزل قلعه رفته بودم باز آن جا خیلی از پیرمرد پیرزن ها خب این ها اکثر آنها هستند و تنها های ممتول هستند، بچه هایشان همه مثلا منطقه ۶ اکثر این جوری است دیگر، سالمندانی را دارد که بچه هایشان خارج از ایران اند و تنها زندگی می کنند، خیلی هایشان من یادم است همان موقعی که می رفتم می گفتند که ما خیلی سال است می آمدیم این پارک ورزش می کردیم ولی آمدن مان برنامه منظم نداشت یا با همسن های خودمان ارتباط معنی دار نگرفته بودیم. بعد دیگر آمده بودند در این برنامه «گفت و گو در شهر»، آن موقع هر روز ساعت ۴ تا ۶ می آمدند این جا می نشستند با هم حرف می زدند، کلی بین شان ارتباطات غیر رسمی شکل گرفته بود و خیلی خیلی برایشان خوب بود.

مشارکت اجتماعی در خدمات کنونی در ایران نادیده گرفته شده است. این در حالی است که مشارکت اجتماعی می تواند به طور قابل توجهی بر سلامت سالمندان مؤثر باشد.

نمی روند به سمت افزایش *Social Participation* سالمندان می روند به سمت مراقبت شان چون سالمندی که آسیب پذیر است از او پول می شود در آورد اما سالمندی که مشارکت اجتماعی دارد حالش خوب است ۹۰ سالش هم هست پول از او در نمی آید ...

خطر منزوی شدن سالمندان در شهرها بسیار زیاد است. آنها در شهر تعاملات محدودتری در مقایسه با روستا دارند و در عین حال بسترهای لازم برای مشارکت اجتماعی و فعالیت های داوطلبانه سالمندان در ایران پیش بینی نشده است. فعالیت های محدودی توسط شهرداری تهران انجام می شود اما فراگیر نیست و از همه مهمتر اینکه در سایر شهرها چنین برنامه هایی به اجرا در نمی آیند.

نیمرخ زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده

صاحب نظران در پاسخ به این سوال که در ۳۰ سال آینده وضعیت زنان سالمند تنها در ایران چگونه خواهد بود؟ به نکات قابل توجهی اشاره کردند. در ادامه به پیش بینی های صورت گرفته توسط ایشان اشاره شده است:

تعداد زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده افزایش خواهد یافت: تجرد قطعی تعداد زیادی از دخترانی که متولد دهه های ۵۰، ۶۰ و ۷۰ هستند، مهمترین عامل افزایش زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده خواهد بود. به این ترتیب تعداد زنان سالمند مجرد قطعی در ۳۰ سال آینده به طور قابل توجهی بیشتر از سال ۱۴۰۰ خواهد شد. در عین حال افزایش نرخ طلاق نیز بر این امر تأثیر خواهد داشت.

نسبت زنان سالمندان تنها به مردان سالمند تنها در آینده کاهش خواهد یافت: مهمترین دلیلی که صاحب‌نظران برای این امر مطرح می‌کردند این بود که امید به زندگی زنان و مردان در آینده به یک اندازه خواهد شد. از جمله دلایل نزدیک شدن سن امید به زندگی در میان زنان و مردان این است که برخی مخاطراتی که موجب کاهش عمر مردان می‌شود (مثلاً رانندگی خطرناک، مصرف مواد و مشروبات الکلی و ...) در میان نسل جوان و میانسال زنان کنونی نیز افزایش یافته است. به این ترتیب انتظار می‌رود که نسبت جمعیت زنان سالمند تنها به مردان سالمند تنها کاهش یابد.

سطح تحصیلات زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده بالاتر خواهد بود: جمعیتی که در ۳۰ سال آینده به سالمندی می‌رسند، سطح تحصیلات بالاتری خواهند داشت.

زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده از مهارت‌های بیشتری برای استفاده از فضای مجازی برخوردار خواهند بود: سواد دیجیتال زنان سالمند تنها در مقایسه با زنان سالمند در حال حاضر بالاتر خواهد بود. اگرچه برخی از صاحب‌نظران در این مورد تردید داشتند که سواد دیجیتال زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده به اندازه کافی خواهد بود یا خیر. چرا که سرعت پیشرفت تکنولوژی به قدری زیاد است که ممکن است سواد و مهارت‌های زنان سالمند تنها در زمینه استفاده از فضای مجازی و بهره‌گیری از تکنولوژی در ۳۰ سال آینده کفایت نکند. دانش و مهارت‌های زنان سالمند تنها در زمینه استفاده از تکنولوژی می‌تواند تسهیل‌کننده دسترسی‌های آنان به خدمات در آینده باشد. بخصوص که پیش‌بینی می‌شود بخش مهمی از خدمات در سه دهه‌ی آینده با استفاده از فضای مجازی ارائه شوند.

آمادگی بیشتر برای تنها زندگی کردن: برخی از صاحب‌نظران به این نکته اشاره می‌کردند که زنانی که در حال حاضر تجرد قطعی را تجربه می‌کنند و زنانی که فرزند ندارند یا تعداد فرزندان آن‌ها کم است، می‌دانند که در دوره سالمندی نمی‌توانند از حمایت خانواده و فرزندانشان بهره‌بگیرند. آگاهی آنان از اینکه چه شرایطی در آینده در انتظار آنهاست، موجب می‌شود که آمادگی بیشتری برای تنها زندگی کردن داشته باشند. حداقل اینکه آن‌ها از این که در دوره سالمندی تنها زندگی خواهند کرد، آگاه هستند و از نظر ذهنی آمادگی بیشتری برای مواجه شدن با این شرایط خواهند داشت. در عین

حال این آمادگی ذهنی می تواند به آمادگی های بیشتر و اندیشیدن تدابیری برای تنها زندگی کردن در دوره سالمندی منتهی شود.

زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده کمتر از حمایت های غیررسمی (خانواده، بستگان، دوستان) برخوردار خواهند بود: اغلب زنان سالمند تنها در حال حاضر فرزندان دارند که ممکن است از آنها حمایت کنند یا با خانواده و بستگان خود در ارتباطند و از حمایت آنها برخوردار می شود. کوچک شدن بعد خانوار و تضعیف روابط خانوادگی و کاهش ارتباط با بستگان موجب خواهد شد زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده علاوه بر اینکه در تنهایی زندگی می کنند کمتر امکان دریافت حمایت از سوی فرزندان، خانواده و بستگان را داشته باشند. وضعیت زنان سالمند تنهایی که مجرد قطعی هستند در این خصوص دشوارتر خواهد بود.

بخش مهمی از شبکه اجتماعی زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده در فضای مجازی شکل خواهد گرفت: مهارت های استفاده از تکنولوژی و تعامل در فضای مجازی در میان نسلی که در ۳۰ سال آینده سالمند خواهند شد، مهمترین عامل این پیش بینی توسط صاحب نظران بود. مشارکت اجتماعی در فضای مجازی مهمترین شکل مشارکت اجتماعی زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده خواهد بود.

فقر اقتصادی یا رفاه بیشتر برای زنان سالمند تنها؟ تعدادی از صاحب نظران معتقد بودند که بیکاری فراگیر، عدم اشتغال پایدار، عدم برخورداری از بیمه اجتماعی و عدم پس انداز در دوره جوانی و میانسالی در میان زنان متولد دهه های ۵۰، ۶۰ و ۷۰ موجب می شود که این افراد در دوره سالمندی خود از بیمه بازنشستگی برخوردار نباشند و البته پس اندازی برای گذران زندگی در دوره سالمندی در اختیار نداشته باشند. از سوی دیگر نبود خانواده و بستگان برای حمایت از آنها می تواند خطر فقر را در میان آنها دامن بزند. در مقابل گروه دیگری از صاحب نظران به این اشاره می کردند که تعداد زنان شاغل در جامعه افزایش یافته است و این گروه وقتی در ۳۰ سال آینده به مرحله بازنشستگی برسند، در مقایسه با زنان سالمند تنها در شرایط کنونی از وضعیت رفاهی بهتری برخوردار خواهند بود.

عدم پیش بینی زیرساخت های لازم برای حمایت از زنان سالمند تنها دریافت حمایت های رسمی را برای آنها در ۳۰ سال آینده با چالش مواجه خواهد نمود: بسیاری از صاحب نظران بر این نکته تأکید داشتند که برای حمایت از زنان سالمند تنها در ایران هیچ نوع پیش بینی مشخصی صورت نگرفته است. عدم آمادگی برای ارائه خدمت به این گروه و حمایت از آنها وضعیت آنها را در آینده چالش برانگیز خواهد نمود.

زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده با مشکل مسکن مواجه خواهند بود: عدم اشتغال پایدار و ناتوانی در خرید مسکن در دوره جوانی و میانسالی موجب خواهد شد زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده به طور جدی با مشکل مسکن مواجه شوند. درآمد آنها در دوره سالمندی به احتمال زیاد متوقف می شود و به همین دلیل امکان پرداخت ودیعه و اجاره بها برای مسکن را نخواهند داشت.

سبک زندگی مجردی در آینده بیشتر مورد پذیرش جامعه قرار خواهد گرفت: به این ترتیب فشارهای فرهنگی بر زنان سالمند مجرد قطعی کاهش خواهد یافت.

زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده سلامت و خودمراقبتی بیشتری خواهند داشت: علاوه بر اینکه سطح تحصیلات زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده بالاتر خواهد بود، آگاهی آنها از اینکه در آینده تنها زندگی خواهند کرد و آمادگی برای این امر موجب می شود بیشتر از خود مراقبت نمایند. هر چند برخی از صاحب نظران در این زمینه تردیدهایی را مطرح می کردند. به عنوان مثال نسل جوان و میانسال کنونی سبک تغذیه ای نامناسب تری نسبت به نسل قبل از خود دارند. عدم تغذیه مناسب و کاهش فعالیت های بدنی مواردی بودند که توسط تعداد دیگری از صاحب نظران مطرح شد. به عنوان مثال یکی از صاحب نظران بر این باور بود که شاخص BMI در این نسل بیشتر است، وزن بیشتری دارند، بیشتر Fast Food و غذاهای آماده خوردند و ممکن است سیستم ایمنی خوبی نداشته باشند و در آینده با مشکلات جسمی بیشتری روبرو شوند.

زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده از وضعیت اجتماعی بهتری برخوردار خواهند بود: افزایش تحصیلات و اشتغال زنان، افزایش مشارکت اجتماعی زنان، آگاهی بیشتر زنان از حقوق خود و تلاش برای استیفای حقوقشان از جمله دلایلی است که می توان بر اساس آن ها این استدلال را پذیرفت که زنان سالمند به طور کلی و زنان سالمند تنها به طور خاص از وضعیت اجتماعی بهتری برخوردار خواهند بود.

با توجه به شرایط کنونی سیاستگذاری در حوزه سالمندان، امیدی به آینده زنان سالمند تنها نیست: سیاستگذاری های ناکارآمد در حوزه سالمندی و بی توجهی به نیازهای زنان سالمند تنها می تواند در آینده وضعیت پیچیده ای را ایجاد کند و پیش بینی تعدادی از صاحب نظران این بود که شرایط مناسبی در انتظار زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده نیست.

یافته های فاز سوم (تحلیل ثانویه)

در این بخش دو درصد داده های سرشماری های انجام شده در مرکز آمار سال ۱۳۹۵ و در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سال ۱۳۹۹ مورد استفاده قرار گرفته است. تعداد زنان سالمند در دو درصد داده های سرشماری سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ۱۸۰۵۷ و در دو درصد داده های سرشماری سال ۱۳۹۹ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی برابر ۲۴۰۹۴ نفر است. با توجه به امکان هم پوشانی داده های زنان سالمند تنها در این دو مرکز و سال های اجرای متفاوت، داده های این دو سرشماری قابل ادغام نیست و لذا نتایج به تفکیک ارائه گردیده است.

توزیع فضایی تنه‌ازبستی زنان سالمند در ایران

در جدول شماره ۱۲ جمعیت زنان سالمند تنها به تفکیک استان و مناطق شهری و روستایی مشاهده می شود. بیشترین جمعیت زنان سالمند تنها در استان تهران و کمترین جمعیت این گروه در استان کهگیلویه و بویر احمد می باشد.

جدول ۱۲: تعداد کل جمعیت زنان سالمند و زنان سالمند تنها به تفکیک استان و مناطق شهری و روستایی ایران، ۱۳۹۵

روستایی	شهری	کل	جمعیت زنان سالمند			
			روستایی	شهری	کل	
۱۸۷۳۵	۲۰۶۹۴	۳۹۴۲۹	۷۹۲۷۲	۹۲۶۰۳	۱۷۱۸۷۵	گیلان
۱۹۸۴۱	۲۲۲۹۷	۴۲۱۳۸	۹۰۵۴۴	۹۹۵۵۸	۱۹۰۱۰۲	مازندران
۱۵۵۶۶	۳۷۵۱۲	۵۳۰۷۸	۶۳۹۶۰	۱۴۷۶۲۰	۲۱۱۵۸۰	آذربایجان شرقی
۹۸۰۱	۲۰۸۹۸	۳۰۶۹۹	۵۰۵۱۹	۹۴۰۵۶	۱۴۴۵۷۵	آذربایجان غربی
۵۲۴۶	۱۴۸۳۶	۲۰۰۹۰	۲۹۴۶۴	۷۰۹۰۵	۱۰۰۳۶۹	کرمانشاه
۷۱۲۴	۲۲۳۸۶	۲۹۵۲۴	۳۸۲۱۷	۱۲۹۸۷۰	۱۶۸۰۸۷	خوزستان
۱۵۰۷۶	۳۵۳۸۹	۵۰۵۶۰	۷۰۶۲۸	۱۶۲۲۲۲	۲۳۲۸۵۰	فارس
۱۴۴۰۴	۱۸۶۴۶	۳۳۱۰۲	۵۲۲۲۸	۷۱۴۴۰	۱۲۳۶۶۸	کرمان
۲۷۰۸۰	۵۲۳۱۹	۷۹۴۰۲	۸۶۴۱۸	۱۹۲۵۱۱	۲۷۸۹۲۹	خراسان رضوی
۱۱۷۲۷	۶۱۸۸۹	۷۳۶۱۹	۴۰۲۸۴	۲۳۱۵۴۹	۲۷۱۸۳۳	اصفهان
۱۳۷۲۰	۷۲۸۱	۲۱۰۱۸	۳۸۲۰۵	۲۷۴۴۵	۶۵۶۵۰	سیستان و بلوچستان
۴۸۷۴	۹۸۹۰	۱۴۷۶۴	۲۶۸۵۹	۴۸۲۱۴	۷۵۰۷۳	کردستان
۹۷۸۴	۱۵۱۳۳	۲۴۹۲۰	۴۰۹۵۷	۵۷۵۱۹	۹۸۴۷۶	همدان
۴۰۳۲	۶۴۶۵	۱۰۵۰۲	۱۵۸۰۵	۲۶۱۳۸	۴۱۹۴۳	چهارمحال و بختیاری
۶۴۶۹	۱۱۸۵۴	۱۸۳۲۸	۲۸۷۸۶	۵۰۹۵۸	۷۹۷۴۴	لرستان
۱۵۹۰	۲۷۸۲	۴۳۷۳	۸۹۷۱	۱۵۱۷۳	۲۴۱۴۴	ایلام
۲۴۱۱	۱۶۶۵	۴۰۸۲	۱۳۲۵۸	۱۱۲۱۹	۲۴۴۷۷	کهگیلویه و بویراحمد

۲۶۳۹	۴۶۰۰	۷۲۴۲	۱۳۶۷۳	۲۷۴۹۴	۴۱۱۶۷	بوشهر
۴۵۳۷	۷۹۵۰	۱۲۴۸۷	۲۱۰۵۰	۳۳۱۱۰	۵۴۱۶۰	زنجان
۳۲۹۰	۷۶۱۶	۱۰۹۰۶	۹۹۵۰	۲۵۵۵۳	۳۵۵۰۳	سمنان
۳۶۱۹	۱۱۶۲۵	۱۵۲۴۴	۱۱۰۱۲	۳۹۲۵۱	۵۰۲۶۳	یزد
۸۴۱۳	۴۷۵۴	۱۳۱۷۳	۲۹۸۳۶	۲۴۹۳۷	۵۴۷۷۳	هرمزگان
۶۲۹۸	۱۵۸۲۸۲	۱۶۴۵۸۱	۲۷۶۴۶	۶۶۷۷۶۰	۶۹۵۴۰۶	تهران
۵۱۳۳	۷۶۱۱	۱۲۷۴۴	۲۴۷۷۱	۳۶۱۱۶	۶۰۸۸۷	اردبیل
۱۲۳۳	۱۱۶۶۷	۱۲۹۰۰	۳۷۸۷	۴۵۶۶۸	۴۹۴۵۵	قم
۵۱۳۵	۹۰۹۲	۱۴۲۲۷	۲۰۳۸۸	۳۷۶۶۸	۵۸۰۵۶	قزوین
۸۱۵۸	۹۱۴۲	۱۷۳۰۵	۳۵۰۹۲	۴۰۶۳۵	۷۵۷۲۷	گلستان
۶۰۲۲	۵۱۰۲	۱۱۱۲۹	۱۹۴۸۴	۱۸۳۷۸	۳۷۸۶۲	خراسان شمالی
۷۰۹۶	۴۹۸۰	۱۲۰۷۶	۲۰۶۸۳	۱۷۲۱۸	۳۷۹۰۱	خراسان جنوبی
۲۵۲۵	۲۳۳۷۸	۲۵۹۰۴	۱۰۲۴۰	۱۰۹۵۸۹	۱۱۹۸۲۹	البرز
۲۶۰۲۲۳	۶۴۱۰۸۳	۹۰۱۵۳۹	۱۰۵۰۹۴۶	۲۶۹۴۳۴۹	۳۷۴۵۲۹۵	کل کشور

پنج استان دارای بیشترین درصد زنان سالمند تنها، استان های تهران، خراسان رضوی، اصفهان، آذربایجان شرقی و فارس می باشد. در حالی که استان های کهگیلویه و بویراحمد، ایلام، بوشهر و چارمحال بختیاری، کمترین درصد زنان سالمند تنها را دارند.

جدول ۱۳: توزیع فراوانی زنان سالمند تنها در استان های کشور - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

نام استان	تعداد	درصد	نام استان	تعداد	درصد
مرکزی	۴۸۶	۲,۷	ایلام	۷۱	۰,۴
گیلان	۸۶۱	۴,۸	کهگیلویه و بویراحمد	۶۶	۰,۴
مازندران	۸۴۵	۴,۷	بوشهر	۱۵۳	۰,۸
آذربایجان شرقی	۱۰۴۳	۵,۸	زنجان	۲۴۰	۱,۳
آذربایجان غربی	۶۰۱	۳,۳	سمنان	۲۱۷	۱,۲
کرمانشاه	۳۸۵	۲,۱	یزد	۲۹۲	۱,۶
خوزستان	۵۶۰	۳,۱	هرمزگان	۲۸۷	۱,۶
فارس	۱۰۱۴	۵,۶	تهران	۳۳۴۹	۱۸,۵
کرمان	۶۲۵	۳,۵	اردبیل	۲۶۱	۱,۴
خراسان رضوی	۱۶۰۴	۸,۹	قم	۲۵۲	۱,۴
اصفهان	۱۳۹۷	۷,۷	قزوین	۳۰۵	۱,۷
سیستان و بلوچستان	۴۰۳	۲,۲	گلستان	۳۵۶	۲,۰
کردستان	۲۸۹	۱,۶	خراسان شمالی	۲۴۲	۱,۳
همدان	۴۹۱	۲,۷	خراسان جنوبی	۲۴۳	۱,۳
چهارمحال و بختیاری	۲۳۰	۱,۳	البرز	۵۳۷	۲,۰

			۱,۹	۳۵۲	لرستان
--	--	--	-----	-----	--------

اکثر زنان سالمند در استان تهران (۱۸,۵٪) و سپس در خراسان رضوی (۸,۹٪) و در رتبه سوم استان اصفهان (۷,۷٪) ساکن هستند. از همه کمتر نیز مربوط به استان های ایلام و کهگیلویه و بویراحمد (۰,۴٪) است.

جدول ۱۴: توزیع فراوانی محل سکونت (شهر یا روستا) زنان سالمند تنها به تفکیک استان - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

استان	شهری		روستایی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرکزی	۳۰۶	۶۳,۰	۱۸۰	۳۷,۰
گیلان	۴۴۱	۵۱,۲	۴۲۰	۴۸,۸
مازندران	۴۵۳	۵۳,۶	۳۹۲	۴۶,۴
آذربایجان شرقی	۷۵۰	۷۱,۹	۲۹۳	۲۸,۱
آذربایجان غربی	۴۲۱	۷۰,۰	۱۸۰	۳۰,۰
کرمانشاه	۲۷۸	۷۲,۲	۱۰۷	۲۷,۸
خوزستان	۴۴۲	۷۸,۹	۱۱۸	۲۱,۱
فارس	۷۰۹	۶۹,۹	۳۰۵	۳۰,۱
کرمان	۳۴۳	۵۴,۹	۲۸۲	۴۵,۱
خراسان رضوی	۱۰۲۷	۶۴,۰	۵۷۷	۳۶,۰
اصفهان	۱۱۸۵	۸۴,۸	۲۱۲	۱۵,۲
سیستان و بلوچستان	۱۵۱	۳۷,۵	۲۵۲	۶۲,۵
کردستان	۲۰۰	۶۹,۲	۸۹	۳۰,۸
همدان	۲۹۸	۶۰,۷	۱۹۳	۳۹,۳
چهارمحال و بختیاری	۱۳۹	۶۰,۴	۹۱	۳۹,۶
لرستان	۲۱۳	۶۰,۵	۱۳۹	۳۹,۵
ایلام	۵۰	۷۰,۴	۲۱	۲۹,۶
کهگیلویه و بویراحمد	۳۳	۵۰,۰	۳۳	۵۰,۰
بوشهر	۹۷	۶۳,۴	۵۶	۳۶,۶
زنجان	۱۴۱	۵۸,۸	۹۹	۴۱,۳
سمنان	۱۴۹	۶۸,۷	۶۸	۳۱,۳
یزد	۲۲۱	۷۵,۷	۷۱	۲۴,۳

۶۲,۴	۱۷۹	۳۷,۶	۱۰۸	هرمزگان
۳,۵	۱۱۸	۹۶,۵	۳۲۳۱	تهران
۴۲,۱	۱۱۰	۵۷,۹	۱۵۱	اردبیل
۱۰,۷	۲۷	۸۹,۳	۲۲۵	قم
۳۵,۱	۱۰۷	۶۴,۹	۱۹۸	قزوین
۴۶,۱	۱۶۴	۵۳,۹	۱۹۲	گلستان
۴۷,۹	۱۱۶	۵۲,۱	۱۲۶	خراسان شمالی
۵۸,۸	۱۴۳	۴۱,۲	۱۰۰	خراسان جنوبی
۷,۸	۴۲	۹۲,۲	۴۹۵	البرز
۲۸,۷	۵۱۸۴	۷۱,۳	۱۲۸۷۳	کل

مطابق داده های جدول فوق، اکثر سالمندان در شهرها زندگی می کردند (۷۱,۳٪). در اکثر استان های کشور نیز وضع به همین ترتیب است به جز سه استان که بیشتر در روستا ساکن هستند. درصد ساکنین شهر در سیستان و بلوچستان ۳۷,۵٪، در هرمزگان ۳۷,۶٪ و در خراسان جنوبی ۴۱,۲٪ می باشد که کمتر از روستا نشینان است.

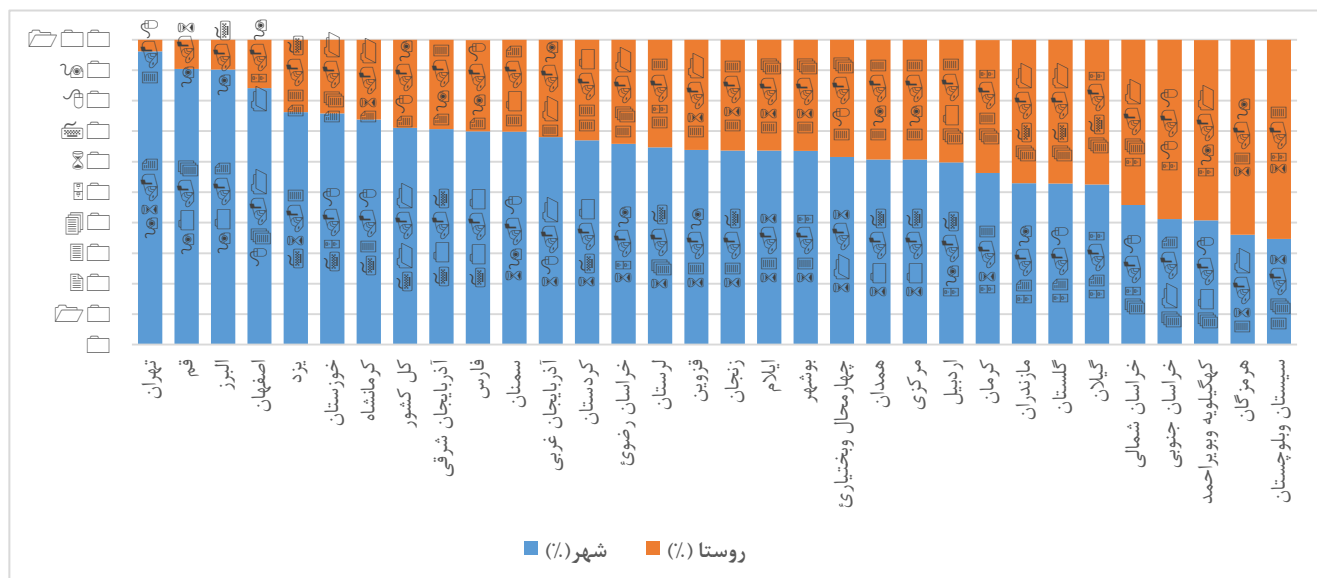
جدول ۱۵: توزیع فراوانی زنان تنها و زنان سالمند تنها به تفکیک استان - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

نام استان	تعداد زنان تنها	تعداد سالمند زن تنها	درصد سالمند زن تنها در بین زنان تنها
مرکزی	۶۲۷	۴۸۶	۷۷,۵
گیلان	۱۲۵۷	۸۶۱	۶۸,۵
مازندران	۱۲۷۳	۸۴۵	۶۶,۴
آذربایجان شرقی	۱۴۱۵	۱۰۴۳	۷۳,۷
آذربایجان غربی	۸۵۴	۶۰۱	۷۰,۴
کرمانشاه	۵۷۰	۳۸۵	۶۷,۵
خوزستان	۹۱۱	۵۶۰	۶۱,۵
فارس	۱۵۸۰	۱۰۱۴	۶۴,۲
کرمان	۱۰۳۵	۶۲۵	۶۰,۴
خراسان رضوی	۲۴۱۷	۱۶۰۴	۶۶,۴
اصفهان	۱۹۲۹	۱۳۹۷	۷۲,۴
سیستان و بلوچستان	۹۶۸	۴۰۳	۴۱,۶
کردستان	۳۹۳	۲۸۹	۷۳,۵
همدان	۶۶۶	۴۹۱	۷۳,۷
چهارمحال و بختیاری	۳۰۰	۲۳۰	۷۶,۷
لرستان	۵۲۷	۳۵۲	۶۶,۸
ایلام	۱۰۸	۷۱	۶۵,۷
کهگیلویه و بویراحمد	۱۲۴	۶۶	۵۳,۲
بوشهر	۲۴۹	۱۵۳	۶۱,۴
زنجان	۳۱۸	۲۴۰	۷۵,۵
سمنان	۳۰۹	۲۱۷	۷۰,۲
یزد	۳۹۰	۲۹۲	۷۴,۹
هرمزگان	۴۸۸	۲۸۷	۵۸,۸
تهران	۵۳۶۰	۳۳۴۹	۶۲,۵
اردبیل	۳۵۴	۲۶۱	۷۳,۷
قم	۳۷۳	۲۵۲	۶۷,۶
قزوین	۴۰۷	۳۰۵	۷۴,۹
گلستان	۶۰۷	۳۵۶	۵۸,۶
خراسان شمالی	۳۵۱	۲۴۲	۶۸,۹
خراسان جنوبی	۳۲۵	۲۴۳	۷۴,۸
البرز	۸۸۰	۵۳۷	۶۱,۰
کل	۲۷۳۶۵	۱۸۰۵۷	۶۶,۰

در جدول بالا ملاحظه می شود که تعداد کل زنان در سنین مختلفی که تنها زندگی می کردند ۲۷۳۶۵ نفر بود که از بین آنها ۱۸۰۵۷ نفر (۶۶٪) سالمند بودند. بیشترین زنان سالمند تنها در بین

زنان تنها در تمام سنین مربوط به استان مرکزی (۷۷,۵٪) و کمترین مربوط به کهگیلویه و بویراحمد (۵۳,۲٪) بود.

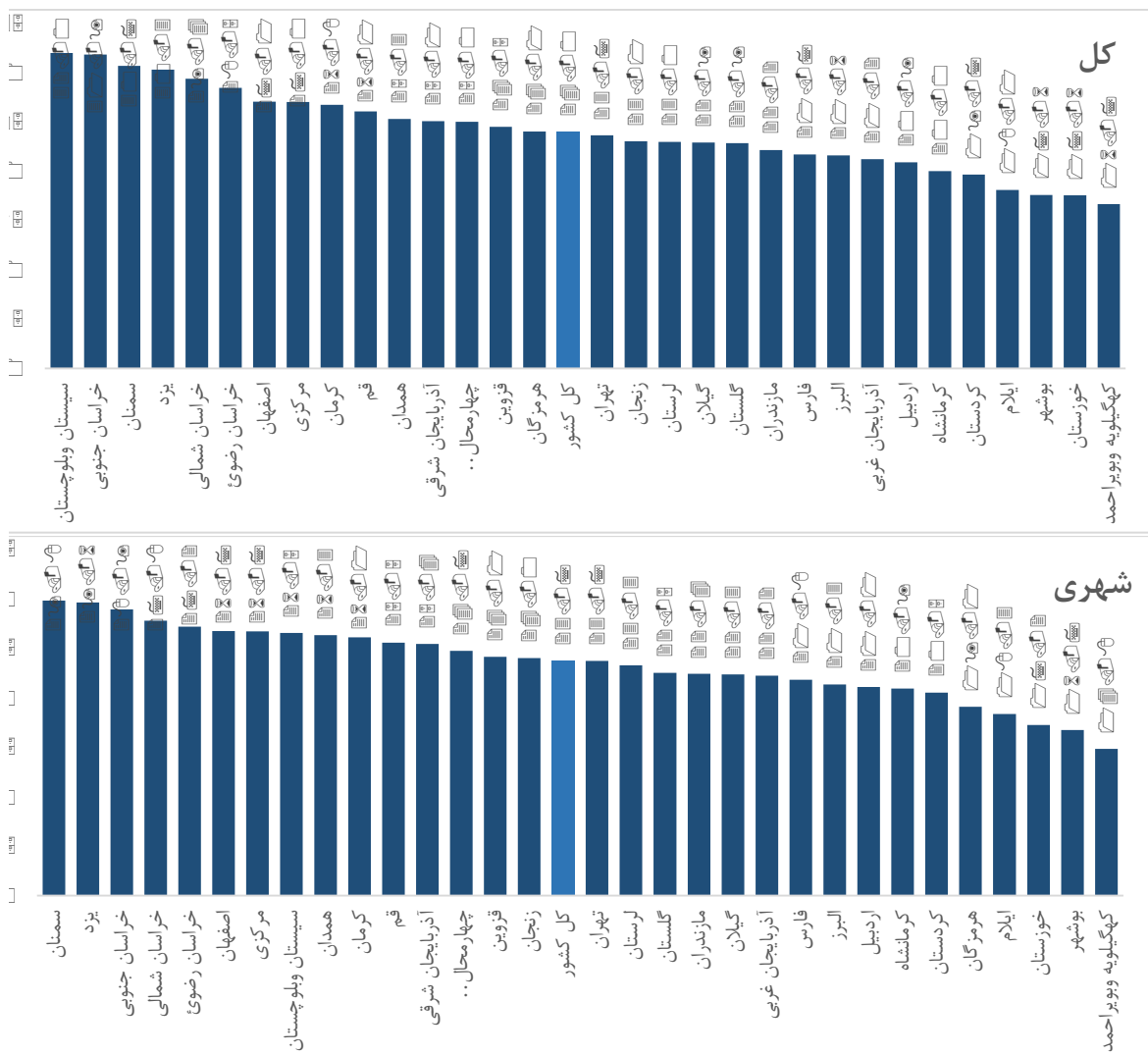
در بررسی توزیع شهری و روستایی زنان سالمند تنها، همانگونه که در نمودار ۱ مشاهده می شود. بیشترین درصد زنان سالمند تنهای روستایی در استان های سیستان و بلوچستان و هرمزگان و کهگیلویه و بویر احمد ساکن هستند در حالی که بیشترین زنان سالمند تنهای شهری متعلق به استان های تهران، قم و البرز است.

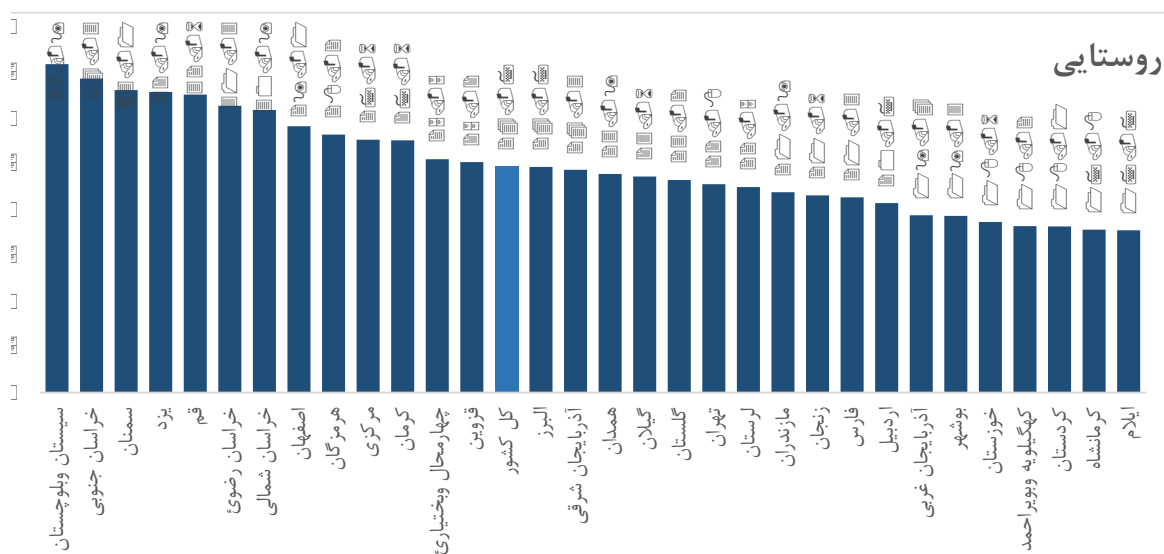


نمودار ۱: توزیع شهری-روستایی زنان سالمند تنها در ایران (۱۳۹۵)، (%)

اما بیشترین شیوع زنان سالمند تنها همانطور که در نمودار ۲ قابل مشاهده است، به ترتیب مربوط به استان های سیستان و بلوچستان، خراسان جنوبی، سمنان، یزد و خراسان جنوبی است. در حالی که کمترین شیوع زنان سالمند تنها مربوط به پنج استان، کهگیلویه و بویراحمد، خوزستان، بوشهر، ایلام و کردستان است. تفاوت شیوع زنان سالمند تنها از ۳۲ درصد در استان سیستان و بلوچستان تا ۱۶,۷ درصد در استان کهگیلویه و بویراحمد است. بیشترین شیوع زنان سالمند تنهای شهری مربوط به

استان های سمنان، یزد و خراسان جنوبی و بیشترین شیوع زنان سالمند تنهای روستایی مربوط به استان های سیستان و بلوچستان، خراسان جنوبی و سمنان است.

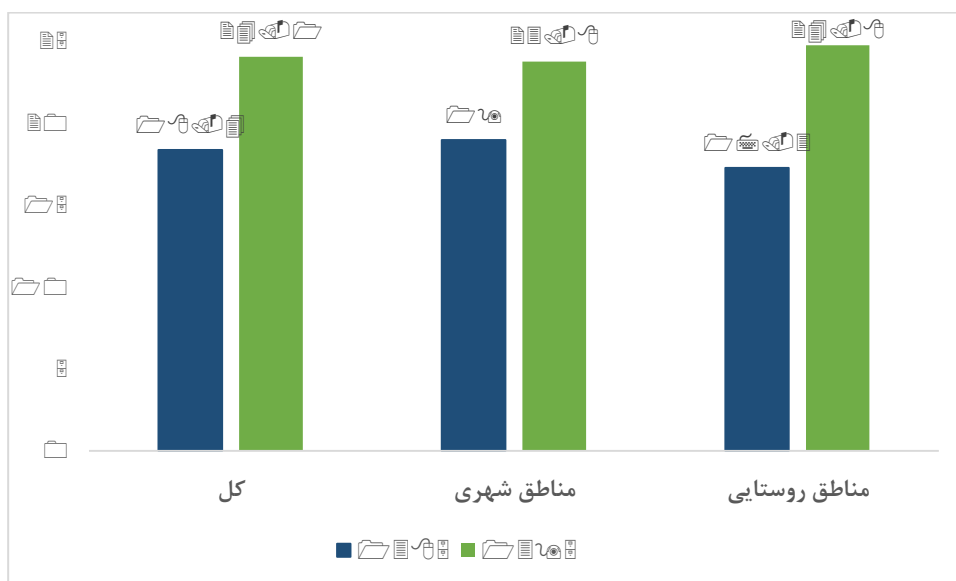




نمودار ۲: شیوع تنه‌زایستی زنان سالمند در ایران به تفکیک مناطق شهری و روستایی، ۱۳۹۵

محل سکونت و شیوع تنه‌زایستی زنان سالمند

بررسی شیوع تنه‌زایستی زنان سالمند ۶۰ ساله و بالاتر در یک دهه اخیر بیانگر افزایش چشمگیر آن است. همانطور که در نمودار ۷ مشخص است شیوع تنه‌زایستی زنان سالمند در سال ۱۳۸۵ برابر با ۱۸,۴ درصد بوده است که در سال ۱۳۹۵ به ۲۴,۱ درصد افزایش یافته است. همچنین، برای مناطق شهری این افزایش از ۱۹ به ۲۴ و برای مناطق روستایی از ۱۷ به ۲۵ درصد بوده است. از اینرو، در یک دهه اخیر شیوع تنها زیستی زنان سالمند روستایی بیشتر از شهری بوده است و مقدار آن نیز که در سال ۱۳۸۵ برای مناطق شهری بالاتر بوده است در سال ۱۳۹۵ در مناطق روستایی بیشتر بوده است. مهاجرت فرزندان و الگوی ازدواج مجدد کمتر برای زنان در مناطق روستایی منجر به شیوع بالاتر تنه‌زایستی در مناطق روستایی شده است.

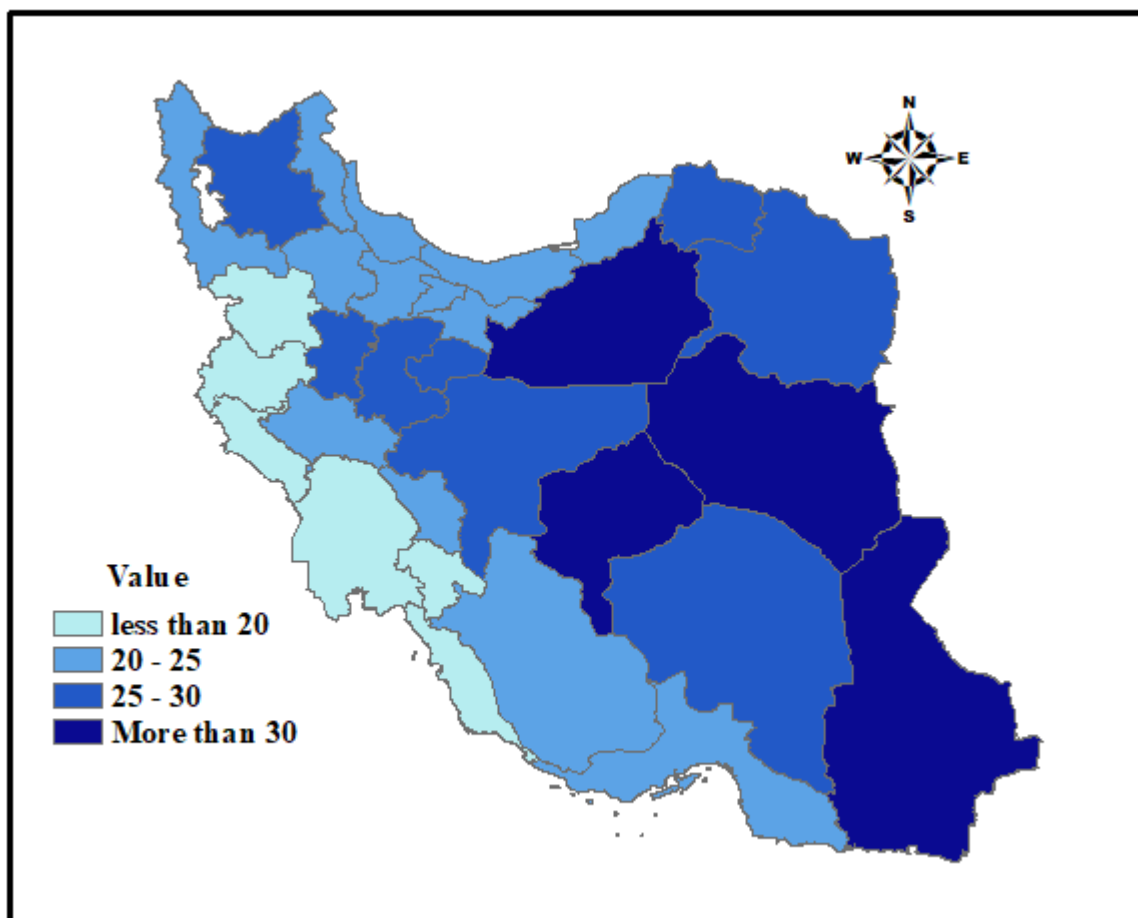


نمودار ۳: شیوع تنه‌ایستی سالمندان به تفکیک جنسیت و مناطق شهری و روستایی (۹۵-۱۳۸۵)

جدول ۱۶: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب محل سکونت- دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

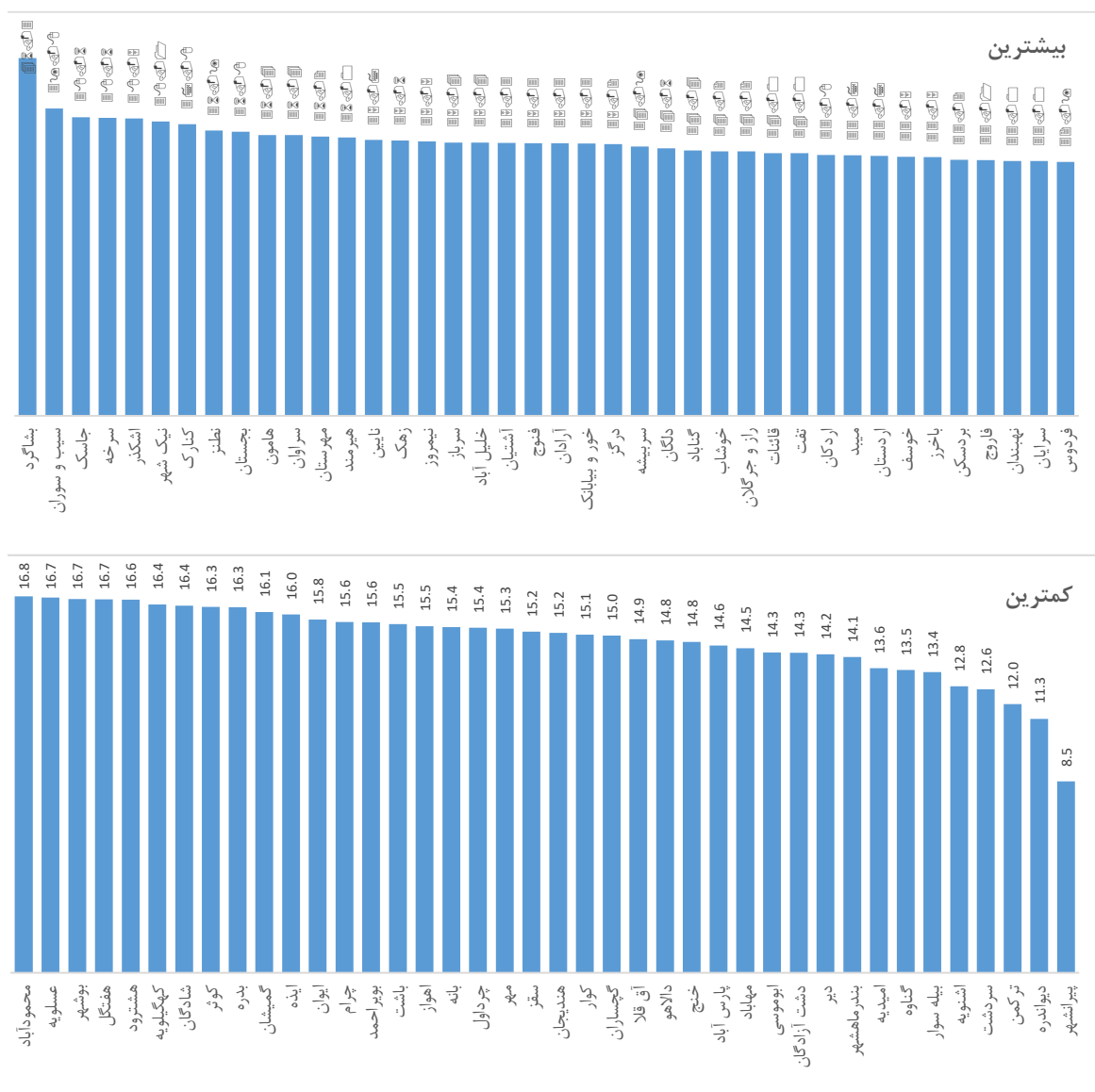
ساکن	تعداد	میانگین	SD	مینیمم	ماکزیمم
شهر	۱۲۸۷۳	۷۳,۵۸	۸,۳۴۲	۶۰	۱۰۷
روستا	۵۱۸۴	۷۴,۲۴	۸,۴۳۷	۶۰	۱۱۵

مطابق با جدول ۱۲، میانگین سنی زنان سالمند تنها ساکن روستا بیشتر است.



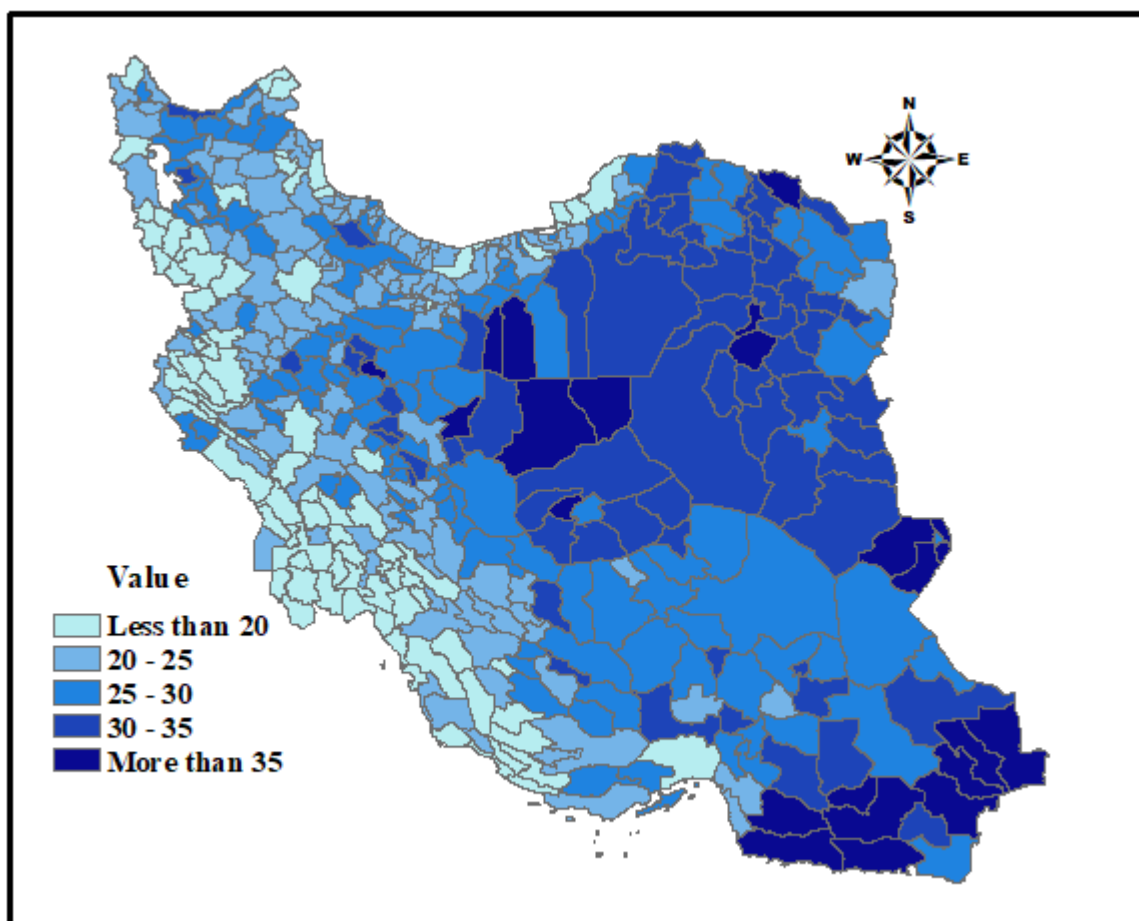
شکل ۱: نقشه استانی شیوع تنه‌زبانی زنان سالمند در ایران، ۱۳۹۵

در شکل شماره ۱ شیوع تنه‌زبانی در استان‌های ایران قابل مشاهده است. شیوع بیشتر زنان سالمند تنها در استان‌های شرقی و مرکز ایران است در حالی که کمترین شیوع مربوط به استان‌های غربی و جنوبی ایران می‌باشد.



نمودار ۳: چهل شهرستان دارای بیشترین و کمترین شیوع تنهایستی زنان سالمند، ۱۳۹۵

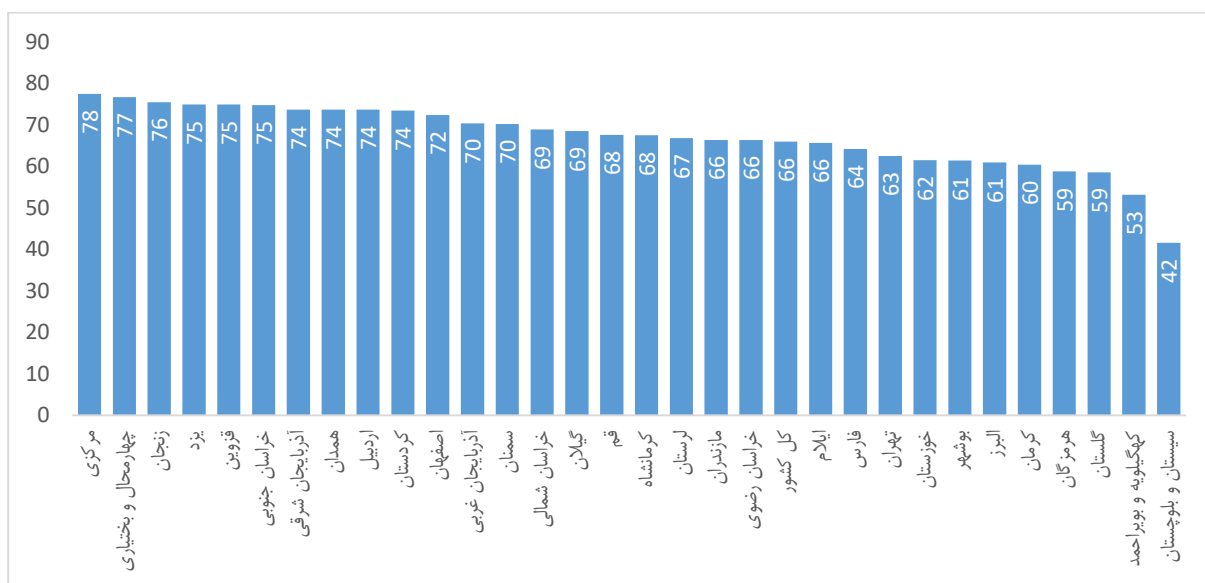
در نمودار ۳ بیشترین و کمترین شیوع تنهایستی زنان سالمند در شهرستان های ایران مشاهده می شود. بشاگرد، سیب و سوران، جاسک، سرخه و اشکذر دارای بیشترین شیوع زنان سالمند تنها هستند و کمترین شیوع مربوط به محمودآباد، عسلویه، بوشهر، هفتگل و هشترود است.



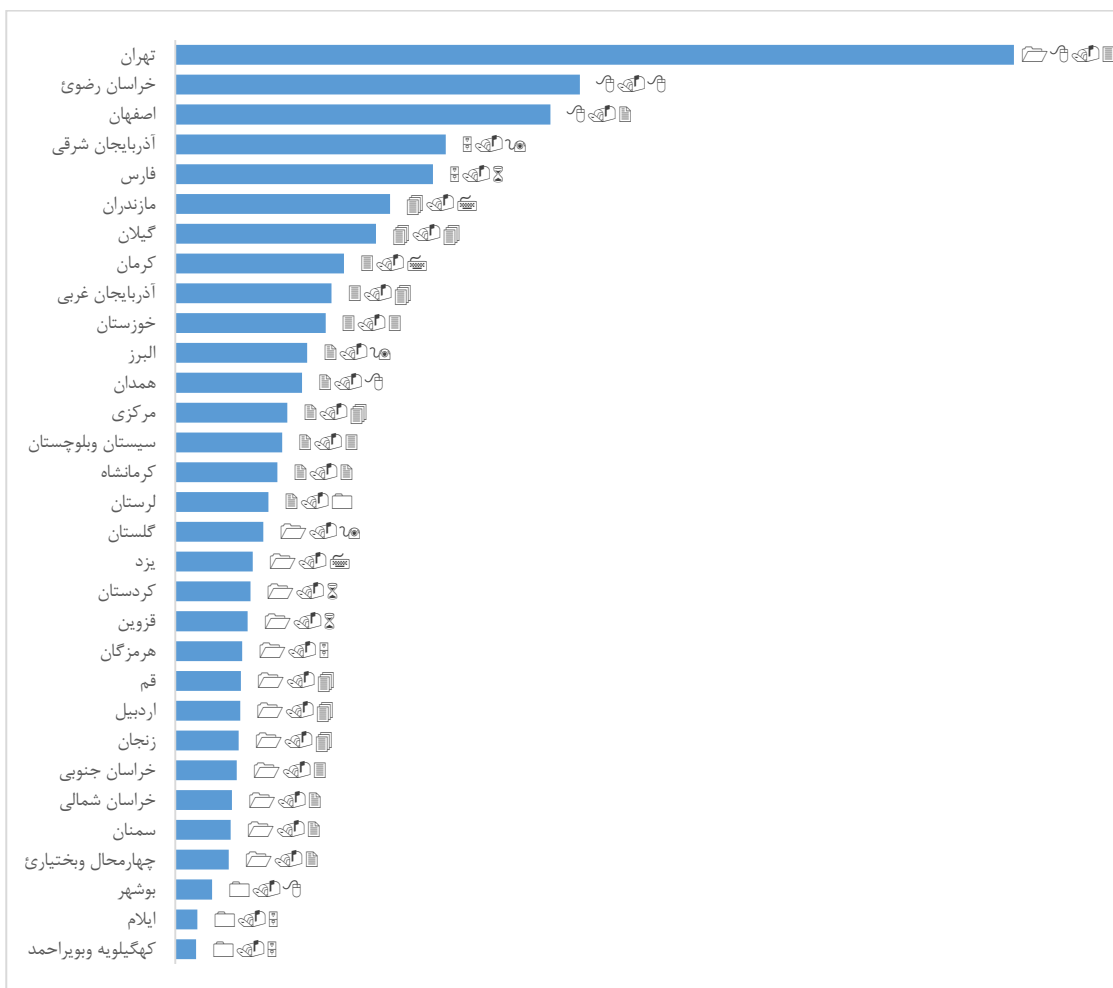
شکل ۲: نقشه شهرستانی شیوع تنه‌ازیستی زنان سالمند در ایران، ۱۳۹۵

در شکل ۲، نقشه شهرستانی شیوع تنه‌ازیستی زنان سالمند مشاهده می‌شود که شیوع بیشتر زنان سالمند تنها در جنوب شرقی و سپس مرکز ایران است.

در نمودار ۴ سهم زنان سالمند تنها از کل زنان تنها آمده است. بر این اساس، ۶۶ درصد زنان تنها در کشور در سنین سالمندی قرار دارند و این نسبت در استان های مرکزی، چهارمحال و بختیاری، زنجان، یزد، قزوین، و خراسان جنوبی بیش از ۷۵ درصد بوده است.



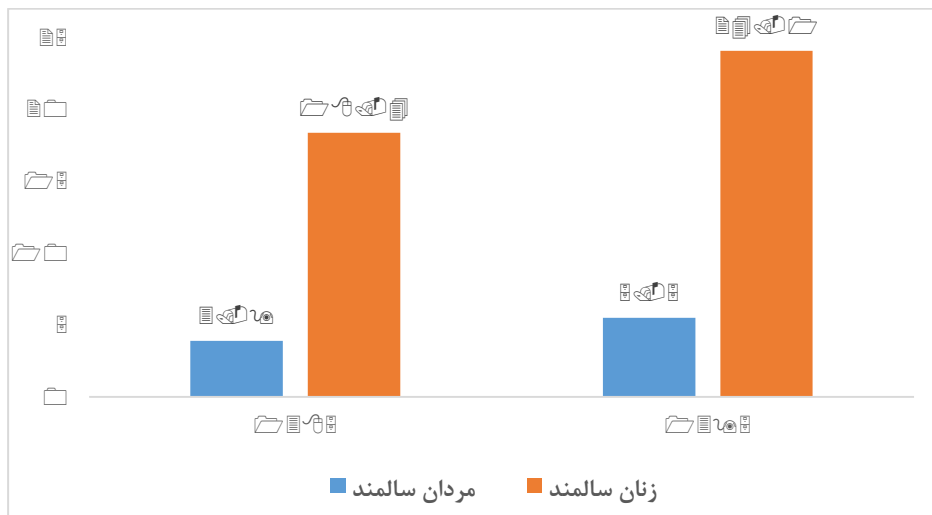
نمودار ۴: سهم زنان سالمند تنها از کل زنان تنها (%).، ۱۳۹۵



نمودار ۵: توزیع استانی زنان سالمند تنها در ایران (۱۳۹۵)، (%)

جنسیت و شیوع تنه‌ازیستی سالمندان

باتوجه به بزرگتر بودن سن مردان به هنگام ازدواج و طول عمر بیشتر زنان و همچنین، پایین بودن میزان ازدواج مجدد زنان در مقایسه با مردان، الگوی تنه‌ازیستی در میان زنان سالمند بیش از چهار برابر مردان سالمند است. همانطور که در نمودار ۶ مشخص است شیوع تنه‌ازیستی زنان سالمند در یک دهه اخیر از ۱۸ به ۲۴ درصد و برای مردان سالمند از ۴ به ۵,۵ درصد افزایش یافته است. در سال ۱۳۹۵، در مقایسه با ۲۴ درصد تنه‌ازیستی در میان زنان سالمند، برای مردان ۵,۵ درصد بوده است. ازدواج مجدد مردان بعد از فوت یا طلاق از همسر مهمترین دلیل تفاوت های جنسیتی در الگوی تنه‌ازیستی سالمندان است.



نمودار ۶: شیوع تنه‌ازیستی در میان مردان و زنان سالمند، ۱۳۸۵-۹۵

از اینرو، در بررسی الگوی زیست تنه‌ایی در دوران سالمندی، مطالعه گروه زنان سالمند از اهمیت بیشتری برخوردار است به طوری در سال های اخیر حدود یک چهارم زنان سالمند در خانوارهای تک نفره و به بیان دیگر، به صورت تنها زیست کرده اند. بر این اساس، این گزارش متمرکز بر زنان سالمند بوده است.

تحولات تعداد و رشد زنان سالمند تنها

در یک دهه اخیر همانطور که در جدول ۲ مشخص است تعداد زنان سالمند تنها زیست دو برابر شده و از ۴۵۰ هزار در سال ۱۳۸۵ به ۹۰۲ هزار نفر در سال ۱۳۹۵ رسیده است. در حالی که در این دهه تعداد زنان سالمند ۱,۵ برابر شده است. از اینرو، در سال ۱۳۹۵ حدود ۹۰۲ هزار زن سالمند تنها زیست در کشور بوده است که ۷۱ درصد آن در مناطق شهری و ۲۹ درصد در مناطق روستایی ساکن بوده اند. همچنین، در یک دهه اخیر تعداد جمعیت زنان سالمند تنها زیست بطور متوسط سالانه ۷ درصد رشد داشته است که این میزان رشد برای مناطق شهری ۷,۸ درصد و مناطق روستایی ۵,۶ درصد بوده است.

جدول ۱۷: تعداد کل جمعیت زنان سالمند و زنان سالمند تنها برحسب مناطق شهری و روستایی ایران، ۹۵-۱۳۸۵

رشد سالانه در دهه ۹۵-۱۳۸۵ (%)	۱۳۹۵		۱۳۸۵		مناطق
	تعداد زنان سالمند در خانوارهای تک نفره	تعداد جمعیت زنان سالمند	تعداد زنان سالمند در خانوارهای تک نفره	تعداد جمعیت زنان سالمند	
۷,۱	۹۰۱,۵۳۹	۳,۷۴۵,۲۹۵	۴۵۲,۹۴۳	۲,۴۶۰,۵۹۳	کل
۷,۸	۶۴۱,۰۸۳	۲,۶۹۴,۳۴۹	۳۰۲,۳۲۶	۱,۵۸۸,۴۷۷	شهری
۵,۶	۲۶۰,۴۵۶	۱,۰۵۰,۹۴۶	۱۵۰,۶۱۷	۸۷۲,۱۱۶	روستایی

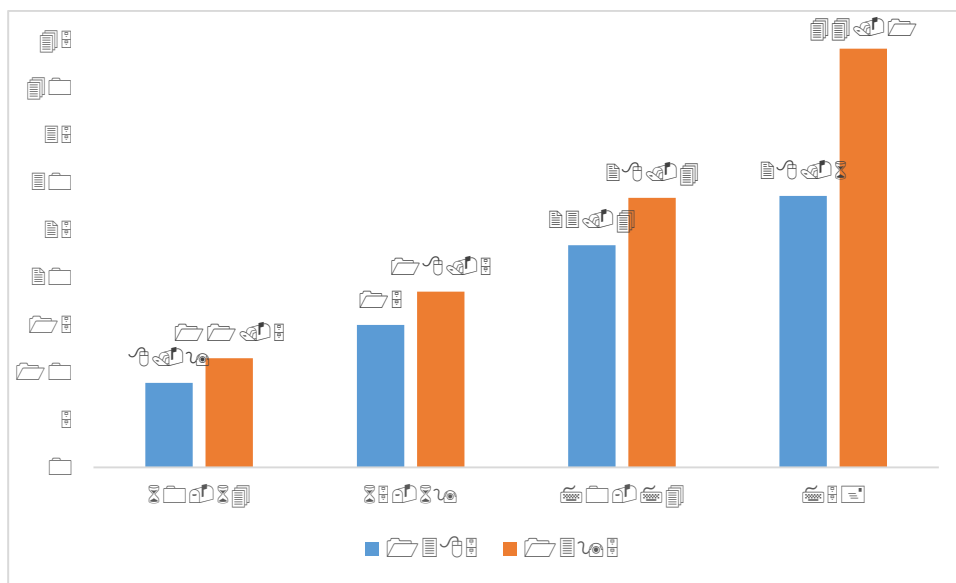
سن و شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند

بر اساس نتایج جدول ۳، میانگین سنی زنان سالمند برابر ۷۳٫۸ سال می باشد. در تمام استان ها تقریباً میانگین سن ها برابر است و دامنه ای بین ۷۲ تا ۷۵ دارد.

جدول ۱۸: توزیع سنی زنان سالمند تنها در استان های کشور - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

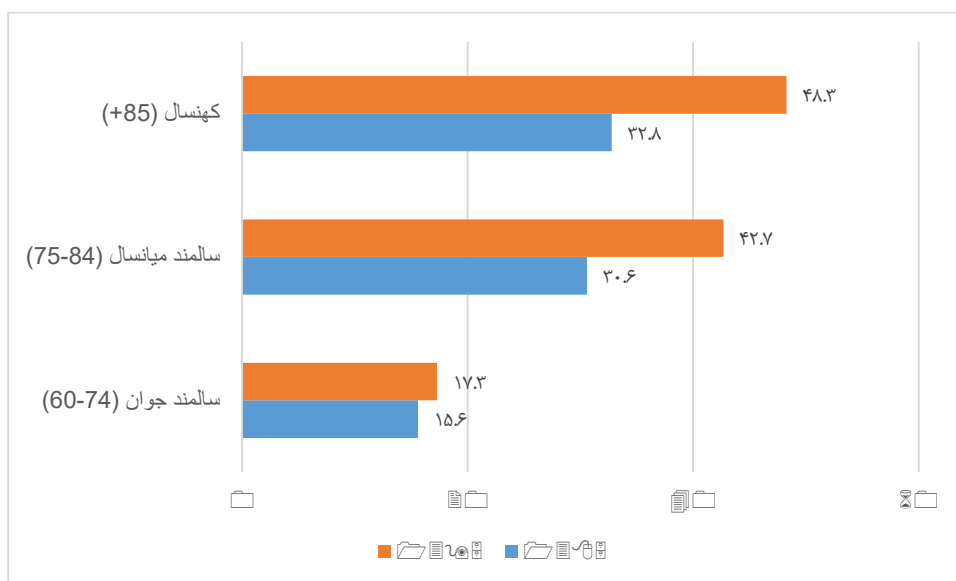
نام استان	تعداد	میانگین سنی	SD	میانه	مینیمم	ماکزیمم
مرکزی	۴۸۶	۷۴٫۹۲	۸٫۱۸۹	۷۵٫۰۰	۶۰	۹۷
گیلان	۸۶۱	۷۴٫۴۸	۸٫۱۲۲	۷۴٫۰۰	۶۰	۹۸
مازندران	۸۴۵	۷۳٫۳۵	۸٫۴۵۸	۷۳٫۰۰	۶۰	۹۸
آذربایجان شرقی	۱۰۴۳	۷۴٫۱۲	۸٫۱۶۹	۷۴٫۰۰	۶۰	۹۵
آذربایجان غربی	۶۰۱	۷۴٫۱۵	۸٫۲۱۱	۷۳٫۰۰	۶۰	۹۶
کرمانشاه	۳۸۵	۷۳٫۳۴	۸٫۴۰۶	۷۲٫۰۰	۶۰	۹۵
خوزستان	۵۶۰	۷۲٫۳۰	۸٫۵۵۸	۷۱٫۰۰	۶۰	۱۱۵
فارس	۱۰۱۴	۷۳٫۷۸	۸٫۴۳۰	۷۴٫۰۰	۶۰	۹۹
کرمان	۶۲۵	۷۴٫۰۸	۸٫۹۳۳	۷۳٫۰۰	۶۰	۱۰۰
خراسان رضوی	۱۶۰۴	۷۳٫۵۸	۸٫۱۸۲	۷۳٫۰۰	۶۰	۱۰۴
اصفهان	۱۳۹۷	۷۴٫۶۹	۸٫۴۳۹	۷۵٫۰۰	۶۰	۱۰۵
سیستان و بلوچستان	۴۰۳	۷۳٫۳۳	۹٫۳۵۸	۷۲٫۰۰	۶۰	۱۱۱
کردستان	۲۸۹	۷۴٫۲۵	۸٫۸۱۸	۷۴٫۰۰	۶۰	۱۰۶
همدان	۴۹۱	۷۴٫۴۲	۸٫۳۱۷	۷۴٫۰۰	۶۰	۹۸
چهارمحال و بختیاری	۲۳۰	۷۵٫۳۲	۸٫۰۹۱	۷۵٫۰۰	۶۰	۹۵
لرستان	۳۵۲	۷۳٫۱۲	۸٫۶۵۶	۷۲٫۰۰	۶۰	۹۸
ایلام	۷۱	۷۵٫۰۸	۸٫۳۶۱	۷۵٫۰۰	۶۰	۹۱
کهگیلویه و بویراحمد	۶۶	۷۳٫۸۳	۸٫۷۰۶	۷۲٫۵۰	۶۰	۹۱
بوشهر	۱۵۳	۷۲٫۱۶	۸٫۲۰۷	۷۱٫۰۰	۶۰	۱۰۵
زنجان	۲۴۰	۷۴٫۷۷	۸٫۱۵۶	۷۵٫۰۰	۶۰	۹۵
سمنان	۲۱۷	۷۴٫۳۹	۸٫۵۳۹	۷۴٫۰۰	۶۰	۹۵
یزد	۲۹۲	۷۴٫۸۹	۸٫۳۰۴	۷۴٫۰۰	۶۰	۱۰۱
هرمزگان	۲۸۷	۷۳٫۴۴	۸٫۸۲۴	۷۳٫۰۰	۶۰	۱۰۰
تهران	۳۳۴۹	۷۳٫۴۴	۸٫۲۵۶	۷۳٫۰۰	۶۰	۱۰۰
اردبیل	۲۶۱	۷۳٫۷۴	۸٫۰۸۵	۷۴٫۰۰	۶۰	۹۳
قم	۲۵۲	۷۲٫۶۰	۸٫۵۱۱	۷۲٫۰۰	۶۰	۹۵
قزوین	۳۰۵	۷۴٫۶۳	۸٫۰۰۱	۷۵٫۰۰	۶۰	۹۷
گلستان	۳۵۶	۷۲٫۲۲	۷٫۸۶۳	۷۱٫۰۰	۶۰	۹۶
خراسان شمالی	۲۴۲	۷۲٫۴۱	۷٫۹۷۳	۷۲٫۰۰	۶۰	۹۰
خراسان جنوبی	۲۴۳	۷۴٫۶۸	۸٫۱۴۰	۷۵٫۰۰	۶۰	۹۵
البرز	۵۳۷	۷۲٫۵۴	۸٫۳۶۷	۷۲٫۰۰	۶۰	۹۷
کل	۱۸۰۵۷	۷۳٫۷۷	۸٫۳۷۴	۷۳٫۰۰	۶۰	۱۱۵

همانگونه که در نمودار ۷ مشاهده می شود، افزایش زنان سالمند تنها برای گروه سنی ۷۵ ساله و بالاتر بسیار چشمگیرتر است. در حالی که در سال ۱۳۸۵ شیوع تنها زیستی زنان حدود ۲۹ درصد بوده است اما در سال ۱۳۹۵ به حدود ۴۴ درصد رسیده است. در کنار هم قرار گرفتن تنهایی و کهنسالی که با مشکلات متعددی همراه است می تواند بار مضاعفی از مشکلات را برای زنان تنها ایجاد نماید.



نمودار ۷: شیوع تنها زیستی زنان سالمند به تفکیک سن (۹۵-۱۳۸۵، %)

همچنین همانطور که در نمودار ۸ مشخص است شیوع تنها زیستی در میان گروه های مختلف سنی زنان سالمند متفاوت است و بیشترین شیوع تنها زیستی زنان سالمند در میان کهنسالان (افراد بالای ۸۵ سال) می باشد.



نمودار ۸: شیوع تنه‌از‌یستی زنان سالمنند به تفکیک گروه‌های مختلف سنی (٪)، ۹۵-۱۳۸۵

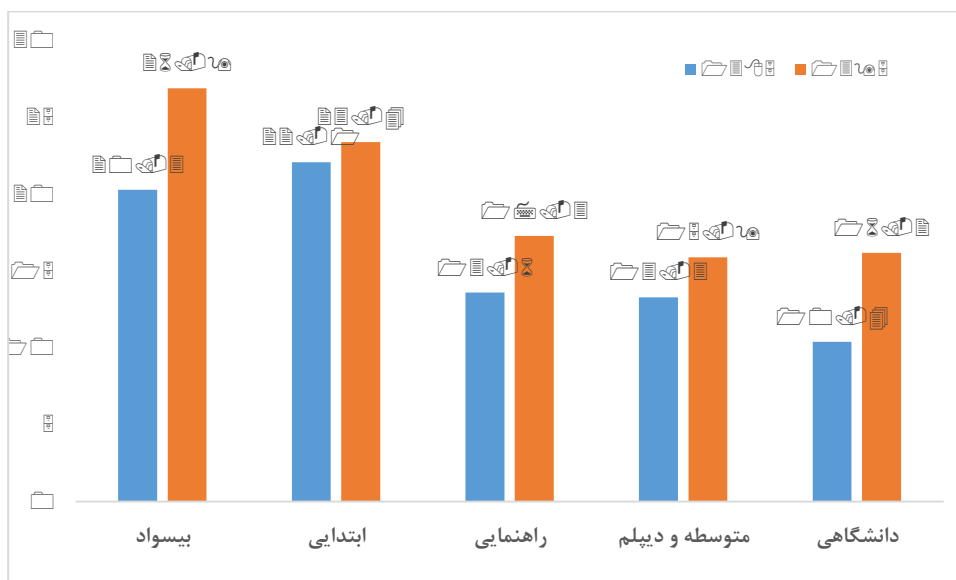
سطح تحصیلات و شیوع تنه‌از‌یستی زنان سالمنند

پایین بودن سطح سواد زنان سالمنند تنها یکی از چالش‌های مهم در بحث سلامتی است. توزیع سطح تحصیلات زنان سالمنند تنها نشان می‌دهد ۷۴ درصد آنها بی‌سواد، ۱۵ درصد تحصیلات ابتدایی، ۳ درصد راهنمایی، ۵ درصد متوسطه و دیپلم و ۲ درصد دانشگاهی می‌باشند. همانطور که در جدول ۴ مشخص است اکثریت زنان سالمنند تنها در همه استان‌های کشور بی‌سواد می‌باشند. دامنه میزان بی‌سوادی زنان سالمنند تنها از ۴۵ درصد در استان تهران تا ۹۵ درصد در استان چهارمحال و بختیاری در نوسان بوده است.

جدول ۱۹: توزیع سطح تحصیلات زنان سالمند تنها در استان های کشور، ۱۳۹۵

استان	بی سواد	ابتدایی	راهنمایی	متوسطه و دیپلم	دانشگاهی
مرکزی	۸۲/۵	۱۲/۳	۱/۷	۲/۳	۱/۲
گیلان	۷۷/۸	۱۳/۱	۳/۴	۳/۷	۱/۹
مازندران	۷۹/۶	۱۰/۶	۲/۱	۶/۳	۱/۴
آذربایجان شرقی	۸۲/۶	۱۱/۹	۲/۳	۲/۷	۰/۵
آذربایجان غربی	۸۹/۲	۶/۰	۱/۸	۲/۷	۰/۳
کرمانشاه	۸۳/۱	۱۰/۹	۲/۳	۲/۹	۰/۸
خوزستان	۸۰/۷	۱۱/۶	۳/۲	۳/۲	۱/۳
فارس	۷۵/۵	۱۳/۷	۳/۸	۵/۳	۱/۷
کرمان	۸۳/۳	۱۱/۲	۱/۶	۲/۹	۱/۱
خراسان رضوی	۷۵/۶	۱۷/۶	۲/۴	۳/۱	۱/۴
اصفهان	۷۳/۸	۱۷/۹	۲/۵	۳/۹	۱/۹
سیستان و بلوچستان	۹۲/۹	۴/۹	۱/۰	۱/۰	۰/۳
کردستان	۹۲/۵	۵/۱	۰/۷	۱/۷	۰/۰
همدان	۸۴/۵	۱۰/۵	۲/۰	۲/۶	۰/۴
چهارمحال و بختیاری	۹۳/۹	۵/۶	۰/۴	۰/۰	۰/۰
لرستان	۹۲/۰	۵/۱	۰/۳	۲/۰	۰/۶
ایلام	۹۰/۰	۴/۲	۲/۹	۲/۹	۰/۰
بویراحمد کهگیلویه و بوشهر	۹۰/۹	۹/۱	۰/۰	۰/۰	۰/۰
بوشهر	۸۴/۹	۹/۲	۲/۰	۳/۳	۰/۷
زنجان	۸۸/۷	۷/۹	۲/۵	۰/۴	۰/۴
سمنان	۶۶/۵	۲۵/۳	۴/۱	۳/۶	۰/۴
یزد	۷۴/۴	۱۹/۵	۱/۷	۲/۷	۱/۷
هرمزگان	۸۷/۸	۸/۸	۰/۰	۲/۴	۱/۰
تهران	۴۵/۲	۲۵/۶	۶/۹	۱۴/۳	۷/۹
اردبیل	۸۷/۴	۹/۲	۰/۰	۲/۷	۰/۸
قم	۷۹/۴	۱۷/۴	۲/۰	۰/۴	۰/۸
قزوین	۷۹/۲	۱۴/۲	۲/۳	۳/۳	۱/۰
گلستان	۸۶/۵	۱۰/۱	۰/۳	۲/۳	۰/۸
خراسان شمالی	۸۹/۳	۹/۵	۰/۸	۰/۴	۰/۰
خراسان جنوبی	۸۴/۱	۱۳/۸	۱/۳	۰/۸	۰/۰
البرز	۵۶/۴	۲۴/۶	۶/۵	۱۰/۰	۲/۴
کل کشور	۷۳/۸	۱۵/۳	۳/۱	۵/۴	۲/۴

همچنین، همانطور که در نمودار ۹ مشاهده می شود، شیوع تنه‌از‌یستی زنان سالمند با افزایش سطح تحصیلات کاهش یافته است.



نمودار ۹: شیوع تنه‌از‌یستی زنان سالمند به تفکیک سطح تحصیلات (%). ۹۵-۱۳۸۵

جدول ۲۰: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب وضعیت سواد - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

وضعیت سواد	تعداد	میانگین	SD	مینیمم	ماکزیمم
باسواد	۴۷۴۴	۷۰٫۸۲	۷٫۸۸۰	۶۰	۱۰۵
بی سواد	۱۳۲۹۰	۷۴٫۸۲	۸٫۲۹۴	۶۰	۱۱۵

در جدول ۲۰ ملاحظه می شود که میانگین سن زنان سالمند تنها که بی سواد بودند بیشتر و حدود ۷۵ سال است.

جدول ۲: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب وضعیت مدرک تحصیلی - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

مدرک تحصیلی	تعداد	میانگین	SD	مینیمم	ماکزیمم
ابتدایی / سواد آموزی	۲۷۶۷	۷۱,۶۷	۸,۰۹۳	۶۰	۱۰۵
سیکل	۵۳۸	۷۰,۵۰	۷,۵۷۸	۶۰	۹۷
فاقد دیپلم	۲۰۰	۷۱,۱۸	۸,۲۴۴	۶۰	۹۷
دیپلم	۷۷۰	۶۸,۹۶	۷,۱۷۳	۶۰	۹۷
کاردانی	۱۷۰	۶۷,۵۷	۵,۵۰۷	۶۰	۸۵
کارشناسی	۲۱۲	۶۸,۸۲	۶,۹۳۵	۶۰	۹۲
کارشناسی ارشد	۳۵	۶۹,۰۰	۵,۷۴۵	۶۰	۸۳
دکتری	۱۳	۷۴,۶۹	۹,۱۸۷	۶۵	۹۷
سایر	۳۱	۷۵,۰۳	۹,۶۱۸	۶۰	۹۹

در جدول ۲۱ مشاهده می شود که سنین زنان سالمند تنها با مدرک دیپلم تا ارشد کمتر و ۶۷ تا ۶۹ سال است. بیشترین میانگین سن نیز مربوط به افراد با مدرک دکتری می باشد.

وضعیت اشتغال و شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند

اطلاعات جدول ۲۲ نشان می دهد که اکثر زنان سالمند تنها خانه دار هستند (۶۱,۵٪) و ۲۲,۱٪ آنها درآمد بدون کار داشتند. همچنین ۷,۲٪ شاغل و ۰,۱٪ نیز مشغول به تحصیل بودند.

جدول ۲۲: توزیع نوع فعالیت زنان سالمند تنها، ۱۳۹۵

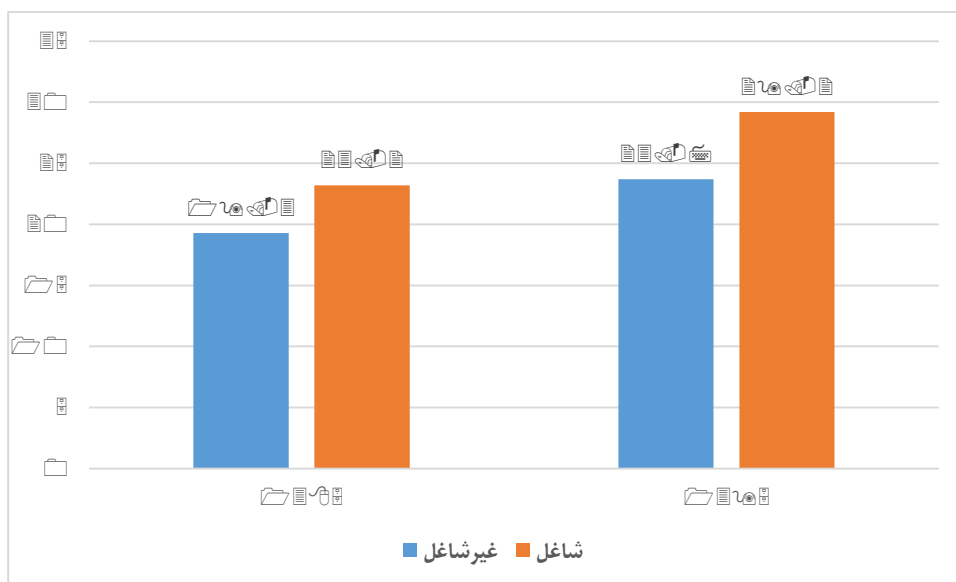
رده	درصد
شاغل	۷,۱
بیکار	۰,۱
درحال تحصیل	۰,۱
خانه دار	۶۱,۵
دارای درآمد- بدون کار	۲۲,۱
سایر	۸,۹

از اینرو، همانطور که در جدول ۲۳ مشخص است حدود ۹۳ درصد زنان سالمند تنها غیرشاغل و فقط ۷ درصد آنها شاغل بوده اند. بالاترین نسبت اشتغال زنان سالمند تنها در استان های سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد با ۱۸ درصد بوده است.

جدول ۲۳: توزیع وضعیت اشتغال زنان سالمند تنها، ۱۳۹۵

شاغل	غیرشاغل	
۴/۵	۹۵/۵	مرکزی
۱۰/۱	۸۹/۹	گیلان
۵/۸	۹۴/۲	مازندران
۶/۴	۹۳/۶	آذربایجان شرقی
۱۱/۸	۸۸/۲	آذربایجان غربی
۵/۵	۹۴/۵	کرمانشاه
۷/۴	۹۲/۶	خوزستان
۸/۹	۹۱/۱	فارس
۹/۲	۹۰/۸	کرمان
۸/۱	۹۱/۹	خراسان رضوی
۵/۹	۹۴/۱	اصفهان
۱۷/۹	۸۲/۱	سیستان و بلوچستان
۷/۶	۹۲/۴	کردستان
۸/۶	۹۱/۴	همدان
۷/۸	۹۲/۲	چهارمحال و بختیاری
۵/۴	۹۴/۶	لرستان
۱۰/۰	۹۰/۰	ایلام
۱۸/۰	۸۲/۰	کهگیلویه و بویراحمد
۷/۸	۹۲/۲	بوشهر
۸/۳	۹۱/۷	زنجان
۶/۰	۹۴/۰	سمنان
۶/۵	۹۳/۵	یزد
۱۲/۵	۸۷/۵	هرمزگان
۳/۰	۹۷/۰	تهران
۷/۴	۹۲/۶	اردبیل
۴/۸	۹۵/۲	قم
۵/۰	۹۵/۰	قزوین
۱۳/۲	۸۶/۸	گلستان
۱۳/۳	۸۶/۷	خراسان شمالی
۵/۶	۹۴/۴	خراسان جنوبی
۶/۵	۹۳/۵	البرز
۷/۱	۹۲/۹	کل کشور

علاوه بر این، همانطور که در نمودار ۱۰ مشخص است شیوع تنه‌ایستی در میان زنان سالمند شاغل می باشد.



نمودار ۱۰: شیوع تنه‌ایستی زنان سالمند به تفکیک وضعیت اشتغال (%). ۹۵-۱۳۸۵

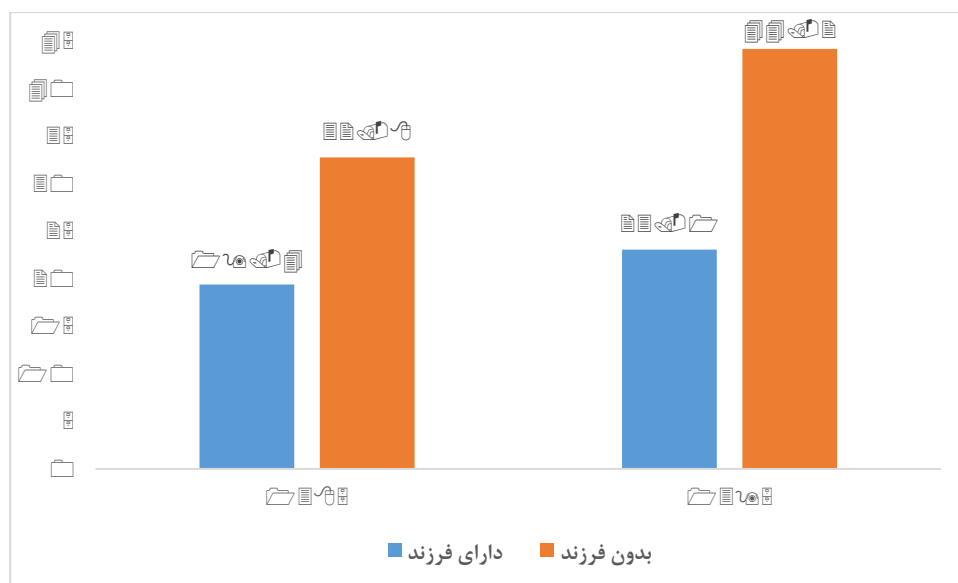
جدول ۲۴: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب نوع فعالیت - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

نوع فعالیت	تعداد	میانگین	SD	مینیمم	ماکزیمم
شاغل	۱۲۹۸	۷۳,۲۸	۹,۳۸۴	۶۰	۹۸
بیکار	۱۸	۷۲,۷۸	۸,۷۴۲	۶۰	۸۷
در حال تحصیل	۱۱	۶۴,۶۴	۴,۰۸۱	۶۰	۷۰
خانه دار	۱۱۰۹۷	۷۳,۵۴	۸,۲۲۵	۶۰	۱۱۵
دارای درآمد- بدون کار	۳۹۹۹	۷۳,۲۳	۸,۳۲۷	۶۰	۱۰۷
سایر	۱۶۰۱	۷۷,۲۲	۷,۸۳۷	۶۰	۱۰۶

جدول ۲۴ نشان می دهد که کمترین میانگین سن زنان سالمند تنها مربوط به افرادی است که در حال تحصیل هستند. زنان شاغل میانگین سن ۷۲ سال و بیکار ۷۳ سال داشتند.

داشتن/نداشتن فرزند و شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند

حدود ۹۰ درصد زنان سالمند تنها بدون همسر به دلیل فوت همسر بوده‌اند. در موضوع فرزندان، همانطور که در نمودار ۱۲ مشاهده می‌شود، تعداد زنان سالمند تنه‌ای بدون فرزند در سال ۱۳۹۵ نسبت به سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است. در سال ۱۳۹۵ کمتر از ۵۰ درصد سالمندان زن تنها بدون فرزند بوده‌اند که نیازمند توجه ویژه است.



نمودار ۱۱: شیوع تنه‌زیستی زنان سالمند به تفکیک داشتن/نداشتن فرزند (٪)، ۱۳۸۵-۹۵، براساس داده‌های وزن داده شده فردی فایل دو درصد سرشماری‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۵

جدول ۲۵: توزیع فراوانی وضعیت تاهل و تعداد فرزندان زنده به دنیا آورده زنان سالمند تنها - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

متغیر	رده	تعداد	درصد
وضعیت تاهل	دارای همسر	۷۸۸	۴,۴
	بدون همسر به علت فوت	۱۶۲۶۲	۹۰,۱
	بدون همسر به علت طلاق	۵۴۰	۳,۰
	هرگز ازدواج نکرده	۴۳۵	۲,۴
	بدون پاسخ	۳۲	۰,۱
تعداد کل فرزندان زنده به دنیا آورده	۱	۵۲۴	۲,۹۰
	۲	۱۰۱۰	۵,۵۹
	۳	۱۵۷۹	۸,۷۴
	۴	۲۱۱۷	۱۱,۷۲
	۵	۲۴۵۱	۱۳,۵۷
	۶	۲۴۲۰	۱۳,۴۰
	۷	۲۰۳۱	۱۱,۲۵
	۸	۱۵۷۴	۸,۷۲
	۹	۱۰۸۸	۶,۰۳
	۱۰	۷۸۱	۴,۳۳
	۱۱ تا ۲۴	۸۲۱	۴,۵۵
بی پاسخ	۱۶۶۱	۹,۲۰	

طبق جدول ۲۵، اکثر زنان سالمند تنها بدون همسر (به علت فوت همسر) بودند (۹۰,۱٪) و ۲,۴٪ آنان هرگز ازدواج نکرده بودند. همچنین ۴,۴٪ آنها دارای همسر بودند ولی تنها زندگی می کردند.

بر اساس تعداد فرزندان زنده به دنیا آورده، اکثر آرایش فرزندان (۱۳,۵۷٪) یا شش فرزند (۱۳,۴٪) به دنیا آورده بودند. دامنه بیشترین فرزندان بین ۴ تا ۷ فرزند است.

جدول ۲۶: توزیع سنی زنان سالمند تنها بر حسب وضعیت تاهل - دو درصد داده های سرشماری مرکز آمار ۱۳۹۵

وضعیت تاهل	تعداد	میانگین	SD	مینیمم	ماکزیمم
دارای همسر	۷۸۸	۷۰,۹۴	۸,۳۶۷	۶۰	۱۰۵
بدون همسر به علت فوت	۱۶۲۶۲	۷۴,۲۳	۸,۲۹۳	۶۰	۱۱۵
بدون همسر به علت طلاق	۵۴۰	۶۸,۲۲	۷,۲۶۰	۶۰	۹۵
هرگز ازدواج نکرده	۴۳۵	۶۸,۵۶	۷,۴۰۵	۶۰	۱۰۰

طبق جدول ۲۶، کمترین میانگین سن مربوط به زنان سالمند تنها که طلاق گرفته اند یا هرگز ازدواج نکرده اند. بیشترین میانگین سن نیز مربوط به زنان بدون همسر به علت فوت همسر است.

وضعیت اقتصادی - رفاهی زنان سالمند تنها بر اساس پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان ۱۳۹۹

تعداد نمونه های کل دو درصدی پایگاه اطلاعات رفاه مرتبط با وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی یک میلیون و چهارصد و نود هزار و نهصد و یک نفر بود. در این داده ها، تعداد زنان تنها، ۵۸۸۵۰ نفر و تعداد زنان تنها سالمند ۲۴۰۹۴ نفر بودند که اطلاعات خلاصه شده آنها در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۲۷: توزیع فراوانی و میانگین سن زنان سالمند تنها به تفکیک وضعیت سلامت (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

سن			توزیع		متغیر		
ماکزیمم	مینیمم	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد	رده	وضعیت سلامت
۹۱	۶۰	۷,۶۹	۷۱,۰۲	۰,۲	۴۵	بلی	مبتلا به بیماری خاص
۱۰۸	۶۰	۸,۷۲	۷۳,۵۸	۹۹,۸	۲۴۰۴۹	خیر	
۱۰۸	۶۰	۹,۹۳۹۲۹	۷۴,۹۶۸۷	۲,۵	۶۰۷	بلی	دارای معلولیت
۱۰۷	۶۰	۸,۶۸	۷۳,۵۳	۹۷,۵	۲۳۴۸۷	خیر	

اطلاعات جدول ۲۷ نشان می دهد که ۰,۲ درصد سالمندان مبتلا به بیماری های خاص و ۲,۵ درصد نیز دچار انواع معلولیت هستند.

جدول ۲۸: توزیع فراوانی و میانگین سن زنان سالمند تنها به تفکیک بازنشستگی و شغل (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

سن			توزیع		متغیر		
ماکزیمم	مینیمم	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد	رده	بازنشستگی
۱۰۷	۶۰	۸,۹۹	۷۴,۰۳	۴,۶	۱۰۹۸	بلی	یا فرد بیمه پرداز صندوق های بازنشستگی است؟
۱۰۸	۶۰	۸,۷۰	۷۳,۵۵	۹۵,۴	۲۲۹۹۶	خیر	
۹۸	۶۰	۸,۰۳	۷۲,۰۰	۳۹,۷	۹۵۷۲	بلی	آیا فرد بازنشسته صندوق های بازنشستگی است؟
۱۰۸	۶۰	۸,۹۹	۷۴,۶۰	۶۰,۳	۱۴۵۲۲	خیر	
۸۰	۶۰	۴,۳۹	۶۴,۶۵	۰,۳	۷۰	بلی	آیا فرد شاغل مشمول مالیات است؟
۱۰۸	۶۰	۸,۷۱	۷۳,۵۹	۹۹,۷	۲۴۰۲۴	خیر	

با توجه به جدول ۲۸ ملاحظه می شود که ۴,۶٪ زنان سالمند تنها بیمه پرداز صندوق های بازنشستگی با میانگین ۷۴ سال هستند. همچنین ۳۹,۷٪ نیز بازنشسته صندوق های بازنشستگی هستند و میانگین سن آنها ۷۲ سال است. در بین زنان ۰,۳٪ دارای شغل مشمول مالیات بودند که میانگین سن آنها ۶۴,۷ سال بود.

جدول ۲۹: توزیع فراوانی زنان سالمند تنها به تفکیک وضعیت و نوع بیمه سلامت (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

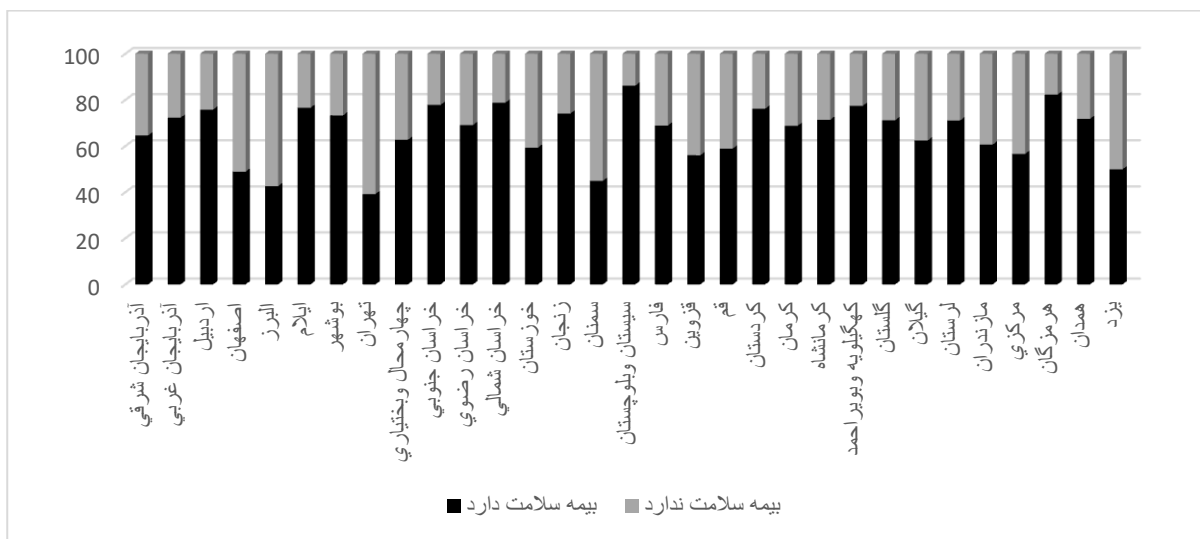
بیمه	رده	تعداد	درصد
بیمه سلامت	دارد	۱۴۵۵۳	۶۰,۴
	ندارد	۹۵۴۱	۳۹,۶
نوع بیمه سلامت	ام اس	۱	۰
	ایرانیان	۴۵۶	۱,۹
	بیمه سلامت همگانی	۱۷۰۴	۷,۱
	پیوند کلیه	۱	۰
	روستائیان بیمه پرداز	۴	۰
	روستائیان	۶۲۶۳	۲۶,۰
	سایراقشار	۶	۰
	سایراقشار-ایثارگران	۸۲۲	۳,۴
	سایراقشار-بهبیستی	۳۲۳	۱,۳
	سایراقشار-طلاب و روحانی	۵۱	۰,۲
	سایراقشار-کانون سردفتر	۱	۰
	سایراقشار-نظام ارجاع	۹۹۵	۴,۱
	سایراقشار-نظام پزشکی	۱	۰
	کارکنان دولت	۳۹۱۳	۱۶,۲
	همو دیالیزی	۱۱	۰
	هموفیلی	۱	۰

در جدول ۲۹ ملاحظه می شود که اکثر زنان سالمند تنها (۶۰,۴٪) بیمه سلامت دارند. در بین دارندگان بیمه سلامت، اکثر بیمه روستائیان (۲۶٪) و کارکنان دولت (۱۶,۲٪) و بیمه سلامت همگانی (۷,۱٪) هستند.

جدول ۳۰: توزیع فراوانی استفاده از بیمه سلامت به تفکیک استان های کشور- (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

نام استان		بیمه سلامت دارد	بیمه سلامت ندارد
آذربایجان شرقی	تعداد	۸۷۹	۴۸۲
	درصد	۶۴,۶	۳۵,۴
آذربایجان غربی	تعداد	۶۹۸	۲۶۸
	درصد	۷۲,۳	۲۷,۷
اردبیل	تعداد	۲۹۲	۹۳
	درصد	۷۵,۸	۲۴,۲
اصفهان	تعداد	۸۴۵	۸۸۲
	درصد	۴۸,۹	۵۱,۱
البرز	تعداد	۲۸۳	۳۸۲
	درصد	۴۲,۶	۵۷,۴
ایلام	تعداد	۹۸	۳۰
	درصد	۷۶,۶	۲۳,۴
بوشهر	تعداد	۱۶۲	۵۹
	درصد	۷۳,۳	۲۶,۷
تهران	تعداد	۱۷۴۵	۲۷۰۵
	درصد	۳۹,۲	۶۰,۸
چهارمحال و بختیاری	تعداد	۱۶۳	۹۷
	درصد	۶۲,۷	۳۷,۳
خراسان جنوبی	تعداد	۲۲۴	۶۴
	درصد	۷۷,۸	۲۲,۲
خراسان رضوی	تعداد	۱۴۲۳	۶۳۷
	درصد	۶۹,۱	۳۰,۹
خراسان شمالی	تعداد	۲۱۲	۵۷
	درصد	۷۸,۸	۲۱,۲
خوزستان	تعداد	۵۹۷	۴۱۰
	درصد	۵۹,۳	۴۰,۷
زنجان	تعداد	۲۴۰	۸۴
	درصد	۷۴,۱	۲۵,۹
سمنان	تعداد	۱۰۱	۱۲۴
	درصد	۴۴,۹	۵۵,۱
سیستان و بلوچستان	تعداد	۴۳۶	۷۰
	درصد	۸۶,۲	۱۳,۸
فارس	تعداد	۸۸۷	۴۰۱
	درصد	۶۸,۹	۳۱,۱
قزوین	تعداد	۱۹۰	۱۴۹

۴۴,۰	۵۶,۰	درصد	
۱۳۱	۱۸۸	تعداد	قم
۴۱,۱	۵۸,۹	درصد	
۱۰۷	۳۴۳	تعداد	کردستان
۲۳,۸	۷۶,۲	درصد	
۲۴۷	۵۴۵	تعداد	کرمان
۳۱,۲	۶۸,۸	درصد	
۱۶۰	۳۹۹	تعداد	کرمانشاه
۲۸,۶	۷۱,۴	درصد	
۲۸	۹۶	تعداد	کهگیلویه و بویراحمد
۲۲,۶	۷۷,۴	درصد	
۱۴۱	۳۴۹	تعداد	گلستان
۲۸,۸	۷۱,۲	درصد	
۳۸۴	۶۳۶	تعداد	گیلان
۳۷,۶	۶۲,۴	درصد	
۱۶۱	۳۹۶	تعداد	لرستان
۲۸,۹	۷۱,۱	درصد	
۳۹۵	۶۰,۸	تعداد	مازندران
۳۹,۴	۶۰,۶	درصد	
۲۳۰	۳۰۰	تعداد	مرکزی
۴۳,۴	۵۶,۶	درصد	
۶۹	۳۲۱	تعداد	هرمزگان
۱۷,۷	۸۲,۳	درصد	
۱۵۶	۳۹۸	تعداد	همدان
۲۸,۲	۷۱,۸	درصد	
۲۰۱	۲۰۰	تعداد	یزد
۵۰,۱	۴۹,۹	درصد	



نمودار ۱۲: نمودار توزیع فراوانی استفاده از بیمه سلامت در استان های کشور- (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

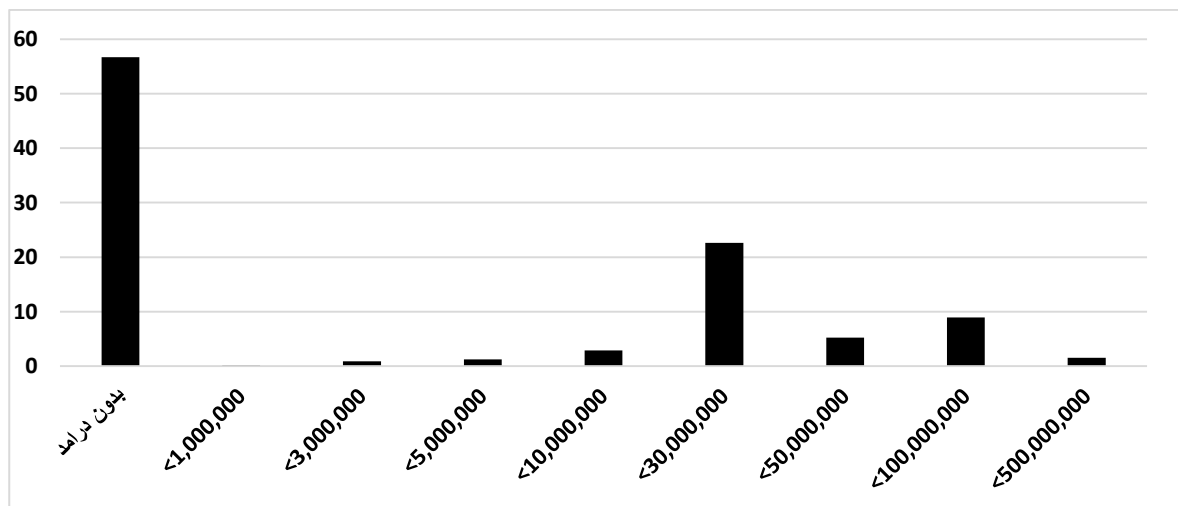
با توجه به جدول ۳۰ و نمودار ۱۲ ملاحظه می شود که بیشترین تعداد زنان سالمند تنها تحت پوشش بیمه سلامت ساکن استان سیستان و بلوچستان (۸۶,۲) و کمترین تعداد ساکن استان تهران (۳۹,۲) هستند.

جدول ۳۱۳: توزیع فراوانی حقوق ماهیانه (ریال) زنان سالمند (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی سال ۱۳۹۹)

سطح درآمد (ریال)	تعداد	درصد	درصد تجمعی
بدون درآمد	۱۳۶۷۲	۵۶,۷	۵۶,۷
<۱,۰۰۰,۰۰۰	۱۸	۰,۱	۵۶,۸
<۳,۰۰۰,۰۰۰	۲۱۵	۰,۹	۵۷,۷
<۵,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰	۱,۲	۵۹,۰
<۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۸۸	۲,۹	۶۱,۸
<۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۵۴۵۵	۲۲,۶	۸۴,۵
<۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۴۶	۵,۲	۸۹,۶
<۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۱۴۳	۸,۹	۹۸,۵
<۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۷	۱,۵	۱۰۰,۰

در جدول ۳۱ درآمد ماهیانه کسب شده از حقوق آنها نشان داده شده است. با توجه به سطح درآمد ماهیانه ملاحظه می شود که ۵۶,۷ درصد زنان سالمند تنها، درآمدی ندارند و ۴۳,۳٪ بقیه درآمد داشتند، در این بین نیز ۵,۱ درصد دارای درآمد تا سقف ده میلیون ریال (یک میلیون تومان) بودند.

اکثر درآمدی بین ۱۰ تا ۳۰ میلیون ریال دارند (۲۲,۶٪). بیشترین درآمد ماهیانه ۴۴۶,۸۲۹,۲۲۵ ریال بود.



نمودار ۱۳: نمودار میله ای توزیع حقوق ماهیانه زنان سالمند تنها

در نمودار ۱۳ ملاحظه می شود که اکثر سالمندان زن تنها که ۷۰ درصد را شامل می شود بدون درآمد هستند.

برای تعیین دهک های درآمدی زنان سالمند تنها، از حقوق ماهیانه آنها استفاده شد. مینیمم و ماکزیمم حقوق ماهیانه به ترتیب صفر و ۴۴۶,۸۲۹,۲۲۵ ریال بود. با بررسی نقاط پرت درآمدی تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال حذف کردید. تعداد زنان در این دامنه ماکزیمم ۲۲ نفر بود. ماکزیمم درآمد بعد از حذف نقاط پرت، ۱۹۹,۸۰۷,۱۹۰ بود. دامنه صفر تا این ماکزیمم به ۱۰ قسمت مساوی تقسیم و تعداد و درصد زنان سالمند تنها در هر یک از این دهک ها محاسبه و در جدول ۳۲ ارائه شده است. تعداد ۲۲ نفر حذف شده در دهک دهم دوباره منظور گردید.

جدول ۳۲: دهک های درآمدی زنان سالمند تنها بر اساس حقوق ماهیانه (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی سال ۱۳۹۹)

دهک	دامنه درآمدی (ریال)	تعداد	درصد
اول	<۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۹۱۰۵	۷۹,۳
دوم	<۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۸۹۱	۷,۸

سوم	< ۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۳۰۴	۵,۴
چهارم	< ۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۱۳۰	۴,۷
پنجم	< ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۷	۱,۳
ششم	< ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۹	۰,۵
هفتم	< ۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۴	۰,۵
هشتم	< ۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۳	۰,۳
نهم	< ۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۲	۰,۱
دهم	< ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۹	۰,۱

با توجه به جدول ۱۲، ۷۰,۳٪ زنان سالمند تنها در دهک اول هستند و حقوق ماهیانه کمتر از ۲۰ میلیون ریال دارند. البته قابل ذکر است که در دهک اول که ۱۹۱۰۵ نفر هستند، ۱۳۶۷۲ نفر (۷۱,۶٪) هیچ درآمدی ندارند.

جدول ۳۳: توزیع دهک های درآمدی زنان سالمند تنها در استان های مختلف کشور- (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

نام استان	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم
آذربایجان شرقی	تعداد	۱۱۵۳	۹۰	۵۰	۴۱	۱۴	۳	۳	۱	۰
	درصد	۸۴,۷	۶,۶	۳,۷	۳,۰	۱,۰	۰,۲	۰,۲	۰,۱	۰,۰
آذربایجان غربی	تعداد	۸۵۱	۳۸	۲۹	۳۴	۶	۲	۳	۰	۰
	درصد	۸۸,۱	۳,۹	۳,۰	۳,۵	۰,۶	۰,۲	۰,۳	۰,۰	۰,۰
اردبیل	تعداد	۳۴۶	۸	۲۰	۸	۲	۱	۰	۰	۰
	درصد	۸۹,۹	۲,۱	۵,۲	۲,۱	۰,۵	۰,۳	۰,۰	۰,۰	۰,۰
اصفهان	تعداد	۱۲۱۹	۲۴۰	۱۳۰	۹۴	۲۰	۷	۹	۰	۰
	درصد	۷۰,۶	۱۳,۹	۷,۵	۵,۴	۱,۲	۰,۴	۰,۵	۰,۰	۰,۰
البرز	تعداد	۴۷۹	۷۷	۵۴	۳۵	۱۰	۱	۳	۱	۰
	درصد	۷۲,۰	۱۱,۶	۸,۱	۵,۳	۱,۵	۰,۸	۰,۲	۰,۲	۰,۰
ایلام	تعداد	۱۱۲	۷	۲	۴	۲	۱	۰	۰	۰
	درصد	۸۷,۵	۵,۵	۱,۶	۳,۱	۱,۶	۰,۸	۰,۰	۰,۰	۰,۰
بوشهر	تعداد	۱۸۲	۱۳	۱۵	۹	۱	۱	۰	۰	۰
	درصد	۸۲,۴	۵,۹	۶,۸	۴,۱	۰,۵	۰,۵	۰,۰	۰,۰	۰,۰
تهران	تعداد	۲۹۶۰	۵۱۸	۳۸۳	۳۴۲	۱۱۲	۳۷	۴۱	۱۲	۲۳
	درصد	۶۶,۵	۱۱,۶	۸,۶	۷,۷	۲,۵	۰,۸	۰,۹	۰,۳	۰,۵
چهارمحال و بختیاری	تعداد	۲۲۹	۲۳	۳	۱	۳	۱	۰	۰	۰
	درصد	۸۸,۱	۸,۸	۱,۲	۰,۴	۱,۲	۰,۴	۰,۰	۰,۰	۰,۰
خراسان جنوبی	تعداد	۲۵۷	۱۳	۷	۶	۲	۲	۱	۰	۰
	درصد	۸۹,۲	۴,۵	۲,۴	۲,۱	۰,۷	۰,۰	۰,۷	۰,۰	۰,۰
خراسان	تعداد	۱۷۲۳	۱۰۸	۹۰	۹۰	۲۶	۵	۱۰	۳	۰

رضوی	درصد	۸۳,۶	۵,۲	۴,۴	۴,۴	۱,۳	۲	۲	۰,۵	۰,۲	۰,۰
خراسان شمالی	تعداد	۲۴۷	۶	۹	۳	۲	۱	۱	۰	۰	۰
	درصد	۹۱,۸	۲,۲	۳,۳	۱,۱	۰,۷	۰,۴	۰,۴	۰,۰	۰,۰	۰,۰
خوزستان	تعداد	۷۸۲	۱۳۱	۴۰	۴۱	۹	۲	۱	۱	۰	۰
	درصد	۷۷,۷	۱۳,۰	۴,۰	۴,۱	۰,۹	۰,۲	۰,۱	۰,۱	۰,۰	۰,۰
زنجان	تعداد	۲۸۸	۱۳	۱۰	۹	۳	۱	۰	۰	۰	۰
	درصد	۸۸,۹	۴,۰	۳,۱	۲,۸	۰,۹	۰,۳	۰,۰	۰,۰	۰,۰	۰,۰
سمنان	تعداد	۱۵۶	۲۳	۱۹	۱۷	۳	۴	۲	۱	۰	۰
	درصد	۶۹,۳	۱۰,۲	۸,۴	۷,۶	۱,۳	۱,۸	۰,۹	۰,۴	۰,۰	۰,۰
سیستان وبلوچستان	تعداد	۴۶۷	۶	۱۳	۱۱	۳	۳	۳	۰	۰	۰
	درصد	۹۲,۳	۱,۲	۲,۶	۲,۲	۰,۶	۰,۶	۰,۶	۰,۰	۰,۰	۰,۰
فارس	تعداد	۱۰۴۰	۷۷	۶۷	۶۶	۲۰	۴	۷	۴	۰	۳
	درصد	۸۰,۷	۶,۰	۵,۲	۵,۱	۱,۶	۰,۳	۰,۵	۰,۳	۰,۰	۰,۲
قزوین	تعداد	۲۷۴	۳۵	۱۵	۱۲	۱	۱	۱	۱	۰	۰
	درصد	۸۰,۸	۱۰,۳	۴,۴	۳,۵	۰,۳	۰,۳	۰,۳	۰,۳	۰,۰	۰,۰
قم	تعداد	۲۵۳	۲۴	۲۰	۱۵	۴	۲	۱	۰	۰	۰
	درصد	۷۹,۳	۷,۵	۶,۳	۴,۷	۱,۳	۰,۶	۰,۳	۰,۰	۰,۰	۰,۰
کردستان	تعداد	۴۰۵	۱۰	۱۲	۱۸	۰	۱	۱	۳	۰	۰
	درصد	۹۰,۰	۲,۲	۲,۷	۴,۰	۰,۰	۰,۲	۰,۲	۰,۷	۰,۰	۰,۰
کرمان	تعداد	۶۳۲	۶۱	۴۱	۳۳	۱۲	۷	۵	۱	۰	۰
	درصد	۷۹,۸	۷,۷	۵,۲	۴,۲	۱,۵	۰,۹	۰,۶	۰,۱	۰,۰	۰,۰
کرمانشاه	تعداد	۴۵۸	۳۹	۲۲	۲۸	۷	۰	۳	۰	۱	۱
	درصد	۸۱,۹	۷,۰	۳,۹	۵,۰	۱,۳	۰,۰	۰,۵	۰,۰	۰,۲	۰,۲
کهگیلویه وبویراحمد	تعداد	۱۱۰	۶	۴	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	درصد	۸۸,۷	۴,۸	۳,۲	۳,۲	۰,۰	۰,۰	۰,۰	۰,۰	۰,۰	۰,۰
گلستان	تعداد	۴۱۹	۱۹	۲۵	۲۱	۲	۲	۱	۰	۰	۱
	درصد	۸۵,۵	۳,۹	۵,۱	۴,۳	۰,۴	۰,۴	۰,۲	۰,۰	۰,۰	۰,۲
گیلان	تعداد	۸۳۳	۵۷	۵۱	۴۳	۱۰	۵	۱۴	۴	۳	۰
	درصد	۸۱,۷	۵,۶	۵,۰	۴,۲	۱,۰	۰,۵	۱,۴	۰,۴	۰,۳	۰,۰
لرستان	تعداد	۴۷۸	۲۴	۲۷	۲۱	۴	۲	۱	۰	۰	۰
	درصد	۸۵,۸	۴,۳	۴,۸	۳,۸	۰,۷	۰,۴	۰,۲	۰,۰	۰,۰	۰,۰
مازندران	تعداد	۷۷۵	۹۰	۶۱	۴۵	۱۴	۸	۷	۲	۰	۱
	درصد	۷۷,۳	۹,۰	۶,۱	۴,۵	۱,۴	۰,۸	۰,۷	۰,۲	۰,۰	۰,۱
مرکزی	تعداد	۴۳۲	۳۵	۲۱	۳۲	۴	۲	۳	۱	۰	۰
	درصد	۸۱,۵	۶,۶	۴,۰	۶,۰	۰,۸	۰,۴	۰,۶	۰,۲	۰,۰	۰,۰
هرمزگان	تعداد	۳۵۸	۱۰	۱۳	۷	۱	۰	۱	۰	۰	۰
	درصد	۹۱,۸	۲,۶	۳,۳	۱,۸	۰,۳	۰,۰	۰,۳	۰,۰	۰,۰	۰,۰
همدان	تعداد	۴۹۶	۲۶	۱۰	۱۶	۴	۱	۱	۱	۰	۰
	درصد	۸۹,۵	۴,۷	۱,۸	۲,۹	۰,۷	۰,۲	۰,۲	۰,۲	۰,۰	۰,۰
یزد	تعداد	۳۱۶	۳۹	۲۶	۱۰	۳	۰	۱	۵	۱	۰
	درصد	۷۸,۸	۹,۷	۶,۵	۲,۵	۰,۷	۰,۰	۰,۲	۱,۲	۰,۲	۰,۰

در تعداد استان های معدودی، زنان سالمند تنها با دهک دهم زندگی می کنند. مثلاً در استان تهران ۰,۵ درصد، در استان فارس، کرمانشاه و گلستان ۰,۲ و در استان مازندران ۰,۱ درصد در دهک دهم هستند. اکثر زنان سالمند تنها در دهک اول (کمتر از ۲۰ میلیون ریال بین ۶۶,۵٪ تا ۹۱,۸٪) قرار می گیرند.

جدول ۳۴: توزیع فراوانی حقوق ماهیانه (ریال) زنان سالمند تنها به تفکیک استان محل سکونت (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

نام استان	بدون درآمد	<۱۰,۰۰۰,۰۰۰	<۵۰,۰۰۰,۰۰۰	درآمد بیشتر
آذربایجان شرقی	تعداد	۷۸۶	۱۳۴	۹۸
	درصد	۵۷,۸٪	۹,۸٪	۷,۲٪
آذربایجان غربی	تعداد	۶۹۳	۲۸	۶۴
	درصد	۷۱,۷٪	۲,۹٪	۶,۶٪
اردبیل	تعداد	۲۶۶	۲۴	۲۳
	درصد	۶۹,۱٪	۶,۲٪	۶,۰٪
اصفهان	تعداد	۷۴۷	۸۳	۱۹۹
	درصد	۴۳,۳٪	۴,۸٪	۱۱,۵٪
البرز	تعداد	۲۸۴	۳۱	۷۸
	درصد	۴۲,۷٪	۴,۷٪	۱۱,۷٪
ایلام	تعداد	۹۴	۵	۹
	درصد	۷۳,۴٪	۳,۹٪	۷,۰٪
بوشهر	تعداد	۱۴۰	۶	۱۸
	درصد	۶۳,۳٪	۲,۷٪	۸,۱٪
تهران	تعداد	۱۸۴۲	۱۳۸	۷۸۲
	درصد	۴۱,۴٪	۳,۱٪	۱۷,۶٪
چهارمحال و بختیاری	تعداد	۱۵۹	۲۲	۶
	درصد	۶۱,۲٪	۸,۵٪	۲,۳٪
خراسان جنوبی	تعداد	۲۰۷	۲۰	۱۶
	درصد	۷۱,۹٪	۶,۹٪	۵,۶٪
خراسان رضوی	تعداد	۱۳۱۱	۱۰۳	۱۹۱
	درصد	۶۳,۶٪	۵,۰٪	۹,۳٪
خراسان شمالی	تعداد	۲۱۳	۱۲	۱۱
	درصد	۷۹,۲٪	۴,۵٪	۴,۱٪
خوزستان	تعداد	۵۳۹	۵۸	۷۲
	درصد	۵۳,۵٪	۵,۸٪	۷,۱٪
زنجان	تعداد	۲۳۴	۱۵	۲۰
	درصد	۷۲,۲٪	۴,۶٪	۶,۲٪

۳۵	۹۸	۲۶	۶۶	تعداد	سمنان
۱۵,۶٪	۴۳,۶٪	۱۱,۶٪	۲۹,۳٪	درصد	
۲۹	۴۸	۱۴	۴۱۵	تعداد	سیستان و بلوچستان
۵,۷٪	۹,۵٪	۲,۸٪	۸۲,۰٪	درصد	
۱۴۷	۲۹۹	۶۳	۷۷۹	تعداد	فارس
۱۱,۴٪	۲۳,۲٪	۴,۹٪	۶۰,۵٪	درصد	
۲۴	۱۰۹	۱۸	۱۸۸	تعداد	قزوین
۷,۱٪	۳۲,۲٪	۵,۳٪	۵۵,۵٪	درصد	
۳۵	۸۳	۱۷	۱۸۴	تعداد	قم
۱۱,۰٪	۲۶,۰٪	۵,۳٪	۵۷,۷٪	درصد	
۲۹	۸۷	۱۸	۳۱۶	تعداد	کردستان
۶,۴٪	۱۹,۳٪	۴,۰٪	۷۰,۲٪	درصد	
۸۴	۲۱۵	۵۶	۴۳۷	تعداد	کرمان
۱۰,۶٪	۲۷,۱٪	۷,۱٪	۵۵,۲٪	درصد	
۴۹	۱۲۶	۱۹	۳۶۵	تعداد	کرمانشاه
۸,۸٪	۲۲,۵٪	۳,۴٪	۶۵,۳٪	درصد	
۷	۱۹	۲	۹۶	تعداد	کهگیلویه و بویراحمد
۵,۶٪	۱۵,۳٪	۱,۶٪	۷۷,۴٪	درصد	
۴۱	۱۰۶	۳۱	۳۱۲	تعداد	گلستان
۸,۴٪	۲۱,۶٪	۶,۳٪	۶۳,۷٪	درصد	
۱۰۸	۲۶۵	۴۹	۵۹۸	تعداد	گیلان
۱۰,۶٪	۲۶,۰٪	۴,۸٪	۵۸,۶٪	درصد	
۴۴	۱۱۸	۳۰	۳۶۵	تعداد	لرستان
۷,۹٪	۲۱,۲٪	۵,۴٪	۶۵,۵٪	درصد	
۱۱۹	۲۷۶	۵۳	۵۵۵	تعداد	مازندران
۱۱,۹٪	۲۷,۵٪	۵,۳٪	۵۵,۳٪	درصد	
۵۶	۱۳۵	۴۵	۲۹۴	تعداد	مرکزی
۱۰,۶٪	۲۵,۵٪	۸,۵٪	۵۵,۵٪	درصد	
۱۸	۵۹	۱۶	۲۹۷	تعداد	هرمزگان
۴,۶٪	۱۵,۱٪	۴,۱٪	۷۶,۲٪	درصد	
۲۷	۹۱	۳۸	۳۹۸	تعداد	همدان
۴,۹٪	۱۶,۴٪	۶,۹٪	۷۱,۸٪	درصد	
۳۴	۱۵۳	۲۹	۱۸۵	تعداد	یزد
۸,۵٪	۳۸,۲٪	۷,۲٪	۴۶,۱٪	درصد	

در جدول ۳۴ ملاحظه می شود که در تمام استان ها اکثر حقوق ماهیانه ای نداشتند (۳,۲۹٪ تا ۸۲٪).

بیشترین زنان سالمند تنها بدون حقوق ماهیانه در استان سیستان و بلوچستان ساکن هستند.

جدول ۳۵: توزیع فراوانی حقوق ماهیانه (ریال) زنان سالمند تنها به تفکیک شهری و روستایی بودن (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

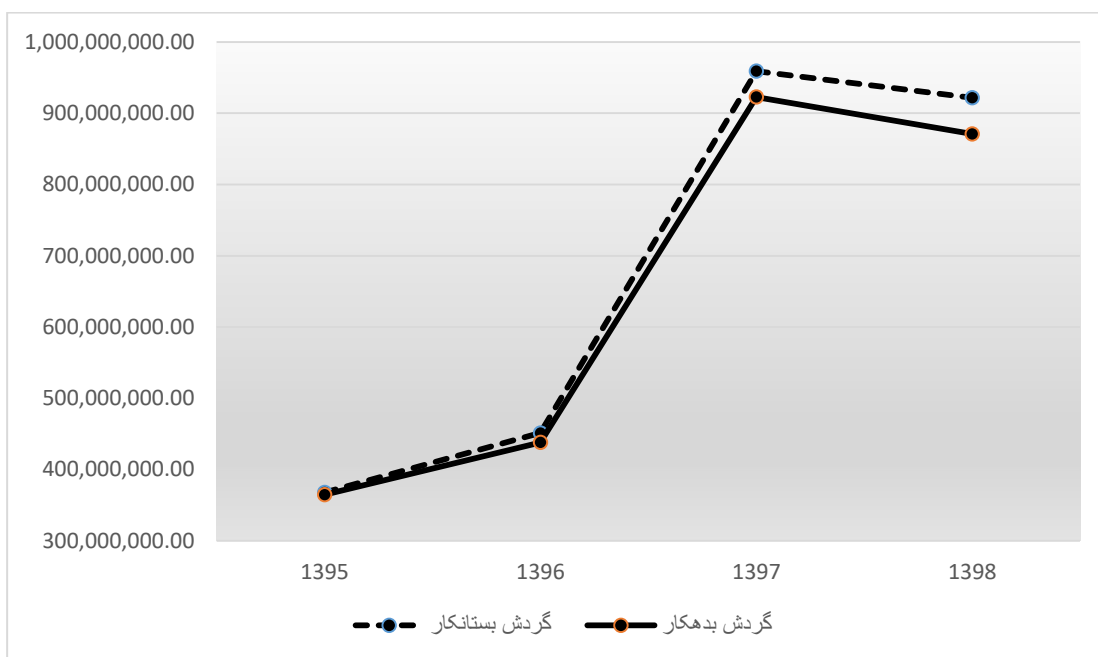
ساکن شهر		بدون درآمد	<۱۰,۰۰۰,۰۰۰	<۵۰,۰۰۰,۰۰۰	درآمد بیشتر
یلی	تعداد	۷۵۶۶	۶۵۷	۵۴۶۶	۲۰۶۱
	درصد	۴۸,۰٪	۴,۲٪	۳۴,۷٪	۱۳,۱٪
خیر	تعداد	۵۷۹۹	۵۴۶	۱۱۵۱	۴۱۲
	درصد	۷۳,۳٪	۶,۹٪	۱۴,۶٪	۵,۲٪

در جدول ۳۵ ملاحظه می شود که درصد زنان سالمند تنها که بدون حقوق ماهیانه هستند در روستاها بیشتر است (۷۳,۳٪). در روستاها زنان با حقوق کمتر از ۱۰ میلیون ریال بیشتر است و در شهرها با حقوق بیشتر از ۱۰ میلیون ریال بیشتر است.

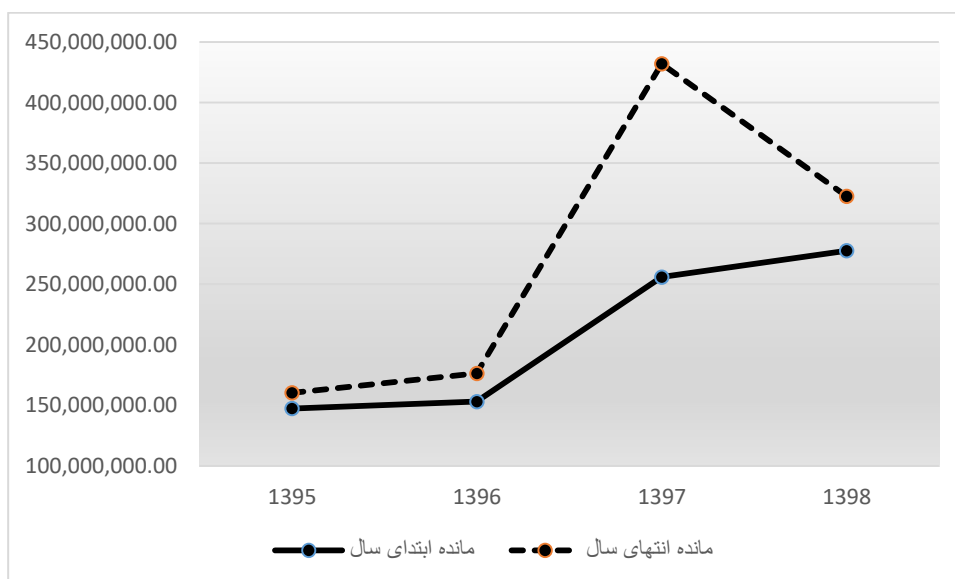
جدول ۳۶: میانگین گردش مالی سالیانه زنان سالمند تنها در چهارسال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۸ (نمونه دو درصدی از پایگاه اطلاعات رفاه-وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

گردش مالی سالیانه (صدمیلیون ریال)	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸
گردش بستانکار	۳۶۷,۹۸۶,۸۴۳,۲۱	۴۵۱,۳۵۶,۳۵۴,۳۰	۹۵۹,۰۵۴,۶۴۰,۱۶	۹۲۱,۷۲۹,۴۷۶,۲۲
گردش بدهکار	۳۶۴,۸۷۸,۶۰۰,۵۰	۴۳۸,۲۳۷,۲۱۶,۷۶	۹۲۲,۸۰۱,۹۴۲,۳۹	۸۷۰,۸۹۲,۵۴۵,۸۶
مانده ابتدای سال	۱۴۷,۴۴۴,۵۹۲,۰۲	۱۵۳,۰۸۳,۱۳۲,۷۴	۲۵۵,۸۸۷,۵۶۵,۳۷	۲۷۷,۷۲۰,۰۷۵,۵۴
مانده انتهای سال	۱۶۰,۳۸۹,۶۱۹,۸۳	۱۷۶,۳۷۰,۵۶۹,۴۴	۴۳۲,۰۰۷,۳۴۶,۲۳	۳۲۲,۵۹۵,۰۴۴,۴۱

مطابق با جدول ۳۶ و نمودارهای ۱۹ و ۲۰ ملاحظه می شود که گردش های بستانکار و بدهکار در طی این چند سال افزایش یافته است ولی در سال های ۹۶ تا ۹۷ افزایش بیشتری یافته است. همچنین مانده انتهای سال عموماً از ابتدای سال بیشتر است.



نمودار ۱۴: گردش های بستانکار و بدهکار تمامی حساب های مالی زنان سالمند تنها طی سالهای ۹۵ تا ۹۸



نمودار ۱۵: مانده ابتدای سال و انتهای سال زنان سالمند تنها طی سالهای ۹۵ تا ۹۸

پیش‌بینی تغییرات ترکیب خانوار در ایران با تاکید بر تنهازیستی زنان سالمند*

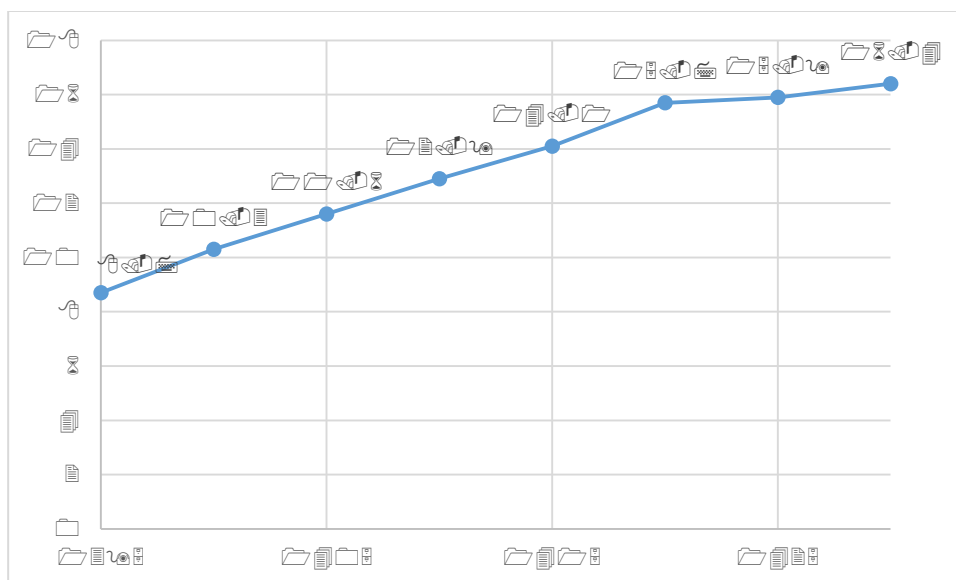
پیش‌بینی ترکیب خانوار و ترتیبات زندگی سالمندان موضوعی مهم و کلیدی است که می‌تواند سلامت و به‌زیستن اقتصادی و اجتماعی سالمندان را تحت‌تاثیر قرار دهد. روشن است که پیش‌بینی خانوارها و ترتیبات زندگی سالمندان از جمله وضعیت زناشویی و محل اقامت مشترک آنها با فرزندان، به‌طور قابل ملاحظه‌ای برای مقابله با مسائل و چالش‌های سالخوردگی سریع جمعیت در دهه‌های پیش رو اهمیت و ضرورت دارد.

بر این اساس، در این بخش از گزارش با استفاده از نرم افزار ProFamy به پیش‌بینی ترکیب خانوار در ایران تا سال ۱۴۳۰ و همچنین تعداد سالمندان (به ویژه زنان) ساکن در خانوارهای تک نفره پرداختیم. مدل ProFamy یک روش ترکیب چندحالتی است که تعداد افراد را برحسب جنس، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان و والدینی که در کنار هم زندگی می‌کنند محاسبه کرده و بر اساس آن‌ها خانوارها را به لحاظ ترکیبات مختلف پیش‌بینی می‌کند. برای پیش‌بینی با استفاده از این مدل نیاز به سه دسته اطلاعات است: (۱) جمعیت پایه؛ شامل اطلاعات جمعیتی برحسب جنس، سن، وضعیت زناشویی، بستگی با سرپرست خانوار، نوع سکونت در خانوار شخصی یا گروهی، و همچنین جدول تقاطعی ویژه سنی-جنسی جمعیت کشور برحسب وضعیت تاهل و تعداد کل خانوارها برحسب تعداد افراد حاضر در آن. (۲) شاخص‌های استاندارد مدل نظیر میزان‌های ویژه سنی-جنسی مرگ و میر، ازدواج و طلاق، باروری، خالص مهاجرت و ترک خانه والدین، و (۳) پارامترهای خلاصه شده جمعیتی نظیر؛ میزان‌های عمومی استاندارد شده ازدواج و طلاق، میزان باروری کل برحسب زنده‌زایی، میزان باروری کل، امیدزندگی در بدوتولد به تفکیک جنس، تعداد کل مهاجران مرد و زن، میانگین سن در اولین ازدواج، میانگین سن در هنگام تولد، نسبت افراد ۴۵-۴۹ ساله که با والدین‌شان زندگی نمی‌کنند، نسبت ویژه سنی-جنسی افراد سالمند که با فرزندان‌شان زندگی می‌کنند و میانگین تعداد افراد غیرخویشاوند و دیگر خویشاوندانی که در یک خانوار زندگی می‌کنند (بگی، ۱۳۹۸).

نتایج نشان داد که نسبت خانوارهای تک نفره در طول دوره ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰ دو برابر می‌شود و از ۸,۷ درصد در سال ۱۳۹۵ به ۱۶,۴ درصد در سال ۱۴۳۰ افزایش می‌یابد. از این‌رو، خانوارهای تک نفره

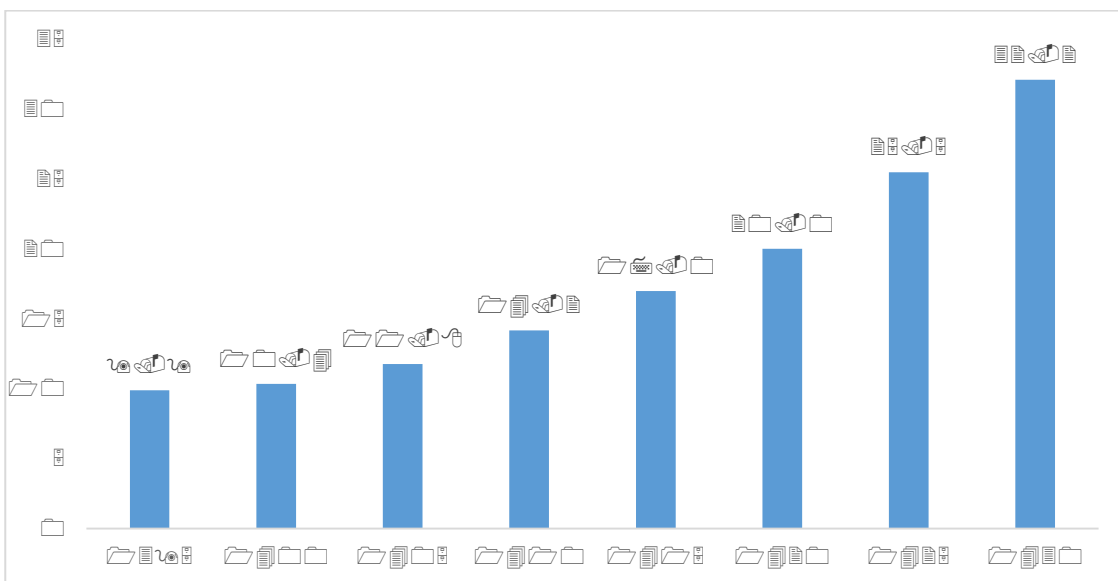
* این بخش از گزارش عمدتاً مبتنی بر مطالعه پویایی خانوار توسط میلاد بگی می‌باشد.

افزایش قابل توجهی در سه دهه آینده خواهد داشت و بخش عمده این افزایش به دلیل روند فزاینده تنها ماندن افراد سالمند می‌باشد.



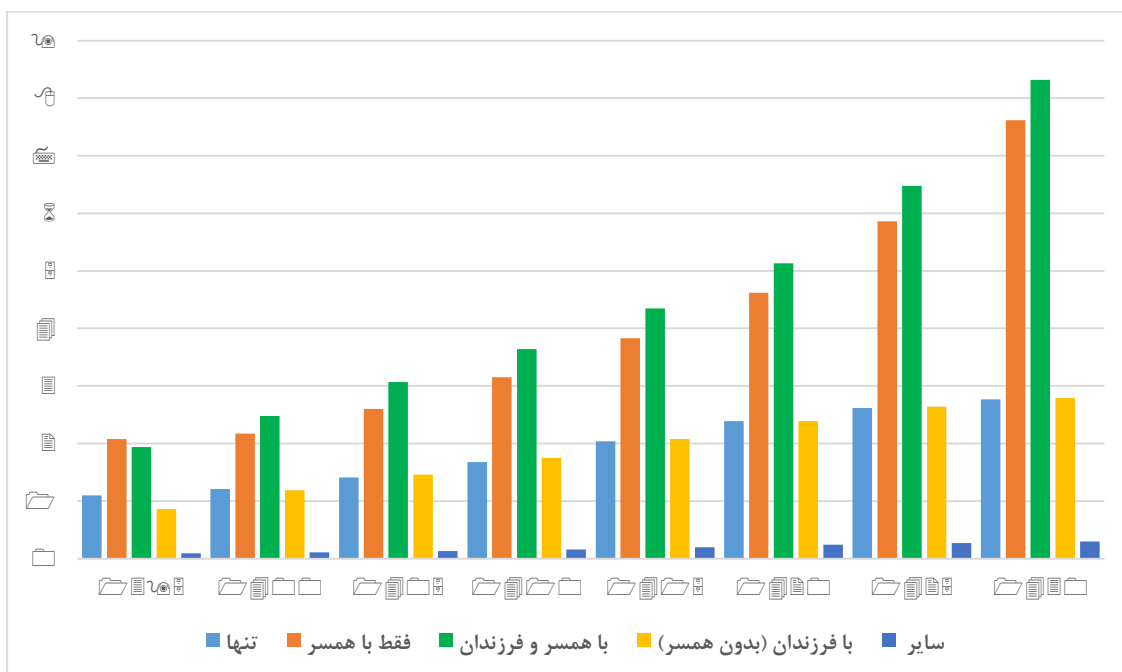
نمودار ۱۶: برآورد نسبت خانوارهای تک نفره از کل خانوارها، ایران ۱۳۹۵-۱۴۳۰

علاوه بر این، نتایج پیش‌بینی نشان داد که در طول دوره زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰ نسبت خانوارهای با سالمند سرپرست از کل خانوارها روندی افزایشی داشته و بیش از سه برابر خواهد شد و از ۱۰ درصد در سال ۱۳۹۵ به ۳۲ درصد در سال ۱۴۳۰ خواهد رسید. بر این اساس، در سال ۱۳۹۵ تنها ۱۰ درصد خانوارهای کشور سالمندسرپرست بوده‌اند اما با توجه به روند افزایشی سالمندی جمعیت در کشور، نسبت خانوارهای سالمندسرپرست در سال ۱۴۳۰ به ۳۲ درصد، یعنی یک سوم کل خانوارهای کشور افزایش خواهد رسید.



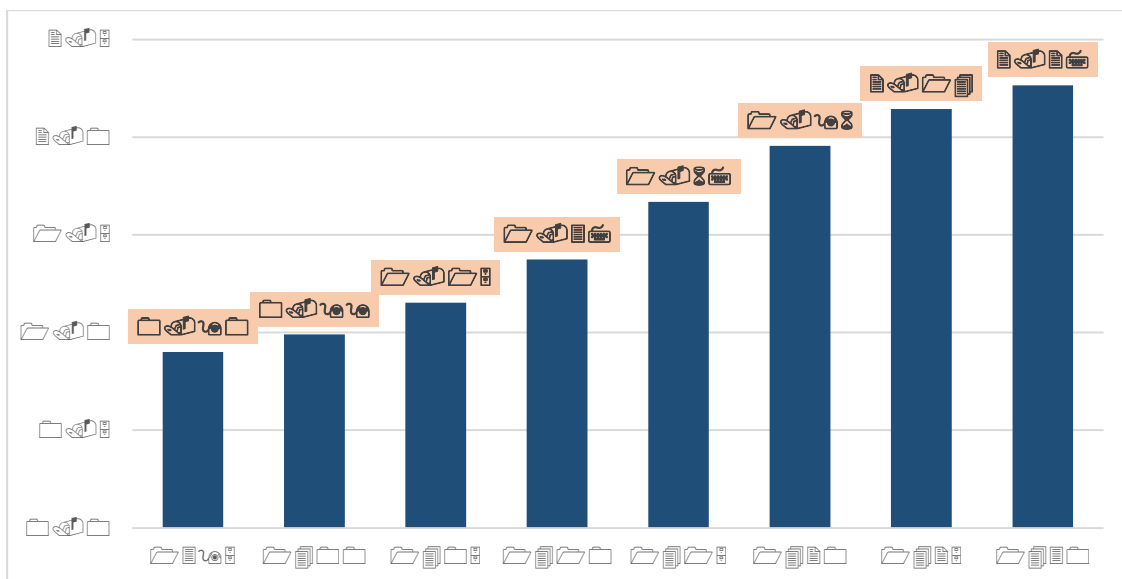
نمودار ۱۷: برآورد نسبت خانوارهای با سالمند سرپرست از کل خانوارها، ایران ۱۳۹۵-۱۴۳۰

پیش بینی تعداد سالمندان برحسب نوع ترتیبات زندگی آنها نشان می دهد در طول دوره زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰، برای همه سالها بیشتر سالمندان به همراه همسر و فرزندان خود زندگی می کنند. با اینحال، روند افزایشی تعداد سالمندان تنها بسیار محسوس و قابل توجه است.



نمودار ۱۸: برآورد تعداد سالمندان برحسب نوع ترتیبات زندگی، ایران ۱۳۹۵-۱۴۳۰

در نهایت، همانطور که پیش‌تر اشاره شد تعداد زنان سالمند تنها در سال ۱۳۹۵ حدود ۹۰۰ هزار نفر بوده است. بر اساس نتایج، پیش‌بینی می‌شود که تعداد زنان سالمند تنها زیست در طول دوره زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰ روندی افزایشی داشته و تقریباً سه برابر شود و از ۹۰۲ هزار نفر در سال ۱۳۹۵ به ۲ میلیون و ۲۷۰ هزار نفر در سال ۱۴۳۰ برسد.



نمودار ۱۹: برآورد تعداد زنان سالمند ساکن در خانواده تک نفره (تنها زیست)، ایران ۱۳۹۵-۱۴۳۰ (ارقام به میلیون نفر)

با توجه به سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵، در حالی که تنه‌ازبستی برای مردان سالمند ۵٫۵ درصد بوده، برای زنان سالمند تنها ۲۴ درصد بوده است. این تفاوت جنسیتی در کشورهای دیگر نیز به دلیل امید زندگی بیشتر زنان نسبت به مردان و همچنین ملاحظات فرهنگی قابل مشاهده است. در آمریکا زنان سالمند تنها ۳۴ درصد و مردان سالمند تنها ۲۱ درصد است، که ازدواج مجدد مردان بعد از فوت یا طلاق از همسر مهمترین دلیل تفاوت های جنسیتی در الگوی تنه‌ازبستی سالمندان است. البته فاصله بین درصد زنان سالمند تنها و مردان سالمند تنها در این کشور کمتر از ایران می باشد. از چالش های مهم زنان سالمند تنها در ایران، افزایش شیوع زنان سالمند تنه‌ای روستایی نسبت به زنان سالمند تنه‌ای شهری است. مهاجرت فرزندان و الگوی ازدواج مجدد کمتر برای زنان در مناطق روستایی منجر به شیوع بالاتر تنه‌ازبستی در مناطق روستایی شده است. چالش مهم دیگر شیوع بیشتر سالمندان زن تنها با افزایش سن است که با افزایش بیماری ها و مشکلات فرتوتی دوران سالمندی همراه شده و بار مضاعفی را برای این گروه از سالمندان از نظر سلامتی و مراقبتی ایجاد می کند. تنه‌ایی و کهنسالی می تواند مشکلاتی را در سوء تغذیه، ترس و افتادن ایجاد کند که نیازمند مراقبت های طولانی مدت است. همچنین نیمی از زنان سالمند تنها بیسواد بوده و یا دارای تحصیلات ابتدایی می باشند. تحصیلات از مهمترین ظرفیت های توانمندی است که بر سلامتی تاثیر بسزایی دارد. البته این چالش مربوط به کوهورت فعلی سالمندان است، در حالی که در سال های آتی با جمعیت بیشتر زنان سالمند تنها با تحصیلات دانشگاهی و همچنین زنان سالمند تنه‌ای بدون فرزند رو به رو خواهیم شد که مشکلات متعدد و متفاوتی خواهند داشت. در نهایت باید به این نکته توجه داشت که شیوع زنان سالمند تنها در استان های کمتر توسعه یافته بیشتر است که باعث می شود زنان سالمند تنها، در فقر زندگی را به سر ببرند که نیازمند توجه بیشتر سیاستگذاران در ارائه بسته های حمایتی و رفاهی می باشد.



شکل ۳: چالش های زنان سالمند تنها در ایران

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

نظر به اینکه تا کنون پژوهش‌های جامعی در مورد وضعیت زنان سالمند تنها و پیامدهای تنهازیستی زنان سالمند در ایران انجام نشده است، در این پژوهش تلاش گردید تا ضمن بررسی وضعیت این گروه و پیامدهای احتمالی ناشی از آن اقدام به پیش‌بینی علمی در مورد وضعیت آنها در بازه زمانی ۱۴۰۰ تا ۱۴۳۰ صورت پذیرد. در عین حال این مطالعه سعی نموده است به موضوع آسیب‌پذیری، نیازها و چالش‌های زنان سالمند تنها نیز به صورت مشروح بپردازد.

در این زمینه علاوه بر اینکه مروری جامع در زمینه مطالعات و پژوهش‌های انجام شده در ایران و سایر کشورها صورت گرفت، پس از جمع‌بندی مجموعه مطالعات انجام شده، در قالب یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا با ۱۲ سیاستگذار، مدیر، صاحب‌نظر و کارشناس و ۱۷ نفر زن سالمند تنها در استان‌های تهران و البرز مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته انجام شد.

تحلیل این مصاحبه‌ها تصویر عینی و دقیق‌تری از وضعیت زنان سالمند تنها در ایران به دست داد. در عین حال در مرحله سوم این مطالعه داده‌های تولید شده توسط مراجع رسمی مانند مرکز آمار ایران و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (بانک اطلاعات رفاه ایرانیان) مورد تحلیل ثانویه قرار گرفتند. در این تحلیل ثانویه علاوه بر توصیف وضع موجود پیش‌بینی‌های لازم از وضعیت زنان سالمند تنها در ۳۰ سال آینده با روش‌های علمی صورت پذیرفت.

اینک برگرفته از اقدامات انجام شده که در فصول ۱ تا ۴ گزارش شده است، در فصل حاضر یافته‌های پژوهش مورد بحث قرار خواهد. به این منظور و با توجه به مجموعه یافته‌های کمی و کیفی سوالات پژوهش به تفکیک پاسخ داده شده و در ادامه ضمن بیان توصیه‌های سیاستی به محدودیت‌های پژوهش و همچنین پیشنهاد‌های لازم برای مطالعات بعدی، برگرفته از نتایج پژوهش ارائه می‌شود.

سوال اول: وضعیت زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟

در کل در دو درصد داده‌های سرشماری سال ۱۳۹۵ تعداد کل زنان در سنین مختلفی که تنها زندگی می‌کردند ۲۷۳۶۵ نفر بود که از بین آنها ۱۸۰۵۷ نفر (۶۶٪) سالمند بودند. بیشترین زنان سالمند تنها در بین زنان تنها در تمام سنین مربوط به استان مرکزی (۷۷,۵٪) و کمترین مربوط به کهگیلویه و بویراحمد (۵۳,۲٪) بود.

میانگین سن زنان سالمند تنها برابر ۷۳,۸ سال می باشد (میانگین سنی زنان سالمند تنهای ساکن روستا بیشتر است). اکثر زنان سالمند در استان تهران (۱۸,۵٪) و سپس در خراسان رضوی (۸,۹٪) و در رتبه سوم استان اصفهان (۷,۷٪) ساکن هستند. از همه کمتر نیز مربوط به استان های ایلام و کهگیلویه و بویراحمد (۰,۴٪) است. منطق توزیع و فراوانی تعداد زنان سالمند تنها در استان های توسعه یافته و کمتر توسعه یافته بر گرفته از میزان جمعیت کل استان ها است. لذا فزونی جمعیت در هر استانی نشان دهنده میزان بالاتر حضور زنان سالمند تنها در آن استان ها می باشد. در عین حال مطابق یافته های تحقیق میزان توسعه یافتگی استان ها و در نتیجه احتمال بالاتر استقلال مالی و اقتصادی و تحرک اجتماعی و شغلی زمینه ساز مجرد قطعی و انتخاب تنها زیستی توسط زنان سالمند می شود.

اکثر زنان سالمند تنها در شهرها زندگی می کردند (۷۱,۳٪) که از توزیع جمعیت شهری و روستایی در ایران تبعیت می کند. اغلب زنان سالمند تنها بدون همسر (به علت فوت همسر) بودند (۹۰,۱٪) و ۲,۴٪ آنان هرگز ازدواج نکرده بودند. ۴/۴٪ آنها دارای همسر بودند ولی تنها زندگی می کردند. به این ترتیب ۹۴/۵ درصد زنان سالمند تنها تجربه حداقل یک بار ازدواج را داشتند.

۱۳/۵۷ درصد زنان سالمند تنها پنج فرزند یا شش فرزند (۱۳,۴٪) به دنیا آورده بودند و بخشی از شبکه ارتباطی آنها در تعامل با فرزندان شان شکل گرفته است. یکی از انتظارات اصلی زنان سالمند تنها حفظ ارتباط با فرزندان شان بود و زنان سالمند تنهایی که فرزند داشتند با اولویت تلاش می کردند ارتباط با فرزندان و خانواده آنان را حفظ کنند و ممکن بود ارتباط با فرزندان بر ارتباط با سایر گروه ها (بستگان، همسایگان، دوستان و عضویت در انجمن ها و خیریه ها) سایه اندازد.

اکثر زنان سالمند تنها بی سواد بودند (۷۳,۶٪) و در بین زنان سالمند تنها که سواد داشتند اغلب دارای سواد در مقطع ابتدایی یا سوادآموزی بودند (۵۸,۳٪). تعداد زنان سالمند تنها با مدرک دیپلم (۱۶,۲٪) و بعد از آن به سختی به ۱۰٪ می رسید. به نظر می رسد زندگی در جامعه مردسالار که فرصت کافی برای آموزش زنان و دختران فراهم نمی نماید دلیل اصلی بی سواد یا کم سواد زنان سالمند تنهاست. اکثر زنان سالمند تنهایی که در سطح تحصیلی بالاتر در اوایل دوره سالمندی خود قرار داشتند. کم سواد و بیسوادی عامل مهمی برای کاهش دسترسی های زنان سالمند تنها به شمار می رود. آنها به طور قابل توجهی برای انجام امور متعدد نیازمند دیگران هستند و در صورت عدم دریافت حمایت از جانب فرزندان و اطرافیان ممکن است به همین دلیل نتوانند به خدمات مورد نیازشان دسترسی پیدا کنند. بی سواد یا کم سواد برای عدم دسترسی زنان سالمند تنها به شبکه های اجتماعی مجازی بشمار می رود و می تواند بر مشارکت اجتماعی آنها تأثیر منفی داشته باشد.

۰,۲ درصد زنان سالمند تنها مبتلا به بیماری های خاص و ۲ درصد نیز دچار انواع معلولیت هستند. علیرغم پیگیری های مکرر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ارائه اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت زنان سالمند تنها خودداری نمود و به همین دلیل نمی توان گزارش دقیقی در مورد شیوع انواع بیماری ها در میان زنان سالمند تنها ارائه نمود. در مطالعه کیفی زنان سالمند تنهای مصاحبه شونده به طیف متنوعی از بیماری ها و محدودیت های جسمی و حرکتی اشاره می کردند. به عنوان مثال فشارخون، دیابت، بیماری های قلبی و عروقی، آرتروز، روماتیسم و ... از این دست بودند. عدم پاسخگویی مناسب و به موقع به نیازهای درمانی و مراقبتی زنان سالمند تنها می تواند موجب بروز عوارض بیشتری جسمی در میان آنها شود و بی تردید علاوه بر دشوار کردن زندگی برای زنان سالمند تنها، هزینه های قابل توجهی را نیز به سیستم بهداشت و درمان کشور تحمیل نماید.

۲,۹٪ زنان سالمند تنها بیمه پرداز صندوق های بازنشستگی با میانگین ۷۲,۵ سال هستند. همچنین ۲۶,۳٪ نیز بازنشسته صندوق های بازنشستگی هستند و میانگین سن آنها ۷۰,۲ سال بود. در بین زنان سالمند تنها ۰,۳٪ دارای شغل مشمول مالیات بودند که میانگین سن آنها ۶۳,۸ سال بود.

اکثر زنان سالمند تنها (۵۸,۷٪) بیمه سلامت دارند. در بین دارندگان بیمه سلامت، اکثر بیمه روستاییان (۴۴٪) و کارکنان دولت (۲۸٪) و بیمه سلامت همگانی (۱۳٪) هستند. البته زنان سالمند تنها و صاحب نظران بر این نکته تأکید داشتند که خدمات بیمه سلامت بخصوص خدمات بیمه سلامت همگانی از کمیت و کیفیت مناسبی برخوردار نیست و زنان سالمند تنهایی که تحت پوشش این بیمه هستند، در بسیاری مواد ناچار می شوند، هزینه های درمانی را به صورت آزاد بپردازند. نکته قابل توجه دیگر در مورد پوشش بیمه سلامت در میان زنان سالمند تنها در ایران این است که ۴۴ درصد زنان سالمند تنهایی که تحت پوشش بیمه سلامت هستند، از خدمات بیمه روستاییان و عشایر استفاده می کنند. این در حالی است که بیش از ۷۰ درصد زنان سالمند تنها در شهرها زندگی می کنند. به این ترتیب می توان نتیجه گرفت که نسبت پوشش بیمه سلامت زنان سالمند تنها در شهرها کمتر از روستاهاست.

سوال دوم: وضعیت مراقبت در میان زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟

در داده های کمی اطلاعاتی در مورد وضعیت مراقبت در میان زنان سالمند تنها به دست نیامد. از آنجایی که وضعیت مراقبت بیش از هر چیز ناظر بر مراقبت هایی است که زنان سالمند تنها در زمان بیماری یا کم توانی به آنها نیاز پیدا می کنند، اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می توانست بخشی از این سوال را پاسخ دهد اما همانطور که پیش از این اشاره شد، وزارت مذکور به دلایل نامشخص درخواست گروه پژوهش را برای دریافت اطلاعات بی پاسخ گذاشت. به این ترتیب

امکان ارائه داده های آماری در پاسخ به این سوال در پژوهش حاضر فراهم نیست اما در مطالعه کیفی اطلاعات بسیار ارزشمندی در مورد وضعیت مراقبت در میان زنان سالمند تنها بدست آمد. همانطور که در فصل ۴ نیز به طور مبسوط به این موضوع اشاره شد، اغلب زنان سالمند تنها انتظار بالایی برای دریافت مراقبت از سوی فرزندان خود داشتند. زنان سالمند تنهایی که فرزند داشتند، در بسیاری موارد از مراقبت برخوردار می شدند. مراقب (که معمولاً فرزند یا یکی از بستگان نزدیک زن سالمند تنها بود) همراه با او زندگی نمی کرد اما به طور منظم به زن سالمند تنها سر می زد. معمولاً یک نفر (فرزند یا یکی از بستگان نزدیک) زن سالمند تنها را برای مراجعه به مراکز درمانی همراهی می کرد. ممکن بود در مواردی زن سالمند تنها برای حفظ استقلال خود اطرفیانش را از مراجعه اش به مرکز درمانی بی اطلاع بگذارد اما پس از آن که فرزندان متوجه این امر می شدند، به زن سالمند تنها اعتراض می کردند که چرا به آنها اطلاع نداده تا وی را همراهی کنند.

فرزندان زنان سالمند تنها برای اینکه بتوانند در موارد ضروری از مادرشان مراقبت کنند، شرایطی را فراهم کرده بودند که مادرشان در خانه ای در نزدیکی یکی از فرزندان اقامت کند. زندگی در یک محله یا در یک مجموعه آپارتمانی راهبردی بود که موجب می شد، زنان سالمند تنها بتوانند از مراقبت های بیشتری توسط فرزندان یا بستگان نزدیک خود بهره بگیرند.

در مواردی که زن سالمند تنها بیمار می شد و برای بهبود نیازمند مراقبت کوتاه مدت (و نه دائمی) بود، ممکن بود یکی از فرزندان مادر را برای سپری کردن دوره درمان و نقاهت نزد خود ببرد و پس از آن دوباره زن سالمند تنها به منزل خود باز می گشت. در صورتی که فرزندان یا اطرفیان امکان مراقبت از زن سالمند تنها را در خانه خودشان نداشتند، در طول روز زمان هایی را در منزل زن سالمند تنها حضور می یافتند و بخشی از نیازهای مراقبتی را پاسخ می دادند.

این شیوه نامنظم و ناکافی مراقبتی معمولاً موجب می شد زنان سالمند تنها احساس کنند که سربار هستند و برای اطرفیانشان مزاحمت ایجاد کرده اند.

نکته قابل توجه دیگر این است که زنان سالمند تنهایی که فرزند نداشتند یا فرزندانشان دور از آنها زندگی می کردند، بیشتر از زنان سالمند تنهایی که فرزندانشان در نزدیکی آنها زندگی می کردند، نگرانی در مورد نبود مراقب را مطرح می کردند.

نبود مراقب یکی از دغدغه های جدی زنان سالمند تنها بود و یکی از نگرانی های مهم آنها این بود که اگر از پا افتاده شوند، کسی نیست که از آنها مراقبت کند. به عبارت دیگر تنهازیستی دسترسی زنان سالمند را به مراقبت کاهش می دهد. چرا که محدودیت های جدی مالی اغلب زنان سالمند تنها موجب می شد آنها نتوانند در صورت نیاز از خدمات پرستار در منزل استفاده کنند.

نکته بسیار مهم و قابل توجه در مورد زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه شرکت کردند این بود که اغلب آنها گزارش می کردند سعی می کنند از خود مراقبت کنند. تعدادی از آنها ورزش می کردند، برای خود غذای تازه می پختند (اغلب آنها حداقل روزی یکبار برای خودشان آشپزی می کردند)، سعی می کردند خودشان را سرگرم نگهدارند، دعا و مراقبه بخش مهمی از برنامه روزانه شان بود و ... از این رو خودمراقبتی در میان زنان سالمند یک امر جدی تلقی می شود و نقش فعالی را در این زمینه ایفا می کند. آنها بر این باور هستند که اگر دچار بی تحرکی بشوند، کسی نیست که از آنها مراقبت کند، پس بهتر است از خود مراقبت کنند تا آسیبی نبینند. افزایش آگاهی آنها در مورد نحوه مراقبت از خود می تواند در فعال تر و مؤثرتر شدن نقش آنها در مراقبت از خود تأثیرگذار باشد.

سوال سوم: وضعیت درآمد در میان زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟

اکثر زنان سالمند تنها خانه دار هستند (۶۱،۵٪) و ۲۲،۱٪ آنها درآمد بدون شغل داشتند. ۷۱،۳ درصد زنان سالمند تنها درآمدی ندارند و تنها ۲۹٪ بقیه درآمد داشتند. از این بین نیز ۳،۵ درصد درآمد کمتر از ده میلیون ریال (یک میلیون تومان) دارند و ۱۳،۵ درصد نیز بین ده تا سی میلیون ریال درآمد دارند.

زنان سالمند تنها در تمام استان ها اکثرآدرآمدی نداشتند (۵۵،۴٪ تا ۸۵،۹٪) و درصد زنان سالمند تنها که بدون درآمد هستند در روستاها بیشتر است (۸۴٪). میانگین گردش مالی زنان سالمند تنها در چهارسال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۸ افزایش یافته است و در سال های ۹۶ تا ۹۷ افزایش بیشتری یافته است.

(این افزایش میتواند به دلیل ثبت تدریجی اطلاعات در بانک رفاه ایرانیان و همچنین کاهش ارزش پول ملی باشد) همچنین مانده انتهای سال عموماً از ابتدای سال بیشتر است (که می تواند ناشی از قناعت کردن و نگرانی از وضعیت مالی در آینده باشد که از ابتدای سال پس انداز تدریجی می نمایند).

عدم اشتغال گروه بزرگی از زنان سالمند تنها و وابستگی اقتصادی آنها و نیز نداشتن مستمری بازنشستگی زمینه ساز یکی از مهمترین نگرانی ها و چالش های آنان در دوره سالمندی است. در صورتی کمک های اطرافیان و بخصوص فرزندان وجود نداشته باشد، زنان سالمند تنهایی که درآمد منظمی ندارند، برای تأمین معاش و سرپناه با مشکل جدی مواجه می شوند. به عبارت ساده تر این گروه از زنان سالمند تنها می توان گفت در معرض فقر یا زیر خط فقر هستند. در نتیجه در تأمین نیازهای اولیه خویش از قبیل مواد غذایی مناسب شرایط سنی، درمان، دارو، مسکن مناسب و همچنین لوازم ضروری زندگی در مضیقه جدی قرار می گیرند. از سوی دیگر دریافت خدمات توانبخشی و همچنین برنامه ریزی برای اوقات فراغت مستلزم هزینه هایی است که با توجه به ناکافی بودن درآمد

ایشان در ردیف هزینه های لوکس و غیرقابل دسترس تلقی شده و به صورت آگاهانه ناچار هستند از آن صرفنظر نمایند.

سوال چهارم: وضعیت مشارکت و ادغام اجتماعی در میان زنان سالمند تنها در ایران چگونه است؟

هیچ یک از دو منبع داده های آماری (مرکز آمار ایران و بانک اطلاعات رفاه ایرانیان) اطلاعاتی در مورد وضعیت مشارکت و ادغام اجتماعی جمع آوری و گزارش نمی کنند. به طور کلی موضوع مشارکت به مفهوم دقیق آنها همواره در سرشماری ها و بانک های اطلاعاتی در ایران مغفول مانده است. بر همین اساس اظهار نظر بر اساس داده های عددی در مورد وضعیت مشارکت و ادغام اجتماعی در میان زنان سالمند تنها به دلیل نبود اطلاعات لازم امکان پذیر نیست.

لازم است این دو مفهوم به همراه سایر ابعاد و مؤلفه های ضروری در قالب پیمایش های ادواری و منظم مورد توجه دست اندرکاران قرارگیرد.

در مطالعه کیفی اطلاعات مبسوطی در مورد شبکه اجتماعی و ارتباطات زنان سالمند تنها بدست آمد.

به نظر می رسد زنان سالمندی که در اوایل دوره سالمندی هستند، با محدودیت های فرهنگی بیشتری مواجهند و ممکن برای معاشرت با اطرافیان نگرانی هایی داشته باشند.

در صورتی که زنان سالمند تنها فرزند داشته باشند، بخش مهمی از شبکه ارتباطی آنها به فرزندان، عروس ها و دامادها و نوه ها اختصاص می یابد. مهمترین رویداد زندگی اغلب این زنان ملاقات های پایان هفته (یا روزانه) با فرزندان و خانواده آنهاست. حتی زنان سالمندی که فرزندان آنها در شهر یا کشور دیگری زندگی می کنند و امکان ملاقات های حضوری هفتگی برای آنها فراهم نیست، به طور منظم با فرزندان شان از طریق تلفن یا شبکه های مجازی در ارتباطند.

ارتباط تلفنی با خانواده بخش کلیدی و تقریباً ثابت روابط اجتماعی زنان سالمند تنها را تشکیل می دهد. تلفن وسیله ارتباطی است که حتی اگر زن سالمند بی سواد یا کم سواد هم باشد، می تواند از آنها استفاده کند یا حداقل قادر است به تماس های تلفنی پاسخ دهد. زنان سالمند تنها هر روز منتظر تماس تلفنی فرزندان شان هستند. حتی زمانی که در مصاحبه ها در مورد هر یک از فرزندان شان توضیح می دادند، نوعی لحن سرزنش آمیز در مورد فرزندان بکار می بردند که با فاصله زمانی بیشتر با

مادرشان تماس می گرفتند. به عبارت دقیق تماس تلفنی اعضای خانواده و بخصوص فرزندان با زن سالمند تنها یکی از انتظارات آنها بشمار می رفت.

ارتباط با همسایگان بخش دیگری از روابط اجتماعی زنان سالمند تنها را تشکیل می داد. البته ارتباط با همسایگان تا اندازه زیادی وابسته به مدت زمانی بود که زن سالمند تنها در محله ساکن بود و در عین حال توانایی حرکت و جابجایی زن سالمند تنها نیز بر این ارتباط تأثیر داشت. زنان سالمند بیوه به طور مکرر در مصاحبه گزارش می کردند که پس از فوت همسرشان و انجام انحصار وراثت، ناچار شده اند خانه قدیمی شان را ترک کنند و در محله جدیدی ساکن شوند. این جابجایی اغلب تأثیر نامطلوب چشمگیری بر ارتباط آنها با همسایگان گذاشته بود و مشارکت اجتماعی آنها را در محله به طور جدی کاهش داده بود. زنان سالمند تنها در محله ای که سال ها زندگی کرده اند و تاریخچه مشترکی با همسایه ها دارند، بیشتر احتمال دارد که در فعالیت های گروهی و اجتماعی مشارکت کنند. آنها ممکن است در گروه های غیررسمی زنان که فعالیت های خیریه انجام می دهند، عضو شوند، در مراسم مذهبی زنان شرکت کنند، به مسجد رفت و آمد کنند، با همسایگان رفت و آمد داشته باشند و یا با همسایگان میهمانی های دوره ای داشته باشند. ارتباط با همسایگانی که مورد اعتماد زن سالمند تنها هستند، موجب افزایش احساس امنیت، کاهش ترس از تنهایی و همچنین دریافت حمایت و مراقبت از سوی همسایگان می شود.

زنان سالمند تنهایی که در سال های اخیر ناچار به نقل مکان به محله جدید شده اند، به سختی می توانند با محیط جدید ارتباط برقرار کنند و ادغام اجتماعی آنان با چالش مواجه می شود.

اغلب زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه شرکت کردند شبکه دوستی بزرگی نداشتند. مراجعه منظم به مرکز روزانه سالمندان عامل مهمی برای دوست یابی در دوره سالمندی بود. زنان سالمند تنها از قرار گرفتن در شبکه ارتباطی با سایر زنان سالمند احساس رضایت زیادی می کردند و بخشی از روز خود را صرف گفتگوهای تلفنی و آنلاین (بخصوص در دوره همه گیری کرونا) و ملاقات های حضوری با دوستان جدیدشان می کردند. آنها ممکن بود با دوستانشان برنامه های تفریحی مانند رفتن به پارک یا ورزشی مانند پیاده روی روزانه و یا سفر به سایر شهرها داشته باشند. این تجربه ها برای زنان سالمند تنها بسیار جذاب و لذت بخش بود. اغلب زنان سالمند تنهایی که این تجربه ها را قبل از همه گیری کرونا داشتند، از کاهش یا متوقف شدن این فعالیت های مشترک با دوستانشان افسوس می خوردند و منتظر بودند که دوباره بتوانند ارتباط با دوستان در دوره قبل از همه گیری را از سر بگیرند.

در مواردی زنان سالمند تنها در سرای محله فعالیت داوطلبانه داشتند یا مسئول یک صندوق قرض الحسنه بودند که با مشارکت دوستانشان تشکیل شده بود. به طور کلی به نظر می رسد مشارکت های

رسمی در میان زنان سالمند تنها چندان مورد توجه نیست. فراهم نبودن بستر مشارکت برای زنان سالمند تنها یکی از عوامل مهم این امر می باشد.

سوال پنجم: نیازهای زنان سالمند تنها در ایران چه هستند و کدامیک از آنها در اولویت قرار دارد؟

براساس نتایج این پژوهش اولویت نیازهای زنان سالمند تنها به ترتیب زیر است:

نیاز به ارتباط با اعضای خانواده: برای زنان سالمند تنها ارتباط با خانواده اهمیت بسیار زیادی دارد. بخصوص در مورد زنان سالمندی تنهایی که دارای فرزند هستند، حفظ این ارتباط یک ضرورت جدی تلقی می شود. آنها انتظار دارند با فاصله زمانی کم بتوانند فرزندانشان را ملاقات کنند و هر روز تلفنی با آنها در ارتباط باشند (فرزندان با زن سالمند تنها تماس بگیرند). در صورتی که اعضای خانواده و بخصوص فرزندان از زن سالمند تنها دور باشند، ارتباط تلفنی یا تصویری روزانه یا حداقل هفتگی برای آنها اهمیت ویژه ای دارد

نیاز به مراقبت: دریافت خدمات مراقبت از اعضای خانواده بخصوص فرزندان خواسته اصلی زنان سالمند تنهاست. همچنین آنها انتظار دارند اعضای خانواده و فرزندان به هنگام مشکلات (اعم از درمان یا تنهایی) در کنار ایشان حضور داشته باشند.

دریافت خدمات حمایتی رسمی از سازمان ها و نهادهای مسئول در قالب یارانه ها، کمک غیرنقدی و دریافت خدمات توانبخشی ترجیحاً در مراکز خدمات روزانه و مراقبت در منزل بخصوص در نبود حمایت های غیررسمی توسط اعضای خانواده و بستگان از جمله نیازهای اساسی زنان سالمند تنهاست.

لازم است به این نکته توجه شود که زنان تنهای کهنسال با توجه شرایط جسمی و ناتوانی هایی پیش رونده ای که تجربه می کنند، نیازهای مراقبتی بیشتر و متفاوت تری در مقایسه با زنان سالمند تنهای جوان تر دارند.

از آنجایی که احتمال بروز سالمند آزاری بخصوص غفلت در مورد زنان سالمند تنها وجود دارد، نیاز به پیش بینی خدماتی برای پیشگیری از سالمند آزاری و کاهش احتمال غفلت نسبت به آنان ضرورت دارد. در این زمینه سازمان بهزیستی و اروژانس اجتماعی و همچنین نیروی انتظامی می توانند نقش تعیین کننده ای ایفا نمایند.

نیاز به استقلال: زنان سالمند تنها نیاز دارند که بتوانند استقلال خود را حفظ کنند. وابسته بودن به دیگران موجب کاهش عزت نفس آنها می شود. این در حالی است که حفظ استقلال برای آنها بسیار چالش برانگیز است چرا که با محدودیت های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی زیادی مواجه هستند که همگی آنها زمینه را برای وابستگی آنها فراهم می نماید.

زنان تنهای کهنسال با توجه به شرایط خاصی که تجربه می کنند، به سختی می توانند استقلال خود را حفظ کنند. لذا پیش بینی تمهیدات لازم در قالب بسته های حمایتی ویژه این گروه بسیار ضروری خواهد بود.

نیاز به حمایت مالی: زنان سالمند تنها یا درآمد ندارند یا درآمد آنها اندک است و کفاف هزینه های ضروری زندگی آنها را نمی دهد و حمایت خانواده و فرزندان و همچنین دولت در این زمینه حائز اهمیت است.

نیاز به تعامل جمعی و اجتماعی و مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی و تعاملات اجتماعی (حضوری و مجازی) تأثیر قابل توجهی بر سلامت زنان سالمند تنها خواهند داشت. تعامل جمعی و همچنین مشارکت در فعالیت های داوطلبانه اجتماعی که برای زن سالمند تنها جذابیت داشته باشد، زمینه ساز ارتقای اعتماد بنفس، کاهش انزوا، کاهش محسوس بدبینی ها و دلگیری های مختلفی که با خانواده و سایرین پیدا می کند، بالا رفتن نشاط، تقویت سرمایه و اعتماد اجتماعی در میان ایشان می گردد. گسترش شبکه های اجتماعی که زن سالمند تنها در آن عضویت دارد موجب افزایش محسوس تجارب، سازگاری جمعی و در عین حال انتقال تجارب این گروه می شود.

حضور در شبکه های مختلف اجتماعی دستاورد دیگری را برای زنان سالمند تنها در قالب بهره گیری از حمایت های متنوع اعضای این شبکه ها به ارمغان می آورد.

ایجاد بستر مناسب برای مشارکت اجتماعی زنان سالمند تنها یکی از نیازهای مهم این گروه بشمار می رود. باید به این نکته توجه ویژه داشت که شرایط جامعه برای مشارکت حضوری اغلب زنان سالمند تنها مناسب نیست و در عین حال بسیاری از این افراد از مهارت های لازم برای حضور در شبکه های اجتماعی مجازی نیز برخوردار نیستند.

نیاز به امنیت و همچنین احساس امنیت: در دوره سالمندی مسئله امنیت اهمیت دوچندانی پیدا می کند و در میان زنان سالمند تنها تبدیل به یک ضرورت اصلی می گردد لذا توجه به تأمین امنیت ایشان نیاز به همکاری و همچنین آموزش های لازم به منظور کسب مهارت و اعتماد و آرامش دارد.

نقش خانواده در این زمینه بسیار مؤثر است کما اینکه رسانه های جمعی و صدا و سیما کمک شایانی می توانند به تأمین این نیاز داشته باشند.

از سوی دیگر شرایط حاکی از آن است که در بسیاری از موارد علیرغم وجود امنیت قابل قبول در منزل و اطراف زن سالمند تنها، احساس ناامنی به صورت موهومی دمامد وی را نگران کرده و آزار می دهد. در این زمینه علاوه بر ارائه آموزش های لازم روانشناختی حضور فعال خانواده و شبکه بستگان و دوستان در کنار سالمند نقش آفرینی کاملاً مثبتی را به دنبال خواهد داشت.

نیاز به دسترسی جغرافیایی و کیفیت قابل قبول خدمات بهداشتی-درمانی و توانبخشی: دسترسی سالمندان به مراکز بهداشتی و درمانی در مواردی مناسب است ولی در موارد قابل توجه دیگری دسترسی به مراکز مناسب تر و یا با هزینه کمتر مستلزم صرف وقت و طی مسیر طولانی تر است. با توجه به فقدان کفایت درآمد سالمندان این موضوع می تواند به عنوان یک اولویت مد نظر قرار بگیرد. به تعبیر دیگر زنان سالمند تنها بخصوص گروهی که مشکلات جسمی- حرکتی بیشتر دارند، نیاز دارند که خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت در محله ای که زندگی می کنند در دسترس آنها قرار گیرد.

برای اینکه زنان بتوانند دوره سالمندی سالم و فعالی را طی کنند، دسترسی و همچنین بهره برداری از خدمات مناسب توانبخشی نیاز کلیدی ایشان است ولی مراکز سالمندی محدود و با توزیع نامتوازن جغرافیایی در شهرها هستند و از سوی دیگر هزینه های مالی به منظور دریافت خدمات از این مراکز بالا بوده و غالباً نیز مشمول بیمه نیست یا اینکه بیمه هزینه تعداد بسیار محدودی از جلسات توانبخشی را پرداخت می نماید. لازم به ذکر است که در مواردی از قبیل خدمات مشاوره ای برای سالمندانی که نیاز مبرم دارند، بیمه ها پوشش مناسبی نمی دهند.

نیروی انسانی شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی و توانبخشی در رده های مختلف کمتر با حوزه تخصصی سالمندی آشنا بوده و این نقص بر میزان دسترسی زنان سالمند تنها به خدمات با کیفیت و وضعیت سلامت آنها کاملاً تأثیر منفی خواهد داشت.

نیاز به آموزش و ارتقای آگاهی: سطح تحصیلات رسمی اغلب زنان سالمند تنها در ایران در وضعیت فعلی پایین است. (برآوردها نشان دهنده تغییر پایگاه اجتماعی و افزایش چشمگیر سطح تحصیلی این گروه در دهه های آینده است) به همین دلیل ضرورت دارد این گروه در زمینه های مختلفی مانند آشنایی با حقوق شهروندی خویش در دوره سالمندی، تکالیف و وظایف سالمند نسبت به جامعه و خانواده، حفظ و پایداری سلامت خویش و نحوه گذران زندگی مناسب و مؤثر در دوره سالمندی آموزش بیشتری ببینند.

نیاز به سرگرمی و داشتن اوقات فراغت متناسب با دوره سالمندی: مهمترین سرگرمی اغلب زنان سالمند تنها رسیدگی به کارهای روزانه منزل و گفتگو با خانواده و بستگان آن هم غالباً بصورت غیرحضورى است. انجام این امور نیازمند زمان طولانى نیست و در عمل بسیاری از آنها وقت خود را بدون اینکه سرگرمى مناسبى داشته باشند، سپرى مى کنند. بیکارى و بی برنامهگى در طول روز عامل مهمى برای احساس تنهائى بیشتر و افزایش فشار روانى ناشى از این شرایط بر زنان سالمند تنها مى شود. زنان سالمند تنهائى که تجربه حضور در مراکز روزانه سالمندان را داشتند، کمتر با این مشکل مواجه مى شدند چرا که حداقل نیمی از روز را در این مراکز سپرى مى کردند و البته از حضور در مرکز نیز احساس رضایت داشتند. برنامه های اوقات فراغت گروهى برای زنان سالمند تنها بسیار جذاب بود، از آن استقبال مى کردند و موجب نشاط آنها مى شد اما به دلایل مختلف این امکان برای اکثر آنها فراهم نیست.

سوال ششم: چالش های زنان سالمند تنها در ایران چه هستند و کدامیک از آنها در اولویت قرار دارد؟

چالش های اقتصادی

زنان سالمند تنها با چالش های اقتصادی متعددی مواجهند از جمله اینکه اغلب آنها در دهک های پایین درآمدی جامعه قرار دارند. وابستگی مالی به درآمد ناکافی همسر (درموردی که متاهل بوده اند و دارای مستمری بازنشستگی هستند) و همچنین وابستگی به کمک های فرزندان و سایر اطرافیان برای گذران زندگی یکی از مهمترین چالش های زندگی این گروه از سالمندان است. با تقسیم ارث بین فرزندان غالباً تنگنای اقتصادی زنان سالمند بیوه افزایش می یابد. در مواردی که مستمری بازماندگی یا بازنشستگی دریافت نمی کنند روند نامنظم حمایت مالی فرزندان و ناپایداری آن سامان اقتصادی ایشان را بصورت جدی مختل می نماید و حمایت های رسمی از طریق یارانه ها و کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی نیز غالباً ناکافی است. عدم مالکیت مسکن و همچنین ناتوانی در تأمین هزینه های خرید یا اجاره مسکن مناسب موضوع دیگری است که ذیل چالش های اقتصادی قابل اشاره است.

چالش های فرهنگی

انگ اجتماعی در مورد ازدواج زنان سالمند بیوه چالشی جدی و تاریخی در جامعه ایران است که تنهازیستی زنان را تشدید می کند. عدم ازدواج زنان سالمند بیوه و تکریم این عمل از جانب جامعه

ایران موجب انزوای این گروه می شود. ازدواج زنان سالمند تنها در فرهنگ جامعه ایران یک تابوست و زنان سالمند تنها ترجیح می دهند برای حفظ ارتباط و توجه فرزندان و شبکه اجتماعی خود و همچنین ممانعت از قضاوت های منفی جامعه، از ازدواج مجدد صرف نظر کنند. علاوه بر این مردان سالمند تنها نیز تمایل دارند با زنان جوان تر از خود ازدواج کنند تا همسر جوان بتوانند جذابیت بیشتر و یا نقش مراقب را برای آنها به عهده بگیرد. به این ترتیب امکان ازدواج زنان سالمند تنها بیش از پیش کاهش می یابد. تابوی ازدواج زنان سالمند بیوه بقدری در جامعه ایران قدرتمند است که زنان سالمند بیوه اساساً ازدواج کردن در این سن را حق خود نمی دانند و آن را بسیار مذموم می پندارند.

فرهنگ غالب در جامعه ایران فداکاری زنان برای دیگران را تحسین و تأیید می کند. ازدواج نکردن بعد از فوت همسر، نوعی ایثار و فداکاری است که عامل تنهایی زنان در دوره سالمندی خواهد شد. علاوه بر این شکل های دیگری از ایثار و فداکاری تحسین شده در فرهنگ ایران وجود دارد که می تواند عاملی برای افزایش فشار بر زنان سالمند تنها باشد. بسیاری از والدین همواره فرزندان خود را در اولویت قرار می دهند و در بسیاری اوقات این به معنای نادیده گرفتن نیازی های خودشان است. برخی از زنان سالمند تنها گزارش می کردند که از تهیه نیازهای ضروری خود پرهیز می کنند تا بتوانند درآمدکشان را ذخیره کنند و در پایان هفته از فرزندانشان به خوبی پذیرایی نمایند یا از محل پس انداز خود به فرزندانشان کمک مالی کنند. در عین حال تقسیم زود هنگام ارثیه در میان فرزندان (منظور تقسیم اموال شخصی زن سالمند است) به منظور کمک مالی به فرزندان، خطر از دست دادن سرپناه و درآمد را در میان زنان سالمند تنها افزایش می دهد.

نگرش فرهنگی منفی و یا محدودیت های مالی نسبت به استفاده از مراقبین رسمی موجب می شود زنان سالمند تنهایی که به دلیل وضعیت نامناسب سلامتی شان نیازمند حضور پرستار در منزل هستند یا به انواع دیگر مراقبت های رسمی به طور مستمر نیاز دارند، از مراقبت رسمی بی بهره بمانند.

فرهنگ مردسالار در جامعه ایران عامل بسیاری از تبعیض های جنسیتی بوده است. زنان سالمند نیز بی تأثیر از این فرهنگ نبوده اند. اولویت داشتن مردان و برتری جویی آنها از نظر فرهنگی عامل مهمی برای محرومیت بسیاری از زنان سالمند و بخصوص زنان سالمند تنها از خدمات و حمایت های رسمی و غیررسمی است. تسلط فرهنگ مردسالار در نظام برنامه ریزی و ارائه خدمات موجب کاهش توجه به نیازهای ویژه زنان سالمند و به ویژه زنان سالمند تنها می شود.

محافظه کاری و پرهیز از بیان مشکلات جسمی و بیماری و سایر نیازهای خود در میان زنان سالمند تنها می تواند زمینه ساز تشدید مشکلات آنها شود. سکوت کردن و بیان نکردن نیازها در فرهنگ ایران به معنای صبوری و قدرت در تحمل دشواری ها تعبیر می شود.

چالش های اجتماعی

مشارکت در تشکیل سازمان ها و شبکه رسمی اجتماعی و همکاری فعال در آنها برای زنان سالمند تنها در بسیاری موارد با موانع اجتماعی روبروست. بسترهای اجتماعی برای حضور زنان سالمند و به ویژه زنان سالمند تنها در کشور فراهم نیست و حمایت های اجتماعی رسمی و سازمان یافته ویژه زنان سالمند تنها در ایران بسیار ناچیز هستند.

علاوه بر موارد اشاره شده کاهش ارتباط زنان سالمند بیهوده با شبکه های اجتماعی و گروه هایی که در گذشته با آنها تعامل داشتند یک چالش مهم تلقی می شود. این گروه از زنان ممکن است به دلیل انحصار وراثت و اجبار برای تغییر محل سکونت خود، شبکه ارتباطی در محله قدیمی را از دست بدهند یا این شبکه ارتباطی به طور معنی داری تضعیف شود. با از دست دادن شبکه ارتباطی محلی، روابط سالمندان به فرزندان و بستگان درجه یک محدود می شود و در صورتی که فرزندان و بستگان امکان یا تمایل به برقراری ارتباط منظم و نزدیک با زن سالمند تنها نداشته باشند، خطر انزوای وی به طور قابل توجهی افزایش خواهد یافت.

چالش های قانونی و اداری: برخی از قوانین در ایران موجب می شوند مشکلات تنه‌از‌یستی زنان سالمند چند برابر شود. به عنوان مثال قانون ارث و سهم اندک زنان از ارث (در مقایسه با سایر وراثت) عامل بسیار مهمی برای فقر زنان سالمند تنه‌است. از سوی دیگر قوانین موجود که می توانند به نفع سالمندان به کار گرفته شوند، در عمل اجرا نمی شوند. عدم هماهنگی بین سازمان های مسئول در حوزه سالمندان و کوتاهی در اجرای قوانین موجود چالش بسیار مهم دیگری است که زندگی زنان سالمند تنها را تحت تأثیر قرار می دهد.

برای اولویت بندی نیازها و چالش های زنان سالمند تنها و سهولت در سیاستگذاری و برنامه ریزی و حتی انجام فعالیت های اجرایی نیاز به یک الگوی قابل قبول و اجماعی وجود دارد.

این پژوهش در قالب مرور انجام پذیرفته و ملاحظه الگوهای مختلف به این نتیجه رسید که هرم آبراهام مازلو^۱ (۱۴۵) می تواند چارچوب مناسبی برای اولویت بندی نیازها و همچنین چالش های موجود باشد. بدین ترتیب ۵ سطح هرم که شامل:

- نیازهای فیزیولوژیک
- نیازهای ایمنی و امنیت

^۱ . Abraham Maslow

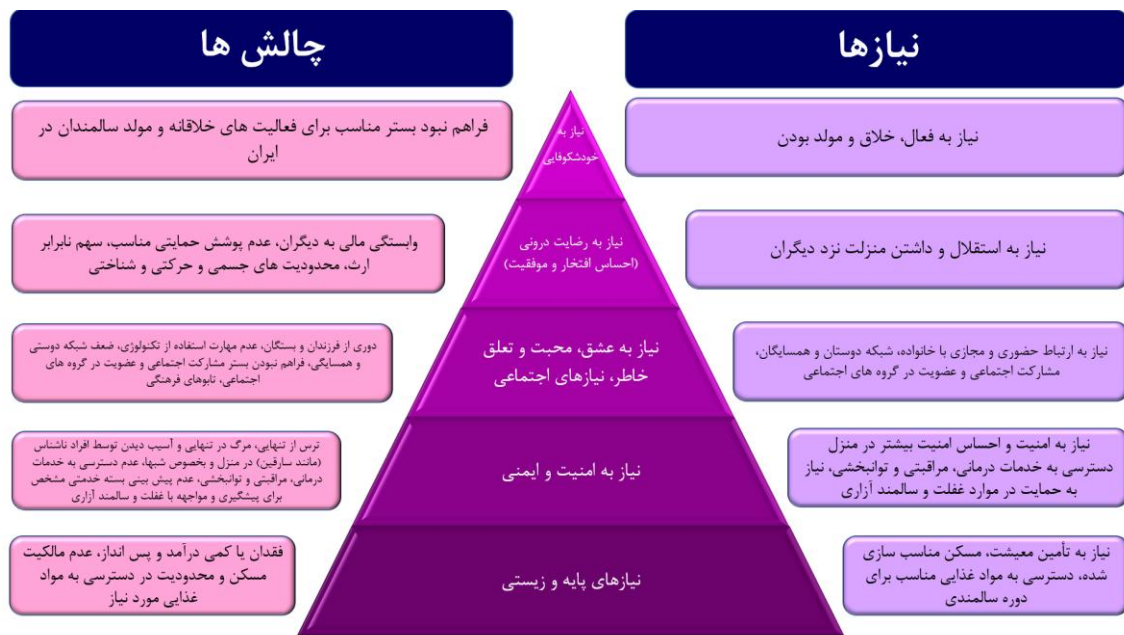
- نیازهای اجتماعی، نیاز به عشق، محبت و تعلق خاطر
- نیاز به رضایت درونی (احساس افتخار و موفقیت)
- نیاز به خودشکوفایی

می باشد، به عنوان پیکره بندی اولویت بندی نیازها و چالش ها در این گزارش مورد نظر قرار گرفت. ابتدا الگوی ارائه شده آبراهام مازلو که در قالب تصاویر عینی سازی شده است، در زیر آورده شده است:



شکل ۴: هرم نیازهای مازلو

همانطور که در تصویر فوق مشاهده می شود، به صورت لایه بندی شده اولویت نیازهای انسان ارائه شده است. حال با در نظر گرفتن این الگو و برگرفته از پاسخ های ارائه شده در قالب سوالات اصلی تحقیق نظام اولویت بندی نیازها و چالش ها در قالب هرم مازلو به شرح زیر ارائه می گردد:



شکل ۵: اولویت بندی نیازها و چالش‌های زنان سالمند تنها

سوال هفتم: تجارب داخلی و بین‌المللی در زمینه حمایت از زنان سالمند تنها چه هستند؟

سالخوردگی جمعیت در تمام جهان رو به افزایش بوده و شیوع پدیده تنها زندگی کردن زنان سالمند در کشور های مختلف متفاوت است. زنان سالمند نسبت به مردان سالمند آسیب پذیر تر هستند و نیاز به توجه بیشتری دارند. پژوهش‌هایی که بصورت خاص در زمینه زنان سالمند در ایران صورت گرفته است بسیار محدود هستند. تعداد اندکی از پژوهش‌های موجود به طور مشخص به زنان سالمند اختصاص یافته است و بیشتر مطالعاتی که در ایران انجام گرفته اند، عواملی چون کیفیت زندگی، احساس تنهایی و تفاوت‌های جنسیتی را بررسی کرده اند. این مطالعات نشان می‌دهند که سطح تحصیلات و درآمد بر کیفیت زندگی سالمندان تنها مؤثر است. همچنین سالمندان با تعداد فرزندان بیشتر، انتظارات بیشتری داشتند که مورد حمایت از جانب فرزندان قرار گیرند و بیشتر احساس تنهایی می‌کردند. تفاوت‌های جنسیتی در دوره سالمندی نشان می‌دهد که جنسیت و وضعیت تأهل بر میزان حمایتی که سالمندان دریافت می‌کنند، تأثیر به‌سزایی دارد. به طوری که شبکه مردان بزرگتر و متنوع‌تر از شبکه زنان است. در مقابل، زنان سالمند در مقایسه با مردان، حمایت‌های بیشتر و متنوع‌تری از اعضای شبکه خود دریافت می‌کنند. همچنین متغیرهای فراوانی تماس و میزان صمیمیت در کنار متغیر جنسیت و وضعیت تأهل بر تبادل حمایت اجتماعی مؤثر است.

بررسی شیوع تنها زیستی سالمندان در طول پنج دوره سرشماری در سطح کشور، نشان داد که با افزایش سن، از مراحل اوایل سالمندی (۶۹-۶۰ سال)، به سالمندی میانی (۷۹-۷۰ سال) و کهنسالی (۸۰ سال و بیشتر) نسبت سالمندان تنها بیشتر می شود. این اثر می تواند در رابطه قوی بین سن سالمند و حیات همسر و سن سالمند و جدا شدن فرزند از خانوار (عمدتاً در اثر ازدواج) باشد.

مقایسه زنان و مردان سالمند که تنها زندگی می کنند، نشان می دهد که افزایش نسبت سالمندانی که تنها زندگی می کنند، ناشی از افزایشی است که برای زنان رخ داده است. به طوری که در تمام سال های سرشماری، نسبت زنان سالمند تنها نسبت به مردان سالمند تنها پرشمارتر بوده است.

وضعیت سلامت سالمندان از دیگر عواملی است باید مورد توجه قرار بگیرد هر چه سالمندان از سلامت روانی و جسمی بهتری برخوردار باشند، کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت.

وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سالمند از جمله موضوعات مهم در دوره سالمندی است. به این ترتیب نابرابری در میزان دسترسی به امکانات در شهرهای مختلف و همچنین تفاوت دسترسی در شهر با روستا می تواند نابرابری بر کیفیت زندگی زنان سالمندان تنها تأثیر داشته باشد.

درعین حال مطالعات متعددی در مورد زنان سالمند تنها در سایر کشورها انجام شده است که به بررسی عواملی چون تحصیلات، محل زندگی (شهر یا روستا)، وضعیت اقتصادی و ابعاد سلامت جسمی و روانی، تغذیه، دسترسی به خدمات، دریافت حمایت، رضایت زندگی و کیفیت زندگی زنان سالمند تنها پرداخته اند.

با توجه به نتایج مطالعات، وضعیت زنان سالمند تنها در کشورهای مختلف، متفاوت است. اما نقطه مشترک همه مطالعات انجام شده آسیب پذیری زنان سالمند تنها است. به عنوان مثال در استرالیا به طور فزاینده ای زنان مجرد و سالمند به ویژه در معرض استرس مسکن و بی خانمانی هستند. همچنین امنیت اقتصادی در بین زنان و مردان در دوره زندگی سالمندی متفاوت است و زنان در این زمینه وابسته تر و آسیب پذیرتر هستند. از سوی دیگر وجود فرزند عامل محافظی بر کاهش شدت آسیب پذیری زنان سالمند است.

بی تردید زنان سالمندی که تنها زندگی می کنند در مقایسه با زنان سالمندی که تنها زندگی نمی کنند بیشتر در معرض مشکلات مربوط به فقر، تغذیه، سلامت جسمی، سلامت روانی، احساس تنهایی و افسردگی هستند و بیشتر ممکن است قربانی بزه شوند. همچنین زنان سالمند تنها در دسترسی به خدمات و حمایت خانواده، دوستان و آشنایان از گستره محدودتری برخوردارند که همه موارد مذکور کیفیت زندگی و رضایت زندگی زنان سالمند تنها را متأثر می کند.

تأمین نیازهای پایه: دولت و نهادهای مردمی برای تأمین نیازهای پایه سالمندان حمایت‌های مستقیم مانند پرداخت‌های نقدی یا توزیع کالا را در دستور کار خود قرار می‌دهند. این خدمت برای زنان سالمند تنهایی که درآمد ندارند یا درآمد اندک آنها برای تأمین نیازهای معیشتی‌شان کفایت نمی‌کند، می‌تواند اقدامی تعیین‌کننده و ضروری باشد.

برخی از مداخلاتی که می‌توانند توسط زنان سالمند تنها مورد استفاده قرار گیرند، در ادامه آورده شده‌اند. بی‌تردید لیست خدماتی که در دنیا برای ارائه به سالمندان وجود دارد بسیار متنوع است. مواردی که در ادامه به آنها اشاره می‌شود، مداخلاتی هستند که موجب می‌شوند چالش‌های تنه‌زیستی زنان سالمند کاهش یابد:

تجربه سوئیت‌های کهریزک در کرج: خیریه کهریزک از سال‌ها قبل سوئیت‌هایی را برای اقامت سالمندان (زوجین یا سالمندان تنها) ایجاد کرد که در عین حفظ استقلال سالمند امکان زندگی او را در محیطی که دسترسی‌های قابل‌قبولی به خدماتی بهداشتی، درمانی و توانبخشی وجود دارد، فراهم می‌نماید. زندگی در این سوئیت‌ها موجب می‌شود سالمندان بتوانند با یک اجتماع کوچک در ارتباط باشند و ضمن دریافت حمایت‌های رسمی از حمایت‌های غیررسمی نیز برخوردار شوند. سالمندانی که در این سوئیت‌ها ساکن می‌شوند، می‌توانند میهمان داشته باشند و از امکانات پیش‌بینی شده برای پذیرایی از میهمانشان در کهریزک بهره‌گیرند.

اقامت در این سوئیت‌ها علیرغم کارکرد مثبتی که دارد موجب جدا شدن زن سالمند تنها از محیط قبلی زندگی‌اش خواهد شد و ممکن است باعث شود همه یا بخشی از شبکه اجتماعی قبلی خود را از دست بدهد.

از سوی دیگر اقامت در این سوئیت‌ها رایگان نیست و زن سالمند تنها باید برای استفاده از این امکان، هزینه قابل‌توجهی را پرداخت نماید. بسیاری از زنان سالمند تنها که در دهک‌های پایین درآمدی هستند و در عین حال اموالی هم برای فروش ندارند، نمی‌توانند از این امکان بهره‌گیرند.

مراکز روزانه سالمندان: این مراکز به دو صورت در ایران در دسترس هستند: مراکز خصوصی و مراکز خیریه. در مجموع تعداد این مراکز بسیار کم است و عملاً به دلیل تعداد کم آنها به اندازه کافی در دسترس نیستند. نکته قابل‌توجه این است که زنان سالمند تنهایی که از خدمات این مراکز استفاده می‌کنند، بازخوردهای بسیار مثبتی از حضور در مراکز روزانه سالمندان ارائه می‌کنند. این مراکز توانسته‌اند در حد مناسبی مشکل رفت و آمد سالمندان را که یک مانع جدی برای خروج از منزل و حضور در اجتماع است، با برقرار کردن سرویس رفت و برگشت، حل کنند. ارائه بسته‌های جامع از خدمات شامل مشاوره، توانبخشی، مراقبت‌های بهداشتی درمانی، برنامه‌های سرگرم‌کننده و اوقات

فراغت و آموزشی موجب می شود زنان سالمند تنها در عین این که استقلال خود را حفظ می کنند، بخش مهمی از نیازهای خود را در این مراکز پاسخ دهند و از همه مهم تر در یک شبکه اجتماعی حمایت گر قرار گیرند.

مراکز نگهداری سالمندان: یکی از خدمات موجود در ایران مراکز نگهداری بلند مدت سالمندان است که علاوه بر کیفیت قابل نقد آنها در مواردی، بایستی به کمبود تعداد این مراکز و همچنین ظرفیت های موجود نیز اشاره داشت و همین جا نیز بلافاصله می توان این نکته را اضافه نمود که در بازه زمانی ۳۰ سال آینده و پیش بینی کاهش حمایت های غیررسمی از زنان سالمند تنها توسعه کمی و کیفی مراکز نگهداری سالمندی توسط بخش خصوصی، عمومی، خیریه ها و دولت ضروری خواهد بود.

ارائه خدمت در منزل: ارائه خدمت در منزل با حضور تیم تخصصی شامل پزشک، مددکار اجتماعی، کاردرمانگر، فیزیوتراپیست و پرستار متناسب با نیاز زن سالمند تنها یکی از خدمات محدود موجود در ایران است که زنان سالمند تنها با مشکلات شدید سلامتی و محدودیت های جدی حرکتی ممکن است از آن استفاده کنند. هزینه این خدمت بسیار بالاست و زنان سالمند تنها با درآمدهای اندک قادر نیستند این هزینه ها را پردازند. سازمان های حمایتی نیز در این زمینه حمایت قابل توجهی را ندارند. اینگونه خدمات که در قالب CBR در ایران طراحی و اجرا می شوند، رشد کافی نداشته است و گسترش آنها می تواند به عنوان یک اولویت مبرم و بسیار ضروری در سیاستگذاری و برنامه ریزی های اجرایی مورد توجه قرار گیرد.

طرح های توسعه ای اجتماع محور: این طرح توسط سازمان بهزیستی در چهار استان به منظور توانمندسازی و ارتقای کیفیت زندگی سالمندان آغاز شده است، تمرکز ویژه بر گروه زنان سالمند تنها در اجرای این برنامه ها و سپس گسترش آن در سایر استان ها کاملاً مفید و راهگشا خواهد بود.

خدمات از راه دور: اگرچه برخی از مراکز روزانه سالمندان ارائه خدمات از راه دور را در دوره همه گیری کرونا آغاز کردند، اما خدمات از راه دور ویژه سالمندان در ایران چندان شایع نیست. در سایر کشورها بخصوص کشورهای توسعه یافته ارائه انواع خدمات از راه دور بخش مهمی از بسته خدمتی ویژه سالمندان را تشکیل می دهد و موجب افزایش دسترسی سالمندان به خدمات می شود. بی تردید دریافت خدمات از راه دور کاملاً وابسته به توانایی سالمند در استفاده از اینترنت و فضای مجازی است.

فناوری های جدیدی: در کشورهای توسعه یافته به صورت فزاینده ای مورد بهره برداری قرار می گیرد و باید به عنوان یک اولویت در برنامه ریزی ها مد نظر باشد. از جمله اولویت ها بومی سازی این فناوری ها توسط شرکت های دانش بنیان خواهد بود. بخش مهمی از این فناوری ها بر افزایش

استقلال سالمندان و به ویژه سالمندان معلول تأکید دارند. در این میان زنان سالمند تنها که موضوع استقلال برای آنها از اهمیت بالایی برخوردار است، می توانند بهره بردار اصلی این فناوری ها باشند.

مناسب سازی محیط زندگی: مناسب سازی منازل و محیط زندگی موضوعی است که به طور جدی و گسترده در کشورهای توسعه یافته مورد توجه قرار گرفته است و موجب می شود سالمندان بتوانند بدون مشکل در خانه و محیط زندگی خود رفت و آمد نمایند و امور شخصی شان را انجام دهند. ضعف قابل توجه در زمینه مناسب سازی در ایران مشهود است.

خدمات دوجانبه به زنان سالمند تنها: این خدمات می تواند تأثیر تنهایی بر زنان سالمند را کاهش دهد. در این نوع خدمات سایر افراد جامعه برای مصاحبت و کمک های ضروری در تعامل با زن سالمند تنها قرار می گیرند. **Companionship Support** نوعی حمایت دو جانبه است که منافع متقابلی برای زن سالمند تنها و فرد دیگری که در تعامل با او قرار می گیرد، خواهد داشت. زندگی یک دانشجو با یک سالمند و انجام بخشی از کارهای روزانه منزل و دریافت حمایت متقابل از سالمند در زمینه تأمین محل اسکان به صورت رایگان یک نمونه از این نوع حمایت است. این خدمت در ایران ارائه نمی شود ولی در سایر کشورها به صورت ساختاریافته در دستور کار سازمان های حمایتی قرار دارد. بدین معنا که موسساتی ارائه این خدمت را تسهیل می نمایند و افراد را به زن سالمند تنها معرفی و بر عملکرد وی نظارت می کنند.

مراکز نگهداری سالمندان در پایان زندگی: این مراکز به سالمندانی خدمت ارائه می کنند که در پایان زندگی خود هستند و سالمند در روزهای پایانی عمر خود در این مراکز اقامت می نماید. استفاده از این خدمت نگرانی های سالمند را در مورد مراقبت هایی که قبل از مرگ نیاز دارد، کاهش خواهد داد. مراکزی که دقیقاً با همین هدف فعالیت کنند، در ایران پیش بینی نشده اند اما در سایر کشورها این خدمت ارائه می شود.

خدمات پس از مرگ: نگرانی زنان سالمند تنها در مورد مناسک، آداب و تشریفات مربوط به پس از مرگ بسیار جدی و قابل توجه است. در برخی کشورها خدمات پس از مرگ برای سالمندان پیش بینی شده است. این بسته خدمتی در ایران ارائه نمی شود.

فعالیت های داوطلبانه توسط سالمندان: فعالیت های داوطلبانه توسط زن سالمند تنها و اجرای برنامه هایی که برای او فرصت به اشتراک گذاشتن تجربیات خود با دیگران را فراهم می کنند، می توانند علاوه بر تسهیل مشارکت اجتماعی زن سالمند تنها، موجب شوند سالمند احساس مفید و مؤثر بودن داشته باشد. فرصت فعالیت های داوطلبانه به صورت نچندان منظم و سازمان یافته در سرای محله در شهرداری تهران پیش بینی شده است اما این بدان معنا نیست که شهرداری سایر شهرها نیز

چنین برنامه ای را در دستور کار خود دارند. تعدادی از زنان سالمند تنها فعالیت های داوطلبانه در مساجد و یا گروه های مذهبی داشتند ولی این فعالیت ها نیز برنامه ریزی دقیقی نداشتند و تا اندازه زیادی ناپایدار بودند.

طرح سرای تجربه: این طرح در ۵ محله تهران پایلوت شده است (البته به این معنا نیست که مورد کارآزمایی قرار گرفته است). اساس این طرح این است که سالمندان با یکدیگر و سایر افراد اجتماع تعامل کنند و تجاربشان را در اختیار دیگران قرار دهند. مبنای اصلی نوعی مبادله است به این معنا که یک سالمند کاری را که می تواند برای اجتماع محلی انجام می دهد و در مقابل از خدمات سایرین نیز برخوردار می شود.

ورزش گروهی صبحگاهی: ورزش گروهی صبحگاهی راهی برای ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی سالمندان است. این برنامه در بسیاری از بوستان های شهرهای بزرگ به طور منظم به اجرا درمی آید و توسعه آن در سایر شهرها و رفع موانع فرهنگی برای حضور زنان سالمند تنها در برنامه های ورزش گروهی در شهرهای کوچک می تواند عامل مؤثری در ارتقای سلامتی زنان سالمند تنها باشد.

طرح گفت و گو در شهر: برگزاری جشن ها یا فستیوال ها با مشارکت سالمندان، برگزاری رقابت های نشاط برانگیز در میان سالمندان و "گفت و گو در شهر" بر تعاملات و مشارکت اجتماعی سالمندان مؤثر است. "گفت و گو در شهر" مدل بومی شده Human Library است و در آن افراد دور هم جمع می شوند و در مورد یک موضوع با همدیگر صحبت می کنند. این جلسه را یک تسهیلگر اجتماعی هدایت می کند. این برنامه به تقویت روابط افراد با یکدیگر و گسترش شبکه اجتماعی آنها کمک می کند. شرکت کنندگان در برنامه "گفت و گو در شهر" ضرورتاً سالمندان نیستند و به همین دلیل حضور زن سالمند تنها در این جلسات موجب می شود افرادی در گروه های سنی مختلف به شبکه ارتباطی او افزوده شوند.

دهکده های سالمندی: در دهکده های سالمندی این امکان فراهم می شود که سالمندان در دهکده اسکان یابند و از خدماتی که متناسب با نیازهای سالمندان طراحی شده است، بهره بگیرند. تجربه اجرای این دهکده ها در ایران وجود ندارد. اگرچه افزایش دسترسی به خدمات و ارتباط با سایر سالمندان در این دهکده ها به عنوان یک مزیت مطرح می شود، جدا شدن سالمندان از جامعه و انزوای آنها موجب نقدهای متعددی نسبت به دهکده های سالمندی شده است.

سوال هشتم: راهکارهای حمایتی برای بهبود وضعیت زنان سالمند تنها در ایران چه هستند؟

چالش های اساسی در زمینه زنان سالمند تنها را به شرح زیر می توان برشمرد:

۱- تنه‌ایستی بیشتر زنان سالمند تا مردان

۲- تحصیلات پایین تر زنان سالمند تنها

۳- افزایش زنان سالمند روستایی

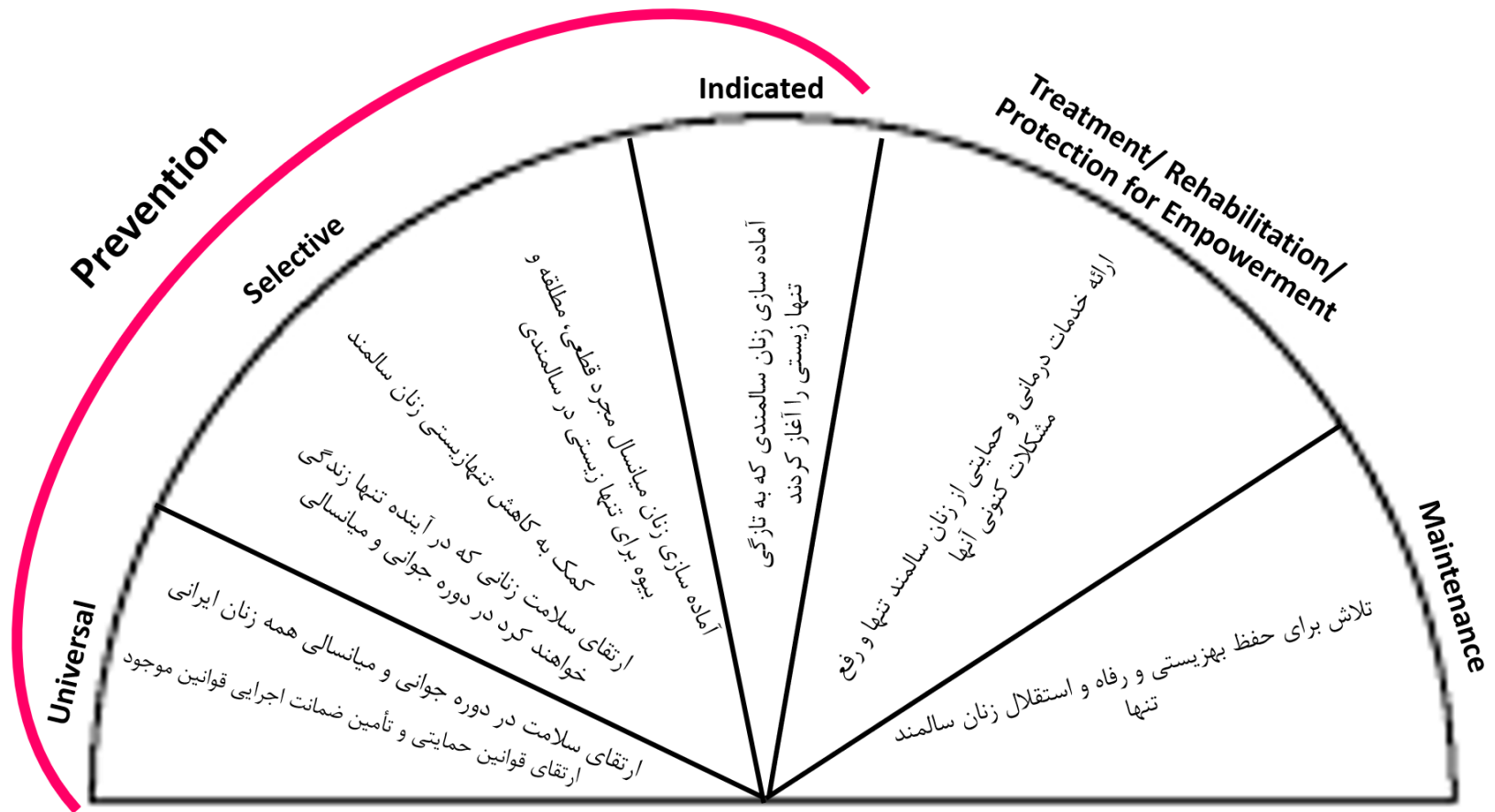
۴- افزایش زنان سالمند با وضعیت مجرد قطعی و بدون فرزند

۵- افزایش زنان سالمند تنها با تحصیلات دانشگاهی بالا

۶- افزایش زنان کهنسال

با تمرکز به موارد ۶ گانه فوق و ابعاد چند وجهی این پدیده اجتماعی و جمعیتی بی تردید سیاست ها و قوانین بدون همه جانبه نگری و ضمانت اجرایی ارزشی ندارند و قادر نیستند تأثیر بر بهزیستی و کیفیت زندگی این گروه جمعیتی داشته باشند. در نظر گرفتن تضمین های قانونی و همچنین بودجه کافی برای اجرایی سند ملی سالمندان می تواند زمینه ساز اجرایی شدن سیاست های اختصاصی مربوط به زنان سالمند تنها نیز باشد. در عین حال سیاست گذاری مبتنی بر شواهد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. سیاست هایی که بدون مطالعه در مورد کارآمدی آنها در ایران تعیین و با کپی برداری از سایر کشورها می شوند یا سیاست ها و قوانینی که بر اساس ایده های هیجانی و خلق الساعه و یا بدون همه جانبه نگری به تصویب می رسند می توانند آسیب پذیری زنان سالمند تنها را بیش از پیش افزایش دهند.

در ادامه سیاست هایی که می توانند در زمینه پاسخ به نیازهای زنان سالمند تنها در ایران بکار گرفته شوند، براساس یافته های پژوهش حاضر دسته بندی و ارائه شده اند:



شکل ۶: دسته بندی سیاست های پیشنهادی در خصوص زنان سالمند تنها

برای دسته بندی سیاست ها از مدل IOM^۹ الهام گرفته شد. در این مدل طیف خدمات ترسیم شده است. خدمات پیشگیرانه شامل خدمات پیشگیری همگانی، پیشگیری انتخابی و پیشگیری موردی هستند. مداخلات پیشگیری همگانی شامل مداخلات وسیعی می شوند که به منظور ممانعت از بروز یک وضعیت دشوار یا مشکل انجام می شوند. گروهی بزرگی از جامعه در معرض این مداخلات قرار می گیرند. اگرچه جمعیت هدف در این مداخلات بزرگ است، معمولاً بسته های خدمتی ابعاد محدودی دارند. برخی مداخلات ارتقایی را در این دسته جای می دهند.

در پیشگیری انتخابی ارائه خدمات بر گروه هایی متمرکز می شود که بر اساس شواهد علمی ممکن است در معرض خطر مواجهه با مشکل یا وضعیت دشوار مورد نظر برای پیشگیری باشند. در این نوع از مداخلات به جای اینکه یک خدمت به همگان ارائه شود، به طور ویژه به گروه هایی که در معرض خطر مواجهه با مشکل هستند، ارائه می شود. لازم است به این نکته توجه داشت که گروه هدف در این نوع از خدمات هنوز دچار مشکلی نشده اند.

در مداخلات پیشگیری موردی، خدمات ویژه کسانی طراحی و ارائه می شوند که اولین مواجهه ها با مشکل را پیدا کرده اند اما هنوز با چالش های جدی روبرو نشده اند. ارائه مداخله های زودهنگام برای پیشگیری از شکل گیری مشکل در این بخش مورد توجه قرار می گیرند.

در صورتی که مشکل بروز کند، بسته های خدمتی که برای کاهش و یا برطرف کردن مشکل ارائه می شوند، در دسته مداخلاتی درمانی، حمایتی و توانبخشی قرار می گیرند.

پس از اینکه گروه هدف خدمات را دریافت کرد و بر مشکل فائق آمد، مداخلات نگهداری سعی بر این دارند که نتایج بدست آمده در فرایند درمان، حمایت و توانبخشی را حفظ کنند و مانع از بروز مجدد مشکل شوند.

در ادامه سعی شده است سیاست های پیشنهادی برای پاسخ به نیازها و چالش های زنان سالمند تنها و ارتقای رفاه و بهزیستی آنها در قالب این مدل جاگذاری شوند.

سیاست های پیشگیرانه

سیاست های پیشگیری Universal

منظور از سیاست های همگانی کلیه توصیه های سیاستی است که به ایجاد تغییر در بستر عمومی جامعه توجه می نمایند. به این ترتیب ممکن است سیاست های همگانی منحصرأ در مورد زنان سالمند

^۹. Institute of Medicine

<http://www.ca-cpi.org/wp-content/uploads/۲۰۰۶/۰۱/Prevention-Tactics-Vol۰۸-No۱۳-۲۰۰۶.pdf>

تنها نباشند. به عنوان مثال تغییر برخی قوانین می تواند علاوه بر زنان سالمند تنها سایر گروه های جمعیتی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. از جمله قوانینی که تغییر آنها می تواند در ارتقای وضعیت این گروه جمعیتی نقش آفرینی مثبت نماید، اصلاح قانون بازنشستگی و پیش بینی "بازنشستگی پلکانی" مبتنی بر توانایی های ایشان است که می تواند علاوه بر زنان سالمند تنها برای زنان و مردان شاغلی که بیمه پرداز هستند نیز قابل استفاده باشد. در عین حال اصلاح قانون ارث می تواند علاوه بر زنان سالمند تنها سایر گروه های زنان ایرانی را نیز مورد حمایت خویش قرار دهد.

ارتقای قوانین حمایتی تأمین ضمانت اجرایی قوانین موجود

- تجدید نظر در قانون ارث به نحوی که شرایط مناسب و قابل قبولی برای زنان سالمند تنها در میزان بالاتر سهم ایشان در تقسیم ماترک به وجود آید یا اینکه تقسیم ارث در صورت اضطرار زن سالمند تنها مادام الحیات وی به تأخیر افتد (پژوهشکده های حوزوی و مراکز تحقیقاتی حوزه های علمیه می توانند با تمرکز بر پویایی فقهی و با ارائه استنباط های روزآمد به دستگاه تقنینی و شورای نگهبان در این زمینه کمک نمایند)
- تجدیدنظر در قوانین مرتبط با بیمه اجتماعی (افزایش سن بازنشستگی، بازنشستگی پلکانی و متناسب سازی فعالیت های زنان سالمند شاغل با شرایط سالمندی)
- تجدید نظر در قوانین مرتبط با بیمه سلامت (پوشش حداکثری خدمات درمانی و توانبخشی)
- تأمین بودجه و ضمانت های اجرایی لازم برای اجرای سند ملی سالمندان
- تدوین بسته قانونی اختصاصی و متناسب با حوزه زنان سالمند تنها
- اولویت یافتن تمرکز بر موضوع زنان سالمند تنها در میان سازمان های ذیربط دولتی و غیردولتی
- ایجاد تسهیلات قانونی، مالی و اداری به منظور نقش یابی مؤثر عرصه عمومی در قالب سازمان های مردم نهاد، خیریه ها، بخش خصوصی و عمومی (شهرداری ها و شوراها)
- تربیت نیروی ماهر و متخصص در حوزه سالمندی در سطوح مختلف تحصیلی کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم و تحقیقات و فن آوری و سازمان بهزیستی

ارتقای سلامت در دوره جوانی و میانسالی همه زنان ایرانی

آموزش کلیه زنان ایرانی در مورد خودمراقبتی در دوره جوانی و میانسالی
غربالگری سلامت (در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی) زنان جوان و میانسالی ایرانی به منظور
شناسایی زودهنگام نشانه های بیماری و مشکلات اجتماعی قبل از ورود به دوره سالمندی
مداخلات زودهنگام برای پاسخ به نیازهای سلامتی زنان جوان و میانسالی ایرانی
زمینه سازی و رسمیت یافتن قانونی و اجرایی دریافت خدمات خودمراقبتی، غربالگری و مداخلات
زودهنگام در میان سازمان های مسئول اعم از دولتی و غیردولتی

سیاست های پیشگیری Selective

ارتقای سلامت زنانی که در آینده تنها زندگی خواهند کرد در دوره جوانی و میانسالی

آموزش خودمراقبتی به زنان جوان و میانسالی که در دوره سالمندی تنها زیستی را تجربه خواهند کرد
غربالگری سلامت (در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی) زنان جوان و میانسالی که در دوره
سالمندی تنها زیستی را تجربه خواهند کرد به منظور شناسایی زودهنگام نشانه های بیماری و
مشکلات اجتماعی قبل از ورود به دوره سالمندی
مداخلات زودهنگام برای پاسخ به نیازهای سلامتی زنان جوان و میانسالی که در دوره سالمندی تنها
زیستی را تجربه خواهند کرد
زمینه سازی و رسمیت یافتن قانونی و اجرایی دریافت خدمات خودمراقبتی، غربالگری و مداخلات
زودهنگام برای زنان جوان و میانسالی که در دوره سالمندی تنها زیستی را تجربه خواهند کرد در میان
سازمان های مسئول اعم از دولتی و غیردولتی

کمک به کاهش تنهازیستی زنان سالمند

برخی از سیاست‌ها باید به کاهش احتمال تنه‌ازبستی زنان سالمند در آینده اختصاص یابند. این سیاست‌ها باید بر اساس دلایل افزایش تنه‌ازبستی در میان زنان سالمند در آینده تنظیم شوند.

- افزایش آگاهی جامعه در زمینه برخی پیامدهای تنه‌ازبستی زنان سالمند بیوه
- افزایش آگاهی جامعه در مورد تأثیر نگرش‌های منفی فرهنگی و تابو بودن ازدواج زنان بیوه و مجرد قطعی در دوره سالمندی
- پیش‌بینی‌های سیاستی و برنامه‌ای در کاهش مهاجرت مردان در سنین جوانی و میان‌سالی
- افزایش آگاهی جامعه در خصوص آثار و تبعات مجرد قطعی زنان
- بسترسازی برای ازدواج‌های موفق و کاهش طلاق با مشاوره‌های قبل از ازدواج و پس از آن

آماده‌سازی زنان میان‌سال مجرد قطعی، مطلقه و بیوه برای تنه‌ازبستی در سالمندی

تنه‌ازبستی زنان سالمند در ۳۰ سال آینده تقریباً سه برابر افزایش خواهد داشت و لازم است سیاست‌هایی در سطوح خرد و میانه و کلان به صورت "بسته جامع سیاستی" طراحی و اجرا شوند تا جامعه ایران برای روبرو شدن با گروه بزرگتری از زنان سالمند تنها و مدیریت بهینه آن آمادگی کسب کند.

- آموزش، آگاه‌سازی و آماده‌نمودن زنان از زمان میان‌سالی و در دوره سالمندی با مقتضیات این دوره و نحوه سازگاری و گذران موفق زندگی
- آموزش‌های عمومی اجتماعی و سلامت با تأکید بر بهبود سبک زندگی زنان (از طریق تولید محتوای توسط رسانه‌ها و صدا و سیما و ظرفیت‌های موجود در حوزه سینما، تئاتر، کتاب، سخنرانی‌های عمومی در مساجد و مراکز عمومی و...)
- افزایش دانش و مهارت زنان برای استفاده از فناوری‌های جدید
- حمایت از شرکت‌های دانش‌بنیان و پژوهشگران برای توسعه فناوری‌های مورد نیاز برای تسهیل تنه‌ازبستی زنان سالمند
- توسعه دانش "متن محور ایرانی" برای ارائه خدمت به زنان سالمند تنها (با سفارش پایان‌نامه و انجام پژوهش‌های جدید و انتشار نتایج آنها برگزاری سمینارهای کاربردی و کارگاه‌های آموزشی)

آماده سازی زنان سالمندی که به تازگی تنها زیستی را آغاز کردند

- آموزش، آگاه سازی و آماده نمودن زنان سالمندی که در آغاز دوره تنهازیستی قرار دارند با مقتضیات این دوره و نحوه سازگاری و گذران موفق زندگی
- آموزش های اختصاصی در زمینه سلامت با تأکید بر بهبود سبک زندگی زنان سالمندی که در آغاز دوره تنهازیستی قرار دارند
- افزایش دانش و مهارت زنان سالمندی که در آغاز دوره تنهازیستی قرار دارند برای استفاده از فناوری های جدید

سیاست های حمایتی، درمانی و توانبخشی

ارائه خدمات درمانی و حمایتی از زنان سالمند تنها و رفع مشکلات کنونی آنها

- تسهیل قانونمند و به صورت شفاف و تشویقی برای ورود بخش خصوصی، مردمی و عمومی (شهرداری ها و شوراهای شهر و روستا) در کلیه خدمات و به ویژه در تاسیس و توسعه کمی و کیفی مراکز اوقات فراغت، اقامتی و روزانه و سایر خدمات اختصاصی مورد نیاز زنان سالمند تنها
- فراهم نمودن بستر سالمندی سالم (با آموزش خود مراقبتی، مداخلات غربالگری و پیشگیرانه، در دسترس قرار دادن درمان زودهنگام و پیگیری پس از ترخیص)
- فراهم نمودن بستر سالمندی فعال (با افزایش سن بازنشستگی، بازنشستگی پلکانی و متناسب سازی فعالیت های زنان سالمند شاغل با شرایط سالمندی)
- توسعه خدمات مبتنی بر تکنولوژی و ارائه خدمات از راه دور و توسعه دانش و مهارت سالمندان برای استفاده از تکنولوژی
- تبعیض مثبت در ارائه خدمات حمایتی به نفع زنان سالمندان تنها
- تقویت و گسترش حمایت رسمی با توجه به کاهش حمایت بخش غیررسمی در نسل آینده زنان سالمند تنها
- ارتقای امنیت اقتصادی زنان سالمند تنها (با پیش بینی پرداخت های مستقیم مشروط و غیرمشروط به اندازه کافی و متناسب با نیاز واقعی زنان سالمند تنها، تسهیل و توسعه مشاغل

خانگی و خانوادگی و بازنگری در قوانین مرتبط با بیمه اجتماعی به منظور عدم کاهش مستمری پس از فوت همسر)

- ثبت و پایش وضعیت زنان سالمند تنها و خدمات ارائه شده به آنان
- تسهیل مشارکت حضوری و مجازی زنان سالمند تنها در جامعه (فراهم نمودن امکان مشارکت آنها فعالیت های داوطلبانه در مدارس در انتقال تجارب خویش و فعالیت های جمعی و اجرای مداخلات اجتماع محور)
- اولویت برنامه ای و منابع آن برای مناسب سازی منازل و مسیرهای تردد و دسترسی ها در شهرها
- طراحی بسته خدمات پس از مرگ
- تسهیل دسترسی به خدمات توانبخشی (دسترسی جغرافیایی و پوشش کامل تر بیمه ای هزینه های توانبخشی)

سیاست های Maintenance

تلاش برای حفظ بهزیستی و رفاه و استقلال زنان سالمند تنها

غربالگری ادواری سلامت (در ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی) زنان سالمند تنها
رصد ادواری وضعیت زنان سالمند تنها با تأکید بر شاخص های سالمندی سالم و فعال
آگاهسازی و تقویت نقش خانواده، محیط همسایگی و اجتماع محلی در زمینه مراقبت و حمایت از زنان سالمند تنها

توصیه های اجرایی و مدیریتی

تقویت دبیرخانه شورای ملی سالمندان به منظور تاکید و تسریع در اجرای مصوبات الزام سازمان های همکار در اجرای مصوبات شورای ملی سالمندان ابلاغی توسط دبیرخانه شورا
پیش بینی ضمانت اجرایی مصوبات شورای ملی سالمندان
تامین منابع مالی ناشی از اجرای مصوبات شورای ملی سالمندان توسط سازمان های مسئول

تشکیل منظم شورای ملی سالمندان به منظور اتخاذ تصمیمات به هنگام.

محدودیت های پژوهش حاضر

۱- در زمینه پژوهش های متن محور ایرانی و مستندات علمی مربوط به زنان سالمند تنها تجارب بسیار محدودی وجود داشت و فرایند این پژوهش را دو چندان دشوار می نمود.

۲- اطلاعات رسمی جمع آوری شده توسط سازمان های مسئول و رسمی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی و مرکز آمار ایران) به سختی و به صورت کاملاً محدود (۲ درصد از اطلاعات کل) در اختیار پژوهش گران قرار گرفته و به نحوی محرمانه تلقی می شود! در حالی که اطلاعات درخواستی به صورت تجمیعی خام و بدون ذکر مشخصات افراد بوده است.

بدیهی است که اینگونه فروبستگی اداری در امر پژوهش، کمکی به توسعه کشور نمی کند.

۳- با توجه به بند یکم محدودیت ها، بایستی اذعان نمود که به دلیل نوپدید بودن این موضوع در موارد قابل توجهی اطلاعات تحلیلی و کاربردی صاحب نظران و کارشناسان به ویژه در سازمان های مسئول در حوزه زنان سالمند تنها در حد کلیات و ناکافی است (هستی شناسی، غایت شناسی و امکان شناسی).

استمرار پژوهش های بنیادین و کاربردی با مشارکت سازمان های ذیربط می تواند زمینه ساز کاهش این دغدغه باشد.

پیشنهادات پژوهش حاضر

- ۱- بهره برداری از نتایج پژوهش حاضر و توصیه های ارائه شده در سطح نهادهای سیاستگذار و برنامه ریز و اجرایی می تواند گامی اولیه و مؤثر باشد.
- ۲- توجه عملی به انجام مأموریت های شورای ملی سالمندان و معطل نشدن اجرای سند ملی یک ضرورت جدی است.
- ۳- ایجاد امکان مناسب بودجه ای و اداری برای دستگاه های مسئول در اجرای سند ملی سالمندی در حوزه زنان سالمند تنها و کلیت سند.
- ۴- طراحی و انجام مطالعات و پیمایش منظم و ادواری در زمینه وضعیت و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی تنهایی زنان سالمند و البته مردان سالمند تنها نیز به منظور سیاستگذاری و برنامه ریزی روزآمد می تواند کاملاً مفید و کارساز باشد.
- ۵- وضعیت ضریب نفوذ استفاده از فضای دیجیتال و همچنین خدمات آنلاین و محاسبه بهره وری آن در میان زنان سالمند تنها از جمله مواد حائز اهمیتی است که می تواند موضوع پژوهش های بعدی باشد.
- ۶- مطالعه ملاحظات بومی و فرهنگی در مورد زنان سالمند تنها در ایران از جمله موضوعاتی است که می تواند در تحقیقات آتی به عنوان یک اولویت مد نظر قرار گیرد.
- ۷- به نظر می رسد در زمینه زنان سالمند تنها کاستی های قانونی جدی وجود دارد لذا پیشنهاد می نماید در پژوهشی مستقل جنبه های حقوقی و قانونی لازم مطالعه و به صورت لایحه از طریق سازمان بهزیستی کشور و دولت به مجلس شورای اسلامی پیشنهاد شود.

منابع

۱. Shirazi Khah M, Mousavi M, Sahaf R. Study of Health and Social Indicators of Elderly Women in Iran. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. ۲۰۱۲; ۶(۰): ۷۸-۶۶
۲. ضرغامی ح, محمودیان ح. مهاجرت فرزندان و احساس تنهایی والدین سالمند روستایی. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت. ۲۰۱۷; ۵(۱۹): ۱۱۶-۹۹.
۳. Lim LL, Ng TP. Living alone, lack of a confidant and psychological well-being of elderly women in Singapore: the mediating role of loneliness. *Asia-Pacific Psychiatry*. ۲۰۱۰; ۲(۱): ۳۳-۴۰.
۴. Singh B, Kiran UV. Loneliness among elderly women. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*. ۲۰۱۳; ۷-۲: ۴۶۴-۷.
۵. Widhowati SS, Chen CM, Chang LH, Lee CK, Fetzter S. Living alone, loneliness, and depressive symptoms among Indonesian older women. *Health care for women international*. ۲۰۲۰; ۴۱(۹): ۹۶-۹۸۴.
۶. Lim LL, Ng TP. Living alone, lack of a confidant and psychological well-being of elderly women in Singapore: the mediating role of loneliness. *Asia-Pacific Psychiatry*. ۲۰۱۰; ۲(۱): ۳۳-۴۰.
۷. Widhowati SS, Chen C-M, Chang L-H, Lee C-K, Fetzter S. Living alone, loneliness, and depressive symptoms among Indonesian older women. *Health Care for Women International*. ۲۰۲۰; ۴۱(۹): ۹۶-۹۸۴.
۸. Singh B, Kiran U. Loneliness among elderly women. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*. ۲۰۱۳; ۲(۲): ۱۰-۴.
۹. R. S. Smaller share of women ages ۶۵ and older are living alone: More are living with spouse or children. *Pew Research Center*. ۲۰۱۶.
۱۰. همدانچی، آریا. واکاوی تجربه زیسته سالمندان هرگز ازدواج نکرده-یک مطالعه پدیدار شناسی: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه سالمندی؛ ۱۳۹۹.
۱۱. کریم علی ک، امیر م، حمید ع، مهدی ر. تجربه ی زیسته ی تنهایی در بین زنان سالمند شهر بوکان. فصلنامه مطالعات راهبردی زنان. ۱۳۹۸; ۲۱(۸۳): ۷-۳۰.
۱۲. Ghahfarokhi MS. Prevalence and correlates of living alone among elderly in Iran. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. ۲۰۱۹; ۱۸(۴): ۳۵۷-۶۷.
۱۳. Nodehi Moghadam A, Rashid N, Hosseini Ajdad Niaki SJ, Hosseinzadeh S. Evaluation of Quality of Life and its Related Factors in Elderly in Mashhad in ۱۳۹۶. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. ۲۰۱۹; ۱۴(۳): ۳۱۰-۹.
۱۴. محمد، شیری، الهام، رستمی،. ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی سالخوردگان بر اساس اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵ و ۱۳۹۷.
۱۵. ایمان زاده ع، علیپور س. واکاوی تجربیات زنان سالمند از احساس تنهایی: مطالعه ای پدیدار شناختی. روان شناسی پیری. ۲۰۱۷; ۳(۱): ۳۱-۴۳.
۱۶. باستانی س، ذکریایی سراجی ف. تفاوت های جنسیتی در سالمندی: شبکه ها و حمایت های اجتماعی. مسائل اجتماعی ایران (دانشگاه خوارزمی). ۱۳۹۱; ۳(۱): ۱-۳.
۱۷. Mouodi S, Bijani A, Hosseini SR, Hajian-Tilaki K. Gender differences in the health status of elderly living alone compared to those who are not alone: Evidence of the AHAP study, North of Iran. *Caspian Journal of Internal Medicine*. ۲۰۱۶; ۷(۲): ۱۲۶-۳۲.
۱۸. پروائی ش. مطالعه کیفی تفاوت های جنسیتی در تجربه سالمندی (پژوهشی در شهر تهران). دوفصلنامه مطالعات جمعیتی. ۲۰۱۹; ۵(۱): ۶۵-۱۰۲.
۱۹. مرکز آمار ایران. سرشماری عمومی نفوس و مسکن. ۱۳۹۵.

۲۰. Cheraghi P, Eskandari Z, Bozorgmehr S, Zanjari N, Cheraghi Z. Quality of Life and its Related Factors among Elderly People. *Journal of Education and Community Health*. ۲۰۱۹; ۶(۳): ۵۱-۱۴۵
۲۱. دراهکی ا, نوبخت ر. بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سالمند ایرانی بر اساس آمارهای رسمی و الزامات سیاستی مبتنی بر پیش بینی های آینده نگرانه جمعیتی. پایش. ۱۳۹۹; ۱۹(۶): ۱۲۲۱g# ۰۰۰: -.
۲۲. اکرم ف, مهشید ف, فرحناز م. کیفیت زندگی سالمندان روستایی: مطالعه ای در شهرستان دشتی استان بوشهر. فصلنامه سالمند. ۱۳۹۰; ۶(۲۰): ۳۸.
۲۳. رضوانی م, پروانی هره دشت ش, منصوریان ح. سنجش عوامل موثر بر کیفیت زندگی سالمندان در مناطق شهری (مطالعه موردی: شهرستان نیشابور). جغرافیا و توسعه فضای شهری. ۱۳۹۴; ۲.
۲۴. زارع ب, کاوه فیروز ز, سلطانی م. عوامل جمعیتی- اجتماعی اثرگذار بر سبک زندگی سلامت محور سالمندان تهرانی. مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران. ۲۰۱۵; ۴(۱): ۱۱۹-۴۴.
۲۵. Reher D, Requena M. Elderly women living alone in Spain: the importance of having children. *European Journal of Ageing*. ۲۰۱۷; ۱۴(۳): ۲۲-۳۱۱
۲۶. Kaplan DB, Barbara J. Berkman Older Adults Living Alone. ۲۰۲۱
۲۷. Harold S. EDUCATION IN LATER LIFE: THE CASE OF OLDER WOMEN. *Educational Gerontology*. ۱۹۹۲; ۱۸(۵): ۲۷-۵۱۱
۲۸. Kim H. Influence of age and education on food consumption and nutrient intakes of older women living alone. *J East Asian Soc Diet Life*. ۲۰۰۱; ۸-۱۱: ۸۲
۲۹. Hoegman A-K. Survival strategies late in life: living conditions of never-married elderly women in Gothenburg in the ۱۹۲۰s. *Continuity and Change*. ۲۰۱۵; ۳۰(۲): ۳۰۰-۲۷۹
۳۰. UNECE. Older Persons in Rural and Remote Areas. *UNECE Policy Brief on Ageing*. ۲۰۱۷
۳۱. Kaul N. Elderly single women and urban property: when a room of one's own becomes a curse. *Gender & Development*. ۲۰۰۹; ۱۷(۳): ۵۰۲-۴۹۳
۳۲. Darab S, Hartman Y, Holdsworth L. What women want: single older women and their housing preferences. *Housing Studies*. ۲۰۱۸; ۳۳(۴): ۴۳-۵۲۵
۳۳. Sharam A. Getting in front of homelessness: housing single older women now. ۲۰۱۲
۳۴. Nesbitt O, Johnson L. Homeless at home? Analysing the housing needs and insecurities of single, older, non-homeowning women. *UQ UP Research Paper*. (۲)۲۰۱۹
۳۵. Łuczak P, Ławrynowicz M. How did the great transformation shape housing pathways? The case of older women living alone. *Housing Studies*. ۲۰۲۱; ۱۸: ۱
۳۶. Kim Y. How do low-income older women experience living in congregate housing? A qualitative study of housing welfare intervention for older adults living alone in South Korea. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*. ۲۰۱۸; ۲۸(۱): ۲۶-۱۵
۳۷. Forward C, Khan HT, Fox P. The health and well-being of older women living alone in the United Kingdom and beyond: a scoping review. *Journal of Women & Aging*. ۲۰۲۰; ۱: ۱۴-۲۰
۳۸. Ong R, Wood GA, Cigdem M, Salazar S. Mortgage Stress and Precarious Home Ownership: Implications for Older Australians. *ERN: Urban Economics & Public Policy (Topic)*. ۲۰۱۹
۳۹. Every F, Bessant L. Keeping the roof over her head: Precarious and lost homeownership among older, single women. *Parity*. ۲۰۲۰; ۳۳(۹): ۹-۴۷
۴۰. Sharam A. No home at the end of the road A survey of single women over ۴۰ years of age who do not believe they will own their housing outright at retirement. ۲۰۱۱

- .ᄂᄂ Petheram L. Home Truths: Older Women's Housing Vulnerability in the ACT. (Canberra: ACT Shelter). .ᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Holdsworth L. Sole voices: Experiences of non-home-owning sole mother renters. *Journal of Family Studies*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Meneley M. Looking at frailty through the lens of ethnicity, a phenomenological study of elderly women living alone in the community .ᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Lukaschek K, Vanajan A, Johar H, Weiland N, Ladwig K-H. "In the mood for ageing": determinants of subjective well-being in older men and women of the population-based KORA-Age study. *BMC Geriatrics*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ(ᄂ):.ᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Sacker A, Ross A, MacLeod CA, Netuveli G, Windle G. Health and social exclusion in older age: evidence from Understanding Society, the UK household longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ(ᄂ):.ᄂᄂ-ᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Sok SR, Yun EK. A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviours between aged living alone and living with family in Korea. *Journal of Clinical Nursing*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ(ᄂᄂ-ᄂᄂ):.ᄂᄂ-ᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Koropecj-Cox T, Call VRA. Characteristics of Older Childless Persons and Parents: Cross-National Comparisons. *Journal of Family Issues*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ(ᄂᄂ):.ᄂᄂᄂ-ᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Tomassini C, Kalogirou S, Grundy E, Fokkema T, Martikainen P, Broese Van Groenou M, et al. Contacts between elderly parents and their children in four European countries: current patterns and future prospects. . *Eur J Ageing* ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ-ᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Iacovou M. Health, Wealth and Progency: Explaining the Living Arrangements of Older European Women. Institute for Social and Economic Research, ISER working papers. .ᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Gaymu J, Delbe 's C, Springer S, Binet A, De 'squelles A, Kalogirou S, et al. Determinants of the living arrangements of older people in Europe. *Eur J Popul*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ:ᄂᄂᄂᄂ-ᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Larsson K, M S. The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: a study of older Swedes living alone. *J Aging Stud*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ:ᄂᄂᄂᄂ-ᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Desai R, John A, Stott J, Charlesworth G .Living alone and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ:ᄂᄂᄂᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Tabue Teguo M, Simo-Tabue N, Stoykova R, Meillon C, Cogne M, Amiéva H, et al. Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study. *Psychosomatic Medicine*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ(ᄂ):.ᄂᄂ-ᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Moncatar TR, Nakamura K, Rahman M, Seino K. Health Status and Health Facility Utilization of Community-Dwelling Elderly Living Alone in the Philippines: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Health*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ-ᄂᄂᄂᄂ:ᄂᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Sarkar S, Shekhar C, Mondal K. Living Arrangements and Health Well Being among Elderly Women in India. *Middle East Journal of Age and Ageing*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ-ᄂᄂᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Saito T, Murata C, Aida J, Kondo K. Cohort study on living arrangements of older men and women and risk for basic activities of daily living disability: findings from the AGES project. *BMC Geriatrics*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂ(ᄂ):.ᄂᄂᄂᄂ
- .ᄂᄂᄂ Bergland A, Engedal K. Living Arrangements, Social Networks, Health, Mobility, and Balance of Older Women. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. ᄂᄂᄂᄂ;.ᄂᄂᄂ(ᄂ):.ᄂᄂᄂᄂ-ᄂᄂᄂᄂᄂᄂ

- .08 Chou KL, Ho AHY, Chi I. Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging & Mental Health*. 2007;11(7):91-083
- .09 Kim S-Y, Sok S. Factors influencing the life satisfaction in the older Korean women living alone. *Contemporary nurse*. 2013;22(1):9-111
- .10 Politi MC, Clark MA, Armstrong G, McGarry KA, Sciamanna CN. Patient-provider communication about sexual health among unmarried middle-aged and older women. *J Gen Intern Med*. 2009;24(4):6-011
- .11 C. I. Sexually transmitted infection prevention in newly single older women: a forgotten health promotion need. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2009 Jun 1;5:44-6
- .12 Porter EJ. Problems with preparing food reported by frail older women living alone at home. *Advances in Nursing Science*. 2007;30(2):V4-V9
- .13 Kim H-S. Effect of pain, nutritional risk, loneliness, perceived health status on health-related quality of life in elderly women living alone. *Journal of the Korea Convergence Society*. 2017;8(7):18-207
- .14 Sharpe DL, Huston SJ, Finke MS. Factors affecting nutritional adequacy among single elderly women. *Family Economics and Nutrition Review*. 2003;10(1):83-94
- .15 Reyes Uribe AC. "I Go Upstairs and Eat in Front of the Television:" the Cooking and Eating Behaviors of Mexican Older Women Living Alone. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2019;34(2):87-111
- .16 Kim H-Y, Kim M-H, Hong S-G, Hwang S-J, Park M-H. A study on the nutrient intake, health risk factors, blood health status in elderly Korean women living alone. *Korean Journal of Community Nutrition*. 2005;10(2):23-217
- .17 Kim JH. Time Use and Living Satisfaction of Korean Middle-Aged and Older Women: Focusing on the People Living with Spouses and Living Alone. *Journal of Intergenerational Relationships*. 2021;19(1):20-0
- .18 Kim HJ. Health promotion behaviors of rural elderly women living alone and their life satisfaction. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2017;27(3):71-204
- .19 De Witt L, Ploeg J, Black M. Living alone with dementia: an interpretive phenomenological study with older women. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(8):V07-V1798
- .20 Tanaka M, Ishii A, Yamano E, Ogikubo H, Okazaki M, Kamimura K, et al. Effect of a human-type communication robot on cognitive function in elderly women living alone. *Medical Science Monitor*. 2012;18(9):CR00-CR.V
- .21 Subramaniam P, Woods B. The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(5):50-040
- .22 Gilmour H, Gibson F, Campbell J. Living Alone with Dementia: A Case Study Approach to Understanding Risk. *Dementia*. 2003;2(3):2-43
- .23 Nygård L, Starkhammar S. Telephone use among noninstitutionalized persons with dementia living alone: Mapping out difficulties and response strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17(3):49-239
- .24 Nygård L, Starkhammar S. The use of everyday technology by people with dementia living alone: mapping out the difficulties. *Aging Ment Health*. 2007;11(2):144-00

- .V0 Cederbom S. Ability in everyday activities and morale among older women with chronic musculoskeletal pain living alone: a behavioural medicine approach in physiotherapy: Inst för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle/Dept of Neurobiology, Care ...; .2018
- .V1 Cheng CY. Living alone: The choice and health of older women. *Journal of Gerontological Nursing*. 2016;32(9):23-17
- .V2 Tsai L-T, Rantakokko M, Portegijs E, Viljanen A, Saajanaho M, Eronen J, et al. Environmental mobility barriers and walking for errands among older people who live alone vs. with others. *BMC Public Health*. 2013;13(1):108
- .V3 Dickins M, Johnstone G, Renehan E, Lowthian J, R. O. The barriers and enablers to service access for older women living alone in Australia. *Ageing & Society*. 2020;1
- .V4 Narushima M, Kawabata M. "Fiercely independent": Experiences of aging in the right place of older women living alone with physical limitations. *Journal of Aging Studies*. 2020;04:100870
- .V5 Park YRJ, Sohng K-Y. Effects of a customized health promotion program on depression, cognitive functioning, and physical health of elderly women living alone in community: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2019;49(5):20-010
- .V6 Joe A, Dickins M, Enticott J, Ogrin R, Lowthian J. Community-dwelling older women: The association between living alone and use of a home nursing service. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020;21(9):81-1273. e.2
- .V7 Norekval T, Fridlund B, Rokne B, Wentzel-Larsen T, Nordrehaug J. Poster Moderated Living alone predicts long-term mortality in older women after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010;9(1_suppl):S11-S.
- .V8 Robinson AW. Older women's experiences of living alone after heart surgery. *Appl Nurs Res*. 2002;10(3):20-118
- .V9 Shaw BA, Fors S, Fritzell J, Lennartsoon C, Agahi N. Who Lives Alone During Old Age? Trends in the Social and Functional Disadvantages of Sweden's Solitary Living Older Adults. *Research on Aging*. 2017;30(9):38-810
- .V0 Beller J, Wagner A. Disentangling Loneliness: Differential Effects of Subjective Loneliness, Network Quality, Network Size, and Living Alone on Physical, Mental, and Cognitive Health. *Journal of Aging and Health*. 2017;30(4):39-021
- .V1 Eshbaugh EM. Perceptions of living alone among older adult women. *Journal of community health nursing*. 2008;20(3):37-120
- .V2 Kim J, Song Y, Kim T, Park K. Predictors of happiness among older Korean women living alone. *Geriatrics & gerontology international*. 2019;19(2):7-302
- .V3 Kwak S-J, Jung H-S. The Effects of the Depression Management Program based on the Social Support Theory on Elderly Women Living Alone. *International Journal of Nursing*. 2020;7(2):8-20
- .V4 Lee KJ, Park HS. A Study on the Perceived Health Status, Depression, and Activities of Daily Living for the Elderly in Urban Areas. *Korean J Women Health Nurs*. 2016;12(3):30-221
- .V5 Kil TY, Ryu HS, Yamauchi N. The Effect of Integrated Play Therapy on Self-Expression and Depression in Elderly Women Living Alone in Rural Areas. *Journal of the Faculty of Agriculture, Kyushu University*. 2018;73(2):77-807

- .91 Im Ryu S, Park Y-H. Factors related to suicide ideation in older women living alone. *Korean journal of adult nursing*. 2020;32(1):87-98
- .92 Song JJ, IS. U. The relationship between leisure types and depression and loneliness in the middle-aged and the elderly. *International Journal of Tourism Management and Sciences*. 2008;12-23:43
- .93 Kim SY, Sok SR. Factors influencing the life satisfaction in the older Korean women living alone. *Contemporary Nurse*. 2013;44(1):9-11
- .94 Baek SS, Ryoo EN, Park KS. A model construction for quality of life in single aged women. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*. 99-20:187;2008.
- .95 Choi JY, Sok SR. Factors influencing the adaptation to skilled nursing facilities among older Korean adults. *Int J Nurs Pract*. 2010;21(2):91-100
- .96 Pinquart M, Forstmeier S. Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2012;16(5):58-64
- .97 Fujiwara E, Otsuka K, Sakai A, Hoshi K, Sekiai S, Kamisaki M, et al. Usefulness of reminiscence therapy for community mental health. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2012;76(1):9-14
- .98 Sok SR. Effects of individual reminiscence therapy for older women living alone. *International Nursing Review*. 2010;12(4):24-31
- .99 Messinger-Rapport BJ, HL T. Prevention for the older woman. A practical guide to assessing physical and cognitive function. *Geriatrics*. 2001;56: 24-7, 9-31, 0
- .100 Cresci MK, Yarandi HN, Morrell RW. Pro-nets versus no-nets: Differences in urban older adults' predilections for Internet use. *Educational Gerontology*. 2010;36(7):20-30
- .101 Hodge H, Carson D, Carson D, L N ,J G. Using Internet technologies in rural communities to access services: the views of older people and service providers. *Journal of Rural Studies*. 2017;54:479-98
- .102 Pensions DfWa. Fuller working lives: a partnership approach..2017
- .103 Forward C, Khan HT, Fox P. Older women living alone in the UK: Does their health and wellbeing differ from those who cohabit? *Journal of Population Ageing*. 17-2021:1
- .104 Macintyre S, Ellaway A, Hiscock R, Kearns A, Der G, McKay L. What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland. *Health Place*. 2003;9(3):18-27
- .105 Toma A, Hamer M, Shankar A. Associations between neighborhood perceptions and mental well-being among older adults. *Health Place*. 2010;16:33-41
- .106 Chicoine JL. THE ESSENCE OF AGING IN PLACE FOR UNMARRIED ELDERLY WOMEN OF DIVERSE BACKGROUNDS: DOING PHENOMENOLOGY. FACILITY MAPS. 2002:27
- .107 Leung A, Kier C, Fung T, Fung L, Sproule R. Searching for Happiness: The Importance of Social Capital. *Journal of Happiness Studies*. 2011;12(3):12-23
- .108 Eshbaugh EM. The role of friends in predicting loneliness among older women living alone. *Journal of gerontological nursing*. 2009;30(5):1-13
- .109 Hays JC .Living Arrangements and Health Status in Later Life: A Review of Recent Literature. *Public Health Nursing*. 2002;19(2):51-67

- .110 Pimouguet C, Rizzuto D, Schön P, Shakersain B, Angleman S, Lagergren M, et al. Impact of living alone on institutionalization and mortality: a population-based longitudinal study. *European Journal of Public Health*. 2010;26(1):V-182
- .111 Pinquart M, Sorensen S. Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*. 2001;23(8):77-240
- .112 JL. C. HE ESSENCE OF AGING IN PLACE FOR UNMARRIED ELDERLY WOMEN OF DIVERSE BACKGROUNDS: DOING PHENOMENOLOGY. T FACILITY MAPS. 2002Oct. 23:27
- .113 Kim SH. Effects of a Volunteer-Run Peer Support Program on Health and Satisfaction with Social Support of Older Adults Living Alone. *J Korean Acad Nurs*. 2012;42(4):37-520
- .114 Cho S, Townsend AL. Perceived neighborhood social disorder as a predictor of depressive symptoms among unmarried older women and the stress-buffering effect of friends support. *J Women Aging*. 2020;32(1):17-1
- .115 Walker RB, Hiller JE. Places and health: a qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighbourhoods. *Soc Sci Med*. 2007;70(7):70-1104
- .116 Wilson-Genderson M, Heid AR, Cartwright F, Collins AL, Pruchno R. Change in Loneliness Experienced by Older Men and Women Living Alone and With Others at the Onset of the COVID-19 Pandemic. *Research on Aging*. 2021:0174-270211-27749
- .117 Forward C, Khan HTA, Fox P. Older Women Living Alone in the UK: Does Their Health and Wellbeing Differ from Those Who Cohabit? *Journal of Population Ageing*. 2021
- .118 Gu MK. Factors Affecting the Participation in Leisure Activities by Elderly Women Living Alone. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2018;29(3):207-77
- .119 Porter EJ. Contemplating what I would do if someone got in my house: Intentions of older homebound women living alone. *Advances in Nursing Science*. 2008;31(2):18-107
- .120 JA. H. Vulnerability and dangerousness: the construction of gender through conversation about violence. *Gend Soc*. 2001;109-10:83
- .121 M T. The meaning of age differences in the fear of crime. *Br J Crim*. 2000;40
- .122 Porter EJ. A Phenomenological Perspective on Older Widows' Satisfactions With Their Lives. *Research on Aging*. 2000;27(1):110-8
- .123 Schafer JA, Huebner BM, Bynum TS. Fear of crime and criminal victimization: Gender-based contrasts. *Journal of Criminal Justice*. 2007;34(3):301-280
- .124 Centers for Disease Control and Prevention. Public health and aging: nonfatal physical assault-related injuries among persons aged > 70 years treated in hospital emergency department-United States 2001; 2003
- .125 Baek HY. A qualitative study on the experience of poverty among the poor elderly people who live alone. *Korean Journal of Sociological Welfare Studies*. 2007(31):39-0
- .126 Choi HK, . An analysis on poor elderly women's lives and characteristics. *Journal of Welfare for the Aged*. 2000(27):147-74
- .127 Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Frits T. Chapter V-Public Long-term Care Financing Arrangements in OECD Countries. *Help Wanted*. 2011
- .128 Care BH. Better Home Care in Canada: A National Action Plan. 2016. 2018

- .129 Genet N, Kroneman M, Boerma WGW. Explaining governmental involvement in home care across Europe: An international comparative study. *Health Policy*. 2013;110(1):93-104
- .130 Rodrigues R, Glendinning C. Choice, Competition and Care – Developments in English Social Care and the Impacts on Providers and Older Users of Home Care Services. *Social Policy & Administration*. 2010;49(5):74-89
- .131 Thomas KS, Applebaum R. Long-term Services and Supports (LTSS): A Growing Challenge for an Aging America. *Public Policy & Aging Report*. 2010;20(2):72-81
- .132 Hamilton M, Hodgson H, Bradbury B, Ip M, Adamson E, van Toorn G. Security in old age for older single women without children. University of Sydney; 2012
- .133 Ryser L, Halseth G. Housing costs in an oil and gas boom town: Issues for low-income senior women living alone. *Journal of Housing for the Elderly*. 2011;20(3):207-220
- .134 Meschede T, Cronin M, Sullivan L, Shapiro T. Rising economic insecurity among senior single women. Demos org and Institute on Assets & Social Policy. 2011
- .135 Longley AM. Reforming old age security: Income distribution and poverty among single senior Canadian women. 2011
- .136 Bowling A, Windsor J. Towards the Good Life: A Population Survey of Dimensions of Quality of Life. *Journal of Happiness Studies*. 2011;12(1):12-30
- .137 Gaymu J, Springer S. Living conditions and life satisfaction of older Europeans living alone: a gender and cross-country analysis. *Ageing and Society*. 2010;30(7):1102-1120
- .138 Gaymu J, Springer S, Stringer L. How does living alone or with a partner influence life satisfaction among older men and women in Europe? *Population*. 2012;67(1):79-93
- .139 Sok S, Kim KB. Effects of muscle electric stimulation on chronic knee pain, activities of daily living, and living satisfaction for Korean elderly women. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2007;37:305-312
- .140 Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 2005;25(1):77-91
- .141 Kim HS, Kim JW, KS. C. The future direction of information literacy for the aged in the lifelong learning: Centering on gumi senior welfare center. *Journal of Digital Contents Society*. 2014;14(1):49-54
- .142 Lee BJ, SW H. The effect of older people's leisure activities on their self-esteem and life satisfaction. *Northeast Asia Tourism Research*. 2012;16-17:139
- .143 Lee HY, KJ. L. Effects of tai chi exercise in elderly with knee osteoarthritis. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2008;18-19:11
- .144 Kim KS, EJ. L. Relation between leisure sports: Activities among older adults on activities of daily living and successful aging. *The Journal of Korea Contents Association* 2010;10(1):42-48
- .145 Maslow A, Lewis K. Maslow's hierarchy of needs. Salenger Incorporated. 1987;14(17):90-98