

فصلنامه علمی «پژوهش مسائل اجتماعی ایران»

شماره دوم، زمستان ۱۴۰۰: ۱۰۸-۷۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

نوع مقاله: پژوهشی

مسئله زنان سالمند تنهای ایرانی: مورد مطالعه استان تهران و البرز^۱

* میرطاهر موسوی

** معصومه معارفوند

*** مریم رهنما

**** لاله معارفوند

چکیده

زنان سالمند تنها، با توجه به شرایط جامعه، یکی از گروه‌های در معرض خطر محسوب می‌شوند و لازم است برنامه مشخصی برای حمایت از آنها پیش‌بینی شود. در ایران برنامه خاصی برای حمایت از زنان سالمند تنها طراحی و اجرا نشده و ضرورت دارد برای این منظور، نیازهای این گروه ارزیابی و اولویت‌بندی شود. در این پژوهش، برای بررسی این موضوع، ابتدا با کارشناسان، سیاستگذاران و مدیران و همچنین زنان سالمند تنها به صورت نیمه‌ساختاریافته مصاحبه شد و سپس مصاحبه‌ها مورد تحلیل محتوا قرار گرفت. نمونه‌گیری به روش هدفمند و گلوله‌برفی در استان‌های تهران و البرز انجام گرفت و تا زمان دستیابی به اشباع ادامه یافت. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. متن مصاحبه‌ها پس از پیاده‌سازی در سه مرحله کدگذاری شد و مقوله‌ها و زیرمقوله‌ها به دست آمد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که مهم‌ترین دلیل

۱. این مقاله برگرفته از پژوهشی در مورد زنان سالمند تنها است که با حمایت شورای ملی سالمندان و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد انجام شد.

* استادیار بازنشسته، گروه پژوهشی مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، Trmousavi@gmail.com ایران

** نویسنده مسئول: استادیار گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران، arammaref@gmail.com

*** دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، mshrahnama@gmail.com

**** دانش آموخته کارشناس ارشد هنر دانشگاه هنر، تهران، پژوهشگر علوم انسانی، ایران، laleh21@gmail.com



تنهازیستی زنان سالمند، فوت همسر و ازدواج فرزندان است. آنها برای حفظ استقلال خود، سعی می‌کنند با صرفه‌جویی منابع مالی خود را مدیریت کنند، مراقب سلامتی خود هستند و برای بیماری‌هایشان تحت درمان‌اند. بسیاری از آنها در دوره سالمندی تمایلی به ازدواج مجدد ندارند. تغییر محل زندگی به دلیل فروش منزل در دوره سالمندی موجب می‌شود شبکه ارتباطی آنها در بسیاری موارد به فرزندان و خانواده آنها محدود شود و مشارکت اجتماعی در میان آنها محدود باشد. ارتباط با اعضای خانواده، مراقبت، استقلال، حمایت مالی، تعامل اجتماعی و مشارکت اجتماعی، امنیت و احساس امنیت، دسترسی جغرافیایی و خدمات بهداشتی-درمانی و توان‌بخشی، آموزش و ارتقای آگاهی و سرگرمی و داشتن اوقات فراغت متناسب با دوره سالمندی، از جمله موضوعاتی است که ضرورت دارد در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مربوط به زنان سالمند تنها مورد توجه قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: زنان، سالمند، تنهازیستی، ایران، توصیه‌های سیاستی.

مقدمه

سال خوردگی جمعیت در تمامی جهان در حال رخ دادن است. تقریباً انتظار می‌رود همه کشورهای جهان با افزایش قابل توجه جمعیت سالمند مواجه شوند. پیش‌بینی می‌شود 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 می‌دهد (ر.ک: لیم و ان جی^۱، ۲۰۱۰).

ترتیبات زندگی^۲ موضوعی مهم در گفتمان سالمندی جمعیت است و روابط خویشاوندی و غیرخویشاوندی را با کسانی که با سالمندان اقامت مشترک دارند، نشان می‌دهد (ر.ک: ضرغامی و محمودیان، ۱۳۹۵). بی‌تردید زندگی با دیگران، مراقبت و حمایت اجتماعی فوری و نزدیک را برای سالمندان آسیب‌پذیر فراهم می‌سازد (ر.ک: ویدواتی^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). یک نوع از ترتیبات زندگی، تنهازیستی است. تنهازیستی به این معنا است که سالمند به تنهایی زندگی می‌کند. در مورد ترتیبات زندگی مطالعات بسیاری صورت گرفته است اما در ایران، مطالعات اندکی به این موضوع پرداخته و به صورت کلی این مسئله را بررسی کرده‌اند (ر.ک: علی کرمی و همکاران، ۱۳۹۸ و باستانی و ذکریایی سراجی، ۱۳۹۱).

در سطح کل کشور، در سال ۱۳۶۵، جمعیت 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. 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 (ر.ک: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵).

شیوه تنها زندگی کردن به طور قابل توجهی در نواحی شهری و روستایی رو به افزایش است، اما بیشترین تفاوت روستا- شهری در سال ۱۳۹۵ مشاهده

1. Lim and Ng

2. Living Arrangement

3. Widhowati

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، 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 (ر.ک: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵).

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 نکرده‌اند، تنها زندگی می‌کنند و بعد از آن طلاق‌گرفته‌ها 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 (ر.ک: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵).

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 چرخه زندگی زمینه‌ساز 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، مطالعه تجربه زیسته از تنهایی در سالمندی، با توجه به تحولات جمعیت‌شناختی در جامعه امروز، از ضرورات پژوهشی و سیاست‌گذاری است.

تنهازیستی یک عامل خطر جدی برای کاهش سلامت در سالمندان است. در اکثر مطالعات نشان داده شده است که تنها زندگی کردن منجر به کاهش سلامت روان، افسردگی، بهزیستی و کیفیت زندگی و افزایش مرگ‌ومیر و احساس تنهایی می‌گردد. در عین حال، زنان سالمند تنها (OWLA) مستعد مشکلات بیشتر سلامتی مانند استعمال دخانیات و چاقی هستند و ممکن است مشکلات مالی بیشتری را تجربه کنند.

جمعیت زنان سالمند تنها در ایران رو به افزایش است. زنان سالمند ممکن است در مورد نیازهای خود سکوت کنند و یا از مهارت‌های لازم برای بیان و پیگیری نیازهای خود برخوردار نباشند، در شرایطی که آنها به تنهایی زندگی می‌کنند و با آسیب‌پذیری و مشکلات متعددی روبه‌رو هستند.

لازم است دولت برنامه مشخصی برای حمایت از آنها پیش‌بینی کند. اگرچه خدمات پراکنده‌ای به سالمندان و در مواردی به سالمندان تنها در ایران ارائه می‌شود، تاکنون برنامه مشخصی برای حمایت از OWLA پیش‌بینی و اجرا نشده است. تعیین و اولویت‌بندی نیازهای این گروه می‌تواند در برنامه‌ریزی برای حمایت از این گروه کاربرد داشته باشد. با در نظر گرفتن اینکه هدف پیگیری‌شده در این مقاله شناخت «مسئله زنان سالمند تنها» به عنوان یک چالش و فرصت برای جامعه ایران بوده است، لذا تلاش شده است تا ضمن شناخت ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و حقوقی این مسئله، حتی‌الامکان توصیه‌های سیاستی نیز به سیاستگذاران ارائه گردد.

پایه‌های 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 تعیین‌کننده وضعیت سلامت افراد خواهد بود. یکی از اساسی‌ترین این عوامل، عوامل اجتماعی است که با وضعیت سلامت افراد و به‌ویژه افراد سالمند ارتباطی تنگاتنگ دارد. با قرار داشتن افراد سالمند در معرض آسیب‌های جدی در ارتباط با وضعیت سلامتی‌شان بین داشتن و نداشتن روابط اجتماعی تفاوت عمده وجود دارد و این موضوع عاملی تعیین‌کننده است (ر.ک: موسوی و شیانی، ۱۳۹۴). جامعه‌شناسان پزشکی و سلامتی در تحلیل پدیده مذکور، نظریه حمایت اجتماعی را ارائه کرده‌اند. این نظریه، از نظریه مشهور دورکهایم گرفته شده است. بنا بر نظریه دورکهایم، هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد و برعکس حتی ممکن است در چنین شرایطی فرد سلامت خود را به خاطر دیگران به خطر اندازد. برکمن و سیم، به عنوان نظریه‌پردازان ایده تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، بر این نظر هستند که هرچه یگانگی فرد با اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری

از او صورت می‌گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد. این اندیشمندان بر شاخص‌هایی مانند ازدواج، تعداد تماس‌های فرد با دیگران (تماس‌های حضوری تا تماس‌های تلفنی و پستی)، کیفیت تماس‌های مورد بحث و میزان دینداری فرد تأکید دارند. اندازه‌گیری همین متغیرها تحت عنوان شاخص اندازه‌گیری شبکه برکمن - سیم مشهور شد (ر.ک: موسوی و شیانی، ۱۳۹۴).

انزوای اجتماعی: انزوا و عزلت‌گزینی نه تنها برای سالمندانی که در نقاط مختلف یک شهر پراکنده‌اند، پدیدار می‌گردد، بلکه بسیاری که در مراکز نگهداری از سالمندان به سر می‌برند نیز به نحوی دچار انزوا و تنهایی می‌شوند. پیلاو و پرلمن به این نتیجه رسیدند که انزوای اجتماعی به این دلیل اجتماعی است و تأثیراتش به زندگی شخصی انسان‌ها محدود نمی‌شود، بلکه جامعه را به طور کلی متأثر می‌کند (ر.ک: موسوی و شیانی، ۱۳۹۴). سالمندی دوران گوشه‌گیری و انزوا نیست، بلکه دوران شکوفایی، نتیجه‌گیری از عمر و فصل برداشت حاصل زندگی است. دانشمندان بزرگ در کهنسالی حاصل تجربیات زندگی خود را به عالم بشریت عرضه کرده‌اند؛ ویکتور هوگو اثر مشهور خود را در ۸۳ سالگی نوشت؛ ادیسون اثر بهره‌برداری از الکتریسته در موتورها را در ۷۰ سالگی کشف کرد.

تجارب پژوهشی

پژوهش‌هایی که در مورد زنان سالمند تنها در ایران انجام شده‌اند، بسیار محدودند. برای مثال، آریا همدان‌چی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه‌ای که به روش کیفی انجام دادند، تجربه زیسته سالمندان هرگز ازدواج‌نکرده را بررسی کردند و به شش مضمون اصلی شامل: آرامش در استقلال، جدال با تنهایی، خودساختگی، احساس افسوس، روابط قوی اجتماعی و تجربه انگ‌های اجتماعی دست یافتند. نتایج مطالعه آنها نشان داد سالمندان مرد غیرشاغل 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 ازدواج‌نکرده در مقایسه با مردان، شبکه‌های اجتماعی قوی‌تری داشته و کمتر در معرض احساس تنهایی قرار داشتند. همچنین شرکت‌کنندگانی که دارای تجربه استقلال زودرس و مجرد اختیاری بودند، بهتر خود را با شرایط مجرد در دوران سالمندی وفق داده و مفاهیمی مثل آرامش در استقلال و

خودساختگی را به طور بارزتری گزارش نمودند. ادامه تجرد در سنین سالمندی پدیده‌ای است پیچیده و چندبعدی که معنا و مفهوم آن می‌تواند برای افراد مختلف متفاوت باشد. سالمندان هرگز ازدواج نکرده به‌رغم اینکه با مشکلاتی مثل تنهایی و انگ‌های اجتماعی مواجه می‌شوند، در عین حال می‌توانند در زندگی احساس رضایت و آرامش داشته باشند (ر.ک: همدانچی و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش دیگری، کرمی و همکاران (۱۳۹۸) تجربه زیسته تنهایی در بین زنان سالمند شهر بوکان را بررسی کردند و به چهار خرده‌مقوله با عناوین کناره‌گیری از دیگران، گزینش مصلحت‌آمیز تنهایی، گزینش مصلحتی تجرد و لذت تنهایی دست یافتند. نتایج تحقیق آنها نشان داد که تجربه تنهایی برای بسیاری از زنان مشارکت‌کننده ناراحت‌کننده است، ولی آنان برای جلوگیری از بروز اختلافات خانوادگی، حفظ عزت نفس خویش، سربار دیگران نبودن، تمایل نداشتن به زندگی در کنار دیگران و ازدواج مجدد، زندگی تنهایی را برمی‌گزینند. زندگی پس از تنها شدن برای زنان مسن مطالعه‌شده با چالش‌های متعددی همراه بوده است؛ از جمله فقر، ناتوانی جسمی و حرکتی، کاهش روابط اجتماعی و افزایش غصه‌ها و نگرانی‌ها. راه چاره پیش روی این زنان عبارت‌اند از: بازسازی زندگی بر مبنای شرایط جدید، ازدواج مجدد، قبول فرزندخواندگی، مهاجرت و ترک محل و زندگی با دیگران (ر.ک: کرمی و همکاران، ۱۳۹۸).

شمس قهفرخی (۱۳۹۸) تنه‌زیستی سالمندان در ایران بر حسب تفاوت‌های

سنی و جنسیتی را مورد مطالعه قرار داد. یافته‌های وی نشان داد که در سطح کل کشور، میزان سالمندان تنه‌زیست شاغل نیز ۸/۸۷ درصد بوده است. زندگی در مناطق روستایی، زن بودن، بی‌سوادی، ازدواج نکردن، در حال تحصیل بودن، دارای درآمد بدون کار، خانه‌داری، سایر فعالیت‌ها و کهنسالی، همگی بخت تنها زیستن را بالا می‌برند. شهری‌ها نسبت به روستاییان و مردان نسبت به زنان بخت تنه‌زیستی بیشتری داشتند. بخت تنه‌زیستی در سالمندان بی‌سواد و دارای تحصیلات ابتدایی به ترتیب ۲/۸ و ۱/۴ برابر سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی، و تنه‌زیستی ازدواج‌نکرده‌ها، طلاق‌گرفته‌ها و بیوه‌ها به ترتیب ۸۸/۴، ۷۸ و ۷۲/۲۷ برابر ازدواج‌کرده‌ها بود. بخت تنه‌زیستی در وضعیت دارای درآمد بدون کار بودن ۲/۵ برابر، در حال تحصیل بودن ۲/۲ برابر، سایر فعالیت‌ها ۱/۷ برابر و خانه‌داران ۱/۵ برابر شاغلان بود. تنه‌زیستی سالمندان در مراحل

اوان سالمندی و سالمندی میانی، کمتر از کهنسالی بود. همچنین بعد از نظر گرفتن تأثیر تمامی متغیرها، زندگی در مناطق روستایی، زن بودن، ازدواج نکردن، طلاق و بیوگی، خانه‌داری 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 تنه‌ایزستی ندارد. دیگر آنکه دارای درآمد بدون کار بودن و سایر فعالیت‌ها، نسبت به شاغلان، بخت تنه‌ایزستی را کاهش می‌دهند. 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 (ر.ک: شمس قهفرخی، ۱۳۹۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند طول عمر نسبی و مطلق زنان بیشتر از مردان است (ر.ک: ریهر و ریکونا^۱، ۲۰۱۷). منابع اقتصادی، اجتماعی و شخصی زنان در سنین بالا به دلیل محدودیت‌های جنسیتی که در تمام طول عمر آنها تجربه شده است، آسیب‌پذیرتر هستند. **آسیب‌پذیری زنان سالمند تنها در روستاها به دلیل محدودیت دسترسی به خدمات بیشتر است** (ر.ک: هارولد^۲، ۱۹۹۲). زنان سالمند تنها ممکن است با مشکل مالکیت و مسکن مواجه شوند و خطر بی‌خانمانی آنها را تهدید می‌کند (ر.ک: داراب، هارتمن و هولدرزورث، ۲۰۱۸، کال، ۲۰۰۹ و هوگمن، ۲۰۱۵). همچنین محل زندگی و وضعیت مسکن سالمندان خود می‌تواند بر سلامت آنها تأثیرگذار باشد؛ به طوری که یک خانه با فضای نامناسب می‌تواند عامل خطری برای پیامدهایی مثل سقوط سالمندان به‌خصوص سالمندان تنها باشد (ر.ک: شارام، ۲۰۱۲). سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند در مقایسه با سالمندانی که تنها زندگی نمی‌کنند، وضعیت سلامت نامطلوب‌تری دارند (ر.ک: کیم، ۲۰۱۸، لوکزاک و نورینویچ، ۲۰۲۱ و نسبیت و جانسون، ۲۰۱۹). همچنین سالمندان تنها در معرض خطر مرگ بیشتری قرار دارند (ر.ک: فوروارد، خان و فاکس^۳، ۲۰۲۰).

به طور کلی زندگی تنها در دوره سالمندی می‌تواند عواقبی چون ضعف سلامت جسمانی (ر.ک: مونکاتار و همکاران، ۲۰۱۹ و سارکار، سخار و موندال، ۲۰۱۲)، کاهش استقلال (ر.ک: سایتو^۴ و همکاران، ۲۰۱۲)، احتمال خطر سقوط بیشتر (ر.ک: برگلند و انگدال^۵، ۲۰۱۱)، خلق و

-
1. Reher and Requena
 2. Harold
 3. Forward, Khan and Fox
 4. Saito
 5. Bergland A, Engedal

خوی پایین، کاهش عزت نفس و کاهش رضایت از زندگی را در پی داشته باشد (ر.ک: چو، هو و چی^۱، ۲۰۰۶ و کیم و ساک^۲، ۲۰۱۳). همچنین ثابت شده است که تنها زندگی کردن با سطوح بالاتری از بیماری و ناتوانی ارتباط دارد (ر.ک: ریهر و ریکونا، ۲۰۱۷). مطالعاتی نیز اشاره کرده‌اند که مرگ‌ومیر ناشی از مراقبت‌های پس از سکته قلبی، در زنان سالمندی که تنها زندگی می‌کنند، بیش از دوبرابر بیشتر است (ر.ک: نورکوال^۳ و همکاران، ۲۰۱۰).

در یک مطالعه^۴ توصیفی که با مشارکت ۵۳ زن سالمند تنها در امریکا انجام شد، نتایج نشان داد که 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٪) (ر.ک: اشبو^۵، ۲۰۰۸). هر چه میزان شادی و عزت نفس زنان سالمند تنها بیشتر باشد، احتمال افسردگی در میان آنها نیز کاهش خواهد یافت (ر.ک: کیم^۶ و همکاران، ۲۰۱۹).

اطلاعات و دانش زنان سالمند تنها در بهزیستی آنها تأثیر دارد. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان سالمند از تکنولوژی کمتر استفاده می‌کنند (ر.ک: سرسی، یارندی و مورل^۷، ۲۰۱۰ و هادج^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). اگرچه برخی از زنان سالمند به‌خوبی با روش استفاده از تکنولوژی آشنا هستند، تعدادی از زنان سالمند حتی علاقه‌مند هم نیستند که در این زمینه مهارتی بیاموزند. برای مثال، ناآشنایی آنها با تکنولوژی و روش استفاده از فضای مجازی می‌تواند موجب بروز محدودیت و کاهش دسترسی‌های آنها شود (ر.ک: دیکینز^۸ و همکاران، ۲۰۲۲).

1. Chou, Ho and Chi
2. Kim and Sok
3. Norekval
4. Eshbaugh
5. Kim
6. Cresci, Yarandi and Morrell
7. Hodge
8. Dickins

استقلال زنان سالمند تنها تحت تأثیر عوامل متعدد شخصی، مالی، سلامتی و ویژگی‌های فرهنگی آنها قرار دارد. گروه‌هایی که در اقلیت قرار می‌گیرند، بیشتر امکان دارد که در معرض دسترسی‌نداشتن به خدمات و یا تبعیض قرار داشته باشند (ر.ک: چیکوین^۱، ۲۰۰۲).

اقامت در اجتماع محلی و اسکان در خانه‌ای که مالکیت آن متعلق به سالمند است^۲، مفهوم مهمی است که در حوزه سالمندی مورد توجه قرار می‌گیرد. اقامت در اجتماع و در خانه‌ای که متعلق به زن سالمند تنهاست، می‌تواند نشان‌دهنده درجه‌ای از استقلال فرد باشد و موجب شود فرد رضایت و بهزیستی بیشتری را تجربه کند (ر.ک: چیکوین، ۲۰۰۲).

نرخ فقر برای زنان سالمند تنها تقریباً ۱۰ برابر خانواده‌های سالمند با دو بزرگسال یا بیشتر است و زنان سالمند به‌ویژه زنان سالمند تنها بسیار بیشتر از مردان در فقر زندگی می‌کنند (ر.ک: همیلتون^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

روش

در این مطالعه که متکی بر پژوهشی جامع تحت عنوان «بررسی وضعیت زنان سالمند تنها و آسیب‌پذیری، نیازها و چالش‌های آنها در ایران» بود، ابتدا متون داخلی و خارجی در حوزه زنان سالمند تنها بر اساس کلیدواژه‌های تعیین‌شده مطالعه شد و بر اساس تحلیل این مطالعات، تم‌های مربوط استخراج و سؤالات مصاحبه تنظیم شد. سپس با عنایت به چارچوب آماده‌شده، مصاحبه عمیق با شرکت‌کنندگان به صورت نیمه‌ساختاریافته انجام شد و نتایج حاصل مورد تحلیل محتوا قرار گرفت. سیاستگذاران، تصمیم‌سازان، مدیران ارشد و میانی، اساتید دانشگاه و ارائه‌دهندگان خدمت از سازمان‌ها و دانشگاه‌های ذی‌ربط که تجربه فعالیت در حوزه سالمندان را در زمینه‌های مختلف داشتند و همچنین زنانی که در سنین بالای ۶۰ سال قرار داشتند، فرد دیگری با آنها زیر یک سقف زندگی نمی‌کرد و در زمان انجام مطالعه در استان تهران یا استان البرز ساکن بودند، واجد شرایط برای ورود به مطالعه بودند. با توجه به اینکه استان‌های تهران و البرز از تنوع قومیتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی متناسب با وضعیت کلی ایران

1. Chicoine
2. Aging in Place
3. Hamilton

برخوردار هستند، نتایج حاصل از تحقیقات در این دو استان - به دلیل تنوع پیش گفته- قابل تعمیم به کشور نیز دانسته می‌شود. به این ترتیب، نمونه‌گیری به روش هدفمند و گلوله‌برفی در محدوده استان‌های تهران و البرز انجام گرفت. حجم نمونه در روش تحقیق کیفی متغیر است و نمونه‌گیری تا جایی ادامه پیدا می‌کند که پژوهش به اشباع نظری برسد. در نمونه‌گیری تلاش شد حداکثر تنوع در هر یک از گروه‌های شرکت‌کننده در مطالعه کیفی مورد توجه قرار گیرد. برای مثال، سعی بر این بود که زنان سالمند تنها در سنین مختلف، طبقه اقتصادی و اجتماعی مختلف و تحصیلات مختلف در مطالعه وارد شوند. جمع‌آوری داده تا زمانی که در هر یک از گروه‌های شرکت‌کننده به صورت جداگانه به اشباع برسد، ادامه یافت. داده‌ها در این مطالعه با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته غیرحضوری و حضوری جمع‌آوری شد. کلیه مصاحبه‌ها با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان ضبط شدند.

سؤالات مصاحبه بر اساس سؤالات پژوهش طراحی و سپس با صاحب‌نظران به اشتراک گذاشته شدند. پس از تأیید آنها، چهار مصاحبه اکتشافی انجام شد (دو مصاحبه با صاحب‌نظران و دو مصاحبه با زنان سالمند تنها). پس از مصاحبه‌های اکتشافی، گروه پژوهش سؤالات را بازبینی و اصلاحاتی را در آنها اعمال کرد. برای نمونه، سؤال‌هایی 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 بازنگری‌شده سؤالات از آنها خواسته می‌شد یک روز خود را از صبح تا شب توصیف کنند. فهرست سؤالات متناسب با گروه‌های هدف تنظیم شد؛ به این معنا که فهرست سؤالات زنان سالمند تنها و صاحب‌نظران با هم متفاوت بود.

یافته‌ها

در مجموع ۲۹ نفر (۱۷ زن سالمند تنها و ۱۲ صاحب‌نظر) در این مطالعه شرکت کردند. کلیه شرکت‌کنندگان در محدوده استان‌های تهران و البرز اقامت داشتند. تنوع در وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و تحصیلات زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه شرکت داشتند، مورد توجه قرار گرفت.

دلایل تنه‌از‌یستی زنان سالمند

صاحب‌نظران در پاسخ به این سؤال که چرا تعداد زنان سالمند تنها رو به افزایش است، به دلایل متعددی اشاره کردند. از جمله موارد اشاره‌شده توسط شرکت‌کنندگان می‌توان به این موارد اشاره کرد: امید به زندگی بالاتر زنان در مقایسه با مردان و ازدواج نکردن زنان سالمند، نقص در سرشماری‌های قبلی (به‌خصوص کاستی‌های موجود در سرشماری‌های قبل از سال ۱۳۹۵، کم‌شماری زنان در برخی مناطق ایران و عدم دقت کافی در پرسشنامه‌های سرشماری)، مهاجرت جوانان و تنها ماندن زنان سالمند، سبک زندگی جدید و گرایش بیشتر به تنه‌از‌یستی، تمایل زنان به استقلال بیشتر (زنان سالمند تنها تمایل زیادی به ازدواج یا زندگی با فرزندان خود نشان نمی‌دهند. آنها ترجیح می‌دهند استقلال خود را حفظ کنند. برای زنان سالمند مجرد قطعی که در تمام زندگی خود به نوعی مستقل زندگی کرده‌اند، 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 بی‌شمار مراقبتی و یا محدودیت‌های ناشی از زندگی در چارچوب یک خانواده مردسالار تلقی می‌کنند. تعدادی از زنان سالمند تنها بر پرهیز از سربار بودن تأکید می‌کردند. آنها تمام تلاششان را می‌کردند که نیازی به دیگران نداشته باشند).

همچنین افزایش طلاق و تمایل نداشتن به تکرار تجربه‌های ناخوشایند قبلی، کاهش نرخ رشد جمعیت و کاهش بعد خانوار، سن بیشتر مردان در زمان ازدواج، وابستگی به مکانی که فرد برای طولانی‌مدت در آن زندگی کرده و تمایلی به ترک آن در دوره سالمندی ندارد، تمایل نداشتن فرزندان به نگهداری از مادر سالمند تنها، افزایش مجرد قطعی در میان زنان به عنوان دلایل دیگر تنه‌از‌یستی زنان سالمند برشمرده شدند.

منبع درآمد زنان سالمند تنها

زنان سالمند تنها به روش‌های متنوعی ممکن بود معیشت خود را تأمین کنند. دریافت مستمری بازماندگی، دریافت مستمری بازنشستگی، دریافت سود سپرده بانکی، دریافت اجاره، اشتغال در دوره سالمندی، حمایت مالی از جانب فرزندان و بستگان،

دریافت یارانه و حمایت مالی توسط سازمان‌های حمایتی دولتی یا غیردولتی، مهمترین روش‌های تأمین معیشت زنان سالمند تنها بود.

مسکن زنان سالمند تنها

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

تغذیه زنان سالمند تنها

صاحب‌نظران بر این باور بودند که احتمال این که مردان سالمند بیوه دچار سوءتغذیه شوند، در مقابل زنان سالمند تنها وضعیت تغذیه مناسب‌تری دارند. اغلب زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه شرکت کردند، حداقل روزی یک بار برای خود آشپزی می‌کردند و سعی می‌کردند از مواد اولیه تازه برای تهیه غذا استفاده کنند. وعده ناهار مهمترین وعده‌ای بود که زنان سالمند برای خود غذا می‌پختند. برخی از آن‌ها حجم بیشتری از غذا را آماده می‌کردند و باقی مانده غذا را شب یا ظهر روز بعد استفاده می‌کردند. زنان سالمند تنها تأکید می‌کردند که غذاهای فریزری استفاده نمی‌کنند.

احساس امنیت در میان زنان سالمند تنها

منظور از احساس امنیت این است که آیا زنان سالمند تنها قربانی جرم و ناامنی بوده‌اند یا خیر؟ از جمله مواردی که سالمندان به آن اشاره می‌نمایند 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 می‌کردند.

از جمله راهبردهایی که زن سالمند تنها برای کاهش ناامنی به کار می‌برد، می‌توان به زندگی در ساختمان‌هایی اشاره کرد که دارای نگهبان یا مجهز به سیستم ایمنی (در آهنی، دوربین، قفل و آیفون تصویری) هستند. وجود همسایگانی که در ارتباط با سالمند هستند، از جمله عواملی است که به آنها احساس امنیت و کاهش ترس می‌دهد. در عین حال زندگی فرزندان در همان ساختمانی که سالمند در آن اقامت دارد، موجب

احساس امنیت بیشتر در او می‌شود.

یکی از موقعیت‌هایی که می‌تواند زمینه را برای قربانی شدن بزه در مورد زنان سالمند تنها فراهم کند، حضور کارگر در منزل است.

ترس از مرگ در تنهایی

زنان سالمند تنها در بسیاری موارد این نگرانی را دارند که در تنهایی از دنیا بروند و به اصطلاح جنازه‌شان روی زمین بماند. برخی از زنان سالمند تنها به فرزندان یا نزدیکانشان توصیه کرده‌اند که در روز چندبار به آنها زنگ بزنند. پاسخ ندادن به تلفن به این معنا خواهد بود که زن سالمند تنها حالش خوب نیست یا از دنیا رفته است. به این ترتیب آنها سعی می‌کنند نگرانی‌شان درباره مرگ در تنهایی یا روی زمین ماندن جنازه برطرف کنند.

ازدواج زنان سالمند تنها

در زمینه ازدواج زنان سالمند تنها صاحب‌نظرانی که مورد مصاحبه قرار گرفتند، دو دیدگاه متفاوت را بیان کردند؛ گروه اول ازدواج را امکانی برای ایجاد تعادل و شرایط مناسب‌تر در زندگی زنان سالمند تنها تشخیص می‌دادند و گروه دیگر با نگاه به موانع و محدودیت‌های مختلف آن را امری ناممکن یا دشوار ارزیابی نمودند. همچنین در نظرات دریافت‌شده از زنان سالمند تنها در قالب مصاحبه‌های عمیق نیز بازتاب به همین ترتیب پیش‌گفته بود.

چالش‌های اجتماعی ناشی از تنهازیستی زنان سالمند

محدودیت در تشکیل شبکه‌های اجتماعی برای زنان سالمند تنها، ضعف حمایت‌های اجتماعی سازمان‌یافته ویژه زنان سالمند تنها، بدهکار بودن به فرزندان تا پایان عمر و احساس تعهد برای ایفای نقش حمایتی و مراقبتی برای فرزندان و قطع ارتباط زنان سالمند بیوه با شبکه اجتماعی در محله قدیمی در مواردی که زنان سالمند بیوه پس از فوت همسرشان ناچار به فروش منزل (که معمولاً به نام همسر آنها بوده) می‌شوند و باید محله قدیمی‌شان را ترک کنند، از جمله مهمترین چالش‌های تنهازیستی زنان سالمند است.

مشارکت اجتماعی و ادغام اجتماعی زنان سالمند تنها

صاحب‌نظران بر این نکته تأکید می‌کردند 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 می‌گیرند و در دوره سالمندی ادامه می‌یابند. زنان سالمندی که قبل از سالمندی تجربه مشارکت اجتماعی نداشته‌اند، شبکه دوستی نداشته‌اند یا با همسایگان مرادۀ اندکی داشتند، در دوره سالمندی نیز برای برقراری ارتباطات اجتماعی با چالش مواجه می‌شوند. به این ترتیب صاحب‌نظران معتقد بودند که لازم است سالمندان مهارت‌های اجتماعی را قبل از سالمندی کسب کنند. زنان سالمند تنها در مقایسه با مردان سالمند تنها از شبکه حمایتی مناسب‌تری 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 غیررسمی بیشتری متوجه زنان سالمند تنها می‌شود.

در مواردی که فرزندان مهاجرت کرده و در نزدیکی زن سالمند تنها زندگی نمی‌کنند یا در مورد زنان مجرد قطعی، خانواده درجه یک (خواهر و برادر) و خواهرزاده‌ها و برادرزاده‌ها بخش اصلی روابط اجتماعی زن سالمند تنها را به خود اختصاص می‌دهند. زنان سالمند تنهایی که در اجتماع محلی زندگی می‌کردند یا سال‌های طولانی در یک محله ساکن بودند، ارتباط خوبی با همسایگان داشتند. مرادۀ‌های نزدیک با همسایگان و برخورداری از حمایت آنها در چنین شرایطی از نظر زنان سالمند بسیار مثبت ارزیابی می‌شد. حضور همسایگان قابل اعتماد و حمایتگر در محله به زن سالمند تنها احساس امنیت می‌دهد.

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 خانۀ ای را که سال‌ها در آن زندگی کرده‌اند، ترک می‌کنند. 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 همسایه‌ها موفق نیستند. 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 مراداتی که زن سالمند تنها در محله قدیمی داشته قابل مقایسه نیست. به نظر می‌رسد نقل مکان از محله قدیمی به محیط جدید به طور جدی موجب انزوای زنان سالمند تنها می‌شود.

زنان سالمند تنهایی که شاغل نبودند و فعالیت‌های اجتماعی در دوره جوانی و میان‌سالی نداشتند، دوستانی برای خود تدارک ندیده‌اند 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 فعالیت‌های اجتماعی و داوطلبانه زمینه بسیار خوبی برای تعدادی از سالمندان برای 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.

دوره‌می‌های دوستانه یکی از فعالیت‌هایی بود که برای زنان سالمندی که شبکه دوستی داشتند، بسیار جذاب بود. آنها با یکدیگر برنامه سفر تنظیم می‌کردند و از اینکه با زنان همسال خود مراد داشته باشند، بسیار خوشنود بودند. برخی از زنان سالمند تنها که مهارت‌های اجتماعی بیشتری داشتند به این اشاره می‌کردند که در شبکه دوستان آنها افراد در سنین مختلف حضور دارند.

یکی از عرصه‌های مهم مشارکت اجتماعی تعدادی از زنان سالمند تنها حضور در مسجد و حسینیه و مشارکت در برنامه‌های مذهبی و همچنین نهادهای مدنی و فرهنگی بود. علاوه بر این برخی از زنان سالمند تنها اشاره‌هایی به فعالیت در سرای محله نیز داشتند.

چالش‌های اقتصادی زنان سالمند تنها

زنان سالمند تنها با چالش‌های اقتصادی متعددی مواجه‌اند و اغلب آنها در دهک‌های پایین درآمدی هستند. وابستگی مالی زنان سالمند به درآمد همسر عامل آسیب‌پذیری اقتصادی زنان سالمند تنها به شمار می‌رود. 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 موارد برای تأمین هزینه‌های زندگی آنها کافی نیست. مستمری‌هایی که توسط سازمان‌های بیمه‌ای و سازمان‌های حمایتی پرداخت می‌شوند، متناسب با تورم افزایش نمی‌یابند. آنها ناچارند صرفه‌جویی و قناعت کنند تا بتوانند هزینه‌های زندگی‌شان را مدیریت کنند.

چالش‌های فرهنگی زنان سالمند تنها

صاحب‌نظران در زمینه چالش‌های فرهنگی به موضوعات کلی که ناظر بر کلیه سالمندان بود، اشاره‌هایی داشتند. برای مثال، برخی از صاحب‌نظران به موضوعاتی مانند روحیه ضدسالمندی در میان برخی جوانان، شکاف بین نسل‌ها 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 چالش‌های فرهنگی که زنان سالمند تنها با آنها مواجه بودند، مورد توجه است، در ادامه به موارد کاملاً مرتبط با موضوع پژوهش اشاره شده است:

ممکن است تنها بودن زن سالمند موجب انگ اجتماعی برای آنها شود و آنها به همین دلیل ترجیح می‌دهند کمتر در جامعه رفت‌وآمد داشته باشند. در جامعه ایران استفاده از مراقبت رسمی^۱ پسندیده نیست. البته به نظر می‌رسد هزینه‌های استفاده از مراقبت‌های رسمی بر این امر سایه می‌اندازد اما در کنار مشکلاتی که برای پرداخت هزینه‌های دریافت این نوع مراقبت وجود دارد، برداشت فرهنگی مثبتی نیز نسبت به این امر در جامعه دیده نمی‌شود. این برداشت منفی می‌تواند باعث شود زنان سالمند تنهایی که به مراقبت‌های بیشتری نیاز دارند، از این مراقبت‌ها بی‌بهره بمانند.

اولویت قائل نشدن سالمندان برای خود

اولویت قائل شدن برای دیگران به خصوص برای فرزندان رفتاری است که از نظر فرهنگی در ایران مورد تأیید قرار می‌گیرد. این امر می‌تواند برای زنان سالمند تنها که فرزند دارند و می‌خواهند از حمایت‌های آنها (به خصوص حمایت‌های عاطفی آنها) برخوردار باشند، شرایط دشواری 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 فرزندانشان صرف کنند.

متعهد بودن به اجرای تشریفات پرهزینه

تشریفات پرهزینه می‌تواند زن سالمند تنها را که درآمد کافی نیز ندارد، با چالش‌های متعددی روبه‌رو کند. نگرانی از قضاوت دیگران در مورد زن سالمند تنها و نگرانی از سرافکنده شدن فرزندان نزد همسرانشان، موجب می‌شود زن سالمند تنها تمام تلاش خود را برای پذیرایی از فرزندان و خانواده آنها بکند؛ در حالی که با فشار اقتصادی قابل توجهی نیز روبه‌روست.

وضعیت سلامت زنان سالمند تنها

زنان سالمند تنها بیماری‌ها و مشکلات جسمی متعددی را گزارش کردند. معمولاً آنها از بیش از یک مشکل جسمی رنج می‌بردند. مهمترین بیماری‌ها و مشکلات جسمی که توسط آنها گزارش شد، عبارت بودند از: فشار خون، چربی خون، بیماری‌های قلبی، دیابت، آرتروز، پوکی استخوان، درد در ناحیه کمر، پا و دست‌ها، بی‌خوابی، کم‌شنوایی و آب مروارید، مشکل تیروئید (کم‌کاری یا پرکاری)، روماتیسم، و در دو سال اخیر ابتلا به کرونا. احتمال اینکه سالمندان قربانی غفلت شوند، بسیار زیاد خواهد بود. در شرایطی که زنان سالمند به‌تنهایی زندگی می‌کنند، زمینه‌های غفلت می‌تواند بیش از پیش فراهم شود. 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 می‌داد که تا اندازه زیادی مراقب سلامتی خود هستند اما برخی از آنها نیز به تغذیه و درمان خود بی‌توجه بودند.

خودمراقبتی در میان زنان سالمند تنها

زنان سالمند تنها در اغلب موارد سعی می‌کردند رژیم غذایی خود را متناسب با بیماری‌هایی که داشتند، تنظیم کنند. برای مثال، آنها تأکید می‌کردند که از خوردن نمک و چربی بسیار پرهیز می‌کنند. نکته بسیار مهم این بود که اغلب آنها حداقل یک

بار در روز برای خود غذا می‌پختند و غذای خانگی تازه استفاده می‌کردند. سعی می‌کردند داورهایشان را به موقع استفاده کنند و در عین حال از وسایل کمک‌توان‌بخشی مانند واکر، عصا، سمعک و... نیز در صورت ضرورت استفاده می‌کردند. 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 چالش‌های تنها زندگی کردن زنان سالمند دسترسی نداشتن به مراقبت کافی است. مراقبت از سالمند در زمان مراجعه به مراکز درمانی و همچنین در دوره‌هایی که توانایی مراقبت از خود را ندارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. زنان سالمند تنها و به‌خصوص زنانی که فرزند ندارند یا فرزندان آنها در نزدیکی آنها زندگی نمی‌کنند، برای دریافت حمایت‌های غیررسمی چالش جدی خواهند داشت. زنان سالمندی که فرزندی نداشتند یا فرزندان در نزدیکی آنها زندگی نمی‌کردند، تا اندازه‌ای از مراقبت همسایگان یا بستگان برخوردار می‌شدند. برخی از زنان سالمند تنها نیاز خود را به مراقبت پنهان می‌کنند و سعی می‌نمایند خودشان تمامی امور را اداره کنند. به نظر می‌رسد به این ترتیب احساس استقلال بیشتری دارند.

دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی

زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند از خدمات بهداشتی و درمانی استفاده می‌کنند. بیمه عامل تعیین‌کننده‌ای برای دسترسی زنان سالمند تنها به خدمات بهداشتی و درمانی بود.

واکنش زنان سالمند به تنهازیستی

واکنش و احساس رضایت زنان سالمند تنها در مورد تنهازیستی تابع تجربه‌های قبلی و نگرش آنها به سالمندی است. گروهی از زنان سالمند ممکن است از تنهازیستی خود راضی باشند. زنانی که در زندگی مشترک خود تجربه‌آزار دیدن را داشتند، از تنها

شدن رضایت بیشتری دارند. در حالی که تعدادی دیگر، تنهازیستی را به عنوان یک تجربه ناخوشایند توصیف می‌کنند و معتقد بودند همه چیز خاتمه یافته است. تسلیم شرایط بودن و تقدیرگرایی در مصاحبه‌های زنان سالمند تنها به طور مکرر اشاره می‌شد.

نیازهای اجتماعی زنان سالمند تنها

ارتباط اجتماعی زمینه را برای دریافت حمایت اجتماعی فراهم می‌کند. تأهل افراد می‌تواند عاملی برای دسترسی و دریافت حمایت باشد اما زنان سالمند تنها به دلیل متأهل نبودن به این نوع حمایت دسترسی ندارند. از این رو عضویت آنها در گروه‌های مختلف اجتماعی بسیار ضرورت پیدا می‌کند.

یکی از مهمترین موضوعاتی که مایه خوشحالی و آرامش زنان سالمند تنهاست، نزدیک بودن به فرزندانشان است (در صورتی که فرزند داشته باشند). برای زنان سالمند تنهایی که فرزند دارند، ارتباط با فرزندان و دریافت احترام و توجه از آنها بسیار اهمیت دارد.

اغلب زنان سالمند تنهایی که در این مطالعه شرکت کردند، تمایلی به پاسخ دادن به سؤالات مرتبط با نیازهای جنسی نداشتند یا اگر پاسخ می‌دادند، به جواب‌های کلی و گاهی بی‌ربط اکتفا می‌کردند. با این حال تعدادی از زنان سالمند تنها و برخی از صاحب‌نظران در این مورد توضیحاتی دادند که قابل توجه است. صاحب‌نظران به این نکته اشاره می‌کردند که زوجین سالمند در زمینه جنسی مشکلاتی دارند که معمولاً عنوان نمی‌کنند و درمانی برای آنها جست‌وجو نمی‌کنند. در عین حال درمانگران متبحری نیز برای ارائه خدمت به سالمندان در این حوزه وجود ندارد. برخی از زنان سالمند تنها نیز بر این تأکید می‌کردند که در این دوره نیاز جنسی در کار نیست. در حالی که برخی دیگر به این نکته اشاره می‌کردند که سکوت در مورد نیاز جنسی در دوره سالمندی به معنای نبود این نیاز نیست. بلکه زنان سالمند این نیاز را در خود نادیده می‌گیرند.

بحث و نتیجه گیری

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 می‌شدند. مراقب (که معمولاً فرزند یا یکی از بستگان نزدیک زن سالمند تنها بود) همراه

با او زندگی نمی‌کرد اما به طور منظم به زن سالمند تنها سر می‌زد. معمولاً یک نفر (فرزند یا یکی از بستگان نزدیک) زن سالمند تنها را برای مراجعه به مراکز درمانی همراهی می‌کرد. ممکن بود در مواردی زن سالمند تنها برای حفظ استقلال خود اطرافیانش را از مراجعه‌اش به مرکز درمانی بی‌اطلاع بگذارد اما پس از آن که فرزندان متوجه این امر می‌شدند، به زن سالمند تنها اعتراض می‌کردند 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 خانه‌ای در نزدیکی یکی از فرزندان اقامت کند. زندگی در یک محله یا در یک مجموعه آپارتمانی راهبردی بود که موجب می‌شد زنان سالمند تنها بتوانند از مراقبت‌های بیشتری توسط فرزندان یا بستگان نزدیک خود بهره بگیرند.

در مواردی که زن سالمند تنها بیمار می‌شد و برای بهبود نیازمند مراقبت کوتاه‌مدت (و نه دائمی) بود، ممکن بود یکی از فرزندان مادر را برای سپری کردن دوره درمان و نجات نزد خود ببرد و پس از آن دوباره زن سالمند تنها به منزل خود بازمی‌گشت. در صورتی که فرزندان یا اطرافیان امکان مراقبت از زن سالمند تنها را در خانه خودشان نداشتند، در طول روز زمان‌هایی را در منزل زن سالمند تنها حضور می‌یافتند و بخشی از نیازهای مراقبتی را پاسخ می‌دادند. این شیوه نامنظم و ناکافی مراقبتی معمولاً موجب می‌شد زنان سالمند تنها احساس کنند که سربار هستند و برای اطرافیانشان مزاحمت ایجاد کرده‌اند. نکته قابل توجه دیگر این است که زنان سالمند تنهایی که فرزند نداشتند یا فرزندانشان دور از آنها زندگی می‌کردند، بیشتر از زنان سالمند تنهایی که فرزندانشان در نزدیکی آنها زندگی می‌کردند، نگرانی در مورد نبود مراقب را مطرح می‌کردند. نبود مراقب یکی از دغدغه‌های جدی زنان سالمند تنها بود و یکی از نگرانی‌های 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 می‌دهد. چرا که محدودیت‌های جدی مالی اغلب زنان سالمند تنها موجب می‌شد 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 می‌کردند سعی می‌کنند از خود مراقبت کنند. تعدادی از آنها ورزش می‌کردند، برای خود غذای تازه می‌پختند (اغلب آنها حداقل روزی یک‌بار برای خودشان آشپزی می‌کردند)، سعی می‌کردند خودشان را سرگرم نگهدارند، دعا و مراقبه بخش مهمی از برنامه روزانه‌شان بود و ... از این رو خودمراقبتی در میان زنان سالمند یک امر جدی تلقی می‌شود و نقش فعالی را در این زمینه ایفا می‌کند. آنها بر این باور هستند که اگر دچار بی‌حرکی 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 می‌تواند در فعال‌تر و مؤثرتر شدن نقش آنها در مراقبت از خود تأثیرگذار باشد.

شغل نداشتن گروه بزرگی از زنان سالمند تنها و وابستگی اقتصادی آنها و نیز نداشتن مستمری بازنشستگی زمینه‌ساز یکی از مهمترین نگرانی‌ها و چالش‌های آنان در دوره سالمندی است. در صورتی که کمک‌های اطرافیان و به‌خصوص فرزندان وجود نداشته باشد، زنان سالمند تنهایی که درآمد منظمی ندارند، برای تأمین معاش و سرپناه با مشکل جدی مواجه می‌شوند. به عبارت ساده‌تر، این گروه از زنان سالمند تنها 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 می‌گیرند. از سوی دیگر دریافت خدمات توان‌بخشی و همچنین برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت مستلزم هزینه‌هایی است که با توجه به ناکافی بودن درآمد ایشان در ردیف هزینه‌های لوکس و دور از دسترس تلقی شده و به صورت آگاهانه ناچار هستند از آن صرف‌نظر نمایند.

به نظر می‌رسد زنان سالمندی که در اوایل دوره سالمندی هستند، با محدودیت‌های فرهنگی بیشتری مواجهند و ممکن است برای معاشرت با اطرافیان نگرانی‌هایی داشته باشند. در صورتی که زنان سالمند تنها فرزند داشته باشند، بخش مهمی از شبکه ارتباطی آنها به فرزندان، عروس‌ها و دامادها و نوه‌ها اختصاص می‌یابد. حتی زنان سالمندی که فرزندان آنها در شهر یا کشور دیگری زندگی می‌کنند، به طور منظم با فرزندان‌شان از طریق تلفن یا شبکه‌های مجازی در ارتباط‌اند.

ارتباط با همسایگان بخش دیگری از روابط اجتماعی زنان سالمند تنها را شکل می‌داد. 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 جابه‌جایی زن سالمند تنها نیز بر این ارتباط تأثیر داشت. زنان سالمند بیوه به طور مکرر در مصاحبه گزارش می‌کردند که پس از فوت همسرشان و انجام انحصار وراثت، ناچار شده‌اند خانه قدیمی‌شان را ترک کنند و در محله جدیدی ساکن شوند. این جابه‌جایی 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 محله‌ای که سال‌ها زندگی کرده‌اند و تاریخچه مشترکی با همسایه‌ها دارند، بیشتر احتمال دارد که در فعالیت‌های گروهی و اجتماعی مشارکت کنند. آنها ممکن است در گروه‌های غیررسمی زنان که فعالیت‌های خیریه انجام می‌دهند، عضو شوند، در مراسم مذهبی زنان شرکت کنند، به مسجد رفت‌وآمد کنند، با همسایگان مراوده داشته باشند و یا با همسایگان میهمانی‌های دوره‌ای 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 می‌شود.

زنان سالمند تنهایی که در سال‌های اخیر ناچار به نقل مکان به محله جدید شده‌اند، به‌سختی می‌توانند با محیط جدید ارتباط برقرار کنند و ادغام اجتماعی آنان با چالش مواجه می‌شود.

زنان سالمند تنها از قرار گرفتن در شبکه ارتباطی با سایر زنان سالمند احساس رضایت زیادی می‌کردند و بخشی از روز خود را صرف گفت‌وگوهای تلفنی و آنلاین (به‌خصوص در دوره همه‌گیری کرونا) و ملاقات‌های حضوری با دوستان جدیدشان می‌کردند. آنها ممکن بود با دوستانشان برنامه‌های تفریحی مانند رفتن به پارک یا ورزشی مانند پیاده‌روی روزانه و یا سفر به سایر شهرها داشته باشند. این تجربه‌ها برای زنان سالمند تنها بسیار جذاب و لذت‌بخش بود.

در مواردی زنان سالمند تنها در سرای محله فعالیت داوطلبانه داشتند یا مسئول یک صندوق قرض‌الحسنه بودند که با مشارکت دوستانشان تشکیل شده بود. به طور کلی به نظر می‌رسد مشارکت‌های رسمی در میان زنان سالمند تنها چندان مورد توجه نیست. فراهم نبودن بستر مشارکت برای زنان سالمند تنها یکی از عوامل مهم این امر است.

نیازهای زنان سالمند تنها را می‌توان به ترتیب زیر اولویت‌بندی کرد:

نیاز به ارتباط با اعضای خانواده: برای زنان سالمند تنها ارتباط با خانواده اهمیت بسیار زیادی دارد؛ به خصوص در مورد زنان سالمند تنهایی که دارای فرزند هستند، حفظ این ارتباط یک ضرورت جدی تلقی می‌شود. 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 به خصوص فرزندان از زن سالمند تنها دور باشند، ارتباط تلفنی یا تصویری روزانه یا حداقل هفتگی برای آنها اهمیت ویژه‌ای دارد.

نیاز به مراقبت: دریافت خدمات مراقبت از اعضای خانواده به خصوص 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 سازمان‌ها و نهادهای مسئول در قالب یارانه‌ها، کمک غیرنقدی و دریافت خدمات توانبخشی ترجیحاً در مراکز خدمات روزانه و مراقبت در منزل به خصوص در نبود حمایت‌های غیررسمی توسط اعضای خانواده و بستگان از جمله نیازهای اساسی زنان سالمند تنهاست.

نیاز به استقلال: زنان سالمند تنها نیاز دارند که بتوانند استقلال خود را حفظ کنند. وابسته بودن به دیگران موجب کاهش عزت نفس آنها می‌شود. این در حالی است که حفظ استقلال برای آنها بسیار چالش‌برانگیز است؛ چرا که با محدودیت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی زیادی مواجه هستند که همگی آنها زمینه را برای وابستگی آنها فراهم می‌کند.

زنان تنهای کهنسال با توجه به شرایط خاصی که تجربه می‌کنند، به‌سختی می‌توانند استقلال خود را حفظ کنند. لذا پیش‌بینی تمهیدات لازم در قالب بسته‌های 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 هزینه‌های ضروری زندگی آنها را نمی‌دهد 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 (حضور و مجازی) تأثیر قابل توجهی بر سلامت زنان سالمند تنها خواهند داشت. تعامل جمعی و همچنین مشارکت در فعالیت‌های داوطلبانه اجتماعی که برای زن سالمند تنها جذابیت داشته باشد، زمینه‌ساز ارتقای اعتماد به نفس، کاهش انزوا، کاهش محسوس بدبینی‌ها و دلگیری‌های مختلفی که با خانواده و سایرین پیدا می‌کند، بالا رفتن نشاط، تقویت سرمایه و اعتماد اجتماعی در میان ایشان می‌گردد. گسترش شبکه‌های اجتماعی که زن سالمند تنها در آن عضویت دارد، سبب افزایش محسوس تجارب، سازگاری جمعی و در عین حال انتقال تجارب این گروه می‌شود.

نیاز به امنیت و همچنین احساس امنیت: در دوره سالمندی مسئله امنیت اهمیت دوچندانی پیدا می‌کند و در میان زنان سالمند تنها تبدیل به یک ضرورت اصلی می‌شود؛ لذا توجه به تأمین امنیت ایشان نیاز به همکاری و همچنین آموزش‌های لازم به منظور کسب مهارت و اعتماد و آرامش دارد. نقش خانواده در این زمینه بسیار مؤثر است؛ کما اینکه رسانه‌های جمعی و صداوسیما کمک شایانی می‌توانند به تأمین این نیاز داشته باشند.

نیاز به دسترسی جغرافیایی و کیفیت قابل قبول خدمات بهداشتی - درمانی و توان بخشی: دسترسی سالمندان به مراکز بهداشتی و درمانی در مواردی مناسب است ولی در موارد قابل توجه دیگری دسترسی به مراکز مناسب‌تر و یا با هزینه کمتر مستلزم صرف وقت و طی مسیر طولانی‌تر است. با توجه به فقدان کفایت درآمد سالمندان، این موضوع می‌تواند به عنوان یک اولویت مد نظر قرار بگیرد. به تعبیر دیگر، زنان سالمند تنها به‌خصوص گروهی که مشکلات جسمی - حرکتی بیشتر دارند، نیاز دارند که خدمات بهداشتی و درمانی باکیفیت در محله‌ای که زندگی می‌کنند، در دسترس آنها قرار گیرد.

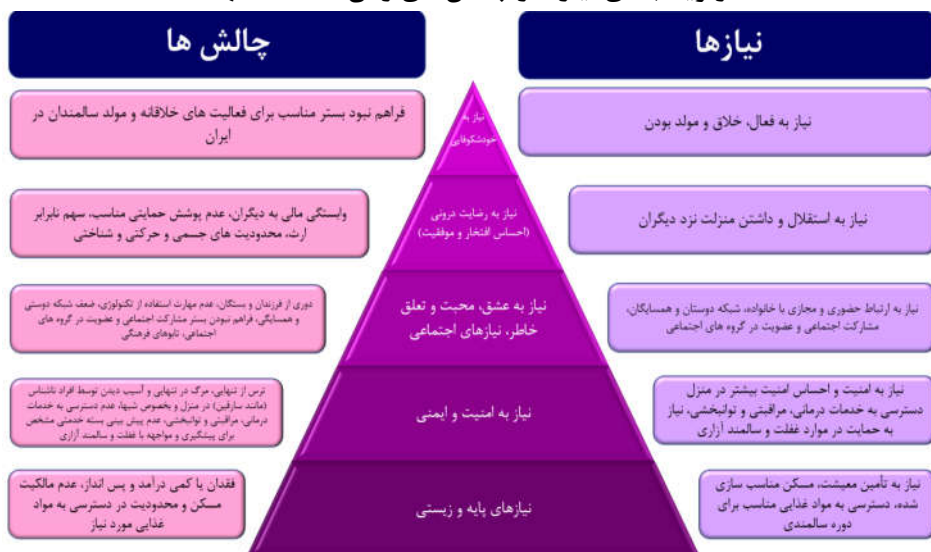
برای اینکه زنان بتوانند دوره سالمندی سالم و فعالی را طی کنند، دسترسی و همچنین بهره‌برداری از خدمات مناسب توان بخشی نیاز کلیدی ایشان است، ولی مراکز سالمندی محدود و با توزیع نامتوازن جغرافیایی در شهرها هستند.

نیروی انسانی شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی و توان بخشی در رده‌های 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 نشان‌دهنده تغییر پایگاه اجتماعی و افزایش چشمگیر سطح تحصیلی این گروه در دهه‌های آینده است)؛ به همین دلیل ضرورت دارد این گروه در زمینه‌های 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 گفت‌وگو با خانواده و بستگان، آن هم غالباً به صورت غیرحضوری است. انجام این امور نیازمند زمان طولانی نیست و در عمل بسیاری از آنها وقت خود را بدون اینکه سرگرمی مناسبی داشته باشند، سپری می‌کنند. بیکاری و بی‌برنامگی در طول روز عامل مهمی برای احساس تنهایی بیشتر و افزایش فشار روانی ناشی از این شرایط بر زنان سالمند تنها می‌شود. زنان سالمند تنهایی که تجربه حضور در مراکز روزانه سالمندان را داشتند، کمتر با این مشکل مواجه می‌شدند. با در نظر گرفتن هرم نیازهای مزلو، اولویت‌بندی نیازها و چالش‌های زنان سالمند تنها در شکل زیر نمایش داده شده است:

اولویت‌بندی نیازها و چالش‌های زنان سالمند تنها



توصیه‌های سیاستی

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 مادام‌الحیات وی به تأخیر افتد (پژوهشکده‌های حوزوی و مراکز تحقیقاتی حوزه‌های علمیه می‌توانند با تمرکز بر پویایی فقهی و با ارائه استنباط‌های روزآمد به دستگاه تقنینی و شورای نگهبان در این زمینه کمک کنند)
- تجدیدنظر در قوانین مرتبط با بیمه اجتماعی (افزایش سن بازنشستگی، بازنشستگی پلکانی و متناسب‌سازی فعالیت‌های زنان سالمند شاغل با شرایط سالمندی)
- تجدید نظر در قوانین مرتبط با بیمه سلامت (پوشش حداکثری خدمات درمانی و توان‌بخشی)
- تدوین بسته قانونی اختصاصی و متناسب با حوزه زنان سالمند تنها
- ایجاد تسهیلات قانونی، مالی و اداری به منظور نقش‌یابی مؤثر عرصه عمومی در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد، خیریه‌ها، بخش خصوصی و عمومی (شهرداری‌ها 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 فن‌آوری و سازمان بهزیستی

کمک به کاهش تنه‌از‌یستی زنان سالمند

برخی از سیاست‌ها باید به کاهش احتمال تنه‌از‌یستی زنان سالمند در آینده اختصاص یابند. این سیاست‌ها باید بر اساس دلایل افزایش تنه‌از‌یستی در میان زنان سالمند در آینده تنظیم شوند.

- افزایش آگاهی جامعه در زمینه برخی پیامدهای تنه‌از‌یستی 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 تجرد قطعی زنان
- بسترسازی برای ازدواج‌های موفق و کاهش طلاق با مشاوره‌های قبل از ازدواج و پس از آن

آماده‌سازی زنان سالمندی که به تازگی تنه‌ازبستی را آغاز کردند

- آموزش، آگاه‌سازی و آماده نمودن زنان سالمندی که در آغاز دوره تنه‌ازبستی قرار دارند با مقتضیات این دوره و نحوه سازگاری و گذران موفق زندگی
- آموزش‌های اختصاصی در زمینه سلامت با تأکید بر بهبود سبک زندگی زنان سالمندی که در آغاز دوره تنه‌ازبستی قرار دارند.
- افزایش دانش و مهارت استفاده از فناوری‌های جدید برای زنان سالمندی که در آغاز دوره تنه‌ازبستی قرار دارند.

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 (شهرداری‌ها و شوراهای شهر و روستا) در کلیه خدمات و به‌ویژه در تأسیس 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 خودمراقبتی، 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 متناسب‌سازی فعالیت‌های 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 پیش‌بینی پرداخت‌های مستقیم مشروط و غیرمشروط به اندازه‌کافی 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 ارائه‌شده به آنان
- تسهیل مشارکت حضوری و مجازی زنان سالمند تنها در جامعه (فراهم نمودن امکان مشارکت آنها فعالیت‌های داوطلبانه در مدارس در انتقال تجارب خویش و فعالیت‌های جمعی و اجرای مداخلات اجتماع محور)
- اولویت برنامه‌ای و منابع آن برای مناسب‌سازی منازل و مسیرهای تردد و دسترسی‌ها در شهرها
- طراحی بسته خدمات پس از مرگ
- تسهیل دسترسی به خدمات توان‌بخشی (دسترس‌ی جغرافیایی و پوشش کامل‌تر بیمه‌ای هزینه‌های توان‌بخشی)

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 شاخص‌های سالمندی سالم و فعال
- آگاه‌سازی و تقویت نقش خانواده، محیط همسایگی و اجتماع محلی در زمینه مراقبت و حمایت از زنان سالمند تنها.

منابع

- باستانی سوسن و فاطمه ذکریایی سراجی (۱۳۹۱) تفاوت‌های جنسیتی در سالمندی: شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی. مسائل اجتماعی ایران (دانشگاه خوارزمی)، دوره ۳، شماره ۱.
- شمس قهفرخی، مهری (۱۳۹۸) تنها زیستی سالمندان در ایران بر حسب تفاوت‌های سنی و جنسیتی: شیوع و عوامل مرتبط. پایش، دوره ۱۸، شماره ۴، صص ۳۵۷-۳۶۷.
- ضرغامی، حسین و حسین محمودیان (۱۳۹۵) مهاجرت فرزندان و احساس تنهایی والدین سالمند روستایی. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت دوره ۵، دوره ۱۹، صص ۹۹-۱۱۶.
- علی کریمی، کریم، امیر ملکی، حمید عبداللهیان و مهدی رضایی (۱۳۹۸) تجربه زیسته تنهایی در بین زنان سالمند شهر بوکان. فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات راهبردی زنان (کتاب زنان سابق)، دوره ۲۱، شماره ۸۳، صص ۷-۳۰.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵) سرشماری عمومی نفوس و مسکن.
- موسوی، میرطاهر و ملیحه شیانی (۱۳۹۴) سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی. تهران: انتشارات آگاه.
- همدانچی، آریا (۱۳۹۹) واکاوی تجربه زیسته سالمندان هرگز ازدواج نکرده-یک مطالعه پدیدارشناسی: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه سالمندی.

- Bergland A, Engedal K (2011) Living Arrangements, Social Networks, Health, Mobility, and Balance of Older Women. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 29 (2), 90-101.
- Chicoine, J. L (2002) The essence of aging in place for unmarried elderly women of diverse background: doing phenomenology. *Faculty MAPS*, 26.
- Chou KL, Ho AHY, Chi I (2006) Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging & Mental Health*, 10 (6). 91-583.
- Cresci MK, Yarandi HN, Morrell RW (2010) Pro-nets versus no-nets: Differences in urban older adults' predilections for Internet use. *Educational Gerontology*, 6 (6), 20-500.
- Darab S, Hartman Y, Holdsworth L (2018) What women want: single older women and their housing preferences. *Housing Studies*, 33 (4), 43-525.
- Dickins, M., Johnstone, G., Renehan, E., Lowthian, J., & Ogrin, R (2022) The barriers and enablers to service access for older women living alone in Australia. *Ageing & Society*, 42(4), 849-867.
- Eshbaugh EM (2008) Perceptions of living alone among older adult women. *Journal of community health nursing*, 25 (3), 37-125.
- Forward C, Khan HT, Fox P (2020) The health and well-being of older women living alone in the United Kingdom and beyond: a scoping review. *Journal of Women & Aging*, 1-14.
- Ghahfarokhi MS (2019) Prevalence and correlates of living alone among elderly in Iran. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences*

Research, 18 (4), 67-357.

Hamilton M, Hodgson H, Bradbury B, Ip M, Adamson E, van Toorn G (2020) Security in old age for older single women without children. University of Sydney.

Harold S (1992) EDUCATION IN LATER LIFE: THE CASE OF OLDER WOMEN. *Educational Gerontology*, 18 (5), 27-511.

Hodge H, Carson D, Carson D, L N, J G (2017) Using Internet technologies in rural communities to access services: the views of older people and service providers. *Journal of Rural Studies*, 54, 78-469.

Hoegman A-K (2015) Survival strategies late in life: living conditions of never-married elderly women in Gothenburg in the 1920s. *Continuity and Change*, 30 (2), 279-300.

Kaul N (2009) Elderly single women and urban property: when a room of one's own becomes a curse. *Gender & Development*, 17 (3), 493-502.

Kim J, Song Y, Kim T, Park K (2019) Predictors of happiness among older Korean women living alone. *Geriatrics & gerontology international*, 19 (4), 6-352.

Kim S-Y, Sok S (2013) Factors influencing the life satisfaction in the older Korean women living alone. *Contemporary nurse*, 44 (1), 9-111.

Kim Y (۲۰۱۸) 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*, 28 (1), 15-26.

Lim LL, Ng TP (2010) Living alone, lack of a confidant and psychological well-being of elderly women in Singapore: the mediating role of loneliness. *Asia-Pacific Psychiatry*, 2 (1), 33-40.

Łuczak P, Ławrynowicz M (2021) How did the great transformation shape housing pathways? The case of older women living alone. *Housing Studies*, 1-18.

Moncatar TR, Nakamura K, Rahman M, Seino K (2019) Health Status and Health Facility Utilization of Community-Dwelling Elderly Living Alone in the Philippines: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Health*. ۷۲-۱۱:۱۵۵۴.

Nesbitt O, Johnson L (2019) Homeless at home? Analysing the housing needs and insecurities of single, older, non-homeowning women. *UQ UP Research Paper*, (2).

Norekval T, Fridlund B, Rokne B, Wentzel-Larsen T, Nordrehaug J 62 (2010) Poster Moderated Living alone predicts long-term mortality in older women after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9 (1-suppl):S11-S.

Reher D, Requena M (2017) Elderly women living alone in Spain: the importance of having children. *European Journal of Ageing*, 14 (3), 22-311.

Sarkar S, Shekhar C, Mondal K (2012) Living Arrangements and Health Well Being among Elderly Women in India. *Middle East Journal of Age and*

Ageing, 8-83: 1.

Saito T, Murata C, Aida J, Kondo K (2017) 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*, 17 (1), 183.

Sharam A (2012) Getting in front of homelessness: housing single older women now.

Widhowati SS, Chen C-M, Chang L-H, Lee C-K, Fetzer S (2020) Living alone, loneliness, and depressive symptoms among Indonesian older women. *Health Care for Women International*, 41 (9): 96-984.