

مطالعه ادراک متخصصان حوزه سالمندی پیرامون پدیده سالمندی:

یک پژوهش کیفی

عاطفه کیا احمدی * ابوالفضل حسینی **

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۴

چکیده

مقاله حاضر به مطالعه ادراک متخصصان حوزه سالمندی پیرامون پدیده سالمندی پرداخته است. این تحقیق با رویکرد کیفی پدیدارشناسی انجام شده است. جامعه آماری شامل کلیه استادان و پژوهشگرانی است که در حوزه سالمندی و جمعیت‌شناسی فعالیت داشته‌اند که تعداد هجده نفر بر اساس قاعده اشباع به روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌های مصاحبه عمیق و مطالعه متون نظری سالمندی پیرامون مددکاری اجتماعی سالمندی بوده است که در نهایت داده‌ها با تکنیک تحلیل تماتیک تحلیل شدند. از تجزیه و تحلیل یافته‌ها سه تم اصلی پیرامون نیازها، پیامدهای سالمندی و مسئله‌ساز شدن آن استخراج شد که بیانگر آن است که سالمندان دارای نیازهایی از جنس اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی‌اند و سالمندی جمعیت پیامدهای متنوعی در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر ساختار کشور دارد که هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی دارد. همچنین سالمندی جمعیت اگر با برنامه‌ریزی، تقویت جمعیت فعال و جایگزینی مثبت، صورت گیرد هم برای کشور و هم فرد سالمند نه تنها یک چالش بلکه یک فرصت شناخته می‌شود. نتایج نشان داد که سالمندان دارای نیازهای متعددی بوده و سالمندی جمعیت دارای پیامدهایی است که این پیامدها صرفاً منفی نیستند و مددکاران اجتماعی به‌عنوان یکی از نیروهای اصلی برای جلوگیری از تبدیل شدن سالمندی به بحران و استفاده از آن به‌عنوان یک فرصت بر ساختار کشور، نقش دارند.

واژه‌های کلیدی: پدیده سالمندی، مددکاری اجتماعی، نیازهای سالمندان، ادراک سالمندی، پیامدهای سالمندی

* کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
atefehkiaahmadi1991@gmail.com

** کارشناسی ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
a.husseini2012@yahoo.com

مقدمه و طرح مسئله

سالمندی به‌عنوان آخرین دوره زندگی انسان همواره مورد توجه متفکران علوم انسانی و اجتماعی قرار داشته است. در بسیاری مواقع، این دوره از زندگی با مواردی چون ضعف قوای جسمانی، ازکارافتادگی، معلولیت، بیماری و احتمالاً بی‌سرپرستی و فقر و تنگدستی همراه است (سام آرام، ۱۳۷۰: ۱۱۳). همچنین، احساس تنهایی نیز یک حس دردناک و رنج‌آور است که در نتیجه فقدان‌های موجود در زندگی سالمندان بروز می‌نماید (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۶: ۴۶). بروز این‌گونه مسائل برای سالمندان بسته به اینکه فرد کهنسال در چه جامعه‌ای و با چه فرهنگی زندگی می‌کند، از نظر کیفی و کمی با تفاوت‌های بسیاری همراه است و همچنین چگونگی جوابگویی به این مسائل و نوع راه‌حل‌های ارائه شده نیز به امکانات موجود در جامعه بستگی دارد (سام آرام، ۱۳۷۰: ۱۱۸).

از سوی دیگر، برای داشتن تجربه خوب از دوران سالمندی باید به نقش خانواده توجه ویژه داشت (روانی‌پور، صالحی، طالقانی و عابدی، ۱۳۸۷: ۴۶). بدیهی است با تغییرات حاصل از تحولات اجتماعی و تغییر نهادهای اجتماعی مثل خانواده، از شکل سنتی به جدید که بسیاری از کارکردهای سنتی خود را از دست داده است، در جوامعی مثل کشور ما هم باید انتظار داشت که در آینده شاهد مشکلات خاص این‌گونه تحولات از جمله مشکلات مربوط به سالمندان باشیم (سام آرام، ۱۳۷۰: ۱۲۱). بنابراین می‌توان گفت که مسائل جمعیتی و تغییر و تحولات مربوط به آن به‌قدری گسترده و دارای پراکندگی است که تحت‌الشعاع و زیر سیطره یک نظریه یا فرمول خاصی قرار نمی‌گیرد و پدیده سالمندی جمعیت از جمله مسائلی است که نظر کارشناسان را به خود مشغول داشته است (ضیایی بیدگلی، کلانتری و علیزاده اقدم، ۱۳۹۰: ۶۱).

از این‌رو، سالخوردگان برای سالم زیستن، به دریافت حمایت‌های خاص که از سیاست‌های اجتماعی هدفمند سرچشمه بگیرد، نیاز دارند. هرچند در حال حاضر

سالمندان جمعیت کمی از کشور را شامل می‌شوند، فزونی رشد این گروه در مقایسه با رشد جمعیت کل کشور و نیز پیش‌بینی افزایش تعداد و سهم سالخوردگان (جمعیت ۶۰ سال و بیشتر) در سال‌های آتی، لزوم برنامه‌ریزی آینده‌نگرانه‌ای برای کنترل مسائل این گروه، توجیه‌پذیر است. بررسی زمینه‌های تاریخی روند رشد جمعیت در کشورهای درحال توسعه، مانند ایران، روشن می‌سازد که رشد جمعیت در دهه ۱۳۸۰ در مقایسه با دهه‌های پیش، کاهش چشمگیری داشته است. از سوی دیگر، با افزایش امید به زندگی در نتیجه پیشرفت‌های پزشکی و بهبود اوضاع بهداشتی، شمار بیشتری از جمعیت به سن سالخوردگی می‌رسند که نیاز به حمایت اجتماعی هم دارند. با افزایش شمار سالمندان، نیازهای اختصاصی آنان مانند نیازهای دارویی، نگهداری و مراقبت از افراد سالمند و غیره نیز افزایش می‌یابد (مشفق، محمودی و مطیع حق‌شناس، ۱۳۹۱: ۴۹). طبق نتایج پژوهشی، نیازهای سالمندان به ترتیب اولویت عبارت‌اند از: امنیت مالی، امنیت شخصی و ایمنی، سلامت روان، بهداشت و درمان در دسترس و نیاز به خودشکوفایی. همچنین سالمندی سالم با ابعاد مختلف بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی مرتبط است (تاووز، ۲۰۱۷).

علاوه بر موارد یادشده، در حال حاضر همزمان با روند رو به افزایش جمعیت سالمند کشور، این قشر با مسائل و مشکلاتی نیز رو به روست. از جمله این مسائل می‌توان به روند رو به کاهش انسجام و پیوستگی میان نسل سالمند و نسل جوان اشاره کرد، به‌گونه‌ای که ارتباط و تعامل میان این دو قشر روزبه‌روز در حال کم‌رنگ شدن است. نکته دیگر اینکه مشارکت سالمندان در مقام گروهی سرشار از تجربه، در سطح اجتماع رو به کاهش نهاده و از حضور فعالانه افراد سالمند در جامعه کاسته شده است. این مسائل سبب می‌شود که سالمندان در جامعه کمتر احساس امنیت کرده و نیز کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد (مشفق و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۹).

بنابراین رشد جمعیت سالمند در کشور، وضع سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی جدیدی را در این زمینه می‌طلبد. اگر سیاست‌های مربوط به سالمندان بخواهد دنباله‌رو سیاست‌های قدیمی جهان غرب باشد، نتیجه آن ارائه برخی خدمات نمایشی به تعداد محدودی از سالمندان آن هم در شهرهاست. درحالی‌که توجه به تجارب کشورهای توسعه‌یافته می‌تواند به پژوهشگران و برنامه‌ریزان ایرانی کمک کند تا در انجام تحقیقات خودشان در زمینه سالمندان، شاخص‌های عینی و موجود در کشورهای با نرخ بالای سالمندی را مورد استفاده قرار دهند. با عنایت به بررسی مطالب یادشده می‌توان عنوان کرد که هرچند پژوهش‌هایی در حوزه نیازها و پیامدهای سالمندی انجام شده است، اما چند خلأ اساسی در این زمینه وجود دارد که پژوهش حاضر در پی پاسخ به آن بوده است. از یک طرف پژوهش‌های انجام‌شده رویکرد کمی داشته‌اند. از طرفی دیگر پژوهش‌هایی که صورت گرفته، علاوه بر اینکه تنها بخشی از نیازها و پیامدهای سالمندان را مورد توجه قرار دادند، بیشتر از زاویه نگاه روانشناسی و پزشکی بوده و کمتر از نگاه جامعه‌شناختی به آن پرداخته‌اند، آن هم با نگاه متخصصان سالمندی. بنابراین در زمینه ادراک متخصصان حوزه سالمندی از پدیده سالمندی، تاکنون پژوهشی انجام نشده است. بنابراین این پژوهش برای اولین بار در ایران باهدف مطالعه ادراک متخصصان حوزه سالمندی از مشکلات سالمندی و شناخت ابعاد پدیده سالمندی از نظر ایشان صورت می‌پذیرد.

با توجه به مسائل مطرح‌شده، برای مطالعه حاضر بر اساس نظر متخصصان چند هدف در نظر گرفته شده است: ۱. ادراک نیازهای سالمندی از نگاه متخصصان ۲. ادراک اثرات سالمندی از نگاه متخصصان ۳. ادراک متخصصان از سالمندی به‌عنوان یک پدیده جمعیتی.

پیشینه پژوهش

در پژوهشی که توسط علی محمدزاده و همکاران با عنوان "ویژگی‌ها و مؤلفه‌های مراکز بهداشتی و درمانی دوستدار سالمند: مطالعه کیفی" انجام شد نتایج نشان داد که نظام سلامت و درمان باید نیازها و انتظارات سالمندان ناتوان و کم‌توان را به‌عنوان بخش بزرگی از جامعه مصرف‌کننده خدمات درمانی و بهداشتی کشور در آینده نزدیک ملاحظه کند و توجه به افراد سالمند را در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی این گروه مدنظر قرار دهد.

در پژوهشی که توسط کلدی و همکاران (۱۳۸۳) با عنوان بررسی مسائل و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سالمندان منطقه ۱۳ تهران با روش پیمایشی انجام شد، نتایج نشان داد. در بحث نیاز سنجی می‌توان اظهار داشت سالمندان در تهران به ویژه زنان سالمند با مشکلات متعدد جسمانی، اجتماعی و روانی روبه‌رو هستند؛ به طوری که این مشکلات بر روی کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد. این مطالعه نشان داد که برای برطرف کردن انواع مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی و نیز رفع نیازهای سالمندان، اقدامات سیستماتیک و برنامه‌ریزی شده لازم است، تا زندگی بهتری برای سالمندان عزیز فراهم آید.

در پژوهشی که توسط عیسی لو و همکاران با عنوان "نیازها و مشکلات سالمندان در فضای شهری. مورد شناسی: (خیابان‌های بخش مرکزی شهر قم" با روش توصیفی و پیمایشی انجام شد نتایج نشان داد که خروج سالمندان از منزل و رفت آمد پیاده در خیابان به‌منظور پاسخگویی به نیاز معیشتی با (۳۲ درصد)، نیاز عاطفی (۳۳/۳۱ درصد)، نیاز به امنیت (۱۸ درصد)، شرکت در زندگی اجتماعی (۱۰ درصد) و نیاز به تفریح (۶۶/۸ درصد) است که در حین تردد عواملی تحدیدکننده و تهدیدزا نظیر پله‌ها و سطوح ناصاف، فهم تابلوها و علائم خیابانی، نبودن فضای مکث برای نشستن در طول مسیر، ترس از زمین خوردن، برخورد با وسایط نقلیه با سرعت زیاد و احساس ناامنی

مانع از حضور آسان، ایمن و عادلانه آنان در فضای شهری است. طراحی مبلمانی به منظور ممانعت از عبور دوچرخه و وسایل موتوری از پیاده‌روها، استفاده از نرده در کنار سطوح شیب‌دار و تأمین ایمنی هنگام عبور عرضی از محور خیابان، از خواسته‌های اصلی سالمندان در خیابان‌های بخش مرکزی شهر قم است.

در پژوهشی که توسط محمدی و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان "تحلیل تجربه سالمندان ساکن در اجتماع از فعال بودن: مطالعه کیفی استراتژی‌های سالمندی فعال" انجام شد، نتایج نشان داد که سالمندی فعال در گرو استراتژی‌هایی است که در سه حوزه بینش سالمند، محدوده زندگی (خانه) و محیط اجتماع تحقق می‌یابد. بنابراین برای داشتن سالمندانی فعال، متخصصان و برنامه‌ریزان باید به این سه حوزه توجه کنند. در پژوهشی که توسط زندی و همکاران، (۱۳۹۴) با عنوان "بررسی الگوی مصرف و هزینه خدمات بستری سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران" به روش مقطعی انجام شد، جامعه آماری شامل ۵۷۵۳ سالمند تحت پوشش بیمه سلامت ایران بود. نتایج نشان داد که هزینه خدمات بستری سالمندان در مقایسه با غیرسالمند بالاتر بود، پس اهمیت توجه سیاستگذاران سلامت به برنامه‌ریزی جهت پاسخگویی به هزینه‌های خدمات سلامت سالمندان دیده می‌شود و توجه به الگوی مصرف و هزینه خدمات ضروری است.

در پژوهشی که توسط یعقوب‌زاده و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان "عوامل مرتبط با احساس پیری در سالمندان" با روش توصیفی تحلیلی انجام شد که جامعه آماری شامل ۳۰۰ سالمند مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر قزوین بودند. نتایج نشان داد که احساس سالمندی با عواملی از قبیل بیوگی، جنسیت، حمایت عاطفی و زندگی در منزل شخصی در ارتباط می‌باشد و سالمندان از تفکر درباره سالمندی به‌عنوان مرحله‌ای از زندگی و پیامدهای ناشی از احساس سالمندی بهره‌مند خواهند شد. بنابراین انجام مداخلاتی که سبب بهبود احساس پیری فرد سالمند در دستیابی به سالمندی موفق می‌شود، ضروری به نظر می‌رسد.

در پژوهشی که توسط فرشته و همکاران (۱۳۹۳) با عنوان "فراوانی بیماری‌ها و مشکلات جسمی در بازنشستگان نیروهای مسلح؛ مطالعه موردی شهر تهران" با روش توصیفی و تحلیلی - مقطعی انجام شد، نتایج نشان داد که مهم‌ترین مشکل سلامتی بازنشستگان نیروهای مسلح، ابتلا به بیماری‌های مزمن غیرواگیری از جمله فشار خون بالا، دیابت و بیماری‌های قلبی - عروقی است و تنها یک سوم نمونه‌ها، از وضعیت سلامت خود راضی هستند.

در پژوهشی که توسط فسایی و خادمی (۱۳۹۲) با عنوان "روایت زنان سالمند از زندگی در دنیای مدرن" با رویکرد کیفی روش استقرایی و تحلیل تماتیک از طریق انجام مصاحبه با هجده زن سالمند در بازه زمانی ۶۰ تا ۸۰ سال انجام شد، یافته‌ها نشان داد که زنان سالمند بر این باورند که تغییرات اجتماعی، روابط و مناسبات خانوادگی آن‌ها را در هم ریخته و آن‌ها را به لحاظ اجتماعی، کنار گذاشته است. پیچیدگی زندگی شهری باعث شده تا بسیاری از زنان سالمند، ادغام در فضاهای اجتماعی را مشکل یا حتی غیرعملی ببینند و بیشتر خود را در فضاهای خانگی محصور سازند و بعضاً یک نوع سالمندی مرضی را تجربه کنند که در قالب مفاهیمی چون حقارت، از دست دادن منزلت، باراضافی بودن و واماندگی بیان می‌شود.

در پژوهشی که توسط بابائی (۱۳۸۶) با عنوان "مشکلات اجتماعی خانواده‌های مراقبت کننده از سالمند ناتوان در شهر کرج" با روش توصیفی و همبستگی جامعه آماری ۹۰ خانواده انجام شد، نتایج نشان داد که با توجه به افزایش جمعیت سالمند و افزایش امید به زندگی در جامعه ما، باید هر چه سریع‌تر به طراحی و اجرای برنامه‌های حمایتی برای سالمندان و خانواده‌هایشان پردازیم و می‌توان با حمایت از آنان بخصوص زنان، از افزایش اختلال در روابط اعضا خانواده‌ها با سالمندان و فعالیت‌های اجتماعی‌شان و فرستادن سالمندان به سرای سالمندان جلوگیری نمود.

در پژوهشی که توسط زارعی و قربانی (۱۳۸۶) با عنوان "نیازهای اوقات فراغت سالمندان شهرستان قزوین" با روش پیمایشی و پرسشنامه تصادفی انجام شد نتایج نشان

داد که در میان برنامه‌های فراغتی سالمندان نمایش فیلم، برنامه‌های ورزشی و هنری بیشترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند و نگرش سالمندان به ورزش بسیار مثبت ارزیابی شد. همچنین تجهیز کلیه مراکز نگهداری سالمندان به تلویزیون، رادیو و امکانات مناسب جهت نمایش دادن فیلم‌های ویدئویی ورزشی و کامل نمودن تاسیسات ورزشی و استفاده از نیروی متخصص در واحدهای فوق برنامه در بهینه کردن اوقات فراغت سالمندان بسیار ثمربخش خواهد بود.

در پژوهشی که توسط ستاری (۱۳۸۵) با عنوان "بررسی وضعیت اجتماعی و سلامت سالمندان روستایی با رویکرد طرح توانمندسازی روستایی" و با روش پیمایشی انجام شد که جامعه آماری ۴۹۱ نفر بودند، نتایج نشان داد که بیماری‌های قلبی و فشارخون با شیوع ۲۵/۳ درصد شایع‌ترین نوع بیماری در بین سالمندان است. ۲۰ درصد از سالمندان نیازمند تغذیه، پوشاک و مسکن، ۱۹ درصد نیازمند خدمات پزشکی و بهداشتی، ۱۰ درصد نیازمند خدمات توانبخشی، ۴۱ درصد نیازمند برنامه‌های اوقات فراغت و ۱۰ درصد نیازمند تکریم و ارزش‌گذاری اجتماعی بودند.

مرور پژوهش‌های یادشده نشان داد که عمده پژوهش‌هایی که در حوزه سالمندی و بخصوص نیازهای سالمندان و بررسی پیامدها و اثرات سالمندی پرداخته، رویکردهای کمی بوده‌اند و مطالعات کیفی عمیق بسیار کمتر به چشم می‌خورد. از طرف دیگر پژوهش‌هایی که انجام‌شده، نتوانستند که به احصاء تمام نیازهای سالمندان و پیامدهای آن بپردازند و تنها به بخش کوچکی از این موارد پرداخته‌اند. بنابراین وجوه ممیزه پژوهش حاضر با پژوهش‌های گذشته از یک طرف، مطالعه کیفی و بررسی عمیق‌تر، ادراکی‌تر و مابین‌ذهنی‌تر پدیده سالمندی با روش پدیدارشناسی بوده است. از طرف دیگر در این پژوهش تلاش بر این بوده است که به مطالعه ادراک متخصصان حوزه سالمندی در خصوص نیازها پیامدها و مسئله ساز بودن سالمند پرداخته شود.

مبانی نظری

در این قسمت قصد مرور مهمترین مباحث نظری و مفهومی پیرامون پدیده سالمندی تنها جهت آشنایی با گستره مفهومی و نظری این پدیده بوده است. در واقع اعتقاد بر این است که هیچ پژوهشی در خلاء صورت نمی‌گیرد و نیازمند مرور ادبیات و ذخیره دانش نظری در آن حوزه است. بنابراین قصد این پژوهش از ذکر مبانی نظری و اشاره به نظریات گوناگون، تبیین پدیده مورد نظر پژوهش به هیچ عنوان نبوده است. به طور کلی پیری یک امر نسبی است. یک فرد صد ساله ممکن است نسبت به یک فرد ۶۵ ساله سرحال‌تر و شاداب‌تر باشد، نقش و موقعیت سالمندان از جامعه ای به جامعه دیگر تفاوت دارد، اما بعضی از مسائل سالمندان نظیر افزایش خطر مرگ، افزایش سن و وجود بیماری مزمن، همواره در همه جوامع مشترک می‌باشند. پیری، فرایندی است که برای همه کس پیش می‌آید و از آن گریزی نیست، به همین جهت پیری را می‌بایست به‌عنوان یک پدیده زیست‌شناختی هنجار و اجتناب‌ناپذیر به شمار آورد (مرادی، ۱۳۹۰: ۳۳).

ادراک پیری

درک از پیری خود، یکی از شاخص‌های تعیین‌نگرش به پیری است که تحقیق در آن با کارهای بزرگ «مید»^۱ (۱۹۳۴) آغاز گردید. مید درک از پیری را آگاهی هر فرد از نگرش دیگر افراد نسبت به خود و نیز دیدگاهی که خود به‌عنوان عضوی از گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد (گروه سنی) درباره خودش دارد، توصیف می‌نماید. بر اساس این نظریه، نگرش مثبت و منفی نسبت به پیری خود، یک واکنش درونی شده و قسمتی از خود فردی سالمند است. مطالعات «لوی»^۲ و همکاران (۲۰۰۳) یکی از منابع مهم در این زمینه بشمار می‌آید. طبق نظریه لوی، اولین مرحله ای که فرد در فرایند

1. Mead
2. Levy

درک از خود به عنوان فردی بالغ طی می‌کند، درونی کردن کلیشه‌های مرتبط با پیری است که قبل از رسیدن فرد به سن سالمندی، صورت می‌گیرد. البته این کلیشه‌ها تا زمانی که فرد نمود خارجی آن را در خود پیدا نکند، مؤثر واقع نمی‌شوند. نکته مهم دیگر در این ادراک آن است که فرد خود را عضوی از گروه سالمندان بداند؛ یعنی پیر بودن خود را پذیرفته باشد. (Silva & Boemer, 2009: 380) با پیر شدن، درک و تجارب افراد از پیری شان افزایش می‌یابد. این درک به درک فرد از بدن خود^۱، ظرفیت روانی^۲ و روابط اجتماعی^۳ اش مربوط می‌شود. درک از پیری در مراحل مختلف چرخه پیری (سالمند جوان، سالمند پیر و سالمند خیلی پیر) متفاوت است. (Philip Rice, 1992: 34) و سالمندان با سن ۷۵ سال و بالاتر، نگرش منفی بیشتری دارند، در حالی که با افزایش سن، ادراک از پیری ثابت می‌گردد (Barker, O'Hanlon & McGee, 2007: 9). از این رو، می‌توان پیشبینی کرد که درک از پیری بر رفتارهای فرد سالمند و روابط او با دیگران تأثیرگذار خواهد بود (Musaiger; D'Souza, 2009: 9).

دو عامل سن ذهنی و رضایت از پیری، بر درک از پیری تأثیرگذاراند (Macia et al, 2009: 217) و ادراک منفی از پیری با کاهش عملکرد فیزیکی نیز ارتباط دارد (McGee et al, 2011: 46). در مجموع، درک از پیری^۴ به درک هر شخص از فرایند پیری خودش در زمینه فرهنگی - اجتماعی که قرار دارد اطلاق می‌شود و می‌توان گفت که توجه به تمام جنبه‌های آگاهی، درک، تجربه، ارزیابی، تفسیر و شناخت مراحل پیر شدن خود نیز در این مفهوم جای می‌گیرد. (Hacker; Gjonca; Demakakos, 2006: 45-46) تعریف درک از پیری خود در سالمندان با توجه به بیش آنان نسبت به سالمندی و چگونگی برداشت آنان از این دوره از زندگی (برداشت مثبت یا منفی داشتن) و نیز با توجه به

-
1. Physical self
 2. Personal identity
 3. Social self
 4. Ageing self

ویژگی‌های فرهنگی و ارزش‌های هر جامعه متفاوت خواهد بود (Silva & Boemer, 2009). پیر شدن موفقیت آمیز با حفظ کیفیت زندگی بالا از سه جنبه: رهایی از بیماری، فعال بودن در زندگی و مهارت‌های جسمی و روانی تشکیل شده است. کیفیت زندگی بالا به این معنا است که افراد احساس بهتری داشته، در کارهای روزانه بهتر عمل کرده و می‌توانند زندگی مستقل داشته باشند (Spiriduso & Cornin, 2001).

نظریه چرخه زندگی اریکسون^۱

از نظریه‌های برجسته دیدگاه روانشناختی در حوزه سالمندی، می‌توان به نظریه چرخه زندگی اریکسون (۱۹۶۳) اشاره کرد. وی، رشد انسان را طی یک فرآیند هشت مرحله‌ای تبیین می‌کند، در این فرآیند، سالمندی به‌عنوان آخرین مرحله رشد، دارای یک نقطه بحرانی یا دو گانه انسجام - ناامیدی است. اریکسون اشاره می‌کند که افراد، همان‌طور که به مرگ نزدیک می‌شوند، درگیر چیزی می‌شوند که او آن را «مرور زندگی» می‌نامد. آنها، نگاهی به زندگی گذشته خود می‌اندازند و با شگفتی از خود می‌پرسند که آیا زندگی با ارزشی داشته‌اند یا نه؟ در این فرآیند، آنها دچار ناامیدی فراوان می‌شوند و احساس می‌کنند زندگیشان، آن‌طور که باید، نبوده است و اکنون هم زمان از دست رفته است و فرصتی برای آزمودن انتخاب‌های دیگر وجود ندارد، که در فراسوی این احساس نارضایتی از عمر تلف شده، احساس نفرت قرار دارد. اریکسون معتقد است که این نفرت، در واقع احساس سرزنش آنها نسبت به خود است. اریکسون با پذیرفتن این واقعیت که سالمندان نمی‌توانند همچون گذشته خود فعال باشند، سعی می‌کند بر تلاش درونی این دوره، یعنی تلاشی که ظرفیت توسعه توانایی‌ها را فراهم می‌کند، تأکید نماید (Delaware, 2000).

1. Ericsson

نظریه عدم تعهد^۱

بنا بر نظریه عدم تعهد، پیرشدن با عدم تعهد متقابل فرد و جامعه همراه است، فرد رفته رفته از مداخله در زندگی اجتماعی باز می‌ایستد و اجتماع نیز کمتر از پیش انواع مختلف امتیازات را به او عرضه می‌دارد. نخست چنین به نظر می‌رسد که فرآیند عدم تعهد متقابل چه برای فرد و چه برای جامعه، مزایایی دارد، ولی این نظریه پس از چند سال پژوهش تغییر یافت و تنوع سبک زندگی سالمندان را منعکس ساخت. فرمول بندی‌های بعدی بیشتر روی تفاوت‌های فردی در سازگاری با پیری تأکید کرد و آن را رفته رفته به مفهوم گرایش کلی به سوی عدم تعهد قرار داد، به بیان دیگر نظریه عدم تعهد، به معنای تغییر در آینده سالمند و قطع ارتباط با افراد و در جامعه گذشته است (Rosenberg, 2009).

نظریه نقش

نظریه نقش، موقعیت سالمندان را بر حسب سازگاری با نقش‌های باارزش اجتماعی (به ویژه نقش کار در مردان) تبیین می‌کند. بازنشستگی و از دست دادن برخی نقش‌های سالمندان، غالباً برای خانواده‌ها نیز مسائل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی و روانی ایجاد می‌کند و حتی برای افرادی که وقت آزاد تازه بدست آورده خود را به‌عنوان یک فرصت تلقی می‌کنند، دوره انتقالی مهمی است. بازنشستگی عملاً همیشه متضمن از دست دادن درآمد است و این امر بسیاری از سالمندان و خانواده‌های آنان را با فقر مواجه می‌سازد. در جامعه ای که کار در آن دارای ارزش اساسی است، بازنشستگی اغلب به معنای از دست دادن منزلت تلقی می‌شود و فقدان کارهای جاری که ممکن است زندگی یک فرد را برای مدتی، حدود نیم قرن شکل داده باشد، خلأیی ایجاد می‌کند که پر کردن آن بسیار مشکل است. بدیهی است برای زنان خانه دار چیزی

1. Disengagement theory

به‌عنوان بازنشستگی وجود ندارد و حضور شوهر در خانه طی روز، ممکن است کار اضافی ایجاد کند. سازگار شدن با این وضعیت جدید مسلماً مستلزم ایجاد تغییراتی است. سازگاری موفقیت آمیز با بازنشستگی، با به عهده گرفتن نقش‌های جدید و کیفیت گذران اوقات فراغت وابسته است و بر نیاز برای انعطاف و انطباق با نقش تأکید شده است (Baltes and Carstensen, 1996).

سالمندی موفق^۱

دیدگاه سالمندی موفق تأکید بر درگیری فعال سالمند با زندگی، پذیرش نقش‌های اجتماعی هدفمند، تعامل اجتماعی مناسب و ایجاد زمینه مشارکت در جامعه دارد. این دیدگاه به دنبال ارتقاء کنش شناختی، ادراک کنترل و رضایتمندی از زندگی است (روشن بخش، ۱۳۷۹: ۳۱). مدل‌های اولیه سالمندی موفق مبتنی بر رویکرد عینی‌گرا بوده که بیشتر بر سطح توانایی‌های جسمی و روانی تأکید داشتند. امروزه رویکرد ذهنی‌گرا با تمرکز بر معنای ذهنی سالمندی موفق بیشتر مورد توجه می‌باشد. تجارب درونی سالمندی مثل رضایت از زندگی، شادکامی، کنترل ادراک شده، توانمندسازی خودشکوفایی و تاب آوری از جمله مؤلفه‌های رویکرد ذهنی‌گرا هستند (زنجری و همکاران، ۱۳۹۶: ۷۲).

نظریه فعالیت

نظریه فعالیت که سعی دارد بر نقطه ضعف‌های نظریه کناره‌گیری غلبه کند، اعلام می‌دارد که موانع اجتماعی بر سر راه درگیر بودن، نه تمایل سالخوردگان، موجب کاهش میزان تعامل می‌شود. وقتی که سالخوردگان نقش‌های خاصی را از دست می‌دهند (مثال از طریق بازنشستگی یا بیوگی)، برای اینکه مانند دوران میانسالی خود تعامل و مشغول

بمانند، می‌کوشند نقش‌های دیگری را پیدا کنند. طبق این دیدگاه، رضایت سالخوردگان از زندگی به شرایطی بستگی دارد که به آنها امکان می‌دهند تا در نقش‌ها و روابط درگیر بمانند (غلامعلی زاده و قرشی، ۱۳۹۴: ۸۹).

نظریه تداوم

نظریه تداوم برخلاف نظریه فعالیت، تلاش‌های سالخوردگان برای فعال ماندن را صرفاً بر حسب جایگزین کردن نقش‌های اجتماعی از دست رفته با نقش‌های جدید در نظر نمی‌گیرد، بلکه طبق این دیدگاه، اغلب سالخوردگان سعی می‌کنند یک سیستم شخصی شامل هویت و مجموعه‌ای از صفات شخصیت، تمایلات، نقش‌ها و مهارت‌ها را که با تضمین کردن تداوم بین گذشته آنها و آینده مورد انتظار، موجب رضایت از زندگی شود، را حفظ کنند. این تلاش برای تداوم، به معنی آن نیست که زندگی سالخوردگان را کند است، برعکس، پیری تغییر اجتناب ناپذیری را ایجاد می‌کند، ولی اغلب سالخوردگان سعی می‌کنند با ادغام کردن این تغییرات در مسیر زندگی منسجم و با ثبات، استرس و آشفتگی را به حداقل برسانند. آنها تاحد امکان، استفاده از مهارت‌های آشنا و پرداختن به فعالیت‌های آشنا با افراد آشنا را انتخاب می‌کنند (غلامعلی زاده و قرشی، ۱۳۹۴: ۹۰). شرکت کردن در فعالیت‌های آشنا با افراد آشنا به سالمندان کمک می‌کند تا عملکرد جسمانی و شناختی خود را بهبود بخشند و مهارت و عزت نفس خویش را بالا ببرند. این فعالیت‌ها به تداوم روابط صمیمانه، احساس آرامش و لذت و تأمین یک شبکه حمایت اجتماعی برای آنها منجر خواهد شد (شولتز، ۱۳۸۷: ۱۳۷). همچنین این تداوم فعالیت‌های آشنا با افراد آشنا، می‌تواند جهت دستیابی به «انسجام خود در باب ناامیدی» که اریکسون مطرح می‌کند نیز بسیار مفید باشد.

نظریه گزینش اجتماعی-هیجانی

این رویکرد به بحث در رابطه با چگونگی حفظ تداوم و در عین حال محدود شدن شبکه‌های اجتماعی افراد، در سن پیری می‌پردازد. طبق این نظریه، وقتی افراد پیر می‌شوند شبکه‌های اجتماعی آنها گزینشی تر می‌شود، آنها در داشتن روابط با افراد حساسیت بیشتری به خرج می‌دهند و تمایلشان نه فقط در برقرار کردن روابط اجتماعی جدید، که حتی در تداوم رابطه با برخی دوستان و آشنایان قبلی هم کاهش می‌یابد. این محدود کردن شبکه‌های اجتماعی تلاشی است برای تنظیم کردن هیجان ناشی از تعامل، داشتن روابط خوشایند و اجتناب از روابط ناخوشایند و استرس زا، یعنی توجه به کیفیت روابط بجای کمیت آنها (سترسن، ۱۳۸۷: ۱۵۶).

نظریه تعاملی^۱

طبق این نظریه، تغییرات سنی منتج از تعامل میان خصوصیات هر فرد، شرایط اجتماعی وی و تاریخچه ای از نحوه واکنش او به مسایل اجتماعی است. این نظریه بر وظایف و نقش‌هایی تأکید می‌کند که فرد در طول زندگی خود به عهده داشته است. معمولاً افراد سعی دارند که نقش و وظیفه خود را اصلاح و متعادل کرده، از نقشی به نقش دیگر رفته و الگویی مرکب از نقش‌های متفاوت را داشته باشند. اما با افزایش سن وظایف مهم آنها خاتمه یافته و به انتخاب خود به وظایف جدیدی می‌پردازند (Ameri et al, 2002: 4-13).

نظریه همراهی اجتماعی^۲

در طی فرآیند سالمندی، باوجود برخی تغییرات در ترکیب شبکه اجتماعی، سالمندان همچنان به حفظ اندازه شبکه اجتماعی شان علاقه مند باقی می‌مانند. سالمندان

-
1. Interaction theory
 2. Social convoy model

با آگاهی از نقاط قوت و ضعف موجود در ارتباطشان با دیگر اعضای شبکه، هریک از آنان را برای دریافت یک نوع حمایت (احساسی، ابزاری،...) انتخاب کرده و از ارتباط با افرادی که به زعم خودشان نمی‌توانند حمایت‌کننده باشند، خودداری می‌کنند (Gurung et al, 2003: 487).

چارچوب مفهومی پژوهش

با توجه به مرور نظری بر مفهوم سالمندی، نظریه‌های پیش‌تر ارائه شده، هرکدام به نحوی سعی دارند تا روند سالمندی را توصیف کنند و رفتارهایی که بوجود می‌آید را توجیه کنند، همچنین بیان‌کننده نحوه واکنش فرد در برابر اجتماع و نقش‌هایی که فرد در دوران سالمندی بر عهده می‌گیرد، هستند. برای مثال نظریاتی مانند نظریه فعالیت، عدم تعهد و تداوم و نقش، همگی به تجربه سالمندی از منظر کیفیت فعالیت‌ها و نقش‌آفرینی‌ها در سالمندی پرداخته‌اند و بر این مبنا، قائل به نیازهایی برای سالمندان در حوزه فعالیت داشتن یا استمرار فعالیت‌ها و حفظ یا ترک نقش‌ها هستند. از سویی دیگر نظریاتی مانند نظریه چرخه زندگی اریکسون و گزینش اجتماعی، هیجانی، به تجربه‌های فردی و درونی سالمندان نیز توجه کرده‌اند مانند اینکه چگونگی درک فرد از تجربه زندگی گذشته و کیفیت روابط، تعیین‌کننده تجربه او از سالمندی است.

بر این اساس این نظریات، می‌توانند ذهن پژوهشگر را به نیازهای روانشناختی و درونی و اثرات سالمندی از منظر روانشناختی معطوف کنند. اما در این پژوهش درک مفهوم سالمندی از دیدگاه صاحب‌نظران که هر کدام مؤلفه‌های خود را برای توصیف سالمندان، نیازهای سالمندان، پیامدهای سالمندی و مسئله سالمندی ارائه می‌دهند مورد توجه قرار گرفته که این مسئله است که در سایر پژوهش‌ها مغفول مانده است. در واقع پژوهش حاضر بر آن است تا با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی به مطالعه نظر متخصصان و ادراک ایشان از پدیده سالمندی در ایران پرداخته و نتیجتاً به افزایش

کیفیت زندگی سالمندان کمک نماید. روش کیفی پیش گرفته شده در این مقاله ظرفیتی ایجاد کرد تا با کاوش در میدان تحقیق و تحلیل تماتیک داده‌های استقرایی به الگویی نهایی برای تبیین مفهوم سالمندی دست پیدا کنیم. بررسی سه مقوله اساسی نیازهای سالمندی، پیامدهای سالمندی و مسئله‌ساز شدن آن‌ها و مقولات فرعی آن‌ها، مبنای تحلیل ما برای پدیده سالمندی است.

سؤالات پژوهش

در این راستا سؤالات پژوهش به این صورت مطرح شده‌اند:

- متخصصان حوزه سالمندی چه ادراکی از نیازهای سالمندی دارند؟
- متخصصان حوزه سالمندی، چه ادراکی از اثرات سالمندی دارند؟
- متخصصان حوزه سالمندی، چه معنایی از سالمندی به‌عنوان یک پدیده جمعیتی دارند؟

روش شناسی

این مطالعه با رویکرد کیفی مبتنی بر روش پدیدارشناسی در سال ۹۹-۱۳۹۸ انجام شده است. یکی از موارد مناسب برای کاربرد روش پدیدارشناسی پاسخ به این سؤال است که آیا نیاز به روشن سازی بیشتر پدیده‌های خاص وجود دارد؟ ادراک پدیده سالمندی توسط مددکاران و متخصصان این حوزه در کشور ما هنوز به درستی بررسی نشده است. متون و تحقیقات زیادی هم در این زمینه وجود ندارد و متون موجود هم بیشتر در چارچوب بررسی‌های کمی بوده است، از این رو پژوهشگران حاضر رویکرد بالا را برای بررسی پدیده سالمندی انتخاب کردند. آنچه در پژوهش‌های کیفی اهمیت می‌یابد، دیدگاه سوژه و درک و تصور وی از دنیای اجتماعی است که در آن زندگی می‌کند، بنابراین در این گونه پژوهش‌ها محقق الزامی به کاربرد تئوری‌های موجود ندارد، از این

رو می‌تواند کار خود را با جمع‌آوری داده‌ها آغاز کند. روش پدیدارشناسی، از طریق مصاحبه عمیق با افرادی که خود، پدیده مورد مطالعه را ادراک نموده‌اند، درک عمیقی از مفهوم مورد نظر به دست می‌آید. بنابراین در این پژوهش ما به سراغ متخصصان حوزه سالمندی رفته که درک عمیق و جامعی نسبت به پدیده مورد مطالعه داشته‌اند.

همچنین از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد که در این نوع نمونه‌گیری مشارکت‌کنندگان بر اساس هدف مطالعه، از بین اساتید و متخصصان و دانش‌آموختگانی که در حوزه‌های سالمندی و جمعیت‌شناسی فعالیت داشتند، تعداد ۱۸ نفر بر اساس قاعده اشباع به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. به عبارتی در پژوهش حاضر مصاحبه‌ها تا حدی ادامه یافت که داده‌ها به حد اشباع رسید و از مصاحبه دوازدهم به بعد داده‌های جدید چندانی به دست نیامد در نتیجه برای حصول اطمینان بیشتر ۱۸ مصاحبه انجام گرفت. همچنین مهمترین سؤالات مصاحبه‌ها پیرامون این محورها بوده است: شما به‌عنوان یک متخصص وقتی به سالمندی نگاه می‌کنید آن را چطور می‌بینید؟ مهمترین نیازهای سالمندان چیست؟ سالمندی جمعیت چه اثرات و پیامدهایی در سطوح مختلف دارد؟

زمان مصاحبه‌ها بین ۵۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. با اجازه گرفتن از شرکت‌کنندگان مصاحبه‌ها ضبط شد و با نوشتن کلید واژه‌های مهم حین مصاحبه و بازگرداندن متن مصاحبه بلافاصله بعد از مصاحبه مکتوب شد. همچنین ضمن مصاحبه از روش مشاهده نیز برای ثبت رفتارها و ارتباطات غیرکلامی و تظاهرات چهره شرکت‌کنندگان استفاده شد. از این اطلاعات زمان نوشتن اطلاعات مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها استفاده شد. محتوای مصاحبه‌ها چندین مرتبه بازخوانی شد و مفاهیم اولیه به‌عنوان اولین گام از کدگذاری باز استخراج شد. از یادداشت‌هایی که شامل درک بهتر مفاهیم بود نیز استفاده شد. سپس مفاهیم از لحاظ شباهت‌ها و تفاوت‌ها برای ایجاد مقوله‌ها بررسی و مقایسه شدند و مقوله سازی به‌عنوان دومین مرحله کدگذاری باز با توسعه ابعاد و ویژگی‌های هر مقوله صورت گرفت. مفهوم سازی و طبقه بندی در طول پژوهش بارها

تغییر کرد. گاهی مفاهیم در هم ادغام شدند و گاهی یک مفهوم به دو مفهوم مجزا تقسیم شد. برای تعیین قابلیت اطمینان داده‌ها از چهار معیاری که اسکواند و لینکن و گویا (۲۰۰۷) مطرح کردند استفاده شد. برای مقبولیت داده‌ها از تعامل نزدیک با شرکت‌کنندگان، درگیری و مشغولیت طولانی در میدان و یادداشت‌های در عرصه استفاده شد همچنین برای اطمینان از تأییدپذیری داده‌ها، نظرها و پیش فرض‌هایی به منظور جلوگیری از تأثیر آن‌ها بر تحلیل و تفسیر داده‌ها کنترل شد. شرکت‌کنندگان نسبت به اهداف پژوهش، روش مصاحبه، حق انصراف از مصاحبه در هر زمان، محرمانه بودن اطلاعات و عدم افشای هویت آن‌ها در گزارش‌های پژوهش اطمینان یافتند. ضبط مصاحبه‌ها با اجازه شفاهی آن‌ها و زمان و مکان مصاحبه‌ها با هماهنگی و نظر آن‌ها صورت گرفت.

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی پژوهش مبتنی بر موازین اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا رعایت شده است. برای همه شرکت‌کنندگان هدف اصلی پژوهش توضیح داده شد و آن‌ها با رضایت آگاهانه در پژوهش مشارکت داشتند. هیچ‌گونه آسیب روانی یا اجتماعی متوجه شرکت‌کنندگان نشد و تمام اطلاعات آنان به صورت محرمانه حفظ شد، همچنین به همه شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه و به آنان اطمینان داده شد که از اطلاعات آن‌ها فقط برای دستیابی به اهداف این پژوهش استفاده می‌شود.

یافته‌ها

فراوانی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان پژوهش در جدول ۱ آمده است. شرکت‌کنندگان در این تحقیق شامل ۱۸ نفر از استادان، پژوهشگران و دانش‌آموختگانی بودند که در حوزه‌های اجتماعی و سلامتی سالمندی دارای تخصص و سابقه فعالیت و پژوهش بودند و یا پژوهش‌هایی داشته‌اند. بر اساس نتایج جدول ۱، تحصیلات اکثریت شرکت‌کنندگان در سطح دکتری و (۳ نفر فوق لیسانس) و در سنین ۵۰ تا ۶۰ سال و بیشتر شرکت‌کننده‌ها مرد بوده‌اند.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان

ردیف	جنسیت	سن	تخصص / رشته تحصیلی
۱	مرد	۴۲	دکترای روان‌شناسی
۲	مرد	۶۶	تعاون و روان اجتماعی
۳	مرد	۲۹	مددکاری اجتماعی
۴	مرد	۳۷	سلامت سالمندان
۵	مرد	۵۷	طب سالمندی
۶	زن	۳۲	مددکاری اجتماعی
۷	مرد	۶۰	طب سالمندی
۸	زن	۴۲	سلامت سالمندان
۹	زن	۵۳	جمعیت‌شناسی
۱۰	زن	۵۲	روان‌شناسی سالمندی
۱۱	زن	۲۲	دکترای طب سالمندی
۱۲	مرد	۶۷	مددکاری اجتماعی
۱۳	مرد	۶۳	دکترای سالمندشناسی
۱۴	زن	۵۴	دکترای روان‌شناسی
۱۵	زن	۵۰	دکترای روان‌شناسی
۱۶	مرد	۳۷	فوق لیسانس مددکاری
۱۷	مرد	۴۴	دکترای مددکاری
۱۸	مرد	۳۷	دکترای مددکاری

منبع: یافته‌های پژوهش

یافته‌های اصلی با استفاده از کدگذاری باز صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. از پاسخ‌های صاحب نظران در خصوص پدیده سالمندی جمعیت، تعداد ۵۹ مفهوم استخراج شد که در قالب ۳ مقوله محوری و ۹ مقوله فرعی مطرح می‌گردد که در ادامه به طور مفصل شرح داده خواهد شد.

جدول ۲- مفاهیم اصلی و فرعی پاسخ‌های صاحب نظران در خصوص پدیده سالمندی

مفاهیم	مقولات فرعی	مقولات اصلی
	بهداشتی	نیازهای سالمندان
فیزیوتراپی، بهداشت دهان و دندان، پوکی استخوان، آزمایشات مختلف، سرطان، قند خون، نایبایی، برونشیت، سلامت جنسی		
بیمه‌های اجتماعی، ارتباط با همسالان و خانواده، چگونگی گذراندن اوقات فراغت، بازنشستگی، وسایل حمل و نقل عمومی، حضور در انجمن‌ها (مشارکت اجتماعی)	اجتماعی	
احساس انزوا و تنهایی، افسردگی، آلزایمر، استرس، احساس عدم تعلق، نیاز به ازدواج	روانی	
کار داوطلبانه، اشتغال‌زایی، استفاده از تکنولوژی، مراقبت از کودکان، ایجاد انواع تخصص‌ها	مثبت اقتصادی	پیامدهای سالمندی
افزایش مشارکت اجتماعی، کاهش نزاع و درگیری در جامعه، استفاده از تجارب آن‌ها در نزاع‌ها و حکمیت‌های خانوادگی	مثبت اجتماعی	
کمر شدن جراثم، سرمایه‌های فرهنگی، نقش انسجام دهنده در خانواده، مزایا و برخورداری از حقوق پدران توسط دختران مجرد	مثبت فرهنگی	
نداشتن مسکن مناسب، انواع بیماری‌ها، اشتغال ناکارآمد	منفی اقتصادی	
نداشتن نظام بیمه‌ای مناسب، عدم حمایت از جانب خانواده	منفی اجتماعی	
ورود آن‌ها به خانه‌های سالمندان جهت اسکان دائم، شکاف نسلی	منفی فرهنگی	
نداشتن برنامه‌ریزی، نداشتن جایگزینی مثبت، عدم سیاست‌گذاری مناسب، عدم توجه به جمعیت فعال، عدم توجه به استانداردهای فضاهای مخصوص سالمندان، فقدان تدابیری در جهت سالمندی پویا، عدم توجه به لایه‌بندی جمعیتی		

منبع: یافته‌های پژوهش

شناسایی نیازهای سالمندان

اولین مقوله‌ای که مطرح می‌شود بحث از نیازهای سالمندان بوده که در این دوره از اهمیت بسیاری برخوردار است. در تعریف نیاز می‌توان گفت هر کمبودی که در فرد ایجاد می‌شود و فرد درصدد پیدا کردن راهی جهت رفع آن برمی‌آید. با در نظر گرفتن این نکته که سالمندان در این دوره سنی گرفتار انواع مشکلات جسمی و روحی و روانی می‌شوند. توجه به این نیازها از اهمیت بالایی برخوردار است. مازلو نیز نیازها را در یک نظام سلسله‌مراتب رده‌بندی شده به صورت یک هرم نمایش داده است. به این صورت که نیازهای پایه‌ای و مهم‌تر در پایین هرم قرار دارند و هرچه بالاتر می‌رود از شدت الزام آن‌ها کاسته می‌شود. البته این بدان معنا نیست که مثلاً نیازهای رده‌بالا اصلاً اهمیت ندارد بلکه اهمیت آن به گونه‌ای است که در کیفیت و چگونگی زندگی خود را بروز می‌دهد. در اینکه نیازهای اصلی انسان خوراک، پوشاک و مسکن هست هیچ شکی نیست اما اگر از زاویه‌ای دیگر به انسان نگاه کنیم، نیازهای دیگری را درمی‌یابیم که بدون رفع آن‌ها زندگی انسان امروز غیرممکن نمود پیدا می‌کند. اهمیت این نیازها آنچنان بالاست که می‌بایست پس از کشف آن‌ها به فکر راه‌هایی برای ارتقاء و چگونگی پاسخ بهینه به آن‌ها بود، نکته قابل توجه این است که این نیازها شاید در نگاه اول مهم جلوه نکنند، اما وقتی بیشتر دقت می‌کنیم درمی‌یابیم که عدم وجود هر یک امید به زندگی و پیشرفت را از بین می‌برد و در برخی مواقع زندگی را به طور کلی مختل کرده و یا امکان زندگی کردن را از انسان‌ها می‌گیرد. در پژوهش حاضر، نیازهای موردبررسی دارای سه مقوله فرعی بهداشتی، اجتماعی و روانی می‌باشند.

نیازهای بهداشتی سالمندان

در خصوص این نیازها بیشتر جنبه‌های زیستی و پزشکی سالمندان مورد توجه متخصصان بوده است که در زیر به گوشه‌ای از نظرات آنها پرداخته می‌شود.

خانم دکتر ف. ف در خصوص لزوم توجه به نیازهای بهداشتی این گونه بیان داشت: "هرچقدر سن افراد بالاتر می‌رود احتمال بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد، به عبارتی سالمندان مصرف‌کننده عمده خدمات بهداشتی و توان‌بخشی‌اند و لازم است که جامعه ما توجه خاصی به این مسئله داشته باشد، برای مثال اخیراً یک بیمارستان تخصصی که مخصوص سالمندان است در دانشگاه تهران تأسیس شده است".

خانم دکتر ف. ف. ج:

"ما مراکز بهداشتی که خاص این جمعیت باشد نداریم، در واقع حتی نیروها و متخصصانی که دغدغه‌های سالمندان را داشته باشند نیز نداریم".
همچنین سلامت جنسی نیز یکی از نیازهای بهداشتی می‌باشد که در دهه اخیر مورد عنایت بسیاری از متخصصین قرار گرفته است که در این خصوص آقای دکتر ا. م اظهار داشت:

"این تفکر که نیاز جنسی در سالمندان وجود ندارد و فقط مختص جوانان است، یک باور کاملاً غلط است که علاوه بر نیازهای جنسی سالمندان، می‌تواند زندگی شخصی و وضعیت سلامتی آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار دهد. سالمندان باید با کشف جوانب عاطفی و جسمانی و درک تمایلات جنسی یکدیگر، به تقویت رابطه جنسی خود در دوران سالمندی فکر کنند".

نیازهای اجتماعی سالمندان

نیازهای اجتماعی نیز یکی از زیرمقوله‌های نیازهای دوران سالمندی است. در این خصوص باید گفت یکی از نیازهای اجتماعی سالمندان حمایت‌های اجتماعی است چراکه سالمندان از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه بوده و برای تأمین کیفیت زندگی باید زیرپوشش حمایت‌های گوناگون قرار گیرند. می‌توان گفت حمایت اجتماعی یعنی میزان بهره‌مندی از توجه، محبت و مساعدت اعضای خانواده، دوستان و سایر افرادی که در اطراف شخص حضور دارند (ریماز، غریب نواز، ابوالقاسمی و سراجی، ۱۳۹۲: ۷۹).

لزوم ارتباطات اجتماعی و شبکه روابط در این دوران بسیار بااهمیت است این ارتباطات در لایه اول با خانواده بعد در محله با همسالان، دوستان و همسایگان، فامیل و در مرحله بعد در سرای سالمندان مهم است.

خانم دکتر ف.ج. در خصوص عدم توجه به حمایت‌های اجتماعی و اثر منفی آن بر روی سالمندان اذعان کرد:

"وقتی فردی به سالمندی می‌رسد دوره انحطاط و مرگ را تجربه می‌کند، سالمندی یک ننگ و داغ اجتماعی است، حتی در محاوره‌هایمان می‌گوییم: برو بابا پیر مرد! پیر زن! بخشی از سالمندان از داغ و ننگ اجتماعی هراس دارند".
خانم دکتر ف.ج.:

"از لحاظ اجتماعی نسبت به سالمندان بی‌مهری می‌شود این قضیه هم از طرف سالمندان و هم از طرف خانواده‌های آن‌ها مطرح می‌شود، خانواده‌ها ظرفیت محدودی دارند و ممکن است از جایی به بعد نتوانند به وظیفه خود عمل کنند، حمایت‌های رسمی باید در کنار حمایت‌های غیررسمی باشد، حرف‌های دولت مبنی بر حمایت از جانب خانواده تشریفاتی است و در عمل قابل اجرا نیست".

از دیگر نیازهای اجتماعی سالمندان بیمه‌های اجتماعی است، رشد سالمندی و افزایش تعداد افراد سالمند با توجه به اینکه بیماری‌های سالمندی از نوع مزمن هستند باعث رشد تصاعدی هزینه‌ها شده است و می‌تواند هزینه‌های مالی سنگینی را تحمیل کند. بنابراین پوشش بیمه‌ای مناسب برای سالمندان می‌تواند در کاهش مشکلات سالمندی بسیار مؤثر باشد. در این خصوص آقای دکتر ا.م. چنین گفت:

"خدمات بیمه‌ای نباید مطابق سایر گروه‌ها باشد چون وقتی فردی به دوران سالمندی می‌رسد نیازهایش در مقایسه با سایر دوره‌های زندگی تغییر می‌کند".

آقای دکتر ا.ش. در خصوص بیمه‌های تکمیلی که یکی از نیازهای اجتماعی سالمندان محسوب می‌شود می‌گوید:

"سالمندان عمده‌ترین مصرف‌کننده‌های خدمات درمانی‌اند و بیمه تکمیلی برای سالمندان وجود ندارد و آن‌ها نمی‌توانند خودشان برای بیمه تکمیلی اقدام نمایند مگر

اینکه این اقدام از قبل صورت گرفته باشد و تمام خدماتی که بسیار گران‌اند به جیب سالمند تحمیل می‌شود که سبب می‌شود سالمندان نتوانند آن خدماتی را که برای ادامه زندگی ضروری است خریداری کنند".

همچنین یکی از نیازهای اجتماعی سالمندان وضعیت اوقات فراغت و تفریحات سالمندان است و این قشر جامعه با توجه به عواملی چون ورود به دوره بازنشستگی، عدم اشتغال به کار، تنها بودن، فقدان حمایت اجتماعی، صنعتی شدن جوامع و انفکاک عاطفی - روانی افراد خانواده، در معرض انواع خطر و تهدید قرار دارند. یکی از این تهدیدات افسردگی است. مطالعات مختلف نشان می‌دهد با داشتن اوقات فراغت درست می‌توان افسردگی سالمندان را کاهش داد (ایلالی، بشکنی و جهان‌بخش، ۱۳۹۷: ۷۴).

در خصوص عدم توجه به اوقات فراغت سالمندان خانم دکتر ب. ج چنین بیان کرد: "در اکثر مواقع بحث اوقات فراغت بیشتر در مورد کودکان و نوجوانان مطرح است، به نظر می‌رسد ساخت و سازهای مناسبی در پس این مسئله نبوده است مثلاً آیا پارک‌هایی که سالمندان در آن حضور دارند مناسب‌سازی شده است؟".

نیازهای روانی سالمندان

در خصوص نیازهای روانی نیاز به ازدواج از اهمیت بالایی برخوردار است. در واقع ازدواج یک نیاز غریزی و فطری است. شاید در ظاهر نیازهای جسمانی و ادامه نسل عامل پیوند زناشویی در طول تاریخ بوده باشد اما حس نیاز به یک همراه و همدل که بتوان در کلیه مسائل زندگی و غم‌ها و شادی‌ها با او همراه بود بیش از این نیاز عامل پیوند زناشویی و ازدواج زن و مرد بوده است. در خصوص اهمیت نیازهای روحی و روانی به مواردی از صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان اشاره می‌شود.

آقای دکتر م.م:

"در حیطه نیازهای روانی، ازدواج سالمندان نه بحث جنسی بلکه بحث افسردگی مطرح است که متأسفانه ازدواج سالمندان در فرهنگ ما هنوز جانیافته است".

خانم ف.ج در خصوص لزوم توجه به نیازهای روانی این چنین بیان کرد:
"تنهایی، احساس انزوا، طرد، افسردگی، استرس، نیاز به ازدواج، احساس عدم تعلق، غم از دست دادن عزیزان، اگر این نیازهای روانی تا حدی برآورده نشود سالمندان در معرض بحران قرار می‌گیرند".

خانم دکتر ف.ی می‌گوید:

"از نظر روانی زنان وضعیت بدتری دارند و آسیب‌پذیری آن‌ها بیشتر است و از مردها عقب‌ترند چون یک مرد وقتی به دوره سالمندی هم می‌رسد کمتر پیش می‌آید که تنها بماند اما زنان سالمند تنها در جامعه بیشترند".

در درجه اول این ازدواج چون در سنین بالا و بین افراد باتجربه اتفاق می‌افتد هیچ ریسک و مشکلی ایجاد نمی‌کند. از سوی دیگر، با توجه به اینکه همه سالمندان چه آن‌ها که با فرزندانشان هستند چه آن‌ها که به دلایل مختلف فرزندانشان نمی‌توانند با آن‌ها زندگی کرده یا از آن‌ها مراقبت کنند، تنهایی و نیاز به یک همراه را بیش از سایر مقاطع زندگی خود تجربه می‌کنند.

خانم دکتر ر.ق ادامه می‌دهد:

"بهتر است برای بسیاری از سالمندان که از نظر جسمانی نیاز آن‌چنان زیادی به دیگران ندارند و فقط از نظر روانی احساس تنهایی می‌کنند به جای استخدام پرستار به عنوان همدم، شرایط ازدواج را فراهم و آن‌ها را برای یک ازدواج موفق تشویق کنیم".

بعضاً هنجارهای جامعه طوری تعریف شده که اگر یک زن سالمند قصد ازدواج داشته باشد خیلی قابل قبول نیست در صورتی که این یک هنجار است و ضد ارزش نیست اما برخی این هنجار را با، ارزش مترادف می‌دانند که این مسئله اشتباه است در واقع زن‌ها به لحاظ روان‌شناختی خیلی بیشتر از مردها به حمایت نیاز دارند و در معرض آسیب‌های بیشتری از نظر روانی هستند به همین دلیل است که باید گفت این هنجار کاملاً غلط است.

یکی از نیازهای افراد سالمند در بعد روانی و جلوگیری از افسردگی حس تعلق به گروه و جامعه و به نوعی مشارکت اجتماعی در جامعه است. مشارکت اجتماعی عامل تقویت همبستگی در شبکه‌های اجتماعی، به ویژه در ساختار سنی-جنسیتی است. حضور افراد در فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌های اجتماعی در بلندمدت موجب تعمیق روابط بین اعضای جامعه، افزایش احساس یگانگی، برابری اجتماعی، تسامح و تساهل گردیده و در نتیجه به توسعه نهادهای مدنی و دموکراتیک خواهد انجامید. از سوی دیگر نیز آنچه در کشورهای با درآمد سرانه بالای جمعیت با عنوان سالمندی موفق و پویا^۱ نام برده می‌شود، از طریق تعهد به مشارکت اجتماعی در جامعه تحقق‌یافتنی است (اسداللهی، حسین‌زاده، محسنی تبریزی و نبوی، ۱۳۹۲: ۴۷). خانم دکتر ف. در خصوص این نیاز چنین مطرح کرد:

"برای اینکه سالمندان سالم باشند باید از لحاظ فیزیکی و روانی فعال باشند که در این زمینه هم پاسخی داده نشده است به عنوان مثال در کشورهای دیگر کلوب‌های سالمندی، باشگاه‌های سالمندی وجود دارد همچنین سفرهای کوتاه‌مدت درون شهری که بودجه آن‌هم دولتی و مردم‌نهاد است، اما در ایران ما تنها کانون جهان دیدگان را داریم که بیشتر در تهران است. به هر حال برای جلوگیری از افسردگی سالمندانی که بازنشسته می‌شوند باید بتوانند با همسالان‌شان صحبت کنند و در برنامه‌های آموزشی و تفریحی فعالیت کنند."

آقای دکتر ا.م در خصوص لزوم توجه به مشارکت اجتماعی سالمندان در جامعه که یک نیاز اجتماعی و روانی محسوب می‌شود چنین اذعان کرد:

"وسایل مناسب حمل و نقل عمومی برای سالمندان در اولویت است چراکه عدم تأمین این نیازها سبب می‌شود سالمند در اجتماع خود مشارکت نداشته باشد و به مرور زمان ایزوله شود و اطرافیان به دلایلی آن‌ها را طرد می‌کنند."

پیامدهای سالمندی

مقوله بعدی بحث پیامدهای سالمندی است. در تعریف پیامد باید گفت هر جا انجام یا عدم انجام عمل و تعامل معینی در پاسخ به امر یا مسئله‌ای یا به منظور اداره یا حفظ موقعیتی از سوی فرد یا افرادی انتخاب شود، پیامدهایی پدید می‌آید که برخی از این پیامدها خواسته و برخی ناخواسته‌اند (طاهری و همکاران به نقل از استراس و کوربین^۱: ۱۳۹۷: ۹۹). از نظر مصاحبه‌شوندگان این پیامدها هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی منفی دارد و در سه بُعد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قابل بررسی است در این خصوص به چند مورد از پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان پرداخته می‌شود.

پیامد منفی اقتصادی سالمندی

در خصوص پیامدهای منفی اقتصادی سالمندی باید گفت اگر با یک نگاه کلیشه‌ای به این مسئله توجه کنیم، می‌توان گفت چون این گروه از جمعیت تولیدکننده نیستند، بنابراین پیامدهای منفی برای کشور دارند. اما اگر بادید وسیع‌تری نگاه کنیم سالمندی جمعیت علاوه بر پیامدهای منفی پیامدهای مثبت زیادی نیز دارد.

آقای دکتر ا. ش:

"از پیامدهای منفی که می‌توان مطرح کرد بحث تبعیض سنی است مثلاً بگوییم: اینکه عمر خود را کرده به جوان کمک کنیم، حتی در مراکز بهداشتی هم این حالت وجود دارد در واقع این نگاه منفی را ترویج می‌کنیم که خود سالمند هم قبول می‌کند، باید خود سالمندان به حق خود آگاه باشند".

آقای دکتر ح. ف این چنین بیان نمود:

"در جوامعی که با بحران سالمندی مواجه‌اند سالمندی جمعیت پیامدهای منفی نیز دارد از پیامدهای منفی اقتصادی می‌توان گفت: نداشتن نیروی کار مفید و کارآمد، گسترش بار بیماری‌ها و افزایش تعداد خانه‌های سالمندان که بعضاً از

کیفیت مناسبی برخوردار نیستند، نداشتن مسکن مناسب برای سالمندان همچنین مسائلی مانند: غذا، دارو، هزینه بیمه، مشاوره‌های پزشکی، چکاب، انواع پروتز و وسایل معمولی موردنیاز و...".

پیامد منفی اجتماعی سالمندی

در خصوص پیامد منفی اجتماعی سالمندی باید گفت اگر نظام بیمه‌ای جامعه خوب تدوین نشده باشد، نمی‌تواند جوابگوی نیازهای سالمندان باشد که این یک پیامد منفی اجتماعی تلقی می‌شود برای مثال ما هم‌اکنون در نقطه سربه سر هستیم به عبارتی با افزایش این روند خروجی افراد در چرخه کار زیاد می‌شود که ممکن است در آینده با مشکل نیروی کار مواجه شویم.

آقای دکتر ا.م در خصوص پیامد منفی اجتماعی این‌گونه اذعان کرد:

"اگر نسبت سرباری در جامعه‌ای زیاد شود تعداد افراد فعال کم می‌شود و نیاز به سیستم سلامت بیشتر می‌شود".

خانم دکتر ف.ص نیز اذعان کرد:

"پیامدهای منفی اجتماعی دربرگیرنده احساس طرد در سالمندان، نداشتن پوشش بیمه‌ای مناسب، عدم حمایت از جانب خانواده است".

پیامد منفی فرهنگی سالمندی

در خصوص پیامدهای منفی فرهنگی سالمندی که در صحبت‌های مصاحبه شوندگان ملاحظه گردید بیشترین دلایل مطرح شده ایجاد شکاف نسلی بین اعضای خانواده است به طوری که خانواده‌ها ترجیح می‌دهند آن‌ها را به خانه‌های سالمندان تحویل دهند.

پیامد مثبت اقتصادی سالمندی

سالمندی جمعیت پیامدهای مثبتی هم در جنبه‌های اقتصادی دارد از جمله اینکه وقتی جامعه‌ای سالمند می‌شود اشتغال‌زایی رونق می‌یابد و فرصت‌های شغلی زیادی

فراهم می‌شود، نیاز به فناوری زیاد می‌شود و انواع تخصص‌ها ایجاد می‌گردد همچنین سبب رونق علم می‌گردد. خانم دکتر ف.ی پیامد مثبت اقتصادی را این‌چنین بیان کرد: "سالمندان از هزینه‌ها کم می‌کنند و مثلاً مراقب کودکان در خانواده‌ها هستند".

پیامد مثبت اجتماعی سالمندی

مهم‌ترین پیامد مثبت اجتماعی سالمندی تقویت بُعد اجتماعی خانواده است به‌طوری‌که اگر بین اعضای خانواده اختلافی به وجود آید سالمندان نقش میانجی را دارند. استفاده از تجارب سالمندان در تربیت فرزندان و نسل بعدی در خانواده، افزایش مشارکت اجتماعی آن‌ها نیز از دیگر پیامدهای مثبت سالمندی است.

نظر خانم م.ج درباره پیامد مثبت اجتماعی:

"از پیامدهای اجتماعی مثبت سالمندی تشکیل گروه همیار سالمندان است به‌طوری‌که در این فضاها افراد سالمند با قرار گرفتن در کنارهم برگزاری جلسات مشاوره گروهی از تجارب یکدیگر بهره‌مند شده و زمینه بروز خلاقیت و افزایش اعتمادبه‌نفس و بعضاً خوداتکایی آن‌ها فراهم می‌شود".

خانم دکتر ب.ج:

"در عرصه پیامدهای اجتماعی مثبت با آشنا کردن آن‌ها با فضای مجازی، اینترنت، عادت دادن به مطالعه، مشارکت در گروه‌های رسمی و غیررسمی و مسئولیت دادن، آن‌ها می‌توانند به‌صورت فعال و توانمند در عرصه اجتماع حضور پیدا کنند و در نتیجه به‌عنوان سالمندان جوان باقی بمانند و کمتر شکافی را بین خود و جامعه و اطرافیان احساس خواهند کرد".

پیامد مثبت فرهنگی سالمندی

در خصوص پیامد مثبت فرهنگی سالمندی باید گفت سالمندان به‌عنوان رهبران فرهنگی و سرمایه فرهنگی در جامعه قلمداد می‌شوند. جامعه‌ای که از تجارب سالمندان

بهره‌مند می‌شود در مواجهه با بحران به وجود آمده، کمتر از واکنش‌های هیجان‌مدار و افراطی استفاده می‌کند.

آقای دکتر ع.ا. در خصوص پیامد مثبت فرهنگی این چنین بیان کرد:
"کم شدن جرائم در یک جامعه مهم‌ترین پیامد فرهنگی آن است، برای مثال در مورد دخترانی که از حقوق مالی پدران‌شان استفاده می‌کنند این مسئله خود زمینه جلوگیری از بسیاری از آسیب‌هاست".
آقای دکتر ح. ب اظهار داشت:
"سالمندان در خانواده نقش انسجام‌دهنده را دارند بچه‌هایی که پیش‌پدر بزرگ‌اند احترام به بزرگ‌تر را یاد می‌گیرند".

مسئله‌ساز شدن پدیده سالمندی

مقوله بعدی مسئله‌ساز بودن پدیده سالمندی است. در این خصوص می‌توان گفت اگرچه کشور ایران هم مثل سایر کشورها با بروز پدیده سالمندی مواجه است اما به دلیل ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی حاکم بر جامعه ایران، پدیده سالمندی در غالب یک مسئله اجتماعی نیز مطرح می‌شود. رایبگتن و واینبرگ در تعریف مسئله اجتماعی می‌گویند جامعه‌شناسان معمولاً مسئله اجتماعی را وضعیت اظهار شده‌ای می‌دانند که با ارزش‌های شمار مهمی از مردم مغایرت دارد و معتقدند باید برای آن وضعیت اقدام کرد. منظور آن‌ها از وضعیت اظهار شده هم وضعیتی است که می‌گویند وجود دارد. مردم در مورد آن صحبت می‌کنند و ممکن است در رادیو، تلویزیون و مطبوعات هم پوشش خبری داشته باشد. درعین حال مسائل اجتماعی همواره در چارچوب یک نظام ارزشی خاص معنا می‌یابند. به این معنی که مردم (در معنای کلی آن) نسبت به موضوعاتی حساس می‌شوند و برای حل آن‌ها اقدام می‌کنند که در نظام فرهنگی بار منفی داشته باشد (صدیق سروستانی و عنبری، ۱۳۸۳: ۸۱).

در خصوص پاسخ به مسئله‌ساز شدن سالمندی مصاحبه‌شوندگان به‌طورکلی اظهارداشتند که اگر برنامه‌ریزی مناسبی چه از طرف دولت و چه از طرف فرد سالمند وجود نداشته باشد سالمندی جمعیت مسئله‌ساز می‌شود. آنچه مهم است برنامه‌ای که هزینه‌ها را کم کند و دائم باشد و در جهت توانمند کردن سالمند هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی و اجتماعی باشد و حضور نیروهای ثابتی که فعالانه بتوانند کمک کنند، به عبارتی پیشگیری بهتر از درمان است. همچنین اتخاذ سالمندی پویا و فعال با دو مؤلفه محیطی و جنسیتی همراه است، البته این تدابیر با توجه به محیط‌های متفاوت و جنسیت‌های متفاوت، جداگانه تعبیر می‌شوند.

خانم دکتر ف.م. چنین بیان کرد:

"استانداردسازی فضاهای سالمندی برای بروز مشکلات سالمندان مهم است و باید دید آیا جامعه آمادگی لازم برای ارائه خدمات به سالمندان را دارد؟ مثلاً آیا به اندازه کافی خانه سالمندان داریم؟ آیا سیستم حمل‌ونقل مناسب در سطوح شهرها نیازهای سالمندان و معلولین را در نظر گرفته است؟"

آقای دکتر م. الف می‌گوید:

"با یک مثال ساده به یک لایه‌بندی جمعیتی نیاز داریم. مثلاً یک فرد سالمند با چه سطح درآمدی مواجه است، یک مسئله حقوق دوره اشتغال است و این سطح پایین باعث می‌شود که وقتی از بازار کار خارج می‌شوند با مسئله روبه‌رو می‌شوند مثلاً با ازدواج فرزندان، شبکه‌های جدید برای سالمندان ایجاد می‌شود که ممکن است مسائل جدیدی نیز ایجاد کند."

آقای دکتر م. م. اظهار داشت:

"اگر سیاست‌گذاری مناسب اجرا نشود گسترش بار بیماری‌ها، مسائل بهداشتی و افزایش خانه‌های سالمندان را در پی خواهد داشت. چون خانواده‌ها روزبه‌روز بیشتر هسته‌ای می‌شوند، امکان ساماندهی سالمند با کیفیت مناسب از طریق خانواده به‌طور کامل امکان‌پذیر نیست. بنابراین از طریق ان‌جی‌ا^۱ها، گسترش رابطه دولت با

خانواده، تقویت خانه‌های سالمندان، شهرک‌های مخصوص سالمندی، باید از الان برنامه‌ریزی شود".

نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مطالعه ادراک متخصصان حوزه سالمندی پیرامون پدیده سالمندی بوده است. با بررسی و تجزیه و تحلیل آنچه کارشناسان و متخصصان حوزه سالمندی بیان کردند، در نهایت سه دسته مقولات محوری در قالب نیازهای سالمندان، پیامدهای سالمندی و مسئله ساز بودن استخراج شد.

اولین مقوله ای که از این پژوهش استخراج شد، توجه به نیازهای سالمندان بوده است که در قالب سه دسته نیاز اساسی شامل نیازهای بهداشتی، اجتماعی و روانی بوده است. بوریچ^۱ نیز پنج نیاز اساسی را در این خصوص مطرح می‌کند که شامل این مواردند: (۱) مسکن (۲) بهداشت جسمی و روانی (۳) بیمه‌ها و تأمین اجتماعی (۴) اشتغال (۵) امنیت (ابراهیمی، ۱۳۹۴: ۶۳). در این سه دسته نیاز، نیازهای بهداشتی در اولویت اول بوده‌اند که تحقیقاتی چون روانی پور و همکاران (۱۳۸۷: ۱۹) بر این یافته صحه می‌گذارند. با توجه به نقل قول‌های صورت گرفته از پژوهشگران پیشین و همسویی آن با یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان گفت توجه به نیازهای اقتصادی و اولیه سالمندان از اهمیت بالایی برخوردار است و تأمین آن زمینه‌ساز تأمین سایر نیازهاست.

همچنین سلامت جنسی نیز در زمره نیازهای بهداشتی سالمندان در نظر گرفته می‌شود که در این پژوهش نیز به آن پرداخته شد که همسویی بالایی با تحقیقات (تکبیری بروجنی، ایمنی و عزیز فیلی، ۱۳۹۶: ۹۱) داشته که اشاره داشتند، رضایت زناشویی در سالمندانی که رضایت جنسی بالاتری داشتند به‌طور معناداری بیشتر از سالمندانی بود که رضایت جنسی پایین داشتند. بنابراین باید گفت نیازهای جنسی سالمندان می‌تواند زندگی شخصی و وضعیت سلامتی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد.

از دیگر نیازهای مهم سالمندان نیازهای اجتماعی بود. طبق یافته‌های این پژوهش حمایت‌های اجتماعی ابتدا در خانواده، سپس در محله با دوستان و همسایگان و در نهایت در جامعه شکل می‌گیرد. طبق نظریه‌گزینش اجتماعی-هیجانی وقتی افراد پیر می‌شوند شبکه‌های اجتماعی آنها گزینشی‌تر می‌شود که این تلاشی است برای تنظیم کردن هیجان ناشی از تعامل، داشتن روابط خوشایند و اجتناب از روابط ناخوشایند و استرس زا، یعنی توجه به کیفیت روابط بجای کمیت آنها (سترسن، ۱۳۸۷: ۱۵۶). از دیگر نیازهای اجتماعی سالمندان که این پژوهش به آن پرداخته است بیمه‌های اجتماعی است بطوریکه پوشش بیمه‌ای مناسب می‌تواند در کاهش مشکلات سالمندی مؤثر باشد. پژوهش زندگی و همکاران (۱۳۹۴: ۸۷) نیز نشان داد که هزینه خدمات بستری در بیماران سالمند در مقایسه با بیماران غیرسالمند بالاتر بوده است، پس اهمیت توجه سیاست‌گذاران سلامت به برنامه‌ریزی جهت پاسخگویی به هزینه‌های خدمات سلامت سالمندان دیده می‌شود.

نیاز اجتماعی دیگر سالمندان که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت وضعیت اوقات فراغت آنهاست، چراکه سالمندان زمان خالی زیادی را پیش رودارند و با داشتن اوقات فراغت درست می‌توان افسردگی سالمندان را کاهش داد. از نیازهای اجتماعی دیگر سالمندان که این پژوهش به آن پرداخته است مشارکت اجتماعی است که توجه به این نیاز سبب می‌شود سالمندان در جامعه مورد طرد قرار نگیرند. از طرفی وضعیت فعالیت‌های اجتماعی اکثر سالمندان در حد متوسط است، که می‌تواند ناشی از افزایش سن و از بین رفتن انگیزه‌های زندگی باشد (صابریان، آقاجانی و قربانی، ۱۳۸۲: ۹). همچنین مطالعات درویش پورکاخکی، عابدسعیدی و عباس زاده (۱۳۹۳: ۱۴) نشان داد که مشارکت اجتماعی در دوران سالمندی علاوه بر کاهش میزان مرگ‌ومیر، از کارافتادگی و افسردگی سالمندان، منجر به احساس سلامتی، بهبود شناختی و رفتارهای سلامتی آنان می‌شود.

از یافته‌های دیگر این پژوهش نیازهای روانی سالمندان است، که نیاز به ازدواج در سالمندان از مواردی بوده است که در این پژوهش مورد توجه متخصصان قرار گرفته است. به این دلیل که سالمندان فاقد منابع مجدد دوستی هستند. زیرا بیشتر آن‌ها کار نمی‌کنند و موقعیت ایجاد روابط دوستانه در فضای کار را ندارند و دوستان هم‌سن‌وسالشان را نیز به‌نوعی ازدست‌داده‌اند که این مسئله نیز تنهایی آن‌ها را افزایش می‌دهد. به همین علت ازدواج سالمندان می‌تواند در این خصوص راهگشا باشد. به‌عنوان مثال تحقیقاتی از جمله زارعی (۱۳۹۵: ۶۷) نشان دادند که ازدواج سالمندان، استرس‌های آن‌ها را کمتر می‌کند و سالمندانی که در سنین سالمندی ازدواج کرده‌اند، عمر طولانی‌تری دارند. همچنین یکسری هزینه‌های نگهداری کاهش می‌یابد و همین‌طور فشارهای روانی و فیزیکی فرزندان، که برای مدام سر زدن به آن‌ها وارد می‌آید، کم می‌شود که این یافته‌ها در این پژوهش مورد تایید متخصصین قرار گرفت.

دیگر نیازهای روانی سالمندان که این پژوهش به آن پرداخته است حس تعلق به گروه است که این مسئله سبب فعالیت روانی و فیزیکی سالمندان می‌شود که خود زمینه جلوگیری از افسردگی در آن‌ها است. از طرفی تنوع قومیتی و فرهنگی در کشور ما شرایط نیازهای سالمندان را متفاوت کرده است و به نظر می‌رسد اگر توجهی به مسئله نیازها شده است بیشتر بر جنبه‌های جسمی و فیزیکی بوده است و در حوزه مسائل اجتماعی و روانی توجه‌اندکی به این مسئله شده است.

مقوله بعدی که در این پژوهش مطرح شد پیامدهای سالمندی است. این پژوهش نشان داد که سالمندی جمعیت می‌تواند پیامدهای متنوعی در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر ساختار کشور بگذارد که هم جنبه مثبت و هم جنبه منفی دارد. همان‌طور که در بحث‌های متخصصین مطرح شد سالمند شدن جمعیت در ابتدای امر در بُعد اقتصادی (پیامد منفی) رشد بیماری‌های مزمن را در پی دارد و می‌تواند هزینه‌های مالی سنگینی را تحمیل کند. پوشش بیمه‌ای نامناسب برای سالمندان، نبود مراکز مراقبت و نگهداری از سالمندان، نبود امکانات و تجهیزات مناسب سالمندان در بیمارستان و عدم برنامه-

ریزی در جهت آموزش تعداد متخصصان این رشته در تشدید مشکلات سالمندی و پیامدهای منفی آن بسیار مؤثر است که همگی از پیامدهای منفی اقتصادی سالمند شدن جمعیت است که این پژوهش به آن پرداخته است. در خصوص پیامدهای اجتماعی (منفی) سالمندی این پژوهش نشان داد که در آینده شاهد رشد بالای جمعیت ۶۰ سال خواهیم بود که بالا بودن هزینه‌های درمانی گروه‌های سنی بالای شصت سال باعث افزایش هزینه‌های درمانی سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود. روند سالمند شدن جمعیت مؤید این نکته است که سازمان‌های بیمه‌گر می‌بایست به شدت به فکر آمادگی لازم برای مدیریت بهینه منابع باشند (شجاعی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۳).

از پیامدهای منفی فرهنگی سالمند شدن جمعیت که این پژوهش به آن پرداخته است، ایجاد شکاف نسلی و به خطر افتادن امنیت سیاسی کشور است. با این حال همان‌طور که در مطالب بالا به آن اشاره شد سالمندی جمعیت پیامدهای مثبت زیادی نیز دارد. از پیامدهای مثبت اقتصادی که در این پژوهش به آن پرداخته شد می‌توان اشتغال‌زایی، رونق علم و ایجاد انواع تخصص‌ها را نام برد. تقویت بُعد اجتماعی خانواده، مراقبت از کودکان و مشارکت در گروه‌های رسمی از پیامدهای اجتماعی مثبت سالمند شدن است. از مهم‌ترین پیامدهای مثبت فرهنگی نیز می‌توان کم شدن جرائم در جامعه را مطرح کرد، بطوری که سالمندان به دلیل کم شدن هیجانات پاسخ‌های منطقی‌تری به بحران‌های زندگی خواهند داد و این خود سبب جلوگیری از بسیاری از آسیب‌هاست. از طرفی امروزه شاهد هستیم سه نسل در کنار هم زندگی می‌کنند و این باعث ارتباط و انتقال تجربه‌های درخشان و بی‌نظیر ایشان در میان نسل جدید خواهد بود (شیخی و جواهری ۱۳۹۵: ۱۹).

مقوله بعدی که این پژوهش به آن پرداخته است مسئله‌ساز بودن پدیده سالمندی است. همان‌گونه که متخصصان اشاره کرده‌اند می‌توان گفت سالمندی جمعیت اگر با برنامه‌ریزی، تقویت جمعیت فعال و جایگزینی مثبت صورت گیرد نه تنها یک چالش بلکه به‌عنوان یک فرصت شناخته می‌شود. به طور کلی اگر این موارد در یک جامعه هم

از طرف دولت و هم از طرف خانواده‌ها و اطرافیان سالمند مورد توجه قرار گیرد، امکان رسیدن به سالمندی پویا تحقق پیدا می‌کند.

در پایان باید گفت پژوهش حاضر بر نقش مددکاران اجتماعی به‌عنوان یکی از نیروهای اصلی برای جلوگیری از تبدیل شدن سالمندی به بحران و استفاده از آن به‌عنوان یک فرصت بر ساختار کشور تأکید دارد، که می‌تواند نقش عمده‌ای در برنامه‌ریزی‌های لازم برای پدیده سالمندی ایفا نمایند. بخشی از این فرآیند مرتبط با آموزش و ارتقای فرهنگی خانواده‌ها و خود فرد سالمند است و بخشی نیز مربوط به دولت و جامعه. در واقع مددکاران اجتماعی از زمانی که یک فرد متولد می‌شود تا زمانی که فرد می‌میرد در همه حوزه‌ها می‌توانند در سطوح پیشگیری و درمان دخالت داشته باشند، تا بتوانند در جهت تأمین نیازهای سالمندان و کاهش پیامدهای منفی آن مؤثر باشند.

پیشنهادات

برونداد این پژوهش پیشنهادهایی می‌باشد که در ابعاد بهداشتی، اجتماعی، فرهنگی و روانی سالمندان ارائه می‌گردد:

- با توجه به اینکه یکی از مقوله‌های این پژوهش مقوله بهداشتی سالمندان بود، تاسیس مراکز بهداشت تخصصی و مناسب سازی شده برای سالمندان؛ می‌تواند مفید باشد. علاوه بر این با توجه به افزایش جمعیت سالمندان تربیت و به کارگیری نیروهای متخصص و دغدغه مند حوزه سالمندی؛ در رشته‌های گوناگون پزشکی سالمندی، پرستاری سالمندی، مددکاری سالمندی، روانشناسی سالمندی از مواردی است که می‌توان به آن پرداخت. از طرفی لزوم توجه به سلامت جنسی در کنار سلامت جسمی و آموزش به سالمندان و خانواده‌های ایشان در زمینه نیازهای بهداشتی سالمندان مؤثر می‌باشد.

- از دیگر مقوله‌های سالمندی که این پژوهش به آن پرداخته است بُعد اجتماعی سالمندی است، که در این خصوص ایجاد کانون‌های گردهمایی سالمندان با هدف

معاشرت ایشان؛ لزوم توجه خاص نهادهای تصمیم ساز به حمایت‌های اجتماعی با عنوان بیمه‌های خاص سالمندی؛ لزوم توجه به مناسب سازی فضاهای تفریحی - فرهنگی برای سالمندان پیشنهاد می‌گردد.

- در خصوص مقوله روانی سالمندی؛ مبحث فرهنگ سازی و بسترسازی در جهت تسهیل فرایند ازدواج سالمندان؛ پیشنهاد می‌گردد. همچنین لزوم توجه و توسعه گروه‌های همیار سالمندان با هدایت مددکاران؛ می‌تواند مفید باشد. لزوم توجه ویژه به پدیده افسردگی در میان سالمندان با فراهم کردن افزایش امکان حضورپذیری سالمندان در سفرهای گروهی درون شهری و برون شهری با رهبری مددکاران می‌تواند مفید باشد.

- در خصوص مقوله پیامدهای سالمندی باید گفت لزوم آگاه سازی سالمندان از حقوق مدنی خویش و فرهنگ سازی جهت جلوگیری از تبعیض سنی در جامعه؛ لزوم بسترسازی تعادل بین نسلی و ارزشگذاری به جایگاه سالمندان در نسبت با سایر نسل‌ها؛ حمایت اقتصادی از خانواده سالمند به منظور نگهداری از سالمند در کانون خانواده از جمله اقدامات مهمی در جهت تسهیل و بهبود وضعیت این گروه خواهد بود.

- در خصوص مقوله مسئله ساز شدن سالمندی، لزوم به رسمیت شناختن سالمندان در نظام برنامه‌ریزی کشور؛ لزوم توجه و آموزش به گروه‌های سالمندی به منظور ارتقا خودمراقبتی؛ لزوم توجه به لایه بندی جمعیتی در فرایند برنامه‌ریزی بومی می‌تواند راهگشا باشد.

تشکر و قدردانی:

در پایان از همه استادان و متخصصانی که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، قدردانی به عمل می‌آید. همینطور تشکر ویژه از استاد ارجمندمان جناب آقای دکتر امین ابراهیمی دهکردی که با نکته سنجی‌ها و راهنمایی‌های‌شان ما را در انجام این اثر یاری نمودند.

منابع

- ابراهیمی، مهدی. (۱۳۹۴)، «نگاهی به پژوهش‌های رفاه اجتماعی در ایران با تمرکز بر مقالات علمی پژوهشی دوره زمانی ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳»، *فصلنامه تأمین اجتماعی*، سال سیزدهم، شماره اول: ۱-۱۸۰.
- اسداللهی، عبدالرحیم؛ حسین‌زاده، علی حسین؛ محسنی تبریزی، علیرضا و نبوی، عبدالحسین. (۱۳۹۲)، «سبک زندگی شهری و مشارکت اجتماعی شهروندان سالمند اهوازی؛ یک پیمایش منطقه‌ای»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال اول، شماره ۴۹: ۱-۱۶.
- ایلالی، احترام السادات؛ بشکنی، محبوبه و جهان‌بخش، فاطمه. (۱۳۹۷)، «مروری بر تأثیر اوقات فراغت بر افسردگی سالمندان»، *فصلنامه تعالی آموزشی پژوهشی*، سال هشتم، شماره ۲: ۵-۶۰.
- *برنامه سوم پنج ساله کشور*: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/93301>
- تکبیری بروجنی، آناهیتا؛ ایمنی، ملیحه و عزیزی فینی، اسماعیل. (۱۳۹۶)، «بررسی ارتباط رضایتمندی جنسی و رضایت زناشویی در سالمندان»، *نشریه سالمندشناسی*، سال دوم، شماره ۲: ۴۳-۵۰.
- درویش پور کاخکی، علی؛ عابد سعیدی، ژیلا و عباس زاده، عباس. (۱۳۹۳)، «میزان مشارکت اجتماعی، موانع و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر تهران»، *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، سال چهارم، شماره ۱۲: ۶۵-۷۳.
- روانی پور، مریم؛ صالحی، شایسته؛ طالقانی، فریبا و عابدی، حیدر علی. (۱۳۸۷)، «توانمندی در دوران سالمندی: یک بررسی کیفی»، *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی*، سال چهاردهم، شماره ۴: ۴۴۷-۴۵۳.
- ریماز، شهناز؛ غریب‌نواز، حسن؛ ابوالقاسمی، جمیله و سراجی، شیرین. (۱۳۹۲)، «تعیین ارتباط ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی سالمندان منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۳۹۲»، *مجله آموزش و سلامت جامعه*، سال دوم، شماره ۱: ۲۹-۳۷.
- زندی، شکرالله؛ پور رضا، ابوالقاسم و صلواتی، صدیقه. (۱۳۹۵)، «بررسی الگوی مصرف و هزینه خدمات بستری سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران»، *فصلنامه علمی پژوهشی سلامت‌محور*، سال دوم، شماره ۱: ۱۵-۲۷.

- زنجری، نسیمه؛ شریفیان ثانی، مریم؛ حسینی چاوشی، میمنت؛ رفیعی، حسن و محمدی شاهبلاغی، فرحناز (۱۳۹۶)، مقایسه دیدگاه متخصصان و سالمندان پیرامون سالمندی موفق، *مجله علوم پزشکی خراسان شمالی*، سال چهارم، شماره ۲: ۴۲-۵۱.
- زارعی، حلیمه (۱۳۹۵)، «بررسی میزان رضایت از ازدواج در دوره سالمندی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان سنندج در سال ۱۳۹۵»، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، رشته سلامت سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سام آرام، عزت‌الله (۱۳۷۰)، «مسائل سالمندی در ایران (مطالعه‌ای در جمعیت‌شناسی سالمندان ایران)»، *فصلنامه علوم اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۱۲، ۱۱۳-۱۲۸.
- سترسن، ریچارد و آنجل، ژاکلین (۱۳۸۷)، جامعه‌شناسی سالمندی: روندها و نظریه‌ها، ترجمه: مجتبی امیری و مرجان صفاری، *انتشارات دانشگاه تهران*، چاپ اول.
- شجاعی، علی؛ اکبری کامرانی، احمدعلی؛ فدای وطن، رضا؛ عظیمیان، مجتبی؛ غفاری، مجتبی و جمالی، مجتبی (۱۳۹۰)، «هزینه‌های درمانی و بیماری‌ها در سالمندان تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی استان تهران ۱۳۸۷-۱۳۸۶»، *مجله سالمندی ایران*، سال ششم، شماره ۲۲: ۶۵-۷۴.
- شولتز، دوان پی و شولتز، سیدنی ال. (۱۳۸۷)، *نظریه‌های شخصیت*، ترجمه: یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات رشد، چاپ هفتم.
- شیخی، محمدتقی و جواهری، محمود (۱۳۹۵)، «سالمندان و خدمات اجتماعی در سالمندان»، *فصلنامه جمعیت*، سال بیست و سوم، دوره ۵۱: ۷۰-۹۶.
- صابریان، معصومه؛ حاجی آقاجانی، سعید و قربانی، راهب (۱۳۹۳)، «بررسی وضعیت اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و نحوه گذران اوقات فراغت سالمندان ساکن در مناطق شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سمنان»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، سال سوم، شماره چهارم: ۱۲۹-۱۳۴.
- صدیق سروستانی، رحمت‌الله و عنبری، موسی (۱۳۸۳)، «باورهای خرده‌فرهنگی و مشارکت امدادی در ایران»، *نامه علوم اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۸۱: ۲۴-۱۱۵.
- ضیایی بیدگلی، محمدتقی؛ کلانتری، صمد و علیزاده اقدم، محمدباقر (۱۳۹۰)، «رابطه بین میزان باروری کل با توسعه اقتصادی و اجتماعی»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال پنجم، شماره ۲۱: ۱۲۱-۱۴۰.

مطالعه ادراک متخصصان حوزه سالمندی پیرامون ... ۱۵۵

- طاهری، رؤیا؛ آقاجانی، حسین و گل دی، علیرضا. (۱۳۹۶)، «واکاوی پدیده طلاق، ریشه‌ها و پیامدها در شهر تهران»، *فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران*، سال نهم، شماره دوم: ۱۳۹-۱۶۴.
- عامری، گلناز؛ گواری، فاطمه؛ نظری، طاهره؛ رشیدی نژاد، معصومه و افشار زاده، پوران. (۱۳۹۷)، «تعاریف و نظریه‌های سالمندی»، *مجله حیات*، سال هشتم، شماره ۱: ۵-۱۳.
- عیسی‌لو، شهاب‌الدین؛ جمعه‌پور محمود و خاکساری، علی، (۱۳۹۴)، «نیازها و مشکلات سالمندان در فضای شهری. مورد شناسی: (خیابان‌های بخش مرکزی شهر قم)»، *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی* سال پنجم، شماره ۶: ۴۶-۵۱.
- غلامعلی‌زاده، حمزه و قرشی، سیده صدیقه. (۱۳۹۴)، بررسی نظریه‌های سالمندی و چگونگی استفاده از آنها در طراحی فضاهای زیست سالمندان، *دومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در علوم و تکنولوژی*، استانبول.
- فرشته، پیروز؛ محمدی شاه بلاغی، فرحناز و فروغان، مهشید. (۱۳۹۵)، «فراوانی بیماری‌ها و مشکلات جسمی در بازنشستگان نیروهای مسلح؛ مطالعه موردی شهر تهران»، *طب جانباز*، سال اول، شماره ۱: ۵۶-۵۳.
- فقیهی، ابوالحسن و عزیززاده، محسن. (۱۳۸۴)، «روایی در تحقیق کیفی»، *نشریه مدیریت فرهنگ سازمانی*، سال سوم، شماره ۳: ۵-۱۹.
- کلدی، علیرضا؛ اکبری کامرانی، احمدعلی و فروغان، مهشید. (۱۳۸۳)، «مسائل و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی سالمندان منطقه ۱۳ تهران» *رفاه اجتماعی*، سال چهارم، شماره ۱۴: ۲۴۹-۲۳۳.
- محمودپور، احمد. (۱۳۹۲)، «تحلیل داده‌های کیفی رویه‌ها و مدل‌ها»، *نشریه نامه انسان‌شناسی*، سال پنجم، شماره ۱۰: ۱۷-۲۹.
- مشفق، محمود؛ محمودی، محمدجواد و مطیع حق‌شناس، نادر. (۱۳۹۱)، «چشم‌انداز تحولات جمعیتی ایران: لزوم تجدیدنظر در سیاست‌های جمعیتی»، *فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده*، سال چهاردهم، شماره ۵۵: ۱۵۲-۱۷۲.
- هروی کریم‌لو، مجیده؛ انوشه، منیره؛ فروغان، مهشید؛ شیخی، محمدتقی؛ حاجی‌زاده، ابراهیم؛ سیدباقر مداح، منیرالسادات؛ محمدی، عیسی و احمدی، فضل‌الله. (۱۳۸۶)، «تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون پدیده احساس تنهایی: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی»، *مجله سالمندی ایران*، سال دوم، شماره ۶: ۴۱۰-۴۲۰.

- Ameri, G., et al. (2002). *The adult age theories and definitions*. Hayat. 8(1): p. 4-13.
- Baltes ,M.&Carstensen, L.(1996). *The Process of Successful Ageing*. Ageing & Society.
- Barker M, O'Hanlon A, McGee HM, Hickey A, Conroy RM. (2007). *Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging*. BioMed Central Geriatrics; 7(1):9.
- Delaware, B. (2000). *The Health status of elderly in Iran. Elderly Proceedings*, Tehran, pp. 50-100.
- Demakakos P, Hacker E, Gjonca E. (2006). Perceptions of ageing. Retirement, health and relationships of the older population in England. *In: Banks J, Breeze E, Lessof C, Nazroo J, editors. Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 2)*. London: The Institute for Fiscal Studies, pp. 339-366.
- Gurung, R.A., S.E. Taylor, and T.E. (2003). *Seeman, Accounting for changes in social support among married older adults: insights from the MacArthur Studies of Successful Aging*. Psychology and aging. 18(3): p. 487.
- Kelly, J., Clark, E.J. (2010). *NASW care givers of older adults*, NASW.
- Ker, B., Gordon, J., MacDonald, C., Stalker, K. (2005). *Effective social work with older people: A paper prepared for the Scottish executive by the social work research Centre*, university of as part of the 21st century social work review. *Social Research*.
- Macia E, Lahmam A, Baali A, Boëtsch G, Chapuis-Lucciani N. (2009). Perception of age stereotypes and self-perception of aging: A comparison of French and Moroccan populations. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*; 24(4):391-410.
- McGee H, Morgan K, Hickey A, Burke H, Savva G. *Quality of life and beliefs about ageing*. In: Barrett A, Savva G, Timonen V, Kenny RA, editors. (2011). *Fifty plus in Ireland 2011: first results from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)*. Dublin: Trinity College Dublin; pp. 265-292.
- Musaiger AO, D'Souza R.(2009). *Role of age and gender in the perception of aging: A community-based survey in Kuwait*. Archives of Gerontology and Geriatrics; 48(1):50-7.
- O'Toole, P. (2011). *How Organizations Remember: Retaining Knowledge through Organizational Action*. Springer, New York, United States of America.

- Pachana, N.A., et al . (2008). Responsiveness of the Duke Social Support subscales in older women. *Age and ageing*. 37(6): p. 666-672.
- Rosenberg J. (2009). *Working in social work: The real world guide to practice setting*. Taylor & francisgroup, new York. Pp 15- 29.
- Philip Rice F. (1992). *Human development:A life-span approach*. London: Macmillan Publishing Company.
- Silva MD, Boemer MR. (2009). *The experience of aging: A phenomenological perspective*. Revista Latino-Americana de Enfermagem; 17(3):380-6.
- Waneen W. Spirduso .w.w., Cronin, DL. (2001). *Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults*. *Medicine and Science in sport and Exercise*, 33 (6suppl.) s598-s608, discussion 6609-s610.

