

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

حسین ملتفت^۱؛ عبدالرحیم اسداللهی^{۲*}؛ فخرالدین براقی^۳

۱- دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شهیدچمران اهواز، اهواز، ایران

۲- عضو گروه سالمندان دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز و عضو موسسه تحقیقات کیفیت زندگی دانشگاه

دیکین، ملبورن، استرالیا

۳- عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به روند شتابان سالمندی جمعیت در ایران و کمبود ابزارهای جامع و بومی برای سنجش ابعاد اجتماعی زندگی سالمندان، این پژوهش با هدف طراحی، بومی‌سازی و اعتبارسنجی محتوایی یک شاخص ملی بر پایه چارچوب «کیفیت اجتماعی» انجام شد.

روش: این مطالعه به روش ترکیبی انجام گرفت. در فاز نخست، طی یک مرور نظام‌مند، ۹۵ شاخص اصلی از چارچوب اروپایی کیفیت اجتماعی استخراج شد. در فاز دوم، شاخص‌ها با بهره‌گیری از فرآیند ترجمه و ترجمه معکوس، و در ادامه با مشارکت ۱۲ متخصص در هشت جلسه گروه کانونی، برای جامعه سالمندی ایران بومی‌سازی و اعتبارسنجی محتوایی شدند.

یافته‌ها: حاصل نهایی پژوهش، «شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان (GSSQ-97, 2023)» است که شامل ۹۷ گویه در چهار بعد اصلی امنیت اقتصادی-اجتماعی، انسجام اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و اقتدار اجتماعی می‌باشد. برای افزایش انطباق فرهنگی، دو گویه جدید نیز با تمرکز بر حمایت غیررسمی خانواده و نقش میانجی‌گرانه سالمندان در روابط اجتماعی افزوده شد.

نتیجه‌گیری: شاخص GSSQ-97 ابزاری بومی و دارای روایی محتوایی است که خلأ موجود در سنجش ابعاد اجتماعی سالمندان ایرانی را پوشش می‌دهد. این ابزار برای مراحل بعدی اعتبارسنجی روان‌سنجی آماده بوده و می‌تواند مبنایی برای پژوهش‌ها و سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر شواهد در حوزه سالمندی کشور باشد.

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

مقدمه و بیان موضوع

ایران در میانه یک گذار جمعیت‌شناختی شتابان و برگشت‌ناپذیر به سوی سالمندی قرار دارد. این تحول، که از آن با عنوان «سونامی خاموش» یاد می‌شود، اکنون یک واقعیت آماری ملموس است که نیازمند توجه فوری و راهکارهای مبتنی بر شواهد است (پیروزی و همکاران، ۲۰۲۴). براساس آخرین پیش‌بینی‌های جمعیتی مرکز آمار ایران، نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر از ۱.۶ درصد در سال ۱۳۹۵ به ۷.۸ درصد در سال ۱۴۰۴ افزایش یافته است که معادل جمعیت ۶.۷۶ میلیون نفری سالمندان است. اهمیت این موضوع زمانی آشکارتر می‌شود که به پیش‌بینی‌های آینده بنگریم؛ انتظار می‌رود این نرخ تا سال ۱۴۱۰ به ۹.۶ درصد و در یک جهش چشمگیر تا سال ۱۴۳۰ به ۱۹.۴ درصد برسد (مرکز آمار ایران، ۲۰۲۴). این آمار بدان معناست که تا حدود دو دهه آینده، تقریباً یک پنجم از کل جمعیت کشور را سالمندان تشکیل خواهند داد.

علاوه بر این رشد کمی، ساختار جمعیت سالمندی نیز در حال دگرگونی کیفی است. چنانکه آمارها نشان می‌دهند، پدیده‌ی «زنانه شدن سالمندی» با پیشی گرفتن جمعیت زنان سالمند از مردان از سال ۱۳۹۵ به بعد، در حال تشدید است. پیش‌بینی می‌شود این شکاف جنسیتی تا سال ۱۴۳۰ به ۱.۲ میلیون نفر به نفع زنان برسد (افشار و همکاران، ۲۰۱۶). این دگرگونی‌ها، لایه‌های جدیدی از نیازهای حمایتی و اجتماعی را آشکار می‌سازد (شمس قهفرخی، ۲۰۲۲). در حالی که افزایش طول عمر را می‌توان نماد موفقیت نظام‌های بهداشتی دانست، پیامدهای آن مستقیماً کیفیت حیات اجتماعی و جایگاه سالمندان را هدف قرار می‌دهد (جیانفردی و همکاران، ۲۰۲۵). این امر به ویژه از آن جهت حائز اهمیت است که مطالعات متعدد پیشتر به چالش‌های گسترده‌تری در بافت اجتماعی ایران، مانند کاهش اعتماد، تضعیف پیوندها و حمایت اجتماعی، و افت مشارکت مدنی اشاره کرده‌اند (صفدری ده چشمه و همکاران، ۲۰۲۳؛ تاجیک و همکاران، ۲۰۲۵؛ جلالی و همکاران، ۲۰۲۳). این مسائل در بستر نظریات کلاسیک جامعه‌شناسی که به چالش کشیده شدن نقش و جایگاه سالمندان در جوامع مدرن می‌پردازند، معنای عمیق‌تری می‌یابد (مورگان و کونکل، ۱۹۹۶؛ استس، بیگز و فیلیسون، ۲۰۰۳؛ د سائو خوزه و تیمونز، ۲۰۲۵؛ لویتون، ۲۰۲۴). بنابراین، زمانی جامعه می‌تواند به شکلی مؤثر با این چالش روبرو شود که سیاست‌ها و برنامه‌هایی جامع و کارشناسی‌شده، تمامی ابعاد زندگی سالمندان را پوشش دهد؛ چرا که در جامعه‌ای در حال گذار، هر مسئله مرتبط با سالمندی به سادگی می‌تواند به یک مسئله اجتماعی و ملی تبدیل شود (اسداللهی و همکاران، ۲۰۱۳).

برای سیاست‌گذاری مؤثر در این عرصه، نیازمند درک دقیق و علمی از وضعیت موجود هستیم و این امر بدون ابزارهای سنجش معتبر، جامع و بومی‌سازی‌شده امکان‌پذیر نیست. هرچند تاکنون مطالعاتی در خصوص خرده‌مقیاس‌هایی مانند مشارکت اجتماعی و سرمایه اجتماعی سالمندان انجام شده است؛ برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطح مشارکت اجتماعی در میان سالمندان ایرانی پایین‌تر از حد متوسط بوده (جلالی و همکاران، ۲۰۲۳) و با موانع متعددی از جمله مشکلات اقتصادی، دسترسی و حتی نگرش مراقبین روبرو است (رضایی‌پندری و همکاران، ۲۰۲۰؛ قهرمانی‌نسب و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال، بر اساس مرور نظام‌مند ادبیات که در این پژوهش انجام شد، یک تحقیق مستقل و منسجم درباره مفهوم کلان «کیفیت اجتماعی» این گروه سنی در ایران صورت نگرفته

است. این پژوهش دقیقاً در پاسخ به این خلاء حیاتی تعریف شده و هدف آن، طراحی مفهومی و معرفی یک شاخص کاربردی بر پایه چارچوب نظری «کیفیت اجتماعی» است. بدین منظور، سازه‌های نظری این مدل پس از استخراج، در ۸ جلسه پنل نخبگان با شرایط و ویژگی‌های جامعه سالمندی ایران تطبیق داده شده تا شاخص نهایی با عنوان «شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگي سالمندان (GSSQ-97, 2023)» بتواند ابزاری کارآمد برای تفسیر و اندازه‌گیری تجربه زیسته سالمندان در اختیار پژوهشگران و سیاست‌گذاران قرار دهد. لازم به ذکر است که چارچوب «کیفیت اجتماعی» نباید با مفاهیم مشابه اما محدودتر مانند «سرمایه اجتماعی» اشتباه گرفته شود. در حالی که ادبیات گسترده‌ای در ایران و جهان به مفهوم سرمایه اجتماعی به عنوان «پیوندها و شبکه‌ها» پرداخته‌اند (برای مثال، نگاه کنید به کیانی و همکاران، ۲۰۲۳؛ و برای یک مرور جهانی، گائو و همکاران، ۲۰۲۵)، کیفیت اجتماعی یک رویکرد کل‌نگر است که سرمایه اجتماعی را تنها به عنوان یکی از مولفه‌های زیرمجموعه خود (در بعد یکپارچگی اجتماعی) در نظر می‌گیرد و به شکلی نظام‌مند، ابعاد اقتصادی، سیاسی و توانمندسازی فردی را نیز پوشش می‌دهد. انتخاب این چارچوب جامع، مبنای نظری این پژوهش برای فراتر رفتن از تحلیل‌های تک‌بعدی و ارائه یک ارزیابی سیستمی بوده است.

روش

این پژوهش، یک مطالعه روش‌شناختی با رویکرد ترکیبی است که با هدف طراحی، بومی‌سازی و اعتبارسنجی محتوایی «شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگي سالمندان» انجام شده است. فرآیند پژوهش در دو فاز متوالی شامل مرور نظام‌مند ادبیات و فرآیند کیفی مبتنی بر پنل نخبگان، طراحی و اجرا گردیده است.

۱.۲. فاز اول: مرور نظام‌مند ادبیات

این مرحله با هدف شناسایی جامع و نظام‌مند دانش موجود، بر اساس چارچوب PRISMA انجام شده است.

۱. استراتژی جستجو و منابع داده‌ها: جستجوی در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی شامل Web of Science, PubMed, Google Scholar و پایگاه‌های داخلی شامل SID و Magiran برای بازه زمانی ۲۰۰۷ تا ۲۰۲۳ صورت گرفت. علاوه بر این، کتاب مرجع «کیفیت اجتماعی در اروپای امروز» (بک و همکاران، ۲۰۰۱) به دلیل اهمیت بنیادین آن در تبیین شاخص‌های عملیاتی کیفیت اجتماعی، به صورت هدفمند به عنوان منبع اصلی انتخاب شد.

معیارهای ورود و خروج:

- معیارهای ورود: شامل مقالات پژوهشی، مروری و کتب منتشر شده به زبان فارسی یا انگلیسی؛ مطالعاتی که به طور مستقیم به مفهوم کیفیت اجتماعی یا ابعاد چهارگانه آن پرداخته بودند؛ و پژوهش‌هایی که جامعه سالمندان را به عنوان گروه هدف اصلی یا بخشی از جامعه آماری خود در نظر گرفته بودند.
- معیارهای خروج: شامل مطالعات با تمرکز صرف بر ابعاد بالینی یا پزشکی سالمندی؛ چکیده کنفرانس‌ها، نامه‌های به سردبیر، و منابع فاقد متن کامل؛ و مطالعات منتشر شده پیش از سال ۲۰۰۷.

فرآیند غربالگری و انتخاب مطالعات: در جستجوی اولیه ۸۲ منبع شناسایی شد. پس از حذف ۱۴ مورد تکراری، عناوین و چکیده ۶۸ منبع باقی مانده توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل بررسی و ۲۵ منبع به دلیل عدم ارتباط مستقیم با موضوع حذف شدند. در گام نهایی، متن کامل ۴۳ مقاله باقی مانده به دقت ارزیابی شد که از این میان، ۱۱ منبع دیگر نیز به دلیل عدم انطباق کامل با معیارهای ورود کنار گذاشته شدند. در نهایت، ۳۲ مطالعه واجد شرایط، به همراه کتاب مرجع اصلی، مبنای تحلیل و استخراج ۹۵ شاخص اصلی معرفی شده توسط بنیاد اروپایی کیفیت اجتماعی (EFSQ) به عنوان منبع اولیه گویه‌ها برای بومی‌سازی قرار گرفتند.

۲.۲. فاز دوم: فرآیند بومی‌سازی و تدوین شاخص ایرانی (GSSQ-97)

این فاز که هسته اصلی ابزارسازی این پژوهش است، با هدف تطبیق و اعتبارسنجی محتوایی ۹۵ شاخص استخراج شده برای جامعه سالمندان ایران و مطابق با دستورالعمل‌های WHO (لیونبرگ و همکاران، ۲۰۱۵) انجام شد.

ترجمه و ترجمه معکوس: ابتدا، ۹۵ شاخص توسط دو مترجم متخصص در حوزه علوم اجتماعی و مسلط به هر دو زبان، به صورت مستقل به فارسی ترجمه شدند. پس از تهیه یک نسخه تلفیقی و بهینه، این نسخه فارسی توسط دو مترجم دیگر (که به متن اصلی دسترسی نداشتند) مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. تیم پژوهش با مقایسه نسخه بازگردانده شده با متن اصلی، از معادل‌سازی دقیق مفهومی اطمینان حاصل کرد و اصلاحات نهایی را اعمال نمود.

ارزیابی روایی محتوایی توسط پنل نخبگان: نسخه اولیه فارسی توسط یک پنل نخبگان متشکل از ۱۲ متخصص (شامل ۴ جامعه‌شناس، ۳ متخصص سالمندشناسی، ۲ کارشناس بهداشت عمومی، ۲ مددکار اجتماعی و ۱ روانشناس)، که همگی دارای سابقه پژوهش در حوزه سالمندی بودند، ارزیابی شد. از اعضای پنل خواسته شد تا هر یک از ۹۵ گویه را بر اساس دو معیار ضرورت و شفافیت در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای رتبه‌بندی کنند. برای تحلیل نتایج، شاخص روایی محتوا (CVI) برای هر گویه محاسبه شد. گویه‌هایی با CVI بالاتر از ۰.۷۹ مناسب تشخیص داده شده و حفظ شدند.

جلسات گروه کانونی و نهایی‌سازی ابزار:

طی هشت جلسه گروه کانونی متمرکز، گویه‌های نیازمند اصلاح و پیشنهادهای اعضا برای افزودن گویه‌های جدید مورد بحث قرار گرفت. در نتیجه این جلسات، عبارت‌بندی حدود ۱۵ گویه برای انطباق بیشتر با مفاهیم فرهنگی و اجتماعی ایران (مانند نقش خانواده، دین و شبکه‌های حمایتی محلی) اصلاح گردید. هیئت متخصصان بر حفظ ساختار اصلی چارچوب نظری اتفاق نظر داشتند و بنابراین هیچ‌یک از ۹۵ گویه اصلی حذف نشد.

مهم‌ترین خروجی این جلسات، افزودن دو گویه جدید بود که بر اساس اجماع متخصصان برای پوشش جنبه‌های منحصربه‌فرد جامعه ایران ضروری تشخیص داده شد:

- گویه اول (در بعد امنیت اقتصادی-اجتماعی): این گویه به نقش حمایت‌های مالی غیررسمی از سوی فرزندان و شبکه خویشاوندی در تأمین معیشت سالمند می‌پردازد.

- گويه دوم (در بعد پيوستگي اجتماعي): اين گويه نقش اجتماعي سالمند در ميانجی گري و حل تعارضات خانوادگی و محلی را می سنجد که یکی از کانون های اصلی تعامل و هویت بخشی برای سالمندان در ایران است. در نهایت، پس از این فرآیند دقیق، شاخص نهایی با ۹۷ گويه تدوین و با نام «شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگي سالمندان (GSSQ-97, 2023)» نهایی گردید.

ادبیات موضوع

این بخش به تبیین چارچوب نظری پژوهش یعنی رویکرد «کیفیت اجتماعی»، تمایز آن با مفاهیم مشابه، و ضرورت به کارگیری آن در مطالعات سالمندی ایران می پردازد.

۱.۳. زمینه اجتماعی: از سرمایه اجتماعی به کیفیت اجتماعی

مطالعات متعدد در ایران به وجود چالش های گسترده ای در بافت اجتماعی ایران، از جمله زوال اعتماد اجتماعی (همدانیان و قادرمزی، ۲۰۲۲؛ خانکه و همکاران، ۲۰۲۱)، تضعیف پیوندهای حمایتی به ویژه برای سالمندان (تاجور و همکاران، ۲۰۲۳؛ هاشمی و همکاران، ۲۰۲۴)، و سطح پایین مشارکت اجتماعی در این گروه سنی اشاره کرده اند (جلالی و همکاران، ۲۰۲۳). چارچوب رایج برای تحلیل این پدیده ها، مفهوم «سرمایه اجتماعی» بوده است. با این حال، سرمایه اجتماعی با تمرکز بر «پیوندها و شبکه ها»، تنها بخشی از تصویر پیچیده حیات اجتماعی را پوشش می دهد. در مقابل، رویکرد «کیفیت اجتماعی» یک چارچوب نظری جامع تر و کل نگر ارائه می دهد. برخلاف ابزارهای مفهومی که بر جنبه های منفردی مانند «سرمایه اجتماعی» تمرکز دارند، نظریه کیفیت اجتماعی با پوشش دادن همزمان چهار بعد اصلی، درک پیچیده تر و کامل تری از حیات اجتماعی فراهم می کند و سرمایه اجتماعی را تنها به عنوان یکی از مولفه های زیرمجموعه خود در نظر می گیرد (وارد و همکاران، ۲۰۱۱). این رویکرد به «وضعیتی که در آن اعضای جامعه توانایی مشارکت در زندگي اجتماعی و اقتصادی اجتماع خود را داشته باشند، آن هم در شرایطی که زمینه شکوفایی به روزی و ظرفیت های فردی آنها فراهم شود» تعریف می گردد (بک و همکاران، ۲۰۰۱؛ دوت و همکاران، ۲۰۱۹).

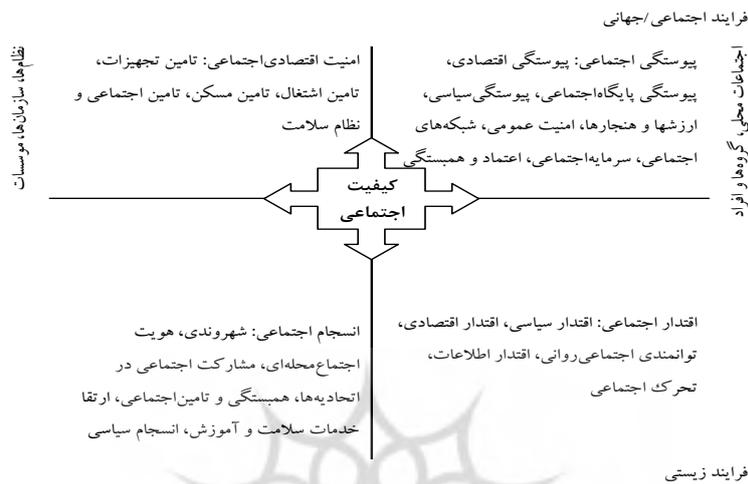
۲.۳. ابعاد چهارگانه کیفیت اجتماعی

مطابق با چارچوب بنیاد اروپایی کیفیت اجتماعی (EFSQ)، این مفهوم بر چهار مقیاس اصلی استوار است که حاصل تعامل دیالکتیکی بین «خودشکوفایی فرد» و «شکل گیری هویت های جمعی» می باشند (بک و همکاران، ۲۰۰۱؛ هولمن و واکر، ۲۰۱۸). این نظریه که توجه روزافزونی را به خود جلب کرده است، همچنان به عنوان یک چارچوب نظری معتبر برای تحلیل رفاه جوامع مورد استفاده قرار می گیرد (لی و همکاران، ۲۰۲۳). این چهار بعد عبارتند از: امنیت اقتصادی اجتماعی^۱، به معنای وضعیتی که در آن افراد به منابع مادی و غیرمادی مورد نیاز خود دسترسی دارند؛ انسجام اجتماعی^۲ که به احساس تعلق به جامعه بر اساس هویت، ارزش ها و هنجارهای مشترک اشاره

^۱ Socio-Economic Security

^۲ Social Cohesion

دارد؛ یکپارچگی اجتماعی^۱، یعنی میزان دسترسی افراد به نهادها و ساختارهای اصلی جامعه مانند بازار کار و نظام سلامت؛ و نهایتاً اقتدار اجتماعی^۲ که به ظرفیت افراد برای مشارکت فعال در تصمیم‌گیری‌ها می‌پردازد. این چهار حوزه در مجموع به عنوان پایه‌های نظری کیفیت اجتماعی شناخته می‌شوند (وارد و همکاران، ۲۰۱۱؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳).



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

تصویر ۱: مقیاس‌های چهارگانه رویکرد کیفیت اجتماعی SQA

۳.۳. ضرورت رویکرد کیفیت اجتماعی در سالمندشناسی ایران

تاکنون، مطالعات سالمندی در ایران عمدتاً با گرایش تک‌سویه و متمرکز بر ابعاد بالینی و مراقبتی انجام شده و از تحلیل جامع بستر اجتماعی حیات سالمندان غفلت نموده‌اند (احمدی و همکاران، ۲۰۲۳). هرچند پژوهش مستقلی در خصوص کیفیت اجتماعی سالمندان در ایران صورت نگرفته است، اما شواهد پراکنده‌ای از مطالعات مختلف، ضرورت به کارگیری این رویکرد را نشان می‌دهد. برای مثال، مطالعاتی به وضعیت بحرانی مشارکت اجتماعی در میان سالمندان (اسداللهی و همکاران، ۲۰۱۵)، نقش جنسیت در توزیع نابرابر قدرت (هیز و همکاران، ۲۰۱۹) و کاهش اعتماد و افزایش انزوای اجتماعی (شیرالی و همکاران، ۲۰۲۲) پرداخته‌اند. این یافته‌های پراکنده، در واقع هر کدام به یکی از ابعاد چهارگانه کیفیت اجتماعی اشاره دارند. این پژوهش با ارائه یک ابزار یکپارچه، تلاش می‌کند تا این اجزای پراکنده را ذیل یک مدل منسجم گرد هم آورد و امکان سنجش نظام‌مند وضعیت اجتماعی سالمندان ایران را فراهم سازد، به ویژه آنکه بنیان‌گذاران این نظریه نیز بر ضرورت آزمون تجربی آن در گروه‌های خاص مانند سالمندان تأکید کرده‌اند (واکر و فوندریسن، ۲۰۰۴؛ بک و دیگران، ۲۰۰۱).

¹ Social Inclusion

² Social Empowerment

۴. نتایج

این بخش، دستاورد اصلی پژوهش حاضر یعنی فرآیند تدوین و معرفی «شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگي سالمندان» را در سه مرحله متوالی ارائه می‌دهد: (۱) استخراج مجموعه شاخص‌های اولیه از چارچوب اروپایی، (۲) تطبیق و بومی‌سازی این شاخص‌ها برای جامعه سالمندی ایران، و (۳) ارائه فهرست نهایی ۹۷ گویه تدوین شده.

۴.۱. استخراج شاخص‌های اولیه از چارچوب اروپایی

نقطه شروع فرآیند ابزارسازی، استخراج ۹۵ شاخص عملیاتی از نسخه مرجع بنیاد اروپایی کیفیت اجتماعی (EFSQ) بود (بک و همکاران، ۲۰۰۲). مطابق با جداول ۱ تا ۴، این مجموعه شامل خرده‌مقیاس‌های سطح دو و سه کیفیت اجتماعی است که به تفکیک چهار بعد اصلی نظری ارائه شده‌اند. همان‌طور که مشاهده می‌شود، هر کدام از خرده‌مقیاس‌های سطح دو دارای توزیع متفاوتی از شاخص‌های عملیاتی هستند که در مجموع، ۹۵ گویه اصلی را تشکیل می‌دهند. این مجموعه، استخر اولیه گویه‌ها برای فرآیند بومی‌سازی در مرحله بعد بود.

جدول ۱: مقیاس‌های عملیاتی تامین اجتماعی اقتصادی

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

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

جدول ۲: مقیاس‌های عملیاتی پیوستگی اجتماعی

مقیاس عملیاتی	خرده مقیاس سطح ۳	خرده مقیاس سطح ۲
	۲۵. وضعیتی که تمام شهروندان قابل اعتماد هستند.	اعتماد
	۲۶. اعتماد به: بخشهای انتخابی حاکمیت، احزاب سیاسی، نیروهای ظمی، قوه قضاییه، رسانه های جمعی، سندیکاها، واحدهای تجاری، خدمات شهروندی، نقل انتقالات پولی	اعتماد تخصیص یافته
	۲۷. تعداد پرونده های ارجاع یافته با دیوان عالی اروپا	
	۲۸. اهمیت خانواده، دوستان، اوقات فراغت، سیاست، احترام به والدین، تعهد والدین به فرزندان	
	۲۹. رفتار داوطلبی حسب تعداد ساعات در هفته	دیگر ارزشها
	۳۰. اهدا خون	تساهل و تسامح
	۳۱. نگرش به مهاجرت، تکرر گرایي و چندفرهنگی	
	۳۲. تساهل نسبت به هویت، اعتقادات، رفتارها و سبک زندگی دیگران	
	۳۳. اعتقاد به دلایل فقر: فردی یا ساختاری	قرارداد اجتماعی
	۳۴. تمایل به پرداخت مالیات بیشتر اگر شما مطمئن باشید که باعث بهبودی وضعیت فقرا خواهد شد.	
	۳۵. بین نسلی: تمایل به پرداخت ۱ درصد از مالیات بیشتر اگر شما مطمئن باشید که باعث بهبودی وضعیت سالمندان خواهد شد.	
	۳۶. 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	
	۳۷. تقسیم بندی کار در خانه بین همسران: آیا شما به تقسیم کار خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان، کسب درآمد برای خانواده اعتقاد دارید؟	
	۳۸. عضویت فعال و غیر فعال در باشگاهها و احزاب سیاسی، ورزشی، داطلی، خیریه و عام المنفعه	شبکهها
	۳۹. کسب حمایت از اعضا خانواده، همسایگان و دوستان	
	۴۰. نرخ تماس با دوستان و همکاران	
	۴۱. سطح غرور ملی	هویت ملی اروپایی
	۴۲. هویت یابی با نمادهای ملی و اروپایی	
	۴۳. احساس هویت خرد، محله ای، منطقه ای	هویت محله ای منطقه ای
	۴۴. حس تعلق به خانواده و شبکه خویشاوندان	هویت های بین فردی

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

جدول ۳: مقیاسهای عملیاتی انسجام اجتماعی

مقیاس عملیاتی	خرده مقیاس سطح ۳	خرده مقیاس سطح ۲
	۴۵. نرخ ساکنین دارای حق شهروندی	حقوق شهروندی
	۴۶. نرخ داشتن حق شرکت و کاندیداتوری در انتخابات محلی	
	۴۷. نرخ حقوق مستمری عمومی (مانند نرخ مستمری سیستمی و منظم دولت)	حقوق اجتماعی
	۴۸. حقوق دستمزد برابر زنان با مردان	
	۴۹. حق دسترسی به مشاوره حقوقی رایگان	حقوق شهروندی
	۵۰. تجربه تبعیض	
	۵۱. نرخ کاندیداتوری و انتخاب اقلیت های قومی در مجلس، ادارات و دستگاههای بخش خصوصی	شبکه اقتصادی سیاسی
	۵۲. نرخ کاندیداتوری و انتخاب زنان در مجلس، ادارات و دستگاههای بخش خصوصی	
	۵۳. نرخ عدم اشتغال بیشتر از ۱۲ ماه	دسترسی به اشتغال دستمزدی
	۵۴. استخدام اجباری یا موقت بدون دستمزد	
	۵۵. نرخ تحت پوشش و استفاده عملی از مراقبت های بهداشتی اولیه	خدمات درمان
	۵۶. نرخ بی خانمان ها	اسکان
	۵۷. متوسط زمان در لیست انتظار بودن برای خانه عمومی و دولتی	
	۵۸. نرخ مشارکت در مدارس و آموزش عالی	آموزش
	۵۹. نرخ مردم نیازمند به دریافت خدمات مراقبتی	
	۶۰. نرخ مدت زمان در لیست انتظار خدمات مراقبتی مانند حماقت از کودک	
	۶۱. نرخ کارت اعتباری فاقد اعتبار بر اساس گروه های درآمدی	خدمات مالی

۶۲. نرخ دسترسی به حمایت مالی و وامها در موارد مورد نیاز	حمل و نقل	مشارکت در شبکه های اجتماعی
۶۳. نرخ دسترسی مردم به حمل و نقل عمومی		
۶۴. شاخص تراکم جمعیت در سیستم حمل و نقل عمومی و جاده ها		
۶۵. نرخ تسهیلات ورزشی به هر ۱۰ هزار شهروند	خدمات فرهنگی شهروندی	
۶۶. نرخ تسهیلات فرهنگی و مدنی در بخش های عمومی و خصوصی (سینما، سالن تاتر، کنسرت ها) به هر ۱۰ هزار شهروند	مشارکت در شبکه محله ای	
۶۷. نرخ تماس روزانه و مرتب با همسایگان		
۶۸. نرخ تماس روزانه و مرتب با دوستان	دوستی	
۶۹. نرخ احساس تنهایی و انزوا	زندگی خانواده	
۷۰. مدت زمان پیوند با دوستان (همسکنایی و غیر آن)		
۷۱. حمایت غیر رسمی و غیر پولی توسط اعضا مختلف خانواده		

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

جدول ۴: مقیاسهای عملیاتی قدرت اجتماعی

مقیاس عملیاتی	خرده مقیاس سطح ۳	خرده مقیاس سطح ۲
۷۲. وجود تحرک اجتماعی دانش محور (با تأیید کیفیت رسمی)	کاربری دانش	سطح دانش
۷۳. درصد افراد باسواد	دسترسی به اطلاعات	
۷۴. دسترسی به رسانه آزاد		
۷۵. دسترسی به اینترنت		
۷۶. امتیاز آشنایی با زبان های خارجه برای خدمات اجتماعی	اطلاعات کاربر محور	
۷۷. دسترسی پذیری به مراکز حمایتی و خدمات راهنمایی	نظارت بر قراردادهای کار	بازار کار
۷۸. درصد نیروی کار عضو سندیکاهای کارگری و اتحادیه ها (به تفکیک بخش عمومی و خصوصی)		
۷۹. درصد نیروی کار تحت پوشش توافنامه های جمعی (به تفکیک بخش عمومی و خصوصی)		
۸۰. درصد نیروی کار دریافت کننده آموزشهای حرفه ای کار و ضمن خدمت		
۸۱. 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)		
۸۲. درصد نیروی کار بازگشته به کار-دعوت مجدد	توجه به تحرک شغلی	
۸۳. درصد سازمانهای مشارکت کننده در ایجاد تعادل بین کار و زندگی		
۸۴. درصد نیروی کار مستخدم که دقیقاً در نظام ایجاد تعادل بین کار و زندگی حضور دارند.		
۸۵. وجود روند مشاوره و دموکراسی مستقیم (مانند رفرااندوم)	توجه و حمایت از نهادهای سیاسی	توجه و حمایت از نهادهای اقتصادی
۸۶. درصد مشارکت واقعی بخش عمومی جامعه در سیاستگذاری های کلان اقتصادی (مانند توجه به نیاز عمومی به تغییرات شرکت های بزرگ، سرمایه گذاری در باز تاسیس شرکتها)	توجه به نظام های اقتصادی	
۸۷. درصد سازمانها و نهادی شورایی	توجه به سازمانها	
۸۸. درصد بودجه ملی و منطقه ای که به فعالیت های داوطلبی و عام المنفعه شهروندان اختصاص می یابد.	حمایت از اقدام جمعی مشترک	عرصه عمومی
۸۹. تعداد راهپیمایی ها و تجمعات مدنی ممنوع شده در ۱۲ ماه گذشته به نسبت کل تجمعات صورت گرفته (برگزار شده و ممنوع)		
۹۰. درصد بودجه ملی و منطقه ای که به فعالیت های فرهنگی و تفریحی شهروندان اختصاص می یابد.		
۹۱. تعداد گروههای فرهنگی و فوق برنامه و فعالیت های آنها	تقویت فرهنگی	
۹۲. امکان دسترسی مردم به انواع متفاوت حمایت فردی بطور منظم		
۹۳. درصد بودجه ملی و منطقه ای که به شهروندان ناتوان ذهنی حرکتی اختصاص می یابد.		
۹۴. میزان مراقبت های کودکان پیش دبستانی و دانش آموزان	ارائه خدمات حمایتی از استقلال فردی و فیزیکی	روابط فردی
۹۵. وجود مشارکت در طراحی محیطی و اسکان (مکان های تجمعات و نشست ها، روشنایی و نورپردازی معابر، بسترهای شهری)	خدمات حمایت فردی	
	حمایت از کنش اجتماعی	

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

۴.۲. تطبیق و بومی‌سازی شاخص‌ها برای جامعه سالمندی ایران^۱ (GloSQ)

در مرحله دوم، ۹۵ شاخص اصلی استخراج شده از چارچوب اروپایی، با هدف تطبیق و اختصاصی‌سازی برای جامعه سالمندی ایران، در اختیار پنل نخبگان قرار گرفت. مطابق با جداول ۵ تا ۸، فرآیند اختصاصی‌سازی مقیاس‌های کاربردی کیفیت اجتماعی به تفکیک هر بعد نمایش داده شده است. مهم‌ترین خروجی این مرحله، علاوه بر اصلاح عبارت‌بندی برخی گویه‌ها، تصمیم کارشناسی مبنی بر افزودن دو گویه کاملاً جدید بود. این تصمیم بر اساس اجماع متخصصان برای پوشش جنبه‌های منحصر به فرد فرهنگی جامعه ایران اتخاذ شد:

۱. گویه اول (حمایت مالی غیررسمی): این گویه که در جدول ۵ با شماره ۳ مشخص شده است («درصد کل جمعیت سالمند در خانواری که با حمایت صورت گرفته، امکان زندگی در بالای خط فقر استانی را دارند»)، به نقش حیاتی حمایت‌های مالی خانواده در تأمین امنیت اقتصادی سالمند می‌پردازد.

۲. گویه دوم (نقش اجتماعی فرهنگی): این گویه که در جدول ۶ با شماره ۴۲ مشخص شده است («میانجی‌گری خانوادگی/اجتماعی در تنش‌های بین اعضای خانواده، خویشان، همسایگان»)، به نقش اجتماعی و فرهنگی سالمند به عنوان «ریش سفید» و حل‌کننده تعارضات اشاره دارد که یکی از کانون‌های انسجام‌بخش در جامعه ایران است.

در نتیجه این تغییرات، تعداد کل شاخص‌ها از ۹۵ به ۹۷ گویه افزایش یافت که مبنای ساخت فرم نهایی ابزار در جدول ۹ شد.

جدول ۵: مقیاس‌های امنیت اقتصادی-اجتماعی مرتبط با سالمندی

مقیاس عملیاتی	خرده مقیاس سطح ۳	خرده مقیاس سطح ۲
۱. بخشی از درآمد خانوار که برای شاخص‌های بهداشت سالمندی هزینه می‌شود مانند: درمان و مدیریت سلامت بیماری مزمن عضو سالمند خانوار، تغذیه، پوشاک (در سطح دهک پایین و میانه درآمد خانوار ایرانی)	کفایت درآمد	منابع مالی
۲. چگونه وقایع مشخص زندگی در گذشته مانند طلاق و بیوگی بروی فقر و سطح درآمد فعلی خانوار اثر می‌گذارد؟	تأمین و تضمین درآمد	
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.	تأمین سکونتگاه	اسکان و محیط
۵. درصد همسران سالمندی که با دیگر اعضای خانواده یا بستگان زندگی می‌کنند (چندین خانواده در یک خانوار).		
۶. میزان فضای هر عضو خانوار و برای هر عضو سالمند خانواده به مترمربع.		
۷. درصد جمعیتی که در خانه‌های با فقدان امکانات اولیه زندگی هستند: آب آشامیدنی سالم، فاضلاب، انرژی	شرایط اسکان	
۸. تعداد سالمندانی که متاثر جرایم کیفری بوده‌اند به هر هزار سالمند ساکن منطقه.	شرایط اجتماعی و محیطی محیط	
۹. درصد سالمندی که در خانوارهای زندگی می‌کنند که در منطقه‌ای 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)	تأمین و تضمین خدمات بهداشت	مراقبت و درمان
۱۱. درصد پزشک در هر هزار سالمند ساکن در منطقه	خدمات	
۱۲. متوسط فاصله تا نزدیکترین بیمارستان و مرکز درمانی به دقیقه نه به متر	بهداشتی درمانی	
۱۳. زمان متوسط پاسخگویی آمبولانس/امکان استفاده از آمبولانس یا هرگونه تسهیلات درمانی پزشکی دیگر		
۱۴. متوسط ساعت اختصاص یافته در مراقبت از نوه‌ها/والدین یا دیگر افراد ناتوان	خدمات مراقبتی	

^۱ Gerontological Indicators of Social Quality, GloSQ

اشغال	امنیت اشتغال	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 سوادآموزی (ان ال پی) 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 فرد سالمند 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)
آموزش	تامین آموزش	
	کیفیت آموزش	

Adapted from: (Beck, 2001a; Beck et al., 2001a; Berman, 2000; Berman, 2004; Van Der Maesen, 2005)

جدول ۶: مقیاسهای عملیاتی پیوستگی اجتماعی مرتبط با سالمندی

مقیاس عملیاتی	خرده مقیاس سطح ۳	خرده مقیاس سطح ۲
۱. میزان اینکه «بیشتر مردم میتوانند مورد اعتماد باشند».	اعتماد تعمیم یافته	اعتماد
۲. اعتماد به: دولت، نمایندگان، احزاب سیاسی، نیروهای نظامی، پلیس، نظام قضایی، رسانه ها، مراکز تجاری، نهادهای مذهبی، خدمات مدنی شهروندی، معاملات تجاری مالی	اعتماد تخصیص یافته	
۳. تعداد مواردی که سالمندان خوانده بوده اند در دعاوی قضایی یا شورای حل اختلاف: سی دی آر		
۴. اهمیت خانواده، دوستان، اوقات فراغت، امور سیاسی، مذهب، و رضایت از شبکه دوستان و بستگان بر حسب مدت زمان اسکان		
۵. رفتارهای داوطلبی بر حسب میزان ساعت در هفته	دیگرخواهی	دیگر ارزشها و هنجارهای انسجام بخش
۶. اهدای خون و یا وقف بر حسب میزان در ماه و یا مبلغ اهدایی	تساهل و تسامح	
۷. نگاه و نگرش به دیگر گروهها و جنسیت، تکررگرایی و چندفرهنگ گرایی		
۸. تساهل نسبت به هویت، اعتقادات، رفتارها و سبک زندگی دیگر افراد		
۹. سنجش اعتقاد به عامل فقر: فردی یا ساختاری	قرارداد اجتماعی	
۱۰. 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.		
۱۱. 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 بهبود خواهد بخشید.		
۱۲. 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		
۱۳. 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؟		
۱۴. عضویت (فعال یا غیر آن) در گروههای سیاسی، داوطلبی، اجتماعی: عضو دادگاههای محلی سی دی آر، شورای محله و شهر، سازمانها و مراکز خیریه و بشردوستانه و مذهبی و یا زنان	شبکه ها	سرمایه و شبکه های اجتماعی
۱۵. میزان حمایت دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و همسایگان		
۱۶. میزان تماس با دوستان سابق یا همکلاسیها گذشته بر حسب تعداد در هفته		
۱۷. میانجی گری خانوادگی/اجتماعی در تنشهای بین اعضای خانواده، خویشان، همسایگان بر حسب تعداد در هفته		
۱۸. احساس غرور ملی	هویت ملی اروپایی	هویت

۱۹. شناسایی و تطبیق با سمبل‌های ملی ایرانی	هویت منطقه‌ای
۲۰. احساس هویت محلی، منطقه‌ای / جماعتی	
۲۱. احساس تعلق به شبکه خانواده و خویشان	

Adapted from: (Beck, 2001a; Beck et al., 2001a; Berman, 2000; Berman, 2004; Van Der Maesen, 2005)

جدول ۷: مقیاس‌های عملیاتی انسجام اجتماعی مرتبط با سالمندی

مقیاس عملیاتی	خرده مقیاس سطح ۳	خرده مقیاس سطح ۲
۱. درصد ساکنین سالمند که مهاجر نیستند در ۵ سال گذشته	حقوق سیاسی اساسی	حقوق شهروندی
۲. درصد داشتن حق کاندیداتوری در انتخابات محلی: شورای شهر و درصد مشارکت در نهمین انتخابات زیاست جمهوری در ژوئن ۲۰۰۹		
۳. درصد تحت پوشش حمایت مالی و بیمه عمومی مانند بیمه مشخص دولتی یا مستمری بگیری معین	حقوق اجتماعی	حقوق شهروندی
۴. مستمری بگیری زنان به نسبت مردان مستمری بگیری		
۵. نسبت آزارگری قومی / جنسیتی	شبکه اقتصادی سیاسی	بازار کار
۶. نسبت تجربه تبعیض سنی		
۷. نسبت گروه‌های اقلیت قومی/مذهبی انتخاب شده یا منسوب در شورای محل یا سی دی آر	دسترسی به اشتغال دستمزدی	خدمات
۸. نسبت زنان سالمند نیروی کار (با و بدون دستمزد)		
۹. میزان عدم فعالیت یا کار اختصاصی طولانی مدت (۱۲ ماه و بیشتر)	خدمات درمان	اسکان
۱۰. میزان زمان فعالیت و کار اجباری دائم یا موقت		
۱۱. نسبت استحقاقی استفاده از مراقبتهای اولیه درمانی بهداشتی: تعداد کارکنان بهداشت در هر ۱۰۰۰ سالمند	آموزش	مشارکت در شبکه‌های اجتماعی
۱۲. نسبت زمانی زندگی مستقل، با بستگان، سرای سالمندان بطور طولانی مدت بر حسب زمان		
۱۳. متوسط ساکونت در مراکز اجتماعی مراقبتی سالمندان یا سرای سالمندان	خدمات مالی	مشارکت در شبکه‌های اجتماعی
۱۴. نرخ مشارکت در ان ال پی		
۱۵. نسبت سالمندانی که نیازمند استفاده و دریافت خدمات ان ال پی هستند	حمل و نقل	مشارکت در شبکه‌های اجتماعی
۱۶. متوسط زمان انتظار برای دریافت هر گونه خدمات مراقبتی		
۱۷. نسبت دریافت وام یا دارا بودن حساب بانکی	خدمات فرهنگی شهروندی	مشارکت در شبکه‌های اجتماعی
۱۸. امکان دسترسی به هر فردی برای کسب حمایت و کمک مالی در موارد مورد نیاز		
۱۹. درصد سالمندانی که از شبکه نقلیه عمومی شهری استفاده می‌کنند (تعداد در هفته)	مشارکت در شبکه‌های اجتماعی	مشارکت در شبکه‌های اجتماعی
۲۰. تسهیلات استفاده از نقلیه عمومی در خیابانها، کوچه‌ها، پیاده‌روها برای سالمندان		
۲۱. سرانه تسهیلات فضای عمومی برای هر ۱۰۰۰ سالمند از قبیل پارک	زندگی خانواده	مشارکت در شبکه‌های اجتماعی
۲۲. تعداد گروه‌های فرهنگی مدنی عمومی و خصوصی در هر ۱۰۰۰ سالمند (برگزاری/مهمان/مشارکت کردن در کارهای خیریه مذهبی)		
۲۳. میزان تماس منظم با همسایگان (تعداد در هفته)	زندگی خانواده	مشارکت در شبکه‌های اجتماعی
۲۴. میزان تماس منظم با دوستانی که همسایه نیستند (تعداد در هفته)		
۲۵. میزان احساس انزوا/تنهایی	زندگی خانواده	مشارکت در شبکه‌های اجتماعی
۲۶. دوره زمانی تماس با بستگان همسکنا یا غیر هم سکنا (تعداد در هفته)		
۲۷. حمایت غیررسمی (غیرمالی) دریافت شده از سوی اعضای مختلف خانواده		

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

جدول ۸: مقیاس‌های عملیاتی قدرت اجتماعی مرتبط با سالمندی

مقیاس عملیاتی	خرده مقیاس سطح ۳	خرده مقیاس سطح ۲
۱. وجود ارتباط معنادار بین طبقه اجتماعی و سطح سواد	کاربری دانش	سطح دانش
۲. درصد سالمندانی که قادر به خواندن و شمردن هستند	دسترسی به اطلاعات	
۳. وجود و دسترسی به رسانه‌های محلی و آزاد مانند رسانه/روزنامه/رادیو عربی یا لری	اطلاعات کاربرمحور	سطح دانش
۴. تعداد ساعت تماش کردن تلویزیون/گوش دادن به رادیو/خواندن روزنامه و مجلات		
۵. شرایط استفاده از رسانه چندزبانه (تعداد ساعت در روز)		

۶. وجود مراکز حمایت/کمک/وکالت/راهنمایی و یا هر کدام از اینها در ادارات محلی		
۷. درصد نیروی کار که عضو اتحادیه تجاری هستند (تفاوت بین بخش عمومی و خصوصی)	نظارت بر قراردادهای کار	بازار کار
۸. وجود تعادل بین هزینه/درآمد خانوار و حقوق دریافتی سالمند	توجه به تحرک شغلی	
۹. درصدی از حقوق فرد بازنشسته که برای احتیاجات و امور شخصی خودش هزینه میکند.		
۱۰. مشخصات بهداشت و ایمنی کار		
۱۱. وجود تعادل بین محیط کار فرد سالمند و توانایی او	تعادل زندگی خانواده و کار	
۱۲. درصد ضروری و حیاتی بودن اشتغال سالمند برای بقای خانواده		
۱۳. درصد نیروی کار استخدام شده استفاده کرده از برنامه تعادلی کار/زندگی		
۱۴. وجود برنامه یا سیاستهای اجتماعی بوسیله نهادهای دولتی محلی برای سازمانها و نهادهای خدماتی به سالمندان	توجه و حمایت از نهادهای سیاسی	توجه و حمایت از نهادهای اقتصادی
۱۵. میزان و تعداد وام یا حمایت صورت گرفته از سوی سازمانها و بانکها برای تاسیس نهادهای ویژه خدمات سالمندی	توجه به نظامهای اقتصادی	
۱۶. وجود و تعداد نهادهای خدمات سالمندی	توجه به سازمانها	
۱۷. درصد بودجه دولتی استانی/ملی که برای فعالیتهای داوطلبی/اجتماعی فرهنگی عام المنفعه شهروندان سالمند اختصاص یافته است.	حمایت از اقدام جمعی مشترک	عرصه عمومی
۱۸. وجود و برگزاری مراکز تفریحی/ورزشی/همگانی بوسیله هر گونه گروه غیرانتفاعی و غیردولتی یا توسط فدراسیون/اداره ورزشهای همگانی		
۱۹. میزان بودجه استانی اختصاص یافته برای فعالیتهای فرهنگی		
۲۰. میزان مشارکت در فعالیت در رویدادها و گروههای فرهنگی خودسازمان یافته بر حسب زمان	تقویت فرهنگی	روابط فردی
۲۱. درصد اشکال مختلف تجربه سالمندی برای غنی سازی فردی طبق روال مشخص		
۲۲. درصد بودجه ملی/استانی اختصاص یافته برای سالمندان ناتوان (فیزیکی/روانی)		
۲۳. درصد پرستاران مراکز سالمندی/اعضای خانواده مراقبت کننده از سالمندان در هر ۱۰۰۰ سالمند	ارائه خدمات حمایتی از استقلال فردی و فیزیکی خدمات حمایت فردی	
۲۴. درصد فراگیری طراحیهای محیطی و منازل بر طبق حقوق و احکام اداری مصوب	حمایت از کنش اجتماعی	

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

۴.۳. معرفی شاخص نهایی: شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان (GSSQ-97Items)^۱

خروجی نهایی این پژوهش، فرم منسجم «شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان (GSSQ-97, 2023)» است. مطابق با جدول ۹، این شاخص نهایی که پس از فرآیند بومی سازی و اعتبارسنجی محتوایی تدوین شده است، شامل ۹۷ گویه می باشد که به صورت مفهومی و عملیاتی برای سنجش کیفیت اجتماعی سالمندان در جامعه ایران طراحی شده است.

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)

¹ Gerontological Scale of Social Quality

۱۱	درصد پزشک در هر هزار سالمند 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 آمبولانس یا هر گونه 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 هر گونه 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 غیر فوتی) در محیط و مکان زندگی را 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 زود هنگام)
۲۳	تعداد سالمندانی که در برنامه آموزش و سوادآموزی مشارکت دارند در هر هزار فرد سالمند
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 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 استنادارد 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 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 بگیری
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 ۱۰۰ سالمند
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 ۱۰۰۰ سالمند از قبیل پارک
۶۸	تعداد گروههای فرهنگی مدنی عمومی و خصوصی در هر ۱۰۰۰ سالمند (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 انزوای/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 تماشای 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 و توانایی 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 تأسیس 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 هر گونه 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

۶. بحث و نتیجه گیری:

رشد شتابان جمعیت سالمندان در ایران، نیاز به گذار از نگاه صرفاً مراقبتی-درمانی به یک رویکرد جامع اجتماعی را بیش از پیش ضروری ساخته است. این مقاله در پاسخ به این نیاز و با هدف پر کردن خلاء ابزارهای سنجش بومی، به طراحی مفهومی «شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان (GSSQ-97, 2023)» پرداخت. این ابزار با اتکا به چارچوب نظری معتبر کیفیت اجتماعی و تطبیق آن با زمینه فرهنگی-اجتماعی ایران از طریق پنل نخبگان،

تلاشی برای ارائه یک راهنمای جامع برای ارزیابی جایگاه، حقوق و کیفیت حیات اجتماعی سالمندان است. دستاورد اصلی این پژوهش، ارائه یک ابزار محتوا-معتبر و آماده برای آزمون تجربی است که می‌تواند شالوده پژوهش‌های آتی در این حوزه قرار گیرد. در نهایت، امید است که شاخص GSSQ-97 پس از طی مراحل اعتبارسنجی تجربی، به عنوان یک ابزار استاندارد در اختیار پژوهشگران و سیاست‌گذاران قرار گیرد تا تصویری دقیق و چندبعدی از وضعیت سالمندان ترسیم کرده و مبنایی برای طراحی مداخلات مؤثر در راستای تحقق سالمندی موفق و فعال در جامعه ایران باشد. این پژوهش با هدف پاسخگویی به یک خلأ اساسی در مطالعات سالمندی ایران، یعنی فقدان ابزاری جامع، بومی و مبتنی بر نظریه برای سنجش کیفیت حیات اجتماعی سالمندان، انجام شد. دستاورد اصلی این مطالعه، طراحی مفهومی و اعتبارسنجی محتوایی «شاخص ایرانی کیفیت اجتماعی زندگی سالمندان (GSSQ-97)» است. این اقدام، یک گام فراتر از ابزارهای رایج «کیفیت زندگی» است که اغلب بر بهزیستی فردی و سلامت جسمی تمرکز دارند. شاخص GSSQ-97 با اتکا بر چارچوب نظری «کیفیت اجتماعی»، به ارزیابی تعامل دیالکتیکی فرد سالمند با ساختارهای اجتماعی می‌پردازد و ابعاد چهارگانه و حیاتی امنیت اقتصادی اجتماعی، انسجام اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و اقتدار اجتماعی را به صورت یکپارچه مورد سنجش قرار می‌دهد.

ضرورت ارائه چنین ابزاری، ریشه در چالش‌های اجتماعی گسترده‌تری دارد که تحقیقات متعدد و جدید در ایران به آن اشاره کرده‌اند. مطالعات اخیر نشان می‌دهند که شاخص‌هایی چون اعتماد اجتماعی با چالش‌های جدی مواجه بوده (برای مثال، خانکه و همکاران، ۲۰۲۱) و پیوندهای حمایتی، به ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر مانند سالمندان، در حال تضعیف است (نگاه کنید به تاجور و همکاران، ۲۰۲۳). این پژوهش نشان می‌دهد که این چالش‌ها، که اغلب به صورت پراکنده مطالعه شده‌اند، در واقع اجزای یک پدیده بزرگتر به نام «کیفیت اجتماعی» هستند. در حالی که مطالعات سالمندی در ایران عمدتاً با نگاهی تک‌سویه و بالینی به مسائل این دوره پرداخته‌اند (مانند احمدی و همکاران، ۲۰۲۳)، این مقاله استدلال می‌کند که بدون درک بستر اجتماعی حیات سالمندان، هرگونه مداخله‌ای ناقص خواهد بود. این امر به ویژه با توجه به نظریات کلاسیک جامعه‌شناسی که به کاهش نقش و جایگاه سالمندان در جوامع مدرن اشاره دارند (مانند مورگان و کونکل، ۱۹۹۶؛ استس، بیگز و فیلیسون، ۲۰۰۳)، اهمیتی دوچندان می‌یابد.

نوآوری اصلی این پژوهش در رویکرد یکپارچه‌نگر آن نهفته است. ادبیات پژوهشی گسترده‌ای در ایران، چه در سطح نظری و چه تجربی، به مفهوم «سرمایه اجتماعی» پرداخته است (برای یک مرور جدید، نگاه کنید به کیانی و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، همانطور که چارچوب نظری کیفیت اجتماعی نشان می‌دهد، سرمایه اجتماعی تنها بخشی از پازل و زیرمجموعه‌ای از بعد «یکپارچگی اجتماعی» است. تمرکز صرف بر سرمایه اجتماعی، ابعاد حیاتی دیگری مانند امنیت اقتصادی (دسترسی به مسکن و بهداشت)، اقتدار اجتماعی (توانایی مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها) و انسجام اجتماعی (احساس تعلق و عدم تبعیض) را نادیده می‌گیرد. برای نمونه، مطالعه شیرالی و همکاران (۲۰۲۲) به افزایش انزوای اجتماعی در میان سالمندان اشاره می‌کند و پژوهش هیز و همکاران (۲۰۱۹) توزیع نابرابر قدرت بر اساس جنسیت را برجسته می‌سازد. همچنین، پژوهش اسداللهی و همکاران (۲۰۱۴ و ۲۰۱۵) وضعیت بحرانی مشارکت

اجتماعی در میان سالمندان را برجسته می‌سازد. شاخص GSSQ-97 این مفاهیم پراکنده را برای اولین بار در ایران ذیل یک مدل منسجم نظری گرد هم می‌آورد و از نگاه تک‌بعدی به سمت یک ارزیابی سیستمی حرکت می‌کند.

یکی از نقاط قوت کلیدی این پژوهش، فرآیند دقیق بومی‌سازی است. این مطالعه صرفاً به ترجمه یک ابزار غربی اکتفا نکرده، بلکه از طریق یک فرآیند چندمرحله‌ای به تطبیق فرهنگی شاخص‌ها پرداخته است. افزودن دو گویه جدید در مورد «نقش حمایت مالی غیررسمی خانواده» و «نقش اجتماعی سالمند در میانجی‌گری و حل تعارض»، نمونه بارز این تطبیق است. این دو مفهوم، که در بافت فرهنگی ایران نقشی محوری در زندگی اجتماعی سالمندان ایفا می‌کنند، در چارچوب‌های اروپایی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. این امر نشان می‌دهد که هرچند ابعاد نظری کیفیت اجتماعی جهان‌شمول هستند، اما شاخص‌های عملیاتی آن‌ها باید به صورت بومی تعریف و سنجیده شوند. نتایج این پژوهش دارای ابعاد نظری و عملی است. از منظر عملی، این ابزار پس از اعتبارسنجی تجربی می‌تواند در اختیار سازمان‌هایی مانند بهزیستی، وزارت بهداشت و شهرداری‌ها قرار گیرد تا برای نیازسنجی، ارزیابی تأثیر مداخلات اجتماعی و شناسایی گروه‌های سالمند در معرض خطر مورد استفاده قرار گیرد. از منظر نظری و پژوهشی، GSSQ-97 به محققان حوزه سالمندی، جامعه‌شناسی و رفاه اجتماعی این امکان را می‌دهد که پژوهش‌های مقایسه‌ای را با ابزاری استاندارد انجام دهند و به درک عمیق‌تری از نابرابری‌های دوران سالمندی در ایران دست یابند. این شاخص همچنین می‌تواند به ادبیات جهانی کیفیت اجتماعی کمک کرده و تجربه تطبیق این مفهوم در یک جامعه در حال گذار و غیراروپایی را مستند سازد.

منابع:

۱. مرکز آمار ایران، (۲۰۲۴). *درگاه ملی آمار*. بازیابی شده در ۱۶ اکتبر ۲۰۲۵، از <https://www.amar.org.ir>
۲. Afshar, P. F., Asgari, P., Shiri, M., & Bahramnezhad, F. (2016). A review of the Iran's elderly status according to the census records. *Galen Medical Journal*, 5(1), 1–6.
۳. Ahmadi, M., Nopour, R., & Nasiri, S. (2023). Developing a prediction model for successful aging among the elderly using machine learning algorithms. *Digital Health*, 9, 20552076231178425. <https://doi.org/10.1177/20552076231178425>
۴. 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.
۵. 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.
۶. Beck, W. (2001). Theorizing social quality: The concept's validity. In W. Beck, L. J. G. Van Der Maesen, F. Thomese, & A. Walker (Eds.), *Social quality: A vision for Europe*. Kluwer Law International.
۷. de São José, J., & Timonen, V. (2025). Age is not just a number: Developing an integrative conceptual framework on age. *Journal of Aging Studies*, 73, 101331. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2025.101331>

8. de Vet, R., Beijersbergen, M. D., Lako, D. A. M., van Hemert, A. M., Herman, D. B., & Wolf, J. (2019). Differences between homeless women and men before and after the transition from shelter to community living: A longitudinal analysis. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), 1193–1203. <https://doi.org/10.1111/hsc.12752>
9. Estes, C. L., Biggs, S., & Phillipson, C. (2003). *Social theory, social policy and aging: A critical introduction*. Open University Press.
10. 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.
11. Gao, Z., Chee, C. S., Omar Dev, R. D., Liu, Y., Gao, J., Li, R., Li, F., Liu, X., & Wang, T. (2025). Social capital and physical activity: A literature review up to March 2024. *Frontiers in Public Health*, 13, 1467571. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1467571>
12. Ghahremaninasab, P., Nadrian, H., Ghassab-Abdollahi, N., Sarbakhsh, P., & Zarghami, F. (2024). "Doing housework with a walker? No way!": Exploring the perceptions of community-dwelling frail older adults and their informal caregivers on "informal caregiver-induced forced immobility". *Korean Journal of Family Medicine*. <https://doi.org/10.4082/kjfm.24.0050>
13. Gianfredi, V., Nucci, D., Pennisi, F., Maggi, S., Veronese, N., & Soysal, P. (2025). Aging, longevity, and healthy aging: The public health approach. *Aging Clinical and Experimental Research*, 37(1), 1–12.
14. Hamedanian, F., & Ghadermazi, S. (2022). Challenges for Iranian women in daily urban safety. *Frontiers in Sociology*, 7, 790905. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.790905>
15. Hashemi, R., Rabizadeh, S., Yadegar, A., Mohammadi, F., Rajab, A., Karimpour Reyhan, S., Seyedi, S. A., Esteghamati, A., & Nakhjavani, M. (2024). High prevalence of comorbidities in older adult patients with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *BMC Geriatrics*, 24(1), 873. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05483-3>
16. Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., & Zewdie, D. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: Framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440–2454. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30652-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30652-x)
17. Holman, D., & Walker, A. (2018). Social quality and health: Examining individual and neighbourhood contextual effects using a multilevel modelling approach. *Social Indicators Research*, 138(1), 245–270. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1640-2>
18. Jalali, M. T., Sarikhani, Y., Askarian, F., Marzaleh, M. A., Najibi, S. M., & Delavari, S. (2023). Factors facilitating and inhibiting the social participation of the elderly in health-oriented activities in Shiraz, Southern Iran. *BMC Geriatrics*, 23(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03892-4>
19. Khankeh, H. R., Farrokhi, M., Khanjani, M. S., Momtaz, Y. A., Forouzan, A. S., Norouzi, M., Ahmadi, S., Harouni, G. G., Roudini, J., Ghanaatpisheh, E., Hamedanchi, A., Pourebrahimi, M., Alipour, F., Ranjbar, M., Naghikhani, M., & Saatchi, M. (2021). The barriers, challenges, and strategies of COVID-19 (SARS-CoV-2) vaccine acceptance: A concurrent mixed-method study in Tehran city, Iran. *Vaccines*, 9(11), 1248. <https://doi.org/10.3390/vaccines9111248>

20. Kiani, M. M., Takian, A., Farzadfar, F., Rezaei, S., & Zandian, H. (2023). The relationships between social capital, metabolic, and behavioral risk factors of non-communicable diseases: A systematic review. *Iranian Journal of Public Health*, 52(9), 1803–1817. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i9.13563>
21. Li, Y., Spini, D., & Lampropoulos, D. (2023). Beyond geography: Social quality environments and health. *Social Indicators Research*, 166(2), 365–379. <https://doi.org/10.1007/s11205-023-03073-1>
22. Lupton, D. (2024). Towards a gerontology of everything: A more-than-human perspective. *Journal of Aging Studies*, 71, 101278. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2024.101278>
23. Morgan, L. A., & Kunkel, S. (1996). *Aging: The social context*. Pine Forge Press.
24. Piroozi, B., Mohamadi-Bolbanabad, A., & Shokri, A. (2024). The growth of aging population in Iran: An achievement or a challenge? *Journal of Gerontological Social Work*, 67(6), 711–714.
25. Rezaeipandari, H., Ravaei, J., Bahrevar, V., Mirrezaei, S., & Morowatisharifabad, M. A. (2020). Social participation and loneliness among older adults in Yazd, Iran. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 2076–2085. <https://doi.org/10.1111/hsc.13018>
26. Safdari-Dehcheshmeh, F., Noroozi, M., Taleghani, F., & Memar, S. (2023). Factors influencing the delay in childbearing: A narrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(1), 10–19. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_65_22
27. Shams Ghahfarokhi, M. (2022). Rising living alone among the elderly in Iran: prevalence and associated factors. *BMC Geriatrics*, 22(1), 622. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03309-8>
28. Shiraly, R., Mahdaviazad, H., Zohrabi, R., & Griffiths, M. D. (2022). Suicidal ideation and its related factors among older adults: A population-based study in Southwestern Iran. *BMC Geriatrics*, 22(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03049-9>
29. Tajik, A., Varmaghani, M., Shirazinia, M., Sharifi, F., Honari, S., Moodi, M., Barekati, H., Khorashadizadeh, M., & Naderimagham, S. (2025). Association between individual social capital and depressed mood in older adults in Iran: Results from baseline data of Birjand Longitudinal Aging Study. *BMJ Open*, 15(8), e096145. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096145>
30. Tajvar, M., Grundy, E., Fletcher, A., Allen, E., & Karami, B. (2023). Role of family factors in provision and perception of social support for older people in Iran: A cross-sectional survey. *BMC Primary Care*, 24(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02236-w>
31. Walker, A., & Van Der Maesen, L. J. G. (2004). *Social quality: The theoretical state of affairs* (Working Paper). European Foundation of Social Quality.
32. Ward, P. R., Meyer, S. B., Verity, F., Gill, T. K., & Luong, T. C. (2011). Complex problems require complex solutions: The utility of social quality theory for addressing the social determinants of health. *BMC Public Health*, 11, 630. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-630>

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

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

pp. 1-20, Received: April 15, 2023 | Accepted: October 25, 2025

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

Hossein Moltafet¹, Abdolrahim Asadollahi^{*1} & Fakhruddin Boraghi⁴

1- Dept. of Sociology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

2- Dept. of Gerontology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

3- Australian Centre for Quality of Life, Deakin University, Melbourne, Australia.

4- Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Abstract:

Background: Iran is undergoing rapid population aging, yet there remains a notable lack of comprehensive, culturally sensitive tools for assessing the social dimensions of older adults' lives. This study sought to address this gap by designing, culturally adapting, and content-validating a national index grounded in the Social Quality framework.

Methods: A mixed-methods methodological design was employed. In the first phase, a systematic review identified 95 core indicators from the European Social Quality framework. In the second phase, the indicators underwent forward-backward translation, followed by cultural adaptation and content validation through an expert panel of 12 specialists during eight focus group sessions.

Results: The final product, the Iranian Gerontological Social Quality Scale (GSSQ-97, 2023), is a 97-item instrument encompassing four major dimensions: socioeconomic security, social cohesion, social inclusion, and social empowerment. To ensure cultural relevance within the Iranian context, two additional items were developed, addressing informal family-based financial support and the traditional mediating role of older adults in community relations.

Conclusion: The GSSQ-97 is a culturally adapted and content-validated instrument that addresses a critical research gap in Iranian gerontology. It is ready for further psychometric evaluation and holds promise as a foundational tool for evidence-based research and policymaking in the field of aging.

Keywords: Older Adults, Iran, Social Quality Approach, Theoretical Construct, Instrumentation.

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