



موسسه فرهنگی
پژوهشی و نشری

سالمندی خوب

مروری بر مفاهیم و ابعاد خوب پیرشدن

نسبیه زنجری



به نام آنکه جان را فکرت آموخت



سالمندی خوب

مروری بر مفاهیم و ابعاد خوب پیر شدن

نسیبه زنجری

به سفارش:

مؤسسه راهبردهای بازنگشتگی صبا

«نهاد پژوهشی صندوق بازنگشتگی کشوری»

۱۳۹۷

سرشناسه:	زنجری، نسیبه، ۱۳۶۵ -
عنوان و نام پدیدآور:	سالمندی خوب: مروری بر مفاهیم و ابعاد خوب پیر شدن/نویسنده نسیبه زنجری؛ به سفارش مؤسسه راهبردهای بازنشتگی صبا.
مشخصات نشر:	تهران: طرح نقد، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری:	۱۳۸ص. جدول، نمودار.
شابک:	۹۷۸-۶۰۰-۸۵۸۲-۲۳-۶ قیمت: ۱۵۰۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی:	فیفا
یادداشت:	واژه نامه.
یادداشت:	کتابنامه.
یادداشت:	نمایه.
موضوع:	پیری
موضوع:	Aging
موضوع:	پیری -- سیاست دولت
موضوع:	Aging -- Government policy
موضوع:	پیری -- جنبه های اجتماعی
موضوع:	Aging -- Social aspects
موضوع:	پیری -- ایران
موضوع:	Aging -- Iran
شناسه افزوده:	صندوق بازنشتگی کشوری. موسسه راهبردهای بازنشتگی صبا
رده بندی کنگره:	۱۳۹۷ س۳/۹: HQ۱۰۶۱
رده بندی دیویی:	۳۰۵/۲۶
شماره کتابشناسی ملی:	۵۳۱۵۷۵۴



میدان انقلاب - کارگر جنوبی - مقابل پاساژ مهستان -
 پلاک ۱۲۵۱ - واحد ۴
 تلفکس: ۶۶۴۸۳۷۶۳
 tarhenaghd@gmail.com

عنوان سالمندی خوب (مروری بر مفاهیم و ابعاد خوب پیر شدن)

نویسنده نسیبه زنجری

ناشر طرح نقد

نوبت چاپ / سال انتشار اول / ۱۳۹۷

طراح روی جلد اکبر محمدخانی، گروه طراحان سَلو

حروفنگار و صفحه آرا سروش آفتاب فردا

شابک ۹۷۸-۶۰۰-۸۵۸۲-۲۳-۶

چاپخانه غزال

شمارگان ۵۰۰ نسخه

حق انتشار همه حقوق برای مؤسسه راهبردهای بازنشتگی صبا محفوظ است

فهرست

پیشگفتار.....	الف
مقدمه.....	ت
چکیده.....	ج
فصل یکم: تعریف مفاهیم مرتبط با سالمندی خوب در حوزه تحقیقات و سیاست گذاری.....	۱
۱-۱- وضعیت سالمندی در ایران.....	۳
۱-۲- تعریف سالمندی.....	۵
۱-۳- تعریف مفاهیم مرتبط با خوب پیر شدن.....	۹
۱-۳-۱. سالمندی متعالی.....	۱۰
۱-۳-۲. سالمندی مثبت.....	۱۱
۱-۳-۳. سالمندی مولد.....	۱۲
۱-۳-۴. سالمندی سالم.....	۱۲
فصل دوم: مقایسه و بررسی مفاهیم اصلی حوزه سالمندی خوب و پیشنهاد مفهومی جامع.....	۱۵
۲-۱. روش پژوهش در مرور مفاهیم سالمندی موفق و سالمندی فعال.....	۱۸
۲-۱-۱. مشخص کردن سؤال مطالعه مروری تلفیقی.....	۱۸
۲-۱-۲. راهبرد جست و جوی داده ها.....	۱۸
۲-۱-۳. ارزیابی و تحلیل داده ها.....	۱۹
۲-۱-۳-۱. سالمندی موفق.....	۱۹
۲-۱-۳-۲. سالمندی فعال.....	۳۴
فصل سوم: ابعاد و مؤلفه های سنجش سالمندی خوب.....	۴۵
۳-۱. سالمندی خوب: سنتزی از سالمندی موفق و فعال.....	۴۷
۳-۲. ابعاد سالمندی خوب.....	۴۹

۵۰	۱-۲-۳. سلامت جسمانی و روان‌شناختی.....
۵۹	۲-۲-۳. به‌زیستن اجتماعی.....
۶۶	۴-۲-۳. امنیت مالی - محیطی.....
۶۸	۳-۳. سنجش سالمندی خوب در سطح فردی (خرد).....
۶۹	۴-۳. سنجش سالمندی خوب در سطح ملی (کلان).....
۷۳	فصل چهارم: نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادهای سیاستی در حوزه سالمندی خوب.....
۸۷	منابع و مآخذ.....

فهرست نمودارها و شکل‌ها

نمودار ۱-۱- ساختار سنی جمعیت ایران در سال ۱۳۹۰ (قسمت خاکستری) و ۱۴۳۰.....	۵
شکل ۱-۲- مدل رو و کان از سالمندی موفق.....	۲۲
شکل ۲-۲- مدل SOC بالتز و بالتز از سالمندی موفق.....	۲۴
شکل ۳-۲- ابعاد و زیرطبقات سالمندی موفق (خروجی مرور تلفیقی مطالعات پیشین).....	۳۳
شکل ۴-۲- ابعاد و زیرطبقات سالمندی فعال (خروجی مرور تلفیقی مطالعات پیشین).....	۴۲
شکل ۱-۳- ابعاد سالمندی خوب (سنتز مطالعات سالمندی موفق و سالمندی فعال).....	۴۹
شکل ۱-۴- ابعاد چهارگانه سالمندی خوب.....	۷۷
خلاصه سیاست گذاری سالمندی خوب.....	۸۵

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱-۱- تمایز تعاریف سن تقویمی و سن زیست‌شناختی سالمندی..... ۷
- جدول ۱-۲- ماتریس ابعاد سالمندی موفق مستخرج از مرور تلفیقی مطالعات..... ۲۹
- جدول ۲-۲- ماتریس ابعاد سالمندی فعال مستخرج از مرور تلفیقی مطالعات..... ۳۹
- جدول ۱-۳- بررسی بُعد اجتماعی در سالمندی فعال و سالمندی موفق به‌منظور سنتز نهایی..... ۴۸
- جدول ۲-۳- ابعاد و نحوه سنجش سلامت جسمانی..... ۵۱
- جدول ۳-۳- ابعاد و نحوه سنجش سلامت روان‌شناختی..... ۵۶
- جدول ۴-۳- ابعاد و نحوه سنجش به‌زیستن اجتماعی..... ۶۰
- جدول ۵-۳- ابعاد و نحوه سنجش معنویت و تعالی..... ۶۴
- جدول ۶-۳- ابعاد و نحوه سنجش امنیت مالی- محیطی..... ۶۷
- جدول ۷-۳- داده‌های موردنیاز برای سنجش سالمندی خوب در سطح ملی (کلان)..... ۷۰
- جدول ۱-۴- ماتریس سیاست‌گذاری برای سالمندی خوب..... ۷۸

جدول‌های پیوست:

- الف) مطالعات کمی و ترکیبی..... ۹۷
- ب) مطالعات کیفی و مروری..... ۱۰۷
- مقاله‌های واردشده در مرور تلفیقی سالمندی فعال..... ۱۱۷

پیشگفتار

سالمندی، روزگاری است که هرچند بازوان دلیر دیگر توان یاوری ندارند، اما دانش و فضیلت، در مرتبه والایی قرار می‌گیرد. بر اساس این دیدگاه، سالمندی مرحله پختگی زندگی انسان‌هاست و آنان را از دیگر افراد جامعه، متمایز می‌سازد. ناگفته پیداست که این ویژگی، البته دارای امتیازاتی است؛ امتیازاتی که دارنده آن در طول سال‌های عمر خود، آنها را کسب کرده است. چنین است که سالمندان را فرزنانگان جامعه خوانده‌اند و دوران بازنشستگی را دوره فرزانگی و فرهیختگی نام نهاده‌اند.

بازنشستگی در آستانه سالمندی، یک تحول و انتقال از نقشی به نقش دیگر است که تغییری عمیق در زندگی فرد به وجود می‌آورد. بر اساس مشاهدات اولیه به نظر می‌رسد، بازنشستگی باعث ایجاد شوک روحی و روانی و بروز تبعات ناگوار اجتماعی، اقتصادی و روحی زیادی برای سالمندان می‌شود. بنابراین چگونگی واکنش فرد و همچنین توانایی‌هایش در کنار آمدن رضایتمندانه با این مسئله اساسی، تأثیر فراوانی در سلامتی وی دارد.

به موازات افزایش نسبت جمعیت سالمندان و همچنین نقش روزافزون آنها در انجام کارهای داوطلبانه، انتقال تجربه و دانش و کمک به اعضای خانواده با ایفای نقش مراقبتی، توجه هرچه بیشتر و دقیق‌تر به مسائل و نیازهای دوران سالمندی، ضرورتی اجتماعی در جهت ارتقای کیفیت زندگی سالمندان به شمار می‌رود.

از این رو مطالعه این دوران درخور تأمل است. مخصوصاً زمانی که مشاهده می‌شود سالمندان در دوران بازنشستگی برای پاسخگویی به مشکلات مالی و برای دوری از بیکاری (در این سن) به دنبال مشاغل متفرقه هستند. کتاب ارزنده «سالمندی خوب؛ مروری بر مفاهیم و ابعاد خوب پیرشدن» که نتیجه مطالعه سرکار خانم دکتر زنجری است و با حمایت و پشتیبانی مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا به زیور طبع آراسته شده، چارچوب نظری در خور توجهی برای مواجهه با موضوع سالمندی و بازنشستگی عرضه می‌کند. امید که انتشار این کتاب زمینه گفت‌وگوی عمیق و گسترده را در این خصوص فراهم کند.

بهر روز انتظاری

عضو شورای پژوهشی مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا و

مدیر کل برنامه‌ریزی و توسعه سیستم‌ها

صندوق بازنشستگی کشوری

مقدمه

سالمندان همیشه در کانون توجه سیاست اجتماعی و برنامه‌ریزی‌های مختلف رفاه اجتماعی (مانند بیمه، بهداشت، بازنشستگی و غیره) بوده‌اند؛ البته با فرایند سالخوردگی جمعیت، محققان و سیاست‌گذاران به موضوع سالمندی و سالمندان بیشتر توجه کرده‌اند؛ زیرا سالخوردگی جمعیت پدیده‌ای بی‌سابقه، فراگیر و جهانی است. کشور ما نیز از این قاعده مستثنا نیست و ساختار جمعیت ایران در حال انتقال از جوانی به سالخوردگی است. سالخوردگی جمعیت به تغییرات عمیقی در جامعه و خرده نظام‌های اقتصادی و اجتماعی آن منجر می‌شود و سیاست‌های اجتماعی نقش مهم و اساسی در شکل‌دهی مسیرهایی که این تغییرات رخ می‌دهد و مقابله با چالش‌های برآمده از آن‌ها دارد.

گفتنی است، با افزایش تعداد سالمندان، طولانی شدن عمر و سپری شدن بخش چشمگیری از زندگی افراد در دوران سوم و چهارم زندگی، موضوع «خوب پیر شدن»^۱ به یکی از موضوعات مهم پژوهشی در دنیای دانشگاهی و

1. Ageing well

چالشی در عرصه سیاست‌گذاری تبدیل شده؛ به‌نحوی که با طیف گسترده‌ای از مفاهیم جایگزین، تعاریف و شاخص‌سازی‌ها همراه بوده است. در این حوزه، سالمندی موفق^۱ و سالمندی فعال^۲ دو مفهوم اصلی در حیطه تحقیقاتی و سیاست‌گذاری هستند و با گستره کمتر سالمندی مثبت^۳، سالمندی مولد^۴ و گاهی سالمندی سالم^۵ و سالمندی متعالی^۶ مفاهیمی نزدیک به هم دارند و دارای ابعاد هم‌پوشانی کننده هستند.

باید توجه داشت که هر کشور یا حوزه سیاستی، مفهومی از مفاهیم مذکور را به‌منزله واژه‌ای غالب در متون خود استفاده می‌کند. در ایران در حوزه سیاستی و تحقیقاتی، مفاهیم مرتبط با سالمندی خوب به‌درستی استفاده نشده است و پراکندگی و گاهی برداشت نادرست از مفاهیم بسیار دیده می‌شود؛ از این‌رو مطالعه مروری منسجم در راستای تبیین تمایز بین مفاهیم، ارائه مفهومی جامع، ابعاد و شاخص‌های داشتن یک سالمندی خوب کمک‌کننده خواهد بود. در این راستا، هدف اصلی کتاب حاضر این است که مفاهیم رایج و متداول در حیطه مطالعات و سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی خوب را توضیح بدهد و تعریف جامعی ارائه کند. از سوی دیگر، تدوین چنین کتابی برای محققان، دانشگاهیان، سیاست‌گذاران و علاقه‌مندان حوزه سالمندی راهگشاست.

-
1. Successful ageing
 2. Active aging
 3. Positive aging
 4. Productive aging
 5. Healthy aging
 6. Gerotranscendence

چکیده

چالش‌ها و الزامات سیاست‌گذاری اجتماعی در حیطه جمعیت سالمندان سبب ظهور مفاهیم و راهبردهای جدیدی برای داشتن دوران سالمندی خوب شده؛ به‌نحوی که با طیف گسترده‌ای از مفاهیم جایگزین، تعاریف و شاخص‌سازی‌ها در ادبیات سالمندی خوب همراه بوده است؛ از این‌رو هدف کتاب حاضر بررسی مفاهیم متداول در حیطه مطالعات و سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی خوب و ارائه تعریف جامعی برای آن است. تمرکز اصلی مطالعه حاضر نیز بر روی مفاهیم «سالمندی موفق» و «سالمندی فعال» است، که دو مفهوم مطرح‌شده اصلی است و ابعادی هم‌پوشان در حوزه تحقیقاتی و سیاست‌گذاری دارد.

روش مطالعه حاضر «مرور منسجم» مقالات چاپ شده حوزه سالمندی خوب است، این مقالات با کلیدواژه‌ای سالمندی فعال و سالمندی موفق و با جست‌وجوی منظم در پایگاه‌های اطلاعاتی به دست آمده که پس از غربالگری در نهایت تعداد ۱۰۶ مطالعه وارد این پژوهش شده است. داده‌های مقالات نیز کدگذاری، طبقه‌بندی و در قالب یک ماتریس ارائه شده و در نهایت بر اساس سنتز داده‌ها، چارچوب مفهومی سالمندی خوب بیان شده است. در این میان، یافته‌های مطالعه بیانگر این است که چارچوب مفهومی چندبعدی سالمندی خوب شامل چهار بُعد سلامت جسمانی و روان‌شناختی، امنیت مالی و اقتصادی، بهزیستن اجتماعی و داشتن معنویت و تعالی است. در این میان، برای سنجش هریک از ابعاد ابزارهای متعددی وجود دارد؛ از این‌رو سالمندی خوب در سطح فردی و ملی سنجش می‌شود. در نهایت نیز در حیطه سیاست‌گذاری اجتماعی، بر اساس چارچوب مفهومی مذکور در سه سطح فرد، خانواده و جامعه راهکارهایی برای سالمندی خوب ارائه می‌گردد.

واژگان کلیدی: سالمندی فعال، سالمندی موفق، سیاست‌گذاری اجتماعی، روش مروری منسجم

فصل یکم

تعریف مفاهیم مرتبط با سالمندی
خوب در حوزه تحقیقات و
سیاست گذاری

با توجه به اینکه تعاریف و مدل‌های متعددی از سالمندی خوب مطرح شده است و مفاهیم نزدیک و همپوشان زیادی در ادبیات و پیشینه مفهومی و تجربی سالمندی خوب وجود دارد، این فصل به تعریف مفاهیم مرتبط با این سالمندی می‌پردازد. پیش از پرداختن به این تعاریف، ابتدا لازم است مروری بر وضعیت سالمندی و سالخوردگی جمعیت در ایران داشته باشیم.

۱-۱- وضعیت سالمندی در ایران

جمعیت ایران هنوز جمعیتی با ساختار سنی سالخورده به شمار نمی‌آید؛ اما در مسیر گذار از جوانی به سالخوردگی است. در چشم‌انداز سی ساله (۱۴۲۰ به بعد) با ورود کوهورت بیش‌زایی^۱ (متولدان دهه اول انقلاب) به سنین سالمندی، پدیده سالخوردگی جمعیت در ایران شکل خواهد گرفت که مسائل و هزینه‌هایی را برای نظام سلامت و رفاهی کشور به وجود می‌آورد. در این میان، مقابله با چالش‌ها و مسائل سالمندان و سالخوردگی جمعیت، به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های مناسب با محوریت سالمندان نیازمند است.

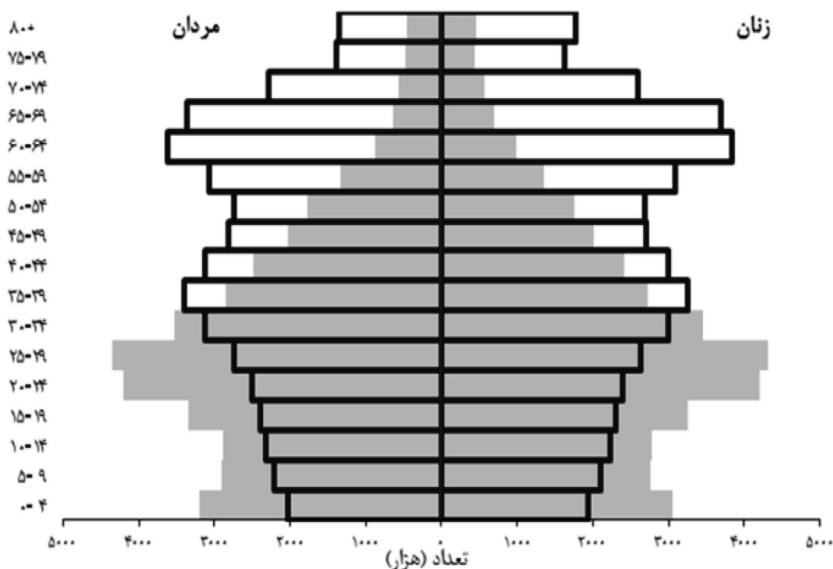
1. Baby boomer

گفتنی است، سالمندان در بافت اجتماعی ایران از لحاظ دیداری (بصری)، تاریخی و فرهنگی جایگاه و احترام خاصی دارند. افراد پیر به‌منزله ریش‌سفیدان در مدیریت و حل مسائل خانواده (انجوی شیرازی، ۱۳۷۱)، قوم و طایفه (صفی‌نژاد، ۱۳۷۵) دخیل هستند و نقش بی‌بدیلی دارند. در متون ادبیات فارسی نیز مضامینی همچون خردمندی، عشق و پیری، مرگ و پیری، تقابل جوانی با پیری و بازنشستگی آورده شده است که همگی بیانگر احترام به سالمند و تجربه سالمندان در مقایسه با جوانان، از مفاهیم مورد توجه پیشینیان در ادبیات کهن فارسی بوده است (فرزانگان، ۱۳۹۰؛ سراج، ۱۳۹۰).

شایان ذکر است، بر مبنای نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵، حدود ۹٫۳ درصد کل جمعیت ایران (حدود ۷/۴ میلیون نفر) سالمندان شصت ساله و بالاتر و بیشتر آن‌ها زن هستند. حدود ۷۲ درصد سالمندان در نقاط شهری زندگی می‌کنند و بیشترین نسبت سالمندی جمعیت در استان‌های گیلان، مازندران و تهران است. از این میان، تنها ۴۶ درصد آن‌ها باسواد هستند (۵۶ درصد نقاط شهری و ۲۱ درصد مناطق روستایی) و ۲۷ درصد از آن‌ها بدون همسر زندگی می‌کنند (حدود ۴۶ درصد زنان و ۹ درصد مردان). حدود یک‌چهارم آن‌ها نیز شاغل و در بازار کار هستند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). همچنین در این دوران علت عمده مرگ، بیماری‌های قلبی-عروقی است (کوششی و همکاران، ۱۳۹۲).

گفتنی است، تعداد و نسبت سالمندان روندی افزایشی در کشور دارد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۱۴۳۰ حدود یک‌چهارم جمعیت ایران را سالمندان تشکیل بدهند (صادقی، ۱۳۹۲). همان‌طور که در نمودار ۱-۱ مشخص است، در حال حاضر ساختار سنی جمعیت کشور در مسیر گذار از

جوانی به سالخوردگی است و تورم جوانی بعد از سه الی چهار دهه وارد سنین سالمندی می‌شود و تورم سالمندی را رقم می‌زند.



نمودار ۱-۱- ساختار سنی جمعیت ایران در سال ۱۳۹۰ (قسمت خاکستری) و ۱۴۳۰

منبع: صادقی، ۱۳۹۲.

۱-۲- تعریف سالمندی

در طول زمان، گروه‌های متنوعی پیر شدن را تعریف کرده‌اند. فلاسفه یونان باستان، آغاز ۶۵ سالگی را سن پیری می‌دانستند و مکتب قرون وسطایی نیز این سن را برای زنان سی و برای مردان پنجاه سال در نظر می‌گرفتند. در معنای پیری، به‌طور کلاسیک گذشته فرد بررسی می‌شود؛ به این صورت که زمان و تجربیات افراد پیر به تجربیات مثبت و منفی آنان متصل است (هالبرت^۱، ۱۹۸۸)؛ اما امروزه در دنیای مدرن پیر شدن بر اساس بازنشستگی و

1. Hulbert

تخمین سن تا دوران مرگ محاسبه می‌شود و روش مرسوم برای تعریف سن، گذر زمان (ساده‌ترین روش برای تعریف و اندازه‌گیری از نقطه تولد) است؛ زیرا افزایش سن با افزایش مشکلات عملکردی، اختلال‌های فیزیکی- روانی و افزایش احتمالی مرگ و میر همراه است؛ اما سؤالی که مطرح می‌شود این است که کدام نقطه برش عددی برای سالمندی افراد استفاده می‌شود. یک قرن پیش این لغت برای افرادی کاربرد داشت که علائم فیزیکی مانند سفید شدن موها، از دست دادن دندان‌ها، فرورفتگی چانه و کم‌نور شدن چشم‌ها، خمیده شدن پشت، پوست چروکیده و راه رفتن نامنظم داشتند. احتمالاً در قرن نوزدهم علائم ظاهری سالمندی زودتر از قرن حاضر ظهور می‌کرد و مرز ورود به سالمندی نیز زودتر تعیین می‌شد؛ اما امروزه انتخاب تعداد سال‌های مشخصی از زندگی برای طبقه‌بندی افراد به‌عنوان سالمند از تاریخ اجتماعی و سال‌های امید زندگی نشئت می‌گیرد.

در تعریف زیست‌شناختی سالمندی، درباره بیماری‌های این دوران بحث می‌شود؛ اما لزوماً تمام سالمندان بیمار نیستند؛ به همین دلیل چهار معیار همگانی و انحطاطی بودن، پیش‌رونده و ذاتی بودن برای جدا کردن سالمندی از تغییرات زمانی رشد مطرح است (Balcombe and Sinclair, 2001). همچنین بحث‌هایی در زمینه اینکه سن زیست‌شناختی ملاک بهتری از سن تقویمی است و سن تقویمی به نگرش افراد بستگی دارد بیان شده است؛ اما هنوز محققان در این باره به توافق نرسیده‌اند (رک: Morgan, 2012; Bill, 1973; Zweibel, 1993). در جدول ۱-۱ نکات مربوط به تعاریف سن تقویمی و سن زیست‌شناختی برای سالمندی بیان شده است.

جدول ۱-۱- تمایز تعاریف سن تقویمی و سن زیست‌شناختی سالمندی

سن زیست‌شناختی	سن تقویمی
▪ بودن یا نبودن بیماری‌های فیزیکی ▪ اختلال عملکردی یا شناختی ▪ افزایش بیماری‌های مزمن در آخرین دوره زندگی وجود شرایط وابسته به سن نشانه بهتری برای وضعیت سلامتی در مقایسه با سن تقویمی است	▪ گذر زمان از لحظه تولد ▪ راحتی در اندازه‌گیری ▪ افزایش نرخ‌های مرگ و میر سن خاص مشخص شدن متغیرهای نقطه برش سالمندی با نرخ‌های بیکاری

افزایش امید به زندگی از یک سو نشان می‌دهد که سن سالمندی باید بیشتر شود؛ از سوی دیگر نیز افزایش درآمد سرانه و بیمه، همچنین برنامه‌های حقوق بازنشستگی، خروج سریع‌تر افراد از بازار کار را به همراه دارد؛ به همین دلیل سن بازنشستگی با تصور سالمند شدن برای جامعه همراه می‌شود. در این میان، گاهی سالمندی کمتر از سنی که ظهور می‌کند، فرض می‌شود. به نظر می‌رسد تغییراتی که در سال‌های اخیر در کشورهای متعددی مانند آمریکا و کانادا در سن شروع سالمندی دیده می‌شود، بیشتر به دلیل کاهش هزینه‌های مربوط به بیمه‌های بازنشستگی و بیمه‌های تکمیلی است تا تعیین سن شروع سالمندی. در گزارش‌های تحقیقاتی و انتشارات دولتی، سن ۶۵ سال به بالا ترکیب جمعیتی به شمار می‌آید؛ اما در مطالعات علمی، شصت سالگی و حتی ۵۵ سالگی نیز سن شروع سالمندی به شمار می‌آید. در سال ۱۹۷۴ نیگارتن^۱ در نگاهی دقیق‌تر به گروه سالمندان، برای تمایز بین سالمندان جوان و افراد مسن، سن ۵۵ تا ۷۵ سال و ۷۵ سال به بالا را تعیین کرده است و بیان می‌کند که بیشتر به سبک زندگی به جای سن تقویمی توجه داشته است. پس از این تقسیم‌بندی، ریلی و سوزمن^۲ گروه ۸۵ سال

1. Negarton

2. Reily and Suzman

به بالا را به منزله کهن سالان به این طبقه بندی اضافه کردند. به طور قطع از نظر وضعیت سلامتی بین گروه های مختلف سالمندی الگوهای متفاوتی وجود دارد (Denton and Spencer, ۲۰۰۰). در هر حال دو بحث درباره مرز سالمندی مطرح است؛ گروهی بیان می کنند که می توان مشخصه های سنی را مشاهده کرد و به آزمون استحقاقی و بررسی نیازی نیست. گروهی دیگر هم معتقدند نشانه های سنی ممکن است برای تعریف گروه های سنی با نیازهای اجتماعی یکسان تقسیم بندی شود. این مرزبندی ها برای خدمات و مراقبت های سلامت لازم است. سازمان ملل در زمینه سن تقویمی سالمندی در گزارش خود می گوید:

«بسیاری از کشورهای پیشرفته جهان سن تقویمی ۶۵ سال را برای معرفی فرد سالمند پذیرفته اند؛ اما مانند بسیاری از مفاهیم غربی برای سایر کشورها مانند آفریقا مناسب نیست. اگرچه این مفهوم تا حدودی اختیاری است و با سنی که شخصی حقوق بازنشستگی می گیرد ارتباط دارد، هنوز معیار عددی ثابتی در نظر گرفته نشده است؛ اما سازمان ملل سن شصت سال را برای سالمندی در نظر گرفته است. در این میان، هرچند تعاریف رایجی برای سالمندی وجود دارد؛ اما توافق عمومی بر روی سن سالمندی فرد شود وجود ندارد. گفتنی است، استفاده معمول از سن تقویمی برای علامت گذاری مرز سالمندی فرض شده است و سالمندی با سن تقویمی هم ارزی دارد؛ البته هنوز به طور کلی این دو ضرورتاً مترادف قبول نشده اند. در سال ۱۸۷۵ در انگلستان اجتماع دوستان ACT تعریف سالمندی را این چنین بیان کردند: «هر سنی بعد از پنجاه سالگی؛ درحالی که هنوز طرح حقوق بازنشستگی از سن ۶۰ یا ۶۵ سال پرداخت می شود. در این میان، نبود تعریف پذیرفته ای در بسیاری از موارد، مثل

شایستگی فرد برای دریافت حقوق بازنشستگی تعریفی قراردادی است که برای سنین ۶۰ و ۶۵ سال هر دو استفاده می‌شود. برخلاف ماهیت قراردادی آن این بحث از اواخر سال ۱۸۰۰ تا میانه ۱۹۰۰ دنبال شده است». در کتاب حاضر، به دلیل اینکه مفاهیم مرتبط با سالمندی خوب مفاهیمی فرایندی است، باید به این نکته توجه کرد که به‌طورقطع نمی‌توان مرز سنی قطعی برای ورود به دوران سالمندی قرار داد و باید به طبقه‌بندی گروه‌های مختلف سالمندان توجه کرد.

۱-۳- تعریف مفاهیم مرتبط با خوب پیر شدن

همان‌گونه که در مقدمه بیان شد، برای خوب پیر شدن مفاهیم متعددی بیان شده است که در زمینه داشتن یک دوره سالمندی خوب به دنبال پاسخ به پرسش‌های زیر است:

۱. چه سازوکارها و فرایندهایی سنی را که افراد در آن قرار دارند برای آن‌ها خوب و موفقیت‌آمیز است؟
۲. تحت چه شرایطی فرایند سالمندی خوب تا حدودی مطلوب می‌شود؟
۳. با چه معیار یا معیارهایی یک دوره سالمندی خوب و موفق اندازه‌گیری می‌شود؟

دو مورد از این مفاهیم، یعنی سالمندی موفق و سالمندی فعال بیشتر از سایر موارد در ادبیات تحقیق و گفتمان سیاست‌گذاران در ایران و جهان دیده می‌شود که در کتاب حاضر نیز بر این دو تمرکز بیشتری شده است؛ از این‌رو ابتدا تعریف مختصری از سایر مفاهیم داده می‌شود سپس تعریفی جامع از دو مفهوم اصلی سالمندی موفق و سالمندی فعال، با مروری منسجم و منظم بر ادبیات تحقیق در فصل‌های بعدی کتاب

خواهیم داشت و شاخص‌ها و ابعاد تعاریف را مشخص می‌کنیم.

۱-۳-۱. سالمندی متعالی

این مفهوم را تورنستم^۱ (۲۰۰۵) در قالب نظریه مطرح کرده است که بر امکان بالقوه رشد افراد تأکید دارد و جایگزینی برای سایر نظریه‌هاست که بر نبود یا کمبود تمرکز دارد. این نظریه بر مفاهیمی همچون خودشکوفایی و ترکیب عناصر نظریه فعالیت (کنش) و نظریه استمرار (رشد)، همچنین بر تغییرات و رشد در طول زندگی (شامل دوران سالمندی) تأکید می‌کند. گفتنی است، ابعاد سالمندی متعالی به‌منزله تغییرات هستی‌شناختی در ابعاد کیهانی (ارتباط با عالم)، ابعاد مربوط به خود و ابعاد اجتماعی و روابط فردی است و این تغییرات به‌سوی بلوغ و خردمندی حرکت می‌کند. تورنستم در نظریه سالمندی متعالی، ابعاد خود متعالی، هستی‌شناختی، ترس از مرگ و خلوت را بیان کرده است (Tornstam, ۲۰۰۵). ریشه نظریه تورنستم بر مبنای نظریه رشد اریکسون شکل گرفته است. بر اساس این نظریه در دوره سالمندی، کیفیت امید، وفاداری و مراقبت از دیگران از مراحل قبلی زندگی ظهور می‌کند که از جمله نقاط قوت روان‌شناختی- اجتماعی به شمار می‌آید و در چرخه نسل سهم دارد. همچنین از شصت سالگی به بعد، انسجام در برابر یأس قرار می‌گیرد. در این میان، هنگامی که سالمند با مرگ روبه‌رو می‌شود، به مرور زندگی گذشته خود می‌پردازد و درباره ارزشمندی آن پرسش می‌کند. در این فرایند به غایت ناامیدی می‌رسد و از این‌پس به تلاش درونی دست می‌زند تا ظرفیت رشد برایش فراهم شود، در این تلاش، او چرخه زندگی خود را به‌مثابه یگانه چرخه ممکن برای خود می‌پذیرد

1. Tornstam

و افراد مؤثر بر این چرخه را تنها افراد بایسته و بی‌بدیل می‌داند و به احساس انسجام خودسازه دست می‌زند. همچنین اشتباهات ناگزیر خود را با توجه به موقعیت ارتکاب آن‌ها و در کنار دستاوردهای زندگی‌اش می‌پذیرد و دیگر آرزو نمی‌کند که ای کاش والدین، همسر یا فرزندان دیگری می‌داشت. او حال می‌تواند به گونه‌ای معنادارتر دیگران را دوست بدارد؛ زیرا درمی‌یابد که مسئولیت زندگی‌اش بر عهده خود او بوده است. این خردمندی که فضیلت برخاسته از احساس انسجام در این دوره است، مجال آن را به او می‌دهد که نزدیک بودن مرگ را تاب آورد و به‌نوعی به دل‌مشغولی منفصل و درعین‌حال فعال با زندگی نایل شود؛ اما اگر در این تلاش درونی دریابد که زندگی‌اش چنان که می‌بایست نبوده و درعین‌حال وقت نیز تنگ است - چنان که دیگر فرصتی برای آزمودن دوباره‌ی آن به گونه‌ای دیگر ندارد - به احساس یأس و ترس از روبه‌رو شدن با مرگ می‌رسد (رفیعی، ۱۳۸۲).

۱-۳-۲. سالمندی مثبت

سالمندی مثبت واژه‌ای است که برای توصیف فرایند حفظ نگرشی مثبت، احساس خوب در مورد خود، سالم بودن و مشارکت کامل در زندگی با سالمند شدن بیان می‌شود. در این میان، راهبردهای داشتن سالمندی مثبت شامل حفظ نگرش مثبت، داشتن تعامل اجتماعی، حفظ ذهن فعال، مدیریت استرس، داشتن فعالیت داوطلبانه یا شغل پاره‌وقت، داشتن فعالیت فیزیکی، داشتن چکاپ منظم پزشکی، داشتن رژیم و تغذیه سالم است (انجمن روان‌شناسی استرالیا، ۲۰۱۶). درواقع سالمندی مثبت واژه‌ای است که برای توصیف فرایند حفظ نگرش مثبت، احساس خوب در مورد خود، سالم

و متناسب بودن و مشارکت کامل در زندگی بیان می‌شود. برای رسیدن به سالمندی مثبت به فعال بودن در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، زندگی، اتکا به خود، عملکرد خود روانی و جسمانی، حمایت اجتماعی، محیط زندگی امن و وجود خدمات کافی نیاز است (Denmark & Zarbiv, 2016).

۱-۳-۳. سالمندی مولد

در سال ۱۹۹۳، کارو و همکارانش^۱ سالمندی مولد را این‌گونه تعریف کردند: «هرنوع فعالیت سالمندان که سبب تولید کالا و خدمات بشود یا ظرفیت تولید آن‌ها را افزایش بدهد- چه دارای دستمزد باشد و چه نباشد». سالمندی مولد از جمله مفاهیمی است که مستقیماً از افزایش سریع جمعیت سالمندان و سالخوردگی جمعیت و نیاز به حضور و مشارکت سالمندان در بازار کار شکل گرفته است. در سیاست‌گذاری اجتماعی در سطح کلان، افزایش حداکثری مشارکت سالمندان در اجتماع، برای داشتن نقش مولد تعریف می‌شود، این نقش ممکن است داوطلبانه، رسمی و دارای دستمزد یا کمک‌های غیر رسمی و مراقبتی در راستای اقتصاد خانوار باشد. وجود دولت رفاه برای ایجاد فرصت‌های شغلی و فرهنگ شهروندی از جمله مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر سالمندی مولد هستند (Hank, 2011). درواقع، سالمندان در سالمندی مولد برای کمک به داشتن اجتماعی پایدار در رشد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی شرکت می‌کنند (Diener et al, 1995).

۱-۳-۴. سالمندی سالم

سالمندی سالم در مجموع فرایند سازگاری با تغییرات روان‌شناختی اجتماعی و جسمانی در طول زمان است، این مفهوم بیان می‌کند افرادی سالم‌تر

1. Caro, Bass and Chen

هستند که در کارهای روزمره مستقل‌ترند و بیماری ندارند (Lai et al, 2014) و ایده اصلی این است که «مهم نیست ما سالمند می‌شویم، مهم این است که ما چه رفتارهایی در طول زندگی انجام می‌دهیم» (Del Pilar Díaz-López, 2016). سازمان بهداشت جهانی در تعریف سلامت و سالمندی بیان می‌کند که سالمندی سالم «فرایند رشد و حفظ توانایی عملکردی است که به‌زیستن را در سالمندان فعال توانمند می‌کند». گفتنی است، توانایی عملکردی در مقایسه با خصوصیات انتسابی مرتبط با سلامت بیان می‌شود و افراد را توانمند می‌کند تا کارهایی که دوست دارند، انجام بدهند و آن‌گونه که می‌خواهند، باشند. سالمندی سالم بر اساس عوامل ژنتیکی، محیطی و رفتاری شکل می‌گیرد و بعضی از این عوامل مانند سبک زندگی در کنترل خود افراد است (Batchelor et al, 2016).

از این‌رو، در بستر گذار به سالمندی، داشتن سالمندی خوب سرلوحه سیاست‌های اجتماعی سالمندی در کشورهای مختلف، به‌ویژه کشورهای توسعه‌یافته است که با پدیده سالخوردگی جمعیت مواجهند، همچنین مفاهیمی که به آن‌ها اشاره شد، در راستای برنامه‌ریزی برای یک سالمندی خوب در کشورهای مختلف شکل گرفته است؛ با این حال دو مفهوم اصلی شکل‌دهنده سالمندی خوب، سالمندی موفق و سالمندی فعال است که در فصول بعدی کتاب به‌طور مفصل بدان‌ها می‌پردازیم.

فصل دوم

مقایسه و بررسی مفاهیم اصلی
حوزه سالمندی خوب و
پیشنهاد مفهوم جامع



دوران سالمندی معمولاً با تغییرات متعدد نظیر تغییر در ساختار خانواده و ترتیبات زندگی (آشیانه خالی^۱)، تغییر در الگوی کار و گذار به بازنشستگی، تغییر در وضعیت سلامت و تغییر هویتی همراه است. (Forster and Morris, 2012) بعضی از سالمندان می‌توانند با این تغییرات سازگار شوند و دوران سالمندی خوبی را برای خود رقم بزنند؛ اما عده‌ای از آن‌ها قادر به انجام این کار نیستند و در نتیجه مشکلاتی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان ایجاد می‌شود. برای تبیین اینکه چرا بعضی افراد در دوران سالمندی، سالم، شاد، راضی و سازگار با شرایط هستند و دیگران چنین نیستند (Larenson, 1987) و اینکه چه سازوکارها و فرایندهایی به این تفاوت‌ها منجر می‌شود، مفاهیم سالمندی موفق و سالمندی فعال طرح و بسط داده شده است. بر اساس این، در این فصل از کتاب به‌مرور این دو مفهوم و ابعاد آن‌ها می‌پردازیم.

۲-۱. روش پژوهش در مرور مفاهیم سالمندی موفق و سالمندی فعال

روش پژوهش حاضر مطالعه مروری- تلفیقی^۱ است، این مطالعه نوع گسترده‌ای از روش‌های مروری است که هم‌زمان به مطالعات مختلف تجربی و غیر تجربی می‌پردازد. در این مطالعه داده‌های به دست آمده از مرور، کدگذاری، طبقه‌بندی و درنهایت به‌صورت جمع‌بندی واحدی (سنتز شده) در قالب نمودار یا ماتریس ارائه می‌شود، پس این روش تنها مروری صرف نیست و پیچیدگی‌های خاص خود را دارد، درنهایت نیز طبقه‌بندی و چارچوب مفهومی یا متاتئوری ارائه می‌دهد (Whittemore and Knafl, 2014). مطالعه مروری شامل چهار یا پنج مرحله است؛ مشخص کردن مسئله (مشخص کردن ساختار مفهومی)، جست‌وجوی ادبیات تحقیق (داشتن راهبرد جست‌وجو)، ارزیابی داده‌ها (بررسی روابط)، تحلیل و ارائه داده‌ها (سنتز داده‌ها).

۲-۱-۱. مشخص کردن سؤال مطالعه مروری تلفیقی

مطالعه حاضر به دنبال مفاهیم و ابعادی است که برای خوب پیر شدن در دو مفهوم سالمندی موفق و سالمندی فعال مطرح شده و امکان‌پذیر است. این مفاهیم به تحلیل و بررسی نیاز دارد؛ زیرا معنایی همچون موفق یا فعال در این دوران، با دوره‌های دیگر زندگی تفاوت دارد؛ از این‌رو، به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که چه ابعاد و تعاریفی برای مفاهیم سالمندی فعال و سالمندی موفق در مطالعات انجام شده، ارائه شده است؟ همچنین کدام‌یک از مفاهیم جامع‌تر و کامل‌تر است؟

۲-۱-۲. راهبرد جست‌وجوی داده‌ها

واژه‌های اصلی سالمندی موفق با دو نگارش «successful ageing» و «successful»

aging» و سالمندی فعال با دو نگارش «active ageing» و «active aging» در پایگاه‌های اطلاعاتی Magiran و Scopus، Pubmed، WOS، Ebsco، Proquest افزون بر پایگاه اطلاعاتی اصلی، در سایر موتورهای جست‌وجو شده است. افزون بر پایگاه اطلاعاتی اصلی، در سایر موتورهای جست‌وجوگر نیز مانند googlescholar با توجه به معیارهای مشابه، تا حد امکان مقاله‌های مرتبط جست‌وجو و وارد مطالعه شده است. برای جست‌وجو، از مسیرهای جست‌وجو در هر پایگاه اطلاعاتی استفاده شده است و عبارت مربوط در عنوان جست‌وجو، و در صورت امکان از «یا» برای جست‌وجوی دو واژه به صورت هم‌زمان استفاده شده است؛ برای مثال در پایگاه اطلاعاتی Ebsco، به شکل عبارت successful* ageing OR Successful* aging در عنوان جست‌وجو شده است.

معیارهای ورود مقاله‌ها به مطالعه حاضر به این صورت بود که واژه سالمندی موفق یا فعال در عنوان قرار گرفته و در چکیده در مورد تعریف و ابعاد آن صحبت شده باشد؛ همچنین مقالاتی وارد مطالعه شده‌اند که به زبان انگلیسی یا فارسی بوده و گزارش آن به صورت کامل چاپ شده باشد. مقالاتی که بر روی گروه خاصی از سالمندان مانند سالمندانی که بیماری‌های خاص داشتند و نیز مقالاتی که در قالب نامه به سردبیر بوده‌اند از مطالعه خارج شده‌اند.

۲-۱-۳. ارزیابی و تحلیل داده‌ها

۲-۱-۳-۱. سالمندی موفق

یکی از مباحث جدید در حوزه سیاست و رفاه اجتماعی سالمندان، در راستای به‌زیستن آن‌ها در گذار به دوران سوم زندگی، مفهوم سالمندی موفق است، این سالمندی با توجه به رویکرد فرایندی خود، که کل طول دوران زندگی را در دوره آخر زندگی مؤثر می‌داند، کم شدن هزینه‌های جامعه را در

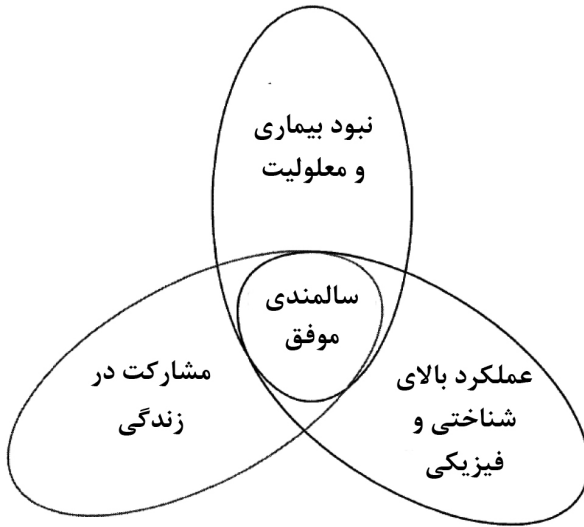
بخش‌های مختلف به‌ویژه در بخش بهداشت و درمان به همراه خواهد داشت. «سیاست‌گذاری‌هایی که از مطالعات سالمندی موفق گرفته شده بسیار گسترده و در بسیاری از بافت‌های اجتماعی تأثیرگذار بوده است» (Phillips, 2012). تدوین و اجرای سیاست و برنامه‌های سالمندی موفق موجب می‌شود نه تنها افراد عمر طولانی‌تری داشته باشند، بلکه این مدت با سلامتی و کیفیت زندگی بهتر برای آنان همراه باشد. نخستین تعریف سالمندی موفق را رابرت هاویگورست^۱ در سال ۱۹۶۱ ارائه کرد که سالمندی موفق را احساس رضایت و شادی درونی فرد از زندگی کنونی و گذشته خود تعریف می‌کند (Havighurst, 1963). اگرچه وی نخستین تعریف سالمندی موفق را ارائه کرد، معروف‌ترین و شناخته‌شده‌ترین تعریف و مدل از سالمندی موفق را روو و کان^۲ در سال ۱۹۸۷ بیان کردند و سه بُعد در تعریف سالمندی مدنظر قرار دادند: ۱. کارکرد جسمانی و شناختی مطلوب، ۲. نبود بیماری، ناتوانی و معلولیت، ۳. درگیر شدن و مشارکت در زندگی. (Rowe and Kahn, 1987) بیشتر تحقیقات در حوزه سالمندی موفق، بر اساس مدل روو و کان و با تأکید بر عملکرد مستقل و سلامت روانی و جسمانی سالمند انجام شده است. این مدل تصور این‌که سالمندی حتمی کاهش عملکرد را به دنبال دارد، به چالش می‌کشد و تصدیق می‌کند محیط و عوامل رفتاری به یک اندازه مانند ژنتیک در فرایند سالمندی تأثیرگذارند. آن‌ها مطرح می‌کنند که؛

«سالمند موفق» از «سالمند نرمال» متفاوت است؛ زیرا توانایی سالمندان موفق برای حفظ سلامت خوب بیشتر است و آن‌ها سطح بالایی از عملکرد جسمانی و شناختی دارند که با سبک زندگی سالم

-
1. Robert Havighurst
 2. Rowe and Kahn

در ارتباط است. سالمندی نرمال را نیز با عوامل خارجی همراه می‌دانند که تأثیرات درونی فرایند سالمندی را تشدید می‌کند و در نتیجه موجب کاهش تدریجی عملکرد می‌شود. گفتنی است، در سالمندی موفق عوامل بیرونی نقش خنثی یا معکوس بر اثر فرایند درونی سالمندی دارد. این فرضیه با رویکردهای زیست‌شناختی و سالمندی درآمیخته شده است و بیان می‌کند کاهش عملکرد جسمانی و شناختی در تمام سالمندان یکسان نیست و مرگومیر ممکن است در دوران آخر زندگی به تأخیر بیفتد. رو و کان در سال ۱۹۹۷ مدل سالمندی موفق را تعدیل و مشارکت فعال در زندگی را نیز به عنوان عنصر سوم به آن اضافه کردند. مشارکت فعال در زندگی به مشارکت در روابط بین فردی و فعالیت‌های مولد مربوط است، روابط بین فردی به عنوان حمایت اجتماعی- عاطفی (ابراز احساسات، احترام و عزت نفس در برابر دیگران) و حمایت ابزاری (کمک و دریافت کمک از دیگران در کارهای روزمره زندگی) مفهوم‌پردازی شده است. فعالیت‌های مولد شامل فعالیت‌هایی است که مانند کار دارای دستمزد، کارهای داوطلبانه، مراقبت از دیگران یا کارهای خانه ارزش اجتماعی دارد؛ البته در طول زمان محققان سعی داشته‌اند ابعاد دیگری به این سه بعد اضافه کنند؛ برای مثال کروتز^۱ و همکاران (۲۰۰۲) بُعد معنویت را به تعریف رو و کان از سالمندی موفق افزودند.

شکل ۲-۱- مدل رو و کان از سالمندی موفق



منبع: روو و کان، ۱۹۹۷.

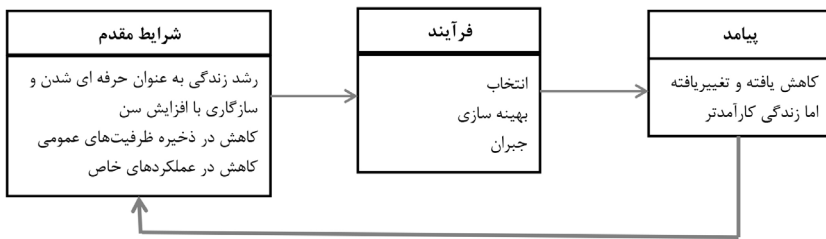
در این میان، مؤسسه مک آرتور به رو و کان مأموریت داد تا مطالعات میدانی مک آرتور را برای شناسایی عوامل دخیل در تاب‌آوری و سطوح عملکرد بالا در دوران پایان زندگی مشخص کنند. نتایج مطالعات بیانگر این بود که عملکرد شناختی بالا با تحصیلات، فعالیت فیزیکی شدید، عملکرد خوب ریه، خودکارآمدی بالا و حمایت اجتماعی ارتباط دارد. همچنین ظرفیت فیزیکی با ریسک پایین بیماری، افزایش رفتارهای مرتبط با سبک زندگی، حمایت عاطفی- اجتماعی و اعتقادات خودکارآمدی بالا در ارتباط است. مشارکت مستمر در زندگی با ارتباطات حمایتی- عاطفی، تحصیلات، ظرفیت عملکردی، خودکارآمدی و کنترل فردی ارتباط دارد. مطالعه مک آرتور نشان داد که حمایت عاطفی- اجتماعی و کنترل فردی در محیط فردی همواره با شاخص‌های سالمندی موفق ارتباطی قوی دارد.

تعریف سالمندی موفق به تدریج سبب گسترش و ابعاد جدیدتری در تعریف و اندازه‌گیری آن شده است. بالتز و بالتز^۱ (۱۹۹۰) در نظریه‌پردازی سالمندی موفق بر فرایند سازگاری و پاسخگویی افراد به از دست دادن اندوخته‌های اجتماعی، روانی و جسمانی تأکید کردند. بالتز و بالتز (۱۹۹۰) رویکرد طول عمر را برای سالمندی موفق پیشنهاد دادند. آن‌ها معتقدند سالمندان با برقراری تعادل بین رشد فردی و فقدان‌ها در دوران آخر زندگی با سالمندی سازگار می‌شوند. بالتز و بالتز بیان می‌کنند که موفقیت رشد فردی با سه عنصر انتخاب^۲، بهینه‌سازی^۳ و جبران^۴ همراه است. آن‌ها مدل انتخاب، بهینه‌سازی و جبران (SOC) را گسترش دادند که در آن سالمندان فعالیت‌های معنادار زندگی را انتخاب می‌کنند، توانایی‌های خود را برای اجرای فعالیت‌های بهینه می‌کنند و یاد می‌گیرند چگونه مسئولیت‌هایی را که نمی‌توانند انجام دهند، بهبود بخشند. سالمندان فعالیت‌هایی را انتخاب می‌کنند که می‌توانند به شکلی موفقیت‌آمیز درگیر آن شوند، این فعالیت‌ها بر اساس منابع در دسترس، هدف‌های فردی، مهارت و جبران است. آن‌ها فقدان‌ها را با استفاده از نشانه‌ها، وسایل تطبیقی یا تعدیل محیط جبران می‌کنند تا بتوانند مشارکت مستمر را در سطوح بالای عملکردی جبران کنند. این نوع مشارکت با کارآمدی بالا در دامنه کمی از فعالیت‌ها برای تأمین کنترل فردی و رضایت از زندگی است؛ به‌رحال این کمبود منابع مانند کنترل فردی و شبکه اجتماعی فردی، مانع استفاده از SOC می‌شود؛

-
1. Balts and Balts
 2. Selection
 3. Optimization
 4. Compensation

بنابراین از دیدگاه SOC، حمایت اجتماعی و کنترل فردی منابعی است که جبران سازگاری سالمندان را در فعالیت‌های مورد علاقه‌شان میسر می‌سازد؛ از این رو این سه عنصر اساسی برای سالمندی موفق حیاتی است، این سالمندی ترکیبی از انتخاب ابعاد عملکردی با تمرکز بر منابع فرد، بهینه‌سازی استعدادهای بالقوه رشد (حداکثرسازی سود) و جبران زیان‌هاست؛ بدین ترتیب با این تفاسیر سالمند می‌تواند به حفظ عملکرد و کاهش فقدان‌ها برسد (شکل ۲-۲).

شکل ۲-۲- مدل SOC بالتز و بالتز از سالمندی موفق



منبع: بالتز و بالتز، ۱۹۹۰

در ادامه گسترش نظریه بالتز مدل طول زندگی^۱ بیان شد. درواقع این مدل توسعه یافته دو مدل SOC و نظریه طول زندگی کنترل است که تسط اسچولز و هکاسون (۱۹۹۶) آن را مطرح کرده‌اند. در این مدل به‌طور خلاصه بیان شده است که افراد برای کنترل محیط خود در طول زندگی تلاش می‌کنند. این کنترل‌ها عبارت است از: کنترل اولیه و کنترل ثانویه، در کنترل اولیه افراد برای برآوردن نیازهایشان به تعدیل و اصلاح محیط می‌پردازند. کنترل ثانویه نیز در مورد تغییر و تعدیل

1. Lifecourse

خود فرد برای متناسب شدن با محیط است. افراد هر دو نوع کنترل را تجربه می‌کنند؛ اما سازگاری به انتقال از یک نوع کنترل به نوع دیگری از آن بر اساس چالش‌هایی که با آن روبه‌رو می‌شوند وابسته است. به نظر می‌رسد که کنترل اولیه ترجیح بیشتری دارد و انطباق‌پذیر است؛ زیرا افراد با کمک آن می‌توانند تجربه کنند، محیطشان را متناسب با نیازهایشان شکل بدهند و رشدهای بالقوه‌شان را بهینه سازند. گفتنی است، افزایش سن بیولوژیکی و مسائل اجتماعی در کنترل اولیه، اهمیت کنترل ثانویه را افزایش می‌دهد. براساس تناسب سود و زیان، کنترل اولیه کمترین مطلوبیت را دارد و افراد به‌سوی فرایند کنترل ثانویه تمایل پیدا می‌کنند. در ترکیب نظریه کنترل با SOC، چهار نوع راهبرد کنترل مطرح می‌شود که شامل کنترل اولیه انتخابی، کنترل ثانویه انتخابی، کنترل اولیه جبرانی و کنترل ثانویه جبرانی است.

کنترل اولیه انتخابی به تمرکز سرمایه‌گذاری مانند زمان، تلاش، توانایی و مهارت - که برای انتخاب اهداف لازم است - مربوط می‌شود. کنترل ثانویه انتخابی به‌طور مؤثری ارزش اهداف انتخاب شده را نشان می‌دهد، حتی اگر کاهش ارزش جایگزین‌ها انتخاب نشده باشد مانند مراقبت از یک فرد بیمار. کنترل جبران اولیه زمانی لازم می‌شود که ظرفیت‌های جسمی و شناختی فرد برای انتخاب هدف ناکافی است. برای جبران کاهش جسمانی در سالمندی این نوع کنترل شامل ویلچر، سمعک و سایر خدمات است. کنترل ثانویه جبرانی - که بالتز و بالتز آن را تاب‌آوری فردی می‌نامند - سپر اثرات منفی شکست‌ها و فقدان‌ها در انگیزه فرد برای کنترل اولیه است؛ برای مثال یک نفر می‌تواند از هدف‌های قبلی خود جدا شود و اهداف جدیدی را برنامه‌ریزی کند یا درگیر راهبرد جبران با دیگران شود.

گفتنی است، در ادامه توسعه ادبیات وسیع و غنی سالمندی موفق مدل‌های کمتر شناخته شده دیگری نیز توسعه یافتند؛ مانند مدل چارچوب که فلود در سال ۲۰۰۲ در حیطه پرستاری ارائه کرد. وی از روش تحلیل مفهوم واکر و آونت برای نظریه‌پردازی خود استفاده کرده و ابتدا سه مورد نقل قول از سالمندی موفق را برای تعریف بررسی نموده است سپس پیش‌بینی کننده‌ها و پیامد سالمندی موفق را بیان می‌کند. این پیامد به معنای قبول زندگی فردی، توانایی فعال بودن در حیطه جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی است. همچنین بیان می‌کند سالمندی موفق به فرد اجازه می‌دهد با مرگ کنار بیاید، پس معنویت عنصری ضروری در این مفهوم است. سالمندی موفق را می‌توان با اندازه‌گیری موفقیت فرد سالمند در دستیابی به پیامدهای مطلوب، توانایی مقابله با انباشت تغییرات که در کاهش توانایی جسمانی و عملکردی دیده می‌شود و احساس معنای زندگی عملیات‌سازی کرد. عناصر اصلی نظریه وی شامل رضایت از زندگی، معنویت، سالمندی متعالی و وضعیت عملکردی است. مدل‌های اختصاصی‌تر نیز در حیطه سالمندی موفق بیان شده است؛ برای مثال مدل آلیس دی (۱۹۹۱) بیشتر با تأکید بر زنان سالمند است، این مدل سه بُعد برای سالمندی موفق بیان می‌کند: ۱. بهزیستن ذهنی، ۲. در اختیار داشتن آشیانه امن خصوصی، ۳. ظرفیت برای فعالیت مستقل (Caron 2005; Day 1991). بافت اجتماعی در این مدل مهم است و بر این موضوع دلالت دارد که منابع در دسترس افراد ممکن است بر اساس سلامت افراد، حضور یا نبود اتفاقات منفی زندگی یا وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت باشد.

بافتار اجتماعی در سال‌های اخیر اهمیت بسیاری یافته است. یکی از

مهم‌ترین نظریه‌ها در این زمینه چارچوب نظری فرهنگ محور^۱ سالمندی موفق است، در این چارچوب که تورس^۲ در سال ۱۹۹۹ پیشنهاد کرده است، سالمندی موفق با فرهنگ شکل می‌گیرد. اگر ما نکات فرهنگی را در بررسی خود اعمال نکنیم، «ایده‌آل» سالمندی خوب کامل درک نمی‌شود. تورس کار عملیاتی نظریه خود را در سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۶ بر روی ایرانیان مهاجر در کشور سوئد انجام داد و دیدگاهش تأیید شد. وی در کار خود از نظریه تنوع جهت‌گیری ارزشی، که کولوچون^۳ (۱۹۵۰) مطرح کرده بود، استفاده کرد. نکته مورد توجه تورس درباره مبدأ (محل عزیمت) این فرض است که تمام جایگزین‌ها برای تمام راه‌حل‌ها در همه جوامع و همه زمان‌ها ارائه می‌شود؛ اما به‌طور متفاوتی ترجیح داده می‌شوند. این نظریه رویکرد تفاوت بین فرهنگی را به‌طور منظم نشان می‌دهد. فهم آنچه در هسته یک فرهنگ خاص (بعد امیک) قرار گرفته در صورتی آسان است که جهت‌گیری ارزشی روشن شده باشد. این بحث در سه بُعد ماهیت انسانی، طبیعت انسانی، فعالیت زمانی و ارتباطات ارائه شده است (Torres 1999).

گفتمانی است، سالمندی موفق ازجمله واژگان پرکاربرد و دارای ادبیات غنی در حیطه سالمندشناسی است و تا سال ۲۰۱۶ این مفهوم گسترش یافته و با روش‌های آماری نیز ابعاد پنهان این سازه بررسی شده است؛ برای مثال دوپال و همکاران^۴ در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ انجام دادند با استفاده از داده‌های طولی برای سنجش سالمندی موفق و روش معادلات ساختاری، اثر متغیرهای پنهان سالمندی موفق را بررسی کردند. در این مطالعه تعریف

1. A culture-relevant

2. Torres

3. Kluckhohn

4. Doyle et al

سالمندی موفق از رویکرد رو، کان و بالتز گرفته شده که شامل کاهش ریسک، نبود بیماری و احساس ذهنی خرسندی، عملکرد خوب و مشارکت فعال در جامعه است. در این مطالعه محققان به‌زیستن بهینه را خروجی‌ای می‌دانند که تخمینی از موفقیت است. به‌زیستن یعنی تاب‌آوری، توانایی ادامه مشارکت در زندگی و توانایی بیان اهداف پیش رو که معیاری برای رشد سالمندی خوب است. فلن و لارسون^۵ (۲۰۰۲) نیز در مروری نظام‌مند تعاریف سالمندی موفق از دیدگاه محققان و مطالعات مختلف، همچنین ابعاد مورد بررسی آن‌ها را تا سال ۲۰۰۰ م رضایت از زندگی، طول عمر، فارغ از معلولیت، تسلط و رشد، مشارکت فعال در زندگی، کارکرد مستقل و سازگاری مثبت بیان کرده‌اند (به نقل از zanjari et al, 2017).

در پژوهش حاضر در جست‌وجوی مقالات با عنوان سالمندی موفق در ابتدا ۲ هزار و ۵۴۳ مقاله به دست آمد که پس از حذف موارد تکراری، ۵۳۸ مقاله باقی ماند. درنهایت پس از غربال‌گری چکیده و متن کامل ۷۶ مقاله وارد مطالعه (پیوست شماره ۱) و ابعاد سالمندی موفق در راستای سنتز کردن مفاهیم به‌دست‌آمده استخراج شد. در ابتدا ابعاد بیان شده در هر مطالعه کدگذاری، سپس زیر طبقات و طبقات اصلی مفهوم سالمندی موفق ساخته شد. بر اساس این، پنج طبقه اصلی با عناوین سلامت جسمانی، به‌زیستن روان‌شناختی، به‌زیستن اجتماعی، داشتن معنویت و تعالی و امنیت اقتصادی و محیطی به دست آمد.

در طبقه «سلامت جسمانی»، مطالعات به سلامت جسمانی خوب، نداشتن عوامل خطر، سلامت عملکردی و طول عمر اشاره کرده است. در طبقه «به‌زیستن روان‌شناختی»، نداشتن بیماری روانی، داشتن ویژگی‌های مثبت

فردی، رضایت از کل دوران زندگی و ادراک مثبت از سالمندی از زیرطبقات تشکیل‌دهنده آن است. شایان ذکر است، در طبقه «به‌زیستن اجتماعی» حضور و تعامل در اجتماع و حمایت اجتماعی از مطالعات به دست آمد. طبقه «داشتن معنویت و تعالی»، زیر طبقات معنویت (رفتارها و اعتقادات به نیرویی برتر و...) و سالمندی متعالی (خودمتمعالی و پذیرفتن مرگ و...) را در برمی‌گیرد. طبقه «امنیت اقتصادی- محیطی» شامل زیر طبقات زندگی در محیط و بافتار مناسب و امنیت اقتصادی بوده است. در جدول ۱-۲ طبقات و زیر طبقات مفهوم سالمندی موفق مشخص و ارائه شده است.

جدول ۱-۲- ماتریس ابعاد سالمندی موفق مستخرج از مرور تلفیقی مطالعات

طبقه‌های اصلی سالمندی موفق	زیر طبقه‌های سالمندی موفق	کد	خلاصه معنایی
سلامت جسمانی	ارزنجایی مثبت وضعیت سلامتی	ارزنجایی مثبت سالمند از وضعیت سلامت خود	نداشتن درد و احساس ضعف، احساس سالم بودن و خوب بودن
		نداشتن بیماری مزمن و تعداد کمتر بیماری	نداشتن علائم بیماری مانند بیماری‌های قلبی، سکته، دیابت، سرطان، امفیزم، پوکی استخوان، آسم، فشار خون، چاقی، بیماری‌های عروقی، بیماری ریوی، بیماری پارکینسون سابقه بستری اخیر، تعداد زمان‌های گذرانده در رختخواب، نداشتن مشکلات حاد دندانی
	عملکردی سلامت	نداشتن عوامل خطر	رعایت رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت مانند سیگار نکشیدن، رژیم غذایی مدیترانه‌ای، حفظ تناسب جسمانی و ورزش‌های کششی
		توانایی انجام فعالیت‌های روزانه	زمان بیشتر راه رفتن، انجام فعالیت‌های شخصی مانند حمام کردن، توانایی تلفن کردن، خرید رفتن، بالا رفتن از پله
		نداشتن معلولیت	نداشتن مشکل شنوایی، بینایی و ناتوانی جسمانی
	طول عمر		زندگی بالای ۸۰ یا ۸۵ سال

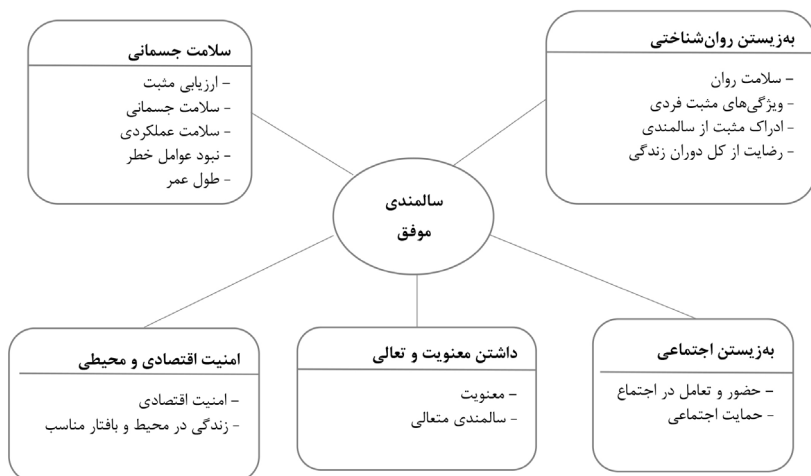
طبقه‌های اصلی سالمندی موفق	زیر طبقه‌های سالمندی موفق	کد	خلاصه معنایی
به‌زیستن روان شناختی	سلامت روان	افسرده نبودن	نداشتن نشانه‌های افسردگی (مانند گوشه‌گیری، احساس بی‌ارزشی و غیر مفید بودن، ناامیدی)
		نداشتن مشکل شناختی	نداشتن نشانه‌های آلزایمر و پارکینسون، نداشتن نشانه‌های سوءظن، مشکلات توجهی و زبانی
		نداشتن استرس و ترس	بی‌اشتهایی یا تنش در خوردن، ترس از مرگ نزدیکان، احساس مقصر بودن
	وینگی‌های مثبت‌فروری	قبول خود	داشتن احساس خوب در مورد خود، داشتن اعتمادبه‌نفس، احساس مفید بودن، خودپنداره مثبت، احساس خرسندی
		تسلط بر محیط	توانایی تغییر محیط بر اساس علایق خود، توانای فعالیت پیچیده در زندگی و خانواده، تغییر یا انتخاب محیط مناسب بر اساس فعالیت یا محدودیت فیزیکی و ذهنی
		خودکارآمدی	توانایی مراقبت از خود، توانایی انجام ندادن رفتارهای پرخطر، توانایی بهتر کردن سلامتی خود، توانایی مقابله با مشکلات
		حفظ تعادل در امور زندگی و علایق	تعادل بین فرصت و چالش، انتخاب‌های جایگزین، جبران کمبودها، تعادل بین ذهن و بدن، تناسب بین آرزوها و اهداف به‌دست‌آمده
		مقابله و سازگاری	توانایی روبه‌رویی با مشکلات و دور نشدن از آن‌ها، سازگاری با مشکلات دوران سالمندی، استفاده نکردن از راه‌حل‌های ناکارآمد
		استمرار در آموزش و یادگیری	یادگیری موارد جدید، تلاش برای افزایش آگاهی، توجه به رشد در دوران سالمندی
		خلق و خوی مثبت	گشودگی، کنجکاوی، حس شوخ‌طبعی، داشتن صفات مثبت براساس فرهنگ و بافتار
		شادکامی	داشتن روحیه شاد و پرانرژی بودن، داشتن رابطه گرم و صمیمی با دیگران، خندان بودن

طبقه‌های اصلی سالمندی موفق	زیر طبقه‌های سالمندی موفق	کد	خلاصه معنایی
به‌زیستن روان‌شناختی	مثبت‌فردی و ویژگی‌های	داشتن هدف/برنامه‌ریزی و امیدواری	حس امید، داشتن هدف برای آینده
		مفید بودن	نداشتن احساس بی‌ارزشی، داشتن حس مفید بودن، مولد بودن
		ظاهر خوب	ظاهر جسمانی خوب، پوشش مناسب
	رضایت از کل دوران زندگی	رضایت از زندگی گذشته	قبول گذشته، داشتن شغل مناسب، رضایت از گذشته مثلاً در جنگ بودن، خاطرات گذشته
		رضایت از زندگی	رضایت از کل زندگی، رضایت از همسر، رضایت از وضعیت زندگی
	ادراک مثبت از سالمندی	قبول سیر طبیعی بودن سالمندی	قبول تغییرات طبیعی این دوران، قبول اکنون و مشکلات آن
		درک مثبت از دوران سالمندی	دیدن نکات مثبت دوران سالمندی، خود را سالمند و ناتوان ندانستن
به‌زیستن اجتماعی	حضور و تعامل در اجتماع	روابط نزدیک با افراد	داشتن روابط خویشاوندی، داشتن شبکه‌ای از دوستان و آشنایان، انجام فعالیت با دوستان و خانواده، داشتن روابط بین نسلی
		انجام فعالیت در اجتماع	داشتن شغل و فعالیت تولیدی، انجام کارهای داوطلبانه، انجام آموزش‌های اجتماعی، انجام کسب‌وکار در خانه، رفتن به مکان‌های عمومی مانند کلیسا
		داشتن اوقات فراغت	گشت‌وگذار کردن، مسافرت رفتن، داشتن سرگرمی و انجام فعالیت‌های خلاقانه
به‌زیستن اجتماعی	حمایت اجتماعی	تنها نبودن	ازدواج یا داشتن شریک برای ارتباط صمیمانه و انسجام
		حمایت فرزندان و خانواده	داشتن فردی برای همراهی در مسافرت، داشتن فردی برای صحبت کردن، کمک‌های عاطفی از طرف خانواده، حمایت مادی از طرف خانواده، روابط نزدیک خانوادگی و رفت‌وآمد
		حمایت دولت	وجود سیاست‌های رفاه اجتماعی برای امنیت مالی سالمندان، ارائه منابع مراقبت از سلامت از طرف دولت و مناسب‌سازی محیط برای سالمندان، تسهیل ورود سالمندان به نقش‌های اجتماعی و مشارکت در فعالیت‌های تولیدی و اجتماعی

طبقه‌های اصلی سالمندی موفق	زیر طبقه‌های سالمندی موفق	کد	خلاصه معنایی
داشتن معنویت و تعالی	سالمندی متعالی	معنویت	احساس صلح درونی، رفتارهای قدردانی، مذهبی بودن، قبول یک نیروی برتر، داشتن دیدگاه معنوی
		خود متعالی	داشتن عقلانیت، شناخت کامل خود، تغییر از خودمحوری به بعدی بزرگ‌تر، کمال‌گرایی، کاهش خودمحوری
		هستی‌شناختی	احساس اینکه جزئی از جهان هستند، آگاهی از جزئی از چرخه زندگی بودن، تغییر دید نسبت به جهان
		پذیرش مرگ	کاهش استرس از مرگ، تغییر دیدگاه به مرگ
		علاقه به خلوت	فهم رمز و رازهای زندگی و ارتباط با پیشینیان
امنیت اقتصادی و محیطی	زندگی در محیط و بافتار مناسب	امنیت اقتصادی	منابع مالی و دارایی، حقوق بازنشستگی، مستمری، رضایت از منابع مالی کنونی
		دوست داشتن محل زندگی	محیط اجتماعی سالم، زیربنای مناسب و گرمای محل سکونت، امنیت برای بیرون رفتن از خانه و نبود مزاحمت
		محیط طبیعی	هوای مناسب، آب پاکیزه، سیستم دفع زباله
		امکانات و سیستم مراقبتی و بهداشتی	در دسترس بودن منابع و خدمات پزشکی مانند فاصله نزدیک به بیمارستان، وسیله حمل‌ونقل مناسب برای رسیدن به درمانگاه، داشتن مراقب
		نداشتن تصورات قالبی منفی در جامعه	جدی نگرفتن سالمند به منزله یک فرد شایسته، تصویر منفی از سالمندان در رسانه‌ها، نشان دادن چهره بد اخلاق از سالمندان در رسانه‌ها

بدین ترتیب، نتیجه نهایی مرور تلفیقی سالمندی موفق به ماتریسی منجر شد که در آن پنج طبقه (بُعد) و پانزده زیر طبقه سالمندی موفق مشخص گردید. خروجی نهایی مرور تلفیقی در شکل ۲-۳ نشان داده شده است.

شکل ۲-۳- ابعاد و زیرطبقات سالمندی موفق (خروجی مرور تلفیقی مطالعات پیشین)



۲-۳-۱-۲. سالمندی فعال

سالمندی فعال مفهومی است که سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۰ ارائه کرده که به معنای فرایند بهینه‌سازی فرصت‌ها برای سلامت، مشارکت و امنیت در راستای کسب کیفیت زندگی با افزایش سن است. منظور از واژه فعال نه تنها ادامه فعالیت بدنی و مشارکت در نیروی کار، بلکه تداوم مشارکت در اجتماع، سیاست، فرهنگ، معنویت و امور شهروندی است. حتی سالمندانی که دچار معلولیت نیز شده‌اند در این رویکرد می‌توانند مشارکت فعالانه در خانواده و اجتماع داشته باشند. سالمندی فعال تعیین‌کننده‌های متنوعی دارد که توسط خانواده، فرد و ملت احاطه شده است. عوامل سالمندی فعال شامل؛ سلامت و خدمات اجتماعی، عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی، محیط فیزیکی، عوامل فردی و عوامل رفتاری است (Tareque, 2014; WHO, 2002).

ریشه مفهوم سالمندی فعال بیشتر از نظریه‌های کارکردگرایی جامعه‌شناسی مانند نظریه‌های فعالیت و استمرار در حیطه سالمندان گرفته شده است و در برابر نظریه بی‌تعهدی قرار دارد. در این میان، لمون، بنگسون و پترسون^۱ (۱۹۷۲) نظریه فعالیت را مطرح کردند که براساس آن افراد در صورتی با موفقیت به دوره سالمندی می‌رسند که فعال و کاملاً در نقش‌های اجتماعی خود مشارکت داشته باشند، این نظریه یکی از نظریه‌های غالب در مطالعات سالمندی است که تأکید دارد فعالیت اجتماعی، ماهیت زندگی برای تمام سنین است. همچنین بر این باور است که سالمندی نرمال فعالیت‌های اجتماعی و ذهنی خود را در دوران میان‌سالی تا زمانی که ممکن است ادامه می‌دهد و هر فعالیت و نقشی را که ناچار است از آن خارج شود با فعالیت دیگر جایگزین می‌کند (Lemon 1972; Victor 2005). نظریه فعالیت

1. Lemon, Bengtson and Peterson

پیش‌بینی می‌کند، افرادی که فعال اجتماعی باقی می‌مانند تصویر مثبتی از خود دارند و با انسجام و رضایت بیشتری از زندگی همراه هستند، در این مطالعات، سالمندی موفق به معنای رضایت از زندگی تعریف شده است و افرادی که فعال‌ترند رضایت بیشتری از زندگی دارند؛ اما این نقد وارد است که نقش سایر متغیرهای مهم مانند سلامت، جنسیت، فرهنگ و وضعیت اقتصادی نادیده گرفته شده است (Hiller and Barrow, 2011). این دیدگاه با مشاهده افراد سالمی که ترجیحات متفاوتی برای ارتباطات اجتماعی دارند، به چالش کشیده شده است. همچنین این نوع روابط اجتماعی به همان اندازه‌ای که ممکن است غنی باشد، مخرب است. در این میان، آچتلی^۱ (۱۹۷۲) نیز نظریه استمرار را مطرح و بیان کرد افراد در صورتی با موفقیت پیر می‌شوند که عادات‌ها، علایق، سبک زندگی، روابط و ترجیحات قبلی را در دوران سالمندی ادامه دهند. نتایج مطالعات طولی، نظریه استمرار را تأیید کرده و بیانگر این است که خصوصیات دوران میان‌سالی به پیش‌بینی کننده‌ای قوی پیامدهای دوران سالمندی است (Victor, 2005). این نظریه بیان می‌کند نحوه سازگاری فرد با دوران جوانی و میان‌سالی، الگوهای کلی سازگاری وی با دوران سالمندی را نیز پیش‌بینی می‌کند. بر اساس این نظریه، شخصیت در ابتدای زندگی شکل می‌گیرد و در طول دوران زندگی بدون تغییر اساسی ادامه پیدا می‌کند؛ البته بعضی از محققان در راستای نقد این نظریه نمونه‌ای از افراد را نام برده‌اند که تغییرات اساسی در شخصیت خود در دوران سالمندی داشته‌اند (Hiller and Barrow, 2011).

گفتنی است، تعیین‌کننده‌های سالمندی فعال در بین سالمندان ساکن در منزل با سالمندان خانه سالمندان متفاوت است؛ در سالمندان ساکن منزل شامل فعالیت‌های متنوع در سطوح جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، سلامت

جسمانی و عملکردی، اوقات فراغت، نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی، به‌زیستن روانی و روان‌شناختی، ارتباط و روابط اجتماعی، امکانات و محله زندگی، مالی، کار و استقلال؛ اما در سالمندان کهن‌سال یا ساکن خانه سالمندان افزایش حداکثری مشارکت و استقلال مدنظر است (Davey, 2002).

افزون بر این، محققان سالمندی فعال را معمولاً راهبردهای فردی یا جمعی برای مشارکت بهینه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌دانند. سالمندی فعال هم‌پوشانی با مفاهیم سالمندی موفق و مولد دارد؛ اما در نوع خود یگانه و در ابتدا مفهومی سیاست‌گذاری بوده است. درواقع این مفهوم برای تغییر دیدگاه ما و فهم تصورات قالبی و تبعیض‌ها در ساخت جامعه‌ای عملیاتی برای فرایند سالمندی نقش دارد. (Lassen & Moreira, 2014) در این میان، کمیسیون اروپا عناصر اصلی سالمندی فعال برای افراد را شامل کارکردن طولانی‌تر، بازنشستگی دیرتر، فعال بودن بعد از بازنشستگی، مشارکت در فعالیت‌های سلامت پایدار و به خود متکی بودن و تا حد امکان مشارکت داشتن می‌داند (Davey, 2002).

شایان ذکر است که پل^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۲ به بررسی اعتبار چارچوب مفهومی سالمندی فعال - که سازمان بهداشت جهانی آن را ارائه کرده بود - پرداختند. این چارچوب مفهومی در میان هزار و ۳۲۲ سالمند با روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بررسی شده و نتایج آن نشان می‌دهد مدل سالمندی فعال به‌طور کامل تأیید نمی‌شود و در بیشتر گروه‌های سالمندان مستقل و تأییدشده نیست. مدل شش فاکتوری حاصل از این مطالعه شامل سلامت، اجزای روان‌شناختی، عملکرد شناختی، روابط اجتماعی، اجزای رفتار زیستی و شخصیتی است که ۵۴٫۶ درصد کل مدل را تبیین می‌کند. این

1. Paul

مطالعه نشان می‌دهد عوامل عینی نیز همچون عوامل ذهنی نقش مهمی در شکل‌دهی سالمندی فعال دارد و در فرهنگ‌های مختلف، متفاوت تعریف می‌شود. همچنین، بوندینی^۱ در مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۳ مفهوم سالمندی فعال را ابزاری سیاستی می‌داند و بیان می‌کند تعریف منسجمی در مورد این مفهوم برخلاف مفاهیم دیگری مانند سالمندی سالم دیده نمی‌شود. همچنین در این مطالعه سعی دارد مفاهیم را طبقه‌بندی کند. شایان ذکر است که بر اساس یافته‌ها سه اصول کلیدی در این تعریف دیده می‌شود که شامل تقویت سازگاری، حمایت از روابط عاطفی نزدیک و خارج کردن موانع ساختاری مرتبط با سن و وابستگی است.

گفتنی است، در جست‌وجوی مقالاتی با عنوان سالمندی فعال ۸۹۱ مقاله به دست آمد که پس از حذف موارد تکراری، غیر انگلیسی‌زبان و مقالات اجلاس، ۴۷۳ مقاله باقی ماند که بعد از غربالگری نهایی چکیده و متن مقالات، در نهایت ۳۱ مقاله وارد مطالعه شده است.^۲ باید توجه داشت که مرور ادبیات سالمندی فعال برخلاف سالمندی موفق (بسیار گسترده و متنوع) محدودتر است. در این میان، سازمان بهداشت جهانی سه پایه اصلی برای این مفهوم بیان کرده که بسیاری از تحقیقات بر اساس آن شکل گرفته است و افرادی همچون تارکیو^۳ و همکاران (۲۰۱۴) آن را عملیاتی کرده‌اند؛ از این‌رو در مطالعه حاضر ابتدا این سه پایه برای شکل‌گیری ابعاد این مفهوم در نظر گرفته شده، سپس موارد جدید مستخرج از مطالعات دیگر به آن اضافه شده است. بر اساس این، سه طبقه اصلی با عناوین «سلامت»، «مشارکت اجتماع‌محور» و «امنیت» به دست آمد. در طبقه «سلامت» مطالعات به عافیت اشاره می‌کند که شامل

1. Boudiny

۲. لیست مقالات در پیوست ارائه شده است.

3. Tareque et al

سلامتی خودارزیاب، به‌زیستن روان‌شناختی و نداشتن معلولیت است، همچنین فعالیت جسمانی که شامل فعالیت‌های زندگی روزمره، محدودیت عملکردی و تمرین‌های ورزشی است، در بر می‌گیرد. در طبقه «مشارکت اجتماع‌محور»، مشارکت در خانواده، مشارکت در اجتماع و مشارکت در بازار کار از زیر طبقات تشکیل‌دهنده آن است. در طبقه «امنیت» نیز امنیت مالی که شامل درآمد و کفایت و منبع مالی است و امنیت فیزیکی که شامل داشتن خانه، ترتیبات زندگی، امکانات ایمنی، خدمات و مراقبت و محیط زندگی است، از مطالعات به دست آمد. در جدول و نمودار ۲-۲ نتایج مرور تلفیقی سالمندی فعال در چارچوب طبقات و زیر طبقات مفهوم سالمندی فعال مشخص و ارائه شده است.

جدول ۲-۲- ماتریس ابعاد سالمندی فعال مستخرج از مرور تلفیقی مطالعات

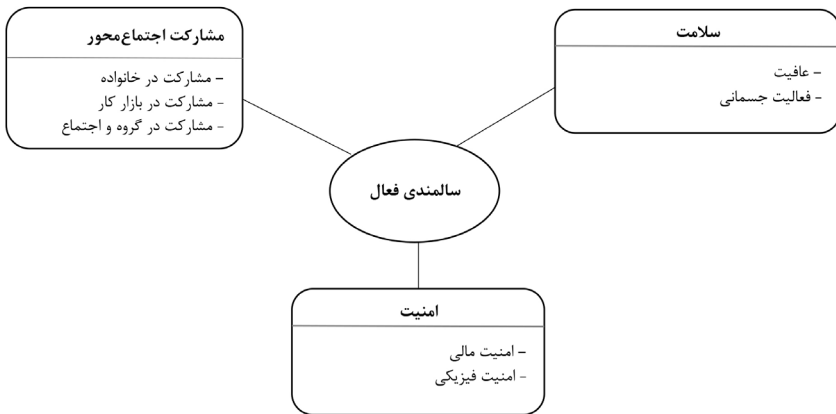
طبقه‌های اصلی سالمندی فعال	زیر طبقه‌های سالمندی فعال	کد	خلاصه معنایی
سلامت	عافیت	وضعیت سلامت خودارزیاب	سؤال در مورد وضعیت سلامت سالمند، خوردن غذای خوب و رژیم غذایی مناسب دارای پروتئین* نبود بیماری‌های مزمن و معلولیت* مصرف نکردن الکل* و تنباکو* سیگار نکشیدن* دفعات بستری شدن در بیمارستان* بینایی* شنوایی*
		بهزیستن روان‌شناختی	سؤال در مورد سلامت روان سالمند، داشتن فعالیت ذهنی* داشتن اعتماد به نفس* متکی به خود بودن* انجام تمرینات ذهنی با حل جدول، چیدن پازل و انجام بازی‌های فکری* به روز بودن اطلاعات سیاسی* موضوعات اجتماعی* خواندن روزنامه* یاد گرفتن مهارت‌های جدید مانند زبان و کامپیوتر، اینترنت و فناوری جدید* تفکر مثبت* تمرکز داشتن* نگران نبودن* لذت از زندگی* شوخ‌طبعی* رضایت از زندگی* جوان فکر کردن* علاقه‌مند بودن به زندگی* نبود بیماری شناختی و افسردگی* توانایی کنترل موارد مهم در زندگی* توانایی مقابله با موارد رخ داده* سطح شادکامی* وضعیت استرس روان‌شناختی* افزایش خرد معنوی* عملکرد شناختی در مورد حافظه کوتاه‌مدت، عملکرد اجرایی، مهارت دیداری- فضایی، زبان، توجه، جهت‌یابی* حالت روانی مناسب در مورد احساس منفی، احساس مثبت، علائم جسمانی، مشکلات بین فردی*
سلامت	فعالیت جسمانی	معلولیت	بررسی داشتن هر نوع ناتوانی جسمانی نابینایی، ناشنوایی و فلج بودن
		فعالیت‌های زندگی روزمره	سنجش با چهار آیتم توانایی لباس پوشیدن، خوردن، حمام کردن و توالت رفتن، راه رفتن (نمره ۱ برای توانایی انجام تمام موارد و نمره ۰ برای مشکل داشتن در یک مورد یا بیشتر) استفاده از حمل و نقل عمومی* استقلال در زندگی*
		محدودیت عملکردی	بلند کردن اشیاء با وزن پنج کیلوگرم، یک کیلومتر راه رفتن و بالا رفتن از دو تا سه پله، خمیده و قوز کرده، انجام کارهای دستی* تعادل* ایستادن با صندلی*
		تمرین‌های ورزشی	داشتن تمرین ورزشی حداقل یک‌بار در هفته در شش ماه گذشته، تناسب‌اندام* باشگاه ورزشی رفتن* دوچرخه‌سواری* پیاده‌روی* حرکات موزون*

طیفه‌های اصلی سالمندی فعال	زیرطبقه‌های سالمندی فعال	کد	خلاصه معنایی
مشارکت اجتماع محور	مشارکت در گروه و اجتماع*	مشارکت در خانواده	کمک در نگهداری از نوه یا همکاری در امور منزل و تهیه غذا، باغبانی* مراقبت از سالمندان* دورهمی و ملاقات با دوستان، فامیل و خانواده* دیدن فرزندان و خانواده و خویشاوندان در ماه گذشته* روابط بین نسلی*
			مشارکت داشتن در بازار کار (نمره ۱ در شغل‌های دارای دستمزد یا بدون دستمزد) دیرتر بازنشسته شدن* داشتن فرصت عادلانه در بازار کار - اشتغال گروه‌های سنی پنج ساله و بیشتر*
			داشتن فعالیت داوطلبانه در کلاس‌های گروهی، سرای سالمندان، گروه‌های مسافرتی، مطالعه و یادگیری* آموزش مداوم* یادگیری فناوری جدید* بازی در پارک و بازی با نوه‌ها، داشتن اوقات فراغت* صحبت با دوستان* حضور در اجتماع بعد از بازنشستگی* فعالیت‌های سیاسی* طبیعت گردی* و خرید و انجام کارهای جدید* دیدن افراد جدید* ارتباط با جوانان* داشتن یک دوست همراه* کاهش تبعیض سنی در جامعه* نسل‌پروری* اعتماد به بیشتر مردم* ترس نداشتن از دزدیده شدن هنگام خروج از خانه* شرکت در فعالیت‌های مذهبی و شعایر دینی* شهروند فعال بودن*
امنیت	امنیت مالی	منبع مالی	مانند کار، حقوق بازنشستگی کمک‌های دولتی یا وام، ذخیره مالی، سود بانکی، اعضای خانواده و فامیل (نمره بر اساس سه گروه: هیچ منبعی، فقط یک منبع، و دو منبع یا بیشتر)
		کفایت مالی	سؤال از سالمند در مورد اینکه درآمد او برای زندگی کافی است یا خیر (بدون درآمد، ناکافی، کافی)، نبود هیچ‌گونه ریسک فقر برای سالمندان* بدون محدودیت مادی شدید* دریافت تأمین اجتماعی* مزایا، کارت حقوق* خدمات اجتماعی با تخفیف* مدرن کردن سیستم حقوق بازنشستگی* تقویت ارتباط بین درآمد بازار کار و پرداخت حقوق بازنشستگی* سواد مالی*
		درآمد	میزان حقوق دریافتی (براساس پول کشور) استقلال مالی در زندگی* افزایش دوره‌های کاری* و ایجاد دوره‌هایی کاری برای افراد دارای ناتوانی*

طبقه‌های اصلی سالمندی فعال	زیرطبقه‌های سالمندی فعال	کد	خلاصه معنایی
امنیت	امنیت فیزیکی	داشتن خانه	با سؤال صاحب‌خانه بودن یا خیر
		ترتیبات زندگی	با چه کسی زندگی می‌کنید (تنها، با همسر، با دختر یا پسر مجرد، با دختر یا پسر متأهل، دیگران)
		امکانات ایمنی	داشتن توالت بهداشتی، متریال ایمن، دستگیره برای گرفتن دست، دمپایی دستشویی
	امنیت فیزیکی	خدمات و مراقبت *	خدمات بهداشتی * در دسترس بودن مراقبت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و دندانپزشکی * دریافت مراقبت‌های بهداشتی خوب و رایگان * در یاریگری در تحرک و حمل‌ونقل خوب * دسترسی به خدمات محله‌ای و خدمات خانگی *، دریافت تخفیف در امکانات رفاهی و تفریحی *، ارائه خدمات بهداشتی مراقبتی و نگهداری بر اساس نیاز سالمندان * شکایت نداشتن از پرداخت خدمات بهداشتی و مراقبتی * نداشتن موانع برای گرفتن نسخه پزشکی و داروهای مربوط *
		محله زندگی مناسب *	بدون ترس قدم زدن * حمل‌ونقل عمومی مناسب و نزدیک، ناراضی نبودن از محله زندگی * ترس نداشتن از خروج از خانه به دلیل نبود پیاده‌رو مناسب یا گذر از خیابان * ترس نداشتن از افتادن در پیاده‌رو یا هنگام گذر از خیابان *

* موارد ستاره‌دار به چارچوب سازمان بهداشت جهانی اضافه شده‌اند

شکل ۲-۴- ابعاد و زیرطبقات سالمندی فعال (خروجی مرور تلفیقی مطالعات پیشین)



تمام واژه‌ها و مفاهیمی که در این فصل و فصل اول بدان اشاره شد، برای سالمندی خوب استفاده می‌شود. گفتنی است، همه در عین حال که با هم تفاوت دارند، سعی می‌کنند سالمندان را در جامعه فعال نگه دارند. «سالمندی سالم» با تمرکز بیشتر بر پیشگیری از بیماری تأکید دارد تا سبب استقلال سالمندان شود و موجب گردد آن‌ها از فعال بودن در جامعه و کیفیت زندگی لذت ببرند. «سالمندی مولد» بر فعالیت کاری بدون دستمزد یا با دستمزد تأکید دارد و بیشتر مفهومی اقتصادی است. «سالمندی موفق» احتمال پایین بیماری یا ناتوانی، ظرفیت عملکردی جسمی و شناختی و مشارکت فعال در زندگی را تأکید می‌کند که البته با پیشرفت مطالعات بر ابعاد آن افزوده شده و مفهومی چترگونه یافته است. گفتنی است، «سالمندی فعال» با تأکید سازمان بهداشت جهانی برای سیاست‌گذاری بر روی امنیت، سلامت و مشارکت تأکید دارد (Lim & Thompson, 2015).

شایان ذکر است سالمندی موفق در ایالات متحده و سالمندی فعال در

اروپا بیشتر استفاده می‌شود؛ اما تأکید هر دو بر فعال بودن در جامعه است. سالمندی مثبت نیز بیشتر در استرالیا و نیوزلند رواج دارد و همسو با بهزیستن معنوی، عاطفی، ذهنی و جسمی استفاده می‌شود (Lim & Thompson, 2015). همان‌گونه که مشاهده شد، هرچند دو مفهوم سالمندی موفق و سالمندی فعال ادبیات تحقیقاتی گسترده‌ای دارند، هنوز تعریفی جامع و مشترک برای آن دو در میان محققان وجود ندارد و گسترش سایر مفاهیم مانند سالمندی مثبت، سالمندی متعالی و سالمندی سالم - که پیش‌تر ذکر شد - نیز بر پیچیدگی این دو مفهوم افزوده است.

باید توجه داشت که مفاهیم به فرهنگ و بافتار جوامع وابسته هستند؛ ازاین‌رو کشورها متناسب با بافتار خود مفهومی را به‌طور مشترک در حوزه سیاست‌گذاری انتخاب کرده‌اند؛ برای مثال رواج مفهوم سالمندی فعال در اروپا به دنبال سالخوردگی جمعیت و نیاز بازار کار مشاهده شده است. با تعدد ترجمه این مفاهیم در ادبیات فارسی مانند سالمندی پویا و سالمندی فعال برای واژه active ageing پیچیدگی و هم‌پوشانی مفاهیم بیشتر شده است؛ ازاین‌رو در فصل سوم برآنیم با توجه به ابعاد مشترک سالمندی فعال و سالمندی موفق - که در مفهومی با عنوان «سالمندی خوب» ارائه می‌شود - تعریفی جامع با ابعادی مشخص ارائه کنیم.

فصل سوم:

ابعاد و مؤلفه‌های سنجش

سلامندی خوب

۳-۱. سالمندی خوب: سنتزی از سالمندی موفق و فعال

همان‌گونه که در فصل پیشین مشاهده شد سالمندی موفق و فعال ابعاد متفاوتی دارد؛ اما در بسیاری از ابعاد با همپوشانی معنایی همراه است. در این میان، سالمندی موفق مفهومی کلان‌تر، چترگونه و به‌نوعی رایج در ادبیات تحقیق است؛ درحالی‌که سالمندی فعال بیشتر برای تأکید بر مشارکت سالمندان در جامعه و بازار کار استفاده می‌شود؛ اما آنچه مسلم است تلاش مفاهیم مذکور بر چندبعدی بودن و دیدن ابعاد اجتماعی در کنار ابعاد جسمانی و روانی است. در ادبیات تحقیق هر دوی این مفاهیم با عنوان سالمندی خوب یا خوب پیر شدن (ageing well) در گفتمان روزمره مطرح می‌شوند؛ از این‌رو بر اساس روش مرور تلفیقی، که هدفش سنتز کدگذاری‌ها و طبقه‌بندی‌های انجام‌شده است، با سنتز مدل‌های مطرح‌شده در مرور ادبیات در فصل دوم برای دو مفهوم سالمندی موفق و سالمندی فعال به چارچوب مفهومی منسجم درباره سالمندی خوب می‌رسیم؛ برای مثال به‌منظور رسیدن به بُعد به‌زیستن اجتماعی - همان‌گونه که در جدول زیر

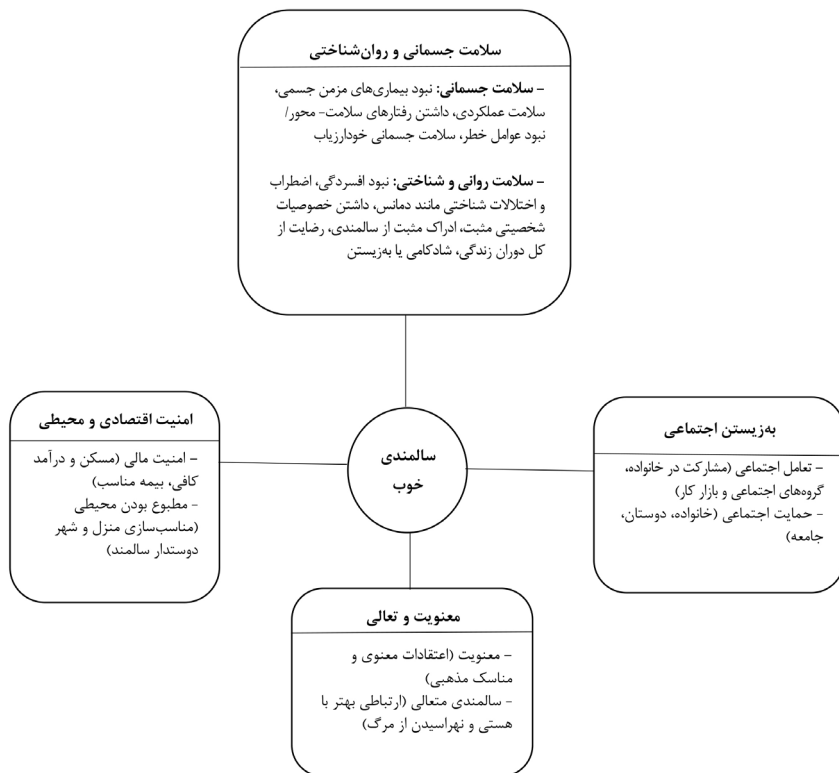
دیده می‌شود- این بعد در سالمندی موفق، طبقه حمایت اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد که در مفهوم سالمندی فعال دیده نمی‌شود؛ اما در سالمندی فعال مشارکت به معنی تفکیک و تأکید بر بازار است؛ ازاین‌رو با بررسی کدهای اولیه، بُعد به‌زیستن اجتماعی به دلیل جامعیت معنایی انتخاب در زیر طبقه تعامل اجتماعی انواع مشارکت در اجتماع بیان شده است.

جدول ۳-۱- بررسی بُعد اجتماعی در سالمندی فعال و سالمندی موفق به‌منظور سنتز نهایی

مشارکت اجتماع محور (سالمندی فعال)	مشارکت در خانواده	کمک به نگهداری از نوه، امور منزل، تهیه غذا و...
	مشارکت در بازار کار	مشارکت داشتن در شغل‌های دارای دستمزد یا بدون دستمزد، دیرتر بازنشسته شدن و...
	مشارکت در گروه و اجتماع	داشتن فعالیت داوطلبانه در کلاس‌های گروهی، سرای سالمندان، گروه‌های مسافرتی و...
به‌زیستن اجتماعی (سالمندی موفق)	حضور و تعامل در اجتماع	روابط نزدیک با افراد: داشتن شبکه‌ای از دوستان و آشنایان و ...
		انجام فعالیت در اجتماع: انجام کارهای داوطلبانه و ...
		داشتن اوقات فراغت: مسافرت رفتن و...
	حمایت اجتماعی	تنها نبودن: ازدواج یا داشتن شریک برای ارتباط صمیمانه و...
		حمایت فرزندان و خانواده: کمک‌های عاطفی از سوی خانواده و...
		حمایت دولت: وجود سیاست‌های رفاه اجتماعی برای امنیت مالی سالمندان و...

چارچوب مفهومی سالمندی خوب در شکل ۳-۱ مشاهده می‌شود.

شکل ۳-۱- ابعاد سالمندی خوب (سنتر مطالعات سالمندی موفق و سالمندی فعال)



۳-۲. ابعاد سالمندی خوب

چارچوب مفهومی ارائه‌شده از سالمندی خوب، دارای ابعاد سلامت جسمی و روان‌شناختی، بهزیستن اجتماعی، داشتن معنویت و تعالی، و امنیت اقتصادی- محیطی است که در ادامه هریک از ابعاد و نحوه سنجش آن‌ها بیان می‌شود.

۳-۲-۱. سلامت جسمانی و روان‌شناختی

سلامت جسمانی: در این نوع از سلامتی فرد با بیماری‌های مزمن و عوامل خطر مواجه نیست و سلامت عملکردی دارد. سلامت جسمانی یکی از مهم‌ترین ابعاد سالمندی خوب است که ارزیابی آن در بیشتر مطالعات دیده می‌شود، به‌ویژه در مطالعات کمی که هم سلامت خود ارزیاب و هم سابقه بیماری بررسی می‌شود (Tyrovolas et al, 2014 Tate et al, 2013). ارزیابی سلامت جسمانی در مطالعات با عناوین «عینی» (Pruchno et al 2010) یا «پزشکی» (Cosco et al, 2014) ارائه شده است. نداشتن عوامل خطر نیز بیشتر رفتارهای مرتبط با سبک زندگی سالم همچون تغذیه مدیترانه‌ای و ورزش را در برمی‌گیرد (Tyrovolas et al, 2014). همچنین توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و نداشتن ناتوانی جسمی / معلولیت یکی دیگر از ابعاد مهم سلامت جسمانی است (Hodge et al 2013; Thielke and Diehr, 2012). گفتنی است، در حال حاضر راهکار استفاده صرف طول عمر، که نشان‌دهنده سالمندی خوب است در مقایسه با سایر موارد مانند ارزیابی وضعیت جسمانی اهمیت کمتری دارد؛ اما مفاهیمی چون کیفیت زندگی و طول زندگی سالم اهمیت بیشتری یافته (Knight and Ricciardelli, 2003 Hilton et al, 2012); Tate et al, 2009 از این‌رو طول عمر در مدل نهایی حذف شده است.

شایان ذکر است که ابزارهای متعددی برای سنجش سلامت جسمانی وجود دارد که به‌صورت عینی یا ذهنی سنجیده می‌شود و در جدول ۳-۱ به‌طور خلاصه بیان شده است. در این میان، به‌منظور عملیاتی کردن بُعد سلامت جسمانی بیشتر تحقیقات به نبود بیماری یا سلامت عملکردی فرد سالمند توجه می‌کنند. برای سنجش سلامت جسمانی نیز پرسشنامه‌های سلامت عمومی، مقیاس طب سالمندی فیلادلفیا، کیفیت

زندگی و پرسشنامه‌های مربوط به توانایی انجام فعالیت‌های روزانه کاربرد بیشتری دارد. در کنار ابزارهای پرترفدار سنجش بیماری‌ها و سلامت عملکردی سالمند در بین محققان، سنجش نبود ریسک فاکتورها، داشتن رفتارهای مرتبط با سلامت مانند فعالیت بدنی یا داشتن رژیم تغذیه‌ای نیز بررسی، و در بحث فعالیت جسمانی و تغذیه بیشتر بر سبک زندگی سالمندان تمرکز می‌شود؛ برای مثال در بررسی رژیم تغذیه‌ای، پرسشنامه کوتاه «ارزیابی تغذیه‌ای» بیشترین کاربرد را در میان سایر ابزارها دارد؛ البته در زمینه سبک زندگی سالمندان نیز پرسشنامه‌ای به فارسی طراحی شده است (اسحاقی و همکاران، ۱۳۸۸). در مورد فعالیت فیزیکی نیز به فارسی استفاده از پرسشنامه‌های PHASE و CHAMPS در میان سالمندان دیده می‌شود. همچنین به همراه سؤالات عینی اکثر محققان، سؤال ذهنی سلامت خود ارزیاب را نیز بیان می‌کنند.

جدول ۳-۲- ابعاد و نحوه سنجش سلامت جسمانی

ابعاد	ابزارهای سنجش
نبود بیماری‌های مزمن و سلامت عمومی	پرسش درباره بیماری مزمن (نبود بیماری قلبی، سکت، دیابت، سرطان، امفیزم، پوکی استخوان، آسم، فشارخون، چاقی، بیماری‌های عروقی، بیماری ریوی و سایر بیماری‌هایی که پزشک تشخیص داده است) مقیاس اخلاق مثبت مرکز طب سالمندی فیلادلفیا (PGCMS)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)، پروفایل سلامت ناتینگهام (NHP) پروفایل اثر بیماری (SIP)، پرسشنامه وضعیت سلامت دوازده گویه‌ای (HSQ-12)، پرسشنامه ارزیابی سلامت (HAQ)، پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی SF-36 و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی مخصوص سالمندان، WHOQOL-OLD، سایر پرسشنامه‌های کیفیت زندگی برای سالمندان مانند لیپاد (LEIPAD) یا پرسشنامه کیفیت زندگی سالمندان (GQLQ) نیز استفاده می‌شود؛ البته پرسشنامه‌های کیفیت زندگی تمام ابعاد سلامت را در برمی‌گیرند.

ابعاد	ابزارهای سنجش
سلامت عملکردی و نداشتن معلولیت	ناتوانی جسمانی (پرسشنامه‌های IADL و ADL) و بررسی توانایی هنگام راه رفتن، تعداد زمان‌های گذرانده در رختخواب، حمام کردن، خوردن، پوشیدن، تمیز کردن، استفاده از توالت، قدم زدن در اتاق، رفتن از تخت به صندلی، خرید کردن، پخت‌وپز، انجام کارهای خانه، راه رفتن بیش از ۶ دقیقه، بالا رفتن از پله، نداشتن مشکل هنگام رفتن به مکان مورد نیاز، توانایی انجام پنج فعالیت اجرایی فیزیکی، مانند برداشتن وزن بیش از ۴.۵۴ کیلوگرم، خم شدن یا زانو زدن، کشیدن و هل دادن، بالا بردن دست‌ها بالای شانه، نوشتن، اندازه گیری قدرت مچ دست.
	<u>سایر ابزارهای سنجش:</u> ● سیستم‌سنجش استقلال عملکردی (Functional Autonomy Measurement System (SMAF)) ● مقیاس محدودیت فعالیت گرونینجن (Groningen Activity Restriction Scale (GARS)) ● پرسشنامه غربالگری معلولیت لامبد (Lambeth Disability Screening Questionnaire (LDSQ)) ● ابزار معلولیت و عملکرد در دوران سالمندی (Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI)) ● فرم کوتاه ابزار معلولیت و عملکرد در دوران سالمندی (Short Form of the Late-Life Function and Disability Instrument (SF-LLFDI)) ● مقیاس فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره لاوتن و برودی (Lawton and Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale (LB-IADL)) ● پرسشنامه معلولیت بلندمدت سازمان اقتصاد و همکاری‌های توسعه‌ای (The OECD long-term disability questionnaire (OLDQ)) ● ابزار ارزیابی معلولیت پپر (Pepper Assessment Tool for Disability (PAT-D)) ● مقیاس خودنگهداری جسمانی (Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)) ● مقیاس سلامت عملکردی روسو-برسلو (Rosow-Breslau Functional Health Scale (RBFHS)) ● مقیاس خودارزیابی از عملکرد زندگی (Self-evaluation of life function (SELF) scale) ● شاخص سالمندشناسی صلاحیت مؤسسه متروپل توکیو (Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence (TMIG-IC)) ● مقیاس رتبه معلولیت (Winchester disability rating scale 2 (WDRS-2)) ● مقیاس به‌زیستن عملکردی (Functional Well-Being Scale (FWBS))

ابزارهای سنجش	ابعاد
سنجش توده بدنی و کم نشدن ناگهانی وزن بیش از ۳ کیلوگرم، در انجام فعالیت فیزیکی و ورزش، رژیم غذایی دارای سبزی‌ها و رژیم غذایی مدیترانه‌ای، مصرف نکردن سیگار، الکل و مواد مخدر استفاده از پرسشنامه‌های زیر برای سنجش فعالیت فیزیکی: ● بازبایی فعالیت فیزیکی هفت روزه (7-Day Physical Activity Recall) ● پیمایش فعالیت استرالیایی (Australian Activity Survey) ● پرسشنامه اصلاح‌شده فعالیت جسمانی بایک برای سالمندان (questionnaire for the elderly Baecke modified physical activity) ● سیستم نظارت بر عوامل خطر رفتاری (Behavioral Risk Factor Surveillance System) ● پرسش‌نامه سبک زندگی فعالیت فیزیکی بروئل (Brunel lifestyle physical activity questionnaire) ● برنامه مدل انجمن فعالیت‌های سالم برای شهروندان سالمند (Community Healthy Activities Model Program for Seniors) ● بررسی آینده‌نگر اروپایی برای مطالعات سرطان نورفلک (The European Prospective Investigation into Cancer Study-Norfolk) ● فرم کوتاه بررسی آینده‌نگر اروپایی برای مطالعات سرطان (The European Prospective Investigation into Cancer Study-Short Form) ● پرسشنامه فعالیت جسمانی جهانی (Global Physical Activity Questionnaire) ● پرسشنامه فعالیت جسمانی بین‌المللی (International Physical Activity Questionnaire) ● پرسشنامه فعالیت جسمانی اوقات فراغت مینسوتا (Minnesota Leisure Time Physical activity Questionnaire) ● پرسشنامه فعالیت جسمانی مورگن استرن (Morgenstern Physical Activity Questionnaire) ● مقیاس فعالیت جسمانی برای سالمندان (Physical activity scale for the elderly) ● ارزیابی سریع فعالیت جسمانی (Rapid Assessment of Physical Activity) ● پیمایش فعالیت مختصر استنفورد (Stanford Brief Activity Survey) ● پرسشنامه کوتاه برای ارزیابی افزایش - سلامتی فعالیت جسمانی (Short Questionnaire to assess health-enhancing physical activity) ● پیمایش فعالیت جسمانی یل (Yale Physical Activity Survey) ● پرسشنامه فعالیت فیزیکی کوهورت زاتفن از مطالعه هفت کشور (Physical Activity Questionnaire from the Zutphen Cohort of the Seven Country Study) ● پرسشنامه جدید فعالیت جسمانی (Recent Physical Activity Questionnaire (RPAQ)) ● برنامه مدل فعالیت‌های سلامت اجتماع برای شهروندان سالمند (Community Health Activities Model Program for Seniors(CHAMPS)) سنجش تغذیه سالمندان با پرسشنامه: ● پرسشنامه تغذیه سالمندان (Nutrition Questionnaire for Elderly (NQE)) ● پرسشنامه تغذیه سالمندان ماربا (Nutritional questionnaire for older adults by Marie(1986)) ● ارزیابی کوتاه تغذیه‌ای ((Mini Nutritional Assessment (MNA)) ● پرسشنامه غربالگری رژیم بیلی (Dietary Screening Questionnaire by bailey) ● چک‌لیست اولیه غربالگری تغذیه ((Nutritional Screening Initiative Checklist (NSIC))	داشتن رفتارهای سلامت محور / نبود عوامل خطر

ابعاد	ابزارهای سنجش
سلامت خودارزیاب (بعد ذهنی)	وضعیت سلامت جسمانی خودتان را چگونه ارزیابی می کنید؟ (پاسخ در طیف لیکرت چهار تایی: کاملاً خوب، خوب، تا حدودی بد، کاملاً بد)

سلامت روان شناختی شامل سلامت روانی و شناختی، خصوصیات مثبت فردی، رضایت از کل دوران زندگی و درک مثبت از پیری، شادکامی و بهزیستن روان شناختی است. در بیشتر مطالعات نداشتن افسردگی، اضطراب، ترس و نبود مشکلات شناختی، مانند دمانس یکی از مهم ترین سنجه های سلامت روان شناختی هستند (Parslow et al, 2011 Lee et al, 2011). خصوصیات مثبتی مانند پذیرش خود، تسلط بر محیط، خودکارآمدی، مقابله، سازگاری و استمرار در آموزش، شادکامی، داشتن هدف/ برنامه ریزی و امیدواری نیز در مطالعات کیفی بیشتر با عنوان خصوصیات فردی شناخته شده است (McCarthy and Bockweg, 2013; Reichstadt et al, 2010; Balts, 1996; Jeon et al, 2012).

گفتنی است، رضایت از زندگی در بعضی مطالعات پیامد سالمندی خوب است و در برخی دیگر یکی از ابعاد و راه های سنجش این سالمندی است. هاویگورات نیز اعتقاد دارد رضایت از زندگی مترادف با سالمندی خوب است. سالمند نه تنها از زندگی کنونی، بلکه ممکن است از گذشته خود مانند خاطرات نیز راضی باشد (Craciun, 2012). همچنین در مطالعاتی مانند

ناگالینگام^۱ (۲۰۰۷) بیان شده است رضایت از زندگی یکی از عناصر مهم سالمندی موفق در جوامع شرقی است. این جزء از سالمندی خوب بیانگر این است که فعال و موفق بودن در طول دوره‌های زندگی رشد می‌کند (Baltes & Baltes 1990 Schulz & Heckhausen, 1996) یعنی سالمندی خوب ممکن است «فرایند طول عمری»^۲ باشد (Nimrod & Ben-Shem 2015) که از کودکی تا بزرگسالی ادامه دارد و ناگهان در دوران آخر زندگی ظهور پیدا نمی‌کند. ادراک مثبت از پیری نیز بیان می‌کند که سالمند در سالمندی خوب، هرچند خود را جوان‌تر از سن و سال تقویمی می‌بیند، چرخه طبیعی زندگی را نیز پذیرفته است و به نکات مثبت سالمندی بیش از نکات منفی آن توجه می‌کند (Jopp et al, 2014 Tate and Swift, 2013).

در جدول ۳-۳ پرسشنامه‌ها و مقیاس‌های سنجش سلامت روان‌شناختی مشاهده می‌شود. بررسی سلامت روان و به‌زیستن روان‌شناختی و شادکامی سالمندان در بین محققان عمومیت بیشتری دارد؛ برای مثال در سنجش سلامت روان مقیاس افسردگی طب سالمندی، تست‌های کوتاه روان‌شناختی مانند ATM و MMSE کاربرد بیشتری دارد (بختیاری و همکاران، ۱۳۹۳)، در به‌زیستن روان‌شناختی نیز پرسشنامه ریف یا شادکامی، مانند پرسشنامه شادکامی آکسفورد که در مقابل افسردگی قرار می‌گیرد استفاده می‌شود. گفتنی است، در تحقیقات جدید به ابعاد ذهنی سلامت روان‌شناختی، مانند ادراک مثبت از سالمندی و خصوصیات مثبت فردی مثل امید و رضایت داشتن از زندگی توجه شده است. در این راستا، بارکر ابزارهایی مانند «پرسشنامه ادراک سالمندی» را گسترش داده است.

1. Nagalingam

2. lifelong process

جدول ۳-۳- ابعاد و نحوه سنجش سلامت روان شناختی

ابزارهای سنجش	ابعاد
سنجش افسردگی و اضطراب با ابزارهایی مانند: ● پرسشنامه ۲۸ سؤالی سنجش سلامت عمومی (General Health Questionnaire - 28) ● مقیاس افسردگی طب سالمندی ((The Geriatric Depression Scale (GDS)) ● مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ((Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-42)) ● مقیاس رتبه‌بندی همیلتون برای افسردگی (Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)) ● مقیاس افسردگی خود سنجی افسردگی زاگ ((Zung Self Rating Depression Scale (SDS)) ● مقیاس رتبه‌بندی افسردگی مونتگومری-آسپرگ (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)) ● مقیاس افسردگی برای بیماران دارای دمانس (Depression Scales for Patients With Dementia (CSDD)) ● پرسشنامه سلامت بیمار ۹- ((Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)) ● آزمون کمبریج برای اختلالات روانی سالمندان (Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX)) ● ابزار افسردگی بک ((Becks Depression Inventory (BDI)) ● مقیاس مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی (Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale) ● مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی (Hospital Anxiety and Depression (HADS) Scale) ● مقیاس کورنل برای افسردگی (Cornell Scale for Depression) ● مقیاس دیسترس روان‌شناختی کسلر ((Kessler Psychological Distress Scale (K6)) ● مقیاس اضطراب وجودی ((Existential Anxiety Questionnaire (EAQ)) ● مقیاس اضطراب از مرگ تمپلر (Templer Death Anxiety Scale) اختلالات شناختی مانند دمانس، آلزایمر، دلیریوم و ... با ابزارهایی مانند: ● تست کوتاه‌شده وضعیت روانی ((Abbreviated Mental Test (AMT)) ● آزمون کوتاه وضعیت روانی ((Mini-Mental Status Exam (MMSE)) ● دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)) ● ارزیابی مشکلات رفتاری و نداشتن صلاحیت شناختی (Cognitive Incapacity & Problem Behaviors Assessment) ● آزمون کشیدن ساعت (Clock Drawing Test) ● مقیاس گیجی نیچام (Neecham Confusion Scale) ● ابزار روش ارزیابی گیجی ((Confusion Assessment Method Instrument (CAM)) ● سؤالات وضعیت روانی/ارزیابی گسترده پرستاری (Extensive Nursing Assessment/Mental Status Questions) ● ریسک خودکشی در سالمندان (Suicide Risk in the Older Adult)	سلامت روان
● رضایت از زندگی فرد ((Satisfaction with one's life (SWLS)) ● پرسشنامه رضایت از زندگی ((Life Satisfaction Questionnaire (LISAT-9, LISAT-11)) ● پیمایش رضایت از زندگی ((The Life Satisfaction Survey (LSS)) ● شاخص رضایت از زندگی-الف ((life satisfaction index-A (LSIA)) ● مقیاس آنالوگ تصویری برای ارزیابی چهار جنبه رضایت (وضعیت سلامت، وضعیت اقتصادی، روابط با خانواده، روابط با دوستان و زندگی روزانه) (visual analog scale (VAS) to evaluate five aspects of satisfaction (health status, economic status, relationship with family, relationship with friends, and daily living)	رضایت از زندگی

ابعاد	ابزارهای سنجش
ادراک مثبت سالمندی	● پرسشنامه ادراک سالمندی ((Ageing Perceptions Questionnaire (APQ)) ● پرسشنامه نگرش به سالمندی ((The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ)) ● پرسیدن پرسشی با طیف لیکر تی (آیا سالمندی دوران خوبی است)
خصوصیات مثبت فردی	<u>خصوصیات مثبت فردی، مانند امید، خودکارآمدی، پذیرش خود، تسلط بر محیط، مقابله، سازگاری و استمرار در آموزش، شادکامی، داشتن هدف/ برنامه‌ریزی و امیدواری</u> <u>ابزارهای سنجش امید و هدف:</u> ● مقیاس تلاش خوداتکایی کانتریل (Cantril Self-Anchoring Striving Scale) ● سنجش کنترل، اقتدار، خود واقع‌گرایی و لذت (CASP-19) (Control, Autonomy, Self- realisation and (Pleasure ● مقیاس سنجش امید هرث (Herth Hope Index) ● مقیاس عاطفه منفی و مثبت ((Positive and Negative Affect Scale (PANAS)) ● پروفایل کوتاه حالت خلقی ((Profile Of Mood States-Short (POMS2)) ● فرم کوتاه آزمون هدف در زندگی ((Purpose in Life Test-Short Form (PIL-SF)) ● مقیاس کوتاه سرنیتی ((Serenity Scale-Brief (SS-B)) <u>ابزارهای سنجش خودکارآمدی و خودکارآمدی در بیماری و درمان:</u> ● مقیاس خودکارآمدی مخصوص سلامت (Health-Specific Self-Efficacy Scales) ● خودکارآمدی سلامت خود ادراک‌شده ((Perceived self efficacy (PSE)) ● مقیاس خودکارآمدی ((Self-Efficacy Scale (SES)) ● مقیاس خودکارآمدی عمومی ((Generalized Self-Efficacy Scale (GSE)) ● مقیاس خودکارآمدی آرتروز ((Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES)) ● مقیاس خودکارآمدی قلبی ((Cardiac Self-Efficacy Scale (CSE)) ● مقیاس خودکارآمدی تبعیت دارویی (Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASE)) ● مقیاس خودکارآمدی استئوپوروسیز ((Osteoporosis Self-Efficacy Scale (OSE)) ● مقیاس انتظار نتیجه برای تمرینات ورزشی (Outcome Expectations for Exercise Scale (OEE)) ● مقیاس خودکارآمدی برای تمرینات ورزشی ((Self-Efficacy for Exercise Scale (SEE)) ● مقیاس خودکارآمدی برای نتیجه توان‌بخشی (Self-Efficacy for Rehabilitation Outcome Scale (SER))

ابزارهای سنجش	ابعاد
ابزارهای بهزیستن روان شناختی به نوعی ترکیب موارد پیشین است که سعی دارد روابط مثبت سالمند با دیگران، تسلط بر خود، اقتدار و هدفمندی وی را بسنجد. ● مقیاس بهزیستن روان شناختی ریف (Ryff Scales of Psychological Well-Being) ● مقیاس بهزیستن سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization (WHO)-5 Well-Being Index) ● پرسشنامه بهزیستن (WBQ) (Well-Being Questionnaire) ● مرکز بهزیستن نف، ابزارهای سنجشی را برای بهتر زیستن پیشنهاد داده است (The Centre for Well-being at nef's recommended well-being measures (SWEMWBS)) ● مقیاس کوتاه بهزیستن روانی وارویک - ادینبرگ (Short Warwick -Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS)) ● سؤالات بهزیستن ذهنی اداره آمار ملی (The Office for National Statistics' (ONS) subjective well-being questions) ● پرسشنامه سلامت عمومی دوازده سؤالی (General Health Questionnaire (GHQ-12)) ● مقیاس تعادل عاطفی (Affect Balance Scale) ● مقیاس پیامد انسجام آریزونا (Arizona Integrative Outcomes Scale) ● پرسشنامه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی (Biopsychosocial spiritual Inventory) ● مقیاس بهزیستن ذهنی بی بی سی (Subjective Well-Being Scale (BBC)) ● مقیاس بهزیستن هیجانی (EWBS) (Emotional Well-Being Scale) ● مقیاس شکوفایی (Flourishing Scale (FS)) ● ارزیابی بهزیستن و سلامت (Health and Well-Being assessment (HWB)) ● فهرست نگرش مثبت روان شناختی (Inventory of Positive Psychological Attitudes (IPPA)) ● پرسشنامه معنای زندگی (Meaning in Life Questionnaire (MLQ)) ● اندازه گیری بهزیستن و نگرانی های خود (Measure Yourself Concerns and Wellbeing (MYCAW)) ● مقیاس بهزیستن هستی شناختی (Ontological Well-Being Scale (OWBS)) ● پیمایش عافیت ادراک شده (Perceived Wellness Survey (PWS)) ● شاخص بهزیستن فردی - بزرگسالان (Personal Wellbeing Index-Adult (PWI-A)) ● مقیاس بهزیستن اجتماعی، روانی و جسمانی (Physical, Mental and Social Well-Being Scale (PMSW-21)) ● مقیاس بهزیستن عمومی روان شناختی (Psychological General Well-Being Index (PGWB-S)) ● شاخص سنجش بهزیستن مالی، جسمانی و هیجانی (SCL/PRB Index (Measured)) ● (were material well-being, physical well-being, and emotional well-being) ● برنامه بهزیستن عمومی (General Wellbeing Schedule (GWBS)) ● شاخص بهزیستن معنوی (Spiritual Index of Wellbeing (SIWB)) ● بهزیستن عمومی روان شناختی (Psychological general well-being (PGWB-S)) ● مقیاس بهزیستن ادراک شده (Perceived wellbeing scale (PWS)) ابزارهای سنجش شادکامی ● سنجش شادکامی (HM) (Happiness Measures) ● پرسشنامه شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)) ● شاخص شادکامی موثق (Authentic Happiness Index) ● مقیاس کوتاه شادکامی - افسردگی (Depression-Happiness Scale-Short (DHS-S)) ● مقیاس دانشگاه یادبود نیوفاندلند برای شادکامی (Memorial University of Newfoundland Scale for Happiness (MUNSH)) ● تمایل به شادکامی (Orientations To Happiness (OTH))	شادکامی / بهزیستن روان شناختی

۳-۲-۲. به‌زیستن اجتماعی

بُعد به‌زیستن اجتماعی یکی دیگر از ابعاد اصلی و مهم سالمندی خوب است که در مدل‌های معروفی مانند مدل رو و کان در توسعه مدلی برای سالمندی موفق که به دلیل اهمیت بعد از بازنگری مدل به آن توجه شده است. منظور از به‌زیستن اجتماعی وجود حمایت اجتماعی از سالمند و حضور او در اجتماع است که این حمایت در سطوح خانواده، دوستان و جامعه مطرح می‌شود. وجود سیستم حمایتگر خانوادگی و اجتماعی، که همچون سپری در برابر استرس‌های دوران سالمندی است در بیشتر مطالعات کمی مورد توجه قرار گرفته است، همچنین سالمندان نیز در مطالعات کیفی آن را تأیید کرده‌اند (Nagaling, 2007 Lee et al, 2011). گفتنی است، تنها نبودن، حمایت اجتماعی خانواده و وجود حمایت دولت، تأکیدی بر اهمیت حمایت اجتماعی است. حمایت خانواده به‌ویژه فرزندان یکی از مهم‌ترین عناصر دوران سالمندی خوب در جوامع شرقی است.

فرای^۱ و همکارانش (۲۰۰۷) بیان می‌کنند که تفاوت فرهنگ‌ها و ادراکات متفاوت، واکنش‌های متفاوتی را برای داشتن سالمندی خوب به همراه دارد. مطالعه آن‌ها نشان می‌دهد که در کشورهای شرقی، خانواده و روابط اجتماعی دوران سالمندی راحت و خوب را تعریف می‌کنند و سبب افزایش فکر باز و تاب‌آوری می‌شوند. از سوی دیگر، در جوامع غربی، مانند ایالات متحده، فعالیت، مشارکت و سرزنده بودن بیشتر با سالمندی خوب و موفق در ارتباط است. منظور از داشتن تعامل اجتماعی، روابط دوستانه با اطرافیان، مشارکت در فعالیت‌های بیرون از منزل و داشتن اوقات فراغت است. البته داشتن اوقات فراغت به حمایت دولت و برنامه‌ریزی مناسب اجتماعی برای سالمندان نیاز دارد. شایان ذکر است که در پیشینه تحقیقاتی بُعد اجتماعی، بیشترین تأکید بر ارتباطات

1. Fry et al

نزدیک، داشتن شبکه اجتماعی و اوقات فراقت است (Nguyen and Seal, 2014; Hilton et al, 2012). همان گونه که در جدول ۳-۴ مشاهده می شود برای سنجش بُعد اجتماعی سالمندی خوب، محققان تعامل اجتماعی سالمند در محله و جامعه را با ابزارهایی مانند مقیاس مشارکت اجتماعی یا پرسشنامه سرمایه اجتماعی اونکس یا مقیاس شبکه اجتماعی و یا سلامت اجتماعی کییز بررسی می کنند. همچنین برای سنجش میزان حمایت اجتماعی از سالمند ابزارهای متعددی مانند مقیاس های حمایت اجتماعی نوربک یا موس را به کار می برند. در این میان، تلاش شده است در توسعه سایر ابزارها، انواع حمایت اجتماعی مانند حمایت عاطفی و ابزاری در نظر گرفته شود. همچنین، پرسشنامه های حمایت اجتماعی، مانند مقیاس های حمایت اجتماعی فلمینگ، ساراسون یا شپون به فارسی ترجمه و اعتباریابی شده است.

جدول ۳-۴- ابعاد و نحوه سنجش به زیستن اجتماعی

ابعاد	ابزارهای سنجش
تعامل اجتماعی	تعامل اجتماعی، میزان حضور سالمند در اجتماع، ارتباط وی با سایر افراد جامعه و میزان مشارکت سالمند در فعالیت های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی را می سنجد. ● مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی ((Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) ● آزمون خودارزیاب تعامل اجتماعی ((Social Interaction SelfStatement Test (SISST) ● پرسشنامه تعامل اجتماعی برای بزرگسالان ((Social Interaction Questionnaire for Adults (SIQ-A) ● گروه مرکزی توانمندسازی ((Core Empowerment Group(CEG) ● پرسشنامه تعامل اجتماعی ((Social Interaction Questionnaire) ● مقیاس مطلوبیت اجتماعی کرون- مارلو ((Crowne-Marlowe Social Desirability Scale) ● پرسشنامه مشارکت اجتماعی ((Social Participation Questionnaire (SPQ) ● پروفایل مشارکت اجتماعی ماستریخ ((Maastricht Social Participation Profile (MSPP) ● مقیاس شبکه اجتماعی ((Social Network Index (SNI) ● مقیاس چندتایی مطالعه شبکه اجتماعی ((Multiple Indicators From the NSHAP Study) ● ارزیابی عادات زندگی ((Assessment of Life Habits (LIFE-H) ● پیمایش سلامت اجتماع کانادایی ها، قسمت مشارکت اجتماعی ((Canadian Community Health Survey (CCHS) "Social Participation") ● ابزار سرمایه اجتماعی برای بزرگسالان و سالمندان ((Social Capital Instrument for Adolescents and the Elderly) ● پرسشنامه سرمایه اجتماعی اونکس و بولن ((Onyx and Bullen social capital questionnaire)

ابعاد	ابزارهای سنجش
تغامل اجتماعی	● مقیاس سرمایه اجتماعی فردی ((Personal Social Capital Scale (PSCS)) - تغامل اجتماعی در سالمندان دارای بیماری مزمن یا معلولیت ● فهرست کیفیت زندگی آنچن ((Aachen Life Quality Inventory (ALQI)) ● فن گزارش و ارزیابی مراقبت نقص عضو ((Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART)) ● پرسشنامه ادغام در اجتماع ((Community Integration Questionnaire (CIQ)) ● شاخص فعالیت فرنچی ((Frenchay Activities Index 34)) ● تأثیر گذاری بر اقتدار و مشارکت ((Impact on Participation and Autonomy (IPA)) ● عادات زندگی ((Life-Habits (Life-H)) ● فعالیت‌های گسترده زندگی روزانه ناتینگهام ((Nottingham Extended Activities of Daily Living (NEADL)) ● مقیاس ذهنی مشارکت و مقیاس عینی مشارکت ((Participation Objective, Participation Subjective scale (POPS)) ● پروفایل اثر سازگاری-بیماری حمله قلبی-۳۰ ((Stroke Adapted-Sickness Impact Profile-30 (SA-SIP)) ● پروفایل اثر بیماری ((Sickness Impact Profile (SIP)) ● مقیاس پروفایل فعالیت‌های مشارکتی آدلاید ((Adelaide Activities Profile Participation scale)) ● مصاحبه تاریخچه انجام امور روزمره ((Occupational Performance History Interview (OPHI)) ● ارزیابی یادآوری فعالیت‌های جسمانی برای افراد دارای ضایعه نخاعی ((Physical Activity Recall Assessment for People with Spinal Cord Injury (PARA-SCI)) ● شاخص ادغام مجدد در زندگی نرمال ((Reintegration to Normal Living Index (RNL)) ● پرسشنامه فعالیت اجتماعی ((Activity Participation Questionnaire (APaQ)) ● نمره اصلی تصلب بافت چندگانه کمبریج ((Cambridge Multiple Sclerosis Basic Score (CAMBS)) ● پرسشنامه وضعیت عملکردی ((Functional Status Questionnaire (FSQ)) ● ارزیابی جهانی عملکردی ((Global Assessment of Functioning (GAF)) ● طبقه‌بندی جهانی معلولیت عملکردی، معلولیت و سلامت ((International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)) ● فهرست وضعیت عملکردی ((Inventory of Functional Status (IFS)) ● ارزیابی از مشارکت کیل ((Keele Assessment of Participation (KAP)) ● اجرای اجتماعی و فردی ((Personal and Social Performance (PSP)) ● کیفیت زندگی در شاخص ادغام مجدد در زندگی نرمال ((Quality of life (QOL) Reintegration to Normal Living Index (RNL)) ● برنامه ارزیابی معلولیت سازمان بهداشت جهانی نسخه دوم ((World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DASII))

ابزارهای سنجش	ابعاد
ابزارهای حمایت اجتماعی مستقیم یا غیر مستقیم ارتباطات سالمند با دیگران (قرار گرفتن در شبکه اجتماعی خانواده، دوستان و بستگان) را بر اساس ارزش، میزان و نحوه مراقبت و همراهی کردن آنها می‌سنجد. هرچند در بیشتر ابزارها حمایت دیگران از سالمند سنجیده می‌شود، حمایت اجتماعی دوطرفه است و شامل حمایت سالمندان از فرزندان و نوه‌ها نیز می‌شود (سالمند گیرنده یا ارائه‌دهنده حمایت اجتماعی است) ● پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون ((Sarason Social Support Questionnaire(SSQ) ● مقیاس حمایت اجتماعی ((Social Support Scale (MOS-SSS) ● مقیاس ۳ آیتی حمایت اجتماعی اسلو ((The Oslo 3-items social support scale) ● مصاحبه حمایت اجتماعی آریزونا ((Arizona Social Support Interview (ASSI) ● مقیاس‌های بحران‌های خانواده محور در ارزیابی فردی ((Family Crises -Oriented Personal Evaluation Scales- (FCOPES) ● مقیاس منابع خانوادگی دانست ((Dunst Family Resource Scale (FRS) ● مقیاس منابع فردی ون هرن و همکاران ((Family Resource Scale revised by Van Horn et al) ● پرسش‌نامه حمایت اجتماعی دوک ((Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (DUFSS) ● مطالعات پیامدهای پزشکی، بخش پیمایش حمایت اجتماعی ((Medical Outcomes Study: Social Support Survey (MOS-SSS) ● مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده ((Multidimensional of Perceived Social Support (MSPSS) ● پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک ((Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ● مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده ((Perceived Social Support Scale (PSSS) ● پرسشنامه تدارکات اجتماعی ((The Social Provisions Scale (SPS) ● مقیاس حمایت اجتماعی برلین ((The Berlin Social Support Scales (BSSS) ● مقیاس حمایت اجتماعی ((Social Support Scale (CAS) ● برنامه مصاحبه تعامل اجتماعی ((Interview Schedule for social interaction (ISSI) ● سنجش حمایت اجتماعی (PRQ-85 and PRQ-2000) ((Social support measure: PRQ-85 and PRQ-2000) ● مقیاس رفتارهای حمایت اجتماعی ((Social Support Behaviors Scale (SSBS) ● مقیاس روابط اجتماعی ((Social relationship scale (SRS) ● لیست ارزیابی حمایت بین فردی ((Interpersonal support evaluation list (ISEL) ● مقیاس شبکه اجتماعی لوبن ((Lubben Social Network Scale)	حمایت اجتماعی

۳-۲-۳. معنویت و تعالی

معنویت، قبول نیروی برتر (خدا) و رفتارهای قدردانی از مفاهیم مهمی است که به‌تازگی در شکل‌گیری سالمندی خوب مطرح شده و ممکن است در مقابله با فقدان‌های دوران سالمندی یاری‌رسان باشد (Tate et al, 2009). تعالی مفهوم پیچیده‌ای است که حوزه مطالعاتی مجزایی را به خود اختصاص داده و هرچند در مطالعات مختلف اجزای گوناگونی را شامل شده است، در کل نگاهی فرامادی را در دوران سالمندی نشان می‌دهد (Topaz et al, 2014؛ Tornstam, 1997) در بحث تعالی، مفاهیمی مانند نترسیدن از مرگ، خلوت کردن و تغییر نگرش به دنیا، همچنین تأکید بر ادامه داشتن تکامل و رشد انسان در دوران سالمندی برای رسیدن به سالمندی خوب مطرح است.

در جدول ۳-۵ می‌توانید ابزارهای سنجش معنویت و تعالی را مشاهده کنید. استفاده از مقیاس‌های سنجش معنویت و خداباوری در سنجش سالمندی خوب، بحثی جدید است که در آن بیشتر از ابزارهای به‌زیستن معنوی استفاده می‌شود. در زبان فارسی نیز بیشتر از پرسشنامه بافورد، پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) استفاده شده است. برای سالمندی متعالی نیز تورنستام، که نظریه مربوط را توسعه داده، ابزاری برای سنجش آن در نظر گرفته است که به زبان‌های مختلف ترجمه شده و نسخه توسعه‌یافته آن نیز در کشور ژاپن بررسی شده است.

جدول ۳-۵- ابعاد و نحوه سنجش معنویت و تعالی

ابعاد	ابزارهای سنجش
معنویت	ابزارهای معنویت، اعتقادات فرامادی و ارتباط سالمند با نیروی برتر (خدا) را می‌سنجد. ● شاخص معنویت به‌زیستن (Spirituality Index of Well-Being (SIWB)) ● شاخص گرایش معنوی (Spiritual Orientation Index) ● عبارات فهرست معنوی (Expressions of Spirituality Inventory) ● مقیاس معنویت ذاتی (Intrinsic Spirituality Scale (ISS)) ● مقیاس تمایل مذهبی آلپورت (Allport's Religious Orientation Scale (ROS)) ● مقیاس مرکزیت (Centrality Scale (C-Scale)) ● فهرست سیستم اعتقادات (System of Belief Inventory (SBI)) ● مقیاس پیامد معنوی خداپاوری (Theistic Spiritual Outcome Scale (TSOS)) ● فهرست نیازهای معنوی (Spiritual Needs Inventory (SNI)) ● پرسشنامه نیازهای معنوی (Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ)) ● سنجش کوتاه مقابله مذهبی (Brief Measure of Religious Coping (Brief RCOPE)) ● مقیاس حل مسئله مذهبی (Religious Problem Solving Scale (RPSS)) ● پرسشنامه به‌زیستن معنوی (Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBQ)) ● مقیاس به‌زیستن معنوی (Spiritual Well-Being Scale (SWBS)) ● مقیاس دیدگاه معنوی (The Spiritual Perspective Scale) ● مقیاس تجربه معنوی روزانه (The Daily Spiritual Experience Scale (DSES)) ● مقیاس ارزیابی معنویت (Spirituality Assessment Scale)
	<u>معنویت در مطالعات حوزه سلامت</u> ● ارزیابی عملکردی درمان بیمارهای مزمن - قسمت مقیاس به‌زیستن معنوی (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)) ● سنجش چندبعدی مذهبی بودن / معنویت (The Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (MMRS)) ● مقیاس مشارکت معنوی و اعتقادات (The Spiritual Involvement and Beliefs Scale (SIBS)) ● شاخص تجربه هسته معنوی (The Index of Core Spiritual experience INSPIRIT)

ابزارهای سنجش	ابعاد
● مقیاس تعالی معنوی (The Spiritual Transcendence Scale) ● فهرست سلامت معنوی (The Spiritual Health Inventory (SHI)) ● مصاحبه رایگان رویال برای اعتقادات مذهبی و معنوی (The Royal Free Interview for Religious and Spiritual Beliefs) ● مقیاس معنویت (The Spirituality Scale) ● مقیاس رتبه دهی معنویت و مراقبت معنوی (Spirituality and Spiritual Care Rating Scale) ● ابزار کوتاه تصویری برای ارزیابی معنویت (The Brief Pictorial Instruments for Assessing Spirituality) ● مقیاس رابطه با قدرت بالاتر (The Higher Power Relationship Scale) ● مقیاس گرایش به معنویت و مذهب (Orientation toward religion and spirituality index) ● مقیاس خودسنجی معنویت (Spirituality Self-rating Scale) ● بیان فهرست معنویت (The Expressions of Spirituality Inventory) ● مقیاس مذهبی بودن/معنویت آرونسون-وود (فرم کوتاه) (The Ironson-Woods Spirituality/Religiousness Index (short form)) ● مقیاس ارزش و اعتقادات (The Beliefs and Values Scale) ● معنویت، مذهب و اعتقادات فردی در کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL SRPB (spirituality, religion and personal beliefs)) ● مقیاس بهزیستن معنوی جارل (JAREL spiritual well-being scale) ● سیستم فهرست اعتقادات (SBI-15) (The System of Beliefs Inventory (SBI-15)) ● مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای ارزیابی مقابله معنویت و مذهب به منظور استفاده در تحقیقات روان‌پزشکی مصاحبه‌محور (A Semi-Structured Clinical Interview For Assessment of Spirituality and Religious Coping for Use in Psychiatric Research Interview based) ● مقیاس حمایت معنوی (The Spiritual Support Scale) ● فهرست نیازهای معنوی (Spiritual Needs Inventory) ● پرسشنامه نیازهای معنوی (The Spiritual Needs Questionnaire) ● علائق معنوی مرتبط با ابزار بیماری (The spiritual interests related to illness tool (SPIRIT))	معنویت
سالمندی متعالی مواردی چون نترسیدن از مرگ، داشتن خلوت، تغییر نگرش به دنیا و خود را می‌سنجد. ● مقیاس سالمندی متعالی به‌وسیله تورنستام (Gertotranscendence Scale by Tornstam) ● سالمندی متعالی نوع ۲: نسخه ژاپنی (Gerotranscendence Scale Type 2: Japanese Version) ● مقیاس تعالی معنوی (Scale Of Spiritual Transcendence (Std)) ● مقیاس خود-متعالی (Self-Transcendence Scale)	سالمندی متعالی

۳-۲-۴. امنیت مالی - محیطی

• امنیت مالی

در مطالعات، داشتن کفایت مالی از طریق حقوق، حمایت دولت یا دارایی شخصی خود، از موارد پایه‌ای برای سالمندی خوب است که در کشورهای در حال توسعه تأکید بیشتری بر آن شده است (Bowling, 2006, Wang and lin, 2011)؛ از این رو، داشتن مسکن و حقوق کافی و نداشتن نگرانی درباره هزینه‌های روزمره و هزینه‌های درمان و پزشکی در آینده از ملزومات نخستین یک سالمندی خوب است.

• سازگاری محیطی

زندگی در محیطی مناسب و مطبوع که دارای آب‌وهوا و امکانات دسترسی، مناسب‌سازی منزل از نظر امنیت و مناسب‌سازی پیاده‌روها و پارک‌ها برای سالمند و دوست داشتن محل زندگی است، یکی دیگر از ابعاد جدید سالمندی خوب است. همچنین بافتار اجتماعی مناسب نیز از عناصر سالمندی موفق به‌شمار می‌آید؛ زیرا وجود تصورات قالبی منفی در جامعه، نشان از نبود سالمندی خوب است. محل زندگی مناسب در پژوهش‌های انجام‌شده یکی از اجزای سالمندی خوب و در سطحی فراتر از افراد دیده شده است (Hsu et al, 2010 Hsu, 2007; Cosco et al, 2014; Jopp et al, 2014).

در جدول شماره ۳-۶ ابزارهای سنجش امنیت مالی و مطبوع بودن محیطی دیده می‌شود. محققان برای بررسی توان مالی سالمندان سعی می‌کنند هزینه، درآمد، امکانات رفاهی و ذخیره مالی آنان را بررسی کنند. در سازگاری محیطی دو نوع از پرسش‌ها برای سالمندان بررسی می‌شود؛ نوع اول به نگرش فرد سالمند و رضایت وی از محیطی (محل، شهر و روستا) مربوط است که در آن زندگی می‌کند و نوع دوم با بررسی امکانات محیطی و مناسب‌سازی محیط برای سالمندان، مانند وجود رمپ

در پارک‌ها یا نور کافی محله‌ها ارتباط دارد. در این میان، بیشتر محققان برای بررسی عناصر شهر دوستدار سالمند، از چک‌لیستی که سازمان بهداشت جهانی تهیه کرده است، استفاده می‌کنند.

جدول ۳-۶- ابعاد و نحوه سنجش امنیت مالی - محیطی

ابعاد	ابزارهای سنجش
امنیت مالی	استفاده از ابزارهایی که توان مالی فرد را نشان می‌دهد، مانند: ● مقیاس به‌زیستی مالی (Financial Well-Being Scale) ● مقیاس توانایی مالی ((Financial Capability Scale(Fcs)
	● ساخت شاخص ترکیبی (عینی) با استفاده از درآمد و هزینه، امکانات و وسایل رفاهی در منزل، ذخیره مالی و سرمایه‌گذاری، مالکیت مسکن (مساحت و ارزش ملک)، قدرت خرید. ● پرسش درباره امنیت مالی (ذهنی) با طیف لیکرت (آیا درآمد ماهیانه خانواده کفاف تمام هزینه‌هایتان را می‌کند؟ آیا برای تأمین هزینه‌های زندگی به کمک مالی نیاز دارید؟ آیا می‌توانید مقداری از درآمد ماهیانه را پس‌انداز کنید؟ آیا نگران هستید که نتوانید از عهده تأمین هزینه‌های ضروری زندگی برآید؟
مطبوعیت محیطی	پرسش درباره محله زندگی سالمند با طیف لیکرت (آیا محله‌ای که در آن زندگی می‌کنید دوست دارید؟ آیا فاضلاب و بهداشت محل زندگی‌تان مناسب است؟ آیا مسکنی که در آن ساکن هستید از نظر تعداد پله و امنیت مناسب است؟) ● استفاده از مقیاس شهر دوستدار سالمند سازمان بهداشت جهانی (WHO Age-friendly Checklist) سایر ابزارهای سنجش شهر دوستدار سالمند عبارت است از: ● پیمایش ارزیابی اجتماع برای سالمندان (Community Assessment Survey for Older Adults CASOA) ● اجتماعات مناسب زندگی (AARP Livable Communities) ● پیمایش مزیت (AdvantAge Survey) ● پرسشنامه دوستدار سالمند همیلتون (Age Friendly Hamilton Questionnaire) ● پرسشنامه دوستدار سالمند منیتوبا (Age Friendly Manitoba Questionnaire) ● پیمایش دوستدار سالمند (Age Friendly Survey Survey) ● پیمایش دوستدار سالمند ویندسور (Age Friendly Windsor Survey) ● پیمایش کمبریج و دامفریس شمالی (Cambridge & North Dumfries Survey) ● پیمایش کیفیت زندگی و سالمندی چیلیواک (Chilliwack Aging & QoL Survey) ● پیمایش دوستدار سالمند (Age Friendly Survey Survey) ● پیمایش دوستدار سالمند ویندسور (Age Friendly Windsor Survey)

ابعاد	ابزارهای سنجش
مطبوعین محیطی	● پیمایش دوستدار سالمند (Age Friendly Surrey Survey) ● پیمایش دوستدار سالمند ویندسور (Age Friendly Windsor Survey) ● پیمایش کمبریج و دامفرایس شمالی (Cambridge & North Dumfries Survey) ● پیمایش کیفیت زندگی و سالمندی چیلیواک (Chilliwack Aging & QoL Survey) ● ارزیابی کلوند دوستدار سالمند (Cleveland Elder-Friendly Assessment) ● پیمایش استان هالبرتون (Haliburton County Survey) ● ارزیابی کیفیت زندگی (LEIPAD QoL Assessment) ● پیمایش برنامه‌ریزی سالمندان لوینسوویو (Lionsview Seniors Planning Survey) ● پرسشنامه اجتماع سالمندان لوسالتوس (Los Altos Senior Community Questionnaire) ● چک‌لیست آمادگی سالمندی اجتماع متلیف (MetLife Community Aging-Readiness Checklist) ● پرسشنامه وست مینستر جدید (New Westminster Questionnaire) ● پیمایش پیاده‌روی نیویورک (Walking Survey NYC) ● پیمایش بنیاد اجتماع آسپری (Osprey Community Foundation Survey) ● چک‌لیست روستایی (Rural AFC Checklist) ● ارزیابی نیازهای سالمندان سادبری (Sudbury Seniors Needs Assessment) ● ارزیابی اجتماعات حیاتی (Vital Communities Assessment) ● پیمایش صدای سالمندان برنابی (Voices of Burnaby Seniors Survey) ● اجتماعات مناسب زندگی واترلو (Waterloo Livable Communities)

۳-۳. سنجش سالمندی خوب در سطح فردی (خرد)

به‌منظور محاسبه این نوع سالمندی، محققان می‌توانند بر اساس چارچوب مفهومی چندبعدی ارائه‌شده در این فصل ابتدا برای هریک از ابعاد، ابزاری را از میان ابزارهای سنجش معرفی‌شده در جداول مذکور انتخاب کنند که در فارسی روایی و پایایی آن انجام شده است (یا رواسازی ابزار در گام اولیه را خود محقق انجام داده است). سپس بر اساس نمره‌دهی ابزار مربوط، نمره سالمندی خوب را در هریک از ابعاد به دست آورند؛ برای این منظور می‌توانند نمره کل این سالمندی را بر اساس یکی از روش‌های ساخت شاخص ترکیبی (مانند شاخص وزنی، هندسی و ...) محاسبه کنند؛

مثلاً سالمندی خوب را می‌توان بر اساس فرمول زیر، که نوعی شاخص ترکیبی هندسی است، محاسبه کرد، در این شیوه ابتدا هر بُعد بر اساس فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$\text{حداقل نمره} - \text{نمره واقعی} = \frac{\text{شاخص هر بُعد}}{\text{حداقل نمره} - \text{حداکثر نمره}}$$

یعنی مثلاً برای محاسبه نمره بُعد به‌زیستن اجتماعی، نمره واقعی هر فرد از حداقل نمره کم می‌شود و بر حداکثر نمره منهای حداقل نمره تقسیم می‌گردد. به این صورت نمره مربوط برای تمام ابعاد محاسبه می‌شود. پس از آن، شاخص کلی برای سالمندی خوب بر اساس این فرمول است که شاخص به‌دست‌آمده برای تمام ابعاد در هم ضرب، سپس ریشه هفتم آن محاسبه می‌شود. در نتیجه نمره نهایی به‌دست‌آمده درواقع شاخص ترکیبی سالمندی خوب خواهد بود.

$$\text{شاخص سلامت روانی} - \text{جسمی} * \text{شاخص تعالی} - \text{معنویت} * \text{شاخص محیطی} - \text{مالی} * \text{شاخص اجتماعی} = \sqrt[7]{\text{شاخص سالمندی خوب}}$$

۳-۴. سنجش سالمندی خوب در سطح ملی (کلان)

برای سنجش سالمندی خوب در سطح ملی (کلان) می‌توان از شاخص AAI استفاده کرد که بر اساس چارچوب سازمان بهداشت جهانی به‌منظور سنجش سالمندی فعال توسعه یافته است. سالمندی فعال شامل چهار بُعد «اشتغال»، «مشارکت در جامعه»، «استقلال و زندگی امن و سالم» و «ظرفیت و توانمندی محیط» است. سه بُعد اول، تجربه واقعی سالمندی فعال و بُعد آخر ظرفیت سالمندی فعال را نشان می‌دهد. هریک از ابعاد بر اساس داده‌های جدول ۳-۶ در سطح ملی محاسبه می‌شود.

بر اساس این، داده‌های شاخص مورد نظر از منابع متعدد، پیمایش‌ها و سرشماری‌های عمومی جمع‌آوری می‌شود؛ از این‌رو محققان پیش از محاسبه، ابتدا باید از در دسترس بودن داده‌ها اطمینان حاصل کنند. ابعاد اشتغال و مشارکت در اجتماع، وزن بیشتری در مقایسه با سایر ابعاد دارد. نمره به‌دست‌آمده بین ۰ تا ۱۰۰ است و نمره ۵۷,۵ نقطه برش سالمندی خوب در نظر گرفته می‌شود.

جدول ۳-۷- داده‌های موردنیاز برای سنجش سالمندی خوب در سطح ملی (کلان)

اشتغال
• نرخ اشتغال برای گروه سنی ۵۹-۵۵
• نرخ اشتغال برای گروه سنی ۶۴-۶۰
• نرخ اشتغال برای گروه سنی ۶۹-۶۵
• نرخ اشتغال برای گروه سنی ۷۴-۷۰
مشارکت در اجتماع
• فعالیت‌های داوطلبانه: درصد جمعیت بالای ۵۵ سال که کارهای داوطلبانه غیر دستمزدی به سازمان‌ها ارائه می‌دهند (حداقل یک روز در هفته)
• مراقبت از فرزندان و نوه‌ها: درصد جمعیت بالای ۵۵ سال که مراقبت از فرزندان و نوه‌ها را انجام می‌دهند (حداقل یک روز در هفته)
• مشارکت سیاسی: درصد جمعیت بالای ۵۵ سال که در فعالیت‌های مختلف سیاسی شرکت می‌کنند

استقلال، زندگی سالم و ایمن

- فعالیت جسمانی: درصد افراد بالای ۵۵ سال که اغلب روزها در فعالیتهای جسمانی و ورزشی شرکت می‌کنند.
- دسترسی به مراقبت‌های سلامتی و دندانپزشکی: درصد افراد بالای ۵۵ سال که هیچ نوع نیاز برآورده نشده‌ای را برای بررسی دندانپزشکی گزارش نکرده‌اند.
- ترتیبات زندگی مستقل: درصد افراد بالای ۷۵ سال که در خانوارهای تک نفره یا زن‌وشوهری زندگی می‌کنند.
- Relative median income: نسبت درآمد خالص پس از کسر مالیات (median equivalised disposable income) افراد بالای ۶۵ سال در مقایسه با درآمد خالص افراد زیر ۶۵ سال.
- نبود ریسک فقر برای افراد سالمند: درصد افراد بالای ۶۵ سال که در معرض ریسک فقر هستند. ۵۰ درصد از درآمد خالص ملی (national median equivalised disposable income) به‌منزله آستانه فقر است.
- نبود محرومیت شدید مادی برای افراد سالمند: درصد افراد بالای ۶۵ سال که شدیداً از نظر مادی محروم نیستند، درصد افراد بالای ۵۵ سال که هنگام پیاده‌روی بعد از تاریکی در محله خود احساس امنیت می‌کنند.
- آموزش مستمر (طول عمر): درصد افراد بین ۵۵-۷۴ ساله که تحصیلات یا آموزش را در چهار هفته مستمر درمان پیمایش دریافت کرده‌اند.

ظرفیت و توانمندی محیط برای سالمندی فعال و سالم

- امید به زندگی در سن ۵۵ سالگی؛
- سهم سال‌های زندگی سالم از امید زندگی ۵۵ سالگی؛
- به‌زیستن روانی؛
- استفاده حداقل یک روز در هفته از ICT در میان افراد ۵۵ تا ۷۴ ساله؛
- ارتباطات اجتماعی: درصد افراد سالمند بالای ۵۵ سال که حداقل یک‌بار در ماه دوست، بستگان و همکلاسی یا همکار را ملاقات می‌کنند؛
- دستیابی تحصیلی سالمندان: درصد افراد سالمند بین ۵۵-۷۴ سال که به تحصیلات بالاتر از متوسطه یا عالی (دانشگاهی) دست‌یافته‌اند.

فصل چهارم

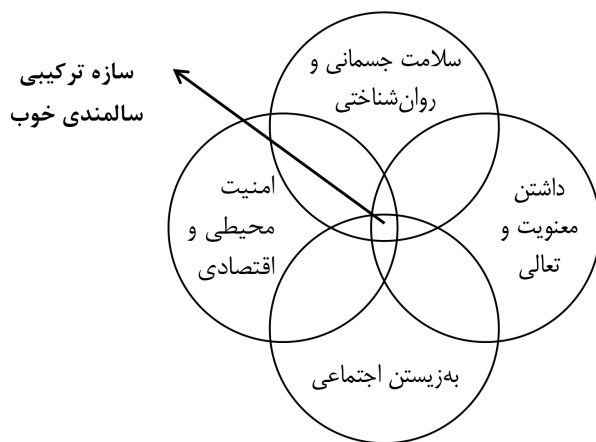
نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادهای
سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی خوب

سیاست‌گذاری اجتماعی در حیطه سالمندان دو جنبه متفاوت دارد: از یک سو سالمندان گروهی از جمعیت وابسته و غیرفعال هستند و از سوی دیگر منابع اقتصادی و اجتماعی به شمار می‌آیند. مفاهیمی مانند سالمندی موفق و سالمندی فعال، که در حوزه سالمندی خوب مطرح شده، هر دو از یک ریشه علمی رشد کرده‌اند و تلاش می‌کنند راه‌کارهایی در جنبه مثبت سیاست‌گذاری اجتماعی یعنی «سالمندان به عنوان سرمایه» ارائه بدهند؛ از این‌رو، پژوهشگران بسیاری در جهان در مسیر رویکرد مثبت درباره سالمندان، برای ارائه مدل‌هایی برای رسیدن به سالمندی خوب تلاش کرده‌اند.

باید توجه داشت نتایج مروری این پژوهش بیانگر این است که سالمندی خوب در چهار بُعد سلامت جسمانی و روان‌شناختی، بهزیستن اجتماعی، معنویت و تعالی، امنیت مالی و محیطی شکل گرفته است. در این میان، کشورهای متعدد برنامه‌ریزی‌های متنوعی را بر اساس فرهنگ و چالش‌های مطرح در جامعه خود برای سالمندان و داشتن دوران سالمندی خوب ارائه داده‌اند؛ اما نکته مشترک

تمام سیاست‌گذاری‌ها تلاش برای ارائه بسته حمایتی همه‌جانبه در تمام ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی است. شواهد سیاست‌گذاری در کشورهای دیگر نشان می‌دهد که «به‌منظور رسیدن به کشوری برای تمام سنین» چالش‌هایی مانند بازار کار، هزینه‌های مربوط به پرداخت حقوق بازنشستگی، هم‌زمانی افزایش تعداد سالمندان با افزایش نیاز به مراقبت و در نهایت تنوع در منابع و ریسک‌های سالمندان به‌وجود می‌آید؛ از این‌رو، دولتمردان برای حل چالش‌های مطرح‌شده به دنبال راه‌حل‌هایی همچون ارتقای یادگیری مستمر، ترتیبات شغلی انعطاف‌پذیر برای سالمندان، افزایش حفاظت اجتماعی و معکوس‌سازی روند بازنشستگی پیش از موعد، سیاست‌هایی در راستای جلوگیری از انزوای سالمندان و حمایت از سلامت آنان هستند. در راستای حل این چالش‌ها و روبه‌رو شدن با افزایش جمعیت سالخورده، برنامه‌ها و بسته‌های سیاست‌گذاری با هدف رسیدن به سالمندی خوب مطرح می‌شود (Foster & Walker, 2014).

با توجه به چارچوب بیان شده در فصل سوم کتاب- همان‌گونه که در شکل ۴-۱ مشاهده می‌شود- برای داشتن دوران سالمندی خوب، باید به چهار بعد سلامت، اجتماع، محیط و معنویت، که با هم تعامل دارند توجه کرد. در این میان، فردی دوره سالمندی خوبی دارد که افزون بر داشتن سلامت روانی و جسمانی، درآمد مناسبی نیز داشته باشد، همچنین در محیط دوستدار سالمند زندگی کند، بتواند در جامعه فعالیت داشته باشد و با حمایت خانواده و روحیه معنوی کمبودهای دوران سالمندی برایش جبران شود. درواقع نقطه‌ای که در مرکز هم‌پوشانی تمام ابعاد قرار می‌گیرد، سازه ترکیبی سالمندی خوب است؛ یعنی سالمندی که میزان متوسطی از تمام ابعاد را به دست می‌آورد، می‌تواند سالمندی خوبی را در دوران آخر زندگی داشته باشد.



شکل ۴-۱- ابعاد چهارگانه سالمندی خوب

هریک از این چهار بُعد در حیطه سیاست‌گذاری اجتماعی، باید در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی در نظر گرفته شوند؛ از این‌رو، برای ارائه برنامه‌ریزی اجتماعی یا سیاست‌های رفاهی جمعیت سالمندان، ماتریسی از برنامه‌های سالمندی خوب در جدول شماره ۴-۱ ارائه شده است که سیاست‌گذاران می‌توانند بر اساس آن در راستای ارزیابی یا ارائه خدمات رفاهی به سالمندان در ایران، برنامه‌های سالمندمحور و اطلاعات سالمندان در کشور را با توجه به هریک از سلول‌های ماتریس در سه سطح فرد و خانواده و جامعه بررسی کنند و در صورت وجود شکاف یا بی‌اطلاعی از سلول مربوطه با تمرکز بیشتری به سیاست‌گذاری در آن حیطه پردازند.

جدول ۴-۱- ماتریس سیاست‌گذاری برای سالمندی خوب

ابعاد / سطح	فرد	خانواده	جامعه
سلامت جسمی و روان‌شناختی	آموزش سبک زندگی سالم، آموزش ورزش‌های مناسب دوران سالمندی، تغذیه سالم و مناسب دوران سالمندی، آگاهی فرد از بیماری‌های دوران سالمندی، آگاهی فرد از علائم شروع افسردگی یا آلزایمر به منظور مراجعه به متخصص، آموزش فرد برای مدیریت درد و استرس، آگاهی از ترک سیگار و مواد مخدر پیش از ورود به دوران سالمندی، توجه به نقش خودکارآمدی سلامت در دوران سالمندی	آگاهی خانواده از علائم بیماری‌های دوران سالمندی و آثار پلی فارمسی در این دوران، آموزش علمی مراقبت از سالمندان ناتوان و کهن سال برای مراقبان غیررسمی، آموزش خانواده به منظور نداشتن سوء رفتار با سالمندان، همراهی سالمندان با بازی درمانی، هنر درمانی و طبیعت درمانی به منظور ارتقای سلامت	سیاست‌گذاری در حیطه مراقبت‌های طولانی مدت، حمایت از برنامه‌های ارتقای سلامت در راستای پیشگیری از بیماری‌های مزمن، غربالگری برای تشخیص زودهنگام بیماری‌های مزمن، واکسیناسیون سالمندان در برابر آنفولانزا، حمایت از وارد کردن یا ساخت فناوری‌های جدید در راستای «سالمندی در محل»، دسترسی یکسان سالمندان به مراقبت‌های بهداشتی، حمایت از مراقبان غیررسمی با در نظر گرفتن تشویق مالی یا مرخصی ساعتی
بهبود بستن اجتماعی	آگاهی فرد از تأثیر حضور در اجتماع و ارتباط با نوه‌ها بر روی سلامتی جسمانی و روانی خود، گذران اوقات فراغت فعال در جامعه به جای اوقات فراغت غیرفعال مانند تماشای تلویزیون، توجه به ارتباطات بین نسلی در اجتماع، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و سیاسی، شرکت در کارهای داوطلبانه	آگاهی خانواده از تمام ابعاد حمایت اجتماعی، مانند حمایت عاطفی، ابزاری و مالی، همراهی سالمند ناتوان برای حضور در اجتماع، تعامل حضوری به جای ارتباط تلفنی با سالمند برای برقراری بیشتر ارتباطات بین نسلی	تشکیل دانشگاه‌های دوره سوم (U3A)، آموزش مستمر سالمندان، تشکیل باشگاه‌های مخصوص سالمندان هم‌سن و سال، تقویت شبکه‌های اجتماعی سالمندان با حمایت از تشکیل گروه‌های محله‌ای برگزاری برنامه‌هایی از سوی دولت به منظور ارتباطات بین نسلی در اجتماع محله‌ای، ورود مراجع رسمی قانونی و حقوقی برای جلوگیری از سالمندآزاری، جلوگیری از تصورات قالبی منفی در رسانه و تبلیغات

سطح ابعاد	فرد	خانواده	جامعه
امنیت محیطی و اقتصادی	توانمندسازی فرد برای داشتن شغل پس از بازنشستگی، آموزش مناسب‌سازی منزل برای دوران سالمندی و کاهش ریسک افتادن	آموزش مناسب‌سازی مسکن برای مراقبان غیررسمی سالمندان، آگاهی در خصوص سوءاستفاده نکردن اعضای خانواده از اموال سالمندان	بازبینی آزمون استحقاق سنجی به منظور پرداخت حقوق به سالمندان نیازمند، بیمه مناسب برای پوشش هزینه‌های درمان، خرید دارو و مراقبت طولانی‌مدت، بازنشستگی تدریجی، قرار دادن مزایای غیر پولی برای سالمندان، مزایای ویژه برای سالمندان تنها، سالمندان زن بیوه و سالمندان روستایی، مناسب‌سازی پیاده‌روها و پارک‌ها برای سالمندان، روشنایی و بهداشت مناسب محله‌ها
داشتن معنویت و تعالی	آموزش مقابله با استرس و دردهای دوران سالمندی از طریق معنویت و مذهب، هراس نداشتن از مرگ، ارتباط فرامادی با هستی	همراهی سالمند برای رشد و تعالی در دوران سالمندی در کنار معنویت	استفاده از ظرفیت معنوی سالمندان به‌منزله مسیری برای آموزش سبک زندگی سالم

ذکر این نکته ضروری است که در ابعاد مختلف سالمندی خوب، برنامه‌های موفق‌تری در جهان انجام شده است؛ برای مثال در حیطه سلامت جسم و روان کشورهای که سعی کرده‌اند در ارائه خدمات، تنوع بخش خصوصی، دولتی و عام‌المنفعه را در نظر بگیرند ثبات بهتری داشته‌اند. بعضی از کشورها مانند ژاپن سعی کرده‌اند «سالمندی در محل»^۱ را ایجاد کنند و با ورود فناوری به خانه‌های خود سالمندان، که به آن دل‌بستگی دارد و ایجاد سیستم ارتباطی با

مراقبان آنان، وضعیت و محیطی را ایجاد کنند تا سالمند بتواند سالمندی خوب و موفق‌تری را در خانه خودش همراه با استقلال فردی تجربه کند. ورود و ساخت فناوری‌های جدید در عرصه مراقبت در منزل از یک سو سبب حفظ استقلال و شأن سالمند می‌شود و از سوی دیگر هزینه‌های هتلینگ را در بیمارستان کاهش می‌دهد. افزون بر این، مراقبان سالمندان نیز در حیطه مراقبت از سالمندان آموزش‌هایی می‌بینند و مزایای تشویقی مانند مرخصی ساعتی برای آنان در نظر گرفته می‌شود (Wacker, Roberto, 2011). با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در سال‌های آتی در ایران، نیاز است تدابیری صورت گیرد تا بستری برای سالمندی در محل و فناوری‌های جدید در این زمینه، مانند کفش و ساعت‌های پوشیدنی، که برای محافظت و کنترل سلامت سالمندان استفاده می‌شود، فراهم شود؛ زیرا بیماری‌های مزمن، کاهش توانایی‌های جسمانی و احتمال بروز بیماری‌هایی مانند دمانس و آلزایمر از هفتاد سال به بالا بیشتر می‌شود، پس با افزایش جمعیت سالمندان کهن‌سال، بیشتر شدن هزینه‌ها و مراقب‌های بهداشتی، ضرورت توجه به این نکته دوچندان می‌شود. همچنین در حیطه سلامت بهتر است غربالگری برای تشخیص زودهنگام بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های روانی انجام گیرد و آموزش‌هایی نیز به پزشکان عمومی در این زمینه داده شود. تشخیص زودهنگام بیماری‌های مزمن جسمانی، روانی و شناختی نقشی مهم در کاهش هزینه‌های درمان بیماری‌ها برای سیستم بهداشتی دارد. همچنین آموزش خودکارآمدی و تصمیم‌گیری برای مقابله با کمبودهای دوران سالمندی برای سالمندان ضروری است. در ایران بیماری‌های قلبی و عروقی، اسکلتی و عضلانی و غدد درون‌ریز در بین سالمندان شیوع بیشتری دارد؛ از این رو نیاز است غربالگری و آموزش‌های سبک زندگی سلامت‌محور تمرکز بیشتری بر روی موارد مذکور داشته باشد.

حضور سالمندان در محیط اجتماعی و حتی کاری سبب افزایش سلامت روان سالمندان می‌شود. البته نیاز است که در بازار کار بدون تبعیض سنی با آنان رفتار کنند. همچنین ایجاد دانشگاه‌های دوران سوم برای سالمندان و مکان‌هایی که گروه هم‌سالان سالمندان آموزش ببینند، می‌تواند بسیار مفید باشد. وجود برنامه‌های مداخله‌ای هنری مانند بحث و صحبت در مورد عکس‌های قدیمی در اجتماعات سالمندان در هر محله نیز برای به‌زیستن روان‌شناختی آنان بسیار مفید خواهد بود (Yankeelov et al, 2013). گفتنی است، با توجه به الگوی گذران وقت سالمندان در ایران، آنان بیشترین وقت خود را به نگهداری و مراقبت یا فعالیت‌های فراغتی منفعلانه مانند تماشای تلویزیون می‌گذرانند (شریفیان و همکاران، ۱۳۹۵). یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر الگوی فوق، وضعیت اقتصادی آنان است؛ به این صورت که طبقات اجتماعی بالاتر بیشتر به فعالیت‌های فراغتی فعالانه و مشارکت اجتماعی می‌پردازند؛ از این‌رو نیاز است برای تشویق سالمندان به حضور در فعالیت‌های اجتماعی در قالب کارهای داوطلبانه یا اوقات فراغت گروهی، برنامه‌ریزی صورت گیرد.

باید توجه داشت، حمایت اجتماعی مناسب از سوی خانواده و دولت در قالب بیمه‌های مناسب و مزایای مادی و غیرمادی، از پایه‌های اصلی و اساسی سلامت سالمندان است. همچنین تقویت شبکه‌های اجتماعی و بین نسلی یکی از راه‌هایی است که حضور سالمندان در جامعه و خانواده و ارتقای سلامت آنان را افزایش می‌دهد. توجه به این نکته ضروری است که کیفیت و نوع حمایت اجتماعی صمیمانه، از حمایت اجتماعی تنها در قالب تعداد افراد شبکه اجتماعی فرد سالمند مهم‌تر است؛ برای مثال در کشورهایی مانند کره، فیلیپین، ژاپن، هند و سنگاپور فعالیت‌های بین نسلی با ابتکاراتی در این زمینه از سوی دولت حمایت، و به موارد زیر

طبقه‌بندی می‌شود:

۱. خدماتی که جوانان ابداع می‌کنند (مانند طرح حمایت و همدردی جوانان همان محله از سالمندان آن محل)؛
 ۲. خدمات ابداع‌شده سالمندان (مانند برنامه‌های داوطلبانه بازنشستگان به‌منزله مربی جوانان)؛
 ۳. ابتکارات اجتماعات محله‌ای (مانند فعالیت روزانه بین نسلی در سراهای سالمندان)؛
 ۴. ابتکارات در مکان‌های مشترک (مانند ترکیب امکانات بین نسلی در خانه سالمندان و مهدکودک با هم).
- در ایران بُعد اجتماعی به‌ویژه در سطح خانواده، نقش مؤثرتری در مقایسه با سایر کشورها دارد؛ به‌نحوی که حمایت اجتماعی در قیاس با خودکارآمدی در ارتقای سلامت سالمندان ایرانی تأثیر بیشتری دارد (موحد و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین یکی از موارد مهم در سلامت روان‌شناختی فرد در ایران داشتن احساس «ثمربخشی» است که از مسیر موفقیت فرزندان و نسل پروری به دست می‌آید (Javadi, 2015; Zanjari, 2016). پس برنامه‌ریزی و آموزش برای روابط بین‌نسلی در خانواده‌ها و محله‌ها اهمیت بسزایی دارد. استیو مارو (۲۰۰۷) نیز تأکید می‌کند سالمند فعال و موفق فردی است که سالمندی خود را در میان تأثیرات بافتار فرهنگی، تجارب زندگی و خودتنظیمی (انتخاب فعالیت مناسب و تخصیص توجه) شکل دهد (Humboldt, 2016). با توجه به مواردی که در جدول بالا ذکر شد. سالمند ایرانی فعال و موفق فردی است که با توجه به فرهنگ جمع‌گرایی ایرانی و تجارب خود، فعالیت‌های دوران سالمندی و بازنشستگی خود را شکل دهد و جامعه نیز بستر را برای انتخاب فعالیت‌های مناسب وی فراهم کند.
- گفتنی است، کشورهای مختلف رویکردهای متعددی را در حیطه امنیت مالی

در نظر گرفته‌اند. بعضی از کشورها مانند کانادا و هلند بر اساس اسکان سالمند در این کشورها حقوقی را برای آنان مشخص کرده‌اند؛ اما مزایایی که کانادا به سالمندان می‌دهد یک‌سوم کشور هلند است. همچنین کشوری مانند سوئد بر اساس آزمون استحقاق‌سنجی حقوقی حداقل را به سالمندان می‌دهد و مزایای غیر پولی نیز برای آنان در نظر می‌گیرد. کشوری مانند آمریکا نیز بر اساس آزمون استحقاق‌سنجی به افرادی که بسیار فقیر هستند مزایایی می‌دهد. بیشتر کشورهای توسعه‌یافته، به جز آمریکا مزایای کاملی را در قالب حقوق بازنشستگی از ۶۵ سال به بالا در نظر گرفته‌اند، حتی برای افرادی که بیکار بوده‌اند. نکته مهم در پرداخت حقوق و مزایا این است که این امکانات برای سالمندان تنها، به‌خصوص زنان سالمند در نظر گرفته می‌شود (Wacker, Roberto, 2011). در کشورهایی مانند ایران که هنوز سیستم پوشش کامل پرداخت‌های نقدی و غیر نقدی برای سالمندان مانند کشورهای توسعه‌یافته صورت نگرفته است، دغدغه و مشکلات مالی در میان این افراد بیشتر است و مانع از پرداختن سالمندان به سایر ابعاد زندگی می‌شود؛ از این‌رو نیاز است با شکل‌گیری بانک اطلاعات سالمندان ایرانی، برنامه‌ریزی برای پوشش کامل سالمندان، به‌ویژه سالمندان فقیر صورت گیرد. در پایان همان‌گونه که در ادبیات سالمندی خوب تأکید می‌شود باید به سه نکته در سیاست‌گذاری سالمندان توجه داشت.

۱. سالمندی پدیده‌ای فرایندی است و سالمندی خوب به اعمال مداخلاتی در دوران جوانی و میان‌سالی و آموزش سبک زندگی سالم در دوران پیش از ورود به سالمندی نیاز دارد.

۲. باید توجه داشت که فرهنگ و جنسیت دو عدسی سیاست‌گذاری اجتماعی هستند. در این میان، نیاز است که در سیاست‌گذاری سالمندان، خصوصیات بافتارمحور جوامع برای برنامه‌ریزی اجتماعی در

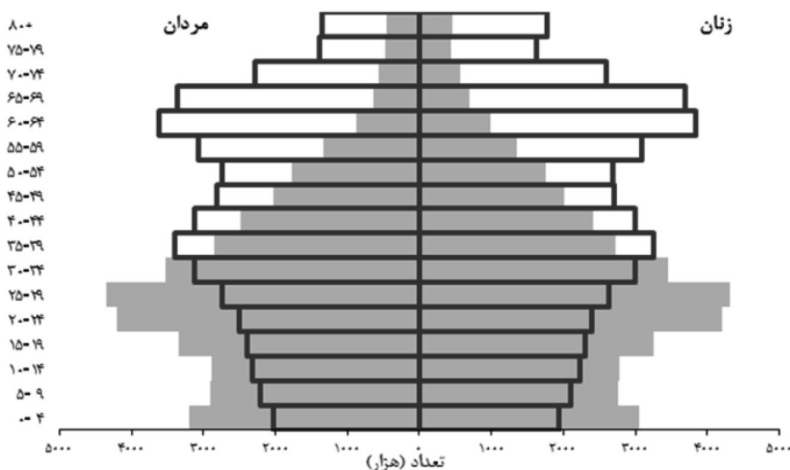
نظر گرفته شود و سیاست‌گذاری ویژه به زنان سالمند توجه دارد؛ زیرا با توجه به الگوی گذران وقت، زنان زمان کمتری را در مقایسه با مردان در دوران سالمندی برای فعالیتهای فراغتی اختصاص می‌دهند که نیاز است موانع آن شناخته و رفع شود.

۳. در سیاست‌گذاری اجتماعی در حیطه سالمندان اولویت با گروه‌های خاص سالمندان، مانند سالمندان فقیر معلول یا زنان سالمند روستایی است؛ زیرا همراه شدن کمبودهای دوران سالمندی با فقر یا تبعیض، اثرات نامطلوبی را بر جامعه، سلامت سالمندان و خانواده‌های آنان خواهد گذاشت.

خلاصه سیاست‌گذاری سالمندی خوب



یک دهم جمعیت ایران امروز و یک چهارم جمعیت ایران در چشم‌انداز ۳۵ سال آینده سالمند هستند: پس سیاست‌گذاری در حیطه سالمندی خوب امری فرایندی و ضروریست.



منابع وماخذ

منابع و مآخذ

- انجوی شیرازی، ابوالقاسم (۱۳۷۱). **گذری و نظری در فرهنگ مردم**. تهران: اسپرک.
- اسحاقی، رضا؛ فرج زادگان، زیبا و دیگران (۱۳۸۸). «طراحی پرسشنامه سنجش سبک زندگی در سالمندان». *مجله پایش*، ۹(۱): ۹۱-۹۹
- بختیاری، فربرز؛ مهشید فروغان و دیگران (۱۳۹۳). «اعتبار سنجی نسخه فارسی شده آزمون کوتاه شده شناختی (AMT) در سالمندان آسایشگاه خیریه کهریزک». *مجله دیابت و متابولیسم ایران*. ۱۳(۶): ۴۸۷-۴۹۴.
- درویش پور کاخکی، علی، ژبلا عابدسعیدی و دیگران (۱۳۸۸). «ابزارهای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان» پژوهش در پزشکی، ۳۳ (۳): ۱۶۲-۱۷۳
- رفیعی، حسن (۱۳۸۲). **اریکسون: فرزند خود و معمار هویت**. تهران: انتشارات دانژه.
- سراج، رضا (۱۳۹۰). «جایگاه سالمندی در ادبیات فارسی (ابتدای قرن سوم تا انتهای قرن هفتم)»، پایان نامه MPH گروه سالمندشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- شریفیان، مریم؛ نسیمه زنجری و دیگران (۱۳۹۵). «الگوی گذران وقت سالمندان ایرانی و همبسته های اقتصادی و اجتماعی آن». *فصلنامه سالمند*، ۱۱ (۲): ۴۰۰-۴۱۵
- صادقی، رسول (۱۳۹۲). «تحولات جمعیتی ایران و پیش بینی آن تا سال ۱۴۳۰». *طرح پژوهشی پژوهشکده آمار ایران*.
- صفی نژاد، جواد (۱۳۷۵). **عشایر مرکزی ایران**. تهران: امیرکبیر.
- صحاف، رباب، احمد دلبری و دیگران (۱۳۹۳). «تعیین روایی و پایایی پرسشنامه سطح فعالیت فیزیکی (CHAMPS) در سالمندان تهرانی». *مجله سالمندی ایران*. ۹ (۳): ۲۰۶-۲۱۷
- فرزنانگان، شاره (۱۳۹۰). «جایگاه سالمندی در ادبیات متون فارسی (ابتدای قرن هشتم تا معاصر)». پایان نامه MPH گروه سالمندشناسی: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- نظری، شیم و همکاران (۱۳۹۴). «تحلیلی بر مشخصات روان سنجی ابزارهای سنجش حمایت اجتماعی درک شده در سالمندان». *فصلنامه سالمند*، ۱۰ (۴): ۲۱۰-۲۱۸.
- موحّد، مجید؛ نسیمه زنجری و دیگران (۱۳۸۹). «تعیین کننده های اجتماعی - جمعیتی

سبک زندگی ارتقادهنده سلامت سالمندان (مطالعه موردی سالمندان شهر شیراز». نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، ۵ (۱۰): ۷۹-۹۰

- محمدی الهام، طلعت الهیاری و دیگران (۱۳۹۵). «تحلیل تجربه سالمندان ساکن در اجتماع از فعال بودن: مطالعه کیفی استراتژی‌های سالمندی فعال». مجله سالمندی ایران. ۱۱ (۴): ۵۰۴-۵۱۷.

- مرکز آمار ایران (۱۳۹۵). سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵.

- Australian Association of Psychology (2016). available at: https://www.psychology.org.au/publications/tip_sheets
- Balcombe, Nicholas and Alan Sinclair(2001). Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem, Best practice and research clinical gastroenterology, vol 15, no. 6, pp. 835-849
- Baltes MM, Carstensen LL. (1996). The Process of Successful Ageing. Ageing & Society 16:397-422.
- Baltes, P. B. and M. M. Baltes, (1990). Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization With Compensation. In Baltes, P. B., Baltes, M. M. (Eds) Successful Aging: Perspective from the Behavioral Sciences. Cambridge University Press, New York, 1-34.
- Bufford, R. K., Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Norms for the spiritual well-being scale. Journal of Psychology and Theology, 19(1): 56-70.
- Beck, A. M., Ovesen, L., & Beck, A. M. (1999). Modification of the nutrition questionnaire for elderly to increase its ability to detect elderly people with inadequate intake of energy, calcium, vitamin C and vitamin D. European journal of clinical nutrition, 53(7), 560-569.
- Boudiny, K. (2013). 'Active ageing': From empty rhetoric to effective policy tool. Ageing and society, 33(06), 1077-1098
- Bowling A. (2006). Lay Perceptions Of Successful Ageing: Findings From A National Survey Of Middle Aged And Older Adults In Britain. European Journal of Ageing 3(3):123.
- Caron, Catherine M. (2005). A Conceptual Framework For Community Interventions In Successful Aging, Thesis Submitted To The Faculty Of Graduate And Postdoctoral Studies In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Msc Degree In Epidemiology, University Of Ottawa, College Of Health Sciences
- Chronic Care Networks for Alzheimer's Disease Initiative. (2003). Tools for early identification, assessment, and treatment for people with Alzheimer's disease and dementia. Alzheimer's Association and National Chronic Care Consortium.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S., and Gwaltney, J. M., Jr. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. Journal of the American Medical Association, 277, 1940-1944. Journal of the American Medical Association, 277, 1940-1944.

- Cornwell, E.Y., & Waite, L.J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(S1), i38-i46, doi:10.1093/geronb/gbp037.
- Cosco T. D, Prina AM, Perales J, Stephan BCM, Brayne C. (2014). Operational Definitions Of Successful Aging: A Systematic Review (English). *International Psychogeriatrics*. 26(3):373-81
- Craciun C. (2012). Successful Aging-Utopia or the Result of Lifelong Learning? Meaning and Representations of Ageing in Romanian Elderly. *Ageing International*. 37(4):373-85.
- Daaleman, T. P. & Frey, B. B. (2004). The Spirituality Index of Well-Being: A new instrument for health-related quality of life research. *Annals of Family Medicine*, 2, 499-503.
- Dalemans, R., de Witte, L. P., Lemmens, J., van den Heuvel, W. J., & Wade, D. T. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22(6), 542-555.
- Davey, J. A. (2002). Active ageing and education in mid and later life. *Ageing and society*, 22(01), 95-113.
- Day, A. T. (1991). Remarkable Survivors: Insights into Successful Aging among Women. *The Urban Insitute*.
- De Souza, E. M., & Grundy, E. (2007). Intergenerational interaction, social capital and health: Results from a randomised controlled trial in Brazil. *Social Science & Medicine*, 65, 1397-1409.
- De Souza, E. M., & Grundy, E. (2007). Intergenerational interaction, social capital and health: Results from a randomised controlled trial in Brazil. *Social Science & Medicine*, 65, 1397-1409.
- del Pilar Díaz-López, M., López-Liria, R., Aguilar-Parra, J. M., & Padilla-Gón-gora, D. (2016). Keys to active ageing: new communication technologies and lifelong learning. *SpringerPlus*, 5(1), 768.
- Denmark, F. L., & Zarbiv, T. (2016). Living Life to the Fullest: A Perspective on Positive Aging. *Women & Therapy*, 39(3-4), 315-321.
- Denton, Frank and Byron Spencer (2000). Some demographic consequences of revising the definition of old to reflect future changes in life table probabilities, QSEP research report No.352.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 851.
- Doyle, Y. G., and et al. (2010). A Model of Successful Ageing In British Populations. *The European Journal of Public Health: Ckq132*.
- Eckert, K. G., & Lange, M. A. (2015). Comparison of physical activity questionnaires for the elderly with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)—an analysis of content. *BMC public health*, 15(1),

249.

- Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Huges, L. L., Leaf, J. A., & Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement. *Journal of Humanistic Psychology*, 28, 5-18. What is the best scale/questionnaire to measure spirituality?. Available from: https://www.researchgate.net/post/What_is_the_best_scale_questionnaire_to_measure_spirituality [accessed May 5, 2017].
- ellamora, M. C., Zecevic, A. A., Baxter, D., Cramp, A., Fitzsimmons, D., & Kloseck, M. (2015). Review of assessment tools for baseline and follow-up measurement of age-friendliness. *Ageing International*, 40(2), 149-164.
- Eyssen, I. C., Steultjens, M. P., Dekker, J., & Terwee, C. B. (2011). A systematic review of instruments assessing participation: challenges in defining participation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(6), 983-997.
- Fanelli, M. T., & Abemethy, M. M. (1986). A nutritional questionnaire for older adults. *The Gerontologist*, 26(2), 192-197.
- Forster, P. and M. Morris (2012). Successful Transition to Retirement in Australia, *Social Sciences Directory* 1(1).
- Foster, L., & Walker, A. (2014). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, *Gerontologist*, 55(1). Pp. 83-90
- Garcia-Romeu, A., & Alto, P. (2010). Self-transcendence as a measurable transpersonal construct. *Journal of Transpersonal Psychology*, 42(1), 26.
- Hank, K. (2011). Societal determinants of productive aging: a multilevel analysis across 11 European countries. *European Sociological Review*, 27(4), 526-541.
- Havighurst R.J. (1963) Successful Aging. In: Williams RH, Tibbitts C, Donahue W, Eds. *Processes Of Aging*. New York, NY: Atherton Press.
- Hermanns, N., Caputo, S., Dzida, G., Khunti, K., Meneghini, L. F., & Snoek, F. (2013). Screening, evaluation and management of depression in people with diabetes in primary care. *Primary care diabetes*, 7(1), 1-10.
- Hilton, J. M., Kopera-Frye, K., & Krave, A. (2009). Successful Aging from the Perspective of Family Caregivers, *the Family Journal* 17(1): 39-50.
- Hillier, S., & Barrow, G. M. (2011). *Aging, the Individual, and Society*. Wadsworth.
- Hodge A. M., Giles GG, Flicker L. (2013). Social Connectedness and Predictors of Successful Ageing. *Maturitas*. 75(4):361-6.
- Hodge, D. R., Zidan, T., & Husain, A. (2015, May 25). Validation of the Intrinsic Spirituality Scale (ISS) With Muslims. *Psychological Assessment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000130>
- Hsu H, Tsai C, Chang M, Luh D. (2010). Constructing Area-Level Indicators of Successful Ageing In Taiwan. *Health & Social Care In the Community* 18

(1):70-81.

- Hsu H-C. (2007). Exploring Elderly People's Perspectives on Successful Ageing in Taiwan. *Ageing & Society* 27(01):87-102.
- Von Humboldt, S. (2016). Conceptual and Methodological Issues on the Adjustment to Aging. Springer
- Jopp, D. S., Wozniak, D., Damarin, A. K., De Feo, M., Jung, S., & Jeswani, S. (2015). How Could Lay Perspectives On Successful Aging Complement Scientific Theory? Findings from a US and A German Life-Span Sample. *The Gerontologist*, 55(1), 91-106.
- Knight T, Ricciardelli L. A. (2003). Successful Aging: Perceptions of Adults Aged Between 70 and 101 Years. *The International Journal of Aging and Human Development* 56(3):223-45.
- Krapu, T. M., Meinke, L., Kramer, L., Friedman, R., & Voda, J. (2006). The life satisfaction survey (LSS): development of the instrument. *Life*, 6, 7.
- Lai, C. K., Chan, E. A., & Chin, K. C. (2014). Who are the healthy active seniors? A cluster analysis. *BMC geriatrics*, 14(1), 127.
- Lassen, A. J., & Moreira, T. (2014). Unmaking old age: Political and cognitive formats of active ageing. *Journal of Aging Studies*, 30, 33-46.
- Lee P-L, Lan W, and Yen T-W (2011). Aging Successfully: A Four-Factor Model. *Educational Gerontology* 37(3):210-27.
- Lim, E. Z., & Thompson, C. L. (2015). Measuring active ageing among older adults in Singapore. *Ageing and Society*, 1-17.
- Linton, M. J., Dieppe, P., Medina-Lara, A., Watson, L., & Crathorne, L. (2016). Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: exploring dimensions of well-being and developments over time. *BMJ open*, 6(7), e010641.
- MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality*, 68, 153 – 197. What is the best scale/questionnaire to measure spirituality?. Available from: https://www.researchgate.net/post/What_is_the_best_scale_questionnaire_to_measure_spirituality [accessed May 5, 2017].
- Mars, G. M. J. (2013). Measuring personal autonomy and social participation in older adults with a chronic physical illness.
- Matias, A. G. C., Fonsêca, M. D. A., Gomes, M. D. L. D. F., & Matos, M. A. A. (2016). Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (São Paulo)*, 14(1), 6-11.
- Mccarthy VL, Bockweg A. (2013). The Role of Transcendence in A Holistic View Of Successful Aging: A Concept Analysis And Model Of Transcendence In Maturation And Aging. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*. 31(2):84-92.

- Michael L. López & Linda Cooper (2011). Social Support Measures Review, national center for latino child and family research.
- Michaelson, J., Mahony, S., & Schifferes, J. (2012). Measuring wellbeing: A guide for practitioners. New Economics Foundation: London, UK.
- Monod, S., Brennan, M., Rochat, E., Martin, E., Rochat, S., & Büla, C. J. (2011). Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 26(11), 1345-1357.
- Morgan E. Levine (2012). Modeling the Rate of Senescence: Can Estimated Biological Age Predict Mortality More Accurately Than Chronological Age? *journal of Gerontologist*, December
- Nagalingam, J. (2007). Understanding Successful Aging: A Study of Older Indian Adults In Singapore. *Care Management Journals*, 8(1), 18-25.
- Nguyen AL, Seal DW. (2014). Cross-Cultural Comparison of Successful Aging Definitions between Chinese And Hmong Elders In The United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 29(2):153-71.
- Nimrod, G., & Ben-Shem, I. (2015). Successful Aging as a Lifelong Process. *Educational Gerontology*, 41(11), 814-824.
- Noonan, V. K., Miller, W. C., & Noreau, L. (2009). A review of instruments assessing participation in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47(6), 435-446.
- Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougeyrollas, P., Rochette, A., & Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and rehabilitation*, 26(6), 346-352.
- Onishi, C., Yuasa, K., Sei, M., Ewis, A. A., Nakano, T., Munakata, H., & Nakahori, Y. (2010). Determinants of life satisfaction among Japanese elderly women attending health care and welfare service facilities. *The Journal of Medical Investigation*, 57(1, 2), 69-80.
- Parslow RA, Lewis VJ, Nay R. (2011). Successful Aging: Development and Testing Of a Multidimensional Model Using Data from a Large Sample of Older Australians. *J Am Geriatr Soc*. 59(11):2077-83.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current gerontology and geriatrics research*, 2012. Hindawi Publishing Corporation Volume 2012
- Phelan, E. A. And E. B. Larson, (2002). Successful Aging: Where Next?, *Journal Of The American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308.
- Phillips, J. E, Ajrouch, K. J, Hillcoat-Nallétamby, S. (2010), *Key Concepts In Social Gerontology*. Sage Published.
- Pruchno RA, Wilson-Genderson M, Cartwright F. (2010). A Two-Factor Model of Successful Aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 65(6):671-9.
- Pashaki, N. J., Mohammadi, F., Jafaraghaee, F., & Mehrdad, N. (2015). Factors

- influencing the successful aging of Iranian old adult women. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(7).
- Reichstadt, J., Geetika S., Colin A. D., Lawrence A. P., And Dilip V. J. (2010). Older Adults' Perspectives on Successful Aging: Qualitative Interviews, *Am J Geriatr Psychiatry*, 18(7): 567-575.
 - Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging, *Gerontologist*, 37, 433-440.
 - Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A Life Span Model of Successful Aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714.
 - Skrzypińska, K., Piotrowski, J., & Żemojtel-Piotrowska, M. (2013). The Scale of Spiritual Transcendence: Construction and validation. *Roczniki Psychologiczne*, 16(3), 469-485.
 - Sung, K. W. (2003). Influencing variables on life satisfaction of Korean elders in institutions. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33(8), 1093-1100.
 - Tareque, M. I., Ahmed, M. M., Tiedt, A. D., & Hoque, N. (2014). Can an active aging index (AAI) provide insight into reducing elder abuse? A case study in Rajshahi District, Bangladesh. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(3), 399-407.
 - Tate RB, Loewen BL, Bayomi D.J, Payne BJ. (2009). The Consistency Of Definitions Of Successful Aging Provided By Older Men: The Manitoba Follow-Up Study. *Canadian Journal On Aging*. 28(4):315-22.
 - Tate RB, Swift AU, Bayomi DJ. (2013). Older Men's Lay Definitions of Successful Aging over Time: The Manitoba Follow-Up Study. *International Journal of Aging and Human Development* 76(4):297-322.
 - Thielke, S., & Diehr, P. (2012). Transitions among Health States Using 12 Measures of Successful Aging in Men and Women: Results From The Cardiovascular Health Study. *Journal of Aging Research*.
 - Troutman-Jordan, M., & Staples, J. (2014). Successful Aging from the Viewpoint of Older Adults. *Research and Theory For Nursing Practice*, 28(1): 87-104.
 - Torres, S. (1999). A Culturally-Relevant Theoretical Framework for the Study of Successful Ageing. *Ageing and Society*, 19(1): 33-51.
 - Torres, S. (2002). Relational Values and Ideas Regarding Successful Aging, *Journal Of Comparative Family Studies* 33 (3): 717-431.
 - Torres, S. (2006). Different Ways Of Understanding The Construct Of Successful Aging: Iranian Immigrants Speak About What Aging Well Means To Them, *Journal Of Cross Cultural Gerontology* 21, Pp. 1-23.
 - Tyrovolas, S., Haro, J. M., Mariolis, A., Piscopo, S., Valacchi, G., Tsakounakis, N., & Metallinos, G. (2014). Successful Aging, Dietary Habits and Health Status of Elderly Individuals: A K-Dimensional Approach within the Multi-National MEDIS Study. *Experimental Gerontology*, 60, 57-63.

- United Nations (2009). World Population Ageing, New York, United Nations.
- Villarreal, E. (2012). Measurement of social participation outcomes in rehabilitation of veterans with traumatic brain injury. *Journal of rehabilitation research and development*, 49(1), 139.
- Victor, C. (2005). *The Social Context of Ageing: A Textbook of Gerontology*. London: Routledge.
- Wang Y-T, Lin W-I. (2012). Successful ageing: The Case of Taiwan. *Australian Journal on Ageing*, 31(3):141-6.
- Wang, P., Chen, X., Gong, J., & Jacques-Tiura, A. J. (2014). Reliability and validity of the personal social capital scale 16 and personal social capital scale 8: Two short instruments for survey studies. *Social indicators research*, 119(2), 1133-1148.
- Whittemore R, Knafl K. (2005). The Integrative Review: Updated Methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5):546-53.
- WHO. (2002). Active ageing: a social policy frame work. World Health Organization
- World Health Organization. (2002). Active Ageing-A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid (ES): WHO.
- Yang, M., Ding, X., & Dong, B. (2014). The measurement of disability in the elderly: a systematic review of self-reported questionnaires. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(2), 150-e1.
- Zweibel NR, Cassel CK, Karrison T. (1993). Public attitudes about the use of chronological age as a criterion for allocating health care resources. *Journal of Gerontology*, 33(1):74-80.
- Zwingmann, C., Klein, C., & Büssing, A. (2011). Measuring religiosity/spirituality: Theoretical differentiations and categorization of instruments. *Religions*, 2(3), 345-357.
- Zanjari, N., Sharifian Sani, M., Hosseini Chavoshi, M., Rafiey, H., & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2016). Perceptions of Successful Ageing Among Iranian Elders: Insights From a Qualitative Study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 83(4), 381-401.
- Zanjari, N., Sharifian Sani, M., Hosseini Chavoshi, M., Rafiey, H., & Mohammadi Shahboulaghi, F. (2017). Multidimensional concept of successful ageing: An integrative review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, (accepted)

مقاله‌های وارده شده در مرور تلفیقی سالمندی موفق

الف) مطالعات کمی و ترکیبی

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۱	Cho et al (2015)	مطالعه متوالی	۳۷۵ (+۹۸) و (۸۰-۸۹)	ایالات متحده آمریکا	عملکرد فیزیکی، اختلال سلامت جسمانی، تحصیلات، تجارب زندگی گذشته، عملکرد شناختی، منابع اجتماعی، وضعیت اقتصادی ادراک شده
۲	Cheung and Lau (2015)	مطالعه مقطعی	۱۲۰ (۹۵-۱۰۸)	چین	سلامت جسمی و عملکردی، بزرگسالی روان شناختی و شناختی، تعامل و حمایت اجتماعی، امنیت مالی و منابع اقتصادی
۳	Cosco et al (2015)	مطالعه مقطعی	۷۴۰ (+۶۵)	انگلستان	عملکرد جسمانی و شناختی، منابع فردی، مشارکت اجتماعی و خودآگاهی
۴	Tyrovoulas et al (2015)	پیمایش‌های ۲۰۰۵-۲۰۱۱	۲۶۶۳ (۶۵-۱۰۰)	یونان	تحصیلات، وضعیت مالی، فعالیت جسمانی، توده بدنی، سطح روان‌شناختی، شرکت در فعالیت اجتماعی با دوستان و خانواده، چکاب سالانه، عوامل خطر، عادت غذایی

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۵	Gasiorek(2015)	تحلیل طبقات پنهان	۶۹۲ (۸۲-۴۰)	نیوزلند و گروه‌های آمریکایی	ذهنی (آگاهی از پرسش‌هایی چون: تا به امروز چقدر موفق بوده‌اید و چقدر خوب سالمند شده‌اید. از سنی که در آن هستم خوشحالم، از این نقطه از زندگی‌ام بیش از سایر دوران زندگی‌ام خوشحال هستم، احساس می‌کنم زندگی پاداش‌های زیادی به من داده است)
۶	Feng et al (2015)	مطالعه تطبیقی	۹۳۴ (۶۵-۴۰)	چین و کره	نداشتن بیماری‌های مزمن و معلولیت، نداشتن افسردگی، مشارکت در اجتماع، فعالیت‌های تولیدی، رضایت از زندگی
۷	Tyrovolas et al (2014)	مطالعه پیگیری	۲۶۶۳ نفر سالمند	جزایر مدیترانه‌ای	عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و اقتصادی (تحصیلات، وضعیت مالی، فعالیت اجتماعی با دوستان و خانواده، رفتن به گشت و گذار، افسردگی، عوامل بالینی (کاهش خطر بیماری‌های قلبی و عروقی) عوامل سبک زندگی (تغذیه مدیترانه‌ای، فراوانی فعالیت‌های فیزیکی روزانه)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۸	Tovel and Carmel (2014)	مقطعی	۲۴۷ نفر سالمند	اسرائیل	میانگین ۵ مقیاس (مقیاس اخلاق مثبت مرکز طب سالمندی فیلاڈلفیا (PGCMS)، مقیاس رضایت از زندگی Neugarten et al. 1961، رضایت در زندگی Carnel and Mutran (1997)، مقیاس شادکامی Lyubomirsky and Lepper (Carnel's Will To Live 2011 و 1999)
۹	Tate et al (2013)	مطالعه طولی	۲۰۴۳ نفر سالمند مرد (میانگین سنی ۷۸ در سال آخر مطالعه)	کانادا	سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سلامت شناختی، سیستم بهداشتی، نگرش، شادی، زندگی و مرگ، فعالیت جسمانی، فعالیت‌های تفریحی، سبک زندگی، مولد و مشارکت‌کننده بودن، مقابله و سازگاری و مقبولیت، تطابق، معنویت، روابط خویشاوندی، روابط نزدیک، روابط با هم‌صحبتان و دوستان، روابط اجتماعی، استقلال، تجربه زندگی، کیفیت زندگی
۱۰	Hodge et al (2013)	طولی	۵۵۱۲ نفر سالمند	استرالیا	رسیدن به ۷۰ سالگی، وضعیت سلامت (SF-12)، ناتوانی جسمانی (ADI)، استرس روان‌شناختی (مقیاس Kessler)
۱۱	Swift and Tate (2013)	مطالعه ترکیبی	۸۸ نفر سالمند	کانادا	کنترل اولیه (خدمات‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی)، خدمت کردن در جنگ، حفظ تناسب جسمانی، تعادل / انطباق، مشارکت و کمک به دوستان (...)، کنترل ثانویه (نگرش مثبت، جوان فکر کردن، مقابله با استرس‌های فردی، پذیرش تغییر بدن و ...)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۱۲	Gwee et al (2013)	مقطعی	۴۸۸ (+۶۵)	سنگاپور	خودارزیایی سالمندی موفق امتیاز بین یک تا ده بررسی پنج بعد اصلی (سلامت جسمی و عملکردی، بهزیستی روان شناختی، مشارکت اجتماعی، بهزیستی روانی، معنویت/مذهب)
۱۳	Jeon et al(2012)	مقطعی	۶۰۰ نفر سالمند ۶۵ سال و بیشتر	کره جنوبی	تغییل ملل رو و کان: سلامت خودارزیایی (عادت‌های بهداشتی، سلامت ذهنی، بیماری‌های مزمن)، شبکه اجتماعی (حمایت عاطفی و ابزاری)، عملکرد شناختی و جسمانی، رفتارهای روان شناختی (رضایت از زندگی و خودکارآمدی)، فعالیت تولیدی (تعداد و ساعت)
۱۴	Hilton et al (2012)	ترکیبی	۶۰ نفر سالمند (۵۰ ساله و بیشتر)	ایالات متحده آمریکا	اولویت بر اساس پرسشنامه فالان (۲۰۰۴) (قانون استانداردهای درونی)، احساس خوب در مورد خود سلامت خوب، مقابله با چالش‌های سالمندی، احساس آرامش در مورد پایان زندگی، وجود دوستان و خانواده، نبود افسوس، درگیر بودن با دنیا و دیگران، توانایی کار کردن، طول عمر کیفی (نگرش مثبت، استقلال، سلامت خوب، درگیر بودن در زندگی، روابط اجتماعی و خانوادگی، عملکرد شناختی، مراقبت از خود، پذیرش، بهزیستی مالی، تعالی / معنویت / مذهب)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۱۵	Thielke and Diehr (2012)	طولی	۵۸۸ نفر سالمند	ایالات متحده آمریکا	سلامت خودارزیاب، ADL IADL افسردگی، شناخت، زمان راه رفتن، تعداد زمان‌های گزرانده در رختخواب، دفعات منع شده از راه رفتن، به‌نازگی بستر شدن، احساس در مورد زندگی، رضایت از زندگی
۱۶	Lee et al (2011)	مقطعی	۳۱۲ نفر سالمند ۶۵ ساله و بیشتر	تایوان	فیزیکی (اختلال)، روان‌شناختی (نشانه‌های عاطفی)، حمایت اجتماعی (خوشاوندی، دوستان)، فعالیت فراغت (مسافرت)
۱۷	Tan et al (2011)	مقطعی بر اساس پرسشنامه	۱۵۲ نفر سالمند استرالیایی آنکلو و ۱۱۶ استرالیایی چینی (میانگین سنی ۶۸ سال)	استرالیا	شش اولویت اول نبود بیماری و معلولیت، عملکرد و سلامت فیزیکی، مشارکت در جامعه، تعلق با تغییرات، توانایی انتخاب و داشتن دوست و خانواده
۱۸	Parslow et al (2011)	مقطعی (تحلیل ثانویه)	۲۲۸۶ نفر سالمند (۶۱ تا ۸۵)	استرالیا	متغیرهای پنهان سالمندی موفق در مدل سلامت روانی و جسمانی خودارزیاب (پرسشنامه سلامت عمومی)، رضایت از زندگی (نمره‌ی مقیاس Delight-Terrible) و عملکرد شناختی (نمره‌ی MMSE)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۱۹	Bowling and Iliff(2011)	مطالعه پیکیری	۶۸۷ نفر سالمند	بریتانیا	پزشکی (دانشین علائم بیماری، وضعیت پزشکی مزمن، بررسی GHQ، ADL، بیماری های روان شناختی)، فزاینده از پزشکی (مشارکت اجتماعی)، عملکرد اجتماعی (فعالیت اجتماعی، ارتباطات اجتماعی، تعداد حامیان)، منابع روان شناختی (خودکارآمدی، مثبت گرایی، هدف داشتن، مقابله، روبه رویی با مشکلات، اعتماد به نفس، غلبه بر مشکلات، عزت نفس، خودارزشی)، تصور عامه (سرمایه اجتماعی ادراک شده، نمره دادن به امکانات منطقه، مشکلات منطقه
۲۰	Wang and lin (2011)	مقطعی (داده ملی)	۱۳۰۹ نفر سالمند	تایوان	سلامت جسمانی (سلامت خودرزیایی، توانایی ایستادن و سایر فعالیتها) سلامت روان (افسردگی)، مشارکت فعال اجتماع (کار داری دستمزد تعداد ساعتهای فعالیت در کار دستمزدی و داوطلبانه، حمایت اجتماعی)، امنیت اقتصادی (وضعیت مالی کنونی، کلیت اقتصادی در طول بازبینی)
۲۱	Doyle et al (2010)	تحلیل ثانویه داده طولی	۳۰۰۵ نفر سالمند ۵۰ ساله و بیشتر	انگلستان	عینی: نبود بیماری و ریسک فاکتور، نگهداشتن عملکرد بالا و مشارکت در زندگی؛ ذهنی: بهینه سازی و جبران (فرد چگونگی سالمندی را درک می کند)، اعتماد به نفس؛ به زیستن حد مطلوب به عنوان خروجی و نماینده موفقیت؛ یعنی احساس بهبودی توانمندی مشارکت در زندگی و توانایی بیان اهداف پیش رو.

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۲۲	Pruchno et al (2010)	مطالعه پیگیری ۲۰۰۸ و ۲۰۰۶	۵۶۸ نفر سالمند ۵۰-۷۴	ایالات متحده آمریکا	عینی: داشتن تعداد کمی از بیماری‌های مزمن، توانایی عملکردی مفصلی بدون درد یا درد اندک ذهنی: ارزیابی فرد از تجربه سالمندی خود در مقطعی از زمان (تجربه سالمندی آنان تا چه میزان خوب است و چه امتیازی به مثبت بودن زندگی خود می‌دهند)
۲۳	Hsu et al(2010)	دقی و تحلیل ثانویه داده	۴۶۴۴ نفر سالمند (۲۳ شهر)	تایوان	محل سالمندی، موفق سطوح منطقه‌ای: ۱. وضعیت سلامت (شیوع بیماری مزمن، غربالگری بیماری مزمن، سالمندی سالم) ۲. سبک زندگی سالم (سیگار، الکل، مواد مخدر، ورزش و رژیم) ۳. مشارکت اجتماعی (شغل و فعالیت تولیدی، امنیت اقتصادی، تحصیلات، توسعه اجتماع و داوطلبانه) ۴. امکانات و منابع مراقبت از سلامت (امکانات جلوگیری از بیماری و پزشکی، منابع پزشکی) ۵. محیط اجتماعی (سالم بودن، زیربنا) ۶. محیط طبیعی (هوا، آب، دفع زباله)
۲۴	Pim Ng et al (2009)	مقطعی و تحلیل داده‌های طولی	۱۷۸۱ نفر سالمند (۶۵ سال به بالا)	سنگاپور	عملکردی و عاطفی: وضعیت شناختی و تأثیرگذاری (بررسی عملکرد و MMSE)، سلامت جسمانی (خودارزیابی و GDS)، عملکرد اجتماعی و مشارکت (مشارکت هفتگی در فعالیت‌های خلاقانه، داوطلبانه، اجتماعی یا کسب و کار و کار خانه)، رضایت از زندگی (برسشنامه خودارزیابی رضایت از زندگی در مورد شادی، تنهایی، آسودگی زندگی)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۲۵	Tate et al(2009)	مطالعه پیگیری	۳۹۸۳ نفر سالمند	کانادا	سلامت (سلامت جسم و روان شناختی)، رفتارهای سلامت (فعالیت جسمی و ذهنی مانند مراقبت و سبک زندگی)، زندگی کردن (طول عمر، حس زندگی داشتن و مقاومت در برابر سالمندی)، مولد بودن (مقید بودن، مشارکت و کار داوطلبانه)، استقلال (در حرکت و مراقبت از خود)، معنویت و اعتقاد (با هر نوع بیانی)، قبول و سازگاری (سازو کارهای مقابله)، شبکه اجتماعی (خانواده و دوست و فعالیت اجتماعی)، تجارب زندگی (انتخاب سربع در شغل، تحصیلات، بازنشستگی برای حمایت از کیفیت زندگی)
۲۶	Jang et al(2009)	مقطعی	۱۸۲۵ نفر سالمند ۶۵ سال و بیشتر	سئول	عملکرد جسمانی (بیماری مزمن و بررسی ADL)، عملکرد روانی (سابقه بیماری روانی و بررسی MMSE)، عملکرد اجتماعی (فعالیت اجتماعی در هفته)، بغزیستن ذهنی (بررسی PGCMS)
۲۷	Kahng(2008)	تحلیل ثانویه داده‌ها	۶۸۳ نفر سالمند ۶۵ ساله و بیشتر	ایالات متحده آمریکا	سلامت جسمانی (وضعیت سلامت مزمن، سلامت عملکردی، فعالیت جسمانی)، سلامت روانی (علائم افسردگی، اختلال شناختی، خودکارآمدی) مشارکت در زندگی (انسجام اجتماعی رسمی، انسجام اجتماعی غیررسمی، حمایت اجتماعی از طرف دوست و اقوام)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۲۸	Bowling(2006)	تحلیل ثانویه داده (سوال باز)	۸۵۴ نفر سالمند (۵۰ سال به بالا)	بریتانیا	سلامت و عملکرد عوامل روان شناختی، نقش اجتماعی و فعالیت، شرایط زندگی و مالی، روابط اجتماعی، محله زندگی، / اجتماع، کار، استقلال
۲۹	Li et al (2006)	مقطعی	۱۰۰۰۰ نفر سالمند	چین	عملکرد شناختی (MMSE)، عملکرد جسمانی (ADL)، رضایت از زندگی (LSIA)، حمایت اجتماعی (DUFSS)، فعالیت تفریحی، رفتارهای سلامت، حوادث منفی زندگی، سلامت (SF-36)، خودرزیابی سلامت (معلولیت، وضعیت روحی، وضعیت اقتصادی)
۳۰	Hsu(2006)	کمی و کیفی	۷۳۰ نفر سالمند	تایلند	کیفی: سلامت جسمانی و استقلال، امنیت اقتصادی، خانواده و حمایت اجتماعی، مشارکت در زندگی، بهزیستی معنوی، سیاست رفاه اجتماعی و محیط اولویت بندی در کمی: سلامت جسمانی، استقلال، زندگی بدون بیماری مزمن، زندگی با خانواده و دریافت مراقبت عاطفی
۳۱	Phelan et al (2004)	مقطعی (ارسال با ایمیل)	۱۹۸۵ نفر سالمند ژاپنی و ۲۵۸۱ نفر سفیدپوست ۶۵ ساله و بیشتر	ایالات متحده آمریکا	سلامت فیزیکی، عملکرد، سلامت روانی (استقلال، کنترل و مقابله)، سلامت اجتماعی

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۳۳	Tate et al (2003)	مطالعه هیئت‌رئیس و تحلیل محتوای پرسش کیفی	۳۹۸۳ (میانگین سنی در سال شروع ۲۱ و بعد از ۵۰ سال ۷۸ سال)	کانادا	سلامت و معلولیت (سلامت جسمانی خوب و در اندک، مراجعه به دکتر و چکاپ)، فعالیت جسمانی، فعالیت ذهنی، فعالیت اجتماعی، رضایت، نگرش مثبت، روابط نزدیک با خانواده و دوستان، روحانیت و قبول رشد، استقلال، تعادل، رژیم مناسب، داشتن هدف و چالش، امنیت مالی، داشتن سرگرمی و تفریح، مفید بودن، خرسند بودن، داشتن حس شوخ‌طبعی
۳۳	Ford et al(2000)	مطالعه پیکبری	۶۰۲ نفر سالمند	ایالات متحده آمریکا	استقلال پایدار: دریافت نکردن هیچ کمکی از خدمات رسمی و غیررسمی (بررسی ADL, IADL و انجام سایر فعالیت‌ها مانند رفتن به کلیسا، مراجعه به پزشک و...) توانایی انجام سیزده فعالیت اصلی جسمانی، از جمله حمام کردن، خوردن، پوشیدن، تمیز کردن، استفاده از توالت، قدم زدن در اتاق، رفتن از تخت به صندلی، خرید کردن، پخت‌وپز، انجام کارهای خانه، راه رفتن بیش از ۰.۸ کیلومتر، بالا رفتن از پله، مشکل نداشتن برای رفتن به مکان مورد نیاز
۳۴	Strawbridge and e al (1996)	طولی	۳۵۶ نفر سالمند	ایالات متحده آمریکا	پنج فعالیت اجرایی فیزیکی: برداشتن وزن بیش از ۴.۵۴ کیلوگرم، خم شدن یا زانو زدن، کشیدن و هل دادن، بالا بردن دست‌ها بالای شانه، نوشیدن

ادامه جدول مطالعات مروری

ب) مطالعات کیفی و مروری

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعد سالمندی موفق
۱	Chen(2015)	روش مقایسه‌ای پایدار	۱۴ زن سالمند (+۶۰)	تایوان	سالم بودن، نداشتن نگرانی مالی، داشتن تعامل با خانواده و دوستان، مشارکت در اجتماع، تمایل به مرگ خوب به جای طول عمر
۲	Zolnikov(2015)	مروری	-	ایالات متحده آمریکا	نداشتن بیماری و معلولیت، فعالیت‌های سلامتی مثبت، دسترسی به خدمات بهداشتی، محیط سالم، تعامل با زندگی، عملکرد بالای فیزیکی و روانی
۳	Sato-Komata et al (2015)	نظریه زمینه‌ای	۵ (+۸۵)	ژاپن	حل تعارض کاهش عملکرد (احساس از دست دادن عملکرد فیزیکی و شناختی، ترس از ناتوانی در آینده، قبول وضعیت جسمانی، نیاز به احساس متکی به خود از وضعیت سلامت فرد دیگری، واقعیت‌انگاری از وضعیت سنی در مقایسه با سال‌های جوان تر، انعکاسی از خود (حق شناس، نگاه به زندگی در آینده، نگاه متعادل به موضوعات، تمایل به اهداف اندک)، بازتاب زندگی روزانه (زندگی دنیوی، عوامل اقتصادی زندگی، قبول زندگی روزانه، اهدافی برای پیش برد)، بازتاب جامعه (تصدیق ارزش رابطه با یک فرد، آرزوی مفید بودن برای جامعه، علاقه به دنیای مدرن) بازتاب زندگی و آمادگی برای مرگ (یادآوری زندگی، آمادگی برای آینده، روش ایده‌آل زندگی، روش ایده‌آل مردن)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۴	Nostraty et al(2015)	تحلیل درون مایه	۴۵ (+۹)	فنلاند	مرگ (نترسیدن از مرگ، مرگ راحت، مرگ بدون درد)، زندگی متعال (زندگی در هماهنگی، زندگی تعادل در زندگی، زندگی عمیق، زندگی در آرامش، زندگی شاد)، استقلال (قدرت، خودتسلطی، تصمیم گیری، استقلال جسمی، استقلال مالی)، شرایط زندگی (محیط، زندگی در خانه، احساس امنیت، آزادی، تنها نبودن، انتقال نیافتن به نگهداری) جسمانی (تحرک، توانایی راه رفتن، تحرک خوب (فعالیت‌های عملکردی خوب، انجام ورزش)، سلامت فعالیت، وضعیت جسمانی خوب، سیگار نکشیدن و درد نداشتن)، شناختی و روان شناختی (سلامت روان، نداشتن دمانس، احساس روانی خوب، نداشتن افسردگی و بیماری‌های روانی، نداشتن خاطرات دردناک، شادی و لذت، قبول واقعیت، قبول خود، عزت نفس، تمرکز بر حال، قبول دیگران، دیدگاه مثبت، تحمل، سازگاری و مقابله، بذله گوئی، اعتماد به نفس، احترام به خود، رضایت، شخصیت آرام، بدون درگیری و دعوا، صادق بودن، آرامش ذهنی، احساس تنهایی نکردن، به روز بودن، یاد گرفتن موارد جدید، داشتن حافظه خوب)، اجتماعی (شبکه اجتماعی، خانواده و دوستان و فرزندان و نوه‌ها و همسایه خوب، داشتن ارتباط همدلی با اطرافیان، داشتن شریک زندگی، ازدواج خوب، داشتن نقش اجتماعی، انجام دادن کارهایی برای خانواده مانند نگهداری از نوه‌ها یا شریک زندگی، کمک به دیگران، عضو سازمان خاصی بودن، تعامل اجتماعی با دیگران، تفریح و سرگرمی، بیرون رفتن با دیگران، داشتن تفریح، موسیقی گوش دادن و دید و بازدید از خانواده)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۵	Javadi et al(2015)	تحلیل محتوای کیفی	۱۶ نفر سالمند زن (۶۰+)	ایران	در دسترس بودن سیستم حمایتی (سیاست‌های حمایتی، فرهنگ، تسهیلات رفاهی، روابط و زمینه خانوادگی، تعامل اجتماعی)، وضعیت سلامت، ظرفیت فردی (تجارب کسب‌شده، کارآمدی)، خصوصیات فردی (نگرش، اعتقادات فردی، خلق و خو) و سبک زندگی (مدیریت زندگی، سبک زندگی سالم) سلامت (سلامت کلی، رفتاری، تناسب جسمانی، سلامت روانی، جنبه‌های مراقبتی)، منابع اجتماعی (داشتن منابع اجتماعی، احساس ارتباط با محیط اجتماعی، تعلق، مشارکت اجتماعی)، فعالیت (فعالیت بدون ویژگی پیشرفت، فعالیت شناختی، فعالیت کاری، ورزش، سرگرمی، مسافرت، خلاقیت/ کار فرهنگی، کارهای داوطلبانه)، نگرش (نگرش مثبت به زندگی، مقبولیت، گشودگی/ کنجکاوی، عزت نفس و خود کارآمدی)، بازیستنی (رضایتمندی، شادی، کامیابی)، مدیریت زندگی (تنظیم اهداف، داشتن برنامه، تشخیص وظایف، شروع کارهای جدید، مقابله)، منابع مالی (داشتن پول و دارایی، امنیت مالی، حقوق بازنشستگی)، موضوعیت سالمندی (قبول مرگ و سالمندی، سالگردشدن، جوان ماندن)، استقلال (خاص بودن، آزادی عمل، استقلال جسمانی و تحرک)، معنای زندگی (مذهبی بودن، ارزش زندگی کردن)، رشد، احترام، اطلاعات (تحصیلات، اطلاعات عمومی زندگی)، محیط خرد (محیط زندگی خانوادگی، نقش مثبت محیط)، جامعه محیط کلان (سیاست اجتماعی، سیاست بازنشستگی، تصورات قلابی منفی، روزنامه و تلویزیون)
۶	Jopp et al (2015)	کیفی	۳۰۶ (۱۶ سال به بالا) ۹۱ نفر سالمند ۶۰ ساله و بیشتر	آلمان و ایالات متحده آمریکا	

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۷	Cosco et al(2014)	مروژ نظام‌مند	۸۴ مقاله کمی و ۲۶ مقاله کیفی	بریتانیا	پزشکی: عملکرد جسمانی / معلولیت، عملکرد شناختی، وضعیت تأثیر گذاری، وجود یا احتمال بیماری، بیماری روانی، طول عمر، منابع فردی و روان‌شناختی: مشارکت در زندگی، بهزیستن و رضایت زندگی، سیستم حمایتی، استقلال / قدرت، عوامل بیرونی: محیط اهالی
۸	Troutman(2014)	کیفی (تئوری محور)	۳۱۱ نفر سالمند	ایالات متحده آمریکا	دید مثبت و مقابله، استقلال فعالانه، سلامتی، ارتباط با مردم، آزادی، همکاری سودمند، ارتباط با خدا، منابع آسودگی
۹	Li et al (2014)	مقطعی	۹۰۳ (+۶۵)	تایوان	عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش به دلیلی مشکلات جسمی یا عاطفی، سلامت روانی، درد، ادراک عمومی از سلامت
۱۰	Topaz et al(2014)	مروژ		ایالات متحده آمریکا	سالمندی متعالی (کاهش استرس مرگ، فعالیت‌های معنادار، قبول خود، ارتباط خویشاوندی، خلوت، عقلانیت) روحانیت (دیدگاه معنوی، مذهبی بودن) عوامل درون شخصی (خلاقیت، سطح پایین هیجان، پذیری منفی)، سازوکار کارایی عملکرد (فعالیت‌های ارتقای سلامت، سلامت جسمانی، تحرک جسمانی)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۱۱	Nguyen & Seal 2014	کیفی و کمی توصیفی	۴۴ نفر سالمند	ایالات متحده آمریکا	چینی‌ها: تحرک و سلامت جسمانی، دیدگاه مثبت، مسئولیت تحلیل رفتن، روابط خانوادگی مثبت، ثبات مالی، مشارکت اجتماعی، اعتقاد مذهبی، کارهای داوطلبانه و هنری همبستگی‌ها: تحرک و سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط متعادل، روابط خانوادگی مثبت، حمایت خانوادگی محسوس، مشارکت اجتماعی و اعتقاد مذهبی
۱۲	Cosco et al (2014)	مرور نظام‌مند	۲۶ مطالعه کیفی	انگلستان	بزرگسالی (شناختی، روانی، سلامت روان شناختی و عملکردی، حفظ رفتارهای سلامتی، طول عمر)، عناصر نیروی (محیط و مالی)، بعد روان شناختی- اجتماعی (مشارکت، دیدگاه، خودآگاهی، استقلال، قبول، کیفیت زندگی، پیشگیری و درمان، اجتماع، معنویت، نقش‌های اجتماعی، نقش اجتماعی، تطابق)
۱۳	McCarthy and Bockweg(2013)	تحلیل مفهوم	-	ایالات متحده آمریکا	رسیدن به تعالی (درون گرایی: تغییر از خودمحوری به آگاهی از یک بعد بزرگ‌تر از خود، افزایش قبول خود، حس انسجام، معنویت: احساس یکی شدن با خدا یا نیروی برتر، آرامش و مقبولیت درونی، تعمق: تغییر از عقلانیت به هستی، آگاهی از اینکه جرئی از چرخه زندگی و جهان هستند، ارتباطات: احساس اتصال، قبول دیگران، دیگرخواهی و بخشش، تمرکز بر افرادی با شخصیت ارزشمند و فعالیت با توجه کمتر به نقش اجتماعی و انتظارات، خلاقیت: بیان خود، احساس رضایت، مشارکت مولد، تمایل به اهداف بزرگ‌تر از خود)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۱۴	Horder et al(2013)	کیفی	-	سوئد	درون‌مایه اصلی: احترام به خود به‌وسیله دور نگه داشتن ترس و سستی؛ چهار طبقه: داشتن منابع بدنی کافی برای امنیت و فرصت‌ها، ساختارهایی که امنیت و فرصت را افزایش می‌دهند، احساس ارزشمند بودن در روابط با دنیای بیرون و انتخاب سیاست‌گذاری بجای ناراحتی
۱۵	Cherry et al (2013)	کیفی	-	آمریکا	نگهداشت سلامت فیزیکی، روانی و بدنیستن روابطی، زندگی سالم و زندگی با اعتقاد
۱۶	Troutman et al (2013)	گروه متمرکز	-	ایالات جنوبی آمریکا	ارتباطات (معنویت، دوستان و زندگی اجتماعی و همسر)، زودگذری (خطرات گذشته، خانواده و تاریخچه، نسل آینده)، ادراک و تفسیر (روانی، شناختی و تظاهرات)، فعالیت (تحرک، استقلال، ورزش و تغذیه)
۱۷	Cosco et al(2013)	مرور نظام‌مند	۱۰۳ مطالعه کمی	انگلستان	فیزیکی (عملکرد فیزیکی/معلولیت، داشتن بیماری، وضعیت سلامت، طول عمر، سلامت روان) بدنیستن (وضعیت عاطفی، رضایت از زندگی، مشارکت، فعالیت در اجتماع، سیستم حمایتی، کارهای داوطلبانه)، منابع فردی (تاب‌آوری، مقابله، استقلال، نیروی (محیط، منابع مالی)
۱۸	Liang and Luo(2012)	مروری	-	ایالات متحده آمریکا	سالمندی متعال (بین فرصت‌ها و چالش‌ها و فعالیت و جدا شدن): نگاه متعال، سلامت فردی، روابط بین فردی، گفت‌وگو دیاالکتیک
۱۹	Craciun(2012)	کیفی (تحلیل درون‌مایه)	-	رومانی	ادامه دادن فرایند یادگیری، برنامه‌ریزی برای آینده، قبول گذشته و هم اکنون خود

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۲۰	Stordal et al(2012)	مروری	-	سوئد	بعد بیولوژیکی و پزشکی (بیماری و معلولیت)، عوامل روان‌شناختی و اجتماعی (سبک زندگی و سلامت خودارزیاب)، بعد شناختی (شناخت در سالمندی معمول و ثبات شناختی)
۲۱	Marina and Ionas(2012)	مروری	-	رومانی	رضایت از زندگی، مقبولیت شخصی، روابط اجتماعی مثبت، کنترل زندگی خود، تعلق با محیط، احساس مفید بودن، رشد فردی، بهزیستن ذهنی، مشارکت اجتماعی
۲۲	Lewis(2011)	کیفی	۲۶ نفر سالمند	آلاسکا	بهزیستن عاطفی، مشارکت اجتماعات، معنویت و سلامت جسمانی
۲۳	Troutman et al(2011)	کیفی (تئوری محور)	۹۹ نفر سالمند		فعالیت استقلال، سلامت، طرز فکر، فعالیت / خدمات، خانواده و معنویت
۲۴	Iwamasa & Iwasaki(2011)	کیفی	۷۷ نفر سالمند	ایالات متحده آمریکا (سالمندان ژاپنی)	جسمانی (سلامت، ورزش، فعالیت، ظاهر جسمانی، رژیم غذایی)، روان‌شناختی (نگرش و احساس مثبت، نگهداشت استقلال، رضایت در تغییر، گشوده بودن در برابر تجرب جدید، مقابله بین فردی)، اجتماعی (حمایت اجتماعی/ شبکه اجتماعی، سرگرمی و بازشستگی، آموزش اجتماعی، نقش اجتماعی، تحصیلات)، معنویت (مذهب، صلح درونی، اعتقاد، رفتارهای دیگرخواهی، قدردانی)، مالی (ارزش پولی، امنیت مالی)
۲۵	Reichstadt et al(2010)	کیفی	۶۶ نفر سالمند	ایالات متحده آمریکا	قبول خود/ رضایت از خود (خودارزیابی واقعی، مرور زندگی فرد، تمرکز بر امروز)، مشارکت در زندگی / رشد خود (حرفه جدید، بخشش به دیگران، تعامل اجتماعی، نگرش مثبت)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۲۶	Ferri and Pruchno (2009)	کیفی و کمی توصیفی	۵۳ نفر سالمند	ایالت متحده آمریکا	فعالیت / ورزش، سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، سلامت شناختی / روان شناختی
۲۷	Yaung et al(2009)	مروری		ایالات متحده آمریکا	روان شناختی (نیروی عاطفی)، جامعه‌شناختی (مشارکت در زندگی و روجه مذهبی) فیزیولوژیکال (بیماری و اختلال)
۲۸	Mortimer et al(2008)	کیفی	۱۴ نفر سالمند	استرالیا	نماینده فردی (الطباقت پذیری، طبیعت، سلامت، زندگی ذهنی، مالی، معنویت و بیان خود)، کیفیت زندگی و مرگ (کیفیت زندگی، معنویت، مرگ، استقلال، دیگر خواهی)، ارزش اجتماعی (روابط بین فردی، مولد بودن، ارزش)
۲۹	Rossen etal (2008)	کیفی	۳۱ نفر سالمند زن	ایالات متحده آمریکا	قبول کردن (تغییرات فیزیکی، روانی و محیطی)، مشارکت (اجتماعی، مراقبت از خود) اخلاق و رفتار (نگرش مثبت به زندگی و رفتار مثبت نسبت به دیگران)،
۳۰	Kanning & Schlicht (2008)	مروری		آلمان	به‌زیستن ذهنی (رضایت از نیازهای روان شناختی مانند استقلال، صلاحیت و ارتباط)
۳۱	Reichstadt and et al (2007)	گروه متمرکز	۱۲ گروه متمرکز	ایالات متحده آمریکا	نگرش امشب، امنیت اثبات، سلامت / به‌زیستن و مشارکت / انگیزه
۳۲	Nagalingam(2007)	کیفی	۳۲ نفر سالمند	سنگاپور	منابع مالی، مذهب، هدف زندگی، رضایت از زندگی، مشارکت در زندگی (فعالیت‌های اوقات فراغت، کارهای داوطلبانه)، وضعیت سلامت، روابط بین نسلی، شبکه حمایت اجتماعی
۳۳	Bowling(2007)	مرور نظاممند	۱۷۰ مطالعه	انگلستان	عملکرد اجتماعی، رضایت از زندگی، منابع روان شناختی، پزشکی

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۳۴	Depp and Jeste (2006)	مرور سالمند (مطالعات کمی)	۲۷ مقاله	ایالات متحده آمریکا	وجود بیماری (نبود بیماری قلبی، سکته، دیابت، سرطان، امفیزم، پروک، استخوان، آسم، سیگار نکشیدن، فشارخون، چاقی، بیماری‌های عروقی، بیماری ریوی، بیماری‌های پارکینسون، تعداد بیماری‌هایی که تشخیص داده می‌شود)، طول عمر (زندگی در بالای سن ۸۵ سال، فعال بودن در طول مطالعه طولی، زنده ماندن تا سن ۸۷)، سلامت خود ارزیاب (رتبه خوب و عالی یا نسبتاً خوب، استفاده از پرستشنامه عمومی سلامت)، شخصیت (برستشنامه بزون‌نگری و نیرومندی هدف، کنترل ادراک‌شده)، محیط‌های (درآمد و رتبه امنیت مالی، دوست داشتن محیط زندگی، گرمای کافی محیط، نداشتن اضطراب از مزاحم یا بیرون رفتن از خانه)، سالمندی موفق خود ارزیاب (کامل‌موافق یا جمله من سالمندی موفق دارم)
۳۵	Bowling, and Dieppe (2005)	مرور نظام‌مند	۱۷۰ مقاله	بریتانیا	تعریف نظری (۱). امید زندگی، ۲. رضایت از زندگی و بازیستنی، ۳. سلامت روانی و روان‌شناختی و عملکرد شناختی، ۴. رشد فردی و یادگیری موارد جدید، ۵. عملکرد و سلامت جسمانی و عملکرد مستقل، ۶. منابع و خصوصیات روان‌شناختی مانند قدرت ادراک‌شده، اهداف، احساس خود، ۷. تعلق، مقابله، عزت‌نفس، دیدگاه مثبت، اهداف، مشارکت، ۸. شبکه اجتماعی، فعالیت تفریحی، انسجام و مشارکت، ۹. کمال ۲. لذت از رژیم غذایی، ۳. امنیت موارد اضافه نظر عامه: ۱. کمال ۲. لذت از رژیم غذایی، ۳. امنیت مالی، ۴. محله زندگی ۵. ظاهر جسمی ۶. تولید و مشارکت در زندگی ۷. احساس شوخ‌طبعی ۸. اهداف هدفمند بودن ۹. مغنویت
۳۶	Knight and Ricciardi (2003)	کفی	۶۰ نفر سالمند	استرالیا	رشد فردی، سلامت، شادی/خرسندی، استقلال، روابط، طول عمر، فعالیت، قهرمانی ارزش زندگی

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی موفق
۳۷	Baltes and Baltes (1990,2003)	مروری (بصورت کمی نیز در بین ۲۴ مشکرکننده)	-	آلمان	مدل SOC: انتخاب (انتخاب گزینشی، انتخاب نفع و خسران)، بهینه‌سازی و جبران سه فرایند: مقدم (تطابق انتخاب، انتقال و منابع درونی و بیرونی) همامنگ (انتخاب، بهینه‌سازی و جبران)، پیامد (حداکثر منفعت و حداقل خسارت، رشد، نگهداری عملکرد، تنظیم خسارت)
۳۸	Crowther et al (2002)	مروری	-	ایالات متحده آمریکا	حداقل سازی ریسک و معلولیت، حداکثر سازی توانایی‌های جسمی و ذهنی، درگیر شدن در زندگی فعال، حداکثر سازی معلولیت مثبت
۳۹	Flood(2002)	تحلیل مفهوم	-	ایالات متحده آمریکا	رضایت از زندگی، وضعیت سلامت، سالمندی متعالی، معلولیت
۴۰	Rowe and Kahn (1997)	مروری (تغییرپذیری)	-	ایالات متحده آمریکا	احتمال پایین بیماری و معلولیت مرتبط با بیماری، عملکرد بالایی شناختی و فیزیکی، مشارکت فعال در زندگی
۴۱	Ryff(1989)	مروری	-	ایالات متحده آمریکا	بازپشتن؛ خویشتن پذیری، روابط مثبت با دیگران، خودپیروی، تسلط بر محیط، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی
۴۲	Havighurst(1960)	مروری	-	ایالات متحده آمریکا	رضایت از زندگی؛ رغبت در مقابل بی‌میلی، تفکیک پذیری و شکیبایی، تناسب بین آرزوها و اهداف به دست آمده، خودپنداره مثبت، وضعیت روانی

مقاله‌های وارده شده در مرور تلفیقی سالمندی فعال

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی فعال
۱	Tareque et al(2014)	مقطعی	۸۹۶ سالمند ۶۰ ساله و بیشتر	بنگلادش	امنیت (امنیت فیزیکی: مسکن، تر تیبیات زندگی، امکانات امن و امنیت مالی: منبع درآمد، کفایت درآمد و درآمد، سلامت (سلامت و عافیت: وضعیت سلامت خود از زیاده به زیستن روان شناختی و معلولیت و فعالیت جسمانی: فعالیت روزمره، محدودیت عملکردی، رفتارهای فیزیکی) و مشارکت اجتماع محور (مشارکت در خانواده، محل کار و گروه)
۲	Lassen and Moreira(2014)	مردم نگاری	سالمندان بین سن ۵۸-۹۲، بررسی	دانمارک	محیط مناسب دوران جنینی، محیط مناسب دوران کودکی، مصرف نکردن سیگار، مصرف نکردن الکل، فعالیت جسمانی، رژیم غذایی، انسجام اجتماعی، امنیت مالی
۳	Dyk(2014)	مروری	-	آلمان	هویت بالغ و سالمندی متعالی
۴	Stephens et al(2015)	مروری		نیوزلند	مشارکت داوطلبانه، مبادله اجتماعی، مقید به مشارکت در اجتماع

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی فعال
۵	Davey(2002)	مقطعی	۱۰۰۰ دانشجوی ۴۰ و بیشتر ساله	نیوزلند	زمان کار بیشتر، بازنگرستی دیرتر، فعال بودن بعد از بازنگرستی، مشارکت در فعالیت‌های پایدار سلامتی، مکنی به خود و تا حد ممکن مشارکت داشتن
۶	Michael et al(2002)	گروه متمرکز	۶۰ تا سالمند ۵۵ ساله و بیشتر	ایالات متحده آمریکا	وجود مرکز خرید و خدمات محله‌ای، زیرساخت‌های پیاده‌رو و خیابان و ترافیک، جذابیت‌های محیطی، حمل و نقل عمومی
۷	Maldern et al(2013)	کیفی	۳۰ نفر از سالمند و سالمندشناسی و ساکنان محله	بلژیک	سلامت و سیستم خدمات اجتماعی (ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها، مراقبت طولانی‌مدت، خدمات سلامت روان، مراقبت فیزیکی، روانی و فردی) رفتاری (استفاده نکردن از تنباکو، فعالیت جسمانی، تغذیه سالم، مصرف نکردن الکل، مصرف دارو، اتکا به تصمیم خود) عوامل فردی (بیولوژی و ژنتیک، عوامل روان‌شناختی، شناختی، خودکارآمدی، مقابله)، عوامل مربوط به محیط اجتماعی (حمایت اجتماعی، سواد، مسکن امن، عدم خشونت سالمندآزاری، ارتباطات اجتماعی، کنترل زندگی خود و مشارکت فعالانه در محله) عوامل اقتصادی (حفاظت اجتماعی، درآمد و کار)

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی فعال
۸	Lim et al(2016)	مقطعی	۱۲۰ سالمند ۶۵ ساله و بیشتر هندی و سنگاپوری و چینی	استرالیا	ابعاد سازمان بهداشت جهانی با توجه به معنویت
۹	Gali et al(2016)	مقطعی	۱۰۰۶ سالمند ۶۰ ساله و بیشتر	برزیل	وضعیت اشتغال فعال، کار پدیده، فعالیت‌های جسمانی و مطالعه، مشارکت در گروه‌ها، صحبت با دوستان
۱۰	López et al(2016)	مقطعی	۲۰۰ سالمند ۵۵ ساله و بیشتر	اسپانیا	آموزش مستمر و مشارکت اجتماعی با همراهی فناوری جدید
۱۱	BOUDINY(2013)	مروزی	-	بلژیک	فرصت‌های بهینه برای مشارکت و امنیت، سلامت
۱۲	BOWLING(2009)	تحلیل ثانویه داده	۶۵ ساله و بیشتر	انگلستان	داشتن سلامت، تناسب‌اندام، ورزش کردن، عوامل روان‌شناختی، نقش اجتماعی و فعالیت، استقلال، همسایگی و توانمندی
۱۳	Amado et al (2016)	تحلیل پوششی داده‌ها	۲۲ کشور اروپایی	پرتغال	اشتغال، مشارکت در جامعه، استقلال، زندگی ایمن و سالم، ظرفیت و توانمندسازی برای رسیدن به سالمندی فعال

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی فعال
۱۴	Bowling(2008)	مصلحه رودرو	۳۳۷ سالمند بالای ۶۵ سال	انگلستان	داشتن سلامت فیزیکی و عملکردی، فعالیت اجتماعی و تفریحی، فعالیت و عملکرد ذهنی، روابط اجتماعی
۱۵	Sidorenko & Zaidi(2012)	تحلیل داده‌های ثانویه	کشورهای اروپایی و کشورهای مستقل مشترک‌المنافع		اشتغال، مشارکت، زندگی مستقل
۱۶	CLOOS et al(2010)	کیفی	۳۱ گروه متمرکز از سالمندان	۶ کشور کارائیب	دسترسی و استفاده از خدمات اجتماعی و مراقبت سلامت، تأکید بر مراقبت‌های شفایبخش و منقطع، خدمات برای نیاز خاص سالمندان، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، وضعیت اقتصادی، شرایط مالی و حقوق بازشناسی
۱۷	Ervik et al(2008)	مروری	-	نروژ و انگلستان	اشتغال، برابری در درآمد خالص، نرخ کم سالمندان فقیر

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی فعال
۱۸	Perales et al (2014)	مقطعی	۱۰۸۰۰ سالمند ۵۰ ساله و بیشتر	اسپانیا، هلند و فنلاند	پزشکی (وضعیت بیماری مزمن، شناختی، افسردگی، مصرف الکل، مصرف تنباکو، فعالیت جسمانی) اجتماعی (روان شناختی (مشارکت اجتماعی، ارتباطات اجتماعی، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی خود ابراز، ناتوانی در کنترل موارد مهم در زندگی، ناتوانی در مقابله با رخدادهای سایر موارد خارجی (درآمد خانوار، امنیت محیط)
۱۹	Kruse&Schmitt(20120)	مروری	-	آلمان	نسل پروری، روابط بین نسلی

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور موردمطالعه	ابعاد سالمندی فعال
۲۰	Braga et al(2016)	تحلیل ثانویه داده سرشماری از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۰	۱۱۴۹ سالمند ۶۰ ساله و بیشتر	برزیل	محیط فیزیکی (آرضیاتی از محله زندگی، نگرانی از ترک خانه به دلیل علیرن پیاده و رانندگان غیرمحتاط، ترس از افتادن در پیاده‌رو یا مشکل عبور از خیابان)، محیط اجتماعی (هیچ گونه ملاقات از طرف فرزندان و بستگان در یک ماه گذشته، عدم اعتماد به اکثر افراد، ترس از درزیده شدن در هنگام ترک منزل) وضعیت سلامت (سلامت خودآزاییاب، محدودیت عملکردی، بیش از سه بار مراجعه به پزشک در ۱۲ ماه گذشته، بیش از یک بار بستری شدن در بیمارستان در ۱۲ ماه گذشته، ارائه هرگونه شکایت از مراقبت‌های گذشته، موانع دریافت داروهای نسخه‌ای) بهداشتی،
۲۱	Stenneret al (2010)	کیفی	۴۲ سالمند ۷۲ ساله و بیشتر	انگلستان	اقتدار و علائق، ارتباط بین فعال بودن و احساس کردن سن و سال، چالش و پاسخ، چالش وابستگی و انزوا

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور مورد مطالعه	ابعاد سالمندی فعال
۲۲	Haque(2016)	تحلیل داده ثانویه سرشماری ۲۰۱۱	۶۲۸۴۰ سالمند بالای ۵۰ سال	بنگلاد	وضعیت سلامت (شاد کلامی، بی‌انگیزگی، سلامت ذهنی، بیماری، بیماری) جمعیت شناختی (سن و کار) اجتماعی-اقتصادی (درآمد، کفایت مال، ذخیره تحصیلات) رفتارهای پرخطر (سیگار، مصرف الکل) شتوایی - دیداری (بینایی و شنوایی) مشارکت اجتماعی (گروه‌های سالمندان، اجتماعات)
۲۳	Lie et al (2009)	کیفی	۷۶ سالمند شاغل ۵۵ ساله و بیشتر	انگلستان	دیدگاه نسبت به داوطلب بودن: داوطلبی به عنوان اوقات فراغت و کار، شهروند فعال بودن، کار داوطلبانه به عنوان آگاهی مدنی
۲۴	Thanakwang et al(2014)	ساخت ابزار	-	تایلند	خودآگاهی، مشارکت در جامعه، رشد خرد معنوی، امنیت مالی، نگهداشت سبک زندگی سالم، مشارکت در یادگیری فعال، تقویت روابط خانوادگی برای اطمینان از مراقبت دوران سالمندی
۲۵	MARSAN et al(2014)	مروری	-	ایتالیا	تغذیه سالم، امنیت غذایی، سلامت غذایی، پایداری غذایی، غذا به عنوان عنصر فرهنگی - اجتماعی،
۲۶	RIV/A et al(2010)	مروری	-	ایتالیا	استفاده از فناوری

ردیف	نام نویسنده و سال مطالعه	نوع مطالعه	تعداد نمونه مورد مطالعه	کشور موردمطالعه	ابعاد سالمندی فعال
۲۷	ROSSI et al (2014)	مروری	-	ایتالیا	روابط بین نسلی و نسل پروری اجتماعی
۲۸	RAIOLA et al (2014)	مروری	-	ایتالیا	بزرگسالی مالی
۲۹	Bélanger et al (2015)	مقطعی	۷۹۹ سالمندی بین ۶۵ تا ۷۴ ساله	کانادا	احتمال پایین بیماری و معلولیت (سلامت خودارزیاب، بیماری‌های مزمن، ناتوانی در انجام کارهای روزمره) تناسب جسمانی (تعداد، ایستادن، کنار صندلی و راه رفتن) عملکرد شناختی (حافظه کوتاه‌مدت، عملکرد اجرایی، مهارت فضایی - دیداری، زبان، توجه) حالت و روحیه (عاطفه منفی، عاطفه مثبت، نشانه‌های جسمانی، مشکلات بین فردی) روابط اجتماعی (وضعیت کاری، فعالیت اوقات فراغت، فعالیت خرید، فعالیت‌های مذهبی)
۳۰	Bélanger (2002)	مروری	-	ایالات متحده آمریکا	حقوق، اشتغال، سلامت و مراقبت اجتماعی، شهروند فعال بودن،
۳۱	محمدی و همکاران (۱۳۹۵)	کیفی	۳۵ سالمند بین ۶۱ تا ۸۵	ایران	انزوایگری (خانه‌نشین نبودن، تعامل گرایی)، مشارکت اجتماعی (فعالیت‌های داوطلبانه، مشارکت اجتماعی و نهادی)، نگرشی و یادگیری (بینش فعال، یادگیری)، پویایی جسمی و مدیریت امور و اوقات خانه‌نشینی

ساختار جمعیتی ایران در حال انتقال از جوانی به سالم‌خوردگی است و در این بین سیاست‌های اجتماعی، در تعیین مسیرهایی که به واسطه این تغییرات رخ می‌دهد و مقابله با چالش‌های برآمده از آن‌ها، نقشی تعیین‌کننده دارد. در این کتاب ضمن تمرکز بر دو مفهوم «سالمندی موفق» و «سالمندی فعال»، مفاهیم متداول در حیطه مطالعات و سیاست‌گذاری در حوزه سالمندی خوب به طور تطبیقی معرفی شده و نویسندگان تلاش کرده تا از «خوب پیر شدن» تعریفی جامع ارائه کنند.

قیمت: ۱۵۰۰۰ تومان

