

## Dimensions, Components and Indicators of Social Welfare in Elderly: Looking for a Composite Index

Mir Taher Mousavi,<sup>1</sup> Seyed Hossein Mohaqeqi Kamal,<sup>2</sup> Meroe Vameghi,<sup>3</sup> Hassan Rafiey,<sup>4</sup> Robab Sahaf,<sup>5</sup> Mohammad Ali Mohammadi,<sup>1</sup> Mehdi Mohamadi,<sup>6</sup> Faeze Joghataei<sup>6</sup>

میرطاهر موسوی\*، سیدحسین محقق‌کی‌کمال\*\*، مروئه وامقی\*\*\*، حسن رفیعی\*\*\*\*، رباب صحاف\*\*\*\*\*، محمدعلی محمدی\*، مهدی محمدی\*\*\*\*\*، فائزه جغتایی\*\*\*\*\*

**Introduction:** One of the major achievements of the 21<sup>st</sup> century is increased longevity. But this phenomenon has caused many concerns. With the arrival of the new millennium, ageing has become a major issue in demographic and social policy. In Iran, according to the 1390 census, 6,159,676 people or 8.2% of the population are aged over 60 years old. On the other hand, the concept of social welfare is often described in terms of satisfying human needs. It can be seen as a mental state; it is happiness or life satisfaction. Social welfare has also defined as a function of health, education, security, freedom, the environment, leisure, housing, and almost all combinations of the above. Evaluation of social welfare is very important so that policy decisions, international comparisons,

**مقدمه:** پایش و ارزشیابی طرحها و سیاستهای اجتماعی که با هدف ارتقاء رفاه اجتماعی سالمندان، اجرا می‌شود، نیازمند وجود یک شاخص و ملاک جامع است که تمامی ابعاد زندگی آنها را مد نظر قرار دهد. هدف از این مطالعه مرور جامع مطالعات مرتبط با شاخصها و نشانگرهای رفاه اجتماعی سالمندان و تلاش برای ارائه یک شاخص چندبعدی رفاه اجتماعی سالمندان است.

**روش:** این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی است و با توجه به روش اجرا، مطالعه مروری تلقی می‌گردد. مقالات مرتبط با شاخص رفاه اجتماعی سالمندان در پایگاه‌های علمی فارسی و انگلیسی با کلیدواژه‌های استاندارد تا پایان سال ۱۳۹۳ جستجو شد.

\* دکتر جامعه‌شناس، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.  
\*\* دکتر سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.  
\*\*\* [hosseinmohaqeq@gmail.com](mailto:hosseinmohaqeq@gmail.com)  
\*\*\*\* روانپزشک، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.  
\*\*\*\*\* روانپزشک، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول).  
\*\*\*\*\* دکتر سلامت سالمندان، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.  
\*\*\*\*\* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.  
\*\*\*\*\* کارشناس ارشد جامعه‌شناسی

1. Ph.D. in Sociology
2. Ph.D in Social Welfare and Social Health, <[hosseinmohaqeq@gmail.com](mailto:hosseinmohaqeq@gmail.com)>
3. Psychiatrist
4. Psychiatrist
5. MD, MPH in Gerontology
6. M.A in Social Welfare

indicators of poverty, and inequality researches continually refer to assessments of social welfare. Monitoring and evaluation of social policies for the elderly requires a comprehensive, and precise data that consider all aspects of their life. The aim of this study is a comprehensive review of related studies about measures of elderly social welfare and strives to provide a multi-dimensional index in the field of social welfare of the elderly. **Method:** This study is a descriptive study based on review study. Papers that examined social welfare measures and indexes with regard to elderly were identified through online literature research both in English and Persian database. Quantitative studies were searched and downloaded from Medline (pub med), SID (Scientific Information Database, www.sid.ir), Iran doc (Iranian Research Institute for information Science and Technology, Irandoc.ac.ir), Iranmedex (www.iranmedex.com), Magiran (www.magiran.com) and Iranpsych (Iranian Databases on Mental Health, Psychiatric and Psychological Research, http://iranpsych.tums.ac.ir). The electronic search was performed with no specification of language including articles from 1990 to 1 June 2015. The keywords included Elderly, Old, Older, Aging, Well-being, Welfare, Index, Indicator and Iran. In this case, Boolean operators were used for combined search for the key words. initial search in data bases 326 After the

برای جستجوی دقیق‌تر از عملگرهای بولی برای جستجوی ترکیبی کلید واژه‌ها استفاده شد. در مجموع تعداد ۳۲۶ مقاله به دست آمد. پس از حذف مقالات تکراری، چکیده و سپس متن کامل مقالات بررسی شد و در نهایت ۳۴ مقاله برای مرور و سنتز نهایی انتخاب شد. **یافته‌ها:** در مطالعات بررسی شده، رفاه اجتماعی سالمندان ابعاد مختلفی از جمله اقتصادی، جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی، اشتغال، آموزش، محیط زندگی، عاطفی، اوقات فراغت و دسترسی به خدمات را در بر می‌گیرد. همچنین بیشتر مطالعات داخلی تک بعدی بوده و بیشتر بر بعد روان‌شناختی تأکید نموده‌اند و در هیچ یک از آنها شاخص رفاه اجتماعی چندبعدی استفاده نشده است. ابعاد دسترسی به خدمات مراقبتی (به‌ویژه مراقبت در منزل)، استفاده از تکنولوژیهای جدید، معنویت و فرهنگ و اوقات فراغت سالمندان، تا حدود زیادی مغفول مانده است. توصیه می‌شود در آینده ابعاد اوقات فراغت، معنویت و دسترسی به خدمات در میان سالمندان بیشتر مورد توجه قرار گیرد و علاوه بر این برخی از ابعاد مؤثر بر رفاه اجتماعی سالمندان از قبیل تأثیر تکنولوژیهای جدید در جهت سهولت فعالیتهای روزانه سالمندان نیز وارد مطالعات مرتبط با حوزه رفاه اجتماعی سالمندان شده و در این راستا مورد بررسی قرار گیرند. در مطالعات ایرانی نیز ابعاد گسترده‌تری از رفاه اجتماعی سالمندان مورد بررسی قرار گیرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که در پژوهشهای آتی مرتبط با رفاه اجتماعی سالمندان در ایران، ابعاد وضعیت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و اوقات فراغت سالمندان با توجه به اهمیت خاص آنها و تأکید خاصی که در مطالعات خارجی بر این ابعاد شده است، مورد توجه ویژه واقع شود.

articles were found. At each step of reviewing abstracts the articles that were irrelevant and repetitive removed. 34 studies related to social welfare index in elderly were included in the final review, which was related to the purpose of the study. Then the selected studies reviewed by two reviewers and were extracted dimensions, domains and indicators of social welfare in elderly people.

**Findings:** Reviewing the studies indicate that Iranian studies emphases on mental and psychological aspects of social welfare such as happiness, life satisfaction, well-being, mental health, depression, and mood. On the other hand non-Iranian studies emphases on different aspects of social welfare for the elderly such as social, economic, health and life conditions. 10 dimensions were identified in the 34 reviewed papers including: economics, physical, mental and social condition, employment, education, the environment, emotional status, leisure, and access to services, which having various components. Multidimensional approach has not been used in any of the studied papers so large portion of studies have emphasized on mental dimension. Also, the Iranian researches focus on the mental dimension generally, however relatively less research focuses on leisure, spirituality, and access to services. Furthermore, quality of life and health studies has higher frequency in this review.

**بحث:** در مجموع می‌توان گفت که استفاده از شاخص ترکیبی رفاه اجتماعی سالمندان، به علت پوشش ابعاد مختلف و متنوع، می‌تواند زمینه بررسی عمیق و علمی‌تر رفاه اجتماعی سالمندان را فراهم کرده و با بررسی آن می‌توان با یک دید کلی‌نگر و جامع، به اتخاذ سیاستهای مناسب در زمینه مسائل مختلف دوران سالمندی کمک کرد.

**کلیدواژه‌ها:** رفاه اجتماعی، رویکرد بیانگرهای اجتماعی، سالمندان، شاخص رفاه اجتماعی  
تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۱۷  
تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۱۱

#### مقدمه

یکی از دستاوردهای مهم قرن ۲۱ افزایش طول عمر و به عبارتی افزایش تعداد سالمندان است که بر اثر ارتقاء سلامت و افزایش سالهای زندگی پدید آمده است. اما این پدیده نگرانیهای فراوانی را به وجود آورده است (مرادی و همکاران، ۱۳۹۲). به‌طوریکه با ورود به هزاره جدید، سالمندی به یک مسأله عمده جمعیت‌شناختی و اجتماعی تبدیل گردیده است (مداح و همکاران، ۱۳۹۳). سالمندی در کشورهای پیشرفته به سنین بالای ۶۵ سال اطلاق می‌شود، درحالیکه در کشورهای در حال توسعه، افراد بالای ۶۰ سال سالمند محسوب می‌شوند (سازمان جهانی بهداشت، به نقل از محقق‌کی کمال و همکاران، ۱۳۹۳).

**Discussion:** Paying more attention to the leisure, spirituality and access to services for the elderly are recommended in the future. In addition, the effect of new technologies, which ease the daily activities of elderly people, on social welfare should be considered in the future studies. We conclude that multidimensional and comprehensive index is potentially very useful for elderly policy and recommend researcher to improve them further. It is expected that the initial research, created the new areas for deeper investigation of this issue and provided field for Meta-analysis of studies related to this area. In general, the use of a composite index of social welfare of the elderly, due to the diverse and more dimension of elder people life, can give a broader and more comprehensive approach for analyzing social welfare issues in elder people.

**Keywords:** Elderly, Social indicators approach, Social welfare, Social welfare index, Iran

در سال ۲۰۰۰ جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در جهان ۶۰۰ میلیون نفر (معادل ۱۰٪ کل جمعیت جهان) بود و این میزان در سال ۲۰۱۴، به ۸۶۵ میلیون نفر (۱۲٪) افزایش یافته است و پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد این گروه سنی در سال ۲۰۲۵ به ۱/۲ میلیارد و در سال ۲۰۵۰ به حدود ۲ میلیارد نفر (معادل ۲۱٪ جمعیت کل جهان) برسد (سازمان ملل، ۲۰۱۴؛ آژ و همکاران، ۱۳۹۱). براساس این پیش‌بینی، در این سال برای اولین بار در طول تاریخ بشر تعداد افراد بالای ۶۰ سال با تعداد کودکان تقریباً برابر خواهد شد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱). در ایران نیز طبق سرشماری سال ۱۳۹۰، ۶۱۵۹۶۷۶ نفر (۸/۲٪) از جمعیت کشور را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰). این در حالی است که آمارها نشان می‌دهد که از سال ۱۳۳۵ که ۵/۲٪ از جمعیت کشور سالمند بودند، تا کنون به مرور بر میزان سالمندان کشور افزوده شده است و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۱۰٪ جمعیت کشور را سالمندان تشکیل خواهند داد (میرزایی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۷).

معمول است که در مطالعات سالمندی بیشتر به ابعاد جسمی و بیولوژیک سلامت سالمندان توجه شده و به جنبه‌های بسیار مهم اجتماعی سالمندان توجه کمتری می‌شود. این در حالی است که بعد اجتماعی زندگی، تأثیر به‌سزایی در سلامت افراد، مخصوصاً سالمندان دارد (علیپور و همکاران، ۲۰۰۹). لذا برای رسیدن به سالمندی فعال و سالم می‌بایست علاوه بر ابعاد فیزیولوژیک و جسمانی سالمندان، سایر ابعاد بهداشت روحی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی زندگی آنها نیز مورد توجه قرار گیرد (یزدانپور و سآمارام، ۱۳۹۰). این ابعاد به‌طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و در مجموع می‌توان آنها را در قالب بیانگرها یا شاخصهایی در جهت تعیین وضعیت رفاه و بهزیستی افراد و همچنین سالمندان نشان داد. در هر جامعه جهت انجام اقداماتی در زمینه ارتقای وضعیت اجتماعی، سلامت و کاهش مشکلات روانی افراد جامعه و به خصوص سالمندان، سیاستهایی وضع می‌شود و در راستای آن سیاستها برنامه‌ها و طرحهایی تدوین و اجرا می‌شود. در واقع هدف کلی این سیاستها را می‌توان ارتقای وضعیت رفاه اجتماعی افراد جامعه دانست. اما نکته مجهول و مغفول این سیاستها، ارزشیابی و پایش نتایج اجرای آنهاست. برای ارزشیابی این طرحها نیازمند یک معیار مناسب و جامع هستیم که تغییرات صورت گرفته در تمام ابعاد زندگی آنها را بررسی کند. لذا به‌نظر می‌رسد که شاخص ترکیبی رفاه اجتماعی مناسب‌ترین معیار برای سنجش و ارزشیابی وضعیت رفاه اجتماعی گروه‌های مختلف و از جمله سالمندان است. مکانیسم‌های رفاه اجتماعی متناسب با نیازهای هر گروه سنی، متفاوت است. بنابراین ویژگیها و ابعاد رفاه اجتماعی در میان سالمندان نیز، مختص شرایط خاص آنهاست. در واقع سالمندی از دوره‌های حساس زندگی است و توجه به مسائل و نیازهای خاص سالمندان از این منظر قابل بررسی است که با وجود افزایش روزافزون جمعیت آنها، مشکلات آنها نیز بیشتر می‌شود، اما هنوز نیازهای آنها همانند نیازهای سایر بزرگسالان در نظر گرفته می‌شود (محقق‌ی کمال و همکاران، ۱۳۸۷). هدف از این تحقیق مرور جامع

مطالعات مرتبط با شاخصها و بیانگرهای رفاه اجتماعی سالمندان و تلاش برای ارائه یک مدل و شاخص چندبعدی در زمینه ابعاد رفاه اجتماعی سالمندان است.

## مبانی نظری

### مفهوم رفاه اجتماعی

واژه‌هایی مانند رفاه اجتماعی، از جمله واژه‌هایی هستند که از یک طرف، مولود نظامهای مدرن هستند و از این‌رو، در تعریف آنها نوعی ابهام و پیچیدگی وجود دارد و از طرف دیگر، وضعیت چندبعدی اقتصادی-اجتماعی و سیاسی را در بر می‌گیرند. رفاه اجتماعی را می‌توان از ابعاد متفاوتی مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. در مبانی مطالعات اجتماعی، آن را مجموعه‌ای متشکل از خدمات، مؤسسات و نهادها برای تأمین زندگی مطلوب و برخورداری از موهبت‌های طبیعی و منابع اجتماعی تعریف می‌کنند و به عبارت دیگر، طرفداران رفاه اجتماعی، معتقدند که جنبه‌های خاصی از زندگی اجتماعی نباید به دست خیال‌پردازیهای بازار سپرده شود. این اهداف رفاهی شامل تولید امکانات رفاهی معمول مانند بیمه بیکاری، بهداشت، آموزش، بازنشستگی و فقرزدایی می‌شود. در نظریات جدید موضوع دیگر برآورده شدن نیازها نیست بلکه مهیا کردن شرایط از جمله وجود بیمه بیکاری را یک اولویت می‌دانند، در عین حال با مهیا کردن شرایط یعنی توزیعهای مجدد رفاه اجتماعی (درآمد، پرداختهای نقدی و غیرنقدی و ...) شرایط رفاه را فراهم می‌آورند (هزارجریبی و صفری‌شالی، ۱۳۹۱).

تلاش برای ارائه مفهوم علمی از رفاه توسط اقتصاددان ایتالیایی ویلفردو پارتو (۱۹۲۳-۱۸۴۸) انجام گرفت. اصل پارتو چنین می‌گوید: زمانی از بهبود رفاه به معنای واقعی کلمه می‌توان سخن گفت که بهبود وضع زندگی افراد (دست کم یک نفر) به بدتر شدن وضع افراد دیگر (حتی یک نفر) نینجامد. اصل پارتو بر سه فرض متکی است: ۱- هر فرد بهترین قاضی رفاه خود است. ۲- رفاه اجتماعی منحصراً نتیجه عملکرد رفاه فرد است. ۳- اگر افزایش رفاه فرد به قیمت کاهش رفاه دیگری تمام نشود، رفاه اجتماعی افزایش می‌یابد (زاهدی اصل، ۱۳۸۱).

سازمان ملل متحد واژه رفاه اجتماعی را اینگونه تعریف کرده است: «رفاه اجتماعی دامنه وسیعی از فعالیتها و برنامه‌هایی را که تحت نظارت دولت برای بهزیستی افراد و جامعه انجام می‌شود، در بر می‌گیرد» (به نقل از هزارجریبی و صفری‌شالی، ۱۳۹۱). در هر حال، یک تعریف جامع از رفاه اجتماعی شاید هم شامل مؤلفه‌های عینی بهزیستی نظیر رفاه مادی و بهداشتی باشد و هم مواردی نظیر فرصتها و استقلال را در برگیرد (بلیک مور، ۱۳۸۵). تعریف مختار مطالعه حاضر برگرفته از کار اسلام و کلارک (۲۰۰۲) است که رفاه اجتماعی را تابعی از بخشهای سلامت، آموزش، مسکن، اوقات فراغت، امنیت، آزادی و محیط زیست می‌داند.

### رفاه عینی و رفاه ذهنی

دو جنبه مهم رفاه اجتماعی شامل رفاه عینی<sup>۱</sup> و رفاه ذهنی<sup>۲</sup> می‌شود: رفاه عینی عبارت است از: قدرت خرید و توانایی در کسب تسهیلات و امکانات زندگی. در اینجا، به‌منظور کمی و محاسبه‌پذیر شدن، رفاه را مترادف با بهره‌مندی یا مطلوبیت<sup>۳</sup> در نظر می‌گیرند. شاخصهای عینی عبارتند از:

الف) سطح درآمد: سطح درآمد افراد جامعه شاخص مهمی است البته باید توجه داشت که میزان درآمد بستگی به قدرت خرید دارد، زیرا در این زمینه نمی‌توان مرز مشخصی برای تمامی کشورها مشخص کرد، زیرا قدرت خرید، با توجه به مبلغ معین در کشورهای مختلف، متفاوت است.

ب) تغذیه: به‌طور کلی، گزارشات گوناگون حاکی از وضعیت نابسامان تغذیه در کشورهای مختلف جهان می‌باشد. برخی از علل ایجاد سوء تغذیه عبارتند از: عادت غذایی

1. subjective well-being
2. objective well-being
3. utility

نادرست، مصرف نکردن غذای کافی، بیماریهای انگلی و عفونی، درآمد پایین خانوار و وضع نامطلوب بهداشت محیط.

ج) امکانات بهداشتی: دسترسی به خدمات بهداشتی و سلامت از شاخصهای عینی مؤثر در بهبود وضعیت رفاهی و تواناسازی افراد است (محقق کیما، ۱۳۹۳).

رفاه ذهنی، که در حوزه روان‌شناسی و جامعه‌شناسی قابل مطالعه است، به معنی چگونگی ارزیابی مردم از زندگی خودشان است. این ارزشیابی ممکن است شناختی اولیه باشد یا اینکه شامل تجارب هیجانی رضایت‌بخش یا نارضایتیها باشد. به هر حال، امر مسلم این است که سطوح رفاه ذهنی در میان افراد مختلف متفاوت است (چناری، ۱۳۸۷).

از طرف دیگر، رفاه ذهنی به احساسها، ادراکها، شناختها و تجربه‌های همان فردی مربوط می‌شود که موضوع رفاه قرار گرفته است. یعنی رفاه ذهنی به آن شخص یا خویشتن او وابسته است (فیتزپتریک، ۱۳۸۱). در این راستا «خوشبختی»، یک احساس خوشایند است و به عبارت دیگر احساس برخورداری از رفاه و رضایت خاطر است (فوردیس، ۲۰۰۰).

راسل نیز معتقد است که رفاه ذهنی به دریافتهای شخص از خود و بینش ذهنی از تجربه زندگی خود اشاره دارد. رفاه ذهنی ارزیابیهای احساسی و شناختی از زندگی فرد را در برمی‌گیرد و حالت پیشرفته رضایت درونی را ارائه می‌کند. یکی از جامع‌ترین تعریفهایی که در ارتباط با رفاه ذهنی ارائه شده، متعلق به «دینر» است. از نگاه وی، رفاه ذهنی شامل تمامی ارزیابیهای مثبت و منفی‌ای می‌شود که مردم در مورد زندگی‌شان انجام می‌دهند. رفاه ذهنی شامل ارزیابیهای بازتابی شناختی همچون رضایت از زندگی، رضایت شغلی، علاقه و تعهدات و همچنین شامل عکس‌العملهای عاطفی در برابر وقایع زندگی همچون شادی یا ناراحتی است. بنابراین رفاه ذهنی مانند چتری است برای ارزیابیهای متفاوتی که افراد براساس زندگی‌شان و نوع وقایعی که برایشان اتفاق می‌افتد، تفسیر می‌کنند (راسل، ۲۰۰۸)؛ به نقل از هزار جریبی و صفری شالی، ۱۳۹۱).



برای بررسی وضعیت رفاه اجتماعی سالمندان، هر کدام از تحقیقات، تأکید خود را بر بعد خاصی متمرکز کرده‌اند. برای نمونه لارسون<sup>۱</sup> اشاره کرد که مهم‌ترین عوامل رفاه ذهنی برای افراد بیش از ۶۰ سال در آمریکا شامل وضعیت سلامت، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و درجه تعامل اجتماعی آنها می‌باشد (کای<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۱). گوسلین و همکاران نیز، شاخصهای روان‌شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی و سرزندگی را به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفه‌های رفاه اجتماعی سالمندان معرفی می‌کنند (گوسلین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

### شاخصهای منفرد و شاخصهای ترکیبی

رفاه اجتماعی در ابتدا بر وضعیت اقتصادی افراد تأکید داشت اما در دهه ۱۹۶۰، جنبش بیانگرهای اجتماعی<sup>۴</sup> رفاه اجتماعی را مفهومی چندبعدی معرفی کرد و آن را از انحصار اقتصاد خارج نمود. جنبش بیانگرهای اجتماعی، طرفداران شاخصهای اجتماعی را به دلیل تمرکز بر یک شاخص خاص و تلاش برای یافتن بهترین شاخصها و ایده‌آل‌ترین سیاستها نقد می‌کنند و در مقابل بر فرایندهایی در جهت ادغام موفق شاخصهای مختلف در قالب یک برنامه مشترک تأکید می‌کنند.

این رویکرد، ابعادی دیگر نظیر سلامت، آموزش، مسکن، محیط و غیره را به مفهوم رفاه اجتماعی افزود (وادل<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵؛ محقق کمال و همکاران، ۱۳۹۳).

بعد از معرفی این رویکرد، در دهه ۱۹۹۰ آثار متعددی این ایده را پذیرفتند که وضعیت یک جامعه را نباید تنها از طریق درآمد ملی سرانه آن جامعه بررسی نمود بلکه باید مجموعه‌ای از بیانگرها را در این بررسی وارد نمود.

علت آن است که افزایش درآمد ملی سرانه لزوماً به رشد اقتصادی بیشتر، ارتقاء بهزیستی و استاندارد زندگی بالاتری برای اعضای جامعه منتهی نمی‌شود. برای مثال،

1. Larson

4. social indicator movement

2. Kai

5. Waddell

3. Gosselin

می‌توان به مطالعات دویال و گاف<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴: دالی و کوب<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹: فالکنگهام<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴: بانک جهانی، ۲۰۰۱: سازمان ملل متحد، ۱۹۹۰ و سن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷ اشاره کرد.

گزارش استیگلیتز-سن-فیتوزی<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) مجدداً بر این نکته تأکید کرد که درآمد ملی سرانه برای بررسی وضعیت رفاه اجتماعی جامعه مناسب نیست. این گزارش همچنین پیشنهاداتی ارائه می‌کند که یکی از آنها اندازه‌گیری رفاه اجتماعی توسط مفهومی چند بعدی است که دامنه وسیعی از ابعاد را در بر می‌گیرد. در نتیجه باید بیانگرهای دیگری را به جای سنج‌های متداول درآمدی که انحصاراً رویکرد یک بعدی دارند را بکار گرفت.

به‌طور کلی، شاخصها در مباحث رفاه اجتماعی در دو ساختار به کار گرفته می‌شوند. شاخصهای منفرد<sup>۶</sup> و شاخصهای ترکیبی. شاخصهای منفرد رفاه اجتماعی، شاخصهایی هستند که تنها توان سنجش و ارزیابی بعد خاصی از رفاه اجتماعی را دارند. به‌طور مثال، درآمد ملی سرانه یک شاخص منفرد است که در آن تنها به بعد مصرف در رفاه جامعه توجه می‌شود. در مقابل، شاخصهای ترکیبی که تجمیعی از شاخصهای منفرد هستند، رفاه اجتماعی را از ابعاد مختلف اندازه‌گیری می‌کنند. شاخصهای ترکیبی با مزیت توانایی خلاصه کردن مقدار زیادی اطلاعات در جهت دستیابی به سادگی در درک و فهم عمومی و ارائه تحلیل نهایی، امروزه بیشتر مورد توجه پژوهشگران قرار دارند.

شاخصهایی از قبیل سن (۱۹۷۷الف)، شاخص توسعه انسانی (برنامه توسعه سازمان ملل، ۱۹۹۰-۲۰۱۲)، شاخص رفاه اقتصادی (اسبرگ<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹)، شاخص رفاه اقتصادی پایدار (دالی<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵)، شاخص جامعه پایدار (فاسولو<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱) و شاخص لگاتوم<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۲) از جمله شاخصهای ترکیبی رفاه هستند که امروزه کاربرد بیشتری در پژوهشها دارند. یکی از انتقاداتی که همواره

1. Doyal and Gough  
4. Sen  
7. Osberg  
10. Legatum prosperity index

2. Daly and Cobb  
5. Stiglitz-Sen-Fitoussi  
8. Daly

3. Falkingham  
6. Single index  
9. Fasolo

متوجه این شاخصهاست، بومی نبودن و عدم برخورداری از «دانش محلی»<sup>۱</sup> در تدوین آنهاست. در شاخصهای جدید، علاوه بر ابعاد عینی، ابعاد ذهنی رفاه اجتماعی (نظیر آزادیهای مدنی و حقوق سیاسی)، ابعاد زیست محیطی (نظیر آلاینده‌های زیست محیطی و تخریب منابع طبیعی)، نحوه حکمرانی، پایداری منابع و ... نیز مورد نظر می‌باشد. امروزه شاخصهای ترکیبی که عملکرد و وضعیت کشورها را نشان می‌دهند به‌عنوان ابزار بسیار سودمندی در تحلیل سیاستهای اجتماعی شناخته می‌شوند. در سالهای اخیر استفاده از شاخصهای ترکیبی در حال افزایش است به‌طوری‌که در مطالعه بندورا<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) به ۱۶۰ مورد از این شاخصها اشاره شده است. شاخصهای ترکیبی مقایسه عملکرد کشورها و یا عملکرد سالهای مختلف یک کشور خاص را به‌صورتی ساده و قابل فهم فراهم می‌کنند، به‌طوری‌که برای تشریح و توصیف مسائل پیچیده و مختلف در زمینه‌های گوناگون از جمله محیط، اقتصاد، اجتماع، توسعه تکنولوژی،... کاربرد دارند (سازمان توسعه و همکاریهای اقتصادی، ۲۰۰۸).

## روش

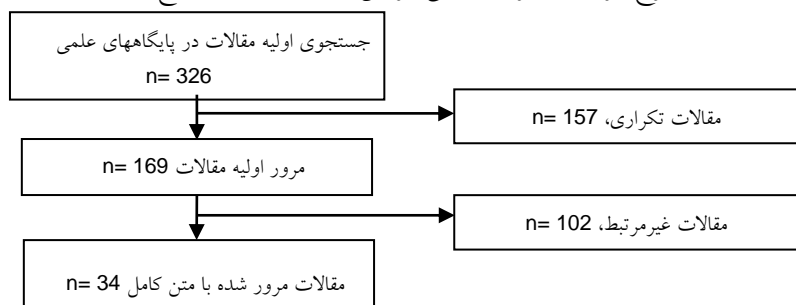
این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی است و با توجه به روش اجرا، مطالعه مروری تلقی می‌گردد. جهت دستیابی به مطالعات مرتبط با شاخصهای رفاه اجتماعی سالمندان، ابتدا سه دسته از کلیدواژه‌های مرتبط شامل ۱= (Aging, Age, older, Old, Elderly) و ۲= (Late life) و (index) و (indicator) و ۳= (Well-being و welfare) از طریق دستور ترکیبی AND در بین عنوان مقالات در پایگاههای اطلاعاتی انگلیسی زبان PubMed, Scopus, Science Direct, Google Scholar, جستجو شد. در پایگاههای فارسی زبان نیز به همین ترتیب سه دسته از کلیدواژه‌های ۱= (کهنسال، سالخورده، پیر و سالمند)، ۲= (بهبودی، رفاه و سلامت) و ۳= (شاخص، بیانگر،

1. local knowledge  
2. Bandura

عوامل و مؤلفه) در مرکز داده‌های پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران (IranDoc)، بانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (Iranmedex)، پایگاه مجلات تخصصی نور (Noormags) و بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran) تا پایان سال ۱۳۹۳ جستجو شد.

لازم به ذکر است که به دلیل اینکه محدود کردن جستجو در بین عنوان مقالات در برخی پایگاههای فارسی وجود ندارد و همچنین محدود بودن نتایج در این پایگاهها، جستجوی مقالات در بین تمام متن مقالات صورت گرفت و مقالات مرتبط با ابعاد مختلف رفاه از قبیل کیفیت زندگی، سلامت و شادکامی نیز وارد مرور نهایی گردید.

پس از جستجوی اولیه پایگاهها، در مجموع تعداد ۳۲۶ مقاله (۲۴۹ مقاله فارسی و ۷۷ مقاله انگلیسی) به دست آمد. در ادامه ۱۵۷ مقاله تکراری حذف شد و سپس چکیده ۱۶۹ مقاله باقی مانده مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله نیز ۱۰۲ مقاله غیرمرتبط حذف شد و در پایان پس از بررسی متن کامل مقالات، ۳۴ مقاله (۱۴ مقاله انگلیسی و ۲۰ مقاله فارسی) که با اهداف پژوهش همخوانی داشت انتخاب شد. سپس مطالعات منتخب بررسی و ابعاد و مؤلفه‌های رفاه اجتماعی آنها مستخرج گردید در مرحله نهایی نیز این ابعاد و مؤلفه‌ها تجمیع شد.



نمودار (۱) دیاگرام ورود و خروج مقالات به مطالعه اصلی

جدول (۱) خلاصه مقالات فارسی مرتبط با شاخصهای رفاه اجتماعی

| ردیف | نویسنده، سال                 | شاخص  | مؤلفه و زیر شاخص  |
|------|------------------------------|---|---|
| ۱    | علیزاده و همکاران، ۱۳۹۲      | شاخص بهزیستی روانی  | شاد بودن، کسل بودن، غمگینی، تنهایی و آرامش  |
| ۲    | علیزاده و همکاران، ۱۳۸۸      | شاخص بهزیستی روانی  | شاد بودن، کسل بودن، غمگینی، تنهایی و آرامش  |
| ۳    | کشفی و همکاران، ۱۳۸۷         | مقیاس افسردگی بک  | افسردگی   |
| ۴    | قلی‌زاده و شیرانی، ۱۳۸۹      | پرسشنامه محقق ساخته رضایت اجتماعی                           | رضایت اجتماعی   |
| ۵    | ظریف‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳    | مقیاس روحیه مرکز سالمندشناسی فیلادلفیا                      | سرآسیمگی، نگرش به پیری و ناخشنودی تنهایی  |
| ۶    | یوسفی و همکاران، ۱۳۹۴        | مقیاس شادکامی اکسفورد                                       | عاطفه مثبت، رضایت و نبود عاطفه منفی   |
| ۷    | علیزاده و همکاران، ۱۳۹۲      | SF-36   | عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی |
| ۸    | میرزائی، ۱۳۸۷                | سلامت خود ادراک   | سلامت خود ادراک   |
| ۹    | بهرامی و رمضانی‌فرانی، ۱۳۸۴  | مقیاس ۲۸ سؤالی گلدبرگ                                       | علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی   |
| ۱۰   | مرتضوی و همکاران، ۱۳۹۰       | مقیاس ۲۸ سؤالی گلدبرگ                                       | علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی   |
| ۱۱   | نجفی و همکاران، ۱۳۹۲         | GHQ 28 / SF- 12   | علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی   |
| ۱۲   | شیخ‌الاسلامی و خدادادی، ۱۳۹۰ | مقیاس ۲۸ سؤالی گلدبرگ                                       | علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی   |
| ۱۳   | شاکری نیا، ۱۳۹۱              | مقیاس ۲۸ سؤالی گلدبرگ                                       | علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی   |
| ۱۴   | شیانی و زارع، ۱۳۹۲           | پرسشنامه شادکامی اکسفورد، کیفیت زندگی، مقیاس رضایت از زندگی | شادکامی، رضایت از زندگی، رضایت محیطی و کیفیت زندگی  |
| ۱۵   | آقانوری و همکاران، ۱۳۹۰      | SF-36   | عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی |

1. psychological wellbeing index

| ردیف | نویسنده، سال              | شاخص                       | مؤلفه و زیر شاخص  |
|------|---------------------------|----------------------------|---|
| ۱۶   | بابایی و همکاران، ۱۳۸۴    | SF-36                      | عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی |
| ۱۷   | زحمتکشان و همکاران، ۱۳۹۲  | فرم خلاصه کیفیت زندگی WHO  | سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی، محیط و وضعیت زندگی  |
| ۱۸   | رفعتی و همکاران، ۱۳۸۴     | SF-36                      | عملکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی |
| ۱۹   | محقق کیما و همکاران، ۱۳۸۷ | پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد | عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی                                 |
| ۲۰   | علی پور و همکاران، ۱۳۸۸   | پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد | عملکرد جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی                                 |

## یافته‌ها

خلاصه مقالات نهایی به دست آمده از جستجو و غربالگری مطالعات، مورد بررسی قرار گرفت و شاخصهایی که در جهت سنجش ابعاد رفاه اجتماعی سالمندان مورد استفاده قرار گرفته بود استخراج گردید. این شاخصها به تفکیک مطالعات فارسی و انگلیسی در جداول (۱) و (۲) گزارش شده است.

به طور کلی از بین ۲۰ مطالعه به دست آمده از مطالعات ایرانی تنها مطالعه شینانی و زارع (۱۳۹۲)، به طور مستقیم به بررسی وضعیت رفاه اجتماعی سالمندان پرداخته اند که چهار متغیر شادکامی، رضایت از زندگی، رضایت محیطی و کیفیت زندگی را به عنوان رفاه ذهنی سالمندان مد نظر قرار داده اند. دو مطالعه در سالهای ۱۳۸۸ و ۱۳۹۲ (علیزاده و همکاران، ۱۳۸۸؛ علیزاده و همکاران ۱۳۹۲) نیز به بررسی وضعیت بهزیستی سالمندان پرداخته بودند، اما این دو مطالعه نیز بر بهزیستی روانی سالمندان تأکید کرده بودند و سایر مطالعات، به طور غیرمستقیم ابعاد مختلف رفاه

اجتماعی را مدنظر قرار داده‌اند. ۷ مطالعه به بررسی کیفیت زندگی سالمندان پرداخته‌اند (بابایی و همکاران، ۱۳۸۴؛ محقق‌کی‌کمال و همکاران، ۱۳۸۶؛ رفعتی و همکاران، ۱۳۸۶؛ آقانوری و همکاران، ۱۳۹۱؛ زحمتکش‌ان و همکاران، ۱۳۹۲؛ شبانی و زارع، ۱۳۹۳؛ علی‌پور و همکاران، ۱۳۸۸؛ علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹) و ۷ مطالعه دیگر نیز ابعاد مختلف سلامتی از قبیل سلامت جسمی (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۲)، سلامت عمومی (شاکری نیا، ۱۳۹۲) و سلامت روان (بهرامی و رضانی فرانی، ۱۳۸۴؛ صالحه و همکاران، ۱۳۹۰؛ فرزانه و همکاران، ۱۳۹۰؛ نجفی و همکاران، ۱۳۹۲) سالمندان را مورد بررسی قرار داده‌اند. سایر مطالعات نیز به بررسی سایر متغیرهای روان‌شناختی از قبیل افسردگی (کشفی و همکاران، ۱۳۹۰)، نشاط (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۴) و روحیه (ظریف‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳) سالمندان پرداخته‌اند.

با توجه به اطلاعات به‌دست آمده از جدول فوق، ابزارهای متعددی برای سنجش وضعیت رفاه اجتماعی سالمندان مورد استفاده قرار گرفته‌اند. بیشترین ابزار مورد استفاده در بین این مطالعات، ابزار SF-36 بود که در چهار مطالعه مورد استفاده قرار گرفته بود (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۲؛ آقانوری و همکاران، ۱۳۹۱؛ بابایی و همکاران، ۱۳۸۴؛ رفعتی و همکاران، ۱۳۸۴). فرم کوتاه ۳۶، یک ابزار عمومی اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی است که از آن می‌توان برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در گروه‌های جمعیتی مختلف از جمله سالمندان استفاده کرد (درویش‌پورکاخکی و همکاران، ۱۳۸۸). اما با توجه به اینکه سایر ابزارهای استفاده شده، از فراوانی قابل توجهی در این مطالعات برخوردار نبودند، امکان توضیح تمامی آنها فراهم نیست. بنابراین در ادامه مقوله‌ها و مؤلفه‌های مشترکی که ابزارهای متعدد اما مشابهی آنها را سنجیده بودند مورد بررسی قرار داده‌ایم.

در مجموع بیشتر مطالعات داخلی تک‌بعدی بوده و بیشتر بر بعد روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در سالمندان تأکید نموده‌اند و در هیچ یک از آنها از یک شاخص رفاه اجتماعی چندبعدی استفاده نشده است.

جدول (۲) خلاصه مقالات انگلیسی زبان مرتبط با شاخصهای رفاه اجتماعی

| ردیف | نویسنده، سال                            | شاخص   | توضیحات/متغیرهای مورد سنجش / زیرمقیاسها  |
|------|---|--|--|
| ۱    | میرینگوف و پالیسی <sup>۱</sup> ، ۱۹۹۵   | شاخص سلامت عمومی سالمندان                    | میزان فقر افراد، هزینه پرداختی از جیب مراقبتهای بهداشتی سالمندان   |
| ۲    | بالکومبه <sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱   | مقیاس روحیه مرکز سالمندشناسی فیلادلفیا       | سرآسیمگی، نگرش به پیری و ناخشنودی تنهایی   |
| ۳    | کارمل <sup>۳</sup> ، ۲۰۱۱               | اراده زندگی (WTL))                           | مقیاس سنجش رفاه سالمندان   |
| ۴    | شاخص دیدبان سن جهانی، ۲۰۱۴              | شاخص جهانی دیده بان سالمندان <sup>۴</sup>    | امنیت درآمدی، وضعیت سلامتی، اشتغال و تحصیلات، محیط قادرساز   |
| ۵    | کندا <sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱       | شاخص رفاه در جمعیتهای سالخورده (SCL/ ) (PRB) | رفاه مادی، رفاه جسمانی، رفاه اجتماعی، رفاه عاطفی   |
| ۶    | بونسیگنوره <sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱ | مقیاس رفاه سازمان بهداشت جهانی               | بهبودی روانشناختی  |
| ۷    | هان <sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۱        | مقیاس رفاه سازمان بهداشت جهانی               | بهبودی روانشناختی  |
| ۸    | فوینتنس <sup>۸</sup> ، ۲۰۱۴             | وضعیت رفاه جسمی و ذهنی                       | رضایت از زندگی، سازگاری عاطفی، سلامت درک شده   |
| ۹    | فلدمن و اوپرلیک <sup>۹</sup> ، ۲۰۰۳     | شاخصهای سلامت و رفاه سالمندان                | دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی - فرصتهای فعالیت فیزیکی - کاهش موانع استفاده از مراقبتهای پزشکی - دسترسی به خدمات مراقبتی |

1. Miringoff and Policy

4. Carmel

7. Kaneda

10. Castellano Fuentes

2. Balcombe

5. Will to live

8. Bonsignore

11. Feldman and Oberlink

3. Morale

6. Global Age Watch Index

9. Heun



| شماره | نویسنده، سال          | شاخص                                | توضیحات/متغیرهای مورد سنجش/ زیرمقیاسها  |
|-------|-----------------------|-------------------------------------|---|
| ۱۰    | گروسل و همکاران، ۲۰۰۴ | مقیاس کیفیت رفاه ((QWB))            | فعالیت فیزیکی، فعالیت اجتماعی، تحرک و علائم مشکلات پیچیده   |
| ۱۱    | پرز و همکاران، ۲۰۱۲   | شاخص بهزیستی فردی ((PWI))           | استاندارد زندگی، شاخصهای سلامت، شاخصهای روانشناختی، فعالیت اوقات فراغت، شاخص خانواده و شبکه‌های اجتماعی، محیط مسکونی، منابع اقتصادی |
| ۱۲    | گروسل و همکاران، ۲۰۰۸ | رفاه عمومی ((GWBS))                 | اضطراب، افسردگی، رفاه مثبت، کنترل عواطف، سرزندگی و سلامت عمومی  |
| ۱۳    | دالمن و فری، ۲۰۰۴     | شاخص معنویت از رفاه ((SIWB))        | خودکارآمدی و طرحواره زندگی  |
| ۱۴    | گروسی و همکاران، ۲۰۰۶ | شاخص رفاه عمومی روانشناختی ((PGBS)) | کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، اضطراب، خلق افسرده، رفاه مثبت، کنترل خود، سلامت عمومی و نشاط  |

در مطالعات انگلیسی‌زبان نیز از بین ۱۴ مطالعه برگزیده، ۱۰ مطالعه به‌طور مستقیم شاخصهای رفاه و بهزیستی سالمندان را مورد بررسی قرار داده‌اند (دالمن، ۲۰۱۴: فونتس، ۲۰۰۱: گوسیلین، ۲۰۰۸: گروسول، ۲۰۰۴: هان، ۲۰۰۶: گروسی و دیگران، ۲۰۰۶: شاخص دیدبان جهانی سالمندان، ۲۰۱۴: پرز و همکاران، ۲۰۱۲: کانا و همکاران، ۲۰۱۱: فری، ۲۰۰۴ و فلدمن و اوبلیک، ۲۰۰۳). سایر مطالعات نیز به سنجش روحیه (بالکومه و همکاران، ۲۰۰۱)، سلامت عمومی (میرینگوف و پالیسی، ۱۹۹۵)، فعالیت کاری (بویکووا و زولوتاریووا، ۲۰۰۱) و اراده زندگی (کارمل، ۲۰۱۱) سالمندان پرداخته‌اند.

همانطورکه مشاهده می‌شود، جهت سنجش وضعیت رفاه اجتماعی سالمندان، مؤلفه‌های متعددی مورد تأکید بوده‌اند. حتی مطالعاتی که به‌صورت مستقیم رفاه اجتماعی

1. Groessl

2. Quality of Well-Being Scale

3. Rojo-Perez

4. Daaleman and Frey

5. Grossi

6. Boykova and Zolotaryova

سالمندان را بررسی کرده‌اند، با توجه به گستردگی مفهوم رفاه اجتماعی بر ابعاد خاصی از آن تأکید داشته‌اند. بنابراین سعی کرده‌ایم که با ترکیب متغیرهای مختلف، یک مدل جامع از شاخص رفاه اجتماعی سالمندان ارائه کنیم. در ادامه ابعاد رفاه اجتماعی سالمندان همراه با مؤلفه‌های هر یک از آنها استخراج شده و در قالب یک مدل کلی از شاخص رفاه اجتماعی سالمندان ارائه شده است (جدول ۳).

طبق اطلاعات به دست آمده از جدول (۳)، رفاه اجتماعی مفهومی چندبعدی است و این ابعاد طبق مطالعه حاضر شامل ۱۰ بعد «وضعیت اقتصادی»، «وضعیت جسمی (سلامت)»، «وضعیت روانی»، «وضعیت اجتماعی»، «وضعیت اشتغال»، «وضعیت آموزش»، «وضعیت محیط زندگی»، «وضعیت عاطفی»، «اوقات فراغت» و «دسترسی به خدمات» می‌باشد. هر کدام از این ابعاد نیز از مؤلفه‌های مختلفی تشکیل شده‌اند. در این میان بیشتر مطالعات بر بعد وضعیت روانی سالمندان تأکید نموده‌اند. در میان مؤلفه‌های مختلف نیز، کیفیت زندگی در ۷ مطالعه (بابایی و همکاران، ۱۳۸۴؛ محقق‌کیمال و همکاران، ۱۳۸۶؛ آقانوری و همکاران، ۱۳۹۲؛ رفعتی و همکاران، ۱۳۸۴؛ شبانی و زارع، ۱۳۹۲؛ علیپور و همکاران، ۱۳۸۸) مورد بررسی قرار گرفته است و بر این اساس می‌توان این متغیر را به عنوان بیشترین مؤلفه‌ای که در بررسی وضعیت رفاه اجتماعی سالمندان در مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفته است معرفی کرد و بعد از آن سلامت روان (شاخص جهانی دیده‌بان سالمندان، ۲۰۱۴؛ مرتضوی و همکاران، ۲۰۱۱؛ نجفی و همکاران، ۲۰۱۳؛ بهرامی و رضانی فرانی، ۱۳۸۴) و احساس تنهایی (علیزاده و همکاران، بالکومبه و همکاران، ۲۰۰۱؛ پرز و همکاران، ۲۰۱۲؛ ظریف‌نژاد و همکاران، ۲۰۱۴) در ۴ مطالعه مورد تأکید واقع شده است. اما در مطالعات به دست آمده، مؤلفه‌های مربوط به وضعیت اوقات فراغت و دسترسی به خدمات در سالمندان، از کمترین فراوانی برخوردار است. لازم به ذکر است که طبق یافته‌های به دست آمده، فقر یک مؤلفه چند بعدی است به گونه‌ای که در یکی از مطالعات به عنوان مؤلفه اجتماعی رفاه و در مطالعه‌ای دیگر به عنوان یک مؤلفه اقتصادی

در نظر گرفته شده بود اما در این پژوهش ذیل بعد اقتصادی مد نظر قرار گرفت. علاوه بر این سلامت روان نیز خود به بعد جسمانی و روانی قابل تقسیم است و در هر کدام از مطالعات یکی از این جنبه‌ها مورد تأکید واقع شده است.

جدول (۳) ابعاد و مؤلفه‌های رفاه اجتماعی سالمندان

| ردیف | ابعاد              | مؤلفه‌ها  |
|------|--------------------|---|
| ۱    | وضعیت اقتصادی      | امنیت درآمدی/ پوشش مستمری درآمدی  |
|      |                    | نرخ فقر در دوران سالمندی/ درصد افراد دارای فقر مطلق   |
|      |                    | رفاه نسبی سالمندان/ متوسط درآمد خانواده سالمند  |
|      |                    | ادراک از وضعیت اقتصادی خود  |
|      |                    | هزینه از جیب سلامت در دوران سالمندی   |
| ۲    | وضعیت جسمی (سلامت) | درصد افراد دارای ناتوانی و معلولیت/ درصد افراد با مشکلات پیچیده سلامتی/ تعداد وضعیتهای پزشکی مزمن |
|      |                    | فعالیت فیزیکی/ محدودیت نقش در اثر مشکلات جسمی/ توانایی عملکرد جسمی/ سلامت جسمی/ درد بدنی          |
|      |                    | امید به زندگی (سالم) در ۶۰ سالگی  |
|      |                    | درصد افرادی که در دریافت دارو هیچ مشکلی ندارند  |
|      |                    | شادکامی/ رضایت از زندگی/ کیفیت زندگی (مرتبط با سلامت)   |
| ۳    | وضعیت روانی        | آرامش/ احساس روانی خوب بودن   |
|      |                    | سلامت (بهبودی) روانی/ کنترل خود/ کنترل عواطف/ تعادل   |
|      |                    | محدودیت نقش در اثر مشکلات روانی/ افسردگی/ اضطراب/ سرآسیمگی/ نرخ خودکشی سالمندان                   |
|      |                    | روحیه/ انرژی و نشاط/ سرزندگی/ کسل بودن/ غمگینی  |
|      |                    | نگرش به دوران سالمندی/ احساس تنهایی   |
|      |                    | رفاه مثبت/ درک از سلامت خود/ تجربه مثبت و منفی  |
|      |                    |   |

| ردیف | ابعاد            | مؤلفه‌ها  |
|------|------------------|---|
| ۴    | وضعیت اجتماعی    | اندازه شبکه خانواده و دوستان/ حمایت اجتماعی عملکردی <sup>۱</sup>        |
|      |                  | مشارکت در فعالیتهای اجتماعی و اقتصادی/ میزان ارتباطات اجتماعی           |
|      |                  | میزان رضایت اجتماعی   |
|      |                  | میزان آزادیهای مدنی   |
|      |                  | طبقه اجتماعی/ امنیت فیزیکی  |
| ۵    | اشتغال           | میزان اشتغال سالمندان   |
| ۶    | وضعیت محیط زندگی | محل زندگی فرد بیشتر یا کمتر از ۱۰۰ هزار ساکن داشته باشند                |
|      |                  | دسترسی به حمل و نقل عمومی/ تعداد امکانات رفاهی در ساختمان و منزل سالمند |
|      |                  | رضایت از محیط زندگی   |
| ۷    | وضعیت عاطفی      | درصد افرادی که از زندگی و چشم‌انداز آینده خود رضایت دارند               |
|      |                  | سازگاری عاطفی   |
|      |                  | خودکارآمدی/ طرح‌واره زندگی <sup>۲</sup>                                 |
| ۸    | اوقات فراغت      | فعالیتهای فرهنگی، آموزشی و سفر گردشگری                                  |
|      |                  | فعالیت در محیط مسکونی/ خانواده محله و محیط اجتماعی                      |
|      |                  | مشارکتهای انجمنی  |
| ۹    | دسترسی به خدمات  | دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبتی                                |
|      |                  | کاهش موانع استفاده از مراقبتهای پزشکی                                   |
|      |                  | فرصت فعالیت فیزیکی  |
|      |                  | نرخ باسوادی سالمندان  |
| ۱۰   | آموزش            | میانگین تحصیلات سالمندان  |

1. functional social support
2. scheme of life

## بحث

بررسی مطالعات انجام شده حاکی از این است که در مطالعات ایرانی بیشتر بر ابعاد ذهنی و روانی رفاه اجتماعی از قبیل شادکامی، بهزیستی روانی، سلامت روان، افسردگی و روحیه سالمندان تأکید شده است. اما در مطالعات غیر ایرانی، ابعاد مختلف رفاه اجتماعی سالمندان از قبیل ابعاد اجتماعی، اقتصادی، سلامت و محیط زندگی مورد بررسی قرار گرفته است. به نظر می‌رسد که در جوامع توسعه‌یافته بر خلاف جوامع در حال توسعه، بیشتر ابعاد توسعه و رفاه اجتماعی در تمام گروه‌های سنی از جمله سالمندان مورد توجه قرار می‌گیرد اما در مطالعات ایرانی در بررسی وضعیت رفاه اجتماعی سالمندان بیشتر بر یک بعد خاص تکیه شده است.

به‌طور کلی، بیشتر مطالعات داخلی تک بعدی بوده و بیشتر بر بعد روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در سالمندان تأکید کرده‌اند و در هیچ یک از آنها از یک شاخص رفاه اجتماعی چندبعدی استفاده نشده است.

در مطالعات مختلف از ابزارهای گوناگونی در خصوص شاخص رفاه اجتماعی سالمندان استفاده شده است و در میان این ابزارها SF-36 دارای بیشترین فراوانی بود. این ابزار یک ابزار عمومی سنجش کیفیت زندگی است که در بین افراد سالم و همچنین در بین بیماران کاربرد دارد و برای سنجش کیفیت زندگی سالمندان نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. می‌توان یافته این پژوهش را همسو با تحقیق درویش‌پور کاخکی و همکاران (۱۳۸۸) دانست که ابزار SF-36 را به‌عنوان پرکاربردترین ابزارهای مطالعات اندازه‌گیری وضعیت سلامت سالمندان معرفی می‌کند.

بررسی شاخصهای مختلف و ترکیب مؤلفه‌های آنها، نیز نشان می‌دهد که رفاه اجتماعی سالمندان، ابعاد و مؤلفه‌های مختلفی را در برمی‌گیرد، به‌طوریکه این شاخص به‌عنوان یک مفهوم چندبعدی و گسترده معرفی می‌گردد. محقق‌کی‌کمال و همکاران (۱۳۹۲) معتقدند که

رفاه اجتماعی، مجموعه‌ای از ابعاد و حوزه‌های مختلف زندگی را در بر می‌گیرد و شاخص ترکیبی<sup>۱</sup>، مناسب‌ترین ابزار برای سنجش مفهوم چندبعدی رفاه است، بر این اساس شاخصهای ترکیبی، تجمیعی از شاخصهای منفرد رفاه‌اند و ابعاد مختلف رفاه را اندازه‌گیری می‌کند.

ابعاد مختلف رفاه اجتماعی سالمندان در مطالعه حاضر شامل ۱۰ بعد «اقتصادی»، «جسمی (سلامت)»، «روانشناختی»، «اجتماعی»، «اشتغال»، «آموزش»، «محیط زندگی»، «وضعیت عاطفی»، «اوقات فراغت» و «دسترسی به خدمات» می‌باشد. به‌طور کلی در ایران بیشتر مطالعات به‌صورت تک‌بعدی بر روی سلامت روان‌شناختی سالمندان انجام شده است و سایر حوزه‌ها از قبیل وضعیت اجتماعی، آموزش، اوقات فراغت، معنویت، وضعیت اقتصادی و وضعیت جسمانی، تا حد زیادی به فراموشی سپرده شده است. در مطالعات خارجی نیز، بیشتر مطالعات بر بعد روان‌شناختی سالمندان تأکید نموده‌اند. اما در این میان بررسی مؤلفه‌های مربوط به ابعاد دسترسی به خدمات، اوقات فراغت سالمندان، وضعیت آموزش و اشتغال سالمندان تا حدود زیادی مغفول مانده است. استافورد<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) معتقد است که در آمریکا، اوقات فراغت مهم‌ترین بعد سلامتی سالمندان و رکن اصلی سالمندی سالم قلمداد شده است. اما با این وجود به‌نظر می‌رسد که وضعیت اوقات فراغت سالمندان و بازنشستگان در مطالعات مختلف به‌ویژه در ایران به فراموشی سپرده شده است (کوهستانی و خلیل‌زاده، ۱۳۷۸). در زمینه اهمیت دسترسی به خدمات در سالمندان نیز، دفتر حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت در راستای تدوین برنامه راهبردی عملی، کشورهای عضو از جمله ایران را متعهد ساخته که تا سال ۲۰۰۹ برنامه راهبردی خود را در راستای ارائه خدمات جامع سالمندی ارائه نمایند (شعاعی و نجاتی، ۱۳۹۳).

1. composite indicators
2. Stafford

در میان مؤلفه‌های مختلف رفاه اجتماعی سالمندان، کیفیت زندگی در مطالعات مختلف از فراوانی قابل توجهی برخوردار است به‌طوری‌که در ۷ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است. افکاس و مارون معتقدند که رفاه ذهنی وسیله‌ای برای شناسایی کیفیت زندگی است. علاوه بر این بیشتر روان‌شناسان معتقدند که رفاه هر فرد یا گروه از افراد دارای اجزای عینی و ذهنی است و اجزای ذهنی رفاه به کیفیت زندگی اطلاق می‌شود (غفاری و همکاران، ۱۳۹۳). بعد از کیفیت زندگی، مؤلفه‌های سلامت روان و احساس تنهایی دارای بیشترین فراوانی است که هر کدام در ۴ مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

در پژوهش حاضر با توجه به گستردگی ابعاد و مؤلفه‌های رفاه اجتماعی و حجم زیاد منابع موجود در این زمینه، جستجوی مقالات با کلیدواژه‌های سلامت، رفاه اجتماعی و بهزیستی صورت گرفت و امکان جستجوی ابعاد و مؤلفه‌های گسترده مرتبط با آن به‌طور مجزا فراهم نبود.

توصیه می‌شود در آینده ابعاد اوقات فراغت، معنویت و دسترسی به خدمات در میان سالمندان بیشتر مورد توجه قرار گیرد و علاوه بر این برخی از ابعاد مؤثر بر رفاه اجتماعی سالمندان از قبیل تأثیر تکنولوژیهای جدید در جهت سهولت فعالیتهای روزانه سالمندان نیز وارد مطالعات مرتبط با حوزه رفاه اجتماعی سالمندان شده و در این راستا مورد بررسی قرار گیرند. در مطالعات ایرانی نیز ابعاد گسترده‌تری از رفاه اجتماعی سالمندان مورد بررسی قرار گیرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که در پژوهشهای آتی مرتبط با رفاه اجتماعی سالمندان در ایران، ابعاد وضعیت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و اوقات فراغت سالمندان با توجه به اهمیت خاص آنها و تأکید خاصی که در مطالعات خارجی بر این ابعاد شده است، مورد توجه ویژه واقع شود.

انتظار می‌رود این پژوهش اولیه، زمینه‌ای برای بررسی عمیق‌تر این موضوع و فراتحلیل مطالعات مرتبط با این حوزه را فراهم نماید. در مجموع می‌توان گفت که استفاده از

شاخص ترکیبی رفاه اجتماعی سالمندان، به علت پوشش ابعاد مختلف و متنوع، می‌تواند زمینه بررسی عمیق و علمی‌تر رفاه اجتماعی سالمندان را فراهم کرده و با بررسی آن می‌توان با یک دید کلی‌نگر و جامع، به اتخاذ سیاست‌های مناسب در زمینه مسائل مختلف دوران سالمندی کمک کرد.

#### تقدیر و تشکر

از کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند به‌ویژه مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران برای تأمین هزینه‌های این مطالعه سپاسگزاریم.



- آز، ن.، مهرتاش، ب. و جوادی، ا. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش و حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی سالمندان مقیم آسایشگاههای قزوین. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۶ (۳): ۴۶-۸۲.
- آقانوری، ع.، محمودی، م.، صالحی، ح. و جعفریان، ک. (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی مناطق شهری استان مرکزی در سال ۱۳۸۹. *سالمند*، ۶ (۴): ۲۰-۲۹.
- بابایی، ح.، جلالی، ا. و ظهوری، ح. (۱۳۸۴). بررسی کیفیت زندگی سالمندان زن و مرد مقیم آسایشگاههای شهرستان کرمانشاه. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۷ (۷): ۲۲-۲۸.
- بهرامی، ف. و رمضانی فرانی، ع. (۱۳۸۴). نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. *فصلنامه توان بخشی*، ۶ (۱): ۴۲-۴۷.
- درویش پور کاخکی، ع.، عابدسعیدی، ژ.، دلاور، ع. و سعیدالذاکرین، م. (۱۳۸۸). ابزارهای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان. *پژوهش در پزشکی*، ۳۳ (۳): ۱۶۲-۱۷۳.
- رفعتی، ن.، یاور، پ. ف. محرابی، ی. ا. و منتظری، ع. (۱۳۸۴). کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه کهریزک تهران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۳ (۲): ۶۵-۷۵.
- زحمتکشان، ن. و همکاران (۱۳۹۲). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر ۸۸-۱۳۸۷. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۲ (۱): ۵۳-۵۸.
- شاکری نیا، ا. (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی و امیدواری با سلامت عمومی در سالمندان مرد مبتلا به دردهای مزمن جسمانی. *نشریه سالمند*، ۷ (۲۴): ۷-۱۵.
- شعاعی، ف. و نجاتی، و. (۱۳۹۳). خدمات مراقبتی سالمندی در ایالات متحده آمریکا با نگاهی اجمالی به ایران. *نشریه سالمند*، ۳ (۷): ۶۸-۷۷.
- شیانی، م. و زارع، ح. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر برنامه‌های اجتماع محور بر رفاه ذهنی سالمندان. *نشریه سالمند*، ۸ (۲۹): ۱۶-۲۹.

- مرتضوی، ص.، افتخاراردبیلی، ح.، محمد، ک. و درعلی بنی، ر. (۱۳۹۰). سلامت روان سالمندان شهرکرد و ارتباط آن با عوامل جمعیتی و اجتماعی. *پایش*، ۱۰ (۴).
- ظریف‌نژاد، غ. ح.، صابری‌نوقایی، ا.، دلشادنوقایی، ع. و کوشیار، ه. (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی با روحیه سالمندان شهر مشهد در سال ۱۳۹۱. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۳ (۱): ۳-۱۲.
- علیپور، ف.، سجادی، ح.، فروزان، آ. س. و بیگلریان، ا. (۱۳۸۸). نقش حمایت‌های اجتماعی در کیفیت زندگی سالمندان. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۹ (۳۳): ۱۴۷.
- علیزاده، م.، خوشبین، س. و خاورپور، ف. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی، رفاه و افسردگی سالمندان ایرانی مقیم سیدنی در کشور استرالیا. *نشریه سالمند*، ۴ (۱۴).
- علیزاده، م.، رحیمی، ا.، آرشین‌چی، م.، شریفی، ف.، ارزاقی، س. م. و فخرزاده، ح. (۱۳۹۲). سلامت جسمانی و عوامل اقتصادی، اجتماعی مؤثر بر آن در سالمندان شهر تهران-تحت پوشش منطقه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۳ (۱): ۲۹-۳۷.
- غفاری، غ. ر.، کریمی، ع. ر. و نوذری، ح. (۱۳۹۳). *روند مطالعه کیفیت زندگی در ایران*. مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، ۱ (۳): ۱۰۷-۱۳۴.
- شیخ‌الاسلامی، ف.، رضاماسوله، ش.، خدادادی، ن. و یزدانی، م. ع. (۱۳۹۰). احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمندان. پرستاری و مامایی جامع نگر (*فصل نامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان*)، ۲۱ (۲): ۲۸-۳۴.
- قلی‌زاده، آ. و شیرانی، ع. (۱۳۸۹). رابطه بین عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی با میزان رضایت از زندگی سالمندان اصفهان. *جامعه‌شناسی کاربردی (مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان)*، ۲۱ (۱): ۶۹-۸۲.
- کوهستانی، ح. ع. و خلیل‌زاده، ع. (۱۳۷۸). *پژوهشی در اوقات فراغت و راه‌های بهره‌وری از آن*. مشهد: انتشارات تیهو.
- کشفی، س. م.، خانی جیحونی، ع. و فرهادی، س. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین عوامل اجتماعی و جمعیتی و میزان شیوع افسردگی در بین سالمندان بالای ۶۰ سال در مراکز

- سالمندان تحت پوشش مرکز بهزیستی شهر شیراز در سال ۱۳۸۷. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۴ (۴): ۳۱۹-۳۲۵.
- محقق کمال، س. ح.، سجادی، ح.، زارع، ح. و بیگریان، ا. (۱۳۸۶). مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مستمری بگیر سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بازنشستگی کشوری ساکن شهرستان قم. *مدیریت سلامت*، ۱۰ (۲۷): ۴۹-۵۶.
- محقق کمال، س. ح.، سجادی، ح.، زارع، ح. و بیگریان، ا. (۱۳۸۷). بررسی نیازهای سلامتی سالمندان مستمری بگیر سازمان تأمین اجتماعی و بازنشستگی کشوری. *نشریه سالمند*، ۳ (۱): ۸-۱۵.
- محقق کمال، س. ح.، رفیعی، ح.، سجادی، ح.، عباسیان، ع. ا. و رهگذر، م. (۱۳۹۳). تخمین شاخص ترکیبی رفاه اجتماعی برای شرایط ایران. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۴ (۵۲): ۷-۳۲.
- مداح، س. ب. و همکاران (۱۳۹۳). وضعیت فعالیتهای اجتماعی و نحوه گذران اوقات فراغت در سالمندان ایران و سوئد. *سالمند*، ۳ (۲): ۵۹۷-۶۰۶.
- مرادی، ش.، فکرآزاد، ح.، موسوی، م. ط. و عرشی، م. (۱۳۹۲). بررسی رابطه مشارکت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانونهای سالمندی شهر تهران در سال ۱۳۹۰. *نشریه سالمند*، ۷ (۲۷): ۴۱-۴۶.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۰). *نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن*، کل کشور.
- میرزائی، م. و شمس قهفرخی، م. (۱۳۸۷). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت خود ادراک سالمندان ایران*. سالمند، ۳ (۸): ۷-۱۴.
- نجفی، ب. و همکاران (۱۳۹۲). وضعیت سلامت روانی سالمندان شهر تهران و عوامل مرتبط با آن (مطالعه سنجش عدالت در سلامت و عوامل مرتبط با آن). *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۳ (۱): ۶۲-۷۳.
- هزارجریبی، ج. و صفری شالی، ر. (۱۳۹۱). *آناتومی رفاه اجتماعی*. تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.

- یزدانپور، ف. و سامارام، ع. ا. (۱۳۹۰). عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان - سالمندان شهرستان خمین. برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱ (۳): ۴۵-۶۴.
- Balcombe, N. R., Ferry, P. G. & Saweirs, W. M. (2001). Nutritional status and well being. Is there a relationship between body mass index and the well-being of older people? *Curr Med Res Opin*, 17 (1), 1-7
- Bonsignore, M., Barkow, K., Jessen, F. & Heun, R. (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251 Suppl 2, Ii27-31.
- Boykova, E. & Zolotaryova, L. (2011). *Working activity as the indicator of the social health of the elderly person*.
- Carmel, S. (2011). *The will to live as an indicator of well-being and predictor of survival in old age*. Unpublished manuscript.
- Castellano Fuentes, C. L. (2014). An analysis of the relationship between the attitudes towards old age and ageing, and well-being indicators in a sample of old people. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 49 (3), 108-114.
- Daaleman, T. P. & Frey, B. B. (2004). The Spirituality Index of Well-Being: a new instrument for health-related quality-of-life research. *Ann Fam Med*, 2 (5), 499-503.
- Feldman, P. H. & Oberlink, M. R. (2003). Developing community indicators to promote the health and well-being of older people. *Family & community health*, 26 (4), 268-274.
- Global AgeWatch Index. (2014). Insight report. from [www.globalagewatch.org](http://www.globalagewatch.org).
- Gosselin, S., Desrosiers, J., Corriveau, H., Hebert, R., Rochette, A., Provencher, V., . . . Tousignant, M. (2008). Outcomes during and after inpatient rehabilitation: comparison between adults and older adults. *J Rehabil Med*, 40 (1), 55-60. doi: 10.2340/16501977-0144.
- Groessl, E. J., Kaplan, R. M., Barrett-Connor, E. & Ganiats, T. G. (2004). Body mass index and quality of well-being in a community of older adults. *Am J Prev Med*, 26 (2), 126-129.
- Grossi, E., Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A. & Apolone, G. (2006). Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). *Health Qual Life Outcomes*, 4, 88. doi: 10.1186/1477-7525-4-88.
- Heun, R., Burkart, M., Maier, W. & Bech, P. (1999). Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly general population. *Acta Psychiatr Scand*, 99 (3), 171-178.
- Islam, S. N. and M. Clarke (2002). "The Relationship between Economic Development and Social Welfare: A New Adjusted GDP Measure of Welfare." *Social Indicators Research* 57 (2): 201-229.

- Kai, I., Ohi, G., Kobayashi, Y., Ishizaki, T., Hisata, M. & Kiuchi, M. (1991). Quality of life: a possible health index for the elderly. *Asia Pac J Public Health*, 5 (3), 221-227.
- Kaneda, T., Lee, M. & Pollard, K. (2011). *SCL/PRB Index of Well-Being in Older Populations*. Washington DC: Population Reference Bureau.
- Miringoff, M. L. & Policy, F. I. f. I. I. S. (1995). *The Index of Social Health: Monitoring the Social Well-being of the Nation : Special Section : Comparing Social Health and Economic Growth*: Fordham Institute for Innovation in Social Policy, Fordham University Graduate Center.
- Rojo-Perez, F., Fernandez-Mayoralas, G., Rodriguez-Rodriguez, V., Forjaz, M.-J., Rodriguez-Blazquez, C., Prieto-Flores, M.-E. & Martinez-Martin, P. (2012). The Personal Wellbeing among Community-Dwelling Older Adults in Spain and Associated Factors. *Journal of Social Research & Policy*, 3 (2), 67.
- Stafford, J. (2004). *The importance of leisure for good health: Native American elders' perspectives*. Paper presented at the GERONTOLOGIST.
- United Nations (2014). *Concise report on the world population situation in 2014*. New York: Department of Economic and Social Affairs of the United Nations.
- Waddell, S. (1995). Lessons from the healthy cities movement for social indicator development. *Social Indicators Research*, 34 (2), 213-235.
- WHO (2011). *Global health and aging*: World Health Organization.
- Yousefi, Z., Sharifi, K., Tagharrobi, Z. & Akbari, H. (2013). The effect of group reminiscence on happiness of the elderly. *Journal of Evidence-based Care*, 4 (12), 33-46.