



جغرافیا و روابط انسانی، پاییز ۱۴۰۳، دوره ۷، شماره ۲، صص ۲۳۹-۲۶۷
سنجش رابطه بین دسترسی به فضاهای عمومی و سلامت روان سالمندان

(مطالعه موردی: محلات منطقه ۴ شهر رشت)

زهرا شهبان پور ششکل^۱، عطا غفاری گیلانده*^۲، علیرضا محمدی^۳

۱- دانشجوی دکتری جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل،

ایران

z.shabanpoor93@gmail.com

۲- استاد گروه جغرافیا- برنامه ریزی شهری و روستایی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

a_ghafarigilandeh@uma.ac.ir

۳- استاد گروه جغرافیا - برنامه ریزی شهری و روستایی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

a.mohammadi@uma.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۲۳

چکیده

در حال حاضر، جمعیت سالمند در سراسر جهان در حال افزایش است و توجه به نیازهای این گروه از جامعه ضروری می‌باشد. یکی از نیازهای اساسی افراد سالمند، دسترسی به فضاهای عمومی است که تأثیر بسزایی بر سلامت جسمی و روانی آنان دارد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف سنجش رابطه بین دسترسی به فضاهای عمومی شهری و سلامت عمومی سالمندان در سطح محلات منطقه ۴ شهر رشت تدوین شد. این تحقیق از لحاظ هدف، کاربردی، از نظر روش، توصیفی - تحلیلی و از جهت روش گردآوری داده‌ها، اسنادی و پیمایشی بود. جامعه آماری تحقیق، سالمندان ساکن در منطقه ۴ شهرداری رشت انتخاب گردید. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۴۰۰ نفر برآورد شد. برای ارزیابی سلامت روان سالمندان از پرسشنامه (GHQ-28) و برای سنجش دسترسی به فضاهای عمومی شهری از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید که روایی آن از طریق روایی صوری و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد. همچنین با بهره‌گیری از آمارهای توصیفی چون شاخص گرایش به مرکز(انحراف معیار و میانگین)، و آزمون‌های آماری چون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره به تحلیل داده‌ها پرداخته

شد. یافته‌های تحقیق نشان داد بین میزان اختلال در مولفه‌های سلامت عمومی سالمندان و شاخص دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی با ضریب (۰/۶۵۷-) رابطه و همبستگی معنادار و معکوس وجود دارد.

واژگان کلیدی: دسترسی، فضاهای عمومی، سالمندان، سلامت روان، محلات منطقه ۴ شهر رشت

مقدمه

امروزه به دلیل بالا رفتن امید به زندگی و کاهش میزان زاد و ولد در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، پدیده سالمندی بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. همچنین به دنبال پیشرفت علم بهداشت و گسترش آن، هر ساله به شمار سالمندان جهان افزوده می‌شود، در واقع، سالمندان سریع‌ترین نرخ رشد جمعیت را در بین گروه‌های مختلف سنی دارند. هم‌اکنون، حدود دو سوم جمعیت سالمند دنیا در کشورهای در حال توسعه‌ای مانند ایران، زندگی می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد برسد. حدود ۱۴ درصد جمعیت ایران سالمند هستند و پیش‌بینی می‌شود، جمعیت سالمندان ایرانی در سال ۱۴۳۰ به حدود ۳۰ درصد برسد. افرادی که در سنین کهنه‌ت هستند، اکثراً مشکلات متعددی از جمله تنهایی، بیماری جسمی و مشکلات اقتصادی را تجربه می‌کنند و بروز اینگونه مشکلات برای هر سالمند با توجه به نوع فرهنگ و ساختار جامعه از نظر کیفی و کمی متفاوت است (باوزین و سپهوندی، ۱۳۹۶: ۹۳۱). بر این اساس می‌توان گفت، یکی از مسائل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی - مخصوصاً برای سالمندان، وضعیت سلامتی است. سلامتی همانطور که توسط سازمان بهداشت جهانی تعریف شده است، دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. به نظر می‌رسد ایده سالمندی موفق راهکار مناسبی جهت کاهش مشکلات دوران سالمندی باشد. بسیاری از معیارهای سالمندی موفق و زندگی خوب سالمندی، چون بهبود کیفیت ادراک از زندگی و محیط عینی، در ارتباط مستقیم با فضاهای عمومی شهری و انگاره‌های محیطی اینگونه فضاها قرار دارند. فضاهای عمومی شهری را می‌توان به عنوان فضایی تعریف کرد که اجازه می‌دهد مردم به آن و فعالیت‌های درون آن دسترسی داشته باشند، همچنین فضایی است که یک کارگزار عمومی، آن را کنترل می‌کند، فضایی که در جهت منافع عمومی تأمین و اداره می‌شود (دلورپور و موسایی جو، ۱۳۹۸: ۱۰). 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. به نظر می‌رسد توجه به نیازها، الگوهای رفتاری و ترجیحات سالمندان در طراحی و بهسازی فضاهای عمومی شهری، چون 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 جسمی و روحی سالمندان و برقراری اهداف سالمندی موفق مؤثر باشد؛ امری که به نظر می‌رسد در فضاهای عمومی امروزی کشور ما کمتر به آن توجه شده است (پورجعفر و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۳). شهر رشت یکی از شهرهای بزرگ ایران، مرکز استان گیلان در شمال کشور و مرکز شهرستان رشت است، این شهر به عنوان نمونه یک شهر ایرانی، از افراد متنوع و گوناگون با

سنین، جنسیت‌ها، توانایی‌های جسمی و پیشینه‌های قومی مختلف تشکیل شده است. از سوی دیگر به دلیل شرایط آب و هوایی مناسب، وجود زیر ساخت‌های اقتصادی توانسته است جمعیت زیادی را به خود جذب کند. این در حالی است که به استناد آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵ جمعیت شهر رشت بالغ بر ۶۷۹۹۹۵ نفر، و سالمندان ۱۱ درصد از کل جمعیت شهر رشت را تشکیل داده‌اند (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان گیلان، ۱۳۹۵). این موضوع حاکی از این است که شهر رشت علاوه بر افزایش جمعیت و جذب مهاجر و توسعه کالبدی، با سالمندی جمعیت نیز روبه‌رو است. از دیدگاه برنامه‌ریزی شهری، امروزه بهم ریختگی و نابسامانی در پیکره و ابعاد اجتماعی فضاهای عمومی شهری در این شهر، از جمله مهمترین مشکلات در زندگی اجتماعی سالمندان به شمار می‌آید و با توجه به این که فضاهای عمومی شهری عرصه‌ای برای برقراری تعاملات اجتماعی و مراودات شهروندی است، نقش اساسی در امکان انجام یا عدم انجام فعالیت‌های شهروندان، خصوصاً اقشار آسیب‌پذیر جامعه مانند سالمندان دارند (نصیری و رضاعلی، ۱۳۹۴: ۷۹). اهمیت این موضوع به این دلیل است که نمی‌توان بدون حضور گسترده همه افراد جامعه انتظار تناسب و تعادل حضور افراد، به خصوص سالمندان را داشت. همچنین می‌توان دریافت که سالمندان به عنوان یکی از طیف‌های اجتماعی باید به صورت عادلانه و همسان بتوانند از عرصه‌های عمومی شهری بهره‌مند شده تا ضمن شکل‌گیری انسجام اجتماعی در دستیابی به حقوق خود در بهره‌مندی از زندگی با کیفیت که رضایتمندی اجتماعی را در پی دارد اقداماتی صورت پذیرد. (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۶۲). منطقه چهار شهر رشت با جمعیت سالمند بالا، نیازمند اقدامات مناسب برای ایجاد و بهبود دسترسی به فضاهای عمومی است که می‌تواند بر سلامت روانی و جسمی این گروه از جامعه تأثیرگذار باشد. به عبارت دیگر دسترسی به فضاهای عمومی برای سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا این فضاها می‌توانند ضمن بهبود کیفیت زندگی و سلامت سالمندان به کاهش احساس تنهایی و افزایش روحیه و انگیزه سالمندان کمک کنند. بنابراین این تحقیق در نظر دارد، ضمن سنجش رابطه بین دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی و میزان سلامت عمومی سالمندان، به این سوال پاسخ دهد که محلات واقع در منطقه ۴ شهر رشت به لحاظ رابطه بین سلامت عمومی (روانی و جسمی) سالمندان و وضعیت دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی در محدوده مورد مطالعه، در چه وضعیتی قرار دارند؟

مبانی نظری

فضاهای عمومی

فضاهای عمومی شهری، مکانی برای تبادل افکار، اندیشه‌ها و شکل‌گیری روابط اجتماعی است که افراد و گروه‌های مختلف اجتماعی در آن سهیم هستند، این فضاها محل روابط اجتماعی، انتقال اطلاعات و مکانی برای شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی هستند (کیانی و سالاری سردری، ۱۳۹۱: ۵۳). از دیدگاه الخطیب و شوکت^۱، تعاریف متعددی از فضاهای باز یا فضاهای باز عمومی وجود دارد. با این حال، برای وضوح بیشتر، فضای شهری باز (عمومی) را به عنوان مکان‌ها یا مناطقی تعریف می‌کند که عموم مردم به آنها دسترسی قابل مشاهده یا فیزیکی دارند. (الخطیب و

^۱ El Khateeb & Shawket

شوکت، ۲۰۲۲: ۹). از دیدگاه فرانسیس تیالدز عرصه‌های عمومی مهمترین بخش‌های تشکیل دهنده شهر و شهرک‌ها هستند، جایی که تعاملات و تماس‌های انسان‌ها در آن جا بسیار بوده و فضایی است که افراد با هر قوم و مذهبی می‌توانند در آن حضور داشته و به داد و ستد و ورزش و... بپردازند. از آن جمله می‌توان به خیابان‌ها، پارک‌ها، میدان‌ها و پیاده‌راه‌ها و یا بخش‌هایی از بافت شهری که عموم مردم به آن دسترسی فیزیکی و بصری دارند اشاره نمود (بلوایه، ۱۳۹۰: ۱۵).

سالمندی

سالمندی را همزمان با آغاز سن ۶۵ سالگی می‌دانند و یا به عبارتی دیگر، سالمندان افرادی هستند که سن آن‌ها ۶۰ سال و بالاتر است. سالخوردگی عبارت است از زوال تدریجی در ساختمان و اندام بدن که به مرور زمان رخ می‌دهد و تغییراتی از جمله ایجاد چین و چروک بر روی پوست و سفیدی موها و کم شدن دید و شنوایی و کندی حرکت و کاهش توانایی عضلات، و اختلال آشفته‌گی در حافظه و... را در ساختمان و عمل اعضا مختلف بدن بوجود می‌آورد. عده ای از صاحب نظران معتقدند که یکی از بزرگترین منابع طبیعی که مورد اهمال واقع شده، سالمندی است. آن‌ها هم چنین بیان می‌دارند که اتفاق و تغییرات در ظاهر فیزیکی و نقش افراد سالخورده سبب شده است که گاهی جامعه فراموش نماید که سالمند نسل جدایی از آن‌ها نمی‌باشد (عامری و همکاران، ۱۳۸۱: ۷). نمی‌توان برای آغاز پیری و سالخوردگی بازه‌ی سنی مشخص، تعیین نمود چون برخی از افراد هنگامی که به سن ۵۱ سالگی می‌رسند احساس پیری می‌کنند اما برخی دیگر در بالاتر از این سن، خود را با تغییرات سنی وفق می‌دهند و رابطه خود را به نحو احسن با جامعه و خانواده حفظ می‌کنند (شیراز بخت و همکاران، ۱۴۰۱: ۲۱۰).

نظریات جامع شناختی در خصوص سالمندی: در جدول (۱) برخی از نظریات مطرح در خصوص سالمندی از بعد جامع شناختی مطرح شده است.

جدول ۱. نظریات مطرح شده در خصوص سالمندی

عنوان نظریه	اصول نظریه	نظریه پرداز
عدم تعهد یا عدم مشارکت	پیری موجب کاهش دخالت اجتماعی فرد مانند دست کشیدن از نقش‌هایی همچون کار کردن خدمات داوطلبانه، همسر بودن و کارهای تفننی و واگذاری آن به افراد جوان و در نتیجه کاهش امتیازات اعطایی از سوی اجتماع به فرد است. طبق این نظریه، رفتارهای اجتماع‌گریزی فرد، در نتیجه‌ی احساس وی به نزدیک شدن به مرگ می‌باشد لذا این نظریه باعث هدایت سالخوردگان به شکل ذهنی و عینی به سمت مرگ و افتراق تدریجی از دنیای فعال اجتماعی می‌شود. میزان صدمات اجتماع نیز در این میان مورد بحث می‌باشد؛ زیرا جامعه برای پرورش افراد تا مرحله پیری و کسب تجربه ی آن‌ها، بهای زیادی پرداخته است	الیان کامینگ و ویلیام هنری (۱۹۶۱: ۲۷) منبع: (عامری و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۲) - (شرقی و همکاران، ۱۳۹۶: ۵۹)
نظریه استمرار	سالمندی به عنوان آخرین مرحله‌ی زندگی، دنباله‌ی مراحل قبلی است؛ لذا عادات، سلیقه و سبک‌های شخصی که در جریان زندگی کسب شده است تا زمان پیری باقی می‌ماند. سازگاری اجتماعی با دوران سالمندی یا بازنشستگی و یا رویدادهایی از این دست، اصولاً توسط گذشته تعیین میشود. این نظریه، تا حد زیادی عوامل	نیوگارتن منبع: (عامری و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۲)

	اجتماعی را در موفقیت یا عدم آن در دوران سالمندی، بی اثر می‌داند. طبق این نظریه تنها سالمند و گذشته‌ی وی می‌تواند بر روابط امروزش در اجتماع موثر باشد.	
نظریه فعالیت	مخالف نظریه عدم تعهد می‌باشد. - اعتقاد به انجام فعالیت که سبب افزایش سلامتی در پیری می‌شود - هدف این نظریه، توجه به مسائل اجتماعی و علل وضعیتی است که در عدم سازگاری اشخاص سالخورده تأثیر دارند - سالمند برخی نقش‌هایش را با ورود به این دوران از دست می‌دهد. این امر موجب بیگانگی فرد با خود و موقعیت جدیدش می‌شود. به این منظور باید سالمندان را در اجتماع عهده دار نقش‌های جدیدی نمایم. - نظریه‌ی فعالیت، ابعاد مختلف سلامت روانی و جسمی را تحت الشعاع قرار داده و باعث حذف رکود از زندگی سالمندی می‌شود. بنابر این نظریه، افراد باید متناسب با توانایی‌هایشان به فعالیت جسمی و فکری بپردازند.	منبع: (یکتا مرام، ۱۳۸۸: ۵۰) و (عامری و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۲)
دیدگاه ساختی - کارکردی	به بررسی کارکردها و پیامدهای آشکار و پنهان و منفی و مثبت پدیده‌ها (سالمندان در شهر) و ساختاری که در آن پدیده به وجود می‌آید و تأثیراتی که ساخت و پدیده بر هم دارند، می‌پردازد. کارکرد گرایی به سالمندان ساکن در شهر و اجتماع به عنوان پدیده‌های اجتماعی می‌نگرد که در ساخت شهری کارکردی انسجامی، آموزشی و تربیتی، وحدت بخش، حمایتی، نظارتی و انتقال فرهنگی و... دارد.	منبع: (نعمتی و بخشی، ۱۳۹۲: ۲۲).
نظریه نقش	نظریه نقش موقعیت سالمندان را بر حسب سازگاری با نقش‌های با ارزش اجتماعی تبیین می‌کند - تامین احساس امنیت روان شناختی، تامین احساس مالکیت بر محیط زیست از طریق تدابیری برای وجود واحدهای زیست مستقل مطابق با تصورات یک فرد از مفهوم خانه، حیاط مستقل و موارد مشابه و فراهم آوردن احساس تعلق به محیط زیست از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.	منبع: (غلامعلی زاده و قرشی، ۱۳۹۴: ۸)
سالمندی موفق	بر کنش شناختی، کنترل ادراک و رضایتمندی از زندگی سالمندان متمرکز است - سالمندی موفق، سه عنصر را با هم ترکیب کرده است؛ که عبارتند از بقا (طول عمر)، تندرستی (فقدان بیماری) و رضایتمندی از زندگی (شادمانی). ایده سالمندی موفق، راهکاری مناسب جهت کاهش مشکلات سالمندی باشد. مدافعان این نگرش، سالمندی موفق را شامل سه شاخصه کلیدی می‌دانند: ۱- احتمال کم وجود بیماری‌هایی که منجر به ناتوانی شود، ۲- کنش بالای ذهنی و بدنی و ۳- درگیری فعال با زندگی.	منبع: (غلامعلی زاده و قریشی، ۱۳۹۴: ۸).

اهمیت فضای عمومی شهری برای سالمندان

افراد سالمند ساکن در محلات و بافت‌های متراکم شهری بالاخص سالمندانی که توانایی تحرک دارند و همراه با خانواده خود زندگی می‌کنند، با وجود محدودیت‌ها و کاهش قابلیت‌هایشان، به اندازه بقیه افراد سالم و عادی حق استفاده و بهره بردن از فضاهای عمومی شهر را دارند. این فضاها تنها امکانات و مکان‌های موجود جهت گذراندن راحت اوقات فراغت روزمره، استنشام هوایی متفاوت با هوای خانه خود، بهره بردن از نور خورشید و دیدن طبیعت و فضاهای سبز موجود در پارک‌ها و خیابان‌ها و فضاهای عمومی، معاشرت با دیگران، گپ و گفت با مردم و همسالان و برقراری ارتباطات اجتماعی است. آن چه اهمیت دارد این است که سالمندان بتوانند به راحتی و بدون نیاز با کمک دیگران به فعالیت و تحرک بپردازند و به این فضاها دسترسی ایمنی داشته باشند. از دیدگاه محققان نمی‌توان تاثیر و

نقش و اهمیت شرایط و امکانات و دسترس پذیر بودن فضاهای عمومی همچون؛ مسیرها، خیابان‌ها، پارک‌ها و... را انکار کرد (بلوایه، ۱۳۹۰: ۱۶).

پیشینه پژوهش

پژوهش‌های متعدد نشان داده است که فضاهای عمومی و دسترسی به آن در سلامت روان سالمندان نقش بسزایی دارد از آن جمله می‌توان به تحقیقات صورت گرفته توسط آلتوگ توران^۱ و ماکوچ (۲۰۲۲) ۱ شماره نمود که در پژوهش خود نقش فضاهای عمومی در زندگی سالمندان پس از همه‌گیری کوید ۱۹ و انزوای اجتماعی آن‌ها را بررسی نموده و به این نتیجه رسیده که جلوگیری از استفاده فضاهای عمومی و سبز شهری که جایگاه بزرگی در زندگی سالمندان دارد نیاز آن‌ها را به این فضاهای برجسته‌تر می‌کند. از سوی دیگر یان^۲ و همکاران (۲۰۲۰) تاثیر قرارگرفتن در همسایگی فضاهای عمومی چون فضای آبی را بر سلامت روان سالمندان بسیار مثبت و معنی‌دار ارزیابی نمودند که سبب کاهش استرس و افزایش تماس‌های اجتماعی در آن‌ها می‌شود. در پژوهشی دیگر، ژان و کوین^۳ (۲۰۲۱) ضمن ارائه شواهدی از ارتباط بین سلامت روانی ساکنان شهری و کیفیت فضاهای عمومی (POS) در یک کشور شهرنشین، بیان می‌دارد که کیفیت فضاهای عمومی (POS) و نیز دسترسی پذیر بودن آن به طور معناداری با سلامت روان ساکنان ارتباط مثبت دارد. از سوی دیگر فرانسیس^۴ و همکاران (۲۰۲۱) رابطه بین ویژگی‌های فضاهای عمومی و سلامت روان در شهر پرت استرالیا را ارزیابی نمودند که نشان می‌دهد افرادی که دسترسی به فضاهای عمومی داشتند از سلامت روان بهتری برخوردار بوده و کیفیت این فضاهای نیز تاثیرگذاری بیشتری در سلامت روان خواهد داشت. علاوه بر این‌ها؛ یو^۵ و همکاران (۲۰۲۲)، ها^۶ و همکاران (۲۰۲۱) و آبراهام^۷ گوتاگری به همراه همکارانش (۲۰۲۱) هر یک به طور مستقل در تحقیقات خود به بررسی و تاثیر دسترسی و نزدیکی به فضاهای عمومی چون فضای سبز و پارک‌ها بر سلامت روان بزرگسالان و سالمندان پرداختند که نتیجه این تحقیقات همبستگی مثبت بین سلامت روان و دسترسی به این فضاهای تایید کرده است. در ایران نیز پژوهش‌هایی در این زمینه صورت گرفته، که از آن جمله می‌توان به تحقیق انجام شده توسط عظیمی و همکاران (۱۳۹۹) اشاره نمود که عوامل کالبدی و محیطی فضاهای عمومی را بر سلامت روان ارزیابی نموده و نشان داده‌اند خوانایی، دسترسی، امنیت، کیفیت و اختلاط و تنوع در این فضاهای می‌تواند بر سلامت روان شهروندان تاثیرات مثبت و معناداری داشته باشد. غمگین (۱۳۹۷) در پایان نامه خود تاثیر فضاهای عمومی از جمله پیاده راه را بر سلامت روان شهروندان مورد سنجش قراردادده است. نتایج به دست آمده در بررسی مذکور حاکی از آن بوده که ارتقای کیفیت پیاده راه در فضاهای شهری بر افزایش سلامت روح و روان شهروندان تاثیر بسزایی خواهد داشت. همچنین محققین دیگری چون شریف زاده و همکاران (۱۴۰۰)، پورزنگار (۱۴۰۰)، صابری فرد (۱۳۹۷) و فاطمی یک شوه به همراه همکارانش (۱۳۹۴) هر یک در پژوهش خود به نحوی به ارزیابی و تاثیر فضاهای عمومی بر روان سالمندان پرداختند

¹ Altug Turan & Malkoc True

² Yuan & Et al.

³ Zhun & Qin,

⁴ Francis, j.&. Et al

⁵ Yue.&. Et al

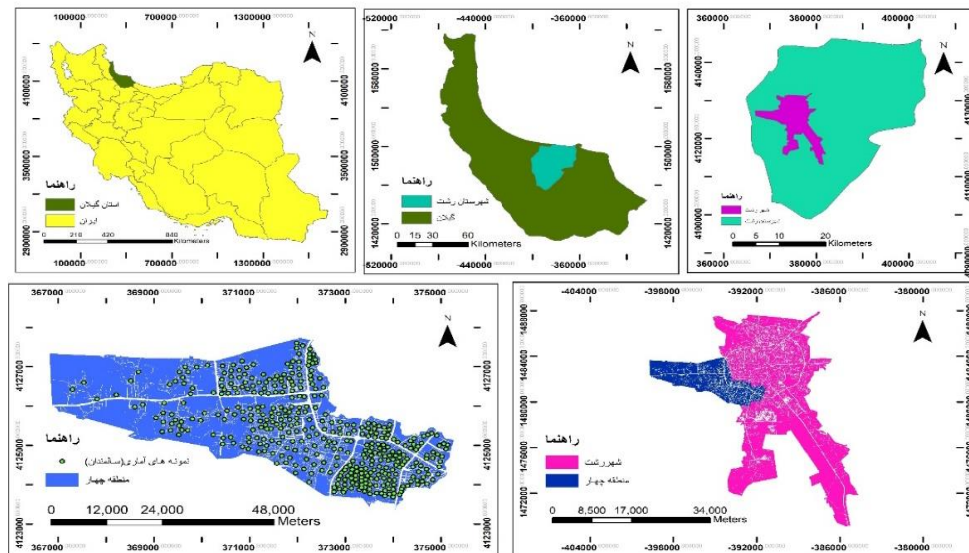
⁶ Ha .& . Et al

⁷ Abraham cottageri & Et al.

نتایج تحقیقات مذکور گویای آن است که دسترس سی به فضاهای عمومی همچون فضای سبز از لحاظ روانی و فیزیولوژیکی می‌تواند تأثیرات مثبتی بر شهروندان خصوصاً سالمندان داشته باشد.

محدوده مورد مطالعه

محدوده مورد مطالعه منطبق بر محله بندی ۱۱ گانه شهرداری در منطقه چهار شهر رشت است. این منطقه براساس آمارهای منتشر شده از سوی سازمان آمار (سال ۱۳۹۵) بالغ بر ۱۷۲۷۱۴ نفر جمعیت دارد و حدود ۱۰ درصد ساکنین این منطقه را سالمندان (۱۷۵۰۰ نفر) تشکیل می‌دهند؛ دلیل انتخاب این منطقه برای انجام پژوهش این بوده است که این منطقه نسبت به سایر مناطق شهر رشت دارای جمعیت سالمند بیشتری است و در عین حال از امکانات و زیر ساخت‌های شهری کمتری برخوردار است. از سوی دیگر بیشترین سکونتگاه‌های غیر رسمی نیز در این منطقه قرار دارد. محلات واقع در این منطقه در چهارچوب محله بندی شهرداری عبارتند از: محله ۱-۴ شامل محدوده محله رازی و با جمعیتی در حدود ۱۳۴۰۰ نفر؛ محله ۲-۴ شامل محدوده محله یخساز و با جمعیتی بالغ بر ۱۴۰۶۹ نفر؛ محله ۳-۴ شامل محدوده محله نخودچر و با جمعیتی بالغ بر ۱۰۸۶۸ نفر؛ محله ۴-۴ شامل محدوده محله خورسندی و با جمعیتی بالغ بر ۳۹۶۳ نفر؛ محله ۵-۴ شامل محدوده محله باسکیاب با جمعیتی در حدود ۲۰۱۴۴ نفر؛ محله ۶-۴ شامل محدوده محله ولکس با جمعیتی بالغ بر ۴۸۰۱ نفر؛ محله ۷-۴ شامل محدوده محله حافظ آباد با جمعیتی در حدود ۱۵۰۱۵ نفر؛ محله ۸-۴ شامل محدوده محله حمیدیان و با جمعیتی بالغ بر ۱۸۰۰۵ نفر؛ محله ۹-۴ شامل محدوده محله سلیمانداراب با جمعیتی در حدود ۴۴۹۱۴ نفر؛ محله ۱۰-۴ شامل محدوده محله الکتریک با جمعیتی بالغ بر ۳۳۴۰ نفر؛ و محله ۱۱-۴ شامل محدوده محله منظریه و با جمعیتی بالغ بر ۱۴۱۹۵ نفر. در شکل (۱)، موقعیت محدوده مورد مطالعه، نشان داده شده است.



شکل ۱. موقعیت جغرافیایی محدوده مورد مطالعه و نمونه های آماری

روش انجام تحقیق

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی، از نظر روش توصیفی - تحلیلی و از جهت گردآوری داده‌ها اسنادی و پیمایشی بود. در این تحقیق جهت جمع آوری داده‌ها از دو پرسشنامه بهره گرفته شد. به این ترتیب که برای ارزیابی سلامت عمومی (روانی و جسمی) سالمندان ساکن در محدوده مورد مطالعه از پرسشنامه (GHQ-28)^۱ و برای سنجش دسترسی به فضاهای عمومی شهر از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید، که روایی آن از طریق روایی صوری و پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد. در مرحله بعد داده‌های جمع آوری شده در محیط نرم افزارهای SPSS و Excel طبقه بندی و پایش شدند و ضمن بهره‌گیری از آمارهای توصیفی چون شاخص گرایش به مرکز (انحراف معیار و میانگین)، با استفاده از آزمون‌های آماری چون رگرسیون چند متغیره و ضریب همبستگی پیرسون رابطه بین متغیرها نیز (دسترسی به فضاهای عمومی و سلامت روان) مورد سنجش قرار گرفتند. جهت نمایش شکل درونیابی شده از توزیع فضایی صورت وضعیت شاخص‌های مطرح شده در تحقیق نیز از درونیابی به روش (IDW) در نرم افزار ArcGIS استفاده گردید. به این صورت که با داشتن موقعیت مکانی نمونه‌ها که به عنوان یک لایه در محیط ArcGIS آماده شده بود؛ داده‌های صورت وضعیت مرتبط با شاخص‌های مذکور در عطف به موقعیت مکانی نمونه‌ها و در پایگاه داده‌های مربوطه وارد شدند. در ادامه ضمن انجام عملیات درونیابی بر روی داده‌های عطف شده به موقعیت نمونه‌ها در محیط ArcGIS، وضعیت توزیع فضایی صورت وضعیت شاخص‌های مطرح شده به تفکیک و در قالب نقشه انعکاس داده شد

جامعه آماری و حجم نمونه

جامعه آماری پژوهش سالمندان بالای ۶۰ ساله ساکن در منطقه چهار شهر رشت بودند. براساس اطلاعات آماری منتشر شده از سوی مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ تعداد جمعیت ساکن در منطقه چهار شهر رشت ۱۷۲۷۱۴ نفر بوده که افراد سالمند ساکن در این محدوده ۱۷۵۰۰ نفر (حدود ۱۰ درصد) بوده است. حجم نمونه آماری با توجه به جمعیت هر محله با استفاده از فرمول کوکران در سطح خطای ۵ درصد در حدود ۳۸۰ نفر به دست آمد که برای اطمینان از ۴۰۰ نفر سالمند پرسشگری به عمل آمد. روشی که در انجام فرآیند نمونه‌گیری به کار گرفته شد بدین گونه بود که ابتدا سهم هر محله از کل حجم نمونه به تناسب سهم آن محله از کل جمعیت منطقه مورد مطالعه بدست آمد. در ادامه با توجه به موقعیت بلوک‌های آماری مربوط به سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سطح هر محله، توزیع سهم نمونه‌های مشخص شده در هر محله و در سطح بلوک‌های آماری مذکور به روش تصادفی به گونه‌ای صورت پذیرفت که توزیع فضایی متعادل‌تری از نمونه‌ها را در سطح هر محله و در بین جمعیت سالمند آن محله داشته باشیم

^۱. Goldeberg & hillir

شاخص‌های پژوهش

متغیرهای مستقل تحقیق شامل دسترسی به فضاهایی چون مراکز و امکانات درمانی و بهداشتی، مراکز فرهنگی، امکانات ورزشی، فضاهای سبز، امکانات رفاهی و تفریحی، بازار و مراکز تجاری، مراکز مذهبی، پاتوق‌های محله‌ای، پیاده‌روها، اماکن مذهبی و وسایل حمل و نقل عمومی می‌باشد؛ متغیرهای وابسته پژوهش نیز شامل علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. که در جدول (۲) قابل ملاحظه می‌باشد.

جدول ۲. شاخص‌های به کار رفته در پژوهش

شاخص	معیار
دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی	دسترسی به مراکز فرهنگی، دسترسی به مراکز و امکانات بهداشتی و درمانی، دسترسی به مراکز و امکانات رفاهی و تفریحی، دسترسی به فضاهای سبز، دسترسی به اماکن مذهبی، دسترسی به بازار و مراکز تجاری، دسترسی به پاتوق‌های محله‌ای، دسترسی به وسایل حمل و نقل عمومی، دسترسی به امکانات ورزشی و دسترسی به پیاده‌روها
علائم جسمانی	سالم بودن، داروی تقویتی، ضعف، حس بیماری، سردرد، بستن سر، داغ و سردی بدن
اضطراب	بیخوابی بخاطر نگرانی، بیدار شدن وسط خواب، تحت فشار بودن، عصبی و بدخلق شدن، هراسان و وحشت زده شدن، عدم توانایی کار، عصبی شدن و دلشوره داشتن
اختلال در عملکرد اجتماعی	مشغول کردن، وقت صرف کار کردن، انجام به خوبی کارها، رضایت از نحوه انجام کار، نقش مفید در کارها داشتن، توانایی تصمیم‌گیری در کارها، اعصاب خراب، عدم توانایی انجام کار
افسردگی	مرده بودن، خودکشی، خاتمه دادن به زندگی، لذت بردن از فعالیت‌های روزمره، بی‌ارزش بودن زندگی، نا امیدکننده بودن زندگی، ارزش زنده بودن

منبع: آزاده همکاران ۱۳۹۹، آبرون همکاران ۱۳۹۵، عظیمی و همکاران ۱۳۹۹، سجاذاده و بهادر ۱۴۰۰، گلدربرگ و هیلر ۱۹۷۹.

یافته‌های تحقیق

در این قسمت از تحقیق ضمن بررسی مشخصات و خصوصیات فردی پاسخ‌گویان از جمله؛ جنسیت، سن، وضعیت تاهل، محل سکونت، درآمد و تحصیلات، به توزیع فراوانی متغیرهای توصیفی مذکور پرداخته شده است. مطابق جدول (۳)، مردان ۶۳ در صد نمونه آماری را تشکیل داده‌اند. پاسخ‌گویان زن نیز ۳۷ در صد از حجم نمونه آماری تحقیق را شامل شده‌اند. در میان پاسخ‌گویان ۶/۳ در صد نمونه آماری مجرد، ۵۲/۸ در صد پاسخ‌گویان متأهل، ۲۲/۸ در صد فوت همسر و ۱۸/۸ در صد نیز مطلقه هستند بر اساس یافته‌های تحقیق میانگین سن پاسخ‌گویان ۶۶/۸ سال با انحراف معیار ۷/۰۹ حداقل سن ۶۰ سال و حداکثر سن ۹۱ سال می‌باشد. نتایج بدست آمده در مورد میزان تحصیلات پاسخ‌گویان، بیانگر آن است که بیشترین فراوانی، مربوط به پاسخ‌گویان دارای میزان تحصیلات دیپلم بوده که ۴۵ در صد از حجم نمونه آماری را تشکیل داده‌اند و افراد زیردیپلم با ۳۴/۸ در صد در مرتبه دوم قرار دارند. بررسی‌ها در مورد شغل پاسخ‌گویان بیانگر آن است که بیشترین فراوانی، مربوط به پاسخ‌گویان بازنشسته بوده که

۴۶/۳ درصد از حجم نمونه آماری را تشکیل داده اند و سپس افرادی که مشغول به کار هستند با ۲۵/۸ درصد حجم نمونه در مرتبه دوم قرار دارند. در مورد میزان درآمد پاسخگویان بی شترین فراوانی، مربوط به پاسخگویان دارای درآمد ۵-۷ میلیون بوده که ۴۶/۳ درصد از حجم نمونه آماری را تشکیل داده اند و کمترین میزان درآمد مربوط به افراد با درآمد بیش از ۱۰ میلیون تومان است که ۷/۳ درصد حجم نمونه را به خود اختصاص داده اند. نتایج بدست آمده در مورد ناحیه سکونت پاسخگویان گویای آن است که بیشترین فراوانی، مربوط به ناحیه ۳ بوده که ۴۷/۳ درصد از حجم نمونه آماری را تشکیل داده اند. بررسی‌ها نشان داده است که ۶۲ درصد پاسخگویان مستاجر و ۳۸ درصد نیز مالک هستند. از سوی دیگر ۴۲/۳ درصد پاسخگویان در خانه ویلایی و ۵۷/۸ درصد نیز در آپارتمان ساکن هستند.

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد بررسی

جنسیت					متغیرها			
کل		مرد		زن		مشخصات		
۴۰۰		۲۵۲		۱۴۸		تعداد فراوانی		
۱۰۰		۶۳		۳۷		درصد فراوانی		
تاهل					متغیرها			
جمع		مطلقه		متاهل		مجرد		مشخصات
۴۰۰		۷۵		۲۰۹		۲۵		تعداد فراوانی
۱۰۰		۱۸/۸		۵۲/۸		۶/۳		درصد فراوانی
سن					متغیرها			
۶۶/۸۳					میانگین			
۷/۰۹					انحراف معیار			
۶۰					حداقل			
۹۱					حداکثر			
تحصیلات					متغیرها			
جمع		فوق لیسانس		فوق دیپلم		دیپلم		مشخصات
۴۰۰		۸		۳۷		۱۸۰		فراوانی
		لیسانس		دیپلم		زیردیپلم		بیسواد
		۱۲		۳۷		۱۳۹		۲۴
		۰		۰		۰		۰

درصد	۶	۳۴/۸	۴۵	۹/۳	۳	۲	۰	۱۰۰
متغیرها	شغل							
مشخصات	بازنشسته	شاغل	بیکار	تحت پوشش			سایر	جمع
فراوانی	۱۸۵	۱۰۳	۴۸	۴۴			۲۰	۴۰۰
درصد	۴۶/۳	۲۵/۸	۱۲	۱۱			۵	۱۰۰
متغیرها	میزان درآمد							
مشخصات	زیر ۲ میلیون	۵-۳ میلیون	۵-۷ میلیون	۷-۹ میلیون			بالای ۱۰ میلیون	جمع
فراوانی	۴۶	۹۳	۱۸۵	۴۷			۲۹	۴۰۰
درصد	۱۱/۵	۲۳/۳	۴۶/۳	۱۱/۸			۷/۳	۱۰۰
متغیرها	ناحیه							
مشخصات	ناحیه ۱	ناحیه ۲	ناحیه ۳	جمع				
فراوانی	۷۰	۱۴۱	۱۸۹	۴۰۰				
درصد	۱۷/۸	۳۵/۳	۴۷/۳	۱۰۰				
متغیرها	مالکیت							
مشخصات	استیجاری	ملکی		جمع				
فراوانی	۲۰۰	۲۰۰		۴۰۰				
درصد	۶۲	۳۸		۱۰۰				
متغیرها	نوع مسکن							
مشخصات	ویلايي	اپارتمانی		جمع				
فراوانی	۱۶۹	۲۳۱		۴۰۰				
درصد	۴۲/۳	۲۷/۸		۱۰۰				

منبع: یافته‌های پژوهش

در گام بعدی از توصیف یافته‌های پژوهش، آزمون نرمال بودن داده‌های پژوهش صورت گرفته است. نرمال بودن، اساسی‌ترین پیش فرض تحلیل چندمتغیره است. اگر این فرض برقرار نباشد برخی آزمون‌های آماری مشخص، غیر

معتبر بوده و قابل استفاده نیستند. نرمال بودن متغیرهای تحقیق از پیش شرط‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک می‌باشد. در این پژوهش برای اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون چولگی و کشیدگی استفاده شده است. مقدار چولگی درج شده برای تمامی متغیرهای تحقیق در بازه (۲، -۲) قرار دارد. به عبارتی از لحاظ کجی متغیرها نرمال بوده و توزیع آنها نیز متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی متغیرها نیز در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این امر نشان می‌دهد توزیع متغیرها از کشیدگی نرمال برخوردار بوده که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها می‌باشد. جدول (۴) مقدار نرمال بودن داده‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۴. آزمون نرمال بودن متغیرها

Kurtosis		Skewness		متغیرها
Std. Error	Statistic	Std. Error	Statistic	
۰/۲۴۳	۱/۴۱۶	۰/۱۲۲	۱/۱۱۷	شاخص دسترسی به فضاهاى عمومی
۰/۲۴۳	-۰/۵۶۲	۰/۱۲۲	-۰/۲۷۰	مقیاس علائم جسمانی
۰/۲۴۳	-۰/۷۶۹	۰/۱۲۲	-۰/۲۷۸	مقیاس اضطراب
۰/۲۴۳	-۰/۹۰۷	۰/۱۲۲	-۰/۰۸۸	مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی
۰/۲۴۳	-۱/۰۱۱	۰/۱۲۲	۰/۱۱۸	مقیاس افسردگی
۰/۲۴۳	-۰/۶۸۴	۰/۱۲۲	-۰/۰۸۲	شاخص کل سلامت عمومی

منبع: یافته‌های پژوهش

بررسی شاخص گرایش به مرکز (انحراف معیار و میانگین) متغیرهای تحقیق

ارزیابی سلامت عمومی سالمندان از بُعد مقیاس علائم جسمانی

بر اساس نتایج مندرج در جدول (۵)، مقیاس علائم جسمانی بر حسب گویه‌های سنجش شده در بین پاسخگویان، مطلوب است. تحلیل‌ها بیان می‌دارد که کمترین میانگین نمره به دست آمده، با نمره ۰/۴۳ مربوط به خرده مقیاس بستن سر (با چیزی شبیه به دستمال) و بیشترین میانگین نمره به دست آمده، با نمره ۱/۸۹ مربوط به خرده مقیاس سالم بودن است.

جدول ۵. میانگین مولفه‌های مقیاس علائم جسمانی

مولفه‌ها	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار
سالم بودن	۴۰۰	۱/۸۹	۰/۷۳۷۷۴
مصرف داروی تقویتی	۴۰۰	۱/۵۳۱۷	۰/۹۵۹۶۳
احساس ضعف	۴۰۰	۰/۹۰۷۵	۰/۸۶۳۶
حس بیماری	۴۰۰	۰/۷۶۷۵	۰/۸۲۴۷۱
سردرد	۴۰۰	۱/۱۷	۰/۸۴۴۳۲
بستن سر با دستمال	۴۰۰	۰/۰۴۳	۰/۶۲۵۳۶
داغ و سردی بدن	۴۰۰	۰/۸۸۵	۰/۸۱۷۵۹

منبع: یافته‌های پژوهش

ارزیابی سلامت عمومی سالمندان از بُعد مقیاس اضطراب

تحلیل‌های صورت گرفته در خصوص مقیاس اضطراب بیان می‌دارد که اضطراب بر حسب گویه‌های سنجش شده در بین جامعه آماری پایین بوده است و نمایان‌گر این است که میزان اضطراب در بین پاسخگویان کم است. (جدول ۶). در واقع می‌توان گفت در بین مولفه‌های مقیاس اضطراب بیشترین میانگین نمره حاصل، مربوط به مولفه‌ی عصبی و بدخلق شدن با نمره ۱/۳۱۵ و کمترین میانگین نمره بدست آمده مربوط به مولفه‌ی عصبی شدن و دلشوره داشتن در تمام مدت، با نمره ۱/۰۰۷۵ بوده است.

جدول ۶. میانگین مولفه‌های مقیاس اضطراب

مولفه‌ها	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار
بیخوابی بخاطر نگرانی	۴۰۰	۱/۰۶۲۵	۰/۸۷۷۷۹
بیدار شدن وسط خواب	۴۰۰	۱/۱۳۲۵	۰/۹۰۱۱
تحت فشار بودن	۴۰۰	۱/۱۹۲۵	۰/۸۶۴۴۷
عصبی و بدخلق شدن	۴۰۰	۱/۳۱۵	۰/۸۷۶۱۸
هراسان و وحشت زده شدن بدون دلیل	۴۰۰	۱/۰۴۷۵	۰/۸۱۶۶۵
عصبی شدن و دلشوره داشتن در تمام مدت	۴۰۰	۱/۰۰۷۵	۰/۸۵۱۰۳

منبع: یافته‌های پژوهش

ارزیابی سلامت عمومی سالمندان از بُعد مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی

همان‌گونه که در جدول (۷) مشاهده می‌شود، میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی در تمامی مولفه‌ها پایین است که حاکی از مطلوب بودن عملکرد اجتماعی است. بررسی مولفه‌ها در مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی نشان می‌دهد که در بین مولفه‌ها، بیشترین میانگین نمره به دست آمده مربوط به مولفه‌ی رضایت از نحوه انجام کار با نمره ۰/۹۹۷۵ و کمترین میانگین نمره حاصله مربوط به مولفه‌ی توانایی تصمیم‌گیری در کارها با نمره ۰/۸۴ بوده است.

جدول ۷. میانگین مولفه‌های مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی

مولفه ها	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار
مشغول کردن	۴۰۰	۰/۹۰۲۵	۰/۸۴۲۴۸
وقت صرف کار کردن	۴۰۰	۰/۸۸۷۵	۰/۷۸۸۲۹
انجام به خوبی کارها	۴۰۰	۰/۹۵۷۵	۰/۸۲۶۰۷
رضایت از نحوه انجام کار	۴۰۰	۰/۹۹۷۵	۰/۸۴۸۱۱
نقش مفید در کارها	۴۰۰	۰/۹۵۵	۰/۸۰۵۹۸
توانایی تصمیم‌گیری در کارها	۴۰۰	۰/۸۴	۰/۷۵۸۸۴
لذت از فعالیت روزمره	۴۰۰	۰/۹۹	۰/۸۷۲۸۱

منبع: یافته‌های پژوهش

ارزیابی سلامت عمومی سالمندان از بُعد مقیاس افسردگی

نتایج بررسی مقیاس افسردگی (جدول ۸) حاکی از این است که میزان افسردگی در بین پاسخ‌گویان کم بوده است. بطوری‌که بیشترین نمره میانگین مولفه‌ها، مربوط به اعصاب خراب و عدم توانایی در انجام کار با نمره ۱/۰۰۷۵ می‌باشد و کمترین نمره میانگین مربوط به مولفه‌ی بی ارزش بودن با نمره میانگین ۰/۴۶ می‌باشد.

جدول ۸. میانگین مولفه‌های مقیاس افسردگی

مولفه ها	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار
بی ارزش بودن	۴۰۰	۰/۴۶۷۵	۰/۶۶۷۱۳
نا امید کننده	۴۰۰	۰/۸۰۵	۰/۷۸۹۶۴
ارزش زنده بودن	۴۰۰	۰/۹۱	۰/۸۵۰۷۱
اعصاب خراب-عدم توانایی	۴۰۰	۱/۰۰۷۵	۰/۹۰۵۲۶
مرده بودن	۴۰۰	۰/۹۶۷۵	۰/۸۶۲۱۵
خودکشی	۴۰۰	۰/۷۵	۰/۶۵۴۶۵
خاتمه دادن	۴۰۰	۰/۶۶	۰/۶۵۲۲۸

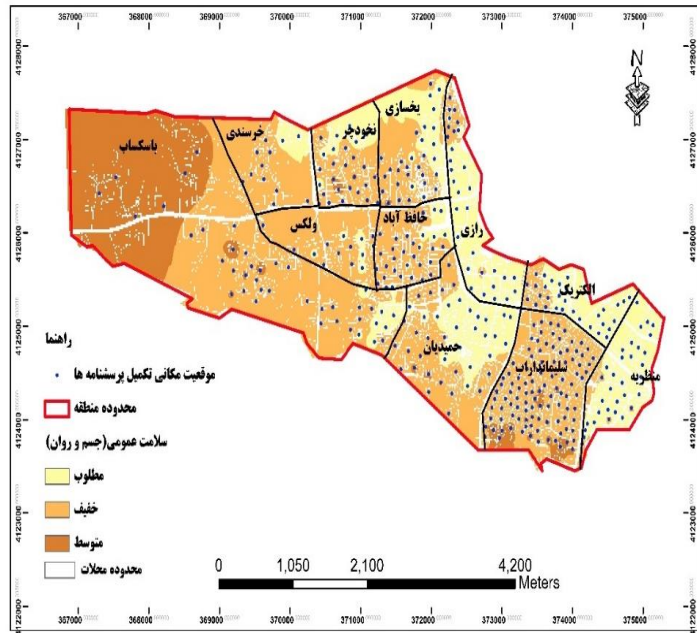
منبع: یافته‌های پژوهش

ارزیابی شاخص سلامت عمومی (جسمی و روانی) سالمندان

با توجه به تحلیل‌های صورت گرفته در این مطالعه (جدول ۹)، میانگین نمره کل شاخص سلامت عمومی سالمندان برابر با ۲۷/۴۷۴۵ است که در بین ابعاد آن بیشترین میانگین نمره حاصله، مربوط به مقیاس اضطراب با نمره ۷/۷۹۰۰ و کمترین میانگین نمره به دست آمده مربوط به بُعد افسردگی با نمره ۵/۵۶۷۵ بوده است. در شکل (۲) توزیع فضایی شاخص‌های سلامت عمومی سالمندان بر مبنای پاسخ‌های مستخرج از پرسشنامه و اعمال عملیات درونیابی در رابطه با مقادیر مربوطه به نمایش گذاشته شده است. همانطور که مشاهده می‌شود سلامت عمومی سالمندان ساکن در

محلات خرسندی، (۴-۴)، باسکیاب (۵-۴)، وولکس (۶-۴) و محله سلیمانداراب (۸-۴)، در حد مطلوبی نبوده و در برخی حوزه‌ها دچار اختلال هستند.

گویه ها	دامنه	میانگین	واریانس
مقیاس علائم جسمانی	۰-۲۱	۷/۵۸۷۵	۳/۱۹۴
مقیاس اضطراب	۰-۲۱	۷/۷۹۰۰	۳/۵۹۹
مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی	۰-۲۱	۶/۵۳۰۰	۳/۶۷۵
مقیاس افسردگی	۰-۲۱	۵/۵۶۷۵	۳/۵۹۳
شاخص سلامت عمومی	۰-۸۴	۲۷/۴۷	۱۰/۹۸۳



شکل ۲. نقشه پراکندگی وضعیت شاخص‌های سلامت عمومی

همبستگی شاخص‌های (مستقل) دسترسی و شاخص‌های (وابسته) سلامت عمومی (جسمی و روانی)

بررسی رابطه سلامت عمومی (جسمی و روانی) سالمندان با وضعیت دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی: نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون، نشان‌گر معناداری آماری همبستگی بدست آمده در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است، لذا رابطه معنادار و معکوسی بین میزان اختلال در مولفه‌های سلامت عمومی سالمندان و میزان دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی در محدوده مورد مطالعه، مشاهده می‌شود (جدول ۱۰). بنابراین می‌توان گفت به تناسب افزایش مقادیر میزان دسترسی به فضاهای عمومی در محدوده مورد مطالعه مقادیر مربوط به میزان سلامت عمومی (روانی و جسمی) سالمندان تغییر پیدا می‌کند.

جدول ۱۰. آزمون همبستگی بین مقیاس اختلال در مولفه‌های سلامت عمومی سالمندان و وضعیت دسترسی به فضاهای عمومی و

خدمات محلی

نتیجه گیری	تعداد	معناداری ضریب همبستگی	ضریب همبستگی پیرسون	
تایید رابطه	۴۰۰	۰۰۰/۰	۰/۶۵۷**	همبستگی بین وضعیت دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی و مقیاس اختلال در مولفه‌های سلامت عمومی (جسمی و روانی) سالمندان

منبع: یافته‌های پژوهش

یافته‌های مندرج در جدول (۱۱) در خصوص همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که، بین متغیرهای شاخص سلامت عمومی (جسمی و روانی) سالمندان و مولفه‌های دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی، رابطه معناداری وجود دارد. به عبارتی این متغیرها با توجه به همبستگی معکوس به دست آمده باعث کاهش اختلال در مولفه‌های سلامت عمومی (جسمی و روانی) سالمندان می‌شوند و سطح سلامت عمومی کنشگران با افزایش مقادیر این متغیرها بهبود پیدا می‌کند. بطوری‌که بیشترین تاثیر مربوط به بعد دسترسی به اماکن مذهبی و کاهش اضطراب با مقدار ۰/۴۶۰- می‌باشد.

جدول ۱۱. همبستگی بین متغیرهای پژوهش (مولفه‌های دسترسی و سلامت روان)

افسردگی	عملکرد	اضطراب	اختلال جسمانی	پیاده راه	حمل و نقل	پاتوق	بازار	مذهبی	فضای سبز	تفریحی	ورزشی	بهداشتی	فرهنگی	
													۱	فرهنگی
													۱	بهداشتی
													۰۰۱,۰	
											۱	۰۷۷,۰	۲۷۰,۰	ورزشی
												۱۲۵,۰	۰۰۰,۰	
										۱	۲۰۴,۰	۰۶۹,۰	۱۶۵,۰	تفریحی
												۰۰۰,۰	۱۶۸,۰	۰۰۱,۰
									۱	۱۳۹,۰	۱۷۵,۰	۲۳۷,۰	۲۳۸,۰	فضای سبز
										۰۰۵,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	
								۱	۳۱۴,۰	۱۸۰,۰	۲۳۶,۰	۲۳۹,۰	۳۶۹,۰	مذهبی
										۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	
							۱	۳۱۵,۰	۲۷۸,۰	۱۶۹,۰	۲۶۴,۰	۱۹۳,۰	۳۹۲,۰	بازار
										۰۰۰,۰	۰۰۱,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	
						۱	۳۳۵,۰	۲۵۱,۰	۲۵۹,۰	۲۴۶,۰	۲۹۱,۰	۱۳۰,۰	۲۸۸,۰	پاتوق
										۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۹,۰	۰۰۰,۰	
					۱	۲۸۴,۰	۲۸۲,۰	۲۹۹,۰	۲۴۸,۰	۱۸۰,۰	۲۰۶,۰	۲۵۵,۰	۴۱۰,۰	حمل و نقل
										۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	
				۱	۳۳۸,۰	۳۰۲,۰	۳۵۲,۰	۳۱۸,۰	۲۸۰,۰	۱۸۴,۰	۲۷۲,۰	۱۹۳,۰	۳۶۵,۰	پیاده راه

					۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	اختلال جسمانی	
			۱	-۳۹۶,۰	-۳۵۴,۰	-۳۶۳,۰	-۳۶۷,۰	-۳۹۰,۰	-۳۷۸,۰	-۳۰۷,۰	-۳۲۳,۰	-۲۴۶,۰	-۴۱۱,۰		
				۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰		
			۱	۶۵۲,۰	-۴۰۵,۰	-۳۵۷,۰	-۳۵۹,۰	-۴۰۷,۰	-۴۶۰,۰	-۴۲۸,۰	-۳۵۹,۰	-۴۳۰,۰	-۲۴۰,۰	-۴۳۷,۰	اضطراب
				۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰		
			۱	۳۸۶,۰	۳۹۹,۰	-۱۴۶,۰	-۱۹۰,۰	-۲۱۲,۰	-۱۹۹,۰	-۲۵۷,۰	-۲۱۱,۰	-۱۶۱,۰	-۲۰۵,۰	-۱۳۷,۰	عملکرد
				۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۴,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۱,۰	۰۰۰,۰	۰۰۳,۰	۰۰۶,۰	
			۱	۴۲۹,۰	۴۹۹,۰	۴۸۴,۰	-۲۷۶,۰	-۲۱۸,۰	-۲۵۱,۰	-۲۳۲,۰	-۳۱۵,۰	-۲۳۷,۰	-۱۵۵,۰	-۳۰۹,۰	افسردگی
				۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۲,۰	۰۰۰,۰	۰۰۲,۰	۰۰۰,۰	
			۱	۷۷۹,۰	۷۲۱,۰	۸۱۴,۰	۸۰۰,۰	-۳۸۹,۰	-۳۵۶,۰	-۳۷۸,۰	-۳۸۴,۰	-۴۵۵,۰	-۴۰۰,۰	-۳۱۳,۰	اختلال روان
				۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	۰۰۰,۰	

منبع: یافته‌های پژوهش

رگرسیون چند متغیره پیش بینی مقیاس علائم جسمانی از روی متغیرهای پیش‌بین دسترسی

با استناد به نتایج بدست آمده گفتنی است که بین متغیرها همبستگی بالایی (۰/۶۲۵) وجود دارد. از سوی دیگر مقدار آماره $R^2 = ۰/۳۹۰$ نشان می‌دهد که حدود ۳۹٪ از تغییرات در متغیر وابسته (مقیاس علائم جسمانی) توسط متغیر پیش‌بین توضیح داده می‌شود. این مقدار نشان‌دهنده تاثیر قابل توجهی از متغیر پیش‌بین بر متغیر وابسته است مقدار بدست آمده برای آماره دوربین واتسون نیز برابر با ۱/۵۵۰ می‌باشد، بخاطر اینکه رقم مذکور در بازه‌ی (۱۰۵-۲۰۵) قرار گرفته، نشان‌دهنده عدم وجود همبستگی خودکار، در اجزاء خطاهای مدل رگرسیون است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که خطاها به طور مستقل از یکدیگر هستند.

جدول ۱۲. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون علائم جسمانی

Sig	F	آزمون دوربین واتسون	خطای تخمین معیار	اصلاح شده R	۲R	R	پیش بینی علائم جسمانی از روی متغیرهای پیش‌بین دسترسی
۰/۰۰۰	۲۴/۹۱	۱/۵۵۰	۲/۵۲۶۴۴	۰/۳۷۵	۰/۳۹۰	۰/۶۲۵	

منبع: یافته‌های پژوهش

از بین متغیرهای پیش‌بین دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی، دسترسی به فضای سبز با ضریب بتای (۰/۱۵۷-) دسترسی به امکانات رفاهی و تفریحی با ضریب بتای (۰/۱۴۵-) و نیز دسترسی به خدمات فرهنگی با ضریب بتای (۰/۱۳۹-) بترتیب از قدرت تبیین بیشتری برخوردار هستند. به عبارتی می‌توان گفت که این متغیرها تاثیر معکوس و قابل توجهی بر مقیاس علائم جسمانی دارد (جدول ۱۳).

جدول ۱۳. پیش بینی مقیاس علائم جسمانی از روی متغیر پیش بین دسترسی

مقداری	T	ضرایب	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		استاندارد شده	خطای معیار	B	
۰/۰۰۰	۲۳/۸۸۴		۰/۷۸۳	۱۸/۶۹۴	ثابت
۰/۰۰۴	-۲/۹۰۹	-۰/۱۳۹	۰/۱۸۵	-۰/۵۳۷	فرهنگی
۰/۰۸۵	-۱/۷۲۸	-۰/۰۷۳	۰/۱۹۷	-۰/۳۴۰	بهداشتی
۰/۰۲۱	۲/۳۲۳-	-۰/۱۰۱	۰/۱۵۰	-۰/۳۴۹	ورزشی
۰/۰۰۱	۳/۴۷۵-	-۰/۱۴۵	۰/۱۷۴	-۰/۶۰۴	تفریحی
۰/۰۰۰	۳/۵۷۴-	-۰/۱۵۷	۰/۲۱۰	-۰/۷۵۱	فضای سبز
۰/۰۱۲	۲/۵۲۹-	-۰/۱۱۶	۰/۱۶۱	-۰/۴۰۸	مذهبی
۰/۱۱۹	۱/۵۶۴-	-۰/۰۷۳	۰/۲۱۰	-۰/۳۲۹	بازار
۰/۰۲۹	۲/۱۹۵-	-۰/۰۹۹	۰/۱۹۶	-۰/۴۳۰	پاتوق
۰/۱۳۳	۱/۵۰۷-	-۰/۰۷۰	۰/۲۱۸	-۰/۳۲۸	حمل و نقل
۰/۰۱۱	۲/۵۴۷-	-۰/۱۱۸	۰/۲۱۴	-۰/۵۴۴	پیااده‌روها

منبع: یافته‌های پژوهش

با توجه به نتایج به دست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای مورد بررسی همبستگی بالایی وجود دارد و مدل رگرسیونی توانسته است بخشی از تغییرات در متغیر وابسته (مقیاس علائم جسمانی) را توضیح دهد. همچنین، متغیرهای پیش بین مرتبط با دسترسی به فضای سبز، امکانات رفاهی و تفریحی، و خدمات فرهنگی تأثیر معکوس و قابل توجهی بر مقیاس علائم جسمانی دارند.

رگرسیون چند متغیره پیش‌بینی مقیاس اضطراب از روی متغیرهای پیش بین

با استناد به نتایج بدست آمده گفتنی است که بین متغیرها همبستگی مثبت (۰/۷۰۲) وجود دارد. از سوی دیگر مقدار R^2 برابر با ۰/۴۹۳ نشان می‌دهد که حدود ۴۹٪ از تغییرات در متغیر وابسته (مقیاس اضطراب) توسط متغیرهای پیش‌بین توضیح داده می‌شود. این مقدار نشان‌دهنده تأثیر بیشتر و قابل توجه از متغیرهای پیش‌بین بر متغیر وابسته است (جدول ۱۵) مقدار بدست آمده برای آماره دوربین واتسون نیز برابر با ۱/۷۶۲ می‌باشد و به دلیل اینکه رقم مذکور در بازه‌ی (۱/۵ تا ۲/۵) قرار گرفته، نشان‌دهنده عدم وجود همبستگی خودکار، در اجزاء خطاهای مدل رگرسیون است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که خطاها به طور مستقل از یکدیگر هستند (جدول ۱۴).

جدول ۱۴. آزمون همبستگی و رگرسیون مقیاس اضطراب

Sig.	F	آزمون دوربین واتسون	خطای معیار تخمین	اصلاح شده R	۲R	R	
۰/۰۰۰	۳۷/۹۰۱	۱/۷۶۲	۲/۵۹۴۱۴	۰/۴۸۰	۰/۴۹۳	۰/۷۰۲	پیش بینی مقیاس اضطراب از روی متغیرهای دسترسی

منبع: یافته‌های پژوهش

از سوی دیگر مقادیر $F(37/901)$ و سطح معناداری ($0/000$) نشان می‌دهد که مدل رگرسیون به طور کلی معنادار است و رابطه‌ای قوی بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر وابسته وجود دارد. در جدول بعدی ضریب بتا و سطح معناداری هر کدام از ابعاد متغیر مستقل ذکر گردیده است.

جدول ۱۵. پیش‌بینی مقیاس اضطراب از روی متغیرهای پیش‌بین دسترسی

معناداری	T	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		بتا	خطای معیار	B	
0/000	27/035		0/804	21/728	ثابت
0/002	-3/050	-0/133	0/190	-0/578	فرهنگی
0/192	-1/306	-0/050	0/202	-0/264	بهداشتی
0/000	-5/254	-0/208	0/154	-0/811	ورزشی
0/000	-4/790	-0/182	0/178	-0/854	تفریحی
0/000	-4/879	-0/195	0/216	-0/521	فضای سبز
0/000	-4/183	-0/175	0/166	-0/693	مذهبی
0/031	-2/166	-0/092	0/216	-0/468	بازار
0/272	-1/101	-0/045	0/201	-0/222	پاتوق
0/276	-1/090	-0/046	0/223	-0/243	حمل و نقل
0/043	-2/028	-0/085	0/219	-0/455	پیاده راه

منبع: یافته‌های پژوهش

همانگونه که در جدول (۱۵) نشان داده شده است؛ از بین متغیرهای پیش‌بین دسترسی به خدمات ورزشی (با بتای $-0/208$)، دسترسی به فضای سبز (با بتای $-0/195$) و دسترسی به امکانات رفاهی و تفریحی (با بتای $-0/182$) به ترتیب از قدرت تبیین بیشتری برخوردار هستند. این متغیرها تاثیر معکوس و قابل توجهی بر مقیاس اضطراب دارند و بیشترین تاثیر را در بین متغیرهای پیش‌بین دارد.

رگرسیون چند متغیره پیش‌بینی مقیاس عملکرد اجتماعی از روی متغیرهای پیش‌بین دسترسی

با استناد به نتایج بدست آمده گفتنی است که بین متغیرها همبستگی متوسط ($0/358$) وجود دارد. از سوی دیگر مقدار آماره $R^2 0/128$ حاکی از این است که متغیر پیش‌بین تاثیر اندکی در تبیین تغییرات مشاهده در متغیر وابسته (مقیاس عملکرد اجتماعی) دارد همچنین نشان می‌دهد که حدود $12/8\%$ از تغییرات در متغیر وابسته (مقیاس عملکرد اجتماعی) توسط متغیرهای پیش‌بین توضیح داده می‌شود (جدول ۱۶)

جدول ۱۶. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون مقیاس عملکرد اجتماعی

Sig.	F	آزمون دوربین واتسون	خطای معیار تخمین	اصلاح R شده	۲R	R	پیش بینی مقیاس عملکرد اجتماعی از روی متغیر دسترسی
۰/۰۰۰	۵/۷۱۴	۱/۸۵۹	۳/۴۷۶۹۳۶	۰/۱۰۶	۰/۱۲۸	۰/۳۵۸	

منبع: یافته‌های پژوهش

مقدار بدست آمده برای آماره دوربین واتسون نیز برابر با ۱/۸۵۹ می‌باشد، به دلیل این که رقم مذکور در بازه‌ی (۲/۵- ۱/۵) قرار گرفته، لذا می‌توان گفت در اجزاء خطای مدل رگرسیونی عدم همبستگی وجود دارد. شایان ذکر است که رابطه فوق با توجه به مقدار $F = ۵/۷۱۴$ و سطح معناداری حاصله ۰/۰۰۰ با ۹۹٪ اطمینان، معنادار است. و گویای معنادار بودن مدل رگرسیون و وجود رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر وابسته می‌باشد.

جدول ۱۷. پیش‌بینی مقیاس عملکرد اجتماعی از روی متغیر پیش‌بین دسترسی

معیار معیاری	T	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		بتا	خطای معیار	B	
۰/۰۰۰	۱۲/۵۸۳		۱/۰۷۷	۱۳/۵۵۳	ثابت
۰/۳۳۸	-۰/۹۰۰	-۰/۰۵۲	۰/۲۵۴	-۰/۲۲۹	فرهنگی
۰/۲۸۴	-۱/۰۷۳	-۰/۰۵۴	۰/۲۷۰	-۰/۲۹۰	بهداشتی
۰/۰۴۶	-۲/۰۰۳	-۰/۱۰۴	۰/۲۰۷	-۰/۴۱۵	ورزشی
۰/۱۶۸	-۱/۳۸۱	-۰/۰۶۹	۰/۲۳۹	-۰/۳۳۰	تفریحی
۰/۰۹۰	-۱/۷۰۲	-۰/۰۸۹	۰/۲۸۹	-۰/۴۹۲	فضای سبز
۰/۰۰۸	-۲/۶۷۸	-۰/۱۴۷	۰/۲۲۲	-۰/۵۹۴	مذهبی
۰/۲۵۹	-۱/۱۳۱	-۰/۰۶۳	۰/۲۸۹	-۰/۳۲۸	بازار
۰/۱۳۵	-۱/۴۹۹	-۰/۰۸۱	۰/۲۷۰	-۰/۴۰۵	پاتوق
۰/۲۳۲	-۱/۱۹۷	-۰/۰۶۶	۰/۲۹۹	-۰/۳۵۸	حمل و نقل
۰/۶۱۸	-۰/۴۹۸	-۰/۰۲۸	۰/۲۹۴	-۰/۱۴۶	پیاده‌روها

منبع: یافته‌های پژوهش

همانگونه که در جدول (۱۷) نشان داده شده است؛ از بین متغیرهای پیش‌بین، دسترسی به اماکن مذهبی (با بتای ۰/۱۴۷- دسترسی به خدمات ورزشی (با بتای ۰/۱۰۴-) و دسترسی به فضاهای سبز (با بتای ۰/۰۸۹-) به ترتیب از قدرت تبیین بیشتری برخوردار هستند نتایج بیان می‌دارد که بین متغیرهای مورد بررسی همبستگی وجود دارد و مدل رگرسیونی

توانسته است تغییرات در متغیر وابسته (مقیاس عملکرد اجتماعی) را توضیح دهد. همچنین، متغیرهای پیش‌بین مرتبط با دسترسی به اماکن مذهبی، خدمات ورزشی، و فضاهای سبز تأثیر معکوس بر مقیاس عملکرد اجتماعی دارند. مدل رگرسیون با توجه به آزمون F و سطح معناداری بالا، به طور کلی معنادار است.

رگرسیون چند متغیره پیش‌بینی مقیاس افسردگی از روی متغیرهای پیش‌بین دسترسی

با استناد به نتایج بدست آمده گفتنی است که بین متغیرها همبستگی متوسطی (۰/۴۴۵) وجود دارد. از سوی دیگر مقدار آماره $R^2 = -0/198$ حاکی از این است که متغیر پیش‌بینی توانسته در تبیین تغییرات مشاهده شده در متغیر وابسته (مقیاس افسردگی) نقش داشته باشد. به طوری که حدود ۱۹/۸٪ از تغییرات در متغیر وابسته (مقیاس افسردگی) توسط متغیرهای پیش‌بین توضیح داده می‌شود (جدول ۱۸)

جدول ۱۸. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون مقیاس افسردگی

Sig.	F	آزمون دوربین و اتسون	خطای معیار تخمین	اصلاح شده R	۲R	R	
۰/۰۰۰	۹/۵۹۴	۱/۷۲۶	۳/۲۵۸۲۴	۰/۱۷۷	۰/۱۹۸	۰/۴۴۵	پیش‌بینی مقیاس افسردگی از روی متغیرهای پیش‌بین دسترسی

منبع: یافته‌های پژوهش

مقدار بدست آمده برای آماره دوربین و اتسون نیز برابر با ۱/۷۲۶ می‌باشد، به دلیل قرار گیری رقم مذکور در بازه‌ی (۲/۵-۱/۵)، عدم وجود همبستگی سریالی در اجزاء خطای مدل قابل مشاهده است. شایان ذکر است که رابطه فوق با توجه به مقدار $F=9/5549$ و سطح معناداری حاصله ۰/۰۰۰/۰ با ۹۹٪ اطمینان معنادار است. در جدول (۱۹) ضریب بتا و سطح معناداری هر کدام از ابعاد متغیر مستقل ذکر گردیده است.

جدول ۱۹. پیش‌بینی مقیاس افسردگی از روی متغیرهای پیش‌بین

معناداری	T	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		ضرایب استاندارد شده	خطای معیار	
		بتا	B	
۰/۰۰۰	۱۳/۹۳۵		۱/۰۰۹	ثابت
۰/۵۶۵	-۰/۵۷۷	-۰/۰۳۲	۰/۲۳۸	فرهنگی
۰/۳۹۸	-۰/۸۴۷	-۰/۰۴۱	۰/۲۵۴	بهداشتی
۰/۰۰۰	-۳/۶۶۸	۰-/۱۸۳	۰/۱۹۴	ورزشی
۰/۵۶۸	-۰/۵۷۱	-۰/۰۲۷	۰/۲۲۴	تفریحی
۰/۱۳۴	-۱/۵۰۲	-۰/۰۷۶	۰/۲۷۱	فضای سبز
۰/۰۰۳	-۳/۰۳۳	-۰/۱۵۹	۰/۲۰۸	مذهبی
۰/۶۶۱	-۰/۴۳۹	-۰/۰۲۳	۰/۲۷۱	بازار

۰/۱۵۲	-۱/۴۳۶	-۰/۰۷۴	۰/۲۵۳	-۰/۳۶۳	پاتوق
۰/۶۰۵	-۰/۵۱۸	-۰/۰۲۷	۰/۲۸۱	-۰/۱۴۵	حمل و نقل
۰/۰۹۰	-۱/۶۹۹	-۰/۰۹۰	۰/۲۷۵	-۰/۴۶۸	پیاده راه

منبع: یافته‌های پژوهش

همانگونه که در جدول (۱۹) نشان داده شده است، از بین متغیرهای پیش بین متغیرهای دسترسی به خدمات ورزشی با بتای (۰/۱۸۳-)، دسترسی به اماکن مذهبی با بتای (۰/۱۵۹-) و دسترسی به پیاده‌روها با بتای (۰/۹۰-) به ترتیب از قدرت تبیین بیشتری برخوردار هستند. همچنین تحلیل‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که این متغیرها تاثیر معکوس و قابل توجهی بر مقیاس افسردگی دارد و بیشترین تاثیر را در بین متغیرهای پیش بین دارد.

تحلیل همبستگی و رگرسیون چند متغیره پیش بینی سلامت عمومی از روی متغیرهای پیش بین (دسترسی به فضاهای عمومی)

با استناد به نتایج بدست آمده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره، گفتنی است که بین متغیرهای پیش بین و متغیر وابسته همبستگی بالایی (۰/۶۶۷) وجود دارد، از سوی دیگر مقدار آماره ($R^2 = ۰/۴۴۷$) نشان دهنده این است که ۴۴/۷٪ از تغییرات مشاهده شده در متغیر وابسته (سلامت عمومی) توسط متغیرهای پیش بین (دسترسی به فضاهای عمومی) توضیح داده می‌شود. این مقدار قابل توجه است و نشان می‌دهد که متغیرهای پیش بین تاثیر زیادی در تبیین سلامت عمومی دارند (جدول ۲۰).

جدول ۲۰. آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون پیش بینی سلامت عمومی (جسمی و روانی)

Sig.	F	آزمون دوربین واتسون	خطای تخمین معیار	اصلاح شده R	R ²	R	
۰/۰۰۰	۲۰/۳۱	۱/۵۳۶	۸/۲۴۷۸۹۴	۰/۴۳۱	۰/۴۴۷	۰/۶۶۷	پیش بینی سلامت عمومی از روی متغیرهای دسترسی به فضاهای عمومی

منبع: یافته‌های پژوهش

مطابق با تحلیل‌های صورت گرفته، مقدار آماره دوربین-واتسون برابر با ۱/۵۳۶ است. این مقدار در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، که نشان دهنده عدم وجود همبستگی خودکار، در اجزاء خطاهای مدل رگرسیون است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که خطاها به طور مستقل از یکدیگر هستند. مقدار آماره F برابر با ۲۰/۳۱ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ نشان می‌دهد که مدل رگرسیون به طور کلی با اطمینان ۹۹٪ معنادار است. به عبارت دیگر، مدل رگرسیون به خوبی توضیح می‌دهد که چگونه متغیرهای پیش بین بر متغیر وابسته تاثیر می‌گذارند.

همانگونه که در جدول ۲۱ نشان داده شده است، از بین متغیرهای پیش بین، دسترسی به اماکن مذهبی با ضریب بتا ۰/۱۹۳- دسترسی به خدمات ورزشی با ضریب بتا ۰/۱۸۳- و دسترسی به فضاهای سبز با ضریب بتا ۰/۱۶۵- بیشترین تاثیر را بر سلامت عمومی دارند. این ضرایب نشان می‌دهند که با افزایش دسترسی به این امکانات، سلامت عمومی

بهبود می‌یابد. ضرایب منفی به این معنا هستند که افزایش در دسترسی به این فضاها منجر به کاهش مشکلات سلامت عمومی (یا افزایش سلامت عمومی) می‌شود

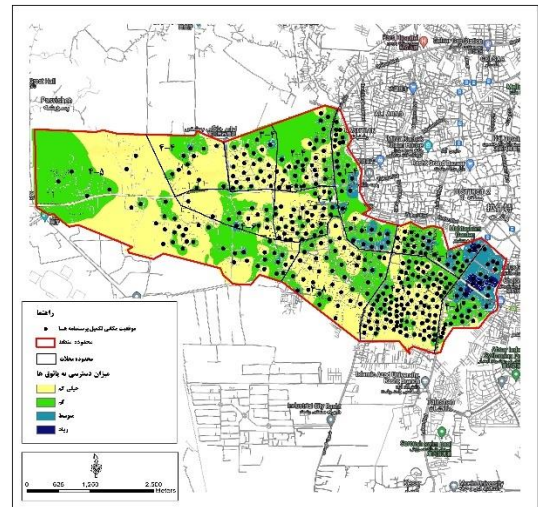
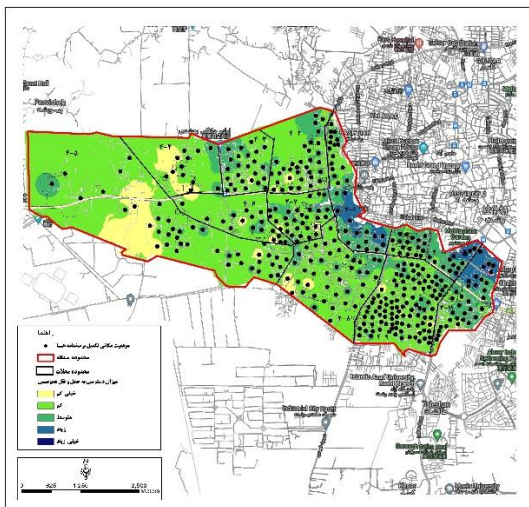
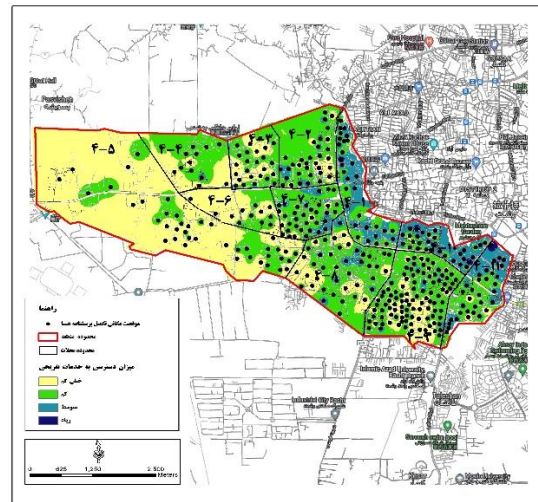
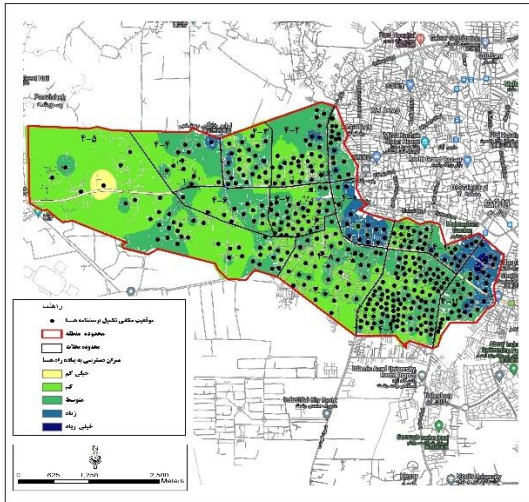
جدول ۲۱. پیش بینی سلامت عمومی (جسمی و روانی) از روی متغیر پیش بین دسترسی

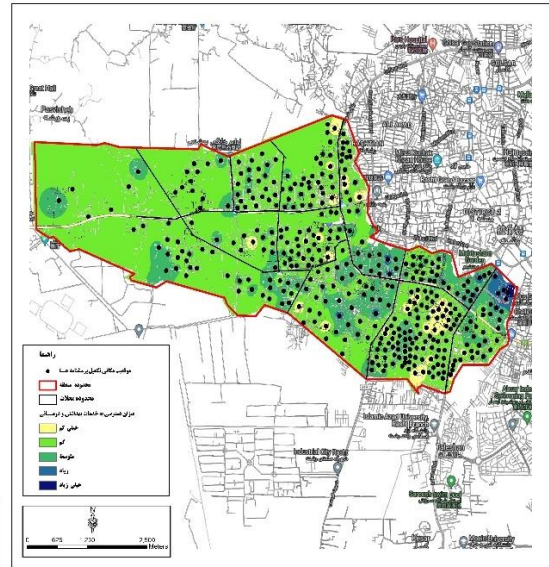
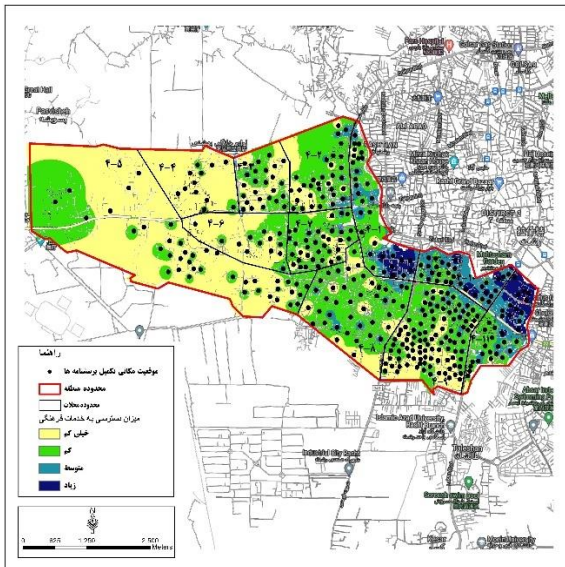
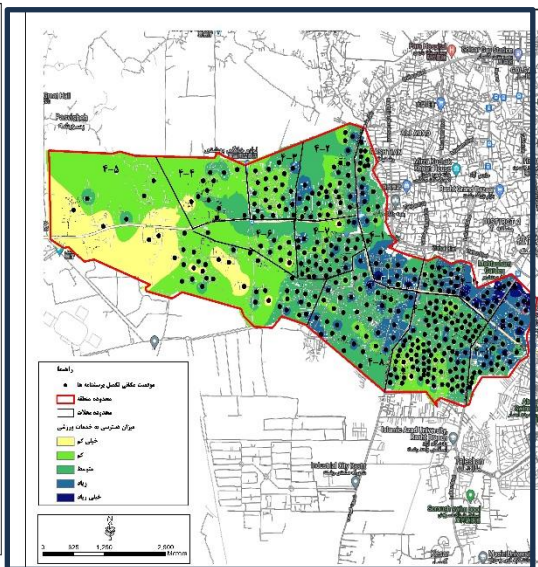
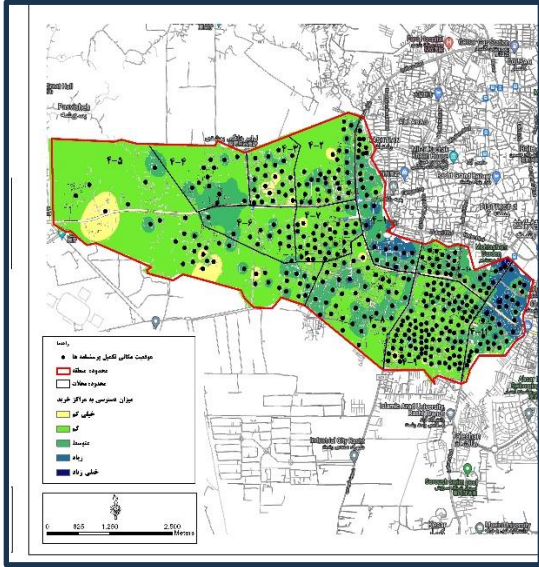
معناداری	T	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		بتا	خطای معیار	B	
۰/۰۰۰	۲۶/۶۲۹		۲/۵۵۵	۶۸/۰۴۲	ثابت
۰/۰۹۰	-۱/۶۹۸	-۰/۷۸	۰/۶۰۳	-۱/۰۲۴	فرهنگی
۰/۰۵۸	-۱/۷۲۷	-۰/۷۰	۰/۶۴۲	-۱/۱۰۸	بهداشتی
۰۰۰	-۴/۶۵۸	-۰/۱۸۳	۰/۴۹۱	-۲/۲۸۷	ورزشی
۰/۰۰۱	۳/-۳۷۸	-۰/۱۳۴	۰/۵۶۷	-۱/۹۱۶	تفریحی
۰/۰۰۰	-۳/۹۴۰	-۰/۱۶۵	۰/۶۸۶	-۲/۷۰۲	فضای سبز
۰۰۰	-۴/۴۱۷	-۰/۱۹۳	۰/۵۲۷	-۲/۳۲۶	مذهبی
۰/۰۷۱	-۱/۸۱۰	-۰/۸۰	۰/۶۸۷	-۱/۲۴۳	بازار
۰/۰۲۷	-۲/۲۱۸	-۰/۹۵	۰/۶۴۰	-۱/۴۲۰	پاتوق
۰/۱۳۱	-۱/۵۱۴	-۰/۶۷	۰/۷۱۰	-۱/۰۷۵	حمل و نقل
۰/۰۶۱	-۱/۸۷۹	-۰/۸۳	۰/۶۹۷	-۱/۳۱۰	پیاده‌رو

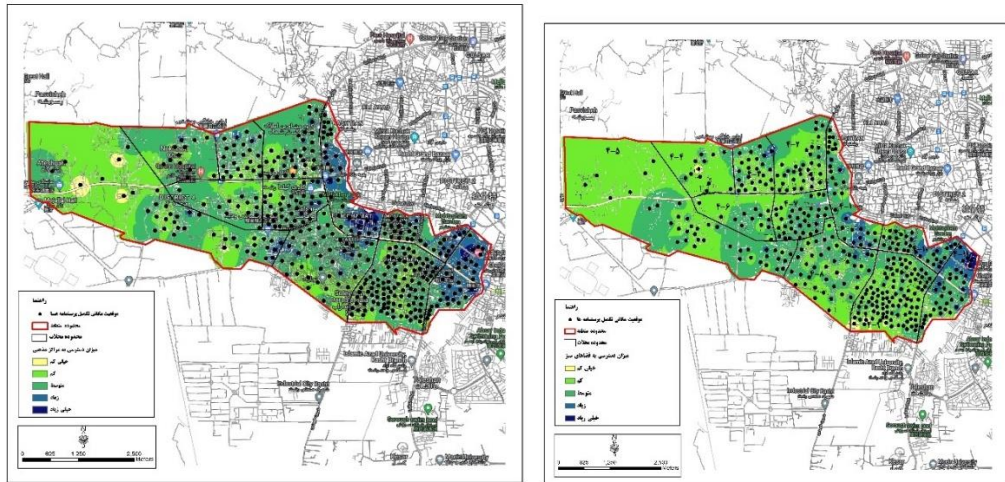
منبع: یافته‌های پژوهش

تحلیل‌های انجام شده در این پژوهش نشان داد که میانگین نمره کل شاخص سلامت عمومی سالمندان برابر با ۲۷/۴۷۴۵ است که در بین ابعاد آن بیشترین میانگین نمره حاصله، مربوط به مقیاس اضطراب با نمره ۷/۷۹۰۰ و کمترین میانگین نمره به دست آمده مربوط به بُعد افسردگی با نمره ۵/۵۶۷۵ بوده است. به عبارتی دیگر سطح سلامت عمومی (جسمی و روانی) سالمندان مورد مطالعه در منطقه چهار شهر رشت در حد مطلوب نبوده و با توجه به این که نمره میانگین حاصل بین ۲۳ تا ۴۰ است می‌توان گفت که بیشتر سالمندان بررسی شده در این پژوهش در برخی حوزه‌های سلامت عمومی دچار اختلال می‌باشند، به طوری که بررسی خرده مقیاس نشان داده است که سالمندان از نظر اضطراب، وضعیت جسمانی و عملکرد اجتماعی با مشکلاتی مواجه‌اند. از سوی دیگر آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش بیان می‌دارد که بین مقیاس اختلال در مولفه‌های سلامت عمومی (روانی و جسمی) سالمندان با شاخص دسترسی به فضاهای عمومی شهری، با ضریب $(-۰/۶۵۷)$ و در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ رابطه معنادار و معکوس وجود دارد. این متغیرها باعث کاهش اختلال در سلامت عمومی می‌شوند و سطح سلامت عمومی کنشگران با بهبود این عملکردها افزایش پیدا می‌کند. علاوه بر این، نتایج رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین، دسترسی به اماکن مذهبی با ضریب بتا $۰/۱۹۳$ - دسترسی به خدمات ورزشی با ضریب بتا $۰/۱۸۳$ - و دسترسی به فضاهای سبز با ضریب بتا $۰/۱۶۵$ - بیشترین تأثیر را بر سلامت عمومی دارند. این ضرایب

نشان می‌دهند که با افزایش دسترسی به این امکانات، سلامت عمومی بهبود می‌یابد. ضرایب منفی به این معنا هستند که افزایش در دسترسی به این فضاها منجر به کاهش مشکلات سلامت عمومی (یا افزایش سلامت عمومی) می‌شود. در شکل (۳) سعی شده است با توجه به پاسخ‌های مستخرج از پرسشنامه‌ها و اعمال عملیات درون یابی در رابطه با مقادیر مربوطه، به بازنمایی گرافیکی از توزیع شاخص‌های دسترسی به فضاهایی چون (پیاده‌روها، پاتوق‌ها، خدمات فرهنگی، اماکن و خدمات ورزشی، خدمات بهداشتی و درمانی، فضاهای سبز، اماکن مذهبی، حمل و نقل عمومی، امکانات رفاهی و تفریحی و بازار و مراکز تجاری) در محدوده مورد مطالعه پرداخته شود.







شکل ۳. نقشه بازنمایی وضعیت توزیع شاخص‌های دسترسی به فضاهای عمومی بر مبنای پاسخ‌های مستخرج از پرسشنامه و اعمال عملیات درونی در رابطه با مقادیر مربوطه

بحث و نتیجه‌گیری

لزوم توجه به فضاهای عمومی شهری و دسترس پذیر بودن آن برای افراد سالمند با توجه به تاثیرات آن بر سلامت جسم و روان سالمندان و ایجاد شهری سازگار با سن که علاوه بر سالمندان همه گروه‌های سنی بتوانند در آن به راحتی به فضاهای عمومی دسترسی داشته باشند و از کیفیت مطلوب زندگی بهره ببرند بیش از پیش ضروری است. مقاله حاضر در راستای بررسی رابطه بین دسترسی به فضاهای عمومی و سلامت عمومی (جسمی و روانی) سالمندان تدوین شده است. در این پژوهش ضمن بهره‌گیری از آمارهای توصیفی چون شاخص گرایش به مرکز (انحراف معیار و میانگین)، از آزمون‌های آماری چون آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره نیز استفاده شده است. نتایج حاصل از بررسی میانگین و واریانس متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که سطح سلامت عمومی (جسمی و روانی) سالمندان مورد مطالعه در منطقه چهار شهر رشت در حد مطلوب نبوده و با توجه به این که نمره میانگین حاصل بین ۲۳ تا ۴۰ است می‌توان گفت که بیشتر سالمندان بررسی شده در این پژوهش در برخی حوزه‌های سلامت عمومی دچار اختلال می‌باشند، به طوری که بررسی خرده مقیاس نشان داده است که سالمندان از نظر اضطراب، وضعیت جسمانی و عملکرد اجتماعی با مشکلاتی مواجه‌اند. همچنین نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که مولفه‌های دسترسی به فضاهای عمومی شهری، با ضریب‌های منفی و سطح معناداری کمتر از (۰/۰۵) همبستگی و رابطه معکوسی با شاخص‌های اختلال در سلامت عمومی (جسمی و روانی) سالمندان دارند به عبارتی این متغیرها با توجه به همبستگی معکوس به دست آمده، باعث کاهش اختلال در مولفه‌های مقیاس سلامت عمومی (جسمی و روانی) می‌شوند و سطح سلامت عمومی کنشگران با افزایش مقادیر این متغیرها تغییر پیدا می‌کند. علاوه بر این، نتایج حاصل از آزمون رگرسیون چند متغیره نشان داد که دسترسی به اماکن مذهبی، خدمات ورزشی و فضاهای سبز، بیشترین تأثیر را بر سلامت عمومی سالمندان دارد و بهبود دسترسی به این فضاها و خدمات می‌تواند به بهبود سلامت عمومی سالمندان منجر شود.

مطابق با یافته‌های تحقیق؛ شاخص دسترسی به مراکز و خدمات محلی در فضاهای عمومی تاثیر قابل توجهی بر سلامت روان سالمندان داشته است که این مورد را می‌توان در تحقیقات پسندیده و همکاران (۱۴۰۰) مشاهده نمود، که در آن با انتخاب شهروندان مشهد به عنوان مطالعه موردی به ارزیابی تاثیر شاخص‌های کیفیت محیط زندگی بر سلامت اجتماعی پرداخته شده است علاوه بر این نتایج تحقیق حاضر با تحقیقات انجام شده توسط فرانسیس و همکاران (۲۰۲۱)، یو و همکاران (۲۰۲۲)، ها و همکاران (۲۰۲۱) و آبراهام گوتاگری به همراه همکارانش (۲۰۲۱) مبنی بر تاثیر دسترسی به فضاهای عمومی و خدمات محلی بر سلامت روان هم راستا بوده است.

منابع:

- آزاده، سیدرضا؛ محمدی، جمال؛ نشاط دوست، حمیدطاهر (۱۳۹۹). تحلیل ارتباط بین کیفیت کالبدی محیط‌های شهری و استرس درک شده از سوی شهروندان (نمونه موردی کلانشهر اصفهان)، *نشریه علمی مطالعات شهری*، (۱۰)، ۱۱۲-۹۹. **Doi: 10.34785/J011.2021.954.99-112**
- باوزین فاطمه و سپهوندی، محمدعلی (۱۳۹۶). بررسی رابطه مؤلفه‌های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی در بین سالمندان شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۶. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۵ (۱۲)، ۹۳۸-۹۳۱
- بلوایه، یعقوب. (۱۳۹۰). بررسی رضایت‌مندی سالمندان از فضاهای عمومی شهری و ارائه راهکارهای ارتقا و بهبود آن‌ها (نمونه موردی شهر اسلامشهر). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد تهران واحد تهران مرکزی، *دانشکده هنر و معماری گروه شهرسازی*، ۳۸۵-۱
- پورجعفری، محمدرضا؛ تقوایی، علی اکبر؛ بمانیان، محمدرضا؛ صادقی، علیرضا، احمدی، فریال (۱۳۹۸). ارائه انگاره‌های محیطی مؤثر بر شکل‌گیری فضاهای عمومی مشوق سالمندی موفق با تأکید بر ترجیحات سالمندان شهر شیراز، *سالمند: مجله سالمندی ایران*. ۵ (۱)، ۲۲-۹
- پورزرنگار، فیروزه (۱۴۰۰). مطالعه نقش فضاهای سبز شهری بر سلامت روانی شهروندان شهر رشت، *دوازدهمین کنگره علوم باغبانی ایران، رفسنجان*. <https://civilica.com/doc/1327110>
- حسینی، سید هادی؛ رفیعی، غزاله؛ جوادیان، سیدحمید. (۱۳۹۵). تحلیلی بر آسیب‌شناسی طراحی فضاهای سبز عمومی در مناطق شهری (مطالعه موردی: پارک ارم شهر سبزوار). *فصلنامه علوم و تکنولوژی محیط زیست*، ۱۸ (۳)، ۱۷۱-۱۴۹.
- رفیعیان، محمد؛ جعفری، سعید (۱۳۹۹). سنجش رضایت‌مندی زنان از کیفیت فضاهای عمومی انحصاری با تاکید بر حس ایمنی، نمونه مطالعاتی: پارک بوستان مادران شهر جدید اندیشه تهران، *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، ۹ (۱)، ۱۵۸-۱۳۳
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان گیلان، ۱۳۹۵

- سجاذزاده، حسن؛ بهادر، عادل (۱۴۰۱). ارزیابی اولویت های کیفیت محیطی حیات شبانه در فضای شهری از منظر کاربران (نمونه موردی: فضاهای شهری در شهر همدان). *پژوهشهای جغرافیای انسانی*، ۵۴، (۲)، ۷۱۳-۷۳۳.
- Doi: 10.22059/JHGR.2021.318079.1008246**
- شجاعی فر، محمدرضا؛ انوری، محمدرضا؛ رضازاده، حاتف (۱۳۹۹). بررسی و تحلیل تأثیرات مؤلفه های حس تعلق مکان بر کیفیت محیط شهری، مطالعه موردی: شهر زاهدان، *پژوهش های جغرافیای سیاسی*، ۵، (۱)، ۱۲۵-۱۴۷
- Doi:org/10.22067/pg.v5i1.88748**
- شرفی، علی؛ قنبران، عبدالحمید؛ صالحی کوسالاری، فرزانه (۱۳۹۶). مروری بر نظریه های سالمندی و بازتاب آن در ویژگی های معماری منظر اقامتگاه های سالمندان، *مجله انسان و محیط زیست*، ۱۸، (۴)، ۵۵-۷۰
- شیرازبخت، فاطمه؛ افلاکی، اردلان؛ رضایی، ناصر. (۱۴۰۱). مروری بر پیشینه فرم و هندسه فضاهای شهری و حضور پذیری سالمندان، *فصلنامه جغرافیا و روابط انسانی*، (۲)، ۲۰۵-۲۲۴
- صابری فرد، رستم. (۱۳۹۷). رابطه بین عملکردهای مختلف پارک های شهری با سلامت روان سالمندان، *فصلنامه پژوهش های سلامت محور*، ۴، (۳)، ۱۱۱-۲۸۹
- عامری، فروق؛ گواری، فاطمه، نظری، طاهره؛ رشیدی نژاد، معصومه؛ افشارزاده، پوران (۱۳۸۱). تعاریف و نظریه های سالمندی، *مجله حیات*، ۸، (۱)، ۱۳-۴
- عظیمی، المیرا؛ ستارزاده، داریوش؛ بلیان، لیدا؛ عبدالله زاده طرف، اکبر؛ فرامرزی اصلی، مهسا (۱۳۹۹). ارزیابی تاثیر عوامل کالبدی-محیطی فضاهای عمومی بر سلامت روان شهروندان مطالعه موردی شهر اردبیل، *تشریح تحقیقات کاربردی علوم جغرافیا*، ۲۰، (۵۹)، ۳۲۰-۳۰۵
- غلامعلی زاده، حمزه؛ قرشی، سیده صدیقه. (۱۳۹۴). بررسی نظریه های سالمندی و چگونگی استفاده از آن ها در طراحی فضاهای زیست سالمندان، *دومین کنفرانس بین المللی پژوهش در علوم و تکنولوژی ترکیه استانبول ۲۴ اسفند ۱۳۹۴*
- غمگین، سهراب؛ زراحی، محمد. (۱۳۹۷). سبز راه شهری با رویکرد ارتقای سلامت روان، پایان نامه ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی، *دانشکده فنی مهندسی، گروه آموزشی معماری*، ۲۴۵-۲۵۰
- فاطمی یکشوه، طاهر؛ مرتضوی، سیده فریبا؛ احمدزاده، سهیلا (۱۳۹۴). بررسی نقش فضاهای عمومی شهری بر سلامت روانی انسان، کنفرانس بین المللی عمران، معماری و زیرساخت های شهری، تبریز، <https://civilica.com/doc/448348>
- فاطمی یکشوه، طاهر؛ مرتضوی، سیده فریبا؛ گلابی، بایزید. (۱۳۹۴). بررسی نقش فضاهای سبز شهری بر سلامت روانی سالمندان مرد با رویکرد ارتقاء کیفیت زندگی، *اولین کنفرانس سالانه بین المللی عمران، معماری و شهرسازی، شیراز*، <https://civilica.com/doc/588114>
- کیانی، اکبر؛ سالاری سردری، فرهاد (۱۳۹۱). ارزیابی قابلیت دسترسی و کاربرد بهینه فضاهای عمومی در شهر ساحلی عسلویه، *پژوهش های جغرافیای انسانی*، ۴۵، (۲)، ۵۱-۲۶۷

- کیانی، اکبر؛ سالاری سردری، فرهاد. (۱۳۹۱). ارزیابی قابلیت دسترسی و کاربرد بهینه فضاهای عمومی در شهر ساحلی عسلویه، پژوهش‌های جغرافیای انسانی، ۴۵ (۲)، ۵۱-۶۷
- نصیری هندخاله، اسماعیل؛ رضاعلی، منصور (۱۳۹۷). بررسی تاثیر مولفه‌های کالبدی و اجتماعی بر تحقق پذیری شهر دوستدار سالمند مطالعه موردی شهر رشت، فصلنامه شهر پایدار، ۱ (۴)، ۷۳-۸۷
- نعمتی، داریوش و آقابخشی، حبیب (۱۳۹۲). تهران شهر دوستدار سالمند، گام‌های آغازین تحقق نخستین پایتخت سالمندی جهان (به مناسبت سال سالمندی)، فصلنامه پژوهش اجتماعی، ۶ (۱۸)، ۱۵-۴۴
- یکتامرام، محمد. (۱۳۸۸). راهنمای سلامت. تهران. سازمان بهزیستی کشور معاونت امور فرهنگی ۱۳۸۸
- Abraham Cottagiri, S., Villeneuve, P.J., Raina, P., Griffith, L.E., Rainham, D., Dales, R., Peters, C.E., Ross, N.A., Crouse, D.L. (2021). Increased urban greenness associated with improved mental health among middle-aged and older adults of the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) *Environmental Research*, (206)
- Altug Turan, I. Malkoc True, E. (2022). The perception of public space of the elderly after social isolation and its effect on health. *Ain Shams Engineering Journal*. Available online 14 July 2022, 101884
- El Khateeb, S., Shawket, I.M. (2022). A new perception; generating well-being urban public spaces after the era of pandemics, *Developments in the Built Environment*, 9. doi.org/10.1016/j.dibe.2021.100065
- Francis, j. Wood, I., Knuirman, M. Corti, b. (2021). Quality or quantity? Exploring the relationship between Public Open Space attributes and mental health in Perth, Western Australia. *Social Science & Medicine* 74, (10), 1570-1577. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.01.032
- Goldberg DP, Hillier VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9(1): 139-45
- Ha, J., Kim, H.J., With, K.A. (2022). Urban green space alone is not enough: A landscape analysis linking the spatial distribution of urban green space to mental health in the city of Chicago Landscape and Urban Planning, *Journal Landscape and Urban Planning* (218), doi.org/10.1016/j.landurbplan. 104309. Get rights and content
- Yuan, Y., Chen, Y., Liu, Y., Ding, K. (2021) The neighborhood effect of residential greenery on residents' self-rated health: A case study of Guangzhou, China [J]. *Acta Geographica Sinica*, 76(8): 1965-1975 https://doi.org/10.11821/dlxb202108011
- Yue, Y., Yang, D., Van Dyck, D. (2022). Urban greenspace and mental health in Chinese older adults: Associations across different greenspace measures and mediating effects of environmental perceptions, *Journal Health & Place* (76), doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102856
- ZHU, W., WANG, J., QIN, B. (2021). Quantity or quality? Exploring the association between public open space and mental health in urban China, *Journal Landscape and Urban Planning*, (213)./doi.org/10.1016/j.landurbplan.2021.104128 Get rights and content