

ارزیابی شهر تبریز از منظر شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان

ابوالفضل قنبری^۱

چکیده

یکی از مسایل عمده جمعیتی عموماً در کشورهای جهان مسأله سالخوردگی جمعیت و پیامدهای ناشی از آن است. لذا، هدف پژوهش حاضر، ارزیابی شهر تبریز بر اساس شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان (نظیر مسکن، مشارکت اجتماعی، احترام و حمایت اجتماعی و خدمات سلامت) می‌باشد. روش تحقیق پژوهش حاضر، توصیفی - تحلیلی از نوع کاربردی و شیوه جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات اسنادی و پیمایشی بوده و از ابزار پرسشنامه برای گردآوری داده‌ها استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه سالمندان ۶۰ سال به بالاتر بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ در بین مناطق ۱ و ۱۰ شهرداری تبریز است که با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه به ترتیب برای منطقه ۱، ۱۳۸ و برای منطقه ۱۰، ۱۳۸ نفر به دست آمده است. سپس با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس در بین مناطق ۱ و ۱۰ شهرداری تبریز توزیع و جمع‌آوری شده است. در روش تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پیشرفته آماری و مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شده است. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که میانگین وضعیت مسکن، میزان مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی و خدمات سلامت در بین سالمندان مورد مطالعه در حد متوسط به پایین می‌باشد و میانگین شاخص احترام در بین سالمندان در حد متوسط می‌باشد و میزان هر کدام از شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان به جز شاخص مسکن، بر حسب نوع مسکن و منطقه سکونت پاسخگویان تفاوت معنی‌داری با هم ندارد. همچنین، میزان اثرگذاری حمایت اجتماعی و خدمات سلامت بر احترام برابر با (۰/۴۴)، میزان اثرگذاری مشارکت

۱- دانشیار گروه سنجش از دور و GIS.

مدنی بر احترام برابر با (۰/۲۳) و میزان اثرگذاری مشارکت اجتماعی بر احترام برابر با (۰/۱۷) می‌باشد. با توجه به ضریب تبیین به دست آمده به این نتیجه می‌رسیم که سه متغیر (مسکن، حمایت اجتماعی و خدمات سلامت و مشارکت اجتماعی) در مجموع ۰/۸۲ از واریانس متغیر احترام را تبیین می‌کنند و ۰/۱۸ درصد دیگر مربوط به عواملی غیر از متغیرهای موجود می‌باشد.

واژگان کلیدی: شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان، مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM)،

تبریز.

مقدمه

شهرهای جهان سوم آسیب پذیرترین شهرهای جهان هستند. از این رو پیامدهای شهرنشینی و شهرگرایی در شهرهای جهان سوم نیز در مقایسه با شهرهای کشورهای پیشرفته بسیار حادث‌تر است (قنبری، ۱۳۹۳: ۲۱۳-۲۱۴). از جمله آسیب‌پذیری این گونه شهرها کمبود و فقدان زیرساخت‌های شهری برای تمام اقشار و سنین جامعه است. از جمله برای سنین سالمندی که تمهیدات و زیرساخت‌های خاصی را می‌طلبد و اکثر شهرهای جهان سوم نیز هم ساختار شهری آنها پیر و فرتوت و هم جمعیت آنها به سمت سالمندی و فرتوتی پیش می‌رود.

سالمندی، یکی از مراحل حساس و سرنوشت‌ساز رشد انسان است که برخلاف عقیده‌ی رایج، نه تنها پایان زندگی نیست، بلکه به عنوان یک روند طبیعی گذر عمر و زندگی مطرح می‌گردد (پورجعفر و دیگران، ۱۳۸۹: ۲۲). پیر شدن جمعیت به ویژه جمعیت همسالان، برای تمامی کشورهایی که خواستار فراهم آوردن امنیت و رفاه برای تعداد رو به رشد افراد سالمند خود هستند یک چالش واقعی محسوب می‌شود، بنابراین، شناخت نیازهای سالمندان و فراهم آوردن محیط مناسب برای آسایش و رفاه آنان یک اولویت محسوب می‌شود (علی‌الحسابی و رفیعی، ۱۳۹۰: ۱۱). بر اساس رویکرد سازمان بهداشت جهانی، شهرهای دوستدار سالمند شامل آن دسته از فضاهای شهری می‌باشند که توزیع خدمات عمومی در

آنها به گونه ای است که دارای حداکثر تناسب با نیازها و محدودیت های افراد سالمند است. طبق این تعریف، خدمات حمل و نقل، امور اداری، شبکه های مخابراتی و ارتباطات رسانه ای، ساخت و ساز اماکن و طراحی معماری شهری، خدمات فرهنگی و بهداشتی به شکلی ارایه می شود که افراد سالمند بدون وابستگی یا با دریافت حداقل کمک از سوی دیگران بتوانند از آنها بهره مند شوند (WHO, 2007).

مشکلات سالمندان در محیط شهری، با ابعاد گوناگون طراحی شهری مرتبط است؛ لیکن از آنجا که منظر شهری، هر دو بعد عینی و ذهنی را شامل می شود، مشکلات شناختی سالمندان جدای از مسایل مرتبط با بیماری های دوران سالمندی، تا حد زیادی با طراحی منظر شهری ارتباط دارد. بنابراین، لازم است مناسب سازی منظر شهری با توجه به مشکلات سالمندان انجام شود. تا زمانی که انسانی سالمند، به دلیل مشکلات موجود در محیط شهری، نظیر ناآشنایی محیط و مشکلات شناختی و مسیریابی، مجبور است به همراه دیگران از خانه خارج شود و از استقلال شخصی محروم شود، شمول گرایی اجتماعی حاصل نمی شود و جامعه نمی تواند از همه پتانسیل های موجود بهره مند شود و در نهایت، عدالت اجتماعی حاصل نمی شود (زندیه، ۱۳۹۱: ۷-۸). امری که در فضاهای عمومی امروزی کشور ما کمتر به آن توجه شده است. «برای غلبه بر این مشکلات و مشکلات عدیده ای که سالمندان با آن مواجهند، سازمان ملل شهر دوستدار سالمند را ارایه کرد. شهرهای دوستدار سالمند بر اساس استانداردهای سازمان بهداشت جهانی در هشت مؤلفه فضاهای باز شهری، سیستم حمل و نقل درون شهری، ساختمان ها و مکان های عمومی و مذهبی، ایمنی و سهولت تردد، مشارکت اجتماعی و ارتباطات، احترام اجتماعی، فرهنگی- تفریحی، بهداشتی- درمانی- سلامت طبقه بندی می شوند که هر کدام از این شاخص ها نقشی مهم و اثربخش در ایجاد شهر دوستدار سالمند خواهند داشت (WHO, 2007). به نظر می رسد ایده سالمندی موفق، راهکار مناسبی جهت کاهش مشکلات دوران سالمندی باشد (عبدی زرین و اکبری، ۱۳۸۶: ۲۹۹-۲۹۳). البته لازم به ذکر است که سازمان ملل سال ۱۹۹۹ را «سال بین المللی سالمندان» و روز اول اکتبر همان سال را نیز «روز بین المللی سالمندان» نامید.

تقریباً از آن زمان به بعد بود که مسأله سالمندی، بیش از گذشته، توجه جوامع مختلف را جلب کرد (زندیه، ۱۳۹۱: ۷).

امروزه جوامع بشری با مسأله بزرگ افزایش شدید نسبت جمعیت سالمندان به کل جمعیت، روبرو هستند. علت این مسأله، پیشرفت‌های بهداشتی و پزشکی و کاهش آمار موالید و مرگ و میر است. در این میان، نکته مهم آن است که ۶۰ درصد افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند؛ کشورهایی که آمادگی لازم برای رویارویی با پدیده سالمندی و پیامدهای بهداشتی و اجتماعی و اقتصادی آن را ندارند (WHO, 2007). کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. ایران، امروز یکی از کشورهای بسیار جوان دنیاست و بیش از ۵۰ درصد جمعیت آن را افراد زیر بیست سال تشکیل می‌دهند. با توجه به خطمشی‌های کنترل جمعیت و ارتقای کیفیت تغذیه و بهداشت و افزایش توقع از زندگی، طبیعی است که در پنجاه سال آینده، یکی از بیشترین نسبت‌های جمعیت سالخوردگان جهان را به خود اختصاص دهد. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰ بیش از ۶ میلیون (۸/۲ درصد) جمعیت ایران را افراد ۶۰ ساله و بالاتر تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۳). بر اساس برآوردهای بین‌المللی نیز، جمعیت سالمند ایران از سال ۱۴۱۹ رشد سریع‌تری نسبت به سایر نقاط و حتی میانگین جهان خواهد یافت و تا سال ۱۴۲۴ از میانگین رشد جمعیت سالمند جهان و ۵ سال بعد، از آسیا نیز پیش خواهد گرفت (میرزایی و شمس قهفرخی، ۱۳۸۶: ۳۲۸). بنابراین، در کشورمان انفجار سالمندی رخ خواهد داد و بین ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سالگی قرار خواهند گرفت (نجاتی و عشایری، ۱۳۸۷).

شهر تبریز، بر اساس آمار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ از کل جمعیت ۱۴۹۴۹۹۸ نفر شهر تبریز، ۱۴۶۷۱۶ نفر را سالمندان به خود اختصاص می‌دهند که ۹/۸۱۴ درصد از شهروندان شهر تبریز را شامل می‌شود و با توجه به پیر شدن جمعیت شهر تبریز این روند سیر صعودی دارد. شناخت هر موضوع مستلزم به کارگیری روش‌های مناسب در این زمینه است که مدیران در ارزیابی نواحی به انطباق آنها با استانداردها و شاخص‌ها بویژه شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان که از طرف سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است و همچنین انتخاب و در پیش گرفتن سیاست‌ها و اقدامات مناسب و بهینه یاری رساند. با

نگاهی اجمالی به شهر مورد مطالعه مشاهده می‌شود، با توجه به روند رو به رشد سالمندان بدون توجه به نیازها و ضرورت های آنها صورت گرفته و یا حداقل تمهیداتی برای این قشر اندیشیده نشده است. در صورت اندیشیده نشدن تمهیدات لازم و عدم برنامه‌ریزی برای این قشر از جامعه با توجه به شرایط مختلف کالبدی، اجتماعی، روحی و روانی و... با توجه به استانداردهای موجود، می‌باید انتظار محروم شدن این قشر از جامعه را از فضاهای شهری و ... را داشت. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان سعی دارد به سؤال زیر نیز پاسخ دهد:

(۱) ارزیابی سالمندان در محدوده‌ی مورد مطالعه از شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان که از طرف سازمان بهداشت جهانی ارایه شده است، چگونه است؟

مبانی نظری

سالمندی فرایندی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان را در برمی‌گیرد. سالمندی، بالا رفتن سن بیماری نیست بلکه یک پدیده حیاتی است که همگان را شامل می‌شود و در واقع یک سیر طبیعی است که در آن تغییرات فیزیولوژیکی و روانی در بدن رخ می‌دهد (زحمتکشان و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۳). سالمندی یک رویداد مثبت در زندگی هر فرد می‌باشد و زندگی طولانی‌تر با کیفیت مطلوب، باید همراه با فرصت‌های همیشگی برای سلامتی، مشارکت و امنیت باشد (نبوی و همکاران، ۱۳۹۳: ۴۳۶). سالمندان از جمله گروه‌های اجتماعی هستند که به دلیل شرایط سنی و کاهش نسبی فعالیت‌های کاری، اوقات فراغت بسیار دارند و امکان استفاده آن‌ها از فضاهای شهری برای انجام فعالیت‌های اختیاری و اجتماعی بیش از دیگر اقشار جامعه است (علی‌الحسابی و رفیعی، ۱۳۹۱: ۲۴۷). سالمندی از یکسو متناسب با سن بازنشستگی و از سوی دیگر در ارتباط با وضعیت عمومی سلامت جسمی و روانی مطرح می‌شود (محسنی تبریزی، ۱۳۷۹: ۲۰۵-۱۹۱). بر اساس گزارش ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی دوره‌های مختلف عمر به پنج مرحله تقسیم شده است: از تولد تا ۱۸ سالگی (دوران کودکی)، ۱۸ تا ۳۵ سالگی (دوران جوانی)، ۳۵ تا ۵۵ (دوران میانسالی)، ۵۵ تا ۶۵ سالگی (دوران مسنی)، ۶۵ سال به بالا (دوران پیری) (ظابطیان و تقوایی، ۱۳۸۸: ۶۱). با توجه به اهمیت دوران سالمندی، نظریات و دیدگاه‌های

متنوع و گوناگونی از جانب متفکران و اندیشمندان مختلف در حوزه‌های گوناگون بیان شده است که از آن جمله می‌توان به دیدگاه‌های عدم تعهد و دیدگاه کارکردگرایانه (کامینگ و هنری، ۱۹۶۱)، فعالیت و دیدگاه عمل متقابل اجتماعی، مبادله (جیمز داود، ۱۹۸۰)، تکاملی خانواده (اولین دووال، ۱۹۷۷)، سالمندی موفق (بیلنز و بیلنز، ۱۹۹۰) اشاره کرد. همچنین، می‌توان نتیجه گرفت که ایده سالمندی موفق، راهکاری مناسب، جهت کاهش مشکلات سالمندی و پاسخی مطلوب به مسایل مطرح شده در سه دیدگاه نخستین باشد. در واقع، تمامی دیدگاه فوق به طور ضمنی بر لزوم درگیری فعال سالمند با زندگی، پذیرش نقش‌های اجتماعی هدفمند، ارزشمند و هویت‌بخش از سوی وی، لزوم برقراری تعامل اجتماعی بهینه، متعارف و همراه با علاقه سالمند یا افراد اجتماع تأکید دارند. به نظر می‌رسد فراهم کردن زمینه مشارکت شهروندی سالمندان در فضاهای عمومی شهری، پاسخ مطلوبی به تمامی دغدغه‌های فوق‌الذکر و زمینه‌ساز دستیابی به اهداف سالمندی موفق باشد (پورجعفر و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۴).

فضاهای عمومی شهری مطلوب سالمندان

فضای عمومی شهری، فضایی است که در آن با غریبه‌ها یعنی مردمی که اقوام، دوستان یا همکار ما نیستند سهیم هستیم. این فضا؛ فضایی است برای سیاست، مذهب و داد و ستد. فضایی برای همزیستی مسالمت آمیز و برخوردهای غیرشخصی (Walzer, 1986: 470-475). فضای عمومی بستر مشترکی برای انجام فعالیت‌های کارکردی و مراسمی است که پیوند دهنده اعضای جامعه است؛ چه روزمرگی‌های معمولی باشد و چه جشنواره‌های دوره‌ای، صفحه‌ای است که در آن نمایش زندگی جمعی در معرض دید قرار می‌گیرد (Carr et al., 1992: 3-21). در واقع، فضای عمومی باید شرایطی را برای گروه‌های مختلف اجتماعی فراهم کند تا علاوه بر رابطه‌های با واسطه، به طور بی‌واسطه نیز با یکدیگر ارتباط برقرار کنند (پورجعفر و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۳). با توجه به مفهوم فضای عمومی شهری و اصول مورد اشاره در مورد آن به نظر می‌رسد تلاش در جهت حفظ سرزندگی سالمندان از طریق فراهم کردن زمینه حضور و مشارکت شهروندی سالمندان در فضاهای عمومی شهری می‌تواند یکی از عوامل دستیابی به اهداف متعالی سالمندی موفق باشد؛ چرا که سالمندی

موفق، تقلید جوانی نیست، بلکه درگیری و تعامل فعال سالمند با مردم، گروه‌ها، فعالیت‌ها و در کل با زندگی است (معتمدی و همکاران، ۱۳۸۴: ۵۶-۴۳). به نظر می‌رسد این سرزندگی و درگیری فعال با زندگی، بیش از هر چیز، از طریق فراهم آوردن امکان مشارکت، فعالیت و برقراری تعاملات اجتماعی سالمند با همسالان و دیگر گروه‌های سنی و اجتماعی در فضاهای عمومی شهری به وجود می‌آید؛ از این روست که نهادهای مسئول مکلفند جهت حضور هر چه بیشتر و فعال‌تر اعضای سالمند جامعه در فضای اجتماعی و بیرونی، امکانات و تسهیلات مناسب با وضعیت و شرایط فیزیکی و روانی سالمندان را تعبیه نمایند تا باعث ترغیب هر چه بیشتر آنان به مشارکت و حضور در فضاهای عمومی و اجتماعی گردد (سام آرام و احمدبنی، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد توجه به نیازها، الگوهای رفتاری و ترجیحات سالمندان در طراحی و بهسازی فضاهای عمومی شهری، مانند خیابان‌ها، میدان‌ها، محله‌ها، پارک‌ها و... می‌تواند زمینه مشارکت، حضور و برقراری تعاملات اجتماعی هر چه بیشتر سالمندان در اینگونه فضاها را فراهم آورد و بر سلامت سالمندان، نگهداری و مدیریت آنها، مشکلات ترافیکی مرتبط با سالمندان، و مسایل جسمی و روحی آنها و برقراری اهداف سالمندی موفق، مؤثر باشد (مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران، ۱۳۹۲).

در زمینه طرح شهر دوستدار سالمندان، برای اولین بار سازمان بهداشت جهانی با پژوهش و انتشار پروژه‌های با عنوان «شهر دوستدار سالمند در عرصه جهانی» به بررسی روند رشد جمعیت افراد بالای ۶۰ سال در جهان، پیر شدن ساختار جمعیت، سن فعال و سن سالمندی پرداخته است و همچنین شاخص‌های شهر دوستدار سالمند را نیز بررسی کرده است. در این پروژه استانداردها، به معنای برتری یک کشور نیست بلکه برای سنجش وضعیت هر شهر و کشور و ارتقای وضع موجود طراحی شده است (WHO, 2007). البته لازم به ذکر است که سازمان ملل سال ۱۹۹۹ را «سال بین‌المللی سالمندان» و روز اول اکتبر همان سال را نیز «روز بین‌المللی سالمندان» نامید. تقریباً از آن زمان به بعد بود که مسأله سالمندی، بیش از گذشته، توجه جوامع مختلف را جلب کرد (زندیه، ۱۳۹۱: ۷). بر اساس رویکرد سازمان بهداشت جهانی، شهرهای دوستدار سالمند شامل آن دسته از فضاهای شهری می‌باشند که توزیع خدمات عمومی در آنها به گونه‌ای است که دارای

حداکثر تناسب با نیازها و محدودیت‌های افراد سالمند است. طبق این تعریف، خدمات حمل و نقل، امور اداری، شبکه‌های مخابراتی و ارتباطات رسانه‌ای، ساخت و ساز اماکن و طراحی معماری شهری، خدمات فرهنگی و بهداشتی به شکلی آرایه می‌شود که افراد سالمند بدون وابستگی یا با دریافت حداقل کمک از سوی دیگران بتوانند از آنها بهره‌مند شوند. مضافاً این که در چنین شهرهایی توجه به نیازهای تعریف شده فرد سالخورده به عنوان یک ضرورت در شاخصه‌های فرهنگی و تعاملات بین فردی لحاظ می‌گردد (WHO, 2007). به طور کلی، سازمان بهداشت جهانی هشت شاخص و مولفه اصلی را به عنوان معیارهای جهانی شهر دوستدار سالمند در نظر می‌گیرد که بعضی از کشورهای توسعه‌یافته از آن‌ها فراتر رفته‌اند. این شاخص‌ها عبارتند از: شاخص‌های فضاهای باز شهری، ساختمان‌ها و مکان‌های عمومی، شاخص‌های حمل‌ونقل، شاخص‌های ایمنی و سهولت تردد، شاخص‌های احترام اجتماعی، شاخص‌های مشارکت و روابط اجتماعی، شاخص‌های بهداشت و درمان و شاخص‌های فرهنگی و تفریحی (Ibid: 69).

مطالعه‌ی سالمندی در ابعاد و موضوعات متنوع، اکنون یکی از حوزه‌های فعال و در حال گسترش پژوهشی جمعیت کشورهای مختلف دنیا است. در منطقه‌ی آسیا نیز این حوزه طی سال‌های اخیر مورد توجه محافل دانشگاهی بوده و توسعه‌ی نظری و تجربی نسبتاً خوبی داشته است. این در حالی است که به طور کلی و خصوصاً در ایران، خلأ محسوسی در این حوزه دیده می‌شود. هر چند جمعیت سالمند در ایران هنوز به پدیده‌ی فراگیر تبدیل نشده است، اما در هر حال سالمندان همواره بخشی و شاید بخش ویژه‌ی از جمعیت ایران بوده‌اند. بحث شهر مطلوب و به ویژه شهر مطلوب سالمندان و کاربرد آن در برنامه‌ریزی کالبدی و سایر برنامه‌ریزی‌ها در ایران سابقه‌ی چندانی ندارد که از آن جمله می‌توان به مطالعات و پژوهش‌های بهروزفر (۱۳۷۹)، «شناخت مشخصات محیطی متناسب سالمندان»؛ رفیع زاده (۱۳۸۰)، «طراحی معماری مناسب برای سالمندان»؛ امیرصدری و سلیمانی (۱۳۹۱)، «بررسی پدیده‌ی سالمندی در ایران و پیامدهای آن»؛ عباسی مقدم و دیگران (۱۳۸۶)، «شاخص‌های مناسب سازی فضاهای شهری دوستدار سالمندان»؛ زحمتکشان و دیگران (۱۳۹۱)، «بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر»؛ خوارزمی



و همکاران (۱۳۹۳)، «ارزیابی فضاهای باز شهری و حمل و نقل درون شهری در مشهد بر اساس شاخص های شهر دوستدار سالمند (رویکرد مشارکتی)»؛ نبوی و دیگران (۱۳۹۳)، «بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهر بجنورد»؛ تاناکو و دیگران (۲۰۰۲)، «محیط های مسکونی شهری و طول عمر سالمندان در نواحی ابر شهر با تأکید بر فضاهای سبز قابل پیاده روی»؛ مخیجا و دیگران (۲۰۰۶)؛ اسگوزاتا و گارسز لم (۲۰۰۶)؛ براگلاند و ناروم (۲۰۰۷)؛ کاولرو و مورینو آبل (۲۰۰۷)؛ اشمیتز و کروز (۲۰۰۷)؛ سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷)؛ شین و دیگران (۲۰۰۸) و مطالعات و تحقیقات دیگر اشاره کرد. در زمینه‌ی وجوه تشابه و تمایز مطالعه‌ی حاضر با مطالعات پیشین می‌توان به این نکته اشاره کرد که از نظر ساختار ادبی یعنی چهارچوب نظری تشابهاتی با مطالعات پیشین دارد، ولی از نظر وجه تمایز می‌توان گفت که تقریباً هیچ تحقیقی به ارزیابی کلیه‌ی شاخص های شهر سالمندان با استفاده از تحلیل های آماری و مدل تحلیل ساختاری نپرداخته است.

داده ها و روش ها

اهداف این پژوهش ایجاب کرده که روشی مرکب از روش توصیفی و پیمایشی انتخاب و مورد استفاده قرار گیرد؛ به گونه‌ای که اطلاعات توصیفی با استفاده از روش اسنادی و کتابخانه‌ای از منابع فارسی و لاتین جمع‌آوری شده است و اطلاعات آماری با استفاده از روش پیمایش و با تکنیک پرسشنامه جمع‌آوری شده است. پژوهش حاضر، از نظر زمانی در یک مقطع زمانی ۱۳۹۵، انجام گرفته است. با توجه به مسأله حاضر، واحد تحلیل فرد می‌باشد؛ زیرا داده‌های پژوهش حاضر، از تک تک افراد به دست آمده است. همچنین، پژوهش حاضر در سطح خرد تحلیل شده است، زیرا متغیرهایی را که مورد اندازه‌گیری واقع شده‌اند، ویژگی افراد است. جامعه آماری پژوهش حاضر، سالمندان شهر تبریز در مناطق ۱ و ۱۰ شهرداری تبریز که بر اساس سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن تعداد سالمندان برآورد شده است. بر اساس آمار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ از کل جمعیت ۱۴۹۴۹۹۸ نفر شهر تبریز، ۱۴۶۷۱۶ نفر را سالمندان به خود اختصاص می‌دهند که ۹/۸۱۴ درصد از شهروندان شهر تبریز را سالمندان تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵) (شکل ۱). از آنجا که مطالعه حاضر در مناطق ۱ و ۱۰ شهرداری تبریز صورت گرفته است و با توجه به

اینکه در منطقه ۱، ۲۱۷۶۷ نفر و در شهرداری منطقه ۱۰، ۱۹۵۷۷ نفر که به ترتیب ۱/۴۵۶ و ۱/۳۱۰ درصد از ۹/۸۱۴ سالمندان شهر تبریز را به خود اختصاص می‌دهند، بر اساس فرمول کوکران برای منطقه ۱ شهرداری تبریز؛ ۱۳۸ نفر و برای منطقه ۱۰ شهرداری تبریز؛ ۱۳۸ نفر برآورد شده است و بین این مناطق به طور مساوی توزیع شده است که از این ۲۷۶ پرسشنامه، ۲۷۲ پرسشنامه‌ی صحیح به دست آمده و نتایج داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

برای منطقه ۱ شهرداری تبریز، $N=21767$ و برای منطقه ۱۰ شهرداری تبریز، $N=19577$

$$t=1/96 \quad t^2 = 3/84$$

$$p=1 \quad q=9$$

$$d=0/05 \quad d^2 = 0/0025$$

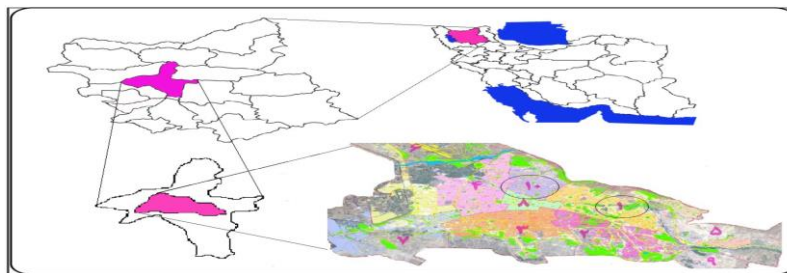
$$n = \frac{Nt^2 pq}{Nd^2 + t^2 pq} = \frac{21767 \times 3/84 \times 0/1 \times 0/9}{21767 \times 0/0025 + 3/84 \times 0/1 \times 0/9} = 137/36 \approx 138$$

برای منطقه ۱ شهرداری تبریز

$$n = \frac{Nt^2 pq}{Nd^2 + t^2 pq} = \frac{19577 \times 3/84 \times 0/1 \times 0/9}{19577 \times 0/0025 + 3/84 \times 0/1 \times 0/9} = 137/27 \approx 138$$

منطقه ۱۰ شهرداری تبریز

در این تحقیق از روش نمونه‌برداری در دسترس در مناطق ۱ و ۱۰ استفاده شده است. همچنین در تحقیق حاضر، علاوه بر متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، میزان درآمد، مالکیت مسکونی و وضعیت فعالیت)، متغیرهای مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی و خدمات سلامت، مسکن و احترام به عنوان متغیرهای تحقیق به کار گرفته شده‌اند. در تحقیق حاضر برای سنجش روایی از شیوه روایی محتوا استفاده شده است. همچنین برای اندازه‌گیری پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است (جدول ۳).



شکل (۱): نقشه ی محدوده مورد مطالعه

جدول شماره (۳): گویه های اندازه گیری شهر مطلوب سالمندان و پایایی متغیرها

پایایی متغیرها	تعداد سوالات	متغیرها	ردیف
۰/۸۷	۲۳	حمایت اجتماعی و خدمات سلامت	۱
۰/۸۲	۷	مسکن	۲
۰/۸۴	۹	مشارکت اجتماعی	۳
۰/۸۵	۱۱	احترام	۴

بر اساس محاسبه آلفا، می توان گفت میزان پایایی ابزار تحقیق در حد قابل قبولی (یعنی ۰/۸۴) قرار دارد. همچنین، با توجه به نوع داده ها، سوالات تحقیق، مقیاس و طیف متغیرها، آمارها و آزمون های مناسب برای تحلیل های تک متغیره، دو متغیره و چند متغیره انتخاب شده اند. همین طور از تجزیه و تحلیل تک متغیره برای شاخص های مرکزی، پراکندگی و انحراف معیار استفاده شده است تا تصویری کلی از جامعه ی مورد بررسی بدست آید. در تجزیه و تحلیل داده های دو متغیره با توجه به سطوح سنجش متغیرها، از آزمون های T پیرسون، F و T استفاده شده است. در نهایت برای بخش سوم و تحلیل های چند متغیره از رگرسیون و مدل یابی معادلات ساختاری به کمک نرم افزار LISREL استفاده شده است تا روابط ساختاری بین متغیرها در مدل مفهومی تحقیق مشخص شود.

بحث و بررسی

یافته های توصیفی

یافته های توصیفی تحقیق نشان داد که، اکثریت سالمندان مطالعه شده از لحاظ وضعیت جنسی، مرد می باشد، شاید علتش این باشد که دسترسی به مردان سالمند راحت تر از زنان سالمند است. از حیث درآمد نیز بیشترین درصد پاسخگویان درآمدی بین یک میلیون

تومان الی یک میلیون پانصد هزار تومان داشته‌اند، از حیث سطوح تحصیلات نیز بیشترین تعداد آن سطح تحصیلات زیر دیپلم داشته‌اند (جدول ۴).

جدول شماره (۴): معرفی خصوصیات فردی جامعه مورد بررسی

متغیرها	توزیع فراوانی و درصد
جنسیت	از ۲۷۲ نفر از سالمندان مورد مطالعه، ۱۸۴ نفر (۶۷/۶ درصد) مرد و ۸۸ نفر (۳۲/۴ درصد) زن
درآمد	۲ نفر از سالمندان، هیچ درآمدی نداشتند. ۹ نفر (۳/۳ درصد) از سالمندان، درآمد ماهانه‌ی آنها تا ۵۰۰۰۰۰ تومان، درآمد ماهانه ۸۱ نفر از نیز بین ۵۰۰۰۰۱ تا یک میلیون تومان، درآمد ماهانه‌ی ۹۲ نفر (۳۳/۸ درصد) که بیشترین تعداد از پاسخگویان را تشکیل می‌دهد بین ۱۰۰۰۰۰۱ تا یک میلیون و پانصد هزار تومان، و درآمد ماهانه‌ی ۶۴ نفر (۲۳/۵ درصد) از پاسخگویان بین ۱۵۰۰۰۰۱ تا دو میلیون تومان، درآمد ماهانه‌ی ۱۹ نفر (۷/۰ درصد) از سالمندان مورد مطالعه بین ۲۰۰۰۰۰۱ تا دو میلیون و پانصد هزار تومان و درآمد ماهانه‌ی ۵ نفر (۱/۸ درصد) از پاسخگویان بالاتر از ۲۵۰۰۰۰۱ تومان می‌باشد
سطح تحصیلات	۲۳ نفر (۸/۵ درصد) از سالمندان بی‌سواد، ۳۵ نفر (۱۲/۹ درصد) دارای سطح تحصیلات راهنمایی، ۷۹ نفر (۲۹ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۷۵ نفر (۲۷/۶ درصد) دیپلم، ۴۸ نفر (۱۷/۶ درصد) نیز دارای سطح تحصیلات لیسانس، ۱۰ نفر (۳/۷ درصد) دارای سطح تحصیلات فوق لیسانس و ۲ نفر (۰/۷ درصد) نیز دارای سطح تحصیلات دکتری

یافته‌های توصیفی متغیرهای مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی و خدمات سلامت، مسکن و احترام نشان می‌دهد که مقدار میانگین بدست آمده برای متغیرهای مسکن، مشارکت اجتماعی و حمایت از سالمندان و خدمات سلامت در بین سالمندان زن و مرد در محدوده مورد مطالعه منطقه ۱ و ۱۰ تبریز در حد متوسط به پایین و میانگین برای متغیرهای احترام در بین سالمندان مورد مطالعه در حد متوسط می‌باشد. همچنین یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که میزان احترام در بین سالمندان نمونه در حد متوسط و متوسط به پایین برآورد شده که قابل توجه است (جدول ۵).

جدول شماره (۵): آمار توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق

آماره	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	میان	مد	واریانس	دامنه تغییرات
مسکن	۲۷۲	۱۷/۵۵	۵/۳۹	۱۷	۱۶	۲۹/۰۹	۲۷
مشارکت اجتماعی	۲۷۲	۲۴/۶۷	۶/۶۶	۲۵	۲۵	۴۴/۴۳	۳۳
احترام	۲۷۲	۲۹/۳۳	۷/۶۸	۳۰	۳۰	۵۹/۰۱	۳۹
حمایت اجتماعی و سلامت	۲۷۲	۳۰/۸۳	۸/۶۵	۲۹/۵۰	۲۷	۷۴/۸۷	۴۳

یافته‌های استنباطی

- رابطه بین متغیرهای فردی و زمینه‌ای با شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان

جهت بررسی رابطه ویژگی‌های فردی مانند جنسیت، تاهل، مسکن و منطقه مسکونی با شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان و برای سنجش معنی‌داری تفاوت میانگین هر کدام از شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان از آزمون t - test استفاده شده است. نتایج حاصله نشان داد که، متغیر جنسیت با متغیرهای مسکن با سطح معناداری ۰/۴۴۶، متغیر مشارکت اجتماعی با سطح معناداری ۰/۶۹۵، متغیر احترام با سطح معناداری ۰/۹۱۲ و متغیر حمایت اجتماعی و خدمات سلامت با سطح معناداری ۰/۶۲۴ هیچ رابطه مثبت و معناداری وجود ندارد. همچنین بین متغیر تاهل با شاخص‌های مطلوب شهر سالمندان رابطه معناداری ندارند (جدول ۶).

جدول شماره (۶): آزمون تفاوت میانگین متغیرهای جنسیت و تاهل و شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان

شاخص‌ها	جنسیت	میانگین	T	معنی‌داری	تاهل	میانگین	T	معنی‌داری
مسکن	مرد	۱۷/۳۷	-۰/۷۶۳	۰/۴۴۶	مجرد	۱۴/۵۳	-۲/۲۴۳	۰/۰۲۶
	زن	۱۷/۹۱			متاهل	۱۷/۷۲		
مشارکت اجتماعی	مرد	۲۴/۷۸	۰/۳۹۲	۰/۶۹۵	مجرد	۲۲/۲۷	-۱/۴۴۱	۰/۱۵۱
	زن	۲۴/۴۴			متاهل	۲۴/۸۱		
احترام	مرد	۲۹/۲۹۹	-۰/۱۱۰	۰/۹۱۲	مجرد	۲۷/۲۷	-۱/۰۷۳	۰/۲۸۴
	زن	۲۹/۴۱			متاهل	۲۹/۴۵		
حمایت اجتماعی و سلامت	مرد	۳۱/۰۰۵	۰/۴۹۱	۰/۶۲۴	مجرد	۲۹/۲۷	-۰/۷۱۸	۰/۴۷۳
	زن	۳۰/۴۵			متاهل	۳۰/۹۲		

همچنین بین ویژگی‌های فردی مسکن با شاخص‌های مطلوب شهر سالمندان رابطه معناداری وجود ندارد ولی بین متغیرهای منطقه مسکونی (منطقه ۱ و منطقه ۱۰) با شاخص مسکن با سطح معناداری ۰/۰۲۵، شاخص مشارکت اجتماعی با سطح معناداری ۰/۰۰۰، شاخص احترام با سطح معناداری ۰/۰۰۰ و شاخص حمایت اجتماعی و خدمات سلامت در سطح آلفای ۰/۰۵ رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به طوری که، میانگین متغیر مسکن در بین پاسخگویان سالمند مورد مطالعه منطقه ۱ و منطقه ۱۰ شهر تبریز تفاوت معنی‌داری دارد و فرضیه اصلی تأیید می‌شود (جدول ۷).

جدول شماره (۷): آزمون تفاوت میانگین متغیرهای مسکن و منطقه مسکونی و شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان

متغیرها	مسکن	میانگین	T	معنی-داری	منطقه مسکونی	میانگین	T	معنی-داری
مسکن	ملکی	۱۷/۸۹	۲/۵۶۳	۰/۰۱۱	منطقه ۱	۱۶/۸۲	-۲/۲۵۴	۰/۰۲۵
	اجاره ای	۱۵/۵۵			منطقه ۱۰	۱۸/۲۸		
مشارکت اجتماعی	ملکی	۲۴/۹۰	۱/۳۸۷	۰/۱۶۷	منطقه ۱	۲۲/۸۲	-۴/۷۷۵	۰/۰۰۰
	اجاره ای	۲۳/۳۲			منطقه ۱۰	۲۶/۵۳		
احترام	ملکی	۲۹/۶۲	۱/۴۶۰	۰/۱۴۵	منطقه ۱	۲۶/۵۳	-۶/۴۵۹	۰/۰۰۰
	اجاره ای	۲۷/۷۰			منطقه ۱۰	۳۲/۱۴		
حمایت اجتماعی و سلامت	ملکی	۳۰/۹۳	۰/۴۹۶	۰/۶۲۱	منطقه ۱	۲۸/۵۰	-۴/۵۹۷	۰/۰۰۰
	اجاره ای	۳۰/۲۰			منطقه ۱۰	۳۳/۱۵		

همچنین برای سنجش معنی‌داری تفاوت میانگین هر کدام از شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان به تفکیک سطح تحصیلات از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه‌ی f استفاده شد؛ چون سطح سنجش متغیر وابسته (هر کدام از شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان) فاصله‌ای و سطح سنجش متغیر مستقل (سطح تحصیلات) رتبه‌ای چند حالتی می‌باشد، نتایج تفاوت میانگین هر کدام از این شاخص‌ها به تفکیک سطح تحصیلات سالمندان مورد مطالعه به صورت جداگانه در زیر آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که با توجه به سطح معنی‌داری شاخص‌های مسکن (۰/۵۶۸)، مشارکت اجتماعی (۰/۷۴۶)، احترام (۰/۷۳۴) و شاخص حمایت اجتماعی و خدمات سلامت با سطح معناداری ۰/۲۰۲ تفاوت معناداری در بین شاخص‌های مورد مطالعه وجود ندارد (جدول ۸).

نتایج در زمینه تفاوت میانگین شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان در فعالیت‌های روز مره آنان نشان می‌دهد که، تفاوت میانگین شاخص‌های مسکن با میزان همبستگی ۰/۰۰۲، مشارکت اجتماعی و فعالیت با سطح معناداری ۰/۰۴۰ و شاخص حمایت اجتماعی و خدمات

جدول شماره (۸): آزمون تحلیل واریانس یکطرفه‌ی بین شاخص‌های مطلوب شهری و سطح تحصیلات

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه‌ی آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
مسکن و سطح تحصیلات	بین گروهی درون گروهی کل	۱۴۰/۷۴۰ ۷۷۴۲/۶۳۸ ۷۸۸۳/۳۷۹	۶ ۲۶۵ ۲۷۱	۲۳/۴۵۷ ۲۹/۲۱۸	۰/۸۰۳	۰/۵۶۸
مشارکت اجتماعی و سطح تحصیلات	بین گروهی درون گروهی کل	۱۵۶/۲۵۰ ۱۱۸۸۳/۶۲۹ ۱۲۰۳۹/۸۷۹	۶ ۲۶۵ ۲۷۱	۲۶/۰۴۲ ۴۴/۸۴۴	۰/۵۸۱	۰/۷۴۶
احترام و سطح تحصیلات	بین گروهی درون گروهی کل	۲۱۲/۸۳۳ ۱۵۷۷۷/۷۲۳ ۱۵۹۹۰/۵۵۵	۶ ۲۶۵ ۲۷۱	۳۵/۴۷۲ ۵۹/۵۳۹	۰/۵۹۶	۰/۷۳۴
حمایت اجتماعی و خدمات سلامت و سطح تحصیلات	بین گروهی درون گروهی کل	۶۳۸/۲۶۱ ۱۹۶۵۲/۶۱۸ ۲۰۲۹۰/۸۷۹	۶ ۲۶۵ ۲۷۱	۱۰۶/۳۷۷ ۷۴/۱۶۱	۱/۴۳۴	۰/۲۰۲

سلامت و وضعیت فعالیت با سطح همبستگی $۰/۰۳۰$ تفاوت معناداری وجود دارد. ولی بین احترام و فعالیت تفاوت معناداری دیده نشده است (جدول ۹).

جدول شماره (۹): آزمون تحلیل واریانس یکطرفه‌ی بین شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان و فعالیت‌ها

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه‌ی آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	نتیجه آزمون
مسکن و وضعیت فعالیت	بین گروهی درون گروهی کل	۵۴۵/۹۶۲ ۷۳۳۷/۴۱۷ ۷۸۸۳/۳۷۹	۵ ۲۶۶ ۲۷۱	۱۰۹/۱۹۲ ۲۷/۵۸۴	۳/۹۵۹	۰/۰۰۲	تأیید فرضیه
مشارکت اجتماعی و وضعیت فعالیت	بین گروهی درون گروهی کل	۵۱۱/۸۷۲ ۱۱۵۲۸/۰۵۱ ۱۲۰۳۹/۸۷۹	۵ ۲۶۶ ۲۷۱	۱۰۲/۳۶۵ ۴۳/۳۳۹	۲/۳۶۲	۰/۰۴۰	تأیید فرضیه
احترام و وضعیت فعالیت	بین گروهی درون گروهی کل	۳۶۹/۳۷۷ ۱۵۶۲۱/۱۷۸ ۱۵۹۹۰/۵۵۵	۵ ۲۶۶ ۲۷۱	۷۳/۸۷۵ ۵۸/۷۲۶	۱/۲۵۸	۰/۲۸۳	رد فرضیه
حمایت اجتماعی و خدمات سلامت و وضعیت فعالیت	بین گروهی درون گروهی کل	۹۱۹/۰۷ ۱۹۳۷۱/۸۰ ۲۰۲۹۰/۸۷۹	۵ ۲۶۶ ۲۷۱	۱۸۳/۸۱۴ ۷۲/۸۲	۲/۵۲۴	۰/۰۳۰	تأیید فرضیه

نتایج تفاوت میانگین شاخص‌های شهر مطلوب به تفکیک درآمد ماهانه نشان می‌دهد که با توجه به سطح معنی‌داری به دست آمده در شاخص مسکن ($۰/۰۵۶$)، شاخص مشارکت اجتماعی ($۰/۱۴۶$)، شاخص احترام ($۰/۲۷۴$) و حمایت اجتماعی و خدمات سلامت و درآمد

(۰/۲۸۷) که بزرگتر از سطح معنی‌داری جدول (۰/۰۵) می‌باشد. بنابراین، میانگین شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان به تفکیک درآمد ماهانه پاسخگویان تفاوت معنی‌داری ندارد (جدول ۱۰).

جدول شماره (۱۰): آزمون تحلیل واریانس یکطرفه‌ی بین شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان و درآمد

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه‌ی آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
مسکن و درآمد	بین گروهی درون گروهی کل	۲۵۳/۰۲۹ ۷۵۳۰/۳۵۰ ۷۸۸۳/۳۷۹	۶ ۲۶۵ ۲۷۱	۵۸/۸۳۸ ۲۸/۴۱۶	۲/۰۷۱	۰/۰۵۶
مشارکت اجتماعی و درآمد	بین گروهی درون گروهی کل	۴۲۱/۸۰۰ ۱۱۶۱۸/۰۷۸ ۱۲۰۳۹/۸۷۹	۶ ۲۶۵ ۲۷۱	۷۰/۳۰۰ ۴۳/۸۴۲	۱/۶۰۳	۰/۱۴۶
احترام و درآمد	بین گروهی درون گروهی کل	۴۴۵/۲۹۹ ۱۵۵۴۵/۲۵۶ ۱۵۹۹۰/۵۵۵	۶ ۲۶۵ ۲۷۱	۷۴/۲۱۶ ۵۸/۶۶۱	۱/۲۶۵	۰/۲۷۴
حمایت اجتماعی و خدمات سلامت و درآمد	بین گروهی درون گروهی کل	۵۵۳/۳۵۲ ۱۹۷۳۷/۵۲۷ ۲۰۲۹۰/۸۷۹	۶ ۲۶۵ ۲۷۱	۹۲/۲۲۵ ۷۴/۴۸۱	۱/۲۳۸	۰/۲۸۷

- رابطه بین متغیرهای تحقیق

نتایج حاصله در زمینه رابطه بین متغیرهای تحقیق نشان داد که، بین همه شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان مانند مسکن، مشارکت، احترام و حمایت و خدمات سلامت در سطح آلفای ۰/۰۵ رابطه مثبت و معناداری باهم دارند و هر کدام از متغیرها بر دیگری تأثیر گذار هستند (جدول ۱۱).

جدول شماره (۱۱): نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تحقیق

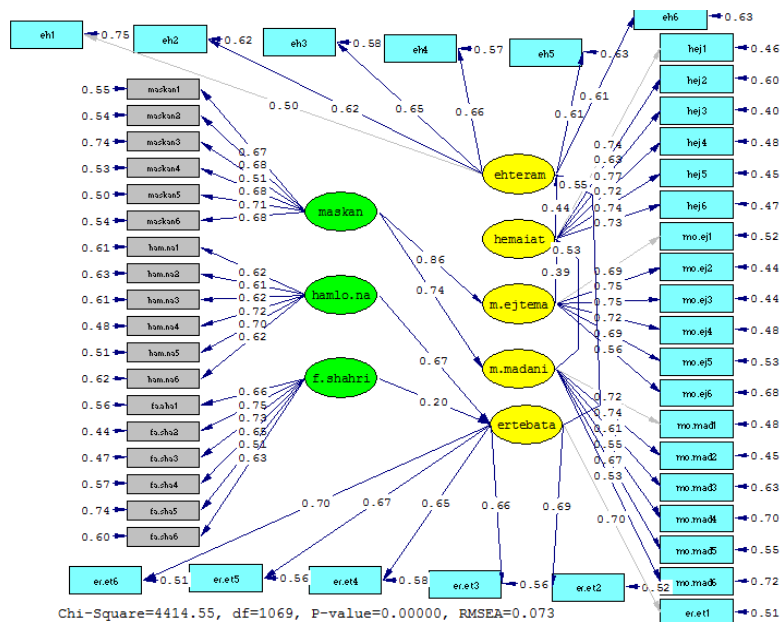
متغیرها	همبستگی	مسکن	مشارکت اجتماعی	احترام	حمایت اجتماعی و خدمات سلامت
مسکن	ارزش	۱	۰/۶۴۸	۰/۶۰۸	۰/۵۷۷
	درصد	۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
مشارکت	ارزش	۰/۶۴۸	۱	۰/۷۸۶	۰/۷۱۳
	درصد	۰/۰۰۰	۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
احترام	ارزش	۰/۶۰۸	۰/۷۸۶	۱	۰/۷۴۶
	درصد	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی و خدمات سلامت	ارزش	۰/۵۷۷	۰/۷۱۳	۰/۷۴۶	۱
	درصد	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰

- مدل ساختاری تحقیق

در این پژوهش جهت تحلیل چند متغیره و آزمون فرضیه‌های تحقیق از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. مدل معادلات ساختاری ترکیبی از مدل‌های مسیر (روابط ساختاری) و مدل‌های عملی تأییدی (روابط اندازه‌گیری) است. در مدل‌های مسیر پژوهشگر تلاش می‌کند تا با مجموعه‌ای از روابط یک سوپه و دوسوپه پدیده یا پدیده‌هایی را تبیین کند، در حالی که متغیرهای حاضر در مدل از نوع مشاهده شده هستند. در مدل‌های عاملی تأییدی نیز پژوهشگر به دنبال تعریف سازه یا سازه‌هایی پنهان بر مبنای مجموعه‌ای از معرف هاست. در یک معادله ساختاری به معنای عام، پژوهشگر از طرفی به دنبال آن است که مجموعه‌ای از متغیرهای پنهان را با مجموعه‌ای از معرف‌ها اندازه‌گیری کرده و از طرف دیگر روابط ساختاری بین متغیرهای پنهان را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد. مدل ساختاری شامل متغیرهای پنهان و مشاهده شده می‌باشد که با استفاده از متغیرهای مشاهده شده، متغیرهای پنهان در مدل اندازه‌گیری می‌شوند. در این پژوهش نیز با سنجش برخی متغیرهای مشاهده شده با ابزار پرسشنامه و توسط سالمندان شهر تبریز با استفاده از نرم افزار لیزرل متغیرهای پنهان را شکل داده و روابط ساختاری بین آنها بدست آورده شد. نتایج حاضر از این تحلیل‌ها در شکل ۲ ارائه شده است. در این مدل متغیرهای پنهان تحقیق شامل (مشارکت اجتماعی، حمایت اجتماعی و خدمات سلامت، مسکن و احترام) است.

نتایج آزمون فرضیات در جدول ۱۲، آمده است که در این جدول مقدار p - value و t و بزرگی رابطه متغیرها (ضریب مسیر) آورده شده است. در نرم افزار LESREL برای اینکه

بدانیم مدل سازگار شده است یعنی نتایج بدست آمده از داده های جمع آوری شده قابل تعمیم به جامعه آماری می‌باشد یا نه، باید p-value غیرمعنی دار بیاید یعنی بزرگتر از ۰/۰۵ بیاید اما در اینجا می‌بینیم که معنی دار آمده است. البته نباید با دیدن p-value در مورد خوب بودن یا نبودن مدل و قابل تعمیم بودن یا غیر قابل تعمیم بودن مدل قضاوت کنیم، بلکه باید به شاخص‌های دیگری در مدل هم توجه داشته باشیم. T-value هم نشان دهنده شدت رابطه در مدل هست. یعنی T-value هر چقدر بزرگتر از ۲ بیاید نشان دهنده قوی بودن شدت رابطه می‌باشد، در جدول زیر می‌بینیم، که نتایج بدست آمده از تأثیر مثبت مسکن بر مشارکت، تأثیر مثبت حمایت اجتماعی و خدمات سلامت بر احترام و تأثیر مثبت مشارکت اجتماعی بر احترام بالاتر از ۲ می‌باشد، در نتیجه شدت رابطه در این موارد قوی می‌باشد. در نتیجه این مسیرها تأیید می‌شود و شدت رابطه در زمینه تأثیر مثبت مسکن بر مشارکت اجتماعی بیشتر از همه موارد دیگر می‌باشد (جدول ۱۲).



شکل شماره (۲): مدل ساختاری تحقیق

جدول شماره (۱۲): نتایج آزمون فرضیه های تحقیق

نتیجه	P- value	t- value	مسیر
عدم رد	۰/۰۰۰	۱۲/۸۹	تأثیر مثبت مسکن بر مشارکت اجتماعی
عدم رد	۰/۰۰۰	۶/۴۵	تأثیر مثبت حمایت اجتماعی و خدمات سلامت بر احترام
عدم رد	۰/۰۰۰	۴/۳۶	تأثیر مثبت مشارکت اجتماعی بر احترام
عدم رد	۰/۰۰۰	۵/۲۰	تأثیر مثبت مشارکت مدنی بر احترام

مقدار ضریب مسیر نشان دهنده میزان اثرگذاری متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. با توجه به نتایج به دست آمده از اثرات مستقیم و اثرات غیر مستقیم و اثرات کل متغیرها بر متغیر احترام که در جدول ۱۳ آمده است و با توجه به نتایج تحلیل های آزمون فرضیه، میزان اثرگذاری حمایت اجتماعی و خدمات سلامت بر احترام برابر با (۰/۴۴)، میزان اثرگذاری مسکن بر احترام برابر با (۰/۳۲)، میزان اثرگذاری مشارکت مدنی بر احترام برابر با (۰/۲۳) و میزان اثرگذاری مشارکت اجتماعی بر احترام برابر با (۰/۱۷) می باشد که مشارکت اجتماعی بر احترام نسبت به آن یکی متغیرها کمترین اثرگذاری را داشته است.

جدول شماره (۱۳): نتایج به دست آمده از تأثیرات متغیرها

ضریب تبیین	اثر کل	اثرات مستقیم	اثرات غیر مستقیم	مسیر
۰/۱۹	۰/۴۴	-	۰/۴۴	تأثیر حمایت اجتماعی و خدمات سلامت بر احترام
۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۱۷	-	تأثیر مشارکت اجتماعی بر احترام
۰/۰۵	۰/۲۳	۰/۲۳	-	تأثیر مشارکت مدنی بر احترام
۰/۱۰	۰/۳۲	۰/۳۲	-	تأثیر مسکن بر احترام

نتایج آزمون نیکویی برازش مدل ساختاری تحقیق نشان داد که، مقادیر CFI، در جدول بزرگتر از ۰/۹ است و نزدیک به یک است که نشان دهنده برازش خوب است. همچنین، در شاخص های PGFI، مقادیر مابین ۱-۰، نشان دهنده برازش خوب است. همانطور که

ملاحظه می‌شود PGFI، برابر با ۰/۵۴ است که نشان دهنده برازش خوب است. شاخص (نسبت x^2 یا کی دو به درجه‌ی آزادی هنگامی که بین ۲ و ۳ باشد، نشان دهنده برازش خوب مدل است که در جدول نیز ۴/۱ هست که غیرقابل قبول می‌باشد، در شاخص NFI، مقادیر نزدیک به یک نشان دهنده برازش خوب است. همان‌طور که در جدول زیر ملاحظه می‌شود، مقادیر NFI، در جدول بزرگتر از ۰/۹ است و نزدیک به یک است که نشان دهنده برازش خوب است. همچنین، مقدار NNFI نیز برابر با ۰/۹۶ عددی است نزدیک به یک و در نتیجه نشان دهنده برازش خوب است، GFI عددی است مابین ۰/۹۵ - ۰/۹۰ نمی‌باشد، در نتیجه غیر قابل قبول می‌باشد. AGFI برابر است با ۰/۵۶ و غیر قابل قبول می‌باشد. SRMR هر چقدر به صفر نزدیک‌تر باشد، نشان دهنده نیکویی برازش مدل هست. در این مدل SRMR برابر با ۰/۰۹۴ آمده در نتیجه نشان دهنده برازش خوب می‌باشد. PNFI نیز نزدیک به یک می‌باشد و نشان دهنده برازش خوب مدل می‌باشد (جدول ۱۴).

جدول شماره (۱۴): شاخص‌های نیکویی برازش مدل

نتیجه	مقدار مدل پژوهش	مقدار قابل قبول برازش مدل	نوع شاخص	
تقریباً قابل قبول	۴/۱	۲-۳	مطلق	نسبت x^2 یا کی دو به درجه‌ی آزادی
غیر قابل قبول	۴۴۱۴/۵۵	بیشتر از p سطح معناداری ۰/۰۵ باشد	مطلق	Chi - square
قابل قبول	۰/۹۳	۰/۹۰ - ۰/۹۵	تطبیقی	NFI
قابل قبول	۰/۹۶	۰/۹۵ - ۰/۹۷	تطبیقی	NNFI
غیر قابل قبول	۰/۶۰	۰/۹۶ - ۰/۹۵	مطلق	GFI
غیر قابل قبول	۰/۵۶	۰/۸۵ - ۰/۹۰	مطلق	AGFI
قابل قبول	۰/۹۶	۰/۹۵ - ۰/۹۷	تطبیقی	CFI
قابل قبول	۰/۰۹۴	۰/۰۵ - ۰/۱	مطلق	SRMR
قابل قبول	۰/۵۴	۰ - ۱	مقتصد	PGFI
قابل قبول	۰/۸۸	۰ - ۱	مقتصد	PNFI

نتیجه گیری

نتایج تجربی تحقیق نشان می‌دهد که میانگین هر کدام از شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان (مسکن، مشارکت اجتماعی، احترام، حمایت اجتماعی و خدمات سلامت) به تفکیک جنسیت پاسخگویان تفاوت معنی‌داری ندارد. در نتیجه فرضیه اصلی رد می‌شود. بر اساس آزمون t میزان هر کدام از شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان به جز وضعیت مسکن، بر حسب وضعیت تأهل پاسخگویان تفاوت معنی‌داری ندارد، چون سطح معنی‌داری در هر کدام از این‌ها بزرگتر از $(0/05)$ می‌باشد. در بین شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان فقط تفاوت میانگین وضعیت مسکن به تفکیک وضعیت تأهل پاسخگویان متفاوت و معنی‌دار می‌باشد. و تفاوت میانگین پاسخگویان متأهل و مجرد در مورد شاخص وضعیت مسکن به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. یعنی سطح معنی‌داری به دست آمده $(0/026)$ در این مورد کوچکتر از $0/05$ می‌باشد. نتایج حاصل از آزمون F نشان می‌دهد، در میان شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان، سه مورد از شاخص‌ها (احترام) بر حسب وضعیت فعالیت پاسخگویان سالمند تفاوت معنی‌داری ندارد، چون سطح معنی‌داری در هر کدام از این سه شاخص بزرگتر از $(0/05)$ می‌باشد. اما در مورد شاخص‌های (مسکن، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی و خدمات سلامت) بر حسب وضعیت فعالیت پاسخگویان سالمند تفاوت معنی‌داری دارد، چون سطح معنی‌داری در هر کدام از این شاخص‌ها کوچکتر از $(0/05)$ می‌باشد. در نتیجه اختلاف دیده شده در بین پاسخگویان سالمند با وضعیت فعالیت متفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد.

یافته‌های تحقیق بر اساس آزمون t حکایت از این دارد که میزان هر کدام از شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان به جز مسکن، بر حسب نوع مسکن پاسخگویان تفاوت معنی‌داری ندارد. در بین شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان فقط تفاوت میانگین مسکن به تفکیک نوع مسکن پاسخگویان متفاوت و معنی‌دار می‌باشد و تفاوت میانگین پاسخگویان دارای وضعیت مسکن ملکی و اجاره‌ای در مورد شاخص مسکن به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. یعنی سطح معنی‌داری به دست آمده $(0/011)$ در این مورد کوچکتر از $0/05$ می‌باشد. همچنین، یافته‌های تحقیق حکایت از این دارد که میزان هر کدام از شاخص‌های

شهر مطلوب سالمندان بر حسب منطقه مسکونی پاسخگویان تفاوت معنی داری دارد. چون سطح معنی‌داری در هر کدام از این شاخص‌ها کوچکتر از (۰/۰۵) می‌باشد. در نتیجه اختلاف دیده شده در بین پاسخگویان سالمند ساکن در منطقه ۱ و ۱۰ در هر کدام از این شاخص‌ها به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. بر اساس آزمون آنالیز واریانس یکطرفه F، یافته‌های تحقیق حکایت از این دارد که میزان هر کدام از شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان بر حسب درآمد ماهانه‌ی پاسخگویان سالمند تفاوت معنی داری ندارد، چون سطح معنی داری در هر کدام از این شاخص‌ها بزرگتر از (۰/۰۵) می‌باشد. در نتیجه اختلاف دیده شده در بین پاسخگویان سالمند با سطح درآمد متفاوت به لحاظ آماری معنی دار نمی‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که، بین همه شاخص‌های شهر مطلوب سالمندان مانند مسکن، مشارکت، احترام و حمایت و خدمات سلامت در سطح آلفای ۰/۰۵ رابطه مثبت و معناداری باهم دارند و هر کدام از متغیرها بر دیگری تأثیرگذار هستند.

با توجه به نتایج بدست آمده از اثرات مستقیم و اثرات غیر مستقیم و اثرات کل متغیرها بر متغیر احترام در مدل معادلات ساختاری و با توجه به نتایج تحلیل‌های آزمون فرضیه، میزان اثرگذاری حمایت اجتماعی و خدمات سلامت بر احترام برابر با (۰/۴۴)، میزان اثرگذاری مشارکت مدنی بر احترام برابر با (۰/۲۳) و میزان اثرگذاری مشارکت اجتماعی بر احترام برابر با (۰/۱۷) می‌باشد. با توجه به ضریب تبیین به دست آمده به این نتیجه می‌رسیم که سه متغیر (مسکن، حمایت اجتماعی و خدمات سلامت و مشارکت اجتماعی) در مجموع ۰/۸۲ از واریانس متغیر احترام را تبیین می‌کنند و ۰/۱۸ درصد دیگر مربوط به عواملی غیر از متغیرهای موجود می‌باشد. همچنین، با توجه به نتایج شاخص‌های نیکویی برازش، شاخص‌های تطبیقی NFI و NNFI و CFI، شاخص مطلق SRMR، و شاخص مقتصد PGFI قابل قبول و نشان دهنده‌ی برازش خوب مدل می‌باشند، یعنی در حالت کلی داده‌ها با مدل سازگاری دارند.

پیشنهادات

برگزاری سیمینارها و کنفرانس‌ها و کلاس‌های آموزشی در سطوح مختلف برای استفاده از دستاوردهای علمی در زمینه‌ی طراحی همه شمول؛

- با توجه به پیر شدن جمعیت در ایران و با توجه به اینکه شهر تبریز، دومین جمعیت سالمند ایران را به خود اختصاص داده است باید کمیته ویژه ای در ارگان های ذیربط بویژه استانداری، شهرداری، بهزیستی، مسکن و شهرسازی در این زمینه تشکیل و از راهکارها و رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی و کمیته مزبور در این زمینه به صورت عملی و کاربردی بهره گرفت؛
- در طراحی مسکن باید نیازهای تمام سنین بویژه سالمندان در نظر گرفته شود؛
- بستر لازم برای مشارکت تمام افراد جامعه فراهم شود تا از طریق آن افراد بویژه سالمندان که سرمایه و اعتبار هر جامعه ای هستند احساس شخصیت و هویت بکنند و حس تعلق مکانی از طریق مشارکت و احترام به افراد ارتقا یابد؛
- حمایت اجتماعی باید شمولیت بر تمام افراد جامعه باشد تا از طریق آن سیستم رفاه اجتماعی تسری یابد. همچنین خدمات سلامت و سیستم تأمین اجتماعی برای همگان بویژه افراد سالمند که نیازهای بیشتری به این خدمات دارند به صورت رایگان و آسان در دسترس باشد.

منابع

- امیرصدری، آزیتا و سلیمانی، حمید (۱۳۹۱): پدیده سالمندی در ایران و پیامدهای آن؛ ماهنامه علمی تخصصی صدای جمهوری اسلامی ایران؛ سال یازدهم، شماره ۶۵ (آذر)؛ صص: ۶۷-۶۷.
- بهروزفر، فریبرز (۱۳۷۹): شناخت مشخصات محیطی مناسب سالمندان؛ فصلنامه علمی- پژوهشی صفا؛ شماره ۳۱؛ صص: ۸۲-۸۹.
- پورجعفر، محمدرضا و مهدی منتظرالحجه (۱۳۸۹): نشانه‌های شهری، تعاریف، گونه‌شناسی، مکان‌یابی، برنامه‌ریزی و طراحی، تهران: طحان.
- پورجعفر، محمدرضا؛ تقوایی، علی‌اکبر؛ بمانیان، محمدرضا؛ صادقی، علیرضا و احمدی، فریال (۱۳۸۹)، *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، سال پنجم، شماره ۱۵ (بهار)، صص: ۳۴-۲۲.
- رفیع‌زاده، ندا؛ نوذری، شعله؛ روشن‌بخش، حسین (۱۳۸۰): رهنمودهای طراحی معماری خانه‌های سالمندان؛ مرکز تحقیقات ساختمان و مسکن.
- خوارزمی، امیدعلی؛ زرقانی، سیدهدادی و جوهری، لیلا (۱۳۹۳): ارزیابی فضاهای باز شهری و حمل و نقل درون شهری بر اساس شاخص‌های شهر دوستدار سالمند، *ششمین کنفرانس ملی برنامه‌ریزی و مدیریت شهری با تأکید بر مؤلفه‌های شهر اسلامی*، مشهد مقدس، ۲۲-۲۱ آبان ماه، صص ۱۷۶-۱۵۶.
- زحمتکشان، نسرين، باقرزاده، راضیه، اکابریان، شرافت، یزدانخواه فرد، محمدرضا، میرزایی، کامران، یزدانپناه، سیامک، خرمرودی، رزیتا، غریبی، طیبه، کمالی، فرحناز و جمند، طیبه (۱۳۹۱): بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بوشهر، *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، سال دوم، شماره ۱ (بهار)، صص: ۵۸-۵۳.
- زندیه، مهدیه (۱۳۹۱): «مناسب‌سازی منظر شهری برای سالمندان، نمونه موردی محله قیطریه تهران»، *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، سال هفتم، شماره بیست و پنجم (تابستان)، صص: ۱۸-۷.
- سام‌آرام، عزت‌الله؛ احمدی‌بنی، زیبا (۱۳۸۶): بررسی عوامل مؤثر بر موقعیت سالمند در خانواده؛ *مجله سالمندی ایران*؛ دوره ۲، شماره ۲ (تابستان)، صص: ۲۶۹-۲۷۹.

- ضابطیان، الهام؛ تقوایی، علی اکبر (۱۳۸۸)؛ شاخص های مناسب سازی فضاهای شهری دوستدار سالمندان با استفاده از رویکرد مشارکتی، *مسکن و محیط روستا*، جلد ۲۸، شماره ۱۲۸، صص: ۶۰-۷۱
- عباسی مقدم، عباس، جوادی، منیره و ساغری، لیلی (۱۳۸۶)؛ شاخص های مناسب سازی فضاهای شهری دوستدار سالمندان با استفاده از رویکرد مشارکتی، *مسکن و محیط روستا*، سال سوم، شماره ۸، صص ۶۰-۷۶
- عبدی زرین، سهراب و مهدی اکبریان (۱۳۸۶)؛ «سالمندی موفق در پرتو مذهب و باورهای دینی (مقاله مروری)»، *سالمند(مجله سالمندی ایران)*، سال دوم، شماره چهارم (تابستان)، صص: ۲۹۹-۲۹۳
- علی الحسینی، مهران؛ رفیعی، فرخنده (۱۳۹۱)؛ ارزیابی نیازمندی های سالمندان در فضاهای شهری، مطالعه موردی: پارک خلد برین شیراز، *فصلنامه آرمانشهر*، دوره ۵، شماره ۹ (زمستان)، صص: ۴۵۷-۲۴۷
- قنبری، ابوالفضل (۱۳۹۳)؛ «بررسی تطبیق تأثیر فضای شهری بر میزان مشارکت شهروندان (مورد مطالعه: محلات شهر تبریز)، *جغرافیا و برنامه ریزی*، سال ۱۸، شماره ۴۸ (تابستان).
- مرکز مطالعات و برنامه ریزی شهر تهران (۱۳۹۲)؛ شناخت ظرفیت های عملکردی مدیریت شهری در دستیابی به شهر دوستدار سالمند در ناحیه ۱ منطقه ۳ شهرداری تهران.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۳ و ۱۳۹۵). سرشماری عموم نفوس مسکن، استان آذربایجان شرقی.
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۷۹)؛ «بررسی وضعیت سالمندان در ایران»، *فصلنامه تأمین اجتماعی*، سال دوم، شماره چهارم، صص: ۱۹۱-۲۰۵.
- معتمدی، عبدالله؛ اژهای، جواد؛ آزاد فلاح، پرویز؛ کیامنش، علیرضا (۱۳۸۴)؛ بررسی رابطه گرایش های مذهبی و سالمندی موفق؛ *دوماهنامه دانشور رفتار*، شماره ۱۰ (اردیبهشت)، صص: ۵۴-۴۴
- میرزایی، محمد و محمد شمس قهفیری (۱۳۸۶)؛ «ویژگی های جمعیتی جمعیت مسن در ایران منطبق با سرشماره ۱۳۸۵-۱۳۵۵»، *مجله سالمندی ایران*، سال دوم، شماره پنجم (پاییز)، صص: ۳۳۱-۳۲۶.

- نبوی، سید حمید؛ شجاع، محسن؛ محمدی، سونا و راشدی، وحید (۱۳۹۳): بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهر بجنورد، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، صص: ۴۳۹-۴۳۳.
- نجاتی، وحید و عشایری، حسن (۱۳۸۷). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان شهرستان کاشان، *مجله روانپزشکی و روانشناسی*، سال ۱۴، شماره ۱ (بهار)، صص: ۶۱-۵۷.
- Burton, Elizabeth; Mitchell, Lynne (2006); *Inclusive Urban Design: Streets for Life*, Elsevier.
- Carr, S; Francis, M; Rivlin, L and A. Stone (1992); *the Value of Public Space*; In *Public Space*; New York: Cambridge University; Knox; pp. 3-21.
- Fogel, B.S (1992); "Psychological aspects of staging at home", *Journal of the American society on aging*, XVI: 15-19.
- T. Takano, K. Nakamura & M. Watanabe (2002); "Urban residential environment and senior citizens longevity in megacity areas the importance of walk able green spaces", *Journal of epidemiology and community health*, Vol. 56.
- Turel H, Yigit E, Altug I(2007); *Evaluation of elderly people's requirements in public open spaces: A case study in Bornova District (Izmir, Turkey)*. *Building and Environment*; 42; pp. 1-45.
- Walzer M(1986); *Public space: A Discussion on the shape of our cities Pleasures and costs of urbanity*. *Dissent fall* pp: 470-475.
- Woolley, Helen (2005); *Urban Open Spaces*, Taylor and Francis.