

Viewpoints of Elderly People on Components of Age-Friendly Cities: A Cross Sectional Study

Shirin Barzanjeh Atri¹ , Hasan Asrari Basmenj¹ , Leila Sheikhnezhad¹ , Mohammad Asghari Jafarabadi² ,
Mina Hosseinzadeh¹ , Faranak Jabbarzadeh Tabrizi³ 

¹ Department of Community Health Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Cabrini Research, Cabrini Health, School of Public Health and Preventative Medicine, Monash University, Melbourne, VIC 3144, Australia

³ Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 18 Oct 2021
Accepted: 20 Dec 2021
ePublished: 12 Sep 2022

Keywords:
Age-Friendly Cities,
Elderly,
Standards

Abstract

Background. The concept of age-friendly cities has been introduced by the World Health Organization (WHO) in an attempt to pay more attention to the elderly. In Iran, this issue is more important due to demographic changes and age conditions. This study aimed to investigate the views of the elderly people living in Tabriz about the indicators of age-friendly cities.

Methods. In this cross-sectional descriptive-analytical study, 351 elderly people were selected from six age-friendly centers in Tabriz by simple random sampling method. The data collection tool was the standard questionnaire of the WHO in an age-friendly city. To analyze the data, both descriptive statistics (frequency, frequency percentage, mean, and standard deviation) and analytical statistics (analysis of variance and t-test) were used. Also, the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 16 was used and significance level was considered as 0.05.

Results. Among the four studied indicators, the health component had the highest average (44.57 ± 11.81), followed by the components of social respect (38.5 ± 11.5), participation in social relations (34.8 ± 9.12), and the cultural and recreational index (32.86 ± 10.54 ; range 1-100). We also observed a significant relationship between gender and marriage with cultural and recreational component ($P = 0.002$).

Conclusion. Since none of the four indicators of age-friendly cities in Tabriz were standard, the managers of aging-related organizations should plan to standardize these indicators to achieve the desired conditions.

Barzanjeh Atri Sh, Asrari Basmenj H, Sheikhnezhad L, Asghari Jafarabadi M, Hosseinzadeh M, Jabbarzadeh Tabrizi F. Viewpoints of Elderly People on Components of Age-Friendly Cities: A Cross Sectional Study. *Depiction of Health*. 2022; 13(3): 296-310. doi: 10.34172/doh.2022.35. (Persian)

*Corresponding author; Hosseinzadeh M, E-mail: m.hosseinzadeh63@gmail.com



Extended Abstract

Background

It is essential to build the required infrastructures for an age-friendly community in Iran, which will soon experience population aging. Health professionals, especially community health nurses, can play an effective role in developing age-friendly communities through evaluating the current situation and identifying its strengths and weaknesses. However, few studies have been conducted in Iran on the indicators of an age-friendly city identified by nurses as the major professional health care providers.

Given the fact that the components of social respect, inclusion, participation, and communication are all related to psychosocial dimensions of health, and the components of cultural offers, entertainment, and health care are closely related to physical, social, psychological, and spiritual dimensions of health, the present study aimed to represent the views of elderly people regarding the status of four health-related domains of age-friendly cities in Tabriz, Iran.

Methods

This descriptive-analytic study was conducted using a cross-sectional design. The statistical population included all the elderly from six age-friendly centers (Shahid Mon'em Pour, Malek Afzali, Vali'asr, Sa'di, Mobin, and Ibn-e Sina) in Tabriz, the capital city of East Azerbaijan Province in Iran. Using simple random sampling method, we selected a total of 351 older adults. Inclusion criteria were absence of psychological and cognitive disorders, no severe visual impairment, and willingness to participate in the study.

Data were collected using the short form of the Abbreviated Mental Test (AMT), a demographic checklist, and Age-Friendly Environment Assessment Tool (AFEAT). Demographic profile included age, gender, education, housing, type of insurance, and adequacy of income.

The AMT is the most widely used cognitive screening test for older adults consisting of 10 items scored as true/false responses; those who score 7 and higher can enter the study. The World Health Organization (WHO) age-friendly cities framework proposes eight domains. In this study, four health-related domains, including social

respect and inclusion (12 items), social participation and communication (8 items), health care (13 items), and cultural offers and entertainment (18 items) were investigated.

The AFEAT is based on a 5-point Likert scale (Strongly Disagree =1; Disagree =2; Neutral =3; Agree =4; Strongly Agree =5). Scoring was done based on the mean score of participants' responses. To test the reliability of the tool, internal consistency and Cronbach's alpha were used. Cronbach's alpha coefficient was calculated for the domains of age-friendly cities, which was 0.86 for social participation and communication, 0.80 for social respect, 0.82 for healthcare services, 0.86 for cultural offers and entertainment, and 0.92 for the whole scale. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (analysis of variance) were utilized to analyze the data using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 16 at a significance level of 0.05.

Results

Of 351 participants, 62.1% were female. The majority of participants (78.91%) were in the age range of 65-75 years. Furthermore, the education level of 1.6% was high school or lower, 74.9% were married, 87.7% owned a personal house, and 65.8% reported adequacy of income.

Among the four domains, the health care domain had the highest mean (44.57 ± 11.81), followed by social respect (38.5 ± 11.5), social participation and communication (34.8 ± 9.12), and the cultural offers and entertainment (32.86 ± 10.54).

Among health care items, while the item "health care staff and consultants received the required trainings on elderly health" obtained the highest positive responses, the item "health services such as physical therapy, canes, glasses, and hearing aids are properly distributed among older adults" obtained the highest negative responses. In terms of social respect, while the item "there are places dedicated to providing public training on senior hood" received the highest positive responses, the item "priority seats have been designated in public transport vehicles" received the highest negative responses. Regarding social participation and communication, while the item "there

are training courses with topics of interest to the elderly such as the Internet and computer, chess training, Qur'an teaching, etc." received the highest positive responses, the item "large or capital letters are used in electronic devices such as ATMs, payphones etc." obtained the highest negative responses. Among the items related to cultural offers and entertainment, while the item "volunteers were attracted from health centers to develop programs for older adults' health" received the highest positive responses, the item "books, journals, and CDs are home delivered for older adults" obtained the highest negative responses.

Regarding the relationship between health-friendly components and contextual variables, a significant correlation was found between gender and marriage with cultural offers and entertainment domain ($P = 0.02$, $P = 0.002$).

Conclusion

Since none of the four indicators of age-friendly cities in Tabriz were standard, the managers of aging-related organizations should plan to standardize these indicators to achieve the desired conditions. Here, the following measures are recommended: culture building, training families, handing over cooperative sectors to volunteer seniors, planning for older adults' leisure activities, establishing in-home care services, and paying more attention to the key role of health professionals (e.g., nurses).

دیدگاه سالمندان درباره مولفه‌های شهرهای دوستدار سالمند: یک مطالعه مقطعی

شیرین برزنجه عطری^۱ ID، حسن اسراری باسمنج^۱ ID، لیلیا شیخ‌نژاد^۱ ID، محمد اصغری جعفرآبادی^۲ ID،
مینا حسین‌زاده^۳ ID، فرانک جبارزاده تبریزی^۳ ID

^۱ گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲ مرکز تحقیقات سلامت کاربردی، دانشکده بهداشت و پزشکی پیشگیری، دانشگاه موناش، ملبورن، استرالیا
^۳ گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. اخیراً مفهوم شهرهای دوستدار سالمند از سوی سازمان جهانی بهداشت به‌منظور توجه بیشتر به سالمندان مورد توجه قرار گرفته است. در کشور ایران نیز با توجه به تحولات جمعیتی و شرایط سنی کشور این موضوع بیشتر اهمیت پیدا کرده است. لذا این پژوهش به‌منظور بررسی دیدگاه سالمندان کانون‌های فعال دوستدار سالمند شهر تبریز در مورد مولفه‌های مرتبط با سلامتی شهرهای دوستدار سالمند انجام شد.

روش کار. مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بوده و جامعه پژوهش شامل سالمندان کانون‌های ۶ گانه شهر تبریز بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۳۵۱ نفر بوده و نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استاندارد شهر دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت بود. برای تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آنالیز واریانس و تی تست) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS Ver. 16 در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها. در مطالعه حاضر ۳۵۱ سالمند مشارکت داشتند که ۶۲/۱ درصد زن و ۳۷/۹ مرد بودند. اکثریت سالمندان (۷۸/۹۱ درصد) سن بین ۶۵ تا ۷۵ سال داشتند. از بین ۴ مولفه مورد بررسی، مولفه بهداشتی درمانی بیشترین میانگین را داشت (۴۴/۵۷±۱۱/۸۱) و بعد از آن مولفه‌های احترام اجتماعی با میانگین نمره (۳۸/۵±۱۱/۵)، مشارکت در روابط اجتماعی (۳۴/۸±۹/۱۲) و شاخص فرهنگی تفریحی (۳۲/۸۶±۱۰/۵۴) قرار داشتند (دامنه ۱-۱۰۰). بین جنس و تاهل با مولفه فرهنگی-تفریحی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P = ۰/۰۰۲$).

نتیجه‌گیری. با توجه به اینکه هیچ یک از ۴ مولفه‌ی بررسی شده از شاخص‌های شهرهای دوستدار سالمند در شهر تبریز در حد استاندارد نبودند، بنابراین لازم است مدیران سازمان‌های متولی سالمندی برای رسیدن به شرایط مطلوب تلاش بیشتری انجام دهند.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۶

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۹

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۰۶/۲۱

کلیدواژه‌ها:

شهر دوستدار سالمند، سالمندی، استانداردها

مقدمه

برسد.^۲ همچنین استان آذربایجان شرقی طبق سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، با دارا بودن ۴۲۰ هزار نفر سالمند، رتبه ششم سالمندی در کشور را دارد.^۳ سالمندان به دلیل بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن از پرهزینه‌ترین افراد برای نظام سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر محسوب می‌شوند.^۴ گزارش اخیر سازمان بهداشت جهانی،

اهمیت تغییرات جمعیتی و رشد جمعیت سالمندی، تا حدی است که از آن به‌عنوان یک فوریت جهانی نام برده می‌شود.^۱ طبق آخرین سرشماری در ایران، جمعیت سالمندان از ۸/۲ درصد در سال ۲۰۱۱ به ۹/۲ درصد در سال ۲۰۱۶ رسیده است و با این افزایش پیش‌بینی می‌شود به ۱۰/۵ درصد در سال ۲۰۲۵ و ۲۱/۷ درصد در سال ۲۰۵۰

* پدیدآور رابط: مینا حسین‌زاده، آدرس ایمیل: m.hosseinzadeh63@gmail.com

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.^۵

زرقانی و همکاران در مطالعه خود که به ارزیابی شاخص‌های شهر دوستدار سالمند در شهر مشهد پرداخته‌اند بیان کردند که تمامی شاخص‌های اجتماعی، فرهنگی و تفریحی و بهداشتی و درمانی در شهر مشهد، وضعیتی مناسب و مطابق استاندارد ندارند و با وضعیت ایده‌آل فاصله دارند.^۶ شرقی و همکاران نیز در مطالعه خود بیان کردند که از میان شاخص‌های شهر دوستدار سالمند، شاخص‌های فضاهای باز و ساختمان‌ها، حمل و نقل، مشارکت اجتماعی، تکریم سالمندان و مشمولیت اجتماعی، امکانات ارتباطات و اطلاعات و خدمات سلامتی در شهر تهران وضعیت مطلوبی برای سالمندان نداشته و شاخص مشارکت شهروندی و استخدام و مسکن برای آنان بسیار نامناسب است.^۸

یکی از دغدغه‌های برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران برای ایجاد جامعه دوستدار سالمند، گام نهادن در مسیر نیل به سالمندی سالم و فعال و تخصیص عادلانه منابع بهداشتی و درمانی می‌باشد. بر همین اساس، لزوم ایجاد زیرساخت‌های مورد نیاز برای جامعه دوستدار سالمند، در کشور ایران که به زودی با پدیده سالمندی جمعیت مواجه خواهد شد، بیش از پیش نمایان می‌گردد.^۹ از این‌رو بررسی وضعیت مولفه‌های شهر دوستدار سالمند از دیدگاه سالمندان ضروری به نظر می‌رسد. زیرا سالمندان افرادی پویا و علاقه‌مند به مشارکت فعال در امور مختلف و حضور در اجتماع هستند و در این راستا، داشتن رویکرد مشارکتی پایین به بالا، سالمندان را به تحلیل و بیان موقعیت‌شان و مشارکت‌دادن در تصمیم‌گیری‌ها قدرتمند می‌نماید. در مرور بر متون انجام شده، مطالعات محدودی در ایران پیرامون بررسی مولفه‌های شهر دوستدار سالمند توسط پرستاران به‌عنوان یک گروه حرفه‌ای سیستم سلامت، یافت شد.^{۱۰} در حالی که متخصصین حیطه سلامت علی‌الخصوص دانش‌آموختگان رشته پرستاری سلامت جامعه می‌توانند از طریق شناسایی وضعیت موجود، مقایسه وضعیت موجود با معیارهای جهانی و شناسایی نقاط قوت و ضعف سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت سالمندی، نقش موثری در

کاهش قابل توجه نمره سلامت افراد با افزایش سن را در کشورهای منتخب به وضوح نشان می‌دهد.^۵ بنابراین از پیامدهای مهم افزایش جمعیت سالمندان، مشکلات و چالش‌های مختلف بهداشتی و درمانی، اقتصادی و اجتماعی برای کشورها می‌باشد. از جمله مهمترین مسائل و چالش‌های اجتماعی که سالمندان با آن مواجه می‌شوند می‌توان به بازنشستگی، تغییر در ساختار خانواده‌ها، احساس تنهایی و طردشدگی و افزایش خطر بیماری‌های روحی و روانی اشاره نمود.^۶ علاوه بر موارد فوق، توسعه روزافزون شهرها، دگرگونی زندگی ساکنان شهری و کاهش چشمگیر ارتباطات خانوادگی و رفت‌وآمدهای فامیلی و دوری فرزندان، سبب ایجاد حس انزوا در سالمندان شده و به دنبال آن باعث کاهش چشمگیر کیفیت زندگی آنان می‌شود.^۵ به‌طور کلی عدم حمایت اجتماعی از سالمندان، افزایش مشکلات روحی و روانی و کاهش عملکرد اجتماعی آنان را باعث می‌شود.^۴

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۶ در بیانیه منشور اتاوا تاکید کرده است که سلامت افراد جدا از محیط زندگی روزانه آنان نبوده و تحت تاثیر محیطی است که افراد را احاطه کرده است؛ محیطی که افراد در آن به کار، فعالیت، تفریح و زندگی می‌پردازند. این نوع نگرش به سلامت تبیین‌کننده دیدگاه مکانی نسبت به سلامت است. نتیجه چنین دیدی به سلامت منجر به ایجاد ایده‌هایی چون شهرها، مدارس و بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت گردیده است؛ تا بدین وسیله سلامت افراد در مکان‌هایی که بیشتر اوقات خود را در آن به سر می‌برند، تقویت گردد.^۱ "شهرهای دوستدار سالمند" شامل آن دسته از فضاهای شهری می‌شوند که توزیع خدمات عمومی در آن‌ها به گونه‌ای است که حداکثر تناسب را با نیازها و محدودیت‌های افراد سالمند دارد. مطابق این تعریف، خدمات فرهنگی و بهداشتی در چنین شهری به شکلی ارائه می‌شود که سالمندان بدون وابستگی یا با دریافت حداقل کمک از سوی دیگران بتوانند از آن‌ها بهره‌مند شوند؛ علاوه بر این، در چنین شهرهایی، توجه به نیازهای تعریف شده‌ی فرد سالخورده به عنوان یک ضرورت در شاخص‌های فرهنگی و تعامل‌های بین فردی نیز لحاظ می‌شود.^۷ به طور کلی، سازمان بهداشت جهانی هشت شاخص و مولفه‌ی اصلی را به‌عنوان معیارهای جهانی شهر دوستدار سالمند در نظر می‌گیرد که عبارت‌اند از: شاخص‌های فضاهای باز

پرسشنامه ارزیابی وضعیت مولفه‌های شهر دوستدار سالمند توسط سازمان بهداشت جهانی طراحی شده است و مشتمل بر ۸ گویه می‌باشد که در این مطالعه به ۴ مولفه مرتبط با سلامتی شامل مولفه احترام اجتماعی با ۱۲ سوال، مشارکت و روابط اجتماعی با ۸ سوال، مولفه بهداشتی-درمانی با ۱۳ سوال و مولفه فرهنگی و تفریحی با ۱۸ سوال آن پرداخته شده است.^۲ سوالات پرسشنامه ارزیابی مولفه‌های شهر دوستدار سالمند به صورت طیف لیکرت پنج سطحی (کاملاً مخالفم: نمره ۱، مخالفم: نمره ۲، نظری ندارم: نمره ۳، موافقم: نمره ۴، کاملاً موافقم: نمره ۵) طراحی شده است. نمره‌دهی براساس میانگین نمرات نمونه‌های پژوهش بود. این میانگین عددی استاندارد شده و دارای مقیاس فاصله‌ای و عددی بین ۱ تا ۱۰۰ بود. بنابراین در صورت میانگین نمرات یک مولفه بالاتر از ۵۰ می‌توان گفت آن مولفه از دیدگاه سالمندان تا حدی مقبولیت دارد و می‌توان وضعیت آن شاخص را معادل استاندارد در نظر گرفت؛ اما اگر کوچک‌تر یا مساوی ۵۰ باشد، بیانگر استاندارد نبودن آن شاخص از دیدگاه سالمندان است. نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعات زرقانی و شرقی مورد استفاده قرار گرفته و روایی آن تأیید شده و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۹۵ گزارش شده است.^{۷، ۸} در مطالعه حاضر به منظور بررسی روایی صوری، پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی و ارزیابی مقدار آلفای کرونباخ استفاده شد. به این منظور پرسشنامه طراحی شده در اختیار ۳۰ نفر از اعضای جامعه آماری قرار داده شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه، مقدار ضریب آلفای کرونباخ به تفکیک مولفه‌های شهرهای دوستدار سالمند محاسبه شد که برای مولفه مشارکت و روابط اجتماعی برابر با ۰/۸۰، برای مولفه خدمات بهداشتی و درمانی برابر با ۰/۸۲، برای مولفه خدمات فرهنگی ورزشی برابر با ۰/۸۶، برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ محاسبه گردید.

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آنالیز واریانس) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با

مسیر ایجاد و توسعه جامعه دوستدار سلامت ایفا نمایند. با توجه به اینکه مولفه‌های احترام اجتماعی، مشارکت و ارتباط اجتماعی با ابعاد اجتماعی و روانی سلامت و مولفه‌های فرهنگی-ورزشی و بهداشتی-درمانی با ابعاد جسمانی، اجتماعی، روانی و معنوی سلامت ارتباط تنگاتنگ دارند، لذا هدف محققین به‌عنوان پرستاران سلامت جامعه تعیین دیدگاه سالمندان در خصوص وضعیت این ۴ مولفه مرتبط با ابعاد مختلف سلامتی از مولفه‌های شهر دوستدار سالمند در تبریز بود.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش را تمامی سالمندان بالای ۶۰ سال تحت پوشش ۶ کانون فعال دوستدار سالمند شهر تبریز (کانون دوستدار سالمند منعم‌پور-ملک افضلی-ولیعصر-سعدی-مبین و ابن‌سینا) تشکیل دادند. با توجه به تعداد کل سالمندانی که در مراکز دوستدار سالمند پرونده داشتند (۴۰۳۷ نفر) و با استفاده از جدول مورگان، حجم نمونه تعداد ۳۵۱ نفر تعیین گردید که این حجم نمونه متناسب با جمعیت هر مرکز با توجه به پرونده فعال در نظر گرفته شد که پس از دسترسی به لیست افراد واجد شرایط در هر مرکز از طریق سامانه سیب، به روش تصادفی ساده از طریق جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. پس از تماس با افراد منتخب و توضیح در مورد هدف پژوهش در صورت تمایل آنان، از آنها دعوت به عمل می‌آمد که جهت تکمیل پرسشنامه در مراکز دوستدار سالمند حضور یابند. معیارهای ورود شامل نداشتن بیماری روان‌پزشکی یا اختلال شدید بینایی، نداشتن مشکل شناختی و تمایل برای شرکت در مطالعه بود. پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: فرم کوتاه شده شناختی AMT،^{۱۱} چک‌لیست مشخصات جمعیت‌شناسی پرسشنامه ارزیابی وضعیت مولفه‌های شهر دوستدار سالمند^{۱۲} بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل: سن، جنس، تحصیلات، وضعیت مسکن، نوع بیمه و کفایت درآمد بود. فرم کوتاه شده شناختی از پرکاربردترین روش‌های غربالگری وضعیت شناختی در سالمندان است که مشتمل بر ۱۰ سوال می‌باشد و پاسخ سالمند به هر سوال با دو گزینه صحیح و غلط ارزیابی شده^{۱۱} و در صورت کسب حداقل نمره ۷ سالمند می‌تواند وارد پژوهش شود.

استفاده از نرم افزار SPSS ver.16 در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد. طرح پژوهشی حاضر توسط معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد IR.TBZMED.REC.1396.1286 به تصویب رسیده است. برای انجام مطالعه ملاحظات اخلاقی از قبیل ارائه توضیحات لازم در زمینه روش کار و اهداف پژوهش به کلیه واحدهای مورد پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش رعایت گردید.

یافته‌ها

از بین ۳۵۱ نفر سالمند مشارکت کننده در این پژوهش، ۶۲/۱ درصد (۲۱۸ نفر) درصد سالمندان زن و ۳۷/۹ درصد

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک و فراوانی و درصد فراوانی نمونه‌های پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس	زن ۲۱۸ (۶۲/۱)	سن	۶۵-۷۵ ۲۷۷ (۷۸/۹۱)
	مرد ۱۳۳ (۳۷/۹)		۷۶-۹۰ ۷۴ (۲۱/۰۹)
تحصیلات	بیسواد ۹۸ (۲۷/۹)	محل درآمد	مستمری بگیر ۲۲۱ (۶۳)
	زیردیپلم ۱۴۶ (۴۱/۶)		آزاد ۴۸ (۱۳/۷)
	دیپلم ۶۵ (۱۸/۵)		کمک فرزندان ۳۵ (۱۰)
	دانشگاهی ۴۲ (۱۲)		بدون درآمد ۲۹ (۸/۳)
	متاهل ۲۶۳ (۷۴/۹)	کفایت درآمد	کافی ۹۴ (۲۶/۸)
وضعیت تاهل	همسر فوتی ۸۶ (۲۴/۵)		تا حدودی کافی ۱۳۷ (۳۹)
	مطلقه ۲ (۶)		کافی نیست ۱۲۰ (۳۴/۲)
	شخصی ۳۰۸ (۸۷/۷)		فرزندان ۵۳ (۱۵/۱)
وضعیت مسکن	استیجاری ۲۶ (۷/۴)	همراه زندگی	اقوام ۱ (۰/۳)
	اقوام و خویشاوندان ۱۷ (۴/۸)		تنها ۴۳ (۱۲/۳)
			همسر و فرزندان ۶۵ (۱۸/۵)

از بین ۴ مولفه مورد بررسی، مولفه بهداشتی درمانی بیشترین میانگین را داشت ۴۴/۵۷ با انحراف معیار ۱۱/۸۱ و بعد از آن به ترتیب مولفه‌های احترام اجتماعی با میانگین نمره ۳۸/۵ و انحراف معیار ۱۱/۵، مشارکت در روابط اجتماعی ۳۴/۸ و انحراف معیار ۹/۱۲ و شاخص فرهنگی تفریحی ۳۲/۸۶ با انحراف معیار ۱۰/۵۴ قرار داشتند.

از بین آیت‌های مولفه بهداشتی درمانی آیت "مشاورین و کارکنان سلامت، آموزش‌های لازم را با محوریت سلامت سالمندان دیده اند." بیشترین درصد پاسخ‌های موافق و "خدمات بهداشتی و درمانی مانند فیزیوتراپی، عصاره عینک

و سمعک به‌طور مناسب در میان سالمندان توزیع می‌شود." بیشترین درصد پاسخ‌های مخالف را داشتند. در مورد مولفه احترام اجتماعی، آیت "محل‌های مخصوص ارائه آموزش‌های عمومی در مورد سالمندی وجود دارد." بیشترین پاسخ موافق و آیت "صندلی ویژه سالمندان در وسایل نقلیه عمومی تعبیه شده است" بیشترین پاسخ مخالف را داشتند. در مورد مولفه مشارکت در روابط اجتماعی، آیت "دوره‌های آموزشی با موضوع‌های مورد علاقه سالمندان مانند اینترنت و کامپیوتر و آموزش شطرنج، آموزش قرآن و غیره وجود دارد" بیشترین پاسخ

یک از سوالات ۴ مولفه مورد بررسی در جداول ۲ و ۳ آمده است.

ارتباط مولفه‌های دوستدار سلامت با متغیرهای زمینه‌ای در جدول شماره ۴ آمده است. همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد بین متغیرهای مورد بررسی فقط متغیر جنس و تاهل با مولفه فرهنگی ورزشی ارتباط معنی‌داری را نشان دادند ($P=0.02, P=0.002$).

موافق و آیتم "در تجهیزات الکترونیکی، از قبیل دستگاه‌های خودپرداز و تلفن‌های عمومی و غیره دکمه‌های بزرگ یا حروف بزرگ استفاده شده است." بیشترین پاسخ مخالف را داشتند. در مورد مولفه فرهنگی تفریحی "جلب مشارکت نیروهای داوطلب در مراکز سلامت در جهت توسعه برنامه‌های سلامت سالمندی انجام شده است." بیشترین پاسخ موافق و "پروژه تحویل کتاب، مجله و CD در درب منازل به سالمندان انجام می‌شود." بیشترین پاسخ مخالف را داشتند. فراوانی و درصد پاسخ سالمندان به هر

جدول ۲. دیدگاه سالمندان پیرامون "شاخص‌های احترام اجتماعی و مشارکت و روابط اجتماعی"

متغیر €	کاملاً موافقم		نظری ندارم		مخالفم		کاملاً مخالفم		متغیر £		
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)				
سوال ۱	۳ (۰/۹)	۵۱ (۱۴/۵)	۱۲۶ (۳۵/۹)	۱۶۰ (۴۵/۶)	۱۱ (۳/۱)	۱۳ (۳/۷)	۴۹ (۱۴)	۳۸ (۱۰/۸)	۲۱۸ (۶۲/۱)	۳۳ (۹/۴)	
سوال ۲	۳ (۰/۹)	۳۷ (۱۰/۵)	۱۱۸ (۳۳/۶)	۱۷۴ (۴۹/۶)	۱۹ (۵/۴)	۲۲ (۶/۳)	۱۵۹ (۴۵)	۲۷ (۷/۷)	۱۲۰ (۳۴/۲)	۲۳ (۶/۶)	
سوال ۳	۱ (۰/۳)	۲۸ (۸)	۹۳ (۲۶/۵)	۱۸۲ (۵۱/۹)	۴۷ (۱۳/۴)	۷ (۲)	۴۹ (۱۴)	۴۲ (۱۲)	۲۱۱ (۶۰/۱)	۴۲ (۱۲)	
سوال ۴	۲۹ (۸/۳)	۵۰ (۱۴/۲)	۴۱ (۱۱/۷)	۱۶۶ (۴۷/۳)	۶۵ (۱۸/۵)	۲ (۰/۶)	۱۳ (۳/۷)	۵۲ (۱۴/۸)	۲۴۴ (۶۳/۸)	۶۰ (۱۷/۱)	
سوال ۵	۲۹ (۸/۳)	۴۱ (۱۱/۷)	۳۸ (۱۰/۸)	۱۵۱ (۴۳)	۹۲ (۲۶/۳)	۲ (۰/۶)	۱۲ (۳/۴)	۷۳ (۲۰/۸)	۱۸۳ (۵۲/۱)	۸۱ (۲۳/۱)	
سوال ۶	۵ (۱/۴)	۲۱ (۶)	۴۷ (۱۳/۴)	۲۳۲ (۶۶/۱)	۴۶ (۱۳/۱)	۲۱ (۶)	۲۱ (۶)	۳۴ (۹/۷)	۲۲۲ (۶۳/۲)	۷۱ (۲۰/۲)	
سوال ۷	۱۷ (۴/۸)	۱۹۳ (۵۵)	۳۸ (۱۰/۸)	۸۷ (۲۴/۸)	۱۶ (۴/۶)	۱۳ (۳/۷)	۱۳ (۳/۷)	۴۴ (۱۲/۵)	۲۲۱ (۶۳)	۷۱ (۲۰/۲)	
سوال ۸	۴ (۱/۱)	۶۶ (۱۸/۸)	۵۵ (۱۵/۷)	۱۹۱ (۵۴/۴)	۳۵ (۱۰)	۱۴ (۴)	۱۵۰ (۴۲/۷)	۶۰ (۱۷/۱)	۱۱۲ (۳۱/۹)	۱۵ (۴/۳)	
سوال ۹	۵۴ (۱۵/۴)	۱۹۶ (۵۵/۸)	۲۹ (۸/۳)	۶۰ (۱۷/۱)	۱۲ (۳/۴)						
سوال ۱۰	۱ (۰/۳)	۱۷ (۴/۸)	۷۲ (۲۰/۵)	۲۰۷ (۵۹)	۵۴ (۱۵/۴)						
سوال ۱۱	۲ (۰/۶)	۱۱ (۳/۱)	۳۷ (۱۰/۵)	۲۴۶ (۷۰/۱)	۵۵ (۱۵/۷)	میانگین (انحراف معیار) کل شاخص		۳۴/۸۰ (۹/۱۲)			
سوال ۱۲	۱۸ (۵/۱)	۶۱ (۱۷/۴)	۳۷ (۱۰/۵)	۱۹۰ (۵۴/۱)	۴۵ (۱۲/۸)						
		میانگین (انحراف معیار) کل شاخص		۳۸/۵ (۱۱/۵)							

€ شاخص‌های فرهنگی-تفریحی، £ شاخص‌های خدمات بهداشتی و درمانی

جدول ۳. دیدگاه سالمندان پیرامون "شاخص‌های فرهنگی-تفریحی و خدمات بهداشتی درمانی"

متغیر €	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم	متغیر £	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالقم	کاملاً مخالفم
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سوال ۱	۱۲ (۳/۴)	۱۰۲ (۲۹/۱)	۲۸ (۸)	۱۹۲ (۵۴/۷)	۱۷ (۴/۸)	سوال ۱	۵ (۱/۴)	۶۶ (۱۸/۸)	۶۹ (۱۹/۷)	۱۸۰ (۵۱/۳)	۳۱ (۸/۸)
سوال ۲	۸ (۲/۳)	۹۵ (۲۷/۱)	۴۶ (۱۳/۱)	۱۷۱ (۴۷/۸)	۳۱ (۸/۸)	سوال ۲	۵۹ (۱۶/۸)	۱۷۰ (۴۸/۴)	۴۲ (۱۲)	۷۳ (۲۰/۸)	۷ (۲/۰)
سوال ۳	۴ (۱/۱)	۴۲ (۱۲)	۹۰ (۲۵/۶)	۹۰ (۵۱/۹)	۳۳ (۹/۴)	سوال ۳	۲۰ (۵/۷)	۱۵۱ (۴۳)	۴۵ (۱۲/۸)	۱۲۲ (۳۴/۸)	۱۳ (۳/۷)
سوال ۴	۱ (۰/۳)	۳۶ (۱۰/۳)	۴۰ (۱۱/۴)	۲۱۸ (۶۲/۱)	۵۶ (۱۶)	سوال ۴	۰ (۰)	۶ (۱/۷)	۳۶ (۱۰/۳)	۲۱۴ (۶۱)	۹۵ (۲۷/۱)
سوال ۵	۰ (۰)	۳ (۰/۹)	۱۴ (۴)	۲۰۶ (۷۵/۸)	۱۲۸ (۳۶/۵)	سوال ۵	۶۶ (۱۸/۸)	۱۸۳ (۵۲/۱)	۲۹ (۸/۳)	۶۳ (۱۷/۹)	۱۰ (۲/۸)
سوال ۶	۱ (۰/۳)	۴ (۱/۱)	۲۱ (۶)	۱۷۷ (۵۲/۴)	۱۴۸ (۴۲/۲)	سوال ۶	۵۳ (۱۵/۱)	۵۵ (۱۵/۷)	۵۶ (۱۶)	۱۴۹ (۴۲/۵)	۳۸ (۱۰/۸)
سوال ۷	۱ (۰/۳)	۲۲ (۶/۳)	۴۹ (۱۴)	۱۷۵۴ (۴۹/۹)	۱۰۴ (۲۹/۶)	سوال ۷	۱۴ (۴/۰)	۶۲ (۱۷/۷)	۵۳ (۱۵/۱)	۱۸۹ (۵۳/۸)	۳۳ (۹/۴)
سوال ۸	۱ (۰/۳)	۳ (۰/۹)	۵۴ (۱۵/۴)	۱۸۸ (۵۳/۶)	۱۰۵ (۲۹/۲)	سوال ۸	۸ (۲/۳)	۷۳ (۲۰/۸)	۳۸ (۱۰/۸)	۱۷۰ (۵۰/۴)	۵۵ (۱۵/۷)
سوال ۹	۴ (۱/۱)	۳۹ (۱۱/۱)	۴۴ (۱۲/۵)	۲۳۶ (۶۷/۲)	۲۸ (۸)	سوال ۹	۶ (۱/۷)	۷۲ (۲۰/۵)	۷۰ (۱۹/۹)	۱۲۴ (۳۵/۳)	۷۹ (۲۲/۵)
سوال ۱۰	۱ (۰/۳)	۱۱ (۳/۱)	۲۶ (۷/۴)	۲۰۷ (۵۹)	۱۰۶ (۳۰/۲)	سوال ۱۰	۵ (۱/۴)	۷۴ (۲۱/۱)	۱۱۳ (۳۲/۲)	۱۲۰ (۳۴/۲)	۳۹ (۱۱/۱)
سوال ۱۱	۴۷ (۱۳/۴)	۷۴ (۲۱/۱)	۳۲ (۹/۱)	۱۳۸ (۳۹/۳)	۶۰ (۱۷/۱)	سوال ۱۱	۷۱ (۲۰/۲)	۱۷۸ (۵۰/۷)	۴۱ (۱۷/۷)	۴۸ (۱۳/۷)	۱۳ (۳/۷)
سوال ۱۲	۲ (۰/۶)	۷۵ (۲۱/۴)	۳۱۱ (۸/۸)	۱۴۷ (۴۱/۹)	۹۶ (۲۷/۴)	سوال ۱۲	۱۹ (۵/۴)	۹۰ (۲۵/۶)	۵۶ (۱۶)	۱۵۰ (۴۲/۷)	۳۶ (۱۰/۳)
سوال ۱۳	۴ (۱/۱)	۱۸ (۵/۱)	۶۰ (۱۷/۱)	۲۳۴ (۹۹/۷)	۳۵ (۱۰)	سوال ۱۳	۲ (۶۰)	۲۶ (۷/۴)	۴۸ (۱۳/۷)	۲۰۴ (۵۸/۱)	۷۱ (۲۰/۲)
سوال ۱۴	۱۷ (۴/۸)	۱۲۴ (۳۵/۳)	۶۷ (۱۹/۱)	۱۳۰ (۳۷)	۱۴ (۳/۷)						
سوال ۱۵	۱۷ (۴/۸))	۷۵ (۲۱/۴)	۱۱۲ (۳۱/۹)	۱۱ (۳/۱)						
سوال ۱۶	۳۵ (۱۰)	۱۲۶ (۳۵/۹)	۵۵ (۱۵/۷)	۱۱۳ (۳۲/۲)	۲۲ (۶/۳)	میانگین کل شاخص	۴۴/۵۷ (۱۱/۸۱)				
سوال ۱۷	۳ (۰/۹)	۷ (۲)	۳۱ (۸/۸)	۲۲۶ (۶۴/۴)	۸۴ (۲۳/۹)						
سوال ۱۸	۱ (۰/۳)	۲۸ (۸)	۳۷ (۱۰/۵)	۱۸۲ (۵۱/۹)	۱۰۳ (۲۹/۳)						
میانگین کل شاخص ۳۲/۸۶ (۱۰/۵۴)											

€ شاخص‌های فرهنگی-تفریحی ، £ شاخص‌های خدمات بهداشتی و درمانی

جدول ۴. ارتباط متغیرهای دموگرافیک با مولفه‌های شهر دوستدار سالمند

میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	احترام اجتماعی میانگین (انحراف معیار)	مشارکت اجتماعی میانگین (انحراف معیار)	
فرهنگی و ورزشی میانگین (انحراف معیار)	بهداشتی و درمانی میانگین (انحراف معیار)	احترام اجتماعی میانگین (انحراف معیار)	مشارکت اجتماعی میانگین (انحراف معیار)	جنس
۳۵/۱۲ (۹/۹۹)	۴۵/۶۴ (۱۱/۷۴)	۳۷/۹۳ (۱۰/۵۰)	۳۵/۹۲ (۱۲/۲۰)	مرد
۳۱/۴۷ (۱۰/۷۷)	۴۳/۹۱ (۱۳/۱۷)	۳۸/۸۵ (۱۱/۸۱)	۳۴/۱۱ (۱۲/۳۳)	زن
۰/۰۰۲	۰/۲۱	۰/۴۶	۰/۱۸	(t-test) P-value
تحصیلات				
بی‌سواد میانگین (انحراف معیار)	بی‌سواد میانگین (انحراف معیار)	بی‌سواد میانگین (انحراف معیار)	بی‌سواد میانگین (انحراف معیار)	بی‌سواد
۳۱/۴۲ (۱۰/۳۳)	۴۴/۱۱ (۱۱/۹۳)	۳۸/۸۱ (۹/۷۳)	۳۴/۰۸ (۱۰/۱۴)	زیردیپلم
۳۲/۳۰ (۱۰/۸۶)	۴۵/۳۴ (۱۲/۷۳)	۳۸/۹۶ (۱۲/۱۹)	۳۳/۶۹ (۱۱/۲۴)	دیپلم
۳۵/۲۷ (۹/۷۷)	۴۶/۷۱ (۱۴/۰۸)	۳۹/۷۱ (۱۲/۰۰)	۳۶/۸۷ (۱۴/۳۸)	دانشگاهی
۳۴/۴۲ (۱۱/۱۰)	۴۳/۰۸ (۱۱/۸۰)	۳۴/۳۲ (۱۰/۰۳)	۳۷/۱۲ (۱۶/۱۱)	(ANOVA) P-value
۰/۰۹	۰/۴۵	۰/۰۷	۰/۱۸	
تاهل				
متاهل میانگین (انحراف معیار)	متاهل میانگین (انحراف معیار)	متاهل میانگین (انحراف معیار)	متاهل میانگین (انحراف معیار)	متاهل
۳۳/۵۸ (۱۰/۷۳)	۴۵/۱۳ (۱۲/۴۳)	۳۸/۸۸ (۱۱/۲۰)	۳۴/۸۷ (۱۱/۵۳)	بدون همسر
۳۰/۷۱ (۱۱/۶۸)	۴۲/۸۹ (۱۳/۲۷)	۳۷/۳۷ (۱۱/۰۳)	۳۴/۵۸ (۱۴/۴۰)	P-value(t-test)
۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۲۸	۰/۸۵	
کفایت در آمد				
کافی میانگین (انحراف معیار)	کافی میانگین (انحراف معیار)	کافی میانگین (انحراف معیار)	کافی میانگین (انحراف معیار)	کافی
۳۲/۳۲ (۹/۵۸)	۴۶/۸۲ (۱۳/۲۳)	۴۰/۵۱ (۱۲/۴۹)	۳۳/۸۰ (۸/۵۳)	تأخیری
۳۲/۷۸ (۱/۷۲)	۴۲/۸۱ (۱۲/۶۰)	۳۷/۷۵ (۱/۲۰)	۳۵/۲۱ (۱۴/۵۳)	کافی نیست
۳۳/۳۶ (۱۱/۲۷)	۴۴/۸۰ (۱۲/۲۷)	۳۷/۷۹ (۱۰/۹۰)	۳۵/۱۰ (۱۲/۶۵)	P-value(ANOVA)
۰/۷۷	۰/۰۵۸	۰/۱۳	۰/۶۵	
سن				
۶۵-۷۵ میانگین (انحراف معیار)	۶۵-۷۵ میانگین (انحراف معیار)	۶۵-۷۵ میانگین (انحراف معیار)	۶۵-۷۵ میانگین (انحراف معیار)	۶۵-۷۵
۳۲/۳۷ (۱۰/۶۳)	۴۳/۵۶ (۱۱/۴۶)	۳۷/۸۰ (۱۱/۲۷)	۳۴/۸۰ (۸/۵۳)	بالای ۷۵
۳۴/۷۸ (۱۰/۵۳)	۴۵/۶۱ (۱۳/۸۷)	۳۹/۳۰ (۱۲/۶۴)	۳۵/۷۶ (۱۲/۵۳)	p-value(t-test)
۰/۰۵۲	۰/۴۴	۰/۵۹	۰/۵۸	

بحث

شریعت و همکاران می‌باشد که میزان رضایت سالمندان از مولفه احترام اجتماعی را بالاتر از حد متوسط گزارش کرده بود.^{۱۳}

سازمان جهانی بهداشت هم بیان می‌کند که در برخی از شهرها خدمات حرفه‌ای و تجاری بدون در نظر گرفتن نیازهای سالمندان ارائه می‌گردد و در برخی دیگر وضعیت مطلوب می‌باشد.^{۱۴} علت این تناقض در نتایج می‌تواند به دلیل تفاوت در میزان شناخت و آگاهی دولت‌های محلی از مسائل و مشکلات سالمندان و نیازهای ویژه‌ی آنها در دسترسی به خدمات باشد.^{۱۴، ۷} حمایت و ترویج هنجارها و رفتارهای پسندیده در شهروندان از طریق آموزش امکان‌پذیر است. آموزش می‌تواند مهارت‌ها و ارزش‌هایی را تقویت کند که به احترام اجتماعی سالمندان منجر شود.^۸ نتایج یک مطالعه اخیر نشان داد که خانواده نقش مهمی در حمایت سالمندان ایفا می‌کند؛ بنابراین، او پیشنهاد داد که اصول برقراری رابطه سالم خانواده با سالمند در

این مطالعه با هدف بررسی دیدگاه سالمندان شهر تبریز در مورد مولفه‌های مرتبط با سلامتی شهرهای دوستدار سالمند انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مولفه‌ی "احترام اجتماعی" از دیدگاه سالمندان شهر تبریز، در وضعیت نامناسبی قرار دارد (میانگین ۳۸/۵۰). بالاترین میزان رضایت در این مولفه، مربوط به سوال ۹ با عنوان "محل‌های مخصوص ارائه آموزش‌های عمومی در مورد سالمندی وجود دارد" با امتیاز ۷۱/۲ درصد بود. همچنین بیشترین میزان عدم رضایت نیز مربوط به سوال ۱۱ با عنوان "صندلی ویژه سالمندان در وسایل نقلیه عمومی تعبیه شده است" با امتیاز ۳/۷ درصد بود.

نتایج مطالعه شرقی نیز نشان داد که وضعیت مولفه احترام اجتماعی از دیدگاه سالمندان تهرانی، در وضعیتی ضعیف و نامطلوب می‌باشد، که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.^۸ اما این یافته‌ها، در تناقض با یافته‌های پژوهش

سازمان جهانی بهداشت بیان می‌کند مدیران شهرداری لازم است مجموعه‌ای از فعالیت‌ها را در زمان‌های مناسب برای سالمندان تدارک بینند. همچنین تلاش‌های جمعی برای تشویق و ایجاد انگیزه برای مشارکت اجتماعی سالمندان منزوی باید صورت گیرد.^{۱۲} انزوا و تنهایی از جمله مشکلات معمول دوره سالمندی است؛ بنابراین یکی از راه‌های جلب مشارکت اجتماعی سالمندان کوشش برای انجام اقداماتی است که منجر به رفع احساس تنهایی سالمندان و در نتیجه افزایش اعتماد به نفس و اعتماد به جامعه می‌شود.^{۱۴، ۱۳} در مطالعه اخیر ۶۱ درصد سالمندان احساس تنهایی شدید تا متوسط را تجربه کردند. باید توجه داشت که سالمندان به عنوان گروهی از جمعیت شهری محسوب می‌شوند که معمولاً در سیاست‌های شهری مورد بی‌توجهی و طرد قرار می‌گیرند.^{۱۸}

با توجه به موارد مذکور به نظر می‌رسد در زمینه شاخص "مشارکت و روابط اجتماعی" فعال نگه‌داشتن سالمندان در صحنه اجتماع و مشارکت‌های جمعی، دوران سالمندی سالم‌تری را پدید می‌آورد. سپردن بخش‌هایی به صورت تعاونی که خود سالمندان آن را اداره می‌کنند و سرمایه‌گذاری دولت در این بخش، سالمندان تحصیلکرده را نیز به عرصه می‌آورد تا از تجربه علمی و مدیریتی خود در رفع نیاز همسالان خود استفاده کنند. همچنین برای استفاده بهتر از انرژی سالمندان، کمک گرفتن از مادر بزرگ‌ها در برنامه‌های مهدکودک مانند قصه‌گویی، نمایش و شعرخوانی باعث افزایش مشارکت و روابط اجتماعی آنها در جامعه گردد.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر در رابطه با مولفه "خدمات فرهنگی- تفریحی" نشان داد، این مولفه نیز از دیدگاه سالمندان مورد پژوهش، با میانگین شاخص ۳۲/۸۹، در وضعیت نامطلوبی قرار دارد. برهمن اساس بالاترین میزان رضایت با ۴۳/۵ درصد در مولفه‌ی "فرهنگی-تفریحی" مربوط به سوال ۱۵ با عنوان "جلب مشارکت و بهره‌گیری از تجارب سالمندان در اداره امور محله‌های شهری و کمک به اجرای بهتر برنامه‌های خانه سلامت و کانون سالمندان" انجام می‌شود. پایین‌ترین میزان رضایت با ۹/۰ درصد مربوط به سوال ۵ با عنوان "پروژه تحویل کتاب، مجله و CD در درب منازل به سالمندان انجام می‌شود" بود. بنابراین در این پژوهش از دیدگاه سالمندان شهر تبریز، شاخص

رسانه‌های گروهی به خانواده‌ها آموزش داده شود.^{۱۵} لذا به نظر می‌رسد در زمینه شاخص "احترام اجتماعی" نیاز مبرم به فرهنگ‌سازی، برنامه‌ریزی هدفمند، آموزش کودکان، نوجوانان و جوانان در کلیه مقاطع تحصیلی در زمینه ضرورت احترام به سالمندان و ایجاد بستر مناسب جهت جلب مشارکت و به کارگیری تجارب افراد سالمند در امور اجتماعی، فرهنگی، هنری و داوطلبانه وجود دارد.

در رابطه با مولفه دوم مطالعه "مشارکت و روابط اجتماعی" نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین کل شاخص مشارکت و روابط اجتماعی از دیدگاه سالمندان ۳۴/۸۰ بوده است. بر همین اساس بالاترین میزان رضایت در مولفه‌ی "مشارکت و روابط اجتماعی" مربوط به سوال ۲ با عنوان "دوره‌های آموزشی با موضوع‌های مورد علاقه سالمندان مانند اینترنت و کامپیوتر و آموزش شطرنج، آموزش قرآن و غیره وجود دارد" با امتیاز ۵۱/۶ درصد و بیشترین میزان عدم رضایت مربوط به سوال ۶ با عنوان "در تجهیزات الکترونیکی، از قبیل دستگاه‌های خودپرداز و تلفن‌های عمومی و غیره دکمه‌های بزرگ یا حروف بزرگ استفاده شده است." با امتیاز ۷/۴ درصد بود. در این پژوهش از دیدگاه سالمندان شهر تبریز، شاخص مشارکت و روابط اجتماعی در تبریز، استانداردهای اولیه جهت تبدیل شدن به شهر دوستدار سالمند را ندارد و فاصله زیادی تا رسیدن به وضعیت مناسب دارد.

شریعت و همکاران در مطالعه خود در مورد مولفه‌ی مشارکت و روابط اجتماعی سالمندان، نشان دادند که میزان رضایت سالمندان از مولفه مشارکت اجتماعی بالاتر از حد متوسط است و با مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. آنان عنوان داشتند که اشتغال سالمندان نقش مهمی در روابط بین فردی آنها دارد به طوری که سالمندانی که بعد از بازنشستگی، مشغول به کار بودند در فعالیت‌های اجتماعی بیشتر مشارکت داشته و از سلامت روحی و جسمی مناسبی برخوردار بودند.^{۱۳} در مطالعه شرقی و همکاران هم یافته‌ها بیانگر این است که فرصت مشارکت اجتماعی سالمندان در شهر تهران وضعیت مطلوبی برای سالمندان ندارد که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. شرقی در مطالعه خود نشان داد که که دوستان و نزدیکان سالمندان نقش بسیار مهمی در مشارکت و روابط اجتماعی سالمندان بازی می‌کنند و اگر دوستان آنها در فعالیت‌های اجتماعی مشارکت داشته باشند آنها نیز متمایل به انجام آن هستند.^۸

از دیدگاه سالمندان شهر تبریز، شاخص بهداشتی-درمانی، استانداردهای اولیه جهت تبدیل شدن به شهر دوستدار سالمند را ندارد. در مطالعه زرقانی وضعیت خدمات بهداشتی-درمانی در وضعیت مطلوبی قرار ندارد و با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. زرقانی عنوان می‌کند که نداشتن بیمه سلامت و عدم حمایت مالی توسط خانواده و نهادهای دولتی و غیردولتی، سبب روی آوردن سالمندان به خوددرمانی شده است. همچنین نداشتن بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج و هزینه‌های سنگین آن، باعث ناامیدی در سالمندان و کوتاه‌شدن عمر آنها می‌گردد.^۷ به دنبال سالمند شدن جمعیت، اُفت قابل توجهی در سلامت مردم ظاهر می‌گردد و هزینه‌های اجتماعی، پزشکی و بهداشتی آنها نیز افزایش می‌یابد.^۸ در مطالعه شیخی، ۶۲/۵ درصد سالمندان در سلامتی کامل بسر نمی‌برده و حداقل از یک نوع بیماری رنج می‌بردند.^۹ براساس سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران، بیش از نیمی از سالمندان کشور بصورت رسمی حمایت نمی‌شوند و به یکی از انواع حمایت‌های غیررسمی و سنتی وابسته هستند.^{۱۰}

در مطالعه شریعت نتایج نشان داد که میزان رضایت و ارزیابی سالمندان از مولفه خدمات بهداشتی-درمانی کمتر از حد متوسط است و در وضعیت نامطلوبی قرار دارد، که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد.^{۱۱} در مطالعه شرقی و همکاران نیز، میانگین مولفه خدمات بهداشتی و درمانی برابر کمتر از مقدار متوسط بوده که این خود نشان می‌دهد که در شهر تهران، خدمات بهداشتی و درمانی برای سالمندان فراهم نشده است و در مجموع نامطلوب است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.^{۱۲}

سازمان جهانی بهداشت بیان می‌دارد که برای پرکردن خلأهای موجود در ارائه خدمات سلامت، به افراد داوطلب نیاز است. ممکن است از داوطلبان درخواست شود تا به سالمندان در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها یا منازل خودشان خدمت‌رسانی کنند. برای این منظور می‌توان از بازنشستگان جوان یا دانشجویان رشته خدمات سلامت استفاده نمود.^{۱۳} لوون (Lowen) و همکاران بر اهمیت بالای مراجعه به پزشک خانواده و یا داروخانه‌ها از دیدگاه سالمندان تاکید نمودند و نتایج پژوهش آنها منجر به گنجاندن خدمات کلیدی نظیر بیمارستان‌ها، پزشکان خانواده، تسهیلات مراقبتی مختص سالمندان در شاخص‌های ارزیابی شهر دوستدار سالمند در کشور استرالیا گردید.^{۱۴} بعلاوه مطالعه

فرهنگی-تفریحی، برای رسیدن به وضعیت مناسب فاصله بسیاری دارد.

در مطالعه زرقانی میانگین کل شاخص خدمات فرهنگی-تفریحی، ۴۶/۶۷ بود که در سطح پایین‌تر از متوسط قرار دارد و با مطالعه حاضر همسو می‌باشد. زرقانی بیان می‌کند که استفاده مناسب از اوقات فراغت، سبب سازندگی روح و روان می‌شود و عدم استفاده صحیح از آن، یکی از عوامل کسالت و سستی است.^{۱۵} در برخی از کشورهای پیشرفته امکاناتی برای فعالیت‌هایی مانند پیاده‌روی و اسکیت در فضای باز ایجاد شده است و همچنین استخرها و مراکز تناسب اندام و فرصت‌هایی جهت انواع ورزش و آموزش قایقرانی وجود دارد.^{۱۶} در کشورهایی مانند آمریکا، گذران درست اوقات فراغت، مهم‌ترین بعد سلامتی سالمندان آمریکایی و کلید اصلی سالمندی سالم قلمداد شده است.^{۱۷}

در پژوهش حاضر از دیدگاه سالمندان تبریز بعضی از مهم‌ترین نقاط ضعف و کاستی‌ها در این شاخص عبارتند از: نبود یا کمبود شدید مربی‌های ورزشی برای آموزش و اجرای حرکات ورزشی و نرمشی ویژه سالمندان در برنامه ورزش صبحگاهی پارک‌ها و بوستان‌ها، نبود یا کمبود امکانات ویژه برای حمل و نقل سالمندان به اماکن زیارتی و سیاحتی و اردوهای فرهنگی-تفریحی. با توجه به اینکه قشر سالمند جامعه به دلیل ورود به دوره بازنشستگی، نداشتن اشتغال به کار، تنهایی، نداشتن حمایت اجتماعی، صنعتی شدن جوامع و انفکاک عاطفی-روانی افراد خانواده، در معرض خطر و تهدید قرار دارند، لذا پیشگیری از این روند، مستلزم فراهم ساختن امکانات فرهنگی-تفریحی برای سالمندان است.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر در رابطه با مولفه "خدمات بهداشتی-درمانی" نشان داد، این مولفه نیز از دیدگاه سالمندان مورد پژوهش، با میانگین شاخص ۴۴/۵۷، در وضعیت نامطلوبی قرار دارد. بر همین اساس بالاترین میزان رضایت در مولفه‌ی "خدمات بهداشتی-درمانی" مربوط به سوال ۱۱ با عنوان "مشاورین و کارکنان سلامت، با محوریت سلامت سالمندان آموزش‌های لازم را دیده‌اند" با ۷۰/۹ درصد بوده و بیشترین میزان عدم رضایت مربوط به سوال ۴ با عنوان "خدمات بهداشتی و درمانی مانند فیزیوتراپی، عصا، عینک و سمعک به‌طور مناسب در میان سالمندان توزیع می‌شود" با ۱/۷ درصد بود. در این پژوهش

باتوجه به اینکه هیچ یک از ۴ مولفه‌ی بررسی‌شده از شاخص‌های شهرهای دوستدار سالمند در شهر تبریز در حد استاندارد نبودند، بنابراین لازم است مدیران سازمان‌های متولی سالمندی برای رسیدن به شرایط مطلوب تلاش بیشتری انجام دهند. اقداماتی از قبیل فرهنگ‌سازی، آموزش خانواده‌ها، واگذاری بخش‌هایی به صورت تعاونی به سالمندان داوطلب، برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت سالمندان، تاسیس مراکز مراقبت در منزل و توجه بیشتر به نقش کلیدی متولیان سلامت از جمله پرستاران پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه هیچ یک از ۴ مولفه بررسی شده از شاخص‌های شهرهای دوستدار سالمند در شهر تبریز در حد استاندارد نبودند، بنابراین لازم است مدیران سازمان‌های متولی سالمندی برای رسیدن به شرایط مطلوب تلاش بیشتری انجام دهند. اقداماتی از قبیل فرهنگ‌سازی، آموزش خانواده‌ها، واگذاری بخش‌هایی به صورت تعاونی به سالمندان داوطلب، برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت سالمندان، تاسیس مراکز مراقبت در منزل و توجه بیشتر به نقش کلیدی متولیان سلامت از جمله پرستاران پیشنهاد می‌شود.

پیامدهای عملی پژوهش

با توجه به اینکه از نظر افراد مسن، بسیاری از شاخص‌های شهرهای دوستدار سالمندان در تبریز از استاندارد پایین‌تر هستند، بنابراین باید تلاش‌های بیشتری برای دستیابی به شرایط مطلوب انجام شود. به طور مثال می‌توان برای اوقات فراغت سالمندان، برنامه‌ریزی دقیق‌تری نمود یا مرکز مراقبت در منزل را توسعه داد. واگذاری بخش‌هایی به صورت تعاونی به سالمندان داوطلب نیز می‌تواند کمک‌کننده باشد.

قدردانی‌ها

بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی تبریز به دلیل حمایت مالی پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. همین‌طور از سالمندانی که در انجام پژوهش مشارکت نمودند سپاسگزاری می‌گردد.

مروری فیتزگرالد و کارو (Caro & Fitzgerald) در زمینه شهرهای دوستدار سالمند سراسر جهان مشخص نمود که ارائه خدمات حوزه سلامت در پیشرفت جوامع و القای احساس خوب در افراد، به‌عنوان یک نیاز اساسی محسوب می‌شود.^{۲۴}

پرستاران با توجه به شناخت دقیق نیازهای پزشکی و اجتماعی سالمندان می‌توانند در کنار سیاستگذاران حیطة سلامت، در برنامه‌ریزی و ایجاد بستر مناسب برای تحقق شاخص‌های شهر دوستدار سالمند ایفای نقش نمایند. به‌عنوان مثال در نظام "مراقبت ادغام یافته سالمندان" که در حال حاضر در مراکز بهداشتی و درمانی اجرا می‌شود، نقش پرستاران مغفول مانده است. به طوری که مسئولیت تکمیل پرونده‌های سالمندی در چارچوب نظام "مراقبت ادغام یافته سالمندان" به عهده واحد بهداشت خانواده بوده و پرونده‌ها توسط یک نفر کارشناس مامایی تکمیل شده و سپس فرد سالمند به پزشک عمومی ارجاع داده می‌شود.^{۲۵} با توجه به موارد مذکور و طبق نتایج حاصل از این مطالعه به نظر می‌رسد در زمینه شاخص "خدمات بهداشتی و درمانی"، ضروری است که به تاسیس مراکز مراقبت در منزل کم‌هزینه و متناسب با نیازهای افراد سالمند، انجام آزمایشات غربالگری با هزینه معقول و مبتنی بر نیازها، آموزش نکات پزشکی و پیشگیری‌کننده از بیماری‌ها و ایجاد بستر مناسب برای ارائه خدمات سلامت داوطلبانه به آنان و آموزش مدون و هدفمند کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی اقدام شود. همچنین در این زمینه نقش پرستاران بسیار تعیین‌کننده بوده و می‌توان از آنان به‌عنوان افراد کلیدی در آموزش نکات مهم بهداشتی و مراقبتی به سالمندان بهره‌گرفت.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر توسط پرستاران انجام شده است لذا فقط مولفه‌های مرتبط با سالمندی از شاخص‌های شهرهای دوستدار سالمند مورد بررسی قرار گرفته است که این به‌عنوان محدودیت مطالعه حاضر مطرح می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مولفه‌های دیگر مطرح شده توسط سازمان جهانی بهداشت در شهر تبریز توسط گروه‌های دیگری از متخصصان بررسی گردد. انتخاب تصادفی نمونه‌ها از تمامی کانون‌های فعال دوستدار سالمند شهر تبریز می‌تواند به‌عنوان نقطه قوت مطالعه حاضر مطرح باشد ولی به دلیل انجام مطالعه فقط در سطح شهر تبریز، باید در تعمیم یافته‌ها احتیاط نمود.

مشارکت پدیدآورندگان

شیرین برزنجه عطری، حسن اسراری باسمنج و مینا حسین‌زاده طراحی مطالعه را انجام دادند. جمع‌آوری نمونه توسط حسن اسراری باسمنج انجام شد. محمد اصغری آنالیز آماری و لیلا شیخ‌نژاد و فرانک جبارزاده نوشتن نسخه اولیه مقاله را انجام دادند. تمام نویسندگان نسخه نهایی مقاله را خوانده و تأیید نمودند.

منابع مالی

حمایت مالی این طرح با شماره IR.TBZMED.REC.1396.1286 از دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

طرح پژوهشی حاضر توسط معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد

IR.TBZMED.REC.1396.1286 به تصویب رسیده است. برای انجام مطالعه ملاحظات اخلاقی از قبیل ارائه توضیحات لازم در زمینه روش کار و اهداف پژوهش به کلیه واحدهای مورد پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش رعایت گردید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچگونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Jeste DV, Blazer II DG, Buckwalter KC, Cassidy KL, Fishman L, Gwyther LP, et al. Age friendly communities initiative: public health approach to promoting successful aging. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016; 24(12):1158-1170. doi: 10.1016/j.jagp.2016.07.021
2. World Health Organization (WHO). Ageing and Health [Fact Sheet]. Geneva: WHO; 2018.
3. Statistical Center of Iran. General census of population and housing 2016. Tehran; Statistical Center of Iran: 2017. (Persian)
4. Soltani MH, Sahaf R, Mohammadi Shahbolaghi F, Ghaffari SH, Khosravi A, Gohari M R. Elderly. Duration of hospitalization and hospital cost in Milad hospital in Iran. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2012; 6(23): 58-65. (Persian)
5. World Health Organization (WHO). Global health and ageing [Internet]. USA: National Institute on Aging National Institutes of Health; 2011.
6. Maddah S. B. The status of social and leisure time activities in the EL elderly residing in Iran and Sweden. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2009; 3(8):597-606. (Persian)
7. Zarghani SH, Kharazmi OA, Johari L. Evaluation of the "Age-Friendly" city indicators in Mashhad by focusing on the social-cultural indices. *Journal of Human Geography Research Quarterly*. 2016; 47(4): 673-688. doi:10.22059/JHGR.2015.51385. (Persian)
8. Sharqi A, Zarghani E, Olfati M, Salehi Kousalari F. Evaluation status of global indices of age friendly city in Tehran metropolis (AFC). *Urban Regional Studies and Research*. 2016; 8(28):1-22. (Persian)
9. Mirzaie M, Darabi S. Population aging in Iran and rising health care costs. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12 (2):156-169. (Persian)
10. Kiaie M, Motalebi SA, Mohammadi F. Evaluating age-friendly city indicators in Qazvin: urban open spaces, buildings and public places. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2019; 23(5), 430-39. (Persian)
11. MacKenzie D M, Copp P, Shaw R J, Goodwin G M. Brief cognitive screening of the elderly: a comparison of the mini-mental state examination (MMSE), abbreviated mental test (AMT) and mental status questionnaire (MSQ). *Psychological medicine*. 1996; 26(2), 427-430. doi: 10.1017/s0033291700034826
12. World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. World Health Organization. 2007.
13. Shariat F, Moradi F, Ghahramani R. Study of social culturaleconomic well being and urban structure

- needs of Tehran senior's association members. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2015; 10(3): 9-25. (Persian)
14. Lai MM, Lein SY, Lau SH, Lai ML. Modeling age friendly environment, active aging, and social connectedness in an emerging Asian economy. *J Aging Res*. 2016; 1-15. doi:10.1155/2016/2052380
 15. O'Hehir J. Age friendly cities and communities: a literature review. Australia; University of South Australia: 2014.
 16. Ruza J, Inkim J, Leung I, Kam C, Yee Man Ng S. Sustainable age friendly cities: an evaluation framework and case study application on Palo Alto, California. *Sustain Cities Soc*. 2015; 14: 390-396. doi:10.1016/j.scs.2014.05.013
 17. Emler CA, Mocerri JT. The importance of social connectedness in building age friendly communities. *J Aging Res*. 2012; 2012(173247):1-9. doi:10.1155/2012/173247
 18. Izadi S, Khomehvar A, Aram S. S, Yazdanpanah Nozari A. Social support and quality of life of elderly people admitted to rehabilitation centers. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013; 23(105):101-109. (Persian)
 19. Menec V, Means R, Keating N, Parkhurst G, Eales J. Conceptualizing age friendly communities. *Can J Aging*. 2011; 30(3): 479-93. doi:10.1017/S071498081100023
 20. Shottun L. The role of older people in our communities. *Nurse Ethics*. 2003; 10(1): 4-17. doi: 10.1191/0969733003ne570oa
 21. Taraghi Z, Ilali ES. A comparison of older adults' and managers' attitudes towards age friendly city indexes. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2018; 13(2):236-249. (Persian)
 22. Sheikhi M. Social Security and pathology of the elderly in Tehran: A research of sociological perspective. *Salmand Iranian Journal of Ageing*. 2007; 6(2):454-61. (Persian)
 23. Lowen T, Davern MT, Mavoia S, Brasher K. Age friendly cities and communities: access to services for older people. *Australian Planner*. 2015; 52(4): 255-65. doi: 10.1080/07293682.2015.1047874
 24. Fitzgerald K G, Caro F G. An overview of age friendly cities and communities around the world. *J Aging Soc Policy*. 2014; 26 (1-2): 1-18. doi:10.1080/08959420.2014.860786
 25. Askaryzade Mahani M, Arab M, Mohammadalizade S, Haghdoost A. Staff nurses knowledge of ageing process and their attitude toward elder people. *Iran Journal of Nursing*. 2008; 21(55): 19-27. (Persian)