

مطالعه کیفی تفاوت‌های جنسیتی در تجربه سالمندی

(پژوهشی در شهر تهران)

شیوا پروائی*

(تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۰)

چکیده

هدف مقاله حاضر، ارائه روایتی از تفاوت‌های جنسیتی سالمندان برای فهم تجارب متکثر سالمندی است که با رویکرد نظری سالمندشناسی انتقادی و فمینیستی، روش پژوهش کیفی و تکنیک مصاحبه نیمه ساختاریافته، به شنیدن صداها و روایت‌های ۴۲ سالمند شهر تهران پرداخته است. داده‌های مصاحبه‌ای با روش تحلیل مضمون، کدگذاری و مقوله‌بندی شده است. نتایج پژوهش، روایت‌گر آن است که تجربه سالمندی به تفاوت سرمایه اقتصادی (مالکیت دارایی‌های خانوادگی، فرصت‌های شغلی، بازنشستگی و استقلال درآمدی، مسئولیت اقتصادی زندگی)، سرمایه فرهنگی و نمادین (تحصیلات، مهارت‌های فرهنگی، سواد سلامت، منزلت و اعتبار اجتماعی)، سرمایه اجتماعی (مناسبات اجتماعی، سرمایه خانوادگی) و سرمایه سلامت (سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت جنسی و سلامت اجتماعی) زنان و مردان سالمند برمی‌گردد. با توجه به یافته‌ها، سالمندی در بین زنان و مردان، تجربه واحد و یک‌شکلی نیست و می‌تواند بر حسب میزان دسترسی به سرمایه‌ها و نابرابری در سرمایه‌ها، تجربه‌ای متفاوت و متکثر باشد. انباشت این سرمایه‌ها در طول مسیر زندگی، مبتنی بر تفاوت‌های جنسیتی است و در نهایت، همین سرمایه‌های انباشتی، زندگی سالمندی را در بین زنان و مردان متفاوت می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: سالمندی، رویکرد مسیر زندگی، تفاوت‌های جنسیتی، سرمایه‌های انباشتی.

* دانش‌آموخته دوره دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران.

مقدمه

سالمندی مفهوم پیچیده‌ای است که از ابعاد مختلف بیولوژیکی، روان‌شناختی، تقویمی، اجتماعی و فرهنگی می‌توان آن را تعریف کرد. همچنین سالمندی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف به شکل متفاوتی تجربه می‌گردد و بر این اساس، در تعریف سالمندی نمی‌توان به سن تقویمی ثابتی اکتفا کرد؛ ولی می‌توان از سن تقویمی به‌عنوان آستانه ورود به سنین سالمندی استفاده نمود. سن تقویمی سالمندی، بسته به امید زندگی و طول عمر افراد، در هر جامعه‌ای می‌تواند متفاوت باشد. اغلب، سن ۶۰ یا ۶۵ سالگی به‌عنوان آستانه ورود به سنین سالمندی استفاده می‌شود (یون و کول^۱، ۲۰۰۸؛ میسنر و هینی^۲، ۲۰۰۹).

بر اساس نتایج آخرین سرشماری رسمی، ۹/۳ درصد جمعیت ایران، ۶۰ ساله و بالاتر و ۶/۱ درصد جمعیت، ۶۵ ساله و بالاتر هستند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵) که این نسبت‌ها رو به افزایش است. بر این اساس، به نظر می‌رسد هم‌اکنون حدود هشت میلیون نفر بالای ۶۰ سال و پنج و نیم میلیون نفر بالای ۶۵ سال در جامعه ایرانی زندگی می‌کنند که در این میان، جمعیت سالمندان زن نسبت به مردان رو به افزایش است. در پژوهش حاضر، ۶۵ سالگی و بالاتر به‌عنوان آستانه ورود به سالمندی در نظر گرفته شده است.

هر چند سالمندی جمعیت، حاصل پیشرفت‌های پزشکی و دستاوردهای رفاهی است، ولی در عین حال، می‌تواند با چالش‌هایی برای خود سالمندان، خانواده‌های آنها، دولت‌ها و نظام رفاهی و اقتصادی هر کشور همراه باشد. افراد، وقتی پا به سن می‌گذارند با ترکیبی از مشکلات جسمی، عاطفی و معیشتی روبرو می‌شوند که کنار آمدن با آنها می‌تواند دشوار باشد. اما سالمندی پدیده‌ای نیست که به شکل یکسانی تجربه شود؛ بلکه تفاوت‌های زیادی در برخورداری از امکانات و منابع مادی، حمایت‌های عاطفی و خانوادگی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بین سالمندان وجود دارد (گیدنز، ۱۳۸۷: ۲۴۲). در این راستا، برخی از محققان به چالش‌های سالمندی اشاره داشته‌اند؛ یانگ و شولر^۳ (۱۹۹۱) در کتاب «زندگی پس از کار؛ ظهور جامعه بی‌سن و سال» چنین استدلال می‌کنند که گاهی سن و سال به ابزار ظالمانه‌ای تبدیل می‌شود که

-
1. Yoon and cole
 2. Meisner and Hynie
 3. Young & Schuller

سالمندان را در نقش‌های ثابت و کلیشه‌ای جای می‌دهد. آن‌ها چنین جامعه‌ای را «جامعه حبس سنی^۱» می‌نامند (همان: ۲۴۴). تاونسند^۲ نیز سالمندان را به‌عنوان یکی از گروه‌های در معرض فقر و وابستگی معرفی می‌کند. در این زمینه، تاونسند (۱۹۸۱) معتقد است که سالمندان تحت تأثیر شکل‌هایی از وابستگی ساختاری قرار دارند که از طریق بازنشستگی اجباری، فقر و محدود شدن نقش‌های اجتماعی، ایجاد می‌شود (فیلیپسون و اسچارف^۳، ۲۰۱۳).

بنابراین، سالمندان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند که در زندگی سالمندی با مشکلاتی چون افزایش بیماری‌ها و نیاز به مراقبت و حمایت و همچنین کاهش منابع درآمدی روبرو هستند. از طرفی نیز با تجربیات دیگری چون مرگ عزیزان و نزدیکان و تنهاشدگی مواجه می‌شوند که زندگی اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی آن‌ها را متأثر می‌سازد. اما با این‌حال، نمی‌توان تجربه سالمندی و زندگی سالمندی را سراسر پر از چالش و مشکلات دانست؛ بلکه تجربه سالمندی تجربه متفاوت و متکثری است و بسته به تفاوت‌های طبقاتی، تفاوت‌های جنسیتی، تفاوت‌های نگرشی و مذهبی و دیگر تفاوت‌ها تغییر می‌کند و متنوع و متکثر می‌شود. شناسایی این تفاوت‌ها به منظور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در قلمرو سالمندان مفید است و ضرورت مطالعه و بررسی دارد.

هدف پژوهش حاضر، مطالعه کیفی تجربه سالمندی مبتنی بر تفاوت‌های جنسیتی در شهر تهران (به‌عنوان کلان‌شهری با جمعیت بالای سالمند) است. مواجهه زنان و مردان با دوره زندگی سالمندی و مشکلات و چالش‌های این دوره از زندگی متفاوت است و آنها متأثر از تفاوت‌های جنسیتی، سالمندی را به شکل متفاوتی تجربه می‌کنند. بنابراین، تفاوت‌های جنسیتی در تجربه سالمندی، تعیین‌کننده است. در این راستا، پاسخ به این سؤال که چه عواملی تجربه سالمندی زنان و مردان را شکل می‌دهد و تجربه سالمندی را در بین آنها متفاوت می‌سازد؟ دغدغه پژوهش حاضر است.

-
1. Age-locked society
 2. Townsend
 3. Phillipson & Scharf

چارچوب مفهومی پژوهش

پژوهش حاضر به روش کیفی انجام شده است. این نکته را نباید فراموش کرد که امروزه در مطالعات کیفی، رویکرد استقرایی صرف مورد نقد واقع شده است و در این گونه پژوهش‌ها، اتخاذ رویکرد استقرایی-قیاسی به شکل همزمان پیشنهاد می‌شود (استراوس و کربین، ۱۳۹۶: ۴۳) که چنین رویکردی مستلزم رفت و برگشت میان مفاهیم نظری و داده‌های اکتشافی در میدان پژوهش است. بنابراین، نقش و جایگاه نظریه‌های موجود در تحلیل داده‌های پژوهش کیفی تایید می‌شود (تیمرمنز و تاوری^۱، ۲۰۱۲). در این راستا، مرور مفاهیم و چشم‌اندازهای نظری در تحلیل داده‌های کیفی بسیار مفید است.

اهمیت توجه و تأکید بر ساختارهای اجتماعی و فرهنگی در تحلیل مسائل سالمندی، به ظهور رویکرد جدیدی در مطالعات سالمندی تحت عنوان سالمندشناسی انتقادی و فمینیستی^۲ منجر شده است. سالمندشناسی انتقادی از مفاهیمی چون سن، نژاد، طبقه و جنسیت برای بررسی تفاوت‌های قدرت در جامعه و همچنین تحلیل شیوه‌های زندگی متفاوت در بین سالمندان بهره می‌گیرد. بر اساس این رویکرد، ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، فرصت‌ها و انتخاب‌های افراد را در سنین سالمندی محدود می‌کنند (فیلیپس^۳ و همکاران، ۲۰۱۰: ۲۰۶). بنابراین، رویکرد سالمندشناسی انتقادی، ابزاری برای فهم عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی و ترتیبات ساختاری ارائه می‌دهد (استس^۴، ۲۰۰۱: ۴۴). این رویکرد به طیف وسیعی از ایده‌هایی که به دنبال به چالش کشیدن نظریه‌ها، روش‌ها و جهت‌گیری غالب سالمندشناسی است، کمک کرده است (اسچولز^۵ و همکاران، ۲۰۰۶: ۲۷۲). همچنین این رویکرد با تفکر غالب و مسلط در سالمندشناسی که تمایل دارد سالمندی را به مسئله فردی و وابستگی تقلیل دهد، در چالش است و عوامل اجتماعی دیگری چون طبقه اجتماعی-اقتصادی و جنسیت را بر تجربه زندگی سالمندی تأثیرگذار می‌داند.

رویکردهای انتقادی سالمندی، روند اعمال قدرت بر سالمندان را مورد نقد قرار می‌دهند و

-
1. Timmermans & Tavory
 2. Critical and feminist Gerontology
 3. Phillips
 4. Estes
 5. Schulz

به این نکته می‌پردازند که در تحقیقات سالمندی، باید صدای خود سالمندان و روایت خود آنها از تجربه زندگی‌شان شنیده شود (بارس^۱، ۱۹۹۱). در این راستا، سالمندشناسی انتقادی، اغلب مدل‌های کمی‌گرایانه و تبیینی (پارادایم کارکردگرایانه) را رد می‌کند و به روش‌های کیفی و تفسیری در تحلیل مسائل و مشکلات سالمندان علاقه دارد (اسچولز و همکاران، ۲۰۰۶: ۱۱۰۰). در واقع، سالمندشناسی انتقادی، نظریه‌های سنتی و روش‌های اثبات‌گرایی و مرسوم در مطالعه سالمندی را به چالش می‌کشد تا به افرادی که بی‌صدا هستند، صدا دهد (هولستین و مینکلر^۲، ۲۰۰۷). این رویکرد معتقد است که صداهای سالمندان برای فهم تجارب متکثر سالمندی، دارای اهمیت است و اگر صدای سالمندان شنیده نشود، فهم دوره زندگی سالمندی برای محققان، فهم ناقصی خواهد بود (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۲۱). همچنین سالمندشناسی انتقادی با نقد نابرابری‌های سنی مبتنی بر جنسیت، نژاد، قومیت و طبقه اجتماعی سعی می‌کند شرایط برابرگرایانه‌تری را در سطح جامعه برای سالمندان ایجاد نماید تا از این طریق، رفاه و بهزیستی سالمندان ارتقاء یابد (بارکان^۳، ۲۰۱۱).

نظریه‌های فمینیستی در حوزه سالمندی نیز از این نقطه آغاز می‌کنند که دوره سالمندی، زنان و مردان را به‌طور یکسان متأثر نمی‌سازد و فرایند سالمندی توسط زنان و مردان به‌گونه‌ای متفاوت، درک و تفسیر می‌شود. سالمندشناسی فمینیستی، ریشه در نظریه فمینیستی و سالمندشناسی انتقادی دارد و بر روابط قدرت و ستم‌های اعمال شده بر زنان سالمند در طول زندگی تأکید می‌کند. این نظریه‌ها، جنسیت را یک اصل سازمان‌دهنده برای زندگی اجتماعی در طول عمر در نظر می‌گیرند که تجربه سالمندی را اغلب به شکل نابرابری شکل می‌دهد (کالاسانتی^۴، ۱۹۹۹ و مک‌مولن^۵، ۱۹۹۵). نظریه‌های فمینیستی سالمندی، عدم حضور زنان در نظریه‌پردازی سنتی در مورد سالمندی را نیز نقد می‌کنند و نظریه‌ها و مدل‌های موجود سالمندی را ناکافی قلمداد می‌کنند؛ چرا که آنها روابط جنسیتی، تجربه زنان در بافت سالمندی و تقاضاهای مراقبتی مبتنی بر جنسیت را به تصویر نمی‌کشند (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۰). از نگاه

-
1. Baars
 2. Holstein & Minkler
 3. Barkan
 4. Calasanti
 5. McMullen

نظریه پردازان فمینیستی، جنسیت باید در تحلیل‌های اجتماعی سالمندی مورد مطالعه قرار گیرد. نظریه‌های فمینیستی سالمندی همانند دیدگاه انتقادی، تفاوت دسترسی به منابع مالی، سلامت و منابع مراقبتی را بررسی می‌کنند که تجربه سالمندی را برای زنان و مردان تغییر می‌دهد و متمایز می‌کند (آربر و گین، ۱۹۹۵). در این زمینه، محققان فمینیستی به دنبال بررسی نرخ‌های نسبتاً بالای فقر در میان زنان سالمند هستند و تغییر در ایدئولوژی‌ها و نهادهایی که آن را تداوم می‌بخشد را پیشنهاد می‌دهند. در این رویکرد، این اعتقاد وجود دارد که جنسیت بر تجربه سالمندی به شکل‌های مختلفی تأثیرگذار است. زنان سالمند نسبت به مردان، کمتر دارای ثبات اقتصادی هستند و به دلیل ناپایداری اشتغال در طول دوره زندگی‌شان، از حقوق بازنشستگی پایینی نیز برخوردار می‌شوند. به همین دلیل، زنان سالمند نسبت به مردان سالمند در فقر بیشتری به سر می‌برند (گارنر^۲، ۱۹۹۹؛ گین، ۲۰۰۳). نظریه‌های فمینیستی نشان داده‌اند که چگونه نابرابری جنسیتی در دوران سالمندی، نتیجه تصمیمات سیاسی، قوانین واجد شرایط و مکانیزم‌های نهادی است و در نتیجه زنان تاوان انتخاب‌های محدود زندگی و فرصت‌های محدود بازار کار را می‌دهند. زنان به‌عنوان بخشی از مسئولیت‌های خانوادگی و خویشاوندی، بار مراقبت از سالمندان را به صورت غیررسمی به‌عهده دارند یا به‌طور رسمی به‌عنوان مراقبت‌کننده و پرستار در ارگان‌های رسمی کار می‌کنند. نظریه‌های فمینیستی، بر اینکه چگونه دولت رفاه از طریق سیاست‌های عمومی، ایدئولوژی سیاسی و اصول سازمانی خود، تقسیم‌کار جنسیتی و سلطه مردانه را در محیط کار بازتولید می‌کند، تأکید دارند و به نقد آن می‌پردازند. آنها بیان می‌کنند که اغلب زنان، بیرون از منزل کار نمی‌کنند یا شغل ثابتی ندارند یا اینکه در منزل یا بیرون از منزل از فرزندان و والدین سالمندشان مراقبت می‌کنند. در نتیجه همین مسئولیت‌های مراقبتی با درآمدهای محدود، زنان در زندگی سالمندی برای برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی با مشکلاتی روبه‌رو می‌شوند. نظریه‌های فمینیستی سالمندی به نظریه‌های مرسوم در این حوزه انتقاد وارد می‌کنند که حقوق زنان را به‌عنوان همسر، مادر و مراقبان غیررسمی والدین سالمند و همچنین کار زنان در منزل را نادیده گرفته‌اند و از این طریق، در نظام اقتصادی جامعه، جایگاه پایین‌تری را به آنان اختصاص داده‌اند (آربر و گین، ۱۹۹۵؛ هیگس و جونز^۳، ۲۰۰۹: ۵۸).

-
1. Arber and Ginn
 2. Garner
 3. Higgs & Jones

این نظریه بیان می‌کند که تجربه سالمندی برای زنان و مردان از جهات مختلف، تجربه‌ای متفاوت است. به‌عنوان مثال، هراس زنان از پیر شدن، به‌دلایل متعددی بیشتر از مردان است. در زنان، از دست دادن زیبایی، چالشی دائمی است که با افزایش سن رخ می‌دهد. زنان، ارزش اجتماعی جذابیت را با نشانه‌های فیزیکی سالمندی از دست می‌دهند در حالی که مردان، کمتر این احساس را تجربه می‌کنند (تویگ^۱، ۲۰۰۴). مردان حتی تا دوران سالمندی، حداقل این احساس را در درون خود دارند که چندان از جذابیت‌های جنسی و جسمانی‌شان کاسته نمی‌شود اما در مورد زنان، این موضوع چندان صدق نمی‌کند. در همین راستا بود که سیمون دوبوار (۱۳۶۵) گفته بود: زنان دائماً با ترس و وحشت از پیر شدن زندگی می‌کنند. در این رابطه، گین و آربر (۱۹۹۵) برای اینکه نشان دهند زنان در فرایند سالمندشدگی به واسطه تبعیض سنی و همچنین تصورات و کلیشه‌های جنسیتی، تحت فشار بیشتری هستند، مفهوم «تبعیض سنی جنسیتی‌شده» را به‌کار برده‌اند. تجربه زنان از بدن‌شان، علاوه بر تبعیض‌های سنی، در تعامل با تبعیض‌های جنسیتی نیز قرار می‌گیرد (گین و آربر، ۱۹۹۵: ۱۵). لذا، زنان سالمند هم از لحاظ جنسیتی و هم از لحاظ سنی در معرض تبعیض‌هایی قرار دارند و در نتیجه در زندگی سالمندی می‌توانند آسیب‌پذیرتر از مردان باشند و کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به مردان تجربه کنند. علاوه بر نظریه‌های انتقادی و فمینیستی، رویکرد مسیر زندگی نیز برای تحلیل زندگی سالمندی مفید است. رویکرد مسیر زندگی یکی از قدیمی‌ترین چارچوب‌های مفهومی در سالمندی است که تحلیلی در سطوح کلان- خرد ارائه می‌دهد (ویکتور، ۲۰۱۳: ۴۹). مسیر زندگی، شامل مجموعه‌ای از مراحل یا نقش‌های اجتماعی است که همه افراد طی می‌کنند. تحصیلات، نوع شغل و ویژگی‌های خانوادگی افراد بر مسیر زندگی‌شان تأثیرگذار است (ویکتور، ۲۰۰۵: ۳۲). طرفداران رویکرد مسیر زندگی، استدلال می‌کنند که برای فهم شرایط کنونی سالمندان، باید نیروهای اصلی اجتماعی و روان‌شناختی که در طول دوره زندگی سالمندان تأثیرگذار بوده‌اند، در تحلیل‌ها در نظر گرفته شود (جورج، ۱۹۹۶؛ اسپولز و همکاران، ۲۰۰۶: ۱۰۹۹؛ بنگستون و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۴). بر اساس این رویکرد، سالمندی مرحله جداگانه‌ای از زندگی شخص نیست، بلکه مرحله‌ای است که نشان‌دهنده انباشت تجربیات زندگی طی مسیر زندگی است.

بر اساس رویکرد مسیر زندگی، تجربه سالمندی متأثر از مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی تعیین می‌شود که در طول زندگی انباشته شده‌اند. بنابراین، در این رویکرد بر شکل‌گیری دوره زندگی سالمندی به واسطه دوره‌های پیشین زندگی تأکید می‌شود. در نتیجه، الگوهای نابرابری در مراحل پیشین زندگی در سنین سالمندی همچنان ادامه می‌یابد. بر اساس این رویکرد، می‌توان گفت سالمندی در همه زمان‌ها و مکان‌ها به شکل یکسانی تجربه نمی‌شود. در نتیجه، سالمندان، یک‌دست نیستند و نیازها، توانایی‌ها و علایق متفاوت و متنوعی دارند.

در این رویکرد، فهم وقایع و تجربیات سالمندی، نیازمند برگشت به عقب برای فهم چگونگی شرایط زندگی و عوامل تعیین‌کننده آن است (دوح^۱، ۲۰۱۷: ۲۴). در نتیجه برای تحلیل مشکلات امروز سالمندان، باید شرایط زندگی گذشته آن‌ها را در مراحل مختلف زندگی از جنبه‌های گوناگون تحلیل کرد. پس این رویکرد بر تنوع و تفاوت تجربه سالمندی تأکید دارد؛ چرا که دوره زندگی هر یک از افراد، متفاوت است. تجربه سالمندی امروز نیز محصول تاریخ زندگی افراد است. بر اساس این رویکرد، تحلیل مسئله سالمندی تنها نیازمند تحلیل وضعیت امروز سالمندان نیست، بلکه تاریخ زندگی سالمندان طی مراحل گوناگون زندگی و سبک زندگی آن‌ها در دوره‌های مختلف زندگی بر وضعیت امروز سالمندان بسیار اثرگذار است.

پیشینه تجربی

مرور مطالعات سالمندی در چند دهه اخیر ایران، نادیده‌انگاری مطالعات کیفی درباره تفاوت‌های جنسیتی سالمندان را تأیید می‌کند. در خصوص تفاوت‌های جنسیتی سالمندان، تنها چند مطالعه (قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۷؛ میرزایی و کاوه‌فیروز، ۱۳۸۸؛ شیرازی‌خواه و همکاران، ۱۳۹۰؛ باستانی و ذکریایی، ۱۳۹۱؛ موحد و همکاران، ۱۳۹۴؛ زنجری و همکاران ۱۳۹۸) با روش کمی در موضوعاتی چون کیفیت زندگی، اوقات فراغت، حمایت اجتماعی و سبک زندگی انجام شده است. نتایج پژوهش کمی قاضی طباطبایی و همکارانش (۱۳۸۷) حاکی از آن است که سالمندی و مسائل و مشکلات ناشی از آن در شهر تهران، زنانه است. علاوه بر این، تأثیرات فرایند نوسازی و جهانی‌شدن، دسترسی و همراهی فرزندان را تحت تأثیر هنجارهای حفظ زندگی شخصی قرار داده و ثبات عناصر فرهنگی و حقوق مدنی، موجب شده است تا

والدین سالمند خصوصاً زنان، از گذر این تغییرات آسیب‌پذیر شوند. نتایج پژوهش کمی شیرازی‌خواه و همکارانش (۱۳۹۰) نیز نشان می‌دهد معمولاً امید زندگی زنان بیشتر از مردان است که در نتیجه به تنه‌ایستی بیشتر زنان سالمند می‌انجامد. شیوع بیماری‌های قلبی و فشار خون، چربی نوع تری‌گلیسیرید، پوکی استخوان و همچنین میزان بی‌سوادی و مشکلات عاطفی و روانی در زنان سالمند بیشتر است. میزان کیفیت زندگی زنان سالمند از مردان سالمند کمتر است و در نهایت، میزان سپردن زنان سالمند به آسایشگاه‌ها، از مردان سالمند بیشتر است.

همان‌طور که اشاره شد زنان معمولاً امید زندگی بالاتری نسبت به مردان دارند اما بیشتر از مردان، بیمار می‌شوند. پژوهش گشتاسبی و همکارانش (۱۳۸۲) حاکی از آن است که زنان، علی‌رغم برخورداری از امید زندگی بیشتر، در سلامت عمومی و روانی، وضعیت بدتری نسبت به مردان دارند. مطالعه نوعی و همکارانش (۱۳۹۴) درباره ناتوانی سالمندان نیز نشان می‌دهد ناتوانی در زنان سالمند بیشتر از مردان سالمند است که این موضوع به وظایف خانم‌ها در طول زندگی در مواردی چون زایمان، شیردهی، یائسگی، آرتروز و پوکی استخوان برمی‌گردد. بنابراین، ناتوانی سالمندان با جنسیت رابطه معنی‌داری دارد.

یافته‌های پژوهش موحد و همکارانش (۱۳۹۴) نیز حکایت از آن دارد که جنسیت با سبک زندگی سلامت‌محور رابطه معناداری دارد. در واقع، تفاوت‌های جنسیتی، سبک زندگی سلامت‌محور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به‌علاوه، فراتر از ابعاد زیست‌شناختی متفاوت زنان و مردان، شرایط اجتماعی نابرابر، رفتارهای سلامت متفاوتی را برای زنان و مردان به همراه دارد. نتایج پژوهش زنجری و همکارانش (۱۳۹۸) درباره تفاوت‌های جنسیتی سالمندان در گذران اوقات فراغت نیز نشان می‌دهد مردان سالمند، زمان بیشتری را به فعالیت‌های دستمزدی اختصاص می‌دهند. در مقابل، زنان سالمند بیشتر درگیر فعالیت‌های غیردستمزدی مانند مراقبت و ارائه خدمات به اعضای خانوار هستند. همچنین مردان سالمند بیشتر از زنان سالمند در فعالیت‌های فراغتی مشارکت فعال دارند.

در پژوهش‌های خارجی نیز تفاوت‌های جنسیتی سالمندان مورد مطالعه قرار گرفته است. در این زمینه، پژوهش راسل^۱ (۲۰۰۷) بر تفاوت‌های جنسیتی در تجربه زیسته سالمندان معتقد است. از نگاه او، سالمندی یک پدیده جنسیتی است که معانی خاصی برای زنان دارد. زنان نسبت به

مردان عمر طولانی‌تری دارند. همچنین زنان از خدمات مراقبت رسمی بیشتری استفاده می‌کنند. نتایج پژوهش رودا و آرتازکوز^۱ (۲۰۰۹) نیز نشان می‌دهد نابرابری جنسیتی در سلامت سالمندان، ترکیبی از موقعیت اقتصادی و اجتماعی، ویژگی‌های خانوادگی و حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان سالمند است. نتایج پژوهش تومیوکا^۲ و همکارانش (۲۰۱۷) نیز تفاوت‌های جنسیتی سالمندان را در مشارکت اجتماعی در گروه‌های داوطلبانه، ورزشی، سرگرمی، گروه‌های فرهنگی، کلوب‌های سالمندی، انجمن‌های محلی و کار دستمزدی نشان می‌دهند. در نهایت، نتایج پژوهش کارمل (۲۰۱۹) نیز از تفاوت‌های جنسیتی در منابع فردی، نقش‌های مرتبط با مراقبت خانگی و همچنین سلامت و امید زندگی سالمندان حکایت دارد.

همان‌طور که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، فراتر از عوامل بیولوژیکی، عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، تفاوت‌های جنسیتی سالمندان را شکل می‌دهند که در پژوهش حاضر تلاش می‌شود تا با روش کیفی، رویکرد انتقادی و فمینیستی، فهم نظری جدید و روایت عمیقی از تفاوت‌های جنسیتی سالمندان ارائه گردد.

روش تحقیق

در این پژوهش، برای جمع‌آوری اطلاعات از سالمندان، از روش کیفی و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و برای تحلیل داده‌ها از تکنیک تحلیل مضمون^۳ استفاده شده است. در تحلیل مضمون، تلاش بر این است که مضامین آشکار و پنهان موجود در متن داده‌های کیفی استخراج شود. تحلیل‌ها از معانی آشکار محتوای داده‌ها فراتر رود و ایده‌ها و مفاهیم نهفته در داده‌ها کشف گردد.

در این تحقیق، افراد ۶۵ سال و بالاتری که در مناطق مختلف شهر تهران زندگی می‌کنند، به‌عنوان «سالمند» در نظر گرفته شده‌اند. با توجه معیارهای انتخاب نمونه در روش کیفی و ملاک اشباع نظری، در نهایت تعداد نمونه‌ها در پژوهش حاضر به ۴۲ نفر رسید. در جدول زیر، خلاصه‌ای از مهم‌ترین مشخصات اجتماعی و اقتصادی سالمندان مورد مطالعه آمده است.

-
1. Rueda & Artazcoz
 2. Tomioka
 3. Thematic analysis

جدول ۱: ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی سالمندان مورد مطالعه

ردیف	جنسیت	وضعیت تأهل	سن	تحصیلات	وضعیت بیمه‌ای
۱	مرد	متاهل	۸۳	دیپلم	بازنشسته بانک کشاورزی
۲	مرد	متاهل	۷۱	بی‌سواد	بدون بیمه بازنشستگی
۳	زن	بیوه	۶۸	بی‌سواد	بدون بیمه بازنشستگی
۴	مرد	متاهل ^۱	۶۶	سیکل	بدون بیمه بازنشستگی
۵	زن	بیوه	۷۵	سیکل	بدون بیمه بازنشستگی
۶	زن	بیوه	۶۹	بی‌سواد	بدون بیمه بازنشستگی
۷	مرد	بیوه	۸۰	فوق‌دیپلم	بازنشسته آموزش و پرورش
۸	زن	بیوه	۷۳	بی‌سواد	بدون بیمه بازنشستگی
۹	زن	متاهل	۶۶	فوق‌دیپلم	بازنشسته آموزش و پرورش
۱۰	زن	متاهل	۶۶	ششم ابتدایی	بدون بیمه بازنشستگی
۱۱	مرد	متاهل	۸۱	سیکل	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری
۱۲	مرد	متاهل	۷۱	فوق‌لیسانس	بازنشسته تأمین اجتماعی
۱۳	زن	بیوه	۸۵	بی‌سواد	مستمری‌بگیر تأمین اجتماعی
۱۴	مرد	متاهل	۷۴	لیسانس	بازنشسته صندوق شرکت نفت
۱۵	مرد	متاهل	۷۴	دیپلم	بازنشسته نیروهای مسلح
۱۶	مرد	متاهل	۶۸	سیکل	بدون بیمه بازنشستگی
۱۷	زن	متاهل	۶۶	بی‌سواد	بدون بیمه بازنشستگی
۱۸	مرد	طلاق‌گرفته	۶۵	دیپلم	بدون بیمه بازنشستگی
۱۹	مرد	متاهل	۶۶	سیکل	بدون بیمه بازنشستگی
۲۰	زن	بیوه	۷۵	دیپلم	بازنشسته آموزش و پرورش
۲۱	زن	متاهل	۶۸	دیپلم	بازنشسته آموزش و پرورش
۲۲	مرد	متاهل	۷۳	بی‌سواد	بازنشسته تأمین اجتماعی
۲۳	زن	بیوه	۹۰	بی‌سواد	مستمری‌بگیر تأمین اجتماعی
۲۴	مرد	متاهل	۶۶	ششم ابتدایی	حداقل‌بگیر تأمین اجتماعی
۲۵	زن	متاهل	۶۹	سیکل	بدون بیمه بازنشستگی
۲۶	مرد	متاهل	۶۶	ششم ابتدایی	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری
۲۷	زن	متاهل	۷۱	بی‌سواد	بدون بیمه بازنشستگی
۲۸	زن	بیوه	۷۰	بی‌سواد	بدون بیمه بازنشستگی
۲۹	مرد	متاهل	۷۰	لیسانس	بازنشسته تأمین اجتماعی
۳۰	زن	طلاق‌گرفته	۶۵	دیپلم	بدون بیمه بازنشستگی
۳۱	زن	متاهل	۶۵	دیپلم	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری

۱. ایشان از طرف همسر و فرزندان طرد شده‌اند و در خانه سالمندان زندگی می‌کنند.

ردیف	جنسیت	وضعیت تأهل	سن	تحصیلات	وضعیت بیمه‌ای
۳۲	مرد	متاهل	۷۲	ششم ابتدایی	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری
۳۳	مرد	متاهل	۶۵	لیسانس	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری
۳۴	مرد	متاهل	۷۸	ششم ابتدایی	بازنشسته تأمین اجتماعی
۳۵	مرد	متاهل	۶۶	فوق لیسانس	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری
۳۶	مرد	متاهل	۸۷	لیسانس	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری
۳۷	مرد	مجرد	۷۴	لیسانس	بازنشسته صندوق تأمین اجتماعی
۳۸	مرد	متاهل	۷۲	لیسانس	بازنشسته صندوق شرکت نفت
۳۹	مرد	متاهل	۷۲	دکتر (مهندسی)	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری
۴۰	زن	متاهل	۷۰	دکتر (دامپزشکی)	بازنشسته صندوق بازنشستگی کشوری
۴۱	زن	بیوه	۶۷	دیپلم	بازنشسته تأمین اجتماعی
۴۲	مرد	متاهل	۶۹	دیپلم	بازنشسته تأمین اجتماعی

در پژوهش حاضر، از روش نمونه‌گیری هدفمند برای دستیابی به مصاحبه‌شوندگان استفاده شده و با روش نمونه‌گیری نظری، اشباع حاصل شده است. نمونه‌گیری نظری به این صورت بوده که محقق یک نمونه اولیه را انتخاب و داده‌ها را تحلیل می‌کند و سپس برای اصلاح و پالایش مقوله‌های درحال ظهور خود، نمونه‌های بیشتری را برمی‌گزیند. این فرایند ادامه می‌یابد تا زمانی که محقق به مرحله اشباع داده‌ها می‌رسد؛ یعنی به مرحله‌ای که در آن بینش و ایده جدیدی از گسترش بیشتر نمونه‌ها حاصل نمی‌شود (محمدپور، ۱۳۹۰: ۴۱). در این پژوهش نمونه‌گیری نظری تا نقطه اشباع مفهومی ادامه یافت؛ یعنی تا زمانی که محقق به این نتیجه رسید که با مصاحبه‌های جدیدتر، اطلاعات و مفاهیم تازه‌ای به دست نمی‌آورد و به تکرار مفاهیم و مقوله‌های به دست آمده پیشین رسیده است.

لازم است اشاره شود که توانایی صحبت کردن، آگاهی و هوشیاری سالمندان و همچنین تمایل به مشارکت، از مهم‌ترین ملاک‌های ورود سالمندان به پژوهش بوده است. مکان مصاحبه با سالمندان نیز فضاهای عمومی چون پارک‌ها و بوستان‌ها، کانون‌های بازنشستگی، سراهای محله، بیمارستان‌ها، مترو و بازارهای روز در شهر تهران طی سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ بوده است. مدت زمان مصاحبه‌ها نیز بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه، متفاوت بوده است. در نهایت باید به اعتبار و کیفیت پژوهش اشاره کرد که در این پژوهش از راهکارهایی چون ارائه توصیف غنی و ثبت مستندات و شواهد، انجام کار میدانی گسترده و درگیری طولانی‌مدت با موضوع پژوهش، مستندسازی یافته‌ها در قالب ارائه فرایند کدگذاری و مقوله‌سازی، ترسیم شبکه مضامین و در نهایت راهبرد بازنگری داوران به منظور اعتمادپذیری داده‌ها استفاده شده است.

یافته‌های تحقیق

تجربه سالمندی بر حسب تفاوت‌های جنسیتی متفاوت است. این تفاوت‌ها به نایربری دسترسی به سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی و نمادین، سرمایه اجتماعی و سرمایه سلامت زنان و مردان سالمند برمی‌گردد. بنابراین، تجربه سالمندی برای زنان و مردان ایرانی تجربه‌ای مبتنی بر انباشت سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و سرمایه سلامت طی مسیر زندگی است. زنان و مردان سالمند طی مسیر زندگی برای انباشت این سرمایه‌ها شرایط متفاوتی داشته‌اند و همین تجارب متفاوت، سالمندی متفاوتی را برای آن‌ها رقم زده است.

جدول ۲: مقولات اولیه، فرعی و اصلی پژوهش

مقوله اصلی	مقولات فرعی	مقولات اولیه
تفاوت‌های جنسیتی سالمندان	تفاوت سرمایه اقتصادی سالمندان	مالکیت دارایی‌های خانوادگی
		فرصت‌های شغلی، بازنشستگی و استقلال درآمدی
		مسئولیت اقتصادی زندگی
		تحصیلات
	تفاوت سرمایه فرهنگی و نمادین	مهارت‌های فرهنگی
	سالمندان	سواد سلامت
		منزلت و اعتبار اجتماعی
	تفاوت سرمایه اجتماعی سالمندان	مناسبات اجتماعی
		سرمایه خانوادگی
		سلامت جسمی
	سلامت روانی	
تفاوت سرمایه سلامت سالمندان	سلامت اجتماعی	
	سلامت جنسی	

نتایج پژوهش روایت‌گر تفاوت تجربه سالمندی بر حسب تفاوت‌های جنسیتی است که به نابرابری و تفاوت دسترسی به سرمایه اقتصادی (مالکیت دارایی‌های خانوادگی، فرصت‌های شغلی، بازنشستگی و استقلال درآمدی، مسئولیت اقتصادی زندگی)، سرمایه فرهنگی و نمادین (تحصیلات، مهارت‌های فرهنگی، سواد سلامت، منزلت و اعتبار اجتماعی)، سرمایه اجتماعی (مناسبات اجتماعی و سرمایه خانوادگی) و سرمایه سلامت (سلامت جسمی، سلامت روانی، سلامت جنسی و سلامت اجتماعی) زنان و مردان سالمند برمی‌گردد.

تفاوت‌های جنسیتی مبتنی بر سرمایه اقتصادی سالمندان

یکی از ابعاد مهم سرمایه که بر زندگی سالمندان در جامعه ایرانی به شدت تأثیر می‌گذارد، سرمایه اقتصادی آنها است. سطح سرمایه اقتصادی هر یک از سالمندان می‌تواند تجربه‌های متفاوتی را از زندگی سالمندی برای آنها رقم بزند. سرمایه اقتصادی از طریق توانایی کسب درآمد و فرصت‌های شغلی ایجاد می‌شود که وابسته به اقتصاد بیرون از خانه است؛ یعنی جایی که مردان سالمند، برتری بیشتری نسبت به زنان سالمند طی مراحل زندگی داشته‌اند. بخش زیادی از زنان در طول زندگی از مواهب اقتصادی و اجتماعی اشتغال، محروم بودند و همین وضعیت، به شدت آنان را نسبت به مردان در دوره زندگی سالمندی آسیب‌پذیر کرده است.

زنان سالمند نسل‌های گذشته، در طول دوران زندگی خود، کمتر از مردان به کار بیرون از خانه و درآمدزایی مشغول بوده‌اند؛ لذا پشتوانه‌های مالی مستحکمی برای خود خلق نکرده‌اند و سرمایه اقتصادی آنها عمدتاً به دارایی‌های همسر متکی است. زنان سالمند کنونی، بازمانده نسلی هستند که عمدتاً خانه‌دار بودند، فرصت آموزشی و شغلی کمتری داشته‌اند و بنابراین، وابستگی بیشتری به خانواده و اطرافیان دارند. در نتیجه، سالمندی زنان امری وابسته به مردان و محصول جایگاه همسران‌شان است. زنان سالمند در طی دوران زندگی مسئولیت بیشتری برای کارهای مراقبتی و امور منزل داشته‌اند، کمتر شاغل بوده‌اند و اغلب حقوق بازنشستگی ندارند. بنابراین، امنیت اقتصادی در بین زنان و مردان در دوره زندگی سالمندی متفاوت است و زنان در این زمینه وابسته‌تر و آسیب‌پذیرتر هستند.

زن سالمند ۶۸ ساله، بی‌سواد و خانه‌داری که در خیابان گدایی می‌کند، در این زمینه می‌گوید: «شوهرم دست‌فروش بود و زندگی بخورنمیری داشتیم، هفت سالی میشه که مرده، هیچی نداشت، بیمه هم نداشت که بازنشستگی داشته باشه، کارش بیرون بود، تو خیابون،

کارگر بود. بچه‌ها هم تو این دوره زمونه همشون گرفتارن، وضعشون خوب نیست که به من کمک کنن، من الان هیچ درآمدی ندارم، شوهرم فقیر بود، چیزی نداشت که بذاره برام که آخر عمری اینجوری گرفتار نشم».

سرمایه اقتصادی زنان سالمند کنونی عمدتاً وابسته به همسر است که به نبود فرصت‌های اشتغال زنان در دوران جوانی و میان‌سالی و در نتیجه نابرخورداری از بازنشستگی و فقدان استقلال درآمدی در دوران زندگی سالمندی برمی‌گردد؛ سالمندان زن امروز، متعلق به نسلی هستند که ساختارهای فرهنگی درباره تحصیل و ورودشان به اشتغال، مقاومت بیشتری داشت. در نتیجه، امروز بخش زیادی از سالمندان زن از فقدان استقلال درآمدی رنج می‌برند و کیفیت زندگی دوران سالمندی‌شان منوط به سرمایه اقتصادی همسرشان است.

در زمینه سرمایه اقتصادی سالمندان باید توجه داشت که بخشی از زنان هم که شاغل بودند، در دوران اشتغال خود در مقایسه با مردان از فرصت‌ها و مزایای شغلی متفاوتی بهره‌مند شده‌اند که به تبعیض‌های جنسیتی در زندگی شغلی مربوط می‌شود.

در این زمینه زن ۷۰ ساله و دامپزشک می‌گوید: «خیلی در حق من اجحاف کردند، خیلی حقمو خوردن، همیشه سنگ مینداختن جلوم، خیلی تو محیط کاری اذیتم می‌کردن، اونقدر اذیت کردن که حدود دو سال مونده بود که بازنشسته بشم ولی نمودم و اوادم بیرون و با حقوق خیلی کم بازنشسته شدم. من با مدرک دکترام خیلی حقوق پایینی می‌گیرم درحالی که همسرم مثل خودمه ولی حقوقش بالاست».

یکی از موقعیت‌های دیگر که در آن تفاوت‌های جنسیتی مشهود است، مالکیت دارایی‌های خانوادگی است. نابرابری در دارایی‌های خانوادگی، زندگی بعد از مرگ همسر را برای زنان سالمند، سخت و دشوار می‌سازد؛ چرا که آنها علاوه بر فقدان حمایت عاطفی همسر و تنهاشدگی، در صورت عدم تأمین اقتصادی، بیشتر آسیب می‌بینند. در این زمینه، با توجه به اینکه سالمندان امروز به نسلی تعلق دارند که مالکیت اموال و دارایی‌ها عمدتاً در دست همسران آنها بوده است، بسیاری از زنان سالمند، فاقد منابع درآمدی شخصی هستند. علاوه بر این، قوانین مدنی جامعه ایران درباره ارث و حقوق مالکیت دارایی‌ها، حکایت از آن دارد که زن در صورتی که صاحب اولاد باشد، یک‌هشتم از اموال همسرش و در صورت نداشتن فرزند، یک‌چهارم از اموال همسرش را به ارث می‌برد. بنابراین، زنان سالمند، با مرگ شوهر، از دارایی کمتری سهم می‌برند تا جایی که در برخی از موارد، امکان تأمین مسکن برای زن سالمند به سختی فراهم می‌شود.

در این زمینه، زن ۷۰ ساله خانه‌دار و بی‌سواد می‌گوید: «خرج و مخارجمو پسر کوچیکم می‌ده. همسرم از دنیا رفته، الان سه سالی می‌شه، من درآمدی ندارم، شوهرم بازنشسته نبود، هیچی به نام من نکرده بود وقتی از دنیا رفت. الان بچه‌ها می‌خوان ارث رو تقسیم کنن و دادگاه میرن میان، قراره حق و حقوق منم بدن، شاید فقط یه سرپناه واسم بمونه، کاش وقتی زنده بود فکر می‌کرد و چیزی به نام من می‌زد من آخر عمری محتاج بچه‌هام نمی‌شدم».

باید اشاره داشت که علاوه بر ساختارهای حقوقی و فرهنگی جامعه ایران، با توجه به حاکمیت بی‌سوادی و کم‌سوادی در بین سالمندان ایرانی و در نتیجه فقدان و ضعف سواد حقوقی، نمی‌توان به تصمیمات خود سالمندان برای جلوگیری از نابرابری‌های حقوقی اکتفا کرد. بسیاری از سالمندان با توجه به فقدان سواد حقوقی، تصمیماتی در این باره پیش از مرگ و در دوران سلامتی اتخاذ نمی‌کنند و این شرایط موجب می‌شود در سنین سالمندی به زنان سالمند سختی‌های اقتصادی بیشتری تحمیل شود و در مواردی به کمک‌های فرزندان، اعضای خانواده و حتی کمک‌های مردمی و خیریه‌ای وابسته شوند.

از طرف دیگر، حتی زنانی که شاغل بوده و در حال حاضر بازنشسته شده‌اند، نسبت به مردان سرمایه اقتصادی پایینی دارند چرا که متعلق به نسلی هستند که حقوق و درآمد خود را صرف زندگی خانوادگی کرده‌اند بدون اینکه حتی سهم برابری در اموال و دارایی‌های خانوادگی داشته باشند. در برخی از موارد نیز حقوق و دارایی‌های زنان صرف هزینه‌ها و مخارج فرزندان شده است. بنابراین، در این دوره از زندگی، زنان سالمند از امنیت اقتصادی پایینی برخوردارند. حتی در برخی از موارد دارایی‌های به‌دست آمده زنان در خانواده‌هایی که زن و مرد، هر دو شاغل بودند، عمدتاً به مردان خانواده اختصاص یافته و در زمره داشته‌های حقوقی زن قرار نگرفته و زن به‌عنوان شریک دارایی‌های مرد نبوده است.

در این زمینه زن بازنشسته آموزش و پرورش ۶۶ ساله می‌گوید: «من و همسرم همیشه حقوق-هامونو یک‌کاسه می‌کردیم و خرج می‌کردیم. همه زندگیو با هم ساختیم، خرج خورد و خوراک، خرید خونه، خرید ماشین، بزرگ کردن بچه‌ها. من تزم این بود که جیبم جدا نباشه از همسرم. دور و برم دوستانم و همکارام بودن که جیبشون با همسرشون جدا بود یا مجرد بودن و واسه خودشون ذخیره می‌کردند. ولی من تزم این بود که زندگی خوب اینه که جیب یکی باشه. ولی هر چی خریدیم و هر دارایی که داریم به نام همسرم هست. همسرم این‌جوری نبود که به نام من بکنه یا منو شریک کنه. واسم زمانی ارزش داشت که خودش اینکارو بکنه. وقتی نکرد و واسم ارزش قائل نبود، منم چیزی نگفتم و هیچ‌وقت نمی‌گم و زندگیمو خراب نمی‌کنم».

چنین موقعیت‌های آسیب‌پذیر و نابرابری، موجب افزایش آگاهی برخی از زنان شاغل شده است تا در این زمینه حساسیت‌های بیشتری داشته باشند. یافته‌ها نشان می‌دهد در برخی از موارد، زنان شاغل و دارای درآمد، تنها خودشان صاحب املاک و دارایی‌های خانوادگی هستند و حتی در مواردی حقوق مردان خانواده را تضعیف کرده‌اند. نابرابری‌های حقوقی در دارایی‌ها و همچنین ساختارهای فرهنگی سنتی، موجب ایجاد ترسی در زنان شده است تا درآمدهای خود را انباشت و درآمدهای همسر را صرف هزینه‌های روزمره کنند؛ به نحوی که در برخی موارد، مردان خانواده در سنین سالمندی فاقد دارایی‌های شخصی هستند، در حالی که اگر در این زمینه، در نظام حقوقی کشور شرایط درست و منصفانه‌ای اندیشیده شده بود، زمینه‌های نابرابری جنسیتی در این حوزه کاهش می‌یافت.

مرد ۶۹ ساله و بازنشسته تأمین اجتماعی در این زمینه می‌گوید: «من خونه ندارم واسه خودم، خونه واسه زنم هست. همسر من کار می‌کرد ولی پولاشو تو خونه خرج نمی‌کرد، می‌گفت وظیفه من نیست کار کنم و هر چی در بیارم واسه خودم هست. خونه خریدیم ولی گفت به نام من باشه. بیشتر پولشو زنم داد. زنم پولاشو ذخیره می‌کرد ولی پولای من تو خونه خرج می‌شد، خرج بچه‌ها می‌شد، حقوق کارمندی بود دیگه. ما دو تا مون کار می‌کردیم ولی پولای من خرج زندگی می‌شد ولی پولای خانومم ذخیره می‌شد. همین خونه خانوممو داریم الان و توش زندگی می‌کنیم من نتونستم خودم به خونه دیگه بگیرم. الان وقتی دعوا مون می‌شه بهم میگه برو از خونه بیرون، میگه خونه مال منه، چند بار منو انداخته از خونه بیرون».

ساختارهای اجتماعی و فرهنگی و جنسیتی نابرابر، همیشه به ضرر زنان عمل نمی‌کند؛ بلکه گاهی مردان نیز از همین ساختارهای فرهنگی و جنسیتی نابرابر آسیب می‌بینند. بنابراین، بحث نابرابری در دارایی‌های خانوادگی، فقط مربوط به زنان نیست؛ بلکه به مردان نیز ارتباط دارد. مردان نیز از نابرابری در دارایی‌های خانوادگی آسیب می‌بینند.

مرد ۶۵ ساله، لیسانس و بازنشسته می‌گوید: «همسر من خواست طلاق بگیره و گفت مهریه مو بده، منم خونه‌ای که داشتم فروختم و مهریه شو دادم ولی چند وقت بعد پدرش از دنیا رفت و دوست و آشنا گفتن طلاقش نده، خونه از دستم رفت و خانومم با پول خونه به خونه واسه مادرش گرفت و مادرش اونجا زندگی می‌کنه. بعدش دیگه مستأجر بودیم همش، بعد از چند سال دوباره با وام و کمک تونستم به خونه بگیرم و گفت حتماً باید خونه رو به من بدی تا بیام اون خونه. می‌خواست همش تو خونه سه خواب باشیم و من هم دیگه نمی‌تونستم هزینه رهن خونه رو تأمین کنم، خونه رو به نامش زدم. با خانومم مشکل دارم، هر وقت حرفمون میشه منو میندازه بیرون و میگه نیا خونه، هر روز صبح هم میگه برو بیرون و شب

بیا. می‌گه این خونه مال منه، باید بری بیرون. منو بیرون می‌ذاره، منم میرم مسافرکشی می‌کنم، تا شب بشه هر وقت خودش زنگ بزنه میرم».

در این میان، یکی از تفاوت‌های جنسیتی دیگر، تفاوت در مسئولیت‌های اقتصادی سالمندان است. با توجه به حاکمیت و غلبه نظام مردسالار در دوران زندگی سالمندان و غلبه الگوی سنتی مردان آور و زن خانه‌دار طی مسیر زندگی، عمدتاً مردان خانواده عهده‌دار مسئولیت‌های اقتصادی زندگی خانوادگی هستند. مردان زمانی که متأهل هستند و همسرشان در قید حیات است، مسئولیت زندگی اقتصادی را برعهده دارند چرا که آن‌ها در بستری زیسته‌اند که مردان خانواده، نان‌آور و زنان خانواده، خانه‌دار بوده‌اند اما زمانی که زنان، همسرشان را از دست می‌دهند، به لحاظ اقتصادی سقوط می‌کنند و به مضیقه می‌افتند. در این میان، برای تأمین زندگی اقتصادی نیز فرصت‌های ازدواج مجدد ندارند. بنابراین، هر چند مسئولیت اقتصادی خانوادگی فشار زیادی به مردان سالمند تحمیل می‌کند اما در عین حال، با توجه به اینکه سرمایه اقتصادی زنان سالمند وابسته به همسرشان است، در نبود همسر و فقدان دارایی‌های سرمایه‌ای به ارث رسیده از همسر، دشواری اقتصادی بیشتری نصیب زنان سالمند می‌شود.

در این زمینه، زنان سالمند طبقات پایین، موقعیت بسیار پرمخاطره‌ای دارند چرا که در طول دوره زندگی‌شان شاغل نبودند و در نتیجه، به درآمد حاصل از بازنشستگی دسترسی ندارند. همچنین بخش اعظم سالمندان زن کنونی، بی‌سواد و کم‌سواد هستند. با توجه به اینکه سالمندان زن امروز متعلق به نسلی هستند که به همسران‌شان وابسته و عمدتاً خانه‌دار بودند، زندگی این دسته از زنان در دوره زندگی سالمندی به شدت به شرایط اقتصادی و رفاهی همسران‌شان وابسته است. حال، در چنین بستری، در طبقات پایین و تهیدست جامعه که سالمندان مرد فاقد بیمه بازنشستگی و دارایی سرمایه‌ای و تنها به نیروی کار خود وابسته هستند، در سنین سالمندی این نیروی کار رو به ناتوانی است و هر لحظه بنا به دلایلی چون بیماری، تصادف و ازکارافتادگی، درآمد حاصل از نیروی کار خود را از دست می‌دهد و در این شرایط زنان سالمند به دشواری زیادی می‌افتند و در مواردی، در صورت برخورداری از توانایی جسمی نسبی، وارد بازار کار در شکل مشاغل غیررسمی می‌شوند. در وضعیتی که حمایت‌های دولتی، ناچیز و جواب‌گویی حداقل‌های زندگی نیست، زنان سالمند در طبقات پایین و تهیدست جامعه، یا باید وابسته به حمایت‌های خانوادگی فرزندان باشند و یا خود وارد بازار کار شوند. اغلب سالمندان گزینه دوم

را انتخاب می‌کنند؛ چرا که اوضاع اقتصادی کشور عرصه‌های زندگی را برای اعضای خانواده‌ها روز به روز تنگ‌تر کرده و افراد، هر یک، به سختی می‌توانند هزینه‌های زندگی خود را تأمین کنند. در چنین شرایطی، به‌خصوص در خانواده‌های طبقات پایین که فقر به شکل نسلی تداوم یافته است، خانواده‌ها قادر به حمایت اقتصادی از سالمندان خود نیستند. اغلب فرزندان این سالمندان، مثل پدران خود در مشاغل سطوح پایین و مشاغل غیررسمی مشغول هستند و از توان اقتصادی مناسبی برخوردار نیستند.

زن ۶۹ ساله‌ای که همسرش از دنیا رفته است و او چند سالی است که در خیابانی نزدیک پارک، سماور جوش می‌کند و به مردم چایی و نسکافه می‌فروشد و گاهی نیز از تولیدات خانگی‌اش شیره، آب لیمو، آبغوره و از این قبیل برای فروش می‌آورد، می‌گوید: «درآمدی نداشتم دیدم بچه‌هامم نمی‌تونن به من برسن، تا کی باید به من برسن آخه؟ نمی‌خوام محتاج- شون باشم و خودم کار می‌کنم خرجمو دربیارم. سخته ولی چاره‌ای نیست، بهتر از اینه که دستمو جلوی بچه‌ها دراز کنم».

اما از سوی دیگر، باید به بارشدگی مسئولیت‌های اقتصادی زندگی خانوادگی بر دوش مردان سالمند نیز اشاره کرد؛ بار مسئولیت زندگی اقتصادی بر دوش سالمندان مرد، محصول و تولید نظام مردسالاری جامعه ایرانی است. این نظام مردسالاری هر چند به مردان خدمت زیادی کرده اما در سالمندی انتظارات زیادی را برایشان به ارمغان گذاشته است. مردان سالمند برای تأمین معیشت خود و خانواده، همچنان احساس وظیفه می‌کنند و در صورت نابرخورداری از تأمین زندگی اقتصادی، شرمنده و روسیاه می‌شوند. در نتیجه آن‌ها ناچار هستند که ساعات کاری زیادی را در بیرون از منزل و اغلب در خیابان و در مشاغل سطوح پایین حضور داشته باشند تا بتوانند برای تأمین هزینه‌های زندگی خانواده تولید درآمد کنند.

مرد ۷۸ ساله در این زمینه می‌گوید: «کارکن ندارم، چاره ندارم، بچه‌هام مریضن، زنم، پسرم، اختلال حواس دارن. شش تا بچه دارم. به جز خودم، الان هفت نفر رو نون می‌دم و خرجشونو می‌دم. کمک ندارم و مجبورم همش کار کنم. غیر از من، الان ۷ نفر تو خونه هست که من خرجشونو میدم. خیلی من تحت فشارم. پسرام کار نمی‌کنن».

مرد ۶۶ ساله و بازنشسته، در این زمینه می‌گوید: «خودم و همسرم و دو تا از دخترام با من هستند، ۶ تا بچه دارم. یکی از دخترامم ازدواج کرده دو تا بچه هم داره؛ از شوهرش جدا شده؛ بیمه تکمیلی‌اش کردم، اونا هم تحت تکفل منن. دخترم و بچه‌هاش با من هستن و من خرجشونو میدم».

پدران خانواده به دلیل فرهنگ مردسالارانه و فرهنگ جنسیتی حاکم در جامعه ایرانی، در برابر هزینه‌های مراسم ازدواج پسران و دختران، جهیزیه دختران و در مواردی فراهم کردن مسکن فرزندان پسر و حتی تأمین زندگی دختران طلاق‌گرفته، احساس مسئولیت می‌کنند. به‌علاوه چنین انتظارات خانوادگی بر زندگی آنها حکم‌فرماست؛ انتظاراتی که در بسیاری از موارد، سالمندان در مقابل آن، مقاومتی نمی‌کنند و خود را به دشواری می‌سپارند. این انتظارات که به سرمایه اقتصادی گره خورده است، عمدتاً بر پدران خانواده تحمیل می‌شود و زنان سالمند در این زمینه کمتر تحت فشار هستند.

تفاوت‌های جنسیتی مبتنی بر سرمایه فرهنگی و نمادین سالمندان

یکی از جنبه‌های دیگر که تجربه سالمندی را در بین زنان و مردان متفاوت می‌سازد، سرمایه فرهنگی است. سرمایه فرهنگی، یکی از محوری‌ترین سرمایه‌ها برای دوران سالمندی است که از جنبه‌های متعددی می‌تواند تجربه و کیفیت زندگی سالمندان را تغییر دهد. در این زمینه زنان و مردان سالمند ایرانی هر دو از فقر سرمایه فرهنگی رنج می‌برند؛ اما بی‌سوادی زنان شدت بیشتری دارد به نحوی که آمارها نشان می‌دهد ۶۶ درصد زنان سالمند، بی‌سواد هستند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). فقر سرمایه فرهنگی زنان سالمند، ریشه در بسترهای فرهنگی جامعه‌ای دارد که در آن زیسته‌اند. زنان در بستری زیست کرده‌اند که به دلیل حاکمیت نگاه سنتی به نقش زنان، فرصت و دسترسی کمتری در کسب مهارت‌های آموزشی و تحصیلی داشته‌اند و در نتیجه، فرصت تحصیلات و کسب موقعیت شغلی و منزلت اجتماعی از آنها تا حد زیادی سلب شده است. سرمایه فرهنگی سالمندان در شکل برخورداری از تحصیلات، در عرصه‌ها و سپهرهای مختلف زندگی خود را نشان می‌دهد. حضور سرمایه فرهنگی موجب می‌شود فرد سالمند، از احترام و جایگاه بالاتری در خانواده و اطرافیان خویش برخوردار باشد و او را در گروه‌های خانوادگی و خویشاوندی به‌عنوان مرجع فکری و تصمیم‌گیری در نظر بگیرند که این امر، هم مشارکت فرد سالمند را در تصمیم‌گیری‌ها افزایش می‌دهد و هم احترام و منزلت او را نزد گروه‌های پیرامونی‌اش تا حدی تضمین می‌کند.

مرد ۶۶ ساله، فوق‌لیسانس و مدرس دانشگاه می‌گوید: «رابطه‌ام با پسرم خیلی خوبه، منو خیلی قبول داره و همیشه تو کاراش و درشش با من مشورت می‌کنه، الان داره دانشگاه امیرکبیر فوق [لیسانس] می‌خونه و می‌خواد پذیرش بگیره یه دانشگاه خوب برای دکترا، خیلی وقتا با

هم می‌شینیم و کتاب می‌خوانیم، دخترمم با من مشورت می‌کنه و بعد تصمیم می‌گیره، فامیل و بستگان هم انگار منو قبول دارن و از من مشورت می‌گیرن، تجربه هم بهشون نشون داده که من منطقی نگاه می‌کنم و خیلی وقتا تحلیل‌هام درست درمیاد».

سالمند ۷۴ ساله، بازنشسته شرکت نفت و لیسانس در این زمینه می‌گوید: «پسرم و عروسم با من مشورت می‌کنن، من دخالت نمی‌کنم تو کارشون ولی مشورت میدم، الان عروسم دو ساله رفته آلمان، من کمکش کردم هزینه‌هاشو دادم، امسال هم دخترشو فرستادیم پیش مادرش، الان هم درگیر پسرم هستم که معافیت سربازی‌شو بخرم و اونم بفرستم پیش زن و بچه‌اش».

اما سوی دیگر این ماجرا، زمانی است که سالمند از مدارک تحصیلی پایینی (یا فاقد سواد) برخوردار است که یکی از پیامدهای آن برای سالمندان، حاشیه‌ای شدن آنها در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی و حتی فردی و حتی در مواردی اعمال زور و سلطه فرزندان بزرگسال بر آنهاست. از طرفی سالمندان کم‌سواد یا بی‌سواد، معمولاً از جایگاه و منزلت پایین‌تری در گروه‌های خویشاوندی برخوردارند و در میان فرزندان، نوه‌ها و اقوام، مراتب پایین‌تری را تجربه می‌کنند که این امر به تدریج بر عزت نفس آنها تأثیر گذاشته و بیش از پیش آنها را به افرادی حاشیه‌ای و دور از فرایندهای تصمیم‌گیری تبدیل می‌کند. بنابراین فقر سرمایه فرهنگی سالمندان به‌طور کلی و سالمندان زن به‌طور خاص، به فقر سرمایه منزلتی‌شان در مناسبات خانوادگی و مناسبات اجتماعی منجر می‌شود.

در این زمینه زن ۶۶ ساله، کم‌سواد و خانه‌دار می‌گوید: «من که سواد ندارم، ولی بچه‌هام خدا رو شکر باسواد هستن؛ همشون. من ازشون راهنمایی می‌گیرم، خودم باهاشون کاری ندارم و بلدن چه راهی رو برن، با من مشورت نمی‌کنن، منم که همش ازشون کمک می‌گیرم و اونا واسه ما تصمیم می‌گیرن نه ما. در خیلی از زمینه‌ها نظر ما رو قبول ندارن و راه خودشونو قبول دارن. تازه از راه و روش ما هم کلی ایراد می‌گیرن، راست هم می‌گن خیلی وقتا».

در این میان، مهارت‌های فرهنگی برای مصرف محصولات و کالاهای فرهنگی نیز یکی از مؤلفه‌های سرمایه فرهنگی است. مطالعه کتاب، روزنامه، استفاده از ابزارها و تکنولوژی‌های روز مانند لپ‌تاپ و تلفن‌های همراه هوشمند و شبکه‌های اجتماعی مجازی، از مصادیق مهارت‌های فرهنگی هستند. نتایج پژوهش حکایت از آن دارد که بخش قابل‌توجهی از سالمندان به راحتی توانایی استفاده از تلفن‌های هوشمند و یا حتی بهره‌گیری از شبکه‌های اجتماعی مجازی را دارا نیستند و این امر، دایره ارتباطی آنها را با فرزندان، خویشاوندان و نزدیکان‌شان به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به اینکه میزان بی‌سوادی و کم‌سوادی در بین زنان بیشتر است،

آن‌ها مهارت‌های فرهنگی کمتری در استفاده از محصولات و کالاهای فرهنگی دارند. مردان در این زمینه بیشتر صاحب مهارت هستند هر چند مردان سالمند بی‌سواد و کم‌سواد نیز در این زمینه مشکل دارند.

زن سالمند ۸۵ ساله و بی‌سواد می‌گوید: «من بلد نیستم با این موبایلای جدید کار کنم. آخه سواد ندارم. خیلی دوس داشتم بلد بودم و با بچه‌هام صحبت کنم. من فقط می‌مونم خود بچه‌ها بهم زنگ بزین، نه می‌تونم پیام بدم نه زنگ بزینم، منتظرم خودشون زنگ بزین. یکی از حسرت‌هام اینه که کاش باسواد بودم و می‌تونستم با بچه‌هام و نوه‌هام بیشتر ارتباط داشته باشم. الان دیگه رفت‌وآمدها خیلی کم شده، واسه ماها که سنمون بالاست سخت هم هست، این‌جوری لااقل می‌تونستم با تلفن و پیام و این چیزای جدید که تازه اومده و میشه همدیگه رو دید، حال احوال کرد».

یکی از ابعاد و جنبه‌های سرمایه فرهنگی، سواد سلامت سالمندان است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد برخی از سالمندان (عمدتاً سالمندان بی‌سواد یا کم‌سواد)، اطلاعات خاص و دقیقی از بیماری‌های دوران سالمندی نداشتند و حتی شیوه‌های دقیق مراقبت و پیشگیری از تشدید بیماری‌هایی را که به آن مبتلا بودند (مثل دیابت، فشار خون، ناراحتی قلبی و...) به درستی نمی‌دانستند و به همین دلیل، اغلب آنها به‌طور مرتب در دوره‌های غربالگری، آزمایش‌های دوره‌ای و چک‌آپ سلامت، شرکت نمی‌کردند. همچنین بسیاری از آنها آگاهی کافی از سواد تغذیه نداشتند و به رعایت آن نیز ملزم نبودند و به همین دلیل، به میزان زیادی در معرض انواع آسیب‌ها و یا تشدید بیماری‌های خود بودند. با توجه به اینکه زنان سالمند از بی‌سوادی و کم‌سوادی بیشتری رنج می‌برند، نسبت به مردان سالمند، وضعیت نامطلوبی دارند.

سالمند زن ۷۳ ساله و بی‌سواد: «من قند دارم، باید خیلی حواسم به غذاهام باشه ولی خب نمی‌دونم چی باید بخورم چی نخورم، هر چی گیرم بیاد می‌خورم، کسی هم نیست کمکم کنه، هم بی‌پولی هست هم بی‌کسی، الان هم که زمین گیر شدم. سواد نداشتیم که یاد بگیریم از جوونی رعایت کنیم، تو اجتماع هم نبودیم که یاد بگیریم». در مقابل، مرد سالمند ۷۴ ساله و دارای مدرک دیپلم می‌گوید: «من خیلی سبک تغذیه‌مون رو رعایت می‌کنم، غذاها بیرون و کنسروی تقریباً نمی‌خورم، شیر و ماست سعی می‌کنم زیاد بخورم. قند که اصلاً، حذفش کردم کامل. نون و پنیر خالی می‌خورم ولی غذای بیرونو نمی‌خورم اصلاً».

بنابراین، همان‌طور که روایت‌ها نشان می‌دهد، تحصیلات عامل مهمی است که سالمندان را در فائق آمدن بر مشکلات سالمندی از طریق سواد سلامت، تغذیه و سبک زندگی سالم توانمند

می‌کند. سواد سلامت بر سبک زندگی سلامت‌محور در سالمندان بسیار تأثیرگذار است و سبک زندگی سالم در دوران سالمندی تأثیر بسزایی بر سلامت جسمی، روانی، جنسی و اجتماعی دوران سالمندی دارد. سالمندان باسواد به دلیل داشتن مهارت‌های زندگی بهتر، توانایی مطالعه کردن و داشتن جهان‌بینی مناسب‌تر نسبت به زندگی، معمولاً سبک زندگی مطلوب‌تری دارند. سبک زندگی که یک فرد طی دوران زندگی‌اش انتخاب و اعمال کرده است مشخص می‌کند که دوره زندگی سالمندی‌اش چگونه سپری می‌شود. سالمندی افراد به شدت به سبک زندگی‌شان در دوره‌های پیشین زندگی بستگی دارد و همین امر سالمندی را در افراد مختلف، متمایز می‌کند و بر این اساس، کیفیت دوره سالمندی در بین زنان و مردان یکسان نیست و به عادت‌واره‌های مختلف افراد در سنین قبل از سالمندی بستگی دارد. با توجه به اینکه زنان سالمند سرمایه فرهنگی پایینی دارند، از سواد سلامت و سواد تغذیه کافی نیز برخوردار نیستند و همین امر سرمایه سلامت آنها را متأثر می‌سازد به نحوی که زنان ممکن است سال‌های زیادی را همراه با بیماری‌های مختلف سپری کنند. همچنین سالمندانی که سواد سلامت دارند از توان خودمراقبتی بالایی نیز برخوردارند.

در این زمینه زن ۶۶ ساله، بی‌سواد و خانه‌دار می‌گوید: «من چون سواد ندارم، نمی‌تونم درست قرص‌هام رو بخورم. باید یه نفر بهم یاد بده؛ همیشه به مشکل می‌خورم. پسر من هست ولی اعصاب نداره بهم بگه و یادآوری کنه. به خورد و خوراکم نمی‌تونم برس، حوصله ندارم واسه شوهرم و پسر من جدا درست کنم، برای خودم جدا درست کنم، من هم قند دارم هم چربی و باید پرهیز داشته باشم ولی نمی‌تونم، سال‌ها همینجوری درست کردم. الان برام سخته تغییر بدم».

لازم به ذکر است که در زمینه سرمایه فرهنگی، بین خود جامعه زنان هم تفاوت‌هایی وجود دارد. تجربه سالمندی زنان خانه‌دار و زنان بازنشسته با هم متفاوت است. در این زمینه زنانی که از تحصیلات، سواد سلامت و دانش تغذیه‌ای برخوردار هستند سالمندی متفاوتی را تجربه می‌کنند.

زن ۸۶ ساله، دیپلم و بازنشسته در این زمینه می‌گوید: «سعی می‌کنم خیلی مراقبت کنم، به چربی غذا، نمک غذا دقت می‌کنم، شام سبک می‌خورم، از خوردن بعضی از غذاها پرهیز می‌کنم، برنامه‌های مرتبط با سلامت و تغذیه نگاه می‌کنم، تو کانال اینا هم عضو و استفاده می‌کنم از مطالبشون هر وقت حوصله داشته باشم».

تفاوت‌های جنسیتی مبتنی بر سرمایه اجتماعی سالمندان

یکی از جنبه‌های دیگر که بر زندگی سالمندان تأثیر می‌گذارد، سرمایه اجتماعی است. می‌توان گفت بخشی از کیفیت زندگی سالمندان، با توجه به سطح دسترسی آنها به سرمایه اجتماعی تعیین می‌شود. زنان و مردان سالمند به لحاظ سطح دسترسی به سرمایه اجتماعی، با هم تفاوت‌هایی دارند و این امر موجب می‌شود تجربه سالمندی بر حسب سرمایه اجتماعی انباشته شده هر یک از سالمندان زن و مرد متفاوت باشد. منظور از سرمایه اجتماعی سالمندان، انباشتی از روابط اجتماعی و خانوادگی است که در صورت نیاز می‌توانند حمایت‌های اقتصادی، ابزاری و عاطفی سودمندی را برای آنها فراهم کنند. سرمایه اجتماعی همچنین می‌تواند به‌عنوان سپر دفاعی و حمایتی در برابر مشکلات و فقدان‌های زندگی سالمندی عمل کند.

سرمایه اجتماعی بالاتر سالمندان، منجر به ایجاد موقعیت‌های اقتصادی و حمایت‌های اجتماعی بهتر از آنها می‌شود. سرمایه اجتماعی، شبکه اجتماعی است که فرد در آن عضویت دارد. هرچه این شبکه، قدرت حامی‌گری بالاتری داشته باشد، به این معناست که سرمایه اجتماعی سالمند قوی‌تر است. گسترش دامنه تعاملات با شبکه‌های اجتماعی چون دوستان، خویشاوندان، همکاران و همسایگان، سرمایه اجتماعی سالمندان را افزایش می‌دهد که مؤلفه مهمی برای کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در بین سالمندان است. فرد با داشتن پیوندهای صمیمی و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی از منابع حمایتی بیشتری از خلال داشتن چنین شبکه‌های حمایتی برخوردار می‌شود و می‌تواند کیفیت زندگی بهتری در دوران زندگی سالمندی داشته باشد.

یکی از عرصه‌های حضور سرمایه اجتماعی، تعاملات خانوادگی صمیمی به مثابه سرمایه خانوادگی است. سرمایه خانوادگی، شکل مهمی از سرمایه اجتماعی سالمندان است که از کمیت و کیفیت روابط بین سالمند و اعضای خانواده‌اش ایجاد می‌شود. سالمندانی که از سرمایه خانوادگی بالاتری برخوردارند، سلامت و رضایت از زندگی بیشتری را تجربه می‌کنند. سرمایه خانوادگی محصول چند دهه ارتباط و پیوند بین اعضای خانواده است که در دوره زندگی سالمندی می‌تواند در قالب حامی‌گری اقتصادی و عاطفی فرزندان از والدین سالمند بازنمایی شود. سرمایه خانوادگی طی مسیر زندگی ایجاد می‌شود؛ به این شکل که والدین از طریق سرمایه‌گذاری زمان، پول و عواطف روی فرزندان در مسیر زندگی خانوادگی، برای دوره زندگی

سالمندی، سرمایه عاطفی و خانوادگی پس‌انداز می‌کنند. این منابع سرمایه‌گذاری شده، در فرزندان احساسی از تعهد و تکلیف برای جبران به وجود می‌آورد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد سرمایه اجتماعی سالمندان برحسب جنسیت آنها متفاوت است. زنان و مردان به دلیل تفاوت‌های اجتماعی و به دلیل نابرابری جنسیتی، دارای سرمایه اجتماعی متفاوتی هستند. بنابراین منشأ بسیاری از تفاوت‌های جنسیتی در سرمایه اجتماعی زنان و مردان، در ساختار اجتماعی و زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه ایرانی ریشه دارد. با توجه به اینکه اغلب زنان سالمند، در طول زندگی دارای شغل و گروه همکاران نبوده‌اند و کمتر در بیرون از منزل حضور داشته‌اند، لذا سرمایه اجتماعی کمتری در قالب مناسبات اجتماعی انباشت نموده‌اند. اما از سوی دیگر، زنان در مقایسه با مردان، از سرمایه خانوادگی و عاطفی بیشتری برخوردارند که همین سرمایه خانوادگی، به زنان سالمند قدرت عاطفی بالایی نسبت به مردان سالمند می‌بخشد.

در این زمینه مرد ۷۱ ساله می‌گوید: «بچه‌ها مامان‌شونو خیلی دوس دارند، اگه خانوم نباشه چراغ خونه‌مون خاموش می‌شه. بچه‌ها میان، غذایی درست می‌کنه دورهم می‌شینیم. کلاً زن خونه خیلی مهمه که بچه‌ها پدر و هم دوس داشته باشن، برن و بیان، کمک کنن، به داد پدر مادر برسن».

زنان سالمند، هر چند از جهت سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی نسبت به مردان سالمند در موقعیت پایین‌تری قرار دارند، اما سرمایه خانوادگی آنها بالاتر است که به عامل تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی دوران سالمندی تبدیل گشته است.

مرد سالمند ۸۰ ساله و بازنشسته آموزش و پرورش نیز در این زمینه به اهمیت و قدرت سرمایه عاطفی و خانوادگی مادر اشاره می‌کند و می‌گوید: «بچه‌ها بعد از مرگ مادرشون خیلی کم سر می‌زنن به من، مادرشونو خیلی دوس داشتند، به من توجه نمی‌کنن، می‌یان ولی کم. وقتی مادرشون زنده بود خیلی می‌ومدن پیشمون. مادرشونو می‌پرستیدن، خیلی دوسش داشتن ولی با من صمیمی نیستن خیلی».

با توجه به اینکه زنان نسل گذشته اغلب در حوزه خصوصی حضور داشتند، شانس و فرصت برقراری ارتباط و دستیابی به پیوندهای متنوع را نداشته‌اند. موقعیت‌هایی که نظام شغلی و بازار کار برای مردان فراهم می‌کرد، زنان را از بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی محروم و یا به حاشیه می‌راند. نقش‌های مادری و همسری نیز فعالیت‌های شغلی و تحصیلی زنان را محدود و آنها را

در حوزه خصوصی حبس می‌کرد. همچنین زنان به واسطه تجربه‌های دوران زندگی چون خانه‌داری، فرزندآوری، مراقبت از فرزندان و گاهی سالمندان خانواده، کمتر فرصت برقراری ارتباط با بیرون از خانواده را داشته‌اند. در نتیجه زنان به دلیل محدود شدن به نقش‌های خانگی و عدم حضور برابر با مردان در میدان اجتماعی و اقتصادی، از پیوندهای اجتماعی کمتری نسبت به مردان برخوردارند و در نتیجه حمایت‌های کمتری از شبکه‌های غیرخانوادگی دریافت می‌کنند. در این میان، اشتغال زنان و برخورداری از شبکه‌های حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات خوبی در زندگی سالمندی به دنبال داشته باشد و سالمندانی که از این منابع حمایتی بهره‌مند هستند، نسبت به سالمندان بدون دسترسی به این منابع، سالمندی متفاوتی را تجربه می‌کنند. همه این شرایط در مجموع هرچند سرمایه اجتماعی زنان سالمند امروز را کاهش داده اما زنان را نسبت به مردان از جهت سرمایه خانوادگی در جایگاه بالاتری قرار داده است. در نتیجه زنان در دوره زندگی سالمندی حمایت‌های عاطفی بیشتری را از اعضای شبکه‌های حمایتی خود دریافت می‌کنند و منبع تأمین‌کننده حمایت برای زنان، بیشتر خویشاوندان نزدیک هستند. بنابراین، مردان شبکه‌های حمایتی سست در شکل مناسبات اجتماعی، گروه‌های دوستی و همکاران بیشتری دارند و سرمایه اجتماعی دوست‌محور و غیرخویشاوندی در بین مردان قوی‌تر است در حالی که زنان سالمند از شبکه‌های حمایتی قوی و عمیق (شبکه حمایتی خانوادگی و خویشاوندان نزدیک) برخوردارند و در نتیجه حمایت‌های عاطفی بیشتری دریافت می‌کنند.

در زمینه تفاوت سرمایه اجتماعی زنان و مردان سالمند می‌توان به گفت‌وگویی با زن ۶۶ ساله و مرد ۸۱ سالمند اشاره کرد. از این زن و شوهر سئوالی پرسیده شد مبنی بر اینکه اگر امکان و شرایط جابجایی منزل مسکونی را داشته باشید چه انتخابی می‌کنید؟ خانم این‌گونه پاسخ داد: «کجا بریم؟» گفتم برای مثال سعادت‌آباد یا امیرآباد، به جای بهتر از این محله، زن پاسخ داد: «آخه همیشه که، الان خیلی گرون شده و همیشه رفت اونجا». گفتم نه فکر کنید که پولی دستتون اومده و می‌تونید برید به جای بهتر از اینجا حتی خونه بهتر از همین جا بگیرید و ساکن بشید. زن پاسخ داد: «آره خب بشه چرا نریم، اینجا چی هست مگه؟ بریم به جایی باشه محل کار بچه‌هامم نزدیک باشه، بچه‌هام راحت باشن، بزرگ‌تر باشه چرا که نه. خونه هم یکم بزرگ باشه عالی میشه. من فقط با بچه‌هام ارتباط دارم، دلم خوشه به بچه‌هام، بچه‌هام خیلی به من می‌رسن؛ بچه‌هام خیلی هوامو دارن، هر جا واسه اونا خوب باشه و راحت باشن برای من هم خوبه». مرد در پاسخ گفت: «من هر جایی باشه قبول نمی‌کنم و راضی نمی‌شم، هیچ‌جا واسم این محله نمی‌شه. من سال‌هاست اینجا، اهل محل منو می‌شناسن، دوستانم

اینجان، همکارای سابقم اینجان، هر روز باید به سر برم سر کوچه و برگردم و سلام علیکی داشته باشم، برم به جای دیگه اونجا چیکار کنم، من همین جارو می‌خوام، اونجا کسی منو نمی‌شناسه، منم کسیو نمی‌شناسم، به عمره اینجا بودم، نزدیک ۵۰ ساله اینجام».

یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد برخی از مردان سالمند از سرمایه خانوادگی پایینی برخوردارند و در صورت بروز مشکلات خانوادگی احتمال طرد عاطفی و خانوادگی در مردان سالمند بیشتر است. در این زمینه می‌توان به داستان زندگی مرد ۶۶ ساله‌ای که از طرف خانواده طرد شده است و در خانه سالمندان زندگی می‌کند اشاره کرد.

او می‌گوید: «حدود سه سال هست اینجام. مجبوریم که بسوزیم و بسازیم. جای دیگه نداریم که. دوری از خانواده و تنهایی اذیتمون می‌کنه و آزارمون میده، نمیان به ما سر بزنین. من معتاد بودم بخاطر همین اختلاف پیش اومد تو خانواده. الان ترک کردم و سالمم». او در پاسخ به اینکه الان چیا دلتون می‌خواد؟ آرزوهاتون چیه؟ می‌گوید: «آرزو دارم برم خونه. دلم خونه رو می‌خواد (گریه می‌کند). بچه‌ها، دو تا پسرا مجردن، خونه‌اند با مادرشون ولی به خاطر اعتیاد منو دیگه راه نمیدن خونه و حتی به من سر نمی‌زنن، تو این سه سال اصلاً نیومدن سراغمو بگیرن».

تفاوت‌های جنسیتی مبتنی بر سرمایه سلامت سالمندان

از نظر گروسمن^۱ (۱۹۷۲) سلامت را می‌توان به‌عنوان کلای سرمایه‌ای که زندگی سالمی را برای فرد به ارمغان می‌آورد در نظر گرفت. در این دیدگاه سلامت به مثابه یک سرمایه تلقی می‌شود که زندگی توأم با سلامتی و کیفیت زندگی را برای فرد فراهم می‌کند. با توجه به ظهور بیماری‌های مختلف در دوره زندگی سالمندی و تغییرات بیولوژیکی در این دوره، سرمایه سلامت سالمندان^۲ به شدت در کیفیت زندگی آنها تأثیرگذار است. بنابراین، سرمایه سلامت، یک دارایی مهم است که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی سالمندان منجر شود و سالمندی خوب و موفق را برای افراد رقم بزند.

تحلیل تفاوت‌های جنسیتی مبتنی بر سرمایه سلامت سالمندان از چند جهت دشوار است؛ چرا که تفاوت سرمایه سلامت از یک‌سو ریشه زیستی و بیولوژیکی دارد اما از سوی دیگر مبتنی بر تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز تغییر می‌کند. سرمایه سلامت به شدت متأثر

1. Grossman
2. Health capital of elderly

است از سرمایه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و در نتیجه، سرمایه سلامت به عنوان سرمایه وابسته مطرح است. علی‌رغم اینکه سرمایه‌های مختلف بر سرمایه سلامت سالمندان تأثیرگذار است، خود سرمایه سلامت نیز به‌طور مستقلی تجربه سالمندی را متفاوت می‌کند. در این میان، سرمایه سلامت زنان و مردان سالمند متفاوت است. در این زمینه، علاوه بر تفاوت‌های بیولوژیکی، تفاوت‌هایی که ریشه‌های اجتماعی و فرهنگی دارد با اهمیت است.

با افزایش سن و ورود به سنین سالمندی، به تدریج از سلامت افراد کاسته می‌شود. در دوره زندگی سالمندی به علت تغییرات فیزیولوژیکی که با بالا رفتن سن اتفاق می‌افتد، سالمندان، بیشتر به بیماری‌های گوناگون مبتلا می‌شوند. اما در این میان، بیماری در بین زنان سالمند به مراتب بیشتر از مردان سالمند شیوع دارد. زنان در مقایسه با مردان، آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند و شیوع بیماری‌ها در میان آنها بیشتر است. هرچند زنان سالمند کنونی از همسرشان ده تا پانزده سال کوچک‌تر هستند، ولی با این حال، امید زندگی آنها و همچنین تعداد سال‌هایی که با محدودیت‌های جسمی زندگی می‌کنند نسبت به مردان بیشتر است.

مرد سالمند ۷۴ ساله و دارای مدرک دیپلم می‌گوید: «من خدا رو شکر حالم خوبه و سرحالم. مریضی خاصی هم ندارم. همیشه ورزش کردم، خیلی پیاده‌روی می‌کردم، الان هم پیاده‌روی می‌کنم، همین الان از فاطمی تا چهارراه ولیعصر پیاده رفتم». درمقابل، زن ۶۶ ساله، بی‌سواد و خانه‌دار می‌گوید: «من از همسرم ده سالی کوچیکترم ولی با این حال من الان پانزده سالی می‌شه که درگیر مریضی‌های مختلفم ولی همسرم خدا رو شکر مریضی خاصی نداره و از من سرحال‌تره».

در زمینه تفاوت سرمایه سلامت، علاوه بر تبیین‌های بیولوژیکی، باید به تبیین‌های اجتماعی و فرهنگی نیز توسل جست. تحلیل این موضوع با رویکرد مسیر زندگی روایتگر آن است که زنان سالمند کنونی در بستری زیسته‌اند که طی مراحل زندگی، ازدواج در سنین پایین، زایمان‌های زیاد، مراقبت‌های بهداشتی پایین، تعداد فرزندان زیاد، مراقبت از فرزندان و گاهی سالمندان خانواده را تجربه کرده‌اند که همه این‌ها زمینه‌های بیماری را در سنین سالمندی افزایش می‌دهد. علاوه بر این، آنها در بستر فرهنگی زیسته‌اند که مردان، نان‌آور خانواده بوده‌اند و مسئولیت‌های سنگین منزل به عهده زنان خانواده بوده است؛ آن هم در دوره‌ای که مثل امروز وسایل برقی پیشرفته چون ماشین لباسشویی، ظرفشویی، ماکروویو، زودپز و از این قبیل تولید نشده بود. در نبود این وسایل پیشرفته کمکی و تسهیل‌کننده امور خانه، مدیریت امور منزل، مسئولیت سنگینی

است که سالیان سال بر دوش زنان خانواده بود؛ زنانی که امروز سالمندان جامعه هستند. در این زمینه، زن ۶۶ ساله، بی‌سواد و خانه‌دار می‌گوید: «من وقتی ازدواج کردم با پدرشوهر و مادرشوهرم زندگی می‌کردیم، خیلی شرایط سختی بود چون هر دو پیر بودن و همسر منم بچه آخر بود و من مسئول نگهداری‌شون بودم. پدرشوهرم دو سه سال بعد از ازدواج‌مون از دنیا رفتن ولی مادرشوهرم زنده بودن و من سال‌ها از ایشون مراقبت کردم. همه این‌ها منو از پا انداخت و از ۴۰ سالگی، دیسک کمر داشتم، مریضی‌های مختلف، الان هم قند و چربی و فشار».

زن سالمند ۶۶ ساله، دارای سواد ششم ابتدایی و خانه‌دار نیز می‌گوید: «همسر ۸۱ سالشه ولی بیماری خاصی نداره، فقط یه عمل فتق پارسال داشت، کلاً خوب و سرحال بود ولی با اینکه من از شون ۱۵ سال کوچیک‌ترم، کلی مریضی دارم، هم دیابتی‌ام، هم عمل قلب انجام دادم، هم فشار دارم، هم از پا چلاقم و نمی‌تونم درست راه برم. البته بگم خب من زیاد زایمان کردم، هشت تا بچه دارم. بچه‌ها زیاد بودن و پشت سر هم، پسر نداشتیم و همسر پسر می‌خواست و به‌خاطر همین زیاد بچه آوردیم. بزرگ کردن بچه‌ها اونم در شرایطی که تنها بودم تو تهران و وضعیت مالی‌مون هم خوب نبود، خیلی اذیت شدم. همش سرپا بودم، خواب و استراحتی نداشتم. این مسئولیت‌ها منو از پا انداخت».

زنان و مردان سالمند، علاوه بر تفاوت در سلامت جسمی، در سلامت روانی نیز متفاوتند. در این زمینه، زنان به دلیل تجربیاتی چون عادت ماهیانه، زایمان و یائسگی، به لحاظ روانی آسیب‌پذیرتر هستند و در معرض استرس‌های بیشتری قرار دارند. علاوه بر این‌ها، باید به تجربیاتی چون مهاجرت فرزندان یا ازدواج و خروج فرزندان از منزل اشاره داشت که برخی از زنان را دچار سندروم آشیانه خالی می‌کند و آن‌ها بیشتر از مردان به لحاظ عاطفی و روانی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. در نهایت، باید به تجربه تنهایی بیشتر زنان بعد از مرگ همسر و تنهازیستی زنان سالمند اشاره کرد که فشار روانی زیادی به آنها وارد می‌کند.

در این زمینه، زن ۶۹ ساله خانه‌دار نیز می‌گوید: «بچه‌هام، همگی ازدواج کردن و رفتن خونه زندگی خودشون، نبود بچه‌ها رو احساس می‌کنم، اوایل خیلی اذیت می‌شدم ولی الان بهتر شدم». زن ۹۰ ساله نیز درباره تنهایی می‌گوید: «همش تنهام، تنهایی اذیتم می‌کنه. وقتی تنهام خیلی دلتنگ می‌شم. بچه‌ها زیاد نمیان پیشم، اگه هم بیان، میان یه کم می‌شینن ولی زود میرن خونه خودشون {با حسرت}. تو دلم می‌گم کاش خودش بود {همسر}، الان چند کلمه با من حرف می‌زد، یه چایی براش می‌ریختم با هم می‌خوردیم. از وقتی که رفت کسی نیست یه کلمه با من حرف بزنه، میگم کاش زنده بود خودش».

زنان سالمند در فرهنگی زیست می‌کنند که این کلیشه و برچسب وجود دارد که نیاز جنسی آن‌ها حذف شده است. هرچند با افزایش سن، سرمایه جنسی زنان تا حدی کاهش می‌یابد اما این به معنای عدم نیاز جنسی زنان و همچنین نابودی قدرت جنسی آن‌ها نیست. در این زمینه، زنان بیشتر از مردان در شکل طرز تلقی‌ها، برچسب‌ها و کلیشه‌ها در معرض تبعیض و نابرابری هستند. زنان سالمند در دوره زندگی سالمندی فرصتی برای ازدواج ندارند. ساختارهای فرهنگی جامعه ایرانی در ازدواج مجدد را به روی زنان سالمند با حاکمیت کلیشه‌های جنسیتی بسته است. تابوی ازدواج زنان سالمند، در اغلب خانواده‌ها پررنگ است و فرزندان معمولاً نسبت به ازدواج مجدد مادران، واکنش‌های منفی نشان می‌دهند اما در برابر ازدواج مجدد پدران، بنا به دلایل مختلف که گاه به نابرابری در دارایی‌های خانوادگی و همچنین نابرابری قدرت زنان و مردان برمی‌گردد، کمتر مقاومت می‌کنند.

از دیگر تفاوت‌های زنان و مردان سالمند می‌توان به سلامت جنسی سالمندان اشاره کرد. هر چند با افزایش سن و ورود به سنین سالمندی از قدرت جنسی و سرمایه جنسی افراد کاسته می‌شود اما با این حال در این زمینه بین زنان و مردان سالمند تفاوت‌هایی وجود دارد. این تفاوت‌ها حکایتگر کلیشه‌هایی است که اعتقادی به روابط جنسی سالمندان ندارند و تجربه یائسگی زنان را به معنی کاهش و پایان تدریجی میل و توان جنسی و زناشویی می‌دانند در حالی که چنین باوری نادرست است. اما با این حال، دوره زندگی سالمندی دارای ویژگی‌هایی است که زیست جنسی سالمندان را متاثر می‌سازد.

علاوه بر تغییرات جسمی متعارف سالمندی، بیماری‌های رایج در این سنین مانند بیماری قلبی، مشکلات مفاصل، دیابت، فشار خون و پیامدهای مصرف دارو، بر زیست جنسی سالمندان تأثیرگذار است. علاوه بر این بیماری‌ها، تجربه یائسگی و تغییرات بیولوژیک بدن زنان نیز بر عملکرد جنسی زنان بی‌تأثیر نیست و زمینه‌های تفاوت را در بین زنان و مردان سالمند رقم می‌زند.

در این زمینه زن ۶۶ ساله خانه‌دار می‌گوید: «از وقتی مریض شدم، هم حال جسمی‌ام بد شد هم حال روحی‌م، میل جنسی‌م پایین اومد. مریضم و توان ندارم، الان چند سالی میشه که نمی‌تونم با همسرم رابطه داشته باشم، همسرم علی‌رغم اینکه ده سالی از من بزرگه ولی سالم‌تره و نیاز جنسی‌شم نسبت به من خیلی بیشتره اما کنار اومده بنده خدا».

مرد ۸۷ ساله نیز در این باره می‌گوید: «من با اینکه سن‌ام بالاست ولی توانایی جنسی هم

دارم ولی خب سنی از ما گذشته و ما دیگه با همدیگه خواهر برادر شدیم، خانوم چند تا مریضی داره، از من خیلی کوچیکه ولی از من شکسته‌تر شده و مریضی‌هاش زیاده».

در این میان چیزی که برای زنان سالمند مهم است و زیست جنسی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، سرمایه جنسی و چهره ظاهری بدن است. با توجه به اهمیت زیبایی بدن در زنان، برخی از آن‌ها در دوره زندگی سالمندی اعتماد به نفس‌شان کاهش می‌یابد. تغییرات جسمی دوره سالمندی برای زنان حساسیت بیش‌تری در مقایسه با مردان ایجاد می‌کند. زنان در مقایسه با مردان توجه بیش‌تری به امر زیبایی و ظاهر خود دارند و در نتیجه، چاقی زنان سالمند نیز می‌تواند سلامت جنسی‌شان را در معرض تهدید قرار دهد. چنین انتظاراتی تولید گفتمانی است که زنان سالمند ایرانی در آن زیسته‌اند؛ گفتمانی که زنان را عمدتاً با زیبایی ظاهری و سرمایه جنسی ارزیابی می‌کند. این انتظارات و تصورات بر زیست جنسی زنان سالمند مؤثر است.

در این زمینه زن ۶۹ ساله خانه‌دار می‌گوید: «وقتی حال روحیم بد باشه اصلاً نمی‌تونم حوصله رابطه داشته باشم. ولی شوهرم این‌طور نیست و در همه شرایط می‌تونه. من یه کم حساسم، الان چون چاق شدم حس می‌کنم هیکلم بد شده، اعتماد به نفس ندارم، اینا روم تأثیر بد می‌ذاره و نمی‌خوام رابطه جنسی داشته باشیم، حتی همسررم بارها می‌گه خانم این حرفا چیه، به این چیزا فک نکن. سعی می‌کنم آرایش کنم به خودم برسیم، دوس دارم جذاب باشم و از پیری می‌ترسم».

علاوه بر سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت جنسی، زنان و مردان سالمند از نظر سلامت اجتماعی نیز متفاوت هستند. یکی از زمینه‌های تفاوت، در مشارکت اجتماعی سالمندان است. سلامت اجتماعی سالمندان با سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی ارتباط دارد؛ افرادی که در این سرمایه‌ها شرایط خوبی دارند، در اجتماعات پیرامونی شروع به فعالیت می‌کنند و رضایت از زندگی بالاتری دارند. همچنین سلامت اجتماعی سالمندان از سلامت جسمی و روانی نیز متأثر می‌شود و سالمندان سالم میل به مشارکت و فعالیت دارند. همه این‌ها در حالی است که زنان سالمند در این سرمایه‌ها نسبت به مردان شرایط پایین‌تری دارند. مردان در دوران زندگی بازنشستگی و همچنین سالمندی، در فعالیت‌های داوطلبانه و اجتماعی مشارکت دارند. آنها یا در عرصه مسئولیت‌های اقتصادی فعال هستند یا در صورت برخورداری از موقعیت اقتصادی مطلوب، به تقویت مناسبات اجتماعی و فعالیت‌های اجتماعی می‌پردازند، در کانون‌های بازنشستگی حضور پیدا می‌کنند، وقت بیشتری را صرف گذران فراغت می‌کنند و در مواردی

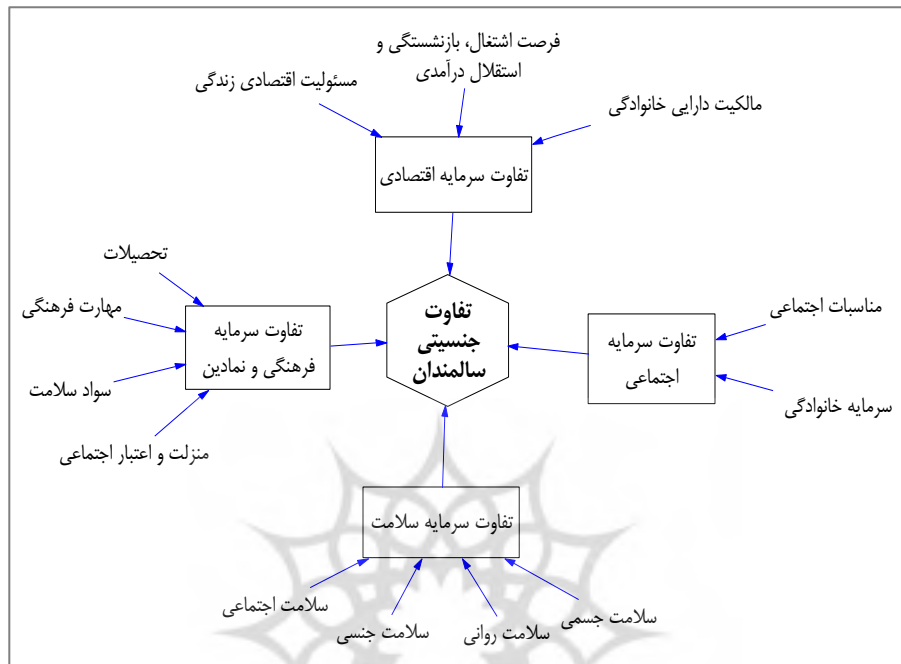
دغدغه‌های دوران اشتغال خود را پیگیری می‌کنند ولی زنان در دوران سالمندی عمدتاً در خانه و در حال انجام کارهای روزمره زندگی و وظایف مراقبتی هستند. مشارکت سالمندان در جامعه و قبول مسئولیت‌های اجتماعی موجب می‌شود همچنان حضور فعالی در جامعه داشته باشند. در این راستا پژوهش کوششی و همکارانش (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که مناسبات اجتماعی اعم از پیوندهای اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های جمعی در تبیین کیفیت زندگی سالمندان نقش مهمی دارد درحالی که زنان سالمند نسبت به مردان سالمند در مناسبات اجتماعی و فعالیت‌های اجتماعی و فرهنگی کمتر مشارکت دارند. در این میان، حتی زنان بازنشسته نیز در این دوره زندگی سعی می‌کنند توجه بیشتری به نقش‌های خانوادگی و عاطفی داشته باشند و عمدتاً در راستای تقویت مناسبات خانوادگی و عاطفی اقدام می‌کنند. البته لازم به ذکر است که در این زمینه زنان سالمند مجرد و همچنین زنان سالمند تنها فرصت بیشتری برای پرداختن به فعالیت‌های اجتماعی دارند.

خانم ۶۶ ساله و بازنشسته آموزش و پرورش در این زمینه می‌گوید: «من بعد از بازنشستگی، اولش احساس کردم دارم افسرده می‌شم ولی بعدش که نوهام به دنیا اومد حسایی سرم گرم شد و حالم خوب خوب شد. دوس داشتم بعد از سال‌ها کار، بیشتر پیش بچه‌هام باشم و کمبودهای گذشته رو جبران کنم، وقتی سرکار می‌رفتم بچه‌هام خیلی اذیت می‌شدن». مرد ۷۴ ساله و بازنشسته در این زمینه می‌گوید: «من بعد از بازنشستگی همش کار کردم، از کارهای مالی گرفته تا کارای خیریه و اجتماعی و کمک به مردم. هر کاری از دستم براومده انجام دادم، به بچه‌هامم کمک کردم، سعی می‌کنم همیشه فعال باشم و تا جون دارم فعالیت کنم و نشینم تو خونه. گاهی هم با دوستانم برنامه می‌ذاریم می‌ریم کوه، دور هم جمع می‌شیم».

نتیجه‌گیری

تجربه سالمندی، محصول کل دوره زندگی است که بر حسب سرمایه‌های انباشته شده طی مراحل زندگی تعیین می‌شود و کیفیت زندگی سالمندی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درواقع، سرمایه‌های زندگی، از عوامل تعیین‌کننده نابرابری هستند که بر تجربه زندگی سالمندی بسیار تأثیرگذارند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد دسترسی به سرمایه‌ها بر اساس تفاوت‌های جنسیتی سالمندان متفاوت است. زنان و مردان سالمند دسترسی متفاوتی به سرمایه‌ها دارند و همین نابرابری و تفاوت در سرمایه‌های انباشته طی مسیر زندگی، سالمندی متفاوتی را برای آن‌ها رقم می‌زند.

شکل ۱: شبکه مضامین تفاوت‌های جنسیتی سالمندان



تجربه سالمندی برای زنان و مردان تجربه‌ای مبتنی بر انباشت سرمایه‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و سرمایه سلامت طی مسیر زندگی است. زنان و مردان در مراحل پیشین زندگی تجربیاتی دارند که در مجموع این تجربیات با انباشت سرمایه‌ها طی مسیر زندگی زمینه‌های تفاوت را در زندگی سالمندی بین زنان و مردان فراهم می‌سازد. بنابراین، تجربه دوران سالمندی برای همه سالمندان، تجربه‌ای واحد، یک‌شکل و یکسان نیست و بر حسب کیفیت دسترسی به انواع سرمایه‌ها، می‌تواند تجربه‌ای متفاوت باشد. در این زمینه زنجری و همکارانش (۱۳۹۸) نیز به تفاوت تجربه زیسته زنان در امر سلامت اشاره کرده‌اند. از نگاه آن‌ها، نابرابری‌های جنسیتی فقط با تفاوت‌های بیولوژیکی و ژنتیکی قابل توضیح نیست؛ بلکه عوامل اجتماعی، فرهنگی و رفتاری نقش تعیین‌کننده‌ای دارند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد زنان سالمند تاوان محدودیت‌ها، کاستی‌ها و فقدان‌های مراحل پیشین زندگی را می‌دهند. آن‌ها در بسیاری از سرمایه‌ها نسبت به مردان، قدرت پایین‌تری دارند

که از تفاوت‌ها و نابرابری‌های مسیر زندگی‌شان نشأت می‌گیرد. بنابراین، جنسیت، تجربه سالمندی را متفاوت می‌سازد. جنسیت در بستر اجتماعی و فرهنگی، زمینه‌های تفاوت در سرمایه‌ها را طی مسیر زندگی ایجاد می‌کند. جنسیت و ساختارهای فرهنگی حاکم در زمان گذشته، بر سرمایه‌های انباشتی تأثیرگذار بوده و تفاوت در این سرمایه‌ها در زندگی سالمندی خود را نشان داده و زمینه تفاوت‌ها و نابرابری‌هایی را بین زنان و مردان سالمند رقم زده است. با این حال نباید فراموش کرد که علی‌رغم اهمیت تفاوت‌های جنسیتی، نمی‌توان تنها به تحلیل‌های جنسیتی اکتفا کرد؛ بلکه باید به تلاقی جنسیت با دیگر مؤلفه‌های تعیین‌کننده توجه داشت که زمینه تفاوت‌ها و نابرابری‌های مضاعفی را رقم می‌زند. چرا که سالمندی پدیده پیچیده‌ای است که در تلاقی با مؤلفه‌هایی چون جنسیت، فقر، طبقه، سنت، ساختار و فرهنگ، به تجربه متفاوت و متکثری تبدیل می‌شود. در نتیجه، نمی‌توان تنها به تحلیل‌های تک‌بعدی بسنده کرد بلکه باید از تحلیل‌های چندبعدی مدد جست. در این زمینه، رویکرد جدیدی تحت عنوان اینترسکشنالیتی^۱ یا تلاقی مطرح است که عمدتاً در مطالعات فمینیستی و همچنین مطالعات فرهنگی به کار می‌رود. رویکرد تلاقی به این معناست که زنان و مردان، یک قشر همگون و یک‌شکل نیستند. اگر بین زنان و مردان روابط قدرت نابرابر وجود دارد، این روابط قدرت بین خود جامعه زنان و مردان نیز وجود دارد؛ بسته به اینکه سالمندان به چه طبقه اقتصادی و فرهنگی، چه گروه قومی و چه بستری تعلق دارند، تحلیل‌ها متفاوت خواهد بود. بنابراین، در تحلیل‌های اجتماعی، باید درهم‌تنیدگی این مؤلفه‌ها را لحاظ کرد. درهم‌تنیدگی این مؤلفه‌هاست که زمینه فرودستی و محرومیت مضاعف را رقم می‌زند.

لازم به تأکید است که زنان سالمند آینده از نظر تفاوت‌های جنسیتی، متفاوت از نسل امروز خواهند بود. سالمندان آتی، در حال حاضر جوانان فعلی هستند که از نعمت تحصیلات و اشتغال به‌عنوان منابع مهم برخوردارند؛ در حالی که نسل سالمندان امروز از این منابع، بهره کمتری داشتند. در نتیجه، به تدریج از تفاوت‌های جنسیتی کاسته می‌شود. هر چند تفاوت‌ها و نابرابری‌ها بین سالمندان نسل آتی کاهش می‌یابد اما بایستی در راستای ارتقاء کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند امروز و کاهش تفاوت‌ها و نابرابری‌های جنسیتی اقدام کرد و ابعاد جنسیتی سالمندی را در پژوهش‌ها و سپس سیاست‌گذاری‌ها لحاظ نمود.

1. Intersectionality

در پایان، لازم به تأکید است رفتار جنسی، سلامت جنسی، سواد سلامت، سرمایه سلامت، سرمایه خانوادگی و درنهایت سلامت اجتماعی سالمندان از جمله موضوعات پژوهشی مهمی است که باید با رویکرد جنسیت‌محور و با تأکید بر مسئله تفاوت‌های جنسیتی سالمندان مورد مطالعه و بررسی بیشتر و عمیق‌تر قرار گیرد. همچنین اتخاذ رویکرد تلاقی در تحلیل این موضوعات می‌تواند بسیار مفید باشد.

منابع

- استروس، انسلم و جولیت کرین (۱۳۹۶). مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای، ترجمه ابراهیم افشار، چاپ ششم، تهران: نشر نی.
- ایزدی اونجی، فاطمه سادات، حمیدرضا گیلاسی، علی حاجی‌باقری و علیرضا یزدانی (۱۳۹۸). رضایت زناشویی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان شهر کاشان در سال ۱۳۹۴، فیض، ۲۳ (۲): ۱۹۲-۲۰۰
- باستانی، سوسن و فاطمه ذکریایی سراجی (۱۳۹۱). تفاوت‌های جنسیتی در سالمندی: شبکه‌ها و حمایت‌های اجتماعی، مسائل اجتماعی ایران، ۳ (۱): ۳۳-۵۷.
- باقری نسامی، معصومه (۱۳۹۰). تبیین تجارب زیسته تغییرات روانی-عاطفی زنان سالمند؛ یک مطالعه کیفی، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۱ (۱): ۲۰۴-۲۱۵.
- دوبوار، سیمون (۱۳۶۵). کهنسالی (دو جلد)، ترجمه محمدعلی طوسی، تهران: انتشارات شباویز.
- زنجری، نسیم، رسول صادقی، احمد دلبری (۱۳۹۸). تحلیل تفاوت‌های جنسیتی در الگوهای گذران وقت سالمندان ایرانی، سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۳ (۵): ۵۸۸-۶۰۳.
- شیرازی‌خواه، مرضیه، میرطاهر موسوی، رباب صحاف، مجید سرمدی (۱۳۹۰). مطالعه شاخص‌های بهداشتی و اجتماعی زنان سالمند در ایران، سالمند: مجله سالمندی ایران، ۶ (۱): ۶۶-۷۸.
- قاضی طباطبایی، محمود، محمد میرزایی، مجید کوشش‌شی (۱۳۸۷). نابرابری‌های جنسیتی در زندگی خانوادگی سالمندان تهرانی (طرح یک مسئله فرهنگی)، مطالعات فرهنگی و ارتباطات، ۱۱: ۱۹-۴۲.
- کوششی، مجید، علی اصغر سعیدی، شیوا پروائی (۱۳۹۲). تاثیر حمایت‌های اجتماعی غیر رسمی بر کیفیت زندگی سالمندان بازنشسته به مثابه یک مسئله اجتماعی، بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۴ (۱): ۱۳۰-۱۰۹.

گشتاسبی، آریتا، علی منتظری، مریم سادات وحدانی‌نیا، عباس رحیمی فروشانی، محمد کاظم (۱۳۸۲). ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی: یک مطالعه جمعیتی، پایش، ۲ (۳): ۱۸۷-۱۹۳.

گیدنز، آنتونی (۱۳۸۷). جامعه‌شناسی، ترجمه حسن چاوشیان، تهران: نشر نی.

محمدپور، احمد (۱۳۹۰). روش تحقیق کیفی ضد روش ۲: مراحل و روش‌های عملی در روش تحقیق کیفی، جلد دوم، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن کل کشور، تهران.

موحد، مجید، حلیمه عنایت، نسیمه زنجری (۱۳۹۴). سالمندی سالم؛ تحلیل مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت مردان و زنان سالمند در شهر شیراز، علوم اجتماعی، ۱۲ (۱): ۱۹۷-۲۲۳.

میرزایی، محمد و زینب کاوه‌فیروز (۱۳۸۸). کیفیت زندگی سالمندان شهر تهران و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها با تأکید بر جنس، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۴ (۸): ۱۲۳-۱۴۸.

نوعی، هلن، ریاب صحاف، احمدعلی اکبری کامرانی، یدالله ابوالفتحی ممتاز، سمانه پورهادی، محسن شتی (۱۳۹۶). بررسی مقایسه‌ای سطح ناتوانی در زنان و مردان سالمند تحت پوشش سازمان بازنشستگی شهرداری تهران در سال ۱۳۹۴، سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۲ (۱): ۶-۱۷.

Arber, Sara and Ginn, Jay. (1995). *Connecting Gender and Ageing: A Sociological Approach*, Buckingham, England/Philadelphia: Open University Press; First Edition edition.

Baars, Jan. (1991). The Challenge of Critical Gerontology: The Problem of Social Constitution, *Journal of Aging Studies*, (5): 219-243.

Barkan, Steven E. (2011). *Sociology: Understanding and Changing the Social World*, Comprehensive Edition, v. 1.0. Available in:

<http://catalog.flatworldknowledge.com/catalog/editions/barkan-sociology-understanding-and-changing-the-social-world-comprehensive-edition-1-0>.

Bengtson, V., Putney, N., & Johnson, M. (2005). The Problem of Theory in Gerontology Today. In V. Bengtson, P. Coleman, & T. Kirkwood (Authors) & M. Johnson (Ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 3-20). Cambridge: Cambridge University Press.

Carmel, Sara. (2019). Health and Well-Being in Late Life: Gender Differences Worldwide, *Front Med (Lausanne)*, 6: 218. In:

<https://pdfs.semanticscholar.org/c8f7/687c4fd71e37b513a32828adb78b8878cf29>

.pdf?_ga=2.247476935.1174332842.1586121661-717532902.1537619181.

- Doh, Daniel. (2017). Towards active ageing: A comparative study of experiences of older Ghanaians in Australia and Ghana, This thesis is presented for the degree of Doctor of Philosophy, Edith Cowan University School of Arts and Humanities.
- Estes, Carroll L. (2001). Political Economy of Aging: A Theoretical Framework, in Social policy and aging: A critical perspective, by Estes and Associates, Sage Publications, Inc.
- Gans, D. and Silverstein, M. (2006) .Norms of filial responsibility for ageing parents across time and generations. *Journal of Marriage and Family*, 68: 961–976.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, 80 (2): 223-255.
- Higgs, Paul and Jones, Ian Rees. (2009). Medical Sociology and Old Age; towards a sociology of health in later life, First published, Routledge.
- Holstein, M. B. and Minkler, M. (2007). Critical gerontology: Reflections for the 21st century. In M. Bernard & T. Schwartz (eds.), *Critical Perspectives on Ageing Societies* (pp. 13-26). Bristol: The Policy Press.
- Meisner, B. and Hynie, M. (2009). Ageism with Heterosexism: Self-Perceptions, Identity, and Psychological Health in Older Gay and Lesbian Adults, *Gay and Lesbian Issues and Psychology Review*, 5 (1): 51 – 58.
- Phillips, Judith, Ajrouch, Kristine and Hillcoat-Nallétamby, Sarah. (2010). Key Concepts in Social Gerontology, SAGE Publications Ltd.
- Phillipson, Chris and Scharf, Thomas. (2013). The impact of government policy on social exclusion among older people A review of the literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle series. [Cited mar 19 2013]. Available at: URL: <http://www.bristol.ac.uk>
- Rueda Pozo, S., & Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing and Society*, 29(4): 625-647.
- Russell, Ch. (2007). What Do Older Women and Men Want? Gender Differences in the 'Lived Experience' of Ageing, *Current Sociology*, 55(2): 173–192.
- Schulz, Richard; Noelker, Linda S; Rockwood, Kenneth and Sprott, Richard L. (2006). THE ENCYCLOPEDIA OF AGING A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics, Fourth Edition, Copyright _c 2006 Springer Publishing Company, Inc.
- Timmermans, S. & Tavory, I. (2012). Theory Construction in Qualitative Research: From Grounded Theory to Abductive Analysis, *Sociological Theory*, 30 (3) 167 – 186.
- Tomioka, K., Kurumatani, N. & Hosoi, H. (2017). Age and gender differences in the

association between social participation and instrumental activities of daily living among community-dwelling elderly, *Journal of the American Geriatrics Society*, 65 (1): 107-113.

Townsend, Peter. (1981). The Structured Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century', *Ageing and Society*, 1(1): 5-28.

Twigg, Julia. (2004). The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology. *Journal of Aging Studies*, 18, 1: 59-73.

Victor, Christina R. (2005). *The Social Context of Ageing: A Textbook of Gerontology*, Taylor and Francis, 2005. ProQuest Ebook Central, http://ebookcentral.proquest.com/lib/tehran_ebooks/detail.action?docID=199358.

Victor, Christina. (2013). *Social Gerontology: Older People and Everybody Else*. In Komp, Kathrin and Aartsen, Marja, *Old Age in Europe A Textbook of Gerontology*, Springer Dordrecht Heidelberg New York London.

White S, Chen J, Atchison R. (2008). Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study, *Am J Health Behav*; 32(3): 227-242.

Yoon, C., & Cole, C. A. (2008). Aging and consumer behavior. In C. P. Haugtvedt, P. M. Herr, & F. R. Kardes (Eds.), *Marketing and consumer psychology series: Vol. 4. Handbook of consumer psychology* (p. 247-270). Taylor & Francis Group/Lawrence Erlbaum Associates.