فصل‌نامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی-فرهنگی، دوره‌ی دوازدهم، شماره‌ی ۳، زمستان ۱۴۰۲، صفحات۱۰۸-۸۲

مقاله پژوهشی

بحران سالمندی در ایران، چالش‌ها و راهکارها

فریدون تقی پور[۱]؛ داود ابراهیم پور[۲]؛ صمد صباغ[۳]؛ محمود علمی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌ها و راهکارهای بحران سالمندی در ایران انجام شده است. روش پژوهش با رویکرد کیفی از نوع تحلیل مضمون است. نمونهٔ پژوهش، ۲۷ سند پژوهش را با اعتبارسنجی ۱۰ مصاحبهٔ نیمه ساختاریافته از خبرگان با معیار درون گنجی تشکیل می‌دهد که با روش نمونه‌گیری از نوع نظری هدفمند انتخاب شده‌اند. برای سنجش اعتبار پژوهش، از روش آزمون- بازآزمون استفاده شده است و نتایج این دو کدگذاری با بهره‌گیری از روش هولستی، ۰/۹۱ به دست آمد. تحلیل داده‌ها نیز با بهره‌گیری از نرم‌افزار کیفی MAXQDA انجام شد. یافته‌های پژوهش عبارتند از: ۱. مختصات بحرانِ سالمندی با مؤلفه‌های واپسماندگی و حاشیه‌ای شدن، منزلت‌زدایی، بی‌معنایی و پیدایی قشر ناامید، زنانه شدن سالمندی، تورم نیازمندی، انباشت بیماری‌ها، احساس بی‌ارزشی، تنهایی و افسردگی، رهاشدگی، اضطراب وجودی و رشد انفجاری جمعیت ۲. پیدایی و تشدید بحران سالمندی ناشی از وجود شبکهٔ تبیینی چندگانه با عناصر ۱۸گانه شامل تضعیف حمایت‌گرهای عاطفی، اثر عارضی مدرنیزاسیون، تغییرات کمی و کیفی دینداری و از دست رفتن حمایت‌گرهای دینی، کاهش فرصت حضور و مشارکت سالمندان در جامعه، بازنمایی غیرحمایتی صنعت فرهنگ از سالمند و الگوی شهرسازی غیرحمایتگر. در نتیجه، همسو با فضای تبیینی بحران سالمندی، تجویزات راهبردی به عنوان راهکار پیشنهاد شد.

واژه‌های کلیدی: بحران سالمندی؛ تحلیل مضمون؛ حمایت‌گرهای سالمندی؛ معیارهای درون‌گنجی.

[۱] . دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.
f.taghipour@cfu.ac.ir

[۲] . استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران (نویسندهٔ مسؤول).
ebrahimpoord@iaut.ac.ir

[۳] . استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.
drsabbagh_samad@yahoo.com

[۴] . استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران.
drmahmoodelmi@gmail.com

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

مقدمه و بیان مسأله

بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سالمندی عبور از مرز ٦٠ سالگی است. در واقع، سالمندی بخشی از روند طبیعی زندگی انسان محسوب می‌شود و نمی‌توان آن را متوقف و یا معکوس نمود (وان گانس و دنت[1]، ۲۰۱۸). از این‌رو سالم پیر شدن حق همهٔ افراد است و این امر بر اهمیت پدیدهٔ سالمندی و پیشگیری از مشکلات آن می‌افزاید. بنابراین، با نگاهی به تغییرات جمعیتی، آمار سالمندان جهان رو به افزایش است. با این نگاه، مطابق با گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۹) در سال ۲۰۰۰، حدود ششصد میلیون نفر انسان ٦٠ سال و بالاتر وجود داشت که این رقم در سال ۲۰۲۵ به یک میلیارد و دویست میلیون نفر (١٤ درصد از کل جمعیت جهان) و در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر (۲۱/۸ درصد) خواهد رسید. باید گفت که جامعهٔ ایران نیز در این مورد وضعیت مشابهی دارد. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ بیش از ٦ میلیون (۸/۲درصد) جمعیت ایران را افراد ٦٠ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵).

مطابق برآوردهای مراجع بین‌المللی، جمعیت سالمند ایران از سال ١٤١٩ رشد سریع‌تری نسبت به سایر نقاط جهان خواهد یافت و تا سال ١٤٢٤ از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد از آسیا نیز پیشی خواهد گرفت (میرزایی و شمس قهفرخی، ١٣٨٦). این در حالی هست که طبق یک برآورد پیش‌بینی می‌شود جمعیت سالمندان ایران در سال ١٤٢٨ به حدود ٢٦ میلیون نفر برسد (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۵؛ نقل شده از رمضانی‌اول و همکاران، ۱۳۹۹). به گونه‌ای که هم‌اکنون ایران، پس از امارات و بحرین سومین کشور جهان از نظر سرعت پیری جمعیت می‌باشد. در نتیجه، پیش‌بینی جمعیت در کشور نشان می‌دهد با هر سناریویی ایران در آینده، با پدیدهٔ سالمندی جمعیت روبه‌رو خواهد شد و این امر اجتناب‌ناپذیر است. حتی اگر باروری بالا رود، حجم جمعیت جوان حاضر (متولدین دههٔ شصت)، تا سه یا چهار دههٔ دیگر وارد سن سالمندی خواهند شد که نیازمند به کارگیری سیاست «سالمندی سالم» است. این در حالی است که سالمندی، هشدار و یا بحران جمعیتی نیست، بلکه اغلب ساختارهای جمعیتی در طی گذار و انتقال جمعیتی با سالمندی روبه‌رو می‌شوند که امری طبیعی است، اما به عنوان یک چالش باید به آن نگاه کرد.

یکی از این چالش‌ها، قدرت و نفوذ تأثیرگذاری پدیدهٔ سالخوردگی جمعیت به عنوان یکی از عناصر اصلی و تعیین کنندهٔ تغییرات اجتماعی در نیمهٔ اول قرن بیست و یکم و پس از آن باقی

[1] van Gaans and Dent

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

خواهد ماند (رولاند[1]، ۳۸:۱۳۹٦). علاوه بر این، سالخوردگی و سالمندی نیازهای خاص خود را دارد. در برنامه‌ریزی برای سالمندان بایستی موضوعات مختلف مانند سلامت جسمی و روانی، پیامدهای تغییرات اقتصادی، بهبود کیفیت و استانداردهای زندگی سالمندان و ارتقای شرایط اجتماعی را باید در نظر گرفت. همچنین حمایت‌های هدفمند از مطالعات سالمندی یک امر ضروری است. برای پرداختن به پدیدهٔ سالمندی به اطلاعات دقیق و جامع در این زمینه نیاز است. اطلاعات دقیق و کافی پایهٔ هر گونه برنامه‌ریزی مؤثر است؛ برای این منظور افزایش تحقیقات کاربردی ضرورت دارد.

با این مفروضات، محققین و پژوهشگران مطالعات سالمندی در جهان رویکردهای نظری مختلفی برای تحلیل پدیدهٔ سالمندی به عنوان یک چالش حال حاضر و آینده ارائه داده‌اند. در مطالعات ایرانی نیز سالمندی همواره یکی از موضوعات پژوهشی بوده است، اما جامعه‌شناسی سالمندی خلاء قابل اعتنا در مطالعات این حوزه است. تاکنون مطالعات سالمندی در جامعهٔ ایرانی عمدتاً در سیطرهٔ سنت روان شناختی، پزشکی و سلامت و جمعیت‌شناختی بوده است، اما در این پژوهش تلاش شده است تا با شرح دسته‌بندی و ساماندهی تقریباً جامعی از مسائل سالمندی، درک عمیق و جامعی از این موضوع ارائه گردد که می‌تواند راهنمای پژوهشگران آینده‌پژوه مطالعات سالمندی و مسؤولین ذی‌ربط در ایران باشد. در همین راستا، این پژوهش به دنبال آن است تا به مفهوم سازی بحران سالمندی و مختصات آن در ایران توجه نماید و بر اساس واقعیت‌های موجود، چالش‌های سالمندی در ایران را مورد بررسی قرار دهد و به ارائهٔ راهکارهای متناسب با این چالش‌ها بپردازد.

مبانی نظری پژوهش

سالمندی فرایندی طبیعی در زندگی انسان و حاصل فرسایش تدریجی ارگان‌های حیاتی است و یا به عبارت دیگر سالمندان افرادی هستند که سن آنها ٦۰ سال یا بالاتر است. پیری یک سراشیبی ساده نیست که همه با یک شتاب آن را به پایین طی کنند، بلکه پلکانی است که برخی از آن با سرعتی بیش از دیگران به پایین می‌آیند (سیدمیرزایی، ٦:۱۳۸٦). بر اساس تعاریف و نظریه‌های مختلف سلامت در سالمندی، اصطلاحات و مفاهیم متعددی برای داشتن سلامت در دورهٔ سالمندی وجود دارد. سالمندی سالم، سالمندی موفق، سالمندی فعال، سالمندی مثبت، سالمندی مولد،

[1] Rowland (Donald Trevor)

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

سالمندی متعالی و سالمندی کارآمد و در نهایت سالمندی خوب، از آن جمله‌اند (سازمان بهداشت جهانی به نقل از طایری و دیگران،۱۴۰۰)

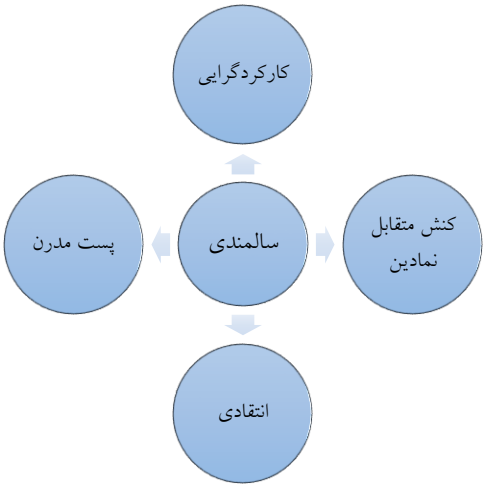
سالمندشناسی نیز مانند جامعه‌شناسی در دو سطح تحقیق کلان و خرد مطرح است. نظریه‌های سطح خرد اجتماعی مانند دیدگاه‌های برساخت گرایی اجتماعی و مبادلهٔ اجتماعی بر عاملیت فردی و همچنین تعاملات فردی و اجتماعی تمرکز دارند. در مقابل، نظریه‌های سطح کلان اجتماعی، عناصر ساختاری که تجارب سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بررسی می‌کنند. می‌توان گفت دیدگاه‌های سطح کلان در این باره که چگونه ساختارهای اجتماعی تجربیات و رفتارها را تحت تأثیر قرار می‌دهند، فهم و تحلیلی ارائه می‌کنند در این زمینه می‌توان به نقش دولت و سیاست‌های اجتماعی و نحوهٔ شکل‌گیری زندگی اجتماعی به وسیله سیاست‌های رفاهی اشاره داشت (اسچولز[1] و دیگران، ۲۰۰۶) در سنخ‌شناسی دیگر، نظریه‌های جامعه‌شناسی سالمندی را در سه پارادایم کارکردگرایی، کنش متقابل نمادین و انتقادی صورت بندی می‌کنند. علاوه بر این سه چشم انداز نظری بایستی به پارادایم پست مدرن سالمندی نیز اشاره کرد.

بیشترین تمرکز پارادایم کارکردگرایی این است که سالمندان به عنوان یک گروه در دورهٔ زندگی سالمندی چگونه با انتقال کارکردی نقش‌ها مواجه می‌شوند، همچنین چگونه افراد با نقش‌ها، هنجارها و انتظارات سالمندی و با ظرفیت‌های جسمی و ذهنی رو به تغییر خود سازگار می‌شوند، (کراسنو و الدر[2]،۲۰۰۲ به نقل از پروایی، شیوا،۱۳۹۹). کنش متقابل نمادین در سطح تحلیل خرد و در قالب سنت نظری تفسیری بر معنا فهم و تفسیر و تجربهٔ زیسته در دورهٔ زندگی سالمندی و اواخر عمر متمرکز است. این پارادایم درصدد فهم آن است که سالمندان چگونه به زندگی خود معنا می‌بخشند و سالمندی در تعاملات اجتماعی چگونه بر ساخته می‌شود. مبتنی بر این پارادایم فکری، تغییرات مرتبط با سالمندی به خودی خود معنای ذاتی ندارند و نگرش نسبت به سالمندی و سالمندان ریشه در جامعه و تعاملات اجتماعی دارد. مبتنی بر پارادایم انتقادی گروه‌های اجتماعی مختلف برای دستیابی به قدرت و منابع کمیاب رقابت می‌کنند. این رویکرد همچنین بر تأثیر دیدگاه‌های منفی دربارهٔ سالمندی و تبعیض سنی علیه سالمندان تأکید می‌کند (هویمن و کیاک[3]، ۲۰۱۱) دیدگاه انتقادی در مورد سیاست‌های اجتماعی و سالمندی، ابزاری برای فهم عوامل اجتماعی اقتصادی و سیاسی و ترتیبات ساختاری ارائه می‌دهد.

[1]Schulz
[2]Crosnoe and Elder
[3]Hooyman and Kiyak

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]



نمودار شمارهٔ یک- چارچوب نظری پژوهش

پیشینه تجربی پژوهش

پژوهش‌های متعددی در رابطه با سالمندی انجام شده است از جمله لادن ناصح و همکاران (۱٤۰۳) پژوهشی با عنوان «سالمندی موفق: تحلیل مفهوم با رویکرد واکر و اوانت به روش تحلیل مفهوم» انجام دادند که در آن ویژگی‌های اصلی مفهوم سالمندی موفق را در برخورداری از سلامت جسمی روانشناختی اجتماعی، عدم وابستگی به دیگران، شادکامی، استمرار و مشارکت فعال در زندگی می‌دانند.

شیوا پروایی (۱٤۰۱) در پژوهشی با عنوان «سالمندی، جنسیت و رویکرد تلاق، سالمندی در مطالعات فرهنگی و جنسیت» نشان داده است که تجربهٔ سالمندی در جامعهٔ ایران تجربه‌ای ناهمگون، نابرابر و متکثر است. سالمندی نه تنها مبتنی بر تفاوت‌های جنسیتی، تجربه‌ای متکثر است، بلکه سالمندی در تلاقی جنسیت با سایر مؤلفه‌های اجتماعی چون موقعیت طبقاتی، وضعیت سلامتی و تفاوت‌های قومیتی و فرهنگی نیز به شکل متفاوت و نابرابری تجربه می‌شود؛ به گونه‌ای که می‌تواند محرومیت، نابرابری و فرودستی مضاعفی را تولید کند.

نازیه صلاح[1] و همکاران (۲۰۲٤) در پژوهش خود با عنوان «مشکلات بهداشتی سالمندان و خدمات ارائه شده توسط خانهٔ سالمندان» که برای ادارهٔ رفاه اجتماعی پنجاب انجام شده است،

[1] Nazia Salah

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

نشان دادند که تقاضا برای افزایش امکانات مراقبت‌های بهداشتی جسمی و روانی، نگرانی‌ها را در مورد پیری جمعیت، به‌ویژه در کشورهایی که دارای محدودیت منابع هستند، افزایش می‌دهد.

چونکخیا ونگ[1] (۲۰۲٤) در پژوهش خود با عنوان «کاربرد تجزیه و تحلیل کلان داده در طراحی فضای نوسازی سالمندان» که در شهر چانگچون کشور چین انجام شده است، نشان داد که با تشدید روند پیری جمعیت جهان، سالمندی به یک موضوع استراتژیک جهانی تبدیل شده است. چگونگی ایجاد یک محیط فضایی واقعاً مناسب برای زندگی سالمندان به سؤالی تبدیل شده است که قابل تأمل است.

هینتزلمن و کینگ[2] (۲۰۱۹) در پژوهش خود با عنوان «روال و معنا در زندگی روانشناسی» نشان داده است که ساختارهای محیطی و محرک‌های خارجی مانند اختلافات خانوادگی، عدم ارتباط با همسایگان، دوستان و اقوام، توجه بیش از حد به دنیا، عدم ابراز احساسات مثبت، عدم وجود شبکه‌های حمایتی و غیره موجب کسالت و در نهایت به بی معنایی در زندگی می‌انجامد.

زوو و وانگ[3] (۲۰۱۸) در پژوهش خود با عنوان «تأثیر مستقیم و غیرمستقیم عملکرد خانواده بر تنهایی افراد مسن چینی» نشان داد که حمایت خانوادگی و حمایت اجتماعی نقش مهمی در کمک به افراد سالمند چینی در رفع خطر بالای تنهایی و انزوا دارد.

با توجه به حرکت شتابان جامعه به سمت سالمندی، ساخت نظریه‌ها، آسیب‌شناسی‌ها، راهبردپردازی‌ها و حتی ارائهٔ الگوهای مشاوره‌ای که بتواند به ظرفیت دوران سالمندی توجه کند از اهمیت فوق‌العاده‌ای در مسیر حرکت جامعه برخوردار است.

روش تحقیق

رویکرد پژوهش، کیفی از نوع تحلیل مضمون بوده است. چراکه، هدف متن‌محوری جامعهٔ مورد بررسی بنا بر اقتضای هدف اصلی پژوهش (ارائهٔ فضای تبیینی مسائل سالمندی) تحلیل مضمون را به عنوان روش پژوهش در این مطالعه ضرورت می‌بخشید. این روش، در پی کشف معانی و مقاصد پنهان، با استفاده از تکنیک دسته‌بندی و مقوله‌بندی است. واحدهای تحلیل اسناد پژوهشی مرتبط با سالمندی می‌باشند که به نحوی به بخشی از مسأله پرداخته‌اند؛ سپس نیازها و خلأهایی که در ابعاد مختلف احساس شدند، زمینهٔ سئوالات و پرسش‌های محقق برای مصاحبه‌های خبرگان موضوعی را شکل دادند. در حقیقت به فراخور نیازهای پژوهشی ابعاد مسأله در مصاحبه با خبرگان،

[1] Chunxia Wang
[2] Heintzelman and king
[3] Zhou and Wang

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

آسیب‌شناسی شد. از این‌رو، ۲۷ منبع پژوهشی با ده مصاحبه به عنوان واحد بررسی (جامعهٔ نمونه) وارد تحلیل شدند. شیوه نمونه‌گیری هم به اقتضای روش پژوهش کیفی از نوع نمونه‌گیری نظری است؛ به این معنا که نمونه‌ها به فراخور نیازهای پژوهشی تا جایی که یافت ها به حد اشباع برسند، به صورت هدفمند انتخاب و بررسی شدند. از میان انبوهی از اطلاعات و اسناد مرتبط با موضوع (که افزون بر ۵۰ مورد بود) اسنادی که مرتبط با فضای مسأله و حداقل حائز سه شرط از شروط شش‌گانه زیر بوده‌اند، ۲۷ مورد، صلاحیت ورود به جامعهٔ نمونه را کسب کردند.

۱-نگاهی توصیفی به مسأله داشته باشد. (تحلیل وضعیت)

۲- نگاهی تبیینی به مسأله داشته باشد. (پاسخ به چرایی مسأله)

۳-به ارائهٔ راهکارهای مرتبط با حل مسأله یا تقلیل پیامدهای ناشی از آن پرداخته باشد.

٤-به آسیب‌ها و پیامدهای تشدید مسأله در جامعه بپردازد.

۵-روایی و پایایی منبع مورد اشاره قرار گیرد.

٦-اتکای روشی (علمی) داشته باشد.

معیار درون گنجی برای انتخاب مصاحبه شوندگان (خبرگان) با تأکید بر سه شرط سنخیت و ارتباط تحصیلی، شغلی و پژوهشی و شرط سن برای سالمندان در نظر گرفته شد که ۱۰ مصاحبه را تشکیل داد و از طریق مصاحبهٔ نیمه‌ساختار یافته داده‌های مورد نیاز به دست آمد.

مهم‌ترین ابزار مورد استفاده، فرم استخراج اطلاعات (که با محور نوع مطالعه، نوع بینش، قالب منبع، تعداد نویسندگان، عوامل، پیامدها و راهکارهای معطوف به مسأله) و مصاحبهٔ نیمه‌ساختار یافته از خبرگان موضوعی می‌باشد. ارجاع به واحدهای تحلیل (کدها) در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول شمارهٔ یک- لیست واحدهای تحلیل

مصاحبه شوندگان	کد ارجاع	منابع مورد بررسی	کد ارجاع	منابع مورد بررسی	کد ارجاع
مصاحبه شونده ۱	۲۸	عبدالرحیم اسداللهی و همکاران (۱۳۹۲)	۱۸	شهرزاد بذرافشان (۱۳۹٦)	۱
مصاحبه شونده ۲	۲۹	شیرین مهدوی و همکاران (۱۳۹۷)	۲	محمود شیخ و مرضیه مسلمی‌نژاد (۱۳۹۵)	۳
مصاحبه شونده ۲	۳۰	کریم علی کرمی و همکاران (۱۳۹۸)	٤	محمدتقی پیربابایی و همکاران (۱۳۹۸)	۵
مصاحبه شونده ٤	۳۱	محمدرضا مصاحبی و همکاران (۱۳۹۸)	٦	علی شیرافکن و ناهید طایفی نصرآبادی (۱۳۹۹)	۷
مصاحبه شونده ۵	۳۲	سهیلا صادقی فسایی و عاطفه خادمی (۱۳۹۲)	۸	مصطفی خزایی و همکاران (۱۳۹۷)	۹
مصاحبه شونده ٦	۳۳	رقیه نوروزی و همکاران (۱۳۹۷)	۱۰	فرنوش اوقانی اصفهانی و همکاران (۱٤۰۰)	۱۱

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

مصاحبه شونده ۷	۳٤	فاطمه صمدی و مجتبی دلیر (۱۳۹۹)	۱۲	مهرزاد بابائی (۱۳۸٦)	۱۳
مصاحبه شونده ۸	۳۵	عزت الله سام آرام و زیبا احمدی بنی (۱۳۸٦)	۱٤	محبوبه کریمی و نسرین الهی (۱۳۸۷)	۱۵
مصاحبه شونده ۹	۳٦	ناهید رژه و همکاران (۱۳۸۹)	۱٦	فریده باستانی و همکاران (۱۳۸۹)	۱۷
مصاحبه‌شوندهٔ ۱۰	۳۷	صبح امروز (۱۳۹٦)	۲۷	مسعود حاجی‌زاده میمندی و همکاران (۱۳۹۱)	۱۹
		فریده خدابنده و همکاران (۱۳۹۱)	۲۰	منصوره مکبریان و همکاران (۱۳۹۳)	۲۱
		هدی حفاری و همکاران (۱۳۹۲)	۲۲	سیدهادی زرقانی و همکاران (۱۳۹٤)	۲۳
		مجید موحد و همکاران (۱۳۹٤)	۲٤	حسین محمودیان و حسین ضرغامی (۱۳۹۵)	۲۵
		حسین ضرغامی و حسین محمودیان (۱۳۹۵)	۲٦	شیوا پروایی (۱٤۰۰)	۲۷

ابزارهای مورد استفاده در این شیوه پژوهش، قالب مضامین و تحلیل شبکهٔ مضامین است که به‌طور معمول در تحلیل مضمون به‌کار می‌روند. جهت تحلیل و ترسیم شبکهٔ مضامین از نرم افزار MAXQDA18 استفاده شده است. مکانیسم کدگذاری در نرم‌افزار از همان منطق کدگذاری دستی بهره می‌برد. بنابراین سنجش احتمال خطای ناشی از کدگذاری بین نتایج حاصل از کدگذاری دستی و نرم‌افزار موضوعیت نیافت؛ از طرف دیگر، برای سنجش اعتبار پژوهش، از روش آزمون- بازآزمون استفاده شد و نتایج این دو کدگذاری (متخصصان سالمندی) با بهره‌گیری از روش هولستی، مقایسه شد. با توجه به اینکه توافق کدگذاری به‌طور متعارف بالای هفتاد درصد قابل اتکاست، عدد به‌دست‌آمده (۰/۹۱) قابل قبول تلقی می‌شود.

$$\text{PAO}= \frac{2M}{n1+n2} = 2 * \frac{114}{125+125} = 0/91$$

یافته‌های پژوهش

مختصات بحران سالمندی

برای آسیب‌شناسی و ارائهٔ راهبرد، یافتن مسأله و شناخت آن اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا مسأله‌ای که دیده نشود و یا نادرست دیده شود، هر دو در حکم ناشناخته ماندن است. مسأله‌ای که شناخته نشود، حل نمی شود و اگر حل نشود ممکن است به بحران تبدیل شود که حرکت زیر نشان می‌دهد که چگونه یک دغدغه ممکن است در مسیر خود در نهایت به یک فاجعه تبدیل شود.

دغدغه ---› مسأله ---› معضل ---› بحران---› فاجعه

تداوم وضعیت فعلی سالمندی در ایران از منظر پژوهش حاضر بحران تلقی می‌شود چرا که مجموعه‌ای از مسائل و معضلاتی حول سالمندی در حال شکل‌گیری است. به عبارت دیگر روند موجود جمعیتی به همراه مجموعه‌ای از وضعیت‌های فرهنگی، مدیریتی، اقتصادی و اجتماعی؛

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

جامعهٔ ایرانی را در بازهٔ زمانی ۲۰ ساله با مجموعه‌ای از مسائل و معضلاتی مواجه می‌سازد که حول سالمندی ظهور و بروز می‌یابد و از این روست که در پژوهش حاضر تحت عنوان «بحران سالمندی» یاد می‌شود.

مختصات بحرانی (بحران سالمندی) به شرح زیر می‌باشد:

واپسماندگی و حاشیه‌ای شدن: «*عدم آشنایی بخش قابل توجهی از سالمندان با اقتضائات زیستی فضای مدرن – که اغلب ملهم از رویکردهای سلبی این نسل در قبال امور و فضاهای مدرن است- به همراه کم‌سوادی و تحصیلات پایین اغلب سالمندان به آن‌ها در رابطه با اقتضائات زندگی مدرن موقعیت حاشیه‌ای و متأخر داده است. عدم آموزش سالمندان و عدم دسترسی آنها به اطلاعات و نحوهٔ استفاده از امکانات خاص (تکنولوژی) موجب شده است تا آنها بیش از پیش در حاشیه قرار گیرند*» (کد ۸ و ۲۷).« *فرزندان و نوه‌ها موقع حضور در خانه ما با گوشی هستند و توجهی به ما ندارند*». (کد ۳۶و۳۷)

منزلت‌زدایی و فرزندسالاری: «*اگر چه در جوامع سنتی تعداد افراد کمتری به سن سالمندی می‌رسیدند اما از قدرت و منزلت بیشتری برخوردار بودند، اما امروزه افراد بیشتری به سن سالمندی می‌رسند و حال آنکه از موقعیت منزلتی به مراتب کمتری برخوردارند*» (کد ۸). «*چنین امری با ظهور و تشدید پدیدهٔ فرزندسالاری باعث می‌شود که سالمندان (به خصوص زنان سالمند) در موضع فروتری قرار بگیرند و به واسطهٔ توقعات بیش از حد فرزندان، به طور مکرر، مورد سرزنش قرار گیرند. با تغییرات جامعه و تغییر شکل خانواده‌ها و هسته‌ای شدن آن، سالمندان جایگاه گذشته را از دست داده‌اند*» (کد ۳۱). «*دیگر آن ارج و حرمت‌های گذشته از بین رفته است*» (کد ۳۵ و ۳۷)

«*بی‌معنایی زندگی و پیدایی قشر ناامید: معنای زندگی، عامل مهمی علیه احساس ناامیدی است. انسان موجودی است کمال‌گرا و هدفمند که از بیهودگی، بی‌معنایی و بی‌هدفی بیزار است. از این‌رو اگر زندگی او به دلایل مختلفی معنا و هدفی نداشته باشد، زنده ماندن برایش ارزشی نخواهد داشت، هر چند تمام امکانات زندگی فراهم باشد. مواجهه با مرگ دوستان و نزدیکان و احساس نزدیکی به مرگ در شرایطی که بنیان‌های معنوی و روحی قابل اتکایی نداشته باشد، ناامیدی پدیده غالب خواهد بود. با توجه به وضعیت نامناسب کیفیات دینی و مؤلفه‌های روانی نزد بزرگسالان (سالمندان آینده) چنین به نظر می‌رسد ما با خیل جمعیت ناامید و پیامدهای منفی آن مواجه خواهیم شد*» (کد ۳۰ و ۳۱) «*بعضی مواقع فکر می‌کنم آن همه مال و اموال و تلاش برای فرزندان، بیهوده بود اصلا برای ما نبودند*» (کد ۳۶)

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

رشد انفجاری جمعیت سالمندی: «*شاخصهٔ آماری و جمعیت‌شناسی طی سرشماری‌های اخیر در کشور ایران نشان می‌دهد که در سال ۱۴۱۰ انفجار سالمندی رخ می‌دهد و ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت کشور در سنین بالای ۵۰ سال قرار می‌گیرند*» (کد ۹). «*طبق محاسبات صورت گرفته تا ۲۰ سال آینده، سرعت رشد جمعیت پیر کشور علاوه بر میانگین جهان از میانگین رشد جمعیت سالمند آسیا نیز پیش خواهد گرفت*» (کد ۱۱).

زنانه شدن سالمندی: «*آمارهای رده‌های سنی بالای ۶۵ سال حاکی است که نسبت زنان به مردان در سالمند شدن در حال افزایش است*» (کد ۱۱). «*بالا بودن میانگین طول عمر زنان و امید به زندگی زنان به همراه کاهش شانس ازدواج مجدد آنها منجر به افزایش زنانِ تنها در موقعیت سالمندی می‌شود. به طوری که حدود ۴۹ درصد از زنان سالمند، تنها هستند. در حالی‌که این آمار در مورد مردان سالمند ۹ درصد است. بنابراین همراه با رشد جمعیت سالمندی در سال‌های اخیر، قاعدتاً میزان زنان تنها نیز بیشتر خواهد شد*» (کد ۱۰)؛ «*در کنار بحران سالمندی، با زنانه شدن سالمندی نیز مواجه خواهیم شد*» (کد ۱۹).

تورم نیازمندی (سالمندان فقیر): «*ورود نسبتا سریع جامعهٔ ایرانی به موج جمعیتی سالمندی به همراه نیازها و اقتضائات این دوره سنی در کنار تأخر نظام مدیریتی منجر به غافل‌گیری و تشدید خلاءها و مطالبات خواهد شد*» (کد ۲۰، ۲۳، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۶،). «*گر دولتت بود پیری غمی نیست*» (کد ۳۷) با توجه به مهاجرت جوانان، عدم برخورداری از خدمات بازنشستگی و رفاهی دولت و پایین و ناپایدار بودن درآمدها تورم نیازمندی نزد سالمندان روستا بیشتر احساس می‌شود. این دسته از سالمندان در سن سالمندی به دلایل مطروحه، به جبر و ضرورت معیشتی کار و فعالیت اقتصادی می‌کنند و کار در این دسته از سالمندان از جنس فعالیت و مشارکت داوطلبانه و فراغتی نیست بلکه از جنس ضرورت و نیازمندی است.

«*انباشت طیف متنوعی از بیماری‌های جسمی: اگر چه سالمندی بیماری نیست اما حجم بیماری‌ها در آن بسیار چشم‌گیر است. این امر از یک سو به ماهیت سالمندی دلالت دارد که انسان به صورت طبیعی دچار فرسایش اندامی و جسمی می‌شود و از سوی دیگر به «ناسالم پیر شدن» ارتباط پیدا می‌کند. حبیبی سولا و همکاران (۱۳۸۷) «در مطالعه‌ای اظهار داشته‌اند که حدود ۸۰ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا هستند*» (کد ۲۲). «*با توجه به نقش بیماری‌های جسمی در شادکامی و سلامت روانی، انباشت این بیماری‌ها به ظهور «طبقهٔ بیمار» در آیندهٔ نه چندان دور منجر خواهد شد. سالمندان بر اثر کهولت سن بیشتر درگیر انواع بیماری‌ها هستند و این هزینه‌های سرسام آوری برای آن‌ها و خانواده‌هایشان به بار می‌آورد و نیاز به حمایت دولتی و اجتماعی از آنهاست*» (کد ۳۰و ۲۸)

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

احساس بی‌ارزشی: «*کاهش جذابیت‌های جسمانی (یا احساس آن) و کاهش توانمندی‌های جسمانی در انجام نیازها و ضرورت‌ها به همراه از دست رفتن حمایت‌های عاطفی و اجتماعی به کاهش احساس خودارزشی منجر می‌گردد. در کنار موارد مذکور، اگر ارزشمندی توسط نظام ارزشی و صنعت فرهنگ حول جوانی معنا پیدا کند، چنین احساسی به دورهٔ سنی میانسال هم سرایت پیدا می‌کند. کما این که پژوهش‌های مختلف حاکی از افزایش احساس بی‌ارزشی نزد قشر میانسال می‌باشد*» (کد ۳). «*به طوری‌که برخی از سالمندان، اشتغال مداومی دربارهٔ ظاهر جسمانی خود دارند و علی رغم طبیعی بودن ظاهر جسمانی، ترس مفرط و نگران‌کننده‌ای را از زشت یا غیرجذاب بودن خود گزارش می‌کنند*» (کد ۳). «*چنین احساسی در زنان فراتر از مردان است، زیرا با فقدان کارکردی همراه است که همیشه به عنوان مظهر زنانگی یعنی زایش و باروری مطرح بوده است*» (کد ۱۹). «*دیگر آن بر و روی جوانی را نداریم و در مراسم عروسی و شادی زیاد ما را تحویل نمی‌گیرند*» (کد۳۷)

افسردگی و احساس تنهایی (سالمندان تنها و بی‌سرپرست): «*تنهایی ویژگی است که در تمام سنین به وقوع می‌پیوندد ولی بیش از همه این خصیصه با سنین سالمندی گره خورده است*» (کد ۲۶). «*طبق برآوردها میزان شیوع تنهایی نزد سالمندان حدود ۴۰-۳۰ درصد می‌باشد*» (کد۲۵). «*البته این نسبت بین سالمندان مقیم سراهای سالمندی، به صورت قابل توجهی از سالمندان ساکن خانه بیشتر است*» (کد۲۲). «*سبک زندگی و عادت‌های عملکردی سالمند، تغییرات ساختی- کارکردی خانواده، میزان حمایت عاطفی و اجتماعی، میزان تطابق فضاها و امکانات شهری با نیازهای سالمند و ... در این امر اثر گذار است. به طوری‌که تنهایی سالمند بیش از همه به عنوان محصول اجتماعی شناخته می‌شود؛ که اغلب در قالب افسردگی ظهور و بروز می‌یابد*» (کد ۲۱). «*عوامل زیادی وجود دارد که پیران را به خانهٔ سالمندان می‌سپارند از جمله بی‌سرپرست ماندن، تنهایی، مشکلات روحی و روانی در پی تنها ماندن، اشتغال و مهاجرت فرزندان و ...*» (کد ۳۰)

احساس طردشدگی یا رهاشدگی (سالمندان رها شده و بی‌خانمان): «*دگرگونی‌های ارزشی، بزرگ‌شدن شهرها، تغییر سبک‌های زندگی، هسته‌ای شدن خانواده و تغییرات ساختی- کاکردی خانواده*» (کد۹ و ۸) «*به همراه حذف برخی از موقعیت‌های شغلی و اجتماعی*» (کد۱۲) «*سالمندان احساس مطرود بودن دارند. در همین رابطه در صورتی که سالمند دچار بیماری‌هایی شود یا سوء رفتاری از جانب نزدیکان و جامعه تشخیص دهد، احساس بی‌قدرتی و درماندگی را تجربه می‌کند*» (کد ۱۵) «*با توجه به اجاره نشینی و افزایش آمار آن و نظر به گرانی مسکن در جامعهٔ ما، در آینده با سالمندان بی خانمان زیاد مواجه خواهیم بود*» (کد ۳٤)

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

ترس، استرس و اضطراب: «*دورهٔ سالمندی به سه دلیل همراه با ترس، استرس و اضطراب است. ۱- ترس از دست دادن منشأ و زمینهٔ منزلت و قدرت، ترس از زمین‌گیر شدن و پیدایی وابستگی به دیگران و ترس از مرگ در تنهایی. از این‌رو از دست دادن همسر، شغل و موقعیت اجتماعی، پیدایی بیماری‌های و معلولیت‌ها، از دست رفتن فرهنگ حامی احترام به سالمندان، مهاجرت فرزندان، از دست دادن مال و اموال توسط همسر و فرزند، بیکاری و عدم فعالیت مثبت و فقدان همسر، از جمله زمینه‌هایی هستند که با ترس، استرس و اضطراب منجر می‌شوند*» (کد ۷، ۸، ۲۳ و ۲٤).

سبب‌شناسی بحران سالمندی در ایران

بخش حاضر سعی دارد به این موضوع بپردازد که چه علل و عواملی در پیدایی یا تکوین بحران سالمندی نقش ایفا می‌کنند؟ جهت پاسخگویی به پرسش مذکور؛ مضامین مستخرج از واحدهای تحلیل به این صورت سازماندهی شده‌اند.

جدول شمارهٔ دو- مضامین اصلی و فرعی تبیین‌گر بحران سالمندی

مضامین اصلی	مضامین فرعی
تضعیف حمایت‌گرهای عاطفی	عدم وجود شبکهٔ حمایتی یا نارضایتی از آن، پدیدهٔ سالمندآزاری از جانب خانواده و جامعه، اختلافات خانوادگی و رضایت زناشویی، مسائل مربوط به مراقبین سالمندان، کاهش فرصت حمایت‌شدگی سالمند، کاهش کم و کیف تعاملات سالمندان.
شاخص‌های رفاهی پایین	احساس ناامنی اقتصادی و اجتماعی، احساس تبعیض در برخورداری از شاخص‌های رفاهی و مزایای اجتماع، ضعف خدمات رسمی اجتماعی به سالمندان در محیط روستایی.
شاخص‌های شخصیتی آسیب‌زا	روحیه مشارکت‌طلبی و جستجوگری پایین، احساس ناکامی و محرومیت، ناهمنوایی اجتماعی، میزان شادکامی، کنترل ادراک شده پایین و ضعف در احساس خودکارآمدی.
اثر عارضی مدرنیزاسیون	میل به اشتغال برون‌خانگی زنان (به‌عنوان مراقبین سنتی سالمند)، فردگرایی و تضعیف تعهدات اجتماعی، تغییر در نگرش‌ها و ارزش‌های خانوادگی، پیشرفت مراقبت‌های پزشکی و افزایش امید به زندگی، تغییرات سریع تکنولوژیک و احساس تأخر از زمانه، تغییرات ساختی-کاکردی خانواده، صنعتی شدن و حذف فرصت‌های شغلی خانواده محور، سکولاریسم و حذف حمایت‌گرهای معنوی سالمندی، شهری شدن.
اقتضائات سالمندی	تنهایی مصلحت آمیز، کناره‌گیری از دیگران (جبر موقعیتی و افزایش احساس مزاحمت)، گزینش مصلحتی تجرد، لذت تنهایی، از دست رفتن برخی از کارکردهای قبلی، کاهش انرژی و عملکرد اندام‌ها.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

ضعف در شاخص‌های بهداشتی و درمانی	نارضایتی از شاخص‌های اخلاقی و فرهنگی فضاهای درمانی، فقدان مراقبت‌های پزشکی رایگان یا همراه با تخفیف برای سالمندان، فقدان آموزش‌های مراقبتی به سالمندان و خانواده‌های آن‌ها، فقدان خدمات‌رسانی ویژه در فضاهای درمانی به سالمندان، عدم طراحی مناسب فیزیک اماکن پزشکی برای سالمندان، عدم دسترسی به امکانات و فضاهای درمانی و بهداشتی.
فضای بی‌هنجاری و بدهنجاری جامعه	کاهش سرمایهٔ اجتماعی، احساس تبعیض و نابرابری اجتماعی، کاهش قانون‌مداری نزد جامعه، سبک‌های تربیتی غیرمشارکتی و فردگرا، عدم حساسیت نسل جوان از حقوق و انتظارات سالمند، تغییرات عمیق و سریع ارزشی و هنجاری، شکاف نسلی.
فقدان تسهیل‌گرهای تعامل‌بخش سالمندان	عدم تعبیه سازوکاری برای دریافت و استفاده از پیشنهادات سالمندان، دسترس‌پذیری پایین به تجهیزات نوین ارتباطی در اماکن عمومی، فقدان مؤسسات فعال در زمینهٔ ازدواج سالمندان، عدم تعبیهٔ علائم مرتبط با سالمندی در اطراف محل زندگی سالمند، کمرنگی داده‌های بصری یا نمادهای روشن و ساده در خدمات نهادها، عدم تعریف دوره‌های آموزشی با موضوع‌های مورد علاقه سالمندان، فقدان مشاورهٔ سالمندی (در ابعاد تخصصی و اجرایی).
عدم فرصت حضور و مشارکت سالمندان در جامعه	ناکارآمدی سمن‌ها و نهادهای مدنی، میزان پایین احساس مالکیت بر محیط شهری، روابط عمودی قدرت و فقدان الگوهای تصمیم‌گیر متکثر و جامعه‌محور در نهادهای خدمت رسان.
شاخص‌های فرهنگی و تفریحی پایین	عدم تناسب فضاها و خدمات گردشگری با نیازها و ارزش‌های سالمندی، عدم تعریف امکانات ویژه برای حمل و نقل سالمندان، عضویت رایگان و تخفیف در بهره‌مندی از خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی، فقدان کلوپ‌ها و مراکز مخصوص ورزش سالمندان، فقدان مسابقات ورزشی مخصوص سالمندان، فقدان بازی‌ها و ورزش‌های مناسب سالمندان، فقدان مربی‌های آموزشی و اجرای حرکات ورزشی سالمندان و فقدان تجهیزات و خدمات مناسب سالمندی در فضاهای سبز و ورزشی.
سبک زندگی غیرسالم	اعتیاد و مصرف دخانیات و مواد الکلی، الگوی فراغتی آسیب‌زا، شیوهٔ زندگی غیرفعال، تغذیهٔ نامناسب و ناقص.
الگوی ازدواج آسیب‌زا	میزان پایین رضایتمندی از روابط خانوادگی، موانع فرهنگی ازدواج مجدد افراد بیوه، فاصلهٔ سنی بیشتر زوجین و مرگ نامتوازن.
تغییرات کمی و کیفی دینداری	کمرنگ شدن حضور دین در جامعه، الگوی دینداری آسیب‌زا.
بازنمایی غیرحمایتی صنعت فرهنگ از سالمند	ترویج سپردن سالمندان به سراهای سالمندان، توزیع نمادها و استانداردهای ارزشمند و مثبت حول حوانی، غفلت از رویکرد بازاجتماعی نمودن بزرگسالان.
الگوی شهرسازی غیرحمایتگر	عدم رعایت عدالت فضایی در توزع مزایا و امکانات شهری، عدم تناسب با نیازها و محدودیت‌های سالمندان.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

عدم همخوانی فرصت‌های شغلی با اقتضائات خانواده	عدم حمایت‌شدگی اقتصادی زنان خانه‌دار، ناهمخوانی مشاغل اجتماعی زنان با انتظارات نقشی درون‌خانگی، دور بودن فرصت‌های شغلی از اعضای خانواده (نیاز به مهاجرت شغلی) و تغییر در شیوهٔ تولید و معیشت.
ضعف حمایت‌های سیاسی	نارضایتی اجتماعی، الگوی بازنشستگی غیرمحترمانه، نگاه حاشیه‌ای قدرت به سالمندان در توزیع مزایا و امکانات.
اختلال در حمایتگرهای اجتماعی سالمندی	فقدان سمن‌های حامی سالمندان، فقدان محل‌های مخصوص آموزش عمومی سالمندی، فقدان انجمن، کانون و فرهنگ‌سراهای مخصوص سالمندان، عدم تعریف اولویت برای سالمندان در ارائهٔ خدمات، عدم تعریف جوایز و نشانگان مثبت نهادی برای سالمندان، فقدان مراسم، جلسات و گردهمایی‌هایی با مشارکت سالمندان، عدم تعریف مشاغل مناسب سالمندان و فقدان شوراهایی با حضور افراد سالمند

۱- تضعیف حمایت‌گرهای عاطفی سالمند: «*برخی از پژوهشگران برآورد کرده‌اند که بیش از ۷۰ درصد حمایتی که سالمندان دریافت می‌کنند، از طرف منابع غیررسمی و اغلب از طرف همسر و فرزندان‌شان بوده است*» (کد۲۵). «*با توجه به نقش برجستهٔ اعضای خانواده در کسب حمایت عاطفی؛ بدیهی است که هر عاملی که دسترسی سالمندان به خانواده را تغییر دهد، می‌تواند تأثیر زیادی بر حمایت عاطفی آن‌ها داشته باشد. با این ملاحظه، حمایتگرهای عاطفی سالمندان تحت شش عامل، کاهش کم و کیف تعاملات سالمندان، کاهش فرصت حمایت‌گری، اختلالات جسمی و روانی مراقبین سالمند، اختلافات خانوادگی و نارضایتی زناشویی نزد سالمند، رواج پدیده سالمند آزاری از جانب خانواده و جامعه و دلسردی از وضعیت آتی حمایتگرها*» (کد ٤، ۷، ۱۳،۱٤،۱۵،۱۹، ۲۰،۲٦، ۲۸، ۳۲، ۳۵) دستخوش تغییرات منفی شده است.

۲- شاخص‌های رفاهی پایین سالمند: با توجه به هزینه‌های بالای مراقبتی از یک‌سو و نیاز به آسایش از سوی دیگر شاخص‌های رفاهی سالمندان از اهمیت زیادی برخوردار است. به این معنا در صورتی که وضعیت رفاهی سالمند دچار اختلال شود؛ روند طبیعی سالمندی دچار آسیب می‌شود. این در حالی است که شواهد پژوهشی نشانگر اختلال در این مسیر است و با توجه به چشم‌انداز وضعیت آتی با توجه به تداوم متغیرهای اثرگذار؛ وضعیت، وخیم‌تر نیز خواهد شد.

الف- احساس ناامنی اقتصادی: «*وضعیت اقتصادی نامناسب سالمندان (به خصوص نزد زنان سالمند)، بی‌مسکنی در سالمندی، پایین بودن قدرت خرید بازنشستگان و بیکاری و مشاغل بدون بیمهٔ بازنشستگی، مجموعه دلایل و متغیرهایی هستند که با افزایش احساس ناامنی اقتصادی در این دورهٔ سنی به بحران سالمندی دامن خواهند زد*» (کد ۷، ۲۳، ۲۵، ۲٦، ۳٤، ۳۱).

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

ب- احساس تبعیض در برخورداری از شاخص‌های رفاهی: «*اگر نظام مدیریتی، سالمند را به عنوان طبقهٔ هزینه‌زا و مزاحم برای طرح‌های توسعه‌ای خویش قلمداد کند، طبیعی است که توزیع مزایا روندی عادلانه نخواهد بود و به تبع آن احساس تبعیض و درحاشیه بودن به سالمندان القا خواهد شد*» (کد ۲٤ و ۲۵). «*۲۵ درصد سالمندان ٦۰ ساله و بالاتر (یک چهارم سالمندان) در فقر درآمدی نسبی زندگی می‌کنند. این درحالی است که فقر درآمدی برای دیگر گروه‌های سنی حدود ۱۳ درصد است. سیاست‌های اجتماعی و رفاهی دولت اغلب معطوف به جامعهٔ سالمندان بازنشسته تعریف شده است و سهم بالای جمعیت سالمند طبق چنین رویکردی (تقلیل جامعهٔ سالمند به بازنشستگان) از مساعدت‌ها و توجهات محروم مانده‌اند*» (کد ۲۷)

ج- ضعف خدمات رسمی اجتماعی به سالمندان (به خصوص در محیط‌های روستایی): «*امروزه محیط روستایی با مهاجرت فزایندهٔ نسل جوان به شهرها، به مکانی برای زندگی سالمندان تبدیل شده است. چنین فضای زیستی به واسطهٔ محیط روستایی از خدمات رسمی اجتماعی محیط‌های شهری نیز بی‌بهره بوده است و جمعیت سالمند ساکن روستاها از این حیث محرومیت مضاعفی را متقبل می‌شوند*» (کد۲۵).

۳- آسیب‌ها و اختلالات شخصیتی سالمندان: دورهٔ سالمندی توام با مجموعه‌ای از چالش‌ها و هیجاناتی روحی و روانی است که کم و کیف شاخصه‌های روحی و روانی فرد در تشدید یا تضعیف آثار و پیامدهای آن سهیم می‌باشد. به عبارت دیگر، تیپ‌های شخصیتی و الگوی مواجهاتی فرد با چالش‌ها در سپری شدن سالمندی سالم اثرگذار می‌باشد. کدهای زیر در همین راستا از جانب واحدهای تحلیل ارائه شده‌اند:

«*روحیهٔ مشارکت‌طلبی و جستجوگری؛ هر چقدر روحیهٔ مشارکت‌طلبی و جستجوگری فرد بیشتر باشد؛ آسیب‌ها و مسائل دورهٔ سالمندی تقلیل می‌یابد*» (کد۲).

احساس ناکامی و محرومیت: «*نارضایتی از مراحل زیستی خویش (گذشتهٔ خویش) به همراه نارضایتی از خود (در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی) به افزایش آسیب‌ها و پیامدهای دورهٔ سالمندی منجر می‌شود*» (کد ۳ و ۷).

ناهمنوایی اجتماعی: «*هر چقدر میزان سازکاری و همنوایی اجتماعی سالمند با بدنهٔ جامعه بیشتر باشد؛ پیامدهای منفی کمتری متوجه وی خواهد شد*» (کد۱۰).

میزان شادکامی پایین: «*شادکامی سازه‌ای است که با شاخص‌هایی چون کارآمدی، آرامش، عزت‌نفس، خوشی و رضایت از زندگی سنجیده می‌شود. مطابق با یافته‌های پژوهشی با افزایش میزان شادکامی شاهد سالمندی سالم نیز هستیم*» (کد ۲ و ۲۱).

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

کنترل ادراک شده: «*هر چقدر فرد احساس کند که بر فضاهای زیستی کنترل یا توانایی ایجاد تغییر دارد از مختصات روحی و روانی بحران سالمندی کاهش می‌یابد*» (کد ۷ و ۲٤).

میزان خودکارآمدی: «*خودکارآمدی به معنای توانایی عمل به رفتار و رسیدن به اهداف خاص می‌باشد؛ که با افزایش میزان آن شاهد تقلیل آسیب‌ها و پیامدهای دورهٔ سالمندی هستیم*» (کد ۲٤).

٤- اثرات عارضی مدرنیزاسیون (تجددگرایی): «*مدرنیزاسیون به دوره‌ای از تاریخ غرب (بعد از رنسانس) اشاره دارد که به لحاظ ساختاری و محتوایی از دورهٔ قبل دچار تمییز می‌شود. اشاعهٔ تغییرات مذکور در عرصهٔ محتوا (فرهنگ) بواسطهٔ افزایش ارتباطات بین فرهنگی و هژمونی غرب در صنعت فرهنگ و تکنولوژی به سایر مناطق پیامدهای زیادی به همراه داشته است. مضامین میل به اشتغال برون‌خانگی زنان*» (کد ۱۳)، «*فردگرایی و تضعیف تعهدات اجتماعی*» (کد ٤ ، ۱۸، ۲۸، ۲۹)، «*تغییر در نگرش‌ها و ارزش‌های خانوادگی*» (کد ٤، ۸، ۱٤، ۱۵ و ۱۹، ۲۹، ۳٤). «*پیشرفت مراقبت‌های پزشکی و افزایش امید به زندگی*» (کد ٤، ۸، ۱۲، ۱٤ و ۲۳)، «*تغییرات سریع تکنولوژیک*» (کد ۸، ۱٤ و ۲۳)، «*تغییرات ساختی کارکردی خانواده*» (کد ٤، ۸، ۱٤، ۲۵ و ۲٦، ۲۹، ۳۳)، «*صنعتی شدن و حذف فرصت‌های شغلی خانواده‌محور*» (کد ۱۲ و ۲٦)، «*سکولاریسم و حذف الگوی دینداری حامی سالمند*» (کد ۷، ۲۳ ،۲٦، ۲۸)، «*شهری شدن*» (کد ۵، ۸، ۱۳، ۲٦، ۳۱)، به اثرپذیری زندگی سالمندی و به تبع آن بحران سالمندی از چنین تغییرات بنیادینی است.

۵- اقتضائات سالمندی: سالمندی همراه با وقوع یک سری تغییرات اجتناب‌ناپذیری است که زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وابستگی به دیگران در کنار تنهایی مصلحت‌آمیز، دو مقوله‌ای هستند که شرایط اقتضایی سالمندی حول آنها تجمیع و سازماندهی می‌شوند.

الف- وابستگی به دیگران: از دست رفتن برخی از کارکردها (مثل از دست رفتن موقعیت شغلی و منزلت ناشی از آن، کاهش درآمد و موقعیت اقتصادی و از دست رفتن جلوه‌های زیبایی و باروری برای زنان سالمند) و کاهش انرژی و عملکرد اندام‌ها به محتاج شدن و وابستگی به دیگران منجر می‌شود.

ب- تنهایی مصلحت آمیز: «*کاهش شانس تعامل در میان سالمندان و میل به «تنهایی مصلحت‌آمیز» به دلایلی مانند کناره‌گیری از دیگران بواسطه جبر موقعیتی، احساس بی اعتماد،ی گزینش مصلحتی تجرد و لذت تنهایی رخ می‌دهد*» (کد ٤)

٦- مسائل بهداشتی و درمانی معطوف به سالمند: «*ناتوانی در ایجاد ارتباط عاطفی مناسب و القای امید به سالمند، عدم مشارکت‌دهی به سالمند در تصمیم‌گیری‌ها و روند درمانی (حاکمیت رویکرد پدرسالاری)، آموزش‌های تخصصی پایین پرستاران سالمندان در بیمارستان‌ها، مواجههٔ یکسان پرستاران و مراقبین از بیماران سالمند و جوان، فقدان نگاه فرهنگی و رویکرد نیازسنجی*

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

کادر درمان در خصوص سالمندان، عدم ارائهٔ اطلاعات ضروری از روند بیماری و مداخلات و پیامدهای احتمالی مداخلات، فقدان درک مبتنی بر همدلی نزد کادر درمان و نبود فضای تکریم نزد فضاهای درمانی و کادر درمان» (کد ٦) در کنار روند خصوصی‌سازی خدمات اجتماعی و درمانی و تجاری‌شدن و کالایی‌شدن سلامت به طیفی از نارضایتی‌ها نزد این قشر دامن زده است.

۷- فضای بی‌هنجاری و بدهنجاری در جامعه: «*مطابق با بررسی‌ها شرایط بی‌هنجاری و بدهنجاری در جامعه به انحاء مختلف به آسیب‌های روحی روانی سالمندان منجر می‌شود. چنین فضایی می‌تواند ۵ مؤلفهٔ اساسی داشته باشد: کاهش سرمایهٔ اجتماعی، احساس تبعیض و نابرابری‌های اجتماعی، کاهش پایبندی به قوانین و مقررات، آسیب‌های تربیتی نسل جدید، تغییرات عمیق و سریع ارزشی و هنجاری*» (کد ۸ و ۱۸، ۲۹، ۳۳).

۸- فقدان تسهیل‌گرهای ارتباطی و تعامل‌بخش سالمندان: «*سالمندان بیش از پیش به فعالیت‌ها و تعاملات نیازمندند. در این راستا چنین به نظر می‌رسد سازوکارهایی که بتواند به لحاظ کمی و کیفی تعاملات سالمندان را تقویت کند دچار اختلال می‌باشد. آسیب‌های زیر در این خصوص قابل طرح می‌باشند:*

الف- عدم تعبیهٔ سازوکاری برای دریافت و استفاده از پیشنهادات سالمندان در تصمیمات و رویه‌های سازمانی.

ب- فقدان مؤسسات فعال در زمینهٔ ازدواج سالمندان با توجه به موانع فرهنگی و اجتماعی موجود سرراه سالمند.

ج- کمرنگی داده‌های بصری یا نمادهای روشن و ساده نزد نهادها و خدمات عمومی.

د- عدم تعریف مشاورهٔ سالمندی در عرصهٔ آکادمیک و سازمان‌های اجرایی جهت ارائهٔ خدمات مشاوره‌ای» (کد ۱۸)

۹- عدم فرصت حضور و مشارکت سالمندان در جامعه: میزان مشارکت سالمندان در جامعه یکی از شاخص‌های سالمندی سالم محسوب شده است و با توجه به معنی آن که توأم با درک شدن، شنیده شدن و احترام به کرامت سالمند است، می‌تواند ضمن تقویت عزت نفس، آسیب‌های مرتبط با تنهایی و انزوا در این قشر را تقلیل دهد. این درحالی است که آسیب‌های زیر مانع از تحقق چنین مهمی می‌شوند:

الف- «*ناکارآمدی سمن‌ها و نهادهای مدنی*» (کد ۱۸). ب- «*روابط عمودی قدرت و فقدان الگوهای تصمیم‌گیر متکثر و جامعه‌محور*» (کد ١٦ و ۱۸) پ- «*میزان پایین احساس مالکیت بر محیط شهری*» (کد ۱).

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

۱۰- شاخص‌های فرهنگی و تفریحی پایین برای سالمندان: «*با توجه به فرسودگی، بیماری‌ها و شرایط روحی و روانی سالمندی، هر چقدر فضاهای برون‌خانگی مفرح و توأم با جذابیت‌های ورزشی، هنری و ... باشد، امکان جذب و مشارکت سالمند در آن فضاها افزایش پیدا می‌کند. این در حالی است که وجود اختلالات و آسیب‌هایی در این عرصه مانع تحقق چنین امکانی می‌شوند؛ که می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:*

الف- عدم تناسب فضاها و خدمات گردشگری با ذائقه، نیاز و ارزش‌های سالمندی

ب- عدم تعریف امکانات ویژه برای حمل و نقل سالمندان در ابعاد درون شهری و برون شهری

پ- عضویت رایگان یا همراه با تخفیف در بهره‌مندی از خدمات فرهنگی، هنری و ورزشی

ج- فقدان کلوپ‌ها و مراکز مخصوص و مربیان ورزش سالمندان

ه- فقدان تجهیزات و خدمات مناسب سالمندی در فضاهای سبز و ورزشی» (کد ۲، ۵، ۱۸، ۲۳، ۲۸، ۳۰).

۱۱- سبک زندگی غیرسالم ایرانیان: «*سبک زندگی به معنای مجموعه فعالیت‌ها و انتخاب‌های نسبتا منظم یک فرد در جریان زندگی است که آن هم تابع موقعیت ساختاری و فردی است. الگوی سبک زندگی غیرسالم سالمند در چهار سطح می‌تواند در پیدایی یا تشدید بحران سالمندی نقش ایفا کند:*

الف- الگوی فراغتی آسیب‌زا مثل غفلت از ورزش، پیاده‌روی نامناسب، دوری از طبیعت و فراغت‌های غیرخانوادگی ب- شیوهٔ زندگی غیرفعال ج- تغذیهٔ نامناسب و ناقص د- اعتیاد و مصرف دخانیات و مواد الکلی» (کد ۱، ۳، ۵، ۷، ۲۱ ، ۲۳، ۳۳)

۱۲- الگوی ازدواج آسیب‌زا: مطابق قرارداد قدسی و اجتماعی ازدواج، انسان بزرگترین منبع حمایتی خویش را به دست می‌آورد. این درحالی است که اختلال و آسیب‌زا بودن در این پروسه می‌تواند اثرات جبران‌ناپذیری را به خصوص در دورهٔ سالمندی به بار بیاورد. در این دوره؛ سالمند خواه ناخواه از برخی از عرصه‌های زیستی عقب‌نشینی می‌کند و حدی از تنهایی و وابستگی به اعضای خانواده بر وی غالب می‌شود. مطابق با داده‌های بدست آمده، حد قابل توجهی از سالمندان یا سالمندان نه چندان دور (میانسالان) بواسطهٔ الگوی ازدواج آسیب‌زا دچار آسیب‌های چندگانه خانوادگی می‌شوند و از رهگذر آن به تولید یا تشدید بحران سالمندی منجر می‌شود. از جمله این آسیب‌های خانوادگی عبارتند از:

الف- «*میزان پایین رضامندی از روابط خانوادگی*» (کد ۱۰). ب- «*موانع فرهنگی ازدواج مجدد بیوه‌ها*» (۲۶). ج- «*فاصلهٔ سنی بیشتر زوجین*» (کد ٤، ۷، ۲۰ و ۲٦).

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

۱۳- تغییرات کمی و کیفی دینداری: امروزه بیش از هر زمانی بعد از وقوع انقلاب اسلامی دینداری، گوناگون و میزان دینداری، دستخوش تغییرات قابل توجهی شده است. حضور و تشدید متغیرهای اثرگذار بر تنوع‌یابی دینداری و روند سکولاریزاسیون حاکی است؛ با تداوم وضعیت موجود، شاهد تغییرات کمی و کیفی دینداری نزد گروه‌های مختلف سنی، طبقاتی، فرهنگی، قومی و ... هستیم. با توجه به ارتباط وثیق باورمندی به وجود خدا در کنار برجستگی ابعاد اجتماعی و معنوی دین با سالمندی سالم چنین به نظر می‌رسد که تغییرات در این عرصه علیه سالمندی سالم تمام می‌شود. مضامین زیر در این راستا به زایش یا تشدید بحران سالمندی منجر می‌شوند:

الف- «*کمرنگ شدن حضور دین در جامعه*» (کد ۷، ۱٤، ۱۹، ۲۸). ب- «*الگوی دینداری آسیب‌زا: حضور خرافات در میان اعتقادات دینی و تضعیف بعد اجتماعی دینداری به انحا مختلف به ایجاد و تشدید بحران سالمندی منجر می‌شوند*» (کد ۱، ۱۰ ، ۱۹، ۲۸).

۱٤- بازنمایی غیرحمایتی سالمندی از جانب صنعت فرهنگ: در صورتی‌که فرهنگ را دستاوردهای غیرمادی جامعه محسوب کنیم که در قالب هنجارها، رفتارها، الگوها، آداب و رسوم متبلور می‌شود؛ می‌توانیم صنعت فرهنگ را به تمامی کنشگران و نهادهای متولی تولید و توزیع فرهنگ تسری بدهیم. صنعت فرهنگ امروزه با توجه به نقشی که در ذائقه و انتخاب‌های عاملانِ انسانی دارند، نقش بسزایی در جهت‌گیری‌های جامعه در قبال سالمند و خودپنداره‌های سالمندان دارند. چنین به نظر می‌رسد صنعت فرهنگ و در رأس آن‌ها رسانه‌های دولتی و غیردولتی به دلایل زیر، نقش حمایتی در قبال این قشر ایفا نمی‌کند:

الف- «*ترویج سپردن سالمندان به سراهای سالمندی*» (کد۲۲). ب- «*توزیع نمادها و استانداردهای ارزشمند و مثبت حول جوانی* ج- *غفلت از رویکرد بازاجتماعی نمودن بزرگسالان و سالمندان*» (کد ۱۸، ۲۲ و ۲۳).

۱۵- اختلال در حمایتگرهای اجتماعی سالمندی: «*ایجاد زمینه و سازوکارهای مشارکت به افزایش درگیری سالمندان در جامعه و طرح و پاسخگویی به نیازها از طریق ایجاد فضای احترام و تکریم به تقویت سالمندی سالم منجر می‌شود. این در حالی است که مطابق با مطالعات صورت گرفته آسیب‌های زیر مانع تحقق چنین هدفی می‌شود:*

الف- فقدان سمن‌های حامی سالمندان

ب- فقدان انجمن، کانون و فرهنگسراهای مخصوص سالمندان

ج- عدم تعریف اولویت برای سالمندان در ارائهٔ خدمات عمومی

د- عدم تعریف جوایز و نشانگان مثبت نهادی برای سالمندان

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

ه- فقدان مراسم، جلسات و گردهمایی‌هایی با مشارکت سالمندان

ن- عدم تعریف مشاغل مناسب سالمندان

م- فقدان شوراهایی با حضور افراد سالمند جهت مشارکت در تصمیمات» (کد ۸ ، ۲۳، ۳۲).

۱۶- ضعف حمایت‌های سیاسی: «*با توجه به تمرکز مزایا و منابع در دست قدرت، همواره رفتار ساختار سیاست در قبال گروه‌های اجتماعی در کانون توجه بوده است. گاهی رسوخ اندیشه‌های سرمایه‌داری و گره خوردن ساختار سیاست با منافع سرمایه‌داری منجر به ایجاد نگاه حاشیه‌ای به قشر سالمند می‌شود. با توجه به اینکه قشر سالمند معمولا در دورهٔ بازنشستگی قرار دارند، توقعاتی از ساختار سیاسی برای برخورداری از مزایا بعد از چند دهه کار کردن دارند. لذا وقتی که دو نوع رفتار با هم مواجه می‌شوند، به تشدید بحران سالمندی منتج می‌شود یا آن را تشدید می‌کند. از این نقطه نظر، ضعف حمایت‌های سیاسی با دامن زدن به متغیرهای واسطی همچون نارضایتی اجتماعی، الگوی بازنشستگی غیرمحترمانه و نگاه حاشیه‌ای قدرت به سالمندان در توزیع مزایا به بحران دامن می‌زنند*» (کد ۷، ۸، ۲۹، ۳۲).

۱۷- عدم همخوانی فرصت‌های شغلی با اقتضائات جامعه خانواده‌محور: «*با توجه به تغییراتی که توأم با مدرنیزاسیون در شیوهٔ تولید و فرهنگ کار اتفاق افتاده است، ما شاهد اثرپذیری محسوس خانواده از این تغییرات بوده‌ایم؛ متغیرهایی از جمله عدم حمایت‌شدگی اقتصادی زنان خانه‌دار، ناهمخوانی مشاغل اجتماعی زنان با انتظارات نقشی درون‌خانگی، تغییر در شیوهٔ تولید و معیشت و دور بودن فرصت‌های شغلی از اعضای خانواده (نیاز به مهاجرت شغلی) در این راستا مطرح شده‌اند*» (کد ٤، ۱۳، ١٤ و ٢٦).

۱۸- الگوی شهرسازی غیرحمایتگر: «*مطابق با داده‌های حاصله الگوی شهرسازی نزد مدیران شهری دچار آسیب و مسائلی است که به عنوان موانعی در تحقق سالمندی سالم شمرده می‌شوند. عدم رعایت عدالت فضایی در توزیع مزایا و امکانات شهری و عدم تناسب با نیازها و محدودیت‌های سالمندان شهرهای امروزی ایران در مغایرت با این نیازهای سالمندان است که با افزایش حجم سالمندان در دهه‌های آتی از این حیث به بحران سالمندی ختم می‌شود*» (کد ۵ ، ۲۳، ۳۲، ٣٦).

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، به بحران سالمندی در ایران، چالش‌ها و راهکارها با سه هدف مفهوم‌سازی بحران سالمندی و مختصات آن در ایران ، تبیین چالش‌های سالمندی ایران و راهکارهای متناسب با چالش‌های سالمندی ایران پرداخته شده است.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

بحران سالمندی و مختصات آن در ایران: سهم بالای جمعیت سالمندی به همراه پیدایی مجموعه‌ای از آسیب‌ها و معضلات حول آن، جامعهٔ ایرانی را در یک شرایط منحصر به فرد تاریخی قرار می‌دهد به طوریکه طبق اغلب برآوردهای جمعیت‌شناسی تا دو دههٔ آتی نرخ جمعیت سالمند (یا در آستانهٔ سالمندی) ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت ایران را به خود اختصاص می‌دهد و شکل نامطلوب آن با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی (مثل نرخ موالید، میزان ازدواج، مهاجرت و ...)، شاهد پایداری این وضعیت در آینده جامعهٔ ایرانی خواهیم بود؛ همچنین پدیداری که مسأله‌مندی سالمندی را تشدید می‌کند، شتاب بالای سالمندی در ایران می‌باشد. گفتنی است بحران سالمندی، غیر از افزایش نرخ جمعیتی سالمندی، شامل مؤلفه‌هایی چون بیماری‌های جسمی، احساس طردشدگی یا رهاشدگی، واپسماندگی و حاشیه‌ای شدن، تورم نیازمندی، ترس و اضطراب، احساس گناه، افسردگی و احساس تنهایی، پیدایی قشر ناامید، احساس بی‌ارزشی، احساس بی‌قدرتی و درماندگی، بی‌معنایی زندگی، ترس از مرگ در تنهایی، منزلت‌زدایی از سالمند توأم با فرزندسالاری، ترس از زمین‌گیر شدن و وابسته شدن و زنانه شدن سالمندی می‌باشد. در شکل زیر عناصر معنایی بحران سالمندی به تفکیک میزان تأکید واحدهای تحلیل ذکر شده است.



نمودار شمارهٔ یک- عناصر معنایی بحران سالمندی (به تفکیک وزن آن‌ها نزد واحدهای تحلیل)

یافته‌های پژوهش (مفهوم‌سازی مختصات سالمندی) هم راستا با نظریات کارکردگرایی (سازگاری سالمندان با نقش‌ها، هنجارها و انتظارات سالمندی)، کنش متقابل نمادین (معنا بخشی

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

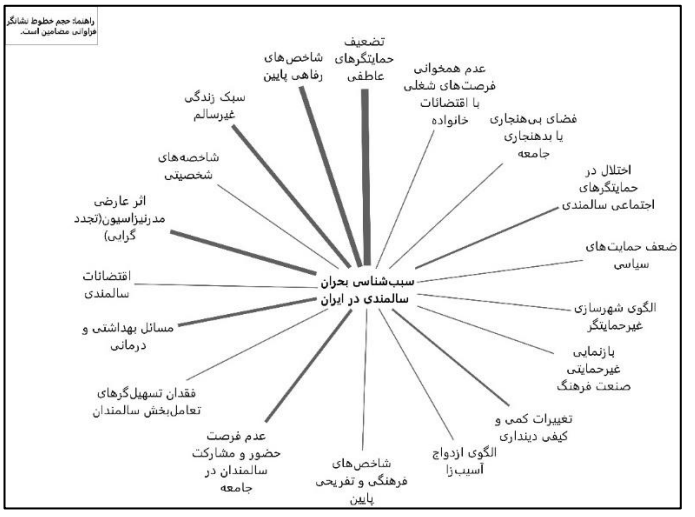
[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

سالمندان به زندگی خود) و پارادایم انتقادی (تأثیر دیدگاه‌های منفی دربارهٔ سالمندی و تبعیض سـنـی علیـه سالمندان) بود.

بحران سالمندی با پیامدهایی چون؛ افزایش هزینه‌های تأمین اجتماعی، کاهش نیرو و ظرفیت لازم برای کار و توسعه، اختلال در زندگی خصوصی و حرفه‌ای مراقبین، فشار بر ساختارهای بهداشتی و درمانی و افزایش خودآزاری و خودکشی سالمندان که ماحصل آن درگیر نمودن کل جامعه، منابع و اهداف تمامی نهادهای اجتماعی است، به فاجعهٔ ملی منجر شود. سالمندی، اقتضائات، نیازها و مطالبات خویش را دارد و به تبع آن منابع و قواعد بایستی در راستای آن بازتنظیم شوند و از این حیث آنچه جامعهٔ ایرانی در بازهٔ زمانی ۱۴۲۰-۱۴۱۰ با آن مواجه خواهد شد؛ گریزی نیست. اما آماده‌سازی جامعه و تغییر الگوی مدیریتی جامعه در راستای اقتضائات مطروحه می‌تواند تا حد قابل توجهی به ارتقای شاخصه‌های «سالمندی سالم» که قطب بحران سالمندی محسوب می‌شوند کمک کند و از رهگذر آن از میزان هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی تغییرات جمعیتی بکاهد.

تبیین چالش‌های سالمندی ایران: در پیدایی و تشدید بحران سالمندی؛ می‌توان هم به عاملیت فردی (نظریه‌های سطح خرد اجتماعی مانند دیدگاه‌های برساخت‌گرایی اجتماعی و مبادلهٔ اجتماعی) و هم به عاملیت اجتماعی (دیدگاه‌های سطح کلان از جمله به نقش دولت و سیاست‌های اجتماعی و نحوهٔ شکل‌گیری زندگی اجتماعی به وسیلهٔ سیاست‌های رفاهی اشاره داشت).

در مجموع عوامل متعددی در زمینه‌سازی و تسهیل‌گری دخالت دارند که می‌توان با ابتنا به داده‌های به دست آمده، ۱۸ مضمون را به شرح نمودار شمارهٔ ۲، شناسایی و صورت‌بندی کرد.



نمودار شمارهٔ دو- شبکهٔ مضمونی تحلیل یافته‌های پژوهشی

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

راهکارهای متناسب با چالش‌های سالمندی ایران: با در نظر گرفتن فضای تبیینی بحران سالمندی، می‌توان با توجه به گوناگونی و چندساحتی بودن آن‌ها؛ سیاست ایجاد جامعهٔ دوست‌دار سالمند را در راستای اجتناب از بحران و تحقق اهداف (سالمندی سالم) پیشنهاد داد. در این راستا می‌توان راهکارها و برنامه‌ها را حول تجویزات راهبردی زیر سازماندهی کرد:

- بسیج صنعت فرهنگ در رابطه با نیازها و اقتضائات دورهٔ سالمندی
- تقویت مراکز مداخله‌ای و مشاوره‌ای سالمندی
- بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی سالمندان
- تقویت زمینه‌های احترام و شمول اجتماعی سالمندان
- افزایش فرصت مشارکت و درگیری سالمند با جامعه
- هماهنگ نمودن سیستم حمل و نقل با نیازها و اقتضائات سالمندی
- متناسب‌سازی فضاهای عمومی شهری با سالمندان
- افزایش خدمات تفریحی و ورزشی با تاکید بر سالمندان
- متناسب‌سازی فضاها و خدمات مربوط به ارتباطات و اطلاعات با سالمندی
- کاهش مشکل مسکن سالمندان
- توسعهٔ تأمین اجتماعی سالمندان
- بازنگری در زمینه‌های سیاستی اثرگذار

منابع

۱. اسداللهی، عبدالرحیم؛ حسین زاده، علی حسین؛ محسنی تبریزی، علیرضا و عبدالحسین نبوی (۱۳۹۲) «سبک زندگی شهری و مشارکت اجتماعی شهروندان سالمند اهوازی؛ یک پیمایش منطقه‌ای»، **جامعه‌شناسی کاربردی**، دورهٔ ۲٤، شمارهٔ ٤۹: ۱٦-۱.

۲. اوقانی اصفهانی، فرنوش؛ اسمعیلی، معصومه؛ سلیمی بجستانی، حسین؛ معتمدی، عبدالله و محمد عسگری (۱٤۰۰) «ابعاد استعلای سالمندی در زنان سالمند ایرانی: یک مطالعهٔ پدیدارشناسی»، **علوم روانشناختی**، دورهٔ ۲۰، شمارهٔ ۹۹: ۳٤۰-۳۲۷.

۳. بابائی، مهرزاد (۱۳۸٦) «مشکلات اجتماعی خانواده‌های مراقبت‌کننده از سالمند ناتوان در شهر کرج»، **سالمند**، دورهٔ ۲، شمارهٔ ۳: ۱۸۱-۱۷۷ .

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

٤.باستانی، فریده؛ حسینی، راضیه السادات؛ بنی اسد، ماه منیر و حمید حقانی (۱۳۸۹) «سلامت عمومی زنان مراقبت‌کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر»، **سالمند**، دورهٔ ۵، شمارهٔ ۱۷: ۵۱-٤۳.

۵.بذرافشان، شهرزاد (۱۳۹٦) «بررسی جامعه‌شناختی رابطهٔ سبک زندگی و مشارکت اجتماعی شهروندان سالمند شهر گرگان»، **مطالعات جامعه‌شناختی شهری**، دورهٔ هشتم، شمارهٔ ۲۵: ۹۱-۱۱٦.

٦. پروایی، شیوا (۱۳۹۹) «مفاهیم و رویکردهای نظری در جامعه‌شناسی سالمندی، مطالعات سالمندی و جنسیت»، **جمعیت**، شمارهٔ ۱۱۱ و۱۱۲: ۱۱۲-۷۱.

۷.پیربابایی، محمدتقی؛هاشم پور، پریسا و پیمان زاده باقری (۱۳۹۸) «تبیین عدالت فضایی از منظر تمهید خدمات سلامت در فضاها و کاربردهای شهردی برای قشر سالمند» **نگرش‌های نو در جغرافیای انسانی**، دورهٔ ۱۲، شمارهٔ ۱: ۳٦۲-۳٤۵.

۸.حاجی‌زاده میمندی، مسعود؛ زارع شاه آبادی، اکبر؛مروی نام، نرگس و فاطمه ابوترابی زارچی (۱۳۹۱) «بررسی رابطهٔ بین دینداری و رضایت از زندگی در بین زنان سالمند شهر یزد» **مطالعات راهبردی زنان**، سال ۱۵، شمارهٔ ۵۸: ۲۳۵-۱۹۱.

۹.حبیبی، سولا عقیل؛ نیک پور، صغری؛ سیدالشهدایی، مهناز و حمید حقانی (۱۳۸۷) «بررسی رفتارهای «ارتقا دهندهٔ سلامت» و کیفیت زندگی در سالمندان»، **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل**، دورهٔ ۸، شمارهٔ ۱: ۲۹-۳٦.

۱۰. حفاری، هدی؛ دباغی، پرویز و خدابخش احمدی (۱۳۹۲) «تأثیر آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان»، **پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره**، ۳(۲): ۵۱-٦٤.

۱۱. خدابنده، فریده؛ علی نور بالا، احمد؛ کاهانی، صبا و عباس باقری (۱۳۹۱) «بررسی عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در افراد میانسال و سالمند»، **روانشناسی سلامت**، شمارهٔ ۱: ۹۲-۸۱.

۱۲. خزایی، مصطفی؛ امانی، مجتبی و مسعود داورپناه (۱۳۹۷) »تحلیلی بر شهر دوستدار سالمند در ایران»، **جغرافیا و روابط انسانی**، دورهٔ ۱، شمارهٔ۳: ۸۹۰-۸۷٦ .

۱۳. رژه، ناهید؛ هروی کریموی، مجید و مهشید فروغان (۱۳۸۹) «نیازهای بیماران سالمند بستری در بیمارستان»، سالمند، سال ۵، شمارهٔ ۱۵: ۵۲-٤۲ .

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

۱۴. رمضانی اول، مصطفی؛ احدی، حسن؛ عسکری، پرویز و حمید نجات (۱۳۹۹) «اثربخشی بهزیستی درمانگری بر احساس تنهایی و تنظیم شناختی هیجان سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی»، **علوم روانشناختی**، ۱۹ (۸۸): ۵۱۱-۵۱۹ .

۱۵. رولاند، دونالد (۱۳۹۶) **سالخوردگی جمعیت، زمینه‌ها، پیامدها و سیاست‌ها**، ترجمهٔ یعقوب فروتن، تهران: مؤسسهٔ مطالعات جمعیتی کشور.

۱۶. سام‌آرام، عزت‌الله و زیبا احمدی‌بنی (۱۳۸۶) «بررسی عوامل مؤثر بر موقعیت سالمند در خانواده»، **سالمند**، سال ۲، شمارهٔ ۲: ۲۷۹-۲۶۹ .

۱۷. سیدمیرزایی، سیدمحمد (۱۳۸۶) «ملاحظاتی پیرامون ابعاد سالمندی با نگاهی به تجربهٔ ژاپن»، **پژوهشنامهٔ علوم انسانی**، شمارهٔ ۵۳: ۲۲۲-۲۰۱.

۱۸. شیخ، محمود و مرضیه مسلمی‌نژاد (۱۳۹۵) «مقایسهٔ نگرانی از تصویر بدنی زنان سالمند ورزشکار و غیر ورزشکار: نقش میانجی‌گر شاخص تودهٔ بدنی در ارتباط بین حرمت خود و نگرانی از تصویر بدنی»، **علوم روانشناختی**، دورهٔ ۱۵، شمارهٔ ۵۷: ۱۱۲-۹۸.

۱۹. شیرافکن، علی و ناهید طایفی نصرآبادی (۱۳۹۹) «معنای زندگی سالمندان ساکن در مراکز نگهداری از سالمند»، **رویش روان‌شناسی**، سال ۹، شمارهٔ ۶: ۲۳۴-۲۲۳.

۲۰. صادقی فسایی، سهیلا و عاطفه خادمی (۱۳۹۲) «روایت زنان سالمند از زندگی در دنیای مدرن»، **نامهٔ انجمن جمعیت‌شناسی ایران**، سال ۸، شمارهٔ ۱۵: ۱۴۰-۱۲۳.

۲۱. طایری، سودابه؛جعفری، مهرنوش؛ علی محمدزاده، خلیل؛ حسینی، سیدمجتبی و کامران شهانقی(۱۴۰۰) «مدل مفهومی سلامت زنان سالمند در ایران: مطالعهٔ مروری»، **سالمند**، دورهٔ ۱۶ شمارهٔ ۳: ۳۲۹-۳۰۴.

۲۲. ضرغامی، حسین و حسین محمودیان (۱۳۹۵) «مهاجرت فرزندان و احساس تنهایی والدین سالمند روستایی»، **روانشناسی سلامت**، شمارهٔ ۱۹: ۱۱۶-۹۹.

۲۳. علی‌کرمی، کریم؛ ملکی، امیر؛ عبداللهیان، حمید و مهدی رضایی (۱۳۹۸) «تجربهٔ زیستهٔ تنهایی در بین زنان سالمند شهر بوکان»، **مطالعات راهبردی زنان**، دورهٔ ۲۱، شمارهٔ ۸۳: ۳۰-۷.

۲۴. کریمی، محبوبه و نسرین الهی (۱۳۸۷) «سالمندآزاری در شهر اهواز و ارتباط آن با برخی مشخصه‌های فردی و اجتماعی»، **سالمند**، سال ۳، شمارهٔ ۷: ۴۷-۴۲.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

۲۵.محمودیان، حسین وحسین ضرغامی (۱۳۹۵) «تأثیرات مهاجرت فرزندان بر حمایت اجتماعی والدین سالمند روستایی»، **پژوهش‌های روستایی**، دورهٔ ۷، شمارهٔ ۱: ۵۳-۲۹.

۲۶. مصاحبی، محمدرضا، عریضی، حمیدرضا، یزد خواستی، فریبا و حمید بیدرام(۱۳۹۸) «اثربخشی مداخله‌های جسمی روانشناختی چهارگانه بر ارتقای حالت‌های روانشناختی مثبت و سلامت عملکردی زنان سالمند»، **روانشناسی بالینی**، سال ۱۱، شمارهٔ ۳: ٦٦-۵۱.

۲۷. مکبریان، منصوره؛ کاشانی، ولی‌اله؛ کاشانی، کبری و سمیه نامدار طجری (۱۳۹۳) «مقایسهٔ شادکامی زنان و مردان سالمند فعال و غیرفعال شهر تهران»، **رشد و یادگیری حرکتی- ورزشی**، دورهٔ ٦، شمارهٔ ۲: ۱۹٤-۱۸۳ .

۲۸. موحد، مجید؛ عنایت، حلیمه و نسیبه زنجری (۱۳۹٤) «سالمندی سالم؛ تحلیل مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مردان و زنان سالمند در شهر شیراز»، **علوم اجتماعی (فردوسی مشهد)**، سال ۱۲، شمارهٔ ۱: ۲۲۳-۱۹۷.

۲۹. مهدوی، شیرین؛ عمادزاده، مصطفی و آذرنوش انصاری (۱۳۹۷) «شناسایی و پیش‌بینی بازار گردشگران سالمند بر مبنای ارزش‌های مورد انتظار»، **مطالعات مدیریت گردشگری**، سال سیزدهم و شمارهٔ ٤٤: ۷۰-۳۹.

۳۰. میرزایی، محمد و مهری شمس قهفرخی (۱۳۸٦) «جمعیت‌شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری‌های ۱۳۸۵-۱۳۳۵»، **سالمندی ایران**، شمارهٔ ۵: ۳۳۱-۳۲٦

۳۱. ناصح، لادن؛ محمدی شاهبلاغی، فرحناز؛ خانکه، حمیدرضا و کیان نوروزی (۱٤۰۳) «سالمندی موفق: تحلیل مفهوم با رویکرد واکر و اوانت»، **سالمندی ایران**، دورهٔ ۱۹، شمارهٔ ۲: ۱۷۵-۱۵۸

۳۲. نوروزی، رقیه؛ سیدمیرزایی، سیدمحمد و مصطفی ازکیا (۱۳۹۷) «معنا بخشی به زندگی و مؤلفه‌های موثر در آن »، **پژوهشنامهٔ مددکاری اجتماعی**، سال ۵، شمارهٔ ۱۸: ۲۳۷-۲۰۱

۳۳. پروایی، شیوا (۱٤۰۰) «سالمندی، پدیده‌ای اجتماعی و نابرابر در ایران»، انگاره: engare.net/eldery-in-iran

۳٤. مرکز آمار ایران (۱۳۹۵) انتخاب سرشماری نفوس و مسکن: www.amar.org.ir.

35. Chunxia Wang (2024) **E3S Web of Conferences 512**, 01007.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]

36. Heintzelman, S. king, L. (2019) «Routines and Meaning in Life». **Personality and social psychology bulletin** 45(5), 688-699.

37. Hooyman, N.R., & Kiyak, H.A. (2011) **Social gerontology: A multidisciplinary perspective**. 9th edition. Pearson, New York.

38. Nazia Salah ud Din, Tahira Jabeen,Afzal, A (2024) «Health Problems Faced by Elderly and Services Offered by Old Age Home/Aafiat, Lahore, Social Welfare Department, Punjab». **JHEDS**, 4(1), 32-40.

39. Schulz, R. Noelker, L. S. Rockwood, K. & Sprott, R. L. (2006) **The Encyclopedia of Aging A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics**, Springer Publishing Company, Inc

40. Simpson, S.M. (2001) «Near death experience: a concept analysis as applied to nursing». **Journal of advanced nursing**, 36(4), 520-526.

41. Van Gaans, D. , & Dent, E. (2018) «Issues of accessibility to health services by older Australians». **Public health reviews**, 3 (9), 20-25.

42. World Health Organization (2019) **Ageing and Life Course**. p. 2004. Available from: https://www.who.int/ageing/en.

43. Zhou G, Wang Y, Yu X. (2019)« Direct and indirect effects of family functioning on loneliness of elderly Chinese individuals». **Current Psychology**. 2018; 37(1):295-301.

[Downloaded from scdsjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.82]