فصلنامه علمی- پژوهشی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر

دوره ۲۰، شماره۳ پیاپی (۴)، پاییز ۱۴۰۴

تاریخ دریافت: ۲۶/ ۰۱/ ۱۴۰۱ تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۸/۰۳

صص: ۲۰-۱

# ضرورت طراحی و معرفی شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان(GSSQ-97, 2023) در مطالعات سالمندی

**عبدالرحیم اسداللهی[1*]؛ حسین ملتفت[2]**

۱-عضو گروه سالمندان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز و عضو موسسه تحقیقات کیفیت زندگی دانشگاه دیکین، ملبورن، استرالیا

۲- عضو گروه علوم اجتماعی دانشکده اقتصاد، واحد اهواز، دانشگاه شهیدچمران، اهواز، ایران

## چکیده:

ایران همانند برخی از کشورهای درحال‌گذار با پدیده نوینی با نام مساله سالمندی روبرو شده است. ارتقا کیفیت حیات اجتماعی و جایگاه سالمندان در این جامعه اهمیت دارد. داشتن یک راهنمای جامع و کاربردی برای سنجش این جایگاه مورد نیاز سیاستگزاران در حوزه سلامت سالمندی است. این بررسی یک مطالعه مروری بوده که با مطالعه اسناد و مقالات منتشره از سال ۲۰۰۷ به طراحی مفهومی شاخص کیفت زندگی سالمندان ایرانی می پردازد. از سال ۲۰۰۱ دیدگاه نظری کیفیت اجتماعی از سوی موسسه بین‌المللی و اروپایی کیفیت اجتماعی در قالب ۴ مقیاس اصلی امنیت اقتصادی‌اجتماعی، اقتداراجتماعی، انسجام‌اجتماعی و یکپارچگی‌اجتماعی با ۹۵ شاخص کاربردی معرفی گردید. در این بررسی با استفاده از پیشینه مطالعاتی سالمندی ایران و جهان و مرجع اروپایی کیفیت اجتماعی یک شاخص منسجم ۹۷ مولفه‌ای با عنوان شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان(GSSQ-97, 2023) ارائه شده است. این ابزار مطابق با جامعه سالمندی ایران و کشورهای مشابه تدوین شده و اجرای تجربی و آزمون روش‌شناختی این شاخص پیشنهاد می‌شود. هر چند به نظر می‌رسد دسترس‌پذیری به داده‌های این شاخص‌ها در ایران نیز یک چالش بعدی است.

**واژگان کلیدی**: رویکرد کیفیت اجتماعی، سالمندان، سازه نظری، ابزارسازی.

* نویسنده مسئول Email: a_asadollahi@sums.ac.ir

## مقدمه و بیان موضوع

بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال در کشور ۶/۶ درصد کل جمعیت بوده است. در سال ۱۳۷۹ این رقم به ۷/۸ درصد، در سال ۱۳۸۵ به ۸/۴ و در سال ۱۳۹۵ به ۱۱/۲ درصد رسید. برآورد می‌شود که در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۲ درصد جمعیت کشور بالای ۶۰ سال سن یعنی ۹/۵ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به رشد ۲۶ درصدی (۱۸/۵ میلیون سالمند) برسد. این‌گونه رشد جمعیت برای کشور توسعه‌یافته‌ای مانند سوئیس نیازمند گذار ۵۵ ساله است. درحالی‌که برای کشور درحال‌توسعه‌ای مانند ایران در ظرف ۱۰ سال (۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵) رخداده است (اسداللهی و سکوت، ۲۰۲۰). این مسأله جمعیت‌شناختی و متعاقبا جامعه‌شناختی- بهداشتی در کشورهای توسعه‌یافته جهان مانند ایران آن‌چنان حائز اهمیت بود که سازمان جهانی بهداشت را ترغیب به نام‌گذاری سال ۲۰۱۲ به سال «زندگی سالم و طول عمر بیشتر » کرد و این مسأله رشد اپیدمیک جمعیت غیرمولد سالمندی به «سونامی خاموش در ایران» تعریف‌شده است. از گذشته تا امروز جمعیت ایران نیز همگام با جمعیت جهان رو به سوی سالمندی می‌رود. آمار و ارقام حاصل از سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن نشان می‌دهد که تعداد جمعیت سالمند ایران در دهه‌های اخیر در حال افزایش بوده است. نسبت جمعیت سالمند کشور طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ از آهنگ یکنواختی برخوردار نبوده است. تعداد جمعیت سالمند ایران (سنین ۶۵ ساله و بیشتر) از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵، به ۵۱۲۱۰۳۸ نفر در سال ۱۳۸۵، در سال ۱۳۹۰ به ۳ میلیون ۶۱۷ هزار نفر و در سال ۱۳۹۹ به ۴ میلیون و ۹۸۲ هزار نفر نسبت به جمعیت کل کشور رسید؛ به عبارت دیگر، جمعیت سالمند کشور در دوره ۵۰ ساله موردبحث ۴/۴ برابر شد؛ درحالی‌که جمعیت کل کشور در همین دوره ۳/۷ برابر شد. بدیهی است که ازجمله عوامل مؤثر در افزایش جمعیت سالمند کشور در بازه ۹ ساله ۹۹-۱۳۹۰ افزایش امید به زندگی، تورم، کاهش قدرت خرید خانوار، اقتصاد ناکارآمد و نابسامان و کاهش سطح باروری در چند سال اخیر بوده است. جمعیت سالمندان مرد بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در اکثر استان‌ها بیشتر از زنان سالمند بوده است؛ اما در سالهای ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۹ تعداد زنان سالمند در تمام استانها بیشتر از مردان سالمند شد که حاکی از زنانه شدن جمعیت سالمند در سالهای اخیر و دهه‌های آتی است. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۱۰ درصد و تا سال ۱۴۳۰ بین ۲۴ تا ۲۶ درصد جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد (اسداللهی و سکوت، ۲۰۲۰). با توجه به آنچه در تعریف سالمندی جمعیت آمده؛ می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در ایران سالمندی جمعیت شروع‌شده است. به‌طوری که در سال ۱۳۸۵، نسبت جمعیت سالمندان ایرانی (۶۰ ساله و بیشتر) ۸/۴ درصد و در سال ۱۳۹۹ این نسبت به ۱۲/۶ درصد رسیده است. رشد جمعیت سالمندی همسو با گسترش مسائل سالمندان نیز خواهد بود. این گستره نه‌تنها حوزه بهداشت و درمان آن‌ها را متأثر نموده؛ بلکه جنبه‌های اجتماعی سالمندان را نیز در محور توجه قرار می‌دهد. سیاست‌گذاران سلامت رشد جمعیت سالمندی در جوامع را یک افتخار بزرگ می‌دانند؛ چراکه نشان از موفقیت در ارتقاء شاخص امید به زندگی و موفقیت برنامه کنترل موالید است. ولی در واقع چالش بزرگی نیز هست و زمانی جامعه بشری قادر است از عهده این چالش برآید که سیاستها و برنامه‌هایی جامع، کارشناسی شده و با ضمانت اجرایی در رابطه با سالمندی و جامعه داشته باشند.

یک جامعه درحال‌گذار با تجربه سریع مدرنیته در ارتباطات و گستردگی شبکه‌های اجتماعی، با چالش‌های بنیادین مرتبط با جمعیت و اجتماع روبرو شده و در گام اول هر گونه تحول سیستمی در ساختار جامعه آن مستقیم متاثر از گذار به دوره سالمندی جمعیت بوده و همین گروهه جمعیتی نیز می‌تواند خود اثرات و مسائل گوناگونی را در تمام حوزه‌ها تجربه کند. بطوری که هر گونه مساله سالمندی می‌تواند به راحتی یک مساله اجتماعی و ملی تلقی شود (اسداللهی، حسین‌زاده، محسنی‌تبریزی، نبوی ۲۰۱۳). ابزارسازی با رعایت اصول روش‌شناختی در حوزه دانش سالمندی یکی از شاخص‌های مهم و توانمندی این دانش نوپا است. نتایج قابل اعتماد از داده های کم دقت فراهم نمی شود. ملاک توانایی یک ابزار در مراحل اولیه ساخت، تعلق نظری شاخص ها و مفاهیم کاربردی آن به یک چارچوب پنداشتی معتبر و مفاهیم نظری است. در این مناسب سازی ابزار با ابعاد و ساختاری و فرهنگی جامعه میزبان نیز یک چالش مهم دیگر است. در بحث ابزارسازی شاخص‌های سلامت سالمندان در این مطالعه بطور مفهومی و عملیاتی ضرورت تدوین یک شاخص کاربردی با توجه چارچوب نظری کیفیت اجتماعی (۲۰۰۱) که بتواند تجربه زیسته سالمندی را تفسیر و اندازه گیری کند؛ پرداخته شده است. سازه‌های نظری بعد از استخراج و تطابق با جامعه سالمندی ایران در ۸ جلسه پنل نخبگان تدوین و مناسب‌سازی شده است.

## روش

این بررسی به روش مطالعه مروری و کیفی با بررسی اسناد و مقالات علمی چاپ شده در ۳ حیطه نظریه کیفیت اجتماعی، مسائل اجتماعی جامعه سالمندان ایرانی و تجربه زیسته و ضرورت طراحی ابزار کاربردی می پردازد پایگاه‌های اطلاعاتی Web of sciences، PubMed، google scholar، SID، Magiran در فاصله سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۳ و با استفاده از واژگان کلیدی "کیفیت" ، "ابزار کیفیت" ، "کیفیت اجتماعی" و "سالمندان" انجام‌شده است. پس از انجام جستجو اولیه، ۸۲ مطالعه (کتب و مقاله)، به دست آمد که بعد از اعمال معیارهای ورود ۳۲ مطالعه انتخاب و بررسی شدند. اکثریت مقالات توصیفی و مروری بودند، چند مورد نیز کتاب استخراج شد که بخشهای مرتبط با ابزار در آنها مطالعه شد. هر چند کتاب مرجع «کیفیت اجتماعی در اروپای امروز» (۲۰۰۱) که به خرده‌مقیاس‌ها و شاخص‌های عملیاتی کیفیت اجتماعی می‌پردازد نیز به عنوان منبع اصلی لحاظ گردیده است. روند ترجمه و استخراج گویه ها و مناسب سازی آن با جامعه ایرانی مطاق با دستور العمل WHO صورت گرفته است (لیونبرگ و همکاران، ۲۰۱۵).

## ادبیات موضوع

کیفیت اجتماعی و سرمایه اجتماعی

پژوهش‌های اخیر و نتایج سرشماری‌ها و تحقیقات ملی در سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ برخی از ابهام‌ها و چالش‌ها را در جامعه ایرانی نشان داد که شامل تغییرات سریع در برخی از شاخص‌های جمعیت‌شناختی مانند نرخ وابستگی، دگرگونی کیفی جمعیت بزرگسالان و سالمندان ایرانی و نرخ جنسیتی ساخت‌نایافته هستند. این چالش‌ها جامعه را بسوی کاهش سطح مشارکت مدنی و فعالیت‌های اجتماعی مردم نهاد و اعتماد اجتماعی، گسترش جرایم و افزایش

جمعیت بزهکار و نیز رشد نابهنجار موضوعات مرتبط با سیستم قضایی سوق می‌دهد (نگاه کنید به سرشماری‌های ملی و منطقه‌ای سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۱۲). همچنین برخی از مطالعات ایرانی این چالش‌ها و ابهام‌ها را مانند کاهش اعتماد، پیوندها و حمایت اجتماعی، چالش در به سطوح خرد رساندن مشارکت مدنی، فعالیت‌های آزاد مدنی و تحرک اجتماعی کاهش‌یافته، چالش در نقش‌های محله‌ای-همسایگی و محیط ایمن اجتماعی در یافته‌های خود اشاره کرده‌اند (دینی، ۲۰۰۷؛ فیروزآبادی و ایمانی‌جاجرمی، ۲۰۰۷؛ غفاری، ۲۰۰۱؛ قاسمی و همکاران، ۲۰۰۷؛ جوشنلو و قایدی، ۲۰۱۰؛ جوشنلو، رستمی و نصرت‌آبادی، ۲۰۰۷؛ سعادت، ۲۰۰۶).

این مولفه‌ها در دو شاخص جدید علوم اجتماعی، «سرمایه اجتماعی و کیفیت اجتماعی[1]» منعکس می‌گردد. مطالعات انجام شده اختصاصا به برخی از این خرده‌مقیاس‌ها بصورت جداگانه با نگاه جامعه‌شناختی، سیاسی و اقتصادی و حتی روانشناختی (با نگاه به مبحث اعتماد) پرداخته‌اند. در جدیدترین رویکرد نظری به مبحث کیفیت در جامعه می‌توان شاخص سرمایه اجتماعی را زیرمجموعه یکی از مقیاس‌های کلان مولفه‌های چهارگانه (یکپارچگی اجتماعی[2]) کیفیت اجتماعی دانست. در این مطالعه پیوند مفهوم جدید کیفیت اجتماعی با مفهوم شناخته شده سرمایه اجتماعی درنظر گرفته شده است. هرچند در دانش سالمندشناسی مفهوم کیفیت زندگی بیشتر و آن هم با نگاه مراقبتی و بالینی در محور توجه بوده است. به نقل از سیاه پوش (۲۰۰۸)، در مطالعه سرمایه اجتماعی در قدیمی‌ترین متون علمی از سوی هانیفان و مطالعه جین جیکوب (۱۹۶۱) تا مطالعات جدیدتر توسط آلموند و وربا (۱۹۶۳)، پوتنام در کتاب «Boling Alone» (۲۰۰۰)، کلمن در تحقیقات ۱۹۸۸، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۸، مطالعه آدلر (۲۰۰۲)، کریشنا (۲۰۰۲)، آرنیل (۲۰۰۶)، بارن(۲۰۰۰)، بابولز(۲۰۰۱)، ادواردز(۲۰۰۴)، فیلد(۲۰۰۳)، فرانک(۲۰۰۵) و گروتاعرت(۲۰۰۵) و البته در مطالعات ایرانی مانند کیان تاجبخش (۲۰۰۵)، پیران (۲۰۰۶)، اخترمقدم (۲۰۰۶)، احمدی فیروزجایی (۲۰۰۶)، عظیمی (۲۰۰۱)، محمدی (۲۰۰۵)، فیروزآبادی (۲۰۰۷)، سعادت (۲۰۰۶)، اسداللهی (۲۰۱۰ و ۲۰۱۳) و دینی (۲۰۰۷)؛ تماما در پی فهم سرمایه اجتماعی به عنوان «پیوندها و شبکه‌ها» از دیدگاه منحصرا جامعه‌شناختی پرداخته‌اند.

سرمایه اجتماعی در این بررسی نه به عنوان یک متغیر کلان و محوری با نگاه صرفا جامعه‌شناختی بلکه در مفهوم نظری کیفیت اجتماعی به عنوان یک خرده‌مقیاس در مفهوم پیوندها و روابط، فعالیت‌های روزمره زندگی و آثار آن به عنوان سالمندی موفق آن هم با نگاه سالمندشناختی در بین شبکه اجتماعی سالمندان در نظر گرفته می‌شود. پرسشی که در این میان مطرح می‌شود این است که آیا مطالعه کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان در جوامع در حال گذار کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا[3] مانند ایران به عنوان یک مفهوم علمی نوین در شاخه سالمندشناسی اجتماعی می‌توان مفید باشد؟ و نیز آیا بررسی این مفهوم با نگاه جنسیتی و توزیع قدرت در شبکه‌های اجتماعی خرده اجتماع محله‌ای در جوامع سالمندی بطور کلی و در جامعه ایرانی معتبر بوده و نگاه جامعی از اجتماع سالمندی ارائه می‌دهد؟ هر چند فهم برخی از روابط متغیرهای چندجانبه مرتبط با سالمندی می‌توان چالش‌برانگیز و مشکل باشد، اما درک

[1] Social Quality & Social Capital
[2] Social Cohesion
[3] Middle East & North African Societies

روابط متقابل بین این مفاهیم می‌توان به کارکرد مثبت و منفی و نیز کیفیت پیوندها و روابط درون شبکه‌ای اجتماعات سالمندی وابسته باشد. بطور نمونه مطالعات تجربی فراوانی از آغاز تاسیس حوزه‌های علوم اجتماعی تاکنون به مفهوم چالش‌برانگیز نقش سالمند در جامعه مدرن و کاهش جایگاه و نقش اجتماعی شبکه‌های سالمندی با گسترش مفهوم فردگرایانه جامعه مدرن در بین «*پدران جامعه‌شناس*[1]» اشاره کرده‌اند (مورگان و کونکل،۱۹۹۶؛ هارتلی،۲۰۰۶؛ استس، بیگز و فیلیپسون،۲۰۰۳؛ کورتین، بریتاین و بوند،۲۰۰۷؛ بینستوک و جورج،۲۰۰۶).

کیفیت اجتماعی و جامعه سالمندی ایران

در آینده نزدیک جامعه جهانی با مساله سالمندی در بستر اجتماعی بیشتر درگیر خواهد بود و بطور مشابه جامعه ایرانی با جمعیت ۸۰ میلیونی و نرخ رشد جمعیت سالخوردگان ۲/۸ ٪ در سال ۱۳۹۵ و ۳/۱٪ در سال ۱۴۰۰، از یک گروه قدرتمند اجتماعی یعنی سالمندان که در حال شکل‌دهی به اجتماع محله‌ای و شبکه‌های اجتماعی هستند؛ تاثیر می‌پذیرد (نتایج سرشماری ملی ۲۰۱۲؛ اسداللهی، ۲۰۲۲). بطور مشخص آنها در آینده یک گروه اجتماعی تاثیرگذار در جامعه ایرانی خواهند بود. شناخت از جامعه سالمندی در این حالت بصورت یک چالش دوسویه نمود می‌یابد. بطوری‌که هر مساله‌ای بطور متقابل برای هم جامعه کلان و هم جامعه خرد سالمندی مساله‌زا می‌شود. این امر ضروری است که کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان به عنوان گروه اجتماعی تاثیرگذار در آینده درک شود. چگونگی توزیع جایگاه اجتماعی آن (بطور مثال: پیوستگی اجتماعی[2] آنها، رضایت‌مندی از زندگی، کیفیت زندگی، بهروزی اجتماعی[3]، اعتماد و سرمایه اجتماعی، اقتدار اجتماعی[4]، انسجام اجتماعی[5]، تأمین اجتماعی و اقتصادی[6] آنها) در یک نگاه سالمندشناختی درک شود. همچنین وضعیت اجتماعی زندگی سالمندان و چالش‌های دوسویه سالمندمحور[7] در زندگی اجتماعی آنها در جامعه خرد بررسی گردد.

تاکنون مطالعاتی در خصوص بررسی کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان بطور مستقل صورت نگرفته؛ اما با بررسی تحقیقات منتشر شده، ملاحظه می‌شود خرده مقیاس‌ها و مقیاس‌های میانه این مفهوم مانند مشارکت مدنی و سرمایه اجتماعی، بصورت مستقل نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند. البته تاکنون تحقیق مستقل و منسجمی درباره خرده مقیاس‌های کیفیت اجتماعی در گروه سالمندان نیز صورت نگرفته است (الر و همکاران، ۲۰۰۸؛ راسل و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعات سالمندی که اخیرا در ایران در قالب درسنامه‌های بالینی، پرستاری، سلامت و بهداشت در حال رشد است، با گرایش تک‌سویه مراقبتی و بالینی خود نیز از این حوزه در همان گام اول غفلت نموده است. از یک نگاه روش‌شناختی دیگر، جامعه سالمندی به عنوان یک گروه مرجع، افق دیگری برای نسل بعد هستند. بدین معنا که چالش‌های نسل فعلی سالمند بطور قطع مسائل نسل جوان امروز اما در زمان گذار به دوره سالخوردگی می‌باشد. با توجه به پیشینه تاریخی اجتماعات خاورمیانه اعتبار نظری و مفهومی متغیر کیفیت اجتماعی، فضای مفهومی آن،

[1] Elder Sociologists
[2] Social Inclusion
[3] Social Well-being
[4] Social Empowerment
[5] Social Cohesion
[6] Socio-Economic Security
[7] Aged-related Dilemma

شناخت کیفیت خرده مقیاس‌های میانه و سوم آن در زندگی روزمره سالمندان یک نگاه و ساخت نظری مناسب و همه‌جانبه خواهد بود.

در مطالعات تجربی صورت گرفته در ایران به نظر می‌رسد هر چند جامعه آماری سالمندی در محوریت توجه مطالعه نبوده‌اند؛ اما مفاهیمی چون مشارکت مدنی، جامعه‌پذیری اجتماعی رسمی و غیررسمی، پیوند اجتماعی، اقتداربخشی پایین به طبقات اجتماعی، اعتماد و هنجار مشترک، کیفیت زندگی و کیفیت جامعه[1] بررسی شده است (اسداللهی، فانی‌صابری و فرجی، ۲۰۱۱؛ دینی، ۲۰۰۷؛ فیروزآبادی و ایمانی‌جاجرمی، ۲۰۰۷؛ غفاری، ۲۰۰۱؛ قاسمی و همکاران، ۲۰۰۷؛ سعادت، ۲۰۰۶). هر چند مطالعات تجربی در خصوص ارزیابی و آزمایش شاخص‌های کیفیت اجتماعی انجام نشده و این ساختار نظری در ابتدای راه پژوهش است؛ اما خرده‌مقیاس‌های آن بطور مستقل در برخی مطالعات که آزمودنی‌های آن نیز بعضا سالمند نیز بوده‌اند؛ بررسی شده است. مثلا سه مطالعه به نقش زنان در خانواده و اجتماع در گسترش مشارکت مدنی و تصمیم‌گیری خانواده تاکید داشته‌اند (قادرزاده و یوسف‌وند، ۲۰۱۳؛ درویش، عابد و عباس‌زاده، ۲۰۱۴؛ میرزایی و کاوه‌فیروز، ۲۰۱۰؛ شادی طلب، ۱۹۹۹). بررسی عظیمی (۲۰۰۱) نیز رابطه تاثیرگذار جنسیت و اشتغال با توزیع نابرابر منابع قدرت در اجتماع را مورد توجه قرار داد (عظیمی، ۲۰۰۱). اعتماد اجتماعی، طردشدگی از جامعه، انزوای اجتماعی و بیگانگی اجتماعی شاخص‌های تاثیرگذار و کاهش‌یافته در مطالعه غفاری (۲۰۰۱) بوده است (غفاری، ۲۰۰۱). وضعیت بحرانی مشارکت اجتماعی و مجموعه فاکتورهای کاهش‌دهنده در بررسی اسداللهی و همکاران (۲۰۱۵ و ۲۰۱۴) بویژه در بین سالمندان بالای ۵۵ساله مورد اهمیت قرار گرفت (اسداللهی و همکاران، ۲۰۱۵ و ۲۰۱۱). در این فراتحلیل مروری، مجموعه چند خرده‌مقیاس اصلی کیفیت اجتماعی در مطالعات مختلف مشاهده و بررسی و بطور کل به مساله بودن اکثریت این شاخصها اشاره شد (مشاهده‌شود: اسدالهی و همکاران ۲۰۱۱ و ۲۰۱۳)

*کیفیت اجتماعی، مفاهیم نظری*

کیفیت اجتماعی یعنی «وجود موقعیتی که اعضا جامعه توانایی مشارکت در زندگی اجتماعی و اقتصادی اجتماع خود را داشته باشند. آن هم در شرایطی که زمینه شکوفایی بهروزی و ظرفیت‌های فردی آنها فراهم شود» (بک و همکاران، ۶-۷: ۲۰۰۱). تعریف محوری کیفیت اجتماعی بر اساس کتاب مرجع EFSQ در سال ۲۰۰۲ شامل: «وضعیتی که مردم توانایی مشارکت مدنی خود را در زندگی اجتماعی و اقتصادی و رشد اجتماعات محله‌ای مطابق با شرایطی تنظیم می‌کنند که موجب تقویت بهروزی و توانمندی‌های بالقوه آنها می‌شود» (بک و همکاران، ۲۰۰۲؛ فندرمیسن و واکر، ۲۰۰۵:۱۱).

در ارتباط با مفاهیم رفاه و وضعیت زندگی در دوره سالمندی، شاخص‌های کیفیت زندگی[2] و کیفیت جامعه – مطابق با نتایج داده‌های موسسه زوما[3]- دو شاخص ارزشیابی مفاهیم رفاه در سالمندان می‌تواند باشد (نول، ۱۹۹۶؛

[1] Quality of Society, QoS
[2] Quality of Life, QoL
[3] ZUMA Institute

یانکوویچ و برگراسمیث، ۱۹۹۹ به نقل از واکر و فندرمیسن، ۲۰۰۵). بنیاد اروپایی کیفیت اجتماعی[1] (EFSQ) به عنوان یک نهاد مرجع و شاخص در تبیین این ساختار نظری، مفاهیم رفاه جامعه و توزیع شاخص‌های کیفیت زندگی و کیفیت جامعه موسسه زوما را به چالش طلبیده و مورد نقد قرار داده است. آنها مفهوم کیفیت اجتماعی را به عنوان مفهومی برابر با مفاهیم رفاه در نظر گرفته و «این باید با مفهوم کیفیت زندگی جایگزین شده ...،[و] کیفیت اجتماعی بایستی به عنوان برابرنهاد آن ملاحظه شود.» (فندرمیسن،واکر و کیزر، ۲۰۰۵). آنها معتقدند هم مفهوم موسسه زوما – ساخت جماعتی[2] مفهوم کیفیت جامعه- و هم ساخت فردی مفهوم کیفیت زندگی در ماهیت مفهوم کیفیت اجتماعی و شاخص‌های چهارگانه اصلی آن نمود می‌یابد (فندرمیسن و همکاران، ۲۰۰۵).

مطابق با رویکرد نظری کیفیت اجتماعی، مفهوم «جامعه یا اجتماع» در خلال یک «گفتمان دیالکتیکی[3]» با «خود واقعیت‌یافته یک فرد[4]» به عنوان یک کنشگر شکل گرفته و ترسیم مجموعه‌ای از هویت‌های یکپارچه اجتماعات در شکل خانواده، گروه دوستان و همالان، جوامع خرد محله‌ای، سازمان‌ها و نهادی اجتماعی و نظام‌های مدنی را محقق می‌سازد (بک، ۲۰۰۱). چه این روابط از لحاظ کیفیت و کمیت قوی باشد و چه نظام‌مند باشد؛ در هر صورت اهداف جمعی بر این است که کمترین هزینه و زمان برای شکل‌گیری آن اختصاص یابد. در این حالت زندگی اجتماعی کنشگران در قالب کیفیت روابط اجتماعی مستلزم ارزیابی و مطالعه است. روابط اجتماعی بر بنیاد اعتماد و هنجار مشترک نوعی کیفیت اجتماعی است. آن هم زمانی که این ارتباط با مجموعه به‌هم‌پیوسته‌ای از هنجارها و ارزش‌های شهروندی عجین شود.

رویکرد کیفیت اجتماعی روند درک مشارکت و روابط اجتماعی اعضا گروه را برای دسترسی به منابع و قدرت بخشی به نقش اعضا در جامعه و همچنین با تفسیر کنش متقابل پیوسته در یک جامعه منسجم، توزیع منابع اقتصادی- اجتماعی را تسهیل می‌کند. این رویکرد در حقیقت کیفیت بسترهای اجتماعی زندگی روزمره را اندازه می‌گیرد (بک و همکاران، ۲۰۰۱). این خود می‌تواند برای ترسیم کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان در تعاقب نظریه سالمندی موفق و فعال مفید باشد.

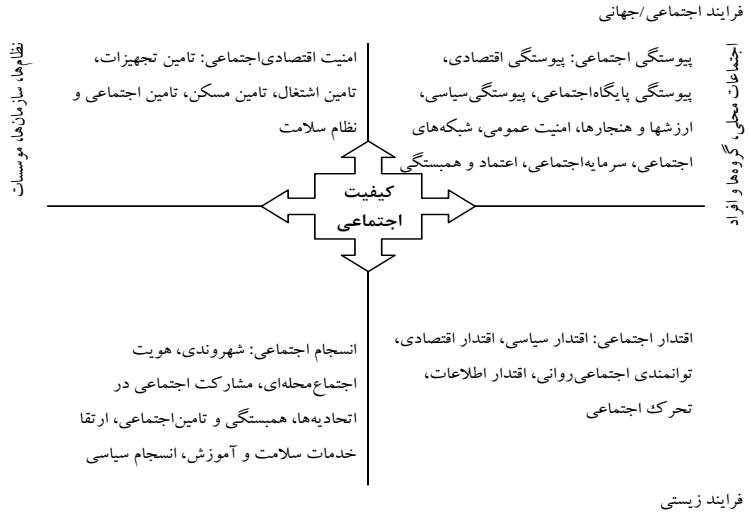
## روش

این بررسی به روش مطالعه مروری و کیفی با بررسی اسناد و مقالات علمی چاپ شده در ۳ حیطه نظریه کیفیت اجتماعی، مسائل اجتماعی جامعه سالمندان ایرانی و تجربه زیسته و ضرورت طراحی ابزار کاربردی می پردازد. مطالعات سال‌های اخیر از ۲۰۰۷ به این سو محور تفسیر بوده است. هر چند کتاب مرجع «کیفیت اجتماعی در اروپای امروز» (۲۰۰۱) که به خرده‌مقیاس‌ها و شاخص‌های عملیاتی کیفیت اجتماعی می‌پردازد نیز به عنوان منبع اصلی لحاظ گردیده است.

[1] The European Foundation of Social Quality, EFSQ
[2] Societal Vision of Qualituy of Society
[3] Dialectical Dialogue
[4] Self-realization of Individual

## مقیاس‌های چهارگانه کیفیت زندگی

سوال اصلی این است که *کیفیت اجتماعی* و مقیاس‌های چهارگانه آن چیست؟ مطابق با کتاب مرجع *راهنمای جامع کیفیت اجتماعی* تالیف *بنیاد اروپایی کیفیت اجتماعی*[۱]، این مفهوم دارای ۴ مقیاس اصلی شامل امنیت اقتصادی‌اجتماعی[۲]، اقتدار اجتماعی[۳]، انسجام اجتماعی[۴] و یکپارچگی اجتماعی[۵] است (ن.گ. نمودار یک). مطابق با چارچوب نظری EFSQ، کیفیت اجتماعی و مقیاس‌های ۴گانه آن در یک پیوستار مختصاتی با روندی پدیدارشناختی در محور عمودی‌افقی شکل می‌گیرد. روند زیستی و جامعوی‌جهانی به عنوان محور عمودی و روند سیستم‌ها/نهادها و فردی‌اجتماعی در محور افقی قرار دارد (بک و همکاران، ۲۰۰۱؛ فوندرمیسن، ۲۰۰۲؛ بک، ۲۰۰۱؛ فندرمیسن و همکاران، ۲۰۰۵). شاخص‌های چهارگانه و خرده مقیاس‌های آنها در روند محوری از یک گفتمان دیالکتیکی در مفهوم اجتماع استخراج می‌شود. این پدیده پیچیده و مکنون در دو مفهوم بنیادین «خودشکوفایی مفاهیم انسانی[۶]» و «شکل‌دهی به هویت‌های جمعی[۷]» بصورت عینی ریشه دارد[۸] (بک و همکاران، a۲۰۰۱).




*Source:* (Beck et al., 2001; Van Der Maesen, 2002; Beck, 2001; Van Der Maesen et al., 2005)

تصویر ۱: مقیاس‌های چهارگانه رویکرد کیفیت اجتماعی **SQA**

---

[۱] اخیرا به انجمن بین المللی کیفیت اجتماعی ارتقا یافته است: International Association of Social Quality

[2] Socio-Economic Security
[3] Social Empowerment
[4] Social Inclusion
[5] Social Cohesion
[6] Self-realization of Human Subjects
[7] Formation of Collective Identities

[۸] برای اطلاعات بیشتر به نظریه امیل دورکیم درباره همبستگی ارگانیک-مکانیک و نظریه یورگن‌هابرماس درباره تعارض *جهان زندگی* و *نظام‌ها* (*Conflict of World Life & Systems*) و دیگر نظریه‌های دیالکتیکی مراجعه شود.

## تعریف مقیاس‌های اصلی چهارگانه کیفیت اجتماعی:

الف: اقتداربخشی اجتماعی: «وضعیتی که در آن ظرفیت‌های فردی افراد جامعه و توانمندی‌هایشان بوسیله ارتباطات و پیوندهای اجتماعی تقویت می‌گردد». ب: انسجام اجتماعی: «وضعیتی که مردم توانایی دسترسی و منسجم بودن با روابط اجتماعی متفاوت را داشته که سبک زندگی روزمره را می‌سازد». ج: پیوستگی اجتماعی: «طبیعت روابط اجتماعی بر اساس هویت، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک ». د: مقیاس اقتصادی‌اجتماعی: «وضعیتی که افراد به منابع در هر زمان دسترسی دارند» (فارل، ۲۰۰۵).

با توجه به جدید بودن رویکرد نظری کیفیت اجتماعی بررسی‌های تجربی معدودی و بیشتر در گروه‌های اجتماعی منطقه اروپا انجام شده است. این رویکرد تاکنون با نگاه سالمندشناختی[1] بررسی نشده است. البته دو خرده مقیاس آن، مشارکت اجتماعی و سرمایه اجتماعی در مطالعات اخیر مورد توجه بسیار بوده است. مطالعه مروری اسداللهی و همکاران (۲۰۱۱ و ۲۰۱۴) به مساله بودن این مجموعه خرده‌شاخص‌ها در ایران اشاره کرده است (اسداللهی، فانی‌صابری، رضایی‌ابهری و شیرین‌کام، ۲۰۱۴ و اسداللهی، فانی‌صابری، محسنی‌تبریزی و فرجی، ۲۰۱۱ ).

البته آلن واکر و همکاران (۲۰۰۴) و بک (۲۰۰۱) به ضرورت آزمون تجربی و ارزیابی عینی مفهوم کیفیت اجتماعی با تاکید بر سطوح خرد اجتماع و گروه‌های خاص اشاره کرده و « ... بسیار مفید خواهد بود که سازه نظری حاضر بیشتر بصورت تجربی و آن هم در سطوح خرد اجتماع و گروههای خاص و اقلیت بررسی شده ...» (واکر و فوندریسن، ۲۰۰۴؛ بک و دیگران، ۲۰۰۱) که این گروه‌های خاص می‌تواند زنان، سالمندان، اقوام، دگرباشان جنسی و معلولین ذهنی‌حرکتی بوده که بدور از منابع قدرت و اجتماع هستند. پس خرده مقیاس‌های مولفه‌های ۴گانه کیفیت اجتماعی برای این گروه‌های خاص بسیار اختصاصی و منسجم‌تر خواهد بود. البته ساختار اصلی و خرده مقیاس‌های کلان این مفهوم ثابت بوده؛ بلکه مصادیق خرده مقیاس‌های سوم آن می‌تواند با اختصاص به گروه‌های خاص تدوین و بازنویسی شود (واکر و فوندرمیسن، ۲۰۰۴).

خرده مقیاس‌های سطح دو و سه کیفیت اجتماعی و شاخص‌های عملیاتی آن

مطابق با جداول ۱ تا ۴ مجموعه خرده‌مقیاس‌های سطح دو و سه کیفیت اجتماعی همراه با شاخص عملیاتی آنها مربوط به مقیاس‌های چهارگانه به تفکیک آمده است. هر کدام از خرده‌مقیاس‌های سطح دو (ستون دوم جداول) دارای توزیع نابرابری از شاخص‌های عملیاتی و کاربردی هستند که جمعا ۹۵ شاخص اصلی مفهوم نظری کیفیت اجتماعی را تشکیل می‌دهند. برای تطابق با کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان این دسته شاخص‌های ۹۵گانه در نهایت ویرایش و به جامعه سالمندی تخصیص می‌یابد (ن.ک: جداول ۱ تا ۴). برای استخراج شاخص ۹۵گانه کیفیت اجتماعی از نسخه مرجع بنیاد EFSQ (۲۰۰۲) استفاده شد (بک و همکاران، ۲۰۰۲).

[1] Gerontological View

## خرده مقیاس‌های سطح دو و سه کیفیت اجتماعی و شاخص‌های عملیاتی آن

**جدول ۱: مقیاسهای عملیاتی تامین اجتماعی‌اقتصادی**

| خرده مقیاس سطح ۲ | خرده مقیاس سطح ۳ | مقیاس عملیاتی |
|---|---|---|
| مابع مالی | کفایت درآمد | سهم هزینه بهداشت، غذا و مسکن از درآمد خانوار(بویژه در درآمدهای پایین و متوسط) |
| | تامین و تضمین درآمد | به چه میزان تاریخچه فقر اقتصادی خانواده بر سطح درآمد فعلی خانوار تاثیر میگذارد؟ |
| | | سهم خانوار از جمعیت کل دریافت کننده خدمات حمل و نقل هوشمند بالاتر از نرخ اروپایی |
| اسکان و محیط | تامین سکونتگاه | سهم شهروندان دریافت کننده خدمات مسکن |
| | | درصد خانوادهادی پنهان (اسکان چندین خانواده مطابق با درآمد) |
| | | نرخ متر مربع برای اعضا از مسکن |
| | شرایط اسکان | سهم خانوار ساکن در مناطل فاقد منابع اولیه آب شامیدنی، تصفیه و انرژی |
| | شرایط اجتماعی و محیطی محیط | نرخ شهروندان آسیب دیده از جرایم به هر ۱۰هزار نفر |
| | | نرخ خانوار ساکن در مناطقی بالاتر از نرخ متوسط آلودگی (آب، باد و الودگی صوتی) |
| مراقبت و درمان | تامین و تضمین خدمات بهداشت | نرخ خانوار تحت پوشش نظامهای بیمه سلامت و درمان بطور داوطلبانه، اجباری (شامل تعیین بایدها و نبایدهای پوشش دهنده نظام بیمه گری) |
| | خدمات بهداشتی‌درمانی | نرخ پزشک به ۱۰هزار شهروند |
| | | متوسط فاصله تا نزدیکترین بیمارستان و مرکز درمانی به دقیقه و نه متر |
| | | متوسط پاسخگویی و حضور خدمات اورژانس |
| | خدمات مراقبتی | نرخ اختلاف ساعات اختصاص یافته بین خدمات مراقبتی با و بدون هزینه |
| اشتغال | امنیت اشتغال | طول مدت آگاهی مستخدم از امکان تغییر شرایط و مواد مندرج در قرارداد کار معین |
| | | مدت زمان آگاهی از شرایط اخراج و منفصل شدن از قرارداد کار معین |
| | | نرخ مستخدمین بدون قرارداد کار معین، کار موقت و ساعتی و بدون پرداخت |
| | | نرخ نیروی کار پنهان (در بازار سیاه) |
| | شرایط کار و اشتغال | نرخ مستخدمینی که به دلایل مختلف (مرخصی زایمان، مرخصی مراقبت از بستگان بیمار، مرخصی برای دوره تکمیلی درمان) از ساعات کاریشان کسر می گردد به عنوان یک امتیاز برای مستخدم |
| | | نرخ حوادث کار منجر به فوت یا مصدومیت در هر ۱۰۰هزار مستخدم(درصورت امکان به تفکیک بخشهای اقتصادی) |
| | | نرخ ساعات اشتغال تمام وقت مستخدمین در هفته(نرخ هفتگی کار) |
| آموزش | تامین آموزش | نرخ ترک تحصیل دانش آموزان در دوره آموزش همگانی(بویژه در دوره ابتدایی) |
| | | نرخ شهریه مدارس و دانشگاه‌ها به متوسط درآمد ملی |
| | کیفیت آموزش | نرخ دانش آموزان-دانشجویانی که در یک دوره یکساله ترک تحصیل امکان اشتغال را دارند. |

Adapted from: (Beck, 2001a; Herrmann, 2004; Keizer, 2004; Van Der Maesen, 2005)

**جدول ۲: مقیاسهای عملیاتی پیوستگی اجتماعی**

| خرده مقیاس سطح ۲ | خرده مقیاس سطح ۳ | مقیاس عملیاتی |
|---|---|---|
| اعتماد | اعتماد تعمیم یافته | وضعیتی که تمام شهروندان قابل اعتماد هستند. |
| | اعتماد تخصیص یافته | اعتماد به: بخشهای انتخابی حاکمیت، احزاب سیاسی، نیروهای ظامی، قوه قضاییه، رسانه های جمعی، سندیکاها، واحدهای تجاری، خدمات شهروندی، نقل انتقالات پولی |
| | | تعداد پرونده های ارجاع یافته با دیوان عالی اروپا |
| | | اهمیت خانواده، دوستان، اوقات فراغت، سیاست، احترام به والدین، تعهد والدین به فرزندان |
| دیگر ارزشها و هنجارهای انسجام بخش | دیگرخواهی | رفتار داوطلبی حسب تعداد ساعات در هفته |
| | تساهل و تسامح | اهدا خون |
| | | نگرش به مهاجرت، تکثرگرایی و چندفرهنگی |
| | | تساهل نسبت به هویت، اعتقادات، رفتارها و سبک زندگی دیگران |
| | قرارداد اجتماعی | اعتقاد به دلایل فقر: فردی یا ساختاری |
| | | تمایل به پرداخت مالیات بیشتر اگر شما مطمئن باشید که باعث بهبودی وضعیت فقرا خواهد شد. |
| | | بین نسلی: تمایل به پرداخت ۱درصد از مالیات بیشتر اگر شما مطمئن باشید که باعث بهبودی وضعیت سالمندان خواهد شد. |
| | | تمایل واقعی به انجام فعالیت عملی برای مردم کشور، همسایگان، اجتماع محله مانند: تهیه آب، خرید برای سالمندان، معلولین، بیماران همسایه، حمایت از همسایگان و اعضا محله برای تکمیل فرمهای اداری مثل فرمهای شهرداری و فکس و ...، نظافت خیابانها، کوچه و بخش مشترک ساختمان و مجتمع آپارتمانی |
| | | تقسیم بندی کار در خانه بین همسران: آیا شما به تقسیم کار خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان، کسب درآمد برای خانواده اعتقاد دارید؟ |
| سرمایه و شبکه‌های اجتماعی | شبکه‌ها | عضویت فعال و غیرفعال در باشگاه‌ها و احزاب سیاسی، ورزشی، داطلبی، خیریه و عام المنفعه |
| | | کسب حمایت از اعضا خانواده، همسایگان و دوستان |
| | | نرخ تماس با دوستان و همکاران |
| هویت | هویت ملی‌اروپایی | سطح غرور ملی |
| | | هویت یابی با نمادهای ملی و اروپایی |
| | هویت محله ای منطقه ای | احساس هویت خرد، محله ای، منطقه ای |
| | هویت های بین فردی | حس تعلق به خانواده و شبکه خویشاوندان |

Adapted from: (Beck, 2001a; Beck, Keizer, Van Der Maesen, & Philips, 2001a; Berman, 2000; Berman, 2004; Van Der Maesen, 2005)

**جدول ۳: مقیاس های عملیاتی انسجام اجتماعی**

| خرده مقیاس سطح ۲ | خرده مقیاس سطح ۳ | مقیاس عملیاتی |
|---|---|---|
| حقوق شهروندی | حقوق سیاسی اساسی | نرخ ساکنین دارای حق شهروندی |
| | | نرخ داشتن حق شرکت و کاندیداتوری در انتخابات محلی |
| | حقوق اجتماعی | نرح حقوق مستمری عمومی (مانند نرخ مستمری سیستمی و منظم داولت) |
| | | حقوق دستمزد برابر زنان با مردان |
| | حقوق شهروندی | حق دسترسی به مشاوره حقوقی رایگان |
| | | تجربه تبعیض |
| | شیکه اقتصادی‌سیاسی | نرخ کاندیداتوری و انتخاب اقلیت های قومی در مجلس، ادارات و دستگاه‌های بخش خصوصی |
| | | نرخ کاندیداتوری و انتخاب زنان در مجلس، ادارات و دستگاه‌های بخش خصوصی |
| بازار کار | دسترسی به اشتغال دستمزدی | نرخ عدم اشتغال بیشتر از ۱۲ماه |
| | | استخدام اجباری یا موقت بدون دستمزد |
| خدمات | خدمات درمان | نرخ تحت پوشش و استفاده عملی از مراقبت های بهداشتی اولیه |
| | اسکان | نرخ بی خانمان ها |
| | | متوسط زمان در لیست انتظار بودن برای خانه عمومی و دولتی |
| | آموزش | نرخ مشارکت در مدارس و آموزش عالی |
| | | نرخ مردم نیازمند به دریافت خدمات مراقبتی |
| | | نرخ مدت زمان در لیست انتظارخدمات مراقبتی مانند حماقبت از کودک |
| | خدمات مالی | نرخ کارت اعتباری فاقد اعتبار بر اساس گروه‌های درآمدی |
| | | نرخ دسترسی به حمایت مالی و وامها در موارد مورد نیاز |
| | حمل و نقل | نرخ دسترسی مردم به حمل و نقل عمومی |
| | | شاخص تراکم جمعیت در سیستم حمل و نقل عمومی و جاده ها |
| | خدمات فرهنگی‌شهروندی | نرخ تسهیلات ورزشی به هر ۱۰هزار شهروند |
| | | نرخ تسهیلات فرهنگی و مدنی در بخش های عمومی و خصوصی (سینما، سالن تاتر، کنسرت‌ها) به هر ۱۰هزار شهروند |
| مشارکت در شبکه های اجتماعی | مشارکت در شبکه محله ای | نرخ تماس روزانه و مرتب با همسایگان |
| | دوستی | نرخ تماس روزانه و مرتب با دوستان |
| | زندگی خانواده | نرخ احساس تنهایی و انزوا |
| | | مدت زمان پیوند با دوستان (همسکنایی و غیرآن) |
| | | حمایت غیر رسمی و غیرپولی توسط اعضا مختلف خانواده |

Adapted from: (Beck, 2001a; Beck et al., 2001a; Van Der Maesen, 2005; Walker, 2004)

**جدول ٤: مقیاس های عملیاتی قدرت اجتماعی**

| خرده مقیاس سطح ۲ | خرده مقیاس سطح ۳ | مقیاس عملیاتی |
|---|---|---|
| سطح دانش | کاربری دانش | وجود تحرک اجتماعی دانش‌محور (با تائید کیفیت رسمی) |
| | دسترسی به اطلاعات | درصد افراد باسواد |
| | | دسترسی به رسانه آزاد |
| | | دسترسی به اینترنت |
| | اطلاعات کاربرمحور | امتیاز آشنایی با زبان‌های خارجه برای خدمات اجتماعی |
| | | دسترسی پذیری به مراکز حمایتی و خدمات راهنمایی |
| بازار کار | نظارت بر قراردادهای کار | درصد نیروی کار عضو سندیکاهای کارگری و اتحادیه ها(به تفکیک بخش عمومی و خصوصی) |
| | | درصد نیروی کار تحت پوشش تواقنامه های جمعی (به تفکیک بخش عمومی و خصوصی) |
| | توجه به تحرک شغلی | درصد نیروی کار دریافت کننده آموزشهای حرفه ای کار و ضمن خدمت |
| | | درصد نیروی کار اجباری که از سوی بخش عمومی دولتی مورد آموزش قرار گرفته اند(نه فقط نیروی متخصص) (لطفا هزینه های این دسته آموزش محاسبه شود در صورت موجود بودن) |
| | | درصد نیروی کار بازگشته به کار-دعوت مجدد |
| | تعادل زندگی خانواده و کار | درصد سازمانهای مشارکت کننده در ایجاد تعادل بین کار و زندگی |
| | | درصد نیروی کار مستخدم که دقیقا در نظام ایجاد تعادل بین کار و زندگی حضور دارند. |
| توجه و حمایت از نهادهای اقتصادی | توجه و حمایت از نهادهای سیاسی | وجود روند مشاوره و دموکراسی مستقیم (مانند رفراندوم) |
| | توجه به نظام‌های اقتصادی | درصد مشارکت واقعی بخش عمومی جامعه در سیاستگزاری‌های کلان اقتصادی (مانند توجه به نیاز عمومی به تغییرات شرکت های بزرگ، سرمایه گزاری در باز تاسیس شرکتها) |
| | توجه به سازمانها | درصد سازمان‌ها و نهادی شورایی |
| عرصه عمومی | حمایت از اقدام جمعی مشترک | درصد بودجه ملی و منطقه ای که به فعالیت های داوطلبی و عام المنفعه شهروندان اختصاص می یابد. |
| | | تعداد راهپیمایی ها و تجمعات مدنی ممنوع شده در ۱۲ماه گذشته به نسبت کل تجمعات صورت گرفته (برگزارشده و ممنوع) |
| | تقویت فرهنگی | درصد بودجه ملی و منطقه ای که به فعالیت های فرهنگی و تفریحی شهروندان اختصاص می یابد. |
| | | تعداد گروههای فرهنگی و فوق برنامه و فعالیت‌های آنها |
| | | امکان دسترسی مردم به انواع متفاوت حمایت فردی بطور منظم |
| روابط فردی | ارائه خدمات حمایتی از استقلال فردی و فیزیکی | درصد بودجه ملی و منطقه ای که به شهروندان ناتوان ذهنی‌حرکتی اختصاص می یابد. |
| | خدمات حمایت فردی | میزان مراقبت های کودکان پیش‌دبستانی و دانش اموزان |
| | حمایت از کنش اجتماعی | وجود مشارکت در طراحی محیطی و اسکان (مکان های تجمعات و نشست ها، روشنایی و نورپردازی معابر، بسترهای شهری) |

Adapted from: (Beck, 2001a; Beck et al., 2001a; Herrmann, 2004; Van Der Maesen, 2005)

## شاخص نهایی کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان (Gerontological Scale of Social Quality, GSSQ-97Items)

مطابق با جدول ۹ ؛ فرم منسجم *مقیاس کیفیت اجتماعی برای سالمندان* (GSSQ-97 Items, V. 2023)[1] جامعه ایرانی در ۹۷ گویه بصورت مفهومی و عملیاتی طراحی شد.

**جدول ۹: گویه های کاربردی مقیاس کیفیت اجتماعی برای سالمندان**

| ردیف | خرده مقیاس‌ها |
|---|---|
| ۱ | میزان نسبت هزینه برای شاخص بهداشت و سلامت مانند بیماریهای مزمن، پوشاک، غذا از درآمد خانوار |
| ۲ | چگونه وقایع مشخص زندگی فردی مانند طلاق و بیوگی بروی فقر و سطح درآمد خانوار اثر میگذارد؟ |
| ۳ | درصد کل جمعیت سالمند در خانواری که با حمایت صورت گرفته، امکان زندگی در بالای خط فقر استانی را دارند!؟ |
| ۴ | درصد سالمندانی که بطور مشخص به دور از خانواده خود یا همراه با بستگان خود اما به دور از خانه زندگی میکنند. |
| ۵ | درصد همسران سالمندی که با دیگر اعضای خانواده یا بستگان زندگی می کنند (چندین خانواده در یک خانوار) |
| ۶ | میزان فضای هر عضو خانوار و برای هر عضو سالمند خانواده به مترمربع |
| ۷ | درصد جمعیتی که در خانه های با فقدان امکانات اولیه زندگی هستند: آب آشامیدنی سالم، فاضلاب، انرژی |
| ۸ | تعداد سالمندانی که متاثر جرایم کیفری بوده اند به هر هزار سالمند ساکن منطقه |
| ۹ | درصد سالمندی که در خانوارهای زندگی می کنند که در منطقه ای با آلودگی بالاتر از متوسط هستند (آب، هوا، صدا) |
| ۱۰ | درصد سالمندان تحت پوشش بیمه درمانی بهداشتی تکمیلی و داوطلبانه (شامل بیان کیفیت نوع و سطح بیمه) |
| ۱۱ | درصد پزشک در هر هزارسالمند ساکن در منطقه |
| ۱۲ | متوسط فاصله تا نزدیکترین بیمارستان و مرکز درمانی به دقیقه نه به متر |
| ۱۳ | زمان متوسط پاسخگویی آمبولانس/امکان استفاده از امبولانس یا هرگونه تسهیلات درمانی پزشکی دیگر |
| ۱۴ | متوسط ساعت اختصاص یافته در مراقبت از نوه ها/والدین یا دیگر افراد ناتوان |
| ۱۵ | شدت مشکل قبل از انتقال یا بازنشستگی از کار |
| ۱۶ | شدت مشکل بعد از انتقال یا بازنشستگی از کار |
| ۱۷ | میزان درصدی نیروی کار سالمند که بطور پاره وقت و نه دائم کار میکنند (مدت زمان در هفته در صورت امکان) |
| ۱۸ | میزان درصدی نیروی کار سالمند بطور غیرقانونی یا در مراکز با محیط کاری خطرناک و آلوده |
| ۱۹ | تعداد سالمندانی که در جامعه هرگونه حرفه ای/فعالیتی را به دلیل مراقبت از نوه ها و کمک پزشکی به بستگان/همسر ترک کرده اند، ترک موقت |
| ۲۰ | تعداد تصادفات(فوتی یا غیرفوتی) در محیط و مکان زندگی در هر هزار سالمند (بر حسب عامل انسانی و وسیله ای در صورت امکان) |
| ۲۱ | تعداد ساعت کاملی که سالمند بطور مشخص در یک هفته کار میکند (تعداد دقیق در هفته) |
| ۲۲ | تعداد سالمندانی که برنامه آموزش و طرح سوادآموزی را بدون طی کردن مراحل مصوب رها کرده اند (رها کنندگان زودهنگام) |
| ۲۳ | تعداد سالمندانی که در برنامه آموزش و سوادآموزی مشارکت دارند در هر هزار فردسالمند |
| ۲۴ | بودجه سالانه ان ال پی در توزیع ملی، استانی، شهری |
| ۲۵ | تعداد سالمندانی ترک کننده برنامه ان ال پی با یا بدون مجوز و گواهینامه که قادرند برنامه را بطور عملی بکار ببرند (خواندن روزنامه ها، کاتالوگها، بروشورهای زندگی روزمره یا دستورهای استفاده از داروها) |
| ۲۶ | میزان اینکه «بیشتر مردم میتوانند مورد اعتماد باشند.» |
| ۲۷ | اعتماد به: دولت، نمایندگان، احزاب سیاسی، نیروهای نظامی، پلیس، نظام قضایی، رسانه ها، مراکز تجاری، نهادهای مذهبی، خدمات مدنی شهروندی، معاملات تجاری مالی |
| ۲۸ | تعداد مواردی که سالمندان خوانده بوده اند در دعاوی قضایی یا شورای حل اختلاف: سی دی آر |
| ۲۹ | اهمیت خانواده، دوستان، اوقات فراغت، امور سیاسی، مذهب، و رضایت از شبکه دوستان و بستگان بر حسب مدت زمان اسکان |
| ۳۰ | رفتارهای داوطلبی بر حسب میزان ساعت در هفته |
| ۳۱ | اهدای خون و یا وقف بر حسب میزان در ماه و یا مبلغ اهدایی |
| ۳۲ | نگاه و نگرش به دیگر گروهها و جنسیت، تکثرگرایی و چندفرهنگ گرایی |
| ۳۳ | تساهل نسبت به هویت، اعتقادات، رفتارها و سبک زندگی دیگر افراد |
| ۳۴ | سنجش اعتقاد به عامل فقر: فردی یا ساختاری |
| ۳۵ | علاقه مندی به پرداخت پول یا وسیله ای یا حمایتی در صورتی که شما مطمئن باشید که این کار موقعیت زندگی فقرا را بهبود خواهد بخشید. |
| ۳۶ | روابط بین نسلی: علاقه مندی به پرداخت پول یا وسیله ای یا حمایتی در صورتی که شما مطمئن باشید که این کار موقعیت زندگی جوانان را در شهر شما |

[1] Social Quality Scale for Aged, SQSA-97-Items, Version 2023

| | |
|---|---|
| | بهبود خواهد بخشید. |
| ۳۷ | علاقه مندی به انجام کارهای عملی برای مردم جامعه خود یا همسایگان مانند: جمع آوری زباله، خرید برای دوستان و همسایه ها افراد ناتوان و نیازمند و بیمار در محل زندگی تان، یاری رسانی به همسایه یا اعضای جوان جامعه برای تسهیل در ازدواج و اشتغال و اسکان زوجهای جوان و نوجوانان، ساختن مدارس و دانشکده های استاندارد و جدید یا خوابگاهها و سرپناه |
| ۳۸ | تقسیم کارهای خانه بین زنان و مردان: آیا شما در مورد تقسیم کارهای خانه با همسر و یا فرزندان و نوه ها، پرورش نوه ها و تسهیل در درآمد خانوار توجهی دارید؟ |
| ۳۹ | عضویت (فعال یا غیر آن) در گروههای سیاسی، داوطلبی، اجتماعی: عضو شوراهای حل اختلاف، شورای محله و شهر، سازمانها و مراکز خیریه و بشردوستانه و مذهبی و یا زنان |
| ۴۰ | میزان حمایت دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و همسایگان |
| ۴۱ | میزان تماس با دوستان سابق یا همکلاسیها گذشته بر حسب تعداد در هفته |
| ۴۲ | میانجی گری خانوداگی/اجتماعی در تنشهای بین اعضای خانواده، خویشان، همسایگان بر حسب تعداد در هفته |
| ۴۳ | احساس غرور ملی |
| ۴۴ | شناسایی و تطبیق با سمبلهای ملی ایرانی |
| ۴۵ | احساس هویت محلی، منطقه ای/ جماعتی |
| ۴۶ | احساس تعلق به شبکه خانواده و خویشان |
| ۴۷ | درصد ساکنین سالمند که مهاجر نیستند در ۵ سال گذشته |
| ۴۸ | درصد داشتن حق کاندیداتوری در انتخابات محلی: شورای شهر و درصد مشارکت در نهمین انتخابات زیاست جمهوری در ژوئن ۲۰۰۹ |
| ۴۹ | درصد تحت پوشش حمایت مالی و بیمه عمومی مانند بیمه مشخص دولتی یا مستمری بگیری معین |
| ۵۰ | مستمری بگیری زنان به نسبت مردان مستمری بگیر |
| ۵۱ | نسبت آزارگری قومی/ جنسیتی |
| ۵۲ | نسبت تجربه تبعیض سنی |
| ۵۳ | نسبت گروههای اقلیت قومی/مذهبی انتخاب شده یا منسوب در شورای محل یا سی دی آر |
| ۵۴ | نسبت زنان سالمند نیروی کار (با و بدون دستمزد) |
| ۵۵ | میزان عدم فعالیت یا کار اختصاصی طولانی مدت (۱۲ ماه و بیشتر) |
| ۵۶ | میزان زمان فعالیت و کار اجباری دائم یا موقت |
| ۵۷ | نسبت استحقاقی استفاده از مراقبتهای اولیه درمانی بهداشتی: تعداد کارکنان بهداشت در هر ۱۰۰سالمند |
| ۵۸ | نسبت زمانی زندگی مستقل، با بستگان، سرای سالمندان بطور طولانی مدت بر حسب زمان |
| ۵۹ | متوسط ساکونت در مراکز اجتماعی مراقبتی سالمندان یا سرای سالمندان |
| ۶۰ | نرخ مشارکت در ان ال پی |
| ۶۱ | نسبت سالمندانی که نیازمند استفاده و دریافت خدمات طرح ملی سوادآموزی هستند |
| ۶۲ | متوسط زمان انتظار برای دریافت هر گونه خدمات مراقبتی |
| ۶۳ | نسبت دریافت وام یا دارا بودن حساب بانکی |
| ۶۴ | امکان دسترسی به هر فردی برای کسب حمایت و کمک مالی در موارد مورد نیاز |
| ۶۵ | درصد سالمندانی که از شبکه نقلیه عمومی شهری استفاده می کنند (تعداد در هفته) |
| ۶۶ | تسهیلات استفاده از نقلیه عمومی در خیابانها، کوچه ها، پیاده روها برای سالمندان |
| ۶۷ | سرانه تسهیلات فضای عمومی برای هر ۱۰۰۰سالمند از قبیل پارک |
| ۶۸ | تعداد گروههای فرهنگی مدنی عمومی و خصوصی در هر ۱۰۰۰سالمند (برگزاری/مهمان/مشارکت کردن در کارهای خیریه مذهبی) |
| ۶۹ | میزان تماس منظم با همسایگان (تعداد در هفته) |
| ۷۰ | میزان تماس منظم با دوستانی که همسایه نیستند (تعداد در هفته) |
| ۷۱ | میزان احساس انزوا/تنهایی |
| ۷۲ | دوره زمانی تماس با بستگان همسکنا یا غیر هم سکنا (تعداد در هفته) |
| ۷۳ | حمایت غیررسمی (غیرمالی) دریافت شده از سوی اعضای مختلف خانواده |
| ۷۴ | وجود ارتباط معنادار بین طبقه اجتماعی و سطح سواد |
| ۷۵ | درصد سالمندانی که قادر به خواندن و شمردن هستند |
| ۷۶ | وجود و دسترسی به رسانه های محلی و آزاد مانند رسانه/روزنامه/ رادیو عربی یا لری |
| ۷۷ | تعداد ساعت تماش کردن تلویزیون/گوش دادن به رادیو/ خواندن روزنامه و مجلات |
| ۷۸ | شرایط استفاده از رسانه چندزبانه (تعداد ساعت در روز) |
| ۷۹ | وجود مراکز حمایت/کمک/وکالت/راهنمایی و یا هر کدام از اینها در ادارات محلی |
| ۸۰ | درصد نیروی کار که عضو اتحادیه تجاری هستند (تفاوت بین بخش عمومی و خصوصی) |
| ۸۱ | وجود تعادل بین هزینه/درآمد خانوار و حقوق دریافتی سالمند |
| ۸۲ | درصدی از حقوق فرد بازنشسته مه برای احتیاجات و امور شخصی خودش هزینه میکند. |

| | |
|---|---|
| ۸۳ | مشخصات بهداشت و ایمنی کار |
| ۸۴ | وجود تعادل بین محیط کار فرد سالمند وتوانایی او |
| ۸۵ | درصد ضروری و حیاتی بودن اشتغال سالمند برای بقای خانواده |
| ۸۶ | درصد نیروی کار استخدام شده استفاده کرده از برنامه تعادلی کار/زندگی |
| ۸۷ | وجود برنامه یا سیاستهای اجتماعی بوسیله نهادهای دولتی محلی برای سازمانها و نهادهای خدماتی به سالمندان |
| ۸۸ | میزان و تعداد وام یا حمایت صورت گرفته از سوی سازمانها و بانکها برای تاسیس نهادهای ویژه خدمات سالمندی |
| ۸۹ | وجود و تعداد نهادهای خدمات سالمندی |
| ۹۰ | درصد بودجه دولتی استانی/ملی که برای فعالیتهای داوطلبی/ اجتماعی فرهنگی عام المنفعه شهروندان سالمند اختصاص یافته است. |
| ۹۱ | وجود و برگزاری مراکز تفریحی/ورزشی/همگانی بوسیله هرگونه گروه غیرانتفاعی و غیردولتی یا توسط فدراسیون/اداره ورزشهای همگانی |
| ۹۲ | میزان بودجه استانی اختصاص یافته برای فعالیتهای فرهنگی |
| ۹۳ | میزان مشارکت در فعالیت در رویدادها و گروههای فرهنگی خودسازمان یافته بر حسب زمان |
| ۹۴ | درصد اشکال مختلف تجربه سالمندی برای غنی سازی فردی طبق روال مشخص |
| ۹۵ | درصد بودجه ملی/استانی اختصاص یافته برای سالمندان ناتوان (فیزیکی/روانی) |
| ۹۶ | درصد پرستاران مراکز سالمندی/اعضای خانواده مراقبت کننده از سالمندان در هر ۱۰۰۰ سالمند |
| ۹۷ | درصد فراگیری طراحیهای محیطی و منازل بر طبق حقوق و احکام اداری مصوب |

## دسترسی‌پذیری به داده‌ها[1]

بطور کل توجه به حوزه اجتماعی مطالعات سالمندی در مقایسه با شاخه‌های مراقبتی و درمانی علم سالمندشناسی چه در سطح جهانی و اختصاصا در ایران بسیار محدود است. مطالعات اجتماعی در حوزه سالمندی یا سالمندشناسی اجتماعی اکثرا شاخه‌ای فرعی از مطالعات دانش اجتماعی بوده است. لذا وجود و حتی دسترسی به متغیرهایی که به کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان اشاره کند؛ بسیار محدود است. بسیاری از این داده‌ها و اطلاعات، حوزه بالینی و پرستاری سالمندی را بطور یک‌جانبه پوشش می‌دهد. برخی از شاخص‌های کیفیت اجتماعی بویژه در ارتباط با سالمندان در داده‌های ملی و منطقه‌ای در ایران محدود و و حتا موجود[2] نمی‌باشد. دسترسی و جمع‌آوری نظام‌مند شاخص‌های سالمندی با کمک مقیاس کیفیت اجتماعی مقدور خواهد بود. این شاخص بستر حیات اجتماعی، اقتصادی، مراقبتی و حمایتی سالمندان را برای رفع این محدودیت منابع و داده‌ها می‌تواند تقویت کند.

## بحث و نتیجه‌گیری

رشد تکنولوژی و تغییرات اقتصادی‌اجتماعی، همراه با پیشرفت علوم پزشکی موجب کاهش مرگ و میر، افزایش طول عمر و امید به زندگی طی قرون اخیر گردیده است که در نهایت منجر به رشد جمعیت سالمندان شده است. علیرغم افزایش تعداد و نسبت سالمندان در ایران در چند دهه اخیر، موقعیت و جایگاه آنان به ویژه در شهرهای بزرگ در مقایسه با گذشته تضعیف شده و آنها را با مشکلاتی مواجه ساخته است. تحولات ایجاد شده در عرصه‌های اجتماعی، اقتصادی، حقوقی، آموزشی و خانوادگی در دوران جدید، بسترساز اهمیت‌بخشی به سنجش و وجود راهنمای جامع در ارزیابی جایگاه سالمندی است. رویکرد نظری و کاربردی کیفیت اجتماعی و مقیاس‌های آن می‌تواند نگاه جامع و منسجم و در عین حال کاربردی و سنجش‌پذیر از وضعیت حقوق سالمندی، سلامتی آنها، پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد سالخورده در جامعه امروز ایرانی تدوین و ارائه دهد. این مقیاس در مرجع اصلی دارای ۹۵

[1] Limitations and Data Availability
[2] Neglected Areas of Aging

خرده‌شاخص کاربردی بوده که این بررسی با توجه به مطالعات پیشین و جایگاه سالمندی در ایران مجموعه شاخص‌های ۹۷ مولفه‌ای از کیفیت اجتماعی بسته به سالمندی[1] ارائه نمود. این ابزار کاربردی با عنوان مقیاس کیفیت اجتماعی برای سالمندان (GSSQ-97 Items, V. 2020) مطرح و عملیاتی شد. گام مهم بعدی، ارزیابی روش‌شناختی و جمعیت‌شناختی این شاخص در سطح ملی و محلی است تا بتوان راهنمای جامعی از زندگی فعال سالمند و سالمندی‌موفق[2] بدست آورد.

## References


1. Aryaie, M., Sokout, T., Moradi, S., Abyad, A., & Asadollahi, A. (2022). Frailty and Mental Health Disorders Before and During COVID-19 Occurrence in Older Population in Iran: A Longitudinal Repeated-Measures Study. Journal of Primary Care & Community Health, 13, https://doi.org/10.1177/21501319221126979.
2. Asadollahi, A. (2010). Factor Analysis of Reduction in Social Participation of Peasant Elders within Immigrant Family: Case Study: Seniors in Peripheral Areas of Ilam County in Southwest of Iran, (paper presented in XVII World Congress of Sociology: Sociology on the Move, ISA. Gutenberg, Sweden, Univ. of Gothenburg, 11-17 July, 2010).
3. Asadollahi, A., Fani-Saberi, L., Mohseni-Tabrizi, A. & Faraji N. (2011). Do Public Health and Social Participation Matter for the Elderly? An Analysis of an Aging Community in Khuzistan Province, Iran. *Canadian Social Science*, 7[6], 40-244. DOI: http://dx.doi.org/10.3968/j.css.1923669720110706.157.
4. Asadollahi, A., Fani-Saberi, L., Rezaie-Abhari, F. & Shirinkam, F. (2014). Later life civic engagement of elderly in Ahwaz -Iran. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 1[1], 33-43.
5. Asadollahi, A., Hoseinzadeh, A., Mohseni-Tabrizi, A. & Nabavi A. (2013). Urban Lifestyle and Social Participation of Aged Citizens of Ahwaz City: A Regional Survey. *Journal of Applied Sociology*, 49[1],1-4.
6. Asadollahi, A., Sokout, T. (2020). Criminal Gerontology. Tehran: Omid Pub. Co. [in Persian].
7. Azimi, L. (2001). Factor Analysis of Social Participation among Female Dwellers of Shiraz County. Shiraz: University of Shiräz Press.
8. Beck, W. (2001). Theorizing Social Quality: the Concept's Validity. In Beck, W. L. J. G. Van Der Maesen, F. Thomese, & A. Walker (Eds.) (2001). Social Quality: a Vision for Europe. The Hague: Kluwer Law International.
9. Beck, W. L. J. G. Van Der Maesen, F. Thomese, & A. Walker (Eds.), (2001). Social Quality: a Vision for Europe. The Hague: Kluwer Law International.
10. Beck, W., Keizer, M., Van Der Maesen, L. J. G., & Philips, D. (2001a). Indicators Social Quality (*Rep. No. General Paper*). The Hague: EFSQ, Retreived 2018, April 13 from URL: http://www.socialquality.org/site/index.html.
11. Beck, W., Keizer, M., Van Der Maesen, L. J. G., & Philips, D. (2001b). Indicators Social Quality (a General Paper) (*Rep. No. General Paper*). The Hague: EFSQ, Retreived 2018, April 13 from URL: http://www.socialquality.org/site/index.html.
12. Beck, W., Van Der Maesen, L. J. G., Thomese, F., & Walker, A. (2001). Processes Challenging the Concept of the Social Quality. In W.Beck, L. J. G. Van Der


[1] Aged-Related Scale, Aging Friendly
[2] Active and Successful Aging

Maesen, F. Thomese, & A. Walker (Eds.), Social Quality: A Vision for Europe (2 ed., pp. 291-304). The Hague; The Netherlands: Kluwer Law International.
13. Binstok, R. H. & George, L. K. (2006). Handbook of Aging & the Social Sciences. (6 ed.) Burlington USA: Elsevier Academic Press.
14. Corner, L., Brittain, K., & Bond, J. (2007). Social aspects of ageing. *Psychiatry* 6[12], 480-483.
15. Darvish A., Abed A.J., & Abbaszadeh A. (2014). Social participation, barriers and related factors among the elderly People in Tehran. *Health Promotion Journal* 3[4], 65-73.
16. Dinie, A. (2007). An Explanation for Falling of Social Capital in IRAN. *Social Welfare Quarterly* 6[4], 147-172.
17. Eller, M., Holle, R., Landgraf, R., & Mielck, A. (2008). Social network effect on self-rated health in type 2 diabetic patients - results from a longitudinal population-based study. *Int.J.Public Health*, 53, 188-194.
18. Estes, L. C., Biggs, S., & Philipson, C. (2003). Social theory, Social Policy and Aging; a critical introduction. Berkshire/UK: Open University Press.
19. Fani Saberi L., Asadollahi A., Hoseinzadeh A., Ahmad N. (2015). Aging in place within elderly people in the southwest Iran. *Elderly Health Journal*, 1[2], 75-83.
20. Farrell, F. (2005). Social Quality: the EAPN Report, EFSQ, Retreived 2018, April 13 from URL: http://www.socialquality.org/site/index.html.
21. Firouz Abadi, S. A. & Imani Jajarmi, H. (2007). Social Capital & Socio-economic Development in Tehran's 22 Municipal Districts. *Social Welfare Quarterly* 6[4], 197-224.
22. Franke, S. (2005). Measurement of Social Capital; Reference Document for public policy research, development and evaluation (*Rep. No. 4-27/2005E-pdf*). Canada: Policy Research Initiative Project.
23. German, J. P. (2002). Health care in america. Washington: University of Washington.
24. Ghaffari, G. (2001a). study of relationship between Trust and Social Participation in Rural Regions of Kashan County, Iran. *Social Sciences Quarterly*, 17 [2], 45-52.
25. Ghaffari, G. (2001b). Trust and social participation. *Iranian Journal Social Sciences* 17[1], 1-15.
26. Ghasemi, V., Esmaieli, R., & Rabeie, K. (2007). Measeremnt and Ranking of Social Capital in the Townships of Isfahan Province. *Social Welfare Quarterly* 6[4], 225-248.
27. Hartley, A. (2006). Handbook of the Psychology of Aging. (6 ed.) Burlington USA: Elsevier Academic Press.
28. ISCC (1997). National Census Report Tehran: Iran Statistic & Census Centre.
29. ISCC (2008a). Iranian population and economic; Annual Report 2007, Tehran: Iran Statistic & Census Centre.
30. ISCC (2008b). National Census Report 2007, Tehran: Iran Statistic & Census Centre.
31. Johansson, G., Huang, Q., & Lindfors, P. (2007). A Life-span Perspective on Women's Careers, Health, and Well-being. *Social Sciences and Medicine* 65, 685-697.
32. Joshanlou, M. & Qaedi, Gh. (2010). Development of the Short Form of Persian Version of Social Well-being Scale. *Social Welfare Quarterly* 9[32], 179-198.

33. Joshanlou, M., Rostami, A., & Nosrat Abadi, R. (2007). Factor Analysis of General Well-being Scale. *Iranian Journal of Psychology* 9[12], 35-51.
34. Ljungberg AK, Fossum B, Fürst CJ, and Hagelin CL (2015) Translation and cultural adaptation of research instruments–guidelines and challenges: an example in FAMCARE-2 for use in Sweden. *Informatics for Health and Social Care.*, 40(1):67-78. DOI: 10.3109/17538157.2013.872111
35. Mirzaie M & Kaveh-Firouz Z. (2010). Tehran's quality of life and participation in social activities with an emphasis on gender. *Journal of Iranian Demographic Society* 4[8], 123-48.
36. Morgan, L. & Kunkel, S. (1996). Aging; the social Context. California: Pine Forge.
37. Qaderzadeh O & Yusofvand H. (2013). Sociological Factors Affecting Women's Civic Participation. *Woman in Development & Politics (Women's Research)* 10[4], 101-26.
38. Russell, C., Campbell, A., & Hughes, I. (2008). Ageing, social capital and the Internet: findings from an exploratory study of Australian 'silver surfers'. *Australian J Ageing*, 27, 78-82.
39. Saadat, R. (2006). The Estimation of Level and Distrubution of Social Capital of Iran's Provinces. *Social Welfare Quarterly* 6[23], 173-197.
40. Shadi Talab, J. (1999). Participation of Rural Female. *Iranian Journal Social Sciences*, 14 [3-4], 85-93.
41. Siahpoosh, A. (2008). Meta-analysis of social capital in Iran, *Culture Strategy*. 1[3],99-124.
42. Van Der Maesen, L. J. G. (2002). Social Quality, Social Services and Indicators: a new Eoropean perspective? EFSQ, Retreived 2018, April 13 from URL: http://www.socialquality.org/site/index.html.
43. Van Der Maesen, L. J. G. (2005). Social Quality: the Final Report, EFSQ, available online at URL: http://www.socialquality.org/site/index.html.
44. Walker, A. & Van Der Maesen, L. J. G. (2004). Social Quality: the Theoretical State of Affairs (Rep. No. Working Paper). The Hague: European Foundation of Social Quality.
45. Walker, A. (2004). The Social Inclusion Component of Social Quality, The Hague: EFSQ, Retreived 2018, April 13 from URL: http://www.socialquality.org/site/index.html.

Scientific–Research Quarterly of Social Sciences, Islamic Azad University, Shushtar Branch,

Vol. 20, No. 3 (Serial 4), Autumn 2025,

pp. 1–20, Received: opril 15, 2023 | Accepted: October 25, 2025

# Importance of and Introducing Iranian Version of Gerontological Scale of Social Quality (GSSQ-97, 2023) in Aging Studies

**Abdolrahim Asadollahi*[1] & Hosein Moltafet[3]**

1-Member of the Elderly Research Group, School of Public Health, Shiraz University of Medical Sciences, and Member of the Deakin University Quality of Life Research Institute, Melbourne, Australia

2-Member of the Department of Social Sciences, School of Economics, Ahvaz Branch, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

## Abstract:

*Objective*: Iran, alike under-developing countries was encountered to new phenomena called aging. Health promotion and reinforcing social situation of older adults is a matter. Having a toolkit and operational guideline to measurement of this situation is necessary for policy makers on healthy aging. *Method*: The paper is a review study by evaluating documents and articles published in the conceptual framework since 2007-2023 which to design the Iranian older adults' living standards index. *Discussion*: Theoretical framework of social quality was demonstrated by EFSQ (version 2001) in four main domains i.e. social inclusion, social empowerment, social cohesion, and socio-economic security. The study theoretically has constructed the Gerontological scale of social quality in 97-items (GSSQ-97, 2023) upon Iranian, the world literature, and EFSQ. *Conclusion*: The instrument was composed according to Iranian and similar societies. The operational and methodological assessment of the scale could be the next step. Even though data availability is the main challenge in a society like Iran.

**Keywords**: Aged People, Iran, Social Quality Approach, Theoretical Construct, Instrumentation.

* Corresponding author Email: a_asadollahi@sums.ac.ir